

12

پرستاری داخلی - جراحی

Parastar
Nursing Skills

Parastar
Nursing Skills

Parastar
Nursing Skills

Parastar
Nursing Skills

Parastar
Nursing Skills

فرآیند پرستاری



بهداشت روانی

Exclusive : Parastar.info

Parastar
Nursing Skills

Parastar
Nursing Skills

مترجم: دکتر محمد ذوالعدل
مروت گیوی

Medical-Surgical Nursing

Demystified

راهنمای خود آموزی

فرآیند پرستاری

اختلالات بهداشت روان

نویسنده:

ماری دی گیولیو (Mary DiGuilio)

دونا جکسون (Donna Jackson)

مترجمین:

دکتر محمد ذوالعدل

مروت گیوی

۲۱۰۶ - مک گراوهیل

قابل توجه خوانندگان:

کتاب حاضر ترجمه خودآموز فرآیند پرستاری کتاب مرجع پرستاری داخلی - جراحی برونر و سودارث: بخش فرآیند پرستاری اختلالات بهداشت روانی است. این مجموعه کتاب از ۱۵ جلد کتاب تشکیل شده است، توسط گروه ترجمه متون پرستاری ترجمه شده و به صورت رایگان در اختیار پرستاران و دانشجویان پرستاری قرار گرفته است. در این کتاب به دلایل فنی امکان درج تصاویر، نمودارها، جداول و لینک وجود



نداشت. بنابراین اگر مایل به مطالعه کامل مطلب هستید، به وبسایت <http://parastar.info> مراجعه نمایید. مطلب درج شده در وبسایت مرتب به روز رسانی شده و لینک های زیادی به فرهنگ تعریف واژه ها، داروشناسی، آناتومی و فیزیولوژی و ... وجود دارد.

برای دانلود جلد های دیگر این مجموعه [کلیک کنید](#).

هر گونه استفاده آکادمیک و پژوهشی از این کتاب مجاز است و استفاده اقتصادی از این کتاب یا درج کتاب در وبسایت های دیگر منوط به کسب مجوز از مدیریت وبسایت است.

منبع:

DiGiulio M., Jackson D., Keogh J. (2016) Medical-Surgical Nursing: Demystified, New York: McGraw-Hill.

ساختار کتاب

زمانی که اذسان به درد و ناراحتی غیرقابل تحمل مبتلا می شود می داند که باید به دنبال خدمات درمانی باشد، اما ارائه کنندگان خدمات درمانی چگونه متوجه می شوند که مشکل از کجا ست و چطور مشکل را رفع کنند، چطور سلامت بیمار را برگردانند، یا از درد و ناراحتی وی کم کنند. پاسخ این سئوالات به علائم و نشانه های بیمار و نتایج تست های تشخیصی بستگی دارد. در این وب سایت تلاش می شود که این علائم و نشانه ها معرفی شوند، نتایج تست های تشخیصی تفسیر شود، مداخلات پرستاری طراحی شده و به رفع مشکل یا تسکین درد و آلام بیمار کمک شود.

مطالب این قسمت (فرآیند پرستاری) در ۱۵ بخش ارائه می شود و هر بخش یکی از سیستم های اصلی بدن را پوشش می دهد. در هر بخش بیماری ها و اختلالات هر بخش از بدن بررسی می شود. شرح هر بیماری یا اختلال به صورت زیر تقسیم بندی می شود:

- مشکل چیست؟
- پیش آگهی
- علائم و نشانه های اصلی
- تفسیر تست های تشخیصی
- درمان
- تشخیص های پرستاری
- مداخلات پرستاری
- تست های تشخیصی حیاتی

در بخش مشکل چیست، شرح مختصری از طریقه ابتلای بدن به آن بیماری یا اختلال خاص آمده است. بخش پیش آگهی احتمال درمان بیماری و احتمال وقوع آسیب دائمی به سیستم مورد نظر بررسی می شود. باقیمانده بخش ها نیز اطلاعاتی به صورت لیست علائم و نشانه ها، تشخیص ها و غیره ارائه می کنند. این تقسیم بندی به شیوه ای انجام شده است

که یادگیری آنها ساده تر شده و همچنین به عنوان یک منبع سریع در دسترس پرستاران باشد.

وبگاه پرستار قصد دارد که بتدریج مطالب مختصر و مفیدی در مورد کلیه مهارت های تخصصی و عمومی پرستاری ارائه نماید. سپس به با گذر زمان مطالب مجدد مورد بسط و بررسی قرار گرفته و هر مطلبی به رشد کامل رسانده می شود. بنابراین لازم است که برای مطالعه یک مطلب مرتب سایت را چک نمود و از تغییرات جدید آگاه شد. روش دیگر عضویت در خبرنامه سایت پرستار و مطلع شدن از مطالب جدید اضافه شده به سایت است.

تقسیم بندی مطالب

مطالب بخش فرآیند پرستاری به صورت زیر تقسیم بندی شده است، تا پرستاران بتوانند براساس تخصص و حوزه فعالیت خود سریعتر به مطالب مورد نظر دسترسی پیدا کنند.

