

## "پیام آموزشی"

### "مفهوم نیاز به آسایش، درد و تسکین درد"

درد، تجربه حسی ناخوشایندی است که ناشی از یک محرک آسیب رسان می باشد و فرد مبتلا به آن، تنها چیزی که انتظار دارد تسکین دردش توسط مداخله پرستاری می باشد. در هر حال، هرگز دو نفر، به یک روش، درد را تجربه نمی کنند.

شناخت تفاوت‌های فردی در درک و واکنش به درد و همچنین شناخت علت‌های متعدد و گوناگون آن نیاز به مهارت‌های تخصصی پرستار به منظور پیشبرد آسایش و تسکین درد دارد.

#### تعریف درد:

درد یک علامت ذهنی و پیچیده ای است که به عنوان یکی از مکانیسم‌های دفاعی بدن انسان به شمار می رود. بهترین تعریف درد، تعریفی است که مارگومک کافری (۱۹۷۹) کرده است، او می گوید: «درد آن چیزی است که شخص تجربه کننده آن می گوید و زمانی وجود دارد که او معتقد به بودن آن است.».

انجمن بین‌المللی بررسی درد، این چنین تعریف کرده است:

«درد تجربه‌ی حسی ناخوشایندی است که در اثر آسیب‌های احتمالی یا قریب‌الوقوع بافتی بوجود آمده و یا با توجه به چنین آسیب‌هایی توضیح داده می شود.»

#### مقیاس‌های درجه بندی درد:

##### ۱. شیوه‌های خود-گزارش دهی:

شیوه‌های خود-گزارش دهی شامل مقیاس‌های نمونه درجه بندی، پرسشنامه (مثل پرسشنامه درد که از نظر روانسنجی، هنجاریابی شده‌اند) و آزمون‌های شخصیت است. یکی از ساده‌ترین مقیاس‌های درجه بندی، از بیماران می‌خواهد که شدت درد خود را روی مقیاسی از ۱ تا ۱۰۰ درجه بندی کنند که ۱۰۰ نشانگر حداکثر شدت درد ممکن و ۱ بیانگر حداقل مقدار درد ظاهر شده است.

یک شیوه مشابه، مقیاس تطابق بینایی (VAS) را بکار می‌برد که شامل قرار گرفتن در سمت چپ «بدون درد» و یا در سمت راست «بدترین درد قابل تصور» است. بیمار صرفاً یک علامت را در جایی که شدت درد آنها را نشان می‌دهد، قرار می‌دهد. از آنجایی که این مقیاس، واحدهای علامتی قطعی ندارد، به نظر می‌رسد که ابزار اندازه‌گیری بسیار حساسی باشد که اجازه مقایسه‌های مؤثر را به پژوهشگر می‌دهد. مقیاس اسمی و VAS هر دو مقیاس‌های درجه بندی معتبر و قابل قبولی هستند (کِرمر و همکاران ۱۹۸۱). البته این مقیاسها، بخاطر ابهام در مورد بیماران بزرگسال و ملاحظه نکردن جوانب مختلف و ابعاد متفاوت درد مورد انتقاد قرار گرفته‌اند.

##### ۲. پرسشنامه‌های درد:

ملزاک (۱۹۷۵) به مقیاس‌های درجه بندی که در بالا شرح داده شد، سخت انتقاد کرد. او گفت که اندازه‌گیری درد با روش درجه بندی، مثل مشخص نمودن جهان بینایی ما صرفاً برحسب نور، بدون ملاحظه الگوها، رنگ و جنس نور است. به همین خاطر او «پرسشنامه

درد مک گیل» (MPQ) را در سال ۱۹۷۵ طراحی کرد. پرسشنامه MPQ امکان اندازه گیری ذهنی درد را فراهم می کند و درد را تحت سه بُعد، طبقه بندی می کند:

۱. کیفیات حسی (این امر مربوط به ویژگی های جسمی، فضایی، فشاری و حرارتی درد است). این کیفیات حسی شبیه به شناخت ابعاد جسمانی مرتبط با درد است.

