فرآیند پرستاری بالینی (۱)

ترجمه وگردآوری: خدیجه عظیمی

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و...تهران

مقدمه:

مقاله حاضر بخشی از فصل اول کتاب Teaching Clinical Nursing است که توسط خانم Susan M.Hinchiff نوشته شده است. نویسنده در مقدمه،کتاب را راهنمای عملی برای کسانی معرفی می‌نماید که به نوعی در آموزش بالینی پرستاری مشارکت دارند و در فصل آخر کتاب که در مورد نقش‌های مربیان پرستاری در محیط‌های بالینی است، ضمن اشاره به تغییرات زیاد این نقشها در مقایسه با سالهای گذشته، این طور نتیجه گیری می‌نماید: «زمانی که دانشجویان پرستاری از این شاکی هستند که چیزی به آنان آموخته نمی‌شود و مربیان پرستاری گله مندند که فرصتی برای آموزش ندارند، شاید هر دو گروه از موقعیتهای یادگیری موجود و در دسترس غافل باشند. چون آموزش و یادگیری با درجاتی به نگرش افراد بستگی دارد و مربی کارآزموده کسی است که کمک می‌کند تا دانشجو هر نوع کار انجام شده برای بیمار را به منزله یک تجربه یادگیری تلقی نماید.»

در این سری از مقالات ضمن اینکه اکثر مطالب ازکتاب فوق الذکر می‌باشد. جهت تکمیل مطلب از مقالات مجلات پرستاری نیز استفاده گردیده است.

آموزش پرستاری تاکنون تغییرات بسیاری را پشت سر گذاشته است در گذشته توجه کمتری به اساس علمی این حرفه شده و بیشترین تأکید بر چگونگی انجام مهارتهای خاص مثل تعویض پانسمان و یا انجام امور به گونه‌ای که از موازین پزشکی حمایت کند، بوده است. بنابراین، پرستاری به صورت کلی مطرح گردیده و از جنبه مراقبتی آن غفلت شده است. در مباحث مربوط به پرستاری شاید ابتدا باید دید «پرستاری چیست» و اکثر اوقات بجای اینکه گفته شود پرستاری چیست بهتر است بپرسیم «پرستاری از چه چیز تشکیل شده است». بر طبق یکی از تعاریف،پرستاری عبارتست از: «هنر مراقبت از بیمار بر اساس نیازهای فردی وی».

پرستاری دارای دو جنبه است جنبه تکنیکی وجنبه مراقبتی. جنبه تکنیکی گاهی خیلی ساده است مثل کنترل درجه حرارت یا گرفتن فشار خون و زمانی بسیار پیچیده مثل اداره یک دیالیز صفاقی و...

اما جنبه مراقبتی

پرستار از چه مراقبت می‌کند؟ آنچه مسلم است، مراقبت شامل فردی می‌شود که مشکلی در رابطه با وضعیت سلامتی داشته و به مراکز درمانی روی آورده است. این فرد دارای خانواده و دوستانی است. شغلی دارد، علایق، نگرشها، ارزشها و عقاید خاص خود را دارد. جای

REF:

1) Hinchliff; M. Susan; Teaching Clinical Nursing; Churchill Livingstone; London, 1979.

2) Smeltzer, Carolyn; "Teaching The Nursing Process-Practical Method"; Journal of Nursing Education;Nov. 1980; Vol 19; No 9;

3)Pieta, Barbara, Official Study Guide for The CGFNS Qualifiging Examination, The Commission On Graduates of Foreign Nursing Schools U.S.A, 1986.

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-16]

تردید است که در آموزش بالینی پرستاری به جنبه مراقبتی توجه کافی شده باشد.

حال ببینم برای بیماری که به بیمارستان می‌آید چه اقدامی می‌کنیم؟ ابتدا برای او شماره تختی تعیین نموده لباسهایش را از او می‌گیریم که در واقع بخشی از هویت او نیز هست. خلوت او را به هم می‌زنیم. ممکن است او را در دسته‌بندیها مختلفی قرار دهیم و این طور فرض کنیم که بر حسب آن دسته بندیها نیازهایی دارد. گاهی به صورت سمارآمپوته شده (بر اساس عملی که برای وی انجام شده است)، زمانی به صورت بیمارآپاندیسی (بر اساس تشخیص پزشکی وی)، زمانی بیمار افریقایی یا هندی (بر اساس نژاد وی)، زمانی بر اساس مذهب (مثلاً یهودی) بیماری که جلب توجه می‌کند (بر اساس رفتار بیمار)، بیمار ثروتمند (بر حسب وضع مالی)، یا حسابدار (بر اساس شغل وی)، بیوه (بر اساس وضعیت تأهل وی)، مرد مسن (بر اساس سن بیمار) و بالاخره بیمار تخت شماره ۱۰ (بر حسب وضعیت بخش) او را صدا بزنیم و کم و بیش همه شاهد این نوع دسته‌بندی بوده‌ایم.

با ذکر این مطلب حال به این نکته باز میگردیم که مراقبت چیست یا چه چیزی را در بر می‌گیرد.

۱- قبل از هر چیز مراقبت شامل بخشیدن و دادن است. برای پرستاری خوب از یک بیمار، پرستار باید از خود به بیمار ببخشد تا حدی که بعد از مراقبت از بیمار احساس آسودگی نماید. زمانی این بخشش شامل محبت، درک و دلسوزی می‌شود. زمانی ممکن است همدردی باشد و زمانی دیگر احترام است که به بیمار عرضه می‌شود تا به این ترتیب بخشی از عزت نفس و ارزشی را که وی احساس می‌کند از دست داده به او باز گرداند.

۲- مراقبت علاوه بر حمایت روحی شامل حمایت جسمی نیز هست. پرستاری از قدیم به منزله دستان سرد بر پیشانی تب دار تصور می‌شده است. بعدها این تصور تا حدودی کنار گذاشته شد. با این وجود از تصور قبلی خیلی هم دور نشده‌ایم. یک پنکه برقی ممکن است درجه حرارت را خیلی بهتر پائین آورد ولی این دستان سرد است که به بیمار اطمینان می‌دهد کسی برای مراقبت از وی در آنجا حضور دارد.

۳- مراقبت شامل سهیم شدن و شریک شدن است. پرستاری به معنی سهیم شدن در پیروزی و احساس بیماری است که بعد از سکته مغزی قادر به صحبت نبوده و اکنون موفق شده است یک آشامیدنی درخواست کند. سهیم شدن در اولین قدمهایی است که یک بیمار مبتلا به آرتریت بعد از تعویض مفصل ران بر می‌دارد. سهیم شدن در خوشحالی بیماری است که پس از عمل جراحی قلب بیمارستان را ترک می‌کند. سهیم شدن در غم و غصه و درد است. سهیم شدن در غم و اندوه زنی است که پس از مدتها انتظار برای مادر شدن جنین خود را سقط کرده است. سهیم شدن در دردخیالی بیماری است که پایش آمپوته شده است. سهیم شدن در غم و اندوه مرد جوانی است که به سرطان مبتلا شده است. در مورد اخیر مراقبت شامل امیدوار نمودن و حمایت بیمار نیز می‌شود. زمانی این حمایت از طریق وسایل تکنیکی صورت می‌گیرد و زمانی ممکن است این حمایت را حضور بر بالین بیمار، لمس وی، گوش دادن به سخنانش و با بکار بردن الفاظ مناسب به او عرضه بداریم. در مورد بیماران مرحله آخر، اغلب تنها امیدی که می‌توان داد محدود به امید رهایی از درد و یا مرگ توأم با آرامش و با عزت و وقار است.