فصل ۱ - سیستم قلب و عروق

فصل ۲ - سیستم تنفسی

فصل ۳ - سیستم ایمنی

فصل ۴ - سیستم هماتولوژیک

فصل ۵ - سیستم عصبی

فصل ۶ - سیستم عضلانی - اسکلتی

فصل ۷ - سیستم گوارشی

فصل ۸ - سیستم غدد درونریز

فصل ۹ - سیستم ادراری - تناسلی

فصل ۱۰ - سیستم پوششی

فصل ۱۱ - مایعات و الکترولیت ها

فصل ۱۲ - بهداشت روانی

فصل ۱۳ - جراحی و اتاق عمل

فصل ۱۴ - بیماری های زنان

فصل ۱۵ - درمان درد

مقدمه

فصل ۱ - سیستم قلب و عروق

همین که نام قلب و عروق (CARDIOVASCULAR SYSTEM) به زبان می آید، افکار مختلفی به ذهن می رسد، هرچند این افکار با توجه به تجربه بیماران می تواند متفاوت باشد. نگاه مراقبین بهداشتی به علائم و نشانه های این سیستم متنوع است، زیرا سیستم قلب و عروق به عنوان شاهراه توزیع مواد غذایی و اکسیژن در سراسر بدن و جمع آوری و دفع دی اکسید کربن و فرآورده های جنبی متابولیک از ارگان های مختلف بدن نگریسته می شود. نارسایی سیستم قلب و عروق دارای تاثیر مرکبی بر بدن اس، زیرا با سایر سیستم های بدن در تعامل مستقیم است و زنجیره ای از واکنش ها را بوجود می آورد. مراقبت دهنده بایستی درک جامعی از سیستم قلب و عروق داشته باشد، تا بتواند علت مشکل بیمار را تعیین کند. در این فصل از فرآیند پرستاری شناسایی اختلالات قلب و عروق و اجرای مداخلات پرستاری متناظر با مشکلات که به برگردان عملکرد نرمال آن کمک کند؛ آموزش داده می شود.

فصل ۲ - سیستم تنفسی

سیستم تنفسی (RESPIRATORY SYSTEM) با تمامی سلول های بدن برای تبادل اکسیژن و دی اکسید کربن در تعامل است، اکسیژن رسانی تمامی سلول های موجود در بدن را انجام می دهد. در این فصل بیماری ها و اختلالات سیستم تنفسی معرفی می شوند، مشکلات تنفسی، طریقه شناسایی این مشکلات و مراحل رفع مشکل و کمک به بهبود سیستم تنفسی بحث می شوند.

فصل ۳ - سیستم ایمنی

آخرین باری که دست خود را بریده اید، یا زخمی برداشته اید را بخاطر بیاورید. محل زخم متورم و قرمز می شود و ممکن است احساس گرمی کنید. این بخاطر تلاش سیستم

ایمنی (IMMUNE SYSTEM) برای بهبود زخم از طریق حمله به میکروارگانیسم‌هایی که احتمالاً به بدن حمله کرده‌اند؛ رخ می‌دهد. هرچند توانایی نبرد با بیماری‌ها و ترمیم زخم در نقص عملکرد سیستم ایمنی به مخاطره می‌افتد. در این فصل اختلالات سیستم ایمنی، علائم و نشانه‌های آنها و اقدامات پرستاری در کمک به بهبودی بیمار بحث می‌شوند.

فصل ۴ - سیستم خونی

سیستم هماتولوژیک (HEMATOLOGIC SYSTEM) سلول‌های خونی را تولید و در سراسر بدن به گردش در می‌آورد. هرگونه اختلال این سیستم می‌تواند عملکرد تمامی ارگان‌های بدن را به مخاطره بیاندازد. در این فصل به بررسی سیستم هماتولوژیک و اختلالات شایع آن پرداخته، مراقبت از بیماران مبتلا به مشکلات هماتولوژیک مورد بحث قرار می‌گیرد.

فصل ۵ - سیستم عصبی

سیستم عصبی (NERVOUS SYSTEM) مرکز فرمان بدن است و تکانه‌های عصبی را دریافت کرده و پاسخ صحیح بر می‌گرداند. در این فصل اختلالات سیستم عصبی که موجب نقص عملکرد این سیستم می‌شوند، بحث شده و مداخلات پرستاری لازم برای تسکین و تخفیف مشکلات عصبی بیماران معرفی می‌شوند.

فصل ۶ - سیستم عضلانی اسکلتی

سیستم عضلانی اسکلتی (musculoskeletal system) یک فرا ساختار در بدن است که قدرت و حرکت را برای انسان فراهم می‌کند. در این فصل اختلالات سیستم عضلانی اسکلتی و درمان و بازیافت عملکرد آنها را بحث می‌کنیم.

فصل ۷ - سیستم گوارشی

تغذیه و دفع فضولات بدن وظیفه سیستم گوارشی (gastrointestinal system) است. هرگونه اختلال عملکرد این سیستم می‌تواند توانایی بدن در ذخیره کربوهیدرات‌ها، چربی‌ها و

پروتئین ها را مختل کند، که همگی برای انرژی بخشیدن به بدن لازم هستند. در این فصل اختلالات و راهکارهای مبارزه با آنها را بحث می کنیم.

فصل ۸ - سیستم آندوکراین

سیستم آندوکراین یا غدد درونریز (endocrine system) پیغام رسان بدن هستند. این سیستم پیام هایی را خاموش و روشن می کند که اعمال احشای بدن را کنترل می کنند. اختلال غدد درونریز با هرج و مرج بدن همراه است، پیام ها در مسیر غلط ارسال و قطع و وصل می شوند. در این فصل اختلالات سیستم غدد درونریز بحث و بررسی می شوند.

فصل ۹ - سیستم ادراری تناسلی

ارگان های تناسلی و سیستم ادراری از یک منشأ جنینی هستند، به همین خاطر تحت عنوان سیستم ادراری تناسلی (genitourinary system) مطرح می شوند. اختلال سیستم ادراری تناسلی منجر به اختلالات زیادی می شود که بعضی در یک جنس دیده می شوند. در این فصل این اختلالات و درمان و فرآیند پرستاری آنها بحث می شود.

فصل ۱۰ - سیستم پوششی

بیماری ها و اختلالات سیستم پوششی (INTEGUMENTARY SYSTEM) موجب می شود که بدن در معرض هجوم ویروس ها، باکتری ها و سایر میکروارگانیسم ها قرار گیرد، زیرا اولین سد دفاعی بدن (پوست) دچار گسستگی می شود. در این فصل نگاهی به بیماری ها و اختلالات سیستم پوششی و راه های رفع و تسکین آنها می اندازیم.

فصل ۱۱ - مایعات و الکترولیت ها

حفظ تعادل مایعات و الکترولیت ها برای عملکرد صحیح بدن ضروری است. عدم تعادل آنها موجب می شود که بدن نیاز خود را از جاهای دیگر جبران کند، که اثر ریبیلی در سایر

ارگان ها و سید ستم های بدن خواهد داشت. در این فصل مایعات و الکترولیت ها، اختلال و عدم تعادل آنها، راه های بازیافت تعادل مایعات و الکترولیت های بدن بحث می شود.

