

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

واکنشهای پسیکوفیزیولوژیکال و اختلالات شبه  
جسمی و خواب

*GAIL W. STUART*

*SANDRA J. SUNDEEN*

دکتر عزت میراب زاده اردکانی

روانپزشک بخش اعصاب و روان

بیمارستان نفت تهران

## اهداف یادگیری

دانشجو باید پس از مطالعه این بخش بتواند:

□ تسلسل واکنشهای تطابقی و ناهنجار تطابقی پسیکوفیزیولوژیکال را توصیف کند.

□ رفتارهای همراه با واکنش های پسیکوفیزیولوژیکال را شناسایی کند.

□ فاکتورهای مستعد کننده و استرسورهای محرک وابسته به واکنش های پسیکوفیزیولوژیکال را تجزیه کند.

□ منابع و مکانیسم های Coping وابسته به واکنش های پسیکوفیزیولوژیکال را توصیف کند.

□ تشخیص های پرستاری برای بیماران وابسته به واکنشهای پسیکوفیزیولوژیکال را فرموله کند.

□ ارتباط بین تشخیص های پرستاری و طبی وابسته به واکنش های پسیکوفیزیولوژیکال را بررسی نماید.

□ نتایج مورد انتظار و اهداف کوتاه مدت پرستاری را برای بیماران وابسته به واکنش ها پسیکوفیزیولوژیکال شناسایی کند.

□ طرح آموزش یک بیمار را برای افزایش تطابق واکنش های پسیکوفیزیولوژیکال تبیین کند.

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

□ مداخلات پرستاری را برای بیماران وابسته به واکنش های پسیکوفیزیولوژیکال

تجزیه کند.

□ مراقبت پرستاری را برای بیماران وابسته به واکنش های پسیکوفیزیولوژیکال

ارزیابی کند.

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)  
[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)  
[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

در طول تاریخ فلاسفه و دانشمندان در خصوص ارتباط بین جسم و روان بحث‌های فراوان داشته‌اند. اخیراً موضوع اثرگذاری متقابل جسم و روان بر یکدیگر مورد توجه دوباره واقع شده است. بیشترین توجه در مورد نقش سیستم‌های اندوکراین و ایمنی در بروز اختلالات پسیکوفیزیولوژیک می‌باشد. برخی معتقدند که هر بیماری یک جزء پسیکوفیزیولوژیکال دارد. یعنی هر اختلال جسمی یک جزء پسیکولوژیکال و هر اختلال روانی یک جزء فیزیکیال به همراه دارد.

### تسلسل واکنشهای پسیکوفیزیولوژیکال

در سال ۱۹۲۹ والترکانون تحقیق ارزشمندش را بعنوان تغییرات بدن در زمان درد، گرسنگی، ترس و خشم به چاپ رسانید. او واکنش «جنگ یا فرار» را توصیف کرد. بدنبال پژوهش کانون، سایر متخصصین نیز شروع به مطالعه واکنشهای فیزیکی به استرسورهای فیزیولوژیکال کردند. برای مثال در سال ۱۹۵۱ ولف و کارنجیوس تحقیقات خود را مبنی بر ارتباط بین استرس و افزایش فشار خون گزارش نمودند. آنها متوجه شدند که افزایش هیجانات منتج به افزایش فشار خون خواهد شد. هانی سلیه تئوری استرس را در سال ۱۹۵۹ بطور مشخص پیشنهاد کرد. سلیه یک پروسه سه مرحله‌ای را در واکنش به استرس توصیف کرد که بعنوان سندرم تطابقی عمومی شناخته شده است. این سه مرحله عبارت است از:

۱- واکنش اخطار: این واکنش یک عکس‌العمل فوری به یک استرسور است.

مکانیسم‌های آدرنوکورتیکال منتج به رفتارهایی بصورت واکنش جنگ یا فرار می‌شود.

۲- مرحله مقاومت: در این مرحله بدن شروع به تطابق می کند که نیازمند صرف

انرژی بیش از معمول برای ادامه حیات است.

۳- مرحله رهایی: مکانیسم های دفاعی ضعیف شده و شکست می خورند و تأثیر

منفی استرسورها به ارگانسیم داخلی گسترش می یابد.

### تشخیص

رفتارها- بعضی رفتارها با اختلالات پسیکوفیزیولوژیکال همراه هستند. لازم است

جهت توصیف مسائل واقعی ارگانیک و درمان آنها ارزیابی دقیقی به عمل آید. این

گونه بیماریها نباید صرفاً بعنوان بیماری پسیکوسوماتیک مطرح شوند. اختلالات

پسیکوفیزیولوژیکال جدی در صورت عدم درمان می توانند کشنده باشند. فاکتورهای

پسیکولوژیکال شرایط فیزیکی هر قسمت از بدن را تحت تأثیر قرار می دهند.

Fig.15-1 تسلسل واکنشهای پسیکوفیزیولوژیکال



جدول ۱-۱۵: شرایط فیزیکی که از فاکتورهای پسیکولوژیکال تأثیر یافته اند

<u>قلبی عروقی</u>	<u>پوست</u>
میگرن	نور و درماتیت ها
فشار خون اساسی	اگزما
آنژین	پوریازیس
سرردهای تنشی	خارش
<u>عضلانی اسکلتی</u>	<u>تناسلی - ادراری</u>
آرتريت روماتونید	ناتوانی جنسی
پشت دردهای ایدیوپانینگ	کاهش میل جنسی
<u>معدی روده ای</u>	سندرم قبل از قاعدگی
بی اشتهایی عصبی	<u>اندوکرینولوژی</u>
زخم پیتیک	هیپرتیروئیدسیم
سندرم روده تحریک پذیر	دیابت
کولیت	<u>تنفسی</u>
چاقی	هیپرونتیلیاسیون
	آسم

فهرست شایع ترین سیستم های درگیر در جدول ۱-۱۵ ارائه شده است. بعلاوه بستری شدن طولانی مدت در بیمارستانهای عمومی با مشکلات پسیکولوژیکال بیشتری بویژه افسردگی و اضطراب همراه می باشد. اغلب اشخاص در مورد باور کردن این مسئله که مشکل فیزیکی آنان می تواند مربوط به فاکتورهای روانی باشد واکنش نشان می دهند. علت این امر آن است که بیماری جسمانی در اجتماع از بیماری های روانی مورد قبول تر است. عدم قبول این مسئله منتج به مراجعه مکرر

بیمار به اطبا می شود. بیمار در جستجوی کسی است که برای بیماریش یک علت ارگانیک پیدا نماید.

۳۰ تا ۴۰ درصد مراجعین پزشکان عمومی را این افراد تشکیل می دهند. مثال کلینیکی زیر این مسئله را روشن می سازد.

### مثال کلینیکی

آقای R یک فرد موفق ۴۲ ساله بود. او به سرعت به سطوح بالایی شرکت دست یافته بود. هر روز تا دیر وقت کار می کرد و مسئولیت سنگینی بعهده داشت. او خود را یک فرد محکم و سرسخت و در عین حال خوش برخورد می دانست. با وجود این برای کارمندی که نیاز به همکاری جهت کار شخصی داشت ارزش لازم را قائل نبود. آقای R ازدواج کرده بود. اما خانواده اش را بسیار کم می دید. او از همسر و بچه هایش انتظار داشت که کلیه امور را انجام دهند تا او بتواند در شرکت بماند. بندرت رابطه ای با بچه هایش داشت. همسرش گزارش می کند که روابط جنسی آنها بسیار سرد و غیر رضایت بخش است و آقای R از روابط جنسی صرفاً برای آرامش فیزیکی خود استفاده می کند و توجهی به نیازهای همسرش ندارد. بطوریکه همسرش بدگمان شده بود که آقای R در یک رابطه جنسی در خارج از منزل درگیر شده است اما نمی خواست این مسئله را با او مطرح کند. مدت کوتاهی قبل خبر دستگیری پسر ۱۴ ساله اش در یک حمله مسلحانه برای مواد مخدر اعلام شد. آقای R به ملاقات پسرش رفت. بسیار خشمگین بود. یک روز در محل کارش، یک دوره سرگیجه و بدنبال آن سردرد شدید

را تجربه کرد و با مصرف تعدادی آسپرین به کارش ادامه داد. پس از چند دوره تکرار این اپی زودها او تصمیم گرفت با پزشک خانوادگی خود مشورت کند. پزشک تشخیص فشار خون بالای اساسی را برای وی گذاشت. او سعی کرد با آقای R راجع به کار، خانواده و رفتارهای اجتماعی وی صحبت کند اما آقای R مقاومت کرد. با توجه به فشار خون بالا و سطح استرس آقای R پزشک خانوادگی به وی داروهایی را جهت پایین آوردن فشار خون تجویز کرد. او همچنین آقای R را تشویق به ورزش و فعالیتهای آرام سازی کرد. تطابق مختل در رابطه با استرس موجود در خانواده و محیط کار علائم فیزیکی آقای R را تشدید کرد. آقای R نمونه یک فرد با اختلال وابسته به استرس پسیکوفیزیولوژیکال می باشد. او نسبت به ویزیت پزشک در جهت کنترل فکر و جسمش ممانعت می کند. وی احتمالاً زمانی که احساس بهبودی کند مصرف داروهایش را متوقف خواهد ساخت. دوری از استرسورها ممکن است به او اجازه دهد به کارش بر گردد. با وجود این دیر یا زود، استرس های جدید او را به سمت یک اپی زودی دیگر از سرگیجه، سردرد و احتمالاً انفارکتوس میوکارد و یا یک مشکل مغزی عروقی پیش خواهد برد.

