

## مراقبت تسکینی از درد در سرطان: تحلیل محتوا

مرجان مردانی حموله<sup>۱</sup>، لیلی بریم نژاد<sup>۲\*</sup>، نعیمه سیدفاطمی<sup>۳</sup>، مامک طهماسبی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- دکترای تخصصی آموزش پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- دکترای تخصصی آموزش پرستاری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- فلوشیپ طب تسکینی، مرکز تحقیقات انستیتو کانسر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۸/۱۹

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۲/۵/۶

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۱۱

## چکیده

**زمینه و هدف:** بیماران مبتلا به سرطان به مراقبت تسکینی برای کاهش دردشان نیاز دارند. هدف این مطالعه شناسایی درک پرستاران از مراقبت تسکینی از درد در مبتلایان به سرطان بوده است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه با رویکرد کیفی و با بهره‌گیری از شیوه تحلیل محتوا انجام شده است. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۵ پرستار بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند و مورد مصاحبه‌های چهره به چهره و نیمه ساختارمند قرار گرفتند. بعد از گردآوری داده‌ها، تمام مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شدند و مورد بازنگری قرار گرفتند و طبقات استخراج گردید. در ابتدا شباهت‌های معنایی مورد بازنگری قرار گرفت و زیرطبقات مشخص شدند و سپس در بازنگری مجدد زیرطبقات مرتبط در یک طبقه قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** به طور کلی طبقات اصلی در تحلیل محتوای مراقبت تسکینی از درد در سرطان شامل تسکین درد جسمی و تسکین درد روانی بودند. تسکین درد جسمی دربردارنده زیرطبقات فراهم‌سازی آمادگی ذهنی و تسکین درد با استفاده از دارو بود و تسکین درد روانی نیز در بردارنده رفتار حمایتی و کاستن از تنش بوده اند.

**نتیجه‌گیری:** تحلیل محتوای مراقبت تسکینی از درد در سرطان، شرایط لازم برای مراقبت تسکینی از درد در سرطان را مطابق درک پرستاران نشان داد.

**واژه‌های کلیدی:** تحلیل محتوا، درد، سرطان، مراقبت تسکینی

## مقدمه

بیماری‌های قلبی و تصادفات محسوب می‌شود. وقوع سرطان در کشورمان ۱۱۲-۴۸ مورد در هر میلیون نفر برای زنان و ۱۴۴-۵۱ مورد در هر میلیون نفر برای مردان است<sup>(۱)</sup>. بیماری سرطان اغلب با درد همراه است و درد تقریباً در ۷۰-۵۰ درصد از این بیماران دیده می‌شود<sup>(۲)</sup>. درد در مبتلایان به سرطان به دنبال تومور اولیه، متاستاز تومور، اشعه درمانی، شیمی

سرطان یکی از مهم‌ترین علل مرگ در دنیا محسوب می‌گردد. تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۲۰ بیش از ۱۵ میلیون نفر در جهان سرطان را تجربه کنند<sup>(۱)</sup>. این بیماری به عنوان یک مشکل رو به رشد در کشورهای خاورمیانه شناخته شده است<sup>(۲)</sup>. در ایران نیز سرطان سومین عامل مرگ بعد از

نویسنده مسئول: لیلی بریم نژاد، دکترای تخصصی آموزش پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

ایمیل: lborimnejad@tums.ac.ir

### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شده است. تحلیل محتوای کیفی، روش تحلیل پیام‌های نوشتاری، گفتاری یا دیداری می‌باشد و به عنوان یک روش پژوهش، روشی هدفمند برای توصیف یک پدیده است. این روش به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا موضوعات مورد نظر را به منظور درک بیشتر آنها بررسی نماید. در تحلیل محتوای کیفی، داده‌های خام بر اساس استنباط و تفسیر صورت گرفته، خلاصه شده و درون طبقات قرار می‌گیرند. در تحلیل محتوای قراردادی طبقات و نام آنها از متن داده‌ها جریان می‌یابند. در حقیقت پژوهشگر خود را در داده‌ها غرق می‌نماید تا بینش جدیدی ایجاد گردد<sup>(۱)</sup>. در این پژوهش مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این روش پژوهشگر به دنبال افرادی بود که دارای تجربه غنی از موضوع تحقیق بودند و توان بیان این تجربه را داشتند. نمونه‌گیری از پرستاران با حداکثر تنوع (از جمله جنسیت، وضعیت تاهل و سابقه کار) و تا رسیدن به حد اشباع اطلاعاتی انجام شد. در این مطالعه ۱۵ کارشناس پرستاری مورد مصاحبه‌های عمیق، نیمه ساختارمند و چهره به چهره قرار گرفتند. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ الی ۴۵ دقیقه بود و تمامی مشارکت‌کنندگان در این مطالعه فقط یک بار مورد مصاحبه قرار گرفتند، به این ترتیب ۱۵ مصاحبه انجام شد. ملاک انتخاب مشارکت‌کنندگان داشتن سابقه کار در بخش‌های سرطان حداقل به مدت ۲ سال و همچنین تمایل آنان به بازگویی تجارب خود به پژوهشگر بود. پیش از انجام مصاحبه، مشارکت‌کنندگان با پژوهشگر در مورد زمان و محل مصاحبه به توافق می‌رسیدند. عرصه پژوهش را مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران شامل انستیتو کانسر، مرکز طب تسکینی و همچنین بیمارستان ولی‌عصر تشکیل می‌دادند. محور سئوالات مصاحبه‌ها، تجربه پرستاران در زمینه مراقبت تسکینی از درد در مبتلایان به سرطان بود که ابتدا یک سؤال کلی مبنی بر این که "تجربه شما در زمینه مراقبت تسکینی از درد در بیماران مبتلا به سرطان چیست؟" پرسیده می‌شد و سپس به منظور دستیابی به اطلاعات بیشتر و روشن

