Case Paper

The Neuman Systems Model-based Nursing Program for a Female Patient With Bipolar Disorder Type 2: A Case Study

Parisa Rostami[1], *Fatemeh Cheraghi[2], Khodayar Oshvandi[3], Seyed Reza Borzou[4]

Use your device to scan and read the article online

Citation Rostami P, Cheraghi F, Oshvandi Kh, Borzou SR. [The Neuman Systems Model-based Nursing Program for a Female Patient With Bipolar Disorder Type 2: A Case Study (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2025; 38:E3672. https://doi.org/10.22034/ijn.38.3672

https://doi.org/10.22034/ijn.38.3672

Received: 28 Oct 2025
Accepted: 12 Nov 2025
Available Online: 22 Dec 2025

Keywords:
Bipolar disorder, Nursing models, Nursing process, Psychiatric nursing, Stressors

ABSTRACT

Background & Aims Stress is recognized as one of the key factors in the onset, exacerbation, and recurrence of mood episodes in patients with bipolar disorder (BD). This case study aimed to implement a nursing program based on the Neuman Systems Model (NSM) to treat a woman with BD type II.

Materials & Methods This is a case study. The patient was a 25-year-old woman purposively selected from among patients hospitalized in the women's psychiatric ward of a teaching hospital in Hamadan, Iran. Data were collected through semi-structured interviews with the patient and her mother (primary caregiver), direct observation, and review of her medical records. The intervention was performed based on the NSM, along with pharmacological treatment, at three levels of prevention (primary, secondary, and tertiary). Care was provided continuously throughout a one-month hospitalization, followed by two months of telephone follow-up after discharge.

Results The main identified stressors included grandiose delusions, impulsive behaviors, conflict in the maternal role, recent divorce, cultural pressures from a rural community, and financial dependence on the family. The interventions yielded positive outcomes. Grandiose delusions, verbal aggression, sleep duration, and social interactions showed significant improvement. The patient reported a greater sense of competence in performing her maternal role. Both the patient and her mother confirmed a considerable reduction in stress levels, increased adherence to treatment, and overall improvement in functioning.

Conclusion Applying the NSM in the nursing process of women with BD type II provides a comprehensive framework for identifying their stressors and delivering holistic care. By emphasizing prevention at three levels and paying special attention to the patient's perception of stressors, the NSM can significantly enhance the effectiveness of psychiatric care for patients with BD type II and contribute to improving their quality of life and reducing recurrence.

1. Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
2. Department of Pediatric Nursing, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Science, Hamadan, Iran.
3. Mother and Child Care Research Center, Institute of Health Sciences and Technologies, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
4. Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Institute of Cancer, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

*** Corresponding Author:***
Fatemeh Cheraghi
Address: Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Science, Hamadan, Iran.
Tel: +98 (918) 3147750
E-Mail: f_cheraghi@umsha.ac.ir

Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Bipolar disorder type II (BD II) is a chronic mental health problem within the spectrum of mood disorders, characterized by at least one hypomanic episode and at least one major depressive episode. This disorder often leads to significant psychosocial impairments, heightened sensitivity to stressors, and a substantial negative impact on patients' quality of life. Stress plays a main role in the onset, exacerbation, and recurrence of mood episodes in these patients.

Nursing theories provide a framework for holistic care, yet they are frequently criticized for limited clinical applicability and the existence of a theory-practice gap. The Neuman Systems Model (NSM) is a comprehensive, holistic framework particularly suitable for stress-related conditions. It addresses five basic human needs: physiological, psychological, sociocultural, developmental, and spiritual. The model's core concepts include stress, homeostasis, and client perception, with the nurse's role focused on assessing stressors and protecting the client from potential risks. Neuman classifies stressors into intrapersonal, interpersonal, and extrapersonal categories and describes protective mechanisms such as the normal line of defense (the client's stable state), flexible line of defense (buffering stressors), and lines of resistance (activated when defenses are breached). A key strength of the NSM is its differentiation of three levels of prevention: Primary (preventing stressor impact), secondary (early detection and treatment), and tertiary (recovery and stabilization). This case study aimed to apply the NSM-based nursing process to a female patient with BD II, bridging the theory-practice gap and demonstrating the model's clinical utility in psychiatric nursing.

Materials & Methods

This is a case study. The participant was a 25-year-old divorced woman admitted to the women's psychiatric ward of a teaching hospital in Hamadan, Iran. The patient was purposively selected based on specific criteria including confirmed diagnosis of BD II according to DSM-5 criteria, experience of at least one hypomanic and one depressive episode, and presence of multiple complex stressors (intrapersonal, interpersonal, and extrapersonal). Data were collected through semi-structured interviews with the patient and her mother (primary caregiver), direct observation, and medical record review. A detailed psychiatric history and mental status examination was performed at the time of admission. Assessment was based on the NSM to identify stressors. Nursing diagnoses were formulated and interventions implemented across primary, secondary, and tertiary prevention levels. Care was delivered over one month of hospitalization with post-discharge telephone follow-up.

Results

The main identified stressors included grandiose delusions, impulsive behaviors, conflict in the maternal role, recent divorce, cultural pressures from a rural community, and financial dependence on the family. The NSM-based nursing intervention along with pharmacological therapy, led to notable clinical improvements including reduced grandiose delusions (from 8–10 to <2 times/day), elimination of verbal aggression, increased sleep duration (from 4–5 to 7–8 hours), better emotional regulation, improved social interaction, and enhanced maternal role competence.

Conclusion

Although pharmacological treatment plays a fundamental role in controlling acute symptoms of BD II, the application of the NSM provided a valuable complementary intervention. In this case study, the NSM enabled systematic identification and management of complex, multi-level stressors. It effectively addressed the patient's perceived stressors (especially grandiose delusions) without direct confrontation, strengthened the lines of defense through three levels of prevention, and actively involved the primary caregiver. The model's emphasis on client perception allowed gradual reduction of delusions through supportive techniques. However, the unpredictable mood fluctuations in BD II require high flexibility and frequent reassessment. The model focuses less on biological aspects; therefore, it was more successful when combined with pharmacotherapy. The main limitation of this study was reliance on the patient's and her mother's self-reports for some variables, which may introduce reporting bias. Triangulation (interviews, observation, and medical records) was used to minimize bias. Moreover, the single-case design limits generalizability. Overall, this case study demonstrates that integrating the NSM into the nursing process offers a robust, holistic framework for managing stressors in women with BD II. Future research with larger sample size and inclusion of other caregivers should examine the model's application.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This research was approved by the Research Ethics Committee of Hamadan University of Medical Sciences (Code: IR.UMSHA.REC.1403.907). Prior to the study, written informed consent was obtained from the patient and her mother. They were assured that participation was voluntary and that they could withdraw from the study at any time.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contributions

Conceptualization, data collection, data analysis and interpretation, writing the initial draft: Parisa Rostami; Supervision, conceptualization, review & editing: Fatemeh Cheraghi; Supervision, review & editing: Khodayar Oshvandi and Seyed Reza Borzou; All authors read and approved the final version of the manuscript.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Use of AI tools

AI was used solely to enhance the readability, grammar, and language clarity of the manuscript. The ultimate responsibility for the accuracy, originality, and integrity of the manuscript remains with the authors.

Acknowledgments

The authors would like to thank the patient and her family for their valuable cooperation in this study.

مقاله موردی

فرآیند پرستاری در بیمار مبتلابه اختلال دوقطبی نوع ۲ براساس نظریه پرستاری بتی نیومن: یک مطالعه موردی

پریسا رستمی[۱]، *فاطمه چراغی[۲]، خدایار عشوندی[۳]، سید رضا برزو[۴]

Use your device to scan and read the article online

Citation Rostami P, Cheraghi F, Oshvandi Kh, Borzou SR. [The Neuman Systems Model-based Nursing Program for a Female Patient With Bipolar Disorder Type 2: A Case Study (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2025; 38:E3672. https://doi.org/10.22034/ijn.38.3672

https://doi.org/10.22034/ijn.38.3672

تاریخ دریافت: ۰۶ آبان ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۲۱ آبان ۱۴۰۴
تاریخ انتشار: ۰۱ دی ۱۴۰۴

چکیده

زمینه و هدف استرس به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی در شروع، تشدید و عود دوره‌های خلقی در اختلال دوقطبی شناخته می‌شود. این مطالعه موردی با هدف اجرای فرآیند پرستاری مبتنی بر مدل سیستمی بتی نیومن در مراقبت از یک بیمار زن ۲۵ ساله مبتلابه اختلال دوقطبی نوع ۲ انجام شد.

