

بررسی دانش و نگرش پرستاران در زمینه تسکین درد در بیماران سرطانی

نینا ممیشی* فرحناز بهروزی شاد** دکتر محمدعلی محققى*** دکتر زهرا افتخار**** زهره شهابی*****

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران می‌توانند با به کار بردن تدابیر صحیح در برطرف کردن درد بیماران سرطانی نقش مؤثر داشته باشند. این مطالعه به منظور بررسی دانش و نگرش پرستاران در زمینه مراقبت‌های مربوط به تسکین درد در بیماران سرطانی انجام شده است.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی جهت بررسی میزان دانش و نگرش ۱۱۳ پرستار شاغل در بخش‌های سرطانی در زمینه مراقبت‌های مربوط به تسکین درد (درمان‌های تسکینی) در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. ابزار مطالعه پرسشنامه‌ای شامل ۷۲ سؤال و حاوی ۳ بخش شامل: اطلاعات فردی، روش‌های ارزیابی و کنترل درد و سنجش نگرش هر یک از واحدها در ارتباط با روش‌های تسکین درد بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور کای، تی و ضریب همبستگی پیرسون و نرم‌افزار آماری SPSS، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد اکثریت پرستاران در گروه سنی بین ۲۵-۳۶ سال، زن و متأهل بوده و هیچ کدام دوره آموزش ضمن خدمت در ارتباط با تسکین درد نگذرانده‌اند. میزان دانش ۷۶٪ پرستاران در حد متوسط بود. همچنین ۸۶/۶٪ پرستاران دارای نگرش مثبت در کاهش درد بیماران بودند. از نظر آماری بین دانش و نگرش ($R=0/350$ و $p=0/000$) رابطه معنادار آماری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد پرستاران دانش کافی از روش‌های تسکین درد ندارند و تاکنون در هیچ کلاس آموزش ضمن خدمتی هم در ارتباط با روش‌های تسکین درد، شرکت نداشته‌اند.

نویسنده مسؤول: نینا ممیشی؛ مجتبی بیمارستانی امام خمینی - انستیتو کانسسر - مرکز تحقیقات سرطان
تلفن: ۶۶۹۲۳۳۹۹
e-mail: mghnm1380@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: درد، سرطان، پرستار، دانش، نگرش، درمان تسکینی

- دریافت مقاله: آذر ماه ۱۳۸۴ - پذیرش مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۵

مقدمه

درد پدیده‌ای است همگانی که هر کس در دوره زندگی خود آن را تجربه می‌کند و تجربه هر فرد کاملاً خصوصی می‌باشد (۱) درد یک تجربه ناخوشایند حسی و عاطفی است که در اثر یک صدمه بافتی واقعی یا بالقوه ایجاد می‌شود و رایج‌ترین علت مراجعه به مراکز بهداشتی است (۲).

بر اساس تعریف انجمن بین‌المللی درد: «درد چیزی است که بیمار بگوید و در هر زمانی که او اظهار کند وجود دارد». این تعریف بر ماهیت ذهنی بودن درد و کنترل آن تأکید دارد و بیمار معتبرترین فرد برای اظهار وجود درد است (۳).
درد در بسیاری از وضعیت‌های بحرانی وجود دارد و بدترین خاطره بیماران در بیماری‌ها و بحران‌های حاد، مربوط به درد می‌باشد (۴).

درد می‌تواند جنبه محافظتی، تحریک‌کننده و یا منهدم‌کننده داشته و یا ما را از وجود یک

* کارشناس تطبیق مرکز تحقیقات انستیتو کانسسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) دانشگاه علوم پزشکی تهران
** مربی گروه آموزش پرستاری بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** دانشیار گروه آموزشی جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
**** دانشیار گروه آموزشی جراحی زنان دانشگاه علوم پزشکی تهران
***** کارشناس آمار مرکز توسعه پژوهش مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) دانشگاه علوم پزشکی تهران

صدمه آشکار یا پنهان برای بدن آگاه کند و موجب یک عکس‌العمل محافظت‌کننده گردد (۵).

درد یک مکانیسم دفاعی برای بدن است و وقتی که بافتی دچار آسیب می‌شود، به وجود می‌آید (۶). سرطان از جمله بیماری‌های مزمنی است که پراکندگی آن در تمام جهان وجود داشته و احتمال ابتلا به آن برای هر فردی ممکن است (۷).

