

تبیین فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندان: یک مطالعه‌ی گراند تئوری

منوچهر شیرازی^۱، هومان منوچهری^۲، منصوره زاغری تفرشی^۳، فرید زابری^۴، ویولت علی پور^۵

۱. دکترای تخصصی پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران
۲. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دانشیار، گروه آمار حیاتی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. دانشجویی دکترای تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران

مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال چهارم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۴، صفحات ۱۱-۱

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به چند وجهی و پیچیده بودن فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندان، شناسایی جنبه‌های مختلف آن، به منظور مدیریت مناسب این درد ضروری است. این پژوهش با هدف تبیین فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندان انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه بخشی از یک پژوهش ترکیبی اکتشافی متوالی است که با رویکرد گراند تئوری در مراکز بهداشتی- درمانی شهر اهواز در سال ۱۳۹۲-۳ انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۶۲ نفر شامل ۳۰ سالمند مبتلا به درد مزمن که فقدان اختلالات شناختی آن‌ها از طریق آزمون کوتاه وضعیت شناختی (I.V.A.M.T.S) تعیین شده بود، ۳ نفر از همراهان آن‌ها و ۲۹ نفر از اعضای گروه درمانی بودند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختار یافته فردی، مشاهده و ثبت یادداشت‌های در عرصه انجام گرفت. داده‌ها بر اساس رویکرد اشتراوس و کوربین مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد "حمایت همه جانبه" به‌عنوان یک عامل مهم و تسهیل‌کننده در فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندان است که شامل چهار زیرطبقه "بودن در کنار خانواده"، "کار تیمی"، "درمان هدفمند" و "حمایت اجتماعی" بود.

نتیجه‌گیری: مدیریت درد مزمن در سالمندان بدون دریافت کمک و حمایت از طرف عوامل مختلفی که در این زمینه نقش دارند انجام‌پذیر نخواهد بود. بدین جهت، شناسایی و توجه به عوامل مهم در مدیریت این نوع درد از جمله "حمایت همه جانبه" به‌عنوان یک عامل تسهیل‌کننده جهت مدیریت مؤثر درد مزمن در سالمندان، می‌تواند مفید باشد.

کلیدواژه‌ها: درد مزمن، سالمندی، مدیریت درد، گراند تئوری

نویسنده مسوول:

منوچهر شیرازی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد

اهواز

پست الکترونیک:

shirazimanouchehr57@
gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۶/۰۵

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۹/۱۱

مقدمه

درد فراتر از کاهش درد است، چراکه علاوه بر بهبود کیفیت زندگی، توانایی برای اشتغال و مولد بودن را نیز در بر دارد.^۱

مدیریت درد شامل مجموعه‌ای از ارتباطات و فرآیندهای پیچیده است که با مشارکت گروهی و تداوم در ارائه مراقبت‌ها حاصل می‌شود.^۲ اقدامات انجام شده در مدیریت درد باید مبتنی بر شواهد بوده و به صورت یک فرآیند استاندارد و مبتنی بر نیازهای بیمار، ارائه گردد. در همین زمینه، همکاری متقابل اعضای گروه بهداشتی درمانی و بیمار در فرآیند برنامه‌ریزی مراقبت‌ها، ضروری می‌باشد.^۳

مدیریت درد در سالمندان اغلب یک موضوع چالش برانگیز است؛ چرا که بسیاری از سالمندان با کاهش عملکرد اندام‌های بدن، اختلال در وضعیت شناختی، وجود بیماری‌های همراه، افزایش آسیب‌پذیری نسبت به عوارض

درد مزمن تجربه‌ای مشترک و مشکلی جدی در سالمندی است. میزان شیوع آن در سالمندان بالا بوده و با افزایش سن بیشتر می‌گردد.^۱ چنانچه این درد به صورت مناسبی درمان و کنترل نشود، باعث کاهش تحرک، اجتناب از فعالیت، افتادن، افسردگی، اضطراب و اختلالات خواب در سالمند می‌گردد. این امر می‌تواند منجر به ناتوانی سالمند شده و هزینه‌های زیادی را به جامعه تحمیل نماید.^۲

سیاست‌های عمومی نظام سلامت باید در جهت پیشگیری اولیه از ایجاد درد مزمن در جامعه باشد؛ به‌صورتی که میزان این درد و عواقب ناشی از آن در جامعه کمتر شود.^۳ با توجه به عوارض متعدد این نوع درد برای سالمند و سیستم بهداشتی، بایستی به صورت جدی مدیریت و درمان شود و به دنبال آن سلامتی و کیفیت زندگی سالمندان ارتقاء یابد.^۴ باید توجه داشت که مدیریت

مواد و روش‌ها

این مطالعه بخشی از یک پژوهش ترکیبی اکتشافی متوالی است که با رویکرد گراند تئوری جهت تبیین فرآیند مدیریت درد مزمن سالمندی در سال ۳-۱۳۹۲ در مراکز بهداشتی-درمانی شهر اهواز انجام شد. با توجه به این که مدیریت درد مزمن در سالمندان پدیده‌ای است که در حین تعاملات اجتماعی این گروه با محیط واقعی شکل می‌گیرد و ماهیت فرآیندی دارد،^۷ به همین دلیل رویکرد گراند تئوری که برای مطالعه عمیق این فرآیند در یک بستر طبیعی مناسب به نظر می‌رسید، انتخاب گردید. انتخاب مشارکت‌کنندگان به صورت نمونه‌گیری هدفمند شروع شد و سپس به صورت نمونه‌گیری نظری ادامه یافت.^۸ مشارکت‌کنندگان ۶۲ نفر شامل ۳۰ سالمند مبتلا به درد مزمن، سه نفر از همراهان آن‌ها و همچنین ۲۹ نفر از تیم بهداشتی درمانی شاغل در مراکز مختلف بهداشتی-درمانی آموزشی و غیر آموزشی در شهر اهواز بودند.

معیارهای ورود سالمندان به مطالعه، داشتن سن ۶۰ سال یا بالاتر، داشتن تجربه درد مزمن غیربدخیم، برخورداری از هوشیاری کامل، توانایی گفتگو به زبان فارسی، دارا بودن ثبات روانی لازم برای انتقال تجارب خود (بنا بر تشخیص پزشک معالج)، عدم ابتلاء به اختلالات شناختی و بیماری تأیید شده روانی، ناینایی و ناشنوایی بر اساس تشخیص پزشک معالج بود. به علاوه انتخاب شرکت‌کنندگان سالمند بر اساس نوع درد بوده و با حداکثر تنوع از لحاظ عوامل مرتبط با درد همچون سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، زندگی با همسر یا اعضای خانواده انتخاب شدند.

جهت بررسی ابتلاء به اختلالات شناختی از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی (Iranian Version of the Abbreviated Mental Test Score: I.V.A.M.T.S) استفاده شد. این پرسشنامه با ۱۰ سؤال اولین بار توسط Hodkinson در سال ۱۹۷۲ طراحی گردید.^۹ سپس Hodkinson و Qureshi طی تحقیقی در سال ۱۹۷۴ حساسیت و ویژگی آن را تعیین نمودند.^{۱۰} این آزمون دارای ۱۰ سؤال است که جهت بررسی وضعیت شناختی و هوشیاری سالمندان به کار می‌رود. سوالات به صورت کوتاه پاسخ بوده و هر سؤال یک نمره دارد، و اولین بار توسط فروغان و همکاران (۱۳۸۷) به فارسی ترجمه و هنجاریابی گردیده است. روایی آن رضایت‌بخش ($\alpha = 0.78$) گزارش شد و در نقطه برش^{۱۱} دارای حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد می‌باشد.^{۱۲} پایایی آن در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه گردید.