روش بررسی این پژوهش به روش موردی انجام شد و بیمار به‌صورت هدفمند از میان بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی زنان یک بیمارستان آموزشی درمانی در همدان انتخاب گردید. جمع‌آوری داده‌ها با مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، مشاهده مستقیم و بررسی پرونده پزشکی صورت گرفت. ارزیابی جامع براساس مدل نیومن انجام شد. تشخیص‌های پرستاری تدوین و مداخلات پرستاری در سه سطح پیشگیری اجرا شد. مراقبت‌ها طی ۱ ماه دوره بستری ارائه گردید و پیگیری تلفنی پس از ترخیص برای مدت ۲ ماه ادامه یافت.

یافته‌ها عوامل استرس‌زای اصلی شامل هذیان خودبزرگ‌بینی، رفتارهای تکانشی، تعارض در نقش مادری، طلاق اخیر، فشارهای فرهنگی جامعه روستایی و وابستگی مالی به خانواده بودند. اجرای مداخلات مبتنی بر مدل نیومن در کنار درمان دارویی و همکاری تیم درمانی، نتایج مثبتی به همراه داشت. هذیان خودبزرگ‌بینی، ساعات خواب، تعاملات اجتماعی بهبود یافتند و بیمار احساس کفایت بیشتری در ایفای نقش مادری گزارش کرد. بیمار و مادرش بر کاهش قابل‌توجه سطح استرس، افزایش همکاری در درمان و بهبود کلی عملکرد تأیید کردند.

نتیجه‌گیری کاربرد این مدل در فرآیند پرستاری، چارچوبی جامع برای شناسایی عوامل استرس‌زا و ارائه مراقبت‌های کل‌نگر فراهم می‌آورد. این مدل با تأکید بر پیشگیری در سه سطح و توجه ویژه به ادراک بیمار از استرسورها، می‌تواند اثربخشی مراقبت‌های روان‌پرستاری را در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ به افزایش دهد و به بهبود کیفیت زندگی و کاهش عود کمک کند و می‌تواند به‌عنوان الگویی عملی در بخش‌های روان‌پزشکی مورد توجه و آموزش قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:
اختلال دوقطبی نوع۲، مدل‌های پرستاری، فرآیند پرستاری، روان‌پرستاری، عوامل استرس‌زا

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۲. گروه پرستاری کودکان، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماری‌های مزمن در منزل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۳. مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، پژوهشکده علوم و فناوری‌های سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۴. مرکز تحقیقات مراقبت از بیماری‌های مزمن در منزل، پژوهشکده سرطان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران .

* **نویسنده مسئول:**
فاطمه چراغی
نشانی: همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماری‌های مزمن در منزل، گروه پرستاری کودکان.
تلفن: ۳۱۴۷۷۵۰ (۹۱۸) ۹۸+
رایانامه: f_cheraghi@umsha.ac.ir

Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

اختلال دوقطبی یک اختلال روانی مزمن است که با دوره‌های افسردگی و شیدایی مشخص می‌شود و هر دو دوره ممکن است باعث آسیب‌های روانی اجتماعی قابل‌مشاهده و ناتوانی‌هایی شوند که به مراقبت پزشکی نیاز دارند [۱]. اختلال دوقطبی نوع ۲ یکی از انواع اختلالات طیف دوقطبی است که با حداقل یک دوره هیپومانیا و حداقل یک دوره افسردگی اساسی مشخص می‌شود [۲]. بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ به‌شدت تحت تأثیر استرس قرار می‌گیرند و استرس می‌تواند هم در شروع و هم در تشدید دوره‌های افسردگی یا هیپومانیا نقش داشته باشد [۲]. افراد مبتلابه این اختلال نسبت به افراد عادی به استرس حساس‌تر هستند و معمولاً رویدادهای زندگی را استرس‌زاتر از دیگران تلقی می‌کنند [۳]. هر حمله‌ای که فرد مبتلابه اختلال دوقطبی متحمل می‌شود به استرس زیادی برای خود او و خانواده وی منجر می‌شود [۴].

ازآنجایی‌که پرستاری آمیزه‌ای از علم، هنر و کاربرد ماهرانه دانش است، می‌تواند با هدف پیشگیری، درمان و توانبخشی در سطوح مختلف مراقبت‌های بهداشتی، در جهت مراقبت از افراد و رفع نیازهای فردی آن‌ها فعالیت کند [۵]. ارائه مراقبت‌های پرستاری مرتبط با نیاز بیمار و براساس یک دیدگاه کل‌نگر که هم خود بیمار و هم خانواده وی را پوشش دهد، می‌تواند اثربخشی مراقبت و درمان را افزایش دهد [۴]. به‌عنوان یک گروه حرفه‌ای، پرستاری با دانش منحصربه‌فرد خود و روشی که جهان را مفهوم می‌کند، شناخته می‌شود. این درک از طریق نظریه‌های پرستاری و نوشته‌های دانشگاهی درباره چیستی پرستاری و سهم پرستاری در مراقبت بیان شده است [۶]. دانش پرستاری به‌وسیله تئوری‌هایی که پایه و اساس عملکرد پرستاری را نشان می‌دهند، پیشرفت کرده است و نظریه‌ها به‌عنوان ابزاری برای بحث در مورد حرفه و عملکرد پرستاری هستند [۷].

یکی از مدل‌های مناسب در موقعیت‌های استرس‌زا، مدل سیستم‌های نیومن[1] است که به‌عنوان یکی از اولویت‌های اصلی در حوزه پرستاری شناخته می‌شود [۸]. این مدل با پوشش‌دهی پنج نیاز اساسی انسان شامل نیازهای فیزیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی-فرهنگی، تکاملی و معنوی، چارچوبی کل‌نگر را برای راهنمایی پرستاران فراهم می‌آورد [۹]. سه مفهوم کلیدی این مدل عبارت‌اند از استرس، هموستازی و ادراک بیمار؛ به‌طوری‌که نقش پرستار بر تمرکز بر عوامل مؤثر بر پاسخ فرد به استرسورها و حمایت از بیمار در برابر خطرات مرتبط با آن‌ها متمرکز است [۱۰]. برای دست‌یابی به ثبات بهینه بیمار، ارزیابی عوامل استرس‌زای ادراک‌شده توسط وی ازسوی پرستار ضروری است [۱۱]. نیومن استرسورها را به سه دسته درون‌فردی، بین‌فردی و برون‌فردی طبقه‌بندی می‌کند [۱۲] و تأکید دارد انسان دارای ساختار هسته‌ای شامل ویژگی‌های حیاتی پایه (مانند ژنتیک، تنظیم دمای بدن و غیره) است که از فرد در برابر استرسورها محافظت می‌نماید. این ساختارها با خطوط دفاعی نرمال (نشان‌دهنده وضعیت طبیعی و پایدار سیستم) و خطوط دفاعی منعطف (لایه بیرونی متشکل از متغیرهای شخصی) حمایت می‌شوند. خطوط مقاومت نیز هنگامی فعال می‌گردند که خط دفاعی نرمال توسط استرسورها نفوذپذیر شده باشد. مدل سیستمی نیومن با تکیه بر پاسخ فرد به استرس و مفاهیم کلیدی استرس، هموستازی و ادراک بیمار، ضمن تمرکز بر عوامل تأثیرگذار بر این پاسخ، حمایت مؤثری از بیمار در برابر خطرات احتمالی فراهم می‌کند [۱۰].

تمایز واضح میان سطوح سه‌گانه پیشگیری در مداخلات پرستاری جهت کاهش استرس، یکی از مزایای برجسته این مدل است. همچنین تمرکز ویژه آن بر پیشگیری، از منظر اجتماعی پذیرش بیشتری دارد، زیرا جامعه به نقش حیاتی پرستاران در نظام مراقبت‌های بهداشتی آگاه است. نقطه قوت دیگر این مدل، انعطاف‌پذیری آن به‌عنوان یک سیستم محرک-پاسخ است که پایه‌ای برای توسعه نظریه فراهم کرده و پلی میان نظریه پرستاری، پژوهش و عمل بالینی ایجاد می‌نماید [۱۳]. سیلوا و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای در مورد پیامدهای تشخیص ناهنجاری‌های جنینی طبق نظریه نیومن به این نتیجه دست یافتند که می‌توان با استفاده از این نظریه عوامل استرس‌زا در خطوط دفاعی زنان باردار را شناسایی و با مراقبت‌های تخصصی و ایجاد یک شبکه حمایتی، آن را برطرف کرد [۱۴]. اخلاقی و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود بر اضطراب بیماران تحت پیوند عروق کرونر، به این نتیجه دست یافتند که برنامه مبتنی بر نیومن یک مداخله مؤثر و کم هزینه است که ممکن است برای کاهش اضطراب در بیمارانی که در انتظار و تحت عمل جراحی بای‌پس عروق کرونری قلب[2] (CABG) هستند، اعمال شود و می‌تواند راهنمای خوبی در ارائه خدمات بهداشتی باشد [۱۱].

