

شیلا ال. ویدیک

پرستاری بهداشت روان

فاطمه حاصلی
آمنه پیراینده

جلد یک

نظریه ها و عملکردها جاری

ترجمک
Parjomac

پرستاری بهداشت روان

جلد یک: نظریه ها و عملکردها جاری

توجه :

کتاب حاضر حاصل ترجمه خانم فاطمه حاصلی و آمنه پیراینده می باشد. فایل کتاب حاوی اطلاعات DRM (مدیریت حقوق دیجیتال) است. وقتی برای اولین بار فایل را باز می کنید، کد شناسایی کتاب به همراه آدرس IP سیستم شما ذخیره شده و زمانیکه آنلاین شوید، به سرور انتشارات ترجمک انتقال می یابد.

خواهشمند است به حقوق نگارنده و انتشارات ترجمک احترام گذاشته و از توزیع بدون مجوز فایل کتاب اجتناب نمایید. شما با خرید و دانلود این کتاب موافقت نموده اید که اطلاعات فایل DRM به سرور انتشارات ترجمک انتقال یابد و در صورت محرز شدن نقض حقوق صاحب اثر، کلیه خسارات حاصله در طی فرآیند حقوقی و مطابق قانون حمایت حقوق مؤلفان و مصنفان و هنرمندان و ناشران جمهوری اسلامی (مصوب دوازده اسفند ۱۳۶۵ یا بعد از آن) از شما دریافت شود.

از اینکه با عرضه مقرون به صرفه کتاب های الکترونیک و شکوفایی انتشارات ترجمک همیاری می کنید، سپاسگزاریم.

انتشارات ترجمک

<https://tarjomac.com>



شناسنامه کتاب

نام کتاب: پرستاری بهداشت روان: نظریه ها و عملکرد جاری

نویسنده: دکتر شیلا ال. ویدبک

ترجمه: فاطمه حاصلی، آمنه پیراینده – کارشناس ارشد پرستاری

ناشر: انتشارات ترجمک

صفحه آرایی: انتشارات ترجمک

طراحی جلد: محمدحسین گیوی

سال انتشار: چاپ هشتم، ۲۰۲۰

نوبت چاپ: چاپ اول، ۱۴۰۰

قیمت: ۱۶۵۰۰ تومان

چاپ: گروه نشر الکترونیک ترجمک

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۹۶۵۸۲-۹-۱

تلفن تماس: ۰۹۱۸۱۵۰۶۱۰۰

تارنمای اینترنتی: <https://tarjomac.com>

ISBN:978-622-96582-9-1



شیلا ال. ویدبک

پرستاری بهداشت روان
جلد اول - نظریه ها و عملکرد جاری

مترجم

فاطمه حاصلی

آمنه پیراینده

کارشناس ارشد پرستاری

بهار ۱۴۰۰



نظریه ها و عملکرد جاری

نویسنده:

جورج اس. استرگیو

دانشگاه دس مونیس، آمریکا

مترجم:

فاطمه حاصلی - آمنه پیراینده

دانشگاه علوم توانبخشی

شابک :

سال انتشار: ۲۰۲۰ - ولترز کلوور (چاپ هشتم)

ISBN :978-1-975116-37-8

ISBN :9781975116385 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-23065-4>

کلیه حقوق این اثر برای انتشارات ترجمک محفوظ است. این اثر شامل کلیه قوانین حمایت حقوق مؤلفان و مصنفان و هنرمندان و ناشران جمهوری اسلامی می باشد (مصوب دوازده اسفند ۱۳۶۵ یا بعد از آن)، و بهره برداری بدون مجوز از آن به هر شکلی ممنوع است.

انتشارات ترجمک: سال ۱۴۰۰

tarjomac@gmail.com

همدان، صندوق پستی ۱۱۷-۶۵۹۱۵

پیشگفتار

کتاب حاضر ترجمه بخش اول چاپ هشتم (۲۰۲۰) کتاب پرستاری بهداشت روان، نوشته شیلا ویدبک می باشد. مخاطبان این کتاب را دانشجویان، دانش آموختگان، اساتید و صاحب نظران رشته پرستاری و گرایش های آن می باشد. هر چند مطلب جامع و کامل بوده و دانشجویان سایر رشته های گروه علوم پزشکی نیز می توانند از آن بهره ببرند.

مطالب این کتاب جایگزین طرح معاینه، تشخیص یا درمان هیچ کسی نیست. بیماران و افراد نیازمند مراقبت های روانشناختی بایستی توسط متخصصان امر معاینه و تحت درمان قرار گیرند؛ در این بین بایستی بررسی و شناخت منحصر به فرد هر بیمار با توجه به سن، وزن، جنس، وضعیت فعلی و تاریخچه قبلی، تاریخچه دارویی، نتایج آزمایشات و تست های تشخیصی و عوامل منحصر دیگر که مختص فرد بیمار است، انجام شود. ناشر یا مترجمان در این کتاب هیچگونه توصیه پزشکی یا روانپزشکی و روانپرستاری برای شخص خاص ارائه نکرده اند و این کتاب صرفاً یک مرجع علمی جامع است. متخصصان مراقبت بهداشتی و بیماران و نه ناشر یا مترجم مسئول رفتار و قضاوت خویش هستند.

با توجه به رشد و پیشرفت بسیار سریع علوم پزشکی و اطلاعات بهداشتی، تمایز حرفه ای مستقل تشخیص های طبی، لندیکاسیون ها، انتخاب و دوز بندی مناسب داروها و گزینه های درمانی لازم است و متخصصان مراقبت بهداشتی و بخصوص روان پرستاران بایستی از منابع مختلف و بخصوص کتاب حاضر به عنوان یک منبع جهانی جامع کمک بگیرند.

جلد اول این کتاب به بحث نظری در مورد تئوری های روانپزشکی و همچنین عملکرد جاری شاخه روان پزشکی به طور کل و روانپرستاری به طور خاص پرداخته است. اختلالات روانی و درمان های آنها در جلدهای بعدی کتاب منتشر خواهد شد. توصیه می شود که چهار جلد بعدی کتاب را تهیه و مطالعه نمایید.