داده‌های حاصل از مصاحبه‌های ابتدایی با سالمندان شرکت‌کننده در این پژوهش و پدیدار شدن طبقات اولیه، پژوهشگر را به انجام مصاحبه‌های بعدی با تعدادی از همراهان آن‌ها و اعضای گروه درمانی هدایت نمود تا افراد انتخاب شده بتوانند به روشن شدن بیشتر نظریه در حال پدیدار شدن کمک کنند. از طرفی با توجه به پیچیده و گسترده بودن درد مزمن، تشخیص و مدیریت آن اغلب نیازمند شیوه‌های چندبخشی و همه جانبه است.^{۱۳} در این

جانبی داروها و تعدد مصرف داروها مواجه هستند، که می‌تواند بر روند مدیریت درد آن‌ها اثرگذار باشد.^{۱۴} در حال حاضر، به منظور مدیریت درد مزمن در سالمندان، تمامی جنبه‌های مدیریت این نوع درد در نظر گرفته نمی‌شود؛ در حالی که استفاده از یک برنامه مراقبتی جامع و فراگیر که توجه ویژه‌ای به تمامی عوامل تسهیل‌کننده این نوع درد داشته باشد، می‌تواند باعث مدیریت مؤثر درد مزمن در سالمندان گردد.^{۱۵} یکی از اعضای تیم بهداشتی-درمانی که می‌تواند نقش مؤثری در مدیریت درد بیماران داشته باشد، پرستاران هستند. بنابراین، باید از دانش و مهارت کافی برای بررسی درد و اثرات آن بر بیمار، روش‌های تسکین درد و ارزشیابی اثربخشی این روش‌ها برخوردار باشند.^{۱۶}

افزایش آگاهی در مورد چگونگی مدیریت درد مزمن در سالمندان می‌تواند به صورت چشمگیری باعث افزایش کیفیت زندگی آنان شده و هزینه‌های مربوط به مدیریت درد مزمن در جامعه را نیز کاهش دهد.^{۱۷} پژوهش‌های کیفی و کمی مبتنی بر شواهد بهترین شیوه برای کسب آگاهی پیرامون فرآیند مدیریت درد مزمن هستند.^{۱۸}

Park و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود حمایت‌های اجتماعی، نگرش مثبت و منابع در دسترس را به عنوان عوامل تسهیل‌کننده اقدامات غیر دارویی جهت مدیریت درد مزمن در سالمندان ذکر نمودند.^{۱۹} Bair و همکاران (۲۰۰۹) نیز در یک مطالعه کیفی به مواردی همچون تشویق پرستاران، بهبود افسردگی به وسیله درمان، حمایت خانواده و دوستان، و فراهم آوردن فهرستی از اقدامات متفاوت در رابطه با شیوه‌های خود مدیریتی درد مزمن در بیمارانی که همراه با درد مزمن، مبتلا به افسردگی نیز بودند، اشاره نمودند.^{۲۰}

در ایران نیز این نوع درد در میان سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان شایع است. در میان سالمندانی که از درد مزمن رنج می‌برند، این نوع درد به طور معنی‌داری با افسردگی و کاهش کیفیت زندگی ارتباط دارد.^{۲۱}

با توجه به افزایش جمعیت سالمندان، دسترسی به اطلاعات دقیق، شفاف و جامع در زمینه درد مزمن و مدیریت آن، ضروری است. این در حالی است که اطلاعات موجود در این زمینه کافی نبوده و تحقیقات بیشتری در زمینه راهکارهای مناسب مدیریت درد که مبتنی بر نیازهای فردی سالمندان در جامعه باشد، مورد نیاز است.^{۲۲}

در این رابطه، هر چند تحقیقات کمی متعددی انجام شده است، اما با توجه به این که مدیریت درد مزمن چند بعدی، پیچیده و متأثر از عوامل متعدد جسمی، روانی، زیستی، اجتماعی و مذهبی است،^{۲۳} بنابراین با استفاده از رویکرد کیفی و مطالعه تجارب زنده افرادی که به طور مداوم با مسائل و مشکلات مربوط به آن روبرو هستند، می‌توان به جنبه‌های مختلف آن پی برد. تحقیقات کیفی در مواردی که دانش اندکی درباره مسئله مورد مطالعه وجود داشته باشد، مفید خواهند بود.^{۲۴} در همین زمینه Boswell و Cannon (۲۰۱۴) نیز معتقدند که روش کیفی برای آشکار کردن و کشف موضوعات پیچیده انسانی مناسب است.^{۲۵} این مطالعه با هدف تبیین فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندان انجام گردید.

هنگام تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از متن مصاحبه‌ها، به منظور کسب اطمینان از رعایت امانت در انتقال گفتار مشارکت‌کنندگان، جملات عیناً با زبان محاوره‌ای مشارکت‌کنندگان و به صورت کلمه به کلمه از نوار دیجیتالی دست‌نویس گردیده و متن آن‌ها چندین بار خوانده شد تا درک کلی از آن‌ها به دست آید و بلافاصله با استفاده از نرم‌افزار تحلیل کیفی MAXQDA 10، سازماندهی و تحلیل شد.

در مشاهدات انجام شده، عکس‌العمل‌های غیر کلامی و برخوردها و ارتباطات مشارکت‌کنندگان در هنگام مصاحبه مورد بررسی قرار گرفته و بلافاصله پس از پایان مصاحبه ثبت و با استفاده از نرم‌افزار فوق مورد تحلیل قرار گرفت. کلیه مصاحبه‌ها و مشاهدات توسط یک پژوهشگر انجام شد.

تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از رویکرد اشتراوس و کوربین (۲۰۰۸) انجام گردید. ۲۵ داده‌های به دست آمده از مصاحبه و مشاهده، هم‌زمان با استفاده از شیوه مقایسه مداوم داده‌ها و یادآورنویسی تحلیل گردیدند. در کدگذاری باز، مفاهیم مرتبط با مطالعه مشخص گردیده و کدهایی به آن‌ها اختصاص داده شد. در همین رابطه از دو شیوه کدگذاری استفاده گردید؛ به صورتی که کدهای اختصاص داده شده یا صحبت‌های مشارکت‌کنندگان و یا کدهای تلویحی استنباط شده توسط پژوهشگر بود.

در کدگذاری محوری، داده‌های کدگذاری شده با یکدیگر مقایسه شدند و کدهای اولیه به طبقاتی کاهش یافت. طبقات مشابه با یکدیگر ترکیب شدند و هر طبقه با سایر طبقات مقایسه گردید تا اطمینان حاصل شود که طبقات از یکدیگر متمایز هستند و طبقات انتزاعی تری نمایان گردید. در کدگذاری محوری طبقات اصلی با زیر طبقات خود بر اساس پارادایم "شرایط زمینه‌ای"، "پدیده"، "راهبردهای که برای کنترل پدیده به کار می‌رود" و "پیامدهای راهبردها" ارتباط داده شدند.

در کدگذاری انتخابی، پژوهشگر ضمن تمرکز بر فرآیند نهفته در داده‌ها، به دنبال شناسایی طبقه مرکزی بود. مرور مکرر داده‌ها، کدها و طبقات پدیدار شده، یادآورنویسی‌ها و نتایج حاصل از مشاهدات کمک کرد تا محقق طبقه مرکزی این مطالعه را مشخص کند.

جهت اطمینان از اعتبار داده‌های تحقیق از چهار معیار موثق بودن لینکلن و گویا شامل اعتبار؛ تأییدپذیری؛ قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری، استفاده گردید.^{۲۶}

پژوهشگر جهت اطمینان از اعتبار یافته‌ها، با استفاده از تماس طولانی مدت با مشارکت‌کنندگان و داده‌ها که در حدود یک سال به طول انجامید، به جلب اعتماد شرکت‌کنندگان و همچنین درک جامع‌تر از تجارب مشارکت‌کنندگان و محیط مورد مطالعه پرداخت. به علاوه، راهبرد نمونه‌گیری مورد استفاده که شامل شیوه تلفیقی درانتخاب شرکت‌کنندگان و روش گردآوری داده‌ها بود، شرکت‌کنندگان را در طیف وسیعی از تنوع نمونه و جنس قرار داد تا موجبات افزایش بیشتر اعتبار داده‌ها را فراهم نماید.

