

درد، بیماری و رنج

بیماریهای روماتیسمی برای روشن ساختن تفاوت بین یک **بیماری** (یک اختلال بیولوژیک یا ساختمانی اثبات شده) و اثرات کلی آن روی شخص مبتلا (**ناخوشی** یا illness) ایده آل هستند. روماتولوژی از یک سو، به ما اجازه می دهند که یک بیمار مبتلا به فیبرومیالژی را مورد توجه قرار دهیم که از درد دائمی، طاقت فرسا و ناتوان کننده شکایت دارد و در عین حال هنوز هیچ توجیه آناتومیکال و بیولوژیکال برای آن وجود نداشته و همراه با اضطراب و مشکلات سایکولوژیک است و در سویی دیگر بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را داشته باشیم که علی رغم اینکه دچار تخریب وسیع مفاصل و ناتوانی قابل توجه در عملکرد شده اند، موفق به داشتن یک زندگی با کیفیت بالا گشته اند چون با بیماری خود به خوبی کنار آمده اند.

این دو بیماری (فیبرومیالژی و آرتریت روماتوئید) کاملاً با هم متفاوتند. بطور حتمی، بیماری در شخص مبتلا به آرتریت روماتوئید شدیدتر و آشکارتر است ولی بنظر میرسد میزان رنج بردن در مبتلایان به فیبرومیالژی به مراتب بیشتر باشد. با توجه به این مطلب، آیا یک پزشک می تواند این دو (شدت بیماری و میزان رنج بردن) را از هم جدا کرده و فقط به یکی از آنها رسیدگی کند.

شناخت درد

درد، شکایت اصلی در بیماریهای روماتیسمی است. درد نه تنها علت اصلی رنج بردن و در نتیجه عامل اصلی درخواست کمک های پزشکی توسط بیماران است بلکه کلید اصلی در تشخیص این بیماریها نیز می باشد. توانایی بررسی بالینی و درک درد در تشخیص بیماریهای روماتیسمی کاملاً حیاتی است. اگر چه بنظر

میرسد که درد یک شکایت خسته کننده است که هیچ ارزش تحقیقی ندارد ولی ملاحظه خواهیم کرد که در صورتی که درد بدرستی مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد حتی تغییرات جزئی آن می تواند در زمان تشخیص بسیار مفید واقع شود.

بهر حال، درد یک مسئله صرفاً ذهنی است که درک تمام ابعاد آن فقط توسط خود فرد میسر است و به راحتی قابل بررسی نبوده و کمیت آن را به آسانی نمی توان تعیین کرد. توصیف شفاهی درد توسط بیمار، که بطور طبیعی در فرایند بالینی ضروری است، به طیف گسترده ای از عوامل وابسته است از جمله: موقعیت اجتماعی شخص، کلماتی که بیمار استفاده می کند و فن بیان وی.

برای هر کسی توصیف بعضی از درد ها آسان تر از بعضی دیگر است. همانگونه که ممکن است این مسئله برای همه ما یک یا چند بار اتفاق افتاده باشد. علاوه بر این بدلیل مکانیسم های مشخص شده زیست شناختی، درد مزمن که ابتدا توسط مسیر های اختصاصی انتقال می یابد با گذشت زمان تمایل دارد گه گسترده تر و منتشرتر شود. این مسئله (گسترده تر شدن درد) به دلیل مکانیسم های تقویت کننده در نخاع است که در نهایت باعث می شوند که مناطق اطراف ضایعه عضوی به یک منبع اضافی محرک درد تبدیل شده و سپس علائم آوران از این مناطقی که افزایش حساسیت پیدا کرده اند به عنوان درد در مناطقی احساس خواهد شد که هیچ نقص قابل تشخیص فیزیکی ندارند. فرایند فوق به وضوح در حیوانات آزمایشگاهی دیده شده است. این مسئله پیشنهاد می کند که این فرایند هیچ ارتباطی با اراده، شخصیت و احساسات شخص ندارد. بنابراین وقتی که مبتلایان به بیماریهای مزمن روماتیسمی نمی توانند بطور دقیق

محل دردشان را نشان بدهند به بهترین وجه ممکن، آنچه را واقعا احساس می کنند مورد توصیف قرار می دهند.

