

روان

۱-۷-اضطراب و ترس در رابطه با:

- ۱ - ناآشنا بودن با محیط
- ۲ - کمبود اطلاعات در مورد تشخیص، روش های تشخیصی و درمان
- ۳ - تاثیر بیماری بر روی روش زندگی و ایفای نقش بیمار
- ۴ - اختلال در تصویر ذهنی بیمار از خود
- ۵ - علائم ظاهری بیماری
- ۶ - دیسپنه و تنگی نفس
- ۷ - درد شدید
- ۸ - احتمال عود بیماری
- ۹ - احساس نزدیکی به مرگ
- ۱۰ - ترس از پیش آگهی بیماری
- ۱۱ - ناتوانی برای کنترل بیماری
- ۱۲ - کمبود کنترل روی محیط اطراف و عملکرد بدن
- ۱۳ - اختلال در برقراری ارتباط با اطرافیان و محیط
- ۱۴ - ترس از عمل جراحی و بیهوشی
- ۱۵ - ترس از هرچیز ناشناخته

تعریف: ترس و اضطراب هردو منجر به ایجاد وضعیت یکسانی می شوند. اضطراب حالتی است که در آن بیمار دچار احساس ناخوشایند در برابر وضعیت ناشناخته می شود، در حالیکه ترس، احساس ناخوشایندی است که در حضور یک وضعیت شناخته شده بروز پیدا می کند.

مشخصات:

- ۱ - علائم ذهنی: افزایش تنش، احساس شدید بی حمایتی، ترس، هیجان زیاد، تاسف و پشیمانی، احساس تخریب، دیسترس، احساس بی کفایتی، تحرک زیاد، ترس از هر چیزی، تنش و نگرانی برای هر نوع تغییر و حادثه در زندگی، غمگینی، اضطراب
- ۲ - علائم عینی: تحریک سمپاتیک، تحریک قلبی - عروقی، انقباض عروق سطحی، گشادی مردمک چشم، ناآرامی، بی خوابی، حرکت و نگاه چشم ها به روی همه چیز، تماس چشمی ضعیف، لرزش دست ها، بی اشتها، تهوع و استفراغ، اسهال، ضعف عضلانی، خستگی، افزایش فشار خون، رفتارهای عملی به صورت حمله و فرار، هشیاری زیاد از حد، اشتغال دائم فکری، تمرکز یافتن روی خطر، حرکات غیر طبیعی نظیر تکان دادن دست ها و پاها، فشردگی صورت، لرزش صدا، افزایش احتیاط، افزایش تعریق، متمرکز شدن روی "خود" شبه بینی

برآیند مورد انتظار:

- ۱ - بیان کاهش ترس و اضطراب توسط بیمار
- ۲ - از بین رفتن حالت فشردگی صورت و بدن و آرام بودن بیمار
- ۳ - ثابت شدن علائم حیاتی
- ۴ - طبیعی بودن رنگ پوست
- ۵ - توانایی بیمار برای توضیح در مورد تشخیص خود، تست ها و روش های درمانی، مراقبت هاس معمول بیمارستان و روش های جراحی و اثرات آن ها

اقدامات پرستاری:

در صورت داشتن عمل جراحی اطلاعات زیر را جمع آوری کنید:

- ۱ - ترس ها و سطح درک بیمار از عمل جراحی و اهمیت آن
- ۲ - درک از نتایج و انتظارات جراحی
- ۳ - سوء تعبیر بیمار در مورد بیماری و عمل جراحی اش
- ۴ - تجارب قبلی بیمار در مورد بستری شدن در بیمارستان
- ۵ - سیستم های حمایتی باارزش بیمار
- ۶ - بررسی علائم و نشانه های ترس و اضطراب در بیمار
- ۷ - سوال در مورد روش های تطابقی موثر در گذشته
- ۸ - آشنا سازی بیمار با محیط بیمارستان، ابزارها و روش های درمانی و مراقبتی
- ۹ - توضیح در مورد هدف انجام کلیه روش های تشخیصی و درمانی
- ۱۰ - معرفی پرسنل مسئول مراقبت از بیمار
- ۱۱ - اطمینان بیمار از اینکه پرستاران همیشه در دسترس هستند
- ۱۲ - برقراری ارتباط به یک روش آرام و مطمئن و رعایت اصل رازداری
- ۱۳ - تشویق بیمار به بیان ترس ها و اضطراب و ارائه بازخورد مناسب
- ۱۴ - بازگو نمودن توضیحات پزشک برای بیمار و تصحیح اشتباهات و سوء تفاهمات بیمار در مورد تشخیص و درمان و پیش آگهی
- ۱۵ - آموزش روش های آرام سازی به بیمار
- ۱۶ - آموزش حمایت از بیمار به افراد نزدیک بیمار
- ۱۷ - در صورت تجویز ضد اضطراب ها بررسی اثرات درمانی و عوارض آن در بیمار

۷-۲- اختلال در سازگاری در رابطه با:

- ۱ - صدمه به طناب نخاعی
- ۲ - فلج حسی و حرکتی
- ۳ - آمپوتاسیون اعضا
- ۴ - MI.CVA
- ۵ - COPD
- ۶ - بیماری های پیشرونده عصبی

۷ - سرطان ۸ - دیالیز ۹ - نبود سیستم های مناسب حمایتی ۱۰ - غیر قابل دستیابی بودن سیستم های حمایتی ۱۱ - کمبود درک ۱۲ - افسردگی ۱۳ - از دست دادن یک چیز مهم (فرد، شی یا شغل) ۱۴ - پیری ۱۵ - بیماری مزمن ۱۶ - ناتوانی
تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار قادر به تعدیل روش زندگی و رفتارهای خود، یا تغییر در سطح سلامتی اش نیست.
مشخصات: بیان عدم قبول تغییر در وضعیت سلامتی، عدم شرکت و یا ناموفق بودن در حل مشکلات و برنامه ریزی اهداف مراقبتی، اشکال در بدست آوردن استقلال، طولانی شدن زمان شوک، ناباوری و یا عصبانیت نسبت به تغییر در سلامتی، اشکال در تفکر پیرامون آینده
برآیند مورد انتظار: ۱ - شناسایی نیازهای موقت و طولانی مدت در رابطه با موقعیت حاضر ۲ - تشخیص روش های موثر مقابله با تنش در مقابل روش های غیر موثر
اقدامات پرستاری: ۱ - شناسایی اتفاقات ناخوشایند در زندگی گذشته بیمار ۲ - بررسی روش های غیر موثر مقابله در گذشته ۳ - شناسایی تعداد و نوع سیستم های حمایتی قابل دسترس ۴ - برآورد میزان تاثیر اختلال حاضر در زندگی بیمار ۵ - بررسی روش های مقابله و میزان تاثیر آن در موقعیت فعلی مورد بررسی ۶ - شناسایی عواملی که روی تعدیل و تطبیق موثر بیمار تاثیر منفی دارد: ۷ - ناتوانی در شناخت شکل و یا راه حل های موثر ۸ - کمبود تبحر بدلیل سن یا رشد و نمو ۹ - سابقه استفاده از الگوهای ناموثر مقابله و حل مشکلات ۱۰ - عدم درمان استرس ۱۱ - ناکافی و غیر قابل دسترس بودن سیستم های حمایتی ۱۲ - وجود مشکلاتی نظیر ناتوانی، بی پولی، کمبود ایمان، کمبود اطلاعات در مورد بیماری ۱۳ - بررسی بکارگیری روش های مقابله توسط خانواده و سایر افراد مهم در زندگی بیمار : ✓ بررسی درک خانواده از موقعیت حاضر ✓ بررسی درک خانواده از اثرات کوتاه مدت و طویل مدت نسبت به موقعیت حاضر

- ✓ شناسایی رفتارهایی که سازگاری را تسهیل می کند
- ✓ بررسی رفتارهای هیجانی روزمره خانواده: عصبانیت، گناه، حسادت و انکار کردن احساسات
- ۱۴ بررسی وجود انکار به عنوان یک روش مقابله:
- ✓ میزان تمرکز روی وضعیت حاضر
- ✓ وجود انکار به عنوان پاسخ اولیه
- ✓ وجود بازخوردهای مثبت در مورد حقایق موجود
- ✓ کاهش استرس محیطی بیمار
- ✓ سهیم نمودن بیمار و خانواده بیمار در برنامه مراقبتی و تصمیم گیری ها
- ✓ کاهش صداها محیطی
- ✓ دور نگه داشتن افراد، وسایل و موقعیت های تنش زا از بیمار
- ✓ بیان احساسات بیمار
- ✓ انتقال درک خود در مورد صدمه حاضر به بیمار
- ✓ شناسایی روش های نامناسب مقابله (نظیر استفاده از الکل و سیگار)
- ✓ آموزش به خانواده برای عدم جلوگیری از فرآیند حزن و اندوه در بیمار
- ✓ توضیح طبیعت بیماری و یا صدمه
- ✓ بحث در مورد تغییرات قابل پیش بینی در روش زندگی بیمار
- ✓ آموزش رفتارهای بهداشتی به بیمار و خانواده او
- ✓ بررسی ترس های بیمار
- ✓ ارجاع بیمار به مشاور یا انجمن های حمایتی

۳-۷- استفاده از روش های غیر موثر مقابله در رابطه با:

- ۱ - سیستم های نامناسب حمایتی
- ۲ - ترس و اضطراب
- ۳ - خستگی
- ۴ - ناراحتی جسمانی نظیر تهوع و استفراغ و درد
- ۵ - تغییر در عملکرد معمول بدن
- ۶ - تغییر در فرآیند تفکر
- ۷ - نیاز به دوره طولانی مدت بازتوانی
- ۸ - نداشتن کنترل روی روند بیماری
- ۹ - تغییر در روش زندگی و ایفای نقش
- ۱۰ - احساس گناه در مورد رفتارهای گذشته
- ۱۱ - عدم اطمینان به موثر بودن روش های درمانی

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار به دلیل ناکافی بودن منابع جسمی، روانی، اقتصادی و شناختی دچار ناتوانی برای مقابله با استرسورهای داخلی و خارجی می شود.

