



معاونت پرستاری

مراقبت های پرستاری در مدیریت درد بیماران بستری

Nursing Care in Pain management of Hospitalized Patients

تهیه و تدوین:

دکتر لادن صدیقی، دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دکتر فرید ابوالحسنی قره داغی، متخصص بیهوشی، عضو انجمن بیهوشی موضوعی و درد ایران
دکتر یاسر سعید، دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
دکتر شیمای شیراویژن، دکترای پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
دکتر نسرین مهرنوش، دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل
خانم فرناز مستوفیان، کارشناس ارشد پرستاری، کارشناس مسئول ایمنی بیمار، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان ستاد
وزارت متبوع

تاییدیه نهایی:

انجمن علمی بررسی و مطالعه درد
انجمن بیهوشی موضوعی و درد ایران
هیئت ممکنه و ارزشیابی رشته تخصصی بیهوشی
هیئت ممکنه و ارزشیابی رشته پرستاری

دفتر ارتقای سلامت و خدمات پرستاری

معاونت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

بهار ۱۴۰۳

درد، شایع‌ترین علامت ناخوشایند در بیماران است که می‌تواند موجب ناآرامی و بی‌قراری بیماران بستری در بخش شود. اگر درد بیماران به‌صورت کافی و صحیح مدیریت نگردد منجر به آسیب‌های جسمی، پیامدهای روانی و بروز عوارضی چون تأخیر در بهبودی، کاهش کیفیت زندگی، افزایش طول مدت بستری، افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و کاهش رضایت بیمار می‌گردد. تسکین مؤثر درد بیماران نه تنها موجب راحتی جسمی بیمار می‌شود، بلکه موجب ارتقای کیفیت زندگی، برگشت سریع به زندگی روزمره و کاهش مدت اقامت در بیمارستان و همچنین کاهش هزینه‌های وی می‌شود.

با توجه به اهمیت "مدیریت درد بیماران" به عنوان پنجمین علامت حیاتی و یکی از شاخص‌های حساس به مراقبت‌های پرستاری، به‌کارگیری برنامه‌ی مدونی که کلیه‌ی سطوح مدیریت درد شامل تشخیص، اقدامات تسکینی و پایش مجدد درد را در قالب دستورالعمل یا راهنمای بالینی پوشش می‌دهد، ضروری به نظر می‌رسد و می‌تواند منجر به ارتقای شاخص‌های کیفیت مراقبت پرستاری در کلیه بخش‌های بستری بیمارستان گردد. لذا در راستای تحقق مدیریت مؤثر درد، به‌کارگیری یک برنامه‌ی منسجم جهت مدیریت درد و مراقبت‌های پرستاری مربوط به آن، ضروری می‌باشد. این دستورالعمل در راستای تکمیل پروتکل ابلاغی سال ۱۳۹۷ معاونت درمان وزارت متبوع با عنوان **"مدیریت درد بعد از عمل یا درد های مزمن"** جهت استاندارد سازی مراقبت‌های پرستاری در مدیریت **درد بیماران**، تهیه شده است. جهت دسترسی آسان پرستاران بالین، دستورالعمل مذکور به صورت الگوریتم نیز تدوین شده که پیوست همین دستورالعمل می‌باشد.

اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری، مطابق شناسنامه و استاندارد خدمت "مدیریت درد بعد از عمل یا درد های مزمن" ابلاغی آبان ۱۳۹۷ انجام می‌شود.

اقدامات پرستاری در مدیریت درد بیماران:

فرایند اجرایی مدیریت درد در بیماران بستری

□ مرحله اول: تشخیص درد

۱. در هر شیفت کاری همراه با چک علایم حیاتی بیمار، درد نیز به عنوان پنجمین علامت حیاتی مورد ارزیابی قرار گیرد.
۲. جهت تشخیص درد در بیماران هوشیار بزرگسال از مقیاس دیداری^۱ (NRS) استفاده شود (پیوست ۱).
۳. جهت تشخیص درد در بیماران با کاهش سطح هوشیاری از مقیاس رفتاری تشخیص درد^۲ (BPS) استفاده شود (پیوست ۲).
۴. در صورت پارالیز نمودن بیمار، امکان استفاده از ابزار تشخیص درد وجود ندارد و از علایم حیاتی جهت تشخیص درد استفاده شود.
۵. بر اساس نمره ی کسب شده از هر مقیاس (NRS/BPS) شدت درد بیمار (فاقد درد تا شدید) ارزیابی شود.
۶. بر اساس شدت درد بیمار، جهت روند درمان یا تسکین درد بیمار تصمیم گیری شود.

