وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت پرستاری

ترجمه درسنامه

مراقبت پرستاری تسکینی

آکسفورد

تحت نظارت فنی دفتر ارتقاء سلامت و خدمات پرستاری معاونت پرستاری

ترجمه درسنامه

مراقبت پرستاری تسکینی

آکسفورد

جلد اول

سرپرست مترجمان:

دکتر سلمان برسته

دکتری تخصصی پرستاری، فلوشیپ مراقبت تسکینی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله (عج)

سرشناسه	:	فرل، بتی، ۱۹۵۶– م. Ferrell, Betty
عنوان و نام پدیدآور	:	ترجمه درسنامه مراقبت تسکینی آکسفورد/ [بتی فرل، حودیت ا. پیس]؛ تحت نظارت فنی دفتر ارتقاء سلامت و خدمات پرستاری، معاونت پرستاری، سمیه هداوند میرزایی، زینب کاظم‌زاده؛ سرپرست مترجمان سلمان برسته؛ مترجمان سلمان برسته ... [و دیگران]؛ [برای] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت پرستاری.
مشخصات نشر	:	تهران، سیمین، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری	:	۲ج.
شابک	:	دوره: ۴-۷۰-۶۰۵۸-۶۲۲-۹۷۸؛ ج. ۱: ۸-۷۲-۶۰۵۸-۶۲۲-۹۷۸؛ ج. ۲: ۵-۷۳-۶۰۵۸-۶۲۲-۹۷۸.
وضعیت فهرست‌نویسی	:	فیپا
یادداشت	:	عنوان اصلی: Oxford textbook of palliative nursing, 5th. ed, [2019]
یادداشت	:	مترجمان سلمان برسته، مریم رسولی، فائضه بنی‌یعقوبی، فریبا حسین‌زادگان، حسین سوری، آرمین فریدونی، پرند پورآذرحق، آرمان محمدی، فاطمه صغری‌قویدل، امیر میرصادقی، میرخسین آقائی، ...
موضوع	:	مراقبت از بیماران مشرف به مرگ Terminal care درمان تسکین‌بخش Palliative treatment
شناسه افزوده	:	پیس، جودیت ا.، ۱۹۵۷– م. Piace, Judith A., 1957-
شناسه افزوده	:	برسته، سلمان، ۱۳۶۸–، م.
شناسه افزوده	:	هداوند میرزایی، سمیه
شناسه افزوده	:	کاظم‌زاده، زینب، ۱۳۵۹–
شناسه افزوده	:	ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر ارتقاء سلامت و خدمات پرستاری
شناسه افزوده	:	ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت پرستاری
رده‌بندی کنگره	:	RT۸۷
رده‌بندی دیویی	:	۶۱۶/۰۲۹
شماره کتابشناسی ملی	:	۸۹۷۴۳۷۶
اطلاعات رکورد کتابشناسی	:	فیپا

ترجمه درسنامه

مراقبت پرستاری تسکینی آکسفورد

جلد اول

مترجمان:

میرحسین آقائی، اعظم اسحاقیان درچه، حدیث اشرفی‌زاده، مریم الهی‌خواه، سلمان برسته، فائضه بنی‌یعقوبی، سمیرا بیرانوند، مریم پاک‌سرشت، فردوس پلارک، پرند پورآذر حق، فریبا حسین‌زادگان، فاطمه خادمی، لیلا خانعلی مجن، حسین سوری، ندا شاهواروقی فراهانی، اعظم شیرین‌آبادی فراهانی، زهرا عبادی‌نژاد، شیلان عزیزی، حانیه غلام‌نژاد، آرمین فریدونی، فاطمه صغری قویدل، زینب کاظم‌زاده، صغری گلی روشن، مریم کرمی، تکتم کیانیان، آرمان محمدی، سیده سولماز موسوی، امیر میرصادقی، نیلوفر نجفعلی دیزجی، سمیه هداوند میرزایی

ناشر: سیمین

نوبت چاپ: اول، ۱۴۰۱

شمارگان: ۲۰۰ نسخه

صفحه‌آرایی: سیمین

چاپ و صحافی: سیمین

شابک دوره: ۴-۷۰-۶۰۵۸-۶۲۲-۹۷۸

شابک جلد اول: ۸-۷۲-۶۰۵۸-۶۲۲-۹۷۸

بهای دوره: ۷۲۰٫۰۰۰ تومان

نشانی: تهران، میدان انقلاب، خیابان لبافی‌نژاد، بین خیابان‌های دانشگاه و فخررازی، پلاک ۱۸۲

تلفن: ۶۶۴۰۱۸۳۳

فهرست جلد اول

بخش ۱: قواعد عمومی ۱

- فصل ۱: مقدمه‌ای بر مراقبت تسکینی ۳
- فصل ۲: پروژه اجماع ملی برای کیفیت مراقبت تسکینی ۷
- فصل ۳: مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان ۱۹
- فصل ۴: ارتباط در مراقبت تسکینی ۵۰
- فصل ۵: برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته ۹۰

بخش ۲: ارزیابی و مدیریت نشانه‌های بیماری ۱۰۵

- فصل ۶: ارزیابی درد ۱۰۷
- فصل ۷: مدیریت درد ۱۳۵
- فصل ۸: خستگی ۱۶۰
- فصل ۹: آنورکسی (بی‌اشتهایی) و کاشکسی ۱۷۲
- فصل ۱۰: تهوع و استفراغ ۱۸۵
- فصل ۱۱: اختلال در بلع، سکسکه و سایر علایم گوارشی ۲۰۶
- فصل ۱۲: کنترل روده ۲۴۲
- فصل ۱۳: تغذیه و هیدراتاسیون تجویز شده ۲۷۹
- فصل ۱۴: تنگی نفس، سرفه و ترشحات ترمینال راه هوایی ۲۹۶
- فصل ۱۵: مدیریت مثانه در مراقبت‌های تسکینی ۳۱۵
- فصل ۱۶: مراقبت تسکینی مداوم از زخم و استومی ۳۲۶
- فصل ۱۷: خارش، تب و تعریق ۳۷۴
- فصل ۱۸: اختلالات عصبی ۳۸۴
- فصل ۱۹: اضطراب و افسردگی ۴۱۲
- فصل ۲۰: دلیریوم، پریشانی و آشفتگی ۴۲۸
- فصل ۲۱: بی خوابی ۴۴۵
- فصل ۲۲: تمایلات جنسی و صمیمیت در بیماری‌های تهدیدکننده زندگی ۴۵۶
- فصل ۲۳: سندرم‌های اضطراری در پایان زندگی ۴۶۷
- فصل ۲۴: تسکین (آرامبخشی) علائم مقاوم ۴۸۸
- فصل ۲۵: درمان‌های مکمل و تلفیقی در مراقبت تسکینی ۴۹۶
- فصل ۲۶: جداسازی از تهویه مکانیکی تهاجمی ۵۱۳
- اختصارات ۵۲۱

به نام خداوند جان و خرد

کزین برتر اندیشه برنگذرد

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، مراقبت تسکینی را رویکردی با هدف بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آن‌ها در مواجهه با مشکلات بیماری تهدیدکننده زندگی، از طریق پیشگیری، تشخیص سریع و ارزیابی و درمان درد و دیگر مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف کرده است. در این راستا، قطعنامه مراقبت تسکینی در مجمع جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴ با تأکید بر بر لزوم مراقبت مداوم در همه سطوح، بر مراقبت اولیه، جامعه و مراقبت در منزل و برنامه‌های پوشش جهانی تأکید کرده است. در این سال، سازمان جهانی بهداشت از اعضا درخواست کرد تا با تدوین سیاست‌های مناسب، مراقبت تسکینی را در خدمات ملی سلامت خود جای دهند. با این وجود تا سال ۲۰۱۹، فقط ۵۰ درصد کشورهای جهان سیاست‌های مراقبت تسکینی را در برنامه‌های عملیاتی بیماری‌های مزمن گزارش کرده و همچنان، دسترسی به خدمات مراقبت تسکینی برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن در سطح جهان محدود است.

کشور ایران به عنوان یکی از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، در آینده‌ای نزدیک با دو چالش عمده افزایش جمعیت سالمندی و بار بیماری‌های مزمن مواجه بوده و پیش‌بینی می‌گردد که جمعیت ۶۵ سال و بالاتر، از ۵۲۷۲ در سال ۲۰۱۹، به ۸۸۴۹ در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۳۰ برسد که این موضوع باعث افزایش هزینه‌های نظام سلامت از یک سو و نارضایتی بیماران و خانواده‌ها و فرسودگی شغلی کارکنان نظام سلامت خواهد شد و لذا ضرورت اتخاذ تدابیری جهت مقابله با این چالش‌ها احساس می‌شود؛ یکی از راهبردهای اساسی در مقابله با این چالش‌ها گسترش خدمات مراقبت تسکینی در مقیاس وسیع است.

در این راستا، معاونت پرستاری وزارت بهداشت اقدامات متعددی را در سطوح مختلف ملی و منطقه‌ای انجام داده که تدوین دستورالعمل‌ها و طراحی ابزارها، حمایت از راه‌اندازی کلینیک‌های مراقبت حمایتی تسکینی کودکان و بزرگسالان، تدوین بسته‌های خدمتی مراقبت تسکینی، استقرار مراکز هاسپیس و برنامه‌های توانمندسازی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های کشور، از جمله این موارد می‌باشد. امید است این خدمات، باعث ارتقای سلامت کلیه آحاد جامعه و افزایش رضایتمندی گیرنده‌های خدمت در عرصه‌های مختلف به ویژه حوزه مراقبت تسکینی گردد.

دکتر عباس عبادی

استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله(عج)

معاون پرستاری وزارت بهداشت

پیش‌گفتار

بروز بیماری‌های جدی و صعب‌العلاج با نیازهای مراقبتی طولانی‌مدت و پیچیده، یکی از چالش‌هایی است که ضرورت توجه فوری و مناسب و الزام گسترش خدمات مراقبت تسکینی را به ویژه در کشورهای در حال توسعه از جمله کشورهای منطقه مدیترانه شرقی مطرح می‌کند. طیف وسیعی از بیماری‌ها از جمله انواع سرطان‌ها، اختلالات قلبی عروقی، اختلالات عصبی، ابتلا به اچ آی وی/ ایدز، بیماری‌های مزمن ریوی و کلیوی به عنوان بیماری‌های نیازمند مراقبت تسکینی شناخته شده‌اند که علیرغم پیشرفت‌های چشمگیر در عرصه‌های مختلف درمانی و مراقبتی، همچنان درمان قطعی برای آن‌ها وجود نداشته و در مواردی، بیماری زمانی تشخیص داده می‌شود که صرفا اقدامات مراقبت تسکینی برای بیمار قابل اجرا می‌باشد.

مروری بر وضعیت مراقبت تسکینی در بسیاری از کشورهای منطقه و از جمله کشورمان نشان می‌دهد شرایط موجود از نظر بسیاری از شاخص‌های توسعه‌یافتگی مراقبت تسکینی، وضعیت مطلوبی نداشته و نیازمند اقدام جدی می‌باشد. اگرچه ادغام نظام مراقبت تسکینی در خدمات نظام سلامت و مراقبت‌های اولیه بهداشتی، سیاستگذاری در حوزه ارائه مراقبت تسکینی، وجود قوانین مشخص، شفافیت سازوکار مالی و پوشش بیمه‌ای این خدمات، وجود نظام مستقل مراقبت تسکینی کودکان، وجود راهنماهای بالینی، مراقبت مبتنی بر شواهد و پژوهش از الزامات اصلی استقرار مراقبت تسکینی تلقی می‌شود، تمامی مطالعات انجام شده، توانمندسازی ارائه‌دهندگان مراقبت به ویژه پرستاران و پزشکان را در رأس کلیه اقدامات و الزامات قرار داده و ارتقای دانش، نگرش و عملکرد آن‌ها را کلید ارائه مراقبت‌های تسکینی باکیفیت تلقی می‌کنند. لذا تمام توصیه‌ها و خط مشی‌های توسعه این خدمات در گام اول، متمرکز بر مقوله آموزش ارائه‌دهندگان مراقبت می‌باشد.

با عنایت به این که پژوهش‌های اخیر در زمینه ارزیابی دانش ارائه‌دهندگان مراقبت در ایران نیز مؤید نقص دانش در ارائه‌دهندگان مراقبت و ضرورت پرداختن به مبحث مراقبت تسکینی و گنجاندن آن در برنامه آموزشی پرستاری و پزشکی و برگزاری دوره‌های آموزشی برای آن‌ها بوده است، یکی از اهداف دفتر ارتقای سلامت و خدمات پرستاری معاونت پرستاری وزارت بهداشت، توانمندسازی پرستاران در زمینه ارائه مراقبت تسکینی است. در این راستا و در کنار برگزاری دوره‌های آموزشی مختلف و اعزام همکاران جهت شرکت در دوره‌های بین‌المللی، نیاز به وجود منبعی علمی و معتبر نیز احساس گردید؛ نظر به این که مراقبت تسکینی رویکردی جامع تلقی شده و در ابعاد مختلف و در قالب مدل‌های مراقبتی متعدد قابل ارائه می‌باشد، تلاش گردید تا کتابی که کلیه حیطه‌های مراقبت تسکینی را پوشش می‌دهد، به این منظور انتخاب گردد. لذا کتاب حاضر که به همت جناب آقای دکتر سلمان برسته، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله و همکاران ایشان ترجمه گردیده، به عنوان بخشی از این برنامه توانمندسازی منتشر شده است تا به عنوان مرجعی برای عملکرد بالینی همکاران محترم و دانشجویان مقاطع مختلف تحصیلی در دسترس ایشان قرار گیرد.

امید است تا در آینده‌ای نزدیک، شاهد ارائه مراقبت تسکینی به عنوان بخشی از خدمات قابل ارائه در پوشش همگانی سلامت به تمام مردم کشورمان باشیم.

دکتر مریم رسولی

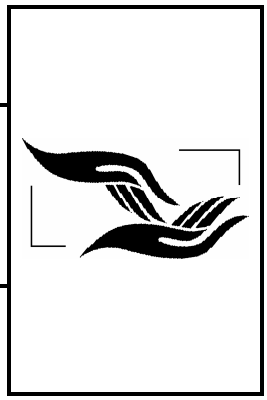
استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مدیر کل دفتر ارتقای سلامت و خدمات پرستاری

وزارت بهداشت

بخش ۱

قواعد عمومی



فصل ۱

مقدمه‌ای بر مراقبت تسکینی

نکات کلیدی

- مراقبت تسکینی یک ابزار حیاتی و ضروری برای مراقبت پرستاران از جمعیت سالمند است.
- ارزیابی و مدیریت صحیح علائم بیماری مزمن و پیشرفته؛ تضمین‌کننده برخورداری بیماران از بهترین کیفیت زندگی در طول بیماری خود است.
- حمایت روانی- اجتماعی و مراقبت‌های معنوی یک بخش اساسی از مراقبت تسکینی است که از بیماران و خانواده‌هایشان حمایت نموده و به آن‌ها در یافتن امید و معنا در بیماری و مرگ کمک می‌نماید.
- مراقبت‌های تسکینی باید در دسترس بیماران خاص نظیر افراد فقیر، بی‌خانمان، سالخوردگان، معتادان به داروهای مخدر، جانبازان و بیمارانی با اختلالات روانی قرارگیرد.

کتاب به‌عنوان یک منبع

پنجمین ویراست از کتاب پرستاری تسکینی در زمانی ارائه می‌شود که مراقبت‌های تسکینی در مرکز سیستم مراقبت‌های بهداشتی، نیاز به ارائه راه‌حل‌های فوری برای مقابله با چالش‌های طاقت‌فرسا دارد. جمعیت سالمندی، سیستم پرداختی متغیر، بیماری‌های مزمن در حال رشد و افزایش هزینه‌ها؛ فرصت‌هایی را برای گسترش مراقبت‌های تسکینی در محیط‌ها و جمعیت‌هایی ایجاد کرده است که در چند سال پیش‌هنگام انتشار آخرین نسخه این کتاب، قابل‌تصور نبود.

از زمان اولین ویراست این کتاب در سال ۲۰۰۱، همیشه امیدوار بوده‌ایم که این کتاب به‌عنوان یک منبع مبتنی بر شواهد برای پرستاران در طلب ابزارهای کاربردی در کنار فعالیت‌های بالینی‌شان باشد. من همیشه نسخه‌ای از کتاب را بر روی میزم در دسترس دارم. در طی سالیان حین بررسی کیفیت کتاب، اغلب به دنبال این هستم تا ببینم آیا می‌توانم هنگام استفاده از سؤالات روزمره در زندگی حرفه‌ای خود به‌عنوان یک پرستار و محقق، اطلاعات مفیدی را در این کتاب پیدا کنم. تقریباً همیشه این کتاب را به‌عنوان یک منبع مهم جهت پاسخگویی به سؤالات واقعی درمانگرها در مورد بیماران و خانواده‌هایشان می‌دانم.

بیمار

آزمون واقعی این کتاب در بالین بیماران، اتفاق می‌افتد. آیا این کتاب واقعاً داستان افرادی است که به آن‌ها خدمت می‌کنیم؟ همان‌طور که صفحات آن را می‌خوانید، آیا می‌توانید چهره بیماران را تصور نمایید؟

هنگـامی‌کـه آمـاده ویراسـت پـنجم ایـن کتاب می‌شدم، این فرصت را داشتم که در مراقبـت از گریس یـک خـانم ۸۵ سـاله مبتلابـه بیمـاری مـزمن انسداد ریوی (COPD)[1] مشارکت نمایم. من تقریباً بـه مدت ۵ سال، گریس را می‌شناختم و شـاهد پیـشرفت بیمـاری ریـوی او از یـک بیمـاری مـزمن خـوب مدیریت شده تا تبدیل شدن به یک بیماری تهدیدکننده زندگی بودم که در تلاش برای تخریب روح درخـشان او بود و فقط در آخرین روزهای زندگی‌اش، موفـق بـه این کار شد.

گریس در اروپا متولد شده و ۲۰ سال اوایل زندگی خود را در آنجا سپری نموده است. او زنـی بلنـدقامت، زیبا و نجیب بود که آخرین کـارش قبـل از آمـدن بـه آمریکا به‌عنوان رقاص فلامنکو در یک کاباره – کاری خوشایند برای یک زن در سال ۱۹۵۰- بـود. او بـرای ماجراجویی بیشتر به ایالات‌متحده آمد و کـار طـولانی خود را به‌عنوان "Girl Friday" در استودیوهای فیلم هالیوود آغاز نمود. دهه‌هـای بعـدی زنـدگی وی پـر از اتفاقـات شـگفت‌انگیـز، پـر از سـفر، دوسـتان جالـب، انگیـزه‌هـای مـداوم و زرق‌وبـرق، بـود. او قـدبلنـد و خوش‌چهره بود، همیشه لباس بی‌عیب و نقصی داشت و هرگز بدون عطر فرانسه، نبود.

گریس در سن ۶۰ سالگی به سرطان رحـم مبـتلا شد و زندگی پرجنب و جوش وی با تحمـل جراحـی و شیمی‌درمانی، به‌طور ناگهـانی بـا افـت روبـرو شـد. او به‌طور کامـل بهبـود یافـت؛ امـا هرگـز بـه کـار خـود بازنگـشت. او همچنـان بـه لـذت‌بـردن از دوسـتان هالیوودی، صرف غذا و سفر به خانه خـانوادگی‌اش در اروپا، ادامه داد. اشتیاق او به زنـدگی باایمـان مـذهبی بسیار عمیقـی کـه از یـک کـودک متـدین و مـذهبی آنگلیکان، انتظار می‌رفت، مطابقت داشت. او شخـصی بود که زنـدگی‌ای پـر از دوسـتان، خـانواده، خـاطرات ارزشمند از زنـدگی حرفـه‌ای و آرزوی ناامیدانـه بـرای حفظ استقلال و عزت خود داشت.

بیماری ریوی گریس که او علت آن را به‌روزهـای هالیوودی سیگار کـشیدن زنـان نـسبت داد، بـه‌آرامـی زندگی او را گرفت. عفونت‌های مکرر تنفسی وی دم و بازدم او را محدود کرده بـود؛ و درنهایـت بـه اکـسیژن وابسته شد. اگرچه بدن او روبه‌زوال می‌رفت، اما روحیه او همچنان پابرجا بود و من ۵ سـال آخـر زنـدگی او را تماشا کردم، زیرا بیماری COPD به این زن زیبا لطمه وارد کرد و بقای او را تهدید کرد. گریس اصرار داشـت که تنها زندگی کند و از گرفتن مراقـب در خانـه خـود امتناع ورزید. وی پس از بستری شـدن در بیمارسـتان؛ مدتی کوتاه از مراقب استفاده کرد اما سـپس بـرخلاف همه توصیه‌ها؛ مرکز را ترک کرد. او مـصمم بـود کـه حـریم خـصوصی خـود را در خانـه داشـته باشـد. خوشبختانه او به سیستم مراقبـت‌هـای بهداشـتی کـه کاملاً مطابق با نیازهـایش بـود، دسترسـی داشـت. او خدمات مراقبت در منزل را دریافت کرد که سـپس بـه مراقبت‌های تسکینی در خانه ارتقا یافت. تـیم مراقبـت تسکینی در شناسایی وضعیت زوال وی در سـال آخـر زندگی‌اش، هوشمندانه عمل نمـود؛ امـا همچنـان بـه تمایل شدید وی به استقلال، احترام گذاشته می‌شد.

به نظر می‌رسید بیماری COPD او در طـی چنـد ماه با چندین دوره پنومونی و چالش‌های ناشی از تنگی نفس، بی‌خوابی، خستگی و بی‌اشتهایی؛ پیشرفت کرده است. او تسلیم شد و سرانجام یاری کمک پرستار را در منزلش پذیرفت که عمدتاً ناشی از تمایل وی به حفـظ ظاهر خود علی‌رغم زوال آشکار جسمی‌اش، بود. یکـی از آخرین سفرهای وی حضور در مراسم امضای کتـاب توسط یکی از مشاهیر هالیوود بـود، کـه سـال‌هـا او را تحسین کرده بود. مردی که کتاب خاطراتش را منتشر کرده بود. این زن لاغر ۸۵ ساله با مشکل تنگی نفس؛ توسـط یـک مـرد برجـسته شـیفته، دوبـاره بـه یـک شخصیت جوان تبـدیل شـد. چنـد مـاه قبـل از مـرگ

1. Chronic obstructive pulmonary disease

گریس، هنگام ملاقات وی در خانه‌اش، متوجه شدم که او به‌تازگی عکسی از خودش را با یک مرد قاب گرفته است، تصویری که احتمالاً در اواخر ۲۰ سالگی از او گرفته شده است. وقتی در مورد عکس سؤال کردم، او به‌طور غیرعادی ساکت و جدی شد و سپس گفت "من در زندگی خود سه مرد را دوست داشته‌ام." من ساکت نشستم و متوجه شخصی شدم که زندگی عمیقی را انعکاس می‌داد. آنچه در پی آمد یک مکالمه دوست‌داشتنی بود را من با دقت گوش می‌دادم و او در مورد هر سه عشق خود به من گفت. همان‌طور که داستان‌ها بیان می‌شد، من به این زن زیبا که زندگی‌اش پر از عشق، از دست دادن، خیانت، انتخاب‌های خوب و بد بود؛ گوش دادم. من شنیدم که این زن برای فرزندانی که هرگز در زندگی‌اش نداشته است، زندگی‌ای تنها و تحقق‌نیافته، ناراحت است.

چند هفته قبل از مرگ گریس، برنامه مراقبت‌های تسکینی مبتنی بر منزل وی به برنامه هاسپیس، ارتقا یافت. او پس از پذیرش مراقبت‌های ۲۴ ساعته در منزل خود ماند؛ که همه امور خود را انجام دهد، دستورالعمل‌های ارائه‌شده را به اتمام برساند و همه‌چیز را به‌خوبی مدیریت کند.

آخرین دیدار من با گریس ۶ روز قبل از مرگ وی بود. من در طی سالیان طولانی به‌عنوان یک داوطلب و ویزیتور مسیحی از طریق جامعه مذهبی مشترکمان، از او دیدن کرده بودم. ما در مورد افت وضعیت سلامتی او صحبت کردیم. من با او ارتباط برقرار کردم و دیدار را با صحبت درباره روزهای کاری وی به پایان رساندیم. این آخرین بازدید عالی‌مان بود. مرگ او تدریجی و باعزت بود.

گریس نمونه‌ای از بیماران نیازمند مراقبت‌های تسکینی است که ما در زمان انتشار ویراست پنجم این کتاب با او کار کرده‌ایم. او نمونه‌ای از جمعیت سالمندی است، شخصی که از بسیاری بیماری‌های شدید؛ جان سالم به در برده است؛ اما به اندازه‌ای نیز عمر نموده است تا به بیماری‌های شدید دیگر مبتلا شود و نیاز به مراقبت‌های طولانی‌مدت، داشته باشد.

چگونه این کتاب می‌تواند پرستاران را در مراقبت از "گریس"های تحت خدمات ما، راهنمایی کند؟ وقتی به مطالب این کتاب نگاه می‌کنم، به گریس فکر می‌کنم. بخش ۱ کتاب اصولی کلی را ارائه می‌دهد که شامل فصل‌هایی در زمینه دستورالعمل‌های مراقبت‌های تسکینی ملی، مراقبت‌های تسکینی مبتنی بر بیمارستان، اصول ارزیابی بیمار و خانواده، ارتباطات و برنامه‌ریزی مراقبت‌های پیشرفته است. این بخش شامل فصلی در مورد اثربخشی تیم مراقبت تسکینی است که بازتاب‌دهنده مراقبت دریافت شده از سوی گریس است. ماه‌های آخر زندگی وی می‌تواند کاملاً متفاوت از یک فرد مبتلا به COPD که به‌تنهایی زندگی می‌کند و در معرض خطر مرگ در بیمارستان و علائم شدید کنترل نشده است، باشد.

بخش ۲ کتاب در مورد ارزیابی و مدیریت علائم است. گریس مانند بسیاری از بیماران ما در دوره‌ای از بیماری خود تقریباً همه علائم ذکر شده در ۲۱ فصل بخش ۲ را داشته است. همان‌طور که این فصل‌ها نشان می‌دهد، مراقبت از وی به ارزیابی دقیق علائم، بهترین روش‌های درمانی دارویی و غیر دارویی، توجه به عوارض جانبی مانند درد، خستگی، بی‌اشتهایی، کاشکسی، تنگی نفس و تعداد زیادی از پیامدهای ناتوان‌کننده؛ بستگی دارد.

بخش ۳ کتاب؛ حمایت روانی و اجتماعی را ارائه می‌دهد، مسائلی که در مراقبت جامعه‌نگر از گریس و تمام بیماران، موردنیاز هست. فصل‌های این بخش بر ارزیابی‌ها و مداخلات مراقبت معنوی، مفاهیم امید و معنا در پایان زندگی، حمایت از خانواده‌ها طی فرایند مرگ و سوگ و برنامه‌ریزی برای مرگ واقعی؛ متمرکز است.

بخش ۴ به نیازهای منحصربه‌فرد بیماران خاص می‌پردازد. این بخش به موضوعاتی مانند فرهنگ،

افراد سالمند جامعه، فقیر، بی‌خانمان وکم برخوردار، جانبازان و سایر جمعیت‌هایی که نیاز ویژه به مراقبت تسکینی دارند مانند بیماران مبتلا به بیماری‌های روان یا اختلالات شخصیت، بیماران معتاد به دارو، بیماران مبتلا به ایدز و بیماران ریوی / تحت مراقبت‌های ویژه و بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، پرداخته است. این بخش همچنین شامل فصل‌هایی در مورد اهدای عضو و زنده‌ماندن از سرطان است که امروزه برای بسیاری از افراد تحت مراقبت تسکینی، بسیار مهم است.

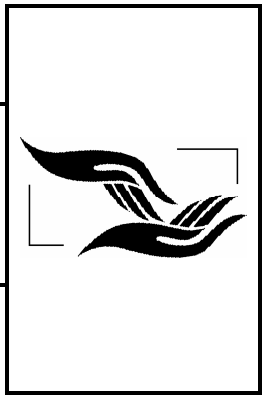
بخش پنجم؛ محیط‌های مراقبت تسکینی را مرور می‌کند. گریس به‌هیچ‌وجه متمایز از اکثر بیمارانی که با بیماری شدید زندگی می‌کنند نیست. او در بسیاری از محیط‌ها ازجمله مراقبت‌های تسکینی مبتنی بر منزل، هاسپیس، بخش مراقبت‌های ویژه، بخش اورژانس و بخش‌های سرپایی؛ مراقبت می‌شد. این کتاب به ارائه مراقبت عالی از بیماران در تمام بخش‌های مراقبتی؛ اختصاص دارد و حضور پرستاران به‌طور پیوسته در تمام محیط‌ها را به رسمیت بیان می‌نماید. این بخش همچنین به مراقبت تسکینی در جوامع روستایی، بهبود کیفیت مراقبت در تمام محیط‌ها؛ نقش مراقبت‌های پرستاری از بیماران تحت عمل جراحی تسکینی یا شیمی‌درمانی و همچنین نقش PT، OT و سایر درمان‌های مراقبت تسکینی، می‌پردازد. این ویراست شامل فصل جدیدی در مورد مراقبت‌های مبتنی بر ارزش است. مراقبت‌های گریس نه‌تنها یک مراقبت باکیفیت بود و نیازهای او را برآورده می‌کرد، بلکه توسط یک سیستم هماهنگ ارائه می‌شد که بدون شک از پذیرش پرهزینه و مراقبت‌های بیهوده جلوگیری نموده و ارزش‌ها و اهداف او را به‌طور واقعی منعکس می‌کرد.

در بخش ۷، موضوعات ویژه‌ای برای پرستاری در مراقبت پایان زندگی، بیان‌شده نظیر اینکه پرستاران به‌عنوان حامی همیشگی از بیماران در مرحله پایانی زندگی با ملاحظات اخلاقی خاص این نوع مراقبت‌ها روبرو می‌شوند و به‌عنوان مدافع این جمعیت بسیار آسیب‌پذیر؛ عمل می‌نمایند. فصل‌های این بخش به نیاز پرستاران برای مراقبت از خود، اهمیت آموزش و تحقیقات پرستاری، نقش پرستار متخصص، مفهوم مراقبت در پرستاری تسکینی و مراقبت تسکینی در سطح جهانی پرداخته است.

خلاصه

با انتشار ویراست پنجم از این کتاب، من دوباره آزمون کیفیت را اعمال می‌کنم. همانند نسخه‌های قبلی کتاب، این ویراست نیز در اتاق کار من به‌راحتی قابل‌دسترس، خواهد بود؛ چراکه به سؤالات مختلف پرستاری و تحقیقاتی که روزانه در زندگی حرفه‌ای من به وجود می‌آیند، دقت نموده و سعی در پاسخگویی آن‌ها دارم. من اطمینان دارم که این کتاب نشان‌دهنده مراقبت‌هایی است که بیمارانی مانند گریس به آن نیاز دارند و شایسته آن هستند و به‌عنوان ابزاری ارزشمند برای پرستاری مراقبت تسکینی در بالین، است.

فصل ۲



پروژه اجماع ملی برای کیفیت مراقبت تسکینی

اطمینان از کیفیت مراقبت تسکینی از طریق دستورالعمل‌های عملکرد بالینی

نکات کلیدی

- گایدلاین‌های عملکرد بالینی پروژه اجماع ملی برای کیفیت مراقبت تسکینی (NCP)'s[1]، دسترسی و توسعه مراقبت‌های تسکینی باکیفیت جامع را از طریق ترسیم هشت حوزه اصلی مراقبت، ارتقا می‌بخشد.
- گایدلاین‌های عملکرد بالینی پایه‌ای جهت صدور گواهینامه مراقبت‌های تسکینی ویژه بیمارستان‌ها، هاسپیس و آژانس‌های سلامتی منزل و همچنین گواهینامه‌های حرفه‌ای است.
- گایدلاین‌های عملکرد بالینی اساس آموزش مراقبت‌های تسکینی تخصصی است.

ابتکار طرح اجماع ملی

ضعف مراقبت در مراحل پایان زندگی و مرگ در آمریکا؛ زمینه توسعه پروژه اجماع ملی کیفیت مراقبت تسکینی را فراهم نمود. اندکی پس از دو گزارش جداگانه موسسه پزشکی (IOM)[2] در ارتباط با مرگ بزرگ‌سالان در آمریکا در اواخر سال ۱۹۹۷ و در ارتباط با مرگ کودکان در اوایل سال ۲۰۰۰، بحث ملی در مورد چگونگی بهبود مراقبت آغاز شد. با توجه به اینکه مراقبت هاسپیس قبلاً تعریف شده بود، یک استراتژی جهت طراحی گایدلاین برای افرادی که واجد شرایط پذیرش در مراکز هاسپیس نیستند اما نیازمند مراقبت تسکینی مناسب بودند، ضروری بود. در سال ۲۰۰۱، مدیران بیمارستان‌ها و مراکز مراقبت تسکینی در ارتباط با استانداردهای مراقبت تسکینی جهت رشد و توسعه مراقبت تسکینی در ایالات متحده در شهر نیویورک تشکیل جلسه دادند. این جلسه اساس ایجاد NCP را بنا نهاد (جعبه ۲.۱).

اولین ویراست گایدلاین عملکرد بالینی برای مراقبت تسکینی در سال ۲۰۰۴، منتشر شد. در سال ۲۰۰۵، ساختار NCP به یکی از حاکمیت‌های مشترک تحت اتحاد ملی مراقبت تسکینی و هاسپیس، منتقل شد. در سال ۲۰۰۶، مجمع ملی کیفیت (NQF) از گایدلاین‌های عملکرد بالینی به‌عنوان اساس سند خود به شکل یک چارچوب ملی و روش‌های ترجیحی برای کیفیت مراقبت‌های تسکینی و بیمارستانی به عنوان گزارش موردتوافق خود استفاده کرد.

با توجه به رسالت بهبود مراقبت‌های بهداشتی آمریکا از طریق تأیید استانداردهای ملی متمرکز بر اندازه‌گیری و گزارش عمومی داده‌های عملکرد مراقبت‌های بهداشتی، NQF در حمایت از استانداردهای مراقبت تسکینی در هاسپیس و اقدامات

1. The National Consensus Project
2. Institute of Medicine

جعبه ۲.۱. تاریخچه پروژه اجماع ملی جهت تدوین گایدلاین‌های عملکرد بالینی برای کیفیت مراقبت تسکینی

۲۰۰۱: جلسه مدیران مراقبت‌های تسکینی ملی در شهر نیویورک
۲۰۰۲: تدوین گایدلاین‌های بالینی
۲۰۰۳: بررسی اولیه توسط کمیته مشاوره
۲۰۰۳: انتشار اولین نسخه از گایدلاین‌های عملکرد بالینی برای کیفیت مراقبت تسکینی در ماه مارس در مجمع سالانه با حمایت رسمی ۴۰ سازمان و انجمن
۲۰۰۵: انتشار مابین ۹۰ سازمان و انجمن
۲۰۰۶: به‌عنوان اساس سند NQF یک چارچوب ملی و روش‌های ترجیحی برای کیفیت مراقبت‌های تسکینی و هاسپیس: یک گزارش مورد توافق
۰۰۹: انتشار نسخه دوم گایدلاین‌هاي عملکرد بالینی برای کیفیت مراقبت تسکینی در مجمع سالیانه آکادمی آمریکایی هاسپیس و پزشکی تسکینی (AAHPM) و انجمن پرستاران مراقبت تسکینی(HPNA). جنبه‌های مراقبت تسکینی در اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی در دولت اوباما، برجسته‌تر شده است.
۲۰۱۱: گایدلاین‌های عملکرد بالینی برای کیفیت مراقبت تسکینی به‌عنوان اصول اساسی برای صدور گواهی مراقبت تسکینی پیشرفته کمیسیون مشترک، استفاده می‌شود.
۲۰۱۳: انتشار نسخه سوم در مجمع سالانه AAHPM و HPNA که توسط ۵۴ سازمان و انجمن، تأیید گردید.
۲۰۱۷: تصویب بودجه برای طراحی گایدلاین‌های مراقبت تسکینی مبتنی بر جامعه، ویژه مراقبت در منزل، تسهیلات مهارتی، تسهیلات کمک زندگی، خانه‌های گروهی، پناهگاه‌ها، زندان‌ها و غیره
۲۰۱۸: انتظار می‌رود گایدلاین‌های جدید با توجه ویژه به بحث مراقبت‌های تسکینی در جامعه، تکمیل شود.

ترجیحی با تمرکز بر پیامدهای آن، اعتباربخشی و ارزیابی کیفیت داخلی و خارجی، توجه زیادی داشت. مراقبت‌های تسکینی بخشی از بحث اصلاحات بهداشت و درمان ملی شده بود آن‌چنان‌که اطمینان از توافق بین گایدلاین عملکرد بالینی NCP و چارچوب و روش‌های ترجیحی NQF را ضروری نموده بود. گایدلاین‌ها جهت انعکاس تغییرات در مراقبت‌های تسکینی، سیاست و تحقیقات مراقبت‌های بهداشتی، به‌روز شدند.

در روند بازبینی، تمام ۳۸ روش ترجیحی NQF در حوزه‌های مراقبت تسکینی؛ انعکاس داده‌شده است. برای وسعت بخشیدن به حوزه‌های این سند، در گروه‌های مرتبط مراقبت تسکینی (به‌عنوان‌مثال اطفال، امور اجتماعی، انکولوژی، سالمندان) ارزیابی و بحث و گفتگو جهت اطمینان از عملکردی بودن گایدلاین‌ها صورت گرفت. جهت اطمینان از فراگیر بودن و گستردگی گایدلاین‌ها در تمام محیط‌هایی که مراقبت تسکینی در آن‌ها ارائه می‌شود، توضیحاتی ارائه و بخش‌ها نیز توسعه یافتند. درنهایت یک مرور متون به‌روز و همخوان با چشم‌انداز آمریکا؛ در حوزه مراقبت تسکینی انجام یافت.

از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۳، رشد قابل‌توجهی در زمینه مراقبت تسکینی رخ داد. تعداد مراکز هاسپیس و برنامه‌های مراقبت تسکینی در سراسر کشور به‌طور گسترده‌ای افزایش یافت. اگرچه هاسپیس و پرستاری مراقبت تسکینی به مدت بیش از ۲۰ سال؛ توسط انجمن پرستاران آمریکا به‌طور رسمی به‌عنوان یک تخصص شناخته‌شده بود، پزشکی مراقبت تسکینی نیز به‌طور رسمی توسط هیئت پزشکی آمریکا در سال ۲۰۰۸، به رسمیت شناخته شد و به‌عنوان یک زیرمجموعه مجزا و مشخص از مراقبت‌های بهداشتی، معرفی شد. تحقیقات نشان داد که مراقبت تسکینی

جعبه ۲.۲. گایدلاین عملکرد بالینی پروژه اجماع ملی: هشت حوزه مراقبت

حوزه ۱: ساختار و فرایندهای مراقبت
حوزه ۲: جنبه‌های جسمی مراقبت
حوزه ۳: جنبه‌های روانشناختی و روانپزشکی مراقبت
حوزه ۴: جنبه‌های اجتماعی مراقبت
حوزه ۵: جنبه‌های معنوی، مذهبی و وجودی مراقبت
حوزه ۶: جنبه‌های فرهنگی مراقبت
حوزه ۷: مراقبت از بیمار در مراحل پایانی زندگی
حوزه ۸: جنبه‌های اخلاقی و قانونی مراقبت

باعث بهبود کیفیت زندگی، کاهش علائم روانشناختی و احتمال افزایش بقا، می‌شود. اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی شامل اجزای مهم مراقبت تسکینی و ایجاد یک استراتژی ملی سنجش کیفیت مراقبت تسکینی در ایالات متحده از طریق مرکز خدمات مراقبت پزشکی صورت می‌گیرد (جعبه ۲.۲).

پروژه اجماع ملی برای کیفیت مراقبت تسکینی: تعاریف و اصول

NCP جهت ایجاد انسجام، از تعریف مراقبت تسکینی ارائه شده توسط مرکز خدمات پزشکی و مرکز خدمات مدیکر و مدیکید، بیان می‌کنند که:

> مراقبت تسکینی به معنای مراقبت بیمار و خانواده محور است که با پیش‌بینی، پیشگیری و درمان رنج، کیفیت زندگی افراد را بهبود می‌بخشد. مراقبت تسکینی در سراسر طول دوره بیماری شامل رسیدگی به نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی، معنوی، تسهیل استقلال بیمار، دسترسی به اطلاعات و انتخاب است.

علاوه بر این، چندین اصل اساسی در زمینه مراقبت‌های تسکینی توسط NCP مشخص شده است:

۱. مراقبت تسکینی، مراقبتی صبورانه و خانواده محور است.
۲. مراقبت‌های تسکینی به صورت جامع، مدوام و با امکان دسترسی به خدمات سلامتی است.
۳. مفاهیم مراقبت تسکینی در معرفی اولیه باید شامل تشخیص بیماری جدی یا تهدیدکننده زندگی توسط تیم اصلی باشد. مشاوره تخصصی نیز ممکن است ارائه شود.
۴. مراقبت تسکینی ممکن است به صورت همزمان با مراقبت درمانی یا مادام العمر؛ ارائه شود. امیدهای بیمار و خانواده وی برای آرامش و عزت در طول دوره بیماری، طی مراحل مرگ و بعد از مرگ، حمایت و پشتیبانی می‌شد.
۵. مراقبت تسکینی به صورت بین رشته‌ای و مشارکتی است. بیماران، خانواده‌ها، متخصصان مراقبت‌های تسکینی و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی در مورد نیازهای مراقبتی بیمار، همکاری و ارتباط برقرار می‌کنند.
۶. اعضای تیم مراقبت تسکینی؛ مهارت‌های ارتباطی و بالینی، دارند.
۷. هدف از مراقبت تسکینی؛ تسکین درد و رنج جسمی، روانی، عاطفی و معنوی بیماران و خانواده‌هایشان است.
۸. مراقبت تسکینی باید بر مراقبت با کیفیت؛ تمرکز نماید.
۹. باید دسترسی عادلانه به خدمات مراقبت تسکینی با کیفیت در سراسر جهان، تمام محیط‌های بهداشتی، تمام شرایط و بیماران؛ وجود داشته باشد.

در ابتدا، مأموریت NCP طراحی گایدلاین‌های عملکرد بالینی برای اطمینان از کیفیت مراقبت‌های تسکینی در ایالات متحده بود. هدف از گایدلاین‌های عملکرد بالینی برای کیفیت مراقبت تسکینی شامل: (۱) ارتقا کیفیت و کاهش تنوع در برنامه‌های جدید و

موجود (۲) توسعه مراقبت مداوم در تمام محیط‌ها (۳) تسهیل مشارکت ما بین برنامه‌های مراقبت تسکینی، مراکز هاسپیس و طیف وسیعی از سایر خدمات درمانی حوزه سلامت

روند توسعه در چهار مرحله اتفاق افتاد. در ابتدا، تمام استانداردها و دستورالعمل‌های بین‌المللی؛ مورد بازبینی قرار گرفت. این موضوع به ویژه برای کسانی که از کانادا، استرالیا، اسکاتلند و انگلیس (جاهایی که مراقبت‌های تسکینی از آنها آغاز شده بود) مهم بود. با اطلاعات به دست آمده، فرضیه‌های بنیادی در مورد مراقبت تسکینی، مطرح شد. در مرحله دوم، یک بررسی کامل از متون مربوط به هاسپیس و مراقبت‌های تسکینی در راستای پشتیبانی از این گایدلاین‌ها، انجام شد. از آنجا که مزایای مدیکیر هاسپیس، منحصر به ایالات متحده بود، این مسئله پویایی اجرای مراقبت‌های تسکینی را تغییر می‌داد. از آنجا که بحث مراقبت‌های تسکینی در ایالات متحده در مراحل آغازین بود؛ لذا متون آمریکایی مختص آن وجود نداشت و بنابراین شواهد لازم از کشورها و تخصص‌های دیگر، جمع‌آوری شد. با این حال امکان تغییر دستورالعمل‌ها با تکامل پایگاه شواهد برای مراقبت‌های تسکینی، اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده و اقدامات حرفه‌ای، مدنظر بود. در مرحله سوم، طیف گسترده‌ای از متخصصین حوزه‌های مختلف جهت ایجاد توافق در بحث ارائه مراقبت‌های تسکینی با کیفیت در سراسر سیستم مراقبت‌های بهداشتی، گرد هم آمدند. با مدنظر قرار دادن کیفیت، توافق شد تا اعضای تیم بین حرفه‌ای مراقبت تسکینی، کدهای اخلاق حرفه‌ای و سازمانی را نیز بیان نمایند. لازم به ذکر است که خدمات مراقبت تسکینی به استانداردها و الزامات تعیین شده برای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در موضوعات ایمنی، رهبری مؤثر، ثبت سوابق پزشکی و کاهش خطاها؛ پایبند هستند. در مرحله چهارم، یک فرایند نوشتن فراگیر که از فرایند همکاری الگوبرداری شده بود، اجرا شد که اهمیت پروژه را برجسته‌تر می‌کرد. اعضای NCP سند را سطر به سطر بررسی و برای هر جمله حداقل ۸۰٪ موافقت اعضای گروه را اخذ نمودند.

یک هدف کلی این بود که گایدلاین‌های مراقبت‌های تخصصی تسکینی در مراقبت‌های اولیه؛ ادغام گردد. مراقبت‌های اولیه تسکینی را می‌توان به منظور اطمینان از شایستگی در مدیریت علائم و مهارت‌های ارتباطی در هر رشته‌ای گنجاند. گواهی مراقبت‌های ویژه تسکینی همچنان توسط سازمان‌های تخصصی اعطای مدارک حرفه‌ای و اعتبارسنجی برنامه‌ای، مشخص و اعطاء می‌گردد. یک فرض اصلی این است که آموزش مداوم مراقبت‌های تسکینی حرفه‌ای (دانش، نگرش و مهارت) جهت اطمینان از ارائه خدمات با کیفیت در دامنه‌های تعیین شده در سند، ضروری است.

گایدلاین‌های عملکرد بالینی چارچوبی برای توسعه برنامه و نقشه راهی برای برنامه‌های موجود جهت اندازه‌گیری کیفیت عملکرد آنان است. این دستورالعمل‌ها به جای تعیین حداقل اقدامات قابل قبول، روش‌ها و اهداف ایده‌آلی را تعیین می‌نمایند که خدمات مراقبت تسکینی باید برای رسیدن به آنها تلاش کنند. پس از اتمام هر ویرایش، یک فرایند بررسی در سراسر سازمان‌های بهداشتی و مراقبتی، انجام می‌شود. نتیجه مورد انتظار این است که این گایدلاین‌ها؛ انعکاس‌دهنده زمینه و فرایند تأیید رسمی، باشند.

هشت حوزه گایدلاین عملکرد بالینی

NCP، هشت حوزه مراقبتی را مشخص می‌کند و اهداف هر حوزه را با استفاده از متون مراقبت تسکینی موجود و سایر متون مرتبط سایر تخصص‌ها، حمایت می‌نماید (به جعبه ۲.۲ مراجعه کنید). مقالات خاص هر حوزه، در مجلات مختلفی منتشر شده‌اند. (ببینید جعبه ۲.۳)

جعبه ۲.۳ ابعاد و مقالات اختصاصی هر بعد

ساختار و فرایندهای مراقبت

Ferrell B. Overview of the domains of variables relevant to endoflife care. *J Palliat Med*. 2005;8(S1):S22–S29.

Ferrell B, Connor S, Cordes A, et al. The national agenda for quality palliative care: the National Consensus Project and the National Quality Forum. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33(6):737–744.

جنبه‌های جسمی مراقبت

Blouin G, Fowler B, Dahlin C. The National Agenda for Quality Palliative Care: promoting the National Consensus Project's domain ofphysical symptoms and the National Quality Forum's preferred practices for physical aspects of care. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2008;23(3):1–7.

Dahlin C. Promoting culture within pain and palliative care: National Consensus Project guidelines and National Quality Forum preferred practices. *Am Acad Pain Manage/ Pain Practitioner.* 2007;17(2):7–9.

جنبه‌های روان‌شناختی و روانی مراقبت

Hultman T, Reder ER, Dahlin C. Improving psychological and psychiatric aspects of palliative care: the National Consensus Project and the National Quality Forum preferred practices for palliative and hospice care. *Omega.* 2008;57(4):323–339.

جنبه‌های اجتماعی مراقبت

Altilio T, OtisGreen S, Dahlin C. Applying the National Quality Forum preferred practices for palliative and hospice care: a social workperspective. *J Soc Work End-of-Life.* 2008;4(1):3–16.

جنبه‌های معنوی، مذهبی و وجودی مراقبت

Scott K, Thiel M, Dahlin C. The national agenda for quality palliative care: the essential elements of spirituality in endoflife care. *Chaplaincy Today.* 2008;24(2):15–21. http://www.professionalchaplains.org/files/publications/chaplaincy_today_online/volume_24/number_2/24_2scott.pdfAccessed January 7, 2018.

جنبه‌های فرهنگی مراقبت

Dahlin C. Promoting culture within pain and palliative care: National Consensus Project Guidelines and National Quality Forum preferred practices. *Am Acad Pain Manage/Pain Practitioner.* 2007;17(2):7–9.

مراقبت از بیمار در انتهای زندگی

Lynch M, Dahlin C. The National Consensus Project and National Quality Forum preferred practices in care of the imminently dying— implications for nursing. *J of Hosp Palliat Nurs.* 2007;9(6):316–322.

جنبه‌های اخلاقی و قانونی مراقبت

Colby WH, Dahlin C, Lantos J, Carney J, Christopher M. The National Consensus Project for quality palliative care Clinical Practice Guidelines Domain 8: ethical and legal aspects of care. *HEC Forum.* 2010;22(2):117–131.

حوزه ۱: ساختار و فرایندهای مراقبت

این حوزه به سازماندهی تیم‌های تخصصی مراقبت تسکینی و فرایندها و رویه‌های لازم برای ارائه مراقبت با کیفیت، می‌پردازد. این معیارها بر ارزیابی هماهنگی‌ها و تداوم مراقبت در محیط مراقبت‌های بهداشتی، تأکید دارند. توضیحات کامل در ارتباط با ترکیب اعضای تیم بین حرفه‌ای، صلاحیت‌ها و تحصیلات اعضای تیم و آموزش و پشتیبانی‌های لازم وجود دارد. در این حوزه به تعامل و همکاری تیم‌های بین حرفه‌ای با بیماران و خانواده‌های آنان، تأکید و توجه شده است. در نهایت، این حوزه شامل دستورالعمل‌های جدیدی برای کیفیت اصلاحات بهداشت و درمان است؛ که همچنان ادامه خواهد یافت. پرستاران مراقبت تسکینی باید به این موضوع توجه داشته باشند که خدمات مراقبت تسکینی تخصصی شامل صلاحیت‌های تخصصی مراقبت‌های پرستاری تسکینی از جمله صدور گواهینامه از طریق مراکز هاسپیس و اعتبارسنجی مراقبت تسکینی، الزامات آموزشی و ارتباطات است. پرستاران مراقبت تسکینی همچنین باید جنبه‌های اساسی ارائه مراقبت بین حرفه‌ای و فرایندهای تیم مشترک را درک نمایند.

حوزه ۲: جنبه‌های جسمی مراقبت

در این حوزه، مدیریت چند بعدی علائم با استفاده از مداخلات دارویی، تهاجمی، رفتاری و مداخلات مکمل، شرح داده شده است. بر ارزیابی و درمان علائم جسمی با استفاده از ابزارهای معتبر و مناسب، تأکید شده است. در نهایت، توصیه‌هایی بر استفاده از خط مشی‌های صریح جهت درمان درد و مدیریت علائم، بهره‌گیری از استراتژی‌های چند وجهی، تجویز ایمن و ذخیره و دفع ایمن داروها، وجود دارد. پرستاران مراقبت تسکینی باید در زمینه دستورالعمل‌های دارویی و غیردارویی، آموزش‌های لازم را کسب نمایند تا مدیریت درد و علائم را به شکل ایمن به ویژه در بحران فعلی سوءمصرف داروهای مخدر، فراهم نمایند.

حوزه ۳: جنبه‌های روانشناختی و روانپزشکی مراقبت

این حوزه ابعاد روانشناختی و روانپزشکی مراقبت تسکینی را شرح می‌دهد. این فرایند مشابه روش چند بعدی جنبه‌های جسمی، هماهنگی این تشخیص‌ها را بررسی می‌کند. این اجزای اساسی شامل ارتباطات بین بیمار و خانواده در زمینه ارزیابی، تشخیص و گزینه‌های درمانی در خصوص مراقبت از بیمار و خانواده وی است. مجددا، استراتژی‌های چند بعدی مدنظر می‌باشند. قابل توجه‌ترین بخش این حوزه شامل معیارهای مورد نیاز برای یک برنامه سوگ است. پرستاران مراقبت تسکینی باید بدانند که جنبه‌های روانشناختی و روانپزشکی مراقبت به اندازه جنبه‌های جسمی، مهم است. پرستاران باید یک برنامه سوگ را در نظر داشته باشند؛ چرا که مراقبت از خانواده پس از مرگ بیمار از طریق ارائه مراقبت سوگواری همچنان ادامه دارد.

حوزه ۴: جنبه‌های اجتماعی مراقبت

این حوزه بر تعامل بین حرفه‌ای و همکاری با بیماران و خانواده‌هایشان جهت شناسایی حمایت‌های درون سازمانی و جامعه برای استفاده از نقاط قوت بیمار و خانواده، تأکید دارد. این اجزا اساسی، ارزیابی اجتماعی مراقبت تسکینی را تعریف می‌کنند. این اجزا، نقش مددکاران اجتماعی حرفه‌ای سطح کارشناسی یا کارشناسی ارشد را توصیف می‌نمایند. پرستاران مراقبت تسکینی باید برای پشتیبانی از مراقبت‌های فردمحور و خانواده محور روی سیستم‌های خانواده، تمرکز کنند. علاوه بر این، آنان نیاز به فعالیت در امور اجتماعی و همکاری با مددکاران اجتماعی؛ دارند.

حوزه ۵: جنبه‌های معنوی، دینی و وجودی مراقبت

این حوزه تکامل یافته شامل یک تعریف معنوی است. ضمن تأکید همزمان بر مسئولیت بین حرفه‌ای و همکاری در ارزیابی و مدیریت موضوعات معنوی و نگرانی‌ها بر استفاده از روحانی آموزش دیده مناسب نیز تأکید می‌گردد. در این حوزه، الزامات مربوط به آموزش کارکنان در مراقبت‌های معنوی، شرح داده شده است. در نهایت، طیفی از آیین‌ها و اعمال معنوی و مذهبی برای ترویج آرامش و آسایش، معرفی می‌شوند. پرستاران تسکینی باید میزان مولفه‌های معنوی را از نظر تشریفاتی بودن یا نبودن و تأثیر آن بر مراقبت را درک کنند. علاوه بر این آنها باید با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های معنوی همکاری نموده و تخصص همکاران روحانی و رهبران معنوی را در کار خود دخیل نمایند.

حوزه ۶: جنبه‌های فرهنگی مراقبت

این حوزه شامل تعریف فرهنگ تیمی بین حرفه‌ای مورد نیاز و صلاحیت فرهنگی، برجسته‌سازی فرهنگ به عنوان منبع تاب آوری و قدرت بیمار و خانواده وی است. صلاحیت فرهنگی با تأکید بر زبان، سواد و ارائه خدمات مناسب از نظر زبانی، تعریف می‌شود. پرستاران مراقبت تسکینی باید فرهنگ‌های جوامعی که به آن‌ها خدمت می‌کنند را درک کنند.

حوزه ۷: مراقبت از بیمار در مراحل پایانی زندگی

عنوان این حوزه از مراقبت از مرگ ناگهانی به مراقبت از بیمار در مراحل پایانی زندگی، تغییر یافته است تا مراقبت را به مراحل پیشرفته بیماری تا مرگ، گسترش دهد. در این حوزه به ویژه بر جنبه‌های اجتماعی، معنوی و فرهنگی مراقبت در طول فرایند مرگ برای بیمار، تأکید دارد. این امر بر اهمیت مدیریت و ارزیابی دقیق درد و سایر علائم، تأکید دارد. بر اهمیت ارتباطات، اطلاعات و مستندات کسب شده از علائم و نشانه‌های فرایند مرگ از جمله بیمار، خانواده و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، تأکید شده است. پرستاران مراقبت تسکینی باید این مهارت پرستاری را ارتقا دهند و در این مدت؛ مراقبت با کیفیتی را ارائه نمایند.

حوزه ۸: جنبه‌های اخلاقی و قانونی مراقبت

این حوزه در سه بخش برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته، اخلاق و جنبه‌های قانونی مراقبت، تقسیم‌بندی می‌شود. مسئولیت تیم مراقبت تسکینی پیشبرد اهداف تداوم مباحث مراقبتی همراه با تکمیل و مستند نمودن برنامه‌ریزی مراقبت‌های پیشرفته، است. تأیید و تصدیق فراوانی و پیچیدگی مسائل اخلاقی و قانونی مراقبت تسکینی، قابل توجه است. همفکری با کمیته‌های اخلاق و مشاوران حقوقی و همچنین صلاحیت‌های اعضای تیم در اصول اخلاقی و آموزش در زمینه جنبه‌های حقوقی خاص مراقبت، مورد تأکید است. همچنین بر درک موضوعات مربوط به عملکرد اعضای تیم، تأکید شده است. بکارگیری اصول اخلاقی و قانونی به کاهش دیسترس‌های اخلاقی پرستاران و کلیه متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، کمک می‌نماید. پرستاران مراقبت تسکینی باید مرزهای اخلاقی در حوزه مراقبتی خود و همچنین منابع موجود برای تأمین مراقبت در این حوزه مهم را درک نمایند.

اجرای دستورالعمل‌های عملکرد بالینی

از سال ۲۰۱۳، تحولاتی رخ داده است که باعث اصلاح بیشتر دستورالعمل‌ها شده است. در سال ۲۰۱۴، IOM گزارشی با عنوان مرگ در آمریکا (بهبود کیفیت و تکریم ترجیحات فرد در مراحل پایانی زندگی)، منتشرکرد. این پنج مورد؛ اطمینان از مراقبت تسکینی با کیفیت را تضمین می‌نمایند:

- ارائه مراقبت‌های تسکینی فرد محور و خانواده محور

- ارتباط درمانگر و بیمار و برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته
- آموزش حرفه‌ای مراقبت‌های تسکینی
- سیاست‌ها و پرداخت‌ها در مراقبت‌های تسکینی
- آموزش عمومی و مشارکت در مراقبت‌های تسکینی

از نظر ارائه مراقبت‌های تسکینی بیمار محور و خانواده محور، دستورالعمل‌های عملکرد بالینی، حوزه‌های مراقبت‌های اساسی را در بین جوامع مختلف، ایجاد کرده است. سازمان‌های مختلف حرفه‌ای مانند مراقبت از بیماران مبتلا به اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، بیماری‌های قلبی، سکته مغزی و دیالیز، نقش مراقبت تسکینی را مشخص کرده‌اند. این امر به ویژه در مراقبت انکولوژی، مورد تأکید است. انجمن انکولوژی بالینی آمریکا (ASCO)، استانداردهای کیفیت را با استفاده از دستورالعمل‌های NCP در مراقبت از سرطان، ترسیم نموده است (جعبه ۲.۴). اخیراً این گایدلاین‌ها در بیمارانی که به تحقیقات بالینی سرطان وارد می‌شوند نیز اعمال شده است. سایر گروه‌ها شامل افرادی است که بیماری ریوی و فیبروز کیستیک دارند که دستورالعمل‌ها در آنان، نقش مراقبت تسکینی را بیان می‌نمایند. تلاش برای توسعه مراقبت های تسکینی پری‌ناتال[1] با کیفیت منجر به توسعه حوزه‌های NCP به عنوان اساس بررسی برنامه‌های پری ناتال در سراسر ایالات متحده و ابزاری برای والدین در مراقبت‌های تسکینی، شده است.

بسیاری از ارتباطات درمانگر و بیمار و برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته در گایدلاین‌ها ارائه شده است. دستورالعمل‌های NCP همچنین به عنوان یک سند مهم برای ارتقاء اجماع بین‌المللی و ملی برای جنبه‌های معنوی مراقبت کلی از افراد، عمل می‌نماید. نوآوری‌های متعددی با تمرکز بر ارتباطات و تعاملات

جعبه ۲.۴. سازمان‌های حرفه‌ای با دستورالعمل‌های مراقبت تسکینی

انجمن انکولوژی بالینی آمریکا: مراقبت تسکینی در تشخیص سرطان
انجمن قلب آمریکا و انجمن سکته مغزی آمریکا: بیماری‌های قلبی عروقی و سکته مغزی
آکادمی اعصاب آمریکا: اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)
انجمن پزشکان کلیه و انجمن نفرولوژی آمریکا: شروع و ترک دیالیز

در حوزه‌های NCP از جمله ارتباطات راحت، صحبت‌های حیاتی و پروژه بیماری جدی، وجود دارد. همچنین نوآوری‌هایی در زمینه جنبه‌های اخلاقی و حقوقی حوزه مراقبت متمرکز بر برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته است و پروژه گفتگو در مورد مرگ وجود دارد.

آموزش حرفه‌ای در مراقبت‌های تسکینی از چارچوب NCP برای تدوین برنامه‌درسی، استفاده کرده است که شامل کوریکولوم آموزش پرستاری پایان زندگی(ELNEC) برای پرستاران و آموزش در زمینه تسکین و مراقبت مراحل پایانی زندگی (EPEC) برای پزشکان است. سازمان‌های مختلف از گایدلاین‌ها برای عملکردهای تخصصی‌شان، استفاده کردند. انجمن ملی روحانیون کاتولیک از گایدلاین‌ها برای صدور گواهی‌های خود، استفاده می‌کردند. انجمن دستیاران پزشکان از گایدلاین‌ها برای ایجاد تخصص مراقبت تسکینی در گرایش‌های خود، استفاده می‌کردند. انجمن داروسازان مراقبت تسکینی از گایدلاین‌ها برای ترسیم نقش مهم داروسازان در تیم، استفاده نمودند. بخش عمده‌ای از کار در مراقبت‌های تسکینی بر توسعه ارزیابی‌های کیفیت عملکرد برای نشان دادن ارزش و اثربخشی مراقبت‌های تسکینی، متمرکز شده است.

1. perinatal

گایدلاین‌های عملکرد بالینی NCP به عنوان پایه‌ای برای توسعه ارزیابی ویژه و یک دستور کار تحقیقات، عمل کرده است به‌طوری که هدف از ایجاد آنها؛ همین امر بود. در یک برنامه ارزشیابی آنچه مهم است، همکاری مشترک بین آکادمی آمریکایی هاسپیس و پزشکی مراقبت تسکینی پزشکی (AAHPM)[1] و انجمن پرستاران مراقبت تسکینی و هاسپیس (HPNA)[2] است که حوزه‌ها را بررسی می‌نمایند. ارزیابان PEACE که کیفیت مراکز مراقبت تسکینی و هاسپیس را ارزیابی می‌کنند نیز از این حوزه‌ها؛ بهره می‌گیرند.

کمیسیون مشترک، ارائه گواهی مراقبت تسکینی پیشرفته را از سال ۲۰۱۱ برای بیمارستان‌ها جهت اطمینان از کیفیت برنامه‌ها با استفاده از گایدلاین‌های عملکرد بالینی NCP به عنوان معیارهایی برای اندازه‌گیری وسعت و عمق برنامه‌های مراقبت تسکینی، آغازنمود. کمیسیون مشترک در سال۲۰۱۶، گواهی مراقبت تسکینی جامعه‌محور را نیز اضافه کرد و یک گواهی مراقبت تسکینی مبتنی بر جامعه را به آژانس‌های مراقبت در منزل، مراکز هاسپیس و بیمارستان‌ها، ارائه داد. بسیاری از برنامه‌ها به منظور دستیابی به استانداردهای لازم و اطمینان از ارائه مراقبت با کیفیت، مواردی شامل حضور تمام اعضای تیم به ویژه مددکاران اجتماعی و روحانیت را به عنوان اعضای اصلی تیم‌های تخصصی مراقبت‌های تسکینی، در نظر گرفته‌اند.

اگرچه این گایدلاین‌ها برای تمام جوامع در همه زمینه‌ها، قابل اجرا است؛ اما طی چند سال گذشته تأکید فزاینده‌ای بر مراقبت خارج از بیمارستان و جامعه، وجود داشته است. به همین منظور بحث در مورد داشتن گایدلاین‌هایی که منعکس‌کننده فرصت‌ها و چالش‌های موجود در جامعه باشد، بیشتر مورد تأکید بوده است. یک مطالعه در مورد اجرای گایدلاین‌ها در جامعه حاکی از آن است که در حوزه‌های اجتماعی؛ موارد بیشتری از تجربیات بیماران و همچنین مراقب‌دهندگان آن‌ها، قابل استفاده است. مطالعه دیگر با گایدلاین‌ها در حوزه اهداف بیمار محور در بیماری‌های شدید، مطابقت داشت. سرانجام ائتلاف کانکتیکات[3] جهت بهبود مراقبت‌های مراحل پایانی زندگی از گایدلاین‌ها برای ارتقاء مهارت‌های مراقبتی جامعه، استفاده نمود.

با توجه به تغییر چشم انداز مراقبت‌های بهداشتی، مراقبت‌های تسکینی به سرعت در حال گسترش است. بازنگری جدیدی در گایدلاین‌ها در حال انجام است؛ که شامل توسعه همکاری با ارائه‌دهندگان خدمات بالینی، ارائه‌دهندگان خدمات جامعه، پرداخت‌کنندگان و سازمان‌های بالینی حرفه‌ای، است. جلسه اجلاس سران در سال ۲۰۱۷، با حضور ۵۸ نماینده از سازمان‌های سراسر کشور برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روند رو به رشد مراقبت‌های جامعه، برگزار شد. ویراست بعدی گایدلاین‌ها شامل مراقبت‌های اولیه تسکینی و مراقبت‌های تسکینی ویژه، خواهد بود.

گایدلاین‌های عملکرد بالینی پروژه اجماع ملی: پیامدهای پرستاری

مراقبت‌های پرستاری و تسکینی در هم آمیخته‌اند. شناخت تخصص پرستاری تسکینی ویژه و اطمینان از کیفیت عملکرد پرستاری مراقبت تسکینی برای ارائه مراقبت تسکینی با کیفیت، ضروری است. پرستاران در محیط‌های مختلفی ارائه خدمت می‌نمایند که ممکن است شامل برنامه‌های مراقبت تسکینی باشند. گایدلاین‌های عملکرد بالینی NCP اجزای اساسی مراقبت تسکینی ویژه را ارائه می‌نمایند که منجر به ارتقاء خدمات بالینی با کیفیت و مداوم، شود. این

1. Academy of Hospice and Palliative Medicine
2. Hospice and Palliative Nurses Association

3. ایالتی در آمریکا Connecticut

دستورالعمل‌ها به طور ویژه انتظارات واضح از عملکرد پرستاری با کیفیت بالا، از جمله جهت‌گیری، شرح شغل و بررسی همتایان را تضمین می‌کنند.

IOM در گزارش خود در سال ۲۰۱۱ با عنوان "آینده پرستاری: تغییر پیشرو، پیشرفت سلامت"، با چهار پیام به نقش مهم پرستاری در بالین و لزوم طراحی مجدد مراقبت‌های بهداشتی، اذعان نموده است.

۱. پرستاران باید در حد کامل؛ آموزش دیده و عمل نمایند.
۲. پرستاران باید از طریق یک سیستم آموزشی اصلاح شده که پیشرفت تحصیلی یکپارچه و منسجم را ارتقا می‌دهد به سطوح بالاتر آموزش و تحصیلات، دست یابند.
۳. پرستاران باید در طراحی مجدد مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده با پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، مشارکت کامل داشته باشند.
۴. برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مؤثر نیروی کار، نیاز به جمع‌آوری بهتر داده‌ها و تغییر ساختار اطلاعاتی، دارد.

گایدلاین‌های عملکرد بالینی NCP مطابق با گزارشIOM ، کیفیت عملکرد در حوزه پرستاری را در سه زمینه چنین بیان می‌نماید: توسعه حرفه‌ای، آموزش و صدور گواهی. گایدلاین‌های عملکرد بالینی، چارچوبی را برای ارائه مراقبت، زمینه‌های آموزش و معیارهای ارزش‌گذاری پرستاری؛ ارائه می‌دهند. این گایدلاین‌ها، چارچوبی است که برای پرستاران در محیط‌های مختلف از مراقبت‌های حاد، مراقبت‌های سرپایی، مراکز توان‌بخشی، جامعه، مراقبت در منزل و مراکز هاسپیس تا مراکز مراقبت طولانی مدت، سازمان‌های مراقبت پاسخگو و خانه‌های سلامتی بیمار، قابل استفاده است.

به عنوان یک الزام ارتقاء کیفیت، گایدلاین‌های عملکرد بالینی NCP می‌تواند منجر به بهبود نتایج بیمار و انطباق بهتر با مقررات ایالتی و فدرال، شود. از آنجا که استفاده مناسب از منابع، یک نگرانی مشترک است، تأکید بر ارزیابی جامع و برقراری ارتباط در بین محیط‌ها و تخصص‌های مختلف، می‌تواند منجر به ارائه یک معیار پرستاری گردد. علاوه بر این، توصیف دقیق درد و ارزیابی علائم، مدیریت، استفاده از ابزارهای ارزیابی و اقدامات مبتنی بر شواهد به ویژه با توجه به بحران داروهای مخدر، قابل توجه است. این معیارها ممکن است ارتقاء عملکرد پرستاری ایمن و بهبود رضایت بیمار و خانواده وی را در کنترل درد و علائم، در بر داشته باشند.

حوزه ۲ (جنبه‌های جسمی مراقبت) و حوزه ۳ (جنبه‌های روانشناختی و روانپزشکی مراقبت)، ممکن است به سازمان‌هایی نظیر مرکز اعتباربخشی پرستاران آمریکایی در زمینه‌های توانمندسازی ساختاری، تصویر پرستار و پیشرفت حرفه‌ای، عملکرد حرفه‌ای، موضوعات مرتبط با مشاوره و منابع، استقلال و روابط بین حرفه‌ای؛ دانش جدید، نوآوری و پیشرفت در حوزه بهبود کیفیت؛ و نتایج تجربی کیفیت و کیفیت مراقبت، جهت دستیابی به شواهد، کمک نمایند. این حوزه‌ها؛ همچنین می‌توانند اعتبار بخشی کمیسیون مشترک را در زمینه‌های مدیریت درد، مراقبت‌های دارای صلاحیت فرهنگی و مراقبت‌های پایان زندگی، تسهیل نمایند. همچنین ممکن است به پرستار در ارتقا رضایت بیمار و کسب تجارب بیمار، کمک نمایند.

حوزه ۴ (جنبه‌های اجتماعی مراقبت)، حوزه ۵ (جنبه‌های معنوی، مذهبی و وجودی مراقبت) و حوزه ۶ (جنبه‌های فرهنگی مراقبت)، پرستار را برای ارائه مراقبت مؤثرتر و دارای صلاحیت فرهنگی با تمرکز بر بیمار و خانواده، آماده‌تر می‌نماید. این امر به ویژه در چشم انداز تغییرات سریع جمعیتی، بسیار مهم است. حوزه ۷ (مراقبت از بیمار در مراحل پایانی زندگی)، یک حوزه تخصصی پرستار است و به مربیان

پرستاری و منتورها؛ در این زمینه کمک می‌کند. حوزه ۸ (جنبه‌های اخلاقی و قانونی مراقبت)، سیستم حمایتی پرستار را با کمک کمیته اخلاق و مشاوره حقوقی در امر حمایت از بیمار و یا خانواده، گسترش می‌دهد.

گایدلاین‌های عملکرد بالینی NCP برای بسیاری از اقدامات آموزشی پرستاری مراقبت تسکینی، به ویژه در HPNA، استفاده شده است. استانداردهای HPNA برای آموزش بالینی پرستاران هاسپیس و تسکینی، گایدلاین‌های عملکرد بالینی به عنوان پایه‌ای برای فعالیت‌های آموزشی پرستاری تسکینی از جمله مشاهده، تمرین، پرسپتورشیپ، دستیاری، فلوشیپ است. HPNA برای پرستاران ریجستر (RN)[1] و پرستاران رسمی پیشرفته (APRN)[2] امکاناتی را ایجاد کرده است که نحوه اجرای دستورالعمل‌ها را مشخص می‌کند. HPNA کتابچه‌های راهنمای پرستاری مراقبت تسکینی را بر اساس حوزه‌های NCP ایجادنمود. با همکاری انتشارات دانشگاه آکسفورد و با استفاده از کتاب آکسفورد در زمینه پرستاری مراقبت تسکینی و هشت کتابچه راهنمای پرستاری مراقبت تسکینی، ارتقاء کیفیت عملکرد پرستاری در این حوزه‌ها را شاهد هستیم. گایدلاین‌های NCP به عنوان مسیر پایه HPNA RNو APRN است که در سال ۲۰۱۹ در دسترس قرار گرفت. در طول مسیر از چارچوب مبتدی تا پیشرفته برای یک RN یا APRN استفاده می‌شود تا با آموزش دستورالعمل‌های NCP، از یک پرستار مبتدی به یک پرستار مراقبت تسکینی متخصص، تبدیل شوند.

سایر دوره‌های آموزش پرستاری نیز از NCP استفاده می‌کنند. گایدلاین‌های عملکرد بالینی، به برنامه‌های درسی ELNEC در نشان دادن بهترین روش‌ها، کمک می‌کنند. این گایدلاین‌ها به عنوان پایه‌ای برای نقش‌ها و مهارت‌های خاص پرستاران؛ عمل می‌کنند. انجمن کالج‌های پرستاری آمریکا و شهر هوپ از NCP در توسعه CARES که شامل صلاحیت‌ها و توصیه‌هایی برای آموزش دانشجویان دوره کارشناسی پرستاری: آماده‌سازی پرستاران برای مراقبت از بیماران شدید و خانواده‌های آنان است، استفاده کرده است. جهت همراهی با این موضوع، آنها یک برنامه آموزشی مبتنی بر این صلاحیت‌ها را برای استفاده در تمام برنامه‌های دوره کارشناسی و کاردانی پرستاری، ایجاد کرده‌اند. در یک پروژه دیگر، حوزه‌های NCP به عنوان ساختاری مداخله‌ای برای بهبود مهارت‌های پرستاران در مراقبت‌های تسکینی، عمل می‌کند. لیندلی، هر و نورتون از حوزه‌های NCP برای توصیف نقش پرستاران هاسپیس و مراقبت‌های تسکینی در بهبود کیفیت، استفاده می‌نمایند. سرانجام در سال ۲۰۱۷، انجمن پرستاران آمریکا و HPNA فراخوانی برای اقدام – پرستاران؛ مراقبت تسکینی را هدایت و متحول می‌کنند که در آن NCP در توصیه چهارم خود؛ پرستاری تسکینی را چنین پایه‌گذاری می‌نماید:

حمایت استفاده از گایدلاین‌های عملکرد بالینی پروژه اجماع ملی برای کیفیت مراقبت تسکینی در راستای توسعه، اجرا و ارزیابی خدمات مراقبت تسکینی تخصصی، مبتنی بر شواهد برای تمام سازمان‌ها، اعلام می‌گردد.

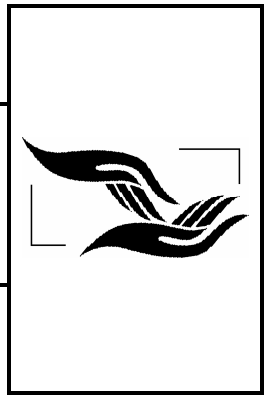
این گایدلاین‌ها به عنوان یک ابزار آموزشی، محتوای پرستاری تسکینی ویژه را ارائه می‌دهند و بر اساس شواهد حاصل از تحقیقات، برنامه‌های آموزشی مؤثرتری را ارائه می‌نمایند. ویژگی‌های اساسی آموزش پرستاری شامل تمرکز بر جهت‌گیری، ارتباطات، ارزیابی درد و علائم، ارزیابی اجتماعی / فرهنگی و ارزیابی معنوی، است. گایدلاین‌های عملکرد بالینی، درک حوزه‌ها (به ویژه سوگواری و مراقبت‌های

1. registered nurse
2. Advanced practice registered nurse

اجتماعی، فرهنگی و معنوی) و مولفه‌های اساسی پرستاری را در مراقبت‌های بیمار محور؛ فراهم می‌نمایند. به همان اندازه، مبانی اساسی اخلاقی و مقررات حقوقی به پرستاران در حوزه‌های عملکردی، کمک نموده و با ارائه فرایندهای مشخص‌تر به حل تعارضات و کاهش ناراحتی‌های اخلاقی پرستاران، کمک می‌نمایند.

نتیجه‌گیری

گایدلاین‌های عملکرد بالینی NCP برای کیفیت مراقبت؛ منبع مهمی برای تسهیل مراقبت‌های مشارکتی برای بیماران با بیماری‌های شدید، ناتوان‌کننده و محدودکننده زندگی، هستند. این گایدلاین ها؛ چارچوبی برای پرستاران مراقبت تسکینی برای ارائه مراقبت‌های همه جانبه، با کیفیت و فرد محور در تمام محیط‌های جامعه، از منزل، خانه‌های گروهی، پناهگاه‌ها و مراکز مراقبت‌های پرستاری گرفته تا مراکز مراقبت روزانه بزرگسالان و کودکان، مراکز اجتماعی و سالمندان، مطب‌ها و کلینیک‌ها و بخش‌های حاد و ویژه بیمارستان‌ها، می‌باشند. این امر ارائه مراقبت را در تمام جمعیت‌ها از نوزادان و کودکان تا بزرگسالان و افراد مسن را افزایش می‌دهد. در طیف وسیعی از بیماری‌های مزمن پیشرونده و شدید تهدیدکننده زندگی، صدمات و تروماها و همچنین در طیف وسیعی از جمعیت‌های آسیب‌پذیر و با کمبود منابع (افراد بی‌خانمان، مهاجران، افراد کم درآمد، اقلیت‌های نژادی و قومی تحت ستم، کهنه سربازان، زندانیان، افراد مسن و افراد دارای بیماری روانی) نیز قابل استفاده هستند. گایدلاین‌های عملکرد بالینی NCP با تسهیل توسعه و بهبود مستمر برنامه‌های مراقبت تسکینی بالینی حین مراقبت از بیماران و خانواده‌های مبتلا به بیماری شدید، رشد و بلوغ این حوزه‌ها را فراهم می‌نمایند. ایجاد تعاریف پذیرفته شده عناصر اساسی مراقبت تسکینی؛ کیفیت، ثبات و قابلیت اطمینان این خدمات، دسترسی به مراقبت‌های تسکینی با کیفیت؛ توسعه اقدامات ارزیابی عملکرد و بهبود کیفیت در خدمات مراقبت تسکینی و ترویج تداوم مراقبت‌های تسکینی در تمام محیط‌ها (به عنوان مثال منزل، مراقبت‌های منزل، مراکز مهارتی، مراکز مراقبت‌های طولانی مدت، مراکز توان‌بخشی، بیمارستان‌ها و مراکز هاسپیس) را افزایش می‌دهند. اصولی ارائه می‌دهند که پرستاران می‌توانند بر اساس آن عمل نموده و مراقبت تسکینی با کیفیت را توسعه دهند.



فصل ۳

مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان

نکات کلیدی

- مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان (HBPC)[1] شامل هر دو بخش بین رشته‌ای و چند رشته‌ای، برای مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری های پیشرفته است.
- تیم‌های HBPC می‌توانند مراقبت‌های جامع و مداوم را در طول دوره بستری بیمار و در سایر مراکز مراقبتی، از مراقبت‌های ویژه تا مراقبت‌های مربوط به بخش‌های داخلی- جراحی و خانه‌های سالمندان ارائه دهند.
- تجزیه و تحلیل داده‌ها و معیارهای مراقبتی، پشتیبانی از ادامه رشد برنامه‌ای HBPC را فراهم می‌کند.
- پرستاران در تمام سطوح برای دریافت، مدیریت و مطالعه موردی، نقش حیاتی دارند.

مطالعه موردی

خانم K یک پرستار بازنشسته ۸۲ ساله با سابقه‌ی ابتلا به آرتریت روماتوئید، نارسایی شدید قلب راست / فشار خون ریوی نارسایی قلب چپ، انسداد عروق قلبی (پیس میکر ضربان ساز دارند)، نارسایی کلیه، کیفواسکلیوزیس و آپنه حین خواب بود. سال گذشته، شش بار به علت نارسایی حاد و مزمن، سابقه بستری داشته است. اکوکاردیوگرافی‌های متعدد نشان‌دهنده افزایش فشار شریان ریوی و نارسایی پیشرونده قلب راست و چپ است. وی کاندید دریافت درمان‌های پیشرفته فشار خون ریوی نبود. هیپوکسمی وی تشدید یافته و او به اکسیژن درمانی شبانه روزی با جریان بالاتر نیاز داشت. در طول آخرین بستری، برای بهبود وضعیت تنفسی به تهویه راه هوایی با فشارمثبت (BiPAP) وابسته شد. در آخرین گفتگو با پرستار ارائه‌دهنده مراقبت تسکینی و متخصص ریه، وی درخواست کرده بود که تحت ونتیلاتور قرار نگیرد و در صورت امکان در خانه مرگ راحتی را تجربه کند و از همه مهمتر در کنار خانواده اش باشد. در این مدت، مشخص شد که او قادر به جدا شدن از BiPAP نیست. پرستار وی در طول دوره بستری خانم k، جلسات مشورتی متعددی با همسر و فرزندان بزرگ‌سال وی داشت و در رابطه با درخواست خانم k با اعضای خانواده اش صحبت می‌کرد؛ با این وجود جداسازی خانم k از BiPAP امکان‌پذیر نبود.

اهداف مراقبتی مورد بحث قرار گرفتند، خواسته‌های خانم K برای پایان زندگی (EOL) با دقت مورد بررسی قرار گرفت و برنامه‌ای برای انتقال خانم

1. Hospital based palliative care

K از BiPAP به کانول بینی با اقدامات دارویی ارائه شد تا از مدیریت عوارض تنفسی اطمینان حاصل شود. توافق شد که برای اطمینان از برآورده شدن اهداف پایان زندگی، مراقبت‌های تسکینی و EOL در بیمارستان ارائه شود. روحانی مطابق با آیین کاتولیک در بستر وی حاضر بود. اقوام به ملاقات وی آمدند و همه نوه‌های او می‌توانستند با وی دیدار خصوصی داشته باشند. پس از آماده‌سازی خانم K، پرستار وی جهت مدیریت اختلالات تنفسی و ترشحات راه‌های هوایی، از اپیوئیدها و سایر داروها استفاده نمود. اپیوئیدها و داروهای ضد اضطراب به درخواست بیمار تجویز شدند. در طی چند ساعت آینده تعاملات خانم k با اطرافیان کاهش یافت. همراه با تشدید علائم تنفسی، تزریق اپیوئیدها برای مدیریت علائم شروع شد. به خانواده وی اطمینان داده شد و آنها رضایت خود را برای ارائه‌ی این مراقبت اعلام کردند. خانم K در کنار افراد خانواده اش، همان شب درگذشت.

خلاصه‌ای از تاریخچه

تاریخچه ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی مبتنی بر بیمارستان (HBPC) داستانی طولانی و در حال تکامل است. در سال ۱۹۷۸، سناتور ادوارد کندی گفت: " Hospice امر ارزشمندی است که عبارت است ازمراقبت در منزل، با امکانات پشتیبانی بستری در بیمارستان. Hospice به معنای کنترل درد و پرستاری ماهرانه از مددجویان دردمند است که افراد مختلفی از جمله یک پزشک یا یک روحانی می‌توانند در ارائه‌ی آن نقش داشته باشند. طبق اصلاحیه‌ی آموزش پرستاری، تعداد بیمارستان‌های ایالات متحده که خدمات مراقبت تسکینی را ارائه می‌دهند، بیش از یک دهه است که به سرعت در پاسخ به نیازهای بیمار و همچنین مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی در حال افزایش هستند. در حالی که روند ملی نشان‌دهنده رشد بوده است، مرکز ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی (CAPC 2015)[1] به هر ایالت نمره B را می‌دهد: گزارش ۲۰۱۵ نشانگر افزایش مداوم ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی در بیمارستان‌ها (۶۷٪) بود. شواهد موجود حاکی از آن است که علیرغم پیشرفت و گسترش مراقبت‌های تسکینی، همچنان میلیون‌ها بیمار به مراقبت‌های تسکینی دسترسی ندارند

در ایالت‌های دارای درجه A بیش از ۸۰٪ بیمارستان‌ها مراقبت‌های تسکینی را ارائه می‌دهند که از ۳٪ در ۲۰۰۸ به ۱۷٪ در ۲۰۱۵ افزایش یافته است. اگر چه در بین ایالت‌ها، هیچ ایالتی نمره F ندارد (ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی در کمتر از ۲۰٪ بیمارستان‌های ایالت)، با این حال کمبود دسترسی به مراقبت‌های تسکینی همچنان به عنوان یک معضل وجود دارد، به طوری که یک سوم بیمارستان‌های ایالات متحده (با بیش از ۵۰ تخت بستری) خدمات مراقبت تسکینی را ارائه نمی‌دهند و یک سوم بیمارستان‌های ایالات مختلف، نمره C یا D دریافت کرده‌اند.

جمعیت سالمند

بیش از یک سوم بیماران تحت پوشش مدیکر[2] که به بیماری‌های مزمن و پیشرفته مبتلا هستند، در سال‌های پایانی زندگی خود، چهار مشکل را تجربه می‌کنند. در جمعیت سالمند، اکثر مرگ و میرها ناشی از بیماری‌های رایج نظیر نارسایی احتقانی قلب، بیماری مزمن ریه، سرطان، بیماری عروق کرونر، نارسایی کلیوی، بیماری عروق محیطی، دیابت،

1. Center to advance palliative care
2. Medicare

توضیح مترجم: یک برنامه ملی بیمه اجتماعی است که توسط دولت فدرال ایالات متحده آمریکا از ۱۹۶۵ مدیریت می‌شود و دسترسی بیمه درمانی را برای آمریکاییان بالای ۶۵ سال و افراد جوان‌تر دارای ناتوانی و نیز افراد دارای مشکل دیالیز تضمین می‌کند.

بیماری مزمن کبد و زوال عقل است. سیر این بیماری‌ها، مزمن و پیشرفته و رنج آور است که در نهایت حتی با ارائه بالاترین میزان خدمات مراقبتی و درمانی، کمترین پیشرفت و بهبودی در وضعیت سلامت آن‌ها ایجاد شده و نارسایی‌های آن‌ها وخیم‌تر می‌شود. تیم‌های مراقبت تسکینی به‌منظور کمک به بیماران دارای وضعیت حاد، نیمه حاد و شرایط مزمن بیماری، خدمات مشاوره‌ای در اختیار آن‌ها قرار می‌دهند. تیم HBPC در طول پذیرش در بیمارستان، بر مدیریت درد و علائم بیماری تمرکز می‌کند. همچنین از طریق برقراری ارتباط مؤثر با بیمار/خانواده بیمار، تیم‌های مراقبت اولیه و تخصصی و تیم میان رشته‌ای (IDT) به بیماران کمک می‌کنند.

در سال ۱۹۷۴، بیمارستان رویال ویکتوریا در مونترال کانادا، اقدامات اولیه‌ای در آمریکای شمالی انجام داد تا موجبات ارتقاء HBPC را فراهم کند. آن‌ها با تشکیل خدمات مراقبت تسکینی تلاش کردند تا نیازهای بیماران صعب‌العلاجی را که در بیمارستان‌های دولتی بستری بودند را تامین نمایند. بیمارستان آموزشی ۱۰۰۰ تختخواب وابسته به دانشگاه McGill، یکی از بخش‌های بیمارستان رویال ویکتوریا بود. در این مرکز، خدمات مراقبت تسکینی از پنج بخش بالینی تشکیل می‌شد: ۱) واحد مراقبت تسکینی (PCU)، ۲) خدمات مراقبت در منزل، ۳) تیم مشاوره، ۴) کلینیک مراقبت تسکینی و ۵) برنامه پیگیری پس از فوت. اعضاء IDT از این بیماران مراقبت می‌کردند و تمرکز اصلی آن‌ها بر مدیریت علائم و کنترل درد بود. با گذشت چند دهه، این مفاهیم اولیه مراقبت تسکینی در تمام بیمارستان‌های آمریکا و کل کشور توسعه یافت و در چهار دهه گذشته به نقطه عطفی برای تکامل در امر مراقبت از بیماری‌های جدی، تبدیل شد. در دهه ۱۹۷۰، مفهوم طرح مراقبت در منزل (اغلب به‌صورت داوطلبانه) که در اروپا و کانادا مطرح شده بود، در آمریکا نیز ظهور یافت. از آن زمان، چندین اقدام حرفه‌ای، پزشکی، اجتماعی و دانشگاهی به شکل طرح‌های HBPC ادغام شدند که اصول مراقبت در منزل را وارد جریان اصلی پزشکی کردند. گرچه ضرورتی وجود ندارد تا تمام نظام‌های بهداشت و درمان چنین طرحی داشته باشند، اما مراقبت تسکینی به‌تدریج به یک استاندارد در امر مراقبتی و درمانی تبدیل شد. برای نهادهایی که همچنان نیاز به متقاعد شدن داشتند، مایر و پروژه اجماع ملی شرایطی برای پیاده‌سازی و اجرای اولین مراقبت تسکینی در بیمارستان فراهم آوردند تا ۱) کیفیت بالینی مراقبت درمانی برای بیماران صعب‌العلاج بهبود یابد؛ ۲) رضایت بیماران و خانواده‌ها نسبت به مراقبت و درمان افزایش یابد؛ ۳) نیازهای جمعیت سالمند مبتلا به بیماری‌های مزمن تأمین شود، ۴) به‌عنوان کلاس آموزشی برای نسل بعدی پزشکان مطرح شود تا بتوانند خدمات مراقبتی بهتری در اختیار افراد مبتلا به بیماری‌های جدی قرار دهند، ۵) مراقبت و درمان مقرون به‌صرفه و ارزشمندی در شرایط بحران اقتصادی و بهداشت درمان ملی تأمین کنند. مطالعات اخیر در زمینه مراقبت تسکینی بر اساس شواهد موجود، استدلال متقاعدکننده‌ای ارائه می‌کند که طبق آن‌ها HBPC پیشرفته‌ترین نوع مراقبت محسوب می‌شود.

گرچه بسیاری از اطلاعات موجود برای پشتیبانی از تکامل مراقبت HBPC برگرفته از کمبودهای مراقبتی است که در بیماران بستری شده در مراحل پایانی زندگی شناسایی شده، اما هدف HBPC بهبود کیفیت زندگی (QOL) در بین افرادی است که از بیماری‌هایی رنج می‌برند که باعث ایجاد محدودیت در زندگی‌شان شده که تمام بسترهای خدمات و درمان را شامل می‌شود.

تعریف مراقبت تسکینی

باوجود تعاریف مختلف برای مراقبت تسکینی، امروزه مرکز مراقبت تسکینی پیشرفته تعریفی واضح و

ساختاری را برای این مفهوم به شرح زیر ارائه می‌کند: "مراقبت تسکینی، به مراقبت پزشکی تخصصی برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و جدی اطلاق می‌شود. تمرکز آن تسکین علائم و بار ناشی از بیماری مزمن، بهبود کیفیت زندگی بیمار و خانواده‌ها است. مراقبت تسکینی توسط تیمی از پزشکان، پرستاران، فعالان اجتماعی و دیگر افرادی ارائه می‌شود که در کنار هم تلاش می‌کنند تا لایه‌های پشتیبانی بیشتری را در اختیار بیمار قرار دهند. این خدمات در هر سنی و هر مرحله‌ای از بیماری مناسب بوده و در طول درمان نیز ارائه می‌شود". مراقبت تسکینی از فلسفه تمامیت فرد استفاده می‌کند و در جستجوی بررسی عواملی است که فراتر از تشخیص ساده فرد محرز می‌شوند.

مرکز مراقبت تسکینی پیشرفته (CAPC)، HBPC را به شرح زیر تعریف می‌کند: "یک تیم پزشکی میان رشته‌ای که بر مدیریت علائم، ارتباط قدرتمند بین بیمار–پزشک–خانواده تمرکز می‌کند و سعی در شفاف‌سازی اهداف درمان و هماهنگی در میان بسترهای مختلف مراقبت و درمان دارد". CAPC روند ساده‌ای را برای تشکیل طرح HBPC شناسایی کرده که موارد زیر را دربر می‌گیرد: جستجوی مشاوره تخصصی از سوی منبع معتبر (مثل capc.org)، تشکیل کمیته برنامه‌ریزی با ذینفعان اصلی (مدیریت بیمارستان، تأمین‌کنندگان طرح بیماری مزمن، پزشک، پرستار، فعالان اجتماعی، مدیریت موردی، مراقبت معنوی و هماهنگ‌کننده مالی/کاری)، جمع‌آوری اطلاعات که نیازهای بیمار را در سازمان شناسایی می‌کند (شامل کمبودها در مراقبت، ارائه‌ی مراقبت در مراحل انتهای زندگی، تحلیل مدیریت علائم/درد، طول بستری، هزینه روزانه، رضایت بیمار/خانواده) و بررسی سوابق تأثیر مراقبت تسکینی که از آن برای توسعه برنامه تجاری استفاده می‌شود که امکان عملیاتی شدن یکپارچه آن وجود داشته باشد.

در مطالعه برجسته تمل و همکاران (۲۰۱۰) تحت عنوان "مراقبت تسکینی اولیه برای بیماران مبتلا به سرطان ریه متاستاتیک"، بیماران مبتلا به سرطان ریه که در طول روند درمانی، مراقبت تسکینی دریافت کردند، ۲/۷ ماه بیشتر از بیمارانی که فقط مراقبت‌های استاندارد مربوط به سرطان را دریافت نمودند، مورد بررسی قرار گرفتند. این مطالعه که توسط ژورنال پزشکی نیوانگلند منتشر شد، به‌روشنی ارزش، ضرورت و اهمیت مداخلات پزشکی– تسکینی را برای بیماران دارای بیماری‌های پیشرفته و محدودکننده زندگی، نشان داد.

از آن پس با توجه به افزایش آگاهی ملی و تحلیل‌های پیشرفته در خصوص دسترس‌پذیری طرح‌های HBPC در سال ۲۰۰۰، شاهد رشد این طرح‌ها بوده‌ایم (همان‌طور که قبلاً گفته شد، ۶۷٪ بیمارستان‌ها با ۵۰ یا بیش از ۵۰ تخت، مراقبت تسکینی ارائه می‌کنند). همچنین طرح HBPC ویژگی‌های سازمانی مشخصی دارد که شامل تجهیزات بیمارستانی بیشتر با توانایی تأمین مراقبت‌های تسکینی بیشتر است. ۹۰٪ از بیمارستان‌های با ۳۰۰ یا بیش از ۳۰۰ تخت دارای خدمات HBPC بودند که این رقم برای بیمارستان‌های با کمتر از ۳۰۰ تخت، ۵۶ درصد است. از نظر توزیع جغرافیایی، گستردگی HBPC در ایالات نیوانگلند (۸۸٪)، ایالات اقیانوس آرام (۷۷٪) و ایالات ساحلی اقیانوس اطلس آمریکا (۷۷٪) بوده است. کمترین گستردگی مربوط به مرکز جنوب غربی (۴۳٪) و ایالات مرکز جنوب شرقی (۴۲٪) بود؛ بنابراین، باوجود بهبود دسترسی به HBPC، باز هم به سبب عوامل منطقه و وضعیت مالیات، کمبودهایی وجود دارد.

استانداردسازی مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان

برای اطمینان از ارائه HBPC استاندارد، پروژه اجماع ملی (NCP) اولین دستورالعمل شیوه بالینی

مراقبت تسکینی را در سال ۲۰۰۴ منتشر کرد که در سال‌های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۳ به‌روزرسانی شد. در تابستان سال ۲۰۱۸ نیز نسخه‌ی جدید این دستورالعمل منتشر شد. از نظر NCP هشت حوزه (ساختار و فرایند، جنبه‌های جسمی، جنبه‌های روان‌شناختی/روان‌پزشکی، جنبه‌های اجتماعی، جنبه‌های دینی/وجودی/معنوی، جنبه‌های فرهنگی، مراقبت انتهای زندگی و جنبه‌های قانونی/اخلاقی) مراقبتی برای اطمینان از ارائه مراقبت تسکینی وجود دارد که نشان‌دهنده تغییرات در حوزه‌های بهداشت و مراقبت ملی و همچنین نتایج تحقیقاتی جدید است که بهترین روش‌ها را برای مراقبت تسکینی باکیفیت منعکس می‌نماید.

بیماری مزمن و افزایش طول عمر جزء میراث قرن بیستم محسوب می‌شوند. با این وجود، سیستم خدمات و درمان همگام با پیشرفت‌های پزشکی عمل نکرده و همچنان بیمارستان‌ها مکانی متداول برای مراقبت EOL هستند که این امر بر خلاف اولویت‌های بیان شده آمریکایی‌ها برای مرگ در منزل بوده است. در اصل بیمارستان برای ارائه مراقبت دوره‌ای و حساس برای بیماران مبتلا به بیماری‌های حاد طراحی شده نه برای راحتی و استمرار حیات افرادی که انتظار نمی‌رود از بیماری یا دوره بیماری جان سالم به در ببرند؛ بنابراین، اصلاحات بنیادی در این نظام و بازطراحی‌های صورت گرفت تا مراقبت بیمارستانی افرادی که از بیماری‌های ناتوان‌کننده رنج می‌برند، تضمین گردد.

این ضرورت و نیاز به اقدام، به‌خصوص برای پرستاران است، زیرا مراقبت پرستاری اولین خدمات ارائه شده در طول پذیرش در بیمارستان است و پرستاران در تمام سطوح سازمانی بر مراقبتی که بیماران دریافت می‌کنند، تأثیر می‌گذارد. نحوه یادگیری و اشتراک گذاری اطلاعات و دانش توسط پرستار، به روند مراقبت از بیمار جهت می‌دهد. طرح‌های HBPC برای تغییر کمیت و کیفیت فوتی‌های در بیمارستان است؛ زیرا پرستاران نقش رهبر را دارند و تیم‌های میان رشته‌ای را هدایت می‌کنند. آن‌ها با اصلاح فعالیت‌های خود در تمام سطوح سیستم مراقبت در بیمارستان می‌توانند فرایند پیچیده مراقبت و درمان را برای افراد دارای بیماری‌های ناتوان‌کننده ارتقاء ببخشند. بهبود ساختار مراقبت تسکینی، استانداردهای فرایند مراقبت و سنجش خروجی‌ها به‌عنوان نتیجه توسعه طرح‌های HBPC محسوب می‌شود.

کیفیت مسائل مراقبتی

در یک دنیای ایده‌آل، بحث در مورد دستورالعمل‌های پیشرفته باید با بیمارانی که در شرایط بحرانی قرار ندارند، صورت بگیرد. معرفی اولیه متخصصان مراقبت تسکینی می‌تواند به آشکار شدن و اثبات اهداف بیماران در اولویت‌بندی مدیریت علائم/درد و مراقبت کمک کند. تیم‌های HBPC قادر به تسریع آموزش پرستاری و پزشکی در خصوص دستورالعمل‌های پیشرفته، مراقبت تسکینی و مسائل EOL می‌باشند. ایجاد سطوح اولیه توانمندی و پروتکل‌ها و سیاست‌ها جهت پشتیبانی از شناسایی اهداف مراقبتی و درمانی بیماران، منجر به حداقل رسیدن درد و سختی کار تیم درمان و بیمار می‌شود.

موانع

موارد زیر مانع دسترسی به مراقبت‌های تسکینی می‌شوند:

۱. فقدان منابع
۲. فقدان دانش و آگاهی در خصوص منابع موجود یا بی‌میلی تأمین‌کننده جهت ارائه منابع مورد نیاز
۳. فهم اشتباه یا عدم درک مؤثر و شفاف درباره مراقبت تسکینی

۴. سوگیری ارائه‌کننده که بی‌میلی‌های کلی او در تأمین خدمات و مراقبت را شامل می‌شود.
۵. موانع ناشی از بی‌میلی بیمار و یا اعضای خانواده
۶. معیارهای پذیرش در خصوص طرح مراقبت تسکینی تخصصی

مشمولیت مراقبت تسکینی در بیمارستان می‌تواند مانع از مداخلات غیرضروری برای بیماران شود. این امر منجر به کاهش هزینه‌ها می‌شود و منابع در جهت‌هایی صرف می‌شود که امکان بیشترین بازدهی در آن‌ها وجود دارد.

مدل‌های مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان

HBPC می‌تواند اولیه، ثانویه یا ثالثیه باشد و ارتقاء آن به منابع بی‌شماری نیاز دارد. بسته به مدل مراقبت تسکینی که معرفی می‌شود، منابع مورد نیاز می‌توانند بسیار متفاوت باشند. به‌عنوان مثال، برخی از تغییرات ممکن است نیاز به پشتیبانی مالی از طریق تأمین تیم و کارکنان مازاد داشته باشد. صرف نظر از سیستم مراقبت‌های بهداشتی و در دسترس بودن منابع مورد نیاز، همه پزشکان می‌توانند مفاهیم مراقبت تسکینی را معرفی کرده و از منابعی که از قبل ایجاد شده برای توسعه یا بهبود خدمات مراقبت تسکینی خود استفاده کنند. سیستم‌های بهداشتی و درمانی باید همانند سایر تخصص‌های پزشکی، رسالت و سطح ارائه مراقبت‌های تسکینی (مثلاً اولیه، ثانویه، ثالثیه) را در نظر بگیرند و همچنین باید یک مدل از منابع مراقبت تسکینی را مطابق با آن سطح به کار گیرند. مؤسسات با منابع محدود ممکن است یک مدل اولیه را انتخاب کنند که بر افزایش خدمات موجود و آموزش پزشکان متمرکز باشد. در حالی که برنامه‌های مراقبت تسکینی ثانویه و ثالثیه ممکن است خدمات متعددی از جمله تیم‌های مشاوره بستری و / یا سرپایی، یک واحد مراقبت تسکینی بستری، یک هاسپیس و یک برنامه مراقبت در منزل ارائه دهند که همگی تحت مدیریت یک سیستم واحد بیمارستانی هستند. یک رویکرد جامع خدماتی می‌تواند ارجاع بیماران را در بین سطوح مختلف مراقبتی کاهش دهد و امکان ارائه‌ی مراقبت تسکینی بهینه و یکپارچه را فراهم سازد. CAPC همچنین دستورالعمل‌های سازگار مختلفی را برای استانداردهای واحد اجرایی و بستری ارائه می‌دهد که بیمارستان‌ها می‌توانند برای سنجش کیفیت، پایداری و رشد برنامه‌ها استفاده کنند.

مراقبت تسکینی اولیه

مراقبت تسکینی اولیه باید در همه بیمارستان‌ها اجرا شود. اجرای این سطح از مراقبت، حداقل به آموزش پزشک در زمینه اصول مدیریت درد و علائم بیماری نیاز دارد. مراقبت‌های تسکینی اولیه به سطحی از مراقبت گفته می‌شود که به موجب آن می‌بایست همه پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی که با افراد مبتلا به بیماری ناتوان‌کننده در زندگی روبرو می‌شوند، مهارت‌ها و صلاحیت‌های بنیادی را کسب نمایند. NCP، مجمع ملی کیفیت (NQF)[1] و کمیسیون مشترک، هر کدام استانداردهایی را تبیین نموده‌اند که باید در همه بیمارستان‌ها و سایر دستگاه‌ها رعایت شود (بحث بعدی را ببینید). همه پزشکان باید در این سطح صلاحیت داشته باشند: آن‌ها دانش، نگرش و مهارت‌های لازم برای ارائه مراقبت تسکینی به بیماران خود را از طریق آموزش مقدماتی مراقبت تسکینی و تمرینات بالینی به دست می‌آورند. در دسترس بودن روزافزون آموزش مستمر، از جمله برنامه‌های رسمی تأسیس شده برای همه رشته‌ها در جهت بهبود دانش آن‌ها از اصول اساسی مراقبت تسکینی، در دستور کار قرار دارد. کنسرسیوم

1. National Quality Forum

آموزش پرستاری در مراحل پایان زندگی (ELNEC)[1] و آموزش پزشکان در زمینه‌ی ارائه‌ی مراقبت در مراحل پایان زندگی (EPEC)[2] دو برنامه آموزشی جامع هستند که می‌توانند چنین اطلاعاتی را ارائه دهند. هر دو برنامه آموزشی در فصل‌های آتی بیشتر شرح داده شده‌اند.

مراقبت تسکینی ثانویه

مراقبت تسکینی ثانویه به مدلی اشاره دارد که در آن همه ارائه‌دهندگان از حداقل سطح صلاحیت برخوردار هستند و متخصصان، مراقبت تسکینی را از طریق یک IDT، واحد تخصصی یا هر دو ارائه می‌دهند. توسعه و موفقیت این خدمات تخصصی به دلیل قدرت رهبری، بازاریابی و قابلیت دسترسی به وجود آمده است. برای یک IDT یا واحد، ارزیابی هر بیمار با نیازهای مراقبت تسکینی که در بیمارستان بستری شده‌اند ضروری نیست؛ اما این پزشکان متخصص آموزش دیده به‌عنوان منبع و راهنمای همکارانشان حضور دارند.

مراقبت تسکینی ثالثیه

آموزش بیمارستان‌ها و مراکز دانشگاهی با تیم‌های متخصص در مراقبت‌های تسکینی به‌عنوان سازمان‌های ثالثیه طبقه‌بندی می‌شوند. یک برنامه در سطح ثالثیه ممکن است به‌عنوان مشاور در زمینه‌های سطح اولیه و ثانویه در شرایط دشوار بالینی یا به عنوان برنامه‌های الگو برای کمک به مراکز در حال توسعه، عمل کند. این مراکز همچنین به‌عنوان برنامه‌های آموزشی برای ورود ارائه‌دهندگان خدمات تسکینی، با برنامه‌های کمک هزینه تحصیلی از ۱ تا ۲ سال برای پزشکان و پرستاران، عمل می‌کنند. پزشکان و مؤسسات فعال در سطح ثالثیه مراقبت‌های تسکینی نیز در فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی نقش دارند.

برنامه‌های آموزش چند رشته‌ای برای پرستاران و پزشکان، جز عملکردهای مهم یک مرکز ثالثیه است (بحث بعدی را ببینید). مراکز ثالثیه همچنین موظف به انجام تحقیقاتی در جهت تقویت پایگاه مدارک و اسناد مرتبط با مراقبت‌های تسکینی هستند.

احراز صلاحیت اولیه، مسئولیت کلیه بیمارستان‌ها و سازمان‌های بهداشتی است که حداقل در سطح اولیه مراقبت‌های تسکینی محسوب می‌شود. شاید سازمان‌ها در سطوح مختلف از بین اجزای مختلف مراقبت، موارد خاصی را برای مدل خود انتخاب کنند. برخی از سازمان‌ها از نظر میزان منابع در دسترس مشکلی ندارند (به‌عنوان مثال، آموزش کارکنان، مسیرهای مراقبتی)، در حالی که برخی دیگر ممکن است به بودجه و پرسنل بیشتری نیاز داشته باشند. منابع اخیر شامل IDTها، PCUهای تخصصی، کلینیک‌های مراقبت تسکینی سرپایی / سیار و ارتباطات ساختاری گسترده یا روابط قوی با امکانات پرستاری ماهر و برنامه‌های هاسپیس در منزل است.

تیم مشاوره بین رشته‌ای برای بیماران بستری

بر اساس نتایج حاصل از مطالعات موجود، خلاصه‌ای از پیشرفت تیم‌های مشاوره مراقبت تسکینی در بیمارستان‌ها برای ارائه مشاوره تخصصی و حرفه‌ای به بیماران، خانواده‌ها و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی وجود دارد. بسیاری از تیم‌های مستقر در بیمارستان‌های ایالات متحده و اروپا تجربیات خود را در این رابطه شرح داده‌اند. از جمله مؤلفه‌های تیم‌های موفق، می‌توان به رویکرد بین رشته‌ای، مراجعه به پزشک و غیرپزشک، پاسخ سریع به مشاوره‌های درخواستی، در دسترس بودن شبانه روزی و توانایی پیگیری بیماران از طریق تمام دستگاه‌های مراقبتی، اشاره کرد.

تیم‌های مشاوره‌ای بین رشته‌ای می‌توانند در مدل‌سازی رفتارهایی که از HBPC مناسب حمایت

1. End-of-Life Nursing Education Consortium
2. Education for Physicians on End-of-Life Care

می‌کنند، مؤثر باشند، اما آن‌ها همچنین باید به‌عنوان بخشی از رویکرد خود به صورت مشاوره، تغییرات زیرساختی و سازمانی را توصیه کنند. جمع‌آوری آمارهای جمعیتی در مورد مکان و ماهیت مشاوره‌های منظم می‌تواند به شناسایی سیاست‌ها و فرایندهای سازمانی مورد نیاز کمک کند. به‌عنوان مثال، اگر واحدی یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی به‌طور منظم در مدیریت بیماران مبتلا به تنگی نفس مشکل داشته باشد، رویکردهای آموزشی هدفمند و الگوریتم‌های درمان یا دستورات استاندارد می‌توانند به دستیابی به تغییرات مداوم و طولانی مدت کمک کنند. از نظر تئوریک، یک IDT با چنین رویکردی می‌تواند "خود را از حالت تجاری خارج کند". برعکس، تیم‌ها ممکن است در تلاش برای تأمین نیازهای سازمان خود " بیش از حد توان خود کار کنند". با تمام این اوصاف، خبرهای مثبتی وجود دارد و این که تا به امروز هیچ تیمی به خاطر پیاده‌سازی تغییرات سیستمی، منحل نشده است.

مطالعاتی برای بررسی تأثیر IDT در مراقبت کلی از بیماران بستری مبتلا به بیماری صعب‌العلاج در بیمارستان، انجام شده‌اند. با این حال، این تحقیق چالش برانگیز است و مانند هر مداخله چندمولفه‌ای، به سختی می‌توان گفت که کدام مؤلفه یا فرایندهای تیمی، مسئول پیامد و نتایج هستند. اقدامات معتبر، قابل اعتماد و تحقیقات چند روشی، برای کسب این اطلاعات مورد نیاز است. حفظ IDT می‌تواند هزینه بَر باشد؛ بنابراین، ادامه ارزیابی برنامه‌ها و تقویت شواهد برای ارائه توجیه اقتصادی برای بسیاری از بیمارستان‌ها ضروری است. اجماع نظری به داده‌های حداقلی توصیه شده اشاره دارد که می‌بایست توسط تمام خدمات مشاوره‌ای، جمع‌آوری شود.

از نظر برخی از بیمارستان‌ها که با مشکل ارائه مراقبت‌های تسکینی باکیفیت روبرو هستند، ایجاد یک واحد تخصصی، راه حل مناسبی است. هنگامی که دسترسی به مراقبت تسکینی به دلیل عدم دسترسی یا آگاهی محدود است، بیمارستان‌های ایالات متحده افتتاح واحدهای تخصصی برای مراقبت از بیماران نیازمند به هاسپیس یا مراقبت‌های تسکینی (البته در سطوح مختلف) را آغاز کرده‌اند. هرچند که هر واحد بستری دارای مزایا و معایبی است. مزایا عبارتند از:

- بیمارانی که نیاز به مراقبت تسکینی دارند، در هنگام تشدید و بهبودی بیماری پیشرونده، امکان آشنایی با یکدیگر را دارند.
- واحد کارکنان و سیاست‌ها، تحت کنترل و بودجه متخصصانی هستند که به‌عنوان یک تیم ماهر در مراقبت و ارتباطات دشوار مهارت دارند.
- اگر سایر تیم‌های مراقبتی مزایای این روش را ببینند و اطمینان داشته باشند که بیماران از مراقبت‌های خوبی برخوردار می‌شوند، ممکن است بیماران زودتر تحت مراقبت تسکینی قرار بگیرند.

پزشکانی که بیماران خود را در این واحدها رصد می‌کنند، در صورت امکان می‌توانند اطلاعات مفیدی را که در این فرایند کسب کرده‌اند را برای سایر بیماران خود به کار گیرند. این بیماران در آینده ممکن است برای برخی از انواع مراقبت‌ها نیازی به پذیرش در PCU نداشته باشند. برخی از معایب ایجاد PCU عبارتند از:

- اگر متخصصان شاغل در واحدهای PCU در یک بخش جداگانه حضور داشته باشند، ممکن است امکان مشاهده و یادگیری تکنیک‌های ارزشمند مربوط به مراقبت‌های تسکینی را از دست بدهند.
- ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی ممکن است به جای یادگیری تکنیک‌های مراقبت تسکینی، به این واحدها در جهت ارائه‌ی مراقبت‌های تخصصی تسکینی اعتماد کنند.
- اگر ارجاع به PCU شامل ارجاع از جانب پزشکان به یک متخصص مراقبت تسکینی باشد، بیماران و خانواده‌ها ممکن است در ساعت‌ها و روزهای

پایانی زندگی احساس کنند که از جانب تیم اولیه درمانی رها شده‌اند.

- از نظر متخصصان واحدهای هاسپیس، تشکیل واحدهای PCU دربستر بیمارستان‌ها، ممکن است فلسفه‌ی این واحدها را دچار اخلال کند.

آموزش بین رشته‌ای: جزء اصلی مراقبت تسکینی

ضروری است که کارکنان مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده زندگی از دانش و مهارت‌های مراقبت تسکینی کافی و مناسب برخوردار باشند. سازمان‌های با یا بدون برنامه HBPC باید اعضای خود را به شرکت در کنفرانس‌های مربوط به انتهای زندگی و مراقبت‌های تسکینی تشویق کنند و آنان را از طریق روند آموزش مداوم (به‌عنوان مثال، دارای گواهی تخصص) حمایت کنند. ارزش آموزش ارتقا یافته نه تنها در مراقبت‌های مستقیم از بیمار، بلکه در الگوهای مراقبتی نمود می‌یابد. بیشتر دانشجویان رشته‌های پزشکی، پرستاری و سایر رشته‌های مراقبت‌های بهداشتی، آموزش‌های بالینی متعددی را سپری می‌کنند. با این حال، تعداد کمی از بیمارستان‌ها الگوهایی را برای آموزش اقدامات مراقبت تسکینی ارائه می‌دهند. شاهد اظهارات زیر توسط اعضای خانواده در مورد روش غیر عاطفی "اعلام" مرگ عزیزشان توسط یک اینترن جدید پزشکی بی‌تجربه باشید:

> من دستش را گرفته بودم که نفسش قطع شد. من به پرستار گفتم و او با دکتر تماس گرفت. سپس به سمت تخت رفت و به او که روی تخت دراز کشیده بود نگاه کرد، با گوشی طبی به ضربان قلبش گوش داد و گفت: "او مرده است" و از اتاق بیرون رفت. تمام شد – نه گفت "متأسفم". نه اینکه، "آیا کاری می‌توانیم انجام دهیم؟" فقط گفت، "او مرده است." این دردناک بود و باعث شد ما فکر کنیم که این موضوع برای کارکنان اهمیتی ندارد.

طبق مطالعه فریس و همکاران، دانشکده‌های پزشکی زمان کمی را برای مراقبت از بیماران در حال مرگ اختصاص می‌دهند. یک بررسی از اینترن پزشکی، نگرانی و ترس قابل توجهی را در مورد ارائه این خدمات با نظارت کم یا بدون نظارت نشان داد. اصل نظارتی آموزش پزشکی که عبارت از "مشاهده یک چیز، انجام آن و آموزش آن" است، امری بی‌تأثیر است. یکی از رزیدنت‌های پزشکی اظهار کردند که اعلام چنین خبرهایی از جانب اینترن پزشکی و سایر اعضای درمانی بی‌تجربه می‌تواند باعث آسیب و ناراحتی اعضای خانواده بیمار شود. دیگری اظهار داشت: " وقتی پرستار با من تماس گرفت تا مرگ بیماری را که هرگز ملاقات نکرده بودم را به اطلاع اعضای خانواده اش برسانم، واقعاً احساس نامطلوبی داشتم و نمی‌دانستم که چه کاری باید انجام دهم– آن شب اولین کشیک من بود. هرگز به من مراحل را یاد نداده بودند– چه مدت باید به سینه بیمار دقت می‌کردم تا مطمئن شوم که فاقد ضربان قلب است. اگر کار دیگری نیاز است، باید چه کار کنم؛ چه باید به خانواده بگویم. خوشبختانه، هماهنگ‌کننده امور فوت بیماران حضور داشت تا در تکمیل مدارک به من کمک کند. در برخی ایالت‌ها در جهت اعلام خبر فوت بیمار، پرستاران تحت آموزش‌های درباره توجه به نیازهای اختصاصی اعضای خانواده‌ی بیماران قرار می‌گیرند. برای آموزش رزیدنت‌ها، یک برنامه چندرسانه‌ای جامع به نام"هنر اطلاع رسانی دلسوزانه فوت " وجود دارد. این برنامه شامل راهنمای مجری، کتابچه‌های راهنمای فراگیران، کارت جیبی از روند کار و فیلم‌هایی است که مهارت‌های ارتباطی را نشان می‌دهند. در مرکز پزشکی ما، به رزیدنت‌ها سناریوهای واقعی از کیس‌های متعدد (که بازیگران نقش بیماران / اعضای خانواده را بازی می‌کنند) داده می‌شوند تا آنان

ارزیابی خود را از پرونده انجام می‌دهند. این سناریوها توسط بازرسان (پزشکان، پرستاران، متخصص اخلاق) مشاهده می‌شوند و سپس در مورد روش ارتباطی، زبان بدن و موارد دیگر به رزیدنت‌ها بازخورد می‌دهند. این قالب‌های آموزشی بر ارائه‌ی بازخوردهای صادقانه‌ای درباره توانایی رزیدنت‌ها در هدایت سناریوهای واقعی و کمک به ارتقا ابعاد ضعیفشان، از جمله ارتباط/ انتخاب کلمات، زبان بدن و خودآگاهی تمرکز دارند.

نقص محتوای مراقبت تسکینی در برنامه‌های درسی دانشجویان و کتب دانشگاهی، در محیط‌های بالینی برجسته‌تر می‌شود. هنگامی که متن اصلی پزشکی و پرستاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، مشخص شد که محتوایی که دانشجویان را در مورد اصول مدیریت علائم تسکینی، تصمیم‌گیری و مهارت‌های ارتباطی مهم آگاه می‌کند، به شدت ناکافی است. یک نکته مثبت اینکه با این حال شواهدی وجود دارد که این وضعیت در حال تغییر است. افزایش آگاهی و نیاز به مراقبت تسکینی باعث ایجاد محتوای متمرکز بر مراقبت تسکینی بیشتر در برنامه‌های درسی و کتاب‌های درسی دانشکده پزشکی و پرستاری و به روز شدن قالب‌های تدریس شده است. الیسون و رادک یک دوره "مسائل مربوط به پایان زندگی" را به‌عنوان تلاش مشترک بین دفتر روحانی دانشگاه و یک برنامه پزشکی تسکینی برای دانشجویان دانشگاه برگزار کردند. این دوره چندین جایزه تدریس در زمینه‌ی اصالت، خلاقیت و همکاری کسب کرد. "مسائل مربوط به پایان زندگی" کلاس را به جلساتی متمرکز بر موضوعات مذهبی، معنوی و خداشناسی تقسیم کرد و شامل مجریان مهمان از مرکز پزشکی Geisinger در دانویل، پنسیلوانیا، از جمله پزشکان، پرستاران، متخصصان اخلاق زیستی، مراقبت‌کنندگان و مددکاران اجتماعی و مشاوران بود. اهداف آن توضیح سالمندی، بیماری و مرگ در عین افزایش همدلی و شفقت در جهت ارتقا مهارت‌های ارتباطی بود که می‌تواند در شرایط مختلف مورد استفاده قرار گیرد. منحصر به فردترین عنصر این دوره، یک پروژه یادگیری خدمات مراقبتی بود: هر دانشجو با یک عضو مشخص جامعه که با مشکلات انتهای زندگی روبرو شده است (به دلیل سن بالا، بیماری لاعلاج یا هر دو) کار می‌کند تا یک سابقه ماندگار و معنادار از زندگی فرد ایجاد کند. این پروژه‌ها شامل تهیه‌ی تاریخچه زندگی صوتی و تصویری، کتاب‌های خاطرات و حتی خاطرات ساخته شده از لباس‌های نمادین مانند لباس عروس، لباس‌های مناسبتی خاص، پتوی بچه‌ها و لباس‌های غسل تعمید بود. این دوره درخشان شامل شناخت تجربه مشترک انسانی از زندگی و مرگ – برجسته کردن نیاز به آگاهی، شناخت و معالجات بهتر در مراحل پایان زندگی– بود.

راه‌های خلاقانه برای به کار گرفتن فعالانه فراگیران در آموزش مراقبت تسکینی

- برای ارائه سخنرانی به دانشجویان و اساتید، الگوهای بالینی را ترتیب دهید.
- در بررسی برنامه درسی آموزش مراقبت انتهای زندگی فعلی همکاری کنید.
- تکالیف دوره گزینشی و کارهای بالینی در بیمارستان و مراقبت‌های تسکینی را به وضعیت مورد نیاز تغییر دهید و این افراد را در سایر کارهای بالینی اجباری به کار گیرید.
- از متن‌هایی استفاده کنید که حاوی محتوای مراقبت تسکینی از نظر بالینی هستند.
- محتوای مربوط به مدیریت علائم در بیماران سرپایی و تصمیم‌گیری بر اساس ترجیحات بیمار را در تعاریف مراقبتی بیمار بگنجانید.
- دانشجویان را تشویق کنید تا رویکردهای مبتنی بر شواهد در زمینه مراقبت تسکینی را توصیف کرده و مربیان خود را در مورد رویکردها و

معالجاتی که بار مراقبتی را بدون منفعت بیمار افزایش می‌دهد، به چالش بکشند.

- دانشجویان را تشویق کنید تا با استفاده از الگوهای موجود، روش‌های مناسب برای انتقال اخبار بد بر اساس ترجیحات و ارزش‌های بیمار را بیاموزند.
- فرصت‌های بورسیه‌های کارشناسی یا کارشناسی ارشد در مراقبت‌های تسکینی را شناسایی کنید.
- تیم‌های بهبود کیفیت را تشویق کنید تا دانشجویان فرصت مشارکت و جمع‌آوری داده‌ها بر اساس تجارب بیماران و کارکنان و نمودارهای موجود را داشته باشند.

ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ماهر، همچنین به آموزش های تخصصی مراقبت تسکینی احتیاج دارند (به بخش ۷۲ مراجعه کنید). هر دو حرفه پرستاری و پزشکی مفهوم آموزش مداوم مراقبت تسکینی، آموزش پیشرفته دانشگاهی و گواهینامه را پذیرفته‌اند.

ELNEC و EPEC نمونه‌ای از برنامه‌های آموزش مداوم هستند. برنامه ELNEC همکاری بین Hope Medical Center و انجمن کالج‌های پرستاری آمریکا است و این برنامه دوره‌های آموزشی متنوعی را برای مخاطبان مختلف (دانشکده پرستاری کارشناسی و کارشناسی ارشد، پرستارانی که در مراقبت‌های ویژه، اطفال یا سالمندان و غیره کار می‌کنند) دارد. برنامه‌های انجمن پزشکی آمریکا (AMA)[1] و EPEC موارد مشابهی را برای پزشکان برگزار می‌کنند. هر دو برنامه درسی به‌طور گسترده برای آموزش کارکنان پرستاری و پزشکی در دسترس است.

برنامه دانشکده پزشکی هاروارد در آموزش و تمرین مراقبت تسکینی

نمونه دیگری از برنامه‌ی آموزش مداوم مراقبت تسکینی در دسترس است که تحت حمایت مالی مرکز مراقبت تسکینی دانشکده پزشکی هاروارد قرار دارد و با هدف پاسخ گویی به نیازهای آموزشی رهبران برنامه‌های ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی از جمله پزشکان و پرستاران درمحیط بالینی تشکیل شده است. این برنامه شامل یک بخش ویژه برای کودکان است. این دوره در دو بخش ارائه می‌شود: بخش ۱ شامل ۷ روز یادگیری فشرده و پس از آن یک دوره زمانی ۶ ماهه است که شرکت‌کنندگان روی یک پروژه شخصی کار می‌کنند و در بحث‌های هفتگی مواردی همچون مشکلات بالینی، آموزشی و توسعه برنامه‌ها با استفاده از پست الکترونیکی مابین شرکت‌کنندگان، تبادل می‌شوند. بخش ۲ یک دوره ۷ روزه است که شامل یادگیری و آموزش مداوم تجربی متمرکز بر ارتباطات، روش‌های آموزشی، کار تیمی و رهبری است.

این برنامه تحصیلی شامل مطالبی در مورد (۱) چگونگی آموزش اصول مراقبت تسکینی (ارزیابی علل جسمی پریشانی، ارزیابی روانی-اجتماعی، معنوی، مسائل اخلاقی و فرهنگی، مراقبت تسکینی در جمعیت‌های سالمندان و کودکان، افسردگی و سوگواری) (۲) برقراری ارتباط در مراحل پایان زندگی (درک تجربه بیماری تهدیدکننده زندگی، انتقال اخبار بد، برقراری ارتباط بین فرهنگی، جلسات خانوادگی، ارائه بازخورد به کارآموزان)؛ (۳) مدیریت چالش‌های آموزش مراقبت تسکینی (اصول یادگیری بزرگسالان، درک سبک‌های یادگیری، روش‌های جدید آموزش) و (۴) توسعه و ترویج برنامه‌های بالینی و آموزشی در مراقبت‌های تسکینی (ارزیابی ساختار و فرهنگ سازمانی، ارزیابی آمادگی برای تغییر، مقابله با مخالفت‌های موجود، توسعه و تأمین مالی برنامه‌های مراقبت تسکینی و استراتژی‌های جمع‌آوری کمک مالی) است.

اساتید این دوره شامل پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی و مربیان بیمارستان‌های آموزشی

1. American Medical Association

هـاروارد و همچنـین متخصـصان خـارجی اسـت. دسترسـی بـه اطلاعـات کامـل در سـایت http://www.hms.harvard.edu/cdi/pallcare/pcep.htm امکان‌پذیر است.

آموزش پیشرفته و صدور گواهینامه در مراقبت‌های تسکینی

با توجه به اینکه استانداردهای مراقبتی به‌طور فزاینده‌ای در برنامه‌های HBPC اعمال می‌شود، آموزش تخصصی پیشرفته در مراقبت تسکینی احتمالاً به یک نیاز تبدیل می‌شود. فرصت‌های تحصیلی برای آموزش و آماده‌سازی به‌عنوان یک پزشک مراقبت تسکینی پیشرفته در حال حاضر در چندین برنامه وجود دارد (به بخش ۷۲ مراجعه کنید). در پی اجرای این برنامه‌ها و سایر آموزش‌های تخصصی، پرستاران ممکن است از طریق شورای ملی، گواهینامه تاسیس هاسپیس و موسسات ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی توسط پرستاران (NBCHPN)[1] اخذ نمایند. کارکنان پرستاری و متخصصان پرستاری بالینی می‌توانند گواهینامه معتبر را به‌عنوان یک پرستار ماهر در زمینه‌ی ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی (ACHPN)[2] دریافت کنند. ثبت نام برای امتحانات صدور این گواهینامه برای پرستاران، کارکنان پرستاری دارای مجوز، دستیاران پرستار و مدیران پرستاری امکان‌پذیر است. در سطح ملی، صدها پرستار از بدو تأسیس سازمان، مجوز تخصصی مراقبت‌های تسکینی را اخذ نموده‌اند.

یک پیشرفت چشمگیر در این زمینه در سال ۲۰۰۷ اتفاق افتاد، زمانی که هیئت تخصص‌های مختلف پزشکی آمریکا (ABMS)[3] مراقبت تسکینی را به عنوان یک شاخه‌ی فوق تخصصی در پزشکی تایید کردند. این امر از پشتیبانی گسترده‌ای برخوردار بود و توسط ۱۰ هیئت تخصص پزشکی حمایت شد. در نتیجه، پزشکان در بسیاری از تخصصها – از جمله پزشکی داخلی، پزشک خانواده، اطفال، روان‌پزشکی، مغز و اعصاب، جراحی، فوریت‌های پزشکی و زنان و زایمان — توانستند این گواهینامه را دریافت کنند. پیش از آن زمان، آزمون صدور این گواهینامه توسط هیئت مراقبت‌های تسکینی آمریکا (ABHPM)[4] برگزار می‌شد. در دهه اول صدور گواهینامه، بیش از ۲۱۰۰ پزشک از ABHPM گواهینامه دریافت کردند. ABHPM توسط ABMS به رسمیت شناخته نشده بود؛ اما در طی یک دهه با موفقیت کار کرد تا ABMS را ترغیب کند که هاسپیس و مراقبت‌های تسکینی را به‌عنوان یک فوق تخصص پزشکی تشخیص دهد. در حال حاضر ۲۴ عضو در هیئت مدیره ABMS وجود دارد (به www. abms.org مراجعه کنید).

تدوین استانداردهای مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان

چندین سازمان باهم همکاری کرده‌اند تا اقدامات استاندارد مراقبت‌های تسکینی را توسعه دهند.

پروژه توافق ملی

در آوریل ۲۰۰۴، NCP دستورالعمل‌های عملی بالینی خود را در زمینه‌ی ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی با کیفیت منتشر کرد. نسخه سوم و به روزرسانی شده این دستورالعمل‌ها در سال ۲۰۱۳ و چهارمین نسخه آن در اکتبر ۲۰۱۸ منتشر شد. این دستورالعمل‌ها که به‌صورت رایگان از سایت http://www.nationalconsensusproject.org

1. National Board for Certification of Hospice and Palliative Nurses
2. Advanced Certified Hospice and Palliative Nurse
3. American Board of Medical Specialties
4. American Board of Hospice and Palliative Medicine

قابل دانلود است، نشان‌دهنده توافق چهار سازمان مهم مراقبت تسکینی ایالات متحده است: آکادمی پزشکی هاسپیس و مراقبت تسکینی آمریکا، CAPC، انجمن پرستاران هاسپیس و مراقبت تسکینی (HPNA)[1] و سازمان ملی هاسپیس و مراقبت تسکینی (NHPCO)[2]. این دستورالعمل‌ها دستورات اصلی و ساختارهای برنامه‌های مراقبت تسکینی بالینی را مشخص می‌کنند. این دامنه‌ها به‌عنوان چارچوبی برای برنامه‌های HBPC جهت توسعه و ارزیابی رویکردهای آن‌ها در ارائه خدمات مراقبت تسکینی جامع در نظر گرفته شده‌اند. اگرچه این فعالیت‌ها و شکل‌گیری چنین سازمان‌هایی امری داوطلبانه است، اما نتایج بالقوه مثبتی را در جهت انتشار دستورالعمل‌های لازم برای صدور گواهینامه یا مجوزهای معتبر فراهم می‌کنند.

مجمع ملی کیفیت

در سال ۲۰۰۷، NQF در پاسخ به نیاز به استانداردهای ملی کیفیت، سندی را منتشر کرد که در آن لیست "اقدامات ترجیحی" ذکر شده است. NQF با NCP در توسعه این اقدامات عملکردی که تحت هشت حوزه مراقبتی NCP سازمان‌دهی شده‌اند، همکاری کرد. این اقدامات مبتنی بر شواهد بوده و یا با توافق متخصصان تأیید می‌شود و در هاسپیس‌های ارائه‌ی خدمات مراقبت تسکینی و در تمام محیط‌های مراقبتی اعمال می‌شوند.

NQF یک سازمان مشارکت غیرانتفاعی و دولتی- خصوصی است که مأموریت آن توسعه روش‌هایی برای بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده است. NQF دارای نمایندگی‌هایی از جانب سازمان‌های ملی، ایالتی، منطقه‌ای و محلی به نمایندگی از دریافت‌کنندگان، بیمه‌های دولتی و خصوصی، کارفرمایان، متخصصان، برنامه‌های بهداشتی، نهادهای معتبر، اتحادیه‌های کارگری و سایر سازمان‌های تحقیقات بهداشت و بهبود کیفیت است. این سازمان‌ها برای ایجاد استانداردهای ملی در جهت سنجش عمومی ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی ایمن، به‌موقع، مفید، بیمار محور، عادلانه و کارآمد و انتشار گزارش‌های مربوطه در این زمینه، تلاش می‌کند. این استانداردها در زمینه‌های دیگر مراقبتی به‌عنوان روشی برای پیوند عملکرد و نتیجه ارائه شده است.

مراقبت تسکینی مرکزی تا پیشرفته

یکی از اقدامات اصلی بهبود برنامه‌های HBPC در آمریکا توسط CAPC رهبری شده است. این طرح که به‌صورت پروژه چهار ساله توسط بنیاد رابرت جانسون وود در سال ۲۰۰۰ تأمین اعتبار شد، زمینه ساز تأسیس مرکز ملی در مدرسه پزشکی مونت سیانی در شهر نیویورک گردید. مأموریت این مرکز این بود که اطلاعات موجود در خصوص نحوه ارائه‌ی خدمات مراقبت تسکینی با کیفیت را در سراسر کشور منتشر کند.

CAPC با برنامه‌ریزی، توسعه و پیاده‌سازی برنامه‌های HBPC به بیمارستان‌ها کمک نمود. علاوه بر کمک به بیمارستان‌ها و سایر نظام‌های سلامتی در توسعه این برنامه، CAPC منجر به تسهیل همکاری در میان بیمارستان‌ها، مراکز مراقبتی و خانه‌های سالمندان شد؛ طرح‌های آموزشی در حوزه مراقبت تسکینی را ترویج داد؛ و به رشد و توسعه مکانیزم‌های نوآورانه و جدید برای تأمین مالی برنامه‌های مراقبت تسکینی کمک نمود. اخیراً CAPC برای توسعه مبنای شواهد قدرتمند و تحقیقات مراقبت تسکینی با مرکز ملی تحقیقات مراقبت تسکینی، همکاری می‌کند (NPCRC که در ادامه این فصل توضیح خواهیم داد).

CAPC مراکز رهبری مراقبت تسکینی

1. Hospice and Palliative Nurses Association
2. National Hospice and Palliative Care Organization

(PCLCs) را برای کمک به سازمان‌هایی توسعه داد که قصد یادگیری جنبه‌های کاربردی توسعه برنامه مراقبت تسکینی را دارند. در میان PCLCها می‌توان به این مراکز اشاره کرد: خدمات بهداشت فرویو، مینوپولیس، مینسوتا؛ مرکز سرطان ماسی در مرکز پزشکی دانشگاه کامن ولث ویرجینیا، ریچموند؛ کالج پزشکی ویسکانسین، میلواکی؛ نظام بهداشت مونت کارمل، کلمبوس، اوهیو؛ مرکز مراقبت تسکینی بلوگراس، لکسینگتون، کنتاکی؛ و دانشگاه کالیفرنیا، سن فرانسیسکو که هر یک نظام بهداشت و درمان متفاوت و مدل ارائه مراقبت تسکینی مختلفی دارند. آن‌ها نقش سازمان‌های کمکی را دارند که ویزیت در محل، آموزش عملی و کمک فنی برای پشتیبانی از توسعه برنامه‌های مراقبت تسکینی در سطح کشور، ارائه می‌کنند. اطلاعات بیشتر در خصوص PCLCها در وبسایت CAPC به آدرس (http://www.capc.org) موجود است.

مرکز ملی تحقیقات مراقبت تسکینی

مأموریت NPCRC بهبود مراقبت برای بیماران دارای بیماری‌های مزمن و تأمین نیاز خانواده‌های آن‌ها است که از طریق ترویج تحقیقات مراقبت تسکینی میسر می‌شود. این نهاد با مشارکت و همکاری CAPC، یافته‌های خود را به‌سرعت به شیوه‌های بالینی تبدیل می‌کند. NPCRC از سه مکانیزم برای دستیابی به اهداف خود بهره می‌گیرد:

- اولویت‌بندی برای تحقیقات مراقبت تسکینی
- توسعه نسل جدید محققان در حوزه مراقبت تسکینی
- همکاری و پشتیبانی از مطالعات با تمرکز بر ارتقاء و بهبود مراقبت برای بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج و خانواده‌های آن‌ها

NPCRC که در شهر نیویورک قرار دارد، کمک فنی و راهنمایی‌های لازم را از مدرسه پزشکی مونت سیانی دریافت می‌کند. پیش از تأسیس NPCRC، هیچ عامل سازمان‌دهنده برای ارتقاء و تسریع انجام تحقیقات در زمینه مراقبت تسکینی وجود نداشت. به خاطر توسعه یا عدم وجود پزشکی تسکینی در بیشتر مدارس پزشکی، تحقیقات تسکینی توسط تعداد اندکی از پژوهشگران موفقی انجام می‌گرفت که در تعداد محدودی از دانشگاه‌ها و بستر بالینی در آمریکا به‌نوعی به انزوا کشیده شده بودند.

NPCRC خانه اجرایی برای ترویج و ارتقاء تبادل فکری، تقسیم منابع (مثل آمار زیستی) و دسترسی به داده‌های مطالعات در حال انجام است تا تحقیقات جدیدی را پشتیبانی و برنامه‌ریزی کند. علاوه بر این، این مرکز از رویکرد مشارکتی برای اولویت‌بندی تحقیقات بیشتر استفاده می‌کند. این یک عامل کلیدی در توسعه مبنای شواهد محسوب می‌شود که در آن استانداردهای HBPC را می‌توان توسعه داد و ارزیابی نمود. (برای اطلاعات بیشتر به فعالیت‌های این مرکز به آدرس http://www.npcrc.org مراجعه کنید).

کمیسیون مشترک

کمیسیون مشترک یکی از سازمان‌های معتبر برای بیمارستان و سایر نهادهای خدمات و درمان است. هدف آن بهبود و ارتقاء مستمر ایمنی و کیفیت مراقبت ارائه شده به عموم است. این کمیسیون مشترک یک سازمان مستقل و غیرانتفاعی بوده و شاید مهم‌ترین مزیت آن متعهد بودن در زمینه‌ی ارتقای مستمر کیفیت خدمات و مراقبت‌ها باشد. در طول بررسی، کمیسیون مشترک عملکرد گروه را با استفاده از مجموعه استانداردهایی ارزیابی می‌کند که در هشت حوزه قرار دارند: ۱) حقوق، مسئولیت‌ها و اخلاق ۲) استمرار در مراقبت، ۳) آموزش و ارتباط ۴) ارتقاء بهداشت و پیشگیری از بیماری ۵) رهبری ۶) مدیریت منابع انسانی ۷) مدیریت اطلاعات و ۸) ارتقاء عملکرد شبکه.

در سال ۲۰۰۴، محوریت مراقبت تسکینی اختصاصی طبق دو استاندارد معرفی شد: ۱) حقوق، مسئولیت‌ها و اخلاق و ۲) ارائه خدمات، مراقبت و درمان. هدف استاندارد اول، ارتقاء نتایج با شناسایی و احترام به حقوق هر بیمار و فعالیت در مسیر اخلاقی است. مراقبت، درمان و خدمات باید به شیوه‌ای ارائه شوند که حقوق و کرامت انسان‌ها محترم شمرده شود. طبق استاندارد عملکرد، خانواده بیمار باید در درمان، مراقبت و خدمات نقش داشته باشد؛ که البته بستگی به انتخاب و تمایل بیمار دارد. مراقبت، درمان و خدمات از طریق ارزیابی‌های پیشرونده مراقبتی انجام می شود؛ نیازهای بیماران را تأمین می کند؛ و یا بیمار را ترخیص نموده یا بیمار را برای ادامه مراقبت ارجاع می‌دهد. نهادها و ارائه‌کنندگان برای جستجو و ارائه مراقبت تسکینی، تشویق می‌شوند. اطلاعات دقیق‌تر از طریق تماس با کمیسیون مشترک یا بازدید وبسایت www.jcrinc.com در اختیار شما قرار می‌گیرد.

این استانداردها بر شیوه‌های مراقبت تسکینی در سازمان ها تأکید می کند؛ بنابراین سازمان ها مسئول نحوه ارائه مراقبت تسکینی هستند. پایبندی سازمان‌ها بر ارتقای اعتبار و تامین نیازهای بیماران، به نفع عموم خواهد بود. در سال ۲۰۰۸، فرایندی در جهت توسعه "تأییدیه برنامه های مراقبت تسکینی" آغاز شد و در سال ۲۰۱۱، اجرا شد. این استانداردها و انتظارات توسط کارشناسان مراقبت تسکینی و سازمان های ذینفع اصلی، توسعه یافتند. استانداردها در کتابچه راهنمای تأییدیه مراقبت تسکینی منتشر شده‌اند. فصول آن به موارد زیر می‌پردازد:

- مدیریت برنامه
- تأمین مراقبت، درمان و خدمات
- مدیریت اطلاعات
- بهبود عملکرد

یک برنامه مراقبت تسکینی برای اینکه تأییدیه مراقبت تسکینی پیشرفته را دریافت کند، باید الزامات زیر را داشته باشد:

- در بیمارستان معتبر–کمیسیون مشترک ارائه شده باشد. بیمارستان واجد شرایط باشد، شامل بیمارستان کودکان و بیمارستان مراقبت‌های حاد و بلند مدت. واحد اختصاصی یا تخت اختصاصی نیاز نیست.
- دامنه وسیعی از خدمات مراقبت تسکینی برای بیماران بستری شده را به‌صورت شبانه روزی، در ۷ روز هفته، ارائه کند.
- در این برنامه‌ها، باید اعضاء تیم برای پاسخگویی به تماس‌های تلفنی شبانه/آخر هفته آمادگی داشته و در صورت نیاز برای تأمین نیازهای بیمار/خانواده می‌بایست امکان حضور در بیمارستان را به‌صورت شبانه روزی داشته باشند.
- برنامه‌ها باید سطح یکسانی از خدمات مراقبت تسکینی را در طول شب/آخر هفته همانند ساعات عادی سایر روزهای هفته، داشته باشد.
- نیازی نیست که اعضاء تیم مراقبت تسکینی در این برنامه حضور فیزیکی شبانه روزی در بیمارستان داشته باشند.
- حداقل به ده بیمار خدمات رسانی کرده و حداقل یک بیمار فعال در زمان بررسی اولیه کمیسیون مشترک در محل داشته باشد. بیمارانی که در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند بتوانند به راحتی در این برنامه‌های مراقبتی گنجانده شوند. همچنین این برنامه‌های مراقبتی تحت ارزیابی قرار بگیرند.
- استفاده از روش استاندارد در ارائه خدمات مراقبتی بالینی بر اساس دستورالعمل‌های روش بالینی و یا شیوه‌های مبتنی بر شواهد.
- هدایت و هماهنگی تأمین مراقبت تسکینی، درمان و خدمات برای بیماران حاضر در طرح (نوشتن دستورات، هدایت و هماهنگی فعالیت‌های تیم مراقبت از بیمار و تأثیرگذاری بر ترکیب تیم مراقبت از بیمار).

- پیروی از روش سازمان یافته به پشتوانه IDT کارشناس سلامت
- در ژانویه ۲۰۱۷، تمام بیمارستان‌های مورد تأیید در برنامه مراقبت تسکینی پیشرفته و همچنین بیمارستان‌هایی که به دنبال تأییدیه اولیه بوده‌اند، می‌بایست از روش جمع‌آوری داده برای پنج معیار استاندارد مؤثر استفاده کنند که از این تاریخ الزامی محسوب می‌شود.
- به روز رسانی‌های لازم در خصوص پیشرفت کمیسیون مشترک بر روی توسعه استاندارد را می‌توانید در وبسایت برنامه‌های تأییدیه کمیسیون به آدرس (http://www.jointcommission.org) مشاهده کنید.

اقدامات مدیریت سلامت سالمندان

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۵ مراجعه کنید.

جوامع حرفه‌ای به توسعه مراقبت تسکینی کمک می‌کنند

چندین جامعه حرفه‌ای در توسعه HBPC تعمیم یافته یا استانداردهای مراقبتی تسکینی مخصوص جمعیت، دستورالعمل‌ها یا بیانیه‌های اجماع نظر کمک می‌کنند که از طریق افزایش آگاهی عمومی و حرفه‌ای در خصوص مسائل منحصربه‌فرد مراقبت تسکینی صورت می‌گیرد. چند سازمان برگزیده و اقدامات آن‌ها در این بخش تشریح داده می‌شود.

بیمارستان ملی و سازمان مراقبت تسکینی

NHPCO در سال ۱۹۷۸ به‌عنوان سازمان بیمارستان ملی تأسیس شد. نام این سازمان در فوریه ۲۰۰۰ تغییر کرد تا مراقبت تسکینی را دربر بگیرد. بسیاری از بیمارستان‌ها اقدام به افزودن برنامه‌های مراقبت تسکینی به نام خود کردند تا دامنه وسیعی از مراقبت‌ها و خدمات ارائه شده به بیماران را نشان دهند، زیرا بیمارستان و مراقبت تسکینی می‌تواند فلسفه و ارزش‌های محوری یکسانی داشته باشند. طبق وبسایت NHPCO، این سازمان بزرگ‌ترین سازمان غیرانتفاعی است که برنامه‌های مراقبت تسکینی و بیمارستانی را از طریق کارشناسان حرفه‌ای در آمریکا ارائه می‌کند. NHPCO متعهد به بهبود مراقبت انتهای زندگی و گسترش دسترسی به مراقبت بیمارستانی است و هدف آن ارتقاء واقعی کیفیت زندگی در آمریکا برای افراد در حال فوت و عزیزانشان است. NHPCO از بیماران لاعلاج و خانواده‌هایشان حمایت می‌کند. همچنین مواد و برنامه‌های آموزش حرفه‌ای و عمومی برای افزایش درک و دسترسی به مراقبت تسکینی و بیمارستانی را توسعه می‌دهد، جلسات و سمپوزیوم‌های مستمر در مورد مسائل نوظهور تشکیل می‌دهد، منابع اطلاعاتی و فنی را در اختیار اعضاء قرار می‌دهد، تحقیق و پژوهش می‌کند، بر فعالیت‌های تنظیمی و کنگره‌ای نظارت می‌کند و با سازمان‌هایی که به مراقبت انتهای زندگی علاقه نشان می‌دهند، همکاری نزدیکی دارد.

انجمن پرستاران تسکینی و بیمارستانی

در سال ۱۹۸۷ HPNA برای تشکیل شبکه و حمایت از پرستاران در این حوزه تخصصی، ادغام شد. در سال ۱۹۹۸، این سازمان به‌صورت رسمی مراقبت تسکینی را به مأموریت خود اضافه کرد تا نیاز پرستاران شاغل در محیط‌های مراقبت تسکینی را که جدا از مراقبت بیمارستانی فعالیت می‌کنند را شناسایی کند. HPNA به سازمان شناخته شده در کشور تبدیل شد که منابع و پشتیبانی لازم را در اختیار پرستاران ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های پیشرفته، پرستاران دارای مدرک دیپلم، کارشناسان پرستاری دارای پروانه کار و کمک پرستارانی قرار دهد که از افراد مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده و لاعلاج مراقبت می‌کنند. برای هدایت

بهترین شیوه‌ها، آن‌ها چندین استاندارد و بیانیه شغلی را در مورد انواع و اقسام موضوعات شغلی توسعه داده و در اختیار همگان قرار دادند.

فرایندهای ارائه HBPC

درحالی‌که تعداد برنامه‌های HBPC رو به افزایش است، همچنان بسیاری از سازمان‌ها در مراحل برنامه‌ریزی برای ارتقاء منابع تسکینی یا توسعه برنامه تسکینی هستند. چنین اقدامی نیاز به برنامه‌ریزی دقیق دارد تا بتوان به راحتی آن را به تمام محیط‌های بیمارستانی تعمیم داد. صبر، استقامت و اجماع نظر جزء مؤلفه‌های حیاتی برای توسعه موفق این برنامه‌ها بشمار می‌آیند. همان‌طور که قبلاً گفته شد، CAPC نقش رهبری را در کمک به سازمان‌ها دارد تا برنامه موفقی منطبق با جمعیت بیماران خاص، منابع و فرهنگ سازمانی خود توسعه دهند.

فرایند توسعه برنامه HBPC

صرف‌نظر از نوع سازمان، اولین گام در توسعه برنامه HBPC، اجرای ارزیابی سیستم یا نظارت سازمانی در جهت شناسایی نقاط قوت، منابع، مشارکت‌های بالقوه و همکاران سازمان است. یک تیم متشکل از نیروهای ویژه‌ی پزشکان، مدیران و دریافت‌کنندگان علاقه‌مند می‌تواند یک شروع خوب باشد. نمونه‌ای از منابع موجود شامل تیمی متشکل از پزشکان با گرایش‌های مختلف می‌باشد؛ که به مراقبت تسکینی علاقه داشته و در این زمینه آموزش دیده‌اند؛ همچنین می‌توان به روابط موجود با بیمارستان، مدیریت موردی، برنامه ترخیص و برنامه‌های اختصاصی بیمارستان اشاره کرد. ارزیابی نیازمندی‌های بیمارستانی می‌بایست در رابطه با طول بستری بیماران، تعداد روزهای نیاز به ونتیلاتور و هزینه‌های دارویی/جانبی در روز، رهبری مراقبت تسکینی بر اساس تجربه فردی یا علاقه حرفه‌ای، برنامه‌های موجود مربوط به تسکین درد و علاقه بشردوستانه به حمایت از ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی باشد. پس از ارزیابی سیستم، مرحله دوم شامل شناسایی حوزه‌های نیاز در سازمان است تا مشخص شود که کدام برنامه‌های مراقبت تسکینی می‌توانند بیشترین نقش را در جهت دستیابی به اهداف مورد نظر داشته باشند. بسیاری از نهادها به اطلاعاتی دسترسی دارند که به ایجاد شرایطی مناسب و موردی برای مراقبت تسکینی کمک می‌کند. ارائه ایده‌های مراقبت تسکینی به یک سازمان یا پشتیبانی سازمانی زمانی ساده‌تر خواهد بود که مزایای آن (نظیر کارایی، مقرون به‌صرفگی و ارتقای مراقبت بالینی) آشکار شود. حوزه‌های مشترک موجود در برنامه‌های HBPC، شامل مدیریت علائم بیماری و درد، رضایت بیمار و خانواده، حفظ رضایت پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه (ICU) و طول بستری بیماران، ارتقاء یافته‌اند. سایر پیامدها می‌تواند شامل این موارد باشد: هزینه‌های دارویی، احراز و تقویت مشارکت‌های بیمارستانی و ارتقاء مراقبت‌های فوق تخصصی. برای کمک به سازمان‌هایی که در فرایند برنامه‌ریزی خود پیچیدگی دارند، CAPC ابزار ارزیابی سیستم و چک لیست ارزیابی نیاز در اختیار آن‌ها قرار می‌دهد که در آدرس (https://www.capc.org/search?q=system+assessment+tool) موجود است.

فرایند تأمین مراقبت تسکینی: توسعه یک تیم بین رشته‌ای

فرایند کلی تأمین مراقبت تسکینی برای بیماران و خانواده‌ها به‌ندرت از طریق یک فرد یا یک رشته محقق می‌شود. IDT مبنای خدمات HBPC بوده و تفاوت منحصربه‌فردی نسبت به ارائه سنتی مراقبت‌های پزشکی دارد. محور IDT شامل کارشناسان تخصصی و آموزش دیده در زمینه‌ی مراقبت‌های تسکینی از جمله پزشک، پرستار در تمام سطوح آموزش (پرستاران مراقبت‌های پیشرفته

(APRNs)، پرستاران دارای مدرک دیپلم، کارشناسان پرستاری دارای پروانه کار، مددکار اجتماعی، داروساز، مشاوران و روانشناسان، نمایندگان بیمارستان و سایر داوطلبان است.

شناسایی اینکه کدام تیم مراقبتی بهترین مراقبت مورد نیاز بیماران را ارائه می‌دهد، بخش اصلی ارزیابی اولیه محسوب می‌شود. یک پزشک ممکن است مخصوص دریافت مشاوره اولیه و سازمان‌دهی روز کاری باشد. یک تیم ممکن است در این مورد تصمیم بگیرد که تمام مشاوران جدید ابتدا توسط ارائه‌کننده خدمات پزشکی ملاقات شوند. همچنین پزشک می‌تواند به‌عنوان منبعی برای سایر اعضاء تیم بوده و بر فراگیران پزشکی نظارت کند. APRNs ممکن است به‌صورت مستقل یا با همکاری پزشک حاضر جهت انجام مشاوره‌های اولیه، فعالیت کنند. اگر منابع اجازه دهد، این کار باید به‌صورت گروهی انجام شود. با این وجود، حجم کار و منابع باعث می‌شود که مشاوران جدید در میان ارائه‌کنندگان خدمات پزشکی تقسیم شوند. در سازمان‌هایی که از فراگیران حمایت می‌کند، پس از یک دوره نظارت و مشاهده، آن فراگیر (مثل رزیدنت، همکار، دانشجوی پرستاری یا پزشکی) می‌تواند بررسی چارت اولیه را انجام دهد، با بیمار و خانواده بیمار مصاحبه کند و سپس بیمار را به پزشک یا APRN ارجاع دهد که بعد از آن هر دو گروه بیمار را مجدداً ملاقات خواهند کرد. در تمام این مدت، اعضای تیم باید نسبت به سطح انرژی بیمار و سطح تخصص فراگیر آگاه باشد تا در مورد مناسب بودن قالب خدمات ارائه شده تصمیم‌گیری کند. در طول مشاوره اولیه، نیازهای اولیه معنوی/اجتماعی و روانی شناسایی شده و سایر اعضاء تیم وارد برنامه مراقبتی بیمار می‌شوند.

APRN و یا پزشک تأیید شده مراقبت تسکینی مسئول ارزیابی اولیه و مراقبت پزشکی روزانه اکثر بیماران هستند. با این وجود، با توجه به نیاز بیمار، اعضاء دیگر گروه هم می‌توانند در این مراقبت نقش داشته باشند. به‌عنوان مثال، اگر دغدغه اصلی بیمار جسمی باشد، ارائه‌کننده خدمات پزشکی باید برنامه مراقبتی را برای او در نظر بگیرد. اگر دغدغه اصلی بیمار ماهیت وجودی داشته باشد، ارائه‌کننده خدمات مراقبت‌های معنوی باید در دستور کار قرار بگیرد. از سوی دیگر اگر نیاز اصلی بیمار، پشتیبانی از خانواده باشد، مددکار اجتماعی مهم‌ترین ارائه‌کننده خدمات مراقبتی خواهد بود. متخصصان پزشکی مکمل و درمانگر و داوطلبان نیز می‌توانند جزء اعضاء IDT باشند. این افراد جزء ارائه‌کنندگان خدمات در زمینه‌های مختلف هستند که قادر به ارائه ماساژ، انرژی کاری، یا دستورالعمل برای بیماران و خانواده‌ها می‌باشند. داوطلبان مراقبت تسکینی نیز آموزش تخصصی دیده‌اند تا بیماران نیازمند مراقبت تسکینی را معاینه کنند و توسط هماهنگ‌کننده داوطلب راهنمایی می‌شوند. آن‌ها به بیماران و خانواده‌هایشان گوش می‌دهند و آن‌ها را همراهی می‌کنند. گرچه برخی از کارها به نظر ساده از جمله خواندن کتاب و انجام کارهای جزئی، می‌تواند منجر به بهبود شرایط معنوی بیمار و خانواده‌ها گردد؛ اما جنبه مهمی از چشم انداز مراقبتی برای بیمار و خانواده بشمار می‌آید. داروسازها، پزشکان درمان مکمل و تسکینی، همکاران بیمارستانی و داوطلبان نیز می‌توانند بخشی از تیم اصلی در سازمان‌ها باشند. به‌عنوان مثال، گرچه نیازهای پزشکی موضوعی پیچیده محسوب می‌شود، اما این تیم‌ها نیاز به حضور داروساز تخصصی دارند تا به‌صورت شبانه روزی با تیم همکاری کنند. در نتیجه، حضور داروساز به‌صورت منظم در جلسات IDT برنامه‌ریزی شده، می‌تواند واقع‌بینانه‌تر باشد. به‌طور مشابه، اعضاء بیمارستانی، متخصصان درمان مکمل/ تسکینی و سایر افراد می‌توانند فقط برای ملاقات‌های هفتگی حاضر باشند. اعضاء غیربالینی تیم از جمله مدیریت اجرایی، مالی یا مدیران دیگر و منشی‌ها، با تأمین زیرساخت

حمایتی که تیم بتواند در آن چارچوب به‌خوبی مسئولیت‌های خود را انجام دهد، مسئول نگهداری و حفظ تیم IDT می‌باشند. اعضاء اصلی تیم می‌توانند به‌عنوان نماینده یا همراه آن‌ها در کمیته‌های مهم سازمانی حضور داشته باشند. دیگر کارکرد مهم مدیران برنامه، جمع‌آوری اطلاعات برای ارزیابی مالی و بالینی جهت ارتقاء کیفیت، توجیه برنامه برای سازمان یا پژوهش است. پشتیبانی متصدیان / منشی‌ها نیز می‌تواند خط مقدم ارتباط برای بیماران و ارجاع پزشک باشد و می‌توان برنامه تلفنی یا حضوری برای آن‌ها در نظر گرفت. افرادی که برای این مسئولیت‌ها انتخاب می‌شوند باید مهارت، صبر و قدرت مراقبتی کافی داشته باشند تا با استرس افراد در شرایط بحران و فوریت مشاوره‌های درست، توانایی و آمادگی داشته باشند. پس از مشاوره اولیه، با توجه به نیازهای بیمار، در طول فرایند بستری کردن می‌توان پیگیری‌های لازم را در ادامه انجام داد. برخی از بیماران نیازهای حساس دارند (مثل دردهای خارج از کنترل) که باید یک بار در روز ویزیت شوند. برخی دیگر از بیماران ممکن است نیاز به بازدید هفتگی داشته باشند. برخی از بیماران نیز توسط ارائه‌کنندگان خدمات پزشکی، خدمات مراقبت‌های معنوی و مذهبی، خدمات تسکینی و درمان کمکی و داوطلبان ملاقات می‌شوند که می‌تواند همگی در یک روز انجام شود.

فرایند پشتیبانی از ارتباطات میان رشته‌ای در تیم مراقبتی

ارتباط به‌عنوان چالش برانگیز و حیاتی‌ترین جنبه در ارائه مراقبت تسکینی بشمار می‌آید. ارتباط درون تیمی منظم و مؤثر منجر به ارائه خدمات بی‌وقفه به بیماران خواهد شد. این تیم‌ها برای دستیابی به ارتباطات بهینه، درباره مسائل مراقبت از بیمار از مکانیسم‌های متعددی استفاده خواهند کرد. هدف جلسات منظم تیمی در ارتباط با مراقبت از بیمار این است که تمام رشته‌های حاضر در تیم مراقبتی بتوانند در توسعه و اجرای برنامه‌های جامع مراقبتی سهیم باشند و ارزش‌ها، اولویت‌ها، اهداف و نیازهای تک‌تک بیماران را منعکس نماید. کار کردن به‌عنوان IDT واقعی مستلزم تلاش روزافزون است. در گذشته مدل پزشکی تا حد زیادی زمینه ساز ارائه خدمات بهداشت و درمان بود و این روند تا حد زیادی در عصر حاضر نیز ادامه دارد. با این وجود، در مدل مراقبت جامع مراقبت تسکینی، ارائه‌دهندگان مراقبت معنوی/اجتماعی/روانی باید قدرت و ورودی یکسانی داشته باشند؛ برای بسیاری از پزشکان، این امر در عمل نشان از یک تغییر است. تیم‌ها باید نسبت به مؤثر و کارآمد بودن خود هوشیار باشند تا فقط بر روی جنبه‌های پزشکی یا درمانی مراقبت تمرکز کنند. تشکیل حداقل یک جلسه حضوری در هفته، با حضور اعضاء IDT، یک عامل مهم در راستای تأمین مراقبت هماهنگ و باکیفیت برای بیماران محسوب می‌شود. در طول جلسه IDT، بیماران حضور فعال دارند و تمام اعضاء تیم فرصت دارند تا در توسعه برنامه‌ی مراقبتی و درمانی نقش داشته باشند.

انجام مشاوره مراقبت تسکینی

مشاوره مراقبت تسکینی به شیوه‌های مختلفی انجام می‌شود. برخی از خدمات (مکانیزم‌های پوششی) نیاز دارند تا ابتدا پزشک فرایند مشاوره را آغاز کند. اگر کسی به غیر از پزشک حاضر، درخواست مشاوره با بیمار بستری شده داشته باشد، باید پزشک (مراقب اصلی) در فرایند مشاوره حاضر باشند. اکثر تیم‌های درمانی و مراقبتی فرایند مشاوره را قبل از ملاقات با بیمار انجام می‌دهند.

چه زمانی مشاوره انجام می‌شود؟

مشاوره باید در هر زمانی که بیمار نیاز جسمی، روانی، اجتماعی یا معنوی داشته باشد، انجام شود؛ برنامه‌های

مراقبت تسکینی به دلایل مختلفی انجام می‌شوند، اما یکی از دلایل مهم آن تأمین نیازهای بیمار و تسکین علائم بیماری و برنامه‌ریزی مراقبت انتهای زندگی برای بیمارانی است که مشمول شرایط بیمارستانی نیستند؛ دارای امید به زندگی بیش از ۶ ماه، بوده و یا در حال سپری کردن دوره درمان فعال بیماری هستند. بیمارانی که برای دریافت مراقبت‌های تسکینی مبتنی بر امید ارجاع داده می‌شوند اغلب بیماران با امید به زندگی کمتر از ۶ ماه هستند. ارجاع بیمار مبتلا به بیماری لاعلاج و ناتوان‌کننده یکی از مزیت‌های خدمات مراقبت تسکینی محسوب می‌شود. برخی از سازمان‌ها محرک‌ها، پروتکل‌ها یا الگوریتم‌های مشاوره‌ای درون سازمانی برای بیماری‌های خاص لاعلاج در نظر می‌گیرند که بر اساس این پروتکل‌ها، مشاوره هنگام معاینه و تشخیص بیماری ارائه می‌شود. ارجاع خودکار می‌تواند برای تمام بیماران مبتلا به انواع بیماری‌های سرطان محدودکننده زندگی (مثل سرطان مغز، پانکراس، ریه، کبد و غیره) می‌باشند، انجام شود همچنین در این موارد اعضای تیم درمانی معمولاً به قدرت کلمه‌ی "معجزه" تکیه می‌کنند. یک ابزار تحقیقی معتبر که در تحقیقات مراقبت تسکینی برای شناسایی بیماران مشرف به مرگ در طی یک سال آینده‌ی زندگی‌شان هستند، استفاده می‌شود و پس از شناسایی آنان را در اولویت دریافت خدمات مراقبت تسکینی قرار می‌دهند. شکل ۳.۱، نمونه‌ای از یک "ابزار محرک" را ارائه می‌کند؛ این ابزار در محیط‌های مختلفی از جمله ICU بزرگ‌سالان، بخش‌های بستری بیماران مبتلا به سرطان و بخش جراحی‌های عمومی مورد بررسی مقدماتی قرار گرفته است. جمعیت‌های بیمار غیر مبتلا به سرطان که برای ارجاع خودکار در نظر گرفته می‌شوند، افراد با اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، نارسایی قلبی، مرحله نهایی نارسایی کلیه وابسته به دیالیز و کسانی که صرف‌نظر از تشخیص بیماری آن‌ها، تجربه بستری مکرر در بیمارستان را دارند. این بیماران نیاز شدیدی به خدمات مراقبت تسکینی دارند. برنامه‌ریزی دقیق و همکاری نزدیک با تمام اعضای تیم درمانی در جهت شکل‌گیری روند ارجاع خودکار ضروری است تا اطمینان حاصل شود که افراد نیازمند به خدمات مراقبت تسکینی، به‌موقع مورد توجه و رسیدگی قرار می‌گیرند. برخی از مشاوره‌های خدمات مراقبت تسکینی با برنامه‌ریزی خودکار ممکن است در کلینیک یا به‌صورت سرپایی صورت بگیرد، درحالی‌که برخی از سازمان‌ها از محرک‌های بیمارستانی استفاده می‌کنند که تیم مراقبت اولیه را از نیاز بیماران به استفاده از این خدمات تخصصی آگاه می‌سازد. در طول زمان، برنامه‌های HBPC با تلاش‌های بازاریابی و یا قابلیت رؤیت در جامعه می‌تواند باعث خود ارجاعی بیماران یا اعضاء خانواده بیماران شود.

در مشاوره مراقبت تسکینی چه مواردی در نظر گرفته می‌شود؟

مشاوره اولیه مبتنی بر تعامل با بیمار و خانواده بیمار است. علاوه بر تخصص ویژه، تیم مراقبت تسکینی منابع منحصربه‌فردی از نظر حضور و زمان را در اختیار آن‌ها قرار می‌دهد. مطالب زیادی درباره مسائل مربوط به مشاوره اولیه ارائه شده است. باید اطمینان داشت که زمان کافی برای مواجهه با بیمار و خانواده وجود دارد. اگر نتوان جلوی محدودیت زمانی را گرفت، باید در شروع مشاوره به این محدودیت‌ها توجه داشت. نشستن در طول مشاوره و اطمینان دادن از اینکه همه افراد مورد نیاز در جلسه مشاوره حضور دارند، از اهمیت بسیاری برخوردار است (به فصل چهارم "ارتباط در مراقبت تسکینی" رجوع کنید). با توجه به منابع موجود و ترکیب تیم درمانی، مشاوره اولیه می‌تواند در هرجایی انجام شود. در صورت بستری بودن بیمار، معمولاً مشاوره در اتاق بیمار انجام می‌شود؛ برای مشاوره‌های

ابزار مشاوره پزشکی پشتیبان و تسکینی
سابقه پزشکی: ..... سن:..... علت پذیرش:.....
برای ارزیابی مناسب بودن PSMC، به معیارهای زیر توجه کنید

SCORING

۱) آیا اگر بیمار در یک سال زنده بماند، شگفت زده می‌شوید؟
بله- ۳ امتیاز
خیر- ۰ امتیاز

TOTAL SECTION 1 (0 OR 3)

Score 2 points each

۲) روند اولیه بیماری:
الف) متاستاتیک و عودکننده
ب) COPD پیشرفته (نیاز به اکسیژن در خانه دارد)
پ) بیماری های نورولوژیکی (غذا خوردن به سختی یا با درد)
ت) مرحله پایانی بیماری کلیوی (توقف دیالیز)
د) نارسایی پیشرفته احتقانی قلب (DOE یک بیماری انسدادی)
ر) بیشتر از ۳ بار بستری شدن یا انجام ویزیت های ED در منزل برای بیماران صعب العلاج
ه) سایر بیماری‌های لاعلاج که منجر به علائم قابل توجه می‌شوند

TOTAL SECTION 2

۳) نشانه‌های غیرقابل مهار یا علائم بالینی

۱ امتیاز برای هرکدام:
۵) پشتیبانی بلند مدت
۶) سایر

۱ امتیاز برای هر کدام:
۱) اضطراب
۲) افسردگی
۳) کاهش وزن
۴) یبوست

۲ امتیاز برای هر کدام:
۱) درد
۲) تنگی نفس
۳) حالت تهوع
۴) انسداد روده

TOTAL SECTION 3

Score as specified

۴) وضعیت کارکردی پیش بینی شده بیمار در زمان ترخیص- استفاده از وضعیت عملکرد ECOG

Score	Scale	Grade
0	کاملاً فعال، توانایی انجام فعالیت‌های قبل از بیماری را بدون محدودیت دارد، می‌تواند بیرون از منزل به صورت ایستاده یا به صورت نشسته کار کند	0–1
1	فعالیت‌های نشسته و خود مراقبتی را انجام می‌دهد، اما نمی‌تواند فعالیت‌های کار در بیرون را انجام دهد. توانایی بیداری به بیش از ۵۰ درصد رسیده است.	2
3	توانایی خود مراقبتی محدود دارد؛ وابسته به تخت یا صندلی برای انجام بیش از ۵۰ درصد کارهای خود است	3–4

TOTAL SECTION 4 (0, 1, OR 3)

Score 2 points each

۵) مشکلات روانی اجتماعی (بیمار یا خانواده)
۱) نیاز به بحث در مورد مشکلات پایان زندگی
۲) نیاز به ارزیابی برای ارجاع بیمارستانی احتمالی
۳) هیدراتاسیون یا تغذیه کمکی لازم است
۴) اهداف یا انتظارات غیرواقع بینانه

TOTAL SECTION 5

TOTAL SCORE SECTIONS 1–5

دستورالعمل امتیاز دهی:
کل امتیاز ۸= در صورت تمایل برای رفع مشکل به مشاوره ارجاع یابد
امتیاز ۱۱-۹= PSMC در نظر گرفته شود
امتیاز ۷۲-۱۲ = PSMC شدیداً لازم است

پرکننده فرم : _____
تاریخ : _____

شکل ۳.۱. ابزار مشاوره پزشکی پشتیبان و تسکینی مرکز پزشکی گیسینگر و ابزار مشاوره پشتیبان و واکنش سریع

برای ارزیابی مناسب بودن PMRRC به معیارهای زیر توجه کنید:
۱. امتیاز ابزار مشاوره پزشکی تسکینی کمتر از ۹ (جدول صفحه قبل را ببینید)
۲. بیمار از SNF ارجاع یافته تا لوله PEG در بدن او جایگذاری شود، دمانس قابل توجهی دارد یا سرطان متاستاتیکی در حال پیشرفت دارد
۳. بیمار بالاتر از ۷۵ سال با مشکلات پزشکی شدید ۱. راهنمای برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته[1] و تصمیم گیرنده جایگزین ندارد ۲. راهنمای برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته که انتخاب‌های باید و نباید را مشخص می‌کند ۳. بیماری چند سیستمی یا تک سیستمی در حال پیشرفت با بقاء مورد انتظار در طی یک سال آینده یا کمتر و درمان‌های محدود موجود برای این بیماری ۴. مراقبت‌کننده در منزل یا خانواده با اهداف مختلف برای بیمار ۵. بیمار در چند اندام خود نارسایی دارد، از سرطان یا بیماری پیشرونده علیرغم درمان رنج می‌برد، یا اینکه درمانی برای او برنامه‌ریزی نشده است.
۴. بیمار یا خانواده که درخواست درمان پزشکی برای افزایش طول عمر یا احیای قلبی و ریوی کرده که از نظر مرکز ارائه‌دهنده خدمات مراقبت اولیه هیچ سودی برای بیمار نخواهد داشت.
۵. ارائه‌ی خدمات پزشکی محلی و یا ارجاع احتمالی بیمار به بیمارستان یا برنامه‌های مراقبت تسکینی برای SNF

ادامه شکل ۳.۱.

سرپایی، مشاوره در اتاق معاینه کلینیک انجام می‌شود. اگر منابع لازم وجود داشته باشد، مشاوره می‌تواند در خانه بیمار یا مراکز مراقبت محلی انجام شود. دغدغه اصلی فراهم نمودن محیطی آرام و خصوصی است. محیطی که در بیمارستان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های حاد معمولاً به سختی یافت می‌شود.

اکثر بیماران با اصطلاح مراقبت تسکینی بیگانه هستند و یا آن را مرتبط با مرگ یا مراقبت‌های بیمارستانی می‌دانند. بیمارانی که در اوایل دوره بیماری خود قرار دارند، با خود فکر می‌کنند چرا باید برای دریافت این خدمات مشاوره انجام شود. رساندن سطح درک و آگاهی بیمار و توضیح در مورد نقش و تمرکز تیم مراقبت تسکینی، نقطه شروع بسیار مهمی در بحث مشاوره محسوب می‌شود. اغلب بیماران و خانواده‌ها نیاز به اطمینان بخشی دارند که تیم مراقبت اولیه آن‌ها را رها نخواهد کرد. با توضیح اینکه تیم مراقبت تسکینی قرار است در خصوص راهنمای تخصصی به آن‌ها مشاوره دهد و قرار نیست جایگزین تیم مراقبت اولیه شود، آن‌ها به آرامش می‌رسند. ارائه توضیح مطمئن و شفاف در مورد خدمات به همه کمک می‌کند تا سطح انتظارات خود را شناسایی کنند. ارائه بروشور یا اطلاعات مکتوب درباره مراقبت تسکینی و اعضاء این تیم بسیار مفید است. ارزیابی درک و آگاهی بیمار/خانواده درباره وضعیت فعلی نیز گام بعدی خواهد بود. ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت و درمان اغلب بر این باورند که در امر شرح روند درمانی و مراقبتی کار خود را به نحو احسن و کامل انجام می‌دهند؛ با این وجود، بیماران تحت استرس هستند و

1. Advance directive

نیاز به توضیح بیشتر با زبان ساده دارند تا بتوانند موقعیت خود را به‌خوبی درک کنند. سپس، ارزیابی کامل و جامع شروع می‌شود که شامل بررسی علائم و مشکلات جسمی و همچنین ارزیابی مسائل معنوی، اجتماعی، عاطفی و روان‌شناختی خواهد بود. رسیدن به تصویر روشنی از ساختار پشتیبانی اجتماعی بیمار و روابط خانواده بسیار ضروری است؛ زیرا مسائل و مشکلات موجود اغلب بر تصمیم‌گیری بیماران تأثیر می‌گذارند. بررسی اینکه چه چیزی به زندگی بیمار معنا می‌دهد و آن‌ها چه کسی هستند و چه هویتی دارند، به هدایت امر مراقبت و درمان کمک می‌کند. برای بیماران خود به‌عنوان یک انسان وقت بگذارید تا در مواجهه پزشکی با آن‌ها رفتار انسانی داشته باشید؛ سرگرمی، شور و اشتیاق به زندگی، معنایی که به کار و زندگی می‌دهند، همگی جزء جنبه‌های مهمی هستند که لازم است درباره فرد بیمار بدانید. ارزیابی و توجه به اولویت‌های فرهنگی نیز باعث ارتقاء ارتباط و افزایش اثربخشی تمام مداخلات خواهد شد.

سایر حوزه‌های مهم برای ارزیابی عبارتند از اهداف مراقبتی، برنامه‌ریزی بر اساس نیازهای مراقبتی از قبل و سبک تصمیم‌گیری در زمینه‌ی روند درمانی. به سبب محدودیت‌های زمانی و گاهی عدم مهارت، این مسائل پیچیده نادیده گرفته می‌شوند و یا به‌ندرت توسط تیم مراقبت اولیه مورد بررسی و توجه قرار می‌گیرند؛ علیرغم اینکه این موارد جز مسائل بسیار مهم در تشکیل برنامه مراقبتی محسوب می‌شوند؛ باید دانست که سطح انتظارات و امید بیمار و اعضای خانواده از مداخلات درمانی چیست. اینجا نقش حمایتی پرستاری مطرح می‌شود؛ وقتی افراد بیشترین زمان را در کنار یکدیگر صرف می‌کنند، پرستاران می‌توانند اهداف و اولویت‌های فردی خانواده/بیمار را شناسایی کنند و به سوالاتی نظیر "شرایط بهتر برای تو چه معنایی دارد؟" پاسخ دهند. به دلیل نیاز به زمان و انرژی بیشتر برای چنین روابطی، اغلب این جنبه‌های مهم نادیده گرفته می‌شوند. برای تیم پزشکی، بهتر بودن بدان معناست که بیمار بتواند از بیمارستان ترخیص شود؛ برای بیمار بهتر بودن یعنی بهبود کامل یا انتظار به بازگشت به سطح بالای توانایی. پیامدهای بالینی بیماری جدید یا بیماری‌های خاص همیشه برای بیمار یا خانواده آشکار نیستند و نیاز به بررسی و بحث بیشتری دارند. انجام بررسی‌های لازم در اولین ویزیت، به شفاف شدن شرایط کمک می‌کند. تکمیل برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته روشی برای رصد اهداف مراقبتی و معنادار بودن آن در هنگام تصمیم‌گیری‌های درمانی خواهد بود. برخی از برنامه‌های مراقبتی قالب‌های استانداردی را توسعه داده‌اند که بر اساس آن مسائل مهم مرتبط با روند درمانی و مراقبتی را برای متخصصان این حوزه یادآوری میکنند تا این مسائل در جلسات مشاوره مورد بررسی قرار گیرند.

چه کسی باید در مشاوره اولیه حاضر باشد؟

گاهی اوقات انجام مشاوره بدون حضور بیمار (مثلاً زمانی که بیمار در کما به سر می‌برد) مناسب است، اما در اکثر مواقع برای انجام مشاوره، حضور بیمار لازم است. بیمار تصمیم می‌گیرد که کدام اعضاء پشتیبان و یا خانواده‌اش در مشاوره حضور داشته باشند. شاید یک یا چند عضو از تیم مراقبت تسکینی حضور داشته باشند. یک عضو از تیم ارجاع نیز می‌تواند حضور داشته باشد که البته در مشاوره اولیه رایج نیست. اگر ملاقاتی با خانواده هدف برنامه‌ریزی شود، حضور تیم ارجاع نیز الزامی است؛ بنابراین تمام تصمیم گیرندگان در اتاق کنار یکدیگر جمع می‌شوند. جلسات خانوادگی بخش بزرگی از مداخلات مراقبت تسکینی را تشکیل می‌دهند. در طول مشاوره اولیه، شاید مشخص باشد که ملاقات خانوادگی می‌بایست با بحث درباره برنامه‌ریزی مراقبتی ادامه پیدا کند و گاهی این

ملاقات همزمان به‌عنوان بخشی از مشاوره اولیه سازمان‌دهی می‌شود. پرس و جوی مستقیم از بیمار باعث می‌شود که اعضاء پشتیبان و خانواده بیمار برای بحث و گفتگو در جلسه حضور داشته باشند و باید نهایت تلاش به کار گرفته شود تا نفرات مورد نظر بیمار در این جلسه حاضر شوند. برگزاری ملاقات خانوادگی نیاز به برنامه‌ریزی و مهارت دارد. در جهان پُرهیاهوی کنونی، هماهنگی چند برنامه با اعضاء خانواده به منظور حضور در بیمارستان، به دلیل مسائل روزمره‌ی زندگی، دشوار است. در این موارد، استفاده از کنفرانس تلفنی بسیار مفید خواهد بود. منابعی برای کمک در اختیار اعضاء بی‌تجربه تیم قرار دارد که در روند مهم سازمان‌دهی و انجام ملاقات خانوادگی به آن‌ها کمک می‌کند.

استمرار در مراقبت: عملیات‌های روزانه

افراد مبتلا به بیماری‌های لاعلاج ممکن است از مسیرهای مختلفی استفاده کنند: آن‌ها به خاطر بیماری لاعلاجی که دارند باید تحت "مراقبت‌های خاص" قرار بگیرند که متفاوت از مسیر مورد انتظار یا "ایده‌آل" در نظام خدمات و درمان در برنامه HBPC است. سازمان‌های متعددی به مطالعه فرایندهای مراقبتی پرداخته و مسیرهای بالینی را تنظیم کرده‌اند که به استانداردسازی رویه‌ها و کاهش تغییرپذیری مراقبت برای بیماران نیازمند مراقبت تسکینی مبتلا به بیماری‌های لاعلاج کمک می‌کند، زیرا آن‌ها سیستم بهداشت و درمان پیچیده‌ای را تجربه می‌کنند. مؤلفه‌های معمول عبارتند از توجه به علائم بیمار و همچنین نیازهای خانواده در ورود به سیستم و در طول بستری تا لحظه ترخیص از بیمارستان. تخصیص چارچوب زمانی برای رسیدگی به نیازها به پیشرفت فرایند نظارت و پیگیری نتایج کمک می‌کند و مشخص خواهد شد که به کدام نیازها باید بیشتر توجه شود. گرچه دستورالعمل‌ها و استانداردهای منتشر شده ممکن است توصیه‌های مشابهی را ارائه کنند، اما نقشه راه تهیه شده، به شناسایی مکانیزم‌های پاسخگو و عملی در جهت دستیابی به پیامدهای خاص، کمک می‌کند. تحلیل چند نمونه تغییرپذیری ممکن است باعث هوشیاری بیشتر تیم در خصوص سیستم بالقوه کمبودها شده و به ضرورت بهبود و ارتقاء شرایط اشاره کند.

بسیاری از سازمان‌ها از ترتیب یا الگوریتم‌های مبتنی بر شواهد و استاندارد برای هدایت جنبه‌های مختلف مراقبت در موقعیت‌های انتهای زندگی استفاده می‌کنند. برخی از محدودیت‌های موجود عبارتند از انواع درمان‌های موجود از جمله احیای قلبی ریوی و کاهش فشار خون. علاوه بر این، برگه‌های از پیش چاپ شده که مدیریت علائم و عوارض جانبی از جمله حالت تهوع، یبوست و درد را نشان می‌دهند، کار پزشک و کارآموزان را برای تهیه مجدد برنامه‌های جامع، بدون اعمال سلائق شخصی‌شان، تسهیل می‌کند. این ابزار آموزشی، ابزاری ارزشمند در بستر ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی است که همواره تحت تغییر و تحولات بسیاری قرار می‌گیرد. پرستاران می‌توانند به توسعه سیاست‌های بیمارستانی، آموزشی و روش‌های مراقبتی کمک کنند. تیم مراقبت و درمان باید مطمئن شود که رویکرد مثبت (با تمرکز بر آنچه برای افراد مبتلا به بیماری‌های لاعلاج و خانواده‌هایشان می‌توان انجام داد) در دست اجرا باشد. در سطح کلان مراقبت سرطان، شبکه جامع ملی سرطان "استانداردهای مراقبتی" جامعی را در قالب دستورالعمل بالینی مراقبت تسکینی، منتشر کرده است. این راهنما به‌عنوان دستورالعمل حرفه‌ای و مخصوص بیمار منتشر شده که در آدرس nccn.org موجود است.

مستندسازی مشاوره‌های مراقبت تسکینی

همانند تمام جنبه‌های ارائه مراقبت و درمان، مستندسازی مبنای ارتباط با سایر ارائه‌دهندگان

خدمات، بخصوص در میان محیط‌های مختلف مراقبت و درمان، محسوب می‌شود. به‌عنوان یک خدمات مشاوره‌ای، شامل ارائه‌دهندگان مراقبت اولیه، برنامه مراقبت باید زمینه ساز افزایش مشارکت شده و به پیگیری‌های مطمئن کمک کند. توصیه‌هایی برای مدیریت علائم، شناسایی اهداف مراقبتی، برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته و تمایل به احیاء؛ یا مشاوره و پشتیبانی عاطفی در مرکز مداخلات و ارزیابی مراقبت تسکینی قرار می‌گیرند. سوابق الکترونیکی پزشکی (EMR) می‌تواند راهی سریع برای اشتراک اطلاعات با تمام اعضاء تیم مراقبت باشد. اعضاء دائم که لازم به اشتراک مشاوره‌ها دارند، عبارتند از خدمات ارجاع اولیه (اگر بیمار بستری شده باشد)، ارائه‌دهنده مراقبت اولیه و سایر متخصصان ارائه‌دهنده‌ی مشاوره به بیمار. ارائه نسخه‌ای از نکات مشاوره، به‌صورت الکترونیکی و سریع، به ارتباط و اجرای به‌موقع توصیه‌های مراقبتی و پزشکی کمک می‌کند.

مستندسازی می‌تواند وسیله‌ای برای آموزش باشد و به هیچ وجه نباید آن را نادیده گرفت. گنجاندن موارد اختصاصی در برنامه مراقبت به ارائه‌دهندگان کمک می‌کند تا نسبت به جنبه‌های مراقبت تسکینی آگاه شوند. به‌عنوان مثال، تیم مراقبت اولیه، سعی می‌کند با تجویز دوز دارویی کمتر، درد بیمار را تسکین دهد. در زمینه‌ی مدیریت درد در برنامه مراقبت تسکینی، توجه به مصرف روزانه مُسکن و نوشتن جزئیات محاسبه (۱۰-۲۰ درصد از کل نیاز روزانه) به‌صورت چاپی، به دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت کمک می‌کند تا بدانند میزان تجویز دارو در آینده چه میزان باشد. ارتباط آشکار و شفاف به هر یک از اعضاء تیم کمک قابل توجهی خواهد کرد.

در نهایت مستندسازی اهداف مراقبت، تمایل به احیاء و برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته به طریقی که برای همه قابل مشاهده باشد، یک چالش محسوب می‌شود. بیماران اغلب شکایت می‌کنند که اطلاعات یا مستندات کافی از جمله دستورالعمل از پیش تعیین‌شده ارائه کرده‌اند، اما در موقع درمان و مراقبت، این اطلاعات به‌خوبی در اختیار تیم قرار نمی‌گیرد. به‌عنوان راهکاری برای بهبود کیفیت، موسسه ما یک برگه قابل مشاهده در EMR برای دستورالعمل از پیش تعیین‌شده قرار داده است. در این سیستم، مستندات مهم (دستورالعمل از پیش تعیین‌شده و دستورات عدم انجام احیاء[1]) به‌صورت سوابق ارائه می‌شوند. این تصمیم به فهرست مسئله مبتنی بر EMR بیمار افزوده می‌شود، بنابراین هر یک از ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت که به نمودار دسترسی دارند، به‌سرعت متوجه می‌شوند که به‌عنوان مثال آیا بیمار وضعیت بدون کد انتخابی، دستورالعمل از پیش تعیین‌شده کامل شده و موارد از این قبیل، دارند یا خیر. برای بیمارانی که به‌صورت کلامی خواسته‌های خود را بیان می‌کنند اما به‌صورت سند رسمی آن را ارائه نمی‌دهند، پزشک می‌تواند برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته را کامل کند و همان خواسته‌های بیمار را به‌صورت فرم رسمی ارائه دهد. هر یک از اعضاء تیم می‌توانند این کار را انجام دهند و قدرت نمایندگی اعضاء تیم و همچنین خواسته‌های مراقبتی بیمار را نشان می‌دهد (خواسته احیاء، خواسته هیدراتاسیون/تغذیه به‌وسیله دارو). یادداشت‌های کامل شده و اسناد واقعی در بخش EMR نوشته می‌شوند و همه ارائه‌دهندگان به آن دسترسی دارند (از جمله بخش اورژانس و مطب پزشک که بخشی از نظام مرکزی پزشکی محسوب می‌شوند).

تکمیل فرایند: ارجاع به مراکز مراقبتی و استمرار

تیم مراقبت تسکینی باید دقت داشته باشد که آن‌ها مشاور هستند و در نهایت امر بیماران تحت راهنمایی ارائه‌دهنده اصلی مراقبت قرار خواهند گرفت. درحالی‌که برخی از ارائه‌دهندگان از دریافت کمک در

1. Do Not Resuscitate orders

فرایند مراقبت استقبال می‌کنند، شاید برخی دیگر توصیه‌های تیم مراقبت تسکینی را نپذیرند. صحبت با بیمار در مورد تیم اصلی همیشه بهتر از یادداشت گذاشتن در پرونده بیمار است. استمرار در مراقبت، زمانی ارتقاء می‌یابد که مؤلفه بیمار بستری و همچنین بیمار سرپایی در HBPC در نظر گرفته شود.

برای بیمارانی که به مرکز باز نمی‌گردند، استمرار در مراقبت دشوار است. ارسال یادداشت‌های دائمی و مشاوره مراقبت تسکینی اولیه به تیم دریافت‌کننده (شامل ارائه‌دهنده مراقبت اصلی بیمار یا مراکز پرستاری) سودمند است. آمادگی به پاسخگویی تماس‌های تلفنی یا ارجاع تماس فرد به ارائه‌دهنده‌ی مراقبت، به ایجاد پل ارتباطی بین جامعه کمک کرده و به ارائه‌دهندگان مراقبتی انگیزه می‌دهد تا تیم مراقبت تسکینی را به‌عنوان یک منبع سودمند در نظر بگیرند.

پیامدها و مدیریت آن‌ها: نقش بهبود کیفیت و تحقیق در مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان

مدیریت پیامدها برای نمایش کیفیت و رشد برنامه‌های HBPC از اهمیت بالایی برخوردار است. اگرچه این حوزه در مسیر پیشرفت و توسعه قرار دارد، اما ابزارهایی برای سنجش مراقبت، کمک به توسعه استانداردهای مراقبت و از همه مهم‌تر، ایجاد پاسخگویی و شفافیت سازمانی و فردی مراقبت ارائه شده، از درجه اهمیت بالایی برخوردار است. مستندسازی تمام پیامدها ممکن است منجر به تنش سازمانی در جهت اعمال تغییرات لازم شود و این انگیزه می‌توان یک عامل محرک مفید و ارتقادهنده برای مجریان این برنامه‌های مراقبتی و پزشکان باشد.

همان‌طور که قبلاً در این فصل گفته شد، چندین سازمان از جمله CAPC، NQF و NCP برنامه‌هایی برای جمع‌آوری معیارهای استاندارد شده در محیط‌های مختلف را در نظر دارند. CAPC در ارائه کمک فنی در این منظور پیشگام است. منابع برای کسب و کار، مدیریت کیفیت، جنبه بالینی و برنامه‌ریزی مالی و استراتژی در وبسایت CAPC موجود است و لینکی برای ابزارهای واقعی برای سنجش و برنامه‌ریزی مراقبت بالینی در آن قابل دسترسی است.

چندین تلاش برای پیشبُرد در سنجش پیامدهای مراقبت تسکینی صورت گرفته است. در سال ۲۰۱۴، موسسه پزشکی (IOM) اثر "مرگ در آمریکا" را منتشر کرد؛ کمیته IOM به رویکرد خانواده و فرد محور باور داشت که به اولویت‌های فرد اهمیت داده و کیفیت زندگی را در پایان زندگی ارتقاء می‌دهد و آن را به‌عنوان اولویت ملی بیان می‌کند. ارزیابی تأثیرات مرگ در آمریکا شامل بررسی شکاف‌های دانش، مشکلات ساختاری و موانع مالی موجود است که مانع از ارائه خدمات بهینه شده و همچنین توصیه‌های بین بخشی برای رسیدن به مراقبت مقرون به‌صرفه، پایدار و مؤثر برای همه آمریکایی‌ها ارائه می‌کند.

انجمن انکولوژی بالینی آمریکا (ASCO)، دریافت که سرطان شناسان منابع قابل اطمینان کمی برای ارزیابی و سنجش کیفیت مراقبت تسکینی ارائه شده در فعالیت‌های خود دارند، از این رو سعی کردند تا برنامه طرح بهداشت و سلامت را از طریق "طرح شیوه سرطان‌شناسی باکیفیت" (QOPI) توسعه دهند. اطلاعات مربوطه به‌صورت سه ماهه جمع‌آوری می‌شد و در صورت تمایل ASCO آن را به بیمه گذاران گزارش می‌داند. سنجش اطلاعات به این شیوه نه تنها بر کیفیت مراقبت ارائه شده در برنامه‌ها تأثیر می‌گذارد، بلکه باعث ارتقاء شیوه‌های مبتنی بر شواهد و استانداردسازی در میان بسترهای مختلف می‌شود. در سال ۲۰۱۶، ASCO "ادغام مراقبت تسکینی را در مراقبت سرطان استاندارد" بروز رسانی کرد؛ سندی که توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای پزشکان انکولوژی، بیماران، خانواده‌ها و مراقبت‌کننده‌ها و متخصصان مراقبت تسکینی ارائه نموده و یک نسخه‌ی موقتی

بالینی در مورد ادغام مراقبت تسکینی در مراقبت انکولوژی استاندارد را در اختیار تمام بیماران مبتلا به سرطان قرار داد. این نسخه به‌روز شده، جدیدترین دستورالعمل مبتنی بر شواهد با استفاده از ۹ آزمایش کنترل شده تصادفی (RCTs)، یک آزمایش شبه تجربی و پنج آنالیز ثانویه از RCTs از 2012PCO بوده است. در نسخه بروز شده ۲۰۱۶، ASCO توصیه کرد که بیماران سرپایی و بستری مبتلا به سرطان پیشرفته باید خدمات مراقبت تسکینی اختصاصی را در اوایل بیماری خود دریافت نموده و باید همزمان با درمان فعال نیز ادامه داشته باشد. جزئیات این طرح را می‌توانید در آدرس www.asco.org مطالعه کنید.

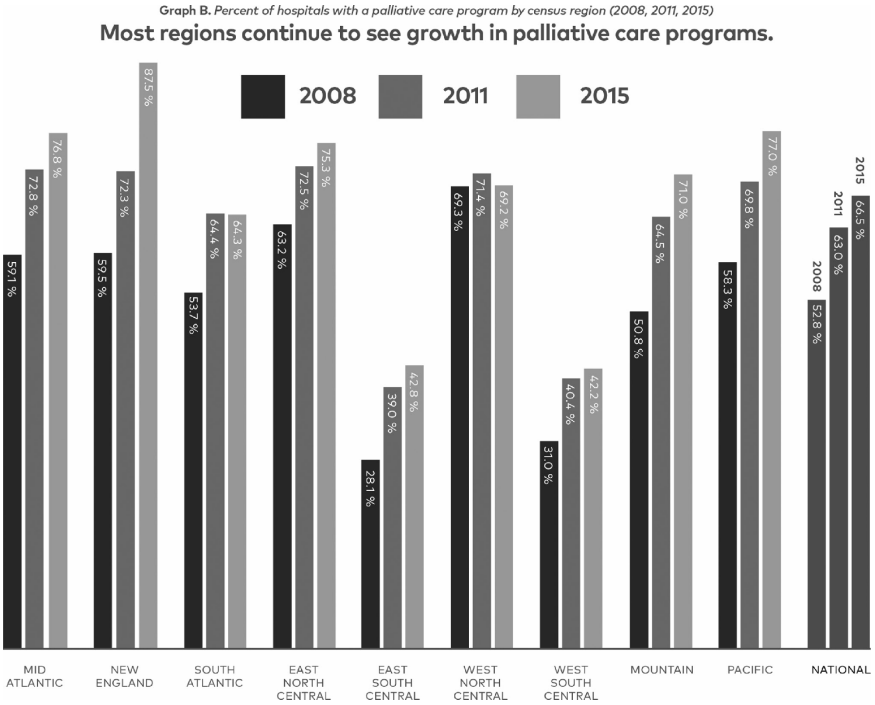
وبسایت CAPC و کتابچه راهنمای فنی چاپ شده شامل ابزارهایی برای سنجش پیامدهای HBPC است. هنگام کمک به سازمانی برای ایجاد یک برنامه، CAPC به تشویق برای ادغام معیارهای بالینی، مالی، عملیاتی و دریافت‌کننده خدمات می‌پردازد.

CAPC هیئتی برای بحث در مورد این موضوع تشکیل داد که کدام معیارهای عملیاتی باید به‌عنوان برنامه "تلاش برای کیفیت، پایداری و رشد" سنجیده شود و از کدام معیارها می‌توان برای "مقایسه به‌کارگیری خدمات در محیط‌های مختلف" استفاده نمود. ۱۲ حوزه داده عملیاتی مورد توافق هیئت قرار گرفت تا برای مقایسه ویژگی‌های خدمات و تأثیرگذاری درون برنامه یا بین برنامه‌ها، مورد استفاده قرار بگیرد. چهار طبقه‌بندی ارزیابی برای تضمین اثربخشی و کفایت توصیه شده از سوی CAPC عبارتند از: ۱) معیارهای بالینی (کنترل درد و علائم)، ۲) معیارهای عملیاتی برنامه، ۳) معیارهای دریافت‌کننده خدمات (بررسی رضایت بیماران، خانواده‌ها و ارائه‌کنندگان) و ۴) معیارهای مالی (جدول ۳.۱). نمونه‌ای از ابزارهای واقعی برای سنجش این ویژگی‌ها در وبسایت CAPC که قبلاً به آن اشاره کردیم، وجود دارد.

هر طرح باید یک برنامه برای سنجش و نظارت اثرگذاری آن بر کیفیت مراقبت از بیمار وجود داشته باشد که به‌صورت ایده‌آل از طریق بررسی برنامه حاصل می‌شود. برخی از معیارها برای برنامه‌ریزی گزینش پرسنل، ضرورت توسعه برنامه و اهداف بهره‌وری مفید هستند. این معیارها را می‌توان با سایر برنامه‌ها به‌عنوان معیار محرک خارجی مقایسه کرد، به‌خصوص برای برنامه‌های جدیدی که تحت توسعه قرار دارند. در نهایت، از داده و اطلاعات جمع‌آوری شده می‌توان برای اطمینان از این موضوع استفاده کرد که مراقبت تسکینی باکیفیت در سراسر سازمان تأمین می‌شود. همچنین CAPC اطلاعات ملی مربوط به گسترش تیم‌های HBPC را منتشر می‌کند که در وبسایت (https://reportcard.capc.org) قابل مشاهده است.

جدول ۳.۱. طبقه‌بندی معیارها

حوزه معیار	مثال
عملیاتی	ویژگی‌های جمعیتی بیماران (تشخیص، سن، جنسیت، نژاد) ارجاع به پزشک، وضعیت و مدت بستری در بیمارستان
بالینی	امتیازات مربوط به علائم، ارزیابی علائم روانی/اجتماعی
مراجع یا دریافت‌کننده خدمات (بیمار، خانواده، ارجاع شده به پزشک)	بیمار، خانواده، ارجاع به نظرسنجی‌های رضایت پزشک
مالی	هزینه‌ها (قبل و بعد از مشاوره HBPC)، واحد تسکینی بستری، سود/زیان خالص برای فوت بیمار بستری در بیمارستان



شکل ۳.۱. درصد بیمارستان‌های دارای طرح مراقبت تسکینی بر اساس منطقه اجماع

مسائل اقتصادی

مراقبت تسکینی باعث کاهش هزینه‌ها برای بیمارستان و بیماران می‌شود؛ زیرا طول مدت بستری در بیمارستان و هزینه‌های درمانی و دارویی کاهش می‌یابد. مقرون به‌صرفه بودن ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی برای بیماران اثبات شده است. گرچه کاهش هزینه‌ها جزء اهداف مراقبت تسکینی نیست؛ اما تجزیه و تحلیل هزینه برنامه‌های مراقبت تسکینی به کاهش هزینه‌ها نیز اشاره کرده است. مداخله مراقبت تسکینی به چند طریق باعث کاهش هزینه‌ها می‌شود. بیماران و خانواده‌ها اغلب تحت فشار بیماری‌های جدید و مزمن قرار می‌گیرند. در اغلب مواقع بیماران و خانواده‌ها از میزان معقولیت انتظاراتشان از روند درمان پیش رو اطلاعی ندارند. این یک انتظار غلط در جامعه است که پزشک تقریباً می‌تواند هر چالش سلامتی را مرتفع کند. قطعاً گاهی اوقات بیمار و خانواده انتظارات غیرمنطقی دارند و نمی‌توانند تصویر واضح‌تری از وضعیت رو به افول و گزینه‌های درمانی که مزیت کمتری برای کیفیت یا کمیت زندگی‌شان دارد را تشخیص دهند.

در HBPC، پزشک ممکن است بتواند تصویر واضح‌تری از وضعیت بیماری را در اختیار خانواده قرار دهد. به‌عنوان یک ارزیاب هدفمند، ارائه‌دهنده مراقبت تسکینی مهارت خاصی در خلاصه‌سازی اطلاعات مرتبط دارد و به بیمار کمک می‌کند تا روند درمان خود را منطبق با اولویت‌ها و ارزش‌های فردی مورد نظرش طراحی نماید. در انجام این کار، بیمار و خانواده بهتر می‌توانند اهداف و خواسته‌های فردی خود را نسبت به درمانی که دریافت می‌کنند، اعمال کنند. ممکن است درمان تهاجمی یا تشخیص خاصی را به خاطر

درمان‌های راحت‌تر، نپذیرند. برخی ممکن است دوست نداشته باشند شدت مراقبت بیشتر شود یا شاید تمایل به توقف درمان داشته باشند. در شرایط بستری بحرانی بلند مدت که درمان دیگر به پیشرفت مثبت منجر نمی‌شود، مشاوره مراقبت تسکینی به‌منظور افزایش مراقبت‌های راحت با به‌کارگیری کمتر تکنولوژی، شدت مراقبت بیماری را کاهش می‌دهد. این تغییرات در درمان می‌تواند منجر به کاهش ناراحتی بیمار و خانواده شده و گاهی کاهش هزینه را در پی داشته باشد. لذا در واحد مراقبت بحرانی، تیم مراقبت تسکینی به بیمار و خانواده کمک می‌کند تا درمان و مراقبت منطبق با اولویت و ارزشان‌ها انتخاب کنند. وقتی بیماران و خانواده‌ها به درک روشنی از تشخیص و اطلاعات واقع‌بینانه درباره رویه‌ها یا درمان‌های پیشنهادی می‌رسند، دیگر مراقبت بیمارستانی را نپذیرفته و ترجیح می‌دهند به منزل برگردند. در برخی مواقع حضور تیم مراقبت‌های تسکینی باعث تسهیل در پاسخ‌گویی به نیازهای بیماران در مراحل پایانی زندگی می‌شود و همچنین مدت بستری بیماران در بیمارستان‌ها کاهش می‌یابد. این کار نه تنها باعث کاهش هزینه‌ها شده، بلکه کیفیت مراقبت را نیز افزایش می‌دهد. در شرایطی که تضاد در میان ارائه‌دهندگان خدمات و بیماران و خانواده‌ها وجود دارد، حضور مراقبت تسکینی همسو با مشاوره کمیته اخلاق می‌تواند به حل و فصل سریع‌تر تعارضات کمک کند. مقرون به‌صرفه بودن نیز به‌صورت غیرمستقیم حاصل خواهد شد. با حضور تیم مراقبت تسکینی، آن‌ها زمانی را صرف مدیریت درد و سایر علائم می‌کنند. این کار برای تیم درمان اصلی که تحت فشار قرار دارد و با بیماران دیگری که نیازهای مراقبتی شدیدی دارند سر و کار دارند، بسیار کمک می‌کند؛ بنابراین، خدمات زندگی و رضایت برای بیمار و خانواده و همچنین همکاران حرفه‌ای ارتقاء می‌یابد. تیم مراقبت تسکینی ممکن است در تسهیل تصمیمات پیچیده از جمله رأی ترخیص، هماهنگی مراقبت در محیط‌های مختلف و ارتقاء ارتباط بین تیم درمان و بیمار و خانواده بیمار، سودمندباشد.

تأثیرگذاری سیاست سازمانی، ایالتی و ملی

تأمین مراقبت جامع و فوق‌العاده برای بیمارانی که به مشاوره ارجاع داده می‌شوند، کافی نیست. برنامه کارآمد HBPC باید راه‌هایی پیدا کند تا بر مراقبت تمام بیماران مبتلا به بیماری‌های محدودکننده زندگی کمک کند و از طریق رشد آگاهی و توانایی تأثیرگذاری بر سیاست بهداشت و درمان در سازمان و در سطح ایالتی یا ملی، زمینه توسعه را فراهم آورد. این تأثیر باید به دو روش در سازمان و نهاد بزرگ‌تر آغاز شود: ۱) با توسعه سیاست‌ها، رویه‌ها و شیوه‌های هدایت‌کننده مراقبت تمام افراد مبتلا به بیماری‌های محدودکننده زندگی در نمایندگی و هر نهاد وابسته به سازمان و ۲) با ادغام آموزش مراقبت تسکینی و استانداردهای صلاحیت در جهت‌گیری پایه و استمرار در آموزش پرسنل (ترجیحاً آموزش اجباری). نمونه‌ای از مورد اول عبارت است از توسعه محرک‌های مشاوره، سیاست‌هایی برای برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته، محدودیت‌های درمانی حفظ‌کننده حیات، معیارهای راحتی، عدم اینتوباسیون بیمار و مدیریت و ارزیابی علائم و درد استاندارد. این نوع تأثیر مستلزم مشارکت منظم یا رهبری کمیته‌های اخلاقی یا عملیاتی سازمانی است. پیچیدگی هدایت کارکنان دشوار شده است؛ به‌طوری که بیماران "شبیه‌سازی شده" و لابراتوارهای یادگیری به مکانیزم‌های استانداردی برای یادگیری مهارت‌های اولیه مراقبت تبدیل شده‌اند. تمرین مهارت‌های اعلام خبر بد، ملاقات با خانواده‌ها و بحث در مورد برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته جزء فعالیت‌های ممکن هستند که منجر به شکل‌گیری چنین محیط‌هایی می‌شوند. به‌طور مشابه، اکثر

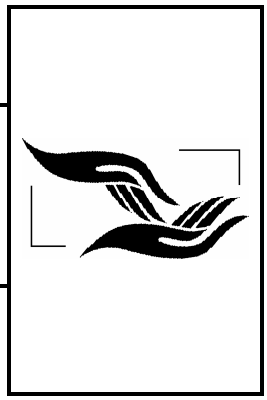
سازمان‌ها کارکنان را مسئول اخذ گواهینامه احیای قلبی و ریوی می‌نمایند. الزامی کردن کلاس‌های احیاء برای کارکنان ضروری است؛ زیرا با یادگیری مهارت‌های لازم می‌توانند زمانی که بیماران در شرایط رو به فوت قرار می‌گیرند، مراقبت لازم را در اختیار آن‌ها قرار دهند. سایر اقدامات آموزشی عبارت است از ارائه‌های سالیانه در سایر دپارتمان‌ها یا کلاس‌های آموزشی نمایندگی‌های وابسته با موضوع مراقبت تسکینی. همچنین برگزاری کنفرانس‌های مراقبت تسکینی منطقه‌ای برای متخصصان یا عموم می‌تواند منجر به افزایش توجه به این برنامه‌ها شود. فعالیت محلی در سطح ایالت به‌صورت انجمن‌های سیاست بهداشت باعث ایجاد تفاوت‌های مهمی در مراقبت از بیماران می‌شود. برخی از ایالت‌ها افراد ویژه‌ای برای مراقبت انتهای زندگی یا مراقبت تسکینی دارند که توصیه‌های قانونی و سیاستی برای ارتقاء مراقبت از بیماران جدی را ارائه می‌کند. به‌عنوان مثال، قانون تربیت و آموزش بیمارستانی و مراقبت تسکینی (HR1676/S693 PCHETA:) در مارس ۲۰۱۷ به‌عنوان قانون دو حزبی معرفی شد تا به نیازهای روزافزون به مراقبت تسکینی در آمریکا رسیدگی شود. PCHETA برای تقویت آموزش به ارائه‌دهندگان و تیم مراقبت تسکینی و بهبود تحقیق و آموزش مراقبت تسکینی، مطرح شد. علاوه بر این، هدف آن ایجاد برنامه‌های آموزشی در سطح ملی برای ارتقا تفکرات تیم پزشکی، بیماران و خانواده‌ها درباره مزیت‌های مراقبت تسکینی و بیمارستانی بوده است. همچنین مؤسسات ملی بهداشت (NIH) را به سمت بهره‌گیری از بودجه و اختیارات موجود برای گسترش تحقیقات مراقبت تسکینی و اعطای جوایز تشویقی شغلی و دانشگاهی سوق داد که این امر از طریق اعطای کمک هزینه یا قرارداد با متخصصان امر بهداشت و سلامت که موافق آموزش یا فعالیت در مراقبت تسکینی به مدت حداقل پنج سال بودند، محقق شد (https://www.congress.gov/bill/115the congress/house-bill/1676). همکاری با سازمان‌های محلی نیز باعث افزایش قدرت این اقدامات گردید. به‌عنوان مثال، NHPCO، انجمن سرطان آمریکا، انجمن پزشکی و پرستاری و سازمان‌های حرفه‌ای در سطح محلی، ایالتی یا ملی اغلب منابع مورد نیاز برای کمک به اقدامات قانونی را در اختیار داشتند. فصل ۷۴ در مورد نقش پرستاری در توسعه سیاست بحث خواهد کرد. با این وجود مهم است تا رهبران و تیم برنامه HBPC این اقدامات را در توسعه محیط‌های خدمات و درمان در ذهن داشته باشند.

جهت گیری‌های آینده

برخلاف تلاش‌های بسیار صورت گرفته در جریان پزشکی، همواره نیاز به رشد، ارتقاء و آموزش در راستای پایداری و گسترش مراقبت تسکینی مشهود است. همکاری برای ساخت سیستم تأمین نیازهای مراقبتی باید منطبق با استانداردهای اخلاقی و همچنین واقعیت‌های سازمانی باشد. تِد کندی در این زمینه اظهار کرد: "باید نظام بهداشت و درمان خود را انسانی سازیم"؛ بنابراین، ضرورت دارد تا به عوامل تغییر در عمل و همچنین در سطح ایالتی و ملی تبدیل شویم تا سیاست‌های درمان و بهداشت منطبق با نیازهای تمام بیماران باشد. حرکت رو به جلوی ما باید شامل تخصیص مراقبت‌های تسکینی یکپارچه در تمام محیط‌های بهداشت و درمان با شرایط بازپرداخت مناسب هزینه‌ها، باشد.

نهادهایی که استانداردهای از پیش تعیین شده در زمینه‌ی ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی را رعایت می‌کنند، باید پاداش عملکرد خود را به شکلی شایسته دریافت کنند. تأمین بودجه برای تحقیقات مراقبت تسکینی، بازپرداخت کافی و پشتیبانی از توسعه تجهیزات باید به اولویت‌های ملی تبدیل شود. افزایش

نیاز دریافت‌کنندگان به مراقبت خانواده و بیمار محور می‌تواند نقطه عطفی باشد تا خدمات مراقبت تسکینی به بخش یکپارچه‌ای از هر سازمانی تبدیل شود که با زندگی انسان‌های مبتلا به بیماری محدودکننده زندگی و خانواده آن‌ها در ارتباط است. با تکامل آگاهی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نسبت به مداخله‌های پزشکی تسکینی، وظیفه اخلاقی ماست تا با شرایط به صورت معقولی برخورد کنیم، یعنی: "هرجا که ممکن بود، مهربان باشیم. البته مهربانی همه جا ممکن است" (دالای لاما). در هر اقدامی باید با مهربانی کار کنیم و اجازه دهیم مهربانی نیروی محرک برای تغییر در ارائه خدمات بهداشت و درمان باشد.



فصل ۴

ارتباط در مراقبت تسکینی

نکات کلیدی

- ارتباط مؤثر، اساس مراقبت تسکینی باکیفیت است که یک رویکرد فردی احترام‌آمیز برای مراقبت از زمان تشخیص تا مرگ با توجه به ارزش‌ها، ترجیحات و عقاید است.
- هنر ارتباط پرستاری شامل استفاده درمانی از خود، حضور، سکوت و گوش دادن برای تسهیل فرایند بیمار و خانواده محوری است.
- علم ارتباط یک مهارت آموخته‌شده است که رابطه پرستار و بیمار را برقرار می‌کند که متشکل از ۲۰٪ ویژگی‌های کلامی و ۸۰٪ ویژگی‌های غیرکلامی است.
- ضروریات ارتباط پرستاری شامل جمع‌آوری و انتقال اطلاعات، ارائه حمایت و اطمینان مطابق با نیازهای فردی بیماران و خانواده هایشان است.
- پرستاران نقشی اساسی در برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته دارند. نقش‌های دیگر پرستار شامل ارائه اخبار بد و پیش‌آگهی ضعیف بیمار یا بحث در مورد انتقال به مراکز هاسپیس و مراقبت تسکینی است.

مقدمه

هنر و دانش پرستاری تسکینی بر پایه ارتباط؛ پایه‌گذاری شده است. پرستاران نقش مهمی در مراقبت از بیمار، به‌ویژه در بحث ارتباط مراقبت تسکینی دارند. پرستاران به‌عنوان مورد اعتمادترین عضو تیم مراقبت‌های بهداشتی نقش اساسی را در حمایت و اجرای خواسته‌ها، ترجیحات بیمار، برقراری ارتباط با اعضای خانواده و سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی ایفا می‌کنند. غالباً، پرستار اولین مراقب بهداشتی است که ارتباط برقرار می‌کند و بیشترین وقت را در بالین بیمار می‌گذراند. حضور پرستاران در کار تیمی برای ارتقاء ارتباط بهینه بین اعضای تیم، بیمار و خانواده ضروری است.

انجمن پرستاران آمریکا (ANA)[1] و استانداردهای ارتباط بالینی بیان می‌کنند که پرستار درتمام زمینه‌های عملی، به‌طور مؤثر ارتباط برقرار می‌کند. به این منظور، پرستار مرتبا مهارت‌های ارتباطی و اثربخشی خود را که نشان‌دهنده مراقبت، احترام، گوش دادن عمیق، اعتبار و اعتماد است، ارزیابی می‌نماید. این موارد شامل مسئولیت پرستار در ارزیابی توانایی

1. The American Nurses Association

ارتباطی، استفاده از استراتژی‌های جایگزین برای مشکلات، انتقال اطلاعات دقیق، حفظ ارتباط حرفه‌ای بین اعضای تیم و بهبود مستمر مهارت‌های ارتباطی است.

پرستاران با کمک به تصمیم‌گیری بیمار، به‌خصوص در مورد تصمیمات دشوار، از استقلال بیمار حمایت می‌کنند. به‌ویژه، در تعریف اهداف و خواسته‌ها و همچنین بیان ترجیحات فرهنگی و مذهبی، به بیماران کمک می‌کنند.

مطالعه موردی: ماریتا

ماریتا به‌عنوان یک پرستار رجیستر در یک بخش روان‌پزشکی کار می‌کرد. وی بیماران زیادی با افسردگی و همچنین نارسایی احتقانی قلب، بیماری ریوی، دیابت، سرطان و نارسایی کلیوی داشت. او از کار خود لذت می‌برد؛ زیرا احساس می‌کرد بر اساس تخصصش با بیماران و خانواده‌ها کار می‌کند. فرانسیس لیری بیماری که مرتباً بستری می‌شد، یک زن ۵۱ ساله مبتلا به افسردگی، دیابت، نارسایی قلبی، نارسایی کلیوی و هپاتیت C بود. در ابتدا، فرانسیس بسیار مراقب خود بود و به همه گفت حال او خوب است. ماریتا در ارائه خدمات درمانی حضوری در هر بار بستری، ثابت بود و با احترام با خانم لیری رفتار می‌کرد. یک روز، درحالی‌که به خانم لیری در لباس پوشیدن کمک می‌کرد، پرسید " خانم لیری، از حضور در بیمارستان چه احساسی داری؟" خانم لیری اظهار داشت که دوست ندارد در بیمارستان باشد؛ اما احساس می‌کند که برای خانواده‌اش باید بجنگد. وقتی ماریتا از او در مورد اینکه ترجیح می‌دهد چه کاری انجام دهد سؤال کرد، خانم لیری اظهار داشت که می‌خواهد در خانه مراقبت شود. بنابراین مجبور نیست که برگردد. لیری از شوهرش جدا شده و یک دختر و یک پسر دارد. با این حال، همه اعضای خانواده در مراقبت او درگیر بودند.

بررسی اجمالی

اگرچه ارتباط، نسبتاً ساده به نظر می‌رسد، اما درواقع یک فرایند انتقالی پیچیده و مستمری است که بین افراد رخ می‌دهد و از طریق آن اطلاعات، احساسات و معنا از طریق پیام‌های کلامی و غیرکلامی منتقل می‌شوند. همان‌طور که در تئوری اهداف چندگانه مشاهده می‌شود، تعامل ارتباطی به‌عنوان تبادل ایده در اطراف یک کار و همچنین تبادل ایده در مورد یک رابطه، تلقی می‌شود. در حقیقت، در نظریه اهداف چندگانه، پیام به‌عنوان دو سطح معنا شامل: سطح محتوا و سطح رابطه، توصیف می‌شود. در زمینه‌های حرفه‌ای، می‌توان از آن‌ها به‌عنوان سطح وظیفه و روابط، یاد کرد. محتوای پیام به‌طورکلی مربوط به وظایف ارتباطی نظیر دستورالعمل، تشخیص، مدیریت، هدایت، تشویق، پشتیبانی و غیره، است. رابطه نیزبه نحوه تفسیر افراد از محتوای پیام‌ها و هم چگونگی درک مشترک آن‌ها از ارتباط، اشاره دارد. به‌عنوان‌مثال، اگر یک پرستار از بیمار بپرسد "امروز میزان درد شما چقدر است؟" بدیهی است که این محتوا پرسشی است که برای به دست آوردن اطلاعاتی درباره درد بیمار طراحی شده است. سطح ارتباط با نحوه گفتن کلمات تعیین می‌شود. اگر پرستار درحالی‌که این سؤال را می‌پرسد، نگاهی به مدارک می‌اندازد یا با تجهیزات پزشکی کار می‌کند و ارتباط چشمی برقرار نمی‌شود یا اگر او به جای بالین در راهرو ایستاده است، بیمار احتمالاً این را به‌عنوان یک موضوع معمول به‌جای یک بررسی واقعی، تلقی می‌کند. درنتیجه، هیچ مؤلفه رابطه‌ای در تعامل، توسعه نمی‌یابد. درحالی‌که سطح محتوای پیام توسط خود کلمات منتقل می‌شود، سطح رابطه به‌طورکلی با ارتباط غیرکلامی؛ آشکار می‌شود. ارتباط غیرکلامی شامل تظاهرات فیزیکی و آراستگی است که هر دو بر ادراک، تأثیر می‌گذارند.

مصنوعات، وجود اشیا فیزیکی و محیط می‌تواند مانعی برای ایجاد روابط با بیماران و خانواده‌ها باشد.

این اشیا شامل نرده‌های تخت، میز کنار تخت و سایر تجهیزات پزشکی است که باعث کاهش ارتباط عاطفی هنگام مکالمه می‌شود. پرستاری که مدت کوتاهی کنار تخت می‌نشیند در مقابل پرستاری که با فاصله ایستاده و پشت نرده‌هاست، ارتباطش بسیار تحت تأثیر قرار می‌گیرد. آواز، انواع روش‌های بیان کلمات، ازجمله تن صدا، زیروبمی صدا، لهجه، سرعت گفتار، استفاده از مکث و لحن نیز بخشی از ارتباطات غیرکلامی هستند. نحوه استفاده از صدا و تن صدا در یک سطح ارتباطی مهم است. به‌عنوان‌مثال، صحبت کردن با صدای بلند با بیمار سالمندی که شنوایی خوبی دارد می‌تواند بیمار را از پرستار، دور کند. پروکسمیک، نحوه استفاده از فضا و فاصله در حین برقراری ارتباط و رعایت یا عدم رعایت آن در کار پرستاری، می‌تواند بر ارتباط تأثیر بگذارد. سرانجام، هاپتیک یا استفاده از لمس می‌تواند بخشی از وظیفه پرستار باشد و می‌تواند رابطه گرم و دلسوزی را منتقل کند.

نه تنها در عرصه مراقبت تسکینی بلکه در دوره آموزش کارشناسی پرستاری، آموزش کمی در زمینه ارتباط داده می‌شود. پرستاران ارتباط را به عنوان مهم‌ترین صلاحیت، رتبه‌بندی می‌کنند؛ گرچه پرستاران در طی سیر بیماری در جایگاه ارائه مراقبت، قرار دارند و این پدیده همچنان ادامه دارد زیرا پرستاران هنوز در مهارت‌های ارتباطی احساس آمادگی نمی‌کنند. پرستاران از گفتن حرف اشتباه؛ می‌ترسند. از احساس عدم توانایی برای مدیریت یا عدم نشان دادن احساسات به بیماران و خانواده‌ها و عدم اجازه از تیم بالینی برای بحث در مورد مسائل جدی، احساس ناراحتی می‌کنند.

ارتباط پرستاری، بر بیمار؛ به‌عنوان فردی که بیماری را تجربه می‌کند و همچنین بر خانواده، متمرکز است. فرصت برقراری ارتباط در طول مراقبت‌های پرستاری ازجمله مراقبت‌های مرتبط با منزل، مراقبت‌های شخصی، آموزش به بیمار، ارائه خبر بد، ارزیابی نگرانی‌های معنوی و مذهبی، پاسخ به ناراحتی‌های جسمی و روانی و در همکاری‌های بین‌حرفه‌ای، وجود دارد. در خارج از منزل یا بیمارستان جاهای بی‌شماری نظیر مراکز توان‌بخشی، کلینیک‌ها، مراکز مراقبت طولانی‌مدت، هاسپیس‌ها، پناهگاه‌های بی‌خانمان‌ها، خانه‌های گروهی و اماکن بیماران در حوزه روان وجود دارد که بدون ارتباط مؤثر، تجربه رنج بیماران ناشناخته مانده و کنترل مؤثر علائم، غیرممکن خواهد بود.

ارتباط مؤثر

ارتباط یک جنبه اصلی مراقبت از بیمار و خانواده است که به‌موجب آن نیازهای بیمار و خانواده، تعیین و شناسایی می‌شود. ارتباط بسیاری از جنبه‌های مهم مراقبت از جمله اشتراک‌گذاری اطلاعات، گوش دادن فعال، شناسایی ارزش‌ها، اهداف و ترجیحات مراقبت‌های بهداشتی، تصمیم‌گیری، پشتیبانی و همکاری را ارتقاء می‌دهد. ارتباط مؤثر، در ابتدا از طریق ارائه اطلاعات دقیق به روشی دقیق، ساده و مستقیم با استفاده از زبان ساده، صورت می‌گیرد. ارتباط خوب امکان مراقبت تسکینی بهینه را فراهم می‌کند؛ زیرا اساس رابطه؛ است. ارتباط، زمینه‌ای را برای رابطه پرستار – بیمار و پایه درمانی برای مراقبت، فراهم می‌کند. عملکردهای ویژه پرستاری بر ارتقاء اشتراک اطلاعات، افشای اطلاعات، اطمینان، حضور، تسهیل و کرامت؛ تمرکز دارد. درواقع، هوش هیجانی ممکن است باعث توسعه بیشتر ارتباط مؤثر شود. این توانایی‌ها شامل: (۱) شناسایی صحیح احساسات خود و دیگران (۲) استفاده از احساسات برای تسهیل استدلال (۳) درک احساسات (۴) مدیریت احساسات، هستند.

تعاملات پرستاری در موارد حمایت، مراقبت، همکاری، اطمینان بخشیدن، تقویت امید و حمایت از بیمار، شرح داده‌شده است. مطالعات در مورد جنبه‌های مختلف ارتباط نظیر گوش دادن فعال، حضور، شناسایی

جعبه ۴.۱. رفتارهای ارتباطی که توسط بیماران و خانواده‌ها ارزش‌گذاری شده است
- حضور و سکوت
- در لحظه بودن
- شناخت خود و راحت بودن با خود
- شناخت شخص مقابل
- اتصال
- تأیید و ارزش‌گذاری
- تأیید آسیب‌پذیری
- استفاده از شهود
- همدلی و تمایل به آسیب‌پذیری
- ایجاد آرامش و سکوت

ترجیحات و تسهیل گزینه‌های ارتباطی و ایجاد اعتماد، تداوم و درک روابط، صحبت می‌کنند. ایجاد یک رویکرد بیمار محور، ارتباط مؤثر را تسهیل می‌کند. در جعبه ۴.۱ رفتارهای ارتباطی ارزشمند مرور شده است.

نقش پرستار در مراقبت تسکینی

پرستاران غالباً اولین ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی هستند که با افراد با بیماری تهدیدکننده زندگی، ملاقات می‌کنند. آن‌ها یک رابطه درمانی؛ ایجاد و بیمار را همراهی می‌کنند. پرستاران ممکن است در بهترین موقعیت برای فهمیدن امیدها، نگرانی‌ها، رویاها، پشیمانی‌ها و ترس از سربار بودن بیمار، قرار گیرند. علاوه بر این، آن‌ها می‌توانند از ارزش‌ها، ترجیحات و خواسته‌های بیمار؛ حمایت کنند. پرستاران برای شروع این بحث‌ها به آموزش و توانمندسازی، نیاز دارند تا مؤثر واقع شوند. صداقت و امیدی که توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی منتقل می‌شود برای بیماران و خانواده‌ها، مهم است. تمرکز بر کیفیت زندگی (QOL) امید و معنایی را برای بیمار فراهم می‌کند، هم‌زمان امکان معجزه جهت یاری بیمار برای آماده شدن در برابر سختی‌ها را دارد. صداقت می‌تواند از طریق گفتگوی آزاد و تعیین آمادگی بیمار برای بحث در مورد بیماری شدید، مرگ و یا در حال مرگ؛ قابل‌دستیابی باشد. علاوه بر این، بحث در مورد پیامدهای غیر درمانی مانند بهبود وضعیت عملکردی یا استقلال در نیازهای مراقبتی، بر تمرکز مراقبت در وضعیت فعلی بیمار، کمک می‌کند.

همه پرستاران با تسکین درد و رنج به‌عنوان اساس پرستاری، برخی از جنبه‌های مراقبت تسکینی را انجام می‌دهند. روش‌های مختلف ارتباطی شامل: در دسترس بودن، حضور، همدلی، احترام، گوش دادن و صحبت کردن، تماس چشمی، لبخند، لحن صدای گرم، مراقبت، تشویق، شوخ‌طبعی و استفاده از لمس؛ موجب تسکین پریشانی جسمی، عاطفی، معنوی و روانی، می‌شود. قلب این حضور درمانی شامل: حضور در رنج، تأیید خود بیمار، ارزش و کرامت، کاهش انزوا، شناسایی و روشن شدن اهداف درمان، پذیرش حمایت و افزایش مراقبت کل نگر، است. خصوصیات پرستار ترجیحی که توسط بیماران و خانواده‌ها در تحقیقات مشخص‌شده است از هر دو حوزه کلامی و غیرکلامی، برخوردار است. در یک مطالعه ارتباط رضایت‌بخش پرستار با بیمار را دلسوزانه، پاسخگو و فداکارانه توصیف نموده، درحالی‌که ارتباطات ناخوشایند با بیمار را پراکنده، متناقض و تنها در شرایط پایانی زندگی بیمار، بیان نموده بود. به‌طورکلی، به نظر می‌رسد که بیماران و خانواده‌ها می‌خواهند سازگار باشند. مهارت‌های ارتباطی موردنیاز برای حضور دلسوزانه شامل: گوش دادن مؤثر، ارتباطات غیرکلامی مناسب، مهارت‌های مشاوره‌ای، همدلی و حمایت است. مفیدترین رفتارهای پرستار برای خانواده‌ها عبارت از: (۱) مطلع ساختن خانواده (۲) اطمینان خاطر دادن (۳) حضور دلسوزانه (۴) تسهیل اقدامات نهایی و (۵) احترام به عزت، می‌باشند. در مطالعه دیگر، طبقه‌بندی ارتباط پرستاران شامل بررسی توانایی‌های بیمار، حمایت کردن، افزایش افشاگری، آمادگی برای

آموزش و ارجاع برای مشاوره در صورت لـزوم، اسـت. اساساً، سبک‌های تسهیل‌کننده که نشان‌دهنده استفاده درمانی از مراقبت‌های خودمحور و بیمار محور هستند، سودمندتر از سبک‌هـای دسـتوری، هـستند.ارتبـاط بـا بیمـاران جنبـه‌هـای مختلفـی دارد. اولـین مؤلفـه در تعاملات روزمره، متمرکز بر وظـایف پرسـتاری اسـت؛ بطوری‌که در ارتباط ساده ماننـد گفتگـوی کوچـک یـا ارائـه اطلاعـات در مـورد مـسائل اساسـی درمـان، برنامه‌های دارویـی، فعالیـت‌هـای زنـدگی روزمـره یـا مراقبت‌های شخصی، رخ می‌دهد. مؤلفه دیگـر شـامل فرایند پرستاری و ارزیابی درمان ها، است. پرستار برای ارزیابی جنبه‌های جـسمی، روانـی، معنـوی و عـاطفی مراقبت و درمان، با روشی باز به بیمار نزدیک می‌شود. در این فرایند، پرستاران به بیمـار اجـازه مـی‌دهنـد تـا اثربخشی درمان را تعیین کند. سومین و پیچیـده‌تـرین مؤلفه ارتباط، در حوزه وجودی، رخ می‌دهد. این مؤلفـه توجه به عمیق‌ترین احساس بیمار در خود است. ارتباط در ایـن سـطح حـساس و غالبـاً ظریـف اسـت زیـرا جنبه‌های وجودی پایان زندگی شامل افشای اطلاعات، جستجوی معنا و رنج، اسـت. اکتـشاف در ایـن سـطح می‌تواند بـه بیمـار کمـک کنـد تـا بتوانـد بـا بیمـاری تهدیدکننده زندگی، زندگی کند، به کیفیت زندگی بهتر و به بهبود روانی، دست یابد. در سراسر طیف مراقبـت تسکینی، ارتباط در مقاطع حساس رخ می‌دهـد. بـسته به تشخیص یا شرایط بیمـار، چنـین ارتبـاطی ممکـن است در مدت‌زمان طولانی یا کوتاه، رخ دهد. ازآنجاکه ۸۰ تا ۹۰٪ بیمارانی که مـی‌میرنـد؛ بـه یـک بیمـاری مزمن مبتلا هستند، معمولاً فرصت‌های زیـادی بـرای برقراری ارتباط، وجود دارد. در رابطـه پرسـتار و بیمـار، پرین در مورد سه مرحله صحبت مـی‌کنـد: مقـدماتی، میانی و خاتمه (به جـدول ۴.۱ مراجعـه کنیـد). مرحلـه مقدماتی ارتباط زمانی رخ می‌دهد که پرستار و بیمار در مورد سبک‌های یکدیگر؛ اطلاعات کسب کنند. مرحله میانی شامل ایجاد یک رابطه کـاری اسـت کـه در آن کار پرستاری، ماننـد مـدیریت درد و علائـم، بحـث در مورد معنای زندگی همـراه بـا بحـث در مـورد میـراث (ارث) و بسته شدن خانواده، انجام می‌شود. مرحله سوم و آخر؛ خاتمه است که در آن پرستار و بیمار بـه دلیـل این‌که بیمار یا پرستار از سیستم خارج مـی‌شـوند و یـا بیمـار در حـال مـرگ اسـت، بـا یکـدیگر خـداحافظی می‌کنند.

مرحله اولیه یا مقدماتی ارتباط، از زمان تشخیص و با معرفی پرستار به‌عنوان عضوی از تیم مراقبت؛ آغـاز می‌شود. در این دوره، پرستار سبک‌های یادگیری بیمار و نیازهای اطلاعاتی او را ارزیـابی و بیمـار نیـز سـبک پرستار را تعیین می‌کند. وظایف پرستار شـامل بررسـی درک بیمـار از بیمـاری‌اش، شخـصیت و روش‌هـای سازگاری، شناسایی اسناد موجود در رابطه بـا تفـویض تصمیم‌گیرندگان جایگزین، دستورالعمل‌های پیش رو یا دستورات پزشکی خارج از بیمارستان برای درمان‌هـای مادام‌العمر در زندگی اسـت. ارزیـابی سـبک یـادگیری شـامل تـشخیص توانـایی بیمـار در یـادگیری و درک جدی بیماری است. این توانایی‌ها متناسـب بـا سـن و رشد شناختی بیمار و همچنین سـواد، توانـایی تفکـر و بیان عددی است. زبان مادری برای کودکـان و برخـی از افراد مـسن، خـانواده یـا واحـد پـشتیبانی؛ در رونـد جمع آوری اطلاعـات و نیـز در ارتبـاط مـداوم بـا تـیم بهداشتی، نقش مهمی دارد.

مرحله بعدی مرحله کار است کـه اغلـب در طـول دوره بیماری، گسترش می‌یابد. مراقبـت‌هـای حمـایتی ازجملـه ارائـه اطلاعـات در مـورد شـرایط، درمـان و مدیریت (دارویی، غیر دارویی و مداخله‌ای) بـر انطبـاق سبک زندگی با بیمـاری جـدی وتهدیدکننـده زنـدگی، متمرکز است. بیمار و خانواده به پرستار اعتماد می‌کنند و حضور پرستار، حمایت عـاطفی و اطمینـان خـاطر را فراهم می‌کند. در این زمان، طبق گفته پیرس، پرسـتار سه وظیفه مهـم ارتبـاطی را در مراقبـت‌هـای انتهـای زندگی (EOL) شامل (۱) ایجاد یـک محـیط مناسـب

جدول ۴.۱ مراحل ارتباط پرستار و بیمار

مرحله	فاز آمادگی	فاز کار	فاز خاتمه
وظیفه پرستار	۱- بررسی درک بیمار / خانواده از بیماری ۲- تعیین شخصیت، روش‌های سازگاری و یادگیری ۳- احتیاج به برنامه‌ریزی مراقبت‌های قبلی	۱- نظارت بر پاسخ بیمار به بیماری ۲- ارائه مراقبت‌های بالینی ۳- ارائه درمان ۴- ارائه اطلاعات در مورد بیماری / درمان	۱- خداحافظی ۲- به بیمار بگویید که برای او چه معنایی داشته یا چه چیزی آموخته است. ۳- کمک به انتقال
وظایف بیمار	ایجاد اعتماد و تفاهم با پرستار	۱- ایجاد برنامه مراقبت با همکاری تیم ۲- مشارکت در مراقبت ۳- ارائه اطلاعات در مورد پاسخ به درمان	۱-خداحافظی ۲- قدردانی از پرستار و سایر کارکنان ۳- بیان نیازها با انتقال

برای ارتباط، (۲) تسهیل تعاملات بین پزشک و بیمار و (۳) تسهیل تعامل بین خانواده و بیمار، را انجام می‌دهد. بنابراین، بحث‌های دشواری نظیر انتقال اخبار ناخوشایند، به حضور پرستار نیاز دارد. پرستار می‌تواند دیدگاه‌های خود درزمینه مراقبت را ارائه دهد و با استفاده از زبان و اطلاعات مشترک، مشابه آنچه در بحث‌های اولیه استفاده شده است، پیگیری را تسهیل کند.

با ورود بیمار به مرحله بیماری پیشرفته، مرحله خاتمه؛ شروع می‌شود. در این زمان، پرستار برای نظارت بر راحتی و تأمین مراقبت پیشرفته به بیمار و خانواده، اطمینان می‌دهد. ارتباط بین پرستار و بیمار و خانواده برای حمایت از تصمیم‌گیری، اطمینان از راحتی، تسکین درد و علائم، اطلاعات مربوط به روند مرگ و غم توام با آرامش، است. بار (مسئولیت) مراقب خانواده اغلب نادیده گرفته می‌شود، اما این جنبه اصلی از تجربه بیماری است. بلافاصله پس از مرگ، پرستار نقش مهمی در تأمین حمایت از خانواده با هدف ترویج غم و اندوه و روند سوگواری سالم، دارد.

موانع ارتباطی

موانع ارتباطی برای بیمار، خانواده و پرستار وجود دارد. برای بیمار عوامل روان شناختی مانند عصبانیت، ترس، اندوه و درماندگی مانع برقراری ارتباط می‌شود. بیماران ممکن است احساس کنند که هر بحثی باعث ناراحتی بیش از حد خود یا خانواده هایشان خواهد شد. برای برخی از بیماران، ارتباط زمینه‌ای برای راحتی یا ارزش نیست، بنابراین ممکن است علاقه کمی به پردازش احساسات یا اطلاعات، داشته باشند. وقتی‌که بیماران از نظر فرهنگی و زبانی متفاوت از تیم بهداشتی باشند، مشکلات ارتباطی، معمول است. سطح تحصیلات و سواد سلامت، مانع از ارتباط جامع می‌شود به‌ویژه هنگامی‌که زبان پزشکی و اصطلاحات مختلف استفاده شود. جدول ۴.۲ را ببینید. بسته به وضعیت اقتصادی اجتماعی، بیماران ممکن است دچار مشکلات بیمه، قرار ویزیت‌ها، آزمایش‌ها، روش‌های درمانی و پیامدهای هزینه؛ شوند. بیماران ممکن است افکار خاصی داشته باشند یعنی ترس از اینکه صحبت کردن در مورد چیزی درباره سلامتی آن‌ها؛ ممکن است باعث تحقق آن چیز شود. محیط فیزیکی و محیط

جدول ۴.۲. ترجمه زبان پزشکی به زبان غیرتخصصی

مفهوم	زبان پزشکی	زبان غیرتخصصی
تصمیم‌گیرنده جایگزین	شما یک وکالت بادوام تعیین می‌کنید	شما کسی را تعیین می‌کنید
ارزش‌ها و ترجیحات را بیان کنید	شما می‌توانید ارزش‌ها و ترجیحات خود را بیان کنید	ممکن است بخواهید آنچه می‌خواهید به ما بگویید
احیا	ما فشردن قفسه سینه و لوله‌گذاری را انجام می‌دهیم	سینه شما فشرده می‌شود و یک لوله به گلو شما وارد می‌شود.

مراقبت به‌عنوان موانع بالقوه ارتباطی ذکرشده است که شامل سروصدا، عوامل پرت‌کننده حواس و عدم رعایت حریم خصوصی، نور نامناسب و نحوه نشستن، است. سرانجام، محدودیت‌های جسمی مانند اختلالات شناختی، بینایی، شنوایی و گفتاری، همچنین درد یا خستگی ممکن است ارتباطات را محدود کند.

خانواده‌ها یا مراقبان؛ بسیاری از این موانع را دارند. آن ها هنگام صحبت در مورد بیماری محدودکننده زندگی بیمار با معضلاتی روبرو می‌شوند و این امر اغلب مانع از تبادل اطلاعات، می‌شود. علاوه بر این، ممکن است برای خانواده‌ها بسیار دشوار باشد که در مورد وضعیت پیشرفته بیماری عزیزشان، صحبت کنند، زیرا چنین بحثی باعث غم و اندوه پیش‌بینی شده، می‌شود. به‌منظور حفظ امیدواری، خانواده‌ها تمایل دارند روش‌های درمانی را بیش‌ازحد ارزیابی کنند. خانواده‌ها در صورت عدم پیگیری یا درخواست درمان بیشتر، از پشیمانی در آینده می‌ترسند. این‌که اعضای خانواده شناخت کمی از ترجیحات بیمار برای انواع مراقبت‌ها داشته باشند، غیرمعمول نیست؛ بنابراین، توانایی آن‌ها برای مشارکت کامل در تصمیم‌گیری در زمینه ترجیحات بیمار، محدود است. پرستار برای اطمینان از کیفیت مراقبت از بیمار باید به مراقبان خانواده مراجعه کند۵۱. موانع موقعیتی نیز وجود دارد. زمان همیشه یک مسئله است، از نظر زمان مراجعه به بیمار یا زمان موجود برای بحث عمیق درباره یک موضوع. زمان‌بندی بیماران برای قرار ویزیت‌ها و آزمایش‌های دوره‌ای، ممکن است زمان اندکی را برای تعاملات معنادار، اختصاص دهد. تغییر در وضعیت بیمار ممکن است از بحث کامل در مورد جزئیات، ملاحظات یا درمان آینده، جلوگیری کند. موانع در مورد اهداف مراقبت شامل سرسختی اعضای خانواده یا بیماران در پذیرش پیش‌آگهی ضعیف، دشواری در درک محدودیت‌ها و عوارض درمان‌ها، اختلاف‌نظر در بین اعضای خانواده و عدم توانایی بیماران در تصمیم‌گیری، است. همه این‌ها ممکن است تحت تأثیر عدم رعایت حریم خصوصی در محیط های مراقبتی نظیر مجموعه‌های درمانی باز برای شیمی‌درمانی، مراکز مراقبت از کلیه، نارسایی قلبی یا در مراکز مراقبت حاد، باشد. خانواده‌ها ممکن است ناآگاه باشند و پیام‌های متفاوتی دریافت کنند. علاوه بر این، شرایطی که باید تبادل اطلاعات از طریق تلفن انجام شود، پرستار از فهم ارتباطات غیرکلامی خانواده، عاجز است.

موانع ارتباطی پرستار شامل نگرانی‌های شخصی، شغلی و حقوقی، است. مسائل ناشی از شخصیت، هنجارهای فرهنگی، تقلاهای رنج حل‌نشده، ترس از مرگ‌ومیر خود، یا ترس از احساسی بودن در مقابل بیمار، کمبود آموزش، دشواری در بیان پیش‌آگهی و عدم تمایل بیمار یا خانواده، همگی به موانع ارتباطی پرستار، کمک می‌کنند. پرستاران تازه‌کار نگران هستند که مباحث مربوط به مردن و مرگ‌ومیر موجب ناراحتی عاطفی بیش‌ازحد برای بیمار و خانواده، بشود. آن‌ها ممکن است در مورد دامنه عملکرد یا اختیارات خود برای شروع چنین گفتگوهایی نگران باشند. برخی از

پرستاران نگران این هستند که صحبت در مورد مراقبت‌های تسکینی؛ منجر به درگیری بیمار و خانواده شود. سرانجام، حتی اگر ارتباط و تبادل اطلاعات بخشی از دامنه عمل و حمایت از پرستاران رجیستر RN)[1] و پرستاران رجیستر در عمل پیشرفته (APRN)[2] باشد، بسیاری از پرستاران از ارتباط EOL (مراحل انتهایی زندگی) احساس ناراحتی می‌کنند و به‌جای صحبت در مورد پیش‌آگهی، بر حفظ امید، تمرکز می‌کنند. درنتیجه، پرستاران ممکن است رفتارهای اجتنابی را در ارتباط برقرار کنند. پرستار ممکن است بیشتر روی جنبه‌های زیست پزشکی، به‌ویژه استفاده از اصطلاحات پزشکی متمرکز شود و بدین ترتیب از هرگونه پاسخ به افکار و احساسات بیمار، جلوگیری کند. یا پرستار ممکن است فقط بر روی زمان حال تمرکز کند و مانع از بیان نگرانی‌های قبلی بیمار شود. به‌عنوان‌مثال، پرستار به‌جای گوش دادن به نگرانی‌های بیمار، مکالمه را با ارائه اطمینان کاذب مانند "اکنون خوب است" یا کنار گذاشتن احساسات با جمله‌ای مانند "نگران نباشید، این فقط اضطراب شمارا بیشتر می‌کند." پیش ببرد. روش دیگر برای جلوگیری از بحث، تغییر تمرکز یا موضوع است. به‌عنوان‌مثال، اگر بیمار بگوید"من نگران خانواده‌ام هستم"، پرستار ممکن است مسیر گفتگو را تغییر دهد، "خب حالت تهوع‌تان چطور است؟". بعضی‌اوقات ممکن است پرستار با ارائه مشاوره، مکالمه را قطع کند: "البته، به‌موقع این مسئله را پشت سر خواهید گذاشت. این خیلی طولانی نخواهد بود.". یکی دیگر از روش‌های اجتناب در پاسخ دادن به مشکلات بیان‌شده بیمار این گونه است: "واضح است که شما باید در مورد مسائل خود با مددکار اجتماعی صحبت کنید." یا "من در این زمینه بحث نمی‌کنم." در هر حال، پرستاران و پزشکان ممکن است در جلوگیری از هرگونه بحث مرگ و مردن، با بیماران دچار چالش شوند، بنابراین از اشتراک اطلاعات با بیمار، جلوگیری می‌کنند.

مدل :COMFORT مدلی برای ارتباط مؤثر

یک برنامه درسی جدید آموزش ارتباط به نام COMFORT، مخفف اختصاری که اصول اساسی ارتباط پرستار را مشخص می‌کند، به‌عنوان یک چارچوب ارتباطی ارائه می‌شود. بر اساس تحقیقات مبتنی بر شواهد در هاسپیس و مراقبت‌های تسکینی، برنامه درسی COMFORT به پرستاران می‌آموزد که هم‌زمان در رابطه با وظایف و ارتباط، راهی برای بهبود ارتباط و حل چالش‌های ارتباطی پیدا کنند. COMFORT مخفف هفت اصل اساسی ارتباط مراقبت تسکینی است (C– ارتباط، O– جهت‌گیری و گزینه ها، M– ارتباط ذهنی، F– مراقبان خانواده، O– روزنه‌ها، R– مرتبط بودن T– تیم). این برنامه درسی به پرستاران می‌آموزد که چگونه اخبار تغییردهنده زندگی، ارزیابی نیازهای سواد سلامت بیمار / خانواده، تمرین ارتباط آگاهانه، تأیید مراقبان خانواده و پرداختن به اهداف و اهداف ارتباطی را فراگیرند. COMFORT برای کمک به پرستاران درزمینه برقراری ارتباط روان شناختی و بیمار محور، طراحی‌شده است. این چارچوب به‌عنوان یک راهنمای خطی، یک الگوریتم، یک پروتکل یا یک موضوع برای پیاده سازی متوالی توسط پرستاران نیست بلکه مجموعه‌ای از اصول جامع است که می‌تواند به‌طور هم‌زمان در مراقبت از بیماران / خانواده‌های دارای بیمار با بیماری تهدیدکننده زندگی، استفاده شود.

نیازهای اطلاعاتی بیماران و خانواده‌ها

برای ارائه مراقبت‌های حمایتی از بیماران و خانواده‌ها، درک نیازهای اطلاعاتی و ارتباطی آن‌ها ضروری است. بیماران به اطلاعاتی درباره گزینه‌های درمان،

1. Registered Nurses
2. Advanced Practice Registered Nurse

مدیریت علائم، حمایت از خانواده و دوستان، تحقق انتظارات فرهنگی یا خانوادگی، دستیابی به معنا و حفظ عزت، نیاز دارند. به همین ترتیب، نیازهای ارتباطی برای بیمار شامل مشخصات بیماری، منطق مراقبت، گوش دادن به آن‌ها و فرصت شرکت در بحث‌های مهم، است. نقش پرستار؛ ارزیابی دانش و نگرانی بیمار، تقویت اطلاعات بهداشتی و تسهیل در تبادل اطلاعات با بقیه تیم مراقبتی است. پرستار همچنین بیمار را در درک برنامه مراقبتی، راهنمایی می‌کند، مسئولیت تیم را برای جنبه‌های خاص مراقبت، روشن می‌کند. به‌منظور مشارکت کامل در مراقبت از بیمار، ارتباط خانوادگی، ضروری است. نیازهای ارتباطی خانواده و سایر مراقبان به نقش آن‌ها در سیستم خانواده، سن، توانایی تصمیم گیری و سایر قوانین درون و مخصوص خانواده، بستگی دارد. مراقبان خانواده همیشه از اطلاعاتی که ممکن است لازم داشته باشند، آگاهی ندارند، ممکن است از اطلاعات مربوطه پرهیز کنند و ممکن است نیازهای اطلاعاتی خود را بیان نکنند.

بیشترین اطلاعات مورد نیاز در میان بیماران و خانواده‌هایی که تحت مراقبت تسکینی قرار می‌گیرند، در مورد مدیریت درد است. خانواده ها همچنین باید نحوه کار تیم بین‌حرفه‌ای، ازجمله اعضای تیم درگیر در مراقبت، نقش آن‌ها در برنامه مراقبت، آنچه در برنامه مراقبت تأثیر می‌گذارد و محل مراقبت را درک کنند. پرستاران ارائه‌دهنده اطلاعات و تسهیل‌کننده ارتباط، هستند. آموزش به بیمار و خانواده در مورد بیماری و روش‌ها، به چالش کشیدن اعضای خانواده برای در نظر گرفتن عواقب درمان و آگاهی دادن در مورد زوال بیمار با گذشت زمان از دیگر وظایف پرستار است. پرستار به عنوان یک ارائه‌دهنده اطلاعات و تسهیل‌کننده ارتباط، اطمینان خاطر از راحتی بیمار، حمایت از سازگاری با شرایط بیماری، توضیحات مربوط به برنامه مراقبت در حال تکامل و مشخص کردن جنبه فعلی مراقبت‌های بالینی را بر عهده دارد.

علاوه بر این، خانواده‌ها ممکن است بسیار درگیر مراقبت باشند همچنین چندین تعهد در خانه و محل کار داشته باشند؛ بنابراین، ممکن است برای اعضای خانواده یک چالش باشد که به‌طور مستقیم در جلسات بالینی، شرکت کنند و این موضوع ممکن است به‌روزرسانی مکرر اطلاعات مراقبتی توسط پرستار را ضروری سازد. خانواده‌ها به دلیل نیاز به‌روزرسانی مداوم اطلاعات، ممکن است فشار روانی بالایی را تجربه کنند. خانواده‌هایی که می‌توانند در مورد بیماری صحبت کنند، می‌توانند از ترجیحات بیمار برای مراقبت، حمایت کنند، خواسته‌های عملی مراقبت را کنترل و با مشکلات دشوار کنار بیایند. تعارض در مراقبت تسکینی ناشی از انتظارات ناسازگار و ارتباطات غیربهینه، است. هنگامی‌که اعضای خانواده نگرانی در مورد کیفیت مراقبت از بیمار دارند، نشانه آن است که آن‌ها به میزان کافی برای مرگ بیمار آماده نیستند و یا در درک و پذیرش پیش‌آگهی، مشکل دارند.

ممکن است خانواده درخواست نماید که بیمار در مورد میزان شدید بودن وضعیت خود؛ مطلع نشود. اگر خانواده از بیمار مراقبت می‌کند، پرستار باید دلیل خانواده را برای نگه داشتن اطلاعات، بررسی کند. این درخواست‌ها ممکن است شامل اعتقادات معنوی، مسائل فرهنگی، ترس از مرگ، ترس از اینکه بیمار امید خود را از دست بدهد و از کار بیفتد یا ناراحتی از هرگونه بحث و گفتگو باشد. هر نگرانی نیاز به رویکردی متفاوت دارد. اگر مسئله معنوی یا فرهنگی وجود داشته باشد، پرستار باید بعد معنوی خانواده و آداب و رسوم فرهنگی را بررسی کند. اگر خانواده اظهار ترس کند، پرستار می‌تواند توضیح دهد که اکثر بیماران می‌خواهند تشخیص خود را بدانند تا بتوانند در فعالیت‌های روزمره زندگی شرکت کنند و نحوه گذراندن روزهای آخر خود را تعیین کنند. از همه مهم‌تر، پرستار باید بیمار را ارزیابی کند و تعیین کند که آیا او می‌خواهد از اطلاعات سلامتی مطلع شود و

چه مقدار از اطلاعات سلامتی را می‌خواهد بداند. سرانجام، در این وضعیت، پرستار باید با صداقت با بیمار رفتار نماید. در پاسخ به خانواده‌ای که می‌خواهد از موضوعاتی اجتناب کند، پرستار باید چنین موضوعاتی را مطرح نکند، اما اگر خود بیمار موضوعات دشواری را مطرح کند، پرستار در گفتگو و پاسخ‌های خود، صادق خواهد بود. هنگامی‌که بیمار در تلاش برای مصون نگه‌داشتن موضوعات از خانواده است، اصول اختیار و محرمانه بودن، اهمیت بالایی دارند. در این شرایط، پرستار باید دلایلی را که بیمار از اطلاع دادن به خانواده خودداری می‌کند را کشف کند. غالباً، ممکن است سابقه شخصی یا رویدادی در گذشته وجود داشته باشد که ریشه در شرم، گناه یا عدم پذیرش سبک زندگی داشته باشد. پرستار ابتدا می‌تواند حضور درمانی را برای بیمار فراهم کند تا بتواند این کار را انجام دهد. فعالیت‌های اجتماعی مازاد و حمایت ازنظر معنوی، ممکن است لازم باشد. در صورت مناسب بودن شرایط، پرستار باید توضیح دهد که اگر قرار است خانواده درگیر مراقبت شوند، شناخت کامل بیماری و شرایط همراهی بیمار برای آن‌ها مفید است. در نهایت بیمار حق دارد اطلاعات را مجاز یا محدود کند و پرستار باید به این امر احترام بگذارد.

چالش دیگر، پویایی خانواده است. بیماری شدید منجر به سازگاری مؤثر در صورتی که خانواده دور هم جمع می‌شوند، یا سازگاری غیرمؤثر، در صورت از بین رفتن خانواده، می‌شود. ارزیابی بیمار و خانواده، سازگاری آنها را از لحاظ کنار آمدن با بیماری، نشان می‌دهد. اگر ساختار ناسازگاری برای حمایت از فرد بیمار وجود داشته باشد یا اعضای خانواده بیش‌ازحد تحت مراقبت باشند، حمایت از بیمار ممکن است بهینه نباشد. اغلب، روابط متضاد به دلیل آزار روانی، فیزیکی و جنسی، بی‌توجهی؛ سوء مصرف مواد؛ و یا خشونت گذشته، وجود دارد و یا روابط ممکن است با طلاق یا جدایی؛ تیره و تار شود. این شرایط مملو از درام است و تمرکز را از بیمار دور می‌کند. پرستار باید درک کند که نمی‌تواند این مشکلات را برطرف کند و در عوض روی موضوعات ملموس سلامتی، متمرکز می‌شود. علاوه بر این، این موضوعات شرایط همکاری بین حرفه‌ای ازجمله مددکار اجتماعی، متخصصان بهداشت روان یا متخصصان اعتیاد را می‌طلبد.

نقش اضطراب در ارتباط

پدیده مهم تأثیرگذار بر روابط خانواده، پرستار و بیمار، اضطراب است. اضطراب هم در بیمار رخ می‌دهد و هم در پرستار و بر نحوه برقراری ارتباط توسط پرستار و نحوه دریافت آن به‌وسیله بیمار، تأثیر می‌گذارد. گزارش انستیتوی پزشکی، ارائه مراقبت از سرطان باکیفیت بالا را شامل ترسیم یک دوره جدید برای بحران در سیستم و نقش اضطراب در دریافت ارتباط را توصیف می‌کند. اضطراب عنصری ضروری در زندگی روزمره است. درواقع، اضطراب خفیف با هوشیاری نسبت به مسائل، شناسایی مشکلات و تسهیل راه‌حل‌های خلاقانه، به بیشتر افراد کمک می‌کند تا کار خود را انجام دهند؛ بنابراین، بعضی از بیماران ممکن است اضطراب خفیف داشته باشند و قادر به پردازش اطلاعات باشند و درواقع کاملاً خلاق باشند؛ اما سایر بیماران ممکن است اضطراب شدید داشته باشند و نتوانند اطلاعات ساده و اساسی را پردازش کنند. برای پرستار ارزیابی سطح اضطراب بیمار و توانایی پردازش او مهم است. با جدی شدن مسائل سلامتی، به‌ویژه حین پیشرفت بیماری‌ها، اضطراب تا حد متوسط افزایش می‌یابد. توانایی بیمار در پردازش اطلاعات، انتخابی می‌شود. در آن مرحله، بیمار از آگاهی بیشتری برخوردار است و ممکن است به نتایج بد احتمالی ازجمله وخیم شدن بیماری، فکر کند. در این حالت، پرستار با اجازه دادن به بیمار برای ابراز ترس و نگرانی و با تکرار اطلاعاتی که تیم ارائه داده است، از بیمار حمایت می‌کند. تهیه این اطلاعات در مقادیر کم و قابل درک، بسیار آسان

است. بالاترین سطح اضطراب و وحشت شدید آن است که منجر به اختلال کامل در توانایی پردازش اطلاعات بیمار می‌شود. این اضطراب و وحشت شدید اغلب در بیماری اتفاق می‌افتد که مشخص شود دیگر گزینه‌های درمانی برای وی وجود ندارد یا بیماری در حدی پیشرفت کرده است که منجر به پیش‌آگهی کوتاه یا تشخیص مرحله نهایی، می‌شود. در این شرایط، به‌محض اینکه پزشک خبر ناخوشایندی را ارائه می‌دهد، ممکن است بیمار از این خبر دچار شوک یا وحشت شود. او ممکن است نتواند اطلاعات بیشتری را پردازش کند. درک سطح اضطراب بیمار در اینجا بسیار مهم است. در این مرحله، پرستار تأییدکننده خبر ناخوشایندی که بیمار شنیده است، تأیید واکنش‌ها و بحث درباره احساسات، است. ارتباط غیرکلامی شامل حضور درمانی است. در این مرحله، تیم باید از به اشتراک گذاشتن اطلاعات بیشتر تا زمانی که بیمار وقت لازم برای پردازش اخبار ناخوشایند را نداشته باشد، خودداری کند.

عناصر اصلی ارتباط پرستار

انتقال اطلاعات

نقش اصلی پرستار انتقال اطلاعات در مورد بیماری، داروها و روش‌های درمانی است. APRNها با توجه به ماهیت عملکرد خود، ممکن است گزینه‌های تشخیص، پیش‌آگهی و درمان را نیز ارائه دهند. وظیفه انتقال اطلاعات پیچیده است زیرا ارائه اطلاعات به تنهایی کافی نیست. بلکه اطلاعات باید در چارچوب سطح تحصیلات، سطح رشد، سطح سواد، سطح اعداد و زبان اصلی، همراه با وضعیت روان‌شناختی و سایر عوامل اجتماعی دخیل در مراقبت، ارائه شود. وقتی نیازهای سواد سلامت برآورده نشود، بیماران به عدم درک در مورد بیماری خود، دشواری در تصمیم‌گیری، ترس از مرگ، عدم درک علائم غیرمنتظره و اعتماد به منابع آنلاین کم اعتبار، گرفتار می‌شوند. سواد عمومی کم، سواد سلامتی کم و فقدان مهارت انگلیسی بر تعاملات بالینی و مراقبت از خود و حمایت مراقب، تأثیر منفی می‌گذارد. در مراقبت‌های تسکینی، نیازهای یادگیری بیماران و خانواده‌ها در طول مراقبت به صورت مداوم است. ارزیابی سواد سلامت پایین در بیماران و اعضای خانواده، بخش مهمی در انتقال اطلاعات است. موانع سواد سلامت شامل وضعیت جسمی و عاطفی بیمار، تجربیات قبلی مراقبت‌های بهداشتی و ترس از طرح سؤال است. ابزارهای زیادی وجود دارد که می‌تواند برای اطمینان از برقراری ارتباط مؤثر پرستاران و تأمین نیازهای سواد سلامت بیماران، مورد استفاده قرار گیرد. به‌اصطلاح چانکینگ[1] (ارائه مقدار کمی از اطلاعات) و بررسی (ارزیابی برای درک) یکی از استراتژی‌های پیشنهادی ارتباطی برای برآوردن نیازهای سواد سلامت است. یک جلسه تدریس، استفاده از تشبیهات و استعاره‌های مناسب فرهنگی می‌تواند موانع سواد سلامت را رفع کند. با توجه به اینکه بسیاری از بحث‌های مراقبت‌های تسکینی مبتنی بر آنچه ممکن است اتفاق بیفتد؛ است، ضروری است که پرستاران ارتباط خود را با سطح سواد سلامت بیماران و خانواده‌ها هماهنگ کنند تا درک و فهم خود را ارتقاء دهند. سطح تحصیلات بیمار و درک زبان پزشکی بر پردازش اطلاعات وی تأثیر می‌گذارد. اگر بیمار مقطع دبیرستان را تمام نکرده باشد، ممکن است کلمات پیچیده را درک نکند. استفاده از کلمات یک تا دو هجایی، مهم است. اگر انگلیسی زبان دوم است، باید به اصطلاحات پزشکی و ترجمه به شکل کلمات ساده، توجه شود.

در یک مطالعه، تنها ۶/۷٪ از پرستاران اغلب یا به‌طور مکرر نیاز بیمار به منابع قابل‌درک آسان را برطرف می‌کنند. پرستاران تمایل دارند با بیماران دارای مهارت انگلیسی محدود، ارتباط برقرار کنند تا

1. chunking

نیازهای آن‌ها را بهتر درک کنند، با این وجود آن‌ها به دلیل فشارهای مدیریت زمان، برای برقراری ارتباط با این بیماران مشکل دارند. به‌منظور مراقبت بهتر از بیماران غیر انگلیسی زبان، پرستاران ازنظر نگرش و خودآگاهی و تفسیر بیماران از موضوعات پزشکی، آگاهی خود را از نیازهای بیمار، فرهنگ و رشد شخصی، افزایش می‌دهند.

رشد زبان متناسب با سن بیمار و توانایی استدلال او است. کودکان خردسال توانایی استدلال پیچیده را ندارند، درحالی‌که نوجوانان این توانایی را دارند. در بیماران کودک و خانواده‌هایشان، بایستی نیازهای خاص آن‌ها را با اصلاحاتی که باعث می‌شود زبان ساده‌تر و ملموس‌تر بیان شود، برطرف نمود. این مورد در بیمارانی که تأخیر در رشد یا نقص شناختی دارند نیز صادق است. استرس قرار گرفتن در محیط مراقبت‌های بهداشتی؛ توانایی فرد در پردازش اطلاعات را مختل می‌کند؛ بنابراین، دادن اطلاعات معمولاً به معنای ارائه اطلاعات به‌صورت تدریجی، در سطح تحصیلات ابتدایی، برای اجازه دادن به بیماران و خانواده‌ها برای شنیدن و پردازش اطلاعات، بهتر است. بیشتر کلمات باید تک هجایی باشند که باعث می‌شود جملات ساده‌تر و به‌راحتی قابل درک، باشند.

ادامه مطالعه موردی: تقسیم اطلاعات

ماریتا با خانم لیری و دخترش پاتریشیا ملاقات کرد. وی از آن‌ها پرسید که از سلامتی خانم لیری چه فهمیدند؟ خانم لیری اظهار داشت که فهمیده ناراحتی قلبی و دیابت دارد. پاتریشیا اظهار داشت که می‌دانسته مادرش بیماری‌های زیادی دارد، کلیه‌های او کار نمی‌کنند و قلبش از کار افتاده است. ماریتا پرسید آیا معنای آن‌ها را فهمیده‌اند؟ وقتی لیری و دخترش؛ نه گفتند، ماریتا توضیح داد که نارسایی قلبی چیست و چگونه با دیابت بدتر می‌شود. خانم لیری و پاتریشیا درک جدیدی داشتند که این شرایط برطرف نخواهد شد. آن‌ها از زمانی که ماریتا با آن‌ها سپری می‌کرد قدردانی می‌کردند.

در این رویکرد ارتباطی، پرستار و بیمار / خانواده در معنای پیام‌های کلامی و غیرکلامی مشارکت می‌کنند و درباره آن‌ها مذاکره می‌کنند. عوامل محیطی، اجتماعی و شخصی بر نحوه تفسیر پیام‌ها، تأثیر می‌گذارند. در این رویکرد، ارتباط یک فرایند مداوم در نظر گرفته می‌شود که به شما امکان می‌دهد سوءتفاهمات را پیدا کنید و راه‌هایی برای احترام متقابل به تنوع را ایجاد کنید. بیمار محور بودن، فرصت‌های مشترک برای برقراری ارتباط بین طرفین را فراهم می‌سازد.

جمع‌آوری اطلاعات

مؤثرترین ابزار جمع‌آوری اطلاعات از بیماران و خانواده‌ها، استفاده از سؤالات باز است. سؤالات باز فرصت گوش دادن به روایت بیمار و مشاهده ارتباط غیرکلامی را افزایش می‌دهد. پرستار از طریق سؤالات باز؛ ارزش‌ها، اولویت‌های مراقبت، سازگاری، اولویت‌های زندگی و نگرانی‌های معنوی بیمار را درک می‌کند. سؤالات بسته شامل «بله- یا - خیر»، سؤالات پاسخ محدود و سؤالات هدایت‌کننده، است. استفاده از سؤالات بسته که معمولاً بر روی علائم جسمی یا سؤالات مربوط به تجربه متمرکز است، پاسخ بیمار را محدود می‌کند، بنابراین از توضیح موضوعات مختلف جلوگیری می‌کند. در محدودیت‌های زمانی مراقبت‌های بالینی، ممکن است پرستار به‌اندازه کافی وقت مکالمه طولانی نداشته باشد؛ بااین‌حال، چند سؤال اصلی از رابطه مراقبتی ایجاد می‌کند. جعبه ۴.۲ فهرستی از سؤالات بالقوه برای استفاده جهت شروع مکالمه را ارائه می‌دهد. غالباً سؤالات مهمی پرسیده می‌شود اما با شروع پاسخ بیمار، پرستار مکالمه را ادامه می‌دهد. هنگامی‌که

جعبه ۴.۲. سؤالات باز مفید برای شروع بحث
اوضاع برای شما چگونه پیش می‌رود؟ چگونه با بیماری خود کنار می‌آیید؟ چه موضوعی شما را در مورد بیماری نگران می‌کند؟ چه نگرانی‌هایی در مورد بیماری خود دارید؟ روند درمان برای شما چگونه پیش می‌رود؟ چه نگرانی در مورد درمان شما وجود دارد؟ چه نگرانی‌هایی در مورد بیماری یا درمان خود دارید؟ از نظر بیماری و معالجه چه امیدهایی دارید؟ افراد مهم برای شما چه کسانی هستند؟ چه روابطی برای شما مهم‌ترین است؟ افرادی که از شما حمایت می‌کنند چه کسانی هستند؟ چه چیزی به شما در زندگی معنا می‌دهد؟ چه چیزی به شما در زندگی شادی می‌بخشد؟ چه چیزی قدرت زندگی یا کنار آمدن با هر روز را برای شما فراهم می‌کند؟ آیا کار مهم یا ناتمامی وجود دارد که لازم باشد در آن شرکت کنید؟

پرستار سؤال بازی را از بیمار پرسید، گوش دادن به پاسخ بیمار ضروری است. در غیر این صورت، حواس‌پرتی، عدم پاسخگویی یا عدم‌تأیید برای بیمار / خانواده فاقد اعتبار است. اگر بیمار صحبت‌های خود را بدون دریافت واکنش ارائه دهد، ممکن است باعث ناراحتی وی شود.

ادامه مطالعه موردی: جمع‌آوری اطلاعات

ماریتا در مورد کیفیت زندگی[1] خانم لیری سؤال کرد. خانم لیری اظهار داشت که احساس ضعف دارد، زیرا که وضعیت عملکردی و تحرک او تحت تأثیر افسردگی؛ ضعیف شده است. ماریتا پرسید که آیا برای حمایت بیشتر لیری، دور هم جمع‌کردن خانواده جهت بحث در مورد طرح ترخیص و جلوگیری از بستری مجدد در بیمارستان، مفید خواهد بود؟ خانم لیری گفت که «بله»، و می‌خواست از گزینه‌های خود مطلع شود. مشخص شد که پسرش پیتر در همان نزدیکی زندگی می‌کند و اگر پسر یا همسر سابقش را پیدا کنند باید در این کار (منظور اقدامات برای ترخیص هست) مشارکت کنند. ماریتا با اجازه او قرار ملاقات خانوادگی را با تیم تسکین‌دهنده و خانم‌ها لیری، پاتریشیا و پیتر؛ ترتیب داد. اعضای تیم مراقبت تسکینی، اهداف مراقبت از خانم لیری و کیفیت زندگی وی را مرور کردند. آن‌ها درباره تغییراتی که در چند سال گذشته در سلامتی وی ایجاد شده بودند، پرسیدند. مشخص شد که، در سال گذشته، او بیشترین افت را داشته است. تیم تسکینی درباره اولویت‌های زندگی و ارزش‌های او سؤال کردند. وی گفت که می‌خواهد مستقل باشد، اگر این امکان وجود نداشته باشد، دیگر نمی‌خواهد درمان شود. خانواده لیری وتیم مراقبت تسکینی در مورد گزینه‌های موجود، بحث کردند. ماریتا بعد از جلسه تیم مراقبت، با خانم لیری و خانواده‌اش، بحث را بررسی کرد. آن‌ها از ارائه گزینه‌های مراقبت از لیری احساس آرامش کردند.

