

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول: علم اعصاب و روان.....	
فصل دوم: اصل ارتباط با بیمار و معاینه بالینی.....	
فصل سوم: نشانه ها و سبب شناسی در روانپزشکی.....	
فصل چهارم: شناخت رفتار و رشد و تکامل روانی - جنسی.....	
فصل پنجم: تمایلات جنسی بهنجار و کژکاری های جنسی.....	
فصل ششم: خشونت علیه زنان و تجاوز جنسی.....	
فصل هفتم: اختلالات سایکولوژیک دوران بارداری و پس از زایمان.....	
فصل هشتم: مشکلات طبی با منشاء سایکولوژی در حیطه بیماری های زنان.....	
فصل نهم: اختلالات شخصیت.....	
فصل دهم: اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی.....	
فصل یازدهم: اختلالات خلقی.....	
فصل دوازدهم: اختلالات اضطرابی.....	
فصل سیزدهم: اختلالات تغذیه.....	
فصل چهاردهم: اختلالات خواب و بیداری.....	
فصل پانزدهم: خودکشی و قصد آسیب رساندن به خود.....	
فصل شانزدهم: اختلالات مربوط به سانحه و عوامل استرس.....	
فصل هفدهم: اختلالات شناختی دلیریوم و دمانس.....	
منابع:	

فصل اول: علم اعصاب و روان

مغز انسان مسئول پردازش شناختی هیجانات و رفتارها و در واقع هر آن چیزی است که ما می‌اندیشیم. احساس می‌کنیم و انجام می‌دهیم. علاوه بر دستگاه عصبی مرکزی دارای دو سیستم دیگر است که شبکه پیچیده‌ی ارتباط درونی دارند؛ سیستم درون ریز و دستگاه ایمنی. شناخت این واقعیت که این سه بخش با یکدیگر ارتباط دارند سبب تولد رشته درون ریز شناسی روانی شده است. از جهان بیرونی، بی‌نهایت اطلاعات بالقوه مناسب به ما می‌رسد. دستگاه‌های حسی از میان این حجم عظیم اطلاعات حسی موجود در محیط، باید همه محرک‌ها را شناسایی کنند، و هم آنها را از یکدیگر افتراق دهند. دستگاه‌های حسی، نخست محرک‌های بیرونی را به تکانه‌های عصبی تبدیل می‌کنند، و سپس اطلاعات نامربوط را از میان آنها جدا می‌کنند تا انگاره درونی از محیط ایجاد کنند؛ که این انگاره مبنای تفکر منطقی واقع می‌شود.

سه ساختمان مغزی در تشکیل خاطرات نقش حیاتی دارند؛ لوب گیجگاهی داخلی، هسته‌های دیناسفال، و پیش مغز قاعده‌ای. لوب گیجگاهی داخلی جایگاه دُم اسبی (هیپوکامپ)، است که خود شبکه‌ای طویل بانبوهی از واحدهای تکرار شونده است. آمیگدال (بادامه) مجاور انتهای قدامی هیپوکامپ است. گفته می‌شود که آمیگدال اهمیت هیجانی تجربه‌ها را می‌سنجد و به این ترتیب سطح فعالیت هیپوکامپ را بالا می‌برد. به همین دلیل است که تجارب هیجانی شدید چنان در حافظه حک می‌شوند که از یاد نمی‌روند. هسته داخلی خلفی تالاموس و اجسام پستانی در داخل دیناسفال ظاهراً برای تشکیل حافظه ضرورت دارند. در کمبود تیامین این دو ساختمان صدمه می‌بینند.

حالات هیجانی افراد مورد توجه همه متخصصان بهداشت روان است. منشأ هیجان، سائق‌هایی اساسی نظیر خوردن، فعالیت جنسی، تولیدمثل، لذت، درد، ترس و پرخاش است. هیجان‌های خاص انسان نظیر محبت، غرور، احساس گناه، ترجم، حسادت، دلخوری به مقدار زیادی آموخته می‌شود و به احتمال زیاد باز نمودشان در قشر مخ است. تعداد فزاینده‌ای از اختلالات عصبی روان پزشکی در طول رشد مغز ایجاد می‌شوند از جمله اسکیزوفرنیا، افسردگی، در خودماندگی و اختلال کم توجهی/بیش‌فعالی. تعیین زمان شروع یک اختلال سبب می‌شود توجه محققین به مکانیسم‌های آسیب‌زای زمینه‌ای جلب شود. اصطلاح رشدی عصب به این معناست که مغز از همان ابتدا بر اثر آشفتگی در فرآیندهای بنیادین به طور نابهنجاری شکل گرفته است. و حالت مقابل آن مغزی است که بطور بهنجار شکل گرفته و به طور ثانویه دچار جراحت می‌شود یا تحت تغییرات اضمحلالی قرار می‌گیرد.

ناقلین عصبی در پاتوفیزیولوژی و درمان طیف وسیعی از اختلالات عصبی روان پزشکی مطرح شده‌اند. مانند: سروتونین، دوپامین، نوراپی نفرین و اپی نفرین، هیستامین، استیل کولین و اکسیدنیتریک که ناقل عصبی جدیدی است، که نقش آن در مغز به عنوان انتقال دهنده عصبی، فرآیندهای یادگیری و حافظه، عصب زدایی و بیماری اضمحلال عصبی است. انتقال عصبی اکسیدنیتریک می‌تواند در رفتار نقش داشته باشد. نقش آن در اختلالات خلقی، اسکیزوفرنیا به اثبات رسیده است.

- تعریف روانپزشکی: رشته‌ای تخصصی از علوم پزشکی که به آموزش، مشاوره، پیش‌گیری، تشخیص، درمان جامع و بازتوان بخشی اختلال‌ها و مشکلات حاد و مزمن روانی (رفتاری، عاطفی، شناختی) در هر دو جنس و در تمام سنین، می‌پردازد. ارتباط نزدیکی بین روان پزشکی و سایر شاخه‌های پزشکی وجود دارد. هر بیماری و علامت جسمی خواه بسیار جدی باشد، و خواه پایه و اساس آشکار عضوی داشته باشد، یک سری تجربیات روان شناختی واضح را برای بیمار ایجاد می‌کند.

- روان پزشکی و ابعاد انسانی: انسان دارای سه بُعد جسمی، روانی و اجتماعی و از دیدگاه کامل‌تر با چهار بُعد جسمی، روانی، اجتماعی و روحی است. در حالیکه ما در اکثر بخش‌های پزشکی بیشتر با یک بُعد و آن هم بُعد جسمی روبرو می‌شویم، روانپزشکان با تصویر کامل‌تری از انسان روبرو می‌گردند؛ و این مهمترین افتراق روانپزشکی از سایر شاخه‌های علوم پزشکی می‌باشد.

اختلالات روانی، طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، جزء پنج بیماری از ده مورد بیماری است که بیشترین بار هزینه را به بشر تحمیل می‌کند. بررسی‌ها نشان داده‌اند در ایران درصد زیادی از کسانی که مشکل روانپزشکی دارند، به روانپزشک مراجعه نمی‌کنند و تا مدت‌ها سرگردان هستند، زیرا بر پایه یک باور نادرست تنها دیوانگان باید به روانپزشک مراجعه نمایند.

خوشبختانه با افزایش برنامه های علمی و رسانه های گروهی و تلاش روانپزشکان و بالا رفتن فرهنگ عمومی این بینش در حال دگرگونی است.

* نکته: بهترین روانپزشک برای هر کشور، روانپزشکی است که در همان کشور آموزش دیده است.

از جمله مسائلی که بطور ویژه در روانپزشکی اهمیت دارند حق الزحمه و رازدار بودن پزشک است. پیش از آنکه رابطه ای مستمر با بیمار برقرار شود، باید موضوع پرداخت حق الزحمه به صراحت در ابتدا مورد بحث قرار گیرد. همچنین روانپزشک باید وسعت و محدودیت رازداری را با بیمار در میان بگذارد تا بیمار در مورد آنچه می تواند یا نمی تواند پوشیده باقی بماند اطلاع کافی داشته باشد. * نکته: برخی موقعیت ها رازداری که ممکن است به طور نسبی یا کامل نقض شود: قصد بیمار برای آسیب به طرزی خشن به شخص دیگر؛ سوابق طبعی بیمار و کسانی که به آن دسترسی دارند؛ میزان اطلاعاتی که شرکت های خاص بیمه می خواهند؛ میزان استفاده از شرح حال بیمار برای آموزش دانشجویان.

