

مدل سازگاری روی در بیمار مبتلا به COVID-19

لیلا قنبری افرا^۱، محسن ادیب حاج باقری^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۱/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۴/۰۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: کووید ۱۹ یک بیماری حاد سیستم تنفسی با التهاب منتشر است. در این بیماری، طیف گسترده علائم موجب بروز تغییرات عملکرد از نظر بیولوژیکی و روانی می‌شوند. آماده‌سازی ماهرانه بیمار برای یافتن راه بهینه برای مقابله با این بیماری و همچنین حفظ استقلال و نشاط زندگی، بخش مهمی از روند درمانی در این بیماران است. لذا هدف از این مطالعه استفاده از الگوی سازگاری Roy در مراقبت از بیمار مبتلا به بیماری کووید ۱۹ و آماده‌سازی بیمار برای مقابله با مشکلات ناشی از بیماری بر اساس فرآیند پرستاری که مطابق با دستورالعمل‌های مدل روی ساخته شده است، می‌باشد.

مواد و روش کار: مطالعه کیس ریپورت در اسفندماه ۱۳۹۸ در یکی از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی قم انجام شد. یک بیمار مبتلا به کووید ۱۹ مورد بررسی قرار گرفت و الگوی روی بر روی وی اجرا شد. مراقبت پرستاری بر اساس فرآیند پرستاری روی در ۶ مرحله انجام شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد بیمار رفتارهای ناسازگار در ۴ مد (فیزیولوژیک، سازگاری درک از خود، ایفای نقش و استقلال و وابستگی) داشت. پس از انجام مراقبت پرستاری بر اساس الگوی سازگاری روی، رفتارهای ناسازگار کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر، اجرای مراقبت پرستاری بر اساس مدل روی، می‌تواند بر سازگاری فیزیکی، روانی و رفتارهای ناسازگار بیمار مبتلا به کووید ۱۹ مؤثر باشد. پرستاران می‌توانند با به‌کارگیری مراقبت پرستاری بر اساس مدل سازگاری روی نقش مؤثرتری در بهبود رفتارهای ناسازگار این بیماران داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: کووید ۱۹، مدل سازگاری روی، پرستار

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره پنجم، پیاپی ۱۳۰، مرداد ۱۳۹۹، صص ۳۸۷-۳۹۷

آدرس مکاتبه: کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، تلفن: ۰۹۱۲۸۵۴۸۴۳۸

Email: adib1344@yahoo.com

مقدمه

خود جسمی، خود شخصی و خودبین فردی است. بعد ایفای نقش مربوط به رفتارهایی است که جامعه از فرد انتظار دارد و به سه نوع نقش اولیه، نقش ثانویه و نقش ثالثیه اشاره دارد. بعد وابستگی متقابل به‌صورت توانایی دوست داشتن، احترام گذاشتن و دریافت عشق، احترام و ارزش توصیف می‌شود. (۳) مبتنی بر این مدل، محرک‌های اصلی، زمینه‌ای و باقی‌مانده سه مفهوم کلیدی هستند که بر سازگاری مؤثرند. نقش پرستار شناسایی افزایش محدوده سازگاری و مداخله در این محرک‌هاست که بر رفتار فرد اثر می‌گذارد. محرک اصلی، محرک‌هایی هستند که بیشترین نقش را در ناسازگاری ایفا می‌کنند. محرک زمینه‌ای، محرک‌هایی می‌باشند که طی بررسی وضعیت سلامتی بیمار غربالگری محیطی می‌شوند. محرک

استفاده از مدل‌های پرستاری در فرآیند مراقبت از مددجویان می‌تواند چارچوبی برای تفکر، فراهم آورد. کالیستا روی (Callista Roy) یکی از نظریه‌پردازان پرستاری معتقد است، پرستاری بر ارتقای سطح سازگاری متمرکز شده و نقش مثبتی در سلامت و کیفیت زندگی افراد دارد (۱). به اعتقاد روی سازگاری در ۴ بعد فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش و وابستگی متقابل صورت می‌گیرد (۲). زمانی که سازگاری مؤثر باشد، پاسخ‌ها مؤثر (سازگارانه) هستند و زمانی که سازگاری مؤثر نباشد، پاسخ‌ها غیر مؤثرند و فرد نیاز به مراقبت پرستاری دارد. بعد فیزیولوژیک عمدتاً مسئول حفظ تعادل فیزیولوژیک درباره نیازهای اساسی نظیر فعالیت، استراحت، تغذیه، دفع، اکسیژن‌رسانی و محافظت است. بعد درک از خود شامل

^۱ دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

^۲ مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

کشیده شدن سازگاری روانی و اجتماعی بیماران می‌شود. اختلال در سازگاری بیمار موجب بروز مشکلاتی چون اختلال در خواب، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، عصبی بودن، خستگی، اضطراب، از دست دادن تمرکز، عدم کنترل بر عواطف و احساسات و منزوی شدن خواهد شد (۱۳).

از طرفی مدل‌های مفهومی پرستاری در فرایند مراقبت از مددجویان می‌تواند چارچوبی برای اتصال تفکر انتقادی پرستار در بررسی شرایط مختلف مددجو، تجزیه و تحلیل بهتر شرایط، سازمان‌دهی تفکر جهت بهترین تصمیم‌گیری برای مددجو، حل مسئله، افزایش حضور در بالین و افزایش مشارکت بیماران در امر درمان باشد. مدل‌های مفهومی پرستاری، دانش منحصربه‌فردی را فراهم می‌کنند که می‌تواند برای هدایت مطالعات موردی و افزایش کاربرد محتوی آموزشی در عمل پرستاری استفاده شوند (۱۴). یکی از رویکردهایی که فرصتی برای اجرای مدل‌های پرستاری برای پرستاران فراهم می‌کند مطالعات موردی هستند، زیرا پرستاران در مطالعات موردی با استفاده از تفکر خلاقانه و حل مسئله یک برنامه مراقبتی مبتنی بر نیازهای بیمار و خانواده وی ارائه می‌کنند. مراقبت پرستاری بر اساس مدل سازگاری روی در بیماری‌های مزمن مثل مولتیپل اسکلروزیس، بیماران قلبی و دیابتی به‌وفور بررسی شده است (۱۳، ۱۵-۱۷). اما در بیماری نوظهور و حاد کووید ۱۹ مطالعه‌ای یافت نشد. در حالی که این بیماران به دلیل ماهیت حاد، نوظهور و پیچیده بیماری، نیازمند یک برنامه مراقبت جامع پرستاری هستند. لذا محققان بر آن شدند تا مطالعه‌ای باهدف بررسی مدل سازگاری روی در بیمار مبتلا به کووید ۱۹ را انجام دهند. شاید بتوان گامی در جهت سلامت جامعه برداشت.

روش کار

مطالعه توصیفی مورد نگاری (کیس ریپورت) در اسفندماه ۱۳۹۸ در یکی از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی قم انجام شد. یک بیمار مبتلا به کووید ۱۹ که بر اساس تست‌های تشخیصی و با تأیید پزشک متخصص عفونی به این بیماری مبتلا بود ولی فاقد بیماری‌های روان‌پزشکی و سرطان بود مورد بررسی قرار گرفت و الگوی روی بر روی وی اجرا شد. جهت انجام مطالعه ابتدا محقق با رعایت پروتکل‌های ایمنی بر بالین بیمار حاضر شد. هدف مطالعه و نحوه انجام آن را به‌طور کامل به بیمار توضیح داد. یک رضایت‌نامه کتبی، به‌صورت دست‌نوشته از بیمار اخذ شد. روزانه محقق بر بالین بیمار حاضر می‌شد، تغییر وضعیت بیمار و فرایند پرستاری را اجرا

باقی‌مانده، اعتقادات و باورهای افراد هستند که در ارتباط با محرک اصلی و زمینه‌ای وجود دارند (۴).

