

Nursing Process Based on the Betty Newman Model in Patients with Colorectal Cancer: a Case Study

Khodayar Oshvandi¹, Fateme Cheraghi², Seyed Reza Borzou³,
Sadegh Heydarpoor Dastgardi^{4*}

1- Professor, Department of Medical Surgical Nursing, Mother and Child Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2224-8870>

2- Professor, Research Center for Care of Chronic Diseases at Home, Pediatric Nursing Group, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5571-7250>

3- Professor, Research Center for Care of Chronic Diseases at Home, Department of Medical Surgical Nursing, College of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7689-9150>

4- Nursing PhD student, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9826-4124>

*Corresponding Author: Sadegh Heydarpoor Dastgardi, PhD student in nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran. Email: sadeghheydarpoor@yahoo.com

Received: 21 Sep 2024

Revised: 22 Sep 2024

Accepted: 23 Sep 2024

Abstract

Introduction: Cancers are the second most common cause of death in the world after cardiovascular diseases. Properly using nursing models and theories, such as Neuman Systems Theory, is a significant step in enhancing standards and the quality of patient care. This study aimed to evaluate the implementation of the nursing process in a patient with colorectal cancer.

Methods: This study was conducted on a 53-year-old female patient with colorectal cancer in 2023 at the oncology department of Shahid Beheshti Hospital in Hamadan, based on Betty Neuman's Systems Theory. During data collection through interviews with the patient and her companions, interactions among five variables of the patient (physiological, psychological, social, developmental, spiritual) were examined, and stressors and resources in the intrapersonal, interpersonal, and extrapersonal domains were identified. Nursing diagnoses were established based on Betty Neuman's theory and the perceived stress by the patient at three levels of prevention (primary to tertiary) through alignment with the classification of the North American Nursing Diagnosis Association (2022-2023), and then nursing interventions were classified and implemented at these three levels of prevention.

Results: The results obtained from the study of physiological, psychological, social, developmental, spiritual, and interpersonal variables, as well as external stress factors, identified 16 potential and actual nursing diagnoses related to the type of stressor. This included 9 physiological diagnoses, 5 psychological diagnoses, 2 cultural-social diagnoses, and 2 developmental nursing diagnoses. After identification, interventions related to each diagnosis were recognized and implemented.

Conclusion: Designing and implementing the nursing process based on the Betty Neuman nursing model in chronic patients, especially those with colorectal cancer, can lead to an improved understanding of care needs, appropriate nursing care that is efficient and evidence-based.

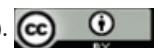
Key words: Colorectal cancer, nursing process, Betty Newman systemic model, Nursing diagnosis

How to cite this article: Oshvandi Kh, Chreghi F, Borzou S.R, Heydarpoor Dastgerdy S. Nursing Process Based on the Betty Newman Model in Patients with Colorectal Cancer: a Case Study

Journal of Nursing Education (JNE). May 2020. p82-93 (in Persian)

ISSN/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



فرآیند پرستاری بر اساس مدل بتی نیومن در مددجوی مبتلا به سرطان کولورکتال: یک مطالعه موردی

خدایار عشوندی^۱، فاطمه چراغی^۲، سید رضا برزو^۳، صادق حیدرپور دستگردی^{۴*}

- ۱- استاد گروه پرستاری داخلی جراحی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۲۲۲۴-۸۸۷۰
- ۲- استاد، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماریهای مزمن در منزل، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۵۵۷۱-۷۲۵۰
- ۳- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماریهای مزمن در منزل، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۷۵۸۹-۹۱۵۰
- ۴- دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۹۸۲۶-۴۱۲۴

*نویسنده مسئول: صادق حیدرپور دستگردی، دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

ایمیل: sadeghheydarpoor@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۶/۳۱

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۳/۷/۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۷/۲

چکیده

مقدمه: سرطان‌ها پس از بیماری‌های قلبی و عروقی شایعترین عامل مرگ و میر در جهان می‌باشند. استفاده صحیح از مدل‌ها و نظریه‌های پرستاری مانند تئوری سیستمی نیومن، گام مهمی در ارتقای استانداردها و کیفیت مراقبت از بیمار است. این مطالعه با هدف ارزیابی اجرای فرآیند پرستاری در یک مددجوی مبتلا به سرطان کولورکتال صورت گرفته است

روش کار: این مطالعه بر روی مددجوی زن ۵۳ ساله مبتلا به سرطان کولورکتال در سال ۱۴۰۲ در بخش آنکولوژی بیمارستان شهید بهشتی همدان بر اساس نظریه سیستمی بتی نیومن صورت پذیرفت، در طول جمع آوری داده‌ها از طریق مصاحبه با بیمار و همراهان، تعاملات بین پنج متغیر مددجو (فیزیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، تکاملی، معنوی) مورد بررسی قرار گرفت و عوامل استرس‌زا و منابع در حوزه‌های درون فردی، بین فردی و برون فردی شناسایی شدند. تشخیص‌های پرستاری بر اساس نظریه بتی نیومن و استرس درک شده توسط مددجو در سه سطح پیشگیری (سطح اول تا سوم) از طریق مطابقت با طبقه‌بندی انجمن بین‌المللی تشخیص پرستاری آمریکای شمالی (۲۰۲۳ - ۲۰۲۲) ایجاد شد و سپس مداخلات پرستاری در سه سطح پیشگیری طبقه بندی و اجرا گردید

یافته‌ها: نتایج حاصل از مطالعه متغیرهای فیزیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، تکاملی، معنوی و بین فردی و عوامل استرس‌زای برون فردی، ۱۶ تشخیص بالقوه و بالفعل پرستاری مرتبط با نوع عامل استرس‌زا شامل ۹ تشخیص فیزیولوژیکی، ۵ تشخیص روان‌شناختی، ۲ تشخیص فرهنگی-اجتماعی و ۲ تشخیص پرستاری تکاملی بودند که پس از شناسایی، مداخلات مربوط به هر تشخیص شناسایی و اجرا شدند

