

April-May 2020, Volume 8, Issue 1

The Application of Roy's Adaptation Model in a Patient with Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Study.

Maryam Maddineshat¹, Seyed Reza Borzou², Fatemeh Cheraghi³, *Mahnaz Khatiban⁴

1- PhD Student in Nursing, Student Research Committee, School of Nursing & Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2- Associate professor, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, School of Nursing & Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

3- Associate professor, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, School of Nursing & Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

4- Professor, Mother and Child Care Research Center, Department of Medical Surgical, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran (**Corresponding Author**)

E-mail: mahnaz.khatiban@gmail.com

Received: 26 Dec 2019

Accepted: 20 Jan 2020

Abstract

Introduction: The treatment process of hospitalized patients with obsessive-compulsive disorder is less studied. However, because of the complex nature of the disease, these patients require a comprehensive nursing care plan. Since nursing process based on Roy's adaptation model is widely used to solve problems caused by chronic diseases, this study aimed to implement this model in a patient with obsessive-compulsive disorder.

Methods: This study was a case study performed on a patient with obsessive-compulsive disorder admitted in the psychiatric ward of Farshchian (Sina) Hospital in Hamadan, Iran, in 2019. Data were collected using observation, interview, and patient documentation, and they were analyzed in four dimensions based on the stages of the nursing process in Roy's adaptation model.

Results: Based on data from the assessment stage, manifestations of chronic maladaptive behaviors in the patient included unwanted, intrusive, repetitive thoughts and fears as the focal stimuli, family history of obsessive-compulsive disorder, parental divorce and weakness in coping mechanisms as the contextual stimulus, beliefs of the patient's father, and psychiatric hospitalization as residual stimuli. Six types of maladaptive behaviors in four modes including inappropriate nutrition (physiological mode), reduced self-care, non-adherence to treatment, need to perform obsessive rituals, avoiding social interactions (self-concept mode), and father dependency (role function mode and interdependence mode) were identified.

Conclusions: Implementing a nursing process based on Roy's adaptation model by deeply identifying maladaptive behaviors and then, promoting the use of regulate and cognitive coping mechanisms can help correct or modify maladaptive behaviors of patients with obsessive-compulsive disorder. However, achieving desirable outcomes after discharge requires long-term follow-up and support by psychiatric nurses.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Nursing Process, Roy's Adaptation Model, Adaptation, Case Study.

کاربرد مدل سازگاری روی در یک بیمار مبتلا به اختلال وسواس جبری: یک مطالعه موردی

مریم مدی نشاط^۱، سیدرضا برزو^۲، فاطمه چراغی^۳، *مهناز خطیبان^۴

۱- دانشجوی دکتری پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
 ۲- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماری های مزمن در منزل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
 ۳- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماری های مزمن در منزل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
 ۴- استاد، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، گروه آموزش داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: mahnaz.khatiban@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۶

چکیده

مقدمه: فرایند درمان بیماران بستری مبتلا به اختلال وسواس جبری کمتر مورد توجه مطالعات قرار می گیرد. در حالیکه، این بیماران به دلیل ماهیت مزمن و پیچیده بیماری، نیازمند اجرای یک برنامه مراقبت جامع پرستاری هستند. فرایند پرستاری مبتنی بر مدل سازگاری روی به طور گسترده ای در حل مشکلات ناشی از بیماریهای مزمن کاربرد دارد. لذا، این مطالعه با هدف کاربرد مدل سازگاری روی در یک بیمار مبتلا به اختلال وسواس جبری انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع مطالعه موردی است که در سال ۱۳۹۸ بر روی یک مورد بیمار مبتلا به اختلال وسواس جبری، بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان فرشچیان (سینا) همدان انجام شد. اطلاعات با استفاده از روش مشاهده، مصاحبه، مستندات مربوط به بیمار جمع آوری شد و براساس مراحل فرایند پرستاری مدل سازگاری روی در چهار مد تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: براساس داده های حاصل از مرحله بررسی، افکار، تصورات و ترسهای ناخواسته، مزاحم و تکراری به عنوان محرک اصلی، سابقه خانوادگی اختلال وسواس-جبری، طلاق والدین و ضعف در مکانیسم های مقابله ای به عنوان محرک زمینه ای، اعتقادات پدر بیمار، سابقه بستری در بخش روانپزشکی به عنوان محرک باقی مانده موجب تظاهر رفتارهای ناسازگار با ماهیت مزمن در بیمار می گردد. شش نوع رفتار ناسازگار در چهار مد شامل تغذیه نامناسب (مد فیزیولوژیک)، کاهش خود مراقبتی، عدم تبعیت از درمان، نیاز به انجام آداب و تشریفات وسواسی، اجتناب از تعاملات اجتماعی (مد درک از خود)، وابستگی به پدر (مد ایفای نقش و مد استقلال- وابستگی) شناسایی شد.

نتیجه گیری: اجرای فرایند پرستاری مبتنی بر مدل سازگاری روی با شناسایی عمیق رفتارهای ناسازگار و سپس، ارتقاء بکارگیری مکانیسم های تطابقی تنظیم کننده و شناختی می تواند به اصلاح یا تعدیل رفتارهای ناسازگار بیمار بستری مبتلا به اختلال وسواس جبری کمک نماید. البته، دستیابی به نتایج مطلوب پس از ترخیص بیمار، نیازمند پیگیری و حمایت های طولانی مدت توسط روانپرستاران است.