□ مرحله دوم: درمان یا تسکین درد (طبق دستور پزشک)

۱. در صورتی که بر اساس گزارش بیمار بر اساس مقیاس NRS نمره درد بیمار صفر و در بیماران با کاهش سطح هوشیاری بر اساس مقیاس BPS نمره درد سه ارزیابی گردد، نیازی به استفاده از مسکن نمی باشد.
۲. در صورتی که به دنبال تجویز مسکن، بیمار فاقد درد ارزیابی شده است، بر اساس نظر پزشک در مورد ادامه یا قطع مسکن تصمیم گیری شود.
۳. در صورتی که بر اساس مقیاس های ارزیابی درد (BPS/NRS) و یا ارزیابی علایم حیاتی، شدت درد بیمار، خفیف ارزیابی شده است، اولویت، استفاده از مسکن های غیر مخدر مانند استامینوفن و NSAIDs ها شامل ایبuprofen، ناپروکسن و کتورولاک و یا ادجوانت ها مانند کاربامازپین طبق نظر پزشک می باشد.
۴. در صورتی که بر اساس مقیاس های ارزیابی درد (BPS/NRS) و ارزیابی علایم حیاتی، شدت درد بیمار متوسط گزارش شود، می توان از مسکن های مخدر ضعیف مانند اکسی کدون و متادون بر حسب شرایط بیمار به صورت خوراکی، تزریقی و پمپ PCA با یا بدون NSAIDs یا ادجوانت، طبق نظر پزشک مربوطه استفاده کرد.
۵. در صورتی که بر اساس گزارش بیمار بر اساس مقیاس های ارزیابی درد (BPS/ (NRS و ارزیابی علایم حیاتی، شدت درد بیمار شدید گزارش شود، از مسکن های مخدر قوی مانند مرفین، فنتانیل و سوفتانیل به صورت تزریقی یا پمپ PCA با یا بدون NSAIDs یا ادجوانت طبق نظر پزشک مربوطه، استفاده شود.
۶. در کنترل درد بیماران هوشیار/ کاهش سطح هوشیاری با شدت درد خفیف تا متوسط، پرستار در صورت امکان می تواند از انواعی از روش های تسکین درد غیر دارویی مانند ماساژ، موسیقی درمانی و انحراف فکر به عنوان درمان مکمل استفاده نمود

1 Numeric Rating Scale

2 Behavioral Pain Scale

□ مرحله سوم: ارزیابی مجدد (ارزشیابی)

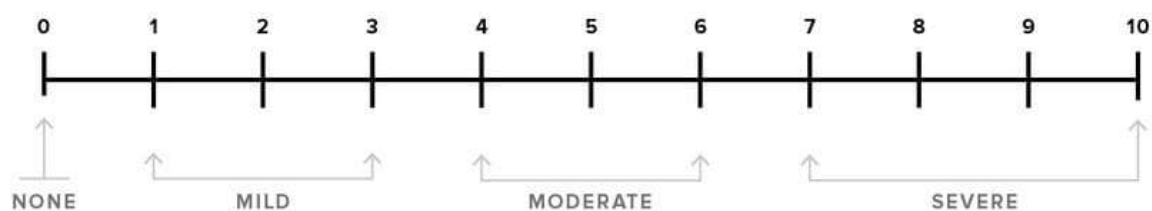
۱. بر حسب شرایط بالینی بیمار، انجام پروسیجرهای درناک، در جریان بودن داروهای مسکن و سداثیو، بستری بودن بیمار در بخش های جنرال یا مراقبت ویژه روند پایش یا ارزیابی مجدد درد متفاوت خواهد بود
 ۲. در بیماران با شدت درد کمتر، پایش کمتر و در بیماران با شدت درد متوسط تا شدید ارزیابی درد در فواصل زمانی کوتاه تر و مطابق الگوریتم مدیریت درد ادامه یابد.
 ۳. در بخش های جنرال جهت ارزیابی مجدد درد های متوسط تا شدید ابتدا هریک ساعت و سپس بر حسب شرایط بعدی بیمار و شدت درد تجربه شده دفعات ارزیابی متفاوت خواهد بود و در مورد بیماران فاقد درد یا درد خفیف نیز حداقل هر دو ساعت و بر حسب شرایط بالینی بیمار حداکثر یکبار در هر شیفت کاری ارزیابی متغیر خواهد بود.
 ۴. نتایج ارزیابی مجدد بیمار باید به اطلاع پزشک مربوطه برسد و مستند سازی مناسب در هر مرحله از تشخیص، تسکین و ارزیابی مجدد درد توسط پرستار صورت گیرد و بر اساس نظر پزشک نیز در مورد قطع یا ادامه داروی مسکن، تصمیم گیری شود.
- فرایند اجرای مدیریت درد در بیماران بستری در پیوست ۳ می باشد.

افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه کلیه پرستاران شاغل در بخش های بستری بیماران در بیمارستان های کشور می باشند.

موارد ضروری جهت آموزش به بیمار شامل آموزش شناسایی علایم خطر، روش های غیر دارویی تسکین درد و استفاده از داروهای تجویز شده به همراه شناسایی عوارض جانبی و نحوه مدیریت آن می باشد.

پیوست ۱: مقیاس نمره دهی عددی درد (NRS)

0-10 NUMERIC PAIN RATING SCALE



پیوست ۲: مقیاس رفتاری پایش درد (BPS) در بیماران اینتوبه و غیر اینتوبه

امتیازات جمع	امتیاز ۴	امتیاز ۳	امتیاز ۲	امتیاز ۱	موارد
	در هم رفتن چهره به طوری که حالت خصمانه به خود بگیرد	چهره کاملاً در هم کشیده مانند بستن چشم‌ها	چهره نسبتاً در هم کشیده مانند پایین انداختن ابروها	آرام	حالات چهره
					
					
	کشیدن و مقاومت در برابر مراقبت	کاملاً خم می کند و انگشتان را نیز جمع می کند	کمی خم می کند	بی حرکت	حرکات اندام‌های فوقانی
					
					
	عدم تحمل تهویه	جنگ با دستگاه تهویه مکانیکی در بعضی از مواقع تهویه امکان پذیر است	سرفه در حالی که در اغلب موارد دستگاه تهویه مکانیکی را تحمل می کند	تحمل کردن تهویه ی مکانیکی	تهویه مکانیکی *هماهنگی با
	ضجه زدن یا شکایت‌های غیر کلامی (آخ) یا نگه داشتن تنفس	آه و ناله بیشتر از ۳ بار در دقیقه یا با طول زمان بیش از ۳ ثانیه	آه و ناله کمتر از ۳ بار در دقیقه و با طول زمان کمتر از ۳ ثانیه	ارتباط غیر کلامی یا در قالب آواها بدون درد	در قالب آواها **صحبت کردن
جمع امتیازات					

*بیمار اینتوبه

**بیمار غیر اینتوبه

پیوست ۳: فرایند اجرایی مدیریت درد در بیماران بستری

مرحله اول: تشخیص درد

- ۱- در هر شیفت کاری همراه با چک علایم حیاتی بیمار، درد نیز به عنوان پنجمین علامت حیاتی مورد ارزیابی قرار گیرد.
- ۲- جهت تشخیص درد در بیماران هوشیار بزرگسال از مقیاس دیداری (NRS) استفاده شود.
- ۳- جهت تشخیص درد در بیماران با کاهش سطح هوشیاری از مقیاس رفتاری تشخیص درد (BPS) استفاده شود.
- ۴- در صورت پارالیز نمودن بیمار، امکان استفاده از ابزار تشخیص درد وجود ندارد و از علایم حیاتی جهت تشخیص درد استفاده شود.
- ۵- بر اساس نمره ی کسب شده از هر مقیاس (NRS/BPS) شدت درد بیمار (فاقد درد تا شدید) ارزیابی شود.
- ۶- بر اساس شدت درد بیمار، جهت روند درمان یا تسکین درد بیمار تصمیم گیری شود.