نتیجه گیری: طراحی و بکارگیری فرآیند پرستاری بر اساس مدل پرستاری بتی نیومن، در بیماران مزمن بخصوص افراد مبتلا به سرطان کولورکتال می‌تواند منجر به بهبود درک نیازهای مراقبتی، مراقبت‌های پرستاری مناسب، کارآمد و مبتنی بر شواهد گردد

کلید واژه‌ها: سرطان کولورکتال، فرآیند پرستاری، مدل سیستمی بتی نیومن، تشخیص پرستاری

مقدمه

سرطان، از مهمترین چالش‌های سیستم بهداشت و درمان در دنیا می‌باشد. برآورد می‌گردد در کشورهای در حال توسعه، درصد فراوانی از مرگ و میرها، در زمینه سرطان رخ می‌دهد. در واقع، سرطان به‌عنوان سومین عامل مرگ و میر در ایران شناخته می‌شود و یکی از چالش‌های اصلی در سیستم بهداشتی کشور ما به‌حساب می‌آید [۱-۳]. بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت در ایران هر ساله بیش از ۱۰۰ هزار نفر به علت سرطان جان خود را از دست می‌دهند. همچنین، بر اساس گزارش سازمان سلامت جهانی در سال ۲۰۲۰، بیش از ۶۰ هزار نفر در ایران به علت سرطان، جان خود را از دست داده‌اند. به‌طور کلی، شیوع سرطان در ایران افزایش یافته و بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۸، بیش از ۸۵ هزار نفر در ایران به سرطان مبتلا شده بودند که سرطان کولورکتال به عنوان سومین سرطان شایع (حدود ۱۲۰۰۰ مورد جدید در سال و ۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر شیوع) و چهارمین علت مرگ و میر شناخته می‌شود [۴، ۵]. سرطان کولورکتال و درمان‌های مرتبط با آن همراه با مشکلاتی از جمله کاهش اشتها و کاهش وزن، کم خونی و خون‌ریزی از راست روده یا وجود خون در مدفوع (He- matochezia) دردهای قولنجی، استفراغ و تهوع، ضعف و خستگی، یرقان (Icterus)، کم خونی و کاهش کیفیت زندگی مواجه بوده که منجر به تشدید عوارض درمان شده و نیازمند مراقبت دقیق و موثر می‌باشد [۶]. این در حالی است که ارتقای کیفیت مراقبت ارائه شده به بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال نیازمند افزایش شناخت از نیازهای این بیماران، افزایش آگاهی اعضای تیم درمان از جمله پزشک و پرستار نسبت به این نیازها و یافتن راهی مؤثر برای در نظر گرفتن کلیه این نیازها و در همه ابعاد می‌باشد [۷]. تشخیص سرطان موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی همچون استرس، اضطراب و افسردگی در بیمار و خانواده وی می‌شود [۸]. استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان رایج است و این علایم می‌تواند در اثر بیماری یا عوامل فیزیولوژیک بیماری یا درمان‌های دارویی باشد [۸، ۹].

حرفه پرستاری نیز به عنوان بخشی از سیستم بهداشت و درمان درگیر چنین چالشی می‌باشد. لذا توجه به ابعاد مراقبتی از این مددجویان می‌تواند منجر به انجام مراقبت

موثر، شایسته، حرفه‌ای و ایمن گردد. تئوری‌های پرستاری منجر به ایجاد مرزبندی برای حرفه پرستاری می‌شوند. Fawcett بیان می‌نماید که تئوری پرستاری، منجر به مجزا کردن پرستاری از پزشکی به واسطه هدایت عملکردها و کنترل محیط بالینی می‌گردد [۱۰، ۱۱]. نظریه‌ها به تشخیص، تاثیرات و نتایج کمک قابل توجهی می‌نمایند در عین حال نظریه کاربردهای دیگری نیز دارد و در حقیقت زبان نظریه، زمینه‌های ارتباطی موثر و کامل را فراهم می‌نماید. مسئولیت پذیری و استقلال حرفه‌ای، در گرو کاربرد نظریه در بالین است [۱۱].

مدل سیستمی نیومن براساس ارتباط فرد با استرس و واکنش به آن بنا شده است. سه مفهوم کلیدی در تئوری نیومن شامل استرس، همئوستاز و درک بیمار است. نقش پرستار تمرکز بر عوامل تاثیرگذار بر واکنش فرد به استرس و حمایت بیمار در برابر ریسک فاکتورهای مربوطه می‌باشد. بررسی، مدیریت و ارزیابی بیمار و ممانعت از پیشرفت اختلال در وضعیت مددجویان، از فعالیت‌های پرستار می‌باشد که این نقش می‌تواند در نقطه شروع عامل استرس آفرینی باشد که محرز شده یا هنوز به آن مشکوک می‌باشد. در این مدل مداخله‌گر می‌بایست در حد امکان مواجهه فرد با استرس را کاهش داده یا در مواردی با تقویت خطوط دفاعی انعطاف‌پذیر، واکنش‌های مربوطه را کاهش دهد. محیط یک منبع استرس آفرین برای فرد است و فرد به طور بالقوه در معرض خطر آسیب به خطوط دفاعی نرمال می‌باشد. استرسورها بسته به مقاومت خطوط دفاعی انعطاف‌پذیر، می‌توانند مفید یا مضر باشند. اضطراب یک احساس ناخوشایند تشویش یا فشار است که در حیطه‌های مختلف زندگی انسان وجود دارد. بعضی مواقع از جمله هنگام بیماری، اضطراب تشدید می‌شود؛ زیرا بیماری یک عامل تنش‌زا است که سبب افزایش بروز واکنش‌های روانی می‌گردد [۱۲]. اضطراب به عنوان یک عامل بازدارنده، مخرب و کاهش‌دهنده مقاومت بیماران در برابر روند درمانی شناخته شده است که پیامدهای خطرناک ناشی از عوارض جراحی را به طور چشمگیری افزایش می‌دهد [۱۳].

