

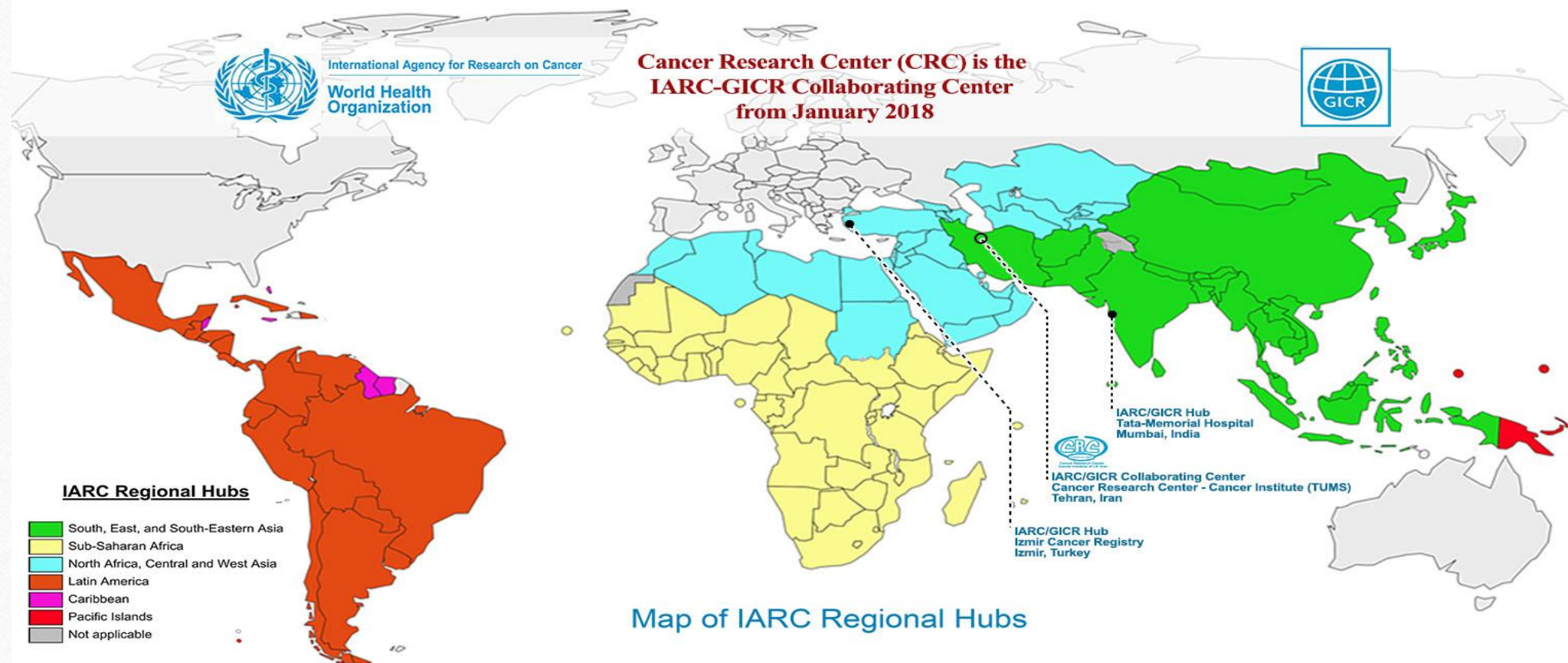
مراقبت خانواده محور در سرطان پستان

ارائه دهنده

دکتر مرضیه بیگدلی شاملو

دکترای پرستاری

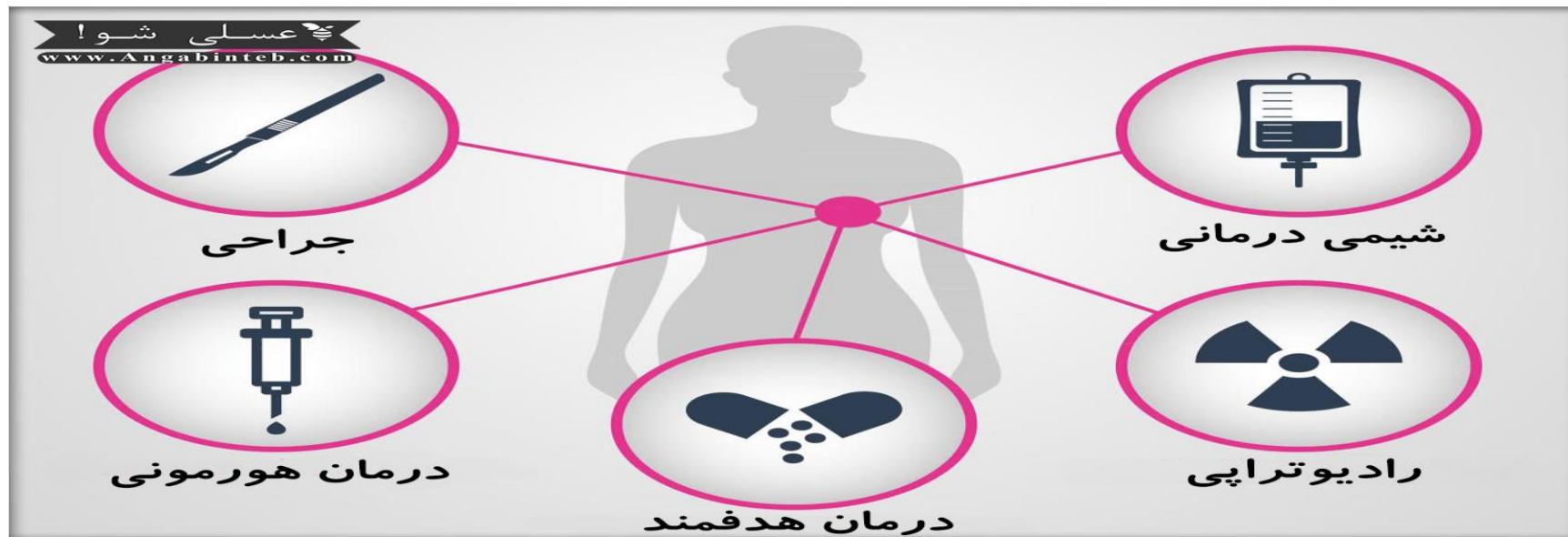
اپیدمیولوژی سرطان پستان



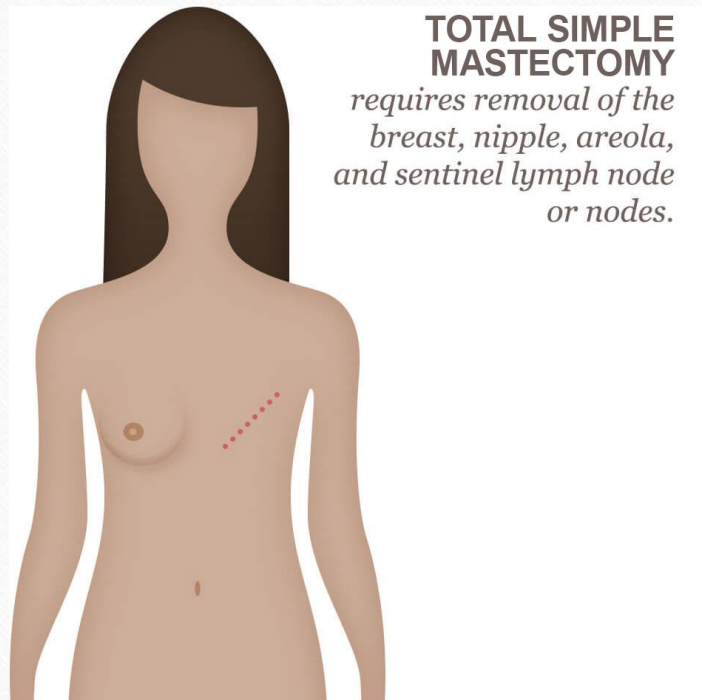
ویژگی های دموگرافیک و زمینه ای



درمان سرطان پستان



ماستکتومی



عوارض جسمی ماستکتومی

❑ درد

❑ بی حسی اسکار

❑ لنف ادم

❑ تجمع سروما

نقش ماستکتومی در تغییر تصویر ذهنی بیمار

- تصور از دست دادن قدرت باروری
- از دست دادن عدم جذابیت جنسی
- از دست دادن فمینیستی
- از دست دادن هویت

