

بررسی میزان دانش و تجربه خانواده بیماران سرطانی در مورد کنترل درد

محسن حجت *

۱- کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی جهرم

E-mail: mohsenhojat@yahoo.com

* نویسنده مسئول:

چکیده

مقدمه و هدف: درمان سرطان بیشتر به سمت درمان سرپایایی تغییر یافته است و این نکته نیاز به مسئولیت‌پذیری بیشتر از سوی مراقبان و خانواده بیماران سرطانی دارد. درد یکی از علائم استرس‌زا و مزمنی است که بیمار دچار سرطان آن را تجربه می‌کند و جزء اولین نگرانی‌های مراقبان می‌باشد. دانش و تجربه خانواده بیماران سرطانی، عامل مهمی در درمان درد آن‌ها است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف، تعیین میزان دانش و تجربه خانواده بیماران سرطانی در مورد درد، طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی- مقطعی است که طی یک سال روی صد نفر از اعضای خانواده بیماران به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه درد خانواده مرکز تحقیقات سرطان کالیفرنیا (City of Hope) استفاده شد. روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه بررسی و پایایی آن نیز به کمک آزمون مجدد و پیرسون ($r=0.81$) محاسبه شد. پس از تکمیل و شماره‌گذاری پرسشنامه‌ها، تجزیه و تحلیل اطلاعات به وسیله روش‌های توصیفی و تحلیلی انجام گرفت.

نتایج: ۸۸ نفر از مراقبان بیش از دوازده ساعت در روز در کنار بیمار خود بودند، مراقبان مرد زمان بیشتری را به بیمار خود اختصاص می‌دادند. میانگین سن مراقبان ($39/98 \pm 15/22$) سال بود. ۹۰ درصد افرادی که زمان زیادتری کنار بیمار می‌مانند، سطح تحصیلات کمتری داشتند (دیپلم به پایین)، اما نمرات خوبی را از نظر دانش و تجربه در زمینه کنترل درد کسب کردند. شایع‌ترین سرطان‌ها به ترتیب عبارت بودند از: سرطان خون، ریه، لوزالمعده، استخوان، کبد و پستان، پروستات، معده و کولون. میزان دانش مراقبان ($55/31 \pm 11/84$) در حد متوسط و میزان تجربه آنها ($48/25 \pm 8/53$) در حد خوب ارزیابی گردید. در مجموع میانگین ($6/5$) برای همه مراقبان از نظر دانش و تجربه کنترل درد حاصل شد. مردها نیز نمرات بالاتری از نظر دانش و تجربه نسبت به زن‌ها کسب کردند.

نتیجه‌گیری: حمایت از آموزش مراقبان و ارتقاء سطح دانش و تجربه آنها، عامل مهمی در کنترل درد بیماران سرطانی است. با توجه به سطح دانش و تجربه مراقبان، برنامه‌های آموزش مداوم و آموزش پایه می‌تواند سطح دانش و تجربه آنان را در زمینه درمان درد سرطان ارتقاء دهد.

واژگان کلیدی: سرطان، خانواده، دانش و تجربه

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال هفدهم - شماره ۸۶
اردیبهشت ۱۳۸۹

وصول: ۸۸/۱۰/۱۰

آخرین اصلاحات: ۸۹/۳/۵

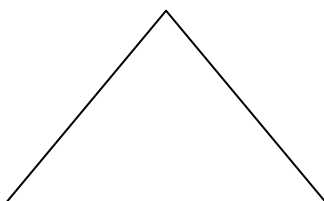
پذیرش: ۸۹/۳/۹

مقدمه:

می‌شود. دردهای درمان نشده، فشار روحی زیادی برای خانواده ایجاد می‌کند. زمانی که بیمار درد می‌کشد، اعضای خانواده او اغلب نسبت به کادر درمانی احساس خشم و عدم اعتماد می‌کنند (۱). از سوی دیگر، بیماران سرطانی نیازمند دریافت حمایت گسترده خانواده هستند (۱۱). براساس نظریه دام و ساندرز (Total Pain)، درد دارای چهار بعد فیزیکی، هیجانی، روانی و اجتماعی است که باید مد نظر قرار گیرد (۱۲). با توجه به این تئوری، خانواده بیمار می‌تواند مداخله مفیدی را برای کاهش درد انجام دهد. مقوله دردهای سرطانی یکی از مشکلات بزرگ با ابعاد جهانی است، چراکه سازمان‌های بین‌المللی چون: انجمن بین‌المللی مطالعه درد (IASP)^۱، از سال ۱۹۹۶ به بعد سمپوزیوم‌ها، سمینارها و کارگاه‌هایی را برای اطلاع‌رسانی شیوه‌های ارزیابی و درمان درد بیماران دچار سرطان برای پرستاران و پزشکان برگزار می‌کند. سازمان بهداشت جهانی نیز استانداردهایی را در زمینه ارزیابی، مراقبت و درمان درد بیماران سرطانی معرفی و برنامه‌های درمان قدم به قدم را پیشنهاد کرده است (۱۳-۱۴). بنابراین توجه روزافزون به این بیماران باید از سیاست‌های کلی بهداشت‌های علوم پزشکی به عنوان متصدیان سلامت و بهداشت جامعه باشد. تسکین درد بیماران دچار سرطان از وظایف و مسئولیت‌های مهم واحدهای درمانی - مراقبتی بیمارستان‌ها، معاونت‌های دارو و غذا و به طور کلی دانشگاه‌های علوم پزشکی به شمار می‌رود، در این بین خانواده بیماران (در مثلث درمانی) یک عامل مهم و اثرگذار هستند (۱۵).

