

کنترل درد

ارائه دهنده: دکتر محمد جواد علی بخشی
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
متخصص بیهوشی و مراقبت های ویژه



تعریف درد :

درد، مکانیسم فیزیولوژیک و محافظتی است درمقابل محرکهای مضر
مثال:

اجتناب فرد مبتلا به پیچ خوردگی مچ پا از قرار
دادن وزن خود روی پاها



فیزیولوژی درد

درد در 4 مرحله قابل بررسی است :

■ تبدیل Transduction

■ انتقال Transmission

■ درک Perception

تنظیم کننده های عصبی

❖ مواد موثر بر انتقال محرک عصبی مانند:

- هیستامین-برادی کینین- استیل کولین و ماده P
- انتقال و درک حس درد را افزایش میدهند.

❖ تعدیل کننده های عصبی مانند:

- آندروفین ها و آنکفالین ها
- انتقال و درک حس درد را کاهش میدهند



انواع درد

❖ از لحاظ مدت دوام: درد حاد و مزمن

❖ از نظر کیفیت: درد تیز-مبهم - منتشر- انتقالی

❖ از نظر شدت: خفیف- متوسط- شدید

❖ از نظر دوره: مداوم - متناوب- گذرا



واکنش به درد

❖ واکنش رفتاری

- دور شدن از محرک ، قرار گرفتن در وضعیت هایی که درد را کاهش میدهد (گارد گرفتگی، وضعیت جنینی و).
- ناله کردن، آه کشیدن، قفل کردن فکها.
- پلک زدن سریع.
- گریه کردن.
- داشتن حالت چهره چروکیده.
- پیچش عضلانی.
- عقب نشینی هنگام لمس.
- نگه داشتن منطقه صدمه دیده یا بی حرکت نگه داشت



واکنش به درد

❖ پاسخ های فیزیولوژیک

- درد با شدت کم تا متوسط: تحریک سمپاتیک
(اتساع برونش، افزایش ضربان قلب و تنفس و گلوکز خون
گشادی مردمک کاهش حرکات معده و روده)
- درد با شدت زیاد و مداوم: تحریک سیستم پاراسمپاتیک
(رنگ پریدگی کشش عضلانی، تنفس سریع و نامنظم تهوع و
استفراغ ضعف، کاهش ضربان قلب و فشار خون)

عوامل موثر بر درد

1. ادراک درد:

- ادراک درد یا تفسیر آن، قسمت مهمی از تجربه درد است.
- واکنش بیمار به درد کاملاً شخصی و به دلیل متفاوت بودن تجربه درد از فردی به فرد دیگر است.
- هم محرکهای فیزیکی و هم فاکتورهای اجتماعی روانی بر تجربه ما از درد تاثیر می گذارد.
- اضطراب، تجربه، توجه، انتظارات، موقعیتی که حادثه در آن رخ می دهد، تحمل فرد در برابر درد، بر ادراک درد تاثیر می گذارد.
- فاکتور موثر بر تحمل درد عبارتند از: تهوع، خستگی، توانایی سازگاری، ورودی حسی، ساختار ژنتیک.
- تجربه های قبلی درد نیز می تواند درک فرد را از درد تغییر دهد.
- هرچه فرد سابقه و تجربه بیشتری داشته باشد، بیشتر از رویدادهای دردناک بعدی می ترسد.

عوامل موثر بر درد

2. عوامل فرهنگی اجتماعی:

- نژاد، فرهنگ و قومیت فاکتورهای اساسی در پاسخ به درد هستند.