سودمندی مدل سازگاری روی در پژوهش، آموزش، مدیریت و عملکرد پرستاری به‌خوبی اثبات شده است (۵). بررسی این مدل در بیماری‌های نوظهور مثل COVID-19 (بیماری ویروس کووید ۱۹) یا کرونا ویروس‌ها گزارشی یافت نشد.

کرونا ویروس‌ها خانواده زیادی از ویروس‌ها هستند که از بیماری سرماخوردگی گرفته تا بیماری شدیدتر مانند سندرم تنفسی خاورمیانه (MERS) ۲ و سندرم حاد تنفسی شدید (SARS) ۳ را موجب می‌شوند. برای اولین بار در دسامبر سال ۲۰۱۹ میلادی در استان هوئی چین، گروهی از مبتلایان به پنومونی که علت ناشناخته‌ای داشتند، مشاهده شدند، پس از بررسی‌ها؛ ابتلای آن‌ها به کرونا ویروس کووید ۱۹ تأیید شد که در ۱۱ فوریه ۲۰۲۰ توسط سازمان بهداشت جهانی بیماری جدید ناشی از کرونا ویروس، کووید ۱۹ نام‌گذاری شد. پس از مشخص شدن بیماری کووید ۱۹ در شهر ووهان چین، این بیماری ده‌ها هزار مورد در سراسر جهان را درگیر نمود. کووید ۱۹ یک اورژانس بهداشت عمومی و نگرانی بین‌المللی است و به‌سرعت تعداد بسیاری از کشورهای جهان را درگیر نموده است و تعداد ابتلای بیماران در حال افزایش صعودی است (۶، ۷). در پی بحران پاندمی بیماری کووید ۱۹، در ایران نیز در ۲۹ بهمن ۱۳۹۸ وجود این بیماری مورد تأیید قرار گرفته و تقریباً تمام استان‌های کشور را در بر گرفته است. طبق آمار جهانی اعلام‌شده نرخ مرگ‌ومیر ۲ درصد برای این بیماری ثبت شده است (۸). علائم اولیه تیپیک شامل تب، تنگی نفس و سرفه، دردهای عضلانی و خستگی است (۹). و تا به امروز هیچ واکسن و داروی ضدویروس موفقیت‌آمیزی برای کووید ۱۹ از نظر بالینی تأیید نشده است و در دسترس نیست (۱۰).

این بیماری نوظهور دارای علائم جسمی، ناسازگاری‌های روان‌شناختی و اختلالات حوزه اجتماعی می‌باشد. اختلالات حوزه اجتماعی این بیماران، نیز بیشتر ناشی از، عدم توانایی انجام شغل و مشکلات مالی به علت علائم بیماری و شرایط قرنطینه پس از آن، و اختلالات حوزه روان‌شناختی ناشی از بستری شدن و دوره قرنطینه، مورتالیتیه بالا، نیاز به مراقبت‌های پزشکی و پرستاری، کاهش یافتن تعاملات زندگی و خانوادگی، مشکلات جنسی و تغییرات در سبک زندگی می‌باشد (۱۱، ۱۲).

در کل کنترل بیماری متأثر از شبکه پیچیده‌ای از عوامل رفتاری، نگرشی و مراقبت سلامتی خواهد بود که در مجموع سبب به چالش

3 Severe acute respiratory syndrome (SARS)

1 Coronavirus disease 2019 (COVID 19)

2 Middle East Respiratory Syndrome (MERS)

مشاهده: بدن بیمار عضلانی و مفاصل در دامنه حرکت خود طبیعی بودند. در معاینه محدودیت حرکتی، تندرns، قرمزی و تورم نداشت. مچ پا، انگشتان و ناخن‌ها نرمال بود. کلابینگ و هایپرکراتوز نداشت. بیمار به علت ضعف و بی‌حالی هنگام راه رفتن نیاز داشت که زیر بغل‌هایش گرفته و حمایت شود. به علت ضعف شدید قادر نبود به تنهایی کارهای شخصی خود را انجام دهد. نماز خود را نشسته می‌خواند.

مصاحبه: "قبل مریضیم تقریباً یک روز درمیون، نیم ساعت پیاده روی می‌کردم. سر کار می‌رفتم. حتی به اطرفیانم هم تو انجام کارها کمک می‌کردم. ولی الان به خاطر ضعف شدید نمی‌تونم هیچ کاری انجام بدم. حتی کارهای شخصی و روزانم رو با کمک انجام می‌دم. حتی وقتی دیگران زیر بغلام رو گرفتن می‌ترسم، بیفتم."

ب- خواب و استراحت

مشاهده: به سختی به خواب می‌رفت و به دلیل دیس پنه مداوم و حین استراحت، خواب منقطع داشت و تقریباً هر ۳۰ تا ۴۰ دقیقه یکبار از خواب بیدار می‌شد.

مصاحبه: "تو حالت عادی از ساعت یازده شب تا نماز صبح می‌خوابم شب‌ها برای دستشویی گاهی به بار از خواب بیدار میشم. بعد از ظهرها هم اکثر روزها حدوداً نیم ساعت چرت می‌زنم. تو بیمارستان تنگی نفس، بدن دردم، تب، سروصدای کار کردن و رفت و آمد پرسنل، پیچ بیمارستان و نور اتاق زمان خواب و استراحتم رو به هم ریخته."

ج- تغذیه:

مشاهده: بیمار نیمی از غذای خود را می‌خورد. غشاهای مخاطی دهان خشک بود. پرپودنتیت نداشت. ظاهر شکم نرمال بود. رجدیتی، گاردینگ و تندرns نداشت. سمع صداهای روده و وضعیت دفع طبیعی بود.

مصاحبه: "آشتهام کم شده اما برای اینکه چون داشته باشم، غلام رو می‌خورم. سعی می‌کنم غذاهای مقوی مثل ویتامین C E و پروتئین مصرف کنم."

اندازه‌گیری: وزن بیمار ۶۰ کیلو گرم بود و کاهش وزن نداشت.

رفتارهای سازگار: آگاهی از رژیم غذایی و رعایت آن

د- دفع:

مشاهده: علایمی دال بر عفونت ادراری، سوابق مشکلات زنیکولوژی، زخم ناحیه تناسلی و ترشحات نداشت. بیمار روزانه دفع مدفوع داشت و قوام مدفوع نرم و قهوه‌ای رنگ بود.

می‌نمود. مراقبت پرستاری بر اساس فرایند پرستاری روی در ۶ مرحله بررسی رفتار، بررسی محرک‌ها، تشخیص پرستاری، تنظیم هدف، مداخله و ارزشیابی انجام شد. در این مسیر سه مصاحبه حضوری با بیمار انجام شد. همچنین پس از ترخیص به صورت تلفنی وضعیت بیمار پیگیری شد.