کلیدواژه ها: اختلال وسواس جبری، فرایند پرستاری، مدل سازگاری روی، سازگاری، مطالعه موردی.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بیماران بستری مبتلا به اختلال وسواس جبری، عمدتاً توسط یک تیم متشکل از متخصصین بهداشتی - درمانی ارائه می شود. در این خصوص، روانپرستاران نقش ویژه و برجسته ای دارند، زیرا به دلیل حضور مداوم در بخش های روانپزشکی، امکان ارزیابی و مداخله منحصر به فرد به آنها داده می شود، آنها نقش مهمی در فرایند درمان، از طریق تعاملات روزانه با بیماران دارند (۴). این بیماران به دلیل ماهیت مزمن، ناتوان کننده بیماری و تاثیر منفی

اختلال وسواس-جبری یک بیماری روانی شایع است اما، اکثریت مبتلایان در جستجوی درمان نیستند. احساس خجالت و شرمساری موجب می شود که افراد مبتلا به وسواس-جبری علائم خود را پنهان کنند (۱). لذا اکثریت مطالعات، بر درمانهای سرپائنی تاکید می کنند یا فقط برخی از رویکردهای درمانی این بیماران را نشان می دهند و کمتر به بیماران بستری در بخشهای روانپزشکی توجه می کنند (۲، ۳). درمان

مریم مدی نشاط و همکاران

پرستاران در این نوع مطالعه با استفاده از تفکر خلاقانه و حل مساله یک برنامه مراقبتی مبتنی بر نیازهای بیمار و خانواده وی ارائه می کنند (۱۲). همچنین، یی سیه و کنگ تام (۲۰۱۵) و جنینگ (۲۰۱۷) در دو مطالعه موردی، جهت حل مشکلات بیماران مبتلا به اختلالات خوردن از فرایند پرستاری مبتنی بر مدل سازگاری روی استفاده نمودند و آن را یک رویکرد مراقبتی جامع و مفید توصیف نمودند (۱۳، ۱۴). بطور کلی، فرایند درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری بستری در بخش روانپزشکی کمتر مورد توجه مطالعات قرار می گیرد، در حالیکه این بیماران به دلیل ماهیت مزمن و پیچیده بیماری، نیازمند یک برنامه مراقبت جامع پرستاری هستند. شواهد نشان می دهند فرایند پرستاری مبتنی بر مدل سازگاری روی با ایجاد نگرشی جامع، تفکر خلاقانه و توانایی استدلال در پرستاران به طور گسترده ای در حل مشکلات ناشی از بیماریهای مزمن کاربرد دارد. لذا این مطالعه با هدف کاربرد مدل سازگاری روی در یک بیمار مبتلا به بیماری وسواس جبری انجام شد.

روش کار

روش شناسی مورد استفاده در این مطالعه از نوع مطالعه موردی است. گرو و همکاران (۲۰۱۳) یک مطالعه موردی، توضیح عمیق از یک تک مورد مثل شخص، خانواده، موسسه یا تعدادی موضوعات کوچک است (۱۵). براساس مطالعه ایشاک و باکار (۲۰۱۴)، گاهی یک مطالعه تک موردی برای توضیح یک پدیده خاص مخصوصا با ویژگیهای خاص کافی می باشد. به چند دلیل می توان از یک تک نمونه برای تحقیق استفاده نمود: ۱. در مواقعی که مطالعه موردی برای آزمون تئوری مورد استفاده قرار می گیرد ۲. محققان کیفی می توانند از یک تک نمونه استفاده نمایند وقتی آن نمونه بیش از حد خاص است ۳. وقتی که مورد بررسی شده برای محققان الهام برانگیز باشد (۱۶). لذا این مطالعه در تیرماه سال ۱۳۹۸ پس از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره (IR.UMSHA.REC.1398.633) انجام شد. براساس نمونه گیری هدفمند، یک مورد بیمار مبتلا به اختلال وسواس بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان فرشیچیان سینا دانشگاه علوم پزشکی همدان با استفاده از مدل سازگاری روی بررسی شد. این بیمار ۲۰ روز در بخش روانپزشکی بستری بود و یک ماه هم مورد پیگیری پس

آن بر تمام ابعاد زندگی، نیازمند توجهات خاص پرستاران و ارائه مداخلات پرستاری براساس رویکردهای جامع نگر هستند (۲).

مطالعه کایا و بز (۲۰۱۹) و جیگ لیوتی (۲۰۰۸) نشان می دهند که مداخلات پرستاری وقتی مبتنی بر مدل‌های پرستاری ارائه گردند دارای رویکرد جامع نگر هستند. کاربرد مدل‌های پرستاری موجب می شود، مداخلات پرستاران را از فعالیتهای خدمت محور به فعالیتهای متمرکز بر مددجو تبدیل نماید. مدل ها نه تنها مراقبت هدفمند، منظم، کنترل شده و مؤثر از بیمار را تضمین می کنند، بلکه امکان مراقبت با کیفیت بالا توسط پرستاران را ارائه می نمایند (۵۶). نظریه پردازان پرستاری معتقدند، یکی از پرکاربردترین مدل‌هایی که برای هدایت آموزش، بالین و تحقیقات پرستاری استفاده می شود مدل سازگاری روی است. این مدل از زمان توسعه آن توسط مطالعات بی شماری برای ارائه مراقبت پرستاری مورد استفاده قرار گرفته است، لذا مفاهیم این مدل اصلاح شده و فرایند پرستاری آن به خوبی توسعه یافته است (۷۸). براساس مدل سازگاری روی، پرستار می تواند یک برنامه مراقبتی جامع طراحی نماید، که در آن بیمار یاد می گیرد، چگونه با مشکلات پیش روی خود مقابله کند و با شرایط متغیر محیطی سازگار شود، این مدل نیازهای بیمار را در ۴ بعد فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش، استقلال وابستگی بررسی می کند و رفتارهای سازگار و ناسازگار بیمار را در هر بعد تحلیل می نماید (۹، ۱۰).

جوانا و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه ای توضیح می دهند، پرستارانی که تلاش می کنند یک برنامه مراقبتی برای بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن تنظیم نمایند، باید مطلوب ترین و کارآمدترین مدل را انتخاب کند که در مراقبت های طولانی مدت مؤثر باشد. اجرای فرایند پرستاری مبتنی بر مدل سازگاری روی نیازمند نگرشی جامع، تفکری خلاقانه و استدلال در حل مشکلات بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن است، لذا این امر امکان انتخاب عمل مناسب را برای پرستار فراهم می کند. ساختار این مدل ارائه خدمات جامع پرستاری را فراهم می کند و ارتباط با بیمار را محدود نمی کند. این امر به ویژه در عصر پزشکی مدرن بسیار مهم است (۱۱).

