



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	۳۹۲ص.
فروست	... سری کتاب‌های صفر تا صد.
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۱۰۲-۹
وضعیت فهرست نویسی	فیفا
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	RC ۱۳۹۷۴۴۰ / ۷ص ۹الف /
رده بندی دیویی	۷۳۶۸۰۷۶/۶۱۰
شماره کتابشناسی ملی	۵۲۱۰۴۵۳



مؤسسه علمی انتشاراتی سنا (سامانه نوین آموز)

نام کتاب	صفر تا صد روان پرستاری
نویسنده	محمد ایمانی پور
زیر نظر	نیما پورغلام امیجی
شابک	۹۷۸ - ۶۰۰ - ۴۸۸ - ۱۰۲ - ۹
نوبت چاپ	اول - ۱۳۹۷
صفحه آرای	سعید نوذری
طراح جلد	سید محسن خضری
پست الکترونیک	elmisana@gmail.com
فروش اینترنتی	sanabook.com
تیراژ	۱۰۰۰ نسخه
قیمت	۴۳۰۰۰ تومان

«شما می‌توانید کتاب‌های مؤسسه علمی انتشاراتی  را به صورت حضوری از کتابفروشی‌های سراسر کشور و یا از نمایندگی‌های مؤسسه سنا واقع در کلیه استان‌ها تهیه نمایید.»

آدرس نمایندگی‌ها در سایت sanapezeshki.com و یا انتهای کتاب درج شده است.

مقدمه‌ی ناشر

بسمه تعالی

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

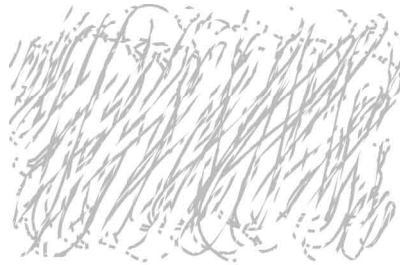
هم‌اکنون در بین کتب پرشمار حوزه پرستاری، وجود کتابی با نگارش جدید و براساس رفرنس‌های سال‌های اخیر کاملاً احساس می‌شود. به لطف خداوند مهربان و با پشتکار نویسنده عزیز جناب آقای محمد ایمانی‌پور و همکار محترم ایشان آقای دکتر پورغلام، کتاب صفر تا صد روان‌پرستاری به مرحله چاپ رسید. این کتاب نمونه‌ای کم‌نظیر 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 املایی 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

فایل‌ها و فیلم‌های آموزشی کتاب



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

- ۱: دریافت فایل ویرایش‌های 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

تاریخچه روان پزشکی و روان پرستاری

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

فصل ۲

بهداشت روان

- ۷ مقدمه
- ۸ تعاریف بهداشت روان
- ۸ اختلال روانی
- ۹ 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

روان پرستاری

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

فصل ۴

محیط درمانی و آشنایی با مراکز روان پزشکی

- ۲۵ محیط درمانی
- ۲۶ بیمارستان با درب‌های باز
- ۲۶ عوامل تشکیل دهنده محیط درمانی
- ۲۷ نقش پرستار در محیط درمانی
- ۲۷ مراکز روان پزشکی

فصل ۵

رویکردهای روان‌شناختی (نظریه‌های شخصیت)

- ۳۱ مقدمه
- ۳۲ رویکردهای روان کاوی
- ۳۲ رویکردهای پدیدارشناختی (انسان‌گرایانه)
- ۴۱ رویکردهای رفتارگرایی
- ۴۳ رویکردهای اجتماعی - شناختی (آلبرت بندورا)
- ۴۴ رویکردهای شناختی

فصل ۶

انسان و توانایی‌های او

- ۴۷ مقدمه
- ۴۸ تعریف انسان
- ۴۸ تعریف انسان از دیدگاه‌های مختلف
- ۴۹ تکامل اخلاقی پیائزه
- ۴۹ تکامل اخلاقی کوهلببرگ
- ۵۰ ابعاد مختلف انسان
- ۵۰ صفات و ویژگی‌های مشترک انسان
- ۵۱ توانایی‌های بالقوه و بالفعل انسان

فصل ۷

انگیزه و نیاز

- ۵۳ انگیزه و تعاریف آن
- ۵۴ نظریه‌های روان‌شناختی در مورد انگیزه
- ۵۴ نیازهای اساسی و نقش آن‌ها در شخصیت
- ۵۶ تعریف نیاز
- ۵۶ طبقه بندی نیازها بر اساس تئوری مازلو
- ۵۸ انواع نیازها و اهمیت آن‌ها در شخصیت انسان
- ۶۰ تئوری نیاززیستی، تعلق و رشد (ERG)
- ۶۰ تئوری نیازهای اکتسابی