در سال ۱۹۹۶ در آمریکا ۸۷۰/۰۰۰ نفر مبتلا به سرطان بودند که در همان سال بیش از ۴۰۰/۰۰۰ نفر با تشخیص سرطان فوت کردند، یعنی یک ششم از کل مرگ و میرهای آن سال ناشی از سرطان بوده است. در آمریکا احتمال ابتلا به سرطان یک سوم کل جمعیت است و ۵۰٪ از سرطان‌ها در افراد بالای ۵۵ سال ایجاد می‌شود (۸).

در پژوهشی که رضوانی انجام داد مشخص گردید که در سال ۱۳۸۰ در ایران تعداد مبتلایان به سرطان ۲۰۶۶۵ مورد و میزان مرگ و میر ناشی از آن در نیمه دوم سال ۱۳۸۲ حدود ۲۳۵۱ نفر بوده است (۹).

سرطان دارای عوارض متعددی می‌باشد که مهم‌ترین آن‌ها درد است. هزاران بیمار سرطانی در داخل و خارج از بیمارستان‌ها از دردهای شدید ناشی از این بیماری در عذاب هستند (۱۰). احتمالاً مهم‌ترین جنبه وحشتناک بیماری سرطان در اکثر افراد تصور مرگ نیست، بلکه پیش‌بینی تداوم درد است. آنچنان که Albert Schovetzer درد را از مرگ وحشتناک‌تر می‌داند (۱۱).

شیوع درد به عنوان یک مشکل برای بیماران سرطانی حدوداً بین ۲۰ تا ۹۰٪ تخمین

زده می‌شود که به خصوص در بیماران با تشخیص سرطان‌های متاستاتیک استخوان به عنوان یک کابوس شبانه مطرح می‌گردد (۱۲).

بیش از ۵۰٪ از بیماران سرطانی درد را تجربه می‌کنند، که بیش از ۴۰٪ درد شدید و ۱۰٪ درد متوسطی دارند (۱۳).

تخمین زده می‌شود که ۶۰-۹۶٪ از همه بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته درد را تجربه کنند (۱۴). این ارقام در بیمارستان‌های ایران بسیار بالاتر است زیرا اکثر این بیماران به دلیل مراجعه دیر به مراکز درمانی مراحل انتهایی بیماری خود را در بیمارستان‌ها طی می‌کنند (۱۵).

دانش مراقبین سلامتی نسبت به اثرات فیزیولوژی درد بسیار مهم است (۱۰). پرستاران در بسیاری از بخش‌ها از جمله: بخش‌های داخلی، جراحی، واحدهای سرپایی و مراقبت در منزل با بیماران دچار درد روبرو می‌شوند و صرف‌نظر از محلی که در آن کار می‌کنند، 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).

پرستار با آرایه مراقبت‌های اولیه همراه با سایر اعضای گروه درمانی هنگام اجرای مداخلات تسکین درد و ارزشیابی اثربخشی آن‌ها، همچنین حمایت از بیمار هنگامی که مداخلات غیر مؤثر باشند، با گروه درمانی همکاری می‌کند. علاوه بر این پرستار به عنوان آموزش‌دهنده بیمار و خانواده او عمل کرده و آنان را برای انجام درمان‌های تسکینی در زمان مناسب آموزش می‌دهد (۱۷).

مطلوب نموده و بدین وسیله گام مؤثری در ارائه خدمات پرستاری برداریم.

Callahan می‌نویسد: سازمان‌ها جهت تصمیم‌گیری‌ها و تدابیر خاص از بررسی نگرش‌ها و نظرات پرسنل استفاده نموده و در ایجاد طرح‌ها و روش‌های تازه این اطلاعات و نظرات را در سازمان‌ها و برای همان پرسنل به کار گرفته و مورد استفاده قرار می‌دهند (۳).
ساعتچی تأیید می‌کند که نگرش مترادف با کلمه بازخورد است و آن را نوعی آمادگی برای واکنش نشان دادن به طریق خاص یا نوعی آمادگی عقلی در واکنش نشان دادن می‌داند (۱۹).