سرطان یک مشکل بهداشتی در جهان بوده و بروز آن در مناطق مختلف دنیا متفاوت می‌باشد (۱). این بیماری در کشورهای در حال توسعه به عنوان یک مشکل بهداشتی، شایع و غیرعفونی شناخته می‌شود. در ایران نیز، به دلیل تغییر در شیوه زندگی مردم، بیماری سرطان روزبه‌روز در حال افزایش است (۲). سرطان، بیماری است که افراد جامعه را بدون توجه به نژاد، جنس، وضعیت اقتصادی یا فرهنگی؛ با اشکال و شدت‌های مختلف درگیر می‌کند. سرطان یک حادثه تنش‌زای زندگی به شمار می‌رود، که اثرات منفی آن روی کیفیت زندگی بیماران و خانواده آنان تأثیر زیادی می‌گذارد (۳). بیماران سرطانی مجموعه‌ای از علائم و ناراحتی‌های جسمی و روانی را تجربه می‌کنند که درد یکی از مهم‌ترین آن‌ها است (۴). درد بخش جدایی‌ناپذیر بسیاری از سرطان‌ها بوده و بیمار سرطانی را دچار مشکلات زیادی می‌کند. از میان تمام عوارض سرطان، درد مهم‌ترین عامل استرس‌زا برای خانواده بیماران دچار سرطان نیز محسوب می‌گردد (۵). همچنین، درد به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات مزمن این بیماران هزینه زیادی را به خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (۶). این عارضه یکی از مهم‌ترین دلایل ارجاع به مراکز درمانی است. براساس منابع معتبر، درد یکی از مهم‌ترین عوارض سرطان است که بیماران تحمل می‌کنند، درد می‌باشد. آنالیز بیش از ۳۲ مقاله نشان می‌دهد، بیش از هفتاد درصد بیماران سرطانی درد را تجربه می‌کنند (۷-۸). درد تجربه‌ای است که علاوه بر بیمار، خانواده او نیز از نظر عاطفی درگیر آن شده، تحت تأثیر قرار می‌گیرند، درد به هر اندازه که خانواده بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، کیفیت زندگی آنان را نیز کم می‌نماید (۹). بنابراین اغلب تحقیقات سرطان را به عنوان بیماری خانواده مد نظر قرار می‌دهند (۱۰). درد ناشی از سرطان علاوه بر این که آثار ویرانگری بر بیمار می‌گذارد، قسمت اعظم توان گروه درمانی و خانواده بیماران را گرفته، و به جایی می‌رسد که برای بیمار غیرقابل تحمل

بیماری و بیمار



خانواده بیمار و گروه مراقبتی

گروه درمان و ابزارهای تسکینی

خوبی اجرا کنند؟ امروزه مصرف داروهای مخدر راه انتخابی کنترل دردهای ناشی از سرطان است. اثرگذاری آن‌ها نیز تحت تاثیر دوز و داروی مناسب، شناخت عوارض، تداخلات دارویی و توالی منظم در استفاده از این داروها از سوی خانواده و مراقبان بیماران سرطانی است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف، تعیین میزان دانش و تجربه خانواده بیماران سرطانی در مورد درد، طراحی و اجرا شده است (۲۲-۲۳).

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی - مقطعی است. این مطالعه روی صد نفر از اعضای خانواده بیماران مراجعه کننده به معاونت غذا و دارو که برای دریافت سهمیه مسکن مخدر مراجعه کرده بودند، انجام شد، این افراد مسئولیت تهیه و تجویز داروی مسکن مخدر را به عهده داشتند، به عنوان وابستگان درجه یک، با بیمار در یک خانه زندگی می‌کردند. همچنین مسئولیت مراقبت از او را نیز به عهده داشتند. برای نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. افرادی که برای بیماران دیگر مانند بیماران دچار آرنمی‌داسی شکل برای دریافت مسکن مراجعه می‌کردند و فامیل درجه یک بیمار سرطانی نبودند یا مسئولیت مراقبت از بیمار را به عهده نداشتند، از مطالعه حذف شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه شانزده سؤالی مرکز تحقیقات سرطان کالیفرنیا (City of Hope) بود که به نام پرسش‌نامه درد خانواده^۱ در مجله (Post Graduate Medical Journal) سال ۱۹۹۱ از سوی دکتر Ferrell. B معرفی شده و مورد

