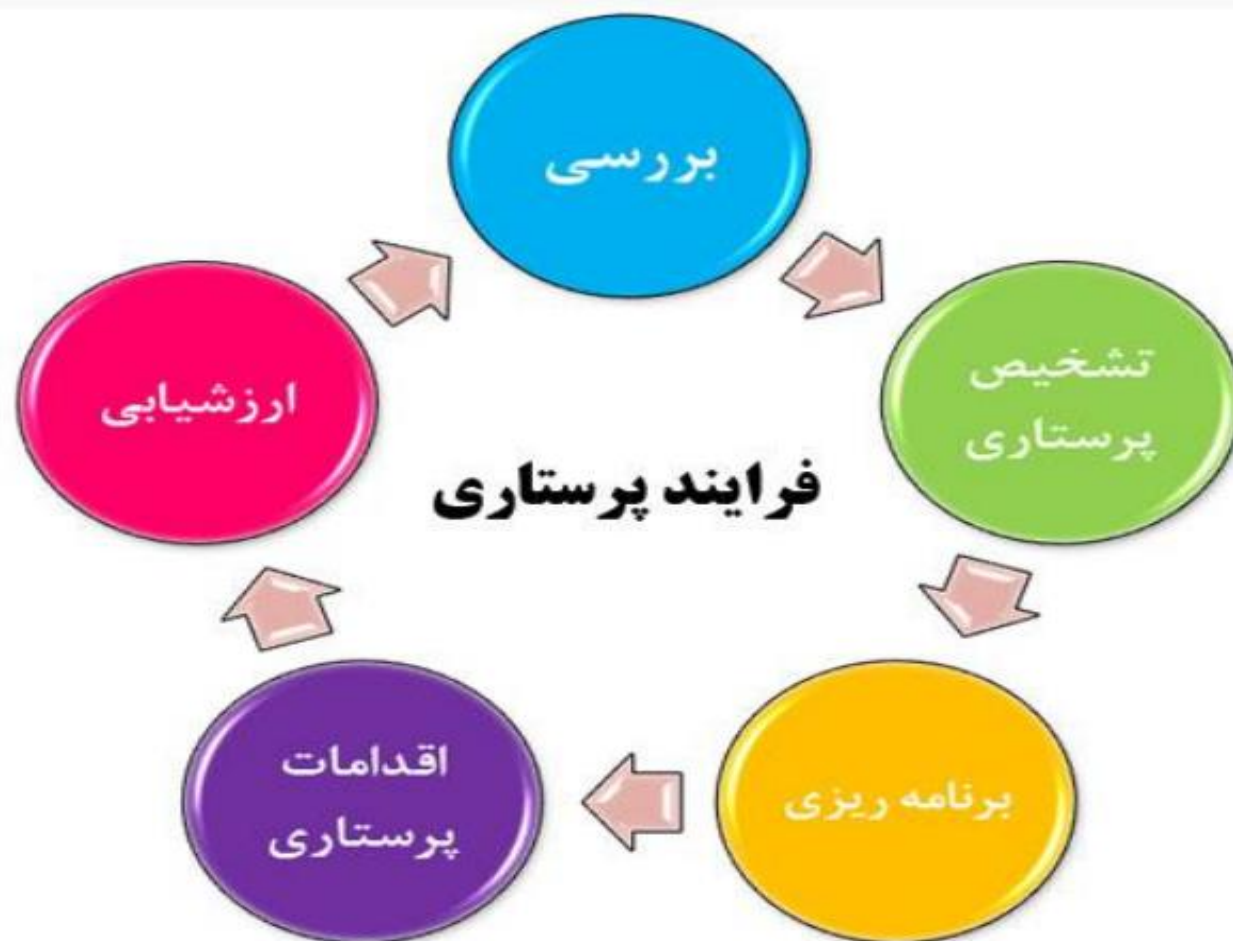


عنوان مبحث : مراقبت های پرستاری بیمار با اختلال سایکوتیک

ارائه دهنده: بهنام فرهنگدینیا
عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری دزفول

■ فرآیند پرستاری



ظاهر و وضعیت روانی:

ظاهر بیمار عجیب، آشفته با بهداشت ضعیف و لباس های عجیب و غریب مشاهده می شود، حالت بدن آشفته یا مبهوت می باشد.

خلق و عاطفه:

بیماران با اسکیزوفرنیا اغلب وضعیت خلقی متغیری را نشان می دهند.

