



عنوان دوره آموزشی

آشنایی با مدیریت درد

بهار ۱۳۹۸

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

گروه هدف:

گروه شغلی پرستار- بهیار- اتاق عمل- هوشبری- ماما

اهداف آموزشی:

- ۱- درد را از دیدگاه های مختلف تعریف کنند.
- ۲- نظریه های درد را نام ببرند.
- ۳- درد را ارزیابی کرده و عواملی را که در درک و عکس العمل انسان به درد موثر است، شرح دهند.
- ۴- انواع درد را توضیح دهند.
- ۵- راه های تسکین درد را بیان کنند.

روش و نحوه اجرای آموزش

مدت دوره: ۱۰ ساعت

اجرای آموزش: کتابخوانی

نوع آزمون: کتابخوانی

روش آزمون: الکترونیکی

فهرست مطالب :

۵	.....مقدمه
۹	.....نظریه های درد
۱۳	.....عوامل موثر بر درد
۱۵	.....انواع درد
۱۹	.....اصطلاحات مورد استفاده بر اساس توصیف بیمار از درد
۲۰	.....مراقبت های پرستاری
۳۳	.....اصول اساسی تجویز داروهای مسکن
۳۵	.....درمانهای مکمل برای کنترل درد
۳۷	.....ارزشیابی اقدامات تسکین دهنده درد
۳۸	.....انواع مقیاس ها و نمره بندی درد
۴۴	.....منابع:

اهمیت مدیریت درد

شکایت همراه با درد، اولین علامت نشان دهنده ی مشکل بالینی در ۷۰ درصد مراجعین به بخش اورژانس است. درد شدید و غیرقابل کنترل باید به عنوان یک اورژانس پزشکی در نظر گرفته شود. ارزیابی میزان دردی که توسط یک بیمار تجربه می شود، در تعیین فوریت درمان نقش مهمی را خواهد داشت. ارزیابی و ثبت میزان درد با استفاده از مقیاس های مربوطه نه تنها به منظور تعیین وجود درد بلکه برای ارزیابی پاسخ درمانی نیز باید ثبت شود. اگرچه درد ممکن است در انواع مختلف جسمی و روانی وجود داشته باشد، اما معمولاً در زمینه آسیب بافتی ایجاد می شود. توجه به مفهوم درد در بیماران توسط پرستاران بسیار قابل اهمیت است. شناخت انواع درد و چگونگی بررسی درد در ارائه مراقبت های پرستاری از بیمارانی که درد دارند، موثر است. درد یک یافته ذهنی است و عوامل مختلف از جمله عقاید و ارزش های مددجو در آن بسیار تاثیر دارد. به همین دلیل در حین مراقبت های پرستاری جنبه های عقیدتی و معنوی را اهمیت دهید تا در رسیدن به هدف موفق باشید. فردی که درد دارد غالباً آن را به صورت یک واقعیت کامل تجربه می نماید و تنها چیزی که می خواهد مداخله پرستاری در جهت تسکین آن است. هرگز دو نفر درد را به یک روش تجربه نمی کنند. شناخت تفاوت های فردی در درک، واکنش به درد و شناخت علت های آن نیاز به مهارت های تخصصی پرستار به منظور پیشبرد آسایش و تسکین درد دارد. مهمترین موضوع باور پرستار در واقعی بودن درد بیمار، نشان دادن میل و رغبت برای سهیم شدن در درد وی و داشتن کفایت کافی در فرآهم آوردن یک رژیم درمانی موثر برای تسکین آن است. امروزه کاملاً مشخص شده که نوزادان ترم و پره ترم درد را تجربه می کنند و تشخیص این مسئله مهم منجر به افزایش درک مشکلات شایع درد و استرس ناشی از درمان در نوزادان بیستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان گردید. نوزادان بستری در بیمارستان روزانه تحت پروسیجرهای دردناک همچون گرفتن نمونه خون از ورید یا پاشنه پا قرار می گیرند. مطالعات آزمایشگاهی و کلینیکی نشان می دهد که عدم کنترل درد در نوزادان ممکن است منجر به اثرات مخرب روی سلامتی و پیش آگهی عصبی و تکاملی طولانی مدت گردد.

تعاریف درد

✚ درد یک احساس ناگوار است که به وسیله محرک زیان آور ایجاد می شود و هدف آن اساسا دفاع و محافظت است.

✚ درد واکنش ناشی از درک اعصاب مختلف در سطوح مختلف بدن نسبت به محرک داخلی یا خارجی است.

✚ درد یک احساس ذهنی است که در اثر محرک های مضر در طبیعت ایجاد می شود و یکی از عمومی ترین علائم ناراحتی در افراد است.

✚ درد تجربه ای احساسی و عاطفی است که با آسیب های شدید بافتی و روانی توأم است یا برحسب چنین معیاری ارزیابی می شود.

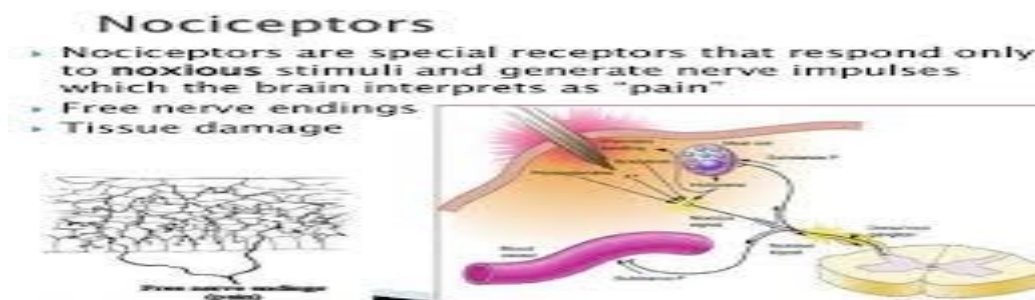
✚ درد احساس ناخوشایندی است که شخص را از اختلالات و تغییرات نامطلوب و ناخواسته در بدن آگاه می کند و یا واکنشی است که شخص در صدد برمی آید علت آن را جستجو کند.

درد یکی از مکانیزم های دفاعی بدن انسان است که مواجه شدن فرد با یک مشکل را مشخص می سازد.

مارگو مک کافری (۱۹۷۹) می گوید: درد آن چیزی است که شخص تجربه کننده آن می گوید و زمانی وجود دارد که او معتقد به بودن آن است. این تعریف براساس این عقیده است که تنها کسی که اختیار واقعی را در اظهار وجود درد دارد، خود آن فردی است که درد را تجربه می کند. درد در هر زمانی که شخص تجربه کننده می گوید، وجود دارد حتی اگر علتی برای آن پیدا نشود.

فیزیولوژی درد

مکانیسم انتقال و درک درد هنوز به طور کامل شناخته شده نیست. گیرنده‌هایی که حس درد را منتقل می‌سازند، نوسیسپتور (Nociceptor) نامیده می‌شوند. فرآیندهای فیزیولوژیک مربوط به درک درد را Nociception می‌نامند.



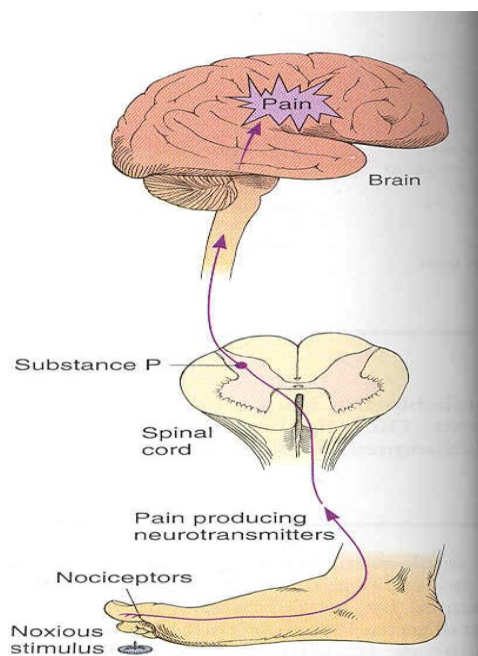
تصویر ۱- گیرنده های انتقال درد

اجزاء فیزیولوژیک درد شامل سه قسمت است :

❖ دریافت Reception

❖ درک Perception

❖ واکنش Reaction



الف - دریافت درد : هرگونه آسیب سلولی توسط محرک‌های

حرارتی، مکانیکی، شیمیایی یا الکتریکی منجر به آزاد شدن مواد تولید کننده درد می‌شود. واسطه‌های بیوشیمیایی که آزاد می‌شوند

شامل سروتونین، هیستامین، برادی‌کینین و ماده P است. این

واسطه‌ها نوسیسپتورها را حساس یا فعال می‌کنند. تصویر ۲- فرآیند دریافت درد

تأثیر برادی کینین در فعال شدن مستقیم نوسیسپتور، آزاد شدن مواد شیمیایی التهابی نظیر هیستامین، اتساع عروق، افزایش نفوذ پذیری مویرگی و تحریک آزاد شدن پروستاگلاندین‌ها است.

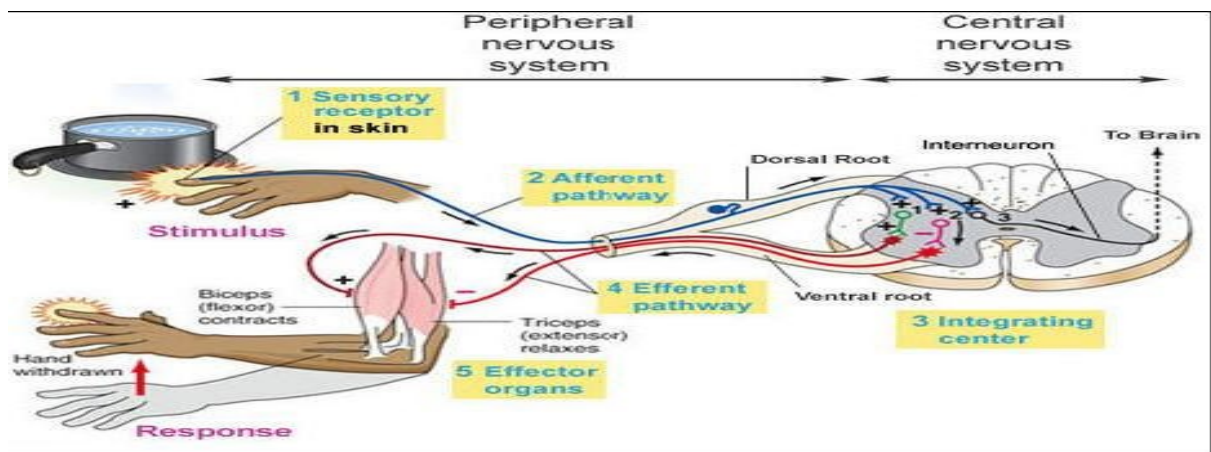
تأثیر ماده P در آزاد سازی سایر مواد شیمیایی شرکت کننده در فرآیند درد، افزایش پاسخ‌های التهابی، تسهیل حرکت ایمپالس‌های عصبی در محل سیناپس نرون‌ها در شاخ خلفی نخاع است.

انواع فیبرهای عصبی انتقال درد

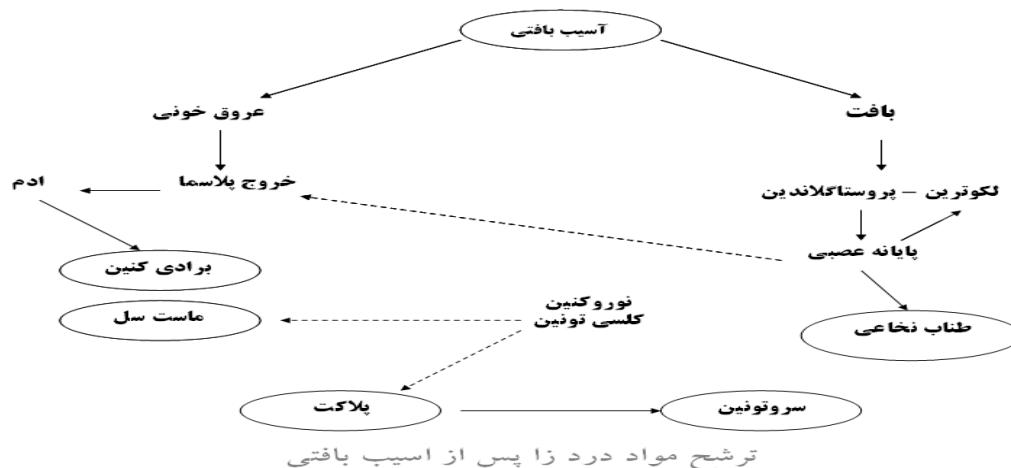
✓ فیبرهای A دلتا: نسبتاً قطور هستند و میلین دارند. منجر به انتقال سریع ایمپالس‌ها شده و درد های تیز موضعی و مجزا را منتقل می کنند.