همکاری بین‌حرفه‌ای، ستون پرستاری تسکینی است، زیرا برنامه‌های مراقبت کل‌نگر، فقط از طریق کار با سایر اعضای تیم حاصل می‌شود. همکاری تیمی شامل وابستگی متقابل و انعطاف‌پذیر است که در آن اعضای تیم باید برای تحقق اهداف، باهم کار کنند. در این حالت، اعضای تیم، اهداف و اولویت‌های خانم لیری را استخراج می‌کنند. مهم است که اعضای خانواده پیام مشابهی را از اعضای تیم دریافت کنند. همکاری باعث افزایش مراقبت متمرکز بر بیمار و خانواده می‌شود.

گوش دادن

گوش دادن یک فرایند فعال است که نیاز به حضور و

1. Quality of Life

توجه متمرکز دارد. گوش دادن متمرکز امکان درک اوضاع بیمار در مسیر بیماری و نحوه پردازش اطلاعات توسط بیمار را فراهم می‌کند. در طی فرایند گوش دادن، پرستار با توجه به انتخاب واژه‌ها و نگرانی‌های خاص بیمار، با دقت و بدون ایجاد وقفه روی داستان وی تمرکز می‌کند. یک تکنیک مفید این است که بحث را با پرسیدن یک سؤال باز مانند "چه چیزی شما را به بیمارستان آورد؟" یا "در مورد آنچه که اتفاق افتاده است به من بگویید؟" شروع کرد. به‌طور خاص، پرستار محتوای کلامی و گفتاری را در پاسخ‌های بیمار مشاهده می‌کند و همچنین بر ناگفته‌ها؛ تمرکز می‌کند. پرستار الگوهای گفتاری، لحن، سرعت و انسجام سخنان بیمار را یادداشت می‌کند. هم‌زمان، پرستار عبارات غیرکلامی ازجمله احساسات و حرکات فیزیکی را مشاهده می‌کند. در تمام این مشاهدات، پریشانی در ابعاد جسمی، روانی، معنوی و عاطفی مراقبت؛ شناسایی و اولویت هریک از آن‌ها تعیین می‌شود. استفاده از سکوت توسط پرستار مهم است وبه پرستار اجازه می‌دهد تا به‌جای آماده‌سازی پاسخ ذهنی، کاملاً در لحظه؛ حضور داشته باشد. به همین ترتیب، پرستار برای انتقال همدلی از بازتاب استفاده می‌کند. پرستار آنچه را که توسط اظهارنظرهایی مانند «هوم» یا «بیشتر به من بگویید» شنیده است، روشن می‌کند. پرستار با تأیید پاسخ‌های بیمار و کاوش معنای آنها با روش دلسوزانه و حمایتی، بیمار را تشویق می‌کند تا مسائل و نگرانی‌ها را توضیح دهد. ممکن است مواردی باشد که بیمار ساکت بماند. در این شرایط، اقدام مناسب این است که پرستار فقط بی‌سروصدا بنشیند و به بیمار اجازه دهد تا در مورد لحظه و وضعیت فعلی، تأمل کند. بعد از این لحظات سکوت ممکن است بیمار اطلاعات حساس، نگرانی‌ها، افکار یا سابقه گذشته (ضربه، سوءاستفاده یا رفتارهای نامشروع) را بیان کند. افشای اطلاعات بیمار ممکن است در سطح عمیق‌تری باشد زیرا به وی فرصت داده‌شده و اجازه دارد چنین اطلاعاتی را فاش کند.

چندین مدل استراتژی برای ارتباط پرستاری مراقبت تسکینی وجود دارد. یکی از مدل‌های گوش دادن و برقراری ارتباط، "بپرس- بگو- بپرس" است. در این مدل، پرستار یک سؤال می‌پرسد، سپس بیمار هم به سؤالات پاسخ می‌دهد. سپس پرستار با توجه به محتوای صحبت‌های بیمار، پاسخ می‌دهد. پرستار با پرسیدن سؤال آخر برای تعیین درک بیمار، سکوت میکند. مدل دوم، مدل "اسپایک[1]" است. در این مدل، S مهارت شنیداری را نشان می‌دهد، P نشان‌دهنده درک بیمار از وضعیت موجود است، I تشویق برای ارائه اطلاعات است، K نشان‌دهنده ارائه دانش یا واقعیت‌ها است، E نشان‌دهنده کاوش عاطفی و همدلی است و S نشان‌دهنده خلاصه، است. مدل دیگر "سالر[2]" هست، جایی که پرستار کاملاً روبروی بیمار نشسته است، با یک وضعیت بدن راحت جهت نشان دادن همدلی، با استفاده از تماس چشمی به‌طور مناسب و با موقعیت آراماست. در نهایت، مدل "نرس[3]" وجود دارد که در آن پرستار احساسات را شناسایی، بیماران را درک می‌کند، به بیمار احترام می‌گذارد، حمایت می‌کند و نگرانی‌های بیمار را از طریق استفاده از بیانیه I بررسی می‌کند. هر یک از این راهبردها مؤثر است و بستگی به سبک ارتباطی پرستار دارد.

استخراج جنبه‌های حساس مراقبت: فرهنگ، دین، اخلاق

حساسیت، اصطلاح دیگری برای صلاحیت فرهنگی، شامل موضوعات مربوط به مسائل مذهبی، معنوی، فرهنگی، قومی، نژادی، جنسیتی و زبانی است. هنجارهای ارتباطی در میان فرهنگ‌های مختلف،

1. SPIKES
2. SOLER
3. NURSE

متفاوت است و درنتیجه آداب ورسوم ارتباطی در فرهنگ‌های متنوع، به شکل متفاوت ایجاد می‌شود. این موارد ممکن است شامل احترام به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، اهمیت دادن به جنسیت ارائه‌دهندگان خدمات درمانی یا مناسب بودن بحث پیرامون موضوعات خاص، باشد. حضور در فرهنگ؛ جنبه بسیار مهمی از ارتباط است که لزوم قدردانی از نشانه‌های کلامی و تفسیر نشانه‌های غیرکلامی را ضروری می‌کند. در بسیاری از مواقع، خیرخواهی بر استقلال، ارجحیت دارد. افشا و پنهان‌سازی باید در چارچوب بیمار و خانواده، با درک و احترام به ارزش‌ها و اعتقادات آن‌ها دیده شود. پرستار باید از فرهنگ، تعصبات فرهنگی و فرضیات خود، آگاه باشد. کارکنان مراقبت تسکینی، آگاهی فرهنگی را در خود پرورش می‌دهند که چگونه ارزش‌های فرهنگی، اعتقادی، تعصبات و عملکردها؛ درک آنها را از بیماران، خانواده‌ها و همکارانشان توسعه می‌دهد. درک پیشینه خود به‌عنوان نقطه شروعی برای پرستار عمل می‌کند وشامل تأمل و بررسی ارزش‌ها و اعتقادات اخلاقی فرد با تأمل در قومیت و تأثیر آن بر سلامتی، بیماری و مرگ، دین و نقش آن در مرگ و عقاید پس از مرگ و الگوهای ارتباطی فردی است. استخراج اطلاعات بهداشتی و درک بیماری، برای مراقبت ضروری است. در برخی فرهنگ‌ها، در مورد اینکه بیمار باید از اطلاعات سلامتی خود بداند یا نه، هنجارهای اجتماعی وجود دارد، خصوصاً اگر بیماری پیشرفته باشد؛ بنابراین، ارزیابی دین و فرهنگ بیمار و خانواده و چگونگی تأثیر آن بر مراقبت‌های بهداشتی، بسیار مهم است. این ارزیابی شامل اطلاعاتی است که بیمار می‌خواهد بداند و مقدار اطلاعاتی که فرهنگ و قومیت به بیمار و خانواده؛ دیکته می‌کند. بیمار ممکن است اظهار کند که خودش می‌خواهد ارتباط مستقیم در زمینه اطلاعات داشته باشد، یا ممکن است دریافت اطلاعات را به اعضای خانواده خود، واگذار کند. در مرحله بعدی، پرستار از بیمار می‌خواهد تا افراد دیگری را که تمایل دارد در مورد مسائل پزشکی وی به آن‌ها اطلاعات داده شود و از طرف بیمار؛ تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را تعیین کند، مشخص نماید. سرانجام، برای تیم مراقبت‌های بهداشتی مهم است که هرگونه اعمال مذهبی یا فرهنگی را که بر تصمیمات بهداشتی تأثیر می‌گذارد را درک کنند. برخی از ادیان اجازه جراحی برداشتن اعضای بدن یا انتقال خون را نمی‌دهند. بعضی ممکن است داروهای ضد درد را مجاز ندانند. در جعبه ۴.۳ سؤالاتی در زمینه دغدغه‌های فرهنگی و مذهبی، ارائه‌شده است.

اگر انگلیسی زبان اول بیمار و خانواده نباشد، استفاده از مترجم حرفه‌ای، اجباری است، همان‌طور که در پروژه اجماع ملی کیفیت مراقبت تسکینی (NCP)[1]، دستورالعمل‌های بالینی شاخص ۵، جنبه‌های فرهنگی مراقبت ذکرشده است (فصل ۲). بعضی از بیمارستان‌ها خدمات مترجمی نیز ارائه می‌دهند. برخی تفسیر تلفنی را ارائه می‌دهند. مفسران برای کمک به پرستار در بیان سؤالات و نظرات بسیار مهم هستند تا از نظر فرهنگی، حساس باشند. غالباً از اعضای خانواده خواسته می‌شود که از انگلیسی به زبان دیگر تفسیر کنند. اگرچه خانواده ممکن است به‌عنوان مترجم عمل کنند، از نظر فرهنگی، آن‌ها باید در نقش‌های خانوادگی خود عمل کنند. اگر بچه‌ها برای والدین ترجمه می‌کنند، این مسئله می‌تواند دردسرساز گردد. ممکن است لازم باشد مترجمین خانواده از بیمار در برابر اطلاعات محافظت کنند، اطلاعات را دریغ نکنند یا حقایق مربوطه را کنار نگذارند. در این موارد، ممکن است بسیار نامشخص باشد که واقعاً به بیمار چه چیزی گفته شده است.

1. National Consensus Project

جعبه ۴.۳. سؤالات مفید برای ارزیابی فرهنگی

کجا متولد شدید؟
کجا بزرگ شدید؟
این مسئله چگونه بر سلامتی و بیماری شما تأثیر می‌گذارد؟
آیا ملاحظات فرهنگی برای مراقبت از شما مهم است؟
آیا باورهای دیگری وجود دارد که برای مراقبت‌های بهداشتی شما مهم است؟
آیا شما فردی روحانی یا مذهبی هستید؟
چگونه باید در مراقبت‌های بهداشتی و معنوی شما به معنویت یا دین توجه شود؟
آیا مراسم مهمی وجود دارد که برای مراقبت‌های بهداشتی شما مهم باشد؟
وضعیت پزشکی / بیماری خود را چگونه توصیف می‌کنید؟
از وضعیت پزشکی / بیماری خود چه می‌دانید؟
آیا می‌خواهید در مورد وضعیت پزشکی / بیماری خود بدانید؟
در مورد وضعیت و درمان خود، بیشتر از چه می‌ترسید؟
چگونه وضعیت پزشکی / بیماری خود را درمان کرده‌اید؟
آیا فرد دیگری که بخواهید در مورد وضعیت پزشکی / بیماری شما بداند، دارید؟
آیا با کس دیگری باید در مورد وضعیت پزشکی / بیماری، گزینه‌های درمان و روند بیماری شما صحبت کنیم؟
چه کسی مسئول تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی شما است؟
آیا افراد مهم دیگری در جامعه اطراف شما درگیر مراقبت‌های بهداشتی هستند؟
آیا افراد دیگری در جامعه شما هستند که باید آن‌ها را در مراقبت‌های بهداشتی شما بگنجانیم؟

ادامه مطالعه موردی: استخراج جنبه‌های حساس مراقبت: فرهنگ، دین و اخلاق

ماریتا در برنامه ترخیص با تیم درمان، همکاری کرد. وی از خانم لیری در مورد علائم مکرر خود در خانه سؤال کرد. خانم لیری به تنگی نفس و درد قفسه سینه، اشاره نمود. وی اظهار داشت که به دلیل ترس از اعتیاد، داروهای قوی نمی‌خواهد. او می‌ترسید استقلال خود را از دست بدهد؛ چراکه اگر او داروها را مصرف می‌کرد، لازم بود که در خانه پرستاری نگهداری شود زیرا داروها او را گیج می‌کنند. ماریتا در مورد تجربه قبلی لیری از داروها سؤال کرد. خانم لیری اشک‌آلود شد و اظهار داشت که او را به‌عنوان رواقی (STOIC) در مورد درد تربیت کرده‌اند. او احساس می‌کرد که کاتولیک حکم می‌کند که باید برای گناهان خود رنج ببرد. او نسبت به رابطه خود با همسر سابق‌اش که به دلیل ابتلا به هپاتیت C مبتلا به اختلال سؤ مصرف مواد شده بود، احساس گناه می‌کرد. چند بار، او هروئین تزریق کرده بود اما متوجه شد که این به رابطه اش کمکی نمی‌کند. این مسئله حل‌نشده باقی مانده بود زیرا فرزندان او از این ماجرا درباره شوهر سابق وی اطلاعی نداشتند. گزینه‌های زیادی به ماریتا ارائه شده است که از طریق آن‌ها می‌توان ایمان خانم لیری، شیوه مقابله و ترس او را کشف کرد. کاوش آرام در این مسائل باعث ایجاد اعتماد می‌شود و راحتی بالقوه‌ای را در اختیار خانم لیری می‌گذارد تا خودش را از زیر فشار، خارج کند.

رویکردهای ارتباطی

زمینه ارتباط بر فرایند و نتایج تعاملات تأثیر می‌گذارد. به دلیل پیچیدگی مراقبت‌های بهداشتی که به‌سرعت در حال تغییر است، ممکن است از روش‌های مختلف ارتباطی استفاده شود. اولین مسأله زمان‌بندی است و ممکن است روش ارتباط را تعیین کند. کوئیل و همکارانش شرایط «فوری» را تعریف کردند که ارتباط

فوری را ضروری می‌کند. این موارد شامل (۱) بیمار مواجه با مرگ قریب‌الوقوع است. (۲) بیمار مایل هست که در مورد مرگ صحبت کند. (۳) بیمار یا خانواده در مورد هاسپیس سؤال می‌کنند. (۴) بیمار اخیراً به دلیل بیماری شدید و پیش‌رونده در بیمارستان بستری‌شده است و (۵) بیمار رنج شدید و پیش‌آگهی کوتاه را تجربه می‌کند. شرایط «کمتر فوری» شامل (۱) بررسی پیش‌آگهی، به‌ویژه اگر تصور می‌شود که امید به زندگی بین ۶ تا ۱۲ ماه باشد. (۲) بحث در مورد گزینه‌های درمانی بالقوه با احتمال موفقیت کم و (۳) بحث در مورد امیدها و ترس‌ها است. روال عادی ارتباط تسکینی شامل شرایطی است که ثبات یا بهبودی پیش‌بینی می‌شود.

در ارتباط مراقبت تسکینی جلسات حضوری یا رودررو بیشتر ترجیح داده می‌شود زیرا همه تیم در یک اتاق هستند، اطلاعات یکسانی را می‌شنوند و درک نشانه‌های غیرکلامی و کلامی، راحت‌تر است. با این‌حال، با تغییر فضای کار و خانواده‌های جدا از هم، این امکان وجود ندارد؛ بنابراین، تلفن، فناوری ویدیو، وب‌سایت محافظت‌شده و ارتباطات الکترونیکی مزایا و معایبی را برای بیمار و خانواده و تیم مراقبت‌های بهداشتی، فراهم می‌کند. جلسات آموزشی با استفاده از فناوری، می‌تواند به روش‌های جدید رخ دهد و از موانع جغرافیایی، عبور کند. ابتدایی‌ترین شکل، کنفرانس تلفنی است. می‌توان یک تلفن را در حالت بلندگو قرارداد تا خانواده بتوانند به مکالمه گوش دهند و به آن بپیوندند. در اینجا وجود ارتباط غیرکلامی بین افراد وجود ندارد. علاوه بر این، لازم به یادآوری است که شرکت‌کنندگان در اتاق کنفرانس باید به عضو غایب خانواده ای که از طریق تلفن در حال گوش دادن است مراجعه کنند. اجرای این امر به حذف صداهای اضافی پس‌زمینه با بستن درها یا بستن پنجره‌ها نیاز دارد، زیرا صداهای اضافی توانایی شنیدن مکالمات را کم می‌کنند. دوم، شرکت‌کنندگان باید از گفتگوهای حاشیه ای، اجتناب کنند. به صداهای اضافی مانند تنفس شدید در نزدیکی میکروفون توجه کنید و صدای کلیک، به هم زدن پاها یا مواردی از این دست را کاهش دهید. سوم، باید بررسی مکرر انجام شود تا اطمینان حاصل شود که شنوندگان در حال شنیدن مکالمه هستند و می‌فهمند چه چیزی گفته می‌شود؛ زیرا خطوط تلفن می‌توانند ناسازگار باشند یا تأخیر زمانی داشته باشند. در نهایت، همه شرکت‌کنندگان نیاز دارند قبل از صحبت کردن، وضعیت خود را شناسایی و ارزیابی کنند، و شنونده می‌تواند دنبال کند چه کسی؛ چه چیزی را می‌گوید. در پایان تماس، جمع‌بندی موارد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است تا اطمینان حاصل شود که همه موارد یکسانی را شنیده‌اند.

سایر جلسات جدید می‌توانند از طریق کنفرانس ویدیویی در تلفن‌های همراه یا رایانه با استفاده از فیس تایم، گوگل چت، اسکایپ یا زوم انجام شوند. البته، ازنظر حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن، باید دستورالعمل های سازمانی رعایت شود. این امر امکان مشارکت کامل تمام شرکت‌کنندگان را فراهم می‌کند زیرا ارتباط کلامی و غیرکلامی، در دسترس است. آمادگی برای اینکه هر یک از شرکت‌کنندگان در رایانه، یا تلفن همراه مشاهده شود، مهم است. همه شرکت‌کنندگان باید با توجه به تأخیرهای زمانی که بین گفتن چیزی در یک سر کامپیوتر تا زمان دریافت آن در انتهای دیگر کامپیوتر رخ می‌دهد، صبور باشند. برای تأمین این مسئله ممکن است سرعت جلسه کم شود. گاهی اوقات ارتباط بدی ایجاد می‌شود که باعث ایجاد ایستایی یا سایر اختلالات می‌شود؛ بنابراین، ممکن است لازم باشد قسمت‌های مختلف مکالمه، تکرار شود. مشابه مکالمات تلفنی، باید تلاش‌هایی برای کاهش صدای پس‌زمینه، انجام شود. به‌طورکلی، خانواده‌ها از تلاش برای گنجاندن آن‌ها در بحث‌ها قدردانی می‌کنند و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی از

اینکه خانواده مکالمات مداوم می‌شنوند، خوشحال هستند.

پست الکترونیکی و فناوری وب

بسیاری از بیماران درخواست استفاده از ایمیل یا رسانه‌های اجتماعی را دارند، بنابراین فرصت‌ها و چالش‌هایی را ایجاد می‌کنند. این فرصت‌ها شامل توانایی پاسخ سریع و صرفه‌جویی در وقت برای جمع‌آوری سریع اعضای خانواده و تصمیم‌گیرندگان است. چالش‌ها شامل اطمینان از این است که این روش‌ها از نظر ایالتی و فدرال از مقررات رازداری پیروی می‌کنند. بسیار مهم است که ارتباط کتبی متناسب با سطح سواد سلامت بیمار باشد و اصطلاحات پزشکی در متن توضیح داده شود. سطح سواد سلامت همچنین می‌تواند بازتاب‌دهنده توانایی‌های زبانی، تعامل و وضعیت سلامتی بیمار / خانواده، باشد. ارتباط از طریق پست الکترونیکی بین بیمار / خانواده و پرستار در درجه اول به نیازهای جسمی بیمار مربوط می‌شود و نیازهای ارتباطی برآورده نشده در بالین را برطرف می‌کند. پاسخ‌های کتبی به توازن محتوای آگاهانه از شواهد همراه با درک و دلسوزی، احتیاج دارند. تعیین رهنمودهایی برای استفاده از این روش‌های ارتباطی، مهم است. این روش‌ها، اگر اشتباه انجام شود، می‌تواند محرمانه بودن را به خطر اندازد. هرگونه اطلاعات بهداشتی باید از طریق رهنمودها و سیاست‌های سازمانی مناسب مورد بحث قرار گیرد که به استفاده از پورتال‌های اینترنتی امن و مکاتبات ایمن، نیاز دارند. بااین‌وجود، فقط ارتباطات معمول باید از این طریق اتفاق بیفتد. باید انتظارات مشخصی برای استفاده مناسب از ایمیل یا تماس تلفنی تعیین شود. علاوه بر این، یک نفر تعیین شود که علاوه بر بیمار با تیم ارتباط برقرار کند و چندین ایمیل توسط اعضای مختلف خانواده را به ارائه‌دهنده خدمات درمانی، ارسال کند. باید در مورد عدم استفاده از این روش در هنگام وقت آزاد پزشک یا در تعطیلات، به بیماران و خانواده‌ها، آموزش داده شود. پزشک باید انواع ارتباط مناسب برای ایمیل یا درخواست‌های تحت وب را مشخص کند. بیماران باید درک کنند که ارزیابی بالینی از طریق ایمیل دشوار است. این اصل باید بطور واضح توضیح داده شود که ایمیل جایگزین مراجعه حضوری نمی‌شود و ایمیل‌های پیچیده معمولاً نیاز به مراجعه حضوری دارند. ایمیل معمولی یا مکاتبات مبتنی بر وب شامل درخواست‌های دارویی یا پر کردن مجدد فرم درخواست دارو، درخواست تجهیزات پزشکی، درخواست خدمات در منزل، پیگیری پاسخ به درمان جدید، اطلاعات ارجاع و برنامه‌ریزی پیگیری‌های منظم یا پیگیری‌های معمول، است.

زمان پاسخگویی برای ارتباطات از طریق وب یا پست الکترونیکی باید در نظر گرفته شود. بیماران باید از زمان پاسخ، مطلع شوند. ازآنجاکه پزشکان نمی‌توانند سایت‌ها را در ساعات انجام وظیفه بالینی خود کنترل کنند، ممکن است چند ساعت تأخیر در پاسخ وجود داشته باشد. تمام مراکز درمانی دارای پروتکل‌هایی برای رسیدگی به موارد اضطراری هستند و هرگونه موارد اضطراری بیمار باید به ۹۱۱ یا خدمات تریاژ، هدایت شوند. تمام ارزیابی‌های بالینی باید از طریق تلفن سیستم تریاژ، انجام شود. جلسات بیمار و خانواده؛ ابزار ارتباطی شگفت‌انگیز اما با میزان استفاده کم است. این جلسات باعث تحویل محترمانه و حساس اطلاعات به روشی به‌موقع، جامع و دقیق، می‌شود. بیمار ممکن است بسته به شرایط خود، ظرفیت تصمیم‌گیری و ترجیحات شخصی، تمایلی برای حضور داشته باشد یا نداشته باشد. شنیدن پیام‌های منسجم، می‌تواند مفید باشد. خانواده باید با اعضای مختلف تیم دیدار کرده و نقش آن‌ها را درک کند. جلسات خانوادگی به خانواده کمک می‌کند تا روند بیماری و گزینه‌های مراقبتی را درک نموده و در عین حال

اطمینان حاصل کنند که برنامه‌ای وجود دارد و همه در حال تلاش برای رسیدن به یک هدف ثابت، هستند.

جلسات ارتباطی به پزشکان این فرصت را می‌دهد تا به‌طور مشترک برنامه مراقبت متناسب با اهداف و خواسته‌های بیمار و خانواده را تنظیم کنند. انواع مختلفی از جلسات وجود دارد که در زمینه مراقبت تسکینی رخ می‌دهد که شامل: جلسات ارائه اطلاعات، جلساتACP ، مباحث مربوط به اخبار ناخوشایند و بحث درباره وضعیت کد (احیای قلبی‌ریوی)، می‌باشند. این جلسات به ایجاد یک رابطه کاری بین بیمار و خانواده و تیم مراقبت، کمک می‌کند. ممکن است برنامه دیگری به جز انتقال اطلاعات در مورد وضعیت فعلی بیمار یا ماهیت آن وجود نداشته باشد. ممکن است تصمیم خاصی اخذ نگردیده و یا حتی برنامه‌ای برای آینده طرح‌ریزی نگردد. مباحث دیگر شامل پیش‌بینی در مورد روند بیماری و گزینه‌های درمان است. ممکن است در جلسه خانوادگی در مورد مراقبت در منزل، مدیریت علائم، داروها و پرستاری پشتیبان، صحبت شود. مهم نیست که دستورالعمل هایی برای برگزاری جلسه وجود داشته باشد. قبل از تماس جهت جلسه خانوادگی، مهم است که با روشن کردن هدف جلسات، حداکثر استفاده را از زمان داشته باشید. برای روشن شدن پیام‌های منتقل‌شده و تعیین اینکه چه کسی باید جلسه را هدایت کند، باید قبل‌تر؛ جلسه‌ای برگزار شود. رهبر جلسه ممکن است لزوماً پزشک نباشد. پرستار ممکن است مکالمه اولیه را یک نقطه کانونی برای تداوم مراقبت تسهیل کند. فرهنگ سازمانی ممکن است حکم کند که چه کسی می‌تواند جلسات خانوادگی را رهبری کند. برای خانواده‌های پیچیده‌تر یا مشاجره انگیزتر، داشتن جلسه تیمی به‌طور خاص برای برنامه‌ریزی استراتژی‌های سازگاری، مناسب است. باید به حضور ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ضروری، توجه شود. مراحل واقعی برای جلسات خانوادگی کاملاً ساده و مبتنی بر منطق است و شامل هشت مرحله: (۱) پیدا کردن فضای مناسب برای جلسه (۲) معرفی کلیه شرکت‌کنندگان در جلسه (۳) استفاده از سؤالات باز برای تأیید آنچه بیمار (و خانواده) می‌دانند (۴) تعیین چگونگی تمایل بیمار به ارائه اطلاعات (۵) ارائه اطلاعات به روشی ساده، با استفاده از زبان قابل‌فهم، به مقدار کم و مکث برای پردازش و سؤالات برای ارزیابی درک (۶) پاسخ دادن به احساسات (۷) روشن کردن اهداف و اولویت‌های مراقبت و درمان و (۸) ایجاد برنامهاست. جعبه ۴.۴ روند یک جلسه خانوادگی را برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات، رساندن اخبار ناخوشایند یا شفاف‌سازی درمان‌های پایدار، بررسی می‌کند.

جلسات برنامه‌ریزی‌شده به دلیل رسمیت درک شده، اهمیت بیشتری نسبت به جلسات غیررسمی دارند که برای موفقیت آن‌ها چندین مرحله مهم وجود دارد. پس از معرفی، می‌توان اهداف جلسه را بیان کرد. سپس، با استفاده از سؤالات باز، می‌توان از بیمار در مورد درک خود از وضعیت پزشکی و موقعیتش سؤال کرد. به دنبال آن می‌توان نگرانی‌ها و ترس‌های بیمار را مشخص کرد. اینکه بیمار می‌خواهد چه اطلاعاتی را خودش و سایر افراد در مورد مسائل بالینی وی بدانند. این موارد شامل تعیین درک بیمار و خانواده‌اش از بیماری و ارزش‌ها، ترجیحات و اعتقادات آن‌ها، همراه با نیازهای اطلاعاتی آن‌ها برای تصمیم‌گیری در مورد بیماری که در ابراز نگرانی‌های عاطفی خود مردد است و ممکن است نیاز به دعوت به صحبت داشته باشد. رهبر جلسه خلاصه‌ای از مراقبت‌های برنامه‌ریزی‌شده را ارائه می‌دهد. جلسه بعدی به سؤالات و مسائلی می‌پردازد که نیاز به توضیح دارند. سپس، رهبر مسائل را خلاصه می‌کند و با همکاری بیمار و خانواده، برنامه مراقبت را تهیه می‌کند. یکی از مهم‌ترین وظایفی که اغلب بعد از جلسه نادیده گرفته می‌شود، ثبت در پرونده پزشکی است.

جعبه ۴.۴. جلسه خانواده.

برنامه‌ریزی برای قبل از برگزاری جلسه خانواده

۱- برای اطمینان از سازگاری پیام و روند کار، پیش جلسه‌ای با پزشک، برگزار کنید.

۲- اهداف ملاقات با بیمار و خانواده و کارکنان را روشن کنید.

۳-در مورد افراد ضروری برای شرکت در جلسه(بیماران، خانواده و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی)، تصمیم بگیرید.

برخورد خانوادگی

۴- مکان مناسب.

۵-همه شرکت‌کنندگان در جلسه و ارتباط او با مراقبت از بیمار را بیان کنید.

۶- هدف جلسه را مرور کنید.

۷- درک صحیح بیمار / خانواده از مراقبت را تا زمان حال، بررسی کنید.

۸- وضعیت پزشکی فعلی را بررسی کنید.

۹- به سؤالات توجه کنید.

۱۰- گزینه‌های درمان و مراقبت را مرور کنید.

۱۱- در صورت تصمیم‌گیری از بیمار، پاسخ بگیرید.

۱۲- پاسخ خانواده را در مورد اینکه بیمار در صورت امکان چه چیزی را برای خود انتخاب می‌کند، دریافت کنید.

خلاصه

۱۳- بررسی برنامه- در صورت توافق (پس تصمیم بگیرید) در صورت عدم توافق (چه پیگیری برنامه‌ریزی‌شده است؟).

۱۴- مستندسازی جلسه - چه کسی در آن شرکت کرده است، چه چیزی بحث شده است و چه برنامه‌ریزی شده است.

جلسات برنامه‌ریزی‌شده و نقش پرستار

زمان برنامه‌ریزی جلسات برای اجازه دادن به بیمار در راستای آمادگی عاطفی و روانی برای هر خبر احتمالی بسیار مهم است و شامل امکان حضور افراد حامی بیمار برای شنیدن و اعتبار سنجی اطلاعات منتقل شده است. پرستاران در این جلسات نقش حیاتی دارند زیرا آن‌ها اغلب مسئول برگزاری جلسه هستند. قبل از جلسه، پرستار ممکن است نگرانی‌های جسمی، عاطفی و روانی بیمار را که باید در جلسه منتقل شود، ارزیابی کند. این اطلاعات می‌تواند تیم را در برنامه‌ریزی موضوعات هر جلسه یاری دهد. پس از جلسه، پرستار می‌تواند اطلاعات مطرح شده را پیگیری و تقویت کند. حضور پرستار در هر بحثی به‌ویژه هنگامی‌که اطلاعات مهم منتقل می‌شود، نمی‌تواند بیش‌ازحد تأکید شود. تیم ممکن است نیاز به آموزش در مورد نقش اصلی پرستار در حمایت از بیمار، به‌ویژه پس از گفتگوهای دشوار داشته باشد. اگر پرستار اصلی قادر به شرکت در بحث‌های مهم نباشد، همکار پرستار ممکن است برای ارائه دیدگاه پرستاری، شرکت کند. اگر این امکان وجود ندارد، ضروری است که تیم؛ اطلاعات جلسه به ویژه اخبار ارائه‌شده، عبارات استفاده شده و پاسخ بیمار را به پرستار توضیح داده و بررسی کنند. این اجازه داده می‌شود تا پرستار، فرد حامی دیگری را برای پیگیری، معرفی نماید. بعضی‌اوقات پرستار ممکن است بیش از اینکه در بحث و گفتگوی فعال شرکت کند، خویشتن‌دار و منتظر دعوت باشد. این موضوع می‌تواند باعث شود که پرستار احساس کم‌اطلاعی و کم‌ارزشی کند و درنهایت منجر به مراقبت‌های بی‌اثر شود. پرستار ممکن است مکالمه اولیه را با ارائه یک مرجع برای بیمار و خانواده در انتقال نگرانی‌ها، تسهیل کند که اغلب در ابتدای جلسه اتفاق می‌افتد و بحث‌ها را به نیازهای خاص بیمار و خانواده اختصاص می‌دهد. علاوه بر این، پرستار ممکن است به‌عنوان مترجم بین تیم پزشکی و بیمار عمل کند و به اشتراک‌گذاری اطلاعات، تفسیر اطلاعات و اصطلاحات پزشکی به زبانی که بیمار می‌فهمد، عمل کند و همچنین کار دیگر پرستار اطمینان از درک اعضای تیم مراقبت از کلمات و زبان بیمار، درصورت موافقت بیمار/ خانواده،

است. ارتباط می‌تواند با خلاصه‌ای از جلسه و تصمیمات گرفته‌شده به پایان برسد. در صورت عدم توافق خانواده، می‌توان جلسه دیگری را پیشنهاد داد. در جعبه ۴.۵ سؤالاتی برای ارتقا مکالمه درباره سازگاری (COPING) ارائه شده است. خانواده‌های دشوار یا سرسخت؛ ممکن است گفتگو را به سمت نیازها و نگرانی‌های خودشان سوق دهند. اگر بیماران یا خانواده‌های سرسخت یا خشمگین، سرزنش گر و منتقد، مانع جلسات شوند، مهم است که اهداف جلسه را تقویت کرده و بیان کنیم که تمرکز بر مراقبت روی بیمار است. ممکن است لازم باشد پس از اتمام چنین جلسه‌ای در مورد رفتار مناسب، قوانین اساسی وضع شود و منابع و ارجاعاتی به این اعضای خانواده پیشنهاد شود تا با غم و اندوه فردی خود مقابله کنند.

برنامه‌ریزی مراقبت‌های پیشرفته

ACP (برنامه‌ریزی مراقبت‌های پیشرفته) برای مراقبت تسکینی ضروری است. ACP به عنوان یک راهنمای ارزشمند برای آگاهی تیم مراقبت‌های بهداشتی در مورد اهداف مراقبت از بیمار است. دستورالعمل های عملکرد بالینی برای مراقبت تسکینی این نکته را توصیف می‌کند که اهداف، اولویت‌ها و انتخاب‌های فرد محور؛ چگونه اساس برنامه مراقبت را تشکیل می‌دهد. ACP یک فرایند اجتماعی است که بر اساس اصل اخلاقی اختیار بیمار بنا شده است. ACP فرایندی است که باعث کنترل بیمار بر سلامتی اش می‌شود و این امر مسئولیت تصمیم‌گیری بر دوش دیگران را کاهش می‌دهد، بحث‌های جامع تعیین ارزش‌ها، اهداف، ترس‌ها و نگرانی‌های بیمار را ارتقاء می‌بخشد و درعین حال موضوعات اصلی برای آموزش به بیمار شامل کنترل درد باکیفیت بالا و مدیریت علائم را توسعه می‌دهد. سه عنصر مجزا در ACP وجود دارد که شامل: تعیین وکالت‌نامه معتبر مراقبت‌های بهداشتی، تکمیل دستورالعمل‌ها و

جعبه ۴.۵. سؤالات برای رسیدگی به سازگاری بیماران و خانواده‌ها

چگونه شما / خانواده درگذشته با بحران‌ها یا شرایط دشوار کنار آمده‌اید؟

آیا شما / خانواده‌تان قبلاً چنین چیزی را پشت سر گذاشته‌اید؟

واکنش شما / خانواده‌تان چگونه بود / چگونه کنار آمدید؟

آیا می‌توانید زمینه‌های احتمالی نگرانی خود و خانواده را شناسایی و پیش‌بینی کنید؟

آیا به خانواده خود گفته‌اید که از درمان‌های طولانی‌مدت چه انتظاری دارید؟

آیا بیمار تا به حال به شما گفته است که از درمان‌های طولانی‌کننده زندگی، چه می‌خواهد؟

آیا کسی وجود دارد که شما نیاز به دیدنش داشته باشید؟ آیا کسی وجود دارد که فکر می‌کنید بیمار دوست دارد ببیند؟

چه کسی اکنون از شما حمایت می‌کند؟ آیا کسی وجود دارد که دوست داشته باشید با او تماس بگیرید؟

اگر همه‌چیز جدی‌تر، دشوارتر شد یا به حمایت عاطفی نیاز داشتید، می‌توانید با چه کسی تماس بگیرید؟

دستورات احیای خارج از بیمارستان است. در وکالت‌نامه معتبر مراقبت‌های بهداشتی، بیمار؛ شخصی را به عنوان تصمیم‌گیرنده جایگزین صورت عدم توانایی خود در تصمیم‌گیری، تعیین می‌کند. کمک کردن به توصیف نقش جایگزین و آموزش به بیمار و تصمیم‌گیرنده جایگزین در این راستا، می‌تواند برای پرستار در فرایند مراقبت مفید باشد. پرستار می‌تواند بحث بین بیمار و تصمیم‌گیرنده جانشین درباره خواسته‌های بیمار را تسهیل کند. تعیین وکالت‌نامه معتبر مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند جداگانه یا در یک سند قبلی مانند وصیت‌نامه زندگی، بیان شود. چندین

سند محبوب و قابل دسترسی به صورت رایگان نظیر پنج آرزو برای بزرگ‌سالان یا آرزوهای من برای نوجوانان تا پیری با عزت و برگه اطلاعات دستورالعمل مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته برای مراقبت دلسوزانه از ائتلاف کالیفرنیا و انتخاب‌های محترم، وجود دارد. ازآنجاکه روند ACP شامل تعیین اهداف درمانی، تدوین دستورالعمل‌های مراقبتی و تصمیم‌گیری درباره اشکال خاصی از درمان پزشکی است، اگر با تجربه شخص (بیمار/خانواده) همراه شود، مؤثرتر است. به‌عنوان‌مثال، اگر بیماری دارای عضو خانواده یا دوست خود با بیماری مزمن، ضعف سلامتی و یا بیماری حاد باشد، ممکن است بتواند در مورد جنبه‌های واقعی مراقبت، تأمل کند. برای بیماران مبتلابه بیماری مزمن، موضوعات برنامه‌ریزی شامل تصمیماتی در مورد درمان‌های مربوط به زنده ماندن (وضعیت کد)، تغذیه و آب‌رسانی به روش پزشکی و مراقبت‌های تسکینی و بیمارستانی است. در جعبه ۴.۶ سؤالاتی برای آغاز مکالمات ACP ارائه‌شده است. ضروری است که فرهنگ، سواد سلامتی و سواد زبانی در روند ACP در نظر گرفته شود. در بحث‌ها باید سطح تحصیلات بیمار را در نظر گرفت و به آن احترام گذاشت تا بیمار بتواند انتخاب‌های معنی‌داری داشته باشد. استفاده از مفسران برای انعکاس تفاوت‌های ظریف فرهنگی و زبانی، اهمیت دارد. در برخی فرهنگ‌ها، هر مکالمه مربوط به مرگ، مردن یا برنامه‌ریزی برای مراحل پایانی زندگی، بحث نامناسبی است. در فرهنگ‌های دیگر، استفاده از اصطلاحات مرگ و مردن ممکن است مورد استفاده قرار نگیرد و به‌جای آن می‌توان از حسن تعبیر استفاده کرد (به‌عنوان‌مثال «انتقال»). علاوه بر این، بحث در مورد محدود کردن استفاده از فنآوری برای زنده ماندن بیمار ممکن است مانند اقدام برای تعجیل در مرگ، تلقی شود. این دیدگاه‌ها حتی اگر تیم مراقبت‌های بهداشتی با آن‌ها مخالف باشد، باید مورد احترام و حمایت قرار گیرند. در حالت ایده‌آل، ACP و تکمیل دستورالعمل‌های پیش رو باید در اقدامات پیشگیری یا مراقبت‌های اولیه انجام شود و بهتر است باگذشت زمان به اتمام برسد و این امر عادی است. در این صورت ACP فرصت را برای تأمل و بحث و گفتگو با خانواده و دوستان در مورد سناریوهای احتمالی، فراهم می‌کند که می‌تواند بیمار را برای روند بیماری آماده کند. بااین‌حال، اگر ACP زودهنگام آغاز نشود، باید قبل از وقایع حاد ناتوان‌کننده و قبل از پایان مرحله یک بیماری در مورد آن فکری شود؛ در غیر این صورت، بار عاطفی بیشتری برای بیمار ایجاد می‌شود. متأسفانه، دلایل زیادی وجود دارد که این ارتباطات رخ نمی‌دهد، ازجمله عدم تمایل به شروع چنین مباحثی به دلیل محدودیت زمانی، عدم راحتی با چنین مباحثی، عدم مهارت در چنین ارتباطاتی و ترس از ناراحتی بیمار حتی اگر وی مایل به گفتگو باشد. به نظر می‌رسد در مورد اهمیت (۱) تعیین یک تصمیم گیرنده جایگزین (۲) مستند ساختن اولویت‌های مراقبت (۳) ارتقاء درک بیماری از طریق آموزش (۴) ابراز تمایل به بحث در مورد مرگ و مردن و (۵) تکمیل امور مالی شخصی و امور تجاری، توافق نظر وجود دارد.

بیماران ازنظر میزان تمایل به شرکت در تصمیمات درمانی متفاوت هستند؛ بنابراین تعیین این مسئله نیز ضروری است. داشتن اطلاعات و جهت‌دهی کافی در انتخاب‌های واقع بینانه مراقبت‌های بهداشتی بسیار مهم است. بدون هیچ ساختار و زمینه‌ای، وزن این تصمیمات می‌تواند باعث شود بیماران و خانواده‌ها احساس سرزنش یا از بین رفتن اعتماد به نفس را در تیم تجربه کنند که علت آن سنگین بودن بار مراقبت است و بیماران و خانواده ممکن است احساس کنند این همان «تسلیم شدن» است. برای ارتقاء ثبات مراقبتی در جامعه، مجموعه دستورالعمل‌های پزشکی احیای خارج از بیمارستان یا جامعه، مناسب هستند. این

جعبه ۴.۶. شروع مکالمات راهنمای پیشرفته

عادی‌سازی نظرات / سؤالات:

من می‌خواهم در مورد موضوعی که با همه بیمارانم مطرح می‌کنم، بحث کنم.

نمی‌دانم آیا شما تصور کرده‌اید که واقعاً بیمار باشید و چه درمان‌هایی را می‌خواهید و نمی‌خواهید.

من می‌خواهم در مورد تصمیمات احتمالی درمانی در صورت بیماری جدی شما در آینده، صحبت کنم.

من اغلب دوست دارم در صورت تغییر جدی در شرایط، ترجیحات و خواسته‌های بیمارانم را برای مراقبت اساسی، درک کنم.

من می‌خواهم در مورد احساسات شما در مورد مراجعه به اورژانس، بخش مراقبت‌های ویژه و حمایت از زندگی، صحبت کنم.

به منظور حمایت بهتر از شما، من دوست دارم بدانم که چگونه کیفیت زندگی را تعریف می‌کنید و چه چیزی برای شما مهم است؟

سؤالات مربوط به درک بیمار از بیماری:

از وضعیت فعلی سلامتی خود چه می‌دانید / می‌فهمید؟

شما از آنچه پزشکان به شما گفته‌اند چه می‌دانید / می‌فهمید؟

چه چیز دیگری می‌خواهید در مورد وضعیت فعلی خود بدانید / درک کنید؟

سؤالات برای استخراج امیدها و انتظارات:

در آینده به چه چیزی امیدوار هستید؟

در آینده از وضعیت خود چه انتظاری دارید؟

آیا تابه‌حال به این‌که اوضاع مطابق انتظار شما پیش نرود، فکر کرده‌اید؟

چگونه می‌توانیم به شما کمک کنیم که به بهترین شکل ممکن، زندگی کنید؟

چطور می‌خواهید زمان باقیمانده خود را سپری کنید؟

انجام چه فعالیت‌ها یا تجربیاتی برای شما مهم است که کیفیت زندگی خود را به حداکثر برسانید؟

سؤالات مربوط به تفکر در مورد احیای قلبی ریوی:

آیا تا به حال به حمایت از زندگی یا اقدامات درمانی طولانی‌کننده زندگی، فکر کرده‌اید؟

اگر تنفس شما متوقف گردید یا قلب شما از کار افتاد، آیا می‌خواهید از «اقدامات قهرمانانه» برای بازگشت شما استفاده کنیم؟

آیا تابه‌حال به این فکر کرده‌اید که اگر اتفاقی برای شما بیفتد و نتوانید تنهایی نفس بکشید یا قلبتان نتوانست به فعالیت ادامه دهد، چه می‌خواهید؟

آیا فکر کرده‌اید که اگر در آینده نتوانید صحبت کنید، چه نوع درمانی را می‌خواهید یا نمی‌خواهید؟

برای خانواده:

آیا عزیز شما (نام شخص) تابه‌حال به شما گفته است که برای خودش چه می‌خواهد؟

آیا او (نام شخص) تابه‌حال درباره درمان‌های طولانی‌مدت صحبت کرده است؟

آیا او (نام شخص) شاهد سایر اعضای خانواده یا دوستان تحت معالجه بوده و درباره ترجیحات خود برای مراقبت، اظهارنظر کرده است؟

آیا او (نام شخص) تابه‌حال در مورد مراقبت از یکی دیگر از اعضای خانواده صحبت کرده و اظهار داشته است که آیا او می‌خواست همان نوع درمان را داشته باشد؟

دستورالعمل‌ها معمولاً از دستورهای عدم احیا تشکیل می‌شود چرا که پیش‌فرض سیستم‌های بهداشتی ما احیا کامل است. بااین‌حال، آن‌ها ممکن است به‌عنوان توصیه‌ای مبنی بر مراقبت از آسایش، مجاز بودن دستورات مرگ طبیعی، دستورات پزشک برای درمان پایدار زندگی (POLST)[1] یا (MOLST)[2] شناخته شوند. همان‌طور که در وب‌سایت POLST بیان شده است، (فرم POLST مجموعه‌ای از دستورات پزشکی مربوط به اجازه مرگ طبیعی است اگرچه یک دستورالعمل ارجح نیست و جایگزین وکالت‌نامه معتبر برای مراقبت‌های بهداشتی نمی‌شود.)"

با توجه به این‌که تخمین‌های بقا بر تصمیم‌گیری بیمار تأثیر می‌گذارند، ارائه اطلاعات دقیق از پیش آگهی، ضروری است. بااین حال چندین مانع برای این کار وجود دارد. اول، تخمین پزشکان و گزارش زمان دقیق بقا به بیماراناست. دوم، بیماران اغلب از اعضای مختلف تیم؛ اطلاعات متناقضی دریافت می‌کنند. اطلاعات غیرمستند در اینترنت نیز بر تناقضات مربوط به پیش‌آگهی، می‌افزاید. به نظر می‌رسد بیماران امیدوار و خوش‌بین، خواستار صداقت هستند. پرستاران می‌توانند با حضور در هنگام ارائه چنین اطلاعاتی، قوام این اطلاعات را ارتقاء دهند. با توجه به دانش و روابط کاری پرستارن با همکاران حرفه‌ای، آن‌ها ممکن است زمان بقا بیش‌ازحد خوش‌بینانه را تعدیل کنند. تغییر تمرکز از روش‌های درمانی آینده به وضعیت عملکرد فعلی می‌تواند گفتگوهای واقعی را تسهیل کند. به‌عنوان‌مثال، اگر بیمار در مورد درمان بیشتر صحبت می‌کند، اما اساساً در بستر بیماری است، فرصتی برای بحث در مورد واقعیت مشارکت واقعی در چنین درمانی، فراهم می‌شود. توجه به بیمار در مورد شرایط بالقوه ممکن است مفید باشد. یکی از این جمله‌ها ممکن است این باشد: "ممکن است زمانی پیش بیاید که با دستگاه به تنفس شما کمک کنیم اما ممکن است نتوانیم شما را از دستگاه جدا کنیم. پس چه باید بکنیم؟" چنین سناریویی ممکن است درک جدی از بیماری، گزینه‌های واقع‌گرایانه برای درمان و شرایط بالقوه مرگ را ارائه دهد. نتیجه این است که بیمار ممکن است ارزش‌های خود را به اشتراک بگذارد و در مراقبت خود، آن ارزش‌ها را ترجیح دهد. ممکن است احساس کنترل، احساس اعتماد به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و احساس قدرت در برخی از جنبه‌های زندگی فرد، ایجاد شود.

برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته و نقش پرستار

نقش اصلی پرستار تسکینی، شناسایی فرصت‌های مشارکت دادن بیماران و خانواده‌ها در ACP است. بحث‌های ACP در ارتباط متمرکز به‌عنوان وظایف اساسی شناخته می‌شود که باید در اولین ویزیت یا در جلسات تیم بین حرفه‌ای و هنگام بررسی برنامه‌های مراقبت از بیمار، به اشتراک گذاشته شود. هدف از ACP ارائه اطلاعات برای کمک به بیمار و خانواده است. این امر مستلزم استفاده از توضیحات واضح، بررسی گزینه‌ها و توضیح رسمی تفاوت بین مراکز هاسپیس و مراقبت تسکینی، است. موانع معمول بحث در مورد ACP شامل: عدم تمایل بیمار یا خانواده به گوش دادن، عدم توانایی بیماران در برقراری ارتباط، ناراحتی ادراک‌شده پرستار و پزشک برای بحث در مورد این موضوع سخت، است. ضروری هست که بحث در مورد ACP در جلسات تیم‌های بین حرفه‌ای مورد بررسی قرار گیرد تا اطمینان حاصل شود که تمام اعضای تیم از ترجیحات بیمار آگاه هستند و نگرانی های روانی – اجتماعی و معنوی را برطرف می‌کنند. پرستاران نیز ممکن است به‌عنوان مترجم

1. Physician/ Provider Orders for Life Sustaining Treatment
2. Medical Orders for Life Sustaining Treatment

عمـل کننـد. اگرچـه خـانواده‌هـا و بیمـاران در مـورد مراقبت‌های بهداشتی خود سؤالاتی دارند، امـا ممکـن اسـت بـسیاری از آن‌هـا اصـطلاحات پزشـکی را کـه معمـولاً توسـط پرسـتاران و سـایر پزشـکان اسـتفاده می‌شود، درک نکنند یا با آن‌ها آشنا نباشند.

بحث‌های اهداف مراقبتی

با توجه به اینکـه اولویـت‌هـا و نیازهـای بیمـار تغییـر می‌کند، برنامه مراقبتی در حال تغییـر و تحـول اسـت. بسیاری از متخصـصان مراقبـت تـسکینی بـر اهمیـت جلسات سیستماتیک برای بحث در مورد نگرانـی‌هـای بیمار، تأکید کرده‌اند. به‌طور خاص، معرفـی زودهنگـام چنین مکالمه‌هایی در رونـد بیمـاری، نتـایج بهتـری را ایجاد می‌کند. این نتایج شامل انتخاب‌های آگاهانه‌تـر، تسکین بهتر علائم و فرصت بیشتر برای حـل مـسائل مهم است. پرستاران ممکـن اسـت هنگـام حمایـت از بیماران، مفید باشند؛ بخصوص آن بیمارانی که قادر به صحبت کردن در مورد خـود، نیـستند. در ایـن مـوارد، پرستار ممکن است به تصمیم‌گیرنده جـایگزین کمـک کند تا خواسته‌های بیمار را با پرسیدن اطلاعات بیـشتر در مورد سوابق شخصی بیمـار، بـه او منتقـل کنـد. از بیمار چنین سؤالاتی بپرسید: "آیا چیزهایی وجـود دارد که اگر شما زودتر بمیرید، انجـام نـشود؟" کـه باعـث تحریک تفکر و بحث در مورد مـسائل مهـم در مـورد مرگ و زندگی مانند بهبود روابط از بین رفتـه و انجـام معاملات مالی، می‌شود. بااین‌حال، یک پرستار ممکـن است این را بـه روش دیگـری بپرسـد، ازجملـه، "آیـا کارهـایی وجـود دارد کـه شـما بایـد انجـام دهیـد درصورتی‌که اوضـاع بـه خـوبی پـیش‌بینـی مـا پـیش نرود؟". تشویق بیماران به امیـد رسـیدن بـه بهتـرین نتیجه؛ ضمن آماده شدن برای احتمال عدم موفقیت در درمان – «امید به بهترین، آماده‌سـازی بـرای بـدترین حالت» – در هدایت بیمار مفید اسـت. تـصمیم‌گیرنـده جایگزین، تأمین کلیه مـوارد ضـروری اطلاعـاتی کـه

جعبه ۴.۷. سؤالاتی درباره بحث درباره مراقبت‌های مستمر

روزهای خود را چگونه می‌گذرانید؟
یک روز معمولی برای شما چگونه است؟
اگر بیمار نبودید، چگونه دوست دارید وقت خود را بگذرانید؟
چگونه وضـعیت / بیمـاری شـما در فعالیـت هـای روزمره شما تداخل ایجاد کرده است؟
چه مشکلاتی درنتیجه بیماری شما رخ داده است؟
کدام علائم بیشتر شما را آزار می‌دهد؟
وضعیت ارتباطی‌تان با خـانواده و دوسـتان، چگونـه است؟
آیا از بیماری خود نگران، غمگین یا ترسیده‌اید؟
آیا شما ترجیح می‌دهید مکانی را کـه مـی‌خواهیـد وقت خـود را بگذرانیـد، خانـه، بیمارسـتان یـا اماکن بهداشتی باشد؟

بیمار برای تصمیم‌گیری نیاز دارد را تـسهیل مـی‌کنـد. ایـن‌هـا مـوارد شـامل مـدیریت مراقبـت در خانـه و ساختارهای پشتیبانی مراقبان خانواده اسـت. در جعبـه ۴.۷. سؤالاتی برای مراقبت مداوم ارائه شده است.

با زوال بیماران، تیم مراقبتی ممکن است بخواهند تصمیم‌گیری به خانواده یا افراد جایگزین، موکول شود. اگر تصمیم‌گیرنده جایگزین، در مورد خواسته‌های بیمار اطمینان نداشته باشد یا دستورالعمل قابل اسـتنادی در دسترس نباشد، پرستار مـی‌توانـد بـرای روشـن شـدن سریع ارزش‌ها و ترجیحات بیمـار، سـؤالاتی را مطـرح کند. این موارد عبـارت‌انـد از "بیمـار چـه نـوع فـردی بود؟"، "او برای چه چیزی ارزش قائل بـود؟"، "آیـا او هرگز در مورد خواسته‌هایش در مورد وضعیت سلامتی خود به شخص دیگری، اظهار نظر کرده بود؟" و "چه داستان‌ها یا خاطراتی را می‌توانید از زنـدگی او بـه یـاد بیاورید که ارزش‌های او را نشان می‌دهد؟" عـلاوه بـر کمک به روشن شدن خواسته‌های بیمار، پـرداختن بـه این سؤالات همچنین می‌تواند به‌عنوان یک بـازنگری

در زندگی فرد باشد و به شما کمک کند تا معنایی را برای او ایجاد کنید.

ادامه مطالعه موردی: برنامه‌ریزی مراقبت

با کمک ماریتا، خانم لیری با تیم مراقبت تسکینی در منزل مرخص شد تا بتواند در خانه بماند. روحانی وقت خود را صرف بحث در مورد ایمان و نیاز به بخشش کرد. مددکاران اجتماعی با او ملاقات کردند تا به او اجازه دهند میراث خود را در نظر بگیرد و اینکه آیا می‌خواهد از فرزندانش مخفی نگه داشته شود یا نه؟ خانم لیری چندین بار به دلیل علائم بستری شد و از مراقبت‌کننده‌اش، ماریتا قدردانی کرد. هنگامی‌که او در مراحل پایانی زندگی خود بود، به یک مرکز هاسپیس، نقل مکان کرد.

بحث‌های اخبار ناخوشایند

در مراقبت تسکینی، اخبار ناخوشایند شامل: تشخیص بیماری ضعیف، تشدید بیماری، پیشرفت بیماری، عدم وجود سایر اقدامات درمانی، فقدان هرگونه روش درمانی برای تثبیت وضعیت بیماری، انتقال به مراکز مراقبت‌های تسکینی و پیش‌آگهی مراحل انتهایی، است. اخبار ناخوشایند ممکن است به‌عنوان «هر خبری که به طور شدید و منفی، دید بیمار نسبت به آینده را تغییر دهد» تعریف شود. پرستاران اغلب اخبار **ناخوشایند** متنوعی را ازجمله لغو یا تأخیر درمان، تأیید وجود بیماری شدید یا تهدیدکننده زندگی به بیماران و خانواده‌ها، کاهش کیفیت زندگی و گزینه‌های درمانی را منتقل می‌کنند. پرستارانی که در مراکز مراقبت‌های ویژه شاغل هستند، بیشتر در معرض افشای اخبار ناخوشایند قرار دارند، زیرا آن‌ها روابط خود را با بیماران و خانواده‌ها بر اساس تغییر محیط؛ به‌طور مداوم فراهم می‌کنند. تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه کسی خبر **ناخوشایند** را بگوید ممکن است به عوامل مختلفی از جمله رابطه بیمار با تیم، پزشک بالینی که بیمار بیشتر به آن اعتماد دارد و گاهی اوقات، فرهنگ سازمانی یا دستورالعمل های عملی، بستگی داشته باشد. افشای اخبار ناخوشایند برای بیمار و خانواده به ارزیابی درک بیمار، ترس و ترجیحات اطلاعاتی، نیاز دارد.

Coyle و Sculco فضای احساسی زیبایی را برای دادن اخبار ناخوشایند برای پزشک و بیمار توصیف می‌کنند. آیا ممکن است اخباری که توسط پزشک یا پرستار به بیمار منتقل می‌شود، در برابر پیشرفت بیماری که پاسخگوی شیمی‌درمانی نیست، خبر خوبی باشد؟ پزشک یا پرستار در موقعیتی است که مجبور است اطلاعاتی را ارائه دهد که بیمار نمی‌خواهد بشنود و بااین‌وجود، بیمار اطلاعات مهم را برای تصمیمات زندگی لازم دارد و مهم است که اطلاعات در چه زمانی داده می‌شود؟ اطلاعات پزشکی می‌تواند امید به ادامه حیات را از بین ببرد؟ به‌نوعی، هر دو طرف پزشک و بیمار در این مورد ارتباطی، آسیب‌پذیر هستند. پزشک آسیب‌پذیر است زیرا باید واقعیت‌ها را، هرچه که باشد، ارائه دهد و بیمار آسیب‌پذیر است زیرا دیگر نمی‌خواهد خبر ناخوشایند دیگری بشنود.

پزشکان و پرستاران بخشی از عناصر ارتباطی هستند. بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته معمولاً می‌خواهند اطلاعات مربوط به روند بیماری خود را داشته باشند. در این راستا بحث متناقض است، اگرچه بیماران ممکن است اطلاعاتی بخواهند، پزشکان ممکن است تمایلی به شروع چنین بحثی، نداشته باشند. پزشکان ممکن است از صحبت زیاد با بیمار خودداری کنند زیرا آن‌ها می‌خواهند از احساس شکست جلوگیری کنند. اصل ارائه اخبار ناخوشایند در زمینه درک بیمار و خانواده‌اش، ضروری است. پرستاران، به‌ویژهAPRN ها، همراه با همکاران پزشک خود، طیف گسترده‌ای از اخبار ناخوشایند را به بیماران منتقل می‌کنند. بااین حال، پرستاران رجیستر ممکن است در گفتگوهای معنادار احساس ناخوشایندی داشته

باشند زیرا ممکن است فقدان اجازه، اختیار یا دامنه عملکرد در سازمان خود را درک کنند. پرستاران ممکن است از مهارت‌های ارتباطی، آموزش ارتباطی یا الگویی برای برقراری ارتباط مؤثر، برخوردار نباشند. برای ارائه مؤثر اخبار ناخوشایند ممکن است رفتارها در چهار حوزه (۱) آماده‌سازی (۲) پیام یا تحویل محتوا (۳) پاسخ به بیمار (خانواده) و (۴) خاتمه (پایان) جلسه، گروه بندی شوند. در تهیه اخبار ناخوشایند توجه به استرس عاطفی خود ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی، ضروری است. ممکن است طیف وسیعی از احساسات نظیر احساس گناه، عدم کنترل، شکست، از دست دادن، ترس یا کینه وجود داشته باشد. آگاهی از این احساسات باعث وضوح در حاکمیت مسائل و برخورد عینی‌تر، می‌شود. به‌طور خاص، پرستاران ممکن است نیاز داشته باشند که از طریق رابطه طولانی‌مدت با بیمار یا خانواده و یا از طریق ارتباطی که با شخصیت‌شان سازگارتر است، با احساسات خود کنار بیایند.

اخبار ناخوشایند می‌تواند به اشکال مختلف برای بیماران و خانواده‌ها ارائه شود و پرستاران نمی‌توانند این انتظار را داشته باشند که با درستی پیش‌بینی کنند چه خبری بد تلقی می‌شود. وقتی اطلاعات ناخوشایند باشد، همان‌طور که توسط بیمار و خانواده تفسیر می‌شود، حضور دلسوزانه یک پرستار به معنای داشتن پاسخ‌های صحیح یا تمام پاسخ‌ها، نیست، بلکه فقط «وجود» برای بیماران است. حضور آگاهانه در افشای اخبار ناخوشایند می‌تواند جنبه‌های معنوی، مذهبی و وجودی مراقبت را نشان دهد. پرستاران اغلب به کاوش منظم و ارزیابی ترس، اعتقادات، ترجیحات و خواسته‌های بیمار، می‌پردازند. صرفاً حضور درمانی و صحبت در مورد این نگرانی‌ها برای بیماران و خانواده‌ها بسیار معنی‌دار است. گام‌های پیشنهادی برای جلسات خانوادگی درباره اخبار ناخوشایند بر موارد: (۱) اطمینان از حریم خصوصی و زمان کافی (۲) ارزیابی درک بیماران (۳) ارائه اطلاعات در مورد تشخیص و پیش‌آگهی به‌طور ساده و صادقانه (۴) اجتناب از استفاده از حسن تعبیر (۵) تشویق به بیان احساسات (۶) همدل بودن (۷) ارائه یک بازه زمانی گسترده اما واقع بینانه در مورد پیش‌آگهی (۸) ترتیب بررسی یا پیگیری، متمرکز است. سایر نکات در جعبه ۴.۸ خلاصه‌شده است.

غالباً، در پاسخ به اخبار ناخوشایند، بیماران ممکن است سؤالات دشواری مانند "چرا من؟" را بپرسند. به جای احساس نیاز به پاسخ، پرستار ممکن است حضور درمانی داشته باشد ضمن تشکر، پرستار می‌گوید که "این‌یک سؤال دشوار است" و به وی اجازه می‌دهد در مورد آن اظهار نظر کند و ارزیابی بیشتری را انجام دهد. پرستار می‌تواند با این پرسش‌ها پیش برود: "آیا می‌توانید به من بگویید که اکنون به چه فکر می‌کنید؟" یا جمله دیگری می‌تواند این باشد: "این خبر سختی بود، شنیدن آن چگونه بود؟". پرستار با تأیید و عادی‌سازی احساسات بیمار، وی را دعوت می‌کند تا افکار، احساسات و نگرانی‌های خود را بیان کند. پرستار با شریک شدن در ناراحتی بیمار، ممکن است احساس انزوا و رنج بیمار را کاهش دهد. پس از گوش دادن به ترس و نگرانی بیمار و اعضای خانواده، ارائه اطلاعات دقیق و امیدوارکننده، ضروری است. وقتی بیمار سؤال می‌کند که آیا می‌تواند در فعالیتی شرکت کند که ممکن است در یک بازه زمانی واقع بینانه باشد یا نباشد، پرستار می‌تواند پاسخ دهد: "کاش این امکان وجود داشت، اما نگرانم که این اتفاق نیفتد." یا "امیدوارم که شما چنین کاری را انجام دهید، اما اگر نمی‌توانید، در اینجا چیزی است که می‌توانیم انجام دهیم." موضوع رها شدن باید به طور جدی رسیدگی شود. این کار را می‌توان با کلماتی مانند: "کاش همه‌چیز متفاوت بود؛ اما مهم نیست، من در آنجا خواهم بود تا از شما در تصمیم‌گیری‌های شما حمایت کنم و کیفیت زندگی شمارا ارتقاء دهم." این

جعبه ۴.۸. ارائه اخبار ناخوشایند

۱-آماده شدن برای جلسه:
با بیمار و تیم ارائه‌دهنده خدمات مراقبت‌های بهداشتی که می‌خواهند تصمیم‌گیری کنند جهت حضور، هماهنگ کنید.
۲- یک فضای راحت و آرام جهت نشستن برای همه شرکت‌کنندگان ایجاد کنید. در صورت لزوم همراه داشته باشید.
۳- اهداف خود و بیمار را برای جلسه مشخص کنید.
۴- مشخص کنید که بیمار و خانواده از وضعیت بیمار و آنچه به آن‌ها گفته‌شده است، می‌دانند.
۵-گزارش کوتاهی از روند بیمار و شرایط بیمار را برای درک کل گروه فراهم کنید.
۶- قبل از ارائه اخبار، اخطارهای کوتاه بدهید: "متأسفانه، من چند خبر بد / دشوار را برای تو دارم." "کاش خبرهای بهتری داشتم." "این اطلاعاتی نیستند که انتظار داشتم"
۷- مکث کنید.
۸- خبر بد را بدهید.
۹- بی‌صدا بنشینید و اجازه دهید بیمار و خانواده اطلاعات را جذب کنند.
۱۰- منتظر پاسخ بیمار باشید.
۱۱- پس از سکوت، با بیمار در ارتباط باشید، مانند گفتن، «من به شما خبرهای دشواری را گفتم. آیا احساس راحتی می‌کنید که نظرات خود را در این مورد به اشتراک بگذارید؟» این ممکن است به بیمار در بیان نگرانی‌ها کمک کند.
۱۲- با دقت گوش کنید و احساسات بیمار و خانواده مانند تأمل در معنا و تأثیر پاسخ‌های آن‌ها را تأیید کنید. فرصتی برای سؤال و نظر بدهید.
۱۳- خلاصه‌ای ارائه دهید و شرح پیگیری را بیان کنید.

نگرانی را از بین می‌برد که حتی اگر بیمار تحمل درمان را نداشته باشد، ارائه‌دهندگان مراقبت، آن را ادامه می‌دهند.

پیش‌آگهی

سؤال رایج و دشوار دیگر بیمار به چنین اخباری "چه مدت زنده می‌مانم؟" است. پاسخ به چنین سؤالی و بحث در مورد مرگ و مردن؛ بسته به راحتی که بیمار در این بحث‌ها دارد، انجام می‌شود. پرستار ممکن است چندین روش را انتخاب کند. یک پاسخ این است: "آیا شما یک جدول زمانی خاص را می‌خواهید؟" پرستار در تلاش است تا تشخیص دهد آیا بیمار از مرگ می‌پرسد یا به یک اتفاق خاص فکر می‌کند که می‌خواهد برای تجربه آن، زندگی کند. پاسخ دیگر این است "فکر می‌کنید چه مدت باید زندگی کنید؟" این سؤال به بیماران امکان بیان نگرانی‌های خود را در مورد زمان و برداشت خود را از زمان باقیمانده، فراهم می‌کند. بیمار ممکن است بگوید"نه طولانی، اما من می‌خواستم ببینم که چه مدت فکر می‌کنید"، بنابراین اطلاعات اعضای مختلف تیم را مقایسه می‌کند. پاسخ سوم ممکن است در امتداد سؤال فوق، این باشد"چرا الان این سؤال را می‌پرسید؟"، "چه چیزی باعث می‌شود شما اکنون این سؤال را بپرسید؟" یا "چرا می‌پرسید؟". این پاسخ باعث می‌شود که بیمار ترس و نگرانی خود را از مرگ، بیان کند. پرستار ممکن است در مورد اطلاعات دشوار، تأمل کند، " من تصور می‌کنم خیلی ترسناک است که نمی‌دانم چه اتفاقی می‌افتد و چه زمانی آیا ترس و نگرانی خاصی دارید؟ سرانجام، اگر زمان زنده ماندن پیش‌بینی‌شده کوتاه باشد یا خبر پرستار ناراحت‌کننده باشد، ممکن است پاسخ دهد، "تیم به شما چه گفته است؟". در این حالت، ممکن است بیمار اظهار کند که تیم تخمین زده است و زمان مشخصی را تعیین کرده است، یا ممکن است بیمار به دنبال تأیید پیش‌بینی باشد در صورت مناسب بودن ارائه جدول زمانی، ارائه یک بازه زمانی، به‌جای زمان دقیق مفید است. بهتر است به‌جای زمان مشخص ۲ هفته یا ۶ ماه، بگوییم «هفته‌ها تا ماه‌ها». این امر از ایجاد تقویم توسط بیمار یا خانواده جلوگیری

می‌کند و روزهای مرگ را علامت نمی‌زند. در این موارد، اگر بیمار نسبت به زمان از پیش تعیین شده؛ حساس شود، غالباً از شمارش معکوس؛ عصبی می‌شود. هنگامی‌که مرگ قریب‌الوقوع است، گفتن «ساعت‌ها تا روزها» مفید است. همچنین توضیح اینکه مواردی مانند تغییرات قابل‌توجه، علائم و نشانه‌های مرگ یا پیشرفت سریع بیماری از این جدول زمانی حمایت می‌کند، مفید است؛ و به بیمار و خانواده این امکان را می‌دهد تا برای آخرین بار در کنار هم جمع شوند.

بحث در مورد درمان‌های طولانی‌کننده عمر

وقتی بیماران به بیماری پیشرفته مبتلا هستند، تیم مراقبت‌های بهداشتی به دنبال توضیح در مورد استفاده یا ادامه اقدامات طولانی‌کننده عمر هستند. اقدامات زنده نگه‌داشتن ممکن است شامل استفاده از وازوپروسرها برای کمک به پمپاژ مؤثر قلب، دیالیز برای نارسایی کلیه، آنتی‌بیوتیک برای عفونت‌ها و تغذیه و مایع درمانی، باشد. «وضعیت کد» به‌عنوان استفاده یا محدود کردن استفاده از درمان‌های طولانی‌کننده عمر در صورت وخامت عملکرد تنفسی / یا ایست قلبی تعریف می‌شود. اقدامات اصلی برای زنده نگه‌داشتن بیماردر احیای قلبی ریوی (CPR)[1] شامل ستفاده از از ونتیلاتور تهاجمی از طریق لوله‌گذاری داخلی تراشه، استفاده از ونتیلاتور غیرتهاجمی (CPAP، BiPAP) و دفیبریلاسیون (الکتروشوک قلبی) است. همه جنبه‌های استفاده، ادامه یا توقف اقدامات طولانی‌کننده عمر، لازم است مورد بحث قرار گیرد.

در حال حاضر، هنگامی‌که بیماری ایست قلبی / یا نارسایی تنفسی را تجربه می‌کند، پیش‌فرض؛ انجام احیای کامل است؛ بنابراین، CPR انجام می‌شود مگر اینکه بیمار یا تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار اظهار داشته باشد که احیا نشود (DNR)[2] و یا نباید لوله‌گذاری شود و با تهویه مکانیکی حمایت نمی‌شود – عدم لوله‌گذاری (DNI)[3]. عموم مردم درک کمی از واقعیت اجرای CPR دارند. فقط ۶-۱۰٪ از افراد در خارج از بیمارستان از CPR زنده می‌مانند؛ درحالی‌که این میزان در بیماران بستری حدود ۲۴٪ است. این آمار در بیماران با بیماری شدید تهدیدکننده زندگی، کاهش می‌یابد. علاوه بر این، بیماران و خانواده‌ها باید مطلع شوند که بازگشت به عملکرد و کیفیت زندگی قبلی بعید است واگر بیمار زنده بماند، وضعیت عملکرد وی همراه با کاهش کیفیت زندگی خواهد بود. به منظور از بین بردن نگرانی‌های مربوط به رها شدن بیمار، دادن اطمینان خاطر به بیمار، خانواده و تصمیم‌گیرنده جایگزین، بسیار مهم است که حتی اگر CPR انجام نشود، تمام مراقبت‌های مفید به‌طور فعال ارائه می‌شود. با توجه به اینکه بیماران و خانواده‌ها نمی‌توانند بدون آگاهی از میزان بقا، پیش‌آگهی و کیفیت زندگی متعاقب CPR تصمیمات مسئولانه بگیرند، تیم مراقبت باید توصیه‌های لازم را در این زمینه داشته باشند. این فرایند مشابه سایر جلسات بیمار و خانواده است. مراحل پیشنهادی شامل (۱) ایجاد یک مکان مناسب (۲) پرسش از بیمار و خانواده در مورد اطلاع از وضعیت بیماری (۳) درک آنچه بیمار برای آینده انتظار دارد (۴) بحث در مورد احیا در چارچوب شرایط بیمار (۵) شناسایی درک بیمار از وضعیت فعلی و افکار آینده، (۶) پاسخ به نگرانی‌ها و احساسات و (۷) توسعه یک برنامه؛ ازجمله زمینه‌هایی هست که در احیا در نظر گرفته می‌شود. چندین مفاهیم مهم پیرامون بحث‌های مربوط به وضعیت کد وجود دارد. استفاده از زبان بومی پزشکی، مانند «کد

1. CardioPulmonary Resuscitation

2. Do Not Resuscitate
3. Do Not Intubate

جعبه ۴.۹. سؤالاتی برای تسهیل بحث‌های مربوط به کیفیت زندگی

کیفیت زندگی شما چگونه است؟ کیفیت زندگی را چگونه توصیف می‌کنید؟
در چه صورتی کیفیت زندگی را خوب نمی‌دانید؟ زندگی غیرقابل قبول چیست؟
آیا این گونه فکر کردید که درمان متمرکز بر بیماری یا بیماری پیشرفته است؟
چه چیزی این زمان را برای شما معنی‌دار می‌کند؟
چه چیزی زندگی را برای شما ارزشمند می‌کند؟
اعتقادات مذهبی یا معنوی شما چگونه تحت تأثیر بیماری قرارگرفته است؟

کامل» یا «بدون کد» و «آیا می‌خواهید همه کارها انجام شود؟» دارای ابهام است. این اصطلاحات به‌سادگی نشان می‌دهد که آیا یک روش را انجام می‌دهید یا خیر و بینش کمی در مورد اهداف مراقبت از بیمار، ارائه می‌دهد. در حالی‌که وضعیت کد که شامل تعریف کیفیت زندگی، ترجیحات، ارزش‌ها یا اعتقادات است، تصمیمات مراقبتی را هدایت می‌کند. در جعبه ۴.۹ سؤالات اکتشافی درباره کیفیت زندگی، ارائه‌شده است.

در مورد استفاده از فناوری و تکنولوژی‌های طولانی‌کننده عمر، بررسی مزایا و بارهای (مسئولیت‌های) پیش‌بینی‌شده مداخلات، مورد توجه است. چالش اصلی این است که بیماران باید شرایط CPR مربوط به بیماران مبتلا به بیماری تهدید کننده حیات را درک کنند. یک جمله احتمالی می‌تواند این باشد: "با تمام درمان‌هایی که انجام داده‌ایم، شما هنوز هم یک بیماری جدی دارید که غیرقابل درمان است". کد کامل به معنای بازگشت به بخش مراقبت‌های ویژه است. این مسئله باعث ضعف و ناتوانی بیشتر شما می‌شود و شما را از خانواده دور می‌کند. یا جمله دیگری می‌تواند این باشد: "ما می‌دانیم که احیا بدون درد ناشی از فشردن قفسه سینه و ناراحتی ایجاد شده از طریق لوله‌های ونتیلاتور، نیست. شما اظهار داشتید که به‌هیچ‌وجه نمی‌خواهید مهار شوید". بااین‌حال، بدون وجود مستندات لازم؛ روند تعیین استفاده از درمان های طولانی‌کننده عمر، ناقص است. طرح و زمینه مکالمه باید در پرونده ثبت شده و برای سایر متخصصان مراقبت بهداشتی، قابل دسترس باشد. در حالت ایده‌آل، باید با فرم‌های کامل مراقبت از آسایش / DNR که توسط سازمان‌های دولتی تعیین شده است، همراه باشد. طبق بیانیه موقعیتی، مراقبت پرستاری و عدم احیاء (DNR) و تصمیمات اجازه به مرگ طبیعی (AND)[1]، پرستاران باید نقش فعالی در شروع بحث در مورد DNR با بیماران، خانواده‌ها و اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی، داشته باشند. این تیم می‌تواند برنامه‌ای را به بیمار و خانواده ارائه دهد که بر روی درد تهاجمی و مدیریت علائم، حمایت روان شناختی و کیفیت زندگی بهتر، متمرکز باشد. تیم می‌تواند از بیمار و خانواده درخواست توافق کند، درنتیجه به بیمار و خانواده اجازه می‌دهند تا با یک برنامه موافقت کنند یا نکنند. موافقت به معنی این است که خانواده بدون اجبار بر انتخاب گزینه خاص، با یک برنامه موافقت می‌کنند. رضایت به این معناست که طیف وسیعی از گزینه‌ها به خانواده ارائه می‌شود و آن‌ها از بین گزینه‌ها، انتخاب می‌کنند. با تأیید گزینه مورد نظر، مسئولیت تصمیم‌گیری از عهده خانواده برداشته‌شده و به عهده تیم مراقبت، قرار می‌گیرد. برای بسیاری از خانواده‌ها، انتخاب بین گزینه‌های مختلف درمانی؛ سنگین است و تیم مراقبت این تصمیم دشوار را را می‌گیرد. هنوز هم ممکن است این همان برنامه باشد، اما تیم به بیمار و خانواده اجازه داده است تا از مسئولیت تصمیم «شانه خالی کنند».

پرستاران در موقعیت ایده‌آلی برای کمک به مکالمات در مورد مراقبت و تصمیم‌گیری EOL،

1. Allow Natural Death

ازجمله حفظ تمرکز بر روی ترجیحات بیماران و ایجاد مکانیسم‌هایی برای احترام به خودمختاری بیمار، قرار می‌گیرند. غالباً شرایطی پیش می‌آید که بیمار و خانواده احساس فشار بر روی خود را درباره تصمیماتی که از آن‌ها خواسته می‌شود، منتقل کنند که در این حالت، مسئولیت چنین تصمیمی برای بیماران و خانواده‌ها بسیار زیاد است. بیمار و خانواده ممکن است احساس کنند که با انتخاب خودداری از احیا، "در حال کشیدن دوشاخه" هستند. در این شرایط، پرستاران می‌توانند نقش فعالی در ایجاد مراقبت بین حرفه‌ای و ارائه مراقبت و پشتیبانی در پایان زندگی، داشته باشد. پرستاران موظفاند مراقبت‌هایی را ارائه دهند که شامل ارتقاء آسایش، تسکین درد و علائم و حمایت از بیماران، خانواده‌ها و سایر افراد نزدیک به بیمار، باشد.

بحث‌های درمان‌های طولانی‌کننده عمر و نقش پرستار

پرستاران برای شفاف‌سازی وضعیت کد، زمان و تلاش بسیاری را اختصاص می‌دهند. این امر در راستای جلوگیری از تحمیل رنج بیشتر به بیماران مبتلا به بیماری شدید و محدودکننده زندگی است. پرستاران از شرایطی می‌ترسند که پزشک اصلی در دسترس نباشد و آن‌ها باید با یک پزشک ناآشنا به بیمار و اهداف مراقبت وی برخورد کنند؛ بنابراین، اکثر پرستاران می‌خواهند به‌سرعت وضعیت کد را با ارائه‌دهندگان آشنا به وضعیت پزشکی بیمار، تعیین کنند. ضروری است که پرستاران از درمان‌های طولانی‌کننده عمر در میان بیماران مختلف، استفاده کنند. تبیین مزایا و خطرات این‌گونه درمان‌ها برای بیماران و خانواده‌ها، پرستاران را با استفاده مناسب و نامناسب از درمان های طولانی‌کننده عمر، آشنا می‌کند. چندین نکته مهم ارتباطی در مورد اقدامات مربوط به زنده نگه داشتن بیمار وجود دارد. اولین و مهم‌ترین نکته این است که پرستار در دسترس باشد و ازنظر منطقی با بیمار و خانواده در مورد این مسائل دشوار، راحت صحبت کند. دوم این که بحث با بیمار / یا تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار شامل (۱) درک از فواید و اثرات منفی درمان‌های طولانی‌کننده عمر و رنج همراه با این مداخلات یا بدون آن‌ها است (۲) هرگونه ارزش، اعتقاد و مسائل فرهنگی بیمار و خانواده که بر تصمیم گیری یا نیاز به چنین مداخلاتی تأثیر می‌گذارد (۳) داده‌های مربوط به مزایا و مسئولیت‌های مداخلات (۴) تصمیم گیری مشترک در مورد این مداخلات برای رسیدن به اهداف بیمار، می‌باشند.

پرستاران نقش قابل‌توجهی در ارائه اطلاعات و راهنمایی خانواده در حین تصمیم‌گیری چالش‌برانگیز درباره اقدامات طولانی‌کننده عمر دارند. هنگامی‌که بیمار به ونتیلاتور وابسته است، پرستار باید سطح سواد و درک بیمار را همراه با هرگونه اختلال بینایی یا شنوایی ارزیابی کند تا به اعضای خانواده، بیاموزد. آموزش به بیمار و خانواده در مورد نحوه استفاده از ابزارهای ارتباطی مانند تابلوهای تصویری / نوشتاری و درک نشانه‌های غیرکلامی (به‌عنوان‌مثال سر تکان دادن، کلمات دهان) و ایجاد یک محیط مناسب (در معرض دید بودن و نزدیک بودن) برای تسهیل ارتباط بیمار – خانواده به عهده پرستار، است. به دلیل ۲۴ ساعته بودن حضور پرستار در کنار بیمار، ممکن است کسی باشد که بیمار و خانواده برای توضیحات، توصیه ها، اطمینان، اعتبار سنجی و پشتیبانی به او مراجعه می‌کنند. سؤالات از پرستار ممکن است در راستای فهم اصطلاحات پزشکی مانند " CPR / DNR / DNI"، تحت حمایت، ونتیلاتورها و موارد دیگر باشد که معمولاً با سؤالات بیمار و خانواده مانند "نظر شما چیست؟" دنبال می‌شود. یا "چه‌کاری باید انجام دهم؟". پرستار ابتدا باید این اصطلاحات و اثر مورد نظر آن‌ها را تعریف کند. با آموزش بیمار در مورد مداخله واقعی و نتیجه احتمالی، پرستار ممکن است

بتواند به بیمار اطمینان دهد. پرستار می‌تواند حقایق را ارائه دهد و ارزش‌ها و ترجیحات بیمار را مد نظر قرار دهد. مانند "آقای ایکس، به من گفتی که می‌خواهی راحت باشی و به بیمارستان برنگردی. برای راحت نگه‌داشتن شما و درمان تهاجمی علائم می‌توانیم از مراقبت در منزل بهره‌مند شویم". پرستار از مناسب بودن ترجیحات و تصمیمات با استفاده از پرسش‌هایی از قبیل "آیا احساس می‌کنید تصمیم درستی گرفته‌اید؟" یا "چه‌کاری انجام می‌دهید؟" اطمینان و حمایت می‌کند. بیماران ممکن است به اطمینان از ادامه مراقبت از سوی پرستاران، نیاز داشته باشند. پرستار ممکن است پاسخ دهد، "من از تصمیم شما حمایت می‌کنم".

بحث‌های هیدراتاسیون و تغذیه با تجویز پزشکی

در بسیاری از جوامع از نظر اجتماعی و فرهنگی به نوشیدن و غذا خوردن، اهمیت زیادی می‌دهند. هنگامی‌که بیماران قادر به خوردن غذا یا مایعات از طریق دهان نیستند، ممکن است هیدراتاسیون و تغذیه با تجویز پزشکی از طریق دستگاه گوارش با استفاده از نازوگاستریک یا لوله معده یا ممکن است از راه وریدی، انجام شود. برای برخی از فرهنگ‌ها، مایعات داخل وریدی و تغذیه ممکن است برای جلوگیری از هرگونه احساس تعجیل در مرگ؛ لازم باشد. بسیاری از مردم معتقدند که نخوردن و نیآشامیدن؛ رنج جسمی بزرگی به همراه دارد. هیدراتاسیون و تغذیه با تجویز پزشکی ممکن است احساس گناهی را که بیماران و خانواده ناشی از اینکه «همه‌چیز را امتحان نکرده‌اند»، کاهش دهد؛ بنابراین لازم است در مورد مزایا و مسئولیت های احتمالی هیدراتاسیون و تغذیه از نظر پزشکی، بحث شود. منطق موافق و مخالف این رویه‌ها در فصل ۷۰، "ملاحظات اخلاقی در مراقبت تسکینی" بحث شده است.

بحث‌های انتقال به مراکز مراقبت تسکینی یا هاسپیس

انتقال مراقبت از روش‌های مبتنی بر درمان کامل به مراقبت‌های تسکینی، اغلب برای بیماران، خانواده‌ها و درمانگران یک دوره عاطفی است. بیماران ممکن است احساس غم، عصبانیت، انکار و از دست دادن کنترل بیماری را داشته باشند. خانواده‌ها ممکن است سرانجام با واقعیت وضعیت یا ماهیت جدی بیماری؛ کنار بیایند. پزشکان ممکن است احساس عدم موفقیت در بهبودی بیماری و ناامیدی از فقدان گزینه‌های پزشکی دیگر را احساس کنند. پرستاران ممکن است از پایان قریب‌الوقوع روابط بیمار و خانواده، احساس اندوه کنند. تمرکز مراقبت از درمان جسمی به بهبود عاطفی و روانی تغییر می‌کند. یک رویکرد پرستاری مفید، بیان می‌کند که "ما دیگر قادر به درمان یا کنترل بیماری شما نیستیم. ما می‌خواهیم کیفیت زندگی شما را بهینه کنیم، برای جلوگیری از رنج، درد و علائم را مدیریت کنیم و عملکرد بهینه را ارتقاء دهیم. ما پرستاران متخصصی داریم که از بیماران با تهدیدکننده زندگی مراقبت می‌کنند و به شما کمک می‌کنند از بیمارستان دوری‌کنید. ما برای مراقبت از شما در خانه با خانواده شما همکاری خواهیم کرد". این رویکرد به بیمار و خانواده این امکان را می‌دهد تا درک کنند که همچنان تحت مراقبت قرار خواهند گرفت و احساس رها شدن نمی‌کنند. چنین بحث‌هایی به تکمیل تجارت حقوقی و مالی کمک می‌کند. این امر باعث می‌شود تا برای مسائل مرگ و میراث (ارث) آماده شوند. معمولاً این امر شامل شرکت در کارهای روحی- روانی- معنوی نیز می‌شود. برای خانواده، چنین بحث‌هایی باعث آماده‌سازی و برنامه‌ریزی برای مرگ در خانه و راهکارهای پایداری در مراقبت، می‌شود.

پرستار نقش اصلی در توانمندسازی بیمار دارد. این امر با گفتگوی مداوم درباره امیدها، ترجیحات و کیفیت زندگی، عملی می‌شود. هر موقعیتی، فردی است و با

جعبه ۴.۱۰. سؤالاتی برای تغییر اهداف مراقبت

از بیماری و شرایط فعلی خود چه می‌دانید؟
از درمان بیشتر چه می‌دانید؟
برخی از نگرانی‌های شما در این زمان چیست؟
آیا چیزی وجود دارد که در مورد آن نگران بوده یا از آن ترس داشته باشید؟
با توجه به شدت بیماری، رسیدن به چه چیزی برای شما مهم است؟
آیا تاکنون فکر کرده‌اید که اگر در آینده نتوانید صحبت کنید، چه نوع درمانی را می‌خواهید (و نمی‌خواهید)؟
ما می‌خواهیم بر حداکثر راحتی و عملکرد بهینه با پشتیبانی هر چه بیشتر تمرکز کنیم. آیا موافقید؟
خانواده شما چگونه بیماری و تغییر آن را کنترل می‌کنند؟
خانواده شما چگونه با شرایط متغیر شما کنار می‌آیند؟
آیا مباحثی وجود دارد که در بحث با آن‌ها به کمک نیاز داشته باشید؟
آیا مفید خواهد بود اگر بخواهیم با آن‌ها درباره تغییرات اهداف شما، صحبت کنیم؟

الگوریتم یا دستورالعمل، قابل‌تعیین شدن نیست. شخصی‌سازی تجربه باعث بهبودی عاطفی می‌شود. رهنمودهای شروع مکالمات در آخرین مرحله زندگی شامل (۱) تمرکز بر تجربه بیماری منحصربه‌فرد بیمار، (۲) بحث در مورد مسائل مربوط به مرگ و مردن، (۳) ارتقاء بحث در مورد درد و مدیریت علائم در پایان زندگی، (۴) پرداختن و برنامه‌ریزی برای محل ترجیحی مرگ و اینکه چه کسی از آن‌ها مراقبت خواهد کرد، (۵) تسهیل بهداشت در منزل و اقدامات مربوط به هاسپیس و (۶) ترویج مرگ باعزت، می‌باشند. در جعبه ۴.۱۰ سؤالاتی برای اهداف انتقال ارائه شده است. پرستاران اطلاعاتی در مورد منابع و انتقال مراقبت به بیماران و خانواده‌ها، ارائه می‌دهند. این‌ها شامل هاسپیس، خانه‌های بهداشت و سایر مراکز مبتنی بر مراقبت‌های بهداشت جامعه، است. این مسائل باید با ارزش‌ها، اعتقادات، ترجیحات و اهداف مراقبت از بیمار و خانواده، سازگار باشد. پرستار مسئول هماهنگی و ارتباط برنامه است وباعث تداوم مراقبت و حمایت مداوم درمنزل، می‌شود. پرستار هاسپیس، تسکینی یا مراقبت در منزل باید به بیمار و خانواده در مورد مهارت‌های مراقبتی لازم در مورد داروها، تجهیزات و مراقبت‌های شخصی، آموزش دهد.

انتقال به مرگ

وقتی درمان قابل تدوام و جوابگو؛ نیست، به‌جای درمان، امکان راحتی جسمی و بهبود روانی، وجود دارد. حضور ساده، گوش دادن و توجه به انسانیت اساسی بیمار در حال مرگ؛ ممکن است یکی از قدرتمندترین کمک‌های پرستار باشد. پرستاران می‌توانند با توصیف روند مرگ، اضطراب بیمار را کاهش دهند و به آماده‌سازی بیماران و خانواده‌ها، کمک کنند. توضیحات شامل روند واقعی فیزیولوژیکی و بیولوژیکی مردن به زبان ساده است. کاهش درد و علائم بر اساس ترجیحات قبلی مطلوب است که ممکن است شامل بحث در مورد ترک درمان‌های پزشکی بی‌اثر باشد. ازجمله موارد ترجیحی بیمار مربوط به هیدراتاسیون و تغذیه است که از طریق دستورات پزشکی انجام می‌شود.

بیمار معنای زندگی خود را در نظر می‌گیرد یا یک مرور از زندگی خود را انجام می‌دهد که این امر در تشخیص هدف و معنای شخصی، حل و فصل دغدغه‌های گذشته، رسیدن به بخشش و دستیابی به یکپارچگی شخصی و آرامش درونی، بهبود را تسهیل می‌کند. استراتژی‌های دیگر برای کمک به تسکین درد و رنج عاطفی و معنوی شامل تصویرسازی هدایت‌شده، موسیقی، مطالعه و هنر است که متمرکز

بر بهبودی می‌باشند. این استراتژی‌ها ممکن است شامل همکاری مددکاری اجتماعی، داوطلبان و همکاران روحانی باشد. حضور درمانی پرستار در کنار بیمار در وضعیت آسیب‌پذیری وی می‌تواند عمیق باشد. در اینجا، پرستار آگاهانه و بدون قضاوت به سخنان بیمار گوش می‌دهد و شاهد وی است و او را به هرگونه ابراز احساسات، تردیدها یا پشیمانی‌ها، تشویق می‌کند. اعمال ساده‌ای مانند ملاقات، حضور و توجه (یک ژست مقدس دریافت شده توسط فرد در حال مرگ که ممکن است احساس درماندگی، کوچک شدن و ترس از اینکه چیزی برای ارائه به دیگران ندارد) می‌توانند تأییدکننده‌های قوی باشند. تمایل به نشان دادن نگرانی برای بیمار بسیار بیشتر از هرگونه فن یا تخصص در هنر گوش دادن، است.

در طی فرایند مرگ، پرستار سوگواری سالم را در خانواده آموزش می‌دهد. یکی از وظایف حیاتی پرستاری، الگوسازی برای خانواده‌ها است. به‌طور خاص، پرستار هنر حضور در کنار فرد در حال مرگ را نشان می‌دهد. تشویق ساده خانواده برای برقراری تماس دوستانه جسمی، مانند دست گرفتن، در آغوش کشیدن یا دراز کشیدن در کنار بیمار، می‌تواند درمانی باشد. این‌ها ممکن است به بیمار در فرایند انتقال کمک کنند و ممکن است به بازماندگان در غم پیش‌بینی شده‌شان، کمک کند. برای خانواده‌هایی که می‌خواهند در هنگام مرگ حضور داشته باشند، توضیح اینکه بیماران اغلب مرگ در تنهایی را ترجیح می‌دهند و در صورت عدم حضور خانواده در زمان مرگ، ممکن است احساس گناه را در خانواده ایجاد کنند. اجازه دادن به خانواده برای ماندن در کنار بیمار پس از مرگ ممکن است به اعضای خانواده بازمانده در غم از دست دادن عزیزانشان کمک کند.

پس از مرگ، پرستار همچنان حضور، حمایت و ارائه اطلاعات را انجام می‌دهد. پرستار از روند صدور گواهی مرگ مطلع است و ممکن است خانواده را در اطلاع دادن مرگ به دیگران کمک کند. آگاهی از غم پیش بینی‌شده و سوگ، مراقبت در این زمان را هدایت می‌کند. خانواده‌های داغدیده اغلب به داشتن کسی برای شنیدن آن‌ها؛ احتیاج دارند. چنین فعالیت‌هایی، ازجمله شامل بیان داستان بیماری، جزئیات روزها و هفته‌های پیرامون مرگ عزیزش و بیان خاطرات آن عزیز، است. پرستار ممکن است اطلاعات مربوط به خدمات دفن یا تدفین و خدمات سوگ را ارائه دهد. هنگامی‌که خانواده آماده ترک عزیز خود هستند، پرستار از احترام به بدن اطمینان می‌یابد و روند مراقبت‌های پس از مرگ را توضیح می‌دهد.

ارتباط و همکاری تیمی

همکاری در یک تیم بین حرفه‌ای یک نیروی حیاتی در کار با بیماران مبتلا به بیماری شدید و تهدیدکننده زندگی است. هانسون و کارتر همکاری را به‌عنوان «یک روند بین فردی پویا توصیف می‌کنند که طی آن دو یا چند نفر به یکدیگر متعهد می‌شوند که برای حل مشکلات و ارتباط واقعی و سازنده با یکدیگر تعامل داشته باشند، اهداف یا نتایج مشخص شده را از یکدیگر یاد بگیرند. افراد ارزش‌های مشترکی که این تعهد را ممکن می‌سازد، تشخیص داده و بیان می‌کنند». ارتباط خوب، همکاری بهتر را تضمین می‌کند، مراقبت‌های همه‌جانبه را تضمین می‌کند و از جهات ایمنی و کیفیت، اطمینان می‌بخشد.

بااین‌حال، تیم‌ها همانند یک خانواده، سیستم‌های اجتماعی هستند و پویایی‌های خاص خود را دارند. در واقع، تیم می‌تواند «یک خانواده کار» باشد. با رهبری، ترسیم نقش و انعطاف‌پذیری مناسب، تیم‌های بین‌رشته‌ای؛ توانایی کارکرد خوب را دارند و هم‌افزایی را ایجاد می‌کنند۱۱۹. اگر تیم به‌طور مؤثر کار کند، هویت تیم به‌عنوان یک تیم مراقبت تسکینی، جایگزین نظم و انضباط هر یک از اعضا می‌شود. ویژگی‌هایی برای ارتقاء همکاری تیمی مؤثر، لازم

است؛ اول اینکه، مشارکت همه اعضا ضروری است. میزان مشارکت و درگیری ممکن است به مسائل بیمار و خانواده، بستگی داشته باشد. نقش هر یک از اعضا باید کاملاً مشخص و مورداحترام باشد. برقراری ارتباط و مذاکره مناسب برای ترسیم نقش‌ها، ضروری است. دوم، هر یک از اعضای تیم باید در روندهای تیمی یک صدا باشند. سوم، مأموریت و اهداف تیم باید به صورت دوره‌ای، بررسی شود تا اطمینان حاصل شود که همه اعضا در یک پیش‌فرض کار می‌کنند. اعضای تیم برای دستیابی به اهداف، اطلاعات را به اشتراک می‌گذارند و به‌طور مستقل و باهم کار می‌کنند. هر یک از اعضای تیم باید به مراقبت باکیفیت، متعهد باشد. چهارم، هر یک از اعضای تیم باید نقش خود را در مراقبت از بیمار درک کرده و روند گروه را حفظ کند. رهبر بسته به وظیفه‌ای که در اختیار دارد، بین اعضای تیم تقسیم می‌شود. این بدان معنی است که باید به سبک‌های مختلف احترام گذاشته شود، اعتماد به صلاحیت بالینی و دلسوزی با یکدیگر، وجود داشته باشد. بررسی دوره‌ای این دستورالعمل‌ها، اثربخشی و کارایی تیم را به‌عنوان یک تیم تضمین می‌کند. تیم‌های مؤثر از طریق ارتباط تیمی خوب، سازمان‌دهی و هماهنگی، شایستگی و همکاری را ارتقاء می‌بخشند. کار گروهی با محیط‌های مختلف مشخص می‌شود و فرهنگ سازمانی ماهیت کار گروهی را به صورت مشارکت، احترام یا سلسله مراتب، دیکته می‌کند که بسته به نقش و سطح عملکرد یک پرستار متغیر است. بخشی از کار گروهی توسعه روابط کاری و درک سبک‌های مختلف ارتباطی است. ملزومات کار تیمی شامل:

- شناخت مشارکت‌های فردی اعضای تیم.
- احترام به صلاحیت، تخصص و تأیید اعضای تیم.
- تعریف واضح نقش‌ها، مسئولیت‌ها و وظایف.
- ساختارهای گزارش دهی کاملاً مشخص برای عملکردها.
- ارتباط برنامه‌ریزی‌شده بین اعضای تیم و زمان جلسات.
- رهبری ماهر برای مدیریت پرستاران تازه‌کار، پزشکان و متخصصان.
- فرایندهای ارزیابی کیفیت مراقبت و اثربخشی تیم.
- پشتیبانی روانی و معنوی از تیم.
- منابع اخلاقی و قانونی برای تیم.
- احترام به بیماران به‌عنوان افراد.

کار تیمی ممکن است یک روند منفی داشته باشد. موانع کار تیمی مؤثر شامل عدم آموزش، ساختار تیمی سلسله مراتبی، قوانین سازمانی و موارد بازپرداختی، است که باعث ایجاد موضوعات اقتدار ذاتی (تمرکز بجای عدم تمرکز) می‌شود. رهبری بی‌اثر منجر به عدم رسالت و بینش می‌شود. نگرش تیمی می‌تواند بر مراقبت، تأثیر بگذارد. در بین اعضای تیم مراقبت تسکینی تکبری ظهور کرده است که آن‌ها بهتر می‌دانند، از همه بیشتر مراقب، کارآمد و با اخلاق هستند. این امر می‌تواند باعث ایجاد احساسات منفی در بین سایر همکاران مراقبت‌های بهداشتی شود که ممکن است آن‌ها احساس کنند به همان اندازه مراقب و متعهد نسبت به بیمار نیستند.

ارتباطات ضعیف منجر به مراقبت ضعیف، نتایج منفی، تضاد و در نهایت تضعیف روحیه تیمی می‌شود. اگر نقش‌ها و مسئولیت‌ها به‌طور واضح مشخص نشده باشد، پرستاران ممکن است احساس کنند که در بحث و تبادل نظر در مورد موضوعات خاص با بیماران و خانواده‌ها، جایگاهی ندارند؛ درنتیجه، عدم وجود نقش‌های مشخص بین پرستار و پزشک می‌تواند منجر به ترک بیماران و خانواده‌هایشان بدون داشتن هیچ‌گونه ارتباطی در مورد بیماری، درمان یا پیش‌آگهی شود. بحث‌های مداوم بین پزشک و پرستار بیشتر به عنوان یک بحث متمرکز در مورد ارزیابی بیمار و پاسخ به درمان انجام می‌شود. پرستاران همچنین نقش مهمی در برقراری ارتباط بین پزشک و بیمار و خانواده

دارند.

درباره چگونگی تضاد و تعارض بین اعضای تیم در نتیجه اقدامات نادرست، مطالب زیادی نوشته شده است. هشت رفتار تیمی مسئله‌دار شامل: (۱) تحت فشار قرار دادن بیمار، (۲) بیمار را به عضویت تیم درآوردن، (۳) خاموش کردن صدای اعضای تیم، (۴) عدم پاسخگویی، (۵) غلبه پردازش تیم بر پیامد مددجو (۶) ارتودوکسی و تفکر گروهی، (۷) تأکید بیش از حد بر اهداف بهداشت و ایمنی و (۸) هدر دادن منابع، می‌باشند. همه این مسائل می‌تواند در زمان‌های مختلف در تیم مراقبت تسکینی رخ دهد و ارتباطات مناسب و حل تعارض را ضروری سازد. نمونه‌هایی از این مشکلات شامل موارد زیر است:

۱. *تحت فشار قرار دادن بیمار و خانواده:* این مشکل ازنظر زمان، اطلاعات و حضور به چندین روش رخ می‌دهد. ممکن هست بیمار با اطلاعات بیش‌ازحد مواجه شده و در آن‌ها غرق شود. یک مثال این است که بیمار و خانواده به‌تازگی اخبار ناخوشایندی را شنیده‌اند. قبل از اینکه بیمار و خانواده وقت داشته باشند تا اطلاعات را جذب و یکپارچه کنند، تیم‌های مراقبت تسکینی یا هاسپیس برای «رفع» همه چیز وارد می‌شوند. تجربه طاقت‌فرسای دیگر، نسبت بالای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در جلسات خانوادگی است. بیمار یا خانواده نسبت به افزایش مسائل و نگرانی‌های فردی احساس کمبود و عدم قدرت می‌کنند.

۲. *بیمار را به عضویت تیم در آوردن:* به بیماران گفته می‌شود که آن‌ها عضوی از تیم تصمیم‌گیرنده هستند و از آن‌ها خواسته می‌شود که وارد فرایند تصمیم‌گیری شوند. در عین حال، مرزهای مربوط به تصمیماتی که می‌توانند بگیرند و یا نمی‌توانند اتخاذ کنند؛ مبهم است، خصوصاً اگر در این زمینه اختلاف نظر وجود داشته باشد. علاوه بر این، با زوال بیمار، ممکن است وی واقعاً نتواند در تصمیم‌گیری شرکت کند.

۳. *خاموش کردن صدای تک تک اعضای تیم:* تیم ممکن است صریحاً بیان کند که سهم همه اعضا در ورودی اطلاعات برابر است، درصورتی که به‌طور ضمنی چنین نیست. در صورت اختلاف نظر پزشکان ممکن است صداهای غیرپزشکی را نادیده بگیرند، به حداقل برسانند، به حاشیه برانند یا لغو کنند .مثال دیگر زمانی رخ می‌دهد که در تلاش برای حمایت از یک دیدگاه نامطلوب خاص، ممکن است نظر یکی از اعضای تیم به‌عنوان «واقعاً موقعیت را درک نمی‌کند»، «دیگر عینی نیست» یا «بیش از حد به موقعیت نزدیک است» رد شود.

۴. *عدم پاسخگویی:* این مسئله اغلب زمانی چالش ایجاد می‌کند که مشاور مراقبت‌های بهداشتی با تیم اصلی کار می‌کند. گاهی اوقات، با توجه به اینکه همه اعضای تیم مراقبت تسکینی روی موضوعات مشابه کار می‌کنند، هیچ کس مسئولیت مراقبت کلی از بیمار را بر عهده نمی‌گیرد. علاوه بر این، ممکن است مواردی وجود داشته باشد که یک تیم اصلی جداگانه ایجاد شود و از تیم مراقبت تسکینی درخواست نیرو کند، اما هیچ کاری اجرا نمی‌شود. یا ممکن است مشاوران زیادی وجود داشته باشد و بیمار نظرات مختلفی را بدون هیچ وکیل مدافع مشخصی، دریافت کند.

۵. *غلبه پردازش تیم بر پیامد مددجو:* ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی اغلب عقاید یا احساسات خاصی در مورد درست یا غلط بودن و نحوه انجام کارها دارند. چالش این است که اجازه دهیم این فرایند دوباره و بدون ایجاد

محدودیت خاصی، اتفاق بیفتد. در حالی‌که بیماران و خانواده‌ها در نیازهای خود منحصر به فرد هستند و همیشه الگوریتم‌ها را دنبال نمی‌کنند.

۶. *ارتودوکسی و تفکر گروهی:* یک گروه می‌تواند جزیره‌ای باشد و از ایده‌های جدید استفاده نکند. تیم قادر به ارزیابی خود نیست و مشکلات آشکارا نادیده گرفته می‌شوند. این حالت در شرایط EOL، در رابطه با روند مرگ اتفاق می‌افتد. ممکن است پرستار درک کند که بیمار در حال مرگ است، اما سایر متخصصان بهداشت به دنبال علامت خاصی هستند و آن را درمان می‌کنند. تیم ممکن است به جای اینکه بپذیرد که بیمار در حال مرگ است، فکر کند پرستار «تسلیم‌شده»، است.

۷. *تأکید بیش از حد بر اهداف بهداشتی و ایمنی:* این امر زمانی اتفاق می‌افتد که برنامه مراقبت نسبت به نیازها یا انتخاب‌های بیمار، اولویت داشته باشد. این امر اغلب در روند ترخیص مشاهده می‌شود که تیم مراقبت‌های بهداشتی با انتخاب شیوه زندگی بیمار مخالف است؛ بنابراین، تیم بجای اولویت قرار دادن انتخاب بیمار، به دنبال تهیه برنامه بر اساس «دستور کار ایمنی» خود است.

۸. هدر *دادن منابع:* نیازهای بیماران به‌خصوص در مرحله مرگ از بین می‌رود و در نتیجه مداخلات با هزینه زیاد و تأثیر کم بر مراقبت‌های کلی بیمار، انجام می‌شود.

کار گروهی و نقش پرستار

پرستاران بیشترین همکاری را با پزشکان در تیم دارند، بطوریکه دستورات پزشکی را اجرا و برنامه‌های مراقبت را دنبال می‌کنند. با این حال، پرستاران و پزشکان در سبک‌های ارتباطی متفاوت هستند. پرستاران بیشتر روایتگر یا کیفی هستند و بر روند و تأمل بیشتر تأکید می‌کنند. پزشکان بیشتر کمی هستند و حقایق و اعداد را می‌خواهند. هیچ یک از سبک‌ها بهتر از سبک دیگر نیستند. بلکه هر دو سبک در مراقبت‌های بیمار محور و خانواده محور، ضروری هستند. هنگامی‌که پزشکان بی‌توجه به نظر می‌رسند یا تمایلی به بحث در مورد اهداف مراقبت ندارند، پرستاران از ارتباط با پزشکان ناامید می‌شوند. از طرف دیگر، پزشکان وقتی پرستاران اطلاعات بی‌نظم یا غیر مرتبط را بیان می‌کنند یا در رسیدگی به موضوع تأخیر دارند، از ارتباط با پرستاران، ناامید می‌شوند. هدف تعامل ارتباطی بین پرستار و پزشک، نیاز به تأمل یا واقعیت را تعیین می‌کند. اگر ارتباط در مورد اشتراک اطلاعات باشد، ممکن است پرستار نیاز به ارائه جزئیات، هرچند کوتاه و مختصر داشته باشد. اگر تغییر در درمان توجیه شود، پرستار مدارک اثبات‌کننده را ارائه می‌دهد. به‌عنوان‌مثال، در صورت تماس با درد و علائم، پرستار باید از داروهای مورد استفاده بیمار، آخرین زمان مصرف آن‌ها و نمرات درد بیمار گزارشی تهیه کرده و برنامه پیشنهادی ارائه دهد. اگر تغییر وضعیت کد بیمار یا اهداف مراقبت مد نظر باشد، بسیار مهم است که پرستار روایت غنی از متن مکالمه را ارائه دهد تا پزشک یک ارتباط مجدد جهت پیگیری موضوع داشته باشد. ارتباط باکیفیت بین پزشک و پرستار شامل مشخص کردن نقش‌های ارتباطی، مرور موضوعاتی که باید با بیمار و خانواده، پرورش نقش ارتباطی فعال برای پرستاران به‌جای پیگیری کورکورانه درخواست پزشکان و محدود کردن ارتباطات خود با دیگران است. هنگامی‌که پرستاران از پزشکان اجازه یا مجوز می‌گیرند تا در مورد موضوعات تعیین‌شده با بیماران و خانواده‌ها ارتباط برقرار کنند یا در افشای اخبار ناخوشایند شرکت کنند، موانع ارتباطی با پرستار برطرف می‌گردد که منجر به بهبود نتایج در بیمار می‌شود.

جعبه ۴.۱۱. مذاکره مؤثر تعارض

۱- بازتاب تعارض

الف - تعارض را شناسایی کنید - واقعیت‌ها

مرور:

چه اتفاقی افتاد؟ داده‌های عینی

چه احساساتی در تعارض، نقش داشته است؟ داده‌های ذهنی

در نظر گرفتن:

اوضاع چه تأثیری بر شما داشته است؟

چگونه در بروز مشکل سهیم بودید؟

ب - هدف حل تعارض را مشخص کنید

در نظر گرفتن:

امیدوارید چه‌کاری را به سرانجام برسانید؟

بهترین راه برای رسیدگی به موضوع چیست؟

چه چیزی برای شما در معرض خطر است؟

۲- مذاکره در مورد تعارض

الف – موضوع را با شخص مقابل در میان بگذارید.

در نظر گرفتن:

چه زمانی و چگونه بهترین راه برای طرح موضوع است؟

بهترین راه برای دستیابی به هدف، چگونه است؟

ب - هدف هر فرد را برای حل تعارض مشخص کنید- احساسات

مرور:

شما و شخص دیگر چه اهداف مشترکی دارید؟

منافع شما و شخص مقابل درکجا متفاوت است؟

ج - کاوش تعارض

بحث و گفتگو:

دیدگاه شخص دیگر چیست؟ به فرد دیگر گوش دهید و داستان را کاوش کنید.

احساسات شخص مقابل چیست؟ احساسات پشت داستان را بپذیرید و آن‌ها را به زبان دیگر ترجمه کنید.

آیا فرد مقابل دیدگاه شما را درک می‌کند؟ از فرد دیگری بخواهید هنگام بیان وقایع و اهداف خود، به وقایع و اهداف شما نیز گوش دهد.

د- حل مسئله، با هدف بهترین هدف بیمار

گزینه‌هایی را برای پاسخگویی به مهم‌ترین نگرانی‌ها و علایق هر طرف در نظر بگیرید.

تصمیم‌گیری در مورد مواردی که باید در موردشان بحث شود: اجتناب، همکاری، سازش.

از معیارهای عینی یا استانداردهای مراقبت تسکینی NCP (راهنماهای عملکرد بالینی) برای آنچه باید اتفاق بیفتد، استفاده کنید.

رویکرد را برای ارتباطات آینده، تعیین کنید.

حل تعارض

تعارض وضعیتی است که در آن دو یا چند نفر یا طرف با یکدیگر اختلاف‌نظر دارند که می‌تواند به دلیل دیدگاه‌های مختلف مراقبت، اهداف مختلف بیمار، ارزش‌های مختلف، اخلاق متفاوت یا انتظارات متفاوت از نقش، باشد. ارتباطات کاری برای تیم‌ها شامل جمع‌آوری اطلاعات از یکدیگر در مورد مراقبت بالینی از بیمار و خانواده است، در حالی که ارتباطات تیمی از حمایت عمومی که اعضای تیم در مورد استرس محل کار، مقابله و فرسودگی شغلی به اشتراک می‌گذارند، ناشی می‌شود. پرستاران در خط مقدم بصورت مداوم با تعارض برخورد می‌کنند. تعارض ممکن است بین بیمار و پرستار، بین پرستار و پزشک، بین پرستار پیشرفته و پرستار رجیستر یا بین دو تیم مراقبت بهداشتی، رخ دهد. تعارض در تیم‌های تسکینی اجتناب‌ناپذیر و سالم است. همچنین با توجه به دیدگاه‌های مختلف، تجربه متفاوت، مدت‌زمان مراقبت تسکینی و احساس فوریت برای کاهش علائم، اگر تعارض به‌خوبی مدیریت شود، به افراد کمک می‌کند تا دیدگاه‌های مختلفی را مشاهده کنند و می‌تواند باعث ایجاد خلاقیت و حرکت مثبت شود و اگر کنار گذاشته شود یا نادیده گرفته شود، می‌تواند باعث ایجاد تضعیف روحیه شود.

پرستاران بسته به سطح عملکرد، محل عملکرد و تجارب به شکل متفاوت با تعارض برخورد می‌کنند. اگر پرستاران در تعامل با یکی از اعضای تیم که در مورد اختلاف‌نظر صحبت نمی‌کند، با مشکل روبرو شوند، از تعارض اجتناب می‌کنند. بااین‌حال، در مراقبت‌های تسکینی، هدف باید همکاری باشد که آن‌همه مشکلات مورد بحث قرار گرفته و به راه‌حل‌های متقابل برسد. روش‌های مختلفی برای حل تعارض موجود است که شامل مذاکره، سازگاری و همکاری، می‌باشند. تفاوت این رویکردها بسته به تفاوت قدرت درک شده است. حل تعارض از طریق فرایند ارتباط، رخ می‌دهد. به جعبه ۴.۱۱ مراجعه کنید.

این فرایند شامل بررسی واقعیت‌ها، احساسات و هویت تعارض، است. ابتدا پرستار منبع تعارض را شناسایی می‌کند، واقعیت‌های آنچه اتفاق افتاده و تأثیر آن را مرور می‌کند. دوم، پرستار در جنبه احساسی تعارض، تأمل می‌کند. سپس، پرستار حل تعارض را از نظر آنچه امیدوار است به دلیل ارتباط با بیمار / یا خانواده محقق کند، هدف قرار می‌دهد. گاهی اوقات، ممکن است نیاز به بررسی نقش هر یک از ارائه‌دهندگان و فکر کردن در مورد بهترین حالت برای بیمار وجود داشته باشد. چندین مرحله در ملاقات با یکی از اعضای تیم در مورد تعارض وجود دارد. با شنیدن داستان همکاران خود کنجکاو شوید. با این کار، دو طرف اهداف مشترک و منافع متفاوت خود را دارید. دیدگاه‌های خود را بیان کنید، ازجمله بیان احساسات و برای گوش دادن وقت بگذارید. این امر منجر به کاوش می‌شود و به هر طرف اجازه می‌دهد تا ضمن تأیید احساسات هر یک از طرفین، از دیدگاه خود بگوید. ازجمله سخت‌ترین چیزهای یادگیری، گفتن، «متأسفم»، «اشتباه کردم» و «می‌تواند حق با تو باشد» اشاره کرد. لازم نیست که پرستار برای موافقت فوری، احساس فشار کند. بلکه بحث در مورد دامنه موضوعات مهم است. با هم مسئله را حل کنید. آسایش بیمار، هدف مشترک است و در مورد رفع رویه تصمیم بگیرید.

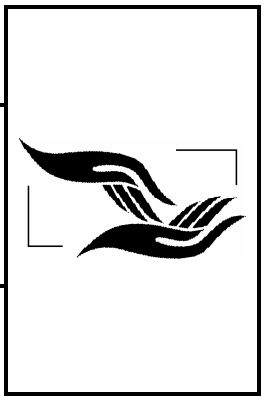
نتیجه‌گیری

ارتباط در پرستاری تسکینی؛ ابزاری اساسی است که پرستاران از طریق آن مراقبت می‌کنند. ارتباطات مؤثر، پایه‌ای را تنظیم می‌کند که برنامه مراقبت بر اساس آن بنا شده و مراقبت را هدایت می‌کند. پرستاران نیاز دارند تا به دنبال آموزش و مهارت‌های ارتباطی در موقعیت‌های خاص برای بیماران مبتلا به بیماری شدید باشند. هنر ارتباط پرستاری مبتنی بر استفاده از حضور فیزیکی، گوش دادن، سکوت و حضور درمانی، است. این مسئله از طریق هوش هیجانی افزایش

می‌یابد. علم ارتباطات پرستاری شامل مهارت‌هـایی در ارتباط کلامی و غیرکلامی و استفاده از استراتژی‌هـای ارتباطی برای ارتقاء مراقبت‌های مؤثر و باکیفیت است. مراقبت از خانواده و بیمار، ارتباط مؤثر پرستار را بـرای انتقال ارتباط، جمع‌آوری اطلاعـات و حـضور درمـانی، فراهم می‌کند. ارتباط در همکاری تیمی و حل تعارض، ضروری است. پرستاران نقش مستقیمی در گفتگوهای دشـوار ازجملـه بیـان اطلاعـات در مـورد تـشخیص و درمـان، مـشاوره در مـورد گزینـه‌هـای EOL، تعیـین ارزش‌ها و ترجیحات، حمایت از بیماران و خانواده‌ها در گفتگوهای خبـری بـد و تـسهیل انتقـال بـه مراقبـت تسکینی و هاسپس، دارند.

فصل ۵

برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته



نکات کلیدی

- پیشرفت در فناوری پزشکی؛ امکان افزایش طول عمر و گزینه‌های مختلف درمان در مراحل انتهای زندگی را فراهم کرده است. با این حال در انتهای زندگی بیماران غالباً توانایی تصمیم‌گیری؛ برای خود را ندارند.
- اعضای خانواده و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، اغلب خواسته‌های بیماران در مراقبت EOL را نمی‌دانند و در طول تصمیم‌گیری انتهای زندگی برای بیمار و بعد از آن دچار پریشانی روانی می‌شوند.
- برنامه‌ریزی مراقبت‌های پیشرفته (ACP) فرایندی است که بیماران را برای برنامه ریزی مراقبت انتهای زندگی در زمانی که توانایی تصمیم‌گیری ندارند، آماده می کند. این طرح برای راهنمایی تصمیم‌گیری انتهای زندگی با احترام به ارزش‌ها، اهداف و ترجیحات مراقبتی بیمار، جهت اشتراک با اعضای خانواده، افراد قابل توجه و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته شده است.
- ACP در اصل مراقبت‌های فرد محور است. ساخت سیستم هایی برای کمک به همه بیماران و ارج نهادن به ارزش های آنها به عنوان یک عمل استاندارد، به شدت مورد نیاز است.

مقدمه

هدف از مراقبت‌های بهداشتی، ارائه مراقبت‌هایی است که بیماران می خواهند دریافت کنند. با این حال، اگر تیم مراقبت؛ اولویت‌های بیمار را ندانند، ارائه مراقبت مورد نظر بیماران، دشوار است. برنامه ریزی مراقبت پیشرفته (ACP) فرایندی برای برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری مراقبت‌های بهداشتی آینده در صورت عدم توانایی در تصمیم‌گیری و یا عدم بیان ترجیحات از سوی اعضای خانواده، تصمیم گیرندگان جایگزین و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی است. در حالی که ACP به طور فزاینده‌ای به عنوان یک مولفه اساسی برای ارائه مراقبت از بیمار در مراحل انتهای زندگی با کیفیت شناخته می شود، نحوه تسهیل و استفاده از ACP برای راهنمایی مراقبت بهتر در انتهای زندگی، همچنان چالش برانگیز است. این فصل پیش زمینه ACP، تعاریف و فرایندهای ACP و نقش پرستار در ACP را بیان می‌کند.

پیش زمینه

پیشرفت در فن آوری پزشکی، امکان افزایش طول عمر و روش‌های مختلف درمان انتهای زندگی را فراهم کرده است. تا به امروز، هنگامی که بیماران با بیماری تهدید کننده زندگی روبرو می شوند، چندین

گزینـه درمـانی از جملـه احیـا قلبـی ریـوی (CPR)، ونتیلاتورها یا تغذیه های پزشکی برای افـزایش طـول عمر، در دسترس می‌باشند. درمان‌های تجربی با هدف دستیابی به درمان و مراقبـت تـسکینی بـا تمرکـز بـر راحتی و بهبود کیفیت زندگی، برنامه‌ریـزی مـی‌شـوند. یک بررسی بزرگ ملی از ذی‌نفعان مـدی کیـر نـشان می‌دهد که ۸۶٪ از افراد ترجیح می‌دهند روزهای آخـر خود را در منزل بگذرانند و نمی‌خواهند با درمـان‌هـای طولانی‌کننده عمر، زندگی را بدتر کنند. اگرچه نـسبت افرادی که در بیمارستان‌ها می‌میرند به تدریج کـاهش یافته و استفاده از خدمات هاسپیس، در دهه‌های اخیـر افزایش یافته است، اما بیش از یک سوم افراد سالم در سال ۲۰۱۵ در بیمارستان فوت شدند. این نشان‌دهنـده شکاف بین مراقبت‌های انتهای زندگی و آنچه در واقع دریافت کرده‌اند.

مطالعات همچنین نـشان‌دهنـده افـزایش اسـتفاده از بخـش مراقبـت‌هـای ویـژه (ICU) در ۳۰ روز آخـر زنـدگی و افـزایش تعـداد انتقـال‌هـای مراقبـت‌هـای بهداشتی در ماه‌های آخر زنـدگی، اسـت. انتقـال‌هـای مختلـــف از جملـــه بـــه ICU و خـــارج از آن؛ در مراحل پایانی زندگی، بیانگر ایـن اسـت کـه وضـعیت سلامتی بیماران در این مـدت؛ نوسـان داشـته و آنهـا بایـد تـصمیم‌گیـری‌هـای مختلفـی در مـورد مکـان و نوع مراقبـت‌هـای پزشـکی کـه مـی‌خواهنـد دریافـت کنند، داشته باشند. در چند مـاه آخـر زنـدگی، یکـی از دوره‌های انتقال معمول در مراقبت انتهای زندگی ایـن است که بیمار به دلیل تشدید بیماری نیاز بـه بـستری در یک بخش مراقبت حاد، پیدا می‌کنـد. بـا وخـیم‌تـر شدن وضعیت وی، برای درمان بهتر؛ به ICU منتقـل می‌شود، جایی که به طور بالقوه با گزینه‌هـای درمـانی محدودتری روبرو مـی‌شـود یـا بـرای تحمـل درمـان، بـسیار بـدحال اسـت. بنـابراین تمرکـز مراقبـت تغییر می یابد و بیمـار بـرای حفـظ آرامـش بـه منـزل یـا محـیط مـشابه، تـرخیص مـی‌شـود. هـر تـصمیمی مـنعکس‌کننـده ترجیحـات و اهـداف بیمـار در زمان انتقال در وضـعیت درمـان و مراکـز مراقبتـی حین تغییر وضعیت بیمار، معمول و مناسـب اسـت. بـا این حال، درمان پزشکی با پیش فرض "همه تلاش‌ها برای نجات زندگی" بـرای بیمـاران انجـام مـی شـود، برخی از انتقالاتی که در ماه ها، هفتـه هـا یـا روزهـای پایان زندگی آنها اتفاق می‌افتد، می‌تواند ناشـی از ایـن پیش فرض بوده و منعکس کننده ترجیحات واقعی این بیماران و مبتنی بر تصمیم‌گیری آگاهانه نباشـد. بـرای انتخاب روش‌های درمانی که ممکن اسـت متفـاوت از درمان های پیش فرض ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی باشد، بیماران لازم است فعالانه در تـصمیم‌گیـری‌هـا؛ شرکت کرده و ترجیحات خاص خود را بـرای درمـان، ابراز کنند. متأسفانه، تقریباً ۷۰٪ از بیمارانی که نیاز بـه تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های انتهای زندگی دارند، قـادر بـه شـرکت در بحـث نیـستند و از توانـایی تصمیم‌گیری یا توانایی ابراز تمـایلات خـود، برخـوردار نیستند.

بنـابراین، در حـالی کـه بیمـاران قـادر بـه بیـان ترجیحات خود هستند مهم است که اعضای خـانواده و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشـتی؛ بداننـد کـه چـه چیزی برای بیماران مهـم اسـت و چـه مراقبـت هـای انتهای زندگی را می‌خواهند دریافـت کننـد. متأسـفانه، اعضای خانواده که انتظار می رود نقش تصمیم گیرنـده جایگزین را داشته باشند، به ندرت گفتگوهای قبلی بـا بیماران داشـته و از ترجیحـات و یـا ارزش هـای آنهـا، آگـاهی دارنـد. هنگـامی کـه اعـضای خـانواده بـدون گفتگوی قبلی برای بیماران تـصمیم‌گیـری مـی‌کننـد، حین یا بعد از تصمیم‌گیری، احساسات شـدیدی ماننـد احساس گناه و پشیمانی را تجربه می کنند که منجر به به رنج روانی طولانی مدت می‌گردد. گفتگـو در مـورد ACP با بیماران قبل از تـصمیم گیـری، نـشان دهنـده تعارض تصمیم‌گیری کمتـر و بـار روانـی کمتـر بـرای تصمیم‌گیرندگان جایگزین است.

برای اینکه بیماران در شرایطی که قادر به تصمیم گیری هستند، فرصتی برای ابراز ترجیحات خود در زمینه مراقبت‌های انتهای زندگی داشته باشند، قانون تعیین سرنوشت بیمار (PSDA) در سال ۱۹۹۰ تصویب شد. PSDA از بیمارستان‌ها، خانه‌های سالمندان و سایر موسسات مراقبت های بهداشتی درخواست می کند که از همه بیماران سوال کنند که آیا دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده (AD) یا اطلاعاتی برای دستورالعمل های پیش رو؛ قبل از ورود به بیمارستان دارند یا خیر. اگرچه PSDA برای آگاهی دادن به بیماران درمورد حقوق تصمیم گیری مراقبت های بهداشتی و تشویق آنها به تصمیم گیری و مستند سازی آن به شکل قانونی، در نظر گرفته شده بود؛ اما میزان تکمیل دستورالعمل‌ها در واقع بین ۲۰ تا ۵۰ درصد بود و تکمیل دستورالعمل ها؛ لزوماً ارتقا مراقبت در مراحل پایانی زندگی را به همراه نداشته است.

بیماران ممکن است دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده را داشته باشند، اما غالباً کسی از وجود آن خبر نداشته یا در صورت لزوم نمی‌توان آن را تعیین کرد. برخی از دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده با استفاده از اصطلاحات حقوقی نوشته شده اند و درک آنها دشوار است؛ به ویژه برای افرادی که سواد سلامتی پایینی دارند. اولویت های درمانی که مبتنی بر سناریوهای پیش فرض است ممکن است آنچه را که فرد می‌خواهد را در شرایط واقعی منعکس نکند. اظهارات ارزشی مانند "حفظ کرامت و منزلت" می تواند برای هدایت تصمیمات درمانی در شرایط خاص بسیار کلی باشد. علی‌رغم تصویب PSDA با نیت‌های خوب، شرایطی که اعضای خانواده و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی بدون اینکه اولویت‌های بیمار را بدانند مجبور به تصمیم گیری در زمینه مراقبت انتهای زندگی هستند، دشوار است.

گزارش انستیتوی پزشکی (IOM) در مورد مرگ در آمریکا، موارد مراقبت انتهای زندگی را در سیستم مراقبت‌های بهداشتی فعلی بررسی کرده و فقدان ارتباط روشن درمورد مرگ و بحث و گفتگوهای صریح برای کسب اطلاعات درمورد ارزش ها و ترجیحات بیمار را به عنوان مانعی برای مراقبت انتهای زندگی با کیفیت؛ تشخیص داده است. توصیه های آنها شامل بهبود ارتباط پزشک و بیمار و ارائه ACP به عنوان مولفه اساسی جهت بهبود مراقبت انتهای زندگی است.

تعاریف برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته

IOM در گزارش خود ACP را "فرایند بررسی مراقبت انتهای زندگی، شفاف سازی ارزش‌ها و اهداف مرتبط و تجسم ترجیحات بیمار از طریق اسناد مکتوب و دستورات پزشکی" تعریف می‌کند. این روند می تواند در هر زمانی شروع شود و به صورت دوره‌ای مجدداً مورد بازبینی قرار گیرد، اما با تغییر وضعیت سلامتی، تمرکز آن بیشتر می‌شود»(ص. ۱۲۲) اخیراً، تعاریف اجماعی ACP توسط متخصصان بین‌المللی چندحرفه‌ایACP تهیه شده است (به بخش ۶.۱ مراجعه کنید). نکات کلیدی مشترک در این تعاریف عبارتند از:

۱. ACP یک رویداد نیست بلکه یک فرایند است.
۲. ACP شامل مباحثی برای درک و سهیم شدن ارزش‌ها، اهداف و ترجیحات شخص برای مراقبت‌های پزشکی آینده‌اش است.
۳. ACP می‌تواند از هر سنی یا هر مرحله از سلامتی، شروع شود.

مفهوم ACP در حال تکامل است. سودور و همکاران تغییر در تعریف ACP در چند دهه گذشته و اختلاف نظر بین متخصصان در مورد ACP و ملزومات آن را مشاهده کردند. اختلاف نظرهای مشاهده شده شامل تمرکز بر گفتگوها در مقابل سند مکتوب، ترجیحات درمانی در مقابل ارزش‌های بیمار و اینکه چه کسی باید در این فرایند گنجانده شود، بود.

گفتگو در برابر مستندات

در تعریف اجماعی (جعبه ۵.۱)، گفتگوها به عنوان بخشی حیاتی از ACP برای درک مقادیر و ترجیحات بیمار برجسته شده است، در حالی که مستندسازی مقادیر و ترجیحات بیمار (به عنوان مثال، دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده) یک استراتژی مهم یا ابزاری برای اطمینان از این است که شرایط

جعبه ۵.۱. تعریف اجماعی از برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته

برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته (ACP) فرایندی است که از بزرگ‌سالان در هر سن یا هر مرحله از سلامتی در درک و سهیم شدن ارزش‌های شخصی، اهداف زندگی و ترجیحات آنها در مورد مراقبت‌های پزشکی آینده حمایت می‌کند. هدف ACP کمک به اطمینان از دریافت مراقبت های پزشکی افراد متناسب با ارزش ها، اهداف و ترجیحات آن‌ها در طی بیماری‌های جدی و مزمن است.

Sudore RL، Lum HD، You JJ و دیگران. تعریف برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته برای بزرگ‌سالان: تعریف اجماعی از یک پانل چند حرفه‌ای دلفی. ۲۰۱۷؛ ۵۳: ۸۲۱– ۸۳۱.

برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته افراد را قادر می سازد تا اهداف و ترجیحات مربوط به درمان و مراقبت‌های پزشکی آینده را تعیین کنند، در مورد این اهداف و ترجیحات با خانواده و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی بحث کنند و در صورت لزوم این ترجیحات را ثبت و بازبینی کنند.

Rietjens JAC، Sudore RL، Connolly M، و همکاران. تعریف و توصیه‌هایی برای برنامه ریزی مراقبت پیشرفته: اجماع بین المللی مورد حمایت انجمن اروپایی مراقبت‌های تسکینی ۲۰۱۷؛ ۱۸(۹):e543– e551

بیمار به وضوح به اعضای خانواده، ارائه‌دهندگان خدمات و در تمام محیط‌ها، اعلام می‌شود. بیمارانی که با اعضای خانواده خود و افراد برجسته دیگری گفتگو می‌کنند، فضایی را ایجاد می‌کنند که می‌توانند تأمل کنند و دیگران را از آنچه برای آنها مهم است، مطلع نمایند و باعث می‌شوند تا دیگران آنها را درک کنند. در گفتگوها، دیگران می‌توانند از بیمار بخواهند که منظور خود را شفاف بیان کند و سپس اعضای خانواده با درک عمیق‌تری از اینکه چرا برخی از انتخاب‌ها برای بیمار مهم هستند، مواجه می‌شوند. چنین گفتگویی می‌تواند تصمیم‌گیری را در شرایطی که اسناد موجود نیست و یا زمانی که چنین تصمیماتی پیش‌بینی نشده است، هدایت کند.

مستندسازی مکالمات ACP در پرونده سلامت بیمار برای تهیه زمینه تصمیمات بیماران، توصیه می‌شود. مستندسازی ارزش‌ها و ترجیحات بیمار با گفتگو یا بدون آن نیز، امکان‌پذیر است. برخی از برنامه‌ها بیماران را تشویق می‌کنند تا با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و عزیزان خود نامه‌نگاری یا ارتباط ویدیویی داشته باشند و آن را به پرونده سلامت بیمار، اضافه کنند. این روش دیگری برای برقراری ارتباط ترجیحی با دیگران است (see https://med.stanford.edu/letter.html)

در حالی که گفتگوها و نامه‌ها روش‌های قدرتمندی برای انتقال ارزش‌ها و ترجیحات هستند، ثبت مستندات رسمی نظیر دستورالعمل‌های از پیش تعیین شده بیمار برای مراقبت انتهای زندگی نیز باید تشویق شوند. علی‌رغم برخی کمبودها در اسناد قانونی، داشتن یک فرم استاندارد که مختصراً ترجیحات بیمار را در شرایط اضطراری اعلام می‌کند نیز ارزشمند است. ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی که بیمار را هنگام تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های انتهای زندگی می‌بینند، اغلب همان ارائه‌دهندگانی نیستند که در مکالمات ACP نقش داشته و بیمار را

می‌شناختند. داشتن یک سند رسمی که ترجیحات بیمار را مشخص می‌کند و تصمیم‌گیرندگان اصلی را مشخص می‌کند، به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی که ممکن است بیمار را نشناسند، کمک می‌کند. سپس ارائه‌دهندگان می‌توانند با افراد مناسب در تصمیم‌گیری، تماس بگیرند و احتمالاً تصمیمات صحیح بیمار را دریابند.

ترجیحات درمان در برابر ارزش‌های بیمار

یکی دیگر از موارد اختلاف نظر، دانستن و تمرکز بر ترجیحات بیماران برای درمان‌های پزشکی خاص یا اهداف و ارزش‌های زندگی آن‌ها است. در حالی که ترجیحات بیان شده بیماران برای درمان‌های خاص (به عنوان مثال، احیای قلبی و ریوی، تغذیه با لوله) مفید است، اما ترجیح آن‌ها برای درمان در یک سناریوی فرضی با وضعیت واقعی، متفاوت است. در یک زمینه خاص که باید تصمیم‌گیری شود، گزینه‌های درمانی موجود ممکن است متفاوت باشد. کارشناسان توصیه می‌کنند گفتگوهای ACP باید با اهداف و ارزش‌های کلی زندگی شخصی مانند آنچه برای آن‌ها مهم است، شروع شود، سپس این ارزش‌ها باید به بحث‌های خاص‌تری در مورد درمان‌های پزشکی با پیشرفت مرحله بیماری آن‌ها و نیاز به اخذ تصمیمات اختصاصی‌تر، کشیده شود.

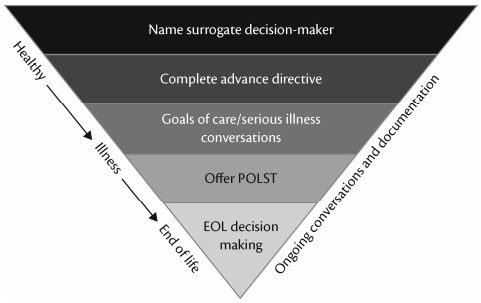
چه کسی باید از قبل برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته داشته باشد؟

در مورد اینکه آیا ACP باید شامل بزرگ‌سالان سالم یا فقط بیماران شدید باشد، بحث وجود دارد. در برخی از متخصصان این نگرانی وجود دارد که یک فرد سالم و بدون تجربه بیماری شدید ممکن است چشم انداز محدودی برای تصمیم‌گیری در مورد ACP داشته باشد. بنابراین، آن‌ها پیشنهاد می‌کنند که ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید تلاش‌های ACP خود را فقط بر روی بیماران با بیماری شدید، متمرکز کنند. با این حال شناسایی بیماران مبتلا به بیماری شدید که باید ACP داشته باشند، اغلب دشوار و غیر قابل اعتماد است. یکی از دلایلی که بسیاری از بیماران بستری در ICU با وجود بیماری شدید، خود هرگز گفتگوی قبلی در ارتباط با ACP نداشته‌اند این است که پزشکان اغلب تا لحظه آخر میزان شدید بودن بیماری و نیاز به ACP را تشخیص نمی‌دهند. بعلاوه، حتی افراد سالم نیز به دلیل تصادف یا بیماری حاد می‌توانند ناگهان با تصمیم گیری انتهای زندگی روبرو شوند. هدف ACP تصمیم‌گیری قطعی در مورد مراقبت‌های انتهای زندگی در حال حاضر نیست، بلکه یادگیری ارزش‌ها و ترجیحات بیماران است تا در صورت بروز یک اتفاق ناگوار، گفتگوها و / یا اسناد بتوانند تصمیم‌گیری آینده را هدایت کنند. تعریف فعلی ACP گسترش یافته است و شامل تعامل با افراد برای تصمیم‌گیری در آینده بدون در نظر گرفتن سن و مرحله بیماری آن‌ها است.

مسئله دیگر در مورد جمعیت هدف ACP این است که آیا ACP باید روی بیماران یا تصمیم گیرندگان جایگزین، تمرکز کند. یک هدف ACP این است که فردی با توانایی تصمیم‌گیری؛ در ارزش‌ها و اهداف زندگی خود تأمل کند و برای مراقبت های انتهای زندگی خود برنامه‌ریزی کند. از آنجا که بیماران اغلب در پایان زندگی قادر به تصمیم‌گیری برای خود نیستند، ACP باید شامل تعیین یک تصمیم گیرنده جایگزین، ابلاغ برنامه به آن شخص و آماده سازی برای تصمیم‌گیری‌های لازم، حتی هنگامی که بیماران در مراحل پایانی زندگی، توانایی تصمیم‌گیری خود را حفظ می‌کنند، باشد. کسانی که فرصتی برای تأمل در ارزش‌های زندگی خود و گفتگو در مورد آن‌ها با عزیزانشان داشته‌اند، برای تصمیم‌گیری در مورد شرایط مراقبت، آماده‌تر هستند، زیرا با تصمیمات مهم روبرو می‌شوند. بنابراین، تمرکز ACP آماده‌سازی

بیماران و تصمیم گیرندگان جایگزین برای مشارکت در ACP و انتقال ارزش‌ها و ترجیحاتی است که تصمیمات را هدایت می‌کند.

آخرین زمینه مورد بررسی این است که چه کسی باید ACP را تسهیل کند. در گذشته، گفتگوهای ACP بیشتر به بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده زندگی، محدود می‌شد و گفتگوها اغلب شامل پیش‌آگهی ضعیف مربوط به بیماری بیمار بود. بنابراین، پزشکان؛ از نظر تاریخی این نقش را بر عهده داشتند. با تعاریف اخیر ACP، افراد سالم یا مبتلایان به بیماری‌های مزمن را شامل کرده است و بیشتر به اهداف و ارزش‌های شخصی تا درمان‌های پزشکی، متمرکز شده است. فرصت برای سایر اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی فراهم شده است تا گفتگوهای مداوم ACP را در مسیر بیماری، تسهیل کنند. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه که بیماران را در ویزیت‌های سلامتی خود مشاهده می‌کنند، مشاوره پرستاران برای مدیریت بیماری مزمن و مددکاران اجتماعی یا روحانیانی که از طریق مراکز مراقبت حاد از بیماران پذیرش و مراقبت، می‌کنند، همگی می‌توانند این گفتگوها را تسهیل می‌کنند. همچنین آنچه برای بیماران مهم است را استخراج کرده و به آن‌ها کمک کنند تا این ارزش‌ها را به خانواده‌ها و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، منتقل کنند. در حال حاضر، ارائه‌دهندگان مستقل مجاز (LIP)[1] می‌توانند با استفاده از کد صورتحساب مرکز خدمات مدی‌کیر و خدمات پزشکی مدیکید، برای گفتگوهای ACP، رسید بگیرند. اگرچه زمان متخصصان غیر LIP برای تسهیل ACP قابل پرداخت نیست، اما در مورد اینکه چه کسی می‌تواند و نمی‌تواند گفتگوی ACP با بیماران داشته باشد، محدودیتی وجود ندارد.



شکل ۵.۱ ادامه برنامه‌ریزی مراقبت‌های پیشرفته

فرایند، ابزارها و استراتژی‌های ACP

گفتگوی ACP باید قبل از زمان تصمیم‌گیری واقعی انتهای زندگی شروع شود و با تغییر ارزش‌های زندگی و سلامتی فرد، مجدداً مورد بازبینی، قرار گیرد. هنگامی که فرد به شدت بیمار می‌شود و به مرحله انتهای زندگی نزدیکتر می‌شود، تمرکز گفتگوهای ACP می‌تواند محدود و مشخص‌تر، شود. از آنجا که این گفتگوها در طول زمان اتفاق می‌افتد، در موارد مختلف، به ندرت پزشک بالینی به صورت جداگانه؛ طی چندین سال از زندگی فرد در تکامل ACP شرکت می‌کند. شکل ۵.۱ مدلی است که پیوستار ACP را همراه با تغییر در وضعیت سلامتی، توصیف می‌کند. این مدل فعالیت‌های ACP را از سلامتی تا بیماری و پایان زندگی را نشان می‌دهد که پزشکان می‌توانند با توجه به مرحله سلامت وی با فرد صحبت کنند. در ادامه، فرایند ACP همراه با تداوم مدل ACP با مطالعات موردی، شرح داده شده است.

مورد مطالعه اول: متخصصان سلامتی در مورد اینکه چه کسی می‌تواند تصمیم‌گیرنده جایگزین باشد، تردید داشتند.

یک خانم باردار بیست و چهار ساله در بیمارستان برای عمل سزارین بستری شد. در حین عمل، خون زیادی را از دست داد که نیاز به تصمیم فوری در

1. licensed independent providers

مورد جراحی برداشتن رحم داشت. از آنجا کـه بیمـار بیهوش بود و لازم بود تصمیمی اتخاذ شود، پزشکان با مـادر ایـن زن کـه در سـالن انتظـار حـضور داشـت، مشورت کردند و بـه عنـوان "تمـاس اضـطراری" در پرونده الکترونیکی سلامت وی ذکر شـد. مـادر بـرای انجام عمل جراحی رحم، رضایت داد و عمل به پایـان رسید.

بیمار پس از جراحی، ناراحت بود زیرا می خواست در رابطه با این موضوع نه با مادرش بلکه با نـامزدش که قرار است با او برنامه‌های آینده خانوادگی را تنظیم کنند، تصمیم بگیرد. سوال از بیماران در مورد تـصمیم گیرندگان جایگزین آن‌ها قبل از عمل در این بیمارستان، الزامی نبود و بخـش تـصمیم گیرنـدگان جـایگزین در پرونده بهداشتی بیماران خالی بود. طبق قانون ایالت و سیاست‌های بیمارستان، اگر بیماران از تصمیم گیرنـده جانشین نام نبرند، یک تصمیم گیرنده جایگزین پـیش فـرض بـه ترتیـب (۱) همـسر، (۲) فرزنـد بـزرگ (۳) والدین (۴) خواهر و برادر، تعیین می شود. در ایـن حالت، بیمار همسر یا فرزند بالغ نداشت و مـادرش از نظر قانونی، تصمیم گیرنده جایگزین وی بود.

تعیین تصمیم گیرنده جایگزین

از آنجا که بیماری یا آسیب دیدگی حـاد ممکـن اسـت بـرای هـر کـسی اتفـاق بیفتـد، توصـیه مـی‌شـود ارائـه‌دهنـدگان خـدمات بهداشـتی از تمـام بیمـاران بخواهند که یک تصمیم گیرنده جایگزین را در پرونـده سلامت بیمار ذکر و ثبت کنند. حتی بیماران سالمی که برای جراحی الکتیو در بیمارسـتان بـستری مـی شـوند ممکن است به شخصی احتیـاج داشـته باشـند کـه در مدت بیهوشی برای آنها تصمیم بگیـرد. مـورد مطالعـه اول در مورد تصمیم گیـری انتهـای زنـدگی نبـود، امـا نشان‌دهنده این بود که چگونه عـدم شـناخت تـصمیم گیرنده جایگزین بیمار می‌توانـد منجـر بـه تـصمیماتی کمتر از بهینه شود کـه بـا ترجیحـات بیمـار مطابقـت نداشته باشد. کمک به افراد در تفـویض یـک تـصمیم گیرنده جـایگزین بـه ویـژه در شـرایطی کـه بیمـاری تهدیدکننده زندگی یا مزمن که انتظـار مـی‌رود باعـث کـاهش سـلامت روان نیـز شـود، از اهمیـت ویـژه‌ای برخوردار است. بیماری آلزایمر نمونه ای از یک بیماری مـزمن اسـت کـه در آن فـرد ممکـن اسـت توانـایی تصمیم گیری آگاهانه را از دست بدهد. داشـتن گفتگـو در حالی که فرد می تواند در گفتگو شرکت کند؛ بـرای مشخص‌کردن تصمیم‌گیرنده جایگزین در اسـرع وقـت مهم است.

تصمیم گیرنده جایگزین کسی است که بیماران به آن‌هـا اعتمـاد مـی‌کننـد تـا در مـورد مراقبـت‌هـای بهداشتی‌شان، تصمیم بگیرند و در صورت عدم توانایی فرد، آن‌ها صحبت کنند. یک تصمیم‌گیرنـده جـایگزین گاهی اوقات یک پروکسی مراقبت‌های بهداشتی، یـک وکالـت نامـه بـا دوام (DPoA)[1] بـرای مراقبـت‌هـای بهداشتی یـا نماینـده مراقبـت‌هـای بهداشـتی، نامیـده می‌شـود. اکثـر ایالـت‌هـا و بـسیاری از سـازمان‌هـای مراقبت‌های بهداشتی، سیاست‌هایی در مـورد تـصمیم گیرندگان جایگزین برای بیمـاران نـاتوان، دارنـد. اگـر بیمار قبـل از اینکـه ظرفیـت خـود را از دسـت بدهـد، جانـشین منـصوب نکنـد، طبـق قـانون ایـالتی، تصمیم‌گیری بر عهده نزدیکان بیمـار کـه معمـولاً بـه ترتیب شامل همـسر، فرزنـدان بـزرگ‌سـال، والـدین، خواهر و برادر بـزرگ‌سـال، نـوه‌هـای بـزرگ‌سـال یـا دوسـتان نزدیـک خواهـد بـود. بیمـاران مـی‌تواننـد از تصمیم‌گیرندگان جایگزین خود خارج از دسـتور قـانون ایالـت، نـام ببرنـد یـا از شـخص دیگـری بـه غیـر از خویشاوندان نام ببرند، اما لازم است که ایـن مـورد در یک فرم قانونی مانند دستورالعمل پیشرفته یا پروکسی مراقبت‌های بهداشتی معتبر، ثبت شده باشـد. در مـورد مطالعه اول، مادر بیمار تنها فرد برای تماس اضطراری

1. Durable power of attorney

بود که در سالن انتظار حضور داشت، همچنین از نظر قانونی خویشاوند معتبر بود که تصمیم گیرنده جایگزین تلقی می‌شد. از آنجا که از بیمار خواسته نشده و او نیز نامزد خود را به عنوان تصمیم‌گیرنده جایگزین خود در یک سند قانونی معرفی نکرده بود، هنگام تصمیم‌گیری با نامزد او تماس گرفته نشده است. ساختار خانواده و روابط شخصی امروز متنوع و پیچیده است. اگر تصمیم گیرنده جایگزینی که بیمار به آن اعتماد می‌کند از اقوام متعارف نباشد، مهم است که به بیمار توصیه شود که دستورالعمل از پیش تعیین‌شده خود را تکمیل کند تا به طور قانونی تصمیم گیرنده جایگزین را مشخص کند.

تصمیم گیرنده جایگزین شخصی است که وقتی بیمار در صحبت کردن ناتوان باشد، به جای او صحبت کند و برای او تصمیم بگیرد. صحبت کردن و تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی و حمایت از زندگی در شرایط پر استرس، بسیار دشوار است. راهنمایی بیماران در مورد چگونگی انتخاب تصمیم گیرنده جایگزین مفید است. تصمیم گیرنده جایگزین باید کسی باشد که:

- می‌توانید اعتماد کنید که به جای شما صحبت کند.
- بتوانید با وی که از ارزش ها، اهداف و شرایط شما آگاهی دارد، راحت صحبت کنید.
- حاضر باشد این نقش را بپذیرد.
- بتواند خواسته‌های شما را دنبال کند.
- قادر باشد از طرف شما صحبت کند.
- قادر به تصمیم‌گیری در شرایط استرس زا باشد.

بروشورها و سایر مطالب راهنمای انتخاب تصمیم‌گیرندگان جایگزین مناسب در وب سایت پروژه گفتگو، موجود است:

https://theconversationproject.org/wp-content/uploads/2017/03/Conversation Project- ProxyKit- English.pdf

بخش بعدی اطلاعات بیشتری در مورد پروژه گفتگو، فراهم می‌کند.

دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده کامل

دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده؛ اسنادی مکتوب هستند که ترجیحات درمانی فرد در مراقبت‌های انتهای زندگی را توصیف کرده و یک تصمیم‌گیرنده جایگزین را مشخص می‌کنند. دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده در اکثر ایالت‌ها، اسناد قانونی هستند. در برخی از ایالت‌ها، تصمیم گیرندگان جایگزین با استفاده از فرم خاصی (به عنوان مثال، پروکسی مراقبت های بهداشتی، وکالت نامه مراقبت‌های بهداشتی) تعیین می‌شوند که جدا از فرم دستورالعمل از پیش تعیین‌شده، است. به بخش ترجیحات درمانی در یک دستورالعمل از پیش تعیین‌شده، گاهی اوقات "اراده زنده" گفته می‌شود، جایی که افراد انتخاب می‌کنند کدام درمان حفظ‌کننده حیات (به عنوان مثال، CPR، تغذیه با لوله) برایشان به کار رود. به بزرگسالانی که توانایی تصمیم گیری دارند؛ توصیه می‌شود که برای زمانی که ممکن است قادر به تصمیم‌گیری نباشند، دستورالعمل از پیش تعیین‌شده را تکمیل کنند.

متأسفانه، تکمیل دستورالعمل از پیش تعیین‌شده برای بسیاری از افراد دشوار است زیرا این قانون با اصطلاحات مبهم و اختصاصی پزشکی و حقوقی، نوشته شده است. علاوه بر دشواری ناشی از سطح بالای سواد در فرم‌های راهنمای پیشرفته، تفکر و تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های انتهای زندگی در آینده می‌تواند یک کار طاقت فرسا، باشد. اگرچه تکمیل یک دستورالعمل از پیش تعیین‌شده به مشارکت متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، نیازی ندارد اما بسیاری از افراد کمک یا راهنمایی متخصصان سلامتی را مفید می دانند. منابعی برای راهنمایی عموم مردم در انجام این گفتگوها و تنظیم دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده، در دسترس است. پروژه گفتگو به عنوان یک جنبش مردمی برای

ارتقا گفتگوهای مراقبت انتهای زندگی است که افراد بتوانند به عزیزانشان، ارزش‌ها و ترجیحات خود را اطلاع دهند. با همکاری موسسه ارتقاء بهداشت (IHI)، پروژه گفتگو؛ مطالب مختلفی را برای حمایت از این مکالمات در بین عزیزان، ارائه می‌دهد.

یکی دیگر از منابع خوب آنلاین، PREPARE تحت وب است که برای مراقبت شما است. راهنمایی که به افراد کمک می‌کند تا در مورد مراقبت‌های آینده خود برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری کنند. PREPARE مبتنی بر تئوری تغییر رفتار است و برای مشارکت افراد سالمند و افراد با پیشینه فرهنگی متنوع و سطح سواد پایین در ACP طراحی شده است. دستورالعمل‌های گام به گام ویدئویی و یک دستورالعمل آسان برای خواندن در این وب سایت ارائه شده است. https://prepareforyourcare.org/welcome را مشاهده کنید.

نه تنها تکمیل دستورالعمل از پیش تعیین‌شده؛ مهم است، مستندسازی آن نیز جهت پیداکردن در مواقع نیاز، ضروری است. نگهداری دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده در یک گاوصندوق یا دفتر وکلا، بدون اطلاع به فرد دیگری، فایده ندارد. به افرادی که دستورالعمل‌های پیشرفته را تکمیل کرده‌اند باید توصیه شود (۱) نسخه‌هایی را به تصمیم‌گیرندگان جایگزین و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، ارائه‌دهند (۲) به خانواده‌ها و دوستان نزدیک خود در مورد تصمیم گیرنده جایگزین و خواسته‌های خود؛ اطلاع دهند (۳) یک نسخه از دستورالعمل از پیش تعیین‌شده را که به راحتی نیز قابل دسترسی باشد؛ نزد خود نگه دارند و (۴) اگر به بیمارستان یا خانه‌های پرستاری؛ می‌روند، کپی دستورالعمل را با خود ببرند. ACP یک گفتگوی مداوم است و تکمیل یک دستورالعمل از پیش تعیین‌شده، به یکباره اتفاق نمی‌افتد. مردم با تغییر شرایط سلامتی و زندگی، ذهن خود را تغییر می‌دهند. بخاطر تغییر اهداف و ارزش‌های زندگی، دستورالعمل باید مورد بازنگری و تجدید نظر؛ قرارگیرد.

داشتن یک مکالمه در خصوص اهداف مراقبت

هنگامی که بیماران بدحال می‌شوند، باید گفتگوهای متمرکزتری بین بیماران و متخصصان مراقبت های بهداشتی، انجام شود. هدف این گفتگو این است که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی، اهداف و ارزش‌های بیماران را درک‌کنند و درمان‌های پزشکی را با آن‌ها همسو نمایند. داشتن تفکر قبلی، گفتگو با خانواده‌ها و تکمیل دستورالعمل‌های پیشرفته جهت آماده شدن برای این گفتگوها، مفید خواهد بود. با این حال، فکر کردن در مورد موقعیت‌های پیش‌فرض انتهای زندگی و برنامه‌ریزی برای تصمیم‌گیری سریع یا نزدیک در مورد درمان‌های پزشکی، به روش‌های مختلفی نیاز دارد.

در این مرحله دو نوع گفتگوی مشابه و هم‌پوشان و در عین حال کمی متفاوت، وجود دارد. یکی از آن‌ها گفتگویی است که منجر به تصمیم‌گیری مشترک برای انتخاب روش درمانی مناسب؛ در هر مرحله از بیماری می‌شود. در این گفتگو نیازی به صحبت در مورد مراقبت‌های انتهای زندگی، ندارد. این گفتگو می‌تواند زمانی اتفاق بیفتد که یک بیمار و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی نیاز به بحث و تصمیم گیری در مورد گزینه درمانی مناسب برای بیمار مبتلا به سرطان در مراحل اولیه یا بیماری نارسایی قلبی که به تدریج پیشرفت می‌کند را داشته باشند. اصل اساسی این است که بیماران باید مراقبت‌هایی متناسب با اهداف و ارزش‌های خود را در هر زمان، دریافت کنند؛ بنابراین، هر تصمیم درمانی باید براساس مباحث صادقانه اتخاذ شود تا اطمینان حاصل‌کنند که اهداف درمانی با اهداف و ارزش‌های بیمار، همسو است.

نوع دیگری از گفتگو که با بیماران شدید صورت می‌گیرد در حالت پیش‌آگهی ضعیف است و نیاز به بازنگری در تراز اهداف درمانی فعلی و اهداف بیمار،

دارد. این گفتگو قابل مقایسه با گفتگویی است که به طور سنتی ACP، اهداف مراقبتی، ارائه اخبار بد یا مکالمه انتهای زندگی، نامیده می‌شود. این گفتگو معمولاً زمانی اتفاق می‌افتد که پزشکان می‌بینند بیمار در مراحل پایانی زندگی است و نگرانی‌هایی در مورد تناسب درمان فعلی با کیفیت زندگی آن بیمار دارند. محدودیت این رویکرد در آماده سازی بیماران برای مراقبت بهتر انتهای زندگی شامل اعتماد به تشخیص پزشک متخصص برای شناسایی نیاز و اقدامات است. پزشکان ممکن است به دلیل تمرکز بر درمان، زوال تدریجی بیمار را تشخیص ندهند. آن‌ها ممکن است از نیاز به گفتگو آگاه باشند، اما ممکن است از صحبت در مورد مرگ و مردن؛ ترس داشته باشند و بنابراین از گفتگو اجتناب کنند. به همین دلایل، گفتگو ممکن است خیلی دیر، زمانی که بیماران در بحران هستند یا قادر به شرکت در بحث نیستند، اتفاق بیفتد.

تلاش‌های فزاینده‌ای برای آموزش ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای گفتگوهای قبلی در زمینه اهداف مراقبت با بیمارانشان در حال انجام است. برنامه بحث حیاتی (vitaltalk.org) و برنامه مراقبت از بیماری شدید (https:// www.aradnelabs.org/ areas- of- work/ serious- illness- care/) نمونه‌هایی از برنامه‌هایی هستند که آموزش مهارت گفتگوی مبتنی بر شواهد و راهنماهایی برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، ارائه می‌دهند. یک مسئله اصلی در مکالمات اهداف مراقبتی که به طور معناداری به برنامه‌ریزی مراقبت انتهای زندگی با کیفیت، کمک می‌کند، شناخت اهداف، ارزش‌ها و ترجیحات بیماران و همسویی درمان‌ها برای مطابقت با این ارزش‌های شخصی است. ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی؛ آموزش دیده‌اند تا در مورد بهترین روش درمانی در این زمینه، قضاوت کنند و این روش‌های درمانی را ارائه دهند، اما گاهی اوقات در اطمینان از مطابقت درمان مناسب پزشکی با ارزش‌های بیمار، تردید دارند. برنامه بحث حیاتی و راهنمای گفتگوی بیماری شدید، چارچوب، استراتژی‌ها و برخی از زبان های مفید را برای استخراج ارزش‌ها و اهداف بیمار و تصمیم‌گیری مشارکتی برای درمان‌های همسو با ارزش‌های بیمار به ویژه در مواردی که فرد به طور جدی بیمار است و پیش آگهی ضعیفی دارد، ارائه می‌دهند. اگرچه بسیاری از این برنامه‌های آموزشی، ارائه‌دهندگان خدمات دارای مجوز مستقل (به عنوان مثال پزشکان، پرستاران حرفه‌ای، دستیاران پزشکان) را هدف گرفته‌اند که دامنه عملکرد آن‌ها شامل تعیین پیش‌آگهی و اخذ تصمیمات درمانی پزشکی است، اما علاقه به گسترش این آموزش به سایر گروه‌های بالینی که مهارت دارند، در حال افزایش است که برای کمک به بیماران و تسهیل گفتگوها، مناسب است.

سیستم مراقبت های بهداشتی در حال گذار از یک مدل زیست پزشکی سنتی است که در آن ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، تصمیمات مراقبت های بهداشتی را از حالت مقتدرانه به یک مدل مراقبت بیمار محور، تغییر می‌دهند. حالتی که ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و بیماران به طور مشترک، تصمیمات درمانی را می‌گیرند. هنگامی که تصمیم‌گیری مشترک در مورد هر تصمیم درمانی در مراحل اولیه بیماری؛ صورت می‌گیرد، گفتگوی بیماری شدید ممکن است صرفاً حالت توسعه یافته گفتگوی قبلی باشد که تهدید کمتری هم برای بیماران و هم برای پزشکان، دارد.

دستورات پزشکی برای درمان‌های حفظ‌کننده حیات

هدف از این مرحله ترجمه ترجیحات بیماران در مورد درمان‌های حفظ‌کننده حیات به صورت یک دستور پزشکی مشخص است. هنگامی که افراد به مرحله

شدید از بیماری خود می‌رسند به گونه‌ای که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی احتمال مرگ وی در طول یک سال را می‌دهند، داشتن یک دستور پزشکی مشخص به سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی در مورد نحوه درمان در موارد اضطراری یا خارج از کشور مفید است. دستور پزشکان برای درمان حفظ کننده حیات (POLST)[1] یک فرم قابل حمل پزشکی است که درمان‌های حفظ‌کننده حیات را طی بحران‌های پزشکی برای بیماران، تجویز می‌کند و از ارائه درمان‌هایی که بیماران نمی‌خواهند، جلوگیری می‌کند. POLST باید قابل حمل بوده و همراه بیماران باشد. اگر بیماران در منزل خود زندگی می کنند، POLST باید در یک مکان قابل مشاهده (به عنوان مثال، درب یخچال) نصب شود. اگر بیماران به خانه‌های سالمندان، بخش اورژانس یا بیمارستان، منتقل شوند، POLST باید همراه بیمار باشد.

پارادایم POLST در بسیاری از ایالت‌ها؛ پذیرفته شده است. اگرچه جزئیات ممکن است در برخی ایالات، متفاوت باشد، فرم POLST معمولاً شامل ترجیحات احیای قلبی و ریوی، سطوح مختلف مداخلات پزشکی (صرفا اقدامات آسایشی، درمان محدود یا درمان کامل) بوده و توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی تجویزکننده، امضاء می‌شود. فرم POLST باید براساس تصمیم‌گیری مشترک و آگاهانه بین بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، تکمیل شود. فرم POLST باید توسط یک ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی که پاسخگوی دستورات پزشکی است، امضا شود. قانون ایالتی مشخص می‌کند که کدامیک از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، مجاز به امضای دستورات پزشکی هستند. در اورگان، جایی که POLST برای اولین بار توسعه یافت، یک سیستم ثبت POLST در سراسر کشور وجود دارد که تمام فرم‌های POLST به آنجا، ارسال می‌شود. از طریق این سیستم ثبت، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند در موارد اضطراری به صورت آنلاین به POLST بیمار، دسترسی پیدا کنند.

از آنجا که این یک دستور پزشکی است، POLST باید توسط پرسنل فوریت‌های پزشکی در خارج از بیمارستان‌ها و همچنین هر متخصص مراقبت‌های بهداشتی در سایر محیط‌ها، پیگیری شود. هر دو؛ دستورالعمل از پیش تعیین‌شده و POLST ابزارهای مفیدی برای برقراری ارتباط و مستند کردن ارزش‌ها و ترجیحات بیماران برای مراقبت‌های EOL هستند. با این وجود برخی اختلاف‌ها بین این دو، وجود دارد. جدول ۵.۱ تفاوت بین دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده و POLST را خلاصه می‌کند.

استفاده از برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته در تصمیم‌گیری انتهای زندگی

هدف ACP این است که اطمینان حاصل شود؛ بیمار و عزیزانش می‌دانند که چه چیزهایی برای بیمار مهم است و چه درمانی را در مراحل پایانی زندگی، ترجیح می‌دهند. هنگامی که فرد قادر به تصمیم گیری برای خود نیست، افراد حاضر (خانواده، دوستان و تیم مراقبت های بهداشتی) احساس آمادگی می کنند تا بهترین تصمیم را با احترام به ارزش‌ها و ترجیحات فرد، اتخاذ کنند. تمام گفتگوهای قبلی بین فرد و خانواده و تیم های مراقبت های بهداشتی وی- و هرگونه اسناد و مدارکی از این گفتگوها مانند تعیین جایگزین ها، دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده، گفتگوهای اهداف مراقبتی و POLST افراد، اعضای خانواده و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی را راهنمایی می کند. برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های انتهای زندگی، آخرین مرحله ACP (راس پایین پیوستار مدل ACP در شکل ۵.۱) برنامه ریزی نیست، بلکه با استفاده از برنامه، در طی فرایند، توسعه یافته‌است. وقتی

1. Physicians Order for Life Sustaining Treatment

جدول ۵.۱. تفاوت بین دستورالعمل‌های پیشرفته و دستور پزشکان برای درمان پایدار زندگی(POLST)

POLST	دستورالعمل‌های پیشرفته
مناسب برای کسانی که ضعیف هستند یا به شدت بیمار هستند.	برای افراد ۱۸ سال یا بالاتر
دستورات پزشکی برای درمان‌های حفظ‌کننده حیات، بر اساس بحث و گفتگو بین بیمار و ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی است.	سندی قانونی است که توسط بیمار همراه با دستورالعمل‌های مربوط به درمان‌های پایان زندگی تکمیل می‌شود.
دستورات پزشکی را به پرسنل فوریت پزشکی، ارائه می‌دهد.	پرسنل اورژانس را راهنمایی نمی‌کند زیرا دستور پزشکی نیست.
به امضای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی نیاز دارد.	نیازی به امضای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی، نیست.
تصمیم‌گیرنده جایگزین را شناسایی نمی‌کند، امضای بیمار و تصمیم گیرنده جایگزین، توصیه می‌شود اما الزامی نیست.	یک تصمیم گیرنده جایگزین تعیین می‌شود. به امضای بیمار و تصمیم‌گیرنده جایگزین، نیاز دارد.
رجیستری POLST ممکن است در دسترس باشد. POLSTهمراه بیمار می‌ماند.	رجیستری در دسترس نیست. بیماران و / یا اعضای خانواده در صورت لزوم باید آن را بنویسند.

متخصصان مراقبت‌های بهداشتی؛ بیماری را به شدت بدحال می‌بینند، پاسخ خودکار، نجات جان بیمار است؛ اما اگر این مسئله، آن چیزی نیست که بیمار می‌خواهد، انجام همه کارها برای نجات جان بیمار ممکن است مراقبت با کیفیتی برای آن بیمار نباشد. برخی از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، ارائه درمان‌های طولانی‌کننده عمر را که با خواسته‌های بیمار مطابقت ندارد، برابر با خطای پزشکی؛ می‌دانند. به منظور ارائه مراقبت‌هایی که بیماران می‌خواهند دریافت‌کنند، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید به جای اینکه تصورکنند؛ بیمار می‌خواهد عمر طولانی‌تری داشته باشد، تحقیق‌کنند که آیا بیمار ACP دارد یا خیر و خواسته‌های بیمار چیست. نقش متخصص بهداشت و درمان این است که با بیماران و تصمیم گیرندگان جایگزین، همکاری کند تا بهترین تصمیم را با احترام به ارزش‌های بیمار، بگیرد.

نقش‌ها و مسئولیت‌های پرستاران در برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته

در بیانیه موضع انجمن پرستاران آمریکا چنین بیان می‌شود که پرستاران؛ مسئول تسهیل روند تصمیم‌گیری آگاهانه مراقبت‌های بهداشتی برای بیماران هستند. اصل ACP مراقبت‌های فرد محور است که روشی را برای تسهیل تصمیم‌گیری مشترک آگاهانه برای مراقبت‌های انتهای زندگی فراهم می‌کند تا به بیماران در انعکاس و انتقال ارزش‌های آن‌ها، کمک کند.

مورد مطالعه دوم: برنامه‌ریزی مراقب پیشرفته در پذیرش بیمارستان تفاوت ایجاد می‌کند.

پرستاران در یک بخش پیوند مغز استخوان (BMT) در یک مرکز درمانی دانشگاهی در حال انجام یک پروژه بهبود کیفیت بودند. از تمام بیماران درخواست شد تا یک تصمیم‌گیرنده جایگزین را نام ببرند و آن‌ها را تشویق‌کردند تا دستورالعمل از پیش تعیین‌شده را

ظرف ۴۸ ساعت پس از ورود به بخش را تکمیل کنند. هنگام بستری شدن، بیماری با تشخیص جدید سرطان خون به پرستار گفت که می خواهد دو نفر از بهترین دوستانش به جای خانواده‌اش؛ به عنوان تصمیم گیرنده جایگزین او باشند. وی توضیح داد که همسر قبلی وی، حامی اصلی وی بود اما تصمیم گیرنده‌اش نبود و دخترش مواد مخدر استفاده می‌کرد و غیرقابل اعتماد بود. پرستار یک مددکار اجتماعی را در نظر گرفت تا به این بیمار کمک کند تا دستورالعمل از پیش تعیین‌شده را تکمیل و دوستانش را به عنوان تصمیم‌گیرنده جایگزین، تعیین کند.

دو هفته بعد، این بیمار در ICU به طور غیر منتظره‌ای در حال مرگ بود. در کنار تخت او فقط شوهر سابق و دخترش بودند که می خواستند "همه کارها را انجام دهند". پرستاران ICU دستورالعمل از پیش تعیین‌شده را مشاهده کردند و با مددکار اجتماعی در واحد BMT تماس‌گرفتند و مددکار اجتماعی با دوستان تصمیم گیرنده جایگزین بیمار از طریق تلفن، صحبت کرد. تصمیم گیرندگان جایگزین با توجه به گفتگوهای قبلی با بیمار در مورد مراقبت‌های انتهای زندگی که تمایل داشت دریافت نماید، این تصمیم‌گرفته شد که لوله‌گذاری نشود و درمان‌های تهاجمی حمایت از زندگی، ادامه پیدا نکند. همسر و دختر سابق بیمار از اینکه از آن‌ها به عنوان تصمیم گیرنده جایگزین، نام برده نشده بود؛ ناراحت بودند؛ اما در مرحله انتهای زندگی، آرزوهای بیمار مورد احترام قرار گرفتند زیرا وی در مورد این موارد صحبت کرده بود و دستورالعمل لازم را داشت. این بیمار ۵ دقیقه پس از قطع درمان تهاجمی درحالی که دخترش دستش را گرفته بود، جان خود را از دست داد.

همان‌طور که در بخش‌های قبلی توضیح داده شد، ACP باید در مراحل مختلف سلامتی بیمار، اتفاق بیفتد و همه بیمارانی که پرستاران با آن‌ها روبرو می‌شوند، باید فرصت برنامه‌ریزی و آماده‌سازی برای شرایط آینده سلامتی خود را داشته باشند. در مورد مطالعه دوم، انتظار نمی‌رفت که بیمار در طی بستری در بیمارستان بمیرد، اما پرستاران پرسیدند که بیمار به چه کسانی اعتماد می‌کند تا تصمیم‌گیرنده‌های جایگزین وی باشند و وی را به گفتگو با جایگزینان منتخب خود، ترغیب نمودند. گفتگوی اولیه ACP پرستار بخش BMT با بیمار برای برنامه‌ریزی جهت تصمیم‌گیری انتهای زندگی، تیم مراقبت ICU را قادر به ارائه مراقبت مورد نظر بیمار کرد. پرستاران؛ مسئول آموزش بیماران در مورد اهمیت ACP و کمک به آن‌ها در تهیه برنامه ای مناسب برای آن‌ها هستند. پرستاران شاغل در مراکز مراقبت‌های اولیه باید به بیمارانی که سالانه برای ویزیت‌های سلامتی مراجعه می‌کنند، در مورد اهمیت شناسایی تصمیم‌گیرندگان جایگزین، آموزش دهند و آن‌ها را تشویق کنند تا قبل از بروز یک اتفاق غیرقابل پیش بینی، مانند یک تصادف، این گفتگوها را با خانواده خود شروع کنند. بازبینی ACP می تواند یک فرایند معمول حفظ و نگهداری سلامتی، شبیه به ایمن‌سازی باشد. پرستارانی که به بیماران مبتلا به بیماری مزمن مراقبت ارائه می‌کنند، می‌توانند به آنها کمک کنند تا در مورد آنچه برای آنها مهم است فکر کنند و آنها را ترغیب به گفتگو با ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی برای تصمیم‌گیری مشترک آگاهانه در مورد درمان‌های سازگار با ارزش‌های مدنظر خود کنند.

هنگامی که بیماران با تکمیل دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده یا POLST در حال برنامه‌ریزی برای درمان در آینده هستند، پرستاران می توانند پیامدهای احتمالی CPR یا تغذیه با لوله را توضیح دهند و به آنها و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در تصمیم‌گیری کاملاً آگاهانه، کمک کنند. وقتی بیمار و خانواده‌اش در شرایطی قرار می‌گیرند که باید تصمیمات مراقبت انتهای زندگی گرفته شود، پرستاران باید با جلب توجه تیم مراقبت‌های بهداشتی به ارزش‌ها، اهداف و

ترجیحات بیمار و اطمینـان از دریافـت مراقبـت مـورد تمایل بیمار، از او حمایت کنند.

پرستاران متخصص علاوه بر مسئولیت‌هایشان بـه عنوان پرستار RN، باید با روند ACP متناسب با نقش تخصصی آن‌ها و طیف جمعیتـی بیمـار، آشـنا باشـند. نقـش تخصـصی ممکـن اسـت شـامل ارتباطـات، مـستندات، اطلاعـات و فـرم‌هـا و احتمـالاً چگـونگی گفتگوی ACP باشـد تـا ACP را در عمـل، تـسهیل کنند. آموزش اضافی برای تسهیل گفتگوهای بیمـاری شدید از جملـه تعیـین پـیش‌آگهـی و اخـذ تـصمیمات درمانی، ممکن است لازم باشد. مـدل‌هـایی کـه رونـد ACP را توصیف می کنند و ابزارهای معرفـی شـده در بخش‌های قبلـی توسـط پرسـتار دوره‌هـای پیـشرفته می‌توانند جهت برنامه‌ریـزی و اجـرای ACP بـه کـار گرفته شوند.

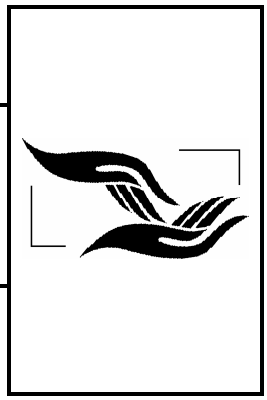
نتیجه‌گیری

ACP به عنوان یک مؤلفه اساسی برای ارائه مراقبـت با کیفیت در انتهای زندگی به رسـمیت شـناخته شـده است که متخصصان سلامتی نیز به طور فزاینـده‌ای از اهمیت آن آگاه هستند. در حالی که مفهـوم ACP بـه طور گسترده‌ای به عنـوان یـک روش خـوب پذیرفتـه شده است، امـا اجـرای ACP در عملکـرد معمـول، در بسیاری از محیط‌های مراقبتی، همچنان چالش‌برانگیـز است. علاوه بر این، شواهدی کـه نـشان دهـد ACP چگونه کیفیت مراقبت بیماران را بهبود می‌بخشد، هنوز محدود است.

مولفه‌های اساسی ACP مانند شناسایی ارزش‌هـا، اهداف و ترجیحات شخص؛ تسهیل گفتگو با بیمـاران، خانواده‌ها و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشـتی بـرای تصمیم‌گیری مشترک آگاهانه و حمایت از ارائه مراقبت سازگار با ارزش‌های بیمار، از اصـول اصـلی پرسـتاری است. پرستاران، به ویژه پرستاران مراقبت تسکینی که در این زمینه ها تخصص دارنـد، بـا آمـوزش بیمـاران، خانواده‌ها و سایر متخصصان مراقبت‌هـای بهداشـتی و حمایت از اجرای آن در عملکرد روزمره، نقش اصلی را در ACP ایفا می‌کنند.

بخش ۲

ارزیابی و مدیریت نشانه‌های بیماری



فصل ٦

ارزیابی درد

نکات کلیدی

- درد یک تجربه چند بعدی است.
- موانع متعدد و مداوم برای ارزیابی درد وجود دارد.
- گزارش خود بیمار از درد حتی برای آن دسته از افرادی که از نظر کلامی یا شناختی دچار نقص هستند، استاندارد طلایی محسوب می‌شود.
- بیماران یا ساکنان مراکز مراقبتی، باید از نظر درد هنگام پذیرش در بیمارستان، کلینیک، مرکز مراقبت طولانی مدت، هاسپیس یا مراقبت در منزل، غربالگری شوند.
- در صورت گزارش درد، باید ارزیابی جامع درد در فواصل منظم انجام شود و همچنین هر زمان که درد تغییر پیدا کرد و یا پس از هرگونه اصلاح در برنامه مدیریت درد، بایستی این ارزیابی صورت گیرد.
- یک هدف آسان و کاربردی، میزان دردی را که می‌تواند بدون تداخل با عملکرد رخ دهد، کیفیت زندگی و سطحی از درد را که عملکرد و راحتی فرد را مقدور می‌سازد را توصیف می‌کند.
- تجویز مقدار مسکن فقط بر اساس شدت درد به دلیل اینکه ارتباط سایر عناصر ارزیابی درد را نادیده می‌گیرد، توصیه نمی‌شود (برای مثال: تداخل درد بر عملکرد) و ممکن است به نتایج ناخوشایند بیمار کمک کند.
- عوامل خطر مانند سوء مصرف مواد باید در تمام بیماران ارزیابی شود.
- ابزار ارزیابی درد باید مبتنی بر شواهد، معتبر، قابل اعتماد و از نظر فرهنگی متناسب با سن، زبان و درک بیمار باشد.
- ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، نیاز به بررسی نگرش و تمایلات شخصی بیماران دارند؛ تا متناسب با زمینه‌های قومی بیماران مختلف، رفتار نمایند.
- بیماران یا ساکنینی که قادر به صحبت درباره خود نیستند باید با مشاهده رفتارهای ناشی از درد و گزارشات مراقب بیمار، بررسی شوند.

مقدمه

درد غیر قابل تسکین یکی از دلایل شایع برای ارائه مشاوره مراقب‌های تسکینی است. شواهد نشان می‌دهد درد رایج است و می‌تواند با مراقبت تسکینی تحت درمان قرار بگیرد؛ که به طور قابل ملاحظه‌ای می‌تواند به بهبود ناراحتی و رنج بیمار در پایان زندگی کمک کند. در بیماران بستری، علائم پریشانی متعدد از جمله دردی که در طول پذیرش نهایی بیمار بدتر می‌شود و حدود ۴۰٪ از بیماران از درد غیر قابل کنترل در روزهای پایانی زندگی رنج می‌برند. حتی در فرهنگ

مراقبت‌های هاسپیس و مراقبت‌های تسکینی، درد یکی از آزاردهنده‌ترین علائم است که به مدیریت متمرکز و آرام بخشی بیشتری در هفته‌های پایانی زندگی نیازمند است. یک مطالعه طولی درسطح ملی در بین ساکنین جامعه آمریکا نشان داد؛ از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۰، درد در سال پایانی زندگی با یک روند صعودی چشمگیر از ۵۴٪ به ۶۱٪، شیوع داشته است.

درد همچنین در بیماران مبتلا به سرطان در سیر بیماری، نگران‌کننده است. طبق بررسی سیستماتیک و متا آنالیز ۱۲۲ مقاله منتشر شده از سال ۲۰۰۵، میزان شیوع درد سرطان پس از درمان ۳۹٪، در طول درمان ضد سرطان ۵۵٪، در بیماری پیشرفته و متاستاتیک یا مراحل آخر ۶۶٪ و در تمامی مراحل سرطان ۵۱٪ است. تقریباً ۴۰٪ بیماران مبتلا به سرطان دردی متوسط تا شدید را گزارش می‌کنند (که در مقیاس رتبه‌بندی عددی بین ۰ تا ۱۰ تعریف می‌شود). با توجه به تجربه درد بر اساس نوع سرطان، ۷۰٪ از بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن بیشترین درد را داشتند، پس از آن بیماران با بدخیمی زنان (۶۰٪)، بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش (روده بزرگ، مری، لوزالمعده) (۵۹٪)، با سرطان ریه (۵۵٪)، با سرطان پستان (۵۴٪) و با سرطان دستگاه ادراری تناسلی (پروستات، مثانه) (۵۲٪) درد را تجربه کرده‌اند.

تسکین درد در مراکز مراقبت‌های طولانی مدت LTC به طور قابل توجهی، متفاوت است زیرا ۸۵-۴۵٪ از ساکنان، دارای درد قابل توجه و نیازمند درمان درد بهینه هستند. با وجود اجرای اسناد ارزیابی که توسط مجموعه حداقل داده‌ها 3.0 (MDS)، انجام می‌شود، درد همچنان مورد ارزیابی ضعیف قرار می‌گیرد؛ زیرا بیش از یک سوم ساکنان LTC هیچ ارزیابی درد رسمی و منظمی ندارند. حتی با ابتکار عمل و حمایت فشرده از پرسنل پرستاری در ۲۷ خانه سالمندان، محققان هیچ تفاوتی از نظر آماری در پیروی از توصیه‌های دستورالعمل بالینی درد را مشاهده نکردند زیرا درد در ساکنان LTC همچنان شیوع دارد. این فصل انواع مختلف درد، موانع ارزیابی درد و دستورالعمل‌های ارزیابی درد را در محیط‌های مراقبت تسکینی، بررسی می‌کند. یک مدل چند بعدی برای ارزیابی درد توصیف شده است و چندین ابزار که می‌تواند برای ارزیابی درد در بیماران کلامی، غیرکلامی و مبتلا به اختلال شناختی، ارزیابی شود. دو مطالعه موردی برای بحث ارائه شده است.

انواع درد

بر اساس انجمن بین‌المللی مطالعه درد (IASP)، درد به عنوان "یک تجربه حسی یا عاطفی ناخوشایند در ارتباط با آسیب واقعی یا بالقوه بافتی تعریف می‌شود. ناتوانی در برقراری ارتباط کلامی این احتمال را که فردی درد دارد و نیاز به تسکین درد دارد را نفی نمی‌کند. درد همچنین از نظر بالینی اینگونه تعریف شده است: "هرچیزی و هر زمانی که شخص تجربه‌کننده در مورد درد بگوید".

درد از نظر طبقه‌بندی معمولاً همراه با پیوستگی مدت زمان توصیف می‌شود. درک ویژگی‌ها، شدت و ماهیت درد برای ارائه درمان مناسب ضروری است. درد حاد معمولاً همراه با آسیب بافتی، التهاب یا یک روش جراحی و کوتاه مدت است. درد حاد به عنوان یک هشدار نشان‌دهنده وجود یک مشکل است و به طور کلی به عنوان یک تجربه محدود به زمان، توصیف می‌شود. در مقابل، درد مداوم یا مزمن با گذشت زمان وخیم‌تر و تشدید می‌شود. این درد برای مدت طولانی (ماه‌ها، سال‌ها یا یک عمر) ادامه دارد و بر عملکرد یا راحتی بیمار تأثیر منفی می‌گذارد. اصطلاح "مداوم" ترجیح داده می‌شود؛ زیرا با کلیشه منفی که اغلب با برچسب درد مزمن بیمار همراه نیست. تقریبا ۱۵٪ از بزرگسالان در ایالات متحده

بیش از ۳ ماه را دارند. درد مداوم ممکن است همراه با یک روند بیماری مانند سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)، آرتروز یا بیماری مفصلی تحلیل رونده، بیماری انسداد ریوی مزمن (COPD)، نارسایی قلبی، اختلالات عصبی (به عنوان مثال مولتیپل اسکلروزیس، بیماری عروق مغزی، بیماری پارکینسون)، فیبرومیالژیا، بیماری سلول داسی شکل، فیبروز کیستیک و دیابت باشد. همچنین ممکن است با صدمه‌ای مانند کمردرد، ضربه، آسیب نخاعی، سندرم درد منطقه‌ای پیچیده، درد عصبی پس از عمل جراحی یا درد اندام فانتوم، همراه باشد؛ که در یک دوره زمانی مشخص برطرف نشده است. اصطلاحات "درد سرطانی" یا "درد مرتبط با سرطان" برای تفکیک درد در بیماران مبتلا به بدخیمی از بیماران مبتلا به بیماری خوش‌خیم استفاده شده است. درد مرتبط با سرطان می‌تواند به عنوان دردی حاد یا مداوم، مربوط به بیماری اولیه یا متاستاتیک، نتیجه درمان (جراحی، شیمی‌درمانی، بیوتراپی، پرتودرمانی)، عوارض جانبی درمان یا عفونت ظاهر شود. دو نوع پاتوفیزیولوژی غالب درد وجود دارد؛ درد نوسی سپتیو یا نوروپاتیک. اگرچه درد می‌تواند با یک تصویر ترکیبی نیز ظاهر شود. فعال شدن احساس درد نوسی‌سپتیو به علت واکنش به درد ناشی از یک آسیب واقعی یا تهدیدکننده است؛ که در بافت‌های غیرعصبی رخ داده است. درد نوسی‌سپتیو را می‌توان بیشتر به درد احشایی یا جسمی تقسیم‌بندی کرد. در مقابل، درد نوروپاتیک در اثر آسیب به سیستم عصبی محیطی یا مرکزی ایجاد می‌شود.

مورد مطالعه اول: درد در بیمار مبتلا به سرطان رکتوم

خانم آملیا جی زن سی ساله اسپانیایی تبار با سرطان رکتوم و متاستازهای ریوی است که دارای دو فرزند ۳ و ۷ ساله است. همسرش به دلیل مسافرت‌های شغلی بندرت در خانه است. مادرش برای کمک به مراقبت از کودکان با او زندگی می‌کند. سه سال پیش، پس از زایمان، دچار خونریزی هموروئید شد. پس از آن درد شکم و یبوست وی شروع شد که همراه با کاهش وزن تقریبی ۲۲/۷ کیلوگرم بود. امیلیا دارای مشکلات بیمه‌ای بود و به مدت ۶ ماه قادر به مراجعه به پزشک و دریافت مراقبت‌های اولیه نبود. با معاینه فیزیکی مشخص شد که یک توده آنورکتال دارد و کولونوسکوپی یک توده بزرگ، انسدادی و قارچی در راست روده را نشان داد. هیچ بیماری متاستاتیک در سی‌تی اسکن قفسه سینه، شکم و لگن؛ مشاهده نشد. وی تحت عمل جراحی رزکسیون و کلستومی قرار گرفت. نمونه برداری به وضوح آدنوکارسینومای مهاجم را به صورت متمایز نشان داد. توموگرافی انتشار پوزیترون (PET) و سی تی اسکن، افزایش فعالیت متابولیکی در غدد لنفاوی مجاور توده رکتوم و منطقه پری هیلار سمت چپ و یک ندول در بخش تحتانی ریه راست را نشان داد که نشان‌دهنده بیماری متاستاتیک است. بیمار تحت عمل جراحی توراکوسکوپی با کمک ویدیو (VATS) قرار گرفت و توده ریه راست برای بیماری متاستاتیک مثبت بود. او تقریباً ۴ هفته بعد از عمل، شیمی درمانی را با رژیم FOLFOX (5 FU، لکوورین، اگزالی پلاتین) هر ۱۴ روز شروع کرد. Bevacizumab (Avastin)وNeupogen با شروع چرخه سوم اضافه شدند. پس از ۲ ماه شیمی درمانیCT / PET هیچ شواهدی از بیماری فعال مشاهده نشد. املیا شیمی درمانی خود را همزمان با پرتودرمانی تکمیل کرد و اسکن مجدد PET هیچ بیماری پیش رونده‌ای را نشان نداد. سپس برای جراحی رزکسیون قسمت قدامی و تعبیه استومی برنامه‌ریزی شد که نشان داد آدنوکارسینومای مقعدی با حداقل اثر درمانی و تهاجم دور عصبی، باقیمانده است. وی به شیمی درمانی ادامه داد و ۶ ماه بعد به وسیله سی تی اسکن، بزرگ شدن توده‌های ریوی

سازگار با عود سرطان منتشر شده در ریه‌های وی مشاهده شد. املیا همچنین درد مفصل ران چپ داشت که مشخص شد که او دچار شکستگی استخوان خاجی است.

یک ماه بعد، یک PET / CT بیماری متاستاتیک دو طرفه ریوی گسترده‌تری را با آدنوپاتی هیلار و مدیاستینال نشان داد. به او توصیه شد که یک رژیم شیمی درمانی جدید را شروع کند، اما برای تقویت شدن چند ماه شروع شیمی درمانی را به تأخیر انداخت. او شیمی درمانی FOLFIRI را در دوزهای کاهش یافته و با افزودن پانیتومومب برای تحمل درمان فعلی، دریافت کرد. علائم وی شامل بی‌اشتهایی، خستگی، نوروپاتی در پاها که مربوط به اگزالی پلاتین قبلی بود، سرفه همراه با هموپتیزی (خلط خونی) گاه به گاه، اضطراب، اسهال متناوب، درد مداوم و دردناک در شکم و پشت بود. املیا در صورت نیاز برای تسکین درد، ۱۰ میلی‌گرم اکسی‌کدون و ۱۰ میلی‌گرم آلپرازولام برای کنترل اضطراب، استفاده کرد. او توسط متخصص رژیم غذایی خود مورد ارزیابی و مشاوره قرار گرفت و با درک اینکه سرطانش "جدی" است، ابراز امیدواری کرد تا جایی که می‌تواند زندگی کند تا بتواند از فرزندانش مراقبت کند. پس از تشویق بسیار، وی با ارجاع به مراقبت تسکینی، مدیریت علائم و تأمین حمایت از خانواده‌اش، موافقت کرد.

سوالات بحث

۱. انواع دردهایی که آملیا تجربه کرده کدامند؟
۲. روش‌های مناسب ارزیابی درد او چیست؟
۳. براساس شرایط بیمار و تجربه درد، چه رویکردهای دارویی را برای کنترل درد پیشنهاد می‌کنید؟ در صورت وجود، چه کمکی ممکن است مفید باشد؟ چه داروهای مخدر طولانی مدتی را ممکن است پیشنهاد کنید؟
۴. چه راهکارهای غیر دارویی را می‌توانید در برنامه مراقبت از درد وی جای دهید؟
۵. درباره چه علائم یا اثرات جانبی دیگری ممکن است نگران باشید؟ به طور خاص، یبوست ناشی از داروهای مخدر را چگونه کنترل می‌کنید؟
۶. پیش آگاهی بیمار چگونه بر شدت درد وی تأثیر می‌گذارد؟
۷. شرح دهید که چگونه قومیت بیمار می‌تواند بر بیان درد، پاسخ وی به مسکن‌ها و مدیریت ارائه‌دهنده درد، تأثیر بگذارد؟

موانع ارزیابی بهینه درد

طی پنج دهه گذشته، تحقیقات فراوانی در مورد درد و مدیریت آن انجام شده است. با این حال، مشکلات استفاده نادرست از اطلاعات یا عدم تمایل متخصصان مراقبت‌های بهداشتی برای استفاده مناسب دانش حاصل از تحقیقات و پیشرفت‌های فناوری، همچنان ادامه دارد. علاوه بر این، پزشکان در ارزیابی کافی ماهیت درد و یا مشکلات بیمار، موفق نیستند. همچنین بحران فعلی داروهای مخدر؛ موانع جدیدی را برای کنترل کافی و به موقع درد در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و همچنین در بیماران تحت مراقبت تسکینی، ایجاد کرده است. جعبه ۶.۱ را برای موانع متعدد ارزیابی بهینه درد، مرور کنید.

دستورالعمل‌ها و استانداردهای ارزیابی درد

شناخت ناکافی از ارزیابی و مدیریت درد، باعث تلاش‌های اصلاحی در بسیاری از رشته‌های مراقبت‌های بهداشتی، از جمله پرستاری، پزشکی، داروسازی و سازمان‌های مدیریت درد برای تهیه دستورالعمل‌های بالینی و توصیه‌های تضمین کیفیت برای ارزیابی و مدیریت درد حاد، سرطانی و پایان زندگی شده است. علاوه بر این، دستورالعمل مراکز کنترل بیماری (CDC) برای تجویز داروهای مخدر برای درد مزمن در سه زمینه اصلی تمرکز دارد:

جعبه ۶.۱. موانع ارزیابی درد

موانع حرفه‌ای بهداشت و درمان

- عدم شناسایی، ارزیابی و تسکین درد به عنوان یک اولویت در مراقبت از بیمار
- دانش ناکافی در مورد ارزیابی درد
- درک کمبود وقت برای انجام و مستندسازی ارزیابی و ارزیابی مجدد درد
- عدم استفاده از ابزار معتبر و قابل اعتماد برای اندازه‌گیری درد
- عدم توانایی پزشک در ایجاد همدلی یا ایجاد رابطه با بیمار
- ترس از سوء مصرف داروهای مخدر بیمار یا مراقبت‌کننده
- عدم تداوم مراقبت
- عدم ارتباط بین تیم حرفه‌ای مراقبت‌های بهداشتی
- تبعیض یا تعصب در برخورد با بیماران
- عدم پذیرش گزارش درد بیمار

موانع سیستم بهداشتی درمانی

- سیستمی که نتواند متخصصان مراقبت‌های بهداشتی را برای ارزیابی درد مسئول بداند.
- مدت اقامت کوتاه، ترخیص زودرس و زمان ناکافی برای ارزیابی درد و ارزیابی تجویز رژیم‌های جدید مدیریت درد
- کمبود معیارها یا عدم دسترسی ابزارهای متناسب با فرهنگ برای ارزیابی درد در شرایط خاص
- عدم وجود سیاست‌های سازمانی برای عملکرد و مستندسازی ارزیابی درد توسط پرونده الکترونیکی سلامت
- کمبود وقت برای گفتگو با بیماران در مورد درد
- عدم دسترسی به متخصص کنترل درد
- سیاست‌های محدودکننده تجویز مخدر

بیمار، خانواده و موانع اجتماعی

- ماهیت ذهنی و شخصی تجربه درد
- عدم ارتباط بیمار با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در مورد درد
- نداشتن زبان مشترک برای توصیف درد
- مهارت‌های ارتباطی به خطر افتاده، مانند اختلال حسی یا شناختی
- ترس یا اعتقاد بیمار (اعتیاد، باور نکردن، عدم تمایل به آزار و اذیت کارکنان، عدم گزارش درد زیرا "هیچ چیز کمک نمی‌کند"، درمانی که ممکن است به دلیل درد، محدود شود)
- ناتوانی بیمار در پرداخت هزینه داروها یا استراتژی‌های مراقبت از خود
- درگیری حاشیه‌ای بیمار در برنامه مراقبت از درد
- تصویر عمومی منفی از داروهای مخدر

(۱) تعیین زمان شروع یا ادامه داروهای مخدر در بیماران مبتلا به درد مزمن، (۲) انتخاب داروهای مخدر و (۳) ارزیابی خطر و پرداختن به مضرات استفاده از داروهای مخدر در همه بیماران. اگرچه این دستورالعمل‌ها برای بیماران مبتلا به سرطان تحت درمان فعال و بیماران تحت مراقبت‌های تسکینی یا پایان زندگی نیست؛ اما می‌توانند بر ارزیابی درد و استفاده از داروهای مخدر در این جمعیت‌ها و

محیط‌ها نیز تأثیر بگذارند. با وجود در دسترس بودن داروهای مؤثر و دستورالعمل‌های بالینی برای مدیریت درد، کنترل درد در تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به درد سرطان کمتر از حداقل است. دستورالعمل‌های شبکه جامع ملی سرطان برای درد سرطان، یک رویکرد جامع و چند بعدی برای کنترل درد را توصیه می‌کند. استانداردها و دستورالعمل‌های کنترل درد به طور مداوم در حال تکامل هستند؛ زیرا روز به روز اطلاعات بیشتری در مورد اثربخشی ابزارهای ارزیابی در رابطه با تجویز الگوهای داروهای مسکن کشف می‌شود. به عنوان مثال، انجمن پرستاران مدیریت درد آمریکا (ASPMN) مقاله‌ای راجع به عدم تجویز و دوز مسکن‌های مخدر صرفاً بر اساس شدت درد بیمار منتشر کرد؛ زیرا این امر به ارتباط سایر عناصر حیاتی ارزیابی درد توجه نکرده است و ممکن است در نتایج نامطلوب بیمار نقش داشته باشد. علاوه بر این کمیسیون مشترک، استانداردهای جدید ارزیابی و مدیریت درد را شامل موارد زیر اعلام کرده است:

- شناسایی یک تیم رهبری که مسئول مدیریت ایمن درد داروهای مخدر است.
- مشارکت دادن بیماران در برنامه درمانی آنها، تعیین اهداف و انتظارات واقع بینانه
- ترویج استفاده ایمن از داروهای مخدر با شناسایی و نظارت بر بیماران پرخطر
- تسهیل دسترسی پزشکان به پایگاه‌های نظارت بر داروهای تجویزی
- انجام فعالیت‌های بهبود عملکرد با تمرکز بر ارزیابی و مدیریت درد برای افزایش کیفیت و ایمنی بیماران

به طور خاص، هر بیمارستان معتبر باید معیارهایی برای غربالگری، ارزیابی و ارزیابی مجدد درد مطابق با سن، شرایط و توانایی درک بیمار داشته باشد. این امر نیاز به حساسیت فرهنگی، مقیاس درجه‌بندی درد مناسب برای کمک به فعالیت‌های ارزیابی را تأکید می‌کند. مراقبت مبتنی بر بیمار مستلزم این است که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی با در نظر گرفتن ترجیحات و ارزش‌های شخصی بیماران به دنبال فرصت‌هایی برای توانمندسازی آنها و مراقبان خانواده در تصمیم‌گیری درباره مراقبت از بیماران باشند. این مراقبت‌ها همچنین شامل ارزیابی دانش، اعتقادات، نگرانی‌ها و باورهای غلط بیمار درباره درد و مدیریت آن است. جدول ۶.۱ موانع مختلفی را که ممکن است در ارزیابی درد، عملکرد و پاسخ به درمان نقش داشته باشند را مرور می‌کند. بیماران ممکن است در هنگام درد تمایلی به ابراز درد به پرستار و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی نداشته باشند. آنها ممکن است سعی کنند شدت آن را به حداقل برسانند؛ ممکن است ندانند که انتظار تسکین درد را دارند و ممکن است نگران مصرف داروهای ضد درد از ترس اثرات مضر آن باشند. درگیرکردن بیماران و مراقبین خانواده در فرایند ارزیابی درد در بهبود مدیریت درد و کاهش آن برای بیماران ضروری است.

ارزیابی درد

ارزیابی دقیق درد، اساس مدیریت بهینه درد است. این یک فرایند مداوم است که عوامل چند بعدی را در بر می‌گیرد. در تدوین برنامه مراقبت از درد، ارزیابی جامع درد بسیار مهم است و شامل شرح حال دقیق، معاینه فیزیکی جامع و گزارش خود بیمار از درد است.

تاریخچه

شرح حال مفصلی از بیماری فعلی شامل مروری بر وقایع منتهی به آن، وجود بیماری‌های همزمان دیگر (شامل استفاده از دارو)، علائم، سوء مصرف مواد، ژنتیک و مسائل روانشناختی و فرهنگی اجتماعی از موارد دارای اهمیت است که ممکن است به مدیریت درد و یا تأثیر درد و پاسخ به درمان کمک کنند. در

جدول ۶.۱. اعتقادات، نگرانی‌ها و باورهای غلط مراقبان بیمار و خانواده در مورد درد و مدیریت آن

مربوط به بیماری	اگر درد زیاد باشد، این بدان معنی است که من بدتر می‌شوم یا سرطان من در حال گسترش است. درد اجتناب ناپذیر است. فقط لازم است آن را تحمل کنم. اگر از درد خود بگویم، ممکن است منجر به آزمایشات و درمان‌های بیشتری شود.
فرهنگی اجتماعی یا مربوط به روان	پذیرش درد نشانه ضعف است. من نمی‌خواهم خانواده‌ام را نگران کنم. اگر در مورد درد خود صحبت کنم ممکن است آزادی‌ام را از دست بدهم. بیماران خوب از صحبت کردن در مورد درد اجتناب می‌کنند. رنج بردن اشکالی ندارد؛ این بخشی از زندگی و راهی به زندگی ابدی است. من نمی‌خواهم پرستار یا پزشکی را که مشغول بیماران دیگر هستند، آزار دهم.
مرتبط با دارو	بهتر است تا زمانی که واقعا به داروی مسکن احتیاج داشته باشم صبر کنم ممکن است بعدا اثر نداشته باشد. خانواده من فکر می‌کنند که داروی درد باعث می‌شود "متوهم" شوم. بهتر است خودم را نگه دارم. اگر مورفین باشد، من باید به پایان نزدیک شوم. اگر به طور مرتب داروهای مخدر مصرف کنم، معتاد می‌شوم. اگر قبل از صدمه دیدن از داروهای مسکن استفاده کنم، در نهایت بیش از حد مصرف خواهم کرد. ترجیح می‌دهم اجابت مزاج خوبی داشته باشم تا اینکه داروی مسکن بخورم و یبوست بگیرم. اگر بیش از حد داروی ضد درد بخورم، خواهم مرد.
اعتقادات، نگرانی‌ها و باورهای غلط مراقب خانواده	بیمارم عوارض جانبی زیادی را تجربه می‌کند (خواب آلودگی یا یبوست) درمان‌های درد ممکن است مؤثر واقع نشوند. نگران مصرف بیش از حد آن هستم. من نگران مدارا کردن هستم. من نگران معتاد شدن بیمارم هستم. بیمار من نمی‌خواهد ضعیف دیده شود.

آینده، ژنتیک می‌تواند نقش بسزایی در ارزیابی و درمان درد، داشته باشد. یافته های پژوهشی، نقش فارماکوژنومیک بر تأثیرپذیری تنوع فردی در پاسخ‌های دارویی را ثابت کرده است. فارماکوژنومیک؛ مطالعه تأثیر عوامل ژنتیکی یا ژنوم بر روی پاسخ‌های دارویی است. در آینده نزدیک ممکن است ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی بتوانند پاسخ فرد به مسکن‌های خاص را بر اساس نتایج آزمایش فارماکوژنتیک پیش‌بینی کنند. افزایش امکان دسترسی و کاهش هزینه‌ها ممکن است منجر به استفاده بیشتر از آزمایش‌های دارویی برای تعیین بهترین دارو جهت تجویز برای یک بیمار با شرایط منحصر به فرد خود وی شود.

معاینه جسمی

یک معاینه بالینی جامع شامل بررسی نقاط دردناک آسیب دیده و مکان‌های متداول درد ارجاعی و ارزیابی سیستم‌های عضلانی- اسکلتی و عصبی؛ خصوصاً در صورت وجود درد نوروپاتیک است. در بیماران ضعیف یا بیماران در حال مرگ، فقط در صورتی که یافته‌ها منجر به تسهیل یا تغییر بالقوه برنامه درمانی شوند، معاینه فیزیکی و آزمایشات تشخیصی باید انجام شود.

جدول ۶.۲. یادداشت‌های درد

یادداشت	پارامترهای ارزیابی
OLDCART	• شروع: درد از چه زمانی شروع شد؟ • مکان: درد در کجا واقع شده است؟ • مدت زمان: درد چند بار اتفاق می‌افتد؟ و چه مدت طول می‌کشد؟ • مشخصات: درد چگونه احساس می‌شود (شدت)؟ برای توصیف درد از چه کلماتی استفاده می‌کنید؟ • عوامل تشدیدکننده: چه چیزی درد شما را بدتر می‌کند؟ • عوامل تسکین‌دهنده: چه چیزی درد شما را بهتر می‌کند؟ • درمان: برای کنترل درد چه روش‌های درمانی را امتحان کرده‌اید؟ آنها چگونه عمل می‌کنند؟ درمان‌ها چه تأثیری بر شدت درد دارند؟
PEG	• میانگین درد • لذت: تداخل در لذت بردن از زندگی • فعالیت روزمره: تداخل در فعالیت روزمره
PQRST(A)	• تحریک / تسکین: چه چیزی باعث آن شد؟ چه چیزی باعث تسکین آن می‌شود؟ • کیفیت: چه حسی دارد؟ • منطقه / انتشار: درد در کجا واقع شده است؟ آیا درد منتشر می‌شود؟ • شدت: درد در مقیاس ۰ تا ۱۰ چقدر شدت دارد؟ • زمان بندی: ثابت یا متناوب؟ • کمک‌کننده: چه چیزی آن را بهتر کرده است؟ چه چیزی درد را بدتر می‌کند؟
WILDA	• کلمات: که برای توصیف درد استفاده می‌شوند. • شدت: در مقیاس ۰ تا ۱۰، بدترین درد ممکن در ۲۴ ساعت گذشته در حالت استراحت و یا فعالیت، چه مقدار است؟ هدف راحتی / عملکرد شما چیست؟ • مکان: درد شما کجاست؟ • مدت زمان: آیا درد ثابت است؟ آیا درد می‌آید و می‌رود؟ آیا هر دو نوع درد را دارید (یکی مداوم و دیگری که می‌آید و می‌رود)؟ • عوامل تشدیدکننده / تسکین‌دهنده: چه چیزی درد را بدتر می‌کند؟ چه چیزی درد را بهتر می‌کند؟

از آنجا که درد اغلب در بیش از یک سوم بیماران با افسردگی همراه است، ممکن است معاینه روانشناسی یا ارزیابی روانی – اجتماعی نیز انجام شود. مسئولیت و رنج احتمالی هر تست تشخیصی باید در مقایسه با سود اطلاعات به دست آمده، سنجیده شود.

گزارش خود بیمار

گزارش خود بیمار از درد در جهت‌دهی مدیریت درد، بسیار با ارزش است. یادگیری درد (در جدول ۶.۲ نشان داده شده است) می‌تواند به پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی جهت پرسش از بیماران در مورد مولفه‌های اصلی ارزیابی درد، کمک کند. رویکرد WILDA با یک سوال باز شروع می‌شود، "در مورد درد خود برایم بگو"، روایت بیمار را تسهیل می‌کند و مهم‌ترین جنبه‌های تجربه درد را شامل می‌شود.

- **کلمات:** از بیمار بخواهید درد یا ناراحتی خود را با استفاده از توصیف‌کننده‌ها شرح دهد. جدول ۶.۳ انواع درد، عوامل اتیولوژیکی، توصیف‌کننده‌ها و مداخلات بالقوه را براساس نوع درد خلاصه

جدول ۶.۳. توصیف‌کننده‌های درد

نوع درد	عوامل اتیولوژیک	توصیف‌کننده	مداخلات بالقوه
نوروپاتیک	آسیب سیستم عصبی محیطی یا مرکزی • درگیری عصب توسط تومور • فشار نخاعی • درد عصبی (سه قلو، بعد از هرپس) • نوروپاتی‌های محیطی (مهارکننده‌های میکروتوبول، درمان‌های ویروسی یا ضد ویروسی، دیابت) • درد پس از سکته • درد خیالی • پلکسوپاتی انتشاری	سوزش الکتریکال بی حس سوزن سوزن شدن انتشاری تیر کشیدن مور مور شدن	ضدتشنج داروهای ضد افسردگی بی حس‌کننده‌های موضعی کورتیکواستروئیدها بلوک‌های عصبی داروهای مخدر (به عنوان مثال، ترامادول، متادون)
جسمی	فعال‌سازی یا صدمه به گیرنده سطحی • ساختارهای پوستی و عمیق اسکلتی- عضلانی • متاستاز استخوان یا ستون فقرات • شکستگی • آرتروز • پوکی استخوان • بی تحرکی	دردناک گرفتگی زخم ضربان دار	داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی کورتیکواستروئیدها شل‌کننده‌های عضلانی بیس فسفانات‌ها پرتودرمانی (متاستاز استخوان) داروهای مخدر
احشایی	• انسداد روده • انسداد وریدی یا ایسکمی • متاستاز کبد • آسیت • جراحی شکم یا توراکس • پانکراتیت • سرطان در شکم و قفسه سینه	نفخ کردن گرفتگی سیر بودن تحت فشار فشارنده کشش	داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی داروهای مخدر (با احتیاط در بیماران با انسداد روده استفاده شود) بی حسی نخاعی
روانشناسی	اختلالات روانشناختی	همه جا را آزار می‌دهد	درمان روانپزشکی، حمایت، راهکارهای غیر دارویی

می‌کند. ابزارهای غربالگری برای افزایش و اصلاح ارزیابی و مدیریت درد نوروپاتیک در دسترس است. به عنوان مثال، مقیاس ۱۱ آیتمی درد نوروپاتیک، میزان درد نوروپاتیک و پاسخ به درمان را کمی می‌کند.

- **شدت:** با استفاده از مقیاس رتبه‌بندی عددی ۰ تا ۱۰ (۰ = بدون درد و ۱۰ = بدترین درد ممکن)، از بیمار بپرسید:
  - درد شما در حال حاضر در حالت استراحت، با فعالیت و بعد از مداخله تسکین‌دهنده درد چگونه است؟
  - در ۲۴ ساعت گذشته، کمترین، بدترین و متوسط درد شما چه بوده است؟
  - هدف راحتی یا عملکرد شما چیست؟
  - شدت درد به صورت سه سطح خفیف (۱–۳)، متوسط (۴–۶) و شدید (۷–۱۰) است. هدف

راحتی یا عملکرد توصیف می‌کند که چه مقدار درد می‌تواند بدون تداخل در عملکرد یا کیفیت زندگی، ایجاد شود و سطحی از درد است که عملکرد و راحتی را امکان‌پذیر می‌کند. شدت درد همچنین می‌تواند با مقیاس توصیفی کلامی، مقیاس چهره یا دماسنج درد، اندازه‌گیری شود (مقیاس‌ها بعداً در این فصل مورد بحث قرار می‌گیرند). پرستار باید عملی بودن، سهولت و قابل قبول بودن استفاده از ابزار توسط بیمار تحت مراقبت تسکینی را در نظر بگیرد. ارزیابی شدت، تنها یک جنبه از تجربه درد را به خود اختصاص می‌دهد و این پارامتر بیشتر در بالین استفاده می‌شود.

- **مکان:** از بیمار بپرسید، درد شما کجاست؟ آیا در بیش از یک ناحیه درد دارید؟ بیمار را تشویق کنید انگشت خود را روی ناحیه درگیر، قرار دهد. اکثر بیماران مبتلا به سرطان در دو یا چند محل درد دارند؛ بنابراین پرسیدن سوالاتی در مورد محل درد بسیار مهم است. برای هر شکایت عمده درد باید تاریخچه جداگانه‌ای از درد را بدست آورد زیرا ممکن است دلایل آن متفاوت باشد و برنامه درمانی باید متناسب با نوع خاص درد باشد. به عنوان مثال، درد نوروپاتیک ممکن است انتشار پیدا کرده باشد و یک مسیر پوستی را دنبال کند. درد عمیق در شکم ممکن است احشایی باشد و هنگامی که بیمار به ناحیه‌ای اشاره دارد که موضعی است و انتشاری نیست، درد ممکن است جسمی باشد و احتمالاً متاستاز استخوان را نشان می‌دهد.
- **مدت زمان:** از بیمار بپرسید، "آیا درد شما همیشه وجود دارد (مداوم)؟ آیا لحظه‌ای می‌آید و می‌رود (متناوب)؟ یا هر دو نوع درد را دارید؟" بیماران ممکن است درد "سریع (BTP)"، یک درد شعله‌ور موقتی همراه با چندین زیرگروه توصیف شده، درد نارسایی اتفاقی، خود به خودی یا پایان دوز را تجربه کنند. بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرونده مانند سرطان و ایدز می‌توانند درد مداومی را تجربه کنند که شروع نامشخص و مدت نامشخصی، داشته باشد. پرسیدن در مورد مدت زمان درد می‌تواند تعیین کند که آیا داروهای مخدر با رهش کنترل شده و یا با رهش فوری، مناسب هستند یا نه. در مورد عوامل تشدیدکننده و تسکین‌دهنده از بیمار بپرسید، "چه چیزی درد شما را بدتر یا بهتر می‌کند؟" تداخل درد با وضعیت عملکردی را می‌توان با تعیین اثرات درد بر فعالیت، عملکرد (راه رفتن یا تغییر مکان در تخت)، انرژی، افتادن و یا خواب ماندن، روابط، خلق و خو و یا اشتها، اندازه‌گیری کرد. تداخل درد و وضعیت عملکرد با نمرات شدت درد، ارتباط زیادی دارد. مشاهده شده است که نمره شدت درد ۴ یا بالاتر به طور قابل توجهی در عملکرد روزانه، تداخل ایجاد می‌کند. مسکن‌ها یا مداخلات غیر دارویی باید حداقل یک ساعت قبل از فعالیت برای کاهش ناراحتی، استفاده شوند.

ارزیابی‌های مداوم برای تعیین اثربخشی اقدامات تسکین درد و شناسایی درد جدید، ضروری است. از بیماران باید در هنگام پذیرش در بیمارستان، کلینیک، مراکز مراقبت طولانی مدت، هاسپیس یا مراکز مراقبت در منزل؛ سوال شود که آیا درد دارند (بررسی درد). در صورت گزارش درد یا ناراحتی، ارزیابی درد جامع باید در فواصل منظم، زمانی که درد تغییر کرد و پس از هرگونه اصلاح برنامه مدیریت درد، انجام شود. ارزیابی مجدد شدت درد باید پس از هر مداخله مدیریت درد و همچنین پس از سپری شدن زمان کافی برای رسیدن به حداکثر اثر درمان (به عنوان مثال، ۱۵–۳۰ دقیقه پس از یک داروی تزریقی و در عرض ۱ ساعت از تجویز داروی خوراکی یا سایر مداخلات غیر دارویی) اتفاق بیفتد.

بررسی و ارزیابی مجدد درد باید بصورت فردی و مستند باشد تا اعضای تیم سلامت؛ درک درستی از درد داشته باشند. اطلاعات مربوط به درد بیمار را می‌توان از منابع مختلفی نظیر گزارش کلامی خود بیمار، مشاهدات، مصاحبه با بیمار و مراقب خانواده، بررسی داده‌های مراقبت‌های بهداشتی و بازخورد سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، بدست آورد. درد منحصراً شخصی و ذهنی است. کیفیت و سودمندی هر ارزیابی به توانایی ارزیاب بستگی دارد که کاملاً بر بیمار متمرکز باشد. این به معنای گوش دادن با دلسوزی، ایجاد فضای ارتباطی آزاد و اعتمادسازی یا مشروعیت بخشیدن به نگرانی‌های بیمار و مراقبان خانواده است. درک یک پزشک از درد بیمار و علائم همراه آن تأیید می‌کند که علاقه شخصی واقعی در تسهیل نتیجه مثبت مدیریت درد، مؤثر است. درد به تنهایی رخ نمی‌دهد. سایر علائم و نگرانی‌های تجربه شده توسط بیمار، رنج همراه با درد را تشدید می‌کند. درد کامل به صورت مجموع فعل و انفعالات جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، توصیف شده است. در بعضی مواقع، بیماران کل زندگی خود را دردناک توصیف می‌کنند. ارائه مراقبت‌های تسکینی برای تسکین درد و رنج براساس مدل مفهومی فردی است که "درد کامل" را تجربه می‌کند.

مورد مطالعه دوم: درد در بیمار مبتلا به COPD

آقای جو مردی ۷۲ ساله با ۷ سال سابقه ابتلا به بیماری COPD به علت مصرف سیگار، کارهای ساختمانی و ترمیم آزبست است. او از سن بسیار کمی شروع به مصرف سیگار کرد و به صورت عادت، روزانه ۲ بسته مصرف می‌کرد. او سرانجام در ۵۸ سالگی توانست سیگار را ترک کند اما با علائم سرفه مزمن، خلط و تنگی نفس در هنگام انجام فعالیت‌هایی مانند راه رفتن روی سطح شیب‌دار تند یا پله‌ها و کاهش عملکرد ریوی مواجه شد. در تشخیص‌های ثانویه؛ بیماری عروق کرونر، آنژین صدری، پوکی استخوان همراه با کیفوز خفیف در ستون فقرات فوقانی، دیابت شیرین کنترل شده با داروهای خوراکی و بیماری ریفلاکس معده (GERD) نیز مشاهده شد. او قبلاً دچار اضطراب و افسردگی شده بود و الکل را به طور متوسط مصرف می‌کرد. او به آرامی و پیوسته رو به زوال رفته و در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی مشکل داشت. او قادر به انجام کارهایی که از آن لذت می‌برد؛ نبود و فقط بعضی کارها را در خانه انجام می‌داد.

هفته گذشته، درست قبل از حضور در کلیسا، او سرفه مداوم داشت و به طور ناگهانی دچار تنگی نفس شدید و درد سمت چپ قفسه سینه شد. خانواده‌اش فکر کردند که دچار حمله قلبی شده و او را به بخش اورژانس بیمارستان محلی منتقل کردند. مشخص شد که وی دچار یک پنوموتوراکس خود به خودی شده است. فورا یک چست تیوب؛ قرار داده شد که ریه او را باز نماید. با این حال، او نشت مداوم هوا داشت و به پنومونی بیمارستانی هم مبتلا شد. بعد از یک هفته او توانست از چست تیوب، جدا شود. دو روز بعد، او با اکسیژن‌تراپی (۲ لیتر، از راه کانول بینی) به منزل رفت. هنگامی که به خانه بازگشت، شروع به سوال‌کردن در مورد ارزش ادامه دادن درمان کرد و از همسرش پرسید "آیا توقف درمان، گناه است؟"

آقای جو به دلیل کنترل دشوار درد، تنگی نفس، افسردگی، اضطراب و از دست دادن مقدار قابل توجهی از وضعیت عملکردی خود و پس از بستری در بیمارستان، به کلینیک مراقبت تسکینی، ارجاع داده شد. وی به دلیل "درد پس از عمل" با هیدروکدون ۵ میلی‌گرم /APAP ,۳۲۵ میلی‌گرم PRN از بیمارستان مرخص شد و به او گفته شد که بیشتر از چند روز تا یک هفته نیازی به این داروها، ندارد. پزشک مراقبت‌های اولیه وی از دستورالعمل‌های اخیر داروهای مخدر CDC برای درد مزمن، آگاه بود که

باعث شد از تجویز داروهای مخدر برای آقای جو نگران و ناراحت باشد. پزشک وی امیدوار بود که داروی کمکی برای درد مفید باشد و با استفاده آزمایشی از داروهای مخدر طولانی مدت در صورتی که بیمار و خانواده‌اش رضایت داشته باشند، موافقت کرد. همچنین تیم مراقبت تسکینی برای انجام تجویز و نظارت، موافقت کردند.

آقای جو گفت، عقب‌نشینی نمی‌کنم. همسر و دخترش او را در ویزیت کلینیک مراقبت تسکینی همراهی کردند. آنها در این مراجعه ابراز نگرانی کردند، فکر می‌کردند که مراقبت تسکینی به معنی هاسپیس است، اما بیشتر نگرانی در زمینه افزایش درد باعث شده بود که بیایند. آنها همچنین از معتاد شدن بیمار به داروهای مسکن نگران بودند. درد؛ فعالیت‌ها و برنامه‌های وی برای فیزیوتراپی در منزل را محدود کرد. درد او در قفسه سینه و کمر، ۶ از ۱۰ بود.

آقای جو یک مرد فلسفی با جایگاهی نسبتاً فعال در اجتماع کاتولیک رومی بود، اگرچه اخیراً به دلیل درد و خستگی در مراسم مذهبی شرکت نمی‌کرد. او هرگز نمی‌خواست برای خانواده‌اش، اسباب اذیت باشد. او همچنان از معالجه مداوم، سوال می‌کرد و از اینکه از خواسته‌هایش حمایت نشود، می‌ترسید.

سوالات بحث

۱. بر اساس آنچه در مورد وضعیت آقای جو، بیماری‌های همراه و عوارض COPD آموخته‌اید، به نظر شما چه نوع دردی را ممکن است تجربه کند؟
۲. درد آقای جو را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ چه ابزارهایی می‌توانند برای درک تجربه درد او مفید باشند؟
۳. چه موانع بالقوه‌ای وجود دارد که ممکن است توانایی وی در دریافت مدیریت بهینه درد را تحت تأثیر قرار دهد؟ چگونه می‌توانید این موارد را با آقای جو و خانواده‌اش، حل کنید؟
۴. با توجه به شرایط و تجربه درد آقای جو، چه رویکردهای دارویی برای کنترل درد وی پیشنهاد می‌کنید؟ در صورت وجود، چه کمکی می‌تواند مفید باشد؟ چه داروهای مخدر طولانی اثری می‌توانید پیشنهاد کنید؟
۵. چه راهکارهای غیر دارویی را می‌توانید در برنامه مراقبت از درد، اجرا کنید؟
۶. درباره چه علائم یا عوارض دیگری ممکن است نگران باشید؟ چگونه به این موارد رسیدگی می‌کنید؟ به طور خاص، یبوست ناشی از داروهای مخدر را چگونه کنترل می‌کنید؟
۷. با چه نوع ابزارهایی می‌توان درد او را ارزیابی کرد؟
۸. مراقبین خانوادگی وی را چگونه در روند ارزیابی، شرکت می‌دهید؟

مدل چند بعدی ارزیابی درد

درد یک شخص، منحصر به خود آن فرد است. این امر توسط چند بعدی بودن تجربه درد و همچنین تعامل بین عوامل مختلف با فرد و تعامل فرد با دیگران، محقق می‌شود. درد با تعامل سه مولفه؛ حسی/ افتراقی (انتخاب و تعدیل احساسات درد)، انگیزشی/ عاطفی (واکنش‌های عاطفی نسبت به درد از طریق شبکه مشبک مغز و سیستم لیمبیک) و شناختی (تجربیات گذشته یا حال درد)، تعیین می‌شود. شواهد با توصیف مولفه‌های نظری تجربه درد، از مفید بودن یک مدل چند بعدی برای درد شامل فیزیولوژیک، حسی، عاطفی، شناختی، رفتاری و فرهنگی- اجتماعی، پشتیبانی می‌کنند. بعد فرهنگی- اجتماعی، شامل طیف گسترده‌ای از عوامل قومی- فرهنگی، اجتماعی و معنوی / مذهبی است که بر درک و واکنش فرد نسبت به درد و مدیریت آن تأثیر می‌گذارد. شرایط محیطی یا محرک‌هایی مانند سر و صدای زیاد، روشنایی یا دمای شدید ممکن است منابع استرس‌زایی

جدول ۶.۴. ارزیابی درد چند بعدی

بعد	سوالات
فیزیولوژیکی / حسی	علت درد بیمار چیست؟ بیمار چگونه درد را توصیف می‌کند؟
روانشناختی / عاطفی	وضعیت عاطفی بیمار چگونه بر گزارش درد، تأثیر می‌گذارد؟ چگونه درد بر روحیه بیمار تأثیر می‌گذارد؟
شناختی	دانش، نگرش و اعتقادات مراقبان/ خانواده بیمار چگونه بر تجربه درد تأثیر می‌گذارد؟ معنی درد برای بیمار / مراقب خانواده چیست؟ تجربه گذشته بیمار از درد و مدیریت آن چیست و این چگونه بر تجربه درد تأثیر می‌گذارد؟
رفتاری	چگونه می‌توانید بگویید بیمار دردی را تجربه می‌کند؟ از چه رفتارها یا نشانه‌های غیرکلامی درد متوجه می‌شوید که وی درد دارد؟ بیمار / مراقب خانواده برای کاهش درد از چه راهکارهایی استفاده کرده‌اند؟
فرهنگی اجتماعی	بیمار چه سیستم‌های حمایتی اجتماعی برای کمک به برنامه مراقبت از مدیریت درد دارد؟ پیشینه فرهنگی بیمار چگونه بر تجربه، بیان، مقابله و مدیریت درد وی تأثیر می‌گذارد؟ معنویت و دین بیمار چگونه بر تجربه، بیان، کنار آمدن و مدیریت درد تأثیر می‌گذارد؟
محیطی	چگونه محیط بر بیان درد یا تجربه بیمار، تأثیر می‌گذارد؟

برای افراد دردناک باشد و بر تجربه درد، تأثیر منفی بگذارد. ایجاد یک محیط آرام می‌تواند به کاهش درد بیمار کمک کند. رویکرد چند بعدی ارزیابی درد، زمینه را برای بهبود نتایج مراقبت تسکینی و تأثیر مثبت بر کیفیت زندگی بیمار، فراهم می‌کند. سوالات راهنمای ارزیابی چندبعدی درد در جدول ۶.۴ بررسی شده است. در ادامه مولفه‌های مختلف بعد فرهنگی- اجتماعی را بررسی خواهیم کرد.

ابعاد فرهنگی اجتماعی

بعد فرهنگی- اجتماعی همه متغیرهای جمعیت شناختی (به عنوان مثال سن، جنسیت، قومیت، معنویت، وضعیت تأهل، حمایت اجتماعی) بیماری که درد را تجربه می‌کند را در برمی‌گیرد. اگرچه بسیاری از مطالعات این عوامل را در زمینه‌های ارزیابی درد، درمان و نتایج، بررسی کرده‌اند اما تعداد کمی از آنها بر روی ماهیت تعاملی آنها متمرکز شده‌اند. در نهایت، همه این عوامل می‌توانند بر ارزیابی درد تأثیر بگذارند.

سن

بیشتر متون مرتبط با درد، مسئله ارزیابی و مدیریت ناکافی درد در افراد سالمند را در محیط‌های مراقبت تسکینی، مورد توجه قرار داده‌اند. بیماران سالمند به طور نامناسبی از شرایط مزمن دردناک، رنج می‌برند. سالمندان نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی متفاوتی نسبت به جوانان و میانسالان دارند. ارزیابی درد ممکن است در بیماران سالمند، مشکل‌تر باشد؛ زیرا گزارش درد آنها ممکن است به دلیل تحمل متفاوت از بیماران جوانتر باشد. افراد سالمند اغلب با ضعف در حافظه، افسردگی و اختلالات حسی روبرو هستند که ممکن است مانع بررسی صحیح سوابق بیمار شود. آنها همچنین ممکن است درد را کمتر گزارش دهند؛ زیرا معتقدند درد؛ بخشی از سالمندی است. علاوه بر این، افراد سالمند وابسته ممکن است درد را گزارش نکنند زیرا آنها نمی‌خواهند پرستار یا پزشک خود را اذیت کنند و نگران هستند که باعث ناراحتی بیشتر در مراقبین خود شوند. توجه ویژه به ارزیابی درد در افراد

سالمند مهم است به طوری که احتمال بی‌دردی ناکافی، کاهش یابد. دمانس، اختلالات شناختی و حسی و ناتوانی‌ها؛ می‌توانند ارزیابی و مدیریت درد را دشوارترکنند که در این فصل مورد بحث قرار خواهد گرفت. از دست دادن قدرت شنوایی و بینایی و همچنین دمانس و از دست دادن حافظه، ممکن است مانع از برقراری ارتباط شود. با وجود این چالش‌ها، پزشکان باید تشخیص دهند که مقیاس خود ارزیابی درد، اغلب در بیماران سالمند با دمانس خفیف تا متوسط و حتی در برخی موارد با دمانس شدید، قابل استفاده است. مقیاس‌های رفتاری می‌توانند درد احتمالی را تشخیص دهند و فقط باید در بیمارانی استفاده شود که نمی‌توانند درد حود را گزارش دهند.

جنسیت

تفاوت‌های جنسیتی ممکن است بر حساسیت به درد، تحمل، پریشانی، تمایل به گزارش درد، اغراق و بیان غیرکلامی درد، تأثیر بگذارد. تحقیقات نشان داده است که مردان نسبت به زنان رواقی‌گری بیشتری نشان می‌دهند، زنان آستانه درد کمتری نشان می‌دهند و تحمل کمتری نسبت به مردان دارند، هنگامی که درد آنها را از انجام کارهایی که لذت می‌برند باز می‌دارد، زنان ناراحت‌تر می‌شوند. پاسخ به مسکن‌ها و شیوع درد در شرایط مختلف، ممکن است بسته به جنسیت، متفاوت باشد. توجه به این نکته مهم است که تفاوت‌های جنسیتی در پاسخ به درد برای بیماران مبتلا به درد مزمن، در افراد مختلف یکسان نیست و تأثیر زیادی ندارد. توضیحاتی که نیاز به بررسی بیشتر دارند شامل مکانیسم‌های مولکولی و ژنتیکی، تأثیرات هورمونی و اثرات فرهنگی اجتماعی و روانی است. پرستاران و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید در هنگام ارزیابی درد و برنامه‌ریزی مراقبت‌های فردی، از تفاوت‌های جنسیتی؛ آگاه باشند. با این حال تا زمانی که داده‌های قطعی‌تری وجود نداشته باشد، زنان و مردان باید تحت ارزیابی‌های درد فردی قرار گرفته و از مراقبت‌های متمایزی برخوردار شوند.

قومیت

وجود اختلافات نژادی و قومی قابل توجه در تمام بخش‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی، نشان می‌دهد که درمان نابرابر و نتایج متفاوت درمان درد، وجود دارد. برای جلوگیری از اختلاف در درمان درد، ارائه‌دهندگان باید اثرات قومیت را بر بیان و درک درد، ارزیابی کنند. اصطلاح "قومیت" به تفاوت در میان گروه‌های مردم بر اساس زبان مشترک، سنت‌ها، خاستگاه مشترک، زمینه‌های اجتماعی، فرهنگ و ویژگی‌های جسمی آنها اشاره دارد. مدل زیست فرهنگی بیتس پیشنهاد کرد که الگوهای فرهنگی پذیرفته شده از معنای قومی درد ممکن است بر پردازش عصبی فیزیکی اطلاعات درد تأثیرگذار باشد که مسئول آستانه تحمل درد، رفتار درد و بیان آن است. مطالعات نشان داده‌اند که تفاوت‌های قومی در درک درد در انواع شرایط بالینی درد، وجود دارد و عوامل نوروبیولوژیک ممکن است در بروز این تفاوت‌ها، نقش داشته باشند. درد در اقلیت‌های قومی به درستی ارزیابی نمی‌شود و در معرض خطر درمان ناکافی، قرار دارند. درد در لاتین‌ها و آفریقایی آمریکایی‌ها، ناچیز شمرده شده و با مدیریت ناکافی درد، همراه بوده است. تفاوت در زمینه‌های فرهنگی در بین بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ممکن است منجر به باورهای غلط، سوءتعبیرها، عدم اعتماد و کاهش گفتگو در مورد درد، شود. بیماران اقلیت، به ویژه کسانی که انگلیسی را به عنوان زبان دوم صحبت می‌کنند، ممکن است به دلیل عدم ارتباط واضح و سایر سوگیری‌ها، در معرض خطر بیشتری باشند. در حالی که ابزارهای ارزیابی درد به زبان‌های مختلف قابل دسترس هستند، ترجمه‌ها ممکن است

تفاوت‌های ظریف یا معانی فرهنگی را در برنگیرند. هنگام مراقبت از شخصی که درد را تجربه می‌کند، ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی باید از کلیشه‌های فرهنگی پرهیز کند و از نظر ارزیابی حساسیت فرهنگی و مواد آموزشی از یک مترجم که در صورت امکان به زبان بیمار صحبت می‌کند، استفاده کند. هر ابتکاری در مورد درد باید بر بهبود مراقبت از درد برای اقلیت‌های نژادی و قومی، فقرا و سایر جمعیت‌های آسیب‌پذیر، متمرکز باشد.

وضعیت تاهل و حمایت اجتماعی

در حالی که متون محدودی در رابطه با تأثیر وضعیت تأهل، خانواده و حمایت اجتماعی بر تجربه درد بیمار وجود دارد، درک و ارزیابی نوع حمایت بیماران از مراقبین از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا ممکن است بر بیان درد، معنای آن و توانایی تطابق با توصیه‌های درمانی، تأثیر بگذارد.

معنویت

بعد معنوی ممکن است در پاسخ، بیان و تجربه فرد، تأثیر بگذارد. در حالی که درد به یک احساس جسمی اشاره دارد، رنج به جستجوی معنا، هدف اشاره دارد. درد جسمی تسکین ناپذیر ممکن است باعث رنج عاطفی یا معنوی شود، اما در غیاب درد، رنج ممکن است رخ دهد. بسیاری از بیماران بر این باورند که درد و رنج نشانه‌های معناداری از حضور موجود بالاتر است و باید تحمل شود. دیگران از درد و رنجی که باید تحمل کنند، خشمگین هستند و خواستار تسکین هستند. ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی باید به بیماران این فرصت را بدهند تا دیدگاه شخصی خود را به زبان بیاورند. ارزیابی ایده‌ی وجودی بیمار از درد، رنج و درد معنوی، مهم است زیرا ممکن است بر روند بهبود و مرگ، تأثیر بگذارد. پیشنهادات مربوط به پیامدهای بالینی شامل ارزیابی پرستاران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی از معنویت خود و چگونگی تأثیر آن بر ارتباط آنها با بیماران، بررسی ارتباط محترمانه با بیماران در مورد معنویت و تأثیرات آن بر درد، گنجاندن معنویت در آموزش و برنامه‌های پشتیبانی برای بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، گنجاندن ترجیحات معنوی در استراتژی‌های رفاهی در صورت لزوم و ارجاع به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های معنوی است.

وضعیت اقتصادی

هنگام ارزیابی درد، توجه به وضعیت مالی بیمار نیز مهم است. سازمان‌های بیمه ممکن است از بیمار بخواهند که رویکردی طبقه‌بندی شده در مورد داروهای مسکن داشته باشند یا مقدار مجاز دارو را در یک بازه زمانی مشخص، تعیین کنند. صرف نظر از ارزیابی دقیق درد، اگر بیماران نتوانند داروی خود را تهیه کنند، درمان مؤثر نخواهد بود. ضروری است که ارائه‌دهندگان و پرستاران از تغییر چشم انداز، آگاه بوده و از بیماران حمایت کافی داشته باشند.

تجارب گذشته

باید از بیماران در مورد تجربیات قبلی خود با درد سوال شود. به عنوان مثال، بسیاری از بیماران عوارض جانبی بالقوه برخی داروها مانند "تهوع" یا "یبوست" را به عنوان آلرژی، ذکر کرده‌اند. این واکنش‌های غیر آلرژیک، قابل پیش‌بینی و بر اساس خواص داروها است. ارزیابی داروهایی که بیمار قبلاً امتحان کرده است و پاسخ وی یا پاسخ درک شده به آن درمان‌ها می‌تواند به درمان، کمک کند.

سوء مصرف مواد

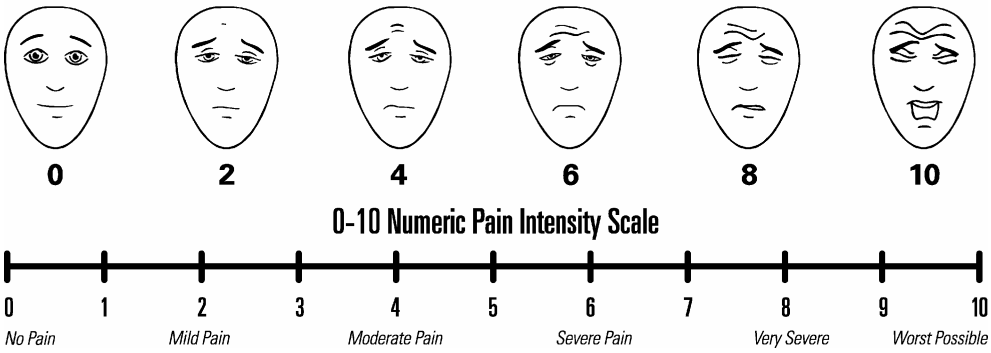
تمرکز بیشتر بر سوء مصرف داروهای مخدر و بحران داروهای مخدر در ایالات متحده چالش دیگری را به ارزیابی درد بیمار، اضافه می‌کند. بیمارانی که سابقه

اعتیاد دارند، یکی از جمعیت‌های پرخطر برای درمان هستند. ممکن است ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، افیون هراسی داشته باشند یا بی‌اعتماد بوده و دانش کافی در مورد اعتیاد و نحوه کنترل درد در افراد با سابقه یا مصرف فعلی مواد را نداشته باشند که این موارد همگی در مدیریت بهینه درد تأکید دارد. مراقبت از بیماران تحت مراقبت تسکینی که سوء مصرف مواد دارند، دشوار است زیرا ارئه‌دهندگان سعی در کنترل درد، بدون ایجاد اعتیاد دارند.

علاوه بر ارزیابی درد همانطور که قبلاً توضیح داده شد، ارائه‌دهندگان باید خطر اعتیاد را با استفاده از یکی از ابزارهای غربالگری خاص داروهای مخدر ارزیابی‌کنند (به عنوان مثال، ابزار ریسک داروهای مخدر SOAPP-R). این ابزارهای طبقه‌بندی شده، خطر را براساس چندین فاکتور، امتیازبندی می‌کنند (سن، جنس، سابقه شخصی یا خانوادگی سوء مصرف مواد، سابقه بیماری روانپزشکی یا سوء استفاده جنسی پیش از نوجوانی). مقیاس رفتارهای مرتبط با مواد اپوئید (ORBIT) که مختصر طراحی شده است (۱۰ آیتم)، رفتارهایی را نشان می‌دهد که نشان‌دهنده مشکلات مربوط به درمان با داروهای مخدر از جمله عدم پایبندی، انحراف، استفاده خطرناک یا سوء استفاده از مواد، است و همچنین این ابزار؛ بررسی تغییرات در طول زمان را تسهیل می‌کند. با این حال، اعتبارسنجی مجدد ابزار مورد نیاز است. نتایج مربوط به درمان با داروهای مخدر در بیمارانی که سابقه اعتیاد دارند باید شامل ارزیابی پنج فاکتور (عدم وجود درد، فعالیت‌های روزمره زندگی، عوارض جانبی، فعالیت‌های نادرست و استفاده از داروهای کمکی) قبل از شروع استفاده از داروهای مخدر و به طور منظم در طول دوره درمان باشد (مراجعه کنید به جدول ۶.۵). ارتباط و ارزیابی مداوم؛ معیارهای حفظ راحتی در عین حال همراه با جلوگیری از سوء مصرف و انحراف است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد کنترل درد در

جدول ۶.۵. فاکتورهای ارزیابی درد در بیماران با سابقه اعتیاد

پنج عامل	تعریف	ارزیابی
عدم وجود درد	سطح راحتی	• کاهش شدت درد • تأثیر مداخله بر درد
فعالیت‌های روزمره زندگی و تأثیرات آن	وضعیت عملکردی	• افزایش فعالیت بدنی • توانایی کنار آمدن با بیماری و علائم • وضعیت روانشناختی بهبود یافته • روابط خانوادگی و اجتماعی کامل • استفاده مناسب از دارو و مراقبت‌های بهداشتی
عوارض جانبی یا اثرات	عوارض جانبی مرتبط با درمان	• یبوست • تغییرات شناختی یا وضعیت ذهنی • آرام بخشی • رضایت • گیجی • دپرسیون تنفسی • سایر تأثیرات جسمی و روانی
فعالیت‌های غیر استاندارد یا نادرست	رفتارهایی که سوء استفاده، سوء مصرف یا اعتیاد بالقوه مواد را هشدار می‌دهند	• رفتارهایی که ایجاد نگرانی می‌کنند به عنوان مثال، از دست دادن داروها، درخواست‌های اولیه برای نسخه، عدم تأیید برای افزایش دوز، استفاده همزمان از داروهای غیرقانونی، استفاده از یک روش تجویز نشده و مقاومت مکرر به برنامه درمانی توصیه شده
داروی کمکی	استفاده از داروهای کمکی	• استفاده از داروهای کمکی باید به حداکثر برسد تا نیاز به داروهای مخدر کاهش یابد. • مداخلات غیر دارویی را نیز در نظر بگیرید.



شکل ۶.۱. مقیاس‌های ارزیابی شدت درد، (الف) مقیاس آنالوگ بصری

بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد، به فصل ۳۹ مراجعه کنید.

مقیاس‌های ارزیابی شدت درد

درد یک تجربه ذهنی و خود گزارش‌دهی است. توانایی تعیین کمی درد برای نظارت بر میزان پاسخ‌دهی بیمار به بی‌دردی، ضروری است. مقیاس‌های شدت درد که معمولاً مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل مقیاس رتبه‌بندی عدد (NRS)[1]، مقیاس توصیفی کلام (VDS)[2]، مقیاس درد Wong– Baker FACES، مقیاس درد چهره‌ای اصلاح شده (FPS-R)[3]، دماسنج عمودی درد و مقیاس آنالوگ بصری (VAS)[4] است که در شکل ۶.۱ نشان داده شده و در جدول ۶.۶ بررسی شده است. این‌ها ابزارهای مؤثر و قابل تکرار برای اندازه‌گیری درد هستند که می‌توانند به طور جهانی مورد استفاده قرار بگیرند. همچنین این ابزارها به‌طور منظم در مراقبت‌های تسکینی نیز استفاده می‌شوند.

اگرچه هیچ مقیاسی برای همه بیماران مناسب نیست، اما پذیرش جهانی مقیاس ۰ تا ۱۰ برای ارزیابی بالینی شدت درد در بیماران بزرگ‌سال، توصیه می‌شود. استانداردسازی باعث ایجاد همکاری و سازگاری در ارزیابی مراقبین از درد در شرایط مختلف (به عنوان مثال بستری، سرپایی، مراقبت در منزل، هاسپیس یا مراکز مراقبت طولانی مدت) می‌شود. استانداردسازی همچنین بررسی درد را از طریق جمع‌آوری داده‌های مقایسه‌ای تسهیل می‌کند و باعث می‌شود تا تجزیه و تحلیل داده‌ها، ساده شود. توضیح دقیق نحوه استفاده از مقیاس درد قبل از استفاده بیمار، در هر محیط مراقبت بالینی لازم است. ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به طور ناسازگار از کلمه انکور یا "لنگر" در مقیاس شدت درد استفاده می‌کنند. هدف استفاده از این واژه برای تمایز دادن شدت درد و تهیه یک نقطه پایان مشترک است. برخی از انکورهای متداول استفاده شده عبارتند از "بدترین درد ممکن"، "نهایت دردی که ممکن است"، "بدترین دردی که می‌توان

1. Numeric rating scale
2. Verbal descriptor scale
3. Faces Pain Scale-Revised
4. Visual analogue scale

UNIVERSITY of COLORADO HEALTH

Pain Assessment Guide

Tell Me About Your Pain

W Words to describe pain (discomfort)

Somatic	*Visceral*	*Neuropathic*
aching	crampy	numb
dull	gnawing	burning
throbbing	deep	radiating
sharp	squeezing	shooting
stabbing	pressure	electrical
sore	stretching	tingling
penetrating	bloated	pins & needles

Pain in Other Languages

Japanese - itami	Spanish - dolor	Croatian-Bosnian - bol
Chinese - tong	French - douleur	Arabic - ألَم
Vietnamese - dau	Russian - bolno	Ethiopian - amonyal

I Intensity (0-10)

If 0 is no pain and 10 is the worst pain possible, what is your pain now?
….at rest? …..with movement? …
In the last 24 hours what was your least pain? …worst? ... average?
What is your comfort-function goal?

L Location

Where is your pain?

D Duration

Is the pain constant? …intermittent? …..both types?

A Aggravating and Alleviating Factors

What makes the pain worse? …better?

How does the pain affect:

activity	energy	relationships	appetite
function	sleep	mood	

Are you experiencing medication side effects?

nausea/vomiting	drowsiness	itching	urinary retention
sleepiness	constipation	confusion	dizziness

Things to Check

vital signs, response to past medication/treatment, substance abuse history
use of nonpharmacologic techniques, chronic pain history

شکل ۶.۱. ادامه مقیاس‌های ارزیابی شدت درد، (ب) دماسنج درد عمودی

تصور کرد"، "بدترین دردی که تاکنون داشته‌اید"، "شدیدترین دردی که می‌توان تصور کرد". انکورهای متناقض یا متفاوت ممکن است گزارشات مختلف درد را ارائه دهند؛ بنابراین، برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی مهم است که در مورد استفاده مداوم از انکورها در یک محیط خاص؛ به اتفاق نظر برسند.

جدول ۶.۶. مقیاس شدت درد

مقیاس	توصیف	نظرات
مقیاس رتبه‌بندی عددی (NRS)	اعداد ارائه شده در مقیاس ۰–۱۰ نشان‌دهنده شدت درد است ۰ = بدون درد و ۱۰ = بدترین درد ممکن	• استاندارد طلایی برای بیماران بزرگ‌سال که قادر به خود گزارش‌دهی هستند. • در کودکان ۷ سال به بالا قابل استفاده است. • مقیاس کلامی افراد کم بینا را قادر می‌سازد تا شدت درد را بیان کنند.
مقیاس توصیف کلامی (VDS)	صفت‌های منعکس‌کننده شدت درد به ترتیب شدت، طبقه‌بندی می‌شوند: بدون درد / درد خفیف / درد متوسط / درد شدید / درد بسیار شدید / بدترین درد ممکن	• به راحتی توسط افراد سالمند درک می‌شود. • هر توصیف‌کننده ممکن است با یک عدد در ارتباط باشد تا شدت درد را نشان دهد. • امکان ترجمه به چندین زبان وجود دارد. • در کسانی که سواد ندارند و واژگان انگلیسی محدودی دارند، کمتر قابل اعتماد است.
مقیاس درد چهره‌ای تجدید نظر شده (FPS-R)	شش صورت بیضی شکل از خنثی (بدون درد) تا صورت مبهم (بدترین درد)	• راحتی در استفاده • صورت‌های بیضی شکل و بدون اشک از نظر ظاهری بالغ هستند و برای بزرگ‌سالان قابل قبول‌ترند. • تشخیص حالت‌های صورت ممکن است توسط افرادی که دارای مشکلات بینایی هستند دشوار باشد. • توجه: ممکن است سازه‌های دیگر را به جای درد اندازه‌گیری کند (به عنوان مثال افسردگی، عصبانیت، پریشانی)
مقیاس Wong-Baker FACES	شش صورت از نوع کارتونی از یک صورت کاملا خندان (بدون درد) تا صورت با اشک (بیشترین درد)	• به راحتی تجسم می‌شود. • سهولت استفاده توسط کودکان • وجود اشک در بیشترین درد ممکن است باعث ایجاد تعصب در فرهنگ‌هایی شود که گریه را تأیید نمی‌کنند.
دماسنج عمودی درد (VPT)	مقیاس توصیفی کلامی اصلاح شده که به نظر می‌رسد مانند دماسنج است	افزایش حساسیت در افراد سالمند سهولت استفاده در کسانی که مشکلات شناختی متوسط تا شدید دارند.
مقیاس بصری آنالوگ (VAS)	خط ۰–۱۰ سانتی متر خط ۰—۱۰۰ میلی متر	• در درجه اول در تحقیقات استفاده می‌شود. • قابل اعتماد و معتبر است. • استفاده از آن در افراد سالمند و دارای معلولیت جسمی یا بینایی، دشوار است. • کاغذ و مداد مورد نیاز است. • امتیازدهی وقت‌گیر است.

مقایسه مقیاس‌های شدت درد

چندین مطالعه سیستماتیک انجام شده است و اگرچه تعداد آنها از نظر تعداد نمونه و جمعیت محدود است، اما همبستگی مثبتی میان NRS، VDS، Wong -Baker FACES و FPS-R نشان داده شده است. به نظر می‌رسد جهت اندازه‌گیری شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان، سالمندان و بیماران با درجات خفیف اختلال شناختی، به اندازه کافی معتبر و قابل اعتماد هستند.

استفاده از مقیاس درد چهره‌ای برای اندازه‌گیری شدت درد از بروز موانع زبان جلوگیری می‌کند و در فرهنگ‌های مختلف نیز قابل استفاده است. از چند مقیاس درد چهره‌ای برای ارزیابی درد در هر دو جمعیت کودکان و بزرگسالان، استفاده شده است. یک بررسی سیستماتیک از مقیاس چهره‌های معمول کودکان برای خود گزارشی شدت درد استفاده کرده و توصیه می‌کند که FPS-R در مطالعات تحقیقاتی استفاده شود. با این حال، هیچ توصیه‌ای برای استفاده از مقیاس چهره‌ای بیش از سایر مقیاس‌ها در استفاده بالینی وجود ندارد و در مورد نوع مقیاس چهره‌ای برای استفاده در محیط‌های مراقبت تسکینی نیز اتفاق نظری، وجود ندارد. متون مربوط به انتخاب مقیاس درد در بین گروه‌های قومی مبهم است. از ساکنان مراکز مراقبت‌های طولانی مدت و سالمندان با قومیت‌های مختلف خواسته شد که از بین سه مقیاس شدت درد NRS، VDS و FPS کدام یک را برای ارزیابی درد خود انتخاب می‌کنند. از بین افرادی که قادر به انتخاب بودند، VDS بیشترین انتخاب (۵۲٪) بود، در بین ساکنان با درد متوسط تا شدید و مردان بیشتر از زنان NRS را ترجیح دادند. درصد بیشتری از ساکنان، اقلیت (لاتین) FPS را ترجیح دادند. شرکت‌کنندگان به وضوح توافق کردند که FPS، بهتر درد را نشان می‌دهد اما همچنین توافق کردند که FPS ممکن است ساختارهای دیگر مانند غم و اندوه یا عصبانیت را نیز نشان دهد. بر اساس مشاهدات ممکن است که FPS علاوه بر شدت درد، اثر درد را نیز اندازه‌گیری کند.

Ware و همکاران توصیه می‌کنند هنگام ارزیابی‌های مکرر در سالمندان با اختلال شناختی و اقلیت‌ها نیاز هست، از FPS-R استفاده کنید. در حالی که FPS-R به طور کلی برای سالمندان با اختلال شناختی مورد توجه است، باید توجه داشت که FPS-R ممکن است به وضوح شدت درد را نشان نداده و "تأثیر درد "را نشان دهد. علاوه بر این، Ware و همکاران دریافتند که بیماران لاتین، FPS-R را به دماسنج عمودی درد و سایر ابزارهایی که برای اندازه‌گیری شدت درد استفاده می‌شود، ترجیح می‌دهند.

به طور خلاصه، از مقیاس‌های مختلفی برای ارزیابی درد در جمعیت‌های مختلف بیماران استفاده شده است و هر یک به طور گسترده‌ای در تحقیقات بالینی و عملی مورد استفاده قرار گرفته است. تحقیقات کمی در مورد مناسب بودن مقیاس درد در محیط مراقبت تسکینی انجام شده است. درک فکری و مهارت‌های زبانی، پیش نیاز مقیاس‌های ارزیابی درد مانند VDS هستند. این مقیاس‌ها ممکن است برای بیماران مراقبت تسکینی بسیار انتزاعی یا بسیار دشوار باشند. از آنجا که بیشتر بیماران در حال مرگ، سالمند هستند مقیاس‌های ساده درد، مانند NRS یا مقیاس چهره‌ای، ممکن است سودمندتر باشند.

ابزار چند بعدی درد

چندین ابزار اندازه‌گیری چند بعدی درد در محیط‌های بالینی و تحقیقاتی برای استانداردسازی ارزیابی درد و ترکیب فاکتورهای جمعیت شناختی بیمار، مقیاس‌های شدت درد، توصیف‌کننده‌های درد، تأثیر درد بر عملکرد و سایر سوالات مربوط به درد، استفاده می‌شود. پنج ابزار اصلی در اینجا به طور خلاصه بررسی می‌شوند.

فرم کوتاه- پرسشنامه درد مک‌گیل-۲ (SF-MPQ-2) جدیدترین نسخه (SF-MPQ-2 نسخه‌های قبلی MPQ، MPQ-SF) است که در افراد سالمند و جوان مبتلا به درد سرطان، معتبر و قابل اعتماد است و به چندین زبان موجود است. این پرسشنامه شامل ۲۲ کلمه برای توصیف درد است (هر کلمه یا عبارت با NRS رتبه‌بندی می‌شود [۰ = هیچ، ۱۰ = بدترین درد ممکن] با دو معیار درد اضافی: شاخص شدت درد موجود (PPI)[1] و شدت کلی تجربه درد (بدون درد - خفیف - ناراحت‌کننده - وحشتناک - آزاردهنده).

فهرست خلاصه درد- فرم کوتاه (BPI- SF)[2] این یک ابزار ۹ آیتمی است که به صورت خودگزارش‌دهی است و برای ارزیابی شدت درد بیمار و تأثیر آن بر عملکرد روزانه، استفاده می‌شود. از بیمار خواسته می‌شود، کمترین، بیشترین، متوسط و شدت درد فعلی خود را ارزیابی کند. درمان‌های فعلی و تسکین‌دهنده را لیست کند؛ و درجه‌ای را که درد با فعالیت عمومی، خلق و خو، توانایی راه رفتن، کار، لذت بردن از زندگی، روابط با افراد دیگر و خوابیدن تداخل دارد را با نمره ۰ تا ۱۰ ابزار NRS ارزیابی کند. BPI-SF فرم اصلاح شده فهرست خلاصه درد است و فرم طولانی آن (۳۲ آیتمی) است و به چند زبان موجود است.

کارت یاد آوری ارزیابی درد (MPAC) MPAC ساده، معتبر و شامل سه VAS (شدت درد، تسکین درد و خلق و خوی) و یک VDS با هشت توصیف‌کننده درد است. در کمتر از ۲۰ ثانیه پر می‌شود و بین شدت درد، تسکین و ناراحتی روانی تمایز قائل می‌شود.

پرسشنامه بازبینی شده نتایج بیماران جامعه درد آمریکا (APS- POQ-R)[3] این پرسشنامه دو صفحه‌ای و ۲۳ آیتمی برای بهبود کیفیت، طراحی شده است. تکمیل این پرسشنامه ۱۰ دقیقه زمان می‌برد و برای بیماران بزرگسال بستری در بخش‌های داخلی- جراحی، روا و پایا است. این پرسشنامه شش جنبه کیفی: (۱) شدت درد و تسکین (۲) تأثیر درد بر فعالیت، خواب و احساسات منفی؛ (۳) عوارض جانبی درمان؛ (۴) مفید بودن اطلاعات در مورد درمان درد؛ (۵) توانایی شرکت در تصمیمات درمان درد؛ و (۶) استفاده از استراتژی‌های غیر دارویی را اندازه‌گیری می‌کند. استفاده از این ابزار در جمعیت‌های مراقبت تسکینی، ثابت نشده است.

سیستم ارزیابی علائم ادمونتون-بازبینی‌شده (ESAS- r)[4] از آنجا که بیماران تحت مراقبت تسکینی ممکن است علائم همزمان را تجربه کنند، محدود کردن ارزیابی به گزارش درد، غیرممکن است. عوارض یا علائم مربوط به روند بیماری مانند خستگی و اضطراب، ممکن است درد را تشدید کند و یا مداخلات برای کاهش درد ممکن است باعث عوارض جانبی شود که منجر به ایجاد علائم جدید یا بدتر، مانند یبوست یا حالت تهوع شود. ESAS-r برای کمک به ارزیابی ۹ علامت متداول در مراقبت تسکینی: درد، خستگی، خواب آلودگی، تهوع، بی‌اشتهایی، افسردگی، اضطراب، تنگی نفس و سلامتی، ایجاد شده است. همچنین برای علائم خاص بیمار، جای خالی وجود دارد. ESAS-r در ابتدا در بیماران بستری تحت مراقبت تسکینی بررسی شد و ۸۳٪ ارزیابی علائم توسط پرستاران یا مراقبان بیماران، انجام شد. نسخه بررسی شده در بیماران تحت مراقبت تسکینی؛ از نظر شناختی کامل و از نظر شفافیت؛ واضح است. همراه با تعاریفی که علائم مختلفی از جمله درد را توصیف و یک بازه زمانی را مشخص می‌کنند، درک آن آسانتر است. اگر بیماران قادر به تکمیل فرم نبوده یا پاسخگو نباشند و نتوانند خود

1. Present Pain Intensity Index
2. Brief Pain Inventory- Short Form
3. American Pain Society Patient Outcomes Questionnaire- Revised
4. Edmonton Symptom Assessment System-revised

گزارش‌دهی کنند (روزهای آخر زندگی)، تکمیل توسط مراقبین ضروری می‌شود و فضایی برای فرد در حال ارزیابی، فراهم می‌شود.

بیماران غیرکلامی یا دارای اختلال شناختی

خود گزارش‌دهی بیمار، استاندارد طلایی ارزیابی درد، در افرادی که قادر به بیان کلامی درد نیستند و برای بیماران مبتلا به اختلال شناختی (به عنوان مثال دمانس و هذیان) همیشه عملی نیست. اختلالات شناختی و کاهش حس‌های بدن، مشکلی جدی برای افراد سالمند، بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده زندگی و اکثر بیماران تحت مراقبت تسکینی در مراحل پایانی زندگی است. این بیماران در معرض خطر بیشتری برای درد هستند. بیمارانی که از نظر کلامی یا از نظر شناختی؛ دچار اختلال هستند، اغلب از مطالعات درد خارج می‌شوند؛ بنابراین، ارزیابی درد و درمان در این گروه‌ها به خوبی درک نشده است.

رفتارهای درد

همانطور که توسط IASP اشاره شده است، "عدم توانایی در برقراری ارتباط کلامی، این احتمال را که فردی درد دارد و نیاز به درمان مناسب و تسکین درد دارد را نفی نمی‌کند." هیچ استراتژی ارزیابی عینی واحدی مانند تفسیر رفتارها، تعیین آسیب‌شناسی یا برآورد درد توسط دیگران، به خودی خود کافی نیست. بیان درد غیرکلامی ممکن است شکایت کلامی از درد را تکمیل، نقض یا جایگزین کند. رفتارهای درد ممکن است وسیله‌ای برای بیان یا کنار آمدن با درد باشد. نشانه‌های رفتاری شامل اضطراب، بی‌خوابی، عدم توانایی در تمرکز و بی‌قراری است. متأسفانه، برخی از این رفتارها یا نشانه‌ها ممکن است به علل یا علائمی غیر از درد نیز باشد. به عنوان مثال بی‌خوابی ناشی از افسردگی ممکن است ارزیابی درد را پیچیده کند.

ارزیابی درد با اتکا به واکنش‌های فیزیولوژیکی غیرارادی بدن مانند افزایش فشارخون، نبض، تعداد و عمق تنفس، منطقی نیست و حتی نادرست است. علائم حیاتی افزایش یافته ممکن است با درد ناگهانی و شدید بروز کند اما معمولاً پس از رسیدن بدن به تعادل فیزیولوژیک، با درد مداوم؛ بروز نمی‌کند. فقدان نشانه‌های رفتاری یا غیرارادی؛ وجود درد را نفی نمی‌کند. ارزیابی رفتاری علائم درد در هنگام استراحت و فعالیت ممکن است جایگزین معتبر و قابل اعتمادی برای شاخص‌های کلامی و فیزیولوژیکی درد باشد. نمونه‌هایی از رفتارهای مرتبط با درد در بیماران یا ساکنان مراکز مراقبتی دارای اختلال شناختی یا اختلال کلامی، در جدول ۶.۷ نشان داده شده است.

ASPMN در بیانیه موقعیتی ارزیابی درد در بیمارانی که قادر به خود گزارش‌دهی نیستند، توصیه‌هایی برای ارزیابی درد در جمعیت‌های خاص از جمله بزرگسالان سالمند با اختلال کلامی، مبتلا به دمانس و افراد اینتوبه و یا بیهوش دارد. ارزیابی و مدیریت درد را می‌توان با این سلسله مراتب ارزیابی درد ارائه شده در جعبه ۶.۲، هدایت کرد.

ارزیابی درد در دمانس

ناتوانی بیماران مبتلا به دمانس در انتقال کلامی درد خود، آنها را به یک گروه بیمار آسیب‌پذیر و وابسته به مراقبان خود تبدیل می‌کند. اطلاع از داستان زندگی بیمار، تجربه حرفه‌ای، کار گروهی مبتنی بر ارتباط خوب و استفاده از یک ابزار ارزیابی درد برای بهبود تسکین درد در پایان زندگی برای بیماران مبتلا به دمانس، توصیه شده است. این فرضیه مطرح است که ضایعات سفید تولید شده توسط دمانس عروقی ممکن

جدول ۶.۷. رفتارهای درد

رفتار	بیان کردن
بیان شفاهی	گفتن عبارات معمول: "به من کمک کن"، "آخ"، "من را لمس نکن"، " صدمه‌ای به من نزن"، "مرا تنها بگذارید" در حین فعالیت‌هایی مانند تغییر وضعیت، حرکت یا استحمام
ایجاد صدا	ناله، گریه، اوه، آه، صدا زدن، جیغ، فریاد، تنفس شدید
حالات چهره	شکلک، اخم، لرزیدن، نگاه ترسناک یا غمگین، چشمان بسته یا پلک زدن سریع، ابروهای چین خورده، فک قفل شده، دندان‌های فشرده
تغییر در فعالیت یا حرکت	ایستادن، آتل زدن، گارد گرفتن، محافظت از یک قسمت از بدن، مالیدن یک ناحیه دردناک، قدم زدن، تکان خوردن، عقب کشیدن، دراز کشیدن در رختخواب، تغییر حالت مداوم یا متناوب، مقاومت در برابر مراقبت
تغییر وضعیت ذهنی	بی‌قراری، آشفتگی، اضطراب، پریشانی، گیجی

است باعث افزایش تجربه درد از طریق مکانیسم‌های درد نوروپاتیک مرکزی شود. علاوه بر این، رفتارهای درد در افراد مبتلا به دمانس ممکن است متفاوت از رفتارهای بیماران / ساکنینی که از نظر شناختی سالم هستند، باشد. رابطه بین درد و علائم رفتاری پرخاشگرانه با توجه به وضعیت ارتباطی ساکنان متفاوت است و به طور نامتناسب بر کسانی که نمی‌توانند درد خود را بیان کنند، تأثیر می‌گذارد. برای درمان کافی درد و کاهش پرخاشگری، استراتژی‌هایی برای افزایش مدیریت درد در این ساکنان لازم است. همچنین نشان داده شده است که بیماران / ساکنان با افزایش سطح اختلال شناختی، ممکن است درد کمتری را گزارش کنند و بیماران مبتلا به دمانس پیشرونده ممکن است از درد کمتری شکایت داشته باشند که ممکن است به ظرفیت کاهش یافته و یا مشکل در انتقال درد، مربوط باشد. با این حال هیچ مستند تأیید شده‌ای که نشان دهد افراد مبتلا به دمانس، احساس درد کمتری دارند، وجود ندارد. به جای حساسیت کمتر نسبت به درد، افراد سالمند مبتلا به دمانس ممکن است احساساتشان را دردناک، تعبیرنکنند. شاخص‌های درد در بیماران سالمند مبتلا به دمانس که توسط کارکنان خانه سالمندان مشخص شده‌اند شامل حرکات تکراری خاص، حالات صورت، تکرارهای صوتی، علائم بدنی درد و تغییرات رفتاری نسبت به حالت معمول برای آن فرد، است. مشاهدات حالات صورت ممکن است در بیماران مبتلا به برخی از انواع دمانس که در آن حالت‌های صورت؛ بی‌تفاوت است یا در شرایطی مانند بیماری پارکینسون یا سکته معتبر نیست. یک مطالعه توصیفی، تفاوت‌های قومی در ارائه و شدت رفتارهای غیرکلامی درد را در میان بزرگسالان آفریقایی–آمریکایی، قفقازی و اسپانیایی تبار مبتلا به دمانس بررسی کرد که برای ارزیابی درد توسط کمک‌پرستاران انجام شد و از نظر کلی تفاوت معناداری از نظر شدت درد در گروه‌های قومی مختلف، یافت نشد. این یافته‌ها برای اولین بار به بررسی تفاوت‌های قومی در رفتارهای درد غیرکلامی در افراد سالمند مبتلا به دمانس، اشاره نموده است.

رفتار یا پاسخ‌های ناشی از محرک‌های مضر در افراد مبتلا به دمانس، لزوماً منعکس‌کننده رفتارهای کلاسیک یا معمول درد نمی‌باشد. رفتارهای غیرکلامی درد در بزرگسالان مبتلا به دمانس، منحصر به فرد بوده و تنوع زیادی دارد. به عنوان مثال درد ممکن است در اثر رفتار فاصله‌گیرانه، پرخاشگرانه یا سوء استفاده زبانی، باشد. مارزینسکی در مطالعه‌ای بر روی ۲۶ بیمار مبتلا به شرایط دردناک در بخش آلزایمر خانه سالمندان، ۹۰ پاسخ مختلف به درد را

جعبه ۶.۲. سلسله مراتب ارزیابی و درمان درد در افراد غیرکلامی یا دارای اختلال شناختی

۱. از سلسله مراتب تکنیک‌های ارزیابی درد استفاده کنید:
الف. در صورت امکان از خود بیمار گزارش بگیرید.
ب. به دنبال علل احتمالی درد یا سایر آسیب هایی باشید که می‌توانند باعث درد شوند.
ج. رفتارهای بیمار را که نشان‌دهنده درد است، مشاهده کنید.
د. گزارش همراه (اعضای خانواده، والدین، مراقبین) از درد و تغییرات رفتار / فعالیت را بدست آورید.
و. برای ارزیابی کاهش رفتارهای احتمالی درد، یک تست ضد درد را امتحان کنید.
۲. روشی را برای ارزیابی درد تعیین کنید.
۳. به طور مناسب از ابزارهای ارزیابی درد رفتاری، استفاده کنید.
۴. تأکید بر شاخص های فیزیولوژیکی مانند علائم حیاتی را به حداقل برسانید.
۵. ارزیابی مجدد و مستندسازی، کنید.

گزارش کرد که نمونه‌ای از رفتارهای معمول به درد، نبودند. به عنوان مثال، بیماری که به طور معمول ناله می‌کرد و می‌لرزید، هنگام احساس درد؛ ساکت و گوشه‌گیر شد. درد در یک بیمار غیرکلامی دیگر باعث پلک زدن سریع می‌شد. سایر بیمارانی که در شرایط عادی؛ کلمات غیر معمولی را بیان می‌کردند، می‌توانستند هنگام احساس درد، توصیف دقیقی از درد خود ارائه دهند. از یک چک لیست (به جعبه ۶.۳ مراجعه کنید) می‌توان به عنوان الگویی برای ارزیابی و درمان درد در بیماران / ساکنین مراکز مراقبتی غیرکلامی یا دارای اختلال شناختی، استفاده کرد.