پسیکولوژیکال - برخی افراد بدون هیچ گونه اختلال ارگانیک شکایات با علائم جسمانی دارند، این اختلالات، اختلالات سوماتوform نامیده می شوند که شامل اختلال سوماتیزاسیون (جسمانی کردن) می باشند که در آن فرد شکایات جسمانی متعددی دارد. اختلال تبدیلی که در آن فقدان یک عملکرد فیزیکی و یا تبدیل در عملکرد



فیزیکی رخ می دهد. اختلال هیپوکندریازیس یا بیمار انگاری، اختلالی است که فرد در

آن دچار ترس نسبت به ابتلا و یا اعتقاد به ابتلای یک بیماری جدی می باشد.

اختلال بدریختی بدن که در آن فرد با وجود ظاهر معمولی: نگران وجود یک نقص

فیزیکی است و اختلال درد که در آن فاکتورهای پسیکولوژیک نقش مهمی در شروع،

تشدید و زمان درد اعمال می کند. مثال کلینیکی بعدی تاریخچه فردی با تشخیص

اختلال جسمانی کردن می باشد.

### مثال کلینیکی

خانم O یک زن مجرد ۲۸ ساله است که در یک بیمارستان بزرگ جهت ارزیابی

کامل پزشکی بستری شده است. وقتی در مورد شکایت اصلی وی سؤال می شود او

می گوید: «هرگز خوب نبوده ام. حتی وقتی یک بچه بودم، بیمار بودم». خانم O

شکایات متعددی را ردیف می کند. این شکایات شامل طپش قلب، بی نظمی قاعدگی،

قاعدگی های دردناک، دوبینی، اختلال در هضم غذا پشت درد، درد زانوها و پاها،

علائم معدی- روده ای از جمله درد معده، تهوع، استفراغ، اسهال، عدم تحمل غذاهای

دریایی، سبزیجات از خانواده کلم، مخمرها و تخم مرغ می باشد. به استثنای حساس

بودن به غذا هیچ کدام از علائم پایدار نمی باشند. خانم O با پدر و مادرش زندگی

می کند. او کوچکترین فرزند از سه فرزند می باشد. او از دبیرستان فارغ التحصیل شده

اما بعلت غیبتهای مکرر نمرات پایینی داشته است. او سعی کرده بعنوان یک کارمند در

مغازه ای کار کند اما به علت غیبتهای متعدد از آنجا اخراج شده است. او بنظر

نمی‌رسید خیلی دلواپس از دست دادن شغلش بوده باشد. با وجود اینکه ۸ سال بیکار بوده هرگز سعی نکرده کار جدیدی پیدا کند. وقتی از وی در مورد چگونگی گذران اوقاتش سؤال می‌شود پاسخ می‌دهد که او گاهی کارهای باغبانی و گاهی کارهای منزل را انجام می‌داده است البته زمانی که احساس خوبی داشته است. با وجود این او بیشتر اوقاتش را صرف تماشای تلویزیون کرده است.

والدین خانم O بیشتر اوقات روز وی را می‌دیدند. مادرش ابراز تمایل می‌کرد که شب را نزد دخترش بماند و زمانیکه پاسخ منفی دریافت کرد. بسیار ناراحت شد. روش‌های تشخیص‌گران قیمتی در رابطه با پیدا کردن اساس ارگانیک شکایات خانم O استفاده شده بود. وقتی مشخص شد که مسائل بیشتر جنبه روانی دارد و پیشنهاد پسیکوتراپی داده شد، خانواده با عصبانیت اعتراض کرده و از رفتن به کلینیک پزشکی ممانعت کردند. خانم O مرخص شد و به نزد والدین خود بازگشت.

### تشخیص‌های انتخابی پرستاری

□ انکار ارتباط بین موقعیت‌های سلامتی فیزیکی و هیجانی بصورت ویزیت‌های

مکرر و ممانعت از درمان روانپزشکی.

□ موقعیت خانوادگی در رابطه با وابستگی مادر و دختر و غیرفعال بودن دختر.

رفتار خانم O نشان‌دهنده رفتارهای وابستگی است که اغلب رفتار تیپیک بیماران

این اختلال می‌باشند. علائم متعدد او به وی فرصت می‌دهد که مورد مراقبت قرار

گیرد و در عین حال از انجام تکالیف یک فرد بالغ و مسئول معاف شود. او نیازمند

است که تحت مراقبت مادر باشد. لذا انگیزه کافی برای ترک علائمش نخواهد داشت.  
توقف های دوره ای او در بیمارستان باعث خواهد شد که مشکلاتش بصورت جدی تر  
بروز نماید.

نوع دیگری از اختلال سوماتوفرم، اختلال تبدیلی می باشد. در این اختلال علائمی  
از برخی بیماریهای فیزیکی بدون هیچ گونه علت ارگانیک، ظاهر می شود. در حقیقت  
علائم ارگانیک اضطراب بیمار را کاهش می دهد و معمولاً کلیدی برای حل یک تضاد  
و یا یک تعارض می باشند. برای مثال بیماری که یک تکانه برای صدمه زدن به مادر  
دارد ممکن است دچار فلجی دست و یا بازو شود. هدف اولیه این است که دیگر قادر  
به انجام آن تکانه نباشد. همچنین ممکن است هدف دومی را نیز تجربه کند که  
عبارتست از جلب توجه دیگران و رهایی از مسئولیت. علائم تبدیلی ممکن است  
شامل موارد زیر باشد:

۱- علائم حسی: مانند بی حسی، کوری یا کری.

۲- علائم حرکتی: مانند فلجی، لرزش و یا لالی.

۳- علائم احشایی: مانند احتباس ادرار، سردرد یا مشکل در تنفس.

سایر رفتارهای بیماران می تواند در تشخیص کمک کننده باشد. اغلب بیماران  
اضطراب و دلواپسی کمتری نسبت به شدت علائمشان از خود نشان می دهند که این  
حالت فقدان دلواپسی Labelle Indifference نامیده می شود.

هیپوکندریازیس نوع دیگری از این اختلالات است. این افراد دلوپس شدیدی نسبت به سلامتی جسمانی خود دارند که پایه واقعی و ارگانیک ندارد. آنها از بیماریهای فرضی، هراس دارند و از طریق پند و نصیحت نیز نمی توان به آنها کمکی کرد. آنها اطلاعاتی را در خصوص بیماریها پیدا می کنند تا ثابت کنند که به آن بیماری مبتلا هستند. بیماران در مورد علائمشان نگران و مضطرب می باشند. این علائم می تواند فرضی باشد و یا علامتی از یک بیماری جزئی فیزیکی باشد که بیمار آنرا بزرگ جلوه می دهد. رفتار هیپوکندریال یک رفتار هشیارانه نیست. اگر فرد آگاهانه این رفتار را داشته باشد تشخیص تمارض گذاشته خواهد شد.

**درد-** یک علامت پیچیده است. درد حاد یک عکس العمل بیولوژیکال نسبت به یک جراحی است. درد مزمن دردی است که حداقل شش ماه تداوم داشته باشد. اختلال درد در اختلالات سوماتوفرم به منزله احساس درد است در شرایط عدم حضور یک بیماری فیزیکی. درد بدنبال یک نقص نور و آناتومیکال ایجاد نمی شود. ممکن است یک ارتباط بین استرس و تعارض و شروع یا شدت درد وجود داشته باشد.

