

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سُبْحَانَ اللَّهِ عَزَّ وَجَلَّ



Palliative Care in Heart patients

Dr. Hossein Bagheri

Shahroud University of Medical Sciences

Faculty of nursing and midwifery

Scope of Problem:

بیماریهای قلبی عروقی مهمترین عامل ناتوانی و مرگ و میر در جهان هستند و سلامتی افراد را در جنبه های مختلف جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی، اقتصادی ... تحت تأثیر قرار می دهند. همچنین توانایی های خودمراقبتی آنان را کاهش می دهند و هزینه های زیادی بر فرد، جامعه و مراقبین سلامتی تحمیل می نمایند.

Scope of Problem:

- **بیماریهای قلبی** اغلب به نارسایی قلبی منجر می شوند که عمدتاً یک بیماری لاعلاج محسوب می گردد و با خستگی شدید و پیشرونده، عدم تحمل به ورزش، احتباس مایعات و تنگی نفس مشخص می گردد.
- پیش آگهی اکثر بیماری های قلبی ضعیف بوده و با بستری های مکرر و مرگ ناگهانی همراه می باشند. به همین خاطر، صاحب نظران، بسیاری از بیماریهای قلبی را جزء **بیماریهای محدودکننده زندگی و هم ردیف بیماران سرطانی** قرار میدهند.

Scope of Problem:

میزان بقاء

بیماری قلبی متوسط \approx بدخیمی:

۱ سال = ۶۶٪

۲ سال = ۵۰٪

۵ سال = ۳۵٪

طبق مطالعات کارآزمایی بالینی اخیر میزان بقاء ۶ ماهه

بیماران مبتلا به بیماری قلبی پیشرفته که وابسته به داروهای

اینوتروپ هستند ۲۲٪ و میزان بقاء ۱ ساله ۱۱٪ و برخی

مطالعات این مقدار را ۶٪ گزارش نموده اند. بنابراین،

ضروری است که بحث در مورد وضعیت سلامت، پیشرفت

بیماری و پیش آگهی آن در اوایل مسیر بیماری آغاز شود.

- Rose EA, Gelijns AC, et al; Randomized Evaluation of Mechanical Assistance for the Treatment of Congestive Heart Failure (REMATCH) Study Group. Long-term use of a left ventricular assist device for end-stage heart failure. N Engl J Med. 2001; 345:1435–1443.
- Rogers JG, Butler Jetal; INTREPID Investigators. Chronic mechanical circulatory support for inotrope-dependent heart failure patients who are not transplant candidates: results of the INTREPID Trial. J Am Coll Cardiol. 2007; 50:741–747.
- Hershberger RE, Nauman D, et al. Care processes and clinical outcomes of continuous outpatient support with inotropes (COSI) in patients with refractory endstage heart failure. J Card Fail. 2003; 9:180–187.



Scope of Problem:

پیشرفت در دانش مربوط به بیماریهای قلبی عروقی منجر به بهبود بقای افراد مبتلا شده است، اما شیوع و بروز این بیماری ها، روند افزایشی دارد و در اغلب موارد درمان این بیماریها به سختی امکان پذیر است. از طرفی، علائم و عوارض ناشی از بیماری و بستری شدن های مکرر در این بیماران، منجر به درگیری بیمار، خانواده و سیستم ارائه خدمات سلامتی به میزان قابل توجه می شود.

Scope of Problem:

بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی اغلب **کیفیت زندگی** ضعیفی دارند. این بیماران علائم پریشانی، اضطراب، افسردگی، ادراک ضعیف، ناتوانی جسمی و آسیب اجتماعی را تجربه می کنند. **شیوع افسردگی** در میان این بیماران **22%** و با **بدتر شدن علائم 42%** برآورد شده است.