✓ فیبرهای C : قطر کمی دارند، فاقد میلین بوده، انتقال آهسته ایمپالس‌ها را عهده دار بوده و دردهای احشایی مداوم و بندرت موضعی را منتقل می کنند.

فیبرهای A دلتا و C ایمپالس‌های عصبی را از محیط به شاخ خلفی طناب نخاعی انتقال می دهند. در محل سیناپس نرون‌ها ماده P آزاد می شود. انتقال ایمپالس از اعصاب آوران Afferent به اعصاب اسپاینوتالامیک صورت می گیرد. تقاطع اعصاب انجام شده و ایمپالس‌ها به سمت مراکز بالاتر در مغز فرستاده می شوند. پاسخ رفلکسی محافظت همزمان با دریافت درد اتفاق می افتد. فیبرهای A که محرک حسی را به نخاع می فرستند با نرون‌های حرکتی نخاع سیناپس داده و ایمپالس‌های حرکتی از طریق قوس رفلکسی در طول فیبرهای عصبی و ابران Efferent به عضله محیطی نزدیک به محل تحریک باز می گردند. انقباض عضله موجب عقب نشینی حفاظتی از منبع درد می شود. اگر بافت‌های داخلی مثلا عضلات تحریک شوند، عضله سفت شده و بدین ترتیب محافظت می شوند. (تصویر ۳)



تصویر ۳- فعالیت فیبرها و ترشح موارد دردزا پس از آسیب بافتی



تصویر ۴- ترشح مواد دردزا بعد از آسیب بافتی

تنظیم کننده‌های عصبی (Neuroregulators)

موادی هستند که بر انتقال محرک عصبی مؤثر بوده و میانجی‌های عصبی انتقال عصبی را مهار یا تحریک می‌کنند.

تعدیل کننده‌های عصبی (Neuromodulators)

از قبیل آندروفین‌ها که با جلوگیری از انتقال ایمپالس از طریق سیناپس فعالیت عصبی را تعدیل می‌کنند. آن‌ها از طریق افزایش یا کاهش اثرات میانجی‌های عصبی بطور غیر مستقیم عمل می‌کنند.

نظریه های درد

۱- نظریه ویژه یا اختصاصی^۱

این نظریه توسط دکارت در قرن ۱۷ مطرح گردید. در این نظریه یک ساختمان واحد برای پاسخ به تکانه های درد در مغز منظور شده؛ در حالی که قسمت های متعددی در مغز در ارتباط با درد شناسایی شده اند. این نظریه پاسخ قابل قبولی برای تغییر درد با متغیرهایی مانند عوامل اجتماعی و بسیاری از سندرم های بالینی درد(درد خیالی اندام قطع شده^۲، نورالژیای محیطی^۳) ندارد. اگرچه برخی از گیرنده ها اختصاصی اند؛ اما در این که گیرنده های اختصاصی به طور مستقیم و مداوم با مراکز عالی مغز در ارتباط باشند، جای تردید است. امروزه اعتقاد بر این است علاوه بر حس درد، حس فشار و حرارت نیز از طریق همان رشته ها منتقل می شود. نظریه اختصاصی بر اساس

¹-specificity theory

² - limb phantom pain

³ - peripheral neuralgia

فیزیولوژیک پایه گذاری شده که در آن رسپتورهای عصبی در بافت های بدن که گیرنده های مخصوص درد هستند، به تحریکات مشخصی پاسخ می دهند. این گیرنده ها محرک های زیان آور درد را به وسیله فیبرهای A دلتا (میلین دار هستند و درد قابل تحمل و سرما را انتقال می دهند) و فیبرهای C (بدون میلین هستند، حساس اند و به آهستگی) درد غیرقابل تحمل را از راه طناب نخاعی به مرکز درد در تالاموس می فرستند. سپس تحریکات به وسیله کورتیکو تالاموس به کورتکس مغز فرستاده می شود و درک درد صورت می گیرد.

۲- نظریه الگو^۱

تئوری الگو توسط نف در سال ۱۹۳۴ مطرح شد. این نظریه وجود گیرنده های خاص درد را رد می کند و معتقد است درد به دلیل تحریک گیرنده های حسی مختلف طبق یک الگوی معین حس می شود. بنابراین درد حاصل تحریک شدید گیرنده ها و ایجاد الگوی مشخصی از تکانه های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است. در این نظریه از تغییر ادراک درد با عوامل روانی بحث نشده است.

۳- نظریه شدت

این نظریه منبع درد مزمن را در تالاموس می داند. طبق این نظریه نرون های تالاموس که به طور طبیعی تکانه حسی را منتقل میکند به تدریج در اثر تحریک بیش از حد خودمختار می شوند و هرگاه تکانه های حسی طبیعی با این نرون های برانگیخته همراه شوند، به منزله درد درک خواهد شد. طبق این نظریه درک درد در طناب نخاعی صورت نگرفته بلکه در تالاموس واقع می شود.

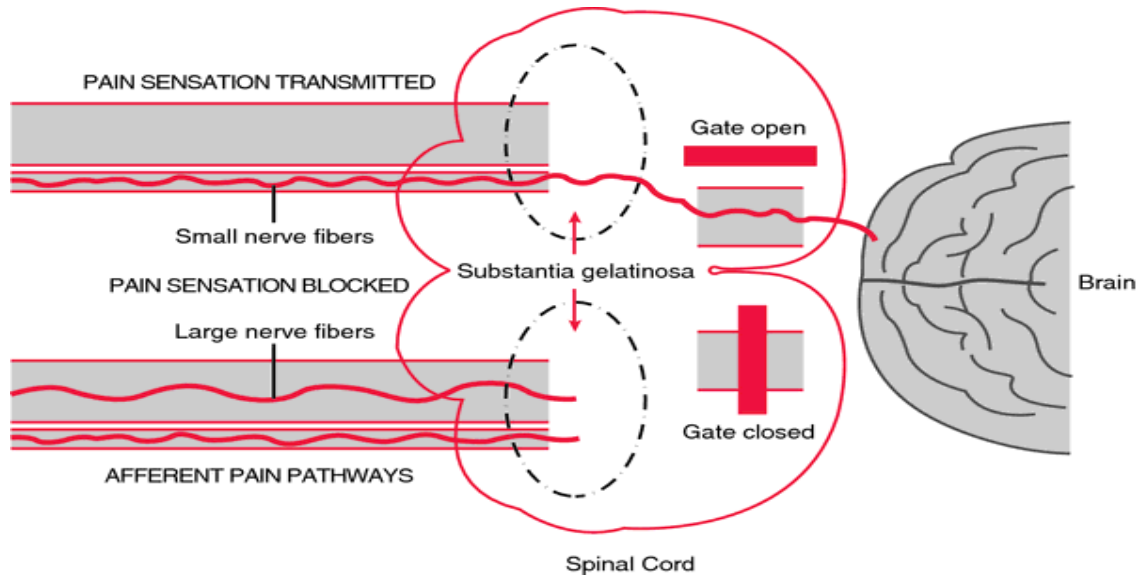
۴- نظریه کنترل دریچه درد^۲

این نظریه در سال ۱۹۶۵ توسط ملزاک و وال ارائه گردید. براساس این تئوری فیبرهای عصبی محیطی که انتقال درد به طناب نخاعی را انجام می دهند می توانند در سطح طناب نخاعی (قبل از انتقال به مغز) در درون خود تعدیلی صورت دهند. سیناپس های شاخ خلفی نخاع به عنوان دریچه ای عمل می کنند که اگر این دریچه بسته باشد مانع از رسیدن پیام ها به مغز شده و در صورت باز بودن اجازه عبور به ایمپالس ها را می دهند. براساس این نظریه بیان می شود فیبرهای عصبی با قطر کم تحریک درد را از طریق دریچه منتقل می سازند ولی اگر هم زمان با این

¹-pattern

²-Gate Control Theory

انتقال فیبرهای عصبی با قطر زیاد که از همان دریچه عبور می‌کنند، در حال انتقال پیام باشند، مانع از انتقال ایمپالس‌های درد می‌شوند و این به معنای بسته بودن دریچه است. (تصویر ۵)



تصویر ۵- تئوری کنترل دریچه ای درد

هرچند تئوری کنترل دریچه مورد قبول همگان نیست، ولی می‌تواند توضیح دهد که چرا اقدامات مکانیکی و الکتریکی به اندازه فشار و گرما می‌توانند درد را تسکین دهند.

ب- درک درد

درک درد، آستانه شناخت (آگاهی) از درد است، یعنی لحظه ای که فرد درد را تجربه می‌کند. این مسئله مربوط به سطح تالاموسی است و بر اساس زمینه های فرهنگی یا نژادی متفاوت، فرق نمی‌کند. درک در لب فرونتال صورت می‌گیرد. واکنش افراد نسبت به درد کاملاً فردی است و ممکن است یک فرد تحت شرایط مختلف عکس العمل های متفاوتی از خود نشان دهد.

درد همیشه دو جنبه دارد: درک درد و عکس العمل نسبت به درد.

توانایی درک درد بستگی به عملکرد نرون های عصبی دارد که دریافت، انتقال و تفسیر حرکات درد را به عهده دارند. بنابراین صدمه به اعصاب حسی، راه های حسی در نخاع شوکی، تالاموس و نواحی حسی در قشر مغز باعث اختلال در درک درد می‌شود. برای مثال در مددجویی که صدمه نخاعی دارد و دچار فلج اندام تحتانی است، حس درد در نیمه تحتانی بدنش وجود ندارد یا در بیماری های سیستم عصبی- مرکزی (مثل نوریت) به نظر می‌رسد درک درد تسهیل شده است و فرد حساسیت بیشتری به محرک نشان می‌دهد. همچنین با طولانی شدن یک

محرک دردناک راه های عصبی خسته شده و مراکز درک درد حساس تر می شوند. قسمت های نزدیک به نواحی آسیب دیده بدن نسبت به درد حساس تر از بافت های دیگرند و بافت هایی که تازه آسیب دیده اند نسبت به محرک های دردناک - حتی اگر شدت آن ها کم باشد- بیش تر از بافت های سالم واکنش نشان می دهند. به طور کلی قشر مغز، مخصوص تجزیه و تحلیل درد است. تفسیر نوع، کیفیت و معنای درد تحت تاثیر عواملی چون شخصیت، زمینه فرهنگی، تجربه و حالت روانی، جسمی و انگیزی است.

عوامل موثر بر ادراک درد در هنگام زایمان

- **فاکتورهای فیزیکی:** مانند سن، تعداد زایمان، شرایط زایمان، وضعیت سرویکس، اندازه نوزاد و تاریخچه دیسمنوره. فاکتورهای فیزیکی بر شدت و طول مدت درد زایمان اثر می گذارند.

- **فاکتورهای فیزیولوژیک:** مانند فعالیت فکری، نگرش، خلق و خوی، وضعیت روحی و روانی زائو هنگام لیبر، ترس، تشویق و اضطراب.

مداخلات شناختی مانند دادن اطلاعات و آمادگی زایمانی به زائو موجب کاهش رفتارهای ناشی از درد می شود.

- **تجربیات قبلی:** تجربیات مادر از درد زایمان قبلی می تواند تاثیر مثبت یا منفی در شرایط فعلی داشته باشد.

- **عوامل فرهنگی:** میزان پذیرش درد و نحوه اظهار درد در فرهنگ های متفاوت فرق می کند.

ج-واکنش به درد

واکنش به درد پاسخ های فیزیولوژیکی و رفتاری هستند که پس از درک درد اتفاق می افتند. نظیر گریه کردن، دور شدن از محرک دردناک و ...

پاسخ های فیزیولوژیکی: درد با شدت کم تا متوسط و درد سطحی سبب فعال شدن سیستم عصبی سمپاتیک می گردد. علائم آن شامل اتساع برونش، افزایش تعداد تنفس، افزایش ضربان قلب، انقباض عروق محیطی، افزایش فشار خون، افزایش سطح گلوکز خون، تعریق، گشادی مردمک چشم و کاهش حرکات دودی معدی - روده ای است. در بروز درد شدید یا عمیق سیستم عصبی پاراسمپاتیک فعال می گردد. علائم آن شامل رنگ پریدگی، کاهش ضربان قلب و فشار خون، تهوع و استفراغ، ضعف یا خستگی است.

پاسخ‌های رفتاری: شامل پاسخ‌های کلامی (نالهِ و گریه کردن) و غیر کلامی (نشان دادن محل درد، ماساژ دادن ناحیه دردناک، اخم کردن، اجتناب از حرکت، محافظت از ناحیه دردناک) است.

عوامل موثر بر درد

۱- متغیرهای روانی موثر بر درد

✚ **شخصیت:** افراد عصبی به طور معمول درد را شدیدتر احساس می‌کنند و اشخاصی که آرامند درد را خفیف احساس می‌کنند.