با این وجود، ابعاد روانی و بخصوص احساسی نقش تعیین کننده ای در احساس درد دارند. افسردگی (چون درد از مفاهیم عاطفی آن جدا نیست) شدت احساس درد را افزایش و وضوح آن را کاهش می دهد. در ضمن، این مفاهیم نه تنها به شخصت فرد بلکه به شرایط اجتماعی او (مثلا رضایت شغلی) و همچنین تفسیر وی از دردش (مثلا آیا این درد را تهدید کننده تلقی می کند یا خیر) نیز وابسته است. این مسئله قابل فهم است که کمردردی که اخیرا شروع شده است اهمیت کاملا متفاوتی در دو فرد زیر دارد: ۱- فردی که مادرش اغلب دچار کمردرد بوده و دچار مشکل عملکردی مهمی نشده است. ۲- کسی که پدرش به علت سرطان فوت کرده و اولین علامت سرطان در او کمر درد ناشی از متاستاز بوده است.

وقتی که درک نوع و شدت درد توصیف شده توسط بیمار برای ما مشکل باشد باید بیاد آوریم که انتقال احساس خود به دیگران همیشه ساده و آسان نیست. بیماران تلاش می کنند که تجربیات پیچیده، منتشر و غیرقابل تعریف خود را با کلماتی که می شناسند توصیف کرده و این توصیف تحت تاثیر فرهنگ، احساسات و تجربیاتشان قرار می گیرد. شغل ما، به عنوان پزشک، کشف پیام بیمار با استفاده از فرهنگ و دامنه لغات خودمان است. در ضمن فهم سخنان بیمار تحت تاثیر شخصیت و احساسات خود ما نیز قرار می گیرد. نکته قابل توجه این است که در تمام این شرایط باید سعی کنیم که با بیمار ارتباط خوبی برقرار نماییم. این توقع از بیماران غیر واقعی است که همیشه با ما ارتباط کاملا صحیح و دقیق برقرار کنند.

به توجه به دلایل فوق، درک بالینی درد نیاز به روش شناسی صحیح و بی خطر، انعطاف پذیری، صبر، زمان و توانایی برای یکپارچه سازی زیستی- روانی دارد.

درد به عنوان یک تجربه زیستی- روانی- اجتماعی

در حالیکه پزشکان روی تشخیص عضلانی- اسکلتی تمرکز میکنند، مجبورند تا حد امکان برای رسیدن صحیح به طبیعت و منشا درد تلاش کرده، و هرگونه جزء احساسی را که روی توصیف درد تاثیر دارد حذف کنند. آنان همچنین باید سعی کنند بیمار را به عنوان کل نگریسته و فقط بیماری عضوی وی را مد نظر قرار ندهند. هدف اصلی ما (به عنوان پزشک) کمک به بیمار برای بهتر شدن و بهبود کیفیت زندگی است و فقط تسکین رنج و درد عضوی و بیماری ایجاد کننده درد تمام هدف ما نیست. رنج بردن ممکن است ناشی از موارد زیر نیز باشد: ترس از دست دادن شغل، از بین رفتن استقلال، شکسته شدن آرزوها و برنامه ریزی های شخصی، مشکلات جنسی و غیره.

رنج بردن است که بیمار را بسوی پزشک می کشاند نه بیماری.

درد همیشه باید به عنوان یک تجربه زیستی- روانی- اجتماعی مورد توجه قرار گیرد

پزشکان باید به درد به عنوان یک کل بنگرند و به تمام اجزا آن توجه یکسان داشته باشند. اگر چه ما پزشکان تلاش می کنیم که به ابعاد عضوی و روانی درد بطور مجزا توجه داشته باشیم ولی برای اینکه تشخیص و درمان خود را موثرتر

کنیم باید آنها را به عنوان اجزا لاینفک یک فرآیند و دارای قابلیت توجه
ومراقبت یکسان در نظر بگیریم زیرا هر دو (بعد عضوی و روانی) از علل ایجاد
رنجی است که ما می خواهیم آنرا تسکین بدهیم.

ما پزشکان باید در مقابل این وسوسه که فقط نگران جنبه عضوی درد باشیم مقاومت نماییم حتی اگر جنبه
های احساسی و روانی عمدی بوده و دستکاری آگاهانه توسط بیمار صورت گرفته باشد.

از آنجا که فرهنگ پزشکی و فرهنگ عمومی غالب باعث می شوند که ایده یکپارچه سازی حتی مشکل تر
شود ولی بهر حال بیاد داشته باشید که از نظر علمی مشخص شده است که مکانیسم های مختلفی وجود
دارند که ارتباط درونی بین ابعاد مختلف درد را توضیح می دهند. این مکانیسم ها شامل مکانیسم های
زیست شناختی، عضوی، سوخت و ساز گلوکوز و بهبود سوء ظن بیمار (که زمانی ایجاد می شود که جنبه
های عضوی را از روانی جدا کنیم) است.