پرستاران به عنوان در دسترس‌ترین و کارآمدترین پرسنل سیستم‌های درمانی نیز نقش مهمی را در گروه درمان به عهده دارند. کاهش درد و ناراحتی بیماران سرطانی از موارد مهم تمرکز مراقبت‌های پرستاری است (۱۶). پرستاران علاوه بر نقش مستقیم در کاهش درد، می‌توانند نقش غیرمستقیم یا آموزشی - حمایتی خود را نیز ایفا کنند. از سوی دیگر، بیماران سرطانی بیشترین زمان خود را در منزل و در کنار اعضای خانواده خود سپری می‌کنند (۱۷). بنابراین پرستار هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان باید نیازهای خانواده را هم مد نظر داشته باشند. نیاز به حمایت و کمک از طرف اعضای خانواده در ماه‌های آخر زندگی بیماران سرطانی به عنوان احساس درونی این بیماران در تمام نژادها و فرهنگ‌ها وجود دارد (۱۸). نقش خانواده برای این بیماران به عنوان یک فاکتور حمایت اجتماعی قوی به شمار می‌رود (۱۹). خانواده می‌تواند در درمان سرطان به طور مؤثری به بیمار کمک کرده، او را در مشکلات ایجادشده یا قابل پیش‌بینی همراهی کند (۲۰). از آنجا که یکی از وظایف خانواده رفع نیازهای فرد بیمار است، تسکین درد نیز به عنوان مهم‌ترین نیاز بیمار باید مورد توجه خانواده بیماران سرطانی قرار گیرد (۲۱). کنترل درد بیماران سرطانی بسیار سخت بوده، حتی گروه درمان بدون حضور، کمک و مشارکت خانواده نمی‌توانند به خوبی آن را کنترل کنند. در ایران با توجه به بافت سنتی و وابستگی درونی خانواده‌ها، می‌توان آن‌ها را به عنوان مهم‌ترین منبع امیدبخش اجتماعی، برای بیماران سرطانی معرفی کرد. اما آیا خانواده‌های بیماران سرطانی می‌توانند نقش مراقبتی خود را در زمینه‌های مختلف و به ویژه کنترل و درمان درد این بیماران به

1- Family Pain Questionnaire

براساس برگه‌های پاتولوژی موجود در پرونده پزشکی بیماران، شایع‌ترین سرطان‌ها به ترتیب عبارت بودند از: سرطان خون (سی درصد)، ریه (بیست درصد)، لوزالمعده (سیزده درصد)، استخوان (ده درصد)، کبد و پستان هر کدام (هشت درصد)، پروستات (شش درصد)، معده (چهار درصد) و کولون (یک درصد). ۹۶ نفر از مراقبان، عنوان داشتند زمان درد کنار بیمار خود می‌ماندند و سعی دارند به او کمک کنند و فقط چهار نفر گزینه ماندن اجباری کنار بیمار را انتخاب کرده بودند و هیچ یک سعی نمی‌کردند از محل خارج شده و بیمار را تنها بگذارند.

نود درصد از افرادی که زمان زیادتری کنار بیمار می‌ماندند، سطح تحصیلات کمتری داشتند (دیپلم به پایین)، اما آن‌ها نمرات خوبی را از نظر دانش و تجربه در زمینه کنترل درد به دست آوردند. سطح دانش مراقبان ($11/84 \pm 55/31$) در حد متوسط و سطح تجربه آن‌ها ($8/53 \pm 48/25$) در حد خوب ارزیابی شد. حداکثر نمره به دست آمده در حیطه دانش، ۷۸ از ۹۰ و حداقل ۲۰ بود. در حیطه تجربه نیز حداکثر نمره به دست آمده ۶۳ از ۷۰ و حداقل ۳۲ بود. میانگین دانش مراقبان ($6/11 \pm 3/32$) در حد متوسط و میانگین تجربه آن‌ها ($6/89 \pm 2/5$) در حد خوب محاسبه و در مجموع میانگین ($6/5 \pm 2/91$) برای همه مراقبان از نظر دانش و تجربه کنترل درد حاصل شد، که در حد متوسط ارزیابی می‌گردد. بهترین میانگین امتیاز در حیطه دانش مربوط به گزینه (ارتباط بین افزایش درد و بدتر شدن سرطان) ($7/22$) و کمترین میانگین امتیاز مربوط به گزینه (کاربرد درمان‌های غیردارویی برای تسکین درد) ($5/85$) بود. همچنین بیشترین میانگین امتیاز در حیطه تجربه، مربوط به گزینه (ارتباط بین درد بیمار و استرس وارده بر مراقبت‌کننده) ($8/68$) و کمترین میانگین امتیاز مربوط به گزینه (دریافت مسکن بیمار) ($3/41$) بود (جدول ۲). مراقبان زن نیز نمرات بالاتری از نظر دانش و تجربه ($56/20$) نسبت به مراقبان مرد ($50/96$) به دست آوردند (جدول ۳ و ۴).

استفاده قرار گرفته بود. در این پرسش‌نامه ۱۰ سؤال میزان دانش و هفت سؤال میزان تجربه فرد مراقبت‌دهنده را در مورد کنترل و درمان درد بیمار سرطانی مورد ارزیابی قرار می‌دادند. تمام این سؤالات به صورت درجه‌بندی لیکرتی (۰ تا ۱۰) مرتب شده بودند، ۱۰ مثبت‌ترین و ۰ منفی‌ترین دیدگاه را نشان می‌داد. جهت سؤالات نیز برای جلب دقت پاسخگویان، یک در میان متفاوت بود. برای ترجمه پرسش‌نامه از روش ترجمه واژه به واژه استفاده شد. روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه به کمک ده تن از اساتید بررسی و پایایی آن نیز به کمک آزمون مجدد و ضریب همبستگی پیرسون روی پانزده نفر ($r=0.81$) محاسبه شد. محدوده ضعیف-متوسط-خوب برای توصیف بهتر وضعیت دانش و تجربه مراقبان با توجه به کسب ۳۳-۶۶-۱۰۰ درصد نمرات پرسش‌نامه تعیین شد. تجزیه و تحلیل آماری موردنظر روی اطلاعات به دست آمده با نرم‌افزار SPSS انجام شد. برای دسته‌بندی اطلاعات و خلاصه کردن یافته‌های پژوهش از جداول توزیع فراوانی و آزمون آماری غیرپارامتریک کای دو استفاده شد.

