

ارتباط نحوه نگرش نسبت به تسکین درد با دریافت مسکن و شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان

طاهره نجفی قزلجه* آغافاطمه حسینی**

چکیده

زمینه و هدف: علی‌رغم پیشرفت‌های حاصل در زمینه کاهش درد سرطان، هنوز بسیاری از بیماران به طور غیر ضروری درد را تجربه می‌کنند. در میان عوامل مختلف، احتمالاً انواعی از نگرش بیمار در مورد درد، از موانع کنترل مؤثر درد است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط نحوه نگرش نسبت به تسکین درد با دریافت مسکن و شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفته است. **روش بررسی:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی در مورد ۲۰۰ بیمار مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مراکز سرطان بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۸۷ صورت گرفت. مشخصات زمینه‌ای و نحوه نگرش نسبت به تسکین درد با استفاده از پرسشنامه ترجمه شده و شدت درد با استفاده از مقیاس دیداری تعیین شد. نتایج حاصل توسط آزمون‌های *t* مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: حدود ۷۰٪ از نمونه‌ها مسکن مصرف می‌کردند و از این تعداد ۷۰٪ مسکن مخدر نیز دریافت می‌کردند. ۴/۳۴٪ بیماران یک بار، ۱/۲۹٪ دو بار و بقیه سه بار در روز مسکن دریافت می‌کردند. شدت درد در ۲۴ ساعت گذشته در ۵/۴۳٪ بیماران خفیف و در ۳۲٪ آنان متوسط بود. نگرش‌های تمایل به تحمل درد و کنترل درک شده بر درد، با دفعات مصرف مسکن و شدت درد در ۲۴ ساعت گذشته و همچنین نگرش اعتیادآور بودن مسکن با نوع داروی مصرفی ارتباط داشت ($p=0/03$). علاوه بر این، مصرف مسکن با نگرش ترس از تزریق دارو ارتباط داشت ($p<0/001$).

نتیجه‌گیری: بسیاری از بیماران مورد مطالعه دارای نگرش‌هایی نسبت به تسکین درد و دریافت مسکن بودند که مانع تسکین درد آنان می‌شد.

نویسنده مسئول:
طاهره نجفی قزلجه؛
دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه علوم
پزشکی تهران
e-mail:
najafi_t@tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: بیماران مبتلا به سرطان، دریافت مسکن، شدت درد، نگرش نسبت به تسکین درد

- دریافت مقاله: شهریور ماه ۱۳۹۰ - پذیرش مقاله: دی ماه ۱۳۹۰

مقدمه

درد شایع‌ترین علامت در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد که می‌تواند بر عملکرد و کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر بگذارد (۱). درد سرطان ممکن است به علت آسیب‌شناسی، پیشرفت و متاستاز بیماری، رشد تومور و یا روش‌های تشخیصی و درمانی ایجاد شود

(۲ و ۳). در بررسی سیستماتیک شیوع درد سرطان از سال ۱۹۶۶ تا ۲۰۰۵ مشخص گردید که ۶۴٪ بیماران در مرحله انتهایی، ۵۹٪ حین درمان، ۳۳٪ به دنبال درمان درد را تجربه می‌کنند. ۵۰٪ بیماران مبتلا به سرطان در تمام مراحل این بیماری و بیش از ۷۵٪ در مراحل پیشرفته درد را تجربه کرده و بسیاری از آن‌ها درد متوسط تا شدید دارند (۴). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (۵) درد سرطان در

* مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** مربی گروه آموزشی آمار حیات دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

محدودیت‌های مؤسسات و مراکز درمانی در مصرف مخدرها از جمله موانع مربوط به نظام بهداشت و درمان است (۱۱ و ۱۲).

در مروری بر متون مطالعه‌ای در این زمینه در ایران یافت نشد. مطالعات محدود انجام شده در سایر کشورها نشان می‌دهد که آگاهی کم بیمار درباره درد، عدم گزارش درد و انواع نگرانی‌ها و نگرش‌ها درباره درد و داروها می‌تواند مانع تسکین مؤثر درد شود (۱۱، ۱۴ و ۱۵). بدین جهت ضروری است که مطالعات بیشتر جهت درک بهتر نگرش‌های بیماران نسبت به درد و روش‌های تسکین درد صورت گیرد (۱۵).

از آنجا که پرستاران در فراهم نمودن راحتی و تسکین درد بیماران نقش اساسی دارند، انجام مطالعه جهت شناخت بهتر نگرش‌های بیماران نسبت به درد و روش‌های تسکین آن، به منظور تدوین برنامه‌های تسکینی و مداخله‌ای مؤثر، ضروری است (۱۲). بنابراین هدف از این مطالعه تعیین ارتباط نحوه نگرش نسبت به تسکین درد با دریافت مسکن و شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مراکز کانسر بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۸۷ بوده است. حجم نمونه بر اساس آمارهای موجود در مقالات و مطالعه مقدماتی صورت گرفته در مورد ۱۰ بیمار با توان آزمون ۸۵٪ تعیین شد. مطالعه در مورد ۲۰۰ بیمار مبتلا به سرطان

کشورهای در حال توسعه، به ویژه به دلیل تشخیص دیررس بیماری بسیار شایع می‌باشد. علی‌رغم پیشرفت‌های حاصل در روش‌های تسکین درد، بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان درد بسیار شدیدی را تحمل می‌کنند. گزارش شده است که از هر دو بیمار مبتلا به سرطان یک بیمار با مشکل عدم تسکین درد مواجه است (۶). به طور متوسط ۷۰٪ موارد درد سرطان به اندازه کافی تسکین نمی‌یابد (۷-۱۰). درد واقع‌ای تنش‌زا است که می‌تواند شیوه زندگی، احساس رضایت و راحتی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد و موجب رنج و ناراحتی، از دست دادن کنترل، خستگی و اختلال در کیفیت زندگی، فعالیت جنسی، روابط فردی، مفهوم زندگی، عملکرد فرد، خواب و انجام فعالیت‌های روزانه شود (۱۱ و ۱۲). بنابراین ضروری است که درد سرطان در مراحل ابتدایی شناسایی شده و تسکین یابد. در این بین مهم است که موانع تسکین مؤثر درد مشخص و با تدابیر مناسب رفع شود (۵).

