

مرکز روانپزشکی ایران

**راهنمای مراقبت پرستاری از:
پنج بیماری شایع حاد بستری در مرکز با استفاده از
اطلاعات HIS**

آذر ۱۳۹۵

گردآوری و تنظیم از:
فرید امامی سوپروایزر آموزشی

راهنمای مراقبت پرستاری از:

پنج بیماری شایع حاد بستری در مرکز با استفاده از اطلاعات HIS

شامل:

- ۱- اختلالات خلقی
- ۲- اسکیزوفرنیا
- ۳- اختلالات مرتبط با مواد
- ۴- اختلالات اضطرابی
- ۵- اختلالات شخصیت

۱- اختلالات خلقی:

بیان مشکل: گروهی از اختلالات روانی می باشد که علامت اصلی آن غیر عادی بودن خلق می باشد. اختلالات خلقی با اختلال در تنظیم خلق - رفتار و عاطفه مشخص می شود (خلق حالت هیجانی درونی مستمر فرد و عاطفه تظاهرات بیرونی آن است. خلق می تواند بطور طبیعی - بالا و یا پائین باشد. اختلالات خلقی می تواند بصورت افسردگی و یا دوقطبی بروز نماید که در نوع دو قطبی خود می تواند به تیپ ۱ و تیپ ۲ تقسیم شود.

برایند مورد انتظار: طرح مراقبتی صحیح از بیمار بر اساس تشخیص های پرستاری محتمل در بیماران دو قطبی بر طبق NANDA که بصورت مکتوب در اختیار بخش ها و پرسنل مرکز قرار داده شده و شناخت سبب شناسی و همه گیرشناسی این بیماری می تواند در انجام مراقبت صحیح پرستاری ما را یاری دهد.

توصیه های پرستاری:

فاز افسردگی: با بررسی بیمار مبتلا به اختلالات افسردگی با شرح حال کامل و معاینه وضعیت روانی باید خطر خودکشی و دگرکشی - ارزیابی توانایی های بیمار - میزان فعالیت اجتماعی - نگرش نسبت به خود و ارزیابی منابع اجتماعی بیمار مورد توجه واقع شود. خطر خودکشی در ابتدا و انتهای بیماری زمانی که رو به بهبودی است معمولاً بیشتر است.

از انواع تشخیص های که می توان در این مرحله بر اساس NANDA گذاشت می توان:

۱- خطر برای صدمه به خود و آسیب تهدید کننده زندگی

برنامه ریزی و اجرا:

- A. ابزار و وسایل مخرب - تیزوبرنده و دارو از پیرامون بیمار دور گردد
- B. از طریق مشاهده رفتار و پرسش مستقیم خطر خودکشی مورد ارزیابی قرار گیرد
- C. تدابیر و اقدامات پیشگیرانه برای خودکشی طبق استانداردهای نظارتی شروع گردد
- D. از قضاوت یا موعظه بیمار پرهیز نموده و از تکنیک های مثل همدلی استفاده شود
- E. از مهارت های ارتباطی مثل انعکاس - تصدیق استفاده نموده و نحوه تصمیم او درباره خودکشی را گوش دهیم
- F. رفتارهای که پیش درامد خودکشی می باشد مثل بخشیدن دارایی - وسواس فکری درباره مرگ - خودزنی - نوشتن وصیت نامه مورد ارزیابی قرار گیرد
- G. شبانه روز بیمار را سازمان دهی و زمان را برای برآوردن نیازهای بیمار با سطح عمل او تنظیم کنید
- H. طرح درمانی شامل تدابیر خودکشی - تعاملات درمانی - درمان های روانی - اجتماعی و ارزیابی عوامل خطر و میزان ناامیدی بیمار را ایجاد نماید
- I. به بیمار بگوئید هرگاه دچار تفکرات و عقاید خودکشی شد نزد پرسنل بیاید
- J. به بیمار اطمینان دهید که پرسنل در همه حال در مقابل این افکار از او حمایت می نمایند.

