كلية التمريض

جامعة حماه

مقرر التمريض النفسي والصحة العقلية /سنة رابعة

المحاضرة الثانية/ نظري/

الفصام

Schizophrenia

مدرس المقرر: آ. مريم هديوه

المحتوى:

- **تعريف الفصام**
- **أعراض الفصام: - أعراض إيجابية**
  - أعراض سلبية

- **الآلية الإمراضية: - العوامل اليولوجية**
  - العوامل النفسية الاجتماعية
  - مواقف الحياة الضاغطة

- **العلاج: - التدخلات الجسدية**
  -العلاج بالمجموعة
  -برامج العلاج بالمجتمع

- **العملية التمريضية لمرض الفصام**

تعريف:

هو اضطراب رئيسي بأعراض ذهانية (أوهام- هلاوس) مميز بانسحاب بارز من العلاقات الشخصية واضطرابات في التفكير والادراك والتي تؤدي إلى صعوبة في التعامل مع الواقع، حيث يحدث انقسام الرابط الطبيعي الموجود بين الادراك، المزاج، التفكير والسلوك. هذا يعني أن الشخص لديه صعوبه في :التفكير بوضوح، معرفة الواقع الحقيقي، التعامل مع المشاعر، اتخاذ القرارات ، والانتماء للآخرين.

تطور المرض:

يكون الشخص مثاليا في مراحل حياته المبكرة، ثم يعاني من تغيير ملحوظ أثناء المراهقة، ويمر بأعراض شديدة في نهاية المراهقة وبداية البلوغ، عند بدء المرض في سن مبكرة يحطم حياة المصاب ويحرمه من فرصة العيش حياة بلوغ منتجة. يختلف بدء حدوث الفصام وتطور المرض عند الأشخاص حيث أنه من المعتقد أنّ الأشخاص الذين يصابون بالمرض فجأة يختلفون عن أولئك الذين يصابون به تدريجياً.

الغالبية العظمى يصابون بالمرض في مرحلة المراهقة وبداية البلوغ، ١٠-١٥% من الحالات يشخص لديهم المرض بعد سن ال ٤٥، في بعض الحالات يتطور المرض متأرجحاً بين السكون والانتكاس، وفي حالات أخرى يكون المرض مستقراً لفترة طويلة بينما في حالات أخرى يتدهور المرض بالتدريج لفترة طويلة.

في معظم الحالات ينتج عن المرض مشاكل مدى الحياة في التكيف مع الحياة اليومية مما يبين الخلل العصبي البيولوجي غير العكوس. التشخيص والعلاج المبكر من الممكن أن يقلل شدة المرض ويحسن تطوره.

تميل النساء لتأخر بدء المرض واستجابة أفضل للعلاج وفترات انتكاس أقصر وأقل وبشكل عام نوعية حياة أفضل من الرجال. كما أن الأشخاص المصابون بالفصام من المتوقع أن يعيشوا حياة أقصر من باقي الناس بنسبة ٢٠% حيث تكون الحوادث، الانتحار، وجرائم القتل سبباً للموت عند ثلث هؤلاء الذين يموتون مبكراً، والثلثين الآخرين يموتون بسبب أمراض القلب المزمنة، ارتفاع الضغط، انتفاخ الرئة، أو مضاعفات النمط الثاني من الداء السكري. ويعود السبب عند هؤلاء جزئياً إلى نمط الحياة التي يعيشونها: عادات غذائية سيئة، السمنة، ارتفاع معدل التدخين، واستخدام الكحول . الأعراض الجانبية للأدوية تتضمن اكتساب الوزن ومتلازمة الاستقلاب.

أعراض الفصام:

أولاً: الأعراض الإيجابية positive symptoms:

هي سلوكيات غير طبيعية مفرطة أو مضافة تشاهد عند الأشخاص البالغين الأصحاء عقلياً. على سبيل المثال: الأوهام غير موجودة عند البالغين الأصحاء عقلياً لذا تعتبر من الأعراض الإيجابية. تظهر النساء عادة أعراضاً إيجابية أكثر من الأعراض السلبية.

عادة تكون الأعراض الإيجابية ناتجة عن التغيرات الفيزيولوجية وهي ارتفاع فعالية الدوبامين في المنطقة تحت القشرة الدماغية ونقص استهلاك السكر في الدماغ. الجدول التالي يبين الأعراض الإيجابية عند مريض الفصام.