✚ **تجربه قبلی درد:** شخص نمی‌تواند تجارب قبلی خود از درد را به هنگام بروز درد فعلی نادیده بگیرد. اگر والدین کودکی درد را برایش بزرگ جلوه داده باشند به هنگام بروز درد او تصویری همسان با آن چه والدینش القاء کرده اند، خواهد داشت.

✚ **تصور بدنی:** کسی که از وضعیت بدنی خود آگاهی داشته باشد معمولاً درد را بهتر تحمل می‌کند. درد روی تصور بدنی اثر دارد. عضو دردناک سنگین تر و جدا از بدن احساس می‌شود. این دو متقابلاً برهم اثر می‌گذارند.

✚ **کنترل درد:** اگر شخص بداند عواملی در محیط برای کنترل (تسکین درد) وجود دارد، درد را بهتر تحمل می‌کند.

✚ **اضطراب:** اضطراب در افراد ممکن است ناشی از کاهش قدرت حرکتی، ایزوله بودن، نیامدن اقوام و خویشان، نداشتن اطلاع از بیماری باشد و همه این عوامل تحمل درد را کم می‌کند. اضطراب که تقریباً همیشه به هنگام بروز درد وجود دارد، باعث افزایش شدت درد می‌گردد. تهدید ناشی از نادانسته‌ها معمولاً مخرب تر بوده و ایجاد اضطراب بیشتری می‌کند. درد معمولاً با وجود اضطراب، کشش عضلات و خستگی تشدید می‌یابد. تنش و خستگی دو عاملی هستند که همیشه باعث تشدید و ناراحتی می‌شوند.

✚ **درد پیش بینی شده:** فردی که عمل جراحی کرده از قبل پیش بینی می‌کند که بعد از عمل درد وجود دارد و همین عامل تحمل درد را بیشتر می‌کند.

✚ **مسیر درد:** هر فرد انتظار دارد که حداقل سه روز بعد از عمل جراحی درد وی کمتر از روز قبل باشد. اگر به همین ترتیب به تدریج درد تسکن یافته باشد، تحمل آن بیش تر است.

۲- متغیرهای فیزیولوژیک

✚ **جنس:** زنان احساسات بیش تری نسبت به درد نشان می دهند.

✚ **سن:** در کودکان و افراد سالمند درک درد کمتر است. در کودکان عدم تکامل سیستم اعصاب و در سالمندان به علت دژنره شدن اعصاب درک درد کمتر است.

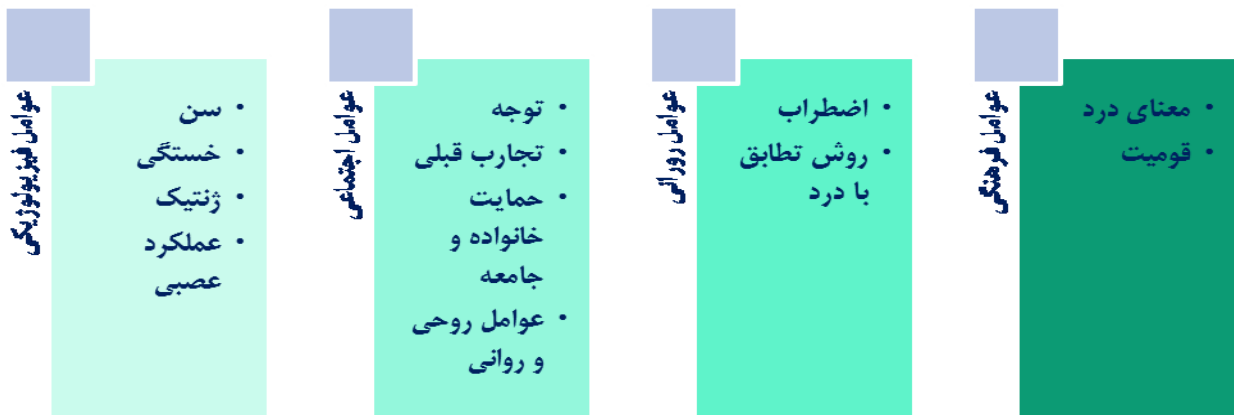
۳- متغیرهای فرهنگی و اجتماعی

✚ **شناخت و آگاهی:** هرچه افراد درباره درد آگاه تر شوند، تحمل درد در آن ها بیشتر می شود.

✚ **مذهب:** اعتقادات و ارزش های دینی عامل مهمی در تحمل درد محسوب می شود. برخی افراد درد کشیدن را نوعی تطهیر و پاک شدن از ناپاکی های روحی و وسیله ای جهت به تکامل رسیدن و یا جبران گناهان می دانند.

✚ **محیط:** مکان و زمانی که درد اتفاق می افتد در تحمل درد موثر است. برای مثال اگر فردی در زمین فوتبال (زمین ورزشی) صدمه ببیند درد را تحمل کرده و بازی را ادامه می دهد یا اگر فردی در جبهه زخمی شود درد را تحمل کرده و دفاع را ادامه می دهد. تحمل درد در شب کمتر از روز است. در شب سکوت و تمرکز بیشتری وجود دارد که همین، عامل مهمی در احساس درد بیشتر است. احساس ضعف و ناتوانی به هنگام پذیرش در بیمارستان توانایی فرد در مقابله با درد را کاهش می دهد.

عوامل موثر بر درد از بعدی دیگر:



انواع درد

درد را به دو گونه تقسیم کرده اند: دردهای محیطی^۱، دردهای عصبی^۲

۱- **دردهای محیطی:** دردی که منشا آن خارج از سیستم اعصاب مرکزی است که شامل درد سطحی^۳، درد عمیق^۴ یا درد احشایی، درد رجوعی^۵ و درد منشعب^۶ است.

✓ **درد سطحی:** این درد منبع پوستی دارد و به طور معمول در اثر تحریک تعداد زیادی از فیبرهای کوچک ایجاد می شود، درد ادامه ندارد، زود قطع می شود و چون انتهای اعصاب در سطح زیاد است، محل درد را فرد به خوبی تشخیص می دهد. علت این نوع درد مشخص است و امکان دارد به صورت تند و سوراخ کننده یا کند و سوزشی باشد.

✓ **درد احشایی یا درد عمیق:** منبع این درد در قسمت های عمیق تر بدن (عضلات و استخوان ها) و به ندرت در یک جا متمرکز است و به صورت درد کرامپی یا خسته کننده توصیف می شود و محل دقیق درد مشخص نیست.

^۱- perpheral pain
^۲- neurogenic pain
^۳- superficial pain
^۴- deep or visceral pain
^۵- pain reffer
^۶- radiate pain

✓ **درد رجوعی:** تقارب یا برخورد اعصاب مربوط به عضو مجاور سبب می شود که درد در عضوی که محرک زیان آور به آن وارد شده مشخص نشود، بلکه در جای دیگر انتشار یابد. برای مثال در التهاب کیسه صفرا درد در ناحیه شانه احساس می شود.

✓ **درد منشعب:** احساسی است که درد از یک نقطه معین به نقطه دیگر توسعه و امتداد می یابد. این حالت در اثر تجدید نیروی نرون های واقع در مجاورت قسمت های مختلف نخاع ایجاد می شود.

۲- **دردهای عصبی:** این نوع درد ممکن است به علت ایجاد یک حالت پاتوفیزیولوژیک در بالابرنده های محیطی یا سیستم اعصاب مرکزی رخ بدهد؛ مثل اختلال عمقی یا ترشح مواد میکروبی شیمیایی و تحریک ناشی از گرما یا سرما. درد مرکزی، نوریت^۱، نورالژیا^۲ و کالژیا^۳ از انواع دردهای عصبی هستند.

✓ **درد مرکزی:** این درد از آسیب اعصاب حسی، راه های عصبی یا نقاطی در مغز که به درک مربوط است، منشأ می گیرد. در بروز این درد هیچ علت محیطی به چشم نمی خورد، بلکه بروز آن به ضایعاتی که در سیستم اعصاب مرکزی وجود دارد و مستقیماً بر راه های ارتباطی درد تأثیر می گذارد، مربوط می شود که معمولاً ضایعات تالاموس شایعتر است. مشخصه این درد دائمی است، با شدت متفاوت و در اثر اضطراب، فشار روحی و تحریکات خیلی معمولی تشدید می شود (به صورت رنج درونی سوزشی توصیف می شود).

✓ **نوریت:** این نوع درد که التهاب عصب نیز خوانده می شود، دردی است که در اثر پراکندگی پاتولوژیک و پخش یک یا تعدادی بیشتر از عصب ها ایجاد می شود. این درد معمولاً به صورت متقارن با کیفیت سوزاننده ایجاد می شود. مانند نوریت چشمی که در اثر پراکندگی و التهاب عصب به وجود می آید.

✓ **نورالژیا:** این درد در طول پراکندگی و پخش یک عصب ایجاد می شود. مثل تری ژمینال، نورالژیا بعد از زونا که سوزاننده و شدید است (درد عصب).

✓ **کالژیا:** دردی است شدید و سوزاننده که به علت صدمه به یک عصب یا شبکه بزرگ محیطی ایجاد

1- neuritis
2 - neuralgia
3- causalgia

می شود. معمولا شبکه بازویی و میانی در دست و اعصاب سمپاتیک در پا بیشتر گرفتار این درد می شوند. کشیدگی ها، کوفتگی و شکستگی می تواند موجب بروز کزازیا شود. همچنین انسداد شریانی یا وریدی هم این حالت را به وجود می آورد. این درد در پوست احساس می شود و به اندازه ای شدید است که تصورش امکان پذیر نیست و در هنگام بروز آن، مددجو عضو دردناک را به شکل خاصی نگه می دارد. این درد به وسیله تحریکات عاطفی، شنوایی، بینایی و هرگونه حرکت عضو مبتلا بدتر می شود. گاهی این درد خود بخود در عرض چهارتا پنج ماه بهبود می یابد.

تقسیم دیگر در خصوص انواع درد، درد حاد و درد مزمن است.

درد حاد: دردی است کوتاه، موقتی و گذرا که معمولا چند دقیقه تا چند هفته طول می کشد و منبع آن شناخته شده است؛ مثل صدمه عمل جراحی. درد حاد معمولا شروع ناگهانی دارد و شدت آن از خفیف تا شدید متغیر است. ممکن است از یک دوره کوتاه تا کم تر از ۶ ماه طوب بکشد.

درد مزمن: شروع این درد تدریجی است، اما به مدت طولانی و معمولا بیش از سه ماه طول می کشد. دردی است که ممکن است محدود، متناوب یا مداوم باشد، اما از ۶ ماه یا بیشتر نیز طول می کشد و روی عملکرد طبیعی بافت ها تاثیر می گذارد. وقتی که درد مقاوم به درمان است و علی رغم اقدامات مختلف جهت تسکین، برطرف نمی شود، درد ستیزه جو نامیده می شود.

برخلاف درد حاد، درد مزمن غالبا بدون معنا و مفهوم درک می گردد و ممکن است باعث انزوایابی، افسردگی، خشم، محرومیت و وابستگی به دیگران در فرد شود. عکس العمل آن به درمان محدود است، هرچند ممکن است علت آن نیز شناخته شده باشد. مثل درد آرتريت، کمر درد و سر درد عود کننده.

تحقیقات نشان می دهد که حدود 10% از مردم جهان از دردهای متعدد رنج می برند و در بسیاری از آن ها درد علاوه بر مزمن بودن بسیار شدید نیز بوده است. درد مزمن در افراد بالغ و سالمندان از شیوع بالاتری برخوردار است. بسیاری از درد های مزمن شایع مثل کمر درد، درد های مفصلی و سر درد های عود کننده (از جمله میگرن) آن قدر شایع هستند که مردم فکر می کنند این درد ها باید به عنوان بخشی اجتناب ناپذیر از زندگی آن ها وجود داشته باشد.

درد های حاد مثل درد هایی که بعد از صدمات و جراحی ها به وجود می آید به عنوان یک علامت هشدار دهنده بوده و به ما اخطار می دهد که عامل دردناک وجود دارد و یا تخریب بافتی در پیش است. این هشدار مفید بوده و به ما می گوید که از عامل ایجاد درد بگریزیم و یا در پی دریافت کمک برای درمان آن باشیم. درد حاد حاصل مستقیم یک حادثه ایجاد کننده درد بوده و به عنوان یک علامت از ایجاد آسیب بافتی و یا بیماری تلقی می گردد. اما متأسفانه در بسیاری از بیماران درد تا مدت ها باقی مانده و دیگر هیچ گونه فایده ای نخواهد داشت؛ زیرا دیگر به صورت یک هشدار نخواهد بود؛ چرا که آسیب بافتی خاتمه یافته و یا بهبودی بافت حاصل شده ولی درد همچنان ادامه دارد. درد مزمن در این بیماران دیگر حاصل مستقیم آسیب اولیه و یا بیماری نبوده و بیشتر تغییرات ثانویه ای می باشد که در سیستم تشخیص درد بیمار به وجود آمده است.