Mishel و همکاران نیز اضافه می‌کنند که نگرش کلیه احساسات یا مسؤولیت‌های عاطفی فرد درباره یک عقیده، نظر و ارزش است (۲۰).
سیف اظهار می‌کند: اکثر نگرش‌های ما به جای این که در نتیجه آموزش از قبل طرح‌ریزی شده، آموخته شود به طور ضمنی و اتفاقی آموخته می‌شوند و شرایطی که نگرش‌ها را شکل و تغییر می‌دهد از تولد به بعد پیوسته فرد را احاطه می‌کند و اگر کسی بخواهد رفتار شخصی را تغییر دهد ممکن است کوشش جهت تغییر نگرش وی ضروری باشد. اما از آنجایی که نگرش از اصول اولیه در ساختار شخصیت است، تغییر آن بسیار مشکل است و بهتر خواهد بود که با کوشش در تغییر رفتار، بر نگرش تأثیر گذاشته شود و تغییر در رفتار تنها منجر به تغییر در جنبه‌های عاطفی و شناختی نگرش شخص می‌شوند و این در صورتی است که چنین تغییری سیستم نگرش را به سیستم ارزشی شخص نزدیک‌تر و هماهنگ‌تر نماید (۲۱).

مراقبت از بیمارانی که از درد رنج می‌برند، نیازمند داشتن علم و هنر پرستاری است. مسؤولیت پرستاران فراهم کردن محیط راحت و مناسب برای بیماران و مشاهده و گزارش یافته‌های موجود جهت تشخیص صحیح و درمان مناسب و مؤثر است (۳). دانش پرستار از ماهیت درد و حقایق موجود در مورد تسکین درد نشان می‌دهد که کیفیت مراقبت پرستاری اثر قابل توجهی بر روی تکرار و شدت درد بیمار دارد و پرستاران به عنوان اعضای گروه مراقبتی بیشترین اهمیت را در کاهش درد بیماران دارند زیرا آن‌ها اولین حامی (Advocate) برای بیماران در کاهش درد هستند (۱۷).

نگرش: موقعیت یا رفتاری که نشان‌دهنده عمل، احساس، عقیده یا حالتی باشد که ابتدائاً در احساسات و هیجانات ایجاد می‌شود و بیان‌کننده عقاید و باور فرد است (۱۸). به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که اعمال و رفتار پرستاران در قبال مسایل مختلف مراقبتی از جمله توجه به درد بیماران، متأثر از عوامل مختلف از جمله اعتقادات، ارزش‌ها، آداب و رسوم، وضعیت اقتصادی و به طور کلی فرهنگ جامعه بوده و این عوامل ایجاد نگرش‌های مختلف در جهت موافق یا مخالف با یک موضوع را می‌نماید و از آنجا که عوامل مختلف نیز در تثبیت یا تغییر این نگرش‌ها مؤثرند، لذا با آگاهی از نگرش پرستاران نسبت به درد بیماران می‌توان در صورت لزوم عوامل مؤثر در تغییر یا تثبیت نگرش دلخواه را فراهم ساخت. آگاهی از نگرش پرستاران این امکان را به وجود می‌آورد که در صورت داشتن نگرش منفی اقدام به تغییر نگرش آن‌ها در جهت

درد حاد همراه با پروسه‌های جراحی، تروما یا بیماری‌های دیگر از جمله سرطان در بسیاری از بیماران بستری تجربه می‌شود. طبیعت درد، مزمن و پیشرونده است و می‌تواند شدید بوده و با هر گونه تفکر و عملکرد بیمار تداخل ایجاد کند و برای تحرک، اشتها، خواب و کیفیت زندگی مشکل به وجود آورد. بیماران حق دارند که درد نداشته باشند و پرستاران مسئولیت پیشگیری یا کاهش درد را به عهده دارند. در صورت کنترل کافی درد، روند بهبودی و ترمیم ارتقا می‌یابد و در صورتی که درد کنترل نشود ممکن است از ترمیم جلوگیری نموده، بهبودی را به تأخیر بیاندازد و حتی منجر به مرگ شود. گرچه بسیاری از اقدامات پرستاری از جمله تجویز داروهای مسکن، در تسکین درد مؤثر شناخته شده است، مشاهدات بالینی و تحقیقات پیشین، نارسایی‌هایی را در این زمینه به ثبت رسانده‌اند. نگرش منفی پرستاران و دانش ناکافی آن‌ها به عنوان دلایلی برای نرساندن کافی دارو به بیماران می‌باشد. با توجه به موارد یاد شده و پژوهش‌های انجام گرفته در مورد تسکین درد و نقش پرستار در به کار بردن تدابیر صحیح نسبت به برطرف کردن درد بیماران و فراهم کردن آسایش و راحتی برای آن‌ها که از درد رنج می‌برند، داشتن دانش کافی و نگرش مثبت در زمینه مراقبت‌های پرستاری از بیماران دردمند نقش مهمی دارد. نتایج این پژوهش که نشانگر میزان دانش و نوع نگرش پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در مورد مراقبت‌های پرستاری از بیمارانی که درد دارند، می‌باشد در زمینه‌های مختلف پرستاری