موانع کنترل مؤثر درد سرطان را می‌توان در مراقبان بهداشتی، بیمار و نظام بهداشت و درمان جستجو کرد. موانع مرتبط با بیمار شامل نگرش‌ها درباره درد و مصرف داروهای مسکن و کمبود آگاهی می‌باشد (۱۱-۱۳). نگرش‌هایی همچون اعتیادآور بودن داروهای مسکن و بیمار خوب بودن می‌تواند مانع مصرف کافی دارو و انجام اقدامات تسکینی شود (۱۳). مسایل مرتبط با مراقبان بهداشتی شامل ارزیابی ناکافی درد و کمبود دانش در مورد روش‌های مدیریت درد و مفاهیم مهمی همچون اعتیاد می‌باشد (۱۲). همچنین

مشکل و تفاوتی مشاهده نشد. سپس کمیته‌ای متشکل از ۵ نفر (متخصص در روش‌شناسی، مفاهیم مورد بررسی و ترجمه متون) نسخه اولیه پرسشنامه را با توجه با ترجمه‌های صورت گرفته تهیه کردند. روایی و پایایی نسخه اولیه پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت.

جهت بررسی روایی محتوا، ابزار به ده نفر از اعضای هیأت علمی صاحب نظر در پژوهش، موضوع درد و بیماری‌های سرطان داده شد و به دنبال اعمال نظرات اصلاحی آن‌ها روایی محتوای آن تأیید گردید. همچنین با ارایه ابزار به ۱۰ بیمار مبتلا به سرطان روایی صورتی آن تعیین شد. بیماران مزبور ابزار را تکمیل کردند و سپس با آن‌ها در اتاقتشان و به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه مصاحبه انجام گرفت. از آن‌ها درباره افکار و احساسات‌شان در مورد ابزار گردآوری داده‌ها پرسیده شد. بیماران مزبور ابزار پژوهش را روشن و قابل فهم توصیف نمودند و در تکمیل آن با مشکلی مواجه نشدند.

جهت بررسی پایایی از آزمون مجدد استفاده شد. ابزار دو بار با فاصله یک هفته (این فاصله زمانی بر اساس مقالات موجود در این زمینه تعیین گردید) به ده بیمار مبتلا به سرطان و دارای شرایط ورود به مطالعه داده شد. مقایسه نتایج این دو آزمون با استفاده از ویلکاکسون نشان داد که تفاوت معنادار آماری بین آزمون و آزمون مجدد وجود ندارد ($p=0/20$). همچنین جهت تعیین پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد ($\alpha=0/85$). آلفای کرونباخ $0/85$ نشان‌دهنده ثبات داخلی خیلی خوب ابزار

تحت شیمی درمانی و پرتو درمانی که در ۲۴ ساعت قبل درد داشتند، انجام یافت. این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

روش‌های گردآوری اطلاعات در این پژوهش مصاحبه و مطالعه پرونده بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل برگه بررسی مشخصات جمعیت‌شناختی (ده سؤال) و مصرف مسکن (۳ سؤال برای بررسی دریافت، نوع و دفعات مصرف مسکن)، پرسشنامه نگرش نسبت به تسکین درد (۱۶) و مقیاس عددی درد بود.

پرسشنامه نگرش نسبت به تسکین درد شامل سی و یک گویه است که بیماران نظر خود را در مورد هر یک از عبارات مربوط بر روی مقیاس پنج درجه‌ای از کاملاً موافق (۱) تا کاملاً مخالف (۵) مشخص می‌کردند.

برای سنجش شدت درد در ۲۴ ساعت گذشته، از مقیاس عددی به صورت خط کش ۱۰۰ میلی‌متری و دارای کلمات توصیفی استفاده شد که یک طرف آن فقدان درد (۰ میلی‌متر) و طرف دیگر درد شدید و غیر قابل تحمل (۱۰۰ میلی‌متر) است. نمرات در سه دسته درد خفیف (≤ 40)، متوسط (۷۰-۴۱) و شدید (۱۰۰-۷۱) طبقه‌بندی شد.

پرسشنامه نگرش نسبت به تسکین درد با استفاده از روش ترکیبی ترجمه شد (۱۷). در ابتدا پرسشنامه توسط سه مترجم از انگلیسی به فارسی ترجمه شد. پس از توافق نظر بین مترجمان درباره ترجمه کلمات و عبارات، دو مترجم دیگر و ناآشنا با پرسشنامه اصلی، نسخه فارسی را به انگلیسی ترجمه نمودند. در بررسی نسخه ترجمه برگردان و نسخه اصلی

گردآوری داده‌ها می‌باشد (۱۸). بنابراین ابزار گردآوری داده‌ها از روایی و پایایی مناسب جهت استفاده در پژوهش حاضر برخوردار بوده است.