۴- مراقبت شامل ارائه اطلاعات است. بنابر این مراقبت شامل آموزش به بیمار نیز می‌شود تا وی قادر باشد زمانی که کمک و حمایت پرستار وجود ندارد، از خود مراقبت کند. در مورد بیماری که به تازگی دیابت وی تشخیص داده شده با وجود ارائه مراقبتهای خوب پرستاری اگر چنانچه وی را برای سازش با بیماری خود به هنگام ترخیص از بیمارستان آماده نکرده باشیم. مثل این است که کاری برای او انجام نداده‌ایم.

مربی کارآزموده کسی است که کمک می‌کند تا دانشجو هر نوع کار انجام شده برای بیمار را به منزله یک تجربه یادگیری تلقی نماید.

۵- مراقبت شامل مشاوره است. مواقعی وجود دارد که ممکن است کار پرستاری خوشایند نباشد و او نیاز به مشاوره داشته باشد. مثلاً زمانی که پرستار جوانی برای اولین بار با قطع عضو روبه رو می‌شود یا در مورد جراحیهای وسیع که برای رفع تغییر شکلها صورت می‌گیرد، پرستار نیاز به کمک دارد تا بتواند نا رضایتی و شاید ترس خود را به مشاوره بگذارد. یا زمانی که از بیمار جوان مبتلا به سرطان مراقبت می‌کند ممکن است خود دچار نا امیدی شود که در این صورت نیز نیاز به مشورت دارد.

۶- سرانجام مراقبت شامل انسجام و یکپارچگی و تمامیت بخشیدن است. با اینهمه مراقبت شامل بیش از تمام قسمتهایی است که تاکنون ذکر آن رفت. مراقبت کلی چیزی بیش از مجموع قسمتهای خاص مراقبت از بیماری است

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-16]

که مراقبت برای وی انجام می‌شود.

همانطور که قبلاً گفته شد پرستاری دارای دو دسته مهارت می‌باشد مهارت تکنیکی و مهارت مراقبتی. ادغام و ترکیب این دو دسته مهارت است که منجر به شکل گیری و تکوین قضاوت بالینی می‌گردد و قضاوت[1] بالینی، قدرت و توانی است که نشانهٔ یک پرستار کار آزموده است. توانایی در قضاوت بالینی ارتباطی به سن ندارد ولی بستگی زیادی به تجربه دارد و کیفیتی است که انتظار می‌رود در دانشجویان پرستاری رشد داده شود.

در این قسمت به تعریف مراقبت پرستاری که توسط ویرجینیا هندرسن[2] در سال ۱۹۵۸ ارائه گردیده اشاره می‌شود. هندرسن پرستاری را اینطور تعریف می‌کند: عمل منحصر به فرد یک پرستار در کمک به فرد بیمار یا سالم، در انجام فعالیتها در رابطه با سلامتی یا بهبودی (یا مرگ توأم با آرامش) است که در صورت داشتن قدرت، تمایل و یا اطلاعات خود قادر به انجام آنها خواهد بود. این تعریف توضیح می‌دهد که پرستار چه کاری انجام می‌دهد و در ادامه هندرسن می‌گوید: «پرستار کیست».

«پرستار هوشیاری موقتی است برای بیمار بیهوش، او عشق به زندگی است برای کسی که اقدام به خودکشی کرده است. پای بیماری است که عضو او قطع شده، چشم بیماری است که به تازگی نابینا شده، وسیله‌ایست برای حرکت یک طفل شیرخوار، دانش و اطمینان است برای یک مادر جوان و امثال آن.»

این تعریف ما را به تعریف قبلی خود از پرستاری باز می‌گردند که پرستاری را هنر مراقبت بر اساس نیازهای فردی می‌دانست، زیرا هندرسن نیز در بیانات خود به وجود نیازهائی در بیمار اشاره نموده است.

تصور کنید بیماری برای اولین بار در بیمارستان بستری شده است محیط برای او نا آشنا است و بستری شدن برای وی تجربه جدیدی محسوب می‌شود. در این شرایط نیازهای او چه هستند؟

الف- بیمار نیاز دارد به عنوان یک فرد درک شود. درک یک فرد نیاز به وقت بیشتری دارد ولی پرستار می‌تواند تلاش کند تا هرچه بیشتر درباره بیمار اطلاعات بدست آورد و این اطلاعات باید بتواند که تصویری از بیمار به عنوان یک فرد به او بدهند. نویسنده در اینجا اشاره می‌کند که سالها پیش فرصتی پیش آمد تا در یک برنامه آموزش بالینی دانشجویان پرستاری حضور داشته باشد که در آن جلسه مربی بالینی در مورد مراقبت کلی از مردی صحبت می‌کرد که دچار انفارکتوس میوکارد شده بود. اطلاعات دانشجویان پرستاری که مربی مذکور به آنان تعلیم میداد در مورد انواع آریتمی‌ها و تغییرات آنزیم‌های مختلف قلبی تحسین برانگیز بود. ولی چیزی که دانشجویان قادر به گفتن آن به مربی خود نبودند این نکته بود که بیمار فوق‌الذکر چهار هفته پیش همسر خود را از دست داده است. این دانشجویان در مهارتهای تکنیکی خود ماهر بودند ولی مهارتهای مراقبتی را کسب نکرده بودند و بدون این بخش از اطلاعات حیاتی قادر به رسیدگی به نیازهای بیمار و یا حتی تعیین آن نیازها نبودند.

ب- بیمار نیاز به اطلاعات در سطوح مختلف دارد. او می‌خواهد بداند چه اتفاقی برایش رخ داده و چه کاری قرار است انجام شود.

زمانی که ناگهان بیماری کنترل خود را بر موقعیت و حتی خودش از دست می‌دهد و زمانی که اختلال در کار اعضا رخ می‌دهد درک بیمار از خودش مختل شده، مضطرب و تحریک پذیر می‌گردد. بازرگان فعالی که دارای قدرتی بوده و ناگهان دچار دردی می‌شود از تشخیص خود بی اطلاع است و از پیامدهای احتمالی هراسان. او به اطلاعاتی در مورد بیماری و اینکه «معنی علایم و نشانه‌ها چیست؟» نیاز دارد. او نیاز دارد بداند چه بررسیهایی ضروری است. چه روشهای درمانی ممکن است در پیش گرفته شوند. این امور چه مدت به طول می‌انجامد و پیش آگهی احتمالی چه خواهد بود و امثال آن.

> **مراقبت علاوه بر حمایت روحی شامل حمایت جسمی نیز هست**
>
> **بیمار نیازهایی دارد که برای رفع آنها باید بطور فردی مورد ارزیابی قرار گیرد**

در بیمارستان ما معمولاً سعی می‌کنیم اطلاعاتی به بیمار بدهیم ولی همیشه این اطلاعات، اطلاعاتی نیستند که بیمار به آن نیازمند است اکثراً این اطلاعات را ما انتخاب می‌کنیم. واژه‌های آن برای ما آشنا و برای بیمار ناآشناست و وسعت اطلاعات به اندازه‌ایست که ما مناسب دانسته‌ایم مثلاً خیلی ساده است فرض کنیم وقتی به بیمار گفتیم که زخم معده دارد و قرار است گاسترکتومی شود، کار تمام است. فرض ما این است که بیمار می‌داند و درک می‌کند چه رخ خواهد داد. در حالی که چنین نیست.

ج- گفتن این مسئله که بیمار نیازمند است احساس امنیت کند آسان است ولی مشکل کسب می‌گردد. تصور کنید بیماری برای اولین بار بستری شده است.