مشخصات: تغییر در الگوی معمول برقراری ارتباط، بیان ناتوانی برای مقابله، استفاده نامناسب از روش های سازگاری، ناتوانی در قبول نقش خود، اضطراب، تنش در زندگی، ناتوانی در حل مشکلات، تغییر در مشارکت اجتماعی، رفتارهای مخرب و آسیب رسان به خود و دیگران، شانس بالا برای بروز حوادث، ناتوانی برای درخواست کمک، تغییرات گفتاری، عدم دستیابی و برآورد نیازهای اولیه، فقر، مرگ عزیزان، جدایی از عزیزان، ترک خدمت، زندانی شدن، کاهش اعتماد به نفس، بدبینی زیاد نسبت به خود، بی یابوری، نبود انگیزه، سقط، نداشتن همسر، جدا شدن از خانه و خانواده، تغییر عضوی از بدن بدلیل جراحی، تغییرات ظاهری بدلیل مصرف داروهای شیمی درمانی، رادیوتراپی و هورمون درمانی، دریافت بیش از حد تحریکات حسی، ازدواج، طلاق

برآیند مورد انتظار:

استفاده از روش های مقابله موثر:

- ۱ - شرکت در برنامه های مراقبتی و فعالیت های مراقبت از خود
- ۲ - بیان کند توانایی مقابله با عوارض درمانی های دارویی و جراحی دارد.
- ۳ - شناسایی عوامل تنش زا
- ۴ - بکارگیری روش مناسب برای حل مشکلات
- ۵ - شناخت و استفاده از سیستم های حمایتی قابل دسترس

اقدامات پرستاری:

- ۱ - بررسی بیمار از نظر تاثیر روش های مورد استفاده برای مقابله :
 - ✓ مشاهده رفتار
 - ✓ مشاهده توانایی ها و ضعف ها
 - ✓ توانایی در بیان احساسات و نگرانی ها
 - ✓ تمایل به شرکت در برنامه های مراقبت از خود
- ۲ - بررسی و گزارش علائم و نشانه های دال بر مقابله نادرست با تنش:
 - ✓ اختلال در خواب
 - ✓ افزایش خستگی
 - ✓ اشکال در تمرکز
 - ✓ تحریک پذیری
 - ✓ کاهش تحمل نسبت به درد
 - ✓ بیان ناتوانی در مقابله
 - ✓ ناتوانی در حل مشکلات
 - ✓ دادن زمان به بیمار برای قبول تشخیص، روش های درمانی و عوارض آن ها و تغییرات روش زندگی و ایفای نقش
- ۳ - انجام اقدامات زیر برای افزایش مقابله موثر:
 - ✓ فراهم آوردن امکان ملاقات با سایر افرادی که مقابله موفقیت آمیزی در موقعیت مشابه داشته اند.
 - ✓ کاهش ترس و اضطراب بیمار
 - ✓ انجام اقداماتی برای بهبود ناراحتی های جسمانی نظیر سردرد و تهوع
 - ✓ انجام اقداماتی جهت کاهش میزان خستگی

✓ شرکت دادن بیمار در طرح برنامه مراقبتی خود ✓ آموزش روش های موثر برای حل مشکلات (نظیر شناسایی دقیق استرسورها و برآورد کلیه امکانات) ✓ کمک به بیمار برای حفظ روش های معمول زندگی ✓ کمک به بیمار با ارائه اطلاعات واقعی به بیمار برای یافتن روش زندگی جدید و ایفای نقش ✓ قرار دادن اطلاعات کافی در مورد سیستم های حمایتی قابل دسترس به بیمار و خانواده او ✓ تشویق خانواده بیمار به ادامه حمایت های روانی از بیمار ✓ بررسی و حمایت رفتارهایی که نشانگر تطابق موثر بیمار است ✓ آغاز نمودن برنامه های توانبخشی مانند کاردرمانی، گفتار درمانی و غیره در اولین فرصت ✓ ایجاد تغییرات در سطح محیطی بیمار با توجه به سطح معلولیت او
۴-۷- استفاده از روش های غلط برای مقابله در رابطه با: ۱ - درک غیر واقعی از توانایی و محدودیت ها
تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار به دلیلی دریافت درمان های حمایتی و برداشت مثبت از وضعیت خود به غلط الگوهای نامناسبی را برای مقابله مورد استفاده قرار می دهد.
مشخصات: انکار مشکلات و ضعف های قابل مشاهده، سرزنش کردن یا مسئول دانستن دیگران، نارسایی در استدلال های منطقی، حساسیت شدید به انتقادهای ملایم، خودبزرگ بینی، از موضع بالا به دیگران نگاه کردن، اشکال در برقراری ارتباط و حفظ ارتباطات، استهزاء دیگران، باور داشتن تصورات به جای واقعیات، نقص در پیگیری یا شرکت در برنامه های مراقبتی درمانی
برآیند مورد انتظار: بیمار قادر باشد : ۱ - درک واقعی از توانایی ها و محدودیت های خود ۲ - تشخیص اهمیت و نتایج رفتارهای خود
اقدامات پرستاری: ۱ - بررسی مربوط به روش های غیر موثر مقابله که قبلا ذکر شد. ۲ - برآورد میزان انرژی روانی و جسمانی بیمار ۳ - کاهش تحریکات محیطی تا جای امکان ۴ - کمک به بیمار برای بیان افکار و احساسات ۵ - کمک به بیمار برای ارزیابی واقع گرایانه رفتار های خود ۶ - هوشیار بودن نسبت به واکنش های خود در مقابل بیمار ۷ - فراهم آوردن و حفظ سلامت و بهداشت جسمی بیمار ۸ - توضیح اهمیت درمانی های دارویی و حمایتی به بیمار حتی در صورت احساس سلامتی ۹ - آگاه سازی بیمار از عوارض جانبی و سمی داروهای مصرفی

۵-۷- ناتوانی خانواده بیمار در به کارگیری روش های موثر سازگاری در رابطه با:

- ۱ - مراقبت از بیمار
- ۲ - معلولیت ها
- ۳ - سوگ

تعریف: وضعیتی است که در آن خانواده بیمار از الگوهای نامناسب رفتاری برای سازگاری با شرایط استفاده می کنند.

مشخصات: بی میلی به مراقبت از بیمار، انکار شدید در مورد ادامه زندگی بیمار، عدم تحمل، ترک بیمار، ترک کردن شغل، انکار علائم بیماری، انجام اقدامات زیان آور اقتصادی، اجتماعی، عصبانیت، افسردگی، عدم تمایل به برقراری ارتباط با افراد فامیل یا دوستان، احساس پیشرونده بی باوری، تصور محدودیت در زندگی

بر آیند مورد انتظار:

خانواده بیمار قادر باشد که:

۱. از بیمار خود به طرز صحیح مراقبت به عمل آورد.
۲. برای بیمار برنامه مراقبتی روزانه طراحی کند.
۳. با موسسات حمایتی قابل دسترس ارتباط برقرار نماید.
۴. بیان کنند که احساسات منفی نسبت به خود و یا بیمارشان ندارند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - روشی اتخاذ کنید که خانواده بتواند در مورد احساسات و نگرانیهای خود نسبت به موقعیت حاضر صحبت کند.
 - ۲ - مراقبتهای مطلوب را برای آنها توضیح دهید اما تصمیم گیری را به عهده خودشان بگذارید.
 - ۳ - خانواده را تشویق کنید تا به واقعیت ها توجه کنند.
 - ۴ - لیستی از موسسات اجتماعی قابل دسترسی را در اختیار خانواده بیمار قرار دهید.
 - ۵ - در مورد سودمند بودن این موسسات برای کمک به خانواده توضیحات کافی بدهید.
 - ۶ - در صورت مشکلات مالی خانواده را به اداره مددکاری ارجاع دهید.
 - ۷ - آموزش دهید:
- ✓ نحوه مراقبت از بیماری های خاص را توضیح دهید.
- ✓ همراه با خانواده برنامه مراقبت روزانه از بیمار را تنظیم کنید.

۶-۷- والدین آسیب پذیر در رابطه با:

- ۱ - خانواده طلاق و از هم گیسخته
- ۲ - خانواده با مشکلات ژنتیکی
- ۳ - خانواده مهاجر و آسیب پذیر
- ۴ - خانواده تک سرپرست
- ۵ - اعتیاد در خانواده
- ۶ - بیماری مزمن والدین
- ۷ - خانواده فقیر
- ۸ - خانواده اسیران جنگی و زندانیان

تعریف: یکی از مهم ترین احتیاجات روانی افراد دلبستگی و محبت است. کودکانی که در سالهای اولیه از محبت والدین

محروم هستند. در خانواده احساس ناامنی کرده و از زندگی کمتر لذت می برند. برعکس کودکانی که از محبت والدین برخوردارند، قدرت سازگاری بیشتری دارند. البته محبت بی مورد والدین مانع رشد شخصیت کودک می گردد و دخالت زیاد والدین در کودک حس استقلال را از فرد میگیرد. آشفتگی و مشکلات خانوادگی هم تاثیر زیادی بر رشد کودک دارند. مشاجره والدین جلوی دیدگان فرزندان اعتبار آنها را نزد کودک کم می کند و حس وفاداری و اعتماد را در خانواده از بین می برند.
مشخصات: احساس شکست و حقارت کودک در صورت عدم توانایی در برآوردن انتظارات والدین، اضطراب و گوشه گیری و انزوا کودک، ایجاد مشکلات رفتاری در کودک، عدم پذیرش وضعیت خانوادگی از سوی کودک
برآیند مورد انتظار: ۱ - شناسایی موارد تنش زا در خانواده و کاهش ترس ناشناخته در خانواده ۲ - افراد خانواده انتظارات خود را از افراد خانواده در سطح توانایی افراد قرار دهند. ۳ - موارد ایجاد اضطراب و گوشه گیری در خانواده را شناسایی نموده و مداخله انجام گیرد. ۴ - جلوگیری از ایجاد مشکلات رفتاری در افراد ۵ - پذیرش شرایط از سوی افراد خانواده و کمک به یکدیگر در حل مشکلات و موانع
اقدامات پرستاری: ۱. ایجاد یک رابطه درمانی مناسب در خانواده دچار تزلزل ۲. ترمیم آسیب وارده به فضای عاطفی خانواده ۳. طی کردن مراحل بحران در خانواده ۴. استفاده از منابع موجود ۵. روابط باز و کارآمد ۶. اجتناب از خشونت
۷-۷- کشمکش نقش خانواده در رابطه با: ۱. افزایش بار مسئولیت بر دوش یکی از اعضای خانواده ۲. عدم پذیرش نقش به خاطر تضاد با فرهنگ، طبقه اجتماعی ۳. عدم توانایی فرد در پذیرش نقش و کشمکش در خانواده ۴. عدم برآوردن انتظارات افراد مرتبط با نقش
تعریف: نقش مجموعه ای از رفتارهای کم و بیش هنجار و مورد انتظار از فردی که یک موقعیت اجتماعی را اشغال کرده است می باشد. بنابر این نقش بر اساس رفتارهای مورد انتظار، اختیارات نقشی و موقعیت های اختصاصی هر فرد تعریف شده است. (Role conflict) این حالت زمانی بوجود می آید که فرد چندین نقش ناهمگون را در جامعه می پذیرد و قادر به انجام و اجرای آن نقش ها نمی باشد. اجرای درست نقش نیازمند صرف انرژی و تلاش زیادی می باشد که در تضاد نقش این امر خارج از توان فرد می باشد.
مشخصات: ایجاد اضطراب و نگرانی در فرد، احساس گناه، عدم تربیت صحیح فرزندان، افزایش بار مسئولیت یکی از نقش ها
برآیند مورد انتظار: ۱ - مشارکت در مسئولیتهای زندگی