نظارت پزشکان مجرب برای پزشکان که تحت آموزش قرار دارند معمول و ضروری است. و بیمار باید در همان ابتدا از این موضوع مطلع شود. اگر بیمار در مورد میزان تجربه پزشک معالج خود کنجکاو است. پزشک باید با صداقت پاسخ بیمار را داده و از گمراه ساختن وی خودداری کند. در غیر این صورت رابطه پزشک-بیمار سست خواهد شد. همچنین از همان ابتدا روانپزشک باید در مورد خط مشی خود در مورد غیبت از جلسات و طول جلسات بیمار را مطلع کند. وقتی بیمار قرار دریافت مراقبت از سوی پزشک خاص را پذیرفت، پزشک مسئولیت دارد که ترتیبی بدهد تا بیمار در صورت وقوع فوریت، خارج از زمان های ملاقات های مقرر به او دسترسی پیدا کند. زمانیکه پزشک دیگر قادر به ادامه مراقبت از بیمار نیست. این اطلاعات باید حتی الامکان با آرامش به بیمار منتقل شود. خطر نگفتن واقعیت این است که بیماران ممکن است در مورد علت قطع مراقبت پزشک در عالم خیال عللی تصور کنند. و این نگرانی در آن ها ایجاد شود که مبادا تقصیری از جانب آن ها سبب شده است که پزشک آنها را ترک گوید.

* نکته: دو هدف فنی و عمده روانپزشکی شامل: (۱) شناخت عوامل روانشناختی تعیین کننده رفتار؛ (۲) طبقه بندی علائم بیماری می باشند. این اهداف در دو سبک مصاحبه پزشک و بیمار بازتاب می نماید:

- Insight- Oriented سبک بینش گرا، یا سبک سایکودینامیک: که بیشتر بر کشف و تفسیر تعارضات ناخودآگاه، اضطراب ها و دفاع های روانی تأکید دارد.

- Symptom- Oriented سبک توصیفی یا علامت گرا: این سبک به طبقه بندی تشخیص های اختصاصی تعریف شده برای هر بیماری، نشانه ها و سیر بیماری تأکید می کند. * نکته: این دو روش نفی کننده یکدیگر نیستند و ممکن است با هم هماهنگ باشند.

* نکته: تفاوت های عمده بیمار روان پزشکی از مسایل غیر روان پزشکی شامل موارد: نگرانی از خوردن آنگ بیمار روانی مشکلات برقراری رابطه به دلیل اختلال در تفکر (هذیان- توهم- فرآیندهای فکری آشفته)؛ اختلال در بینش و قضاوت که مشکل خاص در پذیرش درمان به وجود می آورد؛ انجام رفتارهای عجیب غریب و تا حدودی خارج از عرف؛ نیاز به منابع دیگر برای کسب اطلاعات بیماران روانی مانند اعضای خانواده به علت آنکه بیماران روانی قادر به شرح کامل جریانات به پزشک خود نیستند؛ بیماران روانی ممکن است شکل سنتی مصاحبه را به خصوص در مرحله حاد بیماری تحمل نمی کنند. مثلاً بیماران دچار سراسیمگی یا افسردگی ممکن است، نتوانند ۳۰-۴۵ دقیقه برای پاسخ گویی در یک جا بنشینند؛ بیماران روانی دو بار بیشتر از سایر بیماران به پزشک مراقبت اولیه مراجعه می کنند؛ می باشند.

- مامایی و روانپزشکی: مددجویان، بویژه آن دسته که دارای برخی بیماری های روانی هستند علی الخصوص زنانی که قصد دارند فرزند داشته باشند هنگام برخورد با مامایی که با برقراری ارتباط مناسب، فضای روانی مطلوبی را ایجاد نموده اند، به خود جرأت داده و سئوالات متعددی را از وی میپرسند از جمله:

- آیا همه بیماری های روانی ارثی هستند؟

- اگر من بیماری روانی داشته باشم بچه های من نیز مبتلا خواهند شد؟

- اگر همسر من دچار بیماری روانی شود، آیا درمان می شود؟

چنین سئوالاتی حاکی از میل زنان به داشتن اطلاعات در مورد بیماری های روانی، خصوصاً جنبه ارثی آنهاست. اما در عین حال نباید فراموش نمود که این سئوالات با ته رنگی از اضطراب نیز همراه است، زیرا آنان تحت فشار روانی سنگین ترس از تکرار بیماری روانی در خانواده هستند. وقتی مبتلایان به بیماری های روانی در مورد تصمیم گیری برای ازدواج یا پدر و مادر شدن، تردیدهایی دارند، علاوه بر مشورت با دوستان و اطرافیان احتیاج به مشاوره با افراد اهل فن دارند. که بتوانند حقایق را در چنین مواردی تا حد امکان برای آنان روشن کرده و از دیدگاه علمی ارزیابی نمایند و در نتیجه بتوانند جلوی ترس های بیهوده و سوء تفاهم ها و در عین حال تصمیم های نابجای آنها را که ممکن است خطری برای خود یا اولاد آنها در بر داشته باشد، بگیرند. کارشناسان مامایی علاوه بر آشنایی با بیماری های مختلف مادرزادی و نیز شناخت علل بیماری های روانی باید قادر باشند، اطلاعات و آگاهی های لازم را به زبانی ساده و روشن برای مددجویان خود بیان نمایند. مشاوره مامایی ضمن این که می تواند از بسیاری از اختلالات مادرزادی جلوگیری کند. می تواند نگرانی و ترس های بی مورد مادران را نیز کاهش دهد. و از اثرات سوء فشارهای روانی بر فرآیند بارداری و زایمان بکاهد. *نکته: محتوای مشاوره مامایی با هر مددجو بر اساس نیاز وی فرق می کند.

- ضرورت آشنایی مامایی با ژنتیک روان پزشکی: مطالعات مربوط به بیماری های روانی و بویژه تحقیقات مربوط به دوقلوها نشان داده اند که، در بیماری های روانی مختلف مانند اسکیزوفرنی و مانیک-دپرسیو ردپای ژنتیک دیده می شود. و فرضیه تأثیر ژن در بروز اختلالات روانی هر روز تقویت می گردد. کارشناس مامایی با استفاده از دانش و تجربیات خود و نیز آمارهای موجود می تواند میزان وقوع یک اختلال روانی خاص را در طبقات مختلف بستگان فرد مبتلا نشان دهد. دیگر عاملی که بر ضرورت آشنایی مامایی به ژنتیک روان پزشکی تأکید می کند این است که، بیماران روانی و اطرافیان آن ها، غالباً نگران خود، نگران همدیگر و نیز کودکانی هستند که ممکن است به دنیا بیاورند. چنین دلشوره ای ثانوی بر رنجی است که مستقیماً از بیماری روانی ناشی می گردد و از طریق مشاوره ژنتیک بعضی از این اضطراب ها را می توان کاهش داد. بطور کلی مطلوب این است که اطلاعات کافی در مورد ژنتیک و پیشرفت های روز آن وجود داشته باشد. از جمله این که ارقام مربوط به خطر ابتلا، راه های احتمالی ابتلا، و روش های تشخیص و درمان آگاهی وجود داشته باشد. تفسیر اطلاعات ژنتیک توسط کارشناس مامایی برای مددجویان مستلزم هوشمندی وی است. به نحوی که بیان احتمالات و جنبه های وراثتی بیماری باید به گونه ای باشد که سلامت روانی خانواده را تهدید نکند.

- تأثیر دین در آرامش روان انسان: شعار روان شناسان امروزه این است که انسان همان گونه است که می اندیشد؛ یعنی روحيات، آرامش یا ناآرامی او وابسته به اندیشه اش است. می گویند سختی ها نیست که آدمی را از پا انداخته و آرامش را از او سلب می کند بلکه طرز نگرش به آنها مغلوبش می کند. نگاه منفی به واقعیات اضطراب آفرین بوده و اندوه به بار می آورد. ادیان و به ویژه دین مبین اسلام، تصویری از جهان ارائه کرده، از پیروان خود می خواهند که جهان را همانگونه که هست و نشان داده شده بنگرند، و به آن باور داشته باشند. و زندگی خود را بر این پایه تنظیم و در جهت آن حرکت کنند. به تازگی در میان بعضی از روان شناسان، گرایش هایی پیدا شده است که طرفدار توجه بیشتر به دین برای سلامت روان و درمان بیماری های روانی است. در ایمان به خدا نیروی خارق العاده ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان مبتدین می بخشد. و در تحمل سختیهای زندگی او را کمک می کند.

گرایش به مادیات و رقابت در تملک آن ها، باعث فشار روحی بر انسان معاصر و سردرگمی او شده و او را در معرض تهاجم اضطرابها و بیماری های مختلف روانی قرار داده است. اصولاً ایمان، تأثیر بسزایی در نفس انسان دارد، چرا که اعتماد به نفس و قدرت او را بر صبر و تحمل سختی های زندگی افزایش می دهد و احساس امنیت و آرامش را در نفس او مستقر می سازد. و در درونش آسودگی خاطر به وجود می آورد و انسان به این ترتیب غرق در احساس خوشبختی می شود.