**خواب-** اختلالات خواب در افراد عادی و در میان مبتلایان به اختلالات روانی شایع می باشد. ۳۰ درصد مردم بی خوابی دارند و در صدد رفع آن می باشند. علاوه بر کم خوابی و خواب آلودگی شدید در طول روز، کابوس شبانه و قدم زدن در خواب نیز دیده می شود. اختلالات خواب در افراد مسن شایع تر است. اختلالات خواب

توسط Association of Sleep Disorders Center. (ASDC) به چهار گروه اصلی با

همپوشانی قابل توجه، دسته بندی شده اند.

۱- اختلال در شروع خواب یا ادامه خواب که بی خوابی نامیده می شود و اضطراب و افسردگی علل اصلی این بی خوابی می باشند.

۲- اختلال خواب آلودگی شدید که پرخوابی نامیده می شود شامل نارکولپسی، آپنه خواب و اختلالات حرکتی شبانه مانند زانوی بی قرار می باشد.

۳- اختلالات زمان خواب و بیداری که با خواب طبیعی اما در زمان نابجا مشخص می شود. این اختلالات موقتی هستند و همراه با تغییرات شیفت کاری و سفر با هواپیما بروز می کنند. این اختلالات معمولاً خود محدود شوند و زمانی که بدن با زمان خواب و بیداری جدید تطابق پیدا می کند، رفع می شوند.

۴- اختلالات همراه با مراحل خواب که پاراسومنیا نامیده می شود. این گروه شامل شرایطی مانند قدم زدن در خواب، وحشت شبانه، کابوس شبانه و شب ادراری می باشد. این اختلالات معمولاً توسط بچه ها تجربه می شوند و می توانند بر عملکرد و وضعیت بیمار تأثیر مشخص داشته باشند. بررسی بیماران با مشکلات خواب شامل یک تاریخچه دقیق آزمایشات طبی و روانپزشکی است. در مورد بعضی بیماران مطالعات خواب که شامل Polysomnography و اندازه گیری فیزیولوژیکال خواب است بطور روزانه انجام می شود.

## فاکتورهای مستعد کننده

اعتقاد بر این است که تعدادی فاکتورهای بیوپسیکولوژیکال بر واکنشهای پسیکوفیزیولوژیکال موثر هستند. آنچه در این خصوص مهم است توجه پرستار به کلیه فاکتورهای مستعد کننده است.

**بیولوژیکال** - بعضی معتقدند که فاکتورهای بیولوژیکال فرد را جهت ابتلا به بیماریهای فیزیوپسیکولوژیکال مستعد می سازند. اگرچه به منظور شناخت ارتباط بین سیستم های هورمونی و هیجانات تلاش بسیاری انجام شده است اما موفقیت کم بوده است. فاکتورهای ژنتیک نیز در نظر گرفته شده است. گفته می شود که تمایل بیولوژیکی خاصی که برای برخی واکنش های پسیکوفیزیولوژیکال مطرح است می تواند ارثی باشد. هر فرد یک ارگان Shock دارد که بطور ژنتیک به استرس حساس است همانطور که برخی بیماران ممکن است به بیماری قلبی، بعضی به دیسترس های گوارشی و برخی به راش های پوستی حساس باشند. افرادی که بطور مزمن مضطرب و یا افسرده هستند بنظر تمایل بیشتری در جهت ابتلا به بیماریهای پسیکوفیزیولوژیکال دارند.

ثابت شده است که واکنش های ایمنی بدن بوسیله تکنیک های Behavior Modi Fication قادر به تعادل می باشند. گزارشات نشان دهنده احتمال اصلاح واکنش های ایمنی در درمان بیماری های اتوایمیون مثل آرتریت روماتوئید، لوپوس، میاستینی

گراویس و کم خونی می باشد، انتظار می رود استرس های زیاد بویژه طولانی مدت

توانایی سیستم ایمنی را در جهت تخریب رشد سلول های نئوپلاستیک کاهش دهد.

**فیزیولوژیکال** - فلاسفه و دانشمندان در رابطه با نقشی که شخصیت و استرس

ممکن است در ایجاد بیماری داشته باشند، مطالعات طولانی مدت داشته اند. در سالهای

۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ فرانزدونبار و فرانزالکساندرز پروفایل شخصیتی افرادی که به

بیماریهای مختلف شامل افزایش فشار خون، بیماری شریان کرونر، کانسر، اولسرها و

آرتريت روماتويد مبتلا می شوند را مطرح کردند. مطالعات اخير پیشنهاد می کند که یک

استيل موثر منفي همراه با افسردگی، اضطراب و خشم ممکن است همراه با گسترش

بیماری هایی مثل آسم، سردرد، زخم ها، آرتريت ها و CAD وجود داشته باشد.

مشخص ترین ارتباط اثر خشم مزمن روی بیماریهای قلبی عروقی می باشد. بویژه تیپ

A که با بی صبری، خشم، تحریک پذیری و پرخاشگری مشخص است. رفتار Type A

یک فاکتور خطرناک نه تنها برای بیماریهای قلبی و عروقی بلکه برای سایر اختلالات

می باشد. برای مثال یک وضعیت منفي هیجانی ممکن است:

□ تغییرات پاتولوژیک فیزیولوژی را ایجاد نماید.

□ منتج به رفتارهای غلط بهداشتی شود.

□ تولید رفتارهای بیماری بدون علت پاتولوژی کند.

□ با بیماری هایی که سایر فاکتورهایش در حال حاضر ناشناخته است همراه باشد.

پژوهش ها نشان داده است که نقش شرایط مثبت هیجانی افراد شدت یافته است.

یک عقیده مبنی بر این است که یکی از موقعیتهای هیجانی مثبت، Self Healing

(خود درمانی) است، که با احساسات شدید و شورانگیز مشخص است. این افراد

عادل، بی سر و صدا، رازدار و انسان هایی سازنده هستند. یک احساس رشد مداوم و

بدون توقف و یک ثبات هیجانی بدون مرز دارند. آنها کمتر علائم فیزیکی را نشان

می دهند و یا ممکن است بهبودی سریع تری را داشته باشند.

**اجتماعی فرهنگی** - ثابت شده که سلامتی، بیماری و رنج کشیدن انسان ها با

فرهنگ آنها الگوریزی شده است. بیماریهای پسیکوسوشیال از ارتباط بین بدن، روح و

اجتماع منشا می گیرند. بیماری تنها به عنوان یک فرآیند فیزیکی در نظر گرفته

نمی شود. لذا روند بیماری از فاکتورهای اجتماعی و فرهنگی تأثیر می پذیرد.

روند اجتماعی بیماری عنوانی است که حداقل دو معنی در بر دارد. اول آنکه شدت

علائم بیماری تحت تأثیر محیط اجتماعی قرار دارد. این بدین مفهوم است که دیسترس

های تجربه شده توسط مسائل کوچک و بزرگ در دنیای فرد و شرایط هیجانی دنیای

فرد قابل افزایش و یا کاهش می باشد. مفهوم دوم در موضوع «ژل بیمار» دیده می شود

که اولین بار در سال ۱۹۵۰ توسط Parsons توضیح داده شد که:

۱- به بیمار اجازه داده می شود که وظایف معمول اجتماعی خود را انجام ندهد.

۲- بیمار مسئول بیماری خود شناخته نمی شود.

۳- از بیماران انتظار می رود که خواهان بهبودی باشند.



۴- از بیماران انتظار می رود که در جستجوی کمک باشند و در جهت بهبودی با

فرد کمک کننده همکاری نمایند.

### استرسورهای تسریع کننده

برخی استرسورها خفیف و کوتاه مدت هستند مانند: «اسهال قبل از امتحانات» یا «خشکی دهان قبل از امتحانات استخدای». گاهی واکنش خیلی جدی تر است و دلالت بر یک سطح بالای اضطراب دارد. برای مثال یک فرد ممکن است در حین ارتفاع گرفتن هواپیما دچار حالت هراس شود.

یک نوع استرسوری که مشخص شده باعث بیماری فیزیکی و حتی مرگ می شود، فقدان ارتباط بین فردی است. Siegel نوشته است که یکی از پرکورسورهای شایع سرطان فقدان تروماتیک یا یک احساس تنهایی در زندگی می باشد. افزایش میزان مرگ و میر در میان افرادی که اخیراً بیوه شده اند، مشاهده شده است. مشاهدات مشابهی نیز در مورد افرادی که در موسساتی مثل خانه های پرستاری بستری می شوند، دیده شده است. بچه هایی که از مادرانشان جدا می شوند بویژه اگر در محلی غیر از محل شخصی اسکان یابند دچار یک پس رفت در رشد فیزیکی خواهند شد. از دست دادن ارتباط بین فردی ممکن است برای یک دوره زمانی طولانی باعث علائم فیزیکی و روانی شود. گاهی اوقات مشکلات پسیکوفیزیولوژیکال واکنشی نسبت به استرسورهای کوچک تر می باشند. بیشتر اختلالات پسیکوفیزیولوژیک گذرا هستند. وقتی تراکم استرس ها خیلی بالا باشد علائم فیزیکی گسترش می یابند.