فعالیت عاطفی شدیدی

موارد عاطفه سطحی

کندی و محدودیت عاطفی

عاطفه نامتناسب ناسازگاری بین بیان عواطف و افکار

فرآیند تفکر:

ارزیابی فرآیند فکری شامل:

هذیان ها

توهمات

ارتباطات سازماندهی نشده

اختلال شناختی موجود

ارزیابی فرآیند شناختی می بایست به صورت جداگانه بررسی شود.

هذیانها:

هذیانها شامل عقایدی محکم هستند، هذیانها حتی با وجود شواهد تغییری نمی کنند.

هذیان عجیب و غریب به تنهایی نشاندهنده اختلال اسکیزوفرنیا است (APA2013).

هذیان عجیب و غریب عقایدی غیرممکن، غیرمنطقی که از وقایع روزمره زندگی مشتق نمی شوند.

هذیانها عجیب و غریب شامل هذیان کنترل، پخش افکار، کاشت فکر و برداشت فکر

نقص (آسیب دیدگی) شناختی:

ارزیابی وضعیت روانی، نقص شناختی با اسکیزوفرنیا ارتباط دارد. اگرچه این آسیب از یک بیمار به دیگر بیمار متفاوت است اما چندین مشکل اولیه قابل شناسایی شامل:

افزایش توجه نسبت به تحریکات خارجی

توانایی تمایز و تمرکز بر محرک ممکن است کاهش یابد

فرآیند اطلاعات ممکن است محدود شود، نتایج غیر منطقی و نامناسب از اطلاعات و مشاهدات دیده شود.

جهت یابی و حافظه:

نقص در جهت یابی، حافظه و تفکر اغلب دیده می شود. جهت یابی نسبت به زمان، مکان و شخص ممکن است دست نخورده بماند. مگر اینکه بیمار گرفتار هذیانها و توهمات شود. اگرچه همه جنبه های حافظه مانند ثبت و یادآوری مطالب در اسکیزوفرنی ممکن است کاهش یابد.

قضاوت و بینش:

قضاوت و بینش ارتباط نزدیکی با یک دیگر دارند. بینش افراد زمانی مشخص می شود که آنها نشانه های هذیان و توهم را از اختلال ذهنی تشخیص دهند.

قضاوت یعنی توانایی تصمیم گیری، اینکه چگونه درباره موقعیت عمل می کنند.

خود پنداره:

خودپنداره این بیماران معمولاً ضعیف یا آشفته است. بیماران اغلب آگاهند که آنها صداهاى دیگری را تشخیص دهند.

تصویر ذهنی:

تصویر از بدن به ویژه هنگام بروز توهم و هذیان ها مختل می شود. برای مثال بیماری که فکر می کند به وسیله میکروب ها آلوده شده است، احساس می کند که از طریق خوردن به آن آلوده شده است

شبکه اجتماعی:

چندین تفاوت در عملکرد اجتماعی در اسکیزوفرنیا اتفاق می افتد. با پیشرفت اختلال افراد از اجتماع دوری می کنند. چندین جنبه از نشانه ها را می توان به آن نسبت داد. به عنوان مثال عاطفه کند و بی لذتی، نتیجه عدم فعالیت و ارتباطات می باشد.

نقص شناختی وابسته به یادآوری تعاملات گذشته، مشکلات تصمیم گیری و قضاوت با فقر کلامی و زبانی است. فقر عملکردی با ناتوانی در فعالیت های روزمره زندگی، بهداشت نامناسب، سوء تغذیه و انزوای اجتماعی خود را نشان می دهد.

- اختلال در محتوی تفکر مشخص با هذیان گزند و آسیب، جسمی
- احتمال آسیب به خود و دیگران مشخص با پرخاشگری
- اختلال در مراقبت از خود مشخص با بی‌توجهی به بهداشت فردی
- اختلال درکی مشخص با توهمات، شنوایی، بینایی

اطلاعات مورد ارزیابی در مرحله بررسی و شناخت (Assessment)

- بیمار نمی تواند به درستی به تفسیر و اطلاعات دریافت شده بپردازد
- بروز هر گونه هذیان شامل بزرگمنشی، گزند و آسیب، کاشت فکر، تفکر سحر آمیز و ... دارد
- حواس پرتی، کاهش توجه و تمرکز بر فعالیت های ساده را نشان می دهد
- الگوی کلامی از هم گسیخته، نامنظم و آشفته دارد
- دوگانگی احساس را در گفته ها و رفتارش نشان می دهد
- آشفتگی در ادراک و تفکر انتزاعی دارد

ایمنی بیمار و سایر افراد را از صدمات احتمالی ناشی از اختلال فکری حفاظت کنید

از لمس بیمار به خصوص بیماری که هذیان گزند و آسیب دارد، خودداری کنید.