پرستاری یک حرفه علمی مبتنی بر تحقیقات کاربردی و براساس نظریه مبتنی بر شواهد است و مفاهیم متعددی در این حرفه بر هنر پرستاری و علوم نظری متمرکز شده است. بااین‌حال، بزرگترین چالش پیش روی پرستاری به‌عنوان یک رشته دانشگاهی، شکاف تئوری-عمل است که یک موضوع جهانی در پرستاری و مامایی است [۱۵]. نظریه‌های پرستاری اغلب به سبب محدودیت در کاربرد بالینی‌شان مورد نقد قرار گرفته‌اند و وجود شکاف میان نظریه و عمل، به‌عنوان یک چالش گسترده و پذیرفته‌شده در این رشته، به‌طور وسیع تأیید شده است [۱۶]. وجود نمونه‌های متعدد و فراگیر از مراقبت‌های پرستاری با کیفیت پایین، خصوصاً در حوزه نیازهای اساسی افراد، این سؤال را به‌طور جدی مطرح می‌نماید که آیا نظریه‌های

1. Neuman System Model (NSM)

2. Coronary Artery Bypass Graft (CABG)

پرستاری، مراقبت‌های بنیادی را به‌عنوان اولویت اصلی مد نظر قرار داده‌اند یا خیر [۷]. بنابراین این مطالعه با هدف تقویت پیوند میان نظریه و عمل بالینی پرستاری و کمک به کاهش شکاف موجود بین این دو حوزه، از طریق کاربرد عملی مدل سیستمی بتی نیومن در مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ انجام شده است.

روش کار

روش مورداستفاده در این مطالعه از نوع موردی است. مطالعه موردی یک روش پژوهش علمی و توصیفی است که به‌صورت عمیق و جامع به بررسی یک مورد خاص می‌پردازد. این مورد می‌تواند یک فرد، گروه، سازمان، رویداد یا حتی یک جامعه باشد که پژوهشگر آن را از جنبه‌های مختلف و در بستر واقعی زندگی مورد تحلیل قرار می‌دهد [۱۷]. پس از هماهنگی با سرپرستار و پزشک معالج، یک بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ به روش هدفمند انتخاب شد.

معیارهای انتخاب شامل تشخیص قطعی اختلال دوقطبی نوع ۲ براساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-نسخه پنجم[3]، تجربه حداقل یک دوره هیپومانیا و یک دوره افسردگی، داشتن استرسورهای متعدد و پیچیده در سطوح درون‌فردی، بین‌فردی و برون‌فردی، توانایی ارائه اطلاعات شفاهی و همکاری نسبی در مصاحبه بود. نمونه منتخب باتوجه‌به شواهد (طلاق اخیر، تعارض نقش مادری، فشار فرهنگی جامعه روستایی، وابستگی مالی و هذیان خودبزرگ‌بینی) و معرفی سرپرستار بخش روان‌پزشکی زنان، امکان بررسی عمیق کاربرد مدل سیستمی بتی نیومن را در یک موقعیت واقعی و پیچیده که موجب افزایش قابلیت انتقال‌پذیری یافته‌ها می‌گردد، فراهم آورد.

ابزار مطالعه

جمع‌آوری داده‌ها با سه روش اصلی انجام شد:

مصاحبه‌نیمه‌ساختاریافته

۶ مصاحبه جداگانه (۳ مصاحبه با بیمار و ۳ مصاحبه با مادر وی به‌عنوان مراقب اصلی) انجام گردید. مصاحبه‌ها در محیط آرام بخش روان‌پزشکی و با مدت‌زمان تقریبی ۳۰ تا ۴۵ دقیقه برای هر جلسه برگزار شد. راهنمای مصاحبه براساس مفاهیم مدل سیستمی بتی نیومن طراحی شده بود و شامل سؤالات باز در حوزه‌های زیر بود:

- عوامل استرس‌زای ادراک‌شده توسط بیمار (مثال: «به نظر شما چه چیزهایی در زندگی‌تان باعث ناراحتی، نگرانی یا اختلال در خلق شما شده است؟»)؛

- ادراک بیمار از نقش مادری، طلاق و فشارهای فرهنگی؛

- الگوهای خواب، انرژی، رفتارهای تکانشی و تعاملات اجتماعی قبل و حین بستری؛

- راهبردهای مقابله‌ای بیمار و خانواده؛

- نیازها و انتظارات بیمار از مراقبت‌های پرستاری.

مشاهده مستقیم

مشاهده رفتار بیمار (ظاهر، گفتار، خلق، عاطفه، تعاملات اجتماعی، رفتارهای تکانشی و علائم هذیان) توسط پرستار پژوهشگر در شیفت‌های مختلف و ثبت روزانه در چک‌لیست مشاهده مبتنی بر مدل نیومن.

بررسی پرونده پزشکی

شامل تاریخچه بیماری، گزارش‌های روان‌پزشکی، وضعیت دارویی و ثبت‌های پرستاری قبلی.

ارزیابی استرسورها براساس چارچوب مدل نیومن (درون‌فردی، بین‌فردی و برون‌فردی) و با استفاده از ابزارهای زیر انجام شد:

- فرم ارزیابی جامع مبتنی بر مدل سیستمی بتی نیومن[4]؛

- مقیاس شدت هذیان (براساس مشاهده و گزارش بیمار)؛

- ثبت ساعات خواب[5] توسط پرستاران بخش و گزارش بیمار؛

- مشاهده و ثبت تعاملات اجتماعی (با استفاده از چک‌لیست تعامل اجتماعی).

شرکت‌کننده در این مطالعه خانم مبتلابه اختلال دو قطبی نوع ۲، بستری در یک بخش روان‌پزشکی زنان یک بیمارستان آموزشی-درمانی دانشگاهی در شهر همدان بود. بیمار خانم مطلقه، ۲۵ ساله و دارای یک فرزند دختر ۵ ساله می‌باشد. تاریخچه روان‌پزشکی دقیق بیمار از طریق مصاحبه با بیمار و مادرش (مراقب اصلی)، مشاهده مستقیم و بررسی پرونده پزشکی جمع‌آوری گردید (جدول شماره ۱). ارزیابی وضعیت روانی بیمار نیز در زمان پذیرش انجام شد (جدول شماره ۲).

او در سال ۱۴۰۲ از همسرش طلاق گرفته است و با دخترش در منزل پدری و نزد مادر و پدرش زندگی می‌کند. نخستین علائم در ۱۹ سالگی مصادف با سال اول ازدواجش به‌صورت عدم علاقه به برقراری ارتباط با همسر، مداومت بر گفتن این جمله که «من خواستگاران زیادی در فامیل داشتم و همه پسران فامیل تمایل داشتند با من ازدواج کنند» و برقراری ارتباط تلفنی با مرد

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)