پژوهش از شیوه تلفیقی (سه سوسازی) در انتخاب شرکت‌کنندگان استفاده شد.

معیارهای ورود جهت همراهان سالمندان که همگی فرزندان آنها بودند، شامل مشارکت فعال در زمینه کنترل و تسکین درد مزمن در سالمند، برخورداری از اطلاعات مناسب در رابطه با مراقبت از سالمند مبتلا به درد مزمن (که به وسیله پاسخ‌گویی مناسب به سوالات مطرح شده پیرامون چگونگی درد مزمن و روش‌های مختلف تسکین درد بررسی گردید) و همچنین تمایل به بازگویی این اطلاعات بود.

معیارهای ورود به مطالعه برای تیم بهداشتی درمانی نیز شامل داشتن سابقه کاری در زمینه کنترل و مدیریت درد مزمن در سالمندان، تجربه بودن و برخورداری از اطلاعات مناسب پیرامون درد مزمن و مدیریت درد مزمن در سالمندان (که از طریق بررسی میزان رضایت سالمندان از متخصصان فوق در موفقیت کنترل درد و پرسش از افراد هیأت علمی دانشگاه در زمینه شناسایی افراد خبره، بررسی گردید) و همچنین تمایل به بازگویی این اطلاعات بود.

محل انجام مصاحبه‌ها نیز با توجه به موافقت مشارکت‌کنندگان انتخاب شد. از آنجایی که برخی از کارکنان، علاوه بر مراکز بهداشتی-درمانی در آسایشگاه سالمندان و بیمارستان‌های مختلف اشتغال داشتند، مصاحبه در خانه سالمندان، منزل سالمندان، بیمارستان‌ها یا پارک‌های سطح شهر اهواز و در محلی که احساس راحتی می‌نمودند، انجام گرفت.

جمع‌آوری اطلاعات به صورت مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و مشاهده بدون ساختار رفتارها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. قبل از شروع هر مصاحبه، در مورد هدف از مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات و ضبط مصاحبه‌ها برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده می‌شد. سپس در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه آگاهانه تکمیل می‌گردید. مصاحبه‌ها به صورت چهره به چهره انجام شد. مصاحبه با سوال‌هایی که جنبه عمومی داشت شروع می‌شد و در ادامه مصاحبه، سوالات اختصاصی‌تر بر اساس طبقات به دست آمده و با توجه به اهداف پژوهش مطرح می‌گردید. مصاحبه‌هایی که با سالمندان انجام می‌شد، با سوال باز "ممکنه توضیح بدین که برای کنترل دردتون چه کار می‌کنید؟"، در همراهان سالمندان با سوال باز "برای کنترل درد بیمار سالمندتون چه کارایی می‌کنید؟" و در اعضای تیم بهداشتی درمانی با سوال باز "در رابطه با کنترل و مدیریت درد مزمن در یک بیمار سالمند چه تجربه‌ای دارید؟" آغاز می‌گردید. در ادامه سوالات پیگیری‌کننده بر اساس اطلاعاتی که شرکت‌کنندگان ارائه می‌نمودند و به منظور روشن شدن مفهوم مورد بررسی، مطرح می‌گردید. سوالات مصاحبه‌های بعدی از جمله "در روند کنترل درد مزمن چه عواملی به شما کمک می‌کنن که کنترل درد راحت‌تر انجام بشه؟" و "در هنگام تصمیم‌گیری درباره کنترل درد مزمن در سالمندان به چه چیزهایی توجه می‌کنید؟"، بر اساس طبقات استخراج شده مطرح می‌شد. مدت زمان مصاحبه‌ها با هر شرکت‌کننده بسته به تحمل و میزان علاقه وی، حداقل ۳۰ دقیقه و حداکثر ۵۰ دقیقه بود.

برای تعیین اعتبار یافته‌ها و تأیید صحت داده‌ها و کدها، از بازنگری شرکت کنندگان استفاده شد.

به منظور تعیین قابلیت اعتماد داده‌ها، متن برخی از مصاحبه‌ها مورد بازنگری ناظرین قرار گرفت. بدین منظور کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر پژوهشگر توسط ۳ نفر از اعضای هیأت علمی مورد بررسی قرار گرفت که ۹۰-۸۶ درصد توافق در میان نتایج استخراج گردیده وجود داشت. برای محاسبه توافق از روش پیشنهاد شده توسط Hungler و Polit استفاده شد.^{۲۴} به عنوان مثال، تعداد کدهای استخراج شده از یکی از مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر ۹۲ کد بود و فرد کدگذار دوم در ۸۱ مورد از این کدها با پژوهشگر توافق داشت که میزان توافق ۸۸/۰۴ درصد محاسبه شد.

در طول مطالعه، رازداری و آزادی مشارکت کنندگان برای شرکت در مطالعه یا خروج از آن رعایت شد و مشارکت کنندگان حق داشتند تا در هر مرحله از مطالعه خارج گردند. همچنین، مطالعه توسط مسوولین دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی اهواز مورد تأیید قرار گرفت و قبل از جمع‌آوری داده‌ها، اجازه کتبی از مسوولین محیط‌های پژوهش و مشارکت کنندگان اخذ گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، میانگین سنی سالمندان مشارکت کننده ($67 \pm 6/4$) سال بود که از این میان ۱۶ نفر مرد و ۱۴ نفر زن بودند. ۲۷ نفر دارای تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم و ۳ نفر دانشگاهی بودند. از ۳ همراه شرکت کننده در این پژوهش یک نفر مرد با تحصیلات دانشگاهی و ۲ نفر زن با تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم و با میانگین سنی ($40 \pm 14/36$) سال حضور داشتند. ویژگی‌های فردی مشارکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

نتایج تحلیل داده‌ها منجر به ظهور چهار طبقه اصلی شامل ۱- بودن در کنار خانواده ۲- کار تیمی ۳- درمان هدفمند ۴- حمایت اجتماعی و ۸ زیرطبقه گردید که هر کدام به نحوی تبیین کننده بخشی از فرآیند کلی مدیریت درد مزمن در سالمندان می‌باشند. در طی کدگذاری محوری با توجه به شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود در بین طبقات و همچنین در نظر گرفتن پارادایم مدل، نسبت به تحلیل و تقلیل طبقات اقدام شد (جدول ۲).

۱.۱. بودن در کنار خانواده

بسیاری از سالمندان شرکت کننده در این پژوهش، معتقد بودند که زندگی کردن سالمند در کنار خانواده باعث می‌شود که درد خود را به شکل بهتری کنترل نمایند؛ به طوری که فرآیند پیگیری و اجرای اقدامات درمانی و مراقبتی تسهیل شده بود. این طبقه شامل دو زیرطبقه حمایت خانواده و همچنین حفظ منزلت سالمند بود.

۱-۱. حمایت خانواده

با توجه به محدودیت‌ها و تنگناهای مالی که سالمندان با آن مواجه بودند، حمایت‌های خانواده در خصوص ارایه کمک‌های مالی به سالمندان کمک قابل توجهی به آنها نموده بود.

