



مرکز پزشکی آموزشی درمانی ۱۵ خرداد

واحد آموزش دفتر پرستاری

۱۳۹۷

مراقبت از بیماران محتضر

هنگامی که پزشک به بیمارانی می‌گوید که مبتلا به یک بیماری کشنده می‌باشند، واکنش‌هایشان متفاوت است. الیزابت کوبلر راس ، مرگ‌شناس این واکنش‌ها را در چند مرحله به شرح ذیل توصیف کرده است .

واکنش‌های بیماران در حال مرگ (مراحل پذیرش مرگ) :

(۱) انکار Denial:

فرد و خانواده ی او به دلیل آسیب پذیری و مواجهه با مرگ، دچار شوک و بهت زدگی می شوند . بیمار از قبول واقعیت مشرف به مرگ بودن امتناع می کند .

پس واکنش ابتدائی بیمار شوک و سپس انکار که همه چیز دروغ است. برخی بیماران هرگز از این حالت عبور نمی‌کنند و ممکن است آنقدر به پزشکان مختلفی مراجعه کنند تا فردی را بیابند که از موقعیت آنها حمایت کند.

تدابیر پرستاری در مرحله انکار

۱. بررسی توانایی شخصی مددجو و روشهای سازگاری
۲. بررسی سیستم های حمایت شخصی
۳. بررسی عقاید فرهنگی , اجتماعی و مذهبی و باورهای مددجو و خانواده درباره مرگ
۴. بررسی تجارب قبلی خانواده درباره مرگ
۵. برقراری اعتماد
۶. گوش دادن به صحبت های مددجو
۷. باز نگه داشتن ارتباطات
۸. بحث درباره حقیقت

۹. دادن فرصت بیان انکار به مددجو در حین کمک به ارائه رفتار سالم

۲) **عصبانیت یا خشم anger:**

بیماران از اینکه بیمار هستند ناامید، تحریک پذیر، و عصبانی می شوند؛ آنها می پرسند، 'چرا من؟' در این مرحله درمان بیمار مشکل است، زیرا آنها خشم خود را به سمت پزشکان، کارکنان بیمارستان، و خانواده جابه جا می کنند. گاه خشم آنها به خودشان معطوف می شود، به این دلیل که اعتقاد دارند این بیماری برای تنبیه آنها یا به علت اشتباه آنها به وجود آمده است.

سوالاتی از قبیل چرا من باید به این مشکل دچار شوم، خشم مددجو را برمی انگیزد.

اگر مددجو خود را مسئول مصیبت بداند ممکن است از خودش عصبانی باشد.

اگر معتقد باشد که تیم درمان کوتاهی کرده ممکن است از تیم مراقبتی درمانی عصبانی شود.

اگر معتقد باشد که نمازها و دعاهایش برای شفا مستجاب نشده، امکان دارد از خدا عصبانی شود. (برونر)

تدابیر پرستاری در مرحله خشم:

۱. ارتقا و حفظ امنیت مددجو و دیگران

۲. برقراری ارتباط با مددجو

۳. اجتناب از رنجاندن مددجو

۴. قضاوت نکردن درباره عصبانیت مددجو

۵. عکس العمل نشان دادن نسبت به رفتار مددجو

۶. قدرت بخشیدن به مددجو با حداکثر کنترل درد و محیط او

۷. جلوگیری از رواج دادن مددجو به درمان های ساختگی و بدون اساس

۳) **چانه زدن یا معامله (bargaining):**

بیمار ممکن است سعی کند که با پزشکان، دوستان، یا حتی خدا وارد معامله شود و قول می‌دهد که در عوض علاج حاضر است یک یا چند کار را انجام دهد (برای مثال صدقه بدهد، به‌طور منظم به کلیسا برود).

مددجو می‌خواهد مساله قطعی را به تعویق بیندازد. «من فقط می‌خواهم تولد نوه ام را ببینم و گرنه برای مرگ آماده‌ام»

تدابیر پرستاری در مرحله چانه زدن

۱. پرستار باید صبور باشد و به بیمار اجازه ابراز احساسات بدهد و از امیدهای مثبت و واقع‌گرایانه حمایت بعمل آورد.

۲. امکان برقراری ارتباط با افراد روحانی را برای مددجو فراهم آورد.

