



روان پرستاری بالینی

راهنمای بالینی کارآموزی پرستاری بهداشت روان

مطابق با سرفصل ارائه شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای دانشجویان کارشناسی پرستاری

مؤلفین:

امین حق گو

(کارشناس ارشد آموزش پرستاری گرایش بهداشت روان علوم پزشکی یاسوج)

سید مجید خاضع

(کارشناس ارشد روان پرستاری)

یعقوب پرندوار

(کارشناس ارشد پرستاری داخلی - جراحی)

سید حمید کریمی تژاد

(کارشناس ارشد روانشناسی بالینی)

زهرا مداح

(کارشناس ارشد روان پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ساوه)



خدا را سپاس‌گزاریم که توانستیم با اندک دانش خود، قدمی هرچند کوچک در راه تعالی و رشد دانش روان‌پرستاری برداریم. درست اندیشیدن، درست تصمیم‌گرفتن و اجرای بهینه مراقبت‌های پرستاری زمانی امکان‌پذیر است که بتوان خلأ بین تئوری و بالین را به‌خوبی پر کرد. به همین جهت توجه به آموزش‌های نظام‌مند مهارت‌های بالینی در دانشجویان پرستاری می‌تواند شکاف حاصل را کم‌تر کند. تجربه تدریس و آموزش بالینی مؤلفین نشان می‌دهد که همواره دانشجویان پرستاری از نبود منابع جامع برای دروس کارآموزی خود گلایه دارند. لذا مؤلفین تصمیم گرفتند که با توجه به سرفصل ارائه‌شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای دانشجویان کارشناسی پرستاری در درس کارآموزی بهداشت روان مطالب مفید و مؤثر که در بخش روان‌پزشکی کاربردهای عملی فراوان دارد را با توجه به منابع منتشرشده، پروتکل‌های وزارت بهداشت، تجارب کار بالینی مؤلفین و راهنمایی سرپرستاران بخش روان‌پزشکی تألیف و گردآوری نمایند. امید است که این کتاب بتواند دانش و مهارت دانشجویان پرستاری را در ارائه مداخلات باکیفیت پرستاری به بیماران مبتلا به اختلالات روانی و سایر مددجویان ارتقاء و بهبود ببخشد.

در پایان از تمام دانشجویان پرستاری، پرستاران واحد درمان، روانشناسان بالینی و روان‌پزشکان و همه کسانی که در بخش‌های روان‌پزشکی مشغول به فعالیت هستند استعفا داریم که نظرات و تجارب بالینی خود را در مورد کتاب تألیف شده و همچنین جهت رفع نواقص و افزایش کیفیت مطالب با ما در ارتباط بگذارند.

امین حق‌گو، سید مجید خاضع، یعقوب پرندوار

سیدحمید کریمی، زهرا مداح

پاییز ۱۳۹۸

راه ارتباطی: Amin.haghgoo65@gmail.com

فصل اول: آشنایی با سلامت روان و بیمارستان روان پزشکی.....	۹
تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت	۱۰
ابعاد سلامتی	۱۰
بررسی مفاهیم نظری سلامت عمومی از دیدگاه‌های مختلف	۱۲
دیدگاه روانکاوی	۱۳
آشنایی با بخش یا بیمارستان روان پزشکی	۱۴
فصل دوم: آشنایی با وظایف روان پرستار.....	۱۸
شرح وظایف پرستار در بخش روان پزشکی	۱۹
فعالیت درمانی و کاردرمانی	۲۰
ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان	۲۳
نکات ضروری تکمیل بخش‌های مختلف فرم ارزیابی اولیه	۲۵
فصل سوم: بررسی وضعیت سلامت روان.....	۴۰
ارتباط درمانی	۴۱
برقراری ارتباط با بیماران با نیازهای ویژه	۴۶
مصاحبه بالینی	۴۹
ضروریات و تکنیک‌های مصاحبه	۵۱
انواع مصاحبه بالینی	۵۳
معاینه وضعیت روانی	۶۲
فصل چهارم: طبقه‌بندی اختلالات روانی.....	۶۸
طبقه‌بندی اختلالات روانی براساس DSM5	۶۹
ویژگی‌های تشخیصی بیماری اوتیسم در DSM5	۷۳
اختلالات حرکتی	۷۸
اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریش	۸۱
اختلالات اضطرابی	۹۹
اختلالات دفع	۱۳۴
اختلالات جنسی	۱۳۸
فصل پنجم: مداخلات پرستاری در اختلالات روانی.....	۱۵۸
مداخلات پرستاری در اختلالات اضطرابی	۱۵۹
مداخلات پرستاری در مددجویان مبتلا به اختلال وسواس جبری	۱۶۱
مداخلات پرستاری در مددجویان مبتلا به اختلال فوبیک	۱۶۲