دستورات اخلاقی و اجتماعی اسلام در مورد زندگی زناشویی و توجه به همسر در دوران بارداری، توجه و تأکید بر امر صفا و صمیمیت در زندگی، محبت و عطف در خانواده، نوع دوستی، تعاون و همیاری، خدمت به خلق خدا بویژه قشر محروم و آسیب پذیر جامعه که بیشتر از دیگران در معرض استرس و معضلات زندگی هستند. و بطور کلی تأکید بر امر تأسیس مراکز

خیریه، مثل سازمان ایتم و یتیم نوازی، ریشه کن کردن فقر و اختلافات فاحش طبقاتی و پرهیز از جرم جنایت، قتل و غارت، جنگ همه و همه در کاهش استرس در جامعه نقش دارند.

کلیه مکاتب روان درمانی در این که دلیل اصلی بروز عوارض بیماری های روانی اضطراب است، متفق القولند. ولی در تعیین عوامل اضطراب برانگیز، اختلاف نظرهایی با هم دارند. مکاتب هدف اصلی روان دمانی را رهایی از اضطراب و به وجود آوردن احساس امنیت در نفس انسان می دانند. بررسی ادیان مختلف نشان می دهد که ایمان به خدا، در درمان این گونه از مددجوها و تحقق احساس امنیت، آرامش و پیشگیری از اضطراب و بیماری های روانی ناشی از آن، کاملاً موفق بوده است.

اصولاً مذهب به علت ویژگی هایی که به آن اشاره می شود، جامعه اسلامی را در برابر بیماری های رنج آور روحی و روانی حفظ میکند. مذاهب الهی پاسخگوی همه نیازهای مادی، معنوی، جسمی و روانی انسان هستند. به انسان در طول زندگی آرامش، اطمینان، امید، نشاط و قدرت می بخشد. انسان را از رکود، جمود و انحطاط فکری باز داشته، در رشد و تکاملش یاری و مدد میرساند. به افراد ثبات شخصیت، ثبات قدم، تعادل در فکر عواطف و رفتار و در نتیجه سلامت روح و روان می بخشد. سلامت کامل روحی، روانی و اجتماعی، جز در پیروی از دستورات دین مبین و پرهیز از نافرمانی خدا و معصیت که همگی کلمه ایمان به خدا جمع شده است به دست نمی آید. یک فرد مؤمن علاوه بر کسب صفات زمینه ساز سلامت روانی، چون توکل بر خدا، امید به او در همه حالات، دعا و نیایش به درگاه محبوب، راز و نیاز با حضرت بی نیاز، طلب و استمداد یاری از خداوند متعال، از صفات زمینه ساز بیماری های روانی همچون بی هدفی، پوچ گرایی، احساس تنهایی، یأس و ناامیدی و بسیاری از اختلالات شخصیتی، همچون بدبینی، حسادت، خصومت، پرخاشگری، احساس حقارت و بی ارزشی، به دور و محفوظ است، لذا بیماری های روانی در انسان بی ایمان و بی هدف بیشتر از سایرین مشاهده می شود.

ارتباط با خدا و نیز صحبت کردن با خدا اثرات مثبت فراوانی دارد. دعا از دیدگاه قرآن وسیله و راهی است برای رسیدن به معبود، برای نجات از اندوه ها، فشارها و بحران ها، برای پیدا کردن عالی ترین معنا و کامل ترین امید برای زندگی. دعا وسیله ساز و گاهی خود وسیله است. همان طور که به کمک تکنیک های علمی، انرژی اتمی را آزاد می کنند، با استفاده از قدرت دعا می توان انرژی معنوی را آزاد ساخت.

درمیان روان درمانگران معروف است که، یادآوری مشکلات و بازگویی آنها توسط مددجو، خود باعث کاهش اضطراب می شود. حال که حالت روانی انسان با آشکار کردن مشکلات در حضور دوست صمیمی و یا روان درمانگر رو به بهبود می رود، تصور کنید که همین انسان، اگر مشکلات خود را برای خدا بازگو کند و پس از هر نماز به مناجات با پروردگار و دعا به درگاه او و طلب یاری از او بپردازد، حالت روانی اش چقدر بهبود خواهد یافت.

• ویژگی های مؤمنین و تأثیر آن در بهداشت روانی

- مؤمن در عبادت و کارهایی که برای خدا انجام می دهد، همواره به خدا نظر دارد. و احساس این که خداوند یاور اوست ضامن استقرار و اساس امنیت و آرامش وی می شود.

- مؤمنی که به خدا ایمان دارد از هیچ چیز در دنیا نمی هراسد. چون می داند تا خدا نخواهد هیچ انسان و یا قدرتی در دنیا قادر نیست به او ضرری رساند. به همین دلیل مؤمن واقعی، انسانی است که امکان ندارد ترس بر او چیره شود.

- مؤمن واقعی می داند که روزی اش در دست خداست، بنابراین از فقر و تنگدستی نمی ترسد. و معتقد است که تنها خداوند متعال روزی دهنده و صاحب قوت و قدرت است.

- ترس از مرگ بسیار شایع است ولی در افراد مذهبی خیلی کمتر دیده می شود.

- مؤمن واقعی از مصائب روزگار نمی هراسد. زیرا عقیده دارد که آزمایشی از طرف خداوند است. به همین دلیل صبر می کند و خدا را شکر می کند و از او می خواهد که گرفتاری را از او دور کند.

- مؤمن واقعی به آسانی در معرض ارتکاب گناه قرار نمی گیرد. و کمتر به دلیل گناه دچار اضطراب ناشی از احساس ناخودآگاه گناه می گردد.

- مؤمن به هنگام خطا، در اعتراف به آن تردیدی به خود راه نمی دهد. و در پیشگاه الهی توبه می کند، زیرا می داند خداوند توبه پذیر است و گناهان را می بخشد.

- اعتقاد به توحید نیرویی عظیم و معنوی بوجود می آورد که نوع برداشت مؤمنین را از مردم، زندگی و کل هستی تغییر میدهد. کسی که زندگی را بی ارزش ببیند به سمت ناامیدی و خودکشی خواهند رفت. پیدا کردن معنی زندگی و داشتن هدف از عوامل شادابی و سلامت روان هستند.

- تقوا در فرد مؤمن و متقی نیرویی است که انسان را به سوی رفتار بهتر، رشد و ارتقای نفس و اجتناب از رفتارهای زشت سوق میدهد. بنابراین یکی از عوامل اصلی تکامل و توازن شخصیت است.

- مؤمن صبر در برابر مشکلات زندگی و مصائب روزگار را می آموزد و به او وعده داده شده، که عاقبت نیک از آن صابران است. و بی شک چنین انسانی از نگرانی و اضطراب دور خواهد بود.

- مؤمن از خشونت به صورت عیب جویی، تمسخر، ظلم و یا کشتن دیگران منع و به صبر، کنترل خشم، آشتی و عفو تشویق شده است.

در بُعد اعتقادی، ماما؛ هر مددجو را آن طور که خود را ارائه می دهد، مورد پذیرش قرار داده، و نمی گذارند اعتقادات دینی مددجو مانع از رسیدگی به نیازهای وی شود. او معتقد است که وقتی فردی نیازمند کمک است، باید وی را پذیرفت و به وی کمک کرد. البته این به معنی تأیید اعتقادات مددجو یا عقب نشینی از اعتقادات شخصی خود نیست. بلکه این اقدام در جهت تقویت نیروی ایمان مددجو به خود، به دیگران به ارزش های معنوی است که می تواند موجب تغییر رفتارهای ناسازگار گردد. بسیاری از افراد در مواقع بحرانی به سوی خدا بازگشت می کنند؛ و امر زایمان یکی از موقعیت های بحرانی است که مددجویان را بیشتر متوجه خداوند نموده، طوری که آنان احساس می کنند به راهنمایی دینی نیاز شدیدی دارند. پس بنابراین ماماها در موقعیت های منحصر به فردی قرار می گیرند که می توانند در زمینه کمک های معنوی مفید واقع شوند.

هنگامی که مددجو و خانواده اش احساس خود را از تولد فرزند جدید ابراز می کنند، نیاز آشکاری برای حمایت عاطفی دارند و ماما ممکن است قسمتی از فلسفه معنوی خود را نسبت به زندگی به آنان منتقل سازد. موقعی وجود دارد که یک مددجو ممکن است احساس دلواپسی و هیجان نموده و از ماما بخواهد که برایش دعا خوانده و یا دعائی را با او بخواند. دعا کردن با مددجو می تواند از نظر معنوی تقویت کننده باشد. اگر مددجویی از ماما خواست که دعای مربوط به مذهب خودش و یا آیه از کتاب مقدس را بخواند، پاسخ حرفه ای و درمانی برآورده کردن خواست مددجو است.