یافته‌ها

بیمار خانم ۳۷ ساله، متأهل دارای یک فرزند، شاغل با مدرک تحصیلی کاردانی ساکن قم بود. وضع اقتصادی وی متوسط و تحت پوشش بیمه‌ی تأمین اجتماعی بود. زمان جمع‌آوری اطلاعات ۱۳۹۸/۱۲/۲۱ و منبع اطلاعات شخص بیمار بود. وی در تاریخ ۱۳۹۸/۱۲/۱۹ دچار علائم تب و لرز، ضعف و بی‌حالی، بدن درد و سرفه‌های خشک‌شده و با گذشت زمان تشدید شده بود. با فرد مشکوک یا مبتلا به بیماری‌های ویروسی تنفسی تماس نداشت و طی ۲۰ روز اخیر صرفاً برای امور ضروری از منزل خارج شده بود. دو روز بعد در تاریخ ۱۳۹۸/۱۲/۲۱ در پی بروز علامت تنگی نفس به بیمارستان مراجعه و با تشخیص قطعی کووید ۱۹ در یکی از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی قم در اسفندماه سال ۱۳۹۸ پذیرش شده بود. تنگی نفس در حین استراحت نیز مشهود بود. میزان اشباع اکسیژن خون شریانی^۱ ۸۰ درصد بود. از ضعف و بی‌حالی شاکی بود. درد عضلانی (میالژی)، بی‌اشتهایی و گاه تهوع نیز داشت. در گرافی قفسه سینه انفیلتراسیون مولتی لوبولر دوطرفه رؤیت شد. ۵ ساعت پس از پذیرش بیمار چست سی‌تی‌اسکن انجام شد. در آزمایشات افزایش WBC^۲ به ۳۵۰۰۰، نوتروفیل‌ها به ۹۵ درصد و لنفوسیت ۲۸ درصد مشهود بود. SGOT^۳=۲۵۷، SGPT^۴=۳۲۰، Cr^۵=۰.۹ area=۳۲، CRP^۶=۳+ درمان سه دارویی (کلتر، کلروکین و اسلتامیویر) و آنتی بیوتیک شروع شد. وی سابقه بیماری قبلی، سابقه فامیلی از بیماری‌های زمینهای و تنفسی و مصرف دارو نداشت.

در این بیمار، مراقبت پرستاری بر اساس مدل سازگاری روی انجام شد. این مدل دارای ۴ مد می‌باشد. مد اول، مد فیزیولوژیک است که به بررسی فعالیت، خواب و استراحت، تغذیه، دفع، وضعیت گردش خون و اکسیژناسیون بافت‌ها، حس‌ها، مایعات و الکترولیتها، عملکرد عصبی، مکانیسم‌های تنظیمی (غدد درون ریز) و سه محرک اصلی، زمینهای و باقیمانده می‌پردازد.

الف- فعالیت

4 serum glutamic-pyruvic transaminase

5 Creatinin

6 C-reactive protein

1 O2saturation (O2SAT)

2 white blood cells

3 serum glutamic-oxaloacetic transaminase

مشاهده: تورگور پوستی طبیعی بود. علائمی دال بر اسیدوز یا آلکالوز وجود نداشت. در اندازه‌گیری نیز الکترولیت‌های سرم در محدوده طبیعی بود.

مصاحبه: "دوس ندارم مایعات بخورم. ولی چون پرستار گفتن بدنت نباید کم آب بشه می‌خورم".

اندازه‌گیری: VBG⁴ و الکترولیت‌ها در محدوده طبیعی بودند. عملکرد عصبی:

مشاهده: بیمار هوشیار و اورینت است. درباره شرایط بیماری و وضعیت بهبودی نگران است. تفکر و حافظه بیمار سالم است.

مصاحبه: در مصاحبه به تمام سؤالات جواب مرتبط می‌دهد.

اندازه‌گیری: GCS⁵=15

ز - مکانیسم‌های تنظیمی (غدد درون ریز):

مشاهده: تیرومگالی و لنفادنوپاتی ندارد.

مصاحبه: "تا حالا مشکل غددی نداشتم. دوره قاعدگیم طبیعی بوده".

محرک اصلی تنگی نفس به شمار می‌رفت. بیمار علیرغم استراحت، مصرف دارو و رعایت موارد لازم هنوز دیسترس تنفسی و ترس از سرایت به سایرین را داشت و قادر به انجام بسیاری از فعالیت‌ها به صورت مستقل نبود. بطوریکه وی اظهار می‌کرد "احساس می‌کنم هر نفسی که می‌کشم رو می‌فهمم. هر هوایی که به ریه هام وارد و ازش خارج می‌شه رو احساس می‌کنم. کارهایی رو که قبلاً خیلی راحت خودم انجام می‌دادم، دیگه نمی‌تونم انجامشون بدم. همش می‌ترسم اطرافیانم رو هم درگیر کنم. امیدوارم که هر چه سریعتر تنگی نفس هام برطرف بشن، تا بتونم مثل قبل زندگی کنم".

محرک زمینهای شامل عدم کفایت خواب در اثر محرکات محیطی، احساس تنهایی در پی دوری از خانواده و علائم گوارشی در پی مصرف داروها (رژیم سه دارویی) بود. بیمار اظهار می‌کرد "تو محیط بیمارستان نمی‌تونم راحت بخوابم و استراحت کنم. سر و صدا و رفت و آمد پرسنل زیاده و شبها یکسره چراغها رو روشن می‌کنن. نور شب زیاده. بخاطر همین صبحها احساس خستگی و کسالت می‌کنم. از اینکه کنار خانواده نیستم احساس تنهایی می‌کنم. سعی می‌کنم از همه دور باشم و بهشون گفتمم به دیدنم نیان... از وقتی این قرص‌ها و کپسولها رو می‌خورم همش درد معده، تهوع و استفراغ دارم".

مصاحبه: "اجابت مزاجم مشکلی نداره. چون اینجا تحرکم کم شده، سعی می‌کنم آب و میوه بخورم تا مشکلی پیش نیاد".
اندازه‌گیری: نتایج آزمایشات آنالیز و کشت ادرار و بررسی مدفوع نرمال بود.

رفتارهای سازگار: دفع طبیعی با مصرف مایعات و افزایش فیبر
ه - وضعیت گردش خون و اکسیژن بافتها
مشاهده: تنفسها خودبه خودی بود و تراشه در خط وسط قرار داشت. تنگی نفس مداوم حتی حین استراحت داشت. از عضلات فرعی تنفسی استفاده می‌کرد. تنفس مددجو قرینه بود. اکسیژن ۸-۱۰ لیتر در دقیقه با رزرو بگ دریافت می‌نمود. وضعیت نیمه نشسته داشت. دفورمیتی قفسه سینه نداشت. صدای تنفسی ویزینگ در سراسر هر دو ریه سمع می‌شد. آپکس در پنجمین فضای بین دنده‌ای روی خطمید کلاویکل قابل لمس بود. سوفل نداشت. صداهای قلبی طبیعی و فیزیولوژیک بودند. بازگشت مویرگی و برجستگی ورید ژیگولار طبیعی بود. در مانیتورینگ قلبی ریتم قلب منظم، سینوس تکیکارد بود. گاه‌ها PAC¹ و یا PVC² داشت. در روز چهارم ریتم سینوسی بدون دیس ریتمی بود. نبض اندام‌های فوقانی و تحتانی ضعیف بود. کلابینگ یا سیانوزی نداشت. بیمار دخانیات مصرف نمی‌کرد. در آزمایش WBC، CBC³ و نتوفیلها افزایش یافته بودند.
مصاحبه: "هر نفسی که می‌کشم رو حس می‌کنم. هر هوایی که به ریه هام وارد و خارج می‌شه، حس می‌کنم".