۲- میزان بیش از حد یا ناکافی یا کیفیت نامناسب تبادلات اجتماعی

برنامه ریزی و اجرا:

- A. بیمار را در برنامه های تنظیم در تعاملات شرکت دهید
- B. به اظهارات کلامی و غیر کلامی بیمار پاسخ دهید
- C. در طول روز تماس های مختصر و مکرر با بیمار داشته باشید
- D. بیمار را تشویق کنید تا در زمان ضرورت درخواست کمک نماید
- E. به بیمار نوشتن گزارش روزانه را پیشنهاد دهید
- F. تشویق بیمار به ملاقات و ایجاد تماس تلفنی با افرادی که در زندگیش موثر هستند
- G. فعالیت های را ایجاد نمایید که بیمار از شرکت در آنها احساس رضایت کند
- H. به حمایت و کنترل داروهای تجویز شده و طرح های درمانی - روانی را ادامه دهید

۳- اعتماد به نفس پایین

برنامه ریزی و اجرا:

- A. بیمار را برای شستشو - لباس پوشیدن و شانه کردن فعال کنید
- B. بیمار را برای تمام تلاش هایش جهت برقراری ارتباط با کارکنان تحسین کنید
- C. تمام قرار ملاقات های خود با بیمار را حفظ کنید
- D. D - به بیمار مهارت های جرات مندی از قبیل استفاده از چگونگی نه گفتن را آموزش دهید

۴- ناامیدی (حالت ذهنی که فرد محدود شده وقادربه حرکت درآوردن انرژی به نفع خود نیست)

برنامه ریزی و اجرا :

- A - ارزیابی خودکشی را انجام دهید
- B- بیماررا تشویق کنید تادرمورد احساسات ناامیدی وتنهایی صحبت کند
- C- جنبه های مثبت دنیای بیماررا شناسایی کنید
- D- بیماررادرفعالیت ویا گروه های قرار دهید که نیازهای خاص او را برطرف سازد

۵- نقص مراقبت از خود

برنامه ریزی و اجرا

- A- بررسی در نقص مراقبت از خود در بیماررا ارزیابی نمائید
- B- در بهداشت فردی به بیمار کمک نمائید
- C- اهداف روزانه را برای خود مراقبتی ایجاد نمائید

فازمانیا : (انواع آن)

از انواع تشخیص های که می توان در این مرحله بر اساس NANDA گذاشت می توان:

- ۱- خطر اقدام به خشونت برای خود یاد دیگران (خطر در ارتباط با رفتارهای که فرد از لحاظ فیزیکی - احساسی - جنسی برای خود و دیگران آسیب زا است)

برنامه ریزی و اجرا:

- A- در صورت مشاهده رفتارهای تهاجمی و صدمه زا نسبت به خود و دیگران سریعاً مداخله نمائید (حفظ امنیت)
- B- در صورت نیاز مهار فیزیکی وانزوا بیمار صورت پذیرد
- C- شناسایی هر تماس فیزیکی بیمار که بوسیله دیگران قابل قبول نیست (صدمه ای- احساسی- جنسی)
- D- تهدیدات کلامی بیمار در مورد دیگران را جدی ارزیابی نمائید
- E- کمک به رفتارهای مختل کننده بیمار و مدیریت آن
- F- سرو صدا و محرک های محیطی را کاهش دهید
- G- انرژی بیمار را در صورتی که منع ورزش کردن ندارد مدیریت و برنامه ریزی نمائید
- H- هر گونه تلاش بیمار جهت مدیریت خشم خود حمایت و تمجید نمائید
- I- به خانواده بیمار نشانه های بیقراری و رفتارهای هیومانی (فحاشی- نعره کشیدن- بدگمانی و..) آموزش دهید.

۲- خطر آسیب دیدگی

برنامه ریزی و اجرا

- A- امنیت محیط را تامین نموده در صورت نیاز انزوا و یا مهار فیزیکی به عنوان آخرین مداخله انجام شود

- B محرک های محیطی را به حداقل برسانید
- C آموزش و اجرا تمرینات کاهش استرس (تنفس عمیق- آرام سازی عضلات) را به او و خانواده بدهید
- D در فعالیت های حرکتی بیمار را همراهی نمائید

۳- تعامل اجتماعی آسیب دیده

برنامه ریزی و اجرا

- A محدودیت های را برای رفتارهای اخلاص کننده بیمار در نظر بگیرید (مثل محدودیت های کلامی)
- B زمانی که بیمار قادر به پذیرش می باشد تاثیر رفتارهای منفی او را بازخورد دهید
- C آموزش به بیمار جهت بیان احساسات خود
- D تشویق بیمار جهت برقراری ارتباط موثر با دیگران