مطالعه دی سانتو - مادیا (۲۰۰۷) نشان می دهد یکی از رویکردهایی که فرصتی برای اجرای مدل سازگاری روی برای پرستاران فراهم می کند مطالعات موردی هستند، زیرا

به سوال تحقیق) می گردد (۱۸). در این مطالعه، جهت اندازه گیری متغیرهای کمی شامل درجه حرارت از ترمومتر، فشارخون، تنفس و نبض از دستگاه مانیتورینگ علائم حیاتی و جهت اندازه گیری شاخص توده بدن از تراوز کالیبره شده و متر استفاده شد. متغیرهای پاراکلینیکی شامل هموگلوبین، هماتوکریت،... براساس برگه آزمایشگاهی موجود در پرونده بیمار اندازه گیری شد. جهت اندازه گیری متغیرهای کیفی شامل بررسی وضعیت سلامت روان بیمار از فرم بررسی وضعیت سلامت روان مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مصاحبه نیمه ساختار یافته و مشاهده میدانی بیمار در بخش روانپزشکی استفاده شد. جهت تعیین صحت و استحکام داده های کیفی حاصل از مصاحبه با بیمار، از مصاحبه با پدر بیمار و پرستاران بخش روانپزشکی استفاده شد. همچنین محقق در جلسات ویزیت بیمار توسط روانپزشک شرکت نمود. جهت افزایش قابلیت انتقال پذیری داده ها، تمام فرایند پژوهش و کارهای انجام شده در مسیر مطالعه به صورت واضح و دقیق مکتوب گردید تا امکان پیگیری مسیر پژوهش و خصوصیات فرد مورد مطالعه را برای دیگران فراهم کند. در این مطالعه، محقق فردی است که سابقه بیش از ده سال کار به عنوان مربی روانپرستاری در بخشهای روانپزشکی دارد. سایر محققین این مطالعه نیز دارای زمینه کاری در انواع مطالعات کیفی و کمی هستند. بطور سنتی در مطالعات تک موردی تجزیه و تحلیل اطلاعات به صورت گرافیکی نمایش داده می شود (۱۹). در این مطالعه نیز اطلاعات جمع آوری شده و نتایج مداخلات با استفاده از جدول و دیاگرام ارائه شد. به بیمار درخصوص محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد و با رعایت صداقت و امانت داری از ذکر نام فرد مورد مطالعه خودداری شد. اصول اخلاقی منطبق با رهنمودهای بیانیه هلسینکی رعایت گردید. از بیمار و پدر وی رضایت آگاهانه کسب شد.

یافته ها

معرفی بیمار:

بیمار خانمی ۳۷ ساله، مجرد و بیکار است. تحصیلات کارشناسی زبان و ادبیات عربی دارد. بیمار شیعه است، ساکن همدان می باشد و فرزند اول از ۴ فرزند است که از مطب دکتر ... به بیمارستان روانپزشکی فرشچیان (سینا) به علت تشدید علائم مراجعه نموده است. از حدود یک ماه و نیم پیش مصرف دارو را قطع نموده

از ترخیص توسط محقق قرار گرفت. کاربرد مدل سازگاری روی در بالین پرستاری، براساس فرایند پرستاری است فرایند پرستاری مبتنی بر مدل سازگاری روی شامل ۶ جزء می باشد: بررسی رفتار، بررسی محرکها، تشخیص پرستاری، تنظیم اهداف و ارزشیابی می باشد.

سطح اول بررسی (بررسی رفتار): جمع آوری اطلاعات (عینی و ذهنی) راجع به رفتارهای شخص در هریک از بعدهای سازگاری و قضاوت در مورد اینکه آیا این رفتارها سازگار هستند یا نه.

سطح دوم بررسی (تعیین محرکها): تعیین عواملی که بر رفتار تاثیر می گذارند و طبقه بندی آنها به صورت اصلی، زمینه ای و باقی مانده. با کسب این اطلاعات پرستاری می تواند علت مشکل را طبقه بندی نماید.

تشخیص پرستاری: تجزیه و تحلیل اطلاعات و بیان جملاتی که سازگاری فرد در هر بعدرا نشان می دهد.

هدف پرستاری: تنظیم اهداف به منظور ارتقاء مدهای سازگاری.

مداخلات پرستاری: دستکاری محرکهای زمینه ای و اصلی به منظور دستیابی به اهداف.

ارزیابی: قضاوت در مورد اثربخشی مداخلات پرستاری (۷، ۱۷).

اینکه چطور یک مطالعه تک موردی را طراحی نماییم بستگی به شرایط پدیده مورد مطالعه دارد اما معمولاً یک جزء از این بررسی مربوط به زمان است. در این صورت تاریخچه و الگوهای رفتاری قبلی بیمار با جزئیات توضیح داده می شوند. همانطور که مطالعه پیش می رود ممکن است محقق با جزئیات مهمی مواجهه شود که قبلاً در طراحی مطالعه مورد توجه قرار نگرفته بودند. این مطالعات هم دارای اجزای کمی و هم دارای اجزای کیفی می باشند (۱۵). علاوه بر بررسی تاریخچه و مستندات بیمار مطالعه حاضر از فرمت موجود در مطالعه دیسانتو-مادیه (۲۰۰۷) جهت بررسی تک مورد براساس مدل سازگاری روی استفاده نمود (۱۲).

کرو و همکاران (۲۰۱۱) توضیح می دهند به منظور ایجاد یک درک کامل از مورد، جمع آوری اطلاعات در مطالعه موردی شامل جمع آوری شواهد متعدد، استفاده از طیفی از ابزارهای کمی (همانند پرسشنامه ها، اطلاعات مربوط به تحلیل داده های بهداشتی) و تکنیکهای متداول کیفی (مثل مصاحبه، مشاهده، گروه متمرکز) می باشد. استفاده از منابع متعدد در مطالعات موردی (چندجانبه نگری اطلاعات) موجب افزایش اعتبار داخلی مطالعه (مناسب بودن روش برای پاسخ

مریم مدی نشاط و همکاران

وی هم مبتلا به اختلال وسواس هستند. یافته های این مطالعه براساس شش مرحله فرایند پرستاری مبتنی بر مدل سازگاری روی گزارش شد: بررسی: جمع آوری اطلاعات عینی و ذهنی

۱. بررسی وضعیت سلامت روان: به منظور تعیین محرکها، رفتارهای سازگار و ناسازگار در هریک از ابعاد مدل سازگاری روی با بیمار و پدر وی هر کدام جداگانه مصاحبه شد همچنین وضعیت سلامت روان بیمار براساس فرم وضعیت سلامت روان مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۱). خلاصه جمع آوری اطلاعات عینی و ذهنی را نشان می دهد.