Physical

توانایی عملکردی
قدرت / خستگی
خواب و استراحت
حالت تهوع
اشتها
یبوست
درد

Psychological psychiatric

اضطراب
افسردگی
پریشانی
خوشبختی
ترس
شناخت / توجه

QOL

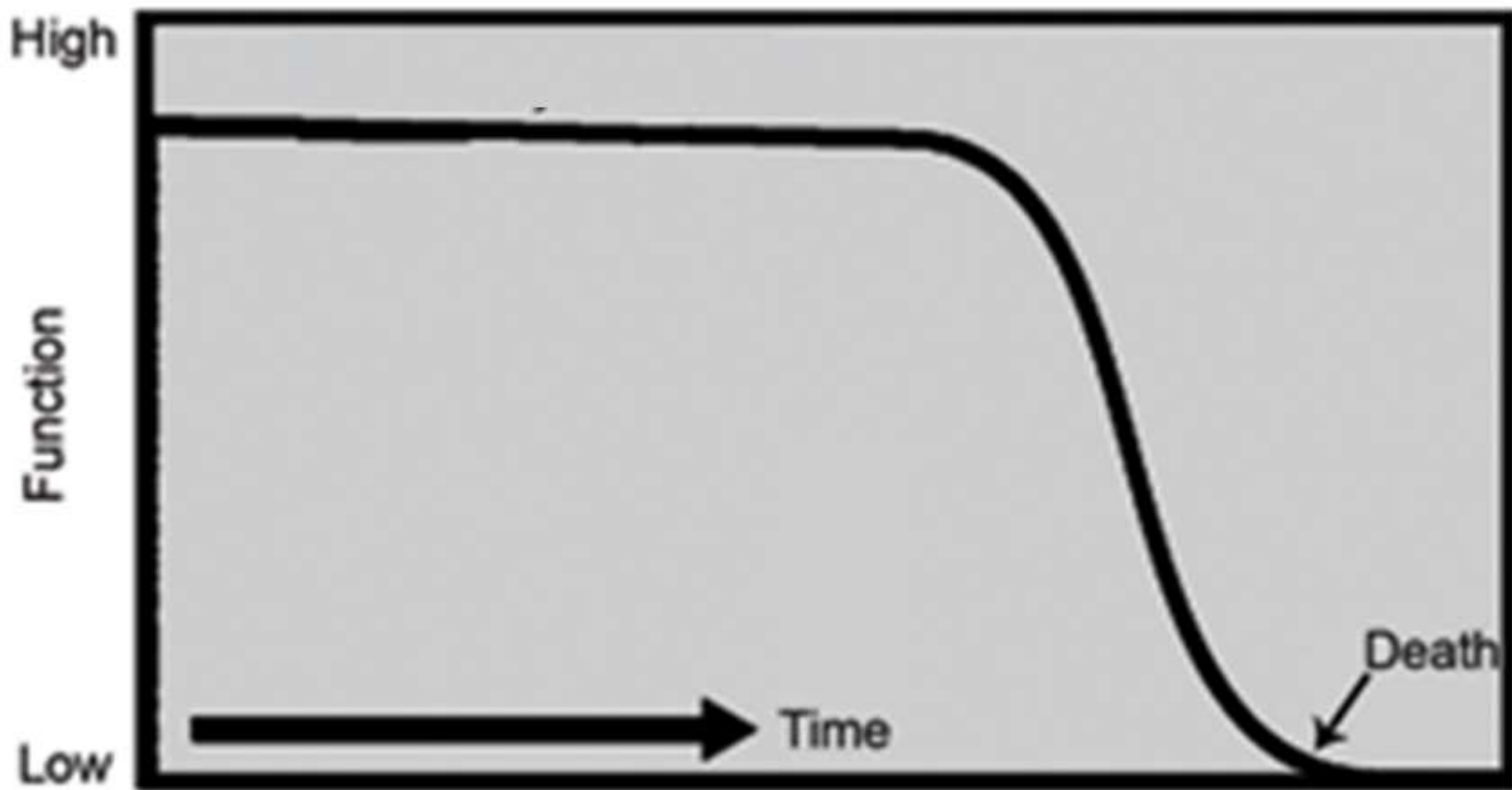
Social

بار مالی
بار مراقب
شغل
روابط عاطفه / عملکرد جنسی
ظاهر

Spiritual/religious

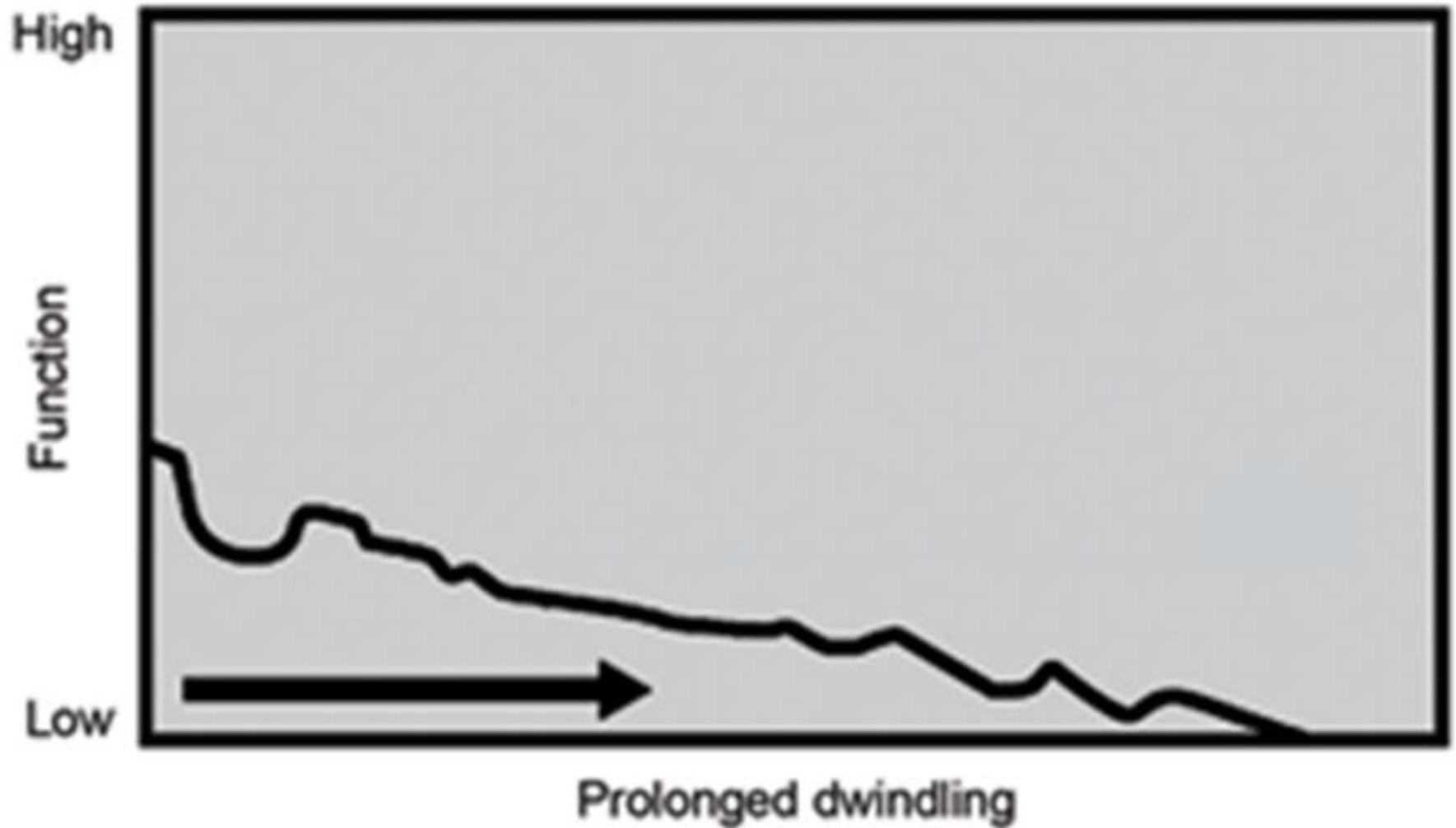
امید
معنی درد
دینداری
تعالی

سیر بیماری های قلبی

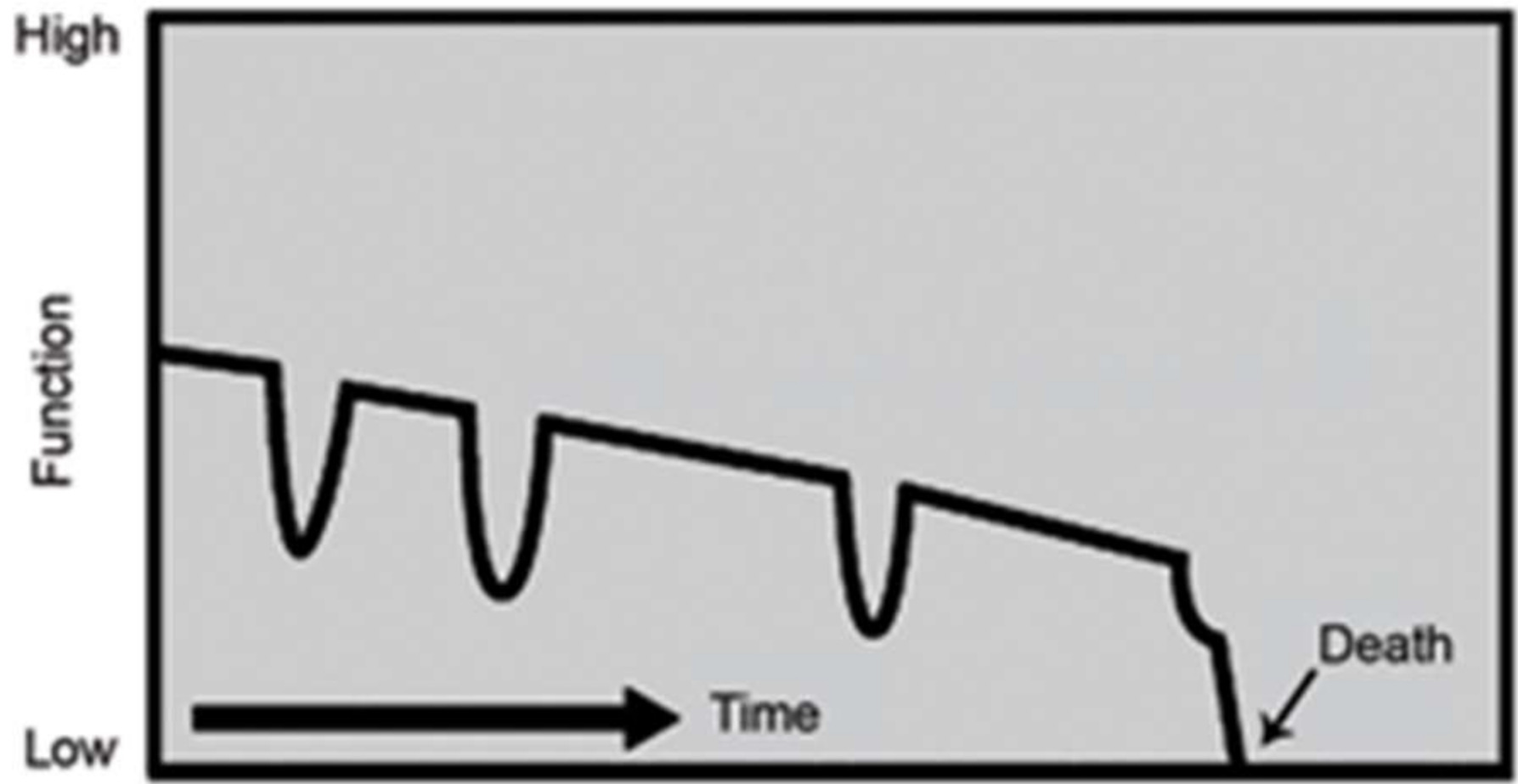


Short period of evident decline

سیر بیماری های قلبی



سیر بیماری های قلبی



Long-term limitations with intermittent serious episodes

Scope of Problem:

- از طرفی، **مراقبین (Caregivers)** بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی برای مدیریت علائم بیشمار بیماران در بیمارستان و منزل، تلاش می کنند. برای **بیماران کودک**، این چالش ها معمولاً به خواهر و برادرها و پدربزرگ ها و مادربزرگ ها نیز کشیده می شود.
- اکثر مراقبین بیماران قلبی، استرس، اختلالات خواب و تجربیات منفی را به دلیل **غیرقابل پیش بینی بودن بیماریهای قلبی** و چالش های فیزیکی و روانی مرتبط در مدیریت بیماری، تجربه می کنند.

Scope of Problem:

بدون شک هدف اولیه مراقبت های بخش های ویژه منجمله **CCU**، نجات و افزایش عمر است. هنگامی که **مرگ بیمار قلبی** در بخش های: اورژانس، **CCU**، **Post** و بخش داخلی قلب، قریب الوقوع یا اجتناب ناپذیر است، بیماران بدون توجه به بیماری اولیه خود، **نیازهای مرتبط با مرگ** دارند و اعضای خانواده با استرس، غم و اندوه پیش بینی نشده مواجه می شوند. در این مرحله، هدف اولیه مراقبت، کاهش درد و رنج بیمار و خانواده وی خواهد بود و **این بخشی از مراقبت تسکینی بیمار** محسوب می گردد.¹⁹

Scope of Problem:

شرایط پیشرونده بیماری های قلبی عروقی اکثرا با یک وضعیت حاد مثل **آنژین ناپایدار، انفارکتوس حاد میوکارد و ایست قلبی**، شروع می شود و نیاز به برنامه ریزی مراقبتی پیشرفته و تسکینی جهت کاهش پیشرفت بیماری و مدیریت علائم جسمی، روانی و اجتماعی در این بیماران ضروری به نظر می رسد.

Palliative Care

مراقبت تسکینی

Curative care

مراقبت درمانی



Hospice care

مراقبت پایان عمر

Palliative Care

مراقبت تسکینی



Palliate = to make less severe

تسکین دادن، پوشاندن، پنهان کردن

در مراقبت های بهداشتی، **Palliate** به معنای
کاهش شدت درد یا بیماری، در کنار یا بدون درمان
اولیه است.

مراقبت تسکینی چیست؟

مراقبت تسکینی رویکردی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده اش می باشد که به همراه درمان اولیه به آنها کمک می کند تا با بیماری و مشکلات ناشی از آن کنار آمده و بتوانند تا آخرین لحظه عمر، زندگی مطلوب خود را داشته باشد.

تفاوت مراقبت درمانی و مراقبت تسکینی

هدف مراقبت درمانی: درمان و افزایش طول عمر بیمار

هدف مراقبت تسکینی: ارتقاء QOL بیمار در ابعاد مختلف

مراقبت درمانی ← بیماری بیمار

مراقبت تسکینی ← خود بیمار صرف نظر از بیماری

Curative and Palliative Care

- **Curative care**
 - Focuses on **quantity** of life

- **Palliative care**
 - Focuses on **quality** of life

Remember this too!



*Palliative care +
curative care*

OR

*Palliative care **alone**,
when curative care
is no longer helpful.*



WHO Definition of Palliative Care

سازمان بهداشت جهانی مراقبت تسکینی را به عنوان رویکردی توصیف می‌کند که کیفیت زندگی **بیماران و خانواده‌هایشان** را که با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی مواجه هستند، از طریق شناسایی، پیشگیری و تسکین زودهنگام علائم و سایر مشکلات جسمی، روانی اجتماعی و روحی آنان، بهبود می‌بخشد.



Palliative Care

در حالت ایده آل، مراقبت تسکینی از زمان تشخیص
بیماری آغاز می شود و تا پایان عمر و حتی پس از
مرگ بیمار ادامه می یابد و لایه ای اضافی از حمایت
را در کنار مراقبت های روتین و درمانی ارائه می دهد.

Scope of Problem:

اکثر بزرگسالان نیازمند مراقبت تسکینی

شامل بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی و

عروقی (۳۱/۵ درصد)، سرطان (۳۴ درصد)، بیماری‌های

مزمن تنفسی (۱۰/۳ درصد)، ایدز (۵/۷ درصد) و دیابت

(۴/۶ درصد) هستند.

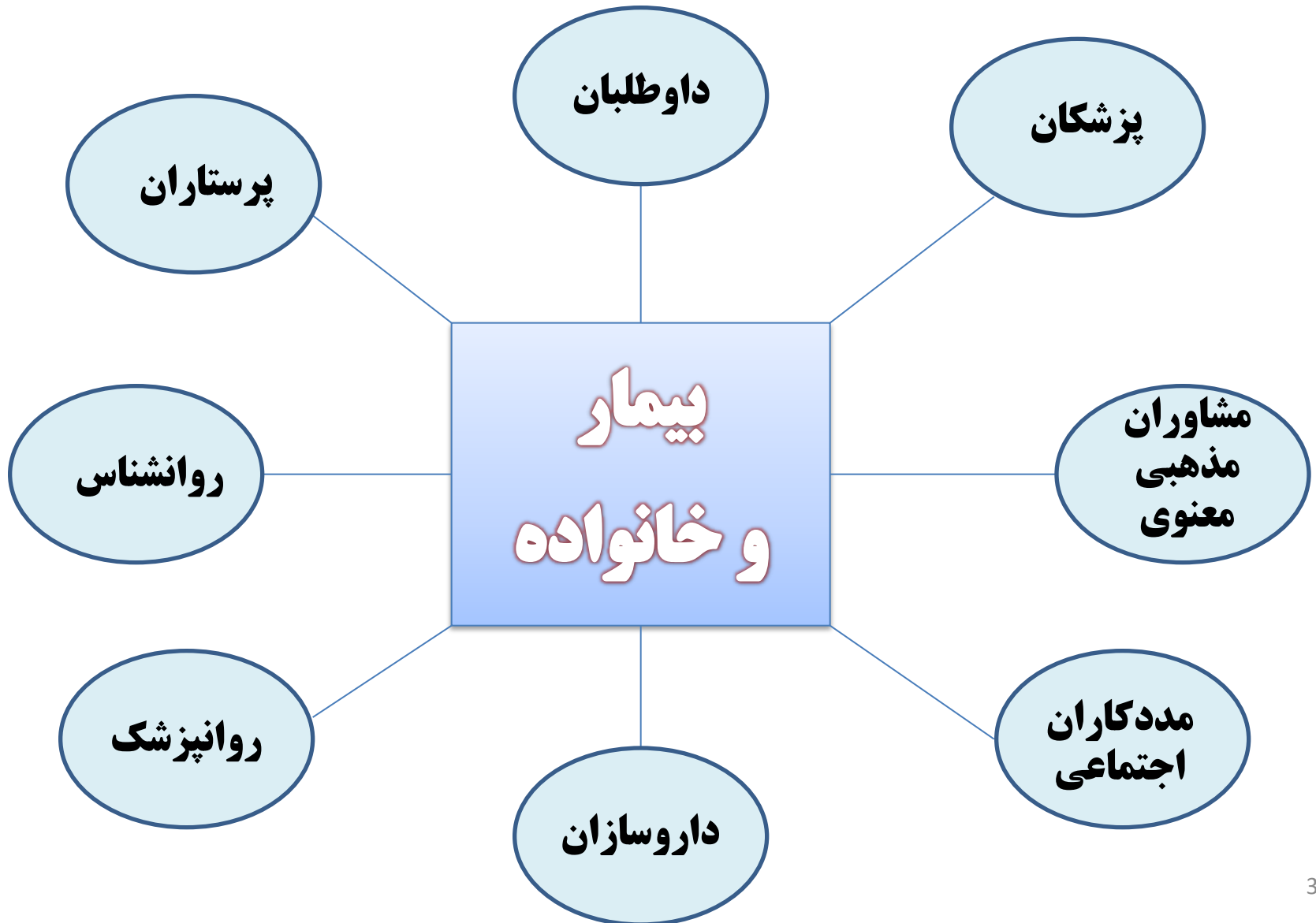
Remember this!