فصل ۸

مفهوم خود (خودپنداره)

- ۶۱ مفهوم خود و تعاریف آن
- ۶۲ علل پیدایش خودپنداره
- ۶۳ رشد و تکامل خودپنداره
- ۶۴ انواع خود از دیدگاه کارن هورنای
- ۶۴ اجزای خود
- ۶۶ عوامل تنش‌زای مفهوم خود
- ۶۶ عوامل تنش‌زای تصویر ذهنی از جسم
- ۶۶ عوامل تنش‌زای اعتماد به نفس

فصل ۱۱

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

فصل ۱۲

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

فصل ۱۳

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

فصل ۱۴

۱۲۹	عوامل مؤثر در اختلالات روانی
۱۳۰	مقدمه
۱۳۰	طبقه‌بندی عوامل مؤثر بر بیماری‌های روانی

فصل ۱۵

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

۶۶	عوامل تنش‌زای نقش
۶۷	انواع عزت نفس بر اساس منابع تأمین‌کننده
۶۷	عوامل مؤثر در رشد عزت نفس
۶۷	علل ایجاد اعتماد به نفس پایین
۶۷	مداخلات پرستاری در عزت نفس پایین
۶۷	خودکارآمدی
۶۸	رابطه عزت نفس و سلامت روان
۶۸	خصوصیات افراد با اعتماد به نفس بالا
۶۸	خصوصیات افراد با اعتماد به نفس پایین

فصل ۹

استرس

۶۹	مقدمه
۷۰	تعاریف استرس
۷۰	عوامل استرس‌زا
۷۰	ویژگی‌های عوامل استرس‌زا
۷۱	پاسخ‌های فیزیولوژیکی و روان‌شناختی استرس
۷۲	استرس و تغییرات زندگی
۷۲	ارتباط استرس با اختلالات جسمی
۷۲	مدیریت استرس
۷۹	فرآیند پرستاری در استرس

فصل ۱۰

بحران

۸۳	بحران و تعاریف آن
۸۴	فرآیند داغ‌دیدگی در کودکان
۸۴	مراحل بحران از دیدگاه بالو
۸۵	مراحل بحران از دیدگاه کاپلان
۸۵	مراحل سوگ از دیدگاه بالبی
۸۶	پاسخ انسان به بحران
۸۶	انواع بحران
۸۷	عوامل متعادل‌کننده بحران
۸۷	پیشگیری از بحران
۸۷	روش‌های درمان بحران
۸۸	مداخله در بحران
۸۸	روش‌های مداخله در بحران
۸۹	مداخلات پرستاری در مددجویان داغ‌دیده
۸۹	فرآیند پرستاری در بحران

فصل ۱۹

اختلالات خلقی

- ۱۹۷ مقدمه
- ۱۹۸ طبقه بندی اختلالات خلقی طبق DSM-IV-TR
- ۲۰۵ علایم بالینی مربوط به افسردگی
- ۲۰۷ علایم بالینی مربوط به مانیا
- ۲۰۷ اختلالات افسردگی
- ۲۰۷ همه گیرشناسی
- ۲۰۸ سبب شناسی
- ۲۱۰ سیر و پیش آگهی
- ۲۱۰ درمان
- ۲۱۱ فرآیند پرستاری در اختلالات افسردگی
- ۲۱۳ اختلالات دو قطبی
- ۲۱۳ همه گیرشناسی
- ۲۱۳ تشخیص افتراقی
- ۲۱۳ سیر و پیش آگهی
- ۲۱۴ درمان
- ۲۱۴ فرآیند پرستاری در مانیا

فصل ۲۰

اختلالات شخصیت

- ۲۱۷ مقدمه
- ۲۱۸ ویژگی های کلی اختلالات شخصیت
- ۲۱۸ تشخیص
- ۲۱۸ طبقه بندی اختلالات شخصیت
- تشخیص ها و مداخلات پرستاری
- ۲۳۶ در اختلالات شخصیتی