در همین رابطه یکی از سالمندان گفت:

”پسرم تموم هزینه‌های درمانم را می‌ده، وقتی با خانواده و بچه‌ها و نوه‌هام هستم، باعث می‌شه دردم رو بیشتر تحمل کنم...“ (مرد، ۶۹ ساله، ۱۰ سال سابقه بیماری)

یکی دیگر از نتایج حضور سالمند در کنار خانواده، انجام توانبخشی و پیگیری اقدامات درمانی در منزل و همچنین مراکز درمانی بود. در همین رابطه یکی از سالمندان بیان داشت:

”وقتی نوبت دکتر دارم دخترم می‌برم دکتر، بعدش هم دارو هامو می‌گیره، آگه اون نباشه نمی‌دونم باید چه کار کنم...“ (زن، ۷۱ ساله، ۱۵ سال سابقه بیماری)

۲-۱. حفظ منزلت سالمند

یکی از نیازهای اساسی سالمندان نیاز به احترام و حفظ شأن و منزلت بود. اغلب شرکت کنندگان معتقد بودند که زندگی در کنار خانواده می‌تواند پاسخ‌گویی به نیازهای مختلف سالمند از جمله کنترل مناسب درد را در پی داشته باشد و منجر به تکریم سالمند گردد.

در همین رابطه، یکی از همراهان سالمندان گفت:

”همیشه سعی می‌کنیم احترام پدرم رو داشته باشیم، برای بردنش به دکتر، تو همه‌ی کارا اول مشکلات اونو در نظر می‌گیریم چون خیلی حق به گردنم داره...“ (مرد، ۳۵ ساله، تحصیلات دانشگاهی)

۲. کار تیمی

داده‌ها نشان‌دهنده این بود که با استفاده از کار تیمی و در قالب مشارکت بخش‌های مختلف، مدیریت درد مزمن در سالمندان به شیوه علمی انجام خواهد شد. در نتیجه عوارض اقدامات تشخیصی و درمانی کمتر خواهد شد. این طبقه شامل دو زیرطبقه درمان مبتنی بر سالمند، خانواده و بیماری، و همچنین مشارکت تخصص‌های مختلف بود.

۲-۱. درمان مبتنی بر سالمند، خانواده و بیماری

یکی از دلایل عدم موفقیت مدیریت درد مزمن در سالمندان غفلت و عدم توجه به شبکه‌های حمایتی و توجه به ویژگی‌های سالمند و خانواده وی عنوان شد.

یک متخصص جراح مغز و اعصاب بیان داشت که:

”دم مولتی فاکتور یاله، آگه به تمام فاکتورهای زندگی یک بیمار و خانوادش و خود ماهیت درد و بیماری که داره آگه به صورت جمعی نگاه کنیم، بهتر می‌تونیم کمکش کنیم...“ (مرد، ۴۵ ساله، ۱۵ سال سابقه کار)

یک متخصص روانپزشکی نیز عنوان کرد که:

”نوی درمان دارویی این‌ها، خیلی لو دوز [دوز کم] شروع می‌کنیم و آهسته افزایش می‌دیم، از این قانون ما خیلی مواقع استفاده می‌کنیم...“ (زن، ۴۲ ساله، ۱۰ سال سابقه کار)

در همین زمینه پژوهشگر در یکی از مراکز بهداشتی درمانی خانم سالمندی را مشاهده کرد که با یک عصا به سختی راه می‌رفت. بیمار بیان داشت:

۴-۱. برخورداری از محیط پویا

پویایی محیط می‌تواند نشاط، انگیزه، اعتماد به نفس و در نتیجه همکاری سالمند برای انجام و پیگیری برنامه‌های مراقبتی را بیشتر نماید. یکی از عمده‌ترین مشکلات سالمندان، کمبود مراکز مراقبتی تخصصی سالمندی در سطح جامعه بود. در همین رابطه یکی از سالمندان عنوان می‌کرد:

"وقتی پیش دکتر می‌ریم چند تا مشاوره می‌نویسن که هر کدومشون یک طرف شهره، آگه بشه یک جایی باشه که فقط مخصوص سالمندا باشه بهتره....". (زن، ۶۷ ساله، ۸ سال سابقه بیماری)

در همین زمینه یک متخصص بیهوشی نیز عنوان می‌کرد:

"تحلی خویه که یک سری مراکز تعریف شده سالمندی باشه، یعنی به‌صورت کلینیک‌های مولتی دیسپلینری اداره بشن....". (مرد، ۵۰ ساله، ۱۷ سال سابقه کاری)

۴-۲. پشتیبانی نهادهای اجتماعی

بسیاری از سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش با مشکلات مالی متعددی مواجه بودند. در این رابطه، همکاری بیمه‌های درمانی و حمایت‌های مالی جامعه از جمله عواملی بودند که می‌توانستند مشکلات موجود در این زمینه را کمتر نمایند. در همین رابطه یک مددکار اجتماعی گفت:

"سالمندهایی هستن که راه و چاه رو بلد شدن، یکی می‌ره کارت ریاست جمهوری میاره و هزینه‌اش رو کاملاً صفر می‌کنه، یکی از نماینده مجلس نامه میاره و کارش رو انجام می‌دیم" (زن، ۴۱ ساله، ۱۲ سال سابقه کار) یک فارماکولوژیست نیز عنوان کرد که:

"دارو روز به روز داره گرون‌تر می‌شه و متأسفانه قدرت خرید سالمندان که اکثراً بازنشسته هستن کاهش پیدا می‌کنه، بیمه‌های عمومی و تکمیلی باید این رو پوشش بدن....". (مرد، ۵۸ ساله، ۳۰ سال سابقه کار)

بسیاری از اعضای گروه درمانی معتقد بودند که استفاده از کار تیمی می‌تواند از طریق مسوولیت‌پذیر نمودن افراد، حمایت آن‌ها را از یکدیگر افزایش دهد و روند مدیریت درد مزمن را تسهیل نماید. در این زمینه یک متخصص روانشناسی اظهار داشت:

"دردای مزمن توی سالمندان، باید همه جانبه در نظر گرفته بشه نه تک بعدی، این کار فقط مرتبط با روانشناس، پرستار و یا یک پزشک نمی‌تونه باشه....". (زن، ۳۴ ساله، ۴ سال سابقه کار).

یک متخصص بیهوشی نیز بیان داشت:

"مدیریت درد مزمن توی سالمندان، توجه به تمام ابعاد اموشنالو [بعد هیجانی درد]، و پرسپشنال درد [درک درد] بیمار و پشتیبانی همه جانبه هست....". (مرد، ۴۵ ساله، ۱۵ سال سابقه کار).

در مجموع دغدغه اصلی تمامی مشارکت‌کنندگان، فقدان حمایت مناسب بود که جنبه‌های مختلف مدیریت درد مزمن را در برداشت و بیانگر "حمایت همه جانبه" به‌منظور مدیریت درد مزمن در سالمندان است که می‌تواند به‌عنوان متغیر مرکزی در نظر گرفته شود. هر چند این حمایت همه جانبه در بین سالمندان، خانواده آن‌ها و اعضای تیم بهداشتی درمانی به

"تحلی وقتا، با این پا دردی که دارم برام خیلی سخته که دنبال دارو بگردم". در ادامه سالمند فوق که چهره‌اش بسیار درهم بود، نسخه دارویی را نشان داد و گفت: "برای پیدا کردن این داروها چند جا رفتم ولی پیدا نشده، الان دوباره اومدم دکتر تا یک داروی دیگه برام بنویسه....". (زن، ۶۵ ساله، ۱۰ سال سابقه بیماری)

۴-۲. مشارکت تخصص‌های مختلف

با توجه به تعدد بیماری‌های همراه و زمینه‌ای در سالمندان، ارائه مراقبت‌ها و درمان توسط یک تیم تخصصی ضروری است. یک متخصص ارتوپد در همین رابطه بیان داشت:

"مدیریت درد سالمندان نیازمند به یک آپروچ [رویکرد] تیمی داره، همکاران رشته‌های تخصصی دیگه در امر درمان باید دخالت داشته باشن و بین این‌ها هماهنگی هم باشه تا درمان به‌نحو احسن انجام بشه....". (مرد، ۵۲ ساله، ۲۵ سال سابقه کار)

۴-۳. درمان هدفمند

تحلیل داده‌ها بیانگر این بود که هدفمند نمودن سطوح مختلف درمان و مراقبت می‌تواند نتیجه مورد انتظار را مشخص نموده و از هدر رفتن زمان، انرژی و هزینه جلوگیری نماید. طبقه دیگری که از تحلیل داده‌ها حاصل شد درمان هدفمند بود که دو زیرطبقه تعیین اهداف درمانی و انتظارات منطقی و علمی از درمان، طبقه فوق را تشکیل می‌دادند.