4. Neuman Systems Model Assessment Tool
5. Sleep Log

جدول ۱. تاریخچه روان‌پزشکی بیمار

مؤلفه	جزئیات
شکایت اصلی (Chief Complaint)	احساس بی‌قراری دارم و همه مردها می‌خواهند با من ارتباط برقرار کنند. گزارش مادر: پرخاشگر شده، مدام از خواستگارهای زیاد حرف می‌زند و خوب نمی‌خوابد.
تاریخچه بیماری فعلی (HPI)	بیمار زن ۲۵ ساله مطلقه و مادر یک دختر ۵ ساله است. علائم بیماری از ۱۹ سالگی (سال اول ازدواج) شروع شد. دوره‌های خلق بالا با هذیان خودبزرگ‌بینی (اعتقاد به اینکه بسیاری از مردان فامیل خواستگار او هستند)، آرایش غلیظ، ارتباط تلفنی با مردان دیگر، ولخرجی، رقصیدن طولانی و کاهش نیاز به خواب (۴–۵ ساعت) همراه بود. این دوره‌ها با دوره‌های کوتاه‌تر خلق پایین شامل بی‌انرژی، تحریک‌پذیری، غمگینی و عدم رسیدگی به فرزند متناوب می‌شدند. سابقه اقدام به خودکشی یا خشونت نسبت به دیگران گزارش نشده است. اپیزود فعلی ۲ هفته پیش از بستری با افزایش تحریک‌پذیری، پرخاشگری کلامی نسبت به خانواده، هذیان خودبزرگ‌بینی و اختلال خواب آغاز شد که به دومین بستری روان‌پزشکی منجر گردید.
تاریخچه روان‌پزشکی گذشته (PMH)	- اولین بستری روان‌پزشکی در سال ۱۴۰۲ به‌مدت ۱۰ روز به‌دلیل پرخاشگری با همسر که پس از آن طلاق رخ داد. - تشخیص اختلال دوقطبی نوع ۲. - پیگیری و مصرف دارو پس از ترخیص نامنظم بوده است. - عدم سابقه شوک الکتریکی (ECT) یا اقدام به خودکشی.
تاریخچه مصرف مواد	انکار مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر
تاریخچه روان‌پزشکی خانوادگی	توسط بیمار و مادر گزارش نشده است.
تاریخچه پزشکی	عدم وجود بیماری پزشکی مزمن شناخته‌شده علائم حیاتی در زمان پذیرش طبیعی
تاریخچه اجتماعی	- تحصیلات: تا اول راهنمایی. - شغل: بیکار، وابستگی مالی به پدر. – وضعیت زندگی: پس از طلاق در سال ۱۴۰۲ همراه با دختر و والدین در منطقه روستایی زندگی می‌کند. - سیستم حمایتی: حمایت والدین؛ فاقد دوست صمیمی.

نشریه پرستاری ایران

جدول ۲. ارزیابی وضعیت روانی در بدو پذیرش

مؤلفه	یافته‌ها
ظاهر	آرایش غلیظ، لباس‌های رنگارنگ، آراسته، به نظر بزرگ‌تر از سن واقعی می‌رسد.
رفتار	بی‌قرار، فعالیت روان‌حرکتی زیاد (بلند شدن مکرر و راه رفتن در اتاق)، همکاری‌کننده اما به‌راحتی حواس‌پرت.
گفتار	افزایش سرعت و حجم گفتار ، پرحرفی، پرت‌گویی (Circumstantial).
خلق	بالا و تحریک‌پذیر.
عاطفه	ناپایدار، متغیر بین شادمانی و تحریک‌پذیری.
فرآیند تفکر	پرش افکار، گاهی شل شدن تداعی‌ها.
محتوای تفکر	هذیان خودبزرگ‌بینی عدم وجود افکار خودکشی یا آسیب به دیگران.
ادراک	عدم وجود توهم شنیداری یا بینایی گزارش‌شده یا مشاهده‌شده.
شناخت	هوشیار و آگاه به شخص، مکان و زمان. توجه کمی مختل، حافظه طبیعی.
بینش	ضعیف (آگاهی محدود نسبت به بیماری و نیاز به درمان).
قضاوت	مختل (شواهد: رفتارهای تکانشی و تصمیم‌گیری ضعیف در طول اپیزود).

نشریه پرستاری ایران

دیگری آغاز شده است. احساس خودبزرگ‌بینی، اعتمادبه‌نفس زیاد، تمایل به آرایش، ارتباط با سایر مردان به غیر از همسر، ولخرجی، صرف زمان زیادی در طول روز به رقصیدن، اختلالات خواب نیز طبق شرح حال اخذشده از مادر بیمار، از همان اوایل ازدواج ایشان مشاهده شده است. دوره‌های کاهش انرژی به‌صورت بدخلقی، غمگینی و کاهش انرژی و عدم رسیدگی به امور فرزند نیز ذکر شد که نسبت به دوره‌های خلق بالا کوتاه و کم تکرار بوده است. سابقه خودکشی و آسیب به خود یا دیگران را ذکر نمی‌کند. مبادرت به انجام شغل خاصی نمی‌کند و هزینه‌های وی در حال حاضر توسط پدرش تأمین می‌شود. دومین نوبت بستری می‌باشد. اولین بستری در سال ۱۴۰۲ و به‌مدت ۱۰ روز به دنبال پرخاشگری با همسر بوده است که پس از آن طلاق گرفته است. همسر وی راننده بوده است و از نظر مالی مشکل خاصی ذکر نمی‌کند و ازدواج با وی را به میل خود و بدون اصرار خانواده ذکر می‌کند. از نظریه پرستاری مدل سیستمی بتی نیومن برای بررسی این بیمار استفاده شد. ابتدا اطلاعات بیمار با استفاده از مصاحبه، مشاهده و بررسی پرونده بستری بیمار جمع‌آوری شد. مصاحبه در یکی از اتاق‌های بخش روان‌پزشکی زنان و با هدف بررسی اطلاعات پایه و زمینه‌ای و بررسی عوامل استرس‌زا از دید بیمار انجام شد. همچنین مصاحبه دیگری با مادر بیمار که مراقب اصلی وی محسوب می‌شد، با هدف تکمیل اطلاعات و راستی‌آزمایی گفته‌های بیمار هماهنگ و انجام شد. سپس وضعیت عمومی بیمار براساس عوامل استرس‌زا و مطابق با مدل نیومن ارزیابی شد. عوامل استرس‌زای بالقوه و بالفعل برای بیمار اعم از درون فردی، بین فردی و برون فردی مورد ارزیابی قرار گرفت. اهداف و راهبردهای مناسب برای اقدام تعیین شد. با شناسایی عوامل استرس‌زای بالقوه مداخلات در سطح اول پیشگیری انجام شد و با کاهش احتمال مواجهه با عامل استرس‌زا و تقویت خط دفاعی از تأثیر آن‌ها بر خط دفاع طبیعی پیشگیری شد. در صورت یافتن عوامل استرس‌زای واقعی، بیمار در سطح دوم پیشگیری قرار می‌گرفت. ادراک پرستار به‌عنوان یکی از مراحل NSM دررابطه‌با عوامل استرس‌زای بیمار در نظر گرفته شد. در سطح دوم پیشگیری، مداخلات برای کاهش عوامل استرس‌زا که باعث آسیب به خط دفاعی طبیعی و انعطاف‌پذیر می‌شود، شناسایی شد. هدف این مداخله تقویت خطوط دفاعی داخلی برای کاهش واکنش بود. در حضور عوامل استرس‌زا، مداخله در سطح سوم پیشگیری انجام شد. پس از ترخیص، پیگیری بیمار به‌مدت ۲ ماه از طریق تماس‌های تلفنی منظم (۲ بار در هفته در ماه اول و ۱ بار در هفته در ماه دوم) توسط پرستار پژوهشگر انجام شد. در این تماس‌ها وضعیت خلقی، هذیان‌ها، الگوی خواب، عملکرد نقش مادری، سطح استرس و پایبندی به درمان ارزیابی گردید. اطلاعات حاصل از پیگیری تلفنی در ارزش‌یابی نهایی نتایج مداخلات لحاظ شد.

یافته‌ها

مرحله اول، شناسایی عوامل استرس‌زا

طبق نظریه بتی نیومن، عوامل استرس‌زا به‌عنوان نیروهایی تعریف می‌شوند که تعادل و ثبات سیستم فرد را تهدید می‌کنند و می‌توانند در سه حوزه مختلف بروز کنند [۱۷]:

عوامل استرس‌زا درون فردی[۶]

این عوامل در داخل فرد و درونی هستند و شامل متغیرهای فیزیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی-فرهنگی، تکاملی و معنوی می‌شوند.

عوامل استرس‌زا بین فردی[۷]

این عوامل ناشی از تعاملات و روابط بین فردی هستند.

عوامل استرس‌زا برون فردی یا محیطی[۸]

این عوامل در محیط بیرونی فرد قرار دارند.

سازماندهی محیط برای بیمار، در روزهای اجرای مداخله انجام شد. جهت آموزش و اثرگذاری بر بیمار، وضعیت روحی و جسمی وی ارزیابی شد و زمان مناسب انتخاب شد. مصاحبه‌ای با تمرکز بر بیمار در مورد عوامل استرس‌زای زندگی او و روش‌های مقابله‌ای ناکارآمدی که استفاده کرده بود انجام شد. همچنین مصاحبه‌ای برای بررسی ایده‌های بیمار انجام شد. خودارزیابی‌های وی از ویژگی‌های مثبت و منفی خود مورد بررسی قرار گرفت.

محیط بیمار باتوجه‌به احتمال خشونت علیه خود ارزیابی شد. در مورد این موضوع با بیمار مصاحبه‌ای انجام شد. پاسخ بیمار به سؤال در مورد خودکشی این بود: «من باید زندگی کنم و مراقب دخترم باشم». همچنین جلسه‌ای با تمرکز بر این موضوع که به بعد از ترخیص چه کارهایی می‌توان انجام داد، انجام شد.