فصل ۲۱

درمان ها در روان پزشکی

- ۲۳۷ درمان های زیست شناختی
- ۲۳۸ الف - داروهای روان پزشکی
- ۲۵۴ نقش پرستار در دارودرمانی اختلالات روانی
- ۲۵۵ ب - سایر درمان های زیست شناختی
- ۲۵۵ جراحی روانی
- ۲۵۶ درمان با تشنج برقی E.C.T
- ۲۵۹ نوردرمانی
- ۲۵۹ روان درمانی

فصل ۲۲

اختلالات روان تنی

- ۲۶۷ تعریف اختلالات روان تنی
- ۲۶۸ برخی از اختلالات روان تنی
- تشخیص ها و مداخلات پرستاری
- ۲۷۲ در اختلالات روان تنی

- عبادات و بهداشت روان ۱۴۰
- پرستار و اعتقادات مذهبی بیمار ۱۴۱

فصل ۱۶

طبقه بندی اختلالات روانی

- ۱۴۳ تعریف اصطلاحات در روان پزشکی
- ۱۴۴ ویژگی های بیماران روانی
- ۱۴۴ سیستم های طبقه بندی اختلالات روانی
- ۱۴۴ سیستم طبقه بندی ICD
- ۱۴۵ سیستم طبقه بندی DSM
- ۱۴۵ سایر طبقه بندی های اختلالات روانی
- ۱۴۶ طبقه بندی اختلالات روانی طبق DSM-IV-TR
- ۱۵۳ ارزیابی چند محوری DSM-IV-TR

فصل ۱۷

اختلالات سایکوتیک

- ۱۵۷ اختلالات سایکوتیک (روان پریشی یا جنون)
- ۱۵۸ اسکیزوفرنی
- ۱۵۹ همه گیرشناسی
- ۱۵۹ سبب شناسی
- نظریه های روانشناختی در مورد اسکیزوفرنی ۱۶۰
- ۱۶۱ علایم و نشانه ها
- ۱۶۳ انواع اسکیزوفرنی
- ۱۶۴ سایر انواع اسکیزوفرنی
- ۱۶۵ تشخیص افتراقی
- ۱۶۵ سیر بیماری و پیش آگهی
- ۱۶۶ درمان
- ۱۶۸ سایر سندرم های سایکوتیک
- 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 نظریه های اضطراب
- ۱۸۱ اختلال اضطرابی فراگیر (منتشر)
- ۱۸۲ اختلال هراس و گذر هراسی
- ۱۸۳ اختلالات فوبی
- ۱۸۶ اختلال وسواسی - جبری
- ۱۸۹ اختلال استرس پس از سانحه PTSD
- ۱۹۲ اختلال استرس حاد
- تشخیص ها و مداخلات مناسب در اختلالات اضطرابی ۱۹۵

فصل ۲۳

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

تشخیص‌ها 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 مُسکن	۳۳۴
اختلالات وابسته به توهم‌زاها	۳۳۴
اختلالات وابسته به مواد استنشاقی	۳۳۶
اختلالات وابسته به کافئین	۳۳۶
اختلالات وابسته به نیکوتین	۳۳۷
اختلالات وابسته به فن‌سیکلیدین	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

همه‌گیرشناسی بی‌اشتهایی روانی	۳۵۴
و پرخوری روانی	۳۵۴
پرخوری وسواسی	۳۵۷
علل اختلالات خوردن	۳۵۷
درمان‌ها	۳۵۸
مداخلات پرستاری در اختلالات خوردن	۳۵۹

فصل ۳۰

فوریت‌های روان‌پزشکی	۳۶۱
مقدمه	۳۶۲
مصاحبه در فوریت‌های روان‌پزشکی	۳۶۲
خودکشی	۳۶۲
همه‌گیرشناسی خودکشی	۳۶۲
سبب‌شناسی خودکشی	۳۶۴
خشونت و رفتار تهاجمی	۳۶۵
مداخلات پرستاری در خشونت و رفتار تهاجمی	۳۶۵
مهار فیزیکی و نکات آن	۳۶۶
خودزنی	۳۶۶
جرح‌خویشتن	۳۶۶
تجاوز به عنف و سوءرفتار جنسی	۳۶۶
پیمان‌های خودکشی	۳۶۶
خودکشی‌های سالگرد	۳۶۷
بازماندگان خودکشی	۳۶۷
افکار خودکشی و اقدامات پرستاری	۳۶۷
مربوط به آن	۳۶۷