۴) افسردگی (depression):

بیمار علائم بالینی افسردگی را نشان می‌دهد. به‌صورت گوشه‌گیری، کندی روانی - حرکتی، اختلالات خواب، ناامیدی و احتمالاً افکار خودکشی. افسردگی ممکن است واکنشی به اثر بیماری بر روی زندگی فرد باشد (برای مثال، از دست دادن شغل، مشکلات اقتصادی، جدا شدن از دوستان و خانواده). یا ممکن است در اثر پیش‌بینی قریب‌الوقوع بودن مرگ، به‌وجود آید.

ناموفق بودن تلاش مددجو در تغییر جهت به افسردگی و احساس شکست منجر می‌شود. مددجو سست و بیحال است و احساس بیهودگی می‌کند.

«نمیدانم فرزندانم پس از مرگ من تنهایی چطور زندگی خواهند کرد.»

تدابیر پرستاری در مرحله افسردگی:

۱. برآوردن نیاز مددجو به خلوت و تنهایی

۲. برآوردن نیاز مددجو به خواب و تغذیه کافی

۳. تشویق بیمار و خانواده به بیان احساس غم و ناراحتی

۴. از رفتارهای بدون صداقت و امیدهای غیر واقعی بپرهیزند

۵) پذیرش (acceptance):

فرد درمی یابد که مرگ غیرقابل اجتناب بوده و برای همه اتفاق می افتد.

مددجوی قید کشمکش های روانی ترسناک ، آزاد شده و مرگ را پذیرفته است. «من زندگی خوبی داشتم و از مرگ خود متاسف نیستم»

تدابیر پرستاری در مرحله پذیرش:

۱. حمایت از خانواده به ادامه حضور در کنار بیمار

۲. آموزش به مددجو درباره پیشرفت مورد انتظار بیماری

۳. برآوردن آرزوهای مناسب و ممکن

۴. ممانعت از خودکشی

بدانید که این مراحل همواره به ترتیب اتفاق نمی افتند. ممکن است جابه جایی از یک مرحله به مرحله دیگر رخ دهد. به علاوه، کودکان زیر ۵ سال مرگ را درک نمی کنند؛ آنها به آن به شکل یک جدائی، مانند خواب، نگاه می کنند. بین ۵ و ۱۰ سالگی به تدریج از مرگ بیشتر آگاه می شوند و آن را به عنوان اتفاقی که برای دیگران به خصوص والدین می افتد درک می کنند. پس از ۱۰ سالگی کودکان مفهوم مرگ را به عنوان اتفاقی که می تواند برای خودشان بیفتد، درک می کنند.

انواع سطحی آگاهی بیماران مراحل پایان زندگی از مرگ قریب الوقوع

پرستار باید از سطح آگاهی آنها از مرگ قریب الوقوع مطلع باشد.

1- آگاهی محرمانه closed awareness: بیمار از وضعیت لاعلاج خود بی خبر بوده اما خانواده و مراقبین بهداشتی از آن اطلاع داشته و تشخیص می دهند فعلاً صلاح نیست بیمار از پیش آگاهی خود با خبر شود.

2- آگاهی مشکوک suspected awareness: تغییرات وضعیت سلامتی و وضعیت جسمی و رفتاری اعضای خانواده و کارکنان بهداشتی، منجر به آگاهی مظنون می شود.

3- **تظاهر متقابل mutual pretence**: بیمار، خانواده و کارکنان بهداشتی از مرگ آگاهی داشته ولی وانمود می کنند که اتفاقی نمی افتد .

4- **آگاهی آشکار open awareness**: بیمار، خانواده و کارکنان بهداشتی از مرگ قریب الوقوع آگاهند ولذا تمایل بحث راجع به آن را دارند . این موجب می شود تا بیمار و خانواده اش در غم و اندوه یکدیگر را حمایت کنند (برونر) .