فاطمه حاصلی - آمنه پیراینده

فهرست مندرجات

صفحه	عنوان
۱	فصل ۱- بنیان های پرستاری بهداشت و روان
۲	مقدمه
۲	بهداشت روان و بیماری های روانی
۲	بهداشت روان
۳	بیماری روانی
۴	دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی
۴	اهداف DSM-5
۴	دیدگاههای تاریخی درمان بیماری روانی
۴	دوران باستان
۶	دوره روشنگری و ایجاد موسسات روانی
۶	زیگموند فروید و درمان اختلالات روانی
۶	شروع داروشناسی روانی
۷	حرکت به سمت بهداشت روان در جامعه
۷	بیماری روانی در قرن بیست و یکم
۹	اهداف آینده
۱۰	مراقبت جامعه محور
۱۱	کنترل هزینه و مراقبت مدیریت شده
۱۳	حرفه روان پرستاری
۱۵	نگرانی های دانشجویان
۱۶	اگر حرف اشتباهی بزنم، چطور؟
۱۶	چکار باید بکنم؟
۱۶	اگر هیچکس با من صحبت نکرد، چکار کنم؟
۱۷	آیا زمان پرسیدن سئوالات خصوصی جاسوسی می کنم؟
۱۷	چگونه با رفتارهای عجیب و یا نامناسب مددجو کنار بیایم؟
۱۷	اگر مددجو خواهان قرار بود یا خشونت جنسی و یا رفتار نامناسب نشان داد، چکار باید کرد؟
۱۷	آیا امنیت جسمی من در خطر است؟
۱۸	وقتی با کسی مواجه داریم که می دانیم در بخش درمان می شود، چطور؟
۱۸	اگر متوجه شدم که زمینه یا مشکلی مشابه با مددجو دارم، چطور؟
۲۰	نکاتی که باید موقع کار بر خود-آگاهی در نظر داشت
۲۲	راهنمای مطالعه فصل
۲۲	سئوالات چند گزینه ای
۲۳	سئوالات تشریحی
۲۳	سئوالات پاسخ کوتاه

۲۴	فصل ۲- نظریه های نورویبولوژیک و داروشناسی روانی
۲۵	مقدمه
۲۶	سیستم عصبی و عملکرد آن
۲۶	سیستم اعصاب مرکزی
۲۷	مغز
۲۸	مخچه
۲۸	ساقه مغز
۲۸	سیستم لیمبیک
۲۸	ناقل های عصبی
۳۰	دوپامین
۳۱	نوراپی نفرین و اپی نفرین
۳۱	سروتونین
۳۱	هیستامین
۳۲	استیل کولین
۳۲	گلوتامات
۳۲	گاما-آمینوبوتیریک اسید
۳۳	تکنیک های تصویربرداری مغز
۳۳	انواع تکنیک های تصویربرداری مغز
۳۴	محدودیت های تکنیکهای تصویربرداری مغز
۳۵	علل نورویبولوژیک بیماری روانی
۳۵	ژنتیک و وراثت
۳۶	استرس و سیستم ایمنی (سایکواپمنولوژی)
۳۷	عقوت به عنوان یک علت محتمل
۳۷	نقش پرستاران در تحقیقات و آموزش
۳۷	داروشناسی روانی
۳۹	اصول راهنمای درمان دارویی
۳۹	داروهای ضد سایکوز
۴۰	مکانیسم اثر
۴۲	عوارض جانبی
۴۸	آموزش مددجو
۴۹	داروهای ضد افسردگی
۵۰	داروهای ترجیحی برای مددجویان در خطر بالای خودکشی
۵۰	مکانیسم اثر
۵۲	عوارض جانبی مهار کننده های بازجذب سروتونین
۵۲	عوارض جانبی ضد افسردگی های سیکلیک
۵۲	عوارض جانبی مهار کننده های مونوآمین اکسیداز
۵۳	عوارض جانبی سایر داروهای ضد افسردگی
۵۴	تداخلات دارویی
۵۴	آموزش مددجو
۵۴	داروهای تثبیت کننده خلق
۵۵	مکانیسم اثر
۵۶	دوز دارو
۵۶	عوارض جانبی
۵۷	آموزش مددجو
۵۷	داروهای ضد اضطراب
۵۸	مکانیسم اثر
۵۸	عوارض جانبی
۵۹	آموزش مددجو

۶۰	.....	محرك ها.
۶۱	.....	مکانیسم اثر.....
۶۱	.....	دوز بندی.....
۶۲	.....	عوارض جانبی.....
۶۲	.....	آموزش مددجو.....
۶۲	.....	ديسولفيبرام (آنتايپوز).....
۶۵	.....	نکاتی که باید هنگام کار بر خود-آگاهی در نظر داشت.....
۶۸	.....	راهنمای مطالعه فصل.....
۶۸	.....	سؤالات چند گزینه ای.....
۶۹	.....	سؤالات جا خالی.....
۶۹	.....	سؤالات پاسخ کوتاه.....
۷۰	.....	فصل ۳- درمان و نظریه های روانی اجتماعی.....
۷۱	.....	مقدمه.....
۷۲	.....	نظریه های روانی اجتماعی.....
۷۲	.....	نظریه های روانکاوی.....
۷۲	.....	زیگموند فروید: پدر روانکاوی.....
۷۹	.....	حرفه روانکاوی امروزی.....
۷۹	.....	نظریه های تکاملی.....
۷۹	.....	اریک اریکسون و مراحل روانی اجتماعی تکامل.....
۸۰	.....	ژان پیاژه و مراحل شناختی تکامل.....
۸۱	.....	نظریه های میان فردی.....
۸۱	.....	هری استک سالیوان: روابط میان فردی و محیط درمانی.....
۸۳	.....	هیلگارد پیلاو: رابطه درمانی پرستار - بیمار.....
۸۶	.....	نظریه های انسان گرا.....
۸۶	.....	ابراهام مازلو: سلسله مراتب نیاز.....
۸۷	.....	کارل روجرز: درمان مددجو-محور.....
۸۸	.....	نظریه های رفتاری.....
۸۸	.....	ایوان پاولف: شرطی سازی کلاسیک.....
۸۹	.....	بی.اف. اسکینر: شرطی سازی عامل.....
۹۱	.....	نظریه های هستی گرا.....
۹۱	.....	درمان شناختی.....
۹۱	.....	درمان منطقی عاطفی.....
۹۲	.....	ویکتور فرانکل و لوگو درمانی.....
۹۲	.....	گشتالت درمانی.....
۹۲	.....	واقعیت درمانی.....
۹۳	.....	مداخله بحران.....
۹۵	.....	روش های درمانی.....
۹۵	.....	مزایای درمان بهداشت روان در جامعه.....
۹۵	.....	روان درمانی فردی.....
۹۶	.....	گروه ها.....
۹۶	.....	مراحل تشکیل گروه.....
۹۷	.....	رهبری گروه.....
۹۸	.....	نقش های گروه.....
۹۸	.....	گروه درمانی.....
۱۰۱	.....	درمان های مکمل و بدیل.....