یافته‌ها

از کل صد نفر، مراقبان بیماران سرطانی مورد مطالعه، ۵۶ نفر مرد و ۴۴ نفر زن بودند. ۶۶ نفر از آن‌ها روزانه بیش از هجده ساعت و ۸۸ نفر بیش از دوازده ساعت در کنار بیمار خود حضور داشتند، اما به طور میانگین مراقبان مرد زمان بیشتری ($6/93 \pm 19/29$) را نسبت به مراقبان زن ($7/53 \pm 17/68$) به بیمار خود اختصاص می‌دادند (جدول ۱). میانگین سن مراقبان هشتاد سال ($39/98 \pm 15/22$) سال با حداقل سن پانزده و حداکثر هشتاد سال بود. میانگین سن مراقبان مرد ($38/43 \pm 15/13$) و میانگین سن مراقبان زن ($41/95 \pm 15/27$) سال بود. در بین تمام نمونه‌ها نوزده نفر بی‌سواد، ۴۲ نفر تحصیلات زیردیپلم، ۲۹ نفر دیپلم و تنها ده نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند.

جدول شماره ۱: فراوانی زمان حضور مراقبان کنار بیمار براساس جنس

زن		مرد		ساعت حضور کنار بیمار
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۳/۶۳	۶	۷/۱۴	۴	۶-۱
۰	۰	۳/۵۷	۲	۱۲-۶
۲۲/۷۳	۱۰	۲۱/۴۳	۱۲	۱۸-۱۲
۶۳/۶۴	۲۸	۶۷/۸۶	۳۸	۲۴-۱۸
۱۰۰	۴۴	۱۰۰	۵۶	جمع کل

جدول شماره ۲: میانگین نمرات کسب شده در گویه‌های مورد بررسی

انحراف معیار	میانگین	گویه‌های مورد سنجش
۳/۳۲	۶/۱۱	دانش
۲/۷۷	۵/۸۴	۱- درد ناشی از سرطان بطور موثر می‌تواند کاهش یابد.
۳/۴۴	۶/۴۸	۲- داروهای ضددرد فقط زمانی باید استفاده شوند که درد خیلی شدید است.
۳/۳۷	۶/۷۰	۳- بیشتر بیماران سرطانی که داروهای ضددرد مصرف می‌کنند به این داروها معتاد خواهند شد.
۳/۶۸	۶/۰۱	۴- باید کمترین مقدار داروهای مسکن را بدهیم تا بیشترین مقدار آن را زمانی که درد شدید شد، استفاده کنیم.
۴/۱۱	۵/۸۱	۵- ارجح‌تر این است که دارو براساس ساعت داده شود تا براساس نیاز بیمار.
۳/۰۳	۵/۸۵	۶- درمان‌هایی علاوه بر داروها می‌توانند برای تسکین درد مناسب باشند (ماساژ، کمپرس گرم، آرامش‌سازی)
۳/۲۲	۵/۵۸	۷- داروهای تسکین‌دهنده درد می‌توانند خطرناک باشند و در تنفس اختلال ایجاد کنند.
۳/۲۷	۵/۵۶	۸- بیماران اغلب اوقات مقدار زیادی مسکن می‌گیرند.
۲/۹۸	۷/۲۲	۹- در صورتی که درد شدید شود، نشانه بدتر شدن سرطان است.
۲/۰۵	۶/۸۹	تجربه
۲/۲۵	۸/۰۱	۱۰- در طول هفته گذشته بیمار شما چقدر درد داشت.
۲/۲۳	۶/۶۳	۱۱- حالا بیمار شما چقدر درد دارد.
۲/۸۵	۳/۴۱	۱۲- بیمار شما به تازگی چقدر مسکن دریافت کرده است.
۲/۱۲	۸/۶۸	۱۳- درد چقدر استرس را بر بیمار شما وارد کرده است.
۱/۷۲	۹/۱۹	۱۴- درد بیمار شما چقدر استرس به شما وارد می‌کند.
۲/۹۴	۵/۳۳	۱۵- شما احساس می‌کنید حداکثر چقدر می‌توانید درد بیمار خود را کنترل کنید.
۳/۴	۷	۱۶- انتظار شما در مورد بیمارتان در آینده چیست.
۲/۹۱	۶/۰۵	نمره کل

جدول شماره ۳: فراوانی نمرات کسب شده در حیطه دانش براساس جنسیت مراقبین

جنس		زن		مرد	
حیطه دانش	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
خوب	۱۸	۴۰/۹۱	۱۴	۲۵	
متوسط	۲۶	۵۹/۰۹	۳۸	۶۷/۸۶	
ضعیف	۰	۰	۴	۷/۱۴	
جمع کل	۴۴	۴۴	۵۶	۵۶	

جدول شماره ۴: فراوانی نمرات کسب شده در حیطه تجربه براساس جنسیت مراقبین

جنس		زن		مرد	
حیطه تجربه	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
خوب	۲۹	۶۵/۹۱	۳۴	۶۰/۷۲	
متوسط	۱۵	۳۴/۰۹	۲۲	۳۹/۲۸	
ضعیف	۰	۰	۰	۰	
جمع کل	۴۴	۴۴	۵۶	۵۶	