اهداف مراقبت از بیمار در روزهای پایان زندگی

هدف از مراقبت پرستاری در این مددجویان فراهم آوردن شرایط برای مرگ راحت همراه با حفظ شخصیت و احترام است. فرایند مرگ سه جانبه است (بیمار، پرستار و خانواده)(معماریان، ۱۳۹۰، ص ۲۷۶)

اهداف درمانی از درمان های تهاجمی مبتنی بر علاج بیماری به سمت مراقبت های آرامش بخش تغییر می یابند . آنگاه در تصمیم گیری های مربوط به درمان ، مسائلی چون رفع علایم و کیفیت زندگی بیمار/خانواده اهمیت چشمگیری پیدا می کنند.(برونر سودارث، ۲۰۰۸، ص ۱۳۶)

مراقبت های آسایشگاهی

در ایالات متحده ، آسایشگاه یک مکان نیست ، بلکه به معنای مراقبت هایی است که مختص دوران پایانی زندگی بوده و در آن پایان زندگی هم به عنوان یکی دیگر از مراحل تکامل به شمار می آید .

جنبش آسایشگاهی در ایالات متحده بر مبنای این عقیده پایه ریزی شد که در طول بیماری های لاعلاج زندگی معنا و مفهوم پیدا می کند و بهترین مکان برای ارائه مراقبت های آسایشگاهی خانه می باشد یعنی جایی که برای طولانی کردن زمان فیزیولوژی مردن، هیچ اقدام تکنولوژی صورت نمی گیرد .

هدف از مراقبت های آسایشگاهی آن است که بیمار در خانه باقی مانده و اطراف وی را افراد و اشیایی احاطه کرده باشند که در سرتاسر زندگی برایش حائز اهمیت بوده اند . این مراقبت ها زندگی را طولانی نمی کند . بلکه به بیمار و خانواده کمک می شود تا فرایند مرگ را شناخته و تا هر زمان ممکن بطور کامل زندگی کنند .

مراقبت های آسایشگاهی در خانه خود بیمار ، بیمارستان و اقامتگاه های مخصوص (واحد های خصوصی - واحد های اجتماعی) انجام می گیرد .

حقوق افراد در حال احتضار

من حق دارم:

۱. همچون یک فرد زنده درمان شوم تا بمیرم .
۲. احساس امیدواری را حفظ کنم ، گرچه تمرکز روی آن قابل تغییر است .
۳. توسط کسانی که می توانند احساس امید را در من حفظ کنند ، مراقبت شوم گرچه این قابل تغییر است .
۴. احساسات و ذهنیاتم را در مورد نزدیک شدن به مرگ از راه مورد نظر خود بیان کنم .
۵. فریب نخورم .
۶. از سوی خانواده مورد حمایت قرار گرفته و به آنان در پذیرش مرگ کمک کنم .
۷. در صلح و با متانت بمیرم .
۸. شخصیت خود را حفظ کرده ، توسط دیگران مورد قضاوت قرار نگیرم .
۹. در تصمیم گیری های مربوط به مراقبتم شرکت کنم .
۱۰. انتظاراتی در مورد ادامه توجهات پزشکی و پرستاری تا حد اهداف معالجه تا رسیدن به اهداف راحتی داشته باشم .
۱۱. تنها نمیرم .
۱۲. از درد خلاص شوم .
۱۳. به سؤالاتم به درستی پاسخ داده شود .
۱۴. بحث کنم و مذاهب یا تجارب معنوی خود را آن طور که منظورم است برای دیگران شرح دهم .
۱۵. بدنم را تطهیر کرده و بعد از مرگ ان را محترم بشمارند .
۱۶. علاوه بر علاقه مندی و حساسیت و دانش افرادی که تلاش می کنند نیازهای مرا درک کنند ، مراقبت شوم و آنها باید بتوانند رضایت مرا هنگام مرگ فراهم سازند .

مراقبت های پس از مرگ

عموماً قبل از مرگ عملکرد های بدنی بتدریج کاهش یافته وبا تغییر رنگ پوست یالکه لکه شدن آن مواجه خواهیم بود .

به محض قطع عملکردهای حیاتی ، بدن شروع به تغییر میکندوبه رنگ ابی یا تیره درآمده وظاهری موم مانند پیدا میکند، سردشده وخون در برخی مناطق وابسته به وضعیت (مثلا پشت وساکروم در وضعیت بدنی طاق باز) تجمع می یابد،تخلیه ادرار ومدفوع نیز صورت میگیرد

بلا فاصله پس از مرگ، باید به خانواده ها اجازه داد یا انها را تشویق کرد تا ساعاتی را با فرد متوفی سپری سازند.