۲. بررسی مستندات موجود در پرونده بیمار داروهای مصرفی قبلی: پاروکستین ۲۰ میلی گرمی، تری فلورازین ۲ میلی گرم داروهای که اکنون مصرف می کند: قرص اولانزاپین ۱۰ میلی گرم روزی دوبار قرص فرو سولفات روزی یک عدد قرص فلوکسامین ۱۵۰ میلی گرمی روزی دوبار قرص لاموتریزین ۱۰۰ میلی گرم روزی یک بار پروپرانولول ۱۰ میلی گرم روزی یکبار بیمار حساسیت خاص غذایی و یا دارویی را ذکر نمی کند.

است. سابقه بستری در بخش روانپزشکی همدان ۲ بار و سابقه یک بار بستری در بخش روانپزشکی یزد را دارد. سابقه بیماری جسمی ندارد. آخرین بار ۳ سال پیش بستری شده است. شروع علائم بیماری از ۱۲ سالگی بوده است. خوش برخورد و مودب است. لباس و شکل ظاهری بیمار مناسب است. قد بلندی دارد و به شدت لاغر است رنگ پوست صورت زرد رنگ است. موقع راه رفتن غوز کرده راه می رود. موهای بیمار نامرتب است. دندانهای بیمار زرد شده است و برخی از آنها خراب می باشد. پوست دستها قرمز شده و خشک است. نگرش بیمار به مصاحبه گر همکارانه است. ارتباط کلامی و چشمی برقرار می کند. سن ظاهری و تقویمی بیمار متناسب است. خلق بیمار نرمال و متناسب با عاطفه بیمار می باشد. شمرده شمرده صحبت می کند. تن صدا نرمال است. بیمار پر حرف است. توهم و هذیان ندارد. تفکرات آسیب به خود و خودکشی ندارد. بینش (۵/۴) به بیماری دارد. تمرکز و توجه دارد. تفکر انتزاعی دارد. قضاوت دارد. مصرف مواد مخدر و الکل ندارد و رشد و تکامل دوران کودکی وی طبیعی است. گاهی پرخاشگر می شود و شک و تردیدها بیشتر می شود آنقدر که به نظر می آید تفکرات هذیانی پارانوئید داشته باشد. مادر بیمار، خاله و مادر بزرگ

جدول ۲: خلاصه جمع آوری اطلاعات عینی و ذهنی در هریک از ابعاد مدل سازگاری روی

بعد فیزیولوژیک	
وضعیت گردش خون و اکسیژناسیون بافت ها	الگوی تنفس (دم و بازدم) طبیعی و منظم است. تنفس از طریق بینی انجام می شود. الگوی گردش خون طبیعی است. سیانوز در لبها، ناخنها و اندامها مشاهده نشد. فشارخون و تنگی نفس ندارد. احساس خستگی دارد و براساس نتایج آزمایشات شکل گلبولهای قرمز بیمار میکروسیتوز و هیپوکروم است که نشانه کم خونی فقر آهن است. MCH:۳۴.۹؛ MCHC:۳۱.۵؛ MCV:۷۹.۱
تغذیه	بیمار لاغر است. زرد رنگ است. مخاطها دهان طبیعی است. سه وعده غذا در بیمارستان می خورد درخانه به دلیل ترس از آلودگی غذا نمی خورد. وزن: ۴۶Kg؛ قد: ۱۶۰ Cm؛ شاخص توده بدنی: ۱۸.۵
دفع	در ادرار و مدفوع مشکلات ماکروسکوپی و میکروسکوپی خاصی دیده نمی شود. به دلیل ترس از آلودگی میوه نمی خورد و فعالیت کافی ندارد. گاهی شکم بیمار شل کار می کند. گاهی یبوست دارد و گاهی هم سوزش سر دل دارد. رنگ ادرار طبیعی و شفاف است. احساس سوزش ادرار و بوی بد ادرار ندارد. Creatinine=۱.۱؛ Blood Urea Nitrogen = ۶
فعالیت و استراحت	الگوی خواب و استراحت طبیعی است. خواب مفید بیمار، شبها از ساعت ۱۰ یا ۱۲ شب الی ۶ و ۷ صبح است. در کنار برنامه های تلویزیون استراحت می کند.
حفاظت	پوست بیمار گرم و فاقد زخم و بثورات جلدی می باشد. دندانها زرد می باشد. پوست بیمار خشک و پوسته پوسته است. کیفیت تورگور پوست مناسب است حمام نمی رود. موهایش را شانه نمی کند، مسواک به دندانها نمی زند. T:۳۷.۷
حس ها	قدرت بینایی و شنوایی، بویایی و چشایی و لامسه بیمار طبیعی است. کاهش یا افزایش ادراک های حسی ندارد. تکلم آشفته ندارد و شمرده شمرده صحبت می کند. توهم بینایی، شنوایی، چشایی، لامسه ندارد. بینایی بیمار ۱۰/۱۰ براساس چارت اسنلن بینایی است.
مایعات و الکترولیتها	هیدراتاسیون مناسب است. ادم در اندام ها وجود ندارد. اندازه مچ پای بیمار طبیعی است. در روز ۵ تا ۶ لیوان آب می نوشد. براساس نتایج آزمایشات کم خونی دارد. Hemoglobin:۱۱.۳؛ Hematocrit: ۳۵.۹
عملکرد نورولوژیک	بیمار هوشیار است، اختلالات حرکتی مشاهده نشد، درد ندارد، سرگیجه ندارد و تعادل خود را در حین راه رفتن حفظ می کند. در معاینه سفتی عضلانی و لرزش دست ندارد. قد متوسط و قوز کرده در حین راه رفتن دارد. محدودیت حرکتی در مفاصل ندارد. تنوسپته عضلات طبیعی است و آتروفی عضلانی ندارد. سابقه اختلالات سیستم عصبی ندارد. سابقه تشنج ندارد. حافظه دور، نزدیک و گذشته دور و گذشته نزدیک بیمار طبیعی است. به زمان و مکان و شخص آگاهی دارد. توجه و تمرکز دارد. بینش به بیماری دارد. GCS: ۱۵/۱۵؛ داشتن عملکرد مناسب براساس مستندات کاردرمانی.