مدل سیستمی بتی نیومن (Newman's system mod-el) که بر عوامل استرس‌زا و پاسخ به آنها تأکید دارد، به صورت جامع تدوین شده، مدل منحصر به فرد بوده و با سیستم سلامت و عوامل استرس‌زای محیطی مرتبط

به اجرا درآمد
در ابتدا مصاحبه‌ای با بیمار و خانواده‌اش برای معرفی فرآیند
و ارزیابی اولیه صورت پذیرفت و در ادامه مددجو در یک
محیط آرام در داخل بخش، مورد یک مصاحبه عمیق
نیمه‌ساختاریافته به منظور تعیین تعامل میان متغیرها با
استرس (فیزیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، تکاملی، معنوی)
، عوامل استرس‌زا و منابع استرس در حوزه‌های داخلی،
بین‌فردی و برون‌فردی مورد بررسی قرار گرفت، در ادامه از
همراهان مددجو نیز مصاحبه صورت گرفته تا اطلاعات به
دست آمده از بیمار تکمیل گردد، همچنین اطلاعات تکمیلی
از پرونده پزشکی مددجو اخذ گردید، اطلاعات به دست
آمده مورد ارزیابی قرار گرفته و تشخیص‌های پرستاری،
با توجه به طبقه بندی انجمن تشخیص بین‌المللی
پرستاری آمریکای شمالی (۲۰۲۱-۲۰۲۳) (NANDA) صورت
پذیرفت [۱۶].

در ادامه اطلاعات اخذ شده از جنبه‌های فیزیولوژیکی،
فرهنگی اجتماعی، تکاملی، معنوی و روانی طبقه‌بندی گردید
و برای هر مورد تشخیص پرستاری مربوطه، در نظر گرفته
شد. مداخلات ضروری در سه سطح پیشگیری (اولیه، ثانویه
و ثالثیه) مرتبط با هر تشخیص مشخص شده و مورد
ارزشیابی قرار گرفت

یافته‌ها

در مجموع ۱۶ تشخیص پرستاری بر اساس بررسی‌های
صورت گرفته تعیین گردید. این تشخیص‌های پرستاری بر
اساس ابعاد و سطح پیشگیری طبقه‌بندی شده و مداخلات
مربوطه مورد ارزشیابی قرار گرفت و در جدول شماره ۲ به
تفصیل بیان گردید.

است، این مدل در شرایط استرس‌زا، موقعیت‌ها یا در زمان
پاسخ بیمار عمل می‌نماید و به عنوان یک سیستم پایدار
باز، تعامل با عوامل استرس‌زای بین، درون و برون فردی
را تعریف می‌نماید. استرس‌های موجود می‌توانند به خط
دفاعی یک فرد حمله کنند مگر اینکه بیمار توسط یک
خط دفاعی انعطاف پذیر محافظت شود [۱، ۱۳]. نقش پرستار
تمرکز در مورد عوامل موثر بر پاسخ فرد به استرس بوده و
از بیمار در برابر خطرات مربوطه محافظت می‌کند [۱]
نیومن جنبه‌های فیزیولوژیکی، فرهنگی-اجتماعی، تکاملی،
معنوی و روانی را به سیستم مددجو افزود [۱۴]. این مدل
امکان بررسی درمان‌های پیشگیرانه و حفاظتی را فراهم
می‌کند. به دلیل انعطاف‌پذیری مدل، ممکن است در طیف
وسعی از موقعیت‌های پرستاری استفاده شود. پرستاران در
موقعیت‌های اداری، بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و غیره می‌توانند
از این پارادایم بهره‌مند شوند. مشاهده فرد به عنوان یک
سیستم باز که به محرک‌های محیطی پاسخ می‌دهد،
می‌تواند فرد را به مشارکت در پژوهش تشویق کند [۱۴، ۱۵].
این مدل در بیماران با بیماری‌های مزمن مورد استفاده
قرار گرفته ولی موارد استفاده از آن در سرطان‌ها علی‌رغم
استرس بالای تجربه شده توسط بیمار و همراهان بسیار
اندک بوده است، همچنین این مدل در مورد سرطان
کولورکتال و عوارض مرتبط با آن در زنان مورد بررسی
و اجرا قرار نگرفته است، لذا بکارگیری مدل نیومن به
شکل گزارش مورد در بیمار زن مبتلا به سرطان کولورکتال
می‌تواند به توسعه بیشتر این مدل و بهبود فرآیند مراقبت
کمک کننده باشد

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه موردی است که در بخش
انکولوژی بیمارستان شهید بهشتی همدان بر روی یک
مددجوی زن خانه دار با تحصیلات ششم ابتدایی، مورد
شناخته شده مبتلا به سرطان کولورکتال در تابستان و پاییز
۱۴۰۲ انجام شد. پس از کسب کد اخلاق (IR.UMSHA.
REC.1402.643) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی
همدان، رضایت از مددجو بر اساس اصول اخلاقی بیانیه
هلسینکی اخذ شد. هماهنگی‌های لازم با بیمار، سرپرستار
و پزشک معالج صورت گرفته و بر اساس مراحل زیر طبق
نظریه سیستمی بتی نیومن، فرآیند پرستاری برای مددجو