فصل ۱۲ - بهداشت روانی

اختلالاتی که روی ذهن و روان تاثیر دارند، بر فعالیت های روزمره تاثیر گذاشته و منجر به رفتارهای خود تخریبی می شوند. در این فصل اختلالات بهداشت روان بحث، سازماندهی و راه های کمینه سازی تاثیر آنها بر بدن بیمار بحث می شوند.

فصل ۱۳ - مراقبت حین عمل

درمان جراحی معمولاً یک درمان رادیکال اما ضروری برای وضعیت ها و بیماری های خاص است. هرچند جراحی بیمار را در معرض مجموعه ای از اختلالات قرار می دهد که در صورت عدم جراحی رخ نمی دهند، اما ضرورت جراحی بیشتر است. در این بخش این اختلالات و راه های مقابله با آنها را بحث می کنیم.

فصل ۱۴ - بهداشت زنان

در این فصل دامنه ای از بیماری ها را بحث می کنیم که زنان را مبتلا می کند. تشخیص، درمان دارویی، مداخلات پرستاری و راه های رفع و تسکین این مشکلات بحث خواهد شد.

فصل ۱۵ - درمان درد

درد در بسیاری از اختلالات دیده می شود و برای جلوگیری از اثرات سوء آن بر سلامت و به زیستی بیماران، بایستی درد کنترل شود. در این فصل تکنیک های درمان درد بحث می شوند.

فهرست مندرجات

صفحه	عنوان
۱۲	مقدمه ای بر بهداشت روان (A Look at Mental Health)
۱۴	اضطراب (Anxiety)
۱۸	اختلال هراس (Panic Disorder)
۲۱	افسردگی (Depression)
۲۵	اختلال دو قطبی (Bipolar Disorder)
۲۸	اسکیزوفرنی (Schizophrenia)
۳۰	بی اشتهایی عصبی (Anorexia Nervosa)
۳۴	پر خوری عصبی (Bulimia Nervosa)
۳۷	هذیان (Delirium)

مقدمه ای بر بهداشت روان (A Look at Mental Health)

تغییرات و اختلالات سلامت روانی سخت تر تشخیص داده می شوند زیرا آزمایش یا تست تشخیصی یا مطالعه رادیوگرافیک قطعی برای اختلالات روانی وجود ندارد که بتوان از این طریق اختلال را تمایز داد. بیماران ممکن است در ابتدا به دلایل مختلف به درمانگر مراقبت اولیه مثل پزشک عمومی مراجعه کنند از قبیل اضطراب، بی خوابی، درد های عمومی و منتشره، یا دردهای جسمی دیگر.

بررسی و شناخت تاریخچه بیمار بایستی شامل سابقه اختلالات طبی قبلی، هر گونه مشکل بهداشت روان قبلی و دوره درمان آنها، داروهای مصرفی جاری، سوابق اجتماعی (شامل عادات، شغل، تمرین و ورزش، مصرف مواد)، زمینه فرهنگی، عوامل محیطی، سابقه خانوادگی، تغییرات میل جنسی یا لیبیدو (libido)، اشتها یا خواب باشد. معاینات فیزیکی روی مشکل اصلی از نقطه نظر بیمار و ردگیری پیشرفت علائم بیمار به ترتیب تقویمی از زمان بروز متمرکز است. معاینات وضعیت روانی با تمرکز بر ظاهر بیمار، فعالیت و رفتارهای وی، عاطفه، خلق، کلام، محتوای افکار، فرآیندهای فکری، شناخت، قضاوت و بینش و بصیرت تکمیل می شود.

اکثریت بیماران به صورت سرپایی مراقبت می شوند. بستری شدن در بیمارستان برای آندسته از بیماران در نظر گرفته می شود که:

- بخاطر بیماری شدید توان مراقبت از خود را ندارند
- برای خود یا دیگران تهدید جدی محسوب می شوند
- مراقبت از خودشان را نادیده می گیرند
- خشن بوده یا رفتار نامناسب و عجیب دارند
- دارای افکار خودکشی هستند
- دارای افکار پارانویا هستند
- دارای هذیان هستند

- اختلال قضاوت چشمگیر دارند.

بیماران دارای اختلال بهداشت روان همزمان نیز در بخش داخلی بستری می شوند، اگر شرایط طبی آنها مستلزم درمان و مراقبت دارویی و پزشکی باشد. مراقبت از بیماری که به خاطر مشکلات داخلی یا جراحی در بیمارستان بستری شده است، به معنی نادیده گرفتن نیازهای مراقبتی وی برای اختلال افسردگی (depression) یا اسکیزوفرنی (schizophrenia) وی نیست. ممکن است مشکل جسمی در نتیجه مشکل روانی رخ داده باشد. بیمارانی که به علت اختلال خوردن دارای تغذیه کافی نیستند ممکن است دچار عدم تعادل آب و الکترولیت شوند یا نقص عملکرد قلبی داشته باشند. بنابراین مراقبت از بیماران به صورت مراقبت کلی نگر و شامل مشکلات جسمی و روانی است.

اضطراب (Anxiety)

مشکل چیست؟

زمانی که بین تعداد مواضع گیرنده (receptor sites) باز و تعداد ناقل های عصبی (neurotransmitters) در دسترس عدم تعادل رخ دهد، بیماران علائم اضطراب را نشان می دهند. ناقل های عصبی (نوروترانسمیترها) از یک سمت سیناپس عصبی آزاد شده و روی قسمت خاصی از گیرنده در حول سیناپس فرود می آیند. مکانیسم دومی وجود دارد (مکانیسم برداشت مجدد) که باقیمانده نوروترانسمیترهای رها شده در فضای بین محل آزاد شدن و موضع گیرنده را جمع آوری می کند. زمانی که نوروترانسمیتر کافی برای پر کردن مواضع گیرنده نوروترانسمیتر در دسترس نباشد، بیمار دچار علائم می شود. این بیماران احساس غیرقابل کنترل مضطرب بودن را تجربه می کنند، که این روزها خیلی تجربه می شود. بروز علائم معمولاً از اواخر نوجوانی تا اوایل دهه سوم زندگی است. اضطراب بیشتر در زنان و در بیماران دارای سابقه خانوادگی اضطراب شایع است.