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-16]

بیمارستان از هر جهت با محیط منزل فرق دارد. بوها متفاوتند و ممکن است عجیب و حتی برای بعضی بیماران ناخوشایند باشند. وقتی بیمار جدید هراسان و مضطرب است و در مجاورت وی بیماری است که دچار گیجی بوده و آگاهی نسبت به زمان و مکان ندارد، سرم به او وصل است، لوله معده و سند ادرار دارد که تمام آنها قابل رؤیت می‌باشند ممکن است بر ترسهای بیمار جدید بیافزایند. مرگ و میر در بیمارستان فراوان است و پرسنل به این وضع عادت دارند و ممکن است تأثیر آن را در ایجاد اضطراب برای بیمار جدید کمتر از آنچه هست تخمین بزنند. صداها هم عجیب و غریب هستند. بیمار نمی‌تواند در نور چراغهای روشن و سرو صداهای نا آشنا با تنفس صدادار بیمار مقابل که برونشیت مزمن دارد، بخوابد. روتین بیمارستان با منزل فرق می‌کند. بیمار ممکن است به ساعات بیدار شدن و خاموش شدن چراغها عادت نداشته باشد. قادر نیست در ساعات مقرر به رادیو گوش داده یا تلویزیون تماشا کند. اطراف او را وسایلی احاطه کرده است که برای او ناآشنا هستند. تخت وی ممکن است خیلی بلند باشد. امکان دارد طریقه روشن کردن چراغ یا استفاده از زنگ اخبار را نداند غذای بیمارستان با آنچه او به آن عادت داشته فرق دارد. غذا به مقادیر متفاوت و در زمانهای متفاوت داده می‌شود ممکن است غذا برای او خوشایند نباشد. فقط به این دلیل که او بیمار است او را با صندلی چرخدار به بخش رادیولوژی می‌برند در حالی که کاملاً قادر به راه رفتن می‌باشد.

تمام این موارد باعث تغییر درک بیمار از خودش و از تواناییهایش می‌شود و تمام این جنبه‌های نا آشنای محیط بیمارستان موجب می‌گردد حس امنیت بیمار کاهش یابد. شرح کامل روتین بخش بهنگام بستری شدن بیمار، ممکن است از ترس و نگرانی وی بکاهد.

با این ترتیب بیمار نیاز دارد اطمینان مجدد کسب نماید و شاید این نکته خود نیازهای دیگری را موجب گردد.

د- بیمار نیاز دارد مورد پذیرش قرارگیرد. قبل از بستری شدن، بیمار توسط خانواده، دوستان و همسایگان مورد حمایت و پذیرش قرار داشته و با بستری شدن از این نوع حمایتها توسط گروه آشنا محروم شده است. بیمار نیاز دارد بدون قضاوت توسط سایر بیماران، پزشکان و پرستاران مورد پذیرش قرار بگیرد. ممکن است به علت بیماری، احساس خجالت یا ناراحتی نماید و نیاز دارد کمتر احساس غیرعادی بودن بنماید.

بیمار برای انجام امور شخصی خود نیاز به خلوت و تنهایی دارد مثل زمان گذاشتن و یا برداشتن یک عضو مصنوعی و یا زمان بحث در مورد مطالب خصوصی و خانوادگی.

بیمار نیاز دارد به کسانی که از وی مراقبت می‌کنند اعتماد داشته باشد. اعتماد به اینکه آنها از کاری که انجام می‌دهند آگاهند و می‌دانند کدام کار برای او بهترین است. زمانی که بیمار مشاهده می‌کند که پرستاران کار آزموده هستند و برکار دانشجویان پرستاری به حد کافی نظارت صورت می‌گیرد، اعتماد پیدا می‌کند.

و- بیمار نیاز دارد از نقش خود آگاه باشد. اغلب بیماران جدید نمی‌دانند از آنها چه انتظاری می‌رود، یا چه کاری باید انجام دهند. بیمار نمی‌داند آیا باید در تخت بماند یا بلند شده و راه برود. لباس بپوشد یا نشسته و منتظر غذا باشد تمام این سئوالات و همچنین سئوالات مربوط به درمان وی باید پاسخ گفته شود. مثلاً بیمار نیاز دارد بداند بعد از تعویض مفصل زانو، نوتوانی وی بستگی زیادی، به کوشش خودش دارد.

ز- بیمار نیاز دارد به سخنانش گوش داده شود. بیماری ممکن است سالها با نوعی ناتوانی و نقص سر کرده باشد و او بهترین کسی است که می‌تواند به پرستار بگوید چگونه به آسانترین روش حرکت دست یافته است و پرستار تنها از طریق با دقت گوش کردن به سخنان بیمار می‌تواند بسیاری از نکات را بیاموزد. اکثر پرستاران تجارب شخصی محدودی از درد و بیماری دارند و می‌توانند اطلاعات و قضاوت بالینی خود را با گوش کردن به بیماران افزایش دهند. بیمار وقتی می‌بیند سخنانش ارزش شنیدن دارد، ارزش نفس وی افزایش می‌یابد.

مرد جوانی که به علت سرطان در حال احتضار است، نیاز دارد درباره ترسهایش (ترس از مرگ، ترس از برای کسانی که پشت سر گذاشته و ترکشان می‌کند، ترس از درد، ترس از دست دادن کنترل خویش) خشم و عصبانیتش، در مورد کارهایی که قادر به انجامشان نیست و... صحبت کند.

ح- بیمار نیازهای جسمی مثل استراحت، گرما، نداشتن درد وناراحتی، آرامش، استراحت نیز دارد.

تا کنون مشخص شد که بیمار نیازهایی دارد و برای رفع این نیازها باید به طور فردی او را مورد ارزیابی قرار داد. امروزه پرستاران برای ارائه خدمات پرستاری از چند مرحله متوالی به نام فرآیند پرستاری استفاده می‌نماید. فرآیند پرستاری روشی از حل مسئله یا تفکر درباره برنامه مراقبتی است که برای بیمار به اجرا در می‌آید. مراحل فرآیند پرستاری به ترتیب عبارتند از ارزیابی، تشخیص پرستاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی.

ادامه دارد...

1-Clinical Judgement

2-Virginia Henderson

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-16]

«بررسی کیفیت ارائه مراقبتهای پرستاری به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بخشهای روانی بیمارستانهای دانشگاههای علوم پزشکی وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی شهر تهران»

تحقیق: محمد رضا موقری
کارشناس ارشد روان‌پرستاری

مقدمه

اسکیزوفرنی یکی از مهمترین مشکلات بهداشت روانی درجهان، یکی از بزرگترین حوادث غم انگیز در بین انسانها و یکی از شایعترین نوع سایکوزهاست.

بیماری اسکیزوفرنی با دارا بودن تاریخچهٔ طولانی در تاریخ، دارای شیوع زیاد در بین انسانها، مخصوصاً نسل جوان می‌باشد. در این رابطه شهریاری و دیگران به نقل از مانفردا می‌نویسند: «در حدود ۲۵ درصد از تمامی بیمارانی که برای اولین بار در بیمارستانهای دولتی بستری می‌شوند در رده‌بندی واکنشهای اسکیزوفرنی قرار دارند. اکثر این افراد در سنین ۲۵-۱۵ سالگی بیمار می‌شوند. تخمین زده شده است که بیشتر از ۵۰ درصد تمام بیماران روانی قربانی واکنشهای اسکیزوفرنیا هستند. (ص ۱۴۷)

قماشچی می‌نویسد: «بسیاری از بیماران روانی در اثر شدت بیماری، تحت درمان و مداوا قرار می‌گیرند و با دریافت کمکهای روانپزشکی از بیمارستان مرخص می‌شوند و روند طبیعی خود را از سر می‌گیرند. اما پس از مدتی مجدداً به بیمارستان برمی‌گردند. گاه ممکن است، فرد ۳-۲ بار دچار عود بیماری شود. بدین ترتیب این افراد در اداره زندگی فردی، خانوادگی ونیز مسئولیتهای خود دچار ضعف، سستی، اختلال و بی‌نظمی می‌شوند. درنتیجه به نیروی انسانی کشور لطمه‌های بسیار وارد می‌شود. از طرفی با توجه به وضعیت داروها، هزینه‌های مختلف درمانی، یک روز بستری شدن فردی در بیمارستان، مبلغی در حدود ۲۰ الی ۳۰ هزار ریال هزینه در بر دارد. بنابراین مبالغ کلانی که باید صرف درمان و بهبودی این بیماران شود، بدین نحو تلف شده و قدرت اقتصادی کشور را تضعیف می‌نماید.