درد های مزمن بر خلاف دردهای حاد که با مکانیزم های مختلف فیزیولوژیک ایجاد می گردند، بیشتر به صورت یک معضل کلی جسمی و روانی خود نمایی می نماید که خود مجموعه ای از دردهای مزمن می باشد و سبب مشکلات بی شماری برای بیماران مبتلا به آن خواهد بود که می توان به بی حرکتی بیمار و مشکلاتی که به تبع آن برای عضلات و مفاصل پیش خواهد آمد، تضعیف سیستم ایمنی بیمار و مستعد نمودن و ابتلا به سایر بیماری ها، مشکلات خواب، کاهش اشتها و نامناسب شدن وضعیت تغذیه بیمار، وابستگی به داروها، وابستگی بیشتر از معمول بیمار به افراد خانواده و مراقبین، استفاده بیش از حد و نامعقول از سیستم های پزشکی، عدم ارائه خدمات مناسب در محیط کار و یا از کار افتادگی و معلولیت، جدا شدن فرد مبتلا به درد مزمن از جامعه و خانواده و رفتن به سوی درون گرایی، اضطراب و ترس از علت درد، احساس ناامیدی و افسردگی و خود کشی اشاره نمود.

درد فانتوم^۱

درد فانتوم یک درد سایکولوژیک است که به درد خیالی شهرت دارد و دارای چهار خصوصیت است:

الف- تا مدتها پس از التیام قسمت قطع شده (قطع عضو) وجود دارد.

ب- در اثر تحریک سایر نقاط بدن ایجاد می شود.

ج- امکان بروز آن در افرادی که قبل از قطع عضو دردهای شدید و طولانی داشته اند، بیشتر است.

د- ممکن است به طور واقعی بروز کند.

^۱ -Phantom Pain

امروزه اطلاعات ما از این درد زیاد بوده و روش های درمانی خوبی برای کنترل درد وجود دارد. درد فانتوم از دردهای عجیب و در عین حال بسیار آزاردهنده است. این درد بدنبال قطع یک عضو ایجاد شده و تا مدت ها ادامه دارد. در اکثر مواقع درد فانتوم پس از عمل جراحی قطع اندام دست یا پا بروز می کند و نکته عجیب این که بیمار از درد در ناحیه قطع شده شکایت دارد. حس وجود عضو قطع شده را حس فانتوم و درد آن را درد فانتوم می گویند. در اکثر موارد بیمار از این که از درد عضو از دست داده خود صحبت کند، احساس خجالت و شرمندگی می کند و تصور تمسخر دیگران موجب این می شود که وی از ابراز درد خود امتناع نماید. در کنترل و درمان این درد از درمان های دارویی، بلوک و نورولیز گانگلیون سمپاتیک کمری استفاده می شود.

بلوک اپیدورال با کارگذاری پمپ دائمی ، کارگذاری الکتروود اطراف نخاعی به منظور تحریک الکتریکی نخاع از جمله روشهای درمانی درد فانتوم است.

اصطلاحات مورد استفاده بر اساس توصیف بیمار از درد

کیفیت

- **درد تیز:** درد بسیار شدید و ماهیت آن به صورت احساس سوراخ شدن در محل است.
- **درد مبهم:** دردی است که به شدت درد تیز نیست و بیشتر آزار دهنده است تا این که دردناک باشد. انتشار آن بیشتر از درد تیز است.
- **درد منتشر:** دردی است که منطقه وسیعی از بدن را دربر می گیرد. به طوری که بیمار قادر نیست که محل دقیق درد را نشان دهد، ممکن است با دست خود منطقه وسیعی را به منظور تعیین محل درد لمس نماید.
- **درد انتقالی:** این درد از محلی به محل دیگر انتقال می یابد، به عنوان مثال درد از محل زیرین شکم به بالای معده انتقال می یابد.

شدت درد

- شامل شدید، متوسط و خفیف بودن درد است.
- شدید بودن درد بستگی به تعبیر بیمار از درد دارد. نشانه های رفتاری و روانی کمک به بررسی و شناخت شدت درد می نمایند. بر روی درجه بندی شماره ۱ تا ۱۰ به منظور شدت درد، درد خفیف ۱-۳، درد متوسط ۴-۷ و درد شدید ۸-۱۰ درجه را به خود اختصاص می دهند.

طول مدت و دوره درد

- درد مداوم: دردی که متوقف نمی شود.
- درد متناوب: درد متوقف می شود و دوباره شروع می کند.
- درد زودگذر: دردی که به سرعت از بین می رود.

مراقبت های پرستاری

مسئولیت پذیری گروه بهداشتی در برابر درد و کنترل درد در بیماران در حد تجویز مسکن، تشویق بیمار به کنترل بیشتر، درخواست از بیمار برای رنج کشیدن آرام و بی سرو صداست؛ در حالی که طبق استانداردهای پرستاری راحتی و تسکین درد بیماران در اولویت است.

اغلب پزشکان و پرستاران یاد گرفته اند درد بیمار را بر اساس یک الگوی ثابت، یعنی رنگ پریدگی، بی قراری و افزایش ضربان قلب بررسی کنند و هرگاه بیمار چنین رفتاری بروز ندهد وجود درد در او را نفی می کنند.

پرستار متعهد باور دارد هر شخصی حق آزادی و رهایی از درد را دارد و در خدمات بالینی برای کمک به بیمار هر کار ممکن را انجام خواهد داد؛ چرا که تعهد داده است برای رفاه بیماران با رعایت استانداردهای قابل قبول خدمت کند.

در یک برنامه مراقبتی توجه به سه نکته اهمیت دارد.

۱- باید عوامل تاثیرگذار بر ماهیت حسی درد و شدت پاسخ های رفتاری را تغییر دهد. (برخی از عوامل مداخله گر مانند انتظارات فرهنگی قابل تغییر نیست).

۲- پاسخ های مناسب به رفتارها و نگرش های بیمار درباره درد را تعیین کند.

۳- اهداف مناسب را برای اجرای مداخلات پرستاری که باید باتوجه به اهداف باشد، انتخاب کند.

بررسی و شناخت درد

برای بررسی و شناخت درد باید دقت شود که روش های بررسی و شناخت درد متفاوت است. با این حال در تمام آن ها باید به داده های ذهنی که شامل کیفیت درد، محل درد، شدت درد، طول مدت درد، عوامل ایجاد کننده

درد، راه های تسکین درد و... است توجه شود. همچنین داده های عینی مثل وضعیت محیطی (میزان روشنایی، میزان سر و صدا)، رفتارهای بیمار، شکل خوابیدن و عوامل فیزیولوژیک قابل اندازه گیری است.

کیفیت درد: بیماران واژه هایی را برای توصیف درد به کار می برند. مانند احساس فشار، بریدن با چاقو یا شبیه چکش زدن. بهتر است در بررسی همان لغات و واژه ها نوشته شود.

محل درد: درد سطحی و همچنین درد ناشی از عضلات، استخوان ها، مفاصل و عروق خونی به خوبی دارای محل مشخصی است؛ ولی درد احشایی محل مشخص ندارد و بیمار از درد کلی ناحیه اپی گاستر یا قسمت پایین شکم شکایت دارد.

شدت درد: شدت درد احساس شده توسط بیمار در بررسی نیازهای وی، تدابیر درمانی و پرستاری مهم است. بعضی بافت ها مثل بافت عضلانی نسبت به درد حساس ترند. به این دلیل درد ناشی از کوفتگی یا ایسکمی عضلات ممکن است شدید و سخت باشد. تغییر ناگهانی در شدت درد نشانه این است که وضعیت بیمار تغییر کرده است. مثل سوراخ شدن زخم پپتیک یا پاره شدن آپاندیس ملتهب که بر اثر آن بیمار درد بسیار شدید و برنده ای را احساس می کند که با درد سابقش کاملاً فرق می کند.

طول مدت درد: شرح دقیق زمان وقوع درد و طول مدت درد اهمیت دارد. برای مثال در دردهای زایمانی زمان وقوع درد و فواصل درد در بررسی پیشرفت مددجو به هنگام زایمان مهم است.

عوامل ایجاد کننده: درد اغلب مربوط به فعالیت های بیمار می شود. مهم است که بدانید چه فعالیتی درد را افزایش می دهد یا چه حرکاتی درد را باعث می شود؛ برای مثال آیا بروز درد با خوردن غذای به خصوصی در ارتباط است.

راه های تسکین درد: اغلب بیماران قبل از مراجعه به پزشک خود اقدام به تسکین درد می کنند.

در بررسی باید از راه های تسکین درد که قبلاً به کار گرفته شده مطلع شد. این اطلاعات برای برنامه ریزی درمانی مراقبتی مفید است.

همچنان که گفته شد در بررسی و شناخت درد باید به داده های عینی نیز توجه کرد. داده های عینی از طریق مشاهده عکس العمل مددجو نسبت به درد جمع آوری می شود. برای سنجش شدت درد در بزرگسالان

می توان از مقیاس های اندازه گیری درد که از صفر تا ده شماره گذاری شده، استفاده کرد. در این مقیاس، صفر عدم وجود درد را نشان می دهد، عدد پنج حد متوسط و عدد ده حد شدید درد را نشان می دهد.

ارزیابی ذهنی درد: (یادآور PQRST)

P-PROVOKES: تحریک کننده ها

* شامل عوامل و فاکتورهای تشدید کننده و فاکتورهای تخفیف دهنده

Q-QUALITY: کیفیت درد

* درد چگونه احساس می شود؟

* آیا کیفیت درد بصورت تیز و شدید، مبهم، سوزشی، درد خنجری یا فشاری می باشد؟

* آیا با تنفس عمیق، سرفه یا حرکت در کیفیت درد تغییری ایجاد می شود یا نه؟

R-RADIATES: انتشار

* درد به کجا منتقل می شود؟

* آیا درد فقط در یک محل احساس می شود؟

S- SEVERITY: شدت

* معیار درد (Pain Scale): عدم وجود درد=۰. درد بسیار شدید=۱۰

* به نشانه های غیر کلامی توجه کنید

T-TIME: زمان

* چه زمان درد شروع شده است.

* چه مدت طول کشیده است.

ابزار آسان دیگری برای بررسی و شناخت، نمودار اقدامات درد WILDA است.

• کلماتی که درد را توصیف می کند.

• شدت درد (استفاده از نمودار ۰-۱۰ که صفر نشان دهنده بدون درد و ۱۰ نشانه درد بسیار شدید است).

• محل درد

• مدت درد

- عوامل تشدید کننده یا کاهش دهنده درد

بررسی و شناخت درد در افرادی که دچار نقص شناختی هستند، مشغله ای برای پرستاران است. درد بعنوان یک علت رفتار تهاجمی در بیماران دچار نقص شناختی است. ترکیب تاریخچه درد، مشاهده درد بیماران توسط خانواده و مراقبت دهندگان و وجود تشخیص های پزشکی یک مدلی را برای بررسی و شناخت این گروه فراهم می نماید. معمولا گزارش توسط خود بیمار قابل اعتمادترین روش است، اما مشاهدات زیر ممکن است نشانه هایی از وجود و شدت درد در یک کودک باشد:

- تحریک پذیری و بی قراری
- گریه کردن و جیغ زدن
- ناله کردن، دندان قروچه کردن یا مشت کردن دست
- لمس بخشی از بدن که درد دارد.
- پس زدن، مشت زدن یا تلاش برای دورکردن تحریکات از ناحیه دردناک

بررسی و شناخت درد در سالمندان چالش انگیز است. درد در سالمندان بخشی از فرآیند طبیعی سن است و افراد پیر بیشتر به بیماری های مزمن مبتلا هستند. درد در آن ها شایع تر است. نقص بینایی یا شنوایی می تواند بررسی و شناخت را تحت تاثیر خود قرار دهد. همچنین استفاده از داروهای متعدد بر روی گزارش درد تاثیر می گذارد. عقیده بر این است با بالا رفتن سن، درد کشیدن یک امر قابل انتظار است.

آموزش های قبل عمل در خصوص کنترل درد بعد عمل

خط مشی بر اساس سه اصل می باشد:

۱- درد گزارش شده توسط بیمار به عنوان عامل تعیین کننده ای جهت کنترل درد می باشد.

۲- درد غالبا هر ۲ ساعت بعد جراحی بزرگ باید بررسی شود.

۳- بیماران سالمند در معرض خطر درمان اضافی و یا غیرموثر درد قرار دارند.