اهداف تشخیص و درمان

اهداف نهایی پزشکان در ارتباط با بیماریهای روماتیسمی عبارتند از:

۱- کاهش درد و رنج

۲- حفظ تحرک و پویایی

۳- افزایش طول عمر

تفاوت قابل تشخیصی بین این اهداف و اهدافی که در رشته های دیگر پزشکی باید مدنظر باشند وجود ندارد. هدف از درمان افزایش طول عمر و کیفیت زندگی است نه طبیعی شدن از نظر بیولوژیک به هر قیمتی.

ما فشار خون بالا را درمان می کنیم نه فقط به این دلیل که یک بیماری است بلکه به این دلیل که یک تهدید برای طول عمر و کیفیت زندگی است. استفاده از تمام امکانات از جمله کورتیکواستروئید برای پایین آوردن سرعت رسوب گلبولهای قرمز، در صورتی که علت مشخص نداشته و باعث هیچ درد و ناراحتی نشود، یک اشتباه بزرگ است. تمام فرایندهای تشخیصی و درمانی از جمله بررسی بالینی و آزمایشات تکمیلی فقط به عنوان وسایل ضروری برای رسیدن به نتیجه کمک می کنند. ما نمی توانیم یک درمان موثر و بی خطر ارائه دهیم در صورتی که ندانیم مشکل بطور دقیق چیست. از طرف دیگر، بخاطر بیمار، بررسی های تشخیصی باید محدود به مواردی شوند که حداکثر کمک را برای رسیدن به تشخیص می کنند.

این مطلب (مطالب گفته شده در بالا) ممکن است از بدیهیات باشد ولی باید همیشه آن را بیاد داشته باشیم.

خصوصیات درد مزمن

بطور کلی ، بیماریهای روماتیسمی ، بیماریهای مزمن با علت ناشناخته هستند که برای آنها علاج قطعی وجود ندارد. به استثنا موارد نادر، مبتلایان مجبورند تا آخر عمر با بیماری خود کنار آمده و زندگی کنند. در

صورت عدم درمان مناسب، خیلی از این بیماریها می توانند باعث درد و رنج فراوان، تغییر شکل پیشرونده، از کار افتادگی و اختلال در کسب درآمد، اختلال در روابط اجتماعی، اختلالات روانی شدید و غیره شوند.

حتی اگر بیماری در مراحل اولیه تشخیص داده شود باید تمام ابعاد فوق، هم در کوتاه مدت و هم در دراز مدت مورد توجه قرار گیرد. ما تلاش می کنیم در اولین فرصت ممکن به بیمارمان کمک کنیم معهنا باید اهداف دراز مدت بقا، کیفیت زندگی و حفظ ساختمان و عملکرد را برای ۲۰ سال، ۳۰ سال و حتی بیشتر مد نظر داشته باشیم.

این عوامل باعث مطالبات و انتظارات بزرگ و زیادی از پزشکان و روابط پزشک-بیمار می گردد. درد، به عنوان مهمترین و اولین شکایت، بخصوص باعث مطالبات زیادی توسط بیمار می گردد. اگر بیمار درمان مناسب را دریافت نکند احساس درد و رنج خواهد داشت و بحق از پزشک تقاضای راه حل خواهد کرد. از طرف دیگر حفظ ساختمان و بقا اغلب نیازمند تجویز دراز مدت داروهای سیتوتوکسیک و گلوکوکورتیکوئید است و این داروها بطور اجتناب ناپذیر گاهی باعث بروز عوارض شدید و حتی کشنده می شوند. این مطلب به این معنی است که پزشک باید در انتخاب درمان خیلی دقت کرده و همیشه تلاش کند که تعادل بین تاثیر، حداکثر بی خطری و تحمل را حفظ کند. اطلاعات علمی و تجربیات پزشک در این رابطه (حفظ تعادل تاثیر، بی خطری و تحمل) سرنوشت ساز خواهد بود.