در جدول شماره ۳، اطلاعات بررسی‌شده براساس نظریه بتی نیومن آورده شده است.

مرحله دوم، تشخیص‌های پرستاری

در مرحله دوم، پرستار یک سیستم پرستاری طراحی می‌کند و برای ارائه مراقبت‌های پرستاری برنامه‌ریزی می‌کند. اهداف بیمار متناسب با تشخیص‌های پرستاری ایجاد می‌شوند، اقدامات جهت نیل به هر هدف بیان می‌شوند و سیستم‌های پرستاری برای غلبه بر عوامل استرس‌زای فرد طراحی می‌شوند.

6. Intrapersonal
7. Interpersonal
8. Extrapersonal

جدول ۳. عوامل استرس‌زا براساس نظریه بتی نیومن

		عوامل استرس‌زا
عوامل درون فردی	فیزیولوژیکی	سیستم تنفسی: تعداد تنفس: ۱۸ در دقیقه. سیستم قلبی عروقی/ نبض: ۸۵ در دقیقه. فشار خون: ۱۳۰/۸۰ میلی‌متر جیوه؛ شاخص توده بدن: ۱۹ دستگاه تناسلی ادراری: بدون مشکل فعالیت–ورزش: در دوره‌های خلق بالا فعالیت زیاد به‌صورت رقصیدن طولانی‌مدت و در دوره‌ای خلق پایین کاهش فعالیت دارد. دستگاه گوارش: اجابت مزاج منظم (مدفوع ۱ بار در روز). سیستم عصبی: هوشیار، آگاه به مکان، زمان و افراد ، بدون مشکل در توجه یا حافظه. سیستم غدد درون‌ریز: سابقه بیماری مربوط به سیستم غدد درون‌ریز وجود ندارد. خواب و استراحت: گهگاهی کاهش ساعت خواب به میزان ۴–۵ ساعت در روز
	روان شناختی	توهم شنوایی و لامسه ندارد. هذیان خودبزرگ‌بینی به‌صورت«تمایل همه مردان به برقراری ارتباط با وی» مشاهده شد. به دنبال دوره‌های بستری و بیماری در ایفای نقش مادری خود احساس ضعف و گناه می‌کند و نگران است. بی‌انگیزگی تحریک‌پذیری و بی‌قراری ترس و نگرانی از آینده
	اجتماعی فرهنگی	بیمار تا کلاس اول راهنمایی درس خوانده است. پس از جدایی از همسرش، با مادر و پدرش زندگی می‌کند. در روستا زندگی می‌کنند و محیط فرهنگی روستا به‌علت طلاق و وضعیت روانی، وی را تحت فشار قرار می‌دهد.
	معنوی	او اظهار داشت که گاهی دعا می‌خواند و به خدا اعتقاد دارد.
	تکاملی	زندگی پس از طلاق با پدر و مادر پررنگ شدن نقش مادری پس از طلاق باتوجه‌به نبود پدر در کنار فرزندش
عوامل بین فردی		خانواده‌اش از او حمایت می‌کنند. دوست صمیمی ندارد. به‌دلیل دوره‌های شیدایی، در برقراری ارتباط با سایرین دچار مشکل می‌شود.
عوامل بیرونی		طلاق داشتن فرزند خردسال نیاز مالی فشار فرهنگی طلاق در محیط زندگی تغییر محیط زندگی

نشریه پرستاری ایران

تشخیص‌ها بر سه سطح پیشگیری تأکید دارند:

- پیشگیری اولیه: پیشگیری از بروز مشکلات و کاهش عوامل استرس‌زا.

- پیشگیری ثانویه: شناسایی زودهنگام و مداخله برای کاهش شدت مشکلات.

- پیشگیری ثالثیه: کاهش عوارض و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مزمن یا آسیب‌دیده.

در جدول شماره ۴ تشخیص‌ها و اقدامات پرستاری براساس تئوری بتی نیومن آورده شده است.

مداخلات پرستاری مبتنی بر مدل سیستمی بتی نیومن در کنار درمان دارویی و همکاری با تیم روان‌پزشکی به بهبود وضعیت بیمار منجر گردید. به‌طور خاص، هذیان خودبزرگ‌بینی بیمار به‌تدریج کاهش یافت، رفتارهای پرخاشگرانه کلامی به‌طور کامل قطع شد، الگوی خواب بهبود یافت، مهارت‌های مقابله‌ای و کنترل هیجان تقویت گردید و احساس کفایت وی در ایفای نقش مادری افزایش پیدا کرد. بیمار و مادرش نیز کاهش استرس و بهبود کلی عملکرد را گزارش کردند. در جدول شماره ۵ تغییرات بالینی بیمار قبل و بعد از مداخلات پرستاری مبتنی بر مدل نیومن آورده شده است.

بحث

هرچند درمان دارویی نقش اساسی در کنترل علائم حاد اختلال دوقطبی نوع ۲ دارد، اما کاربرد مدل سیستمی بتی نیومن در فرآیند پرستاری، با تمرکز بر شناسایی و مدیریت استرسورها در سه سطح پیشگیری، توانست به‌طور مؤثر در تقویت خطوط دفاعی بیمار، بهبود مهارت‌های انطباقی و ارتقای کیفیت زندگی وی نقش مکمل و ارزشمندی ایفا کند. بنابراین، ادغام این مدل با درمان دارویی می‌تواند رویکردی جامع فراهم آورد. نظریه نیومن این امکان را می‌دهد تا عوامل استرس‌زایی که بر خطوط دفاعی بیماران مبتلابه دوقطبی تأثیر می‌گذارند شناسایی شود و با مراقبت‌های تخصصی و ایجاد یک شبکه حمایتی کنترل شوند. به گفته نیومن، پرستاری تنها حرفه‌ای است که پاسخ افراد به عوامل استرس‌زا را ازنظر همه متغیرها بررسی می‌کند [۱۸]. این مدل، ادراکات مددجو از نیازها را در نظر می‌گیرد و مشارکت با مراقبین را برای حفظ، دستیابی