جعبه ۶.۳. چک لیست ارزیابی و مدیریت درد در بیمار یا ساکن مبتلا به اختلال غیرکلامی یا شناختی

آیا دلیلی دارد که بیمار درد داشته باشد؟ تشخیص‌های بیمار را بررسی کرده و دلیل بروز هر گونه درد جدید را بررسی کنید.
آیا بیمار قبلاً به دلیل درد، درمان شده بود؟ در این صورت، چه درمانی مؤثر بود (شامل مداخلات دارویی و غیر دارویی)؟
وقتی بیمار درد دارد معمولاً چگونه عمل می‌کند؟ (توجه: ممکن است لازم باشد پرستار از خانواده / افراد برجسته یا سایر متخصصان مراقبت‌های سلامت سوال کند).
تعبیر مراقب خانواده از رفتار بیمار چیست؟ آیا او فکر می‌کند بیمار درد دارد؟ چرا او چنین احساسی دارد؟
سعی کنید از بیمار بازخورد بگیرید. به عنوان مثال، از بیمار بخواهید سرش را تکان دهد، دست را فشار دهد، چشم‌ها را به بالا یا پایین حرکت دهد، پاها را بلند کند یا انگشتان را بالا ببرد تا نشانه وجود درد باشد.
در صورت امکان، مطالب نوشتاری یا نمودارهای شدت درد را که بیمار می‌تواند استفاده کند را ارائه دهید.
اگر دلیل یا نشانه‌ای از درد حاد وجود دارد با مسکن یا سایر اقدامات تسکین درد، معالجه کنید.
اگر یک مداخله دارویی یا غیر دارویی منجر به اصلاح رفتار درد شود، به درمان ادامه دهید.
اگر رفتار درد ادامه داشت، علل احتمالی این رفتار را بررسی کنید (هذیان، عوارض جانبی درمان، علائم روند بیماری) مداخله مناسب برای علت رفتار را انجام دهید.
مداخلات را برای مراقبین بیمار و خانواده، توضیح دهید.

ابزاری برای ارزیابی درد در بیماران غیرکلامی یا دارای اختلال شناختی

مقیاس‌های رفتاری درد

ارزیابی درد در بیماران / ساکنین مبتلا به اختلالات کلامی یا شناختی که قادر به خود گزارش‌دهی نیستند، یک چالش بزرگ برای درمانگران است. ابزاری که بتواند وجود یا کاهش رفتارهای درد را تشخیص دهد، می‌تواند برنامه‌های مؤثر کنترل درد را تسهیل کند. با این حال، درد فقط مجموعه‌ای از رفتارها نیست و فقدان برخی رفتارها؛ لزوماً به معنای بی‌دردی بیمار نیست. همانطور که از چندین بررسی در زمینه ابزارهای درد مشخص است، بسیاری از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و محققان؛ سعی در ایجاد ابزارهای آسان، معتبر و قابل اعتماد برای ارزیابی درد در این جمعیت آسیب‌پذیر دارند. در حال حاضر، هیچ ابزار خاصی مبتنی بر رفتارهای غیرکلامی درد وجود ندارد که بتواند برای کاربردهای عمومی در بالین، جمعیت‌های خاص و مراکز مراقبت تسکینی، توصیه شود. خلاصه‌ای اساسی از ابزارهای رایج مورد استفاده برای ارزیابی درد در جمعیتی که قادر به خود گزارش‌دهی نیستند، در جدول ۶.۸ درج شده است. هر و همکاران با هدف ارائه اطلاعات به روز، ارزیابی گسترده‌ای از ابزارهای موجود (مفهوم‌سازی، موضوع / محیط، داده‌های قابلیت اطمینان و اعتبار بر اساس تحقیق، روش‌های مدیریت / امتیازدهی، نقاط قوت / ضعف) را انجام داده‌اند. این بررسی‌های دقیق را می‌توان در http://prc.coh.org/pain_aluation.asp مشاهده کرد.

ارزیابی درد نماینده در افراد غیر کلامی یا از نظر شناختی

همانطور که تجربه درد ذهنی است، مشاهده و تفسیر درد بیمار / ساکنین نیز یک تجربه ذهنی است. بدون تأیید شفاهی بیمار، پزشک نباید تنها به مشاهدات رفتاری حتی شهود و قضاوت شخصی نیز اعتماد کند. همچنین استخراج نظرات نزدیک‌ترین افراد که بیمار به آنها وابسته است نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، دشواری ارزیابی دقیق درد در بیماران غیرکلامی یا مبتلا به اختلال شناختی را در مطالعاتی نشان می‌دهند که همخوانی کمی بین ارزیابی خود بیماران نسبت به درد و رتبه‌بندی پزشکان، نشان می‌دهد. یافته‌های دیگر نیز مبهم هستند، برخی مطالعات نشان می‌دهد که مراقبان یا افراد مهم دیگر در ارزیابی درد عزیزشان یا تخمین دقیق میزان تجربه درد بیماران مبتلا به سرطان، مشکل داشتند و برخی دیگر اظهار داشتند که مراقبان؛ درد بیماران را بیش از حد ارزیابی می‌کنند. بروزا و همکارانش، نزدیکان و پرستارانی را که از ۶۰ بیمار بی‌پاسخ و در حال مرگ مراقبت می‌کردند را مورد مطالعه قرار دادند. از هر دو دسته خواسته شد با استفاده از شش رفتار مشاهده شده (ناراحتی، ناله، فریاد، لمس یا ماساژ، حرکت بی‌هدف، تنفس سخت) و دلیل مشکوک ناراحتی، میزان ناراحتی بیمار را ارزیابی کنند. اگرچه میانگین سطح ناراحتی درک شده مشابه بود، اما نزدیکان؛ رفتارهای مشاهده شده بیشتری را گزارش کردند و اغلب درد را دلیل ناراحتی، نشان دادند. به گفته کوهن- منسفیلد، نزدیکان ساکنان خانه سالمندان با اختلال شناختی در صورتی که حداقل هفته‌ای یک بار به عزیزان خود سر بزنند و رابطه نزدیک داشته باشند، بهتر می‌توانند حالات صورت و سایر رفتارهای درد را تفسیر کنند. برای تشخیص درد در ساکنان خانه سالمندان دارای اختلال شناختی، برای اعضای خانواده و دستیاران پرستاری، دانستن رفتار و الگوهای معمول بیمار جهت شناسایی درد، ضروری است.

جدول ۶.۸. ابزار درد برای جمعیتی که قادر به خود گزارش‌دهی نیستند.

ابزار	جمعیت	توصیف
مقیاس رفتاری درد (BPS)	بیماران وخیم، بیماران اینتوبه	هر یک از ۳ بعد نمره (۱–۴) امتیاز گرفتند که نمره کل (۳ = بدون درد تا ۱۲ = حداکثر درد) محاسبه می‌شود. حالت چهره آرام تا حدی سفت کاملا سفت شده لبخند زدن حرکات اندام فوقانی بدون حرکت تا حدی خم شده کاملا خم شده به طور دائمی خم شده تحمل ونتیلاتور تحمل حرکت بیشتر اوقات سرفه می‌کند اما ونتیلاتور را تحمل می‌کند. مبارزه با ونتیلاتور عدم تحمل ونتیلاتور
ابزار مراقبت ویژه مشاهده درد (CPOT)	بیماران مراقبت‌های ویژه	هر ۴ دامنه برای نمره کل از ۰–۲ امتیاز گرفتند که نمره کل (۰–۸) است. حالت چهره حرکات بدن انطباق بیمار با ونتیلاتور (لوله گذاری) یا ایجاد صدا (بدون لوله) تنش عضلانی وقتی نمره به ۲ یا بیشتر افزایش یابد، درد مشکوک است.
لیست بررسی شاخص‌های درد غیرکلامی(CNPI)	بزرگ‌سالان دارای اختلال شناختی	عدم وجود (۰) یا وجود (۱ یا ۲) از ۶ رفتار در حالت استراحت و فعالیت برای نمره کل (۰ تا ۱۲) محاسبه می‌شود. اصوات غیرکلامی کجی یا لرزش صورت تقویت کردن بی‌قراری پرحرفی

جدول ۶.۸ ادامه. ابزار درد برای جمعیتی که قادر به خود گزارش‌دهی نیستند.

ابزار	جمعیت	توصیف
FLACC- بازبینی شده (FLACC- r)	کودکان بعد از عمل، بیماران مراقبت ویژه، بزرگ‌سالان دارای اختلال شناختی	هر ۵ مورد از ۰–۲ نمره‌دهی می‌شوند که نمره کل (۰–۱۰) می‌شود. صورت پاها فعالیت گریه کردن تسلی‌پذیری
ابزار ارزیابی چند بعدی درد (MOPAT)[1]	بیماران هاسپیس فاقد ارتباط	بعد رفتاری: ۴ آیتم امتیاز می‌گیرد (۰ = هیچکدام / ۳ = شدید) بی قرار کشیدگی عضلات اخم کردن / لبخند زدن اصوات بیمار بعد فیزیولوژیکی: بدون تغییری نسبت به حالت معمول (۰) یا با تغییر از حد معمول (۱) فشار خون ضربان قلب تنفس پوسته پوسته شدن هر دو بعد برای نمره کل درد جمع شده است (۰– ۱۶)
مقیاس رفتاری ارزیابی درد (PABS)[2]	مراقبت ویژه بیماران غیر کلامی بستری در بیمارستان	هر ۵ مورد از ۰–۲ نمره‌دهی می‌شوند که نمره کل (۰–۱۰) می‌شود. چهره بی قراری تون عضلانی تلفظ صوتی تسلی‌پذیری بیمار در حالت استراحت و فعالیت، مشاهده می‌شود. دو نمره ثبت می‌شود که نمره بالاتر مد نظر است.
ارزیابی درد در دمانس پیشرفته (PAINAD)[3]	بیماران مبتلا به دمانس پیشرفته	هر ۵ آیتم از ۰–۲ نمره‌دهی می‌شوند که نمره کل (۰–۱۰) می‌شود. تنفس (مستقل از تلفظ صوتی) تلفظ صوتی منفی حالت چهره زبان بدن تسلی‌پذیری

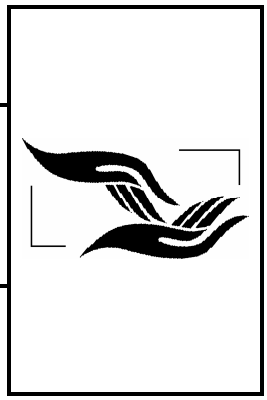
1. Multi- dimensional Objective Pain Assessment Tool
2. Pain Assessment behavioral Scale
3. Pain Assessment in Advanced Dementia

پیامدهای مربوط به درمان

اگرچه ارزیابی درد در بیمار / ساکن؛ غیرکلامی یا دارای اختلال شناختی برای درمانگران یک چالش است اما نباید مانعی برای مدیریت بهینه درد، باشد. اگر بیماران قادر به برقراری ارتباط کلامی نیستند که آیا درد دارند یا نه بهترین روش این است که فرض کنیم بیماری زمینه‌ای آنها هنوز دردناک است و مداخلات درد را ادامه دهیم. یک تیم مراقبت تسکینی می‌تواند مراقبت از بیمار را بهینه کرده و برنامه مراقبت را تدوین کند. اگر دردی از قبل وجود داشته باشد یا شواهدی وجود داشته باشد که فرد در شرایط مشابه دچار درد می‌شود، باید به صورت تجربی برای بیماران غیرکلامی، درمان صورت گیرد. به همین ترتیب، اقدامات تسکینی باید در بیماران غیرکلامی با تغییرات رفتاری بالقوه مربوط به درد در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

چندین فاکتور باید در ارزیابی تجربه درد لحاظ شوند. مطالعات موردی شامل برخی از تکنیک‌های ارزیابی درد است که در این فصل مورد بحث قرار گرفت. بررسی این موارد هنگامی که پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی از این محتوا استفاده می‌کنند، ممکن است مفید باشد.



فصل ۱۱

مدیریت درد

نکات کلیدی

- در محیط‌های مراقبت‌های تسکینی، درد شیوع بسیار بالایی دارد، با این حال اکثر افراد می‌توانند با گزینه‌های درمانی موجود، تسکین خوبی پیدا کنند.
- آگاهی کافی از موانع مدیریت درد، به پرستاران مراقبت تسکینی اجازه می‌دهد تا هنگام مراقبت از بیماران، مداخلاتی را برای غلبه بر این موانع، ارزیابی و برنامه‌ریزی کنند. حمایت و پشتیبانی نقش اساسی پرستار مراقبت تسکینی است.
- ارزیابی درد، دربرگیرنده شرح حال کامل، معاینه فیزیکی جامع و تدوین برنامه درمان دارویی و غیردارویی است.
- درمان‌های دارویی شامل غیرمخدرها، مخدرها، مسکن‌های کمکی، درمان‌های غیر دارویی و مکمل، درمان سرطان و در بعضی موارد، روش‌های مداخله‌ای است.
- درد غیرقابل درمان و علائم آن، اگرچه شایع نیست، اما باید با روش‌های تهاجمی، درمان شود. در بعضی موارد، ممکن است سدیشن تسکینی، کمک‌کننده باشد.

مقدمه

از میان بسیاری از علائمی که افراد در اواخر عمر؛ تجربه کرده‌اند، درد یکی از شایع‌ترین و ترسناک‌ترین آنهاست. با این حال، این ترس تا حد زیادی بی‌اساس است چرا که اکثر بیماران مبتلا به بیماری‌های مراحل انتهای زندگی می‌توانند تسکین پیدا کنند. پرستاران، به ویژه در زمینه مدیریت درد از اعضای مهم تیم مراقبت تسکینی هستند. نقش پرستار با ارزیابی آغاز می‌شود و از طریق تدوین برنامه مراقبت و اجرای آن ادامه می‌یابد. پرستار در طی این فرایند، آموزش و مشاوره به بیمار، خانواده و سایر اعضای تیم را ارائه می‌دهد. همچنین پرستاران برای تدوین سیاست‌های سازمانی و نظارت بر نتایج؛ جهت اطمینان از مدیریت خوب درد در تمام بیماران تحت برنامه مراقبت تسکینی، حیاتی هستند. برای مدیریت بهینه درد، همه متخصصین مراقبت‌های بهداشتی باید فراوانی درد در پایان زندگی، موانع جلوگیری از مدیریت آن، ارزیابی این سندرم و درمان‌هایی را که برای تسکین استفاده می‌شود را درک کنند. کنترل و تسکین درد مؤثر به‌طور جدی به مهارت درمانگر، بیمار و روابط خانوادگی، بستگی دارد. این مسئله از نقاط قوت اصلی پرستاری در تمام مراحل مراقبت تسکینی است.

شیوع درد

شیوع درد در بیماران لاعلاج از نظر تشخیص و سایر عوامل، متفاوت است. تقریباً یک سوم افرادی که به طور فعال تحت درمان سرطان قرار می‌گیرند و دو سوم افراد مبتلا به بیماری بدخیم پیشرفته، درد را تجربه می‌کنند. افرادی که در معرض خطر شامل سالمندان، اقلیت‌ها و زنان هستند. تقریباً سه چهارم بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته که در بیمارستان بستری شده‌اند، هنگام بستری درد دارند. در مطالعاتی نشان داده شده است که در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت تسکینی، غالباً درد همراه با خستگی و تنگی نفس، از علائم غالب است. کودکانی که از سرطان می‌میرند نیز در معرض درد و رنج هستند. متأسفانه، در مورد شیوع و تجربه درد در بیماران با سایر اختلالات تهدیدکننده زندگی، اطلاعات کمی در دست است. با این حال، افرادی که در محیط‌های مراقبت‌های تسکینی کار می‌کنند؛ به خوبی می‌دانند که درد اغلب با بسیاری از بیماری‌های جدی مانند ویروس ایدز(HIV) ، مولتیپل اسکلروزیس (MS)، اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) و بیماری کلیوی در مراحل انتهایی (ESRD) همراه است. علاوه بر این، بسیاری از بیماران در بیمارستان و مراکز مراقبت‌های تسکینی، سالمند هستند و به احتمال زیاد به سندرم درد مزمن ناشی از آرتروز یا کمردرد مبتلا هستند. تحقیقات لازم برای توصیف کامل فراوانی درد و نوع درد در بیماران در مراحل انتهای زندگی، مورد نیاز است. این اطلاعات منجر به بهبود تشخیص، ارزیابی و در نهایت درمان، می‌شود. متأسفانه، حتی زمانی که میزان شیوع و سندرم درد به خوبی شناسایی شود نیز، تحت درمان مناسب قرار نمی‌گیرد. این موضوع بیشتر به دلیل موانع مربوط به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، سیستم، بیماران و خانواده‌های آنها است.

موانع تسکین درد

موانع تسکین درد، بی‌شمار و فراگیر هستند. غالباً به دلیل ضعف آموزش، باورهای غلط یا مسائل رفتاری، این موانع منجر به عدم تسکین درد تعداد قابل توجهی از بیماران می‌شود. بررسی دقیق این موانع، باعث ایجاد تغییر فعالیت‌های فردی و همچنین ایجاد برنامه سازمانی در برنامه مراقبت تسکینی برای بهبود تسکین درد می‌شود (جعبه ۷.۱). بیشتر مطالعات، موانع مرتبط با درد سرطان را بررسی می‌کنند؛ بنابراین، موانعی که معمولاً افراد با سایر اختلالات در مراقبت تسکینی تجربه می‌کنند، به خوبی شناسایی نمی‌شوند. ممکن است این افراد حتی بیشتر تحت تأثیر درد قرار گیرند زیرا احتمال عدم شناسایی در افرادی با تشخیص غیر سرطان وجود دارد.

ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی

ترس مرتبط با داروهای مخدر که در افراد حرفه‌ای منجر به سوء استفاده از این مسکن‌ها می‌شود؛ و این نگرانی با گسترش سوء مصرف داروهای مخدر، بیشتر شده است. بررسی‌های متعدد نشان داده است که پزشکان، پرستاران و داروسازان، نگرانی‌هایی را در مورد اعتیاد، تحمل و عوارض جانبی مورفین و ترکیبات مرتبط با آن را ابراز می‌کنند. همچنین با افزایش میزان سوء مصرف و حتی مرگ و میر ناشی از استفاده از داروهای مخدر به شکل تفریحی در جامعه، این نگرانی نیز افزایش یافته است. جای تعجب نیست که اغلب به کم توجهی به درد و درمان آن در طی آموزش مقدماتی، اشاره می‌شود. کسانی که مراقبت انتهای زندگی را ارائه می‌دهند باید دانش و نگرش خود، از جمله تعصبات فرهنگی را ارزیابی کنند و برای آموزش خود و همکارانشان، تلاش کنند.

مراکز بهداشتی

عدم در دسترس بودن داروهای مخدر نه تنها در مناطق کم جمعیت روستایی، تأثیرگذار است بلکه داروخانه‌های

جعبه ۷.۱. موانع مدیریت درد سرطان

مشکلات مربوط به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی

- دانش ناکافی در زمینه مدیریت درد/ ارزیابی ضعیف درد/ نگرانی در مورد تنظیم داروهای کنترل شده/ ترس از اعتیاد بیمار/ نگرانی در مورد عوارض جانبی مسکن‌ها/ نگرانی در مورد مقاومت بیماران نسبت به مسکن‌ها

مشکلات مربوط به سیستم مراقبت‌های بهداشتی

- کم اهمیتی به درمان درد سرطان / تنظیم محدود داروهای کنترل شده / مشکلات در دسترس بودن درمان یا دسترسی به آن:
- بازپرداخت ناکافی
- کمبود دارو
- دسترسی محدود به متخصصان مراقبت تسکینی و درد
- دسترسی محدود به متخصصان اعتیاد برای بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد
- زمان ناکافی

مشکلات مربوط به بیماران

- عدم تمایل به گزارش درد / نگرانی در مورد کم توجهی پزشکان به درمان بیماری زمینه‌ای / ترس از اینکه درد به معنای بدتر بودن بیماری است / نگرانی در مورد بیمار "خوب" نبودن / سواد بهداشتی ضعیف / چالش‌های پیروی از رژیم ضد درد / عدم تمایل به مصرف داروهای ضد درد / ترس از اعتیاد یا خود را معتاد تلقی کردن / نگرانی در مورد عوارض جانبی غیرقابل کنترل / نگرانی مقاوم شدن در برابر داروهای ضد درد

درون شهری نیز تمایلی به نگهداری این داروها، ندارند. مدیریت درد همچنان در برخی از مراکز بهداشتی درمانی، کم اهمیت بوده و ارائه این خدمات، ضعیف است؛ در نتیجه، برخی از محیط‌ها فاقد متخصص واجد شرایط و متخصصین مدیریت درد هستند. تمام این موارد با هزینه درمان‌های ضد درد و عدم بازپرداخت توسط شرکت‌های بیمه شخص ثالث، پیچیده‌تر شده است.

بیماران و خانواده‌ها

درک این موانع باعث می‌شود تا افراد حرفه‌ای به آموزش و مشاوره بهتر بیماران و خانواده آنها بپردازند. از آنجا که این ترس‌ها، تخریب‌کننده هستند، باید از بیماران، اعضای خانواده یا افراد حمایتی سوال شود؛ که آیا آنها نگران اعتیاد و مقاومت بیمار هستند (غالباً توسط افراد غیرعادی به عنوان "مقاوم شدن" به دارو، توصیف می‌شود). مطالعات حاکی از آن است که این ترس‌ها منجر به ضعف درمان و افزایش شدت درد بیمار می‌شوند. نگرانی در مورد یک بیمار "خوب" بودن یا اعتقاد به ناگزیر بودن درد سرطان باعث می‌شود، بیماران در گزارش درد خود دچار تردید شوند. در این مطالعات، بیماران با تحصیلات کمتر و سن بالاتر، احتمال بیشتری برای ابراز این عقاید داشته‌اند. بیمارانی که به دنبال درمان فعال هستند ممکن است اعتقاد داشته باشند که پذیرش درد یا سایر علائم، صلاحیت آنها را برای انجام آزمایشات بالینی، کاهش دهد. عدم پایبندی به رژیم دارویی می‌تواند منجر به درد غیر قابل تسکین شود. برخی از بیماران و اعضای خانواده مصرف داروهای مخدر را به تأخیر می‌اندازند، زیرا معتقدند که این مواد فقط برای افراد بسیار بدحال و در حال مرگ است.

بیماران در مراحل انتهای زندگی، ممکن است برای دریافت داروها به اعضای خانواده یا سایر افراد حامی وابسته باشند. نگرانی‌های هر فرد باید مورد توجه قرار گیرد یا تهیه دارو ممکن است ناکافی باشد. مطالعات نشان می‌دهد که تفاوت کمی بین عقاید بیماران و اعضای خانواده در مورد مسکن وجود دارد. وجود تیم بین حرفه‌ای در اینجا ضروری است. پرستاران، مددکاران اجتماعی، روحانیون، پزشکان، داوطلبان و سایر اعضای تیم، باید در مورد مفهوم درد و موانع

احتمالی تسکین درد، تلاش کنند. آموزش، مشاوره، حمایت معنوی، ضروری است. پرستاران به ویژه برای ارائه آموزش،"مربیگری" و ارتقاء آسایش آموزش دیده‌اند. استراتژی‌های ارائه آموزش و پشتیبانی شامل موارد چاپ شده، برنامه‌های مبتنی بر اینترنت، برنامه‌های سلامت از راه دور و کنفرانس ویدیویی برای آموزش بیماران، به ویژه بیماران مناطق روستایی است. با این وجود،، آموزش به بیمار منجر به بهبودهای نسبتا کم در نتایج بهبود درد شده است.

اثرات درد جبران ناپذیر

اگرچه بسیاری از متخصصان و افراد فاقد تخصص از این می‌ترسند که مسکن‌های مخدر منجر به کوتاه شدن عمر شود، اما شواهد قابل توجهی در خلاف آن وجود دارد. یک مطالعه بزرگ شان داد که در افرادی که درد مزمن را تجربه می‌کنند، میزان مرگ و میر، ۱۰ سال به تعویق افتاده است. این احتمال وجود دارد که تسکین درد ناکافی با افزایش استرس فیزیولوژیکی، ضعف ایمنی، کاهش تحرک، افزایش احتمال پنومونی و ترومبوآمبولی و افزایش کار تنفس و نیازقلب به اکسیژن، مرگ را تسریع می‌کند. به عنوان مثال، مطالعات انجام شده بر روی مردان مبتلا به سرطان پروستات، ارتباط معنا داری بین نمرات تداخل درد و خطر مرگ را نشان می‌دهد. بعلاوه درد با کاهش کیفیت زندگی فرد، ممکن است منجر به مرگ شود؛ بنابراین، مسئولیت حرفه‌ای و اخلاقی درمانگران است که بر روی تسکین درد کافی بیماران خود تمرکز کرده و از آن‌ها مراقبت کنند و بیماران و مراقبان آن‌ها را به طور صحیح در مورد تمام درمان‌های ضد درد، از جمله داروهای مخدر آموزش دهند.

سندرم درد رایج و ارزیابی آن

ارزیابی جامع درد ضروری است. این کار باید در ابتدا، به طور منظم در طول درمان و در هنگام تغییر در وضعیت درد بیمار انجام شود. برای بحث کامل در مورد ارزیابی درد، به فصل ۶ مراجعه کنید.

مدیریت دارویی درد در بیماری پیشرفته

درک صحیح دارو درمانی در درمان درد از اهمیت زیادی در پرستاری مراقبت تسکینی برخوردار است. این دانش به پرستار این امکان را می‌دهد تا در برنامه جامع مراقبت، سهیم و به طور کامل آن را درک نماید. همچنین به پرستار این امکان را می‌دهد تا عوارض جانبی مربوط به دارو را شناسایی و ارزیابی کند تا تداخلات دارویی – دارویی و دارویی – بیماری را درک کرده و به بیماران و مراقبان در مورد استفاده مناسب از داروها، آموزش دهد. این روند؛ مرگ راحتی را برای رفاه حال بیمار و نیز تسلی خاطر همراهان، تضمین می‌کند. در این بخش مروری بر پرکاربردترین داروها و برخی از داروهای جدید موجود در ایالات متحده برای درمان درد مداوم و عودکننده مرتبط با بیماری پیشرفته، ارائه می‌شود. هدف این بخش این است که خواننده را با داروهایی که در اکثر مراکز مراقبتی، موجود است (باید وجود داشته باشد) به طور اساسی و عملی، آشنا سازد و آن را با تأکید بر روش‌های درمانی که شواهد واضح و قانع‌کننده‌ای در مورد اثربخشی آنها وجود دارد، نشان دهد. از آنجا که بیماران یا اعضای خانواده همیشه از نام داروهای خود آگاهی ندارند، یا ممکن است قرص‌هایی را به بیمارستان یا کلینیک بیاورند که در بسته‌بندی‌های اصلی آنها نیست، بسیاری از منابع تحت وب، تصاویری را ارائه می‌دهند که می‌تواند به پرستار در شناسایی رژیم ضد درد موجود کمک کند. این موارد را می‌توان در www.webmed.com و www.drugs.com مشاهده کرد. برخی از این برنامه‌ها به عنوان برنامه‌های تلفن‌های همراه وتبلت نیز در دسترس هستند.

مسکن‌های غیراپوئیدی (غیر مخدر)

استامینوفن

استامینوفن به عنوان یکی از بی‌خطرترین مسکن‌ها برای استفاده طولانی مدت در کنترل درد خفیف یا به عنوان یک مکمل در مدیریت سندرم‌های درد شدید، شناسایی شده است. با این حال سوالاتی درباره اثربخشی ضد درد آن مطرح شده است. استامینوفن (که به اختصار APAP نامیده می‌شود و در خارج از آمریکای شمالی به آن پاراستامول گفته می‌شود) می‌تواند به عنوان یک مکمل برای هر رژیم درد مزمن در نظر گرفته شود. بررسی اخیر کاکرین در مورد استامینوفن خوراکی به هیچ شواهد معتبری برای حمایت یا رد استفاده از آن به تنهایی یا همراه با داروهای مخدر دیگر برای درد سرطان، دست نیافته است. دوزهای کاهش یافته یا عدم استفاده از استامینوفن در موارد نارسایی کلیه یا اختلال عملکرد کبد، توصیه می‌شود. بررسی کامل داروهای تجویز شده علاوه بر داروهای بدون نسخه (OTC)[1] مصرف شده توسط بیمار نشان داده است که بسیاری ازOTC ها حاوی استامینوفن هستند و بیماران ممکن است از خطر مصرف بیش از حد آن اطلاع نداشته باشند. یک فرمولاسیون وریدی استامینوفن در حال حاضر موجود است که در مراقبت‌های بعد از عمل و مراقبت ویژه، مورد مطالعه قرار گرفته است. بررسی کاکرین نشان داد که تقریباً ۳۶٪ بیماران حدود ۴ ساعت بی‌دردی مؤثر را با استامینوفن تزریقی، تجربه کرده‌اند. از استامینوفن داخل وریدی برای درمان تب در انکولوژی کودکان نیز استفاده شده است. مسائل مربوط به هزینه‌ها و فقدان سود مشخص نسبت به مصرف خوراکی استامینوفن ممکن است مانع استفاده از آن در مراکز مراقبت‌های تسکینی شود.

1. Over- the- counter

داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی

داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) با کاهش بیوسنتز پروستاگلاندین‌ها، بر بی‌دردی تأثیر می‌گذارند و از این طریق آبشار عوارض التهابی را که باعث تقویت یا حفظ درد می‌شوند را مهار می‌کنند. همچنین به نظر می‌رسد این عوامل درد را با تأثیر بر سیستم عصبی محیطی یا مرکزی، مستقل از مکانیسم عملکرد ضد التهابی، کاهش می‌دهند. این اثر ثانویه ضد درد به خوبی درک نشده است. NSAIDهای "کلاسیک" (به عنوان مثال، آسپرین یا ایبوپروفن) از نظر اثرات مهاری بر روی آنزیم‌هایی که اسید آراشیدونیک را به پروستاگلاندین تبدیل می‌کنند، نسبتاً غیر انتخابی هستند. در نتیجه، زخم دستگاه گوارش(GI) ، اختلال عملکرد کلیه و اختلال در تجمع پلاکت‌ها در اثر مصرف آن‌ها، معمول است. مسیر آنزیمی سیکلواکسیژناز ۲ (COX- 2) در اثر آسیب بافتی یا سایر شرایط التهابی، ایجاد می‌شود. به همین دلیل است که احتمال خطر خونریزی دستگاه گوارش با استفاده از سلکوکسیب، (NSAID انتخابی COX-2) حداقل در ماه‌های اولیه درمان، کمتر است. (جدول ۷.۱).

NSAIDها، به عنوان یک طبقه، در درمان درد بسیاری از بیماری‌های ناشی از التهاب، از جمله موارد ناشی از سرطان، بسیار مفید هستند. NSAIDها مزیت بالقوه‌ای با ایجاد کمترین عوارض نظیر تهوع، یبوست، آرام بخشی و یا سایر اثرات بر عملکرد ذهنی را دارند؛ بنابراین، بسته به علت درد، NSAIDها ممکن است برای کنترل درد متوسط تا شدید، به تنهایی یا به عنوان مکمل درمان ضد درد داروهای مخدر، مفید باشند. افزودنNSAID ها به داروهای مخدر عوارض آرام بخشی، گیجی، سرگیجه یا سایر اثرات سیستم عصبی مرکزی زمانی که داروهای مخدر به تنهایی استفاده می‌شوند را کاهش می‌دهد.

جدول ۷.۱. استامینوفن و داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی

Drug	Dose if patient > 50 kg	Dose if patient < 50 kg
Acetaminophen[a,b]	500–1,000 mg q4–6h oral; maximum 4,000 mg/24 hr (2,000–3,000 mg if used chronically) 1,000 mg q6h IV (given over 15-minute infusion); maximum 4,000 mg/24 hr	10–15 mg/kg q4h (oral) 15 mg/kg q6h; maximum 75 mg (IV) 15–20 mg/kg q4h (rectal)
Aspirin[a,b]	4,000 mg/24 hr maximum, given q4–6h	10–15 mg/kg q4h (oral) 15–20 mg/kg q4h (rectal)
Ibuprofen[a,b]	2,400 mg/24 hr maximum, given q6–8h	10 mg/kg q6–8h (oral)
Naproxen[a,b]	1,000 mg/24 hr maximum, given q8–12h	5 mg/kg q8h (oral/rectal)
Choline magnesium trisalicylate[a,d]	2,000–3,000 mg/24 hr maximum, given q8–12h	25 mg/kg q8h (oral)
Indomethacin[b]	75–150 mg/24 hr maximum, given q8–12h	0.5–1 mg/kg q8–12h (oral/rectal)
Ketorolac[c]	30–60 mg IM/IV initially, then 15–30 mg q6h bolus IV/IM or continuous IV/SQ infusion; short-term use only (3–5 days)	0.25–1 mg/kg q6h short-term use only (3–5 days)
Celecoxib[d,e]	100–200 mg PO up to bid	No data available

[a] Commercially available in a liquid form.

[b] Commercially available in a suppository form.

[c] Potent anti-inflammatory (short-term use only due to gastrointestinal side effects).

[d] Minimal platelet dysfunction.

[e] Cyclooxygenase-2-selective nonsteroidal anti-inflammatory drug.

کاهش عملکرد کلیه و نارسایی کبدی از موارد منع مصرف نسبی استفاده از NSAID است. به طور مشابه، اختلال در عملکرد پلاکت یا سایر اختلالات خونریزی‌دهنده، استفاده از داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی غیر انتخابی را به دلیل اثرات مهاری آنها روی تجمع پلاکت‌ها، با ایجاد زمان خونریزی طولانی مدت، منع می‌کند. خطر قلبی عروقی مرتبط با NSAIDها، از جمله سکته قلبی و سکته مغزی، شناسایی شده است و به نظر می‌رسد در افرادی با سابقه بیماری قلبی بیشتر باشد. به نظر می‌رسد خطر قلبی عروقی به مدت زمان استفاده نیز بستگی دارد به طوری که خطر سلکوکسیب در ۳۰ روز استفاده مداوم بیشتر است، در حالی که با سایر NSAIDها مانند ایبوپروفن، خطر طی ۷ روز استفاده؛ افزایش می‌یابد. مطالعات نشان می‌دهد که بیماران اغلب از عوارض جانبی مرتبط با این داروها بی‌اطلاع هستند و ممکن است از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAID) به نحوی استفاده کنند که خطر را افزایش دهد.

مسکن‌های اپوئیدی (مخدر)

به عنوان یک طبقه دارویی، داروهای ضد درد مخدر از مفیدترین عوامل برای درمان درد همراه با بیماری پیشرفته هستند (جعبه ۷.۲). از آنجا که اپوئیدها باعث کاهش انتقال و درک سیگنال درد در کل سیستم عصبی بدون توجه به پاتوفیزیولوژی درد می‌شوند، غیر اختصاصی هستند. درد متوسط تا شدید، اصلی‌ترین موارد مصرف مسکن‌های مخدر هستند. علی‌رغم اعتقادات گذشته مبنی بر اینکه داروهای مخدر برای درد نوروپاتیک بی‌اثر هستند، مفید بودن این داروها در درمان سندرم درد پیچیده، مشخص شده است؛ به طوری که دوزهای بالاتر نیز معمولاً قابل توجیه

جعبه ۷.۲. دستورالعمل استفاده از داروهای مخدر

مطالعات و تجربیات بالینی نشان می‌دهد که رعایت برخی دستورات اساسی به بهینه‌سازی مراقبت از بیمارانی که برای کنترل درد به درمان ضد درد با داروهای مخدر نیاز دارند، کمک می‌کند:

- در اکثر موارد مصرف خوراکی داروهای مخدر ترجیح داده می‌شود. تجویز عضلانی بسیار کم‌اثر است. تزریق زیر جلدی یا وریدی، گزینه جایگزین است.
- روش‌های تجویز غیرتهاجمی دارویی که مسیر روده‌ای را "بای پس" می‌کنند (به عنوان مثال، ترانس درمال [فنتانیل یا بوپرنورفین] و مسیرهای دهانی از راه مخاط برای جذب فنتانیل برای درمان درد مداوم و درد شایع) ممکن است ضرورت استفاده از مسیرهای تزریقی برای کنترل درد در بعضی از بیمارانی که نمی‌توانند از راه خوراکی یا مقعدی دارو مصرف کنند را کاهش دهد.
- پیش‌بینی، پیشگیری و درمان اثرات آرام بخشی، یبوست، حالت تهوع، اثرات روان سایشی و میوکلونوس باید بخشی از هر برنامه مراقبتی برای بیماران تحت درمان با داروهای ضد درد اپیوئیدی، باشد.
- تغییر از یک ماده مخدر به دیگری یا یک روش به روش دیگر، اغلب ضروری است، بنابراین تسهیل این فرایند یک ضرورت مطلق است. نکات زیر را بخاطر بسپارید:
- مقاومت متقاطع ناقص، منجر به کاهش نیاز به یک مخدر تازه تجویز شده می‌شود.
- برای جلوگیری از خطا، از معادل های میلی‌گرم مورفین (MME)[2] به عنوان "مخرج مشترک" برای همه تبدیل دوزها استفاده کنید.

هستند. سایر موارد استفاده از داروهای مخدر شامل درمان تنگی نفس، کاهش اسهال، استفاده به عنوان داروی بی‌حس‌کننده بیهوشی و نوعی پیشگیری در درمان سوء مصرف داروهای مخدر (OUD)[1] به عنوان مثال، استفاده از متادون یا بوپرنورفین برای کسانی که سابقه سوء مصرف داروهای مخدر را دارند.

تنها مورد منع مصرف کامل داروهای مخدر، سابقه واکنش آلرژیک شدید (راش، تنگی نفس و ادم) است. در موارد نادر که یک بیمار یک واکنش آلرژیک واقعی را توصیف می‌کند، می‌توان درمان را با دوز کم یک مخدر مصنوعی با اثر کوتاه مدت (به عنوان مثال، فنتانیل داخل وریدی) شروع کرد یا تزریق داخل پوستی را برای تست، امتحان کرد. دلیل استفاده از یک مخدر مصنوعی (ترجیحاً ماده بدون رنگ و مواد نگهدارنده زیرا این‌ها می‌توانند واکنش‌های آلرژیک، ایجاد کنند) این است که شیوع واکنش‌های آلرژیک، بسیار کمتر است. همچنین برای درمانگران بالینی که درگیر مراقبت از بیمار هستند بسیار مهم است که نسبت به تیتراسیون مسکن‌های مخدر، آگاهی لازم را داشته باشند. این تیتراسیون با تأثیر در تسکین درد به ندرت با ضعف تنفسی ناشی از آن و یا مرگ ایاتروژنیک، همراه است. در حقیقت، شواهد معتبر نشان می‌دهد که تسکین درد ناکافی با افزایش استرس فیزیولوژیکی، ضعف ایمنی بدن، کاهش تحرک، افزایش احتمال ترومبوآمبولی و در نتیجه قرار دادن بیمار در معرض خطر پنومونی و افزایش نیاز به اکسیژن قلب، باعث تسریع در مرگ می‌شود. علاوه بر این، در چندین بررسی سیستماتیک، هیچ ارتباطی بین مصرف داروهای مخدر و بقا، وجود نداشت.

در پاسخ‌های بالینی به مخدرهای مختلف، تفاوت‌های منحصر به فرد و قابل توجهی وجود دارد،

1. Opioid use disorder

2. Morphine milligram equivalents

جدول ۷.۲. دوزهای تقریبی برابر مسکن‌های مخدر رایج

دارو	پارانترال	انترال
مورفین	10 mg	30 mg
کدئین	130 mg	200 mg (توصیه نمی‌شود)
فنتانیل	100 mg	TIRF فنتانیل آزاد شونده فوری از راه مخاط
هیدروکدون	در دسترس نیست	30 mg
هیدرومورفین	1.5 mg	7.5 mg
لوورفانول	حاد 2 mg / مزمن 1 mg	حاد 4 mg / مزمن 1 mg
متادون	متن را مشاهده کنید	متن را مشاهده کنید.
اکسی کدون	در دسترس نیست.	20 mg

بنابراین در اکثر موارد، رویکرد تیتراسیون دوز باید به عنوان بهترین وسیله برای بهینه‌سازی مراقبت، در نظر گرفته شود. این بدان معناست که برای تعیین زمان دستیابی به بهترین نتایج بالینی، پیگیری دقیق لازم است. علاوه بر این، پاسخ‌های خاص ممکن است نیاز به تست‌های مختلف برای تعیین مؤثرترین دارو و روش تجویز آن برای هر بیمار معین، داشته باشد. در جدول ۷.۲، پیشنهادات مشخص‌تری در مورد استفاده بهینه از داروهای مخدر آورده شده است. یکی دیگر از عواملی که باید در مورد مسکن‌های مخدر مورد توجه قرار گیرد، امکان تجمع متابولیت‌های سمی به ویژه در مواجهه با کاهش کلیرانس و حذف دارو با پیشرفت بیماری و بدتر شدن عملکرد اندام‌ها، وجود دارد. به دلیل ایجاد متابولیت نوروتوکسیک؛ نورمپریدین، استفاده از مپریدین به طور خاص برای مدیریت درد مزمن، توصیه نمی‌شود. همچنین عوامل ترکیبی آگونیست- آنتاگونیست که با بوتورفانول، نال بوفین و پنتازوسین، مشخص می‌شوند، برای درمان درد مزمن توصیه نمی‌شوند. اثر آنها محدود است و استفاده از آنها ممکن است باعث سندرم ترک حاد در بیمارانی شود که در غیر این صورت از ضد دردهای اپیوئیدی آگونیست خالص، استفاده می‌کنند.

از آنجا که ممکن است مقاومت متقابل ناقص؛ وجود داشته باشد، باید از نظر دوز دقیقاً کنترل شود.

موجود در قرص‌ها و کپسول‌های با رهاسازی مداوم، فرموله شده برای دوام ۱۲ یا ۲۴ ساعته

همچنین در ترانس درمال و فنتانیل آزاد شونده فوری در مخاط نیز موجود است، برای توصیه‌های دوز به مواد درج شده در بسته‌بندی‌ها، مراجعه کنید.

به صورت فرمولاسیون با انتشار مداوم و به مدت ۲۴ ساعت موجود است. این داروها نیمه عمر طولانی دارند، بنابراین تجمع می‌تواند رخ دهد. نظارت دقیق در چند روز اول درمان بسیار مهم است.

در دوزهایی با انتشار مداوم، موجود است، فرموله شده برای ماندگاری ۱۲ ساعت.

مرفین

مرفین اغلب به عنوان "استاندارد طلایی" مسکن های مخدر در نظر گرفته می‌شود و به عنوان معیاری برای معادل‌سازی دوز، استفاده می‌شود (جدول ۷.۲). اگرچه برخی از بیماران به دلیل خارش، سردرد، دیسفوریا یا سایر عوارض جانبی، نمی‌توانند مورفین را تحمل کنند، اما اثرات متداول دوزهای اولیه مانند آرام بخشی و تهوع، اغلب طی چند روز برطرف می‌شود. در حقیقت، باید این عوارض جانبی، به خصوص یبوست، تهوع و آرام بخشی را پیش‌بینی کرد و به طور مناسب پیشگیری یا درمان نمود (بحث بعدی را ببینید). متابولیت‌های مرفین و هیدرومورفون، مرفین ۳- گلوکورونید (M3G) و هیدرومورفون ۳- ۳- گلوکورونید (H3G) به ترتیب ممکن است در میوکلونوس، تشنج و افزایش درد نقش

داشته باشند، به ویژه در مواردی که بیماران بـه دلیـل نقص عملکرد کلیه نمی‌توانند این متابولیت‌هـا را پـاک کنند. با این حال در یک مطالعـه کوچـک در بیمـاران هاسپیس، افـزایش میـزان M3G یـا H3G بـا وجـود میوکلونوس، ارتباطی نداشت. اگر عوارض جـانبی دارو بیش از سود آن باشد، آن را به یک دوز مساوی از یک مخدر متفاوت، تبدیل کنید. از آنجا که مقاومت متقاطع ناقص است، دوز محاسبه شده را از یک سوم به نصف کاهش دهید و بر اساس گـزارش تـسکین بیمـار و یـا بهبود سطح عملکرد، میزان آن را به سمت بـالا، تیتـر کنید.

طعـم تلـخ مـرفین ممکـن اسـت یکـی از موانـع مـصرف آن باشـد، بـه خـصوص اگـر قـرص‌هـای "سریع آزاد شـونده" در دهـان بـاقی بماننـد تـا حـل شـوند. زمـانی کـه بیمـاران دچـار دیـسفاژی هـستند، گزینـه‌هـای مختلفـی در دسـترس اسـت. کپـسول ۲۴ ساعته مورفین طولانی اثر را می‌تـوان بـاز کـرد و در مواد غذایی نرم، حل نمود. محلول مورفین خوراکی را می‌توان بلعیـد یـا مقـدار کمـی (۰/۱میلـی لیتـر) از محلـول غلـیظ (بـه عنـوان مثـال، ۲۰ میلـی‌گـرم در میلی‌لیتر) را می‌توان در دهـان بیمـارانی قـرار داد کـه قابلیت بلع اختیاری آنها بطـور قابـل تـوجهی محـدود است. جذب خوراکی مرفین به دلیل ماهیت آبدوسـت، آهسته و غیرقابل پـیش‌بینـی بـودن آن، بـرای ایجـاد بی‌دردی کافی نیست. همچنین بـه دلیـل ماهیـت آب دوست بودن مورفین؛ کرم‌ها، ژل‌ها و تکه‌های حـاوی مورفین از سـطح پوسـت عبـور نمـی‌کننـد و بنـابراین تسکین سیستمیک ایجاد نمی‌کنند. برای رسـاندن دارو بـه رکتـوم، مـی‌تـوان از شـیاف‌هـای آمـاده تجـاری، شـیاف‌هـای مرکـب یـا میکروانماهـا، اسـتفاده کـرد. قرص‌های مرفین بـا رهـش پایـدار؛ بـصورت مقعـدی استفاده می‌شوند و در نتیجه زمان رسیدن بـه حـداکثر سطح پلاسما به تأخیر افتـاده و تقریبـاً ۹۰٪ از فـراهم زیستی با تجویز خوراکی، حاصل می‌شود.

فنتانیل

فنتانیل یک مخـدر محلـول در چربـی اسـت کـه بـه صورت تزریقی، داخـل نخـاعی، داخـل جلـد، تـرانس موکوسال (خوراکی، زیر زبانی و بینی) و توسط نبولایزر برای مدیریت تنگی نفس، تجویز می‌شود. دوز دارو به دلیل قدرت آن، معمولاً به میکروگرم محاسبه می‌شود.

فنتانیل داخل جلدی

فنتانیـل داخـل جلـدی کـه اغلـب آن را پـچ فنتانیـل می‌نامند در مواردی که بیماران قادر به بلعیـدن نبـوده، در یادآوری مصرف داروها مشکل دارند و یا با مـصرف سایر داروهای مخدر، دچار عوارض مـی‌شـوند، بـسیار مفید است. در حال حاضر در دو سیستم اصلی، یک پچ مبتنی بر مخزن و یـک پـچ از نـوع مـاتریس، موجـود است. این سیستم‌ها اثرات کاملاً مشابهی را در پوسـت سالم از خـود نـشان مـی‌دهنـد، اگرچـه ممکـن اسـت اختلافاتی هنگام قرار گـرفتن در معـرض گرمـا (نفـوذ بیشتر دارو در ۷۲ ساعت در سیستم مخزن) یـا پوسـت آسیب دیده (نفوذ بیـشتر در وصـله مـاتریکس)، ایجـاد شود. اگرچه در بسته‌بندی دارو ذکر شده است که نباید از چسب‌های ترانس درمال در بیماران بی‌تجربه مخدر، استفاده شود، اما یک مطالعه کوچک نشان می‌دهد که پچ ۱۲ میکروگرم در ساعت می‌تواند با اطمینان در این جمعیت، استفاده شود. تب، تعریق، سوء هاضمه، چاقی مرضی، اختلال عملکرد کبد، آسیت و استفاده همزمان از القاکننده‌های 3A4 ممکن است بر جذب، پیش‌بینی سطح خون و اثرات بالینی فنتانیل داخل جلـدی، تـأثیر بگذارد. یک مطالعه در مقایسه بیماران مبتلا بـه سـوء هاضمه و بیماران با وزن طبیعی نشان داد کـه میـزان فنتانیل سرم در افراد با کاهش وزن، کاهش مـی‌یابـد. تجربه بالینی نشان می‌دهد که فنتانیـل داخـل جلـدی حتی در بیمارانی که ذخیره چربی کمی دارند، می‌توانـد مؤثر باشد. برخی پیـشنهادات وجـود دارد کـه فنتانیـل داخل جلدی در مقایسه با مورفین طولانی اثر، ممکـن

است یبوست کمتری ایجاد کند. در دوزهای پایین‌تر، فنتانیل داخل جلدی اثر محدودی بر روی اسفنکتر اودی دارد که نشان می‌دهد این یک درمان ایمن و مؤثر برای بیماران مبتلا به پانکراتیت است. برخی از بیماران تنها پس از ۴۸ ساعت استفاده از پچ جدید، کاهش اثرات ضد درد را مشاهده می‌کنند. تغییر پچ مکرر (هر ۴۸ ساعت) باید برنامه‌ریزی شود. همانند تمام داروهای طولانی اثر، داروهای ضد درد مهم باید در دسترس بیماران استفاده‌کننده از داروهای مخدر با ترشح مداوم مانند پچ فنتانیل، قرار گیرند.

محصولات فنتانیل با ترشح ترانس موکوسال فوری

چندین فرمولاسیون از محصولات ترشحی ترانس موکوسال فوری فنتانیل (TIRF)[1]، از جمله فنتانیل سیترات ترانس موکوسال دهانی (OTFC)[2]، قرص‌های خوراکی و محلول در غشا و همچنین اسپری دهان و بینی، در دسترس است. بزرگسالان باید با کمترین دوز شروع کرده و اثربخشی را کنترل کنند و در صورت لزوم به واحدهای دوز، افزوده می‌شود. پزشکان باید توجه داشته باشند که برخلاف سایر داروهای ضد درد، دوز شبانه روزی داروهای مخدر، دوز مؤثر OTFC را پیش‌بینی نمی‌کند. اسپری بینی فنتانیل، سریع‌ترین شروع را در بین محصولات TIRFدارد، پس از ۵ دقیقه از تجویز، شدت درد را به طور قابل توجهی همراه با حداقل عوارض، بهبود می‌بخشد.

اکسی کدون

اکسی کدون یک مخدر مصنوعی است که در فرمولاسیون طولانی مدت و همچنین در قرص‌های با رهاسازی فوری (به تنهایی یا همراه با استامینوفن، آسپرین یا ایبوپروفن) و در شکل مایع موجود است. تقریباً به اندازه مورفین محلول در لیپید است اما جذب خوراکی بهتری دارد. اثر تسکین دهندگی این دارو تقریباً معادل ۲۰ میلی‌گرم تا ۳۰ میلی‌گرم مورفین خوراکی است. به نظر می‌رسد عوارض جانبی مشابهی با مورفین داشته باشد. مشخص شده است، موادی که CYP3A4را مهار می‌کنند، مانند ماده ضد ویروسی بسیار فعال ریتوناویر، واریکونازول و حتی آب گریپ فروت، غلظت اکسی کدون را افزایش می‌دهند. در صورت استفاده از مهارکننده‌های CYP3A4، دوزهای کمتری از اکسی کدون قابل تجویز است.

متادون

متادون دارای چندین ویژگی است که آن را در مدیریت درد شدید و مزمن، کاربردی می‌کند. نیمه عمر ۲۴ تا ۶۰ ساعت و یا بیشتر، فواصل دوز طولانی مدت را امکان‌پذیر می‌کند، اگرچه برای کنترل درد، دوز هر ۸ الی ۱۲ ساعت توصیه می‌شود. متادون همچنین ممکن است به عنوان یک آنتاگونیست به گیرنده ان متیل دی آسپارتات (NMDA) متصل شود، اعتقاد بر این است که در درد نوروپاتیک و جلوگیری از درد بسیار شدید، مزیت خاصی دارد. علاوه بر این متادون می‌تواند به صورت خوراکی، تزریقی و زیر زبانی نیز تجویز شود. همچنین متادون بسیار کم هزینه‌تر از دوزهای قابل مقایسه با فرمولاسیون‌های پیوسته اختصاصی است و آن را به طور بالقوه برای بیماران فاقد منابع مالی کافی برای داروهای پرهزینه‌تر، در دسترس قرار می‌دهد.

علی‌رغم این مزایا، در مورد تناسب دوز بین متادون و مرفین و شناسایی ایمن‌ترین و مؤثرترین دوره زمانی برای تبدیل یک مخدر به متادون، چیزهای زیادی ناشناخته است (جدول ۷.۲). در نتیجه، توصیه‌ها نشان می‌دهد که بیماران باید حدود ۳۰ تا ۴۰ میلی‌گرم متادون در روز با تیتراسیون بسیار آهسته

1. Transmucosal immediate- release fentanyl
2. Oral transmucosal fentanyl citrate

جدول ۷.۳. داروهای انتخابی که سطح سرمی متادون را افزایش یا کاهش می‌دهند

القاکننده‌های CYP3A4 که باعث کاهش اثر متادون می‌شوند	مهارکننده‌های CYP3A4 که اثر متادون را افزایش می‌دهند
باربیتورات‌ها	سایمتیدین
کاربامازپین	سیپروفلوکساسین
دگزامتازون	دیازپام
فنی‌توئین	هالوپریدول
ریفامپین	کتوکونازول
اسپیرونولاکتون	امپرازول
	وراپامیل

شروع نمایند سپس رفته رفته، افزایش دهند. از متادون نباید برای دوزهای درد ناگهانی یا بر اساس نیاز، استفاده نمود. بعلاوه، اگرچه نیمه عمر طولانی یک مزیت است، اما احتمال تجمع دارو قبل از دستیابی به سطح خون ثابت، افزایش می‌یابد و بیماران را در معرض خطر دوز بیش از حد و دپرسیون تنفسی، قرار می‌دهد. به عنوان مثال، اگر نیمه عمر دارو ۶۰ ساعت باشد، رسیدن به حالت ثبات؛ ۱۲ روز طول می‌کشد. نظارت دقیق بر این اثرات بالقوه نامطلوب یا حتی تهدیدکننده زندگی، لازم است و بیشتر متخصصان پیشنهاد می‌کنند که متادون فقط باید توسط پزشکان باتجربه تجویز شود. میوکلونوس با استفاده از متادون تزریقی نیز گزارش شده است. در برخی از بیماران با تجویز متادون، نگرانی در مورد طولانی شدن موج QT وجود دارد که به آن تورسادپوینت نیز گفته می‌شود.

متادون توسط CYP3A4، CYP2D6 و سایر آنزیم‌ها، متابولیزه می‌شود. در نتیجه، داروهایی که آنزیم‌های CYP را تسریع می‌کنند، متابولیسم متادون را سرعت می‌بخشند و در نتیجه سطح سرمی دارو کاهش می‌یابد (جدول ۷.۳). این واکنش ممکن است با کوتاه شدن فواصل تجویز ضد درد یا کاهش تسکین درد به طور بالینی، نشان داده شود. نمونه‌هایی از این داروها که اغلب در مراقبت‌های تسکینی استفاده می‌شود شامل چندین عامل ضد رترو ویروسی، دگزامتازون، کاربامازپین، فنی‌توئین و باربیتورات‌ها، است. داروهایی که آنزیم‌های CYP را مهار می‌کنند، متابولیسم متادون را کند می‌کنند و به طور بالقوه منجر به آرام‌سازی و دپرسیون تنفسی، می‌شوند. این داروها شامل کتوکونازول، امپرازول و مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI) مانند داروهای ضد افسردگی فلوکستین، پاروکستین و سرترالین هستند. بیمارانی که در حال حاضر به عنوان بخشی از برنامه نگهدارنده اعتیادشان، متادون دریافت می‌کنند، مقاومت متقابل به داروهای مخدر را دارند و در نتیجه، به دوزهای بالاتری نسبت به بیماران بی‌تجربه، نیاز دارند. تجویز متادون به عنوان درمان جایگزین در بیماری اعتیاد، نیاز به مجوز خاصی در ایالات متحده، دارد.

هیدرومورفون

هنگامی که مزیت داروهای مخدر مصنوعی مطرح می‌شود، هیدرومورفون، یک گزینه مفید است. این دارو در قرص‌های خوراکی، مایعات، شیاف، فرمولاسیون‌های تزریقی و فرمولاسیون طولانی مدت، موجود است. اگرچه ممکن است هیدرومورفون- ۳- گلوکورونید در بیماری کلیوی؛ تجمع یابد اما این متابولیت هنگام دیالیز از بدن خارج می‌شود و شواهدی مبنی بر ایمنی این دارو در این بیماران، ارائه شده است.

اکسی مورفون

اکسی مورفون یک مخدر نیمه مصنوعی است که تقریباً ۵۰ سال است در فرمولاسیون تزریقی وجود دارد و از سال ۲۰۰۶ نیز در فرمولاسیون سریع الاثر و طولانی اثر خوراکی، موجود است. مشخصات ایمنی و اثربخشی آن در افراد مبتلا به سرطان مانند سایر

داروهای مخدراز جمله مرفین و اکسی کدون است. شیوع تزریق اکسی مورفون که منجر به شناسایی موارد جدید عفونت HIV در یک شهر کوچک در ایندیانا شد، نگرانی در مورد سوء استفاده از داروهای مخدر را ایجاد کرد و تولید فرمولاسیون طولانی اثر این دارو به شکل داوطلبانه از چرخه تولید، خارج شد.

سایر داروهای مخدر

بوپرنورفین، کدئین، هیدروکدون، لوورفانول، ترامادول و تاپنتادول از دیگر مخدرهای موجود در ایالات متحده برای درمان درد هستند. مقایسه مسکن‌های درد در جدول ۷.۲ نشان داده شده است. بوپرنورفین، یک آگونیست جزئی، معمولاً به عنوان بخشی از یک برنامه نگهدارنده داروهای مخدر به جای متادون استفاده می‌شود. یک پچ ۷ روزه بوپرنورفین که برای درد متوسط تا شدید تأیید شده است؛ هم اکنون در ایالات متحده موجود است. کدئین به دلیل اینکه باید به عنوان یک پیش دارو توسط آنزیم CYP2D6 تجزیه شود تا اثر بی‌دردی ایجاد کند، معمولا مصرف محدودی دارد و تقریباً ۱۰٪ از سفیدپوستان در ایالات متحده، متابولیسم ضعیف این دارو را دارند. بالعکس، برخی از بیماران متابولیزه فوق سریع این دارو را دارند که این موضوع می‌تواند منجر به مصرف بیش از حد شود. هیدروکدون فقط در محصولات ترکیبی به شکل سریع الاثر؛ در دسترس است، بنابراین افزایش دوز ناشی از ابراز نگرانی در مورد استامینوفن اضافی یا سایر داروها را در مراقبت تسکینی، کمتر می‌کند. محصولات هیدروکدون با اثر طولانی مدت نیز وجود دارند که روزانه یا هر ۱۲ ساعت تجویز می‌شوند. لوورفانول شباهت‌هایی به متادون نظیر نیمه عمر طولانی دارد اما دستیابی به آن در ایالات متحده دشوار است. ترامادول یک مخدر ضعیف است و دارای خواص مهار جذب مجدد سروتونین و نوراپی نفرین است. در فرمولاسیون‌های سریع و طولانی اثر، موجود است. اگرچه برای درد خفیف، غیر بدخیم و نوروپاتیک، بیشتر مؤثر است، اما یک بررسی سیستماتیک؛ اطلاعاتی در راستای حمایت از استفاده از آن در درد سرطان، نشان داده است که البته افزایش دوز دارو به دلیل کاهش احتمالی آستانه تشنج، با محدودیت همراه است و پزشکان باید در مورد خطر سندرم سروتونین؛ هوشیار باشند. تاپنتادول در فرمولاسیون‌های سریع و طولانی اثر در دسترس است و گزارش‌ها حاکی از آن است که ممکن است در برخی از شرایط مراقبت تسکینی، به ویژه در تسکین درد نوروپاتیک، مفید باشد.

راه‌های جایگزین تجویز مسکن‌های مخدر

در مواردی که بیماران قادر به بلع نباشند؛ روش‌های دیگری از تجویز دارو ترجیح داده می‌شوند. از جمله این موارد می‌توان به روش داخل جلدی، ترانس موکوسال (دهانی، زیرزبانی یا بینی)، رکتالی، روده‌ای، واژن، اپیدورال و داخل رحمی، اشاره نمود. در مطالعه ۴ هفته‌ای در بیماران مبتلا به سرطان، ۱ هفته و ۲۴ ساعت قبل از مرگ، مسیر خوراکی مصرف داروهای مخدر به ترتیب در ۶۲٪، ۴۳٪ و ۲۰٪ بیماران ادامه داشت. بیش از نیمی از این بیماران به بیش از یک راه تجویز داروهای مخدر نیاز داشتند. با نزدیک شدن بیماران به مرگ و کاهش مصرف خوراکی، استفاده از تزریقات زیر جلدی متناوب و انفوزیون داخل وریدی یا زیر جلدی، افزایش می‌یافت.

بنابراین، در شرایط مراقبت تسکینی، تجویز راه‌های غیرخوراکی داروها باید مدنظر باشد. هنگامی که بیماران قادر به بلع نمی‌باشند، می‌توان از لوله‌های تغذیه روده‌ای، استفاده کرد. هنگام استفاده از داروهای طولانی اثر مورفین یا اکسی کدون، اندازه لوله باید در نظر گرفته شود تا از انسداد لوله جلوگیری شود. برای رساندن دارو می‌توان از راست روده، استومی یا واژن؛

استفاده کرد. ترومبوسیتوپنی، نوتروپنی یا ضایعات دردناک ممکن است مانع استفاده از این راه‌های تجویز شود. علاوه بر این، تزریق دارو از طریق این مسیرها برای اعضای خانواده ممکن است دشوار باشد، به ویژه هنگامی که بیمار چاق باشد یا قادر به همکاری نباشد. همانطور که قبلاً بحث شد، فنتانیل‌های داخل جلدی، ترانس موکوسال یا دهانی، گزینه‌های مفیدی برای این موارد هستند.

تجویز تزریقی شامل تزریق زیرجلدی و داخل وریدی است (تزریق مخدر به شکل عضلانی در شرایط مراقبت تسکینی، نامناسب است). مسیر وریدی امکان تحویل سریع دارو را فراهم می‌کند اما نیاز به دسترسی عروقی دارد که بیمار را در معرض خطر عفونت قرار می‌دهد و مراقبت‌های ارائه شده توسط خانواده یا سایر عزیزان را به طور بالقوه‌ای، پیچیده‌تر می‌کند. تجویز بولوس‌های زیر جلدی در مقایسه با بولوس‌های داخل وریدی، اوج اثر کمتری دارند. تزریقات زیرجلدی ممکن است در کل ۱۰ میلی‌لیتر در ساعت باشند (اگرچه اکثر بیماران ۲-۳ میلی لیتر در ساعت را با کمترین مشکل جذب می‌کنند). حجم بیش از ۱۰ میلی‌لیتر در ساعت، جذب ضعیفی دارد. گزارش شده است که هیالورونیداز باعث تسریع در جذب داروهای تجویز شده زیر جلدی می‌شود.

مسیرهای داخل نخاعی از جمله تزریق اپیدورال یا داخل نخاعی، ممکن است تجویز داروهایی مانند مخدرها، بی‌حسی‌های موضعی، آگونیست‌های آلفا آدرنرژیک یا زایکونیتید را ممکن سازد. یک مطالعه کارآزمایی بالینی، سودمندی این روش را در بیماران مبتلا به سرطان که درد را تجربه می‌کنند، نشان داده است. با این حال، تجهیزات مورد استفاده برای تحویل این داروها پیچیده است و نیاز به دانش تخصصی برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی داشته و بالقوه بار مسئولیت بیشتری برای مراقبین دارد. خطر عفونت نیز نگران‌کننده است. علاوه بر این، هزینه روش‌های فناوری پیشرفته نیز قابل توجه است.

پیشگیری و درمان اثرات منفی مسکن‌های مخدر

یبوست: بیماران تحت مراقبت تسکینی به طور مکرر یبوست را تجربه می‌کنند که بخشی از این امر ناشی از درمان با داروهای مخدر است. هنگام شروع درمان ضد درد با داروهای مخدر، همیشه یک رژیم پیشگیری‌کننده برای روده را شروع کنید. بیشتر پزشکان یک ترکیب ملین یا نرم‌کننده را توصیه می‌کنند، اگرچه یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده نشان داد که ترکیب سنا به علاوه پلاسبو (شبه دارو) از ترکیب سنا و داکیوست[1]، مؤثرتر است. از مواد حجیم‌کننده (به عنوان مثال پسیلیوم) خودداری کنید زیرا باعث ایجاد مدفوع زیادتر و حجیم‌تر می‌شوند و نیز باعث افزایش زمان خشک شدن در روده بزرگ می‌شوند. علاوه بر این، بیماران ناتوان به ندرت می‌توانند مایعات کافی برای تسهیل عملکرد مواد حجیم، مصرف کنند. مصرف مایعات باید هر زمان تشویق شود. چای سنا و میوه‌ها ممکن است مورداستفاده قرار گیرند. چندین عامل برای رفع یبوست ناشی از داروهای مخدر (OIC)[2] نظیر چندین آنتاگونیست گیرنده موپیوئیدی محیطی (PAMORA)[3] تأیید شده‌اند که در فرمولاسیون‌های زیر جلدی و خوراکی (متیل نالتروکسون و نالوکسگال) در دسترس هستند. لوبی پروستون یک عامل خوراکی است که روی کانال‌های کلرید در روده اثر می‌کند و برای استفاده در یبوست ناشی از داروهای مخدر در بیماران غیر مبتلا به سرطان؛ تأیید شده است. برای بررسی جامع‌تر مدیریت مشکلات گوارشی، به فصل ۱۲ مراجعه کنید.

1. docusate
2. Opioid induced constipation
3. Peripherally acting mu-opioid receptor antagonists

آرامش: آرامش بیش از حد ممکن است با قرار گرفتن اولیه در معرض داروهای مخدر، رخ دهد. در صورت تداوم آرام بخشی بعد از ۲۴ تا ۴۸ ساعت و شناسایی و رفع علل قابل اصلاح، تغییر داروهای مخدر یا افزودن داروهای محرک روان؛ می‌تواند مفید باشد. محرک‌های روان شامل دکستروآمفتامین ۲/۵ تا ۵ میلی‌گرم خوراکی هر روز صبح و ظهر یا متیل فنیدیت ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم خوراکی هر روز صبح و ۲/۵ تا ۵ میلی‌گرم ظهر (اگرچه اغلب دوزهای بالاتر، استفاده می‌شود). دوز و زمان داروها را برای پیشگیری از بی‌خوابی شبانه تنظیم کنید و از نظر اثرات روانشناختی نامطلوب (مانند بی‌قراری، توهم و تحریک‌پذیری) نظارت نمایید. تحقیقات کمی برای راهنمایی استفاده از این عوامل در دسترس است. گزارش شده است که مودافینیل، عامل تأییدشده برای کنترل بیماری نارکولپسی، باعث آرام بخشی ناشی از مواد افیونی با دوز یک بار در روز می‌شود. با این حال، یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده هیچ اثری از این دارو را بر خستگی مرتبط با سرطان در مقایسه با دارونما نشان نداد. به دلیل کمبود اطلاعات در مورد این داروها، انتخاب دارو و تعیین دوز دارو، تجربی است.

دپرسیون تنفسی: دپرسیون تنفسی به ندرت یک مشکل قابل توجه بالینی در بیماران تحت درمان با داروهای مخدر است. هنگامی که دپرسیون تنفسی در بیمار مبتلا به بیماری پیشرفته رخ می‌دهد، علت آن معمولاً چند عاملی است؛ بنابراین، عوامل دیگری فراتر از داروهای مخدر نیاز به ارزیابی دارند، اگرچه داروهای مخدر به دلیل ایجاد ضعف تنفسی، به عنوان عامل اصلی، شناخته می‌شوند. در صورت افت سطح هوشیاری ناخواسته همراه با میزان تنفس کمتر از ۸ بار در دقیقه یا هیپوکسمی (اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد) در استفاده از داروهای مخدر، تیتراسیون محتاطانه و کند نالوکسان که اثرات داروهای مخدر را تغییر می‌دهد، باید ایجاد شود. تجویز بیش از حد ممکن است باعث برگشت ناگهانی داروهای مخدر همراه با درد و بحران اتونومیک شود. ۱ آمپول نالوکسان (۰/۴ میلی‌گرم در میلی‌لیتر) را در ۱۰ میلی‌لیتر سالین تزریقی، رقیق نموده (غلظت نهایی ۴۰ میلی‌گرم در میلی‌لیتر) و هر ۲–۳ دقیقه، ۱ میلی‌لیتر تزریق نمایید ضمن اینکه سطح هوشیاری و میزان تنفس را به دقت کنترل کنید. از آنجا که مدت زمان تأثیر نالوکسان تقریباً ۳۰ دقیقه است، اثرات دپرسانت داروهای مخدر در ۳۰ دقیقه تکرار شده و تا زمان کاهش سطح پلاسمایی (اغلب ۴ ساعت یا بیشتر) یا تا زمان مصرف دوز بعدی نالوکسان، ادامه خواهد داشت.

تهوع و استفراغ: تهوع و استفراغ به دلیل فعال شدن ناحیه تحریک‌کننده گیرنده‌های شیمیایی در مدولا، حساسیت دهلیزی و تأخیر در تخلیه معده، در بین افراد مصرف‌کننده داروهای مخدر، شایع است، اما معمولا طی چند روز، بدن عادت می‌کند. سایر علل قابل درمان را ارزیابی کنید و در موارد شدید یا هنگامی که تهوع و استفراغ بهبود نمی‌یابد، دارو درمانی را شروع کنید. برای بحث کامل در مورد ارزیابی و درمان تهوع و استفراغ به فصل ۱۰ مراجعه کنید.

میوکلونوس: حرکات میوکلونیک معمولاً دردرمان با دوزهای بالای داروهای مخدر اتفاق می‌افتد، اگرچه در دوزهای پایین‌تر نیز گزارش شده است. دوز پایین داروی جایگزین ممکن است به دلیل مقاومت متقابل ناقص منجر به کاهش میوکلونوس شود. کلونازپام ۱/۵ میلی‌گرم خوراکی هر ۶–۸ ساعت، در صورت لزوم و تحمل، ممکن است در درمان میوکلونوس در بیمارانی که هنوز هوشیار هستند و قادر به برقراری ارتباط و استفاده از داروهای خوراکی هستند، مفید باشد. اگر بیمار قادر به بلع نباشد، لورازپام به صورت زیرزبانی، می‌تواند تجویز شود. در صورت ناراحت‌کننده بودن

علائم، تجویز تزریقی بنزودیازپین مانند میدازولام، مطرح است.

خارش: به نظر می‌رسد خارش بیشتر در مصرف مورفین، شایع است که ناشی از آزاد شدن هیستامین است اما می‌تواند در مصرف اکثر داروهای مخدر، رخ دهد. فنتانیل و اکسی‌مورفون ممکن است کمتر باعث ترشح هیستامین شوند. بیشتر درمان‌های ضد خارش، باعث خواب آلودگی می‌شوند، بنابراین این عارضه جانبی باید توسط بیمار به عنوان یک معشکل قابل قبول در نظر گرفته شود. آنتی هیستامین‌ها (مانند دیفن هیدرامین) متداول‌ترین داروی خط اول هنگام بروز علائم ناشی از داروهای مخدر هستند. گزارش شده است که اندانسترون نیز در تسکین خارش ناشی از داروهای مخدر مؤثر است، اما هیچ مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده در این زمینه، وجود ندارد. برای اطلاعات بیشتر در مورد خارش به فصل ۱۷ مراجعه کنید.

مسکن‌های کمکی

طیف گسترده‌ای از داروهای غیراپوئیدی از چندین گروه دارویی برای کاهش درد ناشی از بیماری‌های مختلف پاتولوژیک معرفی شده‌اند (جدول ۷.۴). به عنوان یک طبقه دارویی، این داروها "مسکن‌های کمکی" نامیده می‌شوند اما این نامگذاری غلط است زیرا اغلب آن‌ها فقط در صورت استفاده منفرد، درد را کاهش می‌دهند. با این حال در بیشتر شرایط هنگامی که این داروها برای درمان درد شدید نوروپاتیک یا درد استخوانی تجویز می‌شوند، از داروهای ضد درد مخدر به طور همزمان استفاده می‌شود تا تسکین درد کافی، فراهم شود.

داروهای ضد افسردگی

به نظر می‌رسد مکانیسم اثر ضد دردی داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای؛ به مهار نوراپی‌نفرین و سروتونین مربوط است. به طور کلی اعتقاد بر این است که داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای باعث تسکین دردهای نوروپاتیک می‌شوند. عوارض جانبی اغلب این داروها، استفاده از آن‌ها را در مراقبت‌های تسکینی، محدود می‌کند. آریتمی‌های قلبی، ناهنجاری‌های هدایت، گلوکوم با زاویه باز و هیپرپلازی پروستات از نظر بالینی از موارد منع مصرف نسبی داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای هستند. تأخیر در شروع تسکین درد، از روزها به هفته‌ها، ممکن است استفاده از این عوامل را برای تسکین درد در مراحل پایانی زندگی با محدودیت‌هایی روبرو سازد. با این حال اثرات بهبود خواب و خلق این داروها، می‌تواند مفید باشد. ثابت شده است که هم داروهای ضد افسردگی قدیمی و هم عوامل غیر معمول جدید در تسکین درد نوروپاتیک، مؤثر هستند اگرچه حمایت کمی از اثر ضد دردی این گروه از داروها، وجود دارد. نشان داده شده است که داروهای ضد افسردگی ونلافاکسین و دولوکستین باعث کاهش نوروپاتی مرتبط با نوروپاتی ناشی از شیمی درمانی، می‌شوند.

داروهای ضد صرع

داروهای ضد صرع یا ضد تشنج قدیمی، مانند کاربامازپین و کلونازپام با مسدود کردن کانال‌های سدیم، درد را تسکین می‌دهند. این ترکیبات که قبلاً به عنوان تثبیت‌کننده‌های غشایی شناخته می‌شدند، در درمان درد نوروپاتیک به ویژه در افرادی که دارای کیفیت اپیزودیک و لانسی هستند، مفید است. گاباپنتین و پرگابالین در زیر واحد آلفا– ۲ دلتا کانال کلسیم دارای ولتاژ، عمل می‌کنند. شواهد دیگر استفاده از این داروها را در سندرم‌های درد نوروپاتیک که در مراقبت‌های تسکینی دیده می‌شوند مانند درد تالاموس، درد ناشی از آسیب نخاع و درد سرطانی و سندرم پای بی‌قرار، تقویت می‌کنند. در مطالعه مقایسه‌ای تفاوت مهمی در اثر ضد دردی

جدول ۷.۴. مسکن‌های کمکی

طبقه دارو	شروع دوز روزانه بزرگ‌سالان	روش‌های تجویز	عوارض جانبی	علائم
ضد افسردگی	نورتریپتیلین ۱۰–۲۵ میلی‌گرم	خوراکی	اثرات آنتی کولینرژیک	درد عصبی
	دسیپرامین ۱۰–۲۵ میلی‌گرم	خوراکی	–	–
	ونلافاکسین ۳۷/۵ میلی‌گرم	خوراکی	تهوع، سرگیجه	–
	دولوکستین ۳۰ میلی‌گرم	خوراکی	تهوع	–
ضدتشنج	کلونازپام ۰/۵–۱ میلی‌گرم	خوراکی	آرام بخش	درد عصبی
	کاربامازپین ۱۰۰ میلی‌گرم در روز	خوراکی	آرام بخش، کم خونی آپلاستیک (نادر)	–
	گاباپنتین ۱۰۰–۳۰۰ میلی‌گرم	خوراکی	آرامش بخش، سرگیجه	–
	پرگابالین ۵۰ میلی‌گرم	–	آرامش بخش، سرگیجه	–
کورتیکواستروئیدها	دگزامتازون ۲–۲۴ میلی گرم در روز؛ ممکن است تا ۱۰۰ میلی‌گرم IV بولوس برای بحران درد تجویز شود	خوراکی/وریدی/ زیر جلدی	سایکوز استروئیدی، سوء هاضمه	ادم مغزی، فشردگی طناب نخاعی، درد استخوان، درد نوروپاتیک، درد احشایی
	پردنیزون ۱۵ تا ۳۰ میلی گرم	خوراکی	–	–
بی حس‌کننده‌های موضعی	لیدوکائین ۱ تا ۵ میلی گرم در کیلوگرم در ساعت	تزریق وریدی یا زیر جلدی	سبکی سر، آریتمی‌ها	درد عصبی
آنتاگونیست‌های ان متیل دی آسپارتات	دکسترومتورفان، دوز مؤثر آن ناشناخته است	خوراکی	گیجی	درد عصبی
	کتامین (به بحران درد مراجعه کنید)	وریدی	–	–
کلسیتونین	25واحد بین‌المللی در روز	بینی /زیرجلدی	واکنش حساسیت بیش از حد، حالت تهوع	درد نوروپاتیک، درد استخوان
کپسایسین	۰/۰۷۵ - ۰/۰۲۵ %کرم، ۸٪ پچ	موضعی	سوزش	درد عصبی
باکلوفن	۱۰ میلی‌گرم در روز	خوراکی	ضعف عضلانی، تغییرات شناختی	–
مسدودکننده‌های کانال کلسیم	نیفدیپین ۱۰ میلی گرم	خوراکی	برادی کاردی، افت فشار خون	درد ایسکمیک، درد نوروپاتیک، اسپاسم عضلات صاف همراه با درد

آمی‌تریپتیلین، گاباپنتین و پرگابالین در بیماران مبتلا به سرطان با درد نوروپاتیک، یافت نشد؛ اگرچه پرگابالین اثر صرفه جویی بیشتری در مصرف مورفین داشت. گاباپنتین و پرگابالین نیاز به کاهش دوز در ESRD دارند. از داروهای ضدتشنج دیگری از جمله لاموتریژین، لوتیراستام، تیاگابین، توپیرامات و زونیسامید که در درمان نوروپاتی استفاده شده‌اند با موفقیت همراه بوده‌اند اما در حال حاضر هیچ مطالعه کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی، در دسترس نیست.

کورتیکواستروئیدها

کورتیکواستروئیدها سنتز پروستاگلاندین را مهار کرده و باعث کاهش ادم در بافت‌های عصبی اطراف می‌شوند. مشخص شده است که دگزامتازون درد و تهوع را کاهش می‌دهد و به ویژه برای تسکین سندرم‌های نوروپاتیک دردناک، از جمله پلکسوپاتی و همچنین درد همراه با کشش کپسول کبد به دلیل متاستاز، مفید است. کورتیکواستروئیدها همچنین به دلیل اثرات ضد التهابی برای درمان درد بعد از پرتودرمانی متاستازهای استخوانی و درد استخوان، بسیار مؤثر هستند. مشخص شده است که دگزامتازون در تسکین علائم مرتبط با انسداد بدخیم روده نیز مفید است. دگزامتازون کمترین اثر مینرالوکورتیکوئید را تولید می‌کند و منجر به کاهش احتمال سندرم کوشینگ می‌شود. دگزامتازون در فرمولاسیون‌های خوراکی، وریدی، زیر پوستی و اپیدورال؛ موجود است. دوز استاندارد دارو ۲ تا ۲۴ میلی‌گرم در روز است و می‌تواند به دلیل نیمه عمر طولانی، یک بار در روز تجویز شود. در بحران‌های درد شدید، دوزهای دگزامتازون تا ۱۰۰ میلی‌گرم ممکن است تجویز شود. برای جلوگیری از سوزش و خارش ناخوشایند پرینه، دوزهای داخل وریدی بولوس باید به آرامی تجویز شوند. یک مزیت دیگر استفاده از استروئید در مطالعه کارآزمایی بالینی اخیر در بیماران مبتلا به سرطان که از دگزامتازون استفاده می‌کردند، رفع خستگی مشخص شد.

بی حس‌کننده‌های موضعی

بی‌حسی‌های موضعی به روشی مشابه ضدتشنج‌های قدیمی کار می‌کنند (با مهار حرکت یون‌ها در غشا عصبی) و برای تسکین درد نوروپاتیک مفید هستند. داروهای بی‌حسی موضعی را می‌توان به صورت خوراکی، موضعی، وریدی، زیر جلدی یا نخاعی؛ تجویز کرد. گزارش شده است که مکسیلتین، جایگزینی مناسب در صورت عدم موفقیت داروهای ضد تشنج و سایر مسکن‌های کمکی است؛ اگرچه مطالعات با کیفیت مناسب در این زمینه وجود ندارد. از ژل‌ها و پچ‌های بی‌حسی موضعی برای جلوگیری از درد به علت تزریق استیک و سایر اقدامات جزئی، استفاده می‌شود. نشان داده شده است که هر دو نسخه ژل و پچ لیدوکائین؛ درد نوروپاتی پس از عمل را کاهش می‌دهند. لیدوکائین داخل وریدی یا زیر جلدی ۱/۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم (حداکثر ۵۰۰ میلی گرم) در طی ۱ساعت و به دنبال آن انفوزیون مداوم ۱–۲ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم در ساعت تجویز شده که باعث کاهش درد نوروپاتیک در بیماران تحت مراقبت‌های تسکینی بستری در بیمارستان و مراکز هاسپیس در بزرگسالان و کودکان شده است.

آنتاگونیست‌های ان - متیل دی- آسپارتات: کتامین

اعتقاد بر این است که آنتاگونیست‌های NMDA مانع ازاتصال اسیدهای آمینه تحریکی مانند گلوتامات در نخاع می‌شوند. کتامین، یک بی‌حس‌کننده تجزیه‌کننده، با مسدود کردن گیرنده‌های NMDA، درد شدید نوروپاتیک را تسکین می‌دهد. گزارشات موردی و مطالعات کوچک نشان می‌دهند که از کتامین داخل

وریدی یا خوراکی می‌توان در بزرگسالان و کودکان برای تسکین درد نوروپاتیک یا کاهش دوزهای داروهای مخدر، استفاده کرد. یک بررسی کاکرین نشان داد که مطالعات کافی برای تعیین ایمنی و اثربخشی استفاده از این دارو در ترکیب با مورفین، در درد سرطان؛ انجام نشده است. با این حال، یک بررسی سیستماتیک نشان داد که اگرچه محدودیت در داده‌ها وجود دارد اما کتامین ممکن است گزینه‌ای مناسب برای درد سرطان مقاوم به درمان، باشد.

کتامین به صورت تجاری فقط در فرمولاسیون تزریقی در ایالات متحده موجود است. اگر به صورت خوراکی تجویز شود، می‌توان یک محلول خوش طعم را با آن ترکیب نمود و یا محلول تزریقی را خورد که معمولاً با آب یا مایعات دیگر مخلوط می‌شود تا طعم تلخ آن حس نشود. از آنجا که اثر صرفه جویی در مصرف داروهای مخدر بسیار برجسته است، در هنگام شروع کتامین؛ باید دوز داروهای مخدر ۲۵ تا ۵۰٪ کاهش یابد (جعبه ۷.۳). در صورت بروز تغییرات شناختی، توهم و سایر عوارض جانبی؛ استفاده معمول دارو محدود می‌شود، اگرچه مطالعات کوچک نشان می‌دهند که افزایش تدریجی دوز دارو؛ ممکن است از این عوارض در بزرگسالان و کودکان جلوگیری کند. کتامین موضعی معمولاً همراه با آمی‌تریپتیلین و باکلوفن، ممکن است برای شرایط نوروپاتیک ناشی از درمان سرطان مانند نوروپاتی محیطی ناشی از شیمی درمانی، مفید باشد. تحقیقات بیشتری در مورد اثر و عوارض جانبی مرتبط با استفاده از کتامین برای درمان درد در جمعیت مراقبت تسکینی، مورد نیاز است.

بیس فسفونات‌ها

بیس فسفونات‌ها مانند پامیدرونات، زولدرونیک اسید و ایبندرونات، تحلیل استخوان با واسطه استئوکلاست را مهار می‌کنند. بیس فسفونات‌ها هیپرکلسمی را درمان نموده و از دردهای مربوط به مشکلات اسکلتی مانند بیماری های متاستاتیک استخوان و مولتیپل میلوما، جلوگیری می‌کنند. دنوزوماب یک مهارکننده RANKL، از رشد استئوکلاست‌ها جلوگیری می‌کند و نشان داده شده است که از وقایع اسکلتی مرتبط با تومورها و در نتیجه کاهش درد ناشی از شکستگی می‌شوند، می‌کاهد. یک مطالعه اخیر در مورد اثر ضد درد این داروها؛ چنین نتیجه‌گیری می‌نماید که بیس فسفونات‌ها و دنوزوماب با تأخیر در شروع عوارض اسکلتی، در پیشگیری از درد، مفید به نظر می‌رسند. بررسی کاکرین؛ شواهدی را در حمایت از تسکین درد این داروها در درمان متاستازهای استخوانی سرطان پستان پیدا کرده است؛ با این حال در بررسی استفاده از آن‌ها در سرطان پروستات، تأثیری در کاهش درد، مشاهده نگردید. مسمومیت‌های بیس فسفونات‌ها شامل اختلال عملکرد کلیه و نکروز استخوان فک است. به نظر می‌رسد کلودرونات و سدیم اتیدرونات بی‌دردی کمی، ایجاد می‌کنند.

کلسیتونین

کلسی‌تونین زیر جلدی ممکن است در تسکین درد استخوان مؤثر باشد، اگرچه مطالعات نتایج قطعی در این زمینه ارائه نداده‌اند. در صورت بی‌اثر بودن سایر روش‌های درمانی، ممکن است فرم نازال این دارو در مراقبت‌های مراحل انتهای زندگی، قابل قبول باشد. دوزهای معمول دارو ۱۰۰ – ۲۰۰ واحد در روز به صورت زیرجلدی یا نازال است.

پرتودرمانی و رادیوفارماکوتیک‌ها

پرتودرمانی می‌تواند برای تسکین درد ناشی از متاستاز استخوان یا سایر ضایعات، بسیار مفید باشد. در بسیاری از موارد برای تسهیل درمان در بیماران ناتوان، می‌توان از پرتو درمانی سینگل فرکشن، استفاده کرد. اهداف درمان باید به وضوح بیان شود، طوری که بیماران و اعضای خانواده، اهمیت این روش درمانی را

جعبه ۷.۳. راهنمای برنامه مراقبت تسکینی: استفاده از کتامین در مراقبت تسکینی

این فقط یک راهنما است. به دلیل تنوع وتفاوت بیماران، تصمیمات بالینی ممکن است متفاوت از این موارد باشد.

هدف: کتامین یک داروی کمکی است که غالباً برای درد مقاوم به داروهای مخدر یا عوارض جانبی غیرقابل حل داروهای مخدر؛ مورد توجه قرار می‌گیرد به ویژه اگر درد طبیعتاً نوروپاتیک باشد یا شواهدی مبنی بر مقاومت بالا نسبت به مورفین موجود باشد.

تعریف: کتامین یک گیرنده ان- متیل دی- آسپارتات (NMDA) است که ممکن است استفاده از داروهای مخدر را کاهش دهد.

بهره‌مندی از مشاوره و توصیه‌های خدمات درد و یا خدمات مراقبت تسکینی برای اطمینان از در نظر گرفتن سایر اقدامات مدیریت درد و راهنمایی در این فرایند، لازم است.

پروتکل:

الف) دوز خوراکی:

۱. دوز شروع به طور معمول ۱۰-۱۵ میلی‌گرم خوراکی هر ۶ ساعت است. تغییر میزان مقاومت به مرفین ممکن است در دوزهای پایین مانند این حالت، اتفاق بیفتد، در حالی که مدیریت درد نوروپاتیک احتمالاً به دوزهای بالاتری نیاز دارد.

- هیچ محصول خوراکی در بازار وجود ندارد. فرآورده تزریقی ممکن است در غلظت استاندارد ۵۰ میلی‌گرم در میلی‌لیتر یا ۱۰۰ میلی‌گرم در میلی‌لیتر با شربت گیلاس یا کولا رقیق شود تا طعم تلخ آن در صورت استفاده خوراکی، از بین برود.
- در نظر داشته باشید که تجویز داروهای مخدر طولانی اثر را ۲۵ تا ۵۰ درصد، کاهش دهید.

۲. دوز دارو ممکن است هر روز؛ ۱۰ میلی‌گرم در هر ۶ ساعت افزایش یابد تا زمانی که درد تسکین یابد یا عوارض جانبی بروز نماید. دوزها را بیشتر از هر ۲۴ ساعت، افزایش ندهید.

- عوارض جانبی عمده شامل سرگیجه، خواب آلودگی و توهم شنیداری یا بینایی است. در صورت بروز عوارض جانبی غیر قابل تحمل، کتامین باید به دوز قبلی کاهش یافته یا قطع شود. تفکیک‌پذیری ممکن است به مدت ۲۴ ساعت رخ ندهد.
- دوزهای خوراکی بالای ۱۰۰۰ میلی‌گرم در روز در متون مرتبط با درد نوروپاتیک با میانگین دوز خوراکی ۲۰۰ میلی‌گرم در روز در دوزهای منقسم مورد نیاز برای تسکین درد، پیشنهاد شده است.

ب) دوز تزریقی (ارائه‌دهنده مراقبت تسکینی برای دوز اولیه باید وجود داشته باشد).

۱. اگر راه خوراکی در دسترس نباشد، ممکن است کتامین به صورت داخل وریدی یا زیر جلدی، تجویز شود. یک دوز بولوس آزمایشی ۵-۱۰ میلی‌گرم وریدی، در نظر گرفته می‌شود که ممکن است بعد از ۱۵-۳۰ دقیقه، تکرار شود.

- شروع تزریق ۲-۳ میکروگرم به ازای هر کیلوگرم در دقیقه است که ممکن است هر ۱ ساعت ۱میکروگرم به ازای هر کیلوگرم در دقیقه تا حداکثر ۶ میکروگرم به ازای هر کیلوگرم در دقیقه افزایش یابد.
- در نظر داشته باشید که داروهای مخدر طولانی اثر را ۲۵ تا ۵۰ درصد کاهش دهید.
- محلول تزریقی؛ تحریک‌کننده است و ممکن است نیاز باشد که سوزن تزریق زیر جلدی را روزانه تعویض نمایید.

❖ در صورت واکنش نامطلوب روانپزشکی، در صورت نیاز هر ۱۰ دقیقه یک بار؛ هالوپریدول را مصرف کنید که ممکن است در صورت لزوم برای دستیابی به کنترل بیشتر این میزان، افزایش یابد.

درک کنند. روش‌های درمانی هدفمند که به آنها می‌توان سایبرنایف یا گامانایف رادیوسرجری نیز گفت که می‌تواند در شرایط انتخابی، مؤثر باشد. نشان داده شده است که رادیو فارماکوتیک‌ها مانند استرانسیم – ۸۹ و ساماریوم در کاهش درد استخوان متاستاتیک، مؤثر هستند. ترومبوسیتوپنی و لکوپنی؛ موارد منع مصرف نسبی هستند زیرا استرانسیم–۸۹ می‌تواند در ۳۳٪ افراد تحت درمان باعث ترومبوسیتوپنی و در حدود ۱۰٪ باعث لکوپنی شود. به دلیل تأخیر در شروع و زمان اوج اثر، فقط در بیمارانی که طول عمر پیش‌بینی شده آن‌ها بیش از ۳ ماه است، برای درمان در نظر گرفته شوند. باید به بیماران توصیه شود که بعد از پرتودرمانی خارجی یا عوامل رادیویی نشان‌دار شده، درد موقت ایجاد می‌شود و مسکن اضافی باید تجویز شود.

شیمی درمانی

شیمی درمانی تسکینی استفاده از درمان ضد تومور برای تسکین علائم مرتبط با بدخیمی است. در این روش اهداف بیمار، وضعیت عملکرد، حساسیت تومور و سمیت‌های احتمالی باید در نظر گرفته شود. نمونه‌هایی از علائمی که ممکن است با شیمی درمانی بهبود یابد شامل هورمون‌تراپی در سرطان پستان برای تسکین درد جدار قفسه سینه یا شیمی درمانی در سرطان ریه برای رفع تنگی نفس است. با این حال، در مطالعه بیماران مبتلا به سرطان مرحله چهارم، ۶۹٪ از مبتلایان به ریه و ۸۱٪ از مبتلایان به سرطان روده بزرگ، درک نکردند که شیمی‌درمانی، درمانی علاج‌کننده نیست. در یک مطالعه آینده نگر که ۴ ماه قبل از مرگ، شیمی‌درمانی تسکینی برای بیماران انجام شد، افزایش احتمال احیای قلبی ریوی، استفاده از ونتیلاتور مکانیکی یا مرگ در بخش مراقبت‌های ویژه، نشان داده شد. بحث واضح در مورد اهداف درمان، قابل توجیه است.

سایر داروهای ضد درد

اعتقاد بر این است که کپسایسین موضعی با مهار ترشح مادهP ، درد را تسکین می‌دهد. مشخص شده است که این ترکیب در تسکین دردهای مرتبط با سندرم پس از ماستکتومی، نورالژی پس از حاملگی و درد نوروپاتیک پس از جراحی در سرطان، مفید است. احساس سوزش دلیل اصلی قطع درمان توسط بیماران است. بررسی کاکرین از کپسایسین موضعی با دوز پایین نشان داد که این درمان تأثیر معنا داری ندارد، اما مشخص شده است که غلظت بالای (۸٪) پچ کپسایسین موضعی در درمان نوروپاتی‌های مرتبط باHIV و سایر بیماری‌های عصبی دردناک، مؤثراست.

بیماران معمولاً در مورد کانابینوئیدها برای تسکین درد سوال می‌کنند، به خصوص که بسیاری از ایالت‌ها مصرف ماری جوانای پزشکی را قانونی کرده‌اند. پیشرفت‌های عمده در شناسایی گیرنده‌های کانابینوئید (CB1,CB2)، درک ما را از نقش این گیرنده‌ها در درد، افزایش داده است. در ارزیابی نقش کانابینوئیدها می‌توان به برخی مزایا نظیر تسکین درد نوروپاتیک همراه با عوارض جانبی شامل اختلال شناختی کوتاه مدت، اشاره نمود. سوالات مربوط به ایمنی طولانی مدت و ارزیابی پیامدها؛ همچنان باقی مانده است. طبق نظر پزشکان؛ اگرچه ممکن است یک ایالت ماری جوانا را قانونی کرده باشد، اما نگهداری، فروش و استفاده از آن همچنان جرم است. بینش بیشتر در مورد گیرنده‌های کانابینوئید امکان ایجاد عوامل انتخابی بیشتری را بدون اثرات تضعیفی سیستم عصبی مرکزی که با تتراهیدروکانابینول (THC) دیده می‌شود، فراهم کرده است. نابیکسیمول که یک اسپری خوراکی کانابینوئید است در درد پیشرفته سرطان که به داروهای مخدر پاسخگو نیست، در کانادا و چندین کشور در اروپا برای تسکین درد نوروپاتیک، تأیید شده است.

باکلوفن در تسکین درد ناشی از اسپاسم مفید است. دوزها معمولاً از ۱۰ میلی‌گرم در روز شروع می‌شوند و هر چند روز یک بار افزایش می‌یابند. احساس ضعف عمومی و گیجی یا توهم اغلب با دوزهای بالاتر از ۶۰ میلی‌گرم در روز اتفاق می‌افتد. یک مطالعه گذشته‌نگر در بیماران مبتلا به درد سرطان نوروپاتیک، اثربخشی باکلوفن خوراکی را تأیید می‌نماید.

دکسمدتومیدین یک آگونیست آلفا ۲ آدرنرژیک است که در مراقبت‌های ویژه یا حین پروسیجرهای تهاجمی استفاده می‌شود. گزارش‌های اولیه موردی نشان می‌دهد که ممکن است دردهای غیرقابل درمان را تسکین دهد؛ اگرچه ممکن است بحث هزینه و افت فشار خون، استفاده از آن را محدود نماید.

درمان‌های مداخله‌ای

درمان‌های مداخله‌ای جهت تسکین درد در مراحل انتهای زندگی می‌توانند مفید باشند، از جمله این درمان‌ها می‌توان به بلوک‌های عصبی، ورتبروپلاستی، کیفوپلاستی، فرکانس رادیویی یا انجماد متاستازهای دردناک، روش‌های تخلیه افیوژن‌های دردناک و سایر روش‌ها، اشاره نمود. تعداد کمی از این روش‌ها با مطالعات بالینی کنترل شده، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. روش بلوک شبکه سلیاک، در بیماران مبتلا به درد ناشی از سرطان لوزالمعده، نسبت به مورفین برتر است، اگرچه اسهال مداوم یک خطر بالقوه در این روش است. سم بوتولینیوم (که گاهی اوقات به آن بوتاکس نیز گفته می‌شود) می‌تواند در مناطق اسپاستیک عضله، با هدف کاهش تنگی و درد، تزریق شود. این روش به طور گسترده‌ای در درمان میگرن و شرایط درد مزمن استفاده شده است و مشخص شده است که در درد نوروپاتیک محیطی، سودمند است.

مرور کامل رویه‌های مداخله‌ای را می‌توان در منابع مختلف یافت. انتخاب یکی از این تکنیک‌ها به وجود متخصصانی در این زمینه بستگی دارد که نیازهای ویژه بیماران مراقبت تسکینی، توانایی بیماران در انجام این روش‌ها و اهداف مراقبت از بیمار و خانواده را درک کنند.

درمان‌های غیر دارویی

درمان‌های غیردارویی، از جمله تکنیک‌های شناختی- رفتاری و اقدامات فیزیکی، می‌توانند به عنوان مکمل داروهای ضد درد در محیط‌های مراقبت تسکینی باشند. این بدان معنا نیست که وقتی این روش‌های درمانی کارساز است؛ پس درد ریشه روانشناختی دارد. در انتخاب یکی از این روش‌های درمانی، باید توانایی‌های بیمار و مراقبان برای مشارکت نظیر میزان خستگی، علاقه، سطح شناختی و سایر عوامل نیز در نظر گرفته شوند.

درمان شناختی- رفتاری اغلب شامل استراتژی‌هایی برای بهبود سازگاری و آرامش، مانند ریلکسیشن، تصاویر هدایت شونده، موسیقی، دعا و چارچوب‌بندی مجدد، است. مشخص شده است که این راهکارها در کاهش درد و اضطراب و بهبود خواب در مبتلایان به بیماری پیشرفته و همچنین کاهش علائم غدد درون ریز در زنان تحت درمان سرطان پستان، مفید است. تأثیر اقدامات فیزیکی مانند ماساژ، رفلکسولوژی، گرما، عمل کایروپراکتیک و سایر تکنیک‌ها نیز برای ایجاد آرامش و تسکین درد، نشان داده شده است.

درمان‌های تلفیقی شامل طب سوزنی، رایحه درمانی، درمان‌های گیاهی و بسیاری از تکنیک‌های دیگر است که قبلاً درمان‌های مکمل و تلفیقی، نامیده می‌شدند. برای کسب اطلاعات در مورد این رویکردهای مدیریت درد و علائم، به فصل ۲۵ مراجعه کنید. مطالعات دقیق‌تری در زمینه مراقبت تسکینی در مورد تمام روش‌های درمانی غیر دارویی که ممکن است باعث تسکین درد شوند، لازم است.

اصول مدیریت درد

درد یک پدیده زیستی-روانی- اجتماعی و معنوی است و این مسأله خصوصاً در کسانی که بیماری‌های تهدیدکننده زندگی دارند، بسیار صدق می‌کند؛ بنابراین درمان‌های چندگانه، شامل درمان‌های دارویی، غیر دارویی و تلفیقی، برای تسکین درد این جمعیت معرفی شده است. زمانی که این روش‌های درمانی با دقت اعمال می‌شوند، اکثر بیماران تسکین می‌یابند (جعبه ۷.۴).

بحران درد و درد مقاوم در پایان زندگی

بیشتر دردهایی که در مراقبت‌های تسکینی مشاهده می‌شوند با استفاده مناسب از درمان‌های دارویی، غیر دارویی و تلفیقی؛ قابل کنترل می‌باشند. برخی از دردهای نوروپاتیک مانند نوروپاتی‌های تهاجمی و فشاری، پلکسوپاتی‌ها و میلوپاتی‌ها، ممکن است پاسخ ضعیفی نسبت به درمان‌های تسکین درد معمولی و بدون ایجاد حالت تقریباً کما؛ داشته باشند، متاستازهای استخوانی گسترده یا شکستگی‌های پاتولوژیک در مراحل نهایی ممکن است چالش‌های مشابهی ایجاد کنند. هنگام مواجه شدن با بحران درد، ملاحظات زیر مفید خواهد بود:

- در صورت امکان، بیقراری یا اضطراب مراحل انتهایی را از درد "فیزیکی" متمایز کنید. علائم مراحل انتهایی که به تیتراسیون سریع داروهای مخدر پاسخ نمی‌دهند ممکن است به بنزودیازپین‌ها پاسخ دهند (به عنوان مثال لورازپام، میدازولام).
- اطمینان حاصل کنید که داروها جذب بدن می‌شوند. تنها مسیر تضمین شده برای جذب، مسیر وریدی است. اگرچه لازم است از راه‌های تهاجمی تحویل دارو مگر در موارد ضروری، خودداری شود اما اگر ابهامی در مورد جذب خوراکی، روده‌ای یا داخل جلدی مسکن یا سایر

جعبه ۷.۴. دستورالعمل‌های مدیریت درد در مراقبت تسکینی

- برای سندرم‌های درد مستمر باید از فرمولاسیون‌های پایدار و دوزهای ۲۴ ساعته استفاده شود.
- فرمولاسیون‌های کوتاه اثر برای دردهای ناگهانی باید در دسترس باشد. هر دوز پیشرفته برای دستیابی به موفقیت معمولاً ۱۰-۲۰٪ از دوز ۲۴ ساعته فرمولاسیون طولانی اثر است؛ بنابراین با افزایش دوز انتشار پایدار، دوز رهش فوری یا کوتاه اثر نیز افزایش می‌یابد.
- هزینه، راحتی و در دسترس بودن داروها (و سایر موارد مشخص شده در تأثیرپذیری) موارد بسیار کاربردی و مهمی هستند که باید در هر نسخه تجویزی مد نظر باشد.
- عوارض جانبی قابل پیش‌بینی و اثرات منفی دارویی را پیش‌بینی، پیشگیری و درمان کنید.
- مسکن‌ها را بر اساس اهداف بیمار، نیاز به داروهای ضد درد مکمل، شدت درد، شدت اثرات نامطلوب دارو، اقدامات، وضعیت خواب، وضعیت عاطفی و گزارش های بیماران و مراقبان از تأثیر درد بر کیفیت زندگی، تنظیم کنید.
- در حین تیتراسیون دوز، مرتباً وضعیت بیمار را کنترل کنید.
- از فعل و انفعالات بالقوه دارو - دارو و دارو – بیماری، آگاه باشید.
- درمان‌های غیر دارویی و تلفیقی را در برنامه خود بگنجانید.
- اگر پس از استفاده از دستورالعمل‌ها و مداخلات استاندارد تسکین درد، درد بیمار در مدت زمان معقولی تسکین برای کنترل درد می‌توانید متخصص و یا مشاوره تخصصی مراقبت‌های تسکینی را توصیه کنید.
- شرایط، تجربه، مهارت‌ها و در دسترس بودن متخصصان مدیریت درد (مشاوران) را در جامعه اطراف بیمار؛ قبل از نیاز به آنها بدانید.

این دستورالعمل‌ها و ملاحظات اساسی، مدیریت دارویی تمام بیماران مبتلا به درد به ویژه بیماران تحت مراقبت تسکینی را بهینه می‌سازد.

داروهای تسکین‌دهنده؛ ضروری باشد، باید راه دسترسی تزریقی ایجاد شود.

- شایسته است در بحران‌های درد زودرس که به رویکردهای اساسی درمان مسکن پاسخ ضعیفی می‌دهند، در اسرع وقت با یک متخصص مدیریت درد؛ مشاوره کرد. روش‌های پرتودرمانی، بیهوشی یا عصبی، ممکن است پیشنهاد شود.

مدیریت علائم مقاوم در مراحل انتهای زندگی

سداتاسیون یا آرام بخشی در مراحل انتهای زندگی برای بیماران با درد مقاوم به درمان، دلیریوم، تنگی نفس یا سایر علائم، در خانه یا بیمارستان، گزینه مهمی است. متداول‌ترین داروهایی که استفاده می‌شود شامل بنزودیازپین‌ها، از جمله میدازولام یا لورازپام، باربیتورات‌ها و در بعضی موارد پروپوفول است. سداتاسیون تسکینی بهتر است تحت هدایت متخصصان مراقبت‌های تسکینی انجام شود و معمولاً مخصوص بیمارانی است که انتظار می‌رود طی چند ساعت تا چند روز آینده بمیرند. در ابتدا ممکن است سعی در آرامش بخشی خفیف جهت ارتباط بیمار با عزیزانش، وجود داشته باشد، اگرچه در برخی شرایط این حالت برای تسکین علائم، کافی نیست. در یک نظرسنجی از نزدیکان بیمارانی که فوت کرده‌اند، بعضی از آن‌ها سداتاسیون را دریافت کرده بودند در حالی که برخی دیگر این کار را انجام نداده بودند، استفاده از سداتاسیون هیچ تأثیر منفی بر درک نزدیکان از کیفیت مرگ یا سلامتی‌شان، نداشته است. برای بحث گسترده در مورد سداتاسیون تسکین‌دهنده، به فصل ۲۴ مراجعه کنید.

کنترل درد در افراد مبتلا به اختلالات سوء مصرف داروهای مخدر

تعداد بیمارانی که با سابقه فعلی یا گذشته اختلالات سوء مصرف داروهای مخدر وارد مراقبت‌های تسکینی می‌شوند، ناشناخته است اما تصور می‌شود که تعداد قابل توجهی باشد و همگام با اپیدمی سوء مصرف داروهای مخدر، در حال افزایش است. استفاده از اقدامات احتیاطی و استراتژی‌های کاهش خطر در استفاده از داروهای مخدر و سایر مواد کنترل شده؛ هنگام ارزیابی درد در تمام افراد، ضروری است. اصول مهم و ملاحظات عملی مراقبت؛ در مورد افرادی که دارای اختلال سؤ مصرف قبلی یا فعلی مواد هستند و نیاز به درمان درد در محیط‌های مراقبت تسکینی دارند راهنمایی‌هایی را ارئه می‌دهد (برای بحث کامل در مورد مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد در مراحل انتهای زندگی به فصل ۳۹ مراجعه کنید).

مطالعه موردی

سیلویا جانسون زنی ۴۵ ساله و دارای سرطان متاستاتیک روده بزرگ بود. وی تحت شیمی درمانی با هدف کاهش اندازه تومور و تسکین علائم، از جمله درد بود؛ اما اکنون تومور به لگن و کبد او متاستاز داده است. او تنها زندگی می‌کرد اما از حمایت خانوادگی در جامعه برخوردار بود و در طول دوره درمان به کار خود، ادامه داد. هدف او ادامه شیمی درمانی، برداشتن استومی و کار به صورت تمام وقت، بود. او به شدت از هرگونه گفتگو در مورد پیش آگاهی، امتناع می‌ورزید. وی گزارش کرد که درد شدید و سوزاننده در ناحیه رکتوم و راجعه به پای چپ دارد. او هر ۳ ساعت از هیدروکودون/استامینوفن ۳۲۵/۱۰ میلی‌گرم ۲ قرص، بدون ایجاد تسکین کافی، استفاده می‌کرد. به دلیل درخواست‌های مکرر برای مصرف دوباره، تیم انکولوژی؛ نگران سوءاستفاده از دارو بودند و با تیم مراقبت‌های تسکینی، مشورت کردند.

تیم مراقبت تسکینی، ارزیابی کاملی از درد انجام داد و خطر سوء مصرف داروهای مخدر را بررسی کردند. هیچ عامل خطر واضحی نداشت. با توجه به نگرانی در مورد مصرف استامینوفن، تیم مراقبت تسکینی اضافه کردن مرفین با رهش ۶۰

میلی‌گرم در هر ۱۲ ساعت و ادامه دادن هیدروکدون / استامینوفن ۳۲۵/۱۰ میلی‌گرم هر ۳ ساعت را در صورت لزوم، پیشنهادکردند. با توجه به ماهیت نوروپاتیک درد وی، استفاده از گاباپنتین نیز توصیه شد. او درباره استفاده ایمن و نگهداری از داروها، آموزش دیده بود.

پس از چند هفته درمان با این رژیم دارویی، پزشکی خارج از بیمارستان با تیم، تماس گرفت. خانم جانسون با هموگلوبین ۵/۴ گرم در دسی‌لیتر (نرمال ۱۱/۶ – ۱۵/۴ میلی‌گرم در دسی لیتر) و کراتینین ۶/۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر (در حد طبیعی ۰/۵۱ – ۰/۱۷ میلی‌گرم در دسی‌لیتر) در ICU بستری بود. ظاهراً او داروی ضد درد را با دوزهای زیادی از NSAIDهای OTC و استامینوفن استفاده کرده بود و همراه با آسیب حاد کلیه و کبد؛ دچار خونریزی دستگاه گوارش شده بود. ترانسفوزیون‌های متعدد پک سل و احیای مایعات همراه با ترمیم زخم تحت آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی، به بازگرداندن مقادیر طبیعی کمک نمود. رژیم دارویی او را به پچ فنتانیل ۵۰ میکروگرم و اکسی‌کدون کوتاه اثر، ۱۵ میلی‌گرم، قبل از ترخیص تغییر دادند. مصرف گاباپنتین تا زمان رفع کامل آسیب کلیه و کبد، قطع شد.

با وجود درمان تهاجمی، بیماری همراه با درد، اضطراب و اختلالات خواب، پیشرفت کرد. پچ فنتانیل هر ۴۸ ساعت به تدریج به ۱۰۰ میکروگرم؛ تبدیل شد. وی برای تسکین درد از داروی اکسی کدون سریع الاثر ۳۰ میلی‌گرم، هر ۳ ساعت، ۱ تا ۲ قرص استفاده می‌کرد و گاباپنتین مجدداً شروع شد و به صورت ۹۰۰ میلی‌گرم سه بار در روز، تجویز می‌شد. کلونازپام در شب و در دوزهای کاهش یافته در طول روز برای رفع اضطراب اضافه شد. زمانی که او درخواست مصرف دوباره اکسی‌کدون کرد، اتفاقی رخ داد. بررسی داده‌های برنامه نظارت بر داروهای تجویزی ایالتی نشان داد که وی در آخرین سفارش خود، ۴۰ قرص دریافت کرده است، اگرچه ۱۵۰ قرص سفارش داده شده است. در تماس با داروخانه مشخص شد که آن داروها، محدودیت دارند و باید بخشی از هزینه را فراهم کنند.

اگرچه در ابتدا تمایلی به بحث در مورد دستورالعمل‌ها یا اهداف نداشت، اما اکنون موضوع را پذیرفت و جستجوی حمایت از جمله مرکز هاسپیس، کرد. خانواده‌اش از او حمایت کردند و به او اجازه دادند در خانه بماند و با درد و علایم محدودی، در آرامش درگذشت.

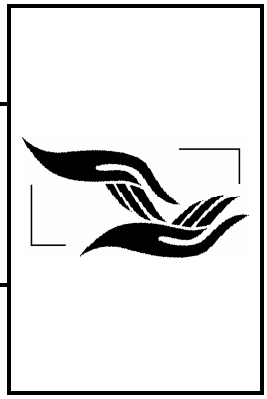
در مورد خانم جانسون چندین نکته مهم در مورد مدیریت درد در مراقبت تسکینی به ویژه نیاز به ارزیابی مکرر با توجه به تغییر وضعیت بیمار با گذشت زمان، قابل ذکر است. مفاهیم کلیدی دیگرعبارتند از:

- مصرف استامینوفن و NSAID را هنگام استفاده از محصولات ترکیبی، ارزیابی کنید. این مسئله می‌تواند با استفاده از عوامل OTC، تشدید شود و عوارض جانبی جدی رخ دهد.
- درد نوروپاتیک به درمان چند وجهی از جمله مسکن‌های کمکی، نیاز دارد.
- استفاده از روش‌های جایگزین تجویز دارو در مراحل انتهای زندگی، معمول است. هنگام تبدیل از یک ماده مخدر به یک ماده مخدر دیگر یا از یک مسیر به مسیر دیگر، از دستورالعمل‌های مربوطه، استفاده کنید.
- درخواست مکرر برای تجویز مجدد دارو؛ همیشه سوءاستفاده را نشان نمی‌دهد. ممکن است تعداد ناکافی دارو نسخه شده باشد و گاهی اوقات داروخانه‌ها به دلیل کمبود دارو ممکن است تا حد معینی از داروها را تحویل بدهند که در این مورد تحقیقات بیشتری نیاز است. ارزیابی عوامل خطر مرتبط با سوء مصرف مواد برای تمام بیماران، بسیار مهم است بنابراین می‌توان به طور دقیق و کافی به این موارد رسیدگی کرد.

- بیماران و مراقبان باید بدانند که از داروهای مخدر برای بهبود وضعیت خواب، اضطراب یا اختلالات خلقی استفاده نمی‌شود. اگرچه ممکن است در ابتدا استفاده از داروهای مخدر تسکین‌دهنده باشد اما به تدریج با ایجاد مقاومت نیاز به دوزهای بالاتر جهت دستیابی به اثر، نیاز خواهد بود. ارزیابی دقیق در زمینه درمان‌های دارویی و غیردارویی مناسب در شرایط همراه (خواب، اضطراب و غم / افسردگی) لازم است.
- اصول نگهداری ایمن مواد کنترل شده باید در منزل آموزش داده و اجرا شود.

نتیجه‌گیری

کنترل درد در محیط‌های مراقبت تسکینی در اکثر بیماران، امکان‌پذیر است. درک موانع محدودکننده تسکین درد منجر به بهبود آموزش و به کارگیری سایر استراتژی‌های رفع این موانع، خواهد شد. ارزیابی مداوم و ماهرانه، تغییرات درد و سایر علائم را هم زمان با تکامل وضعیت بیمار، ثبت می‌کند. ایجاد راحتی و مهارت در استفاده از درمان‌های دارویی و غیر دارویی، تسکین درد را افزایش می‌دهد. تمام این تلاش‌ها باعث کاهش رنج، تسکین درد و افزایش کیفیت زندگی افراد در مراحل انتهای زندگی می‌شود.



فصل ۱۱

خستگی

نکات کلیدی

- خستگی شایع‌ترین علامت مزمن در سرطان و سایر بیماری‌های مزمن پیش رونده است.
- ارزیابی کامل بیماران و علایم مرتبط با بیماری، برای تشخیص دقیق و درمان خستگی ناشی از بیماری، ضروری است.
- مداخلات آموزشی مرتبط با خستگی، امکان استفاده از دستورالعمل‌های متعدد موجود در این زمینه را برای مراقبت‌کنندگان، بیماران و خانواده‌های آنان فراهم می‌سازد.
- تحقیقات اخیر شواهدی مبتنی بر تأثیرات مثبت اقدامات دارویی و غیر دارویی بر وضعیت بیمار را فراهم کرده است.

مقدمه

خستگی به عنوان " پدیده‌ای رایج در جوامع پیشرفته" شناخته می‌شود، اما هنوز تعریف قابل قبولی ندارد و تأثیرات متفاوتی برجوامع مختلف دارد. به طور معمول خستگی نشانه‌ای است که به دنبال استرسورها، بیماری و یا درمان بروز می‌کند. خستگی می‌تواند به عنوان یک مکانیسم دفاعی طبیعی و مناسب در برابر فشارهای جسمی یا معنوی باشد که این علایم معمولا تا حد زیادی با استراحت برطرف می‌شود. با این حال در بیماری‌های مزمن و نئوپلاستیک، خستگی معمولا با استراحت برطرف نمی‌شود، در نتیجه تأثیر نامطلوبی بر کیفیت زندگی (QOL)[1] بیمار و خانواده‌ی وی دارد؛ بنابراین مدیریت این علایم یک چالش برای ارائه‌دهندگان مراقبت محسوب می‌شود. خستگی مرتبط با سرطان (CRF)[2] یکی از علایم شایع، مخرب و چند بعدی مرتبط با تشخیص و درمان سرطان است. خستگی مرتبط با سرطان معمولا با گروهی از علایم و یا عوارض ناتوان‌کننده مانند تهوع، اسهال و استفراغ همراه است. این علایم بسته به زمان تشخیص بیماری و مرحله یا شدت مداخله‌ی درمانی متفاوت است. خستگی به طور نا خواسته کل وجود فرد را در بر گرفته و تمامی جنبه‌های زندگی روزمره از جمله انجام فعالیت‌های جسمی و اجتماعی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در نتیجه منجر به ایجاد تأثیرات نامطلوب بر کیفیت زندگی و یا ثبات وضعیت عاطفی وی می‌شود. افراد مبتلا به بیماری مزمن اغلب انرژی و حوصله‌ی کافی برای برقراری ارتباط ندارند و ممکن است این امر در نظر ارائه‌دهندگان مراقبت به عنوان یک علامت غیر اورژانسی تلقی شود. همچنین ممکن است برخی از بیماران در بیان میزان خستگی خود

1. Quality of Life
2. Cancer Related Fatigue

دچار مشکل شوند که این امر ناشی از عدم درک و پذیرش عمومی از روند بیماری، درمان و عوارض جانبی آن است. ارائه‌دهندگان مراقبت و سایر اعضای تیم درمانی، استرس، خستگی و یا سایر علایم را به عنوان " عوارض جانبی مورد انتظار" بیماری و درمان تلقی می‌کنند و قابل قبول و طبیعی می‌دانند. به همین ترتیب اثرات روانشناختی و فیزیولوژیکی خستگی یا علایم دیگر مانند از دست دادن اشتها و ناتوانی در حفظ تغذیه و مصرف مایعات کافی ممکن است تأثیرات قابل توجه مالی و روانی بر روابط خانوادگی و مسائل بالینی بیمار داشته باشد که سبب ناتوانی در ادامه‌ی برنامه درمانی می‌شود.

تعریف خستگی

خستگی یک پدیده‌ی کاملا پیچیده است. علیرغم تحقیقات انجام شده در این زمینه هنوز تعریف جامع و قابل قبول در این مورد وجود ندارد. حتی در گرایش‌های مختلف پرستاری توافق بسیار کمی در مورد تعریف خستگی وجود دارد. خستگی مرتبط با سرطان در درجه‌ی اول یک تجربه‌ی ذهنی پیچیده مرتبط با کل بدن است و به صورت کمبود انرژی یا خستگی تعریف می‌شود و باعث اختلال در عملکرد روزانه و فعالیت‌های طبیعی می‌شود. سرطان معمولا با خستگی همراه است ولی خستگی مرتبط با سرطان شدیدتر از خستگی در بیماری‌های مزمن و پیشرونده ناشناخته از جمله؛ بیماری انسدادی مزمن ریه، کاردیومیوپاتی غیر قابل برگشت، نارسایی مزمن کلیه، AIDS/HIV و مالتیپل اسکلروزیس نیست. تظاهرات خستگی در سیر هر بیماری ممکن است با تشخیص و درمان آن متفاوت باشد. برای مثال در موارد انکولوژی، ممکن است بیماران خستگی را به صورت‌های متفاوتی تجربه کنند و این امر بستگی به سیر بیماری فرد دارد. اغلب ظهور علایم خستگی، سبب آغاز روندپیگیری و تشخیص بیماری و درمان می‌شود. خستگی تشخیص داده شده در بیماران مبتلا به سرطان ممکن است به دلیل عوارض جانبی ناشی از درمان و یا احساس عاطفی ناشی از یک بیماری وخیم باشد. وجود خستگی در مراحل مختلف بیماری می‌تواند به عنوان یک عارضه‌ی جانبی طولانی مدت ناشی از درمان در زمان بهبودی ادامه یابد. خستگی به طور معمول به عنوان یکی از رایج ترین، شدیدترین و ناراحت‌کننده‌ترین علامت بدخیمی و سایر بیماری‌های مزمن مورد توجه است. خستگی متشکل از یک دامنه‌ی ساده تا پیچیده و چند بعدی است. سندرم خستگی معمولا با احساس خستگی قابل انتظار که در زمان سلامتی احساس می‌شود و با استراحت کافی رفع می‌شود، متفاوت است. در زمان بهبودی میزان انرژی برگشتی معمولا کمتر از میزان قابل انتظار است که به عنوان "روتین جدید" ذکر می‌شود و به حقیقت می‌پیوندد. خستگی معمولا در بین افراد مختلف، در مراحل مختلف بیماری، درمان و بهبودی و حتی افراد دیگر نظیر ارائه‌دهندگان مراقبت و خانواده‌های آنها به صورت‌های متفاوتی درک می‌شود. این تفاوت در درک ممکن است در مراحل مختلف بیماری ادامه یافته و مشاهده شود. بیماران اغلب خستگی را به صورت تجربه‌ی "احساس می‌کنم یک کامیون مرا زیر گرفته است" و یا " احساس می‌کنم که این من نیستم"بیان می‌کنند. تمایز احساس fatigue از " خستگی و یا خواب آلودگی" و ارزیابی تأثیر آن بر زندگی روزمره و توانایی عملکرد بیمار اغلب برای بیمار دشوار بوده و برای ارائه‌دهندگان مراقبت و خانواده‌ی آنها چالش برانگیز است. در مواقع عود سرطان، خستگی همانند یک دشمن تشخیص داده می‌شود. با پیشرفت بیماری، عزت و کرامت نفس بیمار متعاقب ضعیف شدن روحیه و پریشانی وی کاهش می‌یابد. خستگی در انتهای زندگی ممکن است به عنوان پایان یک مبارزه‌ی طولانی و یک مرحله‌ی طبیعی از روند مرگ تجربه شود و ممکن است در برابر رنج و مشقت ناشی از بیماری، از بیمار محافظت

کند. شبکه‌ی ملی جامع سرطان (NCCN)[1] خستگی را چنین تعریف می‌کند "یک ناراحتی مداوم و یک احساس خستگی ذهنی، جسمی، عاطفی و شناختی مرتبط با سرطان و یا درمان سرطان که ارتباطی با فعالیت های اخیر فرد ندارد و در فعالیت های معمول بیمار اختلال ایجاد می کند". انجمن سرطان آمریکا CRF را به صورت "احساس خستگی جسمی، معنوی و روانی" و "نداشتن انرژی کافی برای انجام فعالیت های معمول روزانه" تعریف می کند. این تعریف مشابه تعریف بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است که خستگی را به عنوان یکی از شایعترین و ناتوان‌کننده‌ترین علایم و کمبود انرژی ذهنی و جسمی که سبب اختلال در انجام فعالیت های معمول و دلخواه آنها تعریف می کنند. بیماران مبتلا به سایر بیماری ها (غیر بدخیمی) همانند بیماران سکته مغزی و مراحل انتهایی نارسایی قلبی خستگی را به صورت "خستگی جسمی و یا خستگی ذهنی" و درک آن را به صورت یکی از بدترین علایم تعریف می کنند. با این حال خستگی یکی از علایمی است که اغلب توجه کمی به آن می شود. در حالی که تعاریف دیگری برای خستگی ارائه شده است اما دو عنصر اصلی در بیشتر تعاریف با هم مشترک است: ۱. یک درک ذهنی با ویژگی‌های جسمی، عاطفی و شناختی ۲. اختلال در عملکرد روزانه که تأثیر منفی بر کیفیت زندگی بیماران دارد.

شیوع

در حال حاضر خستگی شایعترین علامت گزارش شده مرتبط با دوره‌ی بالینی سرطان و سایر موارد مزمن است. تخمین زده می‌شود که شیوع خستگی بین ۵۰ تا ۹۰ درصد باشد اما به انواع تشخیص، طول مدت بیماری، طول درمان بیماری، عوارض، وضعیت جسمانی و تعداد زیادی از عوامل روانی- اجتماعی بستگی دارد. علیرغم شیوع قابل توجه ناتوانی و ناراحتی، خستگی کماکان به ندرت تشخیص داده و مدیریت می‌شود. خستگی به عنوان شایعترین، ناتوان‌کننده‌ترین و مداوم‌ترین علامت در بیماران مبتلا به سرطان در درمان‌های مختلف شناخته شده است. خستگی بر تشخیص بیماری و مراحل درمانی آن مؤثر است. دو روش شیمی درمانی و رادیوتراپی منجر به خستگی می‌شوند؛ درحالی که خستگی پس از درمان ترکیبی شیمی رادیوتراپی مداوم بوده و معمولا نادیده گرفته می‌شود که این خود تأثیر عمیقی بر روی کیفیت زندگی دارد. علاوه بر این خستگی ممکن است ماه‌ها و یا سال‌های پس از درمان ادامه یابد. سرطان تنها یکی از بیماری‌هایی است که خستگی در آن بسیار شایع است. میزان شیوع خستگی مرتبط با سرطان و سایر بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی، COPD، بیماری‌های کلیوی، HIV و مالتیپل اسکلروزیس که در جعبه ۸.۱ نشان داده شده است، بالا است. در حالی که علایم ناشی از سرطان به ندرت به صورت جداگانه رخ می‌دهد اما شواهد فزاینده‌ای مبنی بر وقوع "خوشه"هایی از علائم جداگانه وجود دارد و رو به افزایش است. برای مثال زمانی که سرطان همزمان با بیماری همانند آرتریت روماتوئید بروز می‌کند، ۶۰ درصد از افراد خستگی را گزارش می‌کنند. مطالعات دیگر ارتباط بین خستگی و عملکرد بدنی، پاسخ التهابی سیستمیک و دیسترس روانی در مراحل پیشرفته سرطان را گزارش می‌کنند.

پاتوفیزیولوژی

دلایل خستگی با عوامل مختلفی از جمله کم خونی، شیمی درمانی، و سایر درمان‌ها و علایم همانند درد، افسردگی و اضطراب در ارتباط است. آنمی می‌تواند منجر به خستگی شدید شود و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. آنمی میتواند همراه با عوارض

1. National Comprehensive Cancer Network

جعبه ۸.۱. شیوع خستگی و جمعیت‌های در معرض خطر.

سرطان. میزان شیوع خستگی مرتبط با سرطان (CRF) متفاوت است و به نوع سرطان و مرحله آن و همچنین معیارهای تشخیصی بستگی دارد. نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که بیش از ۸۰ درصد بیمارانی که تحت درمان با رادیوتراپی قرار گرفته‌اند و ۹۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان غیر قابل درمان، خستگی را تجربه کرده‌اند. خستگی همچنین شایعترین و ناراحت‌کننده‌ترین علامتی است که کودکان مبتلا به سرطان تجربه می‌کنند. در بعضی از بیماران بعد از درمان سرطان، خستگی پس از سال‌ها و حتی ماه‌ها ادامه می‌یابد.

قلبی. تحقیقات نشان می‌دهند که خستگی به صورت گسترده در بیماران دچار نارسایی مزمن قلبی وجود دارد. یک مطالعه‌ای که بر روی این بیماران انجام شد، حاکی از آن بود که ۹۹ درصد از بیماران خستگی را گزارش می‌کنند.

بیماری مزمن انسدادی ریوی. بعد از تنفس سخت در این بیماران، خستگی دومین علامت است و خستگی توسط ۹۶ درصد از این بیماران گزارش شده است.

بیماری کلیوی. در بیماران کلیوی شیوع خستگی بسته به نوع درمان بکار گرفته شده، متفاوت است. برای مثال در ۸۲ درصد از بیماران تحت همودیالیز، خستگی و کاهش فعالیت‌های جسمی گزارش شده است؛ اما شیوع خستگی در افراد تحت دیالیز صفاقی، بیش‌تر از ۸۸ درصد بود.

HIV/AIDS. امروزه تشخیص HIV/AIDS قبل از رسیدن به مراحل انتهایی و کشنده، به راحتی امکان‌پذیر است، و به عنوان یک بیماری مزمن شناخته می‌شود. در صورت افزایش طول مدت بیماری، خستگی نیز به عنوان یک علامت مداوم و مزمن شناخته می‌شود و نیازمند توجه و درمان است. طبق نتایج حاصل از یک مطالعه، خستگی در بیماران مبتلا به HIV، ۶۹ درصد بوده است. درحالیکه خستگی شایعترین علامت در بیماری AIDS نیست؛ اما یک علامت گسترده بوده و حداقل ۴۲ درصد از بیماران را درگیر می‌کند.

مالتیپل اسکلروزیس. خستگی شایعترین و ناتوان‌کننده‌ترین علامت در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس است. ۷۵-۹۵ درصد از بیماران این علامت را تجربه می‌کنند و آن را به عنوان یکی از ناراحت‌کننده‌ترین علامت در نظر دارندند. لذا در روند درمان این بیماری، تیم درمانی تمرکز بیشتری بر از بین بردن عوامل ایجادکننده‌ی خستگی (افسردگی، مشکلات خواب و داروها)، دارند. FDA هنوز هیچ دارویی را برای درمان ام اس تایید نکرده است اما گاهی از داروهای آمانتادین، مودافینیل و یا متیل فینیدیت استفاده می‌شود.

دیگری هم چون تنگی نفس، تپش قلب و سرگیجه و اختلال شناختی، تأثیر عمیقی بر روی عملکرد بیمار داشته باشد. این علایم می‌توانند در بیماران با بیماری پیشرفته و یا تحت درمان شایع باشند. استفاده از فاکتورهای رشد خونساز و یا عوامل تحریک‌کننده اریتروپویتین (ESAs) به عنوان عوامل تسکین‌دهنده‌ی درجاتی از خستگی شناخته می‌شوند؛ اما تحقیقات اخیر حاکی از خطر وقوع ترومبو آمبولی با استفاده از (ESAs) بوده است. برخی شواهد نشان می‌دهند که تنظیم نامناسب سیتوکین‌های پیش التهابی ممکن است در ایجاد علایم خستگی به عنوان یک مکانیسم مشترک بیولوژیکی نقش داشته باشند. فاکتورهای پیش التهابی ممکن است به عنوان بخشی از پاسخ میزبان به عفونت، تومور، آسیب بافتی در اثر تخریب سلول‌های ایمنی مرتبط با درمان‌ها ترشح شوند. این محرک‌های التهابی می‌توانند سیستم عصبی مرکزی را برای ایجاد خستگی و هم چنین تغییر در خواب، اشتها، تولید مثل و رفتارهای اجتماعی تحریک کنند. خستگی نیز همانند درد نمی‌توان توسط مکانیسم فیزیولوژیک توضیح داد بلکه باید به عنوان یک پدیده‌ی چند علتی و چند بعدی از جمله ابعاد اجتماعی و روانی دانست.

فاکتورهای مؤثر بر خستگی

بسیاری از ویژگی‌هایی که ممکن است بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های پیشرفته را مستعد ابتلا به سندرم‌های خستگی مشابه کند بصورت جامع مورد مطالعه قرار نگرفته است. با این حال افزایش شیوع خستگی سبب افزایش تحقیقات انکولوژی جهت شناسایی و تعیین کمیت و ویژگی‌های بیماران تحت درمان خستگی برای شناسایی و گسترش روش‌های درمانی شده است. در جعبه ۸.۲ تعدادی از این عوامل شناسایی شده‌اند.

جعبه ۸.۲. ریسک فاکتورهای مرتبط با خستگی

فاکتورهای فردی

سن، وضعیت تاهل، یائسگی، وضعیت درآمد و بیمه

فاکتورهای فیزیولوژیک

حالات معنوی و روانی (افسردگی، ترس، اضطراب، پریشانی و درگیری)، فرهنگ/قومیت، شرایط زندگی

فاکتورهای مرتبط با مراقبت

تعداد/ انسجام مراقبان و پاسخگو بودن ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی

فاکتورهای مرتبط با بیماری

مرحله و شدت بیماری‌ها، همراه بودن این بیماری با سایر بیماری‌ها، کم خونی، درد، تنگی نفس، تغییرات تغذیه‌ای (کاهش وزن، کاشکسی و عدم تعادل الکترولیت‌ها)، تداوم، الگوی خواب/ وقفه‌ها

فاکتورهای مرتبط با درمان

هرگونه اثر مرتبط با درمان از طریق جراحی، شیمی درمانی یا رادیوتراپی (واکنش پوستی، تغییرات موقتی در سطح انرژی، تغییر در ادرار/روده، درد) مسائل دارویی (عوارض جانبی دارو، تغییرات حس چشایی، داروهای بدون نسخه) و تغییرات فیزیولوژیک دایمی

بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با سایر بیماران غیر بدخیمی و بیماران دیگر احساس خستگی بیشتر، کیفیت خواب بدتر، اختلال در ریتم شبانه روزی بیشتر، کیفیت زندگی پایین‌تر و سطح فعالیت پایین‌تری دارند. هر چه سرطان پیشرفته‌تر باشد، خستگی بیشتر است. یکی از رایجترین و مشکل‌سازترین مشکلات بعد از سکته‌ی قلبی حاد، خستگی است که در تعدادی از مواردها به صورت CRF بیان می‌شوند. علایم از این جهت که تعریف نا مناسبی دارند، اغلب کمتر شناسایی می‌شوند. بسیاری از تجربیات به موازات تجربه‌ی بیماران مبتلا به بدخیمی است. شرکت‌کنندگان در یک مطالعه، تأثیرات آن بر شرایط روزمره زندگی را مطرح کرده و علایم مربوط به افسردگی را توصیف کرده‌اند. به همین ترتیب بیمارانی که در مراحل انتهایی بیماری کلیه و تحت دیالیز مزمن قرار دارند، از سطح بالای درد و خستگی همراه با آن شکایت دارند. سایر علایم مرتبط شامل سر درد، گرفتگی عضلانی، تهوع و استفراغ، خارش، تنگی نفس و اختلال در خواب است که اغلب به عنوان خستگی شدید و دیسترس تشخیص داده می‌شود. در یک مطالعه از ۱۰۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتویید خواسته شد که عواملی که باعث خستگی آنها شده است را شناسایی کنند. نتایج مطالعه نشان داد که درد مفاصل عامل اختصاصی ایجاد خستگی در این بیماران بوده است. خواب آشفته دومین عامل شایع و جسمی است و تلاش برای انجام امور روزانه در رتبه‌ی سوم قرار دارد. این بیماران می‌بایست برای انجام یک فعالیت مشابه دو برابر افراد عادی تلاش کنند و انرژی بیشتری صرف نمایند. در مطالعه‌ی دیگری زنان مبتلا به آرتریت روماتویید خستگی بیشتری را نسبت به مردان تجربه کردند. محققان علت این تناقض موجود را به بالا بودن میزان درد تجربه شده در زنان و کاهش کیفت خواب آنان نسبت داده‌اند.

بسیاری از ویژگی‌هایی که ممکن است بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های پیشرفته را مستعد ابتلا به سندرم‌های خستگی مشابه کند بصورت جامع مورد مطالعه قرار نگرفته است. با این حال خستگی و افسردگی دو مفهومی است که اغلب در بیماران مبتلا به سرطان مطرح می‌شوند. خستگی بخشی از معیارهای تشخیصی افسردگی است و افسردگی در اثر خستگی توسعه می‌یابد. در حالی که افسردگی کمتر گزارش می‌شود اما در بیماران مبتلا به سرطان یک علامت رایج است. مطالعات نشان می‌دهند که زنانی که خستگی را تجربه می‌کنند دو برابر بیشتر در معرض افسردگی قرار می‌گیرند و افسردگی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده خستگی است. ممکن است افسردگی و خستگی به صورت همزمان در افراد مبتلا به سرطان تظاهر یابند؛ علیرغم اینکه هر دو یک پاتولوژی مشابه دارند، ارتباطی با یکدیگر ندارند. همچنین در بیماران مبتلا به سرطان، خستگی می‌تواند در ارتباط با سایر علایم هم چون درد، تنگی نفس، بی‌اشتهایی، یبوست، اختلال خواب، افسردگی، اضطراب و سایر حالاتی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی فرد رخ دهد. از طرفی به جای تمرکز بر روی علایم خاص فردی، ارزیابی دقیق‌تر و بررسی‌های پرستاری اجازه می‌دهد که در بیماران سایر علایم مرتبط با بیماری شناسایی شود. شناسایی، مداخله و مدیریت زودرس علایم می‌تواند در بهبود برایند بیمار مؤثر باشد. همانطور که ممکن است CRF قبل، حین و بعد از درمان به‌وجود بیاید، اقدامات پرستاری برای ادامه‌ی کاوش در علایم، ارتباطات و شناخت فرصت‌ها برای همکاری‌های بین رشته‌ای در جهت حمایت از جمعیت در معرض آسیب، بکار گرفته می‌شود.

بررسی و ارزیابی خستگی

ارزیابی ذهنی، جسمی، روانی و عاطفی فرد، در جهت تشخیص خستگی در بیمارانی که درد دارند ضروری است. خستگی همانند درد یک تجربه ذهنی است که توسط افراد تجربه می‌شود. تصورات کارکنان و ارائه‌دهندگان مراقبت در مورد خستگی ممکن است متفاوت از آنچه که بیماران بیان می‌کنند باشند. دستور العمل‌های NCCN در زمینه‌ی CRF، به طور واضحی گام‌ها و مراحل ارزیابی خستگی در بیماران را چنین بیان کرده که " همه‌ی بیماران باید از نظر خستگی همانند علایم حیاتی در فواصل زمانی منظم ارزیابی شوند" و مراقبت‌کنندگان می‌بایست با استفاده از یک مقیاس شدت وابسته به سن و مبتنی بر یافته هایشان برای اجرای برنامه‌های آموزش به بیماران و کنترل شدت آن، اقدام نمایند. دستورالعمل‌ها همچنین دارای یک نمودار گام به گام از یک "تاریخچه‌ی متمرکز" تا "مداخلات خاص درمان دارویی و غیر دارویی"، از مرحله‌ی ارزیابی تا مرحله‌ی فعال درمان، بعد از درمان و مراحل پایان زندگی، است. روش‌های بیشماری برای ارزیابی و تشخیص خستگی وجود دارد. با تشخیص اهمیت CRF این امکان وجود دارد که این تشخیص‌ها در دسته‌بندی تشخیص‌های بین‌المللی قرار بگیرند (جعبه ۸.۳). با این حال برخی محققان پیشنهاد می‌کنند که معیارهای تشخیصی بیش از حد سختگیرانه هستند و از این موارد با احتمال " اختلالات خلقی" صرف نظر می‌شود و احتمال شیوع خستگی را دست کم می‌گیرند. خستگی همانند سایر علایم ثابت نیست. در مراحل پیشرفته بیماری این تغییرات ممکن است روزانه و یا ساعتی باشد. به همین ترتیب باید تحمل خستگی مکررا از طرف ارائه‌دهندگان مراقبت بررسی شود.

نمونه‌ای که از هر دو چارچوب عینی و ذهنی برای تعیین خستگی بیمار و زمینه‌ی احتمالی عوامل فیزیولوژیک تشدیدکننده‌ی علایم خستگی استفاده می‌شود. حیطه‌های مهم بررسی و کاوش شامل باورهای بیمار و خانواده‌ی وی و انتظارات مربوط به خستگی، آگاهی به تغییرات در سطح انرژی، تشدید و

جعبه ۸.۳. معیارهای بررسی و تشخیص خستگی

معیارهای تشخیص و ارزیابی خستگی شامل وجود، فراوانی (پراکنده یا ثابت)، مدت زمان و درجه تداخل در فعالیت‌های روز مره (ADLs)

۱. شکایت از ضعف عمومی یا سنگینی اندام
۲. کاهش تمرکز و یا توجه
۳. کاهش انگیزه یا علاقه به انجام معمول فعالیت‌ها
۴. بی‌خوابی یا پر خوابی
۵. آرامبخش و یا مفید نبودن خواب
۶. نیاز درک شده تلاش برای غلبه بر کم تحرکی
۷. واکنش عاطفی مشخص نسبت به احساس خستگی
۸. سختی در انجام کارهای معمول روز مره به دلیل خستگی
۹. درک مشکلات مربوط به حافظه کوتاه مدت
۱۰. ضعف پس از چند ساعت کار

بهبود علایم و اینکه چه چیزی علایم خستگی را برطرف می‌کند، می‌باشند. مقیاس‌های زیادی با سطوح مختلف اعتبار و قابلیت اطمینان برای اندازه‌گیری خستگی در بزرگسالان ایجاد شده است. مثال‌هایی از ابزارهای اندازه‌گیری خستگی شامل ارزیابی چند بعدی خستگی، مقیاس پریشانی علایم، مقیاس خستگی، چک لیست مشاهده‌ای و مقیاس دیداری بصری خستگی است. این ابزارها برای انجام تحقیقات و گاهی برای استفاده در عرصه بیماری‌ها در دسترس است. یک بررسی جامع توسط پایپر[1] و همکارانش مزایا و معایب یک وچند آیتم چند بعدی برای اندازه‌گیری CRF انجام شد. انجمن اروپایی مراقبت‌های تسکینی لیستی از ابزارهای مورد استفاده برای اندازه‌گیری خستگی که در تحقیقات استفاده می‌شود را در گروه مراقبت‌های تسکینی قرار داد. یک مقیاس که بصورت گسترده در جمعیت بیماران انکولوژی استفاده می‌شود، مقیاس پایپر است. این پرسش نامه دارای ۲۲ آیتم است که چند بعد از خستگی را اندازه‌گیری می‌کند: عاطفی، رفتاری/ شدت، شناختی/ خلقی و حسی. این مقیاس درک، عملکرد، انگیزه و تغییر در فعالیت‌های جسمی و معنوی را اندازه‌گیری می‌کند. با شناسایی علایم، ارائه‌دهندگان مراقبت باید از وجود موارد دیگر بالینی نظیر دیسترس زیاد، اختلال در عملکرد اجتماعی، اقتصادی و سایر حیطه‌های مهم زندگی آگاه باشند و وجود این علایم را به تیم مراقبت گزارش کنند. ملاحظات مهم دیگر شامل شواهدی از تاریخچه، معاینه‌ی فیزیکی بیمار و یا یافته‌های آزمایشگاهی است که نشان می‌دهد این علایم ناشی از بیماری و یا حاصل از درمان بوده و یا تعیین اینکه این علایم روانشناختی در درجه‌ی اول نتیجه‌ی یک اختلال روانپزشکی همراه نباشد (برای مثال افسردگی ماژور، اختلال سوماتو فرم، هذیان و اختلال سوماتوزیتاسیون). همانند ارزیابی درد، زمانیکه مقیاس خود گزارشی برای خستگی بکار می‌رود، درک خستگی با کارایی بیشتری ارزیابی می‌شود. این امر بستر مورد نیاز برای ارزیابی خستگی با استفاده از مقیاس بصری (VAS) را فراهم می‌کند. در این مقیاس ۰ به معنای عدم خستگی و ۱۰ به معنای خستگی شدید است که منجر به ایجاد اختلال در عملکرد بیمار می‌شود. همانند استفاده از هر ابزار اندازه‌گیری دیگر، ثبات استفاده در طول زمان برای درک اندازه‌گیری توسط بیمار و حرفه ضروری است.

مدیریت و درمان خستگی

خستگی ممکن است در صورت عدم وجود یک علت مشخص از طریق شناسایی عوامل مؤثر مانند کم خونی، افسردگی، کم آبی، هیپوکسی، اختلال متابولیک واندوکرین، بی‌خوابی، درد، سوء تغذیه،

1. Piper

عفونت و سایر بیماری‌های همراه تشخیص داده و درمان شود. اهداف اساسی شامل کاهش عوامل قابل شناسایی مرتبط با خستگی و فراهم کردن سیستم حمایتی برای توسعه و بهبود تطابق بیمار و خانواده‌ی وی با خستگی است. اغلب تأیید وجود خستگی در هر بیماری مزمن، به درک این پدیده کمک می‌کند. درک خستگی احتمالی ناشی از بیماری و درمان آن، برای اعضای خانواده مفید است. غالبا بیمار و خانواده این احساس را دارند که خستگی پس از اتمام دوره‌ی درمان "از بین می‌رود". وقتی بحث مراقبت‌های تسکینی مطرح می‌شود، مدیریت خستگی بسیار چالش برانگیز می‌شود. با توجه به تعریف مراقبت تسکینی ممکن است شامل یک دوره‌ی طولانی از زمانی که بیماری تازه تشخیص داده شده و بیمار از نظر جسمی و اجتماعی بسیار فعال است تا چند هفته قبل از مرگ، باشد. با مداخلات در خستگی، خواسته‌های بیمار و خانواده ارتقاء می‌یابد. مدیریت مؤثر خستگی، بستگی به شدت بیماری و سایر علایم، سن بیمار، وضعیت روانی و جسمی بیمار و ارائه یا عدم ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی دارد. مدیریت و درمان خستگی در دو سطح انجام می‌شود؛ مدیریت علایمی که به واسطه‌ی خستگی ایجاد می‌شود و پیشگیری از بروز خستگی مضاعف یا ثانویه از طریق برقراری تعادل بین استراحت و فعالیت بیمار. مداخلات برای درمان خستگی در دو گروه طبقه‌بندی می‌شود؛ مداخلات دارویی و مداخلات غیر دارویی مرتبط با علایم و علل همراه خستگی. درمان ممکن است شامل هر دوی این روش‌ها باشد و ممکن است متناسب با تغییرات وضعیت بیمار تنظیم شود.

مداخلات دارویی و گیاهی

رویکردهای دارویی برای درمان خستگی دربیماران مبتلا به سرطان و بیماری‌های پیشرونده مزمن شامل درمان دارویی و گیاهی مورد تایید سازمان غذا و دارو (FDA) است. درمان‌های دارویی که بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل کورتیکو استروئیدها و داروهای روانگردان و به میزان کمتری داروهای ضد افسردگی، فاکتور نکروزکننده تومور آلفا، ریز مغذی‌ها و انواع مختلف دیگر داروها است. کورتیکو استروئیدهایی نظیر دگزا متازون جهت مقابله با خستگی، بی‌اشتهایی و تهوع تجویز شود. با این وجود عوارض جانبی از جمله بی‌خوابی، تغییرات خلقی، افزایش قند خون و افزایش بروز عفونت کاندیدا در استفاده از کورتیکو استروئیدها وجود دارد. یک مطالعه‌ی وسیع با استفاده از روانگردان متیل فنیدیت جهت شناسایی اثرات آن بر افسردگی و اختلال شناختی مرتبط با CRF انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها شواهد محدودی را در حمایت از این روش درمانی و شناسایی عوارض جانبی نظیر سرگیجه، اضطراب، بی‌اشتهایی و تهوع را نشان می‌داد. وقتی با داروی مودافینیل مقایسه می‌شود، تحقیقات دیگر بهبود نتایج در استفاده از این دارو را نشان می‌دهند. نتایج حاصل از یک مطالعه نشان داده است که این دارو یک داروی محرک سیستم عصبی است و ممکن است اثرات خواب آلوگی و آرامبخشی داروهای مخدر را خنثی کند و در نتیجه ممکن است اثرات داروی ضد درد را افزایش دهد و سطح فعالیت‌های بیمار را بهبود بخشد. اگر چه درمان سبب کاهش اریتروپوئیتین می‌شود و ممکن است نیاز به تزریق گلبول قرمز باشد که این خود ریسک "وقایع ترومبولیتیک" را افزایش می‌دهد. داروهای دیگر در درمان خستگی مزمن مرتبط با بیماری استفاده می‌شود. مطالعات بالینی نشان داده‌اند که فاکتور نکروزان تومور آلفا (etanercept) تأثیراتی بر خستگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتویید دارد. مطالعه‌ی دیگری به درمان خستگی با مودافینیل و ارزیابی اثر آن بر سرطان سلول‌های کوچک ریه

(NSCLC)[1] در مقایسه با یک دارو نما پرداخته است. نتیجه آزمایش نشان داد که هیچ تفاوتی در بین دو گروه مشاهده نشد و مودافینیل در درمان CRF مؤثر نبوده و نباید در محیط خارج از آزمایشگاه آن را تجویز کرد. مطالعه‌ی دیگر اثرات مودافینیل را در بیماران مبتلا به هپاتیت C و AIDS/HIV را بررسی کرد که نتیجه‌ی مؤثری را نشان دادند. فواید گیاه درمانی به وضوح با یک کارآزمایی بر روی CRF با استفاده از جینسینگ آمریکایی ۲۰۰۰ میلی گرم در روز بدون سمییت نشان داده شد. ادامه‌ی اکتشافات با نتایج مثبت برای داروهای چند منظوره و جایگزین داروها برای بیماران مبتلا به بیماری پیشرونده مزمن و خستگی همراه بسیار دلگرم‌کننده است.

مداخلات غیر دارویی

مداخلات برای خستگی معمولا چندین زمینه را در بر می‌گیرد. در طول تاریخ فعالیت‌های پرستاران و محققان برای ارزیابی و کنترل خستگی ادامه داشته است. تحقیقات در مورد همه‌ی استراتژی‌های کنترل خستگی در جدول ۸.۱ لیست شده است. مداخلات آموزشی برای بیمار و کارکنان شامل مطالعه درمورد الگوهای اختلال خواب، کمبودهای تغذیه‌ای و تأثیرات آنها بر کیفیت زندگی بیمار، مدیریت علایم و خستگی جسمی و ذهنی می‌شود. اندازه نمونه‌ها معمولا کم و گروه‌ها همگن هستند؛ اما مطالعات سهم پرستاران محقق را برجسته می‌کند. برنامه‌ها ورزشی ممکن است بر خستگی تأثرگذار باشد. در مراقبت‌های تسکینی تمرینات ورزشی بر روی گروهی از بیماران که به سرطان صعب العلاج، با امید به زندگی کم بررسی شد. نتایج نشان داد که خستگی جسمی در این بیماران کاهش یافته است. در مراحل پایان زندگی، دستورالعمل‌های NCCN استراتژی‌های کلی برای مدیریت خستگی را شامل صرفه جویی در مصرف انرژی، اولویت‌بندی فعالیت‌ها، تفویض اختیار، استفاده از دوره‌های استراحت در بین فعالیت‌ها و استفاده از وسایل کم مصرف توصیه می‌کند. هم چنین توصیه می‌کنند که سطح انرژی بیمار را به دو صورت فیزیکی و کار درمانی، بهینه‌سازی کنند. در افرادی که دچار متاستاز استخوانی بوده و سیستم ایمنی‌شان سرکوب شده است، احتیاط بیشتری توصیه شده است. خستگی برای بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان نگران‌کننده و طاقت فرسا بوده است. بسیاری از بازماندگان سرطان از عوارض حاد، مزمن، عوارض جانبی درمان و اختلال شناختی رنج می‌برند. تحقیقات اولیه نشان داده است که ورزش ممکن است یک مداخله‌ی مؤثر در بهبود شدت عوارض جانبی اختلالات شناختی، مشکلات خواب، افسردگی، درد، اضطراب و اختلال در عملکرد جسمی باشد. مشاوره‌ی تغذیه‌ای برای بیماران در کنترل کمبودهای فیزیولوژیکی ناشی از کاهش وزن شدید، تهوع و بی‌اشتهایی، به عنوان یک امر کلیدی شناخته شده است. مصرف آب کافی و جایگزینی الکترولیت‌های از دست رفته، فرصت مناسبی را برای کنترل علائم فیزیولوژیک خستگی فراهم می‌کند. اختلال در خواب یک مشکل رایج است که افراد مبتلا به بیماری پیشرونده مزمن با آن روبرو می‌شوند. چرخه‌ی خواب ممکن است تحت تأثیر عوامل داخلی و خارجی بیشماری قرار بگیرد. این اختلال ممکن است واقعی یا قابل درک (ذهنی) باشد که بر روی عملکرد روزانه تأثیر منفی دارد. اختلال شایع خواب ناشی از خستگی شامل بی‌خوابی، اختلالات تنفسی و اختلالات حرکتی است. خستگی در زندگی روز مره اختلال ایجاد می‌کند، کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ممکن است یکی از دلایل عدم ادامه‌ی درمان توسط بیماران باشد. اختلالات خواب معمولا همراه با

1. Non-Small Cell Lung Cancer Teatment

جدول ۸.۱. مداخلاتی برای کاستن از خستگی

مشکل	مداخلات	نتیجه
نداشتن آگاهی یا آمادگی	ماهیت پیچیده خستگی و اهمیت ارتباط سطح خستگی با ارائه‌دهندگان مراقبت را توضیح دهید. علت خستگی را در سرطان‌ها و بیماری‌های مزمن پیش رونده توضیح دهید و سطح خستگی را در ویزیت بیمار بررسی کنید. الف) خستگی ممکن است در بیماری‌های پیشرفته افزایش یابد. ب) سلول‌های سرطانی می‌توانند از نظر تغذیه‌ای با سلول‌های بدن رقابت کنند. ج) درمان‌های تسکینی، عفونت و تب نیاز به به انرژی را افزایش می‌دهند. د) تغییر در برنامه‌ی روزانه و یا اختلال در خواب سبب پیشرفت خستگی می‌شود. بیمار را برای برنامه‌های فعالیت روزانه برنامه‌ریزی شده و برنامه‌های روزانه (غذا خوردن، جابجایی، ملاقات کردن و ویزیت با مراقبین بهداشتی) آماده کنید.	اطلاعات حسی اولیه، اضطراب و خستگی کاهش می‌یابد. انتظارات واقع بینانه باعث کاهش اضطراب و خستگی می‌شود.
اختلال در الگوی خواب و استراحت	روال خواب را ارزیابی/ تنظیم کنید: الف) الگوی خواب معمول، طول خواب بدون وقفه، درجه حرارت اتاق، فعالیت قبل از خواب ب) عادت‌های غذایی قبل از خواب، داروها و ورزش ج) قرار دادن / ادامه‌ی برنامه‌ی زمانی منظم بیداری و خواب د) تا آنجا که ممکن است توالی خواب را بررسی کنید. ه) دوره‌های استراحت کوتاه / چرت‌های داشته باشید که با خواب شبانه تداخل نداشته باشد. و) از منابع نوری جهت ادامه‌ی خواب در یک ریتم ثابت استفاده کنید. ز) در صورت جوابگو نبودن درمان‌های غیر دارویی و رفتاری، ممکن است درمان‌های دارویی برای بی‌خوابی در نظر گرفته شود.	به حداقل رسانیدن زمان در رختخواب ماندن به بیماران کمک می‌کند تا احساس شادابی کنند، از خواب پراکنده جلوگیری می‌کند و ریتم شبانه روزی را تقویت می‌کند.
وضعیت تغذیه	به بیماران توصیه می‌شود: الف) غذای پر پروتئین و مواد مغذی داشته باشید. ب) استفاده از مکمل‌های پروتئینی برای تقویت رژیم غذایی ج) وعده‌های غذایی کوچک و متعدد پیشنهاد شود. د) زمان نشستن روی صندلی و رسیدن غذا را با هم هماهنگ کنید. ه) معاشرت ممکن است مصرف غذا رو از طریق دهان افزایش دهد. و) مصرف کافی مایعات، هشت لیوان در روز و یا در حد تحمل بیمار مگر اینکه کنتر اندیکه باشد. ز) نیاز به یک محرک اشتها مثل مدروکسی پروژسترون ممکن است در نظر گرفته بشود	افزایش تغذیه، سطح انرژی را افزایش می‌دهد. وعده‌های غذایی کم‌حجم انرژی کمتری برای هضم نیاز دارد.

جدول ۸.۱ ادامه. مداخلاتی برای کاستن از خستگی

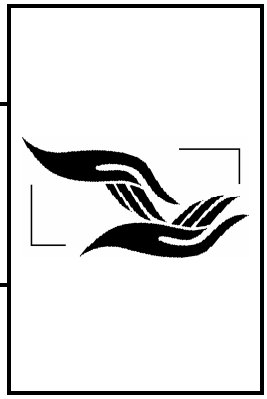
مشکل	مداخلات	نتیجه
وقوع چند علایم	ارزیابی و کنترل علایمی که منجر به خستگی یا ایجاد خستگی می‌کنند مانند درد، بی‌خوابی، افسردگی، تهوع، اسهال، یبوست، عدم تعادل الکترولیت، تنگی نفس، کمبود آب و عفونت. علایم کم خونی را ارزیابی کرده و احتمال مداخله دارویی یا انتقال خون را ارزیابی کنید	وجود چندین علامت ناراحت‌کننده سبب تخلیه انرژی و در ارتباط با خستگی جسمی و روانی می‌شود.
کاهش ذخیره انرژی	اقدامات و برنامه‌ی عملی: الف) شناسایی فرد مسئول (سوالات درست، پاسخگویی به تلفن، وعده‌های غذایی). ب) سرعت و روش مراقبت را تنظیم کنید، در هنگام مراقبت به آرامی حرکت کنید. پ) انرژی را برای فعالیت‌های مهم اولویت‌بندی کنید. ث) فعالیت‌های غیر ضروری را به تعویق بیاندازید. ج) با تمام بدن گوش دهید، اگر خسته شدید استراحت کنید. از فیزیوتراپی مشاوره بگیرید: چ) فیزیوتراپی سبک ممکن است به نرمی مفاصل و کاهش درد کمک کند. ح) در برنامه یوگا که به صورت جداگانه طراحی شده و مورد تأیید تیم است شرکت کنید. از حواس پرتی/ ترمیم استفاده کنید: خ) از فعالیت‌هایی جهت بازیابی انرژی استفاده کنید، وقت گذراندن در محیط طبیعی، باغبانی، موسیقی گوش دادن، دعا کردن، مراقبه، سرگرمی (هنر، مطالعه، روزنامه نگاری) د) وقت گذراندن با خانواده و دوستان، در فعالیت‌های پاسیو شرکت کنید (رانندگی کردن، تماشای برنامه‌ی آشپزی)	صرفه جویی انرژی به کاهش بار خستگی و استفاده مؤثر از انرژی کمک می‌کند. انجام فعالیت‌های مورد علاقه باعث تسکین خستگی ذهنی شود.

خستگی گزارش می‌شود. یک مطالعه به بررسی رابطه‌ی بین خستگی و پارامترهای خواب در زنان تحت شیمی درمانی پرداخته است. نتایج این تحقیق نشان داد که اگر چه در طول درمان مدت زمان خواب بیشتر می‌شود ولی وضعیت خستگی بدتر شده و کیفیت خواب نیز در کل پایین است. علاوه بر این، یک مطالعه درمورد بیماران مبتلا به مالتیپل میلوما با استفاده از یک برنامه تمرین شخصی تجویز شده، میزان خستگی تا سطح قابل توجهی بهبودی نشان داد. تکنیک‌های روانی اجتماعی آخرین دسته از مداخلات خستگی است. نتایج یک مطالعه‌ی متا آنالیز که با هدف ارزیابی مداخلات جسمی و روانی – اجتماعی (شناختی – رفتاری و مشاوره‌ای) و همچنین درمان‌های رفتاری (ماساژ- یوگا) و تأثیر آنها بر خستگی شواهدی را در رابطه با مداخلات روانشناختی، رویکردهای ترمیمی و درمان‌های مشاوره‌ای ارائه می‌دهد، نشان داد که تأثیر متوسط تا زیادی در کاهش خستگی دارند. یکی از موانع شناسایی شده در مدیریت

خستگی نداشتن دانش و درک کافی بیمار، پرستار و ارائه‌دهنده‌ی مراقبت در مورد ارتباط بین فعالیت بدنی و کم تحرکی با خستگی است؛ که با آموزش بیمار و ارائه‌دهنده‌ی مراقبت فرصت موفقیت آمیزی در ارتباط با مدیریت خستگی را افزایش می‌دهد. آموزش باید شامل موضوعاتی همانند تغییر در وضعیت بیماری، پیشرفت، پروسیجرهای اضافی و یا نیاز درمانی و یا عوارض جانبی داروها باشد. جلسات آموزشی برنامه‌ریزی شده پرستار با بیمار و خانواده میتواند شرایطی را فراهم کند که در آن بتوانید به سوالات فراموش شده پاسخ دهید، اطلاعات مربوط به تغذیه را افزایش دهید و در کنار هم علایم را برای بهبود کیفیت زندگی مدیریت کنید. همانطور که دستور العمل‌ها و استانداردهای علمی مدیریت خستگی در مراقبت‌های تسکینی در حال پیشرفت است، دستورالعمل‌های NCCN چارچوبی را برای بزرگسالان، کودکان و نوجوانان مبتلا به خستگی فراهم می‌آورد. توصیه می‌شود که مدیریت کیفیت به عنوان پروژه‌های بهبود کیفیت مستمر و مداوم اجرا شود. در نهایت دستور العمل‌ها پیشنهاد می‌کنند که قرارداد مراقبت‌های پزشکی شامل باز پرداخت درمان‌های مربوط به خستگی و بیمه از کار افتادگی برای خستگی طولانی مدت منعقد شود.

نتیجه‌گیری

این فصل مروری بر خستگی، به عنوان یک مسیر کلی از بیماری و تجربه‌ی انتهای زندگی برای بیماران مبتلا به بیماری پیشرونده‌ی مزمن دارد. در حالی که خستگی یک پدیده‌ی پیچیده است و به طور گسترده مورد مطالعه قرار گرفته است؛ اما با این وجود یک تعریف واحد و جهانی برای آن وجود ندارد. افراد مبتلا به سرطان و افراد زیاد مبتلا به بیماری‌های مزمن و پیش رونده همچنان خستگی و هزینه‌های مربوط به آن را تجربه می‌کنند که نه تنها از نظر اقتصادی بلکه از نظر جسمی و تأثیر عاطفی و روانی بر زندگی باید درک شوند. عوامل بسیاری هم چون سن، وضعیت روانی، حمایت‌های اجتماعی، دسترسی به مراقبت، نوع و وضعیت بیماری، مسائل دارویی، اختلال شناختی و مسائل همراه بر خستگی تأثیر می‌گذارند. CRF یک مشکل جدی است که عملکرد فیزیکی، روانی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی را مختل می‌کند. نیاز ارائه‌دهندگان مراقبت به شناسایی علایم و بررسی استراتژی‌های مدیریت برای کاهش رنج‌های انسان ضروری است. پرستاران حرفه‌ای در موقعیت منحصر به فردی برای شناسایی و کشف نیازهای بیمارانی هستند که ممکن ات به دلیل خستگی، نا آگاهانه درمان‌های بعدی خستگی را نادیده بگیرند.



فصل ۹

آنورکسی (بی‌اشتهایی) و کاشکسی

نکات کلیدی

- آنورکسی و کاشکسی از علائم ناراحت‌کننده بیماری‌های پیشرفته و مزمن است.
- آن‌ها سندرم‌های متمایزی هستند؛ اما از نظر بالینی؛ تشخیص آن‌ها دشوار است.
- تغییرات متابولیکی؛ علت اصلی سندرم آنورکسی / کاشکسی است.
- ارزیابی و درمان شامل تعیین بررسی علل برون‌زا مانند تهوع و درد؛ ایجادکننده این علائم و یا درمان‌های مرتبط با هر علامت است.

مقدمه

مدیریت سندرم آنورکسی/ کاشکسی (ACS)[1] نیاز به یک رویکرد چند بعدی، بین حرفه‌ای با استفاده از مداخلات دارویی، غیر دارویی و روانشناختی دارد. آنورکسی به عنوان کاهش یا از بین رفتن میل به غذا تعریف می شود و علامتی است که با بسیاری از بیماری‌های شایع، همراه است. در شرایط حاد، بی‌اشتهایی معمولاً با رفع بیماری برطرف می‌شود و هر گونه کاهش وزن ممکن است با مکمل های غذایی یا افزایش مصرف، جایگزین شود. آنورکسی بدون کنترل، منجر به دریافت کالری ناکافی و سوءتغذیه کالری-پروتئین می‌شود. کاهش وزن ناشی از این پدیده معمولاً با از دست دادن بافت چربی نسبت به بافت عضلانی است. آنورکسی در بین بیماران مبتلا به سرطان‌های پیشرفته و سندرم نقص ایمنی اکتسابی پیشرفته (AIDS) شایع است؛ اما در بیماران مبتلا به سایر بیماری های پیشرونده مزمن، مانند بیماری انسداد مزمن ریوی (COPD)، نارسایی احتقانی قلب (CHF) و بیماری کلیوی در مراحل پایانی (ESRD) نیز دیده می‌شود.

آنورکسی و کاشکسی دو سندرم بالینی مجزا هستند؛ اما اغلب در بیماری‌های پیشرونده مزمن با هم دیده می‌شوند. کاشکسی؛ سندرمی پیچیده است که معمولاً با آنورکسی، کاهش وزن قابل توجه، از دست‌دادن توده عضلانی با یا بدون تحلیل بافت چربی، ضعف عمومی، افزایش کاتابولیسم پروتئین و پاسخ التهابی، همراه است. کلمه "cachexia" از واژه یونانی kakos گرفته شده است، به معنی بد و hexis، به معنی وضعیت یا ظاهر است. در طول تاریخ پزشکی، کاشکسی با شدت بیماری همراه بوده است. اولین تعریف بالینی را می توان از بقراط در حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد، نقل نمود: "گوشت مصرف می شود و آب می‌شود.

1. anorexia/ cachexia syndrome (ACS)

شکم پر از آب می‌شود، پاها متورم می‌شوند، شانه‌ها، ترقوه‌ها، سینه و ران‌ها ذوب می‌شوند. این بیماری کشنده است." افتراق سندرم کاشکسی از آنورکسی ساده یا گرسنگی، مهم است. آنورکسی با کاهش جذب معمولاً یکی از اجزای هر دو پدیده است، اما کاشکسی در غیاب کاهش اشتها ایجاد می‌شود. آنورکسی به تنهایی تعیین کننده میزان کاهش وزن در بیماری‌هایی مانند سرطان نیست و حتی تعیین‌کننده عدم بازیابی توده بدنی تحلیل رفته در سندرم ACS توسط مکمل‌ها نیز نیست.

دو گروه بین‌المللی جداگانه در سال ۲۰۰۸ و ۲۰۱۱ گرد هم آمدند تا تعاریف عملیاتی، معیارهای تشخیصی و طبقه‌بندی کاشکسی را به امید پیشرفت اقدامات بالینی آینده و اقداماتی نتیجه‌بخش برای آزمایشات بالینی آینده را توسعه دهند. در سال ۲۰۱۱، Fearon و همکارانش این تعریف از کاشکسی را ارائه دادند:

> سندرمی چند عاملی که با از دست دادن مداوم توده عضلانی (با یا بدون از دست دادن توده چربی) که با حمایت تغذیه ای مرسوم، قابل برگشت نیست و منجر به نقص عملکردی پیشرونده می شود. پاتوفیزیولوژی با تعادل منفی پروتئین و انرژی ناشی از ترکیبی متغیر از کاهش مصرف غذا و متابولیسم غیر طبیعی، مشخص می‌شود.

کاشکسی یک سندرم مخرب چند عاملی است که در بیش از ۸۰٪ بیماران مبتلا به سرطان قبل از مرگ رخ می‌دهد و علت اصلی مرگ بیش از ۲۰٪ این بیماران است. بر خلاف گرسنگی که در آنورکسی دیده می شود، در کاشکسی تقریباً با از دست دادن مساوی بافت چربی و عضلانی، کاهش قابل توجه محتوای مواد معدنی استخوان ها و عدم پاسخ به مکمل های غذایی یا افزایش مصرف، دیده می‌شود.

کاهش وزن، صرف نظر از علت آن، قطعا بر بقاء تأثیر منفی دارد و به ویژه تحلیل توده بدنی، اثر مخربی دارد. بررسی‌های مبتنی بر شواهد در مورد پیش‌آگهی این حالت، ارتباط معناداری بین آنورکسی/ کاشکسی و بقاء در بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده‌شده و بیماران با بیماری پیشرفته را نشان می‌دهد. کاهش‌وزن همچنین با کاهش بقاء در CHF، COPD، ESRD و HIV؛ در ارتباط است. اصطلاح "سندرم آنورکسی/ کاشکسی" بیشتر در مورد بیماران مبتلا به سرطان استفاده شده است؛ بنابراین گاهی اوقات "آنورکسی/ کاشکسی مرتبط با سرطان" (C- ACS) نامیده می‌شود. یک سیستم طبقه‌بندی برای کاشکسی سرطان با سه مرحله بالینی شامل پیش کاشکسی، کاشکسی و کاشکسی مقاوم، با این امید که از طریق معیارهای عینی و استاندارد، سهولت تشخیص کاشکسی توسط پزشکان را بهبود بخشد، معرفی شده است. اصطلاحات متنوعی برای توصیف این سندرم در سایر بیماری‌ها به عنوان مثال سندرم تحلیل رونده HIV[1]، کاشکسی قلبی، سندرم کاشکسی ریه و در بیماران مبتلا به بیماری کلیوی پیشرفته، سندرم کاشکسی سوءتغذیه – التهاب (MICS)[2]؛ اصطلاحات مرتبط با این سندرم هستند. جدول ۹.۱ لیستی از اصطلاحات مختلف مورد استفاده برای توصیف آنورکسی– کاشکسی ارائه و برآوردی از شیوع آن را در وضعیت‌های مختلف پاتوفیزیولوژیک، نشان داده است. تظاهرات بالینی ACS در بیماری‌های مختلف، همپوشانی دارد مگر این که مربوط به عدم تعادل متابولیک و نوروهورمونی متفاوت باشد.

مسئله اساسی التهاب مزمن زمینه‌ای است که در همه آن‌ها قابل مشاهده است. با توجه به اهداف این فصل، اصطلاح ACS به تمام سندرم‌های آنورکسی/

1. wasting
2. malnutrition- inflammationcachexia syndrome (MICS)

جدول ۹.۱. سندرم آنورکسی/کاشکسی در بیماری‌های مختلف

بیماری	ترمینولوژی	تخمین شیوع؛ بیشترین میزان در بیماری‌های پیشرفته
سرطان	ACS مرتبط با سرطان	بالای ۸۶ درصد
CHF	کاشکسی قلبی	۳۶-۱۶ درصد
COPD	سندرم کاشکسی ریوی	۷۰-۳۰ درصد
بیماری ایدز	سندرم تحلیل برنده HIV	۳۵-۱۰ درصد
بیماری کلیوی	MIC: سندرم کاشکسی سوء تغذیه - التهاب	۶۰-۳۰ درصد

کاشکسی مرتبط با بیماری‌های مزمن و پیشرفته؛ اشاره دارد. ACS در بیماری ها با علائم و نشانه های مختلفی مشخص می شود که نشان دهنده اختلال در مصرف انرژی (کاهش اشتها، سیری زودرس، تغییر چشایی و غیره) بوده و وضعیت تغذیه‌ای شامل افزایش میزان متابولیسم، کاهش وزن، تغییرات هورمونی، تحلیل عضلات و بافت چربی، خستگی و کاهش عملکرد است. صرف‌نظر از نوع بیماری، ACS یک مشکل بالینی قابل توجه را ایجاد می کند. این علامت مهم از نظر پیش‌آگهی بر کیفیت زندگی (QOL) نیز اثرات مخربی دارد. همان‌طور که توسط مطالعات انجام شده در تمام تشخیص‌های اصلی قبلی، ثبت شده است؛ این سندرم منجر به نقایص جدی جسمی و عملکردی می شود و می تواند در تصویر از خود، روابط اجتماعی و خانوادگی و بهزیستی معنوی، اثرات مخربی داشته باشد.

پاتوفیزیولوژی سندرم آنورکسی/کاشکسی

علل اساسی ACS شامل (۱) کاهش مصرف غذا (۲) ناهنجاری‌های متابولیکی (۳) عملکرد سیتوکین‌های پیش‌التهابی (۴) التهاب سیستمیک (۵) تنظیمات عصبی هورمونی (۶) عوارض تومور و (۷) وضعیت کاتابولیک است. این موارد منجر به اختلال عملکردی با اثرات منفی بر بقاء و کیفیت زندگی، می‌شود. در بعضی از این مکانیسم‌ها؛ جنبه‌های تقویت‌کننده متقابل وجود دارد. به عنوان مثال بی‌اشتهایی منجر به خستگی می‌شود و خستگی؛ بی‌اشتهایی را افزایش می‌دهد و این مسئله به صورت متقابل؛ تقویت می‌شود. جدول ۹.۲ مکانیسم‌ها و اثرات ACS را خلاصه می کند. ACS بسته به علت آن به انواع اولیه و یا ثانویه طبقه‌بندی می‌شود. ACS اولیه در اثر ناهنجاری‌های متابولیکی درون‌زا مانند تولید سیتوکین‌ها، ایجاد می‌شود که التهاب مزمن و کاتابولیسم ناشی از آن را تحریک می کند. این سندرم در صورتی ثانویه خوانده می‌شود که از علل برون زای مرتبط با علائم تداخل‌کننده در مصرف یا جذب مواد مغذی ایجاد شود. درد، تهوع، انسداد روده و یا دیسترس روانی اجتماعی نمونه‌هایی از این علائم، هستند.

جدول ۹.۲. مکانیسم‌ها و اثرات سندرم آنورکسی/ کاشکسی

مکانیسم‌ها	اثرات
کاهش اشتها	تحلیل عمومی بافت بدن، تهوع یا "احساس بیماری"، انزوای اجتماعی و کاهش لذت از وعده‌های غذایی
کاهش فعالیت حرکتی ارادی خستگی	تحلیل رفتن و بی‌حرکتی عضلانی اسکلتی (خستگی)
کاهش سرعت سنتز پروتئین ماهیچه‌ای	تحلیل عضلات اسکلتی و سستی (ضعف)
کاهش پاسخ ایمنی	افزایش احتمال ابتلا به عفونت
کاهش پاسخ به درمان یا عدم تحمل درمان	مرگ زودتر و افزایش عوارض بیماری

تغییرات متابولیکی

تغییرات متابولیکی در سرطان و سایر بیماری‌ها شایع است و تصور می شود که تا حد زیادی به علت واکنش التهابی سیستمیک و تحریک تولید سیتوکین‌ها (فاکتور نکروز آلفا [TNF-α]، پروستاگلاندین‌ها [PG]، اینترلوکین-۱ [IL-1]، اینترلوکین- ۲ [IL-2]، اینترلوکین -۶ [IL-6]، اینترفرون-α [IFN-α] و اینترفرون -β [IFN- β]) باشد. سایر عوامل مشتق از کاتابولیک تومور که تصور می شود در کاشکسی نقش‌دارند شامل فاکتور القاءکننده پروتئولیز (PIF) و فاکتور تحریک کننده لیپید (LMF) است. تغییرات عمده متابولیکی شامل عدم تحمل گلوکز، مقاومت به انسولین، افزایش لیپولیز، افزایش کاتابولیسم عضلانی اسکلتی، تعادل منفی نیتروژن و در برخی بیماران افزایش مصرف انرژی پایه است.

تعدادی از نظریه‌های مختلف در مورد پاتوفیزیولوژی ACS ادامه دارد. همچنین تصور می شود که فعالیت ناسازگار فرایندهای اکسیداتیو که ممکن است در برخی بیماری‌های مزمن دیده شود تا حدی منجر به سندرم کاشکسی شود. پیشرفت‌های اخیر در ژنومیک نشان می‌دهد که پلی مورفیسم ژنتیکی ویژه به عنوان یک عامل مهم التهابی به این مسئله کمک می‌کند. سیستم ملانوکورتین هیپوتالاموس که اشتها و تغذیه را هماهنگ می کند، تحت تأثیر هورمون‌های پپتیدی مانند لپتین و گرلین؛ قرار دارد. از نظر هورمونی به نظر می رسد اختلالات حلقه‌های بازخوردی تنظیمی در ACS نقش دارند. سایر واسطه‌های بالقوه ACS شامل تستسترون، فاکتور رشد شبه انسولین -۱، میوستاتین و هورمون‌های فوق کلیوی است. به طور خلاصه، فرایندهای پاتوفیزیولوژیک اساسی ACS پیچیده است و هنوز کاملاً درک نشده است. محققان فرض می‌کنند که سازوکارهای شناخته شده، نقش‌های متعددی با اهمیت متفاوت در بیماری‌های مختلف دارند. اهمیت نسبی این عوامل و تأثیر متقابل آن‌ها همچنان نامشخص است. با این حال، صرف نظر از مکانیزم زمینه‌ای یا بیماری پزشکی خاص، بیماران بلافاصله پس از ایجاد کاشکسی شرایط بدی را تجربه می‌کنند و در نهایت، بقای آنها کوتاهتر می‌شود.

سندرم ثانویه آنورکسی/کاشکسی

علل ثانویه ACS شامل عوامل برون زایی است که می‌توانند به طور مکرر منجر به کاهش وزن، بی اشتهایی، خستگی یا سایر علائم مرتبط با این سندرم تحلیلی شوند.

علائم جسمی

تعدادی از علائم جسمی بیماری‌های پیشرفته ممکن است در آنورکسی نقش داشته باشد یا آن را ایجاد کند، از جمله این علائم می‌توان به درد، دیسژوزیا (ناهنجاری در طعم، به ویژه بیزاری از مواد گوشتی)، آگوزیا (کاهش طعم)، هیپروزمی (افزایش حساسیت به بو)، هیپوزمی (کاهش حساسیت به بوی بد)، آنوسمی (فقدان حس بویایی)، استوماتیت، دیسفاژی، اودینوفاژی، تنگی نفس، هپاتومگالی، اسپلنومگالی، فشردگی معده، تخلیه با تأخیر، سوء جذب، انسداد روده، تهوع، استفراغ، اسهال، یبوست، بیحالی و ضعف، سستی، عفونت‌های مختلف (به بحث بعدی مراجعه کنید) و سیری زودرس اشاره کرد. اعتیاد به الکل یا وابستگی به مواد دیگر نیز ممکن است در ایجاد آنورکسی نقش داشته یا از دلایل آن باشد. محل بیماری اولیه یا متاستاتیک بر اشتها تأثیر می گذارد، سرطان معده و پانکراس؛ اثرات مستقیمی بر ارگان‌های تغذیه دارند.

به طور کلی، افرادی که به شدت بیمار هستند و یا علائم ناراحت‌کننده دارند، اشتهای کمی دارند. علاوه بر این در سرطان، سندرم‌های پارانئوپلاستیک متابولیکی مانند هایپرکلسمی یا هیپوناترمی (سندرم

ترشح نامناسب هورمون ضد ادراری) نیز ممکن است باعث بی‌اشتهایی یا علائمی مانند خستگی شود که در آنورکسی مؤثر است. افراد مبتلا به بیماری HIV ممکن است به بیماری عضلانی اولیه مبتلا باشند که منجر به کاهش وزن می‌شود. بسیاری از درمان‌ها در بیماری‌های مزمن؛ اثرات مخربی بر اشتها دارند و یا منجر به عوارض جانبی مانند آنورکسی و یا کاهش وزن می‌شوند. هر یک از این موارد باید به عنوان یک عامل مؤثر در آنورکسی مورد بررسی قرارگرفته و در صورت وجود، همانطور که در بخش دیگری از این کتاب بحث شده است، درمان شود.

عوارض جانبی درمان

بسیاری از مداخلات مورد استفاده برای درمان بیماری مزمن پیشرفته؛ اثرات سوئی بر وضعیت تغذیه‌ای دارند. بعضی از داروهایی که برای درمان HIV/AIDS و پیامدهای آن استفاده می‌شود؛ نمونه‌های بسیار خوبی است. با وجود موفقیت در درمان ضد رترو ویروسی فعال (یا HAART) در مهار ACS در بسیاری از بیماران، داروهای زیادی که در پیشگیری و درمان عوارض ایدز نقش دارند؛ اغلب به بی اشتهایی و سؤجذب، منجر می‌شوند و ضعف و تحلیل همراه با HIV همچنان برای بسیاری از افراد مسئله‌ساز است. داروهای سیتوتوکسیک می‌توانند ایجاد تهوع و استفراغ کرده و باعث تغییر طعم یا سایر عوارض گوارشی (GI) مانند استوماتیت دهانی و اسهال شوند. پرتودرمانی همچنین می‌تواند منجر به عوارض جانبی قابل توجهی مانند تهوع، استفراغ، اسهال، خشکی دهان و خستگی شدید شود. در میان بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته کلیوی و دیالیز، شیوع بالای سوءتغذیه پروتئین- انرژی؛ وجود دارد.

دیسترس روانی و یا معنوی

ناراحتی‌های روانی اغلب در علل بی‌اشتهایی نادیده گرفته می‌شوند. اثرات جسمی بیماری و یا درمان همراه با پاسخ‌های روانشناختی (به ویژه اضطراب و افسردگی) و دیسترس معنوی ممکن است منجر به کاهش اشتیاق و انرژی برای تهیه یا خوردن غذا شود. با کاهش وزن و کاهش انرژی، تغییراتی در تصویر از خود رخ می‌دهد. اشتها و توانایی غذاخوردن از عوامل تعیین‌کننده اصلی کیفیت زندگی در ابعاد جسمی و روانی، هستند. تأثیرات فرهنگی را همیشه باید در نظر گرفت. برای بسیاری از بیماران، پیامد ویژه ACS و کاهش وزن؛ یک چرخه بازخوردی منفی رنج در ابعاد مختلف است. ارائه‌دهندگان مراقبت که بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی را ارزیابی می‌کنند، در مورد رعایت اصول اساسی در ارزیابی و مدیریت افسردگی این بیماران، تشویق می‌شوند. این مورد در فصل ۱۹ به طور کامل شرح داده شده است. درمان افسردگی زمینه‌ای می‌تواند اشتها را به میزان قابل توجهی بهبود بخشد.

مشکلات دهانی

حفره دهان بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته باید مورد توجه ویژه باشد. اندازه دندان مصنوعی ممکن است با کاهش وزن؛ تغییر کند و پروتزهایی با تناسب بد ممکن است در بیماری پیشرفته به خوبی تحمل نشوند. ترمیم دندان ممکن است در زمینه یک بیماری شدید، نادیده گرفته شود. عفونت‌ها و عوارض دهان و مری با پیشرفت بیماری و نقص ایمنی، افزایش می‌یابد. پرتودرمانی در ناحیه سر و گردن باعث خشکی دهان[1] و بدتر شدن پوسیدگی دندان‌ها می‌شود. بهداشت اولیه دهان و دندان اغلب در شرایط بیماری پیشرفته نادیده گرفته می‌شود. زخم‌های دهانی و آفت، ورم مخاطی، کاندیدیازیس، آسپرژیلوز، هرپس سیمپلکس و عفونت‌های باکتریایی باعث درد دهان یا مری و در نتیجه آنورکسی می‌شوند.

1. Xerostomia

بررسی

بی اشتهایی و کاهش وزن ممکن است موذیانه و فقط با کاهش اشتها و کاهش وزن جزئی شروع شود که تقریباً می تواند همراه با هر بیماری باشد. با پیشرفت بیماری و افزایش شرایط همراه و شدت آن، آنورکسی و سوءتغذیه افزایش می یابد و ممکن است یک فرایند تقویت کننده متقابل ایجاد شود. مدت‌هاست که کاشکسی به عنوان بخشی از بیماری‌های پیشرفته و انتهای زندگی، محسوب می‌شود. با این حال، با تحلیل عضلات اسکلتی ممکن است زودتر در مسیر بیماری قرارگرفته و مراحل اولیه در بیماران مبتلا به چاقی زمینه ای؛ مورد توجه قرار نگیرد. شناسایی زودهنگام؛ مطلوب است، اما تحقیقات بیشتری در زمینه تعریف واضح مزایای ارزیابی و مداخله زودهنگام بر بیماران لازم است.

با وجود ACS در بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته یا مراحل انتهایی، شناسایی علل خاص یک مشکل می‌تواند بسیار چالش‌برانگیز باشد. چندین کارگروه بین‌المللی دستورالعمل‌های را برای تعریف و طبقه بندی آنورکسی و کاشکسی؛ ارائه داده‌اند. به طور دقیق تر، یک اجماع بین المللی در مورد چارچوب تعریف کاشکسی، معیارهای تشخیصی و طبقه‌بندی آن در سرطان وجود دارد. اعتبارسنجی این چارچوب‌ها در آینده باید در نهایت به ارزیابی‌هایی کمک کند که منجر به دستورالعمل‌های پذیرفته شده جهانی و مدیریت بالینی این علائم شود. ابزارهای استانداردی برای ارزیابی کلی وضعیت تغذیه وجود دارد؛ اما هیچ یک از آنها مخصوص ACS در مراقبت تسکینی نیست با این وجود، آنورکسی ناشی از برخی علل قابل درمان است. از این رو، ارزیابی وجود احتمالی عللی که قبلاً ذکر شد، یک امر اساسی برای مراقبت تسکینی با کیفیت است. پارامترهای بررسی با توجه به توانایی بیمار در تحمل و بهره‌مندی از آن، استفاده می‌شود.

پارامترهای ارزیابی باید شامل اشتها، مصرف مواد مغذی و وضعیت تغذیه‌ای پایه باشد. اشتها یکی از مؤلفه‌های چندین ابزار معتبر ارزیابی جهانی مانند مقیاس بررسی علائم ادمونتون، مقیاس بررسی علائم ذهنی مقیاس بصری آنالوگ است. علاوه بر این، سوالات ارزیابی ساده در مورد تغییر اشتها می تواند به یک مقیاس ارزیابی عددی، تبدیل شود. میزان مصرف را می‌توان به صورت گذشته‌نگر با یادآوری یا به صورت آینده نگر با شمارش کالری، اندازه گیری کرد. برای درک دقیق؛ با معاینه بدنی مناسب می توان عوامل مرتبط (مانند دیسفاژی، تهوع، مشکلات دهان یا درد) را شناسایی کرد. سوالات باز می‌توانند در استخراج ویژگی‌های خاص مشکلات مرتبط با خوردن، مفید باشند.

برای ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای می‌توان از روش‌های مختلفی نظیر ابزارهای پایه؛ ارزیابی جامع ذهنی تغذیه (SGA) و ارزیابی جامع ذهنی تغذیه-تعدیل شده بیمار (PG-SGA) تا آنتروپومتریک[1] پیچیده و تست‌های آزمایشگاهی، استفاده‌نمود. مقادیر کاهش‌یافته آلبومین سرم یک شاخص تعیین پیش آگهی افزایش میزان مرگ و میر و همچنین تغییر در سطح الکترولیت‌های مشابه آلبومین سرم است. سایر ابزارهای ارزیابی بیمار مانند ارزیابی عملکرد آنورکسی/ درمان کاشکسی (FAACT) یا خرده مقیاس آنورکسی/ کاشکسی (A/CS) وجود دارند. همچنین ابزارهای بالینی برای مواد تحریک کننده اشتها[2]، آنورکسی مرتبط با سرطان یا HIV در کارآزمایی‌های بالینی، مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

شاید یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مراقبت و درمان ACS در نظر گرفتن اهداف بیمار از مراقبت باشد. از آنجا که مراقبت تسکینی؛ دید کل‌نگر نسبت به بیماری دارد، مرحله بیماری و اهداف مراقبت باید به‌طور واضح قبل از برنامه ریزی دقیق یا شروع مداخله، تعیین

1. anthropometric
2. orexigenic

جعبه ۹.۱. پارامترهای ارزیابی آنورکسی/ کاشکسی

بیمار احتمالاً بی‌اشتهایی ویا سیری زودرس را گزارش می‌کند.

ضعف و خستگی وجود دارد.

وضعیت روانی با کاهش دامنه توجه و توانایی تمرکز، کاهش می‌یابد. همزمان ممکن است افسردگی افزایش یابد.

ارزیابی/ مشاهده ممکن است تحلیل پیشرونده عضلانی، کاهش قدرت و کاهش چربی را نشان دهد.

اغلب مایعات کل بدن افزایش می‌یابد و بنابراین ادم ممکن است مقداری از هدر رفت بدن را بپوشاند.

وزن ممکن است کاهش یابد. وزن ممکن است نشان‌دهنده وضعیت تغذیه یا تجمع و کاهش مایعات باشد.

افزایش وزن در حضور بیماری قلبی، نشان‌دهنده نارسایی قلبی است.

ضخامت چین‌های پوستی با سوءتغذیه پروتئینی کاهش می‌یابد (PCM؛ ضخامت چین‌های پوستی و محیط میانی با وضعیت هیدراتاسیون، متفاوت است)

uvq ماهیچه میانی با PCM کاهش می‌یابد.

غلظت آلبومین سرم با افت وضعیت تغذیه، کاهش می‌یابد. نیمه عمر آلبومین ۲۰ روز است، از این رو، نسبت به سایر اقدامات؛ کمتر تحت تأثیر مصرف فعلی قرار می‌گیرد.

سایر مقادیر آزمایشگاهی مرتبط با ACS شامل کم خونی، افزایش‌تری گلیسیرید، کاهش تعادل نیتروژن و عدم تحمل گلوکز، است.

شود. بررسی میزان رنج یا دیسترس ناشی از ACS ضروری است. برای تعیین اینکه آیا یک آزمایش تشخیصی با توجه به هزینه یا ناراحتی بیمار می‌تواند انجام شود، باید تجزیه و تحلیل هزینه- اثربخشی، انجام شود. در برهه‌ای از بیماری، حتی بررسی‌های پایه مانند وزن، فقط باعث کاهش کیفیت زندگی بیمار است. پارامترهای ارزیابی در جعبه ۹.۱ خلاصه شده است.

در بررسی صورت گرفته؛ یک ارزیابی روانشناختی اجتماعی نیز به ویژه در مورد غذا، تعیین الگوی مصرف معمول، دوست نداشتن غذا و معنای غذا یا خوردن غذا برای بیمار و خانواده، باید لحاظ شود. اغلب اوقات، یکی از اعضای خانواده اهمیت زیادی به مصرف مواد غذایی می‌دهد و برای افزایش مصرف غذا به بیمار؛ فشار وارد می‌کند:"ای کاش او فقط به اندازه کافی غذا بخورد."خوردن یکی از اجزاء اساسی مراقبت و رشد است و جای تعجب نیست که وجود بیماری ویرانگر غالباً تمایل اولیه به غذا را کاهش می‌دهد.

بررسی همچنین باید شامل بررسی سطح سواد سلامت بیمار و خانواده و همچنین تمایل و وسایل ترجیحی آنها برای دریافت اطلاعات بهداشتی باشد. در بعضی موارد بیمار به دلیل مصرف اندک مواد غذایی در خانواده؛ دچار مشکل می‌شود. ارائه‌دهندگان مراقبت باید معنای تغذیه را در زمینه های فرهنگی و مذهبی خانواده درک کرده و به شناسایی روش‌های دیگر مراقبت از بیمار با مشارکت خانواده کمک کنند.

مداخلات

رویکرد تسکینی در مراقبت از بیمار مبتلا به ACS بر راحتی بیمار و به حداقل رساندن دیسترس ناشی از آنورکسی و کاهش وزن متمرکز است. کمک به بیماران و خانواده‌ها در انطباق با علائم پیشرونده و کاهش علائم تشدیدکننده‌ی مشکل دو کانون مداخلات هستند. مداخلات ممکن است ترکیبی از رویکردهای مختلف از جمله درمان علل ثانویه (برون زا) آنورکسی، حمایت تغذیه‌ای، تغذیه انترال و پرنترال، مدیریت دارویی و حمایت روانی باشد.

مدیریت علائم برون زا / ثانویه

وجود علائمی که ممکن است باعث بی اشتهایی ثانویه و کاهش وزن شوند باید مورد ارزیابی و درمان قرار گیرند. اگر آنورکسی به دلیل مشکل قابل شناسایی مانند درد، تهوع، خستگی، افسردگی یا اختلال چشایی، باشد، بحث مداخلات مناسب در بخش دیگری از این کتاب؛ انجام شده است. هدف در اینجا شناسایی و مدیریت مشکلات احتمالی قابل اصلاح است که منجر به مصرف کم غذا شده است.

پشتیبانی تغذیه‌ای

حمایت از تغذیه خوراکی در تلاش برای افزایش مصرف یا به حداکثر رساندن محتوای تغذیه‌ای، در اوایل روند بیماری یا در وضعیت خاص بیماری، مفید است. به عنوان مثال، شواهدی وجود دارد که مکمل غذایی می‌تواند در بیماران مبتلا به COPD مؤثر باشد. با این حال، مطالعات در مورد سندرم آنورکسی/ کاشکسی مرتبط با C-ACS ناامیدکننده بوده است. شواهد موجود نشان می‌دهد، علی‌رغم تلاش بیشتر برای بهبود کمیت و کیفیت تغذیه از طریق حمایت معمول تغذیه‌ای، توده تحلیل رفته چربی بدن در بیماران مبتلا به سرطان؛ بهبود نمی‌یابد. متأسفانه شواهدی قطعی مبنی بر افزایش بقاء، افزایش وزن قابل توجه یا بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان با افزایش مشاوره تغذیه یا سایر حمایت‌های معمول تغذیه‌ای، وجود ندارد، اما خطرات کلی کم است و بیماران و خانواده‌ها تمایل دارند این حمایت‌ها را بدانند.

کمک به اعضای خانواده در درک نیازها و محدودیت‌های تغذیه‌ای در شرایط انتهای زندگی، ضروری است. مشاوره با متخصص تغذیه معمولاً به منظور آموزش و پیشنهاد مکمل‌های مناسب، توصیه می‌شود. دستورالعمل‌های عمومی برای مداخلات تغذیه‌ای شامل موارد زیر است:

- کیفیت تغذیه ای مصرف باید ارزیابی و به طور مناسب، اصلاح شود تا کیفیت زندگی بهبود یابد. بیمارانی که در حال احتضار نیستند، ممکن است از لحاظ عاطفی از مصرف مکمل‌هایی مانند منابع پروتئین و کالری، سود ببرند. ارائه‌دهندگان مراقبت باید معنای دادن غذا، مصرف و امتناع غذا را برای بیمار و خانواده تعیین کنند. باورهای قوی و حتی ناخودآگاه در مورد غذا به سختی قابل اصلاح است و بسیاری از خانواده‌ها در برابر درماندگی و ناامیدی مربوط به کاهش مصرف، به آموزش و پشتیبانی مکرر نیاز دارند.
- غذاهای مناسب یا مورد علاقه فرهنگی باید مورد تشویق قرارگیرند. حفظ سنت‌های فرهنگی یا اجتماعی در وعده‌های غذایی نیز مفید است. باید خانواده‌ها را تشویق کنند که زمان صرف غذا را با بیماران در میان بگذارند یا عاداتی مانند مصرف یک لیوان نوشیدنی همراه با وعده‌های غذایی را اگر بیمار از نظر پزشکی در وضعیت مناسب قرار دارد، ادامه دهند.
- وعده‌های غذایی کوچک، طبق برنامه و مطابق با سلیقه و تمایلات بیمار، حداقل از نظر عاطفی مفید هستند و باید در اوایل بیماری تنظیم شوند تا غذا خوردن سنگین نباشد.
- غذاهایی منطبق بر سلیقه، ظاهر مناسب، درجه حرارت، چاشنی، ادویه، درجه رطوبت و رنگ متفاوت باید امتحان شود، اما خانواده درمراقبت مداوم تغذیه بیمار و غذاهایی که امتحان می‌کنند باید احتیاط کنند. دمای اتاق و غذاهای کم ادویه توسط بسیاری از بیماران، ترجیح داده می‌شود.
- مایعات مختلف را نیز باید امتحان کرد. مایعات سرد و شفاف معمولاً به خوبی تحمل می‌شوند و بیماران از آن لذت می‌برند، گرچه ممکن است محدودیت‌های فرهنگی؛ وجود داشته باشد. به عنوان مثال، تصور بر این است که بیماران مبتلا به برخی بیماری‌ها در برخی از کشورهای آسیای

جنوب شرقی و لاتین به عنوان "سرد" طبقه‌بندی می‌شوند و اعتقاد بر این است که با مصرف نوشیدنی‌ها یا غذاهایی که دارای درجه حرارت سرد هستند یا به‌اصطلاح "سردی" هستند، آسیب می‌بینند.

- کارهای مقدماتی در زمان مصرف نیز لازم است انجام شود. به عنوان مثال بیمارانی که سیری زودرس را تجربه می‌کنند، ابتدا باید مقوی‌ترین ماده غذایی را مصرف‌کنند. از مصرف مایعات بدون ارزش غذایی (مانند نوشابه گازدار) در زمان صرف غذا؛ باید اجتناب شود. مراقبت از دهان و دندان باید بخشی جدایی ناپذیر از حمایت غذایی، باشد. رعایت بهداشت و کنترل هرگونه درد دهانی در حمایت از تغذیه، ضروری است. اقدامات، درمان‌ها، ناراحتی‌های روانی (منفی یا مثبت)، سایر استرس‌ها یا فعالیت‌ها باید قبل از وعده‌های غذایی، محدود شود.

تغذیه انترال و پرنترال

تغذیه روده‌ای (از طریق لوله بینی روده‌ای، گاستروستومی یا ژژونوستومی) ممکن است در تعداد کمی از بیماران مبتلا به بیماری های بدحال انتهایی، استفاده شود. بسیاری از ارائه‌دهندگان مراقبت فرض می‌کنند که بیماران خاصی با وضعیت عملکردی خوب و مولفه‌های ثانویه (برون زا) مربوط به ACS ممکن است از مداخلات تغذیه ای تهاجمی، سود ببرند. به عنوان مثال می‌توان به بیماران مبتلا به سرطان‌های سر و گردن مبتلا به دیسفاژی شدید تحت پرتودرمانی، بیماران دارای انسداد روده مبتلا به تومورهایی با رشد کند، بیماران تحت جراحی‌های بدخیمی دستگاه گوارش فوقانی (UGI) یا بیماران تحت پیوند مغز استخوان، اشاره کرد. با این حال، شواهد کافی برای توصیه دستورالعمل‌های بالینی دقیق برای جمعیت های خاص بیماران، موجود نیست. به طور کلی، دستورالعمل ها در مورد تغذیه انترال در بیماران مبتلا به سرطان تحت رادیوتراپی معمول، شیمی‌درمانی یا پیوند مغز استخوان؛ توصیه شده است. به علاوه، با وجود روش معمول قراردادن لوله‌های گاستروستومی آندوسکوپیک از راه پوست (PEG) در بیماران مبتلا به سرطان‌های سر و گردن، شواهد کافی در زمینه تأثیرگذاری این روش در بهبود نتایج بالینی؛ وجود ندارد.

علائم بالینی تغذیه انترال در تشخیص‌های غیر سرطان همچنان بحث‌برانگیز است که شاید بیشتر مختص دمانس است. اگرچه بیش از ۳۰٪ بیماران مبتلا به دمانس در مراکز پرستاری؛ دارای PEG هستند، داده‌های موجود نشان می‌دهد که در تغذیه از طریق لوله؛ کیفیت زندگی بهبود نمی‌یابد، بلکه تشکیل زخم‌های فشاری را کاهش و یا بهبودی آن‌ها را تسریع می‌کند و با کاهش خطر آسپیراسیون، افزایش ظرفیت عملکردی یا افزایش بقاء می‌شود. در این بیماران، تغذیه دقیق با دست؛ به عنوان گزینه جایگزین توصیه شده است. دو مورد از شرایط غیربدخیم، یکی بیماران مبتلا به سکته مغزی که در صورت عدم تغذیه انترال، کیفیت زندگی خوبی ندارند و بیماران مبتلا به اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، تغذیه انترال را توجیه می کند. به طور کلی، بیماران با وضعیت عملکردی و پیش آگهی ضعیف در معرض خطر بالای مرگ و میر ناشی از گاستروستومی هستند. در این بیماران، تمرکز اصلی در حفظ کیفیت زندگی، تغذیه راحت آنان است. استفاده از تغذیه تزریقی در ACS در مراکز مراقبت تسکینی، بحث برانگیز بوده و تقریباً در همه موارد، اگر بیمار دارای عملکرد روده ای باشد، تغذیه انترال بر تغذیه پرنترال، ترجیح داده می‌شود زیرا مزایای تغذیه انترال بیشتر و با هزینه و عوارض کمتری، همراه است. در مراقبت تسکینی، استفاده طولانی مدت از تغذیه پرنترال (تزریقی) فقط در صورت همسو بودن با اهداف مراقبتی، در افرادی که وضعیت عملکرد زمینه‌ای خوبی دارند، با پیش‌آگهی ۲-۳ ماه که در آن‌ها تغذیه انترال امکان‌پذیر نیست، توصیه شده است.

مداخلات دارویی

بسیاری از مطالعات دارویی، C-ACS را هدف قرار داده و مطالعات اخیر شامل سایر بیماری‌های پیشرفته مزمن نیز است. بیشترین داروی تجویز شده در مطالعات، استات مژسترون (MA) یک پروژسترون مصنوعی است که بر افزایش اشتها و افزایش وزن اثر دارد. اگرچه سازوکارهای MA به خوبی شناخته نشده‌اند، اما بیشتر فرضیه‌ها نشان می‌دهد که این دارو بر روی سیتوکین‌ها عمل می‌کند و مانع TNF می‌شود و همچنین می‌تواند باعث ترشح نوروپپتید Y (NYP) در هیپوتالاموس شود و تحریک سلول‌های عصبی درگیر مکانیسم سیری را ایجاد کند. در آخرین بررسی پایگاه کاکرین، مطالعاتی که مورد بررسی قرار گرفت اثربخشی و ایمنی MA را در تسکین ACS در بیماران مبتلا به سرطان، ایدز و سایر آسیب‌های اساسی؛ ارزیابی نموده است. این بررسی نشان داد که MA اشتها را بهبود می بخشد اما تأثیر کمی در افزایش وزن دارد. همچنین نشان می‌دهد که کیفیت زندگی را بهبود نمی‌بخشد. عوارض جانبی در بیماران تحت درمان با MA بیشتر است. عوارض جانبی MA شامل هیپوآدرنالیسم، هیپوگنادیسم، نگرانی زیاد، ترومبوز و ترومبوز ورید عمقی (DVT) است. در مورد ایمنی استفاده از MA، اطلاعات محدودی در دسترس است.

گلوکوکورتیکوئیدها به طور گسترده‌ای در محیط‌های مراقبت تسکینی برای رفع علائمی از جمله درد، تنگی‌نفس و تهوع؛ استفاده می‌شوند. در بیماران مبتلا به سرطان نشان داده شده است که استروئیدها تأثیر مثبت محدودی بر اشتها، مصرف مواد مغذی و احساس راحتی؛ دارند اما تأثیری بر وزن ندارند. استفاده انواع متفاوت از کورتیکواستروئیدها (دگزامتازون، متیل پردنیزولون یا بتامتازون)، دوز، مدت زمان درمان و میزان ریزش متفاوت در مطالعات مختلف باعث می‌شود نتیجه‌گیری دقیق در مورد استفاده از کورتیکواستروئیدها و تعیین میزان دوز آن‌ها، دشوار باشد. طیف گسترده ای از عوارض جانبی، به خصوص با استفاده طولانی مدت‌تر از جمله سرکوب آدرنال، افزایش قندخون و زخم‌های گوارشی، ممکن است از استفاده آنها در برخی بیماران، جلوگیری کند. با این حال، برخی پیشنهاد می‌کنند که کورتیکواستروئیدها برای بیماران با طول عمر کمتر؛ مناسب ترند، به خصوص اگر علائم دیگری داشته باشند که ممکن است با مصرف این داروها کاهش یابند.

کانابینوئیدها اثرات مثبت مشابهی را چون بهبود اشتها و خلق؛ بدون افزایش وزن نشان داده اند. حداقل دو کانابینوئید تأیید شده توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) موجود است: درونابینول (تأیید شده برای درمان بی اشتهایی همراه با کاهش وزن در بیماران مبتلا به HIV / AIDS و درمان تهوع و استفراغ مقاوم ناشی از شیمی درمانی) و نبیلون (تأیید فقط برای درمان تهوع مقاوم و استفراغ همراه با شیمی درمانی) با این حال، عوارض جانبی سیستم عصبی مرکزی و دشواری تعیین دوز، استفاده از این داروها را محدود می کند. گزینه‌های دارویی رایج استفاده شده همراه با علائم و عوارض جانبی قابل توجه در جدول ۹.۳ ارائه شده است.

از ۲۹ ژوئن ۲۰۱۷، ایالت ایالات متحده و منطقه کلمبیا، برنامه‌های پزشکی مرتبط با ماری جوانا دارند، اگرچه ماری جوانا طبق قوانین فدرال، غیرقانونی است. در حال حاضر، هیچ مطالعه بالینی کنترل شده ای برای حمایت از اثر ماری جوانا در مدیریت علائم در شرایطی مانند ACS وجود ندارد. علاوه بر این؛ می‌تواند عوارض جانبی زیادی بر سیستم عصبی مرکزی به ویژه در افراد مسن داشته باشد. بر اساس ملاحظات پزشکی و حقوقی، استفاده از ماری جوانا پزشکی در هیچ یک از دستورالعمل های درمان داخلی، گنجانده نشده است.

تحقیقات آینده در مدیریت دارویی، مسیرهای مختلفی را که در ACS نقش دارند، هدف قرار می دهند. دستکاری عصبی هورمونی، مهار سیتوکین و

جدول ۹.۳. داروهای رایج استفاده شده در سندرم آنورکسی/کاشکسی

اثرات دارویی و دوز رایج	نشانه‌ها	عوارض جانبی و توجهات
عوامل پروژسترونی Esp: مژسترول استات ۱۶۰-۸۰۰ میلی‌گرم روزانه	بهبود اشتها، افزایش وزن و ارتقاء حس خوب بودن	حوادث ترومبوآمبولیک، اثرات گلوکوکورتیکوئید، ناراحتی/مشکلات گوارشی، نارسایی قلبی، ناهنجاری‌های قاعدگی، عود تومور
کورتیکواستروئید ها دگزامتازون، ۶-۳ میلی‌گرم روزانه (به دلیل اثر مینرالوکورتیکوئیدی کمتر ترجیح داده می‌شود) پردنیزون، ۳۰-۲۰ میلی‌گرم روزانه	افزایش اشتها و ارتقاء حس خوب بودن	سرکوب سیستم ایمنی، عفونت، فشار خون، میوپاتی، اختلالات گوارشی، آتروفی پوستی، افزایش ICP، عدم تعادل الکترولیت، اضطراب، اجتناب از قطع ناگهانی
کانابینوئیدها درونابینول، ۲۰-۵ میلی‌گرم روزانه	افزایش اشتها و کاهش اضطراب	خواب‌آلودگی، گیجی، دیسفوری به‌ویژه در افراد سالمند
متوکلوپرامید ۱۰ میلی‌گرم قبل وعده غذایی	تخلیه معده را بهبود می‌بخشد، سیری زودرس را کاهش می‌دهد، اشتها را بهبود می‌بخشد.	اسهال، بی‌قراری، خستگی، خواب آلودگی، عوارض اکستراپیرامیدال

مداخلات ضد التهابی؛ همگی نویدهایی در خودآزمایی بالینی را نشان می‌دهد.

هورمون پپتید گرلین یک واسطه اشتها است و در ACS نقش دارد. آزمایشات اولیه که مکمل گرلین را در بیماری‌های مختلف بررسی کرده است، افزایش کوتاه مدت در دریافت کالری در بیماران مبتلا به سرطان و نارسایی کلیه را نشان داده است و باعث بهبود توده بدن و توانایی فعالیت بدنی در افراد مبتلا به COPD و CHF شده‌است. به نظر می‌رسد یک مقلد خوراکی از گرلین، آناموریلن، پیشرفت خوبی را در این زمینه نشان داده‌است، زیرا آزمایشات فاز اولیه؛ افزایش مصرف غذا، اشتها و بهبود وضعیت توده بدنی بدون چربی را در بیماران مبتلا به سرطان، نشان داده است. در مطالعات مقدماتی، تعدیل‌کننده‌های گیرنده آندروژن انتخابی و مقلدهای گرلین به طور کلی تأثیر مثبتی بر توده ضعیف بدن دارند اما بر عملکرد، تأثیر ندارند. لذا برای استفاده بالینی، تأیید نشده‌اند.

تالیدومید یک داروی بحث برانگیز است که مورد توجه محققان ACS است. تالیدومید که قبلاً به دلیل عوارض جانبی تراتوژن از بازار خارج شده بود، اکنون به دلیل این که یک داروی ضد استفراغ قوی و از مهارکننده‌های TNF و IL-6 است، در حال مطالعه برای استفاده در بیماری‌های پیشرفته است. اگر چه از نظر ایمنی همچنان نگران‌کننده است اما این دارو به عنوان گزینه‌ای مفید، تحت مطالعه است. سایر داروهای تحت مطالعه شامل ملانوکورتین (تصور می‌شود TNF گردش خون را کاهش می‌دهد). استروئیدهای مختلف آنابولیک، مانند فاکتور رشد، فاکتور رشد مشابه انسولین و مشتقات تستسترون، اسیدهای چرب اشباع نشده امگا ۳ (که در روغن ماهی یافت می‌شود)؛ داروهای ضدافسردگی مانند میرتازاپین؛ داروی آنتی‌سایکوز آتیپیک اولانزاپین؛ آگونیست‌های بتا آدرنرژیک و داروهای ضد التهاب (مانند مهارکننده‌های COX-2) هستند. در حالی که تحقیقات بیشتر همچنان ادامه دارد، این عوامل در کارآزمایی‌ها و در مطالعات بالینی محدود، فوایدی را نشان داده‌اند. همچنین شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد، با توجه به روند چند عاملی موجود در

ACS، درمان‌های ترکیبی از داروها؛ ممکن است نویدبخش باشد.

حمایت روانی اجتماعی

آنورکسی و کاشکسی می تواند تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد. همچنین ضعف جسمی و دیسترس عاطفی و اجتماعی قابل توجهی نیز به همراه دارد. کاهش وزن بر اعتماد نفس بیمار تأثیر منفی می‌گذارد و می تواند باعث اضطراب بیشتر در خانواده شود. در یک مطالعه توصیفی توسط رید و همکاران، بیماران تحلیل بدنی را به عنوان یک انگ اجتماعی و یک علامت پیش آگهی شوم در نظرگرفتند. با این حال، خانواده اعتقاد داشتند که کاهش وزن تنها ناشی از کاهش اشتها است. استرس خانواده در زمینه تغذیه نتیجه رایج چنین دیدگاه‌های مخالفی بود. نبود آموزش و وابستگی شدید نمادین به غذا باعث افزایش اضطراب می شود. پرستاران می توانند نقش اساسی در ارزیابی بیماران و خانواده، آموزش متناسب با حساسیت فرهنگی و حمایت مناسب، داشته باشند.

رویکرد چندبعدی

پیامدهای مخرب روانی اجتماعی، پیچیدگی‌های پاتوفیزیولوژیک و مقاومت در برابر ACS ناگزیر به استفاده از یک رویکرد چند بعدی می شود. خلاصه‌ای از مواردی که باید در این روش گنجانده شود در جعبه ۹.۲ خلاصه شده است.

جعبه ۹.۲. اجزا رویکرد چندبعدی در سندرم آنورکسی/ کاشکسی

۱. تعیین زودهنگام و مداوم اهداف مراقبت
۲. درمان بهینه بیماری زمینه‌ای با توجه به اهداف مراقبت
۳. پیشگیری، شناخت و درمان سریع علل برون زا
۴. مشاوره با متخصصان تغذیه
۵. مداخلات دارویی مناسب
۶. انجام ورزش‌های مقاومتی در صورت لزوم
۷. مشاوره دلسوزانه به بیمار، خانواده و مراقبین اصلی با گفت و گویی روشن، منسجم و همدلانه

مطالعه موردی: برخی از مسائل رایج مرتبط با سندرم آنورکسی/ کاشکسی

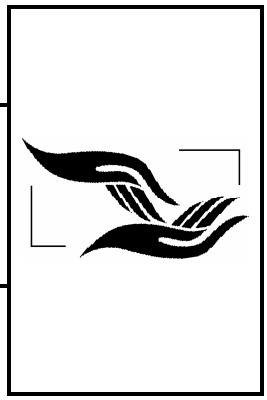
آقای ج یک مرد ۵۸ ساله با سرطان مثانه در مرحله ۴ (متاستاتیک به پریتوئن و کبد) است که اخیراً با کاهش مصرف غذا از راه دهان، استفراغ، تهوع و شروع درد شکمی جدید در بیمارستان بستری شده‌است. وی ۱ ماه پیش آخرین شیمی درمانی تسکینی خود را دریافت کرده و به خوبی درمان را تحمل کرده‌است. طی چند هفته گذشته از زمان بروز علائم، بیشتر روز خود را در رختخواب سپری کرده، همسرش از او در خانه مراقبت کرده است. آقای ج گزارش می‌کند که وی ۱ هفته پس از کولوستومی، دفع نداشته‌است و طی ۲ روز گذشته قادر به تحمل غذا یا مایعات بدون استفراغ، نبوده است. وی گزارش داد که از ماه‌ها قبل اشتهای کمی داشته و از آخرین دوره شیمی درمانی ۱۰ پوند وزن کم کرده است. مورفین وریدی با دوز پایین برای معالجه درد شکمی وی شروع شد، انسداد روده کوچک (SBO) که مربوط به متاستاز تومور بود در هنگام پذیرش تشخیص داده‌شد و در برنامه مراقبتی، لحاظ‌گردید. انسداد روده به طور جزئی برطرف شد و بیمار توانست مکمل‌های مایع را تحمل کند، اما گزارش داد که "من خودم را مجبور به خوردن غذا می کنم". وی همچنین گزارش داد که همچنان تهوع که در غذا خوردنش اختلال ایجاد می‌کند، وجود دارد. پس از ارزیابی تغذیه‌ای آقای ج مشخص شد که دچار سوءتغذیه شدید است و برای کمک به حمایت تغذیه‌ای با قرار دادن لوله روده‌ای نیاز دارد. به‌علت انجام جراحی‌های متعدد شکم، آناتومی وی اجازه لوله تغذیه روده‌ای را نداد و مشخص‌شد که نمی‌تواند از تغذیه تزریقی نیز استفاده کند. تیم مراقبت‌های اولیه، انکولوژی و تسکینی با آقای ج و همسرش برای تعیین

اهداف و ارزیابی نیازهای او در جهت پیشرفت، کشف شکاف‌های آموزشی و ارتقاء گزینه‌های مدیریتی و حمایتی، همکاری نزدیکی داشتند. آقای ج تصمیم گرفت که اقامتی کوتاه در یک مرکز پرستاری با مهارت (SNF) را تجربه کند تا فرصتی "برای به دست آوردن قدرت از دست رفته با هدف رفتن به منزل" فراهم شود. او در مورد هاسپیس در منزل فکر کرده بود و اینکه این مسیر را در نظر خواهد داشت. تیم مراقبت تسکینی دگزامتازون با دوز پایین ۴ میلی گرم در روز را شروع کرد که با بهبود اشتهای اندک همراه بود اما تسکین قابل توجهی در تهوع وی ایجاد کرد. آقای ج همچنین بهبود اشتها را با استفاده از درونابینول در گذشته گزارش کرد، بنابراین دوز دو بار در روز درونابینول خوراکی نیز با بهبود چشمگیر اشتهای وی، آغاز شد. قبل از ترخیص آقای ج از مرکز، وضعیت وی تثبیت شد و با برنامه‌ریزی مشخص؛ علائم وی کنترل شد.

نتیجه‌گیری

ACS به طور چشمگیری به عنوان یک جنبه جدی از بیماری پیشرفته یا انتهای زندگی مطرح بوده و با توجه به پاتوفیزیولوژی کاشکسی در راستای یافتن گزینه‌های درمانی مناسب؛ تحقیقات بیشتر، مورد نیاز است. مدیریت ACS با موانع بی‌شماری از جمله عدم تعریف و بیان دستورالعمل‌های روشن، ناسازگاری در ارزیابی و استراتژی‌های مدیریت و کمبود دانش در مورد این سندرم بالینی پیچیده در درمانگران، خانواده‌ها و مراقبین، مواجه است. این چالش با نماد عاطفی غذا و رشد درهم تنیده و همراه است. ما به عنوان ارائه‌دهندگان مراقبت‌های تسکینی باید درحمایت، درک و ترجمه شواهدی که مراقبت‌های ما را هدایت می‌کند، تلاش کنیم. تأثیر پیچیده و بالقوه ویرانگر این مسئله نیاز به یک پاسخ جامع، دارد. پرستاران مراقبت تسکینی برای هماهنگی و هدایت رویکرد بین‌حرفه‌ای لازم جهت رفع آنورکسی و کاشکسی در بیماری پیشرفته و پیشرونده، در موقعیت مطلوبی قرار دارند. درک فعلی ACS شامل موارد زیر است:

- آنورکسی و کاشکسی؛ سندرم‌های متمایزی هستند اما تشخیص آن‌ها از نظر بالینی دشوار است.
- آنورکسی با کاهش اشتها مشخص می‌شود که ممکن است به دلایل مختلفی (از جمله علائم کنترل‌نشده ای مانند تهوع و درد) ایجاد شود. این امر در درجه اول منجر به از دست دادن بافت چربی می‌شود و در نتیجه کاهش وزن، قابل برگشت است. کاشکسی؛ سندرم متابولیکی پیچیده ای است که تصور می‌شود در نتیجه تولید سیتوکین‌های پیش التهابی مانند TNF و IL-1 ایجاد شود. در کاشکسی، تقریباً به طور مساوی از دست دادن بافت چربی و عضله و کاهش قابل توجه محتوای مواد معدنی استخوان وجود دارد. کاهش وزن در اثر کاشکسی به مداخلات تغذیه‌ای، پاسخ نمی‌دهد.
- در سال ۲۰۱۱، یک اجماع بین المللی؛ کاشکسی را به عنوان یک سندرم چند عاملی تعریف نمود که با از دست دادن مداوم توده عضلانی (با یا بدون از دست دادن توده چربی) مشخص می‌شود که با حمایت تغذیه‌ای رایج؛ با توجه به نقص عملکرد پیشرونده؛ به طور کامل، قابل برگشت نیست. پاتوفیزیولوژی با تعادل منفی پروتئین و انرژی همراه با ترکیبی متغیر از کاهش مصرف غذا و متابولیسم غیر طبیعی، مشخص می‌شود.
- ارزیابی و درمان ACS شامل؛ تعیین اینکه آیا اتیولوژی‌های برون‌زا مانند تهوع یا درد در ایجاد آن دخیل هستند، آیا درمان‌های شدید در اتیولوژی‌های این‌چنینی به کار می‌رود و اینکه آیا حمایت تغذیه‌ای و روانی صورت خواهدگرفت.
- درمان کاشکسی ناخوشایند است و هیچ دارویی با موفقیت آن را درمان نمی‌کند، بنابراین رویکرد چندبعدی که قبلاً بحث شد، توصیه می‌شود.



فصل ۱۰

تهوع و استفراغ

نکات کلیدی

- تهوع و استفراغ علائمی هستند که معمولاً در بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته شایع است، با این وجود اکثر تحقیقات موجود روی جمعیت مبتلا به سرطان، تمرکز کرده‌اند.
- علت تهوع و استفراغ اغلب چند عاملی و مستلزم ارزیابی و درک کاملی از مسیر و انتقال‌دهنده‌های عصبی به منظور کمک به تصمیم‌گیری برای درمان است.
- مداخلات دارویی و غیردارویی برای مدیریت علائم ناراحت‌کننده ناشی از تهوع و استفراغ، همراه با درمان‌های متناسب با نیازها و اهداف هر بیمار، به کار گرفته شود.
- پرستاران نقش اساسی در کمک به بیماران و اعضای خانواده آن‌ها برای مدیریت و سازگاری با تهوع و استفراغ بیماران دارند.

مقدمه

تهوع و استفراغ علائمی هستند که معمولاً توسط بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و پیشرفته، تجربه می‌شود. این علائم بسیار ناراحت‌کننده ممکن است به طور مستقیم یا غیرمستقیم با بیماری در ارتباط باشند و می توانند تأثیر قابل توجهی بر سلامت فیزیولوژیکی و روانی بیماران داشته باشند. عواقب فیزیولوژیکی تهوع و استفراغ کنترل نشده شامل اختلالات متابولیکی، سوءتغذیه، عدم تعادل الکترولیت‌ها و اختلال در عملکرد و همچنین بستری‌های غیر ضروری در بیمارستان، ویزیت‌های اورژانس و قطع درمان‌های مربوط به بیماری است. از نظر روانشناسی، حالت تهوع و استفراغ، چه با هم و چه به طور جداگانه باعث پریشانی، اضطراب و ترس می‌شوند که منجر به اختلال در کیفیت زندگی (QOL)می شود و همچنین ممکن است باعث فشار بر مراقبان شود.

تا به امروز، بیشتر تحقیقات در مورد تهوع و استفراغ با تأکید بر درمان علائم؛ در بیماران با اهداف درمانی یا تسکینی بر جمعیت مبتلا به بیماری‌های انکولوژی؛ متمرکز بوده است. در سه دهه‌ی گذشته علیرغم پیشرفت‌های انجام شده در درمان های ضد استفراغ، تهوع و استفراغ همچنان از ترسناک‌ترین و ناراحت‌کننده‌ترین علائم گزارش شده توسط بیماران، بوده است. سازمان‌های بزرگ از جمله شبکه ملی جامع سرطان (NCCN)، انجمن انکولوژی بالینی آمریکا (ASCO) و انجمن پرستاران آمریکا (ANA) از مراقبت تسکینی به عنوان بخشی از مراقبت های جامع سرطان از زمان تشخیص برای

بهبود پیامدهای بیمار و کیفیت زندگی؛ استقبال کرده‌اند. به همین ترتیب، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های تسکینی باید همراه با تیم‌های مدیریت اولیه بیماری، کار کنند تا از تسکین مناسب این علائم آزار دهنده، اطمینان حاصل کنند. با انجام این کار می‌توان کیفیت زندگی را بهبود بخشید و به بیماران اجازه داد در صورت مطابقت با اهداف مراقبتی، درمان‌های مناسب برای نجات زندگی یا افزایش طول عمر زندگی را ادامه دهند.

متأسفانه، متون مربوط به شیوع، ارزیابی و مدیریت تهوع و استفراغ در جمعیت غیر مبتلا به سرطان، نادر است. پیشرفت در مراقبت‌های سلامت و فناوری؛ منجر به افزایش بقا در جمعیت‌های مختلف بیماران شده است. در حال حاضر بیماران مبتلا به بیماری مزمن؛ بیشتر عمر می‌کنند و علائم مرتبط با بار بیماری و رنج را تحمل می‌کنند. برای درک بهتر شیوع و علل تهوع و استفراغ در بیماران غیر مبتلا به سرطان به منظور ایجاد رژیم‌های درمانی خاص بیماری، به تحقیقات بیشتری نیاز است.

با توجه به شواهد موجود، در این فصل از سرطان پیشرفته به عنوان الگویی برای ارزیابی و درمان تهوع و استفراغ، استفاده شده است که در بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرسرطان نیز مفید است. درک مسیر استفراغ و انتقال‌دهنده‌های عصبی اصلی که در این فرایند دخیل هستند، ممکن است نقطه‌ای برای شروع باشد. در این فصل روش‌های مدیریت مناسب علائم، غربالگری، پیشگیری، ارزیابی، درمان و پیگیری، مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در مورد مداخلات پرستاری و آموزش به بیمار و خانواده صحبت خواهد شد.

اپیدمیولوژی تهوع و استفراغ در مراقبت تسکینی

میزان رنج بیمار با هر بیماری شدید تا حد زیادی توسط وجود و شدت علائم مربوط به بیماری، تعیین می‌شود. درک از شیوع علائم در بیماری‌های مختلف به ارائه‌دهندگان مراقبت اجازه می‌دهد تا مشکلات مربوط به بیمار را پیش‌بینی‌کرده، برنامه‌های مراقبتی را تهیه نموده و به کارکنان بالینی، آموزش دهند.

شناسایی شیوع و شدت تهوع و استفراغ به طور خاص در جمعیت تحت مراقبت تسکینی به دلایل مختلف از جمله فقدان ابزار اندازه‌گیری استاندارد علائم و تصور غلط عمومی که تهوع و استفراغ را به عنوان یک علامت واحد در نظر می‌گیرند، ولی در واقع به عنوان دو علامت جدا هستند، دشوار است. این علائم گرچه باید به عنوان علائم مستقل از یکدیگر مورد بررسی قرار گیرند، اما ایجاد علامت بسیار ناراحت‌کننده خوشه‌ای در تهوع و استفراغ، معمول است. علائم خوشه؛ به عنوان گروهی پایدار از دو یا چند علامت که اغلب با هم رخ می‌دهند، توصیف شده است و مطالعات اثرات آن‌ها را بر روی کیفیت زندگی و رویکردهای درمانی، بررسی کرده‌اند. خوشه‌های خاص در دستگاه گوارش (GI) شامل تهوع، استفراغ، کاهش اشتها، تغییر حس چشایی و یا یبوست است. در مطالعه‌ای که به بررسی بیماران مبتلا به متاستاز استخوانی تحت پرتودرمانی انجام شده بود، حالت تهوع با تنگی نفس و اشتهای ضعیف، یافت شد. شناخت پاتوفیزیولوژی این خوشه‌ها ممکن است منجر به رویکردی بهتر و مؤثرتر برای مدیریت علائم شود که علائم متعدد و نه فردی را هدف قرار می‌دهد.

جمعیت مبتلا به سرطان

شیوع تهوع و استفراغ در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته بین ۲۰ تا ۷۰ درصد، گزارش شده است و توسط بیماران به عنوان یکی از ترسناک‌ترین عوارض جانبی درمان سرطان، توصیف می‌شود. طی سه دهه گذشته؛ تحقیقات در مورد تهوع و استفراغ، منجر به بهبود مداوم در کنترل تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی (CINV)، با توسعه آنتاگونیست‌های

گیرنده ۵- هیدروکسی تریپتامین۳، شده است که یکی از مهم‌ترین پیشرفت‌ها در مدیریت علائم برای بیمارانی تحت شیمی درمانی شده است.

با وجود این پیشرفت‌ها، تقریباً ۳۰-۵۰٪ از بیماران پس از شیمی‌درمانی؛ تهوع، استفراغ یا هر دو را تجربه خواهندکرد. بیماران مبتلا به مشکلات انکولوژی، ممکن است این علائم را به دلیل بیماری و یا درمان، تجربه کنند. بروز، شیوع و شدت آن مربوط به پتانسیل بازدارندگی رژیم درمانی انتخاب شده و متغیرهای خاص بیمار است، برخی مطالعات نشان می‌دهد که جنسیت زن و سن جوانتر از عوامل مستعدکننده CINV (تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی) است.

داده های مربوط به شیوع تهوع و استفراغ در پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تا ۷۰٪ در هفته‌های آخر زندگی گزارش شده است. شدت علائم معمولا مربوط به نوع سرطان است. بیمار ممکن است هنوز درمان‌های هدفمند بیماری را دریافت می‌کند و یا موارد حادی که ممکن است با پیشرفت بیماری، رخ دهد. یکی از عوارض حاد برخی سرطان ها، انسداد بدخیم روده (MBO) است که از علل شایع موربیدیتی و مرگ در بیماران مبتلا به سرطان های پیشرفته دستگاه گوارش و بدخیمی‌های زنان، است. شیوع MBO در ۲۵٪ تا ۵۰٪ در سرطان روده بزرگ، ۱۶٪ تا ۲۹٪ در سرطان تخمدان و ۶٪ تا ۱۹٪ در مبتلایان به سرطان معده است. علائم و نشانه‌های متداول بالینی MBO شامل حالت تهوع، استفراغ، فقدان مدفوع یا گاز و درد شکم، است. شدت علائم معمولاً با درجه انسداد، ارتباط دارد.

جمعیت غیر مبتلا به سرطان

تهوع و استفراغ برای بیماران مبتلا به بیماری شدید غیرسرطان، کمتر مورد توجه قرار گرفته است و تحقیقات موجود اطلاعات متناقضی را ارائه می دهد. شبیه به جمعیت مبتلا به سرطان، نتیجه گیری قطعی در مورد اپیدمیولوژی تهوع و استفراغ در جمعیت غیر مبتلا به سرطان به دلیل مشکلات روش شناختی و عدم تعریف و گزارش استاندارد علائم، پیچیده است.

تجزیه و تحلیل کوهورت گذشته نگر از بیماران تحت مراقبت تسکینی مبتنی بر جامعه که ۹۰٪ تشخیص غیر سرطان داشتند، نشان داد که نمره عملکرد تسکینی پایین‌تر (PPS)[1] با نمرات بالاتر درد، افسردگی، تهوع و یبوست، همراه است. مطالعات دیگر نشان می دهد که تهوع و یا استفراغ توسط افراد مبتلا به بیماری پیشرفته مانند ایدز، نارسایی احتقانی قلب، بیماری مزمن کبدی و نارسایی مزمن کلیه، تجربه می شود اما به اندازه درد، تنگی نفس یا خستگی، آزاردهنده نیست. در جمعیت مبتلا به نارسایی قلبی، به خصوص در مراحل پایانی زندگی، شیوع تهوع از ۱۱/۲ تا ۴۸ درصد است. بیش از نیمی از مبتلایان، این علائم ناراحت‌کننده را جزئی و یا بدون تسکین، گزارش می کنند. در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، شیوع تهوع در طی مراحل مختلف بیماری از ۳۰ تا ۴۴ درصد است و در مراحل پایانی زندگی پس از قطع دیالیز به ۱۳ تا ۳۴ درصد، تغییر می کند. در مراحل پایانی بیماری کلیوی، تهوع با سایر علائم مربوط به اورمیا مانند کم اشتهایی، سرگیجه، تنگی نفس و درد قفسه سینه، همراه است. بیماران مبتلا به سیروز که کاندیدای پیوند کبد نیستند، بار ناشی از علائم وجود دارد و نیاز به مراقبت تسکینی دارند که وجود تهوع در این بیماران تا ۵۸ درصد، افزایش می‌یابد.

جمعیت زیادی از بیماران با تشخیص بیماری سرطان و غیر سرطان باید در مراکز مراقبت طولانی مدت، اقامت داشته باشند. نزدیک به یک چهارم مرگ‌ها در ایالات متحده در این مراکز اتفاق می‌افتد و انتظار می‌رود در سال ۲۰۴۰ با افزایش سن جمعیت این میزان به ۴۰ درصد برسد. برخی از چالش‌های

1. Palliative performance status

مدیریت مناسب علائم در مراکز مراقبت طولانی مدت شامل فقدان پرسنل آموزش دیده مراقبت تسکینی، میزان بالای جابجایی کارکنان و عدم حضور پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات پیشرفته است. ساکنان این مراکز معمولاً دارای میزان بالایی از بیماری‌های توأم شدید از جمله سرطان، بیماری‌های نورودژنراتیو پیشرونده و سایر بیماری‌هایی که وضعیت عملکردی و توانایی برقراری ارتباط را مختل می‌کند را دارند. در این شرایط، به نظر می‌رسد تهوع کمتر از درد، تنگی نفس یا یبوست، رخ می‌دهد. علائم ممکن است به ویژه برای این بیماران که اغلب چندین بیماری همزمان دارند، گزارش نشده و درمان نشوند. در مطالعه‌ای از ۴۹۱۷۲ نفر از ساکنین خانه سالمندان در هفته آخر زندگی، تنها ۱۱/۱ درصد افراد؛ تهوع را گزارش کردند در حالی که ۵۸/۷ درصد از درد به عنوان شایع‌ترین علامت؛ شاکی بودند. اگرچه مطالعاتی در مورد ارزیابی و کنترل درد در این شرایط انجام شده است، اما مطالعات بیشتری در مورد علائم غیر از درد، لازم به انجام است.

نگرانی‌های مفهومی مربوط به تهوع و استفراغ

اصطلاحات " تهوع" و "استفراغ" که از نظر بالینی نزدیک به هم هستند. در واقع مفاهیم متمایزی هستند که به اشتباه به جای یکدیگر یا به طور غیر دقیق، استفاده می‌شوند و بر توانایی ارزیابی و اندازه‌گیری شیوع و بار آن؛ تأثیر می‌گذارند. تهوع یک احساس ناخوشایند از نیاز به استفراغ در پشت گلو و اپی‌گاستر است. بیمار اغلب این حالت را به صورت احساس "تهوع" یا "بیماری معده من" توصیف می‌کند و یا ممکن است به صورت احساسات ناخوشایند و تجربه‌ای سخت، آن را توصیف‌نماید. استفراغ یک رویداد جسمی است که منجر به بیرون راندن محتویات معده از طریق رفلکس پیچیده شامل دستگاه گوارش، دیافراگم و عضلات شکم، است. این مسئله توسط بیماران به عنوان بیرون ریختن، استفراغ و اوغ زدن، توصیف شود. این دو باید همیشه جداگانه بررسی شوند. آروغ مانند استفراغ بدون دفع واقعی مواد است. بیماران اغلب آن را به عنوان اوغ زدن یا استفراغ خشک، توصیف می‌کنند.

در حالی که علل متعددی برای حالت تهوع و استفراغ در سرطان‌های پیشرفته وجود دارد، تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی یکی از شایع‌ترین علل آن است و می‌تواند حتی تا زمان مرگ ادامه یابد زیرا بسیاری از بیماران در مراحل انتهای بیماری، تحت درمان‌های سیستمیک هستند. سه نوع متمایز از CINV شرح داده شده است. مرحله حاد می‌تواند طی چند دقیقه پس از تجویز؛ اتفاق بیفتد و معمولاً در عرض ۲۴ ساعت برطرف می شود و بیشترین شدت علائم آن پس از ۵-۶ ساعت است. فاز تأخیری معمولاً ۲۴ ساعت پس از درمان رخ می دهد و شدت اوج آن بین ۴۸ تا ۷۲ ساعت است. تهوع و استفراغ پیش بینی شده با دو حالت دیگر متفاوت است و پاسخی به محرک های شرطی ایجاد شده از تهوع و استفراغ قابل توجه در طی درمان‌های شیمی درمانی قبلی است و حتی قبل از تجویز داروها نیز رخ می‌دهد.

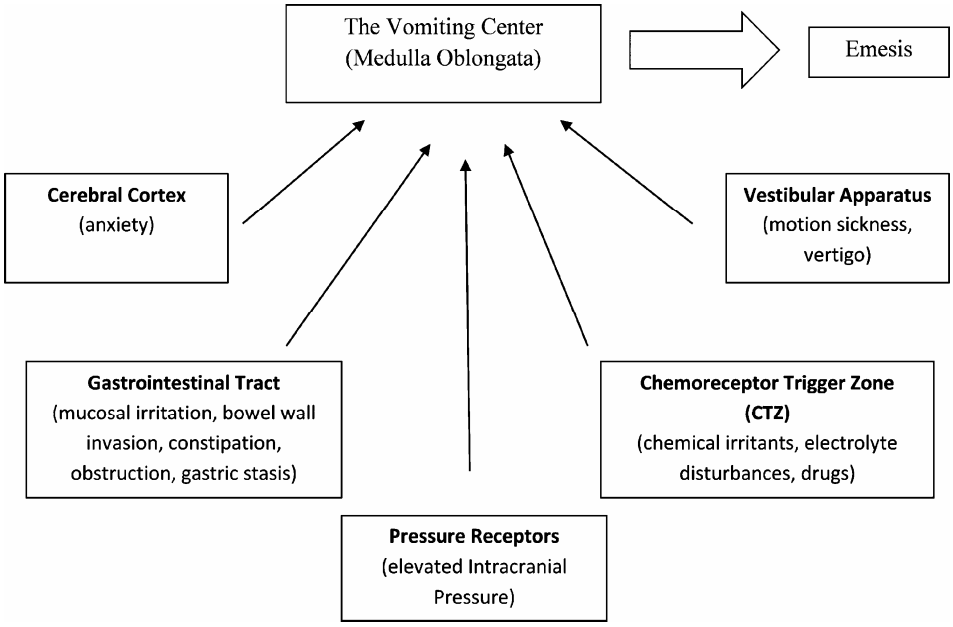
مکانیسم‌های فیزیولوژیک تهوع و استفراغ

درک پاتوفیزیولوژی تهوع و استفراغ برای مدیریت بهینه بیماران دارای این علائم اهمیت دارد. داشتن آگاهی در مورد مکانیسم ها، امکان انتخاب منطقی روش‌های درمانی یا مداخلات دارویی و غیر دارویی برای رفع علت را فراهم می کند. استفراغ زمانی اتفاق می‌افتد که مرکز استفراغ واقع در بصل النخاع، توسط مسیرهای آوران مرکزی و محیطی فعال شود. از نظر محیطی، اعصاب آوران از دستگاه گوارش در صورت وجود آسیبی مانند تحریک مخاط، حمله نئوپلاسم به

دیواره روده یا فعال‌شدن گیرنده‌های کشش، مرکز استفراغ را فعال می کنند. کشش لومن روده و همچنین کشش کپسول روی اندام‌های احشایی می‌تواند مدار عصبی آوران را فعال کند. رفلکس گگ با فعال شدن عصب گلوسوفارنکس (عصب جمجمه‌ای ۹) با سرفه یا سایر تحریکات مکانیکی در حلق فعال می‌شود. مدارهای عصبی مرکزی که باعث استفراغ می‌شوند شامل منطقه گیرنده شیمیایی و قشر مغز است. منطقه تحریک کننده گیرنده شیمیایی (CTZ) یک منطقه عروقی پس از بطن چهارم و خارج از سد خونی- مغزی، است.

محرک های شیمیایی (مانند داروها)، اختلالات الکترولیتی (مانند هیپرکلسمی) و عفونت ها، CTZ را تحریک می کنند. نوعی از استفراغ که با تحریک حس بویایی، چشایی، بینایی یا شنوایی ما اتفاق می افتد و یا استفراغ همراه با ترس و اضطراب؛ با قشر مغز مرتبط است. تهوع و استفراغی که با بیماری حرکتی یا سرگیجه اتفاق می‌افتد، توسط عصب وستیبلوکوکلئار ایجاد می‌شود. استفراغ قابل توجه هنگام صبح می‌تواند با افزایش فشار داخل جمجمه (ICP) همراه باشد. مسیر عصبی تهوع و استفراغ همراه با افزایش ICP کمتر از سایر مسیرهای عصبی مرتبط با مرکز استفراغ، قابل درک است. شکل ۱۰.۱ یک تصویر مفهومی از مسیرهای توصیف شده است که منجر به تهوع و استفراغ می‌شوند.

مسیرهای آوران و مرکز استفراغ به انتقال‌دهنده‌های عصبی خاصی مرتبط هستند که در صورت وجود یک محرک مناسب منجر به تهوع و استفراغ می‌شوند. به عنوان مثال، سلول‌های انتروکرومافین موجود در روده، هنگام تحریک مخاط از طریق عوامل شیمیایی، سروتونین آزاد می‌کنند. سروتونین آزاد شده به گیرنده خود متصل می‌شود و این سیگنال از طریق اعصاب آوران به مرکز استفراغ، منتقل می‌شود. پیش از این اعتقاد بر این بود که



شکل ۱۰.۱. مسیرهای استفراغ

شیمی درمانی با تحریک CTZ باعث تهوع و استفراغ می‌شود. اکنون قابل درک است که تحریک روده و در نتیجه فعال شدن سروتونین و مسیر آوران محیطی از روده، همراه با فعال سازی CTZ آوران مرکزی، دلایل مهمی هستند. انتقال‌دهنده‌های عصبی که در فعال‌سازی CTZ نقش دارند، دوپامین و سروتونین هستند. سیستم دهلیزی برای انتقال سیگنال‌های آوران به مرکز استفراغ؛ به هیستامین و استیل کولین بستگی دارد. مرکز استفراغ مملو از گیرنده‌های سروتونین، هیستامین و استیل‌کولین است.

درمان‌های دارویی اغلب گیرنده‌های لیگاند را برای جلوگیری از تهوع و استفراغ هدف قرار می دهند. آنتاگونیست‌های گیرنده سروتونین مانند اندانسترون به ویژه برای CINV بسیار مفید هستند؛ زیرا از فعال شدن حلقه آوران گوارش به مرکز استفراغ، جلوگیری می کنند و مانع عمل سروتونین در CTZ و مرکز استفراغ می‌شوند. آنتاگونیست‌های گیرنده نوروکینین ۱ (NK1) مانند آپریپیتانت، گیرنده نوروکینین NK1 را که اخیراً کشف شده و در استفراغ نقش دارد، هدف قرار می‌دهند. مرکز استفراغ غنی از گیرنده های NK1 است و وقتی لیگاند معمول، ماده P به گیرنده متصل شود، استفراغ ایجاد می‌شود.

علل تهوع و استفراغ

دلایل متعدد بالقوه تهوع و استفراغ در بیماران مبتلا به سرطان، به ویژه در مبتلایان به بیماری پیشرفته، وجود دارد. شناخت کامل دلایل شایع شامل شش سندرم بالینی است: بیوشیمیایی ناشی از دارو، استاز معده، انسداد / تحریک گوارش، افزایش ICP، دهلیزی و روانشناختی است. لازم به یادآوری است که علل شایع ممکن است همپوشانی (به عنوان مثال دلایل ناشی از دارو و روانشناختی) داشته باشند. این سندرم‌های بالینی در جعبه ۱۰.۱ ارائه شده است.

جعبه ۱۰.۱. سندرم‌های رایج شامل تهوع و استفراغ در جمعیت مراقبت تسکینی

بیوشیمیایی / ناشی از دارو
عدم تعادل مایعات و الکترولیت‌ها) مانند هیپرکلسمی، هیپوناترمی)
نارسایی اندام) به عنوان مثال کبد، کلیه)
شیمی‌درمانی
داروها (به عنوان مثال داروهای مخدر، آنتی‌بیوتیک‌ها، داروهای ضدتشنج، داروهای ضدافسردگی)
استاز معده
کارسینوم معده
آسیت
مرتبط با داروهای مخدر
داروهای آنتی‌کولینرژیک
زخم معده
انسداد/تحریک دستگاه گوارش
مرتبط با سرطان
ازوفاژیت
زخم معده
اتساع یا فشرده‌سازی معده
تأخیر در تخلیه معده
انسداد روده
یبوست
انسداد صفرا
اختلالات داخل شکمی (به عنوان مثال، بیماری صفاقی)
چسبندگی‌ها
درمان مرتبط (مانند شیمی درمانی، پرتودرمانی)
عفونت (به عنوان مثال، کریپتوسپوریدیوز)
داروها (به عنوان مثال آسپرین، NSAIDs)
افزایش فشار داخل جمجمه
ادم مغزی
تومور داخل جمجمه
خونریزی داخل جمجمه
بیماری مننژ
دهلیزی
ناشی از داروهای مخدر
متاستازهای مغزی
بیماری حرکتی
روانشناختی
ترس
اضطراب

دلایل بالقوه تهوع و استفراغ وسیع است و ضعف در بیمار تحت مراقبت تسکینی اغلب مانع تست‌های تشخیصی تهاجمی است. مطالعات نشان داده است که تعیین علت یا علل اصلی برای درمان هدفمند؛ امکان‌پذیر است. رویکرد درمانی تا حد زیادی به شناسایی علائم موجود، الگو، درک مکانیسم های فیزیولوژیک درگیر و تعیین علت زمینه‌ای، بستگی دارد. به خاطر داشته باشید که تهوع و استفراغ اغلب چند عاملی است. ارائه‌دهنده مراقبت ماهر با استفاده از ارزیابی خود به سرعت می‌تواند علل برگشت‌پذیر منطقی همسو با اهداف مراقبت از بیمار و خانواده را شناسایی‌کند.

بررسی تهوع و استفراغ

از جمله مهم‌ترین و اولین اصول پیشگیری استفراغ برای بیماران مبتلا به سرطان، پیشگیری از ایجاد تهوع و استفراغ است. در صورت عدم تحقق این هدف، توصیه ها از رویکردی ساختار یافته برای بررسی و درمان این علائم، حمایت می کنند. ارزیابی فرایند اساس کلیه تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان است. ارزیابی باید یک روند مداوم باشد و در جلسه اولیه با بیمار آغاز شود.

رویکرد متخصصان مراقبت تسکینی در بررسی و درمان علائم، نیاز به درک پاتوفیزیولوژی علائم و علل احتمالی دارد که با از شرح حال بیمار، معاینه فیزیکی و آزمایشات تشخیصی، به دست می‌آید. بیماران بندرت تهوع و استفراغ را به عنوان اولین نشانه سرطان پیشرفته در نظر می‌گیرند. به طور کلی، بیمارانی که از این علائم شکایت دارند، سابقه بیماری خود را از جمله تشخیص، درمان قبلی و محل های متاستاز، به خوبی ثبت کرده‌اند. صرف نظر از این، یک بررسی متمرکز برای محدود کردن لیست تشخیص‌های افتراقی با توجه به علل قابل برگشت، مورد نیاز است.

سابقه بیماری فعلی و بررسی سیستم ها باید شامل سوالاتی در مورد الگوی علائم (مانند زمان شروع، مدت زمان، حجم استفراغ)، اینکه آیا علائم به صورت پشت سر هم یا همراه علائم دیگر (مانند درد معده، اختلال بلع، سکسکه، سوزش معده، یا یبوست) رخ می‌دهد، عوامل محرک احتمالی (مانند داروها، پرتودرمانی، وعده‌های غذایی، بویایی) و درمان‌های قبلی (مثلاً داروهای تجویزی) است. ارائه‌دهندگان مراقبت همچنین باید وضعیت عملکرد بیمار و پیش‌آگهی کلی وی را در نظر بگیرند.ا این موضوع می‌تواند به تصمیم‌گیری‌های درمانی، کمک نماید.

معاینه فیزیکی جامع برای ارزیابی علل احتمالی انجام می‌شود. حفره دهان باید از نظر برفک یا موکوزیت، بررسی‌شود. بررسی شکم با مشاهده، سمع، لمس و دق از نظر علائم فیزیکی مانند اتساع شکم یا توده ها، وجود یا عدم وجود صداهای روده‌ای، اتساع و یا آسیت، بررسی شود. در صورت مشکوک بودن به انسداد، باید معاینه مقعد نیز انجام شود. همچنین معاینه عصبی برای ارزیابی ICP افزایش یافته یا سایر علل عصبی، توصیه می شود. مطالعات آزمایشگاهی ممکن است به تشخیص مواردی مانند اختلال عملکرد، عفونت و عدم تعادل الکترولیت کمک کند. در صورت لزوم، تصویربرداری برای راهنمایی تصمیمات درمانی، توصیه می‌شود. سونوگرافی، CT اسکن و MRI موارد تصویربرداری هستند که می‌توانند برای تشخیص عللی مانند انسداد روده کوچک و دلایل مغزی مفید باشند. اطلاعات به دست آمده توسط پرسشنامه‌ها یا ابزارهای خود گزارش‌دهی مانند یادداشت‌های روزانه یا لاگ بوک‌ها؛ برای شناسایی و مدیریت مجموعه علائم و بهبود کیفیت زندگی بیمار، بسیار مهم هستند. Rhodes and McDaniel معیارهای روشنی را هنگام انتخاب ابزار ارزیابی مناسب برای بیماران ارائه می‌دهند که در جعبه ۱۰.۲ خلاصه شده است.

جعبه ۱۰.۲. معیارهای پیشنهادی رودز و مک دانیل برای انتخاب ابزاری برای اندازه‌گیری حالت تهوع، استفراغ و اوغ زدن

- در صورت امکان به جای ارزیابی مشاهده‌ای؛ از ابزارهای خود گزارش‌دهی، استفاده‌کنید.
- قابلیت اطمینان و اعتبار را بررسی‌کنید.
- به دنبال وضوح، دقت، حساسیت فرهنگی و جمله‌بندی قابل‌فهم، باشید.
- ابزار باید در قالبی خوانا باشد.
- علائم و اجزاء را تعیین و توصیف‌کنید.
- یک چارچوب زمانی برای یادآوری علامت تجربه شده، تعیین‌کنید.
- هدف ابزار، جمعیت هدف و اینکه آیا این ابزار برای تهوع و استفراغ حاد، تأخیری یا پیش‌بینی‌شده یا برای بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته است را در نظر بگیرید.
- سهولت امتیازدهی و نوع امتیاز را در نظر بگیرید.

چندین ابزار اندازه‌گیری برای ارزیابی یک یا اجزای بیشتری از تهوع و استفراغ، استفاده می‌شود. برخی از این ابزارها معیارهای جامعی را ارائه می‌دهند؛ در حالی که برخی دیگر تنها جزئی از تهوع و استفراغ را ارزیابی می کنند. ابزارها شامل چک لیست‌ها، مقیاس‌های آنالوگ بصری، مصاحبه با بیمار یا مقیاس‌های لیکرت است و تقریباً همه خودگزارشی توسط بیمار است. رایج‌ترین ابزارهای مورد استفاده با قابلیت اطمینان و اعتبار قابل‌تکرار در مطالعات تحقیقاتی؛ در جدول ۱۰.۱ نشان داده شده است.

پرستارانی که در محیط‌های مختلف و با بیماران در طیف‌های سنی گسترده کار می‌کنند، برای ارزیابی کامل و جامع به مشاهده ماهرانه همراه با تکنیک‌های مؤثر جمع‌آوری داده‌ها، نیاز دارند. این امر به ویژه در جمعیت هایی که ممکن است در برقراری ارتباط برای بیان علائم؛ مشکل داشته باشند، مانند کودکان، افراد تحت مراقبت طولانی مدت، یا بیماران با توانایی محدود در برقراری ارتباط (مانند مبتلایان به اختلالات شناختی و اینتوبه) کاربرد دارد. تحقیقات نشان داده که گزارشات مربوط به علائم توسط مراقبین در بررسی‌ها، مفید است. به خاطر داشته باشید که بیمارانی که دارای سطوح مختلف توانایی شناختی یا ارتباطی هستند؛ هنوز هم می‌توانند نیازهای خود را اعلام کرده و درد و سایر علائم ناراحت‌کننده را بیان‌کنند. ضمن این که برای همه بیماران، تشخیص و ارزیابی به موقع علائم باید متناسب با خودشان باشد.

جدول ۱۰.۱. ابزارهای ارزیابی تهوع و استفراغ

ابزار	نوع	قابلیت اعتبار / اطمینان
Visual Analog Scale (VAS)	خط ۱۰۰میلی‌متری، با توصیفگرهای آنکور در هر انتها	قابلیت اطمینان
Morrow Assessment of Nausea and Emesis (MANE)	۱۶ گویه، مقیاس لیکرت	قابلیت اطمینان آزمون/بازآزمون ۰/۶۱-۰/۷۸
Rhodes Index of Nausea and Vomiting Form 2 (INV- 2)	۸ گویه، مقیاس لیکرت	قابلیت اطمینان دونیمه کردن، ۰/۸۳-۰/۹۹ آلفای کرونباخ ۰/۹۸ روایی سازه ۰/۸۷
Functional Living Index Emesis (FLIE)	۱۸ آیتم، مقیاس لیکرت	روایی محتوا و معیار ثبات داخلی

مطالعه موردی: مرد ۶۹ ساله مبتلا به مولتیپل میلوما

آقای م یک مرد ۶۹ ساله مبتلا به مولتیپل میلوما مقاوم به درمان است که با خستگی، درد سمت چپ لگن و تهوع شدید بدون استفراغ؛ به اورژانس مراجعه کرده است. سی تی اسکن شکم و لگن، شکستگی استخوان ران چپ و بدتر شدن ضایعات میلوما را نشان داد، ضمن این که هیچ مدرکی دال بر انسداد روده نداشت. آزمایشات خون؛ افزایش سطح کراتینین سرم ۱/۲ میلی‌گرم در دسی لیتر را نشان داد. آقای م گزارش داد به دلیل درد مفصل ران چپ به مدت یک هفته در رختخواب مانده است. برای او اکسی کدون تجویز شده که او هر ۴ ساعت ۵ میلی‌گرم با کمترین اثر تسکینی، مصرف کرده است. همچنین، وی برای کنترل بیشتر درد، هر ۶ ساعت ۸۰۰ میلی‌گرم ایبوپروفن؛ مصرف کرده است. وی از عدم دفع مدفوع از ۴ روز قبل خبر داد. برای وی مایعات داخل وریدی شروع شد و از طریق پمپ PCA ضد درد فنتانیل کنترل شده به او داده شد. بیمار برای شکستگی ران، تحت عمل جراحی قرار گرفت و پس از بهبودی بدون عارضه، از روش تزریق داخل وریدی فنتانیل، استفاده شد. او همچنان تهوع خود را متوسط تا شدید ارزیابی‌کرد. زمان بررسی، وی با اشک گفت که از متخصص انکولوژیک خود شنیده است که مولتیپل میلومای وی به طور غیرمعمولی؛ تهاجمی است و احتمالاً فقط ۳ تا ۴ ماه زنده می‌ماند، او تصور می‌کرد سال‌ها زنده می‌ماند.

او اظهار داشت هنگام فکر کردن در مورد مرگ؛ احساس "بیماری شکم" می کند. او تهوع خود را مانند موج توصیف کرد و اظهار داشت که یک بار در روز استفراغ می‌کند. او احساس می‌کرد وقتی از PCA استفاده می‌کند، تهوع بدتر می‌شود. همچنین تهوع همراه با غذا؛ افزایش می یابد. سوابق تجویز دارو نشان داد که وی در دو شیفت قبلی دو دوز ۸ میلی گرم اندانسترون وریدی، دریافت کرده که مؤثر نبوده است. با بهبود صداهای روده‌ای، یبوست بهبود یافت. در معاینه فیزیکی؛ کاشکسی تدریجی، با کاهش صداهای ریه و صداهای نرمال روده قابل تشخیص بوده و محل جراحی او تمیز، خشک و سالم بود.

در راندهای بین حرفه‌ای، اعضای تیم بر تهوع چند عاملی و تأثیر بیماری پیشرونده، افزایش سطح کراتینین، داروهای مخدر و اضطراب تشدیدشده بر تهوع، اتفاق نظر داشتند که منجر به تصمیم‌گیری شد. تیم با رویکرد گام به گام تصمیم گرفتند که اولانزاپین خوراکی ۲/۵ میلی گرم در شب و متوکلوپرامید وریدی ۱۰ میلی‌گرم در هر ۶ ساعت را شروع کنند که برای کنترل تهوع آقای م مفید بود. با در نظر داشتن نقش فنتانیل، آقای م پمپ PCA را برای درد خود مؤثر دانست و سرانجام احساس کرد کیفیت زندگی او بهبود یافته است. برنامه‌ای برای ارزیابی مجدد، بدون تغییر در رژیم ضد درد ایجاد نشد. علاوه بر این، آقای م جهت مشاوره با روحانی و انجام طب سوزنی نیز معرفی شد.

درمان تهوع و استفراغ

مدیریت تهوع و استفراغ به ترکیبی از رویکردهای دارویی و غیر دارویی، نیاز دارد. درک علل تهوع و استفراغ بسیار مهم است زیرا امکان انتخاب رژیم‌های درمانی مناسب را فراهم می‌کند. معمولا علت آن چند عاملی است و نیاز به مداخلات متعددی دارد که همزمان به کار می‌روند. بررسی برای رد کردن علل بالقوه برگشت‌پذیر یا قابل درمان مانند دهیدراتاسیون، عدم تعادل الکترولیت ها و یبوست، باید در نظر گرفته شود.

مدیریت دارویی تهوع و استفراغ

برای پرستار اطلاعات فارماکولوژی بالینی کافی در مورد تعداد زیاد و افزایش داروهای ضد استفراغ موجود

برای استفاده در کنترل تهوع و استفراغ، ضروری است که شامل درک درستی از مسیرهای غیردهانی است. داروهایی که نیاز به دسترسی وریدی ندارند، اغلب استفاده می‌شوند؛ زیرا بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته ممکن است نیاز به کنترل علائم شدید در محیط های غیر بیمارستانی، داشته باشند.

مشابه مدیریت درد مزمن، بیماران مبتلا به تهوع مزمن به داروهای مداوم ۲۴ساعته برای کنترل علائم پایه همراه با دوز نگه‌دارنده، نیاز دارند. دستورالعمل‌ها برای درمان دارویی این علائم در افراد تحت مراقبت تسکینی؛ اساساً به داروشناسی پایه و راهکارهای مرتبط متکی است. مقالات متعدد بررسی شده نشان داده است که در مورد درمان دارویی تهوع و استفراغ در بیماری‌های پیشرفته، مطالعات چندان قوی، وجود ندارد.

دو روش شرح داده شده برای درمان دارویی شامل دو رویکرد مبتنی بر مکانیسم و تجربی، است. رویکرد مکانیستیک درمان شامل انتخاب داروهایی است که انتظار می‌رود؛ گیرنده‌های مربوط به استفراغ را بر اساس تظاهرات بالینی بیمار مسدود کنند. به عنوان مثال، هنگامی که تهوع بیمار به استاز معده مربوط است، یک عامل پروکنتیک مانند متوکلوپرامید، انتخاب می شود. به محض انتخاب داروی مناسب، افزایش دوز دارو تا زمان تسکین علائم، رسیدن به حداکثر دوز و یا بروز عوارض جانبی محدود کننده، ادامه می‌یابد. طبقه‌بندی داروهای ضد استفراغ در جعبه ۱۰.۳ ذکر شده است. اگر تهوع با عامل اول برطرف نشود، باید داروی دوم از طبقه دیگری اضافه شود و به طور مشابه، تیتر شود. درمان مبتنی بر مکانیسم توسط عوامل فارماکولوژیک و فیزیولوژیک، محدود می‌شود. از نظر فارماکولوژیک، وجود گیرنده‌های مشابه در چندین مکان از مسیر استفراغ و فعالیت داروهای منفرد بر چندین گیرنده، از هدف‌گذاری ساده درمان، جلوگیری می‌کند. از نظر فیزیولوژیک، علت تهوع و استفراغ مزمن در بیماری های پیشرفته اغلب چند عاملی بوده و شناخته شده نیست.

جعبه ۱۰.۳. طبقه‌بندی داروهای ضد استفراغ

عوامل پروکینتیک
آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین
عوامل آنتی‌هیستامینی
آنتاگونیست‌های انتخابی گیرنده HT3δ
کورتیکواستروئیدها
بنزودیازپین‌ها
عوامل آنتی‌کولینرژیک
اکتروتاید
کانابینوئیدها
آنتاگونیست‌های ماده P (آنتاگونیست‌های گیرنده NK1)

رویکرد تجربی کنترل تهوع و استفراغ شامل انتخاب دارو بر اساس اولویت درمانگر یا شروع با یک دارو و افزودن یا چرخش به داروی دیگر در صورت عدم موفقیت در انتخاب اول، توصیف شده است. رویکردهای مبتنی بر مکانیسم و تجربی در میزان پاسخ، مشابه هستند. اگرچه این دو روش به طور مستقیم مقایسه نشده‌اند، اما هر دو به درک کاملی از فارماکولوژی بالینی داروهای نیاز دارند.

عوامل پروکینتیک

عوامل پروکینتیک شامل متوکلوپرامید، دومپریدون، سیزاپراید و آنتی‌بیوتیک‌های ماکرولید، هستند. دومپریدون و سیزاپرید به عنوان داروهای پروکنتیک مؤثر شناخته شده‌اند، اما به دلیل طولانی شدن قطعه QT و خطر جدی سمیت قلبی، هیچ یک از آن‌ها برای استفاده در ایالات متحده، موجود نیست.

داروهای پروکینتیک با تحریک دستگاه گوارش فوقانی تهوع و استفراغ را کاهش می‌دهند. چهار

مکانیسم بالقوه برای این اثر پیشنهاد شده است: تحریک گیرنده های سروتونین (5HT4) دیواره روده، آنتاگونیست گیرنده‌های 5HT3 در CTZ و روده، فعال‌سازی گیرنده‌های موتیلین و آزادسازی "ایست دوپامینرژیک" در تخلیه معده. در دوزهای بالاتر، متوکلوپرامید به دلیل آنتاگونیستی گیرنده‌های دوپامین (D2) در CTZ، فعالیت ضد استفراغ دارد. فعالیت متوکلوپرامید در گیرنده 5HT4 به استیل کولین به عنوان یک واسطه در شبکه میانتریک نیاز دارد. بنابراین، از نظر تئوری، داروهای آنتی کولینرژیک، مانند آنتاگونیست مؤثر بر عوارض آنها هستند.

متوکلوپرامید به طور گسترده در مراقبت تسکینی استفاده می شود و اغلب به عنوان درمان خط اول تهوع و استفراغ مورد استفاده قرار می‌گیرد. این عامل پروکینتیک به طور خاص در تنظیم استاز معده، تأثیر دارد و معمولا قبل از غذا تجویز می‌شود. بلوک مرکزی دوپامین در CTZ منجر به ایجاد یک عارضه جانبی مشابه با داروهای آنتی‌سایکوز، از جمله علائم اکستراپیرامیدال (EPS) می‌شود. عوارض جانبی دیگر شامل آکاتزیا، سندرم سروتونین و دیس کینزی تأخیری، هستند. با توجه به خطر ابتلا به دیسکینزی تأخیری و وضعیت بالقوه غیرقابل برگشت، سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) هشدار داده است که با مصرف بیش از ۱۲ هفته، این خطر افزایش می یابد. برای بیماران دارای اختلال کلیوی و افراد مسن، دوزهای کاهش یافته، توصیه می‌شود. متوکلوپرامید در صورت انسداد کامل روده، خونریزی گوارشی یا سوراخ شدن روده و بلافاصله بعد از عمل، منع مصرف دارد.

آنتی بیوتیک اریترومایسین ماکرولید نیز به دلیل تحریک گیرنده‌های موتیلین، به عنوان داروی پروکینتیک شناخته شده است و نشان داده شده است که در درمان گاستروپارزی دیابتی، مؤثر است. عوارض جانبی شامل سمیت کبدی و طولانی شدن قطعه QT است.

آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین: بوتیروفنون‌ها، فنوتیازین‌ها، داروهای آنتی سایکوز آتیپیک

بوتیروفنون‌ها

دروپریدول و هالوپریدول؛ داروهایی در طبقه بوتیروفنون‌ها هستند که در درجه اول به عنوان آنتاگونیست دوپامین، عمل می‌کنند. آنها با اتصال به گیرنده‌های D2 در CTZ باعث اثر ضد استفراغ می‌شوند. شواهد مختلفی در مورد استفاده از هالوپریدول یا دروپریدول برای درمان تهوع و استفراغ وجود دارد. تاکنون هیچ کارآزمایی بالینی تصادفی (RCT) برای ارزیابی اثربخشی این دو دارو انجام نشده است.

عوارض جانبی شایع این طبقه دارویی شامل آرام بخشی، افت فشارخون، اثرات آنتی‌کولینرژیک، دیستونی، علائم اکستراپیرامیدال، طولانی شدن قطعه QT و به ندرت سندرم بدخیم نورولپتیک است. هالوپریدول نسبت به داروهای آنتی‌سایکوز کلاس فنوتیازین آرام‌بخشی کمتری دارد. هالوپریدول به دلیل فعالیت آنتی دوپامینرژیک مستقیم، نباید به بیماران مبتلا به پارکینسون، داده شود. علاوه بر این، باید با احتیاط همراه با اولانزاپین استفاده شود؛ زیرا احتمال ابتلا به علائم اکستراپیرامیدال بیشتر است.سازمان غذا و داروی آمریکا به دلیل نگرانی‌های مربوط به طولانی شدن قطعه QT، هشدارهایی برای هر دو دارو، صادر کرده است.

محققان در یک بررسی بین‌المللی با توجه به توانایی هالوپریدول در درمان تهوع، هذیان و توهم، آن را به عنوان یکی از چهار داروی ضروری مورد نیاز برای بهبود کیفیت زندگی افراد در حال احتضار، معرفی کرده‌اند. اثر آرام بخشی آن را می‌توان هنگام مراقبت از بیماران نزدیک به مرگ، مفید دانست.

کاهش و احتیاط در دوز بیماران سالمند برای تمام آنتاگونیست‌های دوپامین، توصیه می‌شود.

فنوتیازین‌ها

فنوتیازین‌ها شامل پروکلرپرازین، کلرپرومازین و لوومپرومازین هستند. لوومپرومازین برای استفاده در ایالات متحده، ثبت نشده است. این داروها در مقایسه با هالوپریدول دارای طیف وسیعی از فعالیت هستند و علاوه بر بلوک دوپامین، گیرنده‌های هیستامینی، موسکارین، سروتونرژیک و یا آلفا آدرنرژیک را نیز بلوک می‌کنند. تاکنون کارآزمایی بالینی برای استفاده از لوومپرومازین برای درمان تهوع و استفراغ در مراقبت‌های تسکینی، انجام نشده است. طیف گسترده ای از عوارض جانبی از جمله آرام بخشی، افت فشارخون، اثرات آنتی‌کولینرژیک، دیستونی، علائم اکستراپیرامیدال، طولانی شدن قطعه QT، لکوپنی و کاهش آستانه تشنج، نشان داده شده است. در دسترس بودن فرمولاسیون خوراکی، شیاف مقعدی و تزریقی، باعث انعطاف‌پذیری در تجویز این دارو در محیط‌های سرپایی شده است که این یک نکته مهمی در بیماران تحت مراقبت تسکینی است.

داروهای آنتی‌سایکوز آتیپیک

اولانزاپین یکی از داروهای آنتی سایکوز آتیپیک است که گیرنده‌های دوپامینرژیک، سروتونرژیک، هیستامین و موسکارینی را مسدود می‌کند. پوشش گیرنده‌های متعدد به اولانزاپین اجازه می‌دهد؛ تهوع و استفراغ ناشی از سرطان یا داروها را برطرف کند. در مورد استفاده از آن به عنوان داروی ضد استفراغ خط دوم برای بیماران مبتلا به تهوع مقاوم به درمان، اجماع نشان داده شده است. این دارو در بیماران مبتلا به سرطان‌های پیشرفته، در مطالعات مختلف استفاده شده است. در مطالعات موردی کوچک اثر بخشی اولانزاپین نسبت به سایر درمان‌ها، گزارش شده است و بررسی کارآزمایی بالینی‌ها؛ اثربخشی آن را در پیشگیری و درمان موفق CINV (تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی) نشان می‌دهد. برخی از محققان، اولانزاپین را به عنوان تک داروی خط اول برای تهوع و استفراغ در مراقبت‌های تسکینی، توصیه کرده‌اند. هرچند که می‌تواند به عنوان بخشی از رژیم‌های چند دارویی نیز باشد. از آنجا که بیماران مبتلا به سرطان‌های پیشرفته ممکن است دلایل متعددی برای ایجاد تهوع و استفراغ (مانند داروهای مخدر، شیمی‌درمانی و بار بیماری) داشته باشند، اولانزاپین برای مراقبت تسکینی مناسب است. اولانزاپین نسبت به سایر داروهای آنتی‌سایکوز آتیپیک باعث علائم اکستراپیرامیدال کمتری می شود و معمولاً باعث طولانی شدن قطعه QT نمی‌شود. هزینه کم و دوز یک بار در روز، مزایای دیگری است که می‌تواند بار مالی و دارویی را کاهش دهد.

