



**پیشگیری از
سایکوز^(۱)
در بخش
مراقبت‌های ویژه^(۲)**

ترجمه: ربیع‌الله فرمانبر

کارشناسی ارشد روانپرستاری

بسیاری از بیماران بخش مراقبتهای ویژه دچار اختلال در خواب می‌باشند، که ممکن است، آنها را به طرف حالت‌های سایکوز سوق دهد.

«سندرم مراقبت ویژه» یکی از عوارض درمانی مراقبتهای ویژه است و مشکلاتی از قبیل گیجی مختصر تا سایکوزهای شدید را موجب می‌گردد. علایمی که ممکن است دیده شود، شامل: بی‌قراری، اختلال در درک واقعیتها، توهم و هذیان می‌باشد. هذیانهایی که توسط این سندرم ایجاد می‌شود، ممکن است حقیقی باشد. در حالت‌های حاد، بیماران در معرض خطر آسیب رساندن به خود می‌باشند. از جمله ممکن است، خود را از تخت به پایین انداخته و یا رفتار پرخاشگرانه داشته باشند. هر پرستاری که برای مدتی در بخش ویژه کار کرده باشد، احتمالاً با بیمارانی که ارتباط خود را با حقایق از دست داده و قادر به همکاری نیستند، روبرو شده است.

تحقیقات نشان داده است که سندرم مراقبت ویژه با افزایش مرگ و میر ارتباط دارد. بنابراین، پیشگیری از این سندرم از اهمیت خاصی برخوردار است. علایم معمولاً در روز سوم تا پنجم بستری در بخش پدیدار شده و بعد از انتقال از بخش و یا پس از یک شب خواب غیر منقطع از بین می‌رود. ممکن است بیش از ۷۰٪ از بیماران بخش مراقبتهای ویژه دچار این سندرم شوند. اگرچه پرستاران ممکن است متوجه علائم «حسی-درکی» در این بیماران نشوند، تا اینکه بیمار عوارض و علایم سایکوز را نشان دهد. در یک

مطالعه ۵ نفر از ۱۰۰ بیمار، علایمی از گیجی را نشان دادند و ۴۱ نفر گاهی در طول مدت بستری احساس گیج بودن داشتند.

اختلال در ادراکات حسی در بیمارانی که عمل جراحی قلب باز شده‌اند، به‌طور دقیق مطالعه شده است. به نظر می‌رسد این بیماران در معرض خطر ابتلا به «سایکوز پمپ» و یا «دلیریوم قلبی» هستند. بعضی از نویسندگان این اختلال را در اثر عوارض فیزیولوژیکی عمل بای پس^(۳) می‌دانند در حالیکه پیشرفتهایی که در تکنیک‌های جراحی رخ داده است، بروز این حوادث را تقلیل

مسکن‌ها می‌بایست در ساعت‌های معینی طوری داده شود که درد بطور کامل تسکین یابد، بکارگیری انفوزیون مداوم داروهای مسکن نیز باید در نظر گرفته شود.

توضیح دادن در مورد سر و صدا و محیط اطراف به بیماران می‌تواند گیجی و اضطراب آنها را کاهش دهد

داده، تکنیک بای پس تنها عامل این سندرم نمی‌باشد. اختلالات فیزیولوژیک دیگر از قبیل افت فشار خون، تب و هیپوکسی نیز می‌تواند عامل دلیریوم و گیجی باشد. اما این عوامل به تنهایی نمی‌توانند علت پدید آمدن سایکوز در بخش مراقبتهای ویژه را بیان کنند و در بیمارانی که هیچ کدام از این عوارض فیزیولوژیک را نداشته‌اند نیز دیده شده است. بنابراین، نمی‌توان عوامل فیزیولوژیک را به تنهایی باعث این سندرم دانست. محیط بخش مراقبتهای ویژه به دلیل اختلال در خواب و محیط غیر طبیعی، حسی می‌تواند نقش عمده‌ای را در ایجاد این سندرم داشته باشد. در