عوامل موثر بر درد

3. سن

- افراد مسن و کودکان درک متفاوتی از جوانان دارند.
- انتقال و درک درد ممکن است با افزایش سن آهسته شود، اما شدت درد تغییر نمی کند.
- سن به عنوان یک فاکتور مهم در اندازه دوز داروها محسوب می شود.
- تغییرات متابولیک در افراد مسن پاسخ آنها را نسبت به ضد دردهای مخدر تحت تاثیر قرار می دهد.
- دارو در افراد پیرتر آهسته تر دفع و متابولیسم می شود.
- نکته:
- وقتی فرد سالمند بعد از جراحی یا صدمه دچار گیجی می شود، غالباً آن را به داروها نسبت داده و دارو را قطع می کند، در حالی که این حالت گیجی می تواند ناشی از درد تسکین نیافته باشد.



عوامل موثر بر درد

4. جنس

- مردان درد کمتری را نسبت به زنان بدون توجه به قومیتشان گزارش می کنند.

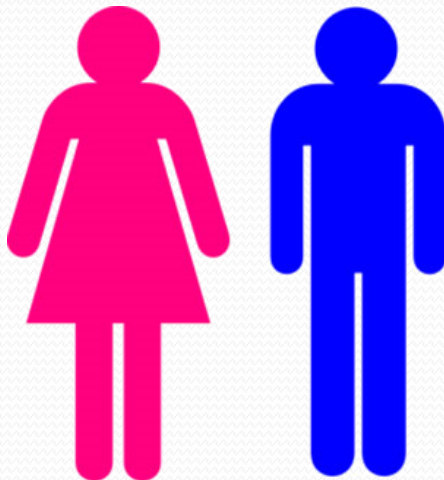
5. معنای درد:

- معنای درد یک فرد، بر پاسخ او به درد تاثیر گذار است.
- اگر علت درد مشخص باشد، فرد ممکن است بهتر معنای درد را تفسیر کند و با تجربه به آن سازگار شود.

✓ خستگی

✓ ژنتیک

✓ عملکرد عصبی



عوامل موثر بر درد

6. اضطراب:

- اضطراب ، درک درد را شدت می بخشد (اگر علت درد ناشناخته باشد اضطراب بیشتر و درد شدیدتر است).
- اضطراب ناشی از درد می تواند موجب افزایش درک درد شود، ولی اضطرابی که با درد مرتبط نیست، ممکن است موجب انحراف فکر و کاهش درد شود.
- انتظارات بیمار بر ادراک درد و موثر بودن اقدامات برای کاهش و تسکین درد موثر است. شدت درد تجربه شده به همراه فاکتورهای شناختی و عاطفی که از تجربه ناشی می شود، تحت تاثیر بیمار است.



متغیر های روانی- اجتماعی :



✓ توجه به درد

✓ تجارب قبلی

✓ حمایت خانواده و جامعه

✓ اضطراب

✓ کنترل بر درد (PCA)



روش های بررسی و شناخت درد

- داده های ذهنی: کیفیت درد-محل درد-شدت درد-طول مدت درد-عوامل ایجاد کننده-راههای تسکین درد

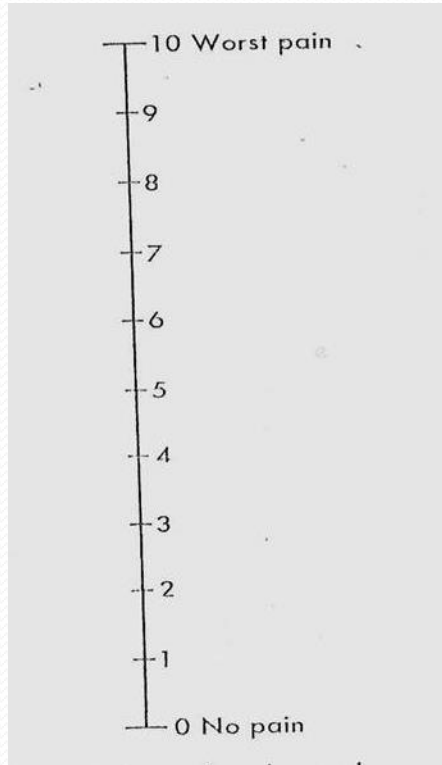
- داده های عینی: ابروهای گره کرده-عضلات منقبض صورت
و.....