از توضیحات ساده و عینی استفاده کنید و از انتزاعات خودداری کنید

در خصوص هذیان بیمار ، بحث و مشاجره نکنید

بیمار را تشویق کنید تا از تجربیات خود قبل از آغاز هذیان صحبت کند. (شناسایی احساسات و حوادث تهدید کننده)

- از هر گونه بحث هنگام گفتن هذیانها اجتناب شود،
- از صحبت در مورد جزئیات هذیان بیمار خود داری شود. تأکید بر واقعیتها انجام شود
- به بیمار گفته شود که این رفتارها از نظر اجتماعی پذیرفته نیست.
- در مورد هذیان گزند و آسیب به بیمار اطمینان داده شود که خطری او را تهدید نمی کند
- هذیانها به تدریج با مصرف دارو سست می شود، پرستار با ایجاد شک و تردید نسبت به افکار در این زمینه کمک کننده است

اطلاعات مورد ارزیابی در مرحله بررسی و شناخت (Assessment)

تلاش جهت صدمه به خود یا دیگران

بروز فعالیت های حرکتی شدید، اضطراب، آشفتگی و حمله به سمت دیگران

فریاد زدن و فحش دادن

بیان احساسات یا قصد خودآزاری

عقیده دارد که سایرین در محیط او را تهدید می کنند

در صورت بروز رفتارهای مخرب سریعاً اقدام کنید

با صحبت کردن از بیمار بخواهید تا رفتارش را سریعاً متوقف کند

به بیمار بگویید در صورت متوقف نکردن رفتارش چه چیزی در انتظارش است

به بیمار اطمینان دهید که کادر پرستاری از صدمه دیدگی او و دیگران جلوگیری می کنند

توهم بیمار جهت تعیین نوع دستوری توهم برای آسیب دیدگی بیمار یا دیگران مورد بررسی قرار دهید

زمانیکه هذیان پارانوئید به بیمار می گوید که دیگران قصد گزند و آسیب برای کشتن او را دارند بیمار را نسبت به واقعیت آگاه کنید

هنگامی که بیمار علائم عصبانیت و آشفتگی را نشان می دهد سروصدا و محرک های محیطی را کاهش دهید

ادامه ی مداخلات درمورد خطر صدمه مستقیم به خود و دیگران

- از نزدیک شدن به بیمار اجتناب شود، این حالت موجب افزایش خشم بیمار می شود
- تشویق بیمار به بیان احساسات با ارتباط همدلانه
- انجام رفتارهای که نشان از پذیرش بیمار است. مثلا بیان این جمله. "من مایلم مشکل شما را گوش کنم"
- به تنهایی در برابر بیمار خشمگین قرار نگیرید
- از برخوردهای کلامی و غیر کلامی سرزنش آمیز یا حالت تمسخر پرهیز شود
- در صورت پرخاشگری شدید، از مهار فیزیکی و محدودیت بیمار استفاده کنید

اطلاعات مورد ارزیابی در مرحله بررسی و شناخت (Assessment)

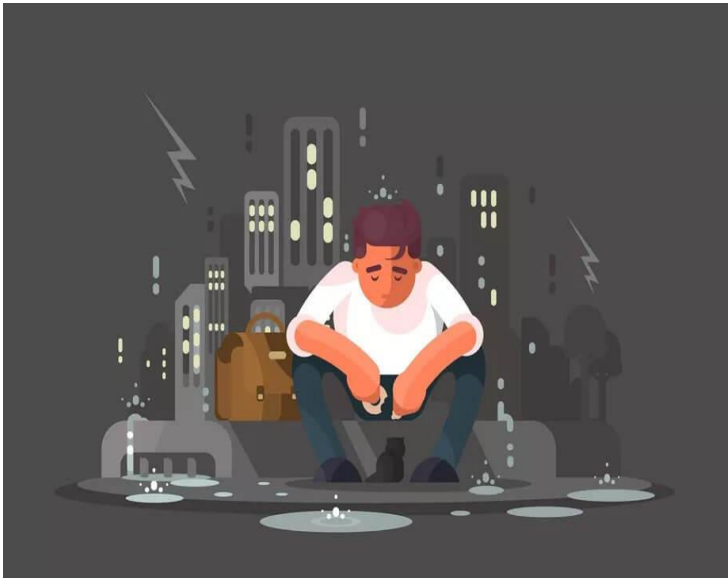
وجود توهمات و خطای ادراکی منجر به عدم اعتماد و تردید از سوی دیگران می شود

اختلال در محتوای فکر (هذیان ها، تفکر مماسی، بی ربطی کلام و ..)