۱۰۳	توانبخشی روانی
۱۰۳	پرستار و مداخلات روانی اجتماعی
۱۰۴	نکاتی که باید هنگام کار بر خود-آگاهی در نظر داشت
۱۰۷	راهنمای مطالعه فصل
۱۰۷	سؤالات چند گزینه ای
۱۰۸	سؤالات پر کردنی
۱۰۸	سؤالات با پاسخ کوتاه
۱۰۹	فصل ۴- محیط های درمان و برنامه های درمانی
۱۱۰	مقدمه
۱۱۰	محیط های درمان
۱۱۰	درمان بستری در بیمارستان
۱۱۱	اقامت کوتاه مددجو
۱۱۲	اقامت بلند مدت مددجویان
۱۱۳	درمان موردی
۱۱۳	برنامه ریزی ترخیص
۱۱۴	برنامه های بستری کردن نسبی
۱۱۶	محیط های مسکونی
۱۱۷	مراقبت انتقالی
۱۱۸	توانبخشی روانی و بهبودی
۱۱۹	مدل باشگاهی
۱۲۰	درمان تعهدی مبتنی بر جامعه (۱۹۷۳)
۱۲۲	فناوری
۱۲۳	گروه های خاص مددجویان مبتلا به بیماری روانی
۱۲۳	جمعیت بی خانمان
۱۲۴	بیماری روانی و زندانی شدن
۱۲۵	نظامی های فعال و بازنشسته
۱۲۶	تیم بین شغلی
۱۲۸	پرستاری روانی اجتماعی در بهداشت همگانی و مراقبت در منزل
۱۳۱	راهنمای مطالعه فصل
۱۳۱	سؤالات چند گزینه ای
۱۳۲	سؤالات پر کردنی
۱۳۲	سؤالات با پاسخ کوتاه
۱۳۳	منابع مورد استفاده جلد ۱
۱۳۵	مطالعه بیشتر

بنیان های پرستاری بهداشت روان

اهداف یادگیری

پس از مطالعه این فصل فراگیر بایستی بتواند:

۱. ویژگی های بهداشت روان و بیماری روانی را شرح دهد.
۲. هدف و کاربرد دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی، چاپ پنجم (DSM)^۱ ارائه شده توسط انجمن روانپزشکی آمریکا را بحث کند.
۳. مقاطع تاریخی مهم مراقبت روانی را بشناسد.
۴. روند جاری درمان افراد مبتلا به بیماری روانی را شرح دهد.
۵. استانداردهای عملکرد انجمن پرستاری آمریکا (ANA)^۲ در پرستاری بهداشت روان را بحث کند.
۶. نگرانی های رایج دانشجویان در مورد پرستاری بهداشت روان را توصیف کند.

^۱ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

^۲ American Nurses Association

واژه های کلیدی

- تیمارستان
- پانسیون
- درمان موردی
- خروج از مراقبت موسسه ای
- دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM-5)
- مراقبت مدیریت شده
- سازمان های مراقبت مدیریت شده
- بهداشت روان
- بیماری روانی
- پدیده مورد نگرانی
- داروهای سایکوتروپیک
- خود-آگاهی
- استاندارد مراقبت
- شرکت های مرور بهره برداری

مقدمه

همانطور که دوره پرستاری بهداشت روان را شروع می کنید، ممکن است هیجان زده، نامطمئن یا حتی گاهی مضطرب باشید. رشته بهداشت روان اغلب ناآشنا و یا کمی مرموز به نظر می رسد، تصور تجربه آن و یا نقش پرستار در بهداشت روان مشکل است. در این فصل به تبیین نگرانی های پرستاران بهداشت روان پرداخته و مروری بر تاریخچه بیماری روانی، پیشرفت های درمان، مسائل جاری بهداشت روان و نقش پرستار بهداشت روان می پردازیم.

بهداشت روان و بیماری های روانی

تعریف دقیق **بهداشت روان**^۱ و **بیماری روانی**^۲ سخت است. افرادی که می توانند نقش های خود در جامعه را ایفاء کنند و دارای رفتار شایسته بوده و سازگار هستند را سالم در نظر می گیرند. برعکس، کسانی که نمی توانند نقش های خود را برآورده کرده و مسئولیت های خود را انجام دهند یا رفتار نامناسب دارند را نیز بیمار در نظر می گیرند. فرهنگ هر جامعه ای تاثیر بسیار قوی بر ارزش ها و عقاید آن دارد و این به نوبه خود روی تعریف جامعه از سلامت و بیماری تاثیر می گذارد. چیزی که در یک اجتماع ممکن است قابل قبول و شایسته در نظر گرفته شود، در جامعه دیگری ممکن است ناسازگار و نامناسب باشد.