داروهای آنتی هیستامینی

داروهای آنتی هیستامینی شامل پرومتازین، سیکلیزین، مکلیزین، هیدروکسی زین و دیفن هیدرامین، هستند. در حال حاضر، سیکلیزین برای استفاده در ایالات متحده، ثبت نشده است. اولین نسل آنتی هیستامین های پیپرازین، خواص ضد استفراغ مربوط به بلوک گیرنده H1 در مرکز استفراغ، CTZ و هسته دهلیزی را نشان داده‌اند. آنتی هیستامین‌ها به دلیل عملکردی که در گوش داخلی دارند، به طور خاص برای تهوع و استفراغ همراه با حرکت وسرگیجه کاربرد دارند. شواهد حاکی از مفید بودن آنتی‌هیستامین‌ها در درمان تهوع و استفراغ بیماری‌های مزمن غیرمبتلا به سرطان و همچنین تهوع و استفراغ بعد از عمل هستند اما حمایت کمتری برای استفاده از آن در CINV (تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی) مطرح می‌نمایند. دیفن هیدرامین اغلب در پروتکل‌های ترکیبی استفاده می‌شود تا هنگام استفاده از آنتاگونیست‌های دوپامین، علائم اکستراپیرامیدال را به حداقل برساند. سیکلیزین

یک داروی آنتی کولینرژیک H1- آنتی هیستامین است که با کاهش تحریک پذیری در لابیرنت گوش داخلی، بلوک هدایت در مسیرهای دهلیزی- مخچه و مهار مستقیم گیرنده H1 در مرکز استفراغ، نقش دارد. در مواردی که تهوع یا استفراغ ناشی از افزایش ICP، بیماری حرکتی، تحریک حلق یا انسداد مکانیکی روده باشد، استفاده از آن توصیه می‌شود و نسبت به پرومتازین، آرام بخشی کمتری دارد.

آنتی هیستامین ها دارای فعالیت آنتی کولینرژیک نیز هستند که می توانند هنگام درمان انسداد روده، مفید باشند. سیکلیزین فعالیت آنتی کولینرژیک بیشتری نسبت به پرومتازین دارد و نسبت به اسکوپولامین؛ آرام بخشی کمتری دارد. ارائه‌دهندگان مراقبت باید توجه داشته باشند که فعالیت آنتی‌کولینرژیک؛ ممکن است اثر داروهای پروکینتیک مانند متوکلوپرامید را معکوس کند، پس مصرف همزمان آن‌ها باید محدود شود. سایر عوارض جانبی شامل آرام بخشی، سرگیجه، سردرد و کاهش آستانه تشنج، است.

آنتاگونیست‌های انتخابی گیرنده 5HT3

آنتاگونیست‌های سروتونین شامل اندانسترون، گرانیسترون، تروپیسترون، دولاسترون و پالونوسترون، هستند و آنتاگونیست گیرنده های 5HT3 به طور مرکزی در CTZ و مرکز استفراغ و به طور محیطی در دیواره روده، در کنترل استفراغ؛ مؤثر هستند. شواهد محکمی وجود دارد که استفاده از آن‌ها را در پیشگیری از تهوع و استفراغ ناشی از رادیوتراپی و شیمی‌درمانی، تأیید می‌کند. اثر آن‌ها با افزودن دگزامتازون افزایش می‌یابد و توسط دستورالعمل‌ها توصیه شده است.

دستورالعمل‌ها استفاده از آن‌ها را برای علل شیمیایی تهوع و استفراغ، استفراغ مقاوم به آنتاگونیست‌های دوپامین یا زمانی که تصور می‌شود تهوع ناشی از آزاد شدن گسترده سروتونین از سلول‌های انتروکرومافین است، توصیه می‌کنند به‌طوری که در انسداد روده و نارسایی کلیه دیده می‌شود. آنتاگونیست‌های سروتونین به دلیل مکانیسم عملکرد ظریف خود در مقایسه با داروهای ضد استفراغ دیگر، از عوارض جانبی خفیف‌تر و قابل پیش‌بینی‌تری برخوردار هستند به‌طوری که یبوست شایع‌ترین و قابل توجه‌ترین؛ عارضه جانبی است.

کورتیکواستروئیدها

اگرچه مکانیسم عملکردی که اثر ضد استفراغ را ایجاد می کند به خوبی شناخته شده نیست، اما شواهد موجهی در مورد استفاده از کورتیکواستروئیدهایی مانند دگزامتازون در درمان چند دارویی به عنوان داروی پیشگیری‌کننده از استفراغ؛ در طی شیمی درمانی و پرتودرمانی، وجود دارد. از کورتیکواستروئیدها ممکن است برای درمان تهوع ناشی از افزایش ICP مربوط به تومورهای داخل جمجمه، هایپرکلسمی بدخیم یا انسداد بدخیم روده نیز استفاده شود. تصور می‌شود که دگزامتازون باعث افزایش اثربخشی گیرنده‌های 5HT3، مسدودکننده‌های NK-1 است. عوارض جانبی این داروها کاملاً اثبات شده است، تقریباً بر روی همه سیستم‌ها به ویژه در استفاده طولانی مدت، اثرات جانبی قابل توجهی دارند. عوارض جانبی کوتاه مدت شامل افزایش قند خون، بی‌خوابی و سایکوز است.

بنزودیازپین‌ها

بنزودیازپین‌ها مانند لورازپام یا آلپرازولام بر روی گیرنده‌های گاما آمینوبوتیریک اسید (GABA) قشر مغز، عمل می‌کنند و اغلب برای درمان تهوع پیش‌بینی شده، استفاده می شوند. لورازپام ممکن است به تنهایی در درمان تهوع انتظاری به دلیل اثر موقتی آن، یا هنگامی که اضطراب یک عامل مؤثر در تهوع یا استفراغ است، استفاده شود. آرام بخشی، گیجی و سرگیجه از عوارض جانبی رایج هستند. بنزودیازپین‌ها در حالت ترکیب با تکنیک‌های روانشناختی برای

درمان تهوع انتظاری در بیماران بزرگ‌سال، بسیار مؤثر هستند.

عوامل آنتی‌کولینرژیک

داروهای آنتی کولینرژیک شامل اسکوپولامین، آتروپین و هیوسین هستند. اسکوپولامین (هیوسین) متداول‌ترین داروی آنتی‌کولینرژیک است که به عنوان ضد استفراغ، استفاده می‌شود و آنتاگونیست موسکارینی است که به طور طبیعی وجود دارد. این دارو با بلوک گیرنده‌های موسکارینی در هسته دهلیز و مرکز استفراغ، اثر ضد استفراغی دارد. گزارشی از سه مورد تهوع و استفراغ مرتبط با سرطان نشان داد که اسکوپولامین هنگام انتخاب در یک برنامه درمانی مبتنی بر مکانیسم، مؤثر است.

داروهای آنتی‌کولینرژیک به طور خاص برای تهوع و استفراغ همراه با حرکت یا سرگیجه در درمان انسداد روده، مؤثرهستند. این داروها می‌توانند طیف وسیعی از عوارض جانبی آنتی کولینرژیک از جمله آرام‌بخشی، یبوست، احتباس ادرار، تاری دید، خشکی دهان و هذیان را ایجاد کنند. بیماران سالمند به ویژه نسبت به این عوارض جانبی حساس هستند. در شرایط مرگ قریب الوقوع، از اثرات آنتی‌کولینرژیک برای درمان ازدیاد ترشحات تنفسی استفاده می‌شود. داروهای آنتی‌کولینرژیک در فرمولاسیون‌های مختلف نظیر داخل جلدی، قطره‌های چشمی، زیر زبانی همچنین به دلیل امکان تزریق داخل وریدی و زیر جلدی، انعطاف‌پذیری تجویز در محیط‌های غیر بیمارستانی را دارند.

آنالوگ‌های سوماتواستاتین

اکتروتاید استات یک آنالوگ سوماتوستاتین با اثر طولانی است (ضد استفراغ) که ترشحات معده، لوزالمعده و روده را مهار می‌کند و تحرک دستگاه گوارش را کاهش می دهد. مطالعات نشان داده است که اکتروتاید برای تهوع و استفراغ همراه با انسداد روده؛ مفید است. توصیه می‌شود این دارو همراه با سایر داروهای ضد استفراغ مانند هالوپریدول استفاده شود. علاوه بر آن ممکن است در مواردی مانند استفراغ حجیم، مفید باشد. عوارض جانبی ممکن است شامل اسهال، درد شکم و تهوع باشد. با توجه به هزینه‌های تجویز، آنالوگ سوماتوستاتین فقط پس از اجرای درمان‌های استاندارد برای بیمار، توصیه می‌شود. فرم‌های طولانی اثر و ذخیره‌ای اکتروتایدها؛ در بیمارانی که از دوزهای ماهانه بهره‌مند می‌شوند، قابل استفاده است.

کانابینوئیدها

ماری جوانا؛ شناخته شده ترین کانابینوئید است و درونابینول؛ ماده مخدری است که از عصاره گیاه تهیه شده و تجویز می‌شود. عوامل نیمه سنتتیک این گروه، نابیلون و لوونانترادول، هستند. کانابینوئیدها با اتصال به گیرنده‌های خاص کانابینوئید در ساقه مغز و گیرنده مو (Mu)، اثر ضد استفراغ ایجاد می‌کنند. در یک مرور سیستماتیک، مشخص شد که نابیلون نسبت به دارونما (دامپریدون و پروکلرپرازین) برای مدیریت CINV (تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی) بهتر است، اما برتر از متوکلوپرامید یا کلرپرومازین نیست. یک مرور سیستماتیک دیگر نشان داد که نابیلون خوراکی، دارونابینول خوراکی و لوونانترادول عضلانی، مؤثرتر از آنتاگونیست‌های دوپامین برای درمان CINV هستند. اگر چه با عوارض جانبی قابل توجهی همراهند. بیمارانی که در مطالعات مختلف این دارو را استفاده کرده بودند، سرگیجه، دیسفوریا، سرخوشی، "احساس بالا بودن" و آرام بخشی را به عنوان عوارض جانبی درمان گزارش کردند.

در سال‌های اخیر توجه زیادی به استفاده پزشکی از کانابینوئیدها به ویژه برای مدیریت علائم سرطان، شده است. بررسی‌های دقیق سیستماتیک نشان داده

است که بر اساس شواهد محدود، داروهای حاوی کانابیس (حشیش) ممکن است در مدیریت CINV نقش داشته باشند. با این حال ASCO، NCCN و انجمن بین‌المللی مراقبت حمایتی در سرطان و انجمن انکولوژی پزشکی اروپا (MASCC / ESMO) هنوز استفاده از آن را در دستورالعمل‌های استاندارد، تایید نکرده‌اند.

شواهد مربوط به استفاده از کانابینوئیدها در سرطان‌های پیشرفته، ضعیف‌تر است و توصیه‌ها از استفاده مداوم متوکلوپرامید یا هالوپریدول به عنوان خط اول درمان و به دنبال آن آنتاگونیست‌های گیرنده 5HT3 یا اولانزاپین به عنوان خط دوم درمان، پشتیبانی می‌کنند. با استفاده مجاز از داروهای کانابینوئید برای اهداف پزشکی، از جمله مدیریت علائم مرتبط با سرطان، مطالعات دقیق‌تری برای حمایت از آن در دستورالعمل‌های استاندارد و تعیین میزان خطر- سود، لازم است.

آنتاگونیست‌های ماده P (آنتاگونیست‌های گیرنده NK-1)

آنتاگونیست‌های گیرنده‌های NK-1، مانند آپریپیتانت و فوساپریپیتانت، از اتصال ماده P به گیرنده‌های NK-1 جلوگیری می کنند. آپریپیتانت یک داروی خوراکی است که به عنوان یک آنتاگونیست NK-1 عمل می‌کند و استفاده از آن در پیشگیری و درمان CINV توسط دستورالعمل‌های ملی حمایت می‌شود. آپریپیتانت به ویژه هنگامی که با یک آنتاگونیست گیرنده 5HT3 مانند اندانسترون و دگزامتازون ترکیب شود برای جلوگیری از CINV حاد و تأخیری، مؤثر است. فوساپریپیتانت یک آنتاگونیست گیرنده NK-1 وریدی مورد تأیید FDA است که طی ۳۰ دقیقه پس از تجویز به آپریپیتانت، تبدیل می‌شود. مطالعه مقایسه یک دوز فوساپریپیتانت و یک رژیم ۳ روزه آپریپیتانت نتایج مشابهی را در پیشگیری از CINV نشان داد.

آنتاگونیست‌های گیرنده‌های NK-1 در حال حاضر برای استفاده حاد و غیرمزمن، مؤثر هستند. بنابراین استفاده از آن‌ها برای بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته که ممکن است درمان‌های بیشتری برای بیماری دریافت نکنند، محدود شده است. آپریپیتانت معمولاً به خوبی تحمل می‌شود. برخی گزارش‌ها تهوع، اسهال و بی‌اشتهایی را به عنوان عوارض جانبی ذکر کرده‌اند. بیماران درد محل تزریق همراه با فوساپریپیتانت و همچنین خستگی و سکسکه را نیز گزارش کرده‌اند.

پروتکل‌های ترکیبی

استفاده از رژیم‌های چند دارویی برای مدیریت CINV توسط شواهد قوی شامل کارآزمایی‌های متعدد و دستورالعمل‌های بالینی، پشتیبانی می‌شوند. رژیم‌ها بر اساس احتمال استفراغ با استفاده از داروهای شیمی‌درمانی طبقه‌بندی می‌شوند و براساس درمان حاد یا تأخیری، متفاوت هستند. توصیه می‌شود خوانندگان به راهنماهای کنونی NCCN، ASCO 2، 66 و MASCC / ESMO.16 مراجعه‌کنند. با وجود در دسترس بودن ابزارهای مؤثر برای کنترل CINV، تهوع به عنوان یک عارضه جانبی قابل اعتماد، ارزیابی نمی‌شود. بیماران دارای تهوع؛ اغلب تحت درمان قرار نمی‌گیرند و پیروی از دستورالعمل‌ها اغلب با حذف دگزامتازون، به خطر می‌افتد.

رویکرد هاسپیس در منزل برای انتخاب داروهای ضد استفراغ

هاسپیس در منزل، به عنوان یکی از روش‌های مدیریتی بیمار، قابل‌توجه و مهم است. به دلیل ضعف بالینی یا شدت تهوع و استفراغ، بیماران ممکن است قادر به مصرف داروهای خوراکی، نباشند. در این موارد، داروهای زیرزبانی ممکن است یک گزینه مناسبی باشند. راه‌های دیگر تجویز، از جمله شیاف مقعدی یا

تزریقات زیرجلدی، عملی‌تر هستند. در منزل لازم است مراقبین در استفاده از داروها، راحت باشند. در گذشته تصور می‌شد که ژل‌های ترکیبی موضعی ضد استفراغ مانند ژل ABR (Ativan، Benadryl، Reglan) در بیمارانی که نمی‌توانند داروهای خوراکی مصرف کنند، سودمند است. با این حال، مطالعات نشان داده است که این ترکیبات موضعی، فاقد شواهد مؤثر هستند و به عنوان درمان، توصیه نمی‌شوند. اگرچه محیط هاسپیس در منزل چالش‌هایی را برای مدیریت تهوع، استفراغ و سایر علائم، ایجاد می‌کند، اما ارزیابی مداوم، مداخله و ارزیابی مجدد به شناسایی علائم برای ارائه درمان مناسب، کمک می‌نماید. منزل ممکن است برای در نظر گرفتن روش‌های درمانی مکمل مانند رایحه درمانی، ماساژ یا طب فشاری نیز مناسب باشد.

رویکرد غیردارویی در درمان تهوع و استفراغ

علی‌رغم انتخاب گسترده مداخلات دارویی با مکانیسم‌های عمل مختلف، تهوع و استفراغ همچنان از جمله ناراحت‌کننده‌ترین علائم است. اگرچه رژیم‌های پیشگیری، بروز استفراغ ناشی از شیمی درمانی را از ۹۰٪ به تقریباً ۳۰٪ در بیمارانی که رژیم‌های بسیار استفراغ آور دریافت می‌کنند، کاهش داده‌اند اما کنترل تهوع، سخت‌تر است. علاوه بر این، در برخی موارد تهوع و استفراغ معمولاً به رژیم‌های ضد استفراغ رایج، پاسخ نمی‌دهد. علائم کنترل نشده، مرتبط با درمان یا بیماری، احتمالاً در کیفیت زندگی بیمار و تمایل وی برای ادامه درمان تداخل ایجاد می‌کند. شناخت رویکردهای غیر دارویی در مدیریت علائم و ادغام آن‌ها در مراقبت‌های معمول برای به حداقل رساندن تأثیرات فیزیولوژیکی علائم کنترل نشده و تأثیرات بالقوه منفی آن‌ها بر کیفیت زندگی مناسب است.

علاوه بر داروهای ضد استفراغ که سال هاست مورد استفاده قرار گرفته، تکنیک‌های ساده خودمدیریتی، درمان‌های تلفیقی و در برخی موارد، مداخلات تسکینی برای بهبود مدیریت علائم در طول درمان بیماری و در دوره انتهای زندگی، می‌توانند استفاده شوند. استفاده از برخی از روش‌های غیر دارویی اخیراً در دستورالعمل‌ها به ویژه برای درمان تهوع و استفراغ انتظاری است. این روش‌ها از سطح پایین‌تری از شواهد برخوردارند، اما در مورد مناسب بودن مداخلات، اتفاق نظر وجود دارد.

تکنیک‌های خودمدیریتی

خود مدیریتی بر استقلال بیمار در مراقبت از خود تأکید می‌کند و بیماران و خانواده‌ها را ترغیب می‌کند؛ مسئولیت مدیریت وضعیت خود را به عهده بگیرند. نظریه‌های خود مدیریتی، پیچیدگی زندگی با شرایط مزمن و اهمیت مدیریت این پیچیدگی‌ها را در زمینه زندگی روزمره فرد، تأیید می‌کنند. بیش از اینکه انتظار داشته باشند بیماران به یک سری دستورات تجویز شده که در بین مردم قابل تعمیم است، عمل کنند. این تکنیک‌ها با شواهدی برای راهنمایی توصیه‌های درمانی، شروع می‌شوند و سپس متناسب با نیازهای فردی بیماران و خانواده‌های آن‌ها، طراحی می‌شوند.

انواع مختلفی از استراتژی‌های خودمدیریتی بالقوه مؤثر از جمله اصلاحات روانشناسی، شناختی و رفتاری وجود دارد (جعبه ۱۰.۴)، ضمن این که باید هنگام تهیه برنامه مراقبتی، عوامل فردی، وضعیت سلامتی و محیط در نظرگرفته شود. گرچه بسیاری از این مداخلات در حال حاضر با شواهد قوی حمایت نمی‌شوند اما با آسیب کمی همراه هستند و باید در هنگام درمان تهوع و استفراغ در بیماری‌های پیشرفته مورد توجه قرار گیرند.

جعبه ۱۰.۴. راهبردهای خود مدیریتی برای مدیریت تهوع و استفراغ

اصلاحات رژیم غذایی

وعده‌های غذایی کوچکتر و مکررتر بخورید.

بوی غذا و سایر بوهای تند غذا را کاهش‌دهید.

از غذاهای تند، چرب و پر نمک خودداری کنید.

قبل از غذا از داروهای ضد استفراغ، استفاده کنید.

مایعات صاف‌شده بدهید.

اصلاحات محیطی

در مواقعی که گرسنه نیستید، از دیدن و بوی غذا خودداری‌کنید.

هوای تازه فراهم کنید.

از بوهای تند یا نامطبوع، خودداری‌کنید.

مناظر، صداها، یا بوهایی که می‌توانند باعث تهوع شوند را به حداقل برسانید.

راهبردهای روانشناختی

از آرام‌سازی و مدیتیشن استفاده کنید.

تنفس عمیق را تمرین‌کنید.

از حواس‌پرتی شناختی، استفاده‌کنید.

استراتژی‌های دیگر

ورزش

داروها را طبق دستور مصرف کنید.

پزشکی تلفیقی

علاقه به استفاده از پزشکی تلفیقی در کنار اقدامات درمانی و تسکینی افزایش یافته است. به طوری که تخمین زده‌اند ۳۸/۳٪ از جمعیت ایالات متحده از برخی یا ترکیبی از این روش‌ها، استفاده می‌کنند. این موارد به انواع مختلفی از درمان اشاره دارد که می‌توانند در مداخلات بیولوژیکی و غیربیولوژیکی یا رفتاری، دسته‌بندی شود. توصیه‌های ارائه شده؛ توسط داده های محدودی پشتیبانی می‌شوند ولی نقش درمان‌های تلفیقی در تسکین علائم مربوط به بیماری، اثبات شده است. در متون موجود، شواهد کافی برای حمایت از اجرای روش های خاص برای پیشگیری و درمان تهوع و استفراغ وجود دارد، با این حال شواهد قانع‌کننده‌ای برای ترجیح یک روش نسبت به روش دیگر، وجود ندارد. به نظر می‌رسد که تأثیر این تکنیک‌ها بیشتر به اولویت های فردی بستگی دارد. کارآزمایی‌های بالینی انجام یافته در تعداد و حجم نمونه‌ها، محدود هستند و بر لزوم فوری طراحی مطالعات مناسب برای ارزیابی اثربخشی مداخلات خاص برای کنترل عوارض جانبی شیمی درمانی و علائم مرتبط با بیماری، تأکید دارد. قبل از شروع برخی از درمان‌های گیاهی؛ به دلیل خطر تداخل دارویی و اثرات سوء بر بیماران، باید احتیاط کرده و در این مورد به آن‌ها آموزش داده شود. پزشک اصلی که درمان بیمار را بر عهده دارد، باید از تمام درمان‌های معمول یا تلفیقی آگاه باشد.

درمان‌های بیولوژیک

درمان‌های بیولوژیک تلفیقی شامل مکمل‌های غذایی مانند ویتامین‌ها، مواد معدنی، گیاهان دارویی، پروبیوتیک‌ها، آنتی‌اکسیدان‌ها و همچنین داروهای گیاهی مشتق شده از منابع طبیعی، است. مطالعات کمی در مورد روش های درمانی خاص برای تهوع و استفراغ در بیماری های پیشرفته؛ انجام شده است. یکی از داروی گیاهی زنجبیل (Zingiber officinale) است. این ادویه بیشتر به عنوان یک ماده طعم دهنده، شناخته می‌شود. زنجبیل از قرن شانزدهم میلادی در داروهای آیورودا و طب سنتی چین برای درمان علائم دستگاه گوارشی مانند تهوع و نفخ شکم، استفاده شده است. مطالعات اثر زنجبیل را در درمان تهوع بعد از عمل، بیماری حرکتی و تهوع و استفراغ مرتبط با بارداری از طریق ترکیبی از فعالیت‌های 5HT3، ضد التهاب و ضد اسپاسم، پیشنهاد کرده‌اند. مطالعات جدید، توانایی های بالقوه زنجبیل را در کنترل تهوع و استفراغ نشان داده‌اند.

مزایای زنجبیل در CINV (تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی) حاد و تأخیری در هر دو جمعیت کودکان و بزرگسالان، با یافته‌ها و اثر بخشی متفاوت مشخص شده است. عوارض جانبی گزارش‌شده شامل سوزش سردل، کبودی، گرگرفتگی و بثورات درجه دو، است. عوارض جانبی احتمالی و تداخلات دارویی – گیاهی را باید قبل از توصیه زنجبیل برای تسکین علائم، شناسایی کرد. زیرا این گیاه با افزایش خطر خونریزی و افت قند خون همراه است و همراه با تاکرولیموس، داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی، داروهای رقیق‌کننده خون و داروهای کاهش‌دهنده گلوکز، منع مصرف دارد.

درمان‌های غیر بیولوژیک

درمان‌های رفتاری که به‌طور خاص در دستورالعمل‌ها برای درمان تهوع و استفراغ انتظاری توصیه شده شامل آرام‌سازی عضلانی پیشرونده، حساسیت‌زدایی سیستماتیک و هیپنوتیزم است. جزئیات بیشتر در مورد این مداخلات خاص و همچنین طب سوزنی و طب فشاری، در بخش‌های بعدی پرداخته خواهد شد. سایر روش های درمانی یکپارچه غیربیولوژیکی در جدول ۱۰.۲ ذکر شده است.

طب سوزنی و طب فشاری

طب سوزنی حداقل در ۷۸ کشور دنیا انجام می‌شود و استفاده از آن همراه با طب فشاری برای تهوع و استفراغ در محیط مراقبت تسکینی در مقایسه با سایر درمان‌های تلفیقی به طور گسترده‌تری؛ مورد بررسی قرارگرفته است. وجود نتایج متفاوت و عدم وجود مطالعات با کیفیت در این زمینه، منجر به محدودیت ادغام این روش در استانداردهای مراقبتی شده است.

طب سوزنی توسط متخصصان آموزش دیده انجام می‌شود که سوزن‌های ریز یا ناودانی را در امتداد یک مسیر خاص روی بدن قرار می‌دهند. طب فشاری را می‌توان مستقل از درمانگر، انجام داد و با طب سوزنی تفاوت دارد زیرا شامل اعمال فشار دیجیتال یا نوارهای محرک به جای سوزن، بر روی نقاط تعیین‌شده روی بدن است. تصور می‌شود که این تکنیک‌ها با تحریک یا کاهش جریان انرژی، کار می‌کنند. به طور خاص در مورد تهوع و استفراغ، از طب سوزنی و طب فشاری در نقطه P6 بیشتر برای تسکین علائم استفاده می‌شود و در سطح قدامی ساعد، تقریباً به فاصله سه انگشت از مچ دست، قرار دارد.

طب سوزنی و طب فشاری؛ روش‌های غیردارویی هستند که به عنوان" احتمالاً مؤثر "برای پیشگیری، مدیریت و درمان CINV در صورت استفاده همراه با مداخلات دارویی، ارزیابی شده‌اند. مروری بر متون موجود استفاده از طب سوزنی را در مراحل مختلف CINV ترجیح می‌دهند. با این حال، برخی از مطالعات؛ هیچ تفاوتی آماری در مقایسه طب فشاری در گروه‌های شاهد و کنترل، نشان نداده‌اند. علی‌رغم مزایای پیشنهادی طب سوزنی، صلاحیت محدود درمانگران برای انجام این روش‌ها و محدودیت دسترسی چنین درمانگرانی؛ از افزایش استفاده از این روش‌ها، جلوگیری کرده است. طب فشاری یک روش کمتر تهاجمی برای مدیریت علائم است که مؤثر و ارزان است. تصمیم برای ادغام هر دو یا یکی از این دو مورد در مدیریت علائم؛ باید براساس ارزیابی جامع از نیازها و اهداف بیمار باشد.

آرام‌سازی عضلانی پیشرونده

آرام سازی عضلانی پیشرونده (PMR) به افراد اجازه می‌دهد تا به محرکی ایجادکننده تنش یا اضطراب پاسخ دهند و با تفکیک و تمرکز بر گروه‌های مختلف عضلانی به تدریج به سمت بالا و پایین بدن، برای ایجاد آرامش عمل کنند. به نظر می‌رسد این روش آرام‌سازی در کاهش شدت حالت تهوع و استفراغ پس از تجویز شیمی‌درمانی، بسیار مؤثر است. آرام سازی

جدول ۱۰.۲. درمان‌های تلفیقی غیر بیولوژیکی

تکنیک	توصیف	پیشنهادات
موسیقی‌درمانی	توسط افراد حرفه‌ای معتبر انجام می‌شود. در هر مرحله از بیماری قابل اجرا است. ابعاد متعدد کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. اولین بار در سال ۱۹۸۰ در جمعیت هاسپیس معرفی شد.	به احتمال زیاد روش مؤثری است. با کاهش قابل توجه در شدت و مدتCINV همراه است. اثرات درک شده بر روی سیستم عصبی خودمختار زمان و انرژی کمتر برای پیاده‌سازی برای بیماران بدون عوارض جانبی
رایحه‌درمانی	استفاده درمانی از اسانس‌ها عمدتاً از طریق استنشاق بوی آنان است.	روغن‌هایی مانند نعناع فلفلی و زنجبیل دارای مزایای بالقوه تسکین‌دهنده هستند. تهوع و استفراغ در بیماران انکولوژی و بیماران پس از جراحی مطالعات محدود با طراحی، حجم نمونه کوچک، دوزها و روش‌های مختلف هستند.
ماساژ	دستکاری بافت نرم با استفاده از لمس و حرکت در حالی که باعث آرامش می‌شود، استرس و اضطراب را کاهش می‌دهد و ممکن است منجر به کاهش ضربان قلب، فشار خون و تعداد تنفس، شود.	اثربخشی ثابت نشده است. تنوع در CINV و اوغ‌زدن در بیماران مبتلا به سرطان پستان
ورزش	هر حرکت بدنی برنامه‌ریزی‌شده، ساختاریافته و تکراری دربرگیرنده قلب و عروق، قدرت و/یا انعطاف‌پذیری است.	اثربخشی در مطالعه‌ای که بر روی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی انجام شده، تأیید نگردیده است.
انحراف حواس شناختی	در بزرگ‌سالان و کودکان مطالعه شده است. یاد بگیرید که توجه خود را از یک موقعیت تهدیدآمیز به سمت احساسات آرامش‌بخش، منحرف کنید. از فیلم‌ها، بازی‌ها، پازل‌ها، شمارش اشیا، تنفس عمیق استفاده‌کنید.	بدون عوارض جانبی مرتبط با کاهش ANV و دیسترس پس از شیمی درمانی

عضلانی پیشرونده در حالت تهوع و استفراغ انتظاری؛ مؤثر نیست، مگر اینکه همراه با حساسیت زدایی سیستماتیک یا تصاویر هدایت شده استفاده شود. در یک مطالعه، بروز CINV حاد و تأخیری در بیماران دریافت کننده PMR در طی ۴ روز اول پس از درمان از نظر آماری کمتر بود، اگرچه هیچ تفاوتی در شدت علائم بین گروه‌ها مشاهده نشد.

حساسیت زدایی سیستماتیک

حساسیت‌زدایی سیستماتیک که معمولاً برای درمان ترس و هراس (فوبیا) استفاده می‌شود، به طور ویژه برای درمان تهوع و استفراغ انتظاری، بسیار مؤثر است؛ زیرا هراس‌ها ممکن است به طور مشابه از طریق یادگیری یا محیط، ایجاد شوند. این مداخله به همراه آموزش نحوه مقابله با محرک شرطی بیمار (به عنوان

مثال ورود به کلینیک، مراجعه به پرستار) که به طور معمول با پاسخ ناسازگار (مانند تهوع و استفراغ) پاسخی که با احساس تهوع؛ سازگار نیست (به عنوان مثال PMR)، جایگزین می‌شود. اثر بخشی درمان در بیش از نیمی از بیماران، اثبات شده است.

هیپنوتیزم

در حالی که هیپنوتیزم؛ اولین روش روانشناختی برای درمان و کنترل تهوع و استفراغ انتظاری است؛ با این وجود کارآزمایی بالینی محدودی در این زمینه؛ انجام شده است. هیپنوتیزم نوعی مداخله رفتاری است که به بیماران می‌آموزد؛ توجه خود را به افکار یا تصاویر غیرمرتبط با منبع واقعی دیسترس، متمرکز کنند. غالباً از انواع روش‌های آرام‌سازی عضلانی غیرفعال و انحراف‌حواس، استفاده می‌شود. مشابه حساسیت زدایی سیستماتیک، بیماران یاد می‌گیرند که یک حالت فیزیولوژیکی ناسازگار با تهوع و استفراغ را فرا بگیرند. این تکنیک بیشتر در کودکان و نوجوانان مؤثر است؛ زیرا به راحتی هیپنوتیزم می‌شوند. به طورکلی مطالعاتی که از هیپنوتیزم برای تهوع و استفراغ انتظاری استفاده می‌کنند، عدم وجود عارضه جانبی نامطلوب و نیاز به آموزش اندک را جزو مزایای آن ذکرکرده‌اند.

مداخلات پرستاری

مراقبت تسکینی؛ طبق تعریف، بر بهبود کیفیت زندگی متمرکز است و علائم ناراحت‌کننده نظیر تهوع و استفراغ را تسکین می‌دهد. دستورالعمل های مراقبت تسکینی NCCN، مدیریت علائم تهاجمی، شفاف‌سازی هدف درمان، پیش‌بینی نیازهای بیماران و خانواده‌های آن‌ها و مشارکت مراقبین در روند درمان را توصیه می‌کنند. پرستاران در این زمینه نقش بسیار اساسی دارند؛ زیرا قادر به ارزیابی شکم در بالین، راهنمایی درمان تهوع و استفراغ از طریق تلفن، یا شناسایی الگوی تهوع بیمار در هنگام ارزیابی سرپایی، هستند. پرستار مراقبت تسکینی در ترویج رویکرد همکاری در بین اعضای تیم، نقش مهمی دارد. پرستاران در مراکز درمانی مختلف باید استانداردهای مراقبت تسکینی، پیشرفت در مدیریت تهوع و استفراغ، تغییر در دستورالعمل های درمان و عوارض جانبی بالقوه ناشی از درمان‌های انجام شده را شناسایی کنند.

البته نقش‌هایی که بیمار و مراقبین درکنترل تهوع و استفراغ ناشی از بیماری یا درمان ایفا می‌کنند، همان قدر حیاتی هستند. بیماران مبتلا به مشکلات انکولوژی؛ نیازهای اطلاعاتی زیادی را در مورد خودمدیریتی و کنترل عوارض جانبی، گزارش‌کرده‌اند. آنان به عنوان شرکت‌کنندگان فعال در مراقبت های خود، باید ابزار لازم برای مدیریت علائم و مراقبت از خود را در اختیار داشته‌باشند. برنامه های آموزش فردی و یادداشت‌های روزانه با ذکر منابع اضافی می‌توانند به بیماران کمک کنند تا درک کنند که چگونه برنامه مراقبتی خود را در خانه دنبال کنند و علائم را پیگیری کنند. آنان باید بدانند چگونه گزارشی از وضعیت خود و بار علائم و ناراحتی را به ارائه‌دهنده خدمات سلامت ارائه دهند. آموزش باید شامل زمان و دلیل مصرف برخی داروهای ضد استفراغ باشد؛ زیرا ممکن است چندین داروی مختلف برای بیماران در نظرگرفته شود. اینکه چه زمانی گزارش علائم خود را به ارائه‌دهندگان مراقبت، اطلاع داده و چه زمان‌بندی برای ارزیابی و پیگیری مشکلات؛ باید رعایت کنند.

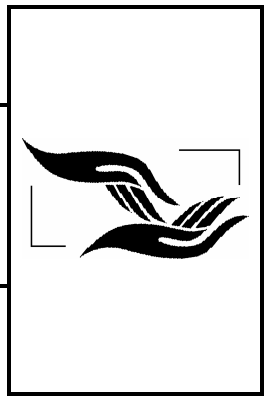
بیماران برای CINV، در مراحل حاد معمولاً به صورت بستری یا سرپایی، ارزیابی و مدیریت می‌شوند. با این حال، بسیاری از بیماران مجبور هستند که تهوع و استفراغ تأخیری را که می‌تواند تا ۵ روز پس از درمان ادامه یابد، به طور مستقل مدیریت کنند. به دلیل نگرانی های مالی، عدم باور به اثربخشی درمان و عوارض جانبی قابل درک مانند یبوست یا ایجاد آرام بخشی، ممکن است بیماران از مصرف داروهای تجویز

شده، امتناع کنند. به همین ترتیب، بیماران خاصی ممکن است علائم کنترل نشده را به دلیل ترس از "بیمار بد" بودن، مشکلات ارتباطی با ارائه‌دهندگان یا برداشت‌هایی مانند اینکه این علائم بخش طبیعی از درمان سرطان هستند را گزارش نکنند.

نشستن در کنار بیمار برای رسیدگی به مشکلات وی برای اطمینان از دستیابی به مراحل کنترل کافی تهوع و استفراغ بسیار مهم است و ترس و نگرانی بیماران را از بین می‌برد. ارجاع بیماران به سایر ارائه‌دهندگان مانند متخصصان مراقبت‌های تسکینی باید در صورت کنترل نشدن علائم یا در صورت نیاز به حمایت اضافی صورت گیرد. مشارکت قبلی در برنامه‌های مراقبت تسکینی، می‌تواند بار علائم را کاهش دهد.

نتیجه‌گیری

هدف اصلی مراقبت‌های تسکینی؛ بهبود کیفیت زندگی با در نظر گرفتن درد و رنج بیماران در همه ابعاد است. لازم به یادآوری است که مهم‌ترین هزینه تهوع و استفراغ کنترل نشده، رنج بیمار است. به علت شواهد محدود برای ارائه مداخلات معمول، مقابله با چالش‌های ارائه مراقبت‌های تسکینی با کیفیت بالا؛ برای پرستاران ممکن است دشوار باشد. مطالعات و بررسی‌های متعدد، نیاز به تحقیقات دقیق‌تر در زمینه کنترل تهوع و استفراغ به ویژه در مورد بیماران در مراحل انتهای زندگی و در جمعیت غیر مبتلا به سرطان را برجسته‌کرده است. با این وجود، ارزیابی هوشیارانه، استفاده مناسب و ارزیابی مداخلات دارویی و غیردارویی و آموزش و حمایت مناسب بیمار و خانواده؛ ممکن است نیاز به مداخلات غیرضروری را در مراحل انتهای زندگی، برطرف کرده و امکان بهبود کیفیت زندگی را در طول مسیر بیماری تا زمان مرگ، فراهم کند. تهوع و استفراغ بر تمام جنبه های سلامتی فرد تأثیر می‌گذارد. کنترل کافی این علائم به ویژه در مراحل انتهای زندگی، ضروری است.



فصل ۱۱

اختلال در بلع[1]، سکسکه و سایر علایم گوارشی

نکات کلیدی

- مشکلات بلع به طور معمول در بسیاری از فرایندهای پیشرفته‌ی بیماری رخ می‌دهد و می‌تواند باعث ناراحتی و ایجاد عوارض طاقت‌فرسایی برای بیمار و مراقبین شود.
- مدیریت مشکلات بلع و عوارض گوارشی در بیماران مبتلا به بیماری جدی شامل: جلوگیری از کاهش عملکرد، ارتقاء کیفیت زندگی و راحتی و حمایت از خواسته‌های بیمار است.
- علایم و عوارض گوارشی اغلب با هم به طور همزمان اتفاق می‌افتد و می‌تواند بر ایمنی و راحتی بیمار و همچنین توانایی آنها در حفظ تغذیه و هیدراتاسیون و مدیریت داروهای خوراکی تأثیر بگذارد.
- رویکرد تیمی منجر به، درمان موفقیت آمیز همراه با نتایج بهتر و بهبود و تسکین علایم بیمار می‌شود.

مطالعه‌ی موردی: بیمار مبتلا به اسَکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)[2]

آقای راوز ۵۵ سال دارد و مبتلا به ALS است. دو سال قبل احساس ضعف، کشش و سوزن سوزن شدن در دست‌های او ایجاد شد. وی از تشدید اختلالات بلع، مشکل در صحبت کردن، تنگی نفس در حین انجام فعالیت‌های روزانه، ارتوپنه و اختلال در حرکات و عملکرد بازوها یا دستان خود گزارش داد. آقای راوز چند ساعت در روز از ونتیلاسیون غیر تهاجمی (BiPAP) استفاده می‌کرد. ولی هنگام شب، به دلیل کلاستروفوبیا (ترس از فضای بسته) از این کار امتناع می‌کرد. از جمله سایر عوارض این بیماری شامل تشدید سیالوره[3] (آبریزش دهان)، اسپاسم حنجره، صدای ضعیف، کاهش توانایی سرفه کردن و خستگی موقع غذا خوردن بود که سبب کاهش وزن وی به میزان ۲۰ پوند شد. وی از دستگاه کمک به سرفه در خانه[4] و دستگاه ساکشن استفاده کرد و برای مدیریت علائم اضطراب و سیالوره دارو تجویز شد. یک مطالعه‌ی ویدیو فلوروسکوپی همراه با آسیب‌شناسی گفتار درمانی (SLP)[5] نشان داد که شیک‌ها و اسموتی‌ها ایمن‌ترین و بهترین قوام را برای مصرف خوراکی دارند. تیم ALS اظهار نمودند که شرایط نامساعد بالینی، مانع از تعبیه لوله‌ی تغذیه برای وی است. پس از تشکیل جلساتی با حضور اعضای تیم درمانی و خانواده آقای راوز، قرار بر همکاری این دو در جهت کمک به شرایط بیمار شد.

1. Dysphagia
2. Amyotrophic lateral sclerosis
3. Drooling
4. Home cough assist device
5. Speech – language pathologist

مقدمه

غذا جنبه‌ی اصلی زندگی و نماد عشق و اجتماع است. شرکت در مراسمات غذایی و نوشیدنی آیینی است که از طریق معاشرت، ارتباط منجر به ارتقای زندگی افراد می‌شود. اختلال در بلع، سکسکه و سایر علایم گوارشی نظیر سیالوره، خشکی دهان، اختلال در چشایی، معمولا در بیمارانی که بیماری جدی دارند، تجربه می‌شود. این علایم اغلب همزمان با هم رخ می‌دهد و نه تنها بر ایمنی بیمار و توانایی بیمار بر حفظ تغذیه و هدیراتاسیون کافی بلکه بر راحتی جسمی، بهزیستی اجتماعی و کیفیت زندگی نیز تأثیر می‌گذارد. مراقبت و مدیریت دیسفاژی و علایم گوارشی بر روند و سیر بیماری متمرکز است و ترجیحات و اهداف فرد را نیز شامل می‌شود.

دیسفاژی (اختلال در بلع)

تعریف

دیسفاژی به عنوان مشکل در بلع غذا یا مایعات تعریف می‌شود. اختلال در بلع می‌تواند ایمنی بیمار و عملکرد تغذیه‌ای بیمار را دچار مخاطره نموده و مصرف داروهای خوراکی را برای بیمار مشکل سازد. اختلال مزمن بلع می‌تواند برای بیمار و خانواده وی ناامیدکننده و طاقت فرسا باشد. از انجایی که تغذیه به خطر افتاده است، ممکن است ضعف عمومی، کاهش اشتها، کاهش وزن و یا سوء تغذیه ایجاد شود. همچنین ممکن است باعث آسپیراسیون گردد و متعاقبا سبب بروز پنومونی، تب، ضعف، تنگی نفس و مرگ بیمار شود. تأثیر روانشناختی دیسفاژی را نمی‌توان به طور کامل شرح داد. پیشرفت آن ممکن است همراه با اعمال تغییراتی در زمینه ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی باشد. مشکلات بلع و کناره‌گیری از فعالیت‌های روز مره مانند خوردن و آشامیدن به طور چشمگیری سبب جلوگیری از مواجهات اجتماعی می‌شود. مدیریت تغذیه لوله‌ای، مراقبت از گاستروستومی یا تغییر در رژیم غذایی ممکن است یک بار سنگین برای بیمار باشد. چالش در مدیریت دیسفاژی در بیماران مبتلا به بیماری‌های جدی، مسئول همسو بودن اهداف مراقبتی بیمار با تسکین علایم و رنج بیمار و افزایش کیفیت زندگی وی است، حتی اگر تغذیه و هیدراتاسیون بیمار در معرض خطر باشد.

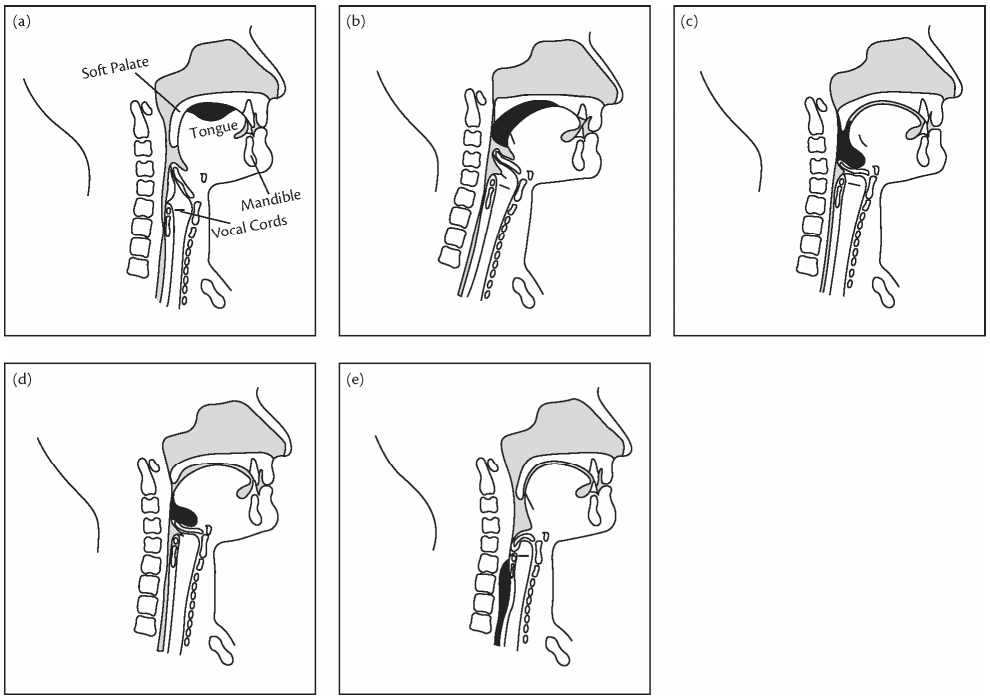
فیزیولوژی و پاتوفیزیولوژی بلع

درک فیزیولوژی بلع نرمال و غیر نرمال در پاسخگویی به مشکلات بیماران دچار اختلال بلع ضروری است. بلع یک عمل فیزیولوژیک بسیار پیچیده، شامل عبور غذا یا مایع از حفره‌ی دهان به مری و از آنجا به معده (جایی که روند هضم شروع می‌شود)، است. بلع به زمانبندی و هماهنگی بیش از ۳۰ جفت عضله که تحت کنترل ارادی و غیر ارادی سیستم عصبی ساقه‌ی مغز و همچنین باز خورد گیرنده‌های حسی نیاز دارد. به دلیل اینکه عمل بلع صدها بار در روز تکرار می‌شود و ما از آن آگاه نیستیم، قابل توجه است که مشکلات بلع اغلب رخ نمی‌دهد. عمل بلع از لحظه‌ی رانش لقمه (محتویات) از دهان تا رسیدن به معده کمتر از ۲۰ ثانیه طول می‌کشد. به منظور تسهیل درک مطلب، عمل بلع را به سه قسمت تقسیم میکنیم: مرحله‌ی دهانی، مرحله‌ی حلقی و مرحله‌ی مری (عکس‌های ۱۱.۱). در واقع این مراحل جدای از هم رخ نمی‌دهد، بلکه همپوشانی با هم دارند. مشکلات بلع بسته به نوع بیماری زمینه‌ای ممکن است در هر نقطه‌ای از این مسیر رخ دهد. مرحله‌ی اول بلع (شکل ۱۱.۱ را ببینید)، مرحله‌ی دهانی، مسئول آماده‌سازی بولوس (توپی حاوی غذا یا مایع) برای بلع است. آماده‌سازی بولوس ارادی است و بسته به سایز و قوام بولوس در هر مرحله می‌تواند متوقف شده یا تغییر یابد. همچنین در این مرحله فرد از طعم و بافت غذا از طریق رسپتورهای شیمیایی زبان و کام دهان لذت می‌برد. در طی مرحله‌ی دهانی بولوس به قسمت‌های کوچکی

تقسیم می‌شود. گیرنده‌های حسی به تولید و ترشح بزاق کمک می‌کنند و مسئول مرطوب کردن و کمک به شکل‌گیری بولوس ضروری است. زبان تمام ذرات غذا را جمع می‌کند و پس از تشکیل بولوس، با انقباض عضلات زبان و ماهیچه‌های دهان به سمت حلق رانده می‌شود. جریان بولوس ناکارامد ممکن است به دلیل ضعف در نیروی محرک زبان بر روی بولوس ناشی از برداشتن زبان به روش جراحی باشد. از دست دادن کنترل، کاهش احساس در دهان و زبان یا اختلال در حرکت آن منجر به ورود بولوس به راه هوایی باز، می‌شود و منجر به آسپیراسیون یا باقی ماندن مواد غذایی در دهان می‌شود. در این مرحله کام نرم بالا می‌رود تا از ورود مواد غذایی به داخل مجرای بینی جلوگیری کند. اگر مجرای بینی بسته نشود سبب ورود آب و مواد غذایی به مجرای بینی می‌شود؛ همانند سرطان کام و بیماری‌های عصبی عضلانی پیشرفته که درمان آن شامل برداشتن کام به روش جراحی است. مرحله‌ی دوم بلع، مرحله‌ی حلقی است که (شکل ۱۱.۱ را ببینید)، تقریبا یک ثانیه طول می‌کشد. این مرحله پیچیده‌ترین مرحله است و نیازمند زمان‌بندی دقیق و هماهنگی بین تنفس، محافظت از راه هوایی، حرکت بولوس و باز شدن ورودی مری است. الگویی از رویدادها با دقت و پشت سر هم توسط مرکز بلع موجود در مدولا کنترل می‌شود. بازخورد حسی بطور مداوم پاسخ موتور را تعدیل و تنظیم می‌کند. اگر این حلقه بازخورد حسی مختل شود، ممکن است شروع بلع حلقی به تأخیر بیفتد یا در موارد شدید وجود نداشته باشد. فشار ایجاد شده از پایه‌ی زبان در تماس با دیوارهای حلق از طریق عضلات حلق باعث می‌شود که به تدریج منقبض و شل شوند و با شل شدن اسفنکتر فوقانی مری بلوس به حرکت درمی‌آید. ضعف در عضلات حلق، انسداد در اثر توده، تغییرات جراحی یا بافت فیبروتیک می‌تواند سبب اختلال در رانش مواد از طریق حلق و مری شود.

اسفنکتر فوقانی مری (UES)[1] حلق را از مری جدا می‌کند و در زمان استراحت بسته است. این اسفنگتر از ورود هوا به مری و از برگشت مواد از مری به حلق جلوگیری می‌کند. دهانه‌ی UES یک فشار منفی ایجاد می‌کند و سبب رانده شدن بولوس از حلق به مری می‌شود. نقص در شل شدن UES سبب باقی ماندن مواد در حلق می‌شود و در صورت حجیم بودن بولوس ممکن است به حنجره و نای وارد شود. روند محافظت از راه‌های هوایی، یا بسته شدن حنجره برای جلوگیری از آسپیراسیون نه تنها در هنگام بلع، بلکه در طول دوره‌های ریفلاکس، رگورژیتاسیون یا استفراغ امری حیاتی است. در لحظه‌ی بلع، عمل تنفس در یک لحظه قطع می‌شود و بسته شدن حنجره مواد را پس می‌زند و از ورود مواد به حنجره جلوگیری می‌کند. قبل از باز شدن مجدد راه هوایی باید حلق از وجود بولوس و سایر مواد غذایی کاملا پاک شود، زیرا ممکن است سبب وارد شدن مواد غذای به نای و آسپیراسیون شود. تأخیر در بسته شدن و یا بسته شدن ناقص حنجره به دلیل عدم توانایی و یا ضعف در عضلات ممکن است منجر به آسپیراسیون شود. اگر مکانیسم سرفه ضعیف و بی‌اثر باشد، کاهش عملکرد حسی و ضعف عضلات حنجره ممکن است محافظت در راه هوایی را مختل کند. مرحله‌ی بلع مری، (به شکل ۱۱.۱ نگاه کنید)، طولانی‌ترین مرحله است و شامل انتقال بولوس از قسمت فوقانی مری به قسمت تحتانی مری و سپس از آنجا به معده است و همانند مرحله‌ی حلقی بلع، این مرحله نیز غیر ارادی و تحت کنترل سیستم عصبی- عضلانی است. اگر چه سرعت حرکت بولوس بسیار کمتر است و با سرعت ۳-۴ سانتی متر در ثانیه در مقایسه با ۱۲ سانتی متر بر ثانیه در حلق است. با رسیدن بولوس به مری امواج انقباضی بولوس را به سمت اسفنگتر مری پایین رانده و به معده منتقل

1. Upper esophageal sphincter



شکل ۱۱.۱. مراحل بلع (a) شروع اختیاری بلع با زبان (b) عبور دهانی (c) و (d) بلع حلقی با حفاظت مجرای تنفسی (e) مرحله بلع مری

می‌کند. اسفنگتر تحتانی مری که در حالت استراحت و بسته بود، منقبض می‌شود تا مواد غذایی وارد معده شود. اختلال در عملکرد مری ممکن است در اثر کاهش نیرو محرک و انقباضات نامنظم یا عدم ایجاد انقباضات باشد. باریک شدن یا انسداد مری ممکن است در اثر سرطان مری رخ دهد و می‌تواند عبور بولوس از مری و معده را محدود کند.

مطالعه‌ی موردی: بیمار مبتلا به زوال عقل و سکته‌ی مغزی

خانم تی ۸۵ سال دارد و سابقه‌ی دمانس دیررس دارد. وی با سکته‌ی حاد بستری شد. طرف راست بدن، توانایی حرکت کردن، برقراری ارتباط و بلع را تحت تأثیر قرار گرفته است. در طول ارزیابی قدرت بلع، خانم تی دوره‌های ناپایداری از بیداری، ضعف زبان و دهان و ضعف در سرفه کردن را نشان داد. در بررسی‌های مربوط به بلع، عدم توانایی پاکسازی بولوس از دهان، شروع با تأخیر پاسخ بلع و سرفه خلط دار را نشان داد. او در معرض خطر آسپیراسیون، پنومونی، دهیدراتاسیون و سوء تغذیه قرار دارد. جلسه‌ی خانوادگی تشکیل شد و در مورد بهترین برنامه‌ی درمانی و مراقبتی با آنان صحبت شد. در معاینات پیشین خانم تی آمده است که " هیچ اقدام غیر از دستور درمانی یا استفاده از دستگاه‌های مادام‌العمر مانند دستگاه تنفسی یا لوله‌ی تغذیه معده‌ای" برای وی انجام نشود. خانواده وی موافق بودند که راحتی بیمار در اولویت باشد و از انجام دستورات مراقبت‌های تهاجمی از جمله تغذیه و

هیدراته نمودن بیمار به روش تهاجمی چشم پوشی کنند. این تصمیم باعث حرکت به سمت تغذیه‌ی دهانی، با استفاده از لقمه‌های کوچک و مواد غذایی نرم، استفاده از مقدار کمی آب در طی این دوره‌ی بیماری و علاقه به خوردن، می‌شود. خانواده خانم تی از خطر بالقوه بروز عفونت ریوی، دهیدراتاسیون و سوء تغذیه آگاهی داشتند. قبل از ترخیص خانم تی از بیمارستان و رفتن به منزل SLP، پرستار و متخصص رژیم غذایی با همکاری خانواده در مورد ایمن‌ترین روش‌های تغذیه، استراتژی‌های بهبود طعم و قوام غذا و مراقبت از بافت دهان صحبت کردند.

علل دیسفاژی

دیسفاژی یک علامت شایع در بیمارانی است که تحت مراقبت تسکینی قرار می‌گیرند. مشکلات بلع ممکن است علامت بالینی یا نشانه‌ی پیشرفت بیماری باشد. درک تأثیر فیزیولوژیک بیماری در ارزیابی اختلال بلع و روش مدیریت آن بسیار مهم است. برخی از علل‌های شایع که معمولا در مراقبت تسکینی مشاهده می‌شوند، دراینجا مورد بحث قرار گرفته است.

نئوپلاسم‌ها

تومور مغزی

اگر چه یک علامت غالب نیست اما با افزایش اندازه‌ی تومور مغز و فشرده کردن ساختارهای اطراف، مشکلات بلع می‌تواند به صورت مستقیم یا غیر مستقیم ایجاد شود. وقتی که تومورهای خارجی در اطراف ساقه‌ی مغز یا در قاعده‌ی جمجمه قرار دارند، باعث افزایش فشار وارده بر قسمت تحتانی مدولا می‌شوند، مرکز بلع مستقیما تحت تأثیر قرار می‌گیرد. نئوپلاسم‌های دیگر می‌توانند به طور مستقیم به اعصاب جمجمه‌ای که ساختارهای بلع را عصب‌دهی می‌کند، حمله کنند. علاوه بر اثرات مستقیم تومور، بلع ممکن است تحت تأثیر برداشتن جراحی تومور، شیمی درمانی یا عوارض جانبی پرتو درمانی، سطح هوشیاری پایین، کاهش آگاهی، خستگی، افسردگی، تشنج و کاهش عملکرد کلی در ۸۵ درصد بیماران دچار اختلال گردد. سایر علایم مانند تشنج، تغییر هوشیاری، نقص شناختی پیشرونده و مشکل در بلع در مرحله‌ی انتهای زندگی تظاهر می‌یابند. دیسفاژی ممکن است بر توانایی بیمار در مصرف داروهای خوراکی ضروری، از جمله ضد تشنج‌ها یا داروهای کورتون تأثیر بگذارد.

سرطان سر وگردن

سرطان‌های سر و گردن در دهان، زبان، حلق، حنجره، نازو فارنکس و سینوس‌ها به وجود می‌آید. درصد بالایی از بیماران اگر در مرحله حاد بیماری و درمان آن نباشند، به عنوان عوارض دیررس پرتو درمانی، دیسفاژی را تجربه می‌کنند. شیوع پنومونی آسپیراسیون و آسپیراسیون در این جمعیت قابل توجه است. برنامه‌ی درمانی این بیماران شامل جراحی و شیمی درمانی است که به نوع سلول، محل، اندازه تومور و وجود متاستازهای گردنی بستگی دارد. جراحی پیچیده برداشتن دهانه‌ی حنجره مانند برداشتن زبان و یا فک پایین به طور غیر قابل برگشت، بیومکانیک طبیعی و فیزیولوژی بلع را تغییر می‌دهد. لارنژکتومی یا برداشتن حنجره در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته حنجره منجر به یک استومی دائمی در گردن می‌شوند که مکانیسم طبیعی بلع، صدا و تنفس را تغییر می‌دهد. در طول ۲۵ سال گذشته "حفظ عضو" با استفاده از شیمی درمانی، روش اصلی برای درمان سرطان‌های حلق و حنجره با هدف حفظ اندام‌های درگیر در گفتار و بلع بوده است. متاسفانه "حفظ اندام" مترادف با "حفظ عملکرد" نیست. علیرغم پیشرفت در روش‌های پرتو درمانی با حفظ بافت طبیعی و استفاده از عوامل شیمی درمانی هدفمند، بیماران از سمیت حاد درمانی از جمله آسپیراسیون ریوی، موکوزیت، ادم،

خشکی دهان و تریسموس (محدودیت حرکت فک) رنج می‌برند. اثرات دیررس پرتودرمانی، سالها پس از درمان رخ می‌دهد و ممکن است شامل نوروپاتی جمجمه و فیبروز باشد که می‌تواند باعث نقص در عملکرد راه‌های هوایی، انقباض حلق و اختلال درحرکت بولوس، باز شدن دریچه‌ی فوقانی مری در نتیجه‌ی دیسفاژی مزمن و آسپیراسیون باشد. برخی از بیماران سالها بعد به دلیل پنومونی مکرر و کاهش وزن به تغذیه لوله‌ای نیاز دارند.

تومورهای بدخیم مری

سرطان مری می‌تواند از سلول‌های سنگفرشی مخاط یا به عنوان آدنوکارسینوم پوشش ستونی اپیتلیوم بارت به وجود آید. تومورهای نوع سلول سنگفرشی عموما در قسمت فوقانی یا میانی مری ایجاد می‌شود و مصرف سیگار و الکل به عنوان فاکتورهای پر خطر محسوب می‌شوند. اما تومورهای نوع آدنوکارسینوما در قسمت دیستال مری و معمولا در افرادی که ریفلاکس معده به مری دارند و افراد چاق، اتفاق می‌افتد. این نوع تومورها اگر به موقع تشخیص داده شوند، درمان‌های اندوسکوپیک مانند برداشتن به روش رادیو فرکانس یا برداشتن اندوسکوپیک مخاط (EMR)[1] یا جراحی ازوفاژکتومی ممکن است به عنوان روش‌های درمانی توصیه شود. شیمی درمانی و رادیوتراپی نیز ممکن است بعد از جراحی یا به عنوان درمان استفاده شود. در موارد پیشرفته بیماری، درمان ممکن است علامتی و متمرکز بر کاهش درد و بهبود نسبی دیسفاژی به روش براکی‌تراپی یا استفاده از استنت و مش‌های متسع شونده مری باشد که سبب باز شدن مجرای مری و عبور راحت‌تر مواد می‌شود. درمان‌هایی مانند رادیوتراپی با پرتو درمانی خارجی و شیمی درمانی با عوارض جانبی قابل توجهی همانند بلع دردناک و دشوار، ازوفاژیت، موکوزیت، خشکی دهان، از دست دادن حس چشایی و لنف اِدم همراه است.

سرطان‌های غیر از سر و گردن

بیماران انکولوژی اغلب به دلیل موقعیت تومور، عوارض جانبی رادیوتراپی، اثرات سیتوتوکسیک شیمی درمانی، ضعف و خستگی مرتبط با سرطان و ناراحتی‌های عصبی و تنفسی دچار دیسفاژی موقت یا دایمی در حفره‌ی حلق می‌شوند. شیمی درمانی یا رادیوتراپی قفسه‌ی سینه ممکن است باعث مسمومیت در مخاط دهان، حلق یا مری شود که می‌تواند باعث ازوفاژیت یا موکوزیت شود. این امر منجر به تغییر طعم، درد، کاهش اشتها، تهوع، خونریزی مخاطی و ایجاد ضایعاتی مانند ویروس هرپس سیمپلکس و واریسلا زوستر می‌شود. اگر چه پیشگیری از کاهش وزن برای بهبود کیفیت زندگی و بهبود نتایج درمان مهم است، اما همیشه امکان‌پذیر نیست مخصوصا اگر بیمار دچار دیسفاژی باشد.

بیماری‌های عصبی- عضلانی پیشرونده

بیماری نورون حرکتی

بیماری نورون حرکتی (MND)[2]، که شایع‌ترین نوع آن اسکلروز جانبی آمیلوتروفیک (ALS) است، در بیماران تحت مراقبت تسکینی با نظم ناخوشایندی رو برو می‌شوند. ALS در سیستم عصبی مرکزی (CNS)[3] شروع می‌شود و علایم به سرعت پیشرفت می‌کند و نورون‌های حرکتی فوقانی و تحتانی را درگیر میکند. یک چهارم بیماران ALS در ابتدا با مشکل بلع مواجه می‌شوند و در بسیاری از آنها ضعف اندام‌های انتهایی مشاهده می‌شود و به آرامی پیشرفت می‌کند تا اینکه عضله‌ی بولبار را درگیر کند. نارسایی تنفسی علت اصلی مرگ در بیماران ALS است که معمولا به

1. Endoscopic mucosal resection

2. Motor neuron disease
3. Central nerve system

دلیل ضعف در عملکرد دیافراگم، حنجره و زبان رخ می‌دهد. از آنجایی که بیماران ضعف عضلات زبان، دهان، حلق و تنفسی را تجربه می‌کنند، دچار مشکلات و خستگی فزاینده‌ای حین غذا خوردن می‌شوند. خفگی مکرر ممکن است رخ دهد و کاهش وزن تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی آنها دارد. بسیاری از بیماران به جایی می‌رسند که زحمت غذا خوردن بیشتر از لذت آن است و باید در اولین فرصت درباره‌ی جایگزینی تغذیه‌ی غیر دهانی بحث و بررسی شود. یک فاکتور مهم پیش‌بینی‌کننده تعین پیش آگهی، ظرفیت حیاتی اجباری (FVC)[1] یا مقدار هوایی است که پس از یک دم عمیق با بازدم عمیق از ریه‌ها خارج می‌شود. در حالت عادی باید بیشتر از ۵۰ درصد زمانی باشد که PEG برای اهداف مطلوب تعبیه می‌شود. داروهای جدیدی برای کند کردن سیر پیشرفت بیماری، درمان علایم و افزایش طول عمر همانند ریلوزول و آنتاگونیست گلوتامات معرفی شده‌اند. در سال ۲۰۱۰ سازمان غذا و داروی آمریکا داروهای دکسترومتورفان و کینیدین (نودکستا) را تایید کرد. این داروها در اصل با هدف تسکین علایم کاذب بولبار تجویز می‌شود ولی مشخص شد که برای تسکین علایم بولبار دیگر همانند اختلال در گفتار، بلع و کنترل بزاق نیز مؤثر است. در زمان نگارش این مقاله، مطالعات گسترده تری، از جمله فاز ۳ ارزیابی برای تعیین و تایید مدت اثر درمان و تأثیر آن بر پیشرفت بیماری مورد نیاز است. Edaravone یک داروی دیگر برای بیماران مبتلا به ALS است که در سال ۲۰۱۷ تایید شد.

بیماری پارکینسون و سندرم پارکینسون

بیماری پارکینسون (PD)[2] یک بیماری نسبتا شایع و کند پیشرونده سیستم عصبی مرکزی است که با عدم توانایی در اجرای اعمال حرکتی آموخته شده به طور خودکار و در نتیجه لرزش در حالت استراحت و برادی کینزی (کندی حرکت)، و سفتی اندام‌ها، اختلال در راه رفتن، سیستم عصبی خود مختار، خواب، خلق و اختلال شناختی شناخته می‌شود. دیسفاژی در PD ممکن است در اثر تغییر در عضلات مخطط تحت کنترل دوپامینرژیک و در عضلات صاف تحت کنترل سیستم خودمختار ایجاد شود. تأخیر در پاسخ بلع، سفتی عضلات (زبانی، حنجره‌ای)، کاهش قدرت عضلانی و باز نشدن کامل اسفنگتر فوقانی مری ممکن است وجود داشته باشد و باعث بروز آسپیراسیون شود. دیسفاژی و پنومونی ناشی از آن یکی از شایعترین دلایل مرگ در بیماران مبتلا به پارکینسون است. در مورد روش‌های بالینی درمان دیسفاژی در بیماران PD تحقیقات کمی صورت گرفته است؛ اگر چه برخی مطالعات نشان داده‌اند که تأثیر مثبت درمان‌های پزشکی و جراحی بر روی فیزیولوژی بلع کم است. شناسایی زود هنگام و درمان متمرکز بر اختلالات فیزیولوژیک و درمان‌های مبتنی بر ورزش (به بخش بعدی تمرینات بلع مراجعه کنید) و تغییر ویژگی‌های بولوس ممکن است تأثیر مثبتی بر عملکرد بلع داشته باشد. دو بیماری عصبی-عضلانی پیشرونده دیگر که با دیسفاژی همراه است شامل فلج فوق هسته‌ای پیشرفته (PSP)[3] و آتروفی سیستم چند گانه (MSA)[4] است. بیماران مبتلا به PSP همانند بیماران PD، به درمان پاسخ نمی‌دهند. در عوض آنها علایم بالینی زودرس دیسفاژی را نشان میدهند و این دیسفاژی بسیار شدیدتر و تهدیدکننده زندگی است. یک مطالعه ایجاد اولیه پنومونی را با زمان بقای طی ۳-۲ سال مرتبط دانست. مرگ مرتبط با دیسفاژی ۹۱ درصد مرگ و میر در بیماران مورد مطالعه با PSP را تشکیل می‌دهد. MSA اگر چه به اندازه‌ی PD شایع

1. Forced vital capacity
2. Parkinson's disease
3. Progressive supra nuclear palsy
4. Multiple system atrophy

نیست، لیکن یک اختلال به‌سرعت پیشرونده و تحلیل برنده‌ی سیستم عصبی است که با پارکینسون، آتاکسی، علایم هرمی مانند اختلال اسپاستیک و نارسایی اتونومیک مانند اختلال در عملکرد ادرار و افت فشار خون اورتواستاتیک مشخص می‌شود و با شروع درمان، طول مدت عمر بیمار حدود ۱۰ سال است. بر اساس ویژگی‌های بالینی غالب به دو زیر گروه تقسیم می‌شود: (MSA-C) مخچه و (MSA-P) پارکینسون. دیسفاژی در طی پنج سال پس از تشخیص با زیرگروه (MSA-P) پارکینسون اتفاق می‌افتد.

میوپاتی

میوپاتی نوعی اختلال عصبی عضلانی است که منجر به ضعف عضلانی می‌شود و می‌تواند ارثی یا اکتسابی باشد. اختلالات عضلانی یا دیستروفی عضلات مزمن و پیشرونده هستند در نتیجه باعث ضعف عضلات دهان، حلق و مری و همچنین عضلات درگیر در تنفس و راه رفتن می‌شود. دیستروفی عضلات چشمی- حلقی (OPMD)[1] یک اختلال عضلانی اتوزومال غالب است که دارای ویژگی‌های مشخصی از پتوز و دیسفاژی آرام پیشرونده، ضعف اندام‌های فوقانی و راه رفتن غیر طبیعی است که معمولا پس از ۴۰ سالگی رخ می‌دهد. سایر بیماری‌های مزمن عضلانی که اغلب با دیسفاژی همراه می‌شوند، شامل میوزیت بدن (IBM)[2] و دیستروفی عضلانی پیشرفته دوشن (DMD)[3] است. تحلیل رفتن عضلات و از دست دادن قدرت حرکتی زبان از ویژگی‌های معمول این بیماری است و سبب دیسفاژی حلقی -حنجره‌ای، اختلال در بلع و نارسایی بینی و مشکل در باز شدن دهانه‌ی فوقانی مری اتفاق می‌شود. اختلال عملکرد حنجره، کاهش قدرت سرفه و ضعف در عضلات تنفسی نیز عواملی هستند که سبب اختلال در پاکسازی مجرای تنفسی و آسپیراسیون می‌شوند. در حال حاضر مطالعات کنترل شده تصادفی در زمینه بهترین مداخلات برای دیسفاژی در بیماران دچار اختلالات عضلانی کافی نیستند.

مالتیپل اسکلروزیس

مالتیپل اسکلروزیس (MS) با پلاک‌های پراکنده و چند کانونی از دمیلینه شدن در CNS مشخص می‌شود که منجر به ترکیبات مختلف نقص حرکتی، حسی و شناختی می‌شود. علایمی که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد شامل خستگی، اسپاستیسیتی و سندرم علایم فوقانی درد، آتاکسی، اختلال عملکرد مثانه و روده، افسردگی، مشکلات شناختی و دیسفاژی است. اختلال عملکرد بلع تا حد زیادی به محل ضایعه بستگی دارد. دیسفاژی در بیشتر از یک سوم بیماران ام اس، به طور ویژه در مرحله‌ی انتهای زندگی رخ می‌دهد و به نظر می‌رسد در کسانی که دچار درگیری در ساقه‌ی مغز یا مخچه هستند و در افرادی با اختلالات عصبی شیوع بیشتری دارد. پلاک‌های اسکلروتیک در قشر مغز و ساقه‌ی مغز یافت می‌شوند و می‌توانند بر اعصاب جمجمه و بر هماهنگی توالی بلع/ احساس تأثیر بگذارند. داروهای اصلاح‌کننده این بیماری ممکن است با کاهش التهاب در CNS دفعات و شدت حملات MS و بار علایم، پیشرفت ناتوانی را کندتر کنند. بنابراین شروع زود هنگام درمان دارویی و مدیریت مداوم دارو توصیه می‌شود.

دمانس

دمانس حالت‌های مختلفی را در بر دارد، با این حال رایجترین شکل این بیماری، آلزایمر است. علایم دمانس شامل از دست دادن تدریجی حافظه، آگاهی ضعیف، کاهش توانایی زبان، بی‌تحرکی، بی‌قراری و گیجی است. انواع مختلف دمانس و مسیرهای مختلف

1. Oculopharyngeal muscular dystrophy
2. Myositis body-inclusion
3. Duchenne muscular dystrophy

آنها وجود دارد که به دیسفاژی غیر اختصاصی ختم می‌شود. با این حال ویژگی‌های مشترک آن‌ها شامل عدم توانایی در تغذیه بیمار به طور مستقل و عدم تمرکز بر مدت زمان وعده‌های غذایی است. با پیشرفت بیماری، بیماران ممکن است به هیچ وجه توانایی خوردن و جویدن غذا را نداشته باشند. آنها ممکن است مواد غذایی به خصوص غذاهای دارای قوام یکنواخت مانند پوره یا غذاهای نرم را به مدت طولانی و بدون جویدن یا تشکیل بولوس، در دهان خود نگه دارند. این مشکل هنگامی اتفاق می‌افتد که دیس پراکسی بلع، برنامه‌ریزی و هماهنگی حرکات را دشوار می‌کند. کاهش هوشیاری، بیمار را مستعد آسپیراسیون مایعات و غذا می‌کند. بعلاوه اختلالات حسی و کم توجهی توانایی کنترل بولوس در دهان را کاهش می‌دهد و در نتیجه آسپیراسیون رخ می‌دهد. علاوه بر این رفتارهایی مانند حواس پرتی یا تحریک‌پذیری ممکن است زمان تغذیه را طولانی کرده و میزان مایعات و غذای دریافتی را کاهش دهد. یک مطالعه نشان داد که شایعترین عوارض بالینی در بیماران در مرحله‌ی انتهای آلزایمر، مشکلات تغذیه ۸۶ درصد، تب ۵۳ درصد و پنومونی ۴۱ درصد است که این موارد با پیش آگهی ضعیف و میزان مرگ میر بالایی همراه است. مشکلات تغذیه‌ای و بلع که در اواخر مراحل دمانس به وجود می‌آیند برگشت ناپذیر هستند اگر چه درمان عفونت‌های همراه، اختلال‌های متابولیکی و/یا کم آبی بدن ممکن است منجر به بهبودی عملکرد شود. همفکری و اتفاق نظر موجود در موارد دمانس پیشرفته و جدید، همراستا با رویکرد مراقبت تسکینی با تمرکز بر به حداکثر رساندن مصرف غذا و کاهش فشار وارده بر درمان است. مطالعات نشان داده‌اند که تغذیه بدون لوله تغذیه‌ای نتایج بهتر در رابطه با جلوگری از مرگ، پنومونی آسپیراسیون و ارتقاء وضعیت عملکردی و راحتی بیمار را در پی دارد. در حالی که تغذیه لوله‌ای با تحریک مجاری گوارشی، افزایش استفاده از محدودکننده‌های فیزیکی و شمیایی و بدتر شدن زخم فشاری بیمار همراه است. آکادمی هاسپیس و مراقبت‌های تسکینی آمریکا با انتخاب عاقلانه‌ی موقعیت کمپ بیان می‌کند که تغذیه با لوله تغذیه‌ای نسبت به تغذیه با دست در بیماران مبتلا به دمانس پیشرفته، برای راحتی و تعامل انسان‌ها توصیه نمی‌شود.

پیری، بیماری مزمن و شکنندگی

پیری، سارکوپنی (تحلیل عضلات همراه با افزایش سن) و بیماری‌های مزمن چند سیستمی می‌تواند منجر به تحلیل شدید عضلات و کاهش عملکرد آنها شود. این بیماری‌ها شامل بیماری انسدادی مزمن ریوی در مرحله‌ی انتهایی بیماری، نارسایی قلبی و نارسایی مزمن کلیه می‌شود. شکنندگی، وضعیت افزایش آسیب‌پذیری ناشی از کاهش میزان ذخیره و عملکرد مربوط به پیری در چندین سیستم فیزیولوژیک می‌تواند به سارکوپنی و کاهش ذخایر فیزیولوژیک بدن منجر شود. دیسفاژی سارکوپنیک یا مشکل در بلع به دلیل از دست دادن توده عضلانی و قدرت عضلات اسکلتی میتواند خاصیت کشسانی (الاستیسیتی) بافت زبان و حلق را مختل کند. علاوه بر این پیری بر حنجره تأثیر می‌گذارد بویژه تارهای صوتی ممکن است به اندازه کافی یا به موقع بسته نشود و از راه هوایی بطور کامل محافظت نکند. تغییرات حسی حرکتی ایجاد شده ممکن است بر تولید بزاق، و حس بویایی و چشایی بیمار تأثیر بگذارد. بازده بلع در افراد سالمند نیز تحت تأثیر تأخیر در پاسخ بلع قرار می‌گیرد. کاهش ذخیره‌ی عملکردی، افراد سالمند را به دلیل اختلال در عمل جویدن و بلع، بسیار آسیب‌پذیر می‌کند. دیسفاژی حفره‌ی حلقی در۳۰-۴۰ درصد افراد سالمندان ساکن در جامعه مشاهده می‌شود و در سالمندان بستری تا ۶۰ درصد افزایش می‌یابد. بیماران بستری در بیمارستان دچار کاهش وزن، تحلیل

جدول ۱۱.۱. دیسفاژی به عنوان عوارض جانبی دارو ها

داروهایی که بر روی عضلات صاف و مخطط مری تأثیر می‌گذارند	آنتی کولینرژیک‌ها، عوامل ضد موسکارینی
داروهایی که باعث خشکی دهان و گزوروستومی می‌شوند	آنتی سایکوتیکها، مهارکننده‌های تبدیل آنزیم آنژیوتانسین(ACE)، آنتی هیستامین‌ها، دیورتیک‌ها، ضدافسردگی‌ها، آنتی کولینرژیک‌ها و ضد تهوع‌ها
داروهایی که باعث سرکوب CNS می‌شود	بنزودیازپین‌ها، اپیوئیدها، داروهای ضد تشنج، شل‌کننده‌های عضلانی و ضد صرع
داروهایی که باعث زخم شدن موکوس مری می‌شوند.	برونکودیلاتورها، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی، آنتی کولینرژیک‌ها و آنتی بیوتیک‌ها

عضلات، به خطر افتادن سیستم ریوی و به طور کلی ضعف عمومی و طولانی شدن مدت بستری می‌شوند که ممکن است خطر دیسفاژی را در آنان افزایش دهد. در یک شرایط ناپایدار و نقص سیستم ایمنی، ریسک ابتلا به عفونت‌های ریوی افزایش می‌یابد، برایند ضعیف ناشی از آسپیراسیون و خستگی، بر توانایی ادامه‌ی تغذیه‌ی مطلوب تأثیر می‌گذارد. به‌علاوه، این جمعیت مستعد پیامدهای منفی ناشی از دیسفاژی از جمله افزایش مدت زمان بستری و افزایش احتمال خطر مرگ و میر، هستند. مشکل در ادامه‌ی مراقبت دهانی به بیمار به دلیل سطح پایین هوشیاری و/یا وجود لوله تراشه می‌تواند باعث کلونیزاسیون باکتری در دهان بیمار بستری شود. در صورت آسپیراسیون محتویات کلونی مجرای حلقی- دهانی (ترشحات، استفراغ، غذا/مایعات مخلوط با کلونی)، می‌تواند منجر به پنومونی آسپیراسیون شود. بی‌تحرکی، پاکسازی خود بخودی مجاری ریوی و دفع ترشحات و خلط ناشی از مواد آسپیره شده را مختل می‌کند.

دیسفاژی به عنوان یک اثر جانبی داروها

۱۶۰ داروی مرتبط با دیسفاژی وجود دارد که به عنوان عارضه جانبی در آنها مشخص شده است. این داروها می‌بایست از نظر ایجاد دیسفاژی به عنوان یک عارضه‌ی جانبی احتمالی و مکانیسم ایجاد؛ از جمله تأثیر مستقیم بر CNS، یا تولید ماده جانبی مؤثر بر کاهش سطح هوشیاری، خشکی دهان یا اختلالات چشایی، کاهش هماهنگی یا عملکرد حرکتی، و/یا تهاجم مستقیم به مخاط مری و آسیب بافتی تأثیرگذار بر تحرک دستگاه گوارش (GI) مورد بررسی قرار گیرند. (جدول ۱۱.۱ را مشاهده کنید).

نقش آسیب شناس گفتار و زبان

آسیب شناسان گفتار و زبان (SLP) متخصصانی هستند که به طور اختصاصی در زمینه‌ی بررسی و ارزیابی و مدیریت دیسفاژی دهانی- حلقی فعالیت می‌کنند. نشان داده شده است که مشارکت SLPها در پیشگیری و درمان دیسفاژی حلقی تأثیر مثبتی دارد. مهارت داشتن SLP در زمینه‌ی مراقبت‌های تسکینی می‌تواند آموزش در زمینه‌ی روند بلع و تأثیر پیشرفت بیماری، ارزیابی داده‌های تجربی برای تعیین پتانسیل و مسیر بلع، کمک به تصمیم‌گیری و راهنمایی خانواده‌ها و مراقبان برای روش‌های تغذیه‌ی ایمن، کمک‌کننده باشد. SLPها باید به دقت مزایا و معایب هر مداخله را بسنجند، به مسائل معنوی و روانی فردی توجه کنند، مهارت و دانش خود را در زمینه‌ی اخلاق پزشکی و مسائل قانونی ارتقا دهند و حساسیت شدید به پیامدهای درمانی- روانی- اجتماعی و خانوادگی

داشته باشد.

بررسی دیسفاژی

برای بیماران مبتلا به بیماری شدید و محدودکننده‌ی زندگی، اهداف ارزیابی بلع عبارتند از: ۱) شناسایی ماهیت اصلی فیزیولوژی اختلال ۲) تعیین شرایط برگشت‌پذیر که ممکن است یک عامل ایجادکننده یا مؤثر باشد ۳) تعیین مداخلاتی که بتواند همزمان دیسفاژی و پریشانی را تسکین دهد ۴) همکاری با بیمار و خانواده و مراقبان در مورد انتخاب ایمن‌ترین و مؤثرترین روش تغذیه و هیدراتاسیون. تست‌های بی‌شمار و متعددی در جهت ارزیابی عملکرد بلع وجود دارد. ارزیابی صحیح با توجه به شکایت اصلی و نگرانی بیمار و هدف از مراقبت انجام می‌شود.

معاینه‌ی بالینی بلع

استخراج شرح شکایت بیمار در مورد بلع، عادات غذایی فعلی، اشتهاء و رژیم غذایی برای درک اساس فیزیولوژی مشکل بسیار مهم است. همچنین هنگام بررسی شدت اختلال در بلع و درمان آن، جزئیات پیشرفت و پیش آگهی بیماری، سطح هوشیاری بیمار، موقعیت، تنفس و توانایی پیروی از دستورالعمل‌ها در نظر گرفته می‌شود. مشاهده مستقیم بیمار در حال خوردن، آشامیدن یا مصرف داروها توسط یک پزشک بالینی می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را درمورد اختلال اساسی فراهم کند. SLP مراقب علایم ناکارآمد جویدن، آسپیراسیون، مشکلات مدیریت ترشحات یا انسداد مسیر گوارشی است. به طور معمول SLP عملکرد دهانی-حرکتی و حسی بیمار و همچنین سطح تحریک و توانایی‌های ارتباطی شناختی و وضعیت تنفسی هنگام مشاهده‌ی مصرف انواع غذاهای مایع یا جامد (به عنوان مثال نیمه جامد، جامد و نرم و غذای نیازمند ترشح بزاق) را ارزیابی می‌کند. برای درک بهتر فیزیولوژی اساسی اختلال در بلع، گفتار و صدا بررسی می‌شود. حفاظت عملکردی راه هوایی، عامل پیش‌بینی‌کننده‌ای برای بلعیدن ایمن و در نتیجه یک عنصر مهم ارزیابی بلع است. اگر چه مشاهده بالینی به تنهایی نمی‌تواند منجر به تشخیص قطعی شود، بیمارانی که صدای ضعیف دارند و نیروی تنفسی آنها برای سرفه و پاکسازی ترشحات ریوی کافی نیست در معرض خطرات ریوی قرار دارند. از آنجا که آسپیراسیون در ۴۰ درصد بیماران مبتلا به دیسفاژی ممکن است بدون علامت باشد (به عنوان مثال: بدون وجود علایم یا نشانه‌های آشکار ورود مواد به مجاری تنفسی مانند سرفه) به علایم پنهان آسپیراسیون شامل کیفیت صدا، پاکسازی مکرر گلو، تأخیر در سرفه، و تغییرات درتنفس توجه بیشتری می‌شود. آسپیراسیون خاموش تنها به وسیله‌ی معاینه با تجهیزات خاص تشخیص داده می‌شود.

غربالگری عمل بلع

با توجه به دلایل دیسفاژی و تأثیر آن بر سلامت کلی بیماران، نتایج، مدت بستری در بیمارستان‌ها و هزینه‌ی مراقبت، شناسایی به موقع اختلال عملکرد بلع در بیماران بستری در معرض خطر، از اهمیت بالایی برخوردار است. بیش از یک دهه است که غربالگری دیسفاژی به طور کلی برای بیماران دچار سکته‌ی مغزی، بصورت روتین انجام می‌شود. استفاده از یک پروتکل غربالگری رسمی و معتبر برای شناسایی خطر بالقوه آسپیراسیون می‌تواند توسط پرستار یا عضوی از تیم مراقبت‌های بهداشتی آموزش‌دیده در جهت ایمن شروع فرایند تغذیه انجام شود. نشان داده شده است که غربالگری بیماران سبب بهبود برایند آنها، از جمله کاهش ۵۵ درصدی پنومونی و کم شدن مدت اقامت بیماران در بیمارستان شده است. پیش‌بینی‌کننده‌های خاص بالینی از جمله سرفه

ارادی غیر طبیعی، دیسفونی و اختلال گفتار، علایم دیسفاژی ذهنی و گزارشات بیمار، به طور دقیق افزایش خطر اختلال در عملکرد بلع و آسپیراسیون را پیش‌بینی می‌کند. (جعبه ۱۱.۱).

جعبه ۱۱.۱. نشانه‌های اختلال بلع

کاهش هوشیاری یا اختلال شناختی:
کما، آرامبخشی عمیق، زوال عقل، هذیان، بی‌توجهی هنگام غذا خوردن، وجود غذای باقی مانده در حفره دهان بعد از غذا خوردن، بازی با غذا.

علایم اختلال عملکرد دهانی - حلق:
دیس آرتریا یا گفتار ناموزون و نامرتب، تغییر کیفیت صدا بعد از غذا خوردن، ناتوانی در مدیریت ترشحات، آبریزش از دهان یا نشت مواد از کنار لب، پاکسازی مکرر گلو، سرفه یا خفگی حین خوردن غذا یا بلافاصله بعد از آن، تغییر صدا پس از بلع، جویدن پر زحمت، جویدن چندین باره‌ی لقمه، باقی ماندن غذا در حفره دهان بعد از بلع غذا، اختلال در عملکرد بینی، پنومونی آسپیراتیو مکرر، وجود غذا یا مایع در تراشه بیمار، تغییر در وضعیت بدن یا سر هنگام غذا خوردن

علایم اختلال عملکرد مری:
برگشت غذا بعد از بلع به دهان، طعم ترشی در دهان بعد از بلع، مواد جامد گرفتار شده در قفسه‌ی سینه، آروغ زدن حین و بعد از غذا خوردن، درد در هنگام بلع

شکایات خاص بیمار (به‌روز شده از EAT-۱۰):
احساس گیر کردن غذا در گلو، سرفه و خفگی هنگام غذا خوردن، بلع دردناک یا بلع سخت، تغییر در نگرش نسبت به غذا خوردن، اختلال در لذت از غذا خوردن به دلیل مشکل بلع حین غذا خوردن، کاهش وزن، طولانی شدن زمان غذا خوردن یا عدم اتمام غذا، امتناع از غذا خوردن در حضور دیگران.

ارزیابی ابزارها

ارزیابی ابزارهای بلع ممکن است به منظور مشخص کردن فیزیولوژی بلع از نظر بالینی نشان داده شود و می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را برای مدیریت، ارزیابی صحت آناتومی بلع و مخاط، تعیین اثر بخشی استراتژی‌های بلع و روشن کردن یا تایید خطر آسپیراسیون فراهم کند. ارزیابی ابزاری یا عینی اشکال مختلفی دارد (جدول ۱۱.۲ را ببینید) و با شکایات و علت مشکوک بیمار پیش می‌رود.

مدیریت دیسفاژی

اطلاعات فیزیولوژیک به دست آمده از ارزیابی بالینی بلع و ابزارها، تعیین راهبردهای مداخله با هدف افزایش ایمنی بیمار و کارایی بلع و/یا حداکثر توانایی‌های باقیمانده را تسهیل می‌کند. غالبا از روش‌های متنوعی در درمان به طور همزمان استفاده می‌کنند. استراتژی‌های مدیریت فردی، تنها در هنگام هدف قرار دادن اختلالات خاص در بیومکانیک بلع در ابزار ارزیابی بلع شود مؤثر هستند. در نظر گرفتن هرگونه مداخله در بلع باید با اهداف مراقبتی و درمانی منطبق باشد. هنگامی که روند بیماری به سمت مراحل انتهایی خود پیش می‌رود و/یا هنگام کاهش عملکرد بلع، مداخلات بلع و توصیه‌ها تغییر می‌کند و بر راحتی بیمار، به حداقل رساندن علائم و تامین خواسته‌های بیمار متمرکز می‌شود.

درمان مبتنی بر ورزش

مداخلات بلع ممکن است شامل تقویت فعال، تمرینات و توانبخشی با هدف بهبود مستقیم یا حفظ عملکرد بلع و بیومکانیک بلع باشد. تمرینات ممکن است با هدف افزایش قدرت یا حرکت زبان، انقباض حلق، بستن مجرای هوایی و صوتی، برداشتن غضروف

جدول ۱۱.۲. روش‌ها و ابزار ارزیابی بلع

ابزار ارزیابی	تمرکز بر آناتومیک اولیه	توصیف	موارد مصرف بالینی / نقش
مطالعات ویدیوفلوروسکوپی بلع (VFSS)[1] یا بلع باریم تعدیل یافته (MBS)[2]	مجرای حلقی- دهانی و بررسی قسمت فوقانی مری	یک مطالعه‌ی رادیوگرافی پویا و تکمیل شده توسط یک آسیب شناس گفتار- زبان و رادیولوژیست برای بررسی بلع بیمار. بیمار در حالت ایستاده قرار دارد همزمان با مصرف انواع مواد غذایی با قوام مختلف (پوره، نیمه جامد و جامد) مورد بررسی قرار می‌گیرد.	ارزیابی آناتومی و فیزیولوژی بلع، بررسی قسمت پروگزیمال مری، تعیین ماهیت اختلال بلع، ارزیابی یکپارچگی حفاظت از راه هوایی، شناسایی وجود و علت آسپیراسیون، ارزیابی تأثیر مانورهای رفتاری و تغییرات قوام لقمه که ممکن است خطر ابتلا به آسپیراسیون را کاهش دهد و توانایی بلع را افزایش دهد.
ارزیابی بلع با اندوسکوپ‌های فیبرواپتیک (FEES)	مجرای حلقی- دهانی و حنجره	ارزیابی اندوسکوپیک بینی، با یک دستگاه انعطاف‌پذیر که دارای یک دوربین کوچک در انتها است و از طریق بینی بیمار وارد شده و به حلق بیمار می‌رود. بیمار مایع و مواد غذایی نشاندار را می‌بلعد. این ارزیابی در بالین بیمار و یا در کلینیک‌ها انجام می‌شود.	تعیین وجود سوراخ در حنجره، آسپیراسیون و انسداد در حلق، مشاهده‌ی آناتومی حلق و حنجره، ارزیابی تمامیت حسی حلق / حنجره، ارزیابی اثر بخش بودن استراتژی‌های جبرانی بلع مانند تغییرات وضعیتی یا مانورهای بلعیدن در طول درمان، بازخورد بصری به بیمار ارائه می‌دهد.
باریم انما و بررسی قسمت فوقانی دستگاه گوارش	مری، معده و دئودنوم	تحت رادیوگرافی انجام می‌شود و بیمار در حالی که در حالت ایستاده یاخوابیده‌قرار گرفته‌است،یک‌قرص باریم یا مایع باریم را می‌بلعد.	شناسایی ناهنجاری‌های مخاطی و آناتومیکی، مانند تنگی‌های مری، تومورها، فتق هیاتال و ارزیابی تحرک مری
بررسی مری، معده و روده با دوربین (EGD)	ورودی مجرای فوقانی گوارش	ارزیابی اندوسکوپیک توسط متخصص گوارش. لوله انعطاف‌پذیر را از راه دهان عبور می‌دهند و از طریق مری به معده می‌فرستند.	مشاهده‌ی پوشش مری، معده و قسمت فوقانی روده (دئودنوم)، تایید وجود تنگی و ناهنجاری، فتق هیاتال، تومورها و خونریزی، نمونه برداری از بافت، انجام روش‌های مداخله‌ای مانند اتساع/ یا استنت گذاری در مری، بستن واریس‌ها و خارج کردن اجسام خارجی

هیـالین حنجـره و بـاز شـدن UES باشـد. تمرینـات

1. Video fluoroscopic swallow study
2. Barium swallow

جدول ۱۱.۲ ادامه. روش‌ها و ابزار ارزیابی بلع

ابزار ارزیابی	تمرکز بر آناتومیک اولیه	توصیف	موارد مصرف بالینی / نقش
مانومتری با وضوح بالا	حلق، UES مری در طول LES	یک کاتتر باریک با اعمال فشار از طریق سوراخ بینی به حلق، مری و معده می‌رود، ممکن است همراه با بلع مقدار کمی آب و مواد غذایی کوچک مانند پودینگ به جلو رانده شود. توسط متخصص گوارش یا گفتار درمان و تحت مانیتورینگ انجام می‌شود.	تحرک مری و شل شدن اسفنکتر تحتانی مری (LES) را ارزیابی می‌کند. ویژگی‌های مشخص آشالازی را تعیین می‌کند. می‌تواند برای ارزیابی دوره‌های انقباض و استراحت حلق و مجاری فوقانی سیستم گوارش استفاده شود. برای اندازه‌گیری قدرت و الگوی انقباضات عضلانی و فشار وارده بر لقمه اندازه‌گیری می‌شود.
پروب PH اسیدی معده	مری	یک پروب کوچک که در سر آن سنسور PH قرار دارد از طریق بینی وارد مری می‌شود و اطلاعات PH را به‌صورت ۲۴ ساعته به صورت وایرلس یا با سیم منتقل می‌کند.	وجود و شدت ریفلاکس یا GERD را تعیین می‌کند. مقدار اسید در مری را اندازه‌گیری می‌کند و با میزان نرمال مقایسه می‌کند. آزمایش استاندارد طلایی برای ریفلاکس معده به مری در نظر گرفته می‌شود.

قدرتی عضلات تنفسی (RMST)، اگر چه تمرین بلع مستقیم نیست اما هدف از بهبود عضلات تنفسی برای بهبود سرفه، صدا و عملکرد بلع است. با استفاده از یک دستگاه کوچک دستی، آموزش مقاومت را در برنامه‌ی مدیریت دیسفاژی SLP گنجانیده و نشان داده شده است که برای بیماران مبتلا به ALS، پارکینسون و سکته مغزی مؤثر است. مشابه هر برنامه‌ی تقویت‌کننده دیگر، تمرینات فقط در موارد خاص مفید هستند. زمانی که قدرت عضله مختل شده و با تمرینات می‌تواند بهبود یابد، این تمرینات باید متناسب با اختلال عملکرد اختصاصی باشد و باید اصول فیزیولوژی ورزش را رعایت کند تا تناسب آن تعیین شود. اثر بخشی و مناسب بودن مداخله‌ی مستقیم در بلع در بیمار مبتلا به بیماری‌های تحلیل رونده مانند دمانس و یا مراحل پیشرفته بیماری ممکن است جای سوال داشته باشد. بنابراین تعیین تأثیر واقع بینانه و اجرای مناسب یک دوره از تمرینات بلع ضروری است.

استراتژی‌های جبرانی برای بلع

تغییرات در وضعیت سر و گردن، تغییر در غذا و مایعات، تکنیک‌های بهبود بسته شدن راه هوایی و نشانه‌های خارجی برای افزایش آگاهی‌های حسی و رفتارهای تغذیه‌ای ماهیت جبرانی دارند. اثر بخشی آنها ممکن است در بیماران با مشکلات شناختی، عوارض ریوی یا آنهایی که مراقب دردسترس ندارند، کمک‌کننده باشد. سایر تغییرات همانند تغییر قوام غذا / مایع ممکن است میزان قابل توجهی بر میزان رضایت بیمار در غذا خوردن تأثیر بگذارد.

تغییرات وضعیتی

تغییرات وضعیتی در هنگام بلع اغلب به هدایت غذا یا مایع جهت جلوگیری از آسپیراسیون کمک می‌کند ولی نمی‌تواند فیزیولوژی بلع را تغییر دهد. با توجه به ماهیت زمینه‌ای پاتوفیزیولوژی بلع این استراتژی ممکن است به تنهایی یا به

جدول ۱۱.۳. اصلاحات وضعیتی

استراتژی وضعیتی	دلیل (منطق)
بالا بردن چانه	حنجره را می‌بندد، زبان را به دیواره‌ی پشتی حلق نزدیک‌تر می‌کند و باعث انحراف اپی گلوت می‌شود.
سر به عقب	تقویت حرکت لقمه با کمک نیروی جاذبه از طریق حفره‌ی دهان.
شیب دادن سر به سمت قوی‌تر	با کمک نیروی ثقل لقمه با قدرت بیشتری هدایت می‌شود.
چرخاندن سر به سمت ضعیف‌تر	لقمه را از قسمت ضعیف‌ترحلق دور می‌کند و باعث باز شدن مری فوقانی می‌شود.
شیب دادن سر و بالا بردن چانه	در حالیکه سبب افزایش بسته شدن حنجره می‌شود، قسمت قوی‌تر را به سمت پایین‌تر هدایت می‌کند.
چرخش سر و بالا بردن چانه	در حالی‌که بسته شدن دهلیز حنجره و چین‌های صوتی را تسهیل می‌کند، لقمه را از سمت ضعیف‌تر دور می‌کند.

صورت ترکیبی استفاده شود. (جدول ۱۱.۳ را مشاهده کنید)

تغییر در بافت و قوام غذا

تغییر قوام در غذا و بافت مایع ممکن است نقش اساسی در کنترل دیسفاژی داشته باشند و بهترین گزینه برای اطمینان از راحتی بیمار یا بهبود ایمنی یا کارایی مصرف خوراکی باشد. (به جدول ۱۱.۴ مراجعه کنید) با این حال این تغییرات ممکن است جذابیتی نداشته باشد و ممکن است نیاز به سازگاری عاطفی و حمایت از بیماران داشته باشد. به طور معمول این استراتژی مدیریتی مختص بیمارانی است که قادر به پیروی از دستور العمل‌های تغییر پوزیشن نیستند و یا سایر استراتژی‌ها یا تمرینات جبرانی برای آنها کاربردی و قابل اجرا نیست. این امر بیشتر در بیماران مبتلا به دمانس پیشرفته مشهود است (برای پیشنهادات تغذیه خوراکی به جعبه ۱۱.۲ مراجعه کنید). برای تغلیظ مایعات غذایی میتوان از برندهای تجاری ویژه که غذاهای مشتق شده از مواد نشاسته‌ای یا پایه آدامس (زانتان، گوار و سلولز) استفاده کرد. غلیظ‌کننده‌های پایه آدامس به دلیل طعم و عملکرد بهتر نسبت به غلیظ‌کننده‌های پایه نشاسته‌ای از نظر پایداری در طول زمان و در شرایط مختلف ترجیح داده می‌شوند. تغلیظ مایعات میزان جذب مایعات را در بدن تغییر نمی‌دهند، اگر چه ممکن است سبب دهیدراتاسیون شوند. این امر می‌تواند ناشی از کاهش تمایل بیماران به نوشیدن مایعات غلیظ و احساس سیری زودرس با نوشیدن مایعات غلیظ رخ دهد. همچنین میزان فیبر بالای موجود در مایعات غلیظ سبب ایجاد احساس سیری در این بیماران می‌شود. در تلاش برای استانداردسازی اصطلاحات پیرامون مراحل مواد غذایی و سازگاری مایعات، ابتکار استانداردسازی بین‌المللی رژیم غذایی دیسفاژی در سال ۲۰۱۵ با هدف بهبود ایمنی بیمار و بهبود همکاری متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، کارگروه ویژه‌ای تشکیل داد. سیستم طبقه‌بندی از هفت سطح غلظت استفاده می‌کند: از صفر برای مایعات رقیق تا هفت برای غذاهای جامد یکدست و غلظت آن را با قطره چکان یا تست جریان سرنگ برای ویسکوزیته مایعات اندازه‌گیری می‌کند. در زمان نگارش این مطلب، مقیاس طبقه‌بندی هنوز به طور گسترده‌ای تصویب نشده است. یک همکاری نزدیک با متخصصان تغذیه بهترین نتایج را به ثبت می‌رساند. متخصصان تغذیه بنا به وضعیت بیمار می‌توانند برای هر بیمار به طور اختصاصی غذاهای کم کالری یا مکمل‌های پر کالری ارائه دهند. تهیه‌ی غذا به روشی که کالری و ارزش غذایی را افزایش دهد و میزان هیدراتاسیون را به حداکثر برساند مانند استفاده از خامه، روغن و کره، افزودن سس و افزودنی‌های

جدول ۱۱.۴. تغییر رژیم غذایی در بیماران مبتلا به دیسفاژی

رژیم	تعریف	مثال	اندیکاسیون
مایعات: حاوی نکتار (سطح ۲)	مایع با غلظت کم	مانند غلظت آب گوجه فرنگی، کمتر از غلظت عسل	کاهش کنترل لقمه مایع، تأخیر در شروع بلع و بسته شدن راه هوایی
مایع: حاوی عسل (سطح ۳)	مایع با غلظت متوسط	مانند غلظت عسل بسته‌بندی شده و در دسترس و عامل غلیظ‌کننده	کاهش کنترل زبانی و حلقی در کنترل لقمه مایع، تأخیر در شروع بلع و بسته شدن راه هوایی
رژیم پوره (سطح ۴)	غذای مخلوط شده به مایع اضافه و سپس صاف می‌شود و جویدن لازم ندارد.	سس سیب، ماست، ماکارونی مرطوب	به طور قابل توجهی جویدن را کاهش می‌دهد، در بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری یا اختلال در آگاهی و انقباض حلق و تنگی مری استفاده می‌شود.
رژیم خرد شده (سطح ۵)	آسیاب شده، ریز و خرد شده، غذاهایی که به راحتی و با حداقل جویدن لقمه شکل می‌گیرد.	پاستا، تخم مرغ میکس نرم، پنیر، گوشت چرخ شده	در بیمارانی که قدرت جویدن محدود دارند، یا جویدن برای آنان پر زحمت و طولانی است استفاده می‌شود.
رژیم غذایی نرم و مرطوب به اندازه‌ی لقمه (سطح ۶)	به طور طبیعی غذاهای نرم که مقدار کمی جیدن نیاز دارند، غذا به قطعات کوچکی برش داده می‌شود و با آب گوشت مرطوب می‌شود.	گوشت‌های نرم، میوه‌های کنسرو شده، ماهی پخته شده، اجتناب از مصرف سبزیجات خام، نان، آجیل و گوشت سخت	کاهش تحمل در وعده‌های غذایی طولانی، کاهش توجه، ضعف دهان و لب‌ها

پر کالری سالم مانند هوموس و آووکادو مفید است. علاوه بر این برخی از نوشیدنی‌های مکمل غذایی مایعات غلیظ‌تری هستند و از نظر کالری غنی شده‌اند و گزینه‌ی ایمنی برای ترکیبات جامد هستند. در جعبه ۱۱.۳ کتاب‌های آشپزی مخصوص بیماران با مشکلات بلع آمده است.

تکنیک‌های پاکسازی ریه

توانایی انجام مؤثر سرفه برای پاکسازی ترشحات و مواد آسپیره شده برای کاهش عفونت ریوی و مشکلات تنفسی ضروری است. تحریک گلو برای خروج ترشحات و بهبود اکسیژن رسانی، عملکرد سرفه، بهبود بلع و تقویت مجاری هوایی بسیار مفید است. مشخص شده است که استفاده از این تکنیک باعث کاهش مدت زمان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، کاهش مدت زمان استفاده از دستگاه ونتیلاتور، بهبود اتلکتازی و بهبود فرایند تنفس می‌شود. این درمان‌های حمایتی می‌توانند به عنوان بخشی از استراتژی کنترل دیسفاژی در بیماران با خطر آسپیراسیون / یا مدیریت ضعیف ترشحات راه‌های هوایی مفید باشد. یک دستگاه دمنده- مکنده مکانیکی (MIE) یا دستگاه کمکی برای سرفه، فشار مثبتی را برای اتساع حداکثری ریه‌ها و به دنبال آن تغییر ناگهانی در فشار منفی ایجاد می‌کند. تغییر سریع از فشار منفی به فشار مثبت، سرفه را شبیه‌سازی می‌کند و درنتیجه به پاکسازی خلط کمک می‌کند و این می‌تواند از پنومونی و سایر عوارض مرتبط با احتباس ترشح جلوگیری کند. این دستگاه را می‌توان با استفاده از قطعه‌ی دهانی و یا از طریق تیوب تراکئوستومی استفاده کرد. دستگاه‌های پاک‌کننده‌ی مخاط مانند

جعبه ۱۱.۲. پیشنهادهایی برای تغذیه دهانی

۱. عوامل پرت شدن حواس بیمار را در حین غذا خوردن از بین ببرید. این به بیماران کمک می‌کند تا بر روی بلع و روش‌های جبران‌کننده بلع تمرکز کنند.
۲. بر افزایش آگاهی به نشانه‌های حسی و چشایی تأکید کنید. استفاده از لقمه‌های بزرگتر، فشار رو به پایین قاشق بر روی زبان و غذاهای سرد یا ترش، از جمله عوام هشداردهنده برای بیمار است که غذا در دهان او است و حس دهان و آگاهی را بهبود می‌بخشد.
۳. ظروف غذا را تهیه کنید. لرزش دست یا ضعف بر تغذیه‌ی بیمار تأثیر می‌گذارد، ممکن است با وسایلی مانند کافهای وزنه دار یا ظروف آماده و متناسب، حمایت شوند.
۴. پوزیشن بیمار را تنظیم کنید، به هنگام سرو غذا، نوشیدن و مصرف داروها بهتر است که نیمه نشسته باشد. این امن‌ترین حالت است. کاهش تمایل خم شدن به جلو یا کنار، کشش سر می‌تواند خطر آسپیراسیون را افزایش دهد.
۵. زمان غذا خوردن را برنامه‌ریزی کنید. وعده‌های غذایی بهتر است با حداکثر کارایی و هوشیاری بیمار و کمترین خستگی و خواب آلودگی ناشی از داروها همراه باشد.
۶. وعده‌های غذایی کم، متعدد و پر کالری را در نظر بگیرید. افزایش وعده‌های غذایی برای بیمارانی که توانایی تکمیل وعده‌های غذایی اصلی را ندارند، مفید است
۷. تلاش کنید تا با کمترین تلاش، بیشترین میزان کالری به بیمار برسد. با استفاده از خامه، روغن و کره و سس در هر لقمه، ارزش غذایی آن لقمه را بیشتر کنید و از مصرف غذا یا نوشیدنی‌های کم کالری پرهیز کنید مگر اینکه خلاف آن مشخص شده باشد.
۸. در صورت لزوم تغذیه با دست را در نظر بگیرید. تغذیه با دست ادامه‌ی تماس صمیمانه بین بیمار و مراقب را تداوم می‌بخشد.

جعبه ۱۱.۳. کتاب آشپزی برای رژیم‌های غذایی با سازگاری مواد غذایی

- Safe Swallowing with Dysphagia: A Puree Cookbook for Dysphagia-Related Lifestyles. Sharon Lynn Mercer and Andrew Grachuk. CreateSpace Independent Publishing Platform, 2015.
- Gourmet Puree Recipes: The Ultimate Collection. Daniel Tyler. Encore Publishing, 2013
- Down Easy: A Cookbook for Those with Swallowing Difficulties. Judith M. Best. Judy Best Cookx. 2012.
- Soft Foods for Easier Eating. Sandra Woodruff, MS, RD, LDN and Leah Gilbert-Henderson, PhD, LDN. Square One Publishers, 2010.
- Eat Well-Stay Nourished: A Recipe and Resources Guide for Coping with Eating Challenges. Vol 2. SPOHNC: Support for People with Oral and Head and Neck Cancer, 2013.
- Easy-to-Swallow, Easy-to-Chew Cookbook: Over 150 Tasty and Nutritious Recipes for People Who Have Difficulty Swallowing. Donna Weihoffen, JoAnne Robbins, Paula Sullivan. John Wiley & Sons, Inc. 2002.
- The Dysphagia Cookbook. Elayne Achilles. Cumberland House Publishing, 2004
- The I-Can't-Chew Cookbook. J. Randy Wilson and Mark A. Piper. Hunter House, Inc. Publishers, 2003

آکاپلار یا شیر فلاتر دستگاه‌های دستی کوچکی ساده و ارزان قیمت هستند و ویژگی‌های مقاوم در برابر فشار مثبت بازدم (PEEP) و ارتعاشات را برای کمک به تحریک ترشحات ایجاد می‌کنند. آنها اجازه می‌دهند تا هوای بیشتری وارد مجاری تنفسی شود، بنابراین فشار وارده بر ترشحات را افزایش داده و آنها را به سمت مجاری تنفسی بزرگتر می‌رانند و دفع آن را

تسهیل می‌کند. هنگامی که بیمار نفس می‌کشد، مخاط شل می‌شود تا سرفه آسان‌تر و ریه‌ها و مجاری هوا سالم‌تر شوند. این دستگاه‌ها ممکن است جایگزینی برای فیزیوتراپی قفسه‌ی سینه، ساکشن به تنهایی و کمک سرفه دستی باشد. یک درمانگر ماهر، مخصوصا درمانگر تنفسی یا فیزیوتراپیست می‌تواند بیمار را ارزیابی نموده و بهترین روش را تعیین کند. انجمن مراقبت‌های تنفسی آمریکا (AARC)[1] یک دستورالعمل بالینی برای انتخاب یک دستگاه مناسب ارائه می‌دهد.

تغذیه و هیدراتاسیون با دستور پزشک

برای بیماری که دچار دیسفاژی و ناتوانی در بلع است، غالبا باید بهترین روش برای تامین تغذیه و هیدراتاسیون در نظر گرفته شود. (برای اطلاعات بیشتر و بحث در مورد تغذیه و هیدراتاسیون پزشکی به فصل ۱۳ مراجعه کنید). در حالیکه آسپیراسیون غذا یا مایع می‌تواند به یک واقعیت تهدیدکننده حیات تبدیل شود، انجام تغذیه‌ی غیر خوراکی (همچنین NPO، یعنی هیچ چیز از راه دهان خورده نشود) بیمار نیز با عوارض و معضلات اخلاقی، بویژه در بیماران با شرایط محدودکننده زندگی همراه است. مزایای درمانی واقعی یا قابل درک مانند بهبود تغذیه و هیدراتاسیون، تجویز راحت‌تر داروها وکاهش درد و رنج در برابر عوارض جانبی داروها و تأثیر آن بر کیفیت زندگی سنجیده می‌شود. صرف نظر از برنامه‌ی تغذیه باید موارد زیر در نظر گرفته شود:

۱. بیمار و خانواده‌ی وی باید در مورد خطرات و پیامدهای ایجاد پنومونی آسپیراتیو و سوء تغذیه و مزایا و معایب گزینه‌های تغذیه‌ی غیر دهانی و دهانی به منظور تصمیم‌گیری کاملا آگاهانه و هدایت در تصمیم‌گیری، مطلع شوند.
۲. نتایج حاصل از تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که به طور کلی فواید درمانی هیدراتاسیون و تغذیه بیمار با دستور پزشک و به صورت تهاجمی در بهبود میزان زنده ماندن، کاهش خطر آسپیراسیون و بهبود وضعیت عملکرد تأثیر دارد و ممکن است منافع مورد انتظار بیشتر از نتایج واقعی باشد.
۳. وجود یک لوله تغذیه، به معنای NPO بودن بیمار نیست. بعضی از بیماران ممکن است برای لذت و راحتی خود به خوردن غذا یا مایع ادامه دهند.

دستورات دارویی برای بیماران مبتلا به دیسفاژی

داروهای خوراکی می‌توانند امری چالش برانگیز برای بیماران مبتلا به دیسفاژی چالش برانگیز باشند. یک مطالعه که بر روی بیماران مبتلا به دیسفاژی انجام شد نشان داد که ۶۰ درصد بیماران، در بلع قرص‌های خوراکی مشکل دارند. مشکلات فیزیولوژیک آنها شامل چندین بار بلعیدن برای یک قرص، باقی ماندن قرص پس از بلع در حلق، افزایش زمان مورد نیاز برای بلع، استفاده از مایع برای پایین بردن و شستن قرص و به خطر افتادن راه هوایی است. مشکل در بلع ممکن است بر تبعیت از رژیم دارویی اثر بگذارد و منجر به مصرف نکردن دارو و یا اشتباهات دارویی شود که در ۹۰ درصد موارد سبب تغییر در اثر بخشی روند درمان می‌شود، به این ترتیب روش‌های جایگزین تجویز و اصلاحات لازم است. بررسی فرمولاسیون دارو توسط دارو ساز ضروری است و پیشنهادات ذیل ممکن است در نظر گرفته شود:

۱. مصرف داروهای غیر ضروری را متوقف کنید.
۲. به دنبال راه‌های دیگر تجویز (روش پوستی، مخاطی، مقعدی یا وریدی) باشید.
۳. در صورت امکان به فرم مایع تغییر دهید. قرص‌ها را برش دهید یا خرد کنید، کپسول‌ها را

1. American association for respiratory care

باز کنید، کپسول و قرص‌ها را در غذای نیمه جامد مانند پوره سیب، پودینگ، ماست یا بستنی مخلوط کنید تا قوام یکنواختی پیدا کند. خردکردن، باز کردن، یا جویدن یک دارو می‌تواند باعث تغییر در خواص دارویی، ایمنی یا اثر بخشی (مانند داروهای ضد درد) شود و یا منجر به ایجاد دوز بالقوه سمی و کشنده دارو شود.

۴. برای ایجاد فرم جایگزینی مانند پودر، مواد نبولایزر شده، مایع و یا شیاف متناسب با نیازهای خاص هر بیمار، ترکیبی را که توسط دارو ساز انجام می‌شود را امتحان کنید.

۵. از فن آوری داروهای تجزیه خوراکی (ODT) برای فرمولاسیون داروهایی که به سرعت در حفره‌ی دهان تجزیه می‌شوند، هنگامی که روی زبان یا زیر آن قرار می‌گیرند استفاده کنید. ارائه‌دهندگان مراقبت درمانی و بیماران برای راهنمایی می‌توانند به وبسایت FDA مراجعه کنند.

سکسکه

مطالعه‌ی موردی: یک خانم در مراحل انتهایی بیماری کبد و سکسکه

ای ال خانمی ۵۵ ساله مبتلا نارسایی و سیروز کبد است که به نقل از وی با تشدید علایم شکمی در بیمارستان بستری شده است. تیم پزشکی به وی گفته است که به دلیل بیماری‌های متعدد گزینه‌ی پیوند برای وی منتفی است. در همان روز سکسکه‌ی خانم ای ال افزایش پیدا کرد و توانایی صحبت کردن، غذا خوردن و خوابیدن را تحت تأثیر قرار داد. یک معاینه‌ی دقیق برای تعیین علت انجام شد. خانم ای ال اظهار نمود که یک قرص متوکلوپرامید برای نارحتی شکم و مقداری لاکتولوز برای رفع یبوست مصرف کرده است. برای برداشتن چهار لیتر مایع از شکم وی پارا سنتز انجام شد؛ اما سکسکه همچنان ادامه دارد. سپس برای وی قرص لوپرامید با دوز ۱۰ میلی گرم و یک بار در روز، در جهت تسکین سکسکه تجویز شد. با این حال با برگشت آسیت، سکسکه بیشتر شد. تیم پزشکی پیشنهاد کردند که یک کاتتر صفاقی با هدف تخلیه‌ی فوری مایع و تسکین شرایط بیمار و مدیریت بهتر آسیت که باعث سکسکه در خانم ای ال شده است، در شکم وی تعبیه گردد. پس از قرار دادن کاتتر خانم ای ال همراه با تیم مراقبت در منزل ترخیص شد.

تعریف و تأثیر

سکسکه یا سینکولتوس به عنوان انقباضات ناگهانی و غیر ارادی دیافراگم و عضلات بین دنده‌ای تعریف می‌شود که با بسته شدن ناگهانی گلوت خاتمه می‌یابد و صدای مشخصی مانند " هیک" ایجاد می‌کند. تعداد تکرار سکسکه بین ۴ تا ۶۰ بار در دقیقه است. اگر چه تأثیر سکسکه بر روی کیفیت زندگی ناچیز، اما دارای تأثیر منفی است. سکسکه‌ی طولانی مدت ممکن است باعث خستگی، بی‌خوابی، اضطراب، افسردگی و کاهش وزن شود. اگر چه اطلاعات کمی در مورد بروز سکسکه در کل جمعیت وجود دارد، اما شیوع آن در بیماران مبتلا به سرطان، بین ۳/۹ تا ۴/۸ درصد تخمین زده می‌شود.

پاتولوژی سکسکه

سکسکه ناشی از انقباض همزمان اسپاسمودیک دیافراگم و عضلات بین دنده‌ای است که منجر به انقباض ناگهانی و بسته شدن سریع گلوت و ایجاد صدای سکسکه می‌شود. از نظر آناتومیکی، سکسکه توسط قوس رفلکس ایجاد می‌شود که متشکل از یک اندام آوران، یک مرکز رفلکس و یک اندام وابران است که باعث تحریک انقباض عضلانی می‌شود. پالس‌های

آوران از طریق اعصاب واگ، فرنیک و اعصاب سینه‌ای ۶ تا ۱۲ به مرکز رفلکس می‌روند. مرکز رفلکس اگر چه کاملا مشخص نشده است، اما اعتقاد بر این است که شامل قسمت‌هایی از هیپوتالاموس، ساقه‌ی مغز و نخاع گردنی است. پیام‌های وابران از طریق اعصاب فرنیک و بین دنده‌ای خارج شده و باعث تحریک دیافراگم، عضلات بین دنده‌ای و گلوت می‌شوند و درنهایت باعث ایجاد انقباضی می‌شوند که به عنوان سکسکه شناخته می‌شود. عملکرد صحیح سکسکه هنوز به خوبی درک نشده است. در این مورد چندین نظریه وجود دارد از جمله احتمال اینکه سکسکه یک رفلکس اولیه‌ی داخل رحمی جهت جلوگیری از آسپیراسیون مایع آمنیوتیک است و باز مانده تهویه آبشش از مرحله‌ی قبل از تکامل انسان است، یا دلیل دیگر اینکه سکسکه در دوران جنینی با هدف آماده‌سازی جنین جهت تنفس مستقل در خارج رحم ایجاد شده است. به نظر می‌رسد یک رابطه‌ی معکوس بین فشار جزئی دی اکسید کربن (PCO_2) و سکسکه وجود دارد بصورتی که با افزایش PCO_2 احتما وقوع سکسکه کاهش می‌یابد و PCO_2 کاهش یافته احتمال سکسکه را افزایش می‌دهد. سکسکه تأثیر بسیار کمی بر تهویه دارد و احتمالا بر رفلکس تنفسی نیست. با این وجود سکسکه‌ی فراوان و شدید ممکن است سبب احساس خستگی قابل توجه و احساس تنفس سخت شود. سکسکه به سه دسته‌ی خوش خیم، مداوم و درمان ناپذیر تقسیم می‌شود. سکسکه‌ی خوش خیم و خود محدود شونده معمولا به طور مکرر و در دوره‌های چند دقیقه تا دو روز اتفاق می‌افتد که علت اصلی و اولیه آن اتساع معده است. دلایل دیگر شامل غذاهای پر ادویه، مصرف الکل، استعمال بیش از حد دخانیات و عوامل روانشناختی است. بویژه اگر باعث هیجان یا هیپرونتیلاسیون شوند. سکسکه‌ی مزمن یا مداوم معمولا بیش از ساعت‌ها اما کمتر از یک ماه ادمه می‌یابد. سکسکه‌ای که بیشتر از یک ماه ادامه یابد به عنوان غیر قابل درمان شناخته می‌شود. در مراقبت تسکینی مدت زمان سکسکه ممکن است به اندازه‌ی تأثیر درک شده آنها بر جمعیت خاص بیمار مهم نباشد. برای مثال ممکن است یک بیمار آشفته و مبتلا به بیماری پیشرفته‌ی کبدی با سکسکه اذیت نشود، در حالیکه یک بیمار مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) ممکن است به دلیل ضعف کلی در تنفس، احساس ناراحتی بیشتری به دنبال سکسکه داشته باشد. در حال حاضر بیش از ۱۰۰ دلیل احتمالی سکسکه درمان ناپذیر وجود دارد، اگر چه بسیاری از آنها شواهد پشتیبان کمی دارندکه خارج از موارد گزارش فردی است. دلیل آن می‌تواند اختلالات ساختاری، متابولیکی، التهابی یا عفونی باشد. علل ساختاری بر روی شاخه‌های محیطی اعصاب واگ و فرنیک تأثیر می‌گذارند که می‌تواند شامل تومورهای شکمی یا قفسه سینه و همچنین اختلال در CNS مانند سکته مغزی، تومور مغزی و بیماری‌های روانی باشد. سایر علل شایع سکسکه در بیماری‌های انتهایی شامل سپسیس و عدم تعادل متابولیکی شامل پریکاردیت، عفونت میوکارد، پنومونی یا پلوریت و بیماری‌های گوارشی مانند ازوفاژیت، اتساع معده، ورم معده، پانکراتیت و هپاتیت است. بسیاری از داروها ممکن است باعث ایجاد سکسکه شوند از جمله استروئیدها، عوامل شیمی درمانی، آنتاگونیست‌های دوپامین، مژسترول، متیل دوپا، مخدرها، بنزودیازپین‌ها و شل‌کننده‌های عضلانی. ثابت شده است که داروی دگزامتازون که به عنوان یک داروی تسکینی برای بیماران استفاده می‌شود، باعث ایجاد سکسکه می‌شود. موادی مانند الکل، نیکوتین نیز از علل شایع هستند.

ارزیابی سکسکه

در مراقبت‌های تسکینی، انجام اقدامات گسترده برای سکسکه غیر عملی، ناخوشایند و به ندرت در علت‌شناسی یا مشخص کردن درمان مفید است.

شـواهد کمـی در زمینـه تاییـد فوائـد بررسـی‌هـای آزمایشگاهی بـر مـدیریت بهتـر سکـسکه وجـود دارد؛ بنابراین ارزیابی شامل یک بررسـی ذهنـی از نـاراحتی ناشی از سکسکه است. بیماران ممکـن اسـت علایـم ثانویه مانند بی‌اشـتهایی را بـه دلیـل اخـتلال در بلـع، تنگی نفس و ناتوانی در تنفس عمیق، خستگی ناشـی از صرف انرژی زیاد، بی‌خوابی در نتیجـه سکـسکه در طول شب، سوزش معـده بخـاطر ریفلاکـس ناشـی از سکسکه و همچنین افـسردگی ناشـی از عـدم درمـان سکسکه را تجربه کنند. ارزیابی عینـی شـامل بررسـی سابقه و مدت زمان سکسکه، دوره‌های قبلی و تـداخل در غذا خوردن یـا کـارهـای روز مـره اسـت. تحقیـق درباره‌ی عوامـل احتمـالی از جملـه الگـوهـای روزانـه فعالیـت‌هـای قبـل از سکـسکه ماننـد غـذا خـوردن، آشـامیدن و یـا نـوع پوزیـشن مفیـد اسـت. بررسـی آسیب‌های اخیر، جراحی، اقدامات و بیماری حاد ممکن است دلایل اساسی سکسکه را نشان دهد. سـر انجـام سابقه‌ی کامل دارویی ممکن است در شناسایی عوامل محرک دارویی مفید باشد. وجود سکـسکه بـرای فـرد کاملا مشهود است. معاینه‌ی بالینی بیشتر ممکن است در رد سایر بیماری‌های زمینه‌ای یا فرایندهای سپتیک، مفید باشد. بررسی‌های دهانی ممکن است انـسداد یـا تورم را نشان دهد. هر گونه زخم یا عفونـت و سیـستم تنفسی باید کاملا بررسی شود؛ اما به طـور ویـژه بایـد تندرنس شریان‌های گـیج گـاهی، اجـسام خـارجی در گوش، عفونت گلـو، گـواتر، پنومـونی یـا پریکاردیـت، اتساع شکم یا آسیت و علایم سکته و دلیریوم، کامـل بررسی شود.

هنگامی از اهداف مراقبت از بیمار حمایت می‌شود، ممکن است آزمایش خاصی برای از بـین بـردن سـایر دلایل سکـسکه انجـام شـود. گرافـی قفـسه‌ی سـینه ممکن است فرایندهای ریـه یـا قفـسه‌ی سـینه ماننـد تحریک عـصب فرنیـک/ واگ، ادم اطـراف تومـور در ناحیه‌ی شکم را رد کند. آزمایشات خون مانند CBC و پانـل متابولیـک ممکـن اسـت عفونـت، عـدم تعـادل الکترولیت‌ها و نارسـایی کلیـه را رد کنـد. CT اسـکن شکم یا سر ممکن است جهت جلوگیری از ناهنجـاری یا خونریزی انجام شود.

مدیریت سکسکه

عدم وجود مطالعات کنتـرل شـده‌ی تـصادفی بـزرگ، منجر به عدم اتفاق نظر در مـورد درمـان شـده اسـت. لـذا مـدیریت سکـسکه، بـه جـای اینکـه مبتنـی بـر موفقیـت‌هـای درمـانی قبلـی باشـد، یـک رویکـرد سیستماتیک و مبتنی بر شواهد است. درمان سکـسکه باید بر روی بیماری زمینه‌ای متمرکز باشـد. مـداخلات دارویـی و غیـر دارویـی ممکـن اسـت انجـام شـود. روش‌های درمانی شامل؛ مانورهای فیزیکی، داروهـا و سایر روش‌هایی تداخل‌کننده در قـوس سکـسکه کنـد است.

مداخلات غیر دارویی

مداخلات غیر دارویی شامل هفت گروه است که شامل اقدامات تنفسی، تحریک بینی و حلـق، تحریـک واگ، درمان‌های روانپزشکی، تسکین اتـساع معـده، اخـتلال عصب فرنیک و سایر درمان‌های متفرقـه اسـت. (ایـن روش‌ها در جعبه ۱۱.۴ توضیح داده شده است)

مداخلات دارویی

درمان‌های دارویی اولیه باید سـعی در کـاهش اتـساع معده داشته باشند که دلیل بـیش از ۹۵ درصـد مـوارد است. اقدامات دیگر شـامل تـسریع در تخلیـه معـده و شـل کـردن دیـافراگم بـا داروی سـایمتیکون و متوکلوپرامید است. اگر این روش بی‌اثر باشد خـط دوم درمان باید بر سرکوب رفلکس سکسکه متمرکز باشـد. (مداخلات معمول دارویی در جـدول ۱۱.۵ ذکـر شـده است). اگر چه شواهد کمی مبنی بر مـؤثر بـودن ایـن داروها وجود دارد.

جدول ۱۱.۵. مداخلات دارویی پیشنهادی برای سکسکه

عامل	اثر
عامل کاهش اتساع معده	
سایمتیکون ۱۲۵-۴ میلی گرم خوراکی هر ۶ ساعت	تسریع تخلیه معده
متوکلوپرامید ۲۰-۱۰ میلی گرم خوراکی/وریدی هر ۶-۴ ساعت	تسریع در تخلیه معده
شل‌کننده عضلانی	
باکلوفن ۱۰-۵ میلی گرم خوراکی سه بار در روز	در سطح سیناپسی عمل می‌کند.
میدازولام ۱۰-۵ میلی گرم مایع خوراکی هر ۴ ساعت	اسپاسم عضلانی را کاهش می‌دهد.
ضد تشنج	
گاباپنتین ۶۰۰-۳۰۰ میلی گرم خوراکی سه بار در روز	به کانال کلسیم متصل شده و آزاد شدن نوروترانسمیترها را در مغز و نخاع کنترل می‌کند.
پره گابالین ۲۵ میلی گرم دو بار در روز	همانند مکانیسم فوق
کاربامازپین ۱۲۰۰-۶۰۰ میلی گرم خوراکی دو یا سه بار در روز	کاهش اسپاسم عضله
والپروئیک اسید mg/kg/day ۱۵ خوراکی در یک یا یک سوم دوز. ممکن است تا mg/wk ۲۵۰ تا سکسکه متوقف شود.	کاهش اسپاسم عضلات
فنی توئین ۲۰۰ 1×IV و سپس ۱۰۰ میلی گرم خوراکی چهار بار در روز	کاهش اسپاسم عضلات
ضد افسردگی‌ها	
آمی تریپتیلین ۵۰-۱۰ میلی گرم در روز خوراکی	بر روی CNS تأثیر می‌گذارد.
سرترالین ۱۵۰-۵۰ میلی گرم در روز خوراکی	بر روی CNS تأثیر می‌گذارد.
کورتیکواستروئیدها	
دگزامتازون ۴۰ میلی گرم / روز خوراکی	کاهش التهاب
آگونیست‌های دوپامین	
هالوپریدول ۱۰-۲ میلی گرم خوراکی /وریدی/ زیر جلدی هر ۱۲-۴ ساعت	کاهش اسپاسم عضلات
کلرپرومازین ۵۰-۵ میلی گرم خوراکی/عضلانی/وریدی هر ۸-۴ ساعت یا ۵۰-۲۵ میلی‌گرم وریدی در یک لیتر سرم نرمال سالین	بلوک کردن گیرنده‌های دوپامین و آلفا آدر نرژیک
بلوک‌کننده کانال کلسیم	
لیدوکایین ۱ میلی گرم /کیلوگرم وریدی دوز شروع و سپس انفوزیون ۲ میلی گرم در دقیقه	بلوک کانال سدیم
نیفیدیپین ۸۰-۱۰ میلی گرم / روز خوراکی	وازودیلاتور یا سرکوب اسپاسم
سایر دارو ها	
کتامین ۰/۴ میلی گرم/کیلوگرم	تأثیر بر قشر مغز و سیستم لیمبیک
آمی تریپتیلین ۹۰-۲۵ میلی گرم/روز خوراکی	مهار سروتونین و جذب نور اپی نفرین

جعبه ۱۱.۴. مداخلات غیر دارویی در سکسکه

اقدامات تنفسی

حبس تنفس، تنفس در کیسه کاغذی، انقباض دیافراگم، بکار بردن یخ در دهان، القای عطسه یا سرفه با ادویه یا مواد استنشاقی

تحریک بینی و حلق

فشار دادن بینی، استنشاق محرک، کشش زبان، نوشیدن از دور لیوان، شکر خوردن، خوردن نان نرم، لمس کردن آهسته کام با نوک پنبه‌ای اپلیکاتور، چشیدن لیمو ترش یا تلخ

تحریک واگ

فشردن چشم‌ها، ماساژ دیژیتال رکتوم، ماساژ کاروتید، درمان‌های روانپزشکی

تکنیک‌های رفتاری

حواس پرتی، تسکین اتساع معده، روزه داری و غذا نخوردن، NGT جهت رفع اتساع معده، لاواژ و القای استفراغ

اختلال در عصب فرنیک

بلوک بیهوشی، بلوک عصب فرنیک، آزاد کردن کشش سر و گردن

درمان‌های متفرقه

فشردن شریان‌های رادیال دو طرفه، عرق نعناع برای آرام‌سازی مری تحتانی

مداخلات پرستاری در سکسکه

اگر چه به نظر می‌رسد که سکسکه یک بازتاب ساده است اما مکانیسم عملکرد خاص آنها اغلب نامشخص است. بسیاری از بیماران احساس سرخوردگی و ناراحتی می‌کنند که به دلیل سکسکه ایجاد می‌شود و اغلب جدی گرفته نمی‌شود. مداخلات پرستاری باید بر ارائه‌ی اطلاعات در مورد طیف گسترده‌ای از استراتژی‌های مورد استفاده برای از بین بردن سکسکه باشد. میزان درمان سکسکه به درجه ناراحتی و تأثیر سکسکه در برنامه روزانه، خواب و تغذیه بیمار، بستگی دارد. نخست می‌بایست مداخلات غیر دارویی شامل مانورهای تنفسی، تحریک بینی و حلق، حواس پرتی و آب نعناع، اجرا شود. اگر این اقدامات در رفع سکسکه مؤثر نبود باید از اقدامات دارویی استفاده کنیم. به کار بردن هر عامل به تنهایی ممکن است ناکارامد باشد در حالی که درمان‌های ترکیبی از طریق مختلفی سبب بهبود عامل سکسکه می‌شوند و احتمال تسکین بیشتر است. اگر داروها نتوانند سکسکه را تسکین دهند، پرستار باید بیمار را به متخصصین کنترل درد ارجاع دهد تا آنها برنامه‌های درمانی مداخله‌ای را بررسی کنند؛ که ممکن است شامل بلوک‌های عصبی فرنیک یا گردنی و یا تخریب با امواج رادیویی باشد. در اکثر مواقع بحث و گفت و گو با بیمار باید شامل پیش آگهی، فواید و عوارض هر روش باشد. اگر سکسکه به شدت زیاد و آزاردهنده شود و سایر روش‌های درمانی مؤثر نباشند، ممکن است آرامبخشی (سدیشن) در نظر گرفته شود. برای بحث بیشتر در مورد آرامبخشی تسکینی به فصل مربوطه مراجعه کنید.

سایر علایم دهانی

مطالعه‌ی موردی: بیماری با علایم دهانی

آقای تی مرد ۵۰ ساله‌ای هست که به تازگی مبتلا به سرطان حلق شده است. وی به مدت ۶ هفته با شیمی درمانی همزمان یا رادیوتراپی تحت درمان بود و قبل از درمان، برای ارزیابی عملکرد بلع تحت مطالعه ویدیوفلوروسکوپی قرار گرفت و برای حفظ توانایی اولیه بلع تمرینات پیشگیری‌کننده‌ای در اختیار وی قرار گرفت. در هفته‌ی دوم درمان، آقای تی دچار التهاب مخاط دهان و در نتیجه غلیظ شدن مخاط و ناتوانی در دفع آن به دلیل دیسفاژی شد؛ بنابراین جهت تخلیه ترشحات، از ساکشن استفاده شد. علایم دیگر دهانی شامل اودینوفاژی (درد دهان)، زوروستوما (خشکی دهان) و تغییر در حس چشایی بود. مدیریت درد شامل استفاده از مخدرها، لیدوکایین موضعی و

دهان‌شویه‌های ملایم بود. برای بهبود چشایی و خشکی دهان آقای تی قبل از غذا از آب نبات‌های بدون قند، اسپری بزاق مصنوعی و مسواک منظم دندان‌ها استفاده کرد. علیرغم این اقدامات آقای تی اشتهای بسیار کمی داشت که منجر به کاهش وزن وی می‌شد. در نتیجه تحت تعبیه لوله تغذیه‌ای قرار گرفت. او همچنان در حد توان مقداری مایع را می‌نوشید. اگر چه شیمی درمانی و رادیوتراپی بعد از ۶ هفته تمام شد اما مسمومیت‌های مربوط به درمان تا چند هفته بعد از اتمام درمان ادامه یافت.

علایم دهانی در بیماری‌های شدید

علایم دهانی در بیماران تحت مراقبت تسکینی شایع است. وضعیت کلی دندان‌ها، لب‌ها، لثه و مخاط دهان مستقیما بر توانایی بلع بیمار، مدیریت ترشحات، خوردن، نوشیدن و ارتباطات بیمار تأثیر دارد. علایم دهانی بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند. علایمی مانند سیالوره (تولید بیش از بزاق)، زوروستوما (خشکی دهان) و تغییر در حس چشایی از علایم شایع هستند و اغلب به عنوان بخشی از یک دسته علایم بروز می‌کنند. علایم دهانی می‌توانند ناشی از تغییر فیزیولوژیک مخاط دهان باشد که به عنوان موکوزیت دهانی شناخته می‌شوند. این تغییرات بشدت با شیمی درمانی و رادیوتراپی مرتبط است و ممکن است شامل قرمزی، زخم و آسیب بافت نرم و همچنین اختلالات حسی در دهان شود. عوارض طولانی مدت موکوزیت شامل فیبروز بافتی، اختلال در عملکرد غدد بزاقی و افزایش حساسیت به عفونت‌های مخاطی، پوسیدگی دندان و بیماری‌های پریودنتال است که همگی از عوامل خطر برای علایم دهانی است. علاوه بر بیماران انکولوژی، علایم دهانی در بیماران قلبی، کلیوی، ریوی، HIV/AIDS و هر فرایند دیگری که بر غدد بزاقی یا تولید بزاق تأثیر بگذارد، شایع است.

پاتوفیزیولوژی تولید بزاق

مقدار متوسط بزاق تولید شده توسط یک شخص بزرگسال حدودا ۸۰۰ تا ۱۵۰۰ میلی لیتر در روز است که در درجه‌ی اول در سه جفت غده بزاقی در دهان تولید می‌شوند. غده‌ی پاروتید، زیر فک و زیر زبانی بیشترین بزاق را تولید می‌کنند و باقی مانده توسط هزاران غده‌ی بزاقی کوچک در پوشش اپی تلیال دهان و زبان آزاد می‌شود. غده پاروتید در زیر و مقابل هر گوش قرار دارد و بزاق آبکی و زیادی تولید می‌کند. غده‌ی ساب مندیبولار در زیر فک تحتانی قرار دارد که مخاط و بعضی از عناصر مخاطی را ترشح می‌کند. غده‌ی زیر زبانی، بزاق کاملا مخاطی را تولید می‌کند. غدد بزاقی توسط سیستم عصبی پاراسمپاتیک فعال می‌شود. وقتی عصب‌های چشایی تحریک می‌شوند، استیل کولین آزاد می‌شود که به گیرنده‌های موسکارینی غدد بزاقی وصل می‌شوند. این امر تبادل کلسیم، سدیم و یون‌های کلرید را مختل می‌کند و سبب خروج مایع از سلول‌ها و آزاد شدن از غدد بزاقی توسط یک شیب اسمزی آزاد می‌شود. تنها در عرض چند ثانیه بو، بینایی یا طعم غذا باعث تولید بزاق می‌شود. ۹۹ درصد بزاق، آب است. همچنین بزاق حاوی موادی به نام موسین است که یک مایع لزج را به وجود میارد و از دندان‌ها و مخاط دهان محافظت می‌کند. موسین همچنین به هضم مواد غذایی کمک می‌کند و رطوبت لازم را برای تشکیل لقمه تامین می‌کند. بزاق حاوی صدها مواد محلول همچون نمک، پروتئین‌ها، مواد معدنی، آنزیم‌هایی مانند پتیالین، آنتی بادی‌ها و سایر عوامل ضد میکروبی است. مواد حل شده پایداری PH را در دهان حفظ و بنابراین حس چشایی را بهبود می‌بخشند و از پوسیدگی دهان جلوگیری می‌کنند. آنتی بادی‌ها و مواد آنتی میکروبی محلول در بزاق باکتری‌ها، ویروس‌ها و قارچ‌ها را نابود می‌کند و ایمنی را برای مخاط و دهان و ساختارهای دندانی فراهم می‌کند.

بررسی و ارزیابی دهان

هر گونه تغییر در روند تولید طبیعی بزاق ممکن است باعث ایجاد علایم دهانی شود. بنابراین ارزیابی کامل دهانی برای شناسایی علایم دهانی اساسی است. دهان و مخاط دهان را از نظر علایم عفونت، بیماری لثه یا پوسیدگی دندان کاملا بررسی کنید. بطور خاص از نظر زخم یا ورم مخاط و همچنین کاندیدیازیس ارزیابی کنید. زبان را از نظر اریتم و قرمزی یا وجود شکاف که نشان‌دهنده خشکی دهان است، بررسی کنید. غدد بزاقی را از نظر تورم و انسداد بررسی کنید. استفاده از لوازم دهانی و دندان مصنوعی مورد توجه قرار گیرد و شرایط استفاده از آنها بررسی شود. معاینه‌ی خارج دهانی باید برای ترک خوردن لب‌ها، التهاب قارچ گوشه‌ای (التهاب لب) یا کاندیدا در گوشه‌ی دهان انجام شود. به وجود علایم دهانی مانند خشکی دهان، تغییر در حس چشایی یا ترشحات اضافی توجه داشته باشید. اگر بیماران وجود علایم دهانی را تایید کنند، ممکن است اختلالات عملکردی همراه با جویدن، بلع و گفتار و همچنین مشکلات دندان مصنوعی را گزارش دهند. از آنجا که عوارض دهانی به عنوان بخشی از خوشه علایم رخ می‌دهد، باید علایم مرتبط هم چون حالت تهوع، استفراغ، درد دهان، دیسفاژی، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، بی‌خوابی و افسردگی ارزیابی شوند. می‌بایست یک تاریخچه کامل از بیمار اخذ گردد و همچنین ارزیابی دیسترس ذهنی و بررسی داروهای فعلی انجام شود. در نهایت هر گونه عفونت اخیر سینوسی یا سیستم تنفسی فوقانی، اقدامات دندانپزشکی یا جراحی‌های گوش، حلق و بینی باید بررسی شود.

مداخلات پرستاری برای علایم دهانی

سلامت دهان و دندان اغلب در بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص به خطر می‌افتد و بهداشت دهان و دندان ممکن است نادیده گرفته شود. تغییرات مربوط به باکتری‌ها در فلور دهان، خطر پنومونی باکتریایی را در نتیجه آسپیراسیون ترشحات آلوده افزایش می‌دهد. بنابراین محیط تمیز و مرطوب دهان نه تنها برای راحتی بیمار، بلکه برای جلوگیری از عفونت و سایر عوارض مفید است. مراقبت دو نوبت مسواک زدن در روز برای کاهش بقایای غذایی در دهان، ضروری است. سایر مداخلات پرستاری باید شامل ارزیابی مکرر و منظم دهان، ساکشن ترشحات، فراهم کردن رطوبت برای لب‌ها و مخاط دهان است. در صورت لزوم استفاده از چراغ قوه برای بررسی دقیق‌تر حفره‌ی دهان اهمت دارد. ترشحات اضافی باید به طور منظم با استفاده از سواب‌های دهان، ساییدن زبان، مسواک و ساکشن پاک شوند. در بیماران بستری مرطوب شدن از طریق ماسک یا شاول صورت ممکن است به رقیق شدن ترشحات و حداکثر راحتی بیمار کمک کند. کلرهگزیدین، یک طیف گسترده عامل ضد باکتریایی، می‌تواند در کاهش خطر عفونت‌های تنفسی بیمارستانی و پنومونی مرتبط با ونتیلاتور در بیماران بدحال،مؤثر باشد. مراقبت از دهان و دندان برای بیماران با اختلال شناختی به ویژه چالش برانگیز است. ملاحظات خاص برای بیماران با اختلال شناختی شامل یادآوری منظم و کمک از خانواده و مراقبین سلامت در مراقبت است.

سیالوره (ترشح بیش از حد بزاق) و مدیریت آن

تعریف

سیالوره یا ترشح بیش از حد بزاق و آبریزش معمولا بخاطر ناتوانی در کنترل ترشحات دهانی و کاهش عملکرد بلع و از طرفی ترشح یا فعالیت بیش از حد غدد بزاقی اتفاق می‌افتد.

تأثیر

سیالوره می‌تواند منجر به تحریک پوست، سلامت دهان و دندان و کمبود آب بدن شود و خطر ابتلا به

پنومونی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این آبریزش بیش از حد موجب خجالت بیماران، انزوای اجتماعی و ناتوانی در برقراری ارتباطات اجتماعی می‌شود. علاوه بر آن می‌تواند بر روی قابلیت سخن گفتن و قابل درک بودن گفتار تأثیر بگذارد. در بیماران مبتلا به اختلال تنفس و بلع، احساس خفگی و ناتوانی در پاکسازی بزاق می‌تواند باعث ترس و اضطراب شود. مدیریت موفقیت آمیز سیالوره سبب بهبود تحمل تهویه‌ی غیر تهاجمی توسط بیمار می‌شود و یک درمان حمایتی است که باعث افزایش امید به زندگی در بیماران با بیماری نورون حرکتی می‌شود.

شیوع

سیالوره معمولا در بیماران با اختلالات نورولوژیک مانند بیماری نورون حرکتی/ ALS، بیماری پارکینسون و دمانس یا آلزایمر شایع است. تخمین زده می‌شود که تا ۸۰ درصد بیماران مبتلا به پارکینسون و ۵۰ درصد بیماران مبتلا به نورون حرکتی سیالوره را تجربه می‌کنند که تقریبا ۲۰ درصد از آنها علایم متوسط تا شدید دارند.

اتیولوژی

کاهش دفعات بلع، کاهش قدرت و/یا حس حفره‌ی حلقی یا حنجره‌ای، ناتوانی در بستن حفره‌ی دهان، سرفه‌ی ضعیف همراه با پاکسازی ناکافی ترشحات و پوزیشن نامناسب سر از علل عمده‌ی سیالوره است. اختلال عملکرد حسی و/یا عدم آگاهی از تجمع بزاق در برخی بیماران مبتلا به بیماری عصبی دیده می‌شود که ناشی از ضعف در آگاهی آنان است. ترشح بیش از حد بزاق ممکن است در اثر عفونت‌های دهان و دندان، عوارض جانبی داروها (برای مثال داروهای ضد تشنج، آنتی کولین استراز یا لیتیوم) و یا به عنوان عارضه‌ی ریفلاکس معده به مری اتفاق بیفتد. به طور معمول در صورت وجود ترشح زیاد بزاق، بدن فرد قادر است با افزایش بلع جبران کند مگر اینکه همزمان با دیسفاژی باشد. صرف نظر از علت‌شناسی، بزاق در دهان تجمع می‌یابد. در بیماران با عملکرد تأخیر در بلع یا بلع ضعیف و کاهش قدرت حرکتی، بزاق در دهان جمع شده یا بیرون می‌ریزد (برای مثال ریزش می‌کند) و/یا در خلف به حلق می‌رود و وارد راه هوایی می‌شود که باعث خفگی و آسپیراسیون می‌شود.

ارزیابی

ارزیابی دقیق علت، شدت و مزمن بودن سیالوره در هدایت تصمیمات مداخله‌ای ضروری است. ارزیابی بیمار باید شامل بررسی تاریخچه و زمان ترشحات، درک رنج و ناراحتی ناشی از مشکل، بررسی سایر علل احتمالی و ارزیابی نوع و دفعات ترشح است. (به جعبه ۱۱.۵ مراجعه کنید). چندین رتبه‌بندی عینی در این رابطه وجود دارد که برای ثبت میزان سیالوره، راهنمایی تصمیمات بالینی و اندازه‌گیری اثرات درمان مطرح شده‌اند (جعبه ۱۱.۶).

جعبه ۱۱.۵. راهنمای ارزیابی سیالوره

تاریخچه: زمان‌بندی در طول روز، مزمن بودن، عوامل محرک

بررسی دارویی: داروهای شناخته شده افزایش‌دهنده ترشح بزاق را ارزیابی کنید (نئوستیگمین، کلوزاپین، لیتیوم و غیره).

معاینه‌ی فیزیکی و حرکتی: زخم روی لب/ چانه، مشکلات دندانی، وضعیت سلامت دندان‌ها، لثه، مخاط دهان، وضعیت قرارگیری سر، قدرت لب و زبان

ارزیابی بلع: تصویر برداری برای رد آبسه‌ی موضعی، ارزیابی عینی از شدت.

ارزیابی نوع ترشحات: ثبات و پایداری، غلیظ یا رقیق بودن، تکرر و مقدار آن

جعبه ۱۱.۶. مقیاس رتبه‌بندی سیالوره (ترشح)

مقیاس ترشح دهانی (OSS)

جمعیت هدف: بیماران مبتلا به اسکلروز جانبی آمیلوتروفیک (ALS) و بیماری پارکینسون (PD)

اقدامات: احتباس و بلع بزاق

طراحی مقیاس: پنج درجه شدت؛ از بسیار شدید (۰) تا طبیعی (۴)

مقیاس امتیازدهی سیالوره (SSS)

جمعیت هدف: بیماران مبتلا به PD و کودکان مبتلا به ناتوانی حرکتی

اقدامات: میزان ریزش و محل رطوبت

طراحی مقیاس: دارای ۹ درجه شدت از حداقل شدت (۱) تا شدیدترین (۹)

مقیاس بالینی بزاق برای بیماران نورون حرکتی (CSS-MND)

جمعیت هدف: بیماران مبتلا به MND

اقدامات: بار و شدت بزاق، تأثیر بزاق بر گفتار، استفاده از NIV، تعاملات اجتماعی

طراحی مقیاس: پرسشنامه هشت آیتمی، هر آیتم از نداشتن مشکل (۰) تا مشکلات شدید (۳)

مدیریت

اگر ارزیابی‌ها حاکی از علل برگشت‌پذیر بود باید سریعا به این موارد پرداخته شود (به عنوان مثال: درمان عفونت دهانی، حذف داروهای رسوب‌دهنده درصورت امکان، بهبود هیدراتاسیون و غیره). در مراحل اولیه، مدیریت خط اول شامل انجام دادن تمرینات کمتر تهاجمی، غیر دارویی، رفتاری، جبرانی و/یا تمرینات تقویت‌کننده از طریق گفتار درمانی که ممکن است برای بهبود عملکرد حرکتی، حسی و کنترل زبان مفید باشد. خود مدیریتی بزاق شامل/ یادآوری بلع و فیزیوتراپی و/یا کولارهای حمایتی گردن برای اصلاح وضعیت سر و گردن می‌شود. درمان دارویی خط دوم است و هدف آن کاهش ترشح بزاق است. داروهای آنتی کولینرژیک تحریک پاراسمپاتیک غدد بزاقی را مسدود می‌کنند و از این طریق سبب کاهش تولید بزاق می‌شوند. این داروها شامل آمی‌تریپتیلین، بنزوتروپین، پچ اسکوپولامین، بوتیل اسکوپولامین و قطره زیر زبانی آتروپین است. استفاده کوتاه مدت از گلیکوپیرولات بروماید به دلیل عوارض جانبی آنتی کولینرژیک ممکن است کمتر مؤثر باشد. عوارض جانبی آنتی کولینرژیک را باید از نزدیک مشاهده کرد و تحت کنترل داشت. این عوارض شامل ترشحات غلیظ و خشک که ممکن است تخلیه‌ی آن را دچار مشکل نماید، خشکی بیش از حد دهان، احتباس ادراری، خواب آلودگی، گیجی، تاری دید و غیره است. این عوارض ممکن است برای بیمار قابل تحمل نباشد، چراکه منجر به تغلیظ ترشحات و در نتیجه انسداد مخاطی و بهداشت ضعیف دهان می‌شود. بیماران مبتلا به سیالوره که در دفع ترشحات غلیظ دهانی مشکل دارند. ممکن است با استفاده از یک دستگاه ساکشن پرتابل و یا دستگاه کمک‌کننده سرفه احساس راحتی بیشتری کنند. سم بوتولینوم نوع A (BTx-A) و نوع B (BTx-B) گزینه‌های جایگزین در درمان سیالوره در بیماران نورون حرکتی و پارکینسون هستند. سم بوتولینوم به صورت زیر جلدی و تحت هدایت سونوگرافی به غدد تحت فکی و پاروتید تزریق می‌شود. فواید آن در هفته اول تزریق ظهور نموده و تا ۳ ماه نیز ادامه دارد. مقدار دوز مصرف این سم باید کنترل شود تا سبب خشکی بیش از حد دهان و بدتر شدن دیسفاژی و سختی در بلع و انتشار سم به عضلات بولبار جانبی نشود. پرتودرمانی در غدد بزاقی پاروتید و تحت فکی یکی دیگر از روش‌های درمانی جایگزین برای درمان سیالوره‌ی مقاوم به درمان یا بیمارانی که تزریق بوتاکس را تحمل نمی‌کنند و هنوز ترشح بزاق کاهش پیدا نکرده است. مدت درمان حداکثر ۹ ماه است و در صورت لزوم باید تکرار شود. دستیابی به رادیوتراپی با توجه به محل، روش و هزینه محدود است. سمیت پرتو درمانی می‌تواند منجر به

خشکی بیش از حد دهان و صورت، درد و اریتم، پوسیدگی دندان و تهوع شود. در مرحله آخر برداشتن عصب پاراسمپاتیک یا مسیر غدد بزاقی زیر فکی به روش جراحی برای موارد شدید قابل انجام است. مداخله‌ی جراحی اگر چه مؤثر است اما چون یک روش تهاجمی است باید مزایا و معایب آن را در نظر گرفت.

گزوروستومی (خشکی دهان)

تعریف

گزوروستومی احساس خشکی دهان است که ممکن است همراه با کاهش ترشح غدد بزاقی (هیپوسالیژن) باشد یا نباشد. گزوروستومی واقعی ناشی از اختلال در عملکرد غدد بزاقی است؛ اما با وجود عملکرد طبیعی غدد بزاقی و ترشح کافی غده بزاقی گاهی بیماران خشکی دهان را نیز گزارش می‌کنند که به عنوان گزوروستومی "سمپاتوماتیک" یا "شبه گزوروستومی" شناخته می‌شود. شناسایی دقیق علت اصلی و/یا عوامل مؤثر در ایجاد این علامت آزاردهنده اغلب دشوار است.

تأثیر

کاهش بزاق و طولانی شدن خشکی دهان علایم قابل توجهی را ایجاد می‌کند که شامل پوسیدگی دندان، درد و سوزش دهان، ضایعات زبان، لب‌ها، لثه، مخاط دهان، عفونت دهان مانند کاندیدیازیس، تغییرات چشایی و بوی بد دهان می‌شود. در ناحیه‌ی مری مشکلات شامل سختی در بلع همراه با اختلال در گفتار یا تغییر صدا است. غذا خوردن به دلیل شکاف لب‌ها، مشکل در جویدن و نیاز به نوشیدن جرعه جرعه آب برای پایین بردن غذا، به مشکل بر می‌خورد. گزوروستومی بر روی کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد و ممکن است باعث ناراحتی جسمی و عاطفی و کاهش معاشرت شود. تشریفات اجتماعی ویژه در زندگی روزمره افراد شامل وعده‌های غذایی، برقراری ارتباطات اجتماعی، خندیدن، لبخند زدن و غذا خوردن است. لذا خشکی کنترل نشده دهان می‌تواند از انجام این فعالیت‌ها و عملکردها در بیماران جلوگیری کند. درمان کافی و به موقع نه تنها باعث راحتی بیمار، بهبود تغذیه و سلامت بهتر دندان‌ها می‌شود، بلکه سبب بهبود تعاملات اجتماعی بیمار و تسهیل پذیرش این مشکل توسط بیمار می‌شود.

شیوع

مطالعات نشان می‌دهند که بین ۵/۵ تا ۴۶ درصد بیماران گزوروستومی را تجربه می‌کنند. در مراقبت تسکینی خشکی دهان ممکن است بر روی ۳۰ درصد از بیماران تأثیر بگذارد. اگر چه در مطالعات به خوبی آمده است که خشکی دهان در مراحل بعدی دیابت، نارسایی کلیوی، بیماری‌های قلبی و کبدی، همچنین در بیماری‌های خود ایمنی مانند ایدز و سندرم شوگرن و علایم مرتبط با سرطان رایج است. خطر خشکی دهان با افزایش سن و تعداد مشکلات پزشکی افزایش می‌یابد تا حدی که این علامت می‌تواند توسط مجموعه‌ی وسیعی از داروها ایجاد شود.

اتیولوژی

علت گزوروستومی کاهش ترشح بزاق است که می‌تواند در اثر عفونت، کم آبی بدن، فرایندهای خود ایمنی و غدد درون ریز یا تغییرات مرتبط با سن باشد. داروها نیز گاهی اوقات مسئول خشکی دهان شناخته می‌شوند، به ویژه داروهایی که در مراقبت تسکینی استفاده می‌شوند، از جمله داروهای آرامبخش، آنتی هیستامین، آنتی پارکینسون، ضد تشنج، شل‌کننده‌های اسکلتی عضلانی، ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای و آنتی کولینرژیک‌ها. به طور کلی تعداد بیماری‌های همراه با عوارض دارو درمانی، خطر خشکی را افزایش می‌دهند. تحلیل ساختارهای درونی دهان نیز یکی از علل خشکی دهان است. این بیماری اغلب در نتیجه‌ی

درمان‌های هدایت شده‌ی سرطان به ویژه پرتو درمانی برای سرطان‌های سر وگردن رخ می‌دهد. اگر چه دوز و مدت قرار گرفتن در معرض اشعه بر میزان خشکی دهان تأثیر می‌گذارد اما اختلال برگشت‌پذیر غدد بزاقی با دوزهای کمتر از GY۱۰ ممکن است شروع شود. تخریب غیر قابل برگشت و درنتیجه کاهش تولید بزاق ممکن است با دوزهای بیشتر از ۶۰ GY رخ دهد. در بیشتر از ۶۰ درصد بیماران خشکی دهان در چند روز اول تابش اشعه ایجاد می‌شود. علاوه بر این بسیاری از عوامل شیمی درمانی و سیتوتوکسیک که برای درمان بدخیمی استفاده می‌شود، تغییرات مخاطی ایجاد می‌کند که ممکن است به خشکی دهان منجر شود. خشکی دهان ممکن است مرتبط یا کمک‌کننده به مسائل بهداشت روان مانند افسردگی و اضطراب باشد و بنابراین منجر به افزایش فشار علایم بیماری و اختلال در پذیرش بیماری می‌شود. به دلیل ترشح روزانه بزاق ممکن است که شب‌ها خشکی دهان تشدید یابد و سبب بی‌خوابی و قطع خواب شود. در نهایت خشکی دهان ممکن است مدیریت پلاک‌های دهان و لثه را بویژه در بزرگ‌سالان مسن و افرادی که خستگی قابل توجهی دارند دشوار کند. بیمارای که تحت درمان سرطان یا سایر روش‌های سرکوب سیستم ایمنی هستند، ممکن است تحمل اقدامات دندانپزشکی را نداشته باشند؛ بنابراین بیماران نه تنها باید ناراحتی ناشی از بیماری، بلکه عوارض بعدی و مشکلات دهانی را نیز تحمل کنند.

جعبه ۱۱.۷. سوالات ارزیابی خشکی دهان

آیا شما خشکی دهان را تجربه می‌کنید؟ چند مرتبه؟
آیا خشکی دهان شما را اذیت می‌کند؟
آیا لب‌های شما خشک هستند؟
آیا مجاری بینی شما خشک هستند؟
آیا لثه شما هنگام مسواک زدن خونریزی می‌کند؟
آیا زبان شما قرمز است؟
آیا حس کرده‌اید که در بعضی مواقع نیاز به نوشیدن آب بیشتری دارید؟
آیا به دلیل خشکی یا چسبندگی دهان، مشکل در صحبت کردن دارید؟
آیا در جویدن غذاها مشکل دارید؟ چه غذاهایی؟
آیا در بلع مواد غذایی مشکل دارید؟ غذایی مایع یا جامد؟
آیا در بلعیدن غذاها به مایعات اضافی نیاز دارید؟ همه غذاها یا جامد یا نیمه جامد؟
آیا از شیرینی‌های سخت یا آدامس برای خشکی دهان خود استفاده می‌کنید؟
آیا متوجه شده‌اید که خواب شما به دلیل خشکی دهان مختل شده است؟ چند وقت به دلیل خشکی دهان شب از خواب بیدار شده‌اید؟
آیا حس چشایی تغییر یافته‌ای را تجربه کرده‌اید؟ چه نوع از مزه‌ها؟ همه‌ی انواع غذاها؟
آیا از دخانیات استفاده میکنید؟ چند نوبت در روز؟
آیا الکل مینوشید؟ چند نوبت در روز؟
آیا کافئین می‌نوشید؟ در چه غذاهایی؟ در چه مایعاتی؟
آیا داروهای بدون نسخه مصرف می‌کنید؟

ارزیابی

ارزیابی باید شامل رتبه‌بندی بیمار در هشت جنبه خشکی دهان از جمله خشکی دهان و لب‌ها، گفتار، جویدن، خوابیدن، خشکی دهان به هنگام خوردن غذا و بلعیدن، استراحت و دفعات نوشیدن مایعات برای خوردن غذا در طول استراحت باشد. (نمونه سوالات در جعبه ۱۱.۷ دیده می‌شود).

آزمایشات تشخیصی خشکی دهان شامل ارزیابی خشکی دهان و اندازه‌گیری بزاق است. یک ارزیابی استاندارد جانبی شامل خوراندن یک بیسکویت خشک به بیمار است. اگر بیمار نتواند بسکویت را بدون کمک آب اضافی بخورد، دچارخشکی دهان است. یک

جعبه ۱۱.۸. مقیاس رتبه‌بندی دهان خشک

انجمن بهداشت دندانپزشکی آمریکا

تغییر بافت (رنگ زبان و مخاط)

بیماری‌های دهان (بوی بد دهان، پوسیدگی، عفونت)

بزاق، غدد و عملکرد آنها

عوارض جانبی رادیوتراپی بر اساس بیانیه انجمن سرطان آمریکا- دهان خشک

کاهش بزاق

بزاق غلیظ

عدم وجود بزاق

انجمن پرستاری انکولوژی گزوروستومی

۰ خشکی دهان ندارد

۱ خشکی ملایم، بزاق کمی غلیظ شده، تغییر کم در احساس طعم و مزه

۲ خشکی متوسط، بزاق غلیظ و چسپنده، به طور قابل توجهی تغییر یافته است.

۳ خشکی کامل دهان

۴ نکروز غدد بزاقی

جعبه ۱۱.۹. فرایند گام به گام برای مدیریت خشکی دهان

۱. عفونت‌های مرتبط با دهان را درمان کنید.
۲. داروهای مصرفی فعلی را بررسی کنید. هردارویی که سبب خشکی دهان می‌شود را حذف کنید. اگر حذف ممکن نیست، کاهش دوز یا تغییر در برنامه را در نظر بگیرید تا اوج اثر با کاهش روزانه در تولید بزاق منطبق نشود.
۳. جریان بزاقی را با استفاده از محرکات دارویی و غیر دارویی تحریک کنید.
۴. ترشحات از دست رفته را با استفاده از اسپری بزاق دهان جایگزین کنید.
۵. از دندان‌ها محافظت کنید. مراقبت از دندان‌ها را با استفاده محلول‌های حاوی فلوراید ارتقا دهید.
۶. هیدراتاسیون بیمار. بیمار را به مصرف آب فراوان تشویق کنید.
۷. رژیم غذایی را تعدیل کنید تا از درد دهان ناشی از اسیدها یا غذاهای سخت جلوگیری کنید.

آزمایش جایگزین دیگر با قرار دادن یک آبسلانگ یا آینه‌ی دندانپزشکی بر روی زبان انجام می‌شود. از آنجا که خشکی دهان باعث ایجاد بزاق خمیری و غلیظ می‌شود، این جسم به زبان بیمار مبتلا به خشکی دهان می‌چسبد. یکی دیگر از گزینه‌های دقیق‌تر سیالومتری یا اندازه‌گیری واقعی جریان بزاق از طریق جمع‌آوری بزاق در یک ظرف یا روی یک پنبه است. اگر چه برای مراقبت تسکینی بیشتر از بیماران، این کار غیر ضروری است. مستندسازی و ثبت کردن خشکی دهان ضروری است. تعداد زیادی از مقیاس‌هایی که برای این منظور طراحی شده‌اند وجود دارند. مقیاس‌های رتبه‌بندی توصیف شده در جعبه ۱۱.۸ بر اساس شکل ظاهری مخاط دهانی است.

مدیریت زوروستوما

تمرکز مدیریت خشکی دهان بیشتر بر کاهش و تخفیف علایم به جای جلوگیری از علایم آن است. فرایند گام به گام مدیریت این مشکل در جعبه ۱۱.۹ توضیح داده شده است. مداخلات دارویی در جعبه ۱۱.۶ بیان شده است. مداخلات غیر دارویی (جدول ۱۱.۷ را ببینید) باید در وهله اول انجام شود، زیرا هم ارزان‌تر و هم دارای عوارض جانبی کمتری هستند. طب سوزنی یکی از روش‌های غیر دارویی امیدوارکننده است که برای پیشگیری و تسکین خشکی دهان بویژه در بیماران تحت پرتودرمانی مفید است. یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی اخیر در بیماران تحت درمان با اشعه پس از ۸ هفته درمان

جدول ۱۱.۶. مداخلات دارویی

داروها	توصیف و تعریف	دوز	اطلاعات دارویی
پیلوکارپین	آگونیست موسکارینی غیرانتخابی و عامل پاراسمپاتیک. ترشح غده برون ریز را افزایش می‌دهد و تحریک بافت در غده‌ی بزاقی آسیب دیده را افزایش می‌دهد. تولید بزاق را افزایش می‌دهد. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که پیلوکارپین قبل و در طی رادیوتراپی می‌تواند خشکی دهان را کاهش دهد.	۵ میلی گرم سه بار در روز	پاسخ متفاوت و به وجود بافت عملکردی غده بزاقی بستگی دارد. برای دستیابی به تأثیرات مطلوب ممکن است نیاز به مصرف دارو به مدت ۲ تا ۳ ماه باشد. در بیماران مصرف‌کننده بتا بلوکر، بیماران قلبی، ریوی، زخم معده یا گلوکوم با احتیاط مصرف شود. عوارض جانبی شامل تغییرات بینایی، تعریق، تهوع، اسهال، تکرر ادرار، رینیت، برادی کاردی و انقباض برونش‌ها است.
بتانکول	آگونیست موسکارینی M3 است. در برابر کولین استراز مقاوم است. همچنین برای تسکین عوارض جانبی آنتی کولینرژیک داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای استفاده می‌شود.	۲۵ میلی گرم سه بار در روز	عوارض جانبی شامل اسهال و استفراغ است.
یوهیمبین	گیرنده‌های آدرنورسپتورهای آلفا ۲ را مسدود می‌کند.	۱۴ میلی گرم/روز	عوارض جانبی شامل خواب آلودگی و گیجی است.
سویملین	آگونیست موسکارین. رسپتورهای M1 وM3 را در غده‌ی اشکی و بزاقی تحریک می‌کند. با قرار دادن استیل کولین استراز سبب افزایش ترشح بزاق می‌شود.	۳۰ میلی گرم سه بار در روز	کمتر از پیلوکارپین مؤثر است. در بیماران مصرف‌کننده بتا بلوکر، بیماری قلبی، زخم معده و بیماری ریوی با احتیاط مصرف شوند. ممکن است سبب سوء هاضمه شود در کل نسبت به پیلوکارپین عوارض جانبی کمتری دارد؛ زیرا در گیرنده‌های M2 عمل نمی‌کند. خطر کمتر برادی کاردی دارد.
ضد قارچ‌ها	در خشکی دهان که ناشی از عفونت قارچی ایجاد می‌شوند.		درمان خط اول نیستاتین (بستگی به سیستم تعلیق و توانایی بلع دارد) است که ممکن است هزینه بر باشد. درمان خط دوم شامل فلوکونازول، دوز اول ۲۰۰ میلی گرم خوراکی یا وریدی است. عفونت‌های قارچی لب ممکن است به میکونازول، کلوتریمازول یا کتوکونازول نیاز داشته باشند.

طب سوزنی، در مقایسه با روش‌های درمانی خوراکی استاندارد، گزارش کمتری از خشکی دهان را نشان داده‌اند. در یک مطالعه‌ی قدیمی‌تر با استفاده از طب سوزنی همزمان با پرتودرمانی در بیماران با سرطان ناحیه‌ی بینی و حلق، شدت خشکی دهان کمتر و کیفیت زندگی بالاتر را گزارش کرده است.

جدول ۱۱.۷. اقدامات غیر دارویی برای مدیریت خشکی دهان

مداخله	نقش/تأثیر	پیامد
اقدامات پیشگیرانه		
مراقبت‌های دهان	کاهش خشکی دهان. ارتقاء حس راحتی	استفاده از مسواک نرم برای شست و شوی مکرر دندان‌ها، تمیز کردن دندان مصنوعی، شستشو با فلوراید، دهانشویه و نخ دندان می‌تواند ترشح بزاق را تحریک کند. داشتن دندان مصنوعی یکی از ریسک فاکتورهای ایجاد خشکی دهان است.
مراقبت از لب‌ها	جلوگیری از ترک خوردن لب و مرطوب شدن پوست. شامل استفاده از محافظ‌های لب و استفاده از پماد می‌شود.	از محصولات حاوی الکل اجتناب کنید؛ زیرا تحریک‌کننده هستند. برای ترک‌های گوشه‌ی لب‌ها و دهان از لانولین و ژله KY استفاده کنید.
مراقبت از دندان‌ها	از خمیر یا پودر دندان استفاده کنید.	چندین محصول حاوی آنزیم‌های ضد میکروبی برای کاهش عفونت‌های دهانی و مرطوب کردن دهان استفاده می‌شوند. برای مثال بیوتین، اورال بالانس و اوسیس.
شستوشوی دهان (با محلول‌های بدون الکل)	کمک به جدا شدن پلاک‌ها از دهان	شامل دهانشویه خانگی ساخته شده از سرم نمکی، بیکربنات سدیم و گلیسرین است.
اصلاح رژیم غذایی		
	اجازه دهید که بیمار غذا بخورد	غذاهای نرم را که تحمل آنها راحت‌تر است پیشنهاد کنید (سوپ، پودینگ، سیب زمینی له شده و شیک). به بیمار توصیه کنید که در تمام وعده‌های غذایی مایعات مصرف کند. برای کمک به بلع، آب میوه به غذا اضافه کنید. روغن زیتون را در هنگام غذا خوردن بر روی لثه و مخاطات دهانی بیمار بمالید تا به عنوان ماده روان‌کننده عمل کند. درمورد پرهیز از قندها و غذاهای پر ادویه به بیمار آموزش دهید. نوشیدنی‌های گازدار (زنجبیل) یا آب مرکبات (لیموناد، آناناس، پایا) ممکن است طراوت بخش باشد اما با این وجود مرکبات برای بیماران مبتلا به زخم دهان می‌تواند بسیار تحریک‌کننده باشد.
عرق نعناع	برای بزاق و مخاط	ارزان است.
ویتامین C	موسین بزاق را مختل کرده و غلظت بزاق را کاهش می‌دهد.	در پاستیل یا سایر اشکال استفاده شود. ممکن است در بیماران زخم دهان سبب اذیت کردن زخم شود. سبب فرسایش مینای دندان می‌شود.

جدول ۱۱.۷ ادامه. اقدامات غیر دارویی برای مدیریت خشکی دهان

مداخله	نقش/تأثیر	پیامد
غیر دارویی		
اسید سیتریک/ شیرینی	برای مخاط و بزاق	شیرینی جات ممکن است سبب سوزن سوزن شدن دهان شود. می‌تواند سبب پوسیدگی دندان شود.
آدامس جویدنی، نعناع	برای رقیق کردن بزاق. بر روی گیرنده‌های شیمیایی و مکانیکی جهت تحریک ترشح بزاق عمل می‌کند. ممکن‌است‌یک‌سیستم بافری برای تعادل اسیدهای غذا ایجاد کند.	آدامس مؤثرتر از نعناع است. برای جلوگیری از پوسیدگی دندان، آدامس/نعناع بدون قند توصیه کنید. مقبولیت جویدن آدامس بویژه در افراد مسن را در نظر بگیرید. عوارض جانبی مثل اسهال ناشی از مصرف بیش از حد سوربیتول یا صمغ نعناع را در نظر بگیرید.
هیدراتاسیون بیمار	جایگزینی مایع از دست رفته	نوشیدن آب و مایعات دیگر را تشویق کنید. با افزایش رطوبت در سیستم‌های اکسیژن رسانی و استفاده از دستگاه‌های بخار با اثر خشک شدن ناشی از دستگاه‌ها مقابله کنید. انجام این اقدامات در شب ممکن است کیفیت خواب را ارتقا کند.
جایگزینی بزاق		
اسپری کردن آب یا جرعه جرعه نوشیدن	درد دهان را کاهش و بزاق را افزایش می‌دهد.	کوتاه مدت است. راحت و قابل انجام است. بر اساس ترجیح بیمار از آب سرد یا گرم می‌توان استفاده کرد.
بزاق مصنوعی	بزاق مورد نیاز را برای لغزنده کردن مخاط دهان فراهم می‌کند.	در شکل‌های ژل یا اسپری وجود دارد. دوز مصرفی ۲ میلی لیتر در هر ۳-۴ ساعت است. حاوی کربوکسی متیل سلولز یا موسین است که از محصولات حیوانی است. باورهای مذهبی و ترجیحات غذایی بیمار را در حین تجویز در نظر بگیرید. محصولات بر پایه موسین ممکن است بهتر از محصولات بدست آمده از کربوکسی متیل سلولز تحمل شوند.
پروسیجرها		
لیزر درمانی	تولید بزاق را افزایش می‌دهد.	زمان بر و پر هزینه است. در محیط مطب برای غدد بزاقی تجویز می‌شود.
تحریک الکتریکی	تولید بزاق را افزایش می‌دهد.	ماندگاری بیشتر، هزینه‌ی کمتری نسبت به لیزر درمانی دارد. پیام‌های الکتریکی از طریق باتری به غدد و زبان انتقال داده می‌شود
طب سوزنی	تولید بزاق را افزایش می‌دهد.	در فواصل هفتگی یا منظم انجام می‌شود. هزینه متغییر است و می‌تواند گران باشد

دیسژزیا[1] (اختلال در حس چشایی)

تعریف و تأثیر

دیسژزیا نوعی تغییر یا تحریف در درک مزه است که معمولا ناخوشایند توصیف می‌شود. بیماران مبتلا به دیسژزیا ممکن است اختلال در احساسات چشایی را گزارش کنند که به صورت تجربه‌ی غیر طبیعی مزه‌ی تلخ، شور یا فلز مانند است. دیسژزیا ممکن است همراه با کاهش حس چشایی (هیپوژزیا[2]) یا حتی عدم وجود حس چشایی (آژزیا[3]) باشد. تغییرات چشایی ممکن است منجر به اشتهای ضعیف، تنفر از غذا، کاهش مصرف خوراکی و متعاقب آن کاهش وزن و سوءتغذیه شود. علاوه بر این عدم توانایی مرتبط با لذت بردن از غذا و جنبه اجتماعی زمان صرف غذا می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیسژزیا تأثیر منفی بگذارد.

وقوع و شیوع

دیسژزیا به طور مکرر در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی و/یا پرتو درمانی، رخ می‌دهد و در نتیجه بیشتر متون بر روی این بیماران متمرکز است. در یک مرور سیستماتیک، وقوع دیسژزیا ۵۶/۳ درصد در بیماران مبتلا به سرطان فقط شیمی درمانی، ۶۶/۵ درصد در بیماران فقط پرتو درمانی و ۷۶ درصد در بیماران هم شیمی درمانی و هم پرتو درمانی دریافت کرده بودند، گزارش شد. بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن از جمله بیشترین افراد در معرض ابتلا به سوء هاضمه هستند.

اتیولوژی

در میان بیماران مبتلا به سرطان، تغییرات چشایی ممکن است ناشی از روش‌های درمانی خاصی باشند.

در حالی که مکانیسم دقیق دیسژزیا کاملا ناشناخته است، به طور کلی پذیرفته شده است که آسیب به سلول‌های گیرنده حسی دلیل اصلی بروز این علامت است. میزان گردش سلول‌های گیرنده‌ی جوانه چشایی حدودا ۱۰ روز است که باعث می‌شود آنها در معرض عوامل شیمیایی و اشعه قرار بگیرند. هر دو روش تعداد زیادی سلول با سرعت گردش بالا از بین می‌رود. به علاوه اشعه ممکن است ساختار آناتومیکی جوانه‌های چشایی را از بین ببرد، بنابراین کاهش توانایی سلول‌های گیرنده در تعامل با مولکول‌های طعم‌دهنده غذا رخ می‌دهد. سرانجام قرار گرفتن در معرض شیمی درمانی ممکن است باعث تغییراتی در سلول‌های عصبی نیز شود، بنابراین ایجاد حس چشایی خاص حتی بدون حضور محرک سلول گیرنده توسط مولکول طعم‌دهنده، ایجاد می‌شود. اختلالات چشایی یک عارضه‌ی جانبی رایج در بیماری‌های عصبی مانند بیماری پارکینسون، ALS، مولتیپل اسکلروزیس، دمانس و آلزایمر است. سایر بیماری‌های جدی مرتبط با دیسژزیا شامل دیابت، کم کاری تیروئید و بیماری کبدی است. عوامل خوش خیم‌تر مانند بهداشت نامناسب دندان‌ها، بیماری‌های پریودنتال، عفونت مخاطی، استفاده از دخانیات به صورت مکرر است که می‌بایست مورد توجه قرار گیرند. بیماری‌های سیستم تنفس فوقانی و عفونت‌های سینوسی ممکن است در بویایی تداخل ایجاد کرده و مزه بدی در دهان ایجاد کند که باعث تغییر در حس چشایی شود. داروها هم می‌توانند باعث سوء هاضمه شوند. ترکیبات شیمی درمانی می‌توانند طعم تلخ یا فلزی در دهان ایجاد کنند که با ورود ترکیبات موجود در داروها به مخاط دهان ایجاد می‌شود. داروهای شیمی درمانی خاص حاوی آنتی متابولیت‌ها همراه با مشتقات پلاتین (برای سرطان روده بزرگ استفاده می‌شود) یا همراه با آنتی بیوتیک‌های سیتوتوکسیک، آنتراسایکلین‌ها با آلکالوئیدهای وینکا (که برای لنفوم استفاده می‌شود) به

1. Dysgeusia
2. Hypogeusia
3. Ageusia

جدول ۱۱.۸. داروهای مرتبط با دیسژزیا

طبقه	داروها
آنتی بیوتیک‌ها	آمپی سیلین، ماکرولید، کیواینولنز، سولفامتوکسازول، تریمتوپریم، تتراسایکلین، مترونیدازول
داروهای نورولوژی	داروهای میگرن، داروهای ضد پارکینسون، شل‌کننده‌ی عضلات
داروهای قلبی	ضد فشار خون‌ها، ضد آریتمی‌ها، استاتین، دیورتیک‌ها
داروهای روان	ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، ضد جنون‌ها، ضد اضطراب و تثبیت‌کننده‌های خلق
سایر داروها	آنتی هیستامین‌ها، برونکودیلاتورها

احتمال زیاد دیسژزیا را تشدید می‌کند. شیمی درمانی مبتنی بر تاکسان مورد استفاده در درمان سرطان سینه نیز با افزایش خطر سوء هاضمه همراه است. داروهای دیگر مرتبط با دیسژزیا در جدول ۱۱.۸ آورده شده است.

ارزیابی

گزارش خود بیمار در ارزیابی اختلالات چشایی به عنوان استاندارد طلایی در نظر گرفته می‌شود. آزمایشات بالینی برای ارزیابی عملکرد چشایی وجود دارد و از روش‌های مختلف از جمله استفاده از محلول‌های غلیظ معطر و طعم دار به منظور بررسی آستانه‌های شناسایی طعم، استفاده می‌شود. اگر چه این آزمایشات در بیماران تحت مراقبت تسکینی، پیچیده و پرهزینه بوده و معمولا مفید نیستند.

مدیریت

مداخلات دارویی

تحقیقات موجود در زمینه مداخلات دارویی برای سوء هاضمه محدود است. مکمل روی به عنوان یک درمان بالقوه برای اختلال چشایی مورد مطالعه قرار گرفته است. هر چند در بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن ارزش مکمل غذایی روی بی‌نتیجه بوده است، دو مطالعه‌ی دیگر از نقش آن حمایت و دو مورد دیگر فایده‌ای را نشان ندادند. اخیرا یک مطالعه‌ی متاآنالیز که بر رو بیماران غیر مبتلا به سرطان انجام شده است نشان‌دهنده تأثیرات کم تا متوسط مکمل روی بر کیفیت زندگی افراد بوده است؛ اما بهترین نتیجه در بیمارانی که کمبود روی داشتند مشاهده شده است. در متون موجود، انواع مختلفی از داروها برای مدیریت سوء هاضمه مطرح شده‌اند، اما با این حال اطلاعات تاییدکننده کافی در این زمینه موجود نیست. در یک مطالعه‌ی بر روی بیماران مبتلا به دیسژزیای بدون علت، آلفا لیپوئیک اسید سبب رفع کامل علایم ۴۶ درصد از بیماران شد و بهبود خفیف تا متوسط ۹۱ درصدی در بیماران در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شد. در یک مطالعه‌ی دیگر به تجویز داروی نابینول با دوز پایین برای ۵۵ درصد از شرکت‌کنندگان پرداختند. این دارو در مقایسه با ۱۰ درصد دارو نماها تأثیرات بهتری بر بهبود حس چشایی بیماران داشت. سر انجام تأثیر میوه‌ی Synsepalum dulcificum (میوه خارق العاده) بر از بین بردن بو و طعم ناخوشایند غذاها برای بیماران مبتلا به سوء هاضمه مورد آزمایش قرار گرفت. شرکت‌کنندگانی که میوه را قبل از غذا مصرف کرده بودند، تغییرات مثبت در طعم وعده‌های غذایی و افزایش مصرف غذا را گزارش کردند. سایرمداخلات دارویی مؤثر بر سوء هاضمه شامل مصرف آمیفوستین، گلوتامین و کینگکوبیلوبا است، اما شواهد کافی در رابطه با مؤثر بودن این داروها وجود ندارد.

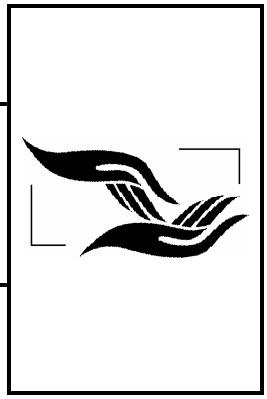
مداخلات غیر دارویی

شواهد اندکی از تأثیرات مداخلات غیر دارویی بر سوء هاضمه حمایت می‌کند. در یک مطالعه‌ی کیفی در مورد بیماران مبتلا به سرطان پستان که هنگام دریافت شیمی درمانی مبتنی بر تاکسان، نارسایی

عـضلانی را تجربـه کـرده بودنـد، طیـف وسـیعی از استراتژی‌ها شناسایی شدند که شامل دستور العمل‌های متفاوت از جمله خوردن غذاهای کاملا طعم دار، تمایل فرد به مصرف مواد غذایی خـاص، خـوردن آب نبـات بدون قند قبل از غذا، طعـم دار کـردن غـذا بـا لیمـو، مصرف نوشیدنی‌های شیرین، استفاده از کارد و چنگال پلاستیکی، استفاده از نی برای نوشیدن، مـسواک زدن دندان‌ها و زبان قبل از غذا خوردن و استفاده از جـوش شیرین، شست وشو دهان با آب نمک یا دهانشویه ضد باکتری است. در یک مطالعه که بر روی بیماران تحت شیمی درمانی انجام شد، در طی یک ابتکار آموزشـی، لیستی از اصلاحات پیشنهادی رژیم غذایی ارائه دادنـد. در میـان مفیـدتـرین مـداخلات، اجتنـاب از مـصرف غذاهای با بوی خوش یا طعم قوی، مـصرف غـذاهای بی‌انرژی، نوشیدن آب بیشتر همراه با غـذا، مراقبـت از دندان و دهان قبل از غذا خوردن و خوردن وعده‌هـای غذایی کم حجم در دفعات مکرر به عنـوان مـداخلات مفید شناخته شدند. در حالیکه مداخلات رژیـم غـذایی ممکن است فوایدی به همراه داشته باشـد، تحقیقـات بیشتری برای تعیین مؤثرترین مداخلات لازم است.

نتیجه‌گیری

دیسفاژی، سکسکه و سایر علایـم دهـانی معمـولا در طی پیشرفت بیماری رخ می‌دهند و می‌توانـد تـأثیرات قابل توجهی برای بیمار و ارائه‌دهندگان مراقبت در پی داشته باشد. اختلال بلع نه تنها ممکن است مانع تغذیه و هیدراتاسیون کافی شود، بلکه در تعاملات اجتمـاعی و بر روی کیفیت زندگی نیز مؤثر است. علایمی ماننـد سکسکه، سیالوره، خشکی دهـان و اخـتلال در حـس چشایی ممکن است بی‌نتیجه به نظـر برسـند و اغلـب توسط پزشکان نادیده گرفته می‌شوند. با این حال ایـن شرایط بعد مهی از رفاه فرد است. علایم دهانی چه به صورت جداگانه و چه به صورت گروهی از علایـم، بـه طور قابل توجهی بر روی کیفیت زندگی بیماران تحت مراقبت تسکینی تأثیر می‌گـذارد. مـدیریت دیـسفاژی، سکسکه و علایم دهانی در بیماران مبتلا بـه بیمـاری جدی برای جلوگیری از کاهش عملکـرد، بـه حـداکثر رسـاندن راحتـی و کیفیـت زنـدگی و حمایـت از خواسته‌هـای بیمـار اسـت. فراینـد درمـانی بیمـار، بـا مشارکت تیمـی از ارائـه‌دهنـدگان مراقبـت و بیمـار و خانواده وی برای کار پیدا کردن راه حل مناسب و مؤثر درمانی آغاز می‌شود. پرستاران باید در مرحله اول وجود این علایم را شناسایی و تأثیر آنها بر کیفیت زندگی را درک کنند. مراقبـت از دهـان و دنـدان یـک مراقبـت اساسـی بـرای دیـسفاژی، سـیالوره، خـشکی دهـان و دیسژزیا است. در ادامه می‌بایست پرستاران مراقبـت از دهان و دندان را به عنوان یک جنبه‌ی حیـاتی و مهـم در جهـت ارتقـاء کرامـت، آسـایش و کیفیـت زنـدگی بیماران مبتلا به علایـم و اخـتلالات دهـان و دنـدان اعلام کنند.



فصل ۱۲

کنترل روده

یبوست، انسداد، اسهال و آسیت

نکات کلیدی

- یبوست و اسهال از علائم شایع در بیماران تحت مراقبت تسکینی هستند و باید دقیقا پایش شده و باتوجه به علت‌شان، درمان شوند.
- انسداد بدخیم روده و آسیت می‌توانند تأثیر شدیدی بر کیفیت زندگی داشته باشند و نیازمند ارزیابی دقیق و درمان فعال هستند.
- مراقبت تسکینی شامل ایجاد انتظارات واقع‌بینانه در رابطه با کنترل دقیق علائم مؤثر بر کیفیت زندگی است.

یبوست

مطالعه‌ی موردی ۱: یک بیمار با سرطان ریه

آقای بی، یک مرد ۷۸ ساله با سرطان سلول کوچک ریه در مرحله‌ی پیشرفته است که در حال حاضر داروی پاکلی‌تکسل و سیس پلاتین دریافت می‌نماید. اخیرا درد وی افزایش یافته و مصرف اپیوئید؛ متناسب با افزایش دردش، بیشتر شده‌است. در ویزیت درمانگاهی وی به این موضوع اشاره می‌کند که در ۵ روز گذشته؛ اجابت مزاج نداشته و احساس ناراحتی دارد. او از افزایش مصرف مایعات و ملین‌ها به مقدار زیاد و بدون ایجاد بهبودی خسته شده است.

شیوع و تأثیر

۱۴ درصد از جمعیت عمومی از یبوست رنج می‌برند و ۳۰ تا ۱۰۰ درصد بیماران تحت مراقبت تسکینی، درگیر یبوست هستند. این طیف گسترده آماری اساسا به سبب عدم اجماع و اتفاق نظر در تعریف یبوست است. در یک مطالعه بر روی جمعیت تحت مراقبت تسکینی توسط اریچسن و همکاران، ۷ درصد از بیماران یبوست بالینی (کمتر از ۳ بار اجابت‌مزاج در هفته) داشتند و ۱۹ درصد؛ درک یبوست داشتند و ۱۵ درصد؛ یبوست بالینی و درک‌شده را توام داشتند. از این بیماران دچار یبوست؛ ۷۱ درصد علائم شدید را گزارش کردند.

با توجه به شیوع فراوان یبوست، دور از انتظار نیست که بگوییم یبوست باعث افزایش استفاده از خدمات مراقبت بهداشتی شده‌است. مهم‌تر از آن، یبوست با اختلال فعالیت فیزیکی و کاهش بازدهی کاری، همراه است و ممکن است علائم افسردگی و اضطراب نیز ایجاد نماید که همه‌ی این‌ها کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را کاهش می‌دهند. یک سوم بیمارانی که به دلیل درد، اپیوئید دریافت می‌کنند، به خاطر یبوست ناشی از اپیوئید مصرف آن را کاهش داده یا قطع می‌کنند و دارویی را انتخاب می‌کنند که

در برطرف کردن درد از کفایت کافی برخوردار نیست. بعلاوه، بیماران ممکن است دچار نوعی تفکر فاجعه‌بار گردند که یبوست را نشان افت سریع سلامت خود، تلقی کنند.

تعاریف

اتفاق‌نظر عمومی درخصوص تعریف یبوست وجود ندارد و اغلب به صورت ذهنی، تفسیر می‌شود. توصیفات رایج شامل کاهش دفعات حرکت روده، مدفوع سخت و یا کوچک، زورزدن یا دفع دشوار مدفوع و احساس نفخ یا پری شکم است. معیار Rome 1 در سال ۱۹۹۴ ارائه شد تا تعریف عینی از یبوست بالینی ارائه دهد و در سال ۲۰۱۶ ویرایش IV از معیار Rome، چاپ شد (به جعبه ۱۲.۱ مراجعه کنید).

کلارک و همکارانش مطرح کردند که در تعریف یبوست، چهار حیطه درنظرگرفته می‌شود: (۱) هرگونه شرح‌حال طولانی‌مدت از اختلال عملکرد روده به صورتی که در معیار Rome تعیین شده‌است (۲) ارزیابی اختلال عملکرد فیزیکی که ممکن است باعث تداخل در دفع نرمال باشد (۳) گزارش ذهنی بیمار از یبوست برمبنای زورزدن و احساس نفخ یا دفع ناکامل و (۴) سنجش‌های عینی نظیر دفعات و قوام مدفوع.

پاتوفیزیولوژی و عوامل خطر

فیزیولوژی طبیعی دستگاه گوارش پیچیده است و شامل ترکیبی از تنظیم مایعات و عوامل نورولوژیک داخلی و خارجی است. زمان انتقال بین ۲ تا ۵ ساعت در روده‌ی کوچک ۱۳ و ۱۰–۵۹ ساعت در روده‌ی بزرگ است، امّا این زمان‌ها ممکن است به وسیله‌ی هر عامل تأثیرگذار بر تعادل مایع یا حرکت روده تغییر کند.

علل یبوست را می‌توان به انواع اولیه و ثانویه تقسیم نمود. علل اولیه شامل کاهش دریافت مایع و فیبرو همچنین کاهش فعالیت و حرکت است. سایر عوامل خطر یبوست شامل جنس مونث، افزایش سن و نداشتن حریم خصوصی و عدم دسترسی به سرویس بهداشتی است، چنان که برای بیماران بستری پیش می‌آید.

ممکن است بیمار از لحاظ فیزیکی در استفاده از لگن یا چهارپایه؛ احساس ناراحتی داشته باشد و این موضوع بر چالش دفع وی بیفزاید.

علل ثانویه‌ی یبوست متعدد هستند و شامل علل ساختاری، متابولیک، نورولوژیک، روانی و ایاتروژنیک، است.

جعبه ۱۲.۱. معیارهای Rome IV برای یبوست بالینی

دو یا بیشتر از علائم زیر در سه ماه گذشته وجودداشته‌باشد و شروع آن حداقل از ۶ ماه قبل باشد:

- زورزدن در بیش از ۲۵ درصد موارد
- مدفوع سخت یا بدشکل در بیش از ۲۵ درصد موارد
- احساس دفع ناکامل در بیش از ۲۵ درصد موارد
- احساس انسداد/ بلوک آنورکتال در بیش از ۲۵ درصد موارد
- مانورهای دستی (مانند تخلیه‌ی انگشتی) در بیش از ۲۵ درصد موارد اجابت مزاج
- کمتر از سه اجابت‌مزاج خودبه‌خود در هر هفته

بعلاوه، مدفوع شل بدون مصرف ملین‌ها به ندرت ایجاد گردد و بیمار معیارهای کافی برای تشخیص سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر را نداشته باشد.

عوامل ساختاری

از لحاظ ساختاری، هرچیزی که عبور مواد داخل روده را مختل کند می‌تواند در ایجاد یبوست دخیل باشد. این موارد شامل تومورهای اولیه‌ی لگن یا شکم (مانند

سرطان کولون، پانکراس، رحم، تخمدان‌ها و دهانه رحم) یا متاستاز و همچنین انسداد نسبی روده در اثر بدخیمی یا دیگر عوامل است. بیمارانی که سابقه‌ی جراحی قبلی شکمی یا لگن دارند ممکن است دچار توقف عملکرد دستگاه گوارش در اثر جراحی یا چسبندگی‌های پس از جراحی باشند که باعث آهسته ترشدن حرکات روده می‌گردد. ضعف عضلات شکمی نیز با سخت‌کردن ایجاد فشار داخل شکمی لازم برای داشتن حرکات روده، در ایجاد یبوست دخالت دارند. به صورت مشابه، اختلال عملکرد کف لگن نیز می‌تواند هماهنگی عملکرد دفع را دشوار سازد. هموروئیدهای خارجی و شقاق‌های مقعد باعث ناراحتی حین دفع می‌شوند و ممکن است بیمار را از داشتن حرکات روده‌ای به صورت زمان‌بندی‌شده، بترسانند و به دفع مدفوع نامنظم منجر شود.

عوامل متابولیک

اختلالات الکترولیتی بر حرکت روده اثر دارند، لذا در ایجاد یبوست دخیل شمرده می‌شوند. هیپرکالمی که در بیماران دچار مولتیپل میلوما و دیگر بدخیمی‌ها شایع است یا هیپرپاراتیروئیدی اغلب با یبوست همراه هستند، هیپوناترمی و هیپوکالمی نیز چنین است. هیپرگلیسمی می‌تواند به نوروپاتی دیابتی اتونوم بینجامد که زمان انتقال روده‌ای را افزایش می‌دهد. هیپوتیروئیدی و اورمی مرتبط با نارسایی کلیه از دیگر عوامل خطر متابولیک برای یبوست است.

عوامل نورولوژیک

هر بیماری نورولوژیکی تأثیر بر سیستم‌های عصبی اتونوم، سوماتیک یا روده‌ای می‌تواند به ایجاد یبوست بینجامد. آسیب یا تحت فشار قرارگرفتن طناب نخاعی لومبوساکرال، سندرم دم اسب، پاراپلژی و سکته همراه با فلج متعاقب آن همگی توانایی بیمار برای هماهنگی حرکات روده را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. بیماران دچار بیماری پارکینسون در معرض خطر بالای یبوست هستند. دیگر بیماری‌های نورولوژیک نظیر تومورهای مغزی و نوروپاتی اتونوم پارانئوپلاستیک نیز با یبوست همراه هستند.

عوامل فیزیولوژیک

عوامل فیزیولوژیک و سایکوسوماتیک نیز در یبوست نقش دارند، از جمله‌ی آنها می‌توان به افسردگی اشاره نمود. تجربیات دردناک گذشته یا باورهای فرهنگی مرتبط با حریم خصوصی می‌توانند بر سطح راحتی فرد در داشتن حرکات روده‌ای تأثیر بگذارند.

عوامل ایاتروژنیک

برخی از شایع‌ترین علل یبوست، ماهیت ایاتروژنیک دارند و حاصل عملکرد داروها هستند. به ویژه اپیوئیدها در جمعیت بیماران تحت مراقبت تسکینی، نقش مهمی در ایجاد یبوست دارند. به طور کلی تا ۴۷ درصد از بیمارانی که داروهای اپیوئیدی دریافت می‌کنند و ۷۲ درصد از آن‌هایی که مورفین خوراکی مصرف می‌کنند؛ از یبوست ناشی از اپیوئید رنج می‌برند. دوزهای بالاتر و طول مدت بیشتر استفاده از اپیوئیدها؛ بر این خطر می‌افزاید. تأثیر ضد درد اپیوئیدها ممکن است از طریق اتصال به گیرنده‌های مو در سیستم عصبی مرکزی ایجاد شود. از سوی دیگر، زمانی که این ترکیبات به گیرنده‌های اپیوئیدی داخل شبکه‌ی میانتریک دستگاه گوارش متصل می‌شوند و زمان ترانزیت را کاهش می‌دهند، جذب مایع را زیاد می‌نمایند و ترشح کلرید از دستگاه گوارش را کاهش می‌دهند و ریلکس‌شدن اسفنگترهای پیلور و داخلی آنال را کمتر می‌کنند و در نتیجه یبوست ناشی از اپیوئید ایجاد می‌گردد. متاسفانه با اینکه بیشتر اثرات جانبی اپیوئید در طول زمان، برطرف می‌شوند، امّا مقاومت در برابر یبوست، ایجاد نمی‌شود.

جعبه ۱۲.۲. داروهایی که به صورت معمول با یبوست همراه هستند.

شیمی‌درمانی: هر دارویی که باعث اختلال عملکرد سیستم عصبی خودکار شود
- آلکالوئیدهای vinca
- تاکسان‌ها
- اگزالوپلاتین
- تموزولومید
- تالیدومایید
- بورتزومیب

داروهای آنتی‌کولینرژیک: حرکت و ترشح مایع در دستگاه گوارش را کاهش می‌دهند.
- آنتی‌هیستامین‌ها
- ضدافسردگی‌ها (به خصوص ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای)
- ضداسپاسم‌ها (مانند دی‌سیکلومین)
- داروهای ضدپارکینسون

دیورتیک‌ها (ممکن است دهیدراتاسیون ایجاد کنند و به افزایش خطر یبوست بینجامند (مانند فوروزماید))

ضدتشنج‌ها (مانند گاباپنتین، پرگابالین، فنی‌توئین)

نورولپتیک‌ها (مانند هالوپریدول، کلرپرومازین)

مکمل‌ها (مانند کلسیم، آهن)

ضداستفراغ‌های آنتاگونیست 5HT3 (مانند اندانسترون)

شل‌کننده‌های عضلانی (مانند سیکلوبنزاپرین)

بلوک‌کننده‌های کانال کلسیم (مانند آملودیپین)

دیگر داروهایی که عمدتا یبوست ایجاد می‌کنند در جعبه ۱۲.۲ آمده است.

ارزیابی

شرح‌حال

یک ارزیابی خوب همیشه با مروری بر شرح‌حال پزشکی و جراحی‌های قبلی، استفاده از داروها و ارزیابی هریک از عوامل خطر بحث‌شده در بخش پاتوفیزیولوژی، آغاز می‌گردد. چون عملکرد طبیعی روده دارای یک طیف است، عادات روده‌ای قبلی بیمار باید مشخص شود و نشانه‌های بحث‌شده از نظر انحراف از حالت پایه، ارزیابی شود. گرچه، توجه به تغییرات اخیر در دریافت مایعات و غذاها سودمند است، امّا مهم است که حتی در غیاب دریافت غذایی خوب، به حرکات روده توجه داشته باشیم؛ زیرا محتوای مدفوع؛ تنها شامل غذا نیست و سلول‌های جداشده‌ی دستگاه گوارش و باکتری‌ها نیز در تشکیل آن سهیم هستند.

بیماران مبتلا به یبوست ممکن است شرح‌حالی از نفخ، سیرشدن زودهنگام، درد شکم، تهوع، استفراغ و بی‌حالی را ذکر نمایند. با این حال، برخی مطالعات پیشنهاد می‌کنند که گزارشات شخصی بیماران به صورت جواب بله یا خیر در ارزیابی یبوست، ممکن است در کاربرد بالینی سودمند نباشد، زیرا ارتباط اندکی میان پاسخ‌های آن‌ها و معیارهای بالینی وجود دارد. روندالی و همکارانش پیشنهاد کردند که در جمعیت مبتلا به سرطان پیشرفته یک مقیاس ساده‌ی صفر تا ده می‌تواند سودمندتر از پاسخ بله یا خیر باشد. اگر امتیاز بیشتر یا مساوی ۳ نتیجه‌ی مثبت غربالگری درنظر گرفته‌شود، ۸۴ درصد حساسیت و ۶۲ درصد ویژگی، خواهدداشت. همچنین مهم است که پرچم‌های قرمز را که می‌توانند حاکی از مسئله‌ای جدی باشند ارزیابی نماییم، برای نمونه مدفوع خونی یا ملنا، تهوع یا درد شکمی شدید یا مقاوم، از دست رفتن قابل توجه وزن، آنمی همزمان یا سابقه‌ی خانوادگی بدخیمی‌های دستگاه گوارش.

مقیاس‌های بسیاری برای درک بهتر علائم بیماران پیشنهاد شده‌است. مقیاس ارزیابی یبوست و شاخص عملکرد روده؛ دو ابزار غربالگری هستند که به صورت رایج به کار می‌روند و قابل اعتماد و معتبر هستند، جزئیات بیشتر آن‌ها در جدول ۱۲.۱ بحث شده‌است.

جدول ۱۲.۱. مقیاس‌های ارزیابی یبوست

مقیاس ارزیابی یبوست	شاخص عملکرد روده
خودارزیابی بیمار	توسط پزشک
مربوط به ۷ روز	مربوط به ۷ روز
به وجود و شدت علائم نمره دهید. ۰: بدون مشکل ۱: تاحدی مشکل ۲: مشکل شدید • اتساع یا نفخ شکمی • تغییر در مقدار دفع گاز از رکتوم • اجابت‌مزاج با دفعات کمتر • خروج مدفوع مایع • پری یا فشار در رکتوم • درد رکتوم بدون دفع مدفوع • حجم کم مدفوع • ناتوان در تخلیه‌ی مدفوع	به معیارهای زیر نمره بدهید. • سهولت دفع (۰: آسان/ بدون مشکل؛ ۱۰۰: بسیار دشوار) • احساس تخلیه‌ی ناکامل (۰: هرگز، ۱۰۰: بسیار شدید) • قضاوت بیمار درخصوص یبوست (۰: اصلا یبوست ندارد؛ ۱۰۰: یبوست بسیار شدید)
امتیاز کل صفر: بدون یبوست امتیاز کل ۱۶: یبوست شدید	تجویز دارو را باید برای بیماری که در حال حاضر در مداخلات خط اول امتیاز ۳۰ یا بیشتر دارد، در نظرداشت.
	معمولا در مطالعات OIC در بیماران تحت مداخلات پیشگیرانه یا خط اول، به کار می‌رود. توسط آکادمی آمریکایی طب درد توصیه شده‌است.

معاینه‌ی فیزیکی

یک معاینه‌ی شکمی کامل در ارزیابی یبوست حائز اهمیت است و باید شامل مشاهده‌ی چشمی اسکارهای جراحی، اتساع شکم یا تغییرات پوستی باشد. سمع می‌تواند اطلاعاتی درباره‌ی اینکه روده‌ها حرکت دارند یا نه؛ فراهم کند و دق ممکن است برروی کولون پرشده از مدفوع به صورت مات یا در نواحی پر از گاز؛ تیمپان باشد. یک پزشک باید برای یافتن توده‌ها یا آسیت و ارزیابی عوامل خطر یبوست؛ شکم بیمار را لمس کند و ممکن است واقعا بتواند توده‌ی مدفوعی را در کولون نزولی، لمس نمایند و کریپتوس به خاطر تجمع گاز را حس کند.

معاینه‌ی رکتال باید انجام شود (به جز در موارد ترومبوسیتوپنی یا نوتروپنی که ممکن است باعث افزایش خطر خونریزی یا عفونت شود). با این معاینه می‌توان تجمع مدفوع یا تشخیص هموروئید خارجی، شقاق‌ها یا زخم‌ها که همگی باعث ایجاد یبوست می‌شوند را رد کرد. در برخی موارد، شواهد پرولاپس رکتوم یا توده‌ها ممکن است مشهود باشد که نیازمند ارزیابی بیشتر خواهدبود. وجود مدفوع خونی ممکن است مطرح‌کننده‌ی هموروئیدها، کولیت یا تومور باشد.

یک معاینه‌ی نورولوژیک می‌تواند در ردکردن اختلالات سیستم عصبی مرکزی یا طناب نخاعی که بیمار را مستعد یبوست می‌سازند، کمک‌کننده باشد.

مطالعات تشخیصی

درحالی که مطالعات تصویربرداری به صورت کلی در ارزیابی یبوست اندیکاسیون ندارند، امّا یک رادیوگرافی شکم یا توموگرافی کامپیوتری (سی‌تی اسکن) را می‌توان برای بیماران پرخطر یا برای ردکردن انسداد روده، در نظرداشت.

ارزیابی عوامل خطر متابولیک؛ زمانی که از لحاظ بالینی اندیکاسیون داشته‌باشند، مانند ارزیابی سطوح کلسیم، سدیم، پتاسیم و قند می‌توانندکمک‌کننده باشند و شمارش کامل سلول‌های خونی در ردکردن آنمی، ترومبوسیتوپنی و نوتروپنی همراه می‌تواند سودمند باشد. هورمون محرک تیروئید را نیز می‌توان

جعبه ۱۲.۳. الگوریتم پیشنهادی برای درمان یبوست

مرحله‌ی ۱:
آموزش‌دهی درباره‌ی افزایش مصرف مایعات، فیبرهای غذایی و ورزش درصورت امکان
ارزیابی عوامل خطر شامل داروهای یبوست‌زا
بیمارانی که اپیوئید مصرف می‌کنند باید رژیم پروفیلاکسی روده‌ای دریافت کنند، مگر اینکه ممنوعیت داشته‌باشد: ملین محرک:
سنوسیدها ۸/۶ میلی‌گرم، دو قرص در زمان خواب

مرحله‌ی ۲:
در صورت نیاز دوز سنوسیدها را تا ۴ قرص ۲ بار در روز می‌توان افزایش داد و یا
یکی از داروهای زیر را اضافه کرد:
- پلی‌اتیلن گلیکول ۱۷ گرم در ۸ انس نوشیدنی یک بار در روز
- شیر منیزی ۱۰ میلی‌لیتر خوراکی ۲-۴ بار در روز (در بیماران در معرض خطر اختلال الکترولیتی یا اختلال عملکرد کلیوی مصرف شیرمنیزی محدود گردد)

مرحله‌ی ۳
معاینه‌ی فیزیکی انگشتی را برای رد تجمع مدفوع انجام دهید (در بیماران دچار نوتروپنی یا ترومبوسیتوپنی این معاینه انجام نشود)
- اگر مدفوع تجمع‌یافته نرم باشد، تخلیه‌ی دستی را درنظر داشته‌باشید.
- اگر مدفوع سخت باشد، روغن معدنی یا شیر و انما را به کار ببرید.
- ضددردهای کوتاه‌اثر و یا ضداضطراب‌ها را پیش از تخلیه به کار ببرید.

اگر مدفوع تجمع‌یافته؛ وجود نداشت، مصرف لاکتولوز ۱۵-۳۰ میلی‌لیتر، خوراکی ۳-۴ بار در روز یا شیاف بیزاکودیل به صورت روزانه را در صورت نیاز می‌توان درنظرداشت.
تصویربرداری شکمی را در صورت شک به انسداد یا تجمع زیاد مدفوع، درنظرداشته‌باشید.
مشاوره درباره‌ی کنترل عملکرد روده را انجام دهید.

در صورت شک به دخالت هیپوتیروئیدی در ایجاد یبوست، در نظرداشت.

مدیریت

مداخلات پرستاری و مراقبت حمایتی

آموزش بیمار یک مولفه‌ی کلیدی در مدیریت یبوست است و شامل آگاهی از عوامل خطر و چگونگی تأثیر رفتار و دریافت مواد غذایی بر نشانه‌ها است. بیماران باید یک هدف را درنظر بگیرند، مثلا یک بار اجابت مزاج بدون فشار در طی روز (جعبه ۱۲.۳).

با اینکه بسیاری از بیماران تحت مراقبت تسکینی؛ دریافت غذایی اندکی دارند، امّا باید به این بیماران آموزش داد که انتظار می‌رود برون‌ده مدفوعی حتی کمتر از میزان معمول، داشته‌باشند. شواهد محدودی وجود دارد که نشان می‌دهد افزایش دریافت مایعات خوراکی، به استثنای موارد دهیدراتاسیون؛ به درمان یبوست کمک می‌کند؛ با این حال، بسیاری از پزشکان هدف روزانه‌ی هشت لیوان هشت اونسی مایع (در صورتی که ممنوعیتی نداشته‌باشد) را پیشنهاد می‌نمایند. از دیدگاه تغذیه‌ای، افزایش فیبر رژیم غذایی به ۲۰-۳۵ گرم در روز (شامل غذاهای پرفیبر نظیر آلوی خشک، سیب، میوه‌های بدون هسته و همچنین سبزیجات دارای برگ سبز، غلات کامل و سبوس گندم) به جز در افراد در معرض خطر بالای انسداد روده هستند، توصیه می‌شود. دیگر توصیه‌های غذایی شامل اجتناب از مصرف غذاهای یبوست‌زا مانند محصولات لبنی (مثل پنیر و بستنی)، گوشت قرمز و غذاهای فراوری‌شده است.

شواهد اندکی وجود دارد که نشان می‌دهد ورزش به درمان یبوست کمک می‌کند و ورزش از لحاظ تکنیکی برای بیماران تحت مراقبت تسکینی چالش‌برانگیز است؛ با این حال، کارشناسان پیشنهاد می‌کنند در صورت تحمل بیمار، فعالیت وی افزایش داده‌شود. فراهم‌کردن شرایطی برای حفظ حریم خصوصی بیمار، دسترسی آسان به سرویس بهداشتی یا صندلی لگن‌دار و برنامه‌ی روزمره (حرکت کولون

صبح‌ها بیشتر از هر زمان دیگری است) مداخلات اصلی هستند که به پیشگیری و بهبود یبوست، کمک می‌کنند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد ماساژ شکمی در جهت عقربه‌های ساعت فشار داخل شکمی را افزایش می‌دهد و باعث بهبود عملکرد روده، خواهد شد و به سادگی توسط پرسنل پرستاری یا اعضای خانواده، قابل انجام است. استفاده از یک چهارپایه، چمباتمه‌زدن یا خم شدن به جلو حین دفع مدفوع باعث ریلکس‌شدن عضله‌ی پوبورکتالیس می‌شود و امکان عبور راحت‌تر مدفوع را فراهم می‌نماید.

در شرایطی که اندیکاسیون داشته باشد، خارج‌کردن دستی مدفوع می‌تواند باعث ایجاد راحتی بسیار در بیماران دچار یبوست شود. استفاده از داروهای ضددرد و ضداضطراب مناسب را باید درنظرداشت. در بیماران دچار ترومبوسیتوپنی یا نوتروپنی باید از پاکسازی دستی مدفوع، اجتناب شود.

مدیریت دارویی

یک رویکرد دارویی اولیه شامل اجتناب از داروهای یبوست‌زا در حد امکان (مثلا استفاده از ضدتهوع دیگری به جای اندانسترون) است. افزایش استفاده از داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، استامینوفن و داروهای کمکی برای کاهش درد؛ می‌تواند خطر ایجاد یبوست ناشی از اپیوئیدها را با کاهش نیاز به این ترکیبات دارویی، کمترکند. دیده‌شده است که مورفین خوراکی در مقایسه با فنتانیل ترانس‌درمال، باعث مصرف بیشتر ملین‌ها می‌شود و یبوست بیشتری ایجاد می‌کند. لذا انتخاب اپیوئید نیز حائز اهمیت است.در بیمارانی که اپیوئید دریافت می‌نمایند، یک رژیم پروفیلاکسی روده‌ای؛ پیشنهاد می‌شود، مگر اینکه ممنوعیتی برای آن وجود داشته‌باشد و زمانی که دوز اپیوئیدها افزایش می‌یابد، رژیم روده‌ای باید مطابق با آن تنظیم شود.

ملین‌های خوراکی به صورت کلی به عنوان داروهای خط اول درمان یبوست به کار می‌روند. با این حال، داده‌های اندکی درباره‌ی ایمنی و اثربخشی ملین‌ها در بیماران تحت مراقبت تسکینی موجود است. یک مرور کاکرین در سال ۲۰۱۵ بر روی بیماران تحت مراقبت تسکینی دچار یبوست؛ مطرح کرد که ملین‌های مختلف اثربخشی مشابهی دارند، با این حال بسیاری از ملین‌های رایج در این مطالعه وارد نشده‌بودند و کیفیت کلی و میزان مطالعات واردشده به آن اندک بود. با اینکه یک پروتکل اختصاصی، مورد توافق همگان برای استفاده از ملین وجود ندارد، امّا گروه متفق اروپایی مربوط به یبوست و مراقبت تسکینی پیشنهاد می‌کنند که از ترکیبی از ملین‌های اسمزی و محرک در بیماران تحت مراقبت تسکینی، استفاده گردد و بسیاری از پزشکان این رویکرد را اتخاذ خواهندنمود. بسیاری از انواع ملین‌ها در دسترس در ادامه با جزئیات درباره‌ی آنها بحث خواهدشد.

ملین‌های حجم‌دهنده

ملین‌های حجم‌دهنده برای بیمارانی اندیکاسیون دارند که دچار یبوست خفیف و سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر هستند. طبیعتا این ملین‌ها به عنوان تک‌دارو در بیماران دچار یبوست ناشی از اپیوئید مؤثر نیستند و در کسانی که محدودیت قابل ملاحظه‌ی فعالیت فیزیکی و دریافت مایعات اندک دارند، باید از مصرف آنها اجتناب گردد چون ممکن است باعث انسداد روده شوند و همین موضوع کارایی آن‌ها را در جمعیت بیماران تحت مراقبت تسکینی، کم می‌نماید. عوارض جانبی شایع شامل اتساع و نفخ شکم است؛ به میزان کمتر شایعی؛ احتباس مایع و هیپرگلیسمی نیز ممکن است رخ دهد. شروع عملکرد معمولا در عرض ۱۲-۲۴ ساعت است، گرچه ممکن است ۷۲ ساعت یا بیشتر نیز به طول بینجامد. ملین‌های حجم‌دهنده باید با دو لیوان

هشت انسی آب مصرف شوند. برخی مثال‌های ملین‌های حجم‌دهنده عبارتند از:

- پسیلیوم ۴-۶ گرم در روز
- متیل‌سلولز ۴-۶ گرم در روز
- عصاره‌ی مالت جو پیش از وعده‌های غذایی و قبل از خواب

ملین‌های سورفاکتانت (دترجنت، امولینت، نرم‌کننده)

ملین‌های سورفاکتانت بیشتر از همه در مواقع مدفوع سخت مناسب هستند و این ملین‌ها را می‌توان برای بیمارانی که نباید زور بزنند در نظر داشت (مثلا بیمارانی که اخیرا جراحی داشته‌اند یا دچار فشارخون بالا هستند). در بسیاری موارد، یک ملین سورفاکتانت به عنوان تک‌دارو کافی نیست و در عین حال در یک مطالعه‌ی مروری کاکرین در سال ۲۰۱۵ مشخص شد که ترکیب سورفاکتانت با یک ملین محرک نیز در بیماران تحت مراقبت تسکینی از نظر اثربخشی تفاوتی نداشت. در این مطالعه سورفاکتانت دوکوزات در ترکیب با سنوسیدهای محرک با دارونما به اضافه‌ی سنوسیدها، مقایسه گردید.

سورفاکتانت با کاهش کشش سطحی مدفوع اثر خود را اعمال می‌کند و امکان افزایش جذب آب و چربی را فراهم می‌کند که به ایجاد مدفوع نرم‌تری خواهدانجامید. شروع اثر دارو ممکن است تا ۳ روز طول بکشد. به هرحال با اینکه مدفوع ممکن است نرم‌تر شود، امّا سورفاکتانت اثر ملینی اعمال نمی‌کند. مزایای آن شامل عوارض جانبی اندک است گرچه آلودگی لباس با مدفوع ممکن است رخ دهد. مثال‌هایی از ملین‌های سورفاکتانتی در زیر آمده است:

- دوکوزات سدیم: ۵۰-۳۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز با یک لیوان پر از آب
- دوکوزات کلسیم: ۲۴۰ میلی‌گرم در روز
- روغن کرچک: به طور کلی در بیماران تحت مراقبت تسکینی پیشنهاد نمی‌شود چون تهوع و استفراغ از عوارض جانبی شایع آن هستند.

ملین‌های اسمزی

ملین‌های اسمزی برای یبوست متوسط تا شدید، اندیکاسیون دارند و به عنوان پاکسازی‌کننده‌ی روده برای کولونوسکوپی نیز به کار می‌روند. این ملین‌ها، قندهای غیرقابل جذب هستند که در روده‌ها اثر اسموتیک دارند و آب را به داخل لومن کشیده و مدفوع را نرم‌تر می‌کنند، همچنین باعث اتساع روده می‌شود و پریستالتیسم را افزایش می‌دهند.

ملین‌های اسمزی نباید برای بیماران مشکوک یا شناخته‌شده‌ی انسداد نسبی یا کامل روده به کارروند. عوارض جانبی آن‌ها شایع است و کرامپ شکمی در اثر پریستالتیسم افزایش می‌یابد. اختلالات آب و الکترولیت نیز ممکن است در اثر این ملین‌ها ایجاد شوند و از ملین‌های حاوی منیزیم نباید در بیماران دچار اختلال عملکرد کلیه استفاده کرد. درحالی که در بیماران دچار نارسایی احتقانی قلب، فشار خون بالا و ادم باید از مصرف ملین‌های سدیمی اجتناب شود. برخی مثال‌های ملین‌های اسمزی عبارتند از:

- *پلی‌اتیلن گلیکول (PEG)*: ۱۷ گرم یک یا دوبار در روز در ترکیب با ۴-۸ انس مایع، شروع اثر در عرض ۱-۴ روز. نشان داده‌شده‌است که PEG در مصرف ۱۲ ماهه در مقایسه با لاکتولوز بهتر و ایمن‌تر است. PEG برای بیماران تحت مراقبت تسکینی یک گزینه‌ی ارجح است، زیرا جذب سیستمیک ندارد و توسط باکتری‌های روده، متابولیزه نمی‌شود. بنابراین عوارض جانبی کمتری ایجاد می‌کند. همچنین مطالعات؛ برتری PEG در مقایسه با لاکتولوز را از نظر تعداد دفعات دفع مدفوع در بیماران دچار یبوست مزمن، مطرح می‌کنند.

- *لاکتولوز:* ۱۵–۳۰ میلی‌لیتر حداکثر هر ۶ ساعت، حداکثر دوز ۶۰ میلی‌لیتر در روز. این ماده یک ملین هیپراسمزی است و عوارض جانبی متعددی از جمله نفخ، تهوع و درد شکم دارد. مزه‌ی شیرین لاکتولوز ممکن است برای برخی بیماران غیرقابل تحمل باشد و ممکن است باعث ایجاد اسهال رفلکسی شود. شروع اثر معمولا در عرض ۲۴–۴۸ ساعت اتفاق می‌افتد. گرچه این ملین ممکن است برای بیماران تحت مراقبت تسکینی درنظر گرفته شود، امّا خط اول درمان نیست و مطالعات بیشتری برای بررسی ایمنی و اثربخشی آن در این گروه، موردنیاز است. درخصوص بیماران دیابتی به سبب خطر ایجاد هیپرگلیسمی؛ احتیاط نمایید.
- *سوربیتول:* ۳۰–۴۵ میلی‌لیتر از محلول ۷۰ درصد یک بار در روز. این ماده نیز یک ملین هیپراسمزی دیگر است که قیمت ارزان‌تری دارد و خاصیت تهوع‌زایی کمتری در مقایسه با لاکتولوز دارد. درخصوص بیماران دیابتی، مسائل قلبی–عروقی یا بیماری کلیه به سبب خطر هیپرگلیسمی و اختلال آب و الکترولیت باید احتیاط نمود. همانند لاکتولوز، درباره‌ی سوربیتول نیز شواهد اندکی از کاربرد آن در جمعیت تحت مراقبت تسکینی در دست است.
- منیزیم: منیزیم یک جزء از ملین‌های فراوان سالین است که گاهی به سبب شروع اثر سریع، معمولا در عرض ۱–۶ ساعت برای پاکسازی و تخلیه به کار می‌رود. استفاده از منیزیم به علت خطر اختلالات الکترولیتی باید محدود شود. مثال‌های این ملین شامل منیزیم سیترات ۱۵۰–۳۰۰ میلی‌لیتر، منیزیم هیدروکسید (شیرمنیزی) ۱۵–۳۰ میلی‌لیتر و منیزیم سولفات ۱۵ گرم حل‌شده در آب است.
- *سدیم فسفات:* ۴–۸ گرم حل‌شده در آب. اختلال الکترولیتی باز هم یک خطر محسوب می‌شود و کاربرد این ملین برای بیماران تحت مراقبت تسکینی را محدود می‌کند.

ملین‌های محرک

ملین‌های محرک معمولا در یبوست‌های متوسط تا شدید در بیماران دچار یبوست ناشی از اپیوئید، کاربرد دارند. این مواد با فعال‌کردن شبکه‌های عصبی میانتریک و زیرمخاطی، عمل می‌کنند و مخاط را تحریک کرده در نتیجه باعث افزایش پریستالتیسم و ترشح مایعات به درون روده می‌شوند. عارضه‌ی جانبی شایع این ترکیبات به سبب افزایش قوی فعالیت پریستالتیک، به صورت کرامپ‌های شکمی خواهدبود. دوزهای پایین‌تر در دفعات مکرر می‌تواند به پیشگیری از این عارضه کمک کند. گرچه خطر ایجاد اختلال در عملکرد طبیعی روده با مصرف مکرر این ترکیبات در حد فرضیه مطرح شده‌است، امّا شواهد اندکی در این زمینه وجود داشته که مرتبط با بیماران تحت مراقبت تسکینی نیست. برخی مثال‌های ملین‌های محرک شامل موارد زیر است:

- *بیزاکودیل:* ۵–۱۵ میلی‌گرم در روز که همراه با غذا تجویز می‌شود تا باعث تحریک معده نشود. بیزاکودیل متعلق به خانواده‌ی دی‌فنیل‌متان‌ها است و بر روی روده‌ی کوچک و بزرگ اثر می‌کند و زمان شروع اثر آن معمولا ۶–۱۲ ساعت است. این ترکیب نباید تا یک ساعت بعد از مصرف آنتی‌اسیدها یا فراورده‌های لبنی، استفاده شود؛ زیرا می‌تواند بر فرایند جذب تأثیر بگذارد. شیاف‌های بیزاکودیل بعدا بحث خواهدشد.
- *سنوسیدها (سنا):* ۸/۶ میلی‌گرم، دو قرص در زمان خواب در شروع؛ می‌توان به مرور مقدار آن را تا ۴ قرص دوبار در روز افزایش داد. این ترکیب از یک گیاهی جداشده و متعلق به خانواده‌ی آنتراکینون‌ها

است که تنها بر روده‌ی بزرگ اثر می‌گذارد. شروع اثر آن در عرض ۶–۱۲ ساعت است. قابل ذکر است که یک مطالعه‌ی مروری کاکرین سال ۲۰۱۵ هیچ تفاوتی در اثربخشی لاکتولوز و سنوسیدها نشان نداد، امّا سنوسیدها بهتر تحمل شده و ارزان‌تر هستند.

ملین‌های لوبریکانت

این ملین‌ها مدفوع را لغزنده و نرم می‌کنند تا راحت‌تر عبور نماید. گاهی از آن‌ها برای پیشگیری از زورزدن در جمعیت‌های خاص (مانند بیمارانی که جراحی اخیر داشته یا فشارخون بالا دارند) استفاده می‌شود. روغن معدنی ۵–۳۰ میلی‌لیتر، در زمان خواب با معده‌ی خالی یک مثال از این نوع ملین‌ها است که شروع اثر آن ۲–۳ روز است. با این حال، ملین‌های لوبریکانت به صورت کلی برای بیماران تحت مراقبت تسکینی پیشنهاد نمی‌شوند، زیرا عوارض جانبی زیادی از جمله تحریک و خارش پرینه، نشت مدفوع، امکان ایجاد سوءجذب (به ویژه درخصوص داروها و ویتامین‌های محلول در چربی) و خطر پنومونی ناشی از آسپیراسیون لیپید به ویژه در بیماران مسن را به‌همراه دارد.

شیاف‌های رکتال

شیاف‌ها به عنوان لوبریکانت عمل کرده و تحریک موضعی ایجاد می‌کنند که به شل‌شدن مدفوع کمک می‌کند. به منظور راحتی بیمار و مراقب وی، این دارو به عنوان درمان خط اول به کار نمی‌رود امّا در بیمارانی که بیش از ۳ روز اجابت مزاج نداشته‌اند، در نظرگرفته می‌شود. در بیماران دچار نوتروپنی و ترومبوسیتوپنی باید از مصرف آن‌ها اجتناب شود زیرا خطر عفونت و خونریزی را دارد. مثال‌های آن عبارتند از:

- *بیزاکودیل:* ۱۰ میلی‌گرم در روز، ۱۵–۲۰ دقیقه بماند. شروع اثر شیاف در مقایسه با داروی خوراکی سریع‌تر و معمولا در عرض ۲۰ دقیقه تا ۳ ساعت و به طور متوسط ۱ ساعت خواهدبود.
- *گلیسرین:* ۲ گرم در روز، ۱۵–۶۰ دقیقه باقی بماند. می‌تواند در عرض ۱۵–۶۰ دقیقه حرکات روده را آغاز کند و اثرات جانبی نادری دارد.

انما

همانند شیاف‌ها، انما نیز در بیماران دچار نوتروپنی و ترومبوسیتوپنی باید اجتناب شود و مصرف آن برای راحتی بیمار و مراقب وی محدود شود. مثال‌های بسیاری از انماها وجود دارد:

- *انمای آب گرم:* ۲۰۰ میلی‌لیتر در محل رکتوم. می‌تواند در عرض ۳۰ دقیقه حرکات روده را آغاز کند. اغلب ایمن‌ترین شکل از انما، درنظرگرفته می‌شود.
- *انمای شیر و ملاس:* ۶ انس آب گرم را با ۳ انس پودر شیر مخلوط کنید و سپس ۴/۵ اونس ملاس به آن بیفزایید. مخلوط را در کیسه‌ی انما بریزید و به صورت رکتال (از راه مقعد) تجویز کنید و تا حد امکان نگهدارید. برای یبوست شدید تا ۴ دفعه در روز از این روش می‌توانید استفاده کنید. در بیماران دچار عدم تحمل لاکتوز این شیوه را به کار نبرید.
- *انمای روغن معدنی:* یک بطری روزانه در صورت نیاز.
- *انمای صابون‌ها:* ۲۰۰ میلی‌لیتر به صورت رکتال وارد کنید. این مواد می‌توانند طی ۳۰ دقیقه حرکات روده را آغاز کنند و به صورت کلی به علت خطر آسیب مخاطی و عفونت، توصیه نمی‌شوند.
- *انمای سدیم فسفات:* این ماده در جمعیت تحت مراقبت تسکینی توصیه نمی‌شود؛ در بیماران دچار نارسایی کلیه به خاطر خطر ایجاد اختلال الکترولیتی، بسیار احتیاط نمایید.

آنتاگونیست‌های گیرنده‌ی اپیوئیدی مو[1] با عملکرد محیطی

آنتاگونیست‌های گیرنده‌ی اپیوئیدی مو با عملکرد محیطی (PAMORAs) یک طبقه‌ی جدیدتر از داروها هستند و عملکرد آن‌ها به واسطه‌ی مسدودنمودن گیرنده‌های اپیوئیدی مو در دستگاه گوارش است که به بهبود پریستالتیسم منجر می‌گردد. این داروها به صورت معمول تنها زمانی به کار می‌روند که درمان با دیگر داروها به شکست انجامیده باشد یا OIC شدید وجود داشته باشد. هزینه‌ی این داروها یک عامل محدود کننده است. مثال‌های رایج آن‌ها شامل موارد زیر است:

- *متیل‌نالتروکسان:* ۰/۱۵ میلی‌گرم بر کیلوگرم به صورت زیرجلدی تجویز می‌گردد. یک دوز ثابت ۸ میلی‌گرمی برای بیماران با وزن ۳۸-۶۲ کیلوگرم و دوز ثابت ۱۲ گرمی برای بیماران با وزن بیش از ۶۲ کیلوگرم برای تسهیل محاسبه‌ی دوز درنظر گرفته می‌شود. ۳۰ درصد از بیماران طی ۳۰ دقیقه پس از تزریق و ۵۰ درصد از آن‌ها تا ۴ ساعت، اجابت مزاج خواهندداشت. تا ۵۰ درصد از بیماران ممکن است تا ۲۴ ساعت پس از دوز نخست؛ به درمان پاسخ ندهند. در چنین مواردی می‌توان دوز دوم را تجویز نمود؛ در غیراین صورت تکرار آن هر ۴۸ ساعت در صورت نیاز، توصیه می‌شود. متیل‌نالتروکسان به ویژه در بیماران دچار یبوست ناشی از اپیوئیدها در مراحل پیشرفته‌ی بیماری که به خط اول درمان جواب نمی‌دهد، کاربرد دارد و برای ایجاد مدفوع روان، اثری بیشتر از دارونما دارد و باعث افزایش درد در اثر ترک اپیوئیدها نمی‌شود. عدد مورد نیاز برای درمان (number to need) در این دارو ۳ است. عوارض جانبی شامل سرگیجه، تهوع، درد شکم، نفخ و اسهال است. گرچه داده‌ها محدود است، امّا در بیماران دچار انسداد روده از این دارو اجتناب می‌شود؛ زیرا خطر پارگی روده وجود دارد. شکل خوراکی این دارو نیز تایید شده‌است که دوز آن به صورت ۴۵۰ میلی‌گرم یک بار در روز است.
- *نلوکسگل:* ۱۲/۵ تا ۲۵ میلی‌گرم خوراکی یک بار در روز، یک ساعت قبل یا دو ساعت بعد از وعده‌ی غذایی. نلوکسگل، نالوکسان خوراکی است که به شکل پگیله در آمده تا عبور آن از سد خونی مغزی، کم‌تر شود و با وجود آنتاگونیزه کردن گیرنده‌ی مو در روده؛ اثرات مرکزی ترک اپیوئید کمتری ایجاد نماید. گرچه یک مطالعه‌ی اخیر برای استفاده از این دارو در بیماران دچار درد ناشی از سرطان به سبب مشارکت کم؛ متوقف شد، امّا به طور کلی این دارو به خوبی تحمل می‌شود و عمدتاً اثرات جانبی خفیفی در دستگاه گوارش برجای می‌گذارد و لذا برای برخی بیماران تحت مراقبت تسکینی می‌توان آن را درنظرگرفت. نلوکسگل در بیماران دچار انسداد روده و همچنین دربیماران تحت درمان با مهارکننده‌های فاکتور رشد اندوتلیال رگی (VEGF) ممنوعیت دارد. این دارو ممکن است با داروهایی که عملکرد مهاری قوی روی CYP4503A4 دارند، تداخل داشته‌باشد.
- *ترکیب نالوکسان/ اکسی‌کدون:* ۲۰/۴۰ میلی‌گرم، ۳۰/۶۰ میلی‌گرم یا ۴۰/۸۰ میلی‌گرم. شواهدی از بهبود عملکرد روده بدون بازگشت اثرات کاهنده‌ی درد وجود دارد.
- *نالوکسان آهسته‌رهش:* مشابه یک PAMORA از طریق تأثیر بر مکانیسم آزادسازی گوارشی نالوکسان عمل می‌کند که حاصل آن کاهش غلظت سیستمیک خواهدبود. در داوطلبان سالم، ترانزیت دستگاه گوارش پس از مصرف کدئین با استفاده از نالوکسان آهسته‌رهش در مقایسه با دارونما، کاهش نشان داد. در حال حاضر هیچ

1. Mu

مطالعه‌ای در جمعیت تحت مراقبت تسکینی در این زمینه، موجود نیست.

- *آلویموپان:* ۶-۱۲ میلی‌گرم خوراکی دوبار در روز تا ۷ روز. شروع اثر دارو پس از ۱ روز است و عدد مورد نیاز برای درمان (NNT) ۵ است. آلویموپان در حال حاضر تنها با یک برنامه‌ی خاص برای استفاده‌ی کوتاه‌مدت در بیماران بستری پس از جراحی روده کاربرد دارد و هنوز برای OIC مورد تایید قرارنگرفته‌است. یک مطالعه‌ی منفرد نرخ بالاتر انفارکتوس میوکارد در گروه تحت درمان را نشان داد و زنگ هشدار را به صدا درآورد، گرچه این نتیجه در هیچ مطالعه‌ای هنوز به صورت مجدد حاصل نشده‌است.
- *نالدمدین:* ۰/۲ میلی‌گرم در روز به صورت خوراکی. اخیرا برای OIC در بیماران دچار درد مزمن غیرسرطانی تایید شده‌است.

فعال‌کننده‌های کانال کلر

این خانواده‌ی دارویی با فعالسازی کانال‌های کلر در روده اثر می‌کنند که به افزایش ترشح مایع و افزایش حرکت می‌انجامد و درنتیجه باعث تولید مدفوع نرم‌تر و کاهش زمان ترانزیت دستگاه گوارش خواهد شد. اندیکاسیون‌های این دارو شامل OIC، یبوست ایدیوپاتیک مزمن و سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر است. یک مثال رایج آن‌ها، لوبیپروستون است که در کارآزمایی‌های کنترل‌شده‌ی تصادفی دیده‌شده‌است که در مقایسه با دارونما باعث کاهش میزان زورزدن، نفخ، ناراحتی و شدت یبوست می‌شود. با این وجود از نظر وابستگی به ملین‌ها، برتری ندارد. دوز معمول آن ۸-۲۴ میکروگرم دوبار در روز به صورت خوراکی همراه با غذا است و زمان شروع اثر آن ۱۲-۲۴ ساعت است. اثرات جانبی آن شامل سردرد، اسهال و تهوع است. این دارو در انسداد روده ممنوع است و برای بیماران تحت درمان با متادون که با فعال‌سازی کانال کلر تداخل می‌نماید، توصیه نمی‌شود. این دارو گرچه یک انتخاب امیدوارکننده است امّا در حال حاضر هیچ مطالعه‌ای وجود ندارد که اختصاصا به بررسی آن در جمعیت مبتلا به سرطان پرداخته‌باشد و هزینه‌ی آن ممکن است مانعی به شمار رود، چرا که هنوز تحت انحصار است.

آگونیست‌های گیرنده‌ی گوانیلات سیکلاز- سی

این داروها نیز کانال‌های کلرید را تحریک می‌کنند و ترشح مایع به داخل لومن روده را افزایش می‌دهند. همچنین این داروها باعث کاهش حساسیت احشایی می‌گردند و لذا می‌توانند عملکرد ضددردی داشته باشند. لیناکلوتید؛ اولین دارو در این گروه است و برای یبوست مزمن ایدیوپاتیک و سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر تایید شده‌است. دوز استاندارد آن ۱۴۵-۲۹۰ میکروگرم خوراکی یک بار درروز و ۳۰ دقیقه پیش از صبحانه است. این دارو به خوبی تحمل می‌شود و تعداد مورد نیاز برای درمان آن ۵-۸ است. پلکاناتید نیز اخیرا برای یبوست مزمن ایدیوپاتیک تایید شده است. در کارآزمایی کنترل‌شده‌ی تصادفی روی بیمارانی که ۳ میلی‌گرم در روز پلکاناتید دریافت می‌کردند در مقایسه با گروه دارونما، در گروه درمان احتمال بیشتری برای کاهش دفعات و بهبود قوام مدفوع و همچنین زورزدن کمتر وجودداشت. هردوی این داروها در انسداد روده ممنوع هستند و در بیماران تحت مراقبت تسکینی به مطالعات بیشتری احتیاج است.

آگونیست‌های گیرنده‌ی سروتونین نوع ۴

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI)؛ فلوکستین و سیتالوپرام زورزدن را بهبود می‌بخشد و احساس دفع ناکامل و علائم کلی را در بیماران دچار سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر بهبود می‌بخشند. گرچه هیچ مطالعه‌ای به

صورت اختصاصی در جمعیت تحت مراقبت تسکینی وجود ندارد، امّا این داروها را می‌توان برای بیماران دچار افسردگی که مستعد یبوست هستند، درنظرداشت. آگونیست سروتونین دیگری، یعنی پروکالپرید، یک عامل پروکینتیک است که در یبوست مزمن و OIC مورد ارزیابی قرارگرفته‌است. گرچه در حال حاضر توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) تایید نشده‌است. یک مزیت این دارو پتانسیل اندک ایجاد تداخلات دارویی است، گرچه اثرات جانبی شامل سردرد، درد شکم، تهوع و اسهال دارد.

متوکلوپرامید

متوکلوپرامید یک آنتاگونیست دوپامین است که در دوزهای بالا سروتونین را نیز در ناحیه‌ی تریگر کمورسپتور در سیستم عصبی مرکزی آنتاگونیزه میکند. لذا در درمان تهوع در بیماران تحت شیمی‌درمانی ایجادکننده‌ی استفراغ کاربرد دارد. این دارو همچنین بافت‌های قسمت فوقانی دستگاه گوارش را به استیل کولین حساس می‌کند که به اثر پروکینتیکی می‌انجامد و توجیه‌کننده‌ی کاربرد آن در گاستروپارزی و همچنین اثر جانبی ایجاد اسهال توسط آن است. برخی پزشکان به خاطر این اثر پروکینتیک ممکن است استفاده از متوکلوپرامید در درمان یبوست را درنظرداشته‌باشند. گرچه شواهد اندکی در حمایت از کاربرد متوکلوپرامید به صورت خاص برای درمان یبوست موجود است، امّا در یک بیمار دچار تهوع مستعد ایجاد یبوست، استفاده از متوکلوپرامید به جای آنتاگونیست‌های HT-3 که خود یبوست‌زا هستند، غیرمنطقی نخواهد بود. اثرات جانبی اکستراپیرامیدال این دارو به ویژه در بیماران مسن‌تر، محتمل است و باید کمترین دوز را در کوتاه‌ترین زمان ممکن برای بیمار استفاده کرد. در بیماران دچار انسداد کامل روده به علت خطر ایجاد کرامپ شکمی و پارگی روده از این دارو باید اجتناب شود.

پروبیوتیک‌ها

پروبیوتیک‌ها موادی هستند که با تغییر تعادل میکروارگانیسم‌های مفید به مضر؛ برای بیمار اثر سودمند دارند. شواهدی وجود داردکه نشان می‌دهد تجویز لاکتوباسیل‌ها در جمعیت ساکن خانه‌ی سالمندان، یبوست را بهتر می‌کند. گرچه هیچ شواهدی برای کاربرد آن‌ها به عنوان پروفیلاکسی یا به عنوان جایگزین ملین‌های استاندارد، موجود نیست. در یک مطالعه‌ی دیگر، بیماران دچار یبوست مزمن سطوح پایین‌تری از بیفیدوباکتریوم و لاکتوباسیلوس در میکروبیوم روده‌ی خود داشتند و درمان با ۵×۱۰ و ۹/۷×۱۰ کلونی از آن‌ها به ترتیب، به کاهش زمان ترانزیت مدفوع انجامید. پروبیوتیک‌ها ممکن است برای بیماران خاص تحت مراقبت تسکینی درنظرگرفته‌شوند، به ویژه آن که اثرات جانبی آن‌ها مشابه دارونما است؛ با این حال، کارآزمایی‌های سر به سر در مورد ملین‌ها وجود ندارد و دوز ایده‌آل و ترکیب باکتریایی هنوز مشخص نیست. بعلاوه، هزینه‌ی این درمان می‌تواند یک عامل محدودکننده‌ی دیگر باشد.

مطالعه‌ی موردی ۱ (ادامه)

آقای ب عوامل خطر متعددی برای یبوست دارد، از جمله سن بالا، استفاده از شیمی‌درمانی ایجادکننده‌ی یبوست (پاکلیتاکسل) و نیاز افزایش‌یافته به اپیوئید. معاینه؛ اتساع خفیف شکم را نشان می‌دهد که خوش‌خیم است. دو قرص سنوسید به صورت روتین در زمان خواب برای بیمار شروع شده‌است و علاوه بر آن از پلی‌اتیلن‌گلیکول (پودر PEG) در زمان نیاز طی روز استفاده می‌کند. طی یک هفته اخیر اجابت‌مزاج روزانه دارد.

انسداد بدخیم روده

مطالعه‌ی موردی ۲: یک بیمار با سرطان تخمدان

خانم س یک زن ۴۶ ساله با سرطان پیشرفته‌ی تخمدان است و قبلا جراحی‌های شکمی متعددی

داشته‌است. او درحال حاضر تحت شیمی‌درمانی تسکینی قرار دارد و متاسفانه به صورت حاد دچار تهوع، استفراغ صفراوی و درد شکم شده‌است. او دفع مدفوع اندک در شب گذشته داشته است. او طی ۳ روز قبل نتوانسته هیچ غذا یا مایعاتی مصرف کند.

تعریف و شیوع

انسداد بدخیم روده زمانی رخ می‌دهد که جریان محتویات گوارشی به سبب بدخیمی این دستگاه، دچار اختلال می‌گردد. تقریبا ۳–۱۵ درصد از تمامی بیماران مبتلا به سرطان؛ MBO (انسداد بدخیم روده) پیداخواهندکرد. این مشکل بیشتر از همه در بیماران دچار سرطان‌های ژنیکولوژی و دستگاه گوارش دیده می‌شود و ۲۵–۴۰ درصد از موارد MBO به دنبال سرطان کولون، ۱۶–۲۹ درصد به دنبال سرطان تخمدان، ۶–۱۹ درصد به دنبال سرطان معده ایجاد می‌شود. تا حد کمتری، انسداد ممکن است در بیماران مبتلا به سرطان پستان، ریه، ملانوم و پانکراس متاستاتیک نیز رخ دهد. در برخی زمان‌ها، MBO ممکن است تظاهر بدخیمی داخل شکمی باشد؛ برای دیگر بیماران این اختلال می‌تواند نخستین نشانه‌ی عود تومور باشد.

پاتوفیزیولوژی و عوامل خطر

MBO زمانی اتفاق می‌افتد که فشار داخل لومنی روده افزایش می‌یابد و چرخه‌ی اتساع–ترشح–اتساع، ایجاد می‌گردد. این حالت ممکن است نتیجه‌ی انسداد عملکردی مرتبط با درگیری عصبی (مثلا نوروپاتی پارانئوپلاستیک یا تهاجم تومور به شبکه‌ی میانتریک) یا دلایل ایاتروژنیک (شامل داروهایی مانند اپیوئیدها و آنتی‌کولینرژیک‌ها که حرکت روده را کند می‌کنند) باشد. انسداد مکانیکی شایع‌تر از انسداد عملکردی است و دراثر فشار داخل روده‌ای (مانند رشد تومور داخل لومنی یا داخل جداری) و فشردگی خارجی (مانند چسبندگی‌های پس از جراحی، توده‌ی تومور، کارسینوماتوز و فیبروز ناشی از پرتودرمانی یا شیمی‌درمانی) ایجاد می‌شود. انسداد ممکن است به صورت نسبی یا کامل و یک کانونی یا چند کانونی در روده رخ دهد. حدود ۶۱ درصد از موارد انسداد بدخیم روده در روده‌ی کوچک، ۳۳ درصد در روده‌ی بزرگ، ۲۰ درصد به صورت همزمان در هردو روده اتفاق می‌افتند. سن بالا، جنسیت مرد، بیماری‌های همراه متعدد و از دست رفتن وزن؛ همگی عوامل خطر افزایش مرگ و میر هستند.

ارزیابی

شرح‌حال

شرح حال باید با مروری بر عوامل خطر شامل استفاده از داروهای کندکننده‌ی حرکت‌روده (مانند اپیوئیدها و آنتی‌کولینرژیک‌ها) و همچنین وجود جراحی قبلی داخل شکمی، رادیوتراپی یا شیمی‌درمانی آغاز گردد. تاریخچه‌ی انسداد قبلی مهم است زیرا مطالعات نشان داده‌است که بیش از نیمی از بیمارانی که MBO آنها برطرف شده، بعدا دچار عود انسداد مجدد می‌گردند.

شرح‌حال باید شامل یک بحث مفصل درباره‌ی علائم باشد. علائمی که توصیف می‌گردد ممکن است اطلاعاتی درخصوص محل انسداد فراهم کند. برای مثال، در انسداد روده‌ی کوچک، درد شکم معمولا یک نشانه‌ی زودهنگام در ناحیه‌ی دور شکم است. از سوی دیگر، درد شکم در انسداد روده‌ی بزرگ اغلب لوکالیزه، متناوب، کولیکی است و در مراحل دیرتر در فرایند انسداد، ظاهر می‌گردد. تهوع در انسداد قسمت فوقانی غالب‌تر است و استفراغ فراوان و صفراوی ایجاد می‌کند. تهوع در انسداد قسمت تحتانی کمتر رخ می‌دهد و زمانی که وجود داشته‌باشد ممکن است بوی مدفوع بدهد و نشانه‌ی دیررسی باشد. اتساع شکمی بیشتر در انسداد دیستال و به احتمال کمتری در انسداد

پروگزیمال یا زمانی که تومور روده را مسدود رخ می‌دهد. بی‌اشتهایی و کم‌آبی بدن معمولا دیده می‌شود و در انسداد قسمت فوقانی به سبب بروز تهوع و استفراغ، بیشتر شایع است. در موارد بسیاری، بیماران دچار انسداد بدخیم روده در ۷۲ ساعت گذشته، دفع مدفوع نداشته‌اند، گرچه وقتی انسداد نسبی باشد، ممکن است مدفوع شل دفع گردد. بیمار ممکن است حتی ۱۲-۲۴ ساعت پس از انسداد کامل، مدفوع دفع نماید که حاصل تخلیه‌ی قسمت دیستال روده است.

معاینه‌ی فیزیکی

معاینه‌ی شکمی یک کلید ارزیابی انسداد بدخیم روده است و باید شامل مشاهده‌ی اسکارهای جراحی و فتق‌ها باشد که نشان‌دهنده‌ی خطر بیشتر ایجاد انسداد هستند. میزان اتساع شکم باید ارزیابی شود، همچنین وجود و محل تندرنس مشخص گردد. دق باید انجام شود و صدای تمپان؛ نشانه‌ی وجود هوا است درحالی که صدای مات عمدتا مطرح‌کننده‌ی علل دیگر از جمله آسیت یا مدفوع است. در سمع صداهای روده‌ای، صدای جیرینگ‌جیرینگ یا قرقر شکم ممکن است شنیده شود، یا در ایلئوس پارالیتیک، صداهای روده‌ای ممکن است کاملا از بین رفته‌باشد. وجود توده‌های قابل لمس در معاینه‌ی شکم، بعلاوه‌ی وجود آسیب و کاشکسی؛ اغلب مطرح‌کننده‌ی MBO غیرقابل جراحی است.

معاینه‌ی رکتوم برای رد تجمع مدفوع باید انجام شود، مگر اینکه بیمار دچار نوتروپنی یا ترومبوسیتوپنی باشد. ممکن است لازم باشد رکتوم ابتدا با شیاف یا انما تخلیه شود تا بعد بتوان تشخیص MBO را تایید نمود.

پارگی روده در اثر MBO را باید در بیمارانی که از نظر بالینی بی‌حال به نظر می‌رسند و در معاینه علائم حیاتی غیرطبیعی یا شواهد سپسیس دارند، درنظر داشت.

مطالعات تشخیصی

سی‌تی شکمی استاندارد طلایی برای تشخیص MBO است و حساسیت بالا و ویژگی بیش از ۹۰ درصد دارد. علاوه بر کمک به تایید تشخیص، سی‌تی؛ اطلاعاتی درباره‌ی محل انسداد فراهم می‌کند و منطقه‌ی ترانزیشن (انتقال) بین روده‌ی متسع و بدون اتساع را نشان می‌دهد. سی‌تی می‌تواند نشان دهد که انسداد نسبی است یا کامل و آیا عوامل خطری مانند کارسینوماتوز یا چسبندگی موجود است یا نه. همچنین سی‌تی می‌تواند اورژانس‌های جراحی مانند پارگی روده، ولولوس یا استرانگولاسیون را رد کند.

گرچه سی‌تی؛ استاندارد تشخیصی است، امّا بسیاری از پزشکان هنوز هم یک گرافی ساده شکمی را به عنوان اولین مطالعه‌ی تصویربرداری انجام می‌دهند زیرا سریع و ارزان است. گرافی اشعه‌ی X اغلب برای رد MBO در بیمار کم‌خطر؛ کافی است و حساسیت ۵۰ درصدی و ویژگی ۷۵ درصد دارد. MBO در گرافی اشعه‌ی X با وجود لوپ‌های متسع روده و سطوح مایع- هوا، مشخص می‌گردد.

درمان

درحالی که مطالعات متعددی درباره‌ی موضوع MBO وجود دارد، امّا اغلب این مطالعات کیفیت پایینی دارند و تعداد شرکت‌کنندگان آنها کم است و عوامل مخدوشگر متعدد دارند. در نتیجه، با کمبود گایدلاین‌های پذیرفته‌شده درباره‌ی کنترل و درمان MBO مواجه هستیم و بسیاری از پزشکان ممکن است گایدلاین‌های محلی را به کار ببرند یا اصلا از گایدلاینی تبعیت نکنند. با این حال، چندین دیدگاه رایج وجود دارد که در زیر مورد بحث قرار می‌گیرد (جعبه ۱۲.۴).

جعبه ۱۲.۴. الگوریتم پیشنهادی برای کنترل انسداد بدخیم روده

مرحله‌ی ۱

- بیمار را NPO کنید.
- لوله‌ی نازوگاستریک برای کاهش ساکشن متناوب (درصورت اندیکاسیون) قرار دهید.
- هیدراتاسیون وریدی +/- جایگزینی الکترولیت‌ها
- مشاوره‌ی جراحی و یا مداخله‌ای
- ضداستفراغ‌ها: دگزامتازون ۸ میلی‌گرم داخل وریدی یا زیرجلدی روزانه بعلاوه‌ی هالوپریدول ۱ میلی‌گرم داخل وریدی یا زیرجلدی هر ۸ ساعت
- ضدترشح‌ها: اسکاپولامین ۱/۵ میلی‌گرم به صورت پچ پوستی یا گلیکوپیرولات ۰/۱ میلی‌گرم داخل وریدی یا زیرجلدی هر ۶ ساعت
- ضددردها: اپیوئیدها براساس الگوریتم سازمان بهداشت جهانی، به صورت داخل وریدی یا زیرجلدی با یا بدون PCA

مرحله‌ی ۲ (برای بیماران غیرقابل جراحی، پس از ۵ روز از درمان)

- اگر انسداد برطرف شد، کورتیکواستروئیدها و داروهای ضدترشح را قطع کنید.
- اگر انسداد برطرف نشد، کورتیکواستروئیدها و داروهای ضدترشح را کم‌کنید و اکتروتاید ۲۰۰ میکروگرم هر ۸ ساعت به صورت داخل وریدی یا زیرجلدی برای ۳ روز شروع کنید.

مرحله‌ی ۳ (پس از ۳ روز از درمان)

- اگر استفراغ متوقف شد: کمترین دوز مؤثر از اکتروتاید را حفظ کنید.
- اگر استفراغ ادامه یافت: اکتروتاید را قطع و گاستروستومی تخلیه‌ای اندوسکوپیک را درنظربگیرید.

مداخلات پرستاری و مراقبت حمایتی

آموزش‌دهی و مدیریت انتظارات در هر نوع مراقبت یک بخش مهم به شمار می‌رود. با توجه به عوارض و مرگ‌ومیر بالای انسداد (بیماران دچار MBO غیرقابل جراحی معمولا در بهترین حالت؛ بقای در حد چند هفته تا چند ماه خواهندداشت)، پرستاران و دیگر پرسنل بالینی ممکن است تشخیص MBO را به عنوان یک نقطه‌ی بازنگری در سیر بیماری و فرصتی برای ارزیابی مجدد ارزش‌های بیمار و اهداف کلی مراقبت درنظر بگیرند. در این زمان منطقی است که بحثی درخصوص خطرات و منافع مراقبت در بیمارستان با تمرکز بر کیفیت زندگی فرد داشته باشیم و یک بیمار دچار MBO را از دریافت خدمات حمایتی و کنترل علائم با دارو محروم نکنیم. ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی علل انجام هر مداخله‌ی پیشنهادی و یک بحث صادقانه درخصوص پیامدهای مورد انتظار؛ می‌تواند به ما کمک کند تا اطمینان یابیم بیماران مراقبت مناسب را دریافت می‌نمایند و به آنها کمک کند تا تصمیم بگیرند چه زمانی خطرات یک مداخله از نظرشان خیلی زیاد است. همچنین باید به بیماران و خانواده‌های آن‌ها گفته‌شود که حتی وقتی انسداد برطرف شود، متاسفانه میزان عود انسداد، زیاد است.

بیمارانی که دچار MBO معمولا NPO می‌شوند (نباید غذایی بخورند) تا به برطرف‌شدن تهوع آن‌ها کمک شود زیرا هر خوراکی وارد دستگاه گوارش شود، جایی برای عبور نخواهدداشت. دسته‌ی کوچکی از بیماران مبتلا به MBO نسبی ممکن است بتوانند چند جرعه مایع را تحمل کنند و مراقبت دهانی خوب می‌تواند به برطرف‌شدن احساس تشنگی کمک کند. هیدراتاسیون داخل وریدی اغلب برای اصلاح کم‌آبی بدن و جایگزینی الکترولیت‌ها مانند اصلاح هیپوکالمی آغاز می‌شود و ممکن است به بهبود حرکت روده کمک نماید.

تخلیه‌ی معده با لوله‌ی نازوگاستریک (بینی-معدی) یک مداخله‌ی اولیه‌ی رایج در MBO است و بیشتر برای بیماران دچار انسداد قسمت فوقانی که از اتساع شکم و تهوع و استفراغ مقاوم رنج می‌برند، مفید است. NGT جایگذاری می‌شود تا محتویات معده را ساکشن و خارج کند و در نتیجه علائم بهبود یابد. گاهی، استراحت روده‌ای و تخلیه‌ی معده به تنهایی ممکن است باعث برطرف‌شدن انسداد بدون انجام مداخله‌ی بیشتر شود. زمانی که خروجی معده کمتر از ۱۰۰ میلی‌لیتر در روز باشد، NGT را می‌توان به صورت امتحانی کلامپ کرد و سپس درصورتی که علائم باقی ماند آن را برداشت. کارشناسان می‌گویند که NGT را نباید درصورتی که خروجی بیش از ۱ لیتر در روز باشد، برداشت. گاهی اوقات ممکن است بیماران دربرابر NGT مقاومت کنند و درواقع این لوله‌ها ناراحتی ایجاد می‌کند و در عین حال خطر زخم بینی و مری، فارنژیت، سینوزیت و آسپیراسیون را افزایش می‌دهند. انعطاف‌پذیری در انتخاب درمان برای این بیماران که خود کنترل اندکی بر وضعیتشان دارند، ضروری است. برای مثال، برخی بیماران تهوع را به داشتن NGT ترجیح می‌دهند درحالی که برخی دیگر استفاده از NGT را ارجح می‌دانند تا بتوانند به راحتی مایعات را مصرف کنند و بعدا این مایعات از طریق ساکشن از NGT خارج گردند.

شایان توجه است که تغذیه‌ی وریدی گاهی برای بیماران دچار MBO پیشنهاد می‌شود تا وضعیت تغذیه‌ای آنها بهتر شود. در یک جمعیت انتخاب‌شده با وضعیت عملکردی حفظ شده، امکان پاسخ‌دهی به شیمی‌درمانی یا کسانی که هدف مشخصی دارند (مثلا برگزاری مراسم عروسی دختر) این گزینه می‌تواند مناسب باشد. با این حال، به صورت کلی تغذیه‌ی وریدی برای بیماران دچار MBO با کاشکسی انتهایی توصیه نمی‌شود و ممکن است علائم آن‌ها را بدتر کند و باعث آسیت، بدترشدن پلورال افیوژن، افزایش ترشحات دستگاه گوارش و اختلالات متابولیک ایجاد شود.

مدیریت جراحی

همه‌ی بیماران دچار MBO باید مشاوره‌ی جراحی شوند. هدف اولیه‌ی جراحی برقراری مجدد عملکرد دستگاه گوارش است؛ امّا حدود ۵۰ درصد از بیماران دچار MBO گزینه‌های مناسبی برای جراحی نیستند. به ندرت، جراحی اورژانسی برای پارگی روده یا ایسکمی؛ احتیاج است، امّا در شرایط غیراضطراری، درمان اولیه‌ی غیرجراحی اغلب مناسب است. هیچ معیار تعریف‌شده‌ای برای انجام جراحی در MBO وجود ندارد و میزان تمایل جراح به انجام عمل و اهداف نهایی بیمار نقش بسیاری در تصمیم‌گیری برای درمان ایفا می‌کند. با این حال، برخی اصول کلی در تعیین پیامد ضعیف جراحی شامل پیش‌آگهی بقای کمتر از ۲ ماه، سن بالا، وضعیت عملکردی و سطح تغذیه‌ای ضعیف، وجود آسیت یا چسبندگی و کارسینوماتوز یا انسداد چندکانونی است.

مداخله‌ی درمانی در بیماران دچار MBO ممکن است به اشکال متعددی صورت گیرد. زمانی که انسداد مرتبط با چسبندگی باشد، با جراحی قابل رفع است. کم کردن حجم تومور ممکن است به کاهش فشار خارجی بر روده‌ها کمک کند و در مواردی که محل‌های انسداد کمی وجود دارد، رزکسیون روده همراه با آناستوموز مجدد اغلب بهترین انتخاب برای بازگرداندن عملکرد GI است. در دیگر موقعیت‌ها، بای‌پاس روده‌ای یا ایجاد یک استومی می‌تواند محل انسداد را دور بزند. عوارض مداخله‌ی جراحی در MBO، ۴۲ درصد است و مرگ و میر ۵ تا ۳۲ درصد است که در موارد استومی؛ نرخ مرگ و میر کمتر و در رزکسیون روده‌ی کوچک؛ بیشتر است. تا ۵۰ درصد از بیمارانی که تحت مداخله‌ی جراحی قرار

می‌گیرند بعدا ممکن است مجددا دچار انسداد شوند، لذا مهم است بیماران پیش از انجام یک جراحی پرخطر این مورد را درنظرداشته‌باشند. با این حال، در مواردی که جراحی موفق است، مطالعات نشان‌داده که مداخله‌ی جراحی باعث برطرف‌شدن ۳۲-۱۰۰ درصدی علائم می‌شود، ۴۵-۷۵ درصد شانس از سرگیری رژیم‌غذایی و ۳۴-۸۷ درصد شانس ترخیص از بیمارستان را به دنبال خواهدداشت. دیده‌شده بیماران جراحی، کیفیت زندگی بالاتر و میانگین بقای طولانی‌تر پس از جراحی (۸-۳۴ هفته) در مقایسه با بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان محافظه‌کارانه (۴-۵ هفته) دارند، گرچه دشوار است که بگوییم این یافته‌ها حاصل اثرات جراحی به تنهایی است یا مرتبط با این واقعیت است که بیماران کاندید جراحی؛ اغلب در ابتدا سالم‌تر هستند.

پیش از اینکه یک بیمار با جراحی موافقت کند، باید درک روشنی از پیامد موردانتظار برای وی فراهم کنیم. درحالی که برخی از بیماران به رژیم غذایی معمول برمی‌گردند، همانطور که پیش‌تر اشاره شد، بقیه‌ی بیماران مانند آن‌هایی که گاستروستومی برایشان تعبیه می‌شود ممکن است نیاز به مصرف رژیم غذایی نرم یا مایع برای تسهیل تخلیه‌ی محتویات داشته‌باشند. حتی بیمارانی که بعد از جراحی قادرند غذا را از راه دهان مصرف کنند، باید به آن‌ها گفته‌شود که انتظار نمی‌رود درمان جراحی MBO از دست‌رفتن وزن و بی‌اشتهایی آنها را جبران کند، زیرا بیماری در وضعیت پیش‌رفته و متاستاتیک است.

درمان پروسیجری

درمان پروسیجری را می‌توان برای بیمارانی درنظر گرفت که نمی‌خواهند جراحی شوند یا گزینه‌ی مناسبی برای جراحی نیستند. این بیماران معمولا بقای ۲-۶ ماهه دارند. یکی از رایج‌ترین پروسیجرهای انجام‌شده برای بیماران دچار MBO جای‌گذاری گاستروستومی تخلیه‌ای است که ممکن است توسط جراح، متخصصان گوارش یا رادیولوژیست‌ها؛ تعبیه شود. در این حالت، گاستروستومی معمولا برای ساکشن متناوب، جایگذاری می‌شود و جای تخلیه با NGT را می‌گیرد. گاستروستومی تخلیه‌ای برای بیماران غیرجراحی، مناسب است که از تخلیه با NGT سود زیادی برده‌اند. عوارض آن شامل نشت از محل اتصال، تحریک پوستی و عفونت، خونریزی معده، پریتونیت و انسداد لوله است که ممکن است منجر به مراجعات متعدد به اورژانس شود. علی‌رغم این موضوع، برای بسیاری از بیماران؛ گاستروستومی کمتر تهاجمی و در مقایسه با NGT راحت‌تر است. هیپرتانسیون پورت، آسیت و کارسینوماتوز؛ ممنوعیت‌های نسبی برای انجام گاستروستومی به سبب خطر بهبودی ضعیف هستند؛ برای بیماران با خطر بالای خونریزی نیز باید از این شیوه اجتناب گردد. مهم است که به بیمار، خانواده‌ی وی و حتی دیگر پرسنل دخیل در مراقبت بیمار آموزش دهیم؛ در این شرایط هدف از گاستروستومی تخلیه‌ی معده و رفع علائم بوده و هدف تغذیه‌ی روده‌ای یا بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیمار نمی‌باشد. با این حال، برای بیمارانی که تمایل به مصرف دهانی غذا دارند، گاستروستومی تخلیه‌ای می‌تواند فرصتی برای لذت‌بردن از طعم غذا که قبلا به واسطه‌ی لوله از آن محروم بودند، فراهم کند.

استنت‌های خودبازشونده؛ مداخله دیگری است که برای بیماران دچار انسداد تک‌کانونی به ویژه در مری، دئودنوم یا کولون ممکن است مفید باشد. میزان موفقیت تکنیکی بالا است و انسداد در ۸۳-۱۰۰ درصد موارد برطرف می‌شود. عوارض این روش شامل جابجایی استنت (۸/۵ تا ۱۲/۴ درصد) و همچنین پارگی روده (۰/۵ تا ۴ درصد) است که برای بیماران تحت درمان با داروهای ضدرگ‌زایی یا رادیاسیون همزمان؛ خطر این عوارض بیشتر است. در اینجا نیز مانند مداخله‌ی جراحی باید به بیمار اطلاع داده‌شود که

پس از تعبیه‌ی استنت ممکن است به حالت نرمال برنگردد و لازم باشد از رژیم دارای باقی‌مانده‌ی کمتر یا رژیم‌های مایع، استفاده کند. بعلاوه، ممکن است چند روز طول بکشد تا استنت به صورت کامل بازگردد و وقتی استنت در مقابل توده‌ی توموری فشار ایجاد می‌کند؛ باعث ناراحتی قابل توجه بیمار می‌شود. برخی بیماران برای انجام آندوسکوپی فوقانی جهت تعبیه‌ی استنت نیازمند بیهوشی عمومی و انتوباسیون هستند و در بیماران با وضعیت عملکردی ضعیف، باید بدانیم که خارج‌کردن لوله تراشه پس از پروسیجر ممکن است چالش‌برانگیز باشد. استنت‌گذاری در قسمت تحتانی دستگاه گوارش آسان‌تر است و مطالعات نشان‌داده‌است که باعث بهبود کیفیت زندگی در بیماران دچار انسداد کولورکتال در مقایسه با بیماران مشابه تحت عمل جراحی می‌شود.

درمان دارویی

درمان دارویی برای بیماران دچار MBO که نمی‌توانند از مداخلات جراحی یا پروسیجری سود ببرند مهم هستند و رویکرد پیشنهادی برای بیمارانی است که براساس دستورالعمل‌های NCCN بقای در حد چند روز تا هفته یا چند هفته تا چند ماه دارند. انسداد بدخیم روده غیرقابل جراحی ممکن است در بیش از یک سوم بیماران با درمان دارویی یا حمایتی به تنهایی برطرف گردد. معمولا در MBO از مصرف خوراکی داروها اجتناب می‌شود زیرا با خطر بدترشدن تهوع و جذب ضعیف همراه هستند و لذا مسیرهای داخل وریدی، زیرجلدی، داخل عضلانی، داخل جلدی، زیرزبانی و رکتال ممکن است در نظر گرفته شوند. به سبب کیفیت اندک داده‌های موجود درباره‌ی درمان دارویی بیماران مبتلا به MBO، بسیاری از داروهایی که به کار می‌روند به صورت رسمی تایید نشده‌اند. درمان دارویی را می‌توان در سه هدف کاهش تهوع، کاهش ترشحات روده‌ای و رهایی از درد، خلاصه نمود.

ضداستفراغ‌ها

هیچ مطالعه‌ای وجود ندارد که مزیت یکی از داروهای ضداستفراغ را بر دیگری در درمان انسداد نشان دهد. استروئیدها، نورولپتیک‌ها و آنتاگونیست‌های سروتونین (5-HT3) مثال‌هایی از ضداستفراغ‌های رایج مورداستفاده در این شرایط هستند.

- *استروئیدها:* شواهد متناقضی درباره‌ی سودمندی استروئیدها در بیماران دچار MBO وجود دارد. مطالعات احتمال برطرف‌شدن انسداد روده در بیماران دریافت‌کننده‌ی ۶-۱۶ میلی‌گرم دگزامتازون را با میزان بروز اندک عوارض جانبی پیشنهاد کرده‌اند، گرچه هیچ شواهدی درباره‌ی سودمندی این داروها در بقای بیماران وجود ندارد. به صورت کلی مقایسه میان مطالعات استروئیدی دشوار است؛ زیرا عوامل مخدوش‌کننده‌ی بسیاری از جمله وجود یا عدم وجود کارسینوماتوز، سطح انسداد و انجام شیمی‌درمانی برای بیمار مطرح است. بعلاوه، بیشتر مطالعات کوچک و شامل استفاده از داروهای مختلف به صورت همزمان بوده‌اند. علی‌رغم محدودیت شواهد، کارشناسان بسیاری استفاده‌ی آزمایشی از استروئیدها را با توجه به میزان موربیدیتی اندک مرتبط با استروئید در مصرف کوتاه‌مدت، پیشنهاد می‌کنند. مکانیسم نظری آنها شامل کاهش ادم و التهاب روده است که به کاهش فشار داخلی و خارجی بر روده‌ها می‌انجامد و در ادامه اتساع را کاهش داده و اثر ضددرد غیرمستقیم اعمال می‌نماید. دگزامتازون با درنظرداشتن عملکرد مینرالوکورتیکوئیدی کمتر که به احتباس کمتر مایع می‌انجامد. معمولا استروئید انتخابی است. یک دوز ۶-۱۶ میلی‌گرمی از آن به صورت داخل وریدی یا زیرجلدی یک بار در روز برای دوره‌ی ۳-۵ روزه قابل استفاده است؛ کارشناسان پیشنهاد می‌کنند که استفاده از این دارو بیش از ۱۰ روز ادامه نیابد. یک گزینه‌ی دیگر

متیل‌پردنیزولون به میزان ۱-۴ میلی‌گرم بر کیلوگرم در هر روز است.