بنابر این، باتوجه به شیوع زیاد اسکیزوفرنی در بین افراد جامعه خصوصاً جوانان، عود مجدد، طول بستری، هزینه بالا برای خانواده‌ها و دولتها بررسی کیفیت مراقبتهایی که این بیماران دریافت می‌دارند، بسیار ضروری به نظر می‌رسد. چنانکه تروفینو می‌گوید: «ارائه مراقبتهای پرستاری با کیفیت خوب و مناسب نقش مهمی را در بهبود بیماران با توجه به بررسی و شناخت بیماری، سوابق قبلی و فامیلی، نیازهای فیزیولوژیکی دارا می‌باشد.

بوالهری نیز می‌نویسد: «همگام با بالارفتن هزینهٔ بهداشت و درمان و توجه روز افزون دنیا به بهترین تولید، باید کیفیت مراقبت نیز بهبود یابد. چون ارائه مراقبت با کیفیت مطلوب، باعث بهبود سریع بیمارگشته طول مدت اقامت بیمار در بیمارستان کمتر می‌شود، که همین امر

REF:

1- Andreasen. N; "Diagnosis, Assesment and Neural substrates of Schizophrenia," Triangle; 1992; Vol. 3, No. 4; P:127.

2- Trofiro. J.A; "Astudy of the Consistency of Nursing Care Hours and Patient Lenght of Stayper DRG Categoryin Selected Joint Commission on Accredation of Health Care Organizations as Measarment by Divers Pationt Classification Systems"; Nursing Management; College, Columbia Univercity; 1988.

۳- بوالهری، جعفر. «بهداشت روان و پزشکان-مراقبتهای اولیه بهداشتی»، آموزش مداوم پزشکی، سال دوم، تهران، زمستان ۱۳۷۱.

۴- قماشچی، فردوسی، «بررسی عوامل مؤثر در عود مجدد، اختلال پس از ضربه‌ای (PTSD) در گروهی از رزمندگان اسلام»، کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، تهران دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۰.

۵- مانفردا، مارگریتال، کراپتیز، سیدنی؛ «روان پرستاری»، ترجمه طلعت شهریاری و دیگران، چاپ اول، تهران، مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۶۹.

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-16]

سبب پایین آمدن هزینه پرداخت برای بیمار و در نتیجه مزایای مادی و معنوی برای او می‌شود. در سانفرانسیسکو و کالیفرنیا، جایی که خدمات روانپزشکی از طریق ۵ مرکز جامع روانپزشکی ارائه می‌گردد، از سال ۱۹۶۴ تا سال ۱۹۶۹ مراجعه ۳ بیمار برای بستری در حدود ۹۲ درصد و تعداد بستری در حدود ۹۶ درصد کاهش یافته است. در همان زمان، بازده کار کلی مجموعه بیمارستانی افزایش یافته و از طرف دیگر، آمار و ارقام نشاندهندهٔ کاهش بارمالی هزینه بیماران روانی بر بودجهٔ عمومی است». بوالهری در ادامه می‌افزاید: «در ایران نیز برنامه‌ریزی و تدبیر هر نوع کاری که بتواند در جهت مراقبت عمومی و درمان مناسب بیماریهای روانی از جمله کشف زودرس آنها، پیشگیری از عود و بکارگیری بعضی خدمات اجتماعی در حمایت و پیگیری بیماران عمل نماید، می‌بایست در کشور مورد تشویق و حمایت قرار گیرد و برای اجرای این طرح لازم است گروههای مختلف ارائه دهندهٔ خدمات، مانند پزشکان، پرستاران بهداشتی، مراقبین بهداشت، بهداشتیاران روستایی و کادر تخصصی ویژه، باهم همکاری نمایند».

پژوهشگر در طی دوره‌های مختلف کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری در بیمارستانهای مختلف روانی با بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی برخورد و تجربهٔ کاری داشته و به دفعات متعدد شاهد بستری مجدد بیماران اسکیزوفرن به دنبال عود بیماری با وضعیتی وخیم‌تر از قبل و افزایش طول مدت بستری این بیماران به دنبال هر عود بوده است. بنابراین، تصمیم براین گرفت، به بررسی چگونگی وضعیت ارائه مراقبت پرستاری به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بخشهای روانی بیمارستانهای دانشگاههای علوم پزشکی وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی بپردازد.

«روش»

این تحقیق یک مطالعهٔ توصیفی است که به منظور بررسی نحوهٔ ارائه مراقبتهای پرستاری به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

	اهداف پژوهش کیفیت	ضعیف	متوسط	خوب	عالی	جمع	وضعیت آزمون کای دو
۱	تعیین نحوهٔ ارائه مراقبتهای پرستاری در جهت تأمین نیازهای جسمی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی‌بستری دربخشهای روانی بیمارستانهای دانشگاههای. علوم پزشکی شهر تهران	۲۰	۴۵	۳۲	۳	۱۰۰	
۲	تعیین نحوهٔارائه مراقبتهای پرستاری در جهت تأمین نیازهای روانی ـ اجتماعی اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بخشهای روانی بیمارستانهای دانشگاههای علوم پزشکی تهران.	۲۸	۳۹	۳۰	۳	۱۰۰	
۳	تعیین نحوهٔ برقراری ارتباط پرستار با افراد مؤثر در درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بخشهای روانی بیمارستانهای دانشگاههای علوم پزشکی تهران.	۳۵	۳۳	۲۲	۱۰	۱۰۰	
۴	تعیین نحوهٔ ارائه مراقبتهای پرستاری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بخشهای روانی بیمارستانهای دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران با مشخصه مسئولیت و ابتکار عمل حرفه‌ای پرستاران.	۱۷	۴۴	۳۱	۸	۱۰۰	
۵	جمع	۲۵	۴۱	۲۹	۵	۱۰۰	

در سطح ۵٪ > P > ۲۵٪ معنی دار است.

- جدول شماره ۱ نمایانگر کیفیت ارائه مراقبتهای پرستاری در رابطه با هدف کلی پژوهش (تعیین کیفیت ارائه مراقبتهای پرستاری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بخشهای روانی بیمارستانهای دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران) می‌باشد.

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-16]

بستری در بخشهای روانی بیمارستانهای دانشگاههای علوم پزشکی وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی، انجام گرفته است. در این تحقیق تعداد ۱۷۴ بیمار اسکیزوفرن مورد مطالعه واقع شدند که در سه شیفت هر بیمار به مدت سه ساعت مورد مشاهده قرار گرفت. لازم به ذکر است که در هر بار فقط یک بیمار مورد مشاهده قرار می‌گرفت. برگهٔ گردآوری اطلاعات در این تحقیق چک لیست بود، که با استفاده از ابزار استاندارد شدهٔ کوال پکس[۱] در چهار بخش تنظیم شده بود.

بخش اول: شامل ۱۶ سئوال در جهت تأمین نیازهای جسمی است.