امیدواری به عدل و حکمت خداوند در برخورد با خوبان و بدان و امدادهای الهی در دشواری ها و بن بست ها و با توکل و اعتماد به خداوندی که بر هر کاری تواناست همگی در ایجاد یک نگرش مثبت به دنیا و آخرت و ایجاد روانی آرام در همه ی شرایط زندگی بسیار کمک کننده است.

فصل دوم: اصل ارتباط با بیمار و معاینه بالینی

رابطه پزشک بیمار و مصاحبه بالینی مهم ترین مشخصات رابطه موفق پزشک و بیمار است. همدل بودن پزشک و کنترل بیشتر مصاحبه توسط بیمار؛ ابراز هیجان توسط پزشک و بیمار؛ ارائه اطلاعات توسط پزشک در پاسخ به سئوالات بیمار از جمله این مواردند.

• سبک ایجاد ارتباط : (۱) تکنیک های کمک به ارتباط با بیمار : با استفاده از زبان مثبت مانند تأیید و خوش خلقی، ایجاد احساس مشارکت مانند قدردانی از درک بیمار و تفسیر کلمات او، پرسیدن سئوالات تکراری با عباراتی متفاوت، ارائه پاسخ کامل به سئوالات بیمار؛ (۲) عوامل مؤثر بر پذیرش بیمار : از جمله ساده بودن رژیم دارویی، نحوه ارائه اطلاعات با برقراری تماس چشمی با بیمار و یا استفاده از ایما و اشاره Body Language.

• نکات مهم در ایجاد ارتباط بین پزشک و بیمار : خودداری از زمان بندی در مطب؛ مشارکت بیمار در روند تصمیم گیری؛ ارائه اطلاعات کافی به بیمار؛ صحبت کردن با بیمار به صورت گفتگو و نه سخنرانی؛ تنظیم رابطه متقابل با هر بیمار با توجه به شرایط وی؛ تغییر تعادل قدرت از پزشک به بیمار.

• خصوصیتی که برای پزشک توصیه نمی شود : مواجهه گر؛ مباحثه گر؛ قضاوت کننده؛ مغرور و یک دنده.

• مهارت های اصلی برای ارتباط با بیمار : همدلی؛ توانایی گوش دادن دقیق؛ دانش تخصصی؛ توانایی برقراری رابطه.

• اجزای اصلی در رابطه پزشک و بیمار : (۱) گوش دادن فعال : یعنی علاوه بر گوش دادن، به احساسات ناگفته موجود در فضای گفتگو توجه شود. (۲) محتوای تعامل : آن چیزی است پزشک و بیمار واقعاً می گویند. در واقع خود واقعی فرد است. آنچه فرد در مورد خودش باور دارد و می خواهد دیگران در موردش باور داشته باشند. (۳) فرآیند : آن چیزی که منظور پزشک و بیمار است. *نکته: پزشک باید هم محتوای تعامل و هم فرآیند را در نظر بگیرد زیرا در ارتباط بین دو نفر همزمان و در سطح متعددی در جریان است. (۴) تفاهم (Rapport) بر وجود درک و اعتماد بین پزشک و بیمار دلالت دارد. شش راهبرد برای شکل گیری تفاهم به نقل از "آتمر" وجود دارد که شامل : تأمین احساس راحتی بیمار و مصاحبه؛ یافتن ناراحتی بیمار و ابراز همدردی با وی؛ ارزیابی بینش بیمار و متحد شدن با او؛ نشان دادن مهارت و کاردانی؛ برقراری اقتدار به عنوان درمانگر و پزشک؛ ایجاد تعادل بین یک شنونده دلسوز و متخصص صاحب اقتدار. (۵) همدلی (Empathy) شیوه ای برای تقویت تفاهم است. همدلی را نمی توان به وجود آورد اما می توان از طریق آموزش، مشاهده و تأمل در خود آن را تعمیق و متمرکز کرد. در همدلی نشانه های غیر کلامی مانند وضعیت قرارگیری بدن و تظاهر چهره بسیار مورد توجه قرار گرفته و مهم است. (۶) انتقال (Transference) یک سری انتظارات، باورها و پاسخ های هیجانی که بیمار را وارد رابطه با پزشک می کند. انتقال با تجارب مستمر بیمار یا مظاهر مهم قدرت در طول زندگی مربوط است.

• وقتی درمانگری حتی قبل از اینکه احساس از سوی بیمار بیان شود با توجه به نشانه های غیر کلامی متوجه آن شده و بر اساس آن عمل می کند، چه مهارتی در وی باعث آن می شود؟ (ارشد ۹۲)

الف) انتقال (ب) انتقال متقابل (ج) همدلی (د) علاقمندی
- جواب : گزینه ج.

• یک سری انتظارات، باورها و پاسخ های هیجانی که بیمار را وادار به رابطه درمانگر - بیمار می کند چه نامیده میشود؟ (ارشد ۹۴)

الف) همدلی (ب) انتقال (ج) انتقال متقابل (د) تفاهم
- جواب : گزینه ب.

• در ارتباط پزشک - بیمار، کدامیک جزء اساسی و ضروری (همدلی) است؟ (ارشد ۹۶)

الف) قضاوت (ب) کم کردن تماس چشمی
ج) عینیت (د) ترحم
- جواب : گزینه ج.

***نکته:** نگرش های انتقالی، نگرش بیمار نسبت به پزشک است. این نگرش از یک اعتماد بنیادی واقع گرا تا عدم اعتماد بنیادی فرق دارد. و حتی ممکن است آرمانی سازی مفرط و حتی تخیلات شهوانی را شامل شود. اعتماد بنیادی واقع گرا، بصورت انتظار اینکه پزشک غالباً علاقه عمیقی به بیمار دارد تعریف می شود. عدم اعتماد بنیادی، انتظار اینکه پزشک احتمالاً تحقیرکننده و بدرفتار است؛ میباید. نقش روانپزشک از بسیاری جهات با اطباء غیر روانپزشک متفاوت است. با این حال انتظار بسیاری از بیماران از روانپزشک مشابه انتظار از اطباء غیر روانپزشک است. واکنش های انتقالی درمورد روانپزشکان شدیدتر است. هرچه روانپزشک خنثی تر برخورد کند، و ناشناخته تر باشد، تخیلات و نگرانی های بیمار بیشتر تحریک شده و به پزشک فرافکنی خواهد شد. پس از آنکه تخیلات برانگیخته فرافکنی شدند روانپزشک می تواند به بیمار کمک کند تا در مورد نحوه تأثیر این تخیلات و نگرانی ها بر تمامی روابط مهم زندگی بینش پیدا کند. در Counter Transference انتقال متقابل؛ پزشک و بیمار هر دو نسبت به هم واکنش های انتقالی متقابلی پیدا می کنند؛ اگر به صورت منفی ظاهر شود برای رابطه پزشک-بیمار مخرب است. در مقوله بیزاری از بیمار، پزشکی که فعالانه از بیمار خوشش نمی آید ممکن است در برخورد با او بی تأثیر باشد. خصومت سبب میشود که کمک پزشک به بیمار انجام نشود. تسلط بر این هیجانات مستلزم توانایی پس کشیدن از واکنش های انتقال متقابل شدید است. اگر پزشک درک کند که ضدیت بیمار تا حدودی حالت دفاعی برای دفاع از خویشتن است. و احتمالاً بازتاب ترس های انتقال بیمار از بی احترامی، سوء رفتار و ناامیدی است کمتر دچار خشم شده و همدلی بیشتری نشان می دهد.

• رهنمودهای کلی جهت بهبود ارتباط با بیمار : پزشک بیشتر گوش فرا دهد و کمتر صحبت کند؛ عناوینی که توسط بیمار مطرح می شوند را پیگیری کند؛ در جستجوی سئوالات بیمار باشد و پاسخ قابل درکی برای آنها پیدا کند؛ گاهی اوقات به جای ارائه راه حل، نقش یک انسان دلسوز را برای بیمار ایفا کند.

• رویکردهای مؤثر برای ایجاد مصاحبه کارآمد با بیمار : بهتر است شروع مصاحبه با یک سؤال باز باشد؛ به Body Language بیمار توجه شود؛ با طرح کردن سئوالات بعدی بیمار تشویق به صحبت کردن شود؛ رعایت سکوت، تکان دادن سر یا گفتن جملات کمکی کوتاه حین صحبت بیمار بدون قطع آن بسیار مهم است.

• مدل های رابطه پزشک - بیمار : پزشک باهوش و حساس در مورد بیماران مختلف و حتی در مورد یک بیمار در موقعیت های بالینی مختلف رویکردهای متفاوتی در پیش می گیرد که عبارتند از : مدل پدرمآبانه؛ مدل آگاهی دهنده؛ مدل تفسیری و مدل مشورتی. این مدل ها هیچ یک برتری ذاتی نسبت به سایر مدل ها ندارند. و پزشک در برخورد با بیمار در طی هر بار ملاقات ممکن است از هر چهار مدل فوق استفاده نماید. مشکلات اغلب نه به دلیل استفاده از یک مدل خاص، بلکه بدین دلیل بروز می کند که پزشک به طور غیر قابل انعطافی فقط از یک رویکرد استفاده می کند. و حتی در مواقع ضروری نیز نمی تواند روش خود را تغییر دهد. این روش ها فی نفسه گویای وجود یا فقدان صمیمیت در روابط بین فردی نیستند.