۴- اختلال در فرایندهای فکری (پرش افکار و هذیان ها)

برنامه ریزی و اجرا

- A حفظ ایمنی بیمار و سایرین و محیط (بواسطه اختلالات افکاری) از طریق مداخلات درمانی
- B ضمن احترام به بیمار و عقاید او موافق هذیان های او نباشید
- C به محض آنکه بیمار توانست افکار واقعی و غیر واقعی را تمیز دهد از او تمجید و حمایت شود
- D بیمار از تماس با سایر بیماران هذیانی پرهیز داده شود

۵- تغذیه نامتعادل کمتر از نیاز بدن

برنامه ریزی و اجرا

- A بطور مکرر غذاهای کوچک حاوی پروتئین و کربوهیدرات و فیبردار به او بدهید
- B سیستم گوارشی و ادراری را از نظر (سفتی و درد و...) بررسی نمائید
- C آموزش به خانواده جهت تامین نیازهای تغذیه ای بیمار صورت پذیرد
- D در صورت مصرف لیتیم رساندن سدیم بطور کافی و ارزیابی بیمار از نظر عوارض انجام شود
- E توزین وزن در فواصل مشخص و مقایسه تغییرات

۶- سازگاری نامناسب خانواده

برنامه ریزی و اجرا:

- A اطلاعات لازم در ارتباط با بیماری و روند درمان به خانواده آموزش دهید
- B به خانواده در مورد اطلاع رسانی به موقع علائم و تغییرات بیمار آموزش های لازم داده شود
- C روش های معمول غلبه بر استرس را به خانواده آموزش دهید
- E بر اساس توانایی های اعضا خانواده مسئولیت مراقبت از بیمار در منزل را به آنها آموزش دهید

۲- اسکیزوفرنیا :

بیان مشکل : اسکیزوفرنی یکی از شدیدترین مزمن ترین و ناتوان کننده ترین اختلال روانی می باشد این بیماری نوعی اختلال سایکوتیک می باشد که از طریق ایجاد اختلال در تشخیص واقعیت و وجود توهمات و یا هذیان ها شناخته می شود اسکیزوفرنی به طور ویژه ادراک-افکار-خلق-عاطفه و رفتارهای فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. این بیماران قادر به پردازش اطلاعات ورودی به طور صحیح نبوده پس نمی توانند پاسخ مناسبی به جهان خارج بدهند. شروع اسکیزوفرنی نامشخص اما اغلب از اواخر نوجوانی و اوایل جوانی رخ می دهد دوره اسکیزوفرنی متغیر می باشد و علائم آن بصورت عملکرد مثبت و منفی در فرد ایجاد می شود اسکیزوفرنی انواع مختلف همچون پارانوئید-کاتاتونیک-آشفته-باقیمانده و نامشخص دارد.

برایند مورد انتظار : مراقبت پرستاری صحیح از بیمار بر اساس تشخیص های پرستاری محتمل در بیماران اسکیزوفرن بر طبق NANDA که بصورت مکتوب در اختیار بخش ها و پرسنل مرکز قرار داده شده است. در مراقبت پرستاری آشنایی بیمار با واقعیات و کمک به خود مراقبتی میتواند نقش محوری داشته باشد

توصیه های پرستاری :

برای ارائه یک طرح مراقبتی پرستاری در بیماران اسکیزوفرن باید شرح حال کامل از بیمار گرفت و معاینه دقیق از وضعیت روانی به عمل آورد در شرح حال توجه به سابقه روانی -زمینه اجتماعی و نوع حمایت های اجتماعی بیمار مهم است و نسبت به عوامل تسریع کننده و ژنتیک نیز توجه نمود همچنین توجه به عوامل مثبت در زندگی و احساس بیمار نیز مهم است. تشخیص های روانپرستاری بر اساس NANDA می باشد.