سیستم حمایتی غیر موثر (خانواده، دوستان، محیط کار)

ترس و اضطراب

بیماری، بستری شدن و محدودیت از محیط به شکل طولانی مدت



- روزانه زمان های مشخصی را جهت فعالیت های بیمار سازمان دهید
- در دوره انزوای اجتماعی به بیمار کمک کنید تا نیاز های اساسی خود مثل غذا خوردن، خوابیدن و نظافت شخصی را برطرف کند.
- افراد حامی بیمار را تعیین کنید و آنها را به تماس با بیمار برای تعاملات، مکالمات تلفنی و ملاقات ها تشویق کنید
- به بیمار کمک کنید تا تفاوت بین انزوای اجتماعی و میل به تنهایی را درک کند
- هر روز فواصل زمانی کوتاهی را با بیمار سپری کنید و تعاملات بدون چالش و معنی داری ایجاد کنید
- در خصوص هر چیزی که برای بیمار جذاب است بحث کنید مثل وسایل اتاق، فعالیت های مورد علاقه

- با رویکرد احترام آمیز در کنار بیمار نشسته و در مورد مسائل روزمره صحبت آغاز شود
- بیمار را تشویق به شرکت در فعالیت های گروهی نمود. مثل گروه درمانی
- با بیمار گوشه گیر ارتباط یک نفره و کوتاه مدت برقرار شود
- به بیمار اطمینان داده شود که امنیت دارد تا ترس او کاهش یابد

اطلاعات مورد ارزیابی در مرحله بررسی و شناخت (Assessment)

اختلال حسی - درکی

اختلال شناختی

اضطراب و آشفتگی

خلق پایین

کاهش انرژی و فعالیت

ظاهر آشفته و ژولیده بیمار که متناسب با سن یا موقعیت بیمار نیست

بهداشت شخصی نامناسب چون بوی بد دهان و بدن

- در صورت لزوم به بهداشت شخصی، پوشش مناسب و آراستگی بیمار کمک کنید تا بتواند به طور مستقل عمل کند
- از بیمار بخواهید که نظافت شخصی خود را انجام دهد حتی اگر مشتاق نباشد
- در طی فعالیت های مراقبت از خود حریم بیمار را حفظ کنید
- آموزش و توصیه های لازم برای مراقبت از خود را به عنوان بخشی از آموزش پس از ترخیص، برای خانواده و بیمار فراهم کنید
- تهیه جدول امتیاز بندی برای بیمار و تکمیل آن با رعایت مسائل بهداشتی و جمع بندی امتیازات و پاداش دادن
- اهداف روزمره و برنامه ریزی مناسب برای امور شخصی و مراقبت در منزل فراهم کنید

اطلاعات مورد ارزیابی در مرحله بررسی و شناخت (Assessment)

افراد خانواده قادر به بیان احساسات گناه، خشم و آشفتگی نیستند

روابط و نقش خانواده و بیمار از هم گسیخته است

مقاومت خانواده جهت شرکت در مراقبت و درمان بیمار

گرفتاری، نگرانی و ناراحتی بیش از حد خانواده را نسبت به وضعیت بیماری و نحوه مراقبت بررسی کنید

کمبود آگاهی اعضای خانواده نسبت به بیماری و کنترل آن

برنامه منظمی برای انجام فعالیت در طول روز برای بیمار طراحی شود

داروهای خواب آور شبها به بیمار داده شود.

از مصرف نوشیدنیهای محرک، کافئین دار و گرم قبل از خواب اجتناب شود

محیطی آرام و مناسب برای خواب بیمار فراهم شود.