مراقبت تسکینی باعث جلوگیری یا
تسکین علائم و نشانه های بیمار قلبی
می گردد و بدنبال درمان بیماری و
علائم آن نیست.

هشت جنبه کلیدی مراقبت تسکینی



Interdisciplinary group of professionals



Hospice care

مراقبت پايان عمر
(آسايشگاہی)



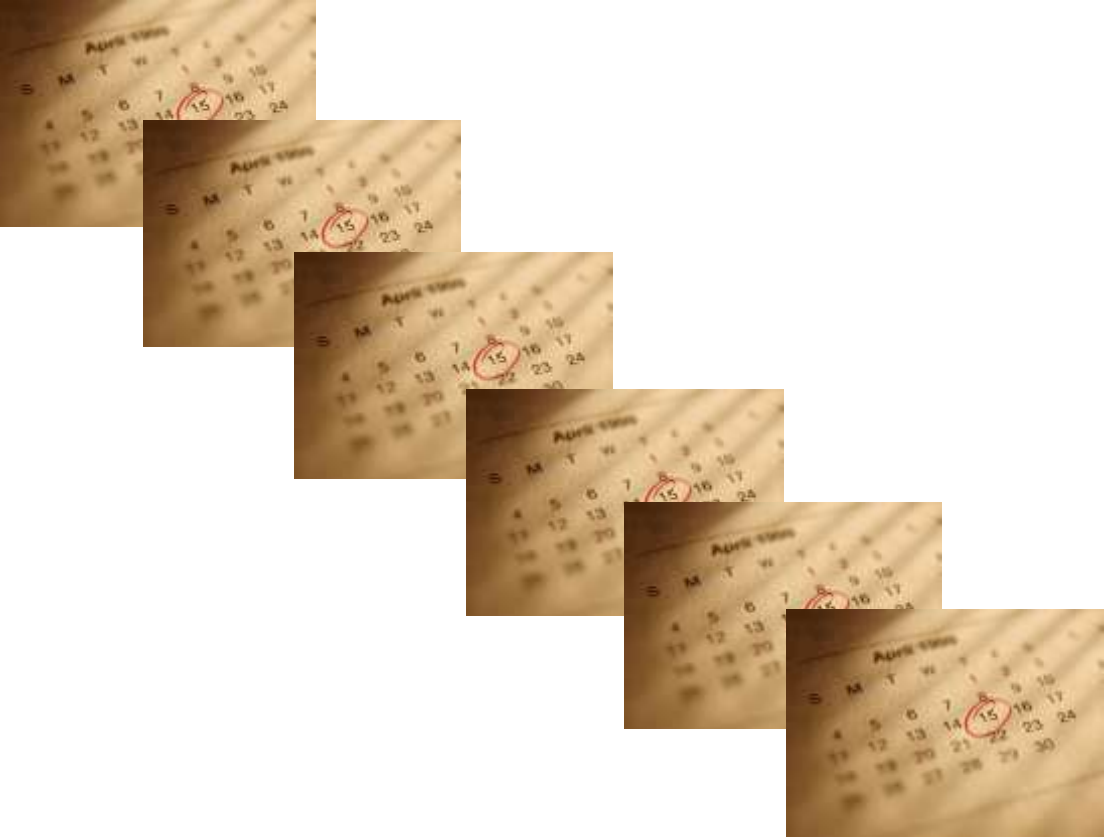
Palliative vs. Hospice Care

- مراقبت **Hospice** نوعی مراقبت تسکینی برای کسانی است که در پایان عمر خود در زمانی که امید به زندگی کمتر از ۶ ماه است به سر می برند.
- ولی مراقبت **Palliative** برای کسانی که از یک بیماری محدود کننده یا تهدید کننده زندگی مانند بیماری قلبی رنج می برند در هر مرحله از بیماری، از زمان تشخیص تا بهبودی و حتی پس از بهبودی یا پس از مرگ ادامه دارد.

Palliative Care

Hospice care

Hospice . . .

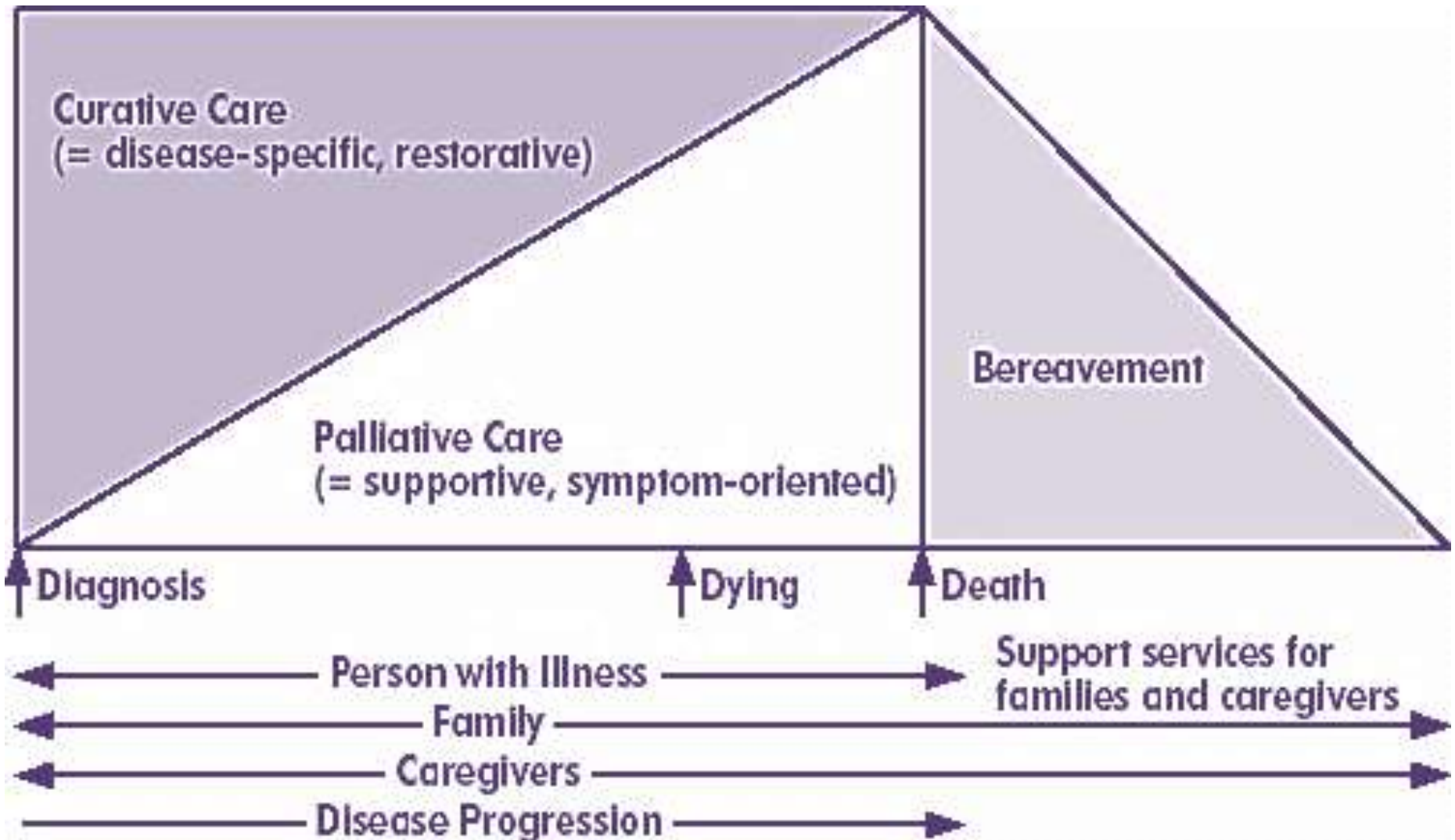


Hospice . . .