جدول ۱. ابعاد مختلف استرس درک شده توسط بیمار بر اساس مدل بتی نیومن

بعد استرس	طبقه بندی	مشکل مددجو	نوع عامل استرس زا	
جسمانی Physiological Variables	سیستم گوارشی	تهوع و استفراغ یبوست بی اشتها نفخ و درد شکم خشکی مخاط کاهش وزن	* * * * *	
	سیستم تنفسی	تنگی نفس	*	
	سیستم عصبی	درد بی‌حسی و گزگز اندام خستگی زودرس و ناتوانی در انجام کارها	* * *	
	سیستم ادراری	سوزش ادرار	*	
	روانی Psychological Variables	ترس و نگرانی از سرنوشت خود و خانواده	ترس از سرنوشت خانواده ترس از مرگ و یا ناتوانی شدید ترس از بستری بودن مستمر در بیمارستان غم و ناراحتی برای ایجاد زحمت برای خانواده	* * *
		تصور از خود	نگرانی در خصوص تغییرات شدید ظاهری	*
		فرهنگی-اجتماعی Sociocultural Variables	قرنطینه شدن به دلیل احتمال سرایت عفونت عدم حضور در مراسمات به دلیل احتمال بیماری	* * *
	نگرانی در مورد وضعیت اقتصادی خانواده تغییر شرایط خانوادگی از یک حامی به یک حمایت شونده		* * *	
	معنوی Spiritual variables		ناراحتی از خداوند به دلیل داشتن سرنوشت صیبه	*
	تکاملی Developmental Variables		تغییر در فرآیند نقش تغییر در وظایف تغییر در فرآیند مراقبت از خود	* *

جدول ۲. تشخیص‌ها، مداخلات و ارزشیابی مرتبط با آن

ارزشیابی	نوع مداخله	سطح پیشگیری			هدف مداخله	تشخیص‌های پرستاری	بعد استرس
		اولیه	ثانویه	ثالثیه			
			*				جسمانی Physiological Variables
<p>- تا حدود دو هفته بعد از این دوره از کموتراپی، به تدریج تحمل فعالیت در بیمار افزایش پیدا کرد و سطح خستگی کاهش یافت.</p>	<p>- به مددجو آموزش تعادل بین استراحت و فعالیت داده شد و اینکه برخی از فعالیت‌های سنگین باعث ایجاد خستگی، گیجی یا تنگی نفس شدید باید حذف شوند.</p> <p>- آموزش گزارش موارد کاهش تحمل به فعالیت (مانند خستگی حین انجام فعالیت‌های معمول در داخل و یا خارج از محل خانه مانند آماده سازی غذا، استحمام، نظافت منزل و غیره) داده شد.</p> <p>- آموزش در مورد روش‌های حفظ انرژی و ساده‌سازی فعالیت‌های روزمره صورت گرفت.</p> <p>- آموزش در مورد چگونگی استفاده از وسایل کمکی (مانند عصا) داده شد.</p> <p>- آموزش تکنیک‌های آرام سازی انجام پذیرفت.</p>			<p>- افزایش تحمل و کاهش میزان خستگی نسبت به انجام فعالیت‌های روزانه شامل خوردن غذا، اجابت مزاج، استحمام و غیره</p> <p>- بکارگیری راهکارهای حفظ انرژی</p>	<p>- عدم تحمل فعالیت در ارتباط با ضعف و ناتوانی</p>		
<p>- بیمار کاهش تهوع و استفراغ را گزارش کرد به طوری که در ابتدا به دلیل تهوع شدید و ترس از استفراغ میل و اشتیابی برای دریافت مواد غذایی نداشت اما با انجام اقدامات فوق توانست تعداد ۵ وعده غذایی با حجم کم دریافت نماید.</p>	<p>- اهمیت برنامه غذایی توضیح داده و تأکید بر وعده غذایی در حجم کم و به دفعات گردید.</p> <p>- توضیح اینکه چه غذاهایی را مصرف نماید (غذاهای پرپروتئین، پر ویتامین، غذاهای تهیه شده از مواد غذایی تازه و غیره) و چه غذایی برای مددجو ممنوع می‌باشد (غذاهای سرخ کردنی، فست فودها، غذاهای حاوی چربی و یا ادویه‌جات فراوان و غیره).</p> <p>- تأکید بر آرام خوردن و کاملاً جویدن غذا</p> <p>- برنامه غذایی پرپروتئین و کم چربی و کم کربوهیدرات توصیه گردید.</p> <p>- به همراهان توصیه شد اگر بیمار تحمل و توان کافی برای خوردن غذا را ندارد لازم است دوره‌های استراحت قبل از وعده‌های غذایی، برای او تعیین و بسته‌های غذا را برای وی باز نموده و غذا را تکه تکه کنید.</p>		*	<p>- بهبود الگوی تغذیه مددجو به منظور کاهش میزان عوامل زمینه ساز اختلالات تغذیه ای</p>	<p>- تغذیه کمتر از نیاز بدن در ارتباط با فرآیند بیماری در ارتباط با بی اشتیابی و تهوع</p>		