جدول ۴. تشخیص‌ها و اقدامات پرستاری

تشخیص پرستاری	هدف	اقدام پرستاری(حفاظت سطح دوم و سوم)	ارزشیابی
اختلال در فرآیند تفکر در ارتباط با ناتوانی در سازماندهی افکار، تمرکز و قضاوت	بیمار بتواند تفکرات خودبزرگ‌بینی و رفتارهای غیرمعمول خود را کنترل نماید.	حمایت روانی با صحبت کردن و اختصاص وقت به بیمار آموزش مهارت‌های سازماندهی افکار استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی کمک به تمرکز بیمار حفظ ارتباط مؤثر و صبورانه با بیمار برای کاهش اضطراب و افزایش اعتماد. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تفکر انتقادی برای کمک به سازماندهی افکار. همکاری با تیم روان‌پزشکی برای تنظیم داروهای ضدروان‌پریشی در صورت نیاز. حمایت از بیمار در تصمیم‌گیری‌های روزمره و قضاوت منطقی.	تفکر و قضاوت بیمار در طول مدت بستری نسبت به قبل بهتر شد. تعداد بیان هذیان‌ها از متوسط ۸–۱۰ بار در روز در هفته اول به کمتر از ۲ بار در روز در هفته چهارم کاهش یافت (براساس مشاهده مستقیم و ثبت روزانه پرستار)
خطر آسیب به خود و دیگران درارتباط با وجود افکار یا رفتارهای پرخاشگرانه	کنترل نوسانات خلقی و رفتارهای آسیب‌رسان‌احتمالی	ارزیابی دقیق رفتار پرخاشگرانه شامل مشاهده علائم هشداردهنده مانند نگرش خصمانه، تحریک‌پذیری، تهدید به آسیب رساندن به خود یا دیگران و کنترل ناکافی تکانه‌ها نظارت مستمر و مکرر بر بیمار بویژه در زمان‌های بحرانی و هنگام باز بودن درهای خروجی بخش، حداقل هر ۱۵ دقیقه کنترل وضعیت‌بیمار. ایجاد محیط امن و آرام برای کاهش تحریک‌پذیری، حذف عوامل محرک پرخاشگری. برقراری ارتباط موثر، حمایت عاطفی و تشویق بیمار به بیان احساسات و افکار به‌صورت کلامی به‌جای رفتار پرخاشگرانه. آموزش مهارت‌های کنترل خشم و مدیریت هیجان به بیمار و پرستاران برای پیشگیری از خشونت. همکاری تیمی با روانپزشک برای تنظیم داروهای ضدروان‌پریشی یا ضداضطراب در صورت نیاز. استفاده از روش‌های ساختاریافته ارزیابی خطر پرخاشگری برای پیش‌بینی و کاهش رفتارهای خشونت‌آمیز	تعداد حملات پرخاشگری کلامی از ۴–۵ بار در روز به صفر رسید و بیمار در ۲ هفته آخر هیچ پرخاشگری گزارش نشد. بیمار توانست در موقعیت‌های استرس‌زا از تکنیک‌های تنفس عمیق و ذهن‌آگاهی استفاده کند (مشاهده مستقیم) و گزارش داد احساس کنترل بیشتری بر هیجانات خود دارد.
اختلال در تعاملات اجتماعی به‌صورت کاهش توانایی برقراری ارتباط مؤثر و مدیریت روابط	کنترل روابط ناهنجار، بهبود روابط با دوستان	آموزش مهارت‌های ارتباطی آموزش بیمار برای استفاده از مهارت‌های گفتاری و شنیداری مؤثر، بیان احساسات و نیازها به شیوه مناسب. تمرین مهارت‌های اجتماعی، استفاده از بازی‌های نقش، تمرین در موقعیت‌های اجتماعی کنترل شده و تشویق به برقراری ارتباط با دیگران. حمایت روانی و انگیزشی با تقویت اعتمادبه‌نفس بیمار و کاهش اضطراب مرتبط با تعاملات اجتماعی. ایجاد محیط حمایتی به صورت فراهم کردن فضایی امن و بدون قضاوت برای تمرین مهارت‌های اجتماعی. همکاری با خانواده و تیم درمانی برای تقویت و تداوم مهارت‌های اجتماعی در محیط‌های مختلف.	بیمار از انزوا و اجتناب اولیه به برقراری ارتباط مناسب با سایر بیماران و کادر درمان (مشارکت در جلسات گروهی و گفت‌وگوی داوطلبانه) پیشرفت کرد.
اختلال در الگوی خواب	بهبود کاهش نیاز به خواب	فراهم کردن یک برنامه منظم روزانه ایجاد محیط خواب مناسب: کاهش نور و صدا، تنظیم دمای اتاق، فراهم کردن تخت راحت. آموزش به بیمار درباره بهداشت خواب شامل رعایت ساعت خواب منظم، اجتناب از کافئین و فعالیت‌های تحریک‌کننده قبل از خواب. استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی مانند تنفس عمیق، مدیتیشن و موسیقی ملایم. مدیریت علل زمینه‌ای مانند کنترل درد، اضطراب یا تنظیم داروها با همکاری تیم درمانی. تشویق به فعالیت بدنی منظم در طول روز ولی نه نزدیک به زمان خواب. در صورت نیاز، همکاری با پزشک برای استفاده از داروهای خواب‌آور طبق نظر پزشک	ساعات خواب شبانه از ۴–۵ ساعت در ابتدای بستری به ۷–۸ ساعت در هفته‌های سوم و چهارم افزایش یافت (ثبت‌شده توسط پرستاران بخش و گزارش بیمار و مادر). علائم مرتبط مانند کاهش تمرکز و تحریک‌پذیری بهبود یافت. اضطراب و تنش‌های مرتبط با اختلال خواب تقلیل یافت

تشخیص پرستاری	هدف	اقدام پرستاری(حفاظت سطح دوم و سوم)	ارزشیابی
تعارض نقش مادری	کمک در ایفای نقش مادری	ارائه آموزش‌های لازم درباره مهارت‌های مادری و مدیریت استرس. حمایت روانی و ایجاد فضای گفت‌وگو برای بیان نگرانی‌ها و مشکلات. تشویق به استفاده از منابع حمایتی مانند خانواده، دوستان و گروه‌های حمایتی. کمک به برنامه‌ریزی و سازماندهی وظایف مادری به‌منظور کاهش بار روانی.	احساس کفایت در ایفای نقش مادری براساس گزارش بیمار و مادر از «ضعیف» به «متوسط تا خوب» ارتقا یافت و کیفیت تعامل مادر–دختر در زمان ملاقات‌ها بهبود یافت.
ضعف در خودکنترلی به‌صورت رفتارهای تکانشی و عدم توانایی کنترل هیجانات	بهبود رفتارهای تکانشی مانند رقص زیاد، آرایش بیش از حد	تمرینات تنفس عمیق، مدیتیشن و فعالیت بدنی منظم آموزش مهارت‌های اجتماعی رفتار درمانی جهت توسعه مهارت‌های فردی و افزایش خودآگاهی آموزش به بیمار که قبل از انجام رفتار تکانشی تأمل کند و با موقعیت‌های تحریک‌کننده به شیوه‌ای کنترل‌شده‌تر مواجه شود. مهارت ذهن‌آگاهی (Mindfulness) که به فرد کمک می‌کند در لحظه حال هوشیار باشد و کنترل بیشتری بر رفتارهای لحظه‌ای خود داشته باشد.	طبق گفته خود بیمار و مادر وی، رفتارهای تکانشی کاهش و کنترل بیمار بر خود در طول مدت بستری و همچنین پس از ترخیص افزایش یافت.
اختلال در مراقبت از خود و دیگران	بهبود توانایی رسیدگی به امور فرزند و مسئولیت‌های روزمره خود	آموزش مهارت‌های مراقبتی به بیمار و خانواده برای بهبود خودمراقبتی. حمایت روانی و انگیزشی برای افزایش اعتمادبه‌نفس و استقلال. کمک به سازماندهی فعالیت‌های روزمره و ایجاد برنامه منظم مراقبت. همکاری با تیم درمانی برای مدیریت علل زمینه‌ای مانند دارودرمانی، توانبخشی و روان‌درمانی. فراهم کردن محیط امن و مناسب برای انجام فعالیت‌های مراقبتی	توانایی بیمار در مراقبت از خود و دیگران افزایش یافت. احساس کفایت و استقلال در بیمار بهبود یافت.

نشریه پرستاری ایران

و حفظ هدف کل‌نگر سلامتی مطلوب سیستم مشتری تشویق می‌کند. همچنین برای سازماندهی و هدایت فعالیت‌های مراقبتی با مددجو به‌عنوان تمرکز مرکزی طراحی شده است [۱۹]؛ و ارزیابی جامعی در زمینه مراقبت در اختیار پرستار قرار می‌دهد و توضیح می‌دهد چگونه می‌توان از مداخلات پیشگیری اولیه، سطح دوم و سوم در حل مسئله استفاده کرد. استفاده از مدل سیستم‌های نیومن برای کمک به درک نیروهای محیطی که بر سیستم مراجعین تأثیر می‌گذارند، بینش پرستاران را در مورد توانایی مقابله خانواده ارائه می‌دهد [۲۰].

در این مطالعه موردی، مدل نیومن توانست استرسورهای پیچیده و چندلایه بیمار را به‌خوبی شناسایی کند. هذیان خودبزرگ‌بینی (استرسور درون‌فردی روان‌شناختی)، تعارض نقش مادری و طلاق اخیر (استرسورهای بین‌فردی و برون‌فردی) و فشار فرهنگی جامعه روستایی (استرسور برون‌فردی) به‌خوبی در سه سطح پیشگیری مورد توجه قرار گرفتند. مدل با تأکید بر ادراک بیمار از استرسورها، اجازه داد تا هذیان‌های بیمار به‌عنوان واقعیت ادراک‌شده توسط او جدی گرفته شود و بدون مقابله مستقیم، از طریق تکنیک‌های سازماندهی افکار و آرام‌سازی مدیریت گردد. این رویکرد باعث کاهش تدریجی هذیان‌ها بدون

جدول ۵. تغییرات بالینی بیمار قبل و بعد از مداخلات پرستاری مبتنی بر مدل نیومن

متغیر	قبل از مداخله	بعد از مداخله (پایان هفته چهارم)	روش ارزیابی
هذیان خودبزرگ‌بینی	۸–۱۰ بار در روز	کمتر از ۲ بار در روز	مشاهده مستقیم و ثبت روزانه
پرخاشگری کلامی	۴–۵ بار در روز	صفر	مشاهده و گزارش پرستاران
ساعات خواب شبانه	۴–۵ ساعت	۷–۸ ساعت	ثبت پرستاران+گزارش بیمار
سطح تحریک‌پذیری	بالا	خفیف تا متوسط	مشاهده بالینی
همکاری در درمان	متوسط	خوب	گزارش تیم درمان

ایجاد مقاومت بیمار شد. تمرکز بر سه سطح پیشگیری بسیار کاربردی بود. پیشگیری ثانویه (حمایت روانی حین بستری) و پیشگیری ثالثیه (آموزش مهارت‌های مادری و انطباق) به بیمار کمک کرد تا پس از کنترل علائم حاد، به سمت بازسازی خط دفاعی نرمال حرکت کند. درگیر کردن مادر به‌عنوان مراقب اصلی، یکی از نقاط قوت مدل بود که باعث تقویت حمایت خانوادگی و تداوم مراقبت پس از ترخیص شد.