نقش ماستکتومی در بروز اختلالات خلقی بیمار

- افسردگی
- اضطراب
- پر خاشگری
- سوء رفتار
- خودکشی

نقش ماستکتومی بر روابط زوجین

- کاهش لیبیدو
- مقصردانستن همسر
- سرطان رابطه

نقش ماستکتومی در بروز اختلالات روانی در همسران زنان تحت ماستکتومی

- ترس از دست دادن بیمار
- نگرانی بابت عود مجدد سرطان
- ناراحتی بابت به هم خوردن ظاهر فیزیکی بیمار
- احساس گناه

□ نقش همسران زنان تحت ماستکتومی در سازگاری بیمار

□ در مواجهه با ماستکتومی حمایت همسر نقش کلیدی را در سازش زن با سرطان پستان دارد .

تعریف سازش و سازگاری

- ❑ **سازش:** تغییرات مداوم و تلاش‌های شناختی و رفتاری در جهت مدیریت تقاضاهای درونی یا بیرونی.
- ❑ بیانگر تأثیر متقابل بین افراد و محیط آن‌ها هست.
- ❑ **سازگاری** به عنوان این فرآیند و تطابق به عنوان نتیجه این فرآیند توصیف شده است.
- ❑ در طی فرایند سازگاری، دیدگاه شخصی فرد به جهان پیرامون خود دوباره برقرار می‌گردد مثل معنی گرفتن زندگی و دیدگاه مثبت به آن.
- ❑ سازگاری یک فرآیند ذهنی است و سازه چندبعدی است. بروز ناتوانی جسمی می‌تواند بالقوه دامنه‌ای از حیطه‌های اجتماعی، محیطی، فیزیکی و روان‌شناختی افراد را تحت تأثیر قرار دهد.
- ❑ سازگاری درواقع یک فرآیند شناختی است که در طی آن فرد نیازها و اشاره‌ای مختلف متعاقب بیماری را هدایت و با آن مقابله می‌نماید و این فرآیند در یک بستر اجتماعی شکل می‌گیرد.
- ❑ بنابر این هر دو عامل استرس و متغیرهای سازگاری بر کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار است.

ابعاد سازگاری

- فیزیولوژیک
- درک از خود
- ایفای نقش
- به هم وابستگی

نقش سازگاری در بهبودی جسمی و روحی بیمار

- در صورت سازگاری بیشتر امید به بهبودی ، درمان بیمار و کیفیت زندگی بهبود می یابد.

پیامدهای عدم سازگاری

- اتلاف انرژی توسط بیمار و خانواده
- خستگی
- احساس شکست
- پرخاشگری
- افسردگی

-
- طبق مدل لوتئال بیماران بادیدگاه منفی تر دارای طول مدت بیشتر بیماری توام باعوارض بیشتر هستند.

نقش پرستاران در سازگاری بیمار و خانواده هایشان با بیماری

- پرستاران به عنوان افراد حرفه‌ای در گروه درمان نقش مهمی جهت بیماریابی، مراقبت، توان بخشی و ایجاد سازگاری با موقعیت جدید و کاهش فشارهای روحی افراد دارند.
- پرستاران نقش مهمی در احساس آرامش و راحتی، امنیت، و اعتماد آن ها دارد و سازگاری بیمار و خانواده‌شان را با بیماری سرعت می‌بخشند.
- در صورت شناسایی و رفع مشکلات جسمی و روحی همسران و خانواده علاوه بر خانواده، بیمار هم از مزایای آن که مهم‌ترین آن تطابق است سود می‌برد.
- پرستاران باید محرک ها را کاهش و سازگاری را افزایش دهند.

مراقبت خانواده محور

- مراقبت بیمار و خانواده محور رویکردی برای برنامه ریزی، ارائه و ارزیابی مراقبت های بهداشتی است که مبتنی بر مشارکت های سودمند متقابل بین ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، بیماران و خانواده ها است. این روابط در مراقبت های بهداشتی را با تأکید بر همکاری با افراد در هر سنی، در تمام سطوح مراقبت و در تمام محیط های مراقبت های بهداشتی بازتعریف می کند. در مراقبت بیمار و خانواده محور، بیماران و خانواده ها «خانواده» خود را تعریف می کنند و تعیین می کنند که چگونه در مراقبت و تصمیم گیری شرکت خواهند کرد. هدف اصلی ارتقای سلامت و رفاه افراد و خانواده ها و حفظ کنترل آنها است.