مرحله دوم: درمان یا تسکین درد

- ۱- در صورتی که بر اساس گزارش بیمار بر اساس مقیاس NRS نمره درد بیمار صفر و در بیماران با کاهش سطح هوشیاری بر اساس مقیاس BPS نمره درد سه ارزیابی گردد، نیازی به استفاده از مسکن نمی باشد.
- ۲- در صورتی که به دنبال تجویز مسکن، بیمار فاقد درد ارزیابی شده است، بر اساس نظر پزشک در مورد ادامه یا قطع مسکن تصمیم گیری شود.
- ۳- در صورتی که بر اساس مقیاس های ارزیابی درد (NRS/BPS) و یا ارزیابی علایم حیاتی، شدت درد بیمار، خفیف ارزیابی شده است، اولویت، استفاده از مسکن های غیر مخدر مانند استامینوفن و NSAIDS ها شامل ایبوپروفن، ناپروکسن و کترولاک و یا ادجوانت ها مانند کاربامازپین طبق نظر پزشک می باشد.
- ۴- در صورتی که بر اساس مقیاس های ارزیابی درد (NRS/BPS) و ارزیابی علایم حیاتی، شدت درد بیمار متوسط گزارش شود، می توان از مسکن های مخدر ضعیف مانند اکسی کدون و متادون بر حسب شرایط بیمار به صورت خوراکی، تزریقی و پمپ PCA با یا بدون NSAIDS یا ادجوانت، طبق نظر پزشک مربوطه استفاده کرد.
- ۵- در صورتی که بر اساس گزارش بیمار بر اساس مقیاس های ارزیابی درد (NRS/BPS) و ارزیابی علایم حیاتی، شدت درد بیمار شدید گزارش شود، از مسکن های مخدر قوی مانند مرفین، فنتانیل و سوفتانیل به صورت تزریقی یا پمپ PCA با یا بدون NSAIDS یا ادجوانت طبق نظر پزشک مربوطه، استفاده شود.
- ۶- در کنترل درد بیماران هوشیار/ کاهش سطح هوشیاری با شدت درد خفیف تا متوسط، پرستار در صورت امکان می تواند از انواعی از روش های تسکین درد غیر دارویی مانند ماساژ، موسیقی درمانی و انحراف فکر به عنوان درمان مکمل استفاده نمود.

مرحله سوم: ارزیابی مجدد (ارزشیابی)

- ۱- بر حسب شرایط بالینی بیمار ، انجام پروسیجرهای درناک، در جریان بودن داروهای مسکن و سداتیو، بستری بودن بیمار در بخش های جنرال یا مراقبت ویژه روند پایش یا ارزیابی مجدد درد متفاوت خواهد بود
- ۲- در بیماران با شدت درد کمتر، پایش کمتر و در بیماران با شدت درد متوسط تا شدید ارزیابی درد در فواصل زمانی کوتاه تر و مطابق الگوریتم مدیریت درد ادامه یابد.
- ۳- در بخش های جنرال جهت ارزیابی مجدد درد های متوسط تا شدید ابتدا هریک ساعت و سپس بر حسب شرایط بعدی بیمار و شدت درد تجربه شده دفعات ارزیابی متفاوت خواهد بود و در مورد بیماران فاقد درد یا درد خفیف نیز حداقل هر دو ساعت و بر حسب شرایط بالینی بیمار حداکثر یکبار در هر شیفت کاری ارزیابی متغیر خواهد بود.
- ۴- نتایج ارزیابی مجدد بیمار باید به اطلاع پزشک مربوطه برسد و مستند سازی مناسب در هر مرحله از تشخیص، تسکین و ارزیابی مجدد درد توسط پرستار صورت گیرد و بر اساس نظر پزشک نیز در مورد قطع یا ادامه داروی مسکن، تصمیم گیری شود.

2. Ignatavicius DD, Workman ML, Rebar CR, Heimgartner NM. Medical-Surgical Nursing: Concepts for Interprofessional Collaborative Care. Elsevier Health Sciences; 2020.
3. Edighie L, Bolourchifard F, Rassouli M, Sanee N. Evaluating the implementation of pain management templates in adult intensive care units: A systematic review. *Anesthesia, Pain & Intensive Care*. 2020;24:151-167.
4. Sedighie L, Bolourchifard F, Rassouli M, Zayeri F. Effect of Comprehensive Pain Management Training Program on Awareness and Attitude of ICU Nurses. *Anesthesiology and pain medicine*. 2020;10.
5. Williams LS, Hopper PD. Understanding medical surgical nursing. FA Davis; 2020. p. 157.
6. Peate I. Medical-surgical Nursing at a Glance. John Wiley & Sons; 2016.
7. DeWit SC, Stromberg H, Dallred C. Medical-surgical nursing: concepts & practice. Elsevier Health Sciences; 2016. p. 135.
8. Black JM, Hawks JH. Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes. Elsevier Science Health Science Division; 2008.