اندازه گیری شدت درد

- پرسشنامه درد مک گیل-مقیاس توصیفی ساده-مقیاس توصیف کننده کلامی -مقیاس دیداری قانا ، مقاسه ، رنگی درد استوارت- و.....



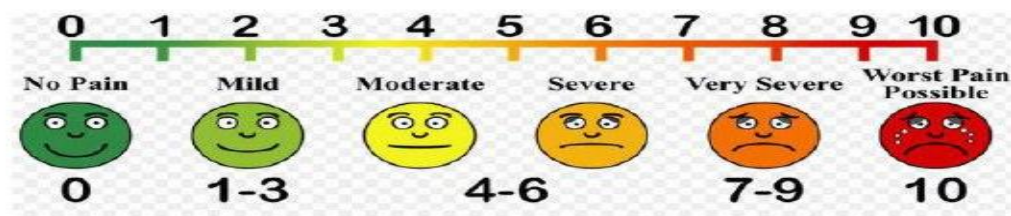
مقیاس توصیفی- دیداری درد



مقیاس صوری درجه بندی درد وانگ-باکر

Pain/sedation scale

در بیمارانی که داروی آرامبخش (sedative) دریافت نکرده اند، ارزیابی درد (pain) با معیار وانگ از طریق مصاحبه، مشاهده بیمار تکمیل می گردد. در مواردی که بیمار اینتوبه و هوشیار باشد با نشان دادن صورتکها به بیمار و در صورت نداشتن هوشیاری با مقایسه چهره بیمار با صورتکها میزان شدت درد در بیمار تعیین می گردد.



صورتک شماره	نشانهگر	برابر با
صفر	فقدان ناراحتی	صفر
۱	درد خفیف	۲
۲	درد اندکی بیشتر	۴
۳	دردیاز هم بیشتر	۶
۴	درد شدید	۸
۵	بدترین درد	۱۰

راهکارهای تسکین درد



- مداخلات دارویی
- مداخلات غیر دارویی



راهکارهای تسکین درد

مداخلات دارویی

بررسی پیش از دارو دادن:

- گرفتن تاریخچه مصرف دارو مشکلات سلامتی بررسی عوارض جانبی دارو و وضعیت بیمار بیمار بعد از مصرف دوز قبلی دارو.
- قبل از دادن دارو باید توصیه بیمار در مورد پاسخ ها و واکنش هایش نسبت به دارو ثبت شود.
- سه دسته کلی داروهای مسکن شامل مخدرها، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs) و بی حس کننده های موضعی هستند.

راهکارهای تسکین درد

مداخلات دارویی

تسکین متوازن:

با استفاده توأم چند داروی مسکن به طور همزمان برای رسیدن به تسکین بیشتر و عوارض جانبی کمتر، اطلاق می شود. به عبارت دیگر، در حضور یک داروی دیگر، دوز مورد نیاز یک خاص کمتر می شود.

دارو به صورت PRN:

- تنها راه اطمینان از دوره های موثر تسکین در این روش، استفاده از مقادیر زیاد دارو برای ایجاد دوره های تسکین و خواب آلودگی است، زیرا هنگامی که بیمار از درد شکایت می کند، همچنین زمانی که پرستار به او مسکن تزریق می کند، سطح سرمی مخدر خیلی پایین تر از سطح درمانی است.

رویکرد پیشگیرانه:

- در حال حاضر، این رویکرد با استفاده از مسکن ها برای تسکین درد، موثرترین راهکار محسوب می شود، زیرا سطح درمانی داروها را در سرم حفظ می کند، در این روش به دلیل اینکه درد بیمار به حد بسیار شدید نمی رسد میزان داروی کمتری نیز مورد نیاز است.
- نکته: قبل از دادن دوز بعدی دارو در این روش پرستار باید بیمار را از نظر خواب آلودگی بررسی کند.
- نکته: حداکثر میزان مجاز دارو نباید بیش از 4 برابر حداقل دوز باشد.