## منابع Coping

تطابق مثبت و مناسب می تواند از وقوع تعدادی بیماریهای بیوپسیکوسوسیال جلوگیری نماید. آموزش بیماران که شامل آموزش مهارتهای Coping می باشد می تواند تأثیر فرد را بر استرس ها، کاهش اضطراب، افزایش احساس هدفمند بودن در زندگی، کاهش درد، رنج و بهبود توانایی های Coping افزایش دهد. حمایت اجتماعی توسط خانواده، دوستان و مراقبین، یک منبع مهم دیگر برای واکنش های تطابقی پسیکوفیزیولوژیک می باشد. آنها ممکن است بهبودی بیماری را تسریع کنند و دیسترس و رنج بیماری را کاهش دهند. گروههای حمایت اجتماعی منابع دیگر Coping هستند. این گروهها حمایت هایی را که توسط اعضای خانواده و مراقبین تامین نشده است، تکمیل می نمایند.

## مکانیسم های Coping

اختلالات پسیکوفیزیولوژیکال ممکن است در مواقعی که اضطراب شدید است، دیده شود. فرد ناخودآگاه اضطراب را بصورت بیماری فیزیکی تجربه می کند. ممکن است برخی مکانیسم های دفاعی در اختلالات پسیکوفیزیولوژیکال بکار گرفته شوند. پس زدن تعارضات و تکانه های غیر قابل قبول اغلب منجر به علائم فیزیکی می شوند. وقتی یک اساس پسیکولوژیکال برای بیماری پیشنهاد می شود، بیمار آنرا انکار می کند، این امر دلالت بر آن دارد که اگر فرد تعارضات پس رفته را مجدداً ملاقات کند، عدم توانایی کنترل اضطراب را تجربه خواهد کرد. این افراد سعی می کنند ثابت کنند که

واقعاً سالم هستند. حتی اگر به آنها گفته شود که استراحت کنند. فعالیت بیشتری از خود نشان می دهند. این روش تطابق ویژه افراد تیپ A است که نیازمندند ثابت کنند که بدن آنها در کنترل خودشان است و نه اینکه آنان در کنترل بدنشان می باشند.

برخی افراد واکنش پس رفت را بعنوان یک مکانیسم دفاعی بکار می برند. این افراد وابسته هستند و مشتاقانه نقش بیمار را می پذیرند. وجه تشابه همه این مکانیسم ها عدم رویارویی با تعارض اصلی است که منجر به استرس و اضطراب می شود. این نیاز آن قدر قوی است که هر اقدام زود هنگامی جهت متقاعد کردن فرد به تعارض های پسیکولوژیکال ممکن است منجر به جانشینی یک مکانیسم Coping دیگر شود. در موارد بسیاری اگر فرد از تمام تلاشش برای Coping خلع سلاح شود، مرگ از طریق شدت یافتن اختلال ارگانیک و یا خودکشی اتفاق خواهد افتاد.

### صحبت های یک خانواده

من راجع به شوهرم نگران هستم. او از خودش به سختی کار می کشد. از آنجا که می دانم او برای من و فرزندانم کار می کند احساس گناه می کنم. هر سال در هفته های قبل از کریسمس او تمام وقت کار می کرد تا کمی پول برای ما فراهم کند. اما هر سال قبل از کریسمس زخم معده ای او عود می کرد و ما بخشی از تعطیلاتمان را در بیمارستان سپری می کردیم. من می دانستم که همه خانواده ها مشکلاتی دارند و شاید مسائل ما خیلی هم بد نباشد. کریسمس گذشته پزشکمان پیشنهاد کرد که ما یک درمانگر خانواده را جهت بحث در خصوص این موقعیت ملاقات کنیم. من قصد

داشتم که این کار را انجام دهم اما همسرم معتقد بود که کار احمقانه ای است. شاید  
امسال کریسمس بالاخره یک سال واقعی خوبی داشته باشیم.

## تشخیص پرستاری

تشخیص پرستاری باید نشان دهنده تداخلات پیچیده بیوپسیکوسوشیال باشد که  
نشانه اصلی اختلالات پسیکوفیزیولوژیکال است. سعی در جهت تطابق با اضطراب  
ناشی از استرس ممکن است در بعضی اختلالات هیجانی و سوماتیک موثر باشد.  
زمانیکه باید یک تشخیص کامل پرستاری گذاشته شود و لازمست همه تخریب های  
احتمالی در نظر گرفته شوند، مدل تطابقی استرس ممکن است در تشخیص کمک  
کننده باشد. مصاحبه کامل و جامع بعضی فاکتورهای مستعد کننده و استرسورهای  
شروع کننده اختلال را مشخص خواهد کرد. پرستار باید حتی الامکان جهت استفاده  
کامل از تجربیات بیمار طی مصاحبه از مهارتهای ارتباطی خوب استفاده نماید.  
مقاومت های بیمار در دادن اطلاعات بالینی بعنوان یک تعارض احتمالی نوشته شود.  
ممکن است یک اعتماد بین پرستار و بیمار تثبیت شود.

سوالات مربوط به شیوه زندگی و فعالیتهای روزمره و معمول ممکن است به  
شناسایی استرسورها و رفتارهای Coping کمک کند. بویژه استنباط بیمار راجع به  
آنچه اتفاق افتاده مهم می باشد. این مسئله آگاهی بیمار را از ارتباط بین فکر و بدن  
فراهم می سازد. رفتارهای غیر گفتاری نیز اطلاعات زیادی از بیمار به ما می دهند.  
پرستار باید به تدریج که تشخیص فرموله می شود تطابق ویژه بیمار را در زمینه

**جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید**

استرس یا بیماری در نظر بگیرد. آیا بیمار در مرحله اخطار است یا در مرحله مقاومت

و استفاده از مکانیسم های Coping یا در جهت اتلاف منابع انرژی شخصی خود

می باشد و نیازمند به مصاحبه های جدی جهت حفظ زندگی خود می باشد.

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)  
[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)  
[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

طرح آموزش بیمار- آموزش استراتژیهای Coping

موضوع	فعالتهای ساختاری	ارزیابی
تعریف استرس	احساساتی که دلالت بر استرس دارند را لیست نمایید راجع به رفتارهایی که با افزایش استرس همراه هستند بحث کنید	بیمار رفتارهایی را که همراه با موقعیتهای استرس آمیز دارد مشخص می کند.
شناسایی موقعیتهای استرس آمیز	از بیمار بخواهید راجع به موقعیتهایی که بعنوان موقعیت استرس آمیز تجربه کرده توضیح دهد. نقش آن موقعیت را بازی کنید (در صورت امکان با ویدئو) راجع به رفتارهای وابسته به استرس و احساساتی که تجربه می شود بحث کنید.	بیمار دقیقاً یک تجربه استرس آمیز را تشخیص خواهد داد.
توصیف استرسورهای شایع زندگی	از بیمار بخواهید موقعیتی که تولید استرس می کند را توضیح دهد. بحث را به سمت المانهای شایع تجربیات استرس آمیز هدایت کنید.	بیمار نماهای استرس آمیز زندگی را شناسایی خواهد کرد.
تشخیص مکانیسم های Coping	موقعیتهای استرس آمیز را با بازیگری تکرار کنید راجع به راههای تطابق با استرسورها بحث کنید حداقل یک مکانیسم تطابقی را با بازی نمایش دهید.	بیمار زمانی که استرس را تجربه می کند، یک مکانیسم Coping مناسب را انتخاب خواهد کرد.

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandooon.com](http://www.kandooon.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

### تشخیص های طبی وابسته

اختلالات طبی وابسته به واکنش های پسیکوفیزیولوژیکال غیر تطابقی تحت

گروه های عمومی اختلالات سوماتوفرم، اختلالات خواب و فاکتورهای پسیکولوژیکال

که شرایط طبی را تغییر می دهند، دسته بندی می شوند.