یکی از نقاط قوت بارز مدل نیومن، توجه به زمینه فرهنگی-اجتماعی بیمار است. در کشورهای غربی، تمرکز اصلی اغلب بر استرسورهای فردی و خانوادگی است، درحالی‌که در جامعه ایران، به‌ویژه در مناطق روستایی، عوامل برون‌فردی مانند فشارهای فرهنگی شدید نسبت به طلاق، برچسب‌زنی اجتماعی به زنان مطلقه، انتظارات سنتی از نقش مادری و وابستگی مالی به خانواده پدر، بار استرس زایی بسیار بیشتری ایجاد می‌کنند. در مطالعه حاضر، این استرسورهای اجتماعی-فرهنگی نقش محوری در تشدید علائم بیمار داشتند. مدل نیومن با طبقه‌بندی این عوامل در دسته برون‌فردی، امکان مداخله هدفمند را فراهم کرد. این یافته با مطالعات ایرانی همخوان است که نشان می‌دهند بیماران زن ایرانی مبتلابه اختلالات خلقی، فشارهای جنسیتی و اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند [۲۱، ۲۲].

از منظر بالینی، تأکید مدل بر ادراک بیمار از استرسورها بسیار ارزشمند بود. به‌جای مقابله مستقیم با هذیان خودبزرگ‌بینی، پرستار با پذیرش ادراک بیمار و استفاده از تکنیک‌های حمایتی، توانست به‌تدریج افکار بیمار را سازماندهی کند. این رویکرد با مطالعات سان و همکاران [۲۳] همسو است. مطالعات متعددی کاربرد مدل نیومن را در زمینه مراقبت‌های پرستاری برای رفاه بهینه بیماران [۲۴]، درک نیازهای مراقبتی و مراقبت‌های پرستاری مناسب، کارامد و میتنی بر شواهد در بیماران مزمن خصوصاً افراد مبتلابه سرطان کولورکتال [۲۱] و همچنین مقابله با افسردگی در کووید-۱۹[9] [۲۵]، مثبت ارزیابی کردند. سادات حسینی و همکاران، تمرکز نظریه نیومن را بر ارائه خدمات پرستاری با دیدی جامعه‌نگر تعریف کرده‌اند و توانمندسازی پرستاران در استفاده از این نظریه را برای ارائه برنامه‌های مراقبتی به فرد و جامعه لازم دانستند [۲۲]. لاریجانی و همکاران (۲۰۱۹)، استفاده از نظریه سیستم‌های نیومن را موجب کاهش استرس مددجویان و اجرای مداخلات پرستاری براساس این نظریه را کمک به ارتقای مراقبت از مددجویان عنوان کردند [۲۶] و خطیبان و همکاران (۲۰۱۶) استفاده از این نظریه را با ارائه راهکارهای مناسب موجب کاهش استرس و رضایت‌بخشی نتایج درمانی ذکر کردند [۲۷].

مطالعات بین‌المللی نیز مراقبت‌های ارائه‌شده به بیمار براساس مدل بتی نیومن را از جنبه‌های مختلف مؤثر دانستند. باشگل و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود در بیماران مبتلابه افسردگی، آموزش روانی مبتنی بر مدل سیستم‌های نیومن را در کاهش سطح افسردگی، افزایش سطح عزت نفس، افزایش مهارت‌های حل مسئله، تشویق افراد به جست‌وجوی حمایت اجتماعی برای راهبردهای مقابله‌ای و کاهش استفاده از راهبرد اجتناب مؤثر دانست [۲۸]. دینیز و همکاران (۲۰۱۹)، تأثیر مداخلات پرستاری براساس نظریه نیومن را در کاهش سطح اضطراب و استرس بیماران قبل از جراحی عروق مؤثر دانستند [۲۹]. سلطان و همکاران (۲۰۱۸)، مدل سیستم نیومن را یک مدل مؤثر دانستند که به‌راحتی در مراقبت از بیماران سکته مغزی قابل‌استفاده است و پرستاران با به‌کارگیری پیشگیری به‌عنوان مداخله نقش کلیدی در کاهش عوامل استرس‌زا دارند [۱۳].

با وجود مزایا، مدل نیومن در این مورد با چالش‌هایی نیز مواجه بود. اختلال دوقطبی نوع ۲ دارای نوسانات خلقی شدید و غیرقابل‌پیش‌بینی است که گاهی خطوط دفاعی بیمار را به سرعت تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، نیاز به انعطاف‌پذیری بالا و بازارزیابی مکرر استرسورها وجود داشت. همچنین مدل کمتر به جنبه‌های زیستی-دارویی (مانند اختلال در انتقال‌دهنده‌های عصبی) پرداخته است که در اختلالات خلقی بسیار تعیین‌کننده هستند. به همین دلیل موفقیت مداخلات پرستاری بدون درمان دارویی هم‌زمان محدود به نظر می‌رسد.

محدودیت‌های مطالعه

این مطالعه موردی دارای محدودیت‌هایی است. مهم‌ترین محدودیت، تکیه نسبی بر گزارش‌های بیمار و مادر وی (به‌عنوان مراقب اصلی) در ارزیابی برخی متغیرها مانند شدت هذیان‌ها، سطح استرس، کیفیت خواب و احساس کفایت نقش مادری بود. این امر می‌تواند به سوگیری گزارش‌دهی منجر شود، زیرا بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی نوع ۲ ممکن است در دوره‌های خلق بالا، علائم خود را کم‌اهمیت جلوه دهند یا در دوره‌های افسردگی، آن را شدیدتر گزارش کنند. همچنین، مادر بیمار به‌عنوان مراقب اصلی نیز ممکن است تحت تأثیر فشارهای عاطفی و فرهنگی، گزارش‌هایی با سوگیری ارائه دهد.

برای کاهش این سوگیری، از روش‌های مثلث‌سازی[10] شامل مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، مشاهده مستقیم پرستار و بررسی پرونده پزشکی استفاده شد؛ بااین‌حال، استفاده از ابزارهای استاندارد روان‌سنجی می‌توانست ارزیابی دقیق‌تری فراهم کند. علاوه‌براین ماهیت مطالعه موردی و نمونه تک‌نفره قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌سازد.

9. COVID-19

10. Triangulation

نتیجه‌گیری

این مطالعه یک چارچوب مفهومی برای پرستاران در استفاده از مدل سیستم‌های نیومن بر بیماران دوقطبی را ارائه می‌دهد. انجام این مطالعه موردی نشان داد براساس مدل نیومن می‌توان مراقبت‌های پرستاری مؤثری باتوجه‌به عوامل استرس‌زا برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی انجام داد. این نظریه می‌تواند چارچوب ارزشمندی برای مراقبت از بیمار ارائه کند و با کاهش استرس و اضطراب وی، مسیر درمان را تسهیل نماید. پرستاران شاغل در بخش‌های روان پزشکی نیز می‌توانند نقش برجسته‌ای در بهبود عملکرد این بیماران و خصوصاً بیماران مبتلابه دوقطبی با استفاده از این مدل، ایفا کنند. نادیده گرفته شدن این بیماران در جامعه، برچسب‌های کلیشه‌ای، تجربیات منفی و شکست‌های مداوم در زمینه‌های مختلف زندگی، موجب شکننده بودن آن‌ها شده است و نیاز هرچه بیشترشان به برقراری رابطه‌ای مبتنی بر احترام و باتوجه‌به جنبه‌های درمانی را می‌افزاید. بنابراین با دنبال کردن مراحل چارچوب مدل سیستم‌های نیومن، پرستاران می‌توانند مراقبت‌های جامع و مؤثری را برای بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی ارائه دهند و به نگرانی‌های فوری و سلامتی طولانی‌مدت آنان رسیدگی کنند. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با استفاده از مدل سیستم‌های نیومن به‌عنوان یک چارچوب مفهومی بر روی مراقبین بیماران دوقطبی انجام شود. همچنین این مطالعه به‌علت موردی بودن قابلیت تعمیم محدودی دارد بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با حجم نمونه بیشتری تکرار شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

قبل از شروع مطالعه، رضایت آگاهانه کتبی از بیمار و مادر وی اخذ شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد مشارکت داوطلبانه است و می‌توانند در هر زمان بدون تأثیر بر درمان، از مطالعه خارج شوند. تمام اطلاعات با رعایت کامل اصل محرمانگی و بدون ذکر هویت بیمار استفاده و منتشر خواهد شد. این پژوهش با کد اخلاق (IR.UMSHA.REC.1403.907) در کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان تصویب شد.