اندازه‌گیری: فشارخون بیمار ۱۰۰/۶۵ تا ۷۵/۵۵ متغیر است. تعداد تنفس ۲۰-۲۵ تا در هر دقیقه، تعدادنبض ۱۰۰ تا ۱۳۰ در دقیقه، درجه حرارت ۳۹ درجه سانتی گراد و O2SAT=80-93% بود.

و- حسها:

مشاهده: بیمار درد مداوم عضلانی اسکلتی داشت که با مسکن کاهش یافته بود. درد وی با فعالیت و تغییر پوزیشن تغییری نمی‌کرد. ملتحمه کمی رنگ پریده بود. اسکلارا ایکتر نبود. ساختمان خارجی چشم، گوش و بینی و حس بینایی، چشایی بویایی، شنوایی و حس لامسه بیمار طبیعی است.

مصاحبه: "یکسره بدن درد دارم. انگار استخوانم دارن از هم وا می‌رن".
اندازه‌گیری: بیمار نمره ۶ از ۱۰ را به درد می‌دهد.

و- مایعات و الکترولیت‌ها:

4 Venous blood gas

5 Glasgow Coma Scale

1 premature atrial contraction

2 premature ventricular contraction

3 complete blood count

مداخلات در رابطه با تشخیص پرستاری "اختلال در تحرک جسمانی در ارتباط با تنگی نفس" به صورت زیر اجرا شد: در سه روز اول بیمار قادر به انجام هیچ گونه فعالیتی نبود و صرفاً به استراحت در تخت می پرداخت. تحرک وی در حد تغییر وضعیت در تخت بود. در روز چهارم و پنجم بستری، در تخت تحرک داشت و هر دو ساعت به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه در تخت می نشست و پاهای خود را از تخت اویزان می کرد و یا حرکات کششی در تخت انجام می داد. در روزهای ششم و هفتم در طول بخش قدم می زد. ولی قبل از خروج از تخت به مدت ۲۰ دقیقه اکسیژن دریافت می کرد و استراحت می نمود. نوبت های اول خروج از تخت پرستار در کنار وی راه می رفت و بیمار را حمایت می نمود. در روز هشتم به بخش منتقل شد. تشویق به فعالیت و تحرک بدون کمک در حد امکان و هر چند کوتاه (به همراه حمایت بیمار) در تمام طول بستری بیمار در بخش ویژه ادامه داشت. با توجه به محدودیت ها (ضعف جسمانی، دردهای عضلانی و تنگی نفس موجود) بیمار حداکثر فعالیت را داشت و همکاری خوبی در این زمینه می نمود. در این تشخیص پرستاری بیمار در میان مدت موفق به بازیابی فعالیت ها شد.

مداخلات در زمینه تشخیص پرستاری "ناتوانی در مراقبت از خود (حمام رفتن، دستشویی رفتن در رابطه با تنگی نفس)" به صورت زیر اجرا شد: در ابتدا بررسی میزان توانایی های بیمار در امر مراقبت از خود و عوامل تاثیرگذار روی توانایی های بیمار مثل خستگی، ضعف و درد بررسی شد، بیمار تشویق به انجام فعالیت مستقل هر چند کوتاه شد، مراقبت ها در زمانی انجام می شد که بیمار حوصله و توانایی برای مشارکت را داشته باشد (مثلاً بعد از اثر داروهای ضد درد و پس از استراحت کافی)، وسایل بیمار در دسترس وی قرار می گرفت. فرصت کافی برای انجام مراقبت ها داده می شد و وقتی که بیمار اقدامات مراقبت از خود را به صورت مستقل انجام می داد، تشویق می شد. به طوری که بیمار در روز دوم شست و شوی صورت در تخت را به صورت مستقل انجام می داد. در روزهای چهارم و پنجم بیمار به صورت مستقل غذا می خورد و در روزهای ششم و هفتم به صورت مستقل لباس ها را تعویض می کرد و به توالت می رفت. در این تشخیص پرستاری بیمار در میان مدت موفق به بازیابی فعالیت ها شد.

مداخلات برای تشخیص پرستاری "اختلال در الگوی خواب در رابطه با تنگی نفس و محرک های محیطی در محیط نا آشنا" به صورت زیر اجرا شد: اکسیژن درمانی و وضعیت نیمه نشسته اجرا شد. نیازهای اولیه بیمار پیش از به خواب رفتن مثل تشنگی، گرسنگی و دفع برآورده می شد. ترس و اضطراب بیمار با دادن انرژی مثبت در مورد بهبودی قبل از خواب کاهش داده شد. صداها و فعالیت های اضافی به حداقل رسید و قبل از ساعت ۲۲ تمام داروها و

محرک باقیمانده شامل نگرانی بیمار در مورد بیماری و روند بهبودی بود. وی اظهار می کرد "من سعی می کنم فکر کنم دارم خوب میشم و سعی می کنم مثبت فکر کنم".

در مد فیزیولوژیک تشخیص های پرستاری زیر برای بیمار مطرح شد:

- الگوی نامناسب و غیر مؤثر تنفسی در ارتباط با بیماری فعلی
 - اختلال در تحرک جسمانی در ارتباط با تنگی نفس
 - ناتوانی در مراقبت از خود (حمام رفتن، دستشویی رفتن در رابطه با تنگی نفس)،
 - اختلال در الگوی خواب در رابطه با تنگی نفس و محرک های محیطی در محیط نا آشنا
 - احساس درد و ناراحتی در رابطه با بیماری و عوارض داروهای مصرفی
- براین اساس، اهداف پرستاری به ترتیب زیر تعیین شدند:
- بیمار یک الگوی تنفسی مؤثر را حفظ کند.
 - بیمار با توجه به محدودیت ها حداکثر فعالیت را داشته باشد.
 - بیمار فعالیت های مربوط به مراقبت از خود را با توجه به محدودیت ها انجام بدهد.
 - بیمار از خواب خود رضایت داشته باشد.
 - درد بیمار تقلیل یابد.

مداخلات مربوط به تشخیص پرستاری "الگوی نامناسب و غیر مؤثر تنفسی در ارتباط با بیماری فعلی" به صورت زیر اجرا شد: طی ۳ روز اول اکسیژن به میزان $1/mint$ ۱۰-۱۲ از طریق ماسک رزرو بگ به طور مداوم دریافت می نمود و همچنان ۸۰- $O_2SAT = 85\%$ داشت. بیمار در وضعیت نیمه نشسته قرار داده شد و این وضعیت در هنگام خواب هم حفظ شد. آموزش تمرینات دمی به صورت تنفس عمیق هر دو ساعت یکبار و انجام تنفس به آرامی از طریق فیلم آموزشی ارائه شد و مرتباً با استفاده از وسایل حفاظت فردی بر وضعیت بیمار نظارت می شد. در صورت نیاز آموزش ها تکرار می شد. در روز چهارم و پنجم بستری، اکسیژن به میزان $1/mint$ ۱۰-۸ از طریق ماسک رزرو بگ بطور متناوب دریافت نمود و تا دو روز ادامه داشت. $O_2SAT = 88\%-93\%$ حفظ شد. در روز ششم از ماسک اکسیژن با دوز $6/mint$ و متناوب استفاده شد. در روز هفتم از سوند اکسیژن بر حسب نیاز بیمار استفاده شد و $O_2SAT < 93\%$ بود. بطوریکه در روز نهم بیمار نیازی به اکسیژن حمایتی نداشت. پیشرفت وضعیت تنفسی بیمار قابل توجه بود و روزهای آخر تنگی نفس نداشت.