ارزشیابی	نوع مداخله	سطح پیشگیری			هدف مداخله	تشخیص های پرستاری	بعد استرس
		اولیه	ثانویه	ثالثیه			
<p>-بیمار کاهش تهوع و استفراغ را گزارش کرد و بعد از انجام اقدامات علایم دهیدرتاسیون مانند خشکی مخاط و پوست مشاهده نمی گردد، ادرار مددجو حدود ۱۳۰۰CC و شفاف می باشد.</p>	<p>-توصیه به عدم مصرف غذاهای پرادویه و چرب صورت گرفت -مددجو از نظر اتساع و درد یا سفت و سخت شدن شکم و سلامت پوست بررسی شد. - بررسی دور شکم را هر ۸ ساعت برای کنترل نفخ و اتساع شکم صورت گرفت. -به بیمار توصیه شد تا ۲۵۰۰CC در روز از طریق خوراکی مایعات مصرف کند مگر اینکه کنترااندیکاسیون داشته باشد. -مددجو با رعایت احتیاط به حرکت تشویق شد. -مواد دفعی را از نظر رنگ، قوام و مقدار مشاهده شد. -توصیه به کنترل وزن مددجو به شکل روزانه گرفت.</p>	*			<p>-بهبود سطح مایعات بدن و کاهش در میزان عوارض مرتبط با این موضوع</p>	<p>-کاهش حجم مایعات در رابطه با استفراغها و اسهال مکرر مشهود به پوست خشک و کاهش تورگور پوستی</p>	
<p>-در بررسی اولیه بیمار شواهدی از قرمزی، پتشی، کیبودی و التهاب در پوست نواحی آرنج، پشت کمر، ساکروم و اندام تحتانی مشاهده می گردید که سه هفته پس از پایان دوره مذکور شواهدی مبنی بر آسیب پوست مشاهده نگردید.</p>	<p>- کنترل محل اختلال پوستی را حداقل یکبار در روز از نظر تغییر رنگ، قرمزی، تورم، گرمی، درد یا علایم دیگر عفونت صورت پذیرفت. - کنترل اعمال مراقبت از پوست بیمار انجام شد. -نوع صابون و مواد تمیز کننده دیگر، درجه حرارت آب و دفعات تمیز کردن پوست مورد توجه قرار گرفت. - آموزش اهمیت حفظ محیط تمیز برای زخم به بیمار و خانواده داده شد. - آموزش تغذیه مناسب، علایم و نشانه های عفونت و زمان تماس با پزشک یا پرستار به بیمار و خانواده انجام شد. - آموزش معاینه پوست و زخم و روش های کنترل علایم و نشانه های عفونت، عوارض و بهبودی داده شد.</p>	*	*		<p>-حفظ تمامیت پوستی</p>	<p>-اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با دانش ناکافی در حفظ تمامیت پوستی</p>	
<p>- بیمار کاهش یافتن میزان درد و ناراحتی را گزارش کرد، به طوریکه مطابق مقیاس عددی درد نمره درد از ۶ به ۲ کاهش پیدا کرد.</p>	<p>-وضعیت مناسب برای به حداقل رساندن فشار در شکم به مددجو داده شد. -آموزش و بکارگیری تکنیک های متفاوت کاهش درد (ماساژدرمانی، انحراف فکر، استفاده از تکنیک های تنفسی مانند تنفس شکمی، رایحه درمانی و غیره) انجام گرفت. - توصیه به انجام فعالیت های انحراف فکر و کاهش توجه به درد صورت پذیرفت.</p>	*			<p>-ارتقاء سطح پاسخ موثر به درد</p>	<p>-درد در ارتباط با فرآیند بیماری و دارو درمانی</p>	

ارزشیابی	نوع مداخله	سطح پیشگیری			هدف مداخله	تشخیص‌های پرستاری	بعد استرس
		اولیه	ثانویه	ثالثیه			
سه هفته پس از پایان دوره مددجو شکایتی در رابطه با بوی نامطبوع و رنگ کدر ادرار ندارد.	-توضیح علایم عفونت سیستم ادراری برای مددجو و خانواده داده شد. - بررسی الگوی دفع ادرار را از نظر تکرار ادرار، احتیاس ادرار، بو، حجم و رنگ صورت گرفت. - در مورد نوشیدن حدود ۲۰۰ سی سی مایع همراه با وعده‌های غذایی و بین وعده‌های غذایی به بیمار آموزش داده شد.	*			-بهبود عملکرد سیستم ادراری مددجو -کاهش احتمال وقوع عفونت ادراری	- ریسک عفونت در ارتباط با استاز(سکون) مایعات بدن	
-بیمار بیان می‌کند که رژیم غذایی را تحمل نموده و وضعیت اجابت مزاج طبیعی پیدا کرده است به شکلی که شکایتی از نظر یبوست و اسهال ندارد.	- توصیه به رژیم غذایی کم لاکتوز و پر کالری داده شد. - تشویق مددجو به جویدن کامل غذا انجام گرفت - بیمار بطور دائم از نظر سندرم سوءجذب پس از جراحی روده(استئاتوره و اسهال) و از دست دادن وزن، بررسی شد. - اهمیت پیشگیری از یبوست و استفاده از ملین‌ها یا داروی تجویز شده را توضیح داده شد - در مورد پیگیری رژیم غذایی توضیح دهید این موارد شامل: مصرف ویتامین C و غذای پرپروتئین، دریافت ۶ وعده غذای کم‌حجم برای کاستن احساس پری، نوشیدن مایعات، خوردن آهسته و جویدن غذاها بطور کامل توضیح داده شد.	*	*		-بهبود الگوی اجابت مزاج در مددجو	-اختلال در عملکرد سیستم گوارشی در ارتباط با کمبود مایعات و تغییر عادات غذایی	
-بیمار اطلاعات مناسبی در مورد بیماری خود و فرآیند مراقبت ارائه می‌دهد	-آموزش به بیمار در مورد فرآیند بیماری و نحوه مراقبت در منزل داده شد.	*			-ارتقاء سطح دانش در مددجو	کمبود اطلاعات در مورد فرآیند مراقبت از خود	
-بیمار احساسات خود را بیان می‌کند، با بیماران دیگر ارتباط موثر برقرار می‌نماید و عنوان می‌کند که می‌تواند ترس خود را کنترل نماید.	تدارک حمایت روانی مانند: استفاده از روش‌های کاهش اضطراب مثل تمرینات تنفس عمیق -آشنا نمودن بیمار با فردی که به طور موفقیت آمیز فرآیند بیماری را پشت سر گذاشته شد. -فرصت دادن به بیمار تا صحبت کند و پرسش‌های خود را مطرح سازد یا گریه کند. -ترتیب دادن ملاقات با یک فرد روحانی انجام گرفت.	*			-کاهش در میزان ترس و نگرانی مددجو از طریق افزایش آگاهی در مورد فرآیند بیماری	ترس و نگرانی در ارتباط با فرآیند بیماری	روانی Psychological Variables