تسکین تحت کنترل بیمار:

- به بیمار این امکان را می دهد که میزان دریافت داروی خود را در محدوده ایمن از پیش تعیین شده کنترل کند، این روش را می توان در مورد مسکن های خوراکی تزریقی مداوم (انفوزیون) مخدرها از طریق وریدی و شیاف های متعدد مورد استفاده قرار داد.

تسکین ناکافی درد:

- مصرف دوز ناکافی مخدر، ناکافی بودن دفعات تجویز، تغییر مسیر تجویز دارو بدون توجه به میزان جذب و عملکرد دارو تغییر مارک دارو، از عوامل تسکین مناسب می باشد.
- **نکته: داروی خوراکی باید تقریباً 3 برابر مقدار وریدی باشد تا بتواند درد تسکین دهد.**
- در صوتیکه پمپ های تسکین تحت کنترل بیمار (PCA) در منزل مورد استفاده قرار گیرد پرستار مسئول نظارت باید نحوه عملکرد پمپ و عوارض دارویی را به بیمار آموزش دهد.

فاکتورهای مورد بررسی قبل از تجویز مسکن شامل

- حساسیت و آلرژی به داروها .
- زمان آخرین دوز و پاسخ به آن.
- دیگر داروهای مصرفی قبلی.
- وزن بدن.
- تجربه درد فردی.
- سن وضعیت عمومی سلامت، وضعیت ذهنی.
- وضعیت قلبی، تنفسی، کلیوی، و CNS.

استامینوفن

- در گایدلاین ها به عنوان خط اول یا دوم درمان درد حاد یا مزمن شناخته میشود به خصوص در افرادی که انتخاب کمتری جهت مسکن داریم یا افراد با سن بالا
- استامینوفن به صورت خوراکی و شیاف و وریدی استفاده میشود
- دوز مورد استفاده در بزرگسال 500 تا 1000 میلی گرم میباشد و حداکثر دوز روزانه بین 3 تا 4 گرم میباشد

NSAID

- مهار کننده های COX1 و COX2
- کاهش درد با مهار ساخت پروستاگلاندینها
- هم در کنترل درد حاد کارایی دارند هم درد مزمن
- در کنترل در کم تا متوسط کارایی دارند
- به عنوان مکمل جهت کنترل درد های شدید

ibuprofen

- به صورت خوراکی تزریقی وریدی و تزریقی عضلانی و موضعی کاربرد دارد
- 400 تا 800 میلی گرم به صورت وریدی هر شیش ساعت تا حداکثر دوز 3200 میلیگرم در روز کاربرد دارد

ketorolac

- جهت درد متوسط تا شدید
- 30 میلی گرم هر شیش ساعت تا حداکثر دوز 120 میلیگرم در روز در فرم تزریق وریدی
- جهت تریق عضلانی 60 میلی گرم جهت بی دردی اولیه و حداکثر دوز روزانه 120 میلی گرم

naproxen

- به صورت قرص و کپسول خوراکی و آهسته رهش موجود است
- جهت ضد دردی با دوز اولیه 500 میلی گرم و بعد 250 میلی گرم هر شیش ساعت یا 500 میلی گرم هر دوازده ساعت
- جهت حمله نقرص 750 میلی گرم دوز اولیه و بعد 250 میلی گرم هر شیش ساعت تا زمان بهبود حمله
- در حمله میگرن 750 میلی گرم و در صورت نیاز 250 تا 500 میلیگرم اضافه کردن تا حداکثر دور 1250 میلی گرم

meloxicam

- به صورت خوراکی موجود در ایران
- قرص 7/5 و 15 میلی گرم موجود است
- جهت استئوارتوزیت حداکثر دوز 15 میلی گرم در روز
- جهت ضد دردی 30 میلی گرم در روز

diclofenac

- به صورت قرص کپسول و شیاف موجود میباشد
- جهت درد حاد 100 میلیگرم دوز اولیه و بعد 50 میلیگرم هر هشت ساعت
- جهت استئوارتریت 50 میلیگرم هر هشت ساعت

celecoxib

- به صورت کیسول
- جهت درد حاد 400 میلی‌گرم دوز اولیه و بعد 200 میلی‌گرم هر دوازده ساعت