جلوگیری می‌کند، می‌تواند نشانه توانمندی فرد مراقبت‌کننده در کنترل درد بیمار باشد (۲-۴). با توجه به این که پنج سؤال پرسش‌نامه در زمینه دانش مراقبان در مورد زمان، نحوه مصرف و عوارض داروهای مخدر بود و پاسخ‌های و آن‌ها در این زمینه دانش حد متوسط را نشان می‌دادند، باید عنوان کرد مواردی چون ترس از اعتیاد و دپرسیون تنفسی و اطلاع ناکافی از زمان و شیوه مصرف دارو جزو مواردی است که مراقبان نسبت به آن حساسیت داشته باشند و حد متوسط دانش با میانگین ذکر شده، انتظارات لازم در این زمینه را برآورده نمی‌کند، چراکه داروهای مخدر و مسکن با عوارض خطرناک جسمی و روانی به عنوان داروهای شایع در کشور ما استفاده می‌شوند، بنابراین دانش مراقبان باید در حیطه مکانیسم اثر، دوز، زمان و شیوه مصرف داروهای مسکن و مخدر افزایش یابد تا کیفیت مراقبت از بیماران سرطانی و احتمال بقای آن‌ها ارتقا پیدا کند. کمبود دانش و آگاهی خانواده بیماران سرطانی در مورد مکانیسم اثر، شرایط تجویز و عوارض داروهای مخدر، نکته‌ای است که در تحقیقات

به کمک تست آماری کای دو، ارتباط معنادار آماری بین سطح دانش و تجربه مراقبان با نوع سرطان بیمار مشاهده شد ($p < 0.05$). همچنین بین جنس مراقبان و سطح دانش و تجربه آن‌ها نیز به کمک آزمون کای دو، ارتباط معنادار آماری یافت شد ($p < 0.01$). بین سطح تحصیلات با دانش و تجربه مراقبان، همچنین بین زمان حضور کنار بیمار با دانش و تجربه مراقبان بیمار به کمک آزمون کای دو، ارتباط معنادار آماری مشاهده شد ($p < 0.01$).

بحث

اولین نکته قابل توجه در این مطالعه، حضور مراقبان بر بالین بیمار و سعی بر کمک به او به صورت داوطلبانه و نه اجباری در زمان بروز حملات درد بود که از سوی ۹۶ درصد پاسخگویان اعلام شد؛ این امر می‌تواند به دلیل بافت سنتی خانواده‌ها و وابستگی شدید عاطفی بین اعضای خانواده بر بالین بیمار و توجه به او باعث کاهش درد و ناراحتی بیمار شده و از ایزوله شدن بیمار

فیزیولوژیک و عدم توجه به مسائل اجتماعی-روانی و فرهنگی در کاهش درد بیماران سرطانی، می‌تواند منشاء بروز هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم چون (حذف یا کاهش درآمد، افزایش هزینه دارو، افزایش هزینه شرکت‌های بیمه و غیبت از محیط کار) برای بیماران و خانواده آن‌ها باشد و نقش مستقل بیمار و خانواده را دچار اختلال کند (۲۷).

براساس تحقیقات انجام شده، میزان استرس وارده به خانواده بیمار در اثر درد، بیش از استرس وارده به خود بیمار می‌باشد. این امر می‌تواند کیفیت زندگی بیمار و اطرافیان او را تحت تأثیر قرار دهد. در نتیجه، کنترل درد هم برای بیمار و هم برای خانواده او بسیار حیاتی می‌باشد. بنابراین دادن اطلاعات درست به خانواده بیمار، اصل مهمی در کاهش استرس و ارتقاء کیفیت زندگی آنان خواهد بود.

کاهش ندادن درد علاوه بر این که کیفیت زندگی بیمار و اطرافیان را به طور جدی دچار آسیب می‌کند، مشکلات جسمی و روحی فراوانی را برای آن‌ها به دنبال دارد. درد می‌تواند مشکلاتی چون بی‌حرکتی، ضعف ایمنی، اختلالات خواب، کاهش اشتها، وابستگی به دارو، از دست دادن استقلال، اشغال بیش از حد تخت‌های بیمارستانی، افسردگی، درون‌گرایی، خودکشی و احساس ناامیدی را برای بیمار دچار سرطان که ممکن است زمینه بروز برخی از مشکلات را داشته باشد؛ ایجاد کند. بنابراین توجه به مقوله آموزش به خانواده بیماران سرطانی باید مورد توجه قرار گیرد (۲۸).

میانگین پاسخ مراقبان در متغیر دانش در حد متوسط ارزیابی شده که نشانه نیاز شدید آن‌ها به دریافت آموزش در زمینه‌هایی چون الگوی درد بیمار سرطانی، زمان و نحوه استفاده از داروها، عوارض دارو، اعتیاد و درمان‌های غیردارویی درد است. البته تحقیقات دیگر، مانند مطالعه فراهانی نیز میزان دانش مراقبان بیماران سرطانی را در حد متوسط بیان داشته است (۳).

کسب اطلاعات و افزایش دانش مراقبان بیماران سرطانی طی دوره مراقبت، یک واکنش طبیعی خانواده

پژوهش‌گران دیگر مانند مری (۲۰۰۱) نیز مورد تأکید بوده است (۵-۲۴).