می‌تواند مفید واقع گردد، چنانچه Melzak می‌نویسد یکی از روش‌های افزایش دانش پرستاران در ابعاد مختلف ایجاد کمیته‌های تحقیقاتی و انجام پژوهش‌های پرستاری است تا پرستاران با واقف شدن به نقاط ضعف و قدرتشان در راه برطرف کردن اشکالات خود قدم بردارند (۲۲).

هدف این طرح دستیابی به میزان دانش و نحوه نگرش پرستاران در مورد درد و تسکین آن در بیماران سرطانی بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد تا بتوان بر این اساس به راهکارهای آموزشی و اجرایی دست یافت.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی است که به منظور بررسی دانش و نگرش پرستاران در زمینه مراقبت‌های مربوط به تسکین درد در بخش‌های مربوط به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴ انجام گردیده است. ۱۳۲ نفر پرستار در این بخش‌ها مشغول انجام وظیفه بودند و به کلیه آنان پرسشنامه تحویل گردید و از این تعداد ۱۱۳ نفر پرسشنامه را تکمیل نمودند، به همین دلیل سایر موارد از پژوهش حذف گردیدند.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای حاوی ۷۲ سؤال شامل ۳ بخش بود. بخش اول، ۱۱ سؤال مربوط به خصوصیات فردی؛ سابقه خدمت، گذراندن دوره‌های آموزش ضمن خدمت، بخش محل خدمت و منابع کسب اطلاعات درباره مفهوم درد و درمان‌های مربوطه بود.

بخش‌های داخلی سرطان، ۵۲٪ در بخش‌های جراحی سرطان و ۱۴/۵٪ در سایر بخش‌ها (مانند درمانگاه، اتاق عمل و رادیوتراپی و...) مشغول به کار بودند. ۳۸٪ از پرستاران سابقه برخورد با بیمار سرطانی را در خانواده و نزدیکان خود ذکر نمودند و ۵۳٪ هیچ‌گونه سابقه‌ای در مورد بیمار سرطانی در خانواده و نزدیکان خود نداشتند و ۹٪ به این سؤال جواب نداده بودند.

همچنین بیشترین منبع (۷۲٪) کسب اطلاعات در نمونه‌های مورد پژوهش دوران تحصیل و دانشگاه بوده و برنامه‌های آموزش مداوم و ضمن خدمت، منابع غیر رسمی اطلاع‌رسانی و رسانه‌ها در مراحل بعدی قرار دارند (جدول شماره ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی منابع کسب اطلاعات در جمعیت مورد مطالعه در سال ۱۳۸۴

درصد	تعداد	فراوانی منابع کسب اطلاعات
۴۲/۳۸	۷۲	دوران تحصیل و دانشگاه
۲۰/۴۸	۳۴	برنامه‌های آموزش مداوم و ضمن خدمت
۲۷/۷۱	۴۶	منابع غیر رسمی اطلاع‌رسانی
۷/۲۳	۱۲	رسانه‌ها
۱/۲	۲	نامشخص
۱۰۰	۱۱۳	کل

بین گروه‌های مختلف از نظر نمره دانش و نگرش ارتباط مستقیم وجود دارد (جدول شماره ۲).

نمره دانش در ۲ گروه زن و مرد با هم اختلاف معناداری نداشت. میانگین دانش افراد بر حسب وضعیت تأهل با هم اختلاف معناداری نداشت. میانگین نمره دانش افراد دارای تحصیلات لیسانس بالاتر بود. میانگین نمره

بخش دوم پرسشنامه شامل ۳۸ سؤال و مربوط به ارزیابی و کنترل درد بود، مواردی از قبیل: بررسی و ارزیابی درد (عوامل تشدیدکننده، علایم همراه و واکنش‌های جسمی مربوط به درد)، استفاده از روش‌های غیردارویی در تسکین درد و چگونگی افزایش تأثیر روش‌های تسکین درد، در رویه‌های دردناک، نحوه ارتباط مناسب با بیمار و اقدامات پرستاری در مصرف مسکن‌ها و مخدرهای تجویز شده (عوارض و منع مصرف).