۱- اختلال در درک حسی (تقلیل یا افزایش درک که بصورت توهم - خطای ادراکی و... بروز می نماید)

برنامه ریزی و اجرا:

- A بین خود و بیمار رابطه دوستانه و اعتماد ایجاد کنید
- B از اظهار نظر قضاوت گونه و گستاخانه در رابطه با توهمات بپرهیزید
- C از ارتباط کلامی مستقیم و واضح به جای ژست های غیر کلامی استفاده کنید
- D به بیمار کمک کنید تا بر روی فعالیت ها - حوادث واقعی در محیط تمرکز کند
- E رفتارهای توهمی را برای بیمار توصیف کنید مثلا آیا صدای می شنوی
- F رفتارهای کلامی و غیر کلامی همراه با توهمات را ارزیابی نمائید
- G به بررسی محتوای توهمات شنوایی پردازید
- H عوامل اضطراب زا در محیط را کم کنید

I- عوامل تنش زا که ایجاد توهم می کنند را مشخص نمائید

J- از بحث کردن در ارتباط با توهمات بیمار خوداری کنید

۲- اختلال در فرایند فکر: (هذیان- شل شدن تداعی ها- قضاوت- حل مسئله- تفکر معیوب- درک- و....)

برنامه ریزی و اجرا:

A- ایمنی بیمار و سایرین در محیط از صدمات احتمالی ناشی از اختلال فکر بیمار حفظ شود

B- به صورت آرام و آهسته و مبتنی بر واقعیت به بیمار نزدیک شوید

C- از لمس بیمار با الاخذ بیماری که هذیان گزند آسیب دارد خوداری نمائید

D- رفتارها و خالات چهره متناسب با اظهارات کلامی باشد

E- به طور مداوم سعی کنید بیمار منطقی فکر کند و قضاوتش بر اساس واقعیت باشد

F- از بحث با بیمار در مورد هذیان ها خوداری نموده و به جزئیات هذیان بیمار نپردازید

۳- خطر صدمه مستقیم به خود و دیگران (از لحاظ فیزیکی عاطفی - جنسی)

برنامه ریزی و اجرا:

A- حرکات و رفتارهای تهاجمی و مخرب بیمار کنترل و جلوگیری شود (جملات کوتاه-محکم و واضح

از بیمار خواسته شود رفتارش را متوقف کند) در صورت نیاز فیکس و انتقال بیمار به اتاق ایزوله

B- در صورت وجود هذیان های پارانوئیدی آگاهی از واقعیت و تمرکز انرژی در فعالیت های سازنده تر هدایت کنید

C- به خشونت و تهدیدهای شفاهی مخرب بیمار فعالانه گوش کنید

D- افکار خودکشی - آدم کشی - بیمار را بدقت بررسی و مدیریت کنید

۴- انزوای اجتماعی (گوشه گیری بیمار)

برنامه ریزی و اجرا:

A- ارزیابی بیمار جهت کنترل خودکشی

B- کمک به بیمار جهت رفع نیازهای خود (خواب- تغذیه- بهداشت فردی)

C- هر روز زمان کوتاهی را با بیمار سپری نمائید

D- در ارتباط با علائق بیمار با او صحبت کنید

E- فعالیت تفریحی و اجتماعی برای او فراهم کنید

۵- کاهش - تاخیر یا نبود توانایی در دریافت- پردازش و انتقال استفاده از نمادها (در نتیجه تفسیر نادرست

توانایی برقراری ارتباط کلامی با استفاده از زبان مختل شده است)

برنامه ریزی و اجرا:

A- میزان ارتباط کلامی مختل شده را مشخص نمائید و با صبوری با آن برخورد کنید

B- روش های دیگر انتقال پیام مثل نقاشی کردن- نوشتن و... تشویق کنید

C- به بیمار در جهت برقراری ارتباط با دیگران کمک نموده و تلاش های او در جهت گفتار منسجم را تمجید نمائید

۶- نقص در مراقبت از خود (عدم توانایی در فعالیت های روزانه مثل حمام رفتن - تغذیه وغیره) برنامه ریزی و اجرا:

- A. میزان افت عملکرد را مشخص نمایید
- B. کمک به بیمار در بهداشت شخصی و نیازهای جذبی و دفعی
- C. برنامه ریزی برای مراقبت از بیمار براساس زمان های مشخص (مثلا روزی دوبار مسواک زدن و شانه کردن مو)
- D. تا حد امکان انجام امور خود مراقبتی توسط خود بیمار صورت گیرد.