پیوست

سؤالات کنکور ارشد دو سال اخیر	۳۶۹
منابع و مآخذ	۳۷۵

جهت‌گیری جنسی (گرایش جنسی)	۳۴۴
رفتار جنسی	۳۴۴
انواع اختلالات جنسی	۳۴۵
اختلالات عملکرد جنسی	۳۴۵
اختلالات میل جنسی	۳۴۵
اختلالات انگیزش جنسی	۳۴۵
اختلالات ارگاسمی	۳۴۶
اختلالات درد جنسی	۳۴۶
اختلالات جنسی ناشی از اختلال طبعی عمومی	۳۴۶
اختلالات جنسی ناشی از مواد	۳۴۷
اختلالات جنسی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است (NOS)	۳۴۷
انحرافات جنسی	۳۴۷
۱- اختلال در هدف جنسی (پارافیلیا)	۳۴۷
۲- اختلال در هویت جنسی	۳۴۹
سبب‌شناسی نارسایی‌ها و انحرافات جنسی	۳۵۱
سیروپیش‌آگهی انحرافات جنسی	۳۵۱
تشخیص‌های افتراقی انحرافات جنسی	۳۵۱
درمان اختلالات جنسی	۳۵۱
تشخیص‌ها و مداخلات پرستاری در اختلالات جنسی	۳۵۲

فصل ۲۹

اختلالات خوردن	۳۵۳
مقدمه	۳۵۴
انواع اختلالات خوردن	۳۵۴
بی‌اشتهایی روانی	۳۵۴
پرخوری روانی	۳۵۴

۱

تاریخچه روان‌پزشکی و روان‌پرستاری

تاریخچه روان پزشکی در جهان

تاریخچه بیماری‌های روانی با تاریخچه وجود انسان آغاز شده است. برای قرن‌ها با بیماری‌هایی که از اختلالات ذهنی (mental disorders) رنج می‌بردند به شیوه‌های کاملاً وحشیانه و بدوی برخورد می‌شد. 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 می‌دادند، او را شلاق می‌زدند، به او گرسنگی می‌دادند یا او را شکنجه می‌کردند. در دوران باستان برای درمان بیماران روانی از جادوگران استفاده می‌شد و جن‌گیری و جن‌شناسی رواج پیدا کرد. این دوران را دوران جن‌شناسی می‌نامند. در دوران باستان علت بیماری‌های روانی را نفوذ ارواح پلید و شیطانی به بدن انسان به دلیل ارتکاب به گناه می‌دانستند. در مجموعه‌هایی که از این دوران به دست آمده است مشخص شده است که این افراد برای خارج کردن ارواح پلید مجموعه را سوراخ می‌کردند. عبری‌ها بیماری‌های روانی را تنبیه خدا دانسته و درمان آن را اساساً در جهت جبران و کسب رضایت خداوند می‌دانستند.

در عهد کلاسیک یونان و روم، تلاش‌های مهمی برای درمان منطقی‌تر و انسانی‌تر بیمار روانی انجام گرفت و نخستین اقدامات رویکرد طبی به بیماری‌های 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 بیماری‌ها، لقب پدر پزشکی نوین را به خود اختصاص داد. وی عقاید خرافی و مسائل ماورای طبیعت را در مورد بیماری‌های روانی رد نمود. او بیماری‌های روانی را مانند سایر بیماری‌های جسمی می‌دانست و بر علل طبیعی بیماری‌ها تأکید داشت. اولین بار بقراط بود که برای اختلالات روانی علت عضوی و زیست‌شناختی 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 بیماری‌های روانی می‌شود. 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 می‌دانست و به نظر او فقط زنان به هیستری مبتلا می‌شدند و درمان آن را ازدواج و بارداری می‌دانست. او برای افسردگی خصوصیتی را مطرح کرده بود و ارتباط بین افسردگی و مانیا را شرح داده بود؛ که این ارتباط امروزه به اختلال دو قطبی مشهور است. او بر فیزیکی بودن درمان تأکید داشت و از روش‌های آب درمانی، ماساژ، رژیم‌های غذایی مخصوص، هیپنوتیزم، فصد و داروها برای درمان بیماران روانی استفاده می‌کرد.

