

مراقبت انسانی از بیمار روانی در انزوا

ترجمه و تنظیم: اختر ابراهیمی

می زند کنترل کند.

جدا کردن بیمار ممکن است به علت ناسزاگویی برای مدت کوتاهی در اتاق خودش انجام گردد و یا به مدت طولانی تر (۲ تا ۴ هفته) در اتاق مخصوصی که خالی از مبلمان و تخت است (فقط یکدست رختخواب یا تخت) مجزا گردد.

انزوا یک قرارگاه منحصر و محدود و یک نوع فرآیند درمانی است که امنیت از «من» مصنوعی را برای بیمار فراهم می سازد و در حقیقت فراهم سازی محیطی است که در آن سازمان یابی مجدد اعمال «من» (تفکر احساس، رفتار) رخ داده و به عنوان یک مراقبت ویژه تعبیر می گردد.

احتیاجات بیولوژیکی

به علل اختلالات روحی ممکن است قدرت دستیابی به احتیاجات زیستی مختل گردد، اما مجزاسازی هم خود ممکن است این حالت را ایجاد کند: محرومیت حسی تحریکات محیطی را کاهش می دهد و باعث انزوای اجتماعی می گردد. محرومیت حسی بیشتر از ۲۴ ساعت به تغییرات شناختی منجر می شود و ممکن است سبب ضعف قدرت تمرکز و افکار ناجور گردد.

طبق مطالعات وقتی محرومیت حسی بین ۸ تا ۷۲ ساعت ادامه پیدا کند، سبب تغییرات عاطفی (افزایش اضطراب - افسردگی) و تغییرات درکی (توهمات و هذیانها) می شود. ریتمهای بیولوژیکی و درک زمان تغییر می یابد و الگو و شکل خواب و استراحت مختل می شود. برنامه های بهداشت و تغذیه و دفع هم تغییر می کند. این تغییرات موقت است و وقتی محرومیت حسی خاتمه می یابد میزان این تغییرات هم کاهش پیدا می کند و فرد در سومین روز محرومیت حسی شروع به جبران این تغییرات می کند.

جدا کردن بیمار از دیگران برای او و پرستار هر دو ناراحت کننده است. بعضیها این روش را یک نوع تنبیه می نامند و ارزش کمی برای آن قائلند، اما بعضی به موارد استفاده و فوائد آن اشاره می کنند و می گویند که تقریباً هیچ اثر نامطلوب و روانی ندارد.

البته تعیین مسائلی که در زمان انزوا بوجود می آید بسیار مشکل است. در مقاله زیر پیشنهادهایی جهت مراقبت از اینگونه بیماران داده شده است:

زمانی که در بخش نگهداری بیماران حاد، بیمار در نتیجه مسائل و مشکلات روانی اش برای خود یا دیگران ایجاد اشکال می کند، لازم است که از دیگران جدا شود و در محیط مجزائی تحت مراقبت قرار گیرد.

درصد جدا کردن بیماران حاد از دیگر بیماران بستری در بیمارستان بین ۴/۵ تا ۷/۲ درصد است. این میزان در مورد زنان و مردان تقریباً یکسان است. بیمارانی که جدا می شوند اغلب بیمارانی هستند که اختلال عاطفی نوع مانیک یا اسکیزوفرنی دارند و معمولاً بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال هستند. شایعترین علت جدا کردن بیمار از دیگران رفتارهای تهاجمی آنها است که باعث ایجاد آشفتگی و اشکال در محیط درمانی می شود. برای مثال بیمار ممکن است یکی از رفتارهای ذیل را داشته باشد:

- ۱- هیجانزده، پرجنب و جوش و بیش از حد فعال باشد. از تهدیدات لفظی استفاده کند و به وسایل صدمه بزند.
- ۲- بیماری که حالت تحریکاتی و تهاجمی شدید دارد، و نمی تواند در یک محدود خاصی قرار گیرد و یا محدودیت پذیری ندارد.
- ۳- بیماری که رفتارهای خودکشی دارد و ممکن است قادر و یا مایل نباشد که حرکات و اعمالی را که به خودش صدمه