پیش آگهی

بدون درمان مناسب، اضطراب ادامه خواهد یافت و علائم ممکن است حتی بدتر شوند. کیفیت زندگی بیمار تحت تاثیر نتایج منفی اضطراب قرار می گیرد. عملکرد اجتماعی مختل می شود و در مواردی بیمار از نظر اجتماعی منزوی می شود. علائم جسمی ادامه می یابد و گاهی ویزیت پزشک یا حتی بخش اورژانس را ضروری می کند. با درمان مناسب، علائم کنترل می شوند، تعادل نوروترانسمیترها برقرار شده، تخفیف و رکورد علائم مشاهده می شود. معمولاً علائم در نقطه ای مجدداً عود می کنند، حتی اگر به طور مناسب درمان شده باشند. ممکن است ماهها یا سال ها پس از دوره درمانی موفقیت آمیز دوباره علائم عود کنند. درمانی که در گذشته موثر بوده است معمولاً مجدداً در آینده موثر خواهد بود. برای دوره

های درمانی بعدی معمولاً درمان بلند مدت تری تو صیه می شود، زمانی که از SSRIs (مهاری کننده های انتخابی بازجذب سروتونین) استفاده می شود.

علائم و نشانه ها

- ترس، تنش، بیم و هراس در اثر اختلال انتقال عصبی
- نگرانی مداوم
- مشکل تمرکز
- تحریک پذیری و بی قراری
- تاکیکاردی، طپش قلب، بالا رفتن فشار خون در اثر تحریک سیستم اعصاب خودکار
- تنفس سطحی و سریع (Hyperventilation) در اثر ترس، بالا رفتن ضربان قلب و طپش قلب
- تعریق، لرزش ناشی از تحریک سیستم اعصاب خودکار
- اختلال خواب و خستگی ناشی از تغییر ناقل های عصبی
- سردرد ناشی از تحریک پذیری سیستم عصبی و کم خوابی

تفسیر نتایج تست ها

- نتیجه آزمایشات نرمال است

درمان

- تجویز ضد اضطراب (anxiolytics) برای درمان حاد:
 - آلپرازولام (alprazolam)
 - کلونازپام (clonazepam)
 - کلورازپات (clorazepate)
 - دیازپام (diazepam)
 - لورازپام (lorazepam)

○ اکسازپام (oxazepam)

- پایش سرکوب و افت وضعیت تنفسی یا کاهش فشار خون
- آماده داشتن آنتاگونیست بنزودیازپین (benzodiazepine antagonist) برای برگردان اثرات داروها در صورت نیاز:

○ فلومازنیل (flumazenil)

- تجویز داروهای ضد افسردگی:
- مهار کننده های انتخابی بازجذب سروتونین – پاروکستین (paroxetine)
- مهار کننده های انتخابی بازجذب سروتونین و نور اپی نفرین – ونلافاکسین (venlafaxine)

• ضد افسردگی های سه حلقه ای (tricyclics)

• تجویز بوسپیرون (buspirone)

• تجویز بتا بلوکرها برای کنترل علائم

• روان درمانی (Psychotherapy)

- درمان شناختی – رفتار یا CBT (Cognitive-behavioral therapy)
- تکنیک های آرام سازی (Relaxation) از قبیل بازخورد زیستی (biofeedback)
- حساسیت زدایی (Desensitization) یا غرقه سازی – قرار دادن مکرر بیمار در معرض دوزهای مشخصی از شی یا موقعیتی که برای وی اضطراب می آورد.

• گروه درمانی

• خانواده درمانی

• عاطفه درمانی

تشخیص های پرستاری

• اختلال الگوی خواب

• اضطراب

• ترس

- اختلال تعامل اجتماعی
- ایفای نقش ناموثر

مداخلات پرستاری

- پایش مصرف داروی بیمار
- بحث در مورد پاسخ بیمار به درمان
- پایش علائم حیاتی از قبیل بالا رفتن فشار خون با مصرف دارو
- پایش وزن، بعضی از داروهای ضد اضطراب با تغییرات وزن بیمار همراه هستند
- پایش خواب بیمار، از بیمار در مورد راحتی و اثربخشی خواب یا مشکل خوابیدن سؤال شود
- آموزش بیمار در مورد اجتناب از مصرف الکل در زمان مصرف بنزودیازپین ها

اختلال هراس (Panic Disorder)

مشکل چیست؟

در اختلال هراس بیمار دوره های متناوبی از حمله بیماری را تجربه می کند که دارای بروز ناگهانی بوده و الگوی غیر قابل پیش بینی دارد، موجب اضطراب شدید همراه با علائم جسمی مشخص می گردد. این حملات دارای دوره زمانی کوتاه بوده و ماهیت تکرار شونده دارند. این اختلال قبل از سن ۲۵ سالگی شروع شده، دو برابر در زنان شایعتر از مردان است، و روند خانوادگی دارد. بعضی از بیماران برای فرار از حملات بیماری، تخفیف علائم یا کاهش عود حملات بیماری به خود درمانی با الکل می پردازند. تعدادی نیز به مواد و داروهای آرام بخش وابسته می شوند. حملات هراس می توانند زندگی بیمار را به مخاطره بیندازند و فعالیت بیمار را محدود می کند، بخصوص به علت انتظار حمله هراس.

پیش آگهی

دفعات و شدت حملات این بیماری با درمان مناسب کاهش می یابد. تعدادی از بیماران ممکن است رفع کامل علائم را تجربه نکنند حتی زمانی که دارو و درمان مناسب بگیرند.