بهداشت روان

سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۳ سلامت را تحت عنوان وضعیت کامل تندرستی جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها غیاب بیماری یا معلولیت تعریف کرده است. این تعریف روی سلامت به عنوان یک وضعیت مثبت تندرستی و رفاه تاکید دارد. افرادی که دارای وضعیت سلامت عاطفی، جسمی و اجتماعی می توانند مسئولیت های زندگی خود را انجام داده، بطور اثربخش در زندگی روزمره فعالیت کنند و از روابط بین فردی و خود احساس رضایت کنند.

¹ Mental health

² Mental illness

³ World Health Organization

یک تعریف همگانی و جهانی برای سلامت روانی وجود ندارد. عموماً رفتار شخص می تواند سرنخ هایی در مورد سلامت روان وی ارائه نماید. از آنجایی که هر شخصی دارای نگرش یا تفسیر متفاوتی از رفتار است (با توجه به ارزش ها و عقاید فردی هر شخص)، تعیین سلامت روانی می تواند سخت باشد. در بیشتر موارد سلامت روانی وضعیت تندرستی و رفاه عاطفی، روانی و اجتماعی است که به صورت روابط بین فردی رضایت بخش، رفتار و سازگاری اثربخش، مفهوم از خود مثبت و ثبات عاطفی مشخص می شود.

سلامت روان دارای اجزاء و مؤلفه های متعددی است و عوامل متعدد وسیعی روی آن تاثیر دارد. این عوامل متعامل هستند بنابراین سلامت روانی شخص یک وضعیت پویا یا در حال تحول پیوسته است. عوامل موثر بر سلامت روانی شخص را می توان به صورت فردی، بین فردی و اجتماعی/فرهنگی دسته بندی کرد. عوامل فردی یا شخصی شامل ساختار بیولوژیک شخص، استقلال و خود-گردانی، اعتماد به نفس، ظرفیت رشد، سرزندگی، توانایی پیدا کردن معنی برای زندگی، تاب آوری یا استحکام عاطفی، احساس تعلق، آشنایی با واقعیت و سازگاری یا توانایی های مدیریت استرس است. عوامل بین فردی یا رابطه ای شامل برقراری ارتباط موثر، توانایی کمک به دیگران، صمیمیت و برقراری تعادل بین فردیت و جمعی بودن است. عوامل اجتماعی/فرهنگی یا محیطی شامل احساس اجتماعی بودن، دسترسی به منابع کافی، عدم تحمل خشونت، حمایت از تنوع و تفاوت بین مردم، تسلط بر محیط و دید مثبت در عین حال واقع بینانه به جهان خود است. عوامل فردی، بین فردی و اجتماعی/فرهنگی در فصل ۷ کتاب با جزئیات بیشتر بحث خواهند شد.

بیماری روانی

بیماری روانی شامل اختلالاتی است که روی خلق، رفتار و تفکر شخص تاثیر می گذارد از قبیل افسردگی، اسکیزوفرنی، اختلالات اضطرابی و اختلالات اعتیادی. اختلالات روانی اغلب موجب دیسترس یا اختلال عملکرد یا هر دو می شود. شخص عدم رضایت از خود، روابط و سازگاری ناموثر را تجربه می کند. زندگی روزمره می تواند تحلیل برنده یا غیرقابل تحمل شود. افراد ممکن است باور کنند که موقعیت آنها ناامید کننده است و دیگر آمیدی وجود ندارد.

به عوامل همیار با بیماری روانی می توان به صورت فردی، بین فردی و اجتماعی/فرهنگی نگریست. عوامل فردی شامل چیدمان بیولوژیک، نگرانی یا ترس غیرقابل تحمل یا غیرواقعی، ناتوانی در تمایز بین واقعیت و خیال، عدم تحمل بلا تکلیفی و عدم قطعیت، احساس عدم هماهنگی در زندگی، از دست دادن معنی زندگی برای شخص می باشند. عوامل بین فردی شامل ارتباط ناموثر، وابستگی افراطی به روابط یا کناره گیری از روابط، فقدان حس تعلق، حمایت اجتماعی ناکافی، از دست دادن کنترل عاطفی است. عوامل اجتماعی/فرهنگی شامل کمبود منابع، خشونت، بی خانمان بودن، فقر، نگرش نامناسب منفی به جهان و تبعیض ها از جمله ننگ، نژاد پرستی، طبقه گرایی، سن گرایی و جنس گرایی است. مهم است توجه کنیم که بعضی از این عوامل اجتماعی/فرهنگی می تواند موجب انزواء، احساس بیگانگی و ناسازگاری، خشونت یا رفتارهای جنایی و جرم شود. این ممکن است از تشخیص اختلالات شخصیت حمایت کند اما ضرورتاً یک بیماری روانی با علائم قابل علاج با درمان دارویی نیست. این یک بحث مداوم بین متخصصان مراقبت بهداشتی است، آیا این یک بیماری یا یک رفتار بد است؟ پاسخ این سئوالات همیشه روشن و واضح نیست.

دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی

دستنامه (دفترچه) تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نسخه پنجم (DSM-5) یک طبقه بندی منتشر شده توسط انجمن روانپزشکی آمریکا است و طبق نیاز ویرایش و اصلاح می شود. در ویرایش جاری آن اصلاحات اساسی ایجاد شده و سال ۲۰۱۳ منتشر شده است. در DSM-5 تمامی اختلالات روانی توصیف شده است، معیارهای تشخیصی هر یک از آنها براساس تجربه بالینی و تحقیقات مشخص شده است. تمامی درمانگران بهداشت روان که به تشخیص اختلالات روانی می پردازند از این دسته بندی تشخیصی استفاده می کنند.