۴-۳-۱. تعیین اهداف درمانی

داده نشان داد که تعیین هدف و نتیجه مورد انتظار از درمان می‌تواند مشکلات احتمالی موجود در فرآیند مدیریت درد مزمن را کاهش داده و در ارزیابی نتایج حاصل از درمان مفید واقع شود.

یک متخصص نورولوژی در همین رابطه بیان داشت که:

"توی درمان این مریضا باید هدف داشته باشیم، اصلاً درمان ناقصه، بی‌معنیه، توی همه چیز همین طوره....". (زن، ۴۵ ساله، ۱۵ سال سابقه کار)

۴-۳-۲. انتظارات منطقی و علمی از درمان

به‌منظور استفاده از رویکرد منطقی و علمی نمودن انتظارات سالمند و خانواده‌اش از درمان، عواملی همچون تعیین پذیرش درمانی و دادن اطمینان واقعی مشخص گردید.

یک پزشک عمومی در همین رابطه مطرح نمود که:

"باید از اول برای سالمند و خانواده‌اش توضیح بدیم و جا بنذاریم که دردشون به‌طور کامل از بین نمی‌ره ولی می‌شه اونو کنترل کرد....". (مرد، ۴۹ ساله، ۲۰ سال سابقه کار)

۴-۴. حمایت اجتماعی

بسیاری از سالمندان شرکت‌کننده در این پژوهش با مجموعه‌ای از ناتوانایی‌ها و محدودیت‌ها مواجه بودند که آن‌ها را نیازمند استفاده از خدمات نهادهای اجتماعی ساخته بود. طبقه حمایت اجتماعی نیز چهارمین طبقه‌ای بود که به‌دنبال تحلیل داده‌ها حاصل گردید که از دو زیرطبقه برخوردار از محیط پویا و پشتیبانی نهادهای اجتماعی تشکیل شده بود.

تلاش آن‌ها برای "دریافت حمایت" به منظور مدیریت درد مزمن در سالمندان است. بدین جهت، "ضرورت تأمین حمایت همه جانبه" به عنوان نظریه پژوهش حاضر و به صورت یک راهکار مناسب جهت برطرف نمودن اثرات مشکل، مطرح می‌باشد.

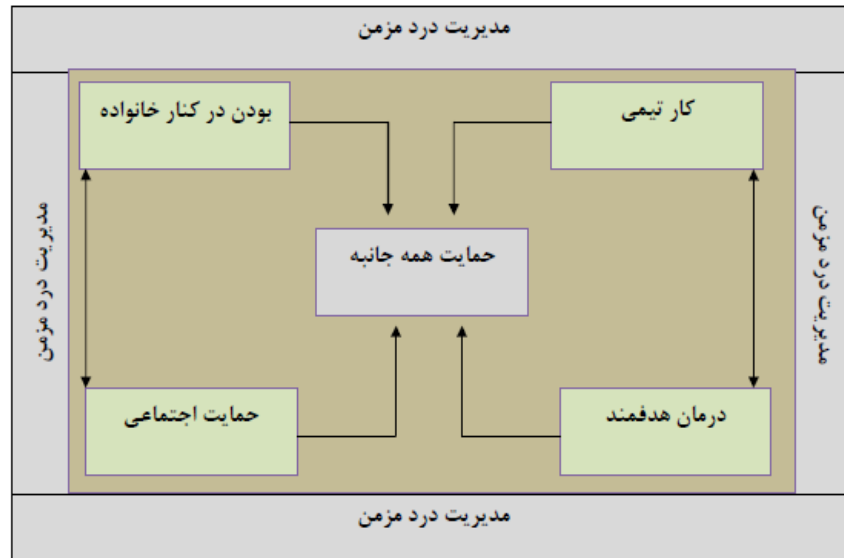
گونه‌های مختلفی خواهد بود. تمامی راهبردهای استفاده شده توسط سالمندان (تلاش برای برخورداری از حمایت خانواده و محیط پویا)، خانواده و همراهان آن‌ها (حمایت و حفظ منزلت سالمند، و کوشش جهت بهره‌مندی از پشتیبانی نهادهای اجتماعی) و اعضای تیم بهداشتی درمانی (درمان مبتنی بر سالمند، خانواده و بیماری، مشارکت تخصص‌های مختلف، تعیین اهداف درمانی، و انتظارات منطقی و علمی از درمان)، بیانگر باورها، اعتقادات و

جدول ۱: ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
جنس	مرد ۱ (۳/۴)	جنس	مرد ۱۶ (۵۳/۳)
پرستار	زن ۲ (۶/۸)	پرستار	زن ۱۴ (۴۶/۷)
تحصیلات	کارشناس ۲ (۶/۸)	تحصیلات	دپلم و پایین تر ۲۷ (۹۰)
سن (سال)	کارشناس ارشد ۱ (۳/۴)	سن (سال)	دانشگاهی ۳ (۱۰)
انحراف معیار ± میانگین	۴۲/۳۳ ± ۷/۱۲	انحراف معیار ± میانگین	۶۷ ± ۶/۴
جنس	مرد ۹ (۳۰/۶)	جنس	مرد ۱ (۳۳/۳)
پزشک	زن ۳ (۱۰/۲)	پزشک	زن ۲ (۶۶/۷)
تحصیلات	دکتر ۱۲ (۴۰/۸)	تحصیلات	دپلم و پایین تر ۲ (۶۶/۷)
سن (سال)	انحراف معیار ± میانگین ۴۵/۰۸ ± ۵/۹	سن (سال)	دانشگاهی ۱ (۳۳/۳)
جنس	مرد ۶ (۲۰/۴)	جنس	انحراف معیار ± میانگین ۴۰/۶۷ ± ۱۴/۳۶
سایر کارکنان	زن ۸ (۲۷/۲)	سایر کارکنان	انحراف معیار ± میانگین ۴۰/۶۷ ± ۱۴/۳۶
تحصیلات	کارشناس ۳ (۱۰/۲)	تحصیلات	انحراف معیار ± میانگین ۴۰/۶۷ ± ۱۴/۳۶
سن (سال)	کارشناس ارشد ۳ (۱۰/۲)	سن (سال)	انحراف معیار ± میانگین ۴۰/۶۷ ± ۱۴/۳۶
انحراف معیار ± میانگین	دکتر ۸ (۲۷/۲)	انحراف معیار ± میانگین	۴۰/۶۷ ± ۱۴/۳۶
۴۲/۷۵ ± ۱۱/۹	انحراف معیار ± میانگین ۴۲/۷۵ ± ۱۱/۹	انحراف معیار ± میانگین	۴۲/۷۵ ± ۱۱/۹

جدول ۲: روند شکل‌گیری طبقات، زیرطبقات و طبقات اولیه

طبقات	زیرطبقات	طبقات اولیه
بودن در کنار خانواده	حمایت خانواده	کمک مالی به سالمند انجام توانبخشی
درمان هدفمند	تعیین اهداف درمانی	احترام به سالمند در اولویت بودن سالمند
حمایت اجتماعی	انتظارات منطقی و علمی از درمان	توجه به ویژگی‌های سالمند توجه به شبکه‌های اجتماعی
	مشارکت تخصص‌های مختلف	تیم تخصصی همکاری بین بخشی
	تعیین اهداف درمانی	تعیین نتیجه مورد انتظار از درمان مشارکت سالمند در تعیین اهداف
	انتظارات منطقی و علمی از درمان	تعیین پذیرش درمانی دادن اطمینان واقعی
	محیط پویا	امکانات مراقبتی خدمات رفاهی
	پشتیبانی نهادهای اجتماعی	همکاری بیمه‌های درمانی حمایت‌های مالی سازمان‌ها



شکل ۱: نقشه مفهومی مدیریت درد مزمن در سالمندان

بحث

افراد خانوار و همچنین مشکلات مالی که خانواده با آن مواجه می‌باشد، توجه و مراقبت مناسبی را دریافت نکنند.