علائم و نشانه ها

- زوال شخصیت یا شخصیت زدایی (depersonalization)، انگار که علائم در شخص دیگری رخ می دهد
- احساس گناه، ترس از مرگ بخاطر شدت علائم جسمی
- ترس از دست دادن کنترل به خاطر غیر قابل پیش بینی بودن ماهیت حملات
- نگرانی از حملات بعدی بخاطر غیر قابل پیش بینی بودن الگو ماهیت حملات
- تغییر رفتار ناشی از اضطراب قرار گرفتن در موقعیتی که قبلا حمله رخ داده است
- طپش قلب، تکیکاردی و درد قفسه سینه

- تنگی نفس
- احساس خفگی
- تهوع
- سرگیجه
- تعریق
- کرختی و خواب رفتن اندام

تفسیر نتایج تست ها

- نوار قلب طبیعی است
- مانیتور قلبی طبیعی است
- نتایج آزمایشات طبیعی است
- نتایج پالس اکسیمتری طبیعی است

درمان

- درمان شناختی - رفتاری
- درمان آرام سازی ()
- تجویز ضد افسردگی:
 - مهار کننده های انتخابی بازجذب سروتونین
 - ضد افسردگی های سه حلقه ای
 - مهار کننده های مونوآمین اکسیداز (monoamine oxidase inhibitors)
- تجویز بنزودیازپین ها به عنوان درمان مکمل:
 - کلونازپام (clonazepam)
 - آلپرازولام (alprazolam)
 - لورازپام (lorazepam)
- فراهم کردن اطمینان خاطر و اطمینان مجدد برای بیمار

تشخیص های پرستاری

- بی قدرتی و عدم اقتدار (Powerlessness)
- ترس
- انزوای اجتماعی

مداخلات پرستاری

- فراهم کردن اطمینان خاطر برای بیمار
- کاهش اضطراب
- پایش علائم حیاتی

افسردگی (Depression)

افسردگی چیست؟

بیمار مبتلا به افسردگی دارای احساس دائمی غمگینی در بیشتر روزها است که با شکایات جسمی همراه است. نتیجه بررسی های پزشکی برای شکایات جسمی مختلف و گوناگون بیمار منفی است. بیمار معمولاً علاقه اش به فعالیت های طبیعی زندگی را از دست می دهد و تغییر عادات خواب و خوردن را تجربه می کند. بیشتر از یک سوم بیماران به مراقبین اولیه مراجعه می کنند. بیماران دارای همچنین دارای ظاهر ژولیده، کثیف، بی توجه هستند و خواهان شرکت در مکالمه نیستند. آنها زندگی را وضعیتی ناامید کننده می بینند. افسردگی بیمار بایستی جدی گرفته شده و دقیق درمان شود، از آنجایی که می تواند موجب خودکشی شود. درخواست کمک بیمار ممکن است آخرین چاره وی باشد.

مشکل چیست؟

نظریه های متعددی برای علت افسردگی وجود دارد. عوامل ژنتیک ممکن است موجب تغییراتی در عملکرد نورمال ناقل های عصبی شود. ناقل های عصبی از یک سمت سیناپس آزاد شده و در گیرنده سمت دیگر فرود می آید. زمانی که تعادل بین مقدار ناقل عصبی آزاد شده و مقدار گیرنده عصبی موجود برای فرود آن حفظ شود، زندگی و عملکرد نورمال ادامه می یابد. اما زمانی که این تعادل بهم بخورد، انتقال عصبی به هم می خورد. رد عوامل منجر به افسردگی را می توان از کودکی شخص گرفت. اختلالات شخصیت ممکن است در سن مدرسه یا نوجوانی شروع شود. استرسورهای روانی اجتماعی فاکتور دیگری است که به وقوع افسردگی ربط داده می شود. تغییرات بزرگ زندگی از قبیل مرگ یکی از اعضای خانواده، بیکاری، مهاجرت از خانواده و دوستان ممکن است موجب بروز افسردگی شود. احساس ناراحتی یا غم به عنوان یک پاسخ نورمال به اینگونه وقایع در نظر گرفته می شود و بایستی با عبور شخص از مراحل طبیعی سوگ برطرف شوند. هرچند افسردگی پاسخ طبیعی

به فقدان و سوگ نیست. شخص داغ دار دارای احساس مداوم اعتماد به نفس (self-esteem) است، در حالی که شخص افسرده دارای احساس بی ارزشی (worthlessness) است.

پیش آگهی

درمان مناسب می تواند به کنترل علائم افسردگی کمک کند. درمان کافی می تواند موجب رفع علائم بیماری شود. غیر طبیعی نیست که عود علائم در نقطه ای از آینده رخ دهد، حتی با وجود درمان مناسب و موثر.

علائم و نشانه ها

- احساس شدید غم و سوگ
- خلق افسرده
- فقدان علاقه به فعالیت های معمول (anhedonia)
- ناامیدی (hopelessness) یا بی ارزشی (worthlessness)
- مشکل تمرکز کردن
- بلاتکلیفی و ناتوانی تصمیم گیری
- تغییرات خواب (کمتر یا بیشتر از معمول)
- تغیر خوراک (کم یا بیشتر از معمول)
- تغییر سطح فعالیت (کمتر یا بیشتر از معمول)
- کناره گیری یا انزوای اجتماعی
- کاهش میل جنسی
- افکار مرگ
- شکایات جسمی از قبیل سردرد، ناخوشی، کاهش توان جنسی، تغییر خواب، فعالیت، خوراک

تفسیر نتایج تست ها

- نتایج تست های تشخیصی نرمال است، مگر بیماری جسمی همزمان وجود داشته باشد.