پس از ارایه معرفی‌نامه رسمی به مسؤولان محیط پژوهش و جلب موافقت آن‌ها، با مراجعه به بخش‌ها، بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب شدند. در مورد اهداف پژوهش و نحوه انجام کار به هر یک از آن‌ها توضیحات کافی ارایه و رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها اخذ شد. همچنین ذکر گردید که اطلاعات آن‌ها محرمانه و بی‌نام حفظ خواهد شد و شرکت یا عدم شرکت در مطالعه تأثیری بر روند درمانی آن‌ها نخواهد گذاشت. با پرسش از بیماران در مورد قسمت‌های مختلف پرسشنامه، پاسخ‌های آن‌ها ثبت می‌شد. شدت درد به وسیله مقیاس عددی (خط کش ۱۰۰-۰ میلی‌متری) توسط بیمار مشخص شد. گردآوری داده‌ها ۶ ماه به طول انجامید.

نرمال بودن متغیرها با استفاده از آزمون kolmogorov-smirnov بررسی شد و با توجه به توزیع نرمال آن‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی و استنباطی (تحلیل عاملی با روش چرخش واریماکس، آزمون t مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و شفه) در نرم‌افزار کامپیوتری SPSS v.14 استفاده شد و p کم‌تر از ۰/۰۵ معنادار تلقی گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه ۵۲٪ بیماران مرد، ۶۷٪ متأهل، ۳۵٪ بی‌سواد و از نظر نوع درمان ۶۶٪

تحت شیمی درمانی بودند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران $۴۵/۶۳ \pm ۱۵/۲۸۲$ بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه را بر حسب نحوه نگرش نسبت به تسکین درد نشان می‌دهد. در تحلیل عاملی با استفاده از روش چرخش واریماکس شش بعد اصلی نگرش نسبت به تسکین درد مشخص شد. از سی و یک گویه نگرش نسبت به تسکین درد، نه گویه «تمایل به تحمل درد»، شش مورد «نگرش نسبت به ابعاد جسمی درد»، هشت گویه «نگرش نسبت به ابعاد روانی درد»، سه مورد «اعتیادآور بودن مسکن‌ها»، سه گویه «کنترل درک شده بر درد» و دو مورد «ترس از تزریق» بود.

حدود ۷۰٪ بیماران مورد پژوهش مسکن مصرف کرده و از این بین ۷۰٪ مسکن مخدر مصرف می‌نمودند. از نظر دفعات مصرف داروی مسکن در روز، $۳۴/۴$ ٪ آنان یک بار، $۲۹/۱$ ٪ دو بار و $۲۸/۵$ ٪ سه بار در روز مسکن مصرف می‌کردند. میانگین و انحراف معیار دفعات مصرف $۲/۱۳ \pm ۱/۰۷$ بار در روز بود. از نظر زمان مصرف داروی مسکن، بیشترین درصد بیماران ($۵۲/۳$ ٪) با افزایش شدت درد مسکن مصرف می‌نمودند. $۲۶/۵$ ٪ افراد هم‌زمان با شروع درد و $۲۱/۲$ ٪ قبل از شروع درد در ساعات معین مسکن مصرف می‌کردند.

نگرش تمایل به تحمل درد در دو گروه با و بدون دریافت مسکن ($p < ۰/۰۰۱$ و $t = ۴/۰۶۴$) اختلاف معنادار آماری داشت. نگرش اعتیادآور بودن مسکن‌ها با نوع داروی مصرفی (مخدر و غیر مخدر) ارتباط معنادار آماری داشت

(۷۰-۴۱) بود. نگرش تمایل به تحمل درد با نمره شدت درد در ۲۴ ساعت گذشته ارتباط معنادار آماری داشته است ($p=0/039$ و $F=3/298$). علاوه بر این، با نمره شدت درد در ۲۴ ساعت گذشته ارتباط معنادار آماری داشت ($p<0/001$ و $F=8/675$). سایر عوامل نگرشی نسبت به تسکین درد با شدت درد در ۲۴ ساعت گذشته ارتباط معنادار آماری نداشتند. میانگین و انحراف معیار نمرات عوامل نگرشی نسبت به تسکین درد، بر حسب شدت درد در جدول شماره ۳ آورده شده است.

نگرش‌های تمایل به تحمل درد ($p=0/006$) و اعتیادآور بودن مسکن‌ها ($F=5/25$) و نیز نگرش نسبت به ابعاد روانی درد ($p=0/033$ و $F=3/468$) با سن ارتباط معنادار آماری داشت. همچنین تمایل به تحمل درد و ترس از تزریق مسکن با سطح تحصیلات رابطه معنادار آماری داشت ($p<0/001$). نگرش نسبت به تسکین درد از نظر جنس و نوع درمان اختلاف معنادار آماری نداشت.

($p=0/03$ و $t=2/187$). همچنین نگرش تمایل به تحمل درد با دفعات مصرف مسکن دارای ارتباط معنادار آماری بود ($p=0/003$ و $F=4/861$) و این تفاوت بین گروهی که یک تا سه بار در روز مسکن مصرف می‌کردند، با سایر گروه‌ها دیده شد. نگرش کنترل درک شده بر درد با دفعات مصرف مسکن ارتباط معنادار آماری داشت ($p=0/036$ و $F=2/920$) و این تفاوت بین گروهی که ۴ بار یا بیشتر در روز مسکن مصرف می‌نمودند با سایر گروه‌ها دیده شد. همچنین نگرش‌های تمایل به تحمل درد، ترس از تزریق مسکن و کنترل درک شده بر درد با زمان مصرف مسکن (قبل از شروع درد، هم‌زمان با شروع درد و با تشدید درد) دارای ارتباط معنادار بود (به ترتیب، $p<0/001$ ، $F=27/304$ و $p=0/002$ ، $F=6/322$ و $p<0/001$ ، $F=19/8$).