احتیاجات روانی

بیماری که از دیگران جدا می شود در برآورده کردن احتیاجات روانی اش نیز دچار مشکل می گردد. وقتی عملکرد «من» (Ego) مختل شود تحریکات حسی، هویت، ارزش نفس و استقلال هم دچار اشکال می شود. بیمار ممکن است خجالتی شده، احساس بی ارزش بودن کند و نسبت به بهبود خود ناامید گردد. برای این بیماران تطابق با کمبودهای بوجود آمده و برخورد با اضطراب مشکل است. بطوری که در انتخاب راه حل برای کنترل اضطراب دچار کشمکش می شود. بنابراین برآورده کردن نیازهای جسمی و روانی اینگونه بیماران باید توسط پرستار انجام شود.

جداسازی بیمار شامل سه مرحله است. این مراحل عبارتند از: ۱- شروع ۲- اصلاح و تکامل مجدد ۳- آمادگی جهت بازگشت به محیط.

پیشنهادهای زیر به عنوان یک خط مشی برای طرح مراقبت پرستاری در هر یک از سه مرحله داده می شود.

مرحله شروع (Initiation)

مرحله شروع، هنگامی است که برای جداسازی یک بیمار تصمیم گرفته می شود اهداف مرحله شروع عبارتند از:

- ۱- آشنائی بیمار با تجربه انزوا
- ۲- طرح مراقبتی برای بیمار وابسته و نیازمند به کنترلهای خارجی
- ۳- کاهش دریافت حسی

شرایط اساسی محیط انزوا: محدوده، ساختار و حمایت است. محدوده محیطی است که پرستار قادر به مشاهده و کنترل رفتار بیمار باشد که مبنای این مشاهده براساس یک برنامه تنظیم شده براساس ایجاد ارتباط با بیمار و حمایت او و توجه به نیازهای او است.

آشناسازی با انزوا عبارتست از توضیح محیط جدید برای بیمار. مثلاً به بیمار گفته شود، «شما در یک اتاقی هستید که فقط یک پنجره و یک رختخواب دارد و مکان آرامی است و یک نفر تمام وقت در خارج از اتاق خواهد بود.»

وجود یک نفر در هر شیفت و کار مداوم او با بیمار یک رابطه درمانی را تکامل می بخشد. این فرد دائماً با سایر اعضای تیم، به طور نزدیک و به طریق ذیل باید همکاری کند:

- ۱- گزارش مشاهدات انجام شده روی رفتار بیمار
- ۲- گزارش شناخت اثر درمان که بروز میکند

۳- هماهنگ کردن مداخلات پرستاری

چون رفتار بیمار غیرقابل پیش بینی است، پرستار مراقب بیمار در شروع هر شیفت باید یک برنامه مراقبتی ویژه طرح کند، که بتواند رفتار بیمار را در فاصله ۱۵، ۳۰، یا ۶۰ دقیقه در آن منعکس کند. از برنامه ای که نوشته می شود باید دو کپی تهیه شود، یکی برای پرستار و دیگری برای بیمار.

به منظور آشنا کردن او با روش درمانی خودش و جهت جلب همکاری بیشتر در ۴۸ یا ۷۲ ساعت اول بیمار باید تحریکات حسی کمتری را دریافت کند. و بیشتر تاکید روی توجه به نیازهای بیولوژیکی او باشد. اوقات غذا قدم، زدن، اوقات خواب در برنامه نوشته شده فرصت یک دوش هر ۲۴ ساعت داده می شود. هنگامیکه بیمار بیدار است، وقت رفتن به دستشویی هر ۲ ساعت تعیین می گردد. یک ساعت و تقویم هم باید در معرض دید بیمار باشد.

ملاحظات بخصوص

بعضی از فعالیتها، ملاحظات مخصوصی را ایجاب می کند. برای مثال وقتی یک بیمار مرد، دوش می گیرد، سعی شود یک پرستار مرد در تمام مدت استحمام او را تحت نظر داشته باشد. همچنین هنگام تغذیه هم باید بیشتر مراقب بیمار بود.

چون برای بیمارانی که در انزوا هستند متناوباً از فنوتیازینها استفاده می شود. زمان دادن داروها نیز باید دقیقاً در برنامه بیمار ثبت گردد و در مورد بیمارانی که از آرام بخشهای قوی استفاده می نمایند، ثبت علائم حیاتی و توجه به عوارض اکستراپیرامیدال این داروها، اهمیت ویژه ای دارد.