پرستار باید برای آماده سازی جسد وانتقال ان به سرد خانه از خط مشی ها استفاده کند.

Death Certificate (گواهی فوت)

مدرك قانونی كه این واقعیت راگواهی مینماید كه شخصی كه نام وی روی فرم ذكرشده،فوت کرده است.

احكام محتضر

الف. واجبات: مسلمانی را كه محتضر است (یعنی در حال جان دادن است)، باید] به پشت بخواباند به طوری كه كف پاهایش به طرف قبله باشد. چه مرد باشد یا زن، بزرگ باشد یا كوچك. و اگر خواباندن او كاملاً به این طور ممكن نیست بنا بر احتیاط واجب تا اندازه‌ای كه ممكن است باید به این دستور عمل كنند و اگر ممكن نشد رو به قبله بنشانند و اگر آن هم ممكن نیست به پهلوئی راست، یا به پهلوئی چپ رو به قبله بخوابانند.البته اهل سنت این امر را مستحب دانسته و می‌گویند محتضر باید بر پهلوئی راست خوابانده شود.

ب. مستحبات:

۱. شهادتین و اقرار به دوازده امام(ع) و سایر عقاید حقّه را، به کسی كه در حال جان دادن است طوری تلقین كنند كه بفهمد و نیز مستحبّ است چیزهایی را كه گفته شد تا وقت مرگ تكرر كنند.

۲. این دعاها را طوری به محتضر تلقین کنند که بفهمد: «اللَّهُمَّ اغْفِرْ لِي الْكَثِيرَ مِنْ مَعَاصِيكَ وَاقْبَلْ مِنِّي الْيَسِيرَ مِنْ طَاعَتِكَ يَا مَنْ يَقْبَلُ الْيَسِيرَ وَيَعْفُو عَنِ الْكَثِيرِ اقْبَلْ مِنِّي الْيَسِيرَ وَاعْفُ عَنِّي الْكَثِيرَ أَنْتَ الْعَفُوُّ الْعَفُورُ اللَّهُمَّ ارْحَمْنِي فَإِنَّكَ رَحِيمٌ».

۳. کسی را که سخت جان می‌دهد، (اگر ناراحت نمی‌شود) به جایی که نماز می‌خوانده ببرند.

۴. برای راحت شدن محتضر بر بالین او سوره مبارکه «یس، الصافات و احزاب» و «آیه الكرسي» و آیه ۵۴ سوره «اعراف» و سه آیه آخر سوره «بقره» بلکه هر چه از قرآن ممکن است بخوانند.

ج. مکروهات:

۱. تنها گذاشتن محتضر

۲. گذاشتن چیز سنگین روی شکم او

۳. حضور جُنُب و حائض نزد او

۴. حرف زدن زیاد و گریه کردن در کنار وی.

۵. تنها گذاشتن زن‌ها نزد او.

پس از مشخص شدن وضعیت بیمار که در حال احتضار است اقدامات ذیل برای وی انجام می‌گردد

- انجام کلیه اقدامات تشخیصی، درمانی، بهداشتی برای بیمار در حال احتضار همچون یک فرد زنده تا زمان مرگ

- جهت حفظ حریم خصوصی بیمار ، وی در فضائی مجزا از سایر بیماران ، تحت مداوا قرار می‌گیرد.



- نظم بخش توسط انتظامات و کادر پرستاری حفظ گردد.

- در صورتی که بیمار هوشیار باشد شرایطی فراهم می گردد که وی بتواند عقاید ، نظرات و احتیاجات خود را بیان کند .

- در صورتی که بیمار هوشیار نباشد شرایط طبق نظر همراهان (یا وکیل وی) بیمار در حد امکانات بیمارستان فراهم می گردد.



- وضعیت بیمار و روند اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده توسط تیم درمانی معالج (ارشدترین فرد حاضر بر بالین بیمار) جهت همراهان (وکیل یا وصی) توضیح داده می شود .

- فراهم نمودن شرایطی که مناسب مذهبی متناسب با مذهب فرد محتضر (مانند قراردادان بیمار به سمت قبله و ...) انجام می گیرد به عهده بیمارستان می باشد .

