

# ضروریات روان پرستاری

رویکرد ارتباطی برای مراقبت مبتنی بر شواهد

ویراست سوم

مؤلف

الیزابت. ام. وارکارولیز

مترجم

زینب محمدیان

کارشناسی ارشد روانپرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

زیر نظر

دکتر جمیله محتشمی

دکتری پرستاری

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

# فهرست مطالب

مزایای گروه درمانی ..... ۴۶  
 نقش‌های پرستاران ..... ۴۸  
 محیط اجتماعی درمانی ..... ۵۰  
 خانواده درمانی ..... ۵۰

## فصل ۴: مبنای زیست‌شناسی در درک روان‌داروشناسی ..... ۵۳

عملکردهای و ساختارهای مغز ..... ۵۴  
 تصور و تجسم مغز ..... ۵۸  
 ترکیب سلولی مغز ..... ۵۹  
 انتقال سیناپسی ..... ۶۰  
 انتقال دهنده‌های عصبی ..... ۶۱  
 برهم‌کنش نورون‌ها، انتقال دهنده‌های عصبی و گیرنده‌ها ..... ۶۱  
 گاما-آمینوبوتیریک اسید (GABA) ..... ۶۶  
 داروهای روان‌گردان و برهم‌کنش‌ها ..... ۶۶  
 داروهای ضد افسردگی ..... ۶۷  
 داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای (ICAs) ..... ۶۸  
 سایر ضد افسردگی‌ها ..... ۷۰  
 درمان اختلالات اضطراب با ضد افسردگی‌ها ..... ۷۰  
 داروهای ضد اضطراب ..... ۷۱  
 داروهای غیربنزودیازپینی ..... ۷۱  
 تثبیت‌کننده‌های خلق ..... ۷۲  
 تثبیت‌کننده‌های خلق ضد تشنج ..... ۷۲  
 سایر داروها ..... ۷۲  
 ایمنی‌شناسی روانی عصبی (PNI) ..... ۷۷  
 توجه به فرهنگ ..... ۷۷

## فصل ۵: محیط‌های مراقبت‌های پزشکی ..... ۸۱

محیط‌های مراقبت از بیمار سرپایی ..... ۸۳  
 نقش پرستاران در محیط‌های مراقبت سرپایی ..... ۸۵  
 محیط و مراکز مراقبت‌های بستری ..... ۸۶  
 سیستم مراقبت‌های حاد دولتی ..... ۹۰  
 مراقبت‌های حاد بیمارستان روانی خصوصی و بخش‌های

## بخش ۱، مفاهیم نظری اصلی جهت تمرین ..... ۱

### فصل ۱: کاربرد علم و هنر روانپرستاری ..... ۳

منابع عملکرد بالینی ..... ۶  
 شکاف تحقیق-عملکرد ..... ۷  
 مدل ریکآوری ..... ۸  
 مراقبت آگاهانه از تروما ..... ۸  
 آموزش ایمنی و کیفیت برای پرستاران (QSEN) ..... ۸  
 هنرپرستاری: توسعه مهارت‌ها جهت عملکرد ..... ۹  
 مراقبت ..... ۹  
 رسیدگی ..... ۱۰  
 حمایت از بیمار ..... ۱۰

### فصل ۲: سلامت روان و بیماری‌های روانی ..... ۱۵

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) ..... ۱۶  
 مفاهیم سلامت و بیماری روان ..... ۱۷  
 همه‌گیرشناسی و شیوع اختلالات روانی ..... ۱۸  
 خط مشی بیماری روانی و برابری ..... ۲۰  
 تشخیص پزشکی و تشخیص پرستاری در بیماری روانی ..... ۲۱  
 تشخیص‌های پزشکی و DSM-5 ..... ۲۱  
 DSM-5 در جمعیت‌های متنوع فرهنگی ..... ۲۲  
 تشخیص‌های پرستاری و NANDA بین‌المللی ..... ۲۲  
 آشنایی با فرهنگ و بیماری روانی ..... ۲۲  
 روانپزشکی و معنویت/مذهب ..... ۲۴  
 انگ (استیگما) ..... ۲۴

### فصل ۳: نظریه‌ها و درمان‌ها ..... ۲۹

نظریه‌ها و مدل‌های درمانی برجسته ..... ۳۰  
 نظریه‌های مهم دیگر ..... ۴۱  
 روابط بین فردی در پرستاری ..... ۴۳  
 تاثیر نظریه‌ها و درمان‌ها بر مراقبت پرستاری ..... ۴۴  
 مدل ریکآوری سلامت روان در روان‌پرستاری ..... ۴۵  
 درمان‌های جمعیت‌های خاص ..... ۴۶

رابطه/همکاری بیمار-پرستار ..... ۱۷۴

روابط درمانی در برابر انواع دیگری از روابط ..... ۱۷۵

ایجاد مرز و حدود در روابط ..... ۱۷۷

انتقال ..... ۱۷۸

ارزشها، اعتقادات و خودآگاهی ..... ۱۷۹

خودکنترلی در مسائل مرزی ..... ۱۸۱

مراحل رابطه پرستار-بیمار ..... ۱۸۱

عواملی که باعث تقویت رشد و پیشرفت می‌شوند. ۱۸۹

**بخش ۳: مراقبت از بیماران دچار اختلالات روان**

**زیست‌شناختی ..... ۱۹۹**

**فصل ۱۰: اختلالات مرتبط با فشار روانی و آسیب (ضربه**

روانی) ..... ۲۰۱

پاسخ‌های فیزیولوژیکی و روانشناختی به فشار روانی ..... ۲۰۲

تکنیک‌های کاهش فشار روانی ..... ۲۰۴

اختلال فشار روانی پس‌آسیبی ..... ۲۰۴

معیارهای تشخیصی DSM-5 ..... ۲۰۷

اجتناب مداوم از محرک‌ها ..... ۲۰۹

اهداف درمان ..... ۲۱۰

راهبردهای درمان روان‌درمانی ..... ۲۱۱

کاربرد روش مبتنی بر شواهد (EBP) ..... ۲۱۲

ارزیابی روش مبتنی بر شواهد ..... ۲۱۳

خودمراقبتی در پرستاران ..... ۲۱۳

**فصل ۱۱: اضطراب، اختلالات ناشی از اضطراب و وسواس**

جبری و اختلالات مرتبط ..... ۲۱۷

اضطراب ..... ۲۱۸

مکانیسم‌های دفاعی ..... ۲۲۱

نوعدوستی ..... ۲۲۴

اختلالات ناشی از اضطراب ..... ۲۲۷

اختلالات پانیک ..... ۲۳۲

فوبیها ..... ۲۳۳

اختلال اضطراب فراگیر ..... ۲۳۵

روانی بیمارستان عمومی ..... ۹۰

نقش روان‌پرستاران در محیط و سیستم‌های مراقبت

بستری ..... ۹۰

محیط‌های درمانی تخصصی ..... ۹۱

درمان سوء مصرف الکل و مواد ..... ۹۲

گزینه‌های خودیابوری ..... ۹۲

پرداخت هزینه مراقبت‌های سلامت روان ..... ۹۳

**فصل ۶: مبنای حقوقی و اخلاقی کار ..... ۹۷**

مفاهیم حقوقی و اخلاقی ..... ۹۸

رویه‌های پذیرش (بستری) و ترخیص ..... ۱۰۰

محرمانه نگهداشتن شرایط و اطلاعات بیمار ..... ۱۰۶

نکات و ملاحظات قانونی ..... ۱۰۶

ارائه و ثبت اسناد و مدارک مراقبت ..... ۱۱۵

**بخش ۲: ابزارهای حرفه‌ای مهارت پرستاری ..... ۱۲۱**

**فصل ۷: روندهای پرستاری و QSEN: اساس مراقبت‌های**

ایمن و موثر ..... ۱۲۳

استانداردهای عمل در روان‌پرستاری سلامت روان ..... ۱۲۶

تنظیم تشخیص پرستاری ..... ۱۳۶

مداخلات سطح مقدماتی و پیشرفته ..... ۱۴۱

سیستم‌های چارت بندی ..... ۱۴۴

**فصل ۸: مهارت‌های ارتباطی: ابزاری برای تمام گرایش‌های**

پرستاری ..... ۱۴۹

ارتباط ..... ۱۵۰

سوالات پیش فرض: «پرسش معجزه» ..... ۱۶۱

تکنیک‌های غیردرمانی ..... ۱۶۱

تایید یا عدم تایید ..... ۱۶۳

ارتباطات در بین فرهنگ‌ها ..... ۱۶۴

شیوه‌های ارتباطی ..... ۱۶۵

**فصل ۹: روابط درمانی و مصاحبه بالینی ..... ۱۷۳**

اختلال خورد و خوراک پرخوری.....	۳۲۸	اختلال وسواس اجباری و اختلالات مرتبط.....	۳۳۶
فصل ۱۵: اختلالات خلق و خو: افسردگی.....	۳۳۳	اختلال خودزشت انگاری.....	۳۳۸
کودکان و نوجوانان.....	۳۳۵	احتکار.....	۳۳۸
افراد مسن.....	۳۳۷	فصل ۱۲: اختلالات دارای علائم بدنی و اختلالات	
نظریه های زیستی.....	۳۳۷	گسستگی.....	۲۵۵
نظریه های روانشناختی.....	۳۳۹	اختلال علائم جسمانی.....	۲۵۶
نظریه شناختی.....	۳۴۰	اختلال دارای علائم جسمانی.....	۲۵۹
افسردگی.....	۳۴۹	اختلال اضطراب بیماری.....	۲۶۰
فصل ۱۶: اختلالات طیف دو قطبی.....	۳۸۱	اختلال تبدیلی.....	۲۶۰
اختلال دو قطبی همراه با ویژگی تناوب سریع.....	۳۸۳	اختلال ساختگی تحمیلی به خود.....	۲۶۱
شیدایی یا شیدایی خفیف همراه با ویژگی های ترکیبی.....	۳۸۳	اختلال خود دگرسان بینی.....	.....
معیارهای تشخیصی DMS-5.....	۳۸۴	اختلال هویت تجزیه ای یا هویت پریشی.....	.....
در مورد اختلال دو قطبی نوع ۱.....	۳۸۵	اختلالات گسستگی.....	۲۶۸
نظریه.....	۳۸۷	فصل ۱۳: اختلالات شخصیت.....	۴۸۱
یافته های زیست شناختی.....	۳۸۷	عوامل زیست شناختی عصبی.....	۲۸۴
عوامل ژنتیکی.....	۳۸۷	اختلال شخصیتی اسکیزوفرنیای گونه.....	۲۸۵
عوامل عصبی زیست شناختی.....	۳۸۷	اختلال شخصیت پارانوئیدی.....	۲۸۶
عوامل غدد درون ریز عصبی.....	۳۸۷	اختلال اسکیزوئید.....	۲۸۷
عوامل آناتومیکی عصبی.....	۳۸۸	اختلال شخصیت ضداجتماعی.....	۲۸۷
اثرات روانشناختی.....	۳۸۸	اختلال شخصیت مرزی.....	۲۸۸
ملاحظات فرهنگی.....	۳۸۸	اختلال شخصیت خودشیفته.....	۲۹۰
تصویر بالینی.....	۳۸۸	اختلال شخصیت وسواس اجباری.....	۲۹۲
فصل ۱۷: اختلالات طیف اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات		اختلال شخصیت بالقوه در آینده.....	۲۹۳
روان پریشی.....	۴۱۷	فصل ۱۴: اختلالات خورد و خوراک و تغذیه.....	۳۰۹
عوامل تاثیرگذار شیمیایی عصبی.....	۴۲۱	مدلهای عصبی زیست شناختی و غدد و اعصاب.....	۳۱۱
عوامل ژنتیکی.....	۴۲۱	مدلهای ژنتیکی.....	۳۱۲
عوامل آناتومیکی عصبی.....	۴۲۲	مدلهای روانشناختی.....	۳۱۲
عوامل خطر غیرژنتیکی.....	۴۲۲	معیارهای فیزیکی.....	۳۱۳
ملاحظات فرهنگی.....	۴۲۳	معیارهای روانی.....	۳۱۳
سندروم اسکیزوفرنی.....	۴۲۵	بی اشتهاهی عصبی.....	۳۱۴
		درمانهای داروروان شناختی، زیست شناختی و تلفیقی.....	۳۲۳

عوامل روانشناختی ..... ۵۸۲

سوءاستفاده از کودک ..... ۵۸۳

خشونت شریک جنسی صمیمی ..... ۵۸۸

شریک مضروب ..... ۵۸۹

مشخصات سوءاستفاده از سالمندان ..... ۶۰۰

**فصل ۲۲: خشونت جنسی ..... ۶۰۷**

شیوع و همایندی ..... ۶۰۹

کودکان: زنا و سوءاستفاده جنسی از کودکان ..... ۶۰۹

قربانیان و مرد تجاوز جنسی ..... ۶۱۱

جامعه دگرباش جنسی یا LGBTQ ..... ۶۱۳

نظریه ..... ۶۱۴

مرتکب تعرض جنسی ..... ۶۱۴

مراکز اورژانس ..... ۶۱۶

سندرم آسیب پس از تجاوز ..... ۶۱۷

**فصل ۲۳: افکار و رفتارهای منجر به خودکشی ..... ۶۲۹**

نظریه ..... ۶۳۲

عوامل خطر موثر در خودکشی ..... ۶۳۲

جنبه‌های عصب زیست‌شناختی خودکشی ..... ۶۳۳

عوامل ژنتیکی ..... ۶۳۳

عوامل اجتماعی ..... ۶۳۳

عوامل روان‌شناختی ..... ۶۳۴

سن ..... ۶۳۴

ملاحظات فرهنگی ..... ۶۳۵

نشانه‌های کلامی ..... ۶۳۵

نشانه‌های رفتاری ..... ۶۳۶

روان‌درمانی ..... ۶۳۹

**فصل ۲۴: خشم، پرخاشگری و خشونت ..... ۶۴۹**

زورگویی و خشونت ..... ۶۵۱

زورگویی در محیط‌های مراقبت از سلامت ..... ۶۵۱

از بین بردن اعتماد به نفس ..... ۶۵۱

نظریه ..... ۶۵۲

عوامل عصب‌شناختی ..... ۶۵۳

**فصل ۱۸: اختلالات شناختی عصبی ..... ۴۶۷**

اختلالات ادراکی و شناختی ..... ۴۷۱

نیازهای فیزیکی ..... ۴۷۲

اختلال شناختی عصبی خفیف ..... ۴۷۶

اختلال شناختی عصبی عمده (زوال عقل) ..... ۴۷۸

عوامل خطر بیماری آلزایمر ..... ۴۸۰

**فصل ۱۹: اختلالات اعتیاد و مرتبط با مواد ..... ۵۰۹**

شیوع مصرف مواد ..... ۵۱۱

محرک‌های سیستم عصبی مرکزی ..... ۵۱۳

استروئیدهای آندروژنتیک-آنابولیکی ..... ۵۱۴

عوامل دخیل-اختلالات اعتیاد و مرتبط با مواد ..... ۵۱۴

عصب زیست‌شناسی اعتیاد ..... ۵۱۴

شیمی اعصاب اعتیاد و نقش نالوکسان ..... ۵۱۸

اختلال در عملکرد مغز ..... ۵۱۸

مشاهدات روان‌شناختی ..... ۵۱۹

در مورد اختلال مصرف الکل ..... ۵۲۱

مواد کند کننده سیستم عصبی مرکزی ..... ۵۲۲

الکل ..... ۵۲۳

**بخش ۴: مراقبت از بیمارانی که فوریت‌های روانپزشکی را تجربه می‌کنند ..... ۵۵۹**

**فصل ۲۰: بحران و بلایای جمعی ..... ۵۶۱**

انواع بحران ..... ۵۶۳

بحران تکاملی (انتقالی) ..... ۵۶۴

بحران موقعیتی ..... ۵۶۴

بحران غیرقابل پیش‌بینی ..... ۵۶۵

پاسخ به بلایا ..... ۵۶۵

فازهای بحران ..... ۵۶۷

**فصل ۲۱: خشونت نسبت به کودک، شریک زندگی و افراد**

**سالمند ..... ۵۷۹**

نظریه ..... ۵۸۱

نظریه یادگیری اجتماعی ..... ۵۸۱

عوامل فرهنگی و اجتماعی ..... ۵۸۲

اختلالات دفعی.....	۷۲۰	عوامل ژنتیکی.....	۶۵۴
اختلالات خواب-بیداری.....	۷۲۰	شناسایی نتایج.....	۶۵۶
اختلال اخلاکگر، اختلال کنترل تکانه و اختلال سلوک.....	۷۳۱	مراحل چرخه خشونت.....	۶۶۰
اختلالات مرتبط با مواد و اختلالات اعتیادی.....	۷۲۲		
اختلالات عصب شناختی.....	۷۲۲		
		<b>فصل ۲۵: مراقبت افراد در حال مرگ و افراد سوگوار.....</b>	<b>۶۷۵</b>
		فقدان، سوگ و عزاداری.....	۶۷۷
		نظریه.....	۶۷۹
		اهداف مراقبت بیمار محور و خانواده-محور.....	۶۸۱
		مهارت‌های ارتباطی.....	۶۸۳
		هدف درمانی.....	۶۷۴
		ارزبابی و پرداختن به معنویت و روحیه.....	۶۸۷
		پیشبرد برنامه‌ریزی مراقبت.....	۶۸۸
		کار گروهی بین رشته‌ای.....	۶۸۹
		<b>بخش ۵: اختلالات سلامت ذهنی مرتبط با سن... ۷۰۳</b>	
		<b>۲۶: کودکان و نوجوانان.....</b>	<b>۷۰۵</b>
		شیوع و همابندی.....	۷۰۶
		نظریه.....	۷۰۶
		عوامل ژنتیکی.....	۷۰۶
		عوامل زیست شیمیایی.....	۷۰۷
		عوامل محیطی.....	۷۰۷
		اختلالات رشد عصبی.....	۷۰۸
		اختلالات ارتباطی.....	۷۱۰
		اختلال طیف اتیسم.....	۷۱۱
		اختلال بیش فعالی نقص توجه.....	۷۱۲
		اختلال خاص یادگیری.....	۷۱۴
		اختلالات حرکتی.....	۷۱۵
		اسکیزوفرنی و اختلالات روانپزشکی.....	۷۱۵
		اختلالات افسردگی و افسردگی.....	۷۱۶
		اختلالات اضطرابی.....	۷۱۷
		اختلالات وسواسی-جبری و اختلالات مرتبط.....	۷۱۷
		تروما و اختلالات مرتبط با عوامل استرس زا.....	۷۱۸
		اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط.....	۷۱۸
		اختلال تغذیه و خوردن.....	۷۱۹
<b>فصل ۲۷: بزرگسالان.....</b>	<b>۷۲۹</b>		
تبیین بیماری‌های روانی شدید.....	۷۳۰		
دامنه مسئله- تاثیر بر افراد درگیر بیماری‌های روانی			
شدید.....	۷۳۰		
مسائل پیش روی افراد درگیر بیماری‌های روانی شدید.....	۷۳۱		
مسائل موثر بر جامعه و فرد.....	۷۳۴		
سایر رویکردها و خدمات سودمند بالقوه.....	۷۴۰		
اختلالات کنترل تکانه.....	۷۴۰		
روان داروشناسی.....	۷۴۵		
درمان‌های غیردارویی.....	۷۴۵		
تفاوت‌های جنسی و اختلالات جنسی.....	۷۴۶		
پارافیلیا و اختلالات پارافیلی.....	۷۴۶		
عوامل روانشناختی.....	۷۴۷		
سایر اختلالات پارافیلیک و تفاوت‌های جنسی.....	۷۴۲		
		<b>فصل ۲۸: سالمندان.....</b>	<b>۷۶۹</b>
سن گرایی.....	۷۶۹		
اختلالات روانی در افراد سالمند.....	۷۷۲		
افسردگی.....	۷۷۴		
درمان با داروهای ضد افسردگی.....	۷۷۷		
روان درمانی.....	۷۷۸		
خودکشی.....	۷۷۸		
خطر مردن.....	۷۸۰		
اعتیاد به الکل و مصرف مواد مخدر و اعتیاد.....	۷۸۱		
مسائل اخلاقی و حقوقی موثر بر سلامت روانی سالمندان.....	۷۸۵		
محدودیت‌های فیزیکی.....	۷۸۵		
محدودیت‌های شیمیایی.....	۷۸۶		
زیست خواست.....	۷۸۷		

## مقدمه مترجم

امروزه با توجه به گسترش شاخه علوم پزشکی و افزایش پذیرش دانشجویان در مقاطع مختلف بخصوص در رشته‌های روانپزشکی، روانپرستاری و روانشناسی، مترجم بر آن شد با توجه به نیاز و کمبود منابع آموزشی مرجع این بار با ترجمه یک کتاب واحد و جامع رفرنس در زمینه روان پرستاری، خدمت شایسته‌ای به رشته ارزشمند روانپزشکی، روانپرستاری و روانشناسی ارائه نماید. کتاب حاضر با تمرکز بر روی جدیدترین و رایج‌ترین روش‌های مراقبتی که امروزه در روانپزشکی استفاده می‌شوند، به اساتید و دانشجویان علوم پزشکی این امکان را می‌دهد تا هم در سطوح پایه و هم در سطوح پیشرفته، درک عمیقی از انواع نظریه‌ها، تعاریف و مراقبت‌های روانپزشکی و روانپرستاری از بیماران مبتلا به انواع اختلالات روانی در سنین مختلف داشته باشند. کتاب حاضر که توسط الیزابت م وار کارولیس نگارش شده است، ضروریات روانپرستاری را با رویکرد ارتباطی برای مراقبت مبتنی بر شواهد، ارائه داده است.

فصول کتاب که در پنج بخش سازماندهی شده اند، برای تاکید بر نقطه نظر بالینی و تسهیل دستیابی به اطلاعات گروه‌بندی شده‌اند. تمام فصول بالینی به شکلی واضح، منطقی و منسجم سازماندهی می‌شوند که فرایند پرستاری در آن چارچوبی قوی و مشهود دارد. در هر فصل انواع اختلالات روانی همراه با نظریه‌های مهم درباره مشکلات روانی و مثال کامل همراه با طرح سوال برای به چالش کشیدن روش‌های جدید درمان و مراقبت جهت استفاده اساتید و دانشجویان ارائه گردیده است. امید است این رفرنس ارزشمند مورد قبول اساتید بزرگوار و دانشجویان عزیز رشته علوم پزشکی قرار گیرد.

بدین‌وسیله از تمام افرادی که در انتشار این کتاب حقیق را یاری داده‌اند، کمال تشکر را دارد و منتظر بازخورد و ارائه نقطه نظرات و پیشنهادات ارزشمند شما می‌باشم.

zeinabmohamadiangol@yahoo.com

زینب محمدیان

کارشناسی ارشد روان‌پرستاری

## دیباچه

خاصی بطور کامل برای هر یک از اختلالات بالینی جدا مورد استفاده قرار می‌گیرند و دارای دستورالعمل‌های آموزش بیمار و خانواده هستند. توام‌درمانی‌ها نیز در هر یک از فصول بالینی گنجانده می‌شوند که ثابت شده که در آنجا موثر هستند.

برای ارائه ضروری‌ترین مبنای اطلاعات برای یک دوره کوتاه‌تر، اطلاعات مرتبط در مورد برخی عناوین در فصول بالینی گنجانده شده‌اند که در آن فصول قابل‌اجرا تر هستند تا اینکه در فصلی جداگانه مورد بحث قرار گیرند. بعنوان مثال، به‌جای در نظر گرفتن یک فصل کلی در مورد فرهنگ، هر یک از فصول بالینی اطلاعات مرتبطی را در مورد جنبه‌های فرهنگی اختلالات بالینی مختلف شامل می‌شوند که می‌توانند به ارائه یک دیدگاه فرهنگی جامع‌تر به خواننده نیز کمک کنند.

مسائل قانونی مربوط به مراقبت پرستار از بیماران در فصولی خاص گنجانده می‌شوند بطور اخص فصول ۲۱ (خشونت نسبت به کودک، شریک زندگی و افراد سالمند) و ۲۲ (خشونت جنسی). این بحث در فصل ۶ (مبنای حقوقی و اخلاقی کار) نیز مطرح شده است.

### علم و هنر روانپرستاری سلامت ذهنس

روانپرستاری سلامت ذهن انجمن پرستاران آمریکا: حیطة و استانداردهای عمل با جمله زیر شروع می‌شود که بر اهمیت هنر و علم مورد استفاده توسط پرستاران مراقب‌کننده بیماران مبتلا به مشکلات سلامت ذهن و اختلالات روانی تاکید دارد: *روانپرستاری سلامت ذهن، حرفه هسته‌ای سلامت ذهن، بعنوان کاربردی هدفمند از خود بعنوان هنر و دامنه گسترده‌ای از تئوری‌های پرستاری، روانی اجتماعی و نوروبیولوژیک و از شواهد تحقیقاتی بعنوان علم خود استفاده می‌کند.*

در ضرورت‌های روانپرستاری سلامت ذهن: رویکرد ارتباطی برای مراقبت مبتنی بر شواهد، ویرایش سوم، برای یکپارچه سازی و متعادل سازی این دو جنبه مراقبت پرستاری و ارائه تمام اطلاعات ضروری در مورد هر یک تلاش می‌شود، بنابراین

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی، ویرایش پنجم (DSM-5)، در چاپ سوم ضرورت‌های روانپرستاری سلامت ذهن را به‌خوبی بیان می‌کند: یک رویکرد ارتباطی برای مراقبت مبتنی بر شواهد، همچون داروهایی هستند که اخیراً توسط سازمان غذا و داروی ایالات متحده در این کتاب تایید شده‌اند. صفحات رنگی ترسیم‌کننده «نوروبیولوژی (عصب‌زیست‌شناسی) اختلالات خاص» نیز در این ویرایش، مواردی جدید هستند. آنها از طریق انیمیشن‌ها و نقاشی‌های متحرک در وبسایت Evolve جذابیت پیدا کرده و واقعی به‌نظر می‌رسند. اکثر فصول بالینی بطور کامل اصلاح و بازبینی می‌شوند، بطور اخص فصل ۱۹، اختلالات اعتیاد و مرتبط با مواد و فصل ۲۵، توجه به افراد فوت شده و افرادی که سوگوار هستند، که بطور کامل توسط یک متخصص به‌روز در این زمینه به‌روز رسانی شده و ارتقا پیدا کرده است. این نسخه ویرایش شده، محتوای ضروری برای یک دوره آموزشی کوتاه‌تر را بدون تحت تاثیر قراردادن تحقیق فعلی یا مداخلات پرستاری روان‌درمان‌بخشی ضروری برای اقدامی دقیق را ارائه می‌دهد. در حقیقت، تمام اقدامات برای آن انجام شده‌اند که اطمینان حاصل شود که اقدامات تحقیقاتی و روان‌درمان‌بخشی منطبق بر دانش فعلی هستند.

ضرورت‌های روان‌پرستاری سلامت ذهن، چاپ سوم، مروری جامع اما مختصر بر نظریه‌پردازان مهم و تمام نگرش‌های درمانی مورد استفاده امروز شامل محیط، گروه و خانواده درمانی‌ها (فصل ۳، نظریه‌ها و درمان‌ها) ارائه می‌دهد. در خلال هر یک از فصول بالینی (فصول ۱۰ تا ۱۹)، فصولی که بررسی‌کننده اضطراب‌های روانی مختلف هستند (فصول ۲۰ تا ۲۵) و فصولی که بر جمعیت‌های گسسته بیماران در طول دوره زندگی‌شان نظارت دارند (فصول ۲۶ تا ۲۸)، نگرش‌های درمانی خاصی که ثابت شده که برای هر عنوان موثر هستند، کاملاً تحت پوشش قرار می‌گیرند.

علاوه بر مرور کلی گروه‌های دارویی ارائه شده در فصل ۴ ("مبنای زیست‌شناسی در درک روان‌داروشناسی")، داروهای



دانشجویان آماده ارائه بهترین مراقبت احتمالی در حین مبادرت به عمل خواهند بود.

## علم

طی چند دهه گذشته، شاهد پیشرفت علمی قابل توجهی در زمینه درک مان از کارکرد ذهن و نحوه ارتباط عملکردی ناهنجاری‌های ذهن با بیماری ذهنی بوده‌ایم. با افزایش اطمینان در این تحقیق، تمرکز بر تحقیق علمی بیشتر شده و منجر به رویکردهای درمانی علمی‌تر گشته و مفهوم روش مبتنی بر شواهد (EBP) به تمرکز غالب درمان سلامت ذهنی تبدیل گردیده است.

در حین نگارش این متن، تلاش‌های زیادی برای ارائه رایج‌ترین اطلاعات مبتنی بر شواهد در این زمینه صورت گرفته، در حالیکه همچنان موضوع قابل درک و مورد علاقه خواننده باقی می‌ماند. اطلاعات مرتبط علم-محور در سرتاسر متن ارائه می‌شود.

فصل ۱ (پرداختن به علم و هنر در روانپرستاری) تکامل EBP و مکانیک آن را به دانشجو معرفی کرده و راهنمایی‌هایی را در مورد مکان و نحوه جمع‌آوری اطلاعات برای استفاده EBP در تکنیک روانپرستاری ارائه می‌دهد.

یکی از دو ویژگی منحصر بفرد این متن، استفاده از روش مبتنی بر شواهد (EBP) است که در فصل ۱ معرفی می‌شود و در سرتاسر فصول بالینی حاکم است. هر کادر سوالی را مطرح می‌کند، خواننده را با منابع گوناگونی در طول فرایند گردآوری داده‌های مبتنی بر شواهد پیش می‌برد و برنامه مراقبتی را بر اساس شواهد ارائه می‌دهد.

## هنر

مدل ریکآوری در مقایسه با مدل پزشکی، مدل مراقبتی اجتماعی تر رابطه-محور است. تمرکز مدل ریکآوری بر رابطه مشارکتی پرستار-پزشک است. مدل ریکآوری در زمینه اعتیاد آغاز به کار کرد که در آن هدف آن بود که افراد از سوء مصرف مواد و اعتیاد نجات پیدا کنند. امروزه، مدل ریکآوری در جامعه بزرگتر سلامت ذهن موفق عمل می‌کند. تمرکز آن بر قدرت دهی به بیماران از طریق امید، تقویت پیوندهای اجتماعی، توسعه مهارت‌های مقابله‌ای موثرتر، تقویت استفاده از توانایی روحی و غیره است. بنا به تعریف، پرستاران آماده تلفیق رویکردهای زیست‌روان اجتماعی

و فرهنگی/روحی با مراقبت هستند. برخی از رهبران پرستاری در این رابطه احساس نگرانی می‌کنند که "هنر" پرستاری با تاکید بر EBP به حاشیه رانده می‌شود. فصل ۱ برخی از مداخلاتی را که اغلب کوچک شمرده می‌شوند و چارت بندی نشده‌اند، مانند هنر مراقبت، مهارت مواظبت و پشتیبانی بیمار بیان می‌کند. اما مواردی که ممکن است کوچک شمرده شده و کم اهمیت جلوه داده شوند، ابزارهایی هستند که پرستاران را منحصر بفرد می‌سازند. برخی از این ابزارها عبارتند از دارا بودن مهارت‌های ارتباطی موثر، ایجاد روابط درمانی، درک روش‌های مصاحبه و ارزیابی نیازهای بیمار. این زمینه‌ها در فصول ۸ (مهارت‌های ارتباطی: ابزاری برای تمام گرایش‌های پرستاری) و ۹ (روابط درمانی و مصاحبه بالینی) مورد تاکید قرار می‌گیرند. همچنین بخشی در هر یک از فصول بالینی در مورد تکنیک‌های ارتباطی مفید برای یک اختلال یا وضعیت خاص نیز وجود دارند. دومین ویژگی منحصر بفردی که در فصول بالینی گنجانده می‌شود، اعمال هنر است که ترسیم کننده یک سناریوی بالینی تثبیت کننده تعامل (درمانی و هم غیردرمانی) بین دانشجو و بیمار، درک دانشجو از تعامل و شناسایی مفاهیم پرستاری سلامت ذهنی بطور جدی است.

## سازماندهی

فصول کتاب که در پنج بخش سازماندهی شده‌اند، برای تاکید بر نقطه نظر بالینی و تسهیل دستیابی به اطلاعات گروه‌بندی شده‌اند. تمام فصول بالینی به شکلی واضح، منطقی و منسجم سازماندهی می‌شوند که فرایند پرستاری در آن چارچوبی قوی و مشهود دارد. طرح کلی فصول بالینی به شرح ذیل است.

### • همایندی و شیوع

شناخت اختلالات همه‌گیری که اغلب بخشی از تصویر بالینی اختلالات خاص هستند، دانشجویان و همچنین متخصصین بالینی را یاری می‌دهد که نحوه ارزیابی و درمان بهتر بیماران خود را درک کنند.

### • نظریه

### • نکات فرهنگی


### • تصویر بالینی

### • کاربرد روند پرستاری

- ارزیابی
- جدول تشخیص پرستاری بالقوه، تشخیص‌های پرستاری مختلف احتمالی را برای یک اختلال خاص به همراه علائم مربوطه فهرست می‌کنند.
- جدول اقدامات پرستاری، اقدامات مربوط به یک اختلال یا وضعیت بالینی مشخص را به همراه منطق موجود در پس هر اقدام فهرست‌وار بیان می‌کنند.
- کادراهای معیار DSM-5 برای اختلالات سلامت ذهنی انتخابی.
- تصاویر نوروبیولوژی اختلالات سلامت ذهن انتخابی و نحوه کمک داروها به تسکین علائم کلاسیک. نیز در منابع دانشجویی استنتاج بصورت انیمیشن ارائه می‌شود. به آیکون انیمیشن  در متن کتاب نیز مراجعه کنید.
- نکات کلیدی جهت یادآوری، مفاهیم اصلی هر فصل را در یک فهرست خلاصه که درک آن ساده است ارائه می‌دهد.
- سوالات تفکر انتقادی در پایان تمام فصول، موقعیت‌های بالینی را در روانپرستاری معرفی کرده و فرایندهای تفکر انتقادی لازم برای اقدام پرستاری را مورد تشویق قرار می‌دهد.
- جدید! سوالات مرور فصل در پایان هر فصل، مفاهیم کلیدی را تقویت می‌کند. پاسخ‌ها در پیوست C ارائه می‌شوند.
- پیوست‌ها، فهرست طبقه‌بندی DSM-5، تشخیص پرستاری NANDA-I و پاسخ‌هایی برای سوالات مرور فصل را ارائه می‌دهند.

## ابزارهای یادگیری و آموزش

### برای دانشجویان

- منابع استنباط دانشجویان از این متن شامل موارد ذیل است.
- انیمیشن‌های تصاویر نوروبیولوژی برای اختلالات سلامت ذهن انتخابی و نحوه کمک داروها به تسکین علائم کلاسیک. می‌توانید این تصاویر را با آیکون  در کنارشان مشاهده کنید.
- مطالعات موردی و برنامه‌های مراقبت پرستاری برای اختلالات بالینی
- سوالات مروری دانشجویی برای هر فصل.

ارزیابی مناسبی از یک اختلال خاص ارائه می‌دهد شامل ابزارهای ارزیابی و مقیاس‌های رده‌بندی. مقیاس‌های رده‌بندی به تاکید بر زمینه‌های مهم در ارزیابی تنوع رفتارها یا شرایط ذهنی کمک می‌کند. به دلیل آنکه بسیاری از پاسخ‌ها ذهنی هستند، متخصصین بالینی باتجربه از این ابزارها علاوه بر دانش خود نسبت به بیماران بعنوان راهنما در حین برنامه‌ریزی مراقبتی استفاده می‌کنند.

### تشخیص

شامل جدیدترین اصطلاحات (2015-2017) NANDA-I است.

### شناسایی نتایج

### برنامه‌ریزی

### اقدامات

مداخلات از مقوله‌هایی پیروی می‌کنند که توسط روانپرستاری سلامت ذهن انجمن پرستاران آمریکا؛ حیطه و استانداردهای عمل (۲۰۱۴) مشخص شده است. مداخلات مختلف برای هر یک از اختلالات بالینی بر اساس مناسب‌ترین نوع خاص بیمار است که به راهنمایی‌های ارتباطی نیاز دارد و آن راهنماها را شامل می‌شود؛ آموزش بهداشت و ترویج آن؛ محیط درمانی؛ روان‌درمانی و داروشناسی، زیست‌شناسی و تعامل درمانی.

### ارزشیابی

## مشخصه‌ها

علاوه بر کادرهای کاربرد روش مبتنی بر شواهد (EBP) و اعمال هنر که در بالا شرح داده شد، موارد ذیل در متن این کتاب گنجانده می‌شوند تا خواننده را آگاه ساخته، بر درک و درگیر ساختن وی در متن تاکید گردد.

- فصول دارای اهداف و کلمات و مفاهیم کلیدی هستند تا به تفکر خواننده جهت دهند.
- نمونه‌ها و شرح مختصر با شرح بیماران روانی و اختلالات آنها، نظر خواننده را جلب کرده و سعی در حفظ آن دارند.
- دستورالعمل‌های ارزیابی در فصول بالینی گنجانده می‌شوند تا خوانندگان را با متدهای ارزیابی بیماران آشنا کنند؛ این دستورالعمل‌ها می‌توانند در محیط بالینی نیز استفاده شوند.

## برای اساتید

منابع استنتاج اساتید از این کتاب شامل موارد ذیل است:

- آموزش برنامه‌های درسی پرستاران، بر اساس اهداف یادگیری فصل، بعنوان برنامه‌های درسی قابل اصلاح و آماده ارائه و یک نقشه راه کامل برای ارتباط دهی تمام بخش‌های این بسته آموزشی است. برای رفع نیازهای زمانبندی و آموزش خاص خود، می‌توانید این برنامه‌های درسی مختصر و مستقیم را اصلاح یا ترکیب نمایید.
- بانگ تست در فرمت آزمون، حداکثر دارای ۸۰۰ آیتم آزمون است که با پاسخ درست، منطقی، سطح شناختی و گام فرایند پرستاری، برچسب NCLEX مناسب و مرجع صفحه متن منطبق کامل می‌شود. برنامه نمایش آزمون این امکان را برای اساتید فراهم می‌سازد که تست‌های جدیدی آماده کنند؛ سوالات تست را ویرایش، اضافه و

حذف نمایند؛ سوالات را با طبقه NCLEX، سطح شناختی و گام فرایند پرستاری مرتب نموده و بصورت آنلاین تست‌ها را اجرا کرده و نمره بدهند.

- ارائه‌های پاورپوینت با بیش از ۶۰۰ اسلاید سخنرانی با قابلیت سفارشی‌سازی
- سوالات پاسخ مخاطب برای i < کلیک و سیستم‌های دیگر با ۲ تا ۵ سوال چند گزینه‌ای برای هر فصل جهت شبیه سازی بحث کلاسی و ارزیابی درک دانشجو از مفاهیم کلیدی.

امیدوارم که همه متوجه شده باشید که ضرورت‌های روانپرستاری سلامت ذهن: یک رویکرد ارتباطی برای مراقبت مبتنی بر شواهد، ویرایش سوم، اطلاعاتی را که برای موفقیت در تکنیک پرستاری خود بدان نیاز دارید، به شما ارائه می‌دهد. موفق باشید. الیزابت. ام. وار کارولیز

## مفاهیم نظری اصلی جهت تمرین

دکتر هیلگارد ای. پیلاو (۱۹۰۹-۱۹۹۹)  
"مادر روانپرستاری"

هیلگارد پیلاو که بعنوان مادر روانپرستاری شناخته شده است، از زمان فلورانس نایتینگل بیشترین تأثیر را بر عملکرد پرستاری داشته است. در زمان کودکی، پیلاو شاهد اپیدمی ویرانگر آنفوانزا بود که ادراکات او را تحت تأثیر قرار داد. او بعنوان پرستاری که مسئولیت اصلی را پس از پرستار مسئول برعهده داشت، تحت عنوان "پرستار مدرسه" هم کار می‌کرد. سپس مدرک کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای خود را در رشته روانشناسی گرفت و یک روانپرستار معتبر شد. بعدها پرستار ارتش شد و برای اولین بار در دانشکده روانپرستاری در دانشگاه روتگرز، رشته اختصاصی روانپرستاری را بنیان نهاد. بعدها با سازمان جهانی بهداشت (WHO) شروع به کار کرد و آثار بسیاری منتشر کرد و بعنوان مدیر اجرایی و مسئول انجمن پرستاران امریکا و استاد مهمان و سخنران در سرتاسر جهان فعالیت کرد (D'Antonia و همکاران، ۲۰۱۴).

تئوری پیلاو درباره روابط میان فردی که بعنوان روانپرستاری نیز شناخته شده است، قویاً تحت تأثیر تئوری روابط میان فردی هری استاک سالیوان قرار داشت و اولین تئوری بود که مفاهیم حوزه‌های روانشناسی و علمی را با تئوری پرستاری ادغام کرد. تئوری میان فردی او منجر به تغییر پارادایم در ماهیت رابطه پرستار-بیمار شد که اکنون بعنوان رابطه بیمار-محور یا مراقبت بیمار-محور شناخته می‌شود. مطابق نظریه پیلاو، پرستار نقش‌های بسیاری ایفا می‌کند از جمله معلم، مشاور، مدافع و رهبر. وی با بیمار نیز همکاری می‌کند تا زندگی اجتماعی خلاقانه، سودبخش و مستقلی داشته باشد. بکارگیری انواع روش‌های ارتباطی پرستار با بیمار، عاقبت بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. رابطه بیمار-پرستار از مراحل مختلفی عبور می‌کند از جمله شناسایی مشکل، انتخاب و استفاده از تمام منابع موجود و پایان دادن به رابطه درمانی (D'Antonio و همکاران، تئوری پرستاری، ۲۰۱۳). تئوری پیلاو بعنوان چارچوبی برای تعداد زیادی از موضوعات تحقیقی مانند آموزش بیمار، افسردگی، بازماندگان خشونت‌های جنسی و حفظ موضوعات تحقیقی استفاده شده است (Penckofer و همکاران، ۲۰۱۱). در حین مطالعه این کتاب درباره سطوح اضطراب، مراحل ارتباط بیمار-پرستار و اهمیت توجه دقیق افکار و احساسات خود در خلال مفهوم تعامل بیمار-پرستار خواهید آموخت. این ابزارهای ضروری که امروزه توسط پرستاران حرفه‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرند، همه برگرفته از عملکردهای هیلگارد پیلاو هستند و تئوری او همچنان بعنوان مبنایی برای توسعه اقدامات پرستاری-درمانی بکار گرفته می‌شود. تأثیر پیلاو فراتر از روانپرستاری است. او مدافع مصمم پرستاری پیشرفته و بسط پرستاری از یک شغل به یک حرفه بود که در توسعه استانداردها و گواهینامه‌ها، امری کلیدی تلقی می‌شود. هر پرستار عمیقاً تحت تأثیر هنر و علمی است که پیلاو در پرستاری مبدع آن است (Tomey، ۲۰۰۶).

## کاربرد علم و هنر در روانپرستاری

### مفاهیم و اصطلاحات کلیدی

۵A. رسیدگی، مراقبت، الگوریتم‌های بالینی، گذرگاه‌های حیاتی / بالینی، خط مشی‌های عملکرد بالینی، عملکرد مبتنی بر شواهد (EBP)، مشارکت بیمار- پرستار، حمایت از بیمار، روانپرستاری و سلامت روان، آموزش کیفیت و ایمنی به پرستاران (QSEN)، مدل ریکاوری، مراقبت آگاهانه از تروما

### مفهوم انتخابی: حمایت از بیمار

حمایت از بیمار می‌تواند در سطوح زیادی رخ دهد، از جمله فراهم‌سازی امکان مراقبت مستقیم از بیمار، درخواست راهکار و حمایت از تغییر در عرصه‌های سازمانی، جهانی و قانونی. در ادامه نمونه‌هایی از فعالیت‌های حمایتی بیمار ذکر شده است:

- دادن رضایت آگاهانه مانند امتناع از درمان
- احترام به تصمیمات بیمار، حتی مواردی که با آن مخالف هستیم
- حمایت در برابر تهدید رفاه و تندرستی
- اطلاع از بهترین عملکرد
- بیماران از طریق فراهم کردن حریم خصوصی و محرمانه در حین مشارکت در تحقیق، استفاده از استانداردها و بازبینی‌ها و انجام اقدامی علیه عملکرد سؤال برانگیز یا ضعیف، مورد حمایت قرار می‌گیرند. اخلاقیات چنان مهم هستند که انجمن پرستاران آمریکا (ANA) سال ۲۰۱۵ را "سال اخلاقیات" نامید. (ANA، ۲۰۱۵، Long، ۲۰۱۵)

1. American Nurses Association

### مفهوم انتخابی: عملکرد مبتنی بر شواهد (EBP)

عملکرد مبتنی بر شواهد، مفهومی است که در سراسر این کتاب و در محیط بالینی استفاده می‌شود. در ازای انجام کارها "با روشی که همیشه آنها را انجام می‌دهیم" اکنون استاندارد مراقبت، یک روش یکپارچه شده است. سه جنبه (یا شاخه) اصلی EBP عبارتند از:

- شواهد جمع‌آوری شده در مرور تحقیقات
- اطلاعات بالینی پرستار از آموزشها و تجربیات
- خواسته‌های بیماران و ارزش‌های مراقبت از آنها

نمونه‌هایی از مطالعه موردی بکارگیری عملکرد مبتنی بر شواهد در کادرهایی در سرتاسر فصول بالینی کتاب مورد توجه قرار خواهد گرفت (ANA، ۲۰۱۵، Laibhen-Parkes، ۲۰۱۴، Melnyk & Fineout-Overholt).

### اهداف

۱. تشخیص عملکرد مبتنی بر شواهد (EBP)، ریکاوری و مدل‌های مراقبت آگاهانه از تروما
۲. شناسایی ۵A استفاده شده در فرایند یکپارچه سازی EBP در محیط بالینی.
۳. بررسی حداقل سه وضعیت دشواری که پرستاران در حین تلاش برای استفاده از EBP با آن مواجه می‌شوند.
۴. شناسایی چهار منبعی که پرستاران می‌توانند بعنوان راهنما برای اقداماتی با بهترین شواهد مورد استفاده قرار دهند.
۵. دفاع از اینکه چرا مفهوم "مراقبت" باید جزء اساسی عملکرد پرستاری باشد و اینکه در حین مراقبت از بیمار چگونه ابراز می‌شود.
۶. بحث در مورد این موضوع که مورد حمایت قرار گرفتن بیمار به چه معناست.

## مقدمه

روانپرستاری، یک حوزه تخصصی از عملکرد پرستاری است که بر درمان افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی و سوء‌مصرف مواد تمرکز دارد. روانپرستاری هم مانند تمام تخصص‌های پرستاری، هم از علم و هم از هنر در پرستاری استفاده می‌کند. در علم پرستاری مهمترین مفاهیم عبارتند از: عملکرد مبتنی بر شواهد (EBP)، مدل ریکاوری، مراقبت آگاهانه از تروما و آموزش ایمنی و کیفیت برای پرستاران (QSEN) و نیز تئوری یکپارچه‌سازی تحقیقات پرستاری، روانشناسی و عصب‌شناسی. مفاهیم مرتبط با هنر پرستاری عبارتند از: مراقبت، رسیدگی، حمایت (ANA، ۲۰۱۵). هنر پرستاری شامل پیاده‌سازی شواهد، تئوری‌ها و مدل‌های درمانی نیز می‌باشد. این مفاهیم در طول این فصل بررسی خواهند شد.