وقتی احتمال دارد دیگران رو مبتلا کنم و هیچ کاری نمی‌تونم انجام بدهم. نمی‌تونم تصور کنم که کارهام رو نمی‌تونم انجام بدهم و وابسته به دیگرانم. هنوز فکر می‌کنم خوب میشم. سعی می‌کنم مثبت فکر کنم. سعی می‌کنم توی ذهنم چیزهایی که دوست دارم رو تصور کنم و افکار بد رو از خودم دور کنم. در حیطه خود بین فردی بیمار در هنگام ناراحتی و عصبانیت به دور از دیگران نماز می‌خواند، نیایش و گریه می‌کند. به دلیل قرنطینه از سایر افراد دور شده است. گاه گاهی با فرزند و خانواده‌اش تلفنی صحبت می‌نماید. قبلاً در خانه به کارهای منزل می‌پرداخته و یا به خرید می‌رفته است که حالا توان انجام این کارها را به تنهایی ندارد. همسرش به او کمک می‌کند ولی بیمار کمک خواستن را دوست ندارد و دوست دارد کارهایش را مستقل انجام دهد دوست دارد هر چه زودتر بهبود یابد تا استقلال بیشتری کسب کند. بیمار بسیار مستأصل و غمگین به نظر می‌رسد، بیان می‌کند که به روند بیماری و بهبودش فکر می‌کند. نگران آینده زندگی خانوادگی و کاری‌اش می‌باشد. از مرگ احتمالی می‌هراسد.

در مد سازگاری درک از خود تشخیص‌های پرستاری زیر برای بیمار مطرح شدند:

- ترس و اضطراب در ارتباط با تشخیص پزشکی
 - دیسترس روحی در ارتباط با تهدید زندگی خانوادگی و کاری توسط بیماری
- براین اساس، اهداف پرستاری به‌ترتیب زیر تعیین شدند:
- ترس و اضطراب بیمار از تشخیص پزشکی تخفیف یابد.
 - کم‌تر اشک بریزد. آرامش در چهره دیده شود. حرکات بدن آرام‌تر شود.
 - دیسترس روحی با بیان احساسات مثبت در مورد خود و بیان ارزش و معنای زندگی کاهش یابد.

مداخلات لازم در تشخیص پرستاری ترس و اضطراب در ارتباط با تشخیص پزشکی به‌صورت زیر اجرا شد: در روز اول بستری با ارائه اطلاعات واقع بینانه از فرایند بیماری، علائم، درمان و پیش‌آگهی بیماری، به وی امید و انگیزه داده شد. پرستار در فاصله ۱،۵ متری روبروی بیمار قرار گرفت، به سمت وی متمایل شد. ارتباط چشمی با وی برقرار نمود، فعالانه به صحبت‌های وی گوش داد، مخصوصاً وقتی شروع به گریه می‌کرد. فرصت کافی برای بیان احساسات در اختیار وی قرار می‌گرفت. از بیمار خواسته شد یکی از تجارب بسیار دشوار خود را که در گذشته داشته ذکر نماید. وی تجربه فوت پدرش را تعریف نمود. در مورد نحوه مقابله با آن سؤال شد. وی استراتژی‌های مقابله‌ای مثل صحبت کردن از مشکل و مشاوره با روانشناس استفاده کرده بود. پرستار در موقعیت فعلی استراتژی‌های جدید مقابله‌ای مثل برقراری ارتباط با افراد با مشکل کووید ۱۹ که

پروسیجرهای درمانی انجام شد. محرک‌های محیطی مثل نور اضافی به حداقل رسید. از روش‌های آرام‌سازی پیش از خواب مانند هدایت تصورات مثبت استفاده شد، موزیک آرام و مورد علاقه بیمار با هنسفری شخصی بیمار به مدت ۲۰-۳۰ دقیقه پخش شد. ماساژ با دستگاه فیزیوتراپی به مدت ۱۵ دقیقه انجام شد. از مصرف نوشیدنی‌های کافئین دار بعد از ساعت ۱۹ هر شب اجتناب شد. در شب اول و دوم خواب بیمار منقطع بود ولی پس از آن در پی اقدامات انجام شده خواب در کوتاه مدت بهبود یافت.

مداخلات مربوط به تشخیص پرستاری "احساس درد و ناراحتی در رابطه با بیماری و عوارض داروهای مصرفی" به‌صورت زیر اجرا شد: اقدامات آرامش بخش (مثل ماساژ و تغییر وضعیت) انجام شد، فعالیت‌های سرگرم کننده یا منحرف کننده حواس از قبیل تماشای تلویزیون یا گوش دادن به رادیو یا آهنگ‌های مورد علاقه استفاده شد. با دیگران ارتباط برقرار نمود و از مسکن استفاده شد. در روز دوم درد معده نداشت و درد عضلانی تخفیف یافته بود (نمره ۴ از ۱۰ ده). در روز سوم درد بیمار کنترل شده است بطوریکه نمره ۰ از ۱۰ را به درد می‌دهد. نتایج اقدامات در این تشخیص در کوتاه مدت حاصل شد.

مد دوم، مد سازگاری درک از خود است و شامل خود جسمی (تصور ذهنی از جسم خود)، خود شخصی (خود ثابت، خود ایده آل، خود معنوی، اخلاقی و روحانی) و خود بین فردی (درکی است که فرد از خود در رابطه با دیگران پیدا می‌کند) است. در حیطه خودجسمی بیمار با کمک دیگران ظاهری آراسته و مرتب دارد. از وزن و ظاهر خود راضی است. تصویر ذهنی از خودش خوب است. احساس ضعف، ناتوانی و خستگی از اینکه نمی‌تواند به اراستگی ظاهری بطور مستقل بپردازد، دارد. مانند قبل احساس قوی بودن ندارد و درمجموع احساس خوبی در مورد خود ندارد. وی اظهار می‌کند: "دوست دارم به خودم برسیم. مرتب باشم. بهترین باشم. اما الان نمیتونم مثل قبل باشم. وقتی حتی نمی‌تونم نفس بکشم، وقتی برای انجام کوچک‌ترین کارهام به این و اون محتاجم، چطور به خودم برسیم." در حیطه خودشخصی بیمار شیعه است و منبع قدرت، امید و تعالی خود را خدا می‌داند و معتقد است که انسان با توکل بر خدا می‌تواند بر تمامی مشکلات فائق شود (خود معنوی - اخلاقی - روحانی) فرایض دینی خود را در بیمارستان انجام می‌دهد. نگران همسر و فرزند خود است. می‌ترسد این بیماری به آن‌ها نیز سرایت نماید. دوست دارد هرچه زودتر خوب شده و به منزل برگردد و قوی‌تر باشد. در موقعیت‌ها با آرامش برخورد می‌کند (خود ایده آل). وی اظهار می‌کند: "من قبل از این هیچ بیماری نداشتم، الان بعضی اوقات امیدوارم و می‌گم من باید خوبم. باید سریعتر به خونه برگردم. گاهی اوقات هم نگران و نا امید با خودم می‌گم من چرا زنده باشم."

✓ نقش اولیه (خانم ۳۷ ساله) غیر مؤثر در ارتباط با ضعف شدید جسمانی، تنگی نفس و افزایش وابستگی به دیگران

✓ نقش ثانویه غیر مؤثر در ارتباط با ناتوان بودن برای مراقبت از خود و خانواده

براین اساس، اهداف پرستاری به ترتیب زیر تعیین شدند:

✓ نقش اولیه را بطور مؤثر با ضعف و خستگی کم‌تر انجام دهد. در صورت نیاز کمک بگیرد، و تمایل به از سرگیری فعالیت‌های مراقبت از خود بصورت مستقل دارد.