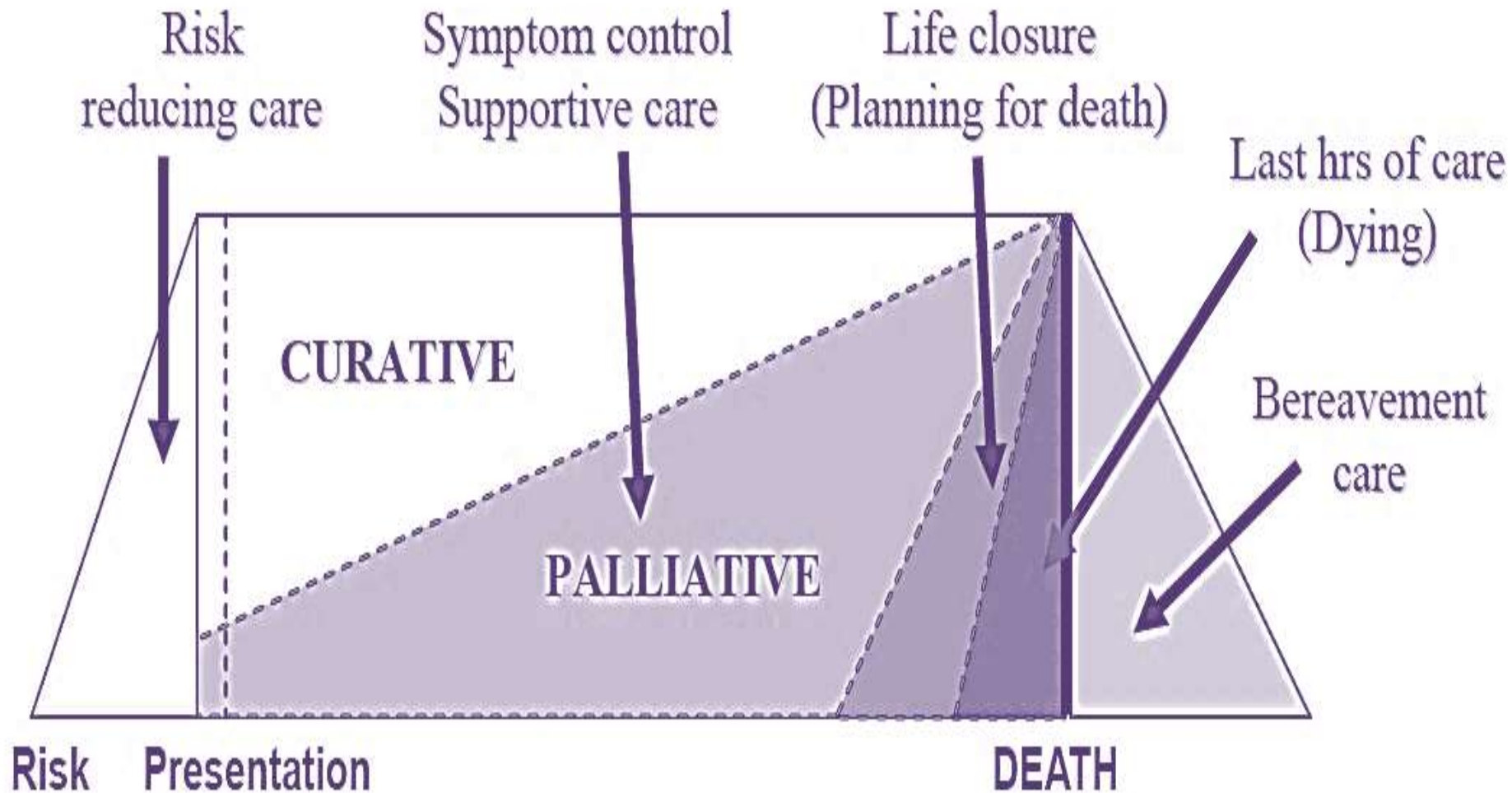


Palliative models of care

2. Integrated Model of Care



3. Trajectory Model of Care



Psychosocial and Spiritual Support

Disease-Focused Care

Comfort-Focused Care

**D
E
A
T
H**

Follow-up

Scope of Problem:

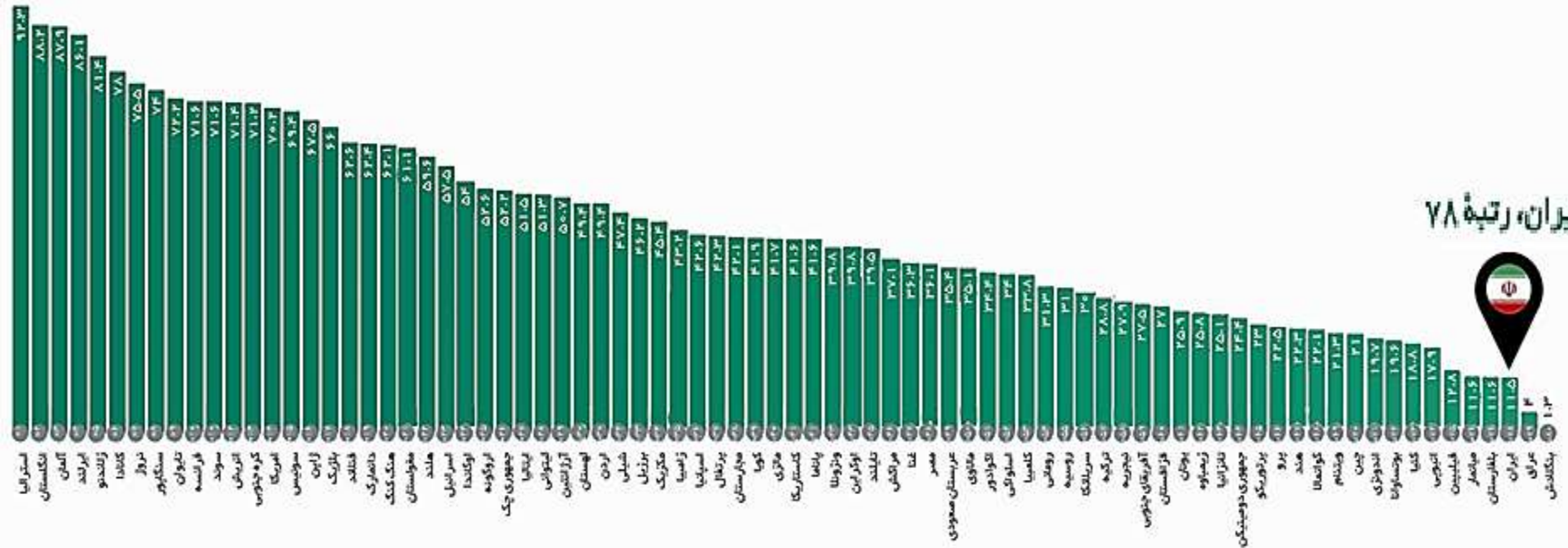
- علیرغم شواهد فزاینده مبنی بر اینکه **مراقبت تسکینی (Palliative care)**، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری قلبی را افزایش می دهد ولی **کمتر از ۱۰٪** این بیماران، خدمات مراقبت تسکینی را در طول بیماری و در بیمارستان دریافت می کنند و بیشتر آنها این خدمات را فقط در **انتهای بیماری (End of life)** دریافت می کنند.

گزارش سالانه موسسه بین المللی نظارت بر مراقبت های تسکینی و WHO

دانش پزشکان و پرستاران از مراقبت های تسکینی چقدر است؟

ایران، رتبه ۷۸

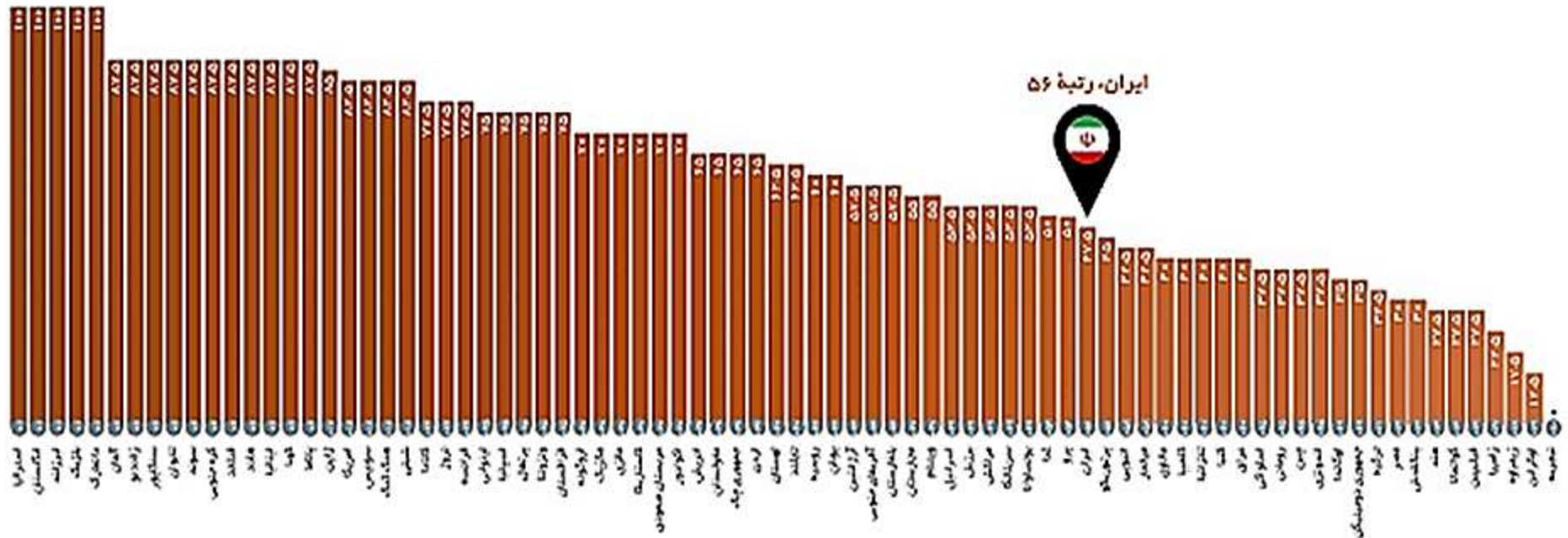
ایران، رتبه ۷۸



گزارش سالانه موسسه بین المللی نظارت بر مراقبت های تسکینی و WHO

دسترسی به مراقبت های تسکینی برای بیمار چقدر هزینه دارد؟

ایران، رتبه ۵۶



مشکلات جسمی در مراقبت تسکینی

Psychologic Issues

درد

درد یکی از شایع‌ترین و جدی‌ترین علائمی است که بیماران نیازمند مراقبت تسکینی آن را تجربه می‌کنند.

۸۰ درصد بیماران مبتلابه ایدز و سرطان،

۶۷ درصد افراد با بیماری‌های قلبی عروقی،

۸۰ درصد بیماران با بیماری انسدادی مزمن ریوی

درد متوسط تا شدید را در زندگی خود تجربه می‌کنند.

درد

مدیریت درد در بیماران مبتلا به بیماریهای حاد و پیشرفته قلبی، یکی از ارکان اصلی مراقبت تسکینی محسوب می گردد.