بخش سوم پرسشنامه شامل ۲۲ سؤال مربوط به سنجش نگرش واحدهای مورد مطالعه نسبت به کارگیری روش‌های مختلف در تسکین درد بود.

جهت اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا، و جهت تعیین اعتماد علمی از آزمون مجدد استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (جدول فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون t -test و ضریب همبستگی پیرسون) و نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

پژوهش بر روی ۱۱۳ پرستار نشان داد که حداقل ۲۳ سال و حداکثر ۵۳ سال سن داشتند. ۸۵٪ زن و ۱۵٪ مرد، ۳۸٪ مجرد و ۶۲٪ متأهل بودند. ۳٪ فوق دیپلم و ۹۷٪ لیسانس پرستاری داشتند. دارای حداقل ۱ سال و حداکثر ۲۹ سال سابقه خدمت بودند و فقط ۳۶٪ سابقه شرکت در دوره‌های آموزش ضمن خدمت داشتند. ۳۳/۵٪ این پرستاران در

گروه‌هایی که آموزش ضمن خدمت داشته‌اند سطح نگرش مثبت‌تر بود. میانگین نمره نگرش افراد بر حسب بخش محل خدمت با هم اختلاف معناداری نداشت، اما در سایر بخش‌ها (شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و اتاق عمل) سطح نگرش مثبت‌تر بود. میانگین نمره نگرش افراد بر حسب این که با بیمار سرطانی در خانواده و یا اطرافیان نزدیک برخورد داشته‌اند یا خیر با هم اختلاف معناداری داشت ($p=0/024$). میزان نگرش افراد با سوابق کاری و سن دارای همبستگی نبود.

همبستگی بین دانش و نگرش عبارت است از $R=0/350$ که معنادار است ($p<0/00$) یعنی بین دانش و نگرش افراد ارتباط مستقیم وجود دارد و با افزایش یکی دیگری نیز افزایش می‌یابد و اگر بخواهیم یک مدل رگرسیونی برای آن‌ها پیدا کنیم داریم:

$$\text{دانش} \times 0/24 + 02/23 = \text{نگرش}$$

یا

$$\text{نگرش} \times 0/52 + 27/08 = \text{دانش}$$

یعنی اگر نمره دانش فردی را داشته باشیم و آن را در $0/24$ ضرب کنیم و سپس با عدد $02/23$ جمع کنیم نمره تقریبی نگرش فرد به دست می‌آید.

دانش افراد بر حسب وضعیت شرکت در دوره‌های آموزشی ضمن خدمت با هم اختلاف معناداری ندارند، اما متوسط میزان دانش افرادی که آموزش ضمن خدمت داشته‌اند بالاتر از میزان دانش افرادی است که آموزش ضمن خدمت نداشته‌اند ($p=0/056$). میانگین نمره دانش افراد بر حسب بخش محل خدمت با هم اختلاف معناداری دارد و میانگین نمره دانش افرادی که در سایر بخش‌های سرطانی (شیمی‌درمانی، رادیوتراپی، اتاق عمل) فعالیت می‌کند بیشتر می‌باشد ($p=0/001$). میانگین نمره دانش افراد بر حسب این که در خانواده و اقوام نزدیک خود با بیمار سرطانی برخورد داشته‌اند یا خیر با هم اختلاف معناداری نداشتند. میزان دانش افراد با هیچ‌کدام از سوابق کاری و سن دارای همبستگی نبود ($p=0/753$) ($p=0/343$). میانگین نمره نگرش زنان بیشتر از مردان بوده است اما از لحاظ آماری معنادار نبود. میانگین نگرش افراد بر حسب وضعیت تأهل با هم اختلاف معناداری نداشت. متوسط نمره نگرش افراد با تحصیلات لیسانس بالاتر بود اما از نظر آماری و میانگین، اختلاف معناداری وجود نداشت. میانگین نمره نگرش افراد بر حسب وضعیت شرکت در دوره‌های آموزش ضمن خدمت با هم اختلاف معناداری نداشت، اما در

جدول ۲: توزیع فراوانی میزان دانش در برابر نگرش در جمعیت مورد مطالعه در سال ۱۳۸۴

کل	بالا (بیشتر ۷۵)		متوسط (۵۰-۷۵)		پایین (کمتر از ۵۰)		نمره دانش نمره نگرش
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱/۸	۲	—	—	—	۱/۸	۲	منفی (کمتر از ۵۰)
۸۶/۶	۹۷	۱۰/۷	۱۲	۶۵/۲	۷۳	۱۰/۷	خنثی (۵۰-۷۵)
۱۱/۶	۱۳	—	—	۱۰/۷	۱۲	۰/۹	مثبت (بیشتر ۷۵)
۱۰۰	۱۱۲	۱۰/۷	۱۲	۷۵/۹	۸۵	۱۳/۴	کل

بحث

درد مهم‌ترین علامتی است که افراد به دلیل آن به سیستم‌های بهداشتی و درمانی مراجعه می‌کنند (۷).