۲ - تقسیم وظایف در بین افراد خانواده ۳ - شناسایی شایستگی و توانایی کلیه افراد خانواده ۴ - برنامه ریزی مناسب جهت جلوگیری از ایجاد بحران در اعضا
اقدامات پرستاری: ۱. ضرورت پذیرش نقش را به افراد خانواده بیان شود. ۲. تاکید بر اینکه زندگی در خانواده یک چرخه پویاست که با تکمیل هر دوره، دوره جدیدی آغاز می شود. ۳. تقسیم وظایف و نقش ها در خانواده جهت جلوگیری از بروز تعارض در افراد و نقش ها ۴. تاکید این موضوع که بقا سیستم خانواده در گرو نقش ها و وظایفی است که افراد در آن برعهده دارند.
۷-۸- تغییر در فرایند تفکر در رابطه با ناتوانی در رابطه با:
۱ - ارزیابی واقعیت ۲ - افزایش سن ۳ - غیر موثر بودن روش های سازگاری
تعریف: وضعیتی است که طی آن در فعالیت های روانشناختی بیمار نظیر تفکر هوشیارانه، توجه به واقعیات، حل مسئله، قضاوت و درک مطلب، شکاف ایجاد می شود.
مشخصات: تفسیر نادرست از محرک های دورنی و بیرونی، مشکلات شناختی و حافظه، بدگمانی و سوء ظن، هذیان، توهم، آشفتگی، اختلال در قضاوت و ارزیابی، اختلالات گفتاری نظیر نئولوژیسم و آکولالیا، کانفیوژن و عدم شناسایی زمان، مکان و فرد رفتارهای مذهبی، ایزولاسیون اجتماعی، وابستگی، تحرک، اختلال در خواب و ترس
برآیند مورد انتظار: ۱ - موقعیت هایی را که موجب انتقال تشویش و اضطراب می شوند شناسایی کند. ۲ - بیمار اظهارات هذیانی کمتری داشته باشد. ۳ - بیمار با دیگران به راحتی ارتباط برقرار کند. ۴ - بیمار مسائل خود را در ارتباط با دیگران مطرح سازد. ۵ - بیمار بین واقعیت و تخیل تفاوت قایل شود.
اقدامات پرستاری: ۱ - علل فیزیولوژیک تغییر در فرایند تفکر را بررسی کنید. کاهش عملکرد سیستم تنفسی، کلیوی، اندوکراین، مغزی، گردش خون، بینایی و شنوایی، اختلال در الگوی خواب، عدم تعادل مایعات و الکترولیت ها، عدم تعادل در تغذیه، عوارض دارویی و مسمومیت های دارویی. ۲ - عوامل محیطی را بررسی کنید: دریافت بیش از حد یا کمتر از حد تحریکات حسی، ترس از ناشناخته ها، ترس از طرد شدن. ۳ - اطلاعات لازم در مورد روش زندگی، علایق، سوابق شغلی، الگوهای سازگاری، تواناییها، محدودیت ها، سطح پیشین فعالیت و استرس بیمار را جمع آوری کنید. ۴ - سیستم های حمایت کننده، سابقه مشکلات پزشکی و درمانها، و فعالیت های روزانه بیمار را بررسی کنید.

۵ - حضور احساساتی نظیر اندوه شدید، بدحالی، احساس گناه، ایزوله شدن و طرد شدن، زندگی در یک دنیای خیالی، جدایی از دیگران و اهمیت دادن شدید به خود را بررسی کنید. ۶ - ترس های بیمار را مورد ارزیابی قرار دهید. ۷ - توهّمات بینایی، شنوایی، گوارشی، بویایی و لامسه بیمار را مورد بررسی قرار دهید. ۸ - میزان شناسایی بیمار از زمان ، مکان ، فرد و قدرت حل مسئله را در او ارزیابی کنید. ۹ - گریم صورت، لباس ، رفتارهایش حین مصاحبه، الگوی برقراری ارتباط و مهارت های تعاملی بیمار را بررسی کنید. ۱۰ - وضعیت تغذیه، خواب و استراحت، بهداشت و تحرک جسمانی بیمار را مورد مشاهده قرار دهید. ۱۱ - بیمار را تشویق به صحبت آزاد و توأم با اعتماد نمایید. ۱۲ - قلمرو خصوصی بیمار را حفظ کنید. ۱۳ - به بیمار کمک کنید فرق بین واقعیت و تخیلاتش را بشناسد. ۱۴ - روی "اینجا" و "زمان حال" تأکید و تمرکز کنید. ۱۵ - به بیمار کمک کنید ارتباط موثری با اطرافیانش برقرار کند. ۱۶ - به بیمار کمک کنید محدودیتهای و تواناییهایش را بشناسد. ۱۷ - بیمار را در فرایند حل مسئله کمک و تشویق نمایید. ۱۸ - به بیمار کمک کنید بین نیازها و درخواست هایش تفاوت بگذارد. ۱۹ - تواناییهای بیمار را در مراقبت از خودش تقویت کنید. ۲۰ - سطح اعتماد به نفس را در بیمار افزایش دهید. ۲۱ - روش های موثر سازگاری را به بیمار آموزش دهید. ۲۲ - تحریکات محیطی را تحت کنترل درآورید. ۲۳ - در صورت ادامه علائم تغییر در فرایند تفکر با پزشک مشورت کنید.
۷-۹- تغییر در ایفای نقش در رابطه با: ۱ - تغییر در وضعیت سلامتی ۲ - تغییر در اعضای خانواده، مالی ، شغلی و ...
تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار دچار تغییر، تضاد و یا انکار مسئولیت های خود می شود و قادر به انجام وظایف خود نیست. مشخصات: تغییر در درک بیمار از وظایف خود، تغییر در درک دیگران از وظایف بیمار، انکار وظایف، تغییر در وضعیت جسمانی و کاهش فعالیت، کمبود اطلاعات در مورد وظایف، تغییر در الگوهای معمول مسئولیت پذیری، وجود تضاد در مورد ایفای نقش، بیان ناتوانی در ایفای نقش.
برایند مورد انتظار: ✓ بیمار قادر باشد با توجه به تغییرات ایجاد شده در وضعیت جسمانی اش، درک مناسبی از ایفای نقش خود داشته باشد.
اقدامات پرستاری: ۱. اعتماد به نفس، پنداشت از خود و تصویر ذهنی بیمار از خویش را مورد بررسی قرار دهید. ۲. اقداماتی جهت افزایش اعتماد به نفس در بیمار به عمل آورید. ۳. اقداماتی جهت بهبود درک بیمار از خود به عمل آورید. ۴. اقداماتی جهت اصلاح تصویر ذهنی بیمار از خود انجام دهید.

۱۰-۷- اختلال در تصویر ذهنی فرد از خود در رابطه با:

- ۱ - تغییر در ظاهر
- ۲ - عملکرد عضو
- ۳ - ایفای نقش
- ۴ - وابستگی
- ۵ - اختلال در رفتارهای جنسی

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار دچار اختلال در درک از بدن خود می شود.

مشخصات:

پاسخ کلامی یا غیر کلامی فرد نسبت به:

- ۱ - نبود عضوی از بدن
- ۲ - تغییر مشخص در ساختمان یا عمل یک عضو
- ۳ - توجه بیمار به نگاه کردن به قسمتی از بدنش
- ۴ - حساسیت بیمار به لمس قسمتی از بدنش
- ۵ - پوشاندن مصرا نه قسمتی از بدن
- ۶ - تغییر در مشارکتهای اجتماعی
- ۷ - به کلام آوردن اختلال ایجاد شده
- ۸ - تغییر در روش زندگی
- ۹ - ترس از واپس خوردگی و واکنش دیگران
- ۱۰ - تمرکز روی قدرت
- ۱۱ - عمل و یا ظاهر گذشته
- ۱۲ - احساس منفی نسبت به بدن
- ۱۳ - احساس بی یآوری
- ۱۴ - ناکامی یا بی قدرتی
- ۱۵ - پریشانی نسبت به تغییر یا فقدان عضو
- ۱۶ - عدم شرکت در فعالیتهای جمعی

برآیند مورد انتظار:

بیمار نشان دهد که با اختلال در ظاهر یا عملکرد عضو، تغییر در روش زندگی و ایفای نقش، سازگاری حاصل کرده است.