مراقبت خانواده محور

- مراقبت خانواده محور در پی محرز شدن نقش اساسی خانواده ها در سلامت و بهبودی بیماران ایجاد شد. مراقبت خانواده محور به عنوان یک رویکرد ابتکاری برای برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی مراقبت های بهداشتی تعریف می شود که بر همکاری متقابل بیماران، خانواده ها و مراقبین بهداشتی بنا نهاده شده است

نقش‌های خانواده در برنامه مراقبت خانواده محور

- خانواده به عنوان معلم
- خانواده به عنوان ارائه دهنده خدمات سلامت
- خانواده به عنوان مشاور

- به دلیل قوانین فرهنگی، وابستگی قوی خانوادگی و عقاید مذهبی، اعضای خانواده معمولاً با تمام قوا در پی فراهم کردن سطح بهتری از مراقبت برای عزیزان خود هستند. این عشق و علاقه ای است که به دلیل ارتباط نزدیک خانوادگی و ارزشهای فرهنگی و مذهبی نشاءت میگیرد و آنها را به یکدیگر متصل میکند. برای این دلیل، اعضای خانواده به دنبال بهترین روشهای مراقبت از عزیزان خود هستند تا آنها را در مقابل بیماری و دردهای آن محافظت کنند و به آنها کمک کنند تا با نیروی کافی بهبود یابند.

What is a 'family'?



- "خانواده" به معنای هر شخص یا افرادی است که نقش مهمی در زندگی یک فرد ایفا می کنند. این ممکن است شامل شخص یا اشخاصی باشد که از نظر قانونی با فردی که به عنوان وکیل فعالیت می کنند، مرتبط نیستند. اعضای «خانواده» شامل همسران، شرکای خانگی، و افراد مهم زندگی هستند. "خانواده" شامل والدین یا والدین یک بیمار خردسال، صرف نظر از جنسیت هر یک از والدین می شود. صرفاً برای اهداف سیاست ملاقات، مفهوم والدین باید به طور آزادانه و بدون محدودیت به عنوان شامل والدین قانونی، والدین خوانده، والدین همجنس، والدین ناتنی، کسانی که در loco parentis (به جای والدین) خدمت می کنند، و سایر اشخاصی که کار می کنند تعبیر شود در نقش های سرپرست

- مفاهیم اصلی مراقبت بیمار و خانواده محور
- **احترام و کرامت.** پزشکان مراقبت های بهداشتی به دیدگاه ها و انتخاب های بیمار و خانواده گوش می دهند و به آنها احترام می گذارند. دانش، ارزش ها، باورها و زمینه های فرهنگی بیمار و خانواده در برنامه ریزی و ارائه مراقبت گنجانده شده است.
- **به اشتراک گذاری اطلاعات.** پزشکان مراقبت های بهداشتی اطلاعات کامل و بی طرفانه را با بیماران و خانواده ها به روش های تأییدکننده و مفید به اشتراک می گذارند. بیماران و خانواده ها اطلاعات به موقع، کامل و دقیق را به منظور مشارکت موثر در مراقبت و تصمیم گیری دریافت می کنند.
- **مشارکت. بیماران و خانواده ها** در شرکت در مراقبت و تصمیم گیری در سطحی که انتخاب می کنند تشویق و حمایت می شوند.
- **همکاری.** بیماران، خانواده ها، پزشکان مراقبت های بهداشتی، و رهبران مراقبت های بهداشتی در توسعه، اجرا و ارزیابی سیاست ها و برنامه ها همکاری می کنند. در طراحی تاسیسات؛ در آموزش حرفه ای؛ و در تحقیق؛ و همچنین در ارائه مراقبت

نقش خانواده

- در حالی که روش‌های خاص اجرای رویکرد مراقبت خانواده‌محور از یک مرکز به مرکز دیگر متفاوت است، رویه‌ها تقریباً مشابه هستند. هنگام پذیرش، بیمار معمولاً یک یا دو نفر را تعیین می‌کند که به عنوان "شریک مراقبتی" اولیه آنها خدمت کنند. کارکنان پذیرش در مورد دلایل پذیرش با بیمار و "همیاران مراقبتی" آنها و اینکه چه معیارهای بهداشتی برای ترخیص بیمار مورد نیاز است صحبت می‌کنند.