۳- اختلالات مرتبط با مواد

بیان مشکل: اصطلاح مواد در پزشکی به معنای عوامل فعال شیمیایی است که می تواند از یک یا چند راه (خوراکی-تزریقی-جذبی واستنشاقی) وارد بدن شده وقابلیت سومصرف ووابستگی دربدن را دارد. مصرف می تواند عامدانه - سهوی ویا تصادفی باشد واین مواد ممکن است ایجاد اختلالات روانی بنمایند. داروها - مواد روان گردان وسموم میتوانند این مشکلات را ایجاد نمایند.

برایند مورد انتظار :

مراقبت پرستاری صحیح از بیمار بر اساس تشخیص های پرستاری محتمل در بیماران سو مصرف مواد بر طبق NANDA که بصورت مکتوب در اختیار بخش ها وپرسنل مرکز قرارداد شده است. درمراقبت پرستاری شناسایی ماده تولید کننده اختلال وعوارضی که ایجاد می نماید و سطح درمان (سم زدایی- سلامتی جسم وروان و بازسازی زندگی بدون مواد جهت بیمار) ونگاه بیماربه رونددرمان (داوطلبانه یا غیر داوطلبانه) می تواند تاثیرگذار باشد.

توصیه های پرستاری :

۱- انکار نا موثر (انکار خود اگاهانه یا نا خود آگاهانه وابسته بودن به مواد)

برنامه ریزی و اجرا:

- A ازعادات مصرف بیمار آگاه باشید
- B بیمار ارضاء نکرده وبرخورد مستقیم مبتنی برواقعیت با اوداشته باشید
- C به بیمار بعنوان فرد بارزشی که لیاقت کمک دارد توجه وعلاقه نشان دهید
- D به بیمار و خانواده آموزش دهید ووابستگی به مواد یک بیماری است نه یک مشکل اخلاقی
- E بیمار رادر فعالیت های اجتماعی شرکت دهید
- F عوارض وآسیب های که ماده اعتیاد آورا ایجاد می کند را با مستندات علمی به او آموزش دهید
- G بیمار را در گروه درمانی شرکت دهید وتوقعات تیم درمان و درمورد حمایت های آنان صحبت نمایید
- H کمک به بیمار در جهت جایگزین نمودن دوستانی که سو مصرف ندارند را بنمایند

۲- تطابق خانوادگی مختل (عدم همکاری لازم خانواده در فرایند درمان)

برنامه ریزی و اجرا:

- A- موانع که مانع همکاری خانواده می شود را بررسی کنید
- B- خانواده را درباره اثرات مخرب سومصرف آگاه نمائید
- C- دفاتر و انجمن ها و تلفن های ضروری که می تواند جهت این مشکل به خانواده کمک نماید را در اختیارشان قرار دهید.

۳- خطر برای آسیب بواسطه ترک (احتمال آسیب به بیمار به واسطه ترک مصرف)

برنامه ریزی و اجرا:

- A- علائم ترک در بیمار را ارزیابی و ثبت کنید
- B- در صورت بروز علائم ترک و تشنج می توان از دارو استفاده نمود
- C- در صورت لزوم بیمار مهار شود
- D- به بیمار اطمینان داده علائم موقتی می باشد و او را حمایت نمائید
- E- علائم حیاتی - فعالیت های عصبی - کنترل سطح هوشیاری - باز بودن راه هوایی بررسی شود
- F- تزریق وریدی - گرفتن نوار قلب و اقدامات دارویی با نظر پزشک جهت بیمار شروع شود
- G- از نظر علائم افسردگی و احتمال خودکشی بیمار ارزیابی شود

۴- خطر خشونت علیه خود و دیگران

برنامه ریزی و اجرا:

همانند دستورالعمل که قبلا ذکر شده اقدام گردد

۴- اختلالات اضطرابی

بیان مشکل: اختلالات اضطرابی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی می باشد. اضطراب زمانی مشکل ساز است که فرد قادر به کنترل آن نباشد و در صورتی که نشانه های اضطراب درمان نشود بتدریج بدتر می شود و در نهایت بر عملکرد زندگی فرد تاثیر می گذارد و شاهد بروز اختلالات اضطرابی خواهیم بود. اختلالات اضطرابی انواع مختلفی دارد از جمله اختلال پانیک - انواع فوبی ها - اختلال وسواسی جبری و استرس پس از حادثه را می توان نام برد.