## عملکرد مبتنی بر شواهد

با افزایش درک بیولوژی بیماری‌های روانپزشکی که از دهه ۱۹۹۰ (دهه مغز) آغاز شد، رویکردهای درمانی سریعاً به متدهای با پایه علمی تکامل یافتند که امروزه بعنوان عملکرد مبتنی بر شواهد شناخته می‌شود. در روانپزشکی، تمرکز مبتنی بر شواهد به رویکردهای درمانی که در آن شواهد علمی برای مدولاسیون روانشناسی و جامعه‌شناسی وجود دارد و شواهد مرتبط با زیست‌شناسی عصبی ناهنجاری‌های روانپزشکی و داروشناسی روان بسط می‌یابد. ظهور پرستاری مبتنی بر شواهد در ایالات متحده از جنبش EBP در جامعه پزشکی در انگلستان و کانادا در طول دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ ریشه گرفت (Sur & Dahm، ۲۰۱۱). یک مفهوم متمایز کننده EBP در پرستاری از پزشکی این است که رویکرد مورد استفاده در پرستاری، مسائلی بیش از تحقیقات بالینی را یکپارچه می‌کند. شواهد محدود به آنچه که در مطالعات تحقیقی یافت شده، نمی‌شود بلکه دانش و تجربه بالینی پرستار و همچنین ترجیحات و تمایلات بیمار در سه جنبه اصلی فوق‌الذکر با هم ترکیب و یکپارچه می‌شوند. (Melnyk، ۲۰۱۴) (& Fineout-Disch Overholt)

پایه‌گذاری عملکرد پرستاری در رویکردی سیستماتیک برای مراقبت چندان جدید نیست. مک‌دونالد (۲۰۱۱) بیان

می‌کند که فلورانس نایتینگل (از ۱۸۲۰ تا ۱۹۱۰)، مؤسس پرستاری مدرن، فلسفه‌ای داشت که نمایانگر یک چارچوب مبتنی بر شواهد بود و از "بهترین تحقیق ممکن، دسترسی به بهترین مهارت و آمار دولتی موجود" در سال ۱۸۶۰ حمایت می‌کرد. در سال ۱۸۶۰، نایتینگل پروپوزالی ارائه داد که منجر به ایجاد "اولین مدل برای مجموعه سیستماتیک داده‌های بیمارستانی با استفاده از یک طبقه‌بندی یکسان بیماری‌ها و عملکردها" شد و در نهایت منای سیستم کدگذاری مورد استفاده در سراسر جهان، طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات مربوط به سلامت (ICD) را شکل داد (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماریها، ۲۰۱۱). متخصصین سلامت روان در ایالات متحده از راهنماهای آماری و تشخیصی ناهنجاری‌های ذهنی (DSM)، بجای سیستم ICD استفاده کرده‌اند. این روش اخیراً با پیاده‌سازی نسخه‌های DSM-۵ و ICD-۱۰ تغییر کرده است که در آن سیستم‌های کدگذاری سلامت روان با آنچه امروزه استفاده می‌شود، یکسان است.

هیلگارد پیلاو (۱۹۰۹ تا ۱۹۹۹) که مادر روانپرستاری نامیده شد، اشتیاق زیادی برای روشن کردن و توسعه علم و هنر در عملکرد پرستاری حرفه‌ای داشت و معتقد بود که یک رویکرد علمی برای عملکرد روانپرستاری ضروری است (D'Antonio، ۲۰۱۴). نقش او فراتر از آن چیزی بود که برای حوزه روانپرستاری به ارمغان آورد. او مفهوم عملکرد پیشرفته پرستاری را معرفی کرد و استانداردها و قوانین حرفه‌ای را از طریق اعتبارنامه ارتقا داد (D'Antonio، ۲۰۱۴).

شایان توجه است که روانپزشکی یکی از اولین تخصص‌های پزشکی بود که بطور وسیعی از آزمایش‌های کنترل شده تصادفی استفاده می‌کرد. یکی از اصول بنیادین روانپزشکی بالینی در دهه ۱۹۵۰ این بود که عملکرد باید مبتنی بر نتایج مقایسات تجربی و روش‌های درمانی باشد (Jackson، ۲۰۱۱). با این وجود، با شواهد علمی محدود برای عملکرد در آن زمان، بسیاری از مراقبت‌های پرستاری مبتنی بر سنتها، تجربیات شخصی، آزمون و خطاهای غیرسیستماتیک و تجربیات اولیه پرستاران و سایر افراد در حرفه مراقبت سلامت است (Jackson، ۲۰۱۱). در آن زمان، انتشار مجلات مرتبط با تحقیقات افزایش یافته بود و مرتبط‌ترین موضوع در رابطه با پرستاران، موفقیت مجله

مبتنی بر شواهد، قویترین شواهدی را فراهم می‌کند که بر مبنای آن عملکرد بالینی انجام می‌شود. در آزمون کنترل تصادفی<sup>۳</sup> (RCT)، بیماران بصورت تصادفی انتخاب می‌شوند تا یکی از اقدامات بالینی مختلف روی آنها انجام شود یا در گروه کنترل بدون درمان قرار گیرند. یکی از اقدامات بالینی، اقدام تحت بررسی است و اقدام دیگر می‌تواند استاندارد معمول مراقبت یا دارونما<sup>۴</sup> باشد. ضعیف‌ترین سطح شواهد شامل گزارشات، نظرات، تجربیات بالینی یا مطالعات توصیفی کمیته متخصصان است. اگرچه شواهد علمی بصورت سلسله‌مراتبی رتبه بندی می‌شوند اما ذکر ارزش تمام انواع شواهد در تصمیم‌گیری بالینی حائز اهمیت تلقی می‌شود.

اولین گزارش سرگتون جنرال با موضوع سلامت روان در ۱۹۹۹ منتشر شد (وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا ۱۹۹۹، USDHHS<sup>۵</sup>). این سند مهم مبتنی بر مرور جامع تاریخچه علمی و با مشورت تامین‌کنندگان سلامت روان و استفاده‌کنندگان آن بود. این گزارش به این نتیجه دست یافت که برای اغلب ناهنجاری‌های روانی، دارودرمانی<sup>۶</sup> و روان‌درمانی جامع<sup>۷</sup> متعدد و موثری وجود دارد. با این وجود، سوالاتی را برای روانپرستاران مطرح کرده است از جمله:

- آیا روانپرستاران از تأثیر درمان و اقداماتی که ارائه می‌دهند، آگاهند؟
- آیا آنها صادقانه مراقبت‌های مبتنی بر شواهد را انجام می‌دهند؟
- آیا مستنداتی درمورد ماهیت و نتایج مراقبت‌هایی که آنها ارائه می‌دهند، وجود دارد؟
- تردیدی نیست که تاکید بر EBP در پزشکی و سلامت روان در حال گسترش است. با این وجود، این رویکرد، پاسخ‌های آسانی ارائه نمی‌دهد. برای مثال، نکات زیر را در نظر بگیرید:
- چه کسی "بهترین شواهد" را تفسیر می‌کند؟
- تمام مشکلات پرستاری را نمی‌توان به یک مسئله روشن و قابل حل از طریق آزمایشات علمی تبدیل کرد.

پرستاری مبتنی بر شواهد در سال ۱۹۹۸ بود.

دانشگاه مینه سوتا EBP را چنین تعریف می‌کند: "فرایندی که توسط آن بهترین شواهد تحقیقی موجود (از مطالعات با طراحی مطلوب)، مهارت بالینی و اولویت‌های بیمار برای اتخاذ تصمیمات بالینی استفاده می‌شوند". ملنیک (۲۰۱۴، Melnyk & Fineout-Overholt) بیان می‌دارد که هیچ دارویی وجود ندارد که سرعت و به‌آسانی بیماری را شفا داده و درمان کند<sup>۱</sup> و فرمولی داشته باشد که ارزش شواهدی را نشان می‌دهد که حاکی از آن است که ارزش‌ها و اولویت‌های بیمار و مهارت بالینی می‌بایست در اتخاذ تصمیمات بالینی در نظر گرفته شوند. اگرچه EBP معادل تصمیم‌گیری‌های مؤثر، اجتناب از عملکردهای همیشگی و افزایش کارایی بالینی است، اما ممکن است تمایلی برای چشم‌پوشی از دانش کاربردی وجود داشته باشد که می‌تواند اطلاعات مفیدی برای عملکرد مؤثر و منحصر‌بفرد فراهم کند. تعاریف متعدد، فرایند چندمرحله‌ای یکپارچه‌سازی EBP با عملکرد بالینی را ترسیم می‌کند. یکی از تعاریفی که بسیار ساده و مناسب است، تحت عنوان<sup>۲</sup> ۵A مورد اشاره قرار می‌گیرد (Shaw-Kokot & Philipotts, ۲۰۱۵):

۱. یک سؤال بپرسید. مشکل یا نیاز به تغییر را برای یک بیمار یا موقعیت خاص شناسایی کنید.
۲. تاریخچه‌ای جمع‌آوری کنید. تاریخچه مطالعات و مقالات علمی را جستجو کنید که به این موضوع پرداخته‌اند.
۳. تاریخچه را/ارزیابی کنید. با استفاده از معیار مزیت علمی، شواهد تحقیقات را از نظر اعتبار، مزیت و قابلیت استفاده، ارزیابی و سازماندهی نمایید.
۴. شواهد را به اجرا بگذارید. اقداماتی را انتخاب کنید که مبتنی بر بهترین شواهد موجود با درک اولویت‌ها و نیازهای بیمار هستند.
۵. عملکرد را/ارزیابی کنید. با استفاده از شرح روشن معیارها و گزارشات و نتایج مستندات، حاصل کار را ارزیابی کنید. ارزیابی شواهد از طریق یک سیستم رتبه‌بندی سلسله‌مراتبی انجام می‌شود (شکل ۱-۱). بازمی‌بینی‌های سیستماتیک یا فراتحلیل مطالعات کنترل شده تصادفی و راهنماهای عملکرد بالینی

3. Randomized controlled trial

4. placebo

5. U.S Department of Health and Human Services

6. Psychopharmacological

7. Psychosocial

1. Magin bullet

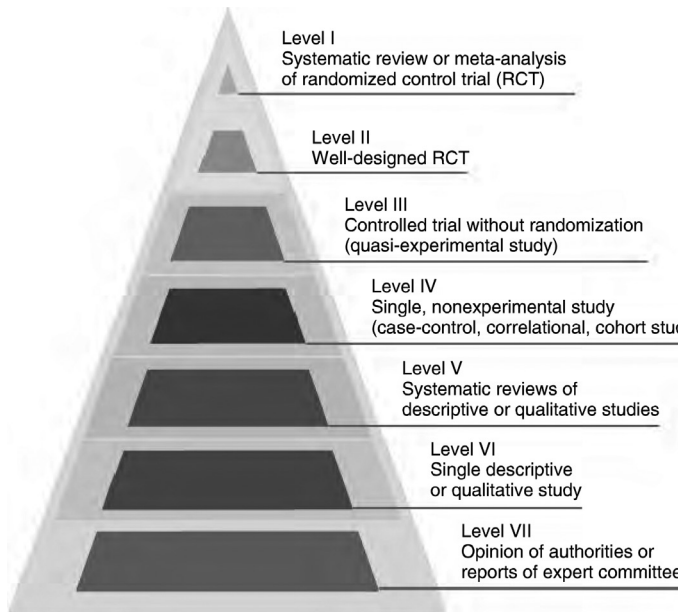
2. Ask, Acquire, Appraise, Apply, assess

که آیا ممکن است علایم یک ناهنجاری خاص مانند افسردگی، اضطراب یا کمبود توجه/بیش‌فعالی (ADHD) را داشته باشند. همچنین منابعی برای دستیابی به حمایت و درمان وجود دارد. بهتر این است که بر سایت‌هایی تمرکز شود که توسط انجمن‌های حرفه‌ای، کتابخانه‌ها، ناشرین کتب علمی، یا سازمان‌های شناخته شده‌ای اداره می‌شوند. که به اطلاعات مبتنی بر شواهد و با کیفیت شهرت دارند. راهنماهای عملکرد بالینی: این راهنماها، بیانات سیستماتیک مبتنی بر بررسی ادبیات تحقیق هستند که بهترین شواهد را برای راهنمایی پزشکان در رابطه با تصمیم‌گیری آگاهانه درباره مشکلات سلامت خاص ارزیابی و خلاصه می‌کنند (موسسه پزشکی، ۲۰۱۱). استفاده از کتب راهنمای عملکرد می‌تواند کیفیت و پایداری مراقبت را افزایش داده و تحقیقات حاصله را تسهیل کند. اساساً این راهنماها الف) سوالات مربوط به عملکرد و تمام گزینه‌ها و نتایج تصمیم‌گیری را صریحاً شناسایی می‌کنند. ب) "بهترین شواهد" مربوط به پیشگیری، تشخیص، پیش‌بینی، درمان، آسیب و مقرون‌به‌صرفه بودن را شناسایی می‌کنند. پ) نکاتی را برای تصمیم‌گیری درباره یک راهکار ارائه

- تحقیقات پرستاری در سطح بالایی نسبتاً اندکی در دسترس بوده‌اند که به بررسی اقدامات و عملکرد روانپرستاری پرداخته باشند.
- علیرغم انتظاری که از استفاده از EBP می‌رود، آموزش اندکی در مقاطع کارشناسی یا در محل کار ارائه شده تا پرستاران را برای این فرایند آماده کند.
- چطور پرستارانی که در محیط‌های پیچیده‌ای با محدودیت‌های نیرو و بودجه فعالیت می‌کنند، می‌توانند زمانی را صرف تحقیق و ارزیابی تاریخیچه و تصمیم‌گیری در مورد "بهترین شواهد" کنند.

### منابع عملکرد بالینی

۱. منابع اینترنتی: تعدادی از وبسایت‌ها منابعی برای جمع‌آوری اطلاعات، مقررات درمانی و نتایج آخرین مطالعات بالینی در زمینه سلامت روان ارائه می‌دهند. برخی از جامع‌ترین پایگاه‌های داده برای منابع پزشکی و روانپزشکی عبارتند از: شاخص انباشتگی برای تاریخیچه پرستاری و بهداشت پیوسته (CINAHL)، پاب مد و بازبینی‌های Cochrane. خودآزمایی‌هایی برای افراد وجود دارند تا متوجه شوند



شکل ۱-۱. سلسله‌مراتب شواهد از: (Melnyk & Fineout-Overholt, ۲۰۱۴). عملکرد مبتنی بر شواهد در پرستاری و مراقبت سلامت



نتایج مورد انتظار را با استفاده از یک فرمت خاص زمانی قابل اندازه‌گیری فهرست می‌کند و مستندسازی نیز صورت می‌پذیرد. مسیرهای بالینی، EBP یک طرفه‌ای هستند که می‌توانند با مراقبت بالینی ادغام شوند.

### شکاف تحقیق-عملکرد

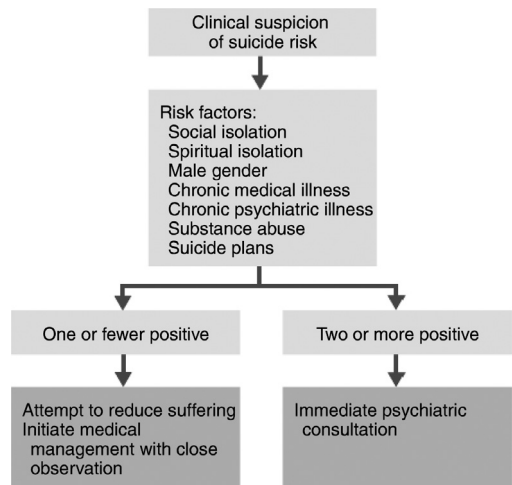
متاسفانه، شکاف وسیعی بین بهترین درمان‌های مبتنی بر شواهد و تبدیل مؤثر آنها به عمل وجود دارد. نیاز به تحقیقات پیوسته در مورد اینکه چطور می‌توان به بهترین نحو ممکن یافته‌های مسائل بالینی مرتبط را استفاده نمود و آنها را به عملکرد بالینی تبدیل نمود، مورد تاکید موسسه پزشکی بوده است (۲۰۰۶):

تحقیقی که تأثیر درمان‌های خاص تحت شرایط کنترل شده دقیق را شناسایی کرده‌است، تقریباً هیچ تحقیقی وجود ندارد که نحوه اثربخش کردن همان درمان‌ها را در حین تقسیم محیط‌های مراقبتی معمول شناسایی کند... یا هنگامی که توسط ارائه‌دهندگان خدماتی اجرا شوند که آموزش تخصصی در زمینه درمان نداشته‌اند.

تحقیق مؤثر به زبانی گزارش می‌شود که قابل درک و عاری از زبان حرفه‌ای تحقیق و آماری باشد و انتشار مناسب یافته‌ها مستلزم دسترسی به کارورزان پرستاری است (آژانس تحقیقات مراقبت سلامت و کیفیت، ۲۰۱۲، AHRQ) علیرغم پیچیدگی‌ها و نگرانی‌هایی که می‌بایست مورد بررسی قرار گیرند، پرستاری مبتنی بر شواهد، در حال تبدیل به بنیانی برای عملکرد پرستاری است. در نهایت، استفاده از عملکرد مبتنی بر شواهد علمی، استفاده از عملکردهای پرستاری غیرقابل توجیه را کاهش داده و میزان خطاهای پرستاری را تقلیل خواهند کرد. بعلاوه، استفاده از عملکرد مبتنی بر شواهد فرایند ارزیابی را بهینه می‌کند و توسعه و پیشرفت حرفه‌ای پرستار را تسهیل می‌نماید (Jasmine، ۲۰۰۹).

برای کمک به درک خواننده در مورد اینکه چگونه بهترین شواهد شناسایی شده و در اقدامات پرستاری مورد استفاده قرار می‌گیرند، این کتاب حاوی یک کادر ویژگی‌ها با نام اجرای عملکرد مبتنی بر شواهد است. امید است این ویژگی، که در هر یک از فصول بالینی ارائه شده، بر اهمیت تحقیقات

می‌دهند. راهنماهای عملکرد بالینی انجمن روانپزشکی آمریکا (APA) و موسسه ملی جمع‌آوری و توزیع اطلاعات مربوط به معیارهای کیفیت، چنین راهنمایی‌هایی را ارائه می‌دهند. وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا حامی مالی موسسه جمع‌آوری و توزیع راهنماهای مبتنی بر شواهد در رابطه با بازه گسترده‌ای از شرایط سلامت روان و پزشکی است (www.guideline.gov).  
۳. الگوریتم‌های بالینی: این الگوریتم‌ها راهنماهای گام‌به‌گامی هستند که در یک فلوجارت یا فرمت تصمیم‌گیری درختی آماده می‌شوند. رویکردهای جایگزین درمان و تشخیص، بر مبنای نکات تصمیم‌گیری شرح داده می‌شوند که از یک پایگاه داده بزرگ مرتبط با علائم، تشخیص، یا ابعاد درمانی استفاده می‌کنند. (شکل ۱-۲) یک الگوریتم بالینی برای سوء ظن ریسک ارتکاب خودکشی را ترسیم می‌کند.  
۴. مسیرهای حیاتی-بالینی: این مسیرها مخصوص موسساتی هستند که از آنها استفاده می‌کنند و بعنوان "نقشه‌ای" برای درمان و اقدامات خاص بکار می‌روند تا در خلال چارچوب‌های زمانی خاصی رخ دهند، نشان داده شده که نتایج بالینی را بهبود می‌بخشند. این اقدامات می‌توانند شامل تستها، آموزش بهداشت و دارو باشند. هر مسیر،



شکل ۱-۲. الگوریتم بالینی برای احتمال ریسک خودکشی (اصلاح شده توسط Goldman، A.، ۲۰۰۸).

علمی صحیح تاکید کرده و علاقه خواننده به تحقیقات را افزایش دهد.

امروزه تاکید بر روابط بیمار- پرستار است که بیشتر با مدل ریکآوری مطابقت دارد (Stuart, ۲۰۱۱).

## مدل ریکآوری

مدل ریکآوری سلامت روان بیشتر یک مدل اجتماعی ناتوانی است تا یک مدل پزشکی ناتوانی. بنابراین، تمرکز از یکی از بیمارها به تاکید بر توانبخشی و ریکآوری تغییر می‌یابد (Caldwell, ۲۰۱۰). مدل ریکآوری از یک برنامه ۱۲ مرحله‌ای "معتادان بینام به الکل" مشتق شده و یک طرح حمایتی بنیادین است که "جنبش مصرف کننده/ بازمانده/ بیمار اسبق نامیده، در طی سال‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ نامیده شده است. این مدل اکنون یکی از مدل‌های اصلی ارائه شده توسط وزارت خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد است (SAMHSA, ۲۰۱۴). این وزارت یک نهاد فدرال است که مسئولیت آن ایجاد پیشرفت در سلامت روان و درمان سوءمصرف مواد است. مفهوم ریکآوری عموماً به مدیریت علائم، کاهش ناتوانی‌های روانی اجتماعی و ارتقای عملکرد نقش، اشاره دارد (SAMHSA, ۲۰۱۴). اقدامات کلی نگرانه‌ای مانند ترغیب به روابط حمایتی برای ارتقای ریکآوری طراحی می‌شوند که عملکرد در محیط کار، مشارکت در زندگی اجتماعی و کاهش علائم گواه آن هستند (SAMHSA, ۲۰۱۴). هدف اصلی این مدل، توانمندسازی بیمار برای درک پتانسیل کامل و استقلال خود در خلال محدودیت‌های خود بیماری است. بهبود یافتن (ریکآوری) از یک بیماری روانی بعنوان یک سفر شخصی بهبودی است:

- تمرکز مدل ریکآوری بر موارد ذیل است: (Caldwell, ۲۰۱۰).
- مراقبت سلامت روان، مصرف کننده و خانواده-محور است و در آن بیماران در تمام جنبه‌های مراقبت مشارکت دارند.
- مراقبت نباید فقط بر مدیریت علائم تکیه نماید بلکه باید متمرکز بر افزایش موفقیت مصرف کننده در مواجهه با چالش‌های زندگی و انعطاف‌پذیری باشد.
- یک طرح مراقبت منحصربفرد باید در کانون ریکآوری مصرف کننده-محور وجود داشته باشد.
- در تقابل با روابط سلسله‌مراتبی گذشته در سلامت روان،

## مراقبت آگاهانه از تروما

سومین مدلی که به برتری و اعتبار دست یافت، مراقبت آگاهانه از تروما است، چارچوبی است که توسط مرکز ملی مراقبت آگاهانه از تروما (NCTIC)<sup>۲</sup>، بخشی از SAMHSA، ارائه شده است. مراقبت آگاهانه از تروما تشخیص می‌دهد که تروما تقریباً در سراسر جهان در تاریخچه بیماران روان مشاهده شده و به حل مشکلات روان، سوءمصرف مواد، مشکلات مزمن روان و ارتباط با سیستم قضایی و جنایی کمک می‌کند. تروما در اشکال زیادی بروز می‌کند، از جمله: سوءاستفاده‌های جسمی، جنسی و عاطفی؛ جنگ، بلایای طبیعی؛ و سایر تجربیات آسیب زنده. مراقبت آگاهانه از تروما، خط‌مشی‌هایی ارائه می‌دهد تا بتوان درک کرد که چگونه تروما بیمار را در انجام برنامه‌های بالینی تحت تأثیر قرار می‌دهد. مفهوم اصلی این رویکرد، تغییر پارادایم در فرد است تا بجای اینکه بپرسد "مشکلت چیست؟" بگوید "چه اتفاقی برای افتاده؟". اصول کلیدی شامل موارد ذیل نیز می‌باشند: اجتناب از ابتلای مجدد به تروما از طریق تکنیک‌های اجباری، رابطه مبتنی بر همکاری آزاد بین بیمار و ارائه دهنده خدمات، توانبخشی و احترام فرهنگی.

انجمن پرستاران آمریکا (۲۰۰۷)؛ موسسه پزشکی (IOM, ۲۰۰۶, ۲۰۱۱) و (QSEN, ۲۰۱۴)، همه از مراقبت بیمار-محور بعنوان بهترین عملکرد حمایت می‌کنند. انتظار می‌رود که پرستاران بهترین عملکرد را با توجه به تاریخچه، مدل‌ها و تئوری‌های مراقبتی، زیست‌شناسی عصبی ناهنجاری‌های روانپزشکی و داروها و سایر حوزه‌های حرفه‌ای در عملکرد بالینی درک کرده و انجام دهند.

## آموزش ایمنی و کیفیت برای پرستاران (QSEN)

اکنون یک طرح ملی در زمینه کیفیت و ایمنی بیماران وجود دارد که QSEN نامیده می‌شود. هدف کلی QSEN آماده کردن پرستاران آینده است که دانش، مهارت و

2. National Center for Trauma-Informed Care

1. Alcoholics Anonymous

### مراقبت

مراقبت طبیعی‌ترین و پایه‌ای‌ترین جنبه وجود انسان است (smith, ۲۰۱۳). تحقیق انجام شده توسط اسکوتن هوفر و همکاران (۱۹۹۸) از یک فرایند گروهی برای یکپارچه‌سازی معنای مراقبت برای شرکت‌کنندگان استفاده کردند. سه نتیجه از این حکایت‌ها به دست آمد:

۱. مراقبت با درک مبتنی بر انتقال فکر، اقدامات و شکیبایی به نفع دیگران به دست می‌آید.
۲. مراقبت از دیگری از طریق اقدامات، سخنان و حضور، منجر به خوشحالی و همدردی می‌شود.
۳. مراقبت، از خود بخشیدن درحین حفظ اهمیت خود است. پرستار مراقب در وهله اول، یک پرستار دارای صلاحیت است. او بدون دانش و صلاحیت، رسیدگی و مراقبت نمی‌تواند بخوبی به آنهایی که تحت مراقبت ما هستند، کمک کند. بدون مبنای دانش و مهارت‌ها، مراقبت به تنهایی نمی‌تواند سردرگمی، اندوه یا درد شخص دیگر را کم کند اما پاسخ مراقبت می‌تواند ترس، درد و رنج را به یک تجربه مشترک قابل تحمل تبدیل کند (اسمیت ۲۰۱۳).

دکتر جین واتسون، موسسه علم مراقبت واتسون را تأسیس کرد و بیش از ۲۰ کتاب درباره مفهوم مراقبت نوشت. تئوری مراقبت واتسون یک حامی معنوی و وجودی دارد (موسسه علمی مراقبت واتسون، ۲۰۱۵). این تئوری، Ten Caritas (اصول دوست داشتن) را با هم ادغام کرد که مشوق نوع دوستی، محبت به خود و دیگران، ایمان و امید، افتخار، پرورش باورهای فردی، روابط مبتنی بر اعتماد، پذیرفتن احساسات درحین گوش دادن صادقانه، حل مسائل بصورت علمی و خلاقانه، آموزش و یادگیری با استفاده از شیوه‌های فردی، محیط‌های درمانی فیزیکی و معنوی و کمک به رفع نیازهای اولیه بشری و گشودن معما و معجزه است.

"تسلی" بعنوان بخشی از مراقبت شامل ارائه حمایت‌های اجتماعی، عاطفی، فیزیکی و معنوی به بیمار، مطابق با مراقبت پرستاری کلی‌نگرانه است. انجام اقدامات مربوط به تسلی می‌تواند حتی باعث نجات زندگی شود و اقدامات مربوط به تسلی، مولفه‌های اصلی برای مراقبت مطلوب هستند. فشار اقتصادی و کمبودهای پرستاری، موانعی برای عملکرد مراقبت

نگرش (KSA) ضروری برای ارتقای پیوسته کیفیت و ایمنی سیستم‌های مراقبت سلامت را در محل کارشان دارا می‌باشند (Sullivan, ۲۰۱۴, QSEN, ۲۰۱۰). QSEN این KSAها را در هر یک از شش استاندارد زیر تعریف می‌کند:

- مراقبت بیمار-محور
- کار گروهی و همکاری
- عملکرد مبتنی بر شواهد
- ارتقای کیفیت
- ایمنی
- انفورماتیک

این استانداردها بطور جامع در فصل ۷ بررسی خواهند شد. استانداردهای مربوطه یا KSAها در کادرهای اجرای عملکرد مبتنی بر شواهد در فصول بالینی اشاره خواهند شد و در سرتاسر متن کتاب به هم مرتبط می‌شوند.

### هنر پرستاری: توسعه مهارت‌ها جهت عملکرد

پرستاری معاصر بر تفکر انتقادی و بنیان علمی تکیه دارد. با این وجود، هنر پرستاری در مراقبت کلی‌نگرانه و جامع نیز به همان اندازه حائز اهمیت است. حتی بهترین راهنماهای مبتنی بر شواهد نمی‌توانند کل پیچیدگی‌های یک بیمار، ناهنجاری یا موقعیت منحصر بفرد را دربرگیرند. همانطور که ویلیامز و گارنر (۲۰۰۲) چنین نتیجه‌گیری می‌کنند: تاکید بسیار زیاد بر پزشکی مبتنی بر شواهد، ماهیت پیچیده و میان‌فردی مراقبت بالینی را تا حد زیادی ساده کرده است "هنرهای درک مستقیم، مهارت‌های بین فردی، خوددرمانی و صلاحیت فرهنگی برای درمان مؤثر ضروری هستند.

بنر (۲۰۰۴) پیشنهاد می‌کند که بسیاری از ویژگی‌هایی که در ذیل "هنر پرستاری" قرار می‌گیرند، نامرئی، ناملموس، بندرت برنامه‌ریزی شده هستند و تقریباً هیچ‌گاه در طرح مراقبت پرستاری پیشنهاد نمی‌شوند. در نتیجه، این ویژگی‌ها اغلب به حاشیه رانده می‌شوند، کم‌ارزش شده و مورد توجه قرار نمی‌گیرند. سه حوزه که در "هنر" پرستاری مورد بررسی قرار می‌گیرند عبارتند از: الف) مراقبت، ب) رسیدگی و پ) حمایت از بیمار.

### رسیدگی

رسیدگی، به کیفیت حضور و حضور بخاطر بیمار و هماهنگ با او اشاره دارد. ممکن است تجربه مشکلات فیزیکی یا عاطفی بصورت جداگانه و انفرادی صورت گیرد. هنگامی که بیماران درک می کنند که پرستار بخاطر آن‌ها در آنجاست، یک ارتباط انسانی ایجاد می شود و حس انزوای بیمار کاهش یافته یا از بین می رود (۲۰۱۱، Dossey & Keegan). حضور داشتن مستلزم ورود به تجربه بیمار است. رفتارهای مربوط به رسیدگی شامل مهارت گوش دادن فعال مانند وضعیت اندام و تماس چشمی، لمس کردن یا ارائه مراقبت فیزیکی مبتنی بر توجه است (۲۰۱۳، Dossey & Keegan). از طریق ارتباطات مؤثر است که می توانیم تجربیات، ترس‌ها، احساسات و نگرانی‌های آنی شخص دیگری را کاملاً درک کنیم. رفتارهای مربوط به رسیدگی از طریق یک رابطه درست درمانی می تواند آموخته شود و این رابطه جزء لاینفک آن است. فصل ۹ با جزئیات بیشتری، رفتارهای مربوط به رسیدگی را در خلال مفهوم رابطه بیمار- پرستار بررسی می کند.

### حمایت از بیمار

حامی بیمار، کسی است که در حمایت از دیگری صحبت می کند و با کارهای تدافعی، بویژه هنگامی که شخص دیگری دانش، مهارت، توانایی یا شرایط صحبت و حمایت از خود را ندارد، به او کمک می کند (مارکوس، ۲۰۱۱). و کلا اغلب بعنوان حامیان مراجعان خود در نظر گرفته می شوند. با این وجود، در پرستاری، ایفای نقش حامی یک بیمار، قانونی نیست بلکه یک نقش اخلاقی است. اخلاقیات، جزء لاینفک بنیان پرستاری است و بدون شک درباره مفاهیم و وضعیت‌های دشوار اخلاقی درحین تحصیل پرستاری بحث خواهید کرد. اصطلاح حامی بیمار اولین بار در سال ۱۹۷۶ در انجمن پرستاران آمریکا (ANA) تحت عنوان ضوابط اخلاقی پرستاران، بازبینی‌ها مطرح شد و اساساً تا کنون بدون تغییر باقی مانده است. در آن آمده: پرستار باید آماده باشد و اقدامات مناسب را در رابطه با مثال‌های عملکرد نامناسب، غیر اخلاقی و غیرقانونی یا ناقص با هر یک از اعضای تیم سلامت یا خود سیستم مراقبت از سلامت یا هر عمل انجام شده توسط دیگران انجام دهد که حقوق

و تسلی دادن هستند زیرا پرستاران بار کاری سنگینی را متحمل می شوند. با این وجود، مراقبت هم نگرشی برای برقراری ارتباط است (راهی برای بودن با بیمار) و هم مجموعه‌ای از مهارتهاست که می تواند آموخته شده و توسعه یابد. گوش دادن به حرف بیمار به صرف زمان نیاز دارد اما پرستاران با تمرین و تجربه، می توانند توانایی رسیدگی به نیازهای روحی و عاطفی را افزایش داده و بیماران خود را بشناسند، درحالی که ارزیابی و دیگر وظایف خود را نیز انجام می دهند.

### اجرای عملکرد مبتنی بر شواهد (EBP)

مسئله: یک بیمار ۶۳ ساله خانم از یک بیمارستان روانپزشکی مرخص شد. او بی‌خانمان بود و بیمه نداشت و در اداره ارائه‌دهنده خدمات سلامت روانی سرپایی نام‌نویسی نکرده بود. شماره پیام ثبت سلامت الکترونیک (HER) دیگر معتبر نبود، بنابراین جلسات بعدی آن لغو شد. یک هفته پس از ترخیص، داروهای بیمار به سرقت رفت و وی اقدام به خودکشی کرد. او سردرگم بود، به همین خاطر با کلینیک سلامت روانی، اجتماعی تماس گرفت.

#### ارزیابی EBP

الف) در حال حاضر در مورد تجربه چه می‌دانید؟ بیماران بی‌خانمان نگرانی‌های سلامت متعدد و اطلاعات تماس محدودی دارند.

ب) تاریخچه چه اطلاعاتی به ما می‌دهد؟ برخی از دلایلی که برای عدم رسیدگی به جلسات بعدی ذکر می‌شود عبارتند از بیماری، حمل و نقل ناکافی، فراموش کردن زمان جلسه، عدم ایجاد حس مشترک با ارائه‌دهندگان خدمات. پرستاران می‌توانند با بررسی شکاف‌ها در مراقبت، حامی بیماران باشند.

پ) بیمار چه می‌خواهد؟ بیمار خواستار داروهایش و همچنین کمک به دستیابی به منابع است.

برنامه: تیم بحران به بیمار کمک کرد تا داروهایش در دسترس وی قرار گیرند و تسهیلاتی همچون وسیله‌ای برای رفتن به یک پناهگاه و ثبت‌نام او در مرکز خدمات سلامت روان سرپایی برایش فراهم گردید. پرستار (NP) یک صفحه آمار جمعیت را در EHR طراحی کرد تا اطلاعات تماس کاملی را برای بیماران بی‌خانمان ایجاد نماید؛ مانند جایی که آن‌ها می‌خواهند و در روزهای خاصی وعده‌های غذایی خود را می‌خورند.

QSEN: دانش، مهارت‌ها و نگرش‌های (KSAs) مورد بررسی؛ ایمنی: با کاهش ریسک برای بیمار از طریق عملکرد سیستماتیک و منحصربفرد.

انفورماتیک: با استفاده از فناوری جهت مدیریت اطلاعات بیمار و پیشگیری از خطا.

(سوزان، فراست، چیلیا، فوسبر، ۲۰۱۵)

- مراقبت آگاهانه از تروما تصدیق می‌کند که تروماهای مختلفی در بیماری روانی و سوء مصرف مواد نقش دارند. آگاهی از تروما می‌تواند ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت را یاری کند تا مراقبت مناسبی ارائه داده و از ایجاد ترومای مجدد در بیماران جلوگیری کند.
- برخی از منابع جهت دستیابی به یافته‌های تحقیقات عبارتند از: الف) منابع اینترنتی، ب) کتاب‌های راهنمای عملکرد بالینی، پ) الگوریتم‌های بالینی و ت) مسیرهای حیاتی / بالینی
- سه حوزه خاص، جزء لاینفک هنر پرستاری هستند: الف) مراقبت، ب) رسیدگی و پ) حمایت از بیمار

### اقدام به قضاوت بالینی

۱. دوست شما اخیراً از خدمت سربازی برگشته‌است. هنگامی که او را در خیابان، در یک وضعیت آشفته می‌بینید، وحشت‌زده می‌شوید. به‌نظر می‌رسد که او ترسیده و با خود صحبت می‌کند و هنگامی که اتومبیلی در کنار او صدای ناهنجاری از خود تولید می‌کند، از جامی‌پرد. شما متعجب می‌شوید، زیرا چنین تغییر فاحشی در رفتار او از آخرین باری که وی را دیده‌اید، ایجاد شده است. وقتی به او نزدیک می‌شوید، بسیار محتاط بنظر می‌رسد.

الف) چگونه عملکرد مبتنی بر شواهد برای درک علائم اختلال استرس پس از سانحه دوست‌تان به شما کمک می‌کند؟

ب) برخی از نیازهای ویژه‌ای که می‌توانند تحت مدل ریکآوری تأمین شوند، کدامند؟

پ) چه نگرشی می‌تواند مدل مراقبت آگاهانه از تروما را برای آنچه دوست شما به آن مبتلاست، فراهم کند؟

ت) بررسی کنید چگونه پرستاران می‌توانند EBP و مدل‌های مراقبت را در عملکرد خود با هم ترکیب کنند؟

۲. یکی از دوستان شما می‌گوید که درباره پزشک جدیدی در منطقه شنیده است که می‌خواهد به معتادین الکل آموزش دهد که چگونه در حد اعتدال الکل بنوشند. شما بیان می‌کنید که بر اساس تمام آنچه که خوانده‌اید و بر اساس آنچه از تجربیات دوستان خود می‌دانید، به نظر نمی‌رسد که نوشیدن الکل به‌شکل کنترل شده، روشی

یا بهترین منافع بیمار را به‌خطر می‌اندازد (ANA، ۳، ۵، ۲۰۱۵). هنگامی که شاهد رفتارها یا اقدامات متخصصین مراقبت سلامت هستیم که می‌توانستند نتایج جدی داشته باشند، حمایت از بیماران می‌تواند بسیار شجاعانه تلقی شود.

حمایت در پرستاری شامل تعهد نسبت به سلامت، رفاه و ایمنی بیمار در طول دوره زندگی و تسکین آلام و رسیدن به مرگی آرام، راحت و با عزت است (DNA، ۲۰۱۵). هنگامی که پرستاران، بیماران را به حقوقشان آشنا می‌کنند (شامل حق انتخاب در درمان)، اطلاعات دقیق و به‌روزی به بیمار می‌دهند تا بیمار آگاهانه تصمیم بگیرد و از آن تصمیمات پشتیبانی نماید، در واقع در حال حمایت از بیمار هستند (Walker، ۲۰۱۵).

حمایت، نشاندهنده احترام و ارزش به حیات انسان در حین نجات زندگی یا تسلی دادن به افرادی است که در حال مرگ هستند. روانپرستاران هنگامی که در مجامع عمومی مشارکت می‌کنند، مقاله می‌نویسند و نمایندگان کنگره را متقاعد به کمک در ارتقا و توسعه مراقبت سلامت روان می‌کنند، نیز بعنوان حامی عمل می‌کنند (ANA، ۲۰۰۷).

در سراسر متن کتاب یک ویژگی خاص بنام بکارگیری هنر نگاهی اجمالی از تعامل بیمار-پرستار و فرایندهای فکری پرستار به خواننده ارائه می‌دهد، درحالی‌که به دغدغه‌های بیمار نیز توجه دارد.

### نکات کلیدی جهت یادآوری

- پرستاری دانش و هنر مراقبت را در یک عملکرد کلی‌نگرانه ادغام و یکپارچه می‌کند.
- عملکرد مبتنی بر شواهد (EBP) فرایندی است که توسط آن بهترین شواهد تحقیقی موجود، مهارت بالینی و اولویت‌های بیمار در حین تصمیم‌گیری بالینی ترکیب می‌شوند.
- فرایند ۵A، یکپارچه‌سازی بهترین شواهد در عملکرد بالینی شامل الف) پرسیدن، ب) دستیابی، پ) ارزیابی، ت) بکارگیری و ث) سنجش است.
- کاربرد مدل ریکآوری، افراد مبتلا به ناتوانی‌های روانپزشکی را یاری می‌دهد تا علائم را بشکلی مؤثر مدیریت کنند، ناتوانی روانی را کاهش دهند و زندگی معناداری را در جامعه انتخابی خود بیابند.

تجربه بالینی خود بیاورید؟  
 ۴. به مرکز سلامت روان مبتنی بر شواهد در سایت WWW.cebmh.com مراجعه کنید و حداقل یک تست بالینی موجود را مرور کنید.

### سوالات مرور فصل

- در کدام سناریو عملکرد پرستار بعنوان حامی بیمار، ضروری تر است؟
- الف) یک شخص بزرگسال، در مسیر محل کار، دچار استرس پس از تصادف با اتومبیل شده و فریاد می‌زند.  
 ب) یک شخص بزرگسال بی‌خانمان که بنا به تشخیص، مبتلا به اسکیزوفرنی است، در جامعه‌ای زندگی می‌کند که انتظار می‌رود ۵ بحران درپیش داشته باشد.  
 پ) نمرات یک دختر ۱۴ ساله افت می‌کند زیرا او پیوسته بر شبکه‌های اجتماعی و ظاهر خود متمرکز است.
- ت) والد یک کودک ۸ ساله اجازه می‌دهد که داروی نسخه تجویزی فرزندش دلیل ابتلا به ناهنجاری بیش‌فعالی/کمبودتوجه به مدت یک روز به‌تاخیر بیفتد.
- پرستار با یک کهنه‌سرباز جنگ جهانی دوم صحبت می‌کند. سرباز می‌گوید "کهنه‌سربازان جنگ‌های مدرن همواره در حال شکایت و ناله هستند. قبلاً هنگامی که من در خدمت سربازی بودم، هر کس احساس خود را برای خود

قابل قبول باشد. دوست شما ادعا می‌کند که این پزشک داستان‌ها و شواهدی از افرادی در اختیار دارد که الکی هستند و قادر به نوشیدن الکل به‌شکل کنترل شده می‌باشند. همچنان به او می‌گویید که شاهد مستدل و قوی برای این روش وجود ندارد.

الف) به عنوان یک پرستار، چگونه این ادعا را ارزیابی می‌کنید؟ پنج مرحله‌ای که برای یافتن درستی این ادعا دارید را توضیح دهید.

ب) با استفاده از جدول ۱-۱ درباره کیفیت شاهدهی که در بالا بدان اشاره شده، چه می‌گویید؟

پ) اگر دوست شما در ریکآوری و در فکر امتحان این درمان باشد، شما به او چه می‌گویید که یک استدلال قوی‌تر در برابر چنین تصمیمی باشد؟

۳. شما دانشجوی جدید پرستاری هستید و دوست شما می‌گوید "هنر پرستاری" چیست؟ آیا از این چیزهای جدید عجیب نیست؟"

الف) سه مولفه‌ای را که می‌توان هنر پرستاری در نظر گرفت مورد بررسی قرار دهید.

ب) به دوستان یک نمونه از اینکه چگونه پرستاران تسلی یا مراقبت را در حوزه بالینی ارائه می‌دهند، شرح دهید.

پ) توضیح دهید چرا بیماران نیاز دارند تا پرستارانی داشته باشند که بعنوان حامی آنها عمل کنند. آیا می‌توانید مثالی از

جدول ۱-۱. سلسله‌مراتب شواهد و نمره‌دهی پیشنهادها

نمره‌دهی پیشنهادها		سلسله‌مراتب شواهد	
نوع شواهد	سطح	نوع شواهد	سطح
مبتنی بر شواهد سلسله‌مراتبی ۱	A	شواهد حاصل از بازبینی‌های سیستماتیک یا فراتحلیلی آزمون‌های کنترل‌شده تصادفی	1a
		شواهد حداقل یک آزمون کنترل‌شده تصادفی	1b
مبتنی بر شواهد سلسله‌مراتبی ۲ یا استخراج شده از شواهد سلسله‌مراتبی ۱	B	شواهد حداقل یک مطالعه کنترل‌شده بدون تصادفی‌سازی	2a
		شواهد حداقل یک نوع از مطالعه نیمه‌آزمایشی	2b
مبتنی بر شواهد سلسله‌مراتبی ۳ یا استخراج شده از شواهد سلسله‌مراتبی ۱ و ۲	C	شواهد حاصل از مطالعات توصیفی غیرآزمایشی مانند تحقیقات مقایسه‌ای، تحقیقات هم‌بسته و مطالعات کنترل‌موردی	3
مستقیماً مبتنی بر شواهد سلسله‌مراتبی ۴ یا استخراج شده از شواهد سلسله‌مراتبی ۱ و ۲ و ۳	D	شواهد حاصل از گزارشات کمیته متخصصان یا نظرات یا تجربه بالینی مقامات معتبر	4

بیماری روانی را آماده می‌کند. کدام راهکار، تمرکز فعلی بر خدمات درمانی برای این افراد را تصدیق می‌کند؟

الف) تشخیص‌های بیمار با استفاده از تکنیک‌های تصویربرداری عصبی پیشرفته تأیید می‌شود.

ب) پرستار با تیم درمانی مشورت می‌کند تا مهمترین ناتوانی بیمار را تأیید کنند.

پ) پرستار بر اساس سلسله‌مراتب نیازهای مازلو، مشکلات بیمار را اولویت‌بندی می‌کند.

ت) بیمار و خانواده او بطور فعال در گزینش و اولویت‌بندی اقدامات مشارکت می‌کنند.

۵. کدام سناریو بهترین اثبات‌کننده مراقبت همدردانه است؟

الف) پرستار برای همکاری بعد از انجام یک خطای پزشکی، شرایط تسلی‌بخشی فراهم می‌کند.

ب) پرستار در ۴ شیفت اضافی در یک هفته کار می‌کند زیرا نیروی انسانی کافی وجود ندارد.

پ) پرستار تخلف از محرمانه‌بودن را شناسایی کرده و گزارشی به افسر حریم خصوصی سازمان ارسال می‌کند.

ت) پرستار آگاهانه تاریخچه موجود را مطالعه می‌کند تا از عملکردهای جدید مبتنی بر شواهد مطلع شود.

نگه می‌داشت." بهترین پاسخ پرستار را انتخاب کنید.

الف) "جامعه آمریکا در دهه ۱۹۴۰ انتظار داشت که سربازان جنگ جهانی دوم قوی باشند."

ب) "جنگ جهانی دوم به روشی سنتی انجام شد، اما شناسایی دشمن بسیار سخت‌تر از جنگ‌های امروز بود."

پ) "امروزه ما درک بهتری از این موضوع داریم که چطور تروما بر مردم و اهمیت مراقبت‌های دلسوزانه مبتنی بر تحقیقات تمرکز دارد."

ت) "تجهیزات انفجاری متناوب" (IED) که در جنگ جهانی دوم استفاده نمی‌شدند، صدمات مغزی ترومایی ایجاد می‌کنند که باید درمان شوند"

۳. یک بیمار با یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه درباره بیخوابی، خستگی همیشگی و غمگینی خود صحبت می‌کند. در شرایط مراقبت سلامت کنونی ما، محتمل‌ترین رویکرد درمانی بیمار چه می‌تواند باشد؟

الف) درمان گروهی

ب) درمان فردی

پ) درمان مکمل

ت) درمان دارویی

۴. یک پرستار نتایج طرح مراقبت از یک بزرگسال با تشخیص