- سپس «شرکای مراقبت» به‌طور پیچیده توسط کل تیم مراقبت‌های بهداشتی شرکت‌کننده، از جمله پزشکان، پرستاران، متخصصان تغذیه، مددکاران اجتماعی و غیره درگیر مراقبت از بیمار می‌شوند. در هر مرحله، "شرکای مراقبتی" و بیماران با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی درباره نتایج آزمایش، وضعیت سلامت فعلی بیمار، نوع چیزهایی که در طول روز انتظار می‌رود و اهداف ترخیص صحبت می‌کنند. از "همکاران مراقبت" دعوت می‌شود تا در مداخلات پرستاری از جمله حمام کردن، تغذیه، کمک به پرسنل پرستاری در جابجایی بیمار و کمک به بیمار در ورزش یا حرکت در اطراف واحد شرکت کنند. از "شرکای مراقبت" نیز دعوت می‌شود تا، بازخورد ارائه دهند و سوالاتی را که منعکس‌کننده خواسته‌ها یا نگرانی‌های آنها و بیمار است بپرسند.

عوامل موثر بر عملکرد خانواده در اجرای مراقبت خانواده محور

- الف) هوش هیجانی – اجتماعی خانواده
- ب) نیاز درک شده توسط خانواده
- ج) توانایی اقتصادی خانواده

در بررسی و شناخت خانواده عوامل زیرباید مدنظر قرار گیرد

❖ الف) محیط خانواده

❖ ب) شیوه زندگی خانواده

❖ ج) ساختار خانواده

مزایا و معایب مراقبت خانواده محور

- مراقبت خانواده محور به عنوان یک مفهوم مهم در مراقبت های بهداشتی در پایان قرن بیستم ظهور کرد. اما اجرای مراقبت خانواده محور با مشکلات مختلفی مواجه شد. قبل از اوایل دهه ۱۹۹۰، رابطه بین ارائه دهندگان مراقبت و بیماران بسیار دور بود. مدل سنتی مراقبت بر پزشکان متمرکز بود و انتظار داشت که بیماران و خانواده‌هایشان نقشی منفعل به عنوان یک ناظر و نه مشارکت کننده داشته باشند. شفا تا حد زیادی به عنوان یک امر انتزاعی یا تجاری تلقی می شد. درخواست های ویژه توسط بیمار به عنوان تداخل در ارائه مراقبت های آنها و یا حتی به عنوان آسیب رساندن به سلامت آنها تلقی می شد. ایده های مدرن مانند ویزیت آزاد یا شرکای مراقبت تقریباً ناشناخته بودند و به طور کلی به عنوان غیرممکن رد شدند. این امر با اجرای سازمان های حفظ سلامت، که با موفقیت در افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی دهه ۱۹۷۰ به قیمت رابطه بیمار و کارمند مراقبت های بهداشتی حاکم شد، ترکیب شد

- بسیاری از کارهای اولیه در مورد مراقبت خانواده محور از زمینه های پزشکی اطفال و سالمندان پدیدار شد. به عنوان مثال، هنگامی که تحقیقات در مورد تأثیرات جداسازی کودکان بستری در بیمارستان از خانواده‌هایشان آشکار شد، بسیاری از مؤسسات مراقبت‌های بهداشتی شروع به اتخاذ سیاست‌هایی کردند که از اعضای خانواده برای حضور شبانه روزی با فرزندشان استقبال می‌کردند. با افزایش آگاهی در مورد اهمیت برآوردن نیازهای روانی-اجتماعی و کل نگر نه تنها کودکان، بلکه همه بیماران، مدل مراقبت خانواده محور به عنوان یک مدل مداخله عاقلانه شروع به پیشرفت جدی کرد. در ایالات متحده، این امر توسط قوانین فدرال در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ تشویق شد که اعتبار بیشتری در مورد اهمیت اصول خانواده محور ارائه کرد.