افلاطون اولین کسی بود که نظریه‌ی روان‌تنی را به معنی تفکیک ناپذیر بودن جسم و روان بیان نمود. او بیماری‌های روانی را ناشی از اختلالات روانی و اخلاقی می‌دانست. به عقیده‌ی او اختلال در روان باعث اختلال در جسم می‌شود؛ بنابراین نمی‌توان جسم را بدون توجه به روان، درمان نمود. تأکید او بر آموزش بهداشت جسم، تقویت قدرت‌های 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 می‌دانست. او بر اهمیت کل موجود زنده تأکید داشت و فرق بین موقعیت‌های 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 بیماری‌های حاد و مزمن روانی را متوجه شد. او خطاهای حسی، هذیان‌ها و توهمات را از هم تفکیک کرد و لقب پدر علم روان پزشکی را به خود اختصاص داد.

آرتنوس به اهمیت عوامل هیجانی و شخصیت قبلی شخص مبتلا به اختلال روانی اشاره کرد. او جنبه‌های مختلف مانیا و مالیخولیا را توصیف کرد و هر دوی آنها را تظاهر یک نوع بیماری می‌دانست؛ امروزه هر دوی این اختلالات را به عنوان اختلال خلقی می‌دانند.

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 ارزنده‌ای 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 نورانی 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 هیجانانگیز 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 تا حدی 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

انقلاب عظیمی در روان پزشکی و درمان بیماران روانی به وجود آمد و امکان بازگشت بیماران روانی به جامعه میسر شد.

نست کدام اقدام زیر موجب تحول اساسی در درمان بیماران روانی گردید و به عنوان انقلاب روان پزشکی نامیده شد؟ (ارشد وزارت بهداشت ۸۱-۸۰)

الف ایجاد مراکز بهداشت روانی

ب تربیت افراد متخصص

ج کشف داروهای روان گردان

د نگهداری بیماران در مراکز روانی

پاسخ (گزینه ج).

انجمن روان پزشکی آمریکا در سال ۱۹۵۲ میلادی، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را با نام DSM منتشر کرد.

ماکسول جونز در کتابی که با عنوان روان پزشکی اجتماعی تألیف نمود، در مورد تعامل بیماران روانی با جامعه بحث کرده بود. او مفهوم اجتماع درمانی را برای اولین بار مطرح کرد.

پیلانو در سال ۱۹۵۲ تئوری روابط بین فردی در پرستاری را مطرح کرد. او در تئوریش به روابط بین بیمار و پرستار هم اشاره کرده بود.

کاپلان اعتقاد داشت که شیوع و بروز بیماری های روانی و تشدید آن ها با استفاده از اقدامات پیشگیری کننده در سه سطح کاهش خواهد یافت.

لنینگر اولین کسی بود که به جای مراقبت بیمارستان محور (مراقبت در بیمارستان) بر مراقبت جامعه محور (مراقبت در جامعه) تأکید داشت.

هری استک سالیوان، معتقد بود افراد شخصیت خود را در بستر اجتماعی پرورش می دهند. او باور داشت که انسان ها بدون افراد دیگر هیچ شخصیتی نخواهند داشت. او تئوری روابط بین فردی را مطرح کرد. نظریه ی او بر مراحل مختلف زندگی تأکید داشت.

در سال ۱۹۶۲ میلادی با وضع قانون مراکز بهداشت روانی جامع، موسسه زدایی عملی شد. بر اساس رویکرد موسسه زدایی، جدا کردن بیمار از خانواده و بستری طولانی او در بیمارستان علاوه بر افزایش هزینه های بیمار، باعث وابستگی بیمار خواهد شد.

عوامل درون زا و بیماری های مربوط به عوامل برون زا تقسیم نمود. وی دمانس پره کاکس و مانیا را تشخیص داد. زیگموند فروید برای اولین بار اقدام به تخلیه هیجانی به روش تداعی آزاد و تعبیر رویاها در بیماران خود نمود. او معتقد بود تجارب تلخ دوران کودکی از حافظه فرد پاک نمی شوند بلکه به صورت پنهان اما فعال باقی می مانند و تمام اعمال و افکار فرد را کنترل می کنند؛ به این ترتیب ضمیر ناخودآگاه را توصیف کرد. او نظریه روانکاوی را مطرح کرد و برای درمان بیماران خود از هیپنوتیزم استفاده کرد. در پایان قرن ۱۹ میلادی، یوگین بلولر واژه اسکیزوفرنی را مطرح کرد و علائم آن را توصیف نمود.