- در صورتی که بیمارستان در زمینه ارائه خدمات تشخیصی ، درمانی ، خدمات پرستاری ، رفاهی و رفع نیاز های بیمار یا همراهان محدودیت داشته باشد ، باید در زمینه منافع و مصالح بیمار و جامعه توجیه پذیروده و با اطلاع بیمار یا همراهان (وکیل یا وصی) باشد .

- اطلاع رسانی به بیمار و همراهان وی در مورد حضور دفتر نسیم مهردر بیمارستان و ارتباط با روحانی مرکز در صورت تمایل

- فوت بیمار باید بلافاصله توسط تیم درمان به همراهان وی اطلاع داده شود و برگه گزارش مرگ بیمار توسط پزشک معالج صادر گردد .

- جهت کاستن از بار اندوه و غم همراهان بیمار در صورت امکان جسد متوفی به رؤیت خانواده رسیده و اصول و عقاید مذهبی در مورد متوفی در حد امکانات و شرایط بیمارستانی فراهم گردد .

تصمیمات مربوط به پایان زندگی

اصل خودمختاری (autonomy) بیمار حکم می‌کند که پزشکان به تصمیم بیمار درباره درمان اهمیت داده و به زندگی وی احترام بگذارند. درمان ادامه‌دهنده زندگی به هر کدام از درمان‌های طبی گفته می‌شود که بدون برگرداندن مشکل طبی زمینه‌ای، زندگی را طولانی‌تر می‌کنند. این درمان شامل تنفس مکانیکی، دیالیز کلیوی، تزریق خون، شیمی‌درمانی، آنتی‌بیوتیک‌ها، و تغذیه و هیدراسیون مصنوعی می‌باشد. ولی به آنها محدود نیست. بیمارانی را که در انتهای زندگی هستند، هرگز نباید مجبور به تحمل کردن رنج طولانی غیرقابل تحملی برای طولانی کردن زندگی نمود.

نکات بالینی: گفتن خبر بد (اطلاع به خانواده)

- نباید نگرش انعطاف‌ناپذیری داشته باشید (مثلاً من همیشه به بیمار می‌گویم که ...) اجازه دهید که بیمار شما را هدایت کند. بسیاری از بیماران مایلند که از تشخیص اطلاع داشته باشند، درحالی که بعضی از آنها چنین نیستند. آنچه را که بیمار از قبل درباره‌ی پیش‌آگهی بیماری خود می‌داند معلوم کنید.
- بیمار را مأیوس نکوده و با انکار وی مقابله ننمائید، چون انکار عمده‌ترین روش دفاعی بیمار بوده و تا وقتی که قادر به قبول بیماری و پذیرش ضرورت کمک نشده از آن استفاده می‌کند.
- به بیمار اطمینان بدهید که صرف نظر از رفتارش از او مراقبت خواهد شد.
- پیش از آگاه کردن بیمار از تشخیص یا مشکل وی، مدتی در کنار او بمانید. ممکن است بیمار تا مدتی دچار شوک شود. بیمار را تشویق کنید تا سوال کند و جوابهای صادقانه‌ی به وی بدهید. به پاسخ تمام سؤالاتی که ممکن است بیمار یا خانواده‌ی وی داشته باشند اشاره کند.
- در صورت امکان پس از چند ساعت مجدداً با بیمار جهت بررسی واکنش وی ملاقات کنید. اگر بیمار دچار اضطراب شده باشد می‌توانید برحسب ضرورت برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت ۵ میلی‌گرم دیازپام به وی تجویز کنید.
- اعضای خانواده را از حقایق طبی آگاه کنید. آنها را تشویق کنید که به ملاقات بیمار رفته و به وی اجازه دهند که از ترس‌های خود صحبت کند.
- همواره باید به این نکته توجه کنید که آیا بیمار مایل به ادامه‌ی زندگی است و یا اینکه او و خانواده‌اش ترجیح می‌دهند در صورت توقف فعالیت‌های حیاتی، برای بیمار عملیات احیاء انجام نشود. سعی کنید تمایلات آنها را درباره‌ی روش‌های درمانی طولانی‌کننده‌ی حیات پیش‌بینی کنید.