بررسی درد : معاینات فیزیکی

تظاهرات بالینی عینی درد :

(۱) پاسخهای سمپاتیک

(۲) پاسخهای پاراسمپاتیک

(۳) پاسخهای رفتاری

بررسی درد: معاینات فیزیکی

پاسخهای سمپاتیگ (پاسخهای جنگ یا گریز):

(نسبت به درد حداقل تا متوسط و درد سطحی)

رنگ پریدگی، افزایش فشار خون، افزایش ضربان قلب،

افزایش تنفس، کشش عضلات اسکلتی، گشاد شدن

مردمکها و تعریق

بررسی درد: معاینات فیزیکی

پاسخهای پاراسمپاتیگ

(نسبت به درد شدید یا درد عمقی)

کاهش فشار خون، کاهش ضربان قلب، تهوع و استفراغ، ضعف،

درماندگی، رنگ پریدگی، و کاهش سطح هوشیاری

بررسی درد: معاینات فیزیکی

پاسخهای رفتاری در درد حاد

✓ گلاوی (Vocalization)؛ ناله، گریه، بیخ، نفس زدن

✓ فیبرگلاوی:

■ **حرکات بدنی (Body movement):** بیمرکتی، وضعیتی که بیمار

به خود می گیرد (Gesture)، تکان دادن یا ضربه زدن به نرده های کنار تخت، گرفتن بازوی پرستار، کشیدگی عضلات، اسپاسم عضلانی، افزایش حرکات دست ها و انگشت ها

■ **حالت صورت (Facial expression)** (افخ کردن، درهم

کشیدن صورت، سیگنالهای چشمی)، به هم فشردن دندان ها، چین انداختن پیشانی، گاز گرفتن لب ها، مکه بستن چشم ها و یا دهان، شکلک در آوردن

■ **Social interaction:** کناره گیری از دیگران، کاهش ظرفیت

توجه

بررسی درد: ابزارها

مقیاس های عددی Numeric Rating Scales

درجه بندی مقدار درد توسط چهره (توسط ونگ-پیگر):

بصورت ۶ تا ۸ چهره شماتیک، از چهره خندان تا چهره گریان و

بیشتر برای کودکان، سالمندان، بیماران دچار نقص بینایی یا ذهنی

پرسشنامه درد مک گیل - ملزاک

مقیاس های اختصاصی

Numeric Rating Scale

Visual Analogue Scale (VAS)



پرسشنامه درد مگ گیل (فرم کوتاه شده)

پرسشنامه درد مگ گیل (فرم کوتاه شده) (McGill Pain

Questionnaire-Short Form: (MPQ-SF)) در سال ۱۹۷۵ توسط

Ronald Melzack در کانادا برای سنجش درد بیماران در ابعاد

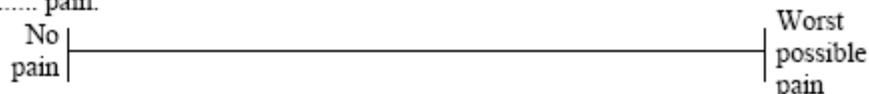
مختلف (حسی، عاطفی، انگیزشی و شناختی) طراحی گردیده است.

I. Pain Rating Index (PRI):

The words below describe average pain. Place a check mark (✓) in the column that represents the degree to which you feel that type of pain. Please limit yourself to a description of the pain in your area only:

		None	Mild	Moderate	Severe	
↑ a ↓	Throbbing	0	1	2	3	
	Shooting	0	1	2	3	
	Stabbing	0	1	2	3	
	Sharp	0	1	2	3	
	Cramping	0	1	2	3	
	Gnawing	0	1	2	3	
	Hot-Burning	0	1	2	3	
	Aching	0	1	2	3	
	Heavy	0	1	2	3	
	Tender	0	1	2	3	
	Splitting	0	1	2	3	
	↑ b ↓	Tiring-Exhausting	0	1	2	3
		Sickening	0	1	2	3
		Fearful	0	1	2	3
Punishing-Cruel		0	1	2	3	

II. Present Pain Intensity (PPI)–Visual Analog Scale (VAS). Tick along scale below for pain:



III. Evaluative overall intensity of total pain experience. Please limit yourself to a description of the pain in your area only. Place a check mark (✓) in the appropriate column:

Evaluative		
0	No pain	
1	Mild	
2	Discomforting	
3	Distressing	
4	Horrible	
5	Excruciating	

IV. Scoring:

		Score
I-a	S-PRI (Sensory Pain Rating Index)	
I-b	A-PRI (Affective Pain Rating Index)	
I-a+b	T-PRI (Total Pain Rating Index)	
II	PPI-VAS (Present Pain Intensity-Visual Analog Scale)	
III	Evaluative overall intensity of total pain experience	

عبارات زیر شدت دردی را که شما احساس می کنید، نشان می دهد و محدود به شانه شما می باشد. لطفاً گزینه مناسب که متناسب با وضعیت درد شما می باشد را انتخاب نمایید.

I. شاخص مقدار درد (PRD): (توصیف درد به ناحیه شانه محدود می باشد)

a				
شدید	متوسط	خفیف	هیچ	
۳	۲	۱	۰	احساس ضربان داشتن یا تپیدن
۳	۲	۱	۰	احساس تیر خوردن
۳	۲	۱	۰	احساس فرو کردن حنجر فرو کردن یک چاقو
۳	۲	۱	۰	احساس تیزی یا فرو کردن یک جسم نوک تیز
۳	۲	۱	۰	احساس پیچش یا انقباضی یا چنگ زدن
۳	۲	۱	۰	احساس کنده شدن یا گاز گرفتن
۳	۲	۱	۰	احساس داغ شدن و سوختگی
۳	۲	۱	۰	درد داشتن
۳	۲	۱	۰	سنگینی
۳	۲	۱	۰	حساس بودن
۳	۲	۱	۰	احساس شکافته شدن محل درد
b				
۳	۲	۱	۰	ناتوان کننده، خسته کننده یا از پای در آورنده
۳	۲	۱	۰	بیمار کننده، تهوع آور یا بیزار کننده
۳	۲	۱	۰	ترسناک و مخوف
۳	۲	۱	۰	بی رحمانه و مجازات کننده

II. شدت درد در حال حاضر (PPI): مقیاس بصری درد (در طول مقیاس زیر درد شانه را بر روی یکی از خطوط مشخص نمایید).

بدون درد

بدترین درد ممکن



III. ارزیابی کلی شدت درد: (توصیف درد به ناحیه شانه محدود می باشد).

لطفاً عبارت مناسب با وضعیت خود را مشخص نمایید.

نمره	IV. نمره دهی (امتیازات)
	I-a شاخص رتبه حسی درد
	I-b شاخص رتبه عاطفی درد
	Ia+b شاخص رتبه کل درد
	II شدت درد در حال حاضر (بررسی مقیاس بصری درد)
	III ارزیابی کلی شدت درد

ارزیابی	
۰	بدون درد
۱	خفیف
۲	ناراحت کننده
۳	پریشان کننده همگین کننده، ترس آور
۴	وحشت آور مخوف
۵	شکنجه آور مشقت بار

اقدامات دارویی

در زمینه مدیریت

درد

انواع ضددردها

■ **آگونیست های مخدر و آگونیست- آنتاگونیست های مخدر**

(برای رهایی از دردهای شدید مرکزی)

در صورت نیاز، طبق دستور داروهای اپیوئید را بر اساس جداول مربوط به عملکرد کلیه مورد استفاده قرار دهید.

■ **غیرمخدرهای ضد تب، ضد التهاب (برای دردهای محیطی مانند**

دردهای عضلانی، سردردها، و دردهایی با منشأ التهابی)

■ در مراقبت تسکینی از بیماران قلبی احتیاط لازم در مصرف NSAID را

بکارگیرید و تا حد امکان اجتناب کنید (باعث احتباس آب و نمک و بدتر شدن

عملکرد کلیه می شوند).

مداخلات غير تقابلي

مميزيت

Noninterventional
techniques

تعلیم اتوژنیک Autogenic training

آموزش تکنیک آرام بخشی و کنترل فیزیولوژیکی توسط سیستمی که خود فرد با تکرار عباراتی (یا بصورت ضبط شده) به خود القاء می کند تا تغییرات ایجاد شده، او را به سمت آرامش و خودکنترلی بکشاند.

ممکن است این روش به بیمارانی که توانایی شرکت هر چه بیشتر را ندارند، به سمت هیپنوتیز راهنمایی شوند.



تعلیم اتوژنیک Autogenic training

۱- سنگینی اعضا: جملات زیر را چندین بار به مدت ۴ دقیقه برای خود تکرار کنید:

دستان من دارند خیلی سنگین می شوند ... دارند سنگین تر می شوند ... بازوهایم دارند سنگین تر و سنگین تر می شوند ...

پاهایم دارند سنگین تر و سنگین تر می شوند. می توانم سنگینی را که در طول دستان، بازوها و پاهایم حرکت می کند، حس کنم. سنگین تر و سنگین تر ...

۲- گرمی در اعضا: چهار دقیقه جملات زیر را برای خودتان تکرار کنید:

دستانم دارند گرم می شوند... دارند گرمتر و گرمتر می شوند ... گرما دارد در طول بازوهایم منتشر می شود. گرمتر و گرمتر، پاها و مچ پاهایم دارند گرمتر و

گرمتر می شوند.

تعلیم اتوژنیک Autogenic training

۳- **تنظیم قلب:** جملات زیر را به مدت چهار دقیقه تکرار کنید.

قلبم دارد کندتر و منظم تر می شود ... دارد کندتر و کندتر می زند ... کندتر و ثابت تر ... ضربان قلبم دارد بیشتر و بیشتر کند می شود کند تر و کندتر

۴- **تنظیم تنفس:** این جملات را نیز به مدت ۴ دقیقه تکرار کنید.

تنفسم کندتر و منظم تر می شود ... کندتر و کندتر ... تنفسم خیلی عمیق، کند و منظم است.

۵- **سردی در پیشانی:** مانند قبل این جملات را تکرار کنید.

پیشانی ام دارد سردتر می شود ... دارد سردتر و سردتر می شود سردتر و

سردتر

در دردهای پس از عمل و دردهای مزمن کاربرد دارد. به عنوان مثال، توسط یک نوار به بیمار آموزش داده می شود که با کنترل تنفس خود، در طی بازدم با شل کردن عضلات در یک آرامش عمیق پیش می رود، که این مسئله برای گروه های عضلات مختلف به طور سیستماتیک، از یک ناحیه بدن به ناحیه بعدی تحقق می پذیرد.

این روش، موجب کاهش مصرف اکسیژن، تعداد تنفس، ضربان قلب، کاهش کشش عضلانی و کاهش فشارخون یا در حد طبیعی ماندن آن می گردد و اضطراب را کاهش داده و شروع خواب را به جلو می اندازد.

تصور ذهنی هدایت شونده Imagery

✱ تجسم، باعث انحراف ذهن بیماران از دردشان می شود. این روش باعث تغییر درک درد در مغز، تقویت آرام سازی و افزایش تولید اندورفین ها در مغز می شود.

✱ این روش ترکیب کردن تنفس آرام و منظم با تصور ذهنی از راحتی و آرامش است.

✱ تصور ذهنی موجب ایجاد صحنه های آرام بخش مانند **کنار ساحل یا چمن زار** در ذهن بیمار می شود.

✱ با شل شدن عضلات در طی بازده یک عکس العمل آرام بخشی فراهم می شود و می تواند شفاف بخش بوده و باعث کاهش درد شود.

✱ در صورتیکه بیماران قادر به تکلم باشند، وادار کردن آنان برای توصیف آنچه را که مجسم می نمایند، می تواند مفید واقع شود.