میانگین (انحراف معیار) شدت درد در ۲۴ ساعت گذشته (۲۵/۳۷) (۵۱/۹۷) بود شدت درد در ۲۴ ساعت گذشته در ۴۳/۵٪ نمونه‌های پژوهش خفیف (≤ 40) و در ۳۲٪ موارد متوسط

جدول ۱- فراوانی مشخصات بیماران مبتلا به سرطان در مراکز سرطان بیمارستان امام خمینی، سال ۱۳۸۷

درصد	تعداد	مشخصات	
۵۲/۰	۱۰۴	مرد	جنس
۴۸/۰	۹۶	زن	
۶۷/۰	۱۳۴	متأهل	وضعیت تأهل
۲۵/۰	۵۰	مجرد	
۸/۰	۱۶	همسر مرده	
۳۵/۰	۷۰	بی سواد	سطح تحصیلات
۲۱/۰	۴۲	ابتدایی	
۱۵/۵	۳۱	راهنمایی	
۷/۰	۱۴	دبیرستان	
۱۷/۵	۳۵	دیپلم	
۴/۰	۸	بالاتراز دیپلم	
۳۰/۵	۶۱	شاغل	وضعیت اشتغال
۳۹/۵	۷۹	خانه دار	
۲۱/۵	۴۳	بیکار	
۸/۵	۱۷	بازنشسته	
۳۱/۵	۶۳	گوارش	محل سرطان
۱۵/۵	۳۱	پستان	
۱۶/۰	۳۲	استخوان	
۶/۰	۱۲	سیستم عصبی	
۶/۵	۱۳	غدد لنفاوی	
۸/۵	۱۷	رحم و تخمدان	
۱۴/۰	۲۸	ریه	
۲/۰	۴	کبد و پانکراس	
۶۶/۰	۱۳۲	شیمی درمانی	نوع درمان
۳۴/۰	۶۸	پرتودرمانی	

جدول ۲- توزیع فراوانی نگرش نسبت به تسکین درد و میانگین و انحراف معیار نمرات عوامل نگرشی نسبت به تسکین درد