سایر مداخلات:

به خانواده توصیه شود که در شرایط استرس زا بیمار را مورد حمایت قرار دهند

اگر بیمار تفکر انتزاعی ندارد با کلام ساده با او صحبت شود

در بیمار کاتاتونیا که در مرحله بهت است کنترل علائم حیاتی و رژیم غذایی ضروریست

- با انجام مصاحبه سطح فعالیت کنونی خانواده را در مقایسه با آغاز بیماری بررسی کنید
- حقایق را در رابطه با بیماری به خانواده آموزش دهید و تأکید کنید که هر خانواده ممکن است گرفتار آن شود، این موارد شامل پیشرفت بیماری، دوران مزمن و..
- خانواده را تشویق کنید تا در برنامه های کنترل رفتار به ویژه برنامه های مرتبط با مشکلات بیمار شرکت کند
- حضور خانواده را در محیط بیمارستان افزایش دهید

- از نزدیک شدن به بیمار اجتناب شود، این حالت موجب افزایش خشم بیمار می شود
- تشویق بیمار به بیان احساسات با ارتباط همدلانه
- انجام رفتارهای که نشان از پذیرش بیمار است. مثلاً بیان این جمله. "من مایلم مشکل شما را گوش کنم"
- به تنهایی در برابر بیمار خشمگین قرار نگیرید
- از برخوردهای کلامی و غیر کلامی سرزنش آمیز یا حالت تمسخر پرهیز شود
- در صورت پرخاشگری شدید، از مهار فیزیکی و محدودیت بیمار استفاده کنید

مداخلات در مورد کنترل عوارض دارویی:

فشارخون اورتواستاتیک:

یکی از عوارض شایع داروهای ضد جنون می باشد. اثرات آنتی آدرنرژیک اولیه با کاهش فشارخون عمومی و اورتواستاتیک همراه است. با کنترل فشارخون قبل از استفاده دارو و جلوگیری از سقوط بیماران حمایت شود. پرستار می بایست فشارخون بیمار را هنگام خوابیده، نشسته و ایستاده هنگام استفاده از داروهای ضدجنون استفاده کند.

خواب آلودگی از دیگر عوارض داروهای ضد جنون می باشد. بیماران می بایست از نظر عوارض خواب آلودگی داروهای ضد جنون کنترل شوند. در بیماران سالمند خواب آلودگی با خطر سقوط همراه است. در بیماران جوان و میان سال دلیلی برای قطع مصرف دارو می باشد.

آموزش مهارت‌های اجتماعی:

آموزش مهارت‌ها برای جبران نقص شناختی می‌بایست مد نظر قرار بگیرد. به بیماران در یادگیری فعالیت‌های مانند آماده کردن وعده غذایی، استفاده از اتوبوس، خرید غذا یا لباس کمک شود. پرستار باید فعالیت‌ها را به قسمت‌های کوچکی تقسیم و لیست نماید

فراهم نمودن آموزش خانواده:

حمایت خانواده برای حفظ درمان بیماران حیاتی است. آموزش‌ها شامل اطلاعاتی درباره دوره بیماری، رژیم درمانی، سیستم حمایتی و مدیریت مهارت‌های زندگی است. بیشترین عامل مهمی آموزش بیمار و اعضای خانواده تلاش در مصرف دارو است.

پرستار طرح مراقبتی درمانی برای بیمار و خانواده را مورد ارزشیابی قرار می دهد

ارزیابی اطلاعاتی فراهم می کند که آیا بیمار به نتایج مورد نظر رسیده است. درک بیمار از درمان موفق نقش مهمی در ارزشیابی دارد. پرستار باید احساس راحتی و رضایت از زندگی را بیمار بپرسد.

ارزیابی درمان اسکیزوفرنی بر اساس اطلاعات زیر می باشد:

آیا نشانه های سایکوتیک بیمار ناپدید شده است؟

اطلاعات بیمار در خصوص رژیم دارویی تجویز شده به چه صورت است؟ آیا از آن تبعیت می کند؟

آیا منابع اجتماعی مناسب برای موفقیت بیمار در جامعه وجود دارد؟

آیا بیمار و خانواده دانش کافی در خصوص اسکیزوفرنیا دارند؟

آیا بیمار رضایت از کیفیت زندگی دارد؟

۱. ۳. فوریت‌های روانپزشکی - فرهاد شاملو

۲. کوشان، محسن؛ واقعی، سعید. روان پرستاری. تهران. نشر اندیشه رفیع. چاپ نهم ۱۳۹۷

۳. فوریت‌ناش کاترین. طرح‌های مراقبت روانپرستاری. ترجمه محمد آقاجانی، تهران، نشر اندیشه رفیع، ۱۳۹۷

۴. سلیگمن، روزنهان، والکر. آسیب شناسی روانی. ترجمه دکتر رضا رستمی و همکاران. نشر ارجمند. تهران. ۱۳۹۷

5. Boyd, M.A. Psychiatric Nursing Contemporary Practice. (Last ed)
Philadelphia: Lippincott.