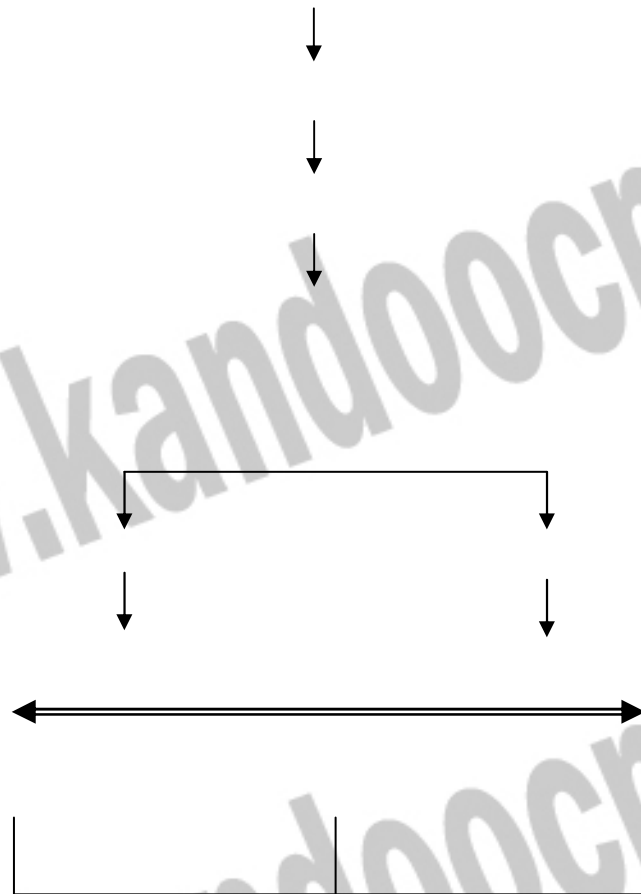


Fig.15-2

تشخیص های طبی و پرستاری وابسته به بیماریهای پسیکوفیزیولوژیکال	
(DSM-IV) تشخیص های طبی وابسته	(NANDA) تشخیص های پرستاری وابسته
اختلال جسمانی کردن	«تطابق مختل»
اختلال تبدیلی	اضطراب
بیمار انگاری	نقص در تصویر بدن
اختلال بدریختی بدن	یبوست
اختلال درد	تطابق غیر موثر
بی خوابی اولیه	انکار غیر موثر
پرخوابی اولیه	اسهال
نارکولپسی	نقص در فعالیتهای انحرافی
اختلال تنفسی وابسته به خواب	فرآیند فامیلی تغییر یافته
اختلال ریتم خواب و چرخه خواب و بیداری	ترس
فاکتورهای پسیکولوژیکال موثر بر موقعیتهای طبی	تبادل گاز مختل
	ابقای سلامتی تغییر یافته
	نا امیدی
	اختلال در حرکت
	تغذیه کمتر از نیاز بدن
	«درد مزمن»
	ضعف
	نقص در مراقبت از خود
	اعتماد به نفس پایین مزمن
	اعتماد به نقص پایین موقعیتی
	اختلال در سلامتی پوست
	«نقص در الگوی خواب»
	تداخل اجتماعی مختل
	جدایی اجتماعی
	دیسترس های مذهبی



تشخیص های دقیق وابسته به واکنشهای پسیکوفیزیولوژیکال	
مثال	تنه تشخیص NANDA
مثال: تطابق مختل وابسته به ترس از گرفتن مسئولیتهای بزرگسالی می تواند منجر به مشکلات متعدد بدنی گردد. تطابق مختل وابسته به عدم توانایی بیان احساسات خشم آلود و رقابت جویانه می تواند منجر به افزایش فشار خون گردد.	تطابق مختل
درد مزمن وابسته به تعارضات ازدواج می تواند باعث درد مزمن پشت و مشکلات وابسته به راه رفتن گردد. درد مزمن وابسته به فشارهای کاری منجر به گزارشات سردرد می شود.	درد مزمن
اختلال در الگوی خواب وابسته به موضوعات خانوادگی و مالی منجر به مشکل خواب رفتن و بیداریهای مکرر در طول شب می شود.	اختلال در الگوی خواب
نماهای اصلی	تشخیص های DSM-IV
یک تاریخچه از شکایات فیزیکی که قبل از سن ۳۰ سالگی شروع می شود. در طول یک پریود از سالها شروع شده و منجر به درمان و یا اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی شده است. بیمار بایستی حداقل ۴ علامت درد، ۲ علامت گوارشی - یک علامت جنسی و یک علامت از اختلال عصبی را داشته باشد.	اختلال جسمانی کردن
یک یا بیشتر از یک علامت یا نقص عملکرد موتوری یا حسی. فاکتورهای پسیکولوژیکال با علائم یا نقص ها بعلت تشدید یا شروع علائم بوسیله تعارضات همراه هستند. علائم یا کاستیها نبایستی کاملاً با موقعیتهای پزشکی یا نورولوژیک یا رفتارهای فرهنگی قابل توجیه باشند.	اختلال تبدیلی
مشغولیت همراه با ترس از داشتن یک بیماری یا مشغولیت توام با این عقیده که فرد یک بیماری جدی براساس سوءتعبیر کردن علائم بدنی دارد. مشغولیت ذهنی علیرغم ارزیابی های پزشکی مناسب و اطمینان بخش مقاوم است و حداقل باید برای شش ماه تداوم داشته باشد و منجر به دیسترس یا اختلال در عملکرد شود.	بیمار انگاری
مشغولیت ذهنی با یک نقص تصویری و یا شدت یافته ظاهری که باعث دیسترس و یا اختلال عملکرد شود.	اختلال بدریختی بدن

<p>درد در یک یا بیشتر از یک منطقه آناتومیکال به شدتی که توجه کلینیکی را به خود جلب کند و باعث دیسترس یا اختلال در عملکرد شود. فاکتورهای پسیکولوژیکال نقش مهمی در شروع، شدت، بدتر شدن و یا تداوم درد دارند.</p>	<p>اختلال درد</p>
<p>مشکل در شروع و یا ماندگاری خواب یا خواب منقطع برای حداقل ۱ ماه که باعث دیسترس و یا مشکل در عملکرد شود.</p>	<p>بی خوابی اولیه</p>
<p>خواب آلودگی شدید برای حداقل ۱ ماه بصورت یک اپی زود طولانی مدت خواب یا اپی زود خواب در طول روز که باعث دیسترس و یا اختلال عملکرد شود.</p>	<p>پرخوابی اولیه</p>
<p>حملات مقاوم خواب در طول روز که حداقل ۳ ماه همراه با کاتالپسی (دوره های کوتاه مدت از فقدان ناگهانی تون عضلانی) و توهم یا فلج خواب در شروع یا پایان خواب همراه است.</p>	<p>نارکولپس</p>
<p>اختلال خواب که منتج به خواب آلودگی شدید و یا بی خوابی می شود و بدنبال آن آینه خواب یا سندرم هیپوونتیلیاسیون آلوئولی مرکزی رخ می دهد.</p>	<p>اختلال تنفس وابسته به خواب</p>
<p>الگوی مقاوم و عود کننده نقص خواب که منجر به خواب آلودگی شدید یا بی خوابی می شود و بدنبال عدم تطابق بین الگوی چرخه خواب و بیداری بیمار با چرخه خواب و بیداری محیط باشد و منجر به دیسترس و یا اختلال در عملکرد شود.</p>	<p>اختلال وابسته به ریتم خواب و بیداری</p>
<p>حضور یک موقعیت طبی که در آن فاکتورهای پسیکولوژیکال در علت، تداخل با درمان و افزایش ریسک های سلامتی دخیل باشند.</p>	<p>فاکتورهای روانی موثر بر شرایط طبی</p>

## شناسایی نتایج

نتیجه مورد انتظار پس از کارکردن با یک بیمار با واکنشهای غیرتطابقی پسیکوفیزیولوژیکال این است که بیمار احساسات را بیشتر بطور گفتاری بیان نماید تا از طریق علائم فیزیکی. این یک هدف طولانی مدت می باشد و ممکن است برخی افراد به آن نرسند. علیرغم این مسئله، می بایست افزایش خود آگاهی برای بیماران قابل دسترس گردد. توانایی برای مقابله با تعارض، نیاز بیمار را برای استفاده از واپس زدن و انکار کاهش می دهد. لذا به بیمار اجازه می دهد با اپی زودهای کمتر بیماری فیزیکی و همین طور مسائل مربوط به درد و خواب مواجه شود. استقرار اهداف با این بیماران اغلب مشکل است.