در بیماران مبتلا به سرطان در مراکز سرطان بیمارستان امام خمینی، سال ۱۳۸۷

عوامل نگرشی	عبارات	کاملاً موافق	موافق	بی‌نظر	مخالف	کاملاً مخالف	میانگین (انحراف معیار)	حد اقل- حداکثر قابل کسب
		درصد	درصد	درصد	درصد	درصد		
تمایل به تحمل درد	۱- پیش از درخواست مسکن باید آن قدر صبر کرد تا درد واقعاً شدید شود.	۱۱/۰	۵۸/۰	۶/۰	۲۰/۰	۵/۰	۲۸/۱(۶/۳)	۱۰-۴۴
	۲- با درخواست مکرر مسکن برای پرستار مزاحمت ایجاد می‌شود.	۴/۰	۱۳/۵	۵/۵	۶۷/۵	۹/۵		
	۳- بهتر است تا زمانی که پرستار در مورد نیاز برای دریافت مسکن سؤال کند صبر کرد.	۷/۰	۱۹/۰	۴/۵	۵۸/۵	۱۱/۰		
	۴- مسکن باید برای مواردی که درد در شدیدترین حالت ممکن است استفاده گردد.	۱۷/۰	۴۶/۵	۴/۰	۲۸/۰	۴/۵		
	۵- انسان باید با عدم ابراز درد مقاومت و قوی بودن خود را نشان دهد.	۷/۵	۳۳/۰	۹/۰	۵۳/۵	۷/۰		
	۶- فقط افراد ضعیف از درد شکایت می‌کنند.	۶/۰	۱۵/۵	۸/۵	۵۸/۵	۱۱/۵		
	۷- درخواست برای دریافت مسکن موجب نگرانی و ترس می‌شود.	۵/۵	۱۳/۵	۱۲/۵	۵۴/۰	۱۴/۵		
	۸- تحمل درد بهتر از ابتلا به عوارض مسکن می‌باشد.	۹/۵	۳۷/۵	۱۴/۵	۳۰/۰	۸/۵		
	۹- اگر در شدت کم درد، مسکن مصرف شود هنگام وجود درد شدید مسکن اثر نخواهد کرد.	۱۵/۰	۴۴/۵	۱۲/۰	۳۶/۰	۲/۵		
نگرش نسبت به ابعاد جسمی درد	۱۰- درد مانع لذت بردن از سرگرمی‌ها و فعالیت‌های اجتماعی می‌شود.	۳۵/۰	۴۸/۰	۴/۰	۷/۵	۵/۵	۱۱/۹(۳/۶)	۶-۲۵
	۱۱- درد علامت ناخوشی و بیماری است.	۳۴/۵	۵۴/۵	۵/۰	۶/۰	۰/۰		
	۱۲- شدت درد به شدت صدمه بستگی دارد.	۳۷/۵	۶۰/۵	۶/۵	۵/۰	۰/۵		
	۱۳- درد علامت این است که اشکالی برای بدن پیش آمده است.	۳۵/۵	۳۵/۵	۴/۵	۶/۰	۰/۵		
	۱۴- فعالیت بدنی درد را تشدید می‌کند.	۳۶/۰	۳۹/۰	۱۳/۰	۱۹/۵	۲/۵		
نگرش نسبت به ابعاد روانی درد	۱۵- درد نتیجه صدمه به بافت‌های بدن است.	۲۵/۵	۵۷/۵	۱۱/۰	۵/۰	۱/۰	۱۷/۳(۴/۲)	۸-۳۷
	۱۶- احساس افسردگی درد را تشدید می‌کند.	۳۶/۵	۵۱/۵	۶/۰	۴/۵	۱/۵		
	۱۷- مضطرب بودن درد را تشدید می‌کند.	۳۲/۵	۴۸/۵	۱۱/۵	۷/۰	۰/۵		
	۱۸- شدت درد را می‌توان از طریق تغییر افکار کنترل کرد.	۲۴/۰	۴۸/۵	۱۳/۰	۱۳/۰	۱/۵		
	۱۹- فکر کردن درباره درد شدت درد را افزایش می‌دهد.	۲۸/۵	۵۲/۰	۹/۵	۸/۰	۲/۰		
	۲۰- در زمان آرامش سازگاری با درد راحت‌تر است.	۳۲/۵	۵۶/۵	۷/۵	۳/۵	۰/۰		
	۲۱- تمرکز یا تن آرامی می‌تواند بر کاهش درد مؤثر باشد.	۱۹/۵	۵۴/۰	۹/۰	۱۵/۵	۲/۰		
	۲۲- امکان یادگیری کنترل درد وجود دارد.	۹/۵	۵۰/۰	۱۳/۵	۲۲/۵	۴/۵		
اعتیادآور بودن مسکن‌ها	۲۳- امکان تأثیرگذاری بر شدت دردی که احساس می‌شود وجود دارد.	۱۳/۰	۴۸/۵	۱۲/۵	۲۲/۵	۳/۵	۶/۴(۳/۱)	۳-۱۵
	۲۴- مسکن‌ها بسیار اعتیادآور هستند.	۲۸/۰	۴۹/۵	۶/۰	۱۳/۵	۳/۰		
	۲۵- احتمال اعتیاد به مسکن وجود دارد.	۲۹/۰	۵۰/۰	۵/۵	۱۲/۵	۳/۰		
کنترل درک شده بر درد	۲۶- انسان به راحتی نسبت به داروی مسکن اعتیاد می‌یابد.	۳۶/۵	۴۷/۰	۸/۵	۱۵/۵	۲/۵	۸/۲(۳/۶)	۳-۱۵
	۲۷- تسکین کامل درد غیرممکن است.	۱۲/۰	۴۵/۵	۶/۵	۳۲/۵	۳/۵		
	۲۸- امکان کنترل بر درد و تسکین آن توسط خود فرد وجود ندارد.	۷/۵	۴۵/۵	۱۰/۰	۳۳/۰	۴/۰		
ترس از تزریق	۲۹- روش‌های کمی جهت تسکین درد و رهایی از آن وجود دارد.	۱۲/۰	۳۹/۵	۱۶/۵	۲۶/۰	۶/۰	۶/۵(۱/۶)	۲-۱۰
	۳۰- مؤثرترین و متداول‌ترین روش تجویز داروهای مسکن روش تزریقی است.	۲۵/۰	۳۲/۵	۱۲/۵	۲۲/۰	۸/۰		
	۳۱- مصرف مسکن به روش تزریقی ترس دارد.	۳/۵	۱۱/۰	۳/۰	۵۱/۰	۳۱/۵		

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات عوامل نگرشی نسبت به تسکین درد برحسب شدت درد در ۲۴ ساعت گذشته در

بیماران مبتلا به سرطان در مراکز سرطان بیمارستان امام خمینی، سال ۱۳۸۷

آزمون آماری	شدید (۷۱-۱۰۰)		متوسط (۴۱-۷۰)		خفیف (≤۴۰)		شدت درد در ۲۴ ساعت گذشته نگرش در مورد تسکین درد
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
F=۲/۲۹۸ *p=۰/۰۳۹	۴/۹	۲۶/۵ **	۵/۷	۲۷/۶	۷/۲	۲۹/۳ **	تمایل به تحمل درد
F=۱/۰۲۲ p=۰/۳۶۲	۴/۱	۱۱/۶	۳/۴	۱۲/۴	۳/۶	۱۱/۶	نگرش نسبت به ابعاد جسمی درد
F=۱/۷۹۹ p=۰/۱۷۰	۴/۲	۱۷/۹	۳/۷	۱۶/۹	۴/۷	۱۶/۷	نگرش نسبت به ابعاد روانی درد
F=۱/۲۳۴ p=۰/۲۹۳	۳/۰	۶/۳	۲/۷	۶/۱	۳/۳	۶/۸	اعتیادآور بودن مسکنها
F=۸/۶۷۵ *p<۰/۰۰۱	۱/۸	۷/۶	۲/۵	۷/۶	۲/۸	۹/۱ **	کنترل درک شده بر درد
F=۱/۷۴۸ p=۰/۱۷۷	۰/۶	۵/۸	۱/۴	۶/۳	۱/۷	۶/۶	ترس از تزریق