آلفرد آدلر که یکی از شاگردان فروید بود، نظریه او را در زمینه تأثیر فرآیند های ناخودآگاه بر رفتار فرد نپذیرفت و نظریه روان شناسی فردی را مطرح کرد. او معتقد بود هر فردی هدفی مخصوص به خود را در زندگی دارد که برای رسیدن به آن، روش و سبک خاص و منحصر به فردی را انتخاب می کند. به نظر آدلر تلاش برای کسب قدرت یا غلبه بر احساس حقارت نقش مؤثری را در تشکیل شخصیت فرد دارد. او علت بیماری های روانی را عقده ی حقارت عنوان کرد.

یونگ مفاهیم ناخودآگاه جمعی و اسطوره ها و نقش آن ها را در شکل گیری شخصیت مؤثر می دانست. او نظریه روان شناسی تحلیلی را مطرح کرد.

هرمن رورشاخ در سال ۱۹۲۱ میلادی کتاب تشخیص روانی را منتشر کرد. او در این کتاب به ارائه تست رورشاخ پرداخت. آزمون او (آزمون لکه های جوهر) انگیزه های ناخودآگاه را آشکار می کند.

ساکل از تزریق انسولین برای ایجاد کمای هیپوگلیسمی و تشنج با هدف درمان اسکیزوفرنی استفاده کرد. مدونا نیز با استفاده از مترازول، از طریق ایجاد تشنج به درمان اسکیزوفرنی می پرداخت.

یوگو سرلیتی برای اولین بار از الکتروشوک برای ایجاد تشنج و به دنبال آن درمان سایکوزها استفاده کرد. این روش جایگزین شوک انسولینی شد.

جان کید برای اولین بار تأثیر لیتیوم را در بیماران مانیک و عود بیماری را پس از قطع لیتیوم کشف کرد. در سال ۱۹۵۰ میلادی با کشف کلروپرومازین و ایمی پرامین،

در سال ۱۹۶۰ میلادی، روان پرستاری که قسمتی از پرستاری عمومی بود به صورت رشته ای جداگانه در نظر گرفته شد. در سال ۱۹۶۷ میلادی شاخه سلامت روان انجمن پرستاری آمریکا اولین کتاب خود را با عنوان "آموزش عملی برای روان پرستاران" به چاپ رساند. در سال ۱۹۷۳ میلادی انجمن پرستاران آمریکا استانداردها در روان پرستاری را منتشر کرد و در سال ۱۹۸۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این اتفاق نقش مؤثری در علمی تر شدن پرستاری داشت.

تاریخچه روان پزشکی و روان پرستاری در ایران

ابوعلی سینا همانند زکریای رازی برای بیمارانی که به آن ها بیماران دماغی می گفتند دستورات دارویی تجویز می کرد و به مزاج های چهارگانه (دموی، صفراوی، بلغمی و سودایی) اهمیت می داد و آن ها را در بروز بیماری های روانی مؤثر می دانست. او در کتاب قانون، اختلالات روانی مانند هیستری، صرع، مانیا و مالیخولیا را توضیح داد و به نحوه درمان آن ها پرداخت. اولین مرکز نگهداری بیماران روانی در ایران در سال ۱۲۶۷ (ش.ه) و در شهر یزد تأسیس شد. در سال ۱۲۹۷ (ش.ه) نگهداری و سرپرستی بیماران روانی به شهرداری سپرده شد و در اکبر آباد تهران اولین بیمارستان دارالمجانین احداث شد که امور پرستاری و اداری آن را یک افسر و سه پاسبان انجام می دادند و از پزشک، پرستار و دارو خبری نبود. در سال ۱۳۰۰ (ش.ه) نگهداری این بیماران به شهرداری واگذار شد و پس از آن تیمارستانی در شهر ری تأسیس شد و بیماران روانی به آنجا منتقل شدند. در سال ۱۳۱۹ (ش.ه) تدریس درس بیماری های روانی در دانشکده پزشکی تهران و تدریس روان شناسی در دانشکده ادبیات به اجرا درآمد. در سال ۱۳۲۵ (ش.ه) بیمارستان روان پزشکی روزبه در تهران شروع به کار کرد. در سال ۱۳۳۶ (ش.ه) پخش برنامه های بهداشت روان و روان شناسی از رادیوی ایران آغاز شد و در سال ۱۳۳۸ (ش.ه) واحد بهداشت روان در وزارت بهداشت تشکیل شد. پرستاری روانی در ایران با ورود خانم اولین زیمیرمن

تست تعریف موسسه زدایی (deinstitutionalization)

(ارشد وزارت بهداشت ۹۳-۹۲)

کدام است؟

- الف** انتقال مبتلایان به بیماری به جامعه
ب عدم پذیرش جامعه در مورد بیماران با اختلال روانی
ج تعیین موسسات و انجمن هایی برای کمک به بیماران روانی
د توسعه شبکه های خدمات بهداشت روان در سطح ملی

پاسخ) گزینه الف.