هدف اولیه بیمار از بین رفتن علائم فیزیکی بیماری از طریق درمان طبی و یا جراحی می باشد و تشخیص تعارض پسیکولوژیکال غیر ضروری دیده می شود. این مقاومت وابسته به نیاز تامین دفاع علیه اضطراب شدیدی است که منتج به بیماری می شود. پرستار باید اهداف درمانی اصلی را شناسایی کند. پرستار هم چنین می خواهد بیمار را از علائم فیزیکی رهایی بخشد. پرستار باید یک ارتباط اعتماد بر انگیز برقرار سازد بطوریکه بیمار احساس امنیت کرده و شروع به کشف تعارض های بین فردی و احساساتش نماید. پرستاران قادرند بیمار را راضی به ایجاد تغییراتی در روش زندگی شان نمایند. پرستار باید تشخیص دهد که تغییر در یکی از اعضای خانواده می تواند در سایر اعضا نیز ایجاد تغییر نماید. خانواده ممکن است شریک فعالی در روش

رفتاری غیر تطابقی بیمار باشد. در این موارد اهداف باید شامل بهبود روابط بین بیمار و خانواده وی نیز گردد.

### برنامه ریزی

طرح مراقبت از این بیماران ممکن است خیلی طولانی باشد. پرستار باید به همه نیازهای فیزیوسوسیال بیمار توجه داشته باشد. بیشتر بیماران در مدتی که نیازهایی در همه موارد دارند، نیازهای فوری تری در یک محدوده عملکردی دارند. اختلالات فیزیکی گاهی تهدید کننده زندگی هستند. مسائل پسیکوسوسیال مانع از بهبودی بیماری فیزیکی می شود، بنابراین می بایست توجه فوری به آن مبذول گردد.

### اجرا

بیماران مبتلا به بیماریهای پسیکوفیزیولوژیکال اکثراً در بیمارستانهای عمومی و سرویس های سرپایی دیده می شوند. آنها معمولاً به علت علائم وابسته به عملکرد فیزیولوژیکال، مراقبت های سلامتی را جستجو می کنند. فقط بعد از آزمایشات طبی می توان نقش استرس های پسیکوسوسیال را در اختلال ارزیابی کرد.

در بعضی موارد اختلال پاتوفیزیولوژیکال دخالت طبی را ایجاب می کند. اگر شرایط طبی تهدید کننده زندگی است این مداخله برتری بالاتری می یابد. برای مثال یک بیمار با زخم خونریزی دهنده نیاز به یک مراقبت شدید برای حفظ زندگی دارد. با وجود این زمانیکه بحرانهای فیزیکی مرتفع شدند پرستار می تواند بیمار را در جهت

جلوگیری از مسائل مشابه در آینده کمک نماید. بیماریهای فیزیکی با علل  
پسیکوسوسیال نیاز به دسترسی به مراقبتهای پرستاری دارند.

مراقبتهای پرستاری مهارت یافته و دلسوزانه نسبت به نیازهای فیزیکی بیماران  
اولین قدم در ایجاد ارتباط اعتماد برانگیز است. فردی که درد دارد، خونریزی دارد یا  
راش دارد، نمی تواند هیجانات یا ارتباطات بین فردی را تحلیل کند.  
مهمترین اصل برای بیماران تعیین حدود استرس آنها و حتی المقدور اقدام عملی  
جهت کاهش آنها می باشد. استرس و اضطراب ریشه مسائل این بیماران می باشد.

### گرایشات پسیکولوژیکال

علائم پسیکوفیزیولوژیکال از فرد در مقابل اضطراب دفاع می کند. بعضی بیماران  
آنها بعنوان فریاد کمک انتخاب می کنند و بدینوسیله از ایمپالس های پرخاشگرانه یا  
جنسی حمایت می شوند. پرستار نباید برای بیمار توضیح دهد که مسائش کاملاً  
پسیکولوژیکال است. بیمار هشیارانه در صدد افزایش فشار خون و یا یک اختلال  
تبدیلی نمی باشد و مسئله غامض این اختلال این است که بیمار هشیارانه هیچ چیز را  
بیشتر از اینکه مراقبت بشود، دوست ندارد. شناسایی هشیارانه نقش پسیکولوژیکال  
علائم، اهداف آنها را شکست می دهد و آنها بطور شدیدی مقاوم می شوند. نمونه ای  
از این مقاومت در مثال کلینیکی زیر توضیح داده شده است.

## مثال کلینیکی

خانم W یک زن ۲۳ ساله ایست که با یک تاریخچه شروع ناگهانی کوری در بیمارستان عمومی بستری شد. هیچ مشکل پاتوفیزیولوژی که چشم ها را مورد تأثیر قرار دهد، یافت نشد. او در سن ۵ سالگی شاهد خودکشی پدرش بوسیله شلیک گلوله بوده است. او هیچ خاطره ای از آن ماجرا را به یاد نمی آورد.

دوست پسر او اخیراً افکار خودکشی داشته است. بنظر می رسد که کوری یک واکنش تبدیلی بود. پزشک تصمیم گرفت که با خانم W در حالیکه وی با سدیم آموباریتال خواب آلوده شده بود مصاحبه کند و آنرا با ویدئو ضبط کند. طی مصاحبه خانم W قادر بود ببیند. او منوی روزانه را خواند و گفت که ساعت چه زمانی را نشان می دهد. او همچنین حادثه ای که برای پدرش اتفاق افتاده بود را توضیح داد. وقتی خواب آلودگی تمام شد، خانم W دوباره کور بود. در طول مدتی که او نوار ویدئویی را می دید در حقیقت توانایی دیدن را پیدا کرده بود. با وجود این وقتی به قسمتی که حادثه خودکشی پدرش را توضیح می داد، رسید او کر شد.

## تشخیص های انتخابی پرستاری

- انکار حوادث اولیه زندگی بوسیله کوری و کری.
- تداخل اجتماعی مختل افکار افسردگی دوست پسرش، باعث تشدید علائم فیزیکی شده است.

در یک اختلال تبدیلی، جانشینی علامتی بجای علامت دیگر دور از انتظار نیست. ایگو در مقابل تجربیاتی که اضطراب را واپس زده است هنوز نیازمند دفاع است. بیمار واقعاً نیازمند کمک است. وقتی تعارض حل شود علائم از بین می روند. علت این امر آن است که دیگر احتیاجی به آنها نمی باشد.

مهارت زیادی جهت مصاحبه درمانی با بیمار دارای واکنشهای پسیکوفیزیولوژیکال ناهنجار انطباقی لازم است.

درمان پسیکولوژیکال شامل درمان حمایتی، بینش درمانی، گروه درمانی، آموزش آرام سازی و دارو درمانی می باشد.

پرستار باید حمایتگر باشد و جهت صحبت با بیمار قابل دسترس باشد. پرستار باید مراقبت های فیزیکی را نیز فراهم نماید. فرآیند درمان نیازمند به این است که احساسات پوشیده بیمار شناسایی شود و رویارویی حمایتی انجام شود. از آنجا که بیمار از خشم خود آگاه می شود بیان مناسب آن ممکن است مشکل باشد. پرستار باید سعی بیمار را در جهت بیان خشم بعنوان سلامتی قبول کند. گاهی اوقات بیماران در این مرحله از درمان بعنوان فردی خشمگین و یا خرابکار توسط پرستاران برچسب زده می شوند.

قدم بعدی در درمان شناسایی و کشف دفاعهای بیمار است. درمانگر باید با دقت تمام به جلو برود. به بیمار کمک کند که کشف کند، تست کند و با مکانیسم های Coping بیشتر تطابق پیدا کند. پرستار می تواند بیمار را به استفاده از رفتارهای جدید

تشویق کند و به بیمار در جهت ایجاد اعتماد به نفس کمک کند. پرستار باید نسبت به

علائم افزایش اضطراب آگاه باشد و آنرا فوری گزارش کند.

اگر درمان بسیار سریع باشد ممکن است اختلال فیزیکی بدتر شود. به منظور

مطلوب شدن هرچه بیشتر عملکرد بیمار، ممکن است درمانگر تغییراتی را در محیط  
زندگی او ایجاد کند.

خانواده یک سیستم است و تغییر در یکی از اجزای آن نیازمند تطابق در قسمتهای

دیگر آن است.

مهم است که هر احساس مخفی شده ای مورد بحث واقع شود تا از خلق یک

استرس جدید در بیمار جلوگیری به عمل آید. اگر اعضای خانواده حمایتگر باشند  
ممکن است درمان خانوادگی ضروری باشد.

از آنجا که سیستم های حمایتی اجتماعی موظفند به بیماران در جهت تطابق با

بیماریشان کمک کنند. پرستار می تواند در جستجوی افرادی که حمایت خانوادگی  
ندارند کمک کند.