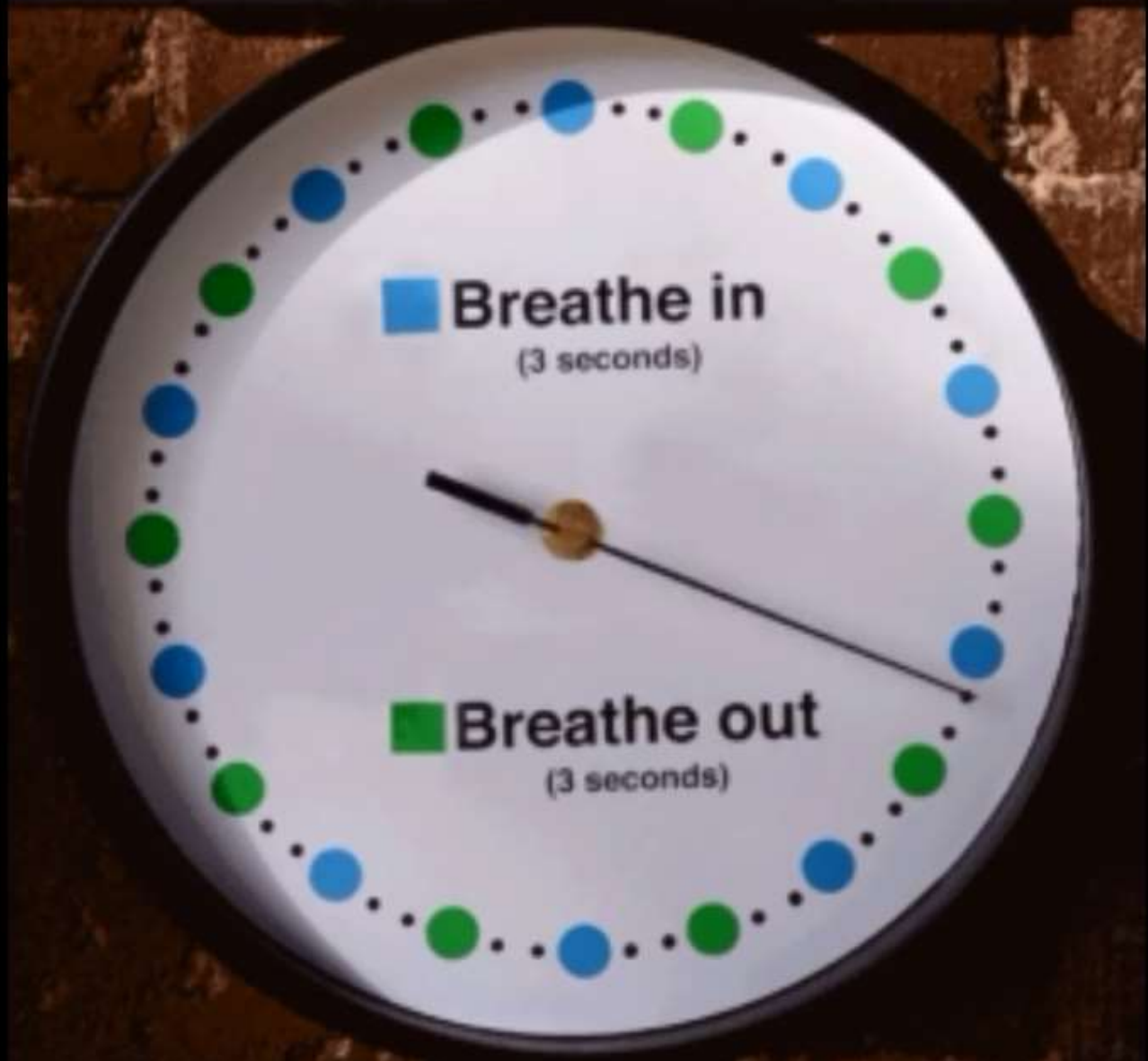


تنفس ریتمیک

تنفس ریتمیک روش آرام بخش و منحرف کننده ذهن است. این روش می تواند با ریتمی مانند موزیک یا تیک ساعت ترکیب شود. این تکنیک نیاز به تمرکز زیادی ندارد، زیرا به یکباره بیمار شروع به این روند می کند، این روش توجه بیمار را از درد دور کرده و به تنفس و ریتم متوجه می نماید.

BREATHING RECALIBRATION STATION

If you feel you're breathing too fast, follow the directions below while focusing on the timer. Do this until your breathing gradually shifts into a slow, effortless rhythm, and take as long as you need before moving on.



شرایط مؤثر Operant conditioning

یک برنامه طراحی شده برای بیماران با سطوح بالای رفتاری نسبت به درد مزمن

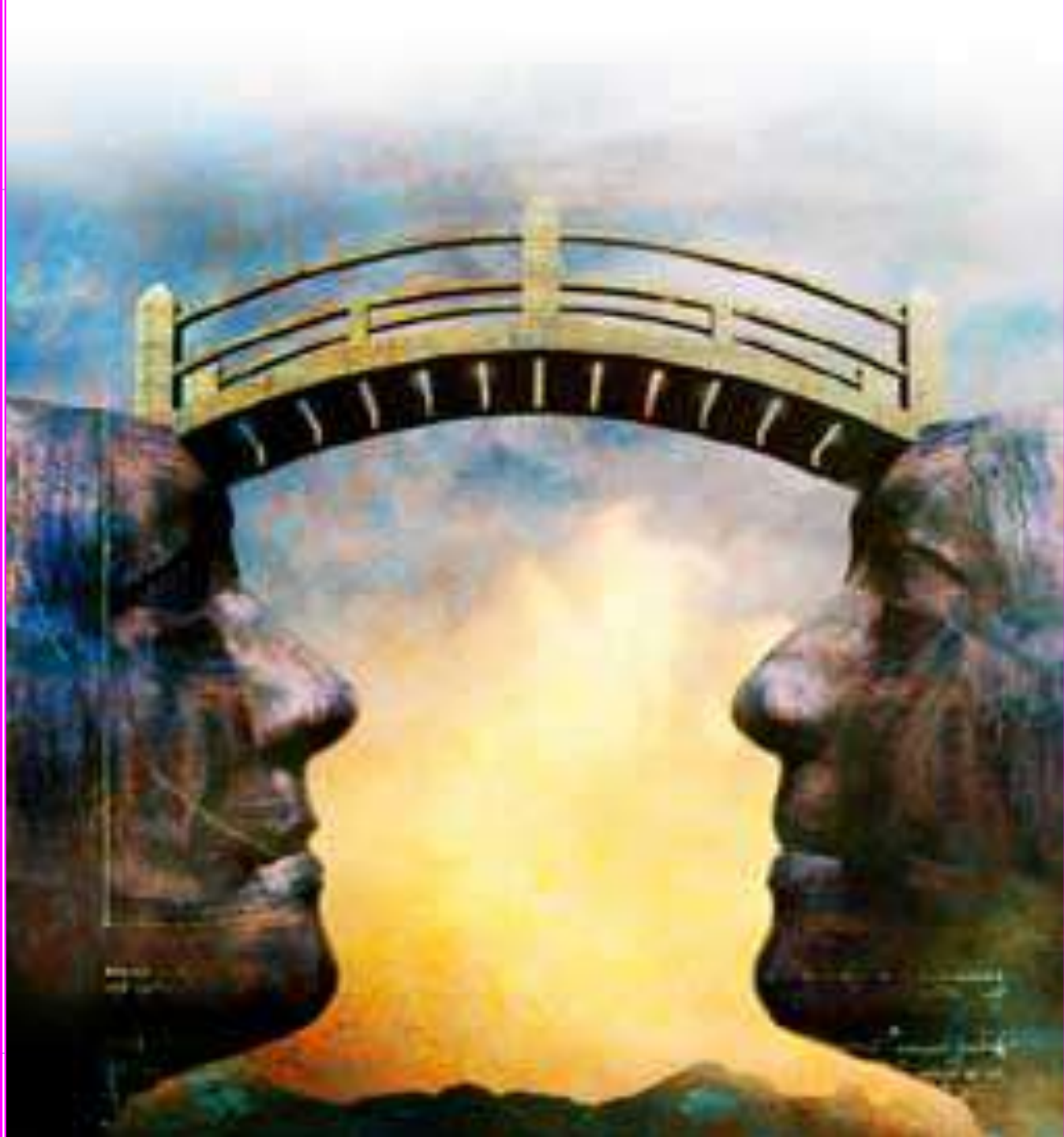
اهداف شرایط مؤثر:

- عدم توجه به توصیفات کلامی و غیر کلامی بیمار نسبت به درد

- توجه به بیمار موقعیکه رفتار دردآوری را توصیف نمی کند.

برقراری ارتباط درمانی

با برقراری ارتباط درمانی با بیمار، تیم درمان می توانند موجب کاهش حس تنهایی در بیمار شوند و می توانند بطور فعالانه انحراف ذهنیت (نسبت به درد) برای بیمار بوجود آورند.



تحریک از طریق پوست Cutaneous stimulation

▶ این تکنیک ترسیم کننده اساس تئوری کنترل دریاچه ای انتقال درد است. تحریک پوستی، فیبرها با قطر ضخیم و کوچک را فعال می کند، که دریاچه نسبت به محرک درد آور بسته می شود. تنوع گسترده ای از محرک شامل گرما، سرما، ماساژ، لرزش و تحریک الکتریکی عصب از طریق پوست می باشد.

▶ ماساژ پشت یک روش خوب در جهت ایجاد تحریک پوستی است.

▶ در این روش این فرضیه حاکم است که تحریک پوستی ممکن است در بدن سبب ترشح از بین برنده های طبیعی درد مثل اندورفین ها و انکفالین شود.





موزیک درمانی Music therapy

موزیک می تواند در جهت پرت کردن حواس بیمار استفاده شود. موقعیکه از این روش استفاده می شود، اطمینان حاصل شود که بیماران اجازه دارند که نوعی از موزیک را انتخاب کنند که برای آنها مناسبترین هست.

انواع نوارها موجود است که حالت آرام بخشی را افزایش می دهد. که شامل صداهای طبیعی مانند صدای پرندگان، آب و باد و باران (باران شدید) است. همچنین این نوارها می تواند به بیمار کمک کند تا فرم هایی از این تصورات را به ذهن بسپارد که این مسئله در کاهش درد مورد استفاده قرار می گیرد.



طب فشاری Acupressure

اصول طب فشاری بر اساس طب سوزنی استوار است. در این مورد، فشار، ماساژ و دیگر تمرکات پوستی از قبیل گرما یا سرما درست در نقاطی که در طب سوزنی از آن یاد شده، بکار برده می شود.