برایند مورد انتظار:

طرح مراقبتی صحیح از بیمار بر اساس تشخیص های پرستاری محتمل در بیماران با اختلالات اضطرابی (تمام انواع) بر طبق NANDA که بصورت مکتوب در اختیار بخش ها و پرسنل مرکز قرارداد شده است. توجه به تفاوت ترس و اضطراب - سبب شناسی و شناخت عوامل دخیل می تواند در برنامه مراقبتی ما را یاری نماید.

توصیه های پرستاری: (تمام انواع آن)

۱- وجود اضطراب و یا ترس (ترس علت مشخص واضطراب نامشخص می باشد)

برنامه ریزی و اجرا:

- A ایجاد احساس امنیت در بیمار و سایرین و محیط
- B اطمینان به بیمار که پرستار همیشه در دسترس است
- C تشویق بیمار به بیان ترس و اضطراب خود
- D رفتارهای اجتنابی بیمار را تعیین کنید
- E حادثه ای که اضطراب را به پیش می اندازد و سطح اضطراب را مشخص کنید
- F کاهش محرک های محیطی
- G تشویق بیمار به رفتارهای تسکینی { آهسته قدم زدن- فشردن دست ها- تشویق به کشیدن نفس عمیق- کمک به رفع هیپرونتیلیسیون -موزیک درمانی و سرگرم سازی و آموزش های دیگر آرام سازی (درمورد بیماران با سطح اضطراب کم یا متوسط) }
- H زمانی که در مورد اضطراب با بیمار صحبت می کنید به همراه او راه بروید
- I آموزش حمایت از بیمار به نزدیکان
- J در صورت بروز علائم جسمی و تحریک سمپاتیکی مثل تهوع - استفراغ- تعریق ... تماس با پزشک و درمان علامتی
- K بررسی اختلالات خواب و مداخلات لازم مثل گرفتن دوش آبگرم قبل از خواب و غیره

۵- اختلالات شخصیت

بیان مشکل: مجموعه مشخص صفات هیجانی و رفتاری شخص در زندگی روزمره که نسبتاً ثابت و قابل پیش بینی می باشد را شخصیت می نامند اختلال شخصیت الگوی طولانی مدت و تغییرناپذیر از سوسعملکرد را نشان می دهد. اختلال شخصیت هنگامی رخ می دهد که آن دسته از ویژگی ها یا الگوهای ثابت و عمیق فرد دچار ناهماهنگی شده و انعطاف ناپذیری خود را از دست می دهد و فرد را در ارتباط برقرار کردن - کار کردن و عشق ورزی به دیگران دچار مشکل می سازد.

برایند مورد انتظار:

طرح مراقبتی صحیح از بیمار بر اساس تشخیص های پرستاری محتمل در بیماران با اختلالات شخصیت بر طبق NANDA که بصورت مکتوب در اختیار بخش ها و پرستل مرکز قرار داده شده است. توجه به انواع اختلال شخصیت و خصوصیات آن - سبب شناسی - توجه به وجود یک یا چند اختلال شخصیت در فرد می تواند در برنامه مراقبتی ما را یاری دهد.

توصیه های پرستاری: (همه انواع)

۱- ازعهده برایی دفاعی (ارزیابی از خود نادرست می باشد)