تاریخچه روان پرستاری در جهان

دوروته لین دیکس، نهضتی را در جهت متحول ساختن مراقبت از بیماران روانی به راه انداخت. تلاش های او به ممنوع شدن نگهداری بیماران روانی و تأسیس ۳۲ بیمارستان روانی منجر شد.

لیندا ریچارد در سال ۱۸۷۲ میلادی برای اولین بار مراقبت از بیماران روانی را سازماندهی کرد و برنامه های آموزشی را برای پرستاران ترتیب داد. او بر نیازهای فیزیولوژیک و روان شناختی بیماران تأکید زیادی داشت و معتقد بود بیماران روانی نیز باید همانند بیماران جسمی مراقبت شوند. لیندا ریچارد اولین روان پرستار شناخته شده در آمریکا می باشد.

در سال ۱۸۸۲ میلادی اولین مدرسه جهت آموزش پرستاری از بیماران روانی در شهر ماساچوست تأسیس شد. اولین پرستار ناشر، خانم بایلی ماریت بود که مقالات مربوط به بیماران روانی را در سال ۱۹۲۰ میلادی به چاپ رساند.

در سال ۱۹۴۸ میلادی، بروانز با انتشار مقاله ای با عنوان "پرستاری برای آینده" خواهان بسته شدن مدارس اولیه پرستاری و ایجاد دوره های پیشرفته برای روان پرستاران بود. پس از تلاش های بروانز، واحدهای درسی روان پرستاری وارد دروس اجباری پرستاری شد. انجمن روان پرستاران آمریکا در سال ۱۹۵۲ میلادی توسط فرانسس اسپیلر تأسیس شد. در همان سال (۱۹۵۲ میلادی) خانم پیلاو که لقب مادر روان پرستاری را به او داده بودند، کتابی با عنوان "روابط بین فردی در پرستاری" منتشر کرد. این کتاب اولین چهارچوب نظری سازمان شده برای روان پرستاری بود. او در این کتاب مهارت ها، فعالیت ها و نقش های روان پرستاران را شرح داد.

در رشته کارشناسی ارشد روان پرستاری نمود. در سال ۱۳۶۴ برنامه کشوری بهداشت روان در ایران تنظیم و در سال ۱۳۶۷ به تصویب وزارت بهداشت رسید. بر اساس این طرح، خدمات بهداشت روان بخشی از برنامه های مراقبت اولیه بهداشتی قرار گرفت و ابتدا به صورت آزمایشی در شهرستان های شهرضا، شهرکرد و هشتگرد به اجرا درآمد. هدف از این برنامه رسیدن به حداقل خدمات بهداشت روان برای تمام مردم کشور تا سال ۲۰۰۰ میلادی بود. در حال حاضر بهداشت روانی اصل نهم برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) است.

(مستشار پرستاری روانی سازمان بهداشت جهانی) بنیانگذاری شد و اولین آموزشگاه جهت آموزش روان پرستاری در سطح ابتدایی (یک ساله) در آموزشگاه بهیاری بیمارستان روزبه در سال ۱۳۳۸ (ه.ش) تأسیس شد. پس از آن، پرستاران فارغ التحصیل یک دوره یک ساله پرستاری بیماری های روانی را می گذراندند و در بیمارستان های روان پزشکی مشغول به کار می شدند. در سال ۱۳۵۶ (ه.ش) انستیتو روان پزشکی تهران فعالیت آموزشی، پژوهشی، طرح و برنامه ریزی و مشورتی درباره بهداشت روان را بر عهده گرفت و اقدام به گزینش دانشجو از بین پرستاران فارغ التحصیل جهت تحصیل

۲

بهداشت روان

مقدمه

با پیشرفت تکنولوژی، علم پزشکی در زمینه‌ی بیماری‌های جسمی پیشرفت‌های چشمگیری را تجربه کرده است اما کم توجهی به سلامت روح و روان باعث شده است که جوامع بشری صدمات مادی و معنوی زیادی را متحمل شوند. به دلیل صنعتی شدن جوامع بروز روزافزون استرس‌ها و مسائل روانی-اجتماعی و به طور کلی عوامل تخریب‌کننده روان رو به افزایش است. اختلالات روانی و مغزی مسأله‌ای نگران‌کننده هم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای در حال توسعه می‌باشد؛ اما شیوع بعضی از بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه بالاتر است. به دلیل شیوع بالای اختلالات روانی و طولانی بودن این اختلالات، در دهه‌های اخیر مبحث بهداشت روان اهمیت بسیار زیادی پیدا کرده است؛ به همین دلیل در سال ۲۰۰۱ سازمان بهداشت جهانی شعاری را با عنوان (بهداشت روان: غفلت بس است، مراقبت کنیم) را تصویب نمود.