- ۱ - خود را موجود ارزشمندی بداند.
- ۲ - ارتباطات خود را با افراد مهم در زندگی حفظ کند.
- ۳ - در فعالیتهای روزانه شرکت کند.
- ۴ - علاقه به ظاهر شدن در محیط را داشته باشند.
- ۵ - در فعالیتهای اجتماعی به خوبی شرکت کند.
- ۶ - روش زندگی خود را منطبق با محدودیت حاصله برنامه ریزی کند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - با تشویق بیمار به صحبت کردن و بیان احساساتش، میزان اختلال در تصور ذهنی، عملکرد، روش زندگی و ایفای نقش را در بیمار برآورد کنید.
- ۲ - پاسخ های منفی کلامی و غیرکلامی بیمار پیرامون تصویر ذهنی اش از خود را مورد بررسی قرار دهید.
- ۳ - روند غمگینی و حزن و اندوه را در بیمار بررسی کنید.
- ۴ - قابلیت ها و توانایی های بیمار را که می تواند تأثیر مثبت روی اعتماد به نفس وی داشته باشد برآورد کنید.
- ۵ - هنگام اولین تعویض پانسمان جهت حمایت روانی از او، در کنار وی بمانید.
- ۶ - اقداماتی را جهت افزایش اعتماد به نفس به کار ببندید (مثل محدود کردن انتقاد منفی از خود، تشویق به تمرین های مثبت از خود دادن بازخورد مثبت در مورد هنرها و فضیلت های بیمار)
- ۷ - به بیمار جهت شناسایی و به کارگیری روش های تطابقی که در گذشته موثر بوده اند کمک کند.
- ۸ - سوء تفاهم های بیمار را در مورد محدودیت های آینده در فعالیت های جسمانی شناسایی کنید.
- ۹ - بیمار را تشویق کنید که از عضو مبتلا مراقبت به عمل آورد.
- ۱۰ - خانواده بیمار را تشویق کنید که اجازه دهند تا جای امکان بیمار کارهای خودش را به تنهایی انجام دهد.
- ۱۱ - روش هایی اتخاذ کنید که بیمار در مورد روش زندگی و احساساتش بحث کند.
- ۱۲ - مطمئن شوید که بیمار و خانواده او درک و تصویر مشابهی از آینده زندگی دارند.
- ۱۳ - نتایج حاصل از روش های درمانی و لزوم پیگیری آنها را به بیمار آموزش داده او را تشویق به حداکثر شرکت در این برنامه ها نمایید.
- ۱۴ - بیمار را تشویق به ملاقات با اطرفیانش کنید.
- ۱۵ - بیمار را تشویق کنید که به فعالیت های اجتماعی خود بپردازد.
- ۱۶ - در صورت امکان ترتیب ملاقات با افرادی که مشکل مشابه او را داشته و اکنون با موفقیت به زندگی می پردازند را بدهید. در صورت وخیم تر شدن وضع بیمار با روان پزشک مشورت نمایید.

۱۱-۷-اختلال در پنداشت از خود در رابطه با:

- ۱ - وجود بیماری مزمن
- ۲ - از دست دادن عضوی از بدن
- ۳ - درد
- ۴ - حاملگی
- ۵ - عدم تحرک
- ۶ - وابستگی
- ۷ - از دست دادن شغل و ...

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار در معرض تجربه یک احساس، تفکر، یا تجسم منفی از خودش قرار می گیرد. این وضعیت در برگیرنده تغییر در تصویر ذهنی از خود، اعتماد به نفس، ایفای نقش و ایده های شخصی است.

مشخصات: واکنشهایی به صورت امتناع از لمس یا نگاه به قسمتی از بدن، امتناع از نگاه کردن به آینه، عدم تمایل به بحث در مورد محدودیت ها، دفورمیتی و یا بد شکلی بدن، امتناع از قبول برنامه های بازتوانی، توجه نامناسب و ناکافی به درمانها، انکار وجود دفورمیتی یا بدشکلی، افزایش وابستگی به دیگران، علائم اندوه (آه کشیدن، یأس، عصبانیت)، امتناع از شرکت در برنامه مراقبت از خود، عدم مسئولیت پذیری برای مراقبت از خود، رفتارهای مخرب (مصرف الکل و دارو)، عدم توجه به سلامتی، عدم

تمایل به تماسهای اجتماعی، تغییر در الگوهای مسئولیت پذیری
برایند مورد انتظار: بیمار تغییر در احساساتش در مورد عوامل پیرامون خود را به زبان آورد.
اقدامات پرستاری: ۱ - علائم ایجاد اختلال در اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از خود، و ایفای نقش را در بیمار بررسی کنید. اقدامات مربوط به مراقبت های پرستاری: ۲ - با بیمار ارتباطی مبنی بر اعتماد برقرار کنید. ۳ - بیمار را تشویق به بیان احساساتش نمایید. ۴ - بیمار را تشویق نمایید که سوالاتی را در مورد وضع سلامتی، درمانها، پیشرفت و پیش آگهی اش مطرح کند. ۵ - اشتباهات و سوء تفاهم های بیمار را در مورد خودش، مراقبتها، و مراقبت کننده ها برطرف کنید. ۶ - از انتقادات منفی اجتناب نمایید. ۷ - برای بیمار محیط خصوصی فراهم کنید. ۸ - موسسات اجتماعی قابل دسترسی را به بیمار معرفی نمایید.
۱۲-۷-اختلال در اعتماد به نفس در رابطه با: ۱ - از دست دادن عضوی از بدن ۲ - بد شکلی و دفورمیتی ۳ - بستری شدن ۴ - مرگ عزیزان ۵ - جدایی ۶ - از دست دادن شغل و ...
تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار از خود یا توانایی های خود ارزیابی منفی به عمل آورد. ممکن است بیمار این حالت را به صورت مستقیم یا غیر مستقیم در رفتار خود نشان دهد.
مشخصات: تفکر منفی درباره خود، احساس شرمساری و گناه کردن، احساس ناتوانی در مقابل وقایع معمول و غیر معمول، عدم استفاده از بازخوردهای مثبت و بزرگ جلوه دادن بازخوردهای منفی در مورد خود، انکار حقایق روشن، مقاومت برای قرار گرفتن در موقعیت های جدید و یا برخورد با افراد جدید، احساس گناه یا مسئولیت در مقابل مشکلات، توجیه شکستهای شخصی، حساسیت بیش از حد نسبت به مسائل بی اهمیت، خود بزرگ بینی
برایند مورد انتظار: بیمار قادر باشد ۱ - نقاط قوت و نکات مثبت خود را مورد شناسایی قرار دهد. ۲ - تصور واقعی از خود داشته باشد. ۳ - ارتباط مناسب با اطرافیان خود برقرار کند. ۴ - در فعالیت های گروهی شرکت کند.
اقدامات پرستاری: ۱ - علائم ایجاد اختلال در اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از خود و ایفای نقش را در بیمار بررسی کنید. ۲ - با بیمار ارتباط مبنی بر اعتماد برقرار کنید. ۳ - بیمار را تشویق به بیان احساساتش نمایید.

۴ - اشتباهات و سوء تفاهم های بیمار را در مورد خودش، مراقبتها و پیش آگهی بیماری اش برطرف کنید. ۵ - از انتقادات منفی اجتناب نمایید. ۶ - برای بیمار محیط خصوصی فراهم آورید. ۷ - موسسات اجتماعی قابل دسترسی و قابل استفاده به بیمار معرفی نمایید.
۱۳-۷- کاهش مزمن اعتماد به نفس در رابطه با : ۱ - سابقه ارتباط ناموثر با والدین ۲ - ارتباطات غیرمعقول با سایرین ۳ - طرد شدن از طرف خانواده ۴ - از دست دادن عضو و تنبیه های متناقض
تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار مدتهای مدید است که نسبت به خود و یا توانایی های خود دارای ارزیابی منفی است.
مشخصات: ابراز طولانی یا مزمن مواردی چون: بیان منفی درباره خود، ابراز گناه یا شرم، ناتوان یافتن خود در مقابله با حوادث عدم استفاده از بازخوردهای مثبت و بزرگ جلوه دادن بازخوردهای منفی، احتراز از قرار گرفتن در موقعیت های جدید و برخورد با افراد جدید، شکست های مکرر در کار یا سایر مسائل زندگی، وابستگی بیش از حد به نظرات دیگران، عدم برقراری تماس چشمی، رفتار بی تفاوت، تردید، نیاز فراوان به دلگرمی دادن، بی ارادگی شدید.
برایند مورد انتظار: بیمار قادر باشد: ۱. تصویر واقعی از خود به دست آورد. ۲. نکات مثبت و نقاط قوت خود را شناسایی کند. ۳. با اطرافیان خود ارتباط مناسب برقرار سازد. ۴. در فعالیتهای گروهی شرکت نماید.
اقدامات پرستاری: ۱ - به بیمار کمک کنید تا سطح اضطرابش را پایین بیاورد. ۲ - بیمار را تشویق کنید تا احساساتش را در مورد خود بیان کند. ۳ - هنگام گوش دادن به بیمار، نقش حمایت کننده را بازی کنید نه قاضی. ۴ - به بیمار بازخوردهای مثبتی مبنی بر واقعیات بدهید. ۵ - در صورت نیاز محیط را برای بیمار خصوصی کنید. ۶ - ارتباطات اجتماعی مثبت را در بیمار تقویت کنید. ۷ - بیمار را تشویق به مشارکت اجتماعی نمایید. ۸ - رفتارهای مسئله دار نظیر تهاجم، عدم توجه به بهداشت، گوشه گیری و خانه نشینی را در بیمار محدود کنید.

۱۴-۷- کاهش موقعیتی اعتماد به نفس در رابطه با:

- ۱ - از دست دادن عضو
- ۲ - نقص عملکرد
- ۳ - بستری شدن
- ۴ - مرگ عزیزان
- ۵ - جدایی
- ۶ - مشکلات مالی و ...

تعریف: وضعیتی است که در آن، فردی که بیش از این دارای نگرش مثبت نسبت به خود بود، در پاسخ به یک حادثه (نظیر از دست دادن یا تغییر) دچار احساس منفی می شود.

مشخصات: وجود دوره هایی از احساس منفی نسبت به خود در واکنش به یک حادثه، به زیان آوردن احساسات منفی در مورد خود بی یابوری، احساس بیهودگی، بیان نکات منفی، ابراز گناه یا شرم، ناتوانی در مقابله با حوادث و شرایط خاص، اشکال در تصمیم گیری.

برآیند مورد انتظار: بیمار قادر باشد:

- ۱ - نکات مثبت و نقاط قوت خود را شناسایی کند.
- ۲ - تصویر مثبتی از آینده داشته باشد.
- ۳ - رفتارهای خود و عواقب آنها را تجزیه و تحلیل کند.
- ۴ - روش های اعمال کنترل و نتایج حاصل از آنها را شناسایی کند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - علائم ایجاد اختلال در اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از خود و ایفای نقش را در بیمار بررسی کنید.
- ۲ - به بیمار کمک کنید احساسات خود را بیان کند:
- ✓ هنگام گوش دادن به بیمار، نقش حمایت کننده را بازی کنید نه قاضی.
- ✓ جلوی عصبانیت، گریه و رفتارهایی نظیر آن را نگیرید.
- ✓ واکنشهای بیمار را هنگام بیان احساساتش تحت نظر قرار دهید.
- ✓ تا جای ممکن رابطه بین وقایع مختلف زندگی را برای بیمار روشن کنید
- ۳ - بررسی کنید که آیا بیمار برای تسکین اضطراب خود از چه روش هایی استفاده می کند: وابستگی به دیگران، ورزش، اعتیاد، مصرف الکل، سیگار کشیدن، صحبت کردن و ...
- ۴ - او را تشویق کنید که از روش های مقابله موثر با استرس استفاده کند.
- ۵ - بیمار را وادار کنید که از تواناییهای مثبت خود استفاده کند.
- ۶ - به بیمار کمک کنید احساسات مثبت و منفی خود را قبول کند.
- ۷ - با بیمار مقابله نکنید.
- ۸ - بیمار را در برنامه ریزی اهداف شرکت دهید.
- ۹ - به بیمار کمک کنید تصورات غیر واقعی خود را کنار بگذارد.
- ۱۰ - به بیمار کمک افکار منفی خود را کنار بگذارد.