پرستاران باید آگاه باشند که پدیده انتقال متقابل غالباً رخ می دهد، لذا واکنش نسبت

به این رفتار از طریق مخالفت یا خشم فقط اضطراب بیمار و موقعیت او را بدتر

می سازد. پیشنهاد می شود برای پرستارانی که با این نوع بیماران کار می کنند یک

نظارت عالی کلینیکی بوسیله یک روان پرستار با تجربه اعمال شود. اگر تعداد



محدودی از پرستاران برای مراقبت از این بیماران در نظر گرفته شود باعث یک ارتباط اعتماد برانگیز خواهد شد.

### صحبت های یک بیمار

همه آنچه من می خواهم انجام بدهم این است که احساس بهتری داشته باشم. همسر من می گوید که من بانی همه شکایات هستم، اما چه کسی دلش می خواهد بیمار باشد؟ این خوب نیست که با سر درد به رختخواب رفت و با پشت درد از رختخواب بلند شد. از طرفی پزشک ها می گویند که من مشکلی ندارم. پس ماجرا چیست؟

حالا من با پرستاری کار می کنم که به من کمک می کند تا عادات جدیدی که ممکن است به شرایط فیزیکم کمک کند یاد بگیرم. او به من یاد داده که وقتی در فشار و درد هستم چگونه خودم را آرام سازم.

او به من فعالیتهایی را پیشنهاد کرده تا در موقعیتهایی که مشکلات فیزیکی ام تشدید می شود، انجام دهم. ولی آیا موثر خواهند بود؟ از آنجا که تازه شروع کرده ایم، نمی دانم. اما می دانم که او حداقل فردی است که می توانم با او صحبت کنم و کسی است که در جدال من با احساسات گذشته من را حمایت می کند.

جدول ۲-۱۵: استراتژیهای بهداشتی خواب

- ساعت منظم خواب و بیداری برای هفت روز هفته تهیه نمایید.
- جهت کمک به شروع خواب و تداوم آن ورزش کنید. اما تمرین های شدید نزدیک به زمان خواب ممکن است در خواب مشکل ایجاد کند.
- وقتی سعی می کنید که بخواهید از نگرانی دوری کنید.
- جهت رفع گاز و آرامش قبل از خواب زمان بندی کنید.
- از هر چیزی که در شب با خواب تداخل پیدا می کند ممانعت کنید. مثل استفاده از گوشی زمانیکه هم خواب شما پر سر و صدا باشد.
- تامین درجه حرارت مناسب در اتاق، حمام گرم یا نوشیدنی گرم قبل از خواب به بعضی در به خواب رفتن کمک می کند.
- گرسنگی یا سیری زیاده از حد ممکن است با خواب تداخل کند. از مصرف مقادیر زیاد گوشت قبل از خواب ممانعت کنید. در صورتیکه گرسنه اید از یک غذای کربوهیدرات دار سبک استفاده کنید.
- چرت زدن های زیاد در طول روز ممکن است در خواب شبانه اشکال ایجاد کند.
- در اتاق خواب نخورید، نخوانید، کار نکنید و تلویزیون تماشا نکنید. اتاق خواب باید فقط برای خواب و یا Sex استفاده شود.
- وزن قابل قبولی را فراهم کنید. وزن زیاد ممکن است منجر به خستگی روزانه و آپنه خواب شود.
- اگر بخواب نمی روید، از تخت خواب خارج شوید و به سایر فعالیت ها بپردازید.

## آموزش بیمار

آموزش سلامتی به بیماران با اختلال پسیکوفیزیولوژیکال بسیار مهم است. بیمار با شرایط پاتولوژیک ارگانیک معمولاً به ساختاری در مورد مصرف دارو، درمان ها و تغییرات شیوه زندگی خود و خانواده نیاز پیدا خواهد کرد. همچنین به اطلاعاتی در مورد پیگیری مراقبتی و کنترل بحران نیازمند است. بعلاوه بیماران باید در مورد راههای تطبیق با اضطراب و استرس آموزش ببینند. کلاسهای گروهی ممکن است بیماران را قادر سازد که تجربیاتشان را به دیگران منتقل کنند و در مورد رفتارهای Coping به یکدیگر کمک کنند.

بیمارانی که در تطابق موفق بوده اند می توانند معلم های موثری جهت استراتژیهای Coping باشند.

## حمایت فیزیولوژیکال

تعدادی از درمان های فیزیولوژیکال توسط پرستاران انجام داده می شود. یادگیری آرامسازی می تواند بسیار کمک کننده باشد. تشویق به فعالیتهای بدنی راه مثبت دیگری است در جهت کاهش استرس و آن فعالیتی موثر است که بیمار از آن لذت ببرد.

مشاوره تغذیه ممکن است در ساختن مقاومت بیمار نسبت به استرس و بیماری کمک کننده باشد. بیماران تحت استرس نباید از محرکها مانند کافئین در رژیم غذایی استفاده کنند. ممکن است آنها در مورد تعیین مواد یک رژیم مناسب، نیاز به یادگیری

داشته باشند و در طرح یک غذای میزان شده نیاز به کمک داشته باشند. یک بیمار وابسته به الکل یا دارو جهت تطابق با استرس نیاز به تشویق بیشتری برای پیدا کردن مکانیسم های تطابقی می باشد.

بالاخره، درمان موثر اختلالات خواب که نیازمند شناسایی علل زیر بنایی آن می باشد. داروها و الکل خواب منقطع ایجاد می کنند. همانطور که نوشابه های کافئین دار این کار را انجام می دهند. نداشتن عاداتهای بهداشتی خواب ممکن است یک مشکل باشد و بیمار می تواند به ایجاد استراتژیهای بهداشتی مناسب خواب تشویق شود (جدول ۲-۱۵). داروهای خواب آور می توانند کمک کننده باشند اما این داروها بعلت ریسک وابستگی شدید آنها باید از نظر زمانی بطور محدود استفاده شوند.

خلاصه طرح مراقبتی پرستاری برای بیماران با واکنشهای ناهنجار تطابقی در صفحه ۴۲ ارائه شده است.

## ارزیابی

ارزیابی مراقبتهای پرستاری بیماران با بیماریهای پسیکوفیزیولوژیکال براساس شناسایی اهداف مراقبتی این بیماران است. اگر اهداف بدست نیامد. پرستار باید سوالات زیر را پاسخ دهد.

آیا ارزیابی جهت شناسایی دقیق مسئله به اندازه کافی کامل بود؟

آیا بیمار موافق اهداف بود؟

آیا وقت کافی برای بدست آمدن اهداف گذاشته شد؟

- آیا من مهارت کافی برای انجام یک مصاحبه مطلوب را دارم؟
  - آیا از نظر محیط مزیقه ای که روی تحصیل اهداف تأثیر بگذارد وجود داشت؟
  - آیا استرسورهای اضافی توانایی بیمار را جهت تطابق کردن تغییر داده بود؟
  - آیا برای بیمار اهداف قابل دسترسی بود؟
  - آیا ارزیابی های متغیری باید انجام می شد؟
- مراقبت از این بیماران واقعاً پیچیده است، پرستار ممکن است طرح درمانی را بارها قبل از پیدا کردن یک برنامه موفقیت آمیز تنظیم کند.
- مهمترین مسئله این است که سعی کنیم بیمار را به تلاش دائم برای پیدا کردن سلامتی اش تشویق کنیم.

### ماخذهای پیشنهادی

- بخش ۲: ارتباط درمانی پرستار و بیمار
- بخش ۴: یک مدل تطابقی استرس
- بخش ۵: زمینه بیولوژیکال مراقبت پرستاران
- بخش ۱۲: مداخله در بحران
- بخش ۱۴: واکنشهای اضطرابی و اختلالات اضطرابی
- بخش ۲۲: واکنشهای غیر مستقیم شیمیایی و اختلالات وابسته به مواد
- بخش ۲۵: داروشناسی
- بخش ۲۸: شناخت- رفتار درمانی

## خلاصه

۱- تسلسل واکنشهای احتمالی پسیکوفیزیولوژیکال نسبت به استرس بر پایه تئوری Selye شامل مراحل اخطار، مقاومت و تخلیه است.

۲- رفتارهای بیماران وابسته به واکنشهای پسیکوفیزیولوژیک شامل موقعیتهای فیزیکی تحت تأثیر قرار گرفته بوسیله فاکتورهای پسیکولوژیکال، علائم پسیکولوژیکال جسمانی کردن، علائم تبدیلی، بدریختی بدن، اختلال درد، اختلال خود بیمار انگاری و مشکلات خواب است.