- *نورولپتیک‌ها:* این خانواده‌ی دارویی با اثر بر آنتاگونیست‌های مرکزی دوپامین؛ تهوع را کاهش می‌دهند. بسیاری از کارشناسان هالوپریدول را به سبب میزان سدیشن (آرام‌بخشی) کمتر و اثرات آنتی‌کولینرژیک پایین‌تر در مقایسه با کلرپرومازین؛ انتخاب خط اول درنظر می‌گیرند. دوز آغازین پیشنهادی ۰/۵ تا ۲ میلی‌گرم به صورت داخل وریدی یا زیرجلدی هر ۸ ساعت در صورت نیاز است و می‌توان آن را تا ۱۵ میلی‌گرم در روز افزایش داد. برای بیماری که در منزل است، کنسانتره‌ی مایع هالوپریدول به صورت زیر زبانی قابل استفاده است. گرچه خطر ایجاد دیس‌کینزی تأخیری یا طولانی‌شدن QT قلبی با مصرف هالوپریدول وجود دارد، امّا این خطر برای جمعیت تحت مراقبت تسکینی شاید کمتر حائز اهمیت باشد. یک نورولپتیک دیگر، کلرپرومازین با دوز ۱۰-۲۵ میلی‌گرم داخل وریدی هر ۴-۶ ساعت در صورت نیاز است. متوکلوپرامید ۵-۱۰ میلی‌گرم داخل وریدی یا زیرجلدی هر ۸ ساعت با امکان افزایش دوز تا ۲۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت در صورت نیاز امّا با احتیاط، قابل استفاده است. درحالی که هالوپریدول و کلرپرومازین تنها بر گیرنده‌های مرکزی دوپامینی-۲ اثر دارند امّا متوکلوپرامید می‌تواند بر گیرنده‌های محیطی دوپامین ۲ نیز مؤثر باشد که به اثرات پروکینتیک خواهدانجامید.

به همین دلیل متوکلوپرامید را می‌توان برای بیماران دچار MBO نسبی بدون کرامپ شکمی در نظر داشت امّا در بیماری با انسداد کامل ممکن است متوکلوپرامید به صورت معکوس باعث تشدید درد شکم و تهوع شود و خطر پارگی روده را بیشتر کند.

- *آنتاگونیست‌های 5HT-3:* برخی مطالعات پیشنهاد کرده‌است که این خانواده‌ی دارویی وقتی در ترکیب با دگزامتازون به کار روند، می‌توانند به کنترل استفراغ کمک‌کنند. این داروها با آنتاگونیزه کردن گیرنده‌های 5-HT3 مرکزی در ناحیه‌ی کمورسپتور و همچنین تأثیر محیطی بر عصب واگ، عمل می‌نمایند. چون یبوست یک عارضه‌ی جانبی شایع آن‌ها است، این داروها به صورت کلی به عنوان خط اول در بیماران دچار ایلئوس، درنظرگرفته نمی‌شوند. با این حال، این داروها در سایر شرایط به خوبی تحمل می‌شوند، با این وجود ممکن است سردرد یک عارضه‌ی جانبی شایع آن‌ها باشد. یک مثال از این داروها گرانیسترون ۱-۳ میلی‌گرم در روز به صورت داخل وریدی است و مثال دیگر اندانسترون ۴-۸ میلی‌گرم داخل وریدی هر ۴-۸ ساعت در صورت نیاز تا حداکثر دوز ۲۴ میلی‌گرم در روز است. بیمارانی که در منزل هستند ممکن است از قرص بازشونده‌ی خوراکی اندانسترون به صورت زیرزبانی به سبب سهولت استفاده، سود ببرند.
- *ترکیبات ضدترشحی:* داروهایی که ترشحات دستگاه گوارش را کاهش می‌دهند تا MBO را بهبود بخشند شامل داروهای آنتی‌کولینرژیک، مهارکننده‌های پمپ پروتون، بلوک‌کننده‌های گیرنده‌ی ۲ هیستامینی و آنالوگ‌های سوماتواستاتین هستند.

آنتی‌کولینرژیک‌ها

این داروها یک گروه بزرگ هستند که اثرات ضداستفراغ بر مرکز وستیبولار و همچنین اثرات ضداسپاسم و ضد ترشحی دارند. این عملکردها به کاهش حجم ترشحات دستگاه گوارش در مقایسه با استفاده از دارونما می‌انجامد. اثرات جانبی شایع آن‌ها شامل خشکی دهان و احتباس ادراری است.

اسکاپولامین یک داروی انتخابی است که به صورت ۴۰-۱۲۰ میلی‌گرم در روز از طریق انفوزیون وریدی یا زیرجلدی مداوم یا راحت‌تر از آن از طریق پچ ترانس درمال ۱/۵ میلی‌گرمی قابل استفاده است. پچ ترانس درمال برای بیمارانی که در منزل نگهداری می‌شوند، امکان‌پذیرتر است. اسکاپولامین یک آمین سه‌گانه است و به این ترتیب از سد خونی مغزی عبور می‌کند و بیمار را در معرض خطر دلیریوم قرار می‌دهد. گلیکوپیرولات داروی آنتی‌کولینرژیک دیگری است که برای جمعیت تحت درمان تسکینی کمتر مطالعه‌شده، امّا هنوز هم به صورت تجربی به علت خطر احتمالی کمتر ایجاد دلیریوم به کار می‌رود، زیرا این دارو یک آمین چهارگانه است و کمتر از سد خونی مغزی عبور می‌کند. دوز آغازین ۰/۱ تا ۰/۲ میلی‌گرم به صورت داخل وریدی یا زیرجلدی هر ۶ ساعت است و حداکثر می‌توان تا ۰/۸ میلی‌گرم در روز از آن استفاده نمود.

- *بلوک‌کننده‌های H2 و PPIها:* هردو گروه در متاآنالیزی که توسط کلارک و همکاران انجام‌شد کاهش ترشحات معده و ریفلاکس صفرا را در بیماران دچار MBO غیرقابل جراحی نشان دادند و بلوک‌کننده‌ی H2 رانیتیدین تأثیری بیشتر از PPIها داشت. داروهای انتخابی در این گروه شامل امپرازول ۳. میلی‌گرم زیرجلدی دوبار در روز، پنتوپرازول به صورت مداوم یا ۴۰-۸۰ میلی‌گرم داخل وریدی بولوس روزانه و رانیتیدین ۵۰-۱۵۰ میلی‌گرم داخل وریدی دوبار در روز است.
- *آنالوگ‌های سوماتواستاتین:* سوماتواستاتین یک هورمون پپتیدی است که از هیپوتالاموس و روده آزاد می‌شود و ترشح محیطی پپتید روده‌ای مؤثر بر عروق را مهار می‌نماید. این اتفاق در ادامه به کاهش جریان خون پورت و اسپلانکنیک منجر خواهد شد و ترشحات و حرکات GI را کم می‌کند و بازجذب آب در دستگاه گوارش و تولید مخاط روده‌ای را کم کرده و نهایتا باعث بهبود تهوع و استفراغ خواهدشد. اکتروتاید یک آنالوگ سوماتواستاتین است که برای اهداف مختلفی در بیماران تحت درمان تسکینی کاربرد دارد. یک مقاله‌ی مروری در ساله ۲۰۱۲ بر روی ۱۵ کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده و مطالعات مشاهده‌ای شامل ۲۸۱ بیمار با MBO غیرقابل جراحی درمان‌شده با اکتروتاید؛ میزان موفقیت درمان ۶۰-۹۰ درصدی را نشان داد. جدیدتر از آن یک بازنگری در سال ۲۰۱۶ بر ۷ کارآزمایی تصادفی کنترل شده تا حدود کمتری به نتیجه‌ی قطعی انجامید و گزارش کرد که این دارو در مقایسه با داروما؛ اثرات سودمند خفیفی دارد. اکتروتاید معمولا به عنوان خط اول به کار نمی‌رود که تاحدی به خاطر قیمت بالای آن است، امّا آن را می‌توان به عنوان درمان خط اول در عود زودرس انسداد روده در بیمارانی که قبلا پاسخ خوبی به اکتروتاید داده‌اند، درنظرداشت. دوز آغازین توصیه‌شده ۱۰۰-۲۰۰ میکروگرم داخل وریدی یا زیرجلدی هر ۸ ساعت است. درصورتی می‌توان افزایش دوز را درنظرگرفت که خروجی معده‌ی بیمار بیش از ۱ لیتر در روز باشد و حداکثر دوز آن ۹۰۰ میکروگرم در روز است. یک نسخه‌ی ذخیره‌ای از آن موجود است و به صورت ۳۰ میلی‌گرم داخل عضلانی هر ۲۸ روز می‌توان از آن استفاده کرد. چون یک هفته طول می‌کشد تا فرم ذخیره‌ای به سطح ثابت برسد، پیشنهاد می‌شود فرم سریعا آزادشونده برای ۶ روز پس از شروع فرم ذخیره‌ای، ادامه یابد.

ضددردها

بسیاری از پزشکان ممکن است در استفاده از اپیوئیدها برای بیماران دچار MBO با درنظرداشتن عوارض جانبی کاهش حرکت GI احتیاط کنند. با این که

انسداد معمولا باعث ناراحتی قابل توجه بیمار می‌شود، اپیوئیدها هنوز هم قسمت اصلی درمان بیماران مبتلا به سرطان با درد متوسط تا شدید هستند. هیچ کارآزمایی کنترل‌شده‌ای برای مقایسه‌ی اپیوئیدهای مختلف در اندیکاسیون MBO وجود ندارد. هیدرومورفون و مورفین اغلب به سبب دردسترس بودن گسترده، استفاده می‌شوند و استفاده از ضددردها با کنترل بیمار یک روش تجویزی است که امکان کنترل و تیتراسیون آسان توسط بیمار را فراهم می‌کند. راه خوراکی برای تجویز اپیوئیدها ارجح نیست، زیرا بیمار اغلب قادر به تحمل داروهای خوراکی نیست و دچار تهوع و استفراغ می‌گردد، بعلاوه درصورتی که بیمار تحت تخلیه‌ی معده با NGT یا گاستروستومی باشد، معلوم نیست چه مقدار از دارو واقعا جذب می‌گردد. دیگر مسیرهای استفاده شامل داخل وریدی و زیرجلدی است که در منزل ممکن است چالش‌برانگیز باشند یا مسیر رکتالی که ممکن است برای بیمار و مراقب وی کمتر مطلوب باشد. بوپرنورفین یا فنتانیل ترانس‌درمال ممکن است برای ایجاد اثر ضددردی طولانی‌مدت مفید باشند. فنتانیل ترانس‌درمال بر دیگر اپیوئیدها ارجح است؛ زیرا تأثیر کمتری بر حرکت دستگاه گوارش دارد و کمتر موجب یبوست می‌شود، و همچنین در بیماران دهیدراته یا دچار نارسایی حاد کلیه، بهتر تحمل می‌شود. فنتانیل سریع‌الاثر همچنین به شکل اسپری بینی، اسپری زیرزبانی و قرص‌های بوکال؛ موجود است امّا پیش از تجویز لازم است به استراتژی ارزیابی و کاهش خطر توجه داشت. فنتانیل ترانس‌درمال و سریع‌الاثر هردو در بیمارانی که قبلا اپیوئید مصرف نکرده‌اند؛ مناسب نیست. یک گزینه‌ی دیگر که می‌توان برای بیماران در منزل بدون دسترسی داخل وریدی و با نیاز کمتر به اپیوئیدها درنظرداشت، کنسانتره‌ی دهانی هیدرومورفون یا مورفین است. زمانی که این کنسانتره به صورت زیرزبانی مصرف شود، زیست‌دستیابی نزدیک به ۲۰ درصد دارد که اغلب برای رهایی از درد در بیماران انتخاب‌شده با نیاز اندک به اپیوئید، کافی است.

مطالعه‌ی موردی ۲ (ادامه)

برای خانم س مایعات داخل وریدی تجویز شد و بیمار NPO شد. سی‌تی اسکن، کارسینوماتوز و انسداد روده‌ی کوچک را نشان داد. به سبب نواحی متعدد درگیری، وی کاندید مناسبی برای جراحی به نظر نمی‌رسید و در عوض برای وی ۸ میلی‌گرم دگزامتازون داخل وریدی روزانه، پچ ترانس‌درمال اسکاپولامین و هالوپریدول در صورت نیاز برای تهوع شروع شد. او قبول نکرد که برایش لوله‌ی NG قرارداده‌شود. درد شکم وی با پچ فنتانیل و کنسانتره‌ی مورفین زیرزبانی قابل کنترل بود. درباره‌ی اهداف مراقبتی با وی صحبت شد و با درنظرداشتن تمرکز وی بر کیفیت زندگی با امکانات مراقبت در خانه به منزل منتقل شد.

اسهال

مطالعه‌ی موردی۳: بیمار با سرطان متاستاتیک کولون

خانم پ یک زن ۵۴ ساله با سرطان متاستاتیک کولون تحت درمان با شیمی‌درمانی ۵- فلورواوراسیل و اگزالیپلاتین است که اخیرا به دلیل پنومونی در بیمارستان بستری شد. وی ۸-۱۰ مرتبه دفع مدفوع اندک غیرخونی در روز دارد که با کرامپ‌های خفیف شکمی همراه است.

تعریف

اسهال به صورت مدفوعی تعریف می‌شود که به صورت غیرطبیعی شل است و قوام آن کاهش یافته و یا تعداد دفعات یا حجم آن زیاد شده‌است. سازمان بهداشت جهانی؛ اسهال را به صورت اختصاصی‌تری به صورت دفع بیش از سه مرتبه مدفوع آبکی در روز،

تعریف نموده است. اسهال زمانی که کمتر از ۱۴ روز از آن گذشته باشد؛ حاد، بین ۱۴ تا ۳۰ روز؛ تحت حاد یا پایدار و بیش از ۳۰ روز؛ مزمن درنظرگرفته می‌شود.

شیوع و تأثیر

گرچه اسهال به اندازه‌ی یبوست شایع نیست، امّا کمتر از ۱۰ درصد از بیمارانی که در بیمارستان یا واحد مراقبت تسکینی پذیرش می‌شوند، درگیر اسهال هستند. اسهال هنوز هم تأثیر قابل توجهی بر بسیاری از بیماران تحت مراقبت تسکینی دارد و همچنین بر استفاده از منابع سلامت مؤثر است.

تأثیر فیزیکی

درزمینه‌ی تأثیر فیزیکی، بیمار ممکن است از کم‌آبی، اختلالات الکترولیتی، سوءتغذیه و کاهش وزن رنج ببرد. تحریک پوست اطراف مقعد و زخم و هموروئید در این ناحیه ممکن است به صورت همزمان وجود داشته‌باشد و باعث تشدید ناراحتی بیمار گردد که این به ویژه برای بیمارانی که توان برخاستن از تخت را ندارند مطرح است. نیاز به تخلیه‌ی مکرر مدفوع معمولا به خواب ضعیف و در نتیجه خستگی و خواب‌آلودگی منجر می‌شود.

اسهال همچنین با افزایش عوارض و مرگ و میر همراه است و زمانی که در بیماران تحت شیمی‌درمانی، اقدامی برای درمان اسهال صورت نگیرد، می‌تواند حتی کشنده باشد.

پایبندی به مصرف دارو

از دیدگاه درمانی، اسهال ایاتروژنیک ممکن است به پایبندی ضعیف به رژیم درمانی بینجامد. برای بیماران دچار اسهال مرتبط با شیمی‌درمانی، ممکن است دوز دارو کاهش داده‌شود یا با تأخیر مصرف شود یا حتی دارو قطع گردد که می‌تواند بر پیش‌آگهی بیمار مؤثر باشد. بیماران دچار HIV با اسهال مرتبط با درمان ضدترویروسی ممکن است داروهایشان را به صورت مداوم مصرف نکنند که به افزایش مقاومت ویروس خواهدانجامید و بیماران را در معرض خطر عفونت‌های فرصت‌طلب قرارخواهدداد.

تأثیر روانی

آنچه ممکن است کمتر مورد توجه قرار گرفته‌باشد، احتمالا تأثیر روانی است که اسهال می‌تواند برجای بگذارد. بیماران ممکن است درباره‌ی دستشویی‌رفتن مکرر یا آلوده‌کردن لباس خود به مدفوع، اضطراب داشته‌باشند که می‌تواند آنها را از تعاملات اجتماعی، ترک منزل و داشتن فعالیت جنسی بازدارد. اسهال پایدار با کاهش کیفیت زندگی در بیماران تحت مراقبت تسکینی همراه بوده‌است. آگاهی از این موضوع که اسهال چگونه می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارد می‌تواند به مراقبان کمک کند تا با بیمار همدردی کرده و از وی حمایت به عمل آورند.

پاتوفیزیولوژی و عوامل خطر

اسهال را می‌توان به دسته‌های مختلفی شامل اسهال اسمزی، ترشحی، اگزوداتیو، مرتبط با حرکت دستگاه گوارش و عملکردی تقسیم کرد. با این حال، چون بیشتر موارد اسهال؛ ترکیبی از این دسته‌ها است، شاید گروه‌بندی اسهال براساس علل و بیماری‌های همراه ساده‌تر باشد.

اسهال مرتبط با عفونت

انتروکولیت باکتریایی و ویروسی

بیشتر موارد اسهال حاد در جمعیت عمومی و جمعیت بیماران تحت مراقبت تسکینی به انتروکولیت‌های ویروسی مربوط است و خودبه خود بهبود می‌یابد. انتروکولیت باکتریایی ناشی از سالمونلا، شیگلا، کمپیلوباکتر و اشیرشیاکلای نیز به صورت مشابهی ممکن است در میزبان با ایمنی طبیعی یا

ایمنی سرکوب‌شده از طریق غـذا یـا آب آلـوده ایجـاد شود.

اسهال مرتبط با عفونت فرصت‌طلب

بسیاری از بیماران تحـت مراقبـت تـسکینی از لحـاظ ایمنی دچار نقص هستند از جمله بیماران AIDS، بـدخیمی یا بیماران تحت درمان‌های سـرکوب‌کننـده ایمنـی یـا شیمی‌درمانی که این مسئله آنهـا را در معـرض خطـر اسهال ناشی از عفونت‌های فرصت‌طلب قرار می‌دهـد. علل ویروسـی شـامل ویـروس هـرپس سـیمپلکس و همچنین علت شایع ویروسی اسهال در بیمـاران ایـدز، سـیتومگالوویروس اسـت. عفونـت سـیتومگالوویروس اغلب به کولیت با علائم خونریزی رکتال، درد شکمی، تب و کاهش وزن می‌انجامد. انگل‌های فرصت‌طلب از جمله کریپتوسپوریدیا، میکروسپوریدیا، ژیاردیا لامبلیا و انتاموبا هیستولیتیکا، ممکن است باعث اسـهال شـوند. در بیماران بـا سـرکوب شـدید ایمنـی، مایکوبـاکتریوم آویوم کمپلکس؛ یک علت دیگر اسهال است.

اسهال مرتبط با ایدز

در بیماران مبتلا به ایدز، شیوع اسهال در مراحل انتهایی زندگی ۶-۵۴ درصد است. از لحـاظ تاریخچـه‌ای ایـن اسهال به ویـژه در بیمـاران بـا شـمارش سـلول‌هـای CD4+ کمتـر از ۲۰۰ در هـر میلـی‌متـر مکعـب، بـه عفونت‌های فرصت‌طلبی که پیش‌تر به آن‌ها اشاره شد، نسبت داده‌شده‌است. در سال‌هـای اخیرکـه اسـتفاده از ART رواج یافتـه، درصـد اسـهال غیرعفـونی بیـشتر شده‌اسـت. اسـهال مـرتبط بـا عـوارض جـانبی ART می‌تواند تا ۱۹ درصد از شکایت‌های اسهال را تـشکیل دهد و تصور می‌شود تا حدی نتیجه‌ی آپوپتوز اپی‌تلیوم دستگاه گوارش در اثر مهارکننده‌ی پروتئاز باشد. یـک علت غیرعفونی دیگر انتروپـاتی HIV اسـت، کـه بـه معنای برهم‌خـوردن سـاختار دسـتگاه گـوارش در اثـر ویروس HIV است و به سـوءجذب و از دسـت رفـتن وزن منجر می‌گـردد. انتروپـاتی HIV در HIV حـاد و ایدز پیشرفته و هردو ممکن است رخ دهد.

اسهال مرتبط با سرطان

در بیماران دچار سرطان پیشرفته، شیوع اسهال تقریبـا ۷-۱۰ درصد است. در برخی موارد ممکن است اسهال مرتبط با اثرات سرطان مانند اسهال ترشحی در سندرم کارسینوئید، اسـهال ناشـی از سـوجذب در بیمـاران بـا نارسایی پانکراس ناشی از سرطان پانکراس یا در موارد سرطان رکتوم باشد. در سایر بیماران، اسهال به درمان سرطان، مثلا اسهال ترشحی در بیماران دچار بیمـاری GI در اثر واکنش پیونـد علیـه میزبـان پـس از پیونـد سـلول بنیـادی، مربـوط اسـت. اسـهال ترشـحی و یـا اگزوداتیو ناشی از پرتودرمانی نیز شایع است و می‌تواند به صورت حاد یا به شکل تأثیر دیررس درمـان، ظـاهر شـود. ایـن مـورد بیـشتر از همـه در بیمـارانی کـه پرتودرمانی لگن برای آن‌ها صـورت مـی‌گیـرد، دیـده می‌شود و وابسته به دوز است.

درباره‌ی اسهال ناشـی از شـیمی‌درمـانی بایـد بـا جزئیـات بیـشتری بحـث کـرد، چنـان کـه برخـی کارآزمایی‌های کنترل‌شده‌ی تصادفی متعـددی اسـهال شدید را تـا ۴۷ درصـد گـزارش کـرده‌انـد. بـسیاری از شیمی‌درمانی‌ها با هـدف‌گیـری سـلول‌هـای سـرطانی سـریعا تقـسیم‌شـونده عمـل مـی‌کننـد امّـا متاسـفانه سلول‌های سریعا تقـسیم‌شـونده‌ی اپـی‌تلیـوم دسـتگاه گوارش نیز تحت تأثیر قـرار مـی‌گیرنـد. ایـن موضـوع باعث ایجاد موکوزیـت و درنتیجـه اسـهال ترشـحی و هیپرموتیـل (ناشـی از حرکـت زیـاد) مـی‌گـردد. شیمی‌درمانی همچنین می‌توانـد میکروبیوتـای نرمـال روده‌ای را تغییر داده و بیمار را مستعد اسـهال عفـونی کند.

شدت اسهال مـرتبط بـا شـیمی‌درمـانی مـستقیما وابسته به دوز اسـت و ۲۲ درصـد از بیمـاران نیازمنـد کاهش دوز، ۲۸ درصد نیازمند بـه تـأخیر انـداختن دوز

جعبه ۱۲.۵. مثال‌هایی از داروهای سرطان که با ایجاد اسهال همراه هستند.

- ۵ فلورواوراسیل
- سیس‌پلاتین
- سیتوزین آرابینوزید
- هیدروکسی-اوره
- اینترفرون
- ارینوتکان
- آنتی‌بادی‌های مونوکلونال
- ان-فسفونواستیل-ال آسپارتات
- نیتروزاوره
- اکسی‌پلاتین
- مهارکننده‌های توپوایزومراز
- مهارکننده‌های تیروزین کیناز

بعدی و ۱۵ درصد نیازمند قطع درمان هستند. ۵ فلورواوراسیل یک عامل شایع اسهال است و در ۳۲ درصد از بیمارانی که دوز بولوس درمانی را دریافت می‌کنند و در ۶-۱۳ درصد از بیماران تحت درمان انفوزیون باعث علائم درجه‌ی ۳-۴ می‌شود. در کارآزمایی‌های بالینی، ۱-۵ درصد از این بیماران حتی در اثر عوارض ناشی از اسهال ۵ فلورواوراسیل جان خود را از دست دادند. ایرینوتکان یک عامل رایج دیگری است که بروز کلی اسهال با آن ۶۰-۹۰ درصد است و در ۱۶-۲۲ درصد از بیماران علائم درجه‌ی ۳-۴ ایجاد می‌نماید. تا ۵۰ درصد از بیماران تحت درمان با مهارکننده‌های تیروزین کیناز دچار اسهال می‌شوند. برخی مثال‌های دیگر در جعبه ۱۲.۵ آمده‌است.

علل ایاتروژنیک اسهال

همانطور که در مورد شیمی‌درمانی اشاره گردید، برخی دیگر از درمان‌های بالینی که برای بیماران تحت مراقبت تسکینی صورت می‌گیرد نیز می‌تواند باعث بروز عارضه‌ی جانبی اسهال گردد. شایع‌ترین علت اسهال در بیماران دچار بیماری پیشرفته استفاده‌ی نامنظم از ملین‌ها است. یک بیمار دچار یبوست ممکن است از دوزهای بالای ملین استفاده کند و در نتیجه دچار اسهال واکنشی گردد. آنتی‌بیوتیک‌ها یک علت شایع دیگر اسهال هستند که اسهال عارضه‌ی جانبی مستقیم آن‌ها یا نتیجه‌ی تغییر میکروبیوتای روده‌ای و قرارگیری بیمار در معرض عفونت ثانویه است. کلستریدیوم دیفیسیل یک عفونت باکتریایی است که معمولا در بیماران تحت درمان با آنتی‌بیوتیک یا کسانی که زمان زیادی را در مراکز مراقبت سلامت سپری می‌کنند رخ می‌دهد. کلستریدیوم دیفیسیل باعث کولیت غشای کاذب می‌شود و در موارد شدید حتی می‌تواند باعث مگاکولون توکسیک گردد. استفاده از آنتی‌اسیدها نیز با اسهال همراه است. در نهایت، جراحی می‌تواند یک علت ایاتروژنیک اسهال باشد همچنین اسهال ترشحی در بیماران دچار سندرم روده‌ی کوتاه پس از رزکسیون روده یا اسهال ناشی از حرکت زیاد روده در بیماران با رزکسیون ایلئوم یا کولکتومی دیده می‌شود.

سایر علل اسهال

- *سوءجذب:* کمبود لاکتاز (از جمله کمبود گذرای لاکتاز به دنبال انتروکولیت ویروسی حاد) می‌تواند باعث اسهال اسمزی شود و مشکلات صفراوی یا پانکراسی ممکن است به سوءجذب چربی و در نتیجه اسهال هیپرموتیل منجر گردد.
- *گیرافتادن مدفوع و اسهال سرریزی:* بیش از نیمی از بیماران مسن غیرمبتلا به سرطان که در بیمارستان بستری هستند دچار گیرافتادن و عدم تخلیه‌ی مدفوع و اسهال سرریزی هستند.
- *انسداد نسبی روده:* بیماران دچار انسداد نسبی روده نیز ممکن است اسهال سرریزی داشته باشند.
- *مصرف فراورده‌های هیپراسمولار (مانند آبمیوه‌های قندی)* ممکن است به اسهال اسمزی منجر گردد.

- *فیستول انتروکولیک* ممکن است اسهال اسمزی ایجاد کند.
- *خونریزی دستگاه گوارش* ممکن است اسهال اسمزی ایجاد کند.
- *بیماری التهابی روده*
- *اسهال عملکردی و سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر*

ارزیابی

شرح‌حال

با توجه به تنوع بسیار در عادات روده‌ای معمول، در گام نخست مهم است که عادات روده‌ای معمول بیمار را بشناسیم. جزئیاتی که باید ارزیابی گردد شامل کمیت، تعداد دفعات، رنگ و قوام مدفوع و همچنین زمان‌بندی اپیزودها نسبت به مصرف خوراکی غذا یا استفاده از داروها است. مهم است که مشخص کنیم آیا بیمار فیبر، لاکتوز یا الکل زیاد مصرف می‌کند یا نه چون همه‌ی این موارد در ایجاد اسهال نقش دارند. وجود بی‌اشتهایی می‌تواند به تعیین شدت بیماری کمک کند. علائم خستگی، دل‌پیچه و اپیزودهای شبانه‌ی دفع مدفوع نیز باید پرسیده‌شود. علائم مرتبط شامل وجود خون یا موکوس در مدفوع و تب، از دست دادن وزن و درد شدید شکمی یا کرامپ است. همانند همه‌ی موارد اخذ شرح حال از بیماران، تاریخچه‌ی پزشکی قبلی و مصرف دارو باید مورد بحث قرارگیرد و با دقت به سابقه‌ی جراحی‌های دستگاه گوارش، مصرف اخیر آنتی‌بیوتیک یا بستری اخیر و مواجهه با فرد بیمار، توجه گردد.

موسسه‌ی ملی سرطان معیارهای توکسیسیتی رایج را برای تعریف مناسب شدت اسهال تعیین کرده و از ۱ تا ۵ درجه‌بندی کرده‌است که درجه‌ی ۱ خفیف‌ترین حالت است (جعبه ۱۲.۶).

جعبه ۱۲.۶. معیار توکسیسیتی شایع موسسه‌ی ملی سرطان

- درجه‌ی ۱: ۲-۳ بار اجابت مزاج در روز بیش از میزان پایه یا افزایش خفیف در برون‌ده از راه استومی.
- درجه‌ی ۲: ۴-۶ بار دفع بیش از حد پایه در روز یا افزایش متوسط در برون‌ده از راه استومی، علاوه بر کرامپ متوسط یا دفع مدفوع شبانه.
- درجه‌ی ۳: ۷-۹ بار دفع بیش از حالت پایه در روز، بی‌اختیاری یا افزایش شدید خروجی استومی، علاوه بر کرامپ شدید یا دفع مدفوع شبانه، علائم با فعالیت روزمره‌ی زندگی تداخل دارند.
- درجه‌ی ۴: بیش از ۱۰ بار دفع فراتر از حالت پایه، مدفوع دارای خون واضح و اسهالی، نیاز به هیدراتاسیون داخل وریدی.
- درجه‌ی ۵: مرگ

معاینه‌ی فیزیکی

علائم حیاتی باید ارزیابی گردد، از جمله سنجش ارتوستاتیک ضربان قلب و فشار خون که به درک وجود هیپوولمی؛ کمک می‌نماید. دیگر علائم کم‌آبی که باید مورد توجه قرارگیرد شامل کاهش تورگور پوستی، رنگ‌پریدگی و پرشدگی مویرگی تأخیری است. درصورتی که بیمار درجه‌حرارت غیرطبیعی داشته‌باشد، می‌تواند بیشتر موید علل عفونی باشد.

معاینه‌ی غیرطبیعی شامل مشاهده‌ی اسکارهای جراحی و اتساع شکمی است. وجود تندرنس، ریباند تندرنس و گاردینگ باید بررسی گردد. معاینه‌کننده باید شکم را از نظر وجود توده، بزرگی کبد و طحال و آسیت لمس کند زیرا می‌تواند اطلاعاتی درخصوص عوامل خطر یا اتیولوژی‌های احتمالی فراهم نماید. برای بیماران دارای استومی، لازم است عملکرد و احتمال نشت استومی بررسی شود.

با فرض اینکه بیمار نوتروپنی یا ترومبوسیتوپنی نداشته‌باشد، یک معاینه‌ی رکتال باید انجام شود تا احتمال تجمع مدفوع که یک علت رایج اسهال

سرریزی است، رد شود. ارزیابی کفایت اسفنکتر خارجی نیز مفید است، زیرا عدم کفایت آن می‌تواند بی‌اختیاری مدفوع را توجیه نماید. وجود مدفوع خونی یک نشانه‌ی مرتبط‌تر است. پوست اطراف مقعد باید از نظر وجود شکاف پوستی، هموروئید و شقاق بررسی شود، زیرا این موارد ممکن است باعث ایجاد ناراحتی برای بیمار گردد.

مطالعات تشخیصی

در بیشتر موارد اسهال حاد؛ یافته آزمایشگاهی خاصی وجود ندارد. با این حال، در برخی موارد تست‌های خونی ممکن است اطلاعات مفیدی فراهم نماید. یک شمارش کامل خونی تعیین می‌کند که اگر بیمار دچار آنمی یا ترومبوسیتوپنی است، نشان از ریسک احتمالی خونریزی است و لکوسیتوز می‌تواند موید شرایط عفونی یا التهابی باشد. در بیماران دچار تب یا آن‌هایی که از نظر بالینی بی‌حال به نظر می‌رسند، کشت خون را باید درنظرداشت. ارزیابی الکترولیت‌ها و عملکرد کلیوی می‌تواند به تعیین میزان کم‌آبی بدن و اختلال عملکرد پره‌رنال کمک کند. در شرایط خاص، سطح بالای پروتئین واکنش‌دهنده‌ی C، وجود شرایط التهابی را مطرح می‌کند و عملکرد کبد، سطح قندخون و هورمون محرک تیروئیدی می‌تواند اطلاعات مفیدی درباره‌ی عوامل خطر و اتیولوژی اسهال فراهم کند. برای بیماران دچار HIV، میزان ویروس و شمارش سلول‌های +CD4 خطر ایجاد عفونت‌های فرصت‌طلب اسهالی را نشان می‌دهد، به ویژه زمانی که تعداد سلول‌های +CD4 کمتر از ۲۰۰ عدد در هر میلی‌متر مکعب باشد.

درمان اسهال عموما به صورت تجربی است، مطالعات مدفوع برای شرایط خاص و پیچیده شامل علائم پایدار، بیماری شدید یا بیماران پرخطر کاربرد دارد. سنجش ایمنی آنزیم‌ها یا تست واکنش زنجیره‌ای پلی‌مراز برای کلستریدیوم دیفیسیل توکسین‌زا احتمالا از مفیدترین بررسی‌های مدفوع هستند، زیرا اگر نتیجه‌ی مثبت داشته‌باشند درمان آنها کاملا اختصاصی خواهدبود. چک‌کردن خون مخفی در مدفوع و لکوسیت‌های مدفوع می‌تواند به تشخیص علل التهابی اسهال کمک کند. کشت‌های باکتریایی مدفوع به ندرت در شرایط اسهال حاد مفید هستند و معمولا در موقعیت‌های خاص و زمانی که تست مثبت؛ مدیریت بیماری را تغییر خواهدداد، کاربرد دارند.

مطالعات تصویربرداری اغلب در ارزیابی اسهال ضروری نیستند. با این حال، سی‌تی اسکن شکم در صورت وجود گاردینگ یا ریباند تندرنس در معاینه؛ اندیکاسیون خواهدداشت و می‌تواند به شناسایی شواهد انتروکولیت، پارگی روده، دیورتیکولیت، پانکراتیت یا آبسه کمک کند. از گرافی اشعه‌ی X شکمی معمولا نتایج چندانی حاصل نمی‌گردد.

در موارد اسهال شدید و پایدار، بررسی بیشتر با سیگموئیدوسکوپی، کولونوسکوپی یا اندوسکوپی قابل انجام است. این مطالعات امکان مشاهده‌ی دیواره‌های روده را فراهم می‌کند و همچنین با استفاده از این روش‌ها می‌توان از مناطقی که دارای نشانه‌ی التهاب یا عفونت با سیتومگالوویروس یا کلستریدیوم دیفسیل بیوپسی تهیه کرد. با این حال، در بیماران نوتروپنیک دچار انتروکولیت، کسانی که در معرض خطر زیاد پارگی روده هستند یا کسانی که اهداف مراقبتی آن‌ها در مغایرت با انجام پروسیجرهای تهاجمی است، باید از انجام این پروسیجرها اجتناب نمود.

مدیریت

پیشگیری

مطمئنا پیشگیری همیشه مقدم بر درمان است. متاسفانه، درحالی که مطالعات متعددی به ارزیابی گزینه‌های موجود برای پیشگیری از اسهال مرتبط با شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی (مثلا پروبیوتیک‌ها،

سلکوکسیب، جاذب‌ها و شارکول فعال) پرداخته‌اند، اما شواهد حمایت‌کننده‌ای یافت نشده‌است. بهترین شیوه‌ی پیشگیری از اسهال مرتبط با عفونت، بهداشت خوب دست برای پیشگیری از گسترش عفونت است.

مداخلات پرستاری و مراقبت حمایتی

باید به بیماران و خانواده‌های آن‌ها درباره‌ی علل و درمان‌های اسهال آموزش‌های لازم ارائه شود. زمانی که بیماری شیمی‌درمانی با خطر بالای ایجاد اسهال را دریافت می‌کند، باید پیش از درمان از این عارضه‌ی جانبی آگاه شود و بداند چه زمانی باید به مراقب سلامت خود مراجعه نماید. مهم است که درنظرداشته‌باشیم این بیماران ممکن است در باخبرکردن تیم درمانی از وقوع اسهال احتیاط کنند، زیرا گمان می‌کنند با گفتن این عارضه از ادامه‌ی روند شیمی‌درمانی خارج خواهندشد. به هرحال، باید به بیماران تأکید شود که مراقبان سلامت را سریعا از علائم خود مطلع سازند تا به درمان آن‌ها کمک شود. علائم جدی شامل اسهال شدید (درجه‌ی ۳-۴)، تهوع و استفراغ قابل توجه، تب، سپسیس، نوتروپنی، خونریزی، ناتوانی در غذاخوردن و کرامپ شدید نشان‌دهنده‌ی نیاز بیمار به بستری در بیمارستان هستند. در برخی موارد، کاهش دوز یا فاصله‌اندازی در درمان می‌تواند به رفع اسهال ناشی از شیمی‌درمانی کمک کند امّا توقف مصرف دارو در بیماران HIV دچار اسهال مرتبط با ART توصیه نمی‌شود.

علاوه بر آموزش، دیگر مداخلات حمایتی شامل دسترسی به تجهیزات (مثلا دستشویی کنار تخت یا لگن‌گذاری برای بیمار) به راحتی بیمار در شرایطی که اسهال مکرر باعث نیاز به دستشویی‌رفتن شده‌باشد، کمک می‌کند. آموزش و کمک به مراقبت پوستی خوب یک عامل کلیدی است. با تمیزکردن و خشک‌کردن مناسب پوست احتمال تحریک پوستی در اثر رطوبت کمتر می‌شود، همچنین استفاده از کرم‌های محافظ به کاهش زخم‌شدن پوست کمک می‌کند.

توصیه‌های غذایی نیز مفید هستند. از مصرف غذاهای تحریک‌کننده از جمله غذاهایی تولیدکننده گاز باید اجتناب گردد. غذاهای رایجی که باید از مصرف آنها اجتناب نمود شامل محصولات لبنی، کافئین و الکل، غذاهای با قند یا سوربیتول زیاد، سبزی‌های پرفیبر (سبزیجات خام)، غذاهای پرچرب، غذاهای پرادویه و غذاهای پرخطر (مانند غذاهای خام، غذاهای مانده، غذاهایی که از دستفروش‌های خیابانی خریداری می‌شوند) است. در عوض بیماران باید میزان حجم‌دهنده‌ها مانند پسیلیوم، سبوس گندم یا پکتین را در رژیم غذایی خود افزایش دهند. خوردن وعده‌های غذایی کوچک مکرر بر وعده‌های غذایی با حجم زیاد و دفعات کم، ارجح است.

برای بیماران دچار اسهال مهم است که همیشه به خوبی هیدراته باشند. این افراد باید مکررا تا حدی که تحمل دارند مایعات شفاف بنوشند و می‌توانند محلول‌های خوراکی هیدراته‌کننده دارای سدیم کلرید و قندها مانند نوشیدنی‌های ورزشی یا سوپ‌ها را مصرف کنند. یک هدف خوب مصرف روزانه ۸-۱۰ لیوان مایع شفاف است، گرچه برای بیماران تحت مراقبت تسکینی این کار ممکن است چالش‌برانگیز باشد. برای بیماران دچار اسهال شدید و دهیدراتاسیون، هیدراتاسیون وریدی یا تزریق مایعات در بافت زیرجلدی ممکن است مفید باشد. در چنین شرایطی، جایگزینی الکترولیت‌ها (مانند منیزیم، کلسیم و فسفات) را نیز می‌توان در نظرداشت.

درمان دارویی

آگونیست‌های اپیوئیدی

برای بیمارانی که اسهال آن‌ها به درمان محافظه‌کارانه پاسخ نداده‌است، آگونیست‌های اپیوئیدی انتخاب دارویی اول برای رفع علائم هستند. این داروها با

اتصال بـه گیرنـده‌هـای محیطـی اپیوئیـدها در روده و آگونیزه‌کردن آنها عمل می‌کنند که منجـر بـه کـاهش پریستالتیسم، افزایش بازجذب آب و بهبود کنترل دفـع مدفوع می‌شود و در نهایت همه‌ی این موارد به کاهش اسهال کمک می‌کند. عوارض جانبی شـامل ایلئـوس، یبوست، کرامپ شکمی، تحریک‌پذیری، خواب‌آلـودگی و سیاهی‌رفتن چشم‌ها است. برخی مثال‌های رایج این داروها در اینجا مورد بحث قرار می‌گیرد.

- *لوپرامید:* در ابتدا ۴ میلی‌گرم خـوراکی و سـپس ۲ میلی‌گرم پس از هربار دفع مدفوع شل تا حـداکثر ۱۶ میلی‌گرم روزانه؛ دوز را افزایش دهید تا زمـانی که برای ۱۲ ساعت اسهال قطع گردد. لوپرامید به صورت کلی به عنوان داروی خـط اول در درمـان علامتی به کار می‌رود و بدون نسخه قابـل تهیـه است. لوپرامید کمتر از دیفنوکسیلات از سد خونی مغزی عبور می‌کند و لذا کمتر فـرد را در معـرض عارضه‌ی دیلیریوم قرار می‌دهد، پس همیشه پیش از تجویز دیفنوکسیلات، لوپرامید را امتحان کنیـد. بعلاوه لوپرامید در مقایسه با کدئین؛ اثرات سـداتیو کمتری دارد. درصورتی که خون در مـدفوع وجـود دارد یا مشکوک به عفونت کلستریدیوم دیفیـسیل هستید، از مصرف لوپرامید اجتناب نمایید.
- دیفنوکسیلات/ *آتـروپین:* ۲/۵ میلـی‌گـرم/ ۰/۰۲۵ میلی‌گرم، ۱–۲ قـرص از طریـق خـوراکی هـر ۶ ساعت در صورت نیاز، حداکثر تـا ۲۰ میلـی‌گـرم/ ۰/۲ میلـی‌گـرم در ۲۴ سـاعت. ایـن یـک داروی ترکیبی است که در آن دیفنوکسیلات بـه عنـوان آگونیست محیطی اپیوئید عمل می‌کند و آتـروپین نقش آنتی‌کولینرژیـک دارد کـه در کنـار هـم بـه کـاهش ترشـحات دسـتگاه گـوارش و کـاهش پریستالتیسم می‌انجامند. شروع اثـر ایـن دارو ۴۵–۶۰ دقیقه طول می‌کشد.
- *تنتور اپیوم:* ۰/۷ میلی‌گرم خوراکی هـر ۴ سـاعت، دوز را افزایش دهید تا زمانی که اثر نماید.
- *کدئین:* ۱۰–۶۰ میلی‌گرم خـوراکی هـر ۴ سـاعت درصورت نیاز. همانطور کـه پـیش‌تـر اشـاره شـد، خواب‌آلودگی یک عارضه‌ی جانبی شایع کدئین است.

داروهای جاذب

داروهای جاذب با حجم‌دهـی بـه مـدفوع، اتـصال بـه توکسین‌های باکتریایی و مایعات عمـل مـی‌کننـد کـه همـه‌ی ایـن مکانیـسم‌هـا بـه افـزایش قـوام مـدفوع می‌انجامد. بیسموت ساب‌سالیسیلات یک مثـال رایـج است و دارای خاصیت ضدالتهابی و ضـدمیکروبی نیـز است. این دارو اغلب در اسهال حـاد کـاربرد دارد و بـه صورت ۳۰ میلی‌لیتر مایع یا ۲ قرص خـوراکی هـر ۳۰ دقیقه در صورت نیاز تـا حـداکثر ۸ دوز در روز تجـویز می‌گردد. متیل‌سلولز و پکتـین؛ مثـال‌هـای دیگـری از داروهای جاذب هستند که در مورد پکتین ممکن است ۴۸ ساعت طول بکشد تا اثر دارو ظاهر گردد.

آنتی‌کولینرژیک‌ها

همانطور که پیش از این درباره‌ی آتروپین در ترکیب با دیفنوکـسیلات کـه آگونیـست اپیوئیـدی اسـت اشـاره گردید، آنتی‌کولینرژیک‌ها با کاهش ترشـحات دسـتگاه گوارش و کاهش پریستالتیسم به بهبود اسـهال کمـک می‌کنند. آتروپین در ترکیب با فنوباربیتال/هیوسـیامین/ اسکاپولامین، به صورت ۱–۲ قرص هر ۶ تا ۸ سـاعت در صورت نیاز نیز کاربرد دارد. ایـن انتخـاب همچنـین می‌تواند به بهبود کرامـپ‌هـای شـکمی کمـک کنـد. اسکاپولامین به تنهـایی از طریـق پـچ تـرانس‌درمـال تجویز می‌شود و ممکن است در موارد مقـاوم بـه کـار رود به ویژه درصورتی که تهوع نیز به صورت همزمان وجود داشته‌باشد.

ضدالتهاب‌ها

کورتیکواستروئید بودزوناید گـاهی در اسـهال ناشـی از شیمی‌درمانی مقاوم به لوپرامید به کار می‌رود. این دارو

را می‌توان به صورت ۹ میلی‌گرم در روز برای ۳–۵ روز تجویز نمود. آسپرین و ایندومتاسین در درمان انتریت ناشی از پرتودرمانی به کار رفته‌اند، گرچه شواهد حداقلی در حمایت از اثربخشی آن‌ها وجود دارد. برای بیماران دچار اسهال مزمن ناشی از بیماری التهابی روده، مزالامین ممکن است اثربخش باشد.

داروهای ضدترشح

سوماتواستاتین یک هورمون پپتیدی است که توسط هیپوتالاموس و روده ترشح می‌گردد و ترشح محیطی پپتید وازواکتیو روده‌ای را مهار می‌نماید. این پپتید در ادامه؛ جریان خون اسپلانکنیک و پورت را کاهش داده و ترشحات معدی و حرکت دستگاه گوارش را کم می‌کند که این به افزایش بازجذب آب در دستگاه گوارش و افزایش تولید مخاط روده‌ای می‌انجامد.

اکتروتاید یک آنالوگ سوماتواستاتین است و برای اهداف گوناگون در بیماران تحت مراقبت تسکینی کاربرد دارد. این دارو ممکن است به عنوان خط اول درمان اسهال درجه ۳–۴ ناشی از شیمی‌درمانی یا خط دوم درمان علائم درجه‌ی ۱–۲ به کار رود. دیگر اندیکاسیون‌های آن شامل اسهال ترشحی فراوان مرتبط با HIV، خروجی فراوان از استومی یا اسهال مقاوم است. دوز شروع آن به صورت معمول ۵۰ میکروگرم به صورت داخل وریدی یا زیرجلدی هر ۸–۱۲ ساعت است و می‌توان دوز آن را هر ۴۸ ساعت به ازای هر دوز، ۱۰۰ میکروگرم افزایش داد تا نهایتا به ۵۰۰ میکروگرم هر ۸ ساعت برسد. این دارو را همچنین می‌توان به صورت انفوزیون مداوم ۱۰–۸۰ میکروگرم در هر ساعت یا به صورت تزریق ۲۰ میلی‌گرم داخل عضلانی یک بار در هر ماه، تجویز کرد. برخی مطالعات به بررسی این موضوع پرداخته‌اند که آیا اکتروتاید می‌تواند نقش مهمی در پروفیلاکسی اسهال مرتبط با شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی داشته‌باشد یا نه و با این وجود اینکه در حال حاضر شواهد اندکی در این خصوص وجود دارد، امّا احتمالا تزریق ماهانه؛ نقش بهتری در مقایسه با اشکال سریع رهاشونده‌ی دارو در پروفیلاکسی، ایفا می‌نماید.

رانیتیدین یک آنتاگونیست گیرنده‌ی ۲ هیستامین است که ترشحات دستگاه گوارش را کم می‌کند و می‌تواند در اسهال ناشی از سوءجذب در اثر پانکراتیت یا در بیماران دچار سندرم زولینجر الیسون، کمک‌کننده باشد.

کروفلمیر یک داروی ضدترشحی است که تنها درمان مورد تایید FDA برای رفع علائم اسهال غیرعفونی در بیماران HIV تحت درمان با ART است.

عوامل میکروبی

آنتی‌بیوتیک‌ها گاهی در درمان اسهال در بیماران تحت مراقبت تسکینی نقش دارند. همانطور که درمورد جمعیت عمومی نیز صادق است، یک بیمار دچار اسهال باکتریایی شدید حاد یا اسهال مسافران ممکن است از آزیترومایسین یا یک فلوروکینولون سود ببرد. مترونیدازول یا ونکومایسین خوراکی برای بیماران دچار اسهال مرتبط با عفونت کلستریدیوم دیفیسیل، اندیکاسیون دارند.

پروبیوتیک‌ها، میکروارگانیسم‌های زنده‌ای هستند که با هدف بازگرداندن میکروبیوم روده‌ای سالم از طریق رقابت با میکروارگانیسم‌های پاتوژنی که عامل عفونت هستند، تجویز می‌گردند. شواهدی از اثربخشی پروبیوتیک‌ها در پیشگیری از اسهال ناشی از آنتی‌بیوتیک (مانند کلستریدیوم دیفیسیل) وجود دارد، گرچه مناسب‌ترین گونه‌ها و دوز بهینه‌ی آن‌ها هنوز مشخص نیست. همچنین تلاش‌هایی برای مشخص‌نمودن اینکه آیا پروبیوتیک‌ها می‌توانند از اسهال ناشی از شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی پیشگیری نمایند یا نه صورت گرفته‌است، امّا متاسفانه کاربرد پروبیوتیک‌ها برای این مقصود به سبب فقدان شواهد

متقاعدکننده، مورد اختلاف است. با این حال، پروبیوتیک‌ها به صورت کلی به خوبی تحمل می‌شوند و لذا برای جمعیت‌های خاص انتخابی؛ می‌توان آن‌ها را درنظر داشت.

دیگر گزینه‌های ضداسهال

داروهای دیگری نیز وجود دارند که برای علل خاص از اسهال می‌توان آنها را درنظرداشت. برای مثال، بیماران دچار اسهال مرتبط با نارسایی پانکراس ممکن است از ۳۰ هزار واحد بین‌المللی لیپاز پانکراسی همراه با هر وعده غذا در ترکیب با رژیم‌غذایی با چربی اندک سود ببرند. مکمل‌های لاکتاز در اسهال ناشی از کمبود لاکتاز، کمک‌کننده خواهندبود. سکستران‌های اسیدهای صفراوی (مانند کلستیرامین) را گاهی می‌توان برای کاهش مدفوع خروجی در کولیت ناشی از رادیاسیون یا استئاتوره‌ی ناشی از سوءجذب اسیدهای صفراوی به کار برد. آگونیست‌های آلفا ۲ آدرنرژیک (مانند کلونیدین) گاهی برای اسهال ناشی از ترک اپیوئیدها به کار می‌روند. در یک مورد بهبود اسهال مقاوم به اکتروتاید با مصرف گلیکوپیرولات آنتی‌کولینرژیک در یک بیمار دچار تومور نوروانـدوکرین؛ گزارش گردید. در نهایت، آنتی‌هیستامین سیپروهپتادین می‌تواند به رفع اسهال ناشی از سندرم کارسینوئید کمک نماید.

مطالعه‌ی موردی ۳ (ادامه)

با توجه به بستری اخیر خانم پ در بیمارستان، مدفوع وی از نظر عفونت کلستریدیوم دیفیسیل مورد آزمایش قرار گرفت که نتیجه منفی بود. داروی ۵ فلورواوراسیل وی که معمولا اسهال ایجاد می‌کند از دوز بولوس به دوز مداوم تغییر یافت و به وی توصیه شد لوپرامید را با دوز ۴ میلی‌گرم شروع کند و سپس ۲ میلی‌گرم هر ۴ ساعت در صورت نیاز و شل بودن مدفوع استفاده نماید. علائم حیاتی وی پایدار باقی ماند و او با مصرف مکرر محلول خوراکی رهیدراتاسیون؛ توانست خود را هیدراته نگه دارد و دفع مدفوع وی تا ۲ بار در روز کاهش یافت.

آسیت

مطالعه‌ی موردی ۴: یک بیمار دچار سیروز الکلی

آقای ن ۶۵ ساله با سیروز الکلی که دچار افزایش وزن، افزایش دور شکم و زردی پوست شده‌است. اکنون شرح حال سیرشدن زودهنگام و ناراحتی در تنفس حین درازکشیدن را مطرح می‌نماید.

تعریف

آسیت به معنای تجمع غیرطبیعی آب درون حفره‌ی صفاقی (اینتراپریتونئال) است. علل مختلفی برای آسیت وجود دارد، امّا صرف‌نظر از علت، آسیت اغلب باعث ناراحتی قابل توجه و افت کیفیت زندگی بیمار می‌گردد.

شیوع و پاتوفیزیولوزی

علت آسیت را می‌توان به انواع بیماری‌های مرتبط با هیپرتانسیون پورت، بیماری‌های صفاقی و کاهش آلبومین خون، تقسیم کرد.

هیپرتانسیون پورت

هیپرتانسیون (افزایش فشار) پورت شرایطی است که درآن به دلیل تغییرات ساختاری در ارگان‌های درگیر یا تغییرات دینامیک اثرگذار بر سرعت جریان خون، مقاومت در برابر جاری‌شدن خون وجود دارد. در هر صورت، نتیجه‌ی نهایی؛ افزایش فشار و نفوذپذیری جدار عروق و در نتیجه تجمع مایع در فضای داخل صفاق است. سیروز کبدی شایع‌ترین علت آسیت مرتبط با هیپرتانسیون پورت است و ۸۱ درصد از تمامی بیماران دچار آسیت از سیروز کبدی رنج می‌برند. نزدیک

به نیمی از بیماران دچار سیروز؛ آسیت پیدا می‌کنند. از این بیماران سیروزی که دچار آسیت می‌گردند، مورتالیتی (مرگ‌ومیر) دو ساله به ۵۰ درصد می‌رسد. زمانی که آسیت به درمان طبی مقاوم می‌گردد، مورتالیتی در ۶ تا ۱۲ ماه ۵۰ درصد خواهد بود.

- *نارسایی قلبی:* ۳ درصد از بیماران دچار آسیت را تشکیل می‌دهد.
- *آسیت مرتبط با همودیالیز (نفروژنیک):* ۱ درصد از بیماران دچار آسیت را تشکیل می‌دهد.
- *متاستاز کبدی*
- *ترومبوز ورید پورت* (مقاومت پیش کبدی در برابر جریان خون پورت)
- *سندرم بودکیاری* (مقاومت پسا کبدی در برابر جریان خون پورت)

بیماری صفاقی

زمانی که صفاق آسیب می‌بیند، تخلیه‌ی لنفاوی مختل می‌شود و نفوذپذیری عروق زیاد می‌گردد. نتیجه‌ی این موارد؛ تجمع مایع درون حفره‌ی صفاق است. بدخیمی که با کارسینوماتوز صفاقی همراه باشد یک علت شایع این حالت است و ۱۰ درصد از تمامی بیماران دچار آسیت از این گروه هستند. زمانی که در یک بیمار مبتلا به سرطان آسیت وجود داشته‌باشد اغلب نشانگر پیش‌آگهی ضعیف در حد ۱-۴ ماه است، مگر در سرطان تخمدان و پستان که پیش‌اگهی بهتری دارند. به همین دلیل، وقتی یک بیمار دچار سرطان؛ آسیت پیدا می‌کند، اغلب زمان مناسبی برای ارزیابی مجد اهداف مراقبت است. توبرکلوزیس نیز می‌تواند به صفاق آسیب بزند و حدود ۲ درصد از موارد آسیت را تشکیل می‌دهد.

هیپوآلبومینمی (کمبود آلبومین خون)

بیماری‌هایی که باعث هیپوآلبومینمی می‌شوند نیز بیمار را در معرض خطر ایجاد آسیت قرار می‌دهند که عمدتا به دلیل کاهش فشار انکوتیک درون سیستم قلبی عروقی است که به افزایش نفوذپذیری عروقی می‌انجامد و بازهم نتیجه‌ی آن؛ افزایش مایعات درون حفره‌ی صفاق خواهدبود؛ بنابراین، سندرم نفروتیک، سوءتغذیه‌ی شدید و انتروپاتی‌های از دست‌دهنده‌ی پروتئین، همگی می‌توانند باعث افزایش خطر ایجاد آسیت در بیمار شوند.

ارزیابی

شرح‌حال

از بیماری که با آسیت مراجعه می‌کند باید درباره‌ی داروهای مورداستفاده و شرح‌حال پزشکی قبلی‌اش از جمله وجود هریک از بیماری‌هایی که در بخش پاتوفیزیولوژی مورد بحث قرارگرفت، سوال کرد. بعلاوه عوامل خطر بیماری‌های کبدی یا عفونی از جمله شرح‌حال مصرف زیاد الکل، هپاتیت، کارسینوم هپاتوسلولار یا مسافرت به نواحی اندمیک توبرکلوزیس، مورد ارزیابی قرارگیرند.

نشانه‌ی شاخص آسیت، اتساع شکم است که بیمار ممکن است به شما بگوید شلوارش تنگ شده‌است. بیماران ممکن است افزایش وزن و ادم را مطرح کنند. اغلب درد وجود دارد، نه تنها در شکم بلکه در لگن یا پشت که به خاطر حمل وزن اضافی غیرعادی است. بی‌اشتهایی و سیرشدن زودهنگام و همچنین تهوع و استفراغ، ممکن است ایجاد شود. علائم دیگر شامل خستگی، تنگی‌نفس و ارتوپنه، تکرر ادرار و یبوست است. بیمار ممکن است از کاهش تحرک و بدشکل‌شدن بدنش در نتیجه‌ی اتساع شکم و افزایش وزن، ناراحت باشد. در بیماران دچار بیماری کبدی، ممکن است خارش همزمان به سبب هیپربیلی‌روبینمی یا گیجی به دلیل انسفالوپاتی کبدی وجود داشته باشد.

معاینه‌ی فیزیکی

تشخیص آسیت با معاینه‌ی فیزیکی به تنهایی به ویژه در بیماران چاق چالش‌برانگیز است. با این حال، یک

معاینه‌ی فیزیکی کامل لازم است که شامل ارزیابی اتساع شکم و هپاتواسپلنومگالی باشد. دق شکم باید صورت گیرد و نتیجه‌ی آن ممکن است به صورت صدای مات در فلانک‌ها باشد درحالی که در انسداد روده اغلب صدای تیمپان شنیده می‌شود. شایان ذکرا ست که حداقل ۱/۵ لیتر مایع باید وجود داشته‌باشد تا صدای مات ایجاد شود و این صدا در ترکیب با برجسته‌شدن فلانک‌ها ۷۵ درصد حساسیت و ۵۷ درصد ویژگی در تشخیص آسیت خواهدداشت. همچنین صدای مات در دق ممکن است با تغییر موقعیت بیمار از سوپاین به لترال دکوبیتوس جابه‌جا شود و این نشانه در مقایسه با حرکت مواج مایع، بیشتر پیش‌بینی‌کننده‌ی وجود آسیت است.

معاینه‌ی قلبی باید صورت گیرد و شامل مشاهده‌ی نشانه‌های مربوط به نارسایی قلبی مانند اتساع ورید ژوگولار، صدای سوم قلبی، کراکل‌های ریوی و ادم محیطی در اندام‌های تحتانی یا ساکروم است.

وجود لنفادنوپاتی ممکن است مرتبط با بدخیمی باشد و وجود فتق‌های اینگوینال یا نافی می‌تواند مطرح‌کننده‌ی افزایش فشار داخل شکمی باشد.

معاینه باید شامل ارزیابی علائم مربوط به بیماری کبدی از جمله تغییرات قابل مشاهده (مانند اریتم کف دست، تلانژکتازی اسپایدر، یرقان، ایکتر در اسکلرا، کاپوت مدوزا و ژنیکوماستی) و همچنین تغییرات نورولوژیک (مانند آستریکسی و انسفالوپاتی) باشد.

مطالعات تشخیصی

ارزش اصلی تست‌های خونی، جستجوی عوامل مستعدکننده به ایجاد آسیت است. وجود ترومبوسیتوپنی، افزایش تست‌های انعقادی، آلانین آمینوترانسفراز یا آسپارتات آمینوترانسفراز، آلکالین فسفاتاز و بیلی‌روبین؛ همگی مطرح‌کننده‌ی اختلال عملکرد کبدی است. افزایش کراتینین و اوره مطرح‌کننده‌ی اختلال عملکرد کلیه هستند.و افزایش سطوح پپتید ناتریورتیک مغزی؛ نارسایی قلبی را مطرح می‌کند. اختلالات الکترولیتی مانند هیپوناترمی؛ می‌تواند نشان‌گر افزایش حجم مایع باشد. در سوءتغذیه‌ی شدید یا سندرم نفروتیک، سطح آلبومین کاهش می‌یابد.

مطالعات تصویربرداری

سونوگرافی شکمی بررسی خط اول در ارزیابی آسیت به شمار می‌رود و می‌تواند مقادیر اندک در حد ۱۰۰ میلی‌لیتر مایع آسیت را شناسایی نماید. سونوگرافی نه‌تنها به تایید وجود آسیت کمک می‌کند بلکه در تعیین مقدار آسیت و به عنوان راهنما حین پاراسنتز نیز نقش دارد.

در سونوگرافی همانند سی‌تی اسکن، ممکن است شواهد یک کبد کوچک ندولر در صورت وجود سیروز، یا شواهد یک کبد متاستاتیک در شرایط بدخیمی دیده شود. سی‌تی اغلب در مقایسه با سونوگرافی در تعیین بار کلی بیماری در بیمار دچار آسیت مرتبط با سرطان، سودمندتر است.

پاراسنتز و لاپاراسکوپی تشخیصی

هر بیماری که با آسیت تازه ایجادشده مراجعه نماید باید تحت پاراسنتز تشخیصی قرار گیرد تا علت آسیت مشخص شود. رنگ مایع آسیت باید مورد مشاهده قرار گیرد، کاهش رنگ در سیروز کبدی شایع است در حالی که آسیت خونی ممکن است بیشتر مؤید ایجاد تروما حین تپ مایع یا وجود بدخیمی باشد. در گذشته، ارزیابی اگزوداتیو یا ترانسوداتیو بودن آسیت؛ انجام می‌شد و غلظت کلی پروتئین کمتر از ۱/۵ گرم بر لیتر با خطر بیشتر پریتونیت باکتریایی خود به خود همراه بود. با این حال، امروزه این مفهوم در مقایسه با گرادیان آلبومین سرم–آسیت (SAAG)، کمتر در تشخیص، مفید تلقی می‌گردد. SAAG با کم‌کردن

سطح آلبومین در مایع آسیت از سطح آلبومین سرم محاسبه می‌گردد. درصورتی که گرادیان بیشتر یا مساوی ۱/۱ گرم بر دسی‌لیتر باشد، ۹۷ درصد شانس وجود هیپرتانسیون پورت وجود دارد.گرادیان‌های کمتر بیشتر مطرح‌کننده‌ی بدخیمی، پانکراتیت یا عفونت هستند.

برای بیماری که مشکوک به سرطان است، سیتولوژی مثبت مایع آسیت برای تشخیص بدخیمی، ویژگی ۱۰۰ درصدی دارد. با این حال، سیتولوژی تنها ۶۰ درصد حساسیت دارد، زیرا همه‌ی تومورها، سلول‌هایشان را در فضای پریتوئن پخش نمی‌کنند. گاهی، چک کردن نشان‌گرهای سرمی تومور مانند آلفا فیتوپروتئین برای کارسینوم سلول کبدی یا CA19-9 برای سرطان پانکراس ممکن است انجام گیرد.

بررسی عفونت آسیت شامل آنالیز میکروسکوپی برای رد پریتونیت باکتریال خودبه‌خود است. وجود بیش از ۲۵۰ نوتروفیل در هر میلی‌متر مکعب، مطرح‌کننده‌ی عفونت است. رنگ‌آمیزی گرم می‌تواند سریعا اطلاعاتی درباره‌ی نوع باکتری موجود در اختیار ما قرار دهد و کشت داده‌های قطعی‌تری نیز فراهم خواهدکرد. نوارهای لکوسیت‌استراز به صورت متداول برای آنالیز ادرار به کار می‌روند امّا حساسیت ۸۰-۹۳ درصد و ویژگی ۹۳-۹۸ درصدی در تشخیص پریتونیت باکتریایی خود به خود در مایع آسیت دارند. در صورتی که مشکوک به توبرکلوزیس باشیم، چک فعالیت آدنوزین دآمیناز یا واکنش زنجیره‌ای پلی‌مراز برای DNA مایکوباکتریوم توبرکلوززیس نیز تست‌های مفیدی هستند که می‌توانیم درنظر داشته‌باشیم.

مطالعات بسیار دیگری نیز وجود دارند که مثال‌های آن‌ها شامل اندازه‌گیری سطح آمیلاز برای ارزیابی پانکراتیت و سطح تری‌گلیسرید برای آسیت شیلوس است.

در برخی حالات، لاپاراسکوپی تشخیصی می‌تواند امکان بررسی مشاهده‌ای با جزئیات بیشتر در فضای داخل پریتوئن برای یافتن علت آسیت را فراهم کند و همچنین با این روش می‌توان از بافت، بیوپسی تهیه کرد. در مورد بدخیمی، لاپاراسکوپی؛ انجام جراحی کاهش حجم تومور را نیز میسر می‌سازد.

درمان

کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده‌ی اندکی وجود دارند که به ارزیابی و مقایسه‌ی درمان‌های مختلف آسیت پرداخته‌اند. بیشتر داده‌های موجود از مطالعات روی آسیت‌های سیروزی به دست‌آمده‌اند و تعداد بسیار کمتری از مطالعات روی آسیت ناشی از سایر علل از جمله بدخیمی، صورت گرفته‌است.

مداخلات پرستاری و مراقبت حمایتی

چون آسیت در بیشتر موارد نشان‌دهنده‌ی مراحل انتهایی بیماری است، هدف از درمان؛ تسکین علائم خواهدبود.پرسنل پرستاری و بالینی می‌توانند به بیمار درباره‌ی تغییرات رژیم غذایی در جهت تولید کمتر مایع داخل صفاق از جمله محدودیت مایع و سدیم (کمتر از ۲ گرم در روز) آموزش دهند.

مراقبت پوستی خوب برای پیشگیری از زخم پوستی مهم است. پوزیشن‌دهی مناسب به بیمار به کاهش ناراحتی و تنگی نفس کمک می‌کند و درمان فیزیکی را می‌توان در بیمارانی که از بی‌تحرکی رنج می‌برند، در نظر داشت.

درمان دارویی

دیورتیک‌ها به صورت رایج در درمان آسیت‌های سیروزی به کار می‌روند. استفاده از دیورتیک‌ها در آسیت‌های بدخیم مورد اختلاف است و برخی مطالعات نرخ پاسخ‌دهی حدود ۴۴ درصد را برای آن نشان می‌دهند. هیچ گایدلاینی با مطالعه‌ی قوی درباره‌ی دوز دیورتیک‌ها برای این مورد اندیکاسیون وجود ندارد و از گایدلاین‌های معمول دوز دیورتیک‌ها پیروی

مـی‌گـردد. مثـال‌هـای رایـج دیورتیـک‌هـا شـامل دیورتیـک‌هـای حفـظ‌کننـده‌ی پتاسـیم ماننـد اسپیرنولاکتون است کـه یـک آنتاگونیـست گیرنـده‌ی آلدسترون است. اسپیرنولاکتون اغلب به عنوان درمـان خط اول در بیماران سیروزی محسوب می‌شود و گاهی برای بیماران دچار بـدخیمی کـه شـانس کمـی بـرای درمـان موفـق بـا شـیمی‌درمـانی دارنـد، درنظرگرفتـه می‌شود. دوز مورد استفاده ۱۵۰–۴۵۰ میلی‌گـرم در روز است. دیورتیک‌های لوپ مانند فوروسماید نیز گاهی به کار می‌روند، گرچه شواهد محدودی از کارآیی آن‌ها در این شرایط موجود اسـت. متاسـفانه، هـیچ روش قابـل اعتمادی برای پیش‌بینی اینکـه بیمـار از دیورتیـک‌هـا سود می‌برد یا نه وجود ندارد،و آسیت اغلب مقـاوم بـه درمان دارویی است. ضمنا باید دقـت و احتیـاط کـافی داشته‌باشیم که استفاده از دیورتیک‌ها باعـث نارسـایی کلیه نگردد.

دیگر درمان‌های دارویی شامل شیمی‌درمانی برای بیماران دچار بدخیمی‌های حساس به شیمی‌درمانی بـه ویـژه سـرطان‌هـای تخمـدان و برخـی سـرطان‌هـای دستگاه گوارش است. یـک گزینـه‌ی احتمـالی دیگـر؛ اکتروتاید است که در یک مطالعـه‌ی سلسله مـوردی کاهش آسیت با استفاده از آن دیده شده‌است.

درمان پروسیجری و جراحی

پاراسنتز درمانی

پاراسنتز درمانی انتخاب خط اول برای آسیت مقاوم به مداخلات دارویی و حمایتی است. این پروسیجر باعـث رفع قطعی امّا موقت علائم می‌گردد و برای بیماران به صورت سرپایی هر دوهفته یک‌بار قابل انجام است. در موارد سیروز، پاراسنتز با حجم زیاد می‌تواند بیمـار را در خطر افت فشار خـون و اخـتلال عملکـرد کلیـه قـرار دهد،گرچه بروز عوارض در بیماران دچار آسیت ناشـی از بدخیمی کمتر اسـت. در حقیقـت، برخـی مطالعـات نشان‌داده‌است که حذف تا ۵ لیتر مایع در بیماران دچار بدخیمی به صورت ایمن و بدون افت فشار یا نیـاز بـه مایع‌درمانی وریدی میسر است. بیمـاران دچـار آسـیت بدخیم که از پاراسنتز بیشترین سود را می‌برند؛ کـسانی هستند که دچار اتساع شکم، تنگی‌نفس، بـی‌اشـتهایی، خستگی، بی‌خوابی و کاهش تحرک هـستند؛ پاراسـنتز برای بیمارانی که از ابتدا دچار درد شدید هستند، کمتـر مفیـد خواهـدبود پاراسـنتز عـوارض جـانبی نـادر امّـا تهدیدکننده‌ی حیاتی از جمله شـانس خـونریزی قابـل ملاحظه در ۱ درصد موارد و پارگی روده‌ی کوچـک در ۰/۴ درصد از مواردارد.

کاتترها

بیماران نیازمند پاراسنتز مکرر برای رفع علائم ممکـن است از کاتترگذاری برای سهولت برداشت مایع، سـود ببرند. کاتترهای پیگتیل در حال حاضر به ندرت به کار می‌روند زیرا نرخ عفونت ۳۵ درصدی، نرخ انـسداد ۳۰ درصدی و نرخ نشت ۲۰ درصدی دارند. کاتتر صـفاقی ثابت با کاف منفرد (مانند PleurX یا راکت) به صورت رایج‌تری به کار می‌رود و برای بیمـاران دچـار علائـم علی‌رغم دوبار پاراسنتز حجم زیاد در مـاه کـه کاندیـد شانت پورتوسیستمیک داخـل کبـدی تـرانس‌ژوگـولار (TIPSS) یا شانت پریتونئوونوس (که بعدا بـا جزئیـات درباره‌ی آن بحث می‌گردد) نباشند، اندیکاسـیون دارد. برای بیمارانی که کاترهای صفاقی ثابـت تـک کـاف دارند؛ معمـولا تخلیـه‌ی آسـیت ۲–۳ بـار در هفتـه در منزل توسط پرستار یـا مراقـب آمـوزش‌دیـده صـورت می‌گیرد. درمورد این کاترها؛ نرخ موفقیت تکنیکی بالا است، گرچه خطر عفونت با طولانی‌شدن مـدت بقـای کاتتر به ویژه پـس از سـه مـاه، بیـشتر مـی‌گـردد. بـا جای‌گذاری این کاترها در مقایسه با پاراسنتز با حجـم بالا، احتمالا عملکرد کلیـوی بهتـر حفـظ مـی‌شـود و تنگـی‌نفـس و کیفیـت زنـدگی، بهبـود بیـشتری خواهدداشـت. برخـی مطالعـات بهبـود اتـساع شـکم، بی‌اشتهایی و یبوست را نشان داده‌است. آخرین انتخاب

از کاتترها، کاتتر دیالیز صفاقی پیگتیل دو کاف است (مانند Tenckhoff) که امکان تخلیه‌ی آسیت‌های بدخیم را فراهم کرده و از طریق آن می‌توان داروهای سیتوتوکسیک تزریق کرد و نرخ کلی بروز عوارض با استفاده از آن اندک است.

شانت‌ها

TTPSS معمولا به عنوان انتخاب خط دوم برای بیماران دچار آسیت مقاوم، در نظر گرفته می‌شود. این پروسیجر آنژیوگرافی شامل ایجاد یک مسیر با مقاومت اندک از ورید کبدی به شاخه‌ی داخل کبدی ورید پورت است که امکان توزیع متعادل‌تر مایع را فراهم می‌کند. برای بیماران سیروزی، TTPSS امکان کنترل بهتر آسیت در مقایسه با پاراسنتزهای با حجم بالا را میسر کرده و کیفیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد امّا متاسفانه با خطر بالاتر انسفالوپاتی کبدی شدید همراه است و لذا برای بیماران در معرض خطر کمتر انسفالوپاتی؛ بهترین انتخاب نخواهدبود. این پروسیجر ممنوعیت‌های زیادی از جمله نارسایی قلبی قابل ملاحظه، هیپرتانسیون ریوی، عفونت سیستمیک و انسداد صفراوی، دارد.

یک نوع دیگر شانت، پریتونئوونوس (مانند شانت دنور یا لی‌وین) است. در این شرایط، مایع آسیت براساس گرادیان فشاری از فضای داخل صفاقی به ورید اجوف فوقانی منتقل می‌شود. این شانت گاهی در بیمارانی که از TIPSS یا پاراسنتز با حجم زیاد سود نمی‌برند به کار می‌رود و ۷۰ درصد تسکین علائم خواهدداشت. همچنین شواهدی از کارآیی این شانت در بیماران علامت‌دار با آسیت شیلوس مقاوم وجود دارد. با این حال، پیشرفتی در بقا حاصل نمی‌گردد و نرخ عوارض بالا و در حد ۲۵-۴۰ درصد است، عوارض آن شامل ادم ریوی، انسداد شانت، آمبولی ریوی، عفونت و انعقاد منتشر داخل عروقی است. این شانت معمولا برای بیماران با پیش‌آگهی بقای کمتر از ۱ ماه کارگذاشته نمی‌شود. سطوح بیلی‌روبین بیشتر از ۶ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر؛ ممنوعیت انجام این پروسیجر هستند زیرا با خطر بیشتر انعقاد داخل عروقی همراه خواهدبود.

پیوند کبد

برای بیماران دچار سیروز یا کارسینوم هپاتوسلولار با حجم کم و سلامتی مطلوب از سایر نظرها، پیوند کبد می‌تواند گزینه‌ی خوبی برای بهبود علائم و پیش‌آگهی باشد. با این حال، کمتر از ۱۰ درصد از بیماران دچار بیماری کبدی مرحله‌ی انتهایی؛ واجد شرایط پیوند هستند و حتی تعداد کمتری از این اشخاص، فرصت دریافت پیوند خواهندیافت. متاسفانه پیوند کبد بسیار به ندرت برای بیماران تحت مراقبت تسکینی به عنوان یک گزینه مطرح خواهدبود.

HIPEC[1]

شیمی‌درمانی داخل صفاقی هیپرترمیک با شکم بسته (HIPEC) یک پروسیجر جدیدتر است که برای بیماران دچار بدخیمی با آسیت و کارسینوماتوز داخل صفاقی اندیکاسیون دارد. این پروسیجر شامل حذف آسیت از طریق لوله‌های تخلیه‌کننده و شستشوی حفره‌ی صفاقی با سالین ایزواسموتیک و سپس انفوزیون داخل صفاقی داروهای شیمی‌درمانی (معمولا کاربوپلاتین یا پاکلیتاکسل برای سرطان تخمدان و سرویکس، یا سیس‌پلاتین یا میتومایسین برای سرطان‌های دستگاه گوارش) است که با دمای حدودا ۴۱ درجه‌ی سانتی‌گراد تزریق می‌گردند. سرطان تخمدان در مقایسه با سرطان‌های دستگاه گوارش بیشتر به این رویکرد پاسخ می‌دهد. HIPEC به صورت کلی به خوبی تحمل می‌گردد و توکسیسیتی کمتری در مقایسه با شیمی‌درمانی سیستمیک دارد امّا

1. Hyperthermic Intrapertoneal Chemotherapy

نیازمند بستری شدن است. مطالعات کوچک نشان‌داده‌است که با این پروسیجر نیازمند پاراسنتز با فواصل طولانی‌تر خواهیم بود و ابعاد دور شکم کاهش یافته و کیفیت زندگی؛ بهبود می‌یابد. HIPEC معمولا زمانی که پس از برداشتن کل تومور قابل مشاهده با جراحی (کاهش حجم حداکثری) صورت‌گیرد، بیشترین موفقیت را خواهدداشت. محدودیت‌های HIPEC شامل هزینه‌ی بالا، نیاز به کارشناس فنی که در تمامی مراکز حضور ندارد و محدودیت نفوذ داروی شیمی‌درمانی به درون تومور است.

CART

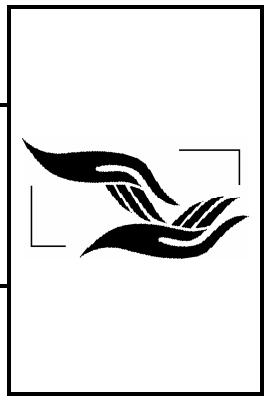
درمان انفوزیون مجدد آسیت تغلیظ‌شده (CART) یک درمان جدیدتر برای آسیت است. این فرایند شامل پاراسنتز و سپس فیلتراسیون مایع آسیت برای حذف سلول‌های بدخیم، باکتری‌ها، الکترولیت‌ها یا مایع اضافی و بعد از آن انفوزیون مجدد مایع آسیت تغلیظ‌شده و فیلترشده است. CART برای بیمارانی که به دیورتیک‌ها مقاوم هستند یا با مصرف آن‌ها دچار عوارض جانبی می‌گردند؛ اندیکاسیون دارد. در بیماران دچار آسیت به علل متعدد، استفاده از این روش به بهبود قابل ملاحظه از نظر عملکرد، دریافت غذایی، حجم ادرار، وزن بدن و دور شکم منجر شده‌است. تب یک عارضه‌ی جانبی شایع است و لازم است مطالعات آینده‌نگر بیشتری با استفاده از این تکنیک صورت گیرد.

مطالعه‌ی موردی ۴ (ادامه)

آقای ن تحت سونوگرافی قرار گرفت که وجود آسیت را تایید نمود. برای وی پاراسنتز تشخیصی انجام شد که مطرح‌کننده‌ی عفونت نبود و وجود هیپرتانسیون پورت را نشان می‌داد. داروی اسپیرنولاکتون برای بیمار شروع شد و بهبودی قابل توجهی حاصل نگردید و سپس پاراسنتز درمانی انجام و ۵ لیتر مایع کاهی‌رنگ خارج شد که تا حد زیادی ناراحتی وی را به مدت ۲ هفته کاهش داد. در کلینیک برای انجام پاراسنتز مکرر هر دو هفته یک‌بار برنامه‌ریزی شد و تکنیک‌های پوزیشن‌دهی به وی آموزش داده‌شد که به حفظ کیفیت زندگی وی کمک می‌نماید.

خلاصه‌ی مدیریت و کنترل روده

- یبوست یک نشانه‌ی شایع در بیماران تحت مراقبت تسکینی است و نیازمند رویکردی فعالانه شامل آموزش بیمار، تغییرات سبک زندگی و گاهی مداخله‌ی درمانی اغلب با استفاده از ملین‌های محرک یا اسمزی است.
- انسداد روده‌ی بدخیم با پیش‌آگهی ضعیف همراه است و در صورت وقوع آن باید درخصوص اهداف مراقبت و همچنین درمان علامتی تهاجمی با استفاده از پروسیجر یا رویکردهای دارویی با بیمار صحبت شود.
- اسهال، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی بیماران تحت مراقبت تسکینی خواهدداشت و باید به بیماران آموزش داده‌شود که تیم درمانی خود را در درمان علائم مشارکت دهند.
- وجود آسیت معمولا مؤید پیش‌آگهی ضعیف است و بیماران اغلب از تخلیه‌ی مایع و صحبت‌کردن درباره‌ی اهداف و ارزش‌ها در درمان خود سود می‌برند.



فصل ۱۳

تغذیه و هیدراتاسیون تجویز شده

نکات کلیدی

- برای بسیاری از افراد مصرف غذا و مایعات؛ مترادف با مراقبت است، اما تغذیه و هیدراتاسیون باید بیش از پایه‌ای برای رفاه، مداخله‌ای پزشکی در نظر گرفته شود.
- کاهش اشتها یا عدم توانایی در تحمل یا عدم لذت بردن از غذا و مایعات؛ نشانه‌ای طبیعی از بیماری پیشرفته است و می‌تواند منبع ناراحتی بیماران، خانواده و مراقبان باشد.
- تصمیم‌گیری و بحث در مورد شروع یا منع از تغذیه و هیدراتاسیون تجویز شده در مراحل انتهای زندگی با توجه به اهداف مراقبت، ارزیابی فواید و مضرات، ملاحظات اخلاقی، فرهنگی، اعتقادات و خواسته‌های بیمار و خانواده‌اش، هدایت می‌شود. این تمایلات باید در برگه‌ای جدا، ثبت شود.
- از نظر پزشکی و قانونی برای بیماران یا خانواده‌های ایشان قابل قبول است که داوطلبانه از هر نوع تغذیه یا هیدراتاسیون امتناع کنند.
- در مراقبت از بیماران و خانواده‌هایی که تصمیم به شروع یا توقف یا منع تغذیه و هیدراتاسیون تجویز شده دارند (MAHN)، مسئولیت ارتقا استقلال بیمار، ارائه آموزش در مورد مزایا و مضرات مداخلات، ترویج تصمیم‌گیری آگاهانه بر اساس ارزش‌ها و ارائه مراقبت با کیفیت ارتباط با سایر اعضای تیم درمانی بر عهده پرستار است.
- تغذیه و هیدراتاسیون تجویز شده در مراحل انتهای زندگی به خصوص برای بیمارانی که سرطان پیشرفته دارند، توصیه نمی‌شود.

مطالعه موردی: بیمار با انسداد مزمن ریوی

خانم م زنی ۶۸ ساله با بیماری انسداد مزمن ریوی در مرحله انتهایی (COPD) و با افت عملکرد پیشرونده است که ۵۰ سال است که در خانه با همسرش زندگی می‌کند. در ۳ ماه گذشته، وی دو بار به دلیل پنومونی و نیاز به تهویه مکانیکی در بیمارستان بستری شده است. پزشک مراقبت‌های اولیه او نگران کاهش وزن مداوم وی بوده است و علی‌رغم مصرف استروئیدها و محرک‌های اشتها، همچنان کاهش وزن وی ادامه داشته و انرژی لازم برای خوردن را نیز ندارد. وزن او ۸۰ پوند است و در ۶ ماه گذشته؛ ۴۵ پوند وزن کم کرده است. یک پرستار مراقبت تسکینی در منزل او را ویزیت کرد و حین این ملاقات همسر خانم م بیان کرد که او فقط دو بار در روز؛ محلول حاوی پروتئین

خود را مصرف می‌کند و چیز دیگری نمی‌خورد. او نگران "گرسنگی" همسرش بود و در خواست یک لوله تغذیه‌ای جهت کمک به بازیابی قدرت تغذیه‌اش نمود. خانم م قادر به تصمیم‌گیری در مورد خودش بود. پرستار درمورد اهداف مراقبتی هیدراتاسیون و تغذیه تجویز شده، گفتگو انجام داد.

مقدمه

در ارائه مراقبت تسکینی، تصمیم‌گیری در مورد شروع، توقف یا منع تغذیه و هیدراتاسیون تجویز شده (MAHN) می‌تواند برای بیمار، خانواده و اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی، موضوعی چالش‌برانگیز باشد. شواهد کمی در زمینه تأثیرگذاری تغذیه یا هیدراتاسیون برای بیمارانی که آخرین روزها و هفته‌های زندگی خود را تحت مراقبت تسکینی سپری می‌کنند، وجود دارد. در بسیاری از فرهنگ‌ها، مصرف غذا و مایعات؛ مترادف با مراقبت، امید و راحتی است. کاهش اشتها یا عدم توانایی در تحمل یا عدم لذت بردن از غذا و مایعات اغلب از مشخصه‌های مرحله انتهای بیماری است. افراد و خانواده‌های آنها ممکن است از MAHN انتظار حل شرایط مختلفی (به عنوان مثال ترس از گرسنگی، کاهش وزن و کم آبی) را داشته باشند. درمانگران ممکن است در شرایط خاص (به عنوان مثال سوءتغذیه، کم آبی، شروع ناگهانی دلیریوم) تغذیه تجویز شده (MAN) یا هیدراتاسیون را توصیه نمایند؛ مانند هر مداخله مراقبت تسکینی، پرستار نیاز دارد که وضعیت بیماری فرد و اهداف مراقبتی وی و خانواده‌اش را متأثر از فرهنگ یا مذهب شخص را درک نماید. پرستار همچنین باید با آخرین شواهد MAHN در بیماران مرحله پیشرفته بیماری آشنا باشد؛ زیرا پرستاران اغلب در گفتگوهای مرتبط با گزینه‌های درمانی حضور دارند و نقش مهمی در حمایت از بیمار در شناسایی بهترین مداخلات دارند.

کمبود طبیعی مایعات در بیماری پیشرفته

تعادل مایعات در افراد عادی با تطبیق دریافت و از دست دادن مایعات روزانه حاصل می‌شود. این تطبیق در نهایت باعث حفظ و تعادل ترکیب پایدار مایعات بدن می‌شود. حدود ۲۵۰۰ میلی لیتر، متوسط مقدار مایعات مصرفی و از دست رفته در روز است. مایعات از طریق کلیه‌ها، دستگاه گوارش (GI)، ریه‌ها و پوست دفع می‌گردند. کمبود مایعات در بیماران مراحل انتهایی بیماری؛ ممکن است دارای علل مختلفی باشد. پیامد حاصل صرف نظر از علت ایجادکننده شامل اختلال کمبود طبیعی مایعات است که با هیپوولمی و دهیدراتاسیون همراه است. متأسفانه با ورود بیماران به فرایند مرگ، بیشتر اوقات دریافت دهانی (oral intake) کاهش یافته، کمبود پیشرونده مایعات ایجاد شده و تجمع پیشرونده داروها، پدیدار می‌شود که همگی می‌توانند علائم جدیدی ایجاد نموده و یا علائم موجود (به عنوان مثال خستگی، سرگیجه، میوکلونوس، خواب آلودگی و توهم) را تشدید کنند. این پدیده منجر به تشدید کاهش توانایی مصرف مایعات می‌گردد. همچنین شواهد نشان می‌دهند در این مرحله، کاهش آگاهی اتفاق می‌افتد که ممکن است درک بیمار از تشنگی و گرسنگی را کاهش دهد.

تغذیه تجویز شده پزشکی

MAN شامل تغذیه روده‌ای یا تزریقی غیر دهانی است. رویکردهای روده‌ای شامل نازوگاستریک (NG)، گاستروستومی آندوسکوپیک از راه پوست (PEG)، ژژنوستومی گاستروستومی آندوسکوپیک از راه پوست (PEG-J)، لوله های گاستروژژنوستومی. رویکردهای تزریقی شامل دسترسی به عروق وریدی مرکزی یا محیطی است.

MAHN یک مداخله پزشکی جهت رفع سوءتغذیه است که با پیامدهای ضعیفی همچون

افزایش میزان مرگ و میر، عفونت‌ها و زخم‌های فشاری همراه است. سوءتغذیه زمانی رخ می‌دهد که بدن به اندازه نیاز خود، مواد غذایی دریافت نمی‌کند. از دلایل سوءتغذیه می‌توان به رژیم غذایی ناکافی، مشکلات مکانیکی هضم یا جذب مواد مغذی و شرایط خاص پزشکی اشاره کرد. علل سوءتغذیه در بیماران مبتلا به بیماری مزمن پیشرفته یا بیماری‌های مراحل انتهایی، ممکن است شامل بی‌اشتهایی، سؤ هاضمه و مسائل فیزیولوژیکی باشد. هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته که چند بیماری را با هم دارند، اغلب علل بی‌شماری برای سوءتغذیه و عدم تعادل مایعات و الکترولیت‌ها وجود دارد. پرستار هاسپیس و مراقبت تسکینی نقش اساسی در ارزیابی، درمان، حمایت و ارزیابی مداوم بیماران تحت درمان MAHN دارد. بی‌اشتهایی با کاهش اشتها تظاهر می‌کندکه منجر به از دست دادن بافت چربی می‌شود. کاهش وزن حاصل از آن؛ بسته به دلایل اصلی آن می‌تواند قابل برگشت باشد. بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته معمولا بی‌اشتهایی را تجربه می‌کنند. کاشکسی ناشی از سرطان؛ یک سندرم چند عاملی است که همراه با از دست دادن بافت عضله اسکلتی است که با حمایت تغذیه‌ای نیز به صورت کامل؛ برگشت‌پذیر نمی‌باشد و در نتیجه بر وضعیت عملکرد، تأثیر منفی می‌گذارد. از جمله مسائل مکانیکی می‌توان به انسداد بدخیم روده و دیسفاژی اشاره نمود.

مزایا و مضرات

اگرچه مزایای MAN در بیماران با انتظار بهبودی، واضح‌تر است اما در بیماران با بیماری مزمن پیشرفته و یا مبتلا به بیماری لاعلاج، به وضوح مشخص نیست. از مزایای مورد انتظار می‌توان به بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیمار وکاهش علائم ناراحت‌کننده ناشی از سوءتغذیه؛ اشاره کرد. البته MAN در مراکز مراقبت تسکینی همیشه تأثیر مثبتی ندارد. در بیماری اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، دستورالعمل‌هایی وجود دارد که استفاده و زمان‌بندی MAN را جهت مدیریت سوءتغذیه و کاهش وزن که پیش‌آگهی‌دهنده‌های بقا هستند، توصیه می‌نمایند. در بیماران مبتلا به سرطان‌های حلق یا مری، MAN در مراحل ابتدایی بیماری ممکن است مناسب باشد، به ویژه هنگامی که علت سوءتغذیه مستقیماً مربوط به ناتوانی در دریافت مواد غذایی در نتیجه انسداد مکانیکی و اثرات حاد اقدامات درمانی (به عنوان مثال التهاب مخاط ثانویه به شیمی درمانی) باشد. امید به زندگی در بیماران با حالت نباتی دائم (PVS)، می‌تواند ماه‌ها و حتی سال‌ها، افزایش یابد. غیر از این حالت و شرایط بالینی، مطالعات نشان می‌دهد که MAN هیچ تأثیری در طولانی شدن عمر یا بهبود وضعیت عملکرد در بیماری‌های پیشرفته ندارد.

یک مطالعه در زمینه تأثیر شاخص‌های بالینی، عملکردی یا تغذیه‌ای در سودمندی MAN انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که وجود همزمان چند بیماری، عملکرد شناختی و اجتماعی می‌توانند موفقیت برنامه MAN را در بیماران پیش‌بینی کند. همین مطالعه نشان داد که اختلال شناختی شدید و ضعف از جمله پیش‌بینی‌کننده‌های عدم اثربخشی MAN بر نتایج بالینی است.

علی رغم تأثیر تغذیه روده‌ای و تزریقی در برخی از بیماران مراحل انتهایی، این مداخلات با عوارض و افزایش رنج بیماران همراه هستند. بیماران و خانواده‌های ایشان اغلب نگران بی‌اشتهایی هستند و معتقدند MAN برای رفع علائم جسمی و روانی- اجتماعی مفیدخواهد بود؛ بنابراین برای پرستاران؛ مراقبت از این بیماران بسیار مهم است. پرستاران به خانواده‌های بیماران در کنار توضیح مزایا و مضرات این مداخلات در ارتباط با تأثیر مراقبت طولانی مدت، مسائل مالی، اجتماعی و عاطفی نیز توضیح می‌دهند.

جدول ۱۳.۱. عوارض احتمالی حمایت روده‌ای

عوارض	علائم	علت
آسپیراسیون	سرفه	باقیمانده اضافی
	تب	استفاده از لوله‌هایی با سوراخ بزرگ
اسهال	مدفوع آبکی	محلول‌های هایپراسموتیک
		انفوزیون سریع
یبوست	مدفوع سفت و کم	مایع ناکافی
		فیبر ناکافی
سندرم دامپینگ	گیجی	افزایش حجم
		محلول‌های هایپراسموتیک

عوارض احتمالی ناشی از استفاده از MAN در جدول ۱۳.۱ ذکر شده است. سایر مضرات بالقوه این مداخلات شامل عوارض ناشی از قرار دادن لوله، افزایش خطر عفونت یا از بین رفتن بافت پوست اطراف لوله و استفاده از محدودیت‌های مکانیکی یا دارویی برای دسترسی به عروق است.

سوء تغذیه، بی‌اشتهایی و کاشکسی

در بسیاری از بیماری‌های مرحله انتهایی، کاهش وزن به دلیل سوءتغذیه، بی‌اشتهایی یا کاشکسی اتفاق می‌افتد. اثرگذاری MAN بر افزایش وزن در بیماران مبتلا به سرطان با بی‌اشتهایی مداوم و کاشکسی، نشان داده نشده است. معمولاً تصور می‌شود که کاهش وزن؛ ثانویه به ترشح سیتوکین‌هایی است که موجب افزایش تخریب پروتئین‌ها می‌شوند. در یک مطالعه که شاخص توده بدنی (BMI) را به عنوان یک نشانگر خاص در وضعیت تغذیه بررسی می‌کرد، مداخله MAN به ایجاد ثبات در BMI در بیماران زنده مانده از پیگیری ۳ ماهه کمک نمود (۱۰ از ۱۷ بیمار). با این حال این مطالعه کیفیت زندگی (QOL) را برای همان جمعیت، اندازه‌گیری نکرده است. در مراحل انتهایی بیماری‌هایی مانند سرطان، ممکن است MAN به گونه‌ای مؤثر جهت رفع عوارض بیماری، متابولیزه نشود و معمولا به ندرت این مداخله برای اهداف تسکینی، توصیه می‌شود.

دیسفاژی

هنگامی که بیمار مشکل بلع دارد؛ می‌توان جهت اطمینان از دریافت کافی مواد غذایی و یا کاهش خطر پنومونی ناشی از آسپیراسیون، MAN را در نظرگرفت. در برخی از بیماری‌های خاص مانند ALS و دمانس، این مسئله که چه زمانی این مداخله شروع شود، مهم است نه اینکه دیسفاژی رخ دهد. برای بیماران ALS، هدف از تغذیه روده‌ای؛ بهبود کیفیت زندگی است و اگر از طریق لوله PEG انتقال داده شود؛ مکانیسم ترجیحی برای MAN است. شروع دیسفاژی و کاهش وزن ناشی از آن نشانه‌هایی برای زمان شروع MAN در جمعیت بیماران ALS است. ارائه‌دهندگان خدمات ممکن است برای کاهش خطر پنومونی ناشی از آسپیراسیون؛ به دلیل پایین آمدن غذا در مسیر نادرست، شروع تغذیه روده‌ای را در نظر داشته باشند؛ با این حال مطالعات اخیر نشان داده است که تغذیه روده‌ای نه تنها خطر پنومونی ناشی از آسپیراسیون را کاهش نمی‌دهد بلکه ممکن است افزایش نیز دهد.

گرسنگی

خانواده‌ها غالباً در مورد احساس گرسنگی عزیزانشان ابراز نگرانی می‌کنند یا ترس دارند، با این حال بیماران اغلب احساس گرسنگی را در مراحل انتهایی بیماری‌شان انکار نمی‌کنند. مطالعه‌ای که در مورد شیوع گرسنگی در جمعیت بیماران بدحال مراحل انتهای زندگی انجام شده است نشان داد که اکثر بیماران (۶۳٪) هنگام بستری، گرسنگی را انکار می‌کنند و هیچ گونه گرسنگی را گزارش نمی‌کنند. از سایر بیماران، فقط ۳٪ (یک بیمار) گرسنگی را در تمام مدت بستری‌شان گزارش کردند. بقیه بیماران در ابتدا

شکایاتی در این زمینه داشتند اما با گذشت زمان؛ کاهش یافت. به این بیماران طبق تمایل‌شان غذا از طریق دهان توصیه می‌شد و مقدار کمی که تحمل می‌کردند، گرسنگی‌شان را برطرف می‌کرد. در سرطان‌های پیشرفته و دمانس، گرسنگی معمولا به دلیل روند طبیعی بیماری تجربه نمی‌شود.

زخم‌های فشاری

بیمارانی که دچار سوءتغذیه هستند در معرض خطر ابتلا به زخم‌های فشاری هستند با این حال در مراحل پایانی زندگی، هیچ شواهدی مبنی بر حمایت از MAN برای درمان یا جلوگیری از زخم‌های فشاری وجود ندارد. یک مطالعه نشان داد که در بیماران مبتلا به دمانس، استفاده از لوله PEG برای تجویز MAN با افزایش خطر ابتلا به زخم‌های فشاری درجه ۲ و کاهش احتمال بهبود زخم‌های فشاری موجود همراه است. دلایل احتمالی این ارتباط شامل عوامل خطری مانند افزایش احتمال بی‌حرکتی به دلیل استفاده از مهارکننده‌ها برای اطمینان از حفظ ثبات لوله‌های تغذیه‌ای و یا احتمال اسهال به دلیل فرمولاسیون محلول تغذیه روده‌ای مورد استفاده است.

زمان بقا

هیچ شواهد قانع‌کننده‌ای مبنی بر تأثیر MAN بر افزایش بقای بیماران مراحل انتهایی وجود ندارد. مطالعات تأییدکننده‌ای در زمینه اینکه MAN؛ عمر بیماران مبتلا به دمانس پیشرفته را افزایش می‌دهد، وجود ندارد. در متون موجود، هیچ نشانه‌ای از بهبود عملکرد کلی، جلوگیری از آسپیراسیون یا کاهش فشارخون، وجود ندارد. نتایج یک مطالعه نشان داد که میانگین بقای بیماران پس از گذاشتن لوله تغذیه‌ای؛ ۱۶۵روز و میزان مرگ و میر، ۶۴ درصد است به طوری که نیمی از افرادی که فوت کردند در ۲ ماه اول پس از قرار دادن لوله بوده است. مطالعه دیگری در زمینه مقایسه تأثیر زمان بقای قرار دادن لوله PEG و یا زمان قراردادن آن انجام شد و هیچ تأثیری مشاهده نشد. مطالعات دیگر؛ افزایش بقا در برخی جمعیت‌های خاص را نشان داده‌اند. در یک مطالعه مقایسه‌ای در ژاپن که زمان بقا بیماران مبتلا به دمانس را در سه گروه؛ تغذیه دهانی، تزریقی و PEG مقایسه کرده بود نشان داد که گروه‌هایی که از تغذیه تزریقی یا PEG در منزل استفاده می‌کردند، تقریباً دو برابر بیشتر زنده مانده‌اند. در این مطالعه، بیماران در مرحله انتهایی دمانس نبودند که این موضوع ممکن است مدت زمان بقا را توجیه نماید. مطالعه دیگری؛ اینکه آیا دمانس یک عامل خطر برای بقاء پس از گذاشتن لوله PEG است یا خیر را بررسی نمود و هیچ تفاوتی در بقاء بین بیماران مبتلا به دمانس با و بدون دریافت لوله‌ای PEG، پیدا نکرد؛ البته قابل ذکر است که نویسندگان مطالعه، مرحله دمانس بیماران را در تجزیه و تحلیل خود، مد نظر قرار نداده بودند.

کیفیت زندگی

هنوز مطالعات زیادی در زمینه کیفیت زندگی بیماران مراحل انتهایی دریافت‌کننده MAN، انجام نشده است. در بررسی کاکرین؛ هیچ مطالعه‌ای از تغذیه روده‌ای در جمعیت سالمندان با دمانس پیشرفته که به طور خاص به بررسی کیفیت زندگی پرداخته باشد، وجود ندارد. دو مطالعه انجام یافته در کاکرین، ارتقاء کیفیت زندگی را در بیماری نورون حرکتی یا سرطان پیشرفته نشان نمی‌دهد. بیماران و خانواده‌های آنان، تأثیر مداخلاتی مانند MAN بر کیفیت زندگی را تعیین می‌کنند. برخی مطالعات نشان داده‌اند که بیماران و خانواده‌های ایشان، تأثیر مثبت MAN در کاهش بار علائم جسمی و روانی- اجتماعی مانند ادامه مبارزه با بیماری، کاهش اضطراب ناشی از

بی‌اشتهایی و کاهش علائم را درک می‌کنند. مطالعات دیگری در مورد استفاده از MAN و شیوع مداخلاتی که ممکن است بر کیفیت زندگی، تأثیر منفی بگذارد مانند استفاده از محدودیت‌ها؛ انجام شده است. در مطالعات انجام شده بر روی بیماران مبتلا به دمانس که مواد غذایی را از طریق لوله‌های تغذیه‌ای دریافت می‌کنند، MAN با افزایش استفاده از مهارکننده‌ها چه از نظر فیزیکی و چه دارویی، ارتباط دارد. در مطالعه ارزیابی ادراک اعضای خانواده از تأثیر لوله تغذیه‌ای، تنها ۳۲/۹٪ از افراد اظهار داشتند که این مداخله؛ کیفیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد.

خلاصه

تأثیر مثبت MAN بر بقا و پارامترهای تغذیه‌ای در جوامع خاصی مانند مراحل اولیه بیماری ALS یا برخی سرطان‌ها، نشان داده شده است. با این حال شواهد کافی در حمایت از توصیه زمان مناسب یا نحوه استفاده بهتر از MAN در جمعیت مراقبت تسکینی وجود ندارد. در نظر داشتن شرایط بیمار همراه با اهداف مراقبت جهت دستیابی به بهترین مزایای استفاده از MAN در مقایسه با عوارض آن، قابل توجه است.

هیدراتاسیون

هیدراتاسیون تجویزشده شامل تأمین محلول‌های آب یا الکترولیت از مسیری غیر از دهان است که می‌توان با تجویز داخل وریدی، زیرجلدی (هیپودرموکلایز) و رکتوم (پروکتوسیلیز) به این هدف دست یافت. هیدراتاسیون، مداخله‌ای است که برای مدیریت موقعیت‌هایی مانند کمبود حجم مایعات و یا تغییر وضعیت ذهنی ثانویه به سمیت دارویی در بیماری‌های پیشرفته، استفاده می‌شود. اختلالات کمبود مایعات شامل کم آبی و کاهش حجم مایعات است. کمبود آب بدن، کاهش آب داخل سلولی همراه با هایپرناترمی (هایپراسمولالیتی) است و معمولاً با علائم تشنگی، بی‌اشتهایی، تهوع / استفراغ، خستگی و تحریک‌پذیری، بروز می‌کند. علائم جسمی ممکن است شامل بی‌حالی، گیجی، کشیدگی عضلات و هایپر رفلکسی باشد. کاهش حجم شامل از دست دادن آب داخل عروقی (با سطوح مختلف سدیم) است و با کاهش تورگور پوستی/ پرشدگی مویرگی و افت فشار خون و سرگیجه اورتاستاتیک بروز می‌کند. بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته که دچار بی‌اشتهایی هستند نیز ممکن است علاقه خود به نوشیدن را از دست بدهند. در مراحل انتهایی بیماری، کمبود مایعات مشابه سوءتغذیه ممکن است در اثر بی‌اشتهایی/ سیری زودرس، تهوع / استفراغ، انسداد روده، دیسفاژی و اختلال شناختی ایجاد شود.

برخی از بیماران و خانواده‌هایشان معتقدند که کاهش مصرف خوراکی و در نتیجه کم آبی بدن؛ باعث رنج می‌شود. بیماران و خانواده‌ها معمولا نگران هستند که کم آبی بدن ممکن است علائم هذیان، گیجی، میوکلونوس، خواب آلودگی، خستگی، تحریک‌پذیری عصبی عضلانی، بی‌قراری، تشنگی، گرسنگی و یبوست بیمارشان را به ویژه با مصرف داروهای مخدر، بنزودیازپین‌ها و داروهای اعصاب تسریع کند. در رابطه با اثرات هیدراتاسیون در بروز این علائم، اطلاعات محدودی وجود دارد. بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و مراقبان آنها به این موضوع که هیدراتاسیون، امید و راحتی بیماران را فراهم می‌کند، اذعان دارند. علائم و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد و نیاز اساسی انسان به آب را برآورده می‌نماید. لزوم در نظر داشتن تشخیص بیمار، تمایلات و امیدها، هنگام بحث در مورد هیدراتاسیون تجویز شده توسط پزشک، ضروری است. هنگام در نظرگرفتن هیدراتاسیون، برای کمک به تعیین اهداف مراقبتی، شناسایی وضعیت بیمار (به عنوان مثال بیمار حاد یا در مرحله مرگ) مهم است. از هیدراتاسیون می‌توان برای تسکین موقتی

علائم از دست دادن مایعات مانند تهوع، استفراغ، اسهال، تب، کاهش خستگی، بهبود وضعیت شناختی مرتبط با مسمومیت‌های دارویی و احترام به اعتقادات فرهنگی و خانوادگی استفاده کرد.

روش‌های تجویز

راه‌های مختلفی برای مصرف خوراکی جهت دستیابی به اهداف مراقبتی و خواسته‌های بیمار و خانواده‌شان، وجود دارد. روش‌های استاندارد برای جایگزینی مایعات، مشابه تغذیه با استفاده از لوله‌های تغذیه روده‌ای و روش‌های تزریقی مانند تزریق زیر جلدی یا وریدی، قابل دستیابی است.

دسترسی وریدی نیاز به یک رگ مناسب دارد. پزشکان ممکن است از تجهیزات دسترسی دائمی، اگر قبلاً آنها را کار گذاشته باشند یا پیش‌بینی هیدراتاسیون مداوم را داشته باشند، استفاده‌کنند. هیپودرموکلایز، تزریق زیرجلدی محلول ایزوتونیک است. به وسایل دسترسی خاصی احتیاج ندارد و می‌توان برای بیمارانی با دسترسی وریدی ضعیفی استفاده شود. جذب مایعات زیر جلدی با جذب مایعات داخل وریدی در صورت استفاده صحیح، مشابه است. از پروکتوسیلیز برای تزریق آب یا سالین در دستگاه گوارش از طریق رکتوم با استفاده از لوله بینی-معده‌ای، استفاده می‌شود. محققان دریافته‌اند که پروکتوسیلیز روشی ایمن و اقتصادی است؛ اما از نظر فرهنگی و اجتماعی؛ تمایلی برای پذیرش این روش تجویزی وجود ندارد.

در مورد حجم یا نوع جایگزینی مایعات اتفاق نظر وجود ندارد. پزشکان معمولا براساس تجربیات قبلی و آگاهی از وضعیت و تمایلات بیمار، انتخاب می‌کنند. بعضی از ارائه‌دهندگان خدمات به فرد اجازه مصرف ۱ لیتر در روز را می‌دهند؛ اگر چه ممکن است جایگزین مناسبی نباشد. خطرات و مضرات مداخله بایستی در نظر گرفته شود (جدول ۱۳.۲).

جدول ۱۳.۲. عوارض بالقوه روش‌های هیدراتاسیون تجویز شده پزشکی

هیپودرموکلایز (زیر جلدی)	راه وریدی مرکزی	راه وریدی محیطی
درد	سپسیس	درد
عفونت	هموتوراکس	مدت زمان دسترسی کوتاه
فاصله‌گذاری	پنوموتوراکس	عفونت
جداشدگی بافت	ترومبوز ورید مرکزی	فلبیت
خونریزی موضعی	ترومبوز قطعه‌ای کاتتر	
	آمبولی هوا	
	آسیب شبکه بازویی	
	پارگی شریانی	

مزایا و مضرات

تصمیم‌گیری برای هیدراتاسیون باید شامل ارزیابی اهداف مراقبت، بحث در مورد خطرات و مزایا و ارزیابی مجدد به موقع برای تعیین بهبود یا بدتر شدن اهداف یا علائم باشد. پوشش بیمه‌ای، تأثیر بر مزایای مراقبت‌های بهداشتی، تأثیرات اجتماعی و رعایت دستورالعمل‌ها باید به دقت ارزیابی شود که نیاز به مشارکت سایر اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی، دارد. خطرات ناشی از هیدراتاسیون بیش از حد، همانطور که با افزایش احتباس مایعات مشهود است شامل علائم افزایش تنگی نفس، افزایش پریشانی عاطفی یا تغییر وضعیت روانی است که باید کنترل شود. مزایای عدم تأمین هیدراتاسیون با تجویز پزشک می‌تواند شامل کاهش میزان ادرار منجر به کاهش بی‌اختیاری و کاهش نیاز به کاتتریزاسیون، کاهش ترشحات دستگاه گوارش منجر به کاهش میزان استفراغ و کاهش ترشحات دستگاه تنفسی منجر به کاهش سرفه و نیاز به ساکشن می‌شود.

موانع شروع هیدراتاسیون شامل افزایش بروز ادم ریوی و محیطی، افزایش ترشحات

دستگاه تنفسی، سرفه و آسیت است. شروع هیدراتاسیون وریدی می‌تواند باعث درد، ناراحتی، محدودیت در تحرک، کاهش ارتباط با اعضای خانواده و افزایش استفاده از محدودیت‌ها شود.

مروری بر متون

دهیدراتاسیون (کم آبی) و احتباس مایعات

دهیدراتاسیون می‌تواند علائم ناخوشایندی مانند گیجی و بی‌قراری را در بیماران لاعلاج ایجاد کند. این مشکلات در افراد در حال مرگ شایع‌تر، است. تحقیقات محدودی در مورد تأثیر هیدراتاسیون در کاهش کم آبی در مراحل پایانی زندگی، وجود دارد. تفسیر نتایج به دلیل روش‌های متفاوت تعریف و اندازه‌گیری کم‌آبی در مطالعات مختلف چالش برانگیز است. یافته‌های مطالعات نشان می‌دهند که تأمین هیدراتاسیون تجویزی ممکن است بر علائم و نشانه‌های جسمی کم آبی در مراحل انتهای زندگی تأثیر بگذارد. در یک مطالعه، هیچ تفاوتی در وضعیت بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته پس از ۷ روز هیدراتاسیون ۱۰۰۰ میلی لیتر در روز در مقایسه با ۱۰۰ میلی لیتر در روز مشاهده نشد. این مطالعه همچنین چهار علائم کم آبی شامل خستگی، میوکلونوس، خواب آلودگی و توهم را بررسی و نمره‌دهی کرد و هیچ تفاوتی در مجموع نمرات بعد از اجرای هیدراتاسیون ۷ روزه مشاهده نشد. یک مطالعه گذشته نگر نشان داد که هیدراتاسیون تجویزشده در ۴۸ ساعت انتهای زندگی هیچ تأثیر قابل توجهی در علائم مربوط به وضعیت هیدراتاسیون (به عنوان مثال تحریک‌پذیری، میوکلونوس، احتباس ادرار، گیجی، نارسایی احتقانی قلب، ترشحات دستگاه تنفسی، تهوع و استفراغ و آسیت) ندارد. این یافته‌ها نشان‌دهنده عدم تأثیر هیدراتاسیون در مراحل انتهای زندگی است.

بسته به حجم هیدراتاسیون اعمال شده، ممکن است خطر ایجاد علائم احتباس مایعات افزایش یابد. در مطالعه‌ای که تأثیر حجم هیدراتاسیون را در بیماران بدحال مبتلا به سرطان شکم بررسی کرده است، کم آبی بدن بر اساس علائم جسمی شامل رطوبت در غشاهای مخاطی دهان، رطوبت زیر بغل و چشمان فرو رفته در طی ۷۲ ساعت پس از مرگ ارزیابی شد. بیمارانی که در گروه هیدراتاسیون؛ دریافت ۱۰۰۰ میلی لیتر در روز یا بیشتر مایعات داشتند، ۱ الی ۳ هفته قبل از مرگ، علائم کم آبی کمتری در مقایسه با گروهی که به طور متوسط کمتر از ۱۰۰۰ میلی لیتر دریافت مایعات داشتند، مشاهده شد. با این حال در بیماران گروه هیدراتاسیون، علائم افزایش حجم مایعات مانند ادم، آسیت و افزایش ترشحات برونش، بیشتر مشاهده شد. هیچ تفاوتی بین دو گروه در مورد افیوژن پلور، وجود نداشت.

این یافته‌ها مشابه یافته‌های مطالعه‌ای است که نشان‌دهنده بدتر شدن وضعیت کم آبی در گروهی با هیدراتاسیون ناکافی و بروز علائم احتباس مایعات، ادم محیطی و آسیت در گروهی با هیدراتاسیون کافی است. ازدیاد ترشحات برونش در ۴۸ ساعت گذشته زندگی، در گروه با دریافت حجم زیاد مایعات (بیش از ۱۰۰۰ میلی لیتر در روز) در مقایسه با گروه با دریافت حجم کمتر مایعات (کمتر از ۱۰۰۰ میلی لیتر در روز) بیشتر مشاهده گردید.

یک دستورالعمل ملی برای درمان هیدراتاسیون تزریقی در ژاپن در سال ۲۰۰۷ طراحی شد؛ که احترام به تمایلات بیمار و خانواده اش را مد نظر داشته است. ارزیابی کامل کیفیت زندگی بیمار، اجازه شروع تغذیه تزریقی کامل را در صورت انسداد روده می‌دهد و توصیه می‌نماید در صورت وجود علائم احتباس مایعات، هیدراتاسیون کمتر از ۱۰۰۰ میلی لیتر در روز انجام شود. مطالعه‌ای در راستای سنجش میزان کارایی این دستورالعمل

نشان داد که تأمین مایعات بدن در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته طبق این دستورالعمل منجر به اندازه‌گیری‌های پایدار کیفیت زندگی، ناراحتی، علائم جسمی بیشتر و علائم احتباس مایعات می‌شود.

تشنگی و خشکی دهان

تصور می‌شود که تشنگی یک علامت غیر اختصاصی از کم آبی بدن است. یک مطالعه؛ مداخلاتی برای تشنگی و خشکی دهان را به عنوان گزینه جایگزین هیدراتاسیون، بررسی کرد. محققان دریافتند که مراقبت‌های معمول مانند دریافت مواد غذایی و مایعات، استفاده از تکه‌های یخ و مراقبت از دهان، به کاهش این علائم کمک می‌کند. خشکی دهان با یک برنامه فشرده مراقبت از دهان هر ۲ ساعت شامل بهداشت دهان، چرب کردن لب و استفاده از خرده‌های یخ یا بستنی، قابل درمان است. حذف داروهایی نظیر آنتی‌هیستامین‌ها و ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای ایجادکننده خشکی دهان باید در نظر گرفته شوند. بعضی اوقات، داروهایی که جهت تسکین سایر علایم به کار می‌روند مانند داروهای مخدر برای درد و داروهای آنتی‌کولینرژیک برای کاهش ترشحات دهانی، باعث این مشکل می‌شوند. تنفس دهانی نیز می‌تواند منجر به خشکی دهان شود. عفونت کاندیدا که از دلایل مکرر خشکی دهان است، قابل درمان است. می‌توان از پیلوکارپین برای افزایش ترشح بزاق استفاده کرد.

در یک مطالعه تأثیر هیدراتاسیون بر کاهش علائم خشکی دهان در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته با پیش آگهی نسبتاً طولانی‌تری بررسی شد. در این مطالعه نشان داده شد که شدت خشکی دهان در گروهی که حجم زیادی از هیدراتاسیون را دریافت می‌کردند(۱۰۰۰ میلی لیتر در روز یا بیشتر) نسبت به گروه با حجم کمتر (کمتر از ۱۰۰۰ میلی لیتر در روز) به طور قابل توجهی، کمتر بود؛ البته همین گروه؛ ازدیاد ترشحات برونش را نیز تجربه کردند.

دلیریوم (هذیان)، گیجی، آژیتاسیون

دلیریوم می‌تواند در اثر عوامل مختلفی از جمله نارسایی اندام‌های انتهایی، کم‌آبی بدن و داروها، ایجاد شود. علائم دلیریوم می‌تواند برای بیماران و خانواده‌هایشان؛ ناراحت‌کننده باشد. در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، هیچ تفاوت معناداری در دلیریوم و آژیتاسیون بیماران دریافت‌کننده حجم بالا و کم هیدراتاسیون، مشاهده نشد.

داروهایی مانند مخدرها، آنتی‌کولینرژیک‌ها، آنتی‌هیستامین‌ها و کورتیکواستروئیدها در ایجاد دلیریوم، مؤثر شناخته شده‌اند. اگر دلیریوم به دلیل تجمع داروهای مخدر باشد می‌توان با مداخلاتی نظیرکاهش داروهای مخدر و افزایش هیدراتاسیون و کمک به پاکسازی متابولیت‌های سمی داروهای مخدر، علائم دلیریوم تشدید شده مانند آژیتاسیون و توهم سمیت عصبی ناشی از داروهای مخدر را کنترل کرد.

میوکلونوس

میوکلونوس یا انقباضات غیرارادی عضلات معمولاً با مصرف مزمن داروهای مخدر در مراحل انتهای زندگی، اتفاق می‌افتد. همچنین این مشکل در بیماران مبتلا به سرطان بدون استفاده از داروهای مخدر در نتیجه کاهش مصرف خوراکی مواد غذایی، گزارش شده است. اطلاعات محدود و متنوعی در مورد اثرات هیدراتاسیون در میوکلونوس، بر اساس شرایط بیمار وجود دارد. میوکلونوس در گروه مداخله با دریافت ۱۰۰۰ میلی‌لیتر محلول نرمال سالین در طی ۴ ساعت به مدت ۲ روز، در مقایسه با گروه با مصرف ۱۰۰ میلی‌لیتر بهبود یافته بود. با این حال هیچ تفاوتی در علائم میوکلونوس بیماران مبتلا به بدخیمی‌های

شکمی پیشرفته در گروه هیدراتاسیون که به طور متوسط ۸۳۸ تا ۱۴۰۵ میلی لیتر در روز در طول ۳ هفته آخر زندگی دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کم هیدراته‌ای که به طور متوسط ۲۰۰ میلی‌لیتر در روز دریافت‌کرده بودند، مشاهده نشد.

سود بقا

تحقیقات محدودی در مورد مزیت بقاء وابسته به هیدراتاسیون وجود دارد. دو مطالعه نشان داد که هیدراتاسیون هیچ مزیتی برای بقاء بیماران مبتلا به سرطان با پیش آگهی کوتاه ندارد.

کیفیت زندگی

تحقیقات محدودی در مورد تأثیر هیدراتاسیون بر کیفیت زندگی بیماران لاعلاج وجود دارد. تحقیقات در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته نشان می‌دهد که هیدراتاسیون تزریقی ۱۰۰۰ میلی لیتر در روز نسبت به تزریق۱۰۰ میلی‌لیتر در روز، باعث بهبود علائم مرتبط با کیفیت زندگی نمی‌شود. مطالعه‌ای دیگر نشان داد که وقتی هیدراتاسیون طبق دستورالعمل‌های ژاپنی با در نظر گرفتن کیفیت زندگی و علائم احتباس مایعات هیدراتاسیون در هر دو گروه بیماران دریافت‌کننده حجم‌کم (۱۰۰۰ میلی لیتر در روز) و زیاد (< ۱۰۰۰ میلی لیتر در روز) اندازه‌گیری‌های کیفیت زندگی، پایدار می‌مانند. در مطالعه‌ای با بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و مراقبان آنها مصاحبه شد، هم بیماران و هم مراقبان آنها؛ هیدراتاسیون را به عنوان تأمین نیاز اساسی انسان به آب، تقویت امید و عزت و تقویت کیفیت زندگی، بیان نمودند. مراقبان در همان مطالعه گزارش کردند که هیدراتاسیون باعث بهبود مدیریت درد، انرژی بیشتر بیمار، عادات خواب بهتر، اشتها و وضعیت جسمی؛ سالم‌تر می‌شود. در این مطالعه، اطلاعاتی در مورد حجم یا مدت زمان هیدراتاسیون، ذکر نشده بود.

خلاصه

مشخص شده است که هیدراتاسیون تزریقی برای کاهش علائم مربوط به کم آبی بدن و بهبود وضعیت شناختی در شرایط موقتی وکوتاه مدت، مؤثر است. در محیط‌های مراقبت تسکینی، تحقیقات تأثیر هیدراتاسیون تزریقی بر بهبود علائم کم آبی، میزان بقاء و یا کیفیت زندگی را تأیید نمی‌کنند. در دلیریوم مربوط به سمیت داروهای مخدر، شواهد متنوعی از تأثیر هیدراتاسیون و چرخش احتمالی داروهای مخدر در بهبود علائم دلیریوم، حمایت می‌کنند. هنگام تصمیم‌گیری جهت شروع یا توقف هیدراتاسیون، ارزیابی اهداف مراقبت، خطرات و مزایا و ترجیحات بیمار در رابطه با ارزش‌ها و نیازهای، بسیار مهم است.

مطالعه موردی: بیمار تحت دیالیز

آقای د. مرد ۵۴ ساله‌ای است که به بیماری کلیوی وابسته به دیالیز، مبتلا است. وی به دلیل بی‌حالی و گیجی از مرکز دیالیز خود به مرکز اورژانس اعزام شد. او به طور مستقل در منزل زندگی می‌کند و از دستورالعمل‌های خاصی، پیروی نمی‌کند. پس از ارزیابی مشخص شد که وی دچار کمبود آب بدن است و تحت انفوزیون آهسته در بیمارستان، قرار گرفت. پس از بازگشت به حالت اولیه، وی را به منزل فرستادند. یک ماه بعد، آقای د با کاهش عملکرد و تغذیه روبرو شد. ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه او را به تیم مراقبت تسکینی مبتنی بر جامعه، ارجاع داد. وی توسط پرستار مراقبت تسکینی در منزل ویزیت شد و آقای د توضیح داد که دیگر تمایلی برای برگشت به بیمارستان جهت هر نوع اقدامی را ندارد. دخترش نگران بود که اگر دوباره دچار کم آبی شود نتواند مایعات به او برساند و اصرار داشت در صورت لزوم در بیمارستان بستری شود.

بررسی بیانیه‌ها و دستورالعمل‌های موقعیتی

بسیاری از سازمان‌های حرفه‌ای بیانیه‌ها یا دستورالعمل‌های موقعیتی در مورد استفاده از MAHN را منتشر کرده‌اند. مضامین مشترک در این اسناد شامل موارد زیر است:

- MAHN مداخله‌ای است که باید توسط بیمار، خانواده و تیم مراقبتی با در نظر گرفتن دقیق مزایا و مضرات آن ارزیابی شود.
- MAHN یک مداخله پزشکی است که می‌توان بر اساس شرایط بالینی و اهداف مراقبتی بیمار، آن را نپذیرفت یا متوقف نمود.
- تصمیم‌گیری در مورد MAHN باید منعکس‌کننده ارزش‌ها، اعتقادات و فرهنگ بیمار و خانواده‌اش، باشد.

علاوه بر اظهارات عمومی در مورد MAHN، توصیه‌های خاصی برای برخی بیماری‌ها در جدول ۱۳.۳ خلاصه شده است.

جدول ۱۳.۳. توصیه‌های خاص برای برخی بیماری‌ها برای تغذیه و هیدراتاسیون تجویز شده (MAHN)

دمانس پیشرفته	• لوله‌های تغذیه‌ای توصیه نمی‌شود. • تغذیه‌های خوراکی همراه با بهبود شرایط محیط و حمایت از رویکردهای بیمارمحور را تقویت نمایید.
مرحله انتهایی سرطان	• حمایت‌های تغذیه‌ای برای بیماران مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی معمولاً ارائه نمی‌شود.
ALS	• اگر تشخیص داده شود که تغذیه روده‌ای مداخله مناسبی است، قرار دادن زود هنگام یک لوله تغذیه‌ای، توصیه می‌شود.

تصمیم‌گیری در مورد MAHN

تصمیم‌گیری در مورد شروع، ادامه و یا توقف MAHN، پیچیده است. علاوه بر بررسی شواهد بالینی در مورد اثر MAHN در بهبود علائم و کیفیت زندگی، در نظر گرفتن اصول اخلاقی و سوابق قانونی نیز مهم است که تأکید می‌کنند پرستاران نقشی مهم در حمایت از بیمار و همچنین احترام به تمایلات بیمار و خانواده‌اش دارند. در حالی که قطع تغذیه و یا هیدراتاسیون تجویز شده ممکن است باعث ناراحتی عاطفی درمانگران و همچنین بیماران و خانواده‌های آنها نسبت به عدم انجام چنین درمانی شود، اصولا هیچ تمایز اخلاقی و قانونی بین آن‌ها وجود ندارد. هنگامی که تصمیم‌گیری بر اساس یک هدف یا ارزش خاص دشوار یا پیچیده باشد، می‌توان یک ارزیابی کوتاه مبتنی بر هدف با تأکید بر حمایت موقت، انجام داد. البته در این شرایط، بیمار باید به طور منظم از نظر اثرات سوء مداخله MAHN ارزیابی شود (جدول ۱۳.۴).

موضوعات اخلاقی

شروع، ادامه و یا توقف MAHN مانند سایر مداخلات پزشکی باید با در نظر داشتن اصول اخلاقی انجام شود. سه اصل اخلاقی که در تصمیم‌گیری برای MAHN بیشترین اهمیت را دارند شامل استقلال، سودمندی و عدم آسیب هستند. استقلال به حق تعیین سرنوشت بیمار یا جانشین وی، اشاره دارد. احترام به استقلال بیمار در تصمیم‌گیری درمورد MAHN به این معنی است که بیمار یا خانواده‌اش بر اساس ارزش‌ها و اعتقادات شخصی خود حق انتخاب یا رد مداخله را دارند. سودمندی به معنای "انجام کار خوب" است و به این معنی است که پرستاران باید به نفع بیمار عمل کنند. پرستار وظیفه دارد با احترام به ارزش‌ها و اهداف مراقبت، بیمار و خانواده‌اش را در جریان آنچه به نفع بیمار است، درگیر کند. به عنوان

جدول ۱۳.۴. هیدراتاسیون و/یا تغذیه در بیماری پیشرفته یا انتهای زندگی: مطالعات کلیدی

Author, Year, Design	Sample Size and Characteristics	Variables Evaluated	Results	Overall Impact of Hydration
Nakajima, Hata, Kusumuto, 2013 Observational Study	75 terminally ill patients with GI malignancy	Hydration score	Dehydration score was higher in nonhydration group (35% vs. 13%, p. 03); edema/ascites/bronchial secretions higher in hydration group (57% vs. 33%, p. 04)	No benefit secondary to adverse effects
Bruera, Hui, Dalal, et. al, 2013 Randomized Controlled Trial	129 patients in hospice care	Symptoms for dehydration, delirium, myoclonus, and survival	No difference between treatment and control groups in delirium, dehydration	Negative
Morita, Hyodo, Yoshimi, et al, 2005 Prospective Controlled Trial	226 advanced cancer patients (59 hydrated and 167 non-hydrated)	Dehydration and fluid retention symptoms	No significant difference in dehydration or retention symptoms	Negative
Bruera, Sala, Rico, et al, 2005 Randomized Controlled Trial	60 dehydrated patients with advanced cancer	Symptoms of dehydration	Mixed for sedation and myoclonus improvement, composite score for fatigue, hallucinations	Mixed
Morita, Tei, Tusnoda, et al, 2001 Observational Study	88 terminally ill cancer patients in hospice	Assessment using visual analogue scale (VAS) on symptoms of thirst	No correlation of thirst scores	Negative
Cerchietti, Navigante, Sauri, Palazzo, 2000 Randomized Controlled Trial	42 advanced cancer patients who were dehydrated	Thirst, nausea, delirium and mini-mental status exam (MMSE), anguish, mood	No significant differences in groups	Negative
Ellershaw, Sutcliffe, Saunders, 1995 Observational Study	82 cancer patients two days before death	Thirst, respiratory secretions, dry mouth	No correlation between hydration status and thirst	Negative
Musgrave, Bartal, Opstad, 1995 Uncontrolled Trial	30 cancer patients in the last day of life	Thirst level	All patients who were alert experienced some level of thirst.	Negative
McCann, Hall, Groth-Juncker, 1994 Uncontrolled Trial	32 terminally ill patients who were mentally aware	Thirst, hunger, and dry mouth	63% no hunger, 34% initial hunger only, 62% no thirst or initial thirst	Negative
Waller, Hershkowitz, Adunsky, 1994 Observational Study	68 cancer patients within 48 hours of death, 13 received fluids	Consciousness	No correlation in improvement of consciousness and administration of fluids	Negative

مثال ممکن است بیمار مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی؛ دیسفاژی را تجربه کند اما هنوز از جرعه‌های کوچک مایعات لذت می‌برد در حالی که خطر آسپیراسیون در این شرایط وجود دارد در این حالت پرستار با حمایت از مصرف مایعات، سودمندی را به اجرا می‌گذارد. عدم آسیب به معنای "هیچ آسیبی نرساندن" است و می‌تواند با عدم استفاده از درمان‌هایی که احتمال درد و رنج را افزایش می‌دهد و هیچ فایده‌ای ندارد و یا منفعت آن‌ها کمتر از ضررشان است، بیان گردد. (مثال جدول ۱۳.۵).

سوابق قانونی

موارد برجسته‌ای مانند پرونده Quinlan، Cruzan، Barber و Vacco v. Quill اساس تصمیم‌گیری فعلی در مورد MAHN را در سیستم مراقبت‌های بهداشتی؛ ایجاد کرده‌اند. کارن آن کوینلان جوان ۲۱ ساله بود که به دلیل آسیب آنوکسیک مغز در حالت نباتی دائمی قرار گرفت. پدرش خواستار سرپرستی از وی شد تا اقدامات عجیب برای زنده نگه داشتن او را متوقف کند. در این مورد دادگاه از استاندارد قضاوت جایگزین حمایت کرد و پدرش را قادر ساخت که به جای او صحبت کند گویا خودش صحبت می‌کرد. نانسی کروزان در یک سانحه رانندگی از وسیله نقلیه خود به پایین پرتاب شد. اگرچه توسط امدادگران؛ بدون نبض یافت شد اما آنها توانستند او را احیا کنند. وی چندین هفته در کما بود تا اینکه پزشکان تشخیص دادند که در زندگی نباتی دائم؛ قرار دارد. در پرونده وی دادگاه از امتناع از درمان توسط افراد

جدول ۱۳.۵. تغذیه و هیدراتاسیون با تجویز پزشکی (MAHN): نمونه‌هایی از مداخلات پرستاری که اصول اخلاقی را منعکس می‌کنند.

استقلال یا خودمختاری: احترام گذاشتن به حق فرد در انتخاب مراقبت	اطلاعاتی در مورد مزایا و مضرات MAHN را منتقل کنید تا بیمار قادر به تصمیم‌گیری آگاهانه باشد. به تمایلات بیمار به ویژه هنگام کار با خانواده و مراقبان، توجه کنید. این سؤال را که "آیا ما تمام کارها را برای رسیدن به اهداف بیمار انجام دادیم یا نه؟" بپرسید.
سودمندی	به دنبال درک اهداف و ارزش‌های بیمار باشید تا آنچه برای آنان مفید است را درک کنید. مداخلات متناسب با اهداف بیمار را ارائه دهید.
عدم رساندن آسیب	خطرات یا مسئولیت‌های احتمالی MAHN را برای به حداقل رساندن آسیب با در نظر گرفتن شرایط بیمار، ارزیابی کنید.

ذی‌صلاح، حمایت کرد. دادگاه همچنین از نیاز به "شواهد روشن و قانع‌کننده" حمایت‌کرد زیرا او قبلا خواسته‌های خود را ثبت نکرده بود. این پرونده به حمایت از قانون خود تصمیم‌گیری بیمار در فدرال کمک کرد تا به بیماران جهت ثبت خواسته های خود کمک کند. پرونده Vacco v. Quill همچنین از حق رد درمان حمایت کرد و احترام گذاشتن به خواسته‌های بیمار را از تعجیل در مرگ، متمایزکرد. در پرونده باربر، دادگاه دو پزشک را که MAHN را متوقف کرده بودند با اتهام قتل و توطئه برای ارتکاب قتل، بی‌گناه تشخیص داد و این اصل را تقویت کرد که MAHN یک مداخله پزشکی تلقی می‌شود نه یک مراقبت اولیه.

مسائل دینی و فرهنگی

برای ارائه مراقبت‌های بیمارمحور، پرستاران باید نقش اعتقادات و فرهنگ دینی یا معنوی از جمله نژاد و قومیت در ارزش‌های بیمار و خانواده در ارتباط با غذا و مایعات را شناسایی کند. درک این عوامل و تشویق گفتگو در مورد ارزش‌های بیمار، پرستاران را قادر می‌سازد تا به استقلال بیمار احترام بگذارند و در مورد چگونگی تأمین نیازهای بیمار در مورد تغذیه و هیدراتاسیون و به حداکثر رساندن سودمندی و به حداقل رساندن آسیب به بیمار کمک کنند. ادغام سایر اعضای تیم مراقبت با تجربه در این زمینه، می‌تواند برای همه ذینفعان بسیار مفید باشد. به ویژه حضور مددکار و حمایت روحانی، اطمینان از برآورده شدن نیازهای روانی و اجتماعی بیمار و خانواده‌اش را تضمین می‌کند. در بررسی عقاید رایج در سنت‌ها و فرهنگ‌های مختلف مذهبی، توجه به این نکته که تمام افراد با ایمان یا با فرهنگ خاص، لزوما اعتقادات یکسانی ندارند، مهم است و پرستاران باید تأثیر مذهب، فرهنگ یا اعتقادات بیمار در مورد MAHN را بررسی کنند. پزشکان باید آگاه باشند که برخی از ادیان ممکن است توقف داوطلبانه هیدراتاسیون و تغذیه را ممنوع بدانند. حتی در درون ادیان نظرات یا تفسیرهای مختلفی از قوانین مذهبی برای راهنمایی تصمیم‌گیری در مورد شروع یا توقف MAHN وجود دارد. جدول ۱۳.۶ باورهای سنت‌های مذهبی منتخب مختص MAHN را خلاصه نموده است. فرهنگ علاوه بر تأثیرات مذهبی، دیدگاه بیمار و خانواده در مورد MAHN را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات نشان داده است که در ارتباط با تأثیر نژاد در استفاده از لوله‌های تغذیه‌ای، تنوع زیادی وجود دارد. به عنوان مثال قفقازی‌ها آمار کمتری نسبت به افراد سایر فرهنگ‌ها، دارند. در مطالعاتی که در مورد استفاده از لوله‌های تغذیه‌ای بین افراد سفیدپوست در مقایسه با

جدول ۱۳.۶. باورهای مختلف مذهبی در مورد تغذیه و هیدراتاسیون از طریق پزشکی (MAHN)

ایمان مذهبی	اعتقادات
بودائیسم	اعتقاد بر اینکه همه موجودات رنج می‌برند. تمرکز اصلی در پایان زندگی بر راحتی معنوی است. تمرکز کمتری بر افزایش عمر از طریق MAHN و سایر مداخلات دارد.
کاتولیک	در موقعیت فعلی (از سال ۲۰۱۱) بر "طولانی شدن زندگی بر اساس کرامت اساسی انسان" تمرکز دارد. برخی از اعضای کلیسا ادعا می‌کنند که MAHN یک فناوری پزشکی محسوب نمی‌شود بلکه اقدامی عادی برای حفظ زندگی است. برخی دیگر احساس می‌کنند که MAHN باید با استفاده از چارچوب متناسب / نامتناسب (معمولی در مقابل فوق العاده) به صورت فردی ارزیابی و ارائه شود. مراکز بهداشتی درمانی کاتولیک موظفند مواد غذایی و مایعات را صرف نظر از وضعیت بیماری ارائه دهند. MAHN را می‌توان در شرایطی که بیماری زمینه‌ای و نه توقف MAHN؛ علت مرگ باشد، فوق العاده دانست.
هندوئیسم	ادامه یا توقف MAHN در انتهای زندگی قابل قبول است. برخی از هندوها جهت آماده شدن برای مرگ، روزه می‌گیرند.
اسلام	"هدف دستورالعمل‌های اسلامی، محافظت و حفظ دین، زندگی، فرزندان، عقل و ثروت است." قوانین اسلامی در مورد مراقبت از بیماران لاعلاج بر این اصل استوار است که فرد باید از آسیب جلوگیری یا اجتناب کند. قوانین اسلامی اجازه ترک MAHN را داده و اجازه می‌دهد بیماری سیر طبیعی خود را طی کند. اعتقادات گوناگونی در میان مسلمانان وجود دارد، بنابراین لازم است ارزش‌های بیمار مشخص شود. "در قوانین اسلامی آمده است که مراقبت‌های تسکینی نباید عمر بیمار را کوتاه کند اما درمان بیهوده نیز توجیه‌پذیر، نیست." شریعت اسلام؛ مرگ منفعلانه یا فعالانه را منع کرده است. حمایت از تغذیه به عنوان مراقبتی اساسی و نه درمان پزشکی در نظر گرفته می‌شود که منجر به وظیفه تغذیه بیمارانی می‌شود که دیگر قادر به تغذیه خود نیستند. وجود نظرات متفاوت در میان جوامع مختلف اسلامی در مورد رد یا توقف MAHN، وجود دارد.
یهودی	تأمین غذا و مایعات اقداماتی عادی و نه فوق العاده محسوب می‌شوند. خودداری از تغذیه و تأمین مایعات با قوانین یهود سازگار نیست. تجویز مواد غذایی و مایعات، حتی از طریق IV یا لوله تغذیه‌ای، به عنوان تغذیه مصنوعی در نظر گرفته نمی‌شود. "مقامات مذهبی معتقدند که MAHN اقدامی حمایتی معمولی است تا اینکه موضوعی قهرمانی باشد. کم آبی بدن، هاسپیس بدون مداخله MAHN و رد یا توقف MAHN مطابق با تعالیم یهود نبوده مگر اینکه اثباتی بر (کمتر از ۷۲ ساعت تا زمان مرگ) بی‌فایده بودن مداخله وجود داشته باشد. در حالی که قوانین اسرائیل به حق بیمار در حال مرگ در امتناع از تغذیه و هیدراتاسیون احترام می‌گذارد اما الزامی قانونی برای ترغیب استفاده از اکسیژن، تغذیه و هیدراتاسیون حتی با استفاده از روش‌های مصنوعی را مطرح می‌نماید.
پروتستانیسم	تنوع در مواضع در مورد MAHN در فرقه‌ها وجود دارد. عقیده رایج مبنی بر اینکه مداخلاتی مانند MAHN که فرصتی برای توبه فراهم می‌کند، ممکن است از سایر مضرات درمان بیشتر باشد.

افراد آمریکایی آفریقایی تبار، نتایج نشان داده است که استفاده از این مداخله در گروه دوم به طور مداوم، بیشتر بود. مطالعات همچنین نشان داده است که آفریقایی آمریکایی‌ها، مراقبت‌های ویژه را بیشتر ترجیح می‌دهند. در یک مطالعه، ترجیحات شرکت‌کنندگان آفریقایی آمریکایی و قفقازی با بحث گروه‌های متمرکز جهت ارزیابی عوامل تأثیرگذار بر تصمیمات مربوط به مراقبت مراحل انتهای زندگی MAN مورد بررسی قرار گرفت. محققان از داده‌های کیفی جمع‌آوری شده در گروه‌های متمرکز، شباهت‌های بیشتری در نحوه تفکر دو گروه در مورد تغذیه، AN و تصمیم‌گیری در مورد مراحل انتهای زندگی پیداکردند. تفاوت‌ها در طبقات اشاره نشده بود بلکه بیشتر درون تم‌های مشترک بود.

در تحقیقی که نشان داد مراقبان چینی سنگاپوری چه معنایی به تغذیه نسبت می‌دهند، سه طبقه اصلی ظهور نمود. یکی از تم‌ها، فرزند سالاری بود، جایی که وظیفه در قبال خانواده ممکن است انگیزه‌ای برای مداخلات پرخاشگرانه باشد حتی اگر بیمار در مراحل انتهای زندگی‌اش باشد. تم دیگر پیوند بین تأمین تغذیه و امید بود. تم سوم این بود که تهیه غذا نشان‌دهنده مراقبت از عزیزانشان بود، موضوعی که در بسیاری از فرهنگ‌ها رایج است.

در حالی که تحقیقات گسترده‌ای در مورد تأثیر پیشینه‌های مختلف مذهبی و فرهنگی بر ترجیحات فردی برای MAHN وجود ندارد اما منابعی وجود دارد که پرستاران می‌توانند برای کسب اطلاعات مورد نیاز جهت شروع ارتباط با بیمار در مورد این موضوع به آنها دسترسی داشته باشند. پرستاران می‌توانند از طریق دستورالعمل‌های ارائه شده از سوی سازمان‌های مذهبی و یا گفتگو با رهبران یک جامعه مذهبی، سنتی یا قومی تأثیر این عوامل را در وضعیت‌های خاص، دریابند.

مشارکت دادن در گفتگو و تعیین اهداف مراقبتی در MAHN

در کار با بیماران مراحل انتهایی و مراقبت تسکینی، پرستاران نقشی اساسی در کشف ارزش‌های بیمار داشته و امیدوارند مراقبت‌های مربوط به تغذیه و مایعات بیمار محور باشد. با توجه به اینکه تصمیم‌گیری در مورد MAHN موضوعی پیچیده است، پرستاران؛ مسئولیت‌های متعددی دارند. پرستاران قبل از تدوین برنامه یا ارائه توصیه‌های پرستاری باید به خود بازخورد دهند، متون را درک کنند، بیانیه‌های موقعیتی را درک کنند، پیش‌آگهی‌ها را بفهمند و بیمار و خانواده‌اش را به طور کامل ارزیابی نمایند. یکی از وظایف اصلی پرستار این است که اطمینان حاصل کند که استقلال و عزت بیمار به گونه‌ای که از نظر فرهنگی با درک ارزش‌های بیمار در مورد MAHN و اهداف گسترده‌ای که فرد به آن امید دارد و مورد پذیرش بیمار است، رعایت می‌شود. این کار را می‌توان با توسعه گفتگوهای اولیه در مورد ترجیحات بیمار و خانواده‌اش، انجام داد. تمرکز باید بر روی بیمار به عنوان تصمیم گیرنده باشد، حتی اگر بیمار در گفتگو، شرکت نکند. اگرچه سوالات باز ممکن است امکان درک دانش و امیدهای بیمار و خانواده‌اش را فراهم نماید، اما سوالات متمرکز و معطوف به ترجیحات، امکان راهنمایی بهتری به سمت اهداف و تصمیم‌گیری‌ها را فراهم می‌نماید. دو سوال مهم که باید در فرایند تصمیم‌گیری در مورد MAHN در نظر گرفته شود: (۱) نظرات و ترجیحات بیمار چیست؟ و (۲) اهداف فردی مراقبت چیست؟ داشتن اهداف مبتنی بر شواهد از چارچوب مراقبتی که هم اهداف کوتاه مدت و هم بلند مدت را پوشش می‌دهد و امکان تحقق این اهداف را فراهم می‌نماید، می‌تواند مفید باشد. چالشی که در انجام این وظیفه بوجود می‌آید زمانی است که ترجیحات بیمار و خانواده‌اش با ترجیحات پرستار یا تیم مراقبت‌های درمانی، در

تعارض باشد. محور بحث باید "آیا ما تمام کارها برای رسیدن به اهداف مراقبتی بیمار را انجام داده‌ایم یا نه؟" باشد.

پرستاران می‌توانند به بیماران و خانواده‌های ایشان در مورد علائم طبیعی فرایند مرگ و مزایا و مضرات شناخته شده MAHN به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای درمان علائم؛ برای توانمندسازی آنها، آموزش دهند. برای تسهیل تصمیم‌گیری آگاهانه، آموزش می‌تواند بر علائم و پیشرفت روند طبیعی مرگ، گزینه‌های موجود برای MAHN، مزایا و مضرات شناخته‌شده مداخلات MAHN و همچنین محدودیت‌های شواهد حمایت‌کننده MAHN در مدیریت برخی از علائم و گزینه‌های جایگزین برای علائم ناراحت‌کننده، تأثیرگذار باشد. همچنین به بیماران و خانواده‌ها باید اطلاع داده شود که می‌توانند MAHN را متوقف و یا رد نمایند. اگر یک پرستار قادر به ارائه اطلاعات مناسب نباشد باید به جای ارائه اطلاعات و اطمینان ناصحیح به بیمار و خانواده‌اش بگوید، "در این مورد چیزی نمی‌دانم". به پرستار توصیه می‌شود که از منابع موجود مانند تیم اصلی، تیم بین حرفه‌ای یا تیم مراقبت تسکینی، مشاوره گرفته و سپس با اطلاعات کافی به بیمار و خانواده‌اش، مراجعه نماید. با فراهم آوردن این هماهنگی مراقبتی، کانال‌های ارتباطی بین افرادی که از بیمار مراقبت می‌کنند بازتر شده و امکان هماهنگی بهتر جهت اخذ تصمیمات پیچیده مراقبتی، فراهم می‌شود.

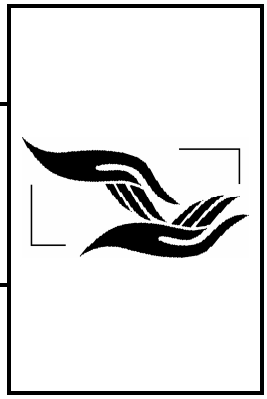
شروع، ادامه یا توقف MAHN

اگر جهت برآورد اهداف مراقبتی، تصمیم به شروع MAHN در بیمار گرفته شود، پرستار وظیفه دارد به طور مستمر وضعیت بیمار را ارزیابی‌کند. ارزیابی شامل تأثیر مداخله بر علائم و پاسخ‌های بیمار به درمان است. MAHN را می‌توان به عنوان یک ارزیابی محدود جهت تعیین فواید مداخله در مقایسه با مضرات آن، ارائه نمود. از آنجا که MAHN اغلب در وضعیت‌های حاد و هنگام بستری در بیمارستان ایجاد می‌شود، پرستاران می‌توانند سابقه درمان‌های قبلی یا تمایلات بیمار را بررسی کرده و گفتگوهایی جهت ارائه تصویری واضح‌تر و فراتر از پذیرش حاد، ارائه دهند. پرستاران در هر محیطی می‌توانند بیماران و خانواده‌هایشان را در اوایل بیماری از روند پیشرفت بیماری آگاه نموده و اطمینان حاصل نمایند که ترجیحات و تمایلات بیمار در مورد MAHN توسط تیم مراقبت‌های بهداشتی استخراج و مستند می‌شود. پرستار باید گفتگوهای دائم درباره MAHN را تسهیل نماید تا اطمینان حاصل کند که این روش درمانی بدون تحمیل فشار به اهداف مراقبتی بیمار و خانواده، ادامه می‌یابد.

اگر تصمیم بر رد MAHN گرفته شود، پرستار می‌تواند با حمایت عاطفی و اطمینان خاطر، مراقبت مناسب را با احترام به کرامت بیمار ارائه کند. اگر بیمار توانمند باشد، بهتر است مصرف خوراکی را در صورتی که با اهداف کلی مراقبتی بیمار هماهنگ باشد، تشویق کنید. اگر خوردن و آشامیدن بیش از حد دشوار بوده یا به تلاش زیادی نیاز داشته باشد، نباید بیمار را تحت فشار قرار داد. کاهش علائم خشکی دهان و تشنگی باید مورد توجه قرار گیرد که می‌تواند شامل رعایت بهداشت دهان، استفاده از تکه‌های یخ یا بستنی، اسفنج مرطوب، مرطوب‌کننده لب و بزاق مصنوعی باشد. اگر به دلایل مذهبی یا شخصی قادر به حمایت از تصمیم بیمار یا خانواده‌اش در مورد MAHN نیستید، پرستار وظیفه دارد که درخواست تغییر وظیفه دهد و سیستم مراقبت‌های بهداشتی هم باید اطمینان حاصل کنند که پرستاری که مراقبت بیمار محور ارائه می‌دهد می‌تواند در پذیرفتن یا نپذیرفتن شرایط رد یا توقف MAHN، آزاد باشد.

نتیجه‌گیری

تغییرات غذایی و مایعات مورد نیاز در بیماران بدحال لاعلاج، یک پدیده طبیعی چند عاملی و مورد انتظار است. MAHN را باید یک مداخله پزشکی نه تأمین‌کننده اساسی رفاه، در نظر گرفت. هنگامی که تمایل بیمار به خوردن یا آشامیدن در مراحل انتهای زندگی‌اش کاهش می‌یابد، ممکن است بیمار و خانواده در تلاش برای مداخلاتی برای افزایش طول مدت زندگی، کاهش تأثیر علائم احتمالی مانند گرسنگی یا کم آبی بدن و یا تأمین نیاز مذهبی یا فرهنگی آنها، باشند. تصمیم‌گیری در مورد MAHN پیچیده است و باید براساس اصول اخلاقی استقلال، سودمندی و عدم آسیب، هدایت شود. پرستاران باید عواملی مانند مذهب و فرهنگ را که بر ترجیحات بیمار تأثیر می‌گذارند را درک نمایند. پرستاران باید اطلاعات دقیق و کاملی در مورد مزایا و مضرات MAHN به بیمار و سایر اعضای تیم مراقبتی، ارائه دهند. با این کار، پرستاران اطمینان خواهند داشت که تصمیم‌گیری در مورد شروع، ادامه یا توقف MAHN، بیمار محور خواهد بود. هنگامی که بیمار به هر شکلی، هیدراتاسیون یا تغذیه را دریافت نمی‌کند، پرستاران باید مراقب راحتی و حمایت از بیمار و خانواده‌اش، باشند.



فصل ۱۴

تنگی نفس، سرفه و ترشحات ترمینال راه هوایی

نکات کلیدی

- مدیریت کردن تنگی نفس شامل توجه به اصلاح نقص فیزیولوژیکی ایجادکننده آن و مداخله اصلاحی و درمانی مسیرعصبی مشترک است.
- افراد مبتلا به تنگی نفس مزمن یا سرفه باید مورد توجه بیشتری قرار بگیرند که استفاده از آزمایشات "N of 1" برای کنترل این علائم مفید است و در صورت عود تنگی نفس باید این استراتژی‌های لازم را اجرا کرد.
- به نظر نمی‌رسد ترشحات ترمینال[1] بیمار را آزار دهد اما می‌تواند برای خانواده، دوستان و مراقبان آزاردهنده باشد. آموزش‌هایی که شرایط را به حالت نرمال برمی‌گردانند و به ناظران اطمینان می‌دهند که ترشحات دفعی برای بیمار ناراحتی ایجاد نمی‌کند، برای کم کردن ناراحتی کسانی که شرایط را مشاهده می‌کنند، مهم است.

مقدمه

تنفس یکی از عملکردهای حیاتی بدن است که می‌تواند از روی قصد کنترل شود یا بدون هیچ کنترلی، کاملا ناخودآگاهانه، وقتی توجه آگاهانه به جای دیگری معطوف میشود، ادامه یابد. تنفس کانون بسیاری از عادات معنوی است و به عنوان پلی میان ذهن آگاه و ناخودآگاه عمل می‌کند. توجه به نفس کشیدن از زمان قدیم به عنوان روشی برای بهینه‌سازی سلامتی ثبت شده است. تنفس آگاهانه برای آزادسازی استرس و تنش، تولید انرژی، تقویت احساسات، مدیریت علائم بیماری، بهبود عملکرد جسمی و ذهنی و تسهیل تحول فکری استفاده می‌شود. تنفس یکی از مولفه‌های مهم در بسیاری از روش‌های درمانی ذهن و جسم از جمله یوگا، تصورات هدایت شده[2] و بنیه‌سازی جسمی است. سیستم تنفسی یکی از موضوعات مورد علاقه نویسندگان و پژوهشگران مشهور است که به دنبال راه‌هایی برای بهینه‌سازی سلامتی و به حداقل رساندن علائم بیماران مبتلا به بیماری‌های جدی هستند.

ما تنفس را امری مسلم می‌دانیم و به ندرت به آن فکر می‌کنیم، اما وقتی چیزی در روند تنفس اختلال ایجاد کند منجر به وحشت و ترس جدی در فرد می‌شود. دشواری در تنفس خطرناک است و نشانه خفگی احتمالی در شرایطی که فرد مبتلا به بیماری مزمن ریه است. بیماران در صورت احساس خطر،

۱. ترشحاتی که در مجاری تنفسی ایجاد شده و بیمار قادر به دفع آنها نیست.

2. guided imagery

تمایل به توقف فعالیت خود دارند تا به شرایط عادی بازگردند و افزایش تنگی نفس با گذشت زمان چرخه فعالیت را مختل می‌کند. بیماران مبتلا به تنگی نفس مزمن که ناشی از بیماری قلبی ریوی شدید است، ممکن است سال‌ها با تنگی نفس زندگی کنند و زجری آزاردهنده و ناتوان‌کننده را تجربه کنند. تنگی نفس بیش از اقدامات دیگر مانند عملکرد ریوی با مرگ و میر ارتباط دارد.

با توجه به تأثیر آن بر افسردگی، مرگ و میر و کیفیت زندگی (QOL)، اهمیت تنگی نفس با این توصیف که تنگی نفس به عنوان "اولین علامت حیاتی" شناخته شده است، هماهنگی دارد.

اهمیت تنگی نفس در پروژه Life of Breath (https://lifeofbreath.org/) که نفس کشیدن را به عنوان نقطه اشتراک بین علوم پزشکی، هنر و علوم انسانی دانسته، بررسی شده است. همچنین متخصصان رشته‌های بیهوشی و مهندسی نیز به بررسی علوم مربوط به شناسایی عملکرد ریه و مراقبت‌های تسکینی جهت دستیابی به استراتژی‌های جدید مدیریت تنگی نفس پرداخته‌اند. هدف از این فصل بررسی درک فعلی از پاتوفیزیولوژی، ارزیابی و گزینه‌های مدیریتی موجود برای افرادی است که مبتلا به بیماری جدی هستند و دچار تنگی نفس، سرفه یا ترشحات ترمینال می‌باشند.

تنگی نفس

مجموعه اصطلاحات تنفس

زمانی که بیماران دچار اختلالات تنفسی می‌شوند، اصطلاحاتی چون نفس زدن، تقلای تنفسی و تنگی نفس مطرح می‌شوند. اصطلاحات دیگری شامل تنفس سخت یا ناراحتی تنفسی هم وجود دارد. تنگی نفس را می‌توان در سه گروه اصلی دسته‌بندی کرد. اغلب "تلاش" یا "تقلا" برای توصیف احساس بیمارانی با عضلات تنفسی آسیب دیده یا ضعیف استفاده می‌شود. "احساس فشار بر قفسه سینه" برای توصیف تنگی نفس در آسم استفاده می‌شود. "ناتوانی در دم" یا "عطش هوا" نیز احساسی است که در پایان ورزش یا هنگام استنشاق مقادیر زیاد دی اکسید کربن ایجاد می‌شود. علاوه بر این، بیمارانی که دچار اختلالات تنفسی هستند[1]، هنگام توصیف تجربه تنفس خود، اضطراب، پریشانی، رنج، ترس و اصطلاحات منفی دیگری را گزارش می‌کنند.

مجموعه اصطلاحات برای تنگی نفس همچنان در حال توسعه است. تنگی نفس می‌تواند با توجه به اختلاف در زمان و واکنش مقابله‌ای، حاد یا مزمن، مداوم یا اتفاقی باشد. شواهدی مبنی بر ادامه یافتن اختلال ناتوانی در تنفس، حتی پس از درمان بیماری زمینه‌ای ایجادکننده‌ی آن در دسترس است. بحران تنگی نفس به معنای از دست دادن توانایی تنفس در بیماران است، لیکن این بیماران تمایلی برای مراجعه به بخش اورژانس و اینتوباسیون و دریافت حمایت تنفسی از طریق تهویه‌ی مکانیکی ندارند. این بحران‌ها غالباً در شرایطی اتفاق می‌افتد که بیمار با ناتوانی تنفس مزمن زندگی می‌کند. تظاهرات تنگی نفس در هر شخص منحصر به فرد است و شامل تنگی نفس مداوم و پیشرفت‌کننده است.

تجربه‌های بیمار

تنگی نفس یکی از منزجرکننده‌ترین علائم در پایان زندگی است و در اکثر بیماران مبتلا به بیماری انسداد ریوی مزمن (COPD)، سرطان ریه یا نارسایی قلبی مشاهده می‌شود. تنگی نفس غالباً در افراد مسنی که در جامعه ساکن هستند و هیچ یک ازعلائم نقل شده مربوط به تشخیص تنگی نفس را ندارند، هم وجود دارد. اغلب بیماران مبتلا به COPD با نزدیک شدن به زمان مرگ، ماه‌ها دچار تنگی نفس با نوسانات متوسط تا شدید می‌شوند، در حالی که در بسیاری از

---

۱. عدم توانایی در نفس کشیدن

بیماران مبتلا به سرطان با نزدیک شدن به زمان مرگ، حتی اگر توده‌ی سرطانی در ریه‌ها نباشد، تنگی نفس افزایش می‌یابد.

هنگامی که افراد با بیماری مزمن ریه زندگی می‌کنند، سیر زندگی آنها می‌تواند بر اساس نیازهای تنفسی آنها متفاوت باشد. یک مطالعه‌ی موردی، تجربه شخصی زنی را که مبتلا به فیبروز ریوی ایدیوپاتیک (IPF) بود، مورد بررسی قرار داد. در کنارتنگی نفس، چالش‌های منطقی بسیاری برای زندگی با بیماری مزمن ریه و تنگی نفس وجود دارد که شامل نیاز به اکسیژن و هماهنگی با شرکت تجهیزات پزشکی، یادگیری استفاده از پالس اکسی متری، افزایش یا کاهش وزن بالقوه است. فعالیت‌های خود مراقبتی بر مدیریت تظاهرات جسمی بیماری، کنار آمدن با اثرات روانشناختی، به حداقل رساندن بار اجتماعی بیماری و توسعه دانش و مهارت‌های لازم برای تعامل عاقلانه با تیم مراقبت های بهداشتی، متمرکز است. بیماران اغلب به دلیل ارتباط بین استعمال دخانیات و بیماری ریوی، احساس گناه می‌کنند و خود را به خاطر بیماریشان سرزنش می‌کنند. حمله غافلگیرکننده این بیماری اغلب در روند درمانی اولیه‌ی بیماری تداخل ایجاد می‌کند. ماهیت مبهم این علامت باعث ترس و اختلال در پذیرش آن می‌شود. ناتوانی در تنفس مزمن، هم برای بیمار و هم برای خانواده اش ترسناک و ناراحت‌کننده است، اما مداخلات چند بعدی مبتنی بر شواهد می‌توانند موجب تسکین شوند.

مطالعه موردی: بیماری که با فیبروز ریوی ایدیوپاتیک زندگی می‌کند.

رابین ۵۴ ساله بود که برای اولین بار متوجه شد تنفس عمیق برایش سخت است. او در تعطیلات اسکی به سر می‌برد و علت آن اتفاق را ارتفاع می‌دانست. وی دچار سرفه‌های خشک شد که به درمان پاسخ نمی‌دادند و ۵ سال بعد، برخی ناهنجاری‌ها به شکل "لانه زنبوری" در گرافی قفسه‌ی سینه وی مشاهده شد. پس از انجام آزمایشات و بررسی‌های متعدد متوجه شدند که رابین مبتلا به بیماری فیبروز ریوی ایدیوپاتیک است؛ بنابراین او تحت درمان با داروهای ضد فیبروز قرار گرفت. نخست سرفه‌های وی تداوم چندانی نداشت. او بیشتر از تنگی نفس، احساس خستگی و کاهش قوای بدنی داشت؛ اما ۵ سال پس از تشخیص این بیماری، دچار تنگی نفس در حین استحمام شد. برای ۷ سال آینده، دوره‌های سرفه خشک و تنگی نفس (نفس نفس زدن) او به طور تدریجی افزایش یافت و باعث شد فعالیت وی کم و کمتر شود. سرفه‌های خشک او طولانی‌تر، مکرر و شدیدتر شد. لذا تحت اکسیژن‌تراپی حمایتی قرار گرفت و میزان فعالیت‌های روزمره‌ی خود را کاهش داد و همواره همراه با خود یک پالس اکسی متری حمل می‌کرد.

رابین در ژانویه ۲۰۱۷ به آنفلوانزا مبتلا شد که همراه با سرفه‌های مداوم و ترشحات مجاری هوایی تحتانی بود. در این برهه‌ی زمانی نیاز رابین به اکسیژن بطور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافت. وی همچنین هنگام راه رفتن دچار سرفه‌های غیرقابل کنترل می‌شد که او را وادار به تنفس از طریق دهان می‌کرد، چرا که احساس می‌کرد در صورت تنفس از طریق بینی نمی‌تواند اکسیژن مورد نیازش را تامین کند. وی دچار تاکی کاردی[1] دهلیزی شد که باعث نوسانات گسترده ضربان قلب می‌شد. در این حین رابین متوجه شد که سرفه کردن و قرار گرفتن در پوزیشن خوابیده به پهلو در صورتی که سر پایین‌تر از سطح قلب قرار داشته باشد باعث بهبود علائمش می‌شود. وی در این دوره از بیماری به مصرف شربت گایفنسین و مایعات فراوان، تنفس از طریق بینی و استراحت پرداخت.

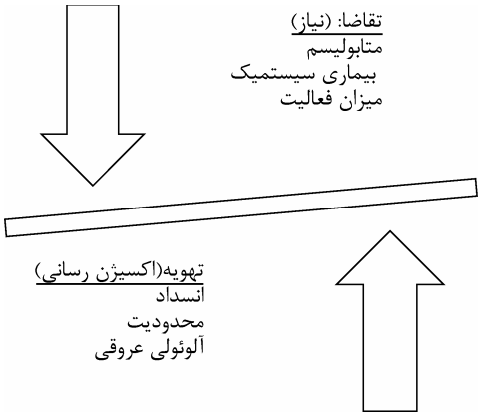
۱. بیشتر شدن تعداد ضربان قلب به بیش‌ازحد بهنجار را که عموماً بیش از ۱۰۰ ضربه در دقیقه است که به آن تاکی‌کاردی (Tachycardia) می‌گویند. در برابر این واژه کلمه کاهش تعداد ضربانات قلب bradycardia قرار دارد. ومنظور از آن تعداد ضربان قلب کمتر از ۶۰ بار در دقیقه است.

در آخرین ماه زندگی، رابین با کمترین فعالیت هم احساس تنگی نفس می‌کرد و برای حفظ میزان اشباع اکسیژن ۹۰٪ به ۱۰-۱۵ لیتر در دقیقه اکسیژن نیاز داشت. او هر ساعت حداقل یک نوبت سرفه می‌کرد و دوره‌های سرفه او ۲-۵ دقیقه طول می‌کشید. جهت مدیریت تنگی نفس، رابین به مصرف اپیوئیدها روی آورد لیکن نگران بود که این امر باعث تغلیظ ترشحات مجاری تنفسی و عدم پاکسازی کافی راه‌های هوایی اش گردد. رابین از کیفیت زندگی اش در روزهای پایانی حیاتش راضی بود و از اینکه توانسته بود روزهای پایانی زندگی اش را در کنار عزیزانش سپری کند، خرسند بود.

منبع: برگرفته از نوشته‌های رابین کرلی. نوشته شده در ۳۱ اکتبر ۲۰۱۷. درگذشت در ۱۵ نوامبر ۲۰۱۷. با اجازه استفاده شده است.

پاتوفیزیولوژی تنگی نفس

تنگی نفس یک پدیده پیچیده است که شامل احساس ناراحتی تنفسی، پاسخ انفعالی به احساسات و تأثیر بر عملکرد جسمی و فعالیت‌های روزمره است. عوامل زیادی در ایجاد تنگی نفس نقش دارند. سیستم تنفسی مانند پمپی است که اکسیژن تازه را به بافت‌ها منتقل کرده و دی اکسید کربن دفعی را دفع می‌کند. این پمپ توسط یک سیستم متشکل از بازخوردهای عصبی است که در ارتباط با عضلات فعال می‌شود. نظریه غالب این است که تنگی نفس در نتیجه عدم تطابق تقاضای تنفسی و مکانیسم تهویه، عدم تعادل بین تقاضای تنفسی و توانایی تنفسی فرد است. تحریک خودکار برای تنفس از ساقه مغز آغاز می‌شود و از طریق سیستم بازخورد، با ریه‌ها و دیواره قفسه سینه ارتباط برقرار می‌کند. هنگامی که بین میل به تنفس و تهویه واقعی تطابق وجود نداشته باشد، ساقه مغز با قشرمخ و نواحی لیمبیک مغز ارتباط برقرار می‌کند که باعث ایجاد احساسات، خاطرات، افکار



شکل ۱۴.۱. عدم تعادل بین تهویه و تقاضا

انتزاعی و ارزیابی و پاسخ عاطفی به احساس تنگی نفس می‌شود. "مجرای مشترک نهایی" مربوط به تنگی نفس که به هیچ اتیولوژی خاصی مرتبط نیست، ممکن است با ادراک مرکزی مغز از اختلالات تنفسی ایجاد شده قابل توصیف باشد. قشر ایزولی، قشر سینگولیت قدامی و آمیگدالا مناطقی در مغز هستند که در هنگام اختلالات تنفسی فعال می‌شوند و این امر از طریق تصویربرداری میدان مغناطیسی عملکردی (fMRI)[1] و اسکن توموگرافی گسیل پوزیترون (PET)[2] قابل مشاهده است. این مناطق همچنین در پاسخ به ترس فعال بوده و بر واکنش عاطفی ناشی از تنگی نفس تأثیر می‌گذارند.

هر عاملی که نیاز به تنفس را افزایش یا ظرفیت تنفسی بدن را کاهش دهد، ممکن است باعث ایجاد تنگی نفس شود (شکل ۱۴.۱ را ببینید).

افزایش نیاز به تنفس

افزایش نیاز به تنفس می‌تواند دلایل متعددی داشته باشد. متابولیسم به طور طبیعی در شرایط ورزش یا تب افزایش می‌یابد و ذخایر اکسیژن بدن می‌تواند پاسخ

1. functional magnetic resonance imaging
2. positron emission tomography

گوی این نیازها باشد. بیماری‌های سیستمیک مانند پرکاری تیروئید، سپسیس یا سو هاضمه نیز منجر به افزایش نیاز به تنفس در بدن می‌شود. کاهش حجم عضلانی ناشی از کاشکسی که در COPD[1]، نارسایی قلبی و سرطان دیده می‌شود، با افزایش تحریک سمپاتیک، تغییرات مواد شیمیایی ترشح شده از نورون‌ها و التهاب ارتباط دارد. از بین رفتن عضلات اسکلتی به طور مستقل با تنگی نفس در ارتباط است و تمرینات ورزشی توام با مصرف مکمل‌های مغذی می‌تواند منجر به عود اختلالات تنفسی در نتیجه‌ی خستگی، عدم توانایی تحمل فعالیت و میوپاتی شود.

عدم تعادل شیمیایی بین اکسیژن و دی اکسید کربن در خون نیز نیاز به تنفس را افزایش می‌دهد. در بیماری کم خونی، کاهش هموگلوبین موجود برای حمل اکسیژن از تأمین اکسیژن کافی توسط سیستم قلبی عروقی به بافت‌ها جلوگیری می‌کند. بدن سالم می‌تواند در ارتفاعات زیاد خود را با محیط وفق دهد، اما غلظت اکسیژن پایین‌تر، نیازهای تنفسی را در بدن افزایش می‌دهد. در نارسایی تنفسی هایپرکاپنیک، نیازهای تنفسی بدن برای دفع دی اکسید کربن، بر توانایی‌های تهویه آن غلبه می‌کند و دی اکسید کربن در خون تجمع می‌یابد که منجر به ایجاد اسیدوز تنفسی[2] می‌شود.

هر چیزی که حجم کار خارجی دستگاه تنفسی را افزایش دهد، نیاز به تنفس را افزایش می‌دهد و ممکن است عضلات را بیشتر از توانایی عملکردیشان خسته کند. چاقی، نیازهای تنفسی بدن را افزایش می‌دهد. حمل وسایل سنگین یا استفاده از عضلات تنفسی فرعی در صورت نیاز به تنفس، ممکن است نیاز تنفسی را بیش از ظرفیت ذخیره آن درگیر کند.

1. Chronic obstructive pulmonary disease

۲. اسیدوز به معنی کاهش سطح بی کربنات مایع خارج سلولی و قرار گرفتن PH خون در محدوده اسیدی (پایینتر از ۷) می‌باشد. به صورت کلاسیک اگر مشکل از کلیه باشد ما اسیدوز متابولیک و اگر مشکل از ریه باشد ما اسیدوز تنفسی داریم.

اختلالات عصبی-عضلانی، با توجه به کاهش قدرت عضلانی و یا ورودی عصبی، باعث کاهش عملکرد و توانایی تنفسی در فرد می‌شود. گیرنده‌های حسی متعدد در سراسر سیستم تنفسی، مکانیسم آن، ماهیت و عملکرد عضلات تنفسی ریه را کنترل می‌کنند و هنگام تنظیم تنفس برای اصلاح یا حفظ عملکرد بهینه تنفس، بازخورد مراکز تنفسی ساقه مغز را آماده می‌کنند.

ظرفیت تهویه‌ای کاهش یافته

مشکلاتی از قبیل انسداد مجاری هوایی، ناهنجاری‌های محدودکننده، مشکلات عروقی یا تجمع مایعات در کیسه‌های هوایی می‌تواند در تهویه یا تبادل گازها اختلال ایجاد کند. در چنین شرایطی، بدن قادر به تأمین تهویه کافی برای تأمین نیاز تنفسی نیست. انسداد زمانی اتفاق می‌افتد که عاملی مانع از حرکت هوا به ویژه به هنگام بازدم شود. انسداد می‌تواند به دلیل تجمع مخاطات و ترشحات، یا انقباض ماهیچه‌های صاف اطراف مجاری تنفسی ایجاد شود که اغلب در مورد آسم یا برونشیت مزمن اتفاق می‌افتد. انسداد همچنین هنگامی اتفاق می‌افتد که کیسه‌های هوا/آلوئول‌های مسئول تبادل گاز آسیب دیده و عملکرد خود را از دست داده باشند، مانند آنچه که در آمفیزم و ادم ریوی اتفاق می‌افتد. انسداد مکانیکی می‌تواند زمانی اتفاق بیفتد که تومور یا بافت اسکار مجاری تنفسی فوقانی یا تحتانی را مسدود کند. هنگامی که انسداد به مرور زمان ادامه می‌یابد، ممکن است ریه‌ها در هنگام بازدم با حجم دمی مطابقت نداشته باشند، بنابراین فضای موجود در ریه برای حرکت هوا کاهش یابد.

ناهنجاری‌های محدودکننده‌ی ریوی، یا از انبساط کامل ریه‌ها جلوگیری می‌کند یا برای انبساط ریه‌ها نیاز به تلاش بیشتری دارد. این محدودیت می‌تواند به دلیل کاهش انطباق بافت ریه در قسمت‌هایی که

ریه‌ها بعلت بیماری مانند فیبروز یا زخم فیبروز می‌شوند، رخ دهد. فضای پلور (جنبی) و پوشش داخلی ریه، ممکن است به دلیل تشکیل پلاک‌ها محدود شود. همچنین این محدودیت ممکن است ناشی از چاقی، کیفواسکولیوز یا بیماری‌های عصبی- عضلانی رخ دهد.

اختلالات شایع ریوی-عروقی شامل آمبولی ریوی و افزایش فشار خون ریوی است. آمبولی ریوی منجر به استاز جریان خون در شریان ریوی می‌شود. آمبولی‌های کوچک ممکن است باعث توقف جریان خون در مویرگ‌های اطراف آلوئول‌ها و یا عدم تطابق بین تهویه و پرفیوژن شوند. آمبولی‌های وسیع ریوی ممکن است جریان خون را در کل ریه قطع کرده و باعث مرگ فوری شود. افزایش فشار خون ریوی ممکن است آیدیوپاتیک، ژنتیکی، ناشی از دارو یا واکنش نسبت به بافت پیوندی یا سایر بیماری‌های قلبی- ریوی باشد که جریان خون در ریه‌ها را افزایش می‌دهد. لنفادنوپاتی، انسداد ورید اجوف (بزرگ سیاهرگ) فوقانی و آسیت از عوارض سایر بیماری‌های جدی است که می‌تواند در تنگی نفس نیز نقش داشته باشد.

ذات الریه یا ادم ریوی ممکن است باعث قطع تهویه شود و از ورود اکسیژن به آلوئول‌ها و رسیدن به مویرگ‌ها جلوگیری کند. ذات الریه ممکن است در اثر باکتری‌ها، ویروس‌ها، سموم یا آسپیراسیون ایجاد شود. ادم ریوی زمانی اتفاق می‌افتد که فشار هیدرواستاتیک ناشی از افزایش حجم مایعات، مایعات را از فضای عروقی به داخل فضای بینابینی و آلوئول‌ها منتقل کند.

مسیر مشترک نهایی مربوط به تنگی نفس

اختلالات تنفسی مربوط به فیزیولوژی ریه‌ها، قفسه سینه، مجاری هوایی و عروق خونی را می‌توان با اصلاح عدم تعادل نیاز به تنفس و مکانیسم‌های تهویه برطرف کرد. در صورت عدم رفع اختلالات تنفسی پس از رفع عدم تعادل موجود، ممکن است دلیل ایجاد اختلالات تنفسی مربوط به پردازش و ادراک عصب مرکزی، یا همان "مسیر مشترک نهایی" باشد. این امر توسط مطالعاتی که بر اساس نتایج حاصل از تصویربرداری fMRI و PET بر قشر سینگولیت قدامی و آمیگدال در مغز تأیید شده است.

مسیر مشترک نهایی مربوط به تنگی نفس به خوشه‌هایی از علائم و ایجاد دو یا چند علامت به صورت همزمان ختم می‌شود که ممکن است یک علت مشترک داشته باشد. علائم می‌تواند به دلیل خود بیماری، عوارض جانبی روند درمانی یا بیماری‌های همراه باشد. درد و تنگی نفس غالباً در شرایط افسردگی و اختلالات عملکردی بوجود می‌آیند و مداخلات مختص علائم نیز ممکن است علائم دیگر این خوشه را تسکین دهند. یک دسته علائم از جمله سرفه، تنگی تنفس و خستگی در سرطان ریه شناسایی شده است. تنگی نفس، با اضطراب، افسردگی، خستگی و سرفه ارتباط دارد. پریشانی مربوط به تنگی نفس با خوشه‌های علائمی همراه است که شامل خستگی و حالت تهوع است. توجه به عدم تطابق نیاز تنفسی و مکانیسم تهویه و مسیر مشترک نهایی تنگی نفس، کلید اندازه‌گیری و مداخلات مربوط به مدیریت تنگی نفس را فراهم می‌کند.

سنجش تنگی نفس

نتایج گزارش شده توسط بیماران، پایه و اساس سنجش تنگی نفس است؛ زیرا هیچ ارتباط فیزیولوژیکی پیش‌بینی‌کننده‌ی مشخصی برای تنگی نفس وجود ندارد. مقیاس‌های تنگی نفس، یک یا چند احساس ناراحتی تنفسی، عدم پاسخ مؤثر به مشکل و تأثیر بر عملکرد جسمی و فعالیت‌های روزانه را اندازه‌گیری می‌کنند (به جدول ۱۴.۱ مراجعه کنید). مقیاس‌های یک بعدی که تنها یک جنبه از تنگی نفس را مورد ارزیابی قرار می‌دهند، به طور معمول

جدول ۱۴.۱. ابزار ارزیابی تنگی نفس

نام	شرح	ملاحظات
مقیاس‌های یک بعدی		
مقیاس Borg-C	معیار (CR) با استفاده از تکیه کلام‌های مربوط به اعداد، شدت تجربه را اندازه‌گیری می‌کند	برای استفاده از (www.borgperception.se) به مجوز نویسنده نیاز دارد
مقیاس رتبه‌بندی عددی (NRS)	مقیاس یازده نقطه ای از ۰ تا ۱۰ برای خودسنجی نسبت به تجربه علائم	معمولاً برای درد استفاده می‌شود بنابراین بسیاری از بیماران با NRS آشنا هستند که می‌تواند با هر علامت یا اصطلاحی استفاده شود
مقیاس بصری آنالوگ (VAS)	خط افقی ۱۰۰ میلیمتری با اصلا "در انتهای سمت چپ خط و بسیار شدید" در انتهای سمت راست. افراد برای نشان دادن تجربه ذهنی خود از این علامت، مکانی را روی خط انتخاب می‌کنند.	اعداد در امتداد خط قرار نمی‌گیرند. نمره VAS از ۰ تا ۱۰۰ است اما فرد از اعداد اطلاع ندارد. با هر علامت یا اصطلاح قابل استفاده است (پریشانی، ناراحتی)
نسل جدید اندازه‌گیری تنگی نفر از سال ۲۰۱۰		
D -12	رتبه‌بندی اختلالات تنفسی با 12 مورد	آزمایش اعتبار گسترده ای انجام شده است
پرسشنامه مدیریت تنگی نفس	آزمون تطبیقی رایانه ای با بانک آزمون ۷۱ موردی برای اندازه‌گیری چند بعدی. حداکثر ۲۰ مورد برای کسب امتیازات زیر مقیاس مورد نیاز است.	سوالات بر اساس پاسخ‌های پاسخ‌دهنده به سوالات قبلی انتخاب می‌شوند .چهار زیر مقیاس: شدت تنگی نفس، اضطراب، اجتناب از فعالیت و خودکارآمدی فعالیت.
ارزیابی عملکرد درمان بیماری مزمن - (FACIT) تنگی نفس	فراخوان هفت روزه با استفاده از تئوری پاسخ مورد توسعه یافته است	تنگی نفس در سیستم اندازه‌گیری FACITیک مقیاس است. اطلاعات بیشتر در سایت www.facit.org موجود است نسخه ۱۰ یا ۳۳ ماده‌ای موجود است نسخه انگلیسی رایگان است و به چندین زبان دیگر موجود است.
پروفایل چند بعدی نفس تنگی (MDP)	اندازه‌گیری ابعاد حسی و عاطفی تنگی نفس در طی یک رویداد یا زمان خاص.	برای تحقیقات بالینی و آزمایشگاهی طراحی شده است خاص بیماری نیست مصرف ۳-۱ دقیقه طول می‌کشد
پرسشنامه تنگی نفس با فعالیت‌های روزمره (SOBDA)	تنگی نفس را در بیماران مبتلا به COPD در رابطه با ۱۳ فعالیت بدنی متداول، با استفاده از دفتر خاطرات الکترونیکی ارزیابی می‌کند	به عنوان ابزاری برای بیمار گزارش شده برای استفاده در تحقیقات بالینی توسعه یافته است بودجه توسعه توسط GlaxoSmithKline تأمین می‌شود.

جدول ۱۴.۱ ادامه. ابزار ارزیابی تنگی نفس

اندازه‌گیری تنگی نفس کلاسیک از قبل سال ۲۰۰۰۰		
شاخص تنگی نفس پایه / انتقالی (BDI/TDI)	میزان تنگی نفس مصاحبه شونده با توجه به اختلال عملکرد و میزان کار و تلاش. TDI، تغییر از ابتدا را ارزیابی می‌کند. دامنه BDI از (۰ شدید) تا (۴ بدون آسیب) و دامنهTDI از (۹- وخیم شدن) تا (۹+ بهبود)	از donald.a.mahler@hitchcock.org برای درخواست مجوز استفاده کنید به ۷۳ زبان موجود است اطلاعات بیشتر در http://mapi-trust.org/questionnaires/bdi-tdi / موجود است
زیرمقیاس پرسشنامه بیماری‌های مزمن تنفسی- (CRQ) تنگی نفس	یکی از چهار زیر مقیاس در ابزار کیفیت زندگی گزارش خود یا مصاحبه‌گر.	حساس به تغییر با مداخلات
مقیاس تنگی نفس شورای تحقیقات پزشکی اصلاح شده (mMRC)	کمیت معلولیت مربوط به تنگی نفس را در مقیاس ۵ درجه‌ای با تعداد کمتری نشان می‌دهد که تنگی نفس کمتری را تعیین می‌کند.	دامنه عمومی ممکن است حساسیت کمی نسبت به تغییر داشته باشد بیش از ۵۰ سال است در حال استفاده است
پرسشنامه نفس نفس زدن UCSD	رتبه‌بندی سو تنفس در مقیاس ۶ نقطه ای برای ۲۴ فعالیت روزمره زندگی. از ۰ تا ۱۲ با نمره کمتری که بیشترین سو تنفس را نشان می‌دهد	حق چاپ توسط دانشگاه کالیفرنیا استفاده رایگان با مجوز و تأیید برای آموزش و تحقیقات
اندازه‌گیری پروکسی تنگی نفس برای بیماران غیرکلامی		
مقیاس مشاهده پریشانی تنفسی (RDOS)	ارزیابی رفتاری ۸ علامت جسمی مرتبط با پریشانی تنفسی هنگامی که بیمار فلج نیست اما قادر به خودسنجی نیست.	تغییر ۲ نقطه‌ای (از ۱۷ امتیاز کل) نشان‌دهنده تغییر معنی دار در وضعیت بیمار است
اندازه‌گیری پروکسی تنگی نفس برای بیماران غیرشفاهی		
سیستم ارزیابی علائم ادمونتون (ESAS)	ارزیابی کمی از ۱۰ علامت که مستندسازی ساده و سریع چندین علامت را همزمان با بیمار گزارش می‌دهد	معمولاً برای غربالگری و نظارت در مراقبت‌های تسکینی استفاده می‌شود جایگشت‌های متعدد وجود دارد
مقیاس ارزیابی علائم خاطره‌ای (MSAS)	ارزیابی شدت، فراوانی و پریشانی برای ۲۶ علامت و شدت و پریشانی برای ۶ علامت که فرکانس (در آنها) مهم نیست	زیرمقیاس‌ها شامل پریشانی جسمی، پریشانی روانشناختی و شاخص پریشانی جهانی است فرم کوتاه شامل ۳۲ علامت و یک بعد است نسخه دیگر آن دارای ۱۴ علامت و یک بعد است

فقط شدت احساس این مشکل را اندازه‌گیری می‌کنند. مقیاس‌هایی مانند مقیاس آنالوگ بصری VAS[1]، مقیاس Borg و مقیاس رتبه‌بندی عددی NRS[2] را می‌توان برای اندازه‌گیری شدت یا سختی مربوط به علائم استفاده کرد. این مقیاس‌ها به راحتی در محیط بالینی استفاده می‌شوند و برای بیمارانی که اغلب از مقیاس‌های مشابه برای اهداف دیگری استفاده کرده‌اند، آشنا هستند. با توجه به اهمیت بالینی اختلال تنگی نفس، نمایه تنگی نفس چند بعدی (MDP)[3] برای سنجش ابعاد حسی و درکی مشکل در تنفس ایجاد شده است که استفاده از آن آسان است و با گذشت زمان تغییر نمی‌کند و استفاده از آن برای پرستاران در محیط بالینی مقبول است. شناسایی بیماران دچار تنگی نفس با استفاده از مقیاس MDP، می‌تواند در انتخاب روند درمانی مناسب، تأثیرات بسزایی داشته باشد.

با توسعه مدرن نظریه روان سنجی، مقیاس‌های متعددی ایجاد شده است که اطلاعات اضافی را با حداقل فشار بر بیمار ارائه می‌دهد. D-12 تنگی نفس را با استفاده از اصطلاحات توصیفی معمول طبقه‌بندی می‌کند. MDP و D-۱۲ ارزیابی چند بعدی از تنگی نفس را ارائه می‌دهند. D-۱۲ یک نمره شدت تنفس را در زمینه زندگی روزمره ارائه می‌دهد در حالی که MDP احساسات و عواطف را از هم متمایز می‌کند.

پرسشنامه تنگی نفس مرتبط با فعالیت‌های روزمره (SOBDA)[4]، ارتباط تنگی نفس را در COPD با ۱۳ فعالیت متداول ارزیابی می‌کند. پرسشنامه مدیریت تنگی نفس دارای توانایی آزمون تطبیقی رایانه‌ای برای اندازه‌گیری شدت، اضطراب، جلوگیری از فعالیت و خودکارآمدی است. مقیاس ارزیابی عملکرد درمان بیماری مزمن تنگی نفس (FACIT)[5] مقیاسی ۱۰ ماده‌ای است که با استفاده از روش‌های فناوری پاسخ تعاملی، میزان تنگی نفس را با فعالیت‌های مختلف ارزیابی می‌کند. پرسشنامه‌های FACIT بصورت رایگان در وب سایت (www.facit.org) در دسترس است.

تحقیقات اولیه درباره تنگی نفس معمولاً از ابزارهای روان سنجی شده‌ی معتبری استفاده می‌کردند، لیکن به راحتی به محیط بالینی منتقل نمی‌شدند. شاخص تنگی نفس پایه ای/انتقالی (BDI/TDI)[6] با در نظر گرفتن اختلال عملکرد، تنگی نفس و تغییر آن در طول زمان را ارزیابی می‌کند. پرسشنامه تنگی نفس UCSD نیز تنگی نفس را در طی انواع فعالیت‌های ارزیابی می‌کند. حوزه تنگی نفس در پرسشنامه تنفسی مزمن، کمیت تنگی نفس را به عنوان یک جز QOL(کیفیت زندگی) تعیین می‌کند.

از آنجا که بیماران اغلب تنگی نفس را فقط طی فعالیت تجربه می‌کنند، ابزارهایی طراحی شده‌اند که تأثیر فعالیت آنها را در تنگی نفس کم می‌کند. معیار تنگی نفس شورای تحقیقات پزشکی اصلاح شده، ابزاری ساده، کلاسیک و در چهار سطح است که تنگی نفس را بر اساس سطح فعالیت طبقه‌بندی می‌کند. این ابزار، حساسیت زیادی به تغییر در طول زمان ندارد؛ بنابراین از آن برای دسته‌بندی بیماران بر اساس شدت علائم و نه برای ثبت تنگی نفس در تحقیقات مداخله‌ای استفاده می‌شود. انجمن توانبخشی قلب و عروق و ریوی آمریکا یک جعبه ابزار نتایج برای راهنمایی پزشکان و محققان در انتخاب بهترین ابزارها برای پروژه‌های خود ایجاد کرده است. مجموعه ابزار AACVPR[7] شامل معیارهای وضعیت عملکردی،

1. visual analogue scale
2. numeric rating scale
3. Multidimensional Dyspnea Profile
4. Shortness of breath with daily activities questionnaire
5. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Dyspnea
6. Baseline/Transitional Dyspnea Index
7. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation

توانایی ورزشی، تنگی نفس، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و ابزارهای روانی – اجتماعی و اطلاعاتی در مورد خصوصیات روان سنجی، تفاوت‌های مهم بالینی و شرح مختصر هر ابزار است. برای بیمارانی که قادر به ارائه گزارشی از شرایط خود نیستند، مقیاس معتبر مشاهده سختی در تنفس اندازه‌گیری عینی را با استفاده از علائم تنفسی و رفتاری که با تنگی نفس در ارتباط است فراهم می‌کند.

هنگامی که برای انجام اقدامات بالینی یا ارزیابی خوشه‌های علائم، نیاز به یک مرور مختصر در مورد انواع علائم وجود دارد، می‌توان تنگی نفس را به عنوان بخشی از علائم، ارزیابی کرد. پرسشنامه ارزیابی علائم ادمونتون (ESAS)[1] معمولاً در مراقبت‌های تسکینی مورد استفاده قرار می‌گیرد و شامل ۱۰ نقطه NRS برای نه علامت از جمله تنگی نفس است. ESAS به غیر از زبان انگلیسی، در بسیاری از زبان‌ها تأیید شده است. مقیاس ارزیابی علائم وابسته به حافظه (MSAS) شدت، فراوانی و سختی ۳۲ علامت از جمله تنگی نفس را ارزیابی می‌کند و ترجمه‌های معتبر MSAS نیز به چندین زبان موجود است.

هنگام بررسی تنگی نفس، فاکتورهای مهمی چون تغییر پاسخ، تنوع ابزارهای موجود و تأثیر توجه به علامت باید در نظر گرفته شوند. بسیاری از بیماران به طور ناخودآگاه سطح فعالیت خود را برای مقابله با تنگی نفس کاهش می‌دهند که اصطلاحا "تغییر پاسخ" نامیده می‌شود، بنابراین نمرات واقعی تنگی نفس ممکن است تغییر نکند اما بررسی بیشتر درمورد میزان فعالیت فعلی آنها در مقایسه با چندین سال قبل ممکن است تنگی نفس را به عنوان دلیل کاهش سطح فعالیت نشان دهد. انواع ابزارهای ارزیابی موجود برای تنگی نفس، گزینه‌هایی را در اختیار پزشک یا محقق قرار می‌دهد که می‌تواند نیازهای پروژه‌ای فردی آنها را برآورده کند، اما این تنوع در توانایی انجام متاآنالیز یا بررسی سیستماتیک نیز اختلال ایجاد می‌کند. سوالی که در این زمینه مطرح می‌شود این است که آیا بررسی تنگی نفس درست است یا اینکه توجه به یک علامت باعث افزایش ناراحتی ناشی از آن علامت می‌شود. افزایش رنج و ناراحتی ناشی از افزایش آگاهی بیماران در مورد تنگی نفس ممکن است پیامدی ناخواسته در اندازه‌گیری تنگی نفس در پی داشته باشد.

مدیریت تنگی نفس

اولین ملاحظه هنگام بررسی گزینه‌های مدیریتی برای بیماران مبتلا به تنگی نفس، این است که مکانیسم‌های خاص تنگی نفس هدف قرار داده شوند؛ زیرا اصلاح نقص فیزیولوژیکی اغلب تنگی نفس را بهبود می‌بخشد. استراتژی‌های مدیریت تنگی نفس پس از بهینه‌سازی پاتوفیزیولوژی علامت، در نهایت ممکن است از طریق تأثیرات آن بر مسیر مشترک مرکزی تنگی نفس، باعث تسکین شوند. با تمرکز بر ارزیابی مداخلات موجود در زمینه‌ی تنگی نفس، یک گروه ویژه از انجمن پرستاری بیمارستانی و تسکینی (HPNA)[2] مروری بر شواهد موجود تا دسامبر ۲۰۱۶ را در سال ۲۰۱۷ و در مجمع سالانه HPNA /آکادمی آمریکایی پزشکی بیمارستانی و تسکینی ارائه دادند.

قوی‌ترین شواهد از بخور درمانی آگونیست بتای طولانی اثر (LABA) همراه با آنتاگونیست موسکارینی طولانی اثر (LAMA)، مرفین خوراکی با آزادسازی فوری، اکسیژن برای بیماران مبتلا به COPD یا هیپوکسمی، توانبخشی ریوی (PR) و خدمات حمایتی ویژه در موارد تنگی نفس، پشتیبانی می‌کند. اگرچه شواهد موجود از استحکام کافی برخوردار نیستند، اما دستگاه‌های استنشاقی بتا

1. Edmonton Symptom Assessment Survey

2. Hospice and Palliative Nurses Association

آگونیست (SABA) و آنتاگونیست موسکارینی کوتاه اثر (SAMA)، سایر اشکال اوپیوئید، طب فشاری، فن‌ها، برنامه‌های خودمدیریتی تنگی نفس و تحریک الکتریکی عصب نقاط پوستی (TENS)[1] احتمالاً مؤثر خواهند بود. تهویه غیرتهاجمی، جریان زیاد اکسیژن از راه بینی، طب سوزنی و آنزیم Q۱۰ از جمله روش‌های درمانی هستند که در آنها تعادل فایده- ضرر حفظ می‌شود. اثربخشی بنزودیازپین‌ها، هلیوکس (ترکیبی از هلیوم و اکسیژن) بر مدیریت تنگی نفس ثابت نشده است. احتمال تأثیر فوروزماید یا مورفین نبولایز شده برای تسکین تنگی نفس کم است. خلاهای بسیاری از جمله جمعیت سایر بیماران به جز بیماران مبتلا به COPD و سرطان، مسیرهای تحویل، فرمول‌های جایگزین، زمان و دوز مصرف داروها، مشخصات ایمنی و تغییرات سیر بیماری، در متون کنونی وجود دارد. در بین استراتژی‌های بررسی شده به متون مربوط به درمان‌های غیر دارویی مانند استراتژی‌های تنفسی، صرفه جویی در انرژی، رفتار درمانی شناختی یا یوگا پرداخته نشده است.

مفهوم "تنگی نفس کامل" که عبارت است از تنگی نفس طاقت فرسا برای بیمار، منطقی برای ارزش‌گذاری استراتژی‌های دارویی، مکانیکی و رفتاری برای تنگی نفس ارائه می‌دهد که به رنج بیمار در حوزه‌های روانشناختی، اجتماعی، وجودی و همچنین جسمی می‌پردازند. کیفیت مراقبت از بیماران مبتلا به تنگی نفس شامل توجه به شدت تنگی نفس، سختی، تأثیر عملکردی و توصیف‌کننده‌های کیفی است که ممکن است علل تنگی نفس را تشخیص دهد.

راهکارهای دارو درمانی

درمان‌های استنشاقی آگونیست بتا و آنتاگونیست موسکارینی، اصلی‌ترین درمان برای بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری مزمن ریه، به ویژه COPD هستند. داروهای استنشاقی را می‌توان با استفاده از دستگاه نبولایزر، استنشاق دوزهای دقیق از پودرهای دارویی استعمال نمود. ویژگی‌های دستگاه نبولایزر، توانایی بیمار و سایر تکنیک‌های درمانی بهینه از موارد مهم در انتخاب داروهای استنشاقی است. اگرچه استروئیدهای خوراکی ممکن است در اواخر زندگی برای تسکین تنگی نفس افرادی که به پایان زندگی خود نزدیک می‌شوند، مفید باشند، اما عوارض جانبی سیستمیک آن برای افرادی که در مراحل پایانی زندگی قرار دارند، ارزش مصرف این دارو را می‌کاهد. اوپیوئیدها اصلی‌ترین عامل کنترل درد در مراقبت‌های تسکینی هستند و دوزهای پایین اوپیوییدها خوراکی یا تزریقی نیز برای کنترل تنگی نفس مفید هستند. اثرات مفید اوپیوییدها و استروئیدهای خوراکی بر تنگی نفس ممکن است در صورت استفاده ترکیبی، اثرات هم افزایی داشته باشد.

اکسیژن درمانی ممکن است برای تنگی نفس مفید باشد و حتی باعث طولانی شدن عمر در بیماران با هیپوکسمی شود، اما مزایای جلوگیری‌کننده از مرگ و میر در بیماران با هیپوکسمی خفیف در حالت استراحت (89-93=SpO2) یا حین ورزش (80-89=SpO2) ندارد. اکسیژن درمانی با جریان زیاد از طریق بینی ممکن است برای بهبود عملکرد ریوی و درمان اضطراری کوتاه مدت در تنگی نفس مفید باشد. با نزدیک شدن به پایان زندگی و تمرکز بیشتر بر راحتی بیمار، هدف اصلی در روند درمانی بیشتر از حفظ سطح نرمال SPO2، شامل تنفس بیمار به صورت خود به خودی است.

اوپیوییدها به یک پایه مهم برای درمان تنگی نفس مزمن تبدیل شده‌اند. نگرانی‌های ناشی از اپیدمی مصرف اوپیوییدها، تحقیق در زمینه‌ی داروهای دیگری را که می‌توانند برای مدیریت تنگی نفس مفید باشند، تقویت کرده است. تمرکز روبه رشد در بررسی مسیر

1. Transcutaneous electrical nerve stimulation

عصب مرکزی تنگی نفس، استقبال مجدد از داروهای جایگزین را که می‌توانند تنگی نفس مزمن را از طریق تأثیر بر مسیر عصبی تنگی نفس کاهش دهند، ارتقا داده است. چندین طبقه‌بندی از داروها از جمله داروهای ضد اضطراب، ضد افسردگی، آنتی هیستامین‌ها، کانابینوئیدها و درمان‌های گیاهی مورد مطالعه قرار گرفته است، اما شواهد موجود برای توصیه آنها بمنظور درمان تنگی نفس کافی نیستند. این سوال که اگر اپیوئیدها قبل از فعالیت‌های روزمره مصرف شوند، ممکن است باعث تنگی نفس حین فعالیت شوند مطرح شده است و برای پاسخ به این سوال تحقیقات بیشتری لازم است. ارزیابی اخیر درباره درمان کنترل شده در بیمار دچار اختلالات تنفسی، منجر به تجویز اپیوئیدها با دوز کمتر شده است. یک احتمال ابتکاری دیگر که ممکن است برای تسکین تنگی نفس مفید باشد، ممکن است کتامین با دوز بسیار کم باشد، چرا که باعث کاهش پاسخ بدن به هیپرکاپنیا می‌شود.

تهویه مکانیکی

بیمارانی که به بیماری‌های تهدیدکننده‌ی حیات مبتلا هستند، همزمان با پیگیری مداخلات جراحی برای بیماری ریوی خود، بیشتر به دنبال مصرف داروهای مسکن هستند. علاوه بر تهویه مکانیکی که برای رفع ناراحتی تنفسی استفاده می‌شود، ممکن است روش جراحی و برونکوسکوپی هم برای برخی از بیماران مبتلا به تنگی نفس مناسب باشد. جراحی یکی از روش‌های درمانی تنگی نفس با افزایش توانایی عملکردی ریوی در بیماران مبتلا به آمفیزم لوب فوقانی است. اکنون گزینه‌های مختلف غیرتهاجمی[1] آندوسکوپی برای کاهش حجم ریه در دسترس است، از جمله استفاده از دریچه‌های برونش، کاشت فنر و فرساب بخار حرارتی. این روش‌های درمانی ممکن است ملاحظات مناسبی برای بیماران مبتلا به تنگی نفس باشد که عمدتاً مربوط به تورم بیش از حد ریه است. بیماران مبتلا به آمفیزم، فیبروز ریوی، فیبروز کیستیک، فشار خون ریوی، برونشکتازی[2] و سایر تشخیص‌ها پس از پیوند ریه در تنگی نفس بهبود می‌یابند.

هنگامی که ریه به دلیل افیوژن پلور[3] بدخیم، ریه درگیر با فیبروز پلور[4] یا التهاب، قادر به انبساط نباشد، برای تسکین تنگی نفس ممکن است کاتتر جنبی با هدف تخلیه مایعات اضافی داخل حفره شکم، تعبیه شود. برای انجام پلورودزی باید جداره جنبی ریه به غشای احشایی بچسبد و از تجمع مایع در آینده یا هنگام تجزیه (برداشتن بافت محدودکننده) توسط توراکوسکوپی جلوگیری کند. بیماران ممکن است به دلیل تومور یا تنگی مجرا، انسداد مجاری تنفسی مرکزی را تجربه کنند. ممکن است استنت[5]های راه هوایی، اتساع بالون، فرساب لیزری، سرما درمانی، یا براکی‌تراپی[6] رادیواکتیو در آن شرایط باعث تسکین علائم شود.

نقش ایده‌آل تهویه غیر تهاجمی برای تسکین تنگی نفس هنوز در حال بررسی است. فشارهای مثبت با شدت بالا، با استفاده از بالاترین فشارهای تنفسی که بیمار می‌تواند تحمل کند، ممکن است باعث تسکین بیشتر تنگی نفس، بهبود هیپرکاپنیا[7] و کاهش مرگ و میر شود. سایر مداخلات مکانیکی غیرتهاجمی مطلوب از جمله دستگاههای فشار مثبت نوسانی مانند آکاپلا، فلاتر یا ایروبیکا و تخلیه خودکار، چرخه فعال

---

۱. بدون ورود در بدن یا رسوخ در پوست

۲. یک بیماری است که در آن قسمت‌های مختلف راه‌های هوایی ریه به صورت دائمی بزرگ می‌شوند.

۳. جمع شدن مایع در فضای جنب ریه به دلیل ترشح بیش‌ازحد.

۴. فیبروز جنبی ریه

۵. فنر یا ابزاری که پیوند ریه را در محل خود نگه می‌دارد.

۶. درمان کوتاه برد

۷. وجود کربن دی اکسید در خون

تنفسی و تپش دیواره قفسه سینه با فرکانس بالا نیز می‌بایست مورد توجه قرار گیرد. اگرچه شواهد موجود در زمینه‌ی سودمندی گزینه‌های درمانی غیرتهاجمی از استحکام کافی برخوردار نیستند، اما آزمایش "N of 1" با در نظر گرفتن دقیق تحلیل ریسک و سود ممکن است برای افرادی با مشکلات تنفسی مفید باشد.

درمان رفتاری

تنگی نفس یک علامت چند عاملی و پیچیده است. بنابراین مداخلات پیچیده اغلب برای رفع کامل علل متعدد این علامت ضروری هستند. توانبخشی ریوی (PR)[1] یک برنامه میان رشته‌ای است که ترکیبی از آموزش حرکات ورزشی خاص، آموزش به بیمار و حمایت روانی–اجتماعی در یک مداخله جامع مبتنی بر شواهد برای بیماران مبتلا به بیماری‌های ریوی است. رده‌های PR معمولاً ۲–۳ بار در هفته و برای چند ساعت در جلسه و در یک بازه زمانی ۶ تا ۱۲ هفته‌ای برگزار می‌شود. برخی از برنامه‌های PR پس از اتمام برنامه اولیه، تمرینات نگهدارنده را نیز به طور نامحدود ارائه می‌دهند. PR در تمرکز خود بر مدیریت علائم و QOL شباهت‌های بسیاری با مراقبت تسکینی دارد. اساس PR بر آموزش حرکات ورزشی است، در حالی که مراقبت تسکینی بیشتر بر برنامه‌ریزی مراقبت‌های قبلی و بعد معنوی سلامت تمرکز دارد. اکنون که مراقبت تسکینی به عنوان یک درمان ارزشمند برای بیماران در سراسر طیف بیماری‌های جدی شناخته شده است، منطقی است که مراقبت‌های تسکینی را سریعتر، بلافاصله پس از PR و به محض بروز علائم بیماری در بیماران انجام دهیم.

علیرغم توجهی که معطوف مدیریت تنگی نفس در متون بوده است، بیماران و خانواده‌های آنها ساعات زیادی را صرف ویزیت‌های پزشکی می‌کنند تا بتوانند به بهترین نحو ممکن با تنگی نفس کنار آیند. خود مدیریتی هنوز اصلی‌ترین رکن در درمان تنگی نفس است. بیماران دارای فعالیت که ابتکار و تعامل شخصی خود را پذیرفته‌اند، می‌توانند در صورت تنگی نفس، استقلال و کیفیت زندگی خود را افزایش دهند. تعداد بسیار کمی از راهکارهای مدیریت تنگی نفس، شامل مداخلات مبتنی بر شواهد یا تجویز پزشکی است. بیماران با استفاده از تفکر خلاق و تجهیزات کمکی، برای انجام کارهای روزمره خود برنامه‌ریزی می‌کنند. یکپارچه‌سازی برنامه‌های روزمره و اقدامات خود مدیریتی، کیفیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد و احتمال بستری شدن در بیمارستان را کاهش می‌دهد.

چندین مدل عالی و الگوریتم‌های درمانی برای مدیریت تنگی نفس منتشر شده است. اصول مدیریت تنگی نفس در تمام بخش‌ها مشابه هستند. بسیاری از مداخلات به خودی خود کمترین تأثیر را دارند اما در صورت استفاده ترکیبی سودمند خواهند بود. درمان های غیر دارویی و مکملی در صورت حمایت از جانب نتایج تحقیقات، به بیماران توصیه می‌شوند. (برای مشاهده لیستی از روش‌های درمانی غیر دارویی، خودمدیریتی و مکمل جدول ۱۴.۲ را ملاحظه کنید). بیشتر درمان‌های غیر دارویی و مکمل که بیماران از آن استفاده می‌کنند یا ارائه‌دهندگان آن را برای مدیریت تنگی نفس توصیه می‌کنند، در مسیر مرکزی تنگی نفس متمرکز شده‌اند. مداخلات متمرکز بر اضطراب، افسردگی و سایر علائم همراه با تنگی نفس مشاهده می‌شوند، می‌توانند برای بهبود تنگی نفس نیز مفید باشند.

هنگامی که بیماران مبتلا به تنگی نفس مزمن دچار بحران تنگی نفس می‌شوند، احساس درماندگی مراقبین و اعضای خانواده در پریشانی ناشی از تنگی نفس نقش دارد. بیمارانی که در معرض خطر بحران تنگی نفس هستند می‌توانند از قبل با خانواده خود برنامه‌ریزی کنند تا در صورت بروز بحران تنگی نفس،

1. Pulmonary rehabilitation

جدول ۱۴.۲. مداخلات غیر دارویی برای تنگی نفس

مکمل	خود مدیریتی	تخصصی
آرامش / کاهش استرس مبتنی بر ذهن	وضعیت بدنی	توانبخشی ریوی
آگاهی	تنفس با جمع کردن لب	مداخلات مورد نیاز در اختلالات تنفسی
بازخورد زیستی	تنفس شکمی	پیاده روی آهسته / صرفه جویی در انرژی
حرکت وابسته به ستون فقرات	فن / حرکت‌دهنده هوا	رفتار درمانی شناختی(CBT)
طب سوزنی / طب فشاری	تمرین	موسیقی / محرک شنوایی پرت‌کننده حواس
یوگا / تای چی / چیگونگ	پذیرش	لرزش دیواره قفسه سینه
آمینو اسیدهای شاخه ای- زنجیره‌ای	اجتماعی کردن	تهویه غیر تهاجمی
		آموزش
		تجهیزات کمکی برای راه رفتن: واکر چرخ دار/ عصا
		طرح تنگی نفس
		تحریک الکتریکی عصبی عضلانی

با واکنش‌های به موقع و صحیح این تجربه را عادی کرده، وحشت را کاهش داده و به سرعت، استراتژی‌های از پیش تعیین شده ای را در پیش گیرند که بحران تنفسی را کاهش می‌دهد. یک "طرح تنگی نفس" می‌تواند شامل اقدامات دارویی، غیر دارویی و تشریفاتی باشد که هنگام بروز بحران تنگی نفس باید اجرا شود.

چندین مدل کلینیکی سرپایی مربوط به تنگی نفس با نتایج امیدوارکننده‌ای آزمایش شده‌اند. مداخلات پیچیده برای اختلالات تنفسی، هر دو مولفه حسی و عاطفی را ارزیابی می‌کنند و بر تعدیل ادراک مرکزی از اختلالات تنفسی، صرف نظر از پاتوفیزیولوژی اصلی علامت تمرکز می‌کنند. تیم تخصصی[1]، به بیماران کمک می‌کند تا پاسخ عاطفی خود را نسبت به این علامت مدیریت کنند. مهارت‌های جدیدتر مانند گوش دادن همدلانه در متن مدل‌های جدید خدمات درمانی، ممکن است باعث تسکین اختلالات تنفسی شود.

تیم تخصصی، چشم اندازهای منحصر به فردی را در رابطه با مداخلات مدیریت تنگی نفس ارائه می‌دهد. از دیدگاه فیزیوتراپی، تهویه طبیعی، بازیابی اطمینان، موقعیت و توضیحات مربوط به آناتومی و فیزیولوژی مربوط به استراتژی‌های تنفس، ابزاری مؤثر برای حمایت از بیماران در مدیریت تنگی نفس است. کاردرمانگران برای حمایت از بیماران بمنظور حفظ فعالیت‌های روزمره خود، از صرفه جویی در مصرف انرژی و نظارت تحت عمل استفاده می‌کنند. اگرچه درمانگران تنفسی به طور سنتی و در محیط بیمارستان فعالیت می‌کنند، اما تجربه آنها در پیشبرد برنامه‌های PR، تخصص آنها را در حمایت از مدیریت تنگی نفس در یک زمینه کاملاً شخصی نشان می‌دهد. با توجه به فراگیر بودن تنگی نفس در سیستم مراقبت‌های بهداشتی، آموزش ارائه‌دهندگان و مربیان بهداشتی در مورد استراتژی‌های خاص برای مدیریت تنگی نفس منطقی است. مداخلات موفقیت آمیز برای تنگی نفس از دیدگاه‌های مختلفی تبعیت می‌کند.

فیزیولوژی، سنجش و مداخلات در سرفه

علیرغم اینکه سرفه یک علامت بسیار آزاردهنده است که شرایط معاشرتی را به هم می‌ریزد و از نظر جسمی

۱. تیمی متشکل از چند متخصص با تخصص میان رشته‌ای

طاقت‌فرساست، هیچ مداخله‌ای به طور مداوم در درمان سرفه مؤثر نیست. با گذشت زمان، سرفه می‌تواند بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر بگذارد. این امر باعث اختلال در خواب، خستگی عضلات، تداخل در کیفیت صدا و ایجاد اختلال در دفع ادرار می‌شود. سرفه یکی از رایج‌ترین علائمی است که بیماران را وادار به مراجعه به مراکز درمانی می‌کند.

پاتوفیزیولوژی سرفه

واکنش بازتابی سرفه در ساقه مغز بواسطه اعصاب حسی در مجاری تنفسی بزرگ و محیطی، از مجاری تنفسی در برابر تحریک‌کننده‌های مکانیکی یا شیمیایی محافظت می‌کند. سرفه‌های اختیاری و تمایل به سرفه در قشر مخ قرار دارند. مدارک اولیه تصویربرداری از مغز نشان می‌دهد که تنظیم آگاهانه سرفه در مناطق مغزی و مسیرهای عصبی جدا از تمایل به سرفه اتفاق می‌افتد. هر دو مسیر ارادی و واکنشی در کنترل سرفه نقش دارند. همپوشانی با مسیرهای مهاری نزولی مربوط به سایر محرک‌ها ممکن است دلیل سرکوب سرفه در حضور محرک‌های دیگر باشد. سرفه با تغییرات مکانیکی (اندازه مجرای هوایی)، بیوشیمیایی (کپسایسین) و تغییرات حسی-عصبی تحریک می‌شود. تحریک سرفه می‌تواند به دلیل وجود آسیب‌شناسی در مجاری تنفسی، التهاب پارانشیمال ناشی از درمان، افزایش حساسیت واکنش سرفه یا بیماری‌های همراه مانند ریفلاکس معده به مری یا سینوزیت باشد. در افراد با حساسیت شدید، حتی حداقل تحریکات مانند خندیدن، صحبت کردن یا تغییر دما می‌تواند منجر به سرفه شود. سایر مواد محرک شامل سیگار کشیدن و استشمام عطر است. پردازش مرکزی مربوط به سرفه ممکن است در چندین منطقه مغزی رخ دهد.

سیگار کشیدن، پاتولوژی ریه مانند آسم، تخلیه مربوط به ناحیه خلفی بینی (PND)[1]، بیماری ریفلاکس معده (GERD)[2] و داروها شایعترین علل سرفه هستند. پاتولوژی‌های جدیدی برای سرفه شناسایی شده است. آپنه انسدادی خواب می‌تواند با سرفه ظاهر شود که احتمالاً به دلیل تجمع فشار در مجرای هوایی فوقانی است و ممکن است فشار دیافراگم را افزایش داده و به ریفلاکس معده کمک کند؛ درمان با فشار مثبت مداوم مجرای هوایی (CPAP)[3] می‌تواند سرفه را تسکین دهد. سرفه ناشی ازتورم لوزه‌ها، با جراحی لوزه قابل درمان است. سایر علل غیرمعمول سرفه ممکن است برونشیت باکتریایی طولانی؛ قارچ بازیدیومیست که با داروهای ضد قارچ درمان می‌شود؛ اسپوندیلوز گردنی و غدد بزاقی غیرطبیعی در پایه زبان باشند. سندرم حساسیت به سرفه (CHS) به معنی فعال‌سازی عصبی، حساسیت و یا اختلال عملکرد است که منجر به سرفه بیش از حد می‌شود. سرفه خشک مزمن که در IPF[4] بسیار شایع است، احتمالاً به دلیل کشش پارانشیم مربوط به فیبروز رخ می‌دهد. ریفلاکس معده ممکن است باعث تنفس اسید و ریفلاکس محتوای معده به مجاری تنفسی شود. داروهایی مانند مهارکننده‌های آنزیم تبدیل‌کننده آنژیوتانسین (ACE) و مسدودکننده‌های بتا (بتا بلاکرها) با سرفه در ارتباط بوده‌اند. بیماری مزمن ریه مانند COPD/آمفیزم یا عفونت نیز می‌تواند در سرفه مزمن نقش داشته باشد. سینوزیت مزمن و سندرم آبریزش از ناحیه خلفی بینی (PND) ممکن است بدون علامت باشد، یا بیماران ممکن است متوجه PND که می‌تواند به سرفه مزمن منجر شود، نباشند. سرفه همچنین می‌تواند اولین نشانه سرطان ریه باشد.

1. postnasal drainage
2. gastro esophageal reflux disease
3. continuous positive airway pressure
4. Idiopathic pulmonary fibrosis

تشخیص تحریک‌پذیری حنجره و حساسیت شدید مزمن منجر به این پدیده شده است. سرفه یک نوروپاتی حسی است. عوامل محرک دیگر شامل غذاها، بوها، خندیدن و تریکودینیای حنجره یا "خارش" در گلو است. ممکن است سرفه همراه با سرفه مزمن، اسپاسم حنجره یا اختلال عملکرد پارادوکسیکال طناب صوتی باشد.

سرفه می‌تواند کاملاً اختیاری و تحت کنترل آگاهانه، در پاسخ به محرک‌ها، یا ترکیبی از واکنش‌های ناخودآگاه و اختیاری باشد. با حساس شدن فرد نسبت به محرکی خاص، سرفه واکنشی می‌تواند بارزتر شود. حساسیت توسط واسطه‌های التهابی ایجاد می‌شود که ممکن است پس از قرار گرفتن در معرض ویروس‌ها، آنتی ژن‌ها یا سموم استنشاقی مانند دود سیگار آزاد شود.

اندازه‌گیری سرفه

شدت، دفعات و اختلال در ایجاد اجزای تشکیل‌دهنده سرفه، عواملی هستند که باید اندازه‌گیری شوند. مقیاس‌های ذهنی VAS برای استفاده در هر جز آن آسان است. چندین ابزار از جمله پرسشنامه سرفه لستر و پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص سرفه تأثیر جهانی سرفه را اندازه‌گیری می‌کنند. یک دفترچه یادداشت شدت هفت آیتمی مربوط به سرفه در بیماران مبتلا به سرفه مزمن و تحت حاد را سنجیده است. اندازه‌گیری عینی سرفه با نظارت سرپایی سرفه (ACM) مانند مانیتور سرفه لستر و VitaloJAK (Vitalograph، KS، Inc. Lenexa) انجام شده است. اگرچه اندازه‌گیری عینی به طور شهودی مورد توجه است، اما تهدیدهای زیادی برای صحت آن وجود دارد از جمله مشکل در تشخیص سرفه از سایر اصوات، تعیین نشانگر شدت و کمی‌سازی عینی. شاید لازم باشد هر دو معیار ذهنی و عینی با هم ارزیابی شوند.

سرفه را می‌توان به سرفه حاد، تحت حاد و مزمن تقسیم کرد. سندرم افزایش حساسیت سرفه شامل سرفه‌های ایدیوپاتیک مزمن، سرفه‌های مقاوم به درمان مزمن و سرفه‌های نوروپاتیک حسی می‌باشند. دستورالعمل‌های اخیر برای ارزیابی و درمان سرفه مزمن غیرقابل توضیح، یک الگوریتم ارزیابی را ارائه می‌دهد. ائوزینوفیل‌های خلط یا اکسید نیتریک بازدم باید برای شناسایی بیماران دارای پاسخ شدید نایژه‌ای که ممکن است به کورتیکواستروئیدهای استنشاق شده پاسخ دهند، بررسی شود.

مدیریت سرفه

هدف از درمان سرفه این است که ضمن جلوگیری از سرفه آسیب رسان، جلوی سرفه طبیعی را نگیرید. روشهای درمانی بسیاری برای سرفه پیشنهاد شده است که ظاهراً هیچ یک از آنها سومندی کافی ندارند. دلایل ایجاد سرفه همچنان ماهیت مبهمی دارند. تکنیک‌های کنترل سرفه رفتاری و راهکارهای بهداشتی که توسط یک متخصص گفتار درمانی آموزش داده می‌شود ممکن است علائم سرفه را کاهش دهد. راهکارهای بیشتر ممکن است شامل تنفس با دهان بسته، کاهش میل به سرفه، اجتناب از سیگار کشیدن و تنفس با دهان، به حداقل رساندن مصرف الکل و کافئین، افزایش مصرف مایعات یا استفاده از نبولایزر باشد.

دستورالعمل‌های مربوط به مدیریت سرفه همراه با پیشرفت علم پزشکی همواره به روز می‌شوند. برای مدیریت سرفه در بیماران بزرگ‌سال مبتلا به سرطان ریه، توصیه می‌شود که علل ایجادکننده سرفه و درمان‌های آن شناسایی شود و از تمرینات مهارکننده سرفه غیر دارویی، براکی‌تراپی درون برونشی همراه با انجام آزمایشات مکرر استفاده شود. اگرچه مواد

بسیاری از جمله گلوسین، گیاهان چینی، دوپکت[1]، موگایستین[2]، پیپازات[3]، گوایفنسین[4]، N استیل سیستئین، دیفن هیدرامین، لوراتادین، اریترومایسین، ایپراتروپیوم و کورتیکواستروئیدهای استنشاقی به عنوان ضد سرفه آزمایش شده‌اند، کدئین و دکسترومتورفان تنها دو ماده‌ای هستند که نشان داده شده است از شدت و تکرر سرفه مزمن می‌کاهند. مرفین آهسته رهش و دکسترومتورفان که مشابه کدئین هستند، هر دو به طور مرکزی عمل می‌کنند تا رفلکس سرفه را مهار کنند. تالیدومید به دلیل خواص ضد التهابی، برای سرفه آزمایش شده است، اما عوارض جانبی شدیدی از جمله نقص مادرزادی و نوروپاتی[5] محیطی حسی و حرکتی دارد. با تشخیص اینکه سرفه کردن ممکن است در اثر سرفه‌های عصبی–حسی یا تحریک‌پذیری حنجره ایجاد شود، تعدیل‌کننده‌های عصبی که برای درمان درد نوروپاتیک استفاده می‌شوند، مانند گاباپنتین، پرگابالین یا آمی تریپتیلین، می‌توانند مفید باشند. درمان سرفه‌های مربوط به سرطان ممکن است شامل تخلیه کامل پلورال، براکیتراپی (اشعه در تماس مستقیم با بافت) یا درمان فتودینامیکی باشد.

بررسی کاکرین[6] از آزمایشات کنترل شده تصادف (RCTs)[7] برای درمان سرفه مربوط به سرطان، به مدارک کمی دست یافت اما نشان داد که درمان‌های دارویی مانند بوتامیرات لینکتوس، کدئین ۶۰ میلی گرم، مرفین، دی هیدروکودین، کروموگلیکات و هیدروپرویزین یا لوودروپرویزین ممکن است برای درمان سرفه مفید باشند. اولین قدم، در نظر گرفتن درمان زمینه‌ای بیماری و بررسی داروهای کاهنده‌ی شدت سرفه است. همه‌ی بیماری‌های مشترکی که ممکن است در سرفه نقش داشته باشد باید ارزیابی و درمان شوند. شواهد اندکی در جهت تایید بی‌خطر بودن سدیم کروموگلیکات در دسترس است. مشتقات مخدر مانند مرفین، کدئین، یا دکسترومتورفان را نیز می‌توان به عنوان روش‌های درمانی سرفه در نظر گرفت.

در بیمارانی که سرفه‌های نامشخص دارند و آزمایش کورتیکواستروئیدهای استنشاقی جوابی برای آن نیافته است، گفتاردرمانی و آزمایش‌های گاباپنتین توصیه می‌شود. یک بررسی سیستماتیک اخیراً در مورد معالجه‌ی سرفه مربوط به سرماخوردگی، گزینه‌های درمانی بسیاری را مطرح کرده است، لیکن هیچ یک از گزینه‌ها شواهد قانع‌کننده‌ای ندارند. شواهد موجود از استحکام کافی برای حمایت از توصیه‌های مربوط به مصرف داروهای ضد احتقان، آنتی هیستامین، استیل سیستئین، داروهای ضد التهاب غیر استروئید (NSAID)[8]، عسل، قرص‌های روی، ضد سرفه، خلط آورها، مواد ضد التهاب یا محصولات ترکیبی برخوردار نبود. اساس شواهد از زمان انتشار دستورالعمل‌های قبلی در سال ۲۰۰۶ تغییر نکرده است و بیشتر تحقیقات در مورد مداخلات سرفه قبل از سال ۲۰۰۰ منتشر شده است.

ترشحات ترمینال: فیزیولوژی، اندازه‌گیری و مداخلات

اصطلاحات زیادی برای توصیف ترشحات ترمینال استفاده می‌شود، معمولاً عباراتی مانند "حرکت ترشحات نایژه‌ای"، "تنفس با صدا" یا "صدای مرتبط با تنفس". این ترشحات در مرحله نهایی بیماری رخ می‌دهد و برای افراد

1. Duopect
2. Moguisteine
3. Pipazethate
4. Guaifenesin

۵. بیماری دستگاه عصبی
۶. بنیاد همیاری کاکرین

7. Randomized controlled trials

8. Non Steroid Anti Inflammatory Drug

متخصص و اعضای خانواده که مراقب بیمار هستند، ناراحت‌کننده است. مطالعات مربوط به ترشحات ترمینال، به دلیل چالش‌های اخلاقی از جمله ناتوانی بیماران برای به اشتراک گذاشتن نظرات خود و اعلام رضایت مشارکت، امری بحث برانگیز و مشکل است. آیا کسی می‌داند که داشتن ترشحات ترمینال چه حسی دارد؟ ما در مورد چگونگی مدیریت آن عقایدی داریم، اما واقعاً اطمینان نداریم؛ زیرا هیچ کس نمی‌تواند به ما بگوید که مداخلات مفید بوده است یا خیر.

پاتوفیزیولوژی ترشحات ترمینال

ترشحات ترمینال که به آن "خس خس مرگ" نیز گفته می‌شود، در اثر تنفس از طریق ترشحات در مجاری تنفسی فوقانی هنگام نزدیک شدن بیمار به مرگ ایجاد شده و دیگر قادر به پاکسازی ترشحات از طریق بلع یا سرفه نیست. زبان همچنین ممکن است باعث انسداد مجاری شود و بیمارانی که در آستانه مراحل پایان زندگی هستند نفس کشیدن پر سر و صدایی دارند. بیشتر بیماران در طی ۴۸ ساعت پس از ایجاد ترشحات ترمینال فوت می‌شوند.

هیپ و لتیزیا[1] مطرح می‌کنند که هیپوکسی مغز باعث آزاد شدن مداوم استیل کولین از سیستم عصبی پاراسمپاتیک می‌شود که غدد بزاقی و نایژه‌ای را فعال می‌کند و منجر به ترشحات بیش از حد می‌شود. ناتوانی در بلع، ضعف رفلکس‌های تهوع و سرفه و کاهش سطح هوشیاری همه در ایجاد تنفس با صدا نقش دارند. کمبود آب در بدن ممکن است تمیز کردن ترشحات را سخت‌تر کند، به ویژه در شرایط دیسفاژی و وضعیت ذهنی تضعیف شده. ترشحات موجود در مجاری هوایی باعث ایجاد صداهای تنفسی غیرطبیعی به هنگام تنفس بیمار می‌شود

اندازه‌گیری ترشحات ترمینال

ترشحات ترمینال می‌تواند ناشی از ترشحات بیش از حد دهانی و بزاقی باشد، همچنین به عنوان خس خس مرگ نوع ۱ یا "واقعی" نیز نامیده می‌شود. این اتفاق زمانی رخ می‌دهد که سطح هوشیاری بیمار کاهش یافته و به نظر می‌رسد که به درمان با آنتی کولینرژیک پاسخگو باشد. خس خس مرگ نوع ۲ یا "کاذب" ناشی از ترشحات نایژه‌ای است که به علت آسیب‌شناسی ریوی مانند عفونت، آسپیراسیون یا التهاب ایجاد می‌شود. ترشحات نوع ۲ به درمان آنتی کولینرژیک پاسخگو نیستند و ممکن است بسیار آزاردهنده باشند زیرا ممکن است بیمار هنگام تجربه این ترشحات هوشیار باشد. ممکن است ترکیبی از هر دو نوع ترشحات ترمینال رخ دهد. مقیاس احتقان تنفسی ویکتوریا (VRCS)[2] برای تعیین کمیت ترشحات ترمینال و بررسی صداهای غیرطبیعی تنفسی بر اساس مقیاس نمره‌دهی ۰ تا ۳ قابل استفاده است.

مدیریت ترشحات ترمینال

از داروهای آنتی موسکارینیک (بیشترین داروهای آنتی کولینرژیک که روی گیرنده‌های استیل کولین موسکارینیک استفاده می‌شود) به طور معمول برای کاهش ترشحات استفاده می‌شود، اما تأثیر آنها بحث برانگیز است. شاید بهتر باشد از آنها به عنوان اقدامات پیشگیرانه استفاده شود و تجویز آنها زودتر از موعد مقرر و قبل از ایجاد ترشحات ترمینال شروع شود، زیرا داروهای ضد کولینرژیک، ترشحات موجود را از بین نمی‌برند اما از ایجاد و تجمع ترشحات پس از شروع مصرف دارو جلوگیری می‌کنند. مکش آرام ترشحات قبل از شروع درمان با آنتی کولینرژیک، ممکن است گزینه دیگری برای به حداکثر رساندن فوائد درمان باشد. عوارض جانبی مانند احتباس ادرار و خشکی

1. Hipp and Letizia

2. Victoria Respiratory Congestion Scale

دهان برای بیماران در اواخر عمر مشکل ساز است. جلوگیری از هیدراته شدن یکی دیگر از تکنیک‌های مدیریتی است که در یک مطالعه مشاهده‌ای مورد توجه قرار گرفت. هیچ تفاوتی در ترشحات ترمینال پس از جلوگیری از هیدراته شدن یافت نشد، اگرچه کسانی که در گروه هیدراته نشدن قرار داشتند، ادم محیطی، پلورال افیوژن و آسیت را با تکرار کمتری تجربه کردند. هیدراتاسیون مبتنی بر شواهد، رضایت خانواده از روند درمانی را ارتقا می‌دهد و ممکن است ترشحات ترمینال را در پایان زندگی کاهش دهد.

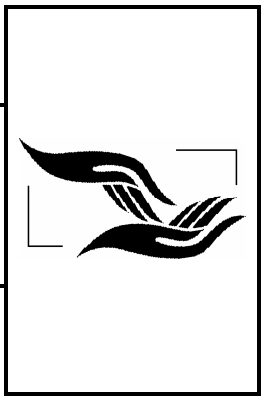
اگرچه مدارک موافق با درمان با آنتی کولینرژیک ضعیف است، اما از این نوع درمان‌ها بطور منظم در عمل بالینی استفاده می‌شود، بنابراین بنت و همکارانش[1] یک راهنمایی مبتنی بر مدارک تهیه کردند که مشخصات و ملاحظات هر یک از گزینه‌های آنتی کولینرژیک موجود را مشخص می‌کند. اطلاعات خاص در مورد دوز و هزینه توسط بروک و همکارانش[2] منتشر شده است. مداخلات غیر دارویی برای کاهش ترشحات ترمینال و صداهای غیرطبیعی تنفسی شامل تغییر مکان، مکش و محدود کردن هیدراتاسیون بیمار با دستور پزشکی است، اگرچه این مداخلات به طور علمی مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند. آموزش خانواده در مورد شاخص‌های رفتاری که عدم پریشانی را تأیید می‌کند، می‌تواند بسیار مفید باشد. عبارت "خس خس مرگ" می‌تواند ناراحت‌کننده باشد، لذا به کار بردن سایر اصطلاحات در جلسات مشاوره با خانواده ترجیح داده می‌شوند. اگرچه پرستاران اغلب در مورد توضیح معنی ترشحات ترمینال برای اعضای خانواده نگران هستند، اما بسیاری از خانواده‌ها ابراز آرامش می‌کنند چرا که ترشحات ترمینال نشان‌دهنده‌ی نزدیک بودن پایان رنج و عذاب بیمار است. آموزش کارکنان می‌تواند به مراقبتی با کیفیت بالاتر از بیماران دارای ترشحات ترمینال منجر شود و همچنین منابع کمیاب با گزینه‌های کم هزینه را حفظ کند. هم خانواده‌ها و هم کارکنان می‌توانند ترشحات ترمینال را ناراحت‌کننده بدانند، اگرچه آموزش دقیق اعضای خانواده در این مرحله، کار راحتی نیست. این امر برای بسیاری از افراد یک قسمت طبیعی از روند مرگ است و مدت زیادی طول نخواهد کشید.

نتیجه‌گیری

در مواجهه با بیمارانی که دچار تنگی نفس، سرفه، ترشحات ترمینال و ناراحتی ناشی از بیماری قلبی ریوی، عصبی–عضلانی یا متاستاتیک هستند، هدف غالباً از بین بردن یا مدیریت علامت است. در شرایط تنفسی اذیت‌کننده که اغلب در بیماران تحت مراقبت تسکینی وجود دارد، می‌بایست بر ایجاد احساس مثبت در تنفس، تسکین سرفه و عدم تجمع زیاد ترشحات در مجاری هوایی بیمار تمرکز نمود. پرستاران باید از کلیه منابع موجود برای تسکین و بهبود وضعیت تنفسی بیماران مبتلا به بیماری‌های جدی استفاده کنند.

1. Bennett and colleagues
2. Brock and colleagues

فصل ۱۵



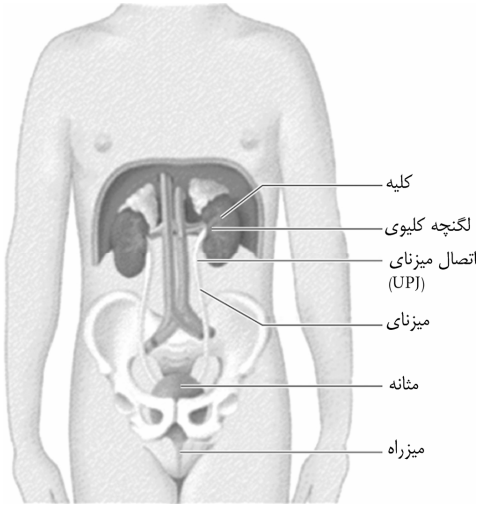
مدیریت مثانه در مراقبت‌های تسکینی

نکات کلیدی

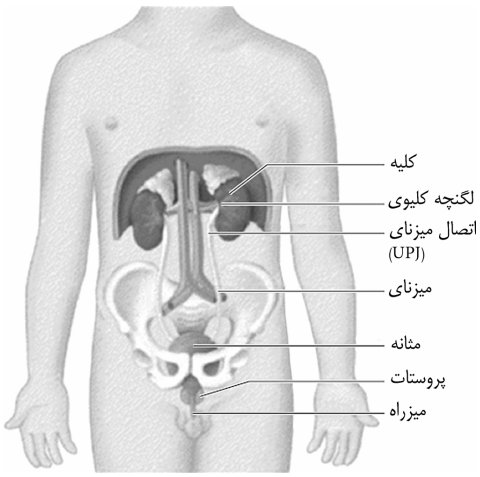
- اختلال عملکرد ادراری در مراقبت تسکینی می‌تواند منجر به آزار و رنج بیمار و پرستار شود. مدیریت پرستاری این مسائل در اولویت مراقبت است و باید با وضعیت بالینی و ترجیحات خود بیمار مطابقت داشته باشد.
- دلایل بی‌شماری از جمله وجود یک تومور بدخیم، تأثیر جراحی، دارو، درمان پزشکی، عفونت، عوامل عصبی و یا بیماری دیگر می‌تواند منجر به بروز اختلال در سیستم ادراری بیماران دریافت‌کننده مراقبت تسکینی شود. در این حالت برای انتخاب استراتژی‌های درمانی یا مدیریتی باید علت ایجاد بیماری شامل انتخاب تجهیزات، دستگاه‌ها و راه حل‌های دارویی یا مداخلات رفتاری مؤثر، مورد توجه قرار گیرد.
- شواهد کافی برای تایید نقش مؤثر پرستاران در موقعیت‌های ارائه‌ی مراقبت‌های بیهوده از جمله تعبیه‌ی کاتتر ادراری وجود ندارد؛ و همچنین، پرستاران ملزم به همکاری با بیماران، خانواده‌ها و سایر اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی بیمار هستند تا مهارت‌های بالینی و فردی خود را ارتقا دهند.

مقدمه

هدف کلی ما به عنوان پرستار مراقبت‌کننده از بیمارانی که به پایان زندگی خود نزدیک می‌شوند، باید انجام مداخلاتی درجهت کاهش دیسترس و ناراحتی بیمار باشد. مدیریت اختلالات ادراری در مراقبت تسکینی باید به عنوان اولویت مراقبت پرستاری در بیماران با علایم درد و تهوع باشد زیرا که این علایم سبب دیسترس و ناراحتی بیمار می‌شوند. چالش موجود در این زمینه لزوم توجه به تطابق مراقبت‌های ارائه شده با شرایط پزشکی بیمار (نزدیک بودن به پایان زندگی)، حالات عاطفی و اولویت‌های شخصی بیمار است؛ بنابراین اهداف مراقبت متفاوت خواهد بود و استراتژی‌های مدیریت باید این را منعکس کند. این فصل بر روی مشکلات ادراری و مثانه‌ای در بیماران نزدیک به مراحل انتهایی حیات و گزینه‌هایی برای مراقبت پرستاری که می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد، با شخصی‌سازی و مراقبت کلی ذهنی، بحث و بررسی می‌شود. سیستم ادراری می‌تواند به دو بخش فوقانی و تحتانی تقسیم شود (شکل‌های ۱۵.۱ و ۱۵.۲ را ببینید). دستگاه ادراری فوقانی از کلیه‌ها و حالب‌ها و دستگاه ادراری تحتانی از مثانه و مجرای ادراری تشکیل شده است. وجود کلیه‌ها برای حفظ هموستاز آب و الکترولیت‌ها در بدن ضروری است. کلیه‌ها در طول



شکل ۱۵.۱. دستگاه ادراری مؤنث



شکل ۱۵.۲. دستگاه ادراری مذکر

روز حدود ۲۰۰ لیتر مایع را از جریان خون بدن فیلتر می‌کنند که به شما اجازه می‌دهند تا سموم و مواد زائد متابولیکی و یون‌های اضافی به شکل ادرار از بدن خارج شوند. درحالی که مواد حیاتی به خون باز می‌گردد. حالب‌ها ادرار تولید شده توسط کلیه‌ها را به مثانه منتقل می‌کنند، در آنجا به طور موقت ذخیره می‌شود و زمانی که بدن در مرحله‌ی ادرار قرار می‌گیرد، از طریق مجرای ادراری دفع می‌شود. عواملی مؤثر برسیستم ادراری بیماران تحت مراقبت تسکینی عبارتند از:

- *عوامل دارویی یا درمانی:* داروهایی مانند آرامبخش‌ها یا مسکن‌های اپیوئیدی ممکن است بر توانایی بیمار در تشخیص نیاز به تخلیه‌ی ادرار تأثیر بگذارد. دیورتیک‌ها ممکن است تولید ادرار را افزایش داده و موجب تکرر ادرار شوند. درمان‌های انکولوژی از جمله شیمی درمانی یا رادیوتراپی ممکن است سبب تحریک مثانه، اسپاسم مثانه و یا خونریزی مثانه شوند.
- *عفونت دستگاه ادراری (UTI):* UTI ممکن است باعث بی‌اختیاری ادراری (تشدید بی‌اختیاری ادراری موجود)، تحریک مثانه و یا اسپاسم مثانه شود.
- *محدودیت حرکتی:* درد شدید و تنگی نفس می‌تواند توانایی بیمار را برای رفتن به سرویس بهداشتی مختل کند. علاوه بر این روند بیماری خود می‌تواند منجر به ضعف یا فرسودگی شود.
- *اختلالات شناختی:* اختلال شناختی مزمن مانند دمانس (زوال عقل) یا اختلال شناختی حاد مانند دلیریوم یا گیجی ممکن است بدین معنا باشد که بیمار قادر به تشخیص یا پاسخ به نشانه‌های دفع ادرار نیست. دلیریوم معمولادر هفته‌ها یا روزهای آخر زندگی شایع است و می‌تواند ناشی از اختلال متابولیک، نارسایی عضو، داروهای خاص (شامل بنزودیازپین‌ها و اپیوئیدها)، سپسیس، هیپوکسی و تومورهای مغزی اولیه یا ثانویه باشد.
- *یبوست یا تجمع و سفت شدن مدفوع:* یبوست در بیماران تحت مراقبت تسکینی به دلیل کم تحرکی، دهیدراتاسیون، فاکتورهای متابولیک، عدم تحرک روده و مصرف داروهای اپیوئیدی شایع است. یبوست می‌تواند بر عملکرد مجاری

ادرار تأثیر منفی بگذارد چرا که عملکرد مثانه و روده بسیار نزدیک به هم هستند.

- *جراحی:* جراحی مجرای ادراری مانند پروستاتکتومی، یا جراحی که به طور غیر مستقیم مجرای ادرار را تحت تأثیر قرار می‌دهد مانند هیسترکتومی می‌تواند باعث نقص در عملکرد اسفنکتر درونی و در نهایت سبب بی‌اختیاری ادراری شود.
- *عوامل عصبی:* عوامل عصبی همراه با بیماری یا عوارض آن، می‌توانند به طور قابل توجهی باعث اختلال عملکرد مثانه، بی‌اختیاری ادراری، مشکل در تخلیه ادرار یا احتباس ادراری در بیماران تحت مراقبت تسکینی شود. برای انجام صحیح عملکرد دوگانه‌ی ذخیره‌سازی و تخلیه‌ی ادرار توسط مثانه، باید ارتباط بین مرکز ادرار در مغز، طناب نخاعی و اعصاب محیطی که به مثانه عصب‌دهی می‌کنند، برقرار باشد. اختلال در عملکرد این مسیرها می‌تواند باعث اختلال در عملکرد دستگاه ادراری شود. مثانه‌ی نوروژنیک یا اختلال عصبی دستگاه ادراری تحتانی (NLUTD)[1] اصطلاحی است که اغلب به اختلال عملکرد مثانه ناشی از آسیب عصبی گفته می‌شود.
- وجود *تومور:* علاوه بر اثرات عصبی که می‌تواند در نتیجه‌ی تومورهای اولیه یا ثانویه در مغز یا ستون فقرات ایجاد شود، کارسینومای پروستات یا مجرای ادرار و یا وجود تومورهای لگنی باعث فشردن مجرای ادرار و انسداد در مسیر خروجی ادرار می‌شود. تومورهای اولیه‌ی مثانه می‌تواند باعث ایجاد التهاب شوند.

بسیاری از موضوعات مورد بحث در این فصل مختص به مراقبت‌های تسکینی نیست اما استراتژی‌های مدیریتی در این موارد منحصر به فرد است و می‌بایست اهداف مراقبتی را در بیمارانی در مراحل انتهای زندگی، مورد توجه قرار داد.

اختلال عملکرد تخلیه ادرار

در مراحل انتهای زندگی، تولید ادرار گاهی اوقات کند و یا به طور کامل متوقف می‌شود. این بخش در مراحل نزدیک به مرگ قابل انتظار است و معمولا هشداردهنده نیست. با این حال کاهش یا قطع دفع ادرار قبل از این مرحله می‌تواند نشانگر یک مشکل اساسی و نیازمند بررسی و توجه بیشتر باشد. باید بین عدم دفع ادرار ناشی از نارسایی کلیه در فیلتراسیون خون و تولید ادرار (آنوریا/الیگوریا)، جلوگیری از جریان ادرار بین دستگاه ادراری فوقانی و تحتانی (استاز ادرار) و تخلیه مثانه (احتباس ادرار) تفاوت قائل شد. احتباس ادرار به معنی عدم توانایی تخلیه کامل مثانه است. این امر می‌تواند بر اساس عوامل مختلفی دسته‌بندی شود که شامل تخلیه کامل یا جزئی، حاد یا مزمن بودن، دردناک بودن یا نبودن و دلایل مرتبط (انسدادی یا غیر انسدادی) و فشارخون بالا یا پایین است. با این حال احتباس ادراری فاقد تعریف بالینی واضح و گسترده‌ای است که به طور کلی پذیرفته شده باشد. بنابراین می‌تواند باعث اغراق در روند درمانی گردد. این مشکل به دلیل یکی از دو اختلال ایجاد می‌شود: انسداد دهانه مثانه (که در آن جریان از مجرای ادراری انسداد دارد) یا کمبود قدرت انقباضی دترسور (که در آن قدرت عضله مثانه برای تخلیه ادرار ناکافی است) در جدول ۱۵.۱ جزئیات آمده است.

مدیریت مشکل به علت اصلی آن بستگی خواهد داشت. بنابراین بسیار مهم است که شرح حال دقیق از بیمار گرفته شود و معاینه‌ی بالینی (در صورت امکان استفاده از سونوگرافی اسکن مثانه) کامل باشد. تمایز بین احتباس ادراری و اولیگوری مهم است. اگر حجم ادراری در مثانه بیش از ۴۰۰ میلی لیتر باشد، احتباس

1. Neurogenic lower urinary tract dysfunction

جدول ۱۵.۱. دلایل انسداد مثانه و ضعف قدرت انقباضی عضله‌ی دترسور بیماران دریافت‌کننده مراقبت تسکینی

دلایل انسداد مسیر خروجی ادرار	تومورهای بدخیم پروستات، مجرای ادرار یا مثانه (انسداد آناتومیک) ضعف اسفنگتر دترسور (انسداد عملکردی) التهاب پروستات، به عنوان مثال به دلیل؛ رادیوتراپی تنگی مجرای ادرار انسداد مثانه تجمیع و سفت شدن مدفوع
دلایل کمبود قدرت انقباضی عضله‌ی دترسور	عدم عصب‌دهی ناشی از ضایعه‌ی عصبی آسیب عضله‌ی دترسور ناشی از اشعه جبران عضله‌ی دترسور بعد از یک دوره انسداد طولانی داروهایی نظر مخدرها و آنتی‌موسکارین‌ها

ادراری محتمل است. در بیمار در حال مرگ که ممکن است قادر به برقراری ارتباط کلامی نباشد، بی‌قراری می‌تواند نشانه احتباس ادراری باشد. در ابتدا اقدامات محافظه کارانه مانند تخلیه رکتوم (معمولا توسط روش‌های منفعل‌تر نسبت به روش‌های تهاجمی مانند تخلیه دستی) یا برای بیماران مرد کمک به ایستادن برای تخلیه کردن مثانه، باید در تلاش برای اصلاح احتباس ادراری در بیماران تحت مراقبت تسکینی باشد. علاوه بر این بررسی دارویی برای ارزیابی نیاز به داروهایی که توانایی ایجاد یبوست یا کاهش فعالیت عضله‌ی دترسور را دارند، انجام شود. اگر این اقدامات بی‌اثر باشند و احتباس ادراری توسط سونوگرافی اسکن مثانه تایید شود، ممکن است کاتتر ادراری دایم یا موقتی تعبیه شود. انتخاب بین سوند ادراری موقت و دایمی به شرایط بیمار، در دسترس بودن یک مراقبت‌کننده که می‌تواند سونداژ کند و ترجیحات بیمار بستگی دارد. ضایعات عصبی به دلیل آسیب به بافت عصبی در نتیجه‌ی آسیب یا بیماری ایجاد می‌شود و می‌تواند منجر به مشکلات دفع شود. نوع اختلال اورولوژی به محل آسیب بستگی دارد. به عنوان مثال ضایعات عصبی بالاتر از مرکز جنینی پونتین در ساقه‌ی مغز (ناشی از وجود تومور حفره‌ی خلفی) می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد تخلیه شود، معمولا احتباس ادراری در حالی که ضایعه‌ای در زیر پونز در طناب نخاعی اتفاق می‌افتد اغلب منجر به دیسژنزی اسفنگتر دترسور (عدم هماهنگی بین مثانه و اسفنگتر) و در نتیجه احتباس ادراری می‌شود. ضایعات عصبی منجر به اختلال عملکرد مثانه شامل عوامل متعدد زیر است:

- مغز و ساقه مغز: تومور مغزی، دمانس، بیماری پارکینسون، حوادث عروق مغزی (CVA) یا آسیب تروماتیک مغزی.
- طناب نخاعی: مولتیپل اسکروزیس (MS)، اسپاینا بیفیدا، آسیب تروماتیک طناب نخاعی، جراحی نخاع.
- سیستم عصبی محیطی: دیابت، سوءمصرف مزمن الکل، شیمی درمانی مسبب نوروپاتی، سندرم گلین باره.
- سایر: HIV، لوپوس اریتماتوز سیستمیک (SLE)

در بیماری که تحت مراقبت تسکینی قرار دارد، بر خلاف سایر بیماران، انجام بسیاری از آزمایشات معمول (مانند تست اورودینامیک)، یا درمان‌ها (مانند تزریق سم بوتولیسم، تحریک الکتریکی عصب یا جراحی)، توصیه نمی‌شود. مدیریت محافظه کارانه احتمالا مناسب‌تر است. بسته به مشکل اصلی اورولوژی، اقدامات مدیریتی ممکن شامل موارد زیر است:

- تعبیه‌ی کاتتر مجرای ادرار یا سوپراپوبیک / سونداژ موقتی.
- استفاده از پدهای جاذب بزرگسالان برای دفع ادرار.
- درمان‌های ضد موسکارینی.
- رفتار درمانی
- کمک در رفتن به سرویس بهداشتی

مزایای این روش‌ها باید نسبت به خطرات احتمالی آن‌ها برای بیمار (مانند عفونت دستگاه ادراری که توسط کاتتریزاسیون ایجاد می‌شود) سنجیده شود. گزینه‌های دیگر در صورت انتظار برای زنده ماندن بیمار برای چند ماه یا با علایم شدید و کنترل نشده اقدامات حمایتی، در بحث‌های بین بیمار و تیم مراقبتی او در نظر گرفته شود. MSCC[1] در حدود ۵ درصد بیماران مبتلا به سرطان ایجاد می‌شود. این مشکل یک فوریت پزشکی است و اغلب در شرایط حاد ظاهر می‌شود. با این حال از نظر ماهیت (سرطان متاستاتیک) یک نگرانی برای پرستاران ارائه‌دهنده‌ی مراقبت تسکینی است. این شرایط زمانی اتفاق می‌افتد که طناب نخاعی یا رسته‌های دم اسبی فشرده می‌شوند (به عنوان مثال توسط فشار مستقیم بر اثر تومور) به گونه‌ای که می‌تواند سبب ناتوانی عصبی شود. اگر تشخیص و درمان آن به تعویق بیفتد، عواقب بسیار جدی از جمله از دست رفتن غیر قابل برگشت عملکرد عملکرد مثانه را در پی داشته باشد. بی‌اختیاری ادراری یکی از ویژگی‌های تحت فشار قرار گرفتن نخاع است اما در سندرم رشته‌های دم اسبی، اختلال عملکرد مثانه به صورت احتباس یا بی‌اختیاری، سر ریزی در مراحل اولیه ظاهر می‌شود. مطالعه‌ی موردی بیمار زیر، مدیریت بالقوه یک بیمار مبتلا به MSCC را نشان می‌دهد.

مطالعه‌ی موردی: بیماری با سرطان پیشرفته‌ی پروستات

آقای تیلور مردی ۶۷ ساله و مبتلا به سرطان پروستات مقاوم به درمان است. وی اخیرا شیمی درمانی را به دلیل پیشرفت بیماری متوقف کرده است. وی با علایمی از جمله درد سیاتیک دوطرفه و احتباس ادراری جهت انجام مراقبت‌های اولیه در بیمارستان بستری شده است. به دلیل وجود متاستازهای شناخته شده، نخاع وی تحت فشار قرار گرفته است. استراتژی‌های مدیریت بعد از انجام MRI فوری که سندرم دم اسبی را تایید کند عبارتند از:

- تجویز مسکن برای راحتی بیمار
- استراحت مطلق در تخت با در یک راستا قرار دادن ستون فقرات (پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و مراقبت از منطقه تحت فشار).
- اسکن مثانه و تعبیه کاتتر مثانه جهت تسکین احتباس ادراری.
- تجویز دگزامتازون با دوز بالا برای تسکین ادم اطراف تومور.
- برنامه‌ریزی برای جراحی برداشتن فشار از نخاع و ستون فقرات و به دنبال آن پرتو درمانی.

این برنامه‌ی مراقبتی با آقای تیلور، همسرش و دو پسر بزرگترش در میان گذاشته شده است. آقای تیلور از خطرات احتمالی آگاه است ولی تمایلی به جراحی ندارد. بنابراین رادیوتراپی همراه با استروئید با دوز بالا برای مقابله با ادم ناشی از اشعه آغاز شده است. به دنبال درمان موفقیت آمیز، به طور آزمایشی کاتتر ادراری آقای تیلور را خارج کردند. او با موفقیت موفق به دفع ادرار شد و از بیمارستان ترخیص و به همراه همسر و تیم پرستاری ارائه‌دهنده مراقبت تسکینی جامعه به خانه رفت.

بسیاری از بیماران همانند آقای تیلور به دلیل اختلال در عملکرد ادراری، سونداژ می‌شوند. اگر چه مطالعات مبتنی بر شواهد محدودی مبنی بر راهنمایی کاتتریزاسیون بیماران در مراحل انتهای زندگی وجود دارد. با این وجود بخش قابل توجهی از بیماران در حال دریافت مراقبت‌های تسکینی در محیط بیمارستان سونداژ می‌شوند. تعبیه کاتتر (سوند) ادراری برای بیمار تحت مراقبت تسکینی باید به دقت صورت گیرد. اگر چه سونداژ بیماران ممکن است باعث ایجاد حس آرامش در بیماران دچار احتباس ادراری و بی‌اختیاری

1. Malignant Spinal Cord Compression

ادراری شود، اما نیز ممکن است سبب ناراحتی و پریشانی بیمار شود. به علاوه تعبیه کاتتر ادراری ممکن است باعث مشکلاتی هم چون نشت ادراری، انسداد و عفونت شود. برخی دلایل مبنی بر فواید تعبیه کاتتر ادراری در انتهای زندگی است.

- احتباس ادراری / اتساع مثانه
- عدم تحرک به دلیل درد شدید (تعویض مکرر ملحفه‌ی زیر بیمار به دلیل تکرر ادرار ناراحت‌کننده است).
- مدیریت و پیشگیری از آسیب دیدگی زخم‌های فشاری ساکرال.

در صورت تعبیه کاتتر ادراری، باید نیاز به کاتتر، بصورت روزانه ارزیابی شود. سوناژ متناوب جایگزین برای سوناژ دائمی با توجه به وضعیت سلامتی، ترجیحات بیمار و امید به زندگی است.

بی اختیاری ادراری

تقریبا همه افراد برای دفع مدفوع و ادرار یا مقابله با اختلال بی‌اختیاری ادراری (دفع غیر ارادی ادرار) در مراحل انتهای زندگی به کمک نیاز دارند. اختلالات دفع و بی‌اختیاری ادراری در مراحل انتهای زندگی با کاهش عملکردی و شناختی همراه است که اغلب بر اقدامات درمانی و تسکینی مؤثر است. شیوع از نظر تشخیص و نزدیکی با مرگ متفاوت است، با مرگ ناگهانی همراه با کمترین میزان (۲۸/۶ – ۳۷ درصد) و ضعف یا دمانس با بالاترین میزان (۷۲ – ۶۵/۳ درصد) در آخرین سال زندگی است. در ماه آخر زندگی، ۶۷ –۸۹ درصد از افراد در خانه‌های سالمندان دچار بی‌اختیاری ادراری می‌شوند و در محیط مراقبت تسکینی حاد، بی‌اختیاری در هفت روز آخر زندگی، ۳۰–۶۵ درصد افزایش می‌یابد. با این حال کاهش برون ده ادراری با احتمال زیاد وقوع مرگ در عرض ۳ روز آینده همراه است. با کاهش توانایی شناختی و عملکردی، توانایی کنترل دفع فرد کاهش می‌یابد و وابستگی افراد به مراقبین برای دست یابی به سرویس بهداشتی و امکانات آن (مثلا کمدها یا تجهیزات مورد نیاز) افزایش می‌یابد، یا دفع دچار بی‌اختیاری می‌شوند و استفاده از پوشک ضرورت می‌یابد. ابزار مناسبی برای ارزیابی کامل بیماران در مراحل انتهای زندگی، از نظر اختلالات ادراری وجود ندارد. با این حال هر کسی که به انتهای زندگی خود نزدیک می‌شود باید از نظر بی‌اختیاری فعلی یا بالقوه یا مشکلات دفع، ارزیابی شود که شامل:

- شناسایی هرگونه عامل قابل تعدیل، پیش‌بینی‌کننده و تسکین‌دهنده
- تعیین فراوانی و شدت نشت ادراری یا اختلالات دفع
- ایجاد روش‌های مهار فعلی مورد استفاده و مفید بودن آنها و بررسی گزینه‌های دیگر
- ارزیابی تأثیر آنها بر کیفیت زندگی بیمار، از جمله ارزیابی کلی از تجربه فرد از علایم
- شناسایی نیازهای در حال تغییر و برنامه‌ریزی پیش رو

تناسب مداخلات برای کاهش دفعات یا شدت نشت ادرار و همچنین محدودیت‌های شناختی و جسمی مورد بررسی قرار گیرد. در مرحله‌ی انتهایی زندگی، دو هدف عمده در مدیریت مجاری ادراری وجود دارد: مدیریت علایم از جمله اجتناب از درد یا ناراحتی و تداوم روابط اجتماعی برای محافظت از شخصیت و کرامت بیمار. هیچ گونه مدرکی برای تایید یا رد تأثیرات هر یک از داروهای معمول مورد استفاده، سبک زندگی یا مداخلات رفتاری در دستیابی به اهداف درمانی مناسب در افراد سالمند در روزها و هفته‌های آخر زندگی وجود ندارد. بیشتر مداخلات نظیر اصلاح رژیم غذایی یا آموزش مثانه، بعید است در هفته‌های آخر زندگی برای بیماران مناسب باشد. برای برخی افراد، در صورتی که عملکرد جسمی و شناختی فرد مناسب باشد، مداخلات رفتاری نظیر ارتقاء عملکرد

تخلیه مثانه می‌تواند در حفظ تداوم عملکرد مثانه مؤثر باشد. با کاهش توانایی عملکردی، بیماران برای دستیابی و استفاده از سرویس بهداشتی یا وسایل کمک بهداشتی (مانند کمد یا ظرف ادرار) یا استفاده ازمحصولاتی مانند پد جاذب بهداشتی یا کاتتر ادراری نیاز به حمایت و کمک بیشتری دارند. سوندهای ادراری دائم معمولا مورد استفاده قرار می‌گیرند، اگر چه دستورالعمل‌ها به طور گسترده استفاده از کاتتر را به عنوان مدیریت علایم در انتهاین زندگی می‌پذیرد، اما عدم اطمینان در مورد بهترین روش در انتهای زندگی همچنان پا برجاست. انتخاب یک وسیله بهداشتی مناسب یا محصول مهارکننده می‌تواند پیچیده باشد. نیازهای فیزیکی شخص و ترجیحات شخص، فعالیت روزانه، زمینه‌ی مراقبت (به عنوان مثال چه کسی مراقبت روزانه را انجام می‌دهد: خانواده یا مراقبین بهداشتی) و در دسترس بودن تجهیزات مورد نیاز می‌تواند بر تصمیم‌گیری‌های درمانی تأثیر بگذارد. همانطور که در مطالعه‌ی موردی نشان داده شده است، برای یافتن محصولی که به بهترین وجه نیازهای فرد را برآورده سازد، بررسی چند وسیله ممکن است لازم باشد.

مطالعه‌ی موردی: بیمار با بی‌اختیاری ادراری

خانم پاتل ۸۴ سال دارد و در خانه سالمندان زندگی می‌کند. وی اخیرا در ناحیه‌ی ران دچار شکستگی شده است، از نظر جسمی بسیار ضعیف شده و معتقد است که هفته‌های آخر زندگیش را میگذراند. او نتوانسته بود برای استفاده از توالت فرنگی از رختخواب بلند شود. او متوجه شده بود که به دلیل نیاز به حرکت دادن باسن، استفاده از تشک‌های تخت دردناک است و همچنین پدهای جاذب ادرار نشت می‌کنند و منجر به آلوده شدن ناراحت‌کننده‌ی ملحفه‌های تخت می‌شود. پس از بحث در مورد مزایا و معایب استفاده از کاتتر ادراری با خانم پاتل و پرستارش، وی درخواست داد تا از این کاتتر استفاده کند. این کاتتر به صورت مداوم ادرار را جمع‌آوری و به کیسه‌ی جمع‌آوری ادرار تخلیه می‌کند و کیسه توسط مراقبش تخلیه می‌شد. با این حال پس از گذشت چند روز، خانم پاتل به دلیل ناراحت‌کننده بودن کاتتر ادراری آشفته شده و به عفونت ادراری مبتلا شد و به آنتی بیوتیک نیاز داشت. پس از بحث با پرستارش، خانم پاتل درخواست خارج نمودن کاتتر ادراری و استفاده مجدد از پدهای جاذب را داشت، اما این بار با بستن دقیق و کامل پد، از نشت ادراری جلوگیری نمود. همان‌طوری‌که درمورد خانم پاتل مشاهده شد انتخاب تجهیزات مختلف می‌تواند مفید باشد. جدول ۱۵.۲ جزئیات برخی از تجهیزات معمول را توضیح می‌دهد.

همه‌ی تجهیزات می‌توانند به طور بالقوه خطرناک باشند و آنها در انتهای زندگی در برابر عوارض جانبی همانند: عفونت ادراری ناشی از سوند و کاندوم‌شیت، نشت ادرار که منجر به تغییرات ناراحت‌کننده در بستر می‌شود و تروما و آسیب به پوست یا بافت ناشی از استفاده از دستگاه‌های فرسوده، آسیب‌پذیر هستند. با توجه به استفاده از همه‌ی وسایل، باید توجه دقیق به بهداشت و شستشو حفظ شود تا منجر به آسیب به پوست نگردد، آسایش و راحتی بیمار را فراهم کند و از بوی نامطبوع جلوگیری شود.

اختلالات شایع مثانه و موارد اضطراری

اگر هدف پرستار ارائه‌دهنده مراقبت تسکینی کاهش دیسترس بیمار بدون اضافه کردن نارحتی و رنج است، اختلالات ادراری به عنوان یک موضوع کلیدی باید مورد بحث قرار گیرد. اختلالات ادراری در بیماران در مراحل انتهایی زندگی می‌تواند ناشی از چندین دلیل باشد. اسپاسم مثانه (گاهی اوقات به عنوان مثانه پر کار مطرح می‌شود) هنگامی اتفاق می‌افتد که عضلات دترسور به صورت ناگهانی منقبض می‌شوند که می‌تواند باعث سفت شدن منطقه سوپراپوبیک و درد

جدول ۱۵.۲. تجهیزات کمک‌کننده به دفع و مهارکننده مناسب برای بیمارانی تحت مراقبت تسکینی

وسایل کمک توالت (هنگام انجام تخلیه ادرار ارادی، جایگزینی برای توالت فراهم می‌آورد)	**صندلی توالت فرنگی** در بیمارانی که با اطمینان (بدون پشتیبانی) می‌توانند از حالت خوابیده به نشسته تغییر حالت بدهند و بتوانند این موقعیت را حفظ کنند اما قادر به دسترسی به توالت ندارند، استفاده می‌شود. اندازه و سایزهای متفاوت آن قابل استفاده برای نوزادی تا بزرگ‌سالی و فرم‌های مختلف بدن است. این وسیله‌ها باید بعد از هر بار استفاده تمیز و شسته شوند و بو ندهند. از آنجا که شرایط می‌تواند در اواخر زندگی بسرعت تغییر کند، مراقبت‌ها باید برای ارزیابی توانایی انتقال بیمار قبل از هر بار استفاده در نظر گرفته شود. **کاتتر ادراری** در طرح‌های (قابل استفاده و یکبار مصرف) مناسب برای آقایان و خانم‌های با محدودیت حرکتی در دسترس است. این تجهیزات زنان دارای انتهای صافی است که در زیر آنها قرار می‌گیرد درحالی که برای مردان دارای دیافراگم برای قرار دادن روی آلت تناسلی است. از این تجهیزات اغلب می‌توان در حالت خوابیده یا نشسته استفاده کرد و ممکن است با کاهش نیاز به مراقبت و کمک با تحرک کمک کند. طرح‌های مختلفی برای کمک به محدودیت‌های مختلف مانند ضعف درگرفتن، در دسترس است. **لگن** بیشتر در افرادی که می‌خواهند روده خود را حرکت دهند اما قادر به انتقال ایمن یا راحت به توالت‌های معمول نیستند، بیشتر استفاده می‌شود. تمیز کردن لگن‌ها در محیط خارج از بیمارستان ممکن است سخت و ناراحت‌کننده باشد و بطور کلی استفاده از لوله‌های ادراری برای مردان ارجح‌تر است. بعضی از خانم‌ها ممکن است زمانی که لوله‌های ادراری برای آنها به خوبی کار نکند، لگن را ترجیح دهند.
وسایل مهارکننده در بیمارانی که نمی‌توانند یا اطمینان ندارند که بیرون روی خود را کنترل کنند استفاده می‌شود. افراد زیادی از ترکیبی از این وسایل استفاده می‌کنند. (مثلا محصولات متفاوت شب و روز)	**محصولات جاذب** از رایج‌ترین محصولات مهارکننده برای کنترل بی‌اختیاری ادراری هستند و در طیف وسیعی از طرح‌ها و سبک‌ها از جمله یکبار مصرف و قابل شستشو در دسترس هستند. پدها باید فاقد نشت و بو، راحت، ایمن باشند و به راحتی تعویض شوند. برای تهیه‌ی پد مناسب ارزیابی باید سطح (کم، متوسط، زیاد) و نوع نشت (فقط ادرار یا ادرار و مدفوع) را در نظر بگیرد، ایا اینکه فرد بتواند در مقابل تغییرات محصول ایستاده باشد (مثال اجتناب از کشش اگر بیمار نمی‌تواند بایستد)، راحتی (مثال قابل شستشو میتواند برای نشت زیاد به خوبی کار کند اما نیاز به امکانات شستوشو و خشک کردن دارد) و ترجیحات شخص در انتخاب وسیله مهم است. الزامات طراحی محصول با کاهش توانایی عملکردی تغییر می‌کند. **دستگاه مردانه** شامل غلاف‌های ادراری (کاندم‌شیت) یا شورت‌های مخصوص که از طریق یک مجرا ادرار را به کیسه‌ی ادراری منتقل می‌کند. این سوندها در اندازه، طرح‌ها و مواد مختلفی (لاتکس یا سیلیکون) وجود دارند و در مردان باید به دقت اندازه‌گیری شود تا از تناسب خوبی برخوردار باشد. سوندهای جدید حداقل باید هر روز بعد از شست و شوی آلت تناسی تعویض شود. در مردان با پنیس نهفته، سوند ادراری که به بیضه‌ها وصل شود، وجود دارد. اگر سوندهای ادراری نامناسب باشند، از شورت‌های ادراری استفاده می‌کنند اما ممکن است برای مردان تحت مراقبت پرستاری در رختخواب مناسب نباشد. استفاده از **سوندهای داخل مجرا** در جایی دیگر توصیف شده است و معمولا در افراد با مراحل انتهایی بیماری مثل احتباس ادرار، محافظت از پوست و ترجیح بیمار برای راحتی (مثلا تغییرات مکرر محصول باعث درد می‌شود) استفاده می‌شود. با این حال به یاد داشته باشید که کاتتریزاسیون یک روش تهاجمی است و گزینه‌های جایگزین باید به طورر کامل بررسی شوند.

مجرای ادرار شود. اسپاسم می‌تواند باعث فوریت در دفع ادرار شود و یا ادرار را با فشار از مثانه خارج کند و باعث نشت ادرار شود. اسپاسم مثانه می‌تواند برای بیمار بسیار آزاردهنده باشد. دلایل عمده اسپاسم مثانه عبارتند از:

- بیماری‌ها: نفوذ تومور، لخته‌ی خون، آسیب به طناب نخاعی و سایر شرایط نورولوژیک.
- درمان‌ها: فیبروز ناشی از اشعه، شیمی درمانی یا رادیوتراپی که باعث التهاب مثانه می‌شود، جراحی‌های مثانه و قسمت پایین شکم، درمان‌هایی مانند باسیل‌های داخل وریدی کالمت گرین (BCG) یا میتومایسین (MM).
- مکانیکی: وجود کاتتر یا استنت‌های داخل مجرا.
- عفونت: عفونت دستگاه ادراری.