✓ نقش ثانویه را بطور مؤثر با بیان کم‌تر اضطراب و ترس از عدم توانایی مراقبت از خود و خانواده انجام می‌دهد.

مداخلات مربوط به تشخیص پرستاری "نقش اولیه غیر مؤثر در ارتباط با ضعف شدید جسمانی، تنگی نفس و افزایش وابستگی به دیگران" به صورت زیر اجرا شد: برنامه روزانه شامل دوره‌های فعالیت و دوره‌های استراحت از روز سوم بستری به صورت حرکات کششی برای دو روز اول (۱۰ دقیقه) و پس از آن پیاده روی در بخش (هر نوبت ۲۰ تا ۱۵ دقیقه هر دو ساعت یکبار بر حسب تحمل بیمار) تهیه شد. اقداماتی برای بهبود استراحت بیمار (به‌عنوان مثال محدودیت فعالیت دیگر اعضا هنگام استراحت او، حداقل سر و صدا، محدود کردن پروسیجرهای درمانی به یک زمان مشترک، یک خواب نیم تا یک ساعته در صبح و هم بعد از ظهر، کمک به مراقبت شخصی، فراهم کردن وسایل مورد نیاز نزدیک به تخت او، ماساژ، انجام آرامش پیشرونده، پخش موسیقی آرامش بخش) انجام شد. بیمار به حفظ حداکثر استقلال در انجام کارهای شخصی تشویق شد. به وی یادآوری شد که تمام وابستگی‌ها و علائم موقتی هستند اما باید تلاش لازم برای حفظ حداکثر استقلال انجام شود. فیدبک مثبت پس از انجام موفقیت آمیز رفتارهای خودمراقبتی ارائه شد. همسر بیمار نقش حمایتی زیادی داشت. بعد از ترخیص از بیمارستان نیز همسر وی این نقش را به خوبی انجام داد. به بیمار اجازه داده شد کارهایی که می‌تواند را با حمایت انجام دهد. محیط خانه بیمار با توجه به نیازهای حمایتی او تغییر داده شد (قرار دادن وسایل خودآرایی و نظافت شخصی بیمار در نزدیک تخت وی، پوشاندن پنجره‌ها برای تاریک شدن اتاق خواب و تسهیل خواب بیمار، قرار دادن صندلی با فاصله در اتاق باهدف کاهش خستگی بیمار حین فعالیت). با اقدامات انجام شده و پیشرفت بهبودی بیمار دیگر نگران موقعیت خود نبود. تمام تلاش خود را برای انجام مستقل کارها انجام می‌داد و در صورت نیاز از اطرافیان کمک می‌گرفت. نتایج ذیل در میان مدت حاصل شد.

مداخلات مربوط به تشخیص پرستاری "نقش ثانویه غیر مؤثر در ارتباط با ناتوان بودن برای مراقبت از خود و خانواده" به صورت زیر اجرا شد: در روز چهارم بستری در یک جلسه ۱۵ دقیقه‌ای با بیمار

بهبودی حاصل شده است و انجام ورزش‌های کششی در تخت در محیط بیمارستان و برنامه ریزی ورزشی پس از ترخیص مثل یوگا درمانی و استفاده از ورزش‌های ایروبیکی در منزل را به وی پیشنهاد نمود. پرستار بیمار را با خانم ف.م که مبتلا به کووید ۱۹ بوده و به بخش منتقل شده است آشنا نمود. وی در یک جلسه ۱۵ دقیقه‌ای در روز دوم بستری با بیمار به صورت حضوری صحبت نمود. صحبت‌های بعدی به صورت تلفنی بود. خانم ف.م به بیمار گفت "توی بخش پر از مریض‌های هست که خوب شدن و هر روز یک عده مرخص میشن میرن خونه. اوایلش منم مثل خودت بودم. جون نداشتم از جام بلندشم، نفسم بالا نمی‌اومد. حتی نمی‌تونستم لیوان آب رو بردارم. ولی با بیماری جنگیدم. بین الان خودم دارم راه میرم. تنگی نفسم ندارم. دکترم گفته تا یکی دو روز دیگه مرخص میشم. شمارم رو می‌دم بهت هر وقت شرایط بهت سخت شد بهم زنگ بزن وقتی یاد من و امثال من باشی امیدت به خوب شدن بیشتر میشه". در روز سوم بستری، استراتژی‌های جدید مقابله مثل انحراف فکر و استفاده از ورزش‌های کششی در تخت در مدت ۱۵ دقیقه به بیمار آموزش داده شد و بر نحوه انجام فعالیتها نظارت شد. پس از برقراری ارتباط پرستار با بیمار و آشنایی بیمار با خانم ف.م ترس و اضطراب بیمار در کوتاه مدت کاهش یافت. کم‌تر اشک می‌ریخت و آرام‌تر به نظر می‌رسید.

مداخلات مربوط به تشخیص پرستاری "دیسترس روحی در ارتباط با تهدید زندگی خانوادگی و کاری توسط بیماری" به صورت زیر اجرا شد: پس از برقراری ارتباط بیمار با پرستار و خانم ف.م و افزایش اطلاعات در مورد فرایند بیماری استرس وی کاهش یافت و از طریق شبکه مجازی با همکاران خود در ارتباط است. بیمار به تفکر و تمرکز در مورد جنبه‌های مثبت زندگی تشویق شد. امید به ادامه زندگی خانوادگی و کاری بهبود یافته است. نتایج این مداخله در کوتاه مدت حاصل شد.

در مد سوم، مد ایفای نقش بیمار در نقش اولیه خانمی ۳۷ ساله، در نقش ثانویه همسر و مادر و در نقش ثالثیه بیمار بود. وی اظهار می‌کرد که نقش همسر و مادر را در خانواده بازی می‌کند اما در شرایط بیماری، دیگران خود را با شرایط وی سازگار کرده بودند. احساس می‌نمود که قادر نیست به‌عنوان یک مادر و همسر کاملاً به وظایف خود عمل نماید. هنگام حمام کردن و توالیت کردن، پوشیدن لباس و انجام کارهای شخصی به کمک نیاز داشت. اما قادر به غذا خوردن نبود. در این مد محرک اصلی، ترس از عدم توان مراقبت از خود و خانواده و محرک زمینه‌ای ضعف شدید جسمانی، تنگی نفس و افزایش وابستگی به دیگران بود.

در مد سازگاری ایفای نقش بیمار تشخیص پرستاری زیر برای بیمار مطرح شد:

مداخلات در تشخیص پرستاری "عدم کفایت عاطفی در ارتباط با فاصله عاطفی با همسر به علت ترس از سرایت بیماری" به صورت زیر اجرا شد: تماس صوتی و تصویری مکرر با خانواده در ساعات غیر خواب و استراحت بیمار مخصوصاً حین احساس دلتنگی برقرار شد. به وی یاد آوری شد که دوری وی از خانواده باهدف حفظ سلامت آنها بوده است. بیمار از اینکه با خانواده و دوستانش به صورت تلفنی و تصویری می‌تواند صحبت کند احساس خوشایندی دارد. این اقدام در کوتاه مدت موجب رضایت بیمار شد.

مداخلات در تشخیص پرستاری "اختلال در تعاملات اجتماعی در رابطه با استفاده از روش‌های غیر مؤثر مقابله به صورت جدا کردن خود از دوستان و فامیل" به صورت زیر اجرا شد: بیمار به بیان احساسات خود تشویق شد. به وی یاد آوری شد سعی نماید روزانه و بخصوص در زمان دلتنگی، بصورت صوتی و تصویری با خانواده و افراد مورد علاقه ارتباط برقرار نماید. در سه روز اول به دلیل نیاز بیمار به استراحت صرفاً یک نوبت با خانواده تماس گرفته می‌شد ولی پس از آن تعداد تماس‌ها بر حسب نیاز بیمار بود. به همسر بیمار نیز اطلاع داده شد تا اطرافیان بیمار با برقراری تماس صوتی و تصویری با وی ارتباط برقرار نمایند، جویای احوال وی شوند و فید بک مثبت دهند. بیمار در پی اطلاعات علمی دریافتی از پرستاران بخش و احتمال سرایت بیماری تمایلی به ملاقات اقوام و دوستان نداشت. روزانه با خانواده صحبت می‌کرد. از روز چهارم بستری با دوستان و همکاران در ارتباط بود. این اقدام در میان مدت موجب رضایت بیمار شد.

بحث

کووید ۱۹ یک بیماری جدید با یک تصویر بالینی متفاوت است. شدت علائم و نوع آنها بسته به مورد بالینی متفاوت است. اطلاعات در زمینه این بیماری که پاندمی قرن ۲۱ شناخته شده است، بسیار اندک است. لذا این امر منجر به عدم اطمینان بیمار می‌شود، زیرا بیماران ترس و واکنش پیش آگهی بیماری و مرگ و زندگی را دارند. کووید ۱۹ به طور عمده در سالمندان و افراد با بیماری زمینه‌ای تشخیص داده می‌شود (۷).

بیماری که در این مطالعه موردی مورد بررسی قرار گرفته است ۳۷ ساله و بدون هرگونه بیماری زمینه‌ای می‌باشد. در حال حاضر بیمار علاوه بر ابتلا به یک بیماری نسبتاً ناشناخته، از تنگی نفس، دردهای عضلانی، بی‌خوابی و استرس ناشی از آینده نامعلوم بیماری رنج می‌برد. پرستار در اجرای فرایند پرستاری، باید ماهیت حاد بیماری و استرس‌های ناشی از ناشناخته بودن آن را در نظر بگیرد. بیمار نیاز به آمادگی مستمر برای مقابله با بیماری و سازگاری با آن در سطح جسمی، عاطفی، شناختی و اجتماعی را دارد.

صحبت شد. با تکرار توضیحات قبلی و ارائه فیدبک مثبت در مورد روند بهبودی در به دست آوردن درک صحیح از ترس‌ها و تصورات اشتباه به وی کمک شد. اطلاعات در مورد پیش آگهی بیماری، موقت بودن تنگی نفسها و عدم مراقبت از خود و فرزند ارائه شد. وی با خانم ف.م آشنا شد علاوه بر صحبت حضوری با وی، پس از ترخیص دو جلسه نیز تماس تصویری با وی برقرار شد. وی پس از جلسه مشاوره با پرستار و دریافت اطلاعات و فیدبک های مثبت احساس توانمندی می‌کرد. طی تماس تلفنی در روز دوم پس از ترخیص بیمار اظهار نمود: "هر روز صبح که از خواب بیدار میشم کارهام رو خودم انجام می‌دم. سعی می‌کنم احساس بیمار بودن رو از خودم دور کنم. تخت رو مرتب می‌کنم. جاروبرقی می‌کشم. ماشین لباس شویی رو راه می‌ندازم. لیست خرید برای شوهرم می‌فرستم. اما کارهایی مثل پخت و پز به خاطر ناقل بودنم هنوز انجام نمی‌دم. هر وقت احساس ضعف و خستگی می‌کنم، می‌شینم. سعی می‌کنم کارها رو با استراحت و فاصله انجام بدم" نتایج ذیل در میان مدت حاصل شد.

در مد چهارم، مد استقلال و وابستگی بیمار با همسر و فرزندش رابطه صمیمی دارد. با دوستان و همسایه‌ها و خویشاوندان خود رابطه خوبی دارد. اما فکر می‌کند در این شرایط فقط اعضای خانواده و خود می‌توانند به او کمک کنند. وی اظهار می‌کند "خیلی از دوستان و خویشاوندان با من تماس گرفتن، اما آنها نمی‌دونستن به من چی بگن. ناخواسته ترس از سرایت بیماری و آینده نامعلوم اون رو منعکس می‌کردن. از همه بیشتر خانواده خیلی نگران من هستن و سعی می‌کنن من رو تنها نگذارن. اما من به اونا میگم من رو تنها بگذارن چون دوست ندارم باعث سرایت بیماری و زحمت اونا بشم و از طرفی دوست ندارم وابسته باشم".

در این مد محرک اصلی فاصله عاطفی با همسر و محرک زمینه‌ای بستری بودن بیمار در بیمارستان، ابتلای همسر بیمار به بیماری فعلی اما با درجات بسیار خفیف‌تر، نگهداری فرزند بیمار توسط مادر بیمار بود.

در مد استقلال و وابستگی تشخیص‌های پرستاری زیر برای بیمار مطرح شد:

- عدم کفایت عاطفی در ارتباط با فاصله عاطفی با همسر به علت ترس از سرایت بیماری
 - اختلال در تعاملات اجتماعی در رابطه با استفاده از روش‌های غیر مؤثر مقابله به صورت جدا کردن خود از دوستان و فامیل
- براین اساس، اهداف پرستاری به ترتیب زیر تعیین شدند:
- کفایت عاطفی بین بیمار و همسر افزایش یابد.
 - کیفیت و کمیت تعاملات اجتماعی افزایش یابد و با دوستان و فامیل ارتباط داشته باشد.

بیش بینی‌های روی در مراقبت و آموزش بیمار تأیید می‌کنند (۳). در این مطالعه نیز آموزش به بیمار در زمینه‌های فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی در هر چهار مد سازگاری به چشم می‌خورد. البته لازم به ذکر است با توجه به محدودیت‌های ایمنی و مشکلات بالینی بیمار مدت زمان آموزش در این مطالعه ۱۵ دقیقه اما مداوم در نظر گرفته شد. بنابراین، به نظر می‌رسد الگوی سازگاری روی می‌تواند در سراسر جهان، هم در تحقیقات باهدف توسعه پرستاری و هم در کارهای روزمره پرستاری مورد استفاده قرار گیرد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان گفت از آنجاکه این مطالعه موردی است، لذا تعداد بحث‌هایی که می‌تواند مورد بررسی قرار بگیرد را محدود می‌کند و از آنجایی که فقط یک مورد بیمار مبتلا به کووید ۱۹ بررسی شده است لذا از تعمیم پذیری روش‌ها و راهبردهای به کار رفته تاحدی می‌کاهد. لذا پیشنهاد می‌شود جهت بررسی پیامدهای اجرای فرآیند پرستاری مبتنی بر مدل سازگاری روی، مطالعات بعدی بر روی تعداد نمونه‌های بیشتری انجام شود و به مدت طولانی‌تری پیگیری گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که به کارگیری فرآیند پرستاری مبتنی بر مدل سازگاری روی می‌تواند به اصلاح یا تعدیل رفتارهای ناسازگار و ارتقای رفتارهای سازگار مددجو مبتلا به بیماری کووید ۱۹ کمک کند. با استفاده از مدل‌های پرستاری در مراقبت از مددجو، می‌توان امید داشت که استانداردهای مراقبتی بهبود یافته، و کیفیت مراقبت و رضایتمندی مددجو افزایش یابد. بنابراین پیشنهاد می‌شود فرآیند پرستاری روی در محیط‌های بالینی و بیماری‌های حاد دیگر هم مورد استفاده قرار گیرد. گیرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله نویسندگان از کلیه افرادی که در مراحل نگارش این مقاله همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.
تعارض منافع: هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1. Roy SC. An explication of the philosophical assumptions of the Roy adaptation model. *Nurs Sci Q* 1988;1(1):26-34.
2. Hanna DR, Roy C. Roy adaptation model and perspectives on the family. *Nurs Sci Q* 2001;14(1):10-3.