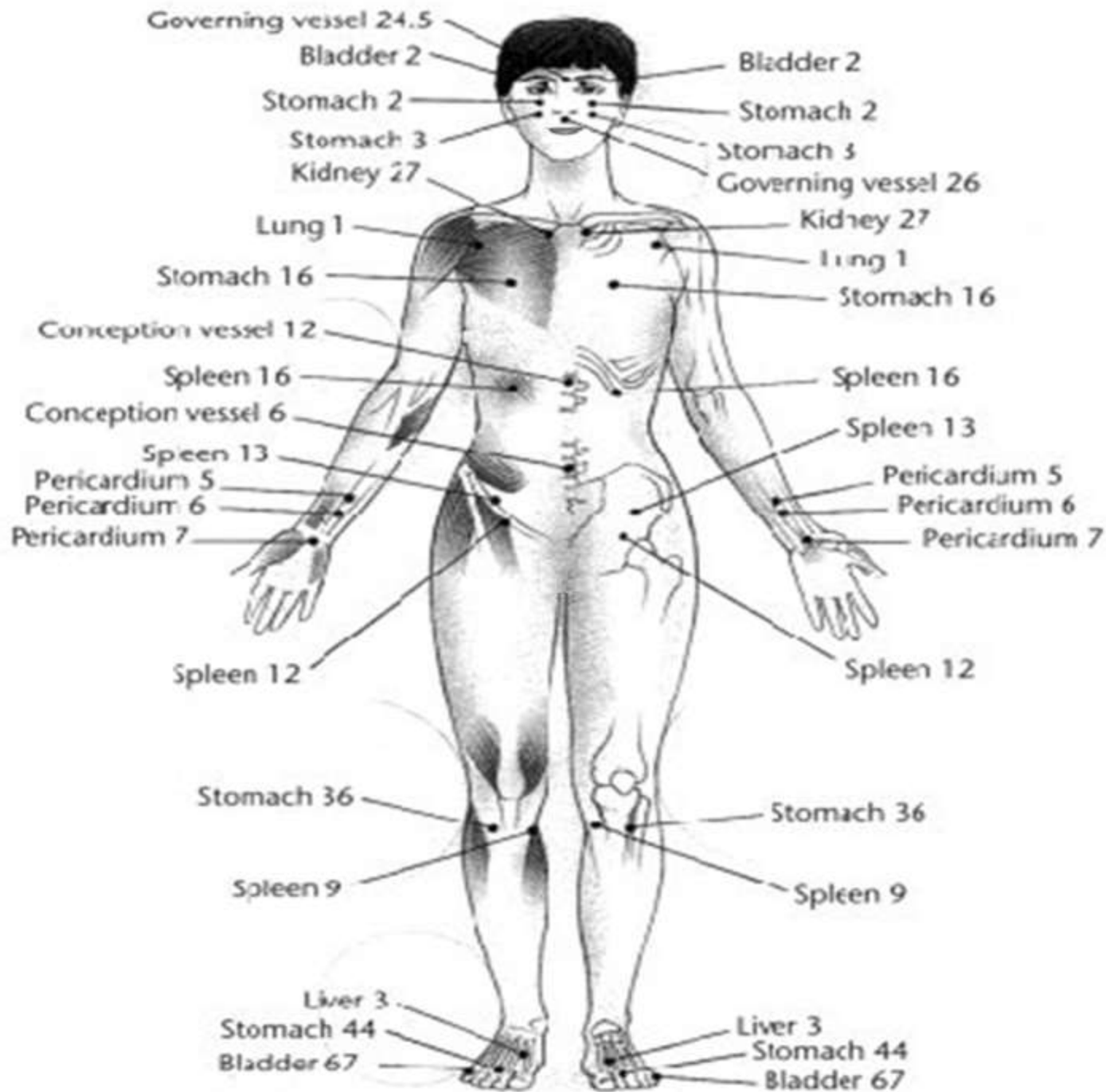
تمرینات به روشهای مختلف انجام می گیرد مانند ماساژ چرخشی، فشار با انگشت شست یا سرما در نقاط فشار می باشد.

انرژی های Yin & Yang

► Yin & Yang دو تا از انرژی هایی هستند که بیشتر در برقراری تعادل و توازن برای عملکرد مناسب بدن نقش دارند.

Yin: معمولاً به سرما، تاریکی و ارگانهای داخلی که به طور معمول جفت هستند، نسبت داده می شود.

Yang: به گرما و روشنایی، حرکت و ارگانهای خارجی که مردانه هستند، شرح داده می شود.



تنگی نفس

- تجویز برونکودیلاتورها و کورتیکواستروئیدهای توصیه شده
- تجویز دیورتیک های و کنترل تعادل مایعات
- در صورت تحمل، اکسیژن درمانی از طریق کانول بینی
- ماسک ها ممکن است به خوبی تحمل نشوند.
- تهویه مناسب هوا در محیط بیمار
- آموزش به بیمار و خانواده تا اقدامات حفظ انرژی را اجرا کنند.

بی‌اشتهایی و یبوست

- ❖ افزایش ارزش غذایی وعده‌های غذایی. ارجاع بیمار قلبی به یک مشاور تغذیه
- ❖ تمیز، بانظم و راحت نگه داشتن محیط بیمار
- ❖ کاهش استرس بیمار در زمان صرف غذا
- ❖ مصرف وعده‌های غذایی کوچک و مکرر
- ❖ تشویق به مصرف مایعات کافی و فیبر غذایی برای جلوگیری از یبوست
- ❖ تشویق بیمار به شستن دست و دهان بعد از هر وعده غذایی

خستگی

- افزایش تدریجی فعالیت بیمار
- برنامه ریزی و اولویت بندی فعالیت ها در زمان های بهینه
- حذف فعالیت هایی که اولویت ندارند.
- انجام فعالیت هایی که انرژی را بازیابی می کنند، مانند موسیقی یا گذراندن وقت در فضای باز در طبیعت
- تشویق خانواده به پذیرش سرعت انرژی جدید بیمار
- داشتن برنامه زمانی منظم خواب و بیداری
- خودداری از خوابیدن دیرتر بعد از ظهر که می تواند خواب شبانه را مختل کند.

موضوعات روانی در مراقبت تسکینی

Psychologic Issues

ارتباط موثر

- اغلب اوقات، ما از گفتن این موضوع به بیمار که علیرغم درمان بهینه، بروز و تشدید علائم و عوارض بیماری، جبران ناپذیر بوده و غیرقابل پیش بینی می باشد، اجتناب می کنیم.
- یا ممکن است بخاطر کمبود مهارت‌های ارتباطی خود، احساس راحتی نکنیم یا نخواهیم که حامل **اخبار بد** باشیم. برای مثال، یک بیمار ممکن است از پرستار بپرسد: "**آیا بیماری من غیرقابل درمان است**" یا "**آیا من دارم میمیرم؟**". می خواهیم خوش بین باشیم و نمی خواهیم که بیمار ناراحت شود.

ارتباط موثر

- با این حال، این به نفع بیمار نیست. مطالعات نشان می دهد که تنها ۳۷ درصد از بیماران مبتلا به بیماریهای پیشرفته قلبی از وضعیت پیشرونده بیماری خود، آگاه هستند.

ارتباط موثر

• این مهم است که بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی پیشرفته و مراقبان آنها، بیماری، پیش آگهی و گزینه های درمانی خود را درک کنند. اطلاعات باید در **زمان تشخیص اولیه** ارائه شود و **در طول دوره بیماری بیمار** به روز شده و با بیمار و خانواده مورد بحث قرار گیرد.

• در مورد **کودکان**، خود بیماران باید در مواقعی که تمایل و توانایی مشارکت داشته باشند، در این گفتگوها شرکت

ارتباط موثر

مطالعات نشان داده اند که بسیاری از اختلاف سلیقه

های فرزندان و بستگان بیماران با ایجاد ارتباط و

میانجی گری تخصصی کادر مراقبت تسکینی و

توجه کردن تک تک افراد خانواده، رفع می گردد.

ارتباط موثر

همچنین در بعضی از موارد **گسستگی خانواده** بدلیل قبول نکردن و تحمل نکردن خانواده ها از حقیقت بیماری و همچنین از کار افتادگی بیمار، با **مشاوره اعضای تیم مراقبت تسکینی** از جمله پرستار و روانشناس و روحانی و مددکار برطرف شده است.

ارتباط موثر

بر اساس مطالعات صورت گرفته، بیماران و اعضای خانواده آنها برای سازگاری با دوره نامشخص بیماری قلبی و برنامه ریزی برای آن به اطلاعات نیاز دارند. از آنجایی که نیازهای اطلاعاتی در طول زمان تغییر می کند، آموزش بیمار و خانواده باید به عنوان **یک فرآیند مداوم** در نظر گرفته شود.

ارائه دهندگان باید با بیماران در مورد ارزش ها، ترجیحات و اهداف آنها گفتگوهای آزاد داشته باشند.

مؤلفه های معنوی و مذهبی

- ☀ توجه به مؤلفه معنوی و مذهبی بیمار و خانواده
- ☀ با توجه به فرهنگ بیماران در ایران، توجه به **نیازهای معنوی و مذهبی و فرهنگی** آنان در ایجاد حس آرامش و اطمینان و بالطبع کاهش و بهبود درد و علائم آنان می تواند تأثیر بسزایی داشته باشد.
- ☀ توجه کادر درمان و مراقبت به اعتقادات معنوی و مذهبی، صرفنظر از جنسیت و زبان و محل سکونت، در **حقیقت احترام به حقوق پایه** بیماران محسوب می‌گردد.

احترام، شأن بیمار و امید

- تشویق به اشتراک گذاری احساسات و ارائه اطلاعات دقیق از طریق تعامل
- تشویق و حمایت از کنترل بیمار بر شرایط، انتخاب ها و محیط خود
- کمک به کشف راه هایی برای یافتن معنا در زندگی آنها
- تشویق به داشتن اهداف واقع بینانه

اضطراب

■ تجویز داروهای ضد اضطراب تجویز شده

■ استفاده از روشهای غیرتهاجمی مانند: تکنیکهای

آرامسازی، تصاویر هدایت شده، طب فشاری،

رایحه درمانی، ماساژ، مدیتیشن، موسیقی درمانی،

هنر درمانی و

■ درمان علت زمینه ای

افسردگی

✿ تسکین علائم جسمی

✿ توجه به پریشانی عاطفی و روحی

✿ مداخله دارویی با محرک های روانی (آمفتامین، ...)

✿ مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین (فلوکستین،

سرترالین، ...)

✿ ضد افسردگی های سه حلقه ای (ایمپیرامین، ...):

کاردیوتوکسیک

در بخش های ویژه قلب مانند CCU و ICU جراحی قلب، هنگامی که مراقبت های تسکینی در کاهش علائم بیمار قلبی مانند **دلیریوم**، کافی نیست، باید یک طرح جایگزین برای آرامبخشی بیمار وجود داشته باشد که شامل استفاده عاقلانه از دارو برای القای آرام سازی (**Sedation**) بیمار است.