۱۶۴	مداخلات پرستاری در مددجویان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه
۱۶۵	مداخلات پرستاری مددجوی مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای
۱۶۶	مداخلات پرستاری در اختلالات جسمی روانی
۱۶۷	مداخلات پرستاری در مددجوی مبتلا به اختلال شبه جسمی
۱۶۸	مداخلات پرستاری در مددجوی مبتلا به اختلال جنسی
۱۶۸	مداخلات پرستاری در مددجوی مبتلا به اختلال خوردن
۱۶۹	مداخلات پرستاری در مددجویان مبتلا به اختلال شخصیت
۱۷۰	مداخلات پرستاری در اختلال شخصیت مرزی
۱۷۴	مداخلات پرستاری در مددجویان مبتلا به مانیا
۱۷۵	مداخلات پرستاری از مددجویان مبتلا به اسکیزوفرنی
۱۷۷	فصل ششم: داروهای روان پزشکی.....
۱۷۸	درمان های دارویی
۱۷۸	علامت‌های اختصاری مربوط به اشکال دارویی
۱۸۱	لیست آنتی‌دوت داروهای روان پزشکی
۱۹۱	داروهای ضد افسردگی
۲۲۵	داروهای ضد روان پریشی
۲۴۷	داروهای ضد اضطراب
۲۷۴	داروهای تثبیت کننده خلق
۲۷۷	داروهای ضد دمانس
۲۷۹	داروهای آلفا بلوکر
۲۸۲	داروهای بتا بلوکر
۲۸۷	نحوه دارو دادن در بخش روان پزشکی
۲۹۵	فصل هفتم: الکترو شوک درمانی.....
۲۹۶	تشنج درمانی الکتریکی یا الکترو شوک درمانی
۲۹۸	روش کار الکترو شوک درمانی
۳۰۲	فصل هشتم: ایمنی بیمار.....
۳۰۳	ایمنی بیمار
۳۰۴	دستورالعمل ارزیابی تکمیل احتمال سقوط از تخت
۳۰۵	مهار فیزیک و دارویی در بیماران روان پزشکی
۳۰۶	مداخلات درمانی
۳۰۸	درمان دارویی
۳۱۰	فصل نهم: گزارش پرستاری.....
۳۱۱	اهداف و کاربردهای گزارش نویسی در پرستاری

۳۱۲	.....	خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح
۳۱۶	.....	نمونه‌گیری از بیمار
۳۲۳	.....	فصل دهم: آموزش به مددجو و خانواده
۳۲۴	.....	رعایت رهنمودهای زیر پذیرش این امر را برای بیمار راحت‌تر می‌نماید
۳۳۱	.....	خودآگاهی
۳۳۵	.....	مهارت تفکر نقاد و خلاق
۳۴۴	.....	پیوست: چک‌لیست پروسیجرهای روان‌پزشکی
۳۴۴	.....	پروسیجر گروه‌درمانی
۳۴۵	.....	پروسیجر آگاهی از واقعیت
۳۴۵	.....	پروسیجر استفاده از اتاق امن
۳۴۷	.....	پروسیجر پیشگیری از فرار
۳۴۸	.....	پروسیجر مراقبت از بیمار پرخاشگر و تهاجمی
۳۴۹	.....	پروسیجر انزوا برای بیمار پرخاشگر و تهاجمی
۳۵۰	.....	پروسیجر مهار فیزیکی برای بیمار پرخاشگر و تهاجمی
۳۵۱	.....	پروسیجر اقدامات مربوط به مراقبت از خود در بیماران روانی
۳۵۲	.....	پروسیجر کمک به تغذیه در بیماران مبتلا به کم‌خوری
۳۵۴	.....	پروسیجر کمک به تغذیه در بیماران مبتلا به پر‌خوری
۳۵۵	.....	پروسیجر اقدامات هنگام اختلال خود مراقبتی از نظر استحمام
۳۵۶	.....	پروسیجر مداخلات پرستاری قبل از انجام ECT
۳۵۸	.....	پروسیجر مداخلات پرستاری حین انجام ECT
۳۵۹	.....	پروسیجر اقدامات مربوط به آموزش بهداشت
۳۵۹	.....	پروسیجر مداخلات معنوی
۳۶۰	.....	پروسیجر اقدامات مربوط به سیستم‌های امتیازی
۳۶۱	.....	پروسیجر اقدامات مربوط به خانواده‌درمانی
۳۶۲	.....	پروسیجر هنگام هذیان و توهم
۳۶۳	.....	پروسیجر اقدامات هنگام اضطراب
۳۶۴	.....	پروسیجر مداخلات در اختلال سازگاری
۳۶۵	.....	پروسیجر اقدامات در روش‌های مقابله اشتباه
۳۶۶	.....	پروسیجر اقدامات هنگام اختلال در تعامل اجتماعی
۳۶۷	.....	پروسیجر اقدامات هنگام انزوای اجتماعی
۳۶۸	.....	پروسیجر اقدامات جهت بهبود اعتماد به نفس پایین
۳۶۹	.....	پروسیجر اقدامات برای مددجویان مبتلا به دمانس
۳۷۰	.....	پروسیجر اقدامات برای مددجویان مبتلا به دلیریوم