برجستگی غده تیروئید مشاهده نشد. موهای نا به جا در صورت ندارد، ادم و نازک شدن پوست ندارد. سابقه دیابت و تیروئید ندارد. از قرصهای ضدبارداری استفاده نمی کند، الگوی رشد و تکامل بیمار طبیعی است. بیمار از ریزش مو شاکی است. TSH:۰.۲؛ SGPT, ALT:۸؛ SGOT, AST:۱۴

وضعیت غدد درون ریز

قرص اولانزاپین ۱۰ میلی گرم روزی دوبار قرص فلووکسامین ۱۵۰ میلی گرمی روزی دوبار قرص لاموتریزین ۱۰۰ میلی گرم روزی یک بار مصرف می کند که اختلالات قاعدگی ایجاد می نمایند

بعد درک از خود

ظاهر بیمار نامرتب است. پوست خشک و زرد دارد. هیچ ماده آرایشی و بهداشتی در صورت ندارد. قبل از بستری در بیمارستان حدودا یک ماه است که داروهای خود را نمی خورد. حمام نمی رود می گوید چون کیفیت می شود. بیمار از ریزش موها شاکی است. شانه به موهایش نمی زد میادا شانه کثیف باشد.

الف. خود عینی

تفکر اینکه افزایش تعداد شوکها می تواند وسواس بیمار را بهتر می کند دارد. قبل از ملاقات با پزشک بی قرار و مضطرب است، مرتب از اینکه چه وقت می تواند پزشک را ببیند سوال می پرسد. مکررا پاسخ هر سوال را به پیامدهای بد تفسیر می کند، مرتب دهان خود را چک می کند مبادا چیزی در دهانش رفته باشد. به دلیل تشریفات وسواسی طولانی پزشک به بیمار توصیه نموده است که نماز نخواند. فقط ایام محرم به ۲-۳ بار به مسجد می رود. بیمار وسواس را ناشی از وجود همسایه های طبقه بالا می داند در نتیجه نسبت به پدرش برای تعویض خانه و انتقال به طبقه آخر پرخاشگری می کند.

ب. خود ذهنی

بیمار خوش رو می باشد، رفتار مودبانه با پرستاران و سایرین دارد. بیش از حد به ارتباطات غیر کلامی توجه دارد، از سرپرستار بخش روانپزشکی کتاب می گیرد و مطالعه می کند. با مادر ناتنی خود کشمکش و تضاد دارد. به دلیل کشمکش و تضاد با خانواده دور از خانواده و تنها زندگی می کند. در مراسم های خانوادگی شرکت نمی کند. ترس از آلوده شدن توسط همسایگان دارد. بیکار می باشد. تنها تفریح وی بازار رفتن و خرید کردن در بعضی اوقات است. به خواسته های دیگران بی توجهی می کند. دوستی ندارد گاهی به دوستان دانشگاهی خود زنگ می زند.

ج. خود در رابطه با دیگران

بیمار مجرد است، بیکار است، در انجام امور مربوط به خانه داری هم به پدرش وابسته است.

بعد ایفای نقش

پرخاشگر نسبت به پدر، تنهایی، اضطراب، وابستگی به پدر و عدم دریافت توجه از دیگران

بعد استقلال - وابستگی

۳. تعیین محرکها:

محرکهای محیطی درونی یا بیرونی محیطی هستند که وضعیت فعلی بیمار را تحت تاثیر قرار می دهند، ولی اثرات آنها مشخص نیست (۷). در این مطالعه باورهای فرهنگی پدر بیمار و سابقه بستری در بخش روانپزشکی محرک باقی مانده است. پدر بیمار اعتقاد دارد که بیمار به دلیل علائم شدید وسواس و احتمال تضاد با نامادری باید تنها زندگی کند، همچنین سابقه بستری در بخش روانپزشکی این باور را در خانواده ایجاد نموده است که امکان بهبودی بیمار اندک است.

- محرک اصلی: از دیدگاه مدل سازگاری روی محرک اصلی، محرکهای داخلی یا خارجی است که فرد سریعاً با آنها مواجه می شود (۷). در این مطالعه افکار یا تصورات یا احساسات ناخواسته، مزاحم و تکراری محرک اصلی هستند. به عنوان مثال، بیمار از ترس آلودگی شانه، موهای خود را شانه نمی کند، یا تصور می کند راه رفتن همسایه وی در طبقه بالا ممکن است آب کنری چای او را آلوده کند، بارها آب کنری چای را عوض می کند یا به پدر خود می گوید آپارتمان وی را جا به جا کند و به طبقه آخر نقل مکان کند که هیچ همسایه ای نداشته باشد.

۴. تعیین رفتارهای ناسازگار:

در مطالعه حاضر، تحلیل اطلاعات حاصل از مرحله بررسی براساس مدل سازگاری روی نشان می دهد: سابقه خانوادگی ابتلا به اختلال وسواس - جبری و جدایی والدین موجب شده است، که افکار، تصورات، ترس های مزاحم و ناخواسته و تکراری از دوران نوجوانی در بیمار ظاهر گردد، بیمار سعی می کند اضطراب ناشی از افکار مزاحم وسواسی را با انجام آداب و تشریفات وسواسی (رفتارهای ناسازگار) پاسخ دهد. نیاز به انجام تشریفات وسواسی موجب ایجاد تضاد و کشمکش در تعاملات با خانواده و دیگران شده است بطوریکه بیمار سعی می کند با اجتناب از موقعیتهای اجتماعی (رفتار ناسازگار) و انزوا (رفتار ناسازگار) این مشکل را حل نماید. سابقه بستری در بخش روانپزشکی (محرک باقی مانده) و اعتقادات پدر بیمار به انزوا، عدم دریافت حمایت کافی از سوی خانواده و جامعه موجب شده که بیمار

- محرک زمینه ای: محرک زمینه ای براساس مدل سازگاری روی، همه محرکهای محیطی درونی یا بیرونی هستند که مورد توجه شخص نیستند اما بر محرک اصلی موثرند (۷). در این مطالعه، سابقه خانوادگی اختلال وسواس - جبری، طلاق والدین و ضعف در مکانیسم های مقابله ای، محرکهای زمینه ای هستند. مادر، خاله و مادر بزرگ بیمار به بیماری وسواس مبتلا هستند. بیمار در دوران نوجوانی شاهد جدایی والدین خود بوده است و از همان زمان، علائم وسواس بیمار شروع شده است. همچنین، توانایی مقابله با افکار مزاحم وسواسی را ندارد بطوریکه خودمراقبتی بیمار کاهش یافته است و تعاملات اجتماعی وی مختل شده است. - محرک باقی مانده: محرک باقی مانده شامل همه

مریم مدی نشاط و همکاران

دارد. مثلاً، بیمار هنوز بعد از خوردن غذا دهان خود را چک می کند که دهانش آلوده نشده باشد.

۳. تشخیص پرستاری: اختلال در تعاملات اجتماعی در رابطه با تضاد با اعضای خانواده و دیگران که با انزوا و اجتناب از موقعیتهای اجتماعی مشخص می شود.

هدف: افزایش تعاملات اجتماعی.

مداخلات پرستاری: انتقال احساس ارزشمندی به بیمار، تشویق بیمار به تعاملات داوطلبانه با پرستاران و بیماران بخش، تشویق بیمار به شرکت در گروه درمانی و کار درمانی، درخواست از خانواده برای تماسهای مکرر با بیمار، درخواست از خانواده و مادر دوم بیمار برای شرکت در گروه درمانی، همراهی بیمار با خانواده در مراسم های خانوادگی، تشویق به شرکت فعال بیمار در برنامه های تفریحی.

ارزیابی: در بیمارستان بیمار ارتباط مطلوبی با سرپرستار و پرسنل دارد از سرپرستار کتاب می گیرد که مطالعه کند. با احترام رفتار می کند، عملکرد بیمار در برنامه های کار درمانی و گروه درمانی مطلوب است، در پیگیری تلفنی مشخص شد، خواهر بیمار روزانه به او زنگ می زند، هفته ای دو یا سه بار پدر بیمار او را می بیند و یکبار هم برای خرید به بازار رفته اند، هنوز هم بیمار با پدرش در مورد تعویض آپارتمان محل زندگی وی گاهی جرو بحث می کند.

۴. تشخیص پرستاری: استفاده از روشهای غیر موثر مقابله در رابطه با کنترل اضطراب که با نیاز به انجام آداب و تشریفات وسواسی، کاهش خود مراقبتی و وابستگی به پدر مشخص می شود.

هدف: کاهش آداب و تشریفات وسواسی، افزایش فعالیتهای خود مراقبتی و فعالیتهای روزانه زندگی.

- مداخلات پرستاری: مواجهه سازی، جانشین سازی رفتارهای وسواسی، توقف فکر، کاهش یا اجتناب از شرایط استرس زا، تشویق بیمار در صورت کاهش اعمال وسواسی، شناخت تفکرات واقعی از تفکرات وسواسی، انجام تکالیف خانگی، اجرای روشهای حل مساله و روشهای آرام سازی.

- ارزیابی: بیمار در حضور روانپرستاران در بخش به حمام می رود و سعی می کند که زود خارج گردد، بر اساس پیگیری تلفنی با پدر بیمار، تعداد رفتارهای وسواسی بیمار کمتر شده است، سطل اشغال را بیرون می گذارد، می تواند برای خود غذا بپزد، لباسهای خود سعی می کند با صرف وقت کمتر بشوید، اما برخی رفتارهای وسواسی

تبعیت از درمان نداشته باشد (رفتار ناسازگار) و مصرف دارو را قطع نماید. لذا خود مراقبتی بیمار کاهش یافته های است و به پدر خود وابسته شده است (رفتار ناسازگار). همچنین به دلیل افکار وسواسی تغذیه بیمار نامناسب است (رفتار ناسازگار).

شش نوع رفتار ناسازگار در چهار مد براساس مدل سازگاری روی در این بیمار عبارتند از:

۱. تغذیه نامناسب، ۲. کاهش خود مراقبتی، ۳. عدم تبعیت از درمان، ۴. نیاز به انجام آداب و تشریفات وسواسی، ۵. اجتناب از تعاملات اجتماعی، ۶. وابستگی به پدر

- تشخیص های پرستاری، اهداف، مداخلات پرستاری و ارزشیابی

براساس رفتارهای ناسازگار که در مرحله قبل تعیین شده اند، تشخیص های پرستاری، اهداف، مداخلات پرستاری و ارزشیابی به ترتیب الویت در زیر ارائه شد:

۱. تشخیص پرستاری: تغذیه نامتعادل در ارتباط با ترس از آلودگی مواد غذایی، ثانویه به اختلال وسواس که با کاهش وزن و کم خونی مشخص می شود.

هدف: دریافت مقادیر کافی غذا.

مداخلات پرستاری: آموزش مصرف کافی غذا، تنقلات و خشکبار، آهن، پروتئین و ویتامین.

ارزیابی: مصرف ۳ وعده غذا در بخش روانپزشکی در حضور پرستاران، مصرف روزانه قرص آهن، تنقلات، خشکبار و میوه، عدم کاهش وزن بعد از یک ماه.

۲. تشخیص پرستاری: کمبود آگاهی در رابطه با تبعیت از درمان که با مصرف نامنظم داروها و افزایش اضطراب مشخص می شود.

هدف: مصرف منظم دارو براساس دستور پزشک، کاهش اضطراب.

مداخلات پرستاری: مصرف دقیق داروها، عوارض جانبی و نشانه های عود بیماری در صورت عدم مصرف دارو، در دو جلسه به مدت یک ساعت آموزش داده شد. همچنین لیستی از داروهای بیمار و ساعت مصرف آنها جهت مرور در منزل تهیه شد.

ارزیابی: در بخش روانپزشکی تحت نظارت روانپرستاران بیمار به موقع داروها را مصرف می کند. رفتارهای وسواسی کاهش یافته است. پس از پیگیری تلفنی با پدر بیمار، بیمار به موقع دارو ها را مصرف می کند و رفتارهای وسواسی کاهش یافته اما هنوز هم برخی رفتارهای وسواسی وجود

بهبود نیافته است.

بحث

این مطالعه با هدایت یک مطالعه موردی، شواهدی از بکارگیری فرایند پرستاری مبتنی بر الگوی سازگاری روی را در بخش روانپزشکی نشان می دهد. از دیدگاه مدل سازگاری روی، سلامتی انسان وقتی ایجاد می شود که با بکارگیری مکانیسم های مقابله ای موثر، بطور مداوم با محرکها سازگار گردد، وقتی مکانیسم های مقابله ای غیر موثر هستند، بیماری ایجاد می گردد (۷). در مطالعه حاضر براساس مدل سازگاری روی، بیمار مبتلا به اختلال وسواس-جبری از مکانیسم های تطابقی موثری برای کنترل وضعیت جسمی و روانی خود استفاده نمی کند. اگرچه محقق، در این مطالعه نمی تواند میزان دقیق استفاده از این مکانیسم های تطابقی را تعیین نماید، اما شرایط فعلی بیمار از جمله نقص در انجام فعالیتهای روزانه زندگی و وابستگی به پدر نشان می دهد که بیمار قادر نیست از مکانیسم های تطابقی سازگار استفاده نماید. لذا شش نوع رفتارهای ناسازگار در چهار مد شناسایی شد. همسو با یافته های این مطالعه، مطالعه موریتز و همکاران (۲۰۱۸) نشان می دهد بیماران مبتلا به وسواس فکری کمتر از راهبردهای مقابله سازگار استفاده می کنند. فقدان راهبردهای مقابله سازگار، در این بیماران مبتلا به وسواس-جبری با علائم مقاوم و بینش ضعیف نسبت به این اختلال همراه است و می تواند یک عامل پاتولوژیک در بیماری وسواس جبری باشد (۲۰). مطالعه بشارتی (۲۰۱۸) و شمسعلی و همکاران (۲۰۱۷) نشان می دهد، این بیماران در تنظیم هیجانات دارای مشکل هستند به طوری که، از مکانیسم های دفاع غیر انطباقی برای سازگاری با هیجانات استفاده می کنند (۲۱،۲۲).

براساس مدل سازگاری روی، فرد با بکارگیری دو زیر سیستم مقابله ای تنظیم کننده و شناختی به محرکها پاسخهای سازگار می دهد. زیر سیستم تطابقی تنظیم کننده از طریق سیستم عصبی خودکار، اندوکراین و شیمیایی فرد را برای پاسخگوئی و سازگاری با محیط آماده می کند. زیر سیستم مقابله ای شناختی از طریق فرایند پردازش اطلاعات، یادگیری، قضاوت و هیجان فرد را برای پاسخگوئی و سازگاری با محیط آماده می کند. زیر سیستم مقابله ای شناختی، با تمام فرایند های سازگاری مانند حل مساله،

ارزیابی، توجه، انتخاب و... در ارتباط است (۹). سازگاری وقتی اتفاق می افتد، که این دو زیر سیستم تحریک می شوند و نتایج آن به صورت تغییرات رفتاری در چهار مد مشاهده می شود (۷). در این مطالعه، مداخلات پرستاری جهت ایجاد رفتارهای سازگار در بیمار مبتنی بر دو زیر سیستم تنظیم کننده و شناختی ارائه شد. تبعیت از درمان و مصرف منظم دارو به عنوان زیر سیستم تنظیم کننده در نظر گرفته شد، به این دلیل که مطالعات نشان می دهند درمان دارویی خط اول درمانی در بیماران است (۱). مطالعه جوانا و همکاران (۲۰۱۵) فرایند پرستاری مبتنی بر مدل سازگاری روی با دیدگاه جامع و کل نگر امکان تبادل نظر روانپرستاران و روانپزشکان در را در زمینه درمان دارویی فراهم می کند (۱۱). همچنین جهت ایجاد رفتارهای سازگار مبتنی بر زیر سیستم شناختی از روان درمان شناختی - رفتاری استفاده شد. این نوع درمان عقاید و باورهای غیر منطقی بیمار را اصلاح می کند و رفتارهای سازگار را افزایش می دهد (۲۳). مطالعه یوشیناگا و همکاران (۲۰۱۴) دستورالعملی را برای روانپرستاران همسو با روان درمانی شناختی - رفتاری ارائه نموده است که به کاهش رفتارهای ناسازگار بیماران مانند آداب و تشریفات وسواسی، رفتارهای اجتنابی و کسب اطمینان از دیگران کمک کند (۲). در این مطالعه نیز، از آموزش مکانیسم های مقابله شناختی مانند روشهای حل مساله، کاهش اضطراب، افزایش تعاملات اجتماعی، کاهش آداب و تشریفات وسواسی استفاده شد.

از آنجایی که این مطالعه از نوع مطالعه موردی است، لذا تعداد بحثهایی که می تواند مورد بررسی قرار بگیرد را محدود می کند، همچنین تعمیم پذیری روشها و راهبردهای بکار رفته را هم محدود می کند. از دیگر محدودیت های این مطالعه تعیین مرز بین مد ایفای نقش و مد استقلال وابستگی است، به دلیل این که علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس - جبری ذهنی است، افتراق بین این دو مد را برای روانپرستاران مشکل می کند. محدودیت بعدی این پژوهش، پیگیری کوتاه مدت پیامدهای اجرای فرایند پرستاری پس از ترخیص بیمار است به این دلیل که ساختارهای مناسب برای پیگیری مراقبتهای روانپرستاری جامعه نگر در ایران توسعه نیافته است. با این حال این مطالعه، دارای ماهیت کیفی است و موقعیتهای واقعی زندگی را نشان می دهد. ارزیابی دو مرحله ای و عمیق این مدل امکان شناسایی تشخیص های پرستاری متفاوت در هر

مریم مدی نشاط و همکاران

از ترخیص بیماران است. پیشنهاد می شود جهت بررسی پیامدهای اجرای فرایند پرستاری مبتنی بر مدل سازگاری روی، مطالعات بعدی بر روی تعداد نمونه های بیشتری انجام شود و به مدت طولانی تری پیگیری گردد.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای پژوهشی و کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره طرح ۹۸۰۹۰۵۶۴۵۷ می باشد. از اعضای محترم کمیته تحقیقات دانشجویی و شورای پژوهشی، همچنین بیماران و پرستاران بخش روانپزشکی بیمارستان فرشچیان (سینا) کمال تشکر و قدردانی را دارم.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

بیمار با دیگر بیماران را، ایجاد می کند که همسو با متاپارادایم پرستاری است، زیرا انسان موجودی منحصر به فرد است و بدن هر فرد پاسخ های مختلفی به محرکهای مشابه می دهد.

نتیجه گیری

بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری بستری در بخش روانپزشکی دارای تظاهراتی از رفتارهای ناسازگار با ماهیت مزمین هستند. اجرای فرایند پرستاری مبتنی بر مدل سازگاری روی با شناسایی عمیق رفتارهای ناسازگار و سپس ارتقاء مکانیسم های تطابقی تنظیم کننده و شناختی می تواند به اصلاح یا تعدیل رفتارهای ناسازگار بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری کمک نماید. توجه به ارتقاء رفتارهای سازگار می تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری کمک کند. البته نیازمند حمایت و پیگیری طولانی مدت توسط روانپرستاران پس

References

- 1- Reddy YJ, Sundar AS, Narayanaswamy JC, Math SB. Clinical practice guidelines for obsessive-compulsive disorder. *Indian Journal of Psychiatry*. 2017; 59 (1): S74-S90. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196976> PMID:28216787 PMCID:PMC5310107
- 2- Yoshinaga N, Hayashi Y, Yamazaki Y, Moriuichi K, Doi M, Zhou M, et al. Development of nursing guidelines for inpatients with obsessive-compulsive disorder in Line with the progress of cognitive behavioral therapy:a practical report. *Journal of Depression and Anxiety*. 2014; 3 (153):1-7.
- 3- Grøtte T, Hansen B, Haseth S, Vogel PA, Guzey IC, Solem S. Three-week inpatient treatment of obsessive-compulsive disorder: a 6-month follow-up study. *Frontiers in psychology*. 2018; 9 (620): 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00620> PMID:29760673 PMCID:PMC5936770
- 4- Kameg KM, Richardson L, Szpak JL. Pediatric obsessive-compulsive disorder: an update for advanced practice psychiatric nurses. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2015; 28 (2): 84-91. <https://doi.org/10.1111/jcap.12111> PMID:25950460
- 5- Kaya A, Boz İ. The development of the professional values model in nursing. *Nursing ethics*. 2019; 26 (3): 914-23. <https://doi.org/10.1177/09697330177330685> PMID:28929939
- 6- Gigliotti E. The value of nursing models in practice. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2008; 1 (1): 42-50.
- 7- Alligood MR. *Nursing theorists and their work-book*. 8 th ed. St. Louis, Missouri,: Elsevier Health Sciences; 2014.
- 8- Fawcett J, Desanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 3th ed. Philadelphia: FA Davis; 2013.
- 9- Meleis AI. *Theoretical nursing: development and progress*. 5th ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- 10- Shosha GA, Kalaldehy M. A critical analysis of using Roys Adaptation Model in nursing research. *International Journal of Academic Research*. 2012; 4 (4): 26-31. <https://doi.org/10.7813/2075-4124.2012/4-4/B.3>
- 11- Joanna R, Rosińczuk J, Aleksandra K, Magdalena G, Izabella U. Application of callista Roy Adaptation Model in the care of patients with multiple sclerosis-case report. *The Journal of Neurological and Neurological Nursing*. 2015; 4 (3): 121-9. <https://doi.org/10.15225/PNN.2015.4.3.5>
- 12- DeSanto-Madeya S. Using case studies based on a nursing conceptual model to

- teach medical-surgical nursing. *Nursing Science Quarterly*. 2007; 20 (4): 324-9. <https://doi.org/10.1177/0894318407307159> PMID:17911329
- 13- Seah XY, Tham XC. Management of bulimia nervosa: a case study with the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*. 2015; 28 (2): 136-41. <https://doi.org/10.1177/0894318415571599> PMID:25805386
- 14- Jennings KM. The Roy adaptation model: a theoretical framework for nurses providing care to individuals with anorexia nervosa. *ANS Advances in Nursing Science*. 2017;40(4):370-83. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000175> PMID:28825933 PMCID:PMC5664223
- 15- Grove SK, Burns N, Gray J. *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 7th ed. St.Luise, Missouri: Elsevier Health Sciences; 2013.
- 16- Ishak NM, Bakar A, Yazid A. Developing sampling frame for case study: challenges and conditions. *World Journal of Education*. 2014; 4 (3): 29-35. <https://doi.org/10.5430/wje.v4n3p29>
- 17- Jayasree R. Nursing care of patients with rheumatoid arthritis: an application of Roy's adaptation model. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Sciences*. 2013; 27 (27): 486-92.
- 18- Crowe S, Cresswell K, Robertson A, Huby G, Avery A, Sheikh A. The case study approach. *BMC Med Res Methodol*. 2011; 11 (100): 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-100> PMID:21707982 PMCID:PMC3141799
- 19- Lobo MA, Moeyaert M, Cunha AB, Babik I. Single-case design, analysis, and quality assessment for intervention research. *Journal of neurologic physical therapy: JNPT*. 2017; 41 (3): 187-97. <https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000187> PMID:28628553 PMCID:PMC5492992
- 20- Moritz S, Jahns AK, Schröder J, Berger T, Lincoln TM, Klein JP, et al. More adaptive versus less maladaptive coping: What is more predictive of symptom severity? Development of a new scale to investigate coping profiles across different psychopathological syndromes. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 191:300-307 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.027> PMID:26702520
- 21- Besharat M, Hafezi E, Ranjbar Shirazi F, Ranjbari T. Alexithymia and defense mechanisms in patients with depression, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorders and normal individuals: A comparative study. *Journal of psychological science*. 2018; 17 (66): 176-99.
- 22- Shamsali Z, Rabiei M, Rahnejat AM. Study the relationship between feelings experience and use defense mechanisms with spectrum the symptoms of obsessive - compulsive. *Nurse and Physician within War*. 2018; 5 (16): 12-8.
- 23- Boden MT, John OP, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ. The role of maladaptive beliefs in cognitive-behavioral therapy: Evidence from social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2012; 50 (5): 287-91. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.007> PMID:22445947 PMCID:PMC3327793