درد یک احساس ناخوشایند و کاملاً ذهنی است که تنها شخص مبتلا قادر به توصیف آن می‌باشد (۱۶). Black و Jacobs درد را یک احساس ناخوشایند می‌دانند که انسان تلاش می‌کند تا خود را از آن دور کرده یا رها سازد (۲).

یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن که باعث وقوع دردهای شدید و طولانی مدت در بیماران می‌شود، سرطان است (۲۳). هدف از درمان سرطان بهبودی، کنترل و تسکین علایم است (۱۴). استفاده از دارو درمانی یکی از روش‌های متداول درمان درد سرطان محسوب می‌شود. با مطالعه‌ای که توسط Max در بیمارستان Mouty شهر نیویورک انجام شد، مشخص گردید که مصرف ضد دردهای تجویز شده توسط پزشکان کافی نبوده و اغلب بیماران به علت درمان ناکافی حتی پس از تجویز نارکوتیک‌ها از دردهای ملایم تا شدید رنج می‌برند (۲۴). علل متعددی را برای درمان نامناسب درد سرطان ذکر می‌کنند که عبارتند از: توانایی بررسی و شناخت درد وجود ندارد، روش‌های جدید درمان درد شناخته شده نیست، تنها به افزایش دادن عمر بیمار توجه می‌شود در حالی که به تسکین درد و رنج بیمار توجه نمی‌شود، روابط پزشک و بیمار نامناسب است، انتظارات بیمار نامحدود است، دسترسی به موادمخدر مقدور نیست و ترس از تضعیف تنفسی و اعتیاد دارویی وجود دارد (۱۱).

همچنین در بیشتر موارد پزشکان دستور تجویز مسکن را به صورت PRN (در صورت لزوم) در دستورات دارویی بیماران می‌نویسند اما درک پرستاران از درد بیماران به منظور تصمیم گرفتن جهت تجویز این داروها بسیار مهم است (۱۳).

پرستار عضوی از گروه بهداشتی - مراقبتی است که مسؤلیت مهمی در تسکین و برطرف کردن درد بیماران دارد (۲۵).

نظر به این که در میان افراد گروه بهداشتی درمانی، پرستار تنها کسی است که بیشترین وقت خود را با بیمار صرف می‌کند به همین دلیل مسؤلیت بسیار حساسی دارد. سهم پرستار در مراحل بررسی درد مهم و حساس است با جمع‌آوری، ثبت و مستند کردن و ارزشیابی داده‌ها در مورد درد بیمار می‌تواند با ارایه تدابیر خاص پرستاری برای کنترل درد، به بیمار کمک کند (۱).

در تسکین درد داروهای مخدر و غیرمخدر نقش مهمی دارند و پرستار باید با آن‌ها آشنایی کامل داشته که تکرار مصرف داروها را با مراقبت پرستاری صحیح به حداقل برساند (۲۶).

مصرف مسکن‌ها تنها راه تسکین درد بیمار نیست ولی چون درد بیمار را بدون اثر گذاشتن بر آگاهی او تغییر می‌دهند به عنوان قابل قبول‌ترین، مؤثرترین و سریع‌ترین روش‌های تسکین درد که در شرایط گوناگون در دسترس هستند. دانش پرستار از انواع قابل دسترس و نحوه اثر و اثرات سوء مسکن‌های قابل مصرف ضروری است (۲۷).

پرستار با بررسی و قضاوت صحیح درد بیمار، می‌تواند در تسکین یا کنترل درد به او

کمک نماید و مداخلات مناسب را به اجرا در آورد (۱۶).