۲. کیفیات ارزیابی (مربوط به شدت کلی تجربه حالت ذهنی درد است). این امر شبیه شناخت معنی و مفهوم تجربه درد است.

۳. کیفیات عاطفی (مربوط به ترس، تنش و کیفیات خودکار درد). این موضوع شبیه شناخت احساسات مربوط به درد است.

پرسشنامه MPQ چهار قسمت دارد:

✓ قسمت اول شامل نقاشی شکل بدن انسان است که بیماران روی قسمتهایی که احساس درد می کنند، علامت می گذارند. در این قسمت از فرد پرسیده می شود: کدام قسمت از بدن شما درد می کند (دردتان کجاست؟) وقتی که درد خارجی است حرف E وقتی که درد داخلی است حرف I را (در نزدیک ناحیه هایی که علامت می زنید) بگذارید. چنانچه درد هم داخلی و هم خارجی است لطفاً EI بگذارید.

✓ قسمت دوم شامل ۲۰ «مجموعه کلمات» است که درد را توصیف می کنند، بیماران باید در هر مجموعه کلمات، دور یک کلمه ای که درد آنها را به درستی توصیف می کند، دایره ای بکشند. باید توجه داشت که کلمات یا صفات در هر طبقه از کمترین تا بیشترین میزان درد تنظیم شده اند، تا اندازه شدت تجربه درد را مشخص کنند. صفات درد که در پرسشنامه MPQ بکار می رود بشرح ذیل است:

بعضی از کلمات زیر، درد فعلی شما را توصیف می کنند. لطفاً فقط دور کلماتی خط بکشید که حالت درد شما را بهتر بیان می کنند. کلماتی که مناسب حال شما نیستند را رها کنید. لطفاً در هر گروه کلمات، تنها کلمه ای را که در مورد شما کاربرد دارد، مشخص کنید.

۴	۳	۲	۱
احساس درد تیز احساس بریده شدن احساس دریده شدن	احساس خراش موضعی احساس خسته شدن احساس سوراخ شدن احساس بریده شدن احساس تیر کشیدن زخم	پریدن بروز ناگهانی درد ضربه زدن	تکانش لرزیدن ضربان نبض زدن (ضربان) کوفتگی
۸	۷	۶	۵
احساس نیش زدگی خارش تیر کشیدن همراه با سوزش احساس گزش	احساس داغ بودن احساس لرزش احساس سوختگی احساس داغ شدن	احساس کشش احساس کشیده شدن حساس به خود پیچیدن	احساس فشرده شدن احساس تحت فشار بودن احساس گاز گرفته شدن احساس گرفتگی عضلات احساس چلانده شدن
۱۲	۱۱	۱۰	۹
احساس به هم خوردن حال احساس خفگی	احساس خستگی احساس فرسودگی	حساس بودن سفت بودن احساس سوهان کشیدن احساس ترکیدن از درد	احساس گرفتگی (فقدان هیجان) احساس سوزش احساس صدمه دیدن احساس دردناک بودن وضع احساس سنگینی

۱۶	۱۵	۱۴	۱۳
احساس اذیت شدن مشکل زا بودن درد غمناک بودن درد شدید بودن درد غیرقابل تحمل بودن درد	احساس کشش تند احساس کوری	احساس مجازات شدن احساس طاقت فرسا بودن درد احساس خشن بودن احساس شرارت (چموشی) احساس کشندگی درد	احساس ترس احساس هراس احساس وحشت
۲۰	۱۹	۱۸	۱۷
احساس نق نقو بودن احساس تهوع از درد به خود پیچیدن احساس شکنجه شدن	احساس خنک شدن احساس سرد شدن احساس یخ زدن	احساس سفت شدن احساس کرخت شدن احساس کننده بودن درد احساس پاره شدن	انتشار درد تشعشع درد دخول درد به بدن احساس سوراخ شدن با یک چیز تیز

✓ در قسمت سوم پرسشنامه، از بیماران سؤال می شود که درد آنها در طول زمان چگونه تغییر پیدا کرده است تا میزان تداوم درد معلوم شود.