بیماری که از دیگران جدا می شود، در ۲۴ ساعت اول در مورد حرکات و صداها و توجهات دیگران بسیار حساس است. برای جلوگیری از احساس جدائی و طرد شدن در بیمار، باید او را مطمئن ساخت که این مجزاسازی، یک قسمت از برنامه درمانی او است و لازم است اجرا شود. همچنین به او گفته شود که وقتی کنترل رفتارهایش را به دست آورد حتماً به محیط قبلی بازگردانده می شود.

روابط درمانی در این دوران باید ساده و مستقیم اما توأم با مهربانی و کوتاه مدت باشد. پرستار در این زمان نباید سعی کند که کشمکشها یا احساسات یا عقاید بیمار را کشف کند. فقط باید سعی کند پیامهایی را که بیمار میخواهد با یک حالت گیجی به دیگران برساند - با روش مطرح کردن مجدد آنها - هدف اصلی بیمار را برای بیمار و دیگران مشخص کند. لازم است

کسانیکه با بیمار کار می کنند، اضطراب خود را کنترل کنند تا بتوانند ارتباط موثری با بیمار داشته باشند. و بهتر از او حمایت کنند. در طی مرحله «شروع» لازم است که بیماران تحت تماس چشمی مداوم باشند. ارتباط بهتر است هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه یکبار تکرار شود و در این تماس می توان صحبت کوتاهی با بیمار کرد تا از وضع روحی و ذهنی (آشنائی - شناخت خلق و سطح فعالیت و حرکت) او آگاه شویم. در موقع مصاحبه با بیمار بیشتر باید از ارتباط چشمی استفاده شود. توجه شود که چون این گونه بیماران از مقدار زیادی داروی آرام بخش استفاده می کنند ممکن است که در مرحله «شروع» مایل باشند بیشتر بخوابند و بهتر است که به آنها این اجازه داده شود.

مرحله «شروع» در حدود ۲۴ تا ۴۸ ساعت طول می کشد. در این مدت برنامه های بیمار به وسیله پرستار طرح شده و در نتیجه او برای مراقبت به پرسنل وابسته می شود این گونه مراقبت (محدوده، ساختار، حمایت و کاهش دریافت حسی) باعث می شود که بیمار به جدا بودن از دیگران و تجربه های لازم آشنا شود.

هدف از مرحله «شروع» این است که بیمار احساس کند که در امنیت و تحت حمایت است و باید به بیمار فهمانده شود که این عمل بیشتر به منظور حمایت از خود او است، تا با رفتارهای غیرقابل کنترلش به خود صدمه نزند. بیمار باید بداند که این جدا شدن یک درمان موقتی است و وقتی کنترل رفتارهایش را به دست آورد دوباره به محیط اولش برگردانده می شود.

مرحله ۲ اصلاح و تکامل مجدد (Reintegration)

در طی این مرحله مداخلات پرستاری در مورد حمایت از بیمار ادامه می یابد و اعمال محیطی نیز به آنها اعتبار بیشتری می دهد.

اهداف این مرحله عبارتند از:

- ۱- کمک به بیمار جهت دستیابی مجدد به کنترل داخلی روی تفکر، احساس و رفتار
- ۲- کمک به بیمار جهت دستیابی به استقلال افزایشی و توسعه ارزش نفس در خودش

۳- دادن مقدار متوسطی تحریکات حسی به او

در این مرحله تاکید بیشتر روی احتیاجات روانی اجتماعی مانند شناخت خود (هویت)، اتکاء نفس، استقلال داشتن و غلبه بر اضطراب و تطابق با کمبودها است. برنامه ای که جهت

برآورده کردن نیازهای بیولوژیکی ریخته شده ادامه می یابد. بنابراین باید به این برنامه یک مقدار تحریکات حسی اضافه گردد و این تحریکات باید به طور متناوب دوره فعالیت و استراحت در آن وجود داشته باشد.

این تحریکات باید تدریجاً اضافه شود، مثلاً ابتدا ۴۵ دقیقه در «انزوا» و ۱۵ دقیقه در محیطی فعال باشد و کم کم به ۳۰ دقیقه در «انزوا» و ۳۰ دقیقه در محیط فعال تبدیل شود. سپس ۱۵ دقیقه در «انزوا» و ۴۵ دقیقه در محیط فعال باشد.

این فعالیتها باید ابتدا در یک محل مجزا که ترجیحاً در یک اتاق انزوا و با یکی از کارکنان است انجام گیرد. بعضی از فعالیتهایی که در این موقع می تواند انجام شود، کارهایی مثل صحبت کردن با پرستار معین، به طور رو در رو یا کار کردن روی یک پروژه هنری و کارهای دستی است.

در این مرحله ارتباط چشمی طولانی لازم نیست و کنترل کردن بیمار هر ۱۵ دقیقه یکبار کافی است. بنابراین پرستار باید همیشه جهت خارج شدن از این مرحله (مرحله فعال) آماده باشد.

پرستار ثابت باید کار با بیمار را بر اساس مسائل زیر تنظیم کند: شناخت هویت بیمار برای خویش، افزایش استقلال و غلبه بر اضطراب و کم کردن احساس بیهودگی در او. پرستار در این مرحله نباید به دنبال کشف اینکه چرا بیمار کنترلش را از دست داده، باشد، بلکه توجهی بیشتر روی اجرای برنامه نوشته شده باید معطوف گردد.

بیمار باید به اسم صدا زده شود تا هویتش برای خودش زودتر مشخص گردد. به بیمار باید اجازه داده شود تا چیزهایی را که متعلق به خودش است، در اطاق داشته باشد. البته باید لوازمی باشد که بیمار نتواند با آنها به خود صدمه بزند.

رفتار، احساسات و افکار بیمار باید وسیله ای باشد جهت شناخت بیمار از نظر بقای اتکاء به نفس. اطلاعاتی هم در مورد چگونگی درک بیمار توسط دیگران باید داده شود. با اطلاع دادن به بیمار که دیگران از رفتارهای او می ترسند، می توان او را مکرراً تحت تأثیر قرار داد این کار سبب می شود که او رفتارش را تغییر دهد. زمانیکه رفتار او مورد تایید است و نگرش بین افرادی بهتر و بیشتری را نشان می دهد، باید به او گفته شود و در مورد ادامه این گونه رفتارها حمایت و تشویق گردد.

مشکلات روزمره

یکی از مهمترین جنبه های درمانی محیط، مسائل و

مشکلات روزمره زندگی است که باید به وسیله خود «بیمار» حل شود. این ایجاد تضاد برای او می‌کند. زیرا زمانیکه بیمار در انزوا بوده است برای حل این مشکل به شخص مراقبت کننده متکی بوده است، و حالا کارکنان باید بیمار را به تمرین جهت تصمیم گیری و حل مشکل «خود» تشویق کنند. پرستار می‌تواند هوشیارانه و با طرح برنامه مراقبت پرستاری دراز بین بردن این تضاد، بیمار را کمک کند تا استقلال خود را دوباره بدست آورد.

در طی این مرحله «اصلاح و تکامل مجدد» پرستار باید همکاری بیمار را در توسعه این برنامه‌ها در نظر بگیرد. اختیارات بیمار را برای او توضیح دهد و در جایی که امکان دارد باید به بیمار اجازه انتخاب داده شود و اختیارات بیشتر را در مورد نحوه و موقع بازگشت به محیط بعداً اضافه گردد. پرستار باید با بیمار در مورد محدودیت‌هایش صحبت کند. مثلاً اگر بیماری برای دوش گرفتن می‌رود، باید برایش توضیح داده شود که بدون کشمکش بعد از دوش گرفتن به اطاق خودش، یعنی جایی که از دیگران جدا شده برگردد. به این وسیله پرستار مطمئن می‌شود که بیمار امتیازات داده شده را درک می‌کند و به محدودیت‌های لازم توجه دارد.

افزایش دادن مسئولیت‌های بیمار در مورد بدست آوردن استقلال خودش، گاهی باعث افزایش اضطراب او می‌شود. باید این اضطرابها توسط پرستار به موقع تشخیص داده شود و به بیمار کمک شود تا بتواند اضطراب خود را کم کند.