درمان اسپاسم مثانه به دلایل ایجادکننده اسپاسم، شرایط و ترجیح خود بیمار بستگی دارد. اگر دلیل وجود کاتتر است، باید کاتتر را تغییر داد، حجم بالون کاتتر را باید کم کرد، می‌توان مثانه را شستشو داد تا لخته‌ها خارج شوند. با این وجود شواهد کافی برای کارامد بودن این تکنیک برای توصیه به عنوان پروتکل خاص وجود ندارد. اگر این کافی نیست باید ببینیم که آیا می‌توانیم کاتتر را کامل خارج کنیم یا اینکه از کاتتر متناوب به عنوان یک گزینه‌ی دیگر استفاده کنیم. درمان‌های دارویی می‌توانند اسپاسم مثانه را کم کنند و سبب تسکین درد ناشی از آن شوند. داروهای آنتی موسکارینی مانند اکسی بوتینین یا تولترودین منجر به کاهش انقباض عضلات مثانه می‌شود. ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای مانند ایمی پرامین و آمی تریپتیلین نیز ممکن است به کاهش اسپاسم کمک کنند. اگر درد بسیار شدید بود، از ضد دردهایی مانند مورفین می‌توان استفاده کرد. آنتی بیوتیک‌ها برا عفونت دستگاه ادراری در صورتی که گمان می‌رود کیفیت زندگی بیمار ارتقاء می‌یابد، تجویز می‌شود. مثانه‌ی بیش فعال بدون اسپاسم را می‌توان با بکارگیری کاندوم‌شیت برای تطابق با محیط خانه و حمایت مؤثر پرستار در مواردی که درمان‌های دارویی مؤثر نیستند یا عوارض جانبی زیادی دارند، مدیریت کرد. سیستیت هموراژیک هنگامی رخ می‌دهد که اپیتلیوم مثانه آسیب دیده و منجر به علایم دستگاه ادراری تحتانی از جمله تحریک مثانه، تخلیه دردناک و/یا مکرر و هماچوری شود. بیماران انکولوژی به دلیل شیمی درمانی (به ویژه سیکلوفسفاماید و ایفوسفامید که از طریق مثانه دفع می‌شود) و رادیوتراپی لگن در معرض خطر هستند. بیمارانی که تحت پیوند مغز استخوان قرار گرفته‌اند، به دلیل دوزهای بالای داروهای شیمی درمانی که به عنوان بخشی از درمان دریافت می‌کنند و در نتیجه افزایش حساسیت نسبت به آن، در معرض خطر تورم مثانه خونریزی‌دهنده مرتبط با ویروس BK قرار دارند. سیستیت خونریزی‌دهنده نیز ممکن است در اثر عفونت ایجاد شود. این امر جز شرایط اضطراری است که هم پرستاران و هم بیماران می‌توانند آن را تشخیص دهند و عواقب جدی از جمله انسداد مجاری ادرار، کم خونی ناشی از خونریزی یا حتی شنت ادرار به رحم (یک عفونت سیستمیک شدید) می‌تواند در پی داشته باشد. استراتژی مدیریت شامل حذف علت ایجاد مشکل، به عنوان مثال توقف شیمی درمانی (اگر علت شیمی درمانی است)، یا تجویز آنتی بیوتیک‌ها (اگر علت عفونی است). تجویز ضد دردها (برای فراهم کردن راحتی بیمار) نیز ممکن است مفید باشد.

مداخلات درمانی برای سیستیت هموراژیک می‌تواند شامل:

- تجویز داروهای وریدی مانند هیالورونیک اسید.
- تجویز اکسیژن با فشار زیاد.
- اقدامات جراحی مانند یورتروستومی جلدی، سیستوسکوپی و دیاترمی، آمبولیزاسیون وزیکال شریانی و جراحی انحراف ادراری بالای مثانه.

با وجود تمام این روش‌های درمانی، می‌بایست فواید آنها برای بیماران تحت مراقبت تسکینی ارزیابی شود، چرا که پیشگیری همواره بهتر از درمان است. هیدراتاسیون وریدی تهاجمی، تجویز مسنا (۲ مرکاپتواتان سدیم) و شستشوی مداوم مثانه در کنار سیکلوفسفامید یا ایفوسفامید می‌تواند ریسک ایجاد سیستیت هموراژیک را در بیماران کمتر کند، اگر چه به طور کلی مؤثر نیست. هماچوری وجود خون در ادرار است. این رخداد می‌تواند در اثر تومورهای مهاجم، اختلال انعقادی، عفونت مجاری ادراری، سنگ مجرای ادراری یا التهاب مثانه‌ی ناشی از شیمی درمانی و رادیوتراپی ایجاد شود. خونریزی می‌تواند میکروسکوپیک یا گسترده باشد. در مواردی که مراقبت تسکینی ارائه می‌گردد، در صورت وجود هماچوری میکروسکوپیک یا اگر هماچوری گسترده منجر به انسداد کامل مجرای ادراری یا کاهش قابل توجه در سطح هماتوکریت یا هموگلوبین نشود، مداخله الزامی نیست. برای هماچوری گسترده نیاز به درمان، اقدامات پرستاری مورد نیاز به شکل زیر است:

- داروهای بیمار را از نظر اینکه آیا داروی آنتی کواگولانت یا ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAID) مصرف می‌کند بررسی نمایید. (ممکن است نیاز به قطع مصرف باشد).
- آزمایشات ادراری (جزئی و کامل) برای تعیین وضعیت عفونت و محل خونریزی.

در صورت ادامه‌ی خونریزی، ممکن است سیستوسکوپی در نظر گرفته شود؛ اما اهداف انجام آن می‌بایست در افراد دچار بیماری پیشرفته سنجیده شود. همین مورد را می‌توان برای تزریق مایعات وریدی و انتقال گلوبول‌های قرمز (پک سل) انجام داد. کاتتریزاسیون با اندازه‌های بزرگ (گیج ۲۲-۲۴) و شستشو در صورتی که خونریزی وسیع بوده و سبب انسداد مجرای ادراری باشد و در وضعیتی که بیمار نتواند سوند را تحمل کند، ممکن است لازم باشد. عفونت ادراری در انتهای زندگی شایع است و شیوع آن در موارد تعبیه سوند ادراری بیشتر می‌شود. با این حال تشخیص UTI همیشه ساده نیست و تمایز بین UTI و باکتریوری بدون علامت بدون نیاز به درمان مخصوصا در بزرگ‌سالان که نمی‌توانند علایم را به خوبی بیان کنند، می‌تواند مشکل باشد. تعریف جامع ارائه شده برای UTI به طور کلی شامل کشت ادرار CFU/ml۱۰۵ یا بالاتر همراه با وجود علایم در دستگاه ادراری- تناسلی (به عنوان مثال: سوزش ادرار، درد یا تندرنس سوپراپوبیک، تکرر یا فوریت ادرار) است. UTI می‌تواند باعث ایجاد ناراحتی و دلیریوم چشمگیر بیماران در مراحل انتهای زندگی، پذیرش ناخواسته بیمار در بخش مراقبت‌های حاد شود. لذا به حداقل رساندن بار معنوی این علایم ضروری است. راهنمای درمانی توصیه می‌کند که آنتی بیوتیک‌هایی با طیف باریک از جمله تریمتوپریم یا نیتروفورانتوئین به عنوان درمان‌های خط اول استفاده شود. از مصرف آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف (به عنوان مثال آموکسی سیلین، کلاولانات، کینولون‌ها و سفالوسپورین‌ها) باید خودداری کرد زیرا خطر ابتلا به عفونت‌های کلستریدیوم دیفیسل، استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی سیلین (MRSA) و عفونت‌های ادراری مقاوم را افزایش می‌دهد. اگر چه UTI نیز یکی از دلایل رایج استفاده از داروهای ضد میکروبی در انتهای زندگی است اما به دلیل احتمال بروز عوارض جانبی ناخواسته (برای مثال: تهوع یا واکنش آلرژیک) و مقاومت ضد میکروبی، باید از استفاده غیر ضروری اجتناب شود. باکتریوری بدون علامت نباید با آنتی بیوتیک درمان شود.

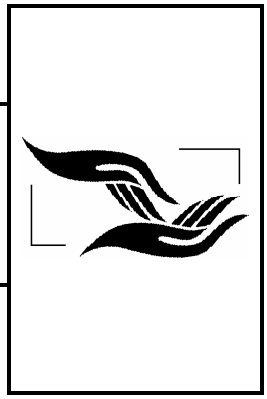
عوامل روانی- اجتماعی

با نزدیک شدن به پایان زندگی، تمرکز مراقبت از درمان به حفظ کرامت و راحتی بیمار تغییر می‌یابد. تابوهایی در مورد مرگ و مراقبت از مثانه به ویژه بی‌اختیاری ادراری ادامه دارد و بیماران، مراقبان و

بسیاری از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند این موضوعات سختی را برای بحث انتخاب کنند. با این حال بیماران از بین رفتن کرامت خود را به عنوان یک مشکل اساسی در مواقع نزدیک به مرگ مطرح می‌کنند و برای کمک به حفظ عزت نفس بیماران، پرستاران نباید از گفت‌وگو در مورد مدیریت مثانه و مرگ خجالت بکشند. این امر بسیار مهم است که بیمار بخواهد در خانه فوت کند و مراقبان غیر رسمی در مراقبت‌های روزانه مشارکت داده شوند. درباره ترجیحات بیماران در مورد مدیریت مثانه در اواخر عمر اطلاعات کمی در دسترس است. با این حال ما می‌دانیم که حفظ حریم شخصی در حین مراقبت‌های صمیمی مانند حمام دادن، به توالت بردن، سونداژکردن و تخلیه‌ی روده‌ها برای بیماران و مراقبان غیر رسمی اهمیت دارد. علاوه بر این بسیاری از مردم می‌خواهند در خانه بمیرند اما به دلیل عدم پشتیبانی برای فعالیت‌هایی مانند مراقبت از مثانه در محیط‌های اجتماع، می‌توان از این امر پیشگیری کرد و حتی در کشورهایی که سیستم ارائه‌ی مراقبت تسکینی بسیار پیشرفته‌ای دارند، عدم از بین رفتن این تابوها می‌تواند سبب افزایش بار کاری مراقبان غیر رسمی شود و برای بیمار و مراقبان مشکل ساز شود. برخی از بیماران ممکن است نگران مراقبت صمیمانه توسط اعضای خانواده باشند و نیاز به کمک در مدیریت و تخلیه مثانه می‌تواند ترس بیماران را در انتهای زندگی افزایش دهد. هنگامی که مراقبان در منزل در مراحل پایان زندگی درگیر مراقبت روزانه از مثانه هستند، باید اطلاعات، پشتیبانی و تجهیزات مورد نیاز برای موفقیت در انجام این نقش ازجمله آماده‌سازی بیمار و خانواده برای مرگ ناگهانی، جلوگیری از شرایط بحرانی در اختیار آنها قرار داده شود. با این حال مراقبان اغلب تمایلی به کار در زمینه‌ی مشکلات مربوط به بی‌اختیاری ندارند. برای کمک به افراد و مراقبان در جهت محافظت از کرامت بیمار و مراقب، جلوگیری از هرج و مرج یا خستگی و حفظ تداوم اجتماعی، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید در بحث اختلالات مثانه آشکارا سخن بگویند و استراتژی‌های مدیریتی را مطرح کنند. بحث‌های پیشگیرانه با بیماران (در صورت امکان) و مراقبان غیر رسمی باید شامل توضیح نیاز به ارزیابی منظم برای در نظر گرفتن شرایط متغییر، در نظر گرفتن اولویت‌های بیمار، ایجاد زمینه مراقبت (به عنوان مثال چه کسی از بیمار مراقبت می‌کند) و مسیر احتمالی نیازهای بی‌اختیاری و مداخلات بالقوه (به عنوان مثال تهیه‌ی صندلی توالت یا محصولات جذب‌کننده ادرار) است که ممکن است مفید باشد. مراقبت‌های تسکینی مختلفی برای مدیریت اختلالات ادراری افراد، بر اساس ماهیت بیماری، برای بیماران دچار بیماری‌های طولانی مدت یا حاد شناسایی شده است. در مواردی که بیماری به سرعت رو به رشد است، نیاز به افزایش سطح اطلاعات در جهت سازگاری زودهنگام با شرایط موجود ضروری است.

نتیجه‌گیری

مدیریت مثانه در یک بیمار تحت مراقبت تسکینی در بیمارستان، مراکز درمانی و در خانه یک مسئله‌ی پیچیده‌ای است. با این حال مسأله‌ای که پرستاران و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید آماده توجه بیشتر به آن باشند، به ویژه اینکه انجام این کار و یافتن راه حل برای مشکلی که تصور می‌شود غیر قابل حل است، می‌تواند تفاوت محسوسی را در زندگی بیمار و مراقبان داشته باشد. پرستاران درگیر مراقبت از بیماران دچار اختلالات ادراری در اواخر عمر، ممکن است با موانعی هم چون کمبود منابع یا دانش درمورد محصولات موجود برای کمک به این بیماران و همچنین ملاحظات روانشناختی و بالینی ذکر شده در این فصل رو به رو شوند. آگاهی داشتن از رسومات محلی، رویه‌ها و دستورالعمل‌ها، بعلاوه برای مرور کلی آنچه در این فصل آمده ضروری است.



فصل ۱۶

مراقبت تسکینی مداوم از زخم و استومی[1]

نکات کلیدی

- مراقبت تسکینی از زخم، استومی و توانایی کنترل حرکات روده و مثانه[2] (WOC)[3] بر رویکردی بین حرفه‌ای و بیمار محور، با هدف کاهش رنج و ارتقا رفاه و کیفیت زندگی از طریق تسکین علائم و حفظ یا بازیابی عملکرد تأکید دارند.
- مراقبت‌های زخم، استومی و بی‌اختیاری WOC در سطح پیشرفته، بر مدیریت علائم بیماری، با هدف بازیابی و بهبود اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از بدن، اجتماعی شدن و ارتقا کیفیت زندگی بیمار تمرکز دارد.
- مراقبت تسکینی از زخم یک فرایند پویا، بین حرفه‌ای، بیمار محور و خانواده محور است که اصول مراقبت از زخم مبتنی بر شواهد را با علم مدیریت پیشرفته علائم در جهت حفظ یا بازیابی عملکرد و بهزیستی روانشناختی ترکیب می‌کند، در نتیجه کیفیت زندگی را ارتقا می‌دهد.
- هدف از ارائه‌ی مراقبت تسکینی برای بیمار دچار انحراف یا فیستول مجاری ادرار یا مدفوع، کنترل اختلالات شناختی، روانی- حرکتی و فیزیولوژیکی است.
- مدیریت بی‌اختیاری ادرار و مدفوع در مراقبت تسکینی، با کنترل مداوم علائم از طریق مداخلات کمتر تهاجمی و کاملاً وابسته به توان سازگاری شخص در سطوح شناختی، روانی، حرکتی و فیزیولوژیکی بیماران در مراحل انتهای زندگی انجام می‌شود.

مقدمه

شیوع دقیق مسائل مربوط به زخم، استومی و توانایی کنترل دفع[4] در کلینیک‌های ارائه‌ی مراقبت تسکینی مشخص نیست. National Home and Hospice در سال ۱۹۹۶ در یک مطالعه نظرسنجی نشان داد که ۶۰٪ بیماران فعلی و ۸۰٪ بیماران ترخیص شده از مراکز مراقبت‌های تسکینی، بی‌اختیاری ادراری، کاتتر ادراری، ایلئوستومی یا کولوستومی داشتند. در سال ۲۰۱۵، حدود ۱۰۰۷۷۵۳ نفر از ذینفعان Medicare هنگام ثبت نام در مراکز hospice فوت شدند که آمارها نشان می‌دهد حدود ۸۰۰۰۰۰ بیمار مبتلا به بی‌اختیاری یا استومی در میان آن‌ها بوده است. بر اساس نتایج یک مطالعه، ۵۹۳ بیمار مبتلا به بیماری پیشرفته (۵۳٪ بیماران مبتلا به

1. Charles P. Tilley, Mei R. Fu, and Jana M. Lipson
2. continence
3. wound, ostomy, and continence
4. continence

سرطان و ۶۷٪ بیماران مبتلا به بیماری غیر مبتلا به سرطان) دچار زخم شدند. در این میان ۴۳ نوع زخم شناسایی شد که ۶۶٪ از کل زخم‌ها را صدمات فشاری[1] تشکیل می‌دهد. PIها عمدتا در بیماران مبتلا به غیر سرطان، معمولاً در ناحیه استخوان خاجی/ استخوان دنبالچه رخ می‌دهند. این اعداد و ارقام سرسام آور و حیرت انگیز است و به طور حتمی افزایش می‌یابد زیرا پیش‌بینی می‌شود جمعیت ۶۵ سال به بالا در سال ۲۰۵۰، ۸۳/۷ میلیون نفر باشد که تقریباً دو برابر میزان جمعیت در سال ۲۰۱۲ (۴۳/۱ میلیون نفر) است.

نیاز به دریافت مراقبت‌های تسکینی WOC در افراد مبتلا به بیماری‌های پیشرفته و مراحل انتهای زندگی به سرعت در حال افزایش است. با این حال، این نیاز نوظهور در پرستاری تسکینی هنوز تعریف نشده و یا این که در مورد آن تحقیقات کمتری در دسترس است. هیچ تعریف پذیرفته شده جهانی از پرستاری تسکینی WOC وجود ندارد، اما در ادبیات توافقاتی در مورد اهداف این روش وجود دارد که ممکن است در یک محیط درمانی، مراقبتی یا در مراحل انتهای زندگی اتفاق بیفتد. "مراقبت های انتهای زندگی[2]" به عنوان پیش آگهی نهایی ۶ ماه یا کمتر توسط مراکز (CMS) Medicare and Medicaid و انجمن کیفیت ملی (NQF)[3] تعریف می‌شود که همچنین تمایزی بین "مداخلات درمانی" و مراقبت تسکینی ایجاد می‌کند. مراقبت تسکینی همچنین برای کسانی که شرایط صعب العلاج ندارند و به بیماری لاعلاجی مبتلا نیستند ارائه می‌شود. به طور کلی پذیرفته شده است که اهداف اصلی پرستاری تسکینی WOC کاهش درد و ارتقا کیفیت زندگی است.

1. Pressure Injuries
2. End of Life care
3. National quality framework

مراقبت‌های WOC تسکینی شامل (۱) دستورالعمل‌های تخصصی (۲) رویکرد تیمی بین حرفه‌ای (۳) مرکزی برای حضور شبانه روزی بیماران و مراقبان (۴) تمرکز بر پیشگیری از عوارض، مدیریت علائم و حفظ عملکرد بیمار و ارتقا کیفیت زندگی و (۵) ارائه‌ی مراقبت‌های منحصر به فرد همراه با احترام به دستورالعمل‌ها و ترجیحات پیشین بیمار، است.

این فصل به ارزیابی، پیشگیری و استراتژی های مدیریت ویژه WOC و همچنین رویکردهای جامع‌تر، برای مدیریت علائم بیماری، پشتیبانی روانی – اجتماعی، دستیابی به حداکثر عملکرد و انتخاب تجهیزات کمکی مورد نیاز می‌پردازد. بخش اول این فصل به مراقبت تسکینی از زخم، شامل مفاهیم تغییرات پوستی در انتهای زندگی (SCALE)، نارسایی پوست و آسیب‌های قابل اجتناب در مقابل فشار (PIs)، زخم های انتهایی Kennedy (KTU) و آسیب بافت انتهایی Trombley- Brennan (TB- TTI)، استراتژی‌های پیشگیری، مدیریت و تسکین علائم PI، صدمات ناشی از زخم فشاری، پارگی پوست و آسیب‌های پوستی مربوط به چسب‌های پزشکی (MARSI)[4]، ایسکمی همراه با گانگرن اندام‌ها، زخم های قارچی بدخیم (MFWs)[5]؛ و زخمهای کمتر شایع (زخم‌های مارجولین[6]، کوتیس کلسینوز[7]، کلسیفیلاکسی[8]، درماتیت پرتویی[9]) می‌پردازد. در قسمت بعدی فصل، به بحث در مورد مدیریت تسکینی اختلالات مجاری دفع ادرار و مدفوع، کنترل ادرار، بی‌اختیاری ادراری و فیستول و در بخش آخر، در مورد درمان درماتیت مرتبط با بی‌اختیاری (IAD)[10] در محیط‌های مراقبت تسکینی پرداخته خواهد شد.

4. medical adhesive– related skin injuries
5. malignant fungating wounds
6. Marjolin's ulcers
7. Calcinosis cutis
8. Calciphylaxis
9. Radiation dermatitis
10. Dermatitis incontinence-associated

مطالعه موردی: بیمار مبتلا به سرطان متاستاتیک و کولوستومی

یک زن مجرد، ۶۶ ساله با سرطان متاستاتیک روده بزرگ، کولوستومی و بیماری‌های متعدد همراه با خواهرش به یک مرکز هاسپیس جهت بستری مراجعه کرده است. خواهرش برای مراقبت از وی در مراحل انتهای زندگی از خارج از کشور آمده بود و متوجه شد که کولوستومی خواهرش عملکرد درستی ندارد و نارسا است و خواهرش به علت نشت ادرار دچار التهاب ناحیه باسن شده است و از این قضیه رنج می‌برد. بیمار اکنون به طور کامل محدود به تخت[1] شده و به مراقبت کامل نیاز دارد. آرزوی بیمار این است که در خانه بمیرد، اما خواهرش به دلیل این که هیچ تجربه‌ای در زمینه‌ی مراقبت از اینگونه بیماران نداشته است و می‌ترسید که توانایی و مهارت کافی برای مراقبت از پوست و کلستومی خواهرش را نداشته باشد، لذا با پرستاران متخصص شاغل در هاسپیس[2] و یک پرستار WOC برای تهیه طرح مراقبتی که بیمار را قادر می‌سازد به آپارتمان بیمار با مراقبت هاسپیس در منزل برگردند، مشورت نمود.

نقش متخصص WOC

پرستار WOC نقش اساسی در ارائه راهنمایی‌های تخصصی مربوط به مسائل WOC در مراکز مراقبت‌های تسکینی و هاسپیس دارد. نقش تکامل یافته متخصص WOC به طور ایده آل شامل دامنه و استانداردهای هر دو حیطه پرستاری تخصصی WOC و پرستاری تسکینی است. پرستاران تسکینی و هاسپیس WOC، متخصصانی هستند که به طور منحصر به فرد می‌توانند مراقبت‌های اساسی و پیشرفته را در سطح کارشناسی تا پیشرفته ارائه دهند (جعبه ۱۶.۱) که مسئولیت‌های پرستار WOC در یک

1. Complete bed rest
2. Hospice Nurse Practitioner

جعبه ۱۶.۱. نقش پرستار WOC در هاسپیس و مراکز مراقبت تسکینی

مربی
- آموزش بیمار و مراقبین خانوادگی
- آموزش کارکنان (آگاه سازی، توسعه کارکنان، توسعه دانشکده)
- آموزش حرفه‌ای در سطح محلی، ملی و بین‌المللی

پرستار بالینی
- متخصص سطوح زخم، استومی و توانایی کنترل دفع ادرار و مدفوع، همراه با مشاوره
- سطوح مشاوره تخصصی در مراکز مربوطه و مراکز ارجاع‌دهنده
- رئیس کمیته پرستاران هاسپیس و مراکز تسکینی زخم، استومی و توانایی کنترل دفع ادرار و مدفوع
- نقش حمایتی: کمک به تصمیم‌گیری کارکنان در مورد رویکردهای تسکینی مراقبت

محقق
- تحقیق مبتنی بر انستیتوی ملی تحقیقات پرستاری را انجام می‌دهد یا در آن شرکت می‌کند: کانون‌های تحقیقات مراقبت تسکینی:
  الف) پایان زندگی و مراقبت تسکینی
  ب) ارتقا کیفیت زندگی: مدیریت علائم و خود مدیریتی
- ارتقاء پرستاری مبتنی بر شواهد

مدیریت
- مدیریت تأمین زخم، استومی و توانایی کنترل دفع ادرار و مدفوع:
  الف) تحلیل و مهار هزینه‌ها
  ب) توسعه فرمول
  ج) ارزیابی محصول
- بهبود کیفیت مداوم:
  الف) رضایت بیمار
  ب) شیوع و بروز آسیب فشاری
  ج) ثبت شیوع زخم
- سیاست، روش و توسعه پروتکل

تیم هاسپیس یا خدمات مراقبت تسکینی را بیان می‌کند. هر برنامه هاسپیس باید از یک پرستار WOC که در هاسپیس و مراقبت‌های تسکینی دارای گواهی معتبر است (CHPN، ACHPN) استفاده کند یا با او مشورت کند. صدور گواهینامه معتبر، سطح مهارت پرستاران را برای مراقبت از بیمارانی که نیاز به خدمات WOC تسکینی دارند، تضمین می‌کند و به متخصصان پرستاری اجازه می‌دهد تا با استفاده از مجوز خود، در محیط مراقبت‌های تسکینی فعالیت کنند.

مطالعه موردی: وضوح

پرستار متخصص پیشرفته WOC هاسپیس[1]، پس از اخذ یک تاریخچه جامع و معاینه فیزیکی، یبوست حاد ناشی از داروهای مخدر را تشخیص داد. این مشکل پس از شستشوی کلستومی و اصلاح رژیم روده بیمار برطرف شد. با معاینه بیشتر از شکم و استومی بیمار، APRN متوجه وجود سطوح ناصافی ناشی از تومور شکمی شد که مانع از چسبیدن کیسه‌ی کلستومی به خوبی بر سطح شکم بیمار می‌شد. پرستار سطوح ناصاف شکمی را با چسب خمیری پر کرد تا کیسه‌ی کلستومی در محل متصل شود. همچنین به خواهر بیمار آموزش داده شد که هر ۳ روز یک بار و در صورت لزوم کیسه کلستومی را تعویض کند. پس از بررسی باسن بیمار، پرستار متوجه وجود IAD شد؛ بنابراین با ارائه‌ی توضیحات لازم، اجازه‌ی تعبیه‌ی سوند فولی از بیمار اخذ شد. تعبیه‌ی کاتتر همراه با مصرف پماد زینک اکسید، منجر به بهبود IAD و افزایش توانایی بیمار در کنترل بی‌اختیاری دفع ادراری شده و بازگشت وی به خانه را تسهیل کرد. تیم مراقبت در منزل هاسپیس، پس از مشورت با پرستار پیشرفته WOC، مراقبت‌های خود را از سر گرفتند.

1. Advanced Practice Hospice WOC nurse

مراقبت تسکینی از زخم

مطالعه موردی: مراقبت از زخم

خانمی ۴۵ ساله و متاهل برای اولین بار در یک مرکز مراقبت تسکینی پذیرش شد. پرستار بلافاصله پس از ورود به اتاق معاینه متوجه بوی بسیار بدی در اتاق شد. وی پس از ملاقات با بیمار، متوجه شد که این خانم مبتلا به سرطان ولو است و در مرحله‌ی انتهای بیماری قرار دارد و این بوی بد ناشی ترشحات زخم واژن با منشا قارچی بدخیم است. او از لباس زیر با پدهای زایمانی جاذب برای جذب ترشحات استفاده می‌کرد. همسر بیمار اظهار داشت که وی در طی ۴ هفته‌ی گذشته از منزل خارج نشده است چرا که او به شدت از بو و ترشحات ناشی از زخمش خجالت می‌کشد و مجبور است چندین بار در روز دوش بگیرد و لباس هایش را عوض کند و "بسیار افسرده" است.

مراقبت تسکینی از زخم یک رویکرد جامع و یکپارچه است که بر مدیریت علائم، افزایش بهزیستی روانی اجتماعی، ادغام اهداف بیمار و خانواده و رویکردی بین حرفه‌ای تأکید دارد. مفهوم مراقبت تسکینی از زخم همواره در حال تکامل است و این اصطلاح برای اولین بار در دهه ۱۹۸۰ مطرح شد. از آن زمان، جنبش مراقبت تسکینی و هاسپیس مورد توجه مجامع بین‌المللی قرار گرفته و با گذشت هر دهه، شاهد افزایش مداوم تحقیقات در زمینه‌ی مراقبت تسکینی از زخم و متون مبتنی بر شواهد هستیم. تعریف صریحی از ارائه‌ی مراقبت تسکینی برای زخم در دسترس نیست و در این باره اتفاق نظری وجود ندارد. مراقبت تسکینی از زخم یک فرایند بیمار محور و خانواده محور است که با استفاده از یک چارچوب بین حرفه ای، اصول مراقبت از زخم مبتنی بر شواهد را با مدیریت پیشرفته علائم برای حفظ یا بازگرداندن عملکرد ساختاری و در نهایت بهبود روانشناختی و کیفیت زندگی ادغام می‌کند. علائم وقتی پیشرفته

قلمداد می‌شوند که دیگر درمان‌های متداول و مدیریت علائم، تأثیر منفی بر عملکرد جسمی و روانی و کیفیت زندگی نداشته باشند. اگرچه مدیریت علائم پیشرفته در اولویت است، اما تصور اینکه اهداف مراقبت تسکینی زخم هرگز نمی‌تواند شامل ترمیم زخم باشد، اشتباه است. PALCARE mnemonic (پیش آگهی، برنامه‌ریزی مراقبت های پیشرفته، وضعیت زندگی، تاریخچه جامع، ارزیابی، توصیه‌های مبتنی بر شواهد، آموزش بیمار، خانواده و کارکنان) یک چارچوب جامع برای توسعه یک برنامه تسکینی کل نگر، بین حرفه‌ای، بیمار محور برای مراقبت از بیماران با یک بیماری پیشرفته یا مراحل انتهای زندگی با زخم‌های پیچیده و غیر قابل التیام است (جعبه ۱۶.۲ مراجعه کنید).

تغییرات پوستی در انتهای زندگی و نارسایی پوستی

مفاهیم SCALE، نارسایی پوستی، TB-TTI، KTU و زخم‌های فشاری اجتناب ناپذیر طی دهه گذشته به دلیل تلاش پزشکان برای تعریف و طبقه بندی این پدیده‌های کمتر بررسی شده، با تکیه بر نظر و توافق متخصص، مورد توجه قرار گرفته اند. SCALE به عنوان تغییرات فیزیولوژیکی رخ می‌دهد که در نتیجه فرایند مرگ رخ می‌دهد و ممکن است بر روی پوست و بافت های نرم تأثیر بگذارد و ممکن است به صورت تغییرات عینی در رنگ پوست، تورگور، یکپارچگی یا علائم ذهنی مانند درد موضعی ظاهر شود. در سال ۲۰۰۹، یک هیئت متخصص از یک فرایند اصلاح شده دلفی استفاده کرد تا در مورد ۱۰ جمله توصیف کننده علل، عوامل خطر، علائم و نشانه‌ها و مدیریت SCALE به توافق برسد (به جدول ۱۶.۱ مراجعه کنید).

پوست بزرگترین اندام بدن است و در برابر اختلال عملکردی و نارسایی عضو آسیب پذیر است. نارسایی پوست یک سندرم بالینی است؛ "وضعیتی که تحمل بافت آن چنان به خطر بیفتد که سلول‌ها دیگر نتوانند در برابر اختلالات فیزیولوژیکی مانند کمبود اکسیژن، استرس‌های مکانیکی موضعی، عدم تحویل مواد مغذی و تجمع مواد جانبی متابولیکی سمی زنده بمانند". نارسایی پوست در سرتاسر روند بیماری رخ می‌دهد و ممکن است به عنوان حاد، مزمن یا مرحله آخر طبقه‌بندی شود. نارسایی حاد پوستی اتفاقی است که در نتیجه‌ی بی‌ثباتی همودینامیکی و کاهش پرفیوژن ایجاد شده و منجر به مرگ بافتی و پوستی می‌شود. مطالعه‌ای بر روی ۵۴۹ نفر از بیماران ICU نشان داد که پنج متغیر شامل: بیماری شریانی محیطی، نارسایی تنفسی، تهویه مکانیکی، نارسایی کبدی و سپسیس شدید / شوک سپتیک به طور مستقل و قابل توجهی با نارسایی پوستی در ارتباط هستند. نارسایی مزمن پوست منجر به مرگ پوستی و بافتی زمینه‌ای به دلیل کمبود خون در بیماران مبتلا به بیماری مزمن مانند بیماری شریانی محیطی، نفروپاتی، دیابت یا اختلالات تخریب عصبی می‌شود. هیپوپرفیوژن همزمان با نزدیک شدن به انتهای زندگی که منجر به ایجاد پوست و بافت زیرین می‌شود، در نتیجه منجر به نارسایی پوستی در مراحل انتهای زندگی می‌شود.

زخم‌های انتهایی Kennedy، آسیب‌های بافت انتهایی Trombley- Brennan و زخم‌های فشاری قابل اجتناب در مقابل زخم‌های غیر قابل اجتناب

اولین بار در سال ۱۸۷۷ توسط پزشک فرانسوی ژان مارتین شارکو، زخم‌های ساکروم را که در بیماران در حال مرگ ایجاد شده و گسترش می‌یافت را شناسایی نموده که آن را زخم شوم خواند؛ زیرا اکثر بیماران اندکی پس از ایجاد این زخم‌ها در گذشتند. اخیراً، زخم های انتهایی برجستگی استخوانی (KTU) و در بافت‌های مستعد فشار (TB-TTI) موازی با ویژگی‌های در حال تکامل توصیف شده است که زخم‌های فشاری قابل اجتناب در مقابل زخم‌های فشاری غیر قابل اجتناب را تعریف می‌کند.

جعبه ۱۶.۲. یک رویکرد سیستماتیک برای مراقبت تسکینی از زخم: PALCARE

پیش‌بینی

- مقیاس تشخیص هاسپیس و عملکرد تسکینی (PPS)
- آیا امید به زندگی بیمار هفته‌ها یا ماه‌ها است؟
- آیا بیمار در آخرین ساعات یا روزهای زندگی خود قرار دارد؟

برنامه‌ریزی مراقبت‌های پیشرفته

- اهداف مراقبت
  - بستری شدن بعدی در بیمارستان (تحت چه شرایطی)
  - آرزوهای احیا: وضعیت کد کامل در مقابل مرگ طبیعی
  - آنتی بیوتیک ها: داخل وریدی، خوراکی، موضعی
  - تغذیه یا هیدراتاسیون با دستور پزشکی
  - توضیحات مدیریت اضطراری (خونریزی، سپسیس)
- دستورالعمل‌های پیشرفته
  - کامل MOLST، POLST، پروکسی مراقبت‌های بهداشتی، اراده زندگی

شرایط زندگی

- در دسترس بودن مراقب
- مشارکت و تمایل مراقب
- توانایی شناختی / جسمی مراقب
- قابلیت اطمینان مراقب
- محیط/ مکان زندگی (محل سکونت در مقابل عدم اسکان، آب جاری، امکانات استحمام)
- امنیت یا عدم امنیت غذا
- سطح مراقبت مناسب هاسپیس را در نظر بگیرید
- هاسپیس بستری (Inpatient hospice) (IPU) برای علائم کنترل نشده
- هاسپیس مراقبت در منزل (علائم قابل کنترل در جامعه)
- مراقبت آسایش دهنده[1] (مراقب در دسترس نیست)

تاریخچه جامع

- بررسی علائم، فعالیت های روزمره زندگی، داروی جایگزین مکمل
- زخم (ها) و علائم همراه (درد، بوی بد، خارش، ترشح، خونریزی، ورم لنفاوی، اثر عمده زخم یا پانسمان، تعداد تغییرات پانسمان، برنامه پانسمان فعلی)
- روانپزشکی (پرسشنامه سلامت بیمار، اختلال اضطراب عمومی)
- اجتماعی (وضعیت حقوقی، بیمه، اشتغال، امانت داری / مسکن / عدم امنیت غذایی)
- معنوی (ابزار FICA)

ارزیابی

- ارزیابی جامع جسمی
- ارزیابی متمرکز زخم
- عکس زخم (سیاست سازمان را دنبال کنید)
- فرهنگ زخم، مطالعات آزمایشگاهی (در صورت لزوم)

توصیه‌ها

- اولویت های مدیریت علائم (درد، خارش، بو، ترشح، خونریزی، ادم لنفاوی، اثر عمده زخم یا پانسمان) و اهداف مراقبت تسکینی زخم را تعیین کنید.
- مداخلات موضعی و/ یا سیستمیک
- موارد ارجاع: پرستار زخم، استومی و بی‌اختیاری (اگر قبلاً درگیر نشده باشد)، روانپزشکی، مراقبت معنوی، کارهای اجتماعی و غیره

آموزش

- آموزش بیمار، خانواده، مراقبان
- آموزش کارکنان
- هدایت مدیران هاسپیس، مدیران، منابع مراقبت از زخم پرستاران

1. respite care

در سال ۱۹۸۹، اصطلاح "زخم انتهایی Kennedy" برای توصیف زخم‌هایی ایجاد شد که معمولاً از ۲۴ ساعت تا ۸ هفته قبل از مرگ ایجاد می‌شوند و علامت شوم و پیش آگهی نامناسب بیماری هستند. این زخم‌ها اغلب کل ضخامت پوست را شامل شده و معمولاً بدلیل هیپوپرفیوژن منجر به نارسایی پوست می‌شوند. این زخم‌ها پنج ویژگی اساسی شامل محل ساکروسوسیژئال، یک شکل پروانه یا گلابی مانند، بنفش، قرمز، آبی یا سیاه (اغلب با رنگ‌های متنوع) شروع ناگهانی و مرزهای نامنظم دارند.

TB-TTI به طور خود به خودی باعث ایجاد تغییرات پوستی شده و به سرعت گسترش می‌یابد و در مناطق کم فشار و بدون فشار وسیع مانند ران ایجاد می‌شود. مطالعه روی ۸۰ بیمار بزرگ‌سال در یک واحد مراقبت تسکینی نشان داد که زمان متوسط شناسایی TB- TTI تا مرگ ۳۶ ساعت بوده است. زخم‌های ایجاد شده در بیش از هفت محل مختلف در تنه و اندامهای فوقانی و تحتانی و در هر دو قسمت قدامی و خلفی، از نظر شکل متفاوت بودند. بیماری‌های کلیوی (۱۹٪) و عصبی (۱۹٪) تشخیص اصلی این بیماران بودند که اغلب همراه با بیماری‌های قلبی بود (۴۲٪). هر دو KTU و TB-TTI به عنوان زخم‌های پوستی اجتناب ناپذیر در نظر گرفته می‌شوند و به معنی کیفیت پایین مراقبت‌های ارائه شده در مراحل انتهای زندگی نیستند.

در سال ۲۰۱۶، انجمن پرستاران زخم، استومی، توانایی کنترل دفع (جامعه WOCN) مقاله‌ای در مورد زخم‌های فشاری قابل پیشگیری و اجتناب ناپذیر منتشر کرد و تأیید نمود که همه زخم‌های فشاری قابل پیشگیری نیستند. این تعاریف در ابتدا توسط مراکز Medicare and Medicaid (CMS) برای استانداردهای مراقبتی طولانی مدت ارائه شده است، اما توسط پانل مشاوره ملی زخم‌های فشاری (NPUAP)[1] گسترش یافته و در تمام بخش‌های بالینی اعمال شد. تعاریف فعلی عبارتند از:

زخم‌های فشاری قابل اجتناب: در صورتی که مراقب بیمار یک یا چند مورد از موارد ذیل را اجرا نکند احتمال ایجاد یک زخم فشاری قابل اجتناب وجود دارد: ارزیابی وضعیت بالینی فرد و عوامل خطر زخم‌های فشاری؛ مداخلات متناسب با نیازهای فردی، اهداف فردی و استانداردهای شناخته شده عملکرد را تعریف و اجرا کنید. تأثیر مداخلات را تحت نظر داشته و ارزیابی کنید یا مرتبا در رابطه با مداخلات تجدید نظر کنید.

زخم‌های فشاری اجتناب ناپذیر: حتی در صورت رعایت تمام موازین و بررسی وضعیت بالینی بیمار و کنترل عوامل خطر توسط مراقب، ممکن است زخم‌های فشاری غیر قابل اجتناب ایجاد شوند. مداخلات تعریف شده و اجرا شده مطابق با نیازهای فردی، اهداف و استانداردهای شناخته شده؛ تأثیر مداخلات کنترل و ارزیابی شود یا رویکردها را به طور مناسب اصلاح کنید.

یک مطالعه گذشته نگر بر ۲۰ بیمار که علیرغم ارزیابی‌های مکرر و اجرای اقدامات پیشگیرانه دچار زخم فشاری (جراحات) بیمارستانی شدند، نشان دهنده همزمانی بیماری زمینه‌ای این بیماران با ۱۰ بیماری فیزیولوژیک شایع بود: هیپوآلبومینمیا، کم خونی شدید، نارسایی تنفسی و اینتوباسیون، هیپوکسی همراه با آرام‌بخشی، هیپوتانسیون، عفونت یا سپسیس، بدخیمی، دیابت، نارسایی کلیوی و / یا نارسایی احتقانی قلب. این بیماری‌های همراه، معیارهای واجد شرایط بودن پذیرش بیمار در هاسپیس را نشان می‌دهد. این افراد اغلب یک بیماری همراه با بیماری زمینه‌ای خود دارند. همچنین متخصصان، سوءتغذیه، سن بالا، دهیدراتاسیون و چاقی را از عوامل مؤثر در ایجاد

1. National pressure injury advisory panel

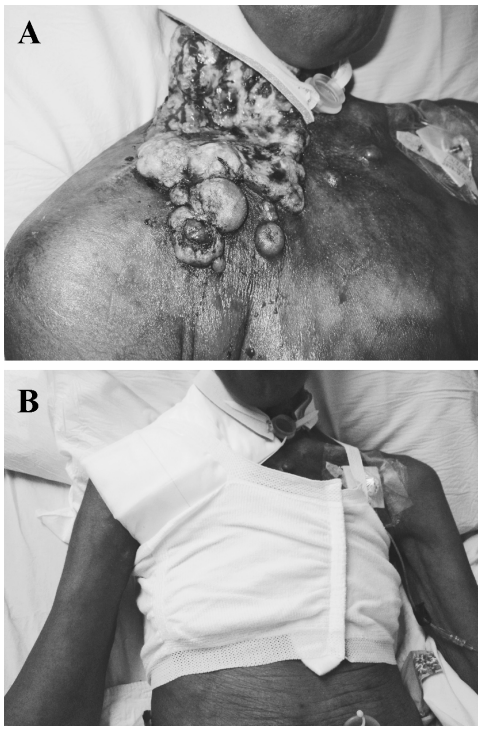
زخم‌های فشاری غیر قابل اجتناب و همچنین بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه و درمان با داروهای کورتیکواستروئید و ضد وازوپرسورها اعلام کرده‌اند.

علائم پیشرفته در زخم‌های پیچیده و غیر قابل درمان

ترکیبی از درمان‌های دارویی سنتی، پانسمان‌های اساسی و پیشرفته، دبریدمان، داروهای مکمل و درمان شناختی- رفتاری در مراقبت‌های تسکینی زخم برای کنترل درد، خارش، عفونت، بو، ترشح، خونریزی، ادم لنفاوی و اثر عمده زخم یا پانسمان به کار می‌رود (شکل ۱۶.۱).

درد: پوست دارای بیشترین اعصاب حسی نسبت به سایر اعضای بدن است و دارای گیرنده‌های درد خاص است که می‌تواند آسیب مکانیکی، حرارتی یا شیمیایی را با ماهیت جسمی، نوروپاتیک یا ترکیبی درک کند. درد در ۸۴٪ از بیماران مبتلا به زخم فشاری وجود دارد که هم در حالت استراحت و هم با تعویض پانسمان گزارش شده است. شیوع درد MFW، ۳۰/۲ تا ۷۷/۳٪ است. توصیف درد در زخم‌های سرطان پستان به یک علت عصبی، جسمی، مختلط و ارتباط با وضعیت زخم اشاره دارد (مورفولوژی، نوع بافت، اندازه، علائم). درد زخم اندام تحتانی در چندین مطالعه کیفی و کمی به عنوان بدترین علامت پیشرفته گزارش شده توسط بیماران مبتلا به زخم اندام تحتانی معرفی شده است. در جعبه ۱۶.۳ علل پاتولوژیک و ایاتروژنیک درد موقتی (حادثه‌ای) و مداوم زخم (همزمان با تعویض پانسمان، به هنگام شب و استراحت) ذکر شده است.

ارزیابی جامع درد و بررسی مفهوم کلی درد، شامل بررسی عوامل جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی است. یک ابزار ارزیابی درد معتبر و قابل اعتماد ابزاری است که درد ناشی از زخم یا درد بدون زخم و اتیولوژی گذرا یا دائمی ایجادکننده‌ی دردهای ناشی از زخم را بررسی



شکل ۱۶.۱. زخم قارچی سر و گردن که به دیواره راست قفسه سینه گسترش یافته است قبل از (A) و بعد از (B) تعویض پانسمان با لباس جراحی پوشانده شده است.

جعبه ۱۶.۳. اتیولوژی درد زخم

پاتولوژیک

- فشار مستقیم تومور بر یک ارگان
- فرسایش پوستی و آشکار شدن انتهای عصب
- آسیب اعصاب مربوط به حمله مستقیم یا فشار تومور
- ادم ثانویه به اختلال در غدد لنفاوی یا تخلیه آن، یا عفونت زخم
- التهاب ثانویه به عفونت زخم

ایاتروژنیک

- دستکاری پانسمان
- انتخاب نامناسب پوشیدن لباس
- چسب‌ها
- پاکسازی یا irrigation زخم
- دبریدمان

جعبه ۱۶.۴. مدیریت کلی درد

کل منشأ درد

عوامل جسمی

- درد خاص بدخیمی یا زمینه‌ای
  - سوماتیک، نوروپاتیک یا ترکیبی از هر دو حالت
- درد زخم
  - سوماتیک، نوروپاتیک یا ترکیبی از هر دو حالت
- مراقبت از زخم
  - پاکسازی بافت مرده‌ی روی زخم
  - دستکاری و تعویض مکرر پانسمان
  - چسبیدن پانسمان به بستر زخم در هنگام برداشتن پانسمان
  - بستر دردناک زخم
  - عفونت
  - آسیب پوستی مربوط به چسب پزشکی

عوامل روانی و اجتماعی

- مسکن، غذا، احساس ناامنی و عدم اعتماد به نفس
- اضطراب، افسردگی، اندوه و مسائل قبل از ترمیم زخم
- اختلالات تصویر بدن

عوامل معنوی

- عصبانیت وجودی

مداخلات و ارجاعات

مخدرهای طولانی اثر، مخدرهای کوتاه اثر، مداخلات دارویی و غیر دارویی کمکی برای هر پرستار متخصص یا مدیر پزشکی هاسپیس

شستشوی آرام پلاک‌ها و بافت‌های مرده‌ی سطح زخم

با پانسمان‌های مرطوب، دفعات تعویض پانسمان را کاهش دهید

خیساندن پانسمان قبل از پاک کردن با نرمال سالین (NS) یا آب خنک (tepid tap water)

پانسمان‌های غیر چسبنده: فوم[1]، پترولاتوم[2]، سیلیکون[3]

داروهای مخدر موضعی (۱۰ میلی گرم مورفین در ۸ گرم هیدروژل)

بی‌حس کننده‌های موضعی (ژل لیدوکائین ۲٪، ۳–۵ دقیقه قبل از مراقبت از زخم)

پانسمان‌های ضد میکروبی و / یا آنتی بیوتیک‌های سیستمیک

استفاده از تور یا لباس سوختگی، مانند سوتین پس از جراحی، لیکرا یا لباس زیر برای محافظت از پانسمان و عادی سازی تصویر بدن (به شکل ۱۶.۱ نگاه کنید)

اگر استفاده از چسب الزامی است، از محافظ‌های پوستی چسب کاغذی استفاده کنید.

مراجعه به مددکار اجتماعی، مشاور غم و اندوه

مراجعه به مراکز ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های معنوی

کند. رویکرد جامع درد (به جعبه ۱۶.۴ مراجعه کنید) شامل مدیریت پیشرفته علائم در بدخیمی ها یا درد مربوط به بیماری زمینه ای، همکاری بین حرفه ای برای رفع عوامل روانی – اجتماعی یا معنوی و مراقبت از زخم در سطوح تخصصی است.

خارش: علت خارش مرتبط با زخم ممکن است یا یک عامل ایجادکننده‌ی خارش[4] (پوستی) یا نوروپاتیک (مسیرهای عصبی آوران) باشد. خارش مربوط به زخم در زخم های وریدی، سوختگی، MFWs، زخم های فشاری و زخم های پس از جراحی گزارش شده است. خارش ممکن است بخشی از روند بهبودی و طبیعی باشد یا به دلیل التهاب، خشکی، بازسازی عصب، ترشح، لباس‌های تنگ یا پانسمان باشد. درماتیت ناشی از رطوبت زخم (Periwound) نیز ممکن است منجر به ایجاد خارش و درد شود. درماتیت ناشی از رطوبت

1. foams
2. petrolatum- based
3. silicone
4. pruritoceptive

جدول: ۱۶.۲. گزینه‌های مدیریت پوست و زخم (Periwound)

محافظ پوست	توصیف	ملاحظات	مثال
اکریلات‌های پلیمر مایع	پلیمرهای مایع حاوی حلال‌هایی هستند که هنگام تبخیر، یک لایه‌ی محافظ تشکیل می‌دهند.	ماسراسیون محل زخم، حفاظت، آماده‌سازی پوست، محل‌های اتصال لوله‌های درناژ، کاتترهای خارجی، محل‌های اطراف استومی‌ها و پانسمان‌های چسبنده	Cavilon (3M) No- sting Skin Prep (Smith & Nephew)
دیمتیکون	روغن بر پایه سیلیکون	ماسراسیون متوسط زخم (Modest maceration)، حفاظت، هیدراتاسیون خوب پوست، پوست متغیر اطراف زخم، محافظت در برابر عوامل محرک زخم	Remedy Olivamine Dimethicone Moisture Barrier (Medline)
محافظ پوست مبتنی بر اکسید روی	پودر سفید مخلوط شده با پایه کرم یا پماد	تحریک‌کننده پوست اطراف زخم، حفاظت، کالازیم حاوی منتول است که پوست تحریک شده را خنک می‌کند، هیدراتاسیون و از ماسراسیون زخم جلوگیری نمی‌کند، نامرتب است، پاکسازی آن از روی زخم و پوست دشوار است، با پانسمان زخم تداخل دارد، چسبندگی و جذب.	Remedy Phytoplex Z- Guard Skin Protectant Paste (Medline) Remedy Olivamine Calazime Skin Protectant Paste (Medline) Critic- Aid thick Moisture Barrier Skin Paste (Coloplast)
محافظ پوست بر پایه روغن	مخلوط روغن دانه کرچک و روغن هیدروژنه کرچک	تحریک‌کننده پوست و عامل ماسراسیون آن، هیدراتاسیون متوسط پوست، نامرتب است، پاکسازی آن از روی پوست و زخم دشوار است، با پانسمان و پوشاندن زخم تداخل دارد، چسبندگی و جذب	ConvaTec Sensi- Care Protective Barrier (ConvaTec) Remedy Phytoplex Z- Guard Skin Protectant Paste (Medline)

زخم (Periwound) به عنوان التهاب و فرسایش پوستی ناشی از قرار گرفتن طولانی مدت پوست در تماس با ترشحات زخم تعریف می‌شود. اصول درمان خارش مرتبط با زخم مانند اصول درمان درد است. در صورت امکان، پزشک ابتدا باید علت اصلی خارش را تشخیص دهد. پس از پرداختن به علت‌شناسی، رویکرد چند وجهی برای مدیریت علائم، ترکیب عوامل دارویی سیستمیک با درمان‌های موضعی، توصیه می‌شود. جدول ۱۶.۲ گزینه‌های مدیریت اختلالات پوستی را نشان می‌دهد.

عفونت، بو و ترشح: عفونت ممکن است باعث تأخیر در بهبودی زخم شود و در ایجاد بو، تشکیل

جعبه ۱۶.۵. اجزای اصلی برای آماده‌سازی سطح زخم (TIME)

- بافت غیرزنده باید دبرید شود.
- عفونت (التهاب) باید کاهش یافته و کنترل شود.
- عدم تعادل رطوبت یا کنترل تخلیه‌ی ترشحات باید برای جلوگیری از خشک شدن یا ماسراسیون رفع شود.
- حاشیه های اپیدرمی زخم باید از نظر عدم جوش خوردن به هم بررسی شود.

ترشح و درد نقش داشته باشد. بافت Devitalized باعث افزایش تکثیر بار زیستی[1]، ایجاد بوی بد و ترشح بیش از حد شده و مانعی برای ترمیم زخم است. دو عامل از چهار مولفه‌ی اصلی آماده‌سازی بستر زخم برای ترمیم شامل از بین بردن عفونت و برداشتن بافت نکروزه است که می‌بایست در اسرع وقت انجام شود (به جعبه ۱۶.۵ مراجعه کنید).

میزان تهاجم در مدیریت عفونت و از بین بردن بافت devitalized بر اساس دستورالعمل ها و شرایط اولیه بیمار هدایت می‌شود. عفونت محل زخم در پایان زندگی ممکن است بصورت تجربی و به صورت خوراکی یا تزریقی، همراه با/ بدون داروهای ضد میکروبی موضعی درمان شوند و به ندرت به کشت نیاز است. تشخیص بالینی عفونت در زخم‌های مزمن از کشت کیفی مهمتر است. کشت‌های سطحی زخم بحث برانگیز هستند و تهیه‌ی نمونه از بافت عمیق زخم به ندرت در مراقبت‌های تسکینی زخم مناسب هستند. همانطور که در جعبه ۱۶.۶ نشان داده شده است، انتخاب روش دبریدمان زخم به عوامل زیادی بستگی دارد. جدول ۱۶.۳ خلاصه‌ای از روش‌های متداول دبریدمان استفاده شده در مراقبت تسکینی از

1. bioburden proliferation

جعبه ۱۶.۶. عوامل مؤثر بر انتخاب روش مؤثر در دبریدمان زخم

- مقدار دبرید
- زمان مورد نیاز برای دبریدمان
- هزینه فرایند دبریدمان
- ماهیت تنظیم مراقبت
- آلرژی بیمار
- سطح درد بیمار
- پیش آگهی و برنامه درمانی بیمار
- درخواست‌ها و نظرات بیمار
- مشکلات بالقوه بیمار
- ماسریشن زخم
- ترومای بافت
- خونریزی
- وجود عفونت
- اندازه زخم
- مهارت پزشک بالینی
- نوع دبرید
- نوع ترشح
- عمق زخم و میزان تخریب پوست

زخم، مزایا و معایب هرکدام و موارد منع مصرف بیان شده است. دبریدمان مکانیکی (خیس-خشک) غیر انتخابی، دردناک و labor-intensive است بنابرین در بیماران تحت مراقبت‌های تسکینی توصیه نمی‌شود.

بو به عنوان یکی از ناراحت‌کننده‌ترین علائم در افراد دارای زخم‌های مزمن توصیف شده است. منبع بوی بد ممکن است مربوط به بافت نکروتیک مرطوب، بار زیستی، عفونت، پانسمان های بدون تغییر یا اشباع شده یا پانسمان‌های قدیمی باشد که به موقع تعویض نشده‌اند. شیوع بوی بد در MFWs ٪۱۰/۴ گزارش شده است. بوی "زباله"، "گوشت پوسیده"، "فاسد" و "کپک زده" توصیفاتی از اظهارات بیماران، اعضای خانواده و سایر مراقبان از جمله پرستاران است. حتی یک نفر بوی زخم را به بوی "جسد" تشبیه کرده است.

جدول ۱۶.۳. انواع روش‌های دبریدمان شایع در مراقبت تسکینی

روش/توصیف	مزایا	معایب	موارد منع مصرف
شیمیایی (غیر انتخابی): هیپوکلریت‌ها (به عنوان مثال محلول داکین)، ید پوویدون، ید Cadexomer (به عنوان مثال، یدوسرب، یدوفلکس)	به پاکسازی آهسته‌ی بافت‌های نکروتیک کمک می‌کند، تعداد میکروب‌های موجود در بستر زخم را کاهش می‌دهد، ارزان و سهل الوصول است، اثرات ضد میکروبی با طیف گسترده، ممکن است منجر به افزایش تأثیر لجن خشک در دبرید بافت‌های نکروتیک زخم شود. دبریدمان، تأثیر آهسته، بی‌خطر برای بافت زنده، ترشحات را جذب می‌کند، به دبریدمان اتولیتیک کمک می‌کند.	در بهبود بافت مضر است، احتمالاً باعث تحریک پوست اطراف زخم می‌شود، باعث ایجاد لکه می‌شود، برای فیبروبلاست‌ها مضر است، بی‌خطر برای فیبروبلاست‌ها، در بیماران تیروئیدی با احتیاط مصرف شود.	زخم تمیز و بدون عفونت زخم تمیز و بدون عفونت آلرژی به ید زخم تمیز و بدون عفونت
آنزیمی (انتخابی): که با تخریب و از بین بردن بافت نکروزه از طریق هضم آن توسط آنزیم‌ها صورت می‌گیرد.	برای بیمارانی که با انجام دبریدمان توسط ابزارهای تیز و جراحی موافقت نمی‌کنند یا در حال مصرف داروهای ضد انعقاد و یا تحت مراقبت تسکینی در منزل مفید است، به بافت طبیعی آسیب نمی‌رساند، می‌تواند در زخم‌های عفونی استفاده شود، گاهی اوقات همراه با آنتی بیوتیک‌های موضعی استفاده می‌شود، اگر به درستی استفاده شود مقرون به صرفه است.	برای زخم‌های پیشرفته مناسب نیست، زخم‌های سلولیت، به دستور پزشک نیاز دارید، گران، همراه با سایر محصولات درمان زخم مانند یون‌های فلزی (به عنوان مثال: سیلور) یا با داروهای ضد عفونی‌کننده موضعی (به عنوان مثال: داکینز) استفاده نمی‌شود، توصیه می‌شود که با الگوی هاشورزنی متقاطع روی اسکار استعمال شود.	زخم تمیز و گرانوله آلرژی
اتولیتیک (انتخابی): استفاده از آنزیم‌های موجود در ترشحات زخم بدن برای از بین بردن بافت نکروزه. درمان موضعی حفظ کننده‌ی رطوبت. هیدروژل‌ها، آلژینات‌ها، فوم‌ها، الیاف آب، پوشش‌های شفاف	هیدروژل‌ها، آلژینات ها؛ فوم‌ها و هیدروفیبرها مقداری از ترشحات زخم راجذب می‌کنند،اندکی از رطوبت زخم را حفظ کنید، انجام آن در هر محیط مراقبتی آسان است، بیمار احساس ناراحتی به هنگام استفاده از آن ندارد، انتخاب خوبی برای بیمارانی است که کاندید انجام دبریدمان تیز نیستند.	در مقایسه با سایر روش‌ها به کندی عمل می‌کند، برای کنترل عفونت نیاز به نظارت مداوم دارد، بوی مایع پانسمان هیدروکلوئید باعث می‌شود که اغلب با پانسمان "آلوده" اشتباه گرفته شود، پانسمان‌های جذبی می‌توانند خشک شوند	بسترهای زخم خشک برای پانسمان‌های جذبی مناسب نیستند.
دبریدمان سنتی با استفاده از ابزارهای تیز (انتخابی): استفاده از ابزارهای تیز برای از بین بردن بافت نکروزه از بستر زخم	سریع و مؤثر، در بالین بیمار قابل اجرا است، در صورتی که انجام دبریدمان فوریت داشته باشد انتخاب می‌شود (سپسیس)، ممکن است توسط پرستاران، درمانگران و پزشکان آموزش دیده و ماهر انجام شود.	بی دردی قبل از عمل لازم است، نیاز به تشخیص بافت زنده و غیر زنده است، بالقوه برای باکتریمی، نیاز به آموزش ویژه دارد، نیاز به مجوزدارد	اختلالات خونریزی، اختلالات شدید سیستم ایمنی، ایسکمی اندام انتهایی

بوی بد همه گیر است. مراقبان تغییر الگوی تنفسی خود برای جلوگیری از استشمام بو را به خاطر دارند و اظهار می‌کنند که تا مدت‌ها این تجربه در خاطرشان زنده بوده است.

مطالعات متعدد نقش مضر بوی بد را بر تصویر بدن، روابط اجتماعی و جنسی به اثبات رسانده است که منجر به اضطراب، شرمساری، عدم اعتماد به نفس و در نتیجه انزوای اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. شیوع ترشح در MFWs، در ۱۴/۶٪ گزارش شد و به عنوان یکی از چالش برانگیزترین علائم، همراه با تأثیر جدی بر عملکرد روانی- اجتماعی بوده است که منجر به گسترش رطوبت اطراف زخم مرتبط با درماتیت شناخته شد. از بین رفتن مرزهای فیزیکی پوست و ایجاد زخم‌هایی که همراه با ترشحات "عفونی مانند آبریزش بینی" است، باعث تحقیر و خستگی در بیماران می‌شود که نیاز به تعویض مکرر پانسمان و لباس‌های آلوده به ترشحات را افزایش می‌دهد. همچنین آلودگی لباس ها، زنان را مجبور به انزوای خودخواسته می‌کند تا "در برابر نگاه‌ها و قضاوت‌های منفی و آزاردهنده‌ی اطرافیان که به هویت آنها آسیب می‌رساند" در امان باشند. مدیریت بو و ترشحات زخم ممکن است دشوار باشد، لذا نیاز به مشاوره پرستار WOC دارد. جدول ۱۶.۴ پانسمان ها و عوامل ضد باکتری را برای کنترل عفونت، بو و ترشحات نشان می‌دهد.

خونریزی: خونریزی ممکن است ناشی از پارگی سطحی عروق کوچک موجود در بستر زخم تا آسیب عروق بزرگتر و خونریزی بیشتر باشد. بروز اختلال در عروق خونی که ناشی از تأثیرات مستقیم تومورها یا بستر شکننده‌ی زخم است، امری "غیرقابل پیش‌بینی" است. یکی از بیماران خانم، تجربه‌ی خود را در زمینه‌ی خون ریزی خود به خودی در طی یک جلسه‌ی کاری را مطرح کرد؛ وی نیازمند تعویض سریع لباس هایش بعد از جلسه‌ی کاری بود. این خونریزی‌های غیرقابل کنترل در بعضی مواقع آنقدر شدید بودند که زنان را مجبور به پذیرش هر گونه روند درمانی در جهت رهایی از احساس شرم و ناراحتی می‌کرد. جدول ۱۶.۵ به طور خلاصه مداخلات مربوط به خونریزی را بیان می‌کند. بحث در مورد مراقبت در مورد خونریزی، بخشی جدایی ناپذیر از برنامه ریزی مراقبت از بیمار به خصوص برای بیمارانی است که دارای زخم پیچیده و غیر قابل درمان هستند، زیرا ممکن است مداخلات از نوع خوش خیم (اعمال فشار مستقیم، جایگزینی ویتامین K، اصلاح درمان ضد میکروبی موضعی) به حالت غیر تهاجمی و یا تهاجمی (به عنوان مثال، مداخلات عروقی برای کنترل خونریزی، فرآورده‌های خونی، اشعه) باشد. قطع مصرف ضدانعقاد برای بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی، ترومبوز ورید عمقی، آمبولی ریوی یا سکته آمبولیک نیازمند بحث درمورد خطرات در مقابل فواید است (شکل ۱۶.۲).

ادم لنفاوی: ادم لنفاوی تأثیرات نامطلوب روانی و اجتماعی برای بیماران در پی دارد. بیماران مبتلا به ادم لنفاوی ثانویه به MFWs پستان احساس خطر می‌کنند. تمایل به "پنهان کردن" تورم بازو به دلیل خجالت زدگی، در نهایت منجر به محدودیت دسترسی بیمار به حمایت اجتماعی و منزوی شدن وی می‌شود. در فصل ۱۶ اطلاعات کاملی در مورد ادم لنفاوی ارائه شده است.

تأثیرات عمده زخم‌ها و پانسمان‌ها: تأثیرات غالب زخم‌ها و پانسمان‌ها به مشخصات بافت زخم و نوع پانسمان‌ها و بانداژ زخم در برابر حالت طبیعی پوست بدن بستگی دارد. این امر می‌تواند بر انتخاب لباس توسط بیمار تأثیر بگذارد، تحرک را محدود کرده و سایر علائم مانند ناراحتی یا خارش را در بیمار بررسی نمایید. استفاده آگاهانه از بریس‌های جراحی (نگاه کنید به شکل ۱۶.۱) و زیرپوش های مخصوص برای ثابت نمودن پانسمان و محافظت از آن ممکن است به کاهش تأثیرات نامطلوب کمک کند.

جدول ۱۶.۴. پانسمان و عوامل ضد باکتری برای کنترل بو و درناژ

نمونه‌هایی از پانسمان و عوامل ضد باکتری	نمونه‌هایی از مارک‌ها	اثرات و ملاحظات مفید	هزینه‌ها
فوم‌ها	Allevyn (Smith & Nephew) Aquacel Foam (Convatec) Tegaderm Foam (3M) Mepilex (MonlynlyckeHealth Care)	رطوبت زخم را افزایش می‌دهد و به بافت نمی‌چسبد. از خط حمله جلوگیری می‌کند. اشکال و اندازه‌های مختلف موجود برای تنظیم شکل پانسمان مطابق با قسمت‌های خاص بدن (به عنوان مثال، پاشنه‌ها). اطلاعات بیشتر درباره این نوشتار مبدأ برای اطلاعات ترجمه بیشتر، نوشتار مبدأ لازم است.	5 × 5 box = $$ 5 × 5 box = $$ 6 × 6 box = $$ 6 × 6 box = $$
کلسیم آلژینات‌ها	Algicell (Derma Sciences) Algisite M (Smith & Nephew) Tegaderm High Gelling (3M)	ممکن است برای پوشاندن یا پر کردن بستر زخم استفاده شود. مواد پانسمان در هنگام ایجاد بستر مرطوب زخم، به ژل تبدیل می‌شود و هرگونه ترشحات را جذب می‌کند. ممکن است به عنوان یک عامل هموستاتیک عمل کند.	4 × 4 box = $ 4 × 4 box = $ 4 × 4 box = $
عسل	Activon Tulle (Avancis) Medihoney (Medihoney)	محلول شکر اشباع شده با اسمولاریته بالا، فعالیت آب کم. ضد باکتری، زخم را مرطوب کرده و بافت نکروزه را از بین می‌برد. PH زخم را کاهش می‌دهد تا بهبود یابد.	4 × 4 box = $ 4 × 4 box = $
سیلور	Aquacel Ag hydrofiber (Convatec) Acticoat 3 (Smith & Nephew) Optifoam Ag (Medline)	رهاسازی تدریجی نقره، اثرات ضد باکتری پایدار بر روی طیف وسیعی را ایجاد می‌کند.	12 box = $$$ 4 × 4 box = $$$ 4 × 4 box = $$
زغال (Charcoal)	CarboFlex (Convatec)	مولکول‌های کوچک گاز و هاگ باکتری را جذب می‌کند. به عنوان پانسمان اولیه یا ثانویه استفاده می‌شود.	4 × 4 box = $$
محلول داکین	0.25% Concentration	اثرات ضد باکتری طیف گسترده، باعث انحلال بافت نکروزه می‌شود. ممکن است روزانه دو بار نیاز به تعویض پانسمان وجود داشته باشد.	1 16- oz bottle = $
مترونیدازول	1% Flagyl spray 5% Flagyl powder Crushed tablets 0.71% Flagyl gel	ضد باکتری، مؤثر در برابر بی‌هوازی‌ها	100 mL = $ 57 g = $ 14 tablets = $ 71% gel (1 tube,45 g) = $$

جدول ۱۶.۵. مداخلات برای خونریزی مرتبط با زخم

دسته‌بندی خونریزی	مداخلات	ملاحظات
پیشگیری	انتخاب پانسمان و پاکسازی زخم	۱. پانسمان‌های غیر چسبنده به عنوان ایجاد یک لایه تماسی (گاز سیلیکون، کف، یا پترولاتوم) توصیه می‌شود. ۲. پاکسازی یا شستشوی آرام ۳. پانسمان مرطوب قبل از برداشتن، شل شده و از چسبندگی به بستر زخم جلوگیری می‌کند.
خونریزی جزئی (قابل کنترل در بالین بیمار)	فشار مستقیم، نیترات نقره، استفاده از اپی نفرین، آلژینات کلسیم	۱. با گاز تمیز، فشار اندکی بر موضع اعمال کنید. ۲. به شکل ۱۶.۲ نگاه کنید. ۳. گاز را با ۱ میلی گرم اپی نفرین و ۱ میلی لیتر NS (نسبت ۱: ۱) آغشته کنید و برای ۱۰ دقیقه فشار مستقیم اعمال کنید تا باعث انقباض عروقی موضعی شود.
خونریزی شدید (نیاز به مداخلات تهاجمی)	مداخله عروقی، تابش- تشعشع	۱. در صورت استفاده به عنوان یک عامل خونریزی، ممکن است خود را در زخم قرار داده و استخراج آن مشکل باشد.
خونریزی در مراحل پایانی	اقدامات آسایش‌دهنده (comfort care)	۱. حوله‌های جاذب در دسترس باشد و برای مهار و جذب خون استفاده شود. ۲. با بنزودیازپین بیمار را آرام کنید و درد را با یک مخدر کنترل کنید. ۳. بیمار را با پتو بپوشانید؛ زیرا از دست دادن خون ممکن است منجر به هیپوترمی شود و باعث لرز یا تشدید خون ریزی گردد.

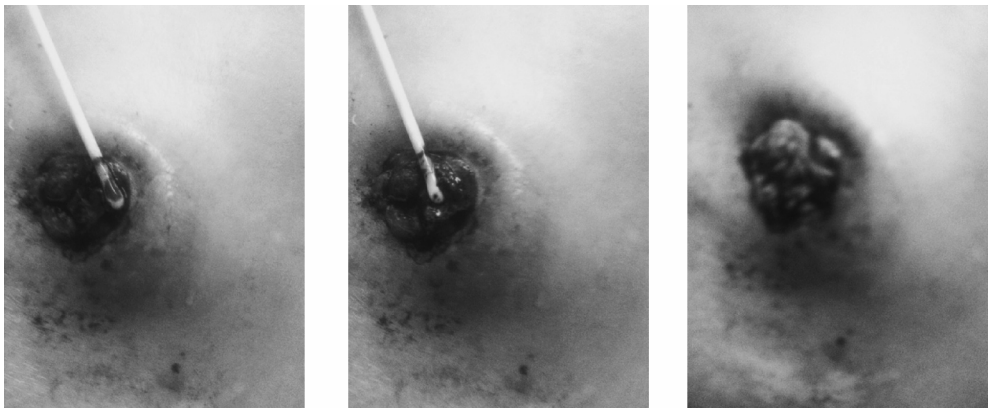
رطوبت اطراف زخم همراه با درماتیت

درماتیت همراه با رطوبت اطراف زخم یکی از چهار زیرمجموعه‌ای است که تحت اصطلاح چتر آسیب‌های ناشی از رطوبت پوست (MASD)[1] وجود دارد و یکی از موارد اصلی در مراقبت تسکینی از زخم است. زخم‌هایی که به شدت ترشح دارند ممکن است باعث هیدراتاسیون بیش از حد و ماسراسیون پوست شوند و منجر به شکنندگی بیشتر پوست، عفونت، درد یا خارش گردند. ماسراسیون پوست به عنوان تحریک و آسیب پوست مجاور (در مرز ۴ سانتی متری اطراف زخم) به زخم ناشی از اشباع بیش از حد توصیف می‌شود. پوست حاشیه‌ای ممکن است به صورت ماسریشن ظاهر شود. پوست چروکیده و سفید، یا خاکستری که معمولاً با التهاب، اریتم و تورم، درد یا خارش همراه است.

نشان داده شده است که ترکیب اگزودا علاوه بر حجم، با خطر ابتلا به MASD ارتباط دارد. یک مطالعه در مورد زنان مبتلا به زخم‌های پستانی با منشاء قارچی، ترشح با سطح بالاتری پوترسین[2] و وجود کاداورین[3] را با بروز بالاتر درماتیت و خارش مرتبط با افزایش رطوبت پس از آن مرتبط دانست. درمان و پیشگیری از خارش ناشی از MASD با انتخاب پانسمان جاذب مناسب و پاکسازی بستر زخم آغاز می‌شود. محافظت از پوست اطراف زخم مرحله مهم بعدی در جلوگیری از MASD است که با چندین محصول موجود قابل پیشگیری است (جدول ۱۶.۲ را ببینید). هیچ مطالعه‌ای به طور خاص به بررسی و مقایسه‌ی محصولات مورد استفاده در محافظت از

1. moisture associated skin damage

2. putrescine
3. cadaverine



شکل ۱۶.۲. کاتریزیشن ضایعات بدخیم شکمی خونریزی‌دهنده با میله‌های نیترات نقره

پوست را در بیماران مبتلا به MFW نپرداخته است. یک متاآنالیز توسط چورن[1] و همکاران در زمینه‌ی زخم‌های غیر بدخیم نشان داد که در چهار مطالعه انجام شده، پوشش‌های شفاف روی زخم[2] نسبت به دارونما برتر بوده و در مقایسه با محصولات حاوی زینک اکساید یا مواد نفتی تفاوت آماری معنی داری ندارد.

برنامه‌های مدیریتی هاسپیس ممکن است از قبل شامل استفاده از پوشش‌های شفاف پوستی با پایه‌های نفتی، کالازیم و اکسید روی به عنوان بخشی از پروتکل‌های درمانی آنها باشد. آکریلات مایع ساز به دلیل این که در چسبندگی پانسمان یا پاک کردن آن از سطح پوست اختلال ایجاد نمی‌کند، نیز توصیه می‌شود و برای محافظت از پوست در برابر MARSI و پیشگیری یا درمان MASD استفاده می‌شود. در هنگام انتخاب یک پوشش شفاف پوستی باید فاکتورهای مختلفی از جمله مکان، آلرژی و حمایت از مراقبت کننده در نظر گرفته شود. آکریلات پلیمر مایع برای زخم‌های قسمت‌های بالای بدن، سر و صورت مناسب است زیرا در این شرایط ضایعات کمتری ایجاد می‌شود و هیچگونه اختلالی در چسبندگی پانسمان ایجاد نمی‌شود. برای زخم‌های دستگاه تناسلی یا کشاله ران، سد پوستی مبتنی بر زینک اکساید یا پترولاتوم در نظر بگیرید، به خصوص در صورت بی‌اختیاری مدفوع یا ادرار مناسب‌تر است.

اصول ارزیابی زخم

ارزیابی زخم باید با مراجعه به بیمارستان و یا مراکز خدمات مراقبت تسکینی، به صورت هفتگی و یا در پی هر گونه تغییر در شرایط زخم انجام شود. استفاده از یک رویکرد سیستماتیک با یک ابزار ارزیابی جامع توصیه می‌شود (به جعبه ۱۶.۷ مراجعه کنید). فرایند نظارت بر زخم شامل بررسی و تعویض پانسمان زخم توسط پرستاران با مهارت کمتر و ثبت و انتقال اطلاعات مربوط به شرایط زخم به پرستاران متخصص و ماهرتر است

آسیب‌های فشاری و آسیب‌های فشاری مرتبط با تجهیزات پزشکی

در سال ۲۰۱۶، NPUAP اصطلاح "زخم فشاری" را به "آسیب فشاری (pressure injury)" (PI) تغییر داد تا از سردرگمی موجود در زمینه‌ی طبقه‌بندی PI با

1. Schuren
2. Film barrier

جعبه ۱۶.۷. بررسی سیستماتیک زخم

۱. اتیولوژی/نوع آسیب به پوست
۲. محل
۳. مرحله (فقط آسیب‌های فشاری)
۴. ابعاد: (طول [سر تا پنجه پا]، عرض [مفصل ران از پا تا لگن]، عمق [استفاده از نوک Q]، ارتفاع)
۵. تخریب (فقط در آسیب‌های فشاری مرحله III یا IV])
اندازه‌گیری زخم در جهت عقربه‌های ساعت، سپس تعیین عمیق‌ترین قسمت زخم.
اندازه‌گیری عمق زخم و آسیب ایجاد شده و تعیین محل آن بر اساس روش ساعت.
۶. توصیف پایه زخم
گرانولاسیون: صورتی یا قرمز به رنگ گوشت، براق، مرطوب، گرانوله
بافت نکروتیک: خاکستری تا سیاه و مرطوب
اسکار: خاکستری تا سیاه و خشک / چرمی
اسلاف: زرد تا سفید و ممکن است رشته‌ای (شل) باشد یا به صورت لایه‌ای روی پایه زخم ظاهر شود (چسبنده)
اپیتلیال: بافت براق جدید یا صورتی
ممکن است ترکیبی از موارد فوق باشد.
۷. درناژ
مقدار: کم، متوسط یا فراوان.
رنگ/ قوام: سروزی، چرکی یا موارد دیگر
۸. بو: وجود دارد یا نه
۹. پوست اطراف زخم
۱۰. درد: همراه با برداشتن لایه‌ی پانسمان زخم، پاکسازی، دبریدمان یا پوشاندن زخم با پانسمان
۱۱. عفونت: بلی یا خیر. علائم یا نشانه‌های عفونت را توصیف کنید.

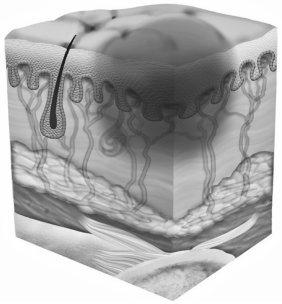
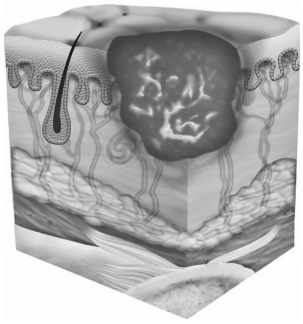
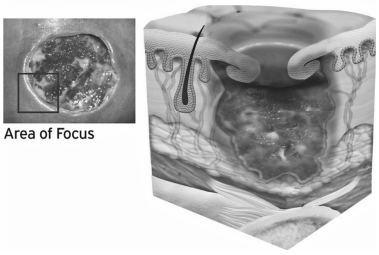
پوست سالم در مقابل زخم باز بکاهد. آسیب فشاری (PI)، آسیب موضعی پوست و / یا بافت نرم زیرین است که به علت برجستگی‌های استخوانی یا تجهیزات پزشکی یا دستگاه‌های دیگری رخ می‌دهد. PIها در محیط‌های مراقبت تسکینی اغلب قابل پیشگیری نیستند و مداخلات برای ریشه کن کردن آنها در بیماران لاعلاج به دلیل ضعف جمعیت، عوامل خطر گسترده و شرایط همراه، پیچیده است. آسیب‌های فشاری مرتبط با تجهیزات پزشکی علت ابتلا به PI را توصیف می‌کند و باید با استفاده از همان سیستم مرحله‌بندی آسیب‌های فشاری توصیف شود (جدول ۱۶.۶ را ببینید). این آسیب‌ها به دلیل فشار طولانی مدت ناشی از دستگاه‌های تشخیصی (کاتترهای فولی حساس به دما) یا درمانی (لوله‌های بینی‌معده، لوله‌های مقعدی) ایجاد می‌شوند و معمولاً منجر به آسیب دیدگی متناسب با نوع دستگاه می‌شوند.

عوامل خطر، ارزیابی ریسک و کاهش خطر

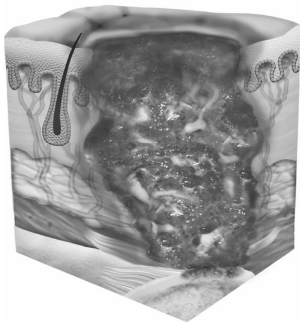
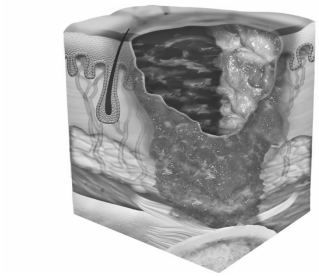
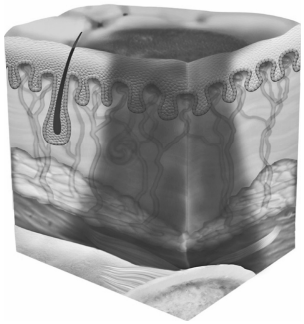
فاکتورهای مختلفی در مبتلایان به بیماری پیشرفته و مراحل انتهای زندگی وجود دارد که آنها را در معرض خطر توسعه PI و عدم بهبود قرار می‌دهد. این عوامل خطر شامل سن بالا، سوء تغذیه کالری-پروتئین، عدم تحرک و عدم فعالیت، شکاف یا زخم در بدن[1]، اصطکاک، رطوبت، بی‌اختیاری و تغییر درک حسی است. ابزارهای غربالگری با شناسایی عوامل خطر خاص، بیمارانی که در معرض خطر PI قرار دارند را تشخیص می‌دهند که امکان مداخلات هدفمند جهت کاهش خطر را فراهم می‌کند. NPUAP ارزیابی خطر ابتلا به PI جدید را در هنگام پذیرش، در فواصل منظم پس از آن و با هر تغییر در شرایط بیمار را با استفاده از یک ابزار ارزیابی خطر معتبر توصیه کرده است. چندین ابزار برای ارزیابی ریسک PI توسعه یافته است. مقیاس نورتون و مقیاس برادن دو ابزار پرکاربرد است که حداقل داده‌ها در مورد اعتبارسنجی آنها در جمعیت بیمارستان هستند. ابزار

1. shear

جدول ۱۶.۶. سیستم مرحله‌بندی آسیب فشار NPUAP

مرحله	تعریف و توصیفات بالینی	شکل
مرحله ۱ آسیب فشار: اریتم غیر قابل منتشر پوست سالم	پوستی سالم و دست نخورده با ناحیه موضعی اریتم غیر قابل منتشر که ممکن است در پوست دارای رنگدانه‌های تیره متفاوت باشد. تغییر در احساس، دما یا استحکام در پوست، ممکن است قبل از وجود اریتم قابل جبران باشد. تغییر رنگ شامل تغییر رنگ به حالت بنفش یا قهوه‌ای نیست. این موراد ممکن است آسیب فشار عمقی در بافت را نشان دهد.	Stage 1 Pressure Injury - Lightly Pigmented 
مرحله ۲ آسیب فشار: از بین رفتن ضخامت جزئی پوست با نمایان شدن درم	از بین رفتن ضخامت جزئی پوست با نمایان شدن درم. بستر زخم زنده، صورتی یا قرمز، مرطوب است و همچنین ممکن است به صورت تاول دست نخورده یا پر از سرم ظاهر شود. بافت‌های چربی و عمیق‌تر قابل مشاهده نیستند و بافت گرانوله، اسکار و اسلاف وجود ندارد. این آسیب‌ها معمولاً ناشی از میکروکلیما و برش نامطلوب پوست روی لگن و برش در پاشنه است. از این مرحله نباید برای توصیف آسیب پوستی مرتبط با رطوبت (MASD) از جمله درماتیت همراه با بی‌اختیاری، درماتیت بین ریشه‌ای (ITD)، آسیب پوستی مربوط به چسب پزشکی (MARSI) یا زخم‌های آسیب زا (پارگی پوست، سوختگی، سایش) استفاده شود.	Stage 2 Pressure Injury 
مرحله ۳ آسیب فشار: ریزش پوست با ضخامت کامل	از بین رفتن ضخامت کامل پوست که در آن چربی در زخم قابل مشاهده است و بافت گرانوله و اپیبول (لبه‌های زخم نورد شده) اغلب وجود دارد عمق آسیب بافتی از نظر مکان تشریحی متفاوت است. مناطق با چاقی قابل توجه می‌توانند زخم‌های عمیقی ایجاد کنند اسلاف و یا اسکار ممکن است قابل مشاهده باشد و تضعیف*، یک تونل‌زنی** یا مجاری سینوسی** ممکن است رخ دهد. فاشیا، عضله، تاندون، رباط، غضروف و / یا استخوان در معرض دید قرار ندارند.	Stage 3 Pressure Injury with Epibole  Area of Focus

جدول ۱۶.۶ ادامه. سیستم مرحله‌بندی آسیب فشار NPUAP

مرحله	تعریف و توصیفات بالینی	شکل
مرحله ۴ آسیب فشار: از بین رفتن پوست و بافت با ضخامت کامل	از بین رفتن پوست و بافت با ضخامت کامل همراه با فاشیای در معرض یا قابل لمس مستقیم، عضله، تاندون، رباط، غضروف یا استخوان در زخم. عمق آسیب بافتی از نظر مکان تشریحی متفاوت است. اسلاف و یا اسکار ممکن است قابل مشاهده باشد و تضعیف، یک تونل زنی یا مجاری سینوسی ممکن است رخ دهد.	Stage 4 Pressure Injury 
آسیب ناپایدار فشار: از بین رفتن پوست و ضخامت کامل پوست	از بین رفتن پوست و بافت با ضخامت کامل که در آن میزان آسیب بافتی درون زخم را نمی‌توان تأیید کرد زیرا توسط اسلاف یا اسکار است. اگر اسلاف یا اسکار برداشته شود، آسیب فشار مرحله ۳ یا مرحله ۴ آشکار می‌شود.	Unstageable Pressure Injury - Slough and Eschar 
آسیب بافتی عمیق: تغییر رنگ مداوم به رنگ قرمز، صورتی یا بنفش	پوستی سالم یا دست نخورده با موضعی از تغییر رنگ قرمز عمیق، قهوه‌ای مایل به قرمز، بنفش یا جداسازی اپیدرم که نشان‌دهنده بستر زخم تیره یا تاول پر از خون است. درد و تغییر دما اغلب مقدم بر تغییرات رنگ پوست هستند. تغییر رنگ در پوست دارای رنگدانه‌های تیره متفاوت است. این آسیب ناشی از فشار شدید و یا طولانی مدت و نیروهای برشی در رابط استخوان - عضله است. زخم ممکن است به سرعت تکامل یابد تا میزان واقعی آسیب بافتی را نشان دهد، یا بدون از بین رفتن بافت برطرف می‌شود.	Deep Tissue Pressure Injury 

* تضعیف (Undermining): آسیب بافت عمیق و عضله زیر جلدی در اطراف لبه زخم.
** تونلی (Tunneling) در زیر سطح پوست که شامل بافت عمیق نیست.
*** مجاری سینوسی (Sinus tracts): ساختار باریکی است که از حاشیه زخم فاصله گرفته و به سمت قسمت‌های عمقی زخم امتداد می‌یابد.

جدول ۱۶.۷. ابزار ارزیابی خطر آسیب‌های فشاری

ابزار ارزیابی خطر آسیب‌های فشاری	سال توسعه	خرده مقیاس	روانسجی شده در جمعیت هاسپیس و مراکز مراقبت تسکینی
ابزار نورتون	۱۹۵۸	وضعیت جسمی، وضعیت روانی، فعالیت، تحرک، بی‌اختیاری	حداقل اطلاعات در مورد اعتبار سنجی در بیماران بستری در مراکز هاسپیس
ابزار برادن	۱۹۸۳	درک حسی، رطوبت، فعالیت، تغذیه، اصطکاک / برش، تحرک	حداقل اطلاعات در مورد اعتبار سنجی در بیماران بستری در مراکز هاسپیس نمرات ابزار برادن بالا با نمرات کارنوفسکی و مقیاس عملکرد تسکینی (PPS) همبستگی دارد.
ابزار ارزیابی ریسک مرکز Hunters Hill Marie Curie	۲۰۰۰	احساس، تحرک، رطوبت، فعالیت در تخت، تغذیه / تغییر وزن، وضعیت پوست، اصطکاک/ برش	به طور خاص برای مراقبت تسکینی ایجاد شده و در مراکز هاسپیس معتبر است.
مقیاس ارزیابی خطر زخم تحت فشار هاسپیس	۲۰۰۳	فعالیت بدنی، تحرک، سن	به طور خاص برای مراقبت تسکینی ایجاد شده و در مراکز هاسپیس معتبر است.

ارزیابی خطر مرکزی (Hunters Hill Marie Curie) و خطر زخم فشاری در مراکز هاسپیس، مقیاس ارزیابی به طور خاص برای جمعیت هاسپیس تهیه و تأیید شد. مقایسه این ۴ مقیاس در جدول ۱۶.۷ نشان داده شده است.

مداخلات کاهش خطر شامل توزیع مجدد فشار، مراقبت از پوست و مقابله با بی‌اختیاری در دفع و به حداکثر رساندن تغذیه و هیدراتاسیون است. از حلقه‌های کف، برش‌های کف، یا دستگاه‌هایی از نوع دونات اجتناب کنید زیرا فشار را روی بافت اطراف متمرکز می‌کنند. جدول ۱۶.۸ توصیه‌های منتخب WOCN 2016 را برای پیشگیری و مدیریت آسیب‌های تحت فشار (زخم‌ها) برای جلوگیری از PIها و ملاحظات خاص یا مراقبت‌های تسکینی، خلاصه می‌کند. بیمار در انتهای زندگی ممکن است همه توصیه‌ها را به دلیل علائم درد، تنگی نفس، دلیریوم یا ترشحات انتهایی اجرا نکند، یا ممکن است بر اساس اهداف مراقبتی و دستورالعمل‌های قبلی، تصمیم آگاهانه را برای عدم شرکت در آن انجام دهد. باید به خواسته‌ها و ترجیحات بیمار و خانواده در انتهای زندگی احترام گذاشته شود و در پرونده پزشکی و برنامه مراقبت از بیمار ثبت شود.

توجه داشته باشید که چوب بر روی موضع خونریزی غلتیده و باعث ایجاد خاکستری مرواریدی در بافت می‌شود. این عمل ممکن است با هر بار تعویض لباس در بالین بیمار تکرار شود، نسبتاً ارزان است و یادگیری آن آسان است. سوزش یا سوختگی را ارزیابی کنید و اگر ناراحت‌کننده است، گزینه‌های دیگری را در نظر بگیرید.

درمان

مراقبت تسکینی از زخم یکی از زمینه‌های نوظهور تحقیق است. در حال حاضر، هیچ پروتکل مبتنی بر شواهد برای درمان PI در بیماران مراحل انتهای زندگی

جدول ۱۶.۸. عوامل خطر برای آسیب‌های فشاری و استراتژی‌های کاهش خطر در مراقبت‌های تسکینی

عوامل خطر	مداخلات کاهش خطر	ملاحظات تسکینی
فشار/عدم تحرک	۱. فشار وارده‌ی ناشی از تجهیزات پزشکی را به حداقل برسانید / از بین ببرید ۲. برنامه‌ریزی لازم برای تغییر پوزیشن منظم برای بیماران بستری ۳. از دستگاه‌های بالا نگه‌دارنده پاشنه و پانسمان محافظ در بیماران در معرض خطر استفاده کنید. ۴- برای توزیع مجدد فشار از سطح پشتیبانی روی تخت و صندلی استفاده کنید. ۵- بیمارانی را که در معرض خطر زیاد هستند بر روی سطوح توزیع فشار قرار دهید. ۶. به بیماران و مراقبان در مورد علل و عوامل خطر ایجاد PI و راه‌های به حداقل رساندن خطرات آموزش دهید.	۱. وسایلی مانند ماسک Bi-PAP و لوله اکسیژن ممکن است به هیدروکلوئید محافظ روی بینی یا بالشتک روی گوش نیاز داشته باشند. ۲- ۲۰ و ۳۰ دقیقه قبل از مراقبت، درد را ارزیابی و درمان کنید، بیماران با علائم کنترل نشده ممکن است تغییر موقعیت را تحمل نکنند. ۳- احتمال ایجاد زخم فشار اجتناب ناپذیر به دلیل نارسایی پوستی را معرفی کنید، به خانواده اطمینان دهید که این مورد نشان از مراقبت ضعیف نیست.
اصطحکاک/ برش	۱- ارتفاع HOB را در / یا زیر ۳۰ درجه حفظ کنید. ۲- بیمار را در پوزیشن خوابیده به پهلو و با ارتفاع زیر سر ۳۰ درجه قرار دهید.	۱- بیمار مبتلا به افزایش فشار داخل جمجمه، آسیت، بیماری ریوی یا قلبی در مرحله نهایی یا ارتوپنه ممکن است تحمل نکند. ۲- ممکن است تخلیه ترشحات را تسهیل کند.
بی اختیاری ادرار	در بیمارانی که دچار بی‌اختیاری هستند، برای حفظ پیوستگی و سلامت پوستی، از پوشش‌های پوستی جهت عدم تماس پوست بدن با ادرار و مدفوع استفاده کنید.	تعبیه‌ی سوند فولی، برای کسانی که دچار تنگی نفس یا درد هستند و نمی‌توانند مراقبت‌های مکرر از پوست را تحمل کنند، در نظر بگیرید.
تغذیه	به افراد دارای زخم تغذیه‌ای و فشار حداقل ۳۰-۳۵ کیلو کالری در کیلوگرم وزن بدن در روز، ۱/۲۵-۱/۵ گرم پروتئین / کیلوگرم وزن بدن در روز و ۱ میلی لیتر مایعات مصرفی در هر کیلو کالری در روز ارائه دهید.	بیمار مبتلا به بیماری پیشرفته یا در انتهای زندگی ممکن است واقعاً این توصیه‌های تغذیه‌ای را تحمل نکند. دیسفاژی، اودینوفاژی، سندرم بی‌اشتهایی- کاشکسیا، علائم پیشرفته یا قطع داوطلبانه خوردن و آشامیدن، یک برنامه مراقبت فردی را تضمین می‌کند.

و در حال مرگ وجود ندارد. هفت اصل برای مدیریت تسکینی زخم‌ها در بیماران لاعلاج شامل: جلوگیری از توسعه و/ یا تشدید زخم، اصلاح یا درمان علت اصلی زخم، کنترل علائم مرتبط با زخم، ارزیابی مرتب بیمار، ارائه حمایت روانی- اجتماعی، ارتقا استقلال و بهبود کیفیت زندگی است. مراقبت تسکینی از زخم، ترکیبی از مدیریت پیشرفته علائم است که قبلاً در این فصل با مداخلات مبتنی بر شواهد بحث شد. بر اساس خواسته‌ها و ترجیحات بیمار و خانواده، طرح مراقبتی پیش برده می‌شود. جدول ۱۶.۹ خلاصه‌ای از توصیه‌های درمانی مبتنی بر شواهد بر اساس راهنمای WOCN 2016 برای پیشگیری و مدیریت و درمان آسیب‌های فشاری (زخم‌ها) و ملاحظات خاص یا مراقبت‌های تسکینی ارائه می‌دهد. راحتی بیمار از اهمیت بالایی برخوردار است و ممکن است جایگزین مراقبت از زخم در بیماران در حال احتضار گردد.

جدول ۱۶.۹. ملاحظات تسکینی در درمان آسیب‌های فشاری

درمان	ملاحظات تسکینی
۱. با یک بالش برای مرحله I یا II آسیب‌های فشاری یا یک دستگاه بالا نگه‌دارنده پاشنه برای مرحله III یا IV، پاشنه‌ها را کاملاً بالا نگه‌دارید.	۱. بیماران را از نظر علائم کنترل نشده، به ویژه درد، قبل از بالا نگه‌داشتن پاشنه بسنجید و در صورت لزوم، ۲۰-۳۰ دقیقه قبل از آن و درمان اصلی، دارو بدهید. بیماران در انتهای زندگی ممکن است بالا نگه‌داشتن پاشنه پا را تحمل نکنند، بنابرین ترجیحات فردی را دنبال کنید.
۲. بیمار را بطور منظم و مکرر چرخانده و جابجا کنید.	۲. بیماران را از نظر علائم کنترل نشده، به ویژه درد و تنگی نفس قبل از چرخش، ارزیابی کنید و در صورت لزوم، ۲۰-۳۰ دقیقه قبل از آن، دارو بدهید. بیماران در انتهای زندگی ممکن است تغییر پوزیشن مکرر را تحمل نکنند، بنابراین یک برنامه انعطاف‌پذیر تهیه کنید و از ترجیحات فردی، از جمله "موقعیت راحتی" آنها پیروی کنید.
۳. از سطوح حمایتی برای بیماران مبتلا به صدمات فشاری که نیازهای فرد را برآورده می‌کنند و با اهداف مراقبتی سازگار هستند (هر دو صندلی و توزیع مجدد دراز کش) استفاده کنید.	۳. تغییر سطح حمایتی را برای بهبود توزیع مجدد فشار و راحتی در نظر بگیرید.
۴. برای بیمار مبتلا به بی‌اختیاری از یک برنامه مدیریت روده / مثانه برای فرد استفاده کنید.	۴- کاتترهای فولی ممکن است برای کنترل بی‌اختیاری ادرار در بیمارانی که به دلیل علائم پیشرفته (درد، تنگی نفس) تحمل توالت رفتن را ندارند، ترجیح داده شود.
۵- در هر بار تغییر پانسمان، زخم و اطراف زخم را با آب آشامیدنی، آب مقطر، پاک کننده زخم یا سرم نمکی تمیز کنید.	۵. برای کنترل بوی زخم از برداشتن بافت مرده استفاده کنید.
۶- یک دوره ۲ هفته‌ای از آنتی بیوتیک‌های موضعی را برای PIهای تمیز در نظر بگیرید.	۶- دستورالعمل‌های پیشین بیمار را بررسی کنید و تمایل آنها برای شروع آنتی بیوتیک‌تراپی را بررسی نمایید.
۷- استفاده از ضد عفونی کننده‌های موضعی را برای "زخم‌های نگهدارنده" در نظر بگیرید که به عنوان زخم‌هایی که انتظار نمی‌رود برای زخم‌هایی که تحت کلونی بحرانی قرار دارند بهبود یابد، تعریف می‌شوند.	۷- محلول داکین ممکن است در زخم ایجاد سوزش و سیستم تنفسی را تحریک کند.
۸- از آنتی بیوتیک‌های سیستماتیک در حضور باکتریمی، سپسیس، سلولیت پیشرونده یا استئومیلیت استفاده کنید.	۸- دستورالعملهای پیشین بیمار را مرور کنید و تمایل آنها برای شروع آنتی بیوتیک‌تراپی را بررسی نمایید.
۹- بافت مرده را از محل صدمات فشاری دبرید کنید.	۹- دستورالعمل‌های پیشین و اهداف مراقبت از بیمار را بررسی کنید. از پارگی شدید با بافت شکننده که به راحتی خونریزی می‌کند خودداری کنید.
۱۰- برای بهینه‌سازی بهبودی، درمان مناسب PIها را انجام دهید، تشخیص اینکه بهبودی کامل چه زمان اتفاق می‌افتد، در بعضی از بیماران غیرواقعی است.	۱۰- از پانسمان‌هایی که می‌توانند مدت زمان بیشتری در جای خود باقی بمانند برای ارتقا راحتی استفاده کنید.
۱۱. به افراد دارای زخم فشاری حداقل ۳۰-۳۵ کیلو کالری در کیلوگرم وزن بدن در روز، ۱/۲۵-۱/۵ گرم پروتئین / کیلوگرم وزن بدن در روز و ۱ میلی لیتر مایعات مصرفی در هر کیلو کالری در روز پیشنهاد کنید.	۱۱- به بیمار اجازه دهید مایعات و غذاهای مورد علاقه خود را مصرف کند. روزانه چندین وعده غذایی کوچک ارائه دهید. وقتی بیمار قادر به خوردن غذا نباشد یا از خوردن غذا صرف نظر کند، غالباً تغذیه کافی امکان‌پذیر نیست.

پارگی پوست و آسیب‌های پوستی مرتبط با چسب پزشکی

پارگی پوست زخم‌هایی است که در اثر برش، اصطکاک و یا ضربه و در نتیجه جدا شدن لایه های پوست ایجاد می‌شود. پارگی پوست می‌تواند شامل ضخامت جزئی (جداسازی اپیدرم از درم) یا ضخامت کامل (جداسازی اپیدرم و درم از ساختارهای زیرین) باشد. پارگی پوست ممکن است باعث افزایش عوارض و مرگ و میر بیمار شود و با افزایش درد و کاهش کیفیت زندگی همراه باشد. سه سیستم طبقه‌بندی برای پارگی پوست وجود دارد: ابزار اصلی طبقه‌بندی Payne-Martin 1993، سیستم طبقه‌بندی Skin Tear Audit Audit (STAR) ۲۰۰۷ و اخیراً، سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی Skin Tear Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) که در شکل ۱۶.۳ آورده شده است. پارگی پوست زیرمجموعه MARSI است، اما دارای علل مختلفی است. مطالعات کمی شیوع پارگی پوست را ارزیابی کرده‌اند و هیچ یک به طور انحصاری این پدیده را در جمعیت های تحت مراقبت در هاسپیس و مراقبت‌های تسکینی بررسی نکرده‌اند. یک بررسی سیستماتیک در سال ۲۰۱۷ میزان شیوع پارگی پوست را در محیط مراقبت حاد بین ۳/۳ تا ۲۲ درصد و در سایر مراکز بین ۵/۵ تا ۱۹/۵ درصد گزارش کرد. مطالعات مراقبت طولانی مدت شیوع پارگی پوست را بین ۲/۲۳ تا ۹۲ درصد گزارش کرده‌اند.

تظاهرات ناهنجاری پوستی (شامل وزیکول، بولا، فرسایش یا پارگی، البته نه محدود به آن) به مدت ۳۰ دقیقه یا بیشتر پس از برداشتن چسب ادامه دارد. انواع MARSI با علت‌شناسی شامل آسیب مکانیکی اپیدرم، آسیب کششی یا تاول، پارگی پوست (درماتیت)، درماتیت تماسی تحریک کننده، درماتیت آلرژیک، عفونت و فولیکولیت (التهاب فولیکول ها) است. شیوع MARSI تا حد زیادی ناشناخته است

شکل ۱۶.۳. سیستم طبقه‌بندی پارگی پوست ISTAP: (نوع I: عدم از دست دادن پوست. نوع II: از بین رفتن فلپ جزئی نوع.III : از بین رفتن کل فلپ)

و هیچ مطالعه‌ای در زمینه‌ی شیوع آن در بیماران بستری و تحت مراقبت‌های تسکینی گزارش نشده است. مطالعات محدود شیوع روزانه MARSI را از ۳/۴ تا ۲۵ درصد در مراقبت‌های حاد، بروز تجمعی ۱۵/۵ درصد در مراقبت‌های طولانی مدت و MARSI به عنوان علت اصلی تجزیه پوست در ۲۸۲۰ بیمار بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان گزارش کرده‌اند.

عوامل خطر و پیشگیری

بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته، در اواخر عمر، بیشتر در معرض پارگی پوست و MARSI هستند. عواملی که خطر هر دو نوع آسیب را افزایش می‌دهند، مشابه هستند. عوامل درونی عبارتند از: سن، نژاد، شرایط پوستی (اگزما، درماتیت)، بیماری‌های زمینه‌ای پزشکی (به عنوان مثال، دیابت، عفونت، سرکوب سیستم ایمنی)، سوء تغذیه و کمبود آب. عوامل بیرونی شامل چسب‌های پزشکی مورد استفاده برای ثابت نمودن پانسمان در محل است.

درمان

بهترین مدیریت برای پارگی پوست و MARSI پیشگیری است. هنگامی که این زخم‌ها ایجاد می‌شوند، به طور کلی توصیه می‌شود که پزشک اصول مراقبت از زخم مبتنی بر شواهد را دنبال کند و اگر زخم در عرض ۷ روز بهبود نیافت یا وخیم شد با یک متخصص زخم مشورت شود. پانسمانی باید انتخاب شود که (۱) رطوبت ثابت را حفظ کند، (۲) متناسب با موضع زخم باشد، (۳) از پوست اطراف زخم محافظت کند، (۴) ترشح را کنترل یا مدیریت کند، (۵) عفونت را کنترل یا مدیریت کند و (۶) زمان مراقب را بهینه کند. نوارهای چسبنده، هیدروکلوئیدها و فیلم‌های سنتی برای هر دو آسیب توصیه نمی‌شوند. بهترین روش‌ها در مدیریت پارگی پوست شامل (۱) پاکسازی با محلول غیر سمی، مانند نرمال سالین است. (۲) نزدیک کردن فلپ پوست (در صورت امکان) (۳) خونریزی را کنترل کرده و لخته‌های خون را از محل پاک کنید (۴) از نرم‌کننده محافظ پوست استفاده کنید (۵) و از هیدروژل، آلژینات، فوم، سیلیکون نرم یا پانسمان غیر چسبنده استفاده کنید. این روش‌ها ممکن است در مراقبت از MARSI به عنوان بهترین روش در نظر گرفته شود. هرگز پانسمان‌های پوشاننده هر دو نوع زخم را با چسب در محل ثابت نکنید. در عوض از محصولات مشابه جوراب زنانه یا روکش‌های گاز پنبه‌ای استفاده کنید.

ایسکمی مزمن اندام بحرانی همراه با گانگرن[1]

ایسکمی مزمن اندام بحرانی (CCLI) وضعیتی است که به بیماری انسداد شریانی مربوط می‌شود و به صورت درد به هنگام استراحت و زخم یا گانگرن بروز می‌کند. وقتی مداخلات عروقی تهاجمی امکان‌پذیر نباشد، ترمیم زخم معمولاً یک هدف واقع بینانه نیست. اهداف مراقبت تسکینی از زخم اغلب شامل به تأخیر انداختن آمپوتاسیون اجتناب ناپذیر اندام گانگرن شده است. گانگرن، مرگ موضعی و تجزیه بافت بدن است که در اثر انسداد گردش خون یا عفونت باکتریایی ایجاد می‌شود و ممکن است به دو صورت خشک یا مرطوب طبقه‌بندی شود. گانگرن خشک به آرامی ایجاد می‌شود و بین بافت زنده، گانگرن و درد ایسکمیک در طی رشد اولیه یک خط مرزبندی شده وجود دارد. با مومیایی اندام یا انگشت، زائده گانگرن بدون درد می‌شود. گانگرن خشک معمولاً فاقد بو است و ممکن است هر ۴۸ ساعت با ید پوویدون تمیز شود و با روکش گاز خشک پانسمان شود، احتیاطات لازم برای جلوگیری از تبدیل به گانگرن مرطوب در نظر گرفته شود.

نتایج یک مطالعه گذشته نگر نشان داد که ید Cadexomer به عنوان یک پانسمان تسکینی مؤثر با اثرات ضد میکروبی، از ایجاد گانگرن مرطوب جلوگیری می‌کند.

گانگرن مرطوب نشانه عفونت باکتریایی است که می‌تواند به سرعت به بافت‌های دیگر گسترش یابد و باعث درد و تب شود. بافت با ترشح اگزودا تغییر رنگ و بو ایجاد می‌شود که با تاول همراه است. کلستریدیوم پرفرجینسم (Clostridium perfringens) ارگانیسم

1. Chronic Critical Limb Ischemia with Gangrene

تولیدکننده‌ی گاز با تمایل به ایجاد بافت نکروزه است که ممکن است باعث ایجاد کرپیتوس در اندام آسیب دیده شود. از محلول داکین با نصف یا یک چهارم قدرت، یک یا دو بار در روز به دلیل طیف گسترده ی خواص ضد باکتریایی آن با موفقیت برای کنترل بو و ترشح استفاده شده است. ثابت شده است که محلول داکین برای درمان کلستریدیوم پرفرجینسم، باکتری‌های هوازی و بی‌هوازی، بیوفیلم‌ها و ارگانیسم‌های مقاوم در برابر چند دارو مؤثر است. به طور خلاصه، محلول داکین دارای خواص خشک کننده است و بستر زخم را خشک می‌کند و در نتیجه ترشح را کاهش می‌دهد.

زخم‌های قارچی بدخیم

در سال ۲۰۱۸، تخمین زده می‌شود ۱۷۰۵۳۴۷ مورد جدید سرطان تشخیص داده شده و ۵۷۵۶۱۰ مورد مرگ سرطان در ایالات متحده وجود داشته باشد. MFWها زخم‌هایی هستند که التیام نمی‌یابند و در نتیجه ازدیاد سلول‌های بدخیم و نفوذ به پوست، خون و عروق لنفاوی توسط تومورها در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته رخ می‌دهد. گسترش موضعی تومور کنترل نشده، آسیب گسترده‌ای به بافت وارد می‌کند و باعث تغییر شکل، از بین رفتن عروق همراه با هیپوکسی بافت و نکروز، تکثیر چند میکروبی و زخم قارچی در بستر زخم می‌شود (شکل ۱۶.۴ را ببینید). MFWها نشانگرهای قابل مشاهده بیماری زمینه‌ای نئوپلاستیک هستند که عمدتا در طی ۶ ماه آخر زندگی در حال پیشرفت هستند و پیش آگهی خوبی را نشان می‌دهند. MFW در بیماران مبتلا به انواع مختلف سرطان رخ می‌دهد. زخم‌های بدخیم پستان شایع ترین (۶۳٪) و به دنبال آن سر و گردن (۲۴٪)، سپس کشاله ران، اندام تناسلی و پشت بیمار (۳٪) است که ۸٪ باقی مانده مربوط به سایر نقاط است (به شکل ۱۶.۵ و ۱۶.۶ نگاه کنید). ۵-۱۴/۵٪ از افراد

شکل ۱۶.۴. یک زن ۴۹ ساله آفریقایی آمریکایی مبتلا به سرطان پستان متاستاتیک و زخم قارچی بدخیم پستان.

شکل ۱۶.۵. زخم قارچی بدخیم کل پای راست همراه با ورم لنفاوی ناشی از سرطان متاستاتیک روده بزرگ.

مبتلا به سرطان پیشرفته دچار MFW می‌شوند که بیش از نیمی از آنها در طی ۲۴ هفته پس از کشف اولین ضایعه پوستی، فوت می‌شوند. میانگین امید به زندگی در این بیماران بین ۶ تا ۱۲ ماه است. مطالعات موجود میزان بقای بیماران را در برخی از مراحل اولیه از زمان اولین متاستاز پوستی، ۶ هفته برای سرطان های دستگاه ادراری-تناسلی و ۳ ماه برای سرطان‌های ریه، دهانه رحم یا مری گزارش می‌کند. علاوه بر این، یک مطالعه، کاهش ۳۰ درصدی میانگین بقا را در بیمارانی که به چندین ارگان متاستاز داده‌اند در مقایسه با بیمارانی که دچار درگیری پوستی

شکل ۱۶.۶. I: سه مرحله اول به روش PALCARE: پیش آگهی، برنامه ریزی مراقبت پیشرفته و وضعیت زندگی. P: یک زن ۴۵ ساله قفقازی با وضعیت سرطان متفرقه متاستاتیک پس از ولوکتومی، پرتودرمانی و شیمی درمانی. امید به زندگی وی ۲ تا ۳ هفته و نمره PPS آن ۳۰٪ است. A: او دستور احیا یا (DNR/DNI) را ندارد، بستری شدن در بیمارستان یا اقدامات نجات‌دهنده‌ی حیات را رد می کند و آنتی بیوتیک خوراکی یا موضعی را می پذیرد. L: وی با درد کنترل نشده، بوی بد و ترشح بیش از حد از زخم قارچ بدخیم واژن، از خانه به بخش بستری بیمارستان منتقل می‌شود. او با استفاده از بالشتک‌های مخصوص زنان و زایمان، دوش و تغییر مکرر لباس زیر و شلوار هنگام آلودگی، این بوی نامطلوب را کنترل می‌کرد. مراقب اصلی او بسیار نگران است و قادر به مراقبت از او در خانه نیست.

II: دوره مراقبت هاسپیس: C: هنگام ورود به بخش بستری، وی از نظر افسردگی و اضطراب، آسیب پوستی ناشی از رطوبت دردناک (MASD) در امتداد اطراف زخم و واژن، بوی بد درب اتاق او و ترشح اگزورا که روزانه دو تا سه بار لباس زیر و شلوارش را لکه دار می‌کند. درد شکمی متناوب، با چهار تا پنج دوز مخدر کوتاه اثر کنترل نمی‌شود. C: بافتی زرد و صورتی، با ترشح متوسط، زرد، متعفن و پوسیدگی و ادرار پیرامون محیطی. R: مراقبت از زخم: با آب گرم و صابون از طریق یک بطری پر، اسپری خشک، اسپری فلاژیل ۱٪ برای بستر زخم، ماسوره مانع پایه نفتی و پدهای ABD تمیز کنید که در زیر لباس مشکی Attends نگه داشته شده است. MASD حل شد، بوی درناژ ظرف ۳ روز کنترل شد. مدیریت درد: درد با مراقبت‌های موضعی و یک مخدر طولانی مدت و کورتیکواستروئیدهای روزانه با یک مخدر کوتاه اثر برای درد شایع رفع می شود. مخدر کوتاه اثر نیم ساعت قبل از مراقبت از زخم و در صورت لزوم بعد از تکمیل مجدداً تجویز شد. روانی- درمانی: مددکار اجتماعی بالینی و مشاور مذهبی دارای مجوز برای مشاوره میرتازاپین برای افسردگی، بی خوابی و بی اشتهایی شروع شد؛ و یک بنزودیازپین کوتاه مدت برای اضطراب در صورت لزوم. E: کارکنان IPU، بیمار و همسرش در زمینه دستورات و پروتکل مراقبت از زخم آموزش دیده‌اند. بیمار قادر به مراقبت از زخم خود بود اما چون سلامتی و شناخت او از بین رفته بود، کارکنان مسئولیت کامل مراقبت از او را تا زمان مرگ وی به مدت ۲ هفته بعد بر عهده گرفتند.

هستند، گزارش کرده‌اند. مقالات همچنین گزارش کرده‌اند که زخم‌های بدخیم به طور نامتناسبی روی زنان و افراد مسن تأثیر می‌گذارد. با ادامه تکامل درمان های طولانی مدت و افزایش امید به زندگی، انتظار می‌رود درصد افراد مبتلا به MFW افزایش یابد.

MFWها به علت یکی از این این سه عامل: نئوپلاسم‌های اولیه پوست، گسترش موضعی و فرسایش اساسی از تومورهای اولیه یا عود بدخیمی و ضایعات پوستی متاستاتیک ایجاد می‌شوند. MFW ممکن است ناشی از هر نوع بدخیمی باشد، اما شایع‌ترین درگیری شامل نئوپلاسم‌های پستان، ریه،

پوست و دستگاه گوارش است. حملـه متاسـتاتیک بـه غشای پایه برای توسعه یک MFW ضروری است. به طور مشخص، این زخم‌ها تمایل بـه گـسترش سـریع دارنـد و در مـسیرهایی بـا کمتـرین مقاومـت ماننـد برش‌های جراحی، صفحات بافتی و عـروق خـونی یـا لنفاوی ایجاد شوند و تمایل جدی به ایجاد ادم لنفـاوی ثانویه با حمله به عروق لنفاوی موضعی دارند.

ارزیابی

در ابتدا، MFWها به صورت التهاب، ظاهر peau d'orange، گـره‌هـای صـاف و برجـسته بـا انـدازه و رنگدانه‌های متفاوت، پلاک یا لکه‌های اریتماتو، نواحی آلوپسی یا پاپول‌های بنفش ظاهر مـی‌شـوند. آنهـا بـه سرعت به سمت ضایعات گل کلم شکل (تکثیر) یا یک ناحیه زخمی (فرسایشی) پیش می‌روند، گـاهی اوقـات فیستول یا مجاری سینوسی ایجاد می‌کنند. Carville fungating را از ضایعات زخمی با مورفولوژی متمـایز شده است، اولین برجستگی بـا شـکل نامـشخص کـه بعدها با تشکیل حفره مشخص مـی‌شـود ولـی هـر دو مستعد خونریزی، عفونت و ترشحات بـدبو هـستند. در یک مطالعه پرستاران انـواع مورفولـوژی‌هـای MFW زخم (۵۶٪)، شکل قارچ (۳۱٪)، پوسـته (۲۵٪)، شـکل ندولار (۲۴٪)، شکل شکاف مانند (۲۳٪) و سایر موارد (۶٪) را گزارش کردند. ارزیابی دقیـق، اولیـه و دوره‌ای زخم در نظارت بر وخامت MFW برای ایجـاد علائـم پیشرفته جدید یا بدتر ضروری است.

MFWها تـأثیر منفـی بـر سـلامت روانـشناختی، جسمی و عملکردی دارند و منجر بـه کـاهش کیفیـت زندگی می‌شوند. با توجه به بار بـالای علائـم تجربـه شده و ماهیت غیر قابل درمـان زخـم‌هـای آنهـا، ایـن جمعیت تا زمان مرگ نیاز به مراقبت تسکینی تهاجمی دارند. تهیه یک برنامه عملی مراقبت تسکینی از زخم، بیمار و خانواده محور برای کاهش درد و رنج ضـروری است. مطالعه موردی زن ۴۵ ساله مبـتلا بـه سـرطان رحم مرحله IV و MFW واژینال کـه در ابتـدای ایـن بخش ارائه شده اسـت، بـرای نـشان دادن اسـتفاده از اطلاعات PALCARE (به جعبه ۱۶.۲ مراجعه کنیـد) به عنوان چارچوبی برای ایجـاد یـک برنامـه مراقبـت منظم، بیمارمحور و جامع است.

جنبه‌های روانشناختی مراقبت

افراد مبتلا به MFW ممکن است با علائـم پیـشرفته مرتبط با سرطان و مربـوط بـه درمـان و خوشـه هـای علائم و همچنین عوارض جانبی ناشی از درمـان‌هـای تسکینی دست و پنجه نـرم کننـد. لاوتـون[1]، در طـی مطالعه مشاهده‌ای ۱۰ ماهه خود بر بیماران بستری که رنج جسمی و روانی وحـشتناکی را متحمـل شـده انـد، مفهوم "بی حد و مرز[2]" بودن را ارائه داد. حالت بـدون مرز ناشی از بو، ترشح، درد، خـونریزی و تغییـر شـکل بدن در نتیجه "جسم متلاشی و در حـال پوسـیدگی" است، در حالی که فرد در حال مـرگ، گوشـه نـشینی، انزوا و از دست دادن هویت فردی و اجتمـاعی خـود را تجربه می‌کند. مطالعه وی به ویژه شامل بیماران مبتلا به تومورهای قارچی سر و گردن، کشاله ران و دستگاه تناسلی و پستان بود. گاهی اوقات وجـود زخـم بـدخیم بیشتر از خود تشخیص سرطان باعـث رنـج روانـی در بیمار می‌شود.

تصویر بدنی تأثیر زیادی در بهزیستی روانـشناختی دارد زیرا با هویت فـرد در ارتبـاط اسـت. مطالعـات بـا موضوع فمنیسم نشان‌دهنده کاهش اعتماد به نفس در زنان مبتلا به MFW است. به دلیل ارتباط پـستان بـا جنسیت زن، زنان احساس می‌کنند که جذابیت کمتری دارند و از صمیمیت بـا شـریک زنـدگی خـود اجتنـاب می‌کنند. بعلاوه، زنان گـزارش مـی‌کننـد کـه از زخـم هایشان منزجر شده‌اند؛ گویا که شاهد تجزیـه بدنـشان هستند. در نتیجه، این افراد احساس مـی‌کننـد کنتـرل

1. Lawton
2. unbounded

جعبه ۱۶.۸. پرسشنامه سلامت عمومی بیمار ۲ (PHQ2)

۱. طی ۲ هفته گذشته، آیا احساس ضعف، افسردگی یا ناامیدی کرده‌اید؟
۲. در طول ۲ هفته گذشته، آیا علاقه و لذت چندانی نسبت به انجام کارها احساس نکرده‌اید؟

زندگی خود را از دست داده‌اند و به حاشیه رانده می‌شوند و متعاقباً از جامعه خارج می‌شوند.

تیم درمانی حاضر در مراکز هاسپیس برای رسیدگی به این مسائل روانی – اجتماعی از غربالگری، ارزیابی، مداخلات و مراجعه به موقع استفاده می‌کند. برای شناسایی بیماران در معرض خطر افسردگی و اضطراب و امکان مداخلات و مراجعه به موقع باید از ابزارهای غربالگری افسردگی و اضطراب، مانند پرسشنامه سلامت عمومی بیمار ۲ (نگاه کنید به جعبه ۱۶.۸) و اختلال اضطراب عمومی ۷ (به جعبه ۱۶.۹ مراجعه کنید) استفاده شود. نویسندگان توصیه می‌کنند از ورود به برنامه هاسپیس، حداقل ۲–۴ هفته پس از پذیرش بیماران در این مراکز و یا با هر تماس پزشک، پرستار یا مدیر پزشکی هاسپیس، غربالگری صورت

جعبه ۱۶.۹. اختلال اضطراب عمومی ۷

طی ۲ هفته گذشته، چند بار با مشکلات زیر آزار دیده‌اید؟
۱. احساس عصبی بودن، اضطراب
۲. ناتوانی برای کنترل نگرانی یا متوقف کردن آن
۳. نگرانی بیش از حد در مورد امور مختلف
۴. مشکل در حفظ احساس آرامش
۵. چنان بی‌قرار باشید که آرام نشستن سخت باشد.
۶. به راحتی رنجیده خاطر و تحریک‌پذیر شوید.
۷. احساس ترس از اینکه گویی ممکن است اتفاق وحشتناکی رخ دهد.

گیرد. تصمیم‌گیری برای مراجعه به یک مددکار اجتماعی بالینی مجوزدار (LCSW) یا روانشناس برای ارائه‌ی مشاوره یا به روانپزشک برای ارزیابی و توصیه های دارویی باید یک تصمیم مشترک با بیمار و خانواده باشد.

طب جایگزین مکمل (Complementary Alternative Medicine)

نقش طب جایگزین مکمل (CAM) در مراقبت جامع از MFWها امیدوارکننده است، اگرچه تحقیقات موجود محدود است. نتایج مطالعات نشان داده شده است که ماساژ و لمس درمانی، موسیقی درمانی، رایحه درمانی و کاردرمانی باعث کاهش رنج و بهبود وضعیت عمومی می‌شود. تحقیقات در زمینه CAM از نظر expert opinion و گزارشات موردی گرفته تا مطالعات کیفی کوچک و نیمه تجربی انجام می‌شود. تصاویر هدایت‌کننده و مدیتیشن نیز ممکن است جز گزینه‌های درمانی باشند، اگرچه هیچ مطالعه‌ای تاکنون این روش‌ها را در بیماران مبتلا به MFW بررسی نکرده است.

جنبه‌های معنوی مراقبت

رنج و پیش آگهی محدود باعث می‌شود تا بیماران احتمال مرگ خود را در نظر بگیرند و اعتقادات وجودی و ارتباط خود را با معنویت مرور کنند. با بزرگ شدن اندازه زخم قارچی، ضایعات جدید یا ظهور علائم جدید ممکن است امید از بین برود. علاوه بر این، پنج مطالعه نشان داد که MFWs یادآوری مداوم یک بیماری پیشرفته و صعب العلاج است و امید بیماران را از بین می‌برد: "با ایجاد این زخم به نظر می‌رسد مرگ هرچه بیشتر به من نزدیک است. نمی‌توانم فرار کنم." قابل مشاهده بودن تومور، ترس از اینکه آنچه در داخل اتفاق می‌افتد را منعکس می‌کند و تهدیدی برای بدن و موجودیت آنها به وجود می‌آورد.

ملاحظات مدیریتی اضافی در زخم‌های قارچی بدخیم

درد مرتبط با MFW دارای چندین علت و اثرات مخرب بر کیفیت زندگی است و یک شکایت ناراحت‌کننده رایج است. درد در سرطان پیشرفته یکی از رایج‌ترین و ناراحت‌کننده‌ترین علائم گزارش شده است. ارزیابی درد باید شامل درد یا ناراحتی مربوط به زخم و عواملی غیر از زخم و بررسی علل درد ناشی از زخم موقتی و مداوم باشد. استفاده از ابزاری معتبر برای ارزیابی این درد توصیه می‌شود. رویکرد کلی نسبت به درد (جعبه ۱۶.۴) شامل مدیریت علائم مربوط به درد و بدخیمی، همکاری بین رشته‌ای برای رسیدگی به عوامل روانی- اجتماعی یا معنوی و مراقبت از زخم در سطح پیشرفته برای ناراحتی موضعی است.

درمان موضعی ضد میکروبی و پانسمان های جاذب همراه با مداخلات پاک کننده و از بین برنده بو، اصلی‌ترین عامل درمان بوی MFW و ترشحات بوده است. با وجود مطالعات متعدد، یک مطالعه کاکرین فقط یک کارآزمایی کنترل تصادفی توسط Kalemikerakis را شناسایی کردکه شواهد ضعیفی را ارائه می‌دهد که نشان می‌دهد پانسمان فوم نقره ممکن است بوی بد را کاهش دهد. تأثیر پانسمان‌های ضد میکروبی موضعی بر مقاومت میکروبی، بیوفیلم‌ها و خصوصیات میکروبیوم‌ها در MFWها نیز تا حد زیادی ناشناخته است. در جدول ۱۶.۵ مداخلات انتخاب شده برای کنترل بو و ترشح وجود دارد.

استفاده از بریس‌ها بعد از جراحی (به عنوان مثال بریس های دیل)، لایکرا و لباس زیر برای اطمینان از تثبیت محل پانسمان، به حداقل رساندن اثرات نامطلوب، عادی کردن ظاهر بیمار و کاهش MARSI توصیه می‌شود. همراه داشتن یک لباس اضافی در صورت ضربه مجدد نیز پیشنهاد می‌شود. اهداف بحث در مورد مراقبت در موارد خونریزی، بخشی جدایی‌ناپذیر از برنامه‌ریزی مراقبت از بیمار مبتلا به MFW است زیرا ممکن است مداخلات در دامنه‌ی خوش خیم (به عنوان مثال، فشار مستقیم، جایگزینی ویتامین K، اصلاح درمان ضد میکروبی موضعی) تا تهاجمی (مداخلات عروقی برای خونریزی، فرآورده‌های خونی، اشعه) باشد. علت خونریزی در سرطان پیشرفته معمولاً چند عاملی است و ممکن است برگشت‌پذیر و غیرقابل برگشت باشد (به جعبه ۱۶.۱۰ مراجعه کنید). اگر MFWها در مجاورت عروق بزرگ (شریان فمور یا کاروتید) قرار داشته باشند، باید در صورت خونریزی، حساسیت مربوط به خواسته‌های بیمار انجام شود. این بحث باید شامل راحتی (آرام بخشی، مدیریت درد، کنترل دما و حمایت از خانواده) در مقابل انتقال اضطراری به یک سطح عمومی بستری در مراقبت یا مراقبت‌های حاد (به عنوان مثال، اتاق اورژانس) باشد.

زخم‌های مارجولین[1]، کلسینوز کوتیس[2]، کلسیفیلاکسی[3] و درماتیت انتشاری[4]

زخم‌های مارجولین، کوتیس کلسینوز، کلسیفیلاکسی و درماتیت زخم‌هایی هستند که کمتر در محیط مراقبت‌های تسکینی دیده می‌شوند. این زخم‌ها تمایل به ایجاد علائم پیشرفته و رنج شدید دارند و چالش‌های منحصر به فردی را برای خدمات مراقبت تسکینی یا تیم هاسپیس ایجاد می‌کنند.

زخم‌های مارجولین

مانند MFWها، زخم‌های مارجولین دارای بسترهای زخم سرطانی هستند. با این حال، علت‌شناسی آنها کاملاً متفاوت است. زخم‌های مارجولین یک انحطاط

1. Marjolin's Ulcers
2. Calcinosis Cutis
3. Calciphylaxis
4. Radiation Dermatitis

جعبه ۱۶.۱۰. اتیولوژی خونریزی در سرطان‌های پیشرفته

زخم‌های قارچی بدخیم
- حمله مستقیم به عروق
- خونریزی ریز عروقی
  - انتخاب / برداشتن پانسمان
  - بافت ضعیف و شکننده: بار زیستی

ترومبوسیتوپنی
- شیمی درمانی
- سندرم‌های پارانئوپلاستیک
- پورپورای ترومبوسیتوپنی ایدیوپاتیک
- ترومبوسیتوپنی ترومبوتیک
- حمله سلول‌های تومور در مغز استخوان

سرطان‌های مغز استخوان
- مولتیپل میلوما
- لوکمی
- لنفوما

اختلال انعقاد خون
- بیماری کبد
- سرطان اولیه کبد
- سرطان کبد متاستاتیک
- کمبود ویتامین K

انعقاد منتشر داخل عروقی
- عفونت، بدخیمی، ضربه
- شیمی درمانی با دوز بالا (سیکلوفسفامید)
- تابش (محل‌های تولید مغز استخوان، مانند ایلیا)
- جراحی
- ضد انعقاد برای ترومبوز وریدی عمقی، آمبولی ریوی، فیبریلاسیون دهلیزی، سکته مغزی

نادر و بدخیم است که معمولاً از مناطق التهاب مزمن یا آسیب ناشی از سال‌ها یا حتی دهه‌ها ایجاد می‌شود (به جعبه ۱۶.۱۱ مراجعه کنید). در یک بررسی اخیر مشخص شد که متوسط زمان تحول بدخیم ۲۹ سال است. این زخم‌ها اولین بار توسط جراح فرانسوی، ژان نیکلاس مارجولین، در سال ۱۷۸۴، پس از مشاهده تغییرات ناشی از زخم سوختگی، توصیف شد. به طور کلاسیک، این زخم‌ها از علت اصلی خود به کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) تبدیل می‌شوند، اما کارسینوم سلول بازال و ملانوم بدخیم نیز گزارش شده است. زخم‌های مارجولین ممکن است تقریباً در هر قسمتی از بدن ایجاد شود، اما بیشتر در اندام تحتانی دیده می‌شود. آنها با پیش آگهی ضعیفی همراه هستند. زخم های مارجولین با دستیابی به سابقه کامل و جسمی (از جمله ارزیابی دقیق زخم) و بیوپسی بافت تشخیص داده می‌شود. ابعاد زخم، تظاهرات بالینی و اهداف مراقبت از بیمار، اقدامات گسترده‌تر اونکولوژی را هدایت می‌کند. این زخم‌ها ممکن است با علائم SSC کلاسیک ظاهر نشوند، اما به عنوان یک سه‌گانه مشخص شامل تشکیل ندول، سفتی و زخم مشخص می‌شوند. سایر علائم بالینی ممکن است شامل زخم مزمن بیشتر از ۳ ماه، درگیری حاشیه زخم، پایه یا حاشیه نامنظم، بافت گرانوله بیش از حد، پوسته پوسته شدن بیش از حد و افزایش اندازه زخم علیرغم درمان مناسب باشد. زخم‌های مارجولین همچنین ممکن است با علائم پیشرفته شامل؛ خونریزی در صورت تماس، بوی بد، ترشح چرکی، درد، خارش و اثرات توده‌ای همراه باشند.

درمان

تشخیص به موقع با مراجعه فوری برای انجام جراحی پلاستیک و بیوپسی و برداشتن گسترده بافت درگیر همراه با پیوند، کلید موفقیت درمانی است. پزشکان مراقبت‌های تسکینی احتمالاً با زخم‌های مارجولین روبرو می شوند که یا شانس درمان را از دست داده‌اند یا به دلیل تشخیص بیماری شدیدتر، یک مشکل ثانویه محسوب می‌شوند. درمان تسکینی زخم‌های مارجولین از همان اصول راهنمای مراقبت تسکینی زخم که قبلاً در این فصل بحث شد، پیروی می‌کند.

جعبه ۱۶.۱۱. آسیب‌های پوستی که شانس ابتلا به زخم‌های مارجولین را افزایش می‌دهد:

- اسکار زخم‌های سوختگی
- زخم‌های تروماتیک
- زخم‌های وریدی
- صدمات فشاری
- استئومیلیت
- بافت یخ زده
- مارگزیدگی
- زخم جذام
- بثورات لوپوس
- فیستول ادرار
- پوست تحت تابش
- محل‌های واکسیناسیون
- محل‌های اهداکننده پیوند پوست
- لوپوس اریتماتوی دیسکوئید
- آبسه پیلونیدال
- Hidradenitis suppurativa

کلسینوز کوتیس وکلسیفیلاکسی

علت دقیق پشت کلسینوز کوتیس و کلسیفیلاکسی ناشناخته است، اما نوسان غیرطبیعی سطح کلسیم و آسیب بافتی در هر دو مشترک است. کلسینوز کوتیس با رسوب غیر طبیعی نمک‌های محلول در کلسیم مشخص می‌شود. علت ممکن است ایدیوپاتیک باشد (با سطح کلسیم طبیعی) یا به دلیل یک روند بیماری زمینه‌ای شامل هیپرکلسمی مانند سرطان متاستاز، بیماری مزمن کلیه، هایپراپاراتیروئیدیسم یا سارکوئیدوز باشد. این زخم‌ها معمولاً در اندام تحتانی دیده می‌شوند اما در هر قسمتی از بدن قابل تشخیص هستند. کلسیفیلاکسی نوعی اختلال نزدیک به هم است که با کلسیفیکاسیون عروق کوچک پوست و بافت‌های زیرپوستی و در نتیجه ایسکمی موضعی و آسیب بافتی مشخص می‌شود. دو فرم بالینی وجود دارد که از نظر محل ضایعات و پیش آگهی متفاوت هستند. ضایعات پروگزیمال در تنه یا ران پیش آگهی بدتری نسبت به ضایعات دیستال دارند. کلسیفیلاکسی ممکن است چندین ناحیه بدن از جمله انگشتان دست و پا و گاهی اوقات حتی پوست اطراف شکم را تحت تأثیر قرار دهد. کلسیفیلاکسی معمولاً با بیماری کلیه مرحله آخر با یا بدون همودیالیز همراه است.

هیچ تست آزمایشگاهی خاصی برای تشخیص آسیب‌شناسی پوست وجود ندارد. با این حال، سطح کلسیم و فسفات سرم، یک پانل متابولیکی جامع و سطح هورمون پاراتیروئید سرم باید بدون توجه به علت زمینه‌ای در نظر گرفته شود. مطالعات اضافی آزمایشگاهی، تصویربرداری و نمونه برداری از بافت ممکن است به تشخیص کمک نماید.

درمان

درمان پیچیده است و باید براساس اهداف مراقبت باشد. در صورت امکان، روند بیماری زمینه‌ای باید مدیریت شود. اختلالات الکترولیت اصلاح شود و برنامه‌ای برای مراقبت از محل زخم تهیه شود. هیچ پروتکل استاندارد برای مراقبت از زخم وجود ندارد. برایانت و نیکس شش اصل کلی شامل: (۱) حذف موانع از زخم (رسوبات سست و سخت کلسیم واسلاف) (۲) تعادل رطوبت بستر زخم (۳) کاهش بار زیستی (جلوگیری و درمان عفونت) (۴) کاهش ادم (۵) کنترل نارسایی وریدی و (۶) محافظت از پوست اطراف زخم را توصیه می‌کنند. یک مطالعه موردی از کلسیفیلاکسی اطراف شکم، استفاده موفقیت آمیز از حلقه فوم مایل به رنگ متیلن بلو + بنفش بنفش جنتیان در ناحیه اطراف شکم، یک پانسمان کف چسب هیدروسلولار ثانویه برای ایجاد سطحی برای چسباندن سیستم تخلیه و نوارهای مانع برای تقویت آن گزارش شده است.

درماتیت تابشی

۹۵٪ از بیماران مبتلا که تحت پرتودرمانی قرار می‌گیرند، دچار نوعی درماتیت تابشی می‌شوند که ممکن است منجر به تأخیر در درمان، تغییر شکل، درد و یا کاهش کیفیت زندگی شود. درماتیت تابشی به عنوان رادیودرماتیت، سوختگی با اشعه، آسیب تابشی یا واکنش پوستی ناشی از اشعه نیز شناخته می‌شود. تشعشع باعث آسیب رساندن سریع سلول‌های اپیدرم (لایه گرمانیتوویم، لایه اسپینوزوم) و زائده‌های اپیدرمی: فولیکول‌های مو، غدد سباسه و ناخن‌ها می‌شود. این امر منجر به اختلال در قدرت و کشش سازگار با سیستم، سازش ایمنی، آسیب‌پذیری در برابر ضربه‌های شیمیایی و مکانیکی و بهبودی تأخیری می‌شود. درماتیت تابشی ممکن است حاد یا تأخیری باشد. عوارض جانبی زودرس یا حاد پرتوهای یونیزه‌کننده که در طی درمان سرطان به پوست منتقل می‌شود، می‌تواند به صورت اریتم، رسوب زدایی خشک (شکل ۱۶.۷) و یا رسوب زدایی مرطوب (شکل ۱۶.۸)

شکل ۱۶.۷. رسوب زدایی خشک و اریتم متوسط در یک بیمار مبتلا به پستان که تحت پرتودرمانی قرار دارد.

شکل ۱۶.۸. رسوب زدایی مرطوب و اریتم شدید در یک بیمار مبتلا به پستان که تحت پرتودرمانی قرار دارد.

ظاهر شود. واکنش‌های حاد ناشی از ترکیبی از آسیب مستقیم تابش و التهاب متعاقب آن است. شیمی درمانی همزمان یا درمان هدفمند خطر سمیت پوست را افزایش می‌دهد، همچنین دوزهای بالاتر از اشعه به دلیل اثرات تجمعی نیز تأثیر گذار است. واکنش‌های تأخیری یا مزمن ممکن است ماه‌ها یا حتی سال‌ها پس از اتمام پرتودرمانی رخ دهد و معمولاً به صورت درماتیت مزمن و یا فیبروز پوستی ایجاد می‌شود.

ارزیابی و درجه بندی

ارزیابی پوست باید قبل از شروع تابش و به طور منظم پس از آن انجام شود. به طور کلی، همه بیماران باید از نظر اریتم، ادم، تجزیه پوست، درد و حساسیت پوست ارزیابی شوند. کسانی که دارای رسوب زدایی خشک هستند نیز باید از نظر خشکی، خارش و پوسته پوسته شدن ارزیابی شوند. پوست بیماران با رسوب زدایی

مرطوب باید از نظر رطوبت، حساسیت، پوسته پوسته شدن و وجود ترشحات سرطانی و عفونت‌های فوقانی بررسی شود. چند مقیاس درجه‌بندی برای درماتیت تابشی وجود دارد، اما معیارهای سمی رایج برای عوارض جانبی (CTCAE)[1] موسسه ملی سرطان (NCI) بیشترین استفاده را در ایالات متحده دارد. CTCAE واکنش‌های حاد را در طی ۸۶ روز پس از درمان تعریف می‌کند. جدول ۱۶.۱۱ تعریف و مشخصات برجسته هر درجه از مقیاس CTCAE را نشان می‌دهد.

درمان

به طور گسترده، اهداف درمان باید شامل بهبودی، پیشگیری از عفونت و مدیریت علائم پیشرفته (درد، خارش، ترشح) باشد. شواهد اندکی وجود دارد که از توصیه های خاص در درمان درماتیت تابشی حاد و مزمن پشتیبانی می‌کند. مراقبت‌های عمومی از پوست در طول پرتودرمانی شامل استفاده از صابون و دئودورانت‌های ملایم، لباس‌های گشاد روی محل تابش، جلوگیری از قرار گرفتن در معرض آفتاب، جلوگیری از خراشیدن محل و تغذیه مناسب است. استفاده پیشگیری کننده از استروئیدها و سولفادیازین نقره (SSD) در زمینه‌ی کاهش درماتیت تابشی حاد نوید بخش بوده است. گل همیشه بهار و SSD شواهد ضعیفی دارند که تأثیر آنها را بر واکنش‌های حاد تأیید می‌کند. یک مطالعه موردی بر روی یک مرد ۵۷ ساله با سوختگی ناشی از اشعه در محل گردن، اثر پانسمان‌های آهسته رهش نقره‌ای Hydrofiber را در بهبود، کاهش تغییرات پانسمان و درد گزارش کرد. یک مطالعه موردی دیگر، ترمیم کامل رفع رسوب زدایی مرطوب درخانم ۵۱ ساله مبتلا به سرطان پستان را پس از ماستکتومی، شیمی درمانی و پرتودرمانی با

جدول ۱۶.۱۱. معیارهای معمول سمیت برای مقیاس عوارض جانبی: درماتیت تابشی

درجه واکنش	تعریف و خصوصیات
درجه ۱	اریتم ضعیف یا رسوب زدایی خشک. در طی ۲ تا ۴ هفته اول درمان، این واکنش‌ها باعث قرمزی و گرمای پوست و ظهور بثورات می‌شوند. بیمار ممکن است شکایت کند که در ناحیه‌ی پوست احساس سفتی یا حساسیت می‌کند.
درجه ۲	اریتم متوسط تا سریع؛ تخلیه رسوب زدایی تکه‌ای و مرطوب معمولاً محدود به چین و چروک پوست است. ادم متوسط، خشکی، خارش و پوسته پوسته شدن لایه‌های پوست (رسوب زدایی خشک) نیز ممکن است رخ دهد.
درجه ۳	رسوب زدایی مرطوب در مناطقی غیر از چین و چروک. خونریزی ممکن است ناشی از ضربه جزئی مانند ساییدگی باشد.
درجه ۴	عواقب تهدیدکننده زندگی، مانند زخم‌های پوستی با ضخامت کامل، نکروز و خونریزی خود به خودی.
درجه ۵	مرگ

استفاده از پماد روغن کرچک، بالسام پرو (Balsam Peru) و هیدروژنه توصیف کرد.

مراقبت تسکینی از بیماران دچار بی‌اختیاری

ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی برای بیمارانی که در مراحل انتهای زندگی قرار دارند و دچار بی‌اختیاری دفع هستند منجر به کاهش اختلالات روان شناختی و فیزیولوژیکی در بیماران می‌شود.

1. Common Toxicity Criteria for Adverse Events

مطالعه موردی: بیمار مبتلا به سرطان کولون متاستاتیک

یک مرد ۵۵ ساله با سرطان کولون متاستاتیک و انسداد بدخیم روده و فیستول شکمی، پس از اینکه همسر و دخترش بیان کردند دیگر قادر به مراقبت از او در منزل نیستند، در یک بخش هاسپیس برای مراقبت انتهای زندگی بستری شد. به دلیل تغییر پوست شکمی، وی دچار دفع مایعات به میزان ۴۶۷ میلی لیتر در روز است که از طریق فیستول نشت می‌کند و باعث آسیب پوست در ارتباط با افزایش رطوبت محل شده است. زخم و التهاب ایجاد شده بسیار دردناک بود و تغییرات ایجاد شده بیمار و خانواده را ناراحت می‌کرد. آنها با تیم هاسپیس تماس گرفتند و تصمیم برای انتقال وی به واحد بستری (IPU) گرفته شد.

اختلالات دفع و بی‌اختیاری مدفوع و ادرار

هیچ تحقیق منتشر شده‌ای به طور خاص به جنبه‌های شیوع، مدیریت یا کیفیت زندگی فعلی مربوط به مسائل استومی در مردان، زنان و کودکانی با بیماری محدود کننده زندگی نپرداخته است. استومی نوعی مسیر مصنوعی است که از طریق جراحی برای دفع ادرار یا مدفوع ایجاد می‌شود و می‌تواند دائمی یا موقتی باشد. علائم ایجاد استومی در جعبه ۱۶.۱۲ ذکر شده است و جدول ۱۶.۱۲ اختلالات ادراری و بی‌اختیاری مدفوع و ادرار که پرستار مراقبت تسکینی ممکن است با آن روبرو شود توصیف می‌کند. اکثر استومی‌ها به یک سیستم pouching نیاز دارند که سلامت پوست را حفظ کند، یک نشان بی‌خطر و مطمئن ایجاد می‌کند و به بیمار دارای استومی اجازه می‌دهد تا وضعیت عملکرد خود را حفظ کند. روش‌های تغییر کیسه برای سیستم‌های pouching یک یا دو تکه شامل: امور اساسی مانند تخلیه، شستشو و خشک کردن پوست، اندازه‌گیری دفع از طریق استومی، قرار دادن یک سیستم دفع جدید می‌تواند پیچیده و چالش برانگیز باشد. از آنجا که این روند برای یک شخص "خوش حال" می‌تواند هزینه بر باشد، مراقبت‌های اساسی استومی، تعویض کیسه و توجه به احتمال نشت آن نیز ممکن است یک چالش غیرقابل حل برای افراد مبتلا به یک بیماری محدودکننده زندگی باشد. به طور خاص، چالش‌های مربوط به مدیریت استومی مراقبت تسکینی ممکن است شامل کمبودهای حرکتی، حسی، بینایی و شناختی با پیشرفت بیماری و همچنین عوارض اطراف شکمی و ملاحظات دارویی باشد.

جعبه ۱۶.۱۲. اندیکاسیون ایجاد استومی

بدخیمی

- سرطان کولون، راست روده، مقعد
- سرطان مثانه

غیر بدخیمی

- سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS)؛ کولیت اولسراتیو، بیماری کرون
- تروما
- اختلالات مادرزادی: سندرم هیرشپرونگ، مقعد سوراخ نشده
- بیماری دیورتیکولیت
- مثانه نوروژنیک شدید که در غیر این صورت بی‌اختیاری بیمار قابل کنترل نیست.

نقصان حرکتی و حسی

مروری بر بیماری‌های مزمن و اغلب کشنده‌ای که پرستاران معمولاً در مراکز مراقبت‌های تسکینی و درمانگاه‌ها با آنان روبرو می‌شود و همچنین تأثیر بالقوه آنها بر فرد دارای استومی، باید با تکرار اهمیت به دست آوردن شرح حال کامل بیمار و انجام ارزیابی فیزیکی آغاز شود. انجام یک ارزیابی دقیق فردی از سابقه بیمار در مورد بیماری فعلی، درمان‌های پزشکی یا جراحی گذشته یا فعلی، آلرژی‌ها (از جمله آلرژی به لاتکس یا چسب‌ها)، داروها (از جمله داروهای گیاهی

جدول ۱۶.۱۲. اختلالات دفع و بی‌اختیاری مدفوع و ادرار

انواع انحرافات	اختیاری و بی‌اختیاری	توصیفات
ایلئوستومی	بی اختیاری مدفوع	استومی با بیرون آوردن انتهای یا حلقه ایلئوم بر روی سطح پوست ایجاد می‌شود. سپس سیستم جمع‌آوری یک یا دو قطعه برای جمع‌آوری پساب استفاده می‌شود.
کولستومی	بی اختیاری مدفوع	استومی با کشیدن انتهای سالم روده کوچک یا روده بزرگ از طریق برش در دیواره قدامی شکم و بخیه زدن در محل ساخته می‌شود. سپس از یک سیستم جمع‌آوری دارای یک یا دو قطعه جمع‌کننده‌ی مدفوع استفاده می‌شود. برعکس، شستشوی کلستومی و کلاهک استومی ممکن است برای بیماران مبتلا به استومی دیستال ترجیح داده شود.
ایلئوستومی (Continent) (Koch pouch)	بی اختیاری مدفوع	روده کوچک به مخزن داخلی شکل S متصل است که از بخشی از ایلئوم ایجاد شده است. یک دریچه یک طرفه ساخته می‌شود که از طریق آن یک کاتتر Medena (30 Fr) 4-8 بار در روز برای تخلیه مدفوع وارد می‌شود.
اوروستومی (مجرای ایلئال)	بی اختیاری ادرار	حالب ها از طریق جراحی از مثانه جدا شده و ادرار را به یک قسمت جدا شده از ایلئوم تخلیه می‌کنند. انتهای ایلئوم از طریق استومی در دیواره شکم خارج می‌شود. روده کوچک باقیمانده با ایلئوم انتهایی باقیمانده مجدد انجام می‌شود. یک کیسه جمع‌آوری شده با کمربند به راحتی در شکم و بالای استومی پوشیده می‌شود تا ادرار جمع شود.
Ureterostomy	بی اختیاری ادرار	یک یا هر دو حالب از مثانه جدا شده و از دیواره شکم بیرون آورده می‌شوند تا استومی ایجاد کنند. یک کیسه جمع‌آوری کننده از روی شکم وارد شده و به "حالب‌ها" وصل می‌شوند تا ادرار را از طریق حالب جمع کند.
هتروتوپیک (Continent) تعویض مثانه (کیسه ایندیانا)	بی اختیاری ادرار	به دنبال سیستکتومی، از بخش ایلیوم یا ایلئوسکال برای تشکیل مخزن استفاده می‌شود. حالب‌ها به مخزن متصل می‌شوند. یک دریچه یک طرفه ساخته می‌شود که از طریق آن ۴-۶ بار در روز و هنگام خواب یک سوند برای تخلیه ادرار وارد می‌شود.
مثانه ارتوتوپیک تعویض (neobladder)	بی اختیاری ادرار	درمان انتخابی هنگامی که هدف درمان باشد. این عملکرد نزدیک به عملکرد تخلیه ادرار مثانه است. به دنبال سیستکتومی، یک مخزن از بخشی از ایلئوم ایجاد می‌شود و در لگن کوچک قرار دارد و به مجرای ادرار بیمار متصل می‌شود.

بدون نسخه و هومیوپاتی) و سطح عملکرد فرد ضروری است. یک ارزیابی روانشناختی و ارزیابی از استومی بیمار نیز باید انجام شود. برای بسیاری از افرادی که با یک بیماری مزمن، ناتوان‌کننده یا بیماری محدودکننده زندگی می‌کنند، تغییر در عملکرد فیزیولوژیکی آنها و عواقب ویرانگر رژیم‌های درمانی آنها ممکن است منجر به نقص حرکتی و حسی شود. بیماری عصبی–عضلانی می‌تواند افراد مبتلا به استومی را از طریق روش‌های متعدد ناتوان‌کننده و اغلب دردناک تحت تأثیر قرار دهد (به جدول ۱۶.۱۳ مراجعه کنید).

تخریب عصبی پیشرونده، نوروپاتی محیطی (ناشی از رونـد بیمـاری یـا روش درمـان) و بیمـاری‌هـای خودایمنی ممکن است در توانـایی فـرد در مراقبـت از استومی اختلال ایجـاد کنـد. بـرای ایـن امـر نیـاز بـه تخصص پرستار WOC برای کمک به اصلاح سیستم Pouching یا ارائه‌ی مراقبت معمول و آمـوزش هـای لازم در ایـن زمینـه وجـود دارد تـا مـددجو چگـونگی مراقبت از استومی را بیاموزد. کلید حصول اطمینـان از پایبنـدی بـه برنامـه درمـانی و سـلامت اسـتومی و همچنین حفظ استقلال و عزت نفس بیمار، ایجاد یک برنامه واقع بینانه در زمینه‌ی مراقبت‌های تـسکینی در مراکز هاسپیس است.

برای بیماران مبتلا به اختلال حرکتی ثانویه ناشی از بیمـاری یـا روش‌هـای درمـانی (بـه جـدول ۱۶.۱۳ مراجعه کنید)، ارزیـابی واقـع بینانـه وضـعیت عملکـرد بیمار، دریافت کمک از مراقب پس از تشخیص بیماری و توصیه گزینـه‌هـایی بـرای سـاده‌سـازی مراقبـت از استومی مهم است. کیسه‌های ولکرو نیاز به استفاده از گیره برای تثبیت کیسه در محل اسـتومی اسـت، ایـن کیسه‌ها یک تکه یا دو تکه هستند کـه کـاربرد آن‌هـا آسان اسـت. فنـاوری قالـب‌پـذیری (Skillman, NJ) Convatec's همچنین ممکن است بـرای افـرادی بـا حداقل مهارت دستی، اختلال بینایی، درد مزمن مفصل متاکارپال یا پلـی نوروپـاتی دسـت، گزینـه‌ای مناسـب باشد. این محصولات نیازی به برش ندارند (عدم نیـاز به استفاده از قیچی یا تجسم الگوها) و آنها بـه خـوبی در محل استومی متصل می‌شوند و تطابق آنها با تغییر اندازه و شکل اسـتومی را تـسهیل مـی‌کننـد. بیمـاران دارای کلوستومی ممکن است اسـتفاده از یـک کیـسه یکبار مصرف با انتهای بسته را ترجیح دهنـد، بنـابراین نیاز به گیره نخواهند داشت، در حالی که بیماران دارای اوروستومی ممکن است نیاز به اسـتفاده از گیـره هـای مختلف داشته باشند تا محصول را برای استفاده از آنها آسان‌تر کند. ممکن است پرستار WOC بـرای کمـک به آموزش مهارت‌های دستی، بیمـار را بـه کاردرمـانی ارجاع دهد و دستگاه‌های سازگار مـورد نیـاز را توصـیه کند. ارزیابی دقیق همچنین ممکن است نشان دهد که مراقبـت از خـود امکـان‌پـذیر نیـست. در ایـن حالـت، امکانات مراقبتی بایـد بـرای ارائـه مراقبـت روزانـه از استومی برنامه‌ریزی شود. اگر این منبع وجـود نداشـته باشـد یـا در دسـترس نباشـد، درخواسـت کمـک از آژانس‌های مراقبت در منزل توصیه می‌شود.

اختلال بینایی

کـاهش بینـایی در بیمـاران دریافـت‌کننـده مراقبـت تسکینی شایع است و جز عوارض ناشی از بیماری‌های مزمن است که اغلب نادیده گرفته می‌شود. در مراقبت از استومی، اختلالات بینایی می‌تواند توانایی بیمـار دارای استومی را بـرای مراقبـت از محـل و تعـویض کیـسه استومی، یادداشت عوارض اطراف اسـتومی یـا تخلیـه مدفوع از طریق استومی را تا حد زیادی مختل کند. در نهایت، عدم توانایی بالقوه در انجام خودمراقبتی ممکن است استقلال بیمار را دچار مشکل سازد که ایـن امـر می‌تواند برای تصویر بدن بیمار تأثیر نامطلوبی در پـی داشته باشد. رتینوپاتی دیـابتی، اریـتم ملتحمـه تحـت عنوان "چـشم قرمـز اورمـی"، در بیمـاران مبـتلا بـه بیماری مزمن کلیوی، تومور اولیه مغزی و MFWهای سر و گردن می‌تواند منجر به تخریب ساختار چـشم و قدرت بینایی فرد گردد. پرستار ارائه‌دهنـده‌ی مراقبـت تسکینی ممکن است با تظـاهرات چـشمی ثانویـه بـه آرتریت روماتوئید و اختلالات بینایی ثانویه به مولتیپـل اسکلروزیس (MS) روبرو شود. جراحـی، ماننـد تخلیـه هسته یا حذف موضعی قسمتی از آن و براکی‌تراپی یـا تابش پرتوی خارجی نیز از علل احتمالی کوری اسـت. اگرچه نسبتاً غیر معمول است، بعضی از عوامل شـیمی درمانی که به عنوان عوامل منفـرد یـا در درمـان‌هـای ترکیبی عمـل مـی‌کننـد، باعـث ایجـاد مـسمومیتهای چشمی می‌شوند (به جدول ۱۶.۱۴ مراجعه کنید).

جدول ۱۶.۱۳. ملاحظات پیشرفته بیماری عصبی عضلانی و مراقبت از استومی

روش بیماری و درمان	پاتوفیزیولوژی	عواقب عمومی و خاص استومی	ملاحظات
بیماری پارکینسون پیشرفته	از دست دادن سلول‌های عصبی دوپامینرژیک و ظاهر بدن Lewey	Freeezing، هیپوکینزیس، آکینزی، دیسکینزی و دیستونی	ارزیابی دقیق برای اطمینان از به حداکثر رساندن عوامل دوپامینرژیک. ممکن است همکاری با متخصص مغز و اعصاب لازم باشد.
مالتیپل اسکلروزیس (MS)	پلاک‌های چند کانونی از دمیلینه شدن در سیستم عصبی مرکزی. اگر در سن کمتر از ۴۰ سال تشخیص داده شود، دوره‌های مکرر نقص عصبی و به دنبال آن دوره‌های بهبودی خود به خودی معمول است.	سندرم درد اسپاسیتی در ۷۶٪ از بیماران گزارش شده است. همراه با سندرم‌های درد، بیهوشی بسیار شایع است. اسپاستیسیته معمولاً با باکلوفن یا تیزانیدین درمان می‌شود. ممکن است به مداخلات دارویی و غیر دارویی پاسخ دهد.	آموزش مراقبت در اوایل روند بیماری را در نظر بگیرید زیرا دوره های تکرار شونده ممکن است پراکنده و ناتوان کننده باشد یا با افزایش سن فرکانس را افزایش دهد.
اسکلروز جانبی آمیتروفیک (ALS)	از بین رفتن هر دو نورون حرکتی فوقانی (UMN) در قشر حرکتی و نورون حرکتی پایین (LMN) در ساقه مغز و نخاع.	اسپاستیسیته، حرکات آهسته، هایپر رفلکسی از جمله عوارض بیماری UMN است. ضعف، آتروفی، کاهش تن و هیپورفلکسی به دلیل درگیری با LMN است.	هر ساله ۵۰۰۰ مورد جدید از این بیماری برگشت ناپذیر تشخیص داده می‌شود که طول عمر آنها پس از تشخیص به طور متوسط ۳-۵ سال است. افراد مبتلا به ALS و دارای استومی در برخی از دوره‌های زندگی خود به کمک مراقب چه در خانه و چه در یک مرکز مراقبت طولانی مدت نیاز خواهند داشت.
سکته	ممکن است بر عملکرد حسی یا حرکتی تأثیر بگذارد و اغلب هم به محل و میزان آسیب بستگی دارد. ممکن است ایسکمیک (ترومبوتیک، آمبولیک)، خونریزی‌دهنده (داخل مغزی، ساب آراکنوئید) یا لکونار باشد.	همی پارزی آتاکسی پارستزی کپسولیت چسبنده (شانه منجمد)	چالش مراقبت از استومی با یک دست و احتمالاً دست غیر غالب. چالش های استفاده یا دسترسی به امکانات توالت. ناتوانی در مراقبت از استومی، یا مقابله تشخیص آن (stereognosis).

جدول ۱۶.۱۳ ادامه. ملاحظات پیشرفته بیماری عصبی عضلانی و مراقبت از استومی

روش بیماری و درمان	پاتوفیزیولوژی	عواقب عمومی و خاص استومی	ملاحظات
کوادری پلژی * پاراپلژی	ترومای نخاع، تنگی نخاع یا فشرده‌سازی نخاع به دلیل تومور اولیه یا متاستاز	صدمات ناشی از C4 تا C7 ممکن است روی عضله شانه و بازو تأثیر بگذارد. C6 تا C8 (اکستنسورها و خم کننده‌های بازو)؛ و C8 از طریق T1 (عضله دست). سندرم قطع کامل نخاع منجر به از دست دادن انواع حس و عملکرد حرکتی زیر سطح ضایعه می‌شود.	ممکن است از نظر هماهنگی بدنی برای انجام اکثر مهارت‌های حرکتی ناخالص و / یا خوب لازم برای انجام مراقبت‌های روزانه، بسته به سطح آسیب، فاقد آن باشد. تمرکز خود را بر روی اصلاح یک برنامه برای جای دادن توانایی‌ها یا آموزش مراقبت از استخوان به مراقب خود بگذارید.
نروپاتی محیطی	بیماری‌های شایع ایجاد کننده پلی نوروپاتی عبارتند از دیابت، اعتیاد به الکل، زونا، اچ آی وی / ایدز، هپاتیت C، آرتریت روماتوئید (RA)، مرحله نهایی بیماری کلیه یا کبد و حمله تومور، مانند پلکسوپاتی بازویی که در سرطان متاستاتیک ریه دیده می‌شود.	شدت علائم ممکن است از کم حسی، بی‌حسی گذرا و سوزن سوزن شدن اندام‌ها تا سوزش درد و عدم هماهنگی باشد.	مشهورترین گروه های شیمی درمانی مسئول CIPN عبارتند از تاکسان ها (پاکلیتاکسل، دوکتاکسل، ابراکسان)، آلکالوئیدهای وینکا (وین کریستین، وینبلاستین، وینورلبین) و ترکیبات پلاتین (سیس پلاتین، کاربوپلاتین، اگزالی پلاتین). اگزالی پلاتین، در ترکیب با ۵- FU و لکوورین، به عنوان درمان خط اول، دوم یا سوم یا سرطان کولون و رکتوم متاستاتیک درنظر گرفته می‌شود. گیرنده معمولاً استئومی موقتی یا دائمی دارد.
آرتریت روماتوئید (AF)	التهاب حاد و مزمن در سینوویوم همراه با تخریب بافت مفصلی. آسیب مشترک که منجر به ناتوانی می‌شود اغلب در اوایل بیماری (<۲ سال) اتفاق می‌افتد. اگرچه دوره RA متفاوت است و بیماران ممکن است بهبودی بالینی طولانی مدت یا بیماری متناوب داشته باشند، اما اکثر بیماران یک بیماری پیشرونده دارند که می‌تواند منجر به تخریب مفصل و بی‌ثباتی شود.	از دست دادن تحرک و مهارت در مفصل و همچنین درد فلج کننده، RA را همراهی می‌کند.	باید در مورد کنترل درد هنگام حملات حاد یا بیماری مرحله آخر کوشا باشید. از بین رفتن مهارت در دست می‌تواند توانایی بیمار در استفاده و برداشتن گیره، برش الگو یا خالی کردن کیسه را مختل کند.

جدول ۱۶.۱۴. شیمی درمانی و مسمومیت‌های چشمی ناشی از آن

سمیت چشمی	عامل شیمی درمانی
اپی فورا	سیکلوفوسفامایید، متوتروکسات، فلواوراسیل (5-FU)
رتینوپاتی	سیس پلاتین، اتوپساید، تاموکسیفن، اینترفرون
آسیب به قرنیه و ملتحمه	کارموستین، میتومایسین
گلوکوم	اینترفرون
کاتاراکت	تاموکسیفن، بوسولفان، متوتروکسات
آسیب عصب بینایی و عصب چشمی	کارموستین، وین بلاستین، وین کریستین
نوریت بینایی	سیس پلاتین، تاموکسیفن

چندین استراتژی وجود دارد که می‌تواند برای کمبود بینایی در بیماران مبتلا به استومی استفاده شود. آموزش به بیمار با استفاده از فونت درشت روی کاغذهای آبی یا کرم رنگ که باعث کاهش تابش خیره‌کننده پیشنهاد می‌شود. چراغ‌های روشن، ریدرها و ذره بین ها نیز ممکن است مورد نیاز باشد. نوارهای صوتی با دستورالعمل‌های استفاده‌ی گام به گام که می‌توانند به راحتی در مواردی که برای بیمار دارای استومی یا مراقب اهمیت دارد، پخش شود. در صورت عدم وجود نوروپاتی محیطی، بر ارتقای قدرت حس لامسه‌ی بیمار تمرکز کنید. اعمال تغییراتی بر استومی در صورت عدم کارکرد استومی (به عنوان مثال، در صورت عدم دفع)، استفاده از سیستم دو قطعه‌ای در کیسه‌ی استومی توصیه می‌شود. اگر بیمار مجرای ایلئال داشته باشد، ممکن است برای خشک نگه داشتن پوست اطراف شکم و کمک به حفظ سلامت پوست به او آموزش داده شود که ادرار را با تامپون یا فتیله دندانی تخلیه کند.

نقایص شناختی

مراحل متوالی فرایند یادگیری شناختی شامل کسب دانش درک مطلب، کاربرد آن (بیمار می‌تواند دانش و مهارت کسب شده را در مراقبت از استومی به کار گیرد)، سنجش و ارزیابی (بیمار، مراقبت از استومی را به طور مستقل انجام می‌دهد و طبق تشخیص خود در صورت نیاز درخواست کمک می‌نماید) است. بیمار بزرگ‌سال باید از نظر توانایی دستیابی به هر یک از مولفه‌های فرایند یادگیری با هدف تدوین یک برنامه مراقبت واقعی مورد ارزیابی قرار گیرد. بسیاری از فرایندهای بیماری ممکن است باعث نقص شناختی در جمعیت تحت مراقبت تسکینی شود. بیمار دارای استومی مبتلا به یک بیماری پیشرفته عصبی است، در نهایت دچار از دست دادن حافظه و مهارت‌های شناختی و همچنین اختلال عملکرد خواهد شد. WOC و پرستار مراقبت‌های تسکینی باید در مورد کاهش توانایی بیمار در هر یک از این حیطه‌ها هوشیار باشند؛ زیرا آنها در مراقبت‌های روزانه از استومی و مدیریت سایر علائم بیماری نقش مهمی بر عهده دارند.

ارزیابی مداوم عملکرد شناختی بسیار مهم است. مداخلات انجام شده توسط پرستار WOC باید در سطح عملکرد بیمار باشد. در اوایل مسیر بیماری شناختی، احتیاط بر این است که پرستار مراقبت تسکینی یک یا چند مراقب از بین اعضای خانواده مایل به یادگیری در مورد مراقبت از استومی را شناسایی کند. در مراحل اولیه از دست رفتن حافظه‌ی بیمار، ممکن است بیمار نیاز به یادآوری‌های بصری برای تخلیه کیسه استومی و کاتترها داشته باشد. همانطور که حافظه و توانایی شناختی بیمار کاهش می‌یابد، دستورالعمل‌های گام به گام، کمک‌های آموزشی یا راهنمایی‌های بصری در برنامه‌ی مراقبتی بیمار گنجانده می‌شوند. کیسه‌های ساده‌تری، از قبیل کیسه‌های یک تکه‌ی از قبل برش خورده و دارای

بسته‌های ولکرو، ممکن است برای این بیماران پیشنهاد شوند. سرانجام، مراقب(ها) باید مراقبت های روزانه را به عهده بگیرند. این امر مستلزم تهیه یک برنامه آموزشی برای خانواده یا کارکنان، بر اساس محل سکونت بیمار (منزل یا مراکز مراقبتی) است. مسئولیت مراقبت‌های اختصاصی از جمله مراقبت از استومی یا کاتترها باید مد نظر قرار داده شود که این امر نیاز به همراهی گروه‌های پشتیبانی یا مشاوره‌های منظم دارد.

عوارض اطراف استومی

هیچ داده آماری یا پژوهشی مستقیماً شیوع و بروز عارضه پریستومال را در مراکز مراقبتی هاسپیس و ارائه‌ی مراقبت‌های تسکینی منتشر نکرده است. Tilley مشاهده کرده است که به دلیل افزایش دفعات و مدت زمان تماس با عوامل خطر، ممکن است این موارد در جمعیت هاسپیس بارزتر یا شایع‌تر باشد. راهنمای ارزیابی پوست اطراف استومی ابزاری است که توسط انجمن WOCN تهیه شده است و راهنمایی های اساسی در مورد شناسایی و درمان عوارض پوستی اطراف استومی از جمله دستورالعمل های مربوط به مراقبت از بیمار و شرایطی که نشانگر ضرورت مراجعه به پرستار WOC است را در اختیار پزشکان قرار داده است. تغییرات ایجاد شده در ناحیه‌ی شکمی، جداسازی مخاط جلدی، واریس‌های اطراف استومی (caput medusa) و آسیب پوستی مرتبط با رطوبت اطراف استومی از جمله عوارض رایجی است که در ادامه مشاهده می‌شود.

تغییرات در سطوح شکمی

صفحه اطراف استومی سطح زیر پوستی و چسب سیستم Puching است که از پایه استومی تقریباً به میزان ۴ × ۴ اینچ امتداد دارد. ارزیابی این سطوح در حالی که بیمار دراز کشیده، نشسته و ایستاده است، به پزشک کمک می‌کند تا در مورد نوع محافظ پوستی مورد نیاز تصمیم بگیرد. فاکتورهایی شامل: نوع استومی، محل استومی، خطوط شکمی، سبک زندگی، ترجیحات شخصی، حدت بینایی و حرکات دست های بیمار را باید هنگام انتخاب سیستم Puching مورد توجه قرار داد. پوست اطراف استومی باید از نظر سفتی، نرمی بیش از حد، ناهمواری ناشی از تومورهای زیرپوستی، وجود زخم های قارچی و برجستگی های گرد ناشی از آسیت، زخم ناشی از جراحی های قبلی، یا مناطق آسیب دیده یا تروما بررسی شود. با پیشرفت روند بیماری و افزایش بار تومور شکمی یا آسیت، کاهش وزن یا انسداد بدخیم روده، نوع سیستم Puching موجود در برنامه مراقبت ممکن است لازم باشد چندین بار در طول برنامه مراقبت تسکینی و هاسپیس تغییر یابد.

محافظ پوست باید آینه توپوگرافی صفحه اطراف استومی باشد. در مورد شکم بیرون زده یا صفحه اطراف استومی دارای چین و چروک (همانطور که با کاهش وزن بیش از حد معمول در بیماران مراقبت تسکینی دیده می‌شود) یا اسکار زخم، یک سیستم کیسه محدب در نظر گرفته می‌شود. این سیستم همچنین ممکن است در بیمارانی دارای سطوح شکمی ناهموار به دلیل تومور، استفاده شود. از خمیر چسبناک نیز می‌توان برای پر کردن مناطق ناهموار استفاده کرد. این محافظهای پوستی به مدت ۷ روز در محل باقی مانده و ممکن است به دلیل نیاز کمتر به تعویض کیسه، در بیماران دارای تومور شکمی بزرگ که درد دارند، ترجیح داده شوند. در تمام موارد، باید قسمت زیرین محافظ پوستی در هنگام تعویض کیسه بررسی شود تا مشخص شود که به دلیل تماس پوست با مدفوع دفع شده دچار آسیب شده است یا نه. همچنین می‌بایست پوست را از نظر بروز درماتیت ارزیابی کرد.

تخریب پوستی

تخریب پوستی، جدا شدن کامل یا جزئی استومی از پوست اطراف استومی است (به شکل ۱۶.۹ نگاه کنید). عوامل خطر شامل استعمال سیگار، تجویز کورتیکواستروئیدها، شیمی درمانی، پرتودرمانی شکمی، دیابت، IBD، عفونت، سوء تغذیه یا نکروز استومی و عود بدخیمی یا هر یک از بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده ذکر شده در این فصل است. کورتیکواستروئیدها، یک پایه اصلی در درمان درد، تنگی نفس و ادم مغزی است که به طور معمول در برنامه‌های مراقبت تسکینی استفاده می‌شود. عوارض دیابت و استعمال دخانیات، بیماری عروق کرونر، سکته مغزی و بیماری کلیوی در مرحله آخر، همگی بیماری‌های مشترکی هستند که در افراد مبتلا به بیماری مزمن مشاهده می‌شوند. سندرم سوء تغذیه و بی‌اشتهایی یا کاشکسی ممکن است در چندین بیماری مزمن و ناتوان کننده مانند سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)، بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD)، نارسایی احتقانی قلب (CHF)، دمانس، سل، مالاریا، بیماری پایانی کلیوی (CKD)، بیماری کبدی و آرتریت روماتوئید مشاهده شود. کاشکسی در ۷۰٪ بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته رخ می‌دهد. بروز عفونت و عود بیماری به دلیل ماهیت ناتوان کننده بیماری‌های مزمن ممکن است پیش‌بینی شود.

مدیریت محافظه کارانه کلید مهمی است، زیرا در مراحل انتهای زندگی، به احتمال زیاد علل بروز عوارض قابل اصلاح نیست. زخم حاصل از جداسازی پوست باید با نرمال سالین یا آب معمولی شستشو داده شده و با مواد جاذب مانند پودرهای محافظ پوست، خمیرهای محافظ پوست، هیدروفیبر یا آلژینات کلسیم پر شود تا ترشحات محل را جذب و تخلیه کند و همچنین از آلودگی بیش از حد محل با ادرار یا مدفوع جلوگیری نماید. سپس سیستم pouching را برای محافظت از پوست در برابر تماس با مدفوع و ترشحات

شکل ۱۶.۹. واریس اطراف استومی

در محل تعبیه می‌کنند. استفاده از یک سیستم دو تکه با فلنج شناور می‌تواند مد نظر قرار بگیرد، چرا که باعث راحتی بیمار به هنگام تعویض کیسه می‌شود. از تعبیه ی سیستم کیسه محدب باید اجتناب شود زیرا ممکن است باعث تخریب عمیق بافت و اختلال در بهبودی در محل اتصال استومی و پوست شود.

واریس‌های اطراف استومی

واریس‌های پریستومی (اطراف استومی) که در محل استومی اتفاق می‌افتد ممکن است در بیماران مبتلا به فشار خون ورید پورت و بیماری کبدی در مرحله نهایی (ESLD) یا بیماران دچار بدخیمی‌ها یا سیروز مشاهده شود. این وضعیت اغلب به عنوان caput medusae شناخته می‌شود و بین ۱٪ تا ۵٪ از کل خونریزی‌های واریسی را باعث می‌شود. تغییر رنگ بنفش عروق اطراف ناف ناشی از وازودیلاتاسیون عروق مخاطی است که ممکن است در صورت اصطکاک یا ضربه به استومی با افزایش خون ریزی در محل استومی ایجاد شود (شکل ۱۶.۱۰ را ببینید). در صورت خونریزی حاد، فشار مستقیم وارد کنید و در صورت لزوم، از نیترات نقره استفاده کنید. همچنین از گاز یا کف ژل آغشته به اپی نفرین استفاده کنید یا محل استومی را بخیه بزنید. در صورت نیاز (۱) به استفاده از محافظهای پوستی که

شکل ۱۶.۱۰. تخریب مخاط جلدی اطراف استومی

به راحتی قابل جدا شدن هستند، به مراقب آموزش دهید (۲) در صورت امکان از مواد پاک‌کننده چسب در محل استومی استفاده کنید، (۳) از دستگاه‌های انعطاف‌پذیر برای پاکسازی استفاده کنید و (۴) از محصولات سخت و محدب استومی استفاده نکنید. اگر نمی‌توانید خونریزی را متوقف کنید، به مراقب کمک کنید که از دستورالعمل‌های مراقبت‌های اورژانسی (در صورت نیاز مطابق با دستورالعمل‌های قبلی بیمار) استفاده کند.

درماتیت مرتبط با رطوبت اطراف استومی

درماتیت مرتبط با رطوبت اطراف استومی ناشی از التهاب و تخریب پوست به دلیل رطوبت محل استومی است. علت درماتیت مرتبط با رطوبت اطراف استومی، قرار گرفتن طولانی مدت پوست اطراف استومی در تماس با ادرار یا مدفوع، تعریق، منبع آب خارجی (شنا یا استحمام) یا تخلیه زخم یا فیستول است. علت آسیب پوست، تهیه‌ی برنامه‌ی درمانی و انتخاب سیستم Puching را هدایت می‌کند. هدف نهایی انتخاب سیستم Puching این است که متناسب با استومی باشد و از نشت ترشحات و مدفوع و ادرار به زیر این سیستم جلوگیری کند. پوست آسیب دیده

جدول ۱۶.۱۵. ترمینولوژی فیستول

نام	از کجا	به کجا
Enteroatmospheric	روده کوچک	سطح باز زخم
Enterocolonic	روده کوچک	کولون
Enterocutaneous	روده کوچک	پوست
Enterovesical	روده کوچک	مثانه
Enterovaginal	روده کوچک	واژن
Colocutaneous	کولون	پوست
Colovesical	کولون	مثانه
Pancreatic	پانکراس	پوست
Rectovaginal	رکتوم	واژن
Spit fistula esophagostomy	ازوفاگوس	پوست
Vesicocutaneous	مثانه	پوست
Vesicovaginal	مثانه	واژن

همراه با تخلیه‌ی ترشحات قابل توجهی است که منجر به اسیب پوست می‌شود. "پوسته پوسته شدن" یک مکانیسم حفاظتی برای پوست است که یک لایه‌ی محافظ خشک بر روی پوست ایجاد می‌کند. بیمار مبتلا به اورستومی باید شب کیسه را به کیسه تخلیه‌کننده متصل کند تا از تخریب محافظ جلدی در برابر ادرار جلوگیری کند.

فیستول

فیستول بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر منفی می‌گذارد و یک چالش منحصر به فرد برای متخصصان مراقبت تسکینی است. فیستول یک مسیر عبور یا شکاف غیرطبیعی بین دو یا چند اندام یا فضای بدن است (به جدول ۱۶.۱۵ مراجعه کنید). اکثر فیستول‌ها عمدتا در سیستم‌های دستگاه گوارش و دستگاه ادراری – تناسلی ایجاد می‌شوند. علت تکامل فیستول ممکن است به عوارض بعد از عمل یا وقایع خود به خودی مربوط باشد. چسبندگی‌های جراحی، اختلالات خارجی در کنار خط بخیه، کشش روی خط بخیه، تجزیه

جعبه ۱۶.۱۳. ABC'S از فیستول‌های موجود
آبسه، عفونت
بیماری روده تحریک‌پذیر (IBD)
سرطان، کرون
انسداد دیستال
اپیتلیالیزاسیون تراکت
جسم خارجی
گاما (XRT)

جعبه ۱۶.۱۴. عوارض مرتبط با فیستول
• سپسیس
• سوء تغذیه
• عدم تعادل مایعات و الکترولیت‌ها
• کم خونی
• عدم تعادل اسید– باز
• تخریب بافت
• درد
• دلیریوم

آناستوموز روده و تخریب عروق می‌تواند منجر به تشکیل فیستول در بیمار جراحی شود. موارد خود به خودی ممکن است در بدخیمی (انسداد روده بدخیم، حمله تومور)، انسداد روده کوچک و بیماری کرون دیده شود، در حالی که عواملی مانند عفونت، تغذیه نامناسب، استروئید درمانی و اختلالات غدد درون ریز و متابولیک می‌توانند بیماران مستعد و پیشرفته را مستعد گسترش فیستول کنند. فیستول در ۱٪ از بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته رخ می‌دهد. بیماران مبتلا به بدخیمی‌های دستگاه گوارش و کسانی که تحت اشعه به لگن قرار گرفته‌اند بیشتر در معرض خطر هستند.

فیستول‌ها را می‌توان به روش‌های مختلف طبقه‌بندی کرد، اما مفیدترین مورد برای پزشک مراقبت تسکینی output است. فیستول‌های با خروجی کم، تخلیه‌ی ترشحات کمتر از ۲۰۰ سی سی در روز دارند (بیشتر آنها در صورت امکان اپیتلیزه شدن، خود به خود بسته می‌شوند)، فیستول‌های با خروجی متوسط، ۲۰۰– ۴۶۷ سی سی در روز (میزان بسته شدن این فیستول‌ها به صورت خود به خودی متغیر است) و فیستول‌های با خروجی بالا، بیش از ۴۶۷ سی سی در روز، تخلیه‌ی ترشحات دارند (برای بستن این فیستول‌ها نیاز به درمان جراحی است). اگر بسته شدن خود به خودی فیستول که معمولاً طی ۴– ۷ هفته اتفاق می‌افتد، حاصل نشود، ممکن است جز اهداف مراقبتی تسکینی باشد. عواملی که از بسته شدن فیستول جلوگیری می‌کنند شامل اختلال کامل در تداوم روده، انسداد دیستال، اختلالات خارجی، عدم توانایی اپیتلیالیزاسیون، سرطان، سابقه‌ی پرتودرمانی و بیماری کرون می‌باشند (به جعبه ۱۶.۱۳ مراجعه کنید). مرگ و میر در بیماران مبتلا به فیستول به دلیل عدم تعادل مایعات و الکترولیت ها، سوءتغذیه، بسته نشدن محل عمل، نارسایی کلستاتیک کبد و سپسیس مربوط می‌شود. در بیماران مبتلا به فیستول روده‌ای، مرگ و میر می‌تواند تا ۱۰–۳۰٪ باشد. در جعبه ۱۶.۱۴ عوارض مکرر فیستول که برخی از آنها تهدیدکننده زندگی هستند ذکر شده است.

تشخیص و ارزیابی

فیستولوگرام، یک روش تصویربرداری رادیوگرافیک است که در آن محلول کنتراست مستقیماً به داخل فیستول تزریق می‌شود تا ساختارهای درگیر را مشخص کند. معمولاً تصویربرداری انتخاب نخست در روند درمان فیستول‌ها است. به دنبال این امر ممکن است بسته به علائم موجود، سری تصویر برداری از دستگاه گوارش فوقانی، انما باریوم، اسکن توموگرافی رایانه‌ای، سیستوسکوپی یا پیلوگرام وریدی انجام شود. به محض تشخیص، ارزیابی دقیق برای اصلاح عوارض بالقوه ناراحت کننده یا حتی کشنده مورد نیاز است. ارزیابی جامع شامل وضعیت تغذیه و

جدول ۱۶.۱۶. مشخصات ترشحات و درناژ فیستول

نوع فیستول	رنگ ترشحات و درناژ	خروجی روزانه	PH	اجزا و ترکیبات
کولوکاتانئوس (Colocutaneous)	قهوه‌ای مایل به زرد	۱/۵-۱ لیتر در روز	۶/۸-۷/۸	آب، مخاط، سدیم، پتاسیم و بی‌کربنات
انتروکاتانئوس (Enterocutaneous)	صفراوی، برنزه، بژ	۸-۷ لیتر در روز	۶/۵-۷/۵	آب، مخاط، پتاسیم و بی‌کربنات
پانراکتیک	بی رنگ	۱۰۰۰-۶۷۰ میلی لیتر در روز	۳/۸	آب، سدیم، پتاسیم و بی‌کربنات
اسپیت فیستولا (ازوفاگوستومی)	به رنگ مایعات دستگاه گوارشی، شفاف و تمیز	۱/۵-۱ لیتر در روز	۷/۱-۷/۵	آب، موکوس و آمیلاز

هیدراتاسیون، علائم حیاتی، وضعیت ذهنی / شناختی، ارزیابی درد، بررسی پوست اطراف یا بستر زخم، کیفیت و مقدار ترشحات تخلیه شده از فیستول و ارزیابی الکترولیت‌ها و تعادل اسید باز است. درناژ باید از نظر بو، رنگ، قوام، مقدار و pH ارزیابی شود. مشخصات متداول‌ترین انواع درناژ فیستول در جدول ۱۶.۱۶ نشان داده شده است.

مدیریت فیستول تسکینی

تکنیک های pouching استومی، پایه اصلی مدیریت فیستول در مراقبت‌های تسکینی هستند. پاکسازی پوست، محافظت از پوست، مدیریت سطح پوست ناهموار، پانسمان یا انتخاب کیسه، مهار تخلیه‌ی ترشحات و کنترل بو از اجزای اساسی برای مدیریت فیستول در افراد مبتلا به بیماری و در مراحل انتهای زندگی است. جدول ۱۶.۱۷ ملاحظات مدیریتی را بر اساس خروجی فیستول، تعداد مجاری فیستول و محل ارائه می‌دهد. علاوه بر این ملاحظات، نوع سیستم pouching باید براساس قوام و محل تخلیه‌ی ترشحات انتخاب شود. با توجه به چالش‌های منحصر به فرد مربوط به ساختار آناتومیکی سر و گردن، ممکن است فیستول‌های اسپیت[1] با کیسه‌های نوزادی یا کودکان بهتر مدیریت شوند. درصورتی که یک سوم تا نصف کیسه پر شده باشد می‌بایست کیسه تعویض گردد. مشاوره WOC در زمینه‌ی انتخاب سیستم مهارکننده‌ی مناسب برای فیستول‌هایی با تخلیه‌ی ترشحات متوسط تا زیاد، آموزش کارکنان و مراقبان و تامین هزینه‌های تهیه‌ی تجهیزات و منابع انسانی، ضروری است. مشاوره WOC همچنین در صورت انتخاب زخم درمانی با فشار منفی (NPWT) برای فیستول و بسته شدن زخم در فیستول‌های انترواتمسفر لازم است.

مدیریت دارویی

مدیریت تخلیه‌ی ترشحات فیستول ممکن است با مداخلات دارویی به منظور کاهش ترشحات معده، کند شدن حرکات روده و یا به حداقل رساندن خروجی

1. Spit

جدول ۱۶.۱۷. مدیریت تسکینی فیستول

مشخصات فیستول	توصیه و مشاوره WOCN	سیستم Puching/مهار	کنترل بو
خروجی کم	خیر، مگر اینکه بوی غیرقابل کنترل باشد.	مدیریت مانع پوست / کمبود پوست پانسمان با گاز پانسمان‌های فوم کیسه‌های اطفال کلاه‌های کلستومی (کیسه‌های کوچک بسته)	پانسمان گاز با زغال چوب کف‌های نقره‌ای Puching تعویض کیسه در یک اتاق با تهویه مناسب
خروجی متوسط	بله	مدیریت مانع پوست / کمبود پوست کیسه‌هایی که امکان تجسم مستقیم و یا دسترسی از طریق دریچه یا در را دارند فیستول‌های اسپیت به دلیل سخت بودن محل‌های puching ممکن است از کیسه puching کودکان بهره‌مند شوند. فیستول‌های متعدد ممکن است قابل تحمل Saddlebagging* باشد. فیستول‌های Enteroatmospheric ممکن است قابل troughing** یا bridging*** باشد.	Puching تعویض کیسه در یک اتاق با تهویه مناسب و دئودورانت‌های بدن: بیسموت، زغال، روغن نعناع
خروجی زیاد	بله	کیسه‌هایی که امکان تجسم مستقیم و / یا دسترسی از طریق دریچه یا در را دارند. سیستم کیسه خروجی بالا. فیستول اسپیت می‌تواند به دلیل سخت بودن محل‌های جمع شدن از کیسه‌های کودکان بهره مند شود. فیستول‌های متعدد ممکن است قابل تحمل کیسه‌های Saddlebagging باشند. فیستول‌های Enteroatmospheric ممکن است قابل troughing یا bridging باشد. زخم درمانی با فشار منفی (NPWT) ممکن است در نظر گرفته شود	Puching تعویض کیسه در یک اتاق با تهویه مناسب و دئودورانت‌های بدن: بیسموت، زغال، روغن نعناع

* Saddlebagging: دهانه‌های فیستول را در پشت دو یا چند کیسه استومی برش داده شده، خارج از مرکز برش دهید. پوست را با آب گرم تمیز کنید، از محافظ پوست استفاده کنید و کمبود آن را با خمیر استومی پر کنید. کیسه‌های استومی را بچسبانید، به صورت "کیسه زین" همپوشانی یکدیگر را بچسبانید.

** Troughing: پوست وی که در اطراف زخم و فیستول است را با wafer مانع پوستی بکشید و لبه نزدیک به زخم را با خمیر استومی ببندید. پانسمان‌های فیلم نازک را روی قسمت جلویی زخم قرار دهید تا سوراخ فیستول و بعد خلفی زخم ادامه دهید. سپس کیسه‌ای متناسب با متن را روی دهانه داخل لایه فیلم قرار دهید که دهانه فیستول را نشان می‌دهد.

*** Bridging: (از آلوده شدن محل فیستول به محل زخم جلوگیری می‌کند.) با لایه‌بندی پی در پی تکه‌های کوچک wafer مانع پوست، یک "پل" ایجاد کنید تا ارتفاع آن با عمق زخم برابر باشد. با استفاده از مانع، "wedge" سد پوست را به بستر زخم نزدیک دهانه فیستول بچسبانید. برای قرار دادن کیسه استومی در اطراف فیستول، با استفاده از پل برش دهید تا به کیسه بچسبد. جنبه قدامی زخم را بپوشانید.

انجام شود. کاهش حرکات روده و کاهش میزان تخلیه‌ی ترشحات به حفظ سیستم‌های pouching سالم و یکپارچگی پوست اطراف فیستول کمک می‌کند و توانایی استفاده از روده برای تغذیه را به حداکثر می‌رساند. کاهش تخلیه‌ی ترشحات فیستول شامل استفاده از آنتاگونیست‌های گیرنده هیستامین ۲ یا مهارکننده‌های پمپ پروتون برای کاهش اسیدیته معده و حجم ترشحات است. تیتراسیون تدریجی و افزودن تدریجی داروهایی مانند لوپرامید، دی فنوکسیلات هیدروکلراید و سولفات آتروپین، کدئین، تنتور تریاک و اکتروتید ممکن است باعث کاهش خروج ترشحات از فیستول و کاهش تحرک دستگاه گوارش شود.

سوماتواستاتین هورمونی است که در هیپوتالاموس و سایر مناطق مغز تولید می‌شود و تقریباً از ترشح تمام هورمون‌های گوارشی جلوگیری می‌کند و در نتیجه جذب مایعات و الکترولیت‌ها را افزایش می‌دهد و از ترشح اسید معده، پپسین و صفرا جلوگیری می‌کند. در برخی از مطالعات، نشان داده شده است که آنالوگ‌های سوماتوستاتین، مانند اکتروتید، باعث کاهش خروجی ترشحات کلی فیستول می‌شوند. با این حال، اثر نقش آنالوگ‌های سوماتوستاتین در بسته شدن فیستول داخل روده و پانکراس، بی‌نتیجه است. شواهد کافی برای استفاده از اکتروتید به صورت موردی برای بیماران مبتلا به فیستول با تخلیه‌ی ترشحات متوسط تا بالا وجود دارد. مشاوره با پرستار WOC در هنگام استفاده از اکتروتید توصیه می‌شود که به طور زیرپوستی ۱۰۰ میکروگرم در هر ۸ ساعت و حداقل ۷ روز تجویز می‌شود. پرستار WOC می‌بایست بیمار را از نظر اثرات سوء تغذیه، ناراحتی شکمی، تهوع، نفخ، اسهال و استئاتوره کنترل نماید.

مدیریت تغذیه

حمایت تغذیه‌ای و برقراری تعادل مایعات و الکترولیت‌ها از اجزای اساسی مدیریت فیستول هستند. سوء تغذیه، کم آبی و عدم تعادل الکترولیت‌ها باید بر اساس ترجیحات و اهداف مراقبت از بیمار رفع شود. برای حمایت تغذیه‌ای، بهتر است بیمار خود غذا بخورد، اما ممکن است مایعات داخل وریدی، جایگزینی الکترولیت‌های تزریقی و تغذیه کامل تزریقی (TPN) لازم باشد. اگر تغذیه بتواند محل فیستول را بای پس کند، جذب و تحمل با استفاده از دستگاه روده بهتر است، اما این امر همیشه امکان پذیر نیست. تغذیه از طریق خود فیستول، فیستولوسلیز (fistuloclysis) نامیده می‌شود که با استفاده از فرمولای تغذیه‌ای با استفاده از لوله شماره ۱۴ و لوله نیمه عنصری (تا حدی هضم شده) انجام می‌شود. مشاوره پرستار WOC و متخصص تغذیه ثبت شده برای همه بیماران مجاز به درمان فیستولوسیلیز یا درمان تغذیه‌ای تزریقی توصیه می‌شود. مدیریت جامع فیستول در بیمار مبتلا به بیماری پیشرفته یا مراحل انتهای زندگی نیاز به یک رویکرد تیمی بین حرفه ای دارد که توسط یک پزشک متخصص WOC هدایت شود. مهار بو و تخلیه‌ی ترشحات، محافظت از پوست اطراف فیستول، حفظ تغذیه و هیدراتاسیون کافی همراه با جلوگیری از سپسیس، کم خونی، عدم تعادل اسید- باز و الکترولیت، درد و دلیریوم در حفظ کیفیت زندگی ضروری است.

مطالعه موردی: قطعنامه

تیم هاسپیس با پرستار WOC مشورت کرد. وی برای پوشاندن پوست آسیب دیده و ایجاد سطح خشک برای چسباندن محافظ پوستی، از تکنیک "پوسته ریزی(crusting)" (محافظ پوستی بدون خارش با پودر استومی) استفاده کرد. سپس یک سیستم انعطاف‌پذیر یک تکه‌ای را انتخاب کرد که متناسب با خطوط شکم بیمار باشد. همچنین به پرسنل پرستاری در مورد برنامه‌ی تعویض کیسه (با هدف جلوگیری از تخریب پوستی هر ۲۴ تا ۴۵ ساعت یک بار) و اهمیت تخلیه

کیسه هنگامی که یک سوم آن پر شده باشد، جلوگیری از ضربه به محافظ پوستی، آموزش‌های لازم را ارائه داد. وی ۳۰-۲۰ دقیقه قبل از تعویض کیسه، به عنوان بخشی از مدیریت درد، تجویز یک داروی مخدر کوتاه مدت را پیشنهاد کرد. پرستار WOC همچنین برای کند کردن ترشحات و کاهش میزان تخلیه ی ترشحات، تزریق زیر جلدی اکتروتاید با دوز ۱۰۰ میکروگرم/ هر روز ۸ ساعت (از طریق یک لاین زیر جلدی) را پیشنهاد کرد. وی پرستاران را در زمینه مصرف صحیح اکتروتید و نظارت بر عوارض جانبی آن آموزش داد.

بی اختیاری ادرار و مدفوع در مکان‌های تسکینی

مدیریت بی‌اختیاری ادرار و مدفوع در مراقبت‌های تسکینی، شامل کنترل مداوم علائم پیشرفته را با مداخلات کمتر تهاجمی و کاملاً انفرادی متعادل با کاهش سطوح روانشناختی، حرکتی و فیزیولوژیک بیمار در مراحل انتهای زندگی است.

بی اختیاری در دفع و کیفیت زندگی

بی اختیاری در جامعه مدرن تابو است و تأثیرات مخربی بر سلامت روان و کیفیت زندگی دارد. بی‌اختیاری در بیمار و مراقبت‌های تسکینی دارای علل بسیاری است و می‌تواند منجر به شرم، خجالت، اضطراب، افسردگی و انزوای اجتماعی شود. بی‌اختیاری انگیزه‌ای معمول برای نهادینه‌سازی در افراد سالمند و بیماران مراحل انتهای زندگی است. بی‌اختیاری ادرار همچنین بار مالی فوق العاده‌ای را بر دوش بیمار و مراقبان می‌گذارد. فشار روانی وارده بر مراقب در ارتباط با مراقبت‌های مکرر از بی‌اختیاری یکی از عزیزان قابل توجه است و می‌تواند منجر به دریافت کمک از چندین نفر دیگر و احتمالاً استفاده از مراقبت طولانی مدت شود. اگر بیمار بخواهد در منزل فوت کند، این ممکن است اهداف مراقبت وی را تضعیف کند. در مورد بی‌اختیاری در مراقبت‌های تسکینی و هاسپیس تحقیقات کمی منتشر شده است. تمرکز این بخش پیشگیری و مدیریت IAD (Incontinence- Associated Dermatitis) است. متداول‌ترین انواع بی‌اختیاری یا اختلال در عملکرد در هاسپیس و مراقبت‌های تسکینی، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، احتباس ادرار و مدیریت آنها در فصل‌های "مدیریت روده" و "مدیریت مثانه در مراقبت تسکینی" مورد بحث قرار گرفته است.

درماتیت مرتبط با بی‌اختیاری

IAD نوعی درماتیت تحریک‌کننده است که ناشی از تماس مزمن پوست با ادرار یا مدفوع ایجاد می‌شود. تماس مکرر با ادرار یا مدفوع، پوست را در معرض خطر بیشتری قرار می‌دهد. پوست دارای "پوشش اسیدی" است که بخشی از مانع محافظتی آن است. آمونیاک موجود در ادرار توسط باکتری های مدفوع به آمونیوم تبدیل می‌شود که pH پوست را به حالت قلیایی تبدیل می‌کند.

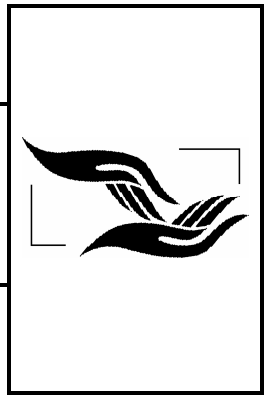
پیشگیری و مدیریت

پیشگیری با حداقل وسایل مهارکننده (وسایل جاذب، کیسه‌های جمع‌کننده‌ی مدفوع، کاتترهای کاندوم شیت، کاتترهای تخلیه‌ی ادرار زنانه) شروع می‌شود، اگرچه ممکن است استراتژی‌های تهاجمی‌تری (کاتترهای ادراری، سیستم‌های مدیریت مدفوع) به صورت موردی در نظر گرفته شود. مراقبت از بیماران دچار بی‌اختیاری شامل پاکسازی پوست به صورت روزانه با استفاده از یک پاک‌کننده با pH متعادل انجام دهید. باید دقت شود که چین‌های پوستی می‌بایست به طور دقیق بررسی شود و پاکسازی پوست به آرامی و با ملایمت انجام شود. استفاده از مواد مرطوب‌کننده‌ی پوست برای محافظت از سد پوستی ضرورت دارد. برای

گزینه‌های محافظ پوست به جدول ۱۶.۲ مراجعه کنید. در رابطه با پوست‌های آسیب دیده یا ملتهب، پس از انجام مراحل فوق، از یک محافظ پوستی استفاده کنید. کاندیدیازیس پوستی را از بین ببرید و اختلالات مربوط به نشت ادرار و / یا مدفوع را با استفاده از یکی از استراتژی‌های فوق برطرف نمایید.

نتیجه‌گیری

بیماری‌های WOC منجر به درد و رنج و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. لاوتون مشاهده کرد که برخی از مداخلات پرستاری و مدیریت کافی علائم می‌توانند باعث بهبود بیمار شوند و از درد و رنج بیمار بکاهند و بیمار رو به زوال و ناراحتی روانی خانواده وی را تسکین دهند. علاوه بر این، این فصل بر کمبود تحقیقات در مراقبت‌های WOC تسکینی اشاره کرده و بر نیاز به انجام مطالعات دقیق تأکید می‌کند. مداخلات تسکینی مبتنی بر شواهد همراه با مشاوره متخصص پرستار WOC کلید ارائه مراقبت‌های تسکینی با کیفیت بالا و کاهش رنج چند بعدی بیماران و خانواده‌ها در انتهای زندگی است.



فصل ۱۱

خارش، تب و تعریق

نکات کلیدی

- خارش، تب و تعریق؛ کیفیت زندگی بیمار مبتلا به یک بیماری مزمن شدید را کاهش می‌دهد.
- مداخلات غیردارویی و دارویی می‌توانند این علائم را در بیماران بهبود ببخشند.
- پاتوفیزیولوژی هر سه علائم؛ چند وجهی و پیچیده است.

مقدمه

مراقبت تسکینی ریشه مراقبت صحیح پرستاری است. انجمن پرستاران هاسپیس و تسکینی (HPNA)[1] تعریف مراقبت تسکینی را مبتنی بر تعریف پروژه اجماع ملی کیفیت مراقبت تسکینی (NCP)[2] "مراقبت از بیمار و خانواده که باعث ارتقاء کیفیت زندگی (QOL)[3] از طریق پیش‌بینی، پیشگیری و درمان رنج‌ها" می‌داند. مراقبت تسکینی شامل رفع نیازهای جسمی، فکری، عاطفی، اجتماعی، معنوی و (تسهیل) استقلال بیمار، دسترسی به اطلاعات و انتخاب " در طول دوره بیماری است. مراقبت از بیمار با بیماری مزمن شدید، چند وجهی و شامل مداخلات دارویی و غیر دارویی است. علائمی که بیماران با بیماری مزمن شدید تجربه می‌کنند؛ بسته به تشخیص و همچنین برنامه درمانی آنها متفاوت باشد. علائم ایجاد شده در برخی موارد ناشی از خود بیماری است اما در برخی موارد ناشی از عوارض جانبی داروها یا سایر اقدامات درمانی است. با توجه به پاسخ منحصر به فرد هر بیمار مبتلا به بیماری مزمن شدید، دستیابی به درک وسیع از نتایج تحقیقات در زمینه کنترل مؤثر علائم مهم است.

در این فصل در خصوص سه مورد از علائمی که معمولاً در بیماران با بیماری مزمن شدید مشاهده می‌گردد، تأکید خواهد شد. بروز علائم در هر بیمار؛ منحصر به فرد است و می‌تواند به صورت جداگانه یا همزمان رخ دهد. شواهدی وجود دارد که از بروز یک علامت جدید حین درمان یک علامت دیگر حمایت می‌کند. این چرخه معیوب اغلب منجر به قطع روش درمانی یا افزودن درمان دیگری می‌شود که ممکن است با بروز علائم دیگری همراه باشد. با وجود دانش کافی پرستار از علل اساسی علائم، انتخاب بهترین گزینه درمانی که منجر به کمترین نتایج منفی شود، تسهیل می‌گردد. هر کدام از علائم شایع (خارش، تب و تعریق) به صورت جداگانه و سپس بصورت جمعی در انتهای فصل بررسی خواهد شد. برای هر یک از

1. The Hospice and Palliative Nurses Association
2. National Consensus Project
3. Quality of Life

علائم، یک مطالعه موردی نیز جهت کمک به شناسایی گزینه‌های درمانی ممکن، ارائه می‌گردد.

خارش

خارش به عنوان یک احساس ناخوشایندی تعریف می‌گردد که نیاز به واکنش مکانیکی نظیر خاراندن، مالش یا فشار دارد. این احساس می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر منفی گذاشته و وضعیت خواب فرد را مختل نماید. خارش خود یک بیماری نیست اما می‌تواند علامتی از یک بیماری یا تغییر عملکرد فیزیولوژیکی یک یا چند سیستم تنظیم‌کننده بدن، باشد. یک سری محرک‌های اساسی برای خارش وجود دارد: تغییر عملکرد کبد یا مجاری صفراوی، تغییر در عملکرد ترشحی ادرار، بدخیمی، ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) و یا اینکه خارش می‌تواند ناشی از دارو باشد. خارش به صورت محیطی (از طریق حواس) یا مرکزی (نوروپاتیک) تقسیم‌بندی می‌شود. هنگام بررسی علت محیطی، پرستار ممکن است مواردی مانند درماتیت، گزش حشرات یا سایر واکنش‌های پوستی که منجر به خارش می‌شوند را شناسایی نماید. از طرف دیگر ارزیابی پرستار در شناسایی منبع خارش با علل نوروپاتیک، اغلب دشوار است. منبع اصلی در علل نوروپاتیک اغلب مربوط به کلیه، صفرا، کبد یا بدخیمی‌هاست. هر یک از موارد بالقوه در بخش‌های بعدی بررسی خواهند شد.

ارزیابی پرستاری در ارتباط با خارش

ارزیابی پرستاری از بیمار با شکایت "خارش" در طی فرایند ارزیابی، بر روی جنبه‌های مختلف متمرکز می‌شود. پرستار با بررسی شکایت ذهنی بیمار شروع به ارزیابی می‌کند. سپس او ممکن است سؤالات کاوشی نظیر چه مدت است که این اتفاق می‌افتد؟ چه زمانی شروع شد؟ آیا چیزی وجود دارد که آن را بدتر یا بهتر کند؟ آیا این اتفاق قبلاً افتاده است؟ اگر چنین است، چه چیزی به تسکین آن کمک کرده است؟" را بپرسد.

در مرحله بعدی پرستار یک ارزیابی بصری از مناطقی که بیمار از خارش شکایت دارد؛ انجام می‌دهد. غالباً محل خارش به صورت ناحیه‌ای احساس می‌شود و بیمار قادر به تعیین محل دقیق آن نیست. پرستار علل محیطی یا پوستی خارش از جمله بثورات را ارزیابی می‌کند. پس از آن، پرستار در مورد سوابق پزشکی گذشته با بیمار صحبت می‌کند که شامل: داروها، تغییرات اخیر در برنامه درمانی، تشخیص های پزشکی قبلی و هرگونه تغییر در مواد آرایشی، لوسیون‌ها، مواد شوینده لباس یا صابون است. جمع‌آوری اطلاعات بیشتر در ارتباط با شکایت بیمار، امکان گزارش کامل به پزشک را که تجویزکننده دارو یا سایر درمان‌ها برای بیمار را فراهم می‌نماید.

مطالعه موردی: بیمار همودیالیزی مبتلا به خارش

سارا بیمار ۷۶ ساله ای است که بعد از همودیالیز با افت فشار خون و ضربان قلب در بیمارستان بستری گردید. سارا سابقه طولانی مدت از تشخیص های پزشکی زیر را داشت: دیابت، فشار خون بالا (HTN)[1]، نارسایی احتقانی قلب (CHF)[2]، چربی خون و اضطراب. سارا پس از ابتلا به بیماری کلیه در مرحله نهایی (ESRD)[3] در ارتباط با دیابت کنترل نشده طولانی مدت، طی ۴ سال گذشته؛ ۳ روز در هفته همودیالیز شده است. سارا سابقه خانوادگی دیابت نوع دو داشت و از ۳۸ سالگی قند خون خود را چک کرده است. سارا در طول مدت اقامت خود در بیمارستان دچار خارش شدید شد و به دلیل خاراندن مداوم دچار سایش‌های پوستی شد. سارا اظهار داشت که این علائم باعث پریشانی شدید وی شده و به دلیل کمبود

1. Hypertension
2. Congestive Heart Failure
3. End- Stage Renal Disease

جدول ۱۷.۱. داروهایی ارائه شده برای درمان خارش اورمیک

نام دارو	کلاس دارو
گاباپنتین (نورونتین)	ضد صرع
پرگابالین (لیریکا)	آنالوگ GABA
نالفورافین (وینفوران)؛ در آزمایشات بالینی در ایالات متحده	آگونیست گیرنده‌های کاپا- مخدر
کرومولین سدیم	تثبیت‌کننده ماست سل
هیدروکسی زین (ویستاریل)	آنتی هیستامین
سرترالین (زولفت)	مهارکننده انتخابی باز جذب سروتونین (SSRI)

خواب، کیفیت زندگی او را تغییر داده است. پرستار با تیم مراقبت تسکینی در بیمارستانی کـه بیمـار در آن اقامت داشت مشورت نموده و برنامه درمانی زیر تهیه شد.

۱. ماهیت منبع اصلی خارش به احتمال زیاد، اورمیک بود. بیمار و خانواده وی در این مـورد بـه عنـوان منبع بالقوه خارش آموزش دیدند.
۲. مداخلات غیرداروی بر اساس شـواهد، و شـامل: حمام‌های خنک، ژل آلوئه ورا و فتوتراپی، اجرا شد. داروهایی مفید برای مـدیریت خـارش در جـدول ۱۷.۱ مورد بررسی قرار گرفته است.
۳. پس از بررسی لیست داروهای مصرفی بیمـار کـه شامل گاباپنتین مشخص شد که داروی بعدی که باید امتحان گردد، کرومولین سدیم است.

مداخلات غیرداروی و استفاده از کرومولین سدیم شروع شد و در عرض ۲۴ ساعت، بهبود علائم بیمـار گزارش شد.

درمان غیردارویی در خارش با منشاءهای متفاوت

تحقیقات؛ استفاده از درمان‌های غیردارویی بـه عنـوان بخشی از برنامه درمانی جهـت خـارش بـا هـر منـشاء را حمایت می‌کننـد. درمـان‌هـای غیـردارویـی کـه در مدیریت خارش از راه پوست مفید هستند شامل روغن کودک، ژل آبی بـا آلوئـه ورا، لوسـیون و کـرم حـاوی سرسین می‌باشند. برخی شواهد از اثربخشی فتـوتراپی با استفاده از لامپ ماوراء بنفش (UV)[1]، طب سـوزنی انجام شده توسط متخصص طب سوزنی آموزش دیـده و درمان حرارتی با استفاده از اشعه مادون قرمز دور به عنوان درمان‌های غیردارویـی بـرای خـارش، حمایـت می‌کنند. مطالعه‌ای دیگـر اثربخـشی رایحـه‌درمـانی را بررسی نموده و آن را بـه عنـوان یـک روش مناسـب مدیریت خـارش، ذکـر نمـود. دسـتگاه‌هـای تحریـک الکتریکی عصب از طریق پوست (TENS)[2] به عنوان یک گزینه مؤثر برای مدیریت غیر دارویـی خـارش بـا منـشأهای مختلـف، از پـشتیبانی تحقیقـاتی برخـوردار هستند.

مدیریت دارویی در خارش با منشاءهای مختلف

مدیریت خارش در بیماران مراقبت تسکینی بـه دلیـل مکانیسم‌های مختلفی که ممکن است با علائم مرتبط باشند، دشوار اسـت. برنامـه درمـانی بـصورت فـردی، طراحی می‌گردد چرا که ممکن است علل ایجادکننـده علایـم بـا هـم همپوشـانی داشـته باشـند؛ بنـابراین، شناسایی داروهایی که می‌توانند به مدیریت خـارش در جمعیت مراقبـت تـسکینی کمـک کننـد، مهـم اسـت. جدول ۱۷.۲ دسته‌بندی داروهایی را که برخی مطالعات از آن‌ها به عنـوان گزینـه‌هـای بـالقوه درمـانی بـرای بیماران بـا خـارش بـا منـشاءهـای مختلـف را نـشان می‌دهد.

خارش با منشاء اورمیک

خارش اورمی (UP)[3] یک علامت رایـج اسـت کـه در ۴۲- ۷۵٪ بیماران ESRD گزارش شده است. گزارش‌ها

1. Ultra- Violet
2. Transcutaneous electronic nerve stimulation
3. Uremic Pruritus

جدول ۱۷.۲. داروهایی که در مدیریت خارش ارائه شده‌اند

کلاس دارو	نام دارو	نشانه (دلالت)
یستامینرژیک (آنتی هیستامین‌ها)	هیدروکسی زین (ویستاریل) کتوتیفن (زادیتور)	در مدیریت خارش بیماران HIV اثربخشی دارند. از فیکس شدن سطح گیرنده‌های هیستامین جلوگیری می‌کند. از فیکس‌شدن سطح گیرنده‌های هیستامین جلوگیری می‌کند.
آنتاگونیست داروهای مخدر	نالترکسون (ریویا، ویویترول)	در کنترل خارش با منشاء کلستاتیک مؤثر است. از فعال شدن سلول‌های عصبی نخاعی که منجر به خارش می‌شود جلوگیری می‌کند.
آگونیست گیرنده‌های مخدر- K	هیدروکلراید نالفورافین (ریمچ): در حال حاضر در ایالات متحده تحت کارآزمایی‌های بالینی است. استفاده آن در ژاپن مورد تأیید قرار گرفته است.	در مدیریت خارش با منشاء اورمیک مؤثر است. از فعال شدن سلول‌های عصبی نخاعی که منجر به خارش می‌شود جلوگیری می‌کند.
داروهای سروتونرژیک	اندانسترون (5- HT3 آنتاگونیست) (زفران)	با مهار انتقال‌دهنده عصبی ۵- هیدروکسی تریپتامین؛ مسیری را که می‌تواند منجر به خارش شود را مسدود می‌نمایند.
SSRI (مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین)	سرترالین (زولفت) پاروکستین (پاکسل)	در مدیریت خارش به هر علت شناخته شده‌ای مؤثر هستند. مقادیر سروتونین خارج سلولی را که ممکن است به شکاف پس سیناپسی اتصال یابند را افزایش می‌دهند و از این طریق مانع از انتقال احساس خارش می‌گردند.
ضد صرع	گاباپنتین (نورونتین) پرگابالین (لیریکا)	در مدیریت خارش با منشاء اورمیک مؤثر شناخته شده‌اند. ممکن است از انتقال احساس درد به مغز جلوگیری نموده و در نتیجه خارش را سرکوب نمایند.
آنتی بیوتیک	ریفامپین (ریفادین)	در مدیریت خارش با منشاء کلستاتیک مؤثر شناخته شده است. احتمالا با تغییر رشد باکتری‌های گوارشی که ممکن است در جذب عوامل خارش‌زا مؤثر باشند، عمل می‌کند.
تنظیم‌کننده سیستم ایمنی	تالیدومید (تالومید)	ممکن است به عنوان تضعیف‌کننده اعصاب محیطی و مرکزی عمل نماید.
مشتق بنزیدریل	فلومسینول (زیکسورین)	با پایین آوردن بیلی روبین سرم می‌تواند در مدیریت خارش با منشاء کلستاتیک مؤثر باشد.
رزین تبادل آنیونی	کلستیرامین (کوستران)	جریان داخل کبدی اسیدهای صفراوی را مهار نموده و بنابراین درمانی برای خارش با منشاء کلستاتیک در نظر گرفته شده است.
تثبیت‌کننده ماست سل	کرومولین سدیم	از ترشح موادی در بدن که باعث التهاب می‌شوند، جلوگیری می‌کند. همچنین نشان داده شده است که سطح تریپتاز سرم را کاهش می‌دهد.
اصلاح‌کننده لکوترین	مونته لوکاست (سینگولار)	از پاسخ التهابی ایجاد شده توسط لکوترین‌ها جلوگیری می‌کند.
هورمون / گلیکوپروتئین	اریتروپویتین	ممکن است اثر هورمون بر غلظت هیستامین پلاسما را کاهش دهد.

جدول ۱۷.۲ ادامه. داروهایی که در مدیریت خارش ارائه شده‌اند

کلاس دارو	نام دارو	نشانه (دلالت)
عامل اتصال	زغال فعال	ممکن است در بهم پیوستن عواملی که منجر به خارش اورمی می‌شوند؛ عمل کند.
ضد خارش موضعی/ آلکالوئید	کپسایسین (فعال‌کننده اجزاء فلفل قرمز)	گیرنده ناپایدار وانیلوئید را هدف قرار می‌دهد و با بی‌اثر کردن سلول‌های عصبی درد، خارش را مهار می‌کند.
سرکوب‌کننده سیستم ایمنی/ مهارکننده کلسینورین	تاکرولیموس (پروگراف)	با سرکوب تمایز لنفوسیت‌های Th1 و تولید اینترلوکین (IL-2) عمل می‌کند.
بی حسی موضعی	پراموکسین هیدروکلراید (کالادریل)	ممکن است با مسدود کردن کانال‌های سدیم در غشای عصبی، باعث کاهش انتقال شود.
ویتامین‌ها/ گیاهی	ارگانوکالسیفرول (ویتامین D2، کلسیفرول) نیکوتین آمید (نیاسینامید) اسیدهای چرب امگا ۳ زردچوبه (پودر کورکوما لانگا ال) سولفات روی	ممکن است اثر تب بر در علل اورمیک خارش که در بیماران دیالیزی به دلیل اختلال در متابولیسم ویتامین D ایجاد شود، داشته باشد. ممکن است اثر تب بر از طریق عملکرد ضد التهابی و انسداد ترشح هیستامین، داشته باشد. نشان داده شده است که التهاب، رادیکال‌های آزاد و لکوترین B-4 را کاهش می‌دهند؛ بنابراین می‌توانند در خارش اورمی مؤثر باشند. کورکومین، ماده‌ای موجود در زردچوبه است که دارای اثر ضد التهابی است. ممکن است به عنوان آنتاگونیست کلسیم عمل کرده و از دگرانولاسیون ماست سل‌ها جلوگیری نماید.

در بیمارانی که دیالیز کافی داشته‌اند نیز یکسان است. خارش با منشأ اورمیک می‌تواند حاد، کوتاه یا مزمن باشد. علت دقیق خارش با منشاء اورمی به خوبی مشخص نشده است، اما شواهد حکایت از رابطه بین این علامت در بیماران ESRD و پاسخ التهابی مزمن نورون‌های حسی به ویژه فیبرهای C غیرمیلینه؛ دارد. برخی از این اعصاب حسی فقط به خارش پاسخ می‌دهند در حالی که برخی دیگر هم به درد و هم به خارش پاسخ می‌دهند؛ بنابراین این سیستم‌ها ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند. واسطه‌های مرتبط با این پاسخ شامل هیستامین، داروهای مخدر درون‌زا و سروتونین هستند.

درمان‌های دارویی برای خارش اورمیک

تحقیقات از اثربخشی درمان‌های دارویی در مدیریت خارش حمایت کرده‌اند. از آنجایی که منشاء اصلی خارش به درستی درک نشده است لذا داروهای آن بر اساس دلایل احتمالی خارش می‌باشند. تحقیقات تکمیلی جهت ارزیابی اثربخشی آنان مورد نیاز است. اینو همکاران در سال ۲۰۱۵ به اثربخشی هیدروکلراید نالفورافین به عنوان یک درمان مؤثر برای UP دست یافت. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد سیستم عصبی حرکتی فوقانی در ایجاد خارش در نارسایی کلیه نقش دارد. در حالی که این دارو برای استفاده در ژاپن تأیید شده است، در حال حاضر جهت استفاده در

ایالات متحده نیز در از طریق آزمایشات بالینی مورد ارزیابی است؛ بنابراین نالفورافین به عنوان یک آگونیست گیرنده مخدر-k ممکن است باعث بهبود خارش در این بیماران از طریق اتصال به گیرنده های مخدر-k شود.

گاباپنتین به عنوان یک گزینه درمانی مؤثر برای خارش اورمی مورد مطالعه و تأیید قرار گرفته است. گاباپنتین به عنوان یک داروی ضد صرع طبقه‌بندی می‌شود و سالهاست که با موفقیت در مدیریت علائم عصبی از جمله نوروپاتی، درد و خارش نیز استفاده می‌شود. از آنجایی که مکانیسم عصبی به عنوان منبع بالقوه خارش شناخته شده است لذا داروی گاباپنتین مورد ارزیابی قرار گرفته و اثربخشی آن در مدیریت خارش با منشاء اورمیک تأیید شده است.

برخی شواهد نشان می‌دهند که واسطه‌های آزاد شده از ماست سل‌ها در خارش اورمی نقش دارند؛ بنابراین کرومولین سدیم به عنوان یک درمان بالقوه برای خارش اورمی مورد مطالعه قرارگرفته است. این دارو مانع دگرانولاسیون ماست سل ها شده و بنابراین منجر به کاهش ترشح هیستامین می شود. یک مطالعه نقش بالقوه داروی سرترالین را در مدیریت خارش اورمی بیان نموده است. دیگر مهارکننده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین (SSRI)[1] بررسی شده و اثربخشی آنان در خارش اورمی مشخص گردیده اما نیاز به تنظیم دوز آنان در ESRD ضروری است. به نظر می رسد سرترالین به دلیل نیاز کم به تنظیم دوز برای ESRD، گزینه بهتری است.

خارش با منشاء کلستاتیک

شواهدی در دسترس است که از برخی داروها برای کاهش خارش در بیماران مبتلا به خارش کلستاتیک (CP)[2] حمایت می کند (جدول ۱۷.۳). شواهد از استفاده از

جدول ۱۷.۳. داروهایی که در درمان خارش با منشأ کلستاتیک ارائه شده‌اند

نام دارو	کلاس دارو
ریفامپین (ریفادین)	آنتی بیوتیک
فلومسینول	مشتق بنزیدریل
نالترکسون (ریوا)	آنتاگونیست داروهای مخدر
انداسترون (زفران)	آنتاگونیست گیرنده انتخابی 5- HT3

ریفامپین به عنوان دسته‌ای از آنتی بیوتیک ها، به عنوان درمان دارویی خارش حمایت می کند. از آنجا که نشان داده شده است ریفامپین باعث القاء سم‌زدایی آنزیم‌های کبدی و مانع جذب مجدد اسیدهای صفراوی می‌شود. لذا شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد این دارو منجر به کاهش میزان خارش در بیماران مبتلا به خارش با منشاء کلستاتیک می‌شود. علاوه بر این فلومسینول که از مشتقات بنزیدریل است با کاهش سطح بیلی روبین سرم منجر به کاهش میزان خارش در موارد کلستاتیک می شود. نالترکسون، یک آنتاگونیست مخدر است که طبق شواهد؛ نشانه‌هایی مبنی بر مدیریت خارش کلستاتیک دارد. برای مدیریت بهتر ممکن است دوز بالاتر از حد معمول تجویز شود. با این حال دوزهای بالاتر در یک بیمار مراقبت تسکینی می تواند باعث بدتر شدن درد شود لذا استفاده از آن باید برای هر بیمار به صورت انفرادی در نظر گرفته شود. شواهد اندکی نیز از تأثیر بالقوه کورتیکواستروئیدها در خارش کلستاتیک، وجود دارد. مطالعات از استفاده از اندانسترون به عنوان یک استراتژی مدیریت بالقوه مؤثر برای خارش کلستاتیک حمایت می کنند البته مطالعات بیشتری در این زمینه لازم است.

خارش با منشاء HIV

خارش در بیماران اچ آی وی مکانیسم های مختلف و پیچیده ای می‌تواند داشته باشد. شیوع خارش در این

1. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
2. Cholestatic Pruritus

جدول ۱۷.۴. داروهایی که در مدیریت خارش با منشاء HIV ارائه شده‌اند

نام دارو	کلاس دارو
هیدروکسی زین هیدروکلراید (ویستاریل)	آنتی هیستامین
پینتوکسی‌فیلین (ترنتال)	گشادکننده عروق/ ضدالتهاب، بازدارنده فسفودی استراز
تتریامسینولون (کنالوگ)	کورتیکواستروئید
ایندومتاسین (تیوبکس)	NSAID

جمعیت می‌تواند تا ۴۵٪ باشد.درصد قابل توجهی از خارش در این جمعیت؛ ماهیت پوستی دارد. برخی از تأثیرات مثبت Hydroxyzine HCL که یک آنتی‌هیستامین است در مدیریت خارش مرتبط با اچ آی وی (HIVP) نشان داده است. اثر ضد التهابی پنتوکسی فیلین، ایندومتاسین و تریامسینولون نیز ممکن است بر HIVP تأثیر بگذارد (جدول ۱۷.۴).

خارش ناشی از داروهای مخدر

برای بیمارانی که جهت مدیریت درد و یا تنگی نفس خود به داروهای مخدر نیاز دارند، خطر خارش مرتبط با این روش درمانی می‌تواند زیاد باشد. اگرچه خارش ناشی از داروهای مخدر شایع است اما شدت آن می‌تواند از خفیف تا شدید، متغیر باشد. بیماران در موارد خفیف ممکن است با درمان غیر دارویی تسکین یابند اما در موارد شدیدتر، درمان دارویی استفاده می‌شود. شواهدی در حمایت از درمان‌های دارویی شامل نالوکسان و نالبوفین، وجود دارد. به نظر می‌رسد واسطه اصلی خارش ناشی از داروهای مخدر، گیرنده‌های مرکزی مخدر باشند؛ بنابراین این داروها می توانند سرعت و شدت خارش ناشی از داروهای مخدر را کاهش دهند. نالوکسون که یک آنتاگونیست مخدر است؛ می تواند باعث بهبود خارش ناشی از

جدول ۱۷.۵. داروهایی که در مدیریت خارش ناشی از داروهای مخدر ارائه شده‌اند

نام دارو	کلاس دارو
نالوکسان (نارکان)	آنتاگونیست داروهای مخدر
نالبوفین (نوبین)	آگونیست-آنتاگونیست افیون

داروهای مخدر شود؛ اما همچنین می تواند منجر به بدتر شدن درد نیز شود. راه تجویز دارو نیز می تواند مانعی بالقوه برای استفاده از نالوکسان باشد؛ بنابراین شواهد بیشتری در مورد مزایای استفاده از نالوکسان؛ مورد نیاز است. با این حال نالبوفین یک آنتاگونیست داروهای مخدر جزئی است و نشان داده شده است که خارش ناشی از داروهای مخدر را به طور مؤثرتری نسبت به نالوکسان درمان می‌کند (جدول ۱۷.۵).

تب

تب به عنوان افزایش دمای بدن در پاسخ به پیروژن‌های برون‌زا و سیتوکین‌های پیروژنیک، توسط هیپوتالاموس ایجاد می‌شود. تب می تواند منجر به ویزیت در بخش اورژانس (ED)[1] و یا بستری شدن بیماران مراقبت تسکینی شود. بیمارانی که درجه حرارت بالاتری دارند باید از نظر منبع زمینه ای تب ارزیابی شوند. تب با منشا ناشناخته (FUO)[2] به طور کلی به عنوان یک میزبان ایمونولوژیک طبیعی تعریف می شود که دمای دهان یا رکتوم ۳۸ درجه سانتی گراد یا بالاتر حداقل دو بار در هفته و بیش از ۳ هفته بدون علت مشخص، دارد. FUO را می‌توان به چهار دسته بالقوه تقسیم کرد: عفونت، بدخیمی، بیماری التهابی غیر عفونی و سایر علل متفرقه. گروه بیماری التهابی غیرعفونی با علل بالقوه‌ای مانند واسکولیت و اختلالات خود ایمنی، روماتیسمی و گرانولوماتوز؛ مرتبط است.

1. Emergency Department
2. Fever of Unknown Origin

برای شناسایی منشاء تب، بررسی کامل سابقه و معاینه فیزیکی لازم است. FUO در یک بیمار مبتلا به یک بیماری بدخیم ممکن است مربوط به بدخیمی یا ناشی از یک عفونت زمینه‌ای باشد. تب حین بدخیمی به ویژه در طی شیمی درمانی، یک اتفاق معمول است. در برخی موارد استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها با تقلیل ادرار دردناک و علائم مربوطه برای بیمار مراقبت تسکینی؛ سودمند می‌باشند. در این صورت آنتی بیوتیک ها می‌توانند به عنوان گزینه ای برای تسکین درد به بیمار ارائه شوند. در شرایطی که بیمار در حال مرگ است، آنتی‌بیوتیک‌ها هیچ فایده‌ای نداشته و می‌توانند اوضاع را بدتر کنند. استفاده از داروهای ضد تب مانند استامینوفن، ایبوپروفن یا آسپرین می تواند برای بیمار مبتلا به تب مفید باشد حتی اگر بیمار با کاهش درد، دیافورز و ناراحتی وارد مرحله مرگ فعال شده باشد.

ارزیابی تشخیصی و پرستاری در تب

ارزیابی پرستاری در بیمار مبتلا به تب، با بررسی سابقه تب شروع می‌شود. جمع‌آوری اطلاعات از قبیل شروع تب، مدت زمان وجود آن، سایر علائم مرتبط و اینکه آیا در گذشته نیز اتفاق افتاده است، می تواند به مدیریت فعلی و آینده تب کمک کند. ارزیابی عمومی پرستاری که شامل سمع ریه و قلب، ارزیابی پوست شامل هرگونه زخم و ارزیابی ادم و زمان پر شدگی مویرگی می تواند به شناسایی علائم عفونت یا منبع تب کمک کند. آزمایشات تشخیصی که ممکن است در شناسایی منبع عفونت کمک کند شامل شمارش کامل خون(CBC)، سرعت رسوب گلبول های قرمز (ESR)[1]، پروتئین C واکنش‌پذیر (CRP)[2]، آزمایش توبرکولین، کشت خون، آنتی بادی ضد هسته (ANA)[3]، کشت مدفوع و مایع مغزی نخاعی است.

1. Erythro Cyte Sedimentation Rate
2. C- Reactive Protein
3. Aanti Nuclear Antibody

برخی از آزمایشات تشخیصی را می‌توان کم تهاجمی دانست اما پروسیجرهایی مانند گرفتن مایع مغزی نخاعی را می توان یک روش بسیار تهاجمی در نظر گرفت. قبل از برنامه‌ریزی آزمایشات تهاجمی‌تر باید وضعیت کلی بیمار و اهداف مراقبتی وی را در نظر گرفت. باید این سوال مطرح شود که "آیا آزمایش؛ برنامه درمان ما را تغییر خواهد داد؟"

مطالعه موردی: مدیریت تب در ارتباط با اهداف مراقبت از بیمار

آقای مارکمن مردی ۶۷ ساله با تشخیص مرحله چهار سرطان ریه سلول کوچک (NSCLC)[4] بود. به دلیل مرحله پیشرفته، وی کاندید جراحی نبود. در ۶ ماه گذشته شیمی‌درمانی دریافت کرده بود و آخرین درمان وی چند روز پیش بود اما اسکن‌های اخیر نشان داد که متاستازهای گسترده‌ای در استخوان، کبد و مغز دارد و توسط متخصص انکولوژی به وی اطلاع داده شده بود که برنامه درمانی دیگر شامل شیمی درمانی نیست. بیمار برای مراقبت تسکینی در منزل به هاسپیس مراجعه نمود. به محض ورود، پرستار دمای آقای مارکمن را ۴۰ درجه سانتیگراد ارزیابی نمود. او دچار لرز نبود و شکایت دیگری نداشت. درد وی توسط اکسی کدون خوراکی/ استامینوفن (Percocet) ۳ یا ۴ قرص در روز کنترل می‌شود. پرستار سابقه پزشکی گذشته او را بررسی کرد و متوجه شد که دیابت، فشارخون بالا و سابقه استعمال سیگار دو بسته در روز به مدت ۵۰ سال دارد. نتایج آزمایشات CBC، ANA، ESR، CRP و کشت خون وی طبیعی بود. با توجه به اینکه بیمار چند روز قبل تحت شیمی درمانی بود، داده‌های ارزیابی وی شامل نتایج آزمایشگاهی به روز شده توسط پرستار به مدیر پزشکی بیمارستان که نظارت بر پذیرش آقای مارکمن را بر عهده داشت، ارائه گردید. بیمار تأیید نمود که

4. Non– Small Cell Lung Cancer

گاها پس از شیمی درمانی درجه حرارت بالایی داشته است؛ لذا برای بیمار ۵۰۰ میلی‌گرم استامینوفن هر ۶ ساعت در صورت لزوم، تجویز شد. همچنین پرستار از مدیر پزشکی خواست تا داروی اکسی‌کدون/ استامینوفن را به اکسی‌کدون تغییر دهد تا بیمار دوزهای استامینوفن بیش از ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ میلی گرم در روز نگیرد. تب آقای مارکمن ۲۴ ساعت بعد از مصرف استامینوفن، کاهش یافت.

گزینه‌های درمان غیر دارویی برای تب

شواهد مربوط به مدیریت غیردارویی تب به سال‌ها قبل برمی‌گردد. برخی از درمان‌های غیر دارویی مبتنی بر شواهد تب شامل پنکه، استفاده از پارچه خنک در ناحیه سر و زیر بغل، کیسه های یخ، نوشیدن مایعات خنک، حمام با آب خنک و سایر روش‌های درمانی از جمله پتوی خنک‌کننده است.

درمان‌های دارویی تب

درمان دارویی تب بر استفاده از تب برها، تمرکز دارد. داروهایی از جمله استامینوفن، ایبوپروفن و آسپرین در بیمار مراقبت تسکینی، مهم است. برای بیمارانی که تب دارند و قادر به مصرف دارو از طریق دهان نیستند، این داروها می‌توانند به شکل شیاف تجویز شوند.

تعریق

بدن انسان بیش از ۴ میلیون غده عرق دارد که به تنظیم حرارت بدن کمک می‌کنند. این غدد به سه نوع مختلف تقسیم می‌شوند: آپوکرین، اکرین و آپاکرین. دو نوع تعریق وجود دارد: احساسی و تنظیم حرارتی. تعریق بیش از حد که به آن هیپرهیدروز گفته می‌شود، می‌تواند جنرالیزه (عمومی) یا موضعی باشد. در حالت جنرالیزه، هایپرهیدروز در بیش از یک مکان رخ می‌دهد و می‌تواند در هر قسمتی از بدن که غدد عرق در آن قرار دارند، رخ دهد. هایپرهیدروز موضعی در نواحی زیر بغل، دست‌ها، پاها و صورت دیده می‌شود. در جمعیت مراقبت تسکینی، تعریق می‌تواند به یک دلیل احساسی و یا در ارتباط با تنظیم مجدد حرارت، باشد. برخی از دلایل عمده تعریق در بیماران مراقبت تسکینی شامل داروهای مخدر، تغییرات هورمونی و تومورها است و از آنجا که تعریق غالباً همراه تب است، بسیاری از روش‌های درمانی مورد استفاده برای تب، با بهبود وضعیت تعریق بیمار همراه است.

ارزیابی پرستاری در تعریق

ارزیابی پرستاری از بیماری که دچار تعریق شده است باید بر شناسایی علت اصلی متمرکز باشد. داده‌هایی که باید در طی این ارزیابی پرستاری جمع آوری شود شامل زمان علائم، الگوی زمانی، سابقه دارویی و تغییر در شدت علائم است. از آنجا که هم سیستم لیمبیک و هم هیپوتالاموس می‌توانند در تعریق نقش داشته باشند، ممکن است یک مسئله عصبی زمینه ای منجر به تعریق شود و این به این معناست که تعریق فرد با هر تب وی، ارتباطی ندارد. برخی از مسائل عصبی رایج ممکن است شامل سکته مغزی، تشنج، مولتیپل اسکلروزیس و فلج باشد. با این حال تعریق می‌تواند با تب ارتباط داشته باشد؛ بنابراین زمانی که آنها با هم اتفاق می‌افتند، ارزیابی آنها باید همزمان انجام شود. ارزیابی پرستار همچنین باید بر روی روش‌های بهبود راحتی بیمار در رابطه با تعریق، متمرکز باشد. محافظت از یکپارچگی پوست مهم است و ارزیابی این موضوع، از اولویت‌های پرستاری است.

مطالعه موردی: تعریق‌هایی که می‌توانند به دلیل کاهش خواب و کیفیت زندگی، روند بیماری مزمن را تغییر دهند.

ربکا یک بیمار ۱۶ ساله بود که تشخیص ضایعه نخاعی بدخیم داشت. محل اولیه بدخیمی مشخص نشده بود. بیمار جهت مدیریت علائم توسط تیم مراقبت تسکینی

حاد؛ مورد بررسی قرار گرفت. ربکا از تعریق بیش از حد کف دست و پشت گردن در هفته گذشته شکایت داشت. وی اظهار داشت که این امر باعث اختلال در خواب وی شده است و به دلیل تعریق؛ تمایلی به ترک خانه ندارد. بیمار هنگام ارزیابی، تب نداشت، هوشیار، آگاه و سرحال بود. تنها شکایت وی کمردرد در اطراف ضایعه بود. درد با اکسی کدون/ استامینوفن کنترل شده بود. نتایج ارزیابی پرستار با پرستار پرکتیشینر تیم مراقبت تسکینی جهت تهیه یک برنامه درمانی، مورد بحث قرار گرفت. به دلیل عدم وجود سایر علائم مرتبط از جمله تب، لرز، علائم عفونت یا تغییر سطح هوشیاری، پرستار پرکتیشینر احساس کرد که علائم مربوط به مسائل عصبی است. از آنجا که تعریق بیمار ماهیت موضعی داشت، پرستار پرکتیشینر کرمی تجویز کرد که حاوی کلرید آلومینیوم ۱۵٪ بود. تعریق بیمار کم شد و او به روال عادی خود از جمله بازی در گروه کلیسایش در روزهای یکشنبه، بازگشت.

گزینه‌های درمان غیر دارویی در تعریق

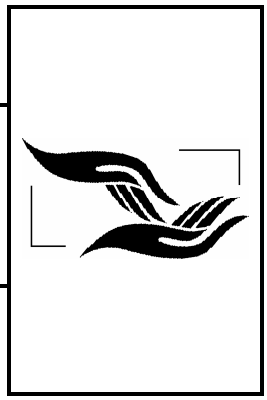
در بیمارانی که از تعریق رنج می‌برند، مدیریت باید با رویکرد محافظه کارانه شروع شود. استفاده از روشی به نام یونتوفورز باعث می‌شود تا بیماران دست خود را در آب سردی که در آن الکترود استفاده می‌شود، غوطه‌ور کنند. هدف از این درمان غیردارویی برای تعریق، ایجاد اختلال در حمل و نقل یون در گره ترشحی غدد عرق است و در درجه اول برای تعریق بیش از حد کف دست یا پا، مؤثر است. اگر علائم تعریق بیمار به شکل پیشرونده، ناتوان‌کننده و تغییردهنده کیفیت زندگی وی باشد، گزینه‌های جراحی تهاجمی‌تر با استفاده از سمپاتکتومی توراسیک آندوسکوپیک، قابل اجرا است. از بین بردن غدد عرق با عمل جراحی در موضع تعریق بیش از حد، یکی دیگر از روش‌های درمانی تهاجمی است، روشی که احتمالاً در محیط مراقبت تسکینی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد.

گزینه‌های درمان دارویی در تعریق

استفاده از داروها در بیمارانی که به گزینه‌های غیر دارویی پاسخ نمی‌دهند، ممکن است مفید باشد. این داروها از نظر میزان پاسخ‌دهی و اثربخشی متفاوت هستند. ثابت شده است که کرم‌های موضعی حاوی کلرید آلومینیوم ۱۵-۲۵٪ در نقاط کانونی تعریق مؤثر هستند. شواهدی مبنی بر اثربخشی تزریق سم بوتولینیوم در موضع تعریق وجود دارد. این امر باعث آزاد شدن استیل‌کولین از سیناپس سودوموتور می‌شود که توانایی ترشح غدد را محدود می نماید. داروهای آنتی‌کولینرژیک از جمله گلیکوپیرولات و اکسی بوتینین، به دلیل اثر خشک کردن، برای تعریق استفاده می‌شوند. مطالعاتی وجود دارد که در مورد استفاده از داروهای ضد افسردگی مانند آمی تریپتیلین جهت کاهش تعریق در بیمار مراقبت تسکینی، حمایت می‌کنند. درنهایت تحقیقاتی در حمایت از استفاده از داروهای ضد فشار خون مانند مسدودکننده‌های بتا، مسدودکننده‌های کانال کلسیم (دیلتیازم)، بلاکرهای آلفا (فنتولامین) و بلاکرهای آلفا ۲ (کلونیدین)، وجود دارد.

نتیجه‌گیری

بیمارانی که دچار خارش، تب یا تعریق می شوند، اغلب اختلال در کیفیت زندگی را گزارش می‌کنند. برای بیمار مراقبت تسکینی که ممکن است در مرحله نهایی و یا در حال نزدیک شدن به مرحله نهایی بیماری مزمن باشد، مدیریت علائم به موقع و مبتنی بر شواهد، می‌تواند سودمند باشد. برای درک بهتر مکانیسم‌های خارش، تب و تعریق همراه با مداخلات مناسب و مؤثر، تحقیقات بیشتری لازم است. نیاز به تحقیقات بهتر و بیشتر در زمینه مداخلات غیر دارویی برای درمان این علائم، وجود دارد. اهمیت این علائم را نباید در بیمارانی که آنها را تجربه می‌کنند، دست کم گرفت.



فصل ۱۸

اختلالات عصبی

نکات کلیدی

- همه بیماران در معرض عوارض عصبی ناشی از بیماری‌های خود هستند.
- بسیاری از بیماری‌های مغز و اعصاب، غیرقابل درمان هستند و علائم زیادی به همراه دارند.
- پرستاران مراقبت تسکینی باید نسبت به علائم سیستم عصب مرکزی در بیماران و مدیریت و کنترل آنها آگاهی داشته باشند.

مقدمه

پرستاران حوزه‌ی مراقبت تسکینی، احتمالاً با بیماری با اختلال عصبی پیشرفته یا بیماری با عوارض عصبی روبرو خواهند شد، لذا می‌بایست مهارت کافی برای مقابله با این علائم داشته باشند. هدف این فصل، ارائه راهنمایی‌های لازم به پرستاران مراقبت تسکینی در زمینه‌ی مداخلات مناسب و مبتنی بر شواهد در مواجهه با بیماران مبتلا به اختلالات عصبی است. در این فصل به مجموعه گسترده‌ای از علائم و همچنین بیماری‌های عصبی شایع و عوارض عصبی ناشی از این بیماری‌ها پرداخته خواهد شد.

حرکات غیر عادی

بدن انسان می‌تواند طیف گسترده‌ای از حرکات غیر ارادی و غیر عادی مانند لرزش، رعشه، تشنج، فیشیکولاسیون (لرزش ماهیچه)، میوکلونوس و حرکات عضلانی غیر ارادی (chorea) داشته باشد. برای مشاهده تعریف حرکات غیر عادی که بیشتر رخ می‌دهند به جدول ۱۸.۱ مراجعه کنید. گرچه بررسی همه احتمالات در این فصل نمی‌گنجد، اما ما همه مواردی را که یک پرستار مراقبت تسکینی ارتباط دارند، بررسی خواهیم کرد.

تشنج

من با صدای فرانک که در خواب ناله می‌کرد و می‌گفت آه، آه، بیدار شدم. سپس الگوی تنفسی او تغییر کرد و دستانش را به سمت بالای قفسه سینه خود برد. بعد از یکی دو دقیقه شروع به لرزیدن کرد. من با ۹۱۱ تماس گرفتم. تا وقتی که آنها برسند، همه چیز تمام شده بود. او تا یک ساعت در اتاق اورژانس گیج و منگ بود.

– *توصیفات زنی که برای اولین بار، شاهد تشنج شوهرش بود.*

جدول ۱۸.۱: تعاریف عصبی رایجی که معمولا با آنها مواجه می‌شویم

آگرافیا	اختلال در توانایی نوشتن. شایان ذکر است که آگرافیا به ندرت رخ می‌دهد.
آکاتیزیا	احساس بی‌قراری، غالباً همراه با حرکات اندام‌ها. معمولاً در بیماران مبتلا به پارکینسون، دمانس و افراد مصرف‌کننده داروهای اعصاب وجود دارد.
الکسیا	عدم توانایی (اختلال) در خواندن.
آفازی	اختلال در بیان یا درک، نوشتن به دنبال آسیب مغزی. آفازی، اختلال زبانی در توانایی تولید گفتار و آواها است (همچنین به عنوان آفازی قدامی/ غیر سلیس/ بروکا/ حرکتی شناخته می‌شود). آفازی دریافتی، عدم توانایی یا اختلال در درک کلمات گفتاری است (که به عنوان آفازی خلفی/ سلیس / ورنیکه/ حسی نیز شناخته می‌شود). آفازی گلوبال، ناتوانی یا اختلال در استفاده از زبان است. بیماران مبتلا به آفازی گلوبال نه می‌توانند بخوانند و نه می‌توانند بنویسند.
آستریکسیس	آستریکسیس که «لرزش غیرارادی یا flapping tremor» نیز نامیده می‌شود، معمولاً در بیماران مبتلا به انسفالوپاتی متابولیکی و سمی (بخصوص با احتباس آمونیاک) دیده می‌شود. مشخصه آن، لرزش نامنظم است که در گردن و بازوهای فرد خواب آلود مشاهده می‌شود.
آتاکسی	عدم هماهنگی حرکات ارادی.
آتتوز یا حرکت پریشی	حرکات آهسته پیچیده و غیر ارادی و غیرطبیعی. معمولاً انگشتان، دستها، انگشتان پا و پا را درگیر می‌کند. معمولا در آنسفالیت (التهاب مغز)، انسفالوپاتی کبدی، بیماری پارکینسون، بیماری هانتینگتون و فلج مغزی دیده می‌شوند.
حرکات غیر ارادی عضلانی یا Chorea	حرکات غیرارادی و نامنظم که مشخصه آنها حرکات پیچ و تاب دار مانند رقص، خشن و سریع است. این حرکات بی‌هدف و غیرارادی هستند. غالباً با هیپوتونی همراه است یعنی اندام‌ها شل و آویزان می‌شوند. اصلی‌ترین وجه تمایز آن با بیماری هانتینگتون است.
کلونوس یا اسپاسم لرزشی	انقباض ریتمیک و شل شدن عضلات.
مجاری کورتیکوسپینال	نورون‌هایی که قشر مغزی (ماده خاکستری) را به سلول‌های عصبی حرکتی پایین در شاخ شکمی نخاع متصل می‌کنند.
دیس آرتریا	اختلال در تکلم و بیان به دلیل اختلال حرکتی دهان، زبان یا حلق.
دیسکینزی	یک اصطلاح جامع که به معنی حرکات غیرعادی است. این حرکات می‌توانند متناوب یا مداوم باشند. در دیسکینزی تاردیو یا تأخیری، حرکات کند، ریتمیک و خودکار است.
دیسمتری	آتاکسی همراه با حرکات زیاد یا کم حرکتی، دیسمتری ناشی از مشکل در پردازش یا درک موقعیت بدن نسبت به محیط اطراف است.
دیسفاژی	اختلال در بلع به صورت هماهنگ و به موقع.
دیستونی	حرکت یک طرفه با انقباض عضلانی غیرارادی عضلات آگونیست و آنتاگونیست. در نتیجه آن عضله دچار حرکات پیچشی و ناموزون می‌شود. می‌تواند روی یک عضو، سر و گردن، صورت یا عضلات نخاع تأثیر بگذارد.
فاسیکولاسیون	یک نمونه کوچک و محلی از انقباض و شل شدن عضله که اغلب در پوست قابل مشاهده است؛ که به طور معمول در پلک افراد سالم مشاهده می‌شود، این بیماری در ALS، آتروفی عضلانی پیشرونده نخاعی یا در حالت‌هایی که باعث تحریک‌پذیری فیبر عصبی می‌شوند دهیدراتاسیون، خستگی عضلانی و عدم تعادل متابولیک) نیز دیده می‌شود.

جدول ۱۸.۱ ادامه: تعاریف عصبی رایجی که معمولا با آنها مواجه می‌شویم

نورون حرکتی تحتانی	نورون‌هایی که نورون‌های حرکتی فوقانی را به رشته‌های عضلانی متصل می‌کنند. نورون‌های حرکتی تحتانی، از شاخ شکمی نخاع یا هسته عصب حرکتی ساقه مغز شروع می‌شوند و به صفحه عصبی- عضلانی عضلات مؤثر (effector) ختم می‌شوند.
میوکلونوس	حرکات سریع و نامنظم مانند انقباضات گروهی از عضلات. معمول‌ترین اتفاقات میوکلونیک سکسکه و «خواب رفتن» است. پرستاران مراقبت تسکینی احتمالاً با میوکلونوس ناشی از داروهای مخدر روبرو می‌شوند.
میوکیمیا	پرش نامنظم چند واحد حرکتی که در پوست دیده می‌شود.
نیستاگموس	حرکت سریع و غیر ارادی چشم‌ها در جهت افقی یا عمودی.
اپسوکلونوس	حرکت چند جهته غیر ارادی و نامنظم چشم‌ها.
تشنج	فعالیت الکتریکی نابجای بخشی از قشر مغز یا کل آن و در نتیجه تغییر عملکردهای عصبی.
دیسکینزی تأخیری	یک نوع دیسکینزی خاص که مشخصه آن حرکات تکراری که اغلب در صورت، دهان و زبان ایجاد می‌شود، است. این اتفاق معمولاً نتیجه داروهای ضد روان پریشی است.
ترمور	انقباض ریتمیک عضله یا گروهی از عضلات در جهت مخالف.
نورون حرکتی فوقانی	نورون‌های حرکتی از قشر حرکتی مغز یا ساقه مغز شروع شده و سیناپس‌ها را به سمت نورون‌های حرکتی تحتانی انتقال می‌دهند. نورون‌های حرکتی فوقانی مستقیماً با عضله مورد نظر تماس ندارند.

تشنج عبارتست از تخلیه الکتریکی قشر مغز با تغییراتی که در نتیجه کارکردهای سیستم عصبی مرکزی (CNS) ایجاد می‌شود. برای ایجاد این پدیده الکتریکی نابجا و غیرعادی که منجر به تشنج می‌شود، باید سه شرایط فیزیولوژیکی وجود داشته باشد: نورون‌هایی که قابلیت تحریک داشته باشند، ظرفیت انتشار این پدیده الکتریکی به سلول‌های عصبی پیرامون و کاهش قابلیت نورون‌های عصبی- گاما آمینو بوتیریک اسید (GABA) برای سرکوب رویدادهای تحریک‌کننده. هر نوع شرایطی که باعث اختلال در محیط طبیعی CNS شود، می‌تواند منجر به تشنج شود؛ بنابراین، همه بیماران ممکن است تشنج را تجربه کنند. برخی از شرایط، خطر بروز حملات صرع را افزایش می‌دهند.

شایع‌ترین آنها، اختلالات متابولیکی حاد، داروها، ضایعات فضاگیر مغز، حوادث ایسکمیک و عفونت است (جداول ۲۱.۲ و ۲۱.۳ را ببینید). شایان ذکر است که یک حمله تشنج، صرع محسوب نمی‌شود.

شاهد تشنج بودن، می‌تواند برای پرستاران و ارائه‌دهندگان خدمات، ناراحت‌کننده و دردآور باشد. علاوه بر این، بار عاطفی بیماران مبتلا به تشنج، زیاد است. تشنج تأثیر زیادی بر سلامتی دارد. تخمین زده شده است که ۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به صرع هستند. تخمین زده شده است که رخداد یک تشنج بدون محرک بین ۲۳ تا ۶۱ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال است. تحقیق در مورد بیماران مبتلا به صرع و مراقبان آنها، نشان‌دهنده استیگمای اجتماعی و فردی مرتبط با این اختلال و تشنج‌های ناشی از آن است.

بیماران مبتلا به صرع در معرض خطر اختلالات خواب، اختلالات خلقی، درد، انزوای اجتماعی و پریشانی روانی هستند. در صورت عدم کنترل، تشنج می‌تواند منجر به دلیریوم مرتبط با بیماری، آسیب جسمی، آسپیراسیون، رابدومیولیز (واپاشی ماهیچه) و آسیب کلیه، درد، فلج موقتی و اختلال عملکرد شود. تعدادی از عوامل، خطر تشنج را در میان بیماران

جدول ۱۸.۲. شرایط شایعی که منجر به تشنج می‌شوند

تغییرات متابولیکی	عدم تعادل الکترولیت‌ها طوفان (بحران) تیروتوکسیک. اورمیا (افزایش اوره خون) انسفالوپاتی ناشی از فشار خون بالا فشار خون بالا در بارداری (اکلامپسی و پره اکلامپسی) تب دهیدراتاسیون بدن و پرآبی بدن تنفس سریع ناشی از اضطراب زیاد
ناشی از استفاده از دارو یا مواد غیرقانونی	فراموش کردن یک دوز/ترک آن داروهای جدید تجمع متابولیت
تومورهای مغزی	تومورهای متاستاتیک تومورهای اولیه سیستم عصبی مرکزی
ایسکمی	سکته هیپوکسی مغزی منتشر
عفونت ها	انسفالیت مننژیت آبسه مغزی ضایعات انگلی
سندرم‌های پارانئوپلاستیک	انسفالیت گیرنده NMDA
ناشی از تروما	هماتوم ساب دورال خونریزی زیر عنکبوتیه خونریزی داخل بطنی گلیوز ناشی از تروما صرع پس از سانحه
ضایعات عروقی	ناهنجاری‌های شریانی آنوریسم مغزی خونریزی ساب دورال یا تجمع مایعات خونریزی اپیدورال خونریزی زیر عنکبوتیه
اختلالات ایدیوپاتیک یا مادرزادی	آسیب هنگام تولد ناهنجاری مادرزادی کمبود آنزیم اختلالات ذخیره‌سازی لیزوزومی کانالوپاتی‌ها

انکولوژی افزایش می‌دهند. متاستاز مغز، شیمی درمانی و پرتودرمانی و همچنین تغییرات متابولیکی و غدد درون ریز در بیمار مبتلا به سرطان، خطر تشنج را افزایش می‌دهد. در بیماران با تومورهای مغزی اولیه، احتمال تشنج بسیار زیاد است. تخمین وقوع تشنج در این گروه، بسته به بافت خاص تومور، متفاوت است. بار مالی، عاطفی و اجتماعی حملات تشنج نیز باید مورد توجه قرار گیرند.

پرستار مراقبت تسکینی برای کاهش اثرات تشنج، مداخلات زیادی می‌تواند انجام دهد. پرستار مراقبت تسکینی باید با یک شرح حال دقیق و معاینه جسمی کار خود را شروع کند. هر یافته فیزیکی جدید ممکن است یک تغییر فیزیولوژیکی مهم را نشان دهد که آستانه تشنج را کاهش داده است. تغییرات اخیر دارویی باید به طور دقیق مورد بررسی قرار گیرند زیرا این تغییرات غالباً در تشنج‌های جدید نقش دارند. در بیماران مبتلا به تومورهای مغزی اولیه یا بیماری متاستاتیک مغز، عموما تشنج نتیجه ادم و اختلال در سد خونی- مغزی، تأثیر توده و درگیر شدن قشر مغز است. علاوه بر این، بیماران با سابقه مصرف داروهای مخدر که در بیمارستان یا در منزل بستری می‌شوند، اگر از مصرف الکل، بنزودیازپین‌ها، داروهای مخدر یا مواد غیر قانونی منع شوند، در معرض خطر تشنج قرار می‌گیرند. در صورتی که بلافاصله متوجه این موضوع نشدید و نتوانستید تشخیص دهید، می‌توانید از رادیوگرافی یا آزمایشات متابولیکی برای اهداف درمانی استفاده کنید.

برای از بین بردن ترس و افزایش راحتی بیمار، آموزش خانواده و بیمار از اهمیت زیادی برخوردار است. هدف آموزش بر حفظ ایمنی بیمار در هنگام تشنج، مراقبت‌های پس از تشنج، داروها، رفع علت تشنج در صورت امکان و زمان تماس با ارائه دهنده خدمات، متمرکز است. حفظ ایمنی در هنگام تشنج، بر کاهش آسیب، از جمله زمین خوردن و ضربه فیزیکی

جدول ۱۸.۳. تعاریف تشنج

تشنج کانونی (جزئی) ساده	فعالیت الکتریکی کنترل نشده در یک تشنج جزئی ساده، محدود به ناحیه کوچکی از قشر مغز است. تشنج حاصل، با کاهش سطح هوشیاری همراه نیست. علائم آن عبارتست از لرزش ناحیه‌ای از بدن. به ندرت، تشنج‌های جزئی می‌توانند منجر به تأثیر غیر عادی بر اندام یا تأثیرات غیرطبیعی مانند تغییرات شنوایی، بینایی یا چشایی شوند. به ندرت، تشنج‌های جزئی ساده می‌توانند منجر به تغییر رفتاری و تغییرات عاطفی شوند.
تشنج کانونی (جزئی) پیچیده	تشنج‌های پیچیده جزئی با تأثیر بر ناحیه بزرگتری از مغز، منجر به اختلال در توانایی فرد برای تعامل با محیط اطراف می‌شود. اغلب با یک نگاه مات یا خیره شدن شروع می‌شود و کم کم به صورت حرکات یک شکل و تکراری پیش می‌رود. همچنین «تشنج‌های روانی-حرکتی» نامیده می‌شود.
تشنج جنرالیزه	شایع‌ترین و مشخص‌ترین نوع تشنج است. تشنج‌های جنرالیزه، کل قشر مغز را درگیر می‌کنند. تشنج جنرالیزه معمولی با سفت شدن اندام (حالت تونیک) و یک دوره آپنه یا هیپونتیلاسیون (کاهش تنفس) شروع می‌شود؛ و سپس به سمت حرکات کلونیک می‌رود (تکان خوردن اندام‌ها و/ یا سر در اثر انقباض و شل شدن عضلات با هم). در طی مرحله کلونیک، تنفس بهتر می‌شود اما اغلب نامنظم است.
تشنج آبسنس[1]	یک تشنج جنرالیزه که در آن فعالیت و حرکت بیمار به طور ناگهانی قطع می‌شود و به یک نقطه خیره می‌شود. بیمار در طی این تشنج قادر به تعامل با محیط خود نیست. به محض پایان یافتن تشنج، بیمار به حالت قبل از وقوع تشنج برمی گردد.
تشنج آتونیک	آتونیک (حمله قطره ای/ آستاتیک / آکینتیک) یک تشنج جنرالیزه است که منجر به از بین رفتن ناگهانی وضعیت بدن می‌شود. شدت آن متفاوت است، می‌تواند فقط محدود به لرزش سر باشد یا اینکه کاملا بر روی زمین بیفتد.
اورا (تشنج با مقدمه)	اورا در صرع، مرحله اولیه تشنج کانونی محسوب می‌شود. به طور کلی به صورت یک رویداد حرکتی، حسی، ارادی یا روانی تجربه می‌شود. تشنج برخی از بیماران فقط شامل اورا است.
صرع	سندرم تشنج مکرر.
تشنج ناشی از تب	این تشنج در نوزادان و کودکان (سنین بین ۶ ماه تا ۵ سال) در شرایطی که درجه حرارت آنها معمولاً بالاتر از ۳۸ درجه سانتیگراد است اتفاق می‌افتد. تشنج ناشی از تب معمولاً یک تشنج جنرالیزه حرکتی با افزایش دما در بیمار است. سعی کنید تفاوت بین تشنج ناشی از تب و تشنج پیچیده را درک کنید، تشنج پیچیده به طور مکرر در طی یک بیماری ناشی از تب رخ می‌دهد.
اکتال	اکتال در لاتین به معنی «سکته مغزی» است اما در اینجا به معنی اوج تشنج یا میگرن است.
تشنج غیر صرعی روانی	این موارد که «شبه تشنج یا تشنج کاذب» نیز نامیده می‌شوند، اتفاقاتی هستند که در نتیجه تغییر عملکرد عصبی در غیاب تغییرات الکتروانسفالوگرافی که نشان‌دهنده فعالیت الکتریکی غیر طبیعی قشر است، رخ می‌دهند.
صرع پایدار	مجموعه‌ای از تشنج‌های بدون بازگشت به مبنای عصبی کامل بین حوادث یا یک تشنج پایدار که بیش از چند دقیقه طول می‌کشد. صرع پایدار که یک فوریت پزشکی در نظر گرفته می‌شود، احتمال آسیب مغزی، هیپوکسی و مرگ را افزایش می‌دهد.

در حین حرکات کلونیک و همچنین به حداقل رساندن طول زمان تشنج در صورت امکان، استوار است. به طور سنتی، بالا بردن نرده‌های کنار تخت برای بیماران مبتلا به تشنج مقاوم به درمان انجام می‌شد. گرچه این کار یک مداخله معقول بوده است، اما هیچ

1. Absence seizure

جعبه ۱۸.۱. ایمنی لازم در هنگام تشنج

کمک‌های اولیه هنگام حملات تشنج

با جا به جا کردن وسایل یا اجسام سفت و سخت، از آسیب دیدن فرد جلوگیری کنید.

از قرار دادن هر چیز در دهان بیمار خودداری کنید.

یک بالشت یا یک چیز نرم زیر سر بیمار قرار دهید.

یقه بیمار و هر چیز اطراف گردن او را شل کنید.

مراقبت‌های بعد از تشنج

از شرایطی که برای صرع خطرناک است (شعله آتش، قایقرانی بدون همراه/ شنا/ استحمام در وان) خودداری کنید

از عوامل محرک تشنج (کمبود خواب، افت قند خون، مصرف الکل و مصرف بیش از حد کافئین) خودداری کنید.

داده‌ای برای پشتیبانی از این مداخله قدیمی وجود ندارد. برای مشاهده کمک‌های اولیه و ایمنی در مورد تشنج، جعبه ۱۸.۱ را ببینید.

قرار دادن اشیا در دهان بیمار و محدود کردن فعالیت‌های او، کاملا ممنوع است. تا زمانی که بیمار کاملاً هوشیار نشده، نباید به او غذا یا مایعات داد. اگر بیمار نتواند هوشیاری کامل خود را در فواصل حملات تشنجی به دست آورد یا تشنج چند دقیقه به طول انجامد، این امر نشان‌دهنده ابتلای بیمار به صرع پایدار بوده و مستلزم اقدامات فوری است.

صرع پایدار یک وضعیت جدی و تهدیدکننده است که مستلزم تجویز فوری دارو برای رفع تشنج است. اگر تشنج در خانه اتفاق بیفتد، خدمات فوریت های پزشکی کافی خواهند بود. شایان ذکر است که چندین ایالت در ایالات متحده وجود دارند که ارائه‌دهندگان خدمات را مجبور می‌کنند تا رخدادهای تشنج را به بخش وسایل نقلیه موتوری (Department of Motor Vehicles) گزارش دهند. بدون شک، بیماران مبتلا به تشنج تا زمانی که توسط متخصص مغز و اعصاب تایید نشوند، نباید رانندگی کنند.

یکی از مهمترین اصول برای راحتی و امنیت بیمار، جلوگیری از بروز تشنج است. مصرف داروهای کاهنده تشنج را می‌توان بخاطر وضعیت خاص بیمار کاهش داد. برای بیماری که در خانه از او مراقبت می‌شود، می‌توان از بنزودیازپین‌های سریع الاثر استفاده کرد. قطره‌های خوراکی غلیظ لورازپام را می‌توان به راحتی از داروخانه تهیه کرد. سایر گزینه‌ها عبارتند از ژل دیازپام رکتوم، ژل لورازپام بینی یا ویفرهای کلونازپام که روی سطح باکال اعمال می‌شوند. در بیماری با دسترسی داخل وریدی، به طور کلی تزریق وریدی آهسته اولویت دارد. برای بیماری با خطر بالای وقوع تشنج، سابقه صرع پایدار، یا برای بیماری که در حال حاضر داروهای ضد صرع استفاده می‌کند، باید یک طرح مدیریت تشنج در خانه انجام شود. به ویژه برای بیمارانی که تشنج آنها به سختی کنترل می‌شود، باید یک برنامه مدیریت تشنج با هماهنگی یک متخصص مغز و اعصاب تهیه شود. این امر برای بیمار، خانواده و مراقبانش در مواجهه با یک اتفاق بالقوه وحشتناک، آرامش روانی به ارمغان می‌آورد. سیستم ملی بهداشت در انگلستان در تلاش است تا به منظور بهبود مدیریت خانه و اعتماد به نفس خانواده/ مراقبان در مدیریت تشنج و کاهش ویزیت‌های اورژانس و هزینه‌های پزشکی، پروتکلی را برای ارائه آموزش به بیمار، خانواده و مراقبان در مورد تشنج مورد بررسی قرار دهد.

در زمینه مراقبت تسکینی، توجه به چند نکته الزامی است. در بیماری با بیماری برگشت‌پذیر، ممکن است به داروهای ضد صرع (AED) نیازی نباشد. بیماران مبتلا به صرع یا تشنج‌های مداوم، می‌بایست به طور دقیق از نظر نیاز به مصرف AED بررسی شوند. اگر بیمار مبتلا به تومورهای متاستاتیک یا مغزی اولیه هرگز دچار تشنج نشده باشد، توصیه فعلی این است که برای پیشگیری از وقوع حملات تشنجی، از داروهای ضدتشنج استفاده نکنند. برای مرور اجمالی

جعبه ۱۸.۲. ملاحظات و نکات خاص هنگام استفاده از داروی ضد صرع (AED)

تداخل دارویی با AED بسیار شایع است، به ویژه داروهای قدیمی که آنزیم‌های کبدی سیتوکروم P450 را تحریک می‌کنند.

بسیاری از AEDها می‌توانند بر روحیه افراد تأثیر بگذارند و به عنوان داروهای روانگردان استفاده می‌شوند.

بیماری‌های همراه با این داروها را با دقت بررسی کنید. به عنوان مثال، فنی توئین می‌تواند باعث پوکی استخوان شود، توپیرامات می‌تواند باعث کاهش وزن شود.

برای بیمارانی که احتمال زنده ماندنشان کم است و سطح هوشیاری پایین یا توانایی بلع کم دارند نباید از AEDهای خوراکی استفاده کرد و می‌توان از بنزودیازپین‌ها استفاده کرد.

بیشتر AEDها مستلزم نظارت بر سطح دارو نیستند دگزامتازون نه داروی ضد صرع است و نه داروی ضد تشنج

فنی توئین متابولیسم کورتیکواستروئیدها را افزایش می‌دهد و کورتیکواستروئیدها می‌توانند متابولیسم فنی توئین را تغییر دهند - AED دیگری را در نظر بگیرید.

در صورت لزوم با یک متخصص مغز و اعصاب مشاوره کنید.

عواملی که هنگام استفاده از AED باید در نظر گرفته شوند، به جعبه ۱۸.۲ مراجعه کنید.

قابل ذکر است که در سال‌های اخیر گزینه‌های مختلفی برای بیماران مبتلا به تشنج مقاوم به درمان پزشکی بوجود آمده است. رژیم‌های محدودکننده و پیشگیرانه مانند رژیم کتوژنیک، دهه هاست که برای صرع کودکان مقاوم به درمان پزشکی با موفقیت مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. گزینه‌های جراحی شامل برداشتن کانون یا ضایعه تشنج و همچنین قرار دادن محرک عصب واگ است. باید به امید بهزندگی و مناسب بودن سن بیمار برای انجام چنین اقدامات و مداخلاتی توجه دقیق صورت گیرد.

تشنج در سال‌های آخر عمر تمام بیماران لاعلاج، امری نگران کننده است. هنگامی که بیماران توانایی بلعیدن را از دست می‌دهند، مدیریت تشنج در رژیم‌های چند دارویی ضدصرع مستلزم تطبیق دقیق آن با شرایط بیمار است. چندین اقدام و مداخله مورد آزمایش قرار گرفته‌اند و مجموعه‌ای از نتایج نیز منتشر شده‌اند. با این حال، هیچ پروتکل مدیریتی پذیرفته شده جهانی وجود ندارد و بنابراین لازم است که تیم ارائه‌دهنده خدمات در منزل، خلاق بوده و از خلاقیت خود استفاده کنند. تجویز زیر جلدی لووتیراستام در مراقبت‌های انتهای زندگی در انگلیس مورد آزمایش قرار گرفت. با این حال، آزمایشات کنترل شده تصادفی همچنان از قرار دادن این روش در استاندارد مراقبت، حمایت نمی‌کنند.

میوکلونوس

مطالعه موردی: یک کودک مبتلا به سندرم اپسکلونوس- میوکلونوس

فرانکلین فقط چند سال داشت که مادرش متوجه عدم تعادل او شد. سپس او متوجه «تشنج» او شد. او نمی‌توانست راه برود و تنه و اندام هایش به صورت نامنظم حرکت می‌کردند و به نظر می‌رسید که چشمانش در جهات مختلف (افقی یا عمودی) حرکت می‌کنند. در نهایت، مشخص شد که فرانکلین دارای سندرم اپسکلونوس-میوکلونوس است که در نتیجه واکنش خود ایمنی، به تومور نوروبلاستوما در شکم اش ایجاد شده است. با درمان به موقع، تشنج او رفع شد.

میوکلونوس مجموعه‌ای از انقباضات عضلانی کوتاه مدت است. انقباضات هم از نظر دامنه انقباض و هم از نظر ریتم، نامنظم هستند و این نشان‌دهنده

اختلال در CNS است. طیف گسترده‌ای از سندرم‌های میوکلونیک وجود دارد. در محیط مراقبت تسکینی، پرستار به احتمال زیاد با میوکلونوس منتشر به جای میوکلونوس سیمپلکس یا میوکلونوس سگمنتال روبرو می‌شود. برای مشاهده سایر دلایل میوکلونوس، به جدول ۱۸.۴ مراجعه کنید. میوکلونوس منتشر با تکان‌های سریع و نامنظم، در سراسر بدن اتفاق می‌افتد که می‌تواند یک پدیده گذرا یا پایدار باشد. متخصصان حوزه‌ی مراقبت تسکینی آگاهی و اطلاعات زیادی در مورد میوکلونوس کسب کرده‌اند، زیرا می‌تواند منجر به افزایش درد، خستگی و سایر علائم ناراحت‌کننده شود. مداخله باید با شناخت عوامل ایجادکننده آغاز شود. پرستار مراقبت تسکینی به احتمال زیاد با میوکلونوس منتشر ناشی از بیماری عصبی اکتسابی یا تجمع متابولیت‌های ناشی از بیماری روبرو می‌شود. چندین علت دیگر نیز برای میوکلونوس مشخص شده است که عبارتند از: اختلالات صرعی، ارثی (که گاهی اوقات ذاتی یا خانوادگی نامیده می‌شود)، سیستم ایمنی و اختلالات سمی. میوکلونوس در برخی اشکال اختلالات عصبی دژنراتیو نیز وجود دارد.