درمان

- سؤال از بیمار در مورد افکار خودکشی
- سؤال از بیمار در مورد نقشه خودکشی
- رواندرمانی
- درمان رفتاری - شناختی
- گروه های حمایتی
- داروهای ضد افسردگی:
- SSRIs
- ونلافاکسین (venlafaxine)
- نفازودون (nefazodone)
- بوپروپیون (bupropion)
- میرازاپین (mirtazapine)
- سه حلقه ای ها (tricyclics)
- مهار کننده های مونوآمین اکسیداز (monoamine oxidase inhibitors)
- شوک درمانی یا تشنج الکتریکی (ECT) در موارد افسردگی مقاوم

تشخیص های پرستاری

- ناامیدی
- ریسک خودکشی
- سوگ غیر عملکردی
- اختلال تعامل اجتماعی

- انزوای اجتماعی
- اختلال اعتماد به نفس

مداخلات پرستاری

- پایش مکرر بیمار در اوایل پذیرش
- مشاهده یک به یک در صورت وجود ریسک خودکشی
- ایجاد سطحی از حساسیت و اطمینان با بیمار
- سؤال از بیمار در مورد افکار و نقشه خودکشی، آیا قصد اجرای نقشه را دارد
- پایش مصرف داروها
- بحث در مورد پاسخ بیمار به درمان
- پایش علائم حیاتی، مواظبت از بالا رفتن فشار خون در اثر بعضی از داروها
- پایش وزن، بعضی از داروها موجب تغییر وزن بیمار می شوند
- پایش خواب بیمار، سؤال در مورد کفایت و سهولت خواب شبانه، مشکل به خواب رفتن

اختلال دو قطبی (Bipolar Disorder)

مشکل چیست؟

در این اختلال بیمار دوره های افسردگی (depression) و شیدایی (mania) یا هیپومانی (hypomania) را به طور متناوب تجربه می کند. این حملات ممکن است به صورت مختلط یا به شیوه دوره ای و چرخه ای رخ دهند. روند قوی برای همزمانی با سوء مصرف مواد و اعتیاد در این بیماران وجود دارد. حملات افسرده روند طولانی تری نسبت به حملات شیدایی دارند. در طی دوره شیدایی بیمار بیش از حد مشتاق، سرخوش، بیش فعال است و اغلب در فعالیت هایی شرکت می کند که بعداً پیشیمان می شود. دیگران ممکن است در طی دوره شیدایی بیمار جذب وی شوند زیرا بیمار سرخوش و شاداب است، رفتاری جالب و جذاب دارد. بعداً رفتار بیمار روند فاصله افکنی دارد زیرا نوسان خلق وجود دارد، بیمار تحریک پذیر، خشن و تهاجمی می شود و خود بزرگ بینی (grandiosity) دارد. همبستگی مثبتی بین رفتار خلاقه و اختلالات خلقی وجود دارد. در طی فاز شیدایی، بیماران دارای ایده ها و افکار خود بزرگ بینی هستند.

پیش آگهی

درمان دارویی مناسب برای کنترل علائم اختلال دوقطبی لازم است. تشخیص اولیه و درمان افسردگی بدون تشخیص همزمانی شیدایی موجب می شود که بخاطر درمان ضد افسردگی علائم شدید شیدایی ظاهر شود. درمان همزمان هر دو عنصر این اختلال برای درمان موثر بیمار ضروری است. درمان مداوم اغلب برای پیشگیری از چرخه های شیدایی و افسردگی لازم است. بعضی از بیماران علائم سایکوتیک (psychotic symptoms) یا روان پریش به عنوان بخشی از فرآیند بیماری نشان می دهند.

علائم و نشانه ها

- سرخوشی (Elation)

- بیش فعالی
- افزایش تحریک پذیری
- پرش افکار (Flight of ideas)
- خود بزرگ بینی
- کاهش نیاز به خواب
- کلام سریع
- پرت شدن آسان حواس
- اسراف در پول خرج کردن
- بیش فعالی جنسی
- حملات افسردگی
- بیمار ممکن است از رژیم دارویی طفره برود زیرا احساس می کند خوب شده است

تفسیر نتایج تست ها

- نتایج آزمایشات طبیعی است

درمان

- تثبیت کننده خلق:
 - لیتیوم (lithium)
 - والپوریک اسید (valproic acid)
 - کاربامازپین (carbamazapine)
 - لاموتریژین (lamotrigine)
- داروهای ضد سایکوز:
 - الانزاپین (olanzapine)
 - رسپریدون (risperidone)

○ آریپپرازول (aripiprazole)

- روان‌درمانی
- بررسی و شناخت ریسک خودکشی
- داروهای ضد افسردگی

تشخیص‌های پرستاری

- بی‌قدرتی
- انزوای اجتماعی
- ریسک تنهایی
- اختلال الگوی فعالیت جنسی

مداخلات پرستاری

- پایش مکرر بیمار در اوایل پذیرش
- سؤال از بیمار در افکار خودکشی
- پایش مصرف داروها
- بحث در مورد پاسخ بیمار به درمان

اسکیزوفرنی (Schizophrenia)

مشکل چیست؟

علت اصلی اسکیزوفرنی ناشناخته است. گرایش خانوادگی به بیماری و ژن‌هایی شنا سایی شده است که به این بیماری ربط داده اند. نقص عملکرد ناقل عصبی دوپامین به نظر می رسد که به طور نسبی مسئول علائم سایکوز مرتبط با اسکیزوفرنی باشد. گیرنده های NMDA ممکن است در وقوع این بیماری درگیر باشند.

پیش آگهی

بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی عمدتاً به درمان طولانی مدت برای کنترل علائم نیاز دارند. رعایت رژیم دارویی برای عده ای از بیماران مشکل است، چه بخاطر دسترس بودن داروها، عوارض جانبی، علائم بیماری یا تمایل بیمار به عدم مصرف روزانه دار. احتمال عود علائم بالا است.

علائم و نشانه ها

- اختلال در آزمایش واقعیات
- عاطفه تخت
- کلام بی سازمان
- فرآیند فکری بی سازمان
- رفتار غیر طبیعی
- هذیان
- توهمات شنوایی

تفسیر نتایج تست ها

- نتایج آزمایشات تشخیصی در این بیماران طبیعی است.