پزشک ممکن است داروهای ضد درد را زمانی که ضرورت داشته باشد و یا به صورت عادی تجویز نماید. اگر دارو در مواقع ضرورت تجویز می شود باید محدودیت زمانی بین فواصل دادن دارو(مثلا هر ۲ تا ۴ ساعت) داده شود و لازم

است که بیمار دارو را بخواهد و باید قبل از این که درد شدید شود، دارو داده شود. اگر داروی داده شده درد را کنترل نکرد، داروی دیگری تجویز می شود.

عوامل خطر زبرد بروز درد بعد از عمل نیز باید مورد ارزیابی قرار گیرد:

- ✓ وجود درد قبل از عمل
- ✓ بروز درد کنترل نشده بعد از عمل
- ✓ رادیوتراپی و شیمی درمانی
- ✓ پیدایش آسیب عصبی

➤ تشخیص های پرستاری

تشخیص های پرستاری که بعد از تجزیه و تحلیل داده های ذهنی و عینی به دست می آید می تواند شامل: اختلال در خواب به علت درد، به هم خوردن آسایش و راحتی به علت درد، عدم تحرک به علت درد و عدم توانایی در تنفس موثر به علت درد باشد. به عبارت دیگر می توان گفت: درد محل عمل جراحی به طوری که اختلال در خواب ایجاد کرده یا درد با نمره ۵ به طوری که سبب به هم خوردن آسایش و راحتی شده و درد با نمره ۸ به طوری که باعث عدم توانایی موثر شده است و....

تشخیص های پرستاری بستگی به مهارت تجزیه و تحلیل اطلاعات(داده ها) توسط پرستار دارد.

از آن جایی که وجود درد می تواند بر روی بسیاری از جنبه های عملکرد فرد تأثیر گذارد، درد ممکن است اتیولوژی سایر تشخیص های پرستاری باشد. برای مثال :

- ✓ پاکسازی غیر مؤثر راه هوایی مربوط به درد قفسه سینه ناشی از برش محل جراحی
- ✓ اضطراب مربوط به تجربه قبلی کنترل ضعیف درد
- ✓ سازگاری غیر مؤثر فردی مربوط به درد پشت مداوم و طولانی
- ✓ اختلال در تحرک بدنی مربوط به درد مفاصل زانو و مچ پا

➤ برنامه ریزی و اهداف پرستاری

در تنظیم یک برنامه درمانی پرستار و بیمار انتظار واقعی از تسکین درد و میزان تسکین مورد نظر را تنظیم می‌کنند. بیمار باید بداند که تسکین کامل درد تضمین نمی‌شود، اما تلاش لازم صورت خواهد گرفت. در مورد درد حاد و شدید فراهم نمودن تسکین فوری درد بسیار مهم است. اهداف پرستاری شامل موارد ذیل است:

۱- حذف یا کاهش محرک دردناک؛

۲- تسکین درد به طوری که بیمار اظهار درد نکند؛

۳- کمک به بیمار به منظور تصور درد کمتر.

برنامه ریزی در راستای حذف یا کاهش محرک دردناک:

بهتر است از بروز درد جلوگیری شود تا نیاز به درمان نباشد، ولی معمولاً این کار ممکن نیست. درد علامت اختلال دهنده است که بافت‌های بدن آسیب دیده اند یا در حال آسیب دیدن هستند. وقتی حرکت باعث درد شده، حرکات بیمار محدود می‌شود. مثل محدودیت حرکت در بیماران قلبی یا بعد از عمل جراحی. ولی نه می‌توان حرکات دردناک را محدود کرد و نه به دلیل خطرات ناشی از بی‌حرکتی این کار عاقلانه است. بنابراین بعد از عمل جراحی برای جلوگیری از عوارض تنفسی، بیمار باید حرکت کند و ضمن تنفس عمیق، محل عمل را با دست نگه دارد. همچنین استفاده از بالش اضافی در محل عمل یا بستن آن با باند از اقداماتی است که به حرکت بیماری که درد دارد، کمک می‌کند. پرستار باید به خاطر داشته باشد که برطرف کردن نیازهای فیزیولوژیک بیمار می‌تواند بسیاری از منابع موجود یا بالقوه درد را از بین ببرد؛ تغذیه به موقع از انقباض معده جلوگیری می‌کند و استفاده از مایعات کافی، مانع از بروز کم‌آبی می‌شود و تمام این اعمال عکس‌العمل مددجو را نسبت به محرک دردناک تغییر می‌دهد.

برنامه ریزی در رابطه با اقدامات تسکین دهنده درد:

اقدامات پرستاری برای بیمارانی که دچار درد بوده یا احتمال بروز درد در آنها وجود دارد عمدتاً به شکل راه‌کارهای حفاظتی ارائه می‌گردند که به بیماران در پیشگیری و به حداقل رساندن درد و همچنین سازش با آن کمک می‌نماید. هرچند اقداماتی وجود دارند که با انجام آن‌ها در طول دوران زندگی افراد می‌توانند مانع از بروز درد در خود شوند. به عنوان مثال خوردن برخی از غذاهای خاص موجب بروز سردرد و ناراحتی معده و روده در بعضی اشخاص می‌شود.

اهداف یا برآیند های مورد انتظار در رابطه با اقدامات تسکین دهنده درد عبارتند از:

- ❖ بیمار تسکین درد را تشریح خواهد نمود، با استناد به این که میزان درد مطابق مقیاس ۱۰-۰ کاهش پیدا می کند.
- ❖ بیمار اقدامات مربوط به تسکین درد را انجام دهد.
- ❖ بیمار کاهش میزان درد را نشان دهد. به عنوان مثال به دلیل کاهش درد برش جراحی، مسیر تخت تا حمام را پیاده طی کند.

نگرش های کنترل درد

۱-نگرش های پزشکی برای کنترل درد:

الف- دارو درمانی

- ✓ استفاده از شل کننده های عضلانی مثل پروبانتین و گروه بلادونا مثل آتروپین
- ✓ استفاده از گشادکننده های عروقی مثل نیتروگلیسرین
- ✓ استفاده از داروهای ضدالتهاب مثل ایندومتاسین و ایبوپروفن
- ✓ پمادها به منظور تسکین دردهای موضعی مثل سالیسیلات و ...
- ✓ ضددردهای غیر مخدر: آسپرین، استامینوفن و ...
- ✓ ضددردهای مخدر: دمورال، دولوفین و ...

ب- تحریکات الکتریکی مثل (TENS)

ج- پروسیجرهای نوروسرجری مثل نروکتومی، ریزوتومی، کوردوتومی و سمپاتکتومی.

د- مهار عصبی یا بلوک عصبی

ه- طب سوزنی

۲- نگرش های روانی برای کنترل درد

الف- تغییر رفتار

ب- بیوفیدبک، آموزش

ج- هیپنوتیزم

۳- نگرش های پرستاری برای کنترل درد

الف- پیشگیری از درد

ب- از بین بردن تحریکات دردناک (ماساژ، تحریک پوستی، لمس درمانی، انحراف فکر، تمرینات آرام سازی، تصویرسازی، آرام سازی آگاهانه)

ج- اصلاح پاسخ (عکس العمل به درد، کاهش اضطراب)

➤ اجرا

۱- ایجاد ارتباط پرستار- بیمار براساس اعتماد

اقداماتی که باعث تقویت ارتباط بین پرستار و بیمار و پیشبرد تسکین درد می شوند عبارتند از: بحث و گفتگو با بیمار در مورد درد، آزاد گذاشتن بیمار در انتخاب روش موردنظر خود در تسکین درد و ملاقات با بیمار و ماندن در کنار وی به هنگام درد.

۲- برطرف کردن یا تغییر علت درد

روش های انجام این کار می تواند شامل خالی کردن مثانه پر، برطرف نمودن یبوست، تغییر وضعیت و حصول اطمینان از وضعیت صحیح بدن در تخت و... باشد. داروهایی که باعث از بین بردن اسپاسم عضلات صاف در دستگاه معدی- روده ای می شوند، یا داروهایی که انقباض عضلانی را در دستگاه عضلانی- استخوانی از بین

می برند، در ایجاد آسایش در بیمار موثر می باشند.

۳- ایجاد تغییر در عوامل موثر بر تحمل درد

بحث و گفت و گو در مورد درد بیمار به اندازه آموزش در مورد کنترل درد موثر است. خستگی درد را افزایش و استراحت در تخفیف درد موثر است. بیماری که درد دارد محیط آرام را ترجیح می دهد، همچنین محدودیت در حرکات حسی محیطی مثل کم کردن سروصدا، خاموش نمودن چراغ های پرنور و غیره در ایجاد راحتی بیمار موثر هستند.

اداره درد به معنی تسکین یا کاهش درد به سطحی از راحتی است که برای مددجو قابل قبول باشد. انواع اقدامات پرستاری کاهش درد شامل اقدامات دارویی و اقدامات غیر دارویی است.

۴- اقدامات تسکین دهنده درد

روشهای تسکین درد عبارتند از: بحث و گفتگو با بیمار پیرامون معنی و مفهوم درد و دادن اطلاعات لازم به بیمار در مورد آن یکی از راه های حمایت از بیمار می باشد. اطلاع فرد از این که در رابطه با درد باید انتظار چه مسائلی را داشته باشد، باعث می شود که بیمار با موقعیت های پیش آمده سازش و تطابق پیدا کند و ترس از ناشناخته ها را از بین برده و اضطراب را کاهش دهد.

روش های غیر دارویی تسکین درد

شامل استراتژی های گوناگون فیزیکی و شناختی - رفتاری است.

✚ **ماساژ و لمس درمانی:** ماساژ با کاهش حساسیت و سفتی عضله و بهبود وضعیت جریان خون باعث رهایی از

درد و خستگی می شود. همچنین از طریق مسدود نمودن ایمپالس ها به مغز و ترشح اندروفین ها باعث کاهش درد می شود. از اثرات دیگر آن کاهش ادم اندام و کاهش درد ناشی از ادم است.

✚ **تحریک پوستی:** برطبق یک نظریه تحریک پوستی از طریق ماساژ، حمام آب گرم، کیف یخ و طب سوزنی

سبب آزاد شدن اندروفین می شود. تحریک پوستی نباید به صورت مستقیم روی نواحی حساس پوست نظیر نواحی سوخته، ملتهب و شکستگی اعمال شود. استفاده از گرما سبب افزایش جریان خون شده و در رفع دردهای عضلانی موثر است؛ زیرا افزایش جریان خون باعث دور کردن موارد زاید متابولیکی می شود که عامل ایجاد کننده درد می باشد. سرما اثر متضاد گرما دارد و با کاستن از سرعت جریان خون باعث کاهش تورم می

شود و به این ترتیب فشار به انتهای اعصاب کم می شود. موفقیت حاصل از روش های تحریک پوست در تسکین درد غالباً بر مبنای تئوری کنترل دریاچه ای درد است.

✚ **بی حرکت ساختن:** محدود کردن حرکات بخش دردناک بدن نظیر اندام آسیب دیده

✚ **طب سوزنی:** در دردهایی نظیر سردرد، کرامپ های قاعدگی، دردهای بعد از جراحی، دردهای دندان، درد کمر و سندرم تونل کارپال از طب سوزنی استفاده شده است.

✚ **انحراف فکر:** انحراف فکر سبب کاهش آگاهی فرد از درد شده و تحمل نسبت به درد را افزایش می دهد. محرک مطلوب سبب آزاد شدن اندروفین می گردد. روش های دیداری، شنیداری، لمس کردنی، فکری، صحبت کردن با بیمار در مورد تجارب مثبت و خوب از بهترین روش های انحراف فکر است. زایمان با روش لاماز یکی از شایع ترین روش های انحراف فکر است. انحراف فکر ممکن است برای درد خفیف به تنهایی استفاده شود، اما بهتر است قبل از شروع درد و یا بلافاصله پس از شروع آن استفاده شود. این روش وقتی برای درمان دردهای شدید همراه با مسکن های خفیف به کار می رود، موثر است. این روش در کودکان نیز ممکن است موفقیت آمیز باشد.

روش هایی که باعث انحراف فکر می شود شامل موارد زیر است:

- خیره شدن به یک شیء، شمارش اشیاء، خواندن یا نگاه کردن به تلویزیون
- انحراف فکر از طریق شنوایی، گوش دادن به موسیقی
- انحراف فکر از طریق لامسه، بغل یا نوازش کردن فرد، اسباب بازی مورد علاقه
- انحراف فکر از طریق تصویرسازی

✚ **آرام سازی عضلانی!** تن آرامی به صورت خود کنترلی تنش های عاطفی و جسمی ناشی از درد را از بین می برد. روش های تن آرامی شامل ترکیبی از فعالیت های تنفسی کنترل شده و مجموعه ای از انقباض و انبساط گروه های عضلانی است که به ویژه در تسکین درد مزمن و دردهای زایمانی مؤثرند. آرام سازی سبب کاهش تعداد ضربان قلب، تنفس و فشارخون می شود و در کاهش دردهای خفیف تا متوسط مفید بوده و روش مناسبی برای کاهش درد شدید همراه با مصرف داروست.