حامی مالی

این پژوهش هیچ حمایت مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و تفسیر داده‌ها، نگارش اولیه پیش‌نویس: پریسا رستمی؛ نظارت، مفهوم‌سازی، بررسی و ویرایش پیش‌نویس، تأیید نهایی نسخه ارسالی: فاطمه چراغی؛ خدایار عشوندی: نظارت، بررسی و ویرایش پیش‌نویس: خدایار عشوندی و سید رضا برزو؛ خوانش و تأیید نسخه نهایی مقاله: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

استفاده از هوش مصنوعی

در نگارش این مقاله، از ابزارهای هوش مصنوعی برای تقویت و ویرایش زبانی چکیده فارسی و انگلیسی و بهبود عبارات علمی برخی بخش‌های مقدمه استفاده شده است. نویسندگان تمامی محتوای تولیدشده توسط هوش مصنوعی را بررسی، ویرایش و تأیید کرده‌اند و مسئولیت کامل محتوای مقاله بر عهده نویسندگان است. هوش مصنوعی در جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل یا نتیجه‌گیری اصلی دخیل نبوده است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از مددجوی عزیز و خانواده اش که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند سپاس‌گزاری می‌کنند.

References

[1] Velentza O, Grampsa E, Basiliadi E. Psychoeducational interventions in bipolar disorder. Am J Nurs Sci. 2017; 7(3-1):51-6. [Link]

[2] Miola A, Tondo L, Pinna M, Contu M, Baldessarini RJ. Comparison of bipolar disorder type II and major depressive disorder. J Affect Disord. 2023; 323:204-12. [DOI:10.1016/j.jad.2022.11.039] [PMID]

[3] Parmigiani G, Mandarelli G, Tarsitani L, Roselli V, Gaviano I, Buscajoni A, et al. Perceived stress and life events in patients affected by schizophrenia and schizoaffective and bipolar disorder: Is there a role for self-reported basic symptoms? Psychopathology. 2021; 54(3):136-43. [DOI:10.1159/000514926] [PMID]

[4] Akbaş E, Yiğitoğlu G. Nursing care for a patient with bipolar disorder (mixed attack) based on the Neuman Systems Model: A case report. J Psychiatr Nurs. 2020; 11(2):154-62. [DOI:10.14744/phd.2019.80774]

[5] Arcêncio RA. Nursing as the profession of the future and the foundation of universal health systems. Rev Lat Am Enfermagem. 2018; 26:e3063. [DOI:10.1590/1518-8345.0000.3063] [PMID]

[6] Goodolf DM, Godfrey N. A think tank in action: Building new knowledge about professional identity in nursing. J Prof Nurs. 2021; 37(2):493-9. [DOI:10.1016/j.profnurs.2020.10.007] [PMID]

[7] Mudd A, Feo R, Conroy T, Kitson A. Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts. J Clin Nurs. 2020; 29(19-20):3652-66. [DOI:10.1111/jocn.15420] [PMID]

[8] Meleis AI. Theoretical nursing: Development and progress. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2011. [Link]

[9] Karadağ A, Çalışkan N, Göçmen Baykara Z. [Nursing theories and models (Turkish)]. Istanbul: Akademi Publishing; 2017. [Link]

[10] Heffline MS. Exploring nursing interventions for acute pain in the postanesthesia care unit. J Post Anesth Nurs. 1990; 5(5):321-8. [PMID]

[11] Akhlaghi E, Babaei S, Mardani A, Eskandari F. The Effect of the Neuman Systems Model on Anxiety in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft: A Randomized Controlled Trial. J Nurs Res. 2021; 29(4):e162. [DOI:10.1097/JNR.0000000000000436] [PMID]

[12] Haggart M. A critical analysis of Neuman's systems model in relation to public health nursing. J Adv Nurs. 1993; 18(12):1917-22. [DOI:10.1046/j.1365-2648.1993.18121917.x] [PMID]

[13] Sultan B. Application of Betty Neuman theory in care of stroke patient. Ann Nurs Pract. 2018; 5(1):1092. [Link]

[14] Silva C, Carvalho T, Abrão D, Silva A, Morais F, Carvalho I. Repercussions of a fetal malformation diagnosis in light of Betty Neuman's theory. Rev Rene. 2022; 23:e71993. [DOI:10.15253/2175-6783.20222371993]]

[15] Akram AS, Mohamad A, Akram S. The role of clinical instructor in bridging the gap between theory and practice in nursing education. Int J Caring Sci. 2018; 11(2):876-82. [Link]

[16] Singh K, Alomari AMA, Sayed HMA, Mannethodi K, Kunjavara J, Joy GV, et al., editors. Barriers and solutions to the gap between theory and practice in nursing services: A systematic review of qualitative evidence. Nurs Forum. 2024; 2024(1)7522900. [DOI:10.1155/2024/7522900]

[17] Nasri U. Exploring Qualitative Research: A Comprehensive Guide to Case Study Methodology. Al-Hikmah J Studi Islam. 2023; 4(3):72-85. [DOI:10.51806/al-hikmah.v4i3.5627]

[18] Fawcett J, DeSanto-Madeya S. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia (PA): F.A. Davis Company; 2012. [Link]

[19] Neuman B, Reed KS. A Neuman systems model perspective on nursing in 2050. Nurs Sci Q. 2007; 20(2):111-3. [DOI:10.1177/0894318407299847] [PMID]

[20] Eaton PM, Davis BL, Hammond PV, Condon EH, McGee ZT. Coping strategies of family members of hospitalized psychiatric patients. Nurs Res Pract. 2011; 2011:392705. [DOI:10.1155/2011/392705] [PMID]

[21] Oshvandi K, Cheraghi F, Borzou SR, Heydarpoor Dastgerdy S. [Nursing process based on the Betty Newman Model in patients with colorectal cancer: A case study (Persian)]. J Nurs Educ. 2024; 13(3):82-93. [Link]

[22] Sadat Hosseini A, Cheraghi MA, Shali M, Javaheri F. [Neuman theory application in solution of Iranian nursing education and care challenges (Persian)]. Iran J Syst Rev Med Sci. 2020; 1(1):1-14. [Link]

[23] Sun LH, Chen F. Application value of Neuman's nursing model in the perioperative period of radical mastectomy. Am J Transl Res. 2024; 16(9):4928-38. [DOI:10.62347/UPBL4602] [PMID]

[24] Kabusi M, Yazdi K. Nursing process based on Betty Neuman's systemic model: A case study. J Nurs Adv Clin Sci. 2024; 1:111-7. [DOI:10.32598/JNACS.2403.1011]

[25] Azami G, Mozafari A, Kafashian M, Aazami S, Ebrahimy B. Helping a patient with a pre-existing mental health condition cope with depression and COVID-19 using the Neuman Systems Model: A single intrinsic case study. Creat Nurs. 2023; 29(3):295-302. [DOI:10.1177/10784535231211694] [PMID]

[26] Larijani F, Fotokian Z, Jahanshahi M, Tabi SR. Application of Neuman's Systems Model on Anxiety of Older Adults Waiting for Colonoscopy. Nurs Midwifery Stud. 2021; 10(4):236-42. [Link]

[27] Khatiban M, Oshvandi K, Borzou SR, Moayed MS. Outcomes of applying Neuman system theory in intensive care units: A systematic review. Crit Care Nurs J. 2016; 9(4):e8886. [DOI:10.17795/ccn-8886]

[28] Başoğul C, Buldukoğlu K. Neuman systems model with depressed patients: A randomized controlled trial. Nurs Sci Q. 2020; 33(2):148-58. [DOI:10.1177/0894318419898172] [PMID]

[29] Diniz JSP, Batista KM, Luciano LS, Fioresi M, Amorim MHC, Bringuente MEO. Nursing intervention based on Neuman's theory and mediated by an educational game. Acta Paul Enferm. 2019; 32(6):600-7. [DOI:10.1590/1982-0194201900084]