۱. مدل پدرمآبانه (مدل استبدادی) : فرض بر این است که پزشک بهتر از همه می داند. پزشک درمان را تجویز می کند. و از بیمار انتظار می رود که، بی پرسش و چون و چرا درمان را به کار بندد. پزشک می تواند در مواردیکه تشخیص دهد صلاح بیمار است، اطلاعات مربوط به بیماری را به بیمار منتقل کند. این پزشک است که بیشتر سؤال می کند. و بر روند مصاحبه تسلط دارد. در شرایط اضطراری که پزشک باید کنترل اوضاع را در دست داشته باشد و بدون تأمل زیاد تصمیماتی حیاتی اتخاذ کند. و زمانی که برخی بیماران احساس می کنند که بیماری آنها را از پای درآورده است و از اینکه پزشک مسئولیت آنها را بر عهده می گیرد احساس آسودگی می کنند. این مدل قابل استفاده است.

• بهترین مدل رابطه درمانگر - بیمار در شرایط اضطراری کدامیک از موارد زیر است ؟ (ارشد ۹۳)

- (الف) پدرمآبانه (ب) آگاهی دهنده
(ج) تفسیری (د) مشورت دهنده

- جواب : گزینه الف.

۲. مدل آگاهی دهنده : پزشک اطلاعات را در اختیار بیمار قرار میدهد. و بیمار آزادانه به تمامی داده های موجود دسترسی می یابد انتخاب کاملاً به عهده بیمار گذاشته می شود. مثلاً پزشک آمار بقای ۵ ساله روش های درمانی مختلف سرطان پستان را

ذکر میکند و از بیمار انتظار دارد بدون مداخله وی تصمیم بگیرد. این مدل برای برخی مشاوره های یکباره ممکن است مناسب باشد. که در آنها هیچ نوع ارتباطی وجود ندارد. و بیمار پس از مشاوره تحت مراقبت معمول پزشک شناخته شده ای قرار می گیرد. این روش ارائه صرف اطلاعات ممکن است از نظر بیمار سرد و غیر دلسوزانه جلوه کند؛ زیرا در این مدل پزشک به نحو غیر واقع بینانه ای بیمار را خود مختار تصور می کند.

۳. مدل تفسیری: پزشک درصدد برمی آید بیمار را بهتر بشناسد و شرایط زندگی و خانواده، ارزش ها، امیدها و آرزوهای آن ها را درک کند، بهتر می تواند توصیه های مبتنی بر ویژگی های منحصر به فرد بیمار ارائه کند. در این روش وقتی پزشک درمانهای جایگزین را مطرح می کند و در مورد آنها بحث میکند حس تصمیم گیری مشترک با مشارکت بیمار در مورد یافتن بهترین روش درمان برای این بیمار خاص وجود دارد. پزشک از مسئولیت درمانی طفره نمی رود، اما روش انعطاف پذیری در پیش می گیرد و انتقادهای بیمار و روش های درمانی دیگر را نیز در نظر می گیرد.

۴. مدل مشورتی: پزشک مثل یک دوست یا مشاور بیمار عمل می کند. و علاوه بر ارائه اطلاعات، فعالانه از مسیر اقدامات خاصی دفاع می کند. این رویکرد را اغلب پزشکانی به کار می برند که امیدوارند رفتاری آسیب زا مثل مصرف سیگار و پر خوری را در بیمار تعدیل کنند.

• مصاحبه روانپزشکی: مهم ترین عنصر در ارزیابی و مراقبت از افراد دچار بیماری روانی است. هدف عمده مصاحبه روانپزشکی اولیه اخذ اطلاعاتی است که تشخیص مبتنی بر ملاک ها را اثبات کند. این فرآیند که در پیش بینی سیر بیماری و پیش آگهی مفید است. منجر به تصمیمات درمانی می شود. یک مصاحبه خوب سبب درک چند بُعدی از مؤلفه های زیستی - روانی - اجتماعی اختلال موجود شده و اطلاعات ضروری برای روانپزشک، و تدوین طرح درمانی شخص - محور به کمک بیمار را فراهم می سازد. مصاحبه خود یک بخش اساسی در فرآیند درمان محسوب می گردد. یکی از ابزارهای یک پزشک توانایی او برای مصاحبه کارآمد است. که طی یک مصاحبه ماهرانه پزشک اطلاعات لازم را برای درک و درمان بیمار جمع آوری کرده، درک بیمار و پذیرش وی برای دستورات پزشکی افزایش می یابد.

عواملی که بر محتوا و فرآیند مصاحبه تأثیر می گذارند عبارتند از: شخصیت و سبک مشی بیمار، نوع سئوالات مطرح شده، فرضیه های درمانی، سبک یا گرایش های نظری و تجارب مصاحبه کننده، دوره بیماری به هنگام مصاحبه (مرحله حاد یا بهبود موقتی)، عوامل فنی مانند قطع مصاحبه به دلیل، استفاده از مترجم، یادداشت برداری، و موقعیت های بالینی گوناگون (معاینه بیمار در یک بیمارستان عمومی است یا در بخش روانپزشکی، یا بخش فوریت و اورژانس پزشکی و یا در مطب خصوصی).

• شروع مصاحبه: بیمار غالباً در نخستین برخورد با روانپزشک مضطرب است. و احساس آسیب پذیری و ترس می کند. روانپزشکی که به سرعت تفاهم برقرار کند، به بیمار آرامش ببخشد و احترام آمیز برخورد نماید در تبادل سازنده اطلاعات موفق است. پزشک باید مطمئن شود که اسم بیمار را می داند و بیمار نیز او را می شناسد به اظهار تمایل بیمار به حضور شخص دیگر در جریان مصاحبه احترام گذاشته شود. روانپزشک باید خود را به همراه آن بیمار نیز معرفی کند. باید سعی کند به تنهایی نیز با بیمار صحبت کند تا اطلاعاتی را که احتمالاً بیمار نمی خواسته در حضور دیگران بیان کند بر زبان آورد. *نکته: بیمار باید از موقعیت حرفه ای و مقام کسانی که درگیر مراقبت هستند را بداند. مثلاً دانشجوی پزشکی، مشاور. تصدیق اضطراب بیمار نخستین گام برای شروع کردن علت اضطراب است. یک پرسش مهم ابتدایی دیگر (حالا چرا؟) است. زیرا مردم غالباً زمانی به سراغ روانپزشک میروند که رویدادی خاص، در زندگی آن ها منجر به افزایش استرس می شود. این رویدادهای پر استرس عوامل آشکار ساز تلقی می شوند که در مشکلات جاری بیمار نقش دارند. *نکته: نمونه هایی از عوامل آشکارسازنده: فقدان واقعی یا نمادین (مرگ - جدایی)؛ حوادث شاخص (روز تولد - سالگرد)، تغییرات جسمانی (وجود یا تشدید علائم).

اصل مصاحبه پزشک به تفصیل آنچه را که موجب ناراحتی بیمار شده است کشف می کند. هم بیمار و هم مصاحبه گر بایستی احساس امنیت کنند، و این امنیت جسمی را هم شامل می شود. برای مصاحبه اولیه عموماً ۹۰-۴۵ دقیقه اختصاص می یابد. در بیماران بستری در بخش های طبی یا مواقعی که بیمار سردرگم است. ناراحتی قابل ملاحظه ای دارد یا روان پریش است،

زمانی که بیمار بتواند در یک جلسه تحمل کند ممکن است حدود ۳۰-۲۰ دقیقه یا کمتر باشد. در چنین مواردی ممکن است چند جلسه کوتاه لازم شود. حتی برای بیمارانی که جلسات طولانی تر را می توانند تحمل کنند، ممکن است برای تکمیل ارزیابی نیاز به بیش از یک جلسه باشد. مصاحبه پدیده ای پویاست و بخش هایی از ارزیابی بصورت مستمر انجام می شود. نظیر نحوه پاسخ بیمار به واریسی یا در نظر گرفتن مطالب جدیدی که ظاهر می شوند. اگر بیمار برای درمان مراجعه کرده است با پیشرفت مصاحبه اولیه، روانپزشک در مورد نحوه ادامه جلسات بعدی تصمیم می گیرد. *نکته: محتوای مصاحبه شامل مطالبی است که بین پزشک و بیمار رد و بدل می شود. همچنین موضوعات مورد بحث و مطالب مورد اشاره را نیز در بر می گیرد.