اهداف DSM-5

DSM-5 دارای سه هدف است:

- فراهم کردن نامگذاری و زبان استاندارد برای تمامی متخصصان بهداشت روانی
- تعیین ویژگی های مشخصه یا علائمی که تشخیص ها را از هم افتراق می دهد
- کمک به شناسایی علل زمینه ای اختلالات

سیستم دسته بندی آن به درمانگران کمک می کند که تمامی عواملی که با وضعیت فعلی شخص ارتباط دارند را شناسایی کنند:

- تمامی اختلالات روانی اساسی از قبیل افسردگی، اسکیزوفرنی، اضطراب و اختلالات مرتبط با مصرف مواد و دارو
- اختلالات طبی که بطور بالقوه با درک یا درمان اختلال روانی شخص ارتباط دارند و همچنین اختلالات طبی که ممکن است با درک و فهم وضعیت شخص همیاری کنند
- مشکلات روانی اجتماعی و محیطی که ممکن است روی تشخیص، درمان و پیش آگهی اختلالات روانی تاثیر داشته باشند. از جمله مشکلات مرتبط با گروه حمایتی اولیه، محیط اجتماعی، تحصیل، شغل، مسکن، اقتصاد، دسترسی به مراقبت بهداشتی و سیستم حقوقی و قضایی.

گرچه دانشجویان پرستاری از DSM-5 برای تشخیص مددجو استفاده نمی کنند، اما یک منبع مفید برای درک دلیل بستری بیماران و شروع به ساخت پایه دانش خود در مورد ماهیت بیماری های روانی است.

دیدگاههای تاریخی درمان بیماری روانی

دوران باستان

مردم باستان معتقد بودند که هر بیماری نشانگر نارضایتی خدایان است و در حقیقت مجازات گناهان و کارهای اشتباه است. مبتلایان اختلالات روانی با توجه به رفتار آنها به عنوان شیطانی یا خدایی تلقی می شدند. کسانی که به عنوان الهی دیده می شدند مورد پرستش و ستایش بودند؛ کسانی که شیطانی تلقی می شدند مورد زجر، تنبیه و

گاهی اوقات سوزانده می شدند. بعدها ارسطو^۱ (۳۲۲-۳۸۲ قبل از میلاد) تلاش کرد تا بین اختلالات روانی و اختلالات جسمی رابطه برقرار کند و نظریه ای داد که طبق آن مقدار خون، آب و صفرای زرد و سیاه بدن عواطف شخص را کنترل می کند. عدم تعادل این چهار ماده یا مزاج با شادی، خونسردی، عصبانیت و غم متناظر هستند. عدم تعادل این چهار مزاج موجب بروز اختلالات روانی می شود و بنابراین درمان بیماری با هدف برقراری مجدد تعادل از طریق فصد خون، گرسنگی کشیدن و استفراغ کردن انجام می شد. اینگونه درمان بخوبی تا قرن نوزدهم ادامه یافت (Baly, 1982).

در اوایل دوران مسیحیت (۱۰۰۰-۱ بعد از میلاد)، عقاید بدوی و خرافاتی قوی بود. برای همه بیماری ها شیطان را سرزنش می کردند و بیماری روانی به عنوان تسخیر شدن در نظر گرفته می شد. کاهنان جن گیری می کردند تا ارواح خبیث را از بدن فرد مبتلا خارج کنند. وقتی اینکار شکست می خورد، از اقدامات شدیدتر و وحشیانه تری از قبیل حبس در سیاه چال، شلاق زدن و گرسنگی دادن استفاده می کردند.

در طی دوره رنسانس در انگلستان (۱۶۰۰-۱۳۰۰) مبتلایان بیماری روانی از جانین افتراق داده می شدند. آندسته که بی خطر محسوب می شدند اجازه داشتند در حواشی سرگردان باشند یا در جوامع روستایی زندگی کنند، اما دیوانه های خطرناک در زندان به سر می بردند، غل و زنجیر می شدند و گرسنگی می کشیدند (Rosenblatt, 1984). سال ۱۵۴۷ بیمارستان سنت ماری بثلیم^۲ رسماً برای اولین بار بیمارستانی مختص دیوانه ها اعلان نمود. تا سال ۱۷۷۵ از بازدیدکنندگان بخاطر دیدن و مسخره کردن زندانیان در موسسات پول می گرفتند، کسانی که کمتر از حیوانات انسان در نظر گرفته می شدند (McMillan, 1997). در طی همین دوره در کلنی ها (که بعداً ایالات متحده شد) بیماران روانی شیطان یا تسخیر شده در نظر می گرفتند و آنها را مجازات می کردند. شکار جادوگران مرسوم بود و متخلفان بلافاصله سوزانده می شدند.



تصویر شماتیک فرد تسخیر شده توسط شیاطین

¹ Aristotle

² Hospital of St. Mary of Bethlehem

دوره روشنگری و ایجاد موسسات روانی

دوره روشنگری در مورد بیماری های روانی از دهه ۱۷۹۰ شروع شد. فیلیپ پینل^۱ از فرانسه و ویلیام توک^۲ از انگلستان مفهوم **پناهنگی**^۳ را به عنوان پناه ایمن یا محافظت پیشنهادی در موسسات را ایجاد کردند، جایی که مردم را شلاق می زدند، کتک می زدند و گرسنگی می دادند فقط بخاطر اینکه بیماری روانی داشتند (Gollaher, 1995). با این جنبش درمان اخلاقی مبتلایان به بیماری روانی آغاز شد. در ایالات متحده دوروتا دیکس^۴ (۱۸۸۷-۱۸۰۲) حرکتی برای تحول درمان بیماری روانی پس از بازدید موسسه توک در انگلستان آغاز کرد. وی در باز شدن ۳۲ بیمارستان ایالتی که به مبتلایان پناهنگی می داد، نقش حیاتی داشت. دیکس معتقد بود جامعه نسبت به کسانی که بیماری روانی دارند متعهد است، وی مدعی سرپناه مکفی، غذای مقوی و لباس گرم برای این بیماران بود (Gollaher, 1995).

دوره روشنگری عمر کوتاهی داشت. در طی ۱۰۰ سال پس از تاسیس اولین پناهگاه، بیمارستان های ایالتی به مشکل خوردند. به مراقبین تهمت می زدند که با ساکنین سوء رفتار می کنند، ادعا می شد که بیمارستان های واقع در مکان های روستایی موجب جدایی بیمار از خانه و خانواده اش می شود و عبارت پناهگاه دیوانه ها به یک عبارت منفی تبدیل شده بود.

زیگموند فروید و درمان اختلالات روانی

دوره مطالعه و درمان علمی اختلالات روانی با زیگموند فروید^۵ (۱۸۵۶-۱۹۳۹) و سایرین از جمله امیل کراپلین^۶ (۱۸۵۶-۱۹۲۶) و یوجین بلولر^۷ (۱۸۵۷-۱۹۳۹) شروع شد. این مردان مطالعه روانپزشکی و تشخیص و درمان بیماری روانی را در سطح علمی شروع کردند. فروید جامعه را چالش کشید تا به بشر به صورت عینی بنگرد. وی به مطالعه ذهن، اختلالات آن و درمان آنها پرداخت، کاری که کسی در گذشته انجام نداده بود. نظریه پردازان زیاد دیگری کار خود را برپایه کار پیشگام فروید انجام دادند (فصل ۳ را بخوانید). کراپلین دسته بندی اختلالات روانی براساس علائم آنها را شروع کرد و بلولر اصطلاح اسکیزوفرنی (شیزوفرنی)^۸ را رو کرد.

شروع داروشناسی روانی

گام بزرگی در درمان بیماری های روانی در حدود ۱۹۵۰ با تولید داروهای روان گردان^۹ یا داروهای مورد استفاده برای درمان بیماری های روانی برداشته شد. کلرپرومازین (تورازین)^{۱۰} یک داروی آنتی سایکوتیک و لیتیموم به عنوان داروی ضد جنون اولین داروهایی بودند که تولید شدند. در طی ۱۰ سال بعدی ضد افسردگی های مهار کننده مونوآمین اکسیداز^{۱۱}، هالوپریدول (هالدول)^{۱۲} یک داروی روانگردان، ضد افسردگی های سه حلقه ای و

¹ Philippe Pinel

² William Tuke

³ Asylum

⁴ Dorothea Dix

⁵ Sigmund Freud

⁶ Emil Kraepelin

⁷ Eugen Bleuler

⁸ Schizophrenia

⁹ Psychotropic drugs

¹⁰ Chlorpromazine (Thorazine)

¹¹ Monoamine Oxidase Inhibitor

¹² Haloperidol (Haldol)

داروهای ضد اضطراب به نام بنزودیازپین ها^۱ معرفی شد. برای اولین بار داروها واقعا موجب کاهش گیجی، تفکر جنون آمیز و افسردگی شد. مدت اقامت در بیمارستان کوتاهتر شد و بسیاری از افراد به اندازه کافی بهبود داشتند که به منزل برگردند. سطح سروصدا، آشوب و خشونت در محیط بیمارستان به طور چشمگیری کاهش نشان داد.

حرکت به سمت بهداشت روان در جامعه

حرکت به سمت درمان مبتلایان بیماری روانی در محیطی کمتر محدود کننده در سال ۱۹۶۳ با اجرای قانون ساخت مراکز بهداشت روان اجتماعی^۲ شروع شد. **غیر آسایشگاهی کردن**^۳، تغییر سنجیده از مراقبت آسایشگاهی در بیمارستان های ایالتی به سمت تسهیلات جامعه شروع شد. مراکز بهداشت روان جامعه به منطقه جغرافیایی، یا منطقه سرویس کوچکتری خدمت می دادند و خدمات درمانی با محدودیت کمتر و نزدیکتر به منزل، خانواده و دوستان بیماران ارائه می شد. این مراکز مراقبت اورژانس، مراقبت سرپایی، خدمات سرپایی، بستری نسبی، خدمات غربالگری و خدمات آموزشی ارائه می کردند. بنابراین غیر آسایشگاهی کردن موجب آزادی افراد از اقامت بلند مدت در موسسات ایالتی، کاهش بستری در بیمارستان و توسعه خدمات مبتنی بر جامعه به عنوان بدیل مراقبت بیمارستانی گردید.

علاوه بر غیر آسایشگاهی کردن مراقبت، مقررات فدرال تصویب شد که به اشخاص معلول و ناتوان درآمدی تخصیص یابد؛ درآمد تأمینی مکمل (SSI)^۴ و درآمد معلولیت تأمین اجتماعی (SSDI)^۵. این به افراد مبتلا به بیماری روانی شدید و مقاوم اجازه می داد که از نظر مالی مستقل تر باشند و برای پول به خانواده خود متکی نباشند. ایالات می توانستند پول کمتری در مراقبت از افراد مبتلا به بیماری روانی صرف کنند نسبت به وقتی که فرد در بیمارستان بستری می شد زیرا این برنامه بصورت فدرال تأمین بودجه شده بود. همچنین قوانین تعهد در اوایل دهه ۱۹۷۰ تغییر کرد، موجب شد تعهد افراد به درمان بیماری روانی بر خلاف میل شان سخت تر شود. این مسئله در جامعه بیمارستان ایالتی کاهش یافته و متعاقباً پولی که ایالت برای آنها خرج می کرد، کمتر شد.