بخش دوم: شامل ۱۳ سئوال در جهت تأمین نیازهای روانی-اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است.

بخش سوم: شامل ۶ سئوال در مورد نحوهٔ ارائه مراقبتهای پرستاری در جهت برقراری ارتباط پرستار با افراد مؤثر در درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است.

بخش چهارم: شامل ۵ سئوال در مورد مشخصه مسئولیت و ابتکار عمل حرفه‌ای پرستاران می‌باشد.

«نتایج»

نتایج، پس از تجزیه و تحلیل آماری، به صورت جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی ارائه شده، نتیجهٔ نهایی در ارتباط با تأمین نیازهای جسمی[۲] بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نشان داد که فقط ۴۳ درصد کارهای لازم انجام گردیده و از این میزان کار انجام شده، بیشترین درصد (۴۵٪) در حد متوسط بوده است.

نتیجهٔ نهایی در ارتباط با تأمین نیازهای روانی-اجتماعی[۳] بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، نشان داد که فقط ۳۶ درصد امور انجام گردیده و از این میزان کار انجام شده بیشترین درصد (۳۹٪) درحد متوسط بوده است.

نتیجهٔ نهایی در ارتباط با نحوهٔ برقراری ارتباط پرستار با افراد مؤثر در درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نشان داد که فقط ۴۹ درصد موارد لازم انجام گردیده بود و از این میزان کار انجام شده، بیشترین درصد (۳۵٪) در حد ضعیف بوده است.

نتیجهٔ نهایی در ارتباط با مشخصه مسئولیت و ابتکار عمل حرفه‌ای[۴] پرستاران نشان داده که از کل مراقبتهای لازم فقط ۵۸ درصد آنها انجام گردیده و از این میزان کار انجام شده، بیشترین درصد (۴۴٪) در حد متوسط بوده است.

در رابطه با هدف کلی پژوهش، (کیفیت ارائه مراقبتهای پرستاری به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی) هر چهار بعد (نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی، نحوهٔ برقراری ارتباط پرستار با افراد مؤثر در درمان و مشخصه مسئولیت و ابتکار عمل حرفه‌ای پرستاران) مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داده است، بیشترین درصد (۴۱٪) مراقبتهای ارائه شده متوسط می‌باشد.

همانگونه که در جدول شمارهٔ ۱ مشاهده می‌شود، آزمون کای‌اسکوار[۵] در سطح ۵٪>P>۲۵٪ نشان داد که اختلاف معنی داری بین اهداف پژوهش و کیفیت مراقبتها و امور انجام شده وجود دارد. جهت تعیین شدت همبستگی بین اهداف پژوهش و کیفیت کارهای انجام شده، از ضریب همبستگی پیرسون[۶] استفاده شد. نتایج نشان داد، بین نحوهٔ

بقیه درصفحه ۴۷

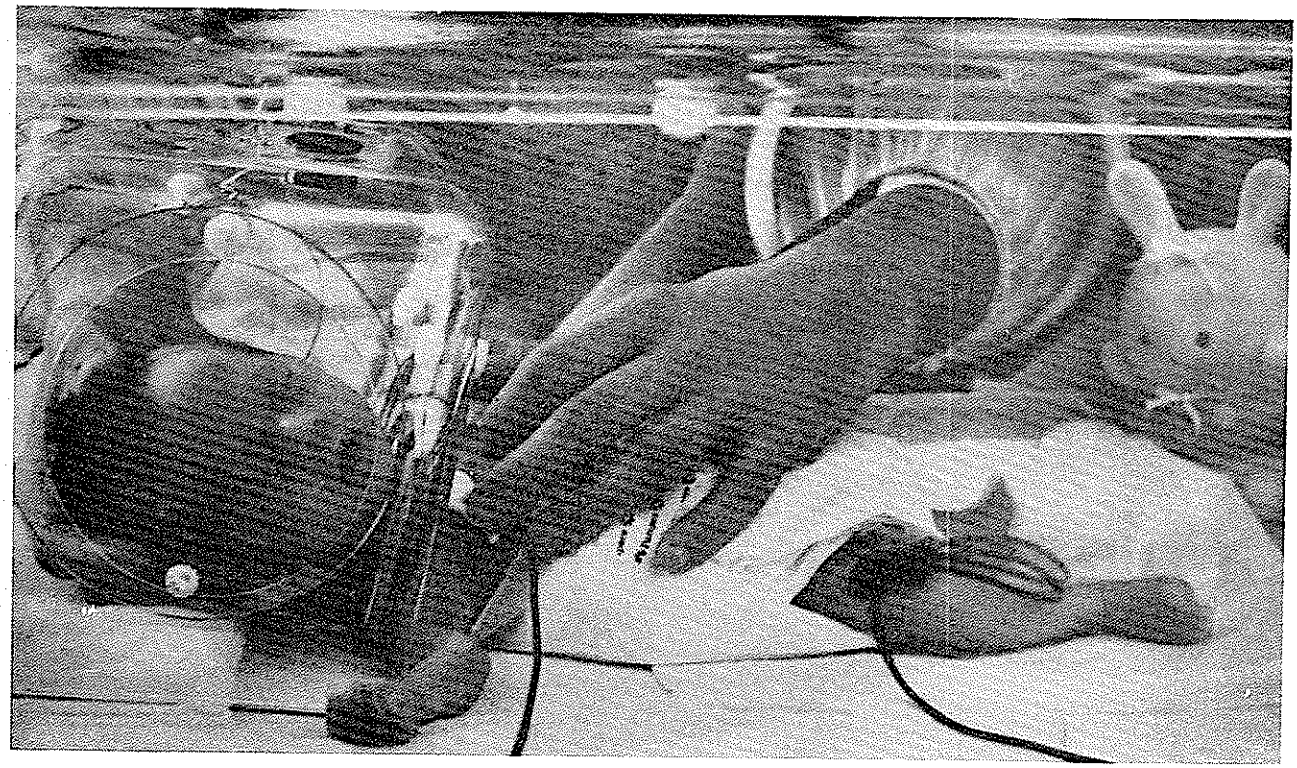
- وضعیت آزمون کای بین اهداف مختلف از لحاظ شدت همبستگی

	نیازهای جسمی	نیازهای روانی، اجتماعی	برقراری ارتباط	مشخصه مسئولیت و ابتکار عمل حرفه‌ای
نیازهای جسمی		r=۰/۵۲۵	r=۰/۰۷۶	r=۰/۱۵۳
نیازهای روانی اجتماعی			r=۰/۰۰۷	r=۰/۲۸۱
برقراری ارتباط مشخصه‌مسئولیت‌وابتکار عمل حرفه‌ای				r=۰/۰۸

همانطور که جدول نشان می‌دهد، ۲۵ درصد مراقبتهای ارائه شده، ضعیف، ۴۱ درصد متوسط، ۲۹ درصد خوب و ۵درصد عالی می‌باشد.

- ضریب همبستگی پیرسون نیز نشان می‌دهد که بین هدف اول و سوم هدف سوم و چهارم، همبستگی معکوس و در سایر موارد همبستگی مثبت می‌باشد.

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-16]



مادران، کودکان وایدز

ترجمه: لیلا مسلمی
دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و... تهران

REF:
Gorman.C; "Moms, Kids and AIDS"; Time; July 1994; P: 44-45.

آیا غربالگوی در هنگام تولد می‌تواند به هزاران نوزاد امریکایی جهت درمان ویروس HIV کمک نماید؟

در سرتاسر آمریکا، پاشنه پای تازه متولدین را جهت ردیابی عفونتهای احتمالی با سوزن سوراخ می‌کنند. نتایج تست مخفی نگهداشته می‌شود. زیرا، از آن‌جایی که درمان قطعی یا در واقع درمان مناسبی برای ایدز وجود ندارد، بهرحال دانستن نتایج مثبت کمک زیادی به مادر و فرزندش نخواهد کرد.

