



روان پرستار کا

نویسنده

محمد ایمانی پور

زیر نظر

نیما پور غلام امجدی

سرشناسه	ایمانی پور، محمد، ۱۳۷۲ -
عنوان و نام پدیدآور	صفر تا صد روان پرستاری / نویسندگان محمد ایمانی پور، نیما پورغلام امیجی.
مشخصات نشر	تهران: انتشارات علمی سنا، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری	۳۹۲ ص.
فروست	... سری کتاب های صفر تا صد.
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۱۰۲-۹
وضعیت فهرست نویسی	فیا
موضوع	روان پرستاری -- راهنمای آموزشی (عالی)
موضوع	Study and teaching (Higher) -- Psychiatric nursing
موضوع	بهداشت روانی -- راهنمای آموزشی (عالی)
موضوع	Mental health -- Study and teaching (Higher)
شناسه افزوده	پورغلام امیجی، نیما، ۱۳۷۲ -
رده بندی کنگره	۷۳۶۸۰۷۶/۶۱۰ RC ۱۳۹۷۴۴۰/۷ ص ۱۹ الف /
رده بندی دیویی	۷۳۶۸۰۷۶/۶۱۰
شماره کتابشناسی ملی	۵۲۱۰۴۵۳



مؤسسه علمی انتشاراتی سنا

نام کتاب	صفر تا صد روان پرستاری
نویسنده	محمد ایمانی پور
زیر نظر	نیما پور غلام امیجی
شابک	۹۷۸ - ۶۰۰ - ۴۸۸ - ۱۰۲ - ۹
نوبت چاپ	دوم - ۱۴۰۳
صفحه آرای	انتشارات علمی سنا
طراح جلد	علیرضا زمانی
پست الکترونیک	elmisana@gmail.com
فروش اینترنتی	sanabook.com
تیراژ	۱۰۰ نسخه
قیمت	برای مشاهده قیمت اسکن کنید.



(دفتر مرکزی: تهران میدان انقلاب) آدرس دقیق در سایت و یا اسکن کد پشت جلد

تلفن: ۰۲۱ ۶۶۵۷۴۳۴۵ - ۶

مقدمه‌ی ناشر

بسمه تعالی

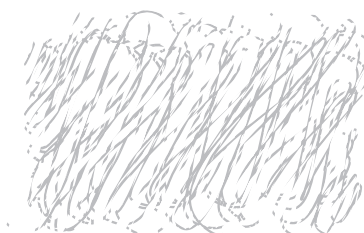
«همت بلند دار که نزد خداوند و خلق باشد به قدر همت تو اعتبار تو»

هم‌اکنون در بین کتب پرشمار حوزه پرستاری، وجود کتابی با نگارش جدید و براساس رفرنس‌های سال‌های اخیر کاملاً احساس می‌شود. به لطف خداوند مهربان و با پشتکار نویسنده عزیز جناب آقای محمد ایمانی‌پور و همکار محترم ایشان آقای دکتر پورغلام، کتاب صفر تا صد روان‌پرستاری به مرحله چاپ رسید. این کتاب نمونه‌ای کم‌نظیر برای دانشجویان رشته پرستاری، داوطلبان آزمون‌های تحصیلات تکمیلی و آزمون‌های بین‌المللی همچون RN و ... می‌باشد. در کنار محتوای علمی باارزش نگارش شده، جلوه‌های بصری و گرافیکی که به آن اضافه شده است، باعث می‌شود خواننده از مطالعه آن لذت ببرد.

در نهایت از تمامی همکاران خودمان در بخش تولید مؤسسه علمی انتشاراتی سنا کمال تشکر را داشته و از خوانندگان عزیز در صورت وجود اشتباه تایپی که سعی شده است به کمترین میزان باشد، پیشاپیش عذر خواهیم. از کلیه اساتید و دانشجویان خواهشمندیم که در صورت وجود اشکال علمی و املائی اشکالات آن را به ما اطلاع دهند تا در چاپ‌های بعدی کتاب به بهترین حالت ممکن عرضه گردد.

مدیریت مؤسسه علمی انتشاراتی سنا «سامانه نوین‌آموز»

دکتر منیره ملکی - دکتر هادی طغیانی



با فراش و ثبت کد بالا در سایت bookadds.ir می‌توانید به موارد زیر دسترسی پیدا کنید:

- ۱: دریافت فایل ویرایش های علمی و املایی کتاب
- ۲: لیست فیلم‌های آموزشی مربوط به کتاب در App همراه سنا
- ۳: دانلود رایگان سؤالات آزمون‌های وزارت بهداشت
- ۴: دانلود رایگان تصاویر و انیمیشن‌های مرتبط با مباحث



ویژگی فیلم‌های آموزشی:

- تدریس توسط اساتید مؤسسه سنا
- آموزش روان و سلیس مطالب
- صرفه‌جویی در زمان و دسترسی در هر مکان (تلفن همراه)
- قابلیت تکرار و مشاهده چندباره فیلم‌ها
- و ...

مقدمه‌ی نویسنده

تقدیم به

پدر و مادر عزیز و مهربانم

که در سختی‌ها و دشواری‌های زندگی همواره دلسوز و فداکار و پشتیبانی محکم و مطمئن
برایم بوده‌اند.

به نام خالق هستی

سپاس خداوند یکتا را که به اینجانب فرصت تألیف و تدوین این کتاب را عطا فرمود تا
بتوانم تکلیف حرفه‌ای خود را در زمینه‌ی تأمین یک منبع مناسب برای درس پرستاری
بهداشت روان ادا کنیم.

کتاب حاضر در ۳۰ فصل تدوین شده است که تمام مطالب پرستاری بهداشت روان ۱ و
۲ را به طور کامل پوشش می‌دهد. تا حد ممکن تلاش شده است ضمن آنکه تمام مطالب
درس پرستاری بهداشت روان آورده می‌شود، از اضافه‌گویی نیز پرهیز شود تا دانشجویان
در هنگام مطالعه خسته نشوند. علاوه بر متن اصلی کتاب که تلاش شده است متنی
روان و جامع باشد؛ مواردی تکمیلی با عناوین (نکته) و (توجه) و تعدادی تست پرتکرار
آزمون ارشد پرستاری وزارت بهداشت در کتاب گنجانده شده است تا دانشجویان را در
یادگیری هرچه بهتر مطالب یاری کند. توصیه‌ی اینجانب به عنوان مؤلف این کتاب به
شما دانشجویان بزرگوار این است که اگر برای اولین بار این کتاب را مطالعه می‌فرمایید،
از فصل اول کتاب شروع به مطالعه نمایید؛ زیرا فصل‌های کتاب به گونه‌ای مرتب شده‌اند
که خواندن هر فصل به درک هرچه بهتر فصل بعدی کمک بسزایی می‌کند و بازدهی
مطالعه را دوچندان خواهد کرد. به جرأت می‌توانم به دانشجویانی که برای آمادگی
در آزمون کارشناسی ارشد یا آزمون‌های استخدامی این کتاب را برای مطالعه انتخاب
کرده‌اند، اعلام نمایم که به کتاب دیگری برای مطالعه‌ی درس روان‌پرستاری نیاز پیدا
نمی‌کنند؛ اما توصیه می‌کنم برای تثبیت یادگیری خود از کتاب‌های تست‌آموز سنا نیز
استفاده نمایند.

جهت رفع نواقص احتمالی این کتاب، انتظار می‌رود تا اساتید و دانشجویان گرامی اینجانب
را از راهنمایی‌های خود محروم نسازند و نظرات و پیشنهادات خود را به آدرس زیر ارسال
نمایند.

فهرست مطالب

فصل ۱

۱	تاریخچه روان پزشکی و روان پرستاری
۲	تاریخچه روان پزشکی در جهان
۵	تاریخچه روان پرستاری در جهان
۵	تاریخچه روان پزشکی و روان پرستاری در ایران

فصل ۲

۷	بهداشت روان
۸	مقدمه
۸	تعاریف بهداشت روان
۹	اختلال روانی
۱۰	معیارهای بهداشت روان
۱۰	اصول بهداشت روان
۱۱	حدود و اهداف بهداشت روان
۱۲	برنامه کشوری بهداشت روان
۱۲	ویژگی‌های مهم برنامه کشوری بهداشت روان
۱۳	سطوح پیشگیری در بهداشت روان
۱۵	بهداشت روان در مراحل مختلف زندگی
۱۶	عوامل مؤثر در تامین بهداشت روان
۱۶	نقش خود در بهداشت روان
۱۶	نقش خانواده در بهداشت روان
۱۸	نقش مدرسه در بهداشت روان
۱۹	نقش اجتماع در بهداشت روان

فصل ۳

۲۱	روان پرستاری
۲۲	مقدمه
۲۲	تعریف روان پرستاری
۲۲	وظایف روان پرستاران
۲۳	تعریف نقش
	تفاوت نقش پرستار در بیمارستان‌های عمومی
۲۳	و روان پزشکی
۲۴	آینده روان پرستاری

فصل ۴

۲۵	محیط درمانی و آشنایی با مراکز روان پزشکی
۲۶	محیط درمانی
۲۶	بیمارستان با درب های باز
۲۶	عوامل تشکیل دهنده محیط درمانی
۲۷	نقش پرستار در محیط درمانی
۲۷	مراکز روان پزشکی

فصل ۵

	رویکردهای روان شناختی (نظریه‌های شخصیت)
۳۱	
۳۲	مقدمه
۳۲	رویکردهای روان کاوی
۴۱	رویکردهای پدیدار شناختی (انسان گرایانه)
۴۳	رویکردهای رفتار گرایی
۴۴	رویکردهای اجتماعی - شناختی (آلبرت بندورا)
۴۴	رویکردهای شناختی

فصل ۶

۴۷	انسان و توانایی های او
۴۸	مقدمه
۴۸	تعریف انسان
۴۸	تعریف انسان از دیدگاه های مختلف
۴۹	تکامل اخلاقی پیاژه
۴۹	تکامل اخلاقی کوهلبرگ
۵۰	ابعاد مختلف انسان
۵۰	صفات و ویژگی های مشترک انسان
۵۱	توانایی های بالقوه و بالفعل انسان

فصل ۷

۵۳	انگیزه و نیاز
۵۴	انگیزه و تعاریف آن
۵۴	نظریه های روان شناختی در مورد انگیزه
۵۶	نیاز های اساسی و نقش آن ها در شخصیت
۵۶	تعریف نیاز
۵۷	طبقه بندی نیازها بر اساس تئوری مازلو
۵۸	انواع نیازها و اهمیت آن ها در شخصیت انسان
۶۰	تئوری نیاز زیستی، تعلق و رشد (ERG)
۶۰	تئوری نیازهای اکتسابی

فصل ۸

۶۱	مفهوم خود (خود پنداره)
۶۲	مفهوم خود و تعاریف آن
۶۳	علل پیدایش خود پنداره
۶۳	رشد و تکامل خود پنداره
۶۴	انواع خود از دیدگاه کارن هورنای
۶۴	اجزای خود
۶۶	عوامل تنش زای مفهوم خود
۶۶	عوامل تنش زای تصویر ذهنی از جسم
۶۶	عوامل تنش زای اعتماد به نفس

عوامل تنش زای نقش	۶۶
انواع عزت نفس براساس منابع تأمین کننده	۶۷
عوامل مؤثر در رشد عزت نفس	۶۷
علل ایجاد اعتماد به نفس پایین	۶۷
مداخلات پرستاری در عزت نفس پایین	۶۷
خودکارآمدی	۶۷
رابطه عزت نفس و سلامت روان	۶۸
خصوصیات افراد با اعتماد به نفس بالا	۶۸
خصوصیات افراد با اعتماد به نفس پایین	۶۸

فصل ۹

استرس	۶۹
مقدمه	۷۰
تعاریف استرس	۷۰
عوامل استرس زا	۷۰
ویژگی های عوامل استرس زا	۷۰
پاسخ های فیزیولوژیکی و روان شناختی استرس	۷۱
استرس و تغییرات زندگی	۷۲
ارتباط استرس با اختلالات جسمی	۷۲
مدیریت استرس	۷۲
فرآیند پرستاری در استرس	۷۹

فصل ۱۰

بحران	۸۳
بحران و تعاریف آن	۸۴
فرآیند داغ دیدگی در کودکان	۸۴
مراحل بحران از دیدگاه بالو	۸۴
مراحل بحران از دیدگاه کاپلان	۸۵
مراحل سوگ از دیدگاه بالبی	۸۵
پاسخ انسان به بحران	۸۶
انواع بحران	۸۶
عوامل متعادل کننده بحران	۸۷
پیشگیری از بحران	۸۷
روش های درمان بحران	۸۷
مداخله در بحران	۸۸
روش های مداخله در بحران	۸۸
مداخلات پرستاری در مددجویان داغ دیده	۸۹
فرآیند پرستاری در بحران	۸۹

فصل ۱۱

ارتباط و ارتباط درمانی	۹۱
مقدمه	۹۲
تعریف ارتباط	۹۲
عناصر اصلی ارتباط	۹۲
انواع ارتباط	۹۲
انواع پیام	۹۳
عوامل مؤثر در ارتباط	۹۴
ویژگی های یک ارتباط مؤثر	۹۵
تعریف ارتباط درمانی	۹۸
اهداف ارتباط درمانی	۹۸
مراحل ارتباط درمانی	۹۸
تکنیک های ارتباط درمانی	۱۰۰
موانع ارتباط درمانی	۱۰۴
مصاحبه	۱۰۶

فصل ۱۲

علامت شناسی در اختلالات روانی	۱۰۹
اختلالات تفکر	۱۱۰
اختلالات ادراک	۱۱۶
اختلالات هیجانی	۱۱۸
اختلالات رفتاری حرکتی	۱۲۰
اختلالات حافظه	۱۲۱
اختلال در هوشیاری	۱۲۳

فصل ۱۳

فرآیند پرستاری در اختلالات روانی	۱۲۵
مقدمه	۱۲۶
بررسی و شناخت	۱۲۶
تشخیص پرستاری	۱۲۷
برنامه ریزی	۱۲۷
مداخلات پرستاری	۱۲۸
ارزشیابی	۱۲۸

فصل ۱۴

عوامل مؤثر در اختلالات روانی	۱۲۹
مقدمه	۱۳۰
طبقه بندی عوامل مؤثر بر بیماری های روانی	۱۳۰

فصل ۱۵

نقش مذاهب الهی در پیشگیری و درمان اختلالات روانی	۱۳۹
مقدمه	۱۴۰
مذهب و بهداشت روان	۱۴۰
مذهب و بیماری های روانی	۱۴۰

عبادات و بهداشت روان	۱۴۰
پرستارو اعتقادات مذهبی بیمار	۱۴۱
فصل ۱۶	
طبقه‌بندی اختلالات روانی	۱۴۳
تعریف اصطلاحات در روان پزشکی	۱۴۴
ویژگی‌های بیماران روانی	۱۴۴
سیستم‌های طبقه‌بندی اختلالات روانی	۱۴۴
سیستم طبقه‌بندی ICD	۱۴۴
سیستم طبقه‌بندی DSM	۱۴۵
سایر طبقه‌بندی‌های اختلالات روانی	۱۴۵
طبقه‌بندی اختلالات روانی طبق DSM-IV-TR	۱۴۶
ارزیابی چند محوری DSM-IV-TR	۱۵۳
فصل ۱۷	
اختلالات سایکوتیک	۱۵۷
اختلالات سایکوتیک (روان پریشی یا جنون)	۱۵۸
اسکیزوفرنی	۱۵۸
همه‌گیرشناسی	۱۵۹
سبب‌شناسی	۱۵۹
نظریه‌های روانشناختی در مورد اسکیزوفرنی	۱۶۰
علائم و نشانه‌ها	۱۶۱
انواع اسکیزوفرنی	۱۶۳
سایر انواع اسکیزوفرنی	۱۶۴
تشخیص افتراقی	۱۶۵
سیر بیماری و پیش‌آگهی	۱۶۵
درمان	۱۶۶
سایر سندرم‌های سایکوتیک	۱۶۸
فرآیند پرستاری در اختلالات اسکیزوفرنی، هذیانی و سایر اختلالات سایکوتیک	۱۷۴
فصل ۱۸	
اختلالات اضطرابی	۱۷۹
اضطراب و اختلالات اضطرابی	۱۸۰
تفاوت ترس و اضطراب	۱۸۰
نظریه‌های اضطراب	۱۸۱
اختلال اضطرابی فراگیر (منتشر)	۱۸۲
اختلال هراس و گذرهراسی	۱۸۳
اختلالات فوبی	۱۸۶
اختلال وسواسی - جبری	۱۸۹
اختلال استرس پس از سانحه PTSD	۱۹۲
اختلال استرس حاد	۱۹۵
تشخیص‌ها و مداخلات مناسب در اختلالات اضطرابی	۱۹۵
فصل ۱۹	
اختلالات خلقی	۱۹۷
مقدمه	۱۹۸
طبقه‌بندی اختلالات خلقی طبق DSM-IV-TR	۱۹۸
علائم بالینی مربوط به افسردگی	۲۰۵
علائم بالینی مربوط به مانیا	۲۰۷
اختلالات افسردگی	۲۰۷
همه‌گیرشناسی	۲۰۷
سبب‌شناسی	۲۰۸
سیر و پیش‌آگهی	۲۱۰
درمان	۲۱۰
فرآیند پرستاری در اختلالات افسردگی	۲۱۱
اختلالات دو قطبی	۲۱۳
همه‌گیرشناسی	۲۱۳
تشخیص افتراقی	۲۱۳
سیر و پیش‌آگهی	۲۱۳
درمان	۲۱۴
فرآیند پرستاری در مانیا	۲۱۴
فصل ۲۰	
اختلالات شخصیت	۲۱۷
مقدمه	۲۱۸
ویژگی‌های کلی اختلالات شخصیت	۲۱۸
تشخیص	۲۱۸
طبقه‌بندی اختلالات شخصیت	۲۱۸
تشخیص‌ها و مداخلات پرستاری	۲۱۸
در اختلالات شخصیتی	۲۳۶
فصل ۲۱	
درمان‌ها در روان پزشکی	۲۳۷
درمان‌های زیست‌شناختی	۲۳۸
الف - داروهای روان پزشکی	۲۳۸
نقش پرستار در دارودرمانی اختلالات روانی	۲۵۴
ب - سایر درمان‌های زیست‌شناختی	۲۵۵
جراحی روانی	۲۵۵
درمان با تشنج برقی E.C.T	۲۵۶
نوردرمانی	۲۵۹
روان درمانی	۲۵۹
فصل ۲۲	
اختلالات روان‌تنی	۲۶۷
تعریف اختلالات روان‌تنی	۲۶۸
برخی از اختلالات روان‌تنی	۲۶۹
تشخیص‌ها و مداخلات پرستاری	۲۶۹
در اختلالات روان‌تنی	۲۷۲

فصل ۲۳

تشخیص ها و مداخلات پرستاری در اختلالات شناختی
۳۰۹

فصل ۲۶

اختلالات تجزیه‌ای ۳۱۳
مقدمه ۳۱۴
انواع اختلالات تجزیه‌ای ۳۱۴
فراموشی تجزیه‌ای ۳۱۴
گریز تجزیه‌ای ۳۱۶
اختلال هویت تجزیه‌ای (اختلال شخصیت چندگانه) ۳۱۷
اختلال مسخ شخصیت ۳۱۸
اختلال تجزیه‌ای که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است ۳۱۹
تشخیص‌ها و مداخلات پرستاری در اختلالات تجزیه‌ای ۳۱۹

فصل ۲۷

اختلالات مرتبط با مواد ۳۲۱
مقدمه ۳۲۲
اختلالات مصرف مواد ۳۲۲
اختلالات ناشی از مصرف مواد ۳۲۴
اختلالات وابسته به الکل ۳۲۴
اختلالات مرتبط با الکل ۳۲۶
اختلالات وابسته به مواد افیونی ۳۲۹
اختلالات وابسته به حشیش ۳۳۰
اختلالات وابسته به کوکائین ۳۳۲
اختلالات وابسته به آمفتامین ۳۳۳
اختلالات وابسته به داروهای ضد اضطراب، خواب‌آور و مسکن ۳۳۴
اختلالات وابسته به توهم زها ۳۳۴
اختلالات وابسته به مواد استنشاقی ۳۳۶
اختلالات وابسته به کافئین ۳۳۶
اختلالات وابسته به نیکوتین ۳۳۷
اختلالات وابسته به فن سیکلیدین ۳۳۹
سوء مصرف استروئیدهای آنابولیک ۳۳۹
فرایند پرستاری در اختلالات مرتبط با مواد ۳۴۰

فصل ۲۸

اختلالات جنسی ۳۴۳
مقدمه ۳۴۴
جنسیت ۳۴۴
هویت جنسی ۳۴۴
نقش جنسی ۳۴۴

اختلالات انطباقی و کنترل تکانه ۲۷۵
اختلالات انطباقی ۲۷۶
اختلالات کنترل تکانه ۲۷۹
اختلال سلوک ۲۸۰

فصل ۲۴

اختلالات شبه جسمی، ساختگی و تمارض ۲۸۱
مقدمه ۲۸۲
انواع اختلالات شبه جسمی ۲۸۲
اختلال جسمانی کردن ۲۸۲
اختلال تبدیلی ۲۸۴
خودبیمارانگاری ۲۸۷
اختلال بدریختی بدن ۲۸۹
اختلال درد ۲۹۰
اختلال شبه جسمی نامتمایز ۲۹۱
اختلال شبه جسمی که به گونه‌ای دیگر

طبقه‌بندی نشده است ۲۹۱
تشخیص‌ها و مداخلات پرستاری
در اختلالات شبه جسمی ۲۹۲
اختلالات ساختگی ۲۹۳
تمارض ۲۹۴

فصل ۲۵

اختلالات شناختی (اختلالات روانی عضوی) ۲۹۷
مقدمه ۲۹۸
دلیریوم ۲۹۸
دمانس (زوال عقل) ۳۰۱
اختلالات فراموشی ۳۰۵
اختلالات روانی ناشی از یک اختلال طبی عمومی و مصرف مواد ۳۰۷
اختلالات سایکوتیک ناشی از یک اختلال طبی عمومی و مصرف مواد ۳۰۷
اختلالات خلقی ناشی از اختلال طبی عمومی و مصرف مواد ۳۰۷
اختلالات اضطرابی ناشی از اختلال طبی عمومی و مصرف مواد ۳۰۸
اختلالات کنش جنسی ناشی از اختلال طبی عمومی و مصرف مواد ۳۰۸
اختلالات خواب ناشی از اختلال طبی عمومی و مصرف مواد ۳۰۸
تغییر شخصیت ناشی از اختلال طبی عمومی و مصرف مواد ۳۰۹

همه گیرشناسی بی‌اشتهایی روانی	۳۴۴	جهت گیری جنسی (گرایش جنسی)	۳۴۴
و پرخوری روانی	۳۵۴	رفتار جنسی	۳۴۴
پرخوری وسواسی	۳۵۷	انواع اختلالات جنسی	۳۴۵
علل اختلالات خوردن	۳۵۷	اختلالات عملکرد جنسی	۳۴۵
درمان ها	۳۵۸	اختلالات میل جنسی	۳۴۵
مداخلات پرستاری در اختلالات خوردن	۳۵۹	اختلالات انگیزش جنسی	۳۴۵
فصل ۳۰		اختلالات ارگاسمی	۳۴۶
فوریت های روان پزشکی	۳۶۱	اختلالات درد جنسی	۳۴۶
مقدمه	۳۶۲	اختلالات جنسی ناشی از اختلال طبّی عمومی	۳۴۶
مصاحبه در فوریت های روان پزشکی	۳۶۲	اختلالات جنسی ناشی از مواد	۳۴۷
خودکشی	۳۶۲	اختلالات جنسی که به گونه ای دیگر	
همه گیرشناسی خودکشی	۳۶۲	مشخص نشده است (NOS)	۳۴۷
سبب شناسی خودکشی	۳۶۴	انحرافات جنسی	۳۴۷
خشونت و رفتار تهاجمی	۳۶۵	۱- اختلال در هدف جنسی (پارافیلیا)	۳۴۷
مداخلات پرستاری در خشونت و رفتار تهاجمی	۳۶۵	۲- اختلال در هویت جنسی	۳۴۹
مهار فیزیکی و نکات آن	۳۶۶	سبب شناسی نارسایی ها و انحراف جنسی	۳۵۱
خودزنی	۳۶۶	سیر و پیش آگهی انحرافات جنسی	۳۵۱
جرح خویشتن	۳۶۶	تشخیص های افتراقی انحرافات جنسی	۳۵۱
تجاوز به عنف و سوء رفتار جنسی	۳۶۶	درمان اختلالات جنسی	۳۵۱
پیمان های خودکشی	۳۶۶	تشخیص ها و مداخلات پرستاری در اختلالات جنسی	
خودکشی های سالگرد	۳۶۷		۳۵۲
بازماندگان خودکشی	۳۶۷	فصل ۲۹	
افکار خودکشی و اقدامات پرستاری		اختلالات خوردن	۳۵۳
مربوط به آن	۳۶۷	مقدمه	۳۵۴
پیوست		انواع اختلالات خوردن	۳۵۴
سوالات کنکور ارشد دو سال اخیر	۳۶۹	بی‌اشتهایی روانی	۳۵۴
منابع و مآخذ	۳۷۵	پرخوری روانی	۳۵۴

۱

تاریخچه روان پزشکی و روان پرستاری

تاریخچه روان پزشکی در جهان

تاریخچه بیماری های روانی با تاریخچه وجود انسان آغاز شده است. برای قرن ها با بیمارانی که از اختلالات ذهنی (mental disorders) رنج می بردند به شیوه های کاملاً وحشیانه و بدوی برخورد می شد. این باور که علت اختلالات ذهنی، شیاطین و نیروهای متافیزیکی هستند، یک باور رایج بود. شیوه متداول درمان بیماران ذهنی این بود که شرایط بدنی بیمار را به قدری نامناسب کنند تا شیطان مجبور به ترک بدن او گردد. از این رو بیمار را با آب جوش غسل می دادند، او را شلاق می زدند، به او گرسنگی می دادند یا او را شکنجه می کردند. در دوران باستان برای درمان بیماران روانی از جادوگران استفاده می شد و جن گیری و جن شناسی رواج پیدا کرد. این دوران را دوران جن شناسی می نامند. در دوران باستان علت بیماری های روانی را نفوذ ارواح پلید و شیطانی به بدن انسان به دلیل ارتکاب به گناه می دانستند. در مجموعه هایی که از این دوران به دست آمده است مشخص شده است که این افراد برای خارج کردن ارواح پلید مجموعه را سوراخ می کردند. عبری ها بیماری های روانی را تنبیه خدا دانسته و درمان آن را اساساً در جهت جبران و کسب رضایت خداوند می دانستند.

در عهد کلاسیک یونان و روم، تلاش های مهمی برای درمان منطقی تر و انسانی تر بیمار روانی انجام گرفت و نخستین اقدامات رویکرد طبی به بیماری های روانی پدید آمد. رویکرد انسانی و منطقی که در دوران کلاسیک پدید آمد حاصل تلاش افرادی همچون فیثاغورث، بقراط، افلاطون، ارسطو و اسکندر بود. بقراط به دلیل بنیانگذاری نگرشی جدید در امر تشخیص و درمان بیماری ها، لقب پدر پزشکی نوین را به خود اختصاص داد. وی عقاید خرافی و مسائل ماورای طبیعت را در مورد بیماری های روانی رد نمود. او بیماری های روانی را مانند سایر بیماری های جسمی می دانست و بر علل طبیعی بیماری ها تأکید داشت. اولین بار بقراط بود که برای اختلالات روانی علت عضوی و زیست شناختی در نظر گرفت. او معتقد بود هرگونه آسیب به مغز و عدم توازن اخلاط چهارگانه خون، بلغم، صفرا و سودا موجب اختلال در کارکرد مغز و در نتیجه بروز بیماری های روانی می شود. او همچنین به استعداد روانی اشاره کرده و

اختلالات روانی را به ورم مغزی، مانی و ملانکولی طبقه بندی کرد. او هیستری را ناشی از سرگردانی رحم در بدن زنان می دانست و به نظر او فقط زنان به هیستری مبتلا می شدند و درمان آن را ازدواج و بارداری می دانست. او برای افسردگی خصوصیتی را مطرح کرده بود و ارتباط بین افسردگی و مانی را شرح داده بود؛ که این ارتباط امروزه به اختلال دو قطبی مشهور است. او بر فیزیکی بودن درمان تأکید داشت و از روش های آب درمانی، ماساژ، رژیم های غذایی مخصوص، هیپنوتیزم، فصد و داروها برای درمان بیماران روانی استفاده می کرد.

افلاطون اولین کسی بود که نظریه ی روان تنی را به معنی تفکیک ناپذیر بودن جسم و روان بیان نمود. او بیماری های روانی را ناشی از اختلالات روانی و اخلاقی می دانست. به عقیده ی او اختلال در روان باعث اختلال در جسم می شود؛ بنابراین نمی توان جسم را بدون توجه به روان، درمان نمود. تأکید او بر آموزش بهداشت جسم، تقویت قدرت های ذهنی، روانی و عادات صحیح زندگی کردن بود.

ارسطو پیرو نظریه اخلاط چهارگانه بود. او قلب را مرکز احساسات، موضوعات انسانی و روح انسانی و مغز را مرکز عقل و هوش می دانست. او بر اهمیت کل موجود زنده تأکید داشت و فرق بین موقعیت های ارثی و اکتسابی را شرح داد. او معتقد بود مغز با عقل ارتباط داشته اما با احساسات ارتباطی ندارد.

اسکلیپادس برای اولین بار تفاوت بین بیماری های حاد و مزمن روانی را متوجه شد. او خطاهای حسی، هذیان ها و توهمات را از هم تفکیک کرد و لقب پدر علم روان پزشکی را به خود اختصاص داد.

آرتئوس به اهمیت عوامل هیجانی و شخصیت قبلی شخص مبتلا به اختلال روانی اشاره کرد. او جنبه های مختلف مانی و مالیخولیا را توصیف کرد و هر دوی آنها را تظاهر یک نوع بیماری می دانست؛ امروزه هر دوی این اختلالات را به عنوان اختلال خلقی می دانند.

جالینوس اختلالات روانی را به دو دسته جسمی و روانی تقسیم کرد. او با مطالعه دستگاه عصبی انسان و توصیف ارتباط آن با رفتار انسان، خدمات ارزنده ای را برای تشخیص و درمان اختلالات روانی ارائه کرد. در قرون وسطی و با سقوط امپراطوری روم، قدرت کلیساها

برای درمان هیستری استفاده کرد. فعالیت های او زمینه را برای اعتقاد به نقش عوامل روان شناختی در ایجاد اختلالات روانی و به وجود آمدن هیپنوتیزم فراهم کرد.

درمان اخلاقی و معنوی که توسط فلاسفه قدیم مطرح شده بود در قرن ۱۸ میلادی گسترش یافت و بنیامین راش جهت درمان بیماران روانی از این روش استفاده کرد. بنجامین راش در آمریکا به پدر علم روان پزشکی شهرت دارد. او معتقد بود که علت اختلالات روانی، افزایش خون در مویرگ های مغز می باشد؛ لذا از درمان هایی مثل حجامت، داروهای مسهل و تهوع آور استفاده می کرد تا جریان خون مغز را کاهش دهد. او بر نظافت محیط، کاردرمانی و محبت به بیماران روانی تأکید داشت.

فیلیپ پینل پایه گذار درمان اخلاقی برای بیماران روانی بود. او اولین اقدام انسان گرایانه در مورد بیماران روانی را انجام داد و برای اولین بار اقدام به بازکردن زنجیرها از دست و پای بیماران نمود و دستور داد از شکنجه و آزار آن ها اجتناب کنند و همانند یک انسان با آن ها رفتار شود. ویلیام توک نقش مؤثری در افزایش اطلاعات و آگاهی مردم راجع به بیماری های روانی داشت. او بیماران روانی را در بیمارستان روانی یورک جمع نمود؛ بیماران در آنجا درباره ی مشکلات خود صحبت می کردند و می توانستند دعا و نیایش کنند.

آدولف مایر تئوری سایکوبیولوژیک را مطرح کرده و معتقد بود که محیط فردی بر تمامیت شخصیت انسان تأثیر دارد. جیمز برید، جراح و چشم پزشک اسکاتلندی در دهه ی ۱۸۴۰ میلادی بطور اتفاقی متوجه شد که می توان با ثابت نگهداشتن نگاه بر یک شیء روانی ایجاد هیپنوتیزم کرد. او هیپنوتیزم را جایگزین مغناطیسم حیوانی کرد و به این نتیجه رسید که ویژگی عمده روش مسمر، تلقین است. ژان مارتین شارکو معتقد بود تظاهرات هیستریک در اثر یک ایده بیمارگونه ایجاد می شود و علایم آن توسط هیپنوتیزم قابل درمان است. او هیپنوتیزم را مورد مطالعه قرار داد و از آن در تشخیص افتراقی هیستری استفاده کرد.

جوزف بروئر، هیستری را به کمک هیپنوتیزم درمان نمود. او متوجه شد که رهایی هیجانناات سرکوب شده به رفع علایم منجر می شود.

امیل کرپلین، بیماری های روانی را طبقه بندی کرد. او اختلالات روانی را به دو دسته ی بیماری های مربوط به

زیاد شد و دوباره خرافات بین مردم رایج شد. در این دوران، مراقبت از بیماران در کلیساها انجام می گرفت و برای درمان بیماران از دعا و جادو همراه تنبیه و مجازات استفاده می شد. در اواخر قرون وسطی، مراکزی جهت نگهداری بیماران روانی در شهرهای مختلف تأسیس شد اما شیوه برخورد با بیماران مناسب نبود و آن ها را در اتاق های کوچک و تاریک به زنجیر می کشیدند.

همزمان با قرون وسطی، در کشورهای اسلامی به بیماران روانی توجه بیشتری می شد؛ تا جایی که در سال ۷۹۳ میلادی اولین مکان نگهداری برای بیماران روانی در شهر بغداد تأسیس شد. ابوبکر محمد زکریای رازی در کتاب های مختلف خود به موضوعاتی همچون حالات روحی آدمی، بهداشت روانی و پیشگیری از بیماری ها پرداخته است. ابوعلی سینا از شیوه های خاصی برای درمان اختلالات روانی استفاده می کرد. او در کتاب "قانون در طب" نوشته است که آشفتگی های روانی می توانند به بروز اختلالات جسمانی منجر شوند. او در این کتاب توضیحاتی را درباره ی هیستری، صرع، مانیا و مالیخولیا داده است.

از اوایل قرن ۱۶ میلادی نهضتی علمی علیه باورها و خرافاتی که رایج بود آغاز شد؛ این خرافات تاحدی زیاد بود که بر همه ی امور زندگی مردم در غرب غلبه پیدا کرده بود. از اواخر قرن ۱۷ میلادی به تدریج عقاید علمی و انسانی جایگزین جن گیری و جادوگری شد. در این دوران (قرون ۱۶ تا ۱۸ میلادی) که به دوران رنسانس نیز شهرت دارد، تغییرات چشمگیری در درمان و مراقبت از بیماران روانی به وجود آمد. در دوران رنسانس اولین بیمارستان روانی در شهر والنسیای اسپانیا با هدف درمان بیماران مصروع ساخته شد.

جوهان ویر اولین پزشکی بود که به مطالعه رفتار انسان و بیماری های روانی پرداخت. به همین دلیل او را اولین روان پزشک نامیده اند. او افرادی را که از روش های جادوگری برای درمان بیماران روانی استفاده می کردند را مبتلا به اختلالات روانی می دانست.

فرانس آنتوان مسمر معتقد بود که بدن تحت تأثیر نوعی مایع مغناطیسی نامرئی قرار دارد که توزیع نامتعادل آن در بدن منجر به بیماری خواهد شد. او مدعی بود می تواند با القاء نیروی مغناطیسی، این تعادل را مجدداً برقرار سازد؛ او این پدیده را مغناطیسم حیوانی نامید. او اصل تلقین پذیری و پیشنهاد را مطرح کرد و درمان به وسیله ی تلقین را ابداع نمود و از آن

۳

روان پرستاری

مقدمه

تندرستی تنها به معنای بیمار نبودن نیست؛ بلکه سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی می باشد. سلامت جسم و روان به هم وابسته اند؛ در نتیجه پرستاری که مسئول مراقبت از وضع جسمی بیماران است باید به جنبه های روحی بیمار نیز توجه کند.

نکته

مهمترین وظیفه روان پرستار، ایجاد نگرش درست نسبت به افراد و دید مثبت به سلامت روان در جامعه می باشد.

تعریف روان پرستاری

روان پرستاری قسمتی از پرستاری عمومی می باشد که وظایفی همچون مراقبت از سلامت روانی بیماران، پیشگیری از بروز بیماری، آموزش راجع به داروهای روان پزشکی و عوارض ناشی از آن و غیره را بر عهده دارد. به عبارت دیگر روان پرستاری رشته ای خاص از پرستاری است که در آن پرستار از شخصیت، دانش و اطلاعات خود در زمینه ی تئوری های روانی و امکانات موجود محیط برای تغییرات درمانی مؤثر در افکار، احساسات و رفتار بیماران استفاده می کند. روان پرستار کسی است که تحصیلات دانشگاهی و تخصصی پرستاری روانی را گذرانده است. انجمن روان پرستاری آمریکا، روان پرستاری را تشخیص و درمان عکس العمل انسان در مقابل مشکلات بالقوه و واقعی بهداشتی می داند. از نظر کاپلان، روان پرستار کسی است که نه تنها در زمینه ی پرستاری عمومی آموزش دیده و دارای اطلاعات با ارزش و تبحر کافی است، بلکه تحصیلاتی را نیز در سطوح مختلف روان پرستاری نیز گذرانده است.

هدف روان پرستار، تشویق بیمار در برخورد با وقایع زندگی و پذیرش هر چه زودتر انجام کارهای مستقل از طرف بیمار است. روان پرستار به وسیله ی سه روش به هدف های انسانی خود می رسد: ۱- خصوصیات انسانی و درک برخورد های بیمار در فعالیت های روزانه ۲- بودن به عنوان یکی از اعضای تیم درمانی در ایجاد محیط درمانی ۳- انجام روان درمانی فردی و گروهی با بیمار.

وظایف روان پرستاران

مهمترین وظایف روان پرستاران در بخش های روانی عبارتند از:

- ۱- برقراری ارتباط با بیماران روانی و تغییر رفتار نابهنجار به سمت رفتار قابل قبول.
 - ۲- کمک به بیماران در پیشگیری از عوارض دارویی و مراقبت جسمانی از بیماران.
 - ۳- مشاوره با بیماران و خانواده هایشان.
 - ۴- گزارش و ثبت مشاهدات و رفتارهای بیماران.
 - ۵- کمک به بیماران در برآوردن نیازهای فیزیولوژیکی، تشویق به انجام ورزش، بازی های گروهی، تماشای تلویزیون و غیره.
 - ۶- توسعه و آموزش بهداشت جسمی و روانی.
 - ۷- ایجاد انگیزه در بیماران جهت مشارکت در فعالیت های توان بخشی.
 - ۸- رهبری و نظارت بر عملکرد و رفتار بیماران با یکدیگر و نیز با کادر درمان.
 - ۹- روان پرستاران حامی و کمک کننده بیماران بوده و نقشی فعال در گروه درمانی و خانواده درمانی به عنوان درمانگر ایفا می کنند.
- به طور خلاصه نقش های روان پرستار عبارتند از: نقش حمایتی مراقبتی، امیدوار کننده، شنونده، مشاهده کننده، درمانگر، برانگیزنده، معلم، التیام دهنده، نقش مادرانه، مدیر، پژوهشگر و الگو.
- در یک دسته بندی دیگر، وظایف روان پرستار به دو دسته تقسیم می شود: ۱- مراقبت های مستقیم ۲- مراقبت های غیر مستقیم.

مراقبت های مستقیم

اقداماتی هستند که پرستار برای یک بیمار خاص یا خانواده وی انجام می دهد و بر موقعیت بهداشتی و سلامتی بیمار تمرکز دارد. این اقدامات روش ها و رفتار هایی هستند که نشان می دهد بیمار مورد قبول واقع شده است. باید دقت کرد که بیماران درک می کنند که مورد توجه و علاقه پرستار هستند. این دسته از مراقبت ها در بیمارستان و جامعه انجام می شود.

الف - نقش روان پرستار در بیمارستان

۱- اجتماعی کردن بیمار به روش های فعال و غیر فعال

هدف از اجتماعی کردن بیماران روانی، انحراف فکر و توجه

● **۳. نقش روان پرستار در پیشگیری و باز توانی**
درمان بیمار منحصر به بیمارستان نیست بلکه باید در جامعه تداوم پیدا کند. هدف از باز توانی بیمار روانی آن است که بیمار بتواند فعالیت های فردی و اجتماعی اش را به نحو مؤثری انجام دهد.

مراقبت های غیر مستقیم

تمام فعالیت هایی مربوط به بیمار که به دیگران واگذار شده است ولی مسئولیت آن با پرستار است را شامل می شود.

از این دسته نقش ها و فعالیت ها می توان به نقش های مادری، تسکینی، معلمی، مدیریتی، پژوهشی و نقش حامی و همکار اشاره کرد.

تعریف نقش

نقش عبارت است از انتظاراتی که از افراد جهت انجام کار یا عملی داریم.

نکته

مهمترین نقش پرستار، نقش آموزشی وی می باشد.

نکته

آموزش، اساسی ترین روش پیشگیری اولیه از بیماری های روانی است.

تفاوت نقش پرستار در بیمارستان های عمومی و روان پزشکی

تفاوت نقش پرستار در بیمارستان های عمومی با نقش روان پرستار در بیمارستان های روانی به شرح زیر است:

● ۱ - در بیمارستان های عمومی تمام سعی و تلاش پرستاران در جهت رفع نیازهای جسمانی و مراقبت از بیماران است، ولی روان پرستاران نه تنها نیازهای جسمانی و فعالیت های فیزیکی بیمار را رفع می کنند بلکه به رفع آشفتگی و اختلالات روانی بیمار نیز توجه می کنند.

● ۲ - در بخش های عمومی واژه نشانه (Sign) و علامت (Symptom)، واژه ای عمومی بوده و در همه ی بیماران به یک شکل است و تشخیص بیماری به راحتی از روی آن ها امکان پذیر است؛ اما در بیماران روانی این نشانه ها از فردی به فرد دیگر متفاوت

بیمار و کاهش تنش و استرس در وی می باشد. فعالیت هایی همچون قدم زدن، تماشای فیلم، گوش کردن به موسیقی، ورزش و غیره که جزو فعالیت های اجتماعی هستند برای کاهش اضطراب می باشد. اجتماعی کردن بیماران روانی به دو روش فعال و غیر فعال انجام می شود:

روش های فعال: فعالیت هایی هستند که پرستار و بیمار به طور فعال در آن ها دخالت دارند. مثل: کار، گردش و تفریح، نقاشی کردن.

روش های غیر فعال: در این فعالیت ها پرستار بدون هیچ مداخله ای در کنار بیمار می نشیند. این روش ها همانند روش فعال مؤثر می باشد.

● ۲. درمان جسمی و مراقبت های لازم

فعالیت هایی همچون نظافت و بهداشت فردی، دادن دارو، توجه به تغذیه و اعمال دفعی که با جسم بیمار سروکار دارد را شامل می شود.

● ۳. روان درمانی

به فعالیت هایی که روان پرستار با هدف کاهش مشکلات روانی بیمار انجام می دهد اشاره دارد. قبل از هر کاری روان پرستار باید خود را بشناسد و بداند چگونه با دیگران ارتباط برقرار می کند. روان پرستار در مشاهده بیمار باید به ظاهر، رفتار و گفتگوهای بیمار توجه کند. در روان پرستاری توجه و ثبت کردن حقایق و وقایع در مورد بیماری بیانگر مشاهده کلیه رفتار بیمار می باشد. اینکه بیمار را همان گونه که هست بپذیریم یک اصل مهم در روان پرستاری است.

■ ب. نقش روان پرستار در جامعه

● ۱. نقش روان پرستار در خانه بیمار

پیگیری و مراقبت های بعد از ترخیص در بیمار روانی با هدف جلوگیری از بازگشت مجدد بیمار به بیمارستان و عود بیماری انجام می شود.

● ۲. نقش روان پرستار به عنوان مشاور

در مشاوره درمانی پرستار با استفاده از تکنیک های ارتباط درمانی به بیمار کمک می کند که احساسات مثبت و منفی خود را بروز دهد تا در نتیجه اضطراب بیمار کاهش یابد. مشاوره هم در بیمارستان و هم در جامعه امکان پذیر می باشد. در مشاوره درمانی پرستار با استفاده از مهارت های خاصی که در تشخیص و تفسیر اطلاعات و ارتباطات کلامی و غیر کلامی دارد، باید عناصر ناهنجار و اختلال آمیز را در ارتباط بیمار تعیین و کشف کند.

بحران ۱۰

بحران و تعاریف آن

بحران یک اختلال درونی است که به دنبال یک حادثه استرس‌زا یا ناگوار بوجود می‌آید به طوری که مکانیسم‌های سازشی شخص برای سازگار شدن با مشکل غیر مؤثر نمی‌باشد؛ در نتیجه ترس و اضطراب افزایش می‌یابد و توانایی فرد برای حل مشکل کاهش می‌یابد. هرگاه بین عامل استرس‌زا و مکانیسم‌های سازشی و مقابله‌ای فرد تعادل وجود نداشته باشد فرد دچار بحران می‌شود.

کاپلان، بحران را یک واکنش در مقابل اتفاقات خطرناک می‌داند که به صورت وضعیتی دردناک تجربه می‌شود. اگر فرد بتواند خود را از ناراحتی ناشی از بحران نجات دهد و به حالت تعادل قبل از بحران برگرداند در این حالت بحران حل خواهد شد و فرد یاد می‌گیرد چگونه از واکنش‌های انطباقی استفاده کند. فینک بحران را واقعه‌ای می‌داند که قدرت‌های فرد توانایی مقابله با آن را نداشته و نمی‌تواند جوابگوی این وضع خاص باشند.

موری و زینتز بحران را اینگونه تعریف کرده‌اند: وضعیت گذرا و ناپایداری که سازماندهی مجدد ساختار روانی رفتاری را ایجاد می‌نماید. بحران سبب تغییر ناگهانی در انتظارات فرد از خود شده، به طوری که فرد نمی‌تواند با مکانیزم‌های سازشی رایج با آن مقابله کند.

ممکن است فرد با حل کردن بحران، وضعیت روانی بهتری در مقایسه با زمان قبل از شروع بحران پیدا کند اما اگر فرد از واکنش‌های غیرانطباقی استفاده کند وضعیت دردناک شدت گرفته و بحران عمیق‌تر می‌شود تا حدی که علائم روانی آشکار شود. این علائم ممکن است به صورت رفتارهای نوروتیک ظاهر شوند و توانایی عملکرد آزادانه فرد را محدود سازد.

● **بهترین تعریف بحران:** بحران، واکنش‌های غیرطبیعی فیزیولوژیک و روانی فرد در مقابل فشارهای روحی غیر قابل تحمل می‌باشد.

دوره بحران ۴-۶ هفته طول می‌کشد. با توجه به طول مدت زمان بحران، زمان لازم برای مداخله در بحران نیز ۴-۶ هفته می‌باشد اما گاهی تا ۶ ماه هم مدت بحران طبیعی می‌باشد. به طور کلی میزان عدم تعادل در بحران به طول مدت بحران بستگی دارد. فرد در اولین برخورد با بحران دچار ترس و اضطراب می‌شود.

تست مدت سپری شدن بحران معمولاً.....

(ارشد وزارت بهداشت ۸۰-۷۹)

است؟

الف ۴-۶ هفته

ب ۵-۶ هفته

ج ۱۴-۱۸ روز

د ۲-۴ هفته

پاسخ (گزینه الف).

فرآیند داغ دیدگی در کودکان

فرآیند داغ دیدگی در کودکان شامل ۳ مرحله می‌باشد: اعتراض، درماندگی، گسستگی.

● **۱- مرحله اعتراض:** در این مرحله کودک بی‌قراری کرده و مادر یا مراقب کننده از دست رفته خود را می‌خواهد.

● **۲- مرحله درماندگی:** در این مرحله کودک امید خود را برای بازگشت مادر یا مراقب کننده را از دست می‌دهد.

● **۳- مرحله گسستگی:** در این مرحله به تدریج به حالت تعادل می‌رسد و به دنبال فردی می‌گردد که جای شخص از دست رفته را برایش پر کند.

نکته

اگر کودک برگشت ناپذیر بودن مرگ را درک کرده باشد، فرآیند داغ دیدگی در آن‌ها نیز سیری مشابه بزرگسالان دارد.

مراحل بحران از دیدگاه بالو

● **۱- مرحله شوک:** مرحله‌ی شوک کوتاه مدت است و از چند ساعت تا حداکثر ۲ روز طول می‌کشد. در این مرحله فرد احساس اضطراب، درماندگی و ناتوانی می‌کند و اعتماد به نفس وی تهدید می‌شود و افکار و رفتار وی از حالت تعادل خارج می‌شود. در این مرحله فرد توانایی حل مشکل را که به صورت غریزی در انسان‌ها وجود دارد به صورت ناخودآگاه از دست می‌دهد؛ همچنین توانایی برنامه‌ریزی و تفکر منطقی و تشخیص زمان و مکان در وی مختل می‌شود. در این مرحله فرد یا جسم خود را فراموش کرده و صدمات و ضربه‌های وارد به آن را درک نمی‌کند و یا وضع جسمی به صورت مرکز توجه در می‌آید. از نظر عملکرد اجتماعی فرد دچار اختلال عملکرد می‌شود.

اگر فرد مراحل چهارگانه بالا را طی نکند و یا در یک مرحله باقی بماند، به تدریج تعادل روانی خود را از دست می دهد و به بیماری روانی نیز مبتلا می شود.

مراحل بحران از دیدگاه کاپلان

کاپلان فرآیند پیشرفت بحران را به چهار مرحله تقسیم کرده است:

۱. **آگاهی اولیه از بحران:** شخص به دنبال قرار گرفتن در معرض یک عامل استرس زا دچار اضطراب شده و برای سازش یا مقابله با این وضعیت از روش های حل مشکل استفاده می کند. اگر روش های مورد استفاده مؤثر نباشد فرد وارد مرحله ی دوم می شود.

۲. **عدم موفقیت در سازگاری:** اگر روش های حل مشکل که فرد از آن ها استفاده کرد مؤثر واقع نشوند اضطراب فرد افزایش می یابد و فرد احساس بی قراری و آشفتگی کرده و نمی تواند به درستی تصمیم بگیرد. در این مرحله ممکن است فرد دست به تلاش های بی هدف بزند که باعث بدتر شدن وضعیت می شود.

۳. **ادامه افزایش در عوامل بحرانی:** با بدتر شدن وضعیت، فرد منابع داخلی و خارجی را فعال کرده و از مکانیسم های فردی برای حل مشکل استفاده می کند. اگر این روش ها مؤثر باشند بحران حل شده و اگر مؤثر نباشند اضطراب فرد افزایش می یابد. بعضی افراد برای رهایی از این وضعیت دارو یا الکل استفاده کنند.

۴. **آشفته گی وسیع:** اگر بحران حل نشود فرد دچار آشفتگی شده و ممکن است اضطراب وی افزایش یافته و تبدیل به پانیک شود. در این مرحله امکان اختلال شدید در درک و احساس و رفتار وجود دارد.

مراحل سوگ از دیدگاه بالبی

بالبی مراحل سوگ ناشی از دست دادن عزیزان را به چهار مرحله تقسیم کرده است:

● **مرحله اول:** این مرحله ممکن است از چند لحظه تا چند روز طول بکشد و با کرختی، اعتراض، انکار و خشم مشخص می شود.

● **مرحله دوم:** این مرحله با جست و جوی فرد از دست رفته و اشتغال ذهنی با او مشخص می شود.

نکته

در بحران هر چه طول مدت مرحله ی شوک بیشتر باشد سازش فرد با مشکلات کمتر می شود.

۲. مرحله عقب نشینی دفاعی: این مرحله

بلافاصله پس از مرحله شوک شروع می شود. فرد در این مرحله از روش های مختلف حل مشکل که قبلاً به طور موفقیت آمیزی از آن ها استفاده شده است، استفاده می کند. به این صورت که با بازگشت به گذشته و به خاطر آوردن موقعیت های مشابه قبلی، شیوه های حل مشکل را به خودآگاه می آورد؛ ولی چون اضطراب فرد بالا می باشد، فرد نمی تواند راه حل درستی را انتخاب کند. هنگامی که فرد نمی تواند راه حل درستی را انتخاب کند، از قبول واقعیت عاجز می ماند و همواره سعی می کند مشکل یا واقعیت را فراموش کند، در نتیجه از حل مشکل ناتوان می شود. در این مرحله نیاز شدیدی به کمک دیگران حس می شود اما فرد بحران زده، نسبت به نصایح بی توجه بوده و با هرگونه تغییری به شدت مخالفت می کند. این مرحله ممکن است کوتاه یا طولانی باشد که بستگی به شرایط موجود دارد. در این مرحله فرد برای کاهش اضطراب، از مکانیسم های دفاعی مختلفی استفاده می کند.

نکته

شایعترین مکانیسم دفاعی مورد استفاده در مرحله ی عقب نشینی، انکار می باشد.

۳. مرحله پذیرش و قبول بحران: در این

مرحله فرد بحران را می پذیرد و از ماهیت کلی آن اطلاع حاصل می کند. در ابتدای این مرحله، تفکر فرد مختل شده و نگرانی و اضطراب وی مجدداً افزایش می یابد؛ پس از مدتی فرد به احساسات خود مسلط شده و در جستجوی یافتن راه حلی جهت حل مشکل بر می آید و اقدام به حل مشکل می کند.

۴. مرحله سازش با مشکل: در این مرحله

با انتخاب راه حلی مناسب، بحران برطرف می شود. اضطراب و نگرانی فرد به تدریج کاهش می یابد و فرد مجدداً اعتماد به نفس خود را باز می یابد و احساس سلامتی جسمی و روانی می کند و کارهای روزمره را به خوبی انجام می دهد. در این مرحله فرد قدرت تطابق جدیدی را کسب می کند.

فرآیند پرستاری در اختلالات روانی ۱۳۳

مقدمه

شناختی، اجتماعی و معنوی مورد بررسی شناخت می دهیم. این مرحله از دو بخش اخذ تاریخچه روانپزشکی و معاینه وضعیت روانی فعلی بیمار تشکیل شده است. اولین منبع برای جمع آوری اطلاعات، خود بیمار می باشد و بعد از آن به سراغ خانواده، اطرافیان، پرونده و گزارش پزشک می رویم. با استفاده از مصاحبه، آزمایشات تشخیصی و آزمون های روانشناختی می توان اطلاعات مهمی را به دست آورد. در پایان این مرحله اطلاعاتی که از وضعیت عینی و ذهنی بیمار به دست آمده است مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد و تشخیص های پرستاری بر اساس این اطلاعات نوشته می شود. یک بررسی و شرح حال کامل باید بتواند اطلاعاتی را درباره ی موارد زیر به پرستار ارائه کند:

- ۱- وجود یا عدم وجود اختلال روانی.
- ۲- وجود مشکلات احتمالی در وضعیت روانی.
- ۳- شناسایی عوامل مستعد کننده و تسریع کننده بیماری.
- ۴- شناسایی عوامل مؤثر در پیش آگهی بیماری.
- ۵- شناسایی مشکلات بالفعل و بالقوه بیمار.
- ۶- شناسایی مکانیسم های دفاعی که مورد استفاده توسط بیمار.
- ۷- بررسی نقاط ضعف و قوت بیماری مانند شخصیت قبل از بیماری، وجود یا عدم وجود سیستم های حمایتی و شغلی و غیره.

نکته

مصاحبه، مهمترین ابزار جمع آوری اطلاعات در مورد وضعیت روانشناختی بیمار است.

نکته

مرحله ی بررسی با اولین برخورد با بیمار شروع می شود.

توجه! مکانیسم های دفاعی را نمی توان به طور کامل مشاهده نمود، چون آن ها زیر بنای الگوهای رفتاری قابل مشاهده، نشانه ها و علایم هستند؛ اما مکانیسم های دفاعی در مصاحبه های روان پویایی و روان تحلیلی عمیقاً ارزیابی و تحلیل می شوند.

فرآیند پرستاری یک روش تصمیم گیری و حل مشکل است که توسط پرستاران جهت ارائه مراقبت های بالینی استفاده می شود و مجموعه ای از اعمال، مداخلات منظم و سیستماتیک می باشد که در ارتباط با برآوردن نیازهای سلامتی بیماران با به کارگیری روش حل مشکل است. کاربرد فرآیند پرستاری در حیطه های مختلف پرستاری تقریباً مشابه است و بستگی به این دارد که در آن حیطه تمرکز بر چه موضوعی دارد. در پرستاری از بیماران روانی، تمرکز فرآیند پرستاری بر ارتباط درمانی است. فرآیند پرستاری در روان پرستاری علاوه بر فرد (بیمار)، خانواده و جامعه را نیز در بر می گیرد. فرآیند پرستاری نیاز به دستور پزشک ندارد و اعمال مستقلی است که از جانب پرستار با هدف مراقبت از بیمار انجام می شود. فرآیند پرستاری با بررسی همه جانبه بیمار به منظور شناسایی مشکلات و نیاز های بالقوه و بالفعل وی انجام می شود. فرآیند پرستاری به استقلال بیمار و آزادی او برای تصمیم گیری احترام می گذارد و به پرستار کمک می کند تا بیمار را به بالاترین سطح سلامت برساند.

نکته

تمرکز فرآیند پرستاری در بیماران روانی، بر ارتباط درمانی می باشد.

ویژگی های فرآیند پرستاری عبارتند از: ۱- مراحل آن به صورت متوالی و سلسله مراتب است. ۲- مراحل آن به صورت پیوسته است به صورتی که موفقیت در هر مرحله بستگی به مرحله قبلی دارد. ۳- مراحل آن مکمل یکدیگر و به صورت پویا می باشند به این صورت که ممکن است مرحله ی نهایی، شروع مجددی برای مرحله ی قبل یا بعد باشد. به طور کلی مراحل فرآیند پرستاری عبارتند از: ۱- بررسی ۲- تشخیص های پرستاری ۳- برنامه ریزی ۴- مداخلات پرستاری (اجرا) ۵- ارزشیابی.

بررسی و شناخت

در این مرحله بیمار را از کلیه ابعاد فیزیکی، هیجانی،

الف اضطراب و ترس

ب اختلال در تصویر ذهنی

ج عدم پیروی از دستورات دارویی

د اختلال در فرآیند تفکر

پاسخ (گزینه ب).

برنامه ریزی

بعد از اتمام نوشتن تشخیص های پرستاری، مرحله ی برنامه ریزی و تعیین اهداف شروع می شود. در این مرحله نتایج مورد انتظار و اقداماتی که برای رسیدن به آن مفید است را با هماهنگی بیمار، خانواده و تیم درمانی تعیین می کنیم. اهداف و برآیند های مورد انتظار باید طوری طراحی شوند که بعد از برنامه ریزی و اجرای مداخلات پرستاری تغییراتی را در وضع روحی، جسمی و اجتماعی بیمار ایجاد کنند. اهداف از نظر زمانی به دو نوع اهداف کوتاه مدت و بلند مدت تقسیم می شوند:

- **اهداف کوتاه مدت:** این اهداف مختص بیمار و در رابطه با بررسی نیاز های فعلی و آشکار مددجو است که از تشخیص های پرستاری ناشی می شود و می توانند در یک دوره زمانی کوتاه مدت ۱ تا ۱۰ روزه انجام شوند.
- **اهداف بلند مدت:** این اهداف بر پایه ی بررسی نیاز های مداوم طراحی شده و آینده نگر می باشند. اهداف طولانی مدت باید به گونه ای باشند که تأثیر مداخلات پرستاری را از طریق سنجش رفتار بیماران مشخص نمایند.

نکته

اهداف طولانی مدت با اهداف زمان ترخیص و بعد از آن مرتبط می باشند.

تقدم و اولویت اهداف تحت تأثیر عوامل زیر است:

- تقدم تشخیص پرستاری که با هماهنگی خود، خانواده، گروه یا جامعه شناسایی شده است.
- شدت مشکل سلامتی یا وضعیت زندگی و مشکلات بالقوه و بالفعل.
- منابع که به وسیله ی بیمار یا پرستار مورد احتیاج است.
- پذیرش مراقبت پرستاری توسط بیمار.
- به صرفه بودن از لحاظ هزینه و انرژی برای بیمار، پرستار، خانواده و اجتماع.

تست اولین قدم در فرآیند پرستاری که به تشخیص پرستاری ختم می گردد، کدام است؟

(ارشد وزارت بهداشت ۸۸-۸۷)

الف مشاهده ی رفتارهای بیمار و توجه به افکار و احساسات او

ب برنامه ریزی درمانی و مراقبتی و تسریع در انجام آن

ج تعامل با پزشک در مورد وضعیت بیمار

د مطالعه گزارشات وضعیت بیمار از پرونده

پاسخ (گزینه الف).

تشخیص پرستاری

تشخیص پرستاری به مشکلات موجود و احتمالی اشاره می کند که می تواند با مداخلات پرستاری تغییر کند. تشخیص پرستاری نیازهای بالقوه و بالفعل بیمار را تعیین می کند. تشخیص پرستاری از تشخیص پزشکی جدا می باشد به این صورت که تشخیص پرستاری با هدف پی بردن به نیازهای اساسی رفع نشده بیمار و قضاوت در مورد سلامتی بیمار به غیر از آنچه که پزشک تشخیص داده است می باشد. نقش پرستار در مرحله ی تشخیص پرستاری، مشاهده رفتار و احساسات بیمار می باشد. پرستار باید تشخیص های پرستاری را بر اساس واکنش های بیمار (نه نیاز های بیمار) بنویسد. به هنگام نوشتن تشخیص های پرستاری بهتر است به جای استفاده از عبارت (به علت) از عبارت (در ارتباط با) و یا (مربوط به) استفاده شود. تشخیص های پرستاری باید طوری نوشته شوند که برای همه قابل درک باشد و از الگوهای استاندارد پیروی کنند.

نکته

هدف از تشخیص های پرستاری، پی بردن به نیازهای تأمین نشده بیمار است.

توجه! تشخیص های پرستاری باید بر اساس اهمیت و اولویت نوشته شوند.

تست بیماری با تشخیص نارسایی مزمن کلیه، در مورد ضرورت و لزوم انجام همودیالیز صحبت شده است. بیمار عصبانی شده و می گوید: «من دیگر مثل الان نخواهم بود» پرستار کدام تشخیص پرستاری را برای این بیمار مطرح می کند؟ (ارشد وزارت بهداشت ۹۴-۹۳)

۲۵ اختلالات شناختی (اختلالات روانی عضوی)



مقدمه

اختلالات روانی - عضوی در نتیجه ناهنجاری ها و آسیب های مغزی پدید می آیند و اساس ارگانیک دارند. امروزه دیگر از اصطلاح روانی عضوی استفاده نمی شود زیرا اصطلاح روانی عضوی به غلط دلالت بر این دارد که سایر اختلالات روانی، اساس زیست شناختی ندارند، در حالی که امروزه مشخص شده است که در سبب شناسی سایر اختلالات روانی نیز عوامل زیست شناختی نقش دارد. امروز این اختلالات با نام اختلالات شناختی نامیده می شوند.

DSM-IV-TR اختلالات شناختی را به سه دسته زیر طبقه بندی کرده است:

- ۱- دلیریوم، دمانس، فراموشی و سایر اختلالات شناختی که علامت اولیه و مشترک آن ها، تخریب شناختی مانند اختلال در حافظه، تکلم و توجه می باشند.
- ۲- اختلالات روانی ناشی از یک اختلال طبی عمومی.
- ۳- اختلالات مرتبط با مواد.

دلیریوم (Delirium)

دلیریوم نوعی اختلال روانی حاد و برگشت پذیر است که با اختلال هوشیاری و تغییر در شناخت مشخص می شود. در این بیماران اختلال در جهت یابی نیز دیده می شود. دلیریوم معمولاً با شروع ناگهانی از چند ساعت تا چند روز در فرد مبتلا روی دهد و در طول روز نوسان دارد. هرچند شروع دلیریوم ناگهانی است، اما علائم مقدماتی نظیر بی قراری، اضطراب، ترس یا حساسیت نسبت به نور و صدا ممکن است دیده شود.

همه گیر شناسی

دلیریوم اختلالی شایع است. ۰/۴ درصد افراد ۱۸ سال به بالا، به این اختلال مبتلا می شوند که در افراد ۵۵ سال به بالا این میزان به ۱/۱ درصد افزایش می یابد. همچنین ۱۰ تا ۳۰ درصد افرادی که به هر دلیل در بیمارستان بستری می شوند، شانس ابتلا به دلیریوم را دارند. تقریباً ۳۰ درصد بیماران جراحی شده در آی.سی.یو (ICU) و بیماران قلبی بستری در سی.سی.یو (CCU)، حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد افرادی که پس از جراحی شکستگی مفصل ران در بخش ریکاوری به سر می برند، دلیریوم را تجربه می کنند. همچنین حدود ۲۰ درصد افراد دچار

سوختگی شدید و ۳۰ تا ۴۰ درصد افراد مبتلا به ایدز در زمان بستری علایمی از دلیریوم را تجربه کرده اند. دلیریوم پس از عمل جراحی عمدتاً به دلیل ترس از عمل، درد پس از عمل، بی خوابی، اختلال تعادل الکترولیتی، عفونت، تب و خونریزی رخ می دهد. به طور کلی دلیریوم در افراد ۶۵ سال به بالا که در بیمارستان بستری می شوند، بیشتر قابل انتظار است. شایعترین علامت روانی در بیماران مبتلا به لوپوس، دلیریوم می باشد.

توجه! دلیریوم، شایعترین اختلال شناختی است.

نست علت معمول ایجاد دلیریوم در بیماران ICU

(ارشد وزارت بهداشت ۹۲-۹۱)

کدام است؟

الف) بی اشتهاپی - سرگیجه

ب) تهوع - بی قراری

ج) تحریک پذیری - اضطراب

د) عفونت - اختلالات متابولیکی

پاسخ/گزینه د.

سبب شناسی

علل زیادی در ایجاد دلیریوم دخالت دارند که مهمترین آن ها شامل بیماری های سیستم مرکزی، مسمومیت های دارویی، ترک مواد و اختلالات طبی عمومی می باشد. استیل کولین مهمترین ناقل عصبی در دلیریوم است. کاهش استیل کولین در مسمومیت با آنتی کولینرژیک ها یکی از شایعترین علل شایع دلیریوم است. دلیریوم ممکن است در اثر مسمومیت با لیتیوم نیز ایجاد شود. بیمارانی که غلظت سرمی لیتیوم آنها بالاتر از ۱/۵ میلی اکی والان بر لیتر است در معرض خطر بروز دلیریوم قرار دارند. اولین علامت دلیریوم ناشی از لیتیوم، بی حالی عمومی به همراه لکنت زبان و تکلم مغشوش است که ظرف چند روز تا چند هفته ظاهر می گردد. دلیریوم ناشی از لیتیوم حتی پس از قطع تجویز این دارو ممکن است تا دو هفته دوام پیدا کند.

تشخیص

تشخیص دلیریوم بر اساس سبب شناسی آن گذاشته می شود. در زیر ملاک های تشخیصی هر کدام از علل را ذکر می کنیم.

تذکر: اگر اختلال، به مصرف داروی تجویز شده مربوط می شود؛ باید، به عنوان دلیریوم ناشی از مواد ثبت شود.

● ملاک های تشخیصی دلیریوم محرومیت مواد

ملاک های تشخیصی دلیریوم محرومیت مواد عبارتند از:

۱ - اختلال هوشیاری (مثل کاهش وضوح آگاهی از محیط) همراه با کاهش توانایی تمرکز، حفظ یا تغییر توجه.
۲ - تغییر در شناخت (مثل نقص حافظه، اختلال جهت یابی، اختلال تکلم)، یا ظهور اختلال درکی که با زوال عقل موجود از قبل، استقرار یافته یا در حال تکامل، مطابقت ندارد.

۳ - اختلال طی دوره ای کوتاه ظاهر می شود (معمولاً طی چند ساعت تا چند روز) و در طول روز نوسان دارد.
۴ - شواهد حاصل از سابقه، معاینه فیزیکی، یا یافته های آزمایشگاهی، حاکی از آن است که علایم ملاک های (۱) و (۲) در مدت خیلی کوتاهی پس از سندرم محرومیت ظاهر شده اند.

تذکر: این تشخیص، تنها زمانی باید به جای تشخیص محرومیت مواد داده شود که علایم شناختی بیش از آن است که معمولاً، همراه با سندرم محرومیت مشاهده می شوند و علایم به حد کافی شدید هستند که توجه بالینی مستقلی را ایجاب می کنند.

■ ویژگی های بالینی

در این اختلال بیمار به زمان و مکان آگاه نیست و حتی در شناختن اطرافیان نیز اشتباه می کند. به ندرت بیمار مبتلا به دلیریوم هویت شخصی خود را فراموش می کند. بیمار قادر به تمرکز و حفظ توجه نمی باشد؛ به طوری که برای جلب توجه بیمار، سوالات را باید تکرار کرد. گاهی ممکن است فرد به جای توجه کافی به سوالات، جواب سوالات قبلی را بدهد. رفتار بیمار ممکن است با بیش فعالی، تحریک پذیری یا کم تحرکی یا با کندی، کاهش تکلم و کاهش تحرک همراه باشد. بیش فعالی در این اختلال به صورت مالیدن دست ها به هم، تلاش برای بلند شدن در وقت نامناسب و جابه جا کردن رختخواب می باشد. کندی در این بیماران به صورت رخوت و تبلی ممکن است ظاهر شود که در جهت بهت پیش می رود. ناهنجاری های خلقی مانند اضطراب،

● ملاک های تشخیصی دلیریوم ناشی از حالات طبی

ملاک های تشخیصی دلیریوم ناشی از حالات طبی عبارتند از:

۱ - اختلال هوشیاری (مثل کاهش وضوح آگاهی از محیط)، همراه با کاهش توانایی تمرکز، حفظ یا تغییر توجه.
۲ - تغییر در شناخت (مثل نقص حافظه، اختلال جهت یابی، اختلال تکلم) یا ظهور یک اختلال درکی که با زوال عقل موجود از قبل، استقرار یافته یا در حال تکامل، مطابقت ندارد.

۳ - اختلال طی دوره ای کوتاه ظاهر شده (معمولاً طی چند ساعت تا چند روز) و در طول روز نوسان دارد.
۴ - شواهد حاصل از سابقه، معاینه فیزیکی، یا یافته های آزمایشگاهی، حاکی از آن است که اختلال در اثر پیامد مستقیم فیزیولوژیکی یک حالت طبی عمومی ایجاد شده است.

● ملاک های تشخیصی دلیریوم ناشی از مسمومیت مواد

ملاک های تشخیصی دلیریوم ناشی از مسمومیت مواد عبارتند از:

۱ - اختلال هوشیاری (کاهش وضوح آگاهی از محیط) همراه با کاهش توانایی تمرکز، حفظ یا تغییر توجه.
۲ - تغییر در شناخت (مثل نقص حافظه، اختلال جهت یابی، اختلال تکلم) یا ظهور اختلال درکی که با زوال عقل موجود از قبل، استقرار یافته یا در حال تکامل، مطابقت ندارد.

۳ - اختلال طی دوره ای کوتاه ظاهر شده (معمولاً طی چند ساعت تا چند روز) و در طول روز نوسان دارد.
۴ - شواهد حاصل از سابقه، معاینه فیزیکی، یا یافته های آزمایشگاهی، حاکی از وجود یکی از دو مورد a و b است.
a - علایم ملاک های (۱) و (۲) در ضمن مسمومیت مواد ظاهر شده است.

b - مصرف داروی تجویز شده ارتباط سبب شناختی با اختلال دارد.

تذکر: این تشخیص تنها زمانی، باید به جای تشخیص مسمومیت مواد داده شود که علایم شناختی بیش از آن است که معمولاً، در سندرم مسمومیت مشاهده شده است و علایم به حد کافی شدید هستند که توجه بالینی مستقلی را ایجاب می کنند.

منابع و مأخذ



- ۱ - باربارا بوئر. پرستاری بهداشت روان. ترجمه کوروش زارع، دکتر فرخنده شریف، طاهره دژبخش، سلطنت ده بزرگی، چاپ سوم، تهران: نشر سالمی، ۱۳۹۴.
- ۲ - ادوارد اسمیت، سوزان نولن هوکسیما، باربارا فردریکسون، جفری لافتس. زمینه روان شناسی هلیگارد. ترجمه دکتر نصرت اله پورافکاری، چاپ سوم، تهران: انتشارات شهرآب، ۱۳۹۰.
- ۳ - پورافکاری نصرت اله. نشانه شناسی بیماری های روانی. چاپ نهم، تهران: انتشارات آزاده، ۱۳۹۶.
- ۴ - پورافکاری نصرت اله. فرهنگ جامع روان شناسی و روان پزشکی. چاپ هشتم، تهران: فرهنگ معاصر، ۱۳۹۱.
- ۵ - رایت پدریگ، استرن جولیان، فلان مایکل. مبانی روان پزشکی. ترجمه دکتر نصرت اله پورافکاری، چاپ اول، تبریز: دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، ۱۳۸۱.
- ۶ - گیلدر مایکل، مایو ریچارد، گدس جان. روان پزشکی آکسفورد. ترجمه دکتر محسن ارجمندی و دکتر مجید صادقی، ویرایش پانزدهم، تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۹۲.
- ۷ - هافمن کارل و دیگران. روانشناسی عمومی. ترجمه بحیرانی و دیگران، چاپ چهارم، تهران: نشر ارسباران، ۱۳۸۶.
- ۸ - کوشان محسن. روانشناسی عمومی و اجتماعی برای دانشجویان رشته پرستاری. چاپ هشتم، تهران: انتشارات اندیشه رفیع، ۱۳۹۶.
- ۹ - کاپلان هارولد، سادوک بنیامین. خلاصه روان پزشکی. ترجمه فرزین رضاعی، ویرایش یازدهم، تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۹۵.
- ۱۰ - سانتراک جان. زمینه روان شناسی. ترجمه مهرداد فیروز بخت، چاپ نهم، تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا، ۱۳۹۵.
- ۱۱ - کوشان محسن، واقعی سعید. بهداشت روان ۱. چاپ هفتم، تهران: نشر اندیشه رفیع، ۱۳۹۶.
- ۱۲ - کوشان محسن، واقعی سعید. بهداشت روان ۲. چاپ هفتم، تهران: نشر اندیشه رفیع، ۱۳۹۶.
- ۱۳ - جنتی یداله، حسینی جواد، عظیمی لولتی حمیده، محمودی عالمی قهرمان. پرستاری بهداشت روان. چاپ اول، تهران: نشر جامعه نگر، ۱۳۹۳.
- ۱۴ - جنتی یداله، حسینی جواد، عظیمی لولتی حمیده، محمودی عالمی قهرمان. پرستاری بهداشت روان. چاپ دوم، تهران: نشر جامعه نگر، ۱۳۹۴.
- 15- Mary C, Karyn I. Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice. 9 Edition, F. A. Davis Company, 2017
- 16- Fortinash K.M. & Holoday Worret, P.A. Psychiatric Mental Health Nursing. 5nd ed, Mosby; 2012.
- 17- Niven N. The Psychology of Nursing Care. Palgrave Macmillan. 2 Edition, Palgrave. 2006
- 18- Newell R, Gourny K. Mental Health Nursing Text and Evolve EBooks Pachage: An Evidence Based Approach. Elsevier Health Sciences, 2008.
- 19- Laraia M T, Staurat G W. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Elsevier, 2012.
- 20- Isaacs A. Mental health and Psychiatric Nursing. Third edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
- 21- Fontaine KL. Mental Health Nursing. Pearson Prentice Hall, 2009.
- 22- Fortinash K.M. & Holoday Worret, P.A. Psychiatric Nursing Care Plans. 5nd ed, Mosby; 2007.
- 23- Shives L R. Basic Concepts of Psychiatri Mental Health Nursing. 5th edition, Lippincott, 2008.

سؤالات رایج در مورد آزمون کارشناسی ارشد پرستاری



سوال: شرایط فارغ التحصیلان ارشد پرستاری با فارغ التحصیلان لیسانس آن چقدر تفاوت دارد؟
پاسخ مشاور: شاید صرفاً از نظر مقایسه حقوق لیسانس و ارشد، ارزش آن را نداشته باشد ولی بررسی از جنبه‌های دیگر می‌تواند شما را برای شرکت و قبولی و در این آزمون ترغیب کند. در زیر چند دیدگاه را درباره این موضع ذکر می‌کنیم:

- ۱: بسیاری از بیمارستان‌ها، سوپروایزر بخش خود را از بین افراد با مقطع بالاتر انتخاب می‌کنند.
- ۲: اخیراً قوانینی در وزارت بهداشت تدوین شده است که مجوز امور پرستاری مربوط به بخش خصوصی فقط به افراد دارای تحصیلات تکمیلی (ارشد و دکتری) داده خواهد شد.
- ۳: طی کردن پل بین لیسانس و دکتری که ارشد نامیده می‌شود، می‌تواند شرایط شما را از یک پرستار ساده به یک هیأت علمی در دانشگاه علوم پزشکی تبدیل کند. پس شاید ارزش آن را داشته باشد که شما از این پل رد شوید و به شرایط کاملاً متفاوت دکتری برسید حتی اگر ارشد آن با لیسانس تفاوتی نداشته باشد. جالب است بدانید یکی از رشته‌هایی که فارغ التحصیلان دکتری آن بلافاصله بعنوان هیأت علمی جذب می‌شوند، همین رشته‌ی پرستاری است.

سوال: بازار کار سایر رشته‌ها بجز پرستاری چطور است؟ می‌خواهم کلاً از این رشته خارج شوم و وارد فیلد دیگری شوم، آیا درست است؟

پاسخ مشاور: توصیه می‌کنیم فقط در صورتیکه از شرایط بالینی رشته پرستاری خوشتان نمی‌آید از آن خارج شوید. بازار کار بسیاری از رشته‌ها از نظر مالی شاید به خوبی پرستاری نباشد ولی می‌تواند جنبه پژوهشی شما را قوی‌تر کند. پس اگر عاشق فیلد تحقیقات و یا امور مدیریتی هستید از آن خارج شوید. به عنوان مثال از بین رشته‌های تحقیقاتی، رشته «آناتومی (علوم تشریح)» رشته‌ی بدی نیست مخصوصاً وقتی که می‌توانید با ارشد آناتومی به مقطع دکتری بیولوژی تولیدمثل وارد شده و وارد فیلد ناباروری و نازایی شوید. یا مثلاً اگر هم اکنون با مدرک پرستاری استخدام هستید و از امور اداری و مدیریتی بدتان نمی‌آید می‌توانید وارد رشته «مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی» شوید تا گستره کاری خود را بازتر کنید و از فیلد صرفاً پرستاری فراتر رفته تا جایی که بتوانید به ریاست بیمارستان، مدیریت مراکز بهداشت و درمان (بوژه در شهرستانها) و... برسید.

سوال: شنیده‌ام تعداد شرکت‌کننده در این رشته زیاد است، بنظر شما قبولی در آزمون ارشد پرستاری سخت نیست؟

پاسخ مشاور: سخت بودن یا نبودن قبولی در این آزمون را باید از قبول شده‌های این آزمون پرسید. در صورتیکه این جمله را از همکار خود شنیده‌اید، شاید ایشان می‌خواهد یکی از رقبای کنکوری خود را که شما هستید از صحنه خارج کند. یا شاید کسی باشد که علی‌رغم چند بار شرکت در کنکور مجموعاً ۵۰ ساعت مطالعه هم نداشته باشد و همین فرد از سختی قبولی در این آزمون می‌نالند! بگذارید صادقانه شما را در رابطه با این آزمون تفهیم کنیم. جمعیت پشت کنکور ارشد پرستاری به چند بخش تقسیم می‌شوند:



۱. بیسکویت‌خوران! برای این افراد عادت شده که هر سال بدون هیچ مطالعه‌ای در این آزمون شرکت کنند و از مزه بیسکویت توزیعی سر جلسه کنکور لذت ببرند! (گویی آنکه اگر یک سال این بیسکویت را نخورند سالشان به سر نمی‌آید.
۲. معجزه خواهان! این افراد نسبت به بقیه، اعتقاد زیادی به معجزه دارند و بدون هیچ مطالعه مفیدی هر سال هنگام اعلام نتایج توقع دارند خبر قبولی خود را بشنوند.

۳. سرگشتگان! این افراد هنوز راه درست خود را نمی‌دانند و مسیری اشتباه را برای خود انتخاب کرده‌اند. مثلاً بسیاری از آنها هنوز