الگوی سازگاری پرستاری مبتنی بر نظریه روی به نقش فعال و آگاهانه بیمار در روند رشد و پیشرفت اهمیت زیادی می‌دهد. در مدل سازگاری روی، انسان بودن به‌عنوان پتانسیل بزرگی از نیروهای معنوی است که باید در فرآیند پرستاری مورد توجه قرار گیرد. فرآیند پرستاری، براساس الگوی سازگاری، به‌صورت انفرادی با بیمار از طریق منشور محیط اطراف تطبیق داده می‌شود (۱۸) در مطالعه حاضر نیز انسان بودن بیمار در مرکز توجه قرار گرفته است و تمام مداخلات انجام شده باهدف بهبود شرایط بیماری و رسیدن به حداکثر سازگاری، برای یک انسان و بازبانی پتانسیل‌های موجود انجام شده است. در این مطالعه، در مدل سازگاری روی، شناسایی محرک‌های رفتاری ناشناخته با بررسی‌های پرستاری، به کشف دقیق علل رفتارهای ناسازگار بیمار منجر شد و بدین ترتیب به پرستار کمک نمود که برنامه ریزی دقیق برای رفع مشکلات بیمار طراحی نماید. اگرچه برخی از مداخلات مثل مداخلات انجام شده در مد فیزیولوژیک (مثل تنگی نفس) در طولانی مدت اثربخش بود اما روند صعودی و بهبودی در این مرحله، خود در اثر بخشی مداخلات در سایر ابعاد در زمان کوتاه‌تر کمک کننده بود.

با توجه به فرضیات مدل، این مشکلات در چهار مد سازگاری فیزیولوژیکی، درک از خود، ایفای نقش و وابستگی متقابل مورد بررسی قرار گرفت (۱۹). هدف از مراقبت پرستاری کمک به بیمار در دستیابی به سازگاری در همه حالت‌ها بود. توانایی مقابله و دستیابی به تمام سطوح سازگاری نیز یکی از اهداف در فرآیند رشد و پیشرفت بود و همچنین به معنای تحقق همه فرضیات مدل است. این مدل پرستاری به واسطه داشتن رویکرد نیازسنجی، امکان شناسایی رفتارهای ناسازگار در ابعاد مختلف زیستی روانی و اجتماعی و برنامه ریزی آموزشی جامع بر اساس نیازها و محرک‌های موجود آورنده رفتارهای ناسازگار بیمار را فراهم آورد. الگوی پرستاری مبتنی بر تئوری روی در روند درمان بیماری حاد مبتلا به کووید ۱۹ مفید بوده است، زیرا با استفاده از این مدل، نه تنها بیمار نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی خود را برآورده نمود، بلکه وی مهارت‌های لازم برای مقابله با مشکلات ناشی از بیماری را نیز به‌دست آورد. همچنین، سایر نویسندگان نیز، ارتباط و اثربخشی مدل را بر اساس

3. Hassani P, Otaghi M. Roy adaptation model in hemodialysis patients: a mixed method research. *Nurs Midwifery J* 2012;10(5):610-20.
4. Mohammad Pour A, Najafi S, Tavakkoli Zadeh J, Fatemeh MZ. The effect of intervention based on "Roy" adaptation model on personal self- concept

- in primi- gravida women. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2016;22(6):999-1007.
5. Fawcett J, Desanto-Madeya S. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. FA Davis; 2012.
 6. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020;382(8):727-33.
 7. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020;395(10223):497-506.
 8. Chan JF-W, Yuan S, Kok K-H, To KK-W, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 2020;395(10223): 514-23.
 9. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet* 2020;395(10226):809-15.
 10. McAleer M. Prevention Is Better Than the Cure: Risk Management of COVID-19. *J Risk Financial Manag* 2020;13(46):1-5.
 11. Wilder-Smith A, Freedman D. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of travel medicine* 2020;27(2):taaa020.
 12. Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang Y-T. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020;7(4):e19.
 13. Naeim HS, Tabiee S, Saadatjoo S, Kazemi T. The effect of an educational program based on Roy adaptation model on the psychological adaptation of patients with heart failure. *Mod Care* 2013;10(4):231-40.
 14. DeSanto-Madeya S. Using case studies based on a nursing conceptual model to teach medical-surgical nursing. *Nurs Sci Q* 2007;20(4):324-9.
 15. Rosińczuk J, Kołtuniuk A, Górska M, Uchmanowicz I. The Application of Callista Roy Adaptation Model in the Care of Patients with Multiple Sclerosis—Case Report. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing* 2015;4(3):121-9.
 16. Sadeghnezhad Forotaghe M, Vanaki Z, Memarian R. The effect of nursing care plan based on “Roy Adaptation model” on psychological adaptation in patients with diabetes type II. *Evidence Based Care* 2011;1(1):5-20.
 17. Mansouri A, Baraz S, Elahi N, Malehi AS, Saberipour B. The effect of an educational program based on Roy's adaptation model on the quality of life of patients suffering from heart failure: A clinical trial study. *Jpn J Nurs Sci* 2019;16(4):459-67.
 18. Phillips KD. Sister Callista Roy: Adaptation model 2006. 355-85 p.
 19. Roy C, Whetsell MV, Frederickson K. The Roy Adaptation Model and research: global perspective. *Nurs Sci Q* 2009;22(3):209-11.

ROY ADAPTATION MODEL IN PATIENT WITH COVID-19

Leila Ghanbari Afra¹, Mohsen Adib Hajbagheri²

Received: 23 March, 2020; Accepted: 26 June, 2020

Abstract

Background & Aims: COVID-19 is an acute disease of the respiratory system with diffuse inflammation. In this disease, a wide range of symptoms can cause biological and psychological changes in performance. Skillful preparation of the patient to find the optimal way to deal with this disease, as well as maintaining the independence and vitality of life, is an important part of the treatment process in these patients. So the aim of this study was to use Roy's adaptability model in patient care for COVID-19 and to prepare the patient to deal with the problems caused by the disease based on the nursing process, which is made according to the instructions of the Roy model.

Materials & Methods: The case report study was conducted in March 2020 in one of the hospitals of Qom University of Medical Sciences. A patient with COVID19 was examined and the Roy pattern was performed on him. Nursing care was performed based on the Roy nursing process in 6 stages.

Results: The results of the study showed that the patient had maladaptive behaviors in 4 modes (physiological, adaptation of self-perception, role-playing, independence and dependence). After performing nursing care based on the Roy adaptation pattern, maladaptive behaviors decreased.

Conclusion: According to the results of the present study, implementing a nursing care program based on Roy adaptation model can be effective on the physical, psychological adaptation and reduction of maladaptive behaviors in patient with COVID 19. In this regard, Nurses can play a more effective role in improving the maladaptive behaviors of these patients by applying nursing care based on the adaptation model.

Keywords: COVID- 19, Roy's Adaptability Model, Nurse

Address: Kashan, Kashan University of Medical Sciences, Trauma Nursing Research Center

Tel: +989128548438

Email: adib1344@yahoo.com

¹ PHD student, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

² Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran