معاونت پژوهشی

کمیته تحقیقات دانشجویی
فصلنامهٔ علمی دانشجویی زانکو
سال ۱۰، شمارهٔ ۲۷ و ۲۸، بهار و تابستان ۸۵

سنجش درد در بیمارانی که سخن نمی‌گویند: بیان وضعیت به همراه پیشنهادات بالینی عملی

منا صالحی پوریان[1]

چکیده

این مقاله وضعیت و پیشنهادات تجربی بالینی را برای ارزیابی درد در بیمارانی که شفاهاً چیزی را بیان نمی‌کنند، ارائه می‌دهد که این اظهارات از طریق پرسنل ویژه‌ای توسعه یافته و توسط هیئت مدیرهٔ ASPMN (American Soliety for Pain Management Nursing) به تصویب رسیده است.

درد یک تجربهٔ ذهنی است و هیچ تست خارجی جهت اندازه‌گیری آن وجود ندارد. وجود و شدت درد در صورت امکان به وسیلهٔ گزارش خود بیماران اندازه‌گیری شده و از طریق تعریف بالینی درد ثابت می‌شود. این تعریف بیان می‌کند که «درد چیزیست که شخصی که آن را تجربه می‌کند آن را تعریف می‌کند و در هر زمان که شخص اظهار وجود درد کند، وجود دارد». متأسفانه برخی از بیماران نمی‌توانند تعریف مشخصی از درد را به صورت شفاهی یا کتبی یا روشهای دیگری مثل تعیین محل درد با انگشت یا پلک زدن برای دادن پاسخ بله یا نه به سؤالات، بیان کنند.

این مقاله به طور اختصاصی ۳ گروه از بیماران را که شفاهاً چیزی را بیان نمی‌کنند، مورد بررسی قرار می‌دهد: ۱- افراد مسن تر مبتلا به زوال عقل پیشرفته ۲- نوزادان و کودکانی که راه رفتن را تازه یاد گرفته‌اند و هنوز حرف نمی‌زنند ۳- بیماران بیهوش یا لوله‌گذاری شده. ناتوانی این جمعیت در اظهار درد و ناراحتی (به دلیل مسائل ذهنی، تکاملی یا فیزیولوژیک) مانع مهمی جهت ارزیابی کافی از درد و دستیابی به مداخلات لازم مدیریتی درد در مورد آنها محسوب می‌شود.

اصول اخلاقی

اصول اخلاقی خیرخواهانه افراد متخصص در مراقبتهای بهداشتی را وادار می‌کند که به مدیریت درد و ایجادآسایش برای کلیهٔ بیماران مانند کسانی که آسیب پذیرند و قادر به صحبت کردن در مورد خودشان نیستند، بپردازد. احترام به مقام و شأن انسان اولین اصل در قوانین

۱- دانشجوی ترم چهارم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

اخلاقی پرستاران است و پرستاران را به سوی ارائه و حمایت از مراقبتهای مناسب و بشردوستانه هدایت می‌کند. براساس این اصول عدالت گرایانه این چنین مراقبتی با شفقت و دلسوزی تمام ارائه می‌شود و تحت هیچ شرایطی از قبیل خصوصیات شخصی، وضعیت اقتصادی و یا ماهیت مشکلات سلامتی افراد، محدود نمی‌گردد.

پیشنهادات عمومی

تمام کسانی که درد می‌کشند، استحقاق شناسایی و درمان فوری را دارند. درد باید به طور روتین، پایش و ارزیابی شود، دوباره ارزیابی بشود و جهت تسهیل درمان و برقراری ارتباط میان پزشکان و افراد متخصص در طب بالینی به طور واضحی ثبت و بایگانی گردد. در بیمارانی که قادر به بیان درد خود نیستند، سنجش‌های دیگری برای تعقیب درد و ارزیابی مداخلات بایستی انجام شود. هیچگونه استراتژی ارزیابی خارجی مانند تفسیر رفتارها، آسیب شناسی یا تخمین درد توسط دیگران به تنهایی کافی نیست. اصول پیشنهاد شده عبارتند از:

۱- استفاده از سلسله مراتب تکنیکهای ارزیابی درد (Mc-Caffery & Pasero, 1999):

الف- گزارش توسط خود بیمار: باید تلاشهایی جهت تهیهٔ گزارش چگونگی درد از خود بیماران انجام گیرد. یک گزارش درد توسط خود بیمار به همراه مهارتهای ذهنی و گفتاری محدود می‌تواند گفتن یک بله یا خیر ساده باشد. هنگامیکه گزارش توسط خود بیمار وجود نداشته یا محدود باشد، توضیح دهید که چرا گزارش درد توسط بیمار نمی‌تواند انجام شود و تحقیقات و مشاهدات بیشتری مورد نیاز است.

ب- تحقیق در مورد دلایل بالقوهٔ درد: شرایط پاتولوژیک و مشکلات معمول که منجر به ایجاد درد می‌شوند (به عنوان مثال جراحی، مراقبت از زخم، فعالیتهای توان بخشی، گرفتن خون و سابقهٔ درد مزمن)، حتی در غیاب شاخصهای رفتاری باید تحت مداخله قرار گیرند. یک تغییر در رفتار نیازمند ارزیابی دقیق از احتمال وجود منابع اضافی درد است. به طور کلی یک نفر می‌تواند فرض کند که درد وجود دارد. و اگر دلیلی برای ظنین شدن به وجود درد موجود باشد، یک کارآزمایی دارویی کاهش دهندهٔ درد قادر است به همان اندازه اثر درمانی‌اش تشخیصی نیز باشد. درد مرتبط با اقدامات مداخله‌ای باید پیش از شروع مداخله پیش بینی و معالجه گردد. مشکلات دیگری که موجب ناراحتی در شخص می‌شوند (مانند عفونت و یبوست) باید در نظر گرفته شده و رد و یا درمان شوند.

ج- مشاهدهٔ رفتارهای بیمار: زمانیکه گزارشی توسط خود بیمار از دردش وجود نداشته باشد، مشاهدهٔ رفتار روشی صحیح جهت ارزیابی درد محسوب می‌شود. رفتارهای

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

معمولی که نشان دهندهٔ وجود مشکل و ناراحتی در جمعیتهای انتخاب شده هستند، در بخشهای زیر مشخص شده اند. رفتارهای درد همیشه رفلکس‌های صحیحی از شدت درد نیستند و در برخی از موارد منبع دیگر رنج و مشکل را مانند رنج فیزیولوژیک یا احساسی نشان می‌دهند (Mc-Caffery & Pasero, 2005). دلایل بالقوه و مفهوم رفتار باید حین اتخاذ تصمیم‌های درمانی در نظر گرفته شوند. آگاهی از رفتارها و تحولات اصلی فرد که به همراه مشکل و ناراحتی رخ می‌دهند، در تمایز درد از دلایل دیگر بسیار مفید خواهد بود.

د- گزارش جایگزین در مورد تغییرات فعالیتی-رفتاری درد توسط اعضای خانواده، والدین و یا همراه بیمار: اطلاعات معتبری را می‌توان از والدین یا شخص دیگری که بیمار را به خوبی می‌شناسد (مانند همسر، بچه، همراه) به دست آورد. والدین و مراقبان باید جهت شرکت فعالانه در ارزیابی درد تشویق شوند. آشنایی با بیمار و آگاهی از رفتارهای گذشته و معمول او می‌تواند در تشخیص تغییر و تحولات ظریفی که وضوح کمتری دارند و می‌توانند شاخصهای وجود درد باشند، کمک کند.

تفاوتهایی میان گزارش خود شخص از درد و قضاوتهای مشاهده گر خارجی در مورد شدت درد وجود دارد که در طی ارزیابی‌های گوناگون توسط پزشک، پرستار، خانواده و غیره و شرایطی مانند درمان سرپایی، بستری کردن، مراقبت شدید و مراقبت طولانی مدت آشکار می‌شود. بنابراین قضاوت توسط مراقبان و پزشکان یا استادان ماهر در طب بالینی نمی‌تواند بازتابهای صحیحی از شدت و سختی درد تجربه شده توسط افرادی باشد که قادر به بیان دردشان نیستند و باید هرگاه که امکان دارد، با شواهد دیگر ترکیب شود. یک روش چند بعدی که ترکیبی از مشاهدات مستقیم، دخالت مراقبان یا خانواده و همچنین ارزیابی چگونگی پاسخ به درمان می‌باشد، پیشنهاد شده است.

ه- تلاش جهت انجام یک کار آزمایی ضد درد: چنانچه وضعیت پاتولوژیکی وجود داشته باشد که احتمالاً منجر به درد شود یا اگر رفتارهای مربوط به درد پس از توجه به نیازهای اساسی و سنجش‌های مربوط به آسایش و راحتی ادامه یابد، باید یک کارآزمایی تجربی ضد درد اجرا شود. در ابتدا یک مسکن غیر اپیوئیدی را جهت تخفیف درد می‌توان به بیمار داد (به طور مثال استامینوفن برای ۲۴ ساعت، هر ۴ ساعت یک بار).

و- چنانچه رفتارهای درد بهبود یابند، فرض کنید که درد دلیل اصلی بوده و به رویهٔ تسکین درد ادامه داده و مداخلات غیر فارماکولوژیک مناسب را نیز اضافه کنید. اگر رفتارها ادامه یافت، یک اپیوئید با دز پائین با عملکرد کوتاه را به تنهایی تجویز کنید (مثل هیدروکدون، اکسی کدون، یا مرفین) و نتیجه را مشاهده کنید. چنانچه هیچ گونه تغییری در رفتار مشاهد نشد، میزان دز را رو به بالا (۲۵

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

درصد به ۵۰ درصد) تیتر کنید و اثر را مشاهده کنید. آنقدر به تیتراسیون رو به بالا ادامه دهید تا زمانیکه یک نتیجهٔ درمانی مشاهده گردد، عوارض جانبی درد سرساز آشکار شوند و یا هیچ سودی حاصل نشود. در شرایطی که انتظار تسکین دردهای شدید وجود دارد، شروع کارآزمایی ضد درد با یک اپیوئید می‌تواند مطلوب باشد. اگر پس از یک کارآزمایی منطقی ضد درد باز هم رفتارها ادامه پیدا کرد، در پی دلایل بالقوهٔ دیگری باشید. اگرچه استراتژیهایی جهت تیتراسیون بی‌خطر باید دنبال شوند، اما ممکن است نیاز به روشهای مهاجمانه‌ای وجود داشته باشد. هیچ تحقیقی (جز در مورد کودکان) در نظر گرفتن وزن شخص را برای تعیین دز آغازی، تأیید نمی‌کند.

۲- ایجاد روشی برای ارزیابی درد

در هر مجموعهٔ مراقبت سلامتی باید یک روش برای ارزیابی وجود درد و چگونگی پاسخ به درمان ایجاد شود. سلسله مراتب تکنیکهای ارزیابی که در بالا بحث شد، پیشنهاد گردیده و آنچه در ادامه می‌آید، می‌تواند به عنوان الگویی برای ارزیابی و روش درمانی اولیه مورد استفاده قرار گیرد. (پاسرو و مک کافری، ۲۰۰۵)

الف) ابتدا تلاش کنید که یک گزارش را از خود بیمار استخراج کنید و توضیح دهید که چرا گزارش خود بیمار را نمی‌توان استفاده کرد.

ب) شرایط یا روندهای پاتولوژیکی را که قادر به ایجاد دردند، مشخص کنید.

ج) فهرستی از رفتارهای بیمار که می‌تواند نشانگر درد باشد، تهیه کنید.

د) فهرستی از رفتارهایی را که مراقبان و دیگر افراد آشنا با بیمار آنها را مرتبط با درد تلقی می‌کنند، تهیه کنید.

ه) یک کارآزمایی ضد درد را امتحان کنید.

۳- استفاده از ابزارهای ارزیابی درد به طور مناسب

استفاده از یک وسیلهٔ ارزیابی رفتاری درد می‌تواند در شناسایی درد در این جمعیتهای دچار چالش مؤثر باشد. هنگام انتخاب یک وسیلهٔ ویژه، در نظر گرفتن توانایی ارزیابی روان سنجی داده‌ها (مثل اعتبار و صحت عملکرد وسیله)، امکان بالینی شدن ابزار (به عنوان مثال آموزش در زمان نیاز، زمان لازم جهت تکمیل) و قابلیت استفاده در جمعیتهای با شرایط ویژه (مثل مراقبت شدید، مراقبت طولانی مدت و مراقبت خانگی)، ضروری است. استفاده از ابزار درست و قابل اعتماد این اطمینان را می‌دهد که پزشکان و استادان ماهر در طب بالینی از معیار مناسبی در ارزیابی درد استفاده می‌کنند. وسایل استاندارد شده موجب ارتقای خدمات و شرایط مراقبت و همچنین تسهیل برقراری ارتباط و ارزیابی تصمیمات درمانی- مدیریتی درد می‌گردد، اگرچه مناسب بودن یک مقیاس باید توسط بیمار ارزیابی شود و هیچ معیاری نباید به

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

عنوان یک دستور نهادی برای همهٔ بیماران در یک گروه مشخص اجرا شود.

ابزار ارزیابی رفتاری برای تشخیص وجود درد می‌توانند مفید واقع شوند اما به عنوان درجه‌بندی شدت درد محسوب نگردیده و همچنین نمی‌تواند با درجه بندیهای استاندارد شدت درد مقایسه گردد. در زمان انتخاب یک وسیلهٔ ارزیابی رفتاری درد از این مسأله که بیمار قادر به پاسخگویی در تمام مقولات رفتاری است، اطمینان حاصل کنید. کلیدهای استفاده از معیارهای رفتاری درد بر روی نمایش رفتاری فرد متمرکز می‌شود. به خاطر داشته باشید که خواب و آرامش با عدم وجود درد یا تسکین درد یکسان نیستند.

۴- به حداقل رساندن تأکید بر روی معیارهای فیزیولوژیکی

شاخصهای فیزیولوژیک (مانند تغییرات در ضربان قلب، فشارخون و سرعت تنفس) برای تمیز دادن درد از منابع دیگر ناراحتی، حساس و مناسب نیستند. اگرچه این شاخص‌ها اغلب جهت اثبات وجود درد استفاده می‌شوند، اما تحقیقات اندکی از استفاده از تغییرات علایم حیاتی جهت تشخیص درد حمایت می‌کنند و از طرفی عدم افزایش علائم حیاتی نشان دهندهٔ عدم وجود درد نیست.

۵- ارزیابی دوباره و ثبت گزارش

پس از مداخله به طور مرتب بیمار باید از طریق روشهای ارزیابی درد و شاخصهای رفتاری ویژه که برای فرد مناسب و شناخته شده‌اند، ارزیابی گردد. روشهای ارزیابی و معیارهای درد باید در یک شکل قابل مشاهده، قابل خواندن و ماندگار ثبت و بایگانی شود تا برای کلیهٔ ارائه‌کنندگان خدمات مراقبت سلامتی درگیر در ارزیابی و مدیریت درد، قابل دسترس باشد.

افراد مبتلا به زوال عقل پیشرفته: اصول راهنما جهت سنجش درد

پیشنهادات برای ارزیابی درد در بالغین مسن مبتلا به زوال عقل که قادر به حرف زدن و بیان درد خود نیستند، منحصر به فرد بوده و از پیشنهادات عمومی متمایز می‌شوند. این پیشنهادات عبارتند از:

۱- گزارش خود بیمار: زوال عقل توانایی کسانی را که در مراحل پیشرفتهٔ بیماری هستند برای ارتباط با درد، تحت تأثیر قرار می‌دهد. آسیب سیستم عصبی مرکزی بر حافظه، زبان و پردازشهای عالی ذهنی گفتگو در مورد یک تجربه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علیرغم تغییرات به وجود آمده در عملکرد سیستم عصبی مرکزی، افراد مبتلا به زوال عقل به خوبی بالغین مسن با ذهن سالم قادر به تجربهٔ احساس درد هستند. اگرچه بیماریهای جنونی تفسیر محرک درد و پاسخ مؤثر به این احساس را تحت تأثیر قرار می‌دهند، اما گزارش خود بیمار از درد در آنهایی که بیماری خفیف تری دارند، اغلب ممکن می‌باشد؛ همانطور که زوال عقل پیشرفت می‌کند، توانایی گزارش توسط

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

خود بیمار کاهش یافته و سرانجام دیگر نمی‌توان گزارش درد بیمار را از خود بیمار به دست آورد.

۲- تحقیقات در مورد دلایل بالقوهٔ درد و ناراحتی: دلایل معمول و مزمن بروز درد در افراد مسن را در نظر بگیرید (به عنوان مثال سابقهٔ التهاب مفاصل، درد خفیف پشت، آسیبهای عصبی). اختلالات عضلانی- اسکلتی و نورولوژیک معمول ترین دلایل بروز درد به شمار می‌آیند و باید در فرایند ارزیابی در اولویت قرار گیرند. دیگر مشکلات حاد مربوط به درد (مثل عفونت مسیر ادراری، التهاب ریه‌ها و غیره) می‌توانند دلیل بروز درد باشند.

۳- مشاهدهٔ رفتارهای بیمار: به دنبال رفتارهایی باشید که به عنوان شاخص‌های درد در این جمعیت شناخته شده‌اند. بیان از طریق چهره، بیان شفاهی و صوتی، حرکات بدن، تغییرات در واکنشهای میان افراد، تغییرات در فعالیت الگوها و کارهای روتین، و تغییرات وضعیت ذهنی به عنوان شاخص‌های بالقوهٔ درد در افراد مسن‌تر مبتلا به زوال عقل مشخص شده‌اند. فهرستی از شاخص‌ها که در این طبقه‌بندی قرار می‌گیرند و همچنین الگوریتمی برای ارزیابی درد در افرادی که قادر به گزارش و بیان وضعیتشان نیستند، در دسترس می‌باشد (AGS، ۲۰۰۲). برخی از رفتارها معمول بوده و در ارتباط با درد در نظر گرفته می‌شوند (مثل اضطراب، بی‌قراری، کج خلقی، گیج شدن، مبارزه طلبی و یا تغییر در اشتها یا فعالیتهای عادی) و یک ارزیابی که در ادامه خواهد آمد، مورد نیاز است. رفتارهای مشخص و نمونه‌ای درد اغلب وجود نداشته و شاخص‌های ظریف‌تری می‌توانند نشانگر درد باشند.

از شاخص‌های درد انجمن امریکائی مربوط به مشکلات سن پیری (AGS) یا یک وسیلهٔ غیر کلامی سنجش درد که جهت استفاده در این جمعیت مناسب و معتبر است، استفاده کنید. مشاهدهٔ رفتارها باید در هر زمان ممکن در طول فعالیت صورت گیرد، زیرا درد در زمان استراحت می‌تواند به حداقل برسد و یا از بین برود.

استفاده از ابزارهای ارزیابی رفتاری درد

اگرچه وسایل بالقوه‌ای برای ارزیابی درد در این بیماران موجود هستند، اما هیچ وسیله‌ای وجود ندارد که جهت پیشنهاد برای پذیرش وسیع در امور بالینی در رابطه با اشخاص مبتلا به زوال عقل پیشرفته اعتبار کافی داشته باشد. ابزار موجود قابلیت سنجش محدودی دارند که اغلب در نمونه‌های به کار برده شده و یا شرایطی که ارزیابی در آن هدایت شود، دچار محدودیت‌اند. ابزار رفتاری به همراه چند شاخص ممکن است عملی تر باشند اما نمی‌توانند درد را در بیمارانی که رفتارهای آشکار کمتری دارند، تعقیب کنند. شاید چک لیستهای طولانی و جامع‌تر، حساس‌تر باشند اما گاهی حساسیت بالای آنها موجب انتخاب بیمارانی می‌شود که اصلاً دچار دردی نیستند.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

یک مرور جامع از ابزارهایی که به طور رایج جهت ارزیابی درد در بیماران غیر کلامی مبتلا به زوال عقل توزیع می‌شود، در سایت www.cityohhope/prc/elderly.asp و در مقالهٔ Bjoro, Herr و Decker (۲۰۰۶) در دسترس می‌باشد. ابزار در مراحل متغیر اصلاح و تأیید قرار دارند؛ گرچه در حال حاضر ابزاری که به اندازهٔ منافع بالینی دارای قوی‌ترین پشتیبانی ادراکی و روان سنجی باشند عبارتند از:

*ADD: ارزیابی مشکل در پروتکل زوال عقل Kovach_، ۱۹۹۹؛ ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۲) (تست شده در شرایط مراقبت دراز مدت؛ درد مزمن و یا حاد)

*CNPI: چک لیست شاخص‌های غیر کلامی درد (Feldt، ۱۹۹۸؛ ۲۰۰۰ و Jones، ۲۰۰۵) (تست شده در شرایط مراقبتی حاد، شرایط مراقبت دراز مدت؛ درد مزمن و یا حاد)

*Doloplus 2: دولوپلوس ۲ (Lefebre-Chapiro، ۲۰۰۱؛ http//www.doloplus.com) (تست شده در شرایط مراقبت دراز مدت،مراکز مربوط به مشکلات پیری، مرکز مراقبت تسکین دهنده؛ درد مزمن)

* NPPPAIN: پرورش وسیلهٔ یاری رسان برای ارزیابی درد در افراد روان پریش (Snow، ۲۰۰۳) (تست شده در مراقبت طولانی مدت؛ درد حاد و مزمن)

* PACSLAC: معیار سنجش درد برای افراد عالی رتبهٔ مبتلا به زوال عقل شدید (Fuchs-Lacelle، ۲۰۰۴) (تست شده در شرایط مراقبت طولانی مدت؛ درد مزمن)

*PAINAD: ارزیابی دردر در مقیاس زوال عقل پیشرفته (Lane، ۲۰۰۳؛ Warden، ۲۰۰۳) (تست شده در شرایط مراقبت طولانی مدت؛ درد مزمن؛ گزارشهای مقدماتی از انجام تست در درد حاد هنوز منتشر نشده)

پزشکان و متخصصان ماهر در طب بالینی جهت مرور ابزار انتخاب شده برای مناسبت و تطابق با شرایط مراقبتی بیمار، مورد تشویق قرار گرفته و برای حمایت از استفادهٔ آنها از پروژه‌های بهبود کیفیت، مشغول به جمع‌آوری داده هستند.

۴- جایگزین کردن گزارش از درد (به عنون مثال توسط خانواده، فرد مراقب یا همراه و غیره)

در شرایط مراقبتی طولانی مدت دستیار پرستار که دارای مدرک لازم باشد، یک ارائه دهندهٔ کلیدی مراقبت سلامتی محسوب می‌شود که ثابت شده که در تشخیص وجود درد می‌تواند مؤثر واقع گردد. آموزش تفکیک درد باید به عنوان جزئی از تمام آموزشهای دستیاری پرستاری دارای گواهی، به شمار آید. احتمالاً اعضای خانواده تمایل دارند که خودشان وظیفهٔ مراقب را انجام دهند زیرا بیش از هر کسی با نمونهٔ رفتارهای مرتبط با درد یا تغییراتی آشنا هستند که در فعالیتهای معمول بیمار ایجاد شده

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

و نشانگر وجود درد در شرایط مراقبتی حاد یا شرایط دیگریست که ارائه‌کنندگان خدمات سابقهٔ همراهی با بیمار را در گذشته ندارند.

۵- تلاش جهت یک کارآزمایی تسکین دهندهٔ درد: شدت درد را بر اساس اطلاعات بدست آمده از ارزیابی‌های گذشته تخمین بزنید و یک تسکین دهندهٔ مناسب درد را انتخاب کنید. به عنوان مثال جهت تعدیل درد در بیماری خفیف، استامینوفن ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی‌گرم در هر ٦ ساعت می‌تواند در ابتدای کار مطلوب باشد؛ البته چنانچه هیچ تغییری در رفتارها مشاهده نشد و درد تا حد مشکوکی ادامه یافت، تیتراسیون را تا تسکین دهنده‌های قوی‌تر دنبال کنید. تجویز اپیوئید در بالغین مسن یک کاهش اولیه را دردز از ۲۵٪ به ۵۰٪ تضمین می‌کند. اجرای یک کارآزمایی تسکین دهندهٔ درد جهت تأیید وجود آن پیش از افزایش یا اضافه کردن داروهای روان گردان، چندین فایده دارد. چنانچه با مداخلات روان گردان مقایسه شود، پاسخ با یک مداخلهٔ ضد درد سریعتر صورت گرفته، معمولاً عکس‌العمل‌های مضر نسبت به داروهای تسکین‌دهندهکاهش یافته و درد به وسیلهٔ ویژگیهای آرام بخش مواد روان گردان، پیچیده و مبهم نخواهد ماند.

با استفاده از این روش احتمال بیشتری جهت تعقیب و درمان درد وجود دارد. اگر رفتارها از طریق یک کارآزمایی تسکین دهنده بهبود نیابد، به روشهای روان پزشکی مانند اضافه کردن یا تغییر دوز داروهای روان پزشکی (مثل ضد جنون و آرام بخشها) توجه کنید.

نوزادان و کودکانی که راه رفتن را تازه یادگرفته هنوز قادر به سخن گفتن نیستند:

اصول راهنما جهت سنجش درد

پیشنهادهای منحصر به فرد و متمایز از راه کارهای عمومی دیگر برای ارزیابی درد در نوزادان و کودکانی که قادر به سخن گفتن و بیان وضعیت خود نیستند، شامل موارد زیر می‌باشند:

۱- گزارش خود بیمار: نوزادان و کودکانی که تازه راه رفتن را یاد گرفته و هنوز قادر به حرف زدن نیستند، فاقد مهارتهای ذهنی لازم جهت گزارش و توضیح درد می‌باشند. همان طور که مهارتهای ذهنی و کلامی کودکان تکامل می‌یابد، آنها نیز می‌توانند تجربه و شدت درد را گزارش دهندو توانایی نشان دادن وجود درد در سن حدود ۲ سالگی پدیدار می‌شود. کودکانی که از نظر تکاملی خوب پیش می‌روند امکان دارد در سن ۳ سالگی با استفاده از مقیاسهای معتبر و سادهٔ درد قادر به تعیین مقدار آن باشند.

۲- تحقیقات در مورددلایل بالقوهٔ درد و ناراحتی: عفونتها، آسیبها، تستهای تشخیصی، روشهای جراحی و پیشرفت بیماری دلایل احتمالی برای بروز درد در نوزادان وکودکان نوباوه محسوب شده و باید با فرض اینکه درد

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

وجود دارد، آنها را درمان کرد. کودکان در حال نموی که قادر به حرف زدن نیستند، در جریانهای درمانی و یا جراحی و بیماریها دارای ظرفیت بالاتری در پذیرش درد بوده و درجهٔ شک در مورد وجود درد در آنها باید بالا باشد.

۳- مشاهدهٔ رفتارهای بیمار: نوزادان و کودکان از طریق نمایش رفتارهای ویژه‌ای به درد واکنش نشان می‌دهند. طبقات رفتاری اولیه‌ای که معمولاً به تشخیص درد در این جمعیت کمک می‌کند، عبارتند از: بیان از طریق چهره، فعالیت بدن یا حرکت محرک و گریه کردن یا بیان شفاهی. وضعیت قرارگیری بدن، تغییرات در تن عضلات، و پاسخ به محیط نیز شاخص‌های درد به شمار می‌روند. بیان از طریق چهره توسط نوزادی که درد شدیدی را تجربه می‌کند، شامل این تغییرات می‌باشد: ابروها پایین آمده و به سوی هم کشیده می‌شوند تا یک شیار عمودی را شکل دهند، بوسیلهٔ محکم بستن چشمها یک برآمدگی میان ابروها ایجاد می‌شوند، گونه‌ها به همراه شیاری بین بینی و لب بالا، بالا می‌روند، دهان باز مانده و به شکل مربع در می‌آید. علاوه بر این گریه‌های شدید و مداوم به عنوان مقیاسی برای اندازه‌گیری درد نوزاد شناخته شده است. اگرچه رفتارهای نوزاد مانند گریه کردن و تغییرات چهره که همراه با گریه است، از شاخص‌های مستقل درد حاد نیستند.

علائم رفتاری اولیهٔ درد اغلب برای دردهای ناشی از روشهای درمانی و درد پس از عمل جراحی، نمایان تر و ثابت تر از دردهای مزمن هستند. زمانیکه یک کودک قادر به کنترل حرکات بدنش شود، تفاوتهای عمده تری در پاسخهای رفتاری به درد مشاهده می‌گردد. خوابیدن و رفتارهای کناره‌گیری از فعالیت می‌توانند تلاشهای کودک در کنترل درد از طریق محدودکردن فعالیت و واکنشها باشد. در رفتارهای اولیهٔ ناشی از بروز درد در کودکانی که دردهای طولانی یا مزمن دارند، ممکن است تعدیل به وجود آید. رفتارهای دیده شده در کودکان متحمل درد مزمن سرطان عبارتند از: قرار دادن بدن در حالت ویژه، احتیاط در به حرکت در آمدنشان توسط دیگران، و علائم روانی حرکتی مانند کناره‌گیری از فعالیت، فقدان بیان و فقدان علاقه به محیط اطراف. رفتارهای زجرآور مانند کج خلقی، اضطراب و بی‌قراری ممکن است به درد مربوط باشند یا نباشند. این رفتارها می‌توانند نشانگر رنجهای فیزیولوژیک مانند به خطر افتادن سیستم تنفسی یا واکنشهای نسبت به دارو باشند. بنابراین در هنگام استفاده از ابزار ارزیابی رفتاری درد و گرفتن تصمیمات درمانی، مفهوم رفتارها، سابقهٔ پزشکی و عقاید مراقبان بیمار را در نظر بگیرید. شاخص‌های فیزیولوژیک مانند سرعت قلب، سرعت تنفس و اشباع اکسیژن در ارتباط با درد حاد بوده و می‌تواند اطلاعاتی را در بارهٔ پاسخ نوزاد به تحریک‌های زیان بخش ارائه دهند.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

اگرچه شاخص‌های فیزیولوژیک نیز توسط بیماری، داروها و تغییرات در وضعیت فیزیولوژیک تحت تأثیر قرار گرفته و بنابراین شاخص‌های پیش‌بینی کنندهٔ مناسبی برای درد یا عدم وجود درد به حساب نمی‌آیند.

استفاده از ابزارهای سنجش رفتاری درد

هیچ مقیاس رفتاری به تنهائی نسبت به مقیاس های دیگر ارجحیت ندارد، اما ابزار رفتاری درد که جهت ارزیابی‌های درد در کودکان در دسترس هستند، عبارتند از:

* CHEOPS: بیمارستان کودکان مرتبط با مقیاس درد در انتاریوی شرقی (McGroth، ۱۹۸۵) (تست شده در سن یک تا ۵ سالگی، واحد مراقبت پس از بیهوشی، درد جراحی)

* CHIPPS: (Buttner و Finke، ۲۰۰۰) (تست شده در هنگام تولد تا سن ۵ سالگی؛ شرایط مراقبتی حاد و بالینی؛ درد جراحی)

* مقیاس رفتاری COMFORT: (۲۰۰۵، ۲۰۰۰، Vandijk) (تست شده در زمان نوزادی تا ۳ سالگی؛ شرایط مراقبتی ویژه، درد جراحی. مقیاس تجدید نظر شدهٔ COMFORT (Ambuel، ۱۹۹۲؛ Canenvale و Racack ، ۲۰۰۲) ساختارهای دیگری را نسبت به درد اندازه‌گیری می‌کند (تست شده در نوزادان تازه متولد شده تا سن ۹ سالگی، شرایط مراقبتی شدید، دادن تنفس مکانیکی)

* CRIES: (تست شده در نوزادان، شرایط مراقبتی شدید از اطفال و نوزادان، درد ناشی از روش درمانی و جراحی)

* DSVNI: مقیاس زجر تنفسی برای نوزادان تازه متولد شده (تست شده در نوزادان تازه متولد شدهٔ مبتلا به مشکل تنفسی، شرایط مراقبتی ویژه؛ درد ناشی از روش درمانی)

* FLACC: ابزار معاینهٔ صورت، پا، فعالیت یا گریه و تسلی پذیری (تست شده در نوزادان ۲ ماهه تا کودکان ۷ ساله، مراقبت ویژه، شرایط مراقبتی حاد، درد جراحی و درد حاد)

* مقیاس DEGR: Douleur Enfant Gustave Roussy (تست شده در کودکان ۲ تا ۶ سال؛ مراقبت حاد، درد سرطان)

* PIPP: نمودار درد نوزادان زودرس (تست شده در نوزادان تازه متولد شدهٔ زودرس؛ شرایط نوزادی، درد ناشی از روش درمانی)

* RIPS: مقیاس آزردگی ناشی از درد در نوزاد (تست شده در نوزادان تازه متولد شده تا کودکان ۳ ساله، شرایط مراقبتی حاد؛ درد جراحی)

* USWCH: دانشگاه بیمارستان کودکان ویسکانسین (Wisconsin) مقیاس درد برای کودکانی که در مرحلهٔ پیش از سخن گفتن قرار دارند و کودکانی که در مرحله‌ای پیش از مرحلهٔ نامبرده قرار دارند (تست شده در کودکان کمتر از ۳ سال؛ شرایط مراقبتی حاد، درد درد ناشی از روش درمانی و جراحی)

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

۴- جایگزین کردن گزارش از درد: در ارزیابی درد شامل ارزیابی پاسخهای نوزاد، کودکی که در دوران اولیهٔ راه رفتن است و کودکی که در سیر تکاملی هنوز حرف زدن را یاد نگرفته به والدین و محیط اطراف می‌باشد: در هنگام مشاهدهٔ رفتارهای رنج‌آور پاسخگویی کودک به مداخلاتی مانند تکان دادن، نوازش و اطمینان بخشی کلامی که توسط یک مراقبت کنندهٔ مطمئن برای آرام کردن طفل صورت می‌گیرد، باید مورد توجه قرار گیرد. والدین معمولاً نمونهٔ پاسخ رفتاری کودکشان را می‌شناسند و قادر به تشخیص رفتارهای منحصر به فرد طفل هستند. که این رفتارها می‌توانند در زمرهٔ ارزیابی درد قرار گیرند. اگرچه کارکنان پرستاری ممکن است با رفتار مرتبط با درد در نوزاد یا کودک کم سنی که پس از تولد هموز ترخیص نشده، بیشتر از هر کس دیگر آشنا باشند.

مقیاس‌های رفتاری را برای والدین توضیح دهید و آنها را به شرکت فعالانه در تشخیص درد و ارزیابی پاسخ کودکشان به مداخلات تشویق کنید.

۵- تلاش جهت یک کارآزمایی تسکین دهندهٔ درد

جنانچه درد مشکوک بوده و معیارهای آسایش مانند حضور والدین، آیتم‌های امنیتی، مکیدن و پرت کردن حواس در تسهیل رفتارهای نشانگر درد مؤثر واقع نشد، یک کارآزمایی بالینی را با یک مادهٔ غیر اپیوئید یا اپیوئید با دز پائین شروع کنید. دز اپیوئید را بر اساس وزن کودک به کار برده و به شکل مناسبی تیتراسیون را انجام دهید. اگر رفتارها پس از یک کارآزمایی تسکینی منطقی ادامه یافت، در جستجوی دیگر دلایل بالقوهٔ رنج باشید.

افراد غیر هوشیار و یا لوله‌گذاری شده:

اصول راهنما برای ارزیابی درد

پیشنهادات برای ارزیابی درد در این افراد که قادر به ارائه گزارش از خود نیستند، منحصر به فرد بوده و از پیشنهادهای عمومی متمایز می‌باشند و عبارتند از:

۱- گزارش خود بیمار: گزارش بیمار از درد می‌تواند انجام شود؛ اگرچه کسب یک گزارش درد از یک بیمار بحرانی ممکن است به وسیلهٔ هذیان، محدودیتهای ارتباطی و ذهنی، میزان هوشیاری، وجود یک لولهٔ داخل نای، آرام بخشها و عوامل مسدودکنندهٔ عصبی- عضلانی متوقف گردد. در اثر وجود هذیان که قادر به ایجاد نقصان و تحت تأثیر قرار دادن قابلیت گزارش توسط خود بیمار می‌گردد، ارزیابی نوبتی باید صورت گیرد.

۲- تحقیقات در مورد دلایل بالقوهٔ درد و ناراحتی: منابع بروز درد در بیماران بحرانی شامل وجود شرایط طبی، آسیبهای تروماتیک، روش‌های دارویی و جراحی، استفاده از ابزارهای مهاجم، گرفتن خون و مراقبتهای روتین دیگر مانند ساکشن، turning، قرار

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

دادن بدن در حالت مشخص، برداشتن درن و کاتتر و مراقبت از زخم می‌باشد.

۳- مشاهدهٔ رفتار بیمار: کشیده شدن وضعیت صورت مانند ادا در آوردن، اخم کردن وخود را عقب کشیدن اغلب در بیماران بحرانی که در حال تجربهٔ درد هستند، دیده می‌شود. حرکت فیزیکی، بی حرکتی، افزایش تن عضلات می‌تواند نشانگر وجود درد باشند. اشک ریختن و تعریق شدید در بیماران تنفسی و فلج تسکین یافته، پاسخهای اتونوم به درد و ناراحتی را نشان می‌دهد. مقیاسهای رفتاری درد برای نوزادان، کودکان و افراد بالغی که به طور فارماکولوژیک فلج شده‌اند و یا کسانی که به علت سست و شل بودن قادر به پاسخ مطلوب رفتاری به درد نیستند، مناسب نیست. فرض کنید که درد وجود دارد و تسکین دهنده‌ها را به شیوهٔ مناسب در بیمارانی به کار گیرید که شل کننده‌های عضلانی و یا آرام بخشهای قوی را مصرف کرده‌اند و شرایط و فرایندهای دردناک را تجربه می‌کنند. بیماران ممکن است رفتارهای زجرآور را به دلیل ترس و نگرانی از شرایط واحد مراقبتهای ویژه (ICU) از خود نشان دهند. یک کارآزمایی تسکین دهنده (شمارهٔ ۵ را مشاهده کنید) می‌تواند در تشخیص رفتارهای زجرآور از رفتارهای مرتبط با درد مفید واقع شود. تغییرات ایجاد شده در علایم حیاتی به عنوان یک شاخص اولیهٔ درد می‌تواند گمراه‌کننده باشد، زیرا این تغییرات ممکن است در اثر شرایط فیزیولوژیک اساسی، تغییرات هومئوستاتیک و تجویز دارو باشند. شواهد محدودی وجود دارد که از علایم حیاتی به عنوان تنها شاخص درد حمایت می‌کند؛ اگرچه هر دو پاسخهای فیزیولوژیک و رفتاری اغلب با یک هجوم ناگهانی درد به طور موقت افزایش می‌یابند. تغییرات در مقیاسهای فیزیولوژیک باید به عنوان کلیدی برای شروع ارزیابی بیشتر درد و دیگر عوامل استرس‌زا باشند. عدم افزایش علایم حیاتی نشان‌دهندهٔ عدم وجود درد نیست.