¹ -muscle relaxation

پیامدهای مثبت آرام سازی شامل:

۱- افزایش قدرت سازگاری در مقابله با اضطراب

۲- تامین انرژی

۳- ایجاد خواب عمیق

۴- کاهش خستگی

۵- کاهش درد ناشی از فشار عضلات

۶- کاهش اضطراب ناشی از درد

➤ موسیقی درمانی: گوش دادن به موسیقی می تواند آرام بخش و تسکین دهنده باشد، درد را کاهش دهد و

فکر را منحرف سازد. با آزاد شدن آندروفین ها احساس خوب بودن در فرد ایجاد شده و نیاز به داروهای ضددرد

را کاهش می دهد. این روش به تمرکز فکر روی روش های تنفس در ضمن زایمان کمک

می کند. همچنین بر روی تسکین نوزادان بی قرار و بیماران در حال کما نیز موثر است.

گت وود در سال ۱۹۲۰ عنوان نموده که دو محرک جدا در سیستم عصبی در یک زمان می توانند اثر یکدیگر را

خنثی کنند و به این ترتیب فردی که حواس خود را به گوش دادن موسیقی متمرکز کرده است می تواند سایر

محرک های ایجاد کننده درد را در سیستم عصبی خنثی سازد. میزان تاثیر موسیقی به خود موسیقی و خصوصیات

فرد شنونده بستگی دارد.

➤ دارونما: پلاسیبو ماده ای است که ترکیبات فعال دارویی ندارد، اما ممکن است سبب آرامش مددجو شود و این

درحالی است که نه تنها بیمار از آن اطلاعی ندارد بلکه به بیمار گفته می شود که این دارو حال او را بهتر

خواهد کرد. مطالعات انجام یافته تاثیر پلاسیبو را تأیید نموده و تاکید نموده اند که ادراک فرد سهم مهمی در

تسکین درد دارد.

دارونمایی که مثل داروی مسکن قوی پذیرفته شده باشد، به میزان زیادی آستانه درد را بالا برده و از حساسیت به

محرک حرارتی دردناک می کاهد. طبق نظریه تصمیم حسی^۲ اظهار درد کمتر بیمار به دلیل تغییر در ملاک و

ضوابط است نه به دلیل کاهش قدرت تشخیص محرک حرارتی. بنابراین استنباط تسکین درد ناشی از پلاسیبو یک

^۱- Placebo

^۲- sensory decision theory

پاسخ روانی به موقعیت تجربی است و به تغییر در فعالیت حسی ارتباط ندارد. اگرچه مکانیسم دقیق تاثیر پلاسیبو مشخص نیست ولی برخی معتقدند که پلاسیبو فعال کننده سیستم نزولی است و به رهاسازی آندروفین منجر می شود. دارونما اگر به طور صحیح استفاده شود موجب اطمینان مددجو از تسکین درد خواهد شد. البته پرستار برای تجویز آن نیاز به دستور پزشک دارد و دارونما نباید برای اثبات واهی بودن درد بیمار به کار رود و اصول اخلاقی در تجویز دارونما باید کاملا رعایت شود. استفاده از پلاسیبو برای ارزیابی وجود یا ماهیت درد غیر اخلاقی است. پاسخ مثبت به دارونما بیانگر غیر واقعی بودن درد نبوده و در بیش از ۳۰ درصد موارد این پاسخ مورد انتظار است. علی رغم اثر مثبت پلاسیبو عمدتا همراه با تلقین و صحبت های مثبت در مورد اثر دارو، بیشتر محققین توصیه می کنند که از اثر تلقین و صحبت های موثر در کنار سایر اقدامات واقعی نیز استفاده شود.

🌟 **هیپنوتیزم:** این مساله ناشی از تغییر هوشیاری است که با انفعال بسیار نسبت به القائات مشخص

می شود. با این عمل قوه قضاوت و تحلیل فرد تضعیف می شود و به راحتی تحت تاثیر تلقین شخص دیگر قرار می گیرد. هیپنوتیزم سبب کاهش ترس و اضطراب شده و در افرادی که درد آن ها جنبه روحی روانی دارد موثر است. درباره مکانیزم واقعی هیپنوتیزم اطلاعات کافی در دست نیست.

ملزاک و وال عنوان نموده اند که ۳۰ درصد از مردم وارد حالت هیپنوتیزم عمیق، ۳۰ درصد وارد حالت هیپنوتیزم متوسط و ۳۰ درصد وارد حالت خواب آلودگی می شوند؛ اما ۱۰ درصد باقی مانده هیچ گاه تحت تاثیر قرار نمی گیرند. از این رو در برخی از افراد هیپنوتیزم موجب کاهش مصرف داروهای مسکن و درد می شود.

نگرش های پزشکی تسکین دهنده درد

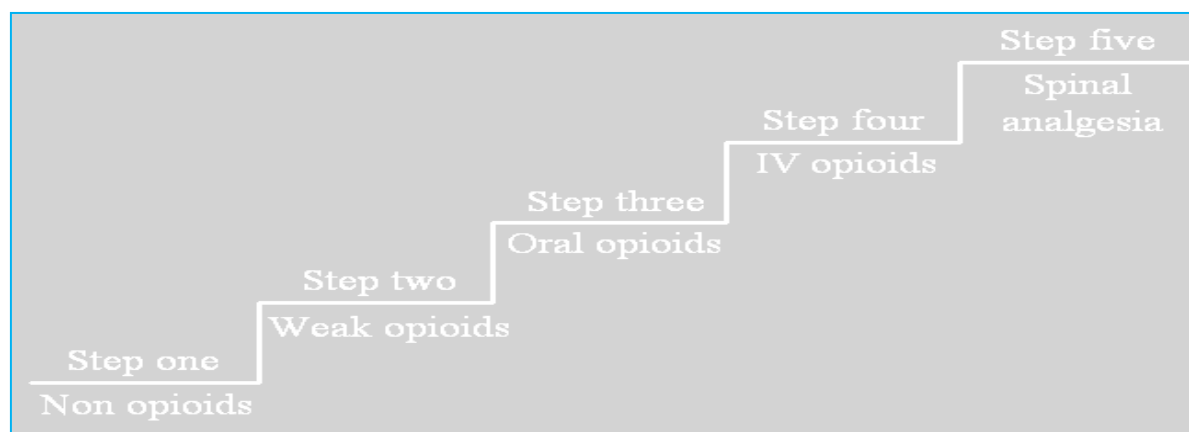
الف-اقدامات دارویی تسکین دهنده درد

داروهای مختلفی برای تسکین درد وجود دارد. مخدرها یا ناركوتیک ها به گیرنده های مخدری سیستم عصبی مرکزی متصل می شوند و مانع از انتقال جریان درد شده یا تغییری در آن ایجاد می کنند. داروهایی مانند کدئین و مرفین از این دسته داروها هستند. تسکین درد پس از عمل با استفاده از مخدرهای قوی ممکن است حوادث و مشکلات ناخواسته و نامطلوبی را به دنبال داشته باشد که می تواند شامل تهوع و استفراغ، گیجی، خواب آلودگی، یبوست و تضعیف سیستم تنفسی باشد.

مسکن های غیر مخدر مانند ASA و استامینوفن در تسکین دردهای خفیف تا متوسط مورد استفاده قرار می گیرند. داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی همانند مسکن های غیر مخدر عمل می کنند و به طور کلی خواص این داروها ضد التهاب، ضد تب و تسکین دهنده است. مانند ایبوپروفن و ناپروکسن. همه درمان های دارویی به دستور پزشک نیاز دارند.

نردبان تجویز داروهای مسکن

در نردبان تجویز داروهای مسکن سازمان بهداشت جهانی توصیه به رعایت ۵ گام زیر می شود که در صورت غیرموثر بودن کنترل درد در هر مرحله، مرحله بعدی صورت می گیرد.



تصویر ۶- نردبان داروهای مسکن

قدم اول: تجویز مسکن غیر مخدر خوراکی است. ضد دردهای غیر استروئیدی (NSAIDs) مانند استامینوفن، آسپرین و ایبوپروفن از طریق مهار سنتز پروستاگلاندین ها و مهار پاسخ های التهابی عمل می کنند و بر دردهای خفیف تا متوسط اثر می گذارند.

قدم دوم: استفاده از مسکن مخدر خوراکی ضعیف مانند کدئین بر روی مراکز فوقانی مغز و طناب نخاعی اثر کرده و با باند شدن با گیرنده های مخدر سبب تغییر در درک و واکنش به درد می شود. بایستی عوارض جانبی تضعیف سیستم تنفسی، تهوع، استفراغ، یبوست و تغییر در فرآیندهای ذهنی تحت کنترل باشد.

قدم سوم: در صورت عدم پاسخ کافی جایگزینی مخدر خوراکی قوی مانند متادون به جای مخدر خوراکی ضعیف انجام می شود.

قدم چهارم: استفاده از پمپ کنترل درد وریدی است. کنترل درد توسط بیمار¹ (PCA) اجرای مسکن توسط بیمار هوشیار است. این سیستم ممکن است برای درمان دردهای حاد و مزمن در مراکز درمانی یا در منزل استفاده شود. معمولاً شامل تزریق داروهای داخل وریدی است، اما ممکن است به صورت زیرجلدی هم تزریق شود. در PCA از پمپهای تزریقی قابل حمل استفاده می شود که مقدار معینی دارو را تزریق می کند. وقتی حساسیت به درد رخ دهد بیمار دارو را پوش می کند. برای دریافت دارو مددجو باید دکمه متصل به PCA را فشار دهد. فواید PCA شامل کنترل مددجو بر درد، تسکین درد بدون وابستگی به پرستار، تمایل مددجویان به گرفتن داروی کمتر و اجرای روش قبل از شدید شدن درد، سطح خونی با ثبات تر مسکن، تسکین سریع تر درد و کاهش اضطراب و رضایتمندی بیمار است.

قدم پنجم: استفاده از پمپ کنترل درد اسپینال، اپیدورال و انجام تزریقات از طریق کاتترهای محیطی یا اپیدورال است. درمان درد اپیدورال به طور معمول در افراد مبتلا به سرطان در مراحل آخر و کودکان تحت عمل جراحی ران، ستون فقرات و... استفاده می شود. ورود بیش از حد مجاز داروی مخدر به داخل بدن یا جابجایی سوند باعث ایجاد اثرات ناشی از کاهش فعالیت در مرکز ساقه مغز شده و علائم تهدید کننده زندگی چون کاهش فعالیت سیستم تنفسی بروز می کند. سایر عوارض احتمالی ناشی از استفاده این روش شامل عفونت، خارش، احتباس ادرار، تهوع و استفراغ است.

اصول اساسی تجویز داروهای مسکن

زمانی که از داروهای مسکن جهت تسکین درد استفاده می شود، در ابتدا پرستار باید درد بیمار را مورد بررسی قرار دهد و سپس اهداف او را در مورد تسکین درد بداند. در موقع ترخیص بیمار برای منزل علاوه بر مراقبت های معمول باید کیفیت مراقبت ها جهت تسکین درد نیز گفته شود.

¹ -Patient Controlled Analgesia

پرستار باید تاثیر داروی مسکن، تغییرات در وضعیت بیمار (اصلاح یا بدتر شدن آن را از لحاظ پاتولوژی و افزایش تحمل به دارو) که ضرورت تغییر در نوع داروی مسکن را ایجاد می کند، مقدار، راه تجویز و بروز عوارض جانبی دارو را که قطع دارو را هشدار می دهد، مورد ارزشیابی قرار دهد.

زمان، بخش مهمی در تجویز داروهای ضد درد است. انفوزیون داخل وریدی مداوم داروهای مخدر، جهت تسکین درد حاد بعد از عمل موثر است. بهترین راه رهایی از داروهای مخدر همین است که از داروها طبق یک برنامه منظم ساعتی استفاده شود.

رژیم های درمانی حاد

پیشگیری درد آسان تر از درمان آن در زمان شروع است. کنترل درد باید قبل از جراحی با بیمار در میان گذاشته شود. اقدامات پرستاری که می تواند درد حاد بعد از عمل را محدود کند شامل حفظ میزان سرم ضد درد یا ضدردهای اپیدورال و تشویق به استفاده از درمان های غیردارویی می تواند کمک کننده باشد.

اقدامات درد حاد

اصول اساسی که راهنمایی برای دردهای مزمن است شامل:

- در صورت امکان داردن داروها از راه دهان
- تجویز داروی مسکن طبق یک برنامه منظم ساعتی رعایت شود و این مورد بیشتر از روش داروهای PRN) در صورت لزوم) رعایت گردد.
- تنظیم دوز دارو جهت دستیابی به حداکثر فواید آن با توجه به عوارض جانبی تنظیم شود.