۳۷۱	 پروسیجر اقدامات برای مددجویان مبتلابه بیش فعالی و نقص توجه
۳۷۲	 پروسیجر مراقبت از مددجو با عدم پذیرش درمان
۳۷۳	 پروسیجر مراقبت از مددجو با اختلال هذیان
۳۷۴	 پروسیجر مراقبت از مددجو مبتلابه سو مصرف مواد
۳۷۵	 پروسیجر محیط درمانی
۳۷۶	 پروسیجر مراقبت از مددجوی مبتلابه ترس
۳۷۷	 پروسیجر مراقبت از مددجوی مبتلابه اختلال استرس پس از سانحه
۳۷۸	 پروسیجر مراقبت از مددجوی مبتلابه انکار غیر مؤثر
۳۷۹	 پروسیجر مراقبت از مددجوی مبتلابه اختلال شخصیت وابسته
۳۸۰	 پروسیجر مراقبت از مددجوی مبتلابه اختلال سلوک
۳۸۱	 پروسیجر مراقبت از مددجوی با تشخیص مسمومیت با لیتیوم
۳۸۲	 پروسیجر شیو موه‌های زائد بدن بیماران روانی
۳۸۳	 منابع

با مردم آن‌گونه معاشرت کنید، که اگر مُردید بر شما اشک‌ریزند، و اگر زنده ماندید، با اشتیاق
سوی شما آیند. (حکمت ۱۰ نهج‌البلاغه)

اول: آشنایی با سلامت روان و بیمارستان روانپزشکی

در پایان این فصل انتظار می‌رود که فراگیر بتواند:

- ۱- سلامت روان را تعریف کند.
- ۲- ابعاد سلامت روان را شرح دهد.
- ۳- تعریف جامعی از بیماری روان را بیان کند.
- ۴- با محیط و استانداردهای بیمارستان / بخش روانپزشکی آشنا گردد.

تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت

سلامت عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. جالب توجه است که حکیم نظامی در کتاب پنج گنج خود، با بهره‌گیری از ایجاز شعر فارسی، تعریف طولانی سازمان جهانی بهداشت را با دو کلمه سلامت و آسودگی (سلامت به اقلیم آسودگی است) بیان نموده است.

تعریف سازمان جهانی بهداشت^۱ از سلامتی، یک تعریف ایده آل و عملاً دست‌نیافتنی است زیرا با توجه به این تعریف نمی‌توان فردی را پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد، ضمن اینکه در عمل هم نمی‌توان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت، در حقیقت این تعریف مشابه قله مرتفعی است که هیچ‌کس نمی‌تواند آن را فتح نماید ولی تلاش همه افراد باید به سمت آن باشد و از طرفی باید برای سطح سلامتی، طیفی قائل شد.

ابعاد سلامتی

با توجه به تعریف سلامتی متوجه می‌شویم که سلامتی یک مسئله چندبعدی است حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می‌گیرند. و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آن‌ها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می‌گذارند لذا اقدامات انجام‌شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد. در اینجا برای ساده کردن مطلب، ابعاد مختلف سلامتی را جداگانه شرح می‌دهیم گرچه عملاً قابل تفکیک از یکدیگر نیستند.

بعد جسمی

معمول‌ترین بعد سلامتی، سلامت جسمی است که نسبت به ابعاد دیگر سلامتی ساده‌تر می‌توان آن را ارزیابی کرد. سلامت جسمی در حقیقت ناشی از عملکرد درست اعضاء بدن است. از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلول‌ها و اعضاء بدن و هماهنگی آن‌ها باهم نشانه سلامت جسمی است. به‌عنوان نمونه بعضی از نشانه‌های سلامت جسمی عبارت است از: ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتها کافی، خواب راحت و منظم، اجابت مزاج منظم، جلب توجه نکردن اعضاء بدن توسط خود فرد، اندام مناسب، حرکات بدنی هماهنگ، طبیعی بودن نبض و فشارخون و افزایش مناسب وزن در سنین رشد و وزن نسبتاً ثابت در سنین بالاتر.

بعد روانی

بدیهی است سنجش سلامت روانی نسبت به سلامت جسمی مشکل‌تر خواهد بود در اینجا تنها نداشتن بیماری روانی مدنظر نیست بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی، داشتن عکس‌العمل مناسب در برابر

^۱ World health organization(WHO)

ب- بهبود و افزایش سلامت روانی و پیشگیری از عوارض و ناتوانی‌ها: به کمک مهارت‌های کنترل استرس، تکنیک‌های آرام‌سازی، آموزش ابراز وجود و حل مشکلات، مداخله در بحران، ارتباط درمانی، گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی و سایر تکنیک‌های جدید روانشناسی که توسط روان پرستار یا پرستار دوره دیده، انجام می‌گردد.

ج- محیط درمانی: با همکاری مددجو و سایر اعضای تیم درمان، محیطی مناسب به‌منظور رسیدن به اهداف درمانی، مراقبتی و توان‌بخشی مهیا گردد.