۳- فاکتورهای مستعد کننده از قسمتهای بیولوژیک، پسیکولوژیک و فرهنگی-اجتماعی تشکیل شده اند. استرسورهای فعال کننده شامل تجربه های استرس آمیز هستند.

۴- مکانیسم های تطابقی متعددی در واکنشهای پسیکوفیزیولوژیکال استفاده می شوند مانند واپس زدن، انکار، تبدیل و پس رفت.

۵- تشخیص های اولیه پرستاری NANDA برای واکنش های پسیکوفیزیولوژیکال تطابق مختل، درد مزمن و اختلال در الگوی خواب می باشد.

۶- تشخیص های اولیه DSM-IV تحت عناوین اختلال سوماتوفرم، اختلال خواب و فاکتورهای پسیکولوژیکال موثر در موقعیتهای طبی، دسته بندی شده اند.

۷- نتیجه قابل انتظار از مراقبت های پرستاری آن است که بیمار بتواند احساساتش را بجای آنکه بصورت علائم فیزیکی بروز دهد با زبان بیانی توضیح دهد.

۸- مداخلات شامل ارزیابی های پسیکولوژیکال، آموزش بیماران و حمایت

فیزیولوژیکال آنان می باشد.

۹- مراقبت از این بیماران پیچیده است و پرستار ممکن است برنامه درمانی را قبل

از دست یابی به یک ارزیابی موفقیت آمیز چندین بار اصلاح کند.

### مراقبت شایسته

یک مثال کلینیکی از یک روان پرستار

ایجاد ارتباط با بیمارانی که مبتلا به اختلالات پسیکوسوماتیک هستند اغلب برای

شاغلین مراقبت های پزشکی مشکل است. انکار بیمار و عدم پذیرش تشخیص توسط

بیمار، فرآیند ارتباط را سخت تر می کند. کارکنان روانپزشکی و اعضای خانواده زمانی

به دخالت فراخوانده می شوند که مراقبت های اولیه پزشکی کفایت نکند و بیمار نیاز

به یک ارزیابی روانپزشکی داشته باشد.

من در شیفت عصر روی یک بیمار بستری کار می کردم. وقتی خانم O که زن

مسنی بود خودش جهت بستری شدن مراجعه کرد، خوب لباس پوشیده بود و سر حال

بنظر می رسید. تاریخچه پزشکی او نشان می داد که طی ۲ ماه گذشته، هفته ای یکبار

به پزشک خانوادگی و واحد اورژانس مراجعه کرده بود.

نتایج کلیه مطالعات تشخیصی در مورد وی منفی بود. خانم O اشاره کرد که او

توسط پزشک خانوادگی جهت پیگیری تشخیص به بیمارستان ارجاع داده شده است.

براساس یک ارزیابی پسیکولوژیکال مشخص شد که همسر او اخیراً فوت کرده است

و او به تنهایی زندگی می کند. سه روز پس از بستری شدن، کارمندان به او توضیح دادند که به چه علت بستری شده است و او علیرغم دستورات با عصبانیت آنجا را ترک کرد.

سه هفته بعد بعثت آنکه خانم O بطور پیوسته به اورژانس و پزشک خانوادگیشان مراجعه می کرد. پسرش ترتیبی داد تا او مجدداً بستری شود. وی بعثت بستری شدن اجباری در بیمارستان نسبت به پسرش خشمگین بود. خانم O در این مدت خسته بنظر می آمد. شکایت اصلی او لرزش و یک عفونت عمومی در سراسر بدنش بود که باعث یک ترشح واژینال شده بود. پزشک خانوادگی به او نگفته بود که نمی تواند هیچ نکته مثبت فیزیکی در وی پیدا کند. او شروع به تجویز داروهای ضد افسردگی کرد. طی ۲ هفته ای که در بیمارستان بستری بود. بیشتر وقتش را صرف ایجاد ارتباط با دیگران می کرد. او علاقه ای به پسیکوتراپی نشان نمی داد و از همکاری با پرستاران جهت درمان امتناع می کرد.

تقریباً دو ماه بعد در سومین دوره بستری پزشک خانوادگی خانم O هنوز به او نگفته بود که فکر می کند وی یک اختلال پسیکوسوماتیک دارد. در این زمان او بنظر یک بیمار جسمانی می آمد. خانم O بیشتر روزها را در رختخواب می گذراند و مرتب از لرزش و ترشح واژینال شکایت داشت. او خوردن داروهای ضد افسردگی را بلافاصله پس از ترخیص قطع کرد. او نسبت به بچه هایش خشمگین بود و فکر



می کرد که آنها علیه وی هستند. او نمی توانست درک کند چرا فرزندانش قبول

نمی کنند که او واقعاً بیمار است. پس از سه هفته درمان خانم O مرخص شد.

۲ سال بعد من خانم O را در یک بیمارستان روانپزشکی دیدم. واضح است که این

یک داستان موفقیت آمیز نیست. در حقیقت این مسئله به من در مورد مشکلات غیر

بهداشتی جسمی و سیستم های روانپزشکی مراقبت که در آن بیماران بعنوان قطعاتی

جدا از هم درمان می شوند چیزهایی یاد داد. همچنین متوجه شدم که من مسئولیتی در

مورد خانم O احساس نکردم. این روزها اغلب به او فکر می کنم. حالا من برای درمان

چنین بیماری بطور وسیع حمایت می کنم. این حمایت درمانی نیز باید براساس توجه

به دیدگاه آنها باشد نه محدوده تنگ و تاریک تعاریف اجتماعی ما که مراقبت پزشکی

توصیف می شود.

خلاصه طرح مراقبتی پرستاری واکنشهای ناهنجار تطابقی پسیکوفیزیولوژیکال		
تشخیص پرستاری: تطابق مختل نتیجه قابل انتظار: بیمار قادر خواهد بود که احساساتش را بجای آنکه با علائم فیزیکیال بروز دهد، بطور زبانی بیان نماید.		
اهداف کوتاه مدت	مداخله	توضیح اصول
بیمار محدوده های استرس، تعارض، احساسات افکار و رفتارهای وابسته به آنها را تشخیص دهد.	با مرور حوادثی که گسترش علائم فیزیکی را ایجاد می کند، بیمار را در تشخیص موقعیتهای استرس آمیز یاری کنید. ارتباط بین شناخت، احساسات و رفتارها را تسهیل سازید.	عدم توانایی برای مقابله کردن با تعارض های روانی که منتج به اضطراب و استرس می شود باعث اختلال در عملکرد فیزیولوژیکال می شود.
بیمار دفاع های فعلی را توصیف کند و همچنین ارزیابی کند که تطابقی هستند یا غیرتطابقی.	به آهستگی دفاع ها را آنالیز کنید رفتارهای متغیر Coping را با بیمار استخراج کنید.	نباید به دفاع های بیمار حمله شود. پرستار باید از دست آوردهای مثبت بیمار حمایت کند.
بیمار دو مکانیسم جدید تطابقی را جهت مقابله با استرس اتخاذ کند.	بیمار را بخاطر رفتارهای تطابقی جدید مورد تشویق قرار دهید. از آزمایش کردن مکانیسم های جدید توسط بیمار حمایت فعال نمایید. حمایت از خانواده و سایر نزدیکان را جهت تقویت تغییرات وارد لیست خود نمایید.	تغییرات نیازمند زمان و حمایت تشویقی دیگران است. بویژه خانواده می توانند سهم مهمی در تطابق بهتر بیمار داشته باشند.
بیمار کاهش در علائم فیزیکی و سلامتی بیشتر بیولوژیکی را نشان دهد.	به بیمار آرامسازی را آموزش دهید. جهت کاهش استرس فعالیت بدنی را تشویق نمایید. در مورد وضعیت تغذیه بیمار مشاوره نمایید عاداتهای خواب بیمار و سایر الگوهای بهداشتی مناسب خواب را بررسی نمایید.	خوب بودن نیازمند تعادل بین نیازهای بیولوژیک و پسیکوسوسیال است. مداخله ای که روی نیازهای فیزیولوژیکال بیمار متمرکز شود می تواند به برگشت سلامتی بیولوژیکال بیمار کمک کند.

Filename: Document1  
Directory:  
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application  
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm  
Title:

Subject:  
Author: H.H  
Keywords:  
Comments:  
Creation Date: 4/11/2012 8:47:00 PM  
Change Number: 1  
Last Saved On:  
Last Saved By: hadi tahaghoghi  
Total Editing Time: 0 Minutes  
Last Printed On: 4/11/2012 8:47:00 PM  
As of Last Complete Printing  
Number of Pages: 42  
Number of Words: 6,261 (approx.)  
Number of Characters: 35,688 (approx.)