درمانی و یا جراحی پدیدار می‌گردد<sup>(۵)</sup>. این درد نه تنها تحت تاثیر عوامل بیوشیمیایی قرار دارد بلکه می‌تواند از عوامل روانی و اجتماعی نیز تاثیر بپذیرد<sup>(۶)</sup>. درد بیشترین ناراحتی را در بیماران مبتلا به سرطان ایجاد می‌نماید، هر چند سرطان موجب بروز علائم جسمی و عاطفی متعددی می‌گردد<sup>(۵)</sup>. از سوی دیگر، سرطان کیفیت زندگی مبتلایان را در مراحل پیشرفته بیماری کاهش می‌دهد<sup>(۷)</sup>. به بیان دیگر، این بیماری اثرات منفی بر کیفیت زندگی مبتلایان دارد که در این شرایط بیماران نیازمند دریافت خدمات مراقبت تسکینی خواهند شد. در واقع، مراقبت تسکینی برای بیماری‌های تهدید کننده زندگی ارائه می‌شود و رویکردی جامع است که بر ارتقای کیفیت زندگی در مراحل پایانی آن متمرکز است<sup>(۸)</sup>. مراقبت تسکینی یک نیاز انسانی و ضروری در گستره جهان برای مبتلایان به سرطان می‌باشد که بخش اساسی آن کاهش درد و زجر بیمار است<sup>(۹)</sup>. هدف اصلی این نوع از مراقبت نیز توجه به نیازهای بیماران در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد<sup>(۷)</sup>. در همین زمینه بیان می‌دارند که مراقبت‌های جامع و انسان‌گرایانه، رویکردی مهم در مراقبت انسانی متمرکز بر جسم و روان بیمار است<sup>(۹)</sup>. لذا با وجودی که تجارب پژوهشگر نشان می‌دهد اغلب پرستاران شاغل در بخش‌های سرطان درد بیماران مبتلا را بهبود می‌بخشند، لیکن توجهات پرستاری بیشتری برای تسکین درد در این گروه از مبتلایان برای کمک به آنان لازم است.

زیرا بعضی بیماران مبتلا به سرطان در معرض خطر کنترل ناکافی درد هستند و نیازمند توجه بیشتر پرستاران برای کنترل کارآمد آن می‌باشند. بر این اساس و با توجه به اینکه ما در مرور متون دریافتیم با کمبود مطالعات به‌ویژه مطالعات کیفی پیرامون مراقبت تسکینی از درد در مبتلایان به سرطان در کشور مواجهیم و با توجه به این که مطالعات کیفی دید وسیع‌تری از موضوع مورد بررسی به‌دست می‌دهد، انجام پژوهشی در این زمینه مناسب به نظر رسید. هدف این مطالعه شناسایی درک پرستاران از مراقبت تسکینی از درد در بیماران مبتلا به سرطان بوده است.

یافته‌های به دست آمده از پژوهش با ۲ پرستار خارج از مطالعه که موقعیت‌های مشابه مشارکت‌کنندگان در پژوهش را داشتند، در میان گذاشته شد که مورد تایید ایشان قرار گرفت.

در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی در ابتدا با اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران امکان دسترسی به مشارکت‌کنندگان فراهم شد. تمامی پرستاران شرکت‌کننده در تحقیق از اهداف پژوهش آگاه شدند و مصاحبه‌ها با اخذ رضایت از ایشان ضبط شدند. همچنین به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعات ضبط شده محرمانه باقی خواهد ماند و پس از پیاده‌سازی آنها، فایل صوتی منهدم خواهد شد و در صورت تمایل می‌توانند فایل صوتی مربوط به مصاحبه را از پژوهشگر دریافت نمایند و از نتایج کلی نیز آگاه گردند. همچنین به مشارکت‌کنندگان اعلام شد هر زمان که صلاح بدانند می‌توانند از مطالعه خارج شوند لیکن هیچ یک از آنان مطالعه را ترک نکرد.