عوارض و فواید nsaid

- مشخصا مصرف مخدر را در کنترل درد کاهش میدهند.
- در تجویز این دسته دارویی باید بیماری های همراه به خصوص بیماری کلیوی و افزایش ریسک تروبوآمبولی خونریزی دستگاه گوارشی و heart failure مد نظر باشد.
- Selective یا nonselective nsaid هر دو بیش از دوبرابر ریسک DVT را زیاد میکنند که این مورد در cox2 selective مانند سلکسیب بسیار بیشتر و ریسک تروبوآمبولی را زیاد میکند.
- ولی ساپرس COX1 به میزان 95 درصد خاصیت انتی ترومبوتیک دارد که فقط در مصرف اسپرین و ناپروکسن با دوز بالا (1 گرم در روز) اتفاق می افتد

Gabapentinoids

- بر روی انتقال درد موثر میباشند
- بیشتر جهت درد های مزمن نوروپاتیک موثر میباشند
- به عنوان پروفیلاکسی قبل از عمل دردناک نیز استفاده میشود
- به صورت قرص و کپسول موجود است
- در نوروپاتی های دیابتی
- 900 میلیگرم در روز در دوزهای منقسم و افزایش آن هر سه روز تا 1800 میلیگرم و حداکثر دوز 3600 میلیگرم
- در مشکل کلیوی باید adjust شود
- در نوزالژی هرپسی روز اول 300 میلی گرم روز دوم 300 میلی هر دوازده ساعت
- روز سوم 300 میلی هر هشت ساعت و بعد 600 میلی هر هشت ساعت و بیشتر از 1800 میلیگرم تاثیری در نوزالژی ندارد

مخدر ها

- مورفین:
- به صورت قرص و امپول موجود میباشد
- در صورت تجویز همیشه نالوکسان باید در دسترس باشد
- جهت درد حاد قرص 10 تا 20 میلی گرم هر چهار ساعت
- در صورت تجویز عضلانی یا زیر جلدی 5 تا 10 میلی گرم هر چهار ساعت
- در صورت تزریق وریدی 2.5 تا 5 میلیگرم هر چهار ساعت به همراه مانیטورینگ
- عوارض شامل دپرفشن تنفسی-یبوست-اعتیاد-احتباس ادراری-خارش-تهوع و استفراغ میباشد

متادون

- به صورت قرص شربت و امپول موجود میباشد(امپول فقط عضلانی یا زیر جلدی)
- جهت ضد دردی با قرص 2/5 میلی گرم هر هشت ساعت
- و نسبت مصرف امپول به قرص 1 به 2 میباشد یعنی دوز امپول 5 میلی گرم معادل 10 میلی گرم خوراکی میباشد
- نسبت به مورفین قوی تر میباشد
- به صورت مثال کس یکه 10 تا 30 میلی گرم در روز موافین مصرف میکند در صورت انتخاب متادون باید 40 درصد این دوز به صورت میلی گرم متادون مصرف کند
- عوارض مانند مورفین

پتدین

- تنها مخدری که خاصیت شبه اتروپینی دارد و تاکیکاردی دارد
- تنها مخدری که به عنوان لوکال انستتیک استفاده میشود
- هیچ وقت خط اول جهت درمان درد نمیباشد
- در افراد مسن و اطفال به علت متابولیت فعال منع مصرف دارد
- بیشتر از 48 ساعت نباید تجویز شود چون احتمال اعتیاد دارد
- دوز بی دردی 50 میلی گرم هر 4 تا 6 ساعت