* از نظر آماری معنادار ** آزمون شفه

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان دارای نگرش‌هایی هستند که می‌تواند مانع تسکین درد شود. بر اساس یافته‌ها بیشتر آن‌ها با افزایش شدت درد مسکن مصرف می‌کردند. دفعات مصرف مسکن در اکثر بیماران یک بار در روز بود. بیشترین آن‌ها موافق بودند که پیش از درخواست مسکن باید آنقدر صبر کرد تا درد واقعاً شدید شود. بیماران معتقد به اعتیادآور بودن مسکن‌ها بوده و در مواقع درد شدید تمایل به مصرف مسکن داشتند. این نوع نگرش‌ها می‌تواند مانع گزارش درد و دریافت مسکن شود. مطالعه‌ای نشان داد که تنها ۵۹٪ بیماران جهت تسکین درد مسکن مخدر دریافت می‌نمایند (۱۹). در مطالعه Lin در مورد موانع مربوط به بیمار در مدیریت درد سرطان، نیمی از بیماران گزارش نمودند که در ماه قبل تمایل به مصرف مسکن نداشتند و بیمارانی که مسکن دریافت می‌نمودند، ۳۵٪

آن‌ها کم‌تر از مقدار تجویز شده مسکن مصرف می‌کردند (۲۰).

تحلیل یافته‌های این مطالعه نشان داد بیشترین درصد افراد مورد مطالعه موافق بودند که «تحمل درد بهتر از ابتلا به عوارض مسکن می‌باشد» اگر چه باید خاطر نشان ساخت که اکثر عوارض مسکن‌ها شایع نیستند و قابل کنترل می‌باشند و تداوم درد می‌تواند موجب مشکلات بیشتری برای مددجو شود (۱۲) باور افراد در این مورد شاید به علت کمبود آگاهی آن‌ها باشد. بیشترین بیماران با عبارت «اگر زمانی که درد شدت کمی دارد مسکن مصرف شود، هنگام وجود درد شدید اثر نخواهد کرد» موافق بودند. هرچند باید توجه نمود که با مصرف به موقع مسکن درد تشدید نمی‌شود. همچنین مسکن‌هایی با قدرت‌های مختلف وجود دارند که مقادیر مختلف آن‌ها می‌تواند موجب تسکین درد با شدت مختلف بشود (۱۲). بررسی نگرش بیماران در مورد کنترل درد سرطان در استرالیا نشان داد که

بیش از یک سوم بیماران با درخواست مسکن در زمان تشدید درد (در موارد درد شدید و غیر قابل تحمل) موافق بودند (۱۵).

در مطالعه حاضر بیشترین نمونه‌های پژوهش با عبارت «درد مانع لذت بردن از سرگرمی‌ها و فعالیت‌های اجتماعی می‌شود» موافق بودند. علاوه بر این، شرکت‌کنندگان در مطالعه عقیده داشتند که امکان یادگیری کنترل درد و نیز تأثیرگذاری بر شدت درد وجود دارد. این نتایج مشابه نتایج مطالعه Yates و همکاران (۱۵) است.

اکثر بیماران نگرش اعتیادآور بودن مسکن‌ها را داشتند که می‌تواند به علت کمبود آگاهی باشد. در حالی که عوارض مسکن‌ها اکثراً نادر بوده و می‌توان با مصرف صحیح این داروها عوارض را به حداقل رساند. از طرفی در مراحل انتهایی بیماری، تسکین درد و فراهم نمودن راحتی مددجو در اولویت می‌باشد (۱۲). این نتایج مشابه نتایج مطالعه Yates و همکاران (۱۵) است که نشان می‌دهد نگرانی در مورد اعتیاد و تحمل دارویی در بیماران مبتلا به سرطان شایع است. مطالعات گذشته نشان می‌دهند که مهم‌ترین موانع تسکین مؤثر درد سرطان، ترس از اعتیاد و وابستگی به مسکن‌های مخدر می‌باشد (۱۱ و ۱۴).

بر اساس نتایج، بیماران دارای نگرش اعتیادآور بودن مسکن‌ها نسبت به بقیه به طور معناداری مسکن مخدر کم‌تری مصرف می‌کردند. داروهای مخدر، داروهای انتخابی و مؤثر برای تسکین درد متوسط تا شدید (به ویژه درد سرطان) هستند. یکی از نتایج مصرف طولانی مدت داروی مخدر وابستگی جسمی و

تحمل دارویی است که اغلب توسط مراقبان بهداشتی و بیماران با وابستگی روانی و اعتیاد اشتباه می‌شود. ترس از اعتیاد می‌تواند موجب عدم استفاده از مخدرها یا مصرف ناکافی آن‌ها شود (۱۲). Lin و Ward دریافتند که بیماران دارای نگرش تمایل به تحمل درد، اعتیادآور بودن مسکن‌ها و ترس از تحمل دارویی، از این داروها کم‌تر استفاده می‌کنند (۲۱).

از طرفی افراد با نگرش‌های تمایل به تحمل درد، اعتیادآور بودن مسکن‌ها و کنترل درک شده بر درد به طور معناداری به دفعات کم‌تری دارو در طی روز مصرف می‌نمودند. همچنین بیماران با نگرش‌های تمایل به تحمل درد، اعتیادآور بودن مسکن‌ها و کنترل درک شده بر درد، مسکن را با تشدید درد مصرف می‌نمودند. مطالعات قبلی نشان داده بیمارانی که باورها و نگرش‌های نادرست کم‌تری در مورد درد و مدیریت درد دارند، مسکن کافی دریافت کرده و کنترل مؤثر و کافی بر درد دارند (۱۴ و ۲۴-۲۲).

بر اساس نتایج، نمره شدت درد اکثر بیماران در ۲۴ ساعت گذشته در گروه خفیف و متوسط بود. در مطالعه Yates و همکاران در نیمی از بیماران بیشترین شدت درد در ۲۴ ساعت قبل را خفیف تا متوسط گزارش نمودند (۱۵).