#### یافته‌ها

در این مطالعه از ۱۵ کارشناس پرستاری مشارکت‌کننده در تحقیق، ۱۱ نفر زن و ۴ نفر مرد بودند. دامنه سنی آنان از ۲۶ تا ۴۹ سال و دامنه سابقه کار ایشان از ۴ تا ۱۸ سال بود. همچنین ۱۰ نفر متأهل و بقیه مجرد بودند. از توصیف‌های غنی و عمیق این مشارکت‌کنندگان دو طبقه شامل تسکین درد جسمی و تسکین درد روانی استخراج شد که طبقه تسکین درد جسمی در بردارنده زیرطبقه‌هاست: تسکین آمادگی ذهنی و تسکین درد با استفاده از دارو و تسکین درد روانی نیز در بردارنده زیرطبقه‌هاست: رفتار حمایتی و کاستن از تنش بوده‌اند.

#### الف- تسکین درد جسمی

این طبقه بر تسکین درد جسمی تمرکز داشته است که به صورت فراهم‌سازی آمادگی ذهنی و استفاده از دارو برای بیماران مبتلا به سرطان انجام می‌شود.

#### الف-۱- فراهم‌سازی آمادگی ذهنی

از دیدگاه پرستاران برای تسکین درد جسمی بیمار، ایجاد

شدن بیانات پرستاران، سئوالات پی‌گیری‌کننده نیز پرسیده می‌شد که پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان هدایت‌گر و تعیین‌کننده این سئوالات بود. مصاحبه‌ها ضبط می‌شد و سپس در اولین فرصت به همراه یادداشت‌های در عرصه، بر روی کاغذ دستنویس و سپس تایپ کامپیوتری می‌شدند. متن پیاده شده مصاحبه‌ها پس از چندین بار مرور، به واحدهای معنایی تشکیل دهنده و سپس به کوچک‌ترین واحدهای معنادار شکسته شدند. سپس کدها چندین بار بازخوانی شدند تا بر اساس تشابه معنایی در زیرطبقات و طبقات اصلی جایگزین شوند. چندین بار متون اولیه و طبقات نهایی بازخوانی شدند تا در نهایت پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان به اشتراک معنایی درباره طبقات رسیدند. به علاوه محقق سعی نمود تا حد امکان پیش فرض‌های خود را در روند تحلیل داده‌ها دخالت ندهد. تمام مراحل کدگذاری متون مصاحبه‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA مدیریت شدند. برای تعیین صحت داده‌ها از معیارهای چهارگانه مقبولیت، قابلیت اعتماد، تاییدپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد<sup>(۱)</sup>. به منظور تعیین مقبولیت داده‌ها، درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش وجود داشت. از نظرات اصلاحی اساتید تیم تحقیق در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها، تحلیل آنها و داده‌های استخراج شده استفاده گردید. متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج شده و زیرطبقات با برخی از مشارکت‌کنندگان و همچنین ۲ نفر دکترای رشته پرستاری در میان گذاشته شد و از نظرات آنها استفاده شد. از تلفیق در روش گردآوری داده‌ها (مصاحبه و یادداشت‌های در عرصه) استفاده گردید و در نهایت در انتخاب نمونه تنوع لازم لحاظ شد. در راستای تعیین قابلیت اعتماد داده‌ها، همان‌طور که در تعیین مقبولیت اشاره شد، از روش تلفیق در گردآوری داده‌ها بهره گرفته شد و از یک ناظر خارجی آشنا به تحقیق کیفی نیز جهت بررسی داده‌ها استفاده شد که در مورد فرآیند کار و یافته‌ها توافق وجود داشت. برای تعیین تاییدپذیری یافته‌ها نیز کلیه فعالیت‌های صورت گرفته شامل فرآیند انجام کار و چگونگی یافته‌های به دست آمده به دقت ثبت شدند و گزارشی از فرآیند تحقیق ارائه گردید. همچنین به منظور تعیین انتقال‌پذیری داده‌ها،

آمادگی ذهنی مهم می‌باشد به طوری که تسکین درد جسمی تنها با تزریق مسکن و مخدر صورت نمی‌گیرد بلکه می‌توان با اقداماتی نظیر صحبت کردن با بیمار و بیان عوارض مخدرها برای وی، تلاش نمود تا درد بیمار تسکین یابد. به عنوان مثال یکی از پرستاران می‌گفت:

"شاید بگن مراقبت تسکینی فقط دادن مسکنه اما به نظر من ابداً این جور نیست. برای مریض‌هایی که طولانی مدت بستری می‌شن مثل سرطانی‌ها، صحبت کردن خیلی مهمه چون خیلی اوقات با صحبت کردن می‌شه مریض رو قانع کرد که برای دردش به مخدر متوسل نشه" (شرکت‌کننده شماره ۳).

مشارکت‌کننده دیگری در این خصوص چنین گفت: "شده که مریض دستور مرفین و پتیدین داشته اما من به مریض گفتم فکر کردی دارویی که این قدر با این سرعت کم دردت رو خوب می‌کنه چه عوارضی می‌تونه داشته باشه؟ فکر کردی اگه به این دارو اعتیاد پیدا کنی چه عواقبی می‌تونه داشته باشه؟ من درباره عوارض دارو مثل بیبوست هم برای مریض توضیح میدم چون این عارضه مریض‌ها رو اذیت می‌کنه... شاید این حرف‌ها خیلی هم طول نکشه اما مریض راضی شده که قید مخدر رو بزنه" (شرکت‌کننده شماره ۱۵).

به اعتقاد پرستاران صحبت کردن با بیماران منجر به بیان احساسات درونی آنان می‌شود و این امر به بیماران کمک می‌کند که درد جسمی ایشان کمتر شود. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره چنین اظهار نمود:

"اگه با مریض قبل از زدن مخدر حرف بزنیم، مریض‌ها با درد دل کردن و با خالی کردن خودشون که درباره بیماریشون حرف می‌زنن، به آرامش می‌رسن تا اینکه بیاییم با مخدر مریض رو خواب کنیم که دردش رو نفهمه... توی این مواقع مریض به این نتیجه می‌رسه که دیگه مخدر نمی‌خواد" (شرکت‌کننده شماره ۹).

#### الف-۲- تسکین درد با استفاده از دارو

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان تسکین درد جسمی برای بیمار مبتلا به سرطان با استفاده از داروی مخدر به صورت تزریق روتین و PRN (در صورت لزوم) انجام می‌گیرد. مشارکت‌کننده‌ای در این

باره اظهار نمود:

"اینجا روتینه که مریض هر ۴ ساعت مخدر بگیره حتی اگه درد نداشته باشه هر ۴ ساعت این کار انجام می‌شه، بدون اینکه مریض صدا بزنه و درخواست کنه و اگه در این فاصله مریض‌ها درد داشته باشن باز هم به صورت PRN بهشون می‌زنیم" (شرکت‌کننده شماره ۱۴).

یکی دیگر از پرستاران نیز در این خصوص بیان داشت: "از نظر مراقبت تسکینی از درد وقتی مریض سرطانی درد داره، مخدر به مریض تزریق می‌کنیم. وقتی بیمار صدا می‌زنه زود به سراغش می‌رویم چون می‌دونیم که این مریض‌ها دردهای سختی دارن و این درد اون‌ها نیاز به تسکین داره... مریض‌ها با تزریق مسکن احساس راحتی می‌کنن" (شرکت‌کننده شماره ۶).

یکی از مشارکت‌کنندگان درباره ضرورت دریافت مخدر برای بیمار مبتلا به سرطان به تجربه حیرت‌آوری اشاره نمود:

"درباره تسکین درد مریض‌ها باید بگم مریض داریم که صدا می‌زنه یه چیزی به من بزنن که تموم بشم دیگه، نمی‌تونم دیگه تحمل کنم تا این حد، شاید تا نبینن باورتون نشه یعنی من دیدم که مریض سرطانی توی بخش از شدت درد میله‌های تخت خودش رو گاز گرفته بود! خب توی این مواقع به صورت ضربتی به مریض مخدر می‌زنیم تا آروم بشه" (شرکت‌کننده شماره ۴).

به باور پرستاران بیماران مبتلا به سرطان به دنبال استفاده از دارو و تسکین دردی که متعاقب آن برایشان ایجاد می‌شود، خواهان اقامت بیشتر در بیمارستان هستند و ترخیص از بیمارستان برای آنها نگرانی ایجاد می‌نماید. یکی از پرستاران نگرانی بیمار را در این زمینه، چنین بیان داشت: "دریافت مسکن توسط مریض‌ها در اینجا باعث می‌آشه زمان ترخیص که می‌رسه مریض مقاومت کنه و میگه اگه میشه بیشتر بمونم، شاید اگه برم خونه دوباره دردام شروع بشه و دیگه اون جا کسی نیست که مسکن به من بزنه" (شرکت‌کننده شماره ۵).

#### ب- تسکین درد روانی

این طبقه بر تسکین درد روانی تاکید دارد که در قالب رفتار

از مشارکت‌کنندگان به این صورت ایراد نمود:

"من فکر می‌کنم مریض سرطانی چون به صورت مزمن این بیماری رو با خودش داره و همیشه درد داره و از طرفی مرتب میاد بیمارستان و میره و تا آخر عمرش با سرطان باید زندگی کنه، اگه من نتونم این مریض رو حمایت کنم دیگه شایسته انجام کار توی این بخش و در کل شایسته خدمت کردن در حرفه پرستاری نیستم" (شرکت‌کننده شماره ۸).

ب-۲- کاستن از تنش

پرستاران معتقد بودند مراقبت تسکینی از بیماران مبتلا به سرطان با کاستن از تنش آنان که در قالب پذیرفتن این بیماران، درک پرخاشگری‌های آنها و همچنین شنونده خوب بودن برای آنها میسر می‌گردد، به تسکین درد در این مبتلایان منجر می‌شود. اظهاراتی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه به این شرح می‌باشد:

"مراقبت تسکینی از درد در بیماران مبتلا به سرطان، درک بیمار توی این شرایط که باید اجازه بدیم مریضی که درد داره پرخاشگری کنه و ما آرومش کنیم و ناراحت نشیم... وقتی مریضا می‌بینن باهاشون شوخی بشه و می‌خندیم باهاشون و عامیانه باهاشون حرف می‌زنیم و از بالا به پایین نگاهشون نمی‌کنیم، مریضا دردای شدیدشون رو هم فراموش می‌کنن" (شرکت‌کننده شماره ۱۰).

"ما سعی می‌کنیم مریض رو همون طور که هست با همه مشکلات و دردهایی که داره و ممکنه داشته باشه، اون مریض رو همون طور بپذیریم و وقتی داریم باهاش کار می‌کنیم شنونده خوبی برای حرفهایش باشیم. به نظر من یه نکته مهم توی مراقبت تسکینی از درد در مریضای سرطانی همینه که پذیرای حرفاشون باشیم" (شرکت‌کننده شماره ۱).

"حقیقتاً ما کاری می‌کنیم که در مدت زمانی که مریض زنده است و داره زندگی می‌کنه از استرس وارده به اون کمتر کنیم تا دردش رو کمتر احساس کنه" (شرکت‌کننده شماره ۱۲).

یکی از پرستاران بزرگی و وسعت درد در بیماران مبتلا به سرطان که کاستن از تنش را برای آنان الزامی می‌نماید، به این شرح بیان داشته است:

"بیماری سرطان طبیعتاً با کوهی از درد زیاد همراهه و

حمایتی و کاستن از تنش برای بیماران مبتلا به سرطان انجام می‌گیرد.

ب-۱- رفتار حمایتی

به باور مشارکت‌کنندگان بیماران مبتلا به سرطان برای تسکین دردهای خود به حمایت از طرف پرستار نیاز دارند، دردهایی که پرستاران آنها را از نوع درد جسمی ندیده‌اند و نشان دادن رفتارهای حمایتی از سوی آنان منجر به کاهش این دردها برای بیماران می‌شود. مشارکت‌کنندگان تجارب خود را در این خصوص این گونه اظهار داشته‌اند:

"همه چیز برای مریضای سرطانی دردهای جسمی اون‌ها نیست، خیلی اوقات اون‌ها دردهای بزرگ دیگه‌ای دارن که اون دردها رو باید با حمایت کردن از اون‌ها تسکین داد... بیماران سرطانی نیاز به حمایت دارن و نیاز دارن به این که از طرف پرستار حمایت بشن. اون‌ها از پرستار انتظار دارن که غمخوارشون باشه تا بتونن به زندگیشون ادامه بدن" (شرکت‌کننده شماره ۱۱).

"اگه مریض حمایت بشه از طرف پرستار، درمان‌های تسکینی و مراقبت‌های تسکینی را بهتر قبول می‌کنه و به درمان هم علاقه بیشتری نشون میده و دردش هم کمتر میشه چون فکر می‌کنه که پشتیبان داره... اگه بیمار از طرف پرستار حمایت بشه حتی با اینکه بیماری سختی داره، باهاش دست و پنجه نرم می‌کنه" (شرکت‌کننده شماره ۱۳).

"همه انسانها نسبت به هم وظیفه دارن که وقتی به کمک نیاز دارن دست همدیگه رو بگیرن و به هم کمک بدن و در شرایط سخت به هم بگن من در کنارتم و نمی‌ذارم این قدر سخت بهت بگذره تا تسکین پیدا کنن... مراقبت تسکینی و تسکین دادن به درد مریض سرطانی هم زیر لوای حمایت از اون‌ها قرار گرفته و ما به عنوان پرستار سعی می‌کنیم هر لحظه‌ای که این مریض‌ها احتیاج دارن ازشون حمایت کنیم" (شرکت‌کننده شماره ۲).

اهمیت رفتارهای حمایتی در زمینه مراقبت تسکینی از درد در بیماران مبتلا به سرطان به حدی است که پرستاران معتقدند چنانچه از حمایت کردن بیمار ناتوان باشند، آن‌گاه لیاقت ارائه خدمات پرستاری به این بیماران را ندارند. این یافته را یکی

مریض‌های سرطانی از نظر روانی پریشانند و این بیماری روی تمام زوایای زندگی اون‌ها هم اثر گذاشته، به همین خاطر این مریض‌ها به مراقبتی نیاز دارن که بتونه از بار فشارهای وارد شده به زندگی اون‌ها کم کنه زندگی رو برای اون‌ها راحت‌تر بکنه" (شرکت‌کننده شماره ۷).

### بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که پرستاران معتقدند مراقبت تسکینی از درد در مبتلایان به سرطان در دو طبقه تسکین درد جسمی و تسکین درد روانی قرار می‌گیرد. در همین خصوص واتر کمپر و ریبنیتز می‌نویسند درد سرطان در بعد جسمی از بیماری ظهور می‌یابد و در ادامه به ابعاد روانشناختی نیز گسترش خواهد یافت<sup>(۱۲)</sup>. بنابراین لازم است پرستارانی که از بیماران مبتلا به سرطان مراقبت تسکینی به عمل می‌آورند از انواع دردهایی که بیماران مذکور تجربه می‌کنند، آگاهی داشته باشند<sup>(۱۳)</sup>. در پژوهش حاضر مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که استفاده از دارو سبب تسکین درد جسمی بیماران مبتلا به سرطان می‌گردد، در عین حال بر این باور بودند که پرستاران در ابتدا از طریق اقداماتی مانند ایجاد آمادگی ذهنی و اقداماتی نظیر بیان کردن عوارض داروهای مخدر، شرایطی فراهم می‌نمایند تا بیمار کمتر درخواست این داروها را داشته باشد زیرا به تجربه آنان ابتلا به عوارض مخدرها می‌تواند برای بیماران با دشواری همراه باشد. در همین راستا، نتایج یک تحلیل محتوا در آمریکا که طی مصاحبه‌های نیمه ساختارمند با ۱۲ بیمار مبتلا به سرطان انجام شد، نشان داد که ابتلا به یبوست به دنبال مصرف مخدرها باعث دیسترس روانی در این بیماران به صورت افسردگی و اضطراب شده است و ابتلا به این عارضه بر تصمیم بیماران جهت استفاده مجدد از مخدرها اثرگذار بوده است<sup>(۱۴)</sup>.

دیگر یافته پژوهش ما نشان داد که پرستاران در خصوص تسکین درد مبتلایان به سرطان به لزوم رفتارهای حمایتی در این زمینه و کاستن از تنش بیماران معتقدند. به باور مشارکت‌کنندگان در زمینه مراقبت تسکینی از درد در مبتلایان به سرطان، دردهایی فراتر از دردهای جسمی وجود دارد که

لازم است مورد توجه پرستاران قرار گیرد. مشارکت‌کنندگان می‌گفتند حمایت از بیمار توسط پرستار علاوه بر آن که به کاهش درد می‌انجامد، موجب می‌گردد تا بیماران قادر به ادامه زندگی خود شوند. همچنین مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر اعتقاد داشتند که رفتارهای حمایتی پرستار از بیماران به صورت مداوم و بر حسب نیاز آنان انجام می‌گیرد. می‌توان ادعان نمود، پرستارانی که از بیماران سرطانی مراقبت می‌کنند به آنان در برابر دردشان قدرت خودتدبیری می‌بخشند و از این بیماران در موقعیت‌های آسیب‌پذیر حمایت می‌نمایند<sup>(۱۵)</sup>. همسو با یافته‌های این بخش از مطالعه حاضر، در مطالعات دیگری نیز به اهمیت حمایت از بیماران مبتلا به سرطان اشاره شده است، به طوری که یافته‌های مطالعه‌ای نشان داد مبتلایان به سرطان بیشتر از سایر بیماران نیاز به دریافت حمایت دارند<sup>(۱۶)</sup>. نتایج مطالعه کیفی مارکسالت و همکاران که با مشارکت ۸ پرستار در کانادا انجام شد، نیز گویای آن بود که پرستاران به حمایت از بیمار در خصوص مراقبت تسکینی اشاره داشته‌اند<sup>(۱۷)</sup>. در یک تحقیق کیفی دیگر نیز که در سریلانکا با مشارکت ۱۰ پرستار انجام شد، بیان گردید پرستاران در جهت تسکین دردهای جسمی و روانی بیماران مبتلا به سرطان، باید از آنها حمایت به عمل آورند<sup>(۱۸)</sup>. همچنین مت و همکاران در مطالعه خود در کانادا اظهار داشتند، حمایت از مبتلایان به سرطان عامل بهبود دهنده درد در این بیماران می‌باشد<sup>(۱۹)</sup>. به علاوه، نتایج مطالعه دیگری در امریکا نشان داد، حمایت کردن از بیماران سرطانی سبب بهبود توانایی آنان برای تحمل بیماری شده است<sup>(۲۰)</sup>. از سوی دیگر، نتایج مطالعه‌ای در استرالیا تایید نمود که حمایت از بیماران سرطانی موجب بهبود ارتباطات آنها شده است<sup>(۲۱)</sup>. پرستاران مشارکت‌کننده در مطالعه ما در مراقبت تسکینی از درد برای بیماران مبتلا به سرطان تلاش داشته‌اند که از تنش این بیماران کم نمایند. مشارکت‌کنندگان به تجربه دریافته بودند که با کاستن از تنش این بیماران، دردهای روانی آنان تسکین می‌یابد. در حقیقت، دیسترس روانشناختی به عنوان یک عامل کلیدی در ایجاد درد سرطان شناخته شده است<sup>(۲۲)</sup>. در همین زمینه، نتایج مطالعه جاکوپسن و همکاران در دانمارک که در خصوص مدیریت درد در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد، نشان داد شدت درد در این بیماران به دیسترس عاطفی