مداخلات غیر دارویی تسکین درد

الف) مداخلات فیزیکی

- مداخلات فیزیکی باعث راحتی بیمار افزایش حرکت و تغییر پاسخ های فیزیولوژیک می شوند.
- مداخلات فیزیکی عبارتند از: برآیند های راحتی (ملحفه های صاف، تمیز، نرم، پتوهای گرم و محیط آرام، تغییر وضعیت و حرکت).
- تحریک پوستی، ماساژ دادن، سرما درمانی، گرما درمانی، تحریک الکتریکی اعصاب از طریق پوست، طب سوزنی، طب فشاری. (باعث ترشح اندورفین ها می گردد)

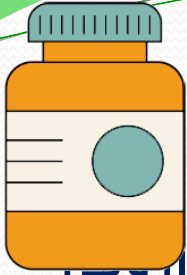
ب) مداخلات شناختی_ رفتاری

- مداخلات شناختی، رفتاری باعث تغییر در ادراک درد و کاهش ترس شده و به بیماران احساس کنترل بیشتری می دهد.
- مداخلات شناختی، رفتاری شامل: تنفس عمیق، آرام سازی بیش پیش رونده، تنفس منظم. هدایت تصویر سازی ذهنی (مجسم سازی)، زیستی، انحراف فکر، لمس درمانی مراقبه، هیپنوتیزم (قطع ارتباط و فرایند تمرکز) شوخی، .
- هدف فیدبک زیستی در مدیریت درد، آموزش خود کنترلی بر تغییرهای فیزیولوژیک مرتبط با درد مثل انقباض عضلات و جریان خون می باشد.
- لمس درمانی برای اختلالاتی مثل سردرد تنشی استفاده می شود.
- مراقبه ، تمرکز توجه فرد را از درد دور می کند.

- **هیپنوتیزم** نمی تواند ضایعات جسمی ایجاد کند درد را تغییر دهد اما معمولاً ناراحتی را کاهش می دهد.
- **شوخی کردن**، مخدرهای داخلی یا اندورفین ها را افزایش می دهد.
- ریشه اصلی مدیریت درد در کشورهای آسیایی شرقی **مغناتیس درمانی** است.
- موثرترین برنامه مدیریت درد به استفاده از **ترکیب داروها و مداخلات غیر دارویی** بستگی دارد.
- **انحراف فکر** می تواند فعالیت سیستم نزولی را افزایش دهد. (این امر تا حدی ناشی از فعالیت اندورفین ها است)

تئوری کلاسیک دروازه ای

- تئوری کلاسیک درد بیان می کند که تحریک پوست سبب برانگیختن تکانه های عصبی شده که توسط سه سیستم موجود در نخاع منتقل می شود. فعالیت ماده ژلاتینی شاخ خلفی (سلول های نیمه خلفی قوس نوع II) ستون مهرهای خلفی و سلولهای انتقال دهنده مرکزی برتکانه های مولد درد تاثیر می گذارد. تحریک رشته های انتقال درد را متوقف میکند و تحریک رشته های کوچک این دروازه را باز می کند.



اثر دارونما:

- دارونما داروهایی هستند که شبیه دارو هستند اما هیچ خاصیت دارویی ندارند.
- دارونما زمانی تجویز می شود که ارائه دهندگان مراقبت سلامتی درباره واقعیت درد شک دارند.
- اخلاق و موارد مرتبط با آن در تجویز داروئی:
- وقتی که به بیمار داروئی داده می شود به آنها گفته می شود که داروها حاوی مسکن هستند.
- تاثیر داروئی به معنی نداشتن درد نیست، بلکه یک اثر واقعیتی فیزیولوژیک می باشد.
- هرگز نباید دارونماها را برای سنجش صداقت بیمار یا خط اول درمان به کار برد.
- کاهش درد بیمار هرگز نباید به عنوان نشانه غیر واقعی بودن درد تلقی شود.