با توجه به نقش مهم پرستار در کنترل و تسکین درد بیماران سرطانی لازم است که پرستاران دانش و مهارت‌های حرفه‌ای لازم در زمینه تسکین درد به خصوص در بیماران سرطانی را فرا گرفته و با طی دوره‌های آموزشی خاص در این روند باعث کاهش درد و رنج و ارتقای هر چه بیشتر کیفیت زندگی بیماران سرطانی گردند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که دانش پرستاران در حد متوسط می‌باشد. نتیجه تحقیق Van niekerk و Martin در مورد دانش پرستاران تاسمانیایی از درمان درد نیز نشان داد که میزان دانش پرستاران در حد متوسط بوده و خصوصاً پرستاران در مورد اطلاعات جدید در مورد درمان‌های دارویی درد دانش کمتری داشتند (۲۸).

Lai و همکاران نیز در تایوان به این نتیجه رسیدند که سطح دانش پرستاران درباره درمان درد، متوسط است و نیاز به آموزش قوی‌تر در مورد درد به پرستاران در تایوان وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد ویژگی‌هایی مانند میزان تحصیلات و گذراندن دوره‌های آموزش ضمن خدمت و اشتغال به کار در بخش‌های شیمی درمانی (تجربه کاری) بر روی دانش و نگرش پرستاران تأثیر دارد (۲۹).

نتایج تحقیق Hamlow و Kastma در دانشگاه کالیفرنیا در مطالعه‌ای جهت تعیین پایه

دانش پرستاران در مورد بیماران سالمندی که دردهای مزمن طولانی مدت داشتند، تأییدکننده نتایج مطالعه حاضر می‌باشد که آموزش مداوم و گذراندن دوره‌های آموزش ضمن خدمت، تجربه و سن پرستاران، عامل مهمی در درمان درد است (۳۰).

از طرف دیگر مطالعه Sloan و همکاران در دانشگاه کنتاکی در درمان درد بیماران سرطانی و پرستاران مراقبت‌کننده در منزل، نتایجی مغایر تحقیق ما داشت و نتایج نشان داد هیچ تفاوت معناداری بین تجربه، طول مدت کار در مراکز مراقبتی و مدرک تحصیلی پرستاران، از نظر تسکین درد بیماران سرطانی وجود ندارد (۳۱).

نتایج تحقیق نشان داد که میزان دانش، گذراندن دوره‌های آموزشی ضمن خدمت و تجربه کاری بر روی نگرش مثبت پرستاران در زمینه تسکین درد تأثیر دارد و مطالعه Furstenberg و همکاران در ایالت همپشایر تحت عنوان دانش و نگرش پرسنل مراقبتی بهداشتی در مورد درمان درد سرطان، نیز بیانگر آن است که نیاز مداوم به برنامه‌های آموزشی وسیع در مورد درمان درد در سرطان وجود دارد (۳۲). با توجه به یافته‌های بررسی حاضر، پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند جهت افزایش دانش و نگرش پرستاران در زمینه مراقبت‌های مربوط به تسکین درد، به خصوص در بخش‌های سرطانی، لزوم برگزاری دوره‌های آموزش ضمن خدمت و همچنین استفاده مناسب از پرستاران با تجربه و با تحصیلات بالاتر در کنار پرستاران جوان و کم‌تجربه لازم و ضروری است، تا مانع

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت مالی مرکز تحقیقات سرطان انستیتوکانسر دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد و جا دارد از کمک همکاران این مرکز به خصوص سرکار خانم دکتر نحوی جو قدردانی گردد. در پایان از کلیه پرستارانی که مساعدت‌های لازم را جهت انجام این مطالعه فراهم آوردند تشکر و سپاسگزاری می‌نماییم. همچنین از راهنمایی‌های ارزنده سرکار خانم منجمد و خانم باروق و خانم دکتر پارسایکتا و آقای دکتر مظلوم در طول این تحقیق کمال تشکر را داریم.

فراموشی مطالب شده و در نتیجه منجر به خطای کمتر پرستاری و در نهایت کاهش آسیب‌های جدی و غیرقابل جبران به مددجویان شود. فراهم کردن امکانات، تجهیزات و تأمین نیروی انسانی لازم نیز می‌تواند موجب افزایش نگرش مثبت پرستاران و در نهایت افزایش رضایت بیماران سرطانی شود.

این مطالعه می‌تواند نقطه شروعی برای پژوهش‌های بعدی در سایر رشته‌های علوم پزشکی در درمان‌های تسکینی در بیماران سرطانی باشد.