تحلیل یافته‌های این مطالعه نشان داد، بیمارانی که تمایل بیشتری به تحمل درد داشتند به طور معناداری شدت درد بیشتری را در ۲۴ ساعت گذشته تجربه کرده بودند. همچنین افرادی که کنترل درد را مشکل می‌دانستند، به طور معناداری شدت درد بیشتری را در ۲۴ ساعت گذشته تجربه کرده بودند. پژوهشگران در ترکیه

نشان دادند که اکثر بیماران نگرش‌های نادرستی در مورد درد و روش‌های کنترل آن داشته و نگران عوارض داروها بوده و از گزارش درد خود اجتناب می‌کنند و نگرش‌های بیماران در مورد درد و روش‌های تسکین آن می‌تواند مانع کنترل مؤثر درد شده و موجب مصرف کم مسکن‌ها شود (۱۴). Yates و همکاران دریافتند که تنها نگرش کنترل درک شده بر درد با شدت درد در ۲۴ ساعت قبل ارتباط داشته و سایر عوامل نگرشی با شدت درد در ۲۴ ساعت قبل ارتباط نداشته است (۱۵). نتایج مطالعه Lin و Ward نشان داد که نگرش‌های تمایل به تحمل درد و ترس از روش تزریقی مسکن با شدت درد در ۲۴ ساعت قبل ارتباط دارد (۲۱). بیماران که تمایل به تحمل درد دارند و از ایجاد تحمل دارویی می‌ترسند و نیز بیماران با نگرش اعتیادآور بودن مسکن‌ها در هفته قبل و در زمان انجام پژوهش شدت درد بیشتری تحمل می‌کنند (۲۵).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که نگرش نسبت به ابعاد روانی درد و اعتیادآور بودن مسکن‌ها با سن ارتباط دارد و افراد در سنین بالا بیشتر دارای این نوع نگرش‌ها بودند. همچنین افراد در سنین بالا تمایل بیشتری به تحمل درد داشتند. Yates و همکاران (۱۵) نشان دادند که بیماران بالای ۶۰ سال نگرانی بیشتری در مورد عوارض داروها دارند. از طرفی در مطالعه حاضر نگرش نسبت به تسکین درد با جنس و نوع درمان ارتباط نداشت که همانند نتایج مطالعه Yates و همکاران (۱۵) بود. Polomano و Farrar (۱۳) نیز تفاوتی بین دو جنس از نظر شدت درد و موانع تسکین درد سرطان گزارش نکردند. در پژوهش حاضر بیماران با سطح تحصیلات بالاتر

تمایل کمتری به تحمل درد داشته و افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر ترس بیشتری از تزریق مسکن ابراز می‌داشتند. هرچند Sun و همکاران (۱۱) ارتباطی بین سطح تحصیلات، نژاد، مذهب و وضعیت تأهل افراد مورد پژوهش با نگرش نسبت به تسکین درد نیافتند.

بنابراین با توجه به نتایج، بین برخی از عوامل نگرشی نسبت به تسکین درد و شدت درد و مصرف مسکن ارتباط وجود دارد. سوء تعبیر در مورد تسکین درد ممکن است بر گزارش درد و مصرف مسکن تأثیر بگذارد. بدین ترتیب تلاش‌های آموزشی باید جهت اصلاح موانع نگرشی تسکین درد سرطان صورت گیرد. از یافته‌های این مطالعه می‌توان در جهت آموزش گروه‌های پزشکی و دستیابی به کنترل مؤثر درد سرطان استفاده کرد.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه تنوع تشخیص‌های مختلف سرطان بود. توصیه می‌شود مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر نوع سرطان بر نگرش بیماران نسبت به درد و تسکین درد صورت گیرد. علاوه بر این، روش نمونه‌گیری در این مطالعه در دسترس بود که نوعی نمونه‌گیری غیرتصادفی است و می‌تواند روایی خارجی این مطالعه را محدود کند. بنابراین نتایج این مطالعه باید با احتیاط تعمیم داده شود.

تشریح و قدردانی

این مقاله گزارشی از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران با کد ۵۱۶ می‌باشد. بدین وسیله از کلیه افراد و مراکزی که در انجام این مطالعه پژوهشگران را یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