ارزشیابی	نوع مداخله	سطح پیشگیری			هدف مداخله	تشخیص های پرستاری	بعد استرس
		اولیه	ثانویه	ثالثیه			
<p>- بیمار و خانواده اش به وسیله‌ی افزایش دادن بیان‌ها و اظهار در زمینه بیان ترس پیشرفت کردند و در مورد نگرانی و ترس‌های خود به طور آشکارا با یکدیگر صحبت کردند.</p>	<p>-تسویق بیمار و خانواده را از نظر ابراز ترس‌ها، نقطه نظرات و احساسات و حمایت همزمان جهت سازش با فرآیند بیماری</p>	*			<p>-کمک به بیمار در جهت بیان و مواجهه موثر با ترس و نگرانی</p>	<p>سازش غیر موثر در رابطه با ترس از ندانسته‌ها، درک فرآیند بیماری و سیستم حمایتی نامناسب</p>	
<p>- بیمار نقش فعالی در انجام فعالیت‌ها از خود نشان داد، احساسات و واکنش‌های خود را نسبت به کمبودها و مسایل خطرناک نشان داد، به دیگران اجازه کمک در امر مراقبت از خود را داد و با استفاده از وسایلی از قبیل کلاه و حفظ آراستگی ظاهری علاقه خود را نسبت به حفظ ظاهر نشان داد.</p>	<p>- توضیح در مورد نقاط قوت و منابع در دسترس برای بیمار، در مورد ریزش موها با بیمار صحبت شد و مقرر گردید یک کلاه گیس مناسب قبل از ریختن موها انتخاب شود. - به بیمار و اطرافیان صحبت گردید تا به تدریج با تغییر بدن مواجه شوند. این کار را با لمس ناحیه درگیر توسط بیمار شروع و سپس به بیمار کمک کنید تا از یک آینه برای دیدن ناحیه استفاده کند. - ترغیب خانواده به حمایت بیشتر از بیمار انجام گرفت.</p>	*			<p>-کمک به مددجو در بیان احساسات -کمک به مددجو در بهبود تصور از خود</p>	<p>اختلال در تصویر از خود در ارتباط با شیمی درمانی به علت ریزش مو</p>	
<p>-بیمار و خانواده در موارد مواجهه با درد به شکل موثری از روش‌های غیر دارویی کاهش دهنده ترس استفاده می‌نمایند که به گفته بیمار منجر به کاهش در میزان ترس از احتمال عود درد گردیده است.</p>	<p>-از مددجو خواسته شد ترس و اضطراب خود را بیان کند -کاهش ترس و اضطراب با روش‌های آرام سازی انجام شد. -آموزش انجام ماساژ پشت به همراهان داده شد.</p>	*	*		<p>-کمک به بهبود فرآیند مواجهه با درد</p>	<p>ترس و اضطراب در ارتباط با درد قابل پیش بینی به علت شیمی درمانی</p>	
<p>-به گفته بیمار بخشی از فعالیت‌هایی که به خاطر فرآیند بیماری متوقف گردیده بودند با صحبت با خانواده از سر گرفته شده‌اند.</p>	<p>-آموزش اجرای فرآیند ایفای نقش به مددجو و خانواده داده شد -مددجو ترغیب به از سرگیری نقش‌های خود با کمک همراهان گردید.</p>	*			<p>-کمک به بهبود نقش‌های ایفا شده به مددجو</p>	<p>اختلال در فرآیند نقش در ارتباط با بیماری به علت ناتوانی جسمی و بستری شدن‌های طولانی</p>	<p>فرهنگی-اجتماعی Sociocultural variables</p>
<p>-بیمار بیان می‌دارد که با هماهنگی پزشک معالج در مهمانی خانوادگی شرکت نموده و در دوره‌های بستری در بیمارستان نیز از طریق شبکه‌های اجتماعی با خانواده و دوستان در تماس است.</p>	<p>-تهیه لیستی از مواردی که منجر به اختلال در تعاملات اجتماعی می‌گردد. -تسویق مددجو به بیان احساسات انجام گرفت. -آموزش به مددجو و همراهان در خصوص برقراری ارتباط ایمن داده شد. -استفاده از شبکه‌های اجتماعی جهت ارتباط با خانواده صورت پذیرفت.</p>	*			<p>-ارتقاء ایمن سطح تعاملات اجتماعی</p>	<p>اختلال در تعاملات اجتماعی در ارتباط با فرآیند بیماری به علت ترس از انتقال عفونت</p>	