ثانياً: الأعراض السلبية negative symptoms :

هي فقدان الوظائف الطبيعية الموجودة عند البالغين الأصحاء. على سبيل المثال: الشخص البالغ قادر على إتمام نشاطات الحياة اليومية لذا فإن عدم قدرة الشخص على العناية بنفسه يعتبر من الأعراض السلبية للفصام. ترتبط الأعراض السلبية بنقص التحفيز والدوافع، وعدم القدرة على التعبير عن المشاعر، ونقص العفوية والجدية. يعتبر الرجال أكثر ميلاً لإظهار أعراضاً سلبية بارزة. تنتج الأعراض السلبية عن التغيرات التشريحية ونقص فعالية الدوبامين في الفص الجبهي وهذه الأعراض أكثر مقاومة للعلاج.

الأعراض	الإيجابية	السلبية
سلوكية	فرط نشاط سلوك شاذ عدوانية	نقص معدل النشاط محدودية الكلام، صعوبات بالمحادثة تدني العناية الشخصية
عاطفية	عاطفة غير مناسبة عاطفة مبالغ بها	عاطفة متبلدة أو سطحية فقدان الإحساس باللذة
الادراك	هلاوس إفراط بالإحساس	عدم المقدرة على فهم المعلومات الحسية
التفكير	أوهام تفكير غير منتظم فقدان الترابط الشكوك	تفكير متحجر خلل بالانتباه اضطراب في الذاكرة (نقص) خلل في القدرة على حل المشاكل نقص التحفيز
اجتماعيا	عزل الذات وتفاعل متكلف	انسحاب اجتماعي، انعزال روابط ضعيفة مع الآخرين عدم كفاية المهارات الاجتماعية والمهنية

معايير التشخيص للأنواع الفرعية للفصام:

١- الفصام الزوراني(الهذائي) paranoid type:

- الانشغال بنوع أو أكثر من الضلالات أو هلاوس سمعية أو شمية متكررة.

- عدم بروز أي من الأعراض التالية: عدم انتظام بالكلام، عدم انتظام السلوك أو السلوك التخشبي، أو عاطفة مسطحة أو غير مناسبة.

وقد يبدون درجة واضحة من الغضب والانخراط في سلوك العنف إذا كانت الهلاوس شديدة أو يخشون من الأذى الجسدي، كما يعانون من قلق وهلع شديدين، وإذا لم يتصرفو وفق ضلالاتهم وهلاوسهم فإنهم يؤدون أعمالهم وأفكارهم بشكل متكامل وحسب الدليل التشخيصي والإحصائي فإن هذا النوع من الفصام ربما يكون أفضل من الأنماط الأخرى.

٢- الفصام غير المنتظم disorganized type:

- بروز الأعراض التالية: عدم انتظام السلوك، عدم انتظام التفكير، عدم انسجام/تناسق الكلام.
- الميل إلى البقاء وحيداً ويصبح السلوك بلا هدف.
- الهلاوس والضلالات قد تكون موجودة لكنها مجزأة وغير بارزة عادة.

يعرف هذا النمط بفصام المراهقة، ويظهر هذا النمط أعراضاً حركية مثل المبالغة في الظهور(التأنق في المظهر) وتقطيب الجبين(التكشير) والانسحاب الاجتماعي وغالباً ما يبدأ الاضطراب مبكراً كما أن المصابين بهذا النمط نادراً ما يتحقق لهم الشفاء.

٣- الفصام التخشبي catatonic type:

تسيطر على الصورة السريرية للفصام اثنان على الأقل من الأعراض التالية:

- إعاقة حركية تتضح بالجمود الخشبي(وأحياناً المرونة الشمعية) أو الذهول.
- فرط نشاط حركي (يظهر نشاط بدون هدف ولا يتأثر بمثير خارجي)
- الصدى الصوتي أو الحركي.
- سلبية متطرفة (تبدو بدون دافع ومقاومة لكل التعليمات أو المحافظة على وضعية متصلبة تعاكس محاولة التحرك) أو يبدو المريض أبكم.
- حركات غريبة وغير مناسبة، حركات نمطية، سلوكيات بارزة.

الآلية الإمراضية:

أولاً: العوامل البيولوجية:

١- الوراثة: بينت الدراسات التي أجريت بهذا المجال أن ٨٥% من احتمالية (الاستعداد) الإصابة بالفصام قد يكون وراثي والجدول التالي يوضح النسب:

عامة الناس	1%
أحد الوالدين مصاب بالفصام	13%
كلا الوالدين مصاب بالفصام	45%

توأم كاذب	15%
توأم حقيقي	50%

٢- النواقل العصبية:

- الدوبامين: زيادة إفرازه أو زيادة حساسية مستقبلاته
- السيروتونين: عدم توازن إفرازه. لمستقبلات السيروتونين دور هام في تقليل الأعراض الذهانية.
- النورابينفرين: يكون غير فعال عند مريض الفصام مما يسبب فقدان القدرة على الاستمتاع.

٣- التغيرات الدماغية في الفصام:

- تغييرات في االفص الصدغي خاصة الجانب الأيسر(يترافق هذا التغير مع أعراض إيجابية خاصة مثل الهلاوس السمعية واضطراب التفكير).
- تضخم في البطين الجانبي.
- نقص عام في حجم القشرة الدماغية.
- نقص معدل جريان الدم واستقلاب السكر في الفص الجبهي من القشرة الدماغية الذي يتحكم بالتفكير والحكم.

ثانياً: العوامل النفسية الاجتماعية:

١- النظرية الإنسانية:

- حسب سيجموند **فرويد** ينتج الفصام عن الثبات في المرحلة الفموية من مراحل النمو، كما يفترض فرويد أن وجود نقص في الأنا يسبب أعراض الفصام.
- سوليفان Sullivan: استنتج أن هذا المرض ينتج عن صعوبات في العلاقات الشخصية في مراحل مبكرة، خاصة إذا كانت الأم قلقة كلياً(أم مضطربة والعلاقة مع الرضيع).
- إريكسون Erikson: يرجع الفصام إلى المرحلة الأولى من مراحل التطور، حيث لايتم تحقيق الثقة التامة فيفقد الطفل ثقته بكل المحيط.

٢- النظرية العائلية: والمقصود به نموذج الانتماء والتواصل بين أفراد العائلة يسبب الأعراض:

a) الرباط المزدوج Double Bind: يستقبل الطفل رسائل متناقضة من أهله تسبب له صراع في السلوك والاتجاه والمشاعر.
b) كبش الفداء scape goat: الطفل الذي يركز على اللوم والقلق ضمن العائلة مثال: تنكر الأم مشاعرها بعدم المساواة واليأس وتسقط هذه المشاعر على الطفل.

c) التعبير عن المشاعر Expressed Emotion: المقصود به التعبير الكبير عن المشاعر ضمن العائلة، تتصف العائلات المصنفة ضمن هذه الفئة بالنقد، العدائية، الملاحظات السلبية، والارتباط العاطفي المفرط كالإفراط في الحماية والتضحية بالنفس.

d) الانقسام والانحراف Schisms and Skewed: الانقسام يعني أن يكون أحد الوالدين مقرباً جداً من الطفل من الجنس المعاكس له (صراع مخفي بين الوالدين) ، الانحراف يعني صراع القوة بين الوالدين والذي ينتج عنه سيطرة أحد الوالدين.

ثالثاً: مواقف الحياة الضاغطة:

قد تتضمن الفقر، ضغوط حياتية شديدة (مثل ترك المنزل من أجل الجامعة)، الإدمان أو الضغوط الأخرى الناتجة عن البيئة أو العلاقات بين الأشخاص.

علاج الفصام:

١- **العلاج الدوائي**: الأدوية المضادة للذهان Anti-psychotic: التقليدية مثل: كوروبرومازين choropromazine (لارجاكتيل largactil) ، الحديثة مثل: clozapine (clozaril, leponex) و Risperidone (Risperdal).

٢- **العلاج بالصدمات الكهربائية**: في حال مقاومة العلاج الدوائي وعدم الاستجابة له، خصوصاً الفصام التخشبي والفصام مع المشاعر الاكتئابية.

٣- **العلاج بالمجموعة group therapy**: للوقاية من الانسحاب والعزلة الاجتماعية التي من الممكن أن يصاب بها المريض، حيث يتم التركيز على دعم الأصدقاء والزملاء مع التأكيد على تطوير مهارات التواصل وتغيير السلوك، كما يتم التركيز على اتثقيف الصحي والتعليم والدعم الاجتماعي.

٤- **برنامج العلاج بالمجتمع community treatment** : تهدف لتقديم خدمات شاملة متكاملة في المجتمع للمحافظة على تحسن المريض ومنع عودته إلى المستشفى.

العملية التمريضية للفصام:

❖ **التقييم Assessment:**

في عام ١٩٥٠، صاغ يوجين بلولر Eugen Bleuler مصطلح "انفصام الشخصية" . ولاتزال علامات Bleuler لمرض انفصام الشخصية المشار إليها باسم four As تستخدم حتى الآن للمساعدة في تشخيص مرض الفصام وهي:

١- اضطراب الوجدان Affect disturbance: المقصود به المظهر الخارجي لمشاعر الشخص، ففي مرض الفصام تكون المشاعر مسطحة أو ضعيفة أو غير لائقة أو غريبة.

٢- فقدان الترابط Associative looseness: والذي يشير إلى التفكير العشوائي والخلط الذي يتجلى في الكلام غير المنطقي.

٣- التوحدAutism: التفكير لا يرتبط بالواقع بل يعكس الإدراك الحسي الخاص بالمريض. الأوهام ، الهلوسة، وابتكار مصطلحات جديدة هي أمثلة على التفكير التوحدي لمريض الفصام.

٤- الغموض Ambivalence: التمسك في نفس الوقت بعاطفتين أو مواقف أو أفكار أو رغبات متعارضه تجاه نفس الشخص أو الموقف أو الشيء، يحدث التناقض عادة في جميع العلاقات، هذا التباين المرضي يؤدي لفقدان القدرة على التفاعل الاجتماعي.

تقييم الأعراض السلبية للفصام: وهي الأعراض التي تتعارض مع قدرة المريض على الحكم وعلى النجاة والاستمرار، نقص الإرادة، نقص الدافع، فقدان الاهتمام والقدرة على الاستماع، الانسحاب الاجتماعي، فقدان الطاقة، فقر في الكلام والتفكير، فقدان المشاعر وعدم ملاءمتها للموقف.

تقييم الأعراض الإيجابية للفصام: تظهر في المرحلة الأولى من الإصابة بالمرض، وهي الأعراض التي تلفت انتباه الناس إلى مرض الشخص وغالباً ما تؤدي إلى الهلوسة، ومع ذلك فهي الأقل أهمية من الناحية التشخيصية وعادة ما تستجيب للأدوية المضادة للذهان وتظهر بشكل:

أولاً: اضطراب في الإدراك:

١- هلاوس : عند ٩٠% من مرضى الفصام ، والهلاوس السمعية هي الأكثر شيوعاً بينها(قد تكون الأصوات من خارج أو من داخل رأس الشخص قد تكون مألوفة أو غريبة، مفردة أو متعددة. قد يعتقد الشخص أن هذه الأصوات من الله أو الشيطان أو شخص مقرب أو غريب، قد يكون في بعض الأحيان أصوات أكثر منها كلمات مفهومة، قد تكون هذه الهلاوس موجهه مباشرة للشخص أو تعطيه أوامر تتحكم بسلوكه (الهلاوس الآمرة يجب أن تقيم لأنها قد تأمره بأذية نفسه أو الآخرين ، كما أنها قد تخيف المريض وتسبب له نوبة هلع) قد تكون علامة للطوارئ النفسية بحاجة للتدخل الفوري.

من العلامات الدالة على وجود الهلاوس السمعية: تحريك الشخص رأسه وكأنه يتحدث إلى شخص ما، أو رمش مستمر للعينين والعبوس وفي بعض الأحيان قدتسمع الاستجابة اللفظية لهذه الهلاوس من قبل المريض، تظهر الهلاوس البصرية عند مرضى الفصام بشكل أقل وغالباً تظهر بالأمراض العضوية.

٢- لدى مرضى الفصام نقص بالإحساس بالجسد في علاقاتهم مع باقي الناس، لذلك يعانون من إرباك وتشويش حول جنسهم وقد يرون أنفسهم مندمجين مع الآخرين أو أنهم جزء من شيء غير حي.

ثانياً: اضطرابات التفكير: مجرى التفكير (المماسية- فقدان الترابط- مصطلحات جديدة- الصدى اللفظي- استخدام القافية)، محتوى التفكير: الضلالات ، فقدان التفكير الضمني المجرد، غموض التفكير.

ثالثاً: الاضطرابات السلوكية: سلوكيات شاذة ومتهيجة تترافق مع مريض الفصام وتأخذ عدة أشكال: تهيج، نمطية، الطاعة الأوتوماتيكية(العمياء)، المرونة الشمعية، الذهول، السلبية، التهور والاندفاع.

❖ **التشاخيص التمريضية Nursing Diagnoses:**

١- تغير عملية التفكير altered thought process

٢- تغير الإدراك الحسي sensory/perceptual alteration

٣- اضطراب التواصل اللفظي Impaired verbal communication

٤- عزلة اجتماعية social isolation

٥- نقص العناية الذاتية (الحمام- النظافة – اللباس- الطعام) self-care deficit (bathing- hygiene- dressing- feeding)

٦- عدم فعالية التكيف ineffective individual coping

٧- عالي الخطورة للأذية: الموجه نحو الآخرين High risk for violence: directed at others

٨- عالي الخطورة للأذية: الموجه نحو الذات High risk for violence: self-directed

٩- تغير العملية العائلية altered family process

التشخيص الأول: تغير نمط/عملية التفكير altered thought process

العوامل المرتبطة: - فقدان القدرة على تحليل المثيرات الداخلية والخارجية ومعالجتها

- فقدان الثقة.
- العوامل البيولوجية (العصبية، الوراثة)
- التغيرات الحسية الحركية
- الضغوطات الاجتماعية النفسية والبيئية.
- ارتفاع مستوى القلق.

مميز بـ : التفكير التوحدي، الضلالات، أفكار مرجعية، إقحام الأفكار، فقر الكلام، الاعتقاد بأن أفكاره هي المسؤولة عن أحداث العالم وكوارثه، عدم القدرة على التركيز، وضعف القدرة على اتخاذ القرارات وحل المشكلات.

الهدف: إظهار تفكير مرتبط بالواقع من خلال الاستجابة اللفظية وغير اللفظية.

التداخلات التمريضية:

١- مقاربة المريض بطريقة بطيئة هادئة وحقيقية (لتجنب تحريف إدراكه الحسي مما يسرع في تغيير التفكير والادراك).

٢- الإصغاء بانتباه إلى المواضيع المفتاحية والعبارات والأفكار الموجهة للواقع.

٣- تفسير الأخطاء في إدراك المريض وتفسيراته لأحداث البيئة المحيطة به بطريقة هادئة وواقعية (من المفيد التعريف بالواقع من قبل شخص موثوق)

٤- التركيز على المعنى أو الشعور المسبب للضلالات أكثر من التركيز على محتوى الضلالات (للمساعدة على تلبية احتياجات المريض، تعزيز الواقع، تجنب تأكيد المعتقدات الخاطئة بدون تحدي المريض أو تهديده)

٥- تجنب تحدي ضلالات وأوهام المريض أو مجادلته بها.

٦- عدم لمس المريض وخاصة الذي يعاني من ضلالات الاضطهاد (قد يتم تفسير اللمس على أنه اعتداء جسدي أو جنسي).

٧- إلهاء المريض عن الأوهام من خلال انشغاله بمواضيع أو أنشطة مريحة بالنسبة له.

٨- إرشاد المريض ليخبر الكادر الطبي بالأفكار المخيفة عندما تحدث.

٩- تقديم مكافآت للمريض وتشجيعه عندما يميز بين الأفكار الواقعية والخيالية.

١٠- استخدم عبارات واضحة عندما تتحدث إلى المريض الذي يعاني من نمط كلام مجزأ، غير مترابط، أو مماسي.

التشخيص الثاني: تغير الادراك الحسي Sensory/Perceptual alteration:

العوامل المرتبطة: - الضغوط النفسية والاجتماعية، الوحدة والعزلة.

- فقدان نظام الدعم المناسب.
- تغير العمليات العقلية.
- العوامل البيولوجية(عصبية ، وراثية).

مميز بـ: - فقدان الانتباه/ التركيز على المحيط.

- الانسحاب من البيئة المحيطة.
- التحدث مع النفس (تحرك الشفاه وكأنها تتحدث إلى شخص غير مرئي)
- يبدو المريض وكأنه يصغي إلى أصوات أو كلام.
- يصف هلاوسه.

الأهداف: - أن يصبح المريض قادراً على إتمام المحادثة بدون هلاوس.

- أن يلتزم بالمهمة الموكلة إليه (أنشطة ترفيهية أو مهنية).
- تصبح هلاوس المريض تحت السيطرة.

التداخلات التمريضية:

١- توجيه المريض بشكل مستمر إلى الأحداث والأنشطة في الواقع الحالي.
٢- استخدام عبارات واضحة، مجردة، وتجنب العبارات العامة والضمنية التي قد لا يفهمها المريض.
٣- التركيز على الأنشطة والأحداث الحقيقية لتعزيز الواقع وإبعاد المريض عن الهلاوس.
٤- محاولة تحديد العوامل المنبئة لحدوث الهلاوس (كالضغوط) والتي تؤدي إلى بدء الهلوسة (فقد تكون الهلاوس مسببة بآلية كيميائية تتحرض عند التعرض للضغوط الخارجية)
٥- محاولة معرفة الهلاوس السمعية ذات المحتوى العنيف (الهلاوس الآمرة التي قد تؤذي المريض والآخرين)
٦- تعليم المريض تقنيات تساعده على السيطرة على الهلاوس: كالغناء/ التصفيق بشكل أعلى من الصوت المسموع، التواصل مع الكادر الطبي عندما تصبح الهلاوس مزعجة، المشاركة في أنشطة أو تمارين عند بدء الأصوات.

التشخيص الثالث: اضطراب التواصل اللفظي impaired verbal communication:

العوامل المرتبطة: - اضطراب شكل التفكير (التوحدي)

- اضطراب الادراك
- عدم القدرة على الثقة
- العزلة مع النفس
- التفكير غير الواقعي

مميز بـ: - فقدان ترابط الأفكار، ابتكار مصطلحات جديدة، السلطة الكلامية، استخدام القافية بالكلام، الصدى الكلامي، فقر الكلام، قلة /عدم التواصل البصري

الهدف: إيصال المريض لأفكاره ومشاعره بطريقة مترابطة، لها هدف محدد.

التداخلات التمريضية:

١- تقييم درجة الخلل بالتواصل اللفظي عند المريض والتي تتعارض مع قدرة الآخرين على فهم المعنى وراء رسالة المريض ولتوضيح التواصل.

٢- عدم إجبار المريض على التحدث بطريقة مترابطة ، وإنما نترك له حرية التعبير ، وذلك من أجل تقليل مخاوف المريض وقلقه حول قدرته على تلبية احتياجات التواصل ولتعزيز التقبل عند المريض.

٣- الإصغاء الفعال وملاحظة علامات وسلوكيات التواصل اللفظي وغي اللفظي التي يقوم بها المريض أثناء عملية التواصل، وذلك من أجل فهم أفضل للقصد من رسالة المريض وإظهار الرغبة بتلبية احتياجات المريض.

٤- استخدام استراتيجيات التواصل الفعال مثل: إعادة صياغة العبارة، التوضيح، التصديق، المساعدة على إخراج المعنى المقصود من رسالة المريض.

٥- الإخبار عن عدم مقدرة المريض على استخدام الكلمات لإيصال الرسالة مع التشجيع على استخدام طرق بديلة لإيصالها (حركات الجسم- الكتابة- الرسم)، وذلك من أجل إظهار التعاطف العقلاني، تطوير الثقة، وتشجيع عملية التواصل الكلية.

٦- توجيه المريض لطلب المساعدة من الكوادر الطبية والتمريضية عند مواجهة مشكلة بالتواصل، حيث يمكنهم المساعدة في تسهيل عملية التواصل.

٧- تقديم دعم للمريض عند تحدثه بشكل أكثر تماسكاً وعند الانخراط في محادثات أكثر جدوى مع الآخرين وذلك من أجل زيادة احترام الذات وتعزيز الاستمرار باستخدام أنماك الكلام الفعالة.

التشخيص الرابع: العزلة الاجتماعية Social isolation:

العوامل المرتبطة: - هلوسة قد تؤدي إلى عدم الثقة/أو الرفض من قبل مرضى آخرين في البيئة

- تغيير عملية التفكير
- ضعف التواصل اللفظي
- مرض طويل الأمد أو دخول لفترة طويلة إلى المستشفى.

مميز بـ :

- الانسحاب من البيئة أو عن الآخرين في البيئة، عزل المريض نفسه في غرفته أو سريره معظم النهار والليل.
- يفشل في البحث عن الآخرين أو الرد عليهم.
- عدم القدرة على الانخراط في التفاعلات والأنشطة الاجتماعية، عدم القدرة على المشاركة أو التعبير عن المشاعر مع الآخرين.
- تعبيرات تشير إلى مشاعر الرفض من الآخرين في البيئة المحيطة.

الهدف: استعداد المريض اللفظي للانخراط في التفاعلات الاجتماعية والأنشطة مع الآخرين في البيئة المحيطة.

التداخلات التمريضية:

١- مساعدة المريض على تلبية الاحتياجات الأساسية خلال أوقات الانسحاب الاجتماعي (التغذية والنظافة الشخصية.

٢- قم بتنظيم كل يوم لتخصيص أوقات للتفاعلات الاجتماعية والأنشطة القصيرة مع المريض (لمساعدة المريض على تنظيم أوقات للتواصل مع الآخرين وإعلامه بأن مشاركته متوقعة وأنه عضو مهم في المجتمع).

٣- اقض فترات زمنية مع المريض كل يوم، وشارك في تفاعل هادف وغير صعب.

٤- ناقش مع المريض أي شيء يهمه، مثل العناصر الموجودة في غرفته أو الأنشطة المفضلة أو الهوايات.

٥- تزويد المريض بالحافز المثير من الأنشطة الترفيهية والبيئية (لتعريفه بالأنشطة الاجتماعية وزيادة فرص التفاعل الاجتماعي).

٦- شجع المريض على الانخراط في الأنشطة الاجتماعية التي تقع ضمن قدراته الجسدية وتحمله (لتزويده بتجارب اجتماعية ناجحة من المحتمل أن تتكرر)

٧- اعمل كنموذج يحتذى به في السلوكيات الاجتماعية في التفاعلات من خلال الحفاظ على اتصال جيد بالعين والمسافة الاجتماعية المناسبة والسلوك الهادئ (لمساعدة المريض على تحديد السلوكيات الاجتماعية المناسبة)

٨- احتفظ بجميع المواعيد الخاصة بالتفاعلات مع المريض لتعزيز الثقة واحترام الذات.

التشخيص الخامس: خطر الأذية الموجه نحو الآخرين/ نحو الذات Risk for self-directed or other-directed violence :

العوامل المرتبطة: - فقدان الثقة بالآخرين

- مستويات مرتفعة من القلق
- ضلالات التفكير
- تاريخ سابق لعنف موجه نحو الذات أو نحو الآخرين
- التفكير أو التخطيط للانتحار.
- إدراك البيئة على أنها تهديد وخطر.
- هلاوس سمعية آمرة أو بصرية ذات طبيعة مهددة.

الهدف: المريض لن يقوم بأذية نفسه أو الآخرين.

التداخلات التمريضية:

١- الحفاظ على مستوى منخفض من المحفزات في بيئة المريض (إضاءة منخفضة، تقليل عدد الناس في بيئة المريض، تقليل الضجيج في البيئة)

٢- مراقبة المريض بشكل متكرر مثلا كل ١٥ دقيقة ، ويكون ذلك أثناء القيام بالأنشطة الروتينية لتجنب خلق الخوف والقلق لدى المريض،(مراقبة قريبة بحيث يمكن التدخل إذا لزم الأمر لضمان سلامة المريض أو الآخرين).

٣- تأمين البيئة المحيطة وذلك بإزالة جميع الأدوات الخطيرة من البيئة المحيطة بالمريض التي قد يستخدمها المريض لإيذاء نفسه أو الآخرين.

٤- التعامل بهدوء مع المريض لأن القلق معدي ويمكن أن ينتقل من الممرض إلى المريض.

٥- في حال كان المريض يعاني من العنف فيجب إعادة توجيه هذا السلوك لنشاطات وتمارين رياضية لأنها طريقة آمنة وفعالة لتخفيف التوتر المكبوت.

٦- إعطاء الأدوية المهدئة حسب إرشادات الطبيب.

٧- إذا لم تتم الاستجابة من قبل المريض على الأدوية المهدئة فيجب استخدام القيود (تستخدم كخيار أخير)
٨- مراقبة المريض بعد التقييد كل ١٥ دقيقة للتأكد من العلامات الحيوية له، والتغذية، و وضعية المريض.
٩- مراقبة المريض إذا قل العنف ، نقيم جاهزيته لإزالة القيود، يجب إزالة القيود بالتدريج مع التقييم المستمر لاستجابة المريض.

انتهت المحاضرة