درمان درد در کودکان

کودک خود بهترین منبع اطلاعات درباره درد است. کودکان بعد از عمل نیاز به دارو طبق یک برنامه ساعتی یا به صورت انفوزیون مداوم دارند و مخدرها نیز جزء داروهای انتخابی برای دردهای خفیف تا شدید هستند. کودکان نیاز به درمان جهت به حداقل رساندن یا تسکین درد و دیسترس دارند. آموزش کافی قبل از پروسیجر، استفاده از دارو و درمان های غیردارویی تکمیل کننده درمان درد و رها ساختن ترس از بیمار صورت می گیرد.

ب- تحریکات الکتریکی مثل (TENS)¹

تحریک الکتریکی توسط یک جریان الکتریکی با ولتاژ کم از الکترودهای خارجی به پوست وارد می‌شود. به نظر می‌رسد این روش فیبرهای عصبی بزرگ را فعال می‌نماید و نیز ممکن است سبب آزاد سازی اندروفین از مراکز سیستم عصبی- مرکزی گردد.

ج- پروسیجرهای نوروسرجری

درباره دردهایی که با مسکن و سایر اقدامات تسکین نمی‌یابند، قطع راه های عصبی درد در داخل یا خارج سیستم عصبی مرکزی ضرورت می‌یابد. این روش های درمانی به طور معمول در بیمارانی که بیماری های غیرقابل درمان دارند؛ مثل سرطان یا بیمارانی که دچار دردهای غیرقابل تحمل مثل نورالژی هستند، به کار گرفته می‌شوند. روش های جراحی اعصاب شامل:

۱- **نوروتومی:** زمانی که منبع درد محدود به موضع کوچکی باشد نوروتومی صورت می‌گیرد که به معنای له کردن یا خرد کردن فیبرهای عصبی حسی- محیطی یک منطقه مبتلاست.

۲- **ریزوتومی:** در این روش راه عصبی که محرک ها را از منطقه مبتلا منتقل می‌کند قبل از محل ورود آن به نخاع شوکی قطع می‌شود. منطقه ای که له یا خرد می‌شود بین گانگلیون خلفی و نخاع شوکی قرار دارد. از مضرات این روش آن است که حس لمس و احساس وضعیت در آن ناحیه از بین می‌رود؛ به این دلیل اغلب در قسمت قشری تنه انجام می‌شود.

۳- **قطع راه های عصبی:** زمانی صورت می‌گیرد که درد شدید در قسمت پایین تنه و اندام تحتانی احساس می‌شود یا این که قسمت وسیعی را فراگرفته است و شامل قطع راه های عصبی در نخاع شوکی است. در این روش حس درجه حرارت از بین می‌رود، زیرا حس های گرما و سرما از همان راه عصبی مربوط به درد منتقل می‌گردند.

درمانهای مکمل برای کنترل درد

آروماتراپی! به معنای درمان با استفاده از بوی خوش است. در این روش درمانی از ماساژ روغن های معطر با منشاء گیاهی بر روی پوست و یا از طریق استنشاق رایحه آن استفاده می‌شود و به این طریق سیستم عصبی مربوط به تسکین درد را تحریک می‌کنند.

¹ -Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

درمان گیاهی: در درمان های گیاهی تسکین درد با استفاده از عصاره ها به شکل طبیعی خود و بدون افزودنی های دیگر استفاده می شوند و از این رو به ندرت عوارض جانبی در بر خواهند داشت. بعنوان مثال در سردردهای میگرنی، گیاه بابونه حاوی ماده ای به نام پارتنولید است که می تواند حملات میگرن را دفع کند.

هومیوپاتی^۱: هومیوپاتی یا همسان درمانی یک شیوه پزشکی است که ساموئل هانمن در سال ۱۷۹۶ ابداع کرد. مطالعات گسترده نشان می دهد که درمان های مبتنی بر هومیوپاتی به اندازه پلاسیبو کارا هستند و نه بیشتر؛ که این موضوع بیانگر آن است که هر اثر مثبتی پس از درمان تنها به خاطر اثر پلاسیبو و نقاهت طبیعی بیمار پس از بیماری است. بنا به ادعای طرفداران آن، هومیوپاتی یک روش درمانی بر اساس ایده «همانند، همانند را شفا می دهد» است که با تحریک دستگاه ایمنی بیمار با داروهای هومیوپاتی، فرد را به سمت بهبودی سوق می دهد. بنا بر این تفکر اگرچه بیمار تنها برای یک درد جسمی به پزشک هومیوپات مراجعه کرده است، ولی باید واقعیت های روحی، عاطفی و عصبی خود را با پزشک در میان بگذارد. مبلغین این روش چنین اظهار می کنند که هر بیماری که نیروی حیاتی وی از میان رفته باشد می تواند از هومیوپاتی انتظار بهبود داشته باشد. با نگرش به اینکه هومیوپاتی با تحریک دستگاه ایمنی بدن عمل می کند، چنانچه این سیستم و ساختار بدن دچار نابودی برگشتناپذیر شود امید به بهبود کاهش می یابد.

هومیوپاتی یعنی همانند بیماری و به تعبیری دیگر درمان با همانند، یا درمان بدست عامل همانند بیماری است. مهم ترین ویژگی این روش درمانی نگرش کلی به انسان ها از دید جسمی، روانی و احساسی است.

درمان بازتابی^۳: درمان بازتابی نوعی روش درمانی همراه با ماساژ است که در آن به نقاط خاصی در دست ها یا پاها فشار وارد می شود. اگر چه در این روش تمام دست یا پا ماساژ داده می شود اما متخصص این شیوه درمانی توجه بیشتر خود را به نقاطی که با عضو دردناک مرتبط است، معطوف می کند. این فشارها موجب تحریک گردش خون و جریان لنف در بدن شده و پس از دریافت ماساژ احساس تجدید قوا را در فرد ایجاد می کند.

^۱- Aromatherapy

^۲- Homeopathy

^۳- Reflexology

یوگا: تمرینات یوگا برای آرامش روح، همراه با آسایش بدن طراحی شده اند و حالت و وضعیت بدن را نیز اصلاح می کنند. به ویژه تکنیک الکساندر در یوگا برای اصلاح نحوه قرارگیری بدن که خود می تواند منشاء سردرد باشد، بسیار مفید است.

ارزشیابی اقدامات تسکین دهنده درد

جهت ارزیابی تاثیر اقدامات پرستاری و تغییر در شدت درد نتایج حاصله با اطلاعات پایه مقایسه می شوند. روشهای درمانی باید از نظر میزان تأثیر، ارزیابی شوند.

در ارزیابی اقدامات تسکین دهنده درد باید موارد زیر در نظر گرفته شوند:

الف- آیا درد برطرف یا کم شده است؟

ب- آیا بی قراری و تحریک پذیری بیمار کمتر شده است؟

ج- آیا اختلال در خواب بیمار کمتر شده است و به راحتی استراحت میکند؟

د- آیا اختلال در فعالیت های روزمره کمتر شده است؟

ه- آیا بیمار درد را به راحتی تحمل می کند؟

تحمل، اعتیاد و وابستگی فیزیکی

تحمل (Tolerance): نیاز به افزایش دوز مخدر برای رسیدن به همان اثر درمانی را تحمل می گویند.

اعتیاد (Addiction): نوعی وابستگی روانی به مصرف مخدر است.

وابستگی فیزیکی: در صورت مصرف منظم بیش از ۱۰ روز مخدر به وجود می آید. قطع ناگهانی دارو سبب بروز

علائم سندرم محرومیت می شود. علائم آن عبارتند از: اضطراب، تحریک پذیری، افزایش بزاق، آبریزش بینی، تحریک پذیری، تعریق و کرامپ های شکمی.

تسکین درد در روند زایمان طبیعی

مدت زمان زایمان زنان با یکدیگر متفاوت است، همین طور میزان دردی که آن ها هنگام زایمان دارند نیز با یکدیگر تفاوت دارد. حالت، اندازه نوزاد و شدت انقباضات رحمی نیز در میزان این درد تأثیرگذار است. برخی زنان با تکنیک های تنفس و ریلکسیشن که در کلاس های آمادگی برای زایمان آموخته اند، میزان درد خود را کاهش

می‌دهند، اما برخی دیگر برای کاهش درد زایمان نیاز به روش‌های دیگری دارند. برخی از روش‌های متداول تسکین درد شامل موارد زیر است:

تسکین درد با دارو: داروهای مختلفی برای تسکین درد زایمان وجود دارد. با این وجود که معمولاً این داروها برای مادر و جنین ضرری ندارد، اما مثل تمامی داروهای دیگر ممکن است عوارضی داشته باشد. داروهای مورد استفاده برای تسکین درد دو دسته هستند؛ داروهای مسکن و داروهای بیهوشی که در زیر عنوان شده است:

- **داروهای مسکن:** این داروها بدون از بین بردن کامل حس و حرکت ماهیچه‌ها، درد را تسکین می‌دهد. هنگام زایمان، می‌توان این داروها را به روش تزریق عضلانی یا وریدی یا به صورت ناحیه‌ای استفاده کرد که تزریق به بخش پایینی کمر برای بی‌حس کردن آن است. تزریق یک دوز داروی مسکن به داخل مایع نخاعی برای تسکین سریع درد را بی‌حسی نخاعی یا اسپینال؛ **Spinal**، می‌گویند. نوع دیگر بی‌حسی که در آن از دارو استفاده می‌شود بی‌حسی اپیدورال؛ **Epidural**، است. در این روش با وارد کردن یک کاتتر به ناحیه اطراف نخاع و اعصاب نخاعی، داروی مسکن به صورت پیوسته وارد بدن و منجر به بی‌حسی ناحیه‌ای می‌شود. در هر دو نوع بی‌حسی اسپینال و اپیدورال، احتمال بروز خطرهایی مثل پایین آمدن فشار خون که منجر به کاهش ضربان قلب جنین می‌شود، نیز وجود دارد. سردرد هم یکی دیگر از عوارض این بی‌حسی‌هاست.

- **داروهای بیهوشی:** این داروها حس را کاملاً از بین می‌برد و باعث از بین رفتن درد و از حرکت ایستادن موقتی ماهیچه‌ها می‌شود. در صورتی که زایمان به روش سزارین باشد، ممکن است بیهوشی عمومی، بی‌حسی اسپینال یا اپیدورال تجویز شود که انتخاب نوع آن به وضع سلامت مادر، سلامت نوزاد و وضعیت پزشکی فرد در زمان زایمان در ارتباط است.

تسکین درد بدون دارو: غیر از دارو، گزینه‌های دیگری نیز برای تسکین درد نظیر طب سوزنی، هیپنوتیزم، ریلکسیشن و تغییر وضعیت مداوم بدن مادر هنگام درد زایمان وجود دارد. این روش را می‌توان همراه با دارو به کار برد.

انواع مقیاس‌ها و نمره بندی درد

مزایای اندازه‌گیری کمی درد بررسی کارآیی درمان، کاهش تجویز بیش از حد دارو یا انجام بی‌مورد جراحی و تسهیل انجام روش‌های بازتوانی است. مقیاس باید طوری طراحی شود که کاربرد آن به اندازه کافی آسان بوده و

وقت زیادی را نگیرد. بهترین کاربرد مقیاس‌ها زمانی است که شدت درد مددجو قبل و بعد از اقدامات درمانی بررسی گردد.

مقیاس های یک بعدی سنجش درد (One dimensional)

۱- معیار مشابه بینایی (VAS^۱):

یک خط مستقیم بدون درجه بندی است که مددجو درد را از طریق علامت‌گذاری روی نقطه مناسب نشان می‌دهد. نشانه کفایت درمان با کاهش ۳۰ تا ۵۰٪ نمره درد است. می‌توان از مددجو خواست دیاگرام درد را در شکل نشان دهد.

۲- معیار نمره بندی عددی (NRS^۲):

بیمار درد را روی مقیاس ۰ تا ۱۰ شکل زیر تعیین می‌کند. نمره از صفر تا ۱۰ بوده و همانند VAS نشانه کفایت درمان کاهش ۳۰ تا ۵۰٪ نمره درد است.



۲- معیار توصیفی کلامی (VDS^۳):

شامل یک خط با ۶ - ۳ کلمه توصیفی (بدون درد - درد خفیف - درد متوسط - درد شدید - درد خیلی شدید و درد غیر قابل تحمل) در فواصل مساوی است.