د- مداخلات و آموزش فعالیت‌های خود مراقبتی: نیازسنجی اختصاصی آموزشی به‌منظور اجرای روش‌های مختلف آموزشی و مشاوره‌ای در راستای توانمندسازی مددجو در مراقبت از خود جهت فعالیت‌های روزانه

ح- مداخلات زیست- روانی (سایکوبیولوژیک)

دارودرمانی

- دارودهی بر اساس روش‌های ایمن و استاندارد
- دقت و توجه در تشخیص صحیح پرستار به هنگام اجرای درخواست دارویی در صورت نیاز^۱
- دادن آموزش‌های لازم به در مورد نحوه صحیح مصرف دارو، عوارض دارویی و سایر موارد به مددجو و خانواده وی
- ارزیابی واکنش‌ها نسبت به داروهای تجویز شده و گزارش به پزشک معالج
- همکاری و هماهنگی با تیم درمان در راستای اجرای صحیح پروتکل دارودرمانی
- ارزیابی سیر علائم بیماری و انجام معاینه وضعیت روانی به‌طور متناوب با توجه به استانداردهای بخش و ثبت در گزارش پرستاری

شوکه درمانی^۲

- هماهنگی و آماده کردن مددجویانی که اسکجول شوکه درمانی هستند با نظر پزشک
- اخذ رضایت آگاهانه در مورد انجام شوکه درمانی از ولی قانونی مددجو (پدر، جد پدری، دستور دادستانی و قاضی کشیک و...)
- آموزش به مددجو و خانواده وی در رابطه با اهداف درمانی، مزایا و عوارض و اجرای شوکه درمانی
- انجام مراقبت‌های پرستاری قبل، حین و بعد از انجام شوکه درمانی
- ثبت گزارش‌ها

فعالیت درمانی^۳ و کار درمانی

- با عنایت به وضعیت بیمار، هماهنگی و همکاری لازم با سایر اعضای تیم درمان جهت انتخاب فعالیت درمانی مناسب انجام گردد.

^۱ Pro re nata (PRN)

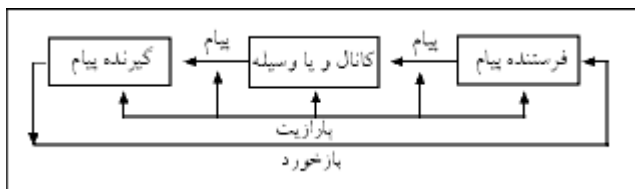
^۲ Electro convulsive therapy

^۳ Activity Therapy

ارزیابی ذهن بیمار BRADEN	سطح هوشیاری ۴ تا ۱	رطوبت پوست ۱ تا ۴	فعالیت فیزیکی ۴ تا ۱	توانایی در تغییر پوزیشن ۴ تا ۱	تغذیه ۴ تا ۱	اصطفاک و سایش پوست بدن ۳ تا ۱	خطر پستیار بالا ۶-۹ خطر بالا ۱۰-۱۲ خطر متوسط ۱۳-۱۴ مداخلات پیشگیرانه ۱۵-۱۸ بدون خطر ۱۹-۲۳
ارزیابی توانایی و بررسی تسکین							
درد: دارد ☐ ندارد ☐ غیرقابل ارزیابی ☐ در صورت وجود درد از صفر تا ده چه نمره ای به درد خود می دهید؟ ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ محل درد: نوع درد: حاد ☐ مزمن ☐ طول مدت: متناوب ☐ مداوم ☐ تاثیر درد روی فعالیت بیمار: درد ☐ ندارد ☐ چه چیزی درد را بدتر میکند: چه چیزی درد را بهبود می بخشد: روش های تسکین درد: غیر دارویی: بله ☐ روش: تاثیر: دارویی: بله ☐ نوع دارو: تاثیر:							
ارزیابی احتیاجات فیزیولوژیک از جهت MORSE							
سابقه سقوط بیمار در سه ماه گذشته		بله	۲۵	کمک گرفتن از وسایل داخل اتاق (صندلی و کمد و ...) برای حرکت		۳۰	ریسک بالا = ۵۱ و بیشتر
تشخیص ثانویه		خیر	۰	استفاده از واکر، عصا، چوب زیر بغل		۱۵	ریسک متوسط = ۲۵-۵۰
سرم یا هپارین لاک		بله	۱۵	کمک گرفتن از پرستار، استراحت مطلق، استراحت در تخت، بدون وسیله کمکی، ویلچر		۰	ریسک پایین = ۲۴-۰
وضعیت ذهنی		خیر	۰	مختل		۲۰	امتیاز کل:
فراموش کردن محدودیت ها		بله	۱۵	ضعیف		۱۰	
آگاه به توانایی ها		خیر	۰	طبیعی / استراحت در تخت / بی حرکت		۰	
فیزی عروقی							
بدون مشکل ☐ نبض: سینوسی ☐ تکیکاردی ☐ برادیکاردی ☐ ضعف و بی حالی ☐ درد فمسه سینه ☐ پیس میکر ☐ واریس ☐ DVT ☐ ادم ☐ مکان و نوع ادم: سابقه CABG ☐ آنژیوگرافی PCL ☐ وجود بالن پمپ ☐ آرتز لاین CV Lin ☐ IV ☐ محل آن: سایر توضیحات:							
تنفسی							
الگوی تنفسی: بدون مشکل ☐ تنفس عمیق ☐ سریع ☐ سطحی ☐ آپنه ☐ سرفه ☐ خلط ☐ دیس پنه: با فعالیت ☐ در زمان استراحت ☐ ارتوپنه ☐ سیئوز ☐ هموپتری ☐ کلابینگ ☐ اکسیژن ترایی ☐ سایر توضیحات:							
قلب							
بدون مشکل ☐ سرگیجه ☐ عدم تعادل ☐ سردرد ☐ تشنج ☐ کرختی و بی حالی ☐ کدام عضو: مردمکها: فرینه ☐ غیرفرینه ☐ سایر توضیحات:							
عضلات اسکلتی							
بدون مشکل ☐ وضعیت اندام: طبیعی ☐ درد ☐ اسپاتیک ☐ فلاسید ☐ فلج ☐ کرکز ☐ در صورت مشکل کدام عضو: احتمال آسیب به ستون فقرات درد ☐ ندارم ☐ ناهنجاری عضلات اسکلتی: اسکولیز ☐ لوردوز ☐ کیفوز ☐ دفورمیتی ☐ سایر توضیحات:							
گوارش							
بدون مشکل ☐ NPO ☐ تهوع ☐ استفراغ ☐ بی اشتها ☐ اسهال ☐ پیوست ☐ نفخ ☐ تندرست شکمی ☐ دفع گاز ☐ اختلال در بلع (جامدات / مایعات) ☐ بی اختیاری مدفوع ☐ رنگ مدفوع: رنگ استفراغ: NGT ☐ سایر توضیحات:							
گلوی-ادراری-تناسلی							
بدون مشکل ☐ دیزیوری ☐ اولیگوری ☐ پلی اوری ☐ انوری ☐ تکرار ادرار ☐ شب ادراری ☐ بی اختیاری ☐ هماجوری ☐ استفاده از کاتتر ادراری ☐ وجود فیستول وریدی - شریانی ☐ شالوم: • زنان: آمنوره ☐ منوبوز ☐ دیس منوره ☐ خونریزی و ترشحات غیر طبیعی ☐ شردهمی ☐ مردان: هیپرپلازی پروستات ☐ واریکوسل ☐ هیروسل ☐ سایر توضیحات:							
پوست							
بدون مشکل ☐ رنگ پوست: سیئوز ☐ رنگ پریده ☐ زرد ☐ درجه حرارت پوست: گرم ☐ سرد ☐ تعریق ☐ تورگور پوست: طبیعی ☐ ضعیف ☐ سایر توضیحات:							