بیماری روانی در قرن بیست و یکم

به گفته موسسه ملی سلامت (NIH)^۶ (۲۰۱۸) تعداد ۴۴/۷ میلیون نفر در ایالات متحده دچار بیماری روانی هستند و تنها ۱۹.۲ میلیون نفر در سال گذشته درمان دریافت کرده اند. بالاترین شیوع بیماری روانی در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال دیده می شود که در واقع پایین ترین درصد دریافت کنندگان درمان را تشکیل می دهند. علاوه بر این، بیماری روانی یا اختلال عاطفی جدی مختل کننده فعالیت های روزمره زندگی به صورت ۱۵ میلیون نفر در بالغین و ۴ میلیون بچه و نوجوان برآورد شده است. برای مثال، اختلال کمبود توجه یا بیش فعالی ۳ تا ۵ درصد بچه های سن مدرسه را درگیر کرده است. بیش از ۱۰ میلیون بچه زیر ۷ سال در خانه هایی رشد می کنند که حداقل یکی از والدین از اختلال روانی معنادار یا سوء مصرف مواد رنج می برند، وضعیتی که آمادگی این بچه ها برای

¹ Benzodiazepines

² Community Mental Health Centers Construction Act

³ Deinstitutionalization

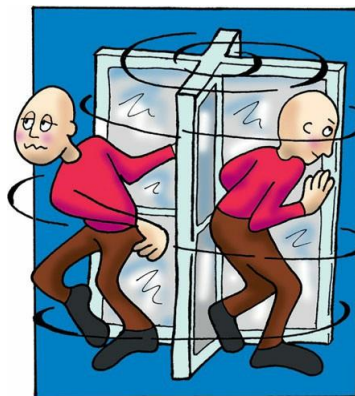
⁴ Supplemental Security Income

⁵ Social Security Disability Income

⁶ National Institutes of Health

شروع مدرسه را به مخاطره می اندازد. بار اقتصادی بیماری های روانی در ایالات متحده شامل هزینه های مراقبت بهداشتی و افت بهره‌وری از بار اقتصادی ناشی از انواع مختلف سرطان ها تجاوز می کند. اختلالات روانی علت اصلی ناتوانی در ایالات متحده و کانادا در اشخاص ۱۵ تا ۴۴ ساله می باشد. اما فقط یکی از هر چهار بالغ و یکی از هر پنج بچه و نوجوان نیازمند مراقبت بهداشتی روانی مورد نیاز خود را دریافت می کنند.

عده ای معتقدند که غیر آسایشگاهی کردن مراقبت روانی دارای اثرات منفی و مثبتی بوده است. گرچه غیر آسایشگاهی سازی موجب کاهش تعداد تخت های بیمارستانی عمومی به میزان ۸۰ درصد شده است، تعداد پذیرش در این تخت ها بطور متناظر به میزان ۹۰ درصد افزایش یافته است. اینگونه یافته ها موجب ظهور اصطلاح تاثیر در گردان^۱ گردید. گرچه افراد مبتلا به بیماری روانی شدید و مقاوم مدت کوتاه تری در بیمارستان می مانند، به دفعات بیشتری در بیمارستان پذیرش می شوند. جریان مداوم مددجویان پذیرش و سریعاً ترخیص شده موجب تحلیل قوای بخش های روانپزشکی بیمارستان عمومی می شود. در بعضی از شهرها مراجعه بخش اورژانس برای شخصی که به طور حاد دچار حمله شد است بین ۴۰۰ تا ۵۰۰ درصد افزایش یافته است. بیماران اغلب در بخش اورژانس تحت پوشش یا نگهداری می شوند تا زمانی که ببینند آیا حمله تخفیف یافته است یا بخش بستری معین یا در دسترس قرار گیرد. عمل تحت پوشش قرار دادن^۲ موجب سردرگمی پرسنل مراقبت بهداشتی، عدم رضایت مددجویان و خانواده ها از مراقبت شده و عده ای معتقدند موجب افزایش خودکشی می شود. فراهم کردن تعداد کافی تخت های روانپزشکی بستری برای لحاظ نیاز مددجویان بهتر می تواند باشد و حتی ممکن است موجب کاهش بی خانمان ها، خشونت و حبس گردد (Allison et al., 2018).



اثر در چرخان

اقامت های بدون برنامه ریزی کوتاه مدت در بیمارستان موجب پیچیده تر شدن پذیرش های مکرر در بیمارستان می شود. بیماران مبتلا به اختلال روانی شدید و مقاوم ممکن است نشانه های بهبودی را در طی چند روز نشان دهند اما هنوز وضعیت آنها تثبیت نشده باشد. بنابراین بدون توانایی سازگاری با زندگی در جامعه از بیمارستان مرخص می شوند. هرچند اقامت های کوتاه مدت برنامه ریزی شده با وقوع پدیده در گردان همبازی ندارد و ممکن است تأثیری بر کنار آمدن با این مشکل داشته باشد (فصل ۴ را بخوانید). نتیجه غالباً عدم جبران وضعیت و بستری شدن مجدد است. علاوه بر این، بسیاری از افراد دارای مشکلات دوگانه از قبیل بیماری روانی

¹ Revolving Door Effect

² Boarding

شدید و سوء مصرف مواد هستند. استفاده از الکل و مواد موجب بدتر شدن علائم بیماری روانی می‌شود که خود احتمال بستری شدن مجدد را افزایش می‌دهد. نمی‌توان با مشکل مصرف مواد و دارو در طی ۳-۵ روز بستری شدن معمول در محیط مراقبت اداره شده جاری برخورد کرد.

بی‌خانمان بودن یکی از مشکلات جدی این روزهای ایالات متحده با ۶۱۰ هزار بی‌خانمان در هر شب است که از این بین ۱۴۰ هزار نفر آنها را بچه‌ها تشکیل می‌دهند. تقریباً ۲۵۷۳۰۰ نفر از جمعیت بی‌خانمان (۳۳٪) دچار بیماری روانی شدیدی بنام اختلال مصرف مزمن مواد هستند. بخشی از جمعیت بی‌خانمان که بطور مزمن بی‌خانمان هستند ۱۱۰۰۰۰ نفر است و ۳۰ درصد این گروه بیماری روانپزشکی و دو سوم سابقه سوء مصرف مواد و دارو یا سایر اختلالات مزمن سلامتی هستند (TAC, 2019). کسانی که بی‌خانمان و دچار بیماری روانی هستند در پارک‌ها، فرودگاه‌ها و ترمینال اتوبوس، کوچه‌ها و زیر پله‌ها، زندان و یا سایر مکان‌های عمومی یافت می‌شوند. عده از پناهگاه‌ها، خانه‌های بین‌راه یا اتاق‌سکنی و مراقبت استفاده می‌کنند و عده‌ای در اتاق‌های هتل اربان در حد استطاعت به سر می‌برند. بی‌خانمان بودن مشکلات روانی را برای بسیاری از افراد مبتلا بدتر می‌کند و موجب می‌شود سر از خیابان درآورده و با این چرخه مخرب همیاری کند.