• فرآیند مصاحبه: مسأله ای که به صورت غیر کلامی بین پزشک و بیمار می گذرد. شامل احساسات و واکنش هایی که اعلام نشده یا به طور ناخودآگاه اند. بیمار ممکن است برای ابراز احساساتی که قادر به بیان کلامی آنها نیست از زبان بدن استفاده کند. مانند: (مشت گره کرده یا پاره کردن دستمال کاغذی) علیرغم رفتار بیرونی آرام. یا تکرار موضوع خاصی بدون توجه به مسیر مصاحبه مثل اشارات بی اهمیت و جملات معترضه که نگرانی های پنهانی مهمی را آشکار می سازد. اتاق مصاحبه بایستی نسبتاً ضد صدا باشد. دکوراسیون اتاق باید مطبوع بوده و حواس بیمار را پرت نکند. در صورت امکان بهتر است به بیمار امکان انتخاب صندلی یا مبلی داده شود؛ بسیاری از روانپزشکان معتقدند صندلی بیمار و مصاحبه گر ارتفاع نسبتاً برابری داشته باشد تا مصاحبه کننده یک سر و گردن بالاتر از بیمار قرار نگیرد. روانپزشک نباید پشت میز بنشیند. باید لباس حرفه ای بپوشد و آراستگی خوبی داشته باشد. بایستی عوامل حواس پرتی را به حداقل رساند. بجز در موارد اضطراری نباید تلفن یا پیجر روند مصاحبه را مختل کند. بیمار باید احساس کند که این زمان برای او کنار گذاشته شده است و در این زمان مشخص، او کانون انحصاری توجه روانپزشک است. پزشک در شروع مصاحبه به بیمار خوش آمد می گوید. و با چهره ای دوستانه خودش را معرفی می کند. یک اقدام مفید این است که روانپزشک خاطر نشان کند که برای این مصاحبه چقدر وقت دارند. بیمار ممکن است در مورد اینکه چه اتفاقی در این زمان می افتد و همچنین در مورد رازداری سئوالاتی داشته باشد که باید این سئوالات مستقیماً پاسخ داده شوند.

• کدامیک از شرایط مناسب (اتاق مصاحبه بالینی) در روانپزشکی است؟ (ارشد ۹۹)

- الف) مصاحبه کننده و مراجع در صندلی های راحت، ارتفاع برابر، روبروی یکدیگر قرار بگیرند.
ب) مصاحبه کننده پشت میز و مراجع در صندلی یا مبلی راحت، با فاصله ای زیاد از او بنشیند.
ج) مصاحبه کننده آزاد است که در هنگام گفتگو با مراجع، به زنگ تلفن سایر مراجعین خود پاسخ دهد.
د) مصاحبه کننده شرایطی فراهم نکنند که مراجع احساس کند کانون انحصاری توجه است.
- جواب: گزینه الف.

• پرسش های باز پاسخ در مقابل پرسش های بسته پاسخ: مصاحبه مطلوب با سئوالات گسترده و باز شروع می شود. و با اختصاصی شدن ادامه می یابد، و با پرسش های مستقیم مفصل خاتمه می یابد. نکته بسیار مهم این است که روانپزشک به شیوه ای ارتباط برقرار کند که به بیمار امکان بدهد داستانش را تعریف کند. این هدف اصلی بخش گردآوری داده های مصاحبه است. یعنی استخراج روایت بیمار از سلامت و بیماری اش. برای دستیابی به این هدف پرسش های باز- پاسخ ضروری هستند. پرسش های باز- پاسخ حوزه ای را مشخص می کنند اما کمترین ساختار را برای نحوه پاسخگویی ارائه می کنند. در بخش ابتدایی مصاحبه سئوالات عمدتاً باید باز- پاسخ باشند. پرسش های بسته پاسخ، در حصول پاسخ های سریع و اختصاصی در مورد موضوع مشخصی مؤثر است.

• وقتی در مصاحبه با بیمار از وی می پرسید (می توانید در مورد مشکل خود بیشتر توضیح دهید)، چه نوع پرسشی می باشد؟ (ارشد ۹۲)

- الف) بسته پاسخ ب) باز پاسخ ج) تسهیل د) گذاری
- جواب: گزینه ب.

● وقتی درمانگر از بیماری می پرسد شکایت اصلی شما چیست. چه نوع سئوالی است؟ (ارشد ۹۳)

الف) باز پاسخ (ب) پاسخ اصلی

ج) بسته پاسخ (د) ساختار یافته

- جواب: گزینه الف.

بخش های مصاحبه روانپزشکی اولیه شامل: داده های شناسایی، منابع اطلاعات و قابلیت اعتماد، شکایت اصلی، بیماری فعلی، تاریخچه روانپزشکی قبلی، سوءمصرف مواد، سابقه طبی، سابقه خانوادگی، سابقه رشدی و اجتماعی، مرور دستگاه ها، معاینه وضعیت روانی، معاینه جسمی، صورت بندی، تشخیص و در نهایت طرح درمانی است. از بین این موارد دو عنصر فراگیر مصاحبه روانپزشکی تاریخچه بیمار و معاینه وضعیت روانی وی است.

در **Mental Status Examination (MSE)** معاینه وضعیت روانی؛ به ظاهر و رفتار (لباس بیمار، زینت آلات، پوشاک مناسب یا نامناسب بیمار، بدریختی ها، اسکارها، خالکوبی ها)؛ فعالیت حرکتی (نحوه راه رفتن، آزادی حرکات، وضعیت گیری مداوم یا غیرمعمول، قدم زدن و مالیدن دستها به هم، وجود یا فقدان هر نوع تیک)؛ گفتار (ارزیابی آن بخش مهمی از معاینه وضعیت روانی محسوب می شود عناصر سرعت، لحن، و تندی و بلندی صدا)؛ *نکته: کاهش میزان گفتار ممکن است حاکی از چندین موضوع متفاوت از اضطراب گرفته تا بی علاقتی و انسداد فکر یا روان پریشی باشد. *نکته: افزایش گفتار اغلب نه همیشه، حاکی از مانیا یا هیپومانیاست. خُلق (تظاهر هیجانی بیمار)؛ عاطفه (تظاهر خُلق است. گفتار اغلب نشانه مهمی برای ارزیابی عاطفه است اما انحصاری نیست)؛ محتوای فکر (افکاری که در بیمار وجود دارد. مانند افکار وسواسی، افکار ناخواسته، و تکراری)؛ فرآیند تفکر (تفاوت آن با محتوای تفکر آن است که فرآیند تفکر بجای توصیف آنچه بیمار به آن فکر می کند، به این می پردازد که این افکار چگونه صورت بندی، سازمان دهی، و بیان می شوند)؛ آشفتگی های ادراکی (عبارت است از توهم، خطای ادراکی، گسست از خویشتن و گسست از واقعیت). *نکته: مصاحبه کننده باید بین توهم واقعی و سوء برداشت یک محرک (خطای ادراکی) تمایز قائل شود. شنیدن صدای خش خش باد از میان درختان خارج از تختخواب، و فکر کردن اینکه نام فرد را صدا می زنند یک خطای ادراکی (ایلوژیون) است. توهمات پیش خوابی (در مرحله حد فاصل بین خواب و بیداری) می تواند پدیده ی بهنجاری باشد. **Depersonalization** گسست از خویشتن احساسی است مبنی بر اینکه فرد خودش نیست یا چیزی تغییر کرده است. **Derealization** گسست از واقعیت بیمار احساس میکند محیط به شیوه ای غریب تغییر کرده است و توصیف آن مشکل است. شناخت (اجزای عملکردی باید ارزیابی شوند: هوشیاری، موقعیت سنجی، تمرکز، حافظه (کوتاه مدت و بلند مدت)، محاسبه، معلومات عمومی، استدلال انتزاعی) توانایی حرکت در بین مفاهیم کلی و مثال های اختصاصی)؛ بینش (درک بیمار از نحوه احساس، علائم موجود و عملکرد و علل احتمالی تظاهر روانپزشکی)؛ قضاوت (توانایی فرد برای اخذ تصمیمات درست و عمل بر اساس آنها)؛

● در فرآیند مصاحبه با مراجع، در هنگام «مرور روان پزشکی سیستم ها» کدامیک از علائم زیر می تواند احتمال

«روان پریشی (سایکوز)» فرد را مطرح کند؟ (ارشد ۹۸)

الف) ترس از ارتفاع و هواپیما (ب) کاهش نیاز به خواب، ولخرجی

ج) شنیدن صدای اموات و گفتگو با آنها (د) کابوس شبانه و از جا پریدن

- جواب: گزینه ج.

● بیمار افسرده ای هنگام مصاحبه می گوید، (من دیشب خیلی بد خوابیدم، با صدای خش خش باد بیدار شدم و

فکر کردم کسی مرا صدا می زند) آشفتگی ادراکی او چیست؟ (ارشد ۹۹)

الف) توهم (ب) هذیان (ج) گسست از واقعیت (د) ایلوژیون

- جواب: گزینه د.