۱۱ - به او کمک کنید مسئولیتها و روش های کنترل خود را در هر موقعیتی بشناسد. ۱۲ - موسسات و منابع حمایت کننده و قابل دسترسی را شناسایی و به بیمار معرفی کنید. ۱۳ - بیمار را تشویق کنید که رفتارهای جدید از خود نشان دهد. ۱۴ - به بیمار بفهمانید که همه افراد قادرند موقعیتها و محیط های زندگی خود را تحت کنترل درآورند. ۱۵ - به بیمار کمک کنید حیطه اختیارات خود را بشناسد.
۱۵-۷- اختلال در تعاملات اجتماعی در رابطه با : ۱ - تغییر وضعیت فیزیکی ۲ - ناتوانی در برقراری ارتباط کلامی (ناشنوایی، نابینایی، عقب ماندگی ذهنی و روانی، ندانستن زبان) ۳ - افسردگی ۴ - استفاده از روشهای غیر موثر مقابله ۵ - اضطراب ۶ - واکنشهای دارویی ۷ - مرگ
تعریف: وضعیتی که مشارکت بیمار در فعالیتهای اجتماعی از نظر کمی و کیفی کافی نباشد.
مشخصات: بیان یا مشاهده ناراحتی بیمار در موقعیتهای اجتماعی، بیان یا مشاهده ناراحتی بیمار در دریافت یا ایجاد احساس رضایت در تعلق خاطر، علاقمندی، مواظبت، اشتیاق یا همکاری، رفتارهای ناموفق اجتماعی نسبت به خانواده، دوستان و سایرین، نداشتن انگیزه، اضطراب شدید، ناامیدی، توهم، درک اشتباه از حقایق، ناتوانی در مراقبت از خود، عدم تمرکز، ایزولاسیون اجتماعی، ناتوانی در انجام کار، کاهش اعتماد به نفس، تغییر در واکنشهای اجتماعی
برایند مورد انتظار: ✓ بیمار در کیفیت و کمیت تعاملات اجتماعی خود پیشرفت داشته باشد: ۱ - توانایی برقراری ارتباط را داشته باشد. ۲ - ارتباط خود با دوستان و خانواده را حفظ کند. ۳ - از رفتارهای مناسب اجتماعی در تعاملات خود استفاده کند. ۴ - میزان ساعات تنهایی خود را کم کرده، احساس بهبودی و پیشرفت داشته باشد.
اقدامات پرستاری: ۱ - بیمار تشویق به بیان احساسات خود کنید. ۲ - به بیمار بازخورد مثبت داده و از او حمایت کنید. ۳ - افرادی که بیمار با حضورشان احساس راحتی بیشتر می کند شناسایی شده و بیمار را تشویق به برقراری ارتباط بیشتر با آنها کنید. ۴ - روشهای مناسب مقابله به بیمار و خانواده آموزش دهید. ۵ - به خانواده توضیح دهید که ممکن است ترس بیمار در برقراری ارتباط، ناشی از عدم پذیرش او توسط خانواده باشد. ۶ - خانواده را تشویق به ملاقات مکرر کنید. ۷ - موسسات حمایتی در دسترس به بیمار و خانواده، معرفی کنید.

۸ - به بیمار اطلاعات مثبت از خانواده، پیرامون و وضعیت وی، دهید.

۹ - در صورت بدتر شدن وضعیت با پزشک مشورت کنید.

۱۶-۷- انزوای اجتماعی در رابطه با:

تغییر در ظاهر و یا عملکرد اعضا بدن (کاهش عملکرد حسی حرکتی، عدم تحرک طولانی، بی اختیاری ادرار...)

بیماری عفونی (ایدز، هپاتیت...)

تحریکات هیجانی (اضطراب شدید، فوبی، افسردگی، پارانویا)

مرگ فرد مهم خانواده

تغییر محل زندگی

ابتلا به بیماری کشنده

اعتیاد

فقر

هم جنس بازی

طلاق

کاهش دریافت تحریکات حسی

اختلال در برقراری ارتباط کلامی

بستری شدن طولانی

نا توانی در شرکت در فعالیت های روزانه

چاقی

ترس از آلوده شدن توسط دیگران

تعریف: وضعیتی که بیمار در آن احساس تنهایی کرده و تصور می کند دیگران او را تحمل می کنند و در نتیجه دچار نوعی احساس منفی و تهدید کننده در خود می شود.

مشخصات:

نبود افراد حامی نظیر خانواده و دوستان، غمگینی، عدم تمایل به شرکت در تعاملات اجتماعی، عدم برقراری ارتباط، کناره گیری، عدم برقراری تماس چشمی، سرکوب تمایلات خود، استفاده از کلمات و رفتار خصمانه، عدم رعایت برنامه درمانی، ناتوانی در قبول هنجارهای اجتماعی، بیان احساس تنهایی و واژدگی و انتقال آن به دیگران، احساس متفاوت بودن از دیگران، بی اهمیت بودن اهداف زندگی، ناتوانی در برآوردن انتظارات دیگران، احساس ناانی در جمع، ناتوانی در تمرکز و توجه و تصمیم گیری، ظاهر افسرده و مضطرب و با عصبانی، تحریک پذیری، اختلال در خواب، تغییر در عادات غذایی (پر خوری یا بی اشتها)

برایند مورد انتظار:

بیمار قادر باشد:

- ۱ - دلایل تمایل خود به گوشه گیری را شناسایی و درک کند.
- ۲ - روشهای ارتباط معنی دار با دیگران را بکار گیرد.
- ۳ - فعالیتهای تفریحی مناسب را شناسایی کند.
- ۴ - ارتباط خود را با خانواده و سایرین حفظ کند.
- ۵ - کاهش احساس تنهایی و وازدگی را بیان کند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - اطلاعات کافی در مورد بیماری و اثرات مخرب عدم درمان آن به بیمار بدهید.
- ۲ - احساس امید، نگرش مثبت و دید واقع بینانه را در وی پرورش دهید.
- ۳ - او را با فرد دیگری با همین بیماری آشنا کنید که در درمان موفق بوده است.
- ۴ - روی روشهای مختلف مقابله با استرس و آرام سازی کار کنید.
- ۵ - جلوی روند ناامیدی را بگیرید.
- ۶ - مضرات مصرف افیون و الکل را برای آرام شدن، گوشزد کنید.
- ۷ - نیازهای بهداشتی، جسمی و روانی فرد را مهیا کنید.
- ۸ - در صورت بدتر شدن وضعیت با پزشک مشورت شود.

۱۷-۷- اندوه در رابطه با:

- ۱ - تغییر در ظاهر و یا عملکرد اعضا بدن (کاهش عملکرد حسی حرکتی، عدم تحرک طولانی، بی اختیاری ادرار....)
- ۲ - تغییر در تصویر ذهنی فرد از خود
- ۳ - تغییر در روش معمول زندگی و ایفا نقش
- ۴ - عدم اطمینان به آینده
- ۵ - بازتوانی طولانی
- ۶ - احتمال وقوع مرگ

تعریف: وضعیتی که در آن بیمار و یا خانواده در معرض یک فقدان حاد (فرد، شیء، عمل، موقعیت)، قرار گیرند.

مشخصات:

فقدان یک موضوع مهم برای بیمار، افزایش ناراحتی بدلیل فقدان، انکار، احساس گناه، عصبانیت، غمگینی، تاسف، گریه کردن، احساس شوکه بودن، تغییر در عادات غذایی و الگوی خواب و میل جنسی و حتی الگوی ارتباطی، ایده آل جلوه دادن موضوع از دست رفته، تصور زندگی در تجارب گذشته، تغییر در میزان تمرکز.

برایند مورد انتظار:

✓ بیمار بتواند:

- ۱ - احساسات خود را در نبود عضوی از بدن بیان کند.
- ۲ - احساسات خود را در تغییر در عملکرد عضوی از بدن بیان کند.
- ۳ - حزن و اندوه خود را اظهار نماید.

۴ - در برنامه درمانی و مراقبتی خود شرکت کند. ۵ - از خدمات موسسات حمایتی در دسترس استفاده کند. ۶ - پیگیری درمان و بازتوانی را در برنامه زندگی خود منظور نماید.
اقدامات پرستاری: ۱ - توضیح به بیمار که اندوه یک پاسخ مورد انتظار به این تغییر در زندگی است. ۲ - مراحل فرایند اندوه را برای وی و خانواده، توضیح دهید (انکار، عصبانیت، معامله کردن، افسردگی، قبول). ۳ - رفتارهای مخرب بیمار را کنترل کنید. ۴ - به بیمار کمک کنید تواناییهای خود را جهت مقابله با فقدان شناسایی کند. ۵ - از رفتارهای مثبت بیمار حمایت کنید (بیان فقدان، بیان تاسف، توجه، تمرکز سازگاری). ۶ - موسسات حمایتی و مشاوره ای در دسترس را به وی و خانواده معرفی کنید. ۷ - اثرات درمانی و عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی را بررسی کنید. ۸ - در صورت بدتر شدن وضعیت با پزشک مشورت شود.
۷-۱۸ - ناامیدی در رابطه با: ۱ - استرس ۲ - درد ۳ - اندوه ۴ - انزوای اجتماعی ۵ - از دست دادن (فرد، شیء، عمل، موقعیت) ۶ - در شرف مرگ بودن ۷ - کاهش دریافت تحریکات حسی ۸ - جدا شدن از خانواده ۹ - بدتر شدن وضعیت جسمی ۱۰ - احساس ترک شدن
تعریف: وضعیتی که در آن بیمار احساس می کند نمی تواند شخصا چاره یا انتخابی برای حل مشکل خود بیابد و قادر نیست انرژی خود را برای به ثمر رسانیدن اهدافش به کار گیرد.
مشخصات: کم صحبتی، ناامیدی، بیان "نمیتوانم"، آه کشیدن، کاهش واکنش نسبت به محرکات، کاهش توجه، روگرداندن از مخاطب، بستن چشمها، بی اعتنایی به سخن دیگران، بی تفاوتی، کاهش یا افزایش خواب، عدم مشارکت و یا مشارکت غیر فعال در برنامه درمانی، کاهش انگیزه، بی اشتها، کاهش وزن، عصبانیت، افسردگی، کانفیوژن، فکر خودکشی، کاهش توانایی برای برقراری ارتباط موثر.