مطالعاتی که درباره اثر اختلال در مرحله REM خواب انجام داده‌اند، توانایی یادگیری و عملکرد حافظه نقصان داشته است. بعضی از محققین عقیده دارند که خواب Non Rem در بهبودی نقش دارد. در مطالعه‌ای که بر روی تعدادی از داوطلبین انجام شد، مرحله چهارم خواب آنها را محدود و حذف کردند، که باعث خواب آلودگی شدید و افسردگی شد. بنابراین، این، مرحله چهارم خواب در جلوگیری از ضعف نقش دارد. هورمون رشد، که در آنابولیسیم و ساخت پروتئینها نقش دارد، در طول خواب عمیق شرح می‌شود که بهمین دلیل این نوع خواب را در کمک به

بهبودی مؤثر می‌دانند.

نیاز به خواب در افراد مختلف متفاوت است. بنابراین، در تعیین اهداف خواب بایستی روال خواب طبیعی افراد در نظر گرفته شود. بیماری، ممکن است نیاز به خواب را بطور قابل ملاحظه‌ای افزایش دهد. در زمان بیماری ما بیشتر استراحت کرده و انرژی ذخیره می‌نماییم. بیماران بخش مراقبتهای ویژه که اختلال در خواب دارند، بیشتر در مرحله اول دچار مشکل هستند. این مراحل در واقع خواب حقیقی نبوده، بلکه مرحله‌ای بین بیداری و خواب کامل است.

اختلال در خواب در ۵۰-۲۵٪ از بیماران بخش مراقبتهای ویژه مشاهده

می‌شود. بیماران معمولاً نمی‌توانند بدون زحمت، سیکل خواب را کامل کنند، حتی اگر وقت کافی برای یک سیکل خواب کامل بدون مزاحمت داشته باشند، مرحله REM همیشه اتفاق نمی‌افتد. در یک تحقیق مراحل REM در خلال روز مشاهده شد. نویسنده اعتقاد دارد که این طریقه‌ای است که بیماران بخش مراقبتهای ویژه بیشترین مقدار خواب REM را دارند. فاکتورهایی که باعث اختلال در خواب در بخش مراقبتهای ویژه هستند، شامل: نور، سرو صدا، درد و عدم توانایی در قرار گرفتن در وضعیت مناسب، اضطراب و فعالیتهای پرستاری است. این متغیرها از آنجایی که در افزایش محرومیت از ادراکات حسی که بوسیله بیماران تجربه می‌شود نقش دارند، مهم هستند. هرچند این فاکتورها مختص بخش مراقبتهای ویژه نیست و در قسمتهای دیگر بیمارستانها وجود دارد، ما در این قسمت از سایر بخشها مهمتر به نظر می‌رسد.

مطالعات نشان داده است که محیط بخشهای مراقبتهای ویژه دارای آلودگیهای صوتی که به وسیله تجهیزات، دستگاههای اعلام خطر و پرسنل ایجاد می‌شوند، بوده و صدا می‌تواند باعث بیداری و یا ایجاد اشکال در مراحل به خواب رفتن بیمار گردد. همچنین می‌تواند در درک شناخت و توانایی حل مسئله و مشکل در درک موقعیت فیزیکی اثر گذارد. صحبتهای پزشکان می‌تواند سرو صدایی مشابه آنچه که در کافه تریای بیمارستان در ظهر وجود دارد را ایجاد کند، که این سرو صداها در طول مدت ۲۴

ساعت در بخش مراقبتهای ویژه وجود دارد. صحبتهای پرسنل پرستاری و پزشکی که با صدای بلند حرف می‌زنند در طول روز عاملی مهم به شمار می‌آیند. نسبت به سرو صدا می‌توان مقاوم شد. به طور مثال در نقل مکان از حومه شهر به داخل شهر در ابتدا ممکن است اختلال در خواب به وجود آید. اما، به سرعت به میزان صدا عادت کرده و خواب به حالت اولیه خود بر می‌گردد. اما در بیماران بخش مراقبتهای ویژه اینطور نیست. زیرا، بیماران نمی‌توانند نسبت به سرو صدای محیط مقاومت کنند، چون مدت اقامت آنها در بخش ویژه کوتاه است.

معنی و مفهوم سرو صدا نیز برای فرد مهم است، در حالیکه پرسنل به صدای دستگاههای اعلام خطر و صداهای عجیب و غریب بخش مراقبتهای ویژه عادت کرده‌اند، اما همان صداها ممکن است برای بیماران صداهای ترسناکی باشد. توضیح دادن در مورد سرو صدا و محیط اطراف بیماران می‌تواند گیجی و اضطراب آنها را کاهش دهد.

یافته‌های یک مطالعه نشان داده است که ارتباط پرستاران با بیماران بخش مراقبتهای ویژه بسیار ضعیف بوده و بیشتر آنها ارتباط کوتاه مدت دارند. در حالیکه تنها ۷٪ آنها آموزش و آگاهی طولانی مدت داشته‌اند و میزان ارتباط بستگی به پاسخ بیمار دارد. ارتباط با بیمارانی که قادر به پاسخگویی نبودند بسیار کمتر و فقط در مواردی که بیمار بیقرار بود، ایجاد می‌شد. اضطراب نیز یکی دیگر از موانع خواب است که معمولاً عکس‌العملی به

استرس بیماری و احساس بیگانگی در محیط بخش مراقبتهای ویژه است. اتفاقات ناگهانی، قرار گرفتن زیر دستگاه ونتیلاتور، حادثه‌ای برای بیمار دیگری در بخش و یا انتقال از بخش ویژه به بخش دیگر ممکن است، حالت‌های اضطرابی را ایجاد کند.

تحقیقات نشان داده که درد و عدم قرار گرفتن در وضعیت راحت دو عامل مهمی هستند که مانع خواب بیماران در

تحقیقات نشان داده است

که سندرم مراقبتهای ویژه با افزایش مرگ و میر ارتباط دارد.

بخش مراقبتهای ویژه می‌شوند. پرستاران ممکن است به خاطر ترس از وقفه تنفسی از دادن مسکن، به بیماران خودداری کنند. نویسنده اعتقاد دارد، باید تصور شود که درد همیشه وجود دارد مگر اینکه بیمار منکر آن شود و معتقد است که بکارگیری انفوزیون مداوم داروهای مسکن نیز باید در نظر گرفته شود. بیماران بخش مراقبتهای ویژه ممکن است قادر به خوابیدن در حالتی که قبلاً به آن عادت داشته‌اند، نباشند. محقق متوجه شد که بیماران در بخش مراقبتهای ویژه شبیه به حالت صلیب، قرار داده می‌شوند که در یک دست سرم و در دست دیگر کاف فشار خون یا خط شریانی قرار دارد، که قرار گرفتن فرد به حالت راحت جنینی را غیر ممکن می‌سازد. عدم وجود نور طبیعی در بخشهای ویژه بدون پنجره نیز باعث می‌شود که بیماران از شب و روز و ساعت طبیعی خیردار نشوند، چراغها

هنر پرستاری در بخش مراقبتهای ویژه شامل برقراری ارتباط با فردی است که می‌ترسد و اضطراب دارد، در حالیکه کارهای تکنیکی سنگینی را نیز برای بیمار انجام می‌دهد.

رابطه پرستار و بیمار و توانایی پرستار در تغییر محیط بخش ویژه جهت بهتر نمودن خواب و ادراکات حسی خوب و بهبودی بیمار جهت جلوگیری از سندرم بخش ویژه است. پرستاران بخش مراقبتهای ویژه نیاز به آگاهی در مورد نشانه‌های سایکوز در بخش مراقبتهای ویژه دارند و توجه به این نکته که عدم وجود نشانه‌های سایکوز دلیل عدم وجود آن نیست، ضروری است.

فاکتورهای محیطی را که در خواب و بهبودی بیمار اثر دارد تغییر دهند، ولی به نظر می‌رسد که اقدامی در این مورد انجام نمی‌دهند. این عوامل نقش مؤثری در ایجاد سندرم بخش مراقبتهای ویژه دارند. آموزش در مورد اهمیت خواب و استراحت باید در برنامه‌های آموزش تکنیکی گنجانده شود. محیط بخش مراقبتهای ویژه از نظر فیزیکی طوری است که پرستاران نقشهای تکنیکی گسترده‌ای دارند که در این شرایط مسایلی چون محرومیت و افزایش ادراکات حسی و اختلال در خواب که باعث سندرم بخش مراقبتهای ویژه می‌گردند، نادیده گرفته می‌شود.

می‌بایست در طول شب کم نور شوند. مبحث اختلال در خواب بیمارستان و بخصوص در بخش مراقبتهای ویژه از مباحثی است که به تدابیر پرستاری نیاز دارد. بسیاری از محققان احساس می‌کنند که فعالیت پرستاران کافی نیست و یا اینکه آنها بهتر از آنچه هست، می‌توانند هماهنگ کنند. تغییر وضعیت بیمار هر ۲ ساعت اگرچه ضروری است ولی، خواب بیمار را بهتر نمی‌کند و همچنین لازم است سایر کارهای پرستاری بدون در نظر گرفتن وقت دقیق آنها هماهنگ شود تا اینکه بیمار یک سیکل خوب کامل را طی کند. در حالیکه پرستاران بخش مراقبتهای ویژه در وضعیتی قرار دارند که می‌توانند

استفاده از برچسب‌های پوستی در درمان

4-Skin Patch

5-Transdermal Route

6-Portal Vein

7-Hypertention

8-Fibrinolytic and

Coagulation Factors

9-Oral Contraceptives

10-Endometrial Hyperplasia

11-Pad Wick and Etal.

12-Menopausal Symptoms

13-Low-Density Lipoprotein (L.D.L)

14-High-Density

Lipoprotein(H.D.L)

15-(Estraderm T.T.S 50

16-venous Disease Thromboembolic

17-Nausea

18-Dyspepsia

تحمل خوب برچسب‌های پوستی توسط

بیماران، تعداد کمی از آنها از چسبندگی برچسب‌ها بخصوص در هوای گرم، یا هنگام استحمام شکایت دارند و یا اغلب قرمزی موضعی خفیفی بوجود می‌آید که کمتر از ۵٪ بیماران به خاطر این مسئله از ادامه درمان باز می‌مانند.

بنابر این، برچسب‌های پوستی در بیمارانی که مستعد استفاده از درمان جانشینی هورمونی خوراکی نبوده یا در افرادی که ممکن است به طور نسبی منع مصرف داشته باشند، روش مفیدی خواهد بود.

1-Patches

2-Hormone Replacement Therapy

(H.R.T)

3-(Estraderm,

Ciba-Geigy) Transdermal

Therapeutic Sys.

بقیه از صفحه ۲۳

از درم، از اثر عبور اولیه مقدار روزانه استروژن در کبد جلوگیری کرده و تغییر مهمی در سطح ماده رنین این بیماران، قابل مشاهده نمی‌باشد. همینطور "T.T.S" هیچ تاثیر مخربی در فاکتورهای لخته کننده ندارد. بدین ترتیب، این روش در بیمارانی که سابقه افزایش فشار خون یا بیماریهای ترومبوآمبولیک وریدی (۱۶) داشته‌اند، مشکلی ایجاد نمی‌کند. بدون در نظر گرفتن اثرات روده‌ای استروژن، برچسب‌های پوستی دارای فواید دیگری نیز می‌باشند. مثلاً اگر مقادیر خوراکی استروژن، همراه داروهای مثل فنی توئین تجویز شود، می‌تواند منجر به غیر فعال شدن سریع استروژن و عدم تاثیر آن گردد که این حالت با "TTS" اتفاق نمی‌افتد. همچنین، این روش بر مسئله جذب کم دارو و بروز حالت تهوع (۱۷) و سوء هاضمه (۱۸) که با تجویز خوراکی آن رخ می‌دهد، فائق آمده است. با وجود

نزدیکان قرار دارند، بر دیگران مقدم هستند.

۳- دوران سرپرستی کودک، تا قبل از دوران بلوغ کامل است. یعنی، قبل از حصول رشد کامل و پس از حصول رشد کامل، او مالک نفس خویش است (چه پسر و چه دختر).

۴- ازدواج یکی از مستحبات اکید است. سزاوار است که در شناسایی صفات فرد مورد نظر ازدواج خود اهتمام به خرج داده و کوتاهی نکند. او باید به رهنمود امام صادق علیه السلام توجه داشته باشد که فرمود: دقت کن که نفس خود را کجا قرار می‌دهدی و چه کسی را شریک در مال و مطلع از اسرار دین خود می‌سازی «انظر این تضع نفسک و من تشرکه فی مالک و تطلعه علی دینک و سرک». و نیز توجه کند به کلام مولی علی بن موسی الرضا علیه السلام که فرمود: «فاذا انکح احدکم ولیدته فندار قها فلینظر احدکم لمن یرق کریمه». یعنی، کسی که دختر خود را به ازدواج کسی در می‌آورد در واقع همکار او قرار داده است پس دقت کن که دخترت خود را همکار چه کسی قرار می‌دهی.

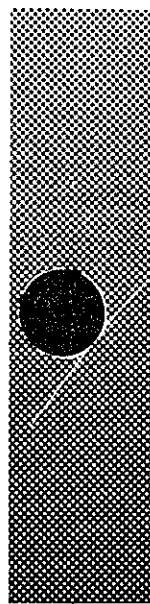
۵- سزاوار است که در باب اختیار همسر، معیار انتخاب فقط مال و جمال نباشد. بلکه ایمان و تعهد و پابندی شخص به مسایل دینی و اخلاقی مورد توجه باشد. سزاوار است با زناکار، کسی که از راه نامشروع تولدی یافت، با قابله و مامای خود و نیز با دختر قابله و مامای خود ازدواج نکند.

مستحب است، عمل زناشویی با یاد خدا و اسم پروردگار همراه باشد و نیز مستحب است، این عمل با وضو صورت پذیرد، به ویژه زمانی که زن حامله باشد. ۶- مستحب است در تزویج دختر تعجیل شود.

۷- در جواز «عزل» اشکالی به نظر نمی‌رسد. به ویژه هنگامی که شخص،

سن بالا و یا بد زبان و یا از شیر دادن به کودک کوتاهی می‌ورزد.

۸- مستحب است دایه‌ای که برای کودک می‌گیرند در صورت امکان شیعه دوازده امامی باشد و نیز دارای عقل، عفت و صورت نیکو باشد. بر این اساس از شیر دایه‌ای که دارای عقل کامل نیست و یا دوازده امامی نباشد و یا زشت صورت (کریه المنظر) بدخلق، زنازاده و یا اهل فحشا است، باید خودداری شود.



- ۱- ر.ک: تفسیر در المنثور، البسوطی، ج ۴، چاپ کتابخانه آیت الله مرعشی
- ۲- محجة البیضا، فیض کاشانی، ج ۱، ص ۲۰
- ۳- من لایحضره الفقیه، شیخ طوسی، ج ۳ ص ۳۰۹
- ۴ و ۵- بحار، علامه مجلسی، ج ۱۴، ص ۹۰ و ۱۰۱
- ۶ و ۷- میزان الحکمه، ج ۱۰، ص ۷۰۳
- ۸- ر.ک: وسایل الشیعه، ج ۱۴ ص ۲۱
- ۹ و ۱۰- مکارم الاخلاق، رضی الدین طبرسی، ص ۲۵۱
- ۱۱ و ۱۲- وسایل الشیعه، عاملی ج ۱۵ ص ۱۰۴ و ۱۳۶
- ۱۳- وسایل الشیعه، ج ۱۵، ص ۱۳۸ و ۱۶۰
- ۱۴- در باب احادیث مربوط به نکات چهارده گانه فوق به کتب حدیثی مراجعه شود، از جمله میزان الحکمه ماده رضا(ع) سفینه البحار، ماده لبن، ولد، وسایل الشیعه ج ۱۵ ص ۲۰۱

- ۱۵- ر.ک: میزان الحکمه، ج ۴ ص ۱۳۸
- ۱۶- کنز العمال، خبر - ۴۵۳۴۰
- ۱۷ - ۱۸ - ۱۹ - ۲۰- جامع احادیث الشیعه، آیت الله العظمی بروجردی - ملایری، ج ۲۱ ص ۳۳۳ - ۳۳۱
- ۲۱- ر.ک: وسایل الشیعه ج ۱۵ ص ۱۲۶
- ۲۲- بحار الانوار، علامه مجلسی، ج ۲۳، ص ۱۲۶
- ۲۳- ۲۴- وسایل الشیعه ج ۱۵ ص ۲۰۲ و ۱۹۶ ر.ک: کتاب پرورش روح، جلد اول ص ۴۷
- ۲۵ - ۲۶ - ۲۷- ر.ک: وسایل الشیعه، ج ۱۴ شیخ حرعالی، ص ۹۴ و ص ۱۷۰
- ۲۸- بحار الانوار، علامه مجلسی، ج ۲۳ ص ۱۱۴
- ۲۹- ارشاد القلوب، دیلمی، فصل الزنا
- ۳۰- ر.ک: پرورش روح ج ۱۸، فصل شهوت پرستی ص ۴۹ و ۴۸
- ۳۱- ۳۲- ر.ک: وسایل الشیعه ج ۱۸ ص ۲۷۴
- ۳۳- ر.ک: زان ژاک روسو، امیل، ص ۴۹۱ و ۴۹۳ و ۶۰۰
- ۳۴- مواعظ العودیه، مشکینی ص ۵
- ۳۵- شرح نهج البلاغه ابن ابی الحدید، ج ۲۰ شماره ۴۶۰ قصار الحکم
- ۳۶- شوری ۲۳۰
- ۳۷- ر.ک: چهل حدیث امام خمینی(ره) و ذیل شرح حدیث دوم ص ۴۴ انتشارات نشر آثار امام(ره)
- ۳۸- ر.ک: چهل حدیث امام خمینی(ره)، حدیث دهم، ص ۱۶۸ و حدیث یازدهم ص ۱۸۰
- ۳۹- ر.ک: فطرت مذهبی، سید محمد شفیع، بخش فطرت ولایت
- ۴۰- ر.ک: آداب الصلاة، حضرت امام(ره) ص ۲۸۰ - ۲۶۳ چهل حدیث امام(ره) حدیث ۱۵ ص ۲۳
- ۴۱- ر.ک: کنز العمال خبر ۴۵۴۰۹ ج ۱۶
- ۴۲- ر.ک: وسایل الشیعه ج ۱۴ ص ۱۲۷
- ۴۳- وسایل الشیعه ج ۱۵ ص ۱۹۴
- ۴۴- کنز العمال، حدیث ۴۵۲۳۰
- ۴۵ - ۴۶ - ۴۷- ر.ک: وسایل الشیعه، ج ۱۵ ص ۱۹۵ و ۲۰۳
- ۴۸- ۴۹- ۵۰- ر.ک: تحریر الوسیله، باب احکام الولاده و مابلحق بها، صفحات ۲۸۴-۲۸۰
- ۵۱- ۵۲- ۵۳- ۵۴- ر.ک: تحریر الوسیله ج ۲ کتاب الزکاح ص ۲۲۵ - ۲۱۷
- ۵۵- ر.ک: رساله علمیه - آداب شیردادن ص ۳۴۱ مسئله ۲۴۸۷