بیشتر مراقبان معتقد بودند، مصرف ضددردهای مخدر باعث وابستگی و اعتیاد خواهد شد، در صورتی که تحقیقات نشان داده‌اند، این احتمال کمتر از یک درصد است، بنابراین توجه به این نکته در آموزش مراقبان بسیار مهم است، زیرا ندانستن چنین نکته‌ای باعث استفاده کمتر یا ناکافی از داروها در زمان درد شده و این امر کیفیت مراقبت از بیمار را کاهش می‌دهد (۱-۷-۱۲-۱۳).

در مجموع مراقبان توانمندی خود را حتی با وجود داروهای مخدر برای کنترل درد در حد خوب ارزیابی نکردند، این بی‌کفایتی در درمان درد می‌تواند اثرات مخربی چون اختلال استرس پس از حادثه^۱ را برای بیمار و خانواده او به همراه داشته باشد. این نکته، باز نشانه ناکارآمدی سیستم تحویل داروی مخدر بدون ارائه آموزش کتبی و شفاهی لازم در مورد زمان و نحوه استفاده، همچنین عوارض داروهای مخدر و روش‌های مقابله غیردارویی با درد است.

نکته قابل توجه این است که اغلب پاسخگویان در مورد تأثیر روش‌های غیردارویی درمان درد، نظر ممتنع داشتند، این امر نشانه عدم استفاده یا استفاده کم از روش‌های درمان غیردارویی و محدود کردن درمان درد به دارو است، در صورتی که تحقیقات مختلف تأثیر طب مکمل (دعا، موسیقی، انرژی درمانی، آرام‌سازی) بر عوارض روانی و فیزیولوژیک بیماری سرطان (مانند درد) را تأیید کرده‌اند. هرچند بیشتر مراقبان از این روش‌ها بی‌اطلاع هستند و نگرش مثبتی نسبت به آن‌ها ندارند.

این امر شاید به دلیل بی‌اطلاعی و عدم نگرش مثبت پزشکان و پرستاران به این مقوله باشد (۴-۲۵). به نظر می‌رسد، کمبود دانش در این زمینه یک نقص بین‌المللی است، چراکه تحقیقات یان و بلک در فلوریدا نیز این نکته را تأیید می‌کند (۲۶). توجه بیش از حد به مسائل

1- Post traumatic stress disorder

این نکته به حدی مهم است که آموزش خانواده بیمار دچار سرطان در زمینه درد به عنوان یکی از اصول پروتکل مراقبتی سازمان بهداشت جهانی، مطرح شده است (۳۴-۳۵-۳۶).

نکته‌ای که باید به عنوان محدودیت این مطالعه به آن اشاره کرد، ترکیب جنسیتی مراقبان می‌باشد که امکان دارد براساس شرایط فرهنگی محیط مطالعه، اغلب آقایان برای تحویل دارو مراجعه کنند، محدودیت دیگر در نظر نگرفتن مدت بیماری به دلیل مشکل در نمونه‌گیری و زمان‌بر بودن طرح تحقیقاتی بود که باید در مطالعات بعدی به آن توجه شود.

با توجه به آزمون‌های آماری انجام شده بین متغیرهای (جنس) و (دانش و تجربه) و جداول شماره ۳ و ۴، می‌توان این‌گونه بیان کرد که مراقبان زن نسبت به مراقبان مرد از سطح دانش و تجربه بالاتری برخوردارند، هرچند این اختلاف در حیطه دانش بیشتر از حیطه تجربه است. شاید دلیل اختلاف کمتر مردان نسبت به زنان در حیطه تجربه، زمان حضور بیشتر آن‌ها در کنار بیمار نسبت به مراقبان زن است که باعث شده چنین سطحی از تجربه برای آن‌ها ایجاد شود. چراکه به کمک آزمون آماری کای دو مشخص شده که هر چه مراقبان بیشتر کنار بیمار حضور داشته باشند، به دلایل گوناگونی چون افزایش حساسیت و نیاز به تغییر رفتار (یادگیری)، سطح دانش و تجربه آن‌ها نیز بیشتر می‌شود.

با توجه به این‌که مردان زمان بیشتری را کنار بیمار حضور داشتند، اما سطح دانش و تجربه آنان کمتر از مراقبان زن گزارش شده است که این نکته شاید نشانه برقراری ارتباط مؤثرتر، یادگیری بهتر و اعتماد بیشتر به سیستم‌های حمایتی-آموزشی (رسمی و غیررسمی) مانند سازمان‌های بهداشتی و درمانی یا رسانه‌های گروهی باشد که خود موضوعی قابل تأمل و پژوهش است.

نتیجه‌گیری

با توجه به این‌که اعضای خانواده بیماران دچار سرطان از نظر دانش و تجربه در زمینه درد به ترتیب در

است. براساس مطالعات مختلف از جمله، مطالعه فرل می‌توان عنوان کرد، خانواده بیماران همیشه علاقه‌مند به کسب دانش در مورد علل بیماری و شیوه‌های درمان آن هستند. این امر نشانه وجود زمینه مناسب برای ارائه آموزش کارآمد به مراقبان خواهد بود (۹-۲۹). مطالعات سال‌های ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۶ نشان می‌دهد، چالش بزرگ اعضای خانواده بیماران سرطانی، کمبود دانش است و این افراد مدام به دنبال کسب اطلاعات از منابع مختلف هستند (۳۰).