ارزشیابی	نوع مداخله	سطح پیشگیری			هدف مداخله	تشخیص‌های پرستاری	بعد استرس
		اولیه	ثانویه	ثالثیه			
بیمار و خانواده در مورد نحوه مواجهه با بیماری صحبت نموده و می‌توان گفت به مرحله پذیرش بیماری رسیدند.	بررسی علایم تغییر در فرآیند خانوادگی/بررسی الگوی ارتباطی و نقش‌ها در خانواده/صحبت با بیمار و مراقبین جهت پذیرش و سازگاری با شرایط بیماری انجام گرفت.	*			-کمک به بهبود سطح سازگاری با نقش‌های محوله	اختلال در الگوی نقش در ارتباط با مشکلات مدیریت رژیم درمانی دارای پیچیدگی به صورت ترس از عدم توانایی در انجام وظایف	تکاملی Developmental variables
-خانواده بیمار احساسات خود را بیان می‌دارند، به نظر می‌رسد بیماری مادر را پذیرفته‌اند، در بین خود به تقسیم کار جهت کمک به بهبود ایفای نقش توسط مادر مبادرت می‌نمایند و بیشتر از قبل به صحبت و بیان احساسات با مادر خود اقدام می‌نمایند.	- اقداماتی به منظور تسهیل سازگاری اعضای خانواده با تغییرات مربوط به بیماری و تغییرات حاصله در نقش‌ها و ساختار خانواده اجرا گردید که شامل: اعضای خانواده را به بیان کلامی احساسات در مورد تغییرات در مددجو و آثار آن بر روی ساختار خانواده تشویق شدند، به اعضای خانواده برای داشتن دید واقع بینانه در مورد موقعیت مددجو و داشتن امید در حد مطلوب کمک شد، خلوت اعضای خانواده فراهم و آن‌ها برای در میان گذاشتن احساساتشان با دیگران شدند، به افراد خانواده تاکید شد استراحت و تغذیه کافی داشته باشند و روش‌های تعدیل استرس آموزش داده شد، به اعضای خانواده را برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت از مددجو و درگیر بودن با آن آموزش داده شد.	*	*		-کمک به بهبود سطح تطابق بیمار و خانواده با روند بیماری	احتمال تطابق غیرموثر خانواده با روند بیماری مادر	

بحث

مراقبت‌های پرستاری می‌تواند منجر به کاهش عوارض و بهبود در وضعیت سلامت مددجویان مبتلا به سرطان گردد، استفاده از تئوری‌های پرستاری می‌تواند منجر به بهبود مراقبت استاندارد در مددجویان شده که از آن جمله می‌توان به تئوری سیستمی بتی نیومن به عنوان یکی از شاخص‌ترین تئوری‌های پرستاری اشاره نمود.

در سراسر دنیا پژوهش‌هایی بر اساس تئوری بتی نیومن صورت گرفته است، این پژوهش‌ها منجر به گسترش نظریه و کاربرد آن در بالین و همچنین اجرای فرآیند پرستاری بر اساس این نظریه گردیده که می‌تواند منتج به بهبود در فرآیند مراقبت گردد، از آن جمله می‌توان به پژوهش گوردزی و همکاران اشاره نمود، که جمع‌آوری

داده‌ها، تعاملات بین پنج متغیر (فیزیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، تکاملی، معنوی) مددجو، عوامل استرس‌زا و منابع در حوزه‌های داخلی، بین‌فردی و برون‌فردی منجر به شناسایی تشخیص‌های پرستاری مطابق با طبقه‌بندی انجمن بین‌المللی تشخیص پرستاری آمریکای شمالی (۲۰۲۳ - ۲۰۲۱) (NANDA) و معرفی هفت تشخیص بالقوه و بالفعل گردیده که در نهایت منجر به بهبود فرآیند مراقبت و افزایش میزان رضایتمندی بیماران گردیده است [۱۷] که در مطالعه حاضر نیز چنین روندی طی شده است ولی با توجه به مصاحبه با بیمار و خانواده و بررسی مستندات پرونده بیمار تعداد تشخیص‌های پرستاری حدود ۱۶ مورد بوده و بررسی نتایج ارزشیابی به شکل تفکیک‌شده مرتبط با هر تشخیص بیان شده است، کاربرد این نظریه در بیماران

فایده باشد [۱۷]، درخصوص سرطان کولورکتال به عنوان یکی از شایعترین و کشندهترین سرطانها [۴] نیز با توجه به بررسیها تاکنون مطالعه‌ای صورت نگرفته است و به نظر می‌رسد انجام مطالعه در این خصوص می‌تواند سودمند باشد

نتیجه گیری

اجرای فرآیند پرستاری بر اساس تئوری سیستمی بتی نیومن منجر به بهبود در فرآیند مراقبت، ارتقاء مراقبت‌های علمی و مبتنی بر دانش، بهبود نقش مراقبتی پرستار، شناسایی و طبقه‌بندی دقیق‌تر نیازهای مددجویان، ارتقاء جایگاه و عملکرد پرستاران در سه سطح پیشگیری (اولیه، ثانویه و ثالثیه) و شناسایی دقیق‌تر نیازهای مددجویان، بهبود کیفیت مراقبت از مددجویان و افزایش توانایی خانواده‌ها در جهت کاهش استرس گردید، که در نهایت می‌تواند منجر به انجام مراقبت علمی و مبتنی بر شواهد در جهت ارتقاء سلامت عموم جامعه گردد.

سیاسگذاری

تیم پژوهش از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی همدان، همچنین مدیریت و پرسنل بیمارستان شهید رجایی شهر همدان کمال تشکر و سپاسگزاری را دارد

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع مشاهده نگردید.

مزمین نیز توصیف شده است که می‌توان به کاربرد مدل سیستم‌های بتی نیومن در مراقبت‌های پرستاری از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس [۲۰]، نارسایی قلبی [۱۸] و سکتته مغزی [۱۹] اشاره نمود، که با توجه به ماهیت مزمین سرطان‌ها انجام فرآیند پرستاری بر اساس این مدل صورت گرفته است. به علاوه در مورد کاربرد این نظریه در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان نیز مطالعاتی انجام گرفته است که از آن جمله می‌توان به پژوهش لاریجانی و همکاران (۲۰۱۷) با عنوان (فرآیند پرستاری در مردان مبتلا به سرطان حنجره براساس مدل نیومن) اشاره نمود که مداخلات مرتبط با تشخیص‌های پرستاری به دست آمده را از طریق مصاحبه با مددجویان را مورد ارزیابی قرار می‌دهد [۲۰]، همچنین Sousa و همکاران نیز در یک مطالعه موردی درک تجربه یک مادر از ابتلای فرزندش به سرطان در زمینه مدل سیستمی بتی نیومن به روش موردی کیفی در کویمبرا (پرتغال) از طریق یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته را مورد بررسی قرار داده و رضایت مددجو را پس از انجام فرآیند پرستاری برای مددجو مفید ارزیابی نموده‌اند [۲۱]، هرچند تعداد پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص بیماری سرطان بسیار اندک بوده و نتایج حاصل از اجرای فرآیند پرستاری به شکل دقیق در این مطالعات بیان نگردیده است ولی با توجه به روند اغلب طولانی بیماری، استرس فراوان تجربه‌شده از سوی بیماران و مراقبین آن‌ها و پیشرفت بیماری که اغلب منجر به ناتوانی بیماران می‌گردد، استفاده از تئوری بتی نیومن می‌تواند مفید