• بیماری در هنگام مصاحبه می گوید : (خُلقم پایین آمده است. پزشکم برایم داروی ضدافسردگی و اضطراب تجویز کرده است. و همکارانم هم می گویند که بی حوصله شده ای)، شکایت اصلی این بیمار را چگونه باید ثبت کرد ؟ (ارشد ۹۹)

الف) بیمار علائم افسردگی دارد.

ب) خُلقم پایین آمده است.

ج) بیمار با خُلق افسرده، داروهای روانپزشکی دریافت کرده است.

د) بیمار با تشخیص افسردگی و اضطراب دارو گرفته است.

- جواب : گزینه ب.

• فنون اختصاصی مصاحبه

- Reflection بازگویی: تکرار دقیق آنچه بیمار گفته است نیست، بلکه تعبیری است که نشان می دهد پزشک منظور بیمار را درک کرده است. هدف بازگویی دو چیز است : (۱) کسب اطمینان از سوی پزشک که آنچه بیمار مطرح می کند. را درست فهمیده است. (۲) اطمینان بخشی به بیمار از بابت اینکه آنچه را می گوید پزشک درک می کند. پاسخی همدلانه است، که بیمار می فهمد، پزشک هم گوش می دهد و هم نگرانی هایش را می فهمد.

- Facilitation تسهیل : روانپزشک با سرخ های کلامی و غیر کلامی بیمار را در ادامه مصاحبه کمک می کند. و به ادامه صحبت تشویق می کند. مثل تکان دادن سر، جلو کشیدن صندلی، اظهار بله.. آن وقت .. یا هوم.

• در کدام یک از فنون مصاحبه، درمانگر با فراهم کردن سرخ های کلامی و غیر کلامی، بیمار را به ادامه مصاحبه کمک می کند ؟ (ارشد ۹۴)

الف) تسهیل (ب) تفسیر

ج) گزار (د) سکوت

- جواب : گزینه الف.

- Silence سکوت : در رابطه پزشک -بیمار در برخی موقعیت ها سکوت ممکن است سازنده باشد. و به بیمار مجال دهد که بیاندهد، گریه کند. و یا در محیطی پذیرا و حمایت کننده آرام بنشینند و بدانند که مجبور نیست، تمام لحظه ها را با حرف زدن پُر کند.

- Confront رویارویی : به این منظور به کار می رود که بیمار متوجه موضوع می شود که پزشک تصور می کند او توجهی به آن ندارد و آن را انکار می کند. این فن باید با مهارت صورت گیرد، تا موجب بروز حالت دفاعی و خصمانه در بیمار نشود. *نکته : هدف از رویارویی این است تا به بیمار کمک شود تا با هر آنچه لازم است به طور مستقیم و محرمانه ای روبرو شود.

• بیماری اقدام به خودکشی کرده است اما اظهار می کند که اقدامش جدی نبوده است. درمانگر به وی می گوید : (کاری که کردید ممکن بود موجب مرگ شما شود و نشان می دهد که هم اکنون دچار ناراحتی شدیدی هستید و احتیاج به کمک دارید تا مجدداً به این اقدام دست نزنید)؛ درمانگر از کدامیک از فنون اختصاصی مصاحبه استفاده کرده است ؟ (ارشد ۹۵)

الف) تسهیل (ب) تصریح (ج) سکوت (د) رویارویی

- جواب : گزینه د.

- Clarification تصریح : روانپزشک سعی می کند جزئیات بیشتری از آنچه بیمار قبلاً داشته بدست آورد.

- Interpretation تفسیر : روانپزشک چیزی را در مورد رفتار بیمار اظهار می کند که ممکن است خود بیمار از آن آگاه نباشد. تفسیر با گوش دادن دقیق پزشک و درک داستان بیمار امکان پذیر می شود.

- Summation جمع بندی : در طول مصاحبه گاهی روانپزشک چند لحظه از فرصت استفاده کرده و خلاصه آنچه را که تا آن لحظه بیمار مطرح کرده است جمع بندی می کند، این کار پزشک، بیمار را مطمئن میکند؛ که آنچه پزشک شنیده است همانی است که او خواسته بیان کند.

- Explanation توضیح : پزشک طرح درمانی را به زبان قابل فهم برای بیمار توضیح می دهد و مجال می دهد، که او واکنش نشان داده و سئوالات خود را بپرسد با این فن پزشک به بیمار می فهماند که در مورد موضوعی خاص اطلاعات کافی اخذ شده است و بیمار را تشویق می کند که موضوع را به بیمار منتقل کند.

- Self-revelation خود افشاگری : گاهی اوقات دادن اطلاعات محدود و خود افشاگری محتاطانه از سوی پزشک ممکن است مفید باشد. پزشک در چنین حالتی باید احساس آرامش کرده و این حس را به بیمار منتقل می کند. ممکن است لازم باشد پزشک به سئوالاتی در مورد وضعیت تأهل خود اینکه اهل کجاست پاسخ دهد. پزشکی که در خودافشاگری افراط کند. از بیمار برای برآوردن نیازهای برآورده نشده زندگی خود استفاده می کند و از نقش پزشک سوء استفاده به عمل می آورد.

- Positive reinforcement تقویت مثبت : این فن به بیمار امکان می دهد که به راحتی بتواند هر مطلبی را با پزشک در میان بگذارد حتی در مورد عدم رعایت درمان نیز صحبت کند. پزشک بیمار را تشویق می کند که احساس کند هیچ گفته وی پزشک را آشفته نخواهد کرد و به این ترتیب مبادله اطلاعات تسهیل می شود.

- Reassurance اطمینان بخشی : صادقانه می تواند به افزایش اعتماد و رعایت درمان در بیمار منجر شود و پاسخ همدلانه پزشکی دلسوز تلقی گردد. اطمینان بخشی دروغین به معنای فریب دادن بیمار است. و ممکن است به میزان زیاد روی اعتماد بیمار و رعایت درمان تأثیر بگذارد. اطمینان بخشی کاذب معمولاً به منظور آرامش بخشیدن به بیمار صورت می گیرد. ولی وقتی بیمار متوجه شد که پزشک واقعیت را نگفته بعید است که بیمار اطمینان بخشی واقعی را هم بپذیرد.

- advice اندرز : در بسیاری از موقعیت ها مطلوبست که پزشک بیمار را نصیحت کند. برای اینکه اندرز مؤثر واقع شود و همدلانه درک شود، لازم است فقط پس از آنکه بیمار آزادانه در مورد مسایل خود صحبت کرد و پزشک برای توصیه های اولیه خود اطلاعات کافی بدست آورد انجام شود. اندرز دادن سریع ممکن است سبب شود، بیمار احساس کند که پزشک واقعاً گوش نمی کند یا از سر اضطراب پاسخ می دهد و یا اعتقاد دارد که پزشکان بیشتر از بیمارانش می دانند که در هر موقعیتی چه باید کرد.

- مداخلات گسترده دهنده (بسط دهنده) : شامل شفاف سازی، تداعی ها، هدایت، کاوش، گذارها، تغییر مسیر.
- مداخلات مسدود کننده : شامل پرسش های بسته- پاسخ، سئوالات ترکیبی، سئوالات چرا، سئوالات یا بیانات قضاوتی، تقلیل دادن دغدغه های بیمار، توصیه زودرس، تفسیر زودرس، گذار، ارتباط غیر کلامی.

• خاتمه مصاحبه : پزشک می خواهد بیمارانش با این احساس مصاحبه را ترک کند که مورد احترام واقع شده و درک شده و اطلاعات مهم و مناسب به گوش شنوا و آگاه رسیده است. ۱۰-۵ دقیقه آخر مصاحبه بسیار مهم است. و اغلب مصاحبه گران کم تجربه به آن توجه کافی نشان نمی دهند. مهم است که زمان باقیمانده را به بیمار اعلام کنیم. از بیمار به خاطر دادن اطلاعات ضروری تشکر کند. تاریخ قرار بعدی را مشخص کند. تجویز دارو به روشنی شرح شود.