✓ قسمت چهارم شدت درد را با استفاده از مقیاس پنج قسمتی تعیین می کند که دامنه آن از درد خفیف تا دردناک متغیر است. این اندازه گیری یک نمره برای «شدت فعلی درد» به دست می دهد. این نمره به طور دلگرم کننده با مقیاس تطابق بینایی (VAS) که قبلاً توصیف شد، همبستگی قابل ملاحظه ای دارد.

پرسشنامه MPQ بطور گسترده و فراوان برای اندازه گیری چند بعدی درد مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه در سنجش میزان رهایی از درد در برنامه های مختلف درمانی نیز بکار رفته است.

از نظر روایی، این پرسشنامه (یعنی اندازه گیری آنچه که مدعی اندازه آن است) در سنجش درد سرطانی، سردردها و دیگر نشانگان درد، روایی در حد متوسط را نشان داده است (برنون و فیست، ۱۹۹۷).

MPQ\* از نظر دارا بودن لغات مشکل و نیز نداشتن شکل نمره گذاری استاندارد مورد انتقاد قرار گرفته است. با اینکه MPQ در توصیف کیفیت تجربه درد مفید است، ولی ممکن است هم پاسخ های شفاهی و هم پاسخ های کتبی فراهم کند که شاید ضرورتاً معادل نباشند.

سایر پرسشنامه های درد شامل فرم کوتاه مک گیل (SF-MPQ) که توسط ملزاک در ۱۹۸۷ تدوین شد، دارای توصیف کننده های کمی است. این فرم پیوستگی و ارتباط قوی با نمونه اصلی پرسشنامه مک گیل دارد و نشانگر پایایی خوب آن است (یعنی تطابق هماهنگی پایدار با استفاده از ابزار متفاوت).

### علل شایع بروز درد :

درد با تحریک پایانه های آزاد اعصاب حسی نزدیک به سطح پوست یا ساختمان های عمقی تر آغاز می شود. گیرنده ها توسط محرک هایی مانند مواد شیمیایی، صدمات مکانیکی و محرک های حرارتی تحریک می شود که به شرح ذیل است:

### ✓ محركه‌های شیمیایی :

مانند درد ناشی از کم خونی ها (ایسکمیک) ، درد ناشی از تجمع مواد زاید در اطراف گیرنده های حسی و عدم انتقال این مواد به خارج از محیط سلول ها و بافتها باعث ایجاد درد در آن ناحیه می گردد.

### ✓ صدمات مکانیکی :

فشار بر پایانه های عصبی و یا رگ به رگ شدن و یا کشیدگی عضله و یا همچنین اسپاسم عضلانی می تواند باعث ایجاد گردد.

### ✓ محركه‌های حرارتی :

گرما یا سرمای بیش از حد ، موجب ایجاد درد و آسیب دیدگی بافتهای بدن می شود . درد آغازین ناشی از سوختگی احتمالاً به دلیل شدت و قدرت محرک حرارتی است که به پایانه های عصبی آسیب می رساند و تداوم درد مربوط به آزاد شدن مواد شیمیایی از بافت های تخریب شده است .

## **انواع درد :**

درد ها را می توان به دو دسته تقسیم نمود :

### **الف : درد حاد**

این نوع درد، آغازی ناگهانی داشته و با شدت های متغیری شروع می شود و عموماً کمتر از ۶ ماه به طول می انجامد. دردهای حاد به دو دسته تقسیم می شوند :

- ۱- دردهای متناوب مانند دردهای میگرنی
- ۲- دردهای انتشاری مانند دردهای مربوط به سنگ های کلیوی

### **ب: درد مزمن:**

این درد بیش از ۶ ماه به طول می انجامد، به طور مداوم بوده و اغلب نسبت به درمان های تسکین دهنده مقاوم می باشند. این دردها هم به دو دسته تقسیم می شوند :

- ۱- دردهای مزمن بدخیم مانند دردهای سرطانی
- ۲- دردهای مزمن غیر بدخیم

### **منشاء درد:**

درد از جهت منشاء آن به انواع پوستی، جسمی، احشایی و با منشاء روانی تقسیم می گردد:

### ✓ درد سطحی یا پوستی :

این درد معمولاً پوست یا بافت زیر پوست را گرفتار می سازد مانند بریدگی ناشی از لبه تیز کاغذ که دردی تیز همراه با سوزش ایجاد می کند .