پرستار مراقبت تسکینی باید کار خود را با معاینه دقیق و بررسی داروها آغاز کند. صحبت با بیمار و خانواده او می‌تواند مفید واقع شود. اختلال کلیه با میوکلونوس ناشی از داروهای مخدر (OIM) همراه است. بیمار یا خانواده او می‌توانند حرکات سریع و نامنظم او را توصیف کنند. تحریک بیمار یا ضربه زدن روی عضلات ممکن است باعث ایجاد یا بدتر شدن میوکلونوس شود. هایپرالژی و دلیریوم در شرایط میوکلونوس، احتمال OIM را افزایش می‌دهد و در نتیجه داروهای ضد درد باید مورد ارزیابی و بررسی قرار گیرند. در بیمار مبتلا به سندرم اپسکلونوس-میوکلونوس، میوکلونوس به طور معمول به صورت منتشر یا کانونی و همراه با لرزش و تلو تلو خوردن

جدول ۱۸.۴. علل میوکلونوس

ناشی از دارو (داروهای مخدر)	میوکلونوس ناشی از داروهای مخدر (OIM) سمیت لیتیوم هالوپریدول فنوتیازین‌ها سیکلوسپورین آنتی بیوتیک‌های بتا لاکتام داروهای ضد افسردگی
اختلالات متابولیکی	انسفالوپاتی کبدی کمبود اسید نیکوتینیک اورمیا بیماری‌های ذخیره سازی
اختلالات التهابی	تیروئیدیت
بیماری‌های عفونی	بیماری ویپل در سیستم عصبی مرکزی کزاز التهاب ناشی از زونا
اختلالات سیستم عصبی مرکزی	آسیب هیپوکسیک مغزی اسکلروز چندگانه سندرم‌های پارانئوپلاستیک مجموعه دمانس ایدز انسفالیت ویروسی زوال عقل پیشرفته شرایط تخریب مخچه شرایط دژنراتیو گانگلیون پایه بیماری کروتزفلد-یاکوب بیماری پارکینسون پانسفالیت اسکلروز زیر حاد سندرم صرع میوکلونیک

(لرزش موزون سر یا تنه) است. آتاکسی و سایر علائم مخچه‌ای نیز ممکن است ظاهر شود. تشخیص اپسکلونوس-میوکلونوس، مبتنی بر آزمایش‌های بالینی، سرولوژی و رادیوگرافی است. در شرایط مراقبت تسکینی، هنگام تصمیم‌گیری در مورد انجام یا

عدم انجام این آزمایش‌ها، همیشه باید اهداف مراقبتی در نظر گرفته شوند.

در صورت امکان، ازبین بردن عامل ایجادکننده، به احتمال زیاد باعث بهبودی میوکلونوس می‌شود. در بیماری که داروهای مخدر مصرف می‌کند، تغییر این داروها می‌تواند اثربخش باشد. مکانیسم‌های دقیق OIM همچنان مجهول و ناشناخته است. این مکانیسم برجسته و نظری به تجمع متابولیت‌های عصبی تحریک کننده، به ویژه هیدرومورفون-۳-گلوکورونید و مورفین-۳-گلوکورونید در تنظیم عملکرد کلیه اشاره دارد. گرچه از دوزهای بالای داروهای مخدر معمولاً در OIM استفاده می‌شود، اما می‌توان از دوز پایین هم برای بیماران استفاده کرد و عملکرد کلیه را حفظ نمود.

داروهای مخدر دخیل در OIM عبارتند از مورفین، هیدرومورفون، فنتانیل، متادون و مپریدین. در صورت مشکوک شدن به OIM، تغییر داروهای مخدر، افزودن بنزودیازپین مانند کلونازپام یا میدازولام و امتحان داروهای کمکی توصیه می‌شود.

درمان میوکلونوس غیر OIM شامل از بین بردن عوامل زمینه‌ای است. تعداد بسیار کمی از داروها می‌توانند میوکلونوس را تسکین دهند. داروهای ضد تشنج می‌توانند برای میوکلونوس مزمن مفید باشند، گرچه به طور معمول درمان چند دارویی لازم است. کلونازپام بیشترین کاربرد و مؤثرترین عامل محسوب می‌شود. داروهای دیگری نیز از جمله والپروئیک اسید، لوویتراستام، زونیسامید، استازولامید و سدیم اکسی بات، اما داده های کافی برای تایید هر یک از این داروها بررسی شده‌اند. چندین داروی غیر AED از جمله باکلوفن و دانترولین، نیز برای میوکلونوس با میزان موفقیت‌های مختلف آزمایش شده‌اند. مراقبت‌های ویژه پرستاری از میوکلونوس چند وجهی بوده و اولویت ایمنی بیمار است. این کار مستلزم قرار دادن ریل‌هایی از بالشت در اطراف بیمار و کلاه ایمنی است.

ممکن است امکان جابجایی بیماران مبتلا به میوکلونوس شدید وجود نداشته باشد. با ارزیابی فیزیکی یا کاردرمانی می‌توان نیاز بیمار به استفاده از تجهیزات پزشکی، وسایل کمکی یا کمربند به هنگام راه رفتن را بررسی نمود. استراتژی‌هایی را برای جابجایی ایمن بیمار، به خانواده‌ها و مراقبان آنها ارائه دهید. همانند سایر اقدامات مراقبت تسکینی، ارزیابی درد نیز امری ضروری است. در طول تغییر داروهای مخدر، ممکن است تحمل فرد نسبت به دارو تغییر کند و در نتیجه احساس بی‌قراری و ناراحتی داشته باشد. میوکلونوس خسته‌کننده است.

آموزش حفظ انرژی به بیماران و اعضای خانواده آنها از اهمیت زیادی برخوردار است. میوکلونوس باعث افزایش مصرف کالری می‌شود و در بیمارانی که از نظر جسمی ضعیف هستند، مکمل‌های غذایی یا مشاوره تغذیه می‌تواند از کاهش وزن آنها جلوگیری کند. همچنین می‌بایست محرک‌های محیطی کاهش یابند (نور کم، به حداقل رساندن صدا).

اسپاستیسیته

مطالعه موردی: یک بیمار مبتلا به اسپاستیسیته

زن جوانی به نام کایرا، دچار تصادف رانندگی شد. او به خاطر خونریزی در ماده سفید نیمکره راست مغز، دچار ضربه مغزی شد. کایرا نمی‌توانست سمت چپ بدن خود را حرکت دهد. با درمان، او توانست سمت چپ بدن خود را مقداری حرکت دهد اما همچنان اسپاسم عضلات داشت. پزشک او هر سال او را معاینه می‌کند؛ اسپاسم و هیپرتونیسیته، انجام کارهای حرکتی را دشوارتر می‌کند اما به او امکان می‌دهند بدون هیچ وسیله کمکی راه برود.

اسپاستیسیته عبارت از افزایش تون ماهیچه‌ای در یک عضله است. علت آن، آسیب عصبی در عضلات یا میلین زدایی سلول‌های عصبی سیستم عصبی

مرکزی است و به طور معمول به دلیل ضایعه نورون حرکتی فوقانی (UMN) است. اسپاستیسیته در بسیاری از بیماری‌های عصبی رخ می‌دهد. این بیماری معمولاً همراه با آسیب نخاعی، مولتیپل اسکلروزیس (ام اس)، فلج مغزی، سکته مغزی، ضربه مغزی یا سر، اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، پاراپلژی‌های اسپاستیک ارثی و بیماری‌های متابولیکی مشاهده می‌شود.

حساس‌ترین شاخص در ضایعه UMN، علامت مثبت بابینسکی است. آن را می‌توان با ضربه زدن محکم به کف پا مشخص کرد. علامت مثبت بابینسکی عبارت از کشیدن انگشت پا همراه با پرش و کشش انگشتان دیگر در طی تحریک کف پا و بلافاصله پس از آن است. علامت بابینسکی از رفلکس فیزیولوژیکی مشاهده شده در دوران نوزادی اقتباس شده است. اسپاستیسیته در عضلاتی از جمله ماهیچه بازویی با عضله براکیالیس، عضله براکیورادیالیس، ماهیچه دوسر بازویی، عضله پکتورالیس (ماهیچه سینه)، دلتوئید قدامی و عضلات فلکسور کارپی بازویی و همچنین عضلات ران، گاستروکنمیوس (عضله ساق یا دوقلو)، همسترینگ و عضلات پاپلیتوس پاها تظاهر می‌یابد. علائم دیگر در معاینه فیزیکی عبارتند از هیپر رفلکسی در تاندون‌های عمقی، کلونوس، اسپاسم عضلات و حالت قیچی مانند اندام‌ها. اسپاستیسیته می‌تواند در یک عضله یا گروهی از عضلات رخ دهد. یکی از نمونه‌های قابل توجه، اسپاستیسیته و دیستونی عصب جمجمه در موارد فلج عصبی است. اسپاستیسیته می‌تواند ناراحت‌کننده و دردناک باشد. به طور کلی می‌تواند قابلیت‌های عملکردی را به شدت کاهش دهد و بنابراین نیاز به درمان دارد.

پرستار مراقبت تسکینی می‌بایست شدت وخامت اوضاع بیمار را بررسی نماید. در این شرایط، پرستار باید به دنبال علل ثانویه- عفونت، یبوست، درد یا دیس رفلکسی ارادی (نارساخوانی اتونومیک) باشد. اگر اسپاستیسیته جدیدا اتفاق افتاده باشد، بررسی‌های بیشتری لازم است. در بیمار مبتلا به‌ام اس، مهمترین نگرانی می‌تواند پیشرفت بیماری باشد. حفظ تعادل بین اسپاستیک و توانایی‌های عملکردی بیمار ضروری است. به عنوان مثال، بیمار مبتلا به فلج مغزی اسپاستیک باید مقداری از تون عضله را حفظ کند تا بتواند حرکت کند.

درمان‌های زیادی برای اسپاستیسیته وجود دارد. تحقیقات انجام شده در مورد تغییرات عصبی شیمیایی اسپاستیسیته نشان می‌دهد که گلوتامیک اسید، انتقال دهنده عصبی اولیه در قشر مغز است. باکلوفن، یکی از مشتقات GABA، درمان اصلی در این موارد محسوب می‌شود.

سایر داروهای ضد اسپاسم خوراکی که معمولاً برای کاهش انقباض مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از: دانترولن، دیازپام و تیزانیدین. اسپاستیسیته یکی از معدود مواردی است که به طور کلی برای درمان‌های پزشکی آن از ماری جوانا استفاده می‌شود. برای مشاهده خلاصه‌ای از داروهای ضد اسپاسم خوراکی به جدول ۱۸.۵ مراجعه کنید. برای بیماران با اسپاستیسیته مداوم و تورتیکولی (کجی گردن) از تزریق سم فنل و بوتولینوم استفاده می‌شود.

از جراحی نیز می‌توان برای بیمار مبتلا به اسپاستیسیته‌ای که با دارو درمان نمی‌شود، استفاده کرد. برای بیماران مبتلا به اسپاستیسیته مداوم که از باکلوفن خوراکی استفاده می‌کردند و دچار عوارض جانبی آن می‌شدند، از تزریق داخل نخاعی باکلوفن به عنوان یک درمان اصلی استفاده می‌شود. این مداخلات باید به دقت مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرند، خصوصاً برای بیمار تحت مراقبت تسکینی که ممکن است طول عمر کوتاهی داشته باشد.

مراقبت‌های پرستاری در اسپاستیسیته، بر راحتی و به حداکثر رساندن عملکرد بیمار استوار است. مشاوره فیزیوتراپی و کاردرمانی برای برنامه‌های کششی تجویز شده و تعیین تجهیزات پزشکی با دوام مناسب،

جدول ۱۸.۵: داروهایی که برای درمان اسپاستیسیته استفاده می‌شوند

نام دارو	مکانسیم عمل آن	بیشترین کاربرد آن	عوارض جانبی شایع
باکلوفن	مهار رفلکس‌های سیناپسی در سطح نخاع	اسپاستیسیته سکسکه	کند کردن سیستم عصبی مرکزی (CNS)، ضعف، افت فشار خون، اختلال دستگاه گوارش (GI)، پلی اوریا (ادرار زیاد)
کاریسوپرودول	ناشناخته	اسپاستیسیته درد عضله به دلیل آسیب دیدگی قابل افزودن به داروهای مخدر؛ هنگام ترکیب آن با هر نوع ماده ضد افسردگی CNS، به ویژه داروهای مخدر صنعتی، دقت کنید.	سرکوب CNS، واکنش‌های خاص ضعف و سرخوشی، تشنج
کلروزوکسازون	رفلکس‌های چند سیناپسی را کاهش می‌دهد	اسپاسم و درد عضلات	سرکوب CNS، تحریک متناقض، اختلال دستگاه گوارش، بثورات، سمیت کبدی، واکنش حساسیتی بیش از حد،
سیکلوبنزاپرین	ناشناخته	اسپاستیسیته	سرکوب CNS، خشکی دهان، سرگیجه، هیجان و پریشانی
دانترولن	عمل موضعی در قسمت انقباض تحریک عضله	اسپاستیسیته هایپرترمی بدخیم سندرم سروتونین مسمومیت اکستازی	سرکوب CNS، توهم، اثرات سمی کبدی، اختلال دستگاه گوارش
دیازپام	کاهش تحریک عصبی از طریق افزایش مهار GABA-ergic	آشفتگی یا پریشانی سم زدایی ناشی از الکل ضد تشنج اضطراب اسپاستیسیته آرامش بخشی	سرکوب CNS فراموشی پیش رونده اختلال روانی تشنج در صورت قطع دارو پرخاشگری
گاباپنتین	کاهش تحریک عصبی از طریق افزایش مهار GABA-ergic	ضد تشنج درد عصبی اسپاستیسیته	سرکوب CNS، سرگیجه، افزایش وزن، خستگی، ادم محیطی، خطر خودکشی
اورفنادرین	آنتی کولینرژیک	کمردرد، سیاتیک، درمان کمکی برای درد نوروپاتیک (درد عصبی) و اسپاستیسیته	سرکوب CNS، خشکی دهان، سرگیجه، بی‌قراری، بی‌خوابی، یبوست، احتباس ادرار، ارتوستاز، سرخوشی
متاکسالون	ناشناخته	درد عضلانی ناشی از اسپاستیسیته	سرکوب CNS، بثورات، اختلال دستگاه گوارش، لکوپنی، کم خونی همولیتیک، سمیت کبدی
متوکاربامول	ناشناخته	اسپاستیسیته تتانوس	سرکوب CNS، تشنج، برادی کاردی (کاهش ضربان قلب)، سنکوپ، افت فشار خون، بثورات، اختلال دستگاه گوارش، لکوپنی، تغییرات بینایی، واکنش‌های حساسیتی بیش از حد
تیزانیدین	کاهش تحریک عصبی از طریق آگونیست آدرنرژیک آلفا-۲	اسپاستیسیته سردرد مزمن میگرن	سرکوب CNS، سمیت کبدی، تعریق، اختلال دستگاه گوارش، خشکی دهان، یبوست، احتباس ادرار

از اهمیت زیادی برخوردار است. برای تعیین اهداف واقعی، آموزش بیمار و خانواده او نیز الزامی است. آموزش، بر عواملی که باعث بدتر شدن اسپاستیسیته می‌شوند، جلوگیری از زخم‌های فشاری و انقباضات، خستگی و نگرانی‌های روانی اجتماعی، متمرکز است. برای جلوگیری از عوارض، آموزش اولیه از اهمیت زیادی برخوردار است. مصرف مناسب دارو و علائم استفاده از آنها نیز باید آموزش داده شود. تغییر مکان و جابجا کردن، استفاده از گرما و استراتژی‌های بهبود توانایی‌های عملکردی، می‌توانند مفید واقع شوند.

سردرد

مطالعه موردی: بیمار مبتلا به میگرن

جوانا وقتی ۱۴ ساله بود اولین میگرن خود را تجربه کرد. تعداد میگرن‌های او در سال‌های نوجوانی به تدریج افزایش یافت. به عنوان یک زن جوان، مجبور بود بخاطر درد ناشی از میگرن ۲-۳ روز سر کار نرود. به همین دلیل کارش را از دست داد، لذا تصمیم گرفت پیش یک متخصص مغز و اعصاب برود.

او بخاطر بی‌تحرکی و همچنین تأثیرات دارو، وزنش افزایش یافته بود و ۸۰ پوند شده بود. جوانا با تنظیم خواب، ورزش روزمره و داروهایی که مصرف می‌کرد، توانست به کار تمام وقت خود بازگردد.

سردرد یک بیماری شایع است و تخمین زده شده است که ۷۸٪ از آمریکایی‌ها در طول زندگی خود دچار سردرد تنشی می‌شوند و ۱۶٪ نیز دچار میگرن شوند. مطالعات مربوط به کیفیت زندگی نشان داد که تأثیر میگرن بر روی یک فرد بسیار زیاد و قابل توجه است. در یک مطالعه، ۵۹٪ از مبتلایان به میگرن گزارش کردند که خانواده یا فعالیت اجتماعی خود را به دلیل میگرن از دست داده‌اند. طیف گسترده‌ای از شرایط می‌توانند باعث سردرد و میگرن شوند.

جدول ۱۸.۶. دلایل سردرد

سندرم سردرد	سردرد خوشه‌ای سردرد تنشی قطع یا استفاده افراطی از داروهای سردرد
سندرم میگرن	میگرن با یا بدون اورا
ضایعات جمجمه و داخل جمجمه	تومورهای متاستاتیک مغز تومورهای اولیه مغز تومورهای قاعده جمجمه متاستازهای لپتومننژال
بیماری‌ها و شرایط عمومی پزشکی	حالت ناشتا / گرسنگی خستگی چشم استرس کشیدگی/ تنش عضلانی، نشستن طولانی مدت، وضعیت بد بدن کم خوابی سکته اختلالات عروقی اسکلروز چندگانه (ام اس) افزایش فشار داخل جمجمه عفونت سینوس آرتریت گیجگاهی عفونت‌های مختلف، سیستمیک و CNS
ضربه به سر	
سندرم درد غیر معمول	نورالژی‌تری ژمینال (درد مقاوم به درمان) نورالژی پس از تبخال

تومورهای مغزی، اختلالات عروقی، عفونت و ضربه به سر، از جمله شرایط رایجی است که می‌بایست بیمار در طی آن مراقبت تسکینی دریافت کند. مجموعه‌ای از علل مختلف را می‌توانید در جدول ۱۸.۶ مشاهده کنید. یکی از مواردی که برای یک پرستار مراقبت تسکینی بسیار مهم است، سردرد بیش از حد ناشی از دارو است (MOH، معروف به سردرد برگشتی یا ریباند) است که قطع مصرف برخی داروها

منجر به بروز سردرد می‌شود. سناریوی معمولی که در MOH مشاهده می‌شود عبارتست از بیماری که از استامینوفن، داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) یا داروهای ترکیبی میگرن استفاده می‌کند. سایر ترکیبات شناسایی شده شامل کافئین، تریپتان، داروهای ضد افسردگی، کوکائین، استروژن، ماری جوانا و داروهای مخدر است. این سردرد معمولاً در غیاب آن ماده، پس از گذشت روزها تا هفته‌ها برطرف می‌شود. در بعضی موارد، کاهش تدریجی دوز ممکن است گزینه ایمن‌تری باشد، خصوصاً اگر این ماده پتانسیل ایجاد سندرم ترک حاد را داشته باشد، مانند داروهای مخدر.

میگرن فقط توسط دارو کنترل نمی‌شود. تغییر سبک زندگی می‌تواند تعداد دفعات و شدت سردردهای میگرنی را تغییر دهد. پرستاران می‌توانند نقشی اساسی در آموزش بیمار شرایط مزمن و سختی داشته باشند. پرستاران مراقبت تسکینی، نقش اساسی در ارائه مداخلات با هدف بهبود خود مدیریتی بیمار دارند. کاهش یا عدم مصرف کافئین و دخانیات، تغذیه و هیدراتاسیون کافی، کاهش وزن و ورزش، تنظیم مناسب خواب و مدیریت استرس، از اهمیت زیادی برخوردار است.

آموزش، بر استفاده مناسب از دارو و جلوگیری از مصرف بیش از حد دارو استوار است. یک برنامه در انگلستان، تأثیر برنامه مداخله پرستار محور را که بر این موضوعات متمرکز است، ثبت و مستند کرد. پس از اتمام آن دوره مطالعاتی و تحقیقاتی، بیماران احساس خودکارآمدی در مدیریت سردرد خود را گزارش کردند.

پرستار باید این کار را مانند تمام تغییرات عصبی در شرایط تسکینی، با ارزیابی شروع کند. بررسی درد و خصوصیات همراه آن (شدت، محل، کیفیت، عوامل تشدیدکننده/ تسکین‌دهنده، پاسخ به روش‌های درمانی قبلی، علائم مرتبط) می‌تواند مفید واقع شود.

سردرد تنشی معمولی، دو طرفه است و با احساس فشار مداوم مشخص می‌شود. تصور می‌شود که سردرد نوع اپیزودیک به سردرد تنشی با کشش عضلانی اطراف جمجمه تبدیل شود. شدت این درد می‌تواند از خفیف تا متوسط باشد و در برخی موارد ممکن است شدید باشد. برعکس، میگرن معمولاً یک طرفه است. این درد می‌تواند ضربان دار و غالباً با فونوفوبیا (ترس از صدا)، نور هراسی و تهوع/ استفراغ همراه است. خواب میگرن را کاهش می‌دهد و فعالیت بدنی آن را تشدید می‌کند. تعداد قابل توجهی از میگرن‌های اورا، اختلال حسی گذرا (معمولاً بینایی)، گفتاری یا حرکتی را تجربه خواهند کرد.

نقص‌های کانونی یا میگرن پیچیده یا جدی‌تر، نشان‌دهنده یک ضایعه جدید داخل جمجمه می‌باشند. سردرد «رعد و برقی»، خونریزی زیر عنکبوتیه، یک سردرد ناگهانی و بسیار شدید است که اغلب با استفراغ فراوان و تغییرات روانی همراه است. سردرد همراه با سفتی پشت گردن، استفراغ و فوتوفوبیا (نور هراسی)، نشان‌دهنده تحریک منتژ است و مستلزم ارزیابی فوری است. سردرد معمولی یک بیمار با متاستاز مغزی، کند بوده و از لحاظ موضعی کوچک است و شدت آن متوسط است. برخی از بیماران، در یک طرف ضایعه متاستاتیک درد خواهند داشت. علائم افزایش فشار داخل جمجمه عبارتست از افزایش درد هنگام دراز کشیدن، سرفه، یا عطسه، تهوع، استفراغ، تغییرات وضعیت ذهنی و تغییرات مردمک. در بعضی از موارد، سردرد مستلزم ارزیابی رادیوگرافی است. نمونه‌گیری از مایع مغزی نخاعی از طریق پونکسیون کمری نیز می‌تواند مفید واقع شود.

ارزیابی فیزیکی می‌تواند شامل لمس ناحیه درد باشد. معاینه عصبی دقیق می‌تواند مفید باشد. متاستازهای پایه جمجمه معمولاً عصب جدا شده جمجمه را منقبض می‌کنند. متاستازهای لپتومننژال

معمولاً منجر به چندین مورد نوروپاتی جمجمه یا ستون فقرات و همچنین سردرد خواهد شد.

درمان بر اساس طبقه‌بندی سردرد یا میگرن و همچنین علل آنها، تعیین می‌شود. علائم بیمار مبتلا به متاستاز جمجمه را می‌توان با پرتو درمانی یا شیمی درمانی تثبیت کرد و درد وی را تسکین داد. دگزامتازون به دلیل فرمت‌های خوراکی و تزریقی، اثرات مینرالوکورتیکوئید کمتر و سهولت مصرف، معمولاً در مراقبت تسکینی استفاده می‌شود.

همچنین مداخلات پرستاری شامل آموزش به بیمار و خانواده است. مراقبت از یک عزیز یا دوست با سردردهای شدید و مداوم، امری سخت و ناراحت‌کننده است. پرستار ممکن است عجز و ناتوانی خود در تغییر علائم و همچنین ناتوانی خود در تنظیم نقص‌های عصبی پیش رونده را بیان کند. بیماران و اعضای خانواده باید در مورد اقدامات مدیریت درد و داروها آموزش لازم را ببینند. در صورت نقص نورولوژیک، آموزش در مورد اقدامات ایمنی از اهمیت زیادی برخوردار است. سایر مداخلات غیر دارویی که می‌توانند مفید باشند عبارتند از: سرما و گرماتراپی، کاهش نور/ صدا، مدیتیشن و حواس پرتی، فعالیت بدنی یا استراحت و تثبیت موقعیت. معمولاً بالا بردن ارتفاع سر تخت در تنظیم فشار داخل جمجمه، مفید است.

اختلالات ارتباطی

مطالعه موردی: بیمار مبتلا به تشنج با اختلال در گفتار

پی‌جی هنگامی که برای اولین بار دچار تشنج و اختلال در گفتار شد، در خانه پدرش بود. مشخص شد که او تومور مغزی دارد. با درمان، وضعیت تومور او تثبیت شد، اما گفتار پی‌جی هرگز مثل قبل نشد؛ او با لکنت حرف می‌زد و حرف‌های او قابل فهم نبود. گفتاردرمان پی‌جی برای روزهای سخت، یک کتاب برای او درست کرد. او می‌توانست کتاب را ورق بزند و عکس مورد نیاز خود را برای برقراری ارتباط پیدا کند.

بدون شک، انسان می‌تواند با قلب و دل خود ارتباط برقرار کند. اختلالات ارتباطی هم برای بیمار و هم برای مراقبان وی ناراحت‌کننده است. اختلالات ارتباطی ناشی از اختلالات عصبی می‌تواند به صورت آفازی، لالی، ناشنوایی، آگرافیا (اختلال نوشتن)، الکسیا (اختلال خواندن) یا دیس آرتری (اختلال تکلم حرکتی) باشد. علاوه بر این، شرایط مختلف می‌توانند قابلیت بیمار در ابراز خواسته هایش را مختل کنند؛ بیمار وابسته به ونتیلاتور یکی از این نمونه هاست. بیمار مبتلا به آسیب گسترده‌ی ساقه مغز ناشی از انسداد عروق قاعده‌ای (شریان بازیلار)، همین مشکل را دارد و گرچه توانایی‌های شناختی خود را حفظ کرده، اما تمام کنترل بدن خود به جز حرکات اختیاری چشم‌ها را از دست می‌دهد.

هر نوع اختلال می‌تواند منجر به اختلال ارتباطی شود. هر نوع بیماری که قشر مغز را که مسئول تولید یا دریافت گفتار است مختل کند، باعث ایجاد آفازی می‌شود. آموزش عصب‌شناسی سنتی، مناطق اصلی قشر مغز را به صورت منطقه پروکا، منطقه ورمیکه و منطقه حرکتی مکمل مشخص می‌کند. تسلط نیمکره عملکردی، لوکالیزه نمودن عملکرد گفتار در نیمکره راست یا چپ مغز را تعیین می‌کند. تولید و درک گفتار اکثرا در نیمکره چپ افراد اتفاق می‌افتد.

مراقبت های پرستاری از بیمار مبتلا به اختلالات گفتاری، بر ایجاد راه‌های ارتباطی جایگزین و به حداکثر رساندن توانایی عملکردی گفتار متمرکز است. همانطور که در مطالعه موردی دیدیم، اختلال ارتباطی برای بیماران و مراقبان آنها بسیار ناراحت‌کننده و سخت است. اگر بیمار قابلیت تشخیص و شناخت داشته باشد، پرستار باید بدون پیش‌بینی بیماری او و زمینه مراقبت، راهکارهای ارتباطی جایگزین را شناسایی کند. پرستاران مراقبت های ویژه و پرستاران

جعبه ۱۸.۳. نکات کلیدی برای بهینه‌سازی ارتباطات

- فراهم کردن مکان های بهینه برای برقراری ارتباط: اطمینان حاصل کنید که بیمار در صورت لزوم، دارای بینایی و شنوایی کافی، یا عینک و سمعک باشد.
- از تصحیح اشتباهات گرامری یا صحبت به‌جای بیمار خودداری کنید.
- تون صدای خود را بالا نبرید مگر اینکه بیمار کم شنوا باشد.
- از حالات چهره برای تأکید بر ارتباط گفتاری استفاده کنید.
- هنگام برقراری ارتباط با بیمار، مستقیماً رو به روی او قرار بگیرید.
- اگر بیمار دارای سایر اختلالات عصبی مانند نقص میدان بینایی است، در سمت مناسب بیمار بایستید.
- پیام‌ها را به صورت ساده بیان کنید.
- زمان کافی برای پردازش شناختی و پاسخ در نظر بگیرید.

مراقبت در منزل به طور یکسان می‌توانند از تابلوهای ارتباطی، سوالات بله/ خیر و دستورالعمل‌های کتبی استفاده کنند. چندین نکته کلیدی که برای بیمار مبتلا به آفازی مهم است را می‌توانید در جعبه ۱۸.۳ ببینید.

مشاوره آسیب‌شناسی گفتار (گفتاردرمانی) می‌تواند برای مشخص شدن نقص‌های خاص ارتباطی بسیار مفید واقع شوند. آسیب شناسان گفتاری منبع و مرجع بسیار خوبی برای پرستار مراقبت تسکینی محسوب می‌شوند و بدین وسیله آنها می‌توانند روش‌های ارتباطی جایگزین را پیدا کنند. یک استراتژی ارتباطی ویژه و جذاب برای بیمار مبتلا به آفازی، استفاده از آهنگ به جای کلمه گفتاری برای برقراری ارتباط است. بیماران مبتلا به آفازی، ممکن است بتوانند برای برقراری ارتباط کلمات را به صورت ملودی و آهنگ بیان کنند. تکنیکی به عنوان آهنگ‌سازی (صوت‌سازی) ملودیک وجود دارد که برای بیمار مبتلا به ضایعات نیمکره چپ ایجاد شده است تا بیمار بتواند عبارات طولانی‌تری را بیان کند. موسیقی درمانی برای بیمار مبتلا به اختلال ارتباطی نیز نقش بالقوه‌ای دارد.

بیماری‌های مغز و اعصاب

تعدادی از بیماری‌های مغز و اعصاب منجر به علائم خوشه‌ای شدیدی می‌شوند و به مراقبت‌های پرستاری زیادی نیاز دارند. بسیاری از این بیماری‌ها اختلالات تخریب نورولوژیک پیش رونده مانند ALS، MS و بیماری پارکینسون (PD) هستند. این بخش به الزامات مراقبت تسکینی این بیماران می‌پردازد.

اسکلروز جانبی آمیوتروفیک

ALS که به عنوان بیماری LouGehrig (لو گهریگ) نیز شناخته می‌شود، یک بیماری عصبی پیشرونده تخریب‌کننده است که با از بین رفتن عضلانی پیشرونده ناشی از تخریب عصب (آمیوتروفی) همراه با هایپر رفلکسی مشخص می‌شود.

ALS شایع‌ترین نوع بیماری در میان بیماری‌های نورون‌های حرکتی است. این بیماری به دلیل از بین رفتن سلول‌های عصبی حرکتی فوقانی و تحتانی بوجود می‌آید. بیماری ALS هم می‌تواند ارثی باشد و هم می‌تواند غیر ارثی باشد که موارد ارثی تقریباً ۱۰-۲۰٪ کل موارد را تشکیل می‌دهند. تجمع پروتئین‌های غیر عملکردی منجر به مرگ نورونی می‌شود. نتیجه نهایی روند این بیماری، فلج شدن و نارسایی تنفسی است.

مطالعه موردی: بیمار مبتلا به اسکلروز جانبی آمیوتروفیک

فرد (Fred) در جوانی وارد نیروی دریایی شد. در حین تمرینات آموزشی متوجه گرفتگی پاهایش شد. چند

جدول ۱۸.۷. علائم رایج در بیمار مبتلا به اسکلروز جانبی آمیوتروفیک

بولبار	اندام‌ها
دیسفاژی	ضعف عضلانی
دیس آرتریا	هیپر رفلکسی
سیالوره	لرزش ماهیچه‌ها

هفته بعد، متوجه شد که نمی‌تواند دمپایی لا انگشتی خود را محکم به پایش بچسباند و از پایش بیرون می‌آیند. پزشک پایگاه، فِرد را برای ام‌آرآی (MRI) فرستاد اما اسکن او نرمال بود. الکترومیوگرامی (نوار عصب و عضله)، الگوی فیبریلاسیون و امواج مثبتی را نشان داد. h, در ۱۹ سالگی به بیماری ALS مبتلا شد. "من به ارتش پیوستم، از مرگ نمی‌ترسم؛ اما از ناتوانی و عدم کنترل بدن خود می‌ترسم".

داستان فِرد، ترس و پریشانی روانی را که زمینه ساز تشخیص یک اختلال عصبی پیشرونده و ویرانگر است برجسته می‌کند. جدول ۱۸.۷ خوشه‌های علائم معمول ALS را نشان می‌دهد.

تیم درمان آماده است تا تعدادی از علائم و همچنین تأثیر عاطفی بیماری را برطرف کند. بحث اهداف مراقبت در اوایل سیر بیماری بسیار مهم است. متوسط زمان امید به زندگی کمتر از ۵ سال است، گرچه اگر بیمار از نظر تغذیه‌ای یا تنفسی دچار مشکل شود، این امید به زندگی بسیار کوتاه‌تر می‌شود. نشان داده شده است که تا زمان استفاده از تراکئوستومی، ریلوزول تنها درمان برای افزایش طول عمر است. استفاده از ریلوزول می‌تواند باعث ایجاد ناراحتی دستگاه گوارش و افزایش آنزیم کبدی شود. مداخلات پرستاری برای بیمار مبتلا به ALS، بر افزایش کیفیت زندگی، تسکین علائم و توانایی عملکردی و همچنین برنامه‌ریزی و حمایت مراقبت انتهای زندگی متمرکز است. حمایت از خانواده و مراقبان از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا داده ها نشان می‌دهند که این بیماری بار مراقبتی زیادی به همراه دارد.

بیمار ALS به تیم بزرگی نیاز دارد. متخصصان مغز و اعصاب، متخصصان ریه، آسیب شناسان گفتاری، کاردرمان‌ها و پرستاران (به جدول ۱۸.۸ مراجعه کنید) و مددکاران اجتماعی، همگی در این امر نقش دارند. ارزیابی عملکرد و کاردرمانی باید به سرعت انجام شوند. بیماران ممکن است برای تشخیص به دستگاه‌های کمکی نیاز داشته باشند. نشان داده شده است که خدمات درمانی برای حفظ استقامت و قدرت، استقلال عملکرد را افزایش داده و عوارض و درد را کاهش می‌دهند. گفتار درمانی و ارزیابی تغذیه برای ارزیابی بلع و استراتژی‌های تغذیه الزامی است. بیمار مبتلا به ALS در معرض خطر سوءتغذیه ناشی از دیسفاژی، افسردگی، اختلال شناختی، مشکل در تغذیه و تهیه وعده‌های غذایی، افزایش متابولیسم، اضطراب، نارسایی تنفسی و خستگی بعد از وعده‌های غذایی قرار دارد. برخی از این مشکلات را می‌توان با گفتار درمانی و مداخله در رژیم غذایی کنترل کرد. نشان داده شده است که مداخله زود هنگام برای به حداکثر رساندن تغذیه و غذا خوردن باعث افزایش بقا و بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

استراتژی‌های ارتباطی بیشتر با پیشرفت فلج و از کار افتادگی، از اهمیت بیشتری برخوردار می‌شوند. استراتژی‌هایی با تکنولوژی کم مانند تابلوهای الفبا و روش‌های پیشرفته‌ای مانند دستگاه‌های تولید گفتار می‌توانند مفید واقع شوند. سیالوره (خروج بدون کنترل بزاق دهان) یک علامت شایع و ناراحت کننده ALS است. پرتودرمانی یک طرفه به غده بزاقی یا پاروتید و تزریق سم بوتولینوم می‌توانند مؤثر واقع شوند.

مرحله پایانی ALS با چالش‌های قابل توجهی همراه است که به بهترین وجه توسط یک تیم مراقبتی کنترل می‌شود. مرحله مرگ ALS اغلب با درد، پریشانی روانی، دوره‌های تنگی نفس و از دست دادن

جدول ۱۸.۸. مدیریت پرستاری اسکلروز جانبی آمیوتروفیک

راه هوایی و ترشحات	مداخلات
سیالوره	• بزاق بیش از حد در دهان: • آنتی کولینرژیک‌ها، به دلیل خطر انسداد مخاط با احتیاط استفاده شود، ارتوستاز، گیجی، آرام بخشی • گلیکوپیرولات، آمی تریپتیلین، آتروپین، بنزتروپین مزیلات، تری هگزی فنیدیل، هیوسین، اسکوپولامین ترانس درمال • پرتودرمانی غدد بزاقی • سم بوتولینوم به غده پاروتید
تخلیه‌ی ترشحات	• ساکشن • دستگاه محرک سرفه • گایافنزین • مسدودکننده‌های بتا
راه هوایی (ایروی)	• بحث اولیه در مورد اهداف مراقبتی و اولویت‌های بیمار: • تهویه غیر تهاجمی (NIV) مانند تهویه فشار مثبت با CPAP، BiPAP • تراکئوستومی با یا بدون تهویه مکانیکی طولانی مدت (LTMV) • اکسیژن رسانی • پوزیشن مناسب
اختلال ارتباطی	• ارزیابی گفتار درمان • تابلوهای حروف الفبا، تخته تصویری، تخته بله / خیر • در صورت لزوم، تجهیزات الکترونیکی
تأثیر سودوبولبار (PBA)	• نه تنها یک اختلال خلقی است بلکه یک اختلال خلقی دیگر نیز ممکن است زمینه ساز PBA باشد: • SSRIها • TCAها • دکسترومتورفان / کینیدین
زمین خوردن و سقوط، از دست دادن تحرک	• مراجعه زودهنگام به کاردرمان و فیزیوتراپیست • ارجاع به پرستار در منزل • تجهیزات پزشکی با دوام • دستگاه‌های کمکی • حرکات کششی • پوزیشن مناسب، تمرین و ورزش • پیش‌بینی الزامات رفتن به دستشویی • استراتژی‌های ذخیره انرژی
اسپاستیسیته، گرفتگی عضلات، درد مخصوص ALS	• درد در ALS امری شایع است: • داروهای مخدر • مواد غیر مخدر • متعادل‌سازی داروهای مخدر با توجه به تنفس بیمار و اولویت‌های او

جدول ۱۸.۸ ادامه. مدیریت پرستاری اسکلروز جانبی آمیوتروفیک

راه هوایی و ترشحات	مداخلات
اختلال خلقی، اضطراب	• استراتژی‌های مدیریت درخواست‌های اتانازی/ خودکشی به کمک دیگران • افزایش خطر خودکشی، افکار خودکشی • درمان کردن افسردگی زمینه‌ای و اضطراب
تغذیه	• تغییر غذایی و مایعات • وعده‌های غذایی کوچکتر با دفعات بیشتر • اطمینان از غذاهای نرم و مرطوب • استفاده از نی و پیشبند در صورت لزوم • لوله گاستروستومی در صورت لزوم
تغییرات شناختی	• فراموشی، گرچه یک امر غیرمعمول است اما می‌تواند در بیماران ALS رخ دهد • مدیریت رفتارهای دمانس
مرحله پایانی ALS	• بحث و گفتگوی زودهنگام با بیماران و مراقبان در مورد زمان مراجعه به بیمارستان • مدیریت تهاجمی علائم • آرام بخش‌های تسکینی برای بیماران مبتلا به ALS

ظرفیت تنفسی، کاهش توانایی ارتباطی و افزایش وابستگی جسمی شناخته می‌شود. متأسفانه، علائم پیشرفت بیماری معمولاً به طور ناکافی کنترل می‌شوند؛ بنابراین مسئولیت مهم بر عهده خانواده و مراقبان است. در صورتی که بیمار مستلزم پشتیبانی تهویه طولانی مدت (LTVS) یا تهویه غیر تهاجمی (NIV)[1] باشد، خانواده و مراقبان باید جلسات آموزشی لازم در جهت مدیریت زخم تراکئوستومی و ساکشن و نگهداری تجهیزات مجاری هوایی را دریافت کنند. کنترل علائم تهاجمی به وضوح نشان داده شده است. آرام بخش‌های تسکینی نیز می‌تواند در بیماران مبتلا به ALS که از تهویه تهاجمی جلوگیری کرده یا آن را قطع می‌کنند، مفید باشد. آرامبخشی تسکینی و اتانازی با کمک پزشک، همچنان موضوعی مورد بحث و تحت بررسی است.

آرزوی تسریع مرگ در بیماران مبتلا به این بیماری مشهود است. پرستار مراقبت تسکینی باید برای ارزیابی، مداخله و بحث متفکرانه در مورد این مسائل آمادگی لازم را داشته باشد. خودکشی و افسردگی ناشی از کیفیت زندگی پایین، در بیماران مبتلا به ALS مشاهده شده است. افسردگی و ناامیدی نیاز به توجه فوری دارد. تأثیر سودوبولبار (PBA)[2] که به آن بی‌اختیاری عاطفی نیز گفته می‌شود) در بیماران مبتلا به ALS شایع است. این ویژگی با بیان احساساتی کنترل نشده که با روحیه اصلی فرد ارتباط ندارد، مشخص می‌شود. غالباً، احساسات ابراز شده با شرایط تناسب ندارد. نکته مهم این است که PBA فقط مختص ALS نیست و در سایر اختلالات عصبی چون MS، آسیب مغزی، آلزایمر و پارکینسون[3] نیز وجود دارد. تجویز همزمان دکسترومتورفان ۲۰ میلی گرم با کینیدین ۱۰ میلی گرم (کینیدین برای کاهش متابولیسم اولین دکسترومتورفان) در درمان PBA مؤثر شناخته شده است. یک قرص ترکیبی با نام تجاری Nuedexta نیز

1. Non-invasive ventilation

2. Pseudobulbar affect
3. Parkinson's disease

توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA)[1] در سال ۲۰۱۰ تأیید شده است.

بیماری پارکینسون

مطالعه موردی: بیمار مبتلا به پارکینسون

مادر و مادربزرگ انجی بخاطر بیماری پارکینسون درگذشته‌اند. آنجی می‌دانست که در معرض خطر ابتلا به آن است و وقتی ۵۲ ساله بود، بخاطر لرزش دست به متخصص مغز و اعصاب مراجعه کرد. در عرض چند ماه، او به دلیل لرزش مداوم عضلات، ۱۰ پوند وزن کم کرد. وقتی ۵۷ ساله بود، با حالتی خمیده به آرامی راه می‌رفت. او هنگام رفتن به ایستگاه اتوبوس زمین خورد و دچار شکستگی لگن شد. پس از دوران نقاهت جراحی اش، فیزیوتراپیست او را تشویق کرد که به یک کلاس رقص مختص افراد مبتلا به اختلالات حرکتی برود. «آن کلاس بخشی از روال عادی زندگی ام را به من برگرداند. وقتی الان راه می‌روم اعتماد به نفس بیشتری دارم. چه کسی فکرش را می‌کرد که من باید زمین می‌خوردم تا دیگر ترس از زمین خوردن نداشته باشم».

بیماری پارکینسون دومین اختلال دژنراتیو عصبی است. شرایط رایج آن عبارت از آتروفی سیستم چندگانه و فلج فوق هسته‌ای پیشرونده است. از خصوصیات مشخص PD می‌توان به لرزش، بی‌ثباتی وضعیت، برادی کینزی و سفتی اندام‌ها یا تنه اشاره کرد. تشخیص PD از پارکینسونیسم از اهمیت زیادی برخوردار است. پارکینسونیسم یک اصطلاح با مفاهیم گسترده است که نشان می‌دهد بیمار علائم PD دارد و ممکن است ناشی از فقدان نورون‌های دوپامینرژیک در توده سیاه نباشد. همانند ALS، مراقبت از بیمار مبتلا به PD نیز به تیمی از ارائه دهندگان خدمات بهداشتی نیاز دارد. پرستار مراقبت تسکینی در ابتدا باید بر روی حداکثر توانایی عملکردی و کاهش احتمال سقوط (زمین خوردن) تمرکز کند.

آموزش دارویی، ایمنی در خانه، کار درمانی، فیزیوتراپی، ورزش و استراحت از اهداف مهم مراقبت‌های پرستاری است. مشخص شده است که رقص درمانی و TaiChi (تای چی)، راه رفتن و تعادل را در بیماران مبتلا به پارکینسون بهبود می‌بخشد. از آنجا که PD و درمان‌های دوپامینومیمیتیک می‌تواند منجر به درجاتی از بی‌ثباتی ارادی شوند، پرستار باید بیمار را از نظر افت فشار خون و عدم تحرک دستگاه گوارش ارزیابی کند.

گفتاردرمانگر نیز در ارزیابی بیمار مبتلا به PD نقش دارد. دیسفاژی، اختلال ارتباطی، آبریزش و آسپیراسیون در بیماری پارکینسون معمول است. نوسان مصرف انرژی، تداخلات دارویی-غذایی، اختلال در حرکات دستگاه گوارش و اختلال در تعادل مایعات، بیماران مبتلا به PD را در معرض خطر کمبودهای تغذیه‌ای قرار می‌دهد. متخصص تغذیه نقشی اساسی در روند بیماری افراد مبتلا به PD دارد. اگر داروهای PD همراه با وعده‌های غذایی غنی از پروتئین مصرف شوند، پرستار باید بداند که احتمال کاهش جذب دارو وجود دارد.

نیازهای روانی- اجتماعی بیمار مبتلا به PD و خانواده باید برآورده شوند. پرستار باید افسردگی، اضطراب و پریشانی مراقب را ارزیابی کند. غم و اندوه، احساس درماندگی و عدم اطمینان از آینده، امری معمول و رایج است. نگرانی‌های مالی و انزوای اجتماعی نیز باید برطرف شوند. برای مشاهده خلاصه‌ای از درمان‌های پزشکی موجود به جعبه ۱۸.۴ مراجعه کنید. رژیم‌های دارویی PD ممکن است پیچیده باشند و دوزهای آن از نظر شروع اثر/جبران سریع فعالیت در اکثر داروها مانند لوودوپا، بسیار حساس به زمان هستند و باید سر ساعت مصرف شوند. برخی از بیماران نیازمند مداخله جراحی هستند.

1. Food and drug administration

جعبه ۱۸.۴. داروهایی که معمولاً برای اختلالات حرکتی بیماری پارکینسون استفاده می‌شوند

داروهای لوودوپا و تعدیل‌کننده لوودوپا

- لوودوپا (L-dopa)، لوودوپا / کاربی دوپا (LC) و لوودوپا/ بنسرازید (LB)
- مکانیسم عمل: لوودوپا پیش ساز متابولیک دوپامین، کاربیدوپا و بنسرازید است که باعث افزایش در دسترس بودن لوودوپا در سیستم عصبی مرکزی می‌شود.
- مقدار دوز: برای جلوگیری از اثرات "on/off"درمان لوودوپا در برخی از بیماران، برنامه تجویز شده را به‌شدت دنبال کنید
- دلیل: بقا و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد.
- عوارض جانبی: تهوع و استفراغ، روان پریشی، رفتارهای وسواس
- فراهمی زیستی LC و LB در صورت مصرف با وعده‌های غذایی غنی از پروتئین کاهش می‌یابد.

بازدارنده‌های یا مهارکننده‌های Catechol-O-Methyl Transferase یا کاتکول-ا-متیل ترانسفراز (مهارکننده‌های COMT)

- مکانیسم عمل: متابولیسم l-dopa را کاهش می‌دهد.
- نیمه عمر L-dopa، LC و LB را افزایش می‌دهد و همزمان اثر دوزها را افزایش می‌دهد.
- به صورت انتاکاپون و تولکاپون موجود است.
- منجر به دوره‌های "on" طولانی‌تر و دوره‌های "off" کوتاه‌تر می‌شود.
- نکته مهم: اثرات دیسکینزی l-dopa را کاهش نمی‌دهد.

مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز

- متابولیزکننده دوپامین
- می‌تواند دوز مورد نیاز L-dopa را توسط ۳۰-۴۰٪ آگونیست‌های دوپامین کاهش دهد.
- اغلب برای درمان اولیه استفاده می‌شود.
- احتمال ایجاد دیسکینزی بسیار کم است.
- به صورت فرمولاسیون آهسته رهش موجود است.
- زمان "off" کوتاهتری نسبت به l-dopa دارد.
- خطر رفتارهای وسواسی مانند قمار، رفتارهای جنسی افراطی و اختلالات خوردن
- به صورت فرمولاسیون‌های خوراکی، تزریق زیر جلدی مداوم یا به صورت تزریق مداوم دئودنوم از طریق مینی پمپ قابل حمل

مداخلات جراحی موجود در حال حاضر شامل قرار دادن تحریک عمیق مغز و تکنیک‌های جراحی ابلیشن مانند تالاموتومی و پالیدوتومی است.

مرحله انتهایی PD معمولاً با کاهش تدریجی تحرک، تشدید دیسفاژی و آسپیراسیون همراه است. دمانس ناشی از پارکینسون نیز ممکن است رخ دهد. پرستار مراقبت تسکینی باید اهداف مداخله پرستاری را افزایش دهد که عبارتند از: افزایش خودمراقبتی، حفظ اولویت‌های بیمار، مدیریت اثرات دارویی و آموزش بیمار/ خانواده در مورد علائم مربوط به انتهای زندگی (جدول ۱۸.۹).

بیماری هانتینگتون

مطالعه موردی: یک بیمار مبتلا به بیماری هانتینگتون

هیچ کس در مورد پدربزرگ ترزا صحبتی نکرده بود. او در میانسالی و پس از سال‌ها در یک مرکز دولتی

جدول ۱۸.۹. مراقبت‌های پرستاری در بیماری پارکینسون

خستگی، زمین خوردن، عدم استقلال	• مراجعه به کاردرمان و فیزیوتراپیست • رقص درمانی • تای چی برای بهبود تعادل • ایجاد تغییرات لازم در منزل برای راحتی بیمار • ارزیابی مراقبت و پرستاری در منزل • تجهیزات پزشکی بادوام • ارزیابی کاهش فشار خون
اختلال ارتباطی و بلع	• اختلالات حسی صورت (صورت ماسکه شده)، عملکرد را بیشتر مختل می‌کند • ارزیابی تأثیر سودوبولار (PBA) در صورت تناقض بین عاطفه و خلق

درگذشت. ترزا در دانشکده روزنامه نگاری تحصیل می‌کرد و تصمیم گرفت در مورد زندگی و مرگ او بنویسد. ترزا مدارکی را کشف کرد که نشان می‌داد او در یک مرکز روانپزشکی بوده است. او توانست با پرستار بازنشسته‌ای که وقتی پدربزرگش در آن مرکز بستری بوده، در آنجا کار می‌کرده، مصاحبه کند. ترزا این حقیقت ناراحت‌کننده را کشف کرد که پدربزرگش بر اثر بیماری هانتینگتون (HD) درگذشته است. ترزا در طی تحقیقات خود در مورد HD، کشف کرد که این بیماری یک بیماری غیر قابل درمان و ارثی است. ترزا در واکنش به این خبر، مصاحبه‌ای را با یک متخصص ژنتیک ترتیب داد و چند ماه بعد به عنوان ناقل جهش یافته تشخیص داده شد.

HD با سه علامت کلاسیک مشخص می‌شود: دمانس، کرئوتاتوز[1] و وراثت اتوزومال غالب. این بیماری یک بیماری تخریبگر است که تأثیرات گسترده‌ای بر بیمار و خانواده دارد. در واقع، خانواده اغلب با این بیماری آشنا هستند، زیرا به طور معمول چند نسل از یک خانواده را تحت تأثیر قرار خواهد داد. HD ناشی از تجمع پروتئین هانتینگتین و از بین رفتن بسیاری از ساختارهای مغزی، به ویژه قشر مغز و گانگلیون‌های پایه است. بازگویی اسید ترینوکلئیک CAG، هانتینگتین در بازوی کوتاه کروموزوم ۴ را کدگذاری می‌کند. این بیماری زمانی تشخیص داده می‌شود که تعداد بازگویی‌ها از ۳۵ مورد بیشتر باشد. گرچه HD با شروع نوجوانی آغاز می‌شود، لیکن این بیماری به طور معمول در دهه سوم تا پنجم زندگی تشخیص داده می‌شود. در مورد ترزا، مشخص شد که وی ۵۲ بازگویی CAG دارد. همانطور که پیشتر اشاره شد، شناسایی ژن بیماری باعث می‌شود که نسل‌های بعدی تصمیمات آگاهانه‌ای درباره زندگی خود بگیرند. همچنین دانستن اینکه فرد در اثر یک بیماری عصبی تخریبگر خواهد مرد، یک بار روانی نیز به همراه دارد. شرایط ایده‌آل برای بیمار HD این است که به یک کلینیک بین‌حرفه‌ای مراجعه کند که دارای پرستارانی با آموزش مراقبت تسکینی باشند. بیماران مبتلا در نهایت نیازمند این هستند که تمام کارهای شخصی‌شان را دیگران انجام دهند.

پرستاری مراقبت تسکینی برای بیمار مبتلا به HD به طور ایده‌آل با شناسایی زودهنگام آغاز می‌شود. در حال حاضر هیچ درمانی برای HD وجود ندارد. اطلاعات کمی برای مداخلات خاص وجود دارد اما تیم‌های مراقبت تسکینی بین‌حرفه‌ای احتمالاً باعث افزایش سودمندی مراقبت‌های ارائه شده توسط تیم متخصص مغز و اعصاب می‌شوند. مشهودترین علامت ظاهری، اختلال حرکتی است. شایان ذکر است که کوریا ممکن است برای بیمار آزاردهنده نباشد و فقط در صورتی که از نظر عملکردی باعث آسیب به بیمار شود، باید درمان شود. درمان کوریا باید با دقت و با کمک یک متخصص مغز و اعصاب ماهر انجام شود.

1. choreoathetosis

از عامل‌های انسداد دوپامین و تخلیه‌کننده دوپامین استفاده می‌شود.

اختلالات روانی در HD بسیار شایع و ناتوان کننده است. اختلال عملکرد شناختی، پیشرونده است، اما علائم روانی به طور معمول ایستا (ثابت) هستند. اختلال عملکرد شناختی معمولاً مقدم بر بروز علائم حرکتی است و به دمانس کامل تبدیل می‌شود. ترزا، ارزیابی عصبی شناختی شش ماهه را انتخاب کرد: "نمی خواهم مبهوت و متحیر بیماری ام باشم. می‌خواهم انگیزه داشته باشم و شرایط زندگی متناسب با نیازهایم را فراهم کنم".

اثرات عصبی–شناختی HD با برادیفرنی، تضعیف حافظه، حافظه فعال ضعیف، اختلال در برنامه ریزی، ضعف قضاوت و کاهش انعطاف پذیری ذهنی مشخص می‌شود. هنوز هیچ عاملی که در به تأخیر انداختن زوال شناختی HD مؤثر باشد کشف نشده است – مهارکننده‌های ACH-ase مانند دونپزیل بی‌اثر هستند. ریواستیگمین، به عنوان عاملی که منجر به بهبودی ناچیز در عملکرد حرکتی و اختلال شناختی این بیماران می‌شد، مورد مطالعه قرار گرفت اما هنوز در یک آزمایش فاز III گسترده مورد بررسی قرار نگرفته است. اختلالات روانی عبارتند از ناتوانی عاطفی و اختلال رفتاری و خلقی، خودکشی یا آدم کشی. تیتراسیون و تعیین دقیق داروها ممکن است مستلزم بستری در بیمارستان روانپزشکی باشد.

با پیشرفت HD، علائم مرحله انتهایی نیز ظاهر می‌شوند (جدول ۱۸.۱۰). کوریا آنقدر پیشرفت می‌کند که بیمار دیگر نمی‌تواند بیشتر از چند لحظه آرام بماند. سرانجام، کوریا جای خود را به یک حالت هیپوکینتیک، ابولیک و سپس زندگی نباتی می‌دهد. عضلات سفت و سخت می‌شوند. بیماران ممکن است لرزش، برادیکینزی و دیسفاژی را تجربه کنند. در این مرحله، بسیاری از بیماران در مراکز مراقبتی خاص بستری می‌شوند؛ و تحت مراقبت‌هایی از جمله ارزیابی ایمنی، موقعیت یابی و کمک به تغذیه قرار می‌گیرند. بیماران معمولاً بخاطر زمین خوردن، آسیب دیدگی و حرکات هایپرکینتیک، درد دارند. پرستار مراقبت تسکینی در صورت لزوم باید مراجعات کار درمانی و فیزیوتراپی را برای آنها تسهیل کند. گفتاردرمانی و کمک به رژیم غذایی نیز معمولاً لازم است. قوام غذا و نوشیدنی نیز باید اصلاح شود و تغییرات رژیم غذایی می‌تواند روند کاهش وزن آنها را کندتر کند. یکی از ویژگی‌های جالب HD، کاهش وزن علیرغم داشتن اشتهای کافی است.

مطمئناً دشوارترین کار، حمایت از بیمار و خانواده‌ای است که دچار یک زوال ناگزیر شده‌اند. حمایت و ارزیابی احساسی در موارد اختلالات خلقی از وظایف همیشگی پرستار است. آموزش خانواده و مراقبان باید بر روند بیماری و خطر بالقوه‌ای که برای اعضای خانواده وجود دارد، تمرکز داشته باشد. بحث‌های زودهنگام در مورد اولویت‌های مراقبت انتهای زندگی نیز مهم است. به دلیل بار مالی مراقبتی، پرستار باید در مورد برنامه‌ریزی مالی نیز به آنها کمک کند.

مولتیپل اسکلروز (ام اس)

مطالعه موردی: بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروز (ام اس)

جون یک درمانگر تنفسی است. هنگام وصل کردن اتصالات دستگاه تهویه متوجه شد که دست چپش بی‌حس شده است. طی چند ماه این بی‌حسی به آرامی بهبود یافت. وقتی پای چپ او بی‌حس شد، جون با دکتر خود صحبت کرد. با اسکن MRI، چندین ضایعه در ماده سفید دور بطنی مغز جون مشخص شد که نشان‌دهنده MS بود.

MS بیماری عصبی ایمونولوژیک است که دوره‌های بالینی متفاوتی دارد. MS به طور معمول در جوانان تا افراد میانسال تشخیص داده می‌شود.

جدول ۱۸.۱۰. درمان بیماری هانتینگتون علامت دار

کوریا	با دقت و فقط در صورت ناراحتی بیمار و اختلال عملکردی او، درمان را آغاز کنید هالوپریدول ۲-۱۰ میلی گرم در روز مشخص شده است که الانزاپین باعث کاهش علائم مربوط به کوریا، تثبیت خلق و افزایش تأثیر داروهای ضدافسردگی می‌شود. همچنین می‌تواند باعث بهبود حرکت شود. تترابنازین، عملکرد حرکتی/ کوریا سرکوب شده را بهبود می‌بخشد. مستقیما بر پارکینسونیسم، اختلال خلقی، خودکشی، آرام بخشی، آکاتیزیا (بی قراری حرکتی) نظارت کنید
پارکینسونیسم HD	با درمان استاندارد PD، درمان می‌شود مداخلات جراحی مغز و اعصاب به ندرت اتفاق می‌افتد اغلب با سفتی در مراحل انتهای بیماری مشخص می‌شود
بروکسیسم (دندان قروچه)	از اثرات داروهای اعصاب با سم بوتولینوم به خوبی کنترل می‌شود
دیستونی	ممکن است دردناک باشد باعث اختلال عملکرد می‌شود هیچ درمان خاصی در آزمایشات برای آن ارزیابی نشده است
رفتار پرخاشگرانه، اختلال خلقی	داروهای ضد افسردگی داروهای آنتی‌سایکوتیک‌ها پروپرانولول تثبیت‌کننده‌های خلق بوسپیرون ارزیابی خودکشی و آدم کشی
اختلال در چرخه خواب و بیداری	اختلال خواب و بیداری ممکن است علائم HD را در حوزه‌های عملکرد شناختی و عاطفی تشدید کند. گرچه اثر بخشی خواب آورها هنوز ثابت نشده، اما در تحقیقات و مطالعات به آنها اشاره شده است به توصیه‌های مدیریت عملی خواب بی‌نظم و آشفته در HD مراجعه کنید مداخلات لازم برای اختلالات چرخه خواب و بیداری

این بیماری بیشتر در مردم شمال اروپا و افرادی که دورتر از خط استوا زندگی می‌کنند وجود دارد. شیوع آن، ۵ تا ۲۰۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر تخمین زده شده است. خوشه‌های علائم MS در مقالات به خوبی توصیف شده است. گرچه در حال حاضر هیچ درمانی برای بیماری MS وجود ندارد، اما برای کاهش بار علائم آن اقدامات زیادی انجام شده است. اختلال عملکرد شناختی، در بیماری سخت و شدید دیده می‌شود. بیماران علائمی مانند خستگی، اختلالات عملکردی، اختلال عملکرد روده و مثانه و اختلال عملکرد جنسی را توصیف می‌کنند (جدول ۱۸.۱۱).

مداخلات اصلی پرستاری در بیمار مبتلا به MS، مدیریت ناتوانی‌های فرد بیمار است. تحرک و فعالیت های روزمره زندگی معمولاً با پیشرفت بیماری کاهش می‌یابد. باید در همان ابتدا، ارزیابی‌های اولیه و برنامه‌ریزی شده برای کار درمانی و فیزیوتراپی انجام شود. ایجاد برخی تغییرات در خانه و محل کار می‌تواند باعث افزایش استقلال عملکردی بیمار شود. در این بیماری مانند بیشتر بیماری‌های صعب العلاج، حمایت عاطفی نیز غالباً ضروری است. MS به طور سنتی یک بیماری در بزرگسالان جوان است، این بیماری زمانی اتفاق می‌افتد که بیمار ممکن است در فکر ازدواج و

جدول ۱۸.۱۱. کنترل علائم مولتیپل اسکلروز (ام اس)

خستگی	محرک‌های عصبی آمانتادین ورزش منظم استراحت منظم، تکنیک‌های ذخیره در انرژی
اختلال شناختی	ارزیابی روانشناختی-عصبی
مثانه عصبی یا نوروژنیک: تکرر ادرار، فوریت، اسپاستیسیته مثانه، تخلیه ناقص	احتباس ادرار: • بتانیکول • کاتتریزاسیون متناوب • برای کاهش خطر عفونت مجاری ادراری، مقادیر زیاد باقیمانده را کنترل و درمان کنید تکرار و فوریت: • پروپانتلین، اکسی بوتینین
اختلال عملکرد جنسی	برای مردان: مهارکننده‌های PDE-5
درد	ارزیابی درد روش‌های سنتی کنترل درد می‌توانند مؤثر واقع شوند، به ویژه داروهای اعصاب، گاباپنتین، داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای
لرزش	ایزونیازید با پیریدوکسین می‌توانند برای کنترل لرزش شدید مؤثر باشند کاربامازپین، کلونازپام و اندام‌های تحتانی با وزنه‌های سبک‌تری نسبت به مچ دست‌ها ثابت می‌شوند
روده نوروژنیک	برنامه تجویز شده برای روده: • الگوی منظم دفع (به ویژه پس از خوردن غذا یا ورزش) • نرم‌کننده‌های مدفوع، ملین‌ها و شیاف‌ها، در صورت نیاز • در صورت نیاز، تحریک دیجیتال رکتوم
اختلال خلقی	مدیریت تهاجمی افسردگی انجام آزمایش روانشناختی-عصبی

بارداری باشد. خطر ابتلا به افسردگی، زیاد است. مراجعه به انجمن MS می‌تواند برای بیماران مفید باشد، زیرا هم پشتیبانی همتایان و هم خدمات برای آنها وجود دارد.

میاستنی گراویس

میاستنی گراویس (MG) یک بیماری عصبی ایمونولوژیک و کشنده است. این بیماری از تخریب گیرنده‌های استیل کولین در محل اتصال عصبی-عضلانی ناشی می‌شود. علائم شایع یک بیمار با ضعف نوسان دار عضلات، به خصوص در عضلاتی که توسط نورون‌های حرکتی ساقه مغز عصب رسانی می‌شوند، مشاهده می‌شود. ضعف با انجام مکرر حرکات بیشتر می‌شود و قدرت و توانایی با استراحت بهبود می‌یابد. قدرت و توانایی عضلانی را به طور مشخص می‌توان با داروهای آنتی کولین استراز بازیابی کرد.

مطالعه موردی: بیمار مبتلا به میاستنی گراویس

مگی دانشجوی سال اول دانشگاه بود. یک روز بعد از ظهر پس از آمدن از کلاس به خوابگاه، متوجه شد که صورتش عجیب و غریب شده است و لبخند زدن برایش سخت است. هم اتاقی اش فکر کرد که او

مضطرب است، زیرا امتحانات میان ترم نزدیک بود. همان شب مگی وقتی برای مسواک زدن کنار سینک ظرفشویی ایستاده بود، متوجه شد که چشمانش «مانند کسی که مست است، نیمه باز است و نمی‌تواند آنها را باز نگه دارد». او تصمیم گرفت که به اورژانس برود. ۸ ساعت بعد در حالی که صحبت‌های مگی نامفهوم بود و نمی‌توانست سرش را بالا نگه دارد، بستری شد. او به دلیل نارسایی تنفسی در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شد. درمانگر تنفسی با کمک لوله گذاری، ظرفیت حیاتی اجباری مگی (FVC) را بررسی کرد و دریافت که به شدت کاهش یافت است. قبل از پایان شب، او به‌دلیل نارسایی تنفسی لوله گذاری (اینتوبه) شد و تحت تهویه مکانیکی قرار گرفت.

MG در زمان‌های گذشته یک بیماری مهلک و کشنده بود؛ اما کشف داروهای مهارکننده آنتی کولین استراز به بسیاری از بیماران مبتلا به MG این امکان را داد که به زندگی خود ادامه دهند. گرچه درمانی برای MG وجود ندارد، اما بسیاری از افراد مبتلا به MG از زندگی کاملی برخوردار هستند. درمان با تیمکتومی آغاز می‌شود؛ بافت تیموس هیپرپلاستیک در ۷۰٪ بیماران مبتلا به MG مشهود است. داروهای آنتی کولین استراز و تعدیل‌کننده سیستم ایمنی از قواعد اصلی درمان محسوب می‌شوند. برای کنترل علائم، به مدیریت و جلوگیری از بحران حاد MG نیاز است. مدیریت تسکینی در شرایط بحرانی، بر علائم تنگی نفس و اضطراب متمرکز است. در مراقبت طولانی مدت از بیماران مبتلا به MG، بحث های دقیق در مورد لوله گذاری و احتمال تهویه مکانیکی طولانی مدت الزامی است. در نهایت برخی از بیماران به تراکئوستومی نیاز خواهند داشت.

ضایعات داخل جمجمه

تومورهای داخل جمجمه، تومورهای اولیه و متاستاتیک هستند و ممکن است مایع مغزی نخاعی، ساختارهای استخوانی قاعده جمجمه و جمجمه، سخت شامه و اعصاب جمجمه را درگیر کند. سرطان‌هایی که معمولاً در CNS متاستاز می‌شوند عبارتند از ریه، ملانوم، کارسینوم سلول کلیوی، پستان و روده بزرگ. شایع‌ترین تومورهای اولیه CNS شامل منتژیوم، گلیوم، تومورهای جنینی مانند مدولوبلاستوما و لنفوم اولیه CNS است. اهداف مراقبت تسکینی برای بیمار مبتلا به سرطان متاستاتیک، متاستازهای داخل جمجمه که تازه تشخیص داده شده‌اند، بیماری سیستم پایدار و بیمار مبتلا به تومورهای اولیه CNS متفاوت خواهد بود. یک مشاوره با آنکولوژیست می‌تواند برای پرستار، بسیار مفید باشد. علائم ضایعات داخل جمجمه از نظر محل تومور می‌تواند متفاوت باشد (جدول ۱۸.۱۲). شایان ذکر است که بیماران مبتلا به ضایعات داخل جمجمه می‌توانند بدون علامت باشند.

علائم تومورهای CNS ناشی از ادم، نفوذ تومور به مغز سالم و اثر توده‌ای است که به معنای جابجایی ساختارهای طبیعی مغز است. موارد نگران کننده ضایعات بزرگ یا ادم، فتق مغزی است. فتق عبارتست از جابجایی یک تکه از بافت مغز که در زیر یک ساختار سفت و سخت مانند سوراخ مگنوم (سوراخ بزرگ پس سری)، تنتوریم (فالکون) مغزی قرار دارد. شش سندرم متمایز فتق وجود دارد که عبارتند از: غیر طبیعی (ترانزیتال)، مرکزی، سینگولات (ساب فالسین)، ترانس کالوالیال، مخچه فوقانی و لوزه (مخچه پایینی). در فتق غیرطبیعی، شایع‌ترین سندرم فتق، شکنج گیجگاهی داخلی، ساقه مغز و اعصاب جمجمه نزدیک را فشرده می‌کند. این سناریو به طور معمول نشان‌دهنده فلج عصب سوم مغزی به صورت یک طرفه است (مردمک‌ها هنگام تحریک با نور منقبض نمی‌شود و چشم به سمت پایین و طرفین منحرف می‌شود). درمان بیماران تحت مراقبت تسکینی، معمولاً شامل کورتیکواستروئیدهای قوی است. کورتیکواستروئیدها با کاهش نفوذپذیری سلول‌های

جدول ۱۸.۱۲. علائم ضایعه داخل جمجمه براساس محل و مکان آن

ساختار	عملکرد عادی	تغییر عملکرد به دلیل حضور تومور
لوب قدامی مغز	شخصیت حرکات ارادی اسکلتی حرکات تکراری ظریف حرکات چشم	تغییر یا مهار شخصیت تغییر پاسخ به محرک‌ها، ناتوانی عاطفی مشکل در گفتار، جویدن یا حالت‌های چهره بلع غیر هماهنگ، یا حرکت دست‌ها، بازوها، تنه، لگن، ساق پا و پاها
لوب جداری (آهیانه‌ای)	پردازش حسی: لمسی، دیداری، چشایی، بویایی، شنوایی، وضعیت بدن	مشکل در تلفیق زبان، بینایی و محرک‌های لمسی از دست دادن حس موقعیت بدن یا احساس لرزش مشکل در حافظه کلامی و غیرکلامی پارستزیا (کرختی اندام‌ها) از بین رفتن حس تشخیص لامسه ناتوانی در نوشتن یا انجام محاسبات ریاضی
لوب پس سری	تفسیر ورودی (داده های) بصری	ناتوانی در نامگذاری تصاویر بصری و کلمات مشکل در خواندن و نوشتن، شناسایی رنگ‌ها عدم توانایی در تشخیص یک شی در حال حرکت
لوب گیجگاهی	ادراک و تفسیر شنیداری	لوب راست: مشکل در شنیدن، درک، سازماندهی و تمرکز بر آنچه دیده یا شنیده می‌شود. عدم توانایی در تشخیص آهنگ‌های موسیقی و اطلاعات غیر گفتاری مانند تصاویر. توهمات بویایی یا چشایی. سرگیجه، عدم ثبات یا وزوز گوش. لوب چپ: مشکل شنیدن، درک، سازماندهی و تمرکز بر آنچه دیده یا شنیده می‌شود. عدم توانایی در تشخیص کلمات گفتاری سرگیجه، عدم ثبات یا وزوز گوش
مخچه	پردازش اطلاعات حسی از چشم، گوش و گیرنده‌های لمسی و اسکلتی عضلانی اصلاح فعالیت حرکتی به صورت یک حرکت هماهنگ	از دست دادن مکرر تعادل، حالت ناپایدار در راه رفتن حرکت ناهماهنگ اندام‌ها تغییر برخی از حرکات واکنشی نیستاگموس، لرزش عضلات یا آتاکسی
ساقه مغز و اعصاب جمجمه (CN)	ساقه مغز: دروازه‌ای از مخ و مخچه به نخاع. هوشیاری، عملکرد قلبی عروقی و تنفسی را حفظ می‌کند. اطلاعات حرکتی و حسی را تقویت می‌کند. اعصاب جمجمه: هسته‌های اعصاب جمجمه III-XII در ساختارهای ساقه مغز بوجود می‌آیند.	CN I: از دست دادن بویایی (آنوسمی) CN II: مشکل بینایی، نقص میدان دید CNIII: از بین رفتن انقباض مردمک چشم و عدم توانایی در بالا آوردن پلک، حرکات برون چشمی، دوبینی CN IV: از دست دادن حرکت تحتانی/ داخلی چشم CN V: ناتوانی در فشردن فک و جویدن، بی‌حسی دهان و بینی، بی‌حسی صورت، از دست دادن رفلکس قرنیه CN VI: ناتوانی در حرکت دادن موازی چشم‌ها CN VII: فلج صورت، اختلال چشایی، اختلال عملکرد بزاقی و اشکی CN VIII: از دست دادن شنوایی، عدم تعادل CN IX: مشکل بلع، اختلال چشایی CNX: از دست دادن حس شنوایی، اختلال دستگاه گوارش، گرفتگی صدا CNXI: مشکل در چرخاندن سر و بالا نگه داشتن شانه‌ها CN XII: مشکل در بلع و بیان اصوات زبانی

انـدوتلیال عروقـی و در نتیجـه کـاهش فـشار داخـل جمجمـه سـد خـونی – مغـزی را بازیـابی مـی‌کننـد. استروئیدها می‌توانند سردرد و درد ناشـی از متاسـتاز را کاهش دهند. پرسـتار همچنـین بایـد از محلـول‌هـای وریدی هیپوتونیک اجتناب کند (این محلول‌هـا شـامل تمام محلول‌های IV حاوی دکستروز بـه جـز محلـول دکـستروز سـالین اسـت). در شـرایط اضـطراری و مراقبت‌های ویژه، از محلول‌های وریـدی هیپرتونیـک مانند مانیتول و سالین ۳٪ استفاده می‌شود. این مداخله فقط برای شرایط کوتاه مدت است زیرا مغز به تـدریج اسمولالیته را افزایش می‌دهد. از تهویه مکـانیکی نیـز می‌توان برای حفظ حیات بیمار به عنوان آخرین تلاش تهاجمی حفظ‌کننده حیات، استفاده کرد. در سناریوهایی که با اهداف مراقبتی مطابقت دارند، می‌توان از مداخله جراحی مغز و اعصاب استفاده کرد. برای بیمار مبتلا به فتـق قریـب الوقـوع، مـی‌تـوان بخـشی از جمجمـه (کرانیکتـومی) و لوبکتـومی را برداشـت. در برخـی از بیماران، برداشتن ضایعه ممکن است مفید واقـع شـود. این امر در بیمارانی با تومورهای اولیـه CNS و برخـی از بیماران مبتلا به بیماری متاستاتیک اعمال می‌شود.

تشنج بـر اثـر تومورهـای داخـل جمجمـه، امـری معمول است. به طور معمول، تشنج ناشی از تومورهای اولیه مغز است که از نظر موضعی اهمیت زیادی دارند. تشنج ناشی از کلیه تومورهای داخل جمجمه معمولاً با AED به خوبی کنترل می‌شود. تـشنج‌هـا نـسبت بـه لیزونکتومی به خوبی واکنش نشان می‌دهنـد. بیمـاران مبتلا به تشنج ناشی از تومورهای اولیه CNS معمـولاً با درمان تومور، تشنج‌شان هم کنترل می‌شود. بیمارانی بـا تومورهـای داخـل جمجمـه کـه تـشنج را تجربـه نکرده‌اند، به درمان پیشگیرانه با AED نیازی ندارند.

دیستروفی عضلانی

دیستروفی‌های عضلانی (MDs) یک گروه ناهمگن از بیماری‌های دژنراتیو پیشرونده عضلانی هستند. الگوی درگیری عضلات، وجود یا عدم عقـب مانـدگی ذهنـی خفیف، سن بیمار در زمان شروع علائم، میزان افزایش کراتینین کیناز (CK)، میزان پیشرفت علائـم و وجـود یا عـدم وجـود کاردیومیوپـاتی (بیمـاری عـضله قلـب) می‌توانند نشان‌دهنده دسته خاصی از MD باشند. انواع مختلفـــی از MD وجـــود دارد کـــه Duchenne و BeckerMD رایج‌ترین آنها هستند.

پیشرفت علوم مولکولی و ژنتیکی و کشف پروتئین دیستروفین در سال ۱۹۸۶ توسـط کونکـل (Kunkel) حـاکی از یـک جهـش علمـی خـارق العـاده اسـت. تکنیک‌های تشخیصی در دهه‌هـای اخیـر بـه سـرعت پیشرفت کرده‌اند تـا بتواننـد تـشخیص نـسبتاً ارزان و سریعی را انجام دهند. برای افرادی که به طـور بـالقوه ناقل خانوادگی دیستروفی هستند، تشخیص ژنتیکی از اهمیت زیادی برخوردار است. پرستار مراقبت تـسکینی باید از چنین اطلاعاتی برای خانواده‌های آسـیب دیـده استفاده کند.

MDهـا بـه طـور کلـی عـضلات اسـکلتی را تحـت تـأثیر قـرار مـی‌دهنـد. متـداول‌تـرین نـوع آن Duchenne MD (DMD) اسـت. ایـن بیمـاری از الگوی وراثتی مرتبط با X پیروی می‌کند و بنابراین پسران را درگیر می‌کند. این کودکان معمولاً قبل از ۳ سالگی درگیر یک دوره سریع و پیشرفته ضعف عضلانی می‌شوند. به طور معمول، ابتدا کودک در راه رفتن، ایستادن و بالا رفتن از پله ها دچار مشکل می‌شود. این علائم نشان دهنده درگیری اولیه عضلات گلوتئال، عضلات چهار سر ران و ایلیوپسواس (ماهیچه خاصره) است. ایـن مـشکل در راه رفتن با درگیری عضلات پرتبیال (که با افتادگی پـا و انگشتان پا دیده می‌شود) پیـشرفت خواهـد کـرد. در نهایت، عضلات کمربند شانه‌ای ضعیف شده و کتف‌ها دارای یـک زائـده مـی‌شـوند. در نهایـت فـرد دچـار ناهنجاری ستون فقرات مانند کیفواسکولیوز مـی‌شـود. اکثر پسران مبتلا به DMD در دهه دوم زنـدگی خـود از ویلچر استفاده می‌کنند. این بیمـاران معمـولاً دچـار

نارسایی تنفسی، عفونت های ریوی و نارسایی قلبی می‌شوند. معمولا شواهدی دال بر از زنده ماندن این افراد در ۲۰ سالگی و ۳۰ سالگی وجود ندارد.

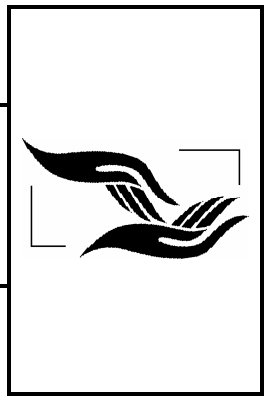
در DMD، پروتئین دیستروفین طبیعی در سلول‌های عضلانی یافت نمی‌شود. این امر منجر به از دست دادن پروتئین‌های مرتبط با دیستروفین و گلیکوپروتئین‌های مرتبط با دیستروفین می‌شود. این مولکول‌ها برای نگهداری و عملکرد سارکولما (غشای سلولی عضلانی مخطط) ضروری هستند. بدون این پروتئین‌ها و گلیکوپروتئین‌ها، کلسیم و مایعات داخل سلولی از سلول خارج می‌شوند و منجر به اختلال در عملکرد سلول و مرگ آن می‌شود. با پیشرفت آسیب عضلانی، نارسایی تنفسی نیز بوجود می‌آید. شواهد بالینی اولیه نارسایی تنفسی ممکن است آپنه در خواب و/ یا کاهش وزن با افزایش کار تنفسی باشد. باید با بیمار و خانواده او در مورد خواسته‌های بیمار برای تهویه کمکی، مداخله الکتروفیزیولوژیک و احیا به صورت واضح صحبت شود. غربالگری زودهنگام (شروع از ۱۰سالگی) و مداخله در اولین نشانه آریتمی هم در بیماران مبتلا به DMD و هم در ناقلین DMD، مراقبت استاندارد محسوب می‌شود.

درمان DMD محدود است و هدف آن کاهش سرعت بیماری است. برای کاهش پاسخ‌های التهابی به آسیب میوسیت داخل سلولی، مدیریت و کنترل آن محدود به کورتیکواستروئیدها است. با پیشرفت مراقبت‌های قلبی و تنفسی، برخی از افراد اکنون دهه چهارم و پنجم خود را تجربه می‌کنند. در سال‌های اخیر، پیشرفت های دارویی منجر به تأیید یک ترکیب جدید کورتیکواستروئید برای استفاده در DMD توسط FDA شده است. توسعه دارویی اخیر که اگزون‌های خاص آن دیستروفین (eteplirsen، با نام Exondys 51 به بازار عرضه شده) را هدف قرار می دهد با افزایش سطح دیستروفین عضلات اسکلتی، منجر به درمان اولیه شد.

نقش پرستار مراقبت تسکینی برای بیماران مبتلا به DMD در سال‌های آینده با پیشرفت درمانی تکامل می‌یابد. در حال حاضر چندین مشکل خاص برای این بیماری وجود دارد. بیماران مبتلا به MD ممکن است با یبوست ناشی از بی‌حرکتی و ضعف تون عضله شکم دست و پنجه نرم کنند. افزایش وزن و پوکی استخوان نیز ممکن است در نتیجه درمان استروئیدی مزمن بوجود آید. آموزش و مداخلات رژیم غذایی می‌تواند این موارد را تا حدی کاهش دهد. پرستار مراقبت تسکینی باید به استقلال فرد، دسترسی او به خدمات توانبخشی و تنفس درمانی، اقدامات ورزشی، ارزیابی دوره‌ای قلب، ایمنی در محیط بیمار و آموزش (از جمله خدمات آموزش ویژه) کمک کند. با رشد بیمار و بزرگ شدن او، صندلی چرخدار (ویلچر)، مهاربند (بریسینگ) و تجهیزات مورد نیاز او باید فراهم شود و کاردرمان و فیزیوتراپیست باید ارزیابی مجدد انجام دهند. پرستار مراقبت تسکینی باید از طول عمر کوتاه بیماران MD و همچنین فرزنددار شدن آنها در سنین بزرگسالی آگاه باشد. تحقیقات کمی در مورد نیازهای خاص روانی- اجتماعی بیماران مبتلا به MD در دسترس پرستاران مراقبت تسکینی وجود دارد. با این حال نیازهای اجتماعی و مراقبت از خانواده باید برای آنها فراهم شود.

نتیجه

مسلماً نقش پرستار مراقبت تسکینی در درجه اول کاهش درد و رنج و در درجه دوم، حمایت از انتخاب های بیمار است. کمک به بیمار برای شناسایی گزینه های مراقبت های بهداشتی در برابر یک بیماری عصبی تخریبگر و غالباً پایان ناپذیر، کار ساده‌ای نیست. چندین موضوع دیگر نیز وجود دارد: حمایت از ارجاع بیمار برای درمان زودهنگام، کنترل درد، مراقبت از روده و مثانه، حفظ توانایی های عملکردی، حفظ استقلال بیماران و ارائه آموزش در مورد داروها و مراحل بیماری.



فصل ۱۹

اضطراب و افسردگی

نکات کلیدی

- پریشانی عاطفی در زمینه مراقبت تسکینی در همه جا وجود دارد و چند عاملی است.
- پزشکان مراقبت تسکینی باید با پریشانی و احتمال افسردگی یا اضطراب بیماران، سازگار شوند.
- اضطراب و افسردگی شایع هستند اما اغلب کمتر شناخته می‌شوند و درمان نمی‌شوند.
- غربالگری دقیق و تشخیص افتراقی لازمه مداخله مناسب است که ممکن است شامل درمان‌های مختلف باشد.
- آموزش به روز بیماران و خانواده‌های آنان، توانایی آنها برای موفقیت در مراقبت از بیماران را افزایش می‌دهد.

مقدمه

اضطراب و افسردگی اصطلاحاتی هستند که به واژگان زندگی روزمره ما نفوذ کرده‌اند و برای شناسایی علائم و اختلالات خاص که با علائم بالینی اضطراب و یا افسردگی شناسایی می‌شوند، در محیط‌های بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرند. افسردگی؛ پیامدهای منفی بر بیمار و خانواده دارد. داده‌ها نشان‌دهنده تأثیر این شرایط بالینی در کاهش پایبندی به درمان‌ها، افزایش درک ذهنی علائم جسمی و احتمالاً بدترشدن پیش آگهی، است. افسردگی همچنین یک عامل خطر عمده برای خودکشی و میل به مرگ سریع است. پرستاران مراقبت تسکینی به طور منحصر به فرد در مقابله با طیف پیچیده‌ای از چالش‌های پزشکی و روانی–اجتماعی قرار دارند که بیماران‌شان با آن روبرو هستند. پریشانی روانشناختی می‌تواند بر توانایی بیماران در تجربه لحظات خوش در روزهای پایانی زندگی، تأثیر بگذارد. همچنین می‌تواند درد جسمی را تشدید نموده و توانایی آنان در انجام امور عاطفی برنامه‌ریزی مراقبت‌های پیشرفته یا وداع با خانواده و دوستان را مختل کند.

شیوع

پروژه اجماع ملی کیفیت مراقبت تسکینی، جنبه‌های روانشناختی و روانپزشکی مراقبت را به عنوان یکی از حوزه‌های خود شناسایی کرده و رهنمودهایی را به تیم بین حرفه‌ای جهت ارزیابی و رسیدگی به مولفه‌های روانشناختی و روانپزشکی مراقبت بر اساس بهترین شواهد موجود برای به حداکثر رساندن مقابله بیمار و خانواده و ارتقاء کیفیت زندگی، ارائه می‌دهد. جدول ۱۹.۱ داده‌های مربوط به شیوع افسردگی و اضطراب را در بیماران مراقبت تسکینی مراکز مختلف مراقبتی، ارائه می‌دهد. بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته معمولاً

جدول ۱۹.۱. شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران مراقبت تسکینی

جمعیت مورد مطالعه	تعداد	مصاحبه	شیوع
بیماران مبتلا به سرطان مرحله ۴	۱۹۳	HADS (cutoff 8)	۱۳/۴٪ فقط افسردگی ۱۴/۹٪فقط اضطراب ۱۶٪ ترکیبی از اضطراب و افسردگی
ترکیبی از بیماران مبتلا به سرطان، ایدز و بیماری ریوی مزمن مقایسه بین بیماران بستری ومراقبت در منزل	۹۲ (۴۶ مورد بستری و ۴۶ مورد مراقبت در منزل)	HADS (cutoff 8) HADS H ≥19	اضطراب: مراقبت در منزل ۳۵٪ بیماران بستری ۵۰٪ افسردگی: مراقبت در منزل ۳۷٪ بیماران بستری ۵۳٪ مراقبت در منزل ۲۲٪ بیماران بستری ۳۵٪
مطالعه متا آنالیز از ۲۴ مطالعه در زمینه اختلالات خلقی در محیط‌های مراقبت تسکینی	۴۰۰۷	مصاحبه‌های روانشناختی (ساختار یافته، نیمه ساختار یافته یا بالینی)	افسردگی سندرمال (بالینی) ۱۶/۵٪ اختلال سازگاری ۱۵/۴٪ اختلال اضطرابی ۹/۸٪
ترکیبی از خدمات مراقبت تسکینی، مراقبت در منزل و موارد بستری	۳۰۰	PRIME-MD	افسردگی: مردان ۵۲/۷٪ زنان ۱۲/۸٪
بیماران مراقبت تسکینی جامعه با بیماری پیشرونده	۵۰	MINI	اختلال افسردگی ماژور ۲۰٪

با بدتر شدن علائم جسمی، مشکلات روانی را نیز تجربه می‌کنند و افراد سالم با پیشرفت بیماری از نظر روانی آسیب پذیرتر، می‌شوند. در مطالعه آستین ۲۰٪ از بیماران تحت مراقبت تسکینی، اضطراب و افسردگی معنادار بالینی را نشان دادند که توسط مقیاس افسردگی اضطراب بیمارستان (HADS)[1] اندازه‌گیری شده بود. در سنین جوان‌تر، نمرات مقیاس وضعیت عملکرد کارنوفسکی پایین‌تر با نمرات کل HADS بالاتر، همراه بودند. در مطالعه بیماران مبتلا به مراحل نهایی سرطان، شایع‌ترین زیرگروه شامل علائم اضطراب و افسردگی مختلط (۱۶٪) بودند در حالی که ۱۴/۹٪ فقط علائم اضطراب بالا و ۱۳/۴٪ فقط علائم افسردگی را در ابزار غربالگری HADS گزارش کردند. اضطراب با سایر معیارهای پریشانی روانشناختی از جمله افسردگی، ناامیدی و تمایل به مرگ سریع، همبستگی مثبت داشت و با حمایت اجتماعی، همبستگی منفی داشت. زنان به طور قابل توجهی میزان اضطراب بالاتری از مردان، گزارش کردند.

یک مقاله متاآنالیز در زمینه اختلالات خلقی در بازماندگان طولانی مدت سرطان توسط میچل نشان داد که شیوع افسردگی سندرمال (بالینی) ۱۶/۵٪، شایع اختلال سازگاری ۱۵/۴٪ و اختلالات

1. Hospital Anxiety Depression Scale

اضطرابی ۹/۸٪ است. هیچ ارتباطی بین میانگین سن یا جنس و شیوع افسردگی یا اضطراب، یافت نشد. مطالعات فردی در این متاآنالیز نشان داد که عوامل مؤثر در افسردگی یا اختلال سازگاری شامل وضعیت عملکرد پایین، بار زیاد علائم مانند درد و خستگی، سابقه افسردگی و سطح پایین حمایت است. جالب توجه است که یک مطالعه توسط Hayes نشان داد که شیوع افسردگی در مردان در مقایسه با زنان بیشتر است (به ترتیب ۲۵/۷٪ در مقابل ۱۲/۸٪) و نسبت شانس در این مطالعه بعد از کنترل بیماری، زمان تقریبی تا مرگ، تأخیر در تشخیص، سطح حمایت اجتماعی، تشخیص، سن و قومیت، کاهش نیافته است. در میان کسانی که برای انجام وظایف اساسی به کمک نیاز داشتند، ارتباط زیادی بین جنسیت و افسردگی وجود داشت به طوری که در مقایسه با ۲/۴٪ از زنان، ۳۷/۸٪ از مردان وابسته به دیگران افسرده بودند.

ملاحظات در بیماران غیر مبتلا به سرطان

بار علائم در مراحل انتهایی بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) اغلب معادل یا بدتر از سرطان‌ها و همچنین مراحل انتهایی سایر بیماری‌های مزمن مانند دمانس، نارسایی احتقانی قلب، نارسایی کلیه و نارسایی کبد است. اگرچه تنگی نفس اغلب برجسته‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین علامت است، بیماران مبتلا به COPD نیز افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند. این موارد گاهی اوقات به پیامدهای عملکردی و اجتماعی تنگی نفس مربوط می‌شود و ممکن است کیفیت زندگی را مستقل از شدت بیماری، کاهش دهد. علاوه بر این افسردگی یک عامل خطر مستقل برای مرگ و میر، بستری مجدد در بیمارستان و بستری طولانی مدت‌تر در بیمارستان است.

در مطالعه بیماران سرپایی با نارسایی قلبی علامتی، بیشترین علائم مورد تایید در مقیاس ارزیابی علائم ادمونتون (ESAS)[1]، اضطراب (۴۵٪) و افسردگی (۴۳٪) بود. افسردگی یکی از رایج ترین علائم روانشناختی است که در نارسایی قلب دیده می‌شود. بیماران مبتلا به نارسایی قلب و افسردگی در معرض خطر بیشتری برای پذیرش چند علتی در همه موارد و موارد بستری مجدد در بیمارستان و مرگ و میر هستند. هنگامی که افسردگی همراه با اضطراب باشد، خطر مرگ و میر بیشتر می‌شود. علائم افسردگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با کیفیت زندگی (HRQOL) پایین‌تر؛ مرتبط است به ویژه هنگامی که افسردگی مداوم باشد. در یک مطالعه از بیماران بستری در نارسایی قلبی که پرسشنامه HADS تکمیل شده است، ۴۱٪ بیماران با اضطراب، ۵۹٪ با افسردگی و ۳۳٪ با ترکیبی از اضطراب و افسردگی، شناسایی شده‌اند. نتایج نشان داد که جنسیت زن و حمایت اجتماعی ضعیف با میزان بالاتری از افسردگی و اضطراب در ارتباط است. متاآنالیز ۲۳ مطالعه شامل بیش از ۱۰ هزار شرکت‌کننده با نارسایی قلبی نشان داد که شیوع اختلال افسردگی ماژور در بیماران سرپایی و بستری، ۲۰ درصد بود. شیوع علائم افسردگی در هنگام استفاده از پرسشنامه‌هایی که خود گزارش داده بودند، به ۳۰٪ افزایش یافت.

بررسی سیستماتیک ۶۰ مطالعه در بیماران دیالیزی مرحله آخر بیماری کلیوی (ESRD) نشان داد که میزان شیوع اضطراب ۳۸٪ و افسردگی ۲۷٪ است.

اگرچه تأیید شباهت‌های بین نیازهای مراقبت تسکینی بیماران مبتلا به سرطان و بیماری‌های مزمن، مفید است اما تفاوت‌های ویژه‌ای نیز مشهود است. افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن معمولاً سیر بیماری طولانی‌تری نسبت به بیماران مبتلا به سرطان دارند و به همین دلیل، ممکن است نیازهای مختلفی برای

1. Edmonton Symptom Assessment Scale

مراقبت تسکینی داشته باشند. بیماری‌های مزمن به طور معمول سلامت جسمی و روانی، شغل، سرگرمی، دوستان و عزت نفس را از سنین پایین‌تر از مبتلایان به سرطان سلب می‌کنند. بنابراین افراد مبتلا به بیماری مزمن پس از گذشت چند دهه و وخیم‌تر شدن تدریجی وضعیت سلامتی و افت توانایی عملکردی، اغلب بدون داشتن بسیاری از منابع جسمی و اجتماعی در دسترس سایر بیماران در حال مرگ، به مرحله نهایی زندگی خود می‌رسند.

غربالگری

تعدادی از ابزارها در مورد چگونگی غربالگری افسردگی و اضطراب توسط گروه اجماع افسردگی سرطان؛ مورد مطالعه قرار گرفته است، گزارش مطالعات معتبر شامل حداقل ۱۹ ابزار برای کمک به درمانگران جهت شناسایی افسردگی در مراکز مراقبتی سرطان است. گایدلاین‌های انجمن سرطان بالینی آمریکا؛ توصیه می‌کنند که تمام بیماران مبتلا به سرطان و بازماندگان سرطان در فواصل معین در طول مسیر مراقبتی از نظر علائم افسردگی و اضطراب، ارزیابی شوند. در مورد چگونگی بهینه سازی غربالگری افسردگی در بیمارانی که تحت مراقبت تسکینی هستند، اتفاق نظر خاصی وجود ندارد. تکمیل ناکامل پرسشنامه‌ها به دلیل ضعف، امتناع یا اختلال شناختی بیمار، غیر معمول نیست. استفاده از ابزارهای غربالگری کوتاه‌تر ممکن است برای بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات، مقبول‌تر باشد. حساسیت و ویژگی ابزارهای مختلف غربالگری برای افسردگی در مراقبت تسکینی به ترتیب از ۰/۷۲ تا ۱/۰ و ۰/۵۰ تا ۱/۰ متغیر است.

در مطالعه‌ای که توسط Chochinov بر روی بیماران بستری در مراقبت‌های تسکینی ویژه انجام شد؛ یک سوال واحد پرسیده شد، "آیا بیشتر اوقات روز، به مدت دو یا چند هفته، احساس افسردگی کرده‌اید؟" پاسخ آن‌ها ۱/۰ بود و بنابراین تشخیص، افسردگی است. در یک مطالعه کوچک در بیماران مراقبت تسکینی، همین سوال واحد دارای حساسیت بالا ۰/۸۵ و مقدار منفی کاذب ۰/۹۴ بود؛ بنابراین به نظر می‌رسد این سوال بیشتر در غربالگری بیمارانی که افسرده نیستند و نیازی به ارزیابی عمیق‌تر خلق خود ندارند، بسیار مفید است. با توجه به P-value (۰/۵۷) در این مطالعه، مشخص شد بیمارانی که احتمالاً توسط یک سؤال افسرده شناخته می‌شوند، نیاز به ارزیابی بیشتری از خلق و خوی خود قبل از شروع درمان دارند.

برای غربالگری اضطراب، ابزارهای (STAI)[1]، GAD-7 و مقیاس پیشرفت ترس از بیماری[2] به عنوان ابزارهای مورد استفاده در مراکز مراقبتی سرطان معرفی شده است. با این وجود مقبولیت آنها در حد متوسط گزارش شده است. HADS ابزاری مناسب برای غربالگری اولیه از نظر اضطراب و افسردگی است اما به عنوان یک ابزار تشخیصی، توصیه نمی‌شود.

تشخیص

علی‌رغم این حقیقت که علائم افسردگی و اضطراب در بیماران تحت مراقبت تسکینی‌شایع است، این اختلالات اغلب اشتباه شناخته شده، تشخیص داده نمی‌شوند و درمان نمی‌شوند. مطالعات نشان می‌دهد که ۵۰–۶۰٪ افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان به درستی شناخته نشده است. عوامل زیادی می‌توانند در شناخت افسردگی یا اضطراب از نظر بالینی دخالت کنند. این عوامل ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- کمبود دانش و مهارت پزشک در تشخیص و درمان افسردگی یا اضطراب
- عدم تمایل به طرح مباحث بالقوه ناراحت کننده (تعداد کمی از بیماران با پزشکان یا انکولوژیست‌ها

1. State-Trait Anxiety Inventory
2. Fear of Disease Progression Scale

در مورد خلق و خوی پایین خود صحبت می‌کنند و به جای علائم عاطفی و احساسی، بیشتر در مورد علائم جسمی؛ صحبت می‌کنند)

- اعتقاد به اینکه افسردگی در انتهای زندگی "طبیعی" است.
- نگرانی در مورد تداخلات دارویی با داروهای ضد افسردگی

بیشترین معیارهای تشخیص افسردگی، معیارهایی هستند که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5، ۲۰۱۳) ذکر شده است. اگر بیماران معیارهای کامل افسردگی ماژور یا اختلال اضطراب اولیه را نداشته باشند، می‌توان آنها را به عنوان "اختلال تعدیل شده" با ویژگی‌های افسردگی و یا اضطراب، طبقه‌بندی کرد. سال‌هاست که پیشنهادی برای اتخاذ رویکرد "جایگزین" برای تشخیص افسردگی؛ مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. این پیشنهاد شامل جایگزینی معیارهای جسمی (به عنوان مثال اشتهای ضعیف، خستگی، اختلال خواب) ناشی از بیماری یا درمان آن با سایر موارد جایگزین و مواردی مانند ظاهر افسرده، فاصله‌گیری اجتماعی، در فکر فرو رفتن، خودبینی، بدبینی و عدم واکنش در شرایطی به طور معمول لذت بخش است.

با این حال اکثر کارشناسان موافقند که برای اهداف بالینی، استفاده از یک مجموعه معیارهای تشخیصی شامل علائم سوماتیک (جسمی) و روانشناختی افسردگی و تمرکز بر وجود ناامیدی، بی‌ارزشی، گناه و خودکشی، ایده مناسبی برای جمعیت مراقبت تسکینی است. برای اهداف این فصل، ما در بخش های اصلی بر تشخیص اختلالات افسردگی و اضطرابی تمرکز خواهیم کرد که در جمعیت بیماران مراقبت تسکینی، بیشتر دیده می‌شوند (جداول ۲۲.۲ و ۲۲.۳ را ببینید). به خوانندگانی که علاقه مند به معیارهای تشخیصی دقیق‌تر هستند، توصیه می‌شود برای اطلاعات بیشتر به دو سیستم معمول در بخش DSM-5 nosology (۲۰۱۳) و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10) مراجعه کنند.

جدول ۱۹.۲. اختلالات روانپزشکی همراه با افسردگی به عنوان یک علامت غالب

اختلال سازگاری همراه با اضطراب	علائم افسردگی قابل توجهی در پاسخ به یک عامل استرس زا باعث پریشانی و تداخل در عملکرد روزانه می‌شود.
اختلال افسردگی ماژور	افسردگی یاanhedonia به مدت ۲ هفته یا بیشتر اوقات وجود دارد. علائم مرتبط با آن عبارتند از: کاهش وزن، بی‌خوابی در برابر پرخوابی، تحریک یا عقب ماندگی روان- حرکتی، خستگی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه، مشکل در تمرکز و عقاید خودکشی.
دیس تایمی	حداقل به مدت ۲ سال در بیشتر اوقات حالت افسرده دارد. سایر علائم شامل تغییر در اشتها و وزن، خستگی، تمرکز ضعیف، احساس اعتماد به نفس پایین و ناامیدی است.

اختلالات افسردگی

سندرم‌های افسردگی یک مشکل شایع بهداشت روان در محیط های مراقبت تسکینی است اما اغلب آنها شناخته نشده و تحت درمان قرار نمی‌گیرند. پزشکان معمولاً میزان افسردگی بیمار را تا اواخر دوره بیماری، شناسایی نمی‌کنند. روحیه افسرده، غم، اندوه و احساس از دست دادن، همگی پاسخ های مناسبی برای بیماری پیشرفته و مرگ هستند. احساس گناه بیش از حد، عدم لذت و تفکر خودکشی (حتی منفعل) از بهترین شاخص‌های سندرم افسردگی در این بیماران است.

از طرف دیگر احساس ناامیدی، درماندگی و احساس گناه باید در زمینه بیماری بیمار در نظر گرفته شود. تفسیر ناامیدی در شرایط بیماری که در آن

جدول ۱۹.۳. اختلالات روانپزشکی با اضطراب به عنوان یک علائم غالب

اختلال اضطراب عمومی (GAD)	اضطراب فراگیر و بیش از اندازه در مورد تعدادی از حوادث/ فعالیت‌ها که به مدت بیشتر از ۶ ماه رخ می‌دهد.
اختلال پانیک (Panic disorder)	حملات پانیکی غیرمنتظره مکرر
اختلال سازگاری همراه با اضطراب	در مدت تقریبی ۳ ماه به علت یک استرس عمده رخ می‌دهد و باعث پریشانی قابل توجه و اختلالات عملکردی می‌شود.
فوبیا (Phobias)	ترس قابل توجهی که توسط موقعیت‌های خاص یا برخی اشیاء، ایجاد می‌شود (به عنوان مثال فضاهای بسته، خونگیری، سوزن) و اغلب با اجتناب از محرک ترس، همراه است.
اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)	به دنبال یک واقعه تروماتیک ایجاد می‌شود. با علائم نفوذ (به عنوان مثال خاطرات)، اجتناب از محرک‌های مرتبط با تروما و تغییرات منفی در شناخت و خلق افراد و افزایش تحریک و واکنش، بروز می‌کند.

امیدی به بهبودی نیست، ممکن است دشوار باشد. تقریباً تمامی بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته، درجه خاصی از فاصله‌گیری از موضوعات مورد علاقه خود را تجربه می‌کنند. با این حال افسردگی فراگیر تقریباً در تمام فعالیت‌ها منجر به از دست دادن علاقه و لذت شده و به عنوان یک شاخص مهم افسردگی قابل توجه بالینی، جلب توجه می‌کند. علائمی که متناسب با وضعیت واقعی بیمار نمی‌باشند، باید احتمال اختلال افسردگی ماژور را برانگیزند. افسردگی ماژور تقریباً ۷٪ از جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸-۹٪ از زنان و ۳-۴٪ از مردان). داده‌های موجود نشان می‌دهند که شیوع افسردگی در میان بیماران مبتلا به سرطان بین ۱۵ تا ۴۰٪ شیوع دارد که به عوامل مختلفی نظیر نوع سرطان، مرحله پیشرفت سرطان، بستری یا سرپایی بودن بیمار، درمان فعال و غیرفعال و نوع ابزار تشخیصی مورد استفاده، بستگی دارد.

تشخیص‌های افتراقی

علائم افسردگی ناشی از داروها یا شرایط پزشکی زمینه‌ای، باید مورد توجه قرار گیرد. لیست زیر مطمئناً جامع نبوده و فقط چند مورد رایج را بیان می‌کند. مثال‌ها:

- *داروها:* کورتیکواستروئیدها، بنزودیازپین‌ها، عوامل هورمونی، آمفوتریسین B، اپیوئیدها
- *عوامل شیمی درمانی:* وین‌کریستین، وین بلاستین، پروکاربازین، آسپاراژیناز، تاموکسیفن، اینترفرون، اینترلوکین ۲
- *اختلالات پزشکی:* ناهنجاری‌های الکترولیت، کمبود فولات و یا ویتامین B12، کم‌کاری تیروئید، نارسایی آدرنال

بسیاری از این داروها یا شرایط پزشکی می‌توانند باعث دلیریوم نیز شوند که اغلب به صورت هیپواکتیو ظاهر می‌شود. بیماران ممکن است افسرده، گوشه‌گیر یا بی‌احساس به نظر برسند و فرد باید سطح بالایی از دقت جهت تمایز بین افسردگی بالینی و دلیریوم هیپواکتیو را داشته باشد.

علائم افسردگی را باید از واکنش‌های سوگ طبیعی نیز متمایز کرد. بیماران در طی مراحل انتهای زندگی، اغلب یک دوره از غم، اندوه و سوگ را طی می‌کنند و خود را با ازدست دادن و مسائلی که ممکن است به وجود بیاید، سازگار می‌کنند. این روند "آمادگی سوگ[1]" روندی سازگار و مناسب در نظر گرفته می‌شود. با این حال زمانی که غم بیمار شدید و پایدار

1. preparatory grief

شده و شامل علائم یا نشانه‌های آسیب شناختی مانند ترک مداوم اجتماعی، ناامیدی فراگیر یا افکار خودکشی می‌گردد، ممکن است از نظر بالینی، افسرده شوند. این تمایز از نظر بالینی برای درمان حائز اهمیت بوده زیرا حمایت از بیماران داغدار ممکن است با حمایت مورد نیاز کسانی که از نظر بالینی افسرده هستند، متفاوت باشد.

مفهوم مهم دیگری که باید جدا از افسردگی ماژور در نظر گرفته شود، تضعیف روحیه است. از دست دادن معنا و امید می‌تواند حس بی‌ارزشی زندگی خود فرد را که از ویژگی های بارز تضعیف روحیه است، تعیین کند. تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که تضعیف روحیه در بیماران مبتلا به سرطان؛ مربوط به مقابله با عوامل استرس‌زای موجود است که در طول بیماری می‌تواند حس تسلط و مهارت آنان را مختل نماید. در حالی که بیماران مبتلا به افسردگی ماژور؛ منشأ پریشانی را در خود درک می‌کنند، احساس گناه و آنهدونیا دارند و احساس کمبود انگیزه می‌کنند اما افرادی که دچار تضعیف روحیه می‌شوند، منبع پریشانی را در خارج از خود درک می‌کنند، احساس گناه نمی‌کنند (اما از نظر ذهنی احساس ناتوانی در کنار آمدن دارند) با آنهدونیا همراه نیستند و انگیزه آنان سالم است.

اختلالات اضطرابی

اضطراب می‌تواند پاسخی طبیعی به رنج، عدم اطمینان، ناتوانی، بدشکلی و مرگ قریب الوقوع باشد. اگرچه آمار دقیقی در دسترس نیست اما اضطرابی که تا سطح اختلال روانپزشکی توسعه یابد، احتمالاً کمتر از ۱۰٪ از بیماران تحت مراقبت تسکینی را متأثر می‌سازد. به عنوان مثال در مطالعه سازگاری با سرطان، ۶۳۵ بیمار با استفاده از معیارهای DSM-IV جهت بررسی وجود اختلالات اضطرابی، تحت ارزیابی آینده‌نگر قرار گرفتند. نتایج اصلی مطالعه، این بود که:

- یک اختلال اضطرابی در کمتر از ۸٪ بیماران وجود داشت.
- اختلالات اضطرابی در میان زیر گروه های خاص از جمله زنان، بیماران دارای نقص جسمی و در جوانان، شایع‌تر بود.

بیماران ممکن است خود را "مضطرب" ندانند و ممکن است ترجیح دهند از اصطلاحات مختلفی مانند "نگران"، "ترسیده" یا "درگیر" استفاده کنند. اگرچه معمولا از نظر بالینی به سطح شدید نمی‌رسند. شناختن وجود اضطراب و منابع بالقوه آن اهمیت دارد.

- اضطراب به عنوان بخشی از یکی از اختلالات روانپزشکی
- جزئی از درد، تنگی نفس، تهوع یا آریتمی‌های قلبی
- دلایل متابولیک: پرکاری تیروئید، هیپوکسی، هیپرترمی، افت قند خون، هیپوکلسمی
- عوارض جانبی دارو: داروهای روانگردان، کورتیکواستروئیدها، برخی از داروهای ضد افسردگی
- ترک دارو: الکل، داروهای مخدر، بنزودیازپین‌ها، نیکوتین، حشیش
- نگرانی‌های روانی- اجتماعی و معنوی: خانواده، مالی، مرگ، معنویت

درمان

اضطراب یا علائم افسردگی اگر باعث پریشانی قابل توجه یا تأثیر روی کیفیت زندگی یا عملکرد بیمار می‌شوند، درمان را تضمین می‌کنند. درمان باید به صورت جداگانه تنظیم شود و شرایط پزشکی کلی بیمار، پیش آگهی، ضعف و توانایی شرکت فعال در درمان (به عنوان مثال روان درمانی) را در نظر بگیرد.

همیشه باید برای تسکین علائم کنترل نشده به خصوص درد مراقبت کرد. همه بیماران باید یک

ارزیابی پزشکی مناسب داشته باشند تا بتوانند عوامل پزشکی احتمالی در خلق بیمار را ارزیابی کنند.

روش های مختلفی را می‌توان به صورت جداگانه یا ترکیبی برای درمان علائم اضطراب یا افسردگی، استفاده کرد. اگرچه مطالعات کارآزمایی بالینی اندکی در حمایت از اثربخشی درمان ترکیبی وجود دارد اما اکثر متخصصان، ترکیبی از روان درمانی حمایتی همراه با آموزش بیمار و خانواده بعلاوه مصرف صحیح داروهای ضد افسردگی را پیشنهاد می‌کنند.

- دارو درمانی
- روان درمانی (به بخش روان درمانی این فصل مراجعه کنید)
- درمان های تلفیقی (به عنوان مثال هیپنوتیزم درمانی، هنر درمانی، رایحه‌درمانی، مدیتیشن، ماساژ، ریلکسیشن، موسیقی درمانی)
- آموزش به بیمار و خانواده

داروشناسی

داروهای ضد افسردگی جدید (به عنوان مثال مهارکننده های انتخابی باز جذب سروتونین (SSRIها) و مهارکننده‌های باز جذب سروتونین-نوراپی نفرین (SNRIs)) دارای عوارض جانبی کمتری بوده و به طور کلی استفاده از آنان در بزرگسالان سالمند و بیماران بالینی، ایمن است. تمام داروهای ضد افسردگی با دوزهای پایین شروع می‌شوند و اثربخشی‌شان حداقل به ۴-۶ هفته نیاز دارد. به بیمارانی که حداقل مدت زمان اثربخشی؛ هنگام شروع درمان به آنها گفته نمی‌شود، ممکن است دارو را زودهنگام قطع کنند و احتمال دارد بعد از این دوره اولیه، دوز دارو افزایش یابد. جداول ۲۲.۵ لیستی از داروهای ضد افسردگی و روانگردان را ارائه می‌دهد.

روان گردان‌ها اثر سریعتری دارند و برای بیمارانی که امید به زندگی آنها کمتر از ۲-۴ ماه است یا برای افرادی که نیاز به درمان فوری دارند، گزینه اولیه ترجیحی است. این داروها می‌توانند همراه با یک داروی ضد افسردگی تجویز شوند. بهره‌مندی از اثرات داروهای روان گردان در مدت زمان چند روز در مقایسه با اثرات طولانی مدت‌تر ۴-۶ هفته‌ای داروهای ضد افسردگی، از مزایای دیگر است.

برای بیماران مبتلا به اضطراب مزمن یا اضطراب مختلط با علائم افسردگی، داروهای ضد افسردگی اغلب درمان انتخابی است (به عنوان مثال SSRI). با این حال همانطور که قبلا نیز ذکر شد، داروهای ضد افسردگی معمولاً تسکین فوری نمی‌دهند و ممکن است چندین هفته تا اثربخشی کامل، طول بکشد.

افزودن یک عامل بنزودیازپین می‌تواند به صورت پلی برای بیمار تا آن زمان، کمک‌کننده باشد. بنزودیازپین‌ها همچنین در مدیریت واکنش‌های حاد اضطراب، مفید هستند. یکی از معمول‌ترین بنزودیازپین‌ها، آلپرازولام است. با این حال این دارو همچنین یکی از کوتاه‌ترین طول اثر در این گروه از داروها (همراه با اگزازپام و تریازولام) را دارد زیرا داروهای دیگر این گروه برای مدت زمان محدود، مؤثر باقی‌می‌مانند و با خطر بالاتر اضطراب ریباند و سندرم ترک، همراه هستند.

لورازپام می‌تواند به دفعات بیشتری تجویز شود و نه تنها برای اضطراب بلکه برای کاهش تهوع و حمله پانیک نیز مفید است. بیماران مبتلا به اختلال عملکردهای کبدی ممکن است با استفاده از لورازپام، اگزازپام یا کلونازپام عملکرد بهتری داشته باشند زیرا این داروها با کنژوگاسیون (بدون اکسیداسیون) متابولیزه می‌شوند و فاقد متابولیت فعال هستند.

صرف نظر از داروی انتخاب شده، کمترین دوز را باید با تیتراسیون دقیق به کار برد. اگر بنزودیازپین‌ها عوارض جانبی مانند خواب آلودگی بیش از حد، دلیریوم، افتادن یا اختلال شناختی ایجاد کنند، باید به تدریج کاهش یابند. با پیشرفت وضعیت بیماری به ویژه

جدول ۱۹.۴. داروهایی که برای درمان افسردگی در بیماران مراقبت تسکینی استفاده می‌شود

دارو	عوارض جانبی در نظر گرفته شده	نظرات
مهارکننده‌های باز جذب سروتونین (SSRI)		
	اختلالات دستگاه گوارش(تهوع، اسهال)، عوارض جانبی جنسی(کاهش میل‌جنسی، تأخیر ارگاسم)، افزایش اضطراب یا بی‌قراری به ویژه در اوایل درمان، سردرد، بی‌خوابی/ خواب آلودگی	اثربخشی کامل در ۴ تا ۶ هفته
فلوکستین		معمولا در طول روز، تجویز می‌شود. طولانی اثرترین SSRI که به قطع تدریجی نیاز ندارد.
سرترالین		معمولا در طول روز (A.M)، تجویز می‌شود.
سیتالوپرام / اسکیتالوپرام		معمولا در طول روز (A.M)، تجویز می‌شود. ممکن است فعال‌کننده یا آرام بخش باشد. در طول روز یا شب تجویز می‌شود. تجویز آن توصیه می‌شود. برای بیماران پرخطر باید مانیتورینگ QTC صورت بگیرد.
پاروکستین		کوتاه اثرترینSSRI، به قطع تدریجی نیاز دارد. در غیر اینصورت می‌تواند باعث سندرم قطع ناخوشایند شود (علائم شبه آنفولانزا در طی ۲-۷ روز پس از قطع SSRI رخ می‌دهد). دارای اثر تسکین‌دهنده بوده و بهتر است شب‌ها تجویز شود.
مهارکننده‌های باز جذب سروتونین-نوراپی نفرین (SNRI)		
	مشابه عوارض جانبی SSRI؛ اختلالات گوارشی عوارض جنسی خشکی دهان، یبوست، احتباس ادرار هایپرتانسیون اوژانسی ناشی از درمان	اغلب جزو عوامل خط اول درمان برای افراد با بیماری‌های همزمان مانند درد، نوروپاتی یا بی‌اختیاری استرسی است.
ونلافاکسین		می‌تواند برای درمان علائم وازوموتور یائسگی مفید باشد. سندرم قطع در صورت قطع ناگهانی دارو، معمول است
دولوکستین	سمیت کبدی در بیماران مبتلا به بیماری کبدی که از قبل وجود داشته است.	برای درمان فیبرومیالژیا نیز مؤثر شناخته شده است. سندرم قطع در صورت قطع ناگهانی معمول است.
سایر داروهای ضد افسردگی:		
میرتازاپین	خشکی دهان، آرام بخشی، افزایش وزن، عوارض جانبی جنسی محدود	آرام بخش، اشتها آور، به صورت شبانه (P.M) تجویز می‌شود. درمان ضد تهوع در شیمی درمانی فرمولاسیون قرص به صورت قابل حل در دسترس است. ممکن است برای تقویت سایر داروهای ضد افسردگی، استفاده شود (به عنوان مثال اگر اثر آرام بخش یا اشتها آور را اضافه کنید).

جدول ۱۹.۴ ادامه. داروهایی که برای درمان افسردگی در بیماران مراقبت تسکینی استفاده می‌شود

بوپروپیون	بی‌خوابی، خشکی دهان، لرزش	اثربخشی آن برای درمان افسردگی مشخص شده اما در اختلالات اضطرابی مؤثر نیست. ممکن است در بیماران خسته یا بی‌حال مفید باشد. همچنین در ترک سیگار نیز مؤثر شناخته شده است. ایمن در بیماران قلبی افسرده
متیل فنیدیت دکستروآمفتامین	اضطراب، بی‌خوابی، تاکی‌کاردی، بی‌ثباتی خلق. در دوزهای بالاتر: کابوس، بی‌خوابی، تیک، پارانوئیا	مفید در بیماران افسرده در مراحل انتهای زندگی برای کمک به بهبود سریع خلق و بیداری آنان. ممکن است اثر ضد درد مسکن‌های مخدر را تشدید و اثر آرام بخشی آنان را خنثی کند.
مودافینیل	سردرد، اضطراب، بی‌خوابی، فشار خون بالا، تپش قلب، خشکی دهان، اسهال، تهوع، بی‌اشتهایی	احتمالاً برای بیماران با سابقه تشنج یا آریتمی قلبی، ایمن‌تر است.

در طول ۶ ماه اول بیماری، احتمال این عوارض جانبی بیشتر است و ممکن است اجتناب از بنزودیازپین‌ها، تیتراسیون متقابل به عواملی با اثر طولانی مدت و یا قطع دارو، لازم باشد. در صورت امکان عملی و پزشکی، این داروها ترجیحاً باید به تدریج کاهش یابند.

داروهای آنتی سایکوتیک آرام بخش مانند اولانزاپین و کویتاپین در دوز کم در بیماران با اضطراب شدید و با بنزودیازپین کنترل نمی‌شوند یا نمی‌توانند بنزودیازپین مصرف کنند، مؤثر هستند. همچنین می‌توانند برای بیماران مبتلا به عوارض تنفسی مفید باشند زیرا باعث تضعیف تنفسی که بنزودیازپین می‌تواند ایجاد کند، نمی‌شوند. بیمارانی که به سختی به خواب می‌روند؛ ممکن است از داروهای آرامبخش خانواده ضد افسردگی‌ها نظیر میرتازاپین، آمی‌تریپتیلین، ترازودون یا دوکسپین، استفاده کنند.

روان درمانی

هر بیمار باید راه‌هایی برای کنار آمدن با بیماری تهدیدکننده زندگی، درمان آن و تأثیر آن بر کیفیت زندگی و عملکرد خانواده پیدا کند. از تشخیص اولیه بیماری تا چالش‌های زنده ماندن و عدم اطمینان از بیماری که ممکن است به وضعیت وخیم‌تری تغییر نماید، درجاتی از پریشانی، اجتناب ناپذیر است. غالباً این بیماری و ناخوشی؛ تنها عوامل اصلی استرس زا که بیماران در مراقبت های تسکینی تجربه شده، نیستند. بیماران ممکن است استرس های همزمان دیگری مانند بیماری شدید در همسر یا یکی دیگر از اعضای خانواده خود؛ مشکلات اقتصادی از جمله کار، بیمه و مسکن و سطح پایین حمایت اجتماعی را تجربه کنند. علائم اضطراب و افسردگی در شرایط تهدید کننده‌ای مانند پیشرفت بیماری یا مرگ قریب الوقوع، نشان‌دهنده یک پاسخ مناسب است و می‌توان آنها را از واکنش‌های مقابله ضعیف و وضعیت عاطفی ناپایدار، تمایز داد. مداخلات روان درمانی برای کاهش علائم اضطراب و افسردگی، صرف نظر از پاسخ های بیمار به تجارب بیماری وی در مقابل واکنش های پاتولوژیک، مؤثر هستند. روش های معمول برای مداخلات روان درمانی بسته به نیاز، وضعیت عملکرد و ظرفیت بیمار، مبتنی بر فرد و یا خانواده است. روان درمانی برای بیماران سرپایی گاهی اوقات با ارجاع به درمان های حمایتی گروهی بیماران با حمایت همسالان و آموزش روان تقویت می‌گردد.

مداخلات روان‌درمانی برای اضطراب و افسردگی در مراکز مراقبت‌های تسکینی در بیماران بستری معمولاً بسیار متمرکز هستند و غالباً برای کمک به تیم بین حرفه‌ای با مدیریت رفتاری و کاهش عوارض روانی- اجتماعی که باعث طولانی شدن زمان بستری در بیمارستان می‌گردد، انجام می‌شوند. هدف اولیه؛ کاهش علائم به میزان قابل کنترل به جای "درمان" علل اصلی یا رفع کامل نگرانی‌های روانشناختی بیمار است. بیمار و درمانگر در زمینه شناسایی یک یا دو اولویتی که نیاز به توجه فوری دارند، با هم همکاری می‌کنند. به خصوص برای بیماران ضعیف، انجام "گفتگو درمانی" ممکن است لازم نباشد زیرا تغییرات محیطی یا سایر اقدامات لجستیکی می‌توانند در کاهش پریشانی بیمار بسیار مؤثر باشند.

این مداخلات ممکن است شامل تأمین استقلال و کنترل بیشتر بیمار برای تصمیماتی مانند فعالیت‌های روزمره، زمان استفاده از دارو و ارزیابی‌های پرستاری و همچنین برنامه‌های تحویل غذا باشد. مثال‌های دیگر از مداخلات جزئی که از عهده بیمار برمی‌آید شامل کمک به بیمار در برقراری ارتباط با تیم پزشکی برای مشخص نمودن درک تصمیم‌گیری آگاهانه یا با اعضای خانواده برای طرح موضوعات هزینه بر است که نیاز به توجه به موقع دارند. تمام تلاش‌هایی که برای حمایت از سازگاری بیمار و کاهش پریشانی وی انجام شده است باید با اهداف کلی تیم مراقبت تسکینی بین حرفه‌ای، همسو و همگام شود.

صرف‌نظر از این که بیمار در طول مدت بستری برای مدیریت اضطراب و افسردگی یا به صورت سرپایی برای شناسایی علائم و زمینه بروز آن‌ها، ارجاع شود؛ درجه‌ای از ارزیابی لازم است. ارزیابی اولیه بر شناسایی نگرانی‌های اولیه بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی بیمار و جزئیات علائم، مدت زمان و عوامل موقعیتی مرتبط با آن است که به چالش‌هایی که توسط تیم مراقبت تسکینی شناسایی شده‌اند، کمک می‌کند. این اطلاعات توصیفی منجر به توضیحات تشخیصی از جمله تمایز بین پاسخ‌های طبیعی به عوامل استرس‌زا که ممکن است با مداخلات جزئی بهبود یابند، می‌شود.

بیماران مبتلا به مشکلات پیچیده، نیازمند ارزیابی بالینی جامع هستند تا بتوانند باورها، تعارضات و پویایی که منجر به اضطراب و افسردگی می‌شود که بیمار به دنیا ابراز می‌کند را مشخص کنند. ارزیابی همچنین باید به اندازه کافی بر روی مشکلات خاص متمرکز شود تا مداخلات هدفمند و مرتبط با وضعیت فعلی بیمار را تنظیم کند.

ملاحظات کلیدی در روان درمانی فردی در مراکز مراقبت تسکینی شامل توسعه یک تعهد درمانی قوی با بیمار و ایجاد اعتماد جهت عادی‌سازی علائم، ترس‌ها و نگرانی‌های مشخص‌کننده تجربه بیماری و ارائه راهکارهای مقابله‌ای برای مقابله با احساسات منفی و بحران موجود است. تکنیک‌های تسهیل سازگاری به بیماران کمک می‌کند تا از استراتژی‌های مقابله‌ای مؤثرتری استفاده کنند و به طور معمول در یکی از چندین چارچوب نظری مداخلات روان درمانی، جای گیرند. این چارچوب‌ها یک نقشه راه برای هدایت ارزیابی و مداخلات ارائه می‌دهند و بیشتر درمانگران؛ اجزائی از رویکردهای مختلف را با هم ترکیب می‌کنند و درمان را متناسب با نیازهای هر مددجو تنظیم می‌نمایند.

روان درمانی در مراقبت‌های تسکینی معمولاً کوتاه مدت است و مدت آن از یک جلسه تا ویزیت‌های متعدد در طول چندین هفته به صورت متمرکز جهت دستیابی به اهداف مرتبط و عملی، متغیر است. یک روش معمول در روان درمانی جزئی این است که به بیمار کمک می‌کند تا آنچه را که از کنترل او خارج است و چیزی را که می‌تواند تغییر دهد را تشخیص دهد. برای مورد دوم، رویکرد مقابله‌ای فعال

و متمرکز بر مسئله؛ می‌تواند بسیار مفید باشد. در مواردی که عامل استرس‌زا قابل تغییر نیست مانند نیاز به ترک کار به دلیل بیماری، ممکن است درمانگر بیمار را به سمت استراتژی‌های مقابله‌ای با احساسات متمرکز مانند ارزیابی مجدد شناختی یا پذیرش، راهنمایی کند.

بسیاری از مداخلات مورد استفاده در روان درمانی کوتاه مدت در مراقبت‌های تسکینی از چارچوب درمان شناختی–رفتاری (CBT) نشات می‌گیرند. پیش فرض اساسی در چارچوب درمان شناختی–رفتاری این است که پریشانی روانشناختی با عوامل شناختی از جمله طرحواره‌های شناختی، سیستم‌های اعتقادی، تحریف‌های شناختی و باورهای ناکارآمد یا ناسازگار، مرتبط است. مداخلات برای هدف قرار دادن و تغییر این شناخت‌ها یا باورهای ناسازگار، طراحی شده است.

به بیماران کمک می‌شود؛ شناخت و باورهای ناسازگار پیرامون موقعیت‌های تحریک‌کننده اضطراب را درک نموده و ساختار آنها را تغییر دهند و تدوین برنامه مقابله با شرایط پریشان‌کننده را بیاموزند. تکنیک‌های مورد استفاده برای دستیابی به این اهداف شامل گفتگو با خود، آموزش آرام سازی، استفاده از پلنرها، فعال‌سازی رفتاری و بازسازی ساختار شناختی، یادداشت‌های روزانه افکار، احساسات، رفتارها و موارد دیگر است.

سایر مداخلات مبتنی بر شواهد که به طور فزاینده‌ای در مراقبت‌های تسکینی گنجانده می‌شوند، ریشه در چارچوب‌های روان‌درمانی نوظهور مانند پذیرش و تعهد درمانی (ACT)[1] و ذهن‌آگاهی[2] دارند. تمرکز اصلی ACT، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق پذیرش، توسعه شناختی، تمرین حضور در لحظه حال، شناسایی و تلاش برای ارزش‌های فردی و تعهد به اعمال است.

ذهن آگاهی، نوعی آگاهی است که از طریق توجه هدفمند و بدون قضاوت به بروز لحظه به لحظه تجربه از جمله افکار، احساسات و حس‌های بدنی فرد به وجود می‌آید.

درمانگران و بیماران با هم جهت حل مشکلات مربوط به سازگاری با بیماری مددجو همکاری می‌کنند. چالش‌های سازگاری اغلب با اضطراب در مورد درمان یا نگرانی‌های موجود و علائم افسردگی از جمله کاهش انگیزه و غم و اندوه، مشخص می‌شود. برخی از بیماران همچنین اعتقادات و رفتارهایی دارند که در تبعیت از درمان پزشکی آنها تداخل ایجاد می‌کند و ممکن است لازم باشد این موارد با تیم مراقبت تسکینی مطرح و برطرف شود.

درمان ممکن است شامل تأمین منابع و ارزیابی نیازهای خاص بیمار مانند نیاز به ارزیابی جدید یا به روز شده برای داروهای روانگردان و ارجاع برای مدیریت درد یا کمک به مدیریت سبک زندگی برای کاهش خطرات مرتبط با بیماری (به عنوان مثال مشاوره تغذیه‌ای و فعالیت بدنی) و یا ارجاع به سایر اعضای تیم مراقبت تسکینی (مراقبت معنوی و غیره) باشد.

ملاحظات اصلی در خانواده درمانی برای بیمار تحت مراقبت تسکینی؛ کمک به مدیریت ارتباطات خانواده در مورد بیماری خصوصاً در مورد متعادل کردن میزان اطلاعاتی که به بیمار ضعیف یا معلول در مورد بیماری او داده می‌شود و اطمینان از اینکه رازی مربوط به بیماری نگه داشته نمی‌شود. درمانگران ممکن است برای کمک به فعال کردن حمایت و کمک اجتماعی اعضای خانواده به بیمار، اگر قبلاً فراهم نشده باشد، همکاری فعال با تیم بین حرفه‌ای را توسعه دهند. فناوری ارتباطات مانند ارسال پیام کوتاه، به اشتراک گذاری عکس از طریق اینترنت، ارسال ایمیل و استفاده از رسانه‌های اجتماعی؛ ممکن است حس انزوایی را که هم بیمار بستری در

1. Acceptance and commitment therapy
2. mindfulness

بیمارستان و هم خانواده وی در خانه تجربه می‌کنند را کاهش دهد.

درمانگران برای برخی از بیماران ممکن است مراقب اصلی را ترغیب کنند تا از انزوا جلوگیری نموده و بتوانند منابع حمایتی را پیدا کنند. همچنین ممکن است مراقبان، مراقبتی ارائه دهند که ضمن تأمین نیازهای سایر اعضای خانواده، روال جدیدی تنظیم گردد. به این ترتیب درمانگر سعی می‌کند خانواده را تشویق نماید تا اجازه ندهند بیماری بر زندگی آنها مسلط شود. برای بیمارانی که در یک رابطه عاطفی و زناشویی قرار دارند ممکن است استرس ناشی از یک بیماری مزمن به ویژه اگر ازدواج قبل از تشخیص بیماری باشد، آسیب زننده باشد. فشارهای مالی، زمان‌های جدایی به دلیل بستری شدن در بیمارستان، تغییر نقش در روابط و بر هم خوردن روال خانوادگی می‌تواند باعث از بین رفتن نزدیکی و صمیمیت و همچنین درگیری مستقیم شود. مراجعه به یک درمانگر ازدواج و خانواده در جامعه، ممکن است مفید باشد.

درمانگران می‌توانند با مراقبان همکاری نمایند و به دنبال فرصت‌هایی برای اعمال کنترل و کسب تسلط بیماران بر محیط خود باشند. فرصت‌های تصمیم‌گیری، ابراز خواسته‌ها و اعمال کنترل مناسب؛ می‌تواند احساس ناامیدی را کاهش دهد، احساس خودکارآمدی را تقویت کرده و باعث بهبود خلق و سازگاری شود. کمک به اعضای خانواده در یادگیری نحوه حمایت از بیماران در حالی که برای حفظ سطح استقلال خود تلاش می‌کنند نیز می‌تواند برای بیمار و مراقبانش بسیار مهم باشد.

درمان‌های تلفیقی

مداخلات مبتنی بر شواهدی نویدبخش در بیماران مبتلا به افسردگی شامل درمان‌های تلفیقی مانند طب سوزنی، تمرینات تنفسی، تصاویر هدایت شده، آرامش و تصاویر احساسی در مدیریت علائم افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان است. همچنین نشان داده شده است که ماساژ درمانی علائم درد، اضطراب و افسردگی را در بیماران، کاهش می‌دهد. یک بررسی سیستماتیک از اثرات ماساژ درمانی در کاهش درد، اضطراب و افسردگی نتایج امیدوارکننده‌ای را به همراه داشت. بیمارانی که از حمایت اجتماعی محدودی برخوردار بوده و تجربه کمی از تماس های جسمی و محبت دارند، از ماساژ درمانی؛ بیشترین بهره را می‌برند.

آموزش به بیمار و خانواده

بیماران و خانواده‌های تحصیل‌کرده و توانمند از توانایی و انگیزه بهتری برای درک و مدیریت بیماری مزمن خود برخوردار هستند. نشان داده شده است که آموزش مؤثر بیمار در پیگیری بهتر دستورات و کاهش درد و اضطراب، مفید است.

آموزش مؤثر به بیمار، مبتنی بر شواهد بوده و شامل مواردی است که درک افراد را تقویت می‌نماید. جهت تسهیل امکانات، پرستاران می‌توانند با مربیان بهداشتی در توسعه آموزش بیمار دوستانه، همراه با حساسیت فرهنگی و مهارت سواد بهداشتی، مشارکت نمایند. هدف از آموزش به بیمار، افزایش دانش بیمار / مراقب از اطلاعات بهداشتی و کمک به بیمارانی است که برای درک دستورالعمل‌ها تلاش می‌کنند. این برنامه به دنبال مشارکت دادن، ایجاد انگیزه و توانمندسازی بیماران دارای مهارت برای مدیریت بیماری است.

نقش پرستار در آموزش به بیمار

مراقبت‌های مبتنی بر تیم در حال تبدیل شدن به الگوی ارائه مراقبت های پیچیده از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است. پرستاران برای ارائه آموزش روان برای کاهش علائم اضطراب و افسردگی در مراقبت های تسکینی، گزینه‌ای ایده‌آل هستند. آموزش بیماران و مراقبان آنها، بخشی جدایی ناپذیر از عملکرد

پرستاری است زیرا پرستاران با ارتباط دائم و اعتماد با بیماران برای تسهیل انتقال دانش نقش دارند. آموزش باید منظم، مداوم باشد و خواسته‌های خاص بیمار / خانواده و زمینه‌های فرهنگی، زبانی و اقتصادی- اجتماعی را در نظر بگیرد.

در مراقبت‌های تسکینی، آموزش به بیمار بایستی مبتنی بر توانمندسازی بیماران در خودمدیریتی اضطراب و افسردگی آنها باشد. مداخلات آموزش روان مبتنی بر شواهد توسط پرستار با تمرکز برحل مسئله، تکنیک های مقابله‌ای و مدیریت علائم افسردگی؛ نتایج را در بیماران مراقبت تسکینی افسرده بهبود می‌بخشد. در یک مطالعه در سال ۲۰۱۷، بیمارانی که تحت آموزش مراقبت تسکینی و مهارت‌آموزی هنگام پیوند سلول های بنیادی خونساز قرار گرفتند، بهبود چشمگیر و پایداری در افسردگی و علائم اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، ۶ ماه پس از پیوند را تجربه کردند.

سواد سلامت

بیماران در درک پیام‌های بهداشتی با چالش‌های بی‌شماری از جمله مشکلات زبان و خواندن و سیستم پیچیده مراقبت‌های بهداشتی، روبرو هستند. تقریباً از هر ۱۰ بزرگسال آمریکایی ۹ نفر در استفاده از اطلاعات بهداشتی روزمره؛ مشکل دارند. مارگولیس (۲۰۱۴) دریافت که بیماران،۵۰٪ از اطلاعات بهداشتی دریافتی خود را حفظ می‌کنند و نیمی از آن به اشتباه یادآوری می‌شود. درد، بیماری، نگرانی، دارو و کمبود خواب می‌تواند پردازش و به خاطر سپردن اطلاعات سلامتی را دشوار کند.

تأثیر سواد سلامت و توانمندسازی بیمار بر سلامت جسمی و روانی؛ قابل توجه است. سواد سلامت پایین با سلامت جسمی کمتر و افسردگی و اضطراب بیشتر همراه است.

توانایی درک و حفظ اطلاعات پزشکی به نحوه ارتباط درمانگر و همچنین آموزش بیمار، مهارت‌های زبانی، انگیزه، اعتقادات فرهنگی و اضطراب در مورد برخورد بالینی، بستگی دارد. پرستار باید اقدامات احتیاطی را جهت ارزیابی آمادگی بیمار برای دریافت اطلاعات، برای انتقال این اطلاعات به روشی توأم با آرامش، بدون تهدید و با شیوه حمایتی؛ با استفاده از زبان ساده و محدود کردن اصطلاحات پزشکی، انجام دهد.

آموزش- برگشت

"آموزش- برگشت" یک مداخله ساده است که ارتباط ارائه‌دهنده و نتایج سلامتی بیمار را بهبود می‌بخشد. در آموزش- برگشت، بیماری که آموزش می‌بیند نیاز دارد تا آنچه را فهمیده است و باید انجام دهد را توضیح دهد. تحقیقات نشان می دهد که آموزش- برگشت، میزان غربالگری سرطان از طریق آموزش ارتباط و کنترل قند خون در بیماران دیابتی را بهبود می‌بخشد. در حین آموزش بیمار، پرستار برای اطمینان از درک بیمار باید مرتباً از آموزش- برگشت استفاده کند. در اینجا چندین توصیه برای استفاده از این ابزار ساده اما قدرتمند ذکر شده است.

- استفاده از لحن صدا/ نگرش دلسوزانه استفاده کنید.
- تماس چشمی برقرار کرده و زبان بدن خود را آرام نشان دهید.
- از زبان ساده استفاده کنید.
- از بیمار بخواهید با استفاده از کلمات خودش توضیح دهد.
- سوالات بدون قضاوت و باز بپرسید.
- از پرسیدن سوالات با پاسخ بله یا خیر خودداری کنید.
- تأکید کنید مسئولیت توضیح واضح بر عهده شماست.
- اگر بیمار قادر به آموزش- برگشت صحیح نیست، دوباره توضیح دهید و آموزش- بازگشت را تکرار کنید.

- برای تقویت یادگیری از مطالب دوستانه برای خوانندگان / بیماران (چاپ / تصاویر / فیلم) استفاده کنید.
- پاسخ بیمار را مستند نمایید

توانمندسازی و خود مدیریتی بیمار

تعریف انجمن پزشکی از خودمدیریتی چنین است: "ارائه سیستماتیک آموزش و مداخلات حمایتی برای افزایش مهارت / اعتماد به نفس بیمار در مدیریت مشکلات سلامتی وی از جمله هدف‌گذاری و حل مسئله". مدل مراقبت مزمن معتقد است بیماران مبتلا به بیماری مزمن برای مدیریت مؤثر وضعیت سلامتی خود نیاز به آموزش و حمایت دارند.

توسعه اهداف خودمدیریتی

برای افزایش مهارت‌های خود مدیریتی و خودکارآمدی بیمار، پرستار باید موارد زیر را ارائه دهد:

- هضم آسان اطلاعات
- ابزاری برای ایجاد مهارت در خودمدیریتی و حل مسئله
- حمایت مداوم از طرف تیم مراقبتی، دوستان و خانواده
- پرستار و بیمار / مراقبان خانوادگی باید اهداف قابل تحقق و بیمار محور را تعیین و یک برنامه پیگیری ایجاد کنند:
- پرستار مهارت، درک و اعتماد به بیمار را در زمینه مدیریت علائم، ارزیابی می‌کند.
- بیمار یک برنامه عملیاتی را با اهداف / رفتارهای خاص مشخص می‌کند.
- پرستار برای پیگیری و بررسی اهداف / پیشرفت از طریق مراجعه به کلینیک، تلفن یا ایمیل، راهی را ایجاد می‌کند.

پیگیری برای بیماران با شرایط مزمن

- پیگیری سازمان‌یافته، بخشی اساسی در مراقبت مزمن و توسعه و تقویت خود مدیریتی است. موارد زیر نکات مفیدی در برنامه‌ریزی پیگیری با بیماران و خانواده‌های آنها است:
- برنامه‌ریزی برای پیگیری بیمار براساس اهداف متقابل توسعه یافته با بیماران و خانواده‌ها، صورت گیرد. در تعیین روش پیگیری برای بیماران باید منعطف بود.
- برای کمک به بیماران در شناسایی مشکلات و ایجاد راه حل در پیگیری، تکنیک‌های حل مسئله را بگنجانید.
- از پیگیری بیمار صرف نظر نکنید.
- پیگیری می‌تواند از طریق تلفن، ایمیل، فاکس، ویزیت در منزل، ویزیت در کلینیک یا موارد دیگر باشد. در صورت امکان از افراد آموزش دیده و دارای صلاحیت فرهنگی برای پیگیری استفاده کنید.

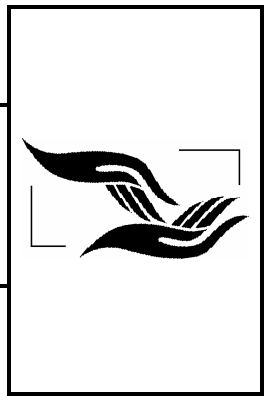
راه حل‌های وب و فناوری

استفاده خلاقانه از فن‌آوری می‌تواند به پرستاران کمک کند تا با بیماران در زمینه آموزش مؤثر و کارآمد، خودمدیریتی و پیگیری مؤثر از طریق روش‌ها / منابع تحت وب، با بیماران ارتباط برقرار کنند. پیگیری تلفنی و مشاوره / حمایت تعاملی مبتنی بر اینترنت در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به سرطان، مؤثر نشان داده شده است. بررسی اخیر سیستماتیک مداخلات CBT تحت وب نشان داد که در بهبود ناراحتی ناشی از بیماری‌های جسمی، مؤثر هستند، اگرچه شواهد در سرطان هنوز محدود است.

نتیجه‌گیری

افسردگی و اضطراب در بیماران مراقبتی تسکینی شایع است اما علائم بالینی شدید، اغلب ناشناخته

هستند و درمان نمی‌شوند که می‌تواند به رنج بیماران بیفزاید و کیفیت زندگی آنها را تضعیف نماید. غربالگری فعال برای افسردگی و اضطراب توصیه می‌شود و برای مؤثر بودن باید همراه با یک برنامه منظم باشد. درمان بهینه ممکن است شامل استفاده از داروهای روانگردان، روان درمانی و در برخی موارد روش‌های درمانی تلفیقی، باشد. آموزش به بیمار و خانواده در کمک به بیماران و خانواده‌های آنها در راستای توانمندسازی توأم با مشارکت آنها در مراقبت، ضروری است.



فصل ۲۰

دلیریوم، پریشانی و آشفتگی

نکات کلیدی

- این فصل به بررسی علائم، علل و مدیریت دلیریوم با تأکید ویژه بر مدیریت پرستاری و مداخلات خانوادگی، می‌پردازد.
- گاهی تشخیص دلیریوم دشوار است.
- دلیریوم در برخی شرایط قابل پیشگیری است و در صورت بروز؛ تنها در راستای بهبود علایم، قابل درمان است.
- دلیریوم یک مسأله مهم در مراقبت تسکینی است و به تشخیص هوشمندانه و مدیریت ماهرانه نیاز دارد.

مقدمه

دلیریوم عارضه‌ای است که به طور فزاینده در مراقبت‌های پزشکی مدرن دیده می‌شود. همانطور که موفق می شویم فرد بیمار را بیشتر زنده نگهداریم، به احتمال زیاد علائم اختلال عملکرد مغزی نظیر دلیریوم نیز بیشتر ایجاد می شود. دلیریوم با اختلال در آگاهی، شناخت وتوجه شناخته می شود. توجه؛ توانایی متمرکز شدن، تغییر یا متمرکز بودن است. الکتروانسفالوگرام (EEG) اگرچه معمولا از نظر بالینی ضروری نیست، اما تحلیل ماهیت تغییرات مغز در دلیریوم را تایید نموده و نشان می‌دهد که این مسأله با سرعت کم در حال انتشار است. شروع دلیریوم؛ حاد یا تحت حاد است و بیماران گیج و دیس اوریانته، می‌شوند. به طور معمول علائم دلیریوم درشب‌ها، شدیدتر است، زمانی که بیماران بیشتر تنها می‌مانند و محرک‌های محیطی روتین درخانه یا بیمارستان؛ کاهش می‌یابد. این الگوی تغییرات روزانه با نام "غروب آفتاب"، شناخته می‌شود. غروب آفتاب به دلیل اختلال در عملکرد مغز، رخ می دهد که البته الگویی از علائم و نه علت دلیریوم را توصیف می‌کند.

(DSM) پنج معیار دلیریوم را چنین بیان می‌نماید:

۱. کاهش توجه و آگاهی
۲. بروز علائم در مدت زمان کوتاه، شروع تغییرات از ابتدا و وجود نوسان در علائم
۳. ضعف‌های شناختی (به عنوان مثال ضعف در گرایش، حافظه، درک)
۴. با سایر اختلالات عصبی (به عنوان مثال دمانس) یا آنچه در شرایط کاهش شدید تحریک، رخ می‌دهد (مثل کما) قابل توصیف نیست.
۵. سابقه پزشکی، معاینه فیزیکی یا نتایج آزمایش نشان می‌دهدکه دلیریوم در نتیجه سایر بیماری‌های پزشکی (به عنوان مثال مسمومیت یا بیماری‌های متعدد) ایجاد شده است.

DSM همچنین طبقه بندی براساس مدت زمان و رفتار را مشخص می‌کند. دلیریوم حاد چند ساعت تا

چند روز طول می کشد؛ در حالی که دلیریوم مزمن می‌تواند هفته‌ها یا ماه‌ها ادامه داشته باشد. زیر مجموعه‌های رفتاری دلیریوم شامل هیپر اکتیو، هیپواکتیو و دلیریوم ترکیبی است. بیماران با دلیریوم هایپراکتیو معمولا آشفته می شوند. بیماران مبتلا به دلیریوم هایپواکتیو به احتمال زیاد تشخیص داده نمی شوند و درمانی هم دریافت نمی‌کنند. بیمار مبتلا به دلیریوم ممکن است دچار سیکوز و یا توهم و عقاید خیالی شود. توهم دردلیریوم؛ بیشتر قابل دیدن است. برخلاف توهمات پیچیده‌ای که گاهی در اسکیزوفرنی دیده می شود، توهمات در بیماران مبتلا به دلیریوم معمولا مبهم و ساده هستند، مانند این عقیده که کارکنان بیمارستان در تلاش هستند تا بیمار را بکشند.

همه‌گیری و پیش اگهی

میزان بروز دلیریوم از۴۰٪ تا ۸۰٪ متفاوت است. در محیط‌هایی که مراقبت‌های پیچیده‌تری مانند مراقبت‌های ویژه ارائه می‌شود نظیر واحد (ICU) و مراکز هاسپیس تا ۸۰٪ شایع‌تر است. مرگ و میر مرتبط با دلیریوم؛ ۲۰٪ است. دارمارجان وهمکاران فرضیه وجود رابطه بین دلیریوم و شرایط اکتسابی بیمارستانی مانند زمین خوردن، زخم فشاری، کمبود خواب و خفه شدن را درافزایش احتمال میزان مرگ و میر بالای این جمعیت، بیان نموده‌اند. دلیریوم مزمن یک علامت شوم است که با پیش آگهی بسیار ضعیف همراه است. دلیریوم نهایی برچسبی است که برای توصیف دلیریوم مزمن در طی فرایند مرگ استفاده می شود. عوارض مرتبط با دلیریوم شامل کاهش شناخت، طولانی شدن مدت بستری در بیمارستان، بستری مجدد، استفاده طولانی مدت از امکانات مراقبتی، کاهش کیفیت زندگی، تحمیل بار مسئولیت به مراقب، افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، می‌باشند. مدیریت و هزینه درمان دلیریوم حدود ۱۶۴ بیلیون دلار در سال است.

عدم تطابق پزشکی و سایر اختلالات رفتاری مرتبط با دلیریوم می تواند به خودی خود عوارض ایجاد کند. مشخصه‌ی ظاهری نگران‌کننده ی دلیریوم شدید، آشفتگی است. وقتی بیماران گیج، آشفته و هراسان، کاتترها را درآورده و از نظر جسمی به دیگران آسیب بزنند، داروها و روش‌های برنامه‌ریزی شده را فراموش می‌کنند، سرگردان شده و به طور کلی نیاز به نظارت پر قدرت دارند. دلیریوم به کاهش شناختی، از دست دادن استقلال و مرگ و میر، منجر می‌شود. دلیریوم در حدود ۶۰٪ مواقع به خصوص در فرم‌های خفیف‌تر یا وقتی دلیریوم از نوع هایپواکتیو است، تشخیص داده نمی‌شود. پرستاران ICU به طور مکرر تشخیص دلیریوم را از قلم می‌اندازند، به خصوص در بیماران سالمند یا کسانی که دچار دلیریوم هایپو اکتیو هستند. پرستاران عوامل خطر مرتبط با دلیریوم را (سپسیس، هایپوکسی، کم آبی، کمبود خواب) شناسایی می‌نمایند اما پیامدهای این یافته‌ها را برای تغییر وضعیت ذهنی، تشخیص نمی‌دهند. پرستاران علی‌رغم وجود دستورالعمل‌های بالینی، وجود شکاف بین دانش، نگرش و باورهای مسئله دار در مورد دلیریوم را نشان داده اند. این مطالعه نمونه‌هایی از مربی‌گری، راندهای مبتنی بر تیم و استفاده از مسیرهای مراقبت با قابلیت بهبود تشخیص پرستاری در دلیریوم را شناسایی می‌کند. بیشتر مطالعات در زمینه دلیریوم در وضعیت‌های مراقبت حاد، متمرکز شده است. مداخلات زودرس اعم از روانی و پزشکی که در مدیریت این سندروم عصبی رفتاری مؤثر است، بهبود نتایج برای بیماران و کاهش فشار روانی مراقبان را نشان داده است.

پاتوفیزیولوژی و علت شناسی

دلیریوم به عنوان پاتوفیزیولوژی ترکیبی ناشی از آسیب مستقیم مغز (به عنوان مثال هیپوکسی، آنفارکتوس، داروها) و یا پاسخ‌های طبیعی به

جدول ۲۰.۱. یادآورهای رایج برای علل دلیریوم

یاد آور "من مرگ را میبینم"		
I	عفونت	عفونت دستگاه ادراری، انسفالیت، مننژیت، چرک، پوست/ بافت نرم، پنومونی، ویروس نقص ایمنی انسانی
W	ترک	الکل، باربیتورات‌ها، بنزودیازپین‌ها، آرام بخش‌ها، داروهای غیرقانونی
A	اختلالات متابولیک حاد	عدم تعادل الکترولیت‌ها، نارسایی کبدی یا کلیوی، تغییر PH، هایپرناترمی/ هیپوناترمی، هایپرکلسیمی / هیپوکلسمی
T	تروما	آسیب به سر، هماتوم ساب دورال
C	پاتولوژی سیستم اعصاب مرکزی	سکته مغزی، خونریزی، تومور
H	هیپوکسی	کم خونی، نارسایی قلبی، آمبولی ریوی
D	کمبودها	ویتامین B12، اسید فولیک، تیامین، نیاسین
E	احتلالات غدد درون ریز	هایپو / هایپرتیروئید، هایپو / هایپرگلیسمی، هایپو / هایپرکورتیزول
A	اختلالات عروقی حاد	شوک، افت فشار خون سپتیک، واسکولیت، انسفالوپاتی فشار خون بالا
T	استفاده از مواد، دارو و سموم	الکل، بیهوشی، بنزودیازپین‌ها، آنتی‌کولینرژیک‌ها، موادمخدر، کورتیکواستروئیدها
H	فلزات سنگین	آرسنیک، سرب، جیوه
یاد آور "دلیریوم‌ها"		
D	داروها، کم آبی، سم زدایی، کمبودها، ناراحتی (درد)	
E	الکترولیت‌ها، از بین بردن ناهنجاری‌ها، محیط	
L	ریه (هیپوکسی)، کبد (نارسایی کبدی)، کمبود خواب، مدت طولانی اقامت در بخش اورژانس	
I	عفونت، حوادث ایاتروژنیک، انفارکتوس (قلبی، مغزی)	
R	محدودیت‌ها، محدودیت حرکتی / تحرک، نارسایی کلیه	
I	آسیب، اختلال ورودی حسی (عینک، سمعک، دندان مصنوعی ندارد)، مسمومیت	
U	عفونت ادراری، محیط ناآشنا / افراد	
M	ناهنجاری‌های متابولیکی (گلوکز، تیروئید، کورتیزول، وضعیت تغذیه‌ای نامناسب)، متاستاز (مغز)، داروها (بیهوشی، بنزودیازپین‌ها، آنتی کولینرژیک‌ها، داروهای مخدر، کورتیکواستروئیدها)	
S	هماتوم ساب دورال	

استرس (به عنوان مثال عفونت، بی‌نظمی متابولیک بعد از عمل) توصیف شده است. اگرچه مکانیسم دقیق دلیریوم نامشخص است، توافق کلی در زمینه این که این سندروم شامل انحراف در کولینرژیک، گاما_ آمینوبوتیریک GABA، انتقال گلوتامات، متابولیسم مغزی، سیستم فعال کننده مشبک و پاسخ التهابی وجود دارد. تحقیقات برای شناسایی نشانگرهای زیستی دلیریوم در مراحل اولیه است. هیپوکسی، عفونت، ناهنجاری‌های متابولیکی، کمبود خواب، تروما، داروها باعث و یا کمک‌کننده ایجاد دلیریوم می‌باشند. به نظر نویسندگان برای کمک به شناسایی دلایل متعدد بروز دلیریوم؛ استفاده از یادآورها؛ مفید است. یادآورهای رایج در زمینه علل دلیریوم عبارتند از "من مرگ را می‌بینم" و "دلیریوم‌ها" (جدول ۲۰.۱ را ببینید)

عفونت باعث ایجاد دلیریوم، لازم نیست شدید باشد تا مغزهای آسیب‌پذیر را تحت تأثیر قرار دهد. به

عنوان مثال، در بیماران مبتلا به دمانس، حتی یک عفونت ادراری خفیف می‌تواند باعث دلیریوم شود. علل دارویی دلیریوم شامل آنتی‌کولینرژیک‌ها (به عنوان مثال آمی‌تریپتلین یا سیکلوبنزپرین) و استفاده بی‌رویه آنتی هیستامین دیفن هیدرامین و داروهای بدون نسخه پزشک (OTC) است. با این حال بسیاری از گروه‌های دارویی دیگر مانند استروئیدها، داروهای مخدر و آرام بخش‌ها می‌توانند به ایجاد دلیریوم کمک کنند. عوامل متابولیکی و فیزیولوژیکی مانند کمبود آب بدن، هیپوناترمی و ترک الکل نیز می‌توانند منجر به ایجاد دلیریوم شوند. ترک الکل؛ هنگامی که بیماران در مورد سابقه مصرف الکل خبر ندارند وخانواده‌ها از میزان مصرف الکل بی‌اطلاع هستند، معمولا فراموش می‌شود. هنگام تفکر در مورد دلیریوم مهم است که به یاد داشته باشید که دلیریوم معمولا چند عاملی است. بین ۲ تا ۶ عامل علیت احتمالی دارد و در کمتر از ۵۰٪ موارد یک عامل واحد، قابل شناسایی است.

تشخیص‌های افتراقی

دلیریوم را براساس چندین مورد می توان از دمانس، تشخیص داد. علل دلیریوم تمایل به شروع حاد دارد تا پیشرفت مزمن، گاهی اوقات می‌تواند به طور موقت با روند بیماری یا یک تغییر دارو؛ همراه باشد. اگرچه دلیریوم و دمانس؛ اختلالات متمایزی هستند اما هر دو دارای وجه مشترک آسیب مغزی هستند. مغزی که در اثر دمانس آسیب دیده باشد بسیار بیشتر مستعد دلیریوم است. یک سناریو بالینی معمول، بیماری است با زوال عقل که راضی است و همکاری می کند، اما دچار هیپوکسی می شود در این حالت دلیریوم بر دمانس موجود، غلبه می‌کند.

دوره‌های دلیریوم مکرر ممکن است بیماری‌های مزمن مغزی مانند دمانس را که از قبل وجود داشته است حتی پس‌از رفع دلیریوم، تشدید نماید. دلیریوم (به ویژه دلیریوم هایپراکتیو) می‌تواند از برخی جهات به افسردگی شباهت داشته باشد. بیماران مبتلا به دلیریوم، در حالت گیجی خود می توانند ساکت و گوشه گیر باشند، همچنین ممکن است دچار اختلال خواب شوند زیرا چرخه خواب و بیداری در دلیریوم دچار اختلال می شود. یک ویژگی اصلی که دلیریوم را از افسردگی متمایز می کند، دیس اوریانتاسیون است. اگرچه بیماران افسرده می‌توانند به دلیل عدم انگیزه و تمرکز، عملکرد ادراکی ضعیفی داشته باشند، اما آنها دیس اوریانته و گیج نیستند. گاهی اوقات ممکن است دلیریوم به اشتباه به عنوان یک اختلال روان پریشی اولیه، تشخیص داده شود. اپیدمیولوژی در اینجا بسیار مهم است؛ مثلا در یک فرد ۸۰ ساله که هیچ بیماری روانی قبلی ندارد، روان گسیختگی، ناگهان رشد نمی کند. همچنین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی یا اختلال دو قطبی معمولا دیس اوریانته نمی شوند مگر اینکه مبتلا به دلیریوم هم باشند. اصطلاح کاتاتونیا که در طول تاریخ برای توصیف نوع فرعی اسکیزوفرنی استفاده می‌شده است، اکنون به طور گسترده‌تری تعریف شده است. ویژگی‌های کاتاتونیا در بیماران دلیریوم هم دیده می‌شود. کاتاتونیا یک سندروم روانی- حرکتی است که با بی‌حوصلگی، عدم صحبت، منفی‌گرایی و حرکات کلیشه‌ای، همراه است. کاتاتونیا می تواند با اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی یا افسردگی همراه باشد، اما همچنین می تواند در انواع اختلالات متابولیکی که باعث دلیریوم می شود نیز رخ دهد. در واقع این دو اختلال می توانند همپوشانی داشته باشند. از آنجا که کاتاتونیا نسبتا به درمان‌هایی مانند لورازپام پاسخ می‌دهد مهم است که به دنبال ویژگی‌های کاتاتونیک در بیماران مبتلا به دلیریوم؛ باشید. مقیاس رتبه‌بندی بوش- فرانسیس کاتاتونیا، براساس معیارهای تشخیصی DSM_5, یک ابزار مفید برای غربالگری بالینی کاتاتونیا است.

ارزیابی

دلیریوم در ابتدا معمولا به صورت‌های مختلف نظیر عملکرد اشتباه، آشفتگی، یا بروز سایر رفتارهای نگران‌کننده، خود را بروز می‌دهد. از آنجا که علائم دلیریوم ممکن است کم و زیاد شود، تشخیص آن گاهی اوقات نیاز به ارزیابی مداوم دارد. ممکن است بیمار بیکار، انتزاعی و یا از نظر عاطفی بی‌ثبات، ظاهر شود. استفاده منظم از ابزارهای غربالگری دلیریوم، شناسایی اولیه این سندروم در محیط‌های مراقبت پیچیده مانند ICU، سالمندان، انکولوژی و هاسپیس را بهبود می‌بخشد. برخی از ابزارها مانند Confusion Assessment Method (SAM) برای معیارهای تشخیصی دلیریوم هستند درحالیکه دیگر ابزارها مانند Memorial Delirium Assessment Scale شدت علائم را ارزیابی می کنند. جدول ۲۰.۲ نمونه‌ای از ابزارهای غربالگری استاندارد جهت کاربرد در حوزه‌های مختلف رانشان می‌دهد.

پزشکان در صورت مشکوک بودن به دلیریوم؛ باید ارزیابی بالینی را به طور کامل انجام دهند. ارزیابی پزشکان بدون رویکرد رسمی، خطر سوء استفاده (به عنوان مثال به اشتباه تصور می کنیم بیمار خسته و بی‌انگیزه یا غیر اجتماعی است) یا تشخیص اشتباه (نتیجه می‌گیریم بیمار افسرده است یا اختلال شخصیت دارد) را دارد. یک ارزیابی بالینی باید شامل یک آزمون وضعیت شناختی، بررسی سوابق پزشکی و سوابق بالینی، باشد. یک ارزیابی وضعیت شناختی جامع شامل استفاده از ابزار غربالگری شناختی مانند آزمون حالت ذهنی کوچک (MMSE) مونترآل ارزیابی شناختی (MoCA) یا Min-Cog است. جدول ۲۰.۲ ابزارهای معمول غربالگری و ویژگی‌های آن‌ها را فهرست‌بندی می کند. آموزش آنلاین برای بسیاری از این ابزارها موجود است. ابزارهای غربالگری شناختی عملکرد شناختی را به طور مرتب ارزیابی می کنند اما توان تفکیکی دقیق بین دلیریوم و دمانس را ندارد. سوالات مورد نیاز برای بررسی دلیریوم، می‌تواند برای بیماران و خانواده‌شان، آزاردهنده باشد اما برای تشخیص دقیق لازم هستند. پس از تشخیص، سوالات باید محدود به موارد لازم برای ارزیابی دوره‌ای باشد.

بررسی پرونده پزشکی باید شامل یک بررسی از علائم حیاتی، مقادیر آزمایشگاهی (نگاه کنید به جدول ۲۰.۳)، نتایج تصویر برداری و داروها برای شناسایی علل احتمالی دلیریوم بوده و در صورت لزوم ارزیابی‌های اضافی انجام شود. تاریخچه جانبی باید برای روشن شدن وضعیت پایه شناختی بیمار و مصرف مواد گرفته شود. دوره زمانی تغییر وضعیت شناختی اخیر نیز باید در نظر گرفته شوند. زمان شروع دلیریوم معمولا حاد یا تحت حاد است و درک دوره زمانی در شناسایی علل احتمالی و تشخیص دلیریوم از دمانس، کمک‌کننده است.

ارزیابی بیماران مبتلا به دلیریوم ممکن است هنگامی که بیماران تمایلی به همکاری جهت مصاحبه و تمرین ندارند، چالش برانگیز باشد. از آنجا که بیماران مبتلا به دلیریوم، غمگین، گوشه‌گیر یا بی‌تمایل به همکاری هستند، این تظاهرات می‌توانند سردرگمی اساسی را پنهان کنند. بیماران ممکن است توجیه عقلانی پذیرفتنی برای رفتارشان و عدم توانایی‌شان در درک اطلاعات، ارائه دهند. جملاتی مانند «هیچ کس به من نگفت که در رختخواب بمانم "،"من قرص را برای بعد ذخیره می‌کردم "،"من هیچ وقت تاریخ را نمی‌دانم "،"من سوالات احمقانه را پاسخ نمی‌دهم " یا "پرستار همه چیز را درست توضیح نداد» نباید به صورت ظاهری پذیرفته شوند. مددجو با این پاسخ‌های دفاعی ممکن است ناخودآگاه تلاش کند زمانی که گیج می شود، منطقی به نظر برسد. بیماران ممکن مهارت‌های اجتماعی‌شان را علی‌رغم نقص در عملکرد شناختی، حفظ کنند. چنین بیمارانی ممکن است به سوالات متداول مانند "چه احساسی داری؟" به درستی پاسخ دهند. با این حال در مورد یک سوال خاص

جدول ۲۰.۲. ابزارهای ارزیابی متداول برای شناسایی اختلالات شناختی و دلیریوم

تست	اطلاعات	زمان انجام
ارزیابی وجود دلیریوم		
Confusion Assessment Method (various types)	نسخه‌های مختلف از ۲ تا ۹ مورد، توصیه شده در دستورالعمل‌های عملکرد بالینی برای درد، تحریک و دلیریوم (CAM – ICU - ۲۰۱۳) توصیه شده در رهنمودهای طب اورژانس سالمندان (CAM - مختصر ۲۰۱۳) نیاز به آموزش از طریق دستی دارد. ارزیاب: پزشکان	۲-۵ دقیقه
Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)	توصیه شده در راهنمای عملکرد بالینی برای درد، تحریک و دلیریوم. ارزیاب: پزشکان	۱۰ دقیقه
NEECHAM Confusion Scale	هنگام ارائه مراقبت معمول از بیماران سالمند، رفتار یک بیمار را ارزیابی کنید. پردازش شناختی، رفتار و عملکردهای فیزیولوژیکی را ارزیابی کنید. ارزیاب: پرستاران	۱۰ دقیقه
Nursing Delirium Screening Scale	ابزاری پنج گویه‌ای که برای غربالگری دلیریوم در طول مراقبت‌های بالینی معمول، طراحی شده است ارزیاب: پرستاران	۱ دقیقه
ارزیابی شدت دلیریوم		
Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)	ابزاری ده گویه‌ای که شدت دلیریوم را اندازه‌گیری می‌کند. ارزیاب: پزشکان	۱۰-۱۵ دقیقه
Delirium Symptom Severity Scale	شدت دلیریوم را اندازه‌گیری می‌کند. ارزیاب: پزشکان	۱۰ دقیقه
Delirium Rating Scale	ابزاری ده گویه‌ای که علائم را در طی ۲۴ ساعت ارزیابی می‌کند. نیاز به آموزش دارد. ارزیاب: پزشکان	۵ دقیقه
تست‌های عملکرد شناختی		
Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	حوزه‌های مختلف شناختی را برای غربالگری سریع اختلال عملکرد خفیف ارزیابی می‌کند. ۳۰ امتیاز با نمره برش ۲۶ ارزیاب: پزشکان	۱۰-۱۵ دقیقه
Mini-Mental State Exam (MMSE)	اندازه‌گیری اختلال شناختی که چندین حوزه شناختی را بررسی می‌کند. ارزیاب: پزشکان	۱۰-۱۵ دقیقه
Mini-Cog	اندازه‌گیری مختصر اختلال شناختی در بزرگ‌سالان مسن برای استفاده در محیط مراقبت‌های اولیه. ارزیاب: پزشکان	۳ دقیقه

نیازمند بصیرت و حل مسئله، به مشکل بربخورند. به طور خلاصه وقتی افسردگی، کناره گیری اجتماعی یا عدم همکاری در علائم بروز یافته غالب است، به احتمال زیاد دلیریوم نادیده گرفته می شود. دلیریوم همچنین ممکن است در هنگام حفظ مهارت های اجتماعی نیز نادیده گرفته شود. هر کدام از این سناریوها یک ارزیابی بالینی جامع و اساسی دلیریوم را نشان می دهد. شکل ۲۰.۱، درخت تصمیم برای راهنمایی ارزیابی پزشکی دلیریوم را ارائه می‌دهد.

مدیریت

یک جنبه مهم مراقبت‌های پرستاری تسکینی؛ پیشگیری، درمان و مدیریت دلیریوم است. مثل همیشه در مراقبت‌های تسکینی اثر بالقوه هر مداخله باید در مقابل با درمان سنجیده شود. طبق بیانات Alici, Bates و Breitbart اهداف یک درمان ایده‌آل در شرایط مراقبت تسکینی شامل بیماری است که

جدول ۲۰.۳. مقادیر آزمایشگاهی هنگام ارزیابی دلیریوم

چرا مهم هست؟	آزمایش
رد عفونت و کم خونی	شمارش کامل خونی (CBC)
رد کم آبی، هیپو/هیپرناترمی، هیپو/هیپرکلسمی، سایر اختلالات متابولیک	پروفایل متابولیک
نارسایی و آنسفالوپاتی کبدی	عملکرد کبدی
سمیت داروهای غیرقانونی یا تجویزی	سمیت اداری/خونی
عفونت مجاری ادراری	آنالیز ادرار
کم کاری/ پرکاری تیروئید	مطالعه عملکرد تیروئید
سیفلیس	VDRL/RPR
کمبود ویتامین‌ها	فولات، تیامین، ویتامین ب ۱۲
هیپوکسی، هیپرکاپنه، ناهنجاری‌های اسید و باز در خون	گازهای خونی، پالس اکسی متری

بیدار و هوشیار، آرام، راحت، بدون درد است، از نظر توانایی شناختی بی عیب است، سایکوتیک نیست و ارتباط منسجمی با خانواده و کارکنان دارد. این معیارها راهنمای خوبی برای تصمیم‌گیری جهت مداخله در موارد دلیریومی است. یک فرد جوان با عملکرد مناسب پایه که ممکن است در طول شیمی درمانی دارای پیش آگهی ضعیف برای لنفوم باشد، انتظار می رود که به طور کامل از بخشی از دلیریوم، بهبود یابد. در مقابل یک بیمار سالمند با همان پیش آگهی ضعیف لنفوم و بیماری‌های متعدد ممکن است حتی از بخشی از بیماری دلیریوم، بهبود پیدا نکند.

به جای به کارگیری قوانین سخت و سریع، از تیم های درمانی خواسته می شود تأثیر مداخلات پزشکی را پس از ارزیابی شرایط کلی بیمار و شرایط قبلی بیمار، بررسی کنند. متخصصین بهداشتی درمانی باید به بیمار و خانواده وی جهت ترکیب داده ها کمک کنند تا درک صحیحی از «تصویر بزرگ» وضعیت بیمار به دست آید. یک علامت یا نتیجه آزمایشگاهی ممکن است باعث گمراهی از درک دقیق کلیات بالینی سناریو شود. به عنوان مثال ممکن است بتوان در بیمار وابسته به تزریق، هموگلوبین را جایگزین کرد اما از نارسایی چند ارگان جلوگیری نمی‌کند بنابراین در این حالت جایگزینی هموگلوبین بر "تصویر بزرگ" تأثیری نمی‌گذارد.

درک صحیح از وضعیت سلامتی بیمار یک بخش نیازمند اهداف مراقبتی است اما مراقبت‌های بهداشتی متخصصین سلامت، نباید منتظر بحث هایی نظیر ارتباط روشن بین مسائل پیچیده سلامتی بیمار در رابطه با منافع درمان و پیش آگهی آن، باشد. مداخلاتی که بدون بار اضافی بر بیمار قابل دستیابی باشند و برای مدت زمان معناداری پایدار باشند، سودمند هستند. اصلاح دلایل پیشین دلیریوم ممکن است به طور کامل یا جزئی، بسیاری از انواع آن را برطرف کند و زمانی که از نظر بالینی و اخلاقی امکان‌پذیر باشد، استراتژی ترجیحی باقی می‌ماند.

متخصصین سلامتی باید از کمک‌های خانواده در زمینه مراقبت از بیماران دلیریوم استفاده کنند. در شناخت ماهیت پیچیده خانواده مدرن و بسیاری از اقدامات مراقبت، نویسندگان از اصطلاحات "خانواده" و "مراقبان" به صورت قابل تعویض، استفاده می‌کنند. اعضای خانواده ممکن است بیمار را از راه‌هایی درک کنند که متخصصین مراقبت‌های سلامتی نتوانند آن اطلاعات را بدست آورند. خانواده را متخصص در عملکرد پیشامد بیمار می دانند. مراقب ممکن است وقتی مطمئن نیست، احساس تردید کند که چه کاری انجام دهد اما مشارکت خانواده، باعث ایجاد تداوم در روابط بین بیمار و مراقب می‌شود، احساس درماندگی را کاهش داده و برخی از بارهای مسئولیت کارکنان را رفع می‌نماید. مراقبان اگر منطق قانون مراقبت را درک کنند بیشتر مایل به کمک هستند. نقش مراقبتی ممکن است از نظر احساسی ناخوشایند بوده و نیاز به یادگیری‌های جدید داشته باشد. نکته قابل توجه این است که مراقبت ممکن است وجود تنش قبلی در درون خانواده را تشدید کند. به عنوان مثال یک کودک بالغ ممکن است در نقش مراقبت از پدر یا مادری که دوستشان ندارد یا سابقه آسیب‌زایی به او را داشته است، باشد. گاهی اوقات اقوام خارج از شهر مدت‌ها پس از آنکه مراقبان محلی؛ ترجیحات خود را به اقدامات تسکینی تغییر داده‌اند، مداخلات بیشتر را درخواست می‌کنند. متخصصین سلامتی باید تنش‌های خانوادگی را جهت شناسایی ماهیت تلاش و مربی‌گری اعضای خانواده به عنوان بخشی از مراقبت‌های جامع معمول، پیش‌بینی نمایند.

مطالعه موردی زیر ملاحظات متعدد را در مراقبت از بیمار مبتلا به دلیریوم، نشان می‌دهد. برخی از این ملاحظات قبلاً در بخش ارزیابی این فصل توصیف شده‌اند. جنبه‌های دیگر دلیریوم مانند درمان‌های دارویی و غیردارویی و مسائل خانوادگی در بخش‌های بعدی این فصل مورد بحث قرار خواهند گرفت.

مطالعه موردی: بیمار مبتلا به دلیریوم

CM خانم سالمند ۸۶ ساله با دمانس متوسط، اضطراب و سابقه افسردگی قبلی بود. درد قفسه سینه و گیجی داشت و در بیمارستان بستری شد و مشخص شد که دچار دومین آنفارکتوس میوکارد خود شده است. آشفته بود. انجام تست‌های تکمیلی نورولوژیکی، سکته‌های آمبولیک را نشان داد اما به اندازه کافی دلیریوم او را توضیح نمی داد. مقادیر آزمایشگاهی در محدوده نرمال بودند. به دلیل آشفتگی او، دیازپام تجویز شد. در ادامه دیازپام با دوز سرپایی ۵ میلی گرم دو بار در روز به صورت خوراکی به دلیل نگرانی در مورد ترک بنزودیازپین، از سر گرفته شد اما آشفتگی وی بهتر نشد.

آخر شب وضعیت "کد" با همسر سالخورده بیمار مورد بحث قرار گرفت. او درخواست اجرای کامل کد کرد. پس از گفتگو با کارکنان پرستاری مشخص شد که همسر وی اگرچه فردی تحصیل کرده بود اما مفهوم کد را درک نکرده بود. او گفت من نمی خواهم درمان او به تأخیر افتد و رنج ببرد. اگر قلب او بایستد من می‌خواهم که کد "کامل" اجرا شود. توضیح معنای کد کامل منجر به تغییر وضعیت کد به (DNR)[1]" نمی‌خواهم احیاء شوم" شد. اگرچه او DNR بود اما شوهرش نمی خواست او "از گرسنگی بمیرد" بنابراین یک لوله تغذیه‌ای، قرار داده شد.

در ابتدا CM وقتی با اعضای خانواده صحبت می‌کرد فواصل شفافی داشت. CM همیشه شخصیت دشواری داشت. یکی از فرزندانش اظهار داشت که در حالت فواصل شفاف "او بهتر از همیشه" بوده است. دلیریوم او مداوم شد و همانطور که رو به زوال بود،

1. Do Not Resuscitate

جدول ۲۰.۴. داروهای رایج مورد استفاده در مدیریت دارویی دلیریوم

محدوده دوز / روش تجویز	نام تجاری/ ژنریک	نوع دارو	نقش دارو
0.5–5mg,2–3 times daily, PO/IM/IV	هالوپریدول/هالدول	آنتی سایکوتیک	تحریک/ سایکوزیس
25–150mg daily PO	کوتیاپین/سروکول		
0.25–2mg daily PO	ریسپریدون/ریسپردال	بنزودیازپین	
1–2 mg,3–4 times daily PO/IV	لورازپام/آتیوان		
1–2 mg,3–4 times daily PO/IV	زولپیدم/آمبیین	بنزودیازپین	ترک الکل/آرام بخش
5–10 mg at bedtime PO	زولپیدم/آمبیین	هیپنوتیک	اختلال خواب- بیداری
3–6 mg at bedtime PO	ملاتونین	هورمون	
25–150 mg daily PO	کوتیاپین/سروکول	آنتی سایکوتیک/ تثبیت‌کننده خلق	تنظیم خلق
5–10mg daily PO	اس سیتالوپرام/ لکساپرو	ضد افسردگی	

آشفته‌تر می شد، با حالت تهاجمی به کارکنان لگد می‌زد و نیازمند محدودیت‌های لازم شد. همسرش نگران پرخاشگری او بود زیرا از شوهرش به خاطر آوردن او به بیمارستان، عصبانی بود. همسر وی بعد از ملاقات با پرستار CM با توصیف دلیریوم و علائم آن توسط پرستار، به نظر می‌رسید رفتار تهاجمی همسرش را درک کرده و تلاشی معنادار برای برقراری ارتباط نمود. طرح مراقبتی جهت راحتی همسرش را پذیرفت و اصرار جهت تغذیه لوله‌ای را متوقف کرد.

برای CM داروی کویتاپین با دوز ۲۵ میلی گرم خوراکی شروع شد، هنگام خواب آرام شد و تسکین ملایم گرفت. آن موقع بود که وضعیت وی جهت ترخیص و مراقبت در منزل، به اندازه کافی پایدار شد. او در آنجا درحالت آرامش در کنار تخت همسرش درگذشت. همسر او متأسف بود که هیچ راه حلی در بستر مرگ برای مشکلات مادام العمر آنها وجود نداشته است و خود را به خاطر ناراحتی مزمن CM سرزنش می‌کرد. کارکنان به او اطمینان دادند و وی متوجه شد که صلح با او باید از درون خودش نشات بگیرد.

مدیریت دارویی

هیچ درمان دارویی برای خود دلیریوم وجود ندارد. داروها می‌توانند برای مدیریت علائمی که پریشانی یا تداخل در مراقبت ایجاد می‌کنند، مفید باشند. (جدول ۲۰.۴) داروهایی که می‌توانند باعث ایجاد دلیریوم شوند مانند داروهای آنتی کولینرژیک، استروئیدها و یا کانابینوییدها، بایستی از مصرف آن‌ها اجتناب شود و یا با احتیاط بیشتری در بیماران مبتلا به دلیریوم، مصرف شوند.

زمانی که تحریک، پرخاشگری و پارانوئیا در دلیریوم اتفاق می‌افتد، این علائم می‌توانند به طور مؤثر با داروهای آنتی سایکوتیک، درمان شوند. داروهایی که معمولاً مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل کوتیاپین، ریسپریدون و هالوپریدول، می‌باشند. داروهای آنتی‌سایکوتیک برای درمان تحریک، پرخاشگری و پارانوئیا، مؤثر هستند. برای بسیاری از پزشکان، داروی کوتیاپین اولین انتخاب است زیرا با احتمال کمتری باعث ایجاد عوارض اکستراپیرامیدال نظیر ترومور و سفتی عضلات می‌شود. در عارضه اکستراپیرامیدال، علامت آکاتزیا می‌تواند باعث بیش

فعالی حرکتی شود، میل به حرکتی که شبیه بی‌قراری است. کوتیاپین همچنین مزیت بالقوه آرامبخش بودن را دارد. ریسپریدون مسدودکننده دوپامین قوی‌تری نسبت به کوتیاپین است و خطر بیشتری برای بروز عوارض جانبی اکستراپیرامیدال دارد. هالوپریدول داروی آنتی‌سایکوتیک قدیمی و با قدرت بالا؛ به راحتی از راه خوراکی یا عضلانی و در بعضی از موارد به صورت داخل وریدی، می‌تواند تجویز شود. هالوپریدول یک درمان استاندارد برای اضطراب حاد است.

بنزودیازپین ها مانند لورازپام می توانند اضطراب را کاهش دهند اما باید با احتیاط استفاده شوند زیرا می توانند باعث دلیریوم شوند. بنزودیازپین‌ها بر روی سیستم انتقال‌دهنده عصبی GABA عمل می کنند و به طور گسترده در لوب‌های پیشانی توزیع می‌شوند بنابراین بنزودیازپین ها می توانند تقریبا به همان روش که الکل باعث مهار رفتار می‌شود، عمل کنند و باید با دقت در بیماران دلیریومی، استفاده شوند. بنزودیازپین؛ میدازولام، داروی کوتاه اثر با قدرت بالا، گاهی اوقات برای آرام‌سازی کامل بیماران بی‌قرار در بخش ICU استفاده می‌شود. بنزودیازپین‌ها همچنین می‌توانند به کاهش اضطراب، تنظیم چرخه خواب و بیداری و مدیریت علائم مربوط به الکل و دوری افسردگی سیستم عصبی مرکزی، کمک کنند.

بنزودیازپین ها به خصوص لورازپام همچنین در درمان کاتاتونیا بسیار مؤثر هستند. بنزودیازپین‌ها همراه با هالوپریدول می‌توانند از درمان اضطراب با هالوپریدول به تنهایی، مؤثرتر باشند. بیماران دلیریوم که علائم عاطفی نظیر گریه‌کردن در آن‌ها برجسته است، به طور مؤثر با داروهای ضد افسردگی به ویژه مهارکننده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین SSRI درمان می‌شوند. در مراقبت های پایان زندگی گاها دوزهای بالایی از داروهای ضد درد نیاز هستند که می‌توانند باعث خواب آلودگی و آرامش بیش از حد، شوند. محرک هایی مانند متیل فنیدیت می توانند در مدیریت آرامش بیش از حد، مؤثر باشند. اگرچه شواهد کافی برای توصیه محرک‌های روانی به عنوان درمان استاندارد دلیریوم هایپواکتیو، وجود ندارد.

برخی از محققان بررسی کردند که آیا استفاده پیشگیری کننده از داروهای آنتی‌سایکوتیک، آگونیست آلفا ۲ و ملاتونین، ممکن است از بروز دلیریوم جلوگیری کنند یا نه. نتایج بخش مراقبت‌های ویژه و مراقبت‌های حاد ترکیب شده است و نیاز به انجام مطالعات بیشتر را آشکار می‌سازند. تحقیقات اولیه نشان می دهد که آگونیست آلفا ۲ دگزمدتومیدین می‌تواند در درمان و پیشگیری از دلیریوم، مؤثر باشد. استفاده از دگزمدتومیدین ممکن است دلیریوم پس از عمل را به میزان ۵۰ درصد کاهش دهد. با این حال هزینه بالای داروی دگزمدتومیدین، استفاده گسترده از آن را محدود کرده است.

مدیریت غیر دارویی

طیف گسترده‌ای از مداخلات غیردارویی ممکن است از دلیریوم جلوگیری نموده یا شدت و مدت زمان آن را محدود کنند. مداخلاتی که عملکرد کلی را بهبود می‌بخشند و مانع ایجاد یا کاهش شدت دلیریوم می شوند شامل جلوگیری از کم آبی بدن، بهینه سازی تغذیه، حفظ چرخه‌های خواب و بیداری، به حداکثر رساندن تحرک، پیشگیری یا درمان درد، محدود کردن داروهای تحریک‌کننده‌ی دلیریوم و پیشگیری یا درمان کردن عفونت، ناهنجاری های الکترولیت و هایپوکسی، می‌تواند باعث کاهش شروع و شدت دلیریوم، شود. به حداقل رساندن زمان حمایت تهویه‌ای از طریق چالش‌های مکرر وینینگ، باعث کاهش بروز و طول مدت هذیان می‌شود. در نهایت، مداخلات محیطی که ادراک حسی و ارتباطات را تسهیل می کنند، مفید بوده‌اند. استفاده از نشانه های محیطی برای حفظ اوریانتاسیون، استفاده از وسایل کمکی برای غلبه بر اختلال حسی (مانند عینک، سمعک) و مشارکت

خانواده در مراقبت از بیمار، نمونه‌هایی از مداخلات محیطی هستند. شواهدی در مورد اثربخشی این مداخلات در بخش‌های ICU، مراقبت حاد داخلی/ جراحی، مراقبت‌های تسکینی و هاسپیس در راستای کاهش فراوانی و مدت زمان دلیریوم، نشان داده شده است. مداخلات برای جلوگیری از دلیریوم، همچنین منجر به مزایای دیگری از جمله محدود کردن کاهش عملکرد شناختی در بیماران مبتلا به اختلال شناختی قبلی، کاهش میزان سقوط و کاهش مصرف داروهای خواب‌آور شده است. شکل ۲۰.۱ درخت تصمیم گیری را برای کمک به راهنمایی روند پزشکی هذیان ارائه می‌دهد.

مدیریت

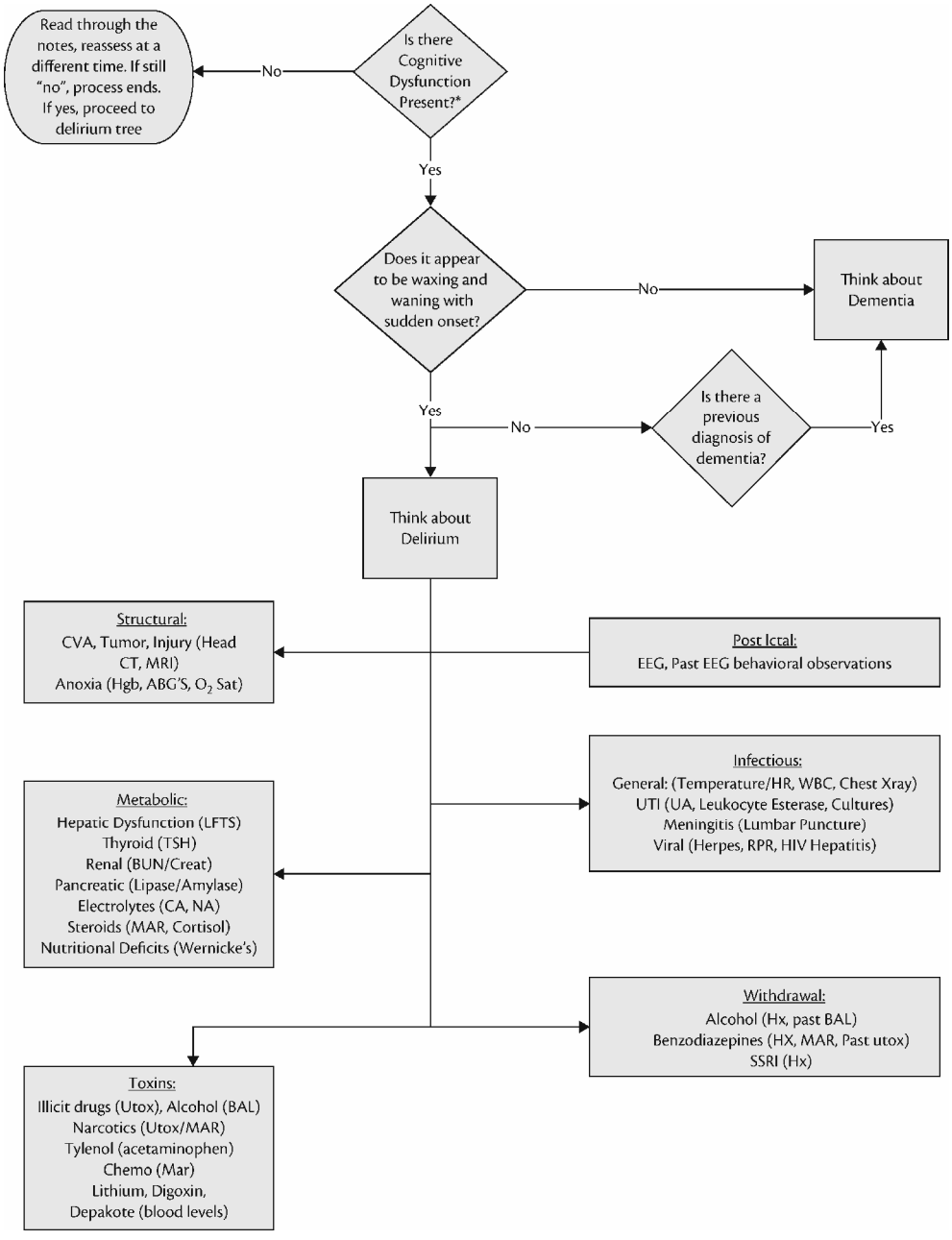
از آنجا که دلیریوم یک اختلال جهانی و متغیر است، مراقبت‌های پرستاری شامل پیش‌بینی مشکلات نه فقط پاسخ دادن به وضعیت عملکرد لحظه‌ای بیمار، است. ایجاد و حفظ یک اتحاد درمانی با بیمار در مرکز تمام مداخلات قرار دارد. پزشکانی که رابطه درمانی با بیمار و مراقبان آنها ایجاد می کنند با موفقیت بیشتری ناراحتی بیمار را نسبت به کسانی که صرفا روی اصلاح بیمار یا اعمال سفت و سخت مداخلات، تمرکز دارند؛ کاهش می‌دهند.

بیماران مبتلا به دلیریوم؛ ممکن است مشکل ساز یا از نظر اجتماعی نامناسب به نظر آیند که منجر به ایجاد احساس خشم یا خجالت در مراقبان می‌شود. مراقبان باید درک کنند که کمک به خویشاوند مبتلا به دلیریوم آنها نشان دهنده تایید رفتارهای فعلی یا گذشته‌شان نیست. اگر چه رفتار یک بیمار دلیریومی؛ احساس ناخوشایند را در مراقبین ایجاد می کند اما این بیماران به ندرت می توانند رفتار خود را کنترل نماید. علاوه بر این، مراقبان باید تشویق شوند تا با ارزیابی واقع بینانه نیازهای خود و پذیرش کمک از دیگران، به جای احساس گناه در مورد محدودیت‌های خود، از خود مراقبت کنند.

ایمنی

تیم مراقبت های بهداشتی و خانواده باید مسئولیت نهایی ایمنی بیمار را برعهده بگیرند. با اختلال در شناخت، بیماران اغلب بدون انگیزه عمل نموده یا تصمیمات نادرستی می گیرند. بیماران ممکن است توضیحات مربوط به مراقبت از خود به ویژه محدودیت در استقلال خود را درک نکنند یا باور نکنند یا به یاد نیاورند. مشکلات در خوردن غذا و بهداشت شخصی، تلاش برای جداکردن اتصالات، غفلت از محدودیت‌های حرکتی یا تلاش برای ترک؛ بر خلاف توصیه های پزشکی را باید انتظار داشت. اطمینان حاصل کنید که اتصالات در جای خود قرار دارند و طوری پوشش دهید که حواس بیماران پرت نشود. بعد از جابجایی، کانال اکسیژن را در صورت نیاز در جای خود قرار دهید و مصرف مواد مغذی کافی را ارزیابی و از مقدار مناسب و کافی آن‌ها، اطمینان حاصل کنید.

همانطور که در دستورالعمل‌های "انتخاب عاقلانه" توسط انجمن طب سالمندان آمریکا در آوریل ۲۰۱۵ منتشر شده است، باید از محدودیت‌های فیزیکی اجتناب شود. محدودیت‌ها می‌توانند آشفتگی را افزایش دهند، باعث آسیب فیزیکی و تشدید ناراحتی روانی شوند. با این حال در موارد محدودی ممکن است محدودیت لازم باشد. هر سیستم مراقبت بهداشتی باید دستورالعمل های مربوط به استفاده ایمن و مناسب از محدودیت‌ها را با درک این که معمولاً گزینه‌های ترجیحی از جمله نظارت مرتب و مراقبت ارائه شده توسط خانواده یا پرسنل آموزش دیده، وجود دارد، تهیه و بدان پایبند باشد. اطمینان از ایمنی شامل جلوگیری از دسترسی به سلاح به ویژه اسلحه گرم نیز است، دسترسی به سلاح گرم می‌تواند برای متخصصان مراقبت های بهداشتی و مراقبان، ناخوشایند باشد. بیماران مبتلا به دلیریوم، همیشه مضطرب نمی‌شوند اما رفتار غیرقابل پیش‌بینی آنها آمادگی برای سناریوهای شدید را محتمل می‌سازد. به عنوان مثال



شکل ۲۰.۱. درخت تصمیم‌گیری دلیریوم

بیماران مبتلا به دلیریوم حین رفتن به ویزیت پزشکی؛ تمایل به فرار از اتومبیل‌های در حال حرکت دارند.

ارائه توضیحات ساده به بیمار درست قبل از سفر و درخواست از یکی از اعضای خانواده یا دوستان برای همراهی مراقب؛ می‌تواند به اطمینان از ایمنی کمک نموده و بار مراقب را محدود کند. اگر از قبل با بیمار کار می‌کنند می‌توانند از راهنمایی‌های متخصصین مراقبت در منزل، استفاده کنند.

ارتباطات

با مشکل در رسیدگی و پردازش اطلاعات، حتی دستورالعمل‌ها و توضیحات ساده ممکن است بیمار را دچار گیجی، ناامیدی یا دستپاچه کند. بیماران دلیریومی ممکن است علی رغم آسیب‌های شناختی، طوری رفتار کنند که گویی در نقش‌های سنتی خود (مثلاً والدین، اجرایی) هستند. بیماران ممکن است بر درخواست‌های غیر منطقی یا غیر واقعی‌شان، پافشاری کنند. خانواده‌هایی که ماهیت دلیریوم را درک می‌کنند، درک خواهند کرد که چگونه به نفع بیمار عمل کنند، حتی اگر این موضوع باعث ناراحتی بیمار شود. خانواده‌ها به جای احساس گناه به خاطر امتناع عزیزشان، می‌توانند از انجام کارهای مناسب در زمان نیاز برای عزیزان‌شان احساس خوبی داشته باشند.

درک هدف از ارتباطاتان با بیمار بسیار مهم است. برای اهداف ارزیابی، ممکن است برخی سوالات چالش برانگیز ضروری باشد، در غیر این صورت، مداخلات درمانی باید آرامش بخش و اطمینان بخش باشد. تعاملات دلپذیر و حمایت‌کننده را حفظ کنید .به مکالمه اجباری نکنید. مراقبان و متخصصین مراقبت های بهداشتی باید از بحث و جدل با بیماران، چه در مورد حقایق و چه در مورد عقاید، اجتناب کنند. حقایق را یک بار به صورت غیر انتقادی و ملایم بیان کنید.

اگر بیمار سؤالات را تحمل کند، می‌توان سؤالات ساده و ملموسی پرسید. منطقی است که بپرسیم "آیا درد داری؟ "می‌توانم شما را حمام کنم؟" احتمالاً این سؤال که"پزشکان در جلسه دیروز خانواده چه گفتند؟ " یا اینکه"سدیم شما کم است و ما نمی‌دانیم که آیا یکی از داروهای خود را قطع کنیم یا مایعات خود را محدود کنیم "مفید نیستند. هنگامی که به دنبال همکاری با بیمار هستید، به رابطه درمانی ایجاد شده و رفتار مهربانانه و غیرتهدیدکننده تکیه کنید."اکنون زمان MRI شما فرا رسیده است "، به احتمال زیاد به پاسخ مثبت منجر می‌شود تا اینکه توضیح پیچیده‌ای برای آزمایشش بدهید. برخی از بیماران در حضور اعضای خانواده؛ همکاری بیشتری دارند. اگر چنین است، روی خانواده کار کنید تا ملاقات‌ها را با مراقبت‌های ضروری پرستاری و پزشکی، همگام و هماهنگ کنید.

آموزش نحوه تعامل با بیمار به مراقبان، با مشاهده سبک ارتباطی واقعی مراقب، می‌تواند به مدیریت بیمار کمک کند. تقویت رفتارهای مراقب، مدیریت موفق دلیریوم را تسهیل می‌کند. متخصصین مراقبت‌های بهداشتی باید با محدود کردن اصلاحات، دستورالعمل‌ها را تا حد امکان به صورت مثبت بیان کنند. هدف این است که خانواده با بیمار در ارتباط نزدیک بماند. از تلاش‌های مفید، خواه بیمار آن‌طور که انتظار داریم پاسخ دهد یا نه حمایت کنید.

اوریانتاسیون

بیماران ممکن است در سطح اوریانتاسیون خود نوسان داشته باشند، ممکن است در مورد زمان روز گیج شده باشند (به عنوان مثال فکر کنند که وقتی روز است، نیمه شب است) تاریخ (به عنوان مثال فکر کنند آوریل است درحالی‌که در واقع اکتبر است) یا سال (به عنوان مثال فکر می‌کنند سال ۱۹۱۸ است نه ۲۰۱۸) آنها ممکن است نسبت به مکان خود آگاه نباشند (به عنوان مثال فکر کنند که به جای بیمارستان، خانه هستند یا اینکه آنها را به جای یک مرکز مراقبت های سلامتی،

به زندان منتقل کرده‌اند). معمولا بیماران می‌دانند چه کسی هستند، اما ممکن است برخی از جنبه‌های وضعیت خود را انکار کنند به عنوان مثال "من بیمار نیستم". گاهی اوقات شامل عدم شناخت افرادی که با آنها آشنا هستند نیز است. تغییر جهت ملایم (به عنوان مثال "چه روز پاییزی زیبایی است. من می‌توانم برگ‌های در حال تغییر را از پنجره بیمارستان ببینم") به هر تلاشی برای جهت‌گیری که بیمار را ناراحت می‌کند ترجیح داده می‌شود. از نشانه‌های محیطی واضح نظیر نور (در صورت امکان، نور طبیعی) در طول روز، اتاق تاریک در شب، ساعت و تقویم قابل مشاهده، تاریخ و نام پرستار روی تابلو در اتاق، استفاده کنید.

از تحت فشار قرار دادن بیماران با اصلاح مکرر آنها یا بررسی بیش از حد اوریانتاسیون، خودداری کنید. به مراقبان توضیح دهید که چگونه اوریانتاسیون بر احساس بی‌نظمی غلبه نموده و به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند دنیا را درک کنند و کمتر احساس در خود رفتن داشته باشند.

اختلالات خواب- بیداری

اختلالات خواب و بیداری در دلیریوم ممکن است دشوار باشد. خود دلیریوم، عدم تحریک در طول روز، محیط پر سر و صدا در شب و خوابیدن در رختخواب ممکن است توانایی به خواب رفتن، در خواب ماندن، بازگشت به خواب پس از بیدار شدن در طول شب را مختل کند. بیماران ممکن است نیمه شب از خواب بیدار شوند و کارهای ناامن و بدون نظارت (مانند آشپزی، نظافت خانه، سرگرمی‌ها) را انجام داده، در بیرون پرسه بزنند، یا سوار ماشین شوند که گویی به سر کار می‌روند. ممکن است بیماران کم خواب در طول روز به سختی بیدار شوند و در نتیجه فرصت‌هایی برای تعامل اجتماعی، مصرف مواد غذایی، فیزیوتراپی و موارد دیگر را از دست بدهند. تیم مراقبت‌های بهداشتی و مراقبان باید از طریق نشانه‌های محیطی مانند نور-تاریکی، سر و صدا- سکوت، فعالیت-استراحت در رختخواب، مرزبندی واضح روز و شب را تسهیل کنند. حصول اطمینان از اینکه بیمار در طول روز فعالیت دارد (مثلاً پیاده روی مختصر در صورتی که سلامت وی اجازه دهد، حرکت از تخت به صندلی، مکالمه با دیگران) و انتقال آرام به خواب شبانه (مثلاً نوشیدنی گرم در صورت مصرف مایعات خوراکی، ماساژ، استفاده از نور کم در صورتی که اتاق تاریک ناراحت‌کننده باشد، محیط آرام، گروه‌بندی مراقبت‌های پزشکی لازم برای کاهش وقفه‌های شبانه) می‌توانند به عادی‌سازی چرخه خواب و بیداری کمک کنند.

اطمینان از مدیریت کافی درد برای کاهش بی‌قراری در طول روز و بهبود خواب در شب، ضروری است. هنگامی که اختلال خواب شدید است، ممکن است داروهای خواب آور ضروری باشد (به بخش "مدیریت دارویی" مراجعه کنید) حتی اگر خود داروهای خواب آور دلیریوم را تشدید کنند. اعضای خانواده می‌توانند با مداخلات وقت‌گیر مانند بیدار نگه داشتن بیمار به مشغول نگه داشتن بیمار در طول روز کمک کنند. به خانواده‌ها در مورد اهمیت بیدار نگه داشتن بیمار نسبت به استراحت بیمار در تمام طول روز، توضیح دهید. خانواده‌ها می‌توانند با مرتب کردن محیط، پخش موسیقی آرام و ماساژ ملایم به آماده‌سازی بیمار برای خواب کمک کنند. هنگامی که ماساژ کل بدن غیرعملی یا ناخواسته است، فقط ماساژ دست‌ها یا پاها می‌تواند برای آرام کردن بیمار کافی باشد. نرمال‌سازی چرخه خواب و بیداری یک هدف مهم است به جز در هنگام دلیریوم پایانی که مرگ قریب الوقوع است.

محیط

محیط‌های آرام می‌توانند در مدیریت دلیریوم، سودمند باشند. بیماران مبتلا به دلیریوم ممکن است در برخی

از جنبه‌های محیط خود پافشاری کنند در حالی که نشانه های دیگر را نادیده می‌گیرند. ادراک تحریف شده رایج است. بیماران ممکن است برخی معناها را به صدای بی ضرر پس زمینه نسبت دهند، هویت افراد یا آیتم ها را در میدان بینایی خود نادرست تعبیر کنند، یا توهم‌های ترسناکی را تجربه نمایند. قرار دادن عکس های آشنا در معرض دید، تشویق حضور خانواده و دوستان، محدود کردن تعداد ملاقات‌کنندگان در یک زمان، استفاده از پرسنل ثابت و گفتگوی آرام، کمک کننده است. اطمینان از دسترسی بیمار به وسایل کمکی از جمله عینک، سمعک و دندان مصنوعی می‌تواند به تعامل بیمار با محیط کمک کند، احساس امنیت نموده و اضطراب را کاهش دهد. موسیقی آشنا همچنین می تواند به بیمارانی که در تلاشند تا معنای خود را درک کنند آرامش‌دهنده باشد. نشانه‌ها را از بیمار بگیرید. آنچه برای آنها نگران کننده است ممکن است برای دیگری دلگرم‌کننده باشد. گاهی ایجاد تنوع به آرامش بیمار، کمک می‌کند. اگر بیمار به اندازه کافی برای همکاری آرام باشد، یکی از اعضای خانواده ممکن است قادر باشد بیمار را به یک پیاده روی کوتاه یا دوچرخه سواری ببرد تا از مناظر متفاوت، لذت ببرد. متاسفانه تغییر مکان همچنین ممکن است برای بیماران مبتلا به دلیریوم که محرک‌های ناآشنا را به اشتباه تفسیر می‌کنند، موجب آشفتگی شود. بیماران بستری ممکن است به این موضوع که در اتاق از آنها آزمایش گرفته شده است، اعتراض کنند. اگر خانواده یا کارکنان سلامت، بیماران را برای تغییر جهت مجدد، همراهی کنند، کمک‌کننده و اطمینان بخش خواهد بود.

مداخلات رفتاری

مراقبان آگاه باید محیط را با نیازهای بیمار مطابقت دهند و ارتباطات را متناسب با ظرفیت شناختی بیمار تنظیم کنند. پوشاندن اتصالات برای جلوگیری از جدا کردن آنها توسط بیمار، ساده کردن مکالمات طوریکه بیماران احساس آرامش کنند، دو نمونه از رفتارهای مراقبت‌کنندگان اند که می‌تواند به بیماران مبتلا به دلیریوم، کمک کند. در حالی که تصمیم گیری مشترک یک هدف ستودنی است، تکنیک های اصلاح رفتار که نیازمند بینش بیمار و عملکرد اجرایی است، نقش کمی در تنظیم دلیریوم دارد. به عنوان مثال، تعیین محدودیت‌های احتمالی (مثلاً، "اگر شما x را انجام دهید، من y را انجام می‌دهم") فقط بیمار مبتلا به دلیریوم را که قادر به درک دستورالعمل‌های پیچیده نیست، ناامید می‌کند. به همین ترتیب، تنبیه که گاهی اوقات به عنوان یک «پیامد» برای رفتار نامطلوب منطقی است، به ندرت وضعیت را بهبود می‌بخشد.

تعیین هدف

با اختلال در حافظه و عملکرد، بیماران مبتلا به دلیریوم به راحتی تحت فشار قرار می گیرند. در دلیریوم، اولویت‌بندی امور پرستاری و سایر کارهای مراقبت پزشکی، می‌تواند مفید باشد. مقداری از امور بالینی مهم تر از بقیه هستند مثلا اگر بیماران از استحمام کامل خودداری کنند، مراقبت را محدود به موارد ضروری برای جلوگیری از عفونت و آسیب پوست کنید. به جای منطق علمی، از ترفندهایی استفاده کنید که برای بیمار جذاب باشد. برای مثال، «بیا لباست را برای ملاقات با همسرت تعویض کنیم»، ممکن است جذاب‌تر از "دو روز است که حمام نکرده‌ای" باشد. اگر تغذیه بیمار دچار مشکل است، برای حداکثر کارایی رژیم مطمئن شوید که غذاها دارای ارزش بالایی هستند (مثلاً کالری بالا، پروتئین بالا و غیره). اگر بیمار تمایل به امتناع از روش‌ها دارد، برنامه‌ریزی روش‌ها به ترتیب اولویت ممکن است مفید باشد.

مسیرهای همکاری مشترک و مسیرهای بالینی

علل دلیریوم معمولاً چند عاملی است، بنابراین مداخلات مدیریتی باید عوامل خطر متعدد سندرم را

مورد هدف قرار دهند. همانطور که در بخش مدیریت این فصل توضیح داده شده است. وقتی مداخلات به صورت پروتکل منفرد یا مسیرهای مراقبتی ترکیب شوند آنها به عنوان مداخلات چند جزئی یا بسته‌ای، گفته می‌شود. مداخلات چند جزئی معمولاً با مخففهایشان (به عنوان مثال HELP برای Hospital Elder Life Program و ABCDE+F برای Breathing, Chose of Sedation, Awaken, (Delirium Detection, Exercise, Further Care شناخته می‌شوند. مداخلات چند جزئی معمولاً ویژگی های کلیدی مشترک دارند، حتی اگر اجزای خاص متفاوت باشند. مداخلات همراه استرس شامل الف) ادغام پروتکل های دلیریوم در مراقبت های روتین، ب) پایبندی به تمام جنبه‌های پروتکل؛ ج) مشارکت بین حرفه‌ای پرستاران، پزشکان، داروسازان، درمانگران توانبخشی و متخصصان مربوطه برای ارزیابی و درمان؛ د) همکاری و هماهنگی از طریق گردآوری تیم، مشاوره و مستندسازی؛ و (ه) گاهی اوقات شامل خانواده یا داوطلبان برای اجرای بخشی از مداخله، می‌باشند.

علاوه بر کمک به مراقبت مستقیم از بیمار، اعضای خانواده ممکن است به ارزیابی پیشرفت بیمار کمک کنند و جنبه های برنامه درمانی را با سایر خانواده، دوستان و حتی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی که با بیمار تعامل دارند، در میان بگذارند. مزایای اجرای مداخلات چند جزئی از کاهش بروز دلیریوم، کاهش شدت و عواقب منفی سندرم تا کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، متفاوت است.

علی‌رغم شیوع دلیریوم بسیاری از متخصصان مراقبت های بهداشتی دانش کافی برای درک، ارزیابی، تشخیص، پیشگیری و مدیریت دلیریوم را ندارند و از آنجایی که آموزش به تنهایی برای تغییر عملکرد به ندرت کافی است، استفاده از پروتکل‌ها یا مسیرهای مراقبت بالینی برای پیشگیری، تشخیص و مدیریت دلیریوم، توصیه می‌شود.

ملاحظات قانونی و اخلاقی

در کشورهایی که با بزرگسالان به عنوان افراد خودمختار رفتار می شود، بیماران حق تعیین سرنوشت از جمله کنترل بدن خود را دارند. زمانی که توانایی بیمار برای قضاوت آگاهانه مورد تردید قرار گیرد، ممکن است به برخی از متخصصین مراقبت‌های بهداشتی صلاحیت قانونی برای ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار اعطا شود. این متخصصان مراقبت های بهداشتی ظرفیت را با ارزیابی اینکه آیا بیمار قادر به درک (۱) ماهیت یک مشکل (۲) تصمیم‌گیری در مورد مشکل (۳) پیامدهای تصمیمات بالینی مختلف است؟ و سپس پاسخ به این سؤال را که (۴) آیا بیمار می‌تواند اطلاعات لازم برای رسیدن به تصمیمی مطابق با ارزش‌هایش را منسجم نماید یا خیر، تعیین می‌نمایند.

به عنوان مثال، برای نشان دادن ظرفیت بیمار ممکن است لازم باشد نارسایی کلیه او تشخیص داده شود، دلیل انجام دیالیز را درک کند، عواقب پذیرش یا امتناع از دیالیز را در نظر بگیرد و سپس در نظر بگیرد که کدام تصمیم بیشتر با ارزش ها و اهداف مراقبتی وی متناسب‌تر است.

بیماران مبتلا به دلیریوم، طبق تعریف، در انجام این چهار وظیفه شناختی که برای حفظ ظرفیت لازم است مشکل دارند. البته ظرفیت همیشه به صورت محدود تعریف شده است. "ظرفیت برای چه؟"سوالی کاربردی است. برخی از بیماران به صورت کلی فاقد ظرفیت هستند. دیگران ممکن است ظرفیت را در شرایط خاص حفظ کنند. عدم شناسایی کمبود ظرفیت، بیماران مبتلا به دلیریوم را در معرض خطر تصمیمات ناآگاهانه و بالقوه مضر قرار می دهد که بیمار اگر قادر به تفکر واضح بود، انجام نمی‌داد. اگر بیماری آشفته به نظر برسد و یا تصمیمی بگیرد که یک شخص منطقی؛ آن تصمیم را نمی‌گیرد، این مسئولیت تیم بهداشت و درمان است که ارزیابی ظرفیت را به

عنوان بخشی از مراقبت از بیماران مبتلا بـه دلیریـوم، شروع کنند.

بیماران با ظرفیت حق تصمیم‌گیری غیر مـستقیم را دارند. اگر چه متخصصان مراقبت باید تـلاش کننـد اطلاعات، احتیاطات و حتی تشویق افراد شایسته برای اخذ تصمیمات سازگار بـا ارزش‌هـای بیمـار را بدهنـد. وقتی شخصی ظرفیت نـدارد، حمایـت بایـد جـایگزین اقناع شود. از لحاظ اخلاقی و ایمنی صحیح نیست کـه در صورت به خطر افتادن توانایی شناختی بیمار، جهت درک یا همکاری او را وادار به انجام کاری کرد.

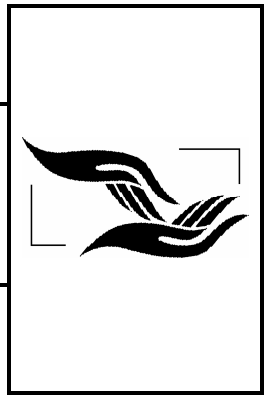
حمایت به شکل تصمیم‌گیری در مورد جایگزین از طریق شناسایی وکیل پزشکی بادوام، وکیـل پزشـکی شناخته شده بیمار یا قیم منصوب شده توسـط دادگـاه، صورت می‌گیرد. اکثر ایالت‌ها سلسله مراتبـی را طبـق قانون تعیین کرده‌اند که اگر بیمار قـبلاً وکیـل خـود را شناسایی نکرده باشد، کدام یک از بستگان مـی‌تواننـد جانشین رسـمی وی شـوند. چـالش‌هـا زمـانی بوجـود می‌آیند که تصمیم‌گیرندگان منتخب با سـایر مراقبـان، اختلاف‌نظر داشته باشـند یـا تـصمیم گیرنـدگان فاقـد برخی از ویژگی‌های جایگزین ایده‌آل (به عنوان مثـال علاقه‌منـد، درگیـر، آگـاه، مراقـب، بـدون دسـتور کـار شخصی و اختصاص داده شـده بـه اعمـال تـصمیمات مطابق با ارزش‌ها و تمایلات بیمار) باشند.

ظرفیت، یک وضعیت بالینی اسـت کـه از طریـق ارزیابی توسـط متخصـصین مراقبـت سـلامت تعیـین می‌شود، متمایز از صلاحیت است. یک وضعیت حقوقی است که فقط توسط دادگاه تعیین می‌شـود. در ایـالات متحده قوانین ایالات مختلف، متفاوت اسـت بـه طـور معمول دادگاه‌های رسیدگی به پرونده‌ها؛ درخواست‌هـا را برای اعلام ناتوانی و نیاز به قیم بررسـی مـی‌کننـد. این روند شامل ارائه یک وکیل دادگستری برای بیمـار است تا اطمینان حاصل شود که بیماران حقوق خود را به دلیل هوس‌های دیگران یا صرفاً به دلیـل مخالفـت با توصیه‌های پزشکی از دست نمی‌دهند.

علاوه بر سوالات مربوط به ظرفیـت و شایـستگی یک مورد مشترک است چالش اخلاقی رایج در زمینـه دلیریوم این است که آیا مداخلات پزشکی خاص حتی زمانی که تیم مراقبـت‌هـای بهداشـتی، بیمـاران و یـا خانواده‌هایشان، درخواست می‌کننـد، مناسـب هـستند. این مسئله در بخش "مدیریت غیرداروییِ " این فصل عنوان شده است. هنگامی که سؤالاتی در مورد اهداف مراقبـت، درمـان سـودمند/غیـر سـودمند، ظرفیـت و شایستگی مطرح می‌شود، با متخصصان طب تسکینی، سلامت رفتاری، اخلاق زیستی یا افراد آماده مـشابهی که می‌توانند برای تـیم اولیـه راهنمـایی ارائـه دهنـد، مشورت کنید.

نتیجه‌گیری

دلیریوم یک مشکل رایج و مهم در محیط‌های مراقبت تسکینی است. اگرچـه دلیریـوم گـاهی پیامـد اجتنـاب ناپذیر بیمـاری شـدید و مراقبـت‌هـای پیچیـده اسـت، ممکـن اسـت بتـوان از دلیریـوم جلـوگیری کـرد یـا پیامـدهای آن را کـاهش داد. اسـتفاده از غربـالگری سیستماتیک و مـسیرهای مراقبـت بـالینی بـه شـدت توصیه می‌شود. تشخیص زودهنگام و درمـان مناسـب می‌تواند از بار شدیدی کـه ایـن اخـتلال بـر بیمـاران، مراقبـان و سیـستم‌هـای مراقبـت بهداشـتی تحمیـل می‌کند، جلوگیری کند.



فصل ۲۱

بی خوابی

نکات کلیدی

- بی خوابی یکی از علایم اختلال در خواب است که با الگوی خواب متناقض یا ناکارامد مشخص می‌شود.
- ارزیابی، یک مولفه‌ی کلیدی در شناسایی بی‌خوابی است.
- کنترل علایم بی‌خوابی در افراد مبتلا به بیماری جدی و شدید، امری ضروری است.
- طرح مراقبتی باید مستقیما به علت بی‌خوابی بپردازد.
- درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT)[1] خط اول درمان در بی‌خوابی هستند که با مداخلات دارویی مناسب بکار گرفته می‌شوند.

مقدمه

رنج ناشی از بی‌خوابی، یک مشکل روزمره در زندگی بیماران با بیماری جدی است. بی‌خوابی معمولا همراه با یک سری از علائم دیگر تظاهر می‌یابد. در بیماران تحت مراقبت تسکینی، مدیریت نامناسب بی‌خوابی به عنوان یک علامت مهم و آزاردهنده گزارش شده است. مدیریت بی‌خوابی نیاز به درک و ارزیابی عناصر چند بعدی دارد. این موارد شامل ابعاد جسمی، عاطفی، روانی- اجتماعی و معنوی است که بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند. اگرچه بی‌خوابی یک علامت رایج در افراد مبتلا به یک بیماری جدی است، اما همچنان تحت درمان قرار نمی‌گیرد و تحقیقات در این زمینه محدود است. این فصل با استفاد از یک رویکرد جامع، الگویی را برای ارزیابی و مداخله در مراقبت از کسانی که بدلیل یک بیماری جدی از بی‌خوابی رنج می‌برند، ارائه می‌دهد.

تعریف بی‌خوابی

آکادمی پزشکی خواب آمریکا، بی‌خوابی را به صورت یک تجربه‌ی ذهنی که توسط خود فرد گزارش می‌شود، تعریف کرده است. بی‌خوابی عبارت است از نارضایتی از کمیت و کیفیت خواب که معمولا با مشکل در خوابیدن، بیدار شدن مکرر در خواب شب و مشکل در به خواب رفتن و/یا بی‌خوابی انتهایی، مشخص می‌شود. بی‌خوابی بیشتر با علایم آن مشخص می‌شود که شامل اختلال در عملکرد روزانه به دلیل خستگی، خواب آلودگی، اختلالات شناختی و معنوی است. اگر اختلال خواب بیشتر از سه نوبت در هفته رخ دهد و بیشتر از سه ماه طول بکشد، مزمن در نظر گرفته می‌شود. عوارض

1. Cognitive Behavioral Therapy

جانبی آن می‌تواند منجر به کاهش شدید کیفیت زندگی شود.

تشخیص

معیارهای تشخیص بی‌خوابی بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب شامل دشواری در به خواب رفتن و/یا حفظ خواب و/یا بی‌خوابی انتهایی/ بیدار ماندن در طی شب است. اگر به خواب رفتن فرد ۲۰–۳۰ دقیقه یا بیشتر طول بکشد شخص دچار تأخیر در به خواب رفتن است. گاهی اوقات ممکن است دلیلی برای توجیه اختلالات خواب در یک فرد وجود نداشته باشد. سایر عوارض ناشی از بی‌خوابی شامل ایجاد اختلال در زندگی روزمره فرد به دلیل خستگی، ضعف در بدن، مشکل در تمرکز، اختلال در حافظه یا تغییر در خلق و خو است.

شیوع و تأثیر بی‌خوابی

بی خوابی یکی از شایع‌ترین و ناراحت‌کننده‌ترین علائمی است که به خوبی مدیریت نمی‌شود و توسط افراد مبتلا به یک بیماری جدی تجربه می‌شود. شیوع بی‌خوابی و علایم مرتبط با آن در این افراد، ۷۰ درصد تخمین زده می‌شود. اگر چه این میزان وابسته به نوع تشخیص در افراد مختلف، متفاوت است. میزان شیوع اختلالات خواب در افراد مبتلا به سرطان ۲۴–۹۵ درصد، در افراد مبتلا به بیماری‌های ریوی ۵۰ درصد، در بیماران قلبی ۳۵ درصد و در بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون ۷۵–۹۵ درصد است. تفاوت در میزان شیوع اختلالات خواب ممکن است به دلیل عدم گزارش بی‌خوابی در برخی موارد بوده باشد. بی‌خوابی با افزایش میزان افسردگی، کاهش کیفیت زندگی و افزایش خستگی در بیماران همراه است. علاوه بر این اثرات بعدی خواب نامناسب شامل افزایش خطر اضطراب، افسردگی، بیماری قلبی و افزایش مرگ و میر است. بدون انجام مداخله، بی‌خوابی در بیماران از زمان تشخیص و در طول مسیر بیماری همواره رخ خواهد داد.

مطالعه موردی: بیماری که بی‌خوابی دارد

یک خانم ۵۰ ساله توسط پرستار خانه بهداشت ویزیت شده است. وی از خواب آلودگی در طول روز و اختلال در خواب شبانه شکایت داشت. از طریق ارزیابی‌های بیشتر و جمع‌آوری اطلاعات، پرستار خانه بهداشت تشخیص نارسایی احتقانی قلب و بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) همراه با مصرف داروهای مهارکننده‌ی آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACE)، دیورتیک و برونکودیلاتورها را برای وی داد. این خانم به پرستار گفت که " عصبانی" است و شب باید برای دفع ادرار از خواب بیدار شود و به دلیل "مصرف تمام داروها قبل از خواب شکمش درد می‌گیرد". پرستار از وی خواست که بیشتر در مورد زمان خواب خود صحبت کند. وی به این نتیجه رسید که بیمار معمولا تلوزیون تماشا میکند، سپس لباس خواب می‌پوشد و حدود ساعت ۲۱ شب، قبل از رفتن به رختخواب داروهای دیورتیک و برونکودیلاتورها را مصرف می‌کند. همچنین وی اظهار می‌دارد که تا نیمه شب خوابش نمیبرد و قبل از ساعت ۱۰ صبح بیدار می‌شود و حدود ساعت ۱۴ تا ۱۷ عصر برای جبران کمبود خواب شبانه در حال چرت زدن است. وی همچنان بیان می‌کند که از ۶ ماه پیش، در پی درگذشت همسرش اختلالات خوابش تشدید شده است. او به پرستار گفت که ۲۵ سال با شوهرش زندگی کرده و هیچ شبی را تنهایی نخوابیده و همواره همراه با شوهرش بوده است. وی ترس خود را در مورد سفر پایان زندگی و چگونگی پایان این سفر ابراز داشت. مطالعه‌ی این مورد بسیاری از دلایل بالقوه بی‌خوابی نظیر جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و درمانی را شامل می‌شود و می‌توانند به اختلالات خواب این خانم کمک کنند.

پاتوفیزیولوژی

پاتوفیزیولوژی بی‌خوابی متشکل از چندین فاکتور است که شامل هماهنگی بیولوژیک پیچیده و ژنتیک است. درک پاتوفیزیولوژی خواب ممکن است گزینه های بالقوه درمان را هدایت کند. بی‌خوابی چند کانونی است و ممکن است به دلایل جسمی، اجتماعی، معنوی و عاطفی باشد. بی‌خوابی ممکن است با دلایلی چون استرس، مصرف داروهای خاص، عادات نامناسب خواب یا موارد دیگر محیطی همراه باشد. از جمله ریسک فاکتور های بی‌خوابی می‌توان به جنس مونث، سن بالا، یا برخی شرایط مانند داشتن ندامت، ویژگی‌های شخصیتی، علایم یائسگی و پر تحرکی اشاره کرد. چرخه‌ی خواب یک فرایند بسیار منظم و سازمان یافته است که به دنبال یک دوره شبانه روزی انجام می‌شود. ریتم شبانه روزی چرخه‌ی خواب–بیداری توسط ترکیبی از فرایندهای بیولوژیکی و عوامل محیطی تنظیم می‌شود. قطع ریتم شبانه روزی ممکن است دلیلی بر بی‌خوابی باشد. مطالعات نشان داده است که بیماران دچار بی‌خوابی، دمای بدن روزانه، سطح کورتیزول ادرار، ترشح آدرنالین و سطح هورمون آدرنوکورتیکوتروپین (ACTH) بالاتری نسبت به بیماران دارای الگوی خواب طبیعی دارند. بی‌خوابی احتمالا در کسانی ایجاد می‌شود که ریسک فاکتور ژنتیکی داشته و در فرایندهای نوروبیولوژیک ناهنجاری‌هایی را تجربه می‌کنند.

عوامل مرتبط با بی‌خوابی

عوامل فیزیکی

مطالعه‌ی موردی قبلی مثالی از بی‌خوابی را ارئه می‌دهد؛ زیرا با عوامل مرتبط و درمان‌های همزمان ارتباط دارد. شرایط پزشکی همراه که می‌تواند شیوع بی‌خوابی را افزایش دهد شامل استرس، اسم، COPD، بیماری ریفلاکس معده به مری (GERD)، سندرم درد مزمن، چاقی، نارسایی احتقانی قلب (CHF)، آنژین، پرکاری تیروئید، سندرم پای بی‌قرار یا نوروپاتی دیابتی است. افراد مبتلا به بیماری‌های شدید ممکن است درد، تنگی نفس، ترس، اضطراب و/یا تکرر ادرار مرتبط با بیماری داشته باشند. عدم کنترل علایم یکی از دلایل شایع بی‌خوابی در افراد تحت مراقبت تسکینی گزارش شده است. علاوه بر این درمان‌هایی که در طول مراقبت از افراد مبتلا به بیماری مصرف می‌شوند ممکن است باعث بی‌خوابی شوند. داروهایی مانند کورتیکواستروئیدها، برونکودیلاتورها، کافئین، عوامل شیمی درمانی، آمفتامین، داروهای ضد تشنج (فنی توئین) یا دیورتیک‌ها ممکن است بر توانایی استراحت بدون ایجاد مزاحمت تأثیر منفی بگذارد.

بررسی عوامل فیزیکی مرتبط با بی‌خوابی

هنگام انجام ارزیابی کامل بی‌خوابی، باید از یک رویکرد جامع برای شناسایی علل اختلال در خواب استفاده شود (جدول ۲۱.۱). ارزیابی‌های فیزیکی و پزشکی شامل ویزیت توسط یک پزشکی عمومی، روانپزشک و تعیین شرایط همراه است. ارزیابی بالینی اولیه باید بر اساس عوامل برگشت‌پذیر باشد که ممکن است در ایجاد اختلال خواب مؤثر باشند. در جعبه ۲۱.۱ اجزای اساسی ارزیابی فیزیکی مشخص شده است. فرد باید در تعیین مناسب‌ترین روش درمانی با آنها مشاوره کند.

مداخلات پرستاری در عوامل فیزیکی مرتبط با بی‌خوابی

در مطالعه‌ی موردی که پیش‌تر ارائه شد، پرستار باید ابتدا در مورد چرخه خواب–بیداری، بهداشت خواب و مسائل مرتبط با درمان پرس و جو کند. پرستار باید در مورد مصرف داروهایی که سبب مهارخواب می‌شوند و ضرورت عدم مصرف آن قبل از خواب شبانه، به بیمار مشاوره دهد. پرستار می‌تواد به بیمار خانم توصیه کند که دوبار در روز و موقع بیداری از برونکودیلاتورها و یک بار در اول روز از دیورتیک استفاده کند. با این کار

جدول ۲۱.۱. انتخاب ابزار برای بررسی بی‌خوابی

نام ابزار	توصیف
پرسشنامه‌ی علایم بی‌خوابی	ارزیابی و بررسی تأثیرات ناشی از بی‌خوابی
شاخص شدت بی‌خوابی	ارزیابی و بررسی تأثیرات ناشی از بی‌خوابی
مقیاس بی‌خوابی آتن	ارزیابی و بررسی تأثیرات ناشی از بی‌خوابی
فهرست اختلالات خواب لوا	ابزار غربالگری عمومی. عوامل زمینه‌ای که در بروز علایم نقش دارند را شناسایی می‌کند.
پرسشنامه خواب اوکلند	ابزار غربالگری عمومی برای مشارکت عوامل بی‌خوابی. عوامل زمینه ساز مرتبط با علایم بی‌خوابی اولیه را شناسایی و برای آنها توصیه‌ی درمانی ارائه می‌دهد.
شاخص کیفیت خواب پیتسبورگ	ابزاری غربالگری مفید. دقت محدود برای اختلالات خاص خواب
پرسشنامه ارزیابی جهانی خواب	ابزار غربالگری مفید برای هفت نوع متفاوت از انواع اختلالات خواب شامل: بی‌خوابی، بیخوابی همراه با اختلالات روانی، اختلال خواب شیفتی، آپنه در خواب، سندرم پای بیقرار، اختلال حرکتی دوره‌ای اندام و اختلالات خواب. مفید بودن محدود به عنوان یک ابزار تشخیصی

تعداد دفعات بیدار شدن بیمار برای رفتن به دستشویی و "دلهره" قبل از خواب به دلیل داروها کاهش می‌یابد. دستورالعمل‌های دیگر می‌تواند شامل کاهش میزان مایعات در ساعت‌های قبل از به خواب رفتن، پرهیز از مصرف کافئین در عصر و یا قرار دادن بالش در نقاط درد است. دوش گرفتن یا رفتن به حمام قبل از خواب می‌تواند به ایجاد یک برنامه معمول قبل از خواب و همچنین بهبود آرامش و کاهش درد کمک کند. پرستار ممکن است برای درمان شناختی- رفتاری (CBT) مراجعه به یک متخصص بهداشت روان مجاز را پیشنهاد کند. اگر چنین تغییراتی در طول CBT مؤثر نبود، ممکن است مداخلات دارویی نیاز باشد.

جعبه ۲۱.۱. ارزیابی بی‌خوابی

۱) ارزیابی خواب

الف: درک ذهنی از کاهش زمان خواب

ب: توصیف الگوی خواب و بیداری و تنوع آن

ج: زمان‌بندی اختلالات الگوی خواب

د: خواب آلودگی در روز یا سایر تغییرات در روز

هـ: علایم خستگی روزانه: خستگی، چرت زدن

۲) ارزیابی فیزیکی

الف: معاینه‌ی مغز و اعصاب شامل علایم سندرم بی‌قراری پا

ب: چاقی

ج: سر و گردن را بررسی کنید: دور گردن را بررسی کنید

د: انسداد دهان و حلق

هـ: مقادیر آزمایشگاهی

و: فریتین، منیزیم، عملکرد کلیه و ویتامین B_{12}

۳) ارزیابی علایم

الف: درد

ب: سرفه

ج: تنگی نفس

د: تکرر ادرار

هـ: اضطراب

۴) ارزیابی مواد و داروها

الف: داروهایی که ممکن است در بی‌خوابی نقش داشته باشند را ارزیابی کنید (بلوک‌کننده کانال کلسیم یا بتا، داروهای ضد افسردگی، استروئیدها، محرک‌ها، داروهای سرماخوردگی، گیاهی یا مقادیر بیش از حد داروها)

ب: استفاده از تنباکو، کافئین، الکل یا داروهای غیر قانونی

عوامل محیطی مرتبط با بی‌خوابی

افراد مبتلا به بیماری‌های جدی ممکن است اختلالات الگوی خواب را که مربوط به مکان‌های درمان، انحراف از روال طبیعی خواب و نور و همچنین

محیط‌های نا آشنا یا پر سر و صدا هستند، تجربه کنند. برای مثال ممکن است فرد به طور مکرر در بیمارستان بستری شود که این خود می‌تواند بی‌خوابی و سایر علایم را تشدید کند.

ارزیابی عوامل محیطی مرتبط با بی‌خوابی

محیط خواب بیمار را باید از وجود عوامل محرک محیطی پاکسازی کرده و یک فضای مناسب برای خواب مناسب را ایجاد کرد. ارزیابی محیطی باید شامل موارد زیر باشد:

- نور
- سروصدا
- تلفن، کامپیوتر، تبلت و سایر وسایل الکترونیک
- بستری در بیمارستان
- محیط نا آشنا
- تلویزیون

مداخلات پرستاری در عوامل محیطی مرتبط با بی‌خوابی

پرستار باید درمورد زمان خواب، بیدار شدن از خواب و زمان چرت زدن بیمار سوال کند. وی می‌تواند به فرد بگوید که زمان چرت زدن را کوتاه کند و/یا در ساعات اولیه روز چرت بزند. این امر می‌تواند زمان و الگوی خواب- بیداری بیمار را بهبود بخشد. پرستار باید به بیمار توصیه کند تا محرک‌های محیطی را از بین ببرد و محرک‌های صدا را با خاموش کردن تلویزیون، کاهش تعداد عیادت‌کنندگان در زمان خواب، استفاده از اتاق خواب برای خواب و فعالیت‌های جنسی در مقابل مطالعه، تماشای تلویزیون، حل کردن جدول، بازی‌های ویدیویی یا سایر فعالیت‌های تحریک‌کننده ذهنی و کم کردن نورهای غیر ضروری و استفاده از پرده‌های ضخیم، کاهش دهد. روشن نگه داشتن چراغ حمام به جای استفاده از چراغ خواب پر نور در اتاق خواب، یکی دیگر از تکنیک‌های کاهش محرک‌های محیطی است.

در بیمارانی که در بیمارستان بستری می‌باشند یا مراقبت‌های شبانه روزی دریافت می‌کند، پرستار باید کارها را با هم در یک زمان انجام دهد تا اختلال کمتری در زمان خواب صورت بگیرد.

عوامل شناختی، عاطفی، وجودی مرتبط با بی‌خوابی

بی خوابی همچنین ممکن است در اثر عوامل شناختی، عاطفی و وجودی باشد. به نظر می‌رسد افراد مبتلا به بی‌خوابی مزمن دارای تحریک بیش فعالی یا افزایش فعالیت شناختی و قشری سوماتیک در مغز هستند. این امر همچنان به عنوان هیجان بیش از حد شناختی و عاطفی در شب شناخته می‌شود. اعتقاد بر این است که بیش فعالی در شبکه‌های فیزیولوژیک، عاطفی یا شناختی مانع از بروز فرایندهای تنظیم‌کننده خواب طبیعی در بیماران مبتلا به بی‌خوابی می‌شود. افراد مبتلا به بیماری جدی ممکن است اختلالات الگوی خواب را نیز تجربه کنند که ممکن است مرتبط با تشخیص، خانواده، ترس، اضطراب، ماتم پیش‌بینی شده یا استرس باشد. مکانیسم‌های شناختی و رفتاری صرف نظر از اینکه بی‌خوابی چطور بوجود آمده است، بر بی‌خوابی تأثیر می‌گذارند. افراد ممکن است در مورد نیازهای طبیعی حالت‌های خواب و تغییر در میزان خواب مورد نیاز تصورات اشتباهی داشته باشند. این امر می‌تواند منجر به نگرانی بیش از حد درمورد نداشتن خواب کافی شده و یک الگوی چرخه‌ای خواب معیوب ایجاد کند. برای مثال هر چه نگرانی درمورد ناتوانی فرد برای خواب بیشتر باشد، خواب بیشتر مختل می‌شود.

ارزیابی عوامل شناختی، هیجانی، وجودی مرتبط با بی‌خوابی

ارزیابی درست در مورد بی‌خوابی باید شامل تمرکز بر روی مسائل شناختی، عاطفی و وجودی ایجادکننده

بی‌خوابی باشد. برای مثال چرت زدن در طول روز، دیر به خواب فرو رفتن یا مدت زمان زیادی در رختخواب ماندن، انگیزه‌ی طبیعی هومئواستاتیک برای خوابیدن در ریتم شبانه روزی طبیعی فرد را کاهش می‌دهد. بیماران تحریک مشروطی برای محرک‌هایی ایجاد می‌کنند که به طور معمول با خواب همراه است (به عنوان مثال اضطراب پیش از خواب هنگامی که در اتاق خواب هستند). سپس بیماران چرخه‌ای ایجاد می‌کنند که در آن هر چه بیشتر برای خواب تلاش کنند، بیشتر تحریک می‌شوند. هنگام تلاش برای خوابیدن بیمار ممکن است دارای افکار نشخوارکننده یا رفتار تماشای ساعت باشد. ارزیابی باید شامل موارد زیر باشد:

- استروسورهای گذشته و حال
- الگوی خواب قبل از بیماری
- ترس‌ها و نگرانی‌ها
- الگوی خواب- بیداری

اقدامات پرستاری برای عوامل شناختی، عاطفی و وجودی مرتبط با بی‌خوابی

در مطالعه‌ی موردی، پرستار می‌تواند با ارائه‌ی آموزش و مهارت‌های ارتباطی حمایتی مداخله کند. پرستار باید اهمیت ایجاد روال قبل از خواب مانند رفتن به رختخواب در ساعت مشخص در شب و بیدار شدن در ساعت مقرر را برای بیمار توضیح دهد. راه‌های دیگر برای ایجاد الگوی بهداشتی بهبود یافته شامل تنظیم هشدارها یا محدود کردن چرت زدن در روز به مدت ۳۰ دقیقه است. وقتی افراد با اختلال در خواب مواجه می‌شوند، باید از رختخواب بلند شوند، در اتاق تاریک بمانند، بر روی صندلی بنشینند و از عوامل محرکی مانند تلویزیون یا سایر وسایل الکتریکی دوری کنند. این امر می‌تواند از بی‌خوابی شبانه جلوگیری کند. در نظر گرفتن اینکه فرد در کدام مسیر از سیر بیماری خود قرار دارد و نیازهای فردی وی مهم است. آیا بر اساس تظاهرات بالینی لازم است هر زمان استراحت کند؟ وقتی بیمار در مراحل انتهایی حیات باشد، به بیمار و خانواده وی در مورد احتمال افزایش میزان خواب دستورالعمل‌هایی ارائه دهید. هنگام بررسی مسائل عاطفی، اجتماعی یا وجودی مربوط به بی‌خوابی، ترس از تنها بودن، تغییر زندگی و اندوه که ممکن است مشکلات خواب شبانه را افزایش دهد را نیز مورد بررسی قرار دهید. پرستار در مطالعه‌ی موردی باید با ارتباط حمایتی مرتبط با مرگ همسر بیمار، اوقاتی را برای شنیدن نگرانی‌های بیمار اختصاص دهد و خدمات اجتماعی، معنوی و ارجاع به بهداشت روان برای حمایت بیشتر و احتمالا CBT را ارائه دهید.

مدیریت بی‌خوابی

مراقبت از بی‌خوابی در ابتدا شامل درمان شرایط پزشکی و روانی به صورت همزمان، اصلاح داروها و داروهای مهارکننده خواب و بهینه‌سازی عوامل محیطی است؛ بنابراین استراتژی‌های اولیه برای درمان بی‌خوابی، ممکن است ارزیابی دلایل اساسی مؤثر بر اختلالات خواب باشند. هنگامی که عوامل بی‌خوابی شناسایی شدند، درمان بی‌خوابی ممکن است به روش‌های متفاوتی ادامه یابد. درمان بی‌خوابی برای افرادی که مبتلا به بیماری جدی می‌باشند شامل درمان‌های دارویی و غیر دارویی است. کالج پزشکان آمریکا CBT را به عنوان مداخله درمانی اولیه برای بیماران مبتلا به بی‌خوابی مزمن بر اساس نیاز بالینی توصیه می‌کند. پیش آگهی‌ها باید در توصیه‌های درمانی در نظر گرفته شود، زیرا CBT زمان بر است. اگر بیمار چندین ماه پیش آگهی داشته باشد هردو مداخلات CBT و دارویی باید در برنامه مراقبت گنجانده شود. تصمیم‌گیری مشترک بین بیمار و مراقبت‌کننده کلید موفقیت در درمان است.

مداخلات غیر دارویی

چندین مداخله غیر دارویی برای درمان بی‌خوابی در جمعیت عمومی بیمار استفاده شده است. شواهدی وجود دارد که استفاده از بهداشت خواب، رفتار درمانی و روش‌های آرام‌سازی و ریلکسیشن را حمایت می‌کند. اگر چه در بیماران مبتلا به بیماری جدی، مطالعات کمی مبنی بر مؤثر و کارامد بودن مداخلات غیر دارویی در دسترس است. مهم است که درک کنیم CBT به تلاش، مشارکت و زمان نیاز دارد که ممکن است برای افراد در مراحل انتهایی حیات نامناسب باشد.

درمان‌های رفتاری- شناختی

آکادمی خواب آمریکا خاطر نشان می‌کند که CBT به عنوان خط اول درمانی بی‌خوابی شناخته شده است. برای برخی از بیماران CBT بهبود چشمگیری در کیفیت و کمیت خواب ایجاد کرده است. CBT به عنوان بخشی از درمان بی‌خوابی استفاده می‌شود، فرایندهای ناسازگار را برطرف و رفتارهایی را که باعث بی‌خوابی می‌شود محدود می‌کند. CBT به تغییر الگوهای ارتباطی و افکار فرد کمک می‌کند. همه‌ی افراد مبتلا به بی‌خوابی تنها از CBT بهره مند نخواهند شد. بسیاری از عوامل مؤثر مانند عدم توانایی یا تمایل به شرکت بر موفقیت CBT تأثیر می‌گذارد. دارو درمانی همراه با CBT برای افرادی که CBT به تنهایی در آنها مؤثر نیست و یا CBT برای آنها نامناسب است، باید در نظر گرفته شود. CBT برای رفع بی‌خوابی معمولا شامل آموزش بهداشت خواب، آموزش آرام‌سازی و ریلکسیشن، کنترل محرک‌ها، محدودیت خواب و درمان شناختی است. پرستار می‌تواند آموزش بهداشت خواب را ارائه دهد و به ارجاع بیمار به تیم‌های درمانی دیگر کمک کند.

درمان‌های مکمل

درمان‌های مکمل مداخله‌هایی هستند که به طور کلی به عنوان بخشی از درمان‌های معمول در نظر گرفته نمی‌شوند. در بیماران با بیماری جدی، درمان‌های مکمل فراوانی وجود دارد، درصورت مناسب بودن می‌توان به ماساژ، رایحه درمانی، ریکی، رفلکسولوژی، کاهش استرس مبنی بر ذهن آگاهی، تصاویر هدایت شده و طب سوزنی، اشاره کرد. برای بعضی از افراد این درمان‌ها سبب بهبود کیفیت، مدت زمان و کارایی خواب می‌شود که سبب استفاده کمتر از داروها و کوتاه شدن مدت اختلال می‌شود. درمان‌های تکمیلی بر اساس دلایل فردی شخص که سبب اختلال در خواب شده‌اند و باید بر اساس اولویت فرد در بین درمان‌ها گنجانده شوند. برای مثال در افرادی که بی‌خوابی آنها ناشی از افزایش استرس است، برخی درمان‌های مکمل ممکن است مفید باشند.

مداخلات ورزشی

مداخلات ورزشی شامل هر گونه حرکت بدنی برنامه‌ریزی شده، ساختاری و تکراری است که برای حالت بخشی به هر قسمت از بدن، بهبود سلامتی یا حفظ تناسب اندام انجام می‌شود. مداخلات ورزشی به تنظیم فعالیت کمک می‌کند و ممکن است چرخه خواب- بیداری را بهبود ببخشد. ورزش باید در صب و قبل از ظهرها انجام شود. ورزش بر اساس توانایی‌ها و وضعیت بالینی هر فرد برنامه‌ریزی می‌شود. برای مثال دامنه‌ی حرکت منفعل، راه رفتن، کشش یا یوگا ممکن است مناسب باشد. از ایمنی در حین ورزش اطمینان حاصل کنید. مطالعات نشان داده‌اند که ورزش باعث بهبود خلق و خو، کاهش افسردگی و بهبود وضعیت چرخه‌ی خواب- بیداری در افراد مبتلا به بیماری جدی و سرطان می‌شود.

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که درمان‌های غیر دارویی خط اول درمانی برای بی‌خوابی هستند و ممکن است سبب بهبودی بی‌خوابی مزمن، خلق و خو، کیفیت خواب طولانی مدت و یا افسردگی شود. (جدول ۲۱.۳ را ببینید). مداخلات غیر دارویی همچنین

جدول ۲۱.۲. درمان‌های دارویی برای بی‌خوابی

کلاس دارویی	داروهای رایج	دوزهای رایج	تجویز	تحقیقات کارایی برای بهبود خواب	تایید شده از طرف FDA برای بی‌خوابی
آنتاگونیست گیرنده‌ی اوریکسین	سوروکسانت	۱۰-۱۵-۲۰ میلی‌گرم	شروع و/یا ادامه‌ی خواب	متوسط	بله
غیر بنزودیازپین‌ها	ازوپیکلون	بیشتر از ۲ میلی‌گرم	شروع و حفظ خواب	متوسط تا زیاد	بله
	زالپلون	بیشتر از ۵ میلی‌گرم	شروع خواب	خیر	بله
	زولپیدم	بیشتر از ۵ میلی‌گرم	شروع و حفظ خواب	متوسط	بله
	زولپیدوم اهسته رهش	بیشتر از ۶/۲۵ میلی‌گرم	شروع و حفظ خواب	متوسط	بله
بنزودیازپین‌ها	تریازولام	بیشتر از ۰/۱۲۵ میلی‌گرم	شروع خواب	متوسط	بله
	تمازپام	بیشتر از ۷/۵ میلی‌گرم	شروع و ادامه خواب	کم	بله
آگونیست ملاتونین	راملتون	بیشتر از ۸ میلی‌گرم	شروع خواب	خیر	بله
	ملاتونین	۱-۲-۳-۵-۱۰ میلی‌گرم	توصیه نشده است	کم	خیر
ضد افسردگی‌ها	دوکسپین	بیشتر از ۶ میلی‌گرم	ادامه‌ی خواب	کم تا متوسط	خیر
	ترازودون	۵۰ میلی‌گرم	توصیه نشده است	خیر	خیر
ضد تشنج‌ها	تیاگابین	۴ میلی‌گرم	توصیه نشده است	خیر	خیر
داروهای بدون نسخه	دیفن هیدرامین	۲۵-۵۰ میلی‌گرم	توصیه نشده است	خیر	خیر
	ال تریپتوفان	۲۵۰ میلی‌گرم	توصیه نشده است	کم	خیر
	والرین		توصیه نشده است	گزارش نشده است	خیر

برای افراد مسن و افرادی که از داروهای آرامبخش استفاده می‌کنند نیز توصیه می‌شود.

مداخلات دارویی

مداخلات دارویی نباید خط اول درمان بی‌خوابی باشد. توصیه‌های مرتبط با دارو درمانی باید در چار چوب اهداف خاص درمانی، بیماری‌های همراه، در دسترس بودن داروی قبلی، ایمنی، ترجیحات بیمار و هزینه در نظر گرفته شود. اگر این موارد علایم اصلی بی‌خواب هستند، باید مدیریت دارویی علایم بهبود نیافته را به حداکثر رساند. علیرغم مدیریت حداکثری علایم و/یا تغییر در روند درمان مانند CBT، درمان دارویی ممکن است ادامه یابد. دارو درمانی نباید به تنهایی، بلکه باید همراه با سایر روش‌های درمانی مانند CBT استفاده شوند. ملاحظات دارویی باید شامل ایمنی، مشخصات فارماکوکینتیک، درمان‌های گذشته و سود در مقابل زیان

جدول ۲۱.۳. مداخلات غیر دارویی برای بی‌خوابی

درمان	تکنیک
بهداشت خواب	فعالیت قابل تحمل با حذف تحرک ۴ ساعت قبل از خواب. اجتناب از پرخوری. عصرها مصرف مایعات را محدود کنید. مصرف کافئین، الکل و تنباکو را محدود کنید. اتاق خواب صرفا برای خواب و روابط زناشویی استفاده شود. چرخه‌ی خواب و بیداری را حفظ کنید. چرت زدن در روز را کاهش دهید. محرک‌های محیطی همانند سروصدا، نور، کامپیوتر، تلفن، تلویزیون، گرمای محیط را در ساعات نزدیک به زمان خواب کاهش دهید.
کنترل محرک‌ها	فقط برای خوابیدن در رختخواب دراز بکشید. اتاق خواب فقط برای خواب و روابط زناشویی باشد. از فعالیت‌هایی چون تماشای تلویزیون، استفاده از تلفن و غذا خوردن، قبل از خواب خود داری کنید. اگر ظرف ۲۰ دقیقه نتوانستید بخوابید، تختخواب را ترک کنید و به فعالیت‌های مهارکننده خواب نپردازید سپس وقتی خواب آلود شدید به رختخواب برگردید. چرخه‌های خواب و بیداری را حفظ کنید، زنگ هشدار را تنظیم کنید و در همان زمان به رختخواب بروید.
محدودیت خواب	چرت زدن در طول روز را محدود کنید. وقتی بیدار شدید از رختخواب بلند شوید.
تن آرامی	تصویر سازی ذهن آگاهی مراقبه و هیپنوتیزم یوگا تنفس شکمی شل شدن عضلات پیشرونده
شناخت درمانی	مشورت کردن. باورهای ناکارامد مربوط به خواب را شناسایی و جایگزین کنید. دلهره‌ی بیش از حد را درمورد خواب ژورنالی مورد خطاب قرار دهید.
CBT	شناخت‌درمانی، کنترل محرک‌ها، محدود کردن خواب به صورت درمانی و ریلکسیشن را با هم ترکیب کنید.

باشد. مداخلات دارویی برای بی‌خوابی باید به عنوان یک مکمل موقت یا برای افرادی که نمی‌توانند در CBT شرکت کنند استفاده شود. هنگام استفاده از عوامل دارویی باید احتیاط کنید. برای مثال تداخلات دارویی، خطر سقوط، اختلالات شناختی، وابستگی‌ها و واکنش‌های جانبی باید بررسی شود. عوامل دارویی که در حال حاضر توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) برای درمان بی‌خوابی تایید شده‌اند شامل: بنزودیازپین‌ها و غیر بنزودیازپین‌ها، آگونیست‌های گیرنده‌ی ملاتونین و آنتاگونیست‌های گیرنده‌ی هیستامین است (که در جدول ۲۱.۲ لیست شده است). سایر داروهایی که برای درمان بی‌خوابی استفاده می‌شوند شامل: ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، آنتی هیستامین‌ها یا داروهای آنتی سایکوتیک به دلیل

اثرات آرام بخشی آنها است. داروهای آرام بخش باید برای هر فرد با دقت و با توجه به موارد استفاده، برنامه‌ی مراقبت و ایمنی با دقت در نظر گرفته بشود.

طی ۲۰ سال گذشته درمان‌های دارویی برای بی‌خوابی کاهش یافته است. این امر ممکن است با پتانسیل تحمل و وابستگی و افزایش اثر CBT مرتبط باشد. علیرغم تعداد زیاد داروهایی که برای بی‌خوابی استفاده می‌شود، شواهد اندکی در جهت حمایت از دارودرمانی موجود است.

آگونیست‌های گیرنده‌ی اورکسین

دسته جدیدی از داروها با شواهد متوسط حمایت از درمان بی‌خوابی، آگونیست‌های گیرنده‌ی اورکسین هستند. گیرنده اورکسین یک گیرنده پروتئین G همراه است که اورکسین نوروپپتیدی را متصل می‌کند. سوورکسانت اولین داروی این کلاس است که دارای دو آنتاگونیست گیرنده‌ی اورکسین برای درمان بی‌خوابی است که در سال ۲۰۱۴ توسط FDA تایید شد.

آگونیست گیرنده‌های بنزودیازپین

شواهد متوسطی وجود دارد که از استفاده از بنزودیازپین‌ها برای تسکین کوتاه مدت بی‌خوابی در جمعیت عمومی پشتیبانی می‌کند. با این حال بنزودیازپین‌ها برای درمان بی‌خوابی در افراد مبتلا به بیماری جدی توصیه نمی‌شود زیرا ممکن است باعث برگشت علایم شوند. علایمی که ممکن است در این افراد افزایش یا عود کند شامل اضطراب و بی‌قراری است. عوامل گیرنده‌ی بنزودیازپین‌های کوتاه اثر، بنزودیازپین‌های جدیدتر یا راملتون برای درمان بی‌خوابی توصیه و تجویز می‌شوند. اگر چه بنزو دیازپین‌ها می‌توانند داروی مؤثر باشند، اما چندین عارضه‌ی جانبی ناخواسته همانند اختلال خواب در روز، گیجی و سبکی سر، اختلال شناختی، هماهنگی حرکت، تحمل، وابستگی، برگشت بی‌خوابی و اضطراب در طول روز در پی دارند. بنزو دیازپین‌ها باید با احتیاط مصرف شوند و در افراد مسن توصیه نمی‌شوند.

آگونیست‌های گیرنده‌ی غیر بنزودیازپینی

داروهای غیر بنزودیازپینی پرکاربردترین داروها در درمان بی‌خوابی هستند. نمونه‌هایی از آن‌ها شامل زولپیدوم (آمبین)، زالپلون (سوناتا) و ازوپیکلون (لونستا) است. داروهای غیر بنزودیازپینی برای استفاده طولانی مدت و در افراد مسن توصیه نمی‌شود. این داروها سبب تشدید دلیریوم می‌شوند.

داروهای ضد افسردگی آرامبخش

از داروهای ضد افسردگی به طور فزاینده‌ای برای کنترل بی‌خوابی استفاده می‌شود. ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای مانند امی تریپتیلین، دوکسپین، ترازودون و میرتازاپین ممکن است اثرات آرامبخشی ایجاد کنند. در استفاده از داروهای ضد افسردگی تسکین‌دهنده مانند ترازودون و میرتازاپین در افراد مسن باید احتیاط شود و هشدار خودکشی بر روی جعبه دارو حک شود. سایر خطرات شامل افتادن و افزایش فواصل QT در نوار قلب است.

آگونیست‌های گیرنده‌ی ملاتونین

به نظر می‌رسد که آگونیست‌های گیرنده‌ی ملاتونین دارای حداقل عوارض جانبی و کاهش پتانسیل سوء مصرف می‌باشند. تنها داروی آگونیست گیرنده‌ی ملاتونین مورد تایید FDA در این زمان رملتون است.

سایر داروها

دسته‌ی دیگر از داروها برای درمان بی‌خوابی " بدون برچسپ " استفاده می‌شوند و شامل داروهای ضد افسردگی، آنتی هیستامین‌ها، داروهای آنتی سایکوتیک غیر معمول و داروهای نورولپتیک هستند. از آنتی هیستامین‌ها مانند دیفن هیدرامین و هیدروکسی

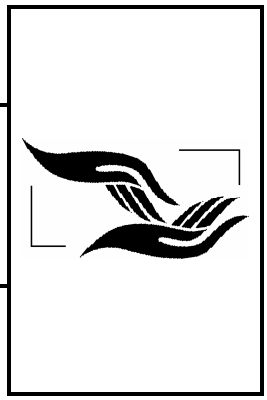
زین بـه دلیـل خاصـیت آرامبخـشی و خاصـیت آنتـی کولینرژیکی استفاده می‌شود. افراد مسن حین مـصرف داروی کولینرژیک معمولا اثرات شناختی منفی دارند و بنـابراین توصـیه نمـی‌شـود. داروی نورولپتیـک ماننـد تیوریدازین ممکن اسـت خـواب را در افـراد مبـتلا بـه بی‌خـوابی افـزایش دهـد و همـراه بـا سـندرم ذهنـی ارگانیک و دلیریوم باشد.

داروهای گیاهی قابل هضم

در حال حاضر از چندین مکمـل گیـاهی قابـل هـضم بـرای کنتـرل بـی‌خـوابی، بـه ویـژه بابونـه، رازک، اسطوخودوس، گل مریم، خشخاش کالیفرنیا، کاواکـاوا، گیاه سنت جان، مرهم لیمو، سنبل الطیب و ملاتـونین استفاده می‌شود. اگـر چـه بـه طـور گـسترده اسـتفاده می‌شود اما مکمل‌های گیاهی تحت بررسی و ارزیـابی دقیق با آزمایشات بالینی جهت تعیین اثرات و عوارض جانبی قرار نمی‌گیرند و بنابراین توسـط FDA توصـیه نمی‌شوند. مطالعاتی برای ارزیابی مزایای درمـان‌هـای گیاهی برای کنترل بـی‌خـوابی نتـایج غیـر قطعـی یـا متناقـضی را ایجـاد کـرده اسـت. بـسیاری از افـراد از داروهـای گیـاهی بـدون نـسخه اسـتفاده مـی‌کننـد و بنابراین داشتن دانش کار درمورد آنها مهم است.

نتیجه‌گیری

بی خوابی همچنان شکایتی شایع و ناراحت‌کننده برای افرادی است که با بیماری جـدی زنـدگی مـی‌کننـد و منجربه کاهش کیفیت زندگی آنهـا مـی‌شـود. عوامـل جـسمی، پزشـکی، اجتمـاعی، عـاطفی و معنـوی بـا بی‌خوابی ارتباط دارنـد. مـدیریت مـؤثر بـی‌خـوابی بـا ارزیابی کاملی که شامل بررسی عوامل مستعدکننده‌ای هم چون علایم کنترل نشده، تغییر در الگـوی خـواب معمول، عوامل استرس زای عاطفی، شـرایط همـراه و داروهای مصرفی است، آغـاز مـی‌شـود. پرسـتاران در مراقبت تسکینی بررسی‌کنندگان کلیدی در کمـک بـه تجزیه و تحلیل علل بی‌خوابی و ارائه‌ی مداخلات برای کمک به بهبود خواب هـستند. مـداخلاتی کـه بعـد از مطالعه‌ی موردی پیشنهاد شد ممکن است به فرد اجازه دهد الگوهای خواب و بیـداری و روش‌هـای بهداشـت خواب را بهبود بخشد. در مـوردی کـه در ابتـدای ایـن بخش ارائه شد، نیازهای اجتماعی و معنوی فرد مربوط به مرگ، ترس و غم احتمالی مرتبط با مرگ شوهرش بود. مداخلات پیشنهادی علاوه بر پیـشنهاد یـک دوره خواب کوتاه مدت در طول روز ممکـن اسـت بـه فـرد اجازه دهد خواب شبانه آرامی داشته باشد. پرستاران در زمینه‌ی ادغام آموزش در برنامه‌های مراقبتـی و ارتقـاء الگوی خواب مناسب وهمچنـین حمایـت از ارجاعـات بین رشته‌ای به چـالش کـشیده مـی‌شـوند. متاسـفانه تحقیقات کمی در مورد بی‌خـوابی در بیمـارانی کـه بـا بیماری جدی زندگی می‌کننـد، وجـود دارد. تحقیقـات بیشتری برای درک کامل علـت و روش‌هـای درمـانی مناسب برای بیماران مبتلا به بیماری جـدی ضـروری است.



فصل ۲۲

تمایلات جنسی و صمیمیت در بیماری‌های تهدیدکننده زندگی

نکات کلیدی

- تمایلات جنسی و صمیمیت، متفاوت هستند.
- تمایلات جنسی و صمیمیت مهمترین تجربیات بشری هستند که تحت تأثیر بیماری شدید و تهدیدکننده زندگی، قرار می‌گیرند.
- تسکین مشکلات جنسی و مسائل مربوط به صمیمیت در بیماری شدید به رویکردی بین حرفه‌ای با در نظر داشتن جنبه -های فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و معنوی مراقبت و کیفیت زندگی، نیاز دارد.
- افراد مبتلا به بیماری شدید؛ تمایل دارند در مورد عملکرد جنسی و روابط صمیمی‌شان صحبت کنند.

تمایلات جنسی و صمیمیت: چرا متفاوت از یکدیگر هستند و چرا اهمیت دارند؟

مطالعه موردی

لئو یک بیمار ۷۵ ساله مبتلا به نارسایی احتقانی قلب است که عاشق رقص، کار در باغ سبزیجات خود و گذراندن وقت با همسرش روزا است. قبل و بعد از تشخیص، لئو دچار افت عملکرد و کاهش وزن، شد. مدیریت علائم وی از جمله تنگی نفس، نیاز به داروهای مدر و داروهای مخدر به صورت طولانی مدت؛ داشت. به دنبال بستری شدن‌های مکرر در بیمارستان، گفتگوهایی درباره حضور در هاسپیس، آغاز شد. استفاده از برخی تجهیزات پزشکی بادوام (DME)[1] جهت ارتقاء ایمنی و ذخیره انرژی فردی در منزل؛ توصیه شده بود. به دنبال توصیه برای بستری، لئو به آرامی پرسید که "آیا رزا می‌تواند با من در تخت دراز بکشد؟" به دنبال مطرح شدن این موضوع، روزا این مطلب را که آنها بیش از ۵۰ سال است که در یک بستر با هم خوابیده‌اند را بیان نمود. هیچ یک از آنها نمی‌توانستند چنین تغییر بزرگی را تصور کنند و نگرانی زیادی در مورد جدا خوابیدن از هم داشتند.

روابط عاطفی و جسمی بین مردم سنگ بنای تجربه بشری است. انسان‌ها از بدن خودشان برای برقراری ارتباطات عاطفی نظیر تمایل، علاقه، ترس و از دست دادن- استفاده می‌نمایند. استفاده از جسم به اندازه استفاده از زبان، قدرتمند است. سخنان مهربانانه یک دوست یا لمس یک شخص مورد علاقه می‌تواند روحیه فرد را به سمت بهترشدن، سوق دهد. برعکس کمبود تماس چشمی یا لحن خشن صدا، بیانگر احساسات و پاسخ های منفی است. نیاز انسان به ارتباط،

1. Durable Medical Equipment

برقراری ارتباط و معناسازی از تجربیات زندگی در تمام طول زندگی، تداوم دارد. اگر چه در مراقبت‌های بهداشتی، تمرکز آشکاری بر سلامت جسمی وجود دارد و زمان زیادی صرف بهینه‌سازی عملکرد جسمی، می‌گردد اما انسان‌ها موجوداتی بسیار اجتماعی هستند و تعاملات نقش مهمی در بهزیستی جسمی و عاطفی و در حالت کلی؛ کیفیت زندگی (QOL)[1] دارد.

تعریف فعلی سازمان بهداشت جهانی[2] (WHO) از تمایلات جنسی، چنین است: "حالتی از سلامت جسمی، عاطفی، ذهنی و اجتماعی در رابطه با جنسیت است. یک جنبه اصلی از بودن انسان در طول زندگی که شامل جنسیت، هویت‌ها و نقش‌های جنسی، گرایش جنسی، لذت، صمیمیت و تولید مثل است. تمایلات جنسی در افکار، خیالات، خواسته‌ها، باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها، رفتارها، عملکردها، نقش‌ها و روابط، تجربه و ابراز می‌گردد".

در حالی که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی معمولاً تمایلات جنسی را معادل با فعالیت جنسی فیزیکی می‌دانند اما تعریف رفتار جنسی سالم از فردی به فرد دیگر؛ متفاوت است. تعریف یک فرد بزرگ‌سال سالم از نظر جنسی، بسته به فرهنگ افراد؛ بسیار متفاوت است. آمادگی فرد برای انجام فعالیت‌های جنسی، پس از شروع بلوغ آغاز می‌شود و میزان سلامت جنسی فرد با گذشت زمان ادامه می‌یابد و رشد می کند. ابراز جنسی؛ روشی است که در آن انسان می‌تواند عشق، عاطفه، احساس، میل و لذت خود را ابراز نماید. هم تمایلات جنسی و هم صمیمیت هر دو از مولفه های اصلی کیفیت زندگی هستند و بیماران برای ابراز این جنبه‌ها تا پایان زندگی؛ ارزش زیادی قائلند.

صمیمیت، یک رابطه جسمی و شناختی مثبت با شخص یا گروه متعهد دیگری است. این رابطه را می‌توان بین تمام افراد، صرف نظر از سن و جنس، تعمیم داد. در یک رابطه صمیمی، به اشتراک‌گذاری دانش، انس، عاطفه یا پیوندهایی وجود دارد که همچنان در حال توسعه و تکامل است. به عنوان مثال می‌توان به عملی ساده و در عین حال قدرتمند نظیر در رختخواب خواباندن عاشقانه کودک توسط والدین و یا حضور غیر منتظره یک دوست جهت همراهی و حمایت، اشاره نمود. هرچه انسان‌ها به پایان زندگی نزدیکتر می‌شوند، لحظات صمیمی بینشان قدرتمندتر و دوست داشتنی‌تر همراه با نشانی از دلبستگی و معنا؛ می‌شود. مانند رزا و لئوکه خوابیدن در یک رختخواب نشان‌دهنده صمیمیت و همچنین راهی برای ابراز جنسی‌شان است. ارزیابی، درمان، عادی‌سازی و حمایت از بیماران مبتلا به بیماری شدید که متأثر از تغییراتی در زندگی جنسی و صمیمی‌شان می‌باشند، همه بخشی از حوزه‌های خدماتی مراقبت‌های تسکینی، هستند.

WHO مراقبت تسکینی را چنین تعریف می‌نماید: "رویکردی که کیفیت زندگی بیماران مواجه با مشکلات مرتبط با بیمارهای شدید و تهدیدکننده زندگی و خانواده هایشان را از طریق پیشگیری و تسکین رنج با استفاده از شناسایی زود هنگام، ارزیابی و درمان بی‌عیب و نقص درد و سایر مشکلات جسمی، روانی- اجتماعی و معنوی، بهبود می‌بخشد. این فصل با استفاده از این چارچوب و تعریف، چگونگی تأثیر بیماری‌های شدید بر تمایلات جنسی و صمیمیت را در حوزهای جسمی، روانی - اجتماعی و معنوی سلامت، بررسی می‌کند.

تأثیر تغییرات جسمی بر تمایلات جنسی و صمیمیت

مطالعه موردی: بیماری که با مشکلات تصویر بدنی از خود، مبارزه می‌کند

جسا؛ زنی ۴۶ ساله با سابقه لوسمی حاد میلوئیدی (AML)[3] پس از پیوند سلول‌های بنیادی آلوژنیک

1. Quality of Life
2. World Health Organization
3. Acute Myeloid Leukemia

است. هشت سال پس از پیوند، همچنان رها از بیماری است. با این حال روند درمان وی به پیوند پوست و بافت نرم در مقابل بیماری میزبان (GVHD)[1] که به چندین عامل سرکوب کننده سیستم ایمنی، از جمله تجویز طولانی مدت استروئید نیاز دارد، وابسته بود. جسا همیشه از پیوند موفقیت‌آمیز خودش، خشنود بود با این حال، از تغییر قابل توجهی که این پیوند در کیفیت زندگی اش ایجاد کرده بود، سخن می‌گفت. اعتراف می کرد که دچار افسردگی و اضطراب طولانی مدت، شده است. او آشکارا با از دست دادن خود قبلیش، غمگین بود و اغلب اظهار می‌کرد: "اگر پزشکانم در مورد اثرات واقعی GVHD به من می‌گفتند و به من گوشزد می‌کردند که با این بیماری، زندگی من به همان خوبی زندگی قبلیم خواهد بود، من واقعاً فکر نمی‌کنم که با آن کنار می‌آمدم". هنگامی که از او خواسته شد تا در این مورد بیشتر صحبت کند، وی به تغییرات قابل توجهی که در شکل ظاهری و ورزشکاری بدن‌اش به دنبال وابستگی مزمن به استروئید؛ ایجاد شده بود، صحبت کرد. او با کاهش قدرت تحرک و قدرت مفاصل‌اش، دیگر قادر به دویدن در ماراتن یا شرکت در سایر فعالیت های ورزشی که قبلاً با همسرش لذت می‌برد، نیست. جسا در طول جلسات مشاوره در کلینیک، از احساس حقارت و جدایی نسبت به شریک زندگی‌اش که هنوز قادر به این کار است و از فعالیت‌های روزانه‌اش لذت می‌برد، بحث می‌کند.

بیماری شدید، صرف نظر از نوع بیماری، می‌تواند عملکرد جنسی افراد را مستقیماً تحت تأثیر یا مورد تغییر قرار دهد. این تغییرات اغلب نتیجه بیماری زمینه‌ای یا درمان همراه آن است و می‌تواند روی آناتومی فیزیکی، عملکرد و هویت جنسی، تأثیرگذار باشد. تغییرات در آناتومی جنسی یا باروری می تواند عواقبی غیر از علائم واضح بیولوژیکی یا جسمی، داشته باشد. اثرات طولانی مدت بر عملکرد و روابط جنسی در بیماری سرطان، ممکن است فقط به دلیل اثرات جراحی، شیمی‌درمانی و سایر درمان‌های مورد استفاده، باشد.

به عنوان مثال زنان مبتلا به سرطان پستان که تحت ماستکتومی یک طرفه یا دوطرفه، قرار می گیرند ممکن است با تأثیرات طولانی مدت بر ادراک و هویت بدنشان، دست و پنجه نرم کنند. به همین ترتیب مردان جوانی که برای درمان سرطان بیضه تحت عمل جراحی ارکیکتومی قرار می‌گیرند می‌توانند تصویر ناسازگار از بدن و پریشانی روانشناختی را تجربه نمایند. جراحی به عنوان یک مداخله درمانی می‌تواند بر سلامت جنسی و صمیمیت فرد، تأثیر بگذارد. عوامل عاطفی و روانی می توانند به طور مستقیم منجر به تغییرات و اختلالات جنسی شوند. همانطور که در مورد جسا؛ تغییرات جسمی که او تجربه کرده بود تنها بخشی از تصویر کلی وی بود. پیامدهای عمل پیوند بر روی هویت شخصی و همچنین توانایی او برای رسیدن به صمیمیت با شریک زندگی اش، تأثیرات منفی آشکاری داشت. بیماران زنی که تحت عمل جراحی، شیمی درمانی یا عوامل انسداد هورمون برای سرطان پستان قرار گرفته‌اند یا تحت درمان هستند، ممکن است دچار کاهش میل جنسی، دیس پارونیا، خشکی واژن و از دست دادن احساس و همچنین ناراحتی عاطفی مربوط به تغییرات بدن پس از جراحی شوند. سایر اثرات احتمالی شامل کاهش یا تغییر احساس نوک پستان و تغییر در تحریک بدنبال اقدامات درمانی است. درمان سرطان‌های لگن و شکم اغلب شامل جراحی، پرتودرمانی و شیمی درمانی است که همه آنها می‌توانند منجر به درد مزمن، واژینیسموس و تنگی واژن شوند.