منابع

- 1 - Vadalouca A, Moka E, Argyra E, Sikioti P, Sifaka I. Opioid rotation in patients with cancer: a review of the current literature. *J Opioid Manag.* 2008 Jul-Aug; 4(4): 213-50.
- 2 - Twycross R, Bennett M. Cancer pain syndromes. In: Sykes N, Bennett MI, Yuan C-S. *Clinical pain management: Cancer pain.* 2nd ed. London: Hodder Arnold; 2008. P. 27-37.
- 3 - Urch CE, Suzuki R. Pathophysiology of somatic, visceral, and neuropathic cancer pain. In: Sykes N, Bennett MI, Yuan C-S. *Clinical pain management: Cancer pain.* 2nd ed. London: Hodder Arnold; 2008. P. 3-12.
- 4 - van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* 2007 Sep; 18(9): 1437-49.
- 5 - World Health Organization. Access to Controlled Medications Programme: Framework. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. Available at: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Framework_ACMP_withcover.pdf. Accessed November 2, 2010.
- 6 - Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol.* 2008 Dec; 19(12): 1985-91.
- 7 - Yildirim YK, Cicek F, Uyar M. Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction, and barriers in Turkish cancer patients. *Pain Manag Nurs.* 2009 Dec; 10(4): 220-8.
- 8 - van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. *Pain.* 2007 Dec 5; 132(3): 312-20.
- 9 - Keskinbora K, Pekel AF, Aydinli I. Gabapentin and an opioid combination versus opioid alone for the management of neuropathic cancer pain: a randomized open trial. *J Pain Symptom Manage.* 2007 Aug; 34(2): 183-9.
- 10 - Vallerand AH, Collins-Bohler D, Templin T, Hasenau SM. Knowledge of and barriers to pain management in caregivers of cancer patients receiving homecare. *Cancer Nurs.* 2007 Jan-Feb; 30(1): 31-7.
- 11 - Sun VC, Borneman T, Ferrell B, Piper B, Koczywas M, Choi K. Overcoming barriers to cancer pain management: an institutional change model. *J Pain Symptom Manage.* 2007 Oct; 34(4): 359-69.
- 12 - Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin.* 2011 May-Jun; 61(3): 157-82.
- 13 - Polomano RC, Farrar JT. Pain and neuropathy in cancer survivors. Surgery, radiation, and chemotherapy can cause pain; research could improve its detection and treatment. *Am J Nurs.* 2006 Mar; 106(3 Suppl): 39-47.
- 14 - Bagicivan G, Tosun N, Komurcu S, Akbayrak N, Ozet A. Analysis of patient-related barriers in cancer pain management in Turkish patients. *J Pain Symptom Manage.* 2009 Nov; 38(5): 727-37.
- 15 - Yates PM, Edwards HE, Nash RE, Walsh AM, Fentiman BJ, Skerman HM, Najman JM. Barriers to effective cancer pain management: a survey of hospitalized cancer patients in Australia. *J Pain Symptom Manage.* 2002 May; 23(5): 393-405.
- 16 - Ward S, Gatwood J. Concerns about reporting pain and using analgesics. A comparison of persons with and without cancer. *Cancer Nurs.* 1994 Jun; 17(3): 200-6.
- 17 - Jones PS, Lee JW, Phillips LR, Zhang XE, Jaceldo KB. An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nurs Res.* 2001 Sep-Oct; 50(5): 300-4.

- 18 - Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: A practical guide to their development and use. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- 19 - Costantini M, Ripamonti C, Beccaro M, Montella M, Borgia P, Casella C, Miccinesi G. Prevalence, distress, management, and relief of pain during the last 3 months of cancer patients' life. Results of an Italian mortality follow-back survey. *Ann Oncol*. 2009 Apr; 20(4): 729-35.
- 20 - Lin CC. Congruity of cancer pain perceptions between Taiwanese patients and family caregivers: relationship to patients' concerns about reporting pain and using analgesics. *J Pain Symptom Manage*. 2001 Jan; 21(1): 18-26.
- 21 - Lin CC, Ward SE. Patient-related barriers to cancer pain management in Taiwan. *Cancer Nurs*. 1995 Feb; 18(1): 16-22.
- 22 - Oldenmenger WH, Sillevs Smitt PA, van Dooren S, Stoter G, van der Rijt CC. A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: a critical appraisal. *Eur J Cancer*. 2009 May; 45(8): 1370-80.
- 23 - Smith MY, DuHamel KN, Egert J, Winkel G. Impact of a brief intervention on patient communication and barriers to pain management: results from a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2010 Oct; 81(1): 79-86.
- 24 - Syrjala KL, Abrams JR, Polissar NL, Hansberry J, Robison J, DuPen S, et al. Patient training in cancer pain management using integrated print and video materials: a multisite randomized controlled trial. *Pain*. 2008 Mar; 135(1-2): 175-86.
- 25 - Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, Voge C, Ward S. Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain*. 2002 Oct; 99(3): 385-96.

Attitudinal Barriers to Effective Cancer Pain Management

Tahereh Najafi Ghezalje* (MSc.) - Agha Fatemeh Hosseini** (MSc.).

Abstract

Received: Sep. 2011

Accepted: Jan. 2012

Background & Aim: Pain can detrimentally affect physical functioning, psychological well-being and social interaction. Various attitudinal factors may be associated with inadequate pain control. Hence, studies should be undertaken to gain a better understanding of association between pain control attitudes and use of analgesics and cancer pain intensity. This study aimed to determine relationship between pain control attitudes and use of analgesics and pain intensity in cancer patients with pain.

Methods & Materials: A descriptive cross-sectional study was conducted with 200 cancer patients who underwent chemotherapy or radiotherapy and experienced pain in previous 24 hours. The pain control attitudes, use of analgesics, worrisome about using analgesics and physical and psychological impacts of pain were measured using questionnaires. The cancer pain intensity was measured using the visual analogue scale. Validity and reliability of the instruments were evaluated. Data were analyzed using independent *t*-test and ANOVA.

Results: About 58% of patients agreed that they would wait before asking for help. Beside, the findings indicated that willing to tolerate pain and perceived control over pain were associated with the time and frequency of taking analgesic and pain intensity in previous 24 hours and last week. Also concerns about addiction to pain-relieving medications were related to the analgesic type and pain intensity within last week ($P=0.03$), and fear of injection was related to analgesic use and pain intensity within last week ($P<0.001$).

Conclusion: Many cancer patients had attitudes which could interfere with pain relieving. Suggestions are made for developing patient education programs, accessing effective cancer pain controls and decision making for cancer pain relief.

Corresponding author:
Tahereh Najafi Ghezalje
e-mail:
najafi_t@tums.ac.ir

Key words: analgesics, attitudinal barriers, cancer pain, pain management

* Dept. of Medical and Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

** MSc. in Biostatistics, Dept. of Biostatistics, School of Management and Information Technology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran