

The Quality of Palliative Care from the Perspectives of the Elderly with Cancer at Firoozgar Hospital in 2019: A Cross-sectional Study

Farzaneh Farzadnia¹, Farideh Bastani², Hamid Haghani³

Abstract

Background & Aims: Along with the growth of the aging population, there are several challenges for this population group as well as for caregivers and health policymakers. One of the most important challenges is the increase in care needs due to the increased suffering of the elderly from chronic and malignant diseases and disabilities. Therefore, due to the high prevalence of cancer and also the growth of the aging population, palliative care appears to be one of the important priorities of the health system. Palliative care has been identified as an important and ongoing part of cancer care. Palliative care is an approach that improves the quality of life of the patient and his family in the face of problems related to life-limiting diseases by preventing the patient's suffering and improving the patient's symptoms and other physical, mental, spiritual, and social problems. In fact, palliative care alleviates the disease-related pain and its effects on the patient and her family from the diagnosis of the disease to the control of pain and other symptoms. Studies have shown that there is a significant relationship between palliative care received and the quality of life in patients with chronic diseases such as cancer. Quality of life is also a multidimensional concept and nurses have an important role in improving the quality of services and care by considering the physical, mental, spiritual, religious, cultural, and social aspects of the patients. Therefore, it is necessary to first investigate the existing conditions and the quality of palliative care in the health centers and then take effective measures to improve them. Therefore, this study was conducted to determine the quality of palliative care from the perspectives of the elderly with cancer admitted to Firoozgar Educational and Medical Center in 2019.

Materials & Methods: This was a cross-sectional study. A total of 123 elderly patients with cancer admitted to Firoozgar Hospital in 2019 (November to January 2019) were selected through continuous sampling procedure. Inclusion criteria were informed consent to participate in the study, no cognitive impairment (a minimum score of 7 out of 10 based on AMT test) in the elderly, the ability to communicate and answer the items of the questionnaire, no known mental illness (based on the patient's medical record), confirmed cancer (according to the medical diagnosis and medical record). The exclusion criteria were no consent to participate in the study, non-cooperation in each stage of completing the questionnaire (AMT, demographic form, palliative care quality tools). Data collection tools included the short-form anxiety management training (AMT) to analyze the elderlies' mental health status and cognitive system, demographic form, and quality end of life questionnaire (QEOLC-10) which were completed through face-to-face interviews with the samples. The palliative care quality questionnaire assesses the quality of palliative care provided from the perspectives of patients with chronic diseases. This questionnaire includes 10 items with different dimensions of staff communication skills, patient-centered care system, symptom reduction management, staff emotional skills, and care based on patient values which are rated on an 11-point scale (range: 0-10). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics such as independent t-test and ANOVA using SPSS Software version 16 at the significance level of $P \leq 0.05$.

Results: The mean age of the elderlies was 65.55 ± 4.12 years. The highest frequency was related to the age group of 60-64 years, which shows that the subjects were classified as young-old. Among them, 76 (61.8%) cases were male and 47 (38.2%) were female. Almost all samples in these studies were married (95.9%), retired and

¹. MS Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

². Department of Community Health Nursing and Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding author) Tel: 02143651820 Email: bastani.f@iums.ac.ir

³. Department of Biostatistics, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

unemployed elderly had the highest frequency with (47.2%) and (41.5%), respectively. More than half of the study samples, about (56.9%), had a history of hospitalization, among which (47.1%) declared that they were hospitalized for one to two weeks and (48%) of the elderly were suffering from gastrointestinal cancer, which was more common than other types of cancer. In this study, the quality of palliative care in various dimensions (patient-centered care system, personnel communication skills, symptom reduction management, personnel emotional skills, patient values) was at the desired level. (54.5%) of the elderly reported the quality of palliative care to be desirable. The mean and standard deviation of palliative care quality was 65.55 ± 4.12 . In all dimensions of quality of care, the two variables of the current hospitalization period ($P=0.012$) and nursing skills ($P<0.001$) had the most statistically significant relationship with the quality of palliative care. The quality of palliative care in pain management had a statistically significant relationship with gender ($p = 0.047$), current hospitalization period ($P=0.015$), and nurses' skills ($P<0.001$), which was significantly higher in men than women, and had the highest frequency during 3-4 days of hospitalization, and nursing skills had a significant role in all the aspects.

Conclusion: In general, the results of this study showed that relief from physical, psychosocial, social, and spiritual problems through palliative care is possible for more than 90% of patients at the advanced stages of cancer. Palliative care to treat and alleviate the cancer-related symptoms and improve the quality of life of patients and their families can help people live more comfortably. It is especially true in places where there is a large number of patients with advanced cancer and there is little chance of treatment. In this study, the quality of palliative care from the perspective of the studied elderly was rated as desired, which is one of the reasons for providing such services in the special palliative care ward of Firoozgar Medical Center with experienced and trained caregivers. However, the main problem of the nursing system in Iran regarding palliative care for patients with cancer is that this type of care does not have a specific framework for nurses and is not seriously included in the formal curriculum.

Keywords: Palliative care, Cancer, The Elderly, Geriatric Nursing

Conflict of Interest: No

How to Cite: Farzadnia F, Bastani F, Haghani H. The Quality of Palliative Care from the Perspectives of the Elderly with Cancer at Firoozgar Hospital in 2019: A Cross-sectional Study. *Iran Journal of Nursing*. 2021; 34(130):59-72.

Received: 15 March 2021

Accepted: 16 Jun 2021

کیفیت مراقبت‌های تسکینی از دیدگاه سالمندان مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان فیروزگر در سال ۱۳۹۸: یک مطالعه مقطعی

فرزانه فرزاد نیا^۱، فریده باستانی^۲، حمید حقانی^۳

چکیده

زمینه و هدف: سالمندان مبتلا به سرطان بیشتر از سایر بیماران نیازمند مراقبت‌های تسکینی هستند. مراقبت تسکینی منجر به بهبود کیفیت زندگی بیمار و اطرافیان می‌گردد. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت مراقبت‌های تسکینی از دیدگاه سالمندان مبتلا به سرطان بستری در مرکز آموزشی و درمانی فیروزگر سال ۱۳۹۸ انجام شده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است و جامعه پژوهش شامل ۱۲۳ سالمند مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان فیروزگر، در سال ۱۳۹۸ (آبان ماه لغایت دی ماه ۱۳۹۸) می‌باشد که از طریق نمونه‌گیری به روش مستمر انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل: فرم کوتاه شده ی آزمون شناختی (AMT) جهت اطمینان از وضعیت سلامت روان و سیستم شناختی سالمند بود به انضمام فرم مشخصات دموگرافیک و نیز پرسشنامه کیفیت مراقبت‌های تسکینی (QEOLC-10) که به صورت مصاحبه حضوری پژوهشگر با نمونه‌های پژوهش تکمیل شدند. داده‌ها با آمار توصیفی و آمار استنباطی همچون آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معنی‌داری $p \leq 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت مراقبت تسکینی از دیدگاه مبتلایان به سرطان $65/55 \pm 4/12$ بود، که بر اساس ابزار استفاده شده در سطح بسیار مطلوب می‌باشد. گروه سنی ۶۰ تا ۶۴ سال بیشترین فراوانی را داشت که در طبقه بندی سالمندی جوان قرار می‌گیرند. در تمام ابعاد کیفیت مراقبت، دو متغیر مدت بستری فعلی ($p=0/012$) و مهارت پرستاری ($p<0/001$) بیشترین ارتباط معنی‌دار آماری با کیفیت مراقبت‌های تسکینی را نشان داد. کیفیت مراقبت تسکینی در مدیریت کاهش درد با جنسیت ($p=0/047$)، مدت بستری فعلی ($p=0/015$) و مهارت پرستاران ($p<0/001$) ارتباط معنی‌دار آماری داشت به طوری که در مردان به طور معنی‌داری بالاتر از زنان و در مدت بستری بین سه تا چهار روز بیشترین فراوانی را داشت و مهارت پرستاری نقش پررنگی در تمام ابعاد داشت.

نتیجه‌گیری کلی: در این مطالعه میزان مراقبت تسکینی از دیدگاه سالمندان مورد مطالعه در سطح مطلوب بود. ارائه مراقبت تسکینی به تمام سالمندان مبتلا به سرطان امری ضروری است و پرستاران بالینی نقش مهمی در ارتقاء کیفیت مراقبت‌های تسکینی بر عهده دارند.

کلید واژه‌ها: سالمند، سرطان، مراقبت تسکینی، پرستار سالمند

تعارض منافع: وجود ندارد.

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۰۰/۳/۲۶

۱. کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
 ۲. گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
 ۳. گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- شماره تماس: +۹۸۰۲۱۴۳۶۵۱۸۲ Email: bastani.f@iums.ac.ir

مقدمه

آمارها نشان می‌دهد تعداد افراد سالمند در دنیا سیر صعودی دارد. پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰، جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر جهان ۲ میلیارد نفر باشد و ۸۰ درصد افراد سالمند در کشورهای کم درآمد و متوسط زندگی خواهند کرد^(۱). ساختار جمعیتی ایران در شرایط فعلی در حال گذر از جمعیت جوان به میانسال است و به زودی به کشورهای با ترکیب جمعیتی پیر خواهد پیوست^(۲). بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن مرکز آمار ایران در سال ۱۳۷۵ سالمندان بالای ۶۰ سال حدود ۶/۶ درصد از جمعیت کشور را تشکیل می‌دادند، در سر شماری سال ۱۳۸۵ این میزان به حدود ۷/۳ درصد رسید، در سال ۱۳۹۰ به ۸/۲ درصد و در سال ۱۳۹۵ تعداد سالمندان حدود ۷/۴ میلیون نفر گزارش شده که (۹/۳٪) از جمعیت کشور را شامل می‌شوند^(۳).

همگام با افزایش جمعیت سالمندان، چالش‌های متعددی هم برای این گروه جمعیتی و هم برای مراقبان و سیاست‌گزاران حوزه سلامت به وجود آمده است که یکی از عمده‌ترین آنها، افزایش نیازهای مراقبتی به علت ابتلای بیشتر سالمندان به بیماری‌های مزمن و بدخیم و ناتوانی‌ها است^(۴).

سرطان به عنوان شایع‌ترین بیماری مزمن، عامل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است و حدود ۱۰ میلیون مرگ را در سال ۲۰۲۰ به خود اختصاص داده است^(۵). شایع‌ترین علل مرگ و میر ناشی از سرطان در سال ۲۰۲۰ به ترتیب شامل سرطان ریه، سرطان روده بزرگ و راست روده، سرطان کبد، سرطان معده و سرطان سینه می‌باشد^(۵). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، از هر پنج مرد یک نفر و از هر شش زن یک نفر در سراسر جهان به سرطان مبتلا می‌شوند و از هر هشت مرد یک نفر و از هر ۱۱ زن یک نفر بر اثر این بیماری می‌میرند^(۱).

در سال‌های اخیر تعداد سالمندان مبتلا به سرطان افزایش پیدا کرده است به طوری که سرطان از علل مهم مرگ در این گروه سنی محسوب می‌شود. تقریباً ۶۰ درصد موارد

تشخیص داده شده مبتلا به سرطان و ۷۰ درصد مرگ ناشی از آن در افراد سالمند رخ می‌دهد^(۶). بر اساس گزارش‌های منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی و مؤسسه تحقیقات بین‌المللی سرطان در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۴ میلیون مورد جدید سرطان در سراسر جهان دیده شده است که انتظار می‌رود این رقم طی ۲۰ سال آینده به ۲۲ میلیون افزایش یابد که منجر به افزایش بار مراقبتی در سرطان به صورت جهانی می‌شود^(۸).

بنابراین با توجه به شیوع زیاد سرطان و همچنین رشد فزاینده پدیده سالمندی، مراقبت‌های تسکینی به عنوان یکی از اولویت‌های مهم نظام سلامت نمایان می‌شود. مراقبت‌های تسکینی به عنوان بخش مهم و پیوسته‌ای از مراقبت‌های سرطان شناسایی شده‌اند^(۹). مراقبت، مجموع مداخلاتی است که با هدف تأمین سلامت انسان در تمام ابعاد سلامتی انجام می‌پذیرد^(۱۰). حیطه‌های مراقبت تسکینی شامل برنامه ریزی مراقبتی پیشرفته، حمایت جسمانی، عاطفی، حمایت اجتماعی، داغ دیدگی و حمایت معنوی هستند. مراقبت‌های حمایتی و تسکینی به آن دسته فعالیت‌هایی اطلاق می‌گردد که به بیمار و خانواده‌اش در کنار آمدن و تطابق با بیماری و درمان آن از پیش از تشخیص، تا زمان تشخیص و درمان و حتی تا زمان مرگ و سوگ، کمک می‌کند. مدیریت درد و کنترل سایر علائم با توجه به نیازهای عاطفی، روانی و اجتماعی مددجویان و خانواده می‌باشد. از این رو، مراقبت تسکینی تنها در تسکین درد بیمار خلاصه نمی‌شود، بلکه زمینه روانی را برای پذیرش مرگ در بیمار تسهیل می‌نماید^(۱۱).

مراقبت تسکینی، رویکردی است که کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی را در مواجهه با مشکلات مربوط به بیماری‌های محدودکننده زندگی از طریق پیشگیری از رنج بیمار و بهبود علائم و سایر مشکلات جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی بیمار ارتقاء می‌دهد. در واقع، مراقبت‌های تسکینی از لحظه تشخیص بیماری، تا کنترل درد و علائم دیگر، رنج ناشی از بیماری و عوارض حاصل از آن را در بیمار و خانواده‌اش تسکین می‌دهد^(۱۲).

کیفیت مراقبت‌ها و آرامش و رضایتمندی بیماران سالمند بستری در بخش مراقبت تسکینی و انکولوژی بیمارستان فیروزگر (به عنوان مشتریان نظام سلامت) قرار گیرد.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی بود که از آذرماه تا بهمن ماه سال ۱۳۹۸ انجام شد. ۱۲۳ سالمند مبتلا به سرطان بستری در بخش مراقبت تسکینی مرکز آموزشی درمانی فیروزگر مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌گیری به روش مستمر صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل نداشتن اختلال شناختی (کسب نمره حداقل ۷ از ۱۰ بر مبنای تست AMT (Abbreviated Mental Test) در سالمند مورد مطالعه، توان برقراری ارتباط و پاسخ دهی به سؤالات پرسشنامه، نداشتن بیماری روانی شناخته شده (بر اساس پرونده پزشکی بیمار)، ابتلا به بیماری سرطان تثبیت شده (طبق تشخیص پزشکی و ثبت در پرونده) بود. برای تعیین حجم نمونه لازم به منظور برآورد میانگین نمره کیفیت مراقبت‌های تسکینی از دیدگاه سالمندان مبتلا به سرطان در سطح اطمینان (۹۵٪) و بادقت برآورد ۳ نمره بر مبنای امتیاز صفر تا صد، پس از مقدار گذاری در فرمول حجم نمونه حداقل ۱۲۳ بیمار برآورد گردید. همچنین بر اساس نمره کیفیت مراقبت بر مبنای صد انحراف معیار ۱۷ بدست آمد. ابزار گردآوری اطلاعات فرم دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت مراقبت‌های تسکینی بود. فرم اطلاعات جمعیت شناختی شامل اطلاعات سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، شغل، تحصیلات، نوع بیمه، سابقه بستری شدن، طول مدت بستری، بیماری همراه، استعمال دخانیات، سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان، نوع سرطان، شدت درد و مهارت پرستاران (بر اساس خود اظهاری بیماران) بود. پرسشنامه کیفیت مراقبت‌های تسکینی (QEOLC-10) توسط Engelberg و همکارانش برای اولین بار در سال ۲۰۱۰ طراحی شده است. این ابزار کیفیت مراقبت‌های تسکینی ارائه شده را از دیدگاه بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از قبیل

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت حدود ۴۰ میلیون نفر در دنیا نیازمند مراقبت‌های تسکینی هستند. ۷۸ درصد این افراد در کشورهای کم‌درآمد و یا متوسط زندگی می‌کنند و در حال حاضر فقط حدود ۱۴ درصد افرادی که به مراقبت تسکینی نیاز دارند، آن را دریافت می‌کنند^(۱۳). از آنجا که مراقبت‌های تسکینی در کنترل علائم در بیماری‌های جدی درمان پذیر و لاعلاج ارائه می‌شود، نتایج مطالعه بهادر و همکارانش نشان داد که بین مراقبت‌های تسکینی دریافت شده با کیفیت زندگی بیماران با نارسایی مزمن قلبی ارتباط معنی‌دار وجود دارد^(۱۴). هر چه کیفیت مراقبت‌های پرستاری جهت بیماران در طول مدت بستری در بخش‌های بیمارستانی بیشتر باشد، رضایت آنها نیز بالاتر می‌رود و مدت اقامت آنها در بیمارستان که معیاری در کیفیت خدمات رسانی استاندارد در بیمارستان‌ها محسوب می‌شود نیز کمتر می‌شود. هر چه ارتباط مطلوبتری بین پرستار با بیمار در هنگام دریافت مراقبت‌ها صورت گیرد رضایتمندی بیماران نیز افزایش می‌یابد و هر چه پرستاران از نظر مهارتی و سابقه حرفه‌ای با تجربه‌تر باشند و هنگام ارائه خدمات پرستاری رفتاری توأم با مهربانی و عطوفت ارایه دهند، دیدگاه بیماران مثبت‌تر و رضایت بیماران نیز به طور معنادار بالاتر خواهد بود که این امر احتمالاً می‌تواند در سرعت بهبودی بیمار کمک شایانی بنماید^(۱۵).

در سال‌های اخیر، چگونگی ارائه کیفیت مراقبت‌های تسکینی از دیدگاه بیماران (و بویژه سالمندان) کمتر مورد بررسی تحقیقاتی قرار گرفته و سالمندان بنا به ویژگی‌ها و خصوصیتی که دارا هستند غالباً انتظارات و دیدگاه‌های متفاوتی نسبت به دیگر اقشار در دریافت مراقبت‌های خود دارند. ارزیابی خدمات ارائه شده در مراقبت تسکینی که اطلاعات پایه‌ای برای نیاز سنجی و ارزیابی مدیران و پرستاران فراهم می‌نماید، به نظر ضروری می‌رسد. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت مراقبت‌های تسکینی از دیدگاه سالمندان مبتلا به سرطان بستری در مرکز آموزشی و درمانی فیروزگر سال ۱۳۹۸ انجام شد تا مبنایی برای انجام برنامه ریزی‌های پرستاری و مدیریتی در راستای ارتقای

توسط پژوهشگر تکمیل شد. جهت پیشگیری از خستگی و کسل شدن سالمند در فواصل تکمیل فرم مشخصات فردی و پرسشنامه کیفیت مراقبت تسکینی، حدود ۱۰ دقیقه فرصت اضافی استراحت فراهم شد تا تکمیل ابزار گردآوری داده‌ها با دقت بیشتر انجام گیرد. در خصوص ملاحظات اخلاقی در این مطالعه، پس از دریافت مجوز و تأییدیه کمیته اخلاق (IR.IUMS.REC.1398.533) از دانشگاه علوم پزشکی ایران و نیز دریافت مجوز از مسئولین مرکز آموزشی درمانی فیروزگر جهت ورود به محیط پژوهش، اهداف و روش اجرای مطالعه برای واحدهای پژوهش توضیح داده شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات جمع آوری شده محرمانه باقی خواهد ماند. نتایج مطالعه نیز در صورت تمایل در اختیار مسئولین مرکز آموزشی درمانی فیروزگر و نمونه‌های مورد مطالعه قرار داده می‌شود.

بعد از جمع آوری داده‌ها و ورود آن‌ها به نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در این مطالعه، از آمار توصیفی در قالب جدول و شاخص‌های عددی برای توصیف واحدهای پژوهش استفاده شد و سپس در راستای رسیدن به اهداف و پاسخ به سؤالات پژوهش، آمار استنباطی در قالب آزمون‌های ضریب همبستگی، تی مستقل و آنالیز واریانس به کار گرفته شد.

یافته‌ها

بررسی مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها نشان داد میانگین سنی سالمندان مورد پژوهش ۶۵/۵۵ با انحراف معیار ۴/۱۲ سال بود. ۷۶ نفر (۶۱/۸) از افراد مورد مطالعه مرد بودند و بیشتر واحدهای مورد پژوهش یعنی ۹۵/۹ درصد متأهل بودند و سالمندان بازنشسته و بیکار هرکدام به ترتیب با ۴۷/۲ و ۴۱/۵ درصد بیشترین فراوانی را داشتند و تحصیلات دیپلم با ۲۳/۶ درصد بیشترین سطح تحصیلی بین سایر سطوح تحصیلی بود (جدول شماره ۱).

سرطان، سندرم نقص ایمنی اکتسابی و بیماری مزمن انسداد ریه مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال با ابعاد مختلف مهارت‌های ارتباطی کارکنان (۲ سؤال)، سیستم مراقبتی بیمار-محوری (۲ سؤال)، مدیریت کاهش علائم (۲ سؤال)، مهارت‌های عاطفی پرسنل (۲ سؤال)، مراقبت‌ها بر اساس ارزش‌های بیمار (۲ سؤال) می‌باشد و دارای مقیاس ۱۱ گزینه‌ای (از نمره ۰ تا ۱۰) است. دامنه نمرات پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ است. جهت توصیف دیدگاه‌های نمونه‌های پژوهش، کیفیت مراقبت‌های تسکینی در سه طبقه نا مطلوب (۰-۴۰)، مطلوب (۴۰-۶۰) و بسیار مطلوب (۶۰-۱۰۰) طبقه بندی می‌شود و در کل کسب نمره بیشتر نشان‌دهنده کیفیت مراقبت تسکینی بالاتر یا مطلوب‌تر بوده است (۱۶).

روایی پرسشنامه QEOLC-10 برای اولین بار در ایران در این مطالعه با روش فرایند چند مرحله‌ای صورت گرفت. جهت روایی و استفاده از پرسشنامه انگلیسی فرایند ترجمه- بازترجمه انجام شد. به این صورت که ابتدا پرسشنامه به صورت جداگانه توسط دو فرد آشنا به دو زبان انگلیسی و فارسی به زبان فارسی ترجمه گردید که سرانجام یک نسخه نهایی فارسی تهیه شد. این نسخه فارسی از پرسشنامه توسط دو فرد دیگر (متخصص در حوزه بهداشتی و مسلط به دو زبان فارسی و انگلیسی) مجدداً به زبان انگلیسی ترجمه شد و توسط تیم پژوهش با پرسشنامه اصلی مقایسه گردید و نسخه نهایی فارسی مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی روایی محتوا از سه هیأت علمی به عنوان پانل خبرگان (Expert Panel) درخواست شد تا در مورد شاخص‌ها و ویژگی‌های محتوایی و صوری ابزار نظر دهند و در نهایت نسخه فارسی پرسشنامه بر اساس نظرات ارائه شده و با تغییر جزئی اصلاح نهایی شده و مورد استفاده قرار گرفت. پایایی ابزار از طریق همسانی درونی (Internal Consistency) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۹ در ۲۰ نمونه سالمند محاسبه گردید. در این پژوهش تمام پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی سالمندان مبتلا به سرطان بستری در مرکز آموزشی و درمانی فیروزگر

مشخصات فردی	فراوانی (درصد)
سن (سال)	۶۰-۶۴ ۵۳ (۴۴/۲)
	۶۵-۶۰ ۵۲ (۴۳/۳)
	۷۰ و بالاتر ۱۵ (۱۲/۵)
جنسیت	مرد ۷۶ (۶۱/۸)
	زن ۴۷ (۳۸/۲)
وضعیت تأهل	مجرد ۲ (۱/۶)
	متأهل ۱۱۸ (۹۵/۹)
	بیوه ۱ (۰/۸)
وضعیت شغلی	مطلقه ۲ (۱/۶)
	شاغل ۱۴ (۱۱/۴)
	بیکار ۵۱ (۴۱/۵)
تحصیلات	بازنشسته ۵۸ (۴۷/۲)
	بیسواد ۲۸ (۲۲/۸)
	ابتدایی ۱۹ (۱۵/۴)
	سیکل ۱۲ (۹/۸)
	دیپلم ۲۹ (۲۳/۶)
	کاردانی ۸ (۶/۵)
	کارشناسی ۱۶ (۱۳)
ارشد و بالاتر ۱۱ (۸/۹)	
وضعیت بیمه	دارد ۹۶ (۷۸)
	ندارد ۲۷ (۲۲)
سابقه بستری	دارد ۷۰ (۵۶/۹)
	ندارد ۵۳ (۴۳/۱)
مدت بستری قبلی	کمتر از یک هفته ۲۳ (۳۲/۹)
	یک هفته تا دو هفته ۳۳ (۴۷/۱)
	بیشتر از دو هفته ۱۴ (۲۰)
بیماری همراه	دارد ۷۸ (۳۶/۳)
	ندارد ۱۲۳ (۳۵/۶)
نوع بیماری زمینه‌ای	بیماری‌های قلبی ۱۶ (۵۱/۱)
	غدد ۲۳ (۵۱/۱)
	سایر بیماری‌ها ۶ (۱۳/۳)
استعمال دخانیات	دارد ۲۸ (۲۲/۸)
	ندارد ۹۵ (۷۷/۲)
مصرف دارو	دارد ۵۲ (۴۲/۳)
	ندارد ۷۱ (۵۷/۷)
نوع دارو	داروهای ضد انعقاد خون ۱۰ (۱۹/۲)
	داروهای قلبی ۱۵ (۲۸/۸)
	داروهای دیابت ۲۰ (۳۸/۵)
	سایر داروها ۷ (۱۳/۵)

داروهای دیابت با ۳۸/۵ درصد بیشترین فراوانی را داشت. مدت بستری ۳۹/۴ درصد از سالمندان مورد پژوهش بین ۳ تا ۴ روز بوده و نوع سرطان ۴۸ درصد از آن‌ها گوارشی بود که نسبت به سایر سرطان‌ها فراوانی بیشتری داشت. بیشتر آنها یعنی ۶۲/۶ درصد شدت درد خود را در سطح متوسط دانستند و همچنین ۶۵ درصد مهارت پرستاران را در سطح متوسط ارزیابی کرده بودند.

در این مطالعه کیفیت مراقبت تسکینی در ابعاد سیستم مراقبتی بیمار- محوری، مهارت‌های ارتباطی، مدیریت کاهش درد، مهارت‌های عاطفی و مراقبت‌ها بر اساس ارزش‌های بیمار در سطح مطلوب بود (جدول شماره ۲).

مشخصات مربوط به بیماری افراد مورد مطالعه نشان داد ۷۸ درصد از سالمندان مورد پژوهش دارای بیمه بودند که از این میان بیمه تأمین اجتماعی با ۵۱/۱ درصد بیشترین فراوانی را در بین سایر بیمه‌ها داشت. بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش یعنی ۵۶/۹ درصد سابقه بستری داشتند که از این میان ۴۷/۱ درصد مدت بستری خود را یک تا دو هفته اعلام کرده بودند. ۶۳/۴ درصد اعلام کرده بودند دارای بیماری همراه نیستند و از بین سالمندانی که اعلام کرده بودند دارای بیماری همراه هستند بیماری غدد با ۵۱/۱ درصد بیشترین فراوانی را داشت. بیشتر شرکت کنندگان یعنی ۷۷/۲ درصد استعمال دخانیات نداشتند و ۴۲/۳ درصد مصرف دارو داشتند که از این میان مصرف

جدول شماره ۲: کیفیت مراقبت‌های تسکینی از دیدگاه سالمندان مبتلا به سرطان در ابعاد مختلف

ابعاد	سؤالات	میانگین (انحراف معیار)
سیستم مراقبتی بیمار- محوری	- به شما، اعضای خانواده و دوستان کمک میکنند تا اطلاعات یکسان از مراقبت‌های بهداشتی دریافت کنید. - به شما اطمینان می‌دهند که قبل از وقوع مراحل دشوار (از قبیل ایست قلبی تنفسی) رها نخواهید شد.	۵/۴۹ (۱/۹۲)
مهارت‌های ارتباطی پرسنل	- رو راست و صادقانه با شما صحبت می‌کنند. - با روی گشاده و با اشتیاق، با اعضای خانواده و دوستان شما ارتباط برقرار می‌کنند	۵/۴۷ (۱/۹۴)
مدیریت کاهش علائم	- خواسته‌های شما را در هنگام مدیریت درد و علائم در نظر می‌گیرند - از مراقبت‌های مورد نیاز در مراحل دشوار (از قبیل ایست قلبی تنفسی) آگاهی دارند.	۵/۴۹ (۱/۹۴)
مهارت‌های عاطفی پرسنل	- نیازهای عاطفی شما را مورد توجه قرار می‌دهند. - کل موجودیت فرد بیمار را در نظر می‌گیرند، نه اینکه صرفاً بیماری را در نظر بگیرند.	۵/۵۴ (۱/۸۱)
مراقبت‌ها بر اساس ارزش‌های بیمار	- چیزهایی که نمی‌دانند را می‌پذیرند. - به اعتقادات شخصی شما احترام می‌گذارند.	۵/۵۹ (۱/۷۸)

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی کیفیت مراقبت تسکینی سالمندان مبتلا به سرطان بستری در مرکز آموزشی و درمانی فیروزگر سال ۱۳۹۸

درصد	فراوانی	کیفیت مراقبت تسکینی
۱۲/۲	۱۵	نامطلوب (۰-۴۰)
۵۴/۵	۶۷	مطلوب (۴۰-۶۰)
۳۳/۳	۴۱	بسیار مطلوب (۶۰-۱۰۰)
۱۰۰	۱۲۳	جمع کل
	۶۵/۵۵ ± ۴/۱۲	انحراف معیار ± میانگین
	۶-۷۸	بیشینه- کمینه

توزیع فراوانی کیفیت مراقبت تسکینی سالمندان مبتلا به سرطان بستری در مرکز آموزشی و درمانی فیروزگر نشان داد ۵۴/۵ درصد از سالمندان مورد پژوهش کیفیت مراقبت تسکینی را در سطح مطلوب دانستند و میانگین نمره کسب شده ۶۵/۵۵ با انحراف معیار ۴/۱۲ بدست آمد (جدول شماره ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی در مطالعه حاضر کیفیت مراقبت تسکینی سالمندان مبتلا به سرطان در سطح مطلوب قرار داشت. بیشتر سالمندان این مطالعه در طبقه سالمندی جوان قرار داشتند، به طوریکه میانگین سنی $65/5 \pm 4/1$ داشتند و خیلی پیر و فرتوت نبودند. درصد قابل توجهی از نمونه‌ها تحصیلات دیپلم و دانشگاهی داشتند که ممکن است دیدگاه آنها را تحت تأثیر قرار دهد. در این مطالعه 65 درصد از سالمندان مهارت پرستاران را در مراقبت‌های تسکینی متوسط و 16/3 درصد ضعیف و 5/7 درصد عالی گزارش دادند. در مطالعه قلچه و همکارانش که کیفیت مراقبت پرستاری بر روی 204 بیمار بستری در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان را بررسی نمودند، کیفیت مراقبت‌ها 61/3 درصد بسیار مطلوب، 55 درصد مطلوب و 24 درصد نامطلوب گزارش شد و بین کیفیت مراقبت پرستاری و رضایت بیماران ارتباط معنی‌دار آماری دیده شد⁽¹⁷⁾. نتایج این مطالعه هم راستا با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. مطالعه نظری میزان رضایت بیماران از خدمات پرستاری را 75/94 گزارش کردند و همانند مطالعه حاضر مراقبت در سطح مطلوب بود⁽¹⁸⁾.

میانگین کیفیت مراقبت‌های پرستاری به تفکیک در بخش های مختلف تفاوت آماری معنی‌داری داشت. در پژوهش حاضر نمونه‌های جمع آوری شده از سه بخش انکولوژی و بخش مراقبت تسکینی فیروزگر می‌باشد. رضایت‌مندی بیماران از نحوه ارائه خدمات در بخش‌های پیشگفت نسبتاً زیاد بود که می‌تواند به علت وجود پرسنل کافی به ازای بیماران بستری شده، انجام مشاوره‌های روانشناسی برای بیماران و خانواده‌ی آنها و همچنین پیگیری‌های انجام شده توسط تیم مربوطه پس از ترخیص و ارایه مراقبت در منزل باشد. Amal Samir در مطالعه‌ای در کشور اردن تفاوت بین انتظارات بیمار و رضایت از مراقبت‌های پرستاری را مورد ارزیابی قرار دادند نتایج نشان داد که بیماران از جنبه‌های فنی و اخلاقی مراقبت‌های پرستاری رضایت بیشتری داشتند⁽¹⁹⁾ که با مطالعه حاضر همخوانی

دارد. نتایج مطالعه Al-Awamreh & Suliman در کشور اردن نشان داد بیماران بستری در بیمارستان از کیفیت مراقبت‌های پرستاری و دریافت خدمات بهداشتی ارائه شده راضی بودند. بیشترین امتیاز کسب شده از کیفیت مراقبت مربوط به مهارت و شایستگی و تسلط پرستاران، تسهیل در دادن اطلاعات، پاسخ پرستاران به زنگ بیماران، و فراهم آوردن خلوت بیماران از سوی پرستاران بود. بین متغیر رضایت بیماران و مراقبت‌های مختلف پرستاری و کل کیفیت مراقبت پرستاری دریافت شده ارتباط آماری مثبت و معنی‌داری گزارش گردید⁽²⁰⁾.

در اینکه یکی از عناصر الزامی در ارایه مراقبت‌های تسکینی ارتباط خوب بین بیمار و کارکنان درمانی است شکی نیست برقراری ارتباط جزء انسانی و جدایی ناپذیر مراقبت‌ها محسوب شده که منجر به ایجاد شناخت بین پرستار و بیمار شده و بیمار نظر مثبتی به پرستار پیدا کرده و موجبات رضایت وی فراهم می‌گردد و مطالعات انجام شده در این زمینه نیز تأیید شده می‌باشد⁽²¹⁾. پرستارانی که رویکرد کل نگر به مراقبت از بیمار دارند و رنج و درد بیماران را درک می‌کنند، در جهت آسایش و رفاه بیمار تلاش می‌کنند، روابط غنی‌تری با بیمار دارند و این در جهت بهبود کیفیت مراقبت و افزایش رضایت شغلی مفید دانسته شده است^(22,23). از طرفی بکارگیری مراقبت‌های تسکینی محدود به بیماری‌های خاص نمی‌باشد. بطوریکه، مشاوره های مراقبت تسکینی در بیماران سرپایی مبتلا به نارسایی قلبی سبب بهبود تنش، علائم افسردگی و بهبود کیفیت زندگی آنان بعد از ترخیص گردید⁽²⁴⁾. با توجه به اینکه نقش پرستار هنوز در جنبه مراقبت از بیمار متجلی می‌باشد، می‌توان به اهمیت مراقبت‌های پرستاری و نقش آن در حفظ جان افراد جامعه پی برد. پرستاران باید در مقابل ارائه خدمت خود مسئول بوده و احساس تعهد نمایند و آگاهی و مهارت کافی در امر مراقبت از بیمار داشته باشند که این خود نه تنها سبب بهبود کیفیت بلکه باعث پیشرفت شغلی آنان نیز خواهد شد⁽²⁰⁾.

میانگین نمره در بعد مدیریت کاهش علائم $1/94 \pm 0/49$ بر اساس ابزار کیفیت مراقبت در این بعد مطلوب می‌باشد. در بیماران سالمند مبتلا به سرطان با پیشرفته شدن بیماری به منظور کنترل علائم، ضروریست که کانون تمرکز از اقدامات درمانی به مراقبت تغییر نماید، کاهش علائم جسمی و مدیریت آن یکی از مهمترین اصول مراقبت خصوصاً مراقبت تسکینی به شمار می‌رود. همسو با مطالعات قبلی که عنوان می‌کند درد بیشترین ناراحتی را در بیماران مبتلا به سرطان ایجاد می‌نماید، در مطالعه حاضر ۶۲/۶ درصد مبتلایان شدت درد خود را متوسط گزارش دادند. مدیریت کاهش علائم با جنسیت، مدت بستری فعلی و مهارت پرستاران ارتباط معنی‌دار آماری داشت، میانگین نمره کسب شده کیفیت مراقبت تسکینی جهت کاهش درد در مردان به طور معنی‌داری بالاتر از زنان بود و در مدت بستری بین ۳ تا ۴ روز بیشترین فراوانی را داشت. ۵۶/۹ درصد نمونه‌ها سابقه بستری قبلی داشتند که بیشتر آنها بین یک تا دو هفته مدت بستری قبلی را داشتند. نتایج مطالعه سیستماتیک در بیماران مسن مبتلا به سرطان که مراقبت تسکینی دریافت کردند نشان داد بیشترین علائم زجرآور این مبتلایان، شامل ضعف و خستگی، درد، بی اختیاری ادرار، یبوست و اضطراب گزارش شد که نیازمند مراقبت بیشتری در این زمینه است^(۲۵).

در این زمینه نتایج مطالعه حاضر همسو و مطابق با یافته های مطالعات پیشین است. شواهد نشان می‌دهد که حدود ۸۰ درصد مراجعات به مراکز درمانی برای مدیریت و کاهش علائم می‌باشد^(۲۶). افزایش آگاهی و شناخت در مورد بیماری، عوارض آن، اطلاعات در زمینه عود و بازگشت بیماری، اطلاعات در مورد ابعاد جسمی و فیزیکی بیماری، داشتن اطلاعات برای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی درمانی، از جمله مهمترین نیازهای مطرح شده توسط بیماران است و تأیید کننده این است که تأمین نیازهای مراقبتی تسکینی بیماران مبتلا به سرطان و مراقبان آنها مستلزم توانمندسازی آنان در زمینه مراقبت در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است شواهد موجود

حکایت از دانش ناکافی بیماران دارد؛ به طوری که یکی از نیازهای تأمین نشده آنها، نیاز به دریافت اطلاعات گزارش شده است که یکی از گام‌های اساسی در جهت کاهش علائم می‌باشد^(۲۷). نتایج مطالعه ولی زاده و همکاران نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان در معرض خطر انواع تنش‌ها می‌باشند و سرطان به عنوان یک رویداد تنش‌زا بیمار را از نظر عاطفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. پس پرستاران باید به کاستن از تنش‌های روانی بیمار اقدام نمایند^(۲۸). در این راستا نتایج مطالعه Jacobsen و همکاران در دانمارک در خصوص مدیریت درد در بیماران مبتلا به سرطان، نشان داد شدت درد در این بیماران به دیسترس عاطفی آنان بستگی دارد^(۲۹). مراقبت تسکینی یک نیاز انسانی و ضروری در گستره جهان برای مبتلایان به سرطان می‌باشد که بخش اساسی آن کاهش علائم درد و زجر بیمار است، بعضی بیماران مبتلا به سرطان در معرض خطر کنترل ناکافی درد هستند به نحوی که درد بیشترین علائم را به خود اختصاص می‌دهد و نیازمند توجه بیشتر پرستاران برای کنترل کارآمد آن می‌باشند^(۳۰). بیماری سرطان موجب بروز علائم جسمی و عاطفی متعددی می‌گردد و حمایت کردن از بیماران سرطانی سبب بهبود توانایی آنان برای تحمل بیماری و عامل بهبود دهنده درد آنان شناخته شده است در این راستا پرستاران در جهت تسکین دردهای جسمی و روانی بیماران مبتلا به سرطان، باید از آنها حمایت نمایند^(۳۱).

در مطالعه Ferrell در امریکا مراقبت تسکینی بصورت همگانی بعنوان مراقبتی جامع برای ارتقای کیفیت زندگی و بهبود کیفیت مراقبت برای همه بیماران قابل اجرا دانسته شده است. این مراقبت در واقع یک مراقبت مشارکتی به شمار می‌رود که سبب مرتفع نمودن نیازهای جسمی و معنوی بیماران می‌گردد^(۳۲). پژوهش Wachterman در ایالات امریکا که در ۱۴۶ مرکز سیستم سلامت سربازان امریکایی با هدف مقایسه پدیده‌ها و الگوهای مراقبت پایان حیات و کیفیت مراقبت تسکینی از نظر خانواده‌های دارای بیماران در حال احتضار انجام شد، نشان داد کیفیت مراقبت

دلیل بیماری زندگی خود را در معرض خطر می‌بینند، بیشتر به سمت و سوی معنویت گرایش می‌یابند و بیش‌تر وجود خدا را در متن زندگی خود احساس می‌کنند بنابراین توجه به ارزشهای بیمار در مراقبت تسکینی حتی در بخش‌های اورژانس به طور کوتاه مدت و با مد نظر قرار دادن آموزش که می‌تواند نقش تعیین کننده داشته باشد^(۳۵، ۳۴) و در مطالعاتی که در خصوص بیماری‌های پیشرفته کبدی و سرطان‌هایی نظیر سرطان پروستات انجام شده است^(۳۶) حائز اهمیت است که در رضایتمندی سالمندان تأثیر بسزایی خواهد داشت^(۳۷). نتایج مطالعه تقدیسی نیز نشان داد از طریق مداخلات آموزشی مؤثر و مبتنی بر برنامه‌های سالمندی موفق می‌توان از عوارض و مشکلات دوره سالمندی کاست و آن را به دوره‌ای مطلوب و لذت بخش تبدیل نمود^(۳۸).

با توجه به نتایج مطالعه بهادر، ارائه مراقبت‌های مبتنی بر مراقبت تسکینی در همه ابعاد زندگی و نه فقط با تأکید بر بعد جسمی می‌تواند موجبات کاهش دفعات بستری در بیمارستان و کاهش هزینه‌های درمانی این بیماران را فراهم آورد. از طرفی، شناخت وضعیت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی توسط پرستاران می‌تواند راهنمایی برای تشخیص‌های پرستاری، اقدامات، مداخلات، ارزشیابی و تنظیم برنامه‌های ترخیص بیمار با در نظر گرفتن علائم بیماری باشد^(۱۴). بررسی فقط یک مرکز و یک شهر از محدودیت‌های مطالعه حاضر به شمار می‌رود و اجرای مطالعه در سایر مراکز و شهرها ضروری است. همچنین وضعیت جسمی و روانی فرد سالمند در حین پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و احتمال ایجاد خستگی که بر نحوه پاسخگویی آنها اثرگذار بود، از محدودیت‌های طرح به شمار می‌آید گر چه جهت کاهش این محدودیت مصاحبه در محیطی خلوت و آرام با سالمندان انجام شد و حتی الامکان با دادن زمان استراحت ده دقیقه‌ای در فواصل زمانی پرسشنامه‌ها تکمیل گردید.

در این مطالعه مراقبت تسکینی از دیدگاه سالمندان مورد مطالعه در سطح مطلوب بود که یکی از دلایل این امر این

پایان حیات در افراد مبتلا به سرطان و بیماری زوال عقل خیلی بهتر از بیماران مبتلا به نارسایی کلیه پیشرفته و بیماری نارسایی قلبی ریوی می‌باشد^(۳۳). در مطالعه حاضر، میانگین نمره در بعد مهارت‌های عاطفی کارکنان $1/81 \pm$ $5/54$ می‌باشد که مطلوب برآورده شده است. همسو با این نتایج، مطالعه Kartika در کشور اندونزی نشان داد که هر چه ارتباط مطلوب‌تری بین پرستار با بیمار در هنگام دریافت مراقبت‌ها صورت گیرد میزان رضایت‌مندی بیماران نیز افزایش می‌یابد و هر چه پرستاران از نظر مهارتی و سابقه حرفه‌ای با تجربه‌تر باشند و هنگام ارائه خدمات پرستاری رفتاری توأم با مهربانی و لبخند ارائه دهند، رضایت بیماران نیز به طور معنی‌دار بالاتر خواهد بود^(۳۴). کیفیت مراقبت‌های تسکینی در بعد مراقبت‌ها بر اساس ارزش‌های بیمار نشان داد میانگین نمره در این بعد $1/81 \pm 5/54$ می‌باشد. نتایج نشان داد مراقبت‌ها بر اساس ارزش‌های بیمار با مدت بستری فعلی و مهارت پرستاران ارتباط معنی‌دار آماری دارد و کیفیت مراقبت‌های تسکینی از این دیدگاه در سالمندانی که یک الی دو روز در بیمارستان بستری بودند نسبت به کسانی که مدت بستریشان بیشتر از یک هفته بود بیشتر بود و متغیر مهارت پرستاران نیز در افزایش کیفیت مراقبت‌های تسکینی حائز اهمیت شناخته شد. در تأثیر مراقبت‌های تسکینی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان عواملی مثل طول مدت بیماری، طول مدت دریافت خدمات تسکینی حمایتی و همچنین تنوع و کیفیت این خدمات مؤثر می‌باشد.

نتایج مطالعه حسینی با هدف تعیین مراقبت‌های تسکینی بروی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان که بروی ۶۶ بیمار مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان شهیدرجایی شهر یاسوج انجام شد و پروتکل‌های مراقبت تسکینی و مشاوره با متخصصین مربوطه در برنامه آنها تدوین شده بود، نشان داد آموزش مراقبت‌های تسکینی راهی جهت بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌باشد^(۳۵). فرهنگ بومی و مذهبی موجود در کشور ما به گونه‌ای است که بیماران در شرایطی که به

سالمندان پیر یا خیلی پیر صورت گیرد. هم چنین توصیه می‌گردد میزان آگاهی پرستاران از مراقبت‌های تسکینی در مراکز مختلف، در پژوهش‌های آتی مورد ارزیابی قرار گیرد.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره 98-2-3-15562 مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران است و نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از آن معاونت محترم، مسولین مرکز آموزشی درمانی فیروزگر و از سالمندان محترم شرکت کننده در این مطالعه اعلام می‌دارند.

است که این خدمات در بخش خاص مراقبت تسکینی در مرکز آموزشی درمانی فیروزگر و با مراقبین متبحر و آموزش دیده ارائه شده است. در حال حاضر مشکل اصلی سیستم پرستاری در ایران، در خصوص مراقبت تسکینی از مبتلایان به سرطان این است که این نوع از مراقبت دارای چارچوب واضحی برای پرستاران نیست و به طور جدی در متن برنامه آموزشی رسمی قرار ندارد. با وجودی که پژوهشگر بر این باور است که بیشتر پرستاران شاغل در بخش‌های سرطان جنبه‌های معنوی را در مراقبت از بیمار لحاظ می‌نمایند، باز هم توجهات پرستاری بیشتری در مراقبت تسکینی لازم است. با توجه به اهمیت مراقبت تسکینی و اینکه در نتایج بدست آمده میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه در طبقه بندی سالمندان جوان قرار داشت، پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی بر روی

References

1. World Health Organization. Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. International Agency for Research on Cancer. Geneva: World Health Organization. 2018 Sep 12.
2. Sharifzadeh G, Moodi M, Akhbari H. Investigating health status of older people supported by Imam. *Iranian journal of ageing*. 2010;5(3):52-9. [Persian]
3. Mirzaei M, Shams Ghahfarokhi M. Demography of elder population in Iran over the period 1956 To 2006. *Iranian Journal of Ageing*. 2007;2(3):326-31. [Persian]
4. DiIorio CK. Measurement in health behavior: methods for research and evaluation. John Wiley & Sons; 2006 Mar 6.
5. World Health Organization. Cancer WHO; 2021 [updated 3 March 2021- 2021 August 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
6. Weinberger MI, Bruce ML, Roth AJ, Breitbart W, Nelson CJ. Depression and barriers to mental health care in older cancer patients. *Int J Geriatr Psych*. 2011;26(1):21-6.
7. Cinar D, Tas D. Cancer in the elderly. *Northern clinics of Istanbul*. 2015;2(1):73.
8. De Martel C, Ferlay J, Franceschi S, Vignat J, Bray F, Forman D, Plummer M. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *The lancet oncology*. 2012;13(6):607-15.
9. Barbera L, Paszat L, Charter C. Indicators of poor quality end-of-life cancer care in Ontario. *J Palliat Care*. 2006;22(1):12-7.
10. Agar M, Currow DC, Shelby-James TM, Plummer J, Sanderson C, Abernethy AP. Preference for place of care and place of death in palliative care: are these different questions?. *Palliative medicine*. 2008;22(7):787-95.
11. Graphic PC. Dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life. 2014.
12. Twycross RG. Introducing palliative care. Radcliffe Publishing; 2003.
13. World Health Organization. Ageing and health: WHO; 2018 [2020-9-3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

14. Nouhi E, Jahani Y. The study of palliative care and its relationship with quality of life in patients with chronic heart failure. in 2014-2015. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2017;5(4):35-46. [Persian]
15. Kartika IR, Hariyati TS, Nelwati. Nurses–patients interaction model and outpatients’ satisfaction on nursing care. *Nurse Care Open Acces J*. 2018;5(2):70-6.
16. Engelberg RA, Downey L, Wenrich MD, Carline JD, Silvestri GA, Dotolo D, Nielsen EL, Curtis JR. Measuring the quality of end-of-life care. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39(6):951-71.
17. Gholjeh M, Dastoorpour M, Ghasemi A. The relationship between nursing care quality and patients satisfaction among hospitals affiliated to Zahedan University of medical sciences in 2014. *Jorjani Biomedicine Journal*. 2015;3(1):68-81. [Persian]
18. Nazari B, Bakhshi S, Kaboudi M, Dehghan F, Ziapour A, Montazeri N. A comparison of quality of life, anxiety and depression in children with cancer and healthy children, Kermanshah-Iran. *International Journal of Pediatrics*. 2017;5(7):5305-14. [Persian]
19. Abdel Maqsood AS, Oweis AI, Hasna FS. Differences between patients' expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. *Int J Nurs Pract*. 2012;18(2):140-6.
20. Al-Awamreh K, Suliman M. Patients' satisfaction with the quality of nursing care in thalassemia units. *Appl Nurs Res*. 2019;47:46-51.
21. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the future of palliative care. *Asia-Pacific J Oncol Nurs*. 2018;5(1):4-8
22. Altaker KW, Howie-Esquivel J, Cataldo JK. Relationships among palliative care, ethical climate, empowerment, and moral distress in intensive care unit nurses. *Am J Crit Care*. 2018;27(4):295-302.
23. Arnold EC, Boggs KU. Interpersonal relationships e-book: professional communication skills for nurses. Elsevier Health Sciences; 2019 Feb 2.
24. Evangelista LS, Lombardo D, Malik S, Ballard-Hernandez J, Motie M, Liao S. Examining the effects of an outpatient palliative care consultation on symptom burden, depression, and quality of life in patients with symptomatic heart failure. *J Cardiac Failure*. 2012;18(12):894-9.
25. Van Lancker A, Velghe A, Van Hecke A, Verbrugghe M, Van Den Noortgate N, Grypdonck M, Verhaeghe S, Bekkering G, Beeckman D. Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: a systematic review and meta-analysis. *J pain symptom manag*. 2014;47(1):90-104.
26. Rassouli M, Sajjadi M. Palliative care in the Islamic Republic of Iran. Palliative care to the cancer patient: The Middle East as a model for emerging countries. New York: Nova Scientific Publisher. 2014:39.
27. Ghazimirsaeed SJ, Moghimkhan F. Information Behavior of Patients with Cancer in Palliative Care in Tehran City, Iran. *Health Information Management*. 2018;15(3):120-5. [Persian]
28. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Rahmani A, Howard F, Nikanfar AR, Ferguson C. Cancer disclosure: Experiences of Iranian cancer patients. *Nursing & health sciences*. 2012;14(2):250-6.
29. 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.
30. Money S, Garber B. Management of cancer pain. *Curr Emerg Hospital Medic Reports*. 2018;6(4):141-6.
31. 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 and counseling*. 2011;85(3):e209-15.
32. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE. National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care guidelines. *J Palliat Medic*. 2018;21(12):1684-9.
33. Wachterman MW, Pilver C, Smith D, Ersek M, Lipsitz SR, Keating NL. Quality of end-of-life care provided to patients with different serious illnesses. *JAMA internal medicine*. 2016;176(8):1095-102.
34. Kartika IR, Hariyati TS, Nelwati. Nurses–patients interaction model and outpatients’ satisfaction on nursing care. *Nurse Care Open Acces J*. 2018;5(2):70-6.
35. da Silva Soares D, Nunes CM, Gomes B. Effectiveness of emergency department based palliative Care for Adults with advanced disease: a systematic review. *J Palliat Medic*. 2016;19(6):601-9.

36. Sanford MT, Greene KL, Carroll PR. The argument for palliative care in prostate cancer. *Translational andrology and urology*. 2013;2(4):278-80.
37. Huynh L, Moore J. Palliative and end-of-life care for the older adult with cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2021;15(1):23-8.
38. Taghdisi MH, Doshmangir P, Dehdari T, Doshmangir L. Influencing Factors on Healthy Lifestyle From Viewpoint of Ederly People: Qualitative Study. *Iranian Journal of Ageing*. 2013;7(4):47-58. [Persian]