شکل ۲- صفحه دوم فرم ارزیابی اولیه

گاهی از این گونه سروصداها می‌زاحم به عنوان پارازیت یاد می‌شود. متخصصان ارتباطات، کاهش تأثیر پارازیت‌های فیزیکی را با استفاده از وسایل جلب توجه و تکرار مجدد مطالب و کاربرد مجدد مهارت‌ها توصیه می‌کنند).

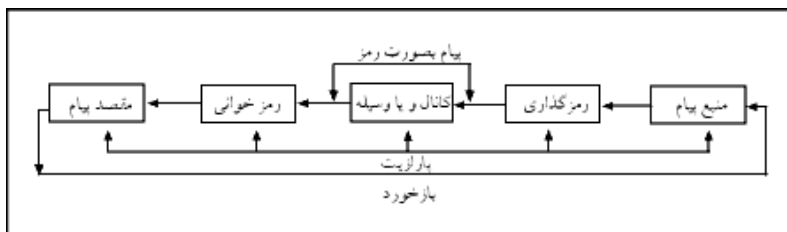


شکل ۷- ادامه برقراری ارتباط

رمزخوانی

درک و تجزیه و تحلیل پیام رمزی (سمبلیک) ارسال شده و دریافت معنی موردنظر فرستنده. منبع گیرنده نیز بایستی رمز دریافت شده را از طریق حواس و سلسله اعصاب به مغز برده و اصطلاحاً آن را خوانده یا از رمز خارج کند، سپس به درک مفهوم موردنظر بپردازد.

بازخورد^۱



شکل ۸- ادامه برقراری ارتباط

(پیامی است که از طرف گیرنده به فرستنده اصلی برگردانده می‌شود. فیدبک مشخص می‌کند که تا چه حد معنی پیام فرستنده از طرف گیرنده درک شده است. پرستار باید به دنبال شواهد کلامی و غیرکلامی، یعنی بازخورد که نشان‌دهنده دریافت و درک پیام از بیمار است باشد، تا با بازبینی واکنش‌های طرف مقابل ارتباطات بعدی خود را بهبود بخشد).

گوش دادن فعال در فرایند ارتباط

گوش دادن در برقراری ارتباط مؤثر اهمیت زیادی دارد. برای پاسخ دادن به دیگران باید به پیام آن‌ها توجه کرده و خوب گوش دهیم. دیگران را همان گونه که هستند بپذیریم تا بتوانیم خوب گوش دهیم.