در پژوهش حاضر، استفاده از کار تیمی به‌عنوان شیوه‌ای مناسب جهت بهبود مراقبت‌های ارائه شده و رسیدن به نتیجه مطلوب مشخص گردید. در همین رابطه Unné و Rosengren (۲۰۱۳)، در مطالعه خود به استفاده از کار گروهی در مدیریت درد مزمن به‌عنوان شیوه‌ای برای بهبود و پیشرفت در کار تأکید نمودند.^{۳۰} با توجه به پیچیدگی‌های مدیریت درد مزمن، برای دستیابی به بیشترین برآیند درمانی، انجام کار تیمی ضروری می‌باشد. کار تیمی می‌تواند در حیطه‌هایی همچون تعیین ماهیت درمان و نوع اقدامات درمانی، اجرای مراقبت‌ها و پیگیری نتایج آن اجرا گردد.

یافته‌های مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد، گرچه بیشتر مراکز پزشکی از تخصص‌های مختلف برای ارائه مراقبت‌ها استفاده می‌کنند، اما تعداد اندکی از آن‌ها قادرند که یک فرآیند بین‌بخشی واقعی را اجرا نمایند.^{۳۱} در واقع یکی از محدودیت‌های استفاده از کار تیمی، دشواری هماهنگی بین‌بخشی است. به‌علاوه، در اجرای این شیوه مشکلاتی همچون عدم آگاهی اعضای گروه از نحوه اجرا، مشکلات ارتباطی، عدم تأمین رضایتمندی اعضای گروه به‌صورت منطقی، بروکراسی‌های موجود و فقدان یک مدیریت منسجم وجود دارد.

از دیگر عوامل مؤثر بر کار تیمی در سالمندان، استفاده از درمان مبتنی بر سالمند، خانواده و بیماری بود. همسو با نتایج تحقیق حاضر، Kress و همکاران (۲۰۱۵) نیز در تحقیق خود در کشور اتریش نتیجه گرفتند که به‌منظور ارزیابی، تشخیص و مدیریت همه جانبه درد مزمن، اجرای درمان مبتنی بر بیمار، ارتباط مناسب با وی و برقراری اعتماد بین بیمار و درمانگر ضروری است.^{۳۲} چنانچه نظرات، اهداف و ارزش‌های بیمار در نظر گرفته شود، می‌تواند منجر به جلب اعتماد، تشویق سالمند و خانواده برای مشارکت فعال در اجرا و پیگیری مراقبت‌ها گردد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، چهارطبقه اصلی شامل بودن در کنار خانواده، کار تیمی، درمان هدفمند و حمایت اجتماعی، حاصل شد که هر کدام تبیین‌کننده بخشی از فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندان می‌باشد. در این پژوهش مشخص شد که مدیریت مؤثر درد مزمن در سالمندان نیازمند حمایتی همه جانبه از طرف خانواده، کادر درمانی و نهادهای اجتماعی می‌باشد. Bair و همکاران (۲۰۰۹) گزارش نمودند، حمایت‌هایی که سالمندان مبتلا به درد مزمن دریافت می‌کنند، بر روی اقدامات خود مدیریتی درد مؤثر می‌باشد.^{۳۴} در مقابل، نتایج تحقیق Rosland و همکاران (۲۰۱۰) در آمریکا، بیانگر این بود که این حمایت‌ها می‌تواند گاهی تسهیل‌کننده و گاهی مانعی برای خود-مدیریتی در بیماران باشد.^{۳۷} تفاوت‌های این مطالعه با تحقیق حاضر احتمالاً به دلیل تفاوت در جامعه پژوهش و عدم توجه به تفاوت‌ها و نیازهای فردی سالمندان است.

یکی دیگر از طبقات پژوهش حاضر، بودن در کنار خانواده بود؛ به‌طوری که حضور سالمند در کنار خانواده به صورت نسبی باعث بهره‌مندی آن‌ها از حمایت‌های مختلف خانواده، کمک‌های مالی و پیگیری مراقبت‌های توانبخشی آنان گردیده بود. همسو با این یافته، Panpanit (۲۰۱۲) گزارش کرد، بیشترین حمایت مفیدی که فرد مبتلا به درد مزمن دریافت می‌کند، از طرف خانواده نزدیک خود می‌باشد.^{۳۸} سالمندان اغلب با خانواده خود احساس راحتی بیشتری می‌کنند و حمایت‌های ارائه شده از طرف آن‌ها را بهتر می‌پذیرند. از سوی Lena و همکاران (۲۰۰۹)، در مطالعه خود در کشور هند گزارش نمودند که تعداد زیادی از سالمندان برای تأمین نیازهای اساسی خود کمکی از طرف خانواده‌های خود دریافت نمی‌کنند.^{۳۹} تفاوت‌های این مطالعه با تحقیق حاضر احتمالاً به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، اعتقادی و اجتماعی شرکت‌کنندگان در پژوهش می‌باشد. به‌علاوه، بسیاری از سالمندان با وجود زندگی در کنار خانواده، ممکن است به دلیل تعداد بالای

نتایج این تحقیق نشان داد که انتظارات منطقی و علمی از درمان و دادن اطمینان واقعی می‌تواند دسترسی به درمان هدفمند را تسهیل نماید. در همین زمینه، نتایج تحقیق Weiner (۲۰۰۷) در آمریکا نشان داد که اعضای گروه درمانی به منظور دستیابی به بیشترین پاسخ درمانی در رابطه با درد مزمن، باید انتظارات واقعی از درمان در سالمند ایجاد نمایند.^۴ چنانچه در ابتدا چند عاملی بودن درد مزمن و نحوه درمان آن برای سالمند و خانواده وی مشخص شود، همکاری بیشتر آن‌ها را به دنبال خواهد داشت. از طرف دیگر وقتی سالمند به این نتیجه برسد که درد مزمن قابل کنترل است، انتظارات واقعی از درمان خواهد داشت و به سازگاری فعال و مثبت با درد خواهد رسید.