بررسی پرستاری درد

- رایجترین علت مراجعه به مراکز بهداشتی درد است که باعث افزایش مدت بستری شدن، طولانی تر شدن زمان بهبودی و نتایج ضعیف تر بیمار می شود.
- درد یک تجربه ذهنی و شغلی است و حتی 2 نفر درد را دقیقا به یک شیوه تجربه نمی کنند.
- تمام دردها واقعی هستند حتی اگر علت آن را نتوان تعیین کرد پرستار نمی تواند در مورد وجود درد قضاوت کند.
- احساس درد یک رویداد فیزیولوژیک قابل اندازه گیری است.
- احساس درد سیستمی است که اطلاعات مربوط به التهاب آسیب یا آسیب نزدیک به بافت را به طناب نخاعی مغز انتقال می دهد.
- عواملی که در یک بررسی کامل مورد توجه قرار می گیرد شامل شدت درد، زمان، محل، کیفیت، مفهوم درد برای فرد، عوامل تشدید کننده و تسکین دهنده و رفتارهای درد است.

● شدت:

آستانه درد، کمترین حد تحریک است که فرد در آن حد، درد را گزارش می دهد .

● تحمل:

به معنی مدت یا شدت درد است که فرد تمایل به تحمل دارد (تحمل درد در هر فرد و بر اساس تجربه اش متفاوت است و حداکثر میزان دردی است که فرد تحمل می کند).

نکته: در مواقع بررسی درد، پرستار باید برای تعیین درد بیمار از واژهایی که خود بیمار به کار می برد، استفاده نماید (مثلا استفاده از واژه احساس فشار شدید یا سوزش به جای درد).

● زمان:

در مورد شروع، طول مدت، رابطه بین شدت درد و زمان و نیز تعبیرات الگوی ریتمیک درد و تدریجی یا ناگهانی بودن درد، از بیمار سوال می شود.

نکته: درد افراد مبتلا به آرتريت معمولاً در طی شب شدیدتر است.

● محل:

استفاده جزئی از برخی فرم های عمومی بررسی درد هاشور زدن نواحی درگیر در تصاویری از بدن انسان توسط بیمار برای تعیین محل درد و اثر بخشی درمان (به خصوص در مورد دردهای ارجاعی) مفید هستند.

● کیفیت:

از بیمار درخواست می شود تا احساس درد خود را شرح دهد.

● مفهوم شخصی:

سوال در مورد چگونگی تاثیر درد بر زندگی بیمار دارای اهمیت است.

● عوامل تشدید کننده و تسکین دهنده:

شناسایی عوامل مرتبط با درد به ویژه عوامل محیطی قابل تغییر (مثلا گرم کردن اتاق) می تواند در اداره درد مفید باشد.

● رفتارهای درد:

پاسخ های فیزیولوژیک مربوط به برانگیختگی سیستم خودکار ، پاسخ های غیر کلامی و بیان های رفتاری مورد بررسی قرار گیرد، هر چند هیچ کدام به تنهایی برای تعیین درد و یا کیفیت و شدت آن قابل اعتماد نمی باشد.

مراقبت‌های پرستاری از بیمار مبتلا به درد:

- پرستار باید عوامل تاثیر گذار بر ماهیت حس درد و شدت پاسخ های رفتاری را تغییر دهد (برخی از عوامل مداخله گر مانند انتظارات فرهنگی قابل تغییر نیست).
- پاسخ های مناسب به رفتارها و نگرش های بیمار درباره درد را تعیین کند.
- اهداف مناسب برای اجرای مداخلات پرستاری را با توجه به اهداف، انتخاب کند.

نقش پرستار در اداره درد عبارتند از:

- بررسی درد، تعیین اهداف کنترل درد، ارزیابی آموزش به بیمار، اجرای مراقبت های جسمی و کمکی به تسکین درد (هم دارویی و هم غیر دارویی).
- در مواقع بررسی درد، پرستار باید برای تعیین درد بیمار از واژه هایی که خود بیمار به کار می برد استفاده نماید.
- درمان تسکین در د بیمار مبتلا به درد، ارتباط مثبت بین پرستار_بیمار و آموزش است.
- اهداف اصلی بررسی درد، شناخت علت درد، فهمیدن درک بیمار از درد، اندازه گیری خصوصیات درد تعیین سطح دردی که بیمار می تواند با آن در فعالیت های زندگی روزانه شرکت کند به کار بردن تکنیکهای کنترل درد می باشد.
- برای بیمار با درد شناخته شده مثل درد بعد از جراحی، سطوح درد اخیرا باید هر 2 ساعت برای 48 ساعت اول بعد از جراحی یا تروما و هر 4 ساعت به عنوان یک روش استاندارد بررسی شود.
- بررسی مجدد باید 20_30 دقیقه بعد از تجویز هر نوع دارویی برای کاهش درد 5_15 دقیقه بعد از تجویز وریدی داروها، در زمان اوج اثر دارو انجام گردد.

تعیین اهداف کنترل درد

- شدت درد براساس قضاوت بیمار، اثرات زیان آور مورد انتظار، دوره مدت مورد انتظار برای درد در تعیین اهداف مورد توجه قرار گیرد. مثلا هدف می تواند تامین غذای کافی و فراهم کردن خواب راحت باشد.
- برقراری ارتباط بین پرستار_ بیمار و آموزش:
- ارتباط مثبت بین پرستار_ بیمار و آموزش، کلید درمان تسکین در بیمار مبتلا به درد است. ارتباط مثبت که مشخصه آن اعتماد است، برای درمان ضروری است.

فراهم کردن مراقبت جسمی:

- این مراقبت ها فرصتی را برای انجام بررسی کامل مسایلی که در ایجاد ناراحتی و درد بیمار موثر هستند فراهم می کند.

نکات مهم در مورد درد:

- تنها بیمار میتواند سطح دیسترس درد را قضاوت کند.
- بهتر است ضد درد به صورت روتین تجویز شود تا سطح درد کم حفظ شود.
- درد با منبع روانی به همان اندازه درد با منشاء فیزیولوژیک واقعی است.
- تمام بیماران دارای سیستم عصبی سالم، درد را تجربه می کنند و سن عامل تعیین کننده درد نیست اما می تواند بر بیان درد اثر بگذارد.
- درد به همراه پیری نمی آید مگر اینکه یک فرایند بیماری یا نا توانی وجود داشته باشد.
- اعمال نفوذ در تعاریف شخصی اعتقادات فرهنگی و ارزشهای درد افراد کاری ناپسند است. اجازه دهید که بیمار خودش به شما بگوید که درد چه معنایی دارد.
- فکر نکنید بیمارانی که صحبت نمی کنند درد ندارند، برای بیان درد خوب مشاهده کنید و اگر در مورد درد مطمئن نیستید برای درمان درد آنها با داروهای خفیف شروع کنید.
- مهمترین و تنها شاخص شدت درد، گزارش مشخص بیمار از درد است.
- خصوصیات درد در هر مرحله از درد متفاوت است.

ملاحظات پرستاری

- اطمینان دادن به کمک در تسکین درد بیمار.
- بررسی درد برای تعیین شدت درد.
- بررسی و ثبت درد و ویژگی آن محل، کیفیت؛ دفعات ، طول مدت.
- بررسی شدت درد در پرونده.
- در صورت نیاز تهیه داروی اضافی برای بیمار.
- شناسایی و تشویق بیمار به استفاده از روشهایی که در گذشته برای تسکین درد موثر بوده اند.
- آموزش استراتژی اضافی برای تسکین درد به بیمار: انحراف فکر، آزاد سازی، و تحریک پوستی.
- آموزش در مورد عوارض جانبی مسکن ها.