امتیاز بالاتر مراقبان از متغیر تجربه نسبت به متغیر دانش نشانه کسب تجربه در درمان درد به دلیل حضور بر بالین بیمار است که با مرور زمان نیز این تجربه افزایش یافته، اما میزان دانش افراد تغییر زیادی نداشته است. بهترین راه ارتقاء سطح دانش و مراقبان، ارائه آموزش‌های مدون است. با توجه به بقای ۱-۵ ساله بیماران سرطانی، می‌توان اهمیت آموزش مداوم را با تأکید بر درمان‌های دارویی (مخدر، کمک کننده) و غیردارویی (طب مکمل) مهم قلمداد کرد.

علی‌رغم انتظار، در مطالعه حاضر مشاهده شد، مراقبان مرد زمان بیشتری را نسبت به مراقبان زن در کنار بیمار خود حضور داشتند. این پدیده را می‌توان ناشی از مسئولیت‌پذیری و احساس تعهد بیشتر مردان در شرایط سخت و بحرانی نسبت به خانواده دانست.

در مجموع نیز می‌توان گفت همان‌گونه که سطح اطلاعات عمومی افراد جامعه در خصوص تشخیص و درمان سرطان کم است، سطح اطلاعات مراقبان بیمار نیز در برخورد درمانی با عارضه درد بیماران سرطانی در سطح مطلوب قرار ندارد.

بین سال‌های ۱۹۹۱-۹۳ تحقیقات زیادی روی نیازهای خانواده بیماران سرطانی و آموزش به آن‌ها انجام شد، اما در فاصله سال‌های ۱۹۹۴-۹۸ با توجه به افزایش بیماری سرطان در دنیا این تحقیقات گسترش بیشتری یافت. بیشتر تحقیقات نیز به این امر تأکید داشتند که آموزش خانواده بیماران سرطانی می‌تواند در ارزیابی، کنترل و درمان درد مؤثر باشد (۳۱-۳۲-۳۳)،

منابع

- 1- World Health Organization and International Association for the Study of Pain authors. Cancer pain relief and palliative care in children. WHO. 1st. 2005.P:6-13
- 2- Rahemi SH. The importance things for cancer patient, report of quality research. Nursing research 2006;1(1):47-57
- 3- Farahani B. Safavi M. Salehi SH. A survey on care education effect on knowledge, attitude and practice of cancer caregivers' undertaken chemotherapy in hospitals affiliated TEHRAN university medical science. Azad medical university J 2004;14(2):99-103
- 4- Agebati N. Mohamadi E. Poorsmaiel Z. The effect of touch therapy on pain of female cancer patient in hospital. Gorgan university medical J 2007;9(1):36-42
- 5- Vallerand Ah. Collins B. Templin T. Hasenau S. Knowledge of and barriers to pain management in caregivers of cancer patient receiving homecare. Cancer nursing 2007; 30(1):31-37
- 6- Sadegian S. jaddidian AR. The effect of music therapy on chronic pain in patient with cancer hospital. Qazvin university medical J 2005;34(1): 42-39
- 7- Elhami F. Chronic pain nature treatment experience. 1st. Tymorzade -Tabib. 2001. P: 165-196
- 8- Swore Fletcher BA. Symptom experience of family caregivers of patients with cancer. Oncol Nurs Forum 2008; 35(2): 23-44
- 9- Ferrell B. Grant M. Borneman T. Juarez G. Teer Veer A. Family caregiver in cancer pain management. J of palliative medicine 1999;2(2):185-195
- 10- Susan H. Davis A. Mark A. Barbara K. Recognizing Cancer as a Family Disease: Worries and Support Reported by Patients and Spouses. Social Work in Health Care 1993;19(2):34-43
- 11- Lil abadi L. Nasiri F. Nazari M. Hossaini F. needs of woman with brest cancer in Tehran Hospital. Iran nursing J 2004;17(40):28-38
- 12- Lovell T W. Hassan W U. Clinic guide to pain. In translated: jafari H. jafari R. Soghra khani M. iran university medical science and health. 1st. 2003.p:1-15
- 13- Payne R. Pat R. Hill C. Assessment and treatment of cancer pain. IASP. 1st. 2005.p:7-17
- 14- Mohagegi m. pain control with narcotic drug in chronic cancer pain. Tehran university medical J 2003;2(61):95-102
- 15- Sther S. psychological impact of the phase of the cancer on the family an update review, journal of psychological oncology 1999;9(4)p:1-18
- 16- Yosefi negad A. The effect of music therapy on pain of cancer. Qazvin university medical J 2005;34(1):39-43
- 17- Najafi Gazjale T. Rahimiha F. Mohades Ardabili F. Hosaini F. The effect of massage therapy on pain of cancer patient. Iran nursing J 2003;16(33):75-82
- 18- Beccaro M. Inequity in the provision of and access to palliative care for cancer patients. BMC public health 2007; 7(4): 66
- 19- Poorgaribin T. Hoshmand P. Talasaz A. Smaieli H. Hope source and level of hope in cancer. mashhad university medical J 2003;8(4):82-87

حد متوسط و خوب ارزیابی شدند، اما سیستم‌های درمانی باید علاوه بر تأیید، تجویز و توزیع داروهای مخدر در بین بیماران سرطانی، مسئولیت آموزش خانواده آنان را نیز به عهده گرفته و مفاهیمی چون: درد، استرس و روش‌های غیردارویی مقابله با درد را با اولویت راه‌های مختلف کاهش، کنترل و درمان درد بیماران سرطانی به آن‌ها آموزش دهند. البته مسئولان و معاونان درمان و غذا و داروی دانشگاه‌ها نیز باید اهمیت این موضوع را درک کرده و از آموزش‌های ارائه شده از سوی پرسنل پرستاری برای خانواده‌ها و مراقبان بیماران سرطانی حمایت کافی را به عمل آورند. محققان پرستاری نیز باید خانواده را به عنوان یک عامل تاثیرگذار بر درک و بکارگیری شیوه‌های درمان ضد درد در تحقیقات خود مد نظر داشته باشند. از طرف دیگر، تشکیل جلساتی با حضور افراد باتجربه در زمینه کنترل درد و برقراری ارتباط بین خانواده‌های بیماران سرطانی با هدف تبادل تجربیات می‌تواند بسیار مؤثر باشد.