نتایج نشان داد که بهره‌مندی از حمایت اجتماعی و زندگی در یک محیط پویا می‌تواند به دلیل برخورداری از امکانات مراقبتی و خدمات رفاهی، فرآیند مدیریت درد را تسهیل نماید. Ma و همکاران (۲۰۱۵) گزارش کردند، سالمندانی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند، کیفیت زندگی پایین‌تر و دردهای جسمانی بیشتری داشتند.^{۳۸} با توجه به این که سالمندان به‌طور ویژه‌ای نسبت به استرس‌ها و بیماری‌ها آسیب‌پذیرتر هستند، حمایت اجتماعی به دلیل تأثیر بر توانایی شخص در سازگاری با درد و دیگر تجارب استرس‌زای زندگی، عملکرد روانی- اجتماعی سالمندان را تحت تأثیر قرار داده و باعث افزایش کیفیت زندگی آنان می‌گردد. این در حالی است که یافته‌های تحقیق López-Martínez و همکاران (۲۰۰۸)، نشان داد که حمایت اجتماعی بیشتر منجر به افزایش شدت درد شده است.^{۳۹} چنانچه حمایت‌های اجتماعی به‌صورت نامناسب ارائه شود، می‌تواند به‌عنوان عاملی برای تشدید رفتارهای مرتبط با درد عمل نماید؛ به‌گونه‌ای که ابراز نگرانی همسر یا خانواده به دلیل نیازهای عاطفی برآورده نشده سالمند، می‌تواند منجر به تشدید درد و ناتوانی گردد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، پشتیبانی نهادهای اجتماعی و حمایت‌های مالی جامعه که از طرق مختلفی همچون نهادهای دولتی، بیمه‌های درمانی، انجمن‌های مردم‌نهاد و خانواده‌ها ارائه می‌گردد، می‌تواند به‌عنوان یک عامل تسهیل‌کننده در مدیریت درد مزمن در سالمندان مطرح باشد. Dykstra (۲۰۱۵) در مطالعه خود بیان کرد، هرچند حمایت اجتماعی اساساً مثبت است، اما تمامی اقدامات و حمایت‌هایی که برای دیگران انجام می‌شود، مثبت و لذت‌بخش نیست.^{۴۰} به عبارتی دیگر، حمایت‌های ارائه شده زمانی بیشترین تأثیر را دارند که متناسب با نیازهای اختصاصی مددجو باشند. چنانچه افراد حمایت صحیح را دریافت نکنند، نه تنها مشکل آن‌ها برطرف نخواهد شد، بلکه ممکن است منجر به سلب آسایش و خلوت بیمار گردیده و به استقلال فردی وی آسیب برساند و در نتیجه حمایت ارائه شده را نپذیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج اشاره نمود؛ چرا که شرکت‌کنندگان مطالعه فقط مربوط به یک ناحیه جغرافیایی بودند. هرچند به‌منظور کنترل آن از راهبردهای مختلف نمونه‌گیری استفاده گردید، اما انجام پژوهش‌های مشابه در جوامع مختلف ضروری به نظر می‌رسد.

برخلاف نتایج فوق، نتایج مطالعه Denig و همکاران (۲۰۱۴) در هلند نشان داد که اجرای درمان مبتنی بر بیمار، تأثیر چندانی بر روی توانمندسازی بیماران نداشته است.^{۳۳} در توضیح تفاوت نتایج فوق می‌توان به تفاوت در جامعه پژوهش دو مطالعه اشاره نمود. به‌علاوه، یکی از عوامل اصلی در موفقیت این شیوه، آموزش و افزایش آگاهی بیماران و همچنین اعضای گروه بهداشتی و درمانی در رابطه با فرآیند درمان مبتنی بر بیمار است. از طرف دیگر ضروری است که برآیندهای هر بیمار به‌صورت انفرادی تعریف، اندازه‌گیری و مقایسه شود.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که مشارکت تخصص‌های مختلف از دیگر بخش‌های مهم کار تیمی بود. همسو با این نتایج، Kaye و همکاران (۲۰۱۴) گزارش کردند که با توجه به پیچیدگی درد مزمن در سالمندان، تشخیص و مدیریت آن اغلب نیازمند شیوه‌های چندبخشی، تخصصی و همه‌جانبه است.^{۳۴} بسیاری از سالمندان علاوه بر درد مزمن، دچار بیماری‌های زمینه‌ای حرکتی و عملکردی هستند که باعث تشدید مشکلات آنان می‌گردد. بدین جهت استفاده از تخصص‌های مرتبط با درد و سالمندی ضروری است تا اقدامات متعدد برای سالمند مبتلا به درد مزمن را ارائه دهند.

از سوی دیگر، Chen (۱۹۹۶) معتقد است، استفاده از خدمات پیچیده و تخصصی چندبخشی به‌منظور مدیریت درد مزمن در تمامی بیماران امکان‌پذیر نیست.^{۳۵} با توجه به افزایش جمعیت سالمندان و محدودیت‌هایی که نظام سلامت با آن مواجه است، ابتدا لازم است مشخص گردد کدام بیمار نیازمند استفاده از این خدمات تخصصی است. سپس بیمارانی که به درمان‌های ابتدایی پاسخ ندادند، به مراکز تخصصی چندبخشی ارجاع داده شوند تا اقدامات لازم برای آن‌ها انجام شود. به‌علاوه، این شیوه نیازمند اعمال یک رهبری تخصصی و مقتدرانه است که به‌دلیل مشارکت تخصص‌های مختلف، دشوار خواهد بود.

از دیگر موارد مطرح شده به‌منظور مدیریت درد مزمن در سالمندان، استفاده از درمان هدفمند بود. هم‌راستا با این یافته، نتایج مطالعه Reuben و Tinetti (۲۰۱۲) در آمریکا، نشان داد که درمان مبتنی بر هدف، زمانی که به‌صورت منحصر به‌فرد و بر اساس ویژگی‌های انفرادی بیماران سالمند اجرا شود، سودمند خواهد بود.^{۳۶} چنانچه از ابتدا، اهداف به‌صورت مناسبی تعیین شوند، نقشه راه به‌خوبی ترسیم شده و انتظارات واقعی و منطقی خواهند بود. از طرف دیگر اجرای این شیوه، فرآیند برنامه‌ریزی و ارائه مراقبت‌ها را از طریق تمرکز بر نتایج و برآیندهای مورد انتظار، ساده‌تر نموده و بیمار می‌تواند به اهداف اختصاصی درمان خود برسد. هر چند Jones و Martineau (۲۰۱۵) معتقدند، اجرای درمان مبتنی بر هدف در بیمارانی که مبتلا به بیماری‌های مزمن متعددی هستند، مشکل خواهد بود.^{۳۷} با توجه به چندوجهی بودن درد مزمن و مدیریت این درد در سالمندان، تعیین و هماهنگی اهداف درمانی با اهداف فردی بیماران، فرآیند پیچیده‌ای است و نیازمند آموزش تمامی اعضای گروه در شروع روند و تداوم اجرای مراقبت‌ها می‌باشد.

نتیجه گیری

مدیریت درد مزمن در سالمندان بدون دریافت کمک و حمایت از طرف منابع مختلفی که در این زمینه نقش دارند، انجام پذیر نخواهد بود. در نتیجه، شناسایی و پرداختن به شیوه‌ها و عواملی همچون حمایت همه جانبه به عنوان یک عامل تسهیل کننده جهت مدیریت درد مزمن سالمندان، ضروری خواهد بود. بازنگری در سیاست‌های کلان بهداشتی و درمانی و همچنین اتخاذ تصمیماتی برای کنترل مشکلات موجود می‌تواند به مدیریت بهتر این نوع درد و افزایش کیفیت زندگی سالمندان کمک نماید.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

منوچهر شیرازی: طراحی، اجرا و تدوین مقاله

هومان منوچهری: مشارکت در تحلیل داده‌ها و تدوین مقاله

منصوره زاغری تفرشی: مشارکت در تحلیل داده‌ها و تدوین مقاله

فرید زابری: مشارکت در تحلیل داده‌ها و تدوین مقاله

ویولت علیپور: مشارکت در تحلیل داده‌ها و تدوین مقاله

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از رساله دکتری تخصصی پرستاری در شعبه بین الملل دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی تهران به شماره مصوب ۴۲۶ کمیته اخلاق دانشگاه می‌باشد. از تمامی سالمندان و سایر شرکت کنندگان در این پژوهش به خاطر همکاری صمیمانه‌شان، نهایت قدردانی و سپاس به عمل می‌آید.