- درد و رنجش بیمار را برطرف کنید . دلیلی برای اجتناب از مصرف ناکوتیکها به علت ترس از وابستگی یک بیمار محتضر به آنها وجود ندارد کنترل و درمان درد باید با قاطعیت انجام شود.

نحوه اطلاع دادن به خانواده فرد در حال احتضار

جهت اطلاع خبر بد به خانواده بیمار به نکات زیر توجه داشته باشید :

- جهت اطلاع به نزدیکان بیمار و مثبت آن ، برنامه ریزی کنید .
 - پرونده بیمار را از نظر تعیین خویشاوند نزدیک بررسی نمایید .
 - خودتان را با نام ،عنوان ،سمت و محل تماس معرفی نمایید .
 - مطمئن شوید که اطلاعات به شخص مناسبی داده شده است .
 - با صدائی کنترل شده و آرام صحبت کنید .
 - از جملات کوتاه استفاده نمایید .
 - پاسخهای کوتاه به سوالات بدهید .
 - توضیح دهید که وضعیت بیمار چگونه است .
 - اصرار ننمایید که همراهان هرچه زودتر به بیمارستان مراجعه نمایند .
 - زمان ، نام شخصی که به او اطلاعات داده شده و پیغام داده شده را حتماً ثبت نمایید .
- مراقبت مطلوب از بیماران در حال احتضار، برای تامین راحتی و رعایت شان و احترام و منزلت آن ها صورت می گیرد:
- سازمان، از طریق موارد زیر ، از مراقبت مناسب از بیمارانی که درد می کشند یا در حال احتضار هستند ، اطمینان می یابد .

دخالت در مهار درد و علائم اولیه و ثانویه

پیشگیری از علائم، تا جایی که از نظر منطقی قابل قبول باشد

- مداخلات، به نیازهای روحی، عاطفی و معنوی بیمار و خانواده اش در خصوص مرگ و اندوه می پردازد.
- مداخلات، به دغدغه های مذهبی و فرهنگی بیمار و خانواده اش می پردازند. و
- شرکت دادن بیمار و خانواده اش در تصمیم گیری های مراقبتی.

درد ، مشخصات درد و روش های کنترل درد

درد

- درد یک نشانه‌ی پیچیده‌بوده و شامل احساس وجود بالقوه یک بیماری زمینه‌یی به همراه یک وضعیت عاطفی است .
- درد حاد یک واکنش زیست شناختی رفلکسی به جراحت است .
- طبق تعریف ، درد مزمن دردی است که حداقل به مدت ۶ ماه طول بکشد .

در خصوص بیمارانی که درد می کشند و یا به پایان حیات خود نزدیک می شوند و خانواده هایشان، لازم است که مراقبت بر نیازهای خاص این دسته از بیماران متمرکز باشد. بیماران، ممکن است د ردی را تجربه کنند که به درمان ها یا روش های خاصی مربوطه شود مانند درد بعد از عمل جراحی، یا درد حین انجام فیزیوتراپی یا درد های ناشی از ابتلای به بیماری های مزمن و وخیم. ممکن است بیماران محتضر، علائم دیگری را هم تجربه کنند که به روند بیماری یا معالجه درمانی مرتبط باشد، یا ممکن است که نیاز به کمک در مورد برقراری ارتباط با مسائل روانی، اجتماعی، معنوی و فرهنگی داشته باشند که با مرگ و مردن پیوند دارند.

درد سوماتیک

معمولاً عوامل محرک گیرنده‌ی درد وجود دارند .

معمولاً محل آن کاملاً مشخص است درد احشایی ممکن است ارجاعی باشد.

مشابه سایر دردهایی که بیمار تجربه کرده است.

ضد دردهای مخدر و یا ضدالتهابی باعث تسکین درد می‌شود.

درد نوروپاتیک

محرک مشخص برای گیرنده‌های درد وجود ندارد.

معمولاً محل آن به خوبی مشخص نیست.

غیر معمول است و شبیه درد سوماتیک نیست.

ضد دردهای مخدر تنها تا حدی باعث تسکین درد می‌شوند.