ارائه می‌دهد و نشان می‌دهد پرستاران در زمینه مراقبت تسکینی از درد در بیماران مبتلا به سرطان علاوه بر جنبه‌های جسمی به جنبه‌های روانی این بیماران نیز اهمیت می‌دهند. از سوی دیگر، با توجه به اینکه این مطالعه اولین مطالعه کیفی است که درباره مراقبت تسکینی از درد در مبتلایان به سرطان در بافت فرهنگی ایران انجام شده است، نتایج حاصل از آن می‌تواند سبب آشکار شدن جنبه‌هایی از مراقبت تسکینی از درد در این گروه از بیماران در جامعه ایران گردد.

#### تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از رساله دکترای تخصصی پرستاری مربوط به دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد لذا پژوهشگر مراتب سپاس خود را از معاونت محترم پژوهشی این دانشگاه اعلام می‌دارد.

آنان بستگی دارد<sup>(۲۳)</sup>. در راستای تایید یافته‌های پژوهش حاضر، یافته‌های مطالعه اومانی و همکاران نیز در امریکا گویای آن بود که دیسترس عاطفی درمان نشده اثر منفی بر درد بیماران سرطانی دارد به طوری که کاهش دیسترس عاطفی به درمان درد در این بیماران می‌انجامد<sup>(۲۳)</sup>. با توجه به این که بیماران مبتلا به سرطان در معرض خطر انواع تنش‌ها می‌باشند، ولی‌زاده و همکاران در کشورمان در نتایج مطالعه خود اعلام داشتند، سرطان به عنوان یک رویداد تنش‌زا بیمار را از نظر عاطفی تحت تاثیر قرار داده است پس پرستاران باید به کاستن از تنش‌های روانی بیمار اقدام نمایند<sup>(۲۴)</sup>. به علاوه، نتایج یک مطالعه در هند نشان داد مراقبت تسکینی از بیمار مبتلا به سرطان که به کاهش درد وی منجر گردد، باعث بهبود کیفیت زندگی نیز می‌شود<sup>(۲۵)</sup>. یافته‌های این مطالعه درک و بینش عمیقی از تجارب پرستاران در خصوص مراقبت تسکینی از درد در بیماران مبتلا به سرطان

#### References

- Higginson I, Costantini M. Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European J of Cancer* 2008;44: 1414-1424.
- Daher M. Opioids for cancer pain in the Middle Eastern countries: a physician point of view. *J Pediatr Hematol Oncol* 2011;33 Suppl 1:S23-8.
- Mousavi S, Pourfeizi A, Dastgiri S. Childhood cancer in Iran. *J of Pediatric Hematology/ Oncology*. 2010;32: 376-382.
- Wiese C, Löffler E, Vormelker J. Cancer pain therapy in palliative care patients: knowledge of prehospital emergency physicians in training. Prospective questionnaire-based investigation. *Schmerz* 2010;24(5):508-16.
- Modesto-Lowe V, Girard L, Chaplin M. Cancer pain in the opioid-addicted patient: can we treat it right? *J Opioid Manag* 2012;8(3):167-75.
- Mori M, Elsayem A, Reddy SK, Bruera E, Fadul NA. Unrelieved pain and suffering in patients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012;29(3):236-40.
- Farbicka P, Nowicki A. Selected aspects of palliative care and quality of life at the terminal stage of neoplastic disease. *Contemp Oncol (Pozn)* 2012;16(6):506-511.
- Van Mechelen W, Aertgeerts B, De Ceulaer K, Thoosen B et al. Defining the palliative care patient: A systematic review. *Palliat Med* 2013;27(3):197-208.
- Alligood M.R. *Nursing Theory: Utilization and Application*. Mosby. 2010.
- Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process *J of Adv Nurs*. 2008; 62: 107-115
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse*

- Education Today.2004; 24: 105–112.
12. Waterkemper R, Reibnitz KS. Palliative care: the nurses' contributions in pain assessment. *Rev Gaucha Enferm* 2010; 31(1):84-91.
  13. Mehta A, Cohen SR, Ezer H, Carnevale FA, Ducharme F. Striving to respond to palliative care patients' pain at home: a puzzle for family caregivers. *Oncol Nurs Forum* 2011;38(1):E37-45.
  14. Dhingra L, Shuk E, Grossman B, et al. A qualitative study to explore psychological distress and illness burden associated with opioid-induced constipation in cancer patients with advanced disease. *Palliat Med* 2013;27(5):447-56.
  15. Vallerand AH, Musto S, Polomano RC. Nursing's role in cancer pain management. *Curr Pain Headache Rep* 2011;15(4):250-62.
  16. Stenberg U, Ruland C, Miaskowski CH. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-oncology* 2010;19:1013-102.
  17. Marchessault J, Legault A, Martinez AM. Providing in-home palliative care within a generalist caseload: a chance for nurses to reflect on life and death. *Int J Palliat Nurs* 2012;18(3):135-41.
  18. De Silva BS, Rolls C. Attitudes, beliefs, and practices of Sri Lankan nurses toward cancer pain management: An ethnographic study. *Nursing & Health Sciences* 2011; 419-424.
  19. Rhondali W, Burt S, Wittenberg-Lyles E, Bruera E, Dalal S. Medical oncologists' perception of palliative care programs and the impact of name change to supportive care on communication with patients during the referral process. A qualitative study. *Palliative & Supportive Care* 2013;10:1-8.
  20. Jones R, Regan M, Ristevski E, Breen S. Patients' perception of communication with clinicians during screening and discussion of cancer supportive care needs. *Patient Education & Counseling* 2011;85(3): e209-e215.
  21. Porter L, Keefe F. Psychosocial issues in cancer pain. *Curr Pain Headache Rep* 2011;15(4):263-70.
  22. Jacobsen R, Møldrup C, Christrup L, Sjøgren P, Hansen OB. Psychological and behavioural predictors of pain management outcomes in patients with cancer. *Scand J Caring Sci* 2010;24(4):781-90.
  23. O'Mahony S, Goulet J, Payne R. Psychosocial distress in patients treated for cancer pain: a prospective observational study. *J Opioid Manag* 2010;6(3):211-22.
  24. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Rahmani A et al. Cancer disclosure: Experiences of Iranian cancer patients. *Nursing & Health Sciences* 2012; 14:250-6.
  25. Bisht M, Bist S, Dhasmana D, Saini S. Quality of life as an outcome variable in the management of advanced cancer. *Indian J Med Paediatr Oncol* 2010;31(4):121-5.



## Palliative care of pain in cancer: Content analysis

Marjan Mardanihamooleh<sup>1</sup>, Laila Borimnejad\*<sup>2</sup>, Naimeh Seyedfatemi<sup>3</sup>, Mamak Tahmasebi<sup>4</sup>

1. PhD Candidate in Nursing Education, Tehran University of Medical Sciences
2. PhD in Nursing Education, Assistant Professor, Tehran University of Medical Sciences
3. PhD in Nursing Education, Associate Professor, Tehran University of Medical Sciences
4. Fellowship of Palliative Care Medicine, Cancer Research Center, Tehran University of Medical Sciences

### ABSTRACT

---

**Aim and Background:** Cancer patients require palliative care for reduction of their pain. The purpose of this study was identifying perception of nurses from palliative care of pain in cancer.

**Methods and Materials:** This study done with qualitative approach and using content analysis method. In this study, 15 nurses were selected through purposive sampling and face- to- face interviewed with semi structured interview. After data collection, all interviews were transcribed and reviewed and categories extracted. At first, similarity in meanings were reviewed and based on centralization arranged in a sub- category. Then with reviewing again relevant sub- categories arranged in a category.

**Findings:** In general, original categories in the palliative care of pain in cancer context encompass; palliation of physical pain and palliation of psychological pain. Palliation of physical pain has 2 sub- categories consist of providing to mental readiness and pain palliation with drug administration. Also psychological pain has 2 sub- categories consist of supportive behavior and stress reduction.

**Conclusions:** Content analysis of palliative care of pain in cancer revealed the required conditions for palliative care of pain in cancer based on perception of nurses.

**Keywords:** Cancer, Content analysis, Pain, Palliative care

► Please cite this paper as:

Mardanihamooleh M, Borimnejad L, Seyedfatemi N, Tahmasebi M.[Palliative care of pain in cancer: Content analysis(Persian)]. JAP 2013;4(1):55-63.

---

**Corresponding Author:** Borimnejad L. PhD in Nursing Education, Tehran University of Medical Sciences

**Email:** lborimnejad@tums.ac.ir