احساس بی‌هوودی بیمار را می‌توان با صحبت کردن با او کاهش داد. به این ترتیب که از وی خواسته شود تا احساس خود را در مورد این جدا شدن بیان کند. دیگر عنوان‌های مربوط به بحث فوق عبارتند از ابراز احساسش در مورد محدودیت محیط، از دست دادن حریم شخصی، خجالت، خشم، فقدان تماس با اجتماع، ترس در مورد دادن کنترل، ناامیدی در مورد بهبودی وی و بی‌حرمتی که توأم با انزوا است.

به بیمار گفته شود که بیماران دیگر در مورد علت غیبت او سؤال می‌کنند در ضمن توضیح دهند که به سئوالات بیماران چگونه جواب داده شده و بیمار را مطمئن سازند که در این مورد راز داروی هستند. برای مثال با گفتن اینکه «حسن و علی امروز صبح در مورد شما سؤال کردند و من به آنها گفتم که شما مشکلی داشته‌اید اما حالا حالتان بهتر است و آنها گفتند که من به شما بگویم امیدوارند شما زودتر نزدشان برگردید».

این «مرحله اصلاح و تکامل مجدد» ممکن است کوتاه (۲۴ ساعت) یا طولانی‌تر (۲ تا ۴ هفته) ادامه یابد. زمانی این مرحله

پایان می‌یابد و هدف اصلی دستگیر می‌شود که بیمار کنترل افکار، احساسات و رفتار خود را بدست آورده و قادر باشد تحریکات و رفتارهای تهاجمی و گرایش به خودکشی را در خود کنترل کند و خواب و استراحت و خوراکش با الگو و به موقع باشد. در این مرحله است که بیمار جهت بازگشت به جامعه درمانی آماده می‌شود و هدف‌های اصلی این مرحله نیز به دست آوردن تجربه‌های لازم جهت بازگشت به محیط قبلی است.

طرحی جهت بازگشت تدریجی بیمار به جامعه باید تعیین گردد زیرا از این به بعد بیمار مسئول فعالیت‌های روزانه و توسعه برنامه شخصی خودش است. ابتدا مدت کوتاهی - مثلاً ۱۵ دقیقه - به اطاقش در بخش، آشپزخانه یا محل تفریحی برده می‌شود و سپس به محل انزوا برگشته و پرستار در مورد این تجربه ۱۵ دقیقه‌ای با او صحبت می‌کند. صحبت‌ها بیشتر باید در اطراف اضطراب بیمار و رفتارهای بیماران دیگر با وی (مثل انگشت نما بودن) دور بزند. این فرایند با افزایش مقدار زمانی که بیمار در محیط بخش می‌گذراند، تکرار می‌شود تا اینکه بیمار احساس کند که قادر به بازگشت به محیط اولیه است.

در این موقع اکثر بیماران می‌توانند بدون برنامه خاصی از عهده این کار برآیند، اگر چه بیماران ما نیک نیاز به برنامه زمان بندی شده در «زمان فعال» در اتاقشان در بخش دارند. فعالیت‌های تفریحی برای آنها مفید است و تفریح درمانی ارزش زیادی خواهد داشت. بازگشت به محیط قبلی یک تجربه ترسناک برای بیمار است، اما مورد قبول واقع شدن وی از طرف سایر کارکنان بخش و بیماران به او کمک زیادی می‌کند.

مداخله محیط (Milieu intervention)

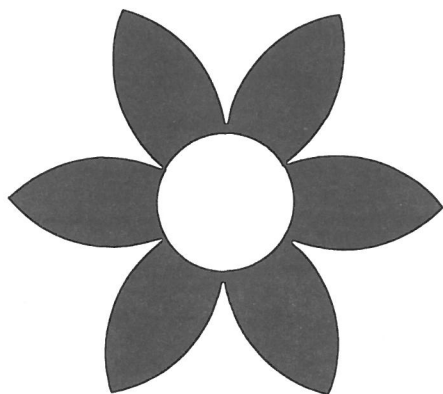
وقتی بیماری از دیگران جدا می‌شود، سایر بیماران ممکن است احساس عدم امنیت کنند. لازم است با توضیح، آنها را از امنیت فیزیکی‌شان مطمئن کرد و نیز گوشزد شود که آنها قادر به کنترل تحریکات و رفتارشان هستند. برای جلب اطمینان بیشتر باید در بخش یک جلسه همگانی برای بیماران دیگر برقرار کرده و بانها توضیحاتی داده شود مثلاً بگویند، «حمید عصبانی بود» یا «زهرا خبرهای ناراحت کننده شنیده بود» همچنین در مورد اینکه انزوا چیست، شرح لازم بیان داده شود. در این موقع به حالات و رفتار بیماران توجه شود. گاهی بعضی از بیماران اظهار می‌دارند که «می‌ترسند کنترل رفتارهایشان را از دست بدهند»، معمولاً این گونه بیماران بیشتر تحت تأثیر قرار گرفته‌اند و باید توجهات پرستاری فشرده تری برای آنها اجرا گردد. لازم است