کنترل درد

بیمارانی که از مرگ می‌ترسند اکثراً از درد وحشت دارند ، حتی آنان که از مرگ نمی‌ترسند هم مرگی بدون درد را می‌خواهند (یعنی مرگ در آرامش) بنابراین لازم به گفتن نیست که کنترل درد تا چه حد ضروری است . یک رژیم دارویی مناسب ضد درد ممکن است شامل چندین دارو یا تجویز یک دارو از چندین راه و به چندین شکل باشد . برای مثال مرفین وریدی ممکن است با تجویز دوزهای یکباره‌ی وریدی تکمیل شود . پچ‌های پوستی ممکن است غلظت‌های پایه‌یی را برای بیمارانی که تجویز وریدی یا خوراکی به آنها دشوار است تأمین کنند .

بیحسی

بیحسی به از بین رفتن یا فقدان درد اطلاق می‌شود . مؤثرترین بی‌حس کننده‌ها مخدر هستند (داروهای مشتق از تریاک یا مواد مشابه افیونی) این داروها باعث تسکین درد و تغییر خلق و رفتار شده و احتمال ایجاد وابستگی یا مقاومت دارند . اوپیوئید یک اصطلاح ژنریک بوده و در برگیرنده‌ی داروهایی است که به گیرنده‌های اپیوئیدی متصل شده و اثرات تخدیری ایجاد می‌کنند .

بیشترین کاربرد این داروها درمان کوتاه مدت دردهای جدی ، شدید و حاد است . یکی از اهداف باید کاهش درد به حدی باشد که بیمار بتواند با حداقل ناراحتی غذا خورده و بخوابد . یکی از روشهای جدید و مؤثر کنترل درد در بیماران بستری در بیمارستان ، این است که بیمار از طریق یک پمپ داخل وریدی بتواند خودش مقادیر تعیین شده‌ی از مخدرها را به خودش تزریق کند . ضد دردهای اوپیوئیدی اصلی عبارتند از مرفین، هیدرومرفین، متادون، لوورنانول، اکسی مورفون، هروئین، مپریدین، کدئین، اکسی کدون.

A- ضد دردهای غیرمخدر:

داروی معروف این گروه آسپیرین است. برخلاف ضد دردهای مخدر روی سیستم اعصاب مرکزی اثر می‌گذارند. سالیسیلات‌ها در سطح محیطی یا موضعی (موضع منشاء درد) اثر کرده و معمولاً هر ۴ ساعت یک بار باید مصرف شوند.

اغلب ضددردها طی ۴۵ دقیقه به حداکثر غلظت پلازما می‌رسند و تأثیرات ضد درد آنها ۳ تا ۴ ساعت طول می‌کشد. برای از بین بردن درد می‌توان از سایر داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) نیز استفاده کرد (۲۰۰ تا ۴۰۰ میلی‌گرم ایبوپروفن هر ۴ ساعت) این مقدار ایبوپروفن برابر است با ۶۵۰ میلی‌گرم آسپیرین، ۳۲ میلی‌گرم کدئین، ۶۵ میلی‌گرم پروپوکسی فن (Darvon)، ۵۰ میلی‌گرم پنتازوسین خوراکی (Talwin).

B - دارونماها:

دارونماها موادی هستند که هیچ خاصیت دارویی شناخته شده‌ی ندارند و پیش از آنکه فعالیت زیست‌شناسی داشته باشند اثرات تلفیقی دارند. با این حال به تازگی مشخص شده است که نالوکسان (Narcan) که یک آنتاگونیست اوپیوئید بوده ممکن است جلوی تأثیرات ضد درد دارونما را بگیرد. این مسأله مطرح‌کننده‌ی این احتمال است که دارونماها ممکن است باعث آزاد شدن اوپیوئیدهای درون‌زا شوند.

در صورتی که بیمار علناً به تحت درمان قرار گرفتن با دارونما اعتراض داشته باشد هرگز نباید به مدت طولانی از این روش درمانی استفاده کرد. علاوه بر این درمان فریبکارانه به کمک دارونما اطمینان بیمار به پزشک را به طور جدی خدشه‌دار می‌کند. همچنین در صورتی که درمانهای اثر بخش در دسترس باشند هرگز نباید از دارونما استفاده کرد.