- 20- Hydari S. Salahshorian A. Raffie F. Hossaini F. Conception of communication relationship with quality of life in cancer patient. *Kashan university medical J* 2008;12(2):46-53
- 21- Ora G. Do Attitude Toward Cancer, Sense of Coherence and Family High Risk Predict More Psychological Distress in Women Referred for a Breast Cancer Examination?. *Journal of Psychosocial Oncology* 2003;38(2):35-46
- 22- Patricia R. Sherry B. patient and caregiver perception cancer pain control. *cancer practice* 1999;7(5): 257-261
- 23- Mary P. Development of a Home-Based Family Caregiver Cancer Education Program. *Journal of Psychosocial Oncology* 2001;15(4):19-40
- 24- Ready L. Edward W. management of acute pain a practical guide. *IASP.1ST*. 2005.P:37-63
- 25- Rafati M. pain. *Babol university medical science*. 1st.2001.p:121-133
- 26- Yoon SL. Comprehensive, integrative management of pain for patients with sickle-cell disease. *J Altern Complement Med* 2006; 12(10): 995-1001
- 27- Docherty A. Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. *Palliat Med* 2008; 22(2): 153-71
- 28- Ferrell B. Rainer M, Shapiro B, Strauss L. The family experience of cancer pain management in children. *Cancer Pract* 1994; 2(6):441-446
- 29- Peter H. A Critical Review of Supportive Interventions for Family Caregivers of Patients with Palliative-Stage Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* 2004;22(4):77-99
- 30- Andrea K. Kristin H. Emily S. Edward C. Are Family Proxies a Valid Source of Information About Cancer Patients' Quality of Life at the End of Life? A Literature Review. *Journal of Psychosocial Oncology* 2007; 2(2):1-3
- 31- Vallerand AH. Perceptions of control over pain by patients with cancer and their caregivers. *Pain Manag Nurs* 2007; 8(2): 55-63
- 32- Swore Fletcher BA. Symptom experience of family caregivers of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2008; 35(2):
- 33- Yildirim YK. Knowledge and attitudes of Turkish oncology nurses about cancer pain management. *Pain Manag Nurs* 2008; 9(1): 17-25
- 34- Zech D F. Gordon S. Lynch J. Hertel D. Lehmann K A. validation of the world health organization guidelines for cancer pain relief:A 10-year retrospective study.pain 1995;63: 65-76
- 35- World Health Organization authors. WHO Guidelines: Cancer pain relief.2nd. World Health Organization.Genova.1996:87-93
- 36- Ventafridda V. Tamburini M. Caraceni A. De conno F. Naldi F.A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer*1987;59: 850-56

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
Seventeenth Year,
No.86
April, May
2010*

Received: 31/12/2010

Last revised: 26/5/2010

Accepted: 30/5/2010

A survey of the degree of knowledge and experience of the cancer patient's family about pain control

Mohsen Hojat^{*1}

1- M.Sc. – School of Nursing, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom

E-mail: mohsenhojat@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Since cancer treatment is increasingly being provided in outpatient settings, it requires more responsibilities to be understood by cancer care-givers. Pain is one of the most frequent and distressing symptoms experienced by cancer patients and is a primary concern for the family caregivers. Knowledge and experience of the patients' family is an important factor in pain management. Therefore, this study was conducted to determine the degree of knowledge and experience of the cancer patients' family about pain.

Materials & Methods: The present study was a cross-sectional research that was done on 100 members of patients' families using convenience method within 1 year. A questionnaire called "family pain questionnaire" which was adapted from City of Hope in Cancer Research Center in California was used. The face validity and content validity of the questionnaire was examined and its reliability was concluded by test re test and Pearson method ($r=0.81$). After filling out and coding the questionnaires, data analysis was administrated by descriptive and analytic methods.

Results: Eighty eight care-givers stayed with patients more than 12 hours a day and male care-givers stayed more with their patient than females. The mean of care-givers age was 39.98 ± 15.22 years. In addition, 90% of the people who stayed more by the patients had low degree, but they got good grade in knowledge and experience in pain management. The most common cancer were: blood cancer-lung cancer -pancreas cancer -skeletal cancer -liver and Breast cancer -prostate cancer -stomach cancer and colon cancer. The rate of care-giver's knowledge was 55.31 ± 11.84 , which was moderate, and the rate of care-giver's experience was 48.25 ± 8.53 which was good. Overall, the mean of 6.5 was taken for all of the care-givers from knowledge and experience in pain management. Males got better score than females regarding the knowledge and experience point.

Conclusion: Supporting the education of care-givers and enhance their knowledge and experience is a crucial factor in cancer pain management. According to the level of knowledge and experience of care-givers, basic and continued education programs can improve their level of knowledge and experience in cancer pain management.

Key words: Cancer, Family caregivers, Knowledge and experience