موقعیت مشابه قرار گیرند، تا چه حد برای دیگران انگشت نما خواهند بود و دیگران در مورد آنها چگونه می اندیشند. اجرای چنین طرح مراقبتی برای بیمار منزوی و سایر بیماران بر اساس این چهار چوب پنداشتی موثر خواهد بود. ارتباط بین کارکنان بخش و ثابت بودن فردی که باید به طور مستمر با بیمار باشد، يك تداخل انسانی و جامع پرستاری را تأمین می کند: بیمار وقتی به محیط درمانی بازگشت می کند، روابط ایمن و مناسب با دیگران خواهد داشت.

مراقبت پرستاری بر اساس شناخت درمان در انزوا، به عنوان محیط بخصوص است که محدوده (Containment)، ساختار (Structure) و حمایت (Support) را در مرحله «شروع» در بر می گیرد و با مراحل «اصلاح و تکامل مجدد» و «بازگشت به بخش» ادامه می یابد و مراقبتی است «فردی» که در طول آن بیمار به جای احساس ناتوانی و صدمه ناشی از خودستایی، توانائیهای «من» را قدرت بخشیده و براساس آن در آینده رشد خواهد کرد.

ملاقاتهای برنامه ریزی شده ای با بیماران بخش ترتیب داده و اطلاعاتی درباره بیمار در انزوا بآنها داده شود (البته مطالب محرمانه نباید اظهار شود). به طور مثال پرستار می تواند بآنها بگوید «که ابتدا این وضع برای حمید مشکل بوده، اما او حالا احساس بهتری دارد» و این فرصت خوبی است که از آنان سؤال شود: «احساس شما در مورد این تجربه چیست؟» همچنین لازم است بیماران قبلاً جهت ورود مجدد فرد منزوی به بخش آماده شوند و این آمادگی باید با ترتیب دادن جلساتی برای آنها صورت و توضیح داده شود که «حمید» برای برگشت به محیط بخش آماده می شود و گاهی اوقات هم بیمار در داخل یا خارج بخش دیده شود.

در این مواقع بیماران دیگر بخش اغلب سئوالاتی می کنند از جمله اینکه، آیا می توانند با بیماری که از انزوا برگشته صحبت کنند و یا اینکه چه کارهایی برای او انجام می شود؟ این سئوالات برای غلبه آنها بر ترسشان نسبت به بیماری است که در انزوا بوده، در ضمن می خواهند بدانند که اگر خودشان در



Baradell Janet Garvey

“Humanistic Care of the patient in Seclusion”

Journal of psychosocial Nursing, FEBRUARY 1985. vol.23.No.2P: -, 14.

Humanistic care of the patient in seclusion

Translator: Ibrahimi Akhtar

To separate patient from the others is uncomfortable for the patient and for the nurse. Some of people see this as a punishment and consider little value for this. But Some of people refer to uses and benefits and said: "almost no adverse and mental effects".

Of course, it is very difficult to determine the issues in isolation condition. This paper has offered some suggestions for taking care of these patients. When a patient in the intensive care unit would create problems for themselves and others, it is necessary that be separated from the others and care in a separated location.

Percentage of isolation patients with acute disease from other patients in hospital were between 4/5 to 7/2. This rate is almost equal between men and women. Most patients with affective disorder of mania or schizophrenia are separated from others. They are usually between the ages of 20 to 40 years.

Keyword: humanistic care, isolation patient, nursing intervention