بایدها و نبایدها درباره بیمار در حال مرگ

برای مدتی پس از مطلع کردن بیمار از وضعیت یا تشخیص خود، با وی بمانید. ممکن است دوره‌ای از شوک به وجود آید. بیمار را تشویق کنید که سؤالاتی بپرسد و به آنها با صداقت پاسخ دهید. این مسئله را خاطرنشان سازید که برای پاسخ دادن به هر سؤالی که بیمار با خانواده‌اش مطرح کنند، باز خواهید گشت. در صورت امکان پس از چند ساعت دوباره بیمار را ویزیت کنید تا واکنش او را بسنجید. اگر بیمار اضطراب داشته باشد، در صورت لزوم می‌توان ۵ میلی‌گرم دیازپام برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت برای وی تجویز کرد.

اعضاء خانواده را از حقایق طبی آگاه کنید. آنها را تشویق کنید که بیمار را ملاقات کنند و به او اجازه بدهند درباره ترس‌هایش با آنها صحبت کند. اعضاء خانواده علاوه بر اینکه باید با از دست رفتن عزیزشان کنار بیایند، باید با واقعیت میرائی خود نیز که باعث اضطراب می‌شود، روبه‌رو شوند.

همواره بررسی کنید که آیا بیم‌ار یا خانواده‌اش تمایلی به ادامه حیات یا عدم انجام احیاء (DNR - do not resuscitate) دارند یا خیر. سعی کنید که تمایل آنها برای اقدامات ادامه‌دهنده حیات را پیش‌بینی کنید. درد و رنج بیمار را برطرف کنید. دلیلی وجود ندارد که در یک بیمار در حال مرگ، به خاطر ترس از وابستگی از دادن داروهای مخدر خودداری شود. درمان درد باید به‌طور کامل انجام گردد.

نشانه‌ها (شکایات) بیمار در طی روزهای پایان زندگی

۱. درد

۲. بی‌اشتهایی

۳. یبوست

۴. ضعف

۵. Rattle

۶. دیس پنه

۷. Cough

۸. Delirium

۹. برون ده ادرار از نظر مقدار و تعداد دفعات کاهش میابد

۱۰. با ضعیف شدن بدن بیمار بیشتر به خواب رفته واز محیط پیرامون جدا می شود

۱۱. بینایی وشنوایی تا حدی دچار اختلال شده ودرک وفهم گفتار دشوار میشود

۱۲. اکسیژن رسانی به مغز کاهش میابد وبیمار بی قرار می شود

۱۳. به دلیل از دست رفتن توانایی بدن در کنترل درجه حرارت، بیمار یک لحظه احساس گرما و لحظه بعد احساس سرما می نماید

۱۴. حول وحوش زمان مرگ بیمار کنترل ادرار و مدفوع را از دست می دهد

۱۵. بسیاری از مواقع افراد با نزدیک شدن به مرگ، باغ، کتابخانه یا دوستان و اعضای خانواده خود را می بیند که مدتهاست مرده اند (برونر)

منابع فارسی:

- ۱- برونر سودارت، ۲۰۰۸، بیماری های سرطان و مراقبت های خاص مراحل پایان زندگی .
- ۲- دوگاس، ۱۳۸۲، اصول مراقبت از بیمار، ج ۲، انتشارات گلبن، صص ۸۴۲-۸۵۵
- ۳- معماریان، ربابه (۱۳۹۰)، کاربرد مفاهیم و نظریه های پرستاری (۲)، تهران: انتشارات دانشگاه تربیت مدرس، صص ۲۶۸-۲۸۴

۴- مراقبت از بیماران (COP)، استاندارد بین المللی اعتباربخشی بیمارستان ها- استاندارد بیمار محور، ترجمه محمد حسن امامی، مجید سرایداریان، اصیله شایقی، موسسه بین المللی توانمندسازی منابع انسانی ایران، تهران، ۱۳۸۸.

۵- استانداردهای حقوق بیمار و خانواده (PFR)، استاندارد بین المللی اعتباربخشی بیمارستان ها- استاندارد بیمار محور، ترجمه محمد حسن امامی، مجید سرایداریان، اصیله شایقی، موسسه بین المللی توانمندسازی منابع انسانی ایران، تهران، ۱۳۸۸.

منابع انگلیسی:

**-Yarbro et al, Cancer nursing: principles and practice, ۶th edi,
Jones and Bartlett, Boston, ۲۰۰۵.pp۱۷۴۵-۱۷۵۵**