- با شروع در اواسط دهه ۱۹۹۰ (اگرچه عناصر مراقبت خانواده محور در اوایل دهه ۱۹۸۰ ظاهر شد)، اما، این وضعیت شروع به تغییر کرد. مطالعات نشان داد که بسیاری از مضرات فرضی مراقبت خانواده محور ناچیز بوده، توسط تحقیقات پشتیبانی نمی شود، یا نادرست است. مطالعه ای که در سال ۲۰۰۱ انجام شد نشان داد که ویزیت باز تأثیر کمی بر پارامترهای فیزیولوژیکی مانند ضربان قلب، فشار خون، تعداد تنفس، آریتمی های قلبی و فشار بین جمجمه ای دارد. در واقع، شواهد نشان می دهد که سطوح اضطراب و سلامت کلی قلبی عروقی پس از اجرای مراقبت خانواده محور تأثیر مثبتی داشته است، که منجر به مداخلات پزشکی کمتری (به ویژه درمان های فیزیکی یا شیمیایی) می شود. یکی دیگر از حوزه های نگرانی، کنترل اسپتیک و عفونت، نشان می دهد که تا زمانی که بازدیدکنندگان بیمار در مورد روش های آسپتیک مناسب (مانند شستن دست ها و استفاده از ژل ضد عفونی کننده دست) آموزش ببینند، نتایج کنترل عفونت تحت تأثیر ویزیت نامحدود قرار نمی گیرد

- مراقبت از بیمار نیز تأثیر مثبتی داشت. نرخ تخلیه در تسهیلات با مراقبت خانواده محور به طور قابل توجهی کاهش یافت. در یک مطالعه، مشخص شد که بیمارانی که مراقبت‌های خانواده محور را دریافت می‌کنند، به احتمال زیاد معیارهای برنامه‌های مراقبت پزشکی و پرستاری (مانند نوشیدن X مقدار مایعات در هر هشت ساعت، انتقال از ساکشن NP به ساکشن لامپ، یا اندازه‌گیری دریافت/خروجی بیمار)، همانطور که خانواده بیمار تشویق یا کمک به بیمار در دستیابی به این اهداف را بر عهده گرفتند. خانواده و دوستان نزدیک احتمال بیشتری داشت که تغییرات جزئی را در سلامت روانی یا جسمی بیمار شناسایی کنند که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی که تا حد زیادی با بیمار ناآشنا هستند ممکن است از آن غافل شوند. علاوه بر این، در حالی که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در کار خود بسیار با استعداد هستند، مشاغل آنها به طور کلی توسط دیوارهای مرکز مراقبت‌های بهداشتی محدود می‌شود، در حالی که خانواده بیمار اینطور نیست. عضوگیری از خانواده بیمار به عنوان بخشی از تیم مراقبت‌های بهداشتی به توانایی آنها برای کمک، مدیریت و ارزیابی بهبودی بیمار پس از ترخیص از مرکز مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌کند.

- مطالعه‌ای که در بیمارستان کودکان دانشگاه ویرجینیا انجام شد نشان داد که اشتراک‌گذاری اطلاعات و مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار (از طریق مدل مراقبت خانواده‌محور که قبلاً توضیح داده شد) دارای اثرات زیر است:

- افزایش رضایت کارکنان به دلیل کاهش تماس‌های تلفنی توسط نیروهای امنیتی در شب؛

- سازگاری بهبود یافته اطلاعات داده شده به اعضای خانواده؛

- کاهش بار کار بالینی؛

- افزایش قابل توجه نمرات رضایت بیمار در مقیاس پرس-گینی در حوزه‌های اسکان و آسایش بازدیدکنندگان، اطلاعات ارائه شده به خانواده، نگرش کارکنان نسبت به بازدیدکنندگان، و ایمنی. و احساس امنیت در بیمارستان

- مطالعه ای که در هشت بیمارستان انجام شد نشان داد که اجرای دوره‌های خانواده محور، مداخله ای برای استانداردسازی ارتباطات بین خانواده ها و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، میزان خطاهای پزشکی مضر را کاهش می دهد.
- یک مطالعه تحقیقاتی که در سال ۲۰۱۵ در دانمارک منتشر شد، تأثیر حمایت پرستاری را بر والدین کودکان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه کودکان بررسی کرد. این مطالعه منجر به افزایش رضایت والدین از حمایت ارائه شده توسط پرستارانی شد که با NPST آموزش دیده بودند، (کتابچه راهنمای ابزار حمایت از والدین پرستار)



THANK
You! 😊