^۱ feedback

- اختلال دوقطبی ناشی از مواد / دارو^۱
- اختلال دوقطبی ناشی از بیماری‌های جسمانی^۲
- اختلال‌های دوقطبی و مرتبط مشخص دیگر^۳
- اختلال‌های دوقطبی و مرتبط نامشخص^۴

اختلالات افسردگی^۵

اختلال بی‌نظمی خلق مخرب^۶

ملاک DSM-5 برای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر

A. طغیان‌های خشم مکرر و شدید کلامی یا رفتاری (پرخاشگری جسمانی به افراد یا اموال از نظر شدت یا مدت بی‌تناسب با موقعیت)

B. طغیان‌ها با سطح رشد ناهماهنگ

C. طغیان‌ها متوسط سه بار یا بیشتر در هفته

D. خلق مابین طغیان‌های خشم در عمده بخش روز تقریباً هرروز مداوم تحریک‌پذیر و برای دیگران (والدین، معلمان، همسالان) قابل مشاهده

E. دوازده ماه یا بیشتر وجود داشته و در طول مدت سه ماه پیاپی بدون نشانه نبوده

F. ملاک A و D حداقل در دو یا سه موقعیت (خانه، مدرسه، همسالان) حداقل در یکی از موقعیت‌ها شدید

G. نباید اولین بار قبل از شش‌سالگی یا بعد از ۱۸ سالگی تشخیص داده شود.

H. بنابر سابقه سن شروع قبل از ده‌سالگی

I. هرگز دوره مجزایی که بیش از یک روز ادامه داشته باشد و در طول آن ملاک کامل منیک یا هیپو منیک برآورده شود وجود ندارد.

اختلال افسردگی اساسی^۷

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال افسردگی اساسی:

A. پنج یا تعداد بیشتری از نشانه‌ها در طول مدت دو هفته و انحراف از عملکرد قبلی

حداقل یکی از نشانه‌ها: الف) خلق افسرده ب) فقدان علاقه یا لذت نشان‌دهنده افسردگی اساسی است.

۱- خلق افسرده در بخش عمده روز تقریباً هرروز الف) توسط گزارش ذهنی احساس غمگینی، پوچی ناامیدی ب) مشاهده دیگران (بیمناک به نظر می‌رسد) و در کودکان و نوجوانان به صورت خلق تحریک‌پذیر دیده می‌شود.

¹ Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorder

² Bipolar and Related Disorder Due to Another Medical Condition

³ Other Specified Bipolar and Related Disorder

⁴ Unspecified Bipolar and Related Disorder

⁵ Depressive Disorders

⁶ Disruptive Mood Dysregulation Disorder

⁷ Major Depressive Disorder(MDD)

- آموزش استفاده از مقادیر پایین داروهای ضد اضطراب با تجویز روان‌پزشک برای آرام کردن فرد
 - آموزش استفاده از یک داروی خواب‌آور برای بهبود خواب بیمار به مدت چند شب با تجویز روان‌پزشک
 - فراهم نمودن حمایت‌های محیطی مانند دوستان و بستگان در کنار بیمار
- نکته یک:** رایج‌ترین استراتژی مقابله در این بیماران اجتناب است که فرد از صحبت کردن یا فکر کردن در مورد آنچه اتفاق افتاده است، پرهیز می‌کند.
- نکته دو:** رایج‌ترین مکانیسم دفاعی در این افراد انکار است که فرد ممکن است احساس کند که واقعا حادثه‌ای روی نداده یا آن‌ها را فراموش کرده است.

مداخلات پرستاری مددجوی مبتلابه اختلالات تجزیه‌ای

- حمایت از مددجو در هنگام احساس مسخ شخصیت، فراموشی و یا بروز یک شخصیت جدید و ایجاد یک رابطه اعتقاد آمیز
 - چنانچه مددجو در هنگام بیان تجارب استرس‌زای خود احساس ناراحتی و اضطراب نمود، از تکنیک‌های آرام‌سازی جهت کاهش اضطراب وی استفاده کنید.
 - تعهد مددجو به درمان بینش‌گرا درمانگر مجرب را تشویق کنید.
 - تشویق مددجو به بیان هیجانات و افشاء حوادث دردناک، ناگوار و استرس‌زا و همچنین بحث در مورد آن‌ها
- نکته:** گاهی ممکن است از روش مصاحبه به کمک دارو (آمیثال داخل وریدی) جهت یادآوری حوادث استرس‌زا مددجو استفاده شود.
- مصاحبه به کمک دارو
 - اندیکاسیون‌های درمانی

۱. به‌عنوان یک اثر کمکی در مصاحبه برای بیماران مبتلابه اختلال‌های واپس‌زنی و تجزیه‌ای
۲. تخلیه هیجانی اختلال استرس پس از تروما.
۳. بهبود حافظه در فراموشی و گریز تجزیه‌ای
۴. بهبود عملکرد در اختلال تبدیلی