مراقبت تسکینی پس از مرگ بیماران قلبی

After-Death Palliative Care
in heart patients

After-Death Care in heart patients

مراقبت سوگ برای خانواده پس از مرگ

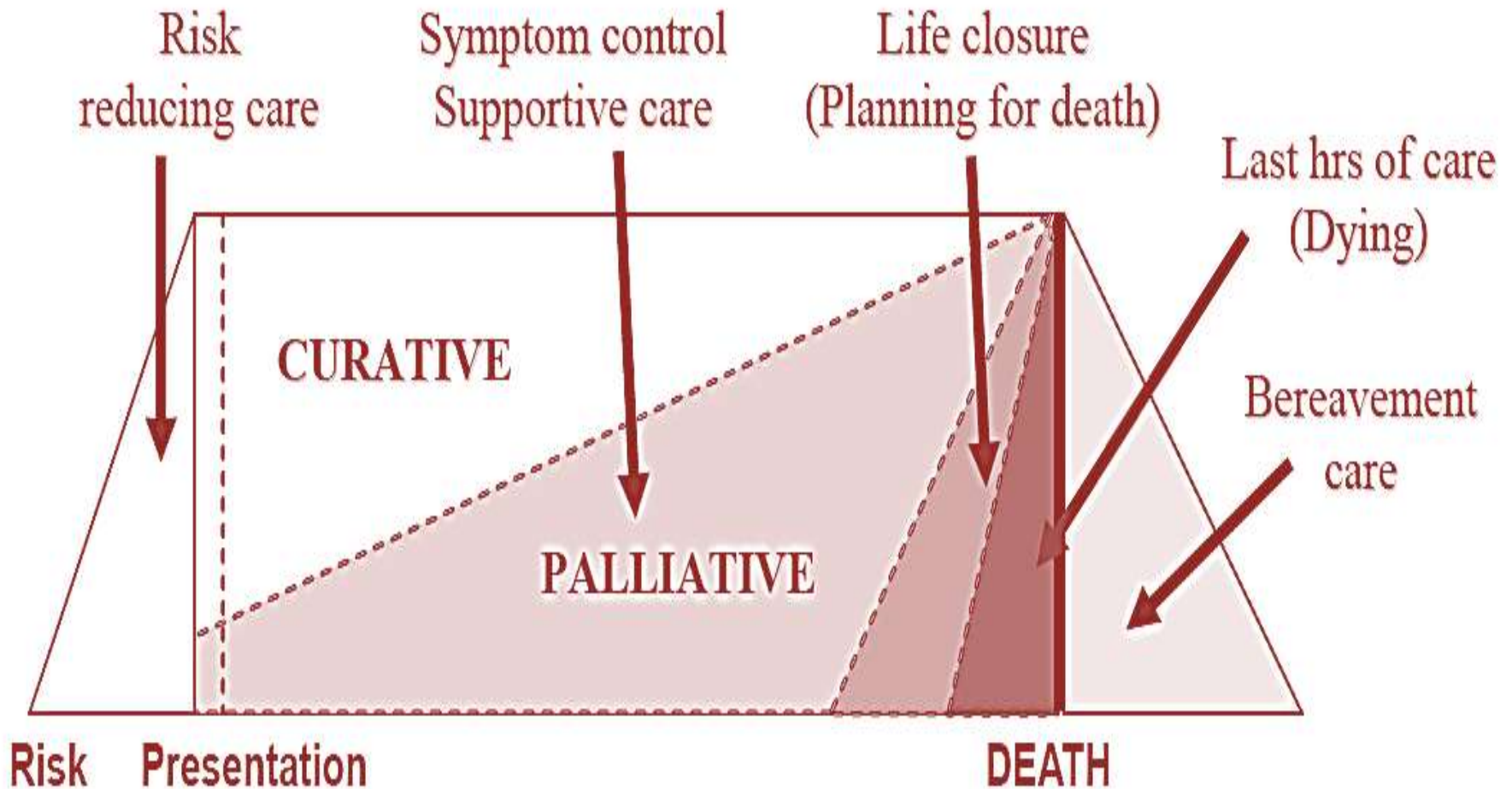
بیمار قلبی، یکی از بخش های اساسی

مراقبت تسکینی محسوب می گردد.

After-Death Care in heart patients

سازمان بهداشت جهانی، خانواده بیمار را به عنوان افراد نیازمند حمایت سوگ (Grief support) معرفی می کند. از آنجایی که پس از مرگ بیمار، مراقبان، افسردگی، غم و اندوه پیچیده یا طولانی مدت یا حتی اختلال استرس پس از سانحه را تجربه می کنند، این دوره اهمیت زیادی دارد.

After-Death Care



After-Death Care

به طور سنتی، مراقبت تسکینی پس از فوت بیمار شامل حداکثر ۱۳ ماه پیگیری با خانواده است. این می تواند به صورت کارت، تماس تلفنی و گروه های پشتیبانی در فواصل زمانی مختلف پس از فوت عزیزشان باشد.

روشهای ارائه

مراقبت تسکینی

مدل مشاوره Consultation model

کمک به بیماران قلبی و خانواده های آنان در
تصمیم گیری در مورد داروها، تغذیه، فعالیت و
استراحت، پیگیریهای بعدی، اقدامات تشخیصی
و درمانی لازم برای بیمار

مطالعات نشان می دهند **درصد هزینه های پزشکی** به طور مداوم در حال افزایش می باشد. در کشورهایی که مراقبت تسکینی فعال دارند و بیماران با شرایط و بیماری خاص را تحت مشاوره تسکینی قرار می دهند این مراقبت موجب **کاهش هزینه ها به میزان ۵۰ تا ۷۰٪** شده است.

مراقبت تسکینی مبتنی بر تلفن

Telephone-based palliative care

❖ کنترل طیف گسترده ای از علائم بیماری و مداخلات روانی از طریق تلفن

❖ استفاده از مشاوره تلفنی منجر به آموزش خودمراقبتی (Self care) شده و از شدت علائم می کاهد و با ایجاد احساس خوب بودن در فرد عملکرد او بهبود می یابد و از تعداد زیادی مراجعه حضوری جلوگیری می شود.

مطالعات متاآنالیز نشان داده اند که مشاوره

مراقبت تسکینی مبتنی بر تلفن یا از راه دور

(Tele-nursing) در بیماران قلبی و عروقی،

میزان بستری مجدد را تا ۴۲ درصد کاهش می

بخشد.

کلینیک های سرپایی مراقبت های تسکینی

Palliative care outpatient clinics

□ در این درمانگاه ها، مددجویان ماهیانه یا در صورت لزوم زودتر توسط پزشک و پرستار ویزیت میشوند و مراقبت های تسکینی را دریافت میکنند.

□ در هر ویزیت علاوه بر بررسی علایم و مشکلات جسمی، مسائل روانی- اجتماعی بررسی شده، در مورد اهداف مراقبت، نیازهای حمایتی مددجو و خانواده اش، تطابق فرد و خانواده و بر حسب شرایط و آمادگی بیمار و خانواده در مورد برنامه تخصصی مراقبت مشاوره انجام میشود.

□ در پایان هر ماه، پرستار مراقبت تسکینی از طریق تلفن پیگیری های معمول را انجام میدهد

بخش های مراقبت تسکینی

Palliative care units

در این مدل ، متخصص مراقبت تسکین دهنده به عنوان مشاور پزشک اصلی خدمت می کند و توصیه هایی را برای مراقبت ارائه می دهد. پرسنل پرستاری و پزشک عمومی که بطور خاص در دوره مراقبت تسکینی آموزش دیده اند، واحدهای مراقبت تسکینی را اداره میکنند.

بخش مراقبت های تسکینی ویژه Intensive palliative care unit (IPCU)

معمولا بیمارانی به بخش های مراقبت ویژه تسکینی منتقل میشوند
که نیازمند اقدامات تهاجمی هستند.

مراقبت تسکینی، یک رویکرد تک سایز نیست که برای

هر فردی مناسب باشد. بیماران قلبی، طیفی از بیماری ها

و تغییرات فیزیولوژیکی را دارند و به طور متفاوتی به

انتخاب های درمانی پاسخ می دهند. مراقبت تسکینی،

درمان را مطابق نیازهای فردی هر بیماری تعدیل می

نماید.

ابزارهای بررسی اثربخشی

مراقبت تسکینی

Please circle the number that best describes:

No pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible pain
Not tired	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible tiredness
Not nauseated	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible nausea
Not depressed	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible depression
Not anxious	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible anxiety
Not drowsy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible drowsiness
Best appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible appetite
Best feeling of wellbeing	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible feeling of wellbeing
No shortness of breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible shortness of breath
Other problem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Patient's Name _____
Date _____ Time _____

Complete by (*check one*)
 Patient
 Caregiver
 Caregiver assisted

BODY DIAGRAM ON REVERSE SIDE



text size: A

[About Us](#) [Contact Us](#) [Support Us](#) [Resources](#) [Site Map](#)

[Planning Ahead](#) [Caring for Someone](#) [Living with an Illness](#) [Grieving a Loss](#) [Community](#) [Business](#)

A Community that Cares

The care Saul and his wife received from hospice enabled her to live at home until she died. After her death he joined a coalition that organizes caregiving circles to provide care and support to seriously ill people in his community.

**How can you help in your community?
It's about how you LIVE.**



Are You Planning Ahead?

[Learn More >](#)

Are You Caring for Someone?

[Learn More >](#)

Are You Living with an Illness?

[Learn More >](#)

Are You Grieving a Loss?

[Learn More >](#)

Are You Reaching Your Community?

[Learn More >](#)

Are You a Caring Business?

[Learn More >](#)

Search

Download a state-specific living will or healthcare power of attorney

[Advance Directive](#)

Free resources on a wide range of end-of-life topics.

[Download Now!](#)



Lotsa Helping Hands
When Friends & Family Need Help

[Learn More](#)

<http://www.nhpco.org/>



National Hospice and Palliative Care
Organization

Email...

Password...

GO

[Create new account](#)

[Forgot Password?](#)

Search NHPCO...

GO

[ABOUT NHPCO](#)

[MEMBERSHIP](#)

[REGULATORY](#)

[ADVOCACY](#)

[QUALITY](#)

[RESOURCES](#)

[EDUCATION](#)

[PRESS ROOM](#)



[Need Renewal Information?](#)

Guidance on Choosing a
Quality Hospice



The Latest at NHPCO



November 25, 2014

[Thankful for Hospice Volunteers](#)



November 19, 2014

[Grief in the Holidays](#)



November 18, 2014

[Research Validates the Benefits of Hospice](#)



November 10, 2014

[Honoring America's Veterans](#)

http://palliative.info/

Palliative.info



Palliative Care Links and Resource Material

Created Oct. 2001 and maintained by: *Mike Harlos*

Last Edited: Dec. 2, 2014

Links Last Checked: March 9, 2013

About Palliative.info

Please read [Legal Notices](#) before using this site

Palliative.info offers an organized, up-to-date collection of links to palliative care resources on the internet, as well as locally developed palliative care material.

... more info ...

What is Palliative Care? (a personal definition)

Palliative Care is an approach to care which focuses on comfort and quality of life for those affected by life-limiting/life-threatening illness. Its goal is **much more than comfort in dying**; palliative care is about *living*, through meticulous attention to control of pain and other symptoms, supporting emotional, spiritual, and cultural needs, and maximizing functional status.

The spectrum of investigations and interventions consistent with a palliative approach is guided by goals of patient and family and by accepted standards of health care, rather than being limited by preconceptions of what is or is not "palliative".

See also the [World Health Organization's definition](#)

Links Grouped by Topic:



Search This Site

Manitoba Palliative Care Nurses Association



National Canadian Resources



طول عمر بیمار دست ما نیست،
ولی کیفیت زندگی بیمار دست ماست.



با تشکر از توجه شما