References

1. Khatiban M OK, Borzou SR, Moayed MS. Outcomes of applying Neumann system theory in intensive Modifying stressors using neuma. a systematic review Journal of Critical Care Nursing. 2020;9(1):13-9. DOI:http://dx.doi.org/10.17795/ccn-8886.
2. Nemati S, Saedi E, Lotfi F, Nahvijou A, Mohebbi E, Ravankhah Z, et al. National surveillance of cancer survival in Iran (IRANCANSURV): Analysis of data of 15 cancer sites from nine population-based cancer registries. International Journal of Cancer. 2022;151(12):2128-35. DOI:https://doi.org/10.1002/ijc.34224.
3. Sargazi N, Daroudi R, Zendehtdel K, Hashemi FA, Tahmasebi M, Darrudi A, et al. Economic burden of gynecological cancers in Iran. Value in Health Regional Issues. 2022;28:1-6. DOI: https://doi.org/10.1016/j.vhri.2021.02.005
4. Almasi Z, Rafiemanesh H, Salehiniya H. Epidemiology characteristics and trends of incidence and morphology of stomach cancer in Iran. Asian Pacific journal of cancer prevention. 2015;16(7):2757-61. DOI:https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.7.2757
5. Kazeminia M, Salari N, Hosseiniyan-Far A, Akbari H, Bazrafshan M-R, Mohammadi M. The prevalence of breast cancer in Iranian women: a systematic review and meta-analysis. Indian Journal of Gynecologic Oncology. 2022;20(1):14. DOI: https://doi.org/10.1007/s40944-022-00613-4

6. Billiard M. Fatigue et troubles du sommeil chez les patients atteints de cancer colorectal. *Pathologie Biologie*. 2013;61(5): 83-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.patbio.2010.12.002>
7. Rasouli MA, Moradi G, Roshani D, Nikkhoo B, Ghaderi E, Ghaytasi B. Prognostic factors and survival of colorectal cancer in Kurdistan province, Iran: A population-based study (2009–2014). *Medicine*. 2017;96(6):e5941. DOI: 10.1097/MD.0000000000005941.
8. Richards DA, Hilli A, Pentecost C, Goodwin VA, Frost J. Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(11-12):2179-88. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14150>
9. Hui D. Definition of supportive care: does the semantic matter? *Current opinion in oncology*. 2014;26(4):372-9. DOI: 10.1097/CCO.000000000000086.
10. Fawcett J, DeSanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*: Fa Davis; 2012 .
11. Lawson TG. *Betty Neuman: systems model. Nursing Theorists and Their Work E-Book*. Mosby. 2021:231
12. Smith MC. *Nursing theories and nursing practice*: FA Davis; 2019
13. Adwas AA, Jbireal J, Azab AE. Anxiety: Insights into signs, symptoms, etiology, pathophysiology, and treatment. *East African Scholars Journal of Medical Sciences*. 2019;2(10):580-91 .
14. Yaqoob A, Jan R, Rattani S, Kumar S. Betty neuman system model: a concept analysis. *Insights on the Depression and Anxiety*. 2023;7:011-5. DOI: 10.29328/journal.ida.1001036
15. Jafaru Y. Harmonising nurses' roles to clinical environment: a synergy to theory-based nursing practice. *Journal Of Nursing Practice*. 2021;5(1):1-5. DOI: <https://doi.org/10.30994/jnp.v5i1.135>.
16. Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF, Martinez-Kratz MR, Zanotti M. *Nursing diagnosis handbook, revised reprint with 2021-2023 NANDA-I® Updates-E-Book*: Elsevier Health Sciences; 2021 .
17. Goodarzi A BS, Cheraghi F, Khatiban M, Vardanjani MM. . Implementation of the nursing process based on betty neuman model in kidney transplant patients: A study in the field. *Nephro-Urology Monthly*. 2021;13(1):e100373. DOI:10.5812/numonthly.100373.
18. Ghanbari Afra L, Adib Haj Baghery M, Bahrood P S. Investigation of betty newman's systemic model in a patient with heart failure. *J Vessel Circ* 2022; 3 (2) :97-106.DOI:10.32598/JVC.3.2.102.2 .
19. Sultan B. Application of Betty Neuman theory in care of stroke patient. *Annals of Nursing and Practice*. 2018;5(1):1092. DOI: *Ann Nurs Pract* 5(1): 1092 (2018).
20. Larijani F, Fotokian Z, Jahanshahi M, Tabi SR. Application of Neuman's systems model on anxiety of older adults waiting for colonoscopy. *Nursing and Midwifery Studies*. 2021;10(4):236-42. DOI: 10.4103/nms.nms_77_20.
21. Sousa AFD, Santos DGSM, Costeira CRB, Ferreira MMdSRdS, Lomba MdLLdF. Experiencing parental cancer: A case study with application of Neuman's Model. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2022;31:e20220201. DOI:10.1590/1980-265X-TCE-2022-0201en.