بیماران مرد ممکن است در نتیجه درمان سرطان پروستات، کاهش میل جنسی و اختلال

1. Graft Versus Host Disease

نعوظ را تجربه کنند. هر فرد، صرف نظر از جنسیت یا هویت جنسیتی خود، تحت هر درمانی که قرار می‌گیرد نظیر شیمی‌درمانی، جراحی و پرتودرمانی، ممکن است تغییرات جسمی و عملکردی دائمی پیدا کند که نیاز به سازگاری در زندگی جنسی‌اش؛ داشته باشد.

بیماری های حاد یا مزمنی که شامل یک یا چند ارگان اصلی هستند مانند بیماری‌های قلبی، کلیوی، ریوی یا عصبی، می‌توانند عملکرد و ابراز جنسی را تغییردهند. داروهایی که در جدول ۲۲.۱ آمده‌اند، می‌توانند میل جنسی را کاهش داده، عملکرد ارگاسم را مختل کنند یا اثرات دیگری بر سلامت جنسی، داشته باشند. بیماران در سنین باروری نیز ممکن است به دلیل مداخلات جراحی یا درمان‌هایی مانند شیمی‌درمانی؛ با کاهش قدرت باروری، روبرو شوند. بسیاری از تغییرات جسمی مرتبط با بیماری‌های شدید (به عنوان مثال خستگی، درد، تنگی نفس، عواقب ناشی از جراحی، عوارض جانبی داروها) نه تنها می توانند بر عملکرد جنسی بدن بلکه بر احساس مطلوب بودن فرد و رسیدن به لذت و ارتباط، تأثیر بگذارند. آگاهی از این تغییرات می تواند به بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات، کمک کند که صریحاً در مورد چالش‌های صمیمیت و چگونگی غلبه بر آنها، صحبت نمایند. با توجه به روش‌های مختلفی که مردم می توانند از طریق آن جنسیت و هویت خود را ابراز نمایند لذا در بزرگ‌سالی، روش نرمال خاصی در این زمینه وجود ندارد. درجه ابراز جنسی و هویتی فرد در نتیجه بیماری شدید، وابسته به فرد، تغییر می‌کند. ارائه دهندگان خدمات بهداشتی نباید این تصور را داشته باشند که به این دلیل که کسی در حال پیرشدن یا نزدیک شدن به مراحل پایانی زندگی است، تمایل به ارتباط یا لذت بردنش، از بین‌رفته است. ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی می توانند با پیشنهاد تغییراتی در فعالیت و لذت جنسی؛ به بیماران و خانواده هایشان کمک نمایند و از اکتشاف موارد جدید یا تغییر وضعیت‌های طبیعی، حمایت نمایند.

درمان‌های تسکینی برای تغییرات جسمی همراه با بیماری‌های شدید و مراحل پایانی زندگی، وجود دارند که می‌توان به داروهایی برای اختلال نعوظ، روان‌کننده‌های واژن یا داروهای تحریک‌کننده روان برای مقابله با خستگی مربوط به بیماری، اشاره نمود. با این حال ممکن است گزینه‌های درمان دارویی خاصی برای یک علامت مشخص، وجود نداشته باشد. به همین ترتیب، ممکن است برخی از داروها با توجه به وضعیت سلامتی فعلی، بسیار خطرناک یا ناکارآمد،

جدول ۲۲.۱. داروهای متداول در اختلالات عملکرد جنسی

کلاس دارو	زیر کلاس	نوع اختلال عملکرد
داروهای ضد افسردگی	مهارکننده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین (SSRI)	کاهش میل جنسی، اختلال عملکرد ارگاسم
عوامل انسداد هورمون	بازدارنده‌های آروماتاز	کاهش میل و برانگیختگی، آتروفی ولووواژینال، دیس پارونی
	تعدیل‌کننده‌های گیرنده استروژن (به عنوان مثال، تاموکسیفن)	خشکی واژن، ترشحات واژن، گرگرفتگی
	داروهای ضد آندروژن	از دست دادن میل، اختلال نعوظ
مسکن‌های مخدر	داروهای افیونی مزمن	کاهش میل جنسی

تلقی شوند. درچنین مـواردی، ارائـه‌دهنـدگان خـدمات بهداشتی می توانند اصلاحاتی را در رفتارهای جنسی یا الگوهای صمیمیت؛ به بیمـار پیـشنهاد دهنـد. ممکـن است لازم باشد بیماران روش‌های دیگـری متفـاوت از عادت‌ها یا روال معمول را جهت لذت بـردن، کـشف و تجربه نمایند.

کنترل علائم اصلی بدون توجه بـه رونـد بیمـاری زمینه‌ای که کیفیت زندگی افـراد را تحـت تـأثیر قـرار می‌دهند نظیر درد، تنگی نفـس، یبوسـت، اضـطراب و افسردگی، بسیارمهم هستند. علی‌رغم مـدیریت دقیـق علائم ممکن است تغییرات و عوارض جـانبی جنـسی، ایجـادگردد کـه حتـی بـه داروهـا و تکنیـک‌هـای تسکین‌دهنده سنتی نیز پاسخ ندهنـد. ارائـه‌دهنـدگان مراقبـت‌هـای تـسکینی؛ بایـستی اهمیـت توسـعه مهارت‌های فراتر از روش‌های سنتی مـدیریت علائـم جسمی را شناسـایی نماینـد. جـدای از پیچیـدگی هـر مورد، ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی می توانند هنگام ارزیابی و بررسی سـلامت جنـسی و صـمیمیتی بیماران، از همان تکنیک‌های مهـارت ارتبـاطی بـرای بحث در مورد مسائل مربوط به مراحل پایانی زنـدگی، استفاده کنند. تمام اعضای تیم بین حرفـه‌ای مراقبـت تـسکینی بایـد از پرسـیدن سـوالات بـاز، پاسـخ بـه احـساسات و حمایـت از تمایـل بیمـار بـرای کـشف موضوعات دشوار، احـساس راحتـی نماینـد. مـشاوره و عادی‌سازی تغییـرات جـسمی همـراه بـا مـرگ ماننـد خـستگی، کـاهش وزن و وابـستگی بـه دیگـران و همچنین وجود حس ناراحتی و از دست دادن، بایـد در مجموعه مهارت‌های مدیریت علائـم، در نظـر گرفتـه شود. همراهی با بیمـاران در حـالی کـه آنهـا تغییـرات دائمی در عملکـرد جنـسی و روابـط صـمیمی خـود را تجربه می‌کنند، کمک به سـازگاری و یـافتن راه‌هـایی بـرای ابـراز عـشق، همگـی بخـشی از نقـش یـک ارائه دهنده مراقبت تسکینی است و نیاز به یک رویکرد بین حرفه‌ای تخصصی دارد.

تأثیر بیماری شدید بر جنبه‌های اجتماعی، عاطفی و معنوی تمایلات جنسی و صمیمیت

مطالعه موردی: بیمار مبتلا به کلستومی

مایـا یـک خـانم ۲۷ سـاله بـا سـرطان روده بـزرگ متاسـتاتیک اسـت کـه بـه عنـوان بخـشی از درمـان روتـین، تحـت عمـل جراحـی برداشـتن روده بـزرگ؛ قرار گرفت و بـرای وی کولوسـتومی دائمـی، گذاشـته شد. در حالی کـه ایـن روش درمـانی بـه مایـا اجـازه طـول عمـر طـولانی‌تـری مـی‌داد، امـا ایـن امـر بـر احـساس ارزشـمندی و هویـت وی؛ تـأثیرگذاشـت. در حـالی کـه بـسیاری ممکـن اسـت کولوسـتومی را بـرای ادامـه زنـدگی؛ لازم و منطقـی بداننـد امـا کولوستومی برای مایا به یـک مـانع و سـد راه دائمـی برای داشتن یک زندگی عادی و نرمال؛ تبـدیل شـده است. مایا از کیسه استومی و عدم کنترل آن در عبور مدفوع و صـداهای روده؛ آگـاهی دارد. او نگـران ایـن است که وقتی درکنار دوستان و خانواده است، کیـسه استومی‌اش؛ مشخص شود. مایا تصمیم گرفت که دیگر با دوستانش؛ والیبال که بخـش عمـده‌ای از زنـدگی و هویت اجتماعی او بـود، بـازی نکنـد. تغییـر در شـکل ظاهری بدن و تـأثیرات مربـوط بـه آن بـر احـساس ارزشـمندی فـردی، بـیش ازحـد؛ فراینـد بیمـاری را ناتوان‌کننده‌تر نموده اسـت. مایـا دوسـتیابی یـا ادامـه روابطـش را متوقـف کـرد و اغلـب ایـن سـوال را در کلینیک می‌پرسید که "چرا باید کسی مـن را بـا ایـن شرایط دوست داشته باشد؟" توانـایی ارتبـاط و ابـراز محبت، نزدیکی و تأیید در روابط صـمیمی بـه انـدازه عملکرد جنسی، مهم است. هنگامی که فردی در حـال مرگ است، روابط صمیمی وی نیز تغییر می کند. کنار آمدن با غم و اندوه و از دست دادن نقش ادراک شده در زندگی، عملکرد سالم قبلـی بـدن، سـاختار قـدیمی خانواده و دوستان و امیدهای آینده؛ بخشی از عملکـرد

احساسی در روابط صمیمی در مراحل پایانی زندگی است.

مرور زندگی و معنادهی به تجارب زندگی فرد؛ بخشی از فرایند مرگ است. نیازهای ناموازن یا برآورده نشده یا عدم توانایی در کنار آمدن با تغییر ماهیت عملکرد جنسی، جسمی و تغییر در صمیمیت و نزدیکی در روابط، همگی می‌توانند منبع رنج فرد باشند زیرا افراد با بیماری شدید به پایان زندگی؛ نزدیک می شوند. همانطور که در مورد مایا مشاهده شد، تغییرات ایجاد شده در نتیجه مداخلات جراحی از بسیاری جهات از این واقعیت بدتر بود. او در جوانی به مرحله پایانی زندگی خود، رسید. غم مایا برای از دست دادن بدن قبلی و مهم‌تر از همه ناتوانی او در معنا بخشیدن به زندگی جدید خود، احساس انزوا و رنج وجودی را ایجاد کرد. بیماران ممکن است بیشتر خود را منزوی کنند، هرگونه روابط صمیمی قبلاً شکل گرفته را به هم بزنند یا موانع غیرقابل غلبه‌ای ایجاد کنند که مانع از ایجاد روابط جدید می‌شود. این نوع پریشانی با اضطراب و افسردگی مرسوم؛ بسیار متفاوت است.

نزدیکی، صمیمیت، لذت و لمس از جمله روش‌های اساسی هستند که به کمک آن‌ها انسان‌ها معنای معنوی، هدف و همچنین احساس ارتباط با یکدیگر را تجربه می‌کنند. با نزدیک شدن افراد به مراحل پایانی زندگی، طبیعی است که شاهد تغییراتی مانند خستگی، کاهش میل و علائم جسمی دیگر باشیم که می توانند نحوه ابراز معمول جنسی را تضعیف کنند. با این حال، مردم اغلب با بهره‌مندی از این فرصت، تمایل به نزدیکی و صمیمیت جسمی برای ایجاد معنا و تجربه حس دلسوزی با یکدیگر دارند. جدول ۲۲.۲ نشان می‌دهد که چگونه بیماری‌های شایع می‌توانند بر سلامت جسمی و روانی بیماران تأثیر بگذارند.

جدول ۲۲.۲. بیماری‌های شایع و تأثیرات بالقوه بر تمایلات جنسی و صمیمیت

گروه بیماری	فیزیکی	روانی	اجتماعی	معنوی
سرطان	*علائم شایع:* درد جسمی، درد نوروپاتیک، خستگی، تنگی نفس، حالت تهوع و استفراغ *ملاحظات دیگر:* تغییرات در آناتومی، تغییر بدن (به عنوان مثال، استومی، تراکئوستومی، لوله تغذیه) ظاهر صورت با سرطان‌های سر و گردن تغییر می‌کند اختلال نعوظ با سرطان‌های پروستات و دستگاه ادراری اصلاح اعضای جنسی با سرطان پستان وGYN پرتودرمانی و عوارض جانبی دارو مانند کاهش روانکاری یا آتروفی واژن، علائم وازوموتور، دیس‌پارونیا	اختلالات خلقی مانند خشم، اضطراب، افسردگی، غم و اختلال در تصویر ذهنی بدن	تعدیل یا تغییر در رابطه قطع رابطه	از دست دادن هویت شخصی، تغییر نقش خانواده (به عنوان مثال چه کسی تأمین‌کننده اصلی خانواده است) کاهش ارزش شخصی، کاهش احساس ارتباط

جدول ۲۲.۲ ادامه. بیماری‌های شایع و تأثیرات بالقوه بر تمایلات جنسی و صمیمیت

گروه بیماری	فیزیکی	روانی	اجتماعی	معنوی
بیماری قلبی، نارسایی احتقانی قلب	*علائم شایع:* تنگی نفس، خستگی، ادم، کاهش تحرک، اختلال در نعوظ مشکل در رسیدن به ارگاسم، کاهش میل، کاهش تحریک *ملاحظات دیگر:* وابستگی متصل به فناوری مصنوعی (به عنوان مثال تزریق IV، LVAD) ادم بیضه و آلت تناسلی در مردان	افسردگی اضطراب خودآگاهی یا تصدیق تغییر کاهش میل ثانویه نسبت به درمان‌ها تصویر ذهنی کم	تغییرات در روابط ترس از طرد شدن از سوی شریک	از دست دادن هویت شخصی تغییر نقش در خانواده (به عنوان مثال تهیه‌کننده اصلی خانواده) کاهش ارزش شخصی از دست دادن کنترل از بین رفتن معنا.
بیماری مزمن تنفسی، COPD، فشار خون ریوی	*علائم شایع:* تنگی نفس، سرفه، خستگی، کاهش تحرک، اختلالات خواب *ملاحظات دیگر:* استفاده از اکسیژن مکمل	احساس انزوا تغییر در عزت نفس / تصویر ذهنی	تغییر در وضعیت خوابیدن ممکن است منجر به دشواری یا ناتوانی در خوابیدن در کنار همسر شود	تغییرات نقش (به عنوان مثال، چه کسی تأمین‌کننده اصلی خانواده است) کاهش ارزش خودباوری
دمانس	*علائم شایع:* از دست دادن حافظه رابطه، ناتوانی، و سستی	از دست دادن خودآگاهی بی علاقگی و بی‌تفاوتی نسبت به رابطه جنسی می‌تواند باعث ایجاد رفتار یا خواسته‌های جنسی نامناسب یا ممنوع شود مسائل رضایت	از دست دادن روابط قبلی عدم تحقق نیازها و خواسته‌های شریک زندگی مراقبان ممکن است میل جنسی را نادیده بگیرند یا آسیب‌شناسی کنند	اختلال در برابری روابط، از دست دادن احساس هویت
بیماری مزمن کلیه	*علائم شایع:* خستگی، ناتوانی، اختلال نعوظ، ارگاسم معیوب	علائم افسردگی	نیازهای دیالیز نگرانی در مورد باروری	تغییر نقش معنا سازی

اثرات بیماری شدید بر تمایلات جنسی و صمیمیت در بزرگ‌سالی

مطالعه موردی: یک بیمار مبتلا به اختلال نعوظ

دیوید مرد ۵۸ ساله‌ای است که مبتلا به فشارخون بالا در عروق ریوی است. او سال‌هاست که با تغییراتی در کیفیت زندگی ناشی از این بیماری به سر می‌برد. خوشبختانه دیوید در مدیریت فعالیت‌های روزمره خود؛ حمایت خوبی از سوی شریک زندگی خود، گلن دارد. او علی‌رغم درمان مناسب، در نهایت به اکسیژن مکمل مداوم؛ وابسته شد. سطح انرژی وی پایین است و در انجام

فعالیت‌های روزمره خود با خستگی دست و پنجه نرم می‌کند. دیوید در طی یک مراجعه به کلینیک، از "مشکلات رابطه" و "مسائل صمیمیت" خود به عنوان منبعی از نگرانی‌اش، سخن گفت. با ترغیب دیوید برای توضیح بیشتر در این مورد، چنین بیان کرد که سال‌هاست از اختلال نعوظ رنج می‌برد. دیوید در حالی که بیان می‌کند که "من دیگر احساس نمی‌کنم که دیگر یک مرد هستم"، بسیار احساساتی می شود. سلامتی جنسی و صمیمیت با گذشت زمان، تغییر نموده و تکامل می‌یابد. افراد معمولا ایجاد فرم‌های جدیدی از صمیمیت را به عنوان بخشی طبیعی از روند پیری تجربه می‌نمایند. برخی از روابط مهم، به سازگاری‌هایی می رسند تا در طول زمان پایدار بمانند. به عنوان مثال رابطه کودک و والدین با رشد کودک در بزرگ‌سالی، توسعه می یابد. هنگامی که والدین سالمند می‌شوند، نقش‌ها می‌تواند تغییر یابد، جایی که فرزند؛ از والدین مراقبت می‌کند. شروع یک بیماری جدید یا بیماری شدید می تواند روابط صمیمانه را تحت تأثیر قرار داده و باعث پریشانی بیمار، خانواده و دوستان شود. بسته به مرحله تکاملی فرد، تأثیرات غم و اندوه بر هویت، صمیمیت و سایر جنبه‌های سلامتی، متفاوت است. افراد در ارتباط با یکدیگر ممکن است تغییراتی در نقش‌های خود ایجاد نمایند. برخی روابط ممکن است کاملاً قطع گردد و جای خود را به روابط جدید بدهند.

افراد جوان

زندگی با یک بیماری شدید مانند سرطان، فیبروز کیستیک یا سایر بیماری‌های ژنتیکی تأثیراتی فراتر از سلامت جسمی در کیفیت زندگی بزرگ‌سالان جوان دارد. در حالی که هویت؛ مسأله‌ای ثابت شده است، این گروه سنی از لحاظ مرور وقایع گذشته و همچنین از لحاظ نگاه به آینده و شناسایی رویدادهایی که ممکن است در آنها نتوانند شرکت کنند، درجه بالایی از از دست دادن و پشیمانی را تجربه می کنند. به عنوان مثال یک جوان، مروری بر زندگی‌ای که هنوز تحقق نیافته است را تجربه خواهد کرد، مانند اینکه قادر به تجربه یک مورد رابطه طولانی مدت، ازدواج، دستیابی به شغل مورد نظر خود یا بچه دار شدن، نخواهد بود. برای فرد جوان ممکن است امکان تجربه روابط صمیمی به شکل سنتی وجود نداشته باشد و چنین موضوعات صمیمیتی می تواند دلیل اصلی این فقدان باشد. افراد جوان می توانند در طی مرور زندگی خود، احساس از دست دادن و پشیمانی کنند و همچنین از اینکه نمی توانند مانند همسالان خود روابط مناسب را تجربه کنند، احساس پشیمانی و ندامت نمایند.

در این مرحله از بزرگ‌سالی، افراد ممکن است فرزندان خود را در نظر بگیرند و به این قضیه فکر کنند که ممکن است نتوانند فرزند پروری کنند. غمی از عدم توانایی داشتن فرزندان بیولوژیک یا زندگی به عنوان پدر و مادر را تجربه نمایند و روش‌هایی مانند فرزندخواندگی یا روش‌های دیگری را تجربه کنند که تمامی این مسائل می‌توانند باعث پریشانی عاطفی قابل توجهی شوند. پارتنرهای افراد مبتلا به بیماری شدید نیز با تحقق این موضوعات، تحت تأثیر قرارمی‌گیرند که باعث ایجاد تنش‌های قابل توجهی در آنان نیز می‌گردد. برای افراد جوانی که به تازگی مبتلا به سرطان شده‌اند و با پرتودرمانی یا شیمی‌درمانی تحت درمان می‌باشند، ممکن است با مشکل کاهش باروری روبرو شوند، مهم است که قبل از شروع هرگونه درمان، گفتگوهایی در مورد بچه‌دار شدن، انجام شود. به بیماران باید فرصت فکر کردن در مورد برداشت تخمک یا جمع آوری اسپرم داده شود، بنابراین در صورت امکان یا تمایل، گزینه های آینده برای کودک بیولوژیکی، فراهم شود. علاوه بر سرطان، مشکلات باروری می‌تواند در سایر بیماری‌ها نیز نقش داشته باشد. در برخی اختلالات ژنتیکی به عنوان

مثال، مردان مبتلا به فیبروز کیستیک در مقایسه با هم‌سالان خود در معرض خطر بیشتری برای ناباروری هستند و یا جوانان مبتلا به نارسایی کلیوی معمولا موانع مربوط به ارتباطات جنسی با شریک‌شان را ذکر می‌نمایند.

افراد میانسال

همانند گروه سنی جوان، میانسالان نیز با از دست دادن هر دو طیف زندگی روبرو خواهند شد. روابط؛ اغلب با شریک زندگی، همسر، دوستان، اعضای خانواده یا فرزندان برقرار هستند. روابط ممکن است کاملاً پیچیده شود زیرا طرفین تغییراتی را تجربه می‌کنند که می تواند باعث پریشانی بیشتری، شود. همسران بیماران مبتلا به بیماری شدید؛ می توانند از دست دادن تمایلات جنسی و صمیمیت را تجربه نمایند. مواردی نظیر اختلالات خلقی، عدم تحقق و از دست دادن هویت، توسط افراد در ارتباط با مبتلایان به سرطان، ذکرگردیده است. بیماران و خانواده‌هایشان هنگام مواجه شدن با اخبار ناگوار، تغییرات جسمی و عاطفی و چالش‌های وداع، می‌توانند دچار اضطراب عاطفی شوند. برای بیماران و خانواده‌هایشان این مورد که در زمان‌های مختلف در طی یک بیماری پیشرفته؛ تغییراتی در بهزیستی عاطفی داشته باشند، طبیعی است. به عنوان مثال در زمان تشخیص اولیه، ممکن است فرد موجی از احساسات را از تعجب تا عصبانیت، تجربه نماید. همانطور که فرد به مراحل پایانی زندگی‌اش نزدیک می‌شود، ممکن است احساس گناه یا ضرر در رابطه با اهدافی که هنوز محقق نشده اند، داشته باشد. مواجهه با مرگ و جدایی از فرزندان، منبع پریشانی قابل توجهی است لذا مشاوره حرفه ای و حمایت معنوی می تواند برای بیماران و خانواده هایشان به عنوان بخشی از برنامه بیمار محور، مفید باشد.

افراد سالمند

با رسیدن افراد به دوران سالمندی، تغییراتی طبیعی در عملکرد و انعطاف‌پذیری بدن ایجاد می‌شود. صرف نظر از بیماری، افراد با گذشت زمان همراه با کاهش سرعت بدن، تغییراتی طبیعی در پاسخ و لذت جنسی را تجربه می‌کنند. با این حال، ابراز جنسی و ارتباط صمیمانه، بخشی از روند طبیعی پیری است. صحبت در مورد مسائل مربوط به نزدیکی و صمیمیت که اطلاعاتی از کیفیت زندگی نیز ارائه می‌دهند؛ بایستی توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، تشویق شوند. افراد مبتلا به اختلالات شناختی ممکن است هنوز تمایل به نزدیکی جسمی و لمس، داشته باشند. با این حال، مهم است که به مسئله رضایت توجه داشته باشید به خصوص اگر نگرانی‌های آشکاری وجود داشته باشد. بیشتر افراد در مراحل پایانی زندگی خود نیاز به مراقبت و حمایت جسمی، پیدا می کنند. برای برخی افراد، تجربه مراقبت جسمی و عاطفی می تواند روابط صمیمی و جنسی را تغییر دهد زیرا مراقبت از بدن، یک عمل توأم با صمیمیت، است. در حالی که مراقبین به استراحت و حمایت، نیاز دارند، قابل ذکر است که مراقبت از یکی از عزیزان می تواند؛ منبعی از صمیمیت باشد. همانطور که ایرا بایوک در کتاب چهار چیز مهمتر بیان کرد "مراقبت از افراد یک بار و مسئولیت است و می تواند هزینه های زیادی را متحمل شود، اما در کنار آن؛ یک نیاز ذاتی را تامین می‌کند، اینکه مردم احساس می کنند یکدیگر را دوست دارند و از آنها مراقبت می‌شود". علاوه بر تغییرات جسمی، با افزایش سن، همه با مرگ حتمی عزیزانشان (والدین، خواهر یا برادر، همسر، دوستان) روبرو می‌شوند. هرچه فرد بیشتر عمر کند، بیشتر در معرض مرگ؛ قرار خواهد گرفت. از بین رفتن این روابط صمیمی، تحمل مردم را بسیار سخت می کند. از دست دادن عزیزان شاید جهانی ترین تأثیر سالمندی باشد که همه تجربه خواهند کرد.

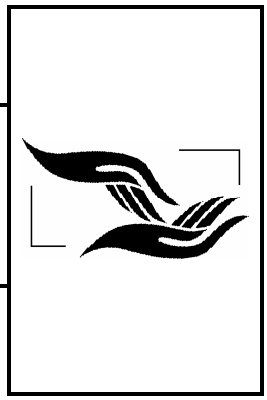
ملاقات با افرادی که در آن مکان هستند، یا اینکه در قدم بعدی چه کاری باید انجام شود

فرهنگ؛ تأثیرات متعددی بر صمیمیت و تمایلات جنسی در مراحل پایانی زندگی، دارد. اگرچه واضح است که افراد مبتلا به بیماری‌های شدید، تمایل دارند در مورد زندگی جنسی و صمیمی خود صحبت کنند اما فرهنگ فعلی مراقبت‌های بهداشتی، معذب بودن ارائه‌دهنده خدمت و عدم آموزش و تجربه کافی در زمینه ارزیابی نیازهای جنسی و صمیمی افراد، از جمله موانع امر هستند. مشابه بحث مراحل پایانی زندگی، وارد شدن و صحبت کردن در مورد این موضوعات ممکن است برای ارائه‌دهنده مراقبت، دشوار باشد زیرا باعث ایجاد ناامنی و ناراحتی در وی شده طوری که حتی ممکن است موضوع سلامت جنسی را از ارزیابی خود حذف نماید. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ممکن است در مورد اینکه چه زمانی و چگونه؛ سؤالات خود را مطرح نمایند و همچنین نسبت به اینکه چه پاسخ‌هایی ممکن است داده شود، احساس عدم اطمینان داشته باشند. آن‌ها ممکن است در مورد اینکه واکنش مناسب در مقابل بیمارانی که غم و اندوه طبیعی دارند و تغییرات بدن و روابط خود را تجربه می‌کنند، چیست، دچار تردید باشند. همچنین آن‌ها ممکن است از نداشتن پاسخ مناسب برای سوالات مربوط به تأثیر بیماری و سالمندی بر جنسیت و صمیمیت، ترس داشته باشند.

اگر چه بسیاری از ابزارهای ارزیابی برای بررسی سابقه جنسی وجود دارد اما هیچ کدام جهت استفاده در مراقبت‌های تسکینی، معتبر نمی‌باشند. ساختارهای اجتماعی سنتی ناهماهنگ سیستم مراقبت‌های بهداشتی ممکن است از نظر بسیاری از افراد مانند لزبین‌ها، گی‌ها، همجنسگرایان، تراجنسیتی‌ها و سوال کنندگان (LGTBQ)، عجیب باشند و به عنوان ناامن قلمداد شوند. ایجاد یک فضای امن و بدون قضاوت که در آن بیماران بتوانند خود را ابراز کنند بسیار مهم و در اولویت است. ایجاد یک رابطه مطمئن و درک ظریف و انسانی از وسعت و عمق بحث روابط و مسائل جنسی به از بین بردن موانع بین ارائه دهندگان و بیماران مبتلا به بیماری شدید، کمک می‌نماید. ارتباطات بین ارائه‌دهندگان خدمات و بیماران و همچنین تسهیل ارتباط بین بیمار و عزیزان وی، ابزاری است که می‌تواند به شما در رفع موانع فرهنگی، کمک نماید. اگرچه مطالعات آینده‌نگر برای ارائه راهنمای سؤالات برای ارائه‌دهندگان خدمات، وجود دارد. کلمن و همکاران از بیماران مراقبت تسکینی در بیمارستان دو سوال ساده پرسیدند، "بیماری شما به چه میزان بر صمیمیت شما تأثیر گذاشته است؟" و "بیماری شما چه تأثیری بر روابط شما داشته است؟" لیستی مربوط به علائم جسمی را می‌توان یادداشت نمود و همچنین می توان از ابزارهای تاریخچه جنسی استاندارد استفاده کرد و سوالات مربوط به جنسیت را بخشی از ارزیابی بالینی استاندارد، قرار داد. منطقی است که در محیط‌های عملکردی، متناسب با ابزارهای ارزیابی استاندارد مورد استفاده، سؤالات مناسب؛ انتخاب و پرسیده شود.

تیم بین حرفه‌ای مراقبت تسکینی می‌تواند علاوه بر حوزه پزشکی و پرستاری، طیف کاملی از عملکرد جسمی و عاطفی بیمار را از طریق بهره‌مندی از حضور روحانیت و مددکاران اجتماعی، ارزیابی کند. آگاهی و دوری از یک تصور سنتی از تمایلات جنسی که فقط به صورت رابطه دگرجنسگرایانه وجود دارد، برای ایجاد یک فضای پذیرا و قابل تحمل جهت ارزیابی و حمایت از بیماران در جایی که هستند، بسیار مهم است. به جای اینکه تصور کنید یک زن؛ شوهر یا همسر دارد، در عوض از او بپرسید که آیا فرد حامی‌ای در زندگیش، دارد یا همانطور که کیمبرلی آکواویوا در کتاب خود به نام LGTBQ Inclusive Hospice and Palliative Care پیشنهاد داده است، "چه کسی را خانواده خود می‌دانید؟" یا "افرادی که منبع حمایت عاطفی از شما

هستند، چه کسانی هستند؟". یک عمل خود انعکاسی که خودآگاهی و درک ارائه‌دهنده را ترغیب می‌کند، می‌تواند به آگاهی از واکنش شخص نسبت به احساساتش کمک نماید و ممکن است در تأیید راحتی و ناراحتی هنگام پرسش و گفتگو در مورد رابطه جنسی و صمیمیت، کمک کند. فعالیت‌هایی مانند مراقبه ذهن آگاهی یا هر عملی که تأمل، همدلی، ایجاد معنا را در کار تشویق کند؛ می تواند برای درمانگران مراقبت تسکینی که به دنبال حضور در کنار بیماران خود هستند، مفید باشد. تمایل جنسی و صمیمیت از اجزای اصلی کیفیت زندگی هستند که در اثر بیماری شدید و روند مرگ، تحت تأثیر قرار می‌گیرند. در صورت راحتی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در پرداختن به این موارد، بیماران و خانواده‌هایشان نیز بهبود کیفیت زندگی را تجربه خواهند نمود.



فصل ۲۳

سندرم‌های اضطراری در پایان زندگی

نکات کلیدی

- سندرم‌های اضطراری متعددی در دوره‌ی یک بیماری پیشرفته اتفاق می‌افتند که به صورت جدی بر کیفیت زندگی؛ اثر می‌گذارند.
- سندرم‌های اضطراری شامل انسداد ورید اجوف فوقانی، پلورال افیوژن، هموپتزی، فشار طناب نخاعی، هایپرکلسمی و شکستگی‌های پاتولوژیک، هستند.
- ارزیابی دقیق و مهارت‌های مدیریتی؛ نقش مهمی در کاهش بیماری و ناراحتی بیماران و نزدیکانشان دارند.

مقدمه

پایان زندگی یک زمان ناراحت‌کننده و مهم است و درمان تسکینی می‌تواند سبب کاهش ناراحتی و رنج بیمار و خانواده وی، شود. این فصل دربارهٔ علائمی که در پایان زندگی بیمار اتفاق می‌افتند نظیر انسداد ورید اجوف فوقانی(SVCO)، پلورال افیوژن (PE)، هموپتزی، تراکم یا فشار طناب نخاعی (SCC)، هایپرکلسمی و شکستگی‌های پاتولوژیک بحث می‌کند.

انسداد ورید اجوف فوقانی

مطالعهٔ موردی: بیماری با انسداد ورید اجوف فوقانی

آقای جی یک مرد ۵۷ ساله، یک هفته قبل با تنگی نفس به بخش اورژانس مراجعه کرد و در نهایت سرطان ریهٔ سلول غیر کوچک در او تشخیص داده شد. قبل از ملاقات با متخصص انکولوژی، همسرش متوجه شد که تنگی نفس او بیشتر شده و صورتش متورم شده است. او با متخصص انکولوژی جدیدی تماس گرفت که توصیه کرد آقای جی به نزدیک‌ترین بیمارستان، مراجعه کند.

توصیف

SVCO به عنوان انسداد جریان خون از طریق ورید اجوف فوقانی (مکانیکی) که بخشی از سیستم وریدی برای تخلیهٔ اعضای بالاتنه و سر در دهلیز راست است، در نظر گرفته می‌شود (جعبه ۲۳.۱). شدت آن به علت انسداد بستگی دارد که عموما به تدریج توسعه پیدا می‌کند و با بروز SVCO نمایان می‌شود.

سالسالی و کلیفتون دریافتند که میزان بروز SVCO در ۴۹۶۰ بیمار مبتلا به سرطان برابر ۴/۲ درصد بود که در معرض خطر بالایی برای

جعبه ۲۳.۱. علائم انسداد ورید اجوف فوقانی.

- دلایل اولیهٔ انسداد ورید اجوف فوقانی (SVCO) شامل سرطان سینه، لنفوم، لختهٔ خون و تنگی وریدها، هستند.
- تورم صورت و گردن؛ عموما رویدادهای تنگی نفس را نشان می‌دهد.
- گرافی قفسهٔ‌سینه و توموگرافی مقطعی (CT) برای شناسایی میزان انسداد، آسیب و کمک به توسعهٔ یک برنامهٔ درمانی برای SVCO به کار می‌روند.
- سیستم درجه‌بندی SVCS و الگوریتم مدیریت برای هدایت تصمیمات بالینی؛ در دسترس هستند.

این بیماری قرار دارند. هشتاد درصد همهٔ تومورها و عفونت‌هایی که SVCO را القا می‌کنند، در ناحیهٔ سمت راست قفسهٔ سینه قرار دارند و SVCO در ۵–۱۰٪ بیماران با آسیب عفونی به بافت یا اندام این ناحیه اتفاق می‌افتد. مخرب‌ترین شکل SVCO در افراد سنین ۴۰–۶۰ سال مشاهده می‌شود و خطر بیشتر در بین مردان به دلیل میزان بالاتر سرطان ریه در ارتباط با استعمال سیگار، اتفاق می‌افتد. موارد خوش‌خیم در افرادی در سنین۳۰–۴۰ سال مشاهده می‌شود، اما در این رده سنی؛ هیچ تفاوت جنسیتی وجود ندارد. شیوع سرطان ریه و لنفوم در نژادهای مختلف، متفاوت هستند، لذا توزیع SVCO در جمعیت به شیوع سرطان‌های القا کنندهٔ SVCO در این جوامع بستگی دارد.

پاتوفیزیولوژی

گسترش تومور و تشکیل لخته از دلایل اصلی SVCO هستند. انسداد ورید اجوف فوقانی (SVC) می‌تواند به دلایل داخلی یا خارجی باشد. وقتی یک تومور در حال رشد، فضای قفسهٔ سینه را پر می‌کند، فشار در داخل SVC از ۸ mm Hg–۲ تا mm Hg ۲۰–۳۰ افزایش پیدا می‌کند و تورم صورت و گردن و دیوارهٔ قفسهٔ سینه بیشتر نمایان می‌شود. بدن در پاسخ به اختلال SVC، از وریدهای کولترال در قفسهٔ سینه، مری و نواحی اطراف ستون فقرات، استفاده می‌کند (مثل ورید اجوف تحتانی و وریدهای آزیگوس) و بیمار دشواری در تنفس یا غذا خوردن را تجربه می‌کند. وقتی وریدهای کولترال نمی‌توانند فشار اضافی را تحمل‌کنند، تعداد علائم؛ افزایش پیدا کرده و بیمار فوت می‌کند.

علائم و نشانه‌ها

علائم و نشانه‌های SVCO به شدت و میزان انسداد، بستگی دارد. قابل توجه‌ترین علائم شامل تورم بینی، صورت، گردن و دیوارهٔ قفسهٔ سینه است. مخصوصا در ساعات صبح در حالت درازکش بیشتر مشاهده می‌شود. تورم به تدریج فروکش می‌کند، اما در موارد طولانی مدت، به صورت قابل مشاهده؛ باقی می‌ماند. تنگی‌نفس (مخصوصا در زمان خواب)، گرفتگی صدا، سرفهٔ مداوم، بی‌حالی و سردرد، از علائم SVCO هستند که می‌توانند منجر به خستگی شوند؛ سایر علائم بالینی شامل تورم صورت و تنفس سریع و غیر نرمال در حین دراز کشیدن یا خم شدن به سمت جلو، هستند.

روش‌های تشخیصی

معاینهٔ جسمی برای تشخیص SVCO کافی است؛ اما تصویربرداری تشخیصی برای ارزیابی دقیق‌تر شرایط بیمار، ترجیح داده می‌شود. در ابتدا، رادیوگرافی قفسهٔ سینه برای نشان دادن هر گونه التهاب یا اضافه شدن توده در ناحیهٔ سمت راست قفسهٔ سینه، انجام می‌شود که ممکن است اولین نشانهٔ SVCO باشد. اسکن توموگرافی مقطعی (CT) موقعیت دقیق محل انسداد را نشان می‌دهد که شامل لخته یا تومور است و میزان آسیب حفره، تعیین‌کنندهٔ نیاز به جراحی قفسهٔ سینه خواهد بود.

تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) که اغلب برای بیماران مبتلا به سرطان با آلرژی به مواد حاجب یا نارسایی کلیوی، ترجیح داده می‌شود، آسیب به بافت را با جزئیات بیشتر نشان داده و جزئیات بیشتری را دربارهٔ ناحیهٔ تحت تأثیر؛ نشان می‌دهد که نمایانگر تصویر مستقیم جریان خون برای ارزیابی فشار داخل SVC است. ونوگرافی که مؤثرترین ابزار تشخیصی SVCO است، میزان کامل انسداد ورید اجوف را نشان داده و در حین آماده‌سازی برای جراحی اصلاح‌کننده؛ ضروری است. ونوگرافی با ماده حاجب؛ مؤثرترین تکنیک برای تشخیص SVCO بدخیم است؛ اما اگر ورید کولترال اصلی (ورید اجوف تحتانی) به دلیل فشار یا نکروز تومور، دچار اختلال شود و به سمت فشردگی وریدی پیشرفت کند، یک ونوگرافی تکنتیوم 99m رادیونوکلئید، گزینهٔ ترجیح داده شده است.

درمان

استنت گذاری SVC

SVCO بسته به میزان و ضرورت بیماری، نیازمند درمان‌های درون عروقی است. برای مثال، از بین بردن لخته با اولتراسوند همراه با آنژیوپلاستی و استنت‌گذاری SVC سبب حذف انسداد جزئی یا کامل، می‌شود. ونوگرافی در حین ورود استنت، ضروری بوده و تعیین‌کنندهٔ طول لازم و تعداد استنت‌ها برای بازکردن انسداد است. جایگذاری استنت؛ دستاوردهای قابل قبولی را در مدیریت SVCO ایجاد کرده است. یک عارضه جزئی در ارتباط با مداخلهٔ درون عروقی، هماتوم است و عوارض اصلی شامل جابجایی استنت، خونریزی و تامپوناد پری‌کارد؛ هستند.

درمان‌های ترومبولیتیک

وقتی یک لختهٔ خون به عنوان دلیل مکانیکی SVCO شناسایی شد، درمان‌های ترومبولیتیک برای مدیریت پزشکی، ترجیح داده می‌شوند. بیمار ممکن است دارای علائم حاد SVCO باشد که این مسئله نیازمند تجویز عوامل ترومبولیتیک از طریق کاتتر برای حذف لخته است. درمان ترومبولیتیک طی ۲-۵ روز پس از علائم اولیه شروع می‌شود که در صورت شروع پس از روز دهم، مؤثر نخواهد بود. فعال کنندهٔ پلاسمینوژن بافتی (tPA) متداول‌ترین داروی ترومبولیتیک است.

دارو درمانی

با وجود این که پژوهش‌های مبتنی بر شواهد در تایید اثربخشی آن‌ها کافی نیستند، اما داروهای ضدالتهابی استروئیدی مثل دگزامتازون برای درمان SVCO به صورت کوتاه مدت، مصرف می‌شوند. داروهای مدر؛ علی‌رغم کمبود شواهد تاییدکنندهٔ اثربخشی آن‌ها نیز استفاده می‌شود.

مدیریت پزشکی

پزشکان ابتدا برای شناسایی دلایل SVCO، تلاش می‌کنند که اغلب با سرطان یا بیماری مزمن، مرتبط است. سپس تیم درمانی برای کاهش علائم تلاش می‌کنند؛ برای مثال، بالا نگه داشتن سر بیمار سبب کاهش تورم صورت می‌شود. در SVCO که از سرطان‌هایی مثل سرطان ریهٔ سلول غیر کوچک (NSCLC) ناشی می‌شود، سلول‌های بدخیم در پاتولوژی، تعیین خواهد بود. پرتودرمانی وقتی مورد استفاده قرار می‌گیرد که تومور نتیجه‌ای از انسداد باشد. طبق نظر نیکولس، شیمی‌درمانی گزینه‌ای جایگزین برای پرتودرمانی در بیمارانی با تومورهای حساس به شیمی درمانی، است.

افزایش شیوع SVCO که با بیماری‌های مزمن ایجاد می‌شود منجر به توسعهٔ روش‌های درمانی جدیدی شده است. اگر چه درمان عروقی مؤثر است، اما روش‌هایی کمتر تهاجمی برای مدیریت بیماران

جعبه ۲۳.۲. سیستم درجه‌بندی چهار بخشی انسداد ورید اجوف فوقانی.

- درجه: ۰-۵
- دسته بندی: بدون علائم تا کشنده
- بروز برآورد شده: ۱۰٪ تا کمتر از ۱٪
- تعریف: عدم وجود علائم تا مرگ.

SVCO ترجیح داده می‌شوند. الگوریتم سندرم ورید اجوف فوقانی توسعه یافته توسط یو، ویلسون و دتربک ابزار مفیدی برای هدایت تصمیم‌گیری بالینی در مدیریت پزشکی بیماران SVCO است.

مدیریت پرستاری

پرستاران باید از تکنیک‌های تسکینی برای تسکین درد و آسایش بیماران SVCO همراه با مدیریت پزشکی استفاده کنند. ارزیابی پرستاری با استفاده از سیستم درجه‌بندی SVCO برای شناسایی جلوه‌های بالینی SVCO ضروری است (جعبه ۲۳.۲).

برای پرستاران برقراری ارتباط با بیمار و خانواده جهت کاهش استرس و بهبود وضعیت عملکردی بیمار، ضروری خواهد بود. پرستاران باید اهداف درمان را نیز مشخص کنند که سازگار با خواسته‌های بیمار باشد. به علاوه، پرستاران باید نیازهای منحصر به فرد هر بیمار را ارزیابی کرده و پشتیبانی لازم را فراهم کنند تا از اجرای درمان مناسب برای هر بیمار، اطمینان حاصل شود.

پلورال افیوژن

مطالعهٔ موردی: بیماری با پلورال افیوژن

آقای اس،یک کارشناس زمین‌شناسی ۳۹ ساله و مدیر اجرایی یک شرکت بزرگ نفت و گاز بود. تقریبا ۴ ماه پیش دچار لنفوم هوجکین مرحله سوم شد. او شیمی درمانی را شروع کرد و توموگرافی انتشار پوزیترون (PET) دو هفته بعد از وی به عمل آمد. چند هفته بعد، او دریافت که در تنفس دچار مشکل شده است. تنگی نفس در ابتدا خفیف بود، اما به تدریج شدیدتر شد تا اینکه او مجبور شد روی صندلی بخوابد، زیرا نمی‌توانست شب‌ها صاف دراز بکشد. در نهایت، تنگی نفس در او به حدی شدید شد که به اورژانس رفت. در آنجا پرسنل پزشکی کاهش صداهای تنفس او را شناسایی کردند و گرافی سینه؛ تاییدکنندهٔ پلورال افیوژن بزرگی در سمت چپ بود.

توصیف

PE وقتی اتفاق می‌افتد که مایع بیش از حدی در فضای جنب، تجمع یابد. عموما این حالت را «آب آوردن ریه» می‌نامند که با تنگی نفس، درد قفسهٔ سینه، ناراحتی گوارشی و سرفه مشخص می‌شود. دو نوع پلورال افیوژن ترانسوداتیو و اگزوداتیو، وجود دارد. مایع نفوذی یک مایع شفاف است که مشابه با سرم خونی بوده و وقتی تشکیل می‌شود که نیروهایی که به طور معمول مایع جنب را با سرعت معمول؛ تولید و خارج می‌کنند، از تعادل خارج شوند که عمدتا در بیمارانی با نارسایی قلبی، اتفاق می‌افتد. اگزودا مایع کدر حاوی سلول‌ها و مقادیر زیادی پروتئین است که در نتیجه بیماری در فضای جنب ایجاد می‌شود. برای مثال، بدخیمی پلور اغلب منجر به PE بدخیم می‌شود.

اپیدمیولوژی

بیماری پاراپنومونیک؛ متداول‌ترین علت PE است که با بدخیمی همراه می‌شود. بیش از ۱۷۵۰۰۰ نفر در ایالات متحده تحت تأثیر PE بدخیم قرار می‌گیرند که پس از سرطان ریه اتفاق می‌افتد. تقریبا ۱۵٪ بیماران سرطان ریه در زمان تشخیص PE بدخیم دارند، اما ۵۰٪ بیماران با سرطان ریهٔ منتشر شود، در نهایت دچار این شرایط می‌شوند. سرطان سینه دومین عامل PE بدخیم است؛ اما در بین بیماران نادر است و عموما

با بیماری پیش‌رونده، اتفاق می‌افتد. بدخیمی‌های هماتولوژیکی (لنفوم و لوسمی) سومین علت متداول PE بدخیم هستند. این وضعیت که عموما با بیماری‌های پیشرونده همراه است، تشخیص بالینی ضعیفی (به خصوص در بیماران بدخیم) دارد. اکثر بیماران با PE بدخیم گزینه‌های مناسبی برای مراکز هاسپیس، هستند.

پاتوفیزیولوژی

هر ریه با یک غشای سروزی به نام پردهٔ جنب پوشیده شده است که یک حفرهٔ بسته را بین پردهٔ جنب و سطح ریه، تشکیل می‌دهد. فضای جنب نرمال شامل ۱۰ میلی‌لیتر مایع است که تعادل بین (۱) نیروهای هیدروستاتیک و انکوتیک در مویرگ‌های جنب جداری و احشایی و (۲) تخلیهٔ لنفاوی شیاری را برقرار می‌نماید. فشارهای اسمزی و هیدروستاتیک سبب حفظ تعادل بین جذب و تولید مایع در فضای جنب می‌شوند. وقتی این تعادل مختل می‌شود، مایع در حفرهٔ جنب، تجمع خواهد یافت.

افیوژن ریوی به تغییر نفوذپذیری غشاهای جنب ناشی از چندین بیماری از جمله التهاب، بدخیمی و آمبولی ریوی، نسبت داده می‌شود. در بیمارانی که دچار بدخیمی هستند، وجود چند علت همزمان برای PE غیرمتداول نیست. هیپوآلبومینمی سبب کاهش فشار انکوتیک داخل عروقی و افزایش نفوذپذیری مویرگ، خواهد شد و یا اختلال عروقی می‌تواند ناشی از تروما، بدخیمی، التهاب، عفونت، یا انفارکتوس ریوی، باشد.

علائم و نشانه‌ها

تنگی‌نفس که ممکن است به صورت ناگهانی یا تدریجی بسته به سرعت تجمع مایع، اتفاق بیفتد، متداول‌ترین نشانهٔ PE بوده و اغلب منجر به افزایش نگرانی می‌شود. اگر افیوژن دارای جریان آزاد باشد، در حالی که بیمار در وضعیت پرون است، تنگی‌نفس شدیدتر می‌شود. با این حال، اگر افیوژن ایجاد شود، بدون توجه به موقعیت بیمار، تنگی‌نفس، ثابت می‌ماند. یک افیوژن بزرگ می‌تواند سبب تنگی‌نفس شدید و ناگهانی شود در حالی که افیوژن کوچک با شروعی تدریجی و آهسته، همراه باشد. بیماران درد جنبی را تجربه می‌کنند که دردی شدید در ناحیهٔ قفسهٔ سینه است و گاهی با درد قلبی، اشتباه گرفته می‌شود.

ناتوانی بیمار در انبساط ریه منجر به گزارش‌هایی از تنگی نفس می‌شود. با افزایش حجم افیوژن، تنگی‌نفس در حالت استراحت، ارتوپنه و تاکی‌پنه، اتفاق می‌افتند. بیمار ممکن است سرفهٔ خشک و سنگینی یا درد (اغلب به صورت جنبی) در قفسهٔ سینه را تجربه‌کند. معاینات جسمی نمایانگر افزایش تعداد تنفس و استفاده از عضلات فرعی برای تنفس هستند. گوش‌کردن صداهای تنفسی نمایانگر کاهش صداهای تنفسی و در دق؛ صدای بم در نواحی تحت‌تأثیر ریه وجود دارد. افیوژن بزرگ می‌تواند انحراف نای و انتقال جناغ به ناحیهٔ تحت تأثیر را به وجود آورد.

روندهای تشخیصی

گرافی قفسهٔ سینه

رادیوگرافی قدامی-خلفی و جانبی استاندارد قفسهٔ سینه؛ مهم‌ترین تکنیک برای تشخیص اولیهٔ PE است. حجم مایع حدود ۲۰۰ میلی‌لیتر در گرافی قدامی- خلفی مشهود خواهد بود؛ و کندی زاویهٔ کاستوفرنیک در گرافی جانبی با تجمع ۵۰ میلی‌لیتر مشاهده می‌شود. گرافی قفسهٔ‌سینه نشان می‌دهد که مایع؛ جریان آزادی دارد یا ساکن است که این تعیین‌کنندهٔ برنامهٔ ترجیحی درمان خواهد بود.

اولتراسوند

سونوگرافی می‌تواند حتی مقادیر کمی از PE را به دقت تشخیص دهد که مشخصه آن وجود فضای خالی

از اکو بین پلور احشایی و جداری است. سونوگرافی برای تایید تشخیص PE و علامت‌گذاری محل برای توراسنتز استفاده می‌شود.

اسکن توموگرافی کامپیوتری

اسکن CT تصاویر مقطعی را فراهم می‌کند که برای ارزیابی موارد پیچیده مفید هستند که رادیوگرافی یا اولتراسونوگرافی نمی‌توانند ارزیابی قطعی را حاصل کنند. سی تی اسکن می‌تواند توده‌های جنبی یا ریوی، آدنوپاتی، ویژگی‌های غیرنرمال ریوی مثل تراوش‌ها یا آتلکتازی یا متاستاز تومور را تشخیص دهد.

توراکوسنتز

توراکوسنتز برای همهٔ بیماران با بیش از یک PE جزئی از منشاء ناشناخته توصیه می‌شود (بیشتر از ۱ سانتیمتر ارتفاع در رادیوگرافی با دراز کشیدن به پهلو، اولتراسونوگرافی، یا سی تی اسکن). در برخی موارد، زمانی که شیوع افیوژن مشخص شد و دلایل غیر بدخیمی واضح نمایان شدند، توراکوسنتز در تایید تشخیص مفید خواهد بود. راهنمای سونوگرافی مانع مشکلات مرتبط با اجرای این کار بدون دید می‌شود.

درمان

مدیریت درمان PE بدخیم به چند عامل شامل تاریخچه اصلی تومور، سوابق قبلی بیمار و پاسخ به درمان، میزان بیماری و شرایط پزشکی کلی، هدف درمان و شدت ناراحتی علائم بستگی دارد. ارزیابی علت زمینه‌ای PE و تعیین درمان آن برای پیشگیری از تراکم بیشتر مایعات ضروری است. این درمان می‌تواند شامل درمان سیستمیک (مثلا شیمی درمانی، آنتی بیوتیک)، هورمون درمانی، یا پرتودرمانی باشد. مدیریت علائم شامل استفاده از اپوئیدها برای مدیریت درد و تنگی نفس و نیز استفاده از داروهای ضد اضطراب برای کنترل اضطراب است. متداول‌ترین درمان‌ها برای PE عبارتند از: (۱) مشاهدهٔ پاسخ آن به درمان بیماری‌های زمینه‌ای، (۲) توراکوسنتز، (۳) پلورودز، (۴) کاتترگذاری صفاقی و (۵) تسکین علائم.

توراسنتز

توراسنتز برای تمام بیمارانی که بیش از حداقل (PE به عنوان مثال ارتفاع بیش از ۱ سانتی متر در رادیوگرافی دکوبیتوس جانبی، سونوگرافی یا سی‌تی‌اسکن) با منشأ ناشناخته اندیکاسیون دارد. در برخی موارد، هنگامی که شواهدی از افیوژن ثابت شد و علل غیربدخیم رد شد، توراسنتز ممکن است در تایید تشخیص مفید باشد. راهنمایی سونوگرافی می تواند از مشکلات مرتبط با انجام توراسنتز "ناپیدا[1]" جلوگیری‌کند.

درمان

مدیریت پزشکی PE بدخیم به عوامل متعددی از جمله تاریخچه تومور اولیه، سابقه قبلی بیمار و پاسخ به درمان، وسعت بیماری و وضعیت کلی پزشکی، اهداف مراقبت و شدت رنج حاصل از علائم، بستگی دارد. ارزیابی علت زمینه‌ای PE و تعیین اینکه آیا می‌توان از آن برای جلوگیری از تجمع بیشتر مایع جهت درمان استفاده کرد یا خیر، مهم است. این درمان ممکن است شامل درمان سیستمیک (مانند شیمی‌درمانی، آنتی‌بیوتیک)، هورمون‌درمانی یا پرتودرمانی باشد. مدیریت علامتی شامل استفاده از داروهای مخدر برای مدیریت درد و تنگی‌نفس و همچنین داروهای ضد اضطراب برای کنترل اضطراب، است. رایج‌ترین درمان‌ها برای PE شامل (۱) مشاهده برای دیدن چگونگی پاسخ به درمان بیماری‌زمینه‌ای (۲) توراسنتز (۳) پلورودزیس (۴) قراردادن کاتتر پلور و (۵) تسکین علائم است.

1. Blind

توراسنتز

نشان داده شده است که توراسنتز، تنگی‌نفس مرتبط با PEهای بزرگ را تسکین می‌دهد. اگرچه توراسنتز ممکن است باعث تسکین سریع علائم شود، اما مایع به سرعت (معمولاً در عرض ۳ تا ۴ روز) و در ۹۷٪ بیماران ظرف ۳۰ روز، دوباره جمع می‌شود. هنگامی که مایع دوباره جمع می‌شود، باید تصمیم گرفت که آیا خطرات توراسنتز مکرر بیشتر از فواید آن است یا خیر. خطرات شامل آمپیم، پنوموتوراکس، ریه غیرقابل انبساط ناشی از تخلیه ناکافی و یا جمع شدن مایع و احتمال افزایش سوء تغذیه بافتی ناشی از حذف مایع افیوژن غنی از پروتئین است. اگر خطرات بیشتر از فواید آن باشد، درمان‌های جایگزین از جمله پلورودزیس، پلورکتومی یا کاتتر ثابت، باید در نظر گرفته شود.

پلورودزیس

پلورودزیس در بیماران با امید به زندگی کمتر از ۳ ماه، توصیه نمی‌شود. درمان تسکینی، مخصوصا برای کسانی که امید به زندگی آن‌ها چند ماه به جای چند هفته است، به بهترین شکل با توراسنتز یا کاتترگذاری جنب، انجام می‌شود. هدف از پلورودزیس تخلیهٔ کامل حفرهٔ جنب، اتساع کامل ریه و تزریق یک ماده شیمیایی در حفرهٔ جنبی است. در افیوژن وسیع، تنها ۱۰۰۰–۱۵۰۰ میلی لیتر مایع باید در ابتدا تخلیه شود تا از ادم ریوی ناشی از تخلیهٔ سریع حجم‌های بزرگ، اجتناب شود زیرا در برخی موارد هیدروپنوموتوراکس بزرگ ناشی از تخلیهٔ سریع حجم‌های بزرگ مایع PE، ایجاد می‌شود.

پس از جایگذاری، چست تیوب به دستگاه تخلیهٔ بسته، متصل می‌شود. برای جلوگیری از ادم ریوی انبساط مجدد، باید از تخلیهٔ آب و بستن متناوب لوله استفاده کرد تا مایع به آرامی تخلیه شود. مشکلات جایگذاری چست تیوب شامل خونریزی و ایجاد پنوموواراکس هستند که در نتیجه برداشت سریع مایع در بیماران با مشکلات ریه ناشی می‌شود. این روش باعث ایجاد درد می‌شود و نیاز به مدیریت درد با داروهای مخدر و آرام بخش، دارد.

هدف از پلورودزیس انجام فعالیت‌هایی است که سبب بروز التهاب و فیبروز متعاقب آن در حفرهٔ جنب شده و باعث چسبندگی طولانی مدت سطوح جنب جداری و احشایی گردیده تا از تجمع مجدد مایع جنب، جلوگیری شود. عوامل اسکلروزکننده یا محرک‌های شیمیایی برای درمان PE بدخیم شامل تالک، تتراسیکلین، مینوسیکلین، داکسی سیکلین، نیترات نقره، بلئومایسین، سیس پلاتین، p53 آدنوویروس نوترکیب انسانی و فاکتور نکروز تومور انسانی، هستند (جدول ۲۳.۱).

جدول ۲۳.۱. عوامل به کار رفته برای درمان افیوژن صفاقی بدخیم.

عامل	مشخصات
تالک	سه لایه، ورقهٔ منیزیمی سیلیکات مؤثرترین و متداول ترین
مینوسایکلین و داکسی سایکلین	مشتقات تتراسیکلین تأثیر کمتر از تالک
نیترات نقره	مشتقات تتراسیکلین تأثیر معادل با تالک
بلئومایسین	به دلیل سمیت سیستماتیک و هزینه بالا، کمتر قابل استفاده است
سیس پلاتین	کاربرد گسترده در بیماران مبتلا به سرطان ریه
P53 انسانی آدنوویروس نوترکیب (rAD-p53)	میزان پاسخ کوتاه مدت بیشتر و اثرات جانبی کمتر از سیسپلاتین اثربخشی کمتر اما با اثرات جانبی کمتر از تالک

پلورکتومی

پلورکتومی یک نوع برش جراحی پردهٔ جنب جداری بوده و یک درمان احتمالی برای افیوژن جنبی بدخیم است. اما این روش جراحی شواهد کافی برای درمان در مقایسه با پلورودزیس، ندارد. توراکوسکوپی به کمک ویدئو (VATS) و پلورکتومی به صورت موفق اجرا شده‌اند، اما این مداخله عموما برای درمان تسکینی بیمار در مراحل پایانی زندگی، مناسب نیست.

کاتترگذاری جنب

بیمارانی با افیوژن علامت‌دار و یک‌طرفه که وضعیت عملکردی قابل‌قبولی دارند، می‌توانند از کاتترها استفاده‌کنند که تحت بی‌حسی موضعی قرار داده‌می‌شود. چنین بیان شده است که کاتترهای جنبی تونل‌دار، تخلیهٔ طولانی مدت و کنترل علائم بهتری را برای PE بدخیم فراهم می‌کنند. کاتتر تونل‌دار یک لولهٔ دهانه کوچک با اتصال به کیسهٔ تخلیهٔ گرانشی یا تخلیهٔ خلاء، است. می‌توان به اکثر بیماران و خانواده‌های آنها آموزش داد که افیوژن را با کمترین اثرات جانبی، تخلیه‌کنند. عوارض نادر شامل تشکیل تومور، انسداد، عفونت، سلولیت مسیر و درد در حین تخلیه هستند. این درمان پتانسیل بالایی برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های درمانی کلی دارد.

مدیریت پرستاری

مدیریت پرستاری شامل کنترل علائم، آموزش و ارتباطات با توجه به اهداف درمان است. متداول‌ترین علائم مرتبط با PE شامل تنگی‌نفس، درد و اضطراب هستند که با دارو، آموزش و تکنیک‌های غیردارویی، درمان می‌شوند. پرستاران باید به بیماران و خانواده‌های آنها دربارهٔ هر پروسیجر شامل هدف، نحوهٔ اجرا، نحوهٔ توجه به درد، تکنیک‌های مراقبت در منزل و اثرات جانبی احتمالی یا مشکلات، آموزش بدهند. انواعی از تکنیک‌های غیر دارویی برای تسکین تنگی نفس و درد نظیر پوزیشن راحت بیمار، استفاده از تکنیک‌های ریلکسیشن و تامین اکسیژن مناسب، قابل استفاده هستند.

آموزش بخش مهمی از نقش پرستار را در مدیریت بیماران PE تشکیل می‌دهد که شامل آموش گزینه‌های درمانی و مدیریت مداخله‌ها است. برای مثال، اگر بیمار یک کاتتر تونل دار داشته باشد، خانواده باید اهمیت نظارت بر حجم تخلیه را برای تشخیص پلورودزیس احتمالی، تشخیص بدهد که با افزایش برون‌ده تخلیه در طول زمان، شناسایی می‌شود. به دلیل آن که PE و علائم مرتبط با آن برای بیمار و اعضای خانواده؛ ناراحت‌کننده هستند، پرستاران باید دربارهٔ ناراحتی، نگرانی‌های مرتبط با بیماری پیشرونده و اهداف درمان با آن‌ها صحبت‌کنند.

هموپتزی

مطالعهٔ موردی: بیماری با هموپتزی

خانم سی که یک گارسون بازنشستهٔ ۶۰ ساله است، سه ماه پیش دچار سرطان ریهٔ سلول کوچک شد. او که در ابتدا برای درمان عجله داشت، با خانواده‌اش مشورت کرد و تصمیم گرفت که شیمی‌درمانی و پرتودرمانی را انجام بدهد. در کلینیک، به پرستار انکولوژی گفت که نگران است چرا که ۳-۴ روز در هفته به مدت دو هفته است که هموپتزی دارد.

هموپتزی یا بالا آوردن خون، در شرایط و با علائم مختلفی اتفاق می‌افتد. خون می‌تواند به صورت لکه‌های کوچکی در خلط تا حجم بزرگتری از خون بدون هیچ خلطی، باشد. هموپتزی می‌تواند به دلیل خونریزی خارج از ریه و راه‌های هوایی نیز اتفاق بیفتد. هموپتزی همراه با خون، نمایانگر بیماری ریوی است؛ هموپتزی کاذب شامل خون همراه با سرفه کردن است که از ریه‌ها، خارج نمی‌شود.

اپیدمیولوژی

مطابق با پژوهش کالج آمریکایی پزشکان قفسهٔ سینه، در بررسی بیماران بستری برای بیماری‌های مختلف، سرطان ریه؛ عامل اصلی هموپتزی تا ۴۰/۶ درصد بود. برونشیت، سل و پنومونی از سایر دلایل اصلی هموپتزی به ترتیب با مقادیر ۲۵٪، ۱۷٪ و ۱۰٪ بودند.

از دست رفتن حجم خون به دلیل هموپتزی می‌تواند در سطح جزئی تا گسترده یا حتی تهدیدکنندهٔ زندگی باشد. در حالی که متون مربوطه دربارهٔ حجم‌های هموپتزی گسترده، ناسازگار هستند، اما برخی مطالعات به شناسایی آستانه‌های حجمی مختلفی بین ۱۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی‌لیتر در یک دورهٔ ۲۴ ساعته پرداخته‌اند. به دلیل این ناسازگاری‌ها، اندازه‌گیری حجم خون از دست رفته، توصیه می‌شود. خطر مرگ و میر در بین بیماران با هموپتزی گسترده بدون مداخلهٔ به موقع، بیش از ۸۰٪ است.

پاتوفیزیولوژی

شریان‌های ریوی و برونشیال؛ دو سیستم تامین خون در ریه هستند. شریان ریوی سبب تسهیل تبادل گاز در فشار پایین می‌شود، در حالی که شریان‌های برونشیال؛ بخشی از گردش خون سیستمی در فشار بالاتر هستند. این فشار بالا تا حدی عامل اصلی هموپتزی در شریان‌های برونشیال؛ محسوب می‌شود، با وجود آن که شریان‌های غیر برونشیال نیز در این شرایط نقش دارند. وقتی یک عفونت مثل برونشیت؛ سبب افزایش گردش خون ریوی می‌شود، افزایش فشار سبب ترکیدن دیواره‌های نازک شده و خون را وارد آلوئول‌ها و برونش‌ها می‌کند و این سبب هموپتزی خواهد شد. به طور مشابه، بیماری‌های مزمن مثل سرطان ریه سبب سرریز شدن خون می‌شوند و یک تومور در حال رشد یا گسترش سلول‌های بدخیم؛ سبب ارتقای رشد عروق کولترال یا بازسای سایر شریان‌ها خواهد شد. بیماری سرطان ریه، عامل حدود ۷–۱۰ درصد موارد هموپتزی است. عروق خونی دیوارهٔ نازکی داشته و با کمترین تحریک، مثل موارد حاد استفراغ، پاره می‌شوند. شریان‌های برونشیال در حدود ۹۰٪ موارد خونریزی را شامل می‌شوند، در حالی که شریان ریوی فقط شامل ۵٪ موارد است. سایر موارد ناشی از شریان‌های سیستمی غیربرونشی است. با سرریز شدن، خون به دنبال یک روزنه است که این سبب ورود خون به خلط در حین سرفه یا استفراغ، خواهد شد.

روند تشخیصی

منبع خونریزی که سبب هموپتزی می‌شود نیز باید سریعا شناسایی شود. سوابق پزشکی و معاینات جسمی برای جمع‌آوری اطلاعات ذهنی و عینی، تکمیل می‌شوند که این به افتراق هموپتزی، استفراغ خونی، یا هموپتزی کاذب کمک می‌کند. آزمایش تشخیصی با گرافی جانبی قفسهٔ‌سینه شروع می‌شود؛ اما گرافی می‌تواند اطلاعات محدودی را به همراه داشته باشد و یک CT آشکارساز چندگانهٔ قفسهٔ‌سینه (MDCT) برای بیماران با خلط‌خونی و بیماری‌های مزمن مثل سرطان‌سینه، توصیه می‌شود. MDCT منشاء خونریزی را پیدا کرده و وجود دقیق، تعداد، منشاء و مسیر شریان‌های ریوی و برونشیال را نشان می‌دهد که منبع اصلی خونریزی هستند. MDCT می‌تواند ۷۰–۸۸ درصد موارد ناشی از سرریز شریان برونشیال و ۶۲–۹۷ درصد شریان‌های غیر برونشیال که عامل خونریزی هستند را تشخیص بدهد. MDCT با برونکوسکوپی تشخیصی همراه است که در حین هموپتزی فعال یا طی ۲۴–۴۸ ساعت پس از توقف، اجرا شده و منبع خونریزی را در ۷۳ تا ۹۳ درصد مواقع تشخیص می‌دهد.

علائم و نشانه‌ها

علائم و نشانه‌های هموپتزی؛ بستگی به ناحیهٔ درگیری احتمالی دارد. پیش‌بینی شدت و دورهٔ

هموپتزی، دشوار است، بنابراین ارزیابی دقیق، کلید اصلی خواهد بود. علائم و نشانه‌های قلبی شامل تاکی‌کاردی، مورمور قلبی، درد قفسهٔ سینه و S2 دوگانه، هستند. علائم تنفسی شامل تاکی پنه، گرفتگی صدا، خس‌خس سینه، تنفس با لب جمع شده، کاهش صداهای ریه و تنگی نفس، هستند. همچنین ممکن است تب، سوء هاضمه یا حالت تهوع نیز مشاهده شود.

تشخیص‌های مختلف بر اساس ارزیابی نتایج، انجام می‌شوند. برای مثال، نتایج تومورهای برونکوژنی می‌توانند شامل تعریق شبانه، کاهش وزن، سوابق مصرف سیگار بالا، باشند. نتایج اختصاصی سل شامل تب، سرفه، کاهش صداهای تنفسی و درد قفسهٔ سینه می‌باشند. به دلیل آن که دلایل هموپتزی؛ نامشخص هستند، ارزیابی دقیق و کامل برای شناسایی علت و موقعیت خونریزی، ضروری است.

مدیریت

دو نوع هموپتزی وجود دارد: غیر حجیم و حجیم. اهداف مشترک برای مدیریت هر نوع عبارتند از: (۱) شناسایی منشاء خونریزی، (۲) توقف خونریزی، (۳) درمان علت زمینه‌ای و (۴) پیشگیری از آسپیراسیون در بیماران با هموپتزی حجیم، می‌باشند.

هموپتزی غیر حجیم

برنامهٔ درمانی برای بیمارانی با هموپتزی غیرحجیم بر شناسایی علت خونریزی و کاهش حجم خون طی ۲۴ ساعت، متمرکز است. حجم خون باید جزئی باشد زیرا یک علت خود محدود شونده مثل پنومونی را نشان می‌دهد. این بیمار نیازمند گرافی استاندارد برای تایید تشخیص بوده و کم خطر در نظرگرفته‌می‌شود. درمان شامل مدیریت شرایط سرپایی بوده و ویزیت‌های پیگیری معمول را در بر می‌گیرد. هموپتزی برخی از بیماران می‌تواند خطرناک و نیازمند CT باشد. مدیریت پرستاری هموپتزی غیرحجیم شامل ایجاد اعتماد، آموزش و حمایت عاطفی، است.

هموپتزی حجیم

مدیریت پزشکی برای بیماران هموپتزی با حفاظت از راه هوایی و ایجاد پایداری همودینامیکی، شروع می‌شود. هر گونه مشکلی مثل ترومبوسیتوپنی، انعقاد منتشره داخل عروقی یا اختلالات پلاکت القا شده توسط داروها، شناسایی و درمان می‌شوند. مشاهده شده است که هموپتزی یک علامت دشوار و غیر قطعی است، اما پیشرفت‌های اخیر فناوری و تکنیک‌های جدیدتر و بهتر (مثل آمبولیزاسیون شریان برونشیال) سبب تسهیل مدیریت مؤثر علائم، شده‌اند. (جدول ۲۳.۲)

مدیریت پرستاری

بیماران با هموپتزی حجیم که در صورت عدم رفع مشکل می‌توانند منجر به مرگ شود، نیازمند مدیریت اضطراری هستند. مدیریت پرستاری با ارزیابی تنفسی برای شناسایی بیماران در معرض خطر برای مشکلات راه‌هوایی شروع می‌شود. علائم حیاتی از نظر تغییرات همودینامیکی بررسی می‌شوند، زیرا اتلاف خون حجیم منجر به ناپایداری ناگهانی قلبی عروقی، خواهد شد. این موقعیت می‌تواند برای بیمار و خانواده‌اش ترسناک باشد و بنابراین پرستار باید حمایت عاطفی لازم را فراهم کند. وقتی هموپتزی در مراحل پایانی زندگی در افراد مبتلا به سرطان؛ اتفاق می‌افتد، درمان‌های تهاجمی مانند اندوسکوپی، آمبولیزاسیون یا جراحی؛ بسته به شرایط بیمار، استفاده می‌شود که احتمال موفقیت آن بر اساس تشخیص و اهداف درمانی بیمار، در نظر گرفته می‌شود.

جدول ۲۳.۲. درمان‌های متداول برای هموپتزی

پروسیجر	مشخصات
امبولیزاسیون شریان برونشیال (BAE)	به دلیل اثربخشی بهتر و کمتر تهاجمی بودن، ترجیح داده می‌شود پایدارسازی فشار و کاهش خطر خونریزی
درمان اندوسکوپی	برای موقعیت یابی و شناسایی دلیل خونریزی در ریه‌ها باز بودن راه هوایی قابل توجه بوده و به آماده‌سازی برای مداخله‌های اضطراری نیاز دارد.
شستشو با سالین سرد	برای کنترل خونریزی و بهبود قابلیت مشاهده در حین برونکوسکوپی اثربخشی آن تعیین نشده است
استنت‌های داخل برونشیال	برای درمان استنوز و انسداد برونش‌ها درمان تسکینی برای ناراحتی تنفسی
انعقاد نوری لیزری (لیزر Nd:Yag)	برای کاهش هموپتزی در بیمارانی با تومورهای راه هوایی مرکزی چند لیزر با طول موج‌های مختلف در دسترس است
ایزولاسیون ریوی	برای جلوگیری از ورود خون ناشی از هموپتزی شدید به ریهٔ سالم با انتوباسیون درون برونشیال گزینشی (SEI) یا جایگذاری یک مسدود کنندهٔ برونشیال
انتوباسیون درون برونشیال گزینشی	جای‌گذاری یک لولهٔ درون برونشیال در سمت مخالف محل خونریزی نباید سمت اشتباه نایژه را مسدود کند
مسدودکنندهٔ برونشیال	جای‌گذاری از طریق یک لولهٔ درون برونشیال برای جداسازی محل خونریزی در صورت نیاز برای بررسی سایر محل‌های خونریزی احتمالی، جابجا می‌شود

فشردگی طناب نخاعی

مطالعهٔ موردی: بیماری با فشردگی طناب نخاعی

خانم اس. یک زن ۵۴ ساله است که سه سال پیش در او سرطان سینه تشخیص داده شد و پرتودرمانی برای او انجام شد. در یکی از ویزیت‌های اخیر او با متخصص انکولوژی، از درد قابل توجه در پشت بدنش شکایت داشت و اشاره کرد که نمی‌تواند دیگر با نوه‌هایش بازی کند. خانم اس. فکر می‌کرد که تومور در پشتش گسترش یافته که دو ماه پیش به او اطلاع داده شد که سرطان در ستون فقراتش مشاهده می‌شود.

توصیف

SCC یک وضعیت اضطراری است که در آن طناب نخاعی در نتیجهٔ فشار؛ مثلا به دلیل شکستگی استخوان یا تومور، آسیب می‌بیند. SCC در هر جایی بین ستون فقرات گردنی و کمری در نتیجهٔ سایش و پارگی مهره‌ها، تومور نخاعی، آسیب به ستون فقرات، بیماری استخوان یا عفونت، اتفاق می‌افتد. این وضعیت در ۵–۱۰ درصد بیماران با سرطان پیشرفته مشاهده می‌شود. نرخ‌های بروز برای سرطان‌های مختلف شامل بدخیمی‌های سینه (۵/۵ درصد)، سرطان پروستات (۷/۲ درصد)، میلوما (۷/۹ درصد) و بینی و حلق (۶/۵ درصد) هستند. این وضعیت به عنوان جلوه‌ای از پایان زندگی (EOL) شناخته می‌شود که بیشتر در مرحلهٔ آخر بیماری، اتفاق می‌افتد.

پاتوفیزیولوژی

پاتوفیزیولوژی SCC شامل آسیب در نتیجهٔ تروما، عفونت یا بیماری التهابی است؛ اما تومورها علت اصلی آن هستند. در محل ورود اپیدورال، جریان وریدی در ستون فقرات تحت تأثیر قرار می‌گیرد و ممکن است بیمار دردهای ناگهانی و نامنظمی را در حین فعالیت‌هایی مثل راه رفتن، تجربه‌کند. با تراوش

سلول‌های بدخیم به داخل جسم سفید و جسم خاکستری و بسته به سطح بیماری‌های مرحله انتهایی، بیمار؛ مرگ بافت را تجربه می‌کند. وقتی تومور وارد ساختارهای استخوانی مهره‌ها می‌شود، سلول‌ها به سمت استخوان‌هایی که بازوها را پشتیبانی می‌کنند، انتشار می‌یابند و بیمار اغلب در راه‌رفتن و حفظ موقعیت صحیح بدن با مشکلاتی، روبرو می‌شود. لگن، فمور، دنده‌ها، هومروس و جمجمه آسیب می‌بینند و این مسئله بر توانایی‌های حرکتی اثر قابل‌توجهی داشته و همچنین سبب کاهش عملکرد مثانه، روده و عملکرد جنسی شده و در نهایت باعث فلج می‌شود.

روندهای تشخیصی

تصویربرداری تشخیصی برای شناسایی آسیب‌های ستون فقرات شامل گرافی ستون فقرات (معمولا با حساسیت ناکافی)، سی تی اسکن و MRI تقویت‌شده با گادولینیوم است که می‌تواند به عنوان یک استاندارد طلایی با ویژگی و حساسیت بالا، در نظر گرفته شود. MRI ستون فقرات کامل از آن جهت مفید است که در یک سوم بیماران؛ تومورها در محل‌های مختلفی در ستون فقرات، مشاهده می‌شوند.

علائم و نشانه‌ها

علائم SCC به ناحیهٔ تحت تأثیر طناب نخاعی بستگی دارد؛ اما درد پشت بدن؛ اولین نشانه از این وضعیت در اکثر موارد است. این درد با فعالیت‌های خاصی مثل سرفه کردن، عطسه کردن، یا کشش در حین دفع؛ تشدید می‌شود و دشواری‌هایی را در حین راه رفتن به همراه دارد. سایر علائم غیر مرتبط با درد شامل کاهش کنترل مثانه، ضعف عضو، مشکلات نعوظ و تغییراتی در حس بدن، هستند.

علائم SCC در چهار مرحله اتفاق می‌افتند که با درد و ضعف شروع شده و با ناهماهنگی عضلات و فقدان حس به پایان می‌رسند. درد پشت و گردن، به عنوان اولین و پایین‌ترین سطح علائم، از متداول‌ترین نشانه‌های SCC هستند. ناهماهنگی عضلات و فقدان حس؛ بالاترین سطح علائم را نشان داده و جلوهٔ مهمی از مراحل پایانی زندگی هستند. بیماران با آتاکسی معمولا دارای حرکت غیر نرمال و اختلال سیستم عصبی؛ هستند به طوری که شخص نمی‌تواند حرکات بدن را هماهنگ کند. در حین ناهماهنگی عضلات، بیمار نمی‌تواند هیچ درمانی را دریافت کند و پرستاران مدیریت شرایط را با مراقبت‌های هاسپیس به عمل می‌آورند. در مراحل انتهایی قبل مرگ، علائم تشدید یافته و فشار سبب انسداد ایمپالس‌های عصبی می‌شود که فلج و فقدان کامل حس را به دنبال دارد. مدیریت هاسپیس علائم SCC در پایان زندگی به سطح درد بیمار و مرحلهٔ بیماری، بستگی دارد.

SCC متاستاتیک (MSCC) نیازمند مداخله در سریع‌ترین زمان ممکن است. این علائم و نشانه‌های MSCC نیازمند مراجعه طی ۲۴ ساعت هستند: (۱) درد در ناحیهٔ قفسهٔ‌سینه (۲) درد ستون فقرات که با کشش تشدید می‌شود (۳) درد موضعی ستون فقرات و (۴) درد شبانه که مانع خواب می‌شود. علائم و نشانه‌های جدید نیازمند ارجاع سریع در بیماران انکولوژی شامل (۱) فقدان هماهنگی (۲) اختلال در مثانه یا روده و (۳) ضعف عضو و ناتوانی در راه رفتن، می‌باشند.

مدیریت پزشکی و پرستاری

بیماران SCC نیازمند ارزیابی نورولوژیکی و درد برای مدیریت مؤثر درد و جلوگیری از نقص‌های نورولوژیکی هستند که می‌توانند کیفیت زندگی فرد را کاهش دهند. جنبه‌های مهمی از موضوعات مدیریت پزشکی برای بیمار SCC شامل داروهای ضددرد، کورتیکوستروئیدها، پرتودرمانی و جراحی برای حذف فشار هستند.

داروهای ضد درد

بیماران SCC در برخی مراحل، ناراحتی و کمردرد را با فشار بیشتر به طناب نخاعی تجربه می‌کنند. در نتیجه، ارزیابی و مدیریت مداوم درد، ضروری است. می‌توان از چند روش نظیر داروهای ضد درد مخدر و غیر مخدر و تکنیک‌های غیر دارویی برای مدیریت مؤثر درد استفاده کرد. برای موارد درد شدید در بیماران با تومورهای نخاعی، ضد دردهای مخدر از داروهای خط اول برای مدیریت مؤثر درد هستند. وقتی داروهای مخدر تجویز می‌شوند، بیمار باید از رژیم غذایی خاصی استفاده‌کند تا از یبوست و هر گونه محرک درد، جلوگیری شود. اگر درد کاهش یافته و مدیریت شود، باید میزان داروهای مخدر را کمتر کرد.

کورتیکوستروئیدها

کورتیکوستروئیدها برای کاهش ادم در محل تحت فشار در بیماران SCC به ویژه بیماران MSCC ضروری هستند به طوری که امکان پرتودرمانی بهینه در محل تومور انجام شود. با کاهش ادم در اطراف طناب نخاعی، درد فشاری کاهش یافته و عملکرد نورولوژیکی بهبود پیدا می‌کند. کورتیکوستروئیدها عوارض جانبی شامل افزایش وزن، حفظ مایعات، افزایش اشتها و تورم صورت دارند که باید در حین استروئید درمانی بررسی شوند.

پرتودرمانی

از پرتودرمانی برای کاهش اندازهٔ توموری که طناب نخاعی را فشرده می‌کند، مخصوصا تومورهای حساس به پرتو، استفاده می‌شود. پرتودرمانی بر اساس اندازهٔ تومور، پایداری ستون فقرات و علائم مرتبط با فشردگی ستون فقرات انجام می‌شود. در صورتی که بیمار تنها ۶ ماه زمان داشته باشد، پرتودرمانی برای تسکین نیز انجام می‌شد، اما انستیتوی ملی بهداشت و درمان (NICE) پرتودرمانی یک مرحله‌ای را توصیه می‌کند. بیمارانی که پرتودرمانی را دریافت می‌کنند با اثرات جانبی محل درمان مواجه می‌شوند، اما عوارض سیستمیک نظیر خستگی، ریزش مو، تهوع و درد را نیز ممکن است تجربه کنند.

جراحی فشار زدایی

جراحی ستون فقرات برای حذف یک تومور که به طناب نخاعی فشار وارد می‌کند، مورد نیاز است. جراحی ستون‌فقرات برای بیماران SCC در صورتی یک گزینهٔ بهینه است که ناپایداری ستون‌فقرات، وجود داشته باشد، اما بیماران مبتلا به تومور ستون‌فقرات با پیش آگهی ۲-۳ ماهه، پرتودرمانی تسکینی را به عوض جراحی، دریافت می‌کنند.

در مدیریت SCC، ورزش منظم؛ سبب تقویت عضلات بدن شده و انعطاف ستون فقرات را حفظ می‌کند. به علاوه، حفظ وضعیت صحیح بدن در حالت ایستاده، نشسته و خوابیده، سبب حفظ انحنای طبیعی بدن و ستون فقرات برای اجتناب از کشش می‌شود. به علاوه، شاخص تودهٔ بدنی مناسب؛ فشار روی ستون فقرات را کاهش داده و خطر آسیب به ستون فقرات را به حداقل می‌رساند. فعالیت‌هایی مثل ورزش منظم، ماساژ و دوش آب گرم برای کاهش درد پشت بدن، مؤثرند.

هایپر کلسمی

مطالعهٔ موردی: بیماری با هایپر کلسمی

آقای سی. یک مرد ۵۴ ساله است که شغل او بریدن درخت‌ها بوده و اخیرا سرطان ریهٔ متاستاز داده شده؛ در او تشخیص داده شده است. او در وضعیت تقریبا خوبی بود تا این که شش هفتهٔ پیش متوجه تنگی‌نفس و خستگی شد. پزشک او برونشیت را در او درمان کرد، اما وقتی پاسخی به درمان نشان نداد، یک گرافی قفسهٔ سینه، تجویز نمود. گرافی قفسه سینه؛ نمایانگر یک تودهٔ ریوی با گره‌های لنفاوی بزرگ جناغی، بود.

این تشخیص با بیوپسی سرپایی تایید شد و برای ملاقات با یک متخصص انکولوژی برنامه‌ریزی شد. متاسفانه، او با وضعیت روانی نامناسب و بی‌حالی به اورژانس منتقل شد و هایپرکلسمی با کلسیم یونیزه در او مشاهده گردید.

توصیف

هایپرکلسمی؛ نمایانگر مقدار بالای کلسیم یونی در خون است. بیمارانی با سطح کلسیم سرم تصحیح شدهٔ کمتر از ۱۲mg/dL در حالت خفیف، بیمارانی با سطوح سرم ۱۲-۱۴ mg/dL در حالت ملایم و بیمارانی با مقدار بیشتر از ۱۴mg/dL در حالت شدید، قرار دارند.

این حالت معمولا با میلومای چندگانه و سرطان سینه، مرتبط است، اما در بیمارانی با کارسینومای اسکواموس سل سر و گردن، ریه، کلیه و قفسهٔسینه نیز مشاهده می‌شود. این وضعیت در بیمارانی با سرطان پروستات، سرطان ریهٔ سلول کوچک و تومورهای رودهٔ بزرگ/معده کمتر بروز می‌کند. میزان بروز آن شامل۳۰ تا ۴۰ درصد در بیماران سرطان سینه با متاستازهای استخوانی،۲۰-۴۰ درصد در بیمارانی با میلومای چندگانه، ۱۲/۵ تا ۳۵ درصد در بیمارانی با کارسینومای ریهٔ اسکواموس سل و ۲/۹ تا ۲۵ درصد در بیمارانی با بدخیمی‌های سر و گردن است.

پرکاری تیروئید و سرطان در حدود ۹۰٪ موارد هایپرکلسمی خون را شامل می‌شوند. پرکاری تیروئید در حدود ۲۵ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر از جمعیت عمومی اتفاق می‌افتند. اکثر رویدادهای هایپرکلسمی خون مرتبط با بدخیمی در بیمارانی با بیماری پیشرفته اتفاق می‌افتند و اغلب پیش آگهی ضعیف را با مرگ و میر ۳۰ روزه در حدود ۵۰٪ بیماران، موجب می‌شوند.

پاتوفیزیولوژی

هایپرکلسمی خون در بیماری‌های بدخیم عمدتا به دلیل افزایش سوخت و ساز کلسیم استخوان است، اگرچه افزایش جذب کلسیم نیز می‌تواند یک عامل مهم باشد. متداول‌ترین علت (۸۰٪) شامل بدخیمی هایپرکلسمی هومورال (HHM)[1] است. پروتئین مرتبط با هورمون پاراتیروئید (PTHrp) آزاد شده در گردش خون سیستمی با سلول‌های سرطانی، یک عامل اصلی است. PTHrP دارای هومولوژی ترمینال N قابل توجهی با هورمون پاراتیروئید (PTH) بوده و بازجذب استخوانی و بازجذب کلسیم در لولهٔ کلیه را تحریک می‌کند. علاوه بر افزایش کلسیم خون، PTHrP نقش مهمی در سایر جنبه‌های بیولوژی سلولی شامل ضعف و رفتار تومور دارد. بیست درصد موارد هایپرکلسمی استئولیتیک (LOH) در ارتباط با میلومای چندگانه و سرطان‌های متاستازی با بار استخوانی بزرگتر اتفاق می‌افتند (مثل سینه، ریه)، هستند. کلسیم توسط استئوکلاست‌های فعال شده با محصولات پاراکرین، فعال می‌شود. هر دو HHM و LOH شامل تکثیر و فعال‌سازی استئوکلاست‌هایی هستند که استخوان را جذب می‌کنند و هیپرکلسمی ایجاد می‌کنند. فعال‌سازی ویتامین دی (با لنفوم) و ترشح PTH طبیعی از دلایل غیر شایع هایپرکلسمی، محسوب می‌شوند.

کلیه‌ها به صورت نرمال با اختلالات هومئوستاز کلسیم، سازگار می‌شوند اما با وجود بدخیمی، بیماران ممکن است اثرات جانبی مرتبط با درمان یا بیماری را تجربه کنند که شامل استفراغ، خشکی دهان، بی‌اشتهایی، دیسفاژی و تب هستند که همهٔ آن‌ها می‌توانند منجر به کاهش حجم شوند. این عدم تعادل؛ به کلیه‌ها سیگنالی می‌فرستد که سدیم را بازجذب کند تا کاهش حجم خارج سلولی، اصلاح شود. بازجذب کلسیم و سدیم ارتباط نزدیکی در بدن دارند؛ با بازجذب سدیم، کلسیم نیز بازجذب می‌شود. با جذب یون‌های کلسیم در کلیه، لوله‌ها

1. Humoral hypercalcemia of malignancy

توانایی خود را برای تمرکز ادرار از دست می دهند که منجر به پلی اوری با خروجی بالا و کم آبی بیشتر می‌شود. پرفیوژن ضعیف کلیوی، فیلتراسیون گلومرولی را کاهش می‌دهد و بر ترشح کلسیم اثر می‌گذارد که منجر به افزایش بیشتر کلسیم خون و نهایتا نارسایی کلیوی، خواهد شد.

سطح بالای کلسیم به صورت قابل توجهی وضعیت روانی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این به نوبهٔ خود بر توانایی بیمار در نوشیدن مایعات اثر خواهد گذاشت. کم آبی سلولی و کاهش فشار خون ناشی از آن با کاهش بازجذب سدیم، منیزیم و پتاسیم در لوله‌های کلیوی پروگزیمال تشدید می‌شود. از دست‌دادن استخوان در نتیجه بی‌حرکتی، کمبود فعالیت بدنی، کاربرد نامناسب دیورتیک تیازید، رژیم غذایی ضعیف و اتلاف فیزیولوژیکی نیز سبب افزایش مقدار یون‌های کلسیم آزاد در گردش خون شده و سطوح کلسیم را افزایش می‌دهند.

علائم هایپرکلسمی به سادگی مورد غفلت قرار می‌گیرند زیرا به صورت درونی بوده و جلوهٔ خاصی ندارند. علائم، شدت آن و سرعت نمایان شدن آن، در بیماران مختلف؛ متفاوت است. علائم خفیف هایپرکلسمی شامل خستگی/بی حالی، مشکلات روانی، ضعف، بی‌اشتهایی، افزایش تشنگی، پلی‌اوری و یبوست، هستند. علائم شدید شامل سرگیجه، دلیریوم، تهوع، استفراغ، سردرگمی، کم آبی و کما، هستند. متداول‌ترین علائم به معده و روده مربوط بوده و شامل تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، یبوست و در موارد شدیدتر، انسداد روده است. پلی‌اوری و پلی‌دیپسی به دلیل اختلال در غلظت لوله‌های کلیوی با هایپرکلسمی، همراه است. درد استخوان به دلیل سرطان ایجاد می‌شود اما می‌تواند نشانه‌ای از هایپرکلسمی نیز باشد. علائم نادر شامل برادی‌کاردی و کاهش فاصلهٔ QTc، امواج T عریض، آریتمی‌های قلبی و طولانی شدن فواصل PR، هستند.

از آن جایی که علائم هیپرکلسمی می تواند مشابه عوارض جانبی درمان سرطان و همچنین پیشرفت بیماری باشد، ارزیابی کامل برای تشخیص و درمان هیپرکلسمی، ضروری است. بسیاری از علائم هایپرکلسمی؛ سبب کم‌آبی بیمار می‌شوند که این حالت هایپرکلسمی را افزایش داده و یک اثر مارپیچی را به وجود می‌آورد.

غلظت کلسیم یونیزه؛ مهم‌ترین تست آزمایشگاهی در تشخیص هایپرکلسمی و دقیق‌ترین شاخص سطح کلسیم خون است، اگرچه همبستگی بین سطح کلسیم کلی سرم و کلسیم یونیزه در بهترین حالت؛ منصفانه خواهد بود. وقتی کلسیم یونیزه به عنوان یک ابزار تشخیصی به کار نمی‌رود، مقدار کلسیم سرم کلی قابل استفاده است، اما برای آلبومین سرم باید تصحیح می‌شود. این فرمول عبارت است از:

تصحیح شدهٔ کلی Ca^{+} mg/dL =

کلسیم اندازه‌گیری شدهٔ کلی (mg/dL) +

۰/۸× (۴ – آلبومین اندازه‌گیری شده [g/dL])

درمان

بدون در نظر گرفتن اهداف کلی درمان، هدف درمان هایپرکلسمی، تسکین علائم ناراحت‌کننده است. ارزیابی درمان در همهٔ بیماران با هایپرکلسمی علامت‌دار، در صورتی که درمان علائم آن‌ها را تشدید نکند، مورد نیاز است. هایپرکلسمی با جایگزینی حجم داخل عروقی تخلیه شده، تقویت دیورز کلسیم، متوقف کردن فعالیت استئوکلاست‌ها در استخوان، مهار بازجذب کلسیم در لوله‌های کلیوی و افزایش تحرک بیمار تا حد ممکن، معکوس می‌شود. جدول ۲۳.۳ فهرستی از متداول‌ترین درمان‌های هایپرکلسمی را نشان می‌دهد.

هیدراسیون اولین مرحلهٔ درمان مؤثر است. اگرچه بازیابی حجم مایع به رقیق شدن غلظت کلسیم سرم کمک می کند، اما هدف اصلی آن افزایش دفع کلسیم

جدول ۲۳.۳. درمان‌های متداول برای هایپرکلسمی در مراقبت تسکینی

درمان	مکانیزم عمل
هیدراسیون با مایعات IV	افزایش ترشح کلسیم ادرار و بهبود عملکرد کلیوی
بیس فسفونات‌ها (پامیدرونات و زولدرونات)	مهار فعالیت استئوکلاست‌ها
دنوزوماب	آنتی بادی منوکلونال که منجر به مهار تفکیک سلول‌های استئوکلاست و بازجذب استخوان می‌شود.
کلسیتونین	مهار بازجذب کلسیم
دیالیز	دیالیز کلسیم اضافی

است. الکترولیت‌ها و سایر مقادیر آزمایشگاهی شامل کلسیم سرم (یونیزه یا تصحیح شده)، پتاسیم، منیزیم، سایر الکترولیت‌ها، آلبومین، سطوح بیکربنات، به دقت ارزیابی می‌شوند. همچنین آزمون‌های عملکرد کلیوی شامل نیتروژن اورهٔ خون (BUN) و کراتینین، مورد نظارت قرار می‌گیرند و در موارد نادر، دیالیز مد نظر قرار می‌گیرد. در اکثر بیماران، اثرات قلبی هایپرکلسمی در سطح جزئی هستند و پیامدهای آن‌ها معمولا تحت تأثیر قرار نمی‌گیرند به طوری که مانیتور وضعیت قلب، غیر ضروری خواهد بود.

درمان بیس فسفونات

پس از تجویز مایع، گزینهٔ درمانی خط اول برای هایپرکلسمی بدخیم، درمان با بیس فسفونات‌هاست که یک درمان مناسب برای تعدادی از سرطان‌ها نیز محسوب می‌شود. بیس‌فسفونات‌ها میل ترکیبی بالایی برای بخش معدنی استخوان دارند که سبب رسیدن آنها به غلظت‌های اسکلتی بالایی خواهد شد. سه بیس فسفونات در حال حاضر به شکل درون وریدی در دسترس هستند (دسترسی‌پذیری زیستی ۱-۲٪)، اما فقط پامیدرونات و زولدرونات توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) برای درمان هایپرکلسمی در ارتباط با بدخیمی تایید شده‌اند.

پامیدرونات مؤثرترین بیس فسفونات به کار رفته بوده است، اما استفاده از زولدرونات در درمان سرپایی بیماران به دلیل زمان انفوزیون سریع، بسیار گسترده‌تر بوده است. پامیدرونات معمولا به صورت ۹۰mg درون وریدی در طول ۲ ساعت به بیمار داده می‌شود و دارای نرخ پاسخ ۳۳/۳ درصد طی ۴ روز، ۶۳/۶ درصد طی ۷ روز و پاسخ کامل طی ۱۸ روز است. زولدرونات معمولا به صورت ۴mg وریدی در طول ۱۵ دقیقه تزریق شده و دارای نرخ پاسخ ۴۵/۳ درصد در ۴ روز، ۸۲/۶ درصد در ۷ روز و پاسخ کامل طی ۳۲ روز است. پامیدرونات و زولدرونات می‌توانند سبب مسمومیت کلیوی شوند که ارزیابی و نظارت کنترل شدهٔ عملکرد کلیوی را قبل از مصرف و در حین آن ضروری می‌کنند. برخی از متخصصان بالینی استفاده از پامیدرونات را در دوزهای پایین‌تر در مدت زمان طولانی‌تر برای بیماران کلیوی، ترجیح می‌دهند. بیس فسفونات‌ها می‌توانند سبب استئونکروز فک، مخصوصا در بیمارانی با میلوما که با پامیدرونات و زولدرونات در یک دورهٔ زمانی طولانی درمان شده‌اند و همچنین در افرادی با مشکلات دندانپزشکی، شوند. از آنجایی که احتمال دارد هایپرکلسمی مجدد اتفاق بیفتد، پامیدرونات یا زولدرونات باید تقریبا برای ۴ هفته مصرف شوند.

عوارض جانبی سریع درمان پامیدرونات عبارتند از: تب درجه پایین که ۴۸ ساعت پس از درمان نمایان می‌شود و قرمزی، سفت شدگی و تورم محل کاتتر، می‌باشند. کاهش منیزیم خون و کاهش کلسیم خون نیز در این شرایط اتفاق می‌افتند. مصرف سریع بیس‌فسفونات وریدی؛ سبب درد قابل توجه می‌شود و باید اجتناب کرد. مصرف زیرجلدی کلودرونات یک درمان کارآمد برای هایپرکلسمی بدخیم بوده و مخصوصا در بیمارستان، خانه و مراکز هاسپیس، مفید

است. این رویکرد سبب کاهش ناراحتی بیمار شده و هزینه‌های مرتبط با حمل و نقل و مصرف داخل وریدی در محیط بیمارستانی را کاهش می‌دهد.

ارزیابی تصویر بالینی کامل‌تر در انتخاب بیس فسفونات بسیار مهم است. هیدراسیون قبل از استفاده از این دارو بسیار مهم خواهد بود. ارزیابی دقیق شدت هایپرکلسمی، وضعیت حجم مایعات، عملکرد کلیوی و وضعیت بیماری باید به ما در تعیین نوع بیس فسفونات به کار رفته کمک کنند. یک موضوع دیگر هزینهٔ پایین پامیدرونات در مقایسه با زولدرونات (میانگین قیمت عمده فروشی ۱۰۴ دلار در مقایسه با ۷۱۳ دلار) است؛ اما پامیدرونات می‌تواند بستری طولانی مدت در بیمارستان را موجب شود که هزینهٔ کلی درمان در آن مشابه می‌گردد.

کلسی‌تونین

کلسی‌تونین سبب مهار بازجذب کلسیم شده و به سرعت کلسیم نرمال را اغلب طی ۲-۴ ساعت پس از مصرف، بازیابی می‌کند؛ اما تأثیر آن کمتر از پامیدرونات است. نقش آن در مدیریت هایپرکلسمی محدود به کاربرد کوتاه مدت ۲-۳ روزه است. اثرات جانبی آن معمولا خفیف بوده و می‌تواند شامل تهوع و استفراغ، خارش پوستی و سرخی، شود. کلسی‌تونین یک درمان جایگزین در بیمارانی با نارسایی کلیوی است که در آن‌ها استفاده از پامیدرونات و زولدرونات، منع گردیده است.

دنوزوماب

دنوزوماب یک آنتی بادی منوکلونال است که می‌تواند یک گزینهٔ درمانی برای هایپرکلسمی بدخیم باشد. پژوهش‌های محدودی نشان می‌دهند که این دارو برای بیمارانی مفید است که به دلیل نارسایی کلیوی نمی‌توانند بیس فسفونات دریافت کنند. دنوزوماب در اواخر سال ۲۰۱۴ برای درمان هایپرکلسمی مرتبط با بدخیمی توسط FDA تایید شد که بر اساس یک مطالعه روی بیماران با هایپرکلسمی مرتبط با بدخیمی که به بیس فسفونات‌ها مقاوم بودند و پاسخی نشان نمی‌دادند، مؤثر بوده است؛ اما آنتی بادی‌های منوکلونال بسیار پرهزینه هستند و این باعث می‌شود که گزینهٔ درمانی ایده‌آلی برای مدیریت اضطراری هایپرکلسمی بدخیم نباشند.

دیالیز

حذف کلسیم با همودیالیز در مقابل دیالیز کم کلسیم و درمان جایگزینی مداوم کلیه با استفاده از سیترات به عنوان یک ضد انعقاد و یک شلاتور کلسیم، گزارش شده است.

مدیریت پرستاری

هایپرکلسمی می‌تواند علائم ناراحت‌کننده‌ای نظیر درد استخوان، آشفتگی و سرگیجه، یبوست شدید و هذیان را به وجود بیاورد. درمان مناسب سبب کاهش درد و سایر علائم، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بستری در بیمارستان می‌شود. در مراحل پایانی زندگی، ارتقاء آسایش و مدیریت علائم از اهداف اصلی درمان تسکینی هستند. اگر کلسیم بالای خون، رفع نشد یا بیمار به این نتیجه رسید که دشواری مداخله‌ها بیشتر از مزایای آن‌هاست به او گزینهٔ قطع درمان، توصیه می‌شود.

هایپرکلسمی یک وضعیت تهدید کنندهٔ زندگی است که در بیماران مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی، اتفاق می‌افتد. پرستاران باید به خوبی گزینه‌های درمانی مربوطه را بشناسند و به صورت شفاف؛ مزایا و معایب هر درمان را برای بیماران و خانواده‌هایشان توضیح بدهند. به دلیل آن که هایپرکلسمی می‌تواند علائم مختلفی داشته باشد، پرستار باید برنامهٔ مدیریت علائم را با بیمار و خانواده‌اش مرور کند. اگر بیمار و یا خانواده تصمیم به کناره‌گیری از درمان هایپرکلسمی گرفتند، مسئولیت پرستار، حمایت از آن‌ها در

تصمیماتشان است. آموزش مداوم برای حمایت از بیمار و خانواده ضروری است، زیرا بیمار در نهایت به دلیل عدم درمان هایپرکلسمی، فوت خواهد کرد.

متاستاز استخوان و ویژگی‌های پاتولوژیکی

مطالعهٔ موردی: بیماری با شکستگی پاتولوژیک

خانم W. یک زن ۶۱ ساله است که درمان مولتیپل میلوما دریافت کرد؛ اما درمان او وقتی انجام شد که مدت زمان بیمهٔ او به اتمام رسیده بود. با وجود آن که او با مددکار اجتماعی مراقبت تسکینی صحبت کرد تا بیمه‌اش را تمدید کنند، اما به صورت موقتی درمان سیستمیک روی او انجام نشد. در حین جاروکردن، او به طور ناگهانی با درد شدیدی در بالای بازوی سمت چپ؛ مواجه شد. پس از صحبت با تیم مراقبت تسکینی به صورت تلفنی، به او گفته شد که به کلینیک سرپایی مراجعه کند. در زمان ورود، او درد شدیدی را در بالای بازوی خود با تورم، کبودی و کاهش عملکرد، توصیف کرد.

توصیف

یک شکستگی پاتولوژیک به صورت یک شکستگی استخوان است که از ضعف ساختار استخوان با بیماری، ناشی می‌شد. این فرایند عمدتا به دلیل پوکی استخوان است، اما با بیماری‌های دیگری مثل سرطان، عفونت (مثل استئومیلیت)، اختلالات مادرزادی استخوان یا کیست استخوانی نیز ناشی می‌شود.

اپیدمیولوژی

بیماری متاستاتیک؛ متداول‌ترین بدخیمی استخوان است و سرطان پروستات، سینه، ریه، کلیه و تیروئید، ۸۰٪ متاستازهای اسکلتی را شامل می‌شوند. متداول‌ترین محل‌های متاستاز استخوانی شامل ستون فقرات، لگن، دنده، جمجمه و فمور پروگزیمال هستند. گزارش شده است که ۹-۲۹ درصد بیمارانی که دچار متاستازهای استخوانی می‌شوند با شکستگی‌هایی مواجه می‌شوند که عمدتا در استخوان‌های بلند مشاهده می‌شوند با وجود آن که ستون فقرات متداول‌ترین محل متاستازهای اسکلتی است.

نرخ بقای سه سالهٔ بیماران با متاستازهای استخوانی و شکستگی‌های پاتولوژیک در مقایسه با حالت بدون شکستگی‌های پاتولوژیک (۱۹٪ تا ۳۵٪) مشاهده می‌شود. متداول‌ترین نرخ بقای گزارش شده در بین همهٔ بیماران در محدودهٔ ۳۰-۴۰ درصد در طول یک سال است. میانگین زمان از شکستگی تا مرگ در همهٔ بیماران فقط ۳/۳ ماه بود، اگرچه زمان واقعی تحت تأثیر نوع سرطان و امتیاز گروه تعاملی انکولوژی (ECOG) قرار دارد. سرطان‌های سینه با میانگین زمان بقای ۶/۳ ماه، بهترین پیامدها را داشتند، میانگین بقای سرطان پروستات؛ ۴/۵ ماه بود و سرطان ریه با میانگین زمان تنها ۲/۴ ماه از شکستگی تا مرگ بدترین وضعیت را داشت.

پاتوفیزیولوژی

سلول‌های سرطانی متاستاتیک پس از ورود به مغز استخوان، از فیزیولوژی طبیعی مغز استخوان برای زنده ماندن دور از تومور اولیه استفاده می‌کنند. مغز استخوان یک محیط منحصر به فرد است که سلول‌های از نوع هماتوپویتیک و سلول‌های بازسازی کنندهٔ استخوان (استخوان‌ساز و استخوان‌خوار) در آن جای می‌گیرند. این سلول‌های تومور منتشر شده (DTC)[1] همچنین به طور فعال بربازسازی استخوان، تأثیر می گذارند تا محیطی مطلوب برای جذب بیشتر و بقای بهترDTC ها در مغز استخوان ایجاد کنند. متعاقباً، DTCها خاموش می‌شوند و در نهایت دوباره رشد می‌کنند.

1. Disseminated tumor cells

درد معمولا نشانهٔ اول متاستاز استخوانی بوده و معمولا در شب بدتر است که با حرکت بهبود پیدا می‌کند. با پیشرفت متاستاز استخوان، درد شدیدتر شده و با فعالیت؛ تشدید می‌شود. تضعیف مداوم استخوان به دلیل متاستاز؛ در نهایت می‌تواند منجر به شکستگی پاتولوژیکی شود. علائم شکستگی پاتولوژیکی شامل شروع ناگهانی درد در ناحیهٔ درگیر، تورم احتمالی، کبودی و کاهش عملکرد هستند.

شکستگی‌های پاتولوژیکی ستون‌فقرات معمولا درد شدید یا نقص‌های نورولوژیکی پیشرونده را موجب می‌شوند. از این رو پیشگیری از شکستگی‌های پاتولوژیکی یک هدف اصلی در مدیریت متاستاز ستون فقرات است؛ اما تشخیص متاستاز ستون فقرات معمولا به تعویق می‌افتد، زیرا شروع علائم اغلب ناشی از تهاجم تومورعصبی یا ایجاد شکستگی پاتولوژیک است که در بسیاری از موارد تظاهر اولیه متاستاز ستون فقرات است. هایپرکلسمی می‌تواند ناشی از متاستاز استخوانی باشد که علائمی شامل یبوست، سرگیجه، کاهش اشتها، تشنگی شدید، خستگی، ضعف، خواب آلودگی و سرگیجه را ایجاد می‌کند. کلسیم بالا می‌تواند خروجی ادرار بیشتری را نیز به وجود آورد که منجر به دهیدراتاسیون می‌شود.

روندهای تشخیصی

متاستازهای استخوانی وقتی تشخیص داده می‌شوند که بیمار به دلیل درد یا سایر علائم به دنبال درمان باشد. همچنین در حین درمان اولیهٔ سرطان یا در حین تصویربردرای برای تعیین پاسخ به درمان، این علائم مشاهده می‌شوند. در هر شرایطی، متاستازهای استخوانی معمولا در گرافی، سی تی اسکن، MRI، یا PET اسکن، مشاهده می‌شوند.

در متاستازهای استئولیتیک یا لیتیک، سلول‌های سرطانی استخوان را حل می‌کنند و بخشی از تراکم آن را کاهش می‌دهند، اگر سرطان به اندازه کافی استخوان را از بین برده باشد، این تغییرات مانند حفره تیره‌ای در نمای خاکستری-سفید گرافی، دیده می‌شود. متاستازهای استئوبلاستیک (استخوان ساز) باعث می‌شوند که یک ناحیهٔ استخوانی متراکم‌تر یا اسکلروتیک به نظر برسند که در گرافی به صورت نقاطی نمایان می‌شود که سفیدتر از استخوان‌های اطراف، هستند. متاستازهای استخوان اغلب دارای هر دو ویژگی لیتیک و بلاستیک هستند.

گاهی برای ارزیابی وجود موادی که نشان دهنده متاستاز استخوان هستند، آزمایش خون و یا ادرار، تجویز می‌شود. برای مثال، آزمایش خون ممکن است کلسیم بالا و یا آلکالین فسفات بالا را نشان‌دهد. هنگامی که استخوان آسیب می‌بیند، چندین ماده مانند N-تلوپپتید می‌تواند در ادرار آزاد شود. متاستاز استخوان از طریق بیوپسی تأیید می‌شود که اغلب توسط سی تی اسکن، هدایت می‌شود.

درمان

اهداف درمان متاستاز استخوان و شکستگی‌های پاتولوژیک، تسکین درد و بازگرداندن عملکرد بدون ایجاد افت کیفیت زندگی است .گزینه‌های درمانی برای متاستازهای اسکلتی بر اساس نوع استخوان، موقعیت آناتومیکی و شرایط، تغییر می‌کنند. درمان‌ها شامل پرتودرمانی، درمان سیستمیک، آمبولیزاسیون، الکتروشیمی درمانی، سایش رادیوفرکانسی (RFA) و اولتراسوند متمرکز با شدت بالا (HIFU) هستند. درمان شکستگی‌های پاتولوژیکی شامل جراحی و آتل‌بندی یا تثبیت، هستند.

درمان متاستاز استخوانی

پرتودرمانی تسکینی می‌تواند سبب کاهش درد در ۶۰٪ بیماران شود و در حدود ۲۵٪ بیماران به پاسخ کامل می‌رسند. پرتودرمانی تسکینی به صورت پرتودرمانی خارجی متداول یا داروهای پرتودرمانی داخل وریدی،

انجام می‌شود. اهداف پرتودرمانی شامل استفاده از یک برنامهٔ درمانی کوتاه‌مدت برای به حداقل رساندن تعهد زمانی برای درمان و دستیابی به تسکین سریع علائم، هستند.

پرتودرمانی تسکینی با عوارض جانبی کمی همراه است، اما افزایش درد استخوانی به نام "شعله ور شدن درد" بلافاصله پس از پرتودرمانی در ۲ تا ۴۴ درصد موارد رخ می‌دهد. داروهای پرتودرمانی استخوان، مانند رادیوم ۲۲۳، به طور انتخابی پرتوهای یونیزه شده را به مناطق هدف با فعالیت استئوبلاست تقویت شده، ارسال می‌کنند.

درمان سیستمیک: شیمی درمانی تسکینی که برای درمان یک سرطان خاص مورد استفاده قرار می گیرد، می تواند برای درمان متاستاز استخوان نیز استفاده شود. با این حال، متاستاز سرطان از نظر نتایج بالینی، آسیب‌شناسی و ویژگی بافت انواع مختلف تومور؛ به خوبی شناخته نشده است. علت تمایل برخی سرطان‌ها به هدف قراردادن و تکثیر در استخوان نیز نامشخص است.

آمبولیزاسیون تسکینی: آمبولیزاسیون برای درمان بیماری متاستاتیک استخوان به عنوان یک روش کمکی برای از بین بردن عروق تومور، کاهش ابعاد متاستازها، ایجاد کلسیفیکاسیون حاشیه‌های تومور و تسکین درد، مفید است. معمولاً این کار در فواصل ۴ تا ۶ هفته‌ای تا بهبود علائم یا ناپدید شدن عروق تومور که با آنژیوگرافی، MRI یا سی تی اسکن تایید می‌شود، انجام می‌شود. مطالعات قبلی؛ آمبولیزاسیون را با کاهش درد و حجم تومور به مدت ۱ تا ۹ ماه مرتبط دانسته‌اند.

فرسایش رادیوفرکانسی (RFA): RFAشکلی از جراحی الکتریکی است که در آن جریان متناوب امواج رادیویی با فرکانس بالا از نوک الکترود به بافت های انسان می‌گذرد و انرژی آن را به صورت گرما ظاهر می‌شود. RFA به عنوان یک تکنیک ایمن، آسان و قابل پیش بینی برای فرسایش حرارتی در کبد، کلیه، قلب، پروستات، سینه، مغز، ریه، غدد لنفاوی، غدد تیروئید و پاراتیروئید، گانگلیون‌های عصبی و استخوان، ایجاد شده است. در دو دهه گذشته، استفاده از RFA برای درمان بیماری اولیه یا متاستاتیک استخوان، افزایش یافته است.

هایفو HIFU: به عنوان یک روش ایمن، کاملا غیرتهاجمی و خارج از بدن برای درمان تومورهای جامد اولیه و بیماری متاستاتیک استخوان، توصیف شده است. این درمان به سرعت انرژی لازم برای بالا بردن دمای بافت را به سطح سیتوتوکسیک، فراهم می کند، بنابراین عروق بافت به طور قابل توجهی بر وسعت سلولیز تأثیر نمی‌گذارند. به نظر می‌رسد HIFU در مراحل اولیه؛ یک روش درمانی ایمن، غیرتهاجمی و امیدوارکننده برای بیماران سرطانی با متاستازهای استخوانی است.

درمان‌های شکستگی پاتولوژیکی

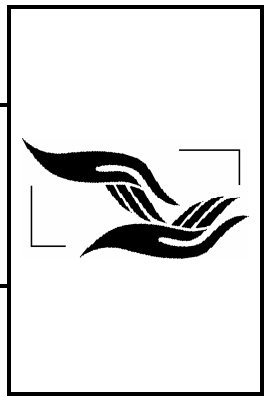
به دلیل مرگ و میر بالای مربوط به شکستگی‌های پاتولوژیک، عوامل خطر مرتبط با بیماری متاستاتیک استخوان به خوبی شناخته نشده است. این دانش برای پیشگیری، تشخیص و درمان شکستگی‌های پاتولوژیک، ضروری است. عوامل خطر برای شکستگی‌های پاتولوژیکی در بیمارانی با متاستاز استخوانی شامل افزایش درد، بروز تجزیهٔ استخوانی در رادیوگرافی، ابعاد ضایعه (بیشتر از ۲۵ سانتیمتر)، درگیری قشری محوری (بیشتر از ۳۰ میلی متر) و درگیری قشری محیطی (بیشتر از ۵۰٪) هستند.

درمان جراحی گزینه خوبی برای بیماران مبتلا به شکستگی‌های متاستاتیک یا قریب الوقوع پاتولوژیک و ضایعات متاستاتیک منفرد، است. درمان باید به صورت فردی و با در نظرگرفتن امید به زندگی و وضعیت عمومی هر بیمار، تنظیم شود. اهداف درمان شامل کاهش درد و بازگرداندن عملکرد در طول عمر مورد انتظار است. یک مطالعه مبتنی بر جمعیت روی بیماران مبتلا به متاستاز استخوان ران؛ نشان داد که

بیمارانی که تثبیت پیشگیرانه بیماری متاستاتیک استخوان دریافت کرده بودند، نتایج بقای بهتری نسبت به افرادی که مداخلات جراحی پس از شکستگی دریافت کردند، داشتند.

نتیجه‌گیری

سندرم‌های اضطراری ارائه شده در این فصل برای آموزش، تقویت و تجهیز پرستاران مراقبت تسکینی فعلی و آتی، ارائه شده‌اند. از آنجایی که بسیاری از این موضوعات ماهیت اضطراری دارند، پرستار مراقبت تسکینی باید برای ارائه مراقبت بهینه بیمار محور از بیمار و آموزش بیماران و اعضای خانواده، آماده باشد. مراقبت از EOL تماماً در مورد حفظ امید و عزت فرد است حتی زمانی که سندرم‌های اضطراری، بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند.



فصل ۲۴

تسکین (آرامبخشی) علائم مقاوم

نکات کلیدی

- آرامبخشی تسکینی یا آرامبخشی عمیق و مداوم در روزها یا ساعت‌های انتهایی زندگی برای کنترل علائمی مثل درد و بی‌قراری و مقاومت به درمان تهاجمی، انجام می‌شود.
- تفاوت آرامبخشی تسکینی و مرگ آسان در این است که هدف مراقبین درمانی تسکین علائم مقاوم است، نه پایان دادن به زندگی فرد.
- آرامبخشی تسکینی به تصمیم‌گیری مشارکتی و حمایت تخصصی، آگاهی از مسائل قانونی و اخلاقی، توانایی درک پویایی رنج، رضایت آگاهانه و حضور درمانی و دلسوزانه بستگی دارد.
- آرامبخشی تسکینی بر اساس ارائه دهندهٔ خدمات متفاوت بوده و یک گزینهٔ درمانی فردی در پایان زندگی است که بر تسکین علائم مقاوم و منحصر به فرد بیمار بر اساس تعیین دوز مؤثر دارو متمرکز است. هیچ دوز بیشینه و برنامهٔ درمانی تعریف شده‌ای در این زمینه وجود ندارد.
- آرامبخشی تسکینی به صورت مؤثر به اصول اخلاقی اولیه کرامت، استقلال، صداقت، سود رسانی و عدم ضرر رساندن (آسیب نرساندن) بستگی دارد.

مقدمه

برای درک کامل نقش مهم آرامبخشی تسکینی در کنترل درد و رنج مقاوم در یک بیمار رو به احتضار، ابتدا باید درک کرد که بدن چگونه در حین فرایند مرگ آرام می‌شود. اولویت قانونی برای استفاده از آرامبخشی تسکینی به چه صورتی است، اهداف خاص آرامبخشی تسکینی چگونه هستند و حق بیمار در تعریف درک او از دردها چیست. متخصصان مراقبت سلامت باید باورهای فرهنگی، مذهبی و شخصی بیمار و چگونگی تأثیر آنها بر توانایی مراقبت از یک بیمار با هدف آرامبخشی تسکینی را بررسی نمایند.

فرایند مرگ

در حین فرایند مرگ، بدن برای مؤثرترین بهره‌گیری از اکسیژن موجود تلاش می‌کند. تمرکز اصلی حفظ عملکرد قلب، ریه و مغز است. سایر سیستم‌ها دچار کاهش اساسی در خون رسانی و عملکرد می‌شوند.

- در سیستم گوارشی حرکات دودی روده کاهش شدیدی می‌یابد که منجر به کاهش توانایی بلع می‌شود. این موضوع در از دست رفتن اشتها نقش دارد. دادن هر گونه غذا یا مایع می‌تواند منجر به

استفراغ، آسپیراسیون، نفخ شکم و درد شود. کاهش اشتها و توانایی غذا خوردن برای جامعه‌ای که غذا را منبعی از عشق و آرامش می‌دانند، پذیرفته شده نیست. ترس از گرسنگی عزیزان رو به احتضار، می‌تواند منجر به تغذیه مداوم بیمار از طریق لوله‌ی معدی و تغذیه‌ی اجباری شود که منجر به تسریع مرگ می‌گردد. این نوع تغذیه می‌تواند باعث اتلاف انرژی بیمار شده و توانایی تنفس بیمار را کاهش می‌دهد.

- سیستم عصبی عمیقا تحت تأثیر سموم و مواد زائد در حال گردش ناشی از عدم کارکرد مناسب کلیه و کبد بیمار، قرار می‌گیرد. این سموم برای سلولهای مغز تحریک‌کننده بوده و منجر به سرگیجه، تحریک و دلیریوم خواهند شد. این مشکل با دهیدراته شدن بیمار و هیپوپرفیوژن افزایش می‌یابد و به عنوان بخشی از فرایند دهیدراتاسیون است. شخص در حال مرگ در تلاش برای حفظ انرژی بیشتر می‌خوابد و در نتیجهٔ کاهش پرفیوژن مغزی و مرگ سلولی پاسخ کمتری را نشان می‌دهد. آنها با خانواده و دوستان تعامل ندارند و عملکرد شناختی به تدریج دچار اختلال می‌شود. عملکردهای غیر ارادی بدن مثل تنفس، به تحریک غیر ارادی ساقهٔ مغز بستگی دارند.
- با غالب شدن ساقهٔ مغز بر عملکرد غیر ارادی، دستگاه تنفسی تحت تأثیر تغییرات اساسی قرار می‌گیرد. تنفس دردناک و نامنظم می‌شود، زیرا ریه‌ها به طور مداوم برای دریافت اکسیژن تلاش می‌کنند. فشار خون برای حفظ گرادیان فشار کافی مورد نیاز در انتقال اکسیژن کافی نیست و سیال شروع به تراکم در ریه‌ها کرده و مرگ تراکمی را موجب می‌شود. ساکشن کردن سبب کاهش این ترشحات نخواهد شد؛ و بیمار را از اکسیژن بیشتر محروم می‌کند. اکسیژن مکمل با دوز بالا سبب طولانی‌تر شدن فرایند مرگ خواهد شد.
- سیستم گردش خون برای مقابله با افت مداوم فشار خون، اتلاف اکسیژن و اتلاف پروتئین بدن تلاش می‌کند. به دلیل عدم حفظ تعادل فشار اسمزی کلوئیدی، مایعات تجویز شده تنها مدت زمان کوتاهی می‌توانند بر تغییرات فشار خون و پرفیوژن سلولی تأثیر داشته باشند. افزایش مایعات داخل وریدی نیز می‌تواند منجر به ادم ریوی گسترده و تسریع مرگ بیمار شود. قلب بیمار دچار نارسایی می‌شود و انرژی کافی برای ایجاد ضربان‌های قلب را نخواهد داشت. با مرگ سلول‌ها و افزایش سطح پتاسیم خون، ریتم‌های نامنظم قلب تشدید می‌شوند تا زمانی که قلب فقط دچار لرزش می‌شود و هیچ خونی جریان پیدا نمی‌کند، تنفس متوقف می‌شود و سلول‌های مغزی به مرگ خود ادامه می‌دهند.

اصول قانونی استفاده از آرامبخشی تسکینی

مفهوم و کاربرد آرامبخشی تسکینی یا آرامبخشی عمیق پیوسته، در طول ۲۵ سال اخیر تکامل یافته است و دیگر آرامبخشی پایانی نامیده نمی‌شوند. این عبارت توسط انک[1] در سال ۱۹۹۱ برای اولین بار مطرح شد. تا سال ۲۰۱۰، عبارت آرامبخشی تسکینی به طور مداوم در توصیف مصرف نظارت شدهٔ داروها برای القای آرامبخشی برای کنترل علائم مقاوم بیماری در پایان زندگی مطرح شده بود.

آرامبخشی تسکینی فقط یک اقدام قانونی نیست؛ بلکه یک عمل اخلاقی است که شامل حفظ کرامت و استقلال بیمار، صداقت، سود رسانی و عدم ضرر رساندن به بیمار و اصل اثر مضاعف است.

1. Enck

- کرامت بیمار شامل حق بیمار در درک شدن به عنوان یک فرد ارزشمند و شایستهٔ احترام است. این تمایل شخصی شامل مفهوم اخلاقی استقلال است؛ افراد از کاهش کنترل بدن خود در فرایند مرگ می‌ترسند و این کاهش کنترل با کاهش کرامت همراه است.
- استقلال که با عنوان خود مختاری شناخته می‌شود، یک باور اساسی در ایالات متحده بوده و بر اساس اصل احترام است. در آن به حق یک فرد در تصمیم‌گیری دربارهٔ اقدامات مبتنی بر اهداف و ارزش‌های شخصی توجه می‌شود.
- صداقت شامل تعهد متخصصان درمانی به پایبندی به تعهدات‌شان نسبت به بیماران و اعضای خانواده و عدم محدودیت آنها و نیازهای آنها به‌خصوص در فرایند مرگ است.
- سود رسانی شامل انجام کارهای خوب و مراقبت از بیماران همان‌گونه که می‌خواهند است. این امر عموما در مدیریت علائم مقاوم منعکس می‌شود.
- عدم ضرر رساندن یک استاندارد برای آسیب نرساندن به دیگران با حذف درمان یا دنبال نکردن درخواست‌های از بیماران است که منجر به کاهش کرامت، از دست رفتن استقلال، محدودیت آنها، یا صرف‌نظر از خواسته‌های آنها می‌شوند.
- اصل اثر مضاعف نشان می‌دهد که پیامدهای خوب و بدی برای یک اقدام وجود دارد، اما این کار با امید (اخلاقی) یا قصد ایجاد پیامدهای خوب انجام می‌شود. تسریع مرگ جز اهداف مراقبتی نیست و بنابراین استفاده از آرامبخشی تسکینی از نظر اخلاقی مجاز خواهد بود.

هدف آرامبخشی تسکینی کنترل علائم است، نه تسریع در مرگ. "نیت" از سوی دادگاه عالی آمریکا به عنوان یکی از عوامل اصلی مورد نیاز برای اتانازی شناسایی شد.

در سال ۱۹۹۷، دادگاه عالی آمریکا این قانون را تصویب کرد که هیچ حق قانونی برای خودکشی کمک‌شده توسط پزشک وجود ندارد، اما هدف آرامبخشی تسکینی، تسکین علائم است، نه کمک به خودکشی و برای دستورالعمل‌های تهاجمی درمان تسکینی مناسب خواهد بود. انجمن پرستاری آمریکا و جامعهٔ پرستاری انکولوژی مقالاتی را در مخالفت با خودکشی کمک‌شده توسط پزشک ارائه کردند. با وجود آن که هیچ یک از این مقالات به مسئلهٔ دقیق آرامبخشی تسکینی نپرداخته‌اند، اما تاییدکننده مرگ آسان از طریق درمان‌های کاهنده‌ی درد همراه با کنترل علائم به صورت قانونی و اخلاقی بود. انجمن پرستاران بیمارستانی و تسکینی مقاله‌ای در جهت حمایت از آرامبخشی تسکینی انجام دادند. کاربرد آرامبخشی تسکینی برای توجه به دردهای موجود بحث برانگیز است.

استفاده از آرامبخشی تسکینی نیازمند سه مولفهٔ اساسی است: (۱) نیاز به تسکین علائم قابل مشاهده، (۲) فوت بیمار در طول چند روز تا چند ساعت و (۳) نیاز به استفاده از داروها برای کاهش آگاهی. مفهوم تناسب یک پیشایند قانونی دیگر برای توجیه میزان داروی مورد نیاز برای کاهش آگاهی است. هوشیاری بیمار به اندازهٔ کافی پایین آورده می‌شود تا درد مقاوم تسکین پیدا کند. تناسب، یک عامل مهم در تلاش برای تفکیک آرامبخشی تسکینی از مرگ آسان است. هدف آرامبخشی تسکینی مرگ راحت و آرام بیمار در سرعت تعیین شده توسط بدن است.

مزایای آرامبخشی تسکینی باید نسبت به نگرانی‌های تسریع فرایند مرگ مورد بررسی قرار گیرد. علائم مقاوم مثل درد، دلیریوم و رنج بیمار کنترل می‌شوند و نگرانی‌های مرتبط با کاهش ارتباط، گرسنگی، کم آبی بدن و ترس از مرگ با مزایای آسایش ناشی از آرامبخشی عمیق مقایسه می‌شوند و بسیاری از مشکلات شناسایی شده با استفاده از

آرامبخشی تسکینی به طور طبیعی در فرایند مرگ اتفاق می‌افتد.

باید یک رضایت‌نامهٔ کتبی را قبل از استفاده از آرامبخشی تسکینی اخذ نمود. به طور ایده‌آل، رضایت‌نامهٔ کتبی باید از بیمار دریافت شود. در اغلب موارد، رضایت‌نامهٔ کتبی از بیمار، خویشاوندان و یا قیم قانونی بیمار، دریافت می‌شود. دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده، آموزش گسترده و برنامه‌ریزی از اقدامات مؤثر برای آموزش به بیماران و خانواده های آنها در انتهای زندگی است و کمک زیادی به مرگ آرام می‌کنند.

هدف آرامبخشی تسکینی

هدف آرامبخشی تسکینی فراهم کردن سطح القا شده با دارو در صورت عدم پاسخگویی پزشکی برای تسکین درد مقاوم در طول فرایند مرگ فعال است. هدف آرامبخشی تسکینی تسریع فرایند مرگ نیست. بیماران و خانواده‌هایشان باید دربارهٔ کاربرد آن به عنوان علائم مقاوم شناسایی شده بحث کنند. برنامهٔ استفاده از آرامبخشی تسکینی به عنوان بخشی از یک فرایند مرگ طبیعی برای کمک به مرگ آرام و راحت اجرا می‌شود.

تأثیر باورهای شخصی، فرهنگی و مذهبی تیم درمان

ضروری است که تیم درمان از دیدگاه‌ها و نگرش‌های خود دربارهٔ آرامبخشی تسکینی آگاهی داشته باشند. دیدگاه‌های تیم درمان بر ارائه‌ی مراقبت‌های آرامبخشی تسکینی برای بیمار تأثیر گذار است. اغلب تیم درمان در صورت بیان هدف و اجرای آرامبخشی تسکینی احساس آرامش می‌کنند. همچنان مخالفت‌هایی برای کاربرد این روش وجود دارد، اما درخواست‌های بیماران در حال مرگ و خانواده‌های آن‌ها در این زمینه ارجحیت دارد. یک مصاحبهٔ نیمه ساختار یافته و کیفی توسط دی ورایس و پلاسکوتا[1] در بررسی معضلات اخلاقی هفت پرستار هاسپیس در اجرای آرامبخشی تسکینی برای بیماران مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی نشان داد که پرستاران هاسپیس باید دارای اعتماد به نفس، صلاحیت و حمایت کافی در تیم درمان تسکینی در مواجهه با تصمیماتی دربارهٔ به کارگیری روش آرامبخشی تسکینی باشند.

حق بیمار در تعریف درد

درد در پایان زندگی می‌تواند موجب ناراحتی جسمی، روانی، اجتماعی یا معنوی باشد. در اکثر موقعیت‌ها، مداخله‌های تسکینی می‌توانند مناسب باشند، اما در برخی مواقع، درد مقاوم و غیر قابل تحمل خواهد بود. دردهای وجودی (که گاهی با عنوان عذاب پایانی شناخته می‌شوند) یک دلیل اخلاقی چالش انگیز دیگر را برای استفاده از آرامبخشی تسکینی است، اما تأثیر آن بر کیفیت زندگی در مرحلهٔ پایانی مهم است. توانایی همدلی، درک نیاز به امید و خوش بینی و تمایل فرد به درک مفهوم رنج‌های خود اغلب به طور کامل توسط متخصصین درمانی درک نمی‌شوند و ممکن است اهمیت تسکین دردهای شخصی و معنوی را در هاله‌ای از ابهام قرار دهند.

مطالعهٔ موردی: درد وجودی

ادوارد مثالی از یک بیمار با تجربهٔ درد وجودی بود. او یک مرد ۳۸ ساله بود که در تمام دوران زندگی مستقل بود. او به سرطان متاستازیک روده مبتلا شده و نیازمند کمک بود. این امر برای او غیر قابل تحمل بود، چرا که به دلیل بیماری دچار بی‌اختیاری شده بود. درد او با اپوئید کنترل شد، اما دچار حملات لرز شد. او از تیم خود درخواست کرد تا وی را آرام کنند، زیرا

1. DeVries and Plaskota

توانایی کنترل شرایط خود را نداشت و او در نهایت به طور مداوم تحت درمان با میدازولام قرار گرفت. او پس از سه روز با آرامش فوت کرد. آیا این آرامبخشی تسکینی برای او لازم بود؟ بر اساس این استانداردها و درد عاطفی که تحمل می‌کرد، بله ضروری بود. تیم درمان در آرام کردن او دچار مشکل شده بودند، حتی با وجود آن که شرایط او مطابق با سه مولفهٔ اصلی برای آرامبخشی تسکینی بودند: (۱) نیاز به تسکین علائم قابل مشاهده، (۲) مرگ طی چند روز تا چند ساعت بعد و (۳) نیاز به استفاده از داروهایی برای کاهش هوشیاری. پس از شروع آرامبخشی تسکینی، چند پرستار از درمان او امتناع کردند.

استفاده از آرامبخشی تسکینی برای دردهای وجودی در دیدگاه‌های اخلاقی، شخصی و حرفه‌ای، موضوعی چالش برانگیز است. همیشه باید گزینه‌ای برای تیم درمان وجود داشته باشد که در صورت عدم باور به ارائهٔ آرامبخشی تسکینی در این روند شرکت نکنند. یک مفهوم مهم که باید در نظر گرفته شود شامل ارائه درمان با کیفیت بالا طبق تعریف بیمار است. برای ادوارد، آرامبخشی تسکینی گزینهٔ درستی بود.

داروهای متداول به کار رفته برای آرامبخشی تسکینی

بودنار[1] ۳۸۱ پزشک را به طور منظم برای درمان بیماران به صورت تسکینی/ هاسپیس بررسی کرد و اشاره نمود که ۸۴٪ آنها تجربهٔ کم تا متوسطی دربارهٔ آرامبخشی تسکینی داشتند و فقط ۸۸٪ در آرامبخشی تسکینی در طول ۵ سال اخیر شرکت کرده بودند. گزینهٔ آرامبخشی تسکینی اغلب استفاده نمی‌شود و اجرای آن تا حد زیادی بر حسب تمایل و تفکرات تیم درمان متفاوت است. تعاریف متغیری از این فرایند وجود دارد و هیچ روند استانداردی برای آن در دسترس نیست. داروهای متداول برای آرامبخشی تسکینی شامل بنزودیازپین‌ها، باربیتورات‌ها و پروپوفول هستند. داروهای دیگری از جمله اپوئیدها و داروهای روان گردان مثل هالوپریدول و اپوئیدها به دلیل اثرات تسکینی ثانویهٔ خود به نادرست مورد استفاده قرار می‌گیرند. در مراحل پایان زندگی، داروهایی که موجب کاهش سطح هوشیاری بیمار به عنوان یک اثر جانبی دارویی شوند، برای آرامبخشی قابل استفاده نیستند. هالوپریدول یک استاندارد طلایی برای درمان دلیریوم و آشفتگی است. اپوئیدها برای کاهش درد و دیسترس تنفسی طراحی شده‌اند. هالوپریدول برای آرامبخشی کامل قابل اطمینان نیست و ممکن است بیماران هیچ پاسخی به آن نشان ندهند. علاوه بر کاربرد داروهایی که مختص آرامبخشی نیستند، سطوح واقعی آرامبخشی متغیر خواهند بود. این امر مستلزم آن است که آرامبخشی فقط تا نقطهٔ تسکین علائم ایجاد شود. در اکثر مناطق ایالات متحده، آرامبخشی تسکینی به عنوان یک آرامبخشی عمیق و پیوسته در نظر گرفته می‌شود که در آن بیمار پاسخی را نشان نمی‌دهد. در سایر نقاط جهان، آرامبخشی تسکینی دو حالت متمایز دارد، حالتی که در آن هدف اصلی حفظ هوشیاری در بیشترین سطح ممکن است و حالت دیگر آرامبخشی تا حالت بدون هوشیاری، زیرا علائم قابل بررسی بیمار بسیار پیچیده هستند. بحث‌های دقیقی باید با بیمار و خانواده‌اش صورت پذیرد تا خواسته‌های ایشان برای سطح آرامبخشی تعیین شود. در اکثر موارد، تنها زمانی دربارهٔ آرامبخشی تسکینی بحث می‌شود که علائم شدید و غیر قابل رفع باشند و بنابراین آرامبخشی عمیق به یک استاندارد تبدیل می‌شود.

بودنار اشاره کرد که اکثر داروهای توصیه شده برای آرامبخشی تسکینی شامل میدازولام، لورازپام، دیازپام، فنوباربیتال و پروپوفول هستند (جدول ۲۴.۱).

1. Bodnar

جدول ۲۴.۱. داروهای به کار رفته برای آرامبخشی عمیق تسکینی/پیوسته.

دارو	اثر	اثر سقف	بولوس	انفوزیون	ملاحظات
میدازولام	۱ دقیقه	۲-۵ دقیقه بولوس ۵۰-۶۰ دقیقه تزریق	۲-۵mg هر ۵ دقیقه ماکزیمم ۲۰mg	۱-۲۰mg/hr هر ساعت دوز تنظیم شود + دوز بولوس ۰/۷-۱۰ mg/hr	نیمه عمر کوتاه، به صورت IV یا SQ. سقف سیستم عصبی مرکزی، اثر متغیر
لورازپام	۵ دقیقه	۳۰ دقیقه	۴mg هر ۴ ساعت تکرار هر ۳۰دقیقه در صورتی که سایر داروها در دسترس نباشند	۱kg/hr ۲۵۰ml ۲۰-۴۰mg پس از ۴mg بولوس، ماکزیمم ۷g/hr-۱۰	زمان طولانی تا اثر بیشینه، بهترین مورد برای آرامبخشی طولانی. اثر بیشینهٔ آن تا ۴ ساعت طول می‌کشد
دیازپام	۱ دقیقه	۲-۵ دقیقه	۵-۱۰mg هر ۵ دقیقه حداکثر ۳۰mg	۵mg در ۱۰۰mL به صورت پایدار برای ۲۴ ساعت	شروع بسیار سریع تا اثر بیشینه، بهترین برای آرامبخشی عمیق. نیازمند رقیق‌سازی زیاد برای جلوگیری از رسوب
فنوباربیتال	۵ دقیقه	۳۰ دقیقه	۲۰۰mg هر ۳۰ دقیقه کمترین دوز مؤثر ۱۰۰mg	خیر ۱۰٪ دوز بارگذاری هر ۱۲ ساعت	اغلب درصورت عدم پاسخ به میدازولام مؤثر است. نیمه عمر طولانی، تراکم. تنظیم دوز آن دشوار است
پروپوفول	۳۰ ثانیه	۹۰ ثانیه	۰/۵-۱ mg/kg، تکرار با نصف دوز	۱ mg/kg یا ۱۵mg/kg/min تنظیم ۵-۱۰mg/kg/min برای ۲۰ دقیقه	خطر بالای اثر جانبی با دوز بالا با سرعت بالا. سرکوب CNS

میدازولام متداول‌ترین نوع داروهای آرامبخشی تسکینی است. این دارو شروع سریع ۶۰ ثانیه‌ای دارد، اثر بیشینهٔ آن ۲–۵ دقیقه است، نیمه عمر آن ۱–۳ ساعت است و x,g اثر آن کمتر از ۲ ساعت خواهد بود. تمام بنزودیازپین‌ها می‌توانند منجر به ایجاد دپرسیون سیستم عصبی مرکزی گردند. در طول زمان منجر به غیر مؤثر شدن میدازولام خواهد شد. در مواردی که در آنها آرامبخشی سریع مورد نیاز است، دوز میدازولام می‌تواند ۵–۱۰ میلی گرم در هر پنج دقیقه تا حداکثر ۲۰ میلی گرم باشد. دوز بیشتر از ۲۰ میلی گرم هیچ اثربخشی ندارد و برای آن به یک عامل دیگر نیاز خواهد بود.

از آنجایی که مدت زمان این اثر یک ملاحظهٔ مهم برای کاربرد مؤثر میدازولام است، تزریق پیوسته باید با یک دوز بولوس شروع شود و دوز آن هر ۱–۲ ساعت تنظیم شود.

لورازپام یک بنزودیازپین مطلوب برای کاربرد طولانی مدت آرامبخشی تسکینی است، زیرا بیش از نیمی از اثر آن را پس از ۴ ساعت آرامبخشی پایدار حفظ می‌کند. این دارو به طور متداول مصرف می‌شود و بنابراین پرستاران در استفاده از آن راحت تر هستند. لورازپام برای رسیدن به اثر کامل به ۲۰–۳۰ دقیقه زمان نیاز دارد و در ابتدا، همهٔ اثرات طی ۱–۲ ساعت از بین می‌روند، مگر این که آرامبخشی طولانی مدت حاصل شود.

دیازپام یک بنزودیازپین قدیمی‌تر و با اثر سریع‌تر است. شروع اثر آن ۲-۵ دقیقه است. داروی مؤثری برای زمان نیاز آرامبخشی سریع است. مدت زمان اثر آن نصف میدازولام است، اما نیاز به حجم بالاتر مایع برای رقیق شدن، رسوب و اثر تجمعی آن منجر به نیمه عمر طولانی شده است. لذا دیازپام برای مصرف بلند مدت مناسب نیست. کاربرد آن در آرامبخشی تسکینی عمدتا به صورت یک عامل مکمل است.

فنوباربیتال مثل میدازولام به صورت زیر پوستی مصرف می‌شود، با وجود آن که این یک روش تایید شده توسط شرکت سازنده نیست. توانایی مصرف این دارو به صورت زیرپوستی آن را به یک منبع ارزشمند برای آرامبخشی در بیمارستان و مکان‌های هاسپیس تبدیل می‌کند. فتوباربیتال قدرتمندتر از میدازولام بوده و اغلب وقتی از آن استفاده می‌شود که میدازولام ناکارآمد باشد، اما همچنان اولین عامل برای آرامبخشی تسکینی نیست، زیرا برای درمان فشار بالای درون جمجمه‌ای و صرع طراحی شده است. اثر تراکمی آن با مصرف مکرر و با استفاده از تزریق پیوسته گسترده‌تر خواهد بود که این منجر به نیمه عمر ۵۳-۱۲۰ ساعته دارو می‌شود. تعیین دوز آن در هاسپیس‌ها ۲۰۰mg در هر ۳۰ دقیقه و سپس بلوس داخل وریدی ۲۶۰ mg-۱۲۵۰ در هر ۸ ساعت یا انفوزیون مداوم ۳۰ mg/hr-۱۶۰ است.

پروپوفول یک گزینهٔ مهم برای آرامبخشی بیماران است. این دارو در اصل برای آرامبخشی و بیهوشی طراحی شده است. این دارو هیچ اثر پیشینه‌ای بر دپرسیون سیستم عصبی ندارد، شروع و اوج اثر آن سریع است، نیمه عمر کوتاهی دارد و دارای مدت زمان اثربخشی ۲-۶ دقیقه است. فقط چند مطالعه برای استفاده از ۴درصد همهٔ آرامبخشی‌های تسکینی منتشر شده است. دوزهای پروپوفول برای آرامبخشی تسکینی کمتر از مقدار مورد نیاز برای بیهوشی هستند. به دلیل سیاست‌هایی که فقط با عدم موفقیت سایر عوامل آرامبخشی اتفاق می‌افتند و عدم تجربهٔ مصرف این دارو همچنان پروپوفول یک گزینهٔ اولیه برای تیم درمان نیست.

مراقبت پرستاری در آرامبخشی تسکینی

پرستار در بالین بیمار، نقش مهمی در آرامبخشی تسکینی دارد. هر پزشک بر اساس معیارهای متفاوتی عمل می‌کند، اما هدف کلی حفظ بیمار در راحت‌ترین حالت ممکن و تسکین رنج و ناراحتی بیمار است. آرامبخشی معمولا شامل تزریق پیوستهٔ اپوئید و استفاده از یک بنزودیازپین است. در آرامبخشی متناسب، میزان آرامبخشی با نیازهای بدن بیمار تناسب دارد که باید به صورت عمیق و پیوسته آرام شود. پرستار باید در ارتباط نزدیک با پزشک، پرستار، یا دستیار پزشک باشد تا دستورالعمل‌ها و نگرانی‌های خاص را بیان کند. مشاهده رنج بیمار منجر به ناراحتی اعضای خانواده بیمار می‌گردد و بنابراین پرستار توصیه‌هایی را برای آنها آماده می‌کند تا به این نگرانی‌ها توجه نمایند. آموزش و حضور مداوم پرستاران در بالین بیمار اغلب مورد نیاز است. ممکن است این افراد اطلاعات دریافت شده را فقط با یک بار آموزش نتوانند به خاطر بسپارند، بنابراین پرستار باید آمادهٔ توضیح مجدد همهٔ اطلاعات باشد. باید به آنها تأکید کرد که هدف از آرامبخشی تسکینی تسریع فرایند مرگ نیست و یا درد بیشتری را ایجاد نمی‌کند، زیرا این افراد دیگر قادر به تغذیه نخواهند بود. نیازهای بدن بیمار در حین فرایند مرگ باید مورد تأکید قرار گیرد که در ابتدای این فصل نیز به آن اشاره شد. شخص در حال مرگ به طور طبیعی اشتها، حس تشنگی و تمایل به برقراری ارتباط را از دست می‌دهد. اغلب این اتفاقات و تغییرات در بیمار برای خانواده‌ها ناراحت‌کننده است و باید به طور مکرر به آنها اطمینان خاطر داد.

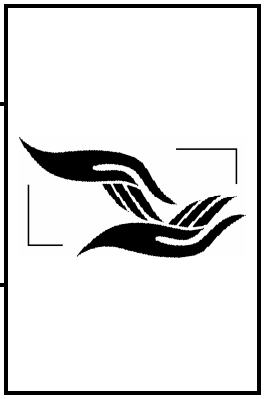
مراقبت عمومی برای بیمارانی که تحت آرامبخشی تسکینی قرار می‌گیرند مانند هر مراقبت دیگری است. آرامبخشی به آنها این امکان را می‌دهد که کمتر احساس بیقراری کنند و علائم‌شان کنترل شود.

«یکی از اعضای خانواده بیان کرد که پس از آرامبخشی، آنها در واقع می‌توانستند زمان با کیفیت زیادی را در کنار هم سپری کنند. آنها موسیقی را پخش می‌کردند که در روز عروسی او نواخته می‌شد و بنابراین آرامش خوبی در او ایجاد شد. عضو خانواده روی تخت نشست و در اتاق کنار او خوابید؛ و در نتیجه آنها توانستند چند روز را با کیفیت بالایی در کنار هم سپری کنند، بدون آن که زندگیشان آشفته باشد... او آرام بود.»

نتیجه‌گیری

بسیاری از پرستاران و متخصصان مراقبتی در مورد آرامبخشی تسکینی حس خوبی ندارند. اغلب این ناراحتی به عدم درک اصول اخلاقی آرامبخشی تسکینی و حس آرامش بخش در فرایند طبیعی مرگ نسبت داده می‌شود. بیماران با علائم غیرقابل درمان که باعث درد و رنج زیادی از آنها می‌شوند نیازمند تسکین علائم خواهند بود. آرامبخشی تسکینی سبب تسریع فرایند مرگ نمی‌شود و شکلی از مرگ آسان نیست. ممکن است همهٔ تیم درمان در نحوهٔ تعریف «مرگ خوب» با هم توافق نداشته باشند، اما یک درک عمومی از «مرگ بد» وجود دارد. آرامبخشی تسکینی یک گزینهٔ اخلاقی و منطقی برای بیمارانی با علائم مقاوم و غیر قابل تحمل است که در پایان زندگیشان رنج می‌کشند و برای بسیاری افراد نیز یک مرگ آرام ضروری خواهد بود.

فصل ۲۵



درمان‌های مکمل و تلفیقی در مراقبت تسکینی

نکات کلیدی

- بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن همواره به منظور رفع علائم و بهبود کیفیت زندگی خود تحت مراقبت‌ها و مداخلات درمانی تلفیقی قرار می‌گیرند.
- شواهدی دال بر اثربخشی شیوه‌های درمانی خاص در زمینه‌ی عوارض رایج بیماری‌ها مانند درد مزمن؛ مشکلات خلقی و علائم دستگاه گوارش موجود است.
- حرفه پرستاری نقش مهمی در راهنمایی بیماران و خانواده‌های ایشان در راستای استفاده ایمن و مناسب از مراقبت‌ها و مداخلات درمانی تسکینی و یکپارچه دارد.

خدمات پزشکی تلفیقی و مراقبت‌های تسکینی: نقش حیاتی پرستاران

هدف از خدمات پزشکی و مراقبت‌های تلفیقی تمرکز بر بهبود و سلامت فرد به جای درمان بیماری است و از این رو اساساً با مراقبت‌های تسکینی همخوانی دارد. ترکیب گسترده‌تر شامل روش‌های درمانی؛ تأکید اجتماعی – معنوی و مشارکت‌های همدلانه بین فرد ارائه دهنده و بیمار (و خانواده / افراد حامی) می تواند در هر دوره‌ای؛ از زمان تشخیص گرفته تا مراقبت‌های انتهای زندگی؛ سودمند باشد. پذیرش زودهنگام به منظور هرچه بیشتر کردن مزایای بالقوه توصیه می‌شود. مشارکت فعال به شکل رویکردی یکپارچه برای بسیاری از بیماران و خانواده‌های ایشان؛ علاوه بر تسکین واقعی علائم و مدیریت یا تغییر روند بیماری؛ نوعی حس توانمندی نسبت به بیماری را در ایشان بر می‌انگیزد و این تغییر الگو می‌تواند به خودی خود، درمان کننده باشد. پرستارانی که در خط مقدم مراقبت از بیمارانی با علائم طاقت فرسا و مزمن ناشی از مراحل انتهای زندگی قرار دارند، بهترین موقعیت ممکن را در جهت حمایت از بیماران در راستای درک گزینه های موجود و دسترسی به منابع ایمن و مناسب مراقبتی و درمانی را دارند. علاوه بر این؛ حرفه پرستاری در رویکردهای فلسفی در زمینهٔ بهبودی جامع و رابطه محور عمیقاً ریشه دارد. این فصل مقدمه‌ای بر اصطلاحات متداول؛ مراقبت‌های مکمل و تلفیقی (CIM) و شواهد موجود در زمینهٔ نگرانی‌های رایج است که از طریق رویکرد مراقبت تسکینی یکپارچه مطرح می‌شوند.

شیوع درمان‌های مکمل و تلفیقی (یکپارچه) در مراقبت‌های تسکینی

در ایالات متحده تقریباً ۳۸٪ از بزرگسالان (در حدود ۴ از هر ۱۰ نفر) و ۱۲٪ کودکان (حدود ۱ از ۹

نفر) تحت نوعی مداخلات درمانی مکمل و تلفیقی (CIM)[1] قرار می گیرند. مطالعات پیشین نشان دادند که افراد به منظور بهبود سلامت و تندرستی و در جهت تسکین علائم مرتبط با بیماری های مزمن یا مدیریت برخی عوارض جانبی داروهای رایج از CIM استفاده می‌کنند. از جمله مهم‌ترین موارد استفاده از CIM که توسط بیماران گزارش شده است تسکین دردهای مزمن و مدیریت علائم و دیگر عوارض جانبی مربوط به مراقبت‌های انکولوژی است.

در جهت افزایش آگاهی جامعه پزشکی؛ خدمات پزشکی تلفیقی به شکلی روزافزون در مراکز بهداشتی دانشگاهی و جامعه در دسترس می‌باشند. کنسرسیوم آکادمیک در زمینهٔ خدمات پزشکی تلفیقی و عضویت در بهداشت از ۹ موسسه دانشگاهی آمریکای شمالی در سال ۱۹۹۹ به ۶۹ موسسه در سال ۲۰۱۷ افزایش یافت.

سیستم بهداشتی نظامی ایالات متحده اولین بخشی بود که از استراتژی‌های تلفیقی برای ذینفعان خود؛ به ویژه در رابطه با مزایای آن برای کنترل درد استفاده کرد. در سال ۲۰۱۰ کارگروه ویژه مدیریت درد ارتش، گزارشی را در راستای ارائهٔ یک استراتژی جامع مدیریت درد با تمرکز بر رویکردی بین رشته‌ای؛ کل نگرانه؛ چند مدلی و بیمار محور منتشر کرد. با بررسی چهارده مرکز درمانی پزشکی وزارت دفاع چنین مشخص شد که٪۱۰۰ این ۱۴ مرکز تسهیلات خدمات IM را ارائه می‌دهند و ۹۲ درصد نیز ۶ روش یا بیشتر را ارائه می‌دهند. این تحقیق تعداد رو به رشد برنامه‌های انکولوژی تلفیقی و حداقل ۲۹ برنامه اختصاصی CIM برای بیماران مبتلا به سرطان را به طور مستند بررسی نموده و همچنین نشان دادکه بسیاری از مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات مراقبتی تلفیقی برای بیماران مبتلا به سرطان هستند.

همچنین برنامه‌های بیمارستانی، گزینه‌های CIM را در خود جای داده‌اند که استفاده از این برنامه‌ها در دهه‌های اخیر رشد چشمگیری داشته است. در نظرسنجی‌های انجام شده در اوایل سال ۲۰۰۰؛ ۶۰-۷۰٪ از سازمان‌های بیمارستانی مشارکت‌کننده اظهار نمودند که درمان CIM را ارائه می‌دهند. متداول‌ترین خدمات ارائه شده در این بیمارستان‌ها شامل ماساژ درمانی (۸۳٪)؛ موسیقی درمانی (۵۰٪)؛ لمس درمانی (۴۹٪)؛ حیوان خانگی درمانی (۴۸٪)؛ تجسم هدایت یافته (۴۵٪)؛ ریکی (۳۶٪)؛ آروماتراپی (رایحه درمانی) (۳۰٪)؛ موسیقی چنگ (۲۳٪)؛ رفلکسولوژی (بازتاب‌شناسی) (۲۰٪)؛ هنر درمانی (۲۰٪)؛ هیپنوتیزم درمانی (۴٪)؛ یوگا (۳٪)؛ طب سوزنی (۱٪) و شادی درمانی (۱٪) بودند. بررسی اخیر صد و هشت سازمان مستقر در ایلینوی مندرج در وب سایت سازمان ملی مراقبت‌های تسکینی و بیمارستانی ملی نشان داد که ۹۰/۳٪ از سازمان‌های پاسخگو از برخی انواع CIM استفاده می‌کنند. پنج گزینه بسیار متداول ذکر شده در این گزارش حیوان خانگی درمانی (۶۴/۵٪)؛ موسیقی درمانی (۶۱/۳٪)؛ ماساژ درمانی (۵۴/۸٪)؛ هنر درمانی (۲۹/۰٪) و انرژی درمانی (۲۵/۸٪) بودند.

با این وجود، حتی در بیمارستان‌ها و برنامه‌های مراقبت‌های تسکینی که چنین خدماتی را ارائه می‌دهند کمتر از ۲۵٪ از بیماران واجد شرایط، به چنین امکاناتی دسترسی دارند. سودآوری و تعداد بیمارانی که توسط بیمارستان پذیرش می‌شوند ارتباطی تنگاتنگ با امکان دسترسی و ارائه‌ی خدمات CIM دارد. بیمارستان های غیردولتی تقریباً چهار برابر بیش از بیمارستان‌های دولتی این خدمات را ارائه داده و احتمال ارائه خدمات مذکور برای هر ۱۰۰ بیمار در بیمارستان ۱۳ درصد افزایش یافته است. محدودیت ارائه و استفاده از چنین خدماتی می‌تواند به علت کمبود بودجه؛ کمبود وقت پرسنل بیمارستان؛ کمبود درمانگرهای مجرب؛ دانش ناکافی در زمینهٔ ارائه‌ی

1. Comlementory and integrative medicine

چنین خدماتی و مقاومت بیمار و کارکنان در برابر آن است.

نتایج حاصل از تحقیقات اولیه در خصوص برنامه‌های CIM مطلوب بود و و دمر و سائر[1] نشان دادند، بیمارانی که درمان‌های مکمل را دریافت کرده‌اند از خدمات بیمارستان خود رضایت خاطر بیشتری دارند.

ممکن است بیماران به تنهایی بهره مندی از خدمات پزشکی تلفیقی را انتخاب کرده و یا توسط اعضای تیم مراقبت بهداشتی به سمت چنین درمان‌هایی سوق داده شوند. مطالعه‌ای که با بودجه موسسهٔ ملی بهداشت (NIH)[2] صورت گرفت، نشان داد که ارجاع به بخش خدمات بستری درمان‌های تلفیقی در بیمارستان‌های خاص، اغلب توسط پرستاران و ارائه‌دهندگان خدمات انجام می‌شود. در مطالعه‌ی مذکور، پزشکان و مدیران اظهار داشتند که پرستاران بهتر می‌توانند خدمات CIM را ارزیابی کرده؛ در مورد این خدمات مذاکره کرده و در نتیجه چنین خدماتی را به بیماران توصیه نمایند. در مقابل نظرسنجی دیگری در مورد نگرش پزشکان نسبت به CIM و دانش ایشان در این خصوص نشان داد که ۷۶٪ از پزشکان هرگز بیماران خود را به خدمات CIM ارجاع نداده‌اند؛ هرچند ۴۴٪ از آنان اظهار داشتند که اگر متخصصی در این زمینه در موسسه ایشان در دسترس باشد؛ بیمار را به نزد وی ارجاع می‌دهند. بررسی آنلاین انجام شده در میان اعضای حرفه‌ای انجمن مراقبت‌های تسکینی آلمان نشان داد که پرستاران علاقه شدیدتری به ارجاع بیماران به خدمات CIM دارند و از میان ۳۶۵ شرکت‌کننده (۹/۸٪ از کل اعضا)؛ ۸۵٪ از پزشکان و ۹۹٪ از پرستاران چنین اظهار داشتند که به CIM علاقه مند هستند. این یافته‌ها در کنار یکدیگر اهمیت نقش پرستاران را در هدایت بیماران و اطمینان بخشیدن ایشان در استفاده ایمن و مناسب از خدمات CIM و آموزش مزایای بالقوه این خدمات در مقابل خطرات شرایط معمول را برجسته می‌سازد. هدف از ادامه این مقاله ارائه مقدمه‌ای برای پرستاران در زمینه مراقبت‌های تلفیقی و فراهم کردن منابعی برای یادگیری و ارجاع بیشتر است.

واژه شناسی

داشتن تعاریف مشترک به هنگام توصیف رویکردهای سیستم جامع در مراقبت‌های بهداشتی و سنت‌ها و روش‌های درمانی فردی مفید است. اصطلاحات مهم زیر توسط مرکز ملی بهداشت مکمل و تلفیقی (NCCIH)[3] موسسه ملی بهداشت توصیه شده‌اند:

- *رویکردهای مکمل سلامت:* روش‌ها و محصولاتی با منشأ غیر اصلی
- *سلامت تلفیقی:* گنجاندن رویکردهای مکمل در مراقبت‌های بهداشتی اصلی

تعریف گسترده‌تر پزشکی تلفیقی که توسط گروه تعاملی اوشر که گروهی بین‌المللی متشکل از شش مرکز دانشگاهی با حمایت مالی بنیاد برنارد اوشر برای مطالعه؛ آموزش و اجرای پزشکی تلفیقی ارائه شده است.

خدمات پزشکی تلفیقی:

- بر اهمیت رابطه مابین پزشک و بیمار تأکید کرده، بر مراقبت‌های کلی تأکید داشته، با شواهد اطلاع رسانی کرده، از شیوه‌های درمانی مناسب؛ متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و حرفه‌ای برای دستیابی به سلامت و بهبود بیماران بهره می‌جوید.
- روش‌های دقیق تحقیق علمی که برای ارزیابی مکانیسم‌های فیزیولوژیکی و درمانی؛ اثربخشی و استفاده از رویکردها در جامعه استفاده می‌نماید؛ بر

1. Demmer and Sauer
2. National institutes of health
3. National center for complementary and integrative health

سلامتی؛ انعطاف‌پذیری و بهزیستی تأثیر می‌گذارند.

- پزشکان را به طور عمومی و مبتنی بر سیاست آموزش داده تا از عوامل جسمی، عاطفی، ذهنی، اجتماعی، معنوی و محیطی مؤثر بر سلامتی، پیشگیری کنند.

توصیفاتی دیگر از روش‌های مراقبتی برای بیماران که با خدمات پزشکی تلفیقی ادغام می‌شوند:

- *طب جایگزین* که به روش‌های غیرمتداول که به جای طب سنتی استفاده می‌شود؛ اطلاق می‌شوند.
- *طب عملکردی*، بر اساس اظهارات موسسه پزشکی کاربردی با پرداختن به ریشه‌های اصلی بیماری فرد می‌توان چگونگی و چرایی بیماری را تعیین نموده و سلامتی را بازیابی کرد. این کار به "درک دقیق عوامل ژنتیکی؛ بیوشیمیایی و سبک زندگی هر بیمار نیاز داشته و از این داده‌ها در جهت هدایت برنامه‌های درمانی شخصی که منجر به بهبود بیمار می‌شود" استفاده می‌کنند.
- *طب همه جانبه*، بر اساس نظر انجمن سلامت جامع آمریکایی این طب به منزلهٔ "هنر و دانش شفابخشی است که تمامی افراد، بدن؛ روان و روح را مخاطب قرار می‌دهد. عملکرد طب همه جانبه مشتمل بر درمان‌های متداول و جایگزین در جهت پیشگیری و درمان بیماری بوده و مهمتر از همه، سلامت بهینه بیمار را ارتقاء می‌بخشد.
- *طب سبک زندگی*؛ طبق نظر کالج پزشکی سبک زندگی آمریکا، این روش مشتمل بر " استفاده از روش‌های درمانی سبک زندگی مبتنی بر شواهد؛ مانند وعده‌ها غذایی کامل؛ رژیم غذایی گیاهی؛ ورزش؛ خواب؛ مدیریت استرس؛ کاهش مصرف الکل و ترک دخانیات و دیگر روش‌های غیر دارویی در جهت جلوگیری؛ معالجه و در بیشتر موارد معکوس کردن روند بیماری مزمن مرتبط با سبک زندگی است که شیوع بسیاری دارد".

رویکردهای سلامت تلفیقی

رویکردهای مختلف سلامت تلفیقی در عملکرد و ساز و کار با یکدیگر همپوشانی دارند، بنابراین NCCIH چنین پیشنهاد می‌دهد که این رویکردها را در دو زیر گروه اصلی بررسی نمایید: محصولات طبیعی یا عملکردهای ذهن و بدن.

محصولات *طبیعی* شامل گروه مختلفی از مواد طبیعی همچون ویتامین ها؛ مواد معدنی، پروبیوتیک ها و همچنین ترکیبی از منابع مختلف است. بسیاری از این محصولات طبیعی شامل ارگانیسم‌های دریایی؛ باکتری‌ها؛ قارچ‌ها و گیاهان؛ و گونه‌های گیاهی هستند. محصولات طبیعی همچنین می توانند شامل عصاره‌های پیچیده گیاهان کامل یا ترکیبات جدا شده از آنها باشند. در گیاهان دارویی سنتی اغلب از تمامی عصاره‌های گیاهی به دلیل تعاملات هم افزایی مثبت آنها استفاده می‌شود؛ در حالی که رویکردهای غربی‌تر به دنبال جداسازی ترکیبات فعال این گیاهان هستند. براساس نظرسنجی مبتنی بر مصاحبه بهداشت ملی در سال ۲۰۱۲ (NHIS)[1]؛ ۱۷/۷ درصد از بزرگسالان آمریکایی در طی سال گذشته از یک نوع مکمل غذایی (نه فقط شامل ویتامین‌ها و مواد معدنی) استفاده کرده است.

عملکردهای ذهن و بدن نیز مجموعه‌ای از تکنیک‌ها و فنونی مانند مدیتیشن؛ یوگا و تای‌چی و طب سوزنی؛ ماساژدرمانی و عملکردهای کایروپراکتیکی (فن ماساژ و جابجا کردن ستون فقرات) را در بر می‌گیرد. این شیوه‌ها اغلب توسط یک مربی یا پزشک مجرب و تحصیل کرده آموزش داده می‌شوند. هرچند کاربرد فردی نیز رایج است.

دسته سوم از آداب و سنن شفابخشی مشتمل بر بسیاری از جنبه‌های محصولات طبیعی و رویکردهای

1. National health interview survey

ذهن و بدن می‌شود. برخی از این موارد شامل طب آیورودا (طب سنتی هند)؛ طب سنتی چینی؛ طبیعت درمانی و درمانگران سنتی می‌باشند.

برنامه‌های کاربردی در مراقبت‌های تسکینی

درمان‌های متداول در شرایط حاد و اضطراری مانند عفونت و مشکلاتی که به جراحی نیاز است خوب عمل می‌کنند. با این حال بسیاری از بیماری‌های مزمن را نمی‌توان به طور کامل با این رویکردهای دارویی متداول درمان نموده و یا عوارض جانبی و خطرات بسیار آن ممکن است کیفیت زندگی بیمار را به شکلی قابل توجه مختل نماید. در این موارد غالباً یک استراتژی تلفیقی می‌تواند یک عامل تسکینی مهم باشد. در این استراتژی بر روی سه مقوله متداول همراه با ذکر نمونه‌هایی از تحقیقات فعلی تمرکز می‌نماییم: (۱) دردهای مزمن؛ (۲) خستگی و اختلالات خلقی و (۳) وضعیت دستگاه گوارش.

مطالعه موردی: خدمات پزشکی تلفیقی

آئورلیا زنی ۵۵ ساله است که اخیراً بیماری سرطان پستان با گیرنده هورمونی مثبت و در مرحلهٔ B1 در وی تشخیص داده شده است. او با بی‌خوابی؛ خستگی و سفتی مفاصل درگیر است. پس از مشاهده تودهٔ غیرعادی در ماموگرافی، این بیماری در وی تشخیص داده شد و پس از آن تحت عمل جراحی لامپکتومی همراه با جراحی غدد اگزیلاری (زیر بغل)؛ شیمی درمانی و پرتودرمانی قرار گرفت. از یک ماه پیش هم مصرف داروی مهارکننده آروماتاز لتروزول را شروع کرده است. قبل از تشخیص بیماری از لحاظ سلامتی مشکلی جز اضافه وزن نداشت (شاخص توده بدنی ۲۹). او در زندگی استرس‌های بسیاری را متحمل شده است، از جمله مرگ پدرش در طی روند درمان بیماری‌اش و طلاق پس از ۲۰ سال زندگی مشترک با همسرش در طی سال گذشته. او ذکر کرده بود که سخت به خواب می‌رفته و در کل خواب خوبی نداشته است. داروهای بسیاری برای او تجویز شد؛ اما ترجیح داده بود از داروهای غیر شیمیایی استفاده کند. وی برای گرفتن "درمانی جامع" به تیم پزشکی تلفیقی ارجاع داده شد.

طرح و پاسخ خدمات پزشکی تلفیقی

مشاوره پزشکی تلفیقی اولیه شامل گفتگویی طولانی و عمیق در مورد دیدگاه اورلیا در خصوص بیماری اش؛ اهداف وی برای کسب سلامتی و درک جنبه‌های اجتماعی؛ معنوی؛ عاطفی و زیست محیطی فعلی او بود.

ابعاد روانی – اجتماعی – معنوی: در طی فرایند مشاوره مشخص گردید که اورلیا در بسیاری از موارد، احساسات خود را به منظور تمرکز بر خواسته های مراقبت‌های بهداشتی خود در طول درمان تقسیم‌بندی کرده است. او بیان کرد که حس سنگینی قفسه سینه اش با خستگی عاطفی و جسمی وی ارتباط دارد. همچنین وی خاطرنشان کرد که به خاطر بیماری اش هرگز وقت این را نداشته است تا برای از دست دادن پدرش سوگواری کند و علاوه بر این با غم شکست عاطفی خود در پی طلاق، کنار نیامده است و از دست دادن سلامتی اش نیز یکی از مواردی است که در مراحل قبلی زندگی اش با آن برخوردی نداشته است. ارزیابی عملکرد قلبی وی طبیعی بود و او در طی یک سال هر هفته با درمانگر رفتاری درمانی خود (CBT)[1] جلساتی را می‌گذراند.

توصیه: غم و فشارهای معنوی تنها عامل خستگی نیستند؛ اما می‌توانند ازجمله عوامل مؤثر در این زمینه باشند. اورلیا CBT را به عنوان یک عملکرد حمایتی

1. Cognitive behavioral therapy

برای خود مفید دانست؛ اما گمان نمی‌کرد این جلسات بتوانند بر توانایی پردازش وی از احساساتش تأثیر داشته باشند. در ادامه، انرژی درمانی ریکی و همچنین جلسات مشاوره و گفتگو در خصوص تأثیرات برخی روش‌های درمانی بر فوران احساسات "نهفته" و ارتقای روند بهبودی به وی پیشنهاد شد. علاوه بر این نوعی مدیتیشن کوتاه عشق-محبت (LKM) در جهت ارسال احساسات محبت آمیز به سمت خود در موقعیت‌های آزاردهنده به وی آموزش داده شد. در آن زمان اورلیا در حال بررسی روغن درمانی‌های اساسی و خواندن و مطالعهٔ انرژی / چاکراها بود؛ از این رو این روش برای او از جذابیت بسیاری برخوردار بود. وی به مدت ۸ هفته با یک مربی باتجربه ریکی در مرکز اوشر به طور هفتگی جلسه داشت و روزانه دو مرتبه نیز مدیتیشن LKM را انجام می‌داد. در دیدار بعدی وی خاطرنشان کرد که در اولین جلسه از معالجات خود زمانی که بر روی تخت ماساژ گریه می‌کرده است تخلیه شده است. پس از این جلسه اولیه وی بیان کرده بود که احساس می‌کند کمی خسته است؛ اما در عین حال راحت است. بعد از پایان ۲ ماه وی چنین اظهار داشت که دیگر در قفسه سینه خود احساس فشار نمی‌کند. او احساس سبکی می‌کرد و در حالی که هنوز با احساسات ناشی از فقدان پدر و همسرش دست و پنجه نرم می‌کرد اما بر آنها کنترل بیشتری داشت و کیفیت خواب وی بهتر شده بود. در زمان ارائهٔ چشم انداز آتی خود وی بیان کرد که قصد دارد جلسات ریکی را ادامه دهد؛ تمرین مدیتیشن خود را ادامه داده و ماهانه دو بار به درمانگر خود مراجعه کند.

اسکلتی- عضلانی: درد مفصلی با شروع مصرف بازدارنده آروماتاز آغاز شد. اورلیا خاطرنشان کرد که این مشکل مانعی برای فعالیت بدنی وی محسوب می شود، زیرا وی از اهمیت فعالیت بدنی و مدیریت وزن برای کاهش خطر عود سرطان پستان اطلاع داشت. او در نظر داشت دارو را قطع نماید؛ مگر اینکه بتواند عوارض آن را کنترل کرد.

توصیه: اطلاعاتی در زمینهٔ طب سوزنی بر اساس وضعیت بدنی اورلیا با وی به اشتراک گذارده شد. اورلیا در طی جلسات شیمی درمانی خود طب سوزنی را نیز تحت نظر متخصصین طب سوزنی در مرکز اوشر طب سوزنی دریافت کرده بود و احساس کرد که این کار بروز عوارض را در وی به حداقل رسانده است. او با توجه به تجربه مثبت خود در این زمینه علاقه بسیاری داشت تا گزینه‌ها را بررسی کند. وی جلسات طب سوزنی را در مرکز اوشر آغاز کرد و همچنین برخی گیاهان طب سنتی چینی (TCM) برای وی تجویز شد. اورلیا در طی دو ماه بعدی و در جلسه چهارم طب سوزنی شاهد کاهش برخی عوارض بود. با توجه به روند مثبت این رویکرد اورلیا قصد داشت این کار را ادامه دهد تا ببیند آیا تمامی عوارض از بین خواهند رفت.

پیشگیری: اورلیا قبلا از طریق برنامه زنده ماندن با سرطان (Cancer Survivorship) مشاوره مقدماتی در خصوص تغذیه و فعالیت بدنی را دریافت کرده بود. تغییرات مثبت در وی ایجاد شده بود اما همچنان به مشاوره بیشتری نیاز داشت و به این می‌اندیشید که آیا بایستی از مکمل‌های غذایی استفاده کند؟

سابقه برنامه غذایی و جسمی کامل وی ثبت شده بود و در حالی که تغییرات مثبتی به چشم می‌خورد اما رژیم غذایی وی حاوی سبزیجات؛ میوه‌ها و فیبر کمی بود و روزانه از قند و کربوهیدرات تصفیه شده استفاده می‌کرد. آزمایشات نشانه‌هایی از کمبود ویتامین D و اسیدهای چرب ضروری را در وی نشان داد. مکمل‌های ویتامین D و روغن ماهی همراه با تغییر به سمت رژیم غذایی گیاهی کامل توصیه شد. با توجه به سبک زندگی بی‌تحرک قبلی و ناراحتی مفاصلی که داشت یک رژیم ورزشی را نیز شروع کرد که شامل پیاده روی روزانه طولانی مدت با سرعت بیشتر و

کلاس‌های یوگا ترمیمی به مدت دو مرتبه در هفته بود. در معاینات ۲ ماهه بعدی مشخص شد که وی ۵ پوند وزن کم کرده است و از این آمادگی برخوردار بود که برنامه جسمانی خود را افزایش دهد؛ بنابراین ۳۰ دقیقه تمرین با سرعت زیاد و به میزان دو بار در هفته به برنامه ورزشی وی اضافه شد.

درد مزمن

درد پدیده‌ای پیچیده است که جنبه‌های جسمی؛ عاطفی؛ اجتماعی و معنوی را در بر گرفته که بایستی به تمامی آنها توجه شود. افسردگی؛ اضطراب و پریشانی همگی می توانند شدت درد را افزایش داده و پرداختن به این مولفه‌ها می‌تواند نیاز به مصرف داروی مسکن را کاهش دهد. بررسی جامع تمامی روش‌های درمانی یکپارچه و مکمل مؤثر با توجه به تنوع بسیار زیاد آن در این حوزه غیرممکن است. در این فصل برخی از جدیدترین داده ها در مورد رویکردهای ذهنی و جسمی (به عنوان مثال حرکت؛ درمان‌های آرام سازی؛ موسیقی؛ رایحه درمانی؛ ماساژ درمانی و طب سوزنی) به اشتراک گذاشته شده و در ادامه مکمل‌های غذایی رایج را در راستای مدیریت علائم در بیماری‌های جدی یا در مراحل انتهای زندگی مرور می‌کنیم. بسیاری از این روش‌ها برای تخفیف و بهبود بسیاری از علائم مراقبت‌های تسکینی کاملا مؤثر بوده و در جمعیت‌های مختلف نیز بررسی شده‌اند.

رویکردهای ذهنی و جسمی در زمینه درد

فعالیت بدنی

بیماران مبتلا به سرطان اغلب از ورزش کردن در طول دوران درمان خودداری می کنند؛ اما اثرات مثبت ادامه ورزش بر کیفیت زندگی؛ ضعف؛ خستگی و مشکلات خلق و خوی در بسیاری از مطالعات مستند است. در مطالعه طولی ده ساله در جمعیت بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از درمان نشان داد که بیمارانی که فعالیت بدنی منظم و وزن مناسب دارند در مقایسه با زنانی که بیش از ۵٪ افزایش وزن داشته یا چاق هستند و سبک زندگی بی‌تحرکی دارند، درد به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد

ماساژ درمانی

ماساژ درمانی انواع مختلفی را شامل می‌گردد، اما در بیمارانی که به بیماری مزمن پیشرفته مبتلا هستند؛ اشکال ملایم‌تر همچون ماساژ سوئدی بهتر تحمل می‌شود. در متاآنالیز مطالعات موجود در زمینهٔ ماساژ برای بیماران بزرگ‌سال مبتلا به سرطان که تحت مراقبت تسکینی بودند نشان داده شد که در چهار مورد از هر شش مورد افراد مشارکت‌کننده در مطالعه، درد به میزان قابل توجهی کاهش یافته است.

دیگر مطالعات که به مزایای بلند مدت ماساژ بر کاهش درد می‌پردازند چندان مطلوب نبوده و نشان دهندهٔ این است که فواید فوری ماساژ نسبت به اثرات طولانی مدت آن بیشتر است. همچنین داده‌های کیفی مطالعات نشان داده‌اند که اگر بیمار با همدلی مداوا شده و از قبل مابین ماساژ درمانگر و بیمار نوعی رابطه همدلانه ایجاد شده باشد، مداخلاتی همچون ماساژ درمانی مؤثر به نظر می‌رسد.

رایحه درمانی

رایحه درمانی استفاده درمانی از روغن‌های ضروری به شکلی روزافزون تبدیل به گزینه محبوب پرستاران در محیط‌های مراقبت‌های بستری و تسکینی شده است. ترکیبات آلی معطر معمولاً به یکی از سه روش زیر اعمال می‌شوند:

(۱) استنشاقی (۲) موضعی در حین حمام؛ ماساژ یا کمپرس، (۳) خوراکی.

در متاآنالیز انجام شده در سال ۲۰۱۶؛ دوازده تحقیق استفاده از رایحه درمانی را برای کنترل درد مورد بررسی قرار دادند. در نتیجه این مطالعات اثرات

مثبت رایحه درمانی در مقایسه با گروه شاهد (دارونما یا روش‌های درمانی معمول) در کاهش درد بر اساس مقیاس آنالوگ بصری با همبستگی شدیدتری در گیرنده‌های درد و درد حاد در مقابل دردهای التهابی و مزمن یافت شد. بیشترین روغن معطر استفاده شده در این مطالعات اسطخودوس بود و دیگر روغن‌ها شامل روغن پرتقال؛ اوکالیپتوس؛ مریم گلی؛ بابونه؛ گل سرخ؛ زنجبیل؛ رزماری؛ نعناع فلفلی و گیاه بادرنجبویه بودند. ماساژ دست؛ ماساژ موضعی؛ طب فشاری؛ حمام سیتز و بخار جزو کارهای انجام شده در این مطالعات بوده و جمعیت مورد مطالعه نیز شامل کودکان؛ زنان باردار و بیمارانی با درد مزمن یا بستری در بیمارستان بودند. بسیاری از بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به دلیل کم هزینه بودن و عوارض جانبی کمتر جذب رایحه درمانی می‌شوند.

طب سوزنی

طب سوزنی به منزلهٔ فرو کردن سوزن‌هایی یکبار مصرف و استریل در برخی نقاط خاص بدن و در امتداد مسیرهای انرژی شناخته شده به عنوان نصف النهار (مسیرهای جریان داشتن انرژی یین و یانگ) برای رفع عدم تعادل و کاهش علائم و پیشگیری یا درمان بیماری است. طب سوزنی چینی سنتی بر اساس مفهوم سلامتی (نیروی چی) یا انرژی حیاتی است. بسیاری از مطالعات و بررسی‌های سیستماتیک در این زمینه انجام شده است؛ اما این مطالعات به طور کلی از کیفیت کافی برای نتیجه‌گیری برخوردار نیستند.

با این حال در سال ۲۰۱۲ تجزیه و تحلیلی در زمینهٔ طب سوزنی انجام شد که نشان‌دهنده‌ی و تأثیرات مثبت آن بر کاهش و تسکین درد در بیماران دچار درد کمر یا گردن؛ آرتروز یا سردرد مزمن بود. متا آنالیز انجام شده در سال ۲۰۱۶ در زمینه ۲۰ مورد بالینی که تصادفی انتخاب شده بودند (n = 892) نشان داد تأثیر طب سوزنی در کاهش درد بیشتر از داروها نیست؛ اما آنچه که اهمیت دارد تأثیرات مثبت استفاده از درمان‌های ترکیبی است، چرا که باعث تسکین سریعتر درد؛ بهبود طولانی مدت درد و ارتقاء کیفیت زندگی می‌شود. در موسسه سرطان‌شناسی سائو پائولو در یک مطالعه در مورد ۱۸۳ بیمار نشان داد که طب سوزنی دردهای ناشی از سرطان؛ شیمی درمانی؛ کمر درد و دردهای مزمن بعد از عمل را به طور قابل توجهی کاهش داده است. در سال ۲۰۱۶ موسسهٔ ملی سرطان سمپوزیومی را در مورد طب سوزنی در مدیریت علائم انکولوژی همراه با فراخوانی برای تحقیقات بیشتر برگزار کرد.

موسیقی / موسیقی درمانی

یک موسیقی ساده و آرامش بخش می‌تواند توسط هر کسی (معمولا کارکنان بهداشت و درمان) تحت اصطلاح "پزشکی موسیقی" ارائه شود؛ اما "موسیقی درمانی" روشی است که در آن بیماران با یک درمانگر موسیقی آموزش دیده در طی یک رابطه درمانی کار کرده و موسیقی (از پیش ضبط شده؛ زنده و / یا تعاملی) براساس ارزیابی حرفه‌ای شخصی می‌شود. مداخلات در این روش به دو مقوله طبقه‌بندی می‌شوند؛ پزشکی موسیقی یا موسیقی درمانی. در مداخلات پزشکی موسیقی بیماران به موسیقی از پیش ضبط شده‌ای که توسط کارکنان مراقبت‌های بهداشتی پخش شده و توسط پژوهشگرانی که ممکن است هیچ آموزش رسمی در موسیقی درمانی نداشته باشند گوش می‌دهند. با توجه به وسعت روش‌های موسیقی درمانی، انتخاب بهترین روش مشکل است. موسیقی می‌تواند سطح اندورفین را در مغز افزایش داده و سطح آدرنالین را کاهش دهد. در بخش مراقبت‌های تسکینی موسیقی درمانی به عنوان روشی ساده؛ قابل درک و اجرا است که باعث بهبود آرامش و تندرستی می‌شود.

ذهن آگاهی

کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)[1] برنامه‌ی ۸ هفته‌ای برای آموزش آگاهی لحظه به لحظه از فعل و انفعالات ذهنی و بدنی از طریق روش‌هایی مانند مدیتیشن؛ یوگای هاتا؛ آگاهی از نفس و مدیتیشن با اسکن بدن است. بررسی متاآنالیز مطالعات موجود در زمینه‌ی MBSR نشان داد این روش با کاهش اضطراب؛ دردهای مزمن؛ استرس و افسردگی که اغلب در اواخر زندگی در بیماران مشهود است ارتباط معنی داری دارد.

تجسم هدایت شده (تخیل فعال)

نشان داده شده است که تجسم هدایت یافته در برخی کارآزمایی‌ها باعث کاهش اضطراب؛ درد و استرس شده و آرامش بخش است. از طریق تکنیک‌های تخیل فعال، بیماران می‌توانند کنترل عملکردهایی را که معمولا توسط سیستم عصبی خودمختار کنترل می‌شود مانند ضربان قلب؛ فشار خون؛ تنفس و دمای بدن را یاد بگیرند. از طریق تجسم هدایت یافته بیمار قادر است تصویری از درد ایجاد کرده و سپس آن را به یک امر ناچیز تبدیل کند.

محصولات طبیعی برای درد

از چند دارویی (کاربرد همزمان چند دارو) همراه مکمل‌های غذایی باید اجتناب شود؛ همچنین از چند دارویی با دیگر داروها بایستی اجتناب کرد؛ زیرا این موارد می‌توانند فشار وارد بر بیمار و مراقب را به طور چشمگیری افزایش داده و همچنین خطر تعاملات دارویی را نیز را افزایش دهند. در بیمارانی که روند پیشرفت بیماری‌شان سرعت بیشتری دارد می‌توان تمامی مکمل‌های تغذیه‌ای را قطع کرد؛ مگر در مواردی که منجر به تسکین علائم خاصی در بیمار گردد. مکمل‌ها و گیاهانی که اغلب در مدیریت درد استفاده می‌شوند شامل زردچوبه؛ کپسایسین؛ آرنیکا؛ اسیدهای چرب اشباع نشده؛ ویتامین D و شاهدانه می‌باشند.

زردچوبه: شواهد فزاینده‌ای در زمینه‌ی درمان دردهای آرتروزی با زردچوبه موجود است. این شواهد بیشتر مربوط به شواهد آزمایشگاهی بوده که نشان می‌دهند کورکومین یا همان زردچوبه به عنوان یک بازدارنده انتخابی سیکلواکسیژناز -۲ (COX-2) عمل می‌کند. یک کارآزمایی بالینی با استفاده از سرم مکمل کورکومین در مقایسه با ایبوپروفن در درمان آرتروز زانو اثرات درمانی مشابه‌ای را نشان داده و همچنین عوارض جانبی دستگاه گوارش با مصرف زردچوبه کاهش یافته است.

از *کپسایسین* به صورت موضعی برای درمان درد استفاده می شود. مطالعات متعددی اثر بخشی متوسط فرمولاسیون‌های این ماده با غلظت کم را نشان داده‌اند. یک برنامه ۶۰ دقیقه‌ای برای بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک باعث تسکین بسیار مؤثر درد در طی ۱۲ هفته شد. کپسایسین موضعی بر روی پوست عمل نموده تا حساسیت پوستی را کاهش دهد و با مکانیسمی که از آن به عنوان "از بین بردنده‌ی عملکرد" فیبرهای دردآور توصیف می‌شود؛ درد را کاهش می‌دهد. کپسایسین‌های قوی بدون نسخه (OTC) (۰.۲۵٪ تا ۰.۷۵٪) مدت‌ها است که در دسترس عموم قرار دارند لذا نتایج حاصل از مطالعات، استفاده از دارونما را سودمند نمی‌دانند. اخیرا مشخص شد استفاده از چسب‌های کپسایسین ۸٪ نتایج مثبت بیشتری دارد. استفاده از یک چسب به مدت ۳۰ تا ۹۰ دقیقه علایم به طور چشمگیری منجر به کاهش دردهای عصبی در بیماران بوده است. تحمل چسب‌های مذکور دشوار است زیرا باعث احساس سوزش شدیدی شده و بایستی از قبل با لیدوکائین موضعی و حتی اکسی کدون محل را

1. Mindfulness- based stress reduction

بی‌حس کرد. کپسایسین در موارد دیگری نیز مورد بررسی قرار گرفته است. هرچند فقط تعداد اندکی از این مطالعات ثبت شده‌اند؛ اما کارهایی که باسکار و همکاران وی در زمینهٔ درد عصبی (پی درد) مرتبط با سرطان انجام دادند؛ نشان داد که تقریباً ۷۱٪ از بیماران در این زیر گروه تا ۹۰ درصد کاهش درد را تجربه کرده‌اند.

در سال ۲۰۱۳ یک بررسی سیستماتیک از پایگاه داده Cochrane نشان داد "ژل آرنیکا" به احتمال زیاد علائم درد را به اندازه ژل‌های حاوی داروی ضد التهاب غیر استروئیدی بهبود می‌بخشد. ژل عصاره کامفری نیز احتمالاً بر بهبود درد بیمار مؤثر است، اما ژل عصاره فلفل درد یا عملکرد درد را در دوزهای بررسی شده در این مطالعه بهبود نبخشید. برای تأیید روند اثربخشی مشخص شده در مطالعات فعلی به مطالعاتی با کیفیت بیشتر و کامل‌تر نیاز است.

چنین تصور می‌شود که مکمل اسید چرب امگا ۳ نیز می‌توانند دارای اثرات ضد التهابی باشد. رامسدن و همکاران کارآزمایی کنترل شده و تصادفی (RCT) را برای بررسی تأثیر مکمل اسیدهای چرب امگا ۳ در درمان سردردهای مزمن انجام دادند. علاوه بر افزایش مارکرهای واسطه‌های چربی ضد درد؛ کاهش معنی داری در میزان شدت سردرد مشهود بود.

تلاش‌های بسیاری برای بررسی نقش ویتامین D در پردازش درد انجام شده است که مسیرهای پیچیده پاتوفیزیولوژیکی را شامل می‌شوند. مطالعات پیشین نشان دادند که میزان بالای هیپویتامینوز D در افراد مبتلا به فیبرومیالژیا و دردهای مزمن بسیار شایع است. مطالعات مروری متعدد به این نتیجه دست یافتند که هرچند بین مصرف مکمل ویتامین D و کاهش درد ارتباطاتی وجود دارد؛ اما مطالعات RCT نقش پررنگ‌تری در تعیین این ارتباط دارند. با توجه به اقامت طولانی مدت بیمار در بیمارستان و مراقبت‌های تسکینی در منزل که اغلب به دور از بهترین منبع ویتامین D یعنی خورشید سپری می‌شود توجه به این نکته ضرورت دارد.

حشیش نیز به شکلی بالقوه می تواند به کاهش دردهای نوروپاتیکی کمک کند. گیرنده های کانابینوئید در سیستم عصبی مرکزی و محیطی (CB1) و سیستم ایمنی بدن (CB2) قرار دارند. مطالعات متعدد شواهدی مبنی بر ایمنی و اثربخشی این ماده برای دردهای نوروپاتیک مرکزی و محیطی؛ آرتریت روماتوئید و دردهای سرطانی را نشان داده‌اند. مطالعات در زمینه نوروپاتی محیطی ناشی از شیمی درمانی نشان داد که فعال شدن گیرنده‌های CB1 و CB2؛ پیشرفت نوروپاتی محیطی ناشی از وین کریستین در موش‌ها را سرکوب می کند. نابیکسومول‌ها نوعی اسپری دهانی تهیه شده از عصاره فرموله شده گیاه Cannabis sativa است که حاوی اصلی کانابینوئیدهای delta-9-tetrahydrocannabinol THC و کانابیدیل (CBD) به نسبت ۱ به ۱ بوده و برای درمان نوروپاتی محیطی در کانادا و اروپا در دسترس است. مطالعات در ایالات متحده از نظر بالینی چندان قابل توجه نبودند اما نوید بخش بوده و نیاز به مطالعه بیشتر در این زمینه است.

طبق نتایج حاصل از مطالعات مشخص شد که THC اثرات ضد درد نارکوتیک‌ها را افزایش می‌دهد. آبرامز و همکاران مطالعهٔ کوچکی را انجام داده و مشخص کردند درد پس از افزودن مقادیری حشیش بخار پز شده به میزان قابل توجهی کاهش یافت. به مطالعات بیشتر نیاز است؛ اما این ترکیب می‌تواند منجر به کاهش دوزهای مصرفی داروهای مخدر با عوارض جانبی کمتری شود. طبق نتایج حاصل از مطالعات ثابت شده است که حشیش بی‌خطر است (هیچ کس در اثر مصرف بیش از حد آن جان خود را از دست نداده است) و احتمالاً باعث وابستگی نمی شود (شاید به همان اندازه کافئین اعتیاد آور باشد).

هرچند CBD و THC جزو مشهورترین کانابینوئیدهای شناخته شده هستند؛ اما دیگر

کانابینوئیدها نیز وجود دارند که دارای خواص درمانی قابل توجهی هستند؛ از جمله کانابایگرول (ضد تومور)؛ کانابایکرومن (ضد درد؛ ضد التهاب و آنتی بیوتیک) و تتراهیدروکانابیبنارین (هرچند یک داروی روانگردان است اما حاوی اثرات ضد دیابت و خواص ضد چاقی است). مشخص شده است که CBD به تنهایی (کانابینوئید غیر روان پریشی) تهوع و درد را کاهش داده و پیشرفت سرطان را به خودی خود مهار می‌نماید. از آنجا که CBD از کنف گرفته می‌شود و نه از خود گیاه حشیش؛ کسانی که در ایالات متحده مجوز دریافت ماری جوانای پزشکی را ندارند به استفاده از محصولات CBD مشتق از کنف سوق داده می‌شوند.

خلق و خواب

رویکردهای ذهن و بدن برای فعالیت بدنی خلق و خواب

فعالیت بدنی: یوگا

متاآنالیزی از ۱۳ کارآزمایی تصادفی و کنترل شده یوگا در بازماندگان سرطان؛ کاهش چشمگیری در دیسترس؛ اضطراب و افسردگی؛ کاهش متوسط خستگی؛ افزایش متوسط عملکرد اجتماعی و عاطفی و بهبود کیفیت زندگی و افزایش در رفاه عملکردی را به ثبت رسانده است.

رایحه درمانی

یک کارآزمایی بالینی تصادفی ۱۵ روزه در مصرف اسانس اسطوخودوس استنشاقی در میان ۶۰ بیمار در بخش مراقبت های ویژه نشان داد که از نظر آماری این آزمایش باعث افزایش کیفیت خواب و کاهش سطح اضطراب بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بر اساس شاخص کیفیت خواب پیتسبورگ (PSQI) و مقیاس موجودی اضطراب بک (BAI) شده است. کارآزمایی بالینی تصادفی ۴ هفته‌ای دیگری نیز با استفاده از مخلوطی از روغن‌های اسطخودوس انگلیسی، مریم گلی، مرزنگوش در مقایسه با اسانس اسطوخودوس در مقابل ماساژ طب فشاری در مقابل دارونما در میان ۱۳۲ زن شاغل انجام شد. تمامی گروه‌های درمانی بهبود قابل توجهی را در PSQI و فرم کوتاه بررسی سلامت ۳۶ ($P < 0.05$) (QOL) را نشان دادند که بیشترین میزان بهبود را گروه درمانی روغن‌های ضروری مخلوط نشان دادند.

متاآنالیز درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داد که این روش برای بهبود اضطراب و علائم خلقی از قبل تا بعد از درمان در یک نمونهٔ کلی شامل ۱۱۴۰ شرکت‌کننده در ۳۹ مطالعه نسبتاً تأثیرگذار است. اساساً این تأثیرات در پیگیری‌های جمعیت‌هایی از بیماران مبتلا به سرطان؛ اضطراب عمومی و اختلالات درد مزمن مشاهده شدند. درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی برای حمایت از مراقبان بیماران تحت مراقبت تسکینی همراه با پیشرفت‌های امیدوارکننده در بهبود دیسترس روانی و رضایت از زندگی بوده است.

انرژی درمانی

درمان‌های زیست میدانی یا بیوفیلدی بر این فرض استوار هستند که هر فرد دارای یک بیوفیلد یا زیست میدان درون زا بوده که بر فرایندهای فیزیولوژیکی وی تأثیر می‌گذارد. بدین صورت که روش‌های بیوفیلد یا انرژی برای بهبود تعادل بیوفیلد از طریق قرار دادن آرام دست پزشک، جابجا کردن دست در بیوفیلد یا بهبودی از راه دور است.

بهبودی مبتنی بر لمس (HT) نوعی بیوفیلد درمانی است که مورد تایید انجمن پرستاران جامع‌نگر آمریکا و انجمن پرستاران جامع کانادا قرار گرفته است. HT با دارا بودن مجوز مستقل و پنج سطح آموزش بیشترین میزان آموزش استاندارد را دارد. مطالعه ای آزمایشی از HT نشان داد این روش تأثیرات مثبتی بر استرس؛ خستگی؛ درد و بهبود روحیه بیماران مبتلا به سرطان دارد.

ریکی یک سیستم بهبود طبیعی و نوعی انرژی درمانی محسوب می شود. ریکی با قرار دادن آرام دست‌ها بر روی سر یا قسمت نیم تنه‌ی بالای فرد در نواحی پوشیده با لباس انجام می‌شود؛ بنابراین پزشک ریکی می‌تواند به عنوان یک مجرا، انرژی را به نواحی مورد نیاز گیرنده منتقل نماید. مطالعه‌ای نشان داد که استفاده از این روش برای بهبود تندرستی؛ آرامش؛ تسکین درد؛ بهبود کیفیت خواب و کاهش اضطراب سودمند است.

لمس درمانی نیز نوعی انرژی درمانی مبتنی بر ترمیم تعادل با استفاده از تکنیکی است که در آن از دست‌ها برای هدایت انرژی به منظور بهبود فرد استفاده شده و معمولاً هیچگونه تماس مستقیم بدنی در این روش وجود ندارد. بر اساس یک برنامه درمانی لمسی که در بخش پزشکی تسکینی مرکز سالمندان توسط متخصصان داوطلب در این حوزه اجرا شد مشخص گردید که اجرای چنین برنامه‌ای عملی بوده و به نظر ایمن و قابل تحمل بوده و بیماران پس از این درمان آرامش یافته یا به خواب می‌روند.

طب سوزنی

چندین کارآزمایی بالینی و متاآنالیز در زمینه‌ی طب سوزنی، این روش را به عنوان یک روش درمانی منفرد و مفید پیشنهاد کرده‌اند. هرچند دیگر تجزیه و تحلیل‌ها شواهدی از کارآیی این روش پیدا نکرده‌اند. شبکه کانادایی درمان‌های خلق و اضطراب در سال ۲۰۱۶ دستورالعمل‌هایی را برای مدیریت طب سوزنی در بزرگسالان مبتلا به اختلال افسردگی ماژور (MDD) به عنوان یک درمان خط سوم برای بیماران مبتلا به این بیماری ارائه داد. دو بررسی سیستماتیک و متاآنالیز در زمینه‌ی طب سوزنی گوش و طب سوزنی با انحراف موادی برای درمان بی‌خوابی، نتایج مثبتی را نشان دادند. با این وجود یافته‌های موجود به علت کیفیت ضعیف مطالعات؛ حجم ناکافی نمونه و سوءگیری‌های احتمالی به صورت محدودی انتشار یافته‌اند.

هیپنوتیزم

هیپنوتیزم نوعی "آگاهی و توجه متمرکز" را ایجاد کرده که در طی آن می‌توان به بیمار آموخت که تفکرات گوناگونی را از تجربه‌های ناخوشایند بدنی مانند درد داشته باشند. یک مطالعه نه چندان گسترده نشان داد که گروه منتخب از بیماران تحت هیپنوتیزم شواهدی مبنی بر کاهش اضطراب و افزایش آرامش را نشان داده‌اند.

محصولات طبیعی برای خلق و خواب

مکمل‌ها و گیاهانی که اغلب برای بهبود خلق و خواب استفاده می‌شوند شامل اس-آدنوزیل-متیونین (SAMe)؛ گل راعی؛ هیدروکسی تریپتوفان (5HTP) و سنبل الطیب است.

SAMe

SAMe یک ماده شیمیایی است که به طور طبیعی در بدن یافت می‌شود. SAMe در بدن از متیونین که یک اسید آمینه موجود در بسیاری از پروتئین‌ها است؛ ساخته می‌شود. این ماده به بسیاری از سلول‌های ما کمک می‌کند تا به طور طبیعی کار کنند. متا آنالیز مطالعات موجود در زمینه‌ی استفاده از SAMe در درمان افسردگی نتایج مطلوبی را نشان داد. همچنین این ماده نوعی مکمل ضد التهابی است که برای تسکین درد در فیبرومیالژیا استفاده می‌شود.

گل راعی

گل راعی گیاهی است که اغلب برای درمان افسردگی استفاده می‌شود. مطالعات بسیار نشان داده است که این گیاه به عنوان داروهای ضد افسردگی سنتی برای درمان افسردگی های خفیف تا متوسط با عوارض

جانبی بسیار کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرند. با این حال گل راعی ممکن است با بسیاری از داروها و مکمل‌ها تداخل داشته باشد؛ از این رو تداخلات دارویی و گیاهی بایستی پیش از استفاده بررسی شوند.

5HTP

5HTP پیش ماده سروتونین است که برای درمان افسردگی؛ فیبرومیالژیا؛ میگرن؛ بی‌خوابی و سردردهای تنشی استفاده می‌شود. شواهدی مبنی بر این که این پیش ماده می تواند دارای ارزش درمانی باشد؛ به ویژه برای پیش سازهای سروتونین ۵ HTP-و تریپتوفان، در دسترس است. در زمینه طراحی و دوز مناسب این ماده به منظور دستیابی به نتایج قطعی‌تر به مطالعات بیشتر نیاز است.

سنبل الطیب

ریشه سنبل الطیب در درجه اول برای بی‌خوابی؛ دیسومنیا؛ بی‌قراری و اختلالات خواب ناشی از اضطراب استفاده می‌شود. همچنین از این گیاه در بسیاری از شرایط دیگر نیز استفاده می‌شود؛ اما بررسی این شرایط فقط ماهیتی مقدماتی دارد. متا آنالیز ۱۶ مطالعه نشان داده است که سنبل الطیب می‌تواند کیفیت خواب را بدون هیچگونه عوارض جانبی بهبود بخشد.

ملاتونین

یکی از مکمل‌های شناخته شده که برای بی‌خوابی استفاده می‌شود؛ ملاتونین نام دارد. این ماده به صورت خوراکی برای جت زدگی (بی خوابی و ناراحتی ناشی از مسافرت طولانی با هواپیما؛ بی‌خوابی؛ اختلال کار در شیفت‌های شبانه؛ اختلالات ریتم شبانه روزی در نابینایان؛ اختلالات چرخه خواب-بیداری و ترک نیکوتین و بنزودیازپین) استفاده می‌شود. بعلاوه مطالعات بسیاری در زمینه استفاده از ترکیب ملاتونین با عوامل شیمی درمانی برای کاهش اختلالات خواب ناشی از سرطان انجام شده است.

علائم دستگاه گوارش

رویکردهای روان-تنی مرتبط با علائم دستگاه گوارش

طب سوزنی

سال‌ها است که مزایای طب سوزنی برای تهوع و استفراغ به طور کلی پذیرفته شده است. بیانیه اجماع NIH در سال ۱۹۹۷ از طب سوزنی بزرگسالان برای بهبود تهوع و استفراغ بعد از عمل جراحی و شیمی درمانی حمایت کرد. یک نقطه به نام نقطه PC6 (۲/۵ تا ۳ پهنای انگشت از مچ دست تا روی بازو)، شواهدی در این زمینه ارائه کرده است که مورد تایید FDA برای ارائه طب فشاری در نقطه PC6 است. طب سوزنی یا طب فشاری که شامل نقطه PC6 است برای بهبود بیماران مبتلا به تهوع و استفراغ مداوم بسیار مؤثر است.

هیپنوتیزم

هیپنوتیزم نوعی روش روان درمانی است که توسط پزشک بالینی آموزش دیده انجام شده و از توصیه‌های درمانی برای ایجاد تغییراتی در درک؛ شناخت؛ خلق؛ رفتار و احساسات استفاده می‌کند که هم از نظر بیمار و هم ارائه‌دهنده هیپنوتیزم قابل قبول است. پرستارهای مجرب می توانند در مورد هیپنوتیزم درمانی آموزش دیده و از طریق انجمن هیپنوتیزم بالینی و تجربی و انجمن هیپنوتیزم بالینی آمریکا گزینه های موجود را دریافت نمایند. هیپنوتیزم گزینه مطمئنی برای کنترل تهوع و استفراغ پیش بینی شده در بیماران تحت شیمی درمانی است. همچنین می توان به بیماران آموزش داد و یا می‌توان از نسخه‌های صوتی متن برای خود درمانی استفاده کرد.

آرامش عضلانی پیشرونده و تجسم هدایت یافته

شل شدن عضلانی پیشرونده (PMR)[1] روشی برای کاهش تنش و شل کردن عضلات بوده که به ترتیب در کل بدن انجام می‌شود. بیماران می‌توانند این کار را به تنهایی انجام دهند؛ اما اغلب از یک دستورالعمل از پیش ثبت شده برای راهنمایی استفاده می‌کنند. تجسم هدایت شده اغلب برای تقویت و بهبود تجسم ذهنی بهPMR اضافه می‌شوند. انجمن چند ملیتی مراقبت‌های حمایتی در سرطان (MASCC)[2]، انجمن پزشکی انکولوژی اروپا (ESMO)[3] در سال ۲۰۱۶ برای بهبود تهوع و استفراغ پیش‌بینی شده در کودکان و بزرگسالان تحت شیمی درمانی این روش را توصیه کرده است و آموزش آرامش عضلانی پیشرونده را به عنوان یک درمان ارزشمند تأیید نموده است.

محصولات طبیعی برای علائم دستگاه گوارش

مکمل‌ها و گیاهان خاص برای دستگاه گوارش شامل گلوتامین؛ زنجبیل؛ منیزیم و گل همیشه بهار هستند.

ال-گلوتامین

ال-گلوتامین نوعی اسید آمینه است که در سطوح بالایی در بدن یافت می‌شود. هرچند گلوتامین تحت عنوان یک اسید آمینه غیر ضروری طبقه‌بندی شده است؛ اما برای حفظ عملکرد روده؛ به ویژه در زمان اضطراب و استرس شدید بسیار ضروری است. ال-گلوتامین برای بسیاری از بیماری‌ها از جمله اسهال؛ ضعف ناشی از اچ آی وی؛ التهاب مخاط ناشی از شیمی درمانی و برای محافظت از عملکرد سد ایمنی و روده در افراد مبتلا به سرطان مری تحت رادیوشیمی درمانی استفاده می‌شود.

چنین به نظر می‌رسد که مصرف خوراکی گلوتامین باعث افزایش جذب مواد مغذی در روده؛ کاهش نفوذ پذیری روده و افزایش وزن در افراد مبتلا به HIV / AIDS می‌شود.

زنجبیل

زنجبیل (Zingiber officinale) گیاهی چند ساله و مختص آب و هوای گرم است. ریشه غده‌ای این ادویه بسیار مورد استفاده است. زنجبیل به صورت خوراکی برای بسیاری از موارد از جمله دریازدگی؛ اسهال؛ سوء هاضمه و بی‌اشتهایی و همچنین تهوع و استفراغ استفاده می‌شود. از آب تازه زنجبیل به صورت موضعی برای درمان سوختگی‌های ناشی از گرمازدگی استفاده می‌شود. از روغن زنجبیل نیز به عنوان ماده‌ای موضعی به عنوان مسکن استفاده می‌شود. مطالعات در زمینهٔ زنجبیل برای درمان تهوع و استفراغ ناشی از ضد ویروس‌ها و شیمی درمانی امیدوارکننده هستند.

منیزیم

منیزیم ماده معدنی بوده که در بیش از ۳۰۰ عملکرد بیوشیمیایی بدن نقش دارد. بیشترین میزان منیزیم از منابع غذایی تأمین می‌شود. برخی شواهد حاکی از این است که مکمل منیزیم بدون هیچگونه عوارض جانبی؛ بی‌دردی ناشی از مصرف داروهای مخدر را افزایش داده و می‌تواند بیوست را بهبود دهد.

کالندولا

کالندولا (C. officinalis) به عنوان گل همیشه بهار شناخته می‌شود. این گیاه به صورت خوراکی به عنوان ضد اسپاسم؛ کاش دهندهٔ تب و برای درمان التهاب مخاط دهان و حلق استفاده می‌شود.

1. Polymyalgia rheumatica
2. Multinational association of supportive care in cancer
3. Europaen society for medical oncology

جدول ۲۵.۱. منابع: محصولات طبیعی؛ شواهد و ایمنی

داروهای طبیعی Natural Medicines	https://naturalmedicines.therapeuticresearch.com/	Natural Medicines مرکزی مهم برای مراقبت مشتمل بر "تعامل با مکمل‌های گیاهان دارویی"؛ "اثربخشی داروها"؛ "کاهش مواد مغذی" و "کنترل‌کننده‌های بارداری-شیردهی" را دارا است. این مجموعه مدیریت بالینی یادگیری مبتنی بر تشخیص عالی را ارائه داده و دوره‌های مبتنی بر تک نگاری مروری کلی در مورد داروهای گیاهی منفرد را ارائه می‌دهد. دسترسی به این منبع مبتنی بر اشتراک است: این کتابخانه اغلب در کتابخانه بیمارستان و سیستم بهداشتی گنجانده شده است.
پایگاه داده Memorial Sloan Kettering Cancer Center درباره گیاهان	https://www.mskcc.org/cancer-care/diagnosis-treatment/symptom-management/integrative-medicine/herbs	ابزاری برای استفادهٔ عموم و همچنین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی حاوی اطلاعاتی در زمینهٔ گیاهان رایج و سایر مکمل‌های غذایی

از نظر بالینی؛ دهانشویه با گل همیشه بهار می تواند شدت رادیوتراپی ناشی از موکوزیت دهان را در بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن بهبود بخشد. این گیاه نیز مانند بیشتر مکمل‌ها نیازمند مطالعات بیشتر است.

منابع

منابع محصولات طبیعی؛ شواهد و ایمنی

آگاهی از تمامی گیاهان و مکمل‌های مورد استفاده بیماران غیرممکن است. از این رو دستیابی به منابعی که بتواند دردرک علائم استفاده؛ چه به طور کلی و مقایسه ای، اثربخشی و مشخصات بالقوه اثرات جانبی کمک نماید مفید است. (جدول ۲۵.۱).

منابع محصولات طبیعی و کیفیت

در ایالات متحده داروهای گیاهی و مکمل های غذایی تحت نظارت دقیق FDA نمی‌باشند. در پاسخ به نگرانی‌ها در زمینهٔ کیفیت مکمل‌ها چندین سازمان در حال حاضر به آزمایش کنترل کیفیت مستقلی را برای محصولات واقعی مشغول بوده و اطلاعاتی همچون این که آیا مکمل‌ها حاوی مواد گفته شده بوده و فاقد آلودگی هستند را ارائه می‌دهند. آزمایشگاه مصرف‌کننده؛ انجمن محصولات طبیعی؛ NSF International و فارماکوپیا ایالات متحده (USP) و چندین سازمان برجسته و متداول از این دست هستند. مکمل‌های غذایی پس از آزمایش موفقیت آمیز می‌توانند مهر تأیید این سازمان‌ها را داشته باشند.

وب سایت ConsumerLab.com نیز منبعی عالی و در دسترس بوده که با پرداخت مبلغ ناچیزی به طور سالانه به شما کمک می‌کند تا در مورد مکمل‌های آزمایش شده و مارک‌های پیشنهادی اطلاعات بیشتری کسب نمایید.

منابعی برای توسعه دانش در زمینهٔ خدمات پزشکی و پرستاری تلفیقی

کسب اطلاعات و آموختن در زمینهٔ خدمات پرستاری و سلامت یکپارچه می تواند تجربه شخصی و حرفه ای پرباری در پی داشته باشد. از نظر بسیاری از ارائه‌دهندگان این کار به آنها کمک کرده تا به دلایلی

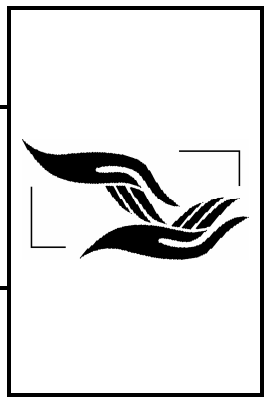
جدول ۲۵.۲. منابع تعمیق دانش در مورد پزشکی تلفیقی و پرستاری یکپارچه

مرکز معنویت و شفابخشی: پرستاری یکپارچه	https://www.csh.umn.edu/education/focus-areas/integrative-nursing	دانشگاه مینه سوتا اولین دکترای پرستاری (DNP) را در زمینه بهداشت و درمان یکپارچه و همچنین دسترسی به ماژول‌های آموزش مداوم ارائه می‌دهد.
مرکز معنویت و شفا: ماژول‌های یادگیری	file:///C:/Users/top/Downloads/EF-2021-333314884-samira-10400_NON%20(3).pdf	ماژول‌های رایگان آنلاین مقدمه‌ای در مورد موضوعات مختلف در زمینه درمان‌های تکمیلی را ارائه می‌دهند. تکمیل هر یک از ماژول‌ها از ۱ تا ۳/۵ ساعت طول کشیده و در بخش‌های کوتاه مرتب شده‌اند. تمامی ماژول‌ها دارای محتوایی هستند که توسط متخصصان در زمینهٔ آن موضوع نوشته شده و توسط یک تیم هیئت علمی از دانشکده‌های پرستاری؛ داروسازی و پزشکی در دانشگاه مینه سوتا بررسی شده است.
انجمن پرستاران کل نگر آمریکا	https://www.ahna.org/	AHNA طرفدار پرستاری جامع از طریق ادامه تحصیل؛ تحقیق؛ تمرین؛ شبکه‌سازی و حمایت است
آکادمی مدیریت درد یکپارچه	https://clients.yourmembership.com/error.html?fqdn=integrativepainmanagement.site-ym.com	مأموریت AIPM: " بهبود زندگی افراد مبتلا به درد با پیشبرد الگویی یکپارچه و مراقبت از درد از طریق آموزش هدایت مدارک؛ اعتبار سنجی و طرفداری که اکنون در استراتژی ملی درد توسط NIH" به عنوان بهترین روش"تعریف شده است. "
اوشر مرکز پزشکی یکپارچه در دانشگاه نورث وسترن	http://ocim.nm.org/	مکانی برای نویسندگان با وب سایت‌های برجسته در جهت ارائه‌های بالینی و سایتی دانشگاهی با محتوایی برای متخصصان بهداشت.
همکاری اوشر برای پزشکی یکپارچه	https://www.oshercollaborative.org/	مجتمع پزشکی اوشر شامل گروهی بین‌المللی متشکل از شش مرکز دانشگاهی در دانشگاه هاروارد؛ UCSF؛ دانشگاه نورث وسترن؛ دانشگاه وندربیلت؛ دانشگاه میامی و انستیتوی کارولینسکا است. وب سایت پیوندهایی را به منابع برنامه ارائه می‌دهد.
مرکز ملی بهداشت مکمل و یکپارچه (NCCIH) یک ابتکار موسسه ملی بهداشت است	https://www.nccih.nih.gov/	NCCIH از تحقیق و آموزش در زمینه‌های در حال پیشرفت پشتیبانی می‌کند. این وب سایت شامل آموزش پزشکی مداوم بصورت آنلاین (CME)؛ لیست ویدیویی مجموعه سخنرانی‌های برجسته سالانه و پایگاه‌های اطلاعاتی برای هر دو راهنمای بالینی و بررسی منظم است.
کنسرسیوم دانشگاهی برای پزشکی و بهداشت مجتمع	https://imconsortium.org/	مأموریت کنسرسیوم پیشرفت پزشکی و بهداشت یکپارچه از طریق موسسات دانشگاهی و سیستم‌های بهداشتی است. بسیاری از موسسات عضو دارای مراکز بالینی و برنامه‌های آموزشی هستند. لیست اعضای را می‌توان در سایت پیدا کرد.
آکادمی بهداشت و پزشکی یکپارچه	https://aihm.org/	انجمنی میان حرفه‌ای از پزشکان یکپارچه که در رویکردی تیم محور از مراقبت‌های بهداشتی استقبال می‌کنند. AIHM برنامه‌های آموزشی تحول آفرین؛ اتصال به یک شبکه جهانی و منابع و جعبه ابزارهای لازم را برای اعضای خود فراهم می‌آورد.

که در وهله اول باعث شده بود تا حرفه بهداشت و درمان را دنبال کنند مجددا پیوند یابند. این یادگیری می‌تواند از خواندن مقالات یا ماژول‌های آنلاین تا کنفرانس‌های مختلف را شامل شود. نمونه‌هایی از دوره‌های جذاب در این خصوص در جدول ۲۵.۲ ذکر شده‌اند.

نتیجه‌گیری

CIM ابزارهای بسیاری را در جعبه ابزار پرستاران برای مقابله با شرایط و مواردی که با مراقبت‌های تسکینی برخورد می‌کنند قرار می‌دهد. در این فصل تنها برخی از گزینه‌های موجود به شکلی گسترده توضیح داده شده است. پزشکان کسب آگاهی؛ حمایت و حتی پیشنهاد برخی گزینه‌های دارویی متداول در غرب را هم به خود و هم بیماران خود مدیون هستند. تجسم اصول پرستاری یکپارچه می‌تواند پلی ارتباطی و مسیری به سمت بهبود را برای بیمار؛ خانواده و در نهایت مراقب وی به ارمغان آورد.



فصل ۲۶

جداسازی از تهویه مکانیکی تهاجمی

نکات کلیدی

- از تهویه مکانیکی می‌توان خودداری (withheld) یا آن را جدا (withdrawn) کرد.
- در هنگام جداسازی از تهویه مکانیکی تهاجمی، می‌توان دیسترس تنفسی را پیش‌بینی، ارزیابی و درمان کرد.
- مرگ به دنبال جداسازی از تهویه در مسیرهای مختلف مشخصه شدت بیماری و وابستگی به سایر مداخلات ماندگار زندگی، از جمله فشارهای عروقی است.

مطالعه موردی: بیمار با دستگاه تهویه مکانیکی

جورج، مرد ۴۳ ساله، با مشکل تنفس ثانویه به دلیل پنومونی استرپتوکوکی به بخش اورژانس مراجعه کرد. وی به لوله گذاری، تهویه مکانیکی تهاجمی و پذیرش در MICU نیاز داشت. به دلیل دوره طولانی MICU وی مبتلا به پنومونی مقاوم به علت ترومبوز وریدی عمقی، آمبولی ریوی و ایست قلبی شده بود. وی به انسفالوپاتی آنوکسیک پایدار دچار شده و تراکئوستومی وابسته به ونتیلاتور داشت. پس از بحث در مورد پیش آگهی ضعیف وی، خانواده وی با کمک تیم MICU تصمیم گرفتند از اقدامات تهاجمی بیشتر برای حفظ زندگی چشم پوشی کرده و تهویه مکانیکی را کنار بگذارند. به خانواده این فرصت داده شد که در بالین بیمار بمانند و با او خداحافظی کنند.

جورج قادر به پاسخگویی به دستورات نبود اما با محرک‌های دردناک خود را کنار می‌کشید؛ بنابراین، فرض بر این بود که او می‌تواند دیسترس را تجربه کند. بعلاوه، او وابسته به دستگاه ونتیلاتور بود و در معرض خطر ابتلا به ناراحتی تنفسی در هنگام تنفس خود به خودی بود. به همین دلایل، ۴ میلی گرم مورفین به صورت بولوس داخل وریدی همراه با ۱ میلی گرم لورازپام برای بیمار تجویز شد. در طی مراحل اولیه جداسازی، وی با مقیاس مشاهدات پریشانی تنفسی (RDOS) تحت نظر قرار گرفت. اگر نمره RDOS وجود پریشانی تنفسی را نشان می‌داد، در هر مرحله با ۴ میلی گرم مرفین درمان می‌شد. وی طی فرایند جداسازی از دستگاه به دو دوز بولوس مورفین نیاز داشت. بیمار از ونتیلاتور جدا شد. تزریق مورفین مداوم در ۵۰ درصد از کل دوزهای بولوس برای حفظ راحتی تنفسی آغاز شد. جورج ۴ ساعت پس از جدا شدن از ونتیلاتور درگذشت.

فواید و مضرات تهویه مکانیکی

ده‌ها سال است که از تهویه مکانیکی برای حمایت از تنفس در بیمارانی که از نارسایی تنفسی حاد یا مزمن

رنج می‌برند، استفاده می‌شود. تهویه مکانیکی هنگامی مناسب است که بیمار، به چند دلیل، نمی‌تواند تهویه طبیعی را حفظ کند و این امر با افزایش دی اکسید کربن و اسیدوز تنفسی مشهود است. برای درمان این شرایط، از روش‌های تهاجمی و غیرتهاجمی استفاده می‌شود. تهویه مکانیکی تهاجمی پس از ایجاد راه هوایی مصنوعی، مانند لوله تراشه یا تراکئوستومی انجام می‌شود. تهویه مکانیکی غیرتهاجمی از طریق ماسک اکسیژن که روی بینی یا بینی و دهان بیمار ثابت شده، اعمال می‌شود. نمونه‌هایی از تهویه مکانیکی غیرتهاجمی شامل فشار مداوم راه هوایی مثبت (CPAP) یا فشار راه هوایی مثبت دوسطحی (BiPAP) است. تهویه مکانیکی تهاجمی پس از ایست قلبی ریوی، در حین بیهوشی عمومی، برای درمان نارسایی تنفسی که به تهویه غیر تهاجمی پاسخ نمی‌دهد، یا برای بیماران وابسته به ونتیلاتور استفاده می‌شود. لوله گذاری تراشه برای دوره‌های کمتر از ۲ هفته استفاده می‌شود. ادامه تهویه پس از ۲ هفته با تراکئوستومی ادامه می‌یابد. وقتی نارسایی تنفسی در هنگام تشدید بیماری مزمن ریوی رخ می‌دهد، تهویه غیر تهاجمی اغلب به عنوان اولین پاسخ مفید است. بیماران مبتلا به آپنه انسدادی حین خواب، بیماری انسداد ریوی مزمن (COPD) و اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) اغلب از تهویه غیر تهاجمی در شب یا زمانی که تنفس در روز دشوار است استفاده می‌کنند.

بیماران غالباً در هنگام تهویه مکانیکی احساس ناراحتی می‌کنند. با روش‌های غیرتهاجمی، ماسک ممکن است باعث ایجاد ناراحتی عمومی ناشی از فشار، احساس خفگی و ضایعات فشار روی پل بینی شود. لوله گذاری داخل تراشه باعث محدود کردن دهان، سرفه و خروج ترشحات از دهان می‌شود و بیمار نمی‌تواند تکلم کند زیرا این لوله از تارهای صوتی عبور می‌کند. در بسیاری از موارد لوله گذاری تراشه و در برخی موارد تهویه غیر تهاجمی، بیمار برای حفظ یکپارچگی درمان نجات‌دهنده و اطمینان از همزمانی ونتیلاتور به محدودیت‌های مکانیکی یا آرام بخشی نیاز دارد.

بیماران وابسته به ونتیلاتور فشار کمتری را تجربه می‌کنند زیرا به طور معمول از طریق تراکئوستومی تهویه می‌شوند. با این وجود، وابستگی مزمن به ونتیلاتور تحرک بیمار را محدود می‌کند و در ایجاد عوارض بی‌حرکتی مانند زخم‌های فشاری، ترومبوز وریدی عمقی و پنومونی مؤثر است.

جداسازی از ونتیلاتور به عنوان یک گزینه درمانی در نظر گرفته می‌شود که سودمندی درمان بیش از مضرات آن باشد. مانند زمانی که بیمار در مراحل انتهای زندگی قرار دارد یا بیهوش است و یا بیمار تصمیم آگاهانه و توانمندی را برای قطع درمان می‌گیرد، زیرا کیفیت زندگی وی کاهش می‌یابد. جداسازی از ونتیلاتور انجام می‌شود تا مرگ طبیعی عاری از لوله و تجهیزات مکانیکی باشد. در بخش‌های مراقبت‌های ویژه (بزرگسالان، کودکان و نوزادان)، در مواردی که انتظار نمی‌رود بیمار زنده بماند و یا به هوش بیاید، معمولاً جداسازی از ونتیلاتور انجام می‌شود. استانداردهای بالینی، سیاست‌ها و رویه‌های مربوط به درمان‌های ماندگار برای زندگی، از جمله تهویه مکانیکی، بسیار مورد استفاده قرار می‌گیرند و توافق گسترده‌ای را درباره اصول اساسی در مورد این تصمیمات منعکس می‌کنند.

اگرچه جداسازی از تهویه مکانیکی به طور مکرر در سراسر بخش مراقبت‌های ویژه انجام می‌شود، اما شواهد تجربی کمی برای هدایت این روند وجود دارد. مروری بر شواهد برای هدایت روند جداسازی از ونتیلاتور نشان داد که نمونه‌های کوچک و بررسی‌های نمودار عمدتا گذشته نگر، مجموعه‌ای از شواهد در مورد فرایندهای خروج ونتیلاتور را مشخص می‌کند. تحقیقات ذکر شده برای توصیه در همه موارد

خروج ونتیلاتور قطعی نیست. با این حال، تعدادی از فرایندهای پیشنهادی با رویکرد تیمی در جهت بکارگیری این روش تهویه‌ای ممکن است به نفع بیمار باشد.

بیماران به دلیل نارسایی تنفسی و عدم توانایی در تبادل گازهای تنفسی بدون حمایت مکانیکی، تحت تهویه مکانیکی قرار می‌گیرند. تنگی نفس از افزایش تلاش‌های تنفسی، هیپرکاربیا و / یا هیپوکسمی ناشی می‌شود. در حین جداسازی از ونتیلاتور و بعد از آن افزایش تعداد تنفس‌های بیمار پیش‌بینی می‌شود. پیشگیری و تسکین تنگی نفس یا ناراحتی تنفسی در حین خروج ونتیلاتور به مرکز توجه تبدیل می‌شود. بعضی از بیماران، اگر هوشیار باشند، ممکن است قبل یا در حین جدا شدن از دستگاه تنفسی دچار ترس یا اضطراب شوند و در این صورت به توجه ویژه نیاز دارد. بیماران بزرگسال ممکن است بر اثر فشار موجود در کاف، ترومای فشاری به نای را تجربه کنند و دچار ادم حنجره یا اسپاسم پس از خارج شدن از لوله و استریدور پس از خارج شدن لوله شوند.

فرایندهای جداسازی از ونتیلاتور تهاجمی

آماده‌سازی پیشرفته

مراکز خدمات Medicare و Medicaid دستورالعمل‌هایی را برای فرایندهای سازگار با اهدا اعضای بدن تصویب کرده‌اند. کارکنان بیمارستان هنگام تصمیم‌گیری در مورد جداسازی از ونتیلاتور، باید به سازمان اهدای عضو (OPO) دولت خود اطلاع دهند. OPO با همکاری کارکنان بیمارستان تشخیص می‌دهند که آیا بیمار کاندید مناسبی برای برای اهدا عضو پس از ایست قلبی است یا خیر و سپس با اعضای خانواده بیمار مذاکره‌های لازم را انجام می‌دهند. این ارزیابی توسط OPO باید قبل از جداسازی از تهویه مکانیکی انجام شود.

زمان انجام فرایند جداسازی به طور کلی با خانواده بیمار و تیم مراقبت‌های بهداشتی مذاکره می‌شود. این زمان بستگی به حضور اعضای تیم از جمله پرسنل پشتیبانی مانند روحانی دارد. زمان لازم است تا به تمام اعضای تیم بالینی اعلام شود و در حالت ایده‌آل، پرستار تعیین شده باید وظیفه کمتری در این شرایط داشته باشد تا بتواند زمان کافی برای حمایت لازم از بیمار و خانواده اش فراهم کند. همه اعضای خانواده مایل نیستند که هنگام جداسازی بیمار از ونتیلاتور، در بالین وی حضور داشته باشند. اتاق دیگری را می‌توان با نشیمن مناسب، دستمال صورت، آب و دسترسی به تلفن ترتیب داد. مراسم مذهبی یا تشریفات خاص خانواده قبل از شروع روند جداسازی باید تطبیق و تکمیل شود. سوالات بیمار و / یا خانواده در مورد آنچه می‌توان انتظار داشت را می‌توان قبل از شروع روند حل کرد. وقتی تهویه از کودک کوچک، نوزاد یا اطفال گرفته می‌شود، معمول است که والدین کودک را در همان مراحل در آغوش خود نگه دارند. عوامل انسداد عصبی عضلانی (NMBA)، مانند پانکورونیوم یا وکورونیوم، با فرکانس کمتری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) استفاده می‌شود. در هنگام استفاده از این عوامل، ارزیابی راحتی بیمار غیرممکن است؛ بنابراین، در صورت استفاده از NMBA، می‌بایست شواهدی مبنی بر بهبودی عصبی عضلانی بیمار قبل از جداسازی از ونتیلاتور وجود نداشته باشد. در بعضی موارد، مدت زمان تأثیر این عوامل طولانی می‌شود، مانند زمانی که بیمار دچار نارسایی کبدی یا کلیوی و اختلال در ترخیص در کلیرانس است؛ بنابراین، اگرچه تأخیر غیر قابل قبولی در جداسازی تهویه مکانیکی به دلیل اثرات طولانی مدت NMBA رخ می‌دهد و این امر یک مسأله‌ی چالش برانگیز است، لیکن می‌توان با اطمینان خاطر جداسازی بیمار از ونتیلاتور را انجام داد.

جدول ۲۶.۱. ابزار مشاهده دیسترس تنفسی (RDOS)

متغیر	نمره صفر	نمره یک	نمره دو	کل
ضربان قلب در دقیقه	کمتر از ۹۰ ضربه	۹۱-۱۰۹ ضربه	بیشتر مساوی ۱۱۰	
تعداد تنفس در دقیقه	کمتر و مساوی ۱۸	۱۹-۳۰ تنفس	بیشتر از ۳۰	
بی قراری: حرکات غیر هدفمند	هیچ	حرکات گاه به گاه و جزئی	حرکات مکرر	
استفاده از عضلات جانبی: بالا رفتن عضلات ترقوه در هنگام دم	هیچ	افزایش خفیف	افزایش زیاد	
تنفس متناقض: حرکات شکمی به هنگام دم	هیچ		وجود دارد	
گرانتینگ انتهای بازدمی: صدای حلقی	هیچ		وجود دارد	
پرش پره‌های بینی: حرکت غیر ارادی پره‌های بینی	هیچ		وجود دارد	
نگاه مملو از ترس	هیچ		چشم‌ها کاملاً باز، عضلات صورت منقبض، ابروهای جمع شده، دهان باز است	
کل				

بررسی تنگی نفس در بیماران

تنگی نفس، همچنین به عنوان نفس نفس زدن (کوتاه شدن نفس) شناخته می‌شود که یک پدیده دردناک است و به عنوان "یک تجربه ذهنی ناشی از ناراحتی تنفسی متشکل از احساسات متمایز است" و از نظر شدت متفاوت است. این تجربه از تعاملات بین عوامل مختلف فیزیولوژیکی، روانشناختی، اجتماعی و محیطی ناشی می‌شود و ممکن است پاسخ‌های فیزیولوژیکی و رفتاری ثانویه را القا کند. دیس پنه تنها توسط شخصی که آن را تجربه می‌کند قابل درک و تأیید است. بسیاری از بیمارانی که تحت تهویه با ونتیلاتور قرار دارند، در نتیجه ضایعات عصبی زمینه‌ای یا اختلال عملکرد همودینامیکی، متابولیکی یا تنفسی که منجر به اختلال شناختی یا بیهوشی می‌شود، دچار اختلال شناختی یا فقدان هوشیاری می‌شوند. دیسترس تنفسی نتیجه‌ای قابل مشاهده (رفتاری) در تنگی نفس است. رنج جسمی و عاطفی ناشی از تجربه تنگی نفس با رفتارهای بیمار قابل مشاهده و اندازه‌گیری است.

بیشتر بیمارانی که از ونتیلاتور جدا می‌شوند، به ویژه بیمارانی که بیهوش هستند، از نظر شناختی دچار نقص شدید هستند، یا نوزادان و کودکان قادر به اظهار مشکلات تنفسی خود از جمله تنگی نفس نیست. داشتن مهارت لازم در جهت تشخیص تفاوت‌های ظریف رفتاری در بیماران مختلف ضروری است. شروع و افزایش دوز داروهای آرامبخش و مخدر باید متناسب با رفتارهای بیمار باشد. RDOS برای ارزیابی بیمار بزرگ‌سال هنگام جداسازی از تهویه مکانیکی مناسب است. این مقیاس با طبقه‌بندی هشت متغیر، تنها ابزار شناخته شده برای ارزیابی دیسترس تنفسی در بیمارانی است که نمی‌توانند تنگی نفس خود را گزارش دهند. امتیاز هر متغیر از ۰—۲ است و در نهایت امتیازات جمع می‌شوند. دامنه نمرات از ۰ تا ۱۶ است: ۰— ۲ = عدم

دیسترس، ۳ نشان‌دهنده دیسترس خفیف، ۴-۶ نشان‌دهنده دیسترس متوسط و نمرات ۷ یا بالاتر نشان‌دهنده دیسترس شدید است (جدول ۲۶.۱). تظاهرات بالینی تنگی نفس در نوزادان غالباً شامل پرش پره‌های بینی، خرخر کردن به هنگام بازدم (گرانتینگ) و فرورفتگی جناغ است. طبق نتایج حاصل از مطالعات، بیماران مبتلا به مرگ مغزی، دچار دیسترس تنفسی، سرفه، گیجی یا اختلال در تنفس در حین یا پس از جداسازی از ونتیلاتور و استفاده از عوامل آرام بخشی یا ضد درده نمی‌شود.

پیش درمانی برای تنگی نفس پیش‌بینی شده

همانطور که استفاده از اپیوئیدها برای کنترل درد یک گزینه استاندارد است، اما ممکن است به دیسترس تنفسی ختم شود. بنابرین "شروع مصرف با دوزهای پایین" توصیه می‌شود. در بزرگ‌سالان، تزریق بولوس داخل وریدی ۳ تا ۵ میلی گرم مورفین توصیه می‌شود. دوز داخل وریدی مورفین برای کودکان معمولاً با ۰/۱-۰/۰۵ میلی گرم /کیلوگرم شروع می‌شود. اگر دیسترس از قبل مشهود است و می‌توان دیسترس را پیش‌بینی کرد، می‌بایست به فکر چاره‌ی پیشگیری‌کننده بود. هیچ گونه توجیهی برای مداوای بیماران دچار مرگ مغزی وجود ندارد و می‌توان ادعا کرد که بیمار در کما فقط با حداقل عملکرد ساقه مغز نیز دچار دیسترس می‌شود. مستندسازی دقیق علائم دیسترس تنفسی برای افزایش دوز دارویی و اطمینان از تداوم مراقبت‌های حرفه‌ای و جلوگیری از مصرف بیش از حد دارو و تسریع مرگ ضروری است. در پایان این روند، ممکن است تزریق مداوم اپیوئیدها برای حفظ راحتی بیمار آغاز شود. میزان تزریق معادل ۵۰٪ از مقدار کل داروی بولوس توصیه می‌شود؛ بنابراین، اگر بیمار سه بولوس مورفین با ۵ میلی گرم (۱۵ میلی گرم) دریافت کند، تزریق با سرعت ۷/۵ میلی گرم در ساعت شروع می‌شود.

روش‌های جداسازی از ونتیلاتور

جداسازی نهایی بیمار از ونتیلاتور با توقف تهویه و خارج کردن لوله تراشه در یک مرحله صورت می‌پذیرد. جداسازی نهایی یک فرایند گام به گام همراه با کاهش تدریجی اکسیژن و تهویه است که با قرار دادن t-piece یا با خارج کردن لوله تراشه خاتمه می‌یابد. در یک مطالعه پایلوت، بیمارانی که تحت جداسازی نهایی از ونتیلاتور قرار گرفتند بیشتر از بیمارانی که بر اساس رویکرد RDOS الگوریتمیک از ونتیلاتور جدا شده‌اند، دچار دیسترس تنفسی شدند. به همین ترتیب، بیمارانی که در اکستوباسیون نهایی در یک مقایسه چند جانبه‌ای از جداسازی و اکستوباسیون بودند، دیسترس بیشتری در هنگام جداسازی از ونتیلاتور تجربه کردند. اکستوباسیون یک تغییر ناگهانی از تهویه پشتیبانی شده به تهویه خود به خودی در بیمار ایجاد می‌کند که احتمالاً در دیسترس ذکر شده در این مطالعات نقش دارد. اکستوباسیون سریع ترمینال ممکن است بیشترین کنترل را در اختیار پزشک بالینی قرار دهد زیرا این امکان را برای تنظیم دقیق و پی در پی دستگاه تنفس با تیتراسیون دقیق داروها برای اطمینان از راحتی بیمار فراهم می‌کند (جدول ۲۶.۲). پایش مداوم بیمار با داروهای مخدر قابل دسترس، راحتی بیمار و خانواده را صرف نظر از روش استفاده شده فراهم می‌کند.

ملاحظات اکستوباسیون

بیمارانی که به مدت ۱۴ روز یا بیشتر به ونتیلاتور وابسته هستند، به طور کلی از طریق لوله تراکئوستومی تهویه می‌شوند. پس از جداسازی از ونتیلاتور می‌توان گردبند (collar) تراکئوستومی با هوای مرطوب اتاق مرطوب یا اکسیژن با جریان کم قرار داد. بیمارانی که نارسایی حاد تنفسی را تجربه می‌کنند از طریق لوله تراشه بینی یا دهان تهویه می‌شوند. لوله‌های تراشه بزرگ‌سالان دارای یک کاف برای حفظ محل قرارگیری

جدول ۲۶.۲. جداسازی سریع

فرایند	مراحل	توضیح دلایل منطقی
برنامه‌ریزی	تست نشت هوا از کاف	تلاش برای پیش‌بینی استریدور پس از اکستوباسیون
پیش درمانی: توانایی بیمار برای تجربه دیسترس (e.g. RASS +3 to −3)	تجویز مورفین ۴ میلی گرم بولوس وریدی	مورفین برای درمان تنگی نفس مؤثر است. بیماران کمایی ممکن است به پیش درمانی نیاز نداشته باشند اما باید از نظر دیسترس تنفسی کنترل شوند.
جداسازی	۱. PEEP را خاموش کنید ۲. جداسازی با FiO2 ۰/۲ هر ۱–۲ دقیقه یکبار اگر هیچ دیسترسی وجود نداشته باشد تا اینکه FiO2 =0.21 (هوای اتاق) برسد. ۳. تغییر مد ونتیلاتور از SIMV با تعداد ۱۰ به PSV 5cm ۴. در صورت فقدان دیسترس، کاهش میزان SIMV را هر ۱–۲ دقیقه با ۲ بار تنفس تا میزان SIMV = 4. ۵. تغییر مد ونتیلاتور به CPAP 0 PSV 5cm ۶. ونتیلاتور را خاموش کرده و از بیمار جدا کنید. ۷. در صورت قبولی در آزمایش نشت کاف، اکستوباسیون را انجام دهید.	جداسازی به صورت مرحله‌ای فرصتی برای متوقف کردن فرایند در هنگام بروز دیسترس فراهم می‌کند. به بیماران این فرصت داده می‌شود تا به جای تغییر سریع از تهویه کامل به تنفس خود به خود، این تغییرات را به آهستگی تجربه نمایند
بررسی دیسترس	RDOS را در ابتدا و پس از تغییر هر دستگاه تهویه اندازه‌گیری کنید.	بیماران ممکن است در هر نقطه از مسیر از تهویه کاملاً حمایتی شده تا تنفس خود به خود دچار دیسترس تنفسی شوند.
درمان دیسترس	هر زمان که RDOS ≥4 باشد، مورفین ۴ میلی گرم بولوس IV می‌دهد.	RDOS 0–2 = دیسترس ندارد، ۳ = دیسترس خفیف است.
حفظ راحتی بیمار	اگر بیمار هنگام جداسازی نیاز به دارو داشته باشد و بقای بیمار بیش از چند دقیقه طول بکشد، تزریق مورفین انجام شود. کل مرفین تزریق شده در حین جداسازی بیمار از ونتیلاتور را به عنوان دوزهای بولوس، محاسبه کنید. تزریق را با سرعت = ۵۰٪ از کل دوزهای بولوس آغاز کنید. تیتراسیون دارو را برای حفظ RDOS ≤3 تنظیم نمایید.	بیماران ممکن است بیش از چند دقیقه زنده بمانند و می‌توان آنها را به یک تخت غیر ICU تبدیل کرد. نسبت‌های پرستار به بیمار در واحدهای غیر ICU بر عدم توانایی اجرای مکرر دوز IV بولوس داروها مؤثر است.
درمان استریدور	اپی نفرین راسمیک در ۳ سی سی نرمال سالین به عنوان یک درمان آئروسل. ممکن است نیاز به یک نوبت تکرار داشته باشد.	داروهای مخدر و بنزودیازپین‌ها انسداد راه‌های هوایی را درمان نمی‌کنند.

RASS, Richmond Agitation Severity Scale; PEEP, positive end- expiratory pressure; FiO2, fraction of inspired air; SIMV, synchronized intermittent mandatory ventilation; CPAP, continuous positive airway pressure; RDOS, Respiratory Distress Observation Scale.

لوله در نای، جلوگیری از نشت هوا و کاهش حجم جاری tidal volume هستند. لوله‌های نوزادی بدون کاف هستند. خارج کردن لوله تراشه باید در هر زمانی که ممکن است به دلیل راحتی بیمار و زیبایی ظاهری بیمار انجام شود. با این حال، در برخی موارد، احتمال ایجاد اختلالات در راه هوایی قابل پیش‌بینی است، مانند زمانی که بیمار دارای زخم متورم، زبان برجسته یا فاقد رفلکس گگ یا سرفه است.

در مواردی که ممکن است اختلال در راه هوایی و تنفس بیمار رخ دهد، ممکن است صداهای ناهنجار تنفسی بیشتر از وجود لوله تراشه، اعضای خانواده بیمار را آزار دهد. مصرف داروی دگزامتازون ممکن است باعث کاهش ادم مجاری تنفسی شود که پس از خارج کردن لوله تراشه برای جلوگیری از ادم حنجره، برای بیمار تجویز می‌گردد، اما در صورتی که زمان اجازه دهد باید ۱۲ ساعت قبل از جداسازی، تزریق این دارو شروع شود. آزمایش نشت کاف مستلزم اندازه‌گیری حجم اتلاف هوا هنگام تخلیه کاف لوله تراشه قبل از خارج کردن آن است. اتلاف هوا به میزان کمتر از ۱۴۰ سی سی پیش‌بینی‌کننده‌ی وقوع استریدور پس از خارج کردن لوله تراشه است. اپی نفرین racemic آئروسل شده یک مداخله مفید برای کاهش استریدور پس از خارج کردن لوله تراشه است. صحبت کردن با اعضای خانواده بیمار درباره صداهای معمولی که می‌توان انتظار داشت و این که باعث هیچ گونه دیسترس تنفسی نمی‌شوند را باید قبل از خارج کردن لوله تراشه انجام داد.

جداسازی از ونتیلاتور غیرتهاجمی

اخذ تصمیمات لازم برای توقف CPAP یا BiPAP یک رویکرد بیمار محور را شبیه به آنچه در جداسازی از تهویه مکانیکی تهاجمی استفاده می‌شود، تضمین می‌کند. تعداد مراحل این فرایند کمتر است زیرا نیازی به در نظر گرفتن آزمایش نشت کاف یا اکستوباسیون نیست. پیش درمانی برای جلوگیری از وقوع دیسترس تنفسی در بیماران باید با همان معیارهای تهویه مکانیکی تهاجمی تعیین شود. پس از فراهم نمودن راحتی بیمار، جداسازی را با FiO2 ۰/۲۰ درصد هر چند دقیقه یک بار تا رسیدن به سطح هوای اتاق (۰/۲۱) آغاز نمایید. حمایت از طریق تهویه‌ی مکانیکی را متوقف نموده و ماسک را بردارید. برای پیشگیری از دیسترس تنفسی در بیماران، از مورفین استفاده کنید.

جداسازی از ونتیلاتور در خانه

گاهی اوقات، یک بیمار وابسته به ونتیلاتور در منزل مراقبت می‌شود و یا برای جدا کردن ونتیلاتور از بیمارستان به منزل منتقل می‌شود. این روش در منزل در صورتی که عدم دسترسی وریدی وجود د اشته باشد، به ویژه در صورت بیداری و هوشیاری بیمار، محدودیت‌های قابل توجهی ایجاد می‌کند. بیماران وابسته به ونتیلاتور در مقایسه با بیماران دارای اختلال شناختی یا کاهش هوشیاری در بالاترین خطر ابتلا به دیسترس تنفسی قرار دارند. دیسترس تنفسی با مرفین خوراکی یا زیر جلدی قابل درمان است، با این حال، اوج اثر دارو در این مسیرها طولانی‌تر از مسیر داخل وریدی است و احتمالاً یک وقفه‌ی طولانی برای دیسترس تنفسی بیمار ایجاد می‌کند. یک جداسازی ایده‌آل در منزل باید همان روال جداسازی در ICU با نظارت مداوم پرستار و متخصص تنفسی، شامل تزریق فوری مورفین وریدی برای جلوگیری از علائم دیسترس تنفسی و پس از آن استفاده از کلار مرطوب تراشه (humidified trach collar) پس از جداسازی از ونتیلاتور و خاموش کردن آن باشد. این داخل وریدی ممکن است به هنگام ترخیص از بیمارستان برای استفاده در منزل همچنان باقی بماند و خارج نشود. همچنین می‌توان یک این وریدی در منزل توسط مراقبت‌کنندگان در منزل فراهم نمود. در صورت

استفاده از مرفین خوراکی، می‌بایست فرایند جداسازی از ونتیلاتور با سرعت کمتری صورت گیرد. پس از هر بار تغییر ونتیلاتور، دیسترس تنفسی بیمار باید بررسی شود. تا رسیدن به اوج اثر مرفین و در صورت وجود دیسترس تنفسی باید جداسازی از ونتیلاتور متوقف شود. سرعت رسیدن به اوج اثر مورفین در تجویز داخل وریدی ۱۰ دقیقه و در صورت تجویز خوراکی ۳۰ دقیقه است. جداسازی نهایی با دسترسی داخل وریدی معمولاً در ۳۰-۲۰ دقیقه اتفاق می‌افتد، اما ممکن است جداسازی در منزل با تکیه بر مورفین خوراکی یا زیر جلدی چند ساعت طول بکشد.

اکسیژن

مجموعه‌ای از شواهد نشان می‌دهد که زمانی که بیمار دچار دیسترس و هیپوکسمی است اکسیژن یک مداخله تسکینی مفید برای درمان تنگی نفس است، اما وقتی بیمار اکسیژن رسانی طبیعی داشته باشد هیچ فایده‌ای ندارد. بعلاوه، وقتی بیماران در حال احتضار هستند و هیچ دیسترسی ندارند، اکسیژن لازم نیست؛ بنابراین، بیمار می‌تواند بدون اکسیژن پس از جداسازی از ونتیلاتور مراقبت شود، مگر اینکه نشانه‌هایی از دیسترس تنفسی و هیپوکسمی وجود داشته باشد. در صورت شروع اکسیژن‌تراپی، کانول بینی بهتر از ماسک صورت قابل تحمل است.

مدت بقا

ملاحظات تریاژ پس از جداسازی از ونتیلاتور ممکن است با برآورد طول مدت بقا هدایت شود. همانطور که انتظار می‌رود، بیمارانی که بالاترین شدت بیماری را دارند، سریعتر می‌میرند، به ویژه اگر آنها به وازپرسورها یا اکسیژن وابسته باشند.

نتیجه‌گیری

جداسازی از تهویه مکانیکی روشی است که زیاد اتفاق می‌افتد. فواید این روش درمانی شامل جایگزینی ریه‌های از کار افتاده، افزایش عمر و بهبود کیفیت زندگی با از بین بردن تنگی نفس مرتبط با نارسایی تنفسی است. هنگامی که مضرات آن بیشتر از فوایدش باشد یا هنگامی که بیمار در آستانه مرگ است یا واکنشی نشان نمی‌دهد، ممکن است تصمیم مبنی بر توقف این روش درمانی اخذ گردد. تدابیری برای تسکین دیسترس تنفسی پیش‌بینی شده باید اعمال شود و می‌توان یک مرگ آرام پس از جداسازی بیمار از تهویه مکانیکی فراهم نمود.

اختصارات

5 FU: 5-fluorouracil
5HT3: 5-hydroxytryptamine receptor 3
5HT4: 5-Hydroxytryptamine receptor 4
5HTP: 5-hydroxytryptophan
AACVPR: American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation
AAHPM: American Academy of Hospice and Palliative Medicine
AARC: American Association for Respiratory Care
ABCDE+F: Assess, Prevent, and Manage Pain (A), Both Spontaneous Awakening Trials (SAT) and Spontaneous Breathing Trials (B), Choice of analgesia and sedation (C), Delirium: Assess, Prevent, and Manage (D), Early mobility and Exercise (E), and Family engagement and empowerment (F).
ABG: arterial blood gas
ABHPM: American Board of Hospice and Palliative Medicine
ABMS: American Board of Medical Specialties
ABR: Ativan, Benadryl, Reglan
ACE I: Angiotensin-converting enzyme inhibitor
ACH-ase: Acetylcholinesterase
ACHPN: Advanced Certified Hospice and Palliative Nurse
ACP: Advance care planning
ACS: anorexia cachexia syndrome
ACT: Acceptance and commitment therapy
ACTH: adrenocorticotropic hormone
AD: Advance Directive
ADHA: American Dental Hygienists' Association
ADL: Activities of daily living
AED: Anti-epileptic drugs
AHNA: American Holistic Nurses Association
AIDS: acquired immunodeficiency syndrome
AIHM: Academy of Integrative Health and Medicine
AIPM: American Institute for Preventive Medicine
ALS: Amyotrophic lateral sclerosis
AM: auris dextra
AMA: American Medical Association
AML: Acute myeloid leukemia
Amphotricin B: amphotericin B-lipid complex=Liposomal amphotericin B
ANA: American Nurses Association
ANA: Antinuclear Antibodies
AND: Allow Natural Death
ANV: anticipatory nausea and vomiting.
APAP: Acetaminophen
APRN : Advanced practice registered nurse
APS- POQ-R: American Pain Society Patient Outcomes Questionnaire- Revised
ART: Antiretroviral Therapy
ASCO: American Society of Clinical Oncology
ASPMN: American Society for Pain Management Nursing
BAE: bronchial artery embolization
BAI: The Beck Anxiety Inventory
BAL: Bronchoalveolar Lavage
BCG: bacille Calmette-Guerin,
BDI: Baseline Dyspnea Index
BiPAP : bilevel positive airway pressure
BMI: Body Mass Index
BMT: Bone marrow transplant
Borg CR-10: Borg Category-Ratio scale
BPI- SF: Brief Pain Inventory- Short Form

BPS: Behavioral Pain Scale
BTP: Breakthrough pain
BTx-A: brevetoxins; botulinum toxin Type A
BTx-B: brevetoxins; botulinum toxin Type B
BUN: blood urea nitrogen
CA 19-9: cancer antigen 19-9
Ca: calcium
C-ACS: cancer anorexiacachexia syndrome
CAG(acid neucleic): cytosine, adenine, and guanine
CAM: Confusion Assessment Method
CAPC: Center to advance palliative care
CARES : specific structured assessment of symptoms, distress, and coping
CART: Cell-free and concentrated ascites reinfusion therapy
CB1,2: Cannabinoid receptor type 1,2
CBC: Complete blood count
CBD: cannabidiol
CBT: Cognitive behavioural therapy
CCB: calcium channel blockers
CCLI: Chronic Critical Limb Ischemia
CD4: cluster of differentiation 4
CDC: Centers for Disease Control and Prevention.
CFU: colony forming unit
CHF: Congestive Heart Failure
CHPN: Certified Hospice and Palliative Nurse
CHS: cough hypersensitivity syndrome
CIM: complementary and integrative medicine
CINV: chemotherapy-induced nausea and vomiting
CK (enzyme): Creatine kinase
CKD: chronic kidney disease
CME: Continuing Medical Education
CMS: Centers for Medicare & Medicaid Services
CN: Cranial Nerve
CNPI: The checklist of nonverbal pain indicators
CNS: central nervous system
COC: Continuity of Care
COMFORT: communication, orientation and opportunity, mindfulness, family, oversight, reiterative and radically adaptive messages, and team.
COMT: Catechol-O-Methyl Transferase
COPD: Chronic obstructive pulmonary disease
COX-2: cyclooxygenase-2
CP: Cholestatic Pruritus
CPAP: continuous positive airway pressure
CPOT: Critical Care Pain Observation Tool
CPR: CardioPulmonary Resuscitation
Creat: Creatinine
CRF: Cancer Related Fatigue
CRP: C-reactive protein
CRQ: Chronic respiratory disease questionnaire
CSS-MND: clinical saliva score (for) Motor neurone disease
CT: Computed tomography
CTCAE: Common Toxicity Criteria for Adverse Events
CTZ: chemoreceptor trigger zone
CVA: cerebral vascular accident
CVD: Cardiovascular disease
CYP2D6: Cytochrome P450 2D6
CYP3A4: Cytochrome P450 3A4
D-12: The Dyspnea-12
D2: Dopamine Type 2
DMD: Duchenne muscular dystrophy
DMD: Duchenne muscular dystrophy
DME: Durable Medical Equipment
DNA: Deoxyribonucleic Acid
DNI: Do Not Intubate
DNP: doctor of nursing practice
DNR: Do Not Resuscitate

DOE: Dyspnea on exertion
DPoA: Durable power of attorney
DRS: Delirium Rating Scale
DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition
DTC: Disseminated tumor cells
DVT: Deep vein thrombosis
EAT-10: Item analysis of the Eating Assessment TooL
ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group
ED: Emergency Department
EEG: electroencephalogram
EGR: Endoscopic Gastrocnemius Recessio
ELNEC: End-of-Life Nursing Education Consortium
EMR: Electronic Medical Record
EMR: Endoscopic mucosal resection
EOL: End of Life
EPEC: Education for Physicians on End-of-Life Care. Program on Symptom Management and Assessment for Continuous Medical Education
EPS: Extrapyramidal symptoms
ESAS- r: Edmonton Symptom Assessment System- revised
ESAS: Edmonton Symptom Assessment System
ing Agents
ESLD: End-stage liver disease
ESMO : European Society for Medical Oncology.
ESR: erythrocyte sedimentation rate
ESRD: End-Stage Renal Disease
FAACT: Functional Assessment of Anorexia/Cachexia Therapy
FACIT: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
FDA: U.S. Food and Drug Administration
FICA(Tool): Faith, Importance and Influence, Community, and Address
FiO2: Fraction of inspired oxygen
FLACC: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale
FLACC-R: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale Revised
FLAFYL: Metronidazole
FLIE: Functional Living Index Emesis
fMRI: Functional magnetic resonance imaging
FOLFIRI: FOLinic acid-Fluorouracil-IRInotecan regimen
FOLFOX: leucovorin calcium (folinic acid), fluorouracil, and oxaliplatin
FoP: fear of disease progression
FPS-R: Faces Pain Scale
FPS-R: Faces Pain Scale-Revised
FUO: Fever of Unknown Origin
FVC: Forced vital capacity
G Proteins: Guanine nucleotide-binding proteins
GABA: Gamma-aminobutyric acid
GAD: Generalized anxiety disorder
GAD-7: Generalized anxiety disorder Assessment (7 Items)
GERD: Gastroesophageal reflux disease
GI: gastrointestinal.
GVHD: Graft-versus-host disease
GY(10/60): The gray
GYN: gynecology
H1: Histamine receptor 1
H2 blockers: selective histamine type 2 receptor antagonists/blockers
H3G: hydromorphone-3-glucuronide
HAART: Highly active antiretroviral therapy
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale
HBPC: Hospital based palliative care
HD: Huntington's Disease.
HELP: Hospital Elder Life Program
Hgb: Hemoglobin
HHM: Humoral hypercalcemia of malignancy

HIFU: High-intensity focused ultrasound
HIPEC: Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy
HIV: human immunodeficiency virus
HIVP: HIV-associated pruritus
HPNA: Hospice and Palliative Nurses Association
HR: heart rate
Hr: hour
HRQOL: health-related quality of life
HT: Healing Touch
HT-3: (5)hydroxytryptamine 3 receptor antagonist
HTN: Hypertension
Hx: History
I & O: Intake and output
IAD: Incontinence- Associated Dermatitis
IAD: incontinence-associated dermatitis
IASP: International Association for the Study of Pain
IBD: Inflammatory bowel disease
IBM: Myositis body-inclusion
ICD-10: International Classification of Diseases 10th Revision
ICP: intracranial pressure.
ICU: Intensive Care UniT
IDT: Interdisciplinary Team
IFN—α: Interferon Alpha
IFN-β: Interferon beta
IHI: Institute for Healthcare Improvement
IL-1: interleukin-1
IL-2: interleukin-2
IL-2: Interleukin-2
IL-6: interleukin-6
IM: intramuscular
INV- 2: Rhodes Index of Nausea and Vomiting Form 2
IOM: Institute of Medicine
IPF: Idiopathic pulmonary fibrosis
IPU: In Patient Unit.
ISTAP: International Skin Tear Advisory Panel
ITD: Intertriginous dermatitis
Kg: kilogram
KTU: Kennedy Terminal Ulcer
L –dopa: 3,4-Dihydroxy-L-phenylalanin; Levodopa
LABA: Long-Acting Beta Agonists
LAMA: Long-acting muscarinic antagonists
LB : Benserazide; aromatic-L-amino-acid decarboxylase inhibitor
LC: Carbidopa (anhydrous) is 3-(3,4-Dihydroxyphenyl)propanoic acid
LCSW: Licensed Clinical Social Worker
LFT: Liver function tests
LGBTQ: lesbian, gay, bisexual, transgender, questioning, and/or queer.
LIP: licensed independent providers
LKM: Loving-Kindness Meditation
LMF: Lipid Mobilizing Factor
LOH: Local Osteolytic Hypercalcemia
LT-B9: leukotriene B4
LTC: Long-term care
LTMV: Long-term mechanical ventilation
LWHP: Living with Hope Program
M Receptors: muscarinic acetylcholine receptor(=cholinergic/acetylcholine receptor)
M1: muscarinic acetylcholine receptor Type 1
M2: muscarinic acetylcholine receptor type 2
M3: muscarinic acetylcholine receptor type 3
M3G: morphine-3-glucuronide
MA: Megestrol Acetate.
MANE: Morrow Assessment of Nausea and Emesis
MAR: marijuana / Medication Administration Record
MARSI: medical adhesive- related skin injury

MARSI: medical adhesive- related skin injury
MASCC : Multinational Association for Supportive Care in Cancer
MASD: Moisture-associated skin damage
MBO: malignant bowel obstruction
MBS: Modified Barium Swallow
MBSR: Mindfulness- based stress reduction
MDAS: Memorial Delirium Assessment Scale
MDCT: multidetector computed tomography.
MDD: major depressive disorder
MDP: Multidimensional dyspnea profile
MDS: Multidimensional scaling
MDs: muscular dystrophies
MFWs: Malignant fungating wounds
Mg: milligram
MG: Myasthenia gravis
MICS: Malnutrition-Inflammation Complex Syndrome
MICU: Medical Intensive Care Unit
MIE: Mechanical insufflation-exsufflation
MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview
Mini-Cog: mini-cognitive assessment instrument
MM: Mitomycin
MME: Morphine milligram equivalents
mmHg: millimeters of mercury
uncil
MMSE: Mini-Mental State Examination
MND: Motor neurone disease
MoCA: Montreal Cognitive Assessment
MOH: Medication-overuse headaches
MOLST: Medical Orders for Life Sustaining Treatment
MOPAt: Multi- dimensional Objective Pain Assessment Tool
MPAC: Memorial Pain Assessment Card
MRI: Magnetic resonance imaging
MRSA: Methicillin-resistant Staphylococcus aureus
MS: Multiple sclerosis
MSA: Multiple system atrophy
MSA-C: Multiple system atrophy - cerebellar type
MSA-P: Multiple system atrophy- parkinsonian type
MSAS: Memorial Symptom Assessment Scale
MSCC: Malignant / Metastatic Spinal Cord Compression
n or N: numbers
Na: Sodium
NBCHPN: National Board for Certification of Hospice and Palliative Nurses
NCCIH: National Center for Complementary and Integrative Health
NCCN: National Comprehensive Cancer Network
NCI: National Cancer Institute
NCP: The National Consensus Project
Nd: Yag (laser): Neodymium-doped yttrium aluminum garnet
NEECHAM: Neelon and Champagne
NGT: nasogastric tube
NHIS: National health interview survey
NHPCO: National Hospice and Palliative Care Organization
NICE: National Institute for Health and Care Excellence
NIH: National Institutes of Health
NIV: Non-invasive ventilation
NK1: Neurokinin-1
NLUTD: neurogenic lower urinary tract dysfunction
NMBA: Neuromuscular blocking agents
NMDA: N-methyl-D-aspartate
NNT: Number-Needed-to-Treat

NPCRC: The National Palliative Care Research Center
NPO: nil per os (Nothing by mouth)
NPUAP: National pressure injury advisory panel
NPWT: Negative-pressure wound therapy
NQF: National Quality Forum
NRS: Numeric rating scale
NS: normal saline
NSAIDs: Non-steroidal anti-inflammatory drugs
NSCLC: Non-Small Cell Lung Cancer
NSF: Natural Solutions Foundation
Nu-DESC: Nursing Delirium Screening Scale
NYP: Neuropeptide Y
ODT: orally disintegrating tablet
OIC: Opioid induced constipation
OIM: Opioid-induced myoclonus
OLDCART: Onset, location, duration, characteristics, aggravating factors, relieving factors, and treatment
Omega3: Omega−3 fatty acids
OPMD: Oculopharyngeal muscular dystrophy
OPO: Organ Procurement Organization
ORBIT: Opioid-Related Behaviours in Treatment.
Orthodoxy: A system in which medical doctors and other healthcare professionals (such as nurses, pharmacists, and therapists) treat symptoms and diseases using drugs, radiation, or surgery. Also called allopathic medicine, biomedicine, conventional medicine, mainstream medicine, and Western medicine.
OSS: Oral Secretion Scale
OTC: Over- the- counter
OTFC: Oral transmucosal fentanyl citrate
OTPT: Occupational Therapy and Physical Therapy
OUD: Opioid use disorder
OZ: ounce
P- value or P: Probability value
PABS: Pain Assessment behavioral Scale
PAINAD: Pain Assessment in Advanced Dementia
PAMORA: Acting μ-Opioid Receptor Antagonists
PAMORA: Peripherally acting mu-opioid receptor antagonists
PBA: Pseudobulbar affect
PC6: acupuncture point PC6; Neiguan
PCA: Patient-controlled analgesia
PCHETA(HR1676/S693): Palliative Care and Hospice Education and Training Act
PCLC: Palliative Care Leadership Center
PCM: protein k-calorie malnutrition.
PCO2: partial pressure of carbon dioxide
PCU: Palliative Care Unit
PD: Parkinson's disease
PDE5 inhibitor: phosphodiesterase type 5 inhibitor
PE: pleural effusion
PEEP: Positive end-expiratory pressure
PEG: Pain, Enjoyment of Life and General Activity
PEG: percutaneous endoscopic gastrostomy
PEG: Polyethlene glycol
PEG-J: percutaneous endoscopic gastrojejunostomy
PET: positron emission tomography
PG: Prostaglandin
PG-SGA: Patient-Generated Subjective Global Assessment
PH: potential of hydrogen
PI: Pressure Injuries
PIF: Proteolysis Inducing Factor
PM: post meridiem

PMR: Progressive muscle relaxation
PND: Post Nasal Drip/ discharge
POLST: Physician/ Provider Orders for Life Sustaining Treatment
Pouching System:
PPI: Present Pain Intensity Index
PPIs: Proton pump inhibitors
PPS: Palliative Performance Scale
PPS: Palliative performance status
PQRST(A): P. stands for palliative or precipitating factors, Q for quality of pain, R for region or radiation of pain, S for subjective descriptions of pain, and T for temporal nature of pain
PR: Pulmonary rehabilitation.
PRIME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PRN: pro re nata
PSDA: Patient Self-Determination Act
PSMC: Parts Standardization and Management Committee
PSP: Progressive supra nuclear palsy
PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index
PSV: Pressure support ventilation
PTH: parathyroid hormone
PTHrp: parathyroid hormone-related protein
PVS: persistent vegetative state
QOL: Quality of life
QOPI: Quality Oncology Practice Initiative
QTC: QT corrected for heart rate interval
RANKL: Receptor activator of nuclear factor kappa beta
RCTs: Randomized controlled clinical trials
RCTs: Randomized controlled clinical trials
RDOS: Respiratory Distress Observation Scale
RFA: Radiofrequency ablation
RMST: Respiratory muscle strength training
RN : Registered Nurse
RPR: Rapid plasma reagin
S2: second heart sound
SAAG: serum ascites albumin gradient
SABA: Short-Acting Beta-Agonists
SAMA: Short-acting muscarinic-antagonist
SAMe: S-adenosylmethionine
SBO: small bowel obstruction
SCALE: Skin Changes at Life's End
SCC: spinal cord compression
SCC: Squamous cell carcinoma
SEI: Selective Bronchial Intubation
SF-MPQ-2: Short-form McGill Pain Questionnaire 2
SGA: subjective global assessment
SIMV: Synchronized intermittent mandatory ventilation
SLE: Systemic lupus erythematosus
SLP: Speech – language pathologist
SNF: SKILLED NURSING FACILITY
SOAPP-R: The Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain-Revised
SOBDA: Shortness of Breath with Daily Activities
SOLER: "Sit squarely"; "Open posture"; "Lean towards the other"; "Eye contact; "Relax"
SPIKES: What does SPIKES stand for in nursing? S stands for setting, P for perception, I for invitation or information, K for knowledge, E for empathy, and S for summarize or strategize.
SPO2: Oxygen saturation
SSD: silver sulfadiazine
SSRIs: Selective serotonin reuptake inhibitors
SSS: Sialorrhea Scoring Scale
STAI: State-Trait Anxiety Inventory
STAR: Skin Tear Audit Research:
Stoic: not affected by or showing passion or feeling. especially: firmly restraining response to pain or distress
SVC: Superior vena cava

SVCO: Superior vena cava obstruction
SVCS: Superior vena cava syndrome
TB- TTI: Trombley-Brennan Terminal Tissue Injury
TCM: Traditional Chinese medicine
TDI: Transition Dyspnea Index
TENS: Transcutaneous electrical nerve stimulation
TENS: Transcutaneous electronic nerve stimulation
TH1: T helper type 1
THC: Tetrahydrocannabinol(Delta-9-tetrahydrocannabinol)
TIME: Tissue debridement and removal of sloughy and necrotic tissue. Infection control and the management of bacterial bioburden. Maintenance of moisture balance. Epidermal advancement
TIPSS: Transjugular intrahepatic portosystemic shunt
TIRF: Transmucosal immediate- release fentanyl
TNF-α: Tumour Necrosis Factor alpha
tPA: tissue plasminogen activator
TPN: total parenteral nutrition
TSH: thyroid-stimulating hormone
UA: Urinalysis
UCSD: (The) University of California, San Diego Shortness of Breath Questionnaire (UCSDSOBQ)
UCSF: University of California at San Francisco
UES: Upper esophageal sphincter
UGI: upper gastrointestinal
UMN: Upper Motor Neurons
UP: Uremic Pruritus
UPJ: Ureteropelvic junction
USP: United States Pharmacopeia
UTI: Urinary tract infection
UTox: universal urine toxicology
UV: Ultra- Violet
VAS: Visual analogue scale
VATS: Video-assisted thoracoscopic surgery
VDRL: Venereal disease research laboratory
VDS: Verbal descriptor scale
VEGF: vascular endothelial growth factor
Vit B12: cobalamin
Vit B9: Folate (Folic Acid)
Vit D: Cholecalciferol
Vit K: 2-methyl-1,4-naphthoquinone= Phytonadione
VPT: vibration perception threshold
VRCS: Victoria Respiratory Congestion Scale
WBC: white blood cells
WOC: wound, ostomy, and continence
WOCN: wound, ostomy, and continence nurse.
x.g: Expected Goals
XRT: X-ray telescope.
α2 blockers: Alpha-2 blockers
κ-opioid receptor: kappa opioid receptor