استفاده از ابزارهای سنجش رفتاری درد

اگرچه هیچ مقیاس رفتاری به تنهایی برای استفاده در یک جمعیت ارجحیت ندارد، اما ابزار تست شده در شرایط دیگر چنانچه مناسب جمعیت و مشکل درد باشد، مفید عمل خواهند کرد. ابزار باید امتحان شوند تا قادر به تضمین اعتبارشان برای استفاده در جمعیتی که تا به حال مطالعه نشده، باشند.

اطفال

* FLACC: ابزار معاینهٔ صورت، پا، فعالیت، گریه و قابلیت آرام شدن (تست شده در نوزادان ۲ ماهه تا کودک ۷ ساله، مراقبتهای پس از بیهوشی، مراقبت ویژه، شرایط مراقبتی حاد، درد جراحی و درد حاد)

* DSVNI: مقیاس زجر تنفسی نوزاد تازه متولد شده (تست شده در نوزادان تازه متولد

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

شده دچار مشکل تنفسی، شرایط مراقبتی ویژه؛ درد درد ناشی از روش درمانی)

* مقیاس رفتاری COMFORT: (تست شده در نوزادان تا کودکان ۳ ساله؛ شرایط مراقبت ویژه؛ درد جراحی). مقیاس تجدید نظر یافتهٔ COMFORT دیگر ساختارهای مرتبط با درد را اندازه می‌گیرد (تست شده در نوزادان تازه متولد شده تا کودکان ۹ ساله؛ شرایط مراقبت ویژه، دادن تنفس مکانیکی)

افراد بالغ

BPS: مقیاس رفتاری درد (تست شده در افراد بالغ؛ مراقبت ویژه)

CPOT: ابزار مشاهدهٔ درد در مراقبتهای بحرانی (تست شده در افراد بالغ؛ شرایط مراقبت ویژه؛ روشهای ایجاد احساس درد)

۴- جایگزین کردن گزارش درد: والدین کودکان، مراقبان، اعضای خانواده و افراد جایگزین دیگر می‌توانند به تشخیص شاخص‌های ویژه درد در بیماران بحرانی کمک کنند. گزارش از طرف یکی از اعضای خانواده در مورد تأثیر آنها در درد بیمار و پاسخ به مداخلات باید به عنوان جنبه‌ای از سنجش درد در بیماران بحرانی در نظر گرفته شود.

۵- تلاش جهت یک کارآزمایی تسکین دهندهٔ درد: چنانچه درد مشکوک باشد، یک کارآزمایی تسکین‌دهنده را به کار برید. این کار آزمایی جهت اثبات وجود درد اولویت دارد.

درمان در حال انجام باید مسائل منحصر به فرد این جمعیت را در نظر بگیرد. استفادهٔ در حال انجام از تسکین‌دهنده‌ها، آرام بخشها و مقیاسهای آسایش می‌توانند موجب تسکین و راحتی و کاهش اثر پاسخ استرسی شوند. مواد فلج‌کننده و آرام بخش جایگزین تسکین‌دهنده‌ها نیستند. هر جند درد مشکوک باید درمان شود، اما اغلب اوقات این جمعیت برای کمک به خارج کردن موفقیت‌آمیز لولهٔ انتوباسیون، مجبور به ترک مصرف اپیوئیدها هستند. موادی که خاصیت آرام بخشی کمتری دارند و همچنین روشهایی مانند داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و تسکین درد اپیدورال اپیوئیدها در بیماران دچار آسیب سر باید در جای مناسب برای تسکین درد مورد استفاده قرارگیرند؛ اما در مقابل خطر آرام بخش بودن سنجیده شود. اپیوئیدهای با عملکرد کوتاه مدت مانند فنتانیل (fentanyl) انتخابهای مناسبی هستند.

خلاصه

افرادی که قادر به گفتگو در بارهٔ درد و ناراحتی‌شان نیستند، در معرض خطر بزرگتری برای تسکین ناکافی درد قرار دارند. این مقاله شدت این مسأله را شرح داده و جمعیتهای در معرض خطر را تعریف می‌کند و استراتژیها، ابزار و منابع مناسب ارزیابی درد را پیشنهاد می‌کند. پرستاران وظیفه‌ای حرفه‌ای و اخلاقی جهت حمایت از تمام افراد تحت مراقبت دارند.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

این جمعیتهای ویژه درست مانند تمام بیماران دیگر برای تضمین بهترین تسکین ممکن، به ارزیابی مداوم و ثابت، درمان مناسب و سنجش مداخلات نیاز دارند.

با توجه به پیشرفتهای جدید در استراتژیها و ابزار ارزیابی درد در این جمعیتها، پزشکان و افراد متخصص در طب بالینی جهت پایش تحقیقات جاری مورد تشویق قرار می گیرند.

References:

American Society for Pain Management Nursing(2006)

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]