درمان

- تجویز داروهای آنتی سایکوتیک:
 - کلوزاپین (clozapine)
 - آریپپرازول (aripiprazole)
 - زیپراسیدون (ziprasidone)
 - لوکساپین (loxapine)
 - رسپریدون (risperidone)
 - الانزاپین (olanzapine)
 - کویتیاپین (quetiapine)
 - تیوتیکسن (thiothixene)

- رواندرمانی
- رفتار درمانی
- محیط ساختاردهی شده

تشخیص های پرستاری

- سندرم اختلال درک و تفسیر محیطی
- اختلال فرآیندهای فکری
- اختلال درک حسی شنوایی

مداخلات پرستاری

- پایش مصرف داروها
- بحث در مورد پاسخ بیمار به درمان
- بحث در مورد اهمیت رعایت رژیم دارویی

بی‌اشتهایی عصبی (Anorexia Nervosa)

بی‌اشتهایی عصبی چیست؟

بی‌اشتهایی عصبی یک فرآیند بیماری است که در کشورهای توسعه یافته بیشتر است، جایی که دسترسی کافی به مواد غذایی جزء نگرانی مردم نیست. انتظار غیر منطقی از ساین بدن ممکن است بخشی از فرآیند بیماری باشد، زیرا توقعات جامعه بدینصورت در رسانه‌ها ترسیم می‌شود. در این بیماری تغییر رفتارهای نرمال خوردن وجود دارد، که موجب امتناع از خوردن غذا در جهت حفظ وزن بدن در حد یا بالاتر از یک محدود اندک غیر منطقی می‌شود.

مشکل چیست؟

در این اختلال بیمار از افزایش وزن می‌ترسد، حتی زمانی که اطرافیان وی او را کم وزن می‌دانند. بیماران مصرف کالری یا حشو خواری را محدود کرده و تلاش می‌کنند کالری‌های مصرف شده اندک را بسوزانند. بی‌اشتهایی عصبی یا مرضی بیشتر زنان را درگیر می‌کند، شروع آن عمدتاً در سنین خرد سالی یا قبل از نوجوانی است. این بیماران دچار اختلال درک از تصویر از بدن خود هستند.

پیش‌آگهی

نرخ مرگ و میر فزاینده این بیماران در اثر بی‌اشتهایی عصبی درمان نشده وجود دارد. اکثریت این بیماران به مشکلات قلبی عروقی یا کلیوی مبتلا می‌شوند. بیمار ممکن است به درمان دوره‌ای اختلالات آب و الکترولیت، اختلال ریتم قلبی، نقص عملکرد کلیوی نیاز داشته باشد. درمان طبیبی بیماران لازم است که با درمان رفتاری شناختی همراه شود تا نیازهای بیمار بهتر برآورده شود. علائم این بیماری می‌تواند عود کننده باشد.

علائم و نشانه ها

- اختلال خود-برداشتی از شکل بدن
- تمرد از حفظ حداقل وزن نرمال بدن
- اختلال در رفتارهای تغذیه ای و خوردن
- عدم تعادل الکترولیت ها در اثر نارسایی تغذیه ای و سوء تغذیه
- آمنوره (Amenorrhea) – فقدان قاعدگی یا الگومنوره (oligomenorrhea) – قاعدگی خیلی سبک بعلت فقدان چربی بدن
- پوسیدگی دندان یا مشکلات لثه در اثر نارسایی تغذیه ای
- تحلیل آهیانه، مشهود بودن دنده ها، یا سایر زائده های استخوانی بدن بخاطر فقدان چربی بدن
- ناهنجاری های قلبی عروقی در اثر اختلال الکترولیتی
- ناهنجاری های گوارشی ناشی از نارسایی تغذیه ای
- سرگیجه در اثر فقدان کالری مصرفی کافی
- برادیکاردی (ضربان قلب کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه)
- هیپوتانسیون (فشار خون پایین)

تفسیر نتایج تست ها

- شمارش سلول های خونی (CBC) – آنمی در بیماری مزمن دیده ی شود اگر سطح آهن، B12، و فولات برای تولید RBC کافی نباشد
- الکترولیت ها – ناهنجاری سطح سدیم، پتاسیم، کلر، دی اکسید کربن
- کلسیم – ناهنجاری سطح کلسیم در اثر تخلیه مخازن بدن و مصرف ناکافی کلسیم
- منیزیوم – ناهنجاری سطح منیزیوم در اثر تخلیه مخازن بدن و مصرف ناکافی منیزیوم
- فسفر – ناهنجاری سطح فسفر در اثر تخلیه مخازن بدن و مصرف ناکافی فسفر

- بالا رفتن سطح ازت اوره خون (BUN) در اثر تخلیه مایعات بدن
- هورمون محرک تیروئید (TSH) برای تعیین علت کاهش وزن بررسی می شود
- هورمون محرک فولیکول (FHS) و هورمون محرک جسم زرد (LH) برای پایش عملکرد هورمونی و تحریک تخمک گذاری بررسی می شود.
- بالا رفتن سطح آمیلاز و نرمال بودن لیپاز در صورت استفراغ
- نوار قلب نشانگر ناهنجاری ریتم قلب است.

درمان

- روندرمانی
- درمان بین فردی
- درمان رفتاری - شناختی
- خانواده درمانی
- داروهای ضد افسردگی - مهار کننده های انتخابی بازجذب سروتونین
- درمان طبی اختلال تعادل الکترولیت ها - جایگزینی الکترولیت در صورت نیاز
- پایش ریتم قلب از نظر ریت و وجود آریتمی
- جایگزینی کالری، پایش مشکلات تغذیه مجدد اولیه
- پایش علائم حیاتی
- پایش وزن و توزین روزانه
- پایش مایعات و کالری مصرفی

تشخیص های پرستاری

- اختلال تصویر از بدن
- عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن
- خرابی دندان ها

مداخلات پرستاری

- پایش علائم حیاتی
- پایش کالری مصرفی
- پایش ریت و ریتم قلب
- پایش نتایج آزمایشات، گزارش ناهنجاری ها

پر خوری عصبی (Bulimia Nervosa)

پر خوری عصبی چیست؟

بدن ایده آل ترسیم شده در رسانه ها روی درک از تصویر از بدن خود بسیاری از نوجوانان و بالغین جوان تاثیر گذاشته است. عده ای از آنها ممکن است دارای آسیب پذیری بیولوژیک باشند که موجب می شود این فشارهای اجتماعی بر آنها سنگین تر باشد. مسئله هم سالان و مشکلات خانواده با این مسئله ترکیب شده و موجب بدتر شدن وضعیت و بروز علائم می شود.