References

- Reid MC, Eccleston CH, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. *British Medical Journal* 2015; 30(7):1-10.
- Mimi MY, Ho SS. Pain management for older persons living in nursing homes: a pilot study. *Pain Management Nursing* 2013; 14(2): 10-21.
- Croft P, Blyth FM, Van der windt D. The global occurrence of chronic pain: an introduction. *Chronic pain epidemiology: from aetiology to public health*. Oxford: Oxford University Press 2010; 30:9-18.
- Weiner DK. Office management of chronic pain in the elderly. *The American Journal of Medicine* 2007; 120(4): 306-15.
- Haller K, Rosenstein B. Pain, assessment and management. *The Johns Hopkins Hospital. Interdisciplinary Clinical Practice Manual* 2001. Available from: http://www.aacn.org/WD/Palliative/Docs/pain_assessment_management_jhopkins.pdf.
- Gordon DB, Dahl JL. Quality improvement challenges in pain management. *Pain* 2004; 107(1-2): 1-4.
- Hayes K, Gordon DB. Delivering quality pain management: the challenge for nurses. *AORN Journal* 2015; 101(3): 327-37.
- Kress HG, Ahlbeck K, Aldington D, Alon E, Coaccioli S, Coluzzi F, et al. Managing chronic pain in elderly patients requires a change of approach. *Current Medical Research & Opinion* 2014; 30(6): 1153-64.
- McCarberg BH, Stanos S, Williams DA. Comprehensive chronic pain management: improving physical and psychological function (CME multimedia activity). *The American Journal of Medicine* 2012; 125(6): 1.
- Monahan FD, Sands JK, Neighbors M, Marek JF, Green CJ. *Phipps' medical-surgical nursing: health and illness perspectives*. 8th ed, Philadelphia: St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2007.
- Ersek M, Turner JA, McCurry SM, Gibbons L, Kraybill BM. Efficacy of self-management group intervention for elderly persons with chronic pain. *Clinical Journal of Pain* 2003; 19(3): 156-67.
- Pain Management Task Force Report. Providing a standardized DoD and VHA vision and approach to pain management to optimize the care for warriors and their Families. Office of The Army Surgeon General 2010; Available from: http://www.regenesishio.com/pdfs/journal/pain_management_task_force_report.pdf.
- Park J, Hirz CE, Manotas K, Hooyman N. Nonpharmacological pain management by ethnically diverse older adults with chronic pain: barriers and facilitators. *Journal of Gerontological Social Work* 2013; 56(6): 487-508.
- Bair MJ, Matthias MS, Nyland KA, Huffman MA, Stubbs DL, Kroenke K, et al. Barriers and facilitators to chronic pain self-management: a qualitative study of primary care patients with comorbid musculoskeletal pain and depression. *Pain Medicine* 2009; 10(7): 1280-90.
- Asghari A, Ghaderi N, Ashory A. The prevalence of pain among residents of nursing homes and the impact of pain on their mood and quality of life. *Archives of Iranian Medicine* 2006; 9(4): 368-73.
- Gibson SJ. Older people's pain. *Pain: Clinical Updates* 2006; 14(3): 1-4.
- Pizzo PA, Clark NM, Carter-Pokras O, Christopher M, Farrar JT, Follett KA, et al. *Institute of medicine relieving pain in America: a blueprint for transformig prevention, care, education, and research*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
- Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing*. 3th ed, Wiley-Blackwell: Oxford; 2009.
- Boswell C, Cannon S. *Introduction to nursing research: Incorporating evidence based practice*. 3th ed, Burlington: MA: Jones & Bartlett Publishers; 2014.
- Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing*. 4th ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Hodkinson HM. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age and Ageing* 1972; 1(4): 233-8.

22. Qureshi KN, Hodkinson HM. Evaluation of a ten-question mental test in the institutionalized elderly. *Age and Ageing* 1974; 3(3): 152-7.
23. Foroughan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Ghaem Magham Farahni Z, Rahgozar M. Standardization of mini-mental state examination among Iranian elderly in Tehran. *Advances in Cognitive Sciences* 2008; 10(2): 29-37. [Persian]
24. Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. *The Ochsner Journal* 2010; 10(3): 179-87.
25. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Washington, DC. Sage Publications, Inc; 2008.
26. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 7th ed, Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
27. Rosland AM, Heisler M, Choi HJ, Silveira MJ, Piette JD. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help? *Chronic Illness* 2010; 6(1): 22-33.
28. Panpanit P. Striving to maintain well-being: self-management of chronic pain by elderly people living in rural communities in North-East Thailand. [thesis]. Melbourne, Victoria University; 2012.
29. Lena A, Ashok K, Padma M, Kamath V, Kamath A. Health and social problems of the elderly: a cross-sectional study in Udupi Taluk, Karnataka. *Indian journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine* 2009; 34(2): 131-4.
30. Unné A, Rosengren K. Staff experience of pain management: An improvement in palliative care. *Pharmacy* 2013; 1(2): 119-36.
31. Stewart DG, Phillips EM, Bodenheimer CF, Cifu DX. Geriatric rehabilitation 2 psychiatric approach to the older adult 1. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2004; 85(3): 7-11.
32. Kress HG, Aldington D, Alon E, Coaccioli S, Collett B, Coluzzi F, et al. A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: change is needed. *Current Medical Research and Opinion* 2015; 31(9): 1743-54.
33. Denig P, Schuling J, Haaijer-Ruskamp F, Voorham J. Effects of a patient oriented decision aid for prioritizing treatment goals in diabetes: pragmatic randomized controlled trial. *British Medical Journal* 2014; 349(7979): 1-14.
34. Kaye AD, Baluch AR, Kaye RJ, Niaz RS, Kaye AJ, Liu H, et al. Geriatric pain management, pharmacological and nonpharmacological considerations. *Psychology & Neuroscience* 2014; 7(1): 15-26.
35. Chen PP. Multidisciplinary approach to chronic pain management. *Hong Kong Medical Journal* 1996; 2(4): 401-4.
36. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care: an alternative health outcomes paradigm. *The New England Journal of Medicine* 2012; 366(9): 377-9.
37. Jones JM, Martineau M. Goal-oriented chronic care: defining concepts and developing tools. The George Washington University; 2015.
38. Ma L, Li Y, Wang J, Zhu H, Yang W, Cao R, et al. Quality of life is related to social support in elderly osteoporosis patients in a Chinese population. *Public Library of Science One Journal* 2015; 10(6): 1-10.
39. López-Martínez AE, Esteve-Zarazaga R, Ramírez-Maestre C. Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain* 2008; 9(4): 373-9.
40. Dykstra PA. Aging and social support. In *wiley-blackwell encyclopedia of sociology*. 2nd ed, 2015. Available from : <http://hdl.handle.net/1765/77705>.

Explaining of chronic pain management process in older people: A grounded theory Study

Manouchehr Shirazi¹, Hومان Manoochehri², Mansoreh Zagheri Tafreshi³, Farid Zayeri⁴, Violet Alipour⁵

1. Nursing PhD, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
2. Assisntant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2016; 4(4): 1-11.

ABSTRACT

Background and Objective: With regard to the multi-dimensional and complex nature of chronic pain management process in the elderly, the identifying of its various aspects is essential for proper management of this type of pain. The current study aimed to explain the chronic pain management process in the elderly.

Materials and Method: This study was conducted based on grounded theory approach in health care centers of Ahvaz in 2013-2014. Participants including 62 persons consisted of 30 elderly people who were confirmed about the lack of cognitive disorders through using I.V.A.M.T.S , 3 persons of their relatives and 29 persons of health care providers. Data collection was done through using semi-structured interview, observation and field note. Data analysis was performed based on Strauss and Corbin's method of analysis.

Results: Data analysis showed that the "comprehensive support" is considered as an important and facilitating factor in the process of chronic pain management in the elderly which consists of four sub-categories as "being with family", "team work", "targeted treatment" and "social support".

Conclusion: Chronic pain Management in the elderly will not be achieved without helping of effective supportive resources. . Making appropriate decisions can be effective in order to identifying and gaining support from these sources for effective management of pain.

Keywords: *Chronic pain; elderly; pain management; grounded theory*

Correspondence:

Manouchehr Shirazi
Islamic Azad
University of
Ahvaz

Email:

shirazimanouchehr57@gmail.com

Received: 27/08/2015

Accepted: 02/11/2015

Please cite this article as: Shirazi M, Manoochehri H, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F, Alipour V. Explaining of chronic pain management process in older people: A grounded theory Study. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2016; 4(4): 1-11.