برایند مورد انتظار:

در کوتاه مدت:

- ۱ - آشکارا به وضعیت موجودتن در دهد.
 - ۲ - با اطرافیان ارتباط موثر داشته باشد.
 - ۳ - نکات مثبت زندگی خود را بیادآورد و روی آن تاکید کند.
 - ۴ - ارزشهای خود و مفهوم زندگی را توضیح دهد.
 - ۵ - احساسات خوشبینانه خود را در مورد وضعیت حاضر بیان کند.
 - ۶ - با افراد خانواده خود ارتباط مثبت داشته باشد.
 - ۷ - به دستاوردهای درمانی اعتماد کند.
 - ۸ - بینش واقع بینانه روی اهداف درمانی داشته باشد.
- در بلند مدت:
- ۹ - بیمار افزایش در سطح انرژی خود را توسط فعالیت نشان دهد.
 - ۱۰ - تصور مثبت نسبت به آینده داشته باشد.
 - ۱۱ - در تصمیم گیریها و فعالیتهای درمانی شرکت کند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - فضای مناسبی برای ابراز نگرانی فراهم کنید.
- ۲ - اعتماد بیمار را جلب کنید.
- ۳ - به سوالات صادقانه پاسخ دهید.
- ۴ - اطلاعات صحیح به وی دهید.
- ۵ - بیمار را تشویق به ابراز همه احساسات غم، عصبانیت ... کنید.
- ۶ - به بیمار نشان دهید که احساساتش را باور دارید و به آن احترام می گذارید.
- ۷ - قدرتهایش را به وی تلقین کنید.
- ۸ - درخواست های وی را پیگیری کنید.
- ۹ - بیمار را لمس کنید.
- ۱۰ - باورهای مذهبی، ارزشها و اعتقادات وی را بررسی کنید و از آن کمک بگیرید.
- ۱۱ - تجارب مثبت و موفقیت ها را به وی گوشزد کنید.
- ۱۲ - منابع امید را با کمک بیمار کشف کنید.
- ۱۳ - به بیمار کمک کنید که واقع گرایانه با روند طولانی مدت درمان برخورد کند.
- ۱۴ - اطلاعات غلط بیمار را تصحیح کنید.
- ۱۵ - جهت تصمیم گیری به بیمار کمک کنید.
- ۱۶ - در مشکلاتی که بیمار قادر به حل آن نیست، مداخله کنید.
- ۱۷ - روشهای مناسب مقابله به بیمار و خانواده آموزش داده شود

- ۱۸ - به بیمار تصویر ذهنی مثبت بدهید.
- ۱۹ - روی روشهای مختلف مقابله با استرس و آرام سازی کار کنید.
- ۲۰ - خانواده را در برنامه مراقبی شرکت دهید.
- ۲۱ - خانواده را تشویق به ابراز احساسات، علاقه و نیازهای خود به بیمار کنید.
- ۲۲ - خانواده را تشویق به حمایت سازنده از بیمار کنید.
- ۲۳ - افرادی که بیمار با حضورشان احساس راحتی بیشتر می کند شناسایی شده و بیمار را تشویق به برقراری ارتباط بیشتر با آنها کنید.
- ۲۴ - نقش خانواده در ایجاد امید در بیمار را به ایشان آموزش دهید.
- ۲۵ - در صورت بدتر شدن وضعیت با پزشک مشورت شود.

۱۹-۷- احتمال بروز خشونت بر علیه خود و دیگران در رابطه با:

- ۱ - الکلیسم
- ۲ - درد
- ۳ - بیماری کشنده یا مزمن
- ۴ - تزریقات مکرر (انسولین...)
- ۵ - شیمی درمانی
- ۶ - مصرف بعضی داروها
- ۷ - ترک شدن
- ۸ - از دست دادن (فرد، شیئی، عمل، موقعیت)
- ۹ - طلاق
- ۱۰ - افسردگی
- ۱۱ - عاشق شدن
- ۱۲ - وجود فرد معتاد در خانواده
- ۱۳ - بدرفتاری (کودک و بزرگسال)
- ۱۴ - استرس
- ۱۵ - ناامیدی
- ۱۶ - یزوله بودن
- ۱۷ - عصبانیت
- ۱۸ - توهم
- ۱۹ - مشکلات اقتصادی
- ۲۰ - استفاده از روشهای غیر موثر مقابله به استرس

تعریف: وضعیتی که در آن احتمال برنیز رفتارهای خشونت آمیز بر علیه خود و دیگران وجود دارد.

مشخصات: جنون، تهاجم بر علیه خود یا دیگران، اقدام به خودکشی، افزایش تحرک، رقابت، هیجان زدگی، بیقراری، تحریک پذیری، بیان جملات تهدید آمیز، گره کردن مشت، فشار بر خود برای کنترل خویشتن، بحثهای تند، قهر کردن، حساسیت بیش از حد، استرس، افسردگی، توهم، اضطراب، اعتیاد، افکار بدبینانه، خرید وسایل مخرب مثل چاقو، تمایل به مصدوم کردن خود و دیگران، نیازمند بودن، شکایت کردن، کاهش اعتماد به نفس، ناتوانی در بیان احساسات، احساس بی یابوری.

برایند مورد انتظار:

✓ بیمار:

- ۱ - به خود صدمه نزند.
- ۲ - رفتارهای صدمه رسان به دیگران از خود نشان ندهد.
- ۳ - کمکهای اطرافیان و جامعه خود را قبول نماید.
- ۴ - از روشهای موثر مقابله با استرس استفاده کند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - محیط را امن کنید و کلیه وسایل خطرناک را از دسترس بیمار دور کنید.
- ۲ - بیمار را دقیقاً مورد مشاهده قرار دهید.
- ۳ - در صورت نیاز از دستبند و ژاکت استفاده کنید.
- ۴ - از تغذیه مناسب با وسایل پلاستیکی استفاده کنید.
- ۵ - از بلع دارو توسط بیمار اطمینان حاصل کنید.
- ۶ - به ملاقات کننده ها اقدامات ایمنی را آموزش دهید.
- ۷ - بیمار حتماً گان بپوشد تا در صورت فرار شناسایی شود.
- ۸ - در صورت فرار به پلیس اطلاع دهید.
- ۹ - با بیمار ارتباط کلامی برقرار کنید و وی را تشویق به صحبت کنید.
- ۱۰ - واکنشهای سنجیده داشته باشید.
- ۱۱ - با شرکت وی در فعالیت های اجتماعی، مسافرت و برنامه ریزی مراقبتهای احساس تنهایی بیمار را از بین ببرید.
- ۱۲ - استفاده از روشهای موثر مقابله به استرس را به وی و خانواده آموزش دهید.
- ۱۳ - تگرش های منفی وی را شناسایی کنید و آنها را تغییر دهید.
- ۱۴ - موسسات حمایتی و مشاوره ای در دسترس را به وی و خانواده معرفی کنید.
- ۱۵ - از گروه درمانی استفاده کنید.
- ۱۶ - علائم افزایش خطر بروز خشونت را در بیمار به خانواده وی آموزش دهید.
- ۱۷ - خانواده را تشویق به حمایت از بیمار کنید.
- ۱۸ - در صورت بدتر شدن وضعیت با پزشک مشورت شود.

۲۰-۷ در معرض خطر خودکشی در رابطه با:

- ۱ - سوءاستفاده مواد و الکل
- ۲ - اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی، افسردگی و اختلالات دو قطبی
- ۳ - مورد تجاوز قرار گرفتن
- ۴ - بیماریهای جسمی و درد مزمن
- ۵ - اختلال در زندگی خانوادگی
- ۶ - ایزولاسیون اجتماعی

تعریف: بیمار سعی در آسیب به خود و یا از بین بردن خود به صورت خود آگاه و با نیت قبلی دارد.

مشخصات: عوامل مربوط به خطر خودکشی:

- رفتاری: سابقه تلاش برای خودکشی در گذشته، خرید اسلحه، ذخیره و جمع کردن داروها، اهدا کردن وسایل خود، سرخوشی ناگهانی در کسی که افسردگی مآزور دارد، تغییر در رفتار و حالات.
- کلامی: تهدید به کشتن خود، بیان میل به مردن.
- موقعیتی: میل به تنهایی زندگی کردن، نامناسب بودن وضعیت اقتصادی، وابستگی به دیگران، کلهش استقلال، حضور اسلحه در خانه، جوانانی که در آغوش خانواده نیستند مثل جوانان زندانی، یا حضور در خانه های گروهی.
- روانی: سابقه خودکشی در خانواده، سوءاستفاده مواد و الکل، اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی، افسردگی و اختلالات دو قطبی، مورد تجاوز قرار گرفتن در کودکی.
- جمعیت شناختی: از نظر سنی، افراد مسن تر، پسران در سن بلوغ و نوجوانان / مردان و زنان طلاق گرفته بیشتر، در خطر خودکشی هستند.
- فیزیکی: بیماریهای جسمی و درد مزمن.
- اجتماعی: اختلال در زندگی خانوادگی، سیستم های ضعیف حمایتی، ایزولاسیون اجتماعی، سوگ.

برایند مورد انتظار:

- ۱ - افسردگی کنترل شود.
- ۲ - افکار نابهنجار کنترل شود.
- ۳ - میل به زندگی افزایش یابد.
- ۴ - اضطراب کلهش یافته و توهم کنترل شود.
- ۵ - مددجو در مورد احساسات خود صحبت کند و عصبانیت خود را بیان کند.
- ۶ - وسایل خطرناک در دسترس نباشد.

اقدامات پرستاری:

۱- بعنوان پرستار بایستی از نشانه های خطر خودکشی آگاه باشد آن عبارتند از:

- ✓ منزوی و افسرده شدن
- ✓ رفتارهای جسورانه و بی پروا
- ✓ بخشیدن دارایی های با ارزش
- ✓ بروز تغییراتی در رفتار، حالات و ظاهر فرد
- ✓ سوء مصرف الکل و مواد
- ✓ رنج بردن از یک تغییر در زندگی یا از دست دادن یک چیز بزرگ

۲- تصمیم و خیال خودکشی را هنگامی که فاکتورهای زیر در تاریخچه بیمار وجود دارد بررسی کنید: افسردگی، سوء مصرف مواد و الکل، سایر اختلالات روانی، تلاش برای خودکشی در گذشته، طلاق و جدایی اخیر، اخراج اخیر از محل کار، داغدیدگی اخیر، درد مزمن.