بسیاری از مشکلات بیماران روانی بی‌خانمان و همچنین آندسته که از درب‌گردان مراقبت روانی عبور می‌کنند ریشه در فقدان منابع اجتماعی کافی دارد. پولی که ایالت‌ها از بستن بیمارستان‌های ایالتی صرفه‌جویی کردند به برنامه‌ها و حمایت جامعه انتقال نیافت. درمان بستری روانپزشکی هنوز بیشترین بودجه بهداشت روان ایالات متحده را صرف می‌کند و بنابراین بهداشت روان جامعه پایه مالی لازم برای عملکرد موثر را ندارد. به علاوه، خدمات بهداشت روان ارائه شده در جامعه بایستی بصورت فردی بوده و در دسترس باشد و از نظر فرهنگی برای افراد متناسب باشد که موثر واقع شود.

اهداف آینده

امروزه بیماران بیشتری برای بیماری‌های روانی تحت درمان قرار می‌گیرند. اما شمار زیادی از مبتلایان و بخصوص بی‌خانمان‌ها، افرادی که حبس شده‌اند، افرادی که هر دوی بیماری روانی و مصرف مواد را تجربه می‌کنند بدون درمان می‌مانند. آمارهایی از این قبیل مطابق اهداف بهداشت روان مردم سالم ۲۰۲۰ ارائه شده توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا (کادر ۱-۱) می‌باشد. این اهداف ابتدا به عنوان مردم سالم ۲۰۲۰ تدوین شود و در ژانویه ۲۰۰۰ و سپس ۲۰۱۰ اصلاح شد تا تعداد افرادی که شناسایی، تشخیص، درمان می‌شوند و به آنها کمک می‌شود زندگی سالم‌تری داشته باشند، افزایش یابد. این اهداف همچنین به دنبال کاهش نرخ خودکشی و بی‌خانمان شدن، افزایش اشتغال در بین مبتلایان به بیماری روانی جدی و ارائه خدمات بیشتر برای جوانان و بالغین که زندانی هستند و مشکلات بهداشت روان دارند؛ می‌باشد. چارچوبی برای مردم سالم ۲۰۲۰ ایجاد شده است که در سال ۲۰۲۰ در دسترس قرار می‌گیرد.

کادر ۱-۱ اهداف بهداشت روان مردم سالم ۲۰۲۰

- کاهش نرخ خودکشی
- کاهش اقدام به خودکشی در بین نوجوانان
- کاهش نسبت نوجوانانی که به منظور کنترل وزن خود دست به خوردن ناسالم می زنند
- کاهش درصد اشخاصی که حملات افسردگی اساسی را تجربه می کنند
- افزایش تعداد تسهیلات مراقبت اولیه ای که در محیط خود یا به صورت ارجاع با پرداخت به ارائه خدمات درمان بهداشت روان می پردازند
- افزایش نسبت تسهیلات مسکونی جوانان که پذیرش های مشکلات بهداشت روان را غربالگری می کنند
- افزایش نسبت اشخاص مبتلا به بیماری روانی جدی که اشتغال به کار دارند
- افزایش نسبت بالغین مبتلا به اختلالات روانی که درمان دریافت می کنند
- افزایش نسبت اشخاصی که بخاطر وقوع همزمان مصرف مواد و بیماری روانی تحت درمان هر دو قرار می گیرند
- افزایش غربالگری افسردگی توسط ارائه دهندگان مراقبت اولیه
- افزایش تعداد بالغین بی خانمان مبتلا به مشکلات بهداشت روانی که خدمات بهداشت روان دریافت می کنند

منبع: وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (۲۰۱۰) برنامه مردم سالم ۲۰۲۰، واشنگتن: DHHS.

مراقبت جامعه محور

پس از غیر آسایشگاهی کردن مراقبت ها، ۲۰۰۰ مرکز بهداشت روان جامعه که قرار بود تا سال ۱۹۸۰ ساخته شود عملی نشد. تا سال ۱۹۹۰ تنها ۱۳۰۰ برنامه به ارائه انواع خدمات بازتوانی روانی اجتماعی پرداختند. افراد مبتلا به بیماری روانی جدی و مقاوم یا ناپایده گرفته شدند و یا خدمات لندکی از مراکز بهداشت روان جامعه دریافت کردند. این بدین معنی است که افراد نیازمند خدمات هنوز در جامعه عمومی با نیازهای مرتفع نشده زندگی می کردند. مرکز وکالت درمان^۱ (۲۰۱۸) گزارش کرده است که حدود نیمی از تمامی اشخاص مبتلا به بیماری روانی شدید در طی ۱۲ ماه گذشته هیچ نوع درمانی نگرفته اند. افراد مبتلا به موارد جزئی یا خفیف احتمال درمان دریافت کرده اند، در حالی که مبتلایان به بیماری جدی و مقاوم به احتمال خیلی کمی تحت درمان هستند (TAC, 2019). عواقب عدم درمان ذکر شده توسط مرکز وکالت درمان (۲۰۱۸) عبارتند از (TAC, 2018):

- | | |
|----------------------|-------------------|
| ■ بی خانمان شدن | ■ قربانی شدن |
| ■ آسایشگاه روانپزشکی | ■ امکان خودکشی |
| ■ دستگیری | ■ خشونت خانوادگی |
| ■ حبس | ■ خطر برای دیگران |

¹ Treatment Advocacy Center