• انتخاب مقیاس های درجه بندی روان پزشکی

- ارزیابی از کار افتادگی (WHODAS)

- مقیاس درجه بندی کوتاه روان پزشکی (BPRS)

- مقیاس سندرم مثبت و منفی (PANSS)

- مقیاس ارزیابی علائم مثبت (SAPS) و مقیاس ارزیابی علائم منفی (SANS)

- مقیاس درجه بندی هامیلتون برای افسردگی (HAM-D)

- پرسشنامه افسردگی بک (BDI)

- مقیاس درجه بندی هامیلتون برای درجه بندی اضطراب (HAM-A)

- مقیاس شدت اختلال وحشت زدگی (PDSS)

- مقیاس وسواسی جبری یل براون (YBOCS)
 - شاخص شدت اعتیاد (ASI)
 - معاینه اختلالات خوردن (EDE)
 - آزمونهای پراشتهایی عصبی- تجدیدنظر شده (BULT-R)
 - معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE)
 - پرسشنامه عصبی روان پزشکی (NPI)
 - آزمون هوش عمومی نمره گذاری شده (SGIT)
 - پرسش نامه اختلال شخصیت (PDQ)
 - چک لیست رفتاری کودک (CBCL)
 - جدول مصاحبه تشخیصی برای کودکان (DISC)
 - مقیاس درجه بندی کانرز در ارزیابی اختلال کم توجهی/ بیش فعالی (ADHD)
 - مصاحبه تشخیصی در خودماندگی- تجدیدنظر شده (ADI-R)
- معاینه جسمی در روانپزشکی؛ روانپزشک در برخورد با افراد دچار اختلالات روانی بایستی تعیین کند که آیا اختلال مزبور ناشی از بیماری ای طبی، جراحی یا عصب- شناختی است یا خیر. مرور کلی دستگاه های بدن به طور اجمالی باید صورت گیرد از جمله : سر، چشم، گوش، بینی و گلو، دستگاه تنفسی، دستگاه قلبی- عروقی، دستگاه گوارش، دستگاه ادراری- تناسلی.

سئوالات فصل دوم

۱. سئوالات بسته دارای کدام یک از ویژگی های زیر هستند ؟
- الف) دقت پایین دارند.
ب) منظور سئوالات مبهم است.
ج) پرداخت حاشیه پردازانه دارند.
د) بیمار را به سمت خاصی هدایت می کنند.
۲. کدامیک از جملات زیر در مورد مصاحبه با بیماران سایکوتیک درست است ؟
- الف) سئوالات کوتاه کمکی به تشخیص بیماری نمی کنند.
ب) سئوالات باز ممکن است موجب آشفتگی بیمار شوند.
ج) با هدیان های آن ها موقتاً موافقت کنیم.
د) با هدیان های آنها مستقیماً مقابله نماییم.
۳. در مصاحبه با بیمار افسرده بررسی کدامیک از موارد زیر ضرورت کمتری دارد ؟
- الف) وجود علائم سایکوز
ب) وجود سابقه ی خانوادگی افسردگی
ج) سابقه ی دوره ی مانیا
د) وجود افکار خودکشی
۴. اگر در مصاحبه با بیمار از مترجم استفاده شود ارزیابی کدامیک از موارد زیر مشکل تر است ؟
- الف) اختلال در ادراک
ب) اختلال در اوریانتاسیون
ج) اختلال در فرم فکر
د) اختلال در قضاوت
۵. در هنگام مصاحبه با بیمار سایکوتیک لازم است.....
- الف) بیمار دسترسی آسان به در خروجی داشته باشد.
ب) مصاحبه کننده دسترسی آسان به در خروجی داشته باشد.
ج) مصاحبه کننده و بیمار هر دو دسترسی آسان به در خروجی داشته باشند.
د) در صورت آرامش مصاحبه گر، نیازی به دسترسی هیچ یک به در خروجی نیست.
۶. کدامیک از در مورد مصاحبه با بیماران درست نیست ؟
- الف) پزشک نباید اجازه دهد بیمار ساکت باشد و بخشی از مصاحبه به سکوت بگذرد.
ب) پزشک ممکن است با حرکت سر، سخنان بیمار را تأیید کند.
ج) پزشک می تواند به مطالبی که بیمار عمداً یا غیر عمد انکار می کند اشاره کند.
د) پزشک ممکن است با یک لحن حمایتی سخنان بیمار را تکرار کند.
۷. از بیماری در شروع مصاحبه پرسیده می شود: چه کمکی از دست من برای شما بر می آید ؟ کدامیک از موارد زیر در مورد این سؤال درست است ؟
- الف) این یک سؤال باز است و برای شروع مصاحبه مناسب می باشد.
ب) این یک سؤال بسته است و برای شروع مصاحبه نامناسب است.
ج) این یک سؤال باز است و برای شروع مناسب نیست.
د) این یک سؤال بسته است و برای شروع مصاحبه مناسب می باشد.
۸. از بیماری خواسته می شود اتفاقات مهم دوران کودکی اش را شرح دهد.
- الف) این یک سؤال بسته است و کمتر از سئوالات باز هدایت می کند.

- (ب) این یک سؤال باز است و بیشتر از سئوالات بسته بیمار را هدایت می کند.
(ج) این یک سؤال باز است و کمتر از سئوالات بسته بیمار را هدایت می کند.
(د) این یک سؤال بسته است و بیشتر از سئوالات باز بیمار را هدایت می کند.

۹. پرسش های باز دارای ویژگی های زیر هستند، بجز :

- (الف) بیمار را به سمت خاصی هدایت نمی کنند.
(ب) حاشیه پردازی ایجاد می کنند و وقت گیرند.
(ج) نیت پرسش گر مشخص است.
(د) برای شروع مصاحبه مفیدند.

۱۰. رعایت کدامیک از موارد زیر در واکنش نسبت به هذیان بیماران درست است ؟

- (الف) با هذیان های بیمار باید همراهی کرد.
(ب) با هذیان های بیمار باید مقابله کرد.
(ج) بعضی هذیان ها را بر حسب موقعیت می توان تأیید یا تکذیب کرد.
(د) نباید هیچ اشاره ای به تأیید یا رد هذیان کرد.

۱۱. کدامیک از واکنش های زیر ممکن است بیماران سایکوتیک را آشفته کند ؟

- (الف) سکوت طولانی (ب) پرسش های باز (ج) تکذیب هذیان های ایشان (د) هر سه مورد

۱۲. پاسخ به کدامیک از سئوالات زیر در جریان ارزیابی بیمار اهمیت کمتری دارد ؟

- (الف) آیا بیمار سایکوتیک است؟
(ب) آیا احتمال خودکشی وجود دارد؟
(ج) آیا بیمار مهجور محسوب می شود؟
(د) آیا بیماری ناشی از اختلال طبی است؟

۱۳. مهمترین وظیفه ی اولیه ی پزشک در مصاحبه روان پزشکی با بیمار چیست ؟

- (الف) تشخیص درست بیماری وی
(ب) برنامه ریزی درمانی مناسب
(ج) برقراری ارتباط مناسب با او
(د) ارائه ی توصیه های لازم به خانواده ی بیمار

۱۴. تمام موارد، از مهارت های اصلی برای ارتباط با بیمار می باشد، بجز :

- (الف) همدلی (ب) دانش تخصصی (ج) توانایی سخن گفتن (د) توانایی برقراری رابطه

۱۵. عدم اعتماد بنیادی یعنی.....

- (الف) انتظار اینکه پزشک احتمالاً تحقیر کننده و بد رفتار است.
(ب) انتظار اینکه پزشک غالباً علاقه عمیقی به بیمار دارد.
(ج) انتظار اینکه پزشک احتمالاً بسیار خوش رفتار است.
(د) انتظار اینکه پزشک احتمالاً علاقه ای به بیمارش ندارد.

۱۶. تمام موارد زیر از رویکردهای مؤثر برای ایجاد مصاحبه کارآمد با بیمار می باشد، بجز :

- (الف) شروع مصاحبه با یک سؤال باز
(ب) شروع مصاحبه با یک سؤال بسته
(ج) طرح سئوالات بعدی و به صحبت
(د) رعایت سکوت، تکان دادن سر

۱۷. مدلی که در آن پزشک درمان را تجویز نموده و بیمار بدون چون و چرا آن را می پذیرد کدام است؟
الف) مدل استبدادی (ب) مدل آگاهی دهنده (ج) مدل تفسیری (د) مدل مشورتی
۱۸. در کدام مدل ارتباط پزشک با بیمار، پزشک مثل یک دوست یا مشاور بیمار عمل می کند؟
الف) مدل استبدادی (ب) مدل آگاهی دهنده (ج) مدل تفسیری (د) مدل مشورتی
۱۹. وقتی پزشکی آمار بقای ۵ ساله روش های درمانی مختلف سرطان پستان را ذکر می کند، از کدام مدل ارتباط پزشک با بیمار استفاده کرده است؟
الف) مدل استبدادی (ب) مدل آگاهی دهنده (ج) مدل تفسیری (د) مدل مشورتی
۲۰. زمانیکه پزشک چیزی را در مورد رفتار بیمار اظهار می کند که ممکن است خود بیمار از آن آگاه نباشد از چه رویکردی بهره برده است؟
الف) جمع بندی (ب) تصریح (ج) تفسیر (د) تسهیل

نکته مهم: داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوات دیگر نیاز به خرید هیچ گونه کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱/۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

۰۱۳/۴۲۳۴۲۵۴۳ (لاهیجان)

خرید اینترنتی:

Shop.nokhbegaan.ir