## ✓ درد جسمی عمیق :

منشاء این درد از تاندون، لیگامان، استخوان، عروق خونی و اعصاب است. بنابراین آسیب بافت های فوق منجر به ایجاد این درد می گردد.

## ✓ درد احشایی :

منشاء این درد از قفسه سینه و یا حفره شکم است . درد احشایی ممکن است به محلی دورتر از منشاء اصلی آن منتشر شود مانند درد ناشی از حمله قلبی که غالباً به گردن، شانه و دست سمت چپ منتشر می شود .

## ✓ دردهایی با منشاء روانی

این دردها دارای منشاء روحی یا روانی هستند . این نوع درد علت فیزیکی مشخصی ندارد . با این وجود واقعی بوده و همانند درد های بدنی شدید هستند .

## **پاسخ فرد نسبت به درد**

پاسخ فرد نسبت به درد، از طریق تظاهرات فیزیولوژیکی و رفتاری مشخص می گردد. درد هم اعصاب سمپاتیک و هم اعصاب پاراسمپاتیک را تحریک می کند .

## ✓ تظاهرات مربوط به تحریک سیستم سمپاتیک شامل :

افزایش فشار خون ، افزایش نبض ، افزایش تنفس ، رنگ پریدگی ، تعریق زیاد ، اتساع مردمک و مجاری برونشی ، سفتی عضلات اسکلتی و کاهش حرکات معده ، تحریک پذیری و بی قراری .

## ✓ تظاهرات مربوط به تحریک سیستم پاراسمپاتیک شامل :

رنگ پریدگی ، کاهش فشار خون ، کاهش ضربان قلب ، سفتی عضلانی ، تهوع و استفراغ ، کاهش قدرت دفاعی بدن ، خستگی و ضعف

## **فرآیند پرستاری مربوط به درد**

### **۱.بررسی و شناخت درد (Assessing Pain):**

اولین منبع کسب اطلاعات در رابطه با درد، خود بیمار است. وقتی خود قادر به تشریح درد نباشد، خانواده یا بستگان نزدیک، منبع اصلی کسب اطلاعات خواهند بود. پرستار نیز می تواند پاسخ های رفتاری و فیزیولوژیکی بیمار را نسبت به درد مشاهده نموده و در این ارتباط با دیگر اعضای تیم مراقبت بهداشتی ، به مشاوره بپردازد. پرستار هنگام جمع آوری اطلاعات در رابطه با تجربه درد در بیمار باید جنبه های زیر را مورد بررسی قرار دهد :

- کیفیت درد
- محل درد

- شدت درد
- زمان و طول مدت درد
- عوامل تشدید کننده درد
- عوامل تسکین دهنده درد
- تعبیر و تفسیر فرد از درد
- تاثیر درد بر فعالیت های زندگی روزانه

## ۲. تشخیص درد (Diagnosing Pain):

نمونه هایی از تشخیص های پرستاری و مشکلات مشترک در ارتباط با درد به شرح زیر است :

- ۱- درد در پاها مربوط به قرار گرفتن بدن در وضعیت نامناسب و استفاده نادرست از بالش حین خوابیدن.
- ۲- اختلالات حرکتی مربوط به درد در ناحیه برش جراحی بعد از عمل.
- ۳- تغییر در وضعیت حفظ سلامت و ناامیدی مربوط به فقدان اطلاعات پیرامون اقدامات تسکین دهنده درد ناشی از آرتروز.