روش کار

۱. بیمار در محیطی که احیاء قلبی - ریوی در صورت بروز هیپوتانسیون یا تضعیف (دپرسیون) تنفسی، به‌سادگی در دسترس باشد، دراز می‌کشد
۲. به بیمار توضیح دهید که دارو به او کمک می‌کند که آرام شود و میل به صحبت کردن پیدا کند.
۳. یک سوزن نازک را به یک ورید محیطی وارد کنید

علامت‌های اختصاری مربوط به زمان و دفعات دارو دادن

علامت اختصاری	معادل انگلیسی	معادل فارسی
H(hr)	Hour	ساعت
min	Minute	دقیقه
AM	Ante Meridiem	از ۱۲ شب تا ۱۲ ظهر
PM	Post Meridiem	از ۱۲ ظهر تا ۱۲ شب
MD	Mid Day	۱۲ ظهر
MN	Mid Night	۱۲ شب
q	quaque	هر-هر یک
q.h	quaque hora	هر ساعت
q.2h	quaque 2 hora	هر ۲ ساعت
Qd	quaque die	هرروز
BD,BID	Bis in die	روزی دو بار
TDS	Ter die sumendum	روزی سه بار
QID	Quarter in die	روزی چهار بار
HS	Hora somni	موقع خواب
a.c	Ante cibum	قبل از غذا
p.c	Post cibum	بعد از غذا
PRN	Pro re nata	در صورت لزوم
stat	At once	بلافاصله-فورا

۱- ممکن است برای حفظ آتروپین نیزاسیون کامل به دوزهای بالا تا 200mg طی چند روز نیاز باشد. ۲- قطع ناگهانی آتروپین ممکن است منجر به آدم ریه شود. ۳- جهت جلوگیری از بروز آریتمی قلبی را در حد کافی حفظ کنید. ۴- در مسمومیت با ارگانوفسفات ها از فعال کننده های کولین استراز نظیر پرالیدوکسیم نیز استفاده می شود در مسمومیت کارباماتی دپرسیون تنفسی شدید و ضعف شدید عضلانی موجود باشد نیز فعال کننده کولین استراز تجویز می شود.	Atropine sulfare بالغین: 1-6 mg به صورت IV برای درمان مسمومیت با حشره کش ها تجویز می شود. می توان دوز را هر ۵-۶ دقیقه تا زمانی که نشانه های آتروپین نیزاسیون ظاهر شود، تکرار گردد. اطفال: 0.05mg/kg برای درمان مسمومیت با حشره کش ها تجویز می شود. می توان هر ۱۰-۳۰ دقیقه تا زمانی که نشانه های آتروپین نیزاسیون ظاهر شود دوز را تکرار کرد.	موادی با اثر آنتی کولین استراز، حشره کش های ارگانوفسفاتی، حشره کش های کارباماتی
۱- بیشتر افرادی که در این مورد تبحر دارند توصیه کرده اند از EDTA به همراه دیمرکاپرول برای درمان مسمومیت شدید با سرب استفاده شود. ۲- تزریقات سدیم ممکن است منجر به نارسایی کلیه شود. ۳- دریاچه های کوچک روش تزریق IM ارجحیت دارد.	EDTA(Calcium disodium) بالغین و اطفال: 100mg/day به صورت IM یا IV به مدت ۵ روز تجویز می شود. دوز وریدی را طی ۸-۱۲ ساعت انفوزیون کنید. دوز روزانه IM باید به قسمت های مساوی تقسیم شده و در فواصل ۸-۱۲ ساعت تزریق شود. دوره دوم درمان را پس از ۲-۴ روز استراحت تجویز کنید.	کرومیوم-سرب- منگنز-نیکل-روی- کادیوم-کبالت
۱- دفع ادراری ترکیب این دارو و آهن منجر به تغییر رنگ ادرار به رنگ صورتی قرمز می شود.	Desferal بالغین و اطفال: 100mg به روش IM یا IV تجویز می شود دوزهای بعدی به میزان ۵۰mg هر ۴ ساعت تا ۱۲ ساعت ممکن است برحسب پاسخ بیمار تجویز شود. حداکثر دوز روزانه 60mg است.	آهن
۱- فقط در صورت Overdose شدید از آن استفاده می شود. ۲- در صورت امکان ابتدا سطح سرمی دیگوکسین یا دیجیتوکسین را اندازه بگیرید. ۳- اگر ایست قلبی به نظر قریب الوقوع است دوز دارو را به صورت تزریق	Digibind(digoxin immune fab) بالغین: برحسب میزان از دیگوکسین یا دیجیتوکسین که باید خنثی شود تجویز می شود. در صورتی که قادر به تعیین دوز بر اساس دوزاژ مربوط به تولیدکننده دارو نیستید، می توانید 750mg از دارو را طی ۲۰ دقیقه به صورت وریدی انفوزیون کنید.	دیگوکسین- دیجیتوکسین

- الکلیسم حاد، آسم، اختلالات دوقطبی، اختلالات خونی و گوارشی، گلوکوم با زاویه باریک، افزایش فشار کره چشم، پرکاری تیروئید، هیپرتروفی پروستات، عیب کار کلیه، اسکیزوفرنی، حملات تشنجی، حساسیت به داروی‌های ضدافسردگی سه حلقه‌ای و احتباس ادرار.