۳- عقاید فرهنگی و ارزشهای بیمار را در مورد درک او از خودکشی بررسی کنید.

۴- پتانسیل و آمادگی بیمار برای خودکشی را گزارش کنید و او را زیر نظر بگیرید.

۵- اگر شواهدی دال بر قصد خودکشی وجود دارد فرد را به مشاور و یا بستری در بیمارستان ارجاع دهید.

۶- از خانواده بیمار در مورد علایمی که نشاندهنده آمادگی بیمار برای خودکشی هستند سوال کنید.

۷- باید برای بیماری که خارج از بیمارستان است و قصد خودکشی دارد فعالیت هایی را در نظر بگیریم تا مشغول باشد و کمتر به خودکشی فکر کند.

۸- به احساسات بیمار در مورد بحران کنونی توجه کنیم و به آن اهمیت دهیم به عنوان مثال توسط روش هایی مانند انعکاس احساسات بیمار

۲۱-۷- اضطراب مرگ در رابطه با :

- ۱ - نگرانی مربوط به دیگران
- ۲ - نگرانی در مورد تاثیر مرگ خویش بر روی سایر افراد نزدیک
- ۳ - دلواپسی درباره کار بیش از حد مراقبت کننده
- ۴ - نگرانی درباره اینکه عامل داغدیدگی و رنج برای دیگران
- ۵ - ترس از تنها گذاشتن خانواده پس از مرگ
- ۶ - نگرانی مربوط به فرایند مردن
- ۷ - ترس ناشی از فرایند مردن
- ۸ - ناتوانی
- ۹ - ترس از دست دادن توانایی های جسمی یا ذهنی
- ۱۰ - انتظار درد مرتبط با مردن
- ۱۱ - نگرانی در مورد فقدان کنترل
- ۱۲ - تصورات مرگ منفی
- ۱۳ - افکار ناخوشایند درباره هر حادثه ای که به مرگ و مردن مرتبط باشد.
- ۱۴ - ترس از مرگ با تاخیر
- ۱۵ - ترس از مرگ زود رس

تعریف: حالتی که در آن بیمار دچار احساسی ناخوشایند در برابر مرگ می شود
مشخصات: علائم ذهنی: افزایش تنش، احساس شدیدی حمایتی، ترس، هیجان، تاسف و پشیمانی، احساس تخریب، احساس پر هیاهو بودن، دیسترس، احساس بی کفایتی، تحرک زیاد، ترس از هر چیزی، غمگینی، اضطراب، علائم عینی: تحریک سمپاتیک، تحریک قلبی عروقی، انقباض عروق سطحی، گشادی مردمک چشم، ناآرامی، بی خوابی، تماس چشمی ضعیف، لرزش دستها، بی اشتها، تهوع و استفراغ، ضعف عضلانی، هشیاری بیش از حد، تمرکز یافتن روی خطر، حرکات غیر طبیعی نظیر تکان دادن دستها و پاها، اشغال دائمی فکر، سنکوپ، افزایش فشار خون، لرزش صدا، افزایش تعریق، خستگی، ضعف، اسهال، بیان هراس، نگرانی یا تر مرتبط با مرگ یا مردن، بیان کردن غمگینی عمیق، ترس از پیشرفت بیماری در فاز انتهایی
برآیند مورد انتظار: ✓ بیمار بیان کند که احساس نگرانی و اضطراب ندارد.
اقدامات پرستاری: ۱ - علائم و نشانه های اضطراب را در بیمار بررسی کنید: بیان ترس و اضطراب - حالت فشردگی در صورت و بدن - لرزش - تحریک پذیری - ناآرامی - تعریق - تاکی پنه - تاکی کاردی - افزایش فشار خون - رنگ پریدگی یا برافروختگی صورت - ناسازگاری با برنامه مراقبتی ۲ - روشهای آرام سازی را به بیمار آموزش دهید. ۳ - آموزش روشهای تطابقی موثر ۴ - بیمار را مطمئن سازید که پرستاران همیشه در دسترس او هستند و با صدای زنگ هر چه سریعتر بر بالین او حاضر خواهند شد ۵ - هنگام برقراری ارتباط با بیمار از یک روش آرام و مطمئن توام با رازداری استفاده کنید. ۶ - بیمار را تشویق به بیان ترسها و اضطراب خود کرده بازخورد مناسب به او بدهید. ۷ - اثرات درمانی و عوارض داروهای ضد اضطراب در بیمار در صورت تجویز مورد بررسی قرار دهید . ۸ - به افراد نزدیک بیمار آموزشهای لازم جهت حمایت از بیمار را بدهید .
۲۲-۷- استرس بیش از حد در رابطه با: ۱ - عدم انطباق و سازگاری با شرایط محیطی ۲ - ناتوانی در برقراری ارتباط کلامی ۳ - تغییرات شناختی حسی و درکی
تعریف: استرس را پاسخ غیراختصاصی بدن به هر موقعیتی می دانند که نیاز به سازگاری داشته باشد.
مشخصات: الف - احساسات: احساس اضطراب، تحریک پذیر شدن، احساس هراس، نوسان خلقی ب - افکار: احساس ارزشمندی پایین، ناتوانی در تمرکز، گرانی در مورد آینده، ترس از شکست، خجالت زدگی، اشتغال ذهنی با افکار و تکالیف، کمبود انرژی، احساس درد و ناراحتی ج - رفتار: لکنت و سایر مشکلات گفتاری، تکانشگری، خندیدن با صدای بلند و حالت عصبی صدا، افزایش مصرف سیگار، گریه بدون دلیل آشکار، از جا پریدن، ساییدن دندان به روی هم، افزایش مصرفی الکل و سایر داروها، از دست دادن اشتها

یا پرخوری کردن د- جسمانی: بهریق، دست‌های مرطوب، لرز، اشکال در خواب
برآیند مورد انتظار: ✓ شناسایی موقعیتهای استرس زا ✓ ارتباطات بین فردی بهبود یافته است ✓ بهتر شدن عملکرد خانوادگی و اجتماعی ✓ بهتر شدن وضعیت بیمار ✓ بهبود فرایند تفکر و شناخت و ادراکات احساسی ✓ بهبود ارتباط اجتماعی و خانوادگی
اقدامات پرستاری: ۱ - نظم و ترتیب دادن به زندگی ۲ - شناسایی موقعیت های استرس زا ۳ - توجه کردن به علائم بروز استرس ۴ - تشویق بیمار به انجام فعالیتهای بدنی ساده ۵ - توجه کردن به وضعیت خواب و تغذیه بیمار ۶ - ارتباط با خانواده جهت بهبود بخشیدن روابط خانوادگی ۷ - گفتگو درباره عوامل استرس زا ۸ - آموزش روش های مختلف تمرینات آرامش بخش ۹ - تصویر سازی (تجسم) برای کاهش میزان هورمون های استرس ۱۰ - آموزش خودگویی های مثبت ۱۱ - پرهیز از رقابت غیر ضروری ۱۲ - آشنایی با محدودیت های خود ۱۳ - قبول فرد به عنوان یک فرد منحصر به فرد ۱۴ - صحبت در باره مسائل و مشکلات خود ۱۵ - امیدواری به آینده ۱۶ - داشتن اهداف واقع گرایانه
۲۳-۷- خود زنی در رابطه با: ۱ - پایان دادن به احساسهای گنگی و سردرگمی ۲ - پرت کردن حواس از افکار یا خاطره‌های رنج آور ۳ - خودتنبیهی ۴ - ابراز چیزهایی که فرد نمی تواند آنها را به زبان بیاورد.

۵ - ناتوانی در بیان احساسهای درونی
تعریف: جرح خویشتن را می‌توان به صورت رفتاری تعمدی که به طور مستقیم به بدن فرد آسیب می‌زند و باعث صدمه دیدن بافتهای بدن یا حتی قطع عضو می‌شود که برای چند دقیقه فرد از شر احساس یا موقعیت فلاکت بار یا درمانده کننده خلاص می‌شود.
مشخصات: احساس اضطراب، تحریک پذیر شدن، احساس هراس، نوسان خلقی، احساس ارزشمندی پایین، تکانشگری، احساس ناامیدی
برآیند مورد انتظار: ✓ خطر صدمه به خود در بیمار کاهش یافته است. ✓ بیمار قادر است در مورد استرسورها صحبت کرده و روش مناسبی را در رابطه با آنها در پیش بگیرد. ✓ بیمار احساس بهبود و اعتماد به نفس دارد. ✓ سیستم حمایتی بیمار تقویت شده است. ✓ بیمار با آموزشهای لازم جهت پیشگیری از خودزنی آشنا شده است.
اقدامات پرستاری: ۱ - کنترل بیمار از نظر داشتن وسایل خطرناک ۲ - محدود کردن بیماران در معرض خطر خود زنی از نظر خروج از بخش و ملاقات کننده ۳ - صحبت با بیمار در مورد افکار، فقدانها و مشکلات بطور روزانه ۴ - تشویق بیمار به شرکت در فعالیتهای گروهی ۵ - در صورت عدم تاثیر روشهای فوق استفاده از مهار فیزیکی
۲۴-۷-اختلال در هویت فرد در رابطه با: ۱. عدم اعتماد و شکاک بودن نسبت به دیگران ۲. دوری از اجتماع و محدود کردن عواطف ۳. رفتارهای عجیب و غیر عادی ۴. بی ثباتی عاطفه، خلق، رفتار
تعریف: کلمه شخصیت (personality) را می‌توان مجموعه صفات هیجانی و رفتاری در فرد تعریف نمود که مشخص می‌کند شخص در زندگی روزمره در شرایط معمولی قرار دارد. اختلال شخصیت در سه گروه طبقه بندی شده است. گروه اول دارای اختلال شخصیت اسکیزوئید، پارانوئید و اسکیزوتایپی. گروه دوم مشتمل بر اختلالات شخصیت نمایشی، خود شیفته، ضد اجتماعی و مرزی و گروه سوم دارای اختلال شخصیت دوری گزین وابسته، وسواس - جبری
مشخصات: گروه اول دارای رفتارهای غیر عادی و غریب می‌باشند. گروه دوم دارای هیجانی بی ثبات می‌باشند و گروه سوم دارای شخصیت دوری گزین، وابسته می‌باشند و اغلب مضطرب و بیمناک هستند.