مشکل چیست؟

در این اختلال بیمار دچار حملات عود کننده ای است که در آن مقادیر زیادی غذا می خورد که خیلی بیشتر از مقداری است که برای یک فرد و در یک قالب زمانی انتظار می رود. این مسئله با فقدان کنترل خوردن همراه است و با مکانیسم های جبرانی برای پدشگیری از افزایش وزن همراه است. این مکانیسم جبرانی ممکن است شامل استفراغ عمدی، ورزش شدید، استفاده از مسهل، استفاده از دیورتیک ها، انجام انما، یا روزه گرفتن باشد. در حالی که اختلالات خوردن در زنان نسبت به مردان شایعتر است، مردان بیشتر به پر خوری عصبی مبتلا می شوند تا بی اشتهاهی عصبی.

این بیماران ممکن است به طور دوره به درمان اختلال الکترولیت، آشفتگی های ریتم قلب، نقص عملکرد کلیه نیاز داشته باشند. درمان طبی بیماران لازم است که با رواندرمانی از قبیل درمان شناختی - رفتاری ترکیب شود تا هر چه بهتر نیاز بیمار برآورده شود. علائم بیماری ممکن است عود کنند.

علائم و نشانه ها

- حشو خواری (binge eating) مکرر پس از رفتار جبرانی (استفراغ، ورزش مفراط، مسهل یا روزه گرفتن)

- عدم تعادل الکترولیت ها
- آمنوره (Amenorrhea) یا الیگومنوره (oligomenorrhea) در اثر تحلیل چربی بدن
- اختلالات قلبی و عروقی
- فرسایش مینای پشت دندان ها در اثر استفراغ مکرر
- تشکیل پینه بر روی بند انگشت در اثر استفراغ مکرر
- اختلال گوارشی در نتیجه بالا آوردن مکرر

تفسیر نتایج تست ها

- الکترولیت ها - ناهنجاری سطح سدیم، پتاسیم، کلر، دی اکسید کربن
- کلسیم - ناهنجاری سطح کلسیم در اثر تخلیه مخازن بدن و مصرف ناکافی کلسیم
- منیزیم - ناهنجاری سطح منیزیم در اثر تخلیه مخازن بدن و مصرف ناکافی منیزیم
- فسفر - ناهنجاری سطح فسفر در اثر تخلیه مخازن بدن و مصرف ناکافی فسفر
- بالا رفتن سطح ازت اوره خون (BUN) در اثر تخلیه مایعات بدن
- بالا رفتن سطح آمیلاز و نرمال بودن لیپاز در صورت استفراغ

درمان

- رواندرمانی
- درمان بین فردی
- درمانی شناختی - رفتاری
- خانواده درمانی
- درمان طبی عدم تعادل الکترولیت ها - جایگزینی در صورت نیاز
- پایش ریتم قلب از نظر ریت و وجود آریتمی
- پایش علائم حیاتی

- توزین و پایش وزن
- پایش مایعات و کالری مصرفی

تشخیص های پرستاری

- اختلال تصویر از بدن
- عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن
- اختلالات لثه و دندان

مداخلات پرستاری

- پایش علائم حیاتی
- پایش کالری مصرفی
- پایش ریت و ریتم قلبی
- پایش نتایج آزمایشات، گزارش ناهنجاری ها

هذیان (Delirium)

مشکل چیست

در این اختلال بیمار آشفتگی کلی در عملکرد شناختی دارد که ممکن است سریع و حتی گاهی در طی چند ساعت رخ دهد. شدت علائم ممکن است در طول روز فرق کند و بستگی به علت علائم دارد. بیمار به طور ناگهانی نسبت به زمان و مکان بی اطلاع شده و تغییرات رفتاری نشان می دهد، بخصوص بیماران سالمند و اغلب برای ارزیابی روانی به روانشناس ارجاع می شوند.

پیش آگهی

هذیان اغلب به علت یک عفونت زمینه ای، تغییرات ایسکمیک یا اختلالات متابولیک رخ می دهد. تشخیص و مداخله سریع برای رفع علت زمینه ای برای درمان بیمار ضروری است. بدون درمان مناسب ممکن است کشنده باشد.

علائم و نشانه ها

- گم گشتگی (Confusion)
- عدم آگاهی به زمان و مکان (Disorientation)
- تغییرات رفتاری
- کلام یا پوشش نامناسب
- گیجی (Agitation)

تفسیر نتایج تست ها

- کندی منتشره ای در نوار قلب مشاهده می شود
- در عفونت باکتریال سطح WBC بالا است
- در هیپو یا هیپرگلیسمی سطح گلوکز خون ناهنجار است

- ناهنجاری های نوار قلب در حضور ایسکمی یا انفارکتوس میوکارد دیده می شود
- تصویر CT – اسکن مغز نشانگر تغییرات ایسکمیک است
- علت می تواند ناهنجاری های الکترولیتی باشد

درمان

- پایش علائم حیاتی
- پایش وضعیت عصبی روانی، آگاهی، سطح هوشیاری، باز بودن چشم ها و پاسخ مردمک
- درمان علت زمینه ای
- فراهم کردن اکسیژن مکمل در صورت هیپوکسی

تشخیص های پرستاری

- خطر سقوط

مداخلات پرستاری

- محافظت از بیمار در مقابل صدمه دیدن
- پایش موضع دسترسی وریدی از نظر نشانه های نشت و عفونت
- انجام بررسی نورولوژیک

دانلود نسخه های دیگر این مجموعه از وبسایت پرستار

<http://www.parastar.info>