(۳) پرو تریپتیلین^۱

- اشکال دارویی: به صورت قرص
- مصرف در بارداری: گروه C
- موارد مصرف بالینی: ضدافسردگی

دوز مصرفی

- شروع با دوز کم (۱۰ میلی گرم در روز) و سپس افزایش تدریجی دوز هر ۵ تا ۷ روز.
- دوز نگه‌دارنده: ۱۵ تا ۶۰ میلی گرم خوراکی در روز به صورت منقسم هر ۶ تا ۸ ساعت.
- دوز مصرفی نباید از ۶۰ میلی گرم در روز بیشتر شود.
- **عوارض جانبی:** اضطراب، بی‌خوابی، یبوست، سردرد، تهوع، خشکی دهان، استفراغ، تاری دید، ضعف، تعریق، خواب‌آلودگی، خستگی، تحریک‌پذیری، تغییرات وزن

تداخلات دارویی

- مصرف هم‌زمان این دارو با امفتامین‌ها می‌تواند موجب افزایش فشارخون، تب، سردرد یا ضربان قلب سریع یا غیرطبیعی شود.
- مصرف هم‌زمان دیفن هیدرامین، پرگابالین با پروتروپتیلین ممکن است احتمال عوارض جانبی مانند خواب‌آلودگی، تاری دید، خشکی دهان، عدم تحمل گرما، سوزش، کاهش عرق، تکرر ادرار، انقباضات شکمی، یبوست، ضربان نامنظم قلب، سردرگمی و مشکلات حافظه را افزایش دهد.
- مصرف هم‌زمان بوپروپیون، مواد حاجبید دار داخل نخاعی با این دارو باعث افزایش احتمال تشنج می‌شود.
- مصرف هم‌زمان بوسپیرون، ۵-هیدروکسی تریپتوفان، اپیوئیدها، SSRI ها با این دارو باعث افزایش ریسک سندروم سروتونینی می‌شود.
- مصرف هم‌زمان کلوزاپین با این دارو باعث افزایش عوارض جانبی کلوزاپین بر سیستم قلبی عروقی می‌شود.
- مصرف هم‌زمان کلونیدین با این دارو باعث افزایش شدید و تهدیدکننده حیات فشارخون می‌شود.

^۱ protriptylin

- ثبت در سیستم گوارش
- اشتها، NPO بودن یا نبودن، مقدار و نوع غذای مصرفی
- علائم و نشانه‌ها (مثل بلع دردناک، تهوع، استفراغ، اسهال، وجود خون در مدفوع، نفخ، آسید، آروغ) و...
- نوع رژیم غذایی و...
- داشتن یا نداشتن مدفوع/کیفیت/رنگ/بو/شکل مدفوع/نوع اسهال
- ویزیت توسط متخصص تغذیه، دستورات، اقدامات انجام شده و نتایج
- اقدامات تشخیصی، درمانی آمادگی‌ها و توجهات خاص پس از انجام پروسیجرها(و گزارش موارد غیرطبیعی به پزشک
- کاربرد داروها، ثبت عوارض و مراقبت‌های خاص

ثبت در سیستم عضلانی-اسکلتی

- رنگ اندام‌های محیطی، گرمی و سردی، دامنه حرکتی مفاصل، تعادل در راه رفتن، داشتن نبض‌های محیطی، پرشدگی مویرگی، حرکات غیرطبیعی اندام‌ها
- داشتن حس و حرکت اندام‌های محیطی، فلج و سستی اندام‌ها، محدودیت حرکتی اندام‌ها
- تحرک فعال یا غیرفعال یا عدم تحرک و عوارض ناشی از آن
- توانایی انجام کار یا فعالیت‌های روزانه مانند (راه رفتن، غذا خوردن، توالت رفتن، غذا پختن، رخت شستن، خوابیدن، لباس پوشیدن)
- داشتن یا نداشتن کشش، گج، (خشک یا تر بودن گج)
- تعویض پانسمان، شستشوی زخم، نوع محلول مصرفی، داشتن ورم و شدت آن
- داشتن درد و بی‌قراری
- حمام و نوع آن

ثبت در سیستم روانی-اجتماعی

معمولاً در بخش‌های روان‌پزشکی بخش عمده متن گزارش پرستاری به این بخش مربوط می‌شود که در هر شیفت باید بیمار از نظر وضعیت روانی، اجتماعی و جسمانی بررسی گردد. به این منظور در گزارش هر شیفت خلاصه‌ای از ارزیابی وضعیت روانی بیمار از جمله وضعیت ظاهری، تفکر و ادراک و وضعیت روانی حرکتی، اشتها، مشکلات خواب و... توسط پرستار مربوطه چک و در گزارش پرستاری ثبت می‌شود.

- داشتن یا نداشتن فرایند فکری نرمال، زمان ورود بیمار، رفتار بیمار، گفته‌های بیمار، توهمات (شنیداری، دیداری، بویایی)
- دلیریوم-ثبت رفتار نامناسب بیمار یا حملات وی، حافظه