برآیند مورد انتظار: ۱ - انزوا، گوشه گیری در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید کاهش یابد. ۲ - اعتماد و صمیمیت و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید ۳ - روابط اجتماعی و ابراز هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوئید کاهش یابد. ۴ - تهاجم و پرخاشگری به علت پرخاشگری درونی کاهش یابد. ۵ - هویت شخصیتی در فرد ثبات لازم را پیدا کند.
اقدامات پرستاری: ۱. برقراری یک رابطه درمانی مناسب که اعتماد طرف مقابل را در بر داشته باشد. ۲. کنترل بیمار از نظر صدمه احتمالی و پرخاشگری ۳. فراهم نمودن راه صحیح ابراز خشم یا تنش ۴. کاهش و کنترل رفتارهای جنسی که می تواند منجر به پرخاشگری در بیماران شود.
۷-۲۵-والدین آسیب پذیر در رابطه با: ۹ - خانواده طلاق و از هم گیسخته ۱۰ خانواده با مشکلات ژنتیکی ۱۱ خانواده مهاجر و آسیب پذیر ۱۲ خانواده تک سرپرست ۱۳ حمایت در خانواده ۱۴ بیماری مزمن والدین ۱۵ خانواده فقیر ۱۶ خانواده اسیران جنگی و زندانیان
تعریف: یکی از مهم ترین احتیاجات روانی افراد دلبستگی و محبت است. کودکانی که در سالهای اولیه از محبت والدین محروم هستند. در خانواده احساس ناامنی کرده و از زندگی کمتر لذت می برند. برعکس کودکانی که از محبت والدین برخوردارند، قدرت سازگاری بیشتری دارند. البته محبت بی مورد والدین مانع رشد شخصیت کودک می گردد و دخالت زیاد والدین در کودک حس استقلال را از فرد میگیرد. آسفتگی و مشکلات خانوادگی هم تاثیر زیادی بر رشد کودک دارند. مشاجره والدین جلوی دیدگان فرزندان اعتبار آنها را نزد کودک کم می کند و حس وفاداری و اعتماد را در خانواده از بین می برند.
مشخصات: احساس شکست و حقارت کودک در صورت عدم توانایی در برآوردن انتظارات والدین، اضطراب و گوشه گیری و انزوا کودک، ایجاد مشکلات رفتاری در کودک، عدم پذیرش وضعیت خانوادگی از سوی کودک
برآیند مورد انتظار: ۱ - شناسایی موارد تنش زا در خانواده و کاهش ترس ناشناخته در خانواده ۲ - افراد خانواده انتظارات خود را از افراد خانواده در سطح توانایی افراد قرار دهند. ۳ - موارد ایجاد اضطراب و گوشه گیری در خانواده را شناسایی نموده و مداخله انجام گیرد .

۴ - جلوگیری از ایجاد مشکلات رفتاری در افراد ۵ - پذیرش شرایط از سوی افراد خانواده و کمک به یکدیگر در حل مشکلات و موانع
اقدامات پرستاری: ۱. ایجاد یک رابطه درمانی مناسب در خانواده دچار تزلزل ۲. ترمیم آسیب وارده به فضای عاطفی خانواده ۳. طی کردن مراحل بحران در خانواده ۴. استفاده از منابع موجود ۵. روابط باز و کارآمد ۶. اجتناب از خشونت
۲۶-۷ کشمکش نقش خانواده در رابطه با: ۵. افزایش بار مسئولیت بر دوش یکی از اعضای خانواده ۶. عدم پذیرش نقش به خاطر تضاد با فرهنگ، طبقه اجتماعی ۷. عدم توانایی فرد در پذیرش نقش و کشمکش در خانواده ۸. عدم برآوردن انتظارات افراد مرتبط با نقش
تعریف: نقش مجموعه ای از رفتار های کم و بیش هنجار و مورد انتظار از فردی که یک موقعیت اجتماعی را اشغال کرده است می باشد. بنابر این نقش بر اساس رفتارهای مورد انتظار، اختیارات نقشی و موقعیت های اختصاصی هر فرد تعریف شده است. (Role conflict) این حالت زمانی بوجود می آید که فرد چندین نقش ناهمگون را در جامعه می پذیرد و قادر به انجام و اجرای آن نقش ها نمی باشد. اجرای درست نقش نیازمند صرف انرژی و تلاش زیادی می باشد که در تضاد نقش این امر خارج از توان فرد می باشد.
مشخصات: ایجاد اضطراب و نگرانی در فرد، احساس گناه، عدم تربیت صحیح فرزندان، افزایش بار مسئولیت یکی از نقش ها
برآیند مورد انتظار: ۱. مشارکت در مسئولیتهای زندگی ۲. تقسیم وظایف در بین افراد خانواده ۳. شناسایی شایستگی و توانایی کلیه افراد خانواده ۴. برنامه ریزی مناسب جهت جلوگیری از ایجاد بحران در اعضا
اقدامات پرستاری: ۱. ضرورت پذیرش نقش را به افراد خانواده بیان شود. ۲. تاکید بر اینکه زندگی در خانواده یک چرخه پویاست که با تکمیل هر دوره، دوره جدیدی آغاز می شود. ۳. تقسیم وظایف و نقش ها در خانواده جهت جلوگیری از بروز تعارض در افراد و نقش ها ۴. تاکید این موضوع که بقا سیستم خانواده در گرو نقش ها و وظایفی است که افراد در آن برعهده دارند.

تعریف: نوعی سندروم با درجاتی از آسیب روانی پس از هر نوع فعالیت جنسی که بدون رضایت قربانی صورت گیرد.

مشخصات:

این سندرم شامل سه مرحله است:

فاز حاد:

علائم می تواند از چند روز تا چند هفته طول بکشد و می تواند با فاز تطابق همپوشانی داشته باشد. ممکن است همه قربانیان احساسات خود را نشان ندهند. بعضی ها ممکن است نسبت به چیزی که اتفاق افتاده خونسرد و بی تفاوت به نظر برسند. مشخصات فاز عبارتند از :

از دست دادن هوشیاری، عدم واکنش، کند شدن عملکرد گیرنده های عاطفی و حافظه، بهم ریختگی محتوای فکر، استفراغ، انزجار، اضطراب، گیجی، حساس به دیگران

فاز تطابق

قربانی به نظر میرسد شروع به بازگشت به زندگی عادی کرده است اما امکانش وجود دارد که رفتارهای زیر دیده شود :

ادامه تجربه اضطراب، احساس درماندگی، ادامه تجربه ترس یا افسردگی، تغییر خلق و خو مانند تغییر از حالت شاد به افسرده یا عصبانی، اختلال خواب مانند یک رویا - رویای یک کابوس واضح، بی خوابی، بیداری، ترسهای شبانه، احساس تکرار حادثه احساس مانند جدایی از جسم، حملات هراس، استفاده از مکانیسم های مقابله با استرس مانند خودآزاری، مواد مخدر، به شدت مذهبی شدن

تاثیر بر شیوه زندگی

احساس ناامنی، احساس شک برای ورود به یک رابطه جدید، اختلال در مقاربت جنسی، وحشت از داشتن رابطه جنسی، بروز رفتارهای وحشیانه جنسی بویژه در زنان، تلقی کردن جهان به عنوان یک مکان ترسناک برای زندگی، مختل شدن فعالیت های عادی قربانیان، احتمال وابستگی به الکل، سیگار و یا مواد مخدر

واکنش فیزیولوژیک

سردرد، خستگی، درد قفسه سینه، گلو درد، در قربانیان تجاوز دهانی: انواع مشکلات در دهان و گلو قربانیان، تجاوز واژن یا مقعد با علائمی چون: تحریک پذیری دستگاه گوارش (تهوع، استفراغ، بی اشتها)، مشکلات ادراری تناسلی (درد سوزش و خارش)، تنش عضلانی اسکلتی (اسپاسم، درد)، اختلالات اشتها (بی اشتها یا پر خوری)

ترس

ترس در جمعیت، ترس از تنهایی، ترس از مرد، آگوروفوبیا، ترس مرتبط با ویژگی های خاص فرد تجاوز کننده مانند سبیل، موهای مجعد، بوی بدن یا عطر فرد، بوی الکل و یا سیگار، نوع لباس و یا مدل ماشین، در برخی از قربانیان حالت های پارانوئید نسبت به غریبه ها دیده می شود.

فاز عادی شدن

در این مرحله، قربانی تجاوز را مانند دیگر حوادث زندگی می بیند بدون اینکه خیلی بر آن تمرکز کند. در طول این مرحله، احساسات منفی مانند احساس گناه و شرم رابه عنوان مساله ای می بیند که قابل حل است.

برآیند مورد انتظار:

بیمار بتواند:

- ۱- کاهش علایم را تجربه کند.
- ۲- در جلسات مشاوره شرکت کند.
- ۳- احساسات خود را در ارتباط با مشاوره و درمان بیان کند.
- ۴- مشخص کردن منابع حمایتی
- ۵- برگشت عملکردها به سطح قبل از بحران

اقدامات پرستاری:

- ۱ - ارزیابی ضربه روانی و یادداشت اظهارات قربانی
- ۲ - ارزیابی سطح اضطراب
- ۳ - ارزیابی ضربه جسمی
- ۴ - ارزیابی سیستمهای حمایتی
- ۵ - مشخص کردن منابع حمایتی اجتماعی (گروههای حمایتی، گروههای درمانی و...) که در زمینه مسائل جنسی مشاوره میدهند.
- ۶ - تشویق بیمار به صحبت در مورد تجارب و احساسات به صورتی که فشاری به بیمار وارد نشود.
- ۷ - ارزیابی واکنشهای نظیر هراس، انکار، خشم، افسردگی، احساس گناه
- ۸ - بررسی مسیرادراری تناسلی و مقعدی از نظر پارگی و خونریزی
- ۹ - مشاهده دقیق رفتارهای بیمار و یادداشت کردن این رفتارها
- ۱۰ - ایجاد ارتباط مبتنی بر اعتماد
- ۱۱ - مشاوره بحران در طول ۱ ساعت اولیه حادثه
- ۱۲ - انجام تست حاملگی در بیماران خانم
- ۱۳ - کمک به برآورده نمودن نیازهای بیمار
- ۱۴ - صحبت با بیمار در مورد مکانیسمهای تطابقی
- ۱۵ - مشخص کردن نقاط قوت در بیمار
- ۱۶ - دادن بازخورد به بیمار در زمان بیان احساسات توسط بیمار
- ۱۷ - مشخص کردن نکات جنسی مورد توجه بیمار
- ۱۸ - شروع آموزش بهداشتی و ارجاع طبق نیاز بیمار