غربالگری، تست ساده‌ای است که در آن از پاشنه پای نوزاد خون گرفته می‌شود وآن را برای تجزیه به آزمایشگاه می‌فرستند. نتیجه آزمایشگاهی می‌تواند در برگیرندهٔ جمله‌ای اطمینان دهنده از ادامه زندگی و یا مرگ نوزاد باشد. در بسیاری از مراکز آمریکا همه نوزادان به محض تولد نسبت به این بیماری مورد آزمایش قرار می‌گیرند تا از وجود آنتی بادی نسبت به ویروس HIV (عامل ویروسی مسبب ایدز) اطمینان حاصل نماید.

سالیانه حدود ۷۰۰۰ مورد از این تست در آمریکا ثبت می‌گردد و نشان دهندهٔ انتقال آنتی بادیهای تولید شده در خون به کودک، در طول حاملگی است. اما استدلال این تست تا حدی مشکل است. ممکن است ۲۵٪ نوزادان مادرانی که اطمینان به عفونی بودن آنها به ویروس HIV وجود دارد، نه فقط آنتی بادیها را، بلکه خود ویروس را در هنگامی که جنین در رحم بوده و یا در طول زایمان کسب کرده باشند.

نتایج این تست غربالگری HIV به عنوان رازی مخفی نگهداشته شود، چرا که با این کوشش، هم می‌توان نیاز اطلاعاتی در مورد اپیدمی و گسترش بیماری را تأمین نمود و علاوه بر آن نیاز حمایتی و پشتیبانی مخفیانه از بیمارانی که احتمال می‌رود توسط کارمندان و شرکت‌های بیمه شناخته شوند، نیز تامین می‌گردند.

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-16]

استاندارد در پرستاری (۲)

تألیف: فاطمه نیک شکرنیا عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری ومامایی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران

عناصر اصلی در تدوین استانداردها

در تدوین استانداردها باید بعضی عناصر را در نظر گرفت (شکل ۱):

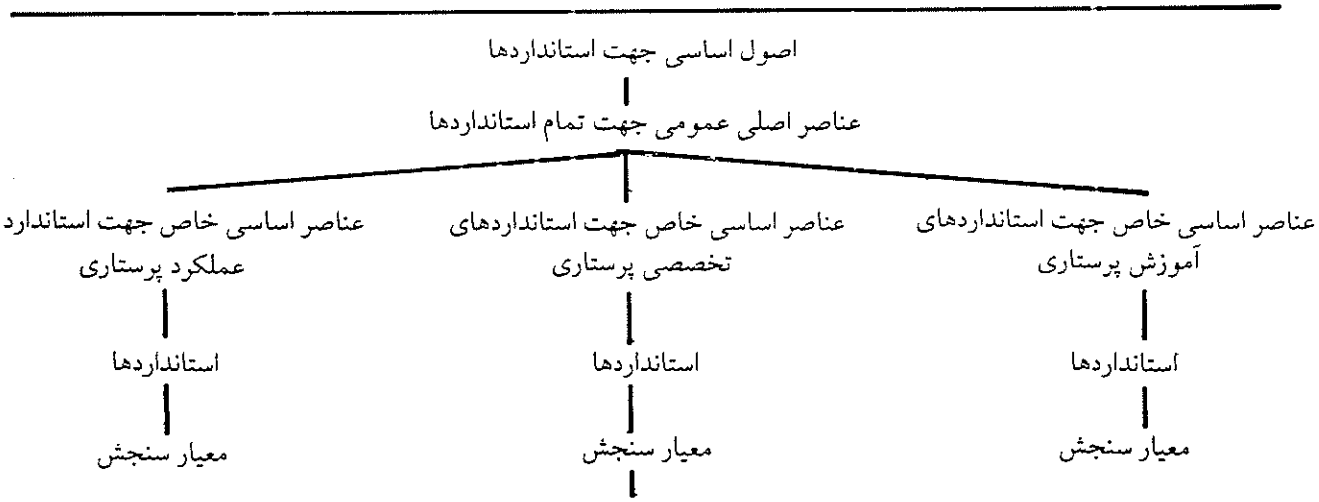
- استاندارد باید منعکس کنندهٔ ارزشها، وضعیتها و اهداف، جهت پیشرفت حرفه باشد.
- استاندارد باید بر اساس اصول تغییر باشد.
- استاندارد باید به منظور کمک به افراد حرفه‌ای در جهت ارضای نیازهای اجتماعی که به طور دائم در حال تغییر است طرح ریزی گردد.
- استاندارد باید به عنوان ابزاری جهت برقراری ارتباط بین اهداف پرستاری با مؤسسات بهداشت و درمان، افراد حرفه‌ای و افراد جامعه مطرح شود.
- استاندارد باید شامل جنبه‌های وسیع عملکرد پرستاری باشد.

علاوه بر آنکه تدوین استانداردها و معیارهای سنجش آن بوسیله اصول اساسی و عناصر اصلی عمومی انجام می‌گیرد، عناصر اساسی خاص را نیز باید جهت تدوین استانداردهای پرستاری برای محدوده‌های خاص نوشت. (شکل ۱).

انواع استانداردها

استانداردهای عملکرد پرستاری توسط متخصصین بالینی تدوین گردیده و به نحوی تنظیم می‌شود که قابل اجرا باشد. در واقع معیارها باید توسط افراد حرفه‌ای جهت افراد حرفه‌ای تنظیم گردد.

برای تنظیم آن بایداز تجارب افراد حرفه‌ای استفاده نمود و مطالعات وسیع کتابخانه‌ای انجام داد. معیارهایی که تنظیم می‌شود، به صورت ساختار[۱]، فرایند[۲] و پیامد[۳] (ماحصل) است.



شکل ۱- تدوین استانداردها (اقتباس از انجمن بین المللی پرستاران)

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-16]

□ **استاندارد ساختار**

استاندارد ساختار تمرکز بر محیط و وضعیت مؤسسه‌ای دارد که مراقبت پرستاری در آن ارائه می‌گردد. این معیارها شامل فلسفه و اهداف مؤسسهٔ مراقبت بهداشت،منابع‌مالی،مسئولیتهای‌قانونی، جواز کار شاغلین حرفه‌ای، داشتن مجوز و اعتبار سازمانی، کیفیت و خصوصیات کارکنان حرفه‌ای، غیر حرفه‌ای و فنی آن است. معیار ساختار را می‌توان برای مؤسسه، پرستار، یا بیمار نوشت. برای مثال «تخت‌های بیماران باید در حدود یک متر از یکدیگر فاصله داشته باشد»، معیار ساختاری است که جهت مؤسسه نوشته شده است. یا هر پرستاری که در بخش مراقبت‌های ویژه کار می‌کند باید به مدت ۴ هفته آموزش مربوط به مراقبت‌های ویژه را با موفقیت گذرانده باشد.این جمله پرستارگراست[۴]. یا «تمام بیماران قبل از عمل جراحی یا آزمایشات تهاجمی باید فرم رضایت عمل را امضا نمایند.» چنین بیانی بیمارگراست[۵]. هنگامی که از استاندارد ساختاری، بعنوان مقیاسی جهت کنترل کیفیت و تضمین کیفیت استفاده می‌گردد، دو فرض در نظر گرفته می‌شود.

۱- مراقبت، هنگامی بهتر انجام می‌پذیرد که از کارکنان با صلاحیت، تسهیلات ساختمانی، وضعیت مالی، وسایل و لوازم بهتری استفاده شود.

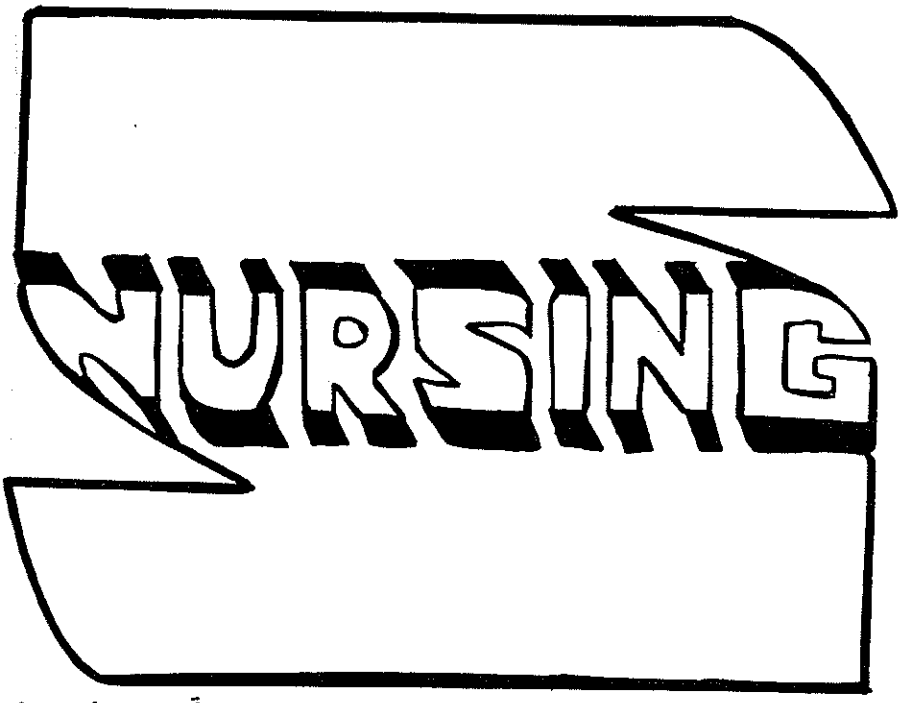
۲- باید توجه نمود صلاحیت کارکنان، ساختار فیزیکی و... مساوی با کیفیت نمی‌باشد. بلکه انتظار می‌رود بین عناصر ساختاری و کیفیت مراقبت ارتباطی وجود داشته باشد. تقریباً می‌توان گفت که در ساختار مناسب، مراقبت مناسب ارائه می‌گردد.

> استاندارد ساختار
>
> استاندارد: برنامه مراقبت پرستاری، در کل برنامه مراقبت بهداشتی تلفیق می‌گردد.
>
> معیار: الف. پرستاران به عنوان اعضا مناسب در کمیته‌های سازمان مراقبت بهداشت و درمان و در اجتماع خدمت می‌کنند.
>
> ب: مدیر پرستاری، به منظور مهیا ساختن خدمات جامع و هماهنگ به مدد جویان، با سایر گروهها همکاری می‌نماید.

□ **استاندارد فرایند:**

استاندارد فرایند تمرکز بر ماهیت و توالی فعالیتهای مراقبت بهداشتی دارد و متوجه پرستار و فعالیتهایی است که وی، جهت ارائه مراقبت انجام می‌دهد. برای مثال، معیارهای فرایند ممکن است الگوهای ارتباطی راکه پرستار با بیمار در حال مرگ برقرار می‌سازد، یا برنامه آموزش قبل از عمل جراحی قلب را توصیف نماید.

> استاندارد فرایند
>
> استاندارد: پرستار حرفه‌ای باید روش منظم را در کار بالینی خود بکار برد.
>
> معیار: الف- از طریق بررسی و شناخت وضعیت بهداشتی فرد، گروه یا اجتماع، اطلاعات جامع جمع آوری شده و ثبت می‌گردد.
>
> ب- برنامه‌های مراقبت پرستاری بنحوی که نشان دهندهٔ مشکلات شناخته شده فرد، گروه یا اجتماع باشد، تدوین می‌شود.
>
> ج- برنامهٔ مراقبت پرستاری جهت فرد، گروه یا اجتماع بر اساس یافته‌های بدست آمده از ارزشیابی، تعدیل می‌گردد.



بقیه در صفحه ۴۰

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-16]

موسیقی درمانی در بخش مراقبتهای ویژه

ترجمه: رسول بربری دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و... تهران

این مقاله مروری بر استفاده از موسیقی درمانی در بخشهای مراقبت ویژه دارد. موسیقی درمانی بعنوان یک مکمل درمان در درمانهای معمول و مرسوم پزشکی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد و برای بیمارانی که وضعیت بحرانی دارند سودمند می‌باشد.

اثرات فیزیولوژیکی و روانی این پدیده در این جا بحث شده است.

موسیقی در نقش درمانی

«موسیقی درمانی» به استفاده از موسیقی جهت ایجاد اثرات فیزیولوژیکی و روانی مفید در شنونده اطلاق می‌شود. در طبقه‌بندی درمانی معمولاً آن را در گروه مکملهای درمانی قرار می‌دهند. به علت اینکه از آن به عنوان کمک درمانی در اقدامات پزشکی استفاده می‌شود.

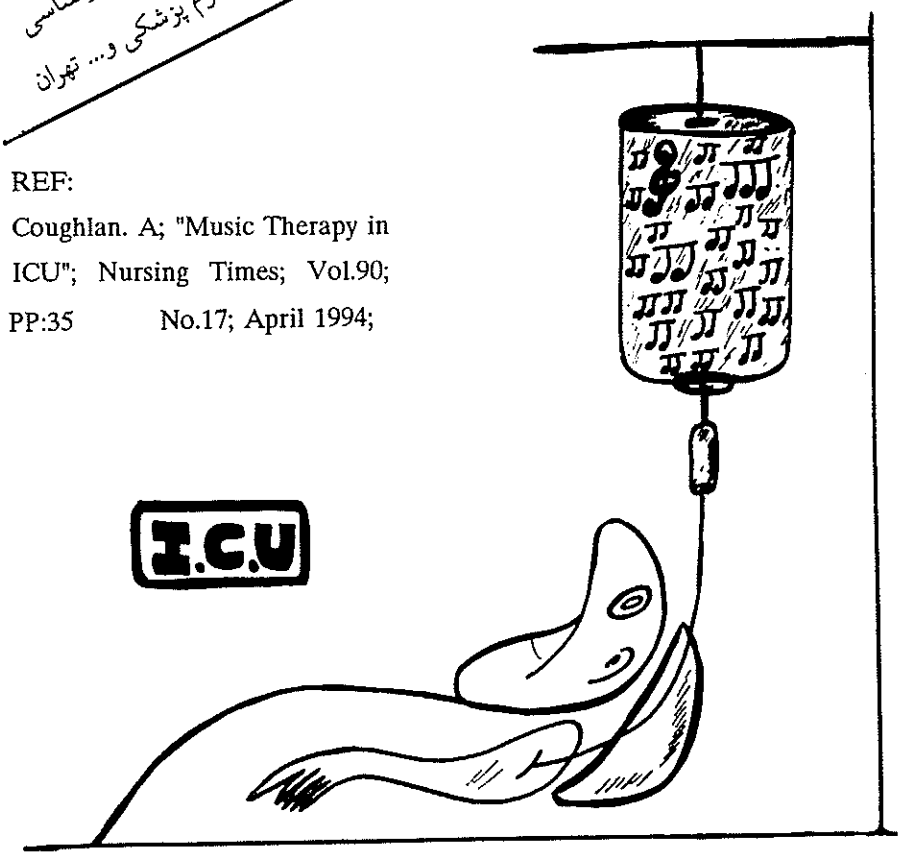
در این مقاله دلایل مختلفی برای تایید این گمان که موسیقی در درمان باارزش است آورده شده، اما باید به این نکته مهم نیز توجه نمود که موسیقی درمانی ممکن است اثرات نامطلوبی روی بیمار داشته باشد. گامهایی سریعتر از میزان ضربان شخص (۸۰ تا ۹۰ ضربه در دقیقه) می‌تواند فشار خون را افزایش دهد و گامهایی خیلی آهسته‌تر می‌تواند سبب حالت بی تکلیفی و تعلیق در انسان گردد.

اگر برای بیماری موسیقی درمانی تجویز شود، باید انواع مختلف موسیقی‌های مفید و با ارزش و اثرات هریک از آنها را بر بیمار ارزیابی و محاسبه نمود. اولویت دادن به انتخاب موسیقی از طرف خود بیمار در این مورد می‌تواند از ایجاد اثرات نامطلوب بکاهد. موسیقی‌هایی که بیمار به آنها انس پیدا کرده، معمولاً اثر نشاط آوری داشته و آرامش بیشتری را برای بیمار درپی خواهد داشت. تأکید شده است که استفاده از گوشیهای شخصی در درمان با موسیقی مفید هستند. چون موسیقی به طور مستقیم به بیمار انتقال می‌یابد و خطر ایجاد سرو صدا توسط موسیقی کمتر می‌شود.

موسیقی در بخش مراقبتهای ویژه

موسیقی به سطوحی از آگاهی بیمار نفوذ پیدا می‌کند که نفوذ به آن توسط مصاحبه یا ملامسه امکان پذیر نمی‌باشد. موسیقی می‌تواند در بیمارانی که در اثر درد و بیماری احساس انزوا می‌کنند، اثر بگذارد. موسیقی درمانی در موارد بسیاری مورد استفاده قرار گرفته است. برای مثال موسیقی نتایج مثبتی در کاهش رفتارهای نا مناسب در اشخاصی که عدم توانایی یادگیری داشته‌اند، ایجاد نموده است و همراه با آواز در افراد مسن‌تر کمک می‌کند تا خود را در ارتباط با واقعیت نگه داشته و در رویدادهای اجتماعی به طور طبیعی

REF:
Coughlan. A; "Music Therapy in ICU"; Nursing Times; Vol.90; PP:35 No.17; April 1994;



[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-16]

شرکت کنند.

سیستم فعال ریتکولی بعنوان یک فیلتر برای اطلاعات حساس عمل می‌کند. تالاموس محرکهای موسیقی را دریافت نموده و آنها را از طریق سیستم فعال رتیکولی[1] به مخ انتقال می‌دهد. به این ترتیب تخیلات، هوشمندی و حافظهٔ بیمار تحت تأثیر قرار می‌گیرد. همچنین موسیقی، بر وضعیت تعادلی افراد نیز اثر می‌گذارد. علت آن یک پاسخ هیپوفیزی است که در نتیجهٔ عمل آن، اندوفرینها آزاد می‌شوند. اندوفرینها مخدرهای طبیعی هستند که درد را تسکین می‌دهند. بنابر این، بیمارانی که تحت موسیقی درمانی قرار می‌گیرند، ممکن است نیاز کمتری به دریافت مسکن پیدا کنند. همچنین، در نتیجهٔ این پاسخ هیپوفیزی، آزاد شدن کاتکولامین (میانجیهای عصبی) کاهش یافته و در نتیجه امکان دارد فشار خون وضربان قلب کاهش پیدا کند.

مقایسه‌ای کوچک بعنوان تحقیقات تجربی در مورد بیماران بعد از عمل جهت اثرات موسیقی درمانی انجام شده است. به مدت ۴۸ ساعت بعد از عمل جراحی بیماران به دو گروه تقسیم شدند. برای یکی از گروهها موسیقی درمانی انجام شدو برای گروه دیگر انجام نگردید. این بررسی نشان داد بیمارانی که در معرض موسیقی درمانی قرار گرفتند، افت فشارخون و ضربان قلب داشته‌اند.»

همچنین استفاده از موسیقی درمانی، در بیمارانی با تشخیص «انفارکتوس میوکارد» در بخش مراقبتهای ویژه قلبی[2] انجام شد. در این جا یافته‌های بیشتری از اثر موسیقی، درکاهش ضربان قلب و درجه حرارت محیطی بدنشان داده شد. پژوهشگران گزارش کردند: «بیمارانی که در معرض موسیقی درمانی بوده‌اند، نسبت به آنهایی که در معرض آن قرار نگرفته‌اند، مشکل قلبی کمتری داشته‌اند.»

اسولیوان[3] نقش احتمالی موسیقی درمانی را در بخش مراقبتهای ویژه با توجه به وجود یک سری آزمایشات گزارش شده مورد توجه قرار داده است. او نتیجه گیری می‌کند که در بخش مراقبتهای ویژه، موسیقی احتمالاً دارای اثرات فیزیولوژیکی است، هرچند که به شرایط بیمار بستگی داشته و نتایج آن احتمالاً قابل تغییر خواهد بود. احتمال دارد، بخش مراقبتهای ویژه، یکی از محیطهای ترسناک و وحشت انگیز در بیمارستان باشد و موسیقی درمانی می‌تواند یک محیط مأنوس برای بیمار فراهم کند. این انتخاب حتی برای بیمارانی که آرام و بی سرو صدا بوده و توسط دستگاه تهویه می‌شوند نیز باید صورت گیرد. موسیقی ممکن است یک منبع راحتی و آرامش برای بیمارانی که احساس انزوا می‌کنند بوده و می‌تواند به کاهش سطح اضطراب آنها کمک کند.

در حالیکه بعضی از مقاله‌ها استفاده از هدفون شخصی را توصیه می‌کنند انجام این کار می‌تواند پر هزینه باشد. ساختن یک لابراتوار نوار و ضبط صوت برای کاهش هزینه‌ها پیشنهاد شده‌است. تدابیر موسیقی درمانی باید در راستای اجرای طرحهای مراقبتی بیمار انجام شود. بخصوص برای اشخاصی که قادر به برقراری ارتباط نیستند. در انتخاب موسیقی مناسب برای بیمار باید توجه نمود و مطمئن شد که موسیقی یکنواخت و خسته کننده نباشد.

وقفه‌های منظمی باید برای به حداقل رساندن خستگی مداوم ناشی از شنیدن یک صدای یکنواخت داده شود، چون می‌تواند اثرات زیان آوری برای بیمار داشته و نا امیدی و افزایش اضطراب را باعث شود. بیمار نباید پوشش هدفون را برای مدتی طولانی ادامه دهد چون امکان بروز ناراحتی و ایجاد ضایعات فشاری را تقویت می‌کند.

موسیقی درمانی ممکن است اثرات درمانی درکاهش اضطراب و ایجاد انس در بخش مراقبتهای ویژه داشته باشد. همچنین احتمال دارد مسایل فیزیولوژیکی دیگری را مانند تسکین درد و کاهش فشار خون و ضربان قلب در بر داشته باشد.

باید قبول کرد که اثرات همودینامیکی حاصل از موسیقی درمانی کم است. تحقیقات بیشتری لازم است تا این نظر را تایید کند و فهم و درک عمیقتری در رابطه با ارزش واستفادهٔ مناسب از این فرم تکمیل درمانی را در ارتباط با مراقبتهای بیماریهای بحرانی روشن سازد.

1-R.A.S.

2-Coronory Care Unit (C.C.U)

3-O'Sullivan

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-16]