حفظ تحرک و بهبود رنج (به مفهوم وسیع کلمه) اهداف اصلی بوده و بر عادی سازی بیولوژیک و حفظ ساختمانی، اگر مانع الجمع باشند، ارجحیت دارند. حفظ ساختمان مفصل ضروری است، چون از دست دادن دامنه حرکتی مفصل باعث کاهش تحرک و کیفیت زندگی شخص می گردد. ولی بهرحال، دلیلی وجود ندارد

که اگر عملکردی را که شخص در زندگی روزمره از یک مفصل نیاز دارد زیاد تحت تاثیر قرار نگرفته است وی را در معرض خطر درمان یا یک عمل جراحی که نتیجه آن مشخص نیست قرار دهیم.

آگاهی از توانایی عملکردی بیمار در هر زمان و همچنین ارزیابی تاثیر هر ضایعه مشخص روی هر بیمار خاص بسیار مهم است. وجود مایع مفصلی بدون علامت زانو در یک کارمند ممکن است وی را اذیت نکند ولی میتواند مشکل مهمی برای کسی یک مدل (الگو) است، باشد. یا به عنوان مثال، وجود (یا عدم وجود) یک انگشت کوچک (انگشت پنجم) ممکن است برای یک سنگتراش خیلی مهم نباشد ولی وجود آن برای یک پیاپیست ضروری است و یا نیمه دررفتگی مفاصل بین انگشتی در انگشت اشاره اختلال عملکردی بیشتری از انکیلوز مفاصل بین انگشتی دیستال در دیگر انگشتان ایجاد می کند. تغییر شکل پا در صورت عدم ایجاد درد و عدم اختلال در راه رفتن نیاز به جراحی ندارد.

مفاهیم اجتماعی و شخصی بیماریهای روماتیسمی و این واقعیت که این اختلالات بیماریهای مزمن هستند بار و فشار بیش از حدی روی بیمار گذاشته و باعث ایجاد مطالبات روانی - اجتماعی زیادی از طرف وی می گردد. برای فهم بهتر این مطلب، سعی کنید که زندگی خود را به صورت دیگری مجسم نمایید: علاوه بر درد، محدودیت حرکتی، کاهش توانایی کارکردن، روابط اجتماعی مختل، ترس (اگر چه غیر واقعی باشد) از تغییر شکل و معلولیت و پایان رویاها و آرزوها (که یک منبع اضافی برای رنج بردن هستند) را برای خود مجسم کنید. بیماران با این چشم اندازها (که در بالا ذکر شد)، ضمن اینکه تمایل به نگاهی منفی گرایانه نیز دارند، روبرو می شوند. این چشم اندازها ممکن است فقط از مشاهده بیماران مبتلا به مراحل پیشرفته بیماری ناشی شده باشند حتی بدون سر و کار داشتن با یک پزشک بدبین که به تاثیر درمان اعتقادی

نداشته، آنان را از بیشتر فعالیت های لذتبخش مایوس کرده و عاقبت کار آنها را نشستن روی صندلی چرخدار می بیند.

آگاهی از این جنبه ها باعث می شود که وقتی بیماریهای روماتیسمی مورد توجه قرار می گیرند به رابطه پزشک- بیمار بهای بیشتری داده شود. گنجاندن نحوه مقابله با دوره هایی از یاس و افسردگی، که بیمار نیاز به حمایت اجتماعی دارد، در برنامه های مدیریتی این بیماران ضروری است و در این برنامه ها باید دنبال یافتن راههای دیگری برای رضایتمندی بیمار بود. در این رابطه، مهم است که پزشک وضعیت روحی- روانی بیماران خود را بداند و آنها را فعالانه در درمانشان دخالت دهد. این مسئله مهم است که بیماران تشویق شوند که با علاقه مندی در فعالیت های ورزش شرکت کرده و بجای سوگواری توانایی های از دست رفته، از

زندگی باقیمانده خود بطور کامل لذت ببرند. افتراق بین داشتن یک بیماری و یک شخص بیمار بودن

بسیار مهم و حیاتی است. ما باید به بیماران خود کمک کنیم که بجای توجه به مشکلات غیر قابل درمان، توجه و انرژی خود را روی نتایج مثبت درمان متمرکز کنند و دنبال بهترین زندگی باشند. بوضوح نشان داده شده است که وضعیت روانی بیماران و ارتباطشان با بیماری و محدودیت هایشان، اثر حتمی روی پیش

آگهی طولانی مدت، نه تنها از نظر تحرک و کیفیت زندگی بلکه از نظر حفظ ساختمان مفصلی دارد.

یک پزشک دقیق باید از بدترین عارضه بپرهیزد:

آسیبی که توسط کلمات (گفته های پزشک به بیمار) ایجاد می شود.