1- Visual Analogue Scale
2- Numerical Rate Scale
3- Verbal Descriptor Scale

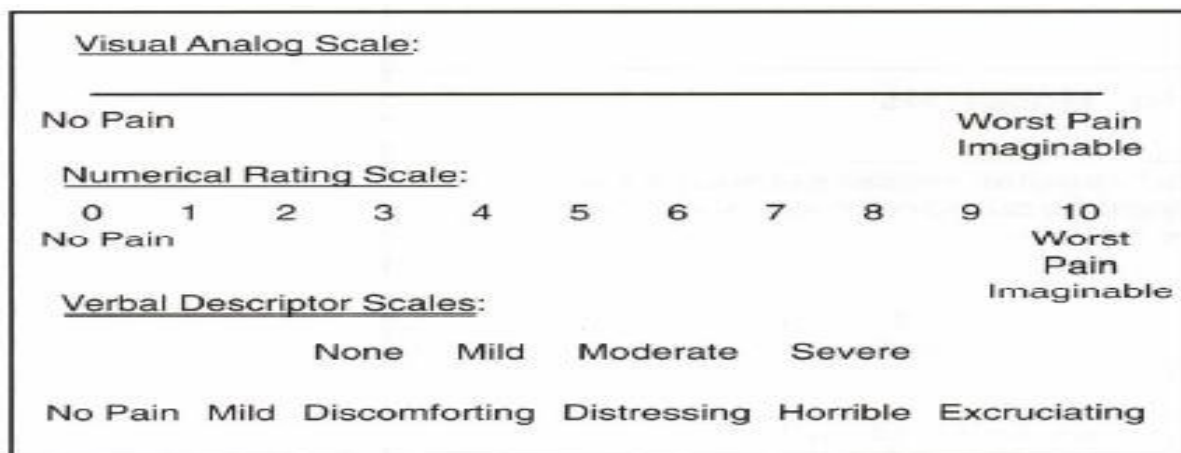


FIGURE 18-1 ■ Single-dimension pain scales.

تصویر ۷- مقیاس های یک بعدی سنجش درد

مقیاس چهره (FRS):

ونگ و بیکر مقیاس چهره را برای بررسی درد در کودکان تدوین کردند. این مقیاس را می توان برای سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی و مددجویان غیر هم زبان استفاده نمود. این مقیاس ۶ چهره کارتونی است که از یک چهره بسیار شاد و خندان تا چهره کمی شاد و سپس چهره بسیار ناراحت و اشکبار برای بدترین درد مرتب شده است.



تصویر ۸- مقیاس FRS سنجش شدت درد

مقیاس اوچر (بیر): (Oucher scale (Beyer)

یک مقیاس Photographic/Numeric Pain Scale است که در کودکان می توان از معیارهای خودگزارش دهی اوچر (بیر) استفاده کرد.

¹ -Face Rating Scale



تصویر ۹- مقیاس اوچر (بیر) سنجش شدت درد

مقیاس های چند بعدی سنجش درد (Multi-dimentional)

۱) پرسشنامه درد مک گیل (McGill Pain Questionnaire (MPQ)

پرسشنامه درد مک گیل شامل سه قسمت اصلی و دارای مجموعه عباراتی برای سنجش تجربه ذهنی بیمار از درد (از نظر ادراک حسی، عاطفی و ارزیابی) می باشد. این پرسشنامه همچنین شدت و سایر ویژگی های تجربی درد را مشخص کرده و توانایی سنجش کیفیت بالینی درد به صورت داده های آماری را دارا می باشد. در بررسی تاثیر درد بر فعالیت ها و روش زندگی فرد با به کارگیری این پرسشنامه، فرد کلماتی را که مناسب ترین تعریف از درد اوست، انتخاب می نماید. مقایسه تغییرات در پرسشنامه های بعدی به تعیین پیشرفت یا عدم پیشرفت درد بیمار کمک می نماید.

۲) فهرست مختصر درد (Brief Pain Inventory (BPI)

فهرست مختصر درد دارای سوالاتی در قالب نسبتا یکسانی تنظیم شده است. به علت کم بودن تعداد واژه های توصیفی و برخورداري از یک ساختار زبانی ساده ترجمه نسبتا آسانی دارد.

۳) کارت ارزیابی حافظه درد (Memorial Pain Assessment Card (MPAC)

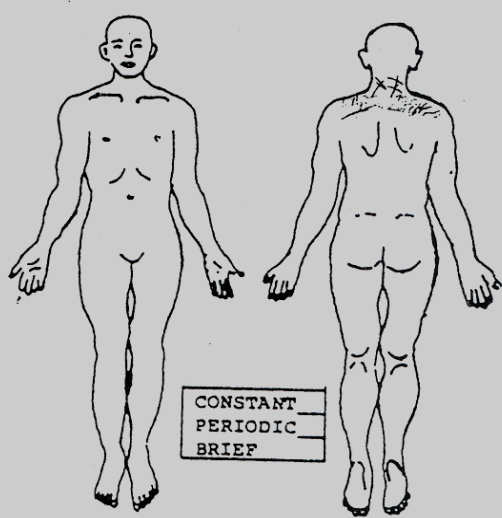
McGill - Melzack Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm
 Analgesic(s) _____ Dosage _____ Time Given _____ am/pm
 _____ Dosage _____ Time Given _____ am/pm

Analgesic Time Difference (hours): +4 +1 +2 +3
 PRI: S _____ A _____ E _____ M(S) _____ M(AE) _____ M(T) _____ PRI(T) _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1 FLICKERING | 11 TIRING |
| QUIVERING | EXHAUSTING |
| PULSING | 12 SICKENING |
| THROBBING | SUFFOCATING |
| BEATING | 13 FEARFUL |
| POUNDED | FRIGHTFUL |
| 2 JUMPING | TERRIFYING |
| FLASHING | 14 PUNISHING |
| SHOOTING | GRUELLING |
| 3 PRICKING | CRUEL |
| BORING | VICIOUS |
| DRILLING | KILLING |
| STABBING | 15 WRETCHED |
| LANCINATING | BLINDING |
| 4 SHARP | 16 ANNOYING |
| CUTTING | TROUBLESOME |
| LACERATING | MISERABLE |
| 5 PINCHING | INTENSE |
| PRESSING | UNBEARABLE |
| GNAWING | 17 SPREADING |
| CRAMPING | RADIATING |
| CRUSHING | PENETRATING |
| 6 TUGGING | PIERCING |
| PULLING | 18 TIGHT |
| WRENCHING | NUMB |
| 7 HOT | DRAWING |
| BURNING | SQUEEZING |
| SCALDING | TEARING |
| SEARING | 19 COOL |
| 8 TINGLING | COLD |
| ITCHY | FREEZING |
| SMARTING | 20 NAGGING |
| STINGING | NAUSEATING |
| 9 DULL | AGONIZING |
| SORE | DREADFUL |
| HURTING | TORTURING |
| ACHING | PPI |
| HEAVY | 0 No pain |
| 10 TENDER | 1 MILD |
| TAUT | 2 DISCOMFORTING |
| RASPING | 3 DISTRESSING |
| SPLITTING | 4 HORRIBLE |
| | 5 EXCRUCIATING |

PPI _____ COMMENTS: _____



ACCOMPANYING SYMPTOMS: NAUSEA _____ HEADACHE _____ DIZZINESS _____ DROWSINESS _____ CONSTIPATION _____ DIARRHEA _____ COMMENTS: _____	SLEEP: GOOD _____ FITFUL _____ CAN'T SLEEP _____ COMMENTS: _____	FOOD INTAKE: GOOD _____ SOME _____ LITTLE _____ NONE _____ COMMENTS: _____
ACTIVITY: GOOD _____ SOME _____ LITTLE _____ NONE _____	COMMENTS: _____	

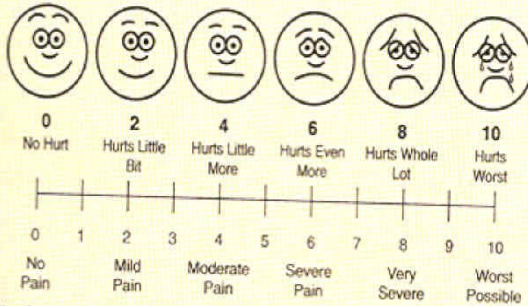
پیوست ۱- پرسشنامه درد مک گیل (MPQ) McGill Pain Questionnaire

PAIN ASSESSMENT

CONFIDENTIAL INFORMATION

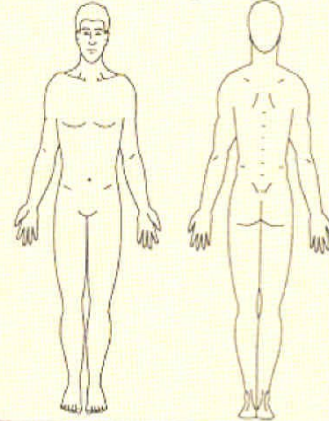
SECTION I — TO BE COMPLETED BY PATIENT / RESPONSIBLE ADULT (PRE-PROCEDURE)

Describe current pain on pain scale. Circle number.



Wong-Baker FACES Pain Rating Scale from Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson S, Winkelstein ML, Schwartz P. Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ed. 8, St. Louis, 2001: Mosby, p. 1301. Copyright Mosby. Reprinted with permission.

Where? Mark drawing with an X



PLEASE RATE YOUR PAIN BY CIRCLING THE ONE NUMBER THAT BEST DESCRIBES YOUR PAIN RIGHT NOW.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Worst Pain Imaginable

PLEASE RATE YOUR PAIN BY CIRCLING THE ONE NUMBER THAT BEST DESCRIBES YOUR PAIN AT ITS LEAST IN THE LAST 24 HOURS.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Worst Pain Imaginable

PLEASE RATE YOUR PAIN BY CIRCLING THE ONE NUMBER THAT BEST DESCRIBES YOUR PAIN AT ITS WORST IN THE LAST 24 HOURS.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Worst Pain Imaginable

PLEASE RATE YOUR PAIN BY CIRCLING THE ONE NUMBER THAT BEST DESCRIBES YOUR PAIN AT ITS AVERAGE IN THE LAST 24 HOURS.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Worst Pain Imaginable

DURATION
 Constant Intermittent
TYPE OF PAIN
 Burning Dull Sharp Cramping Pressure Heavy
 Other _____

WHAT HELPS THE PAIN
 Rest Heat Cold Alternative Therapy (Massage) Medication Specify _____

WHAT MAKES THE PAIN WORSE
 Deep breath Coughing Activity Specify _____

HOW MUCH RELIEF ARE YOU OBTAINING FROM YOUR CURRENT METHODS OF PAIN MANAGEMENT (Please Circle)
 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

HAVE YOU EXPERIENCED DECREASED FUNCTION OR DECREASED QUALITY OF LIFE DUE TO PAIN
 Yes No

PATIENT OR RESPONSIBLE ADULT SIGNATURE _____ **DATE** _____

CONFIDENTIAL INFORMATION

SECTION II — TO BE COMPLETED BY REGISTERED NURSE

PRE-OP PAIN MANAGEMENT INSTRUCTIONS GIVEN (BOOKLET) Yes No

EXPECTED COMFORT GOAL POST PROCEDURE — AT REST
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EXPECTED COMFORT GOAL POST PROCEDURE — WITH ACTIVITY
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DOES PATIENT HAVE NEEDS RELATED TO COMFORT
 Yes No Acute Pain Chronic Pain

PAIN SCALE PATIENT PREFERENCES
 Numeric Pain Distress Scale Faces Scale Translation Scale

NURSE'S SIGNATURE _____ **DATE** _____ **TIME** _____

منابع:

- ۱- اصول و مهارت‌های پرستاری (جلد اول)، تالیف: افسانه عالیوند سعید ضیاغم، ناشر: دانشگاه آزاد واحد اهواز
- ۲- معماریان ربابه، کاربرد مفاهیم و نظریه های پرستاری، تهران، دفتر نشر آثار علمی 1380
- ۳- روش‌های جدید درمان درد، سایت کلینیک تخصصی کنترل و درمان درد تهران (Tehran Pain Clinic)
انجمن بررسی و مطالعه درد ایران- آذر ۱۳۸۹.
- ۴- International Association for the Study of Pain (IASP)-2010
- ۵- Interventional Pain Procedures . مدیریت و اقدامات مداخله ای کنترل درد - تیر ماه ۱۳۹۰
- ۶- دردهای ناشی از آسیب نخاعی، سایت اختصاصی انجمن معلولین آسیب نخاعی - فروردین ۱۳۹۰
- ۷- ابراهیمی نژاد غ، ابراهیمی نژاد ع، کهن س، بهرام پور ع. استفاده از پرسش نامه مک گیل در ارزیابی درد در بیماران قبل و بعد از جراحی مغز و اعصاب (ضایعات غیر ضربه مغزی) در بیمارستان شهید باهنر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان. بهار ۱۳۸۳، دوره ۱۱، شماره ۲؛ ۱۱۹-۱۲۵.
- ۸- مبانی مراقبت های پرستاری. مولفین: هیئت مولفان موسسه معین
- ۹- <https://madarsho.com/pregnancy/givingbirth/labor>