## ۳. برنامه ریزی در رابطه با اقدامات تسکین دهنده درد (Planning Pain-Relief Intervention) :

اقدامات پرستاری برای بیمارانی که دچار درد بوده یا احتمال بروز درد در آنها وجود دارد، عمدتاً به شکل راهکارهای حفاظتی، ارائه می گردند که به بیماران در پیشگیری و به حداقل رساندن درد و همچنین سازش با آن کمک می نماید .

از آنجایی که درد نوعی مکانیسم حفاظتی است که ما را از وجود جراحات یا آسیب احتمالی بدن آگاه می سازد هیچکس نمی تواند همیشه از بروز درد مصون بماند. 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 می شود .

## ۴. اهداف یا برآیند های مورد انتظار در رابطه با اقدامات تسکین دهنده درد که رایج می باشند ، عبارتند از :

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

## ۵. اقدامات تسکین دهنده درد:

روشهای تسکین درد عبارتند از :

الف. 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 او می باشد . اطلاع فرد از اینکه 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 .

## ب. تعدیل فرآیند بیماری:

- شیمی درمانی
- هورمون درمانی
- رادیوتراپی
- جراحی

## پ. استفاده از اقدامات غیر دارویی تسکین دهنده درد (Nonpharmacologic Pain Relief Measures):

تنظیم ادراک درد : در کنترل درد به شیوه غیر تهاجمی از راهکارهای شناختی هم استفاده می شود. روش های غیر دارویی کنترل درد یا روش های مکمل نسبت به روش های دارویی ارزان تر بوده و انجام آنها راحت تر می باشد به علاوه اکثراً عوارض جانبی و خطرات کمتری دارند و به تنهایی یا همراه با سایر روش های دیگر قابل استفاده هستند همچنین این روش ها اغلب خطری برای سلامت بیمار ندارند و یا اینکه حداقل خطر را دارند . این روش ها عبارتند از:

- بکارگیری سرما یا گرما
- منحرف کردن مسیر فکری از درد
- تجسم سازی
- هیپنوتیزم
- روش های آرام سازی
- لمس درمانی به عنوان مثال انجام ماساژ پشت جهت شل کردن عضلات
- برطرف کردن محرک های خارجی مانند نور شدید و سرو صدا
- قطع جریان انتقال درد
- ماساژ
- طب سوزنی
- استفاده از تنس (TENS) برای تحریک الکتریکی داخل جلدی عصب
- انسداد عصب
- جراحی

## ت. اقدامات درمانی دارویی تسکین دهنده درد:

داروهای مختلفی برای تسکین درد وجود دارد که عبارتند از :

- مخدرها یا ناركوتیک ها که 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 این داروها در تسکین دردهای خفیف تا متوسط مورد استفاده قرار می گیرند مانند ASA و استامینوفن .

- دارو های ضد التهابی غیر استروئیدی که این گروه داروها همانند مسکن های غیر مخدر عمل می کنند و به طور کلی خواص این داروها ، ضد التهاب ، ضد تب و تسکین دهنده هستند . مانند ایبوپروفن و ناپروکسن .
- و همچنین برخی آرامبخش ها

#### ۶. ارزشیابی اقدامات تسکین دهنده درد (Evaluating Pain Relief Intervention):

روشهای درمانی باید از نظر میزان تأثیر، ارزیابی شوند . در ارزیابی اقدامات تسکین دهنده درد باید موارد زیر در نظر گرفته شوند :

- ۱- آیا درد برطرف یا کم شده است ؟
- ۲- آیا بی قراری و تحریک پذیری بیمار کمتر شده است ؟
- ۳- آیا اختلال در خواب بیمار کمتر شده است و به راحتی استراحت می کند ؟
- ۴- آیا اختلال در فعالیت های روزمره کمتر شده است ؟
- ۵- آیا بیمار درد را به راحتی تحمل می کند ؟

**منبع: برگرفته از کتاب اصول و مهارتهای پرستاری (جلد اول)، تألیف: افسانه عالیوند - سعید ضیاغم**