References

- 1 - Bockrath M. Fundamentals pain. Edited by carey K.W. Pennsylvania: spring house; 1985. P. 6-19.
- 2 - Black JM, Hawks JH. Medical surgical nursing: clinical management for positive out comes. Philadelphia: Saunders Co; 2005.
- 3 - Callahan RE. Understanding organizational Behavior a managerial view points. Merrill publishing Co; 1986.
- 4 - Stanik- Hutt JM. Pain management in the critically III. 2003; 23(2): 99-102.
- 5 - Robert S. Relaxation and visualization techniques in patient with breast cancer. Nursing Times. 2003; 9(3): 44-46.
- 6 - Sharon A. Cancer care. Forth edition. St. Louis: Mosby Co; 2000.
- 7 - Clark D, Flanagan J, Kendrick K. Advansing Nursing practice in cancer and palliative care, New York: Macmillan; 2001.
- 8 - International Association for the study of pain (IASP) 1999. http://www.halcyon.com/iasp/nursing_toc.html.
- ۹ - رضوانی محسن. سرطان، رنج بی‌پایان، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۸۳.
- 10 - Hanington A. Psychiatric management of cancer pain. St. Louis: Mosby Co; 2003.
- 11 - Flangman F. Medical complication in cancer patient. London: Spring House; 1999.
- 12 - Donovan MI. Cancer care nursing second edition. New York: Lippincott Co; 1996.
- 13 - Thio Crass M. Cancer and a daptation. Philadelphia: Lippincott; 2002.
- 14 - Smeltzer A, Baire C. Medical surgical nursing. tenth edition. Philadelphia: Lippincott Co; 2004.
- ۱۵ - معصومی شیرین. راه‌های مقابله با سرطان، کرمان: انتشارات اطلاعات، ۱۳۸۰.
- 16 - Phipps WJ, Monahan FD, Sands JK, et al. Medical surgical nursing, fifth edition. St. Louis: Mosby Co; 2003.
- 17 - Varrichio CG, Ades TB, Hinds PS, et al. A cancer source book for nurses. eighth edition. American cancer society 2004, Jone and Barlett publisher. Co.
- ۱۸ - امینی محمدرضا. بررسی نگرش مربیان کارشناسی ارشد پرستاری شاغل در دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت و درمان شهر تهران نسبت به تحقیق پرستاری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۶۹.
- ۱۹ - ساعتچی محمود. اصول روان‌شناسی، جلد اول، تهران - انتشارات امیرکبیر، ۱۳۶۲.
- 20 - Mishel PH, Lonstan A. Concepts basic to nursing. New York: McGraw & Hill. Co; 1981.

- ۲۱ - سیف علی اکبر. شرایط یادگیری، ترجمه نجفی زند، انتشارات رشد، چاپ اول، پاییز ۱۳۶۸.
- 22 - Melzak D. Pain in metastatic breast cancer. St. Louis: Mosby Co; 1999.
- ۲۳ - فرزانی رضا. شناخت سرطان، تهران: کتاب ماد، ۱۳۸۰.
- 24 - Maxx M. Using of analgesics in pain relief. Nursing Research. 2003; 40(9): 300.
- 25 - Jacox AK. Pain: a source book for nurse and other professionals. Boston: little Brown and Co; 1978.
- 26 - Murray, Malind. Fundamentals of Nursing. New York: Prentice-Hall Co; 1979.
- 27 - McCaffrey M. Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? Journal of Pain and Symptom Management. 1997; 3(14): 175-188.
- 28 - Van Niekerk LM, Martin F. Tasmanian Nurse's Knowledge of pain management. International of Nursing Studies. 2001; 38: 141-152.
- 29 - Lai YH, Chen ML, Tsai LY, et al. Are nurses prepared to manage cancer pain? A national survey of nurses knowledge about pain control in Taiwan. Journal of Pain and Symptom Management. 2003; 5(26): 1016-1025.
- 30 - Kasma DL, Hamlow S. Elderly pain assessment and pain management knowledge of long-term care nurses. Pain Management Nursing. 2000; 3(1): 88-95.
- 31 - Sloan PA, Vanderveer BL, Snapp JS, et al. cancer pain Assessment and management recommendations by Hospice Nurses. Journal of Pain and Symptom Management. 1999; 2(18): 103-110.
- 32 - Furstenberg Ch.T, Ahles TA, Whedon MB, et al. Knowledge and Attitudes of Health care providers Toward cancer pain management: A comparison of physicians, Nurses, and pharmacists in the state of New Hampshire. Journal of Pain and Symptom Management. 1998; 6(15): 335-349.