- A- اگر رفتارهای بیمارنشانی از تهدید آسیب و خسارت دارد ایمنی بیمار و دیگران و محیط را حفظ کنید
- B- به بیمار بصورت رودررو نه از پشت نزدیک شوید
- C- هنگام برخورد با بیمار آرام و با ملایمت اما قاطع برخورد نمائید
- D- از پرستاران خاص و ثابت برای کار با بیمار استفاده شود
- E- بجای پاسخ های مستبدانه به بیمار از عبارات قاطعانه مثل من و نه تو استفاده کنید
- F- درابتدا بیمار را در تعاملات انفرادی کوتاه وارد نموده سپس در گروه های سازمان یافته تر
- G- رفتار و احساسات بیمار را شناسایی کنید
- H- رفتارهای خشونت آمیز بیمار را ارزیابی نموده و در صورت لزوم مداخلات لازم انجام شود
- I- شدت و تناوب و عواقب دروغ گویی بیمار برای رسیدن به خواسته هایش را کنترل و برنامه اصلاحی جهت کاهش یا حذف آن پی ریزی کنید
- J- در صورت خودشیفتگی و یا بزرگمنشی سطح آن را مشخص و برنامه مداخله برای بهبود آن بکنید
- K- در صورت رفتارهای ضد اجتماعی آن را ارزیابی نمائید و مداخلات لازم را انجام دهید
- L- اثرات رفتارهای بی مسئولیتی بر بهبودی و تعامل با سایرین را ارزیابی نمائید
- M- شناسایی موقعیت های که بیمار از انکار نامناسب استفاده می نماید را بکنید

۲- اعتماد به نفس پائین مزمن (احساس منفی در مورد خود)

- A- سطوح وابستگی را در مراحل اولیه در موقعیت های مختلف ایجاد کنید
- B- جهت نیازهای اولیه و فعالیت زندگی روزمره یک برنامه مراقبتی پرستاری شکل دهید و فعالیت های مستقل - نیمه مستقل و وابسته را تعیین نمائید و اجرا و هدف گیری به سمت رفتارهای مستقل را تقویت نمائید.
- C- سطح انزوا و گوشه گیری بیمار را مشخص کنید و سرکشی های کوتاه و مکرر داشته باشید
- D- بتدریج تعاملات با بیمار را افزایش و او را به حضور در جمع تشویق نمائید
- E- بیمار را در فعالیت های فیزیکی شرکت دهید
- F- در صورت علاقه بیمار به گل و گیاه موقعیت مناسب برای او ایجاد کنید
- G- در بیماران شخصیت مرزی او را با اشیاء مورد علاقه و نمادین تنها بگذارید
- H- به بیماران نمایشی - فریبنده - اطمینان دهید نیازهایشان در حد عرف برآورده و نیازی به پاسخ های اغراق آمیز نمی باشد

۳- مدارای ناموثر (الگوی رفتاری بیمار منجر به آسیب جدی و تنش در تعاملات بیمار با دیگران و نیازهای خود می شود)

- A- ارزیابی از بیمار و رفتارهای سو عملکردی و برنامه ریزی برای مداخلات مناسب را بکنید
- B- هنگام مشاهده بیماری که همه را خوب یا بد می پندارد به شیوه مدبرانه به او بازخورد دهید
- C- به بیمار جهت مسئولیت پذیری کمک نمائید
- D- بیمار را جهت مواجهه با مشکلات آماده سازید

- E به بیمار جهت هدایت احساسات متضاد یا خشمگین از طریق فعالیت های سازنده مثل ورزش - هنر - و تکنیک های آرام بخشی کمک کنید
- F در صورت بهره گیری از دیگران میزان و تکرار آن در بیمار را مشخص نمایید
- G انتظارات پرستاران از بیمار را به شیوه واضح و مستقیم بیان کنید
- H بیمار را در روند برنامه ریزی برای درمان شرکت دهید
- I الگوی نقش مناسبی را برای تعاملات با بیمار و دیگران ایجاد کنید
- J استفاده بیمار از مهارت های اجتماعی را تحسین کنید
- K میزان خستگی بیمار را تعیین کنید و فعالیت های متنوع برای او فراهم کنید
- L رفتارهای بی ثبات بیمار را مشخص و به او بازخورد دهید
- M الگوهای ارتباطی صحیح را به فرد و خانواده آموزش دهید

منابع :

۱- طرح های مراقبتی روان پرستاری

کاترین م . فورتیناش
ترجمه : محمد آقا جانی

۲- روان پرستاری (بهداشت روان ۲)

تالیف : محسن کوشان

سعید واقعی

۴- درسنامه جامع روان پرستاری

مولفین : دکتر احمد علی اسدی نوقانی

سعید حاجی آقاجانی

دکتر نازنین هنرپروران

Psychiatric Nursing
Contemporary practice

-۵

Mary ann Boyd, phd, dns, aprn,bc

2010

گردآوری و تنظیم از:

فرید امامی سوپروایزر آموزشی مرکز روانپزشکی ایران