دیگر بهداشت روان علمی است برای بهزیستی، رفاه اجتماعی و سازش منطقی با پيشامد های زندگی. بهداشت روان به بررسی انواع مختلف اختلالات روانی و عوامل مؤثر در بروز آن‌ها می‌پردازد. با توجه به اینکه هیچ فردی در برابر بیماری‌های روانی مصونیت ندارد و بیماری‌های روانی نیز همانند بیماری‌های جسمی قابل پیشگیری و درمان هستند، بنابراین با پیشگیری و درمان به موقع می‌توان از عوارض و معلولیت‌های ناشی از آن جلوگیری کرد. بهداشت روان متخصص گروه و طبقه‌ی اجتماعی بخصوصی نیست؛ بلکه همه‌ی افراد در زندگی خود باید از آن بهره‌مند شوند و باید تمام افراد یک جامعه در جهت تأمین سلامت روانی مشارکت کنند. سلامت روانی، به معنای عملکرد موفق در زمینه تفکر، خلق و رفتار می‌باشد که نتیجه‌ی آن داشتن فعالیت‌های سازنده، روابط رضایت‌بخش با دیگران و توانایی سازگاری با تغییرات زندگی و مدارا با ناملایمات است.

نکته

مهمترین اقدام در توسعه بهداشت روان، ادغام آن با برنامه مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) است.

تعاریف بهداشت روان

سلامت روانی عناصر پیچیده و گوناگونی را شامل می‌شود که بعضی از آنها از لحاظ استانداردهای علمی قابل اندازه‌گیری نیست. به همین دلیل یک تعریف واحد از سلامت روان ارائه نشده است. مشکل تعریف سلامت و بیماری روان به این دلیل است که هنوز تعریف صحیح و قابل قبولی برای حالت هنجار و نرمال روان وجود ندارد و هرکس بر اساس سن، جنس، فرهنگ، احساسات درونی، تجارب زندگی، طبقه‌ی اجتماعی و سلیقه‌ی خود سلامت روان را تعریف کرده است.

توجه! امروزه بزرگترین مشکل در تعریف سلامت روان، نبودن یک تعریف جامع و واحد برای سلامت روان است.

نکته

بهترین تعریف سلامت روان، داشتن خلق و خوی مناسب و رفتار مطلوب است.

تعریف شاخص و مطرح بهداشت روان

بهداشت روان به مجموعه اقداماتی که با هدف پیشگیری از ابتلاء به بیماری‌های روانی، کاهش شیوع و عوارض ناشی از آن انجام می‌شود، اطلاق می‌شود. به عبارت

سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا معلولیت، تعریف کرده است. این سازمان، سلامت روان را بخشی از سلامت عمومی می‌داند و آن را در درون مفهوم کلی سلامتی تعریف کرده است. سازمان بهداشت جهانی، سلامت فکر و روان را نیز قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی، اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده است.

توجه! تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت روان، قابلیت برقراری رابطه موزون با دیگران می‌باشد.

نست تعریف سلامت روان از نظر سازمان جهانی بهداشت کدام است؟ (ارشد وزارت بهداشت ۸۳-۸۲)

الف شناخت نسبی نسبت به محدودیت‌های محیطی

ب استقامت در مقابل فشارهای روحی

ج قابلیت برقراری رابطه‌ی موزون با دیگران

د تأمین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی

پاسخ (گزینه ج).

بهداشت روان از دیدگاه شناخت گرایان

طبق دیدگاه شناخت گرایان، سلامتی عبارت است از تعبیر و تفسیر رویدادها به گونه ای که در انسان احساس خوب بودن ایجاد کند.

بهداشت روان از دیدگاه اسلام

بر اساس آیات، قرآن درجه ای بالاتر از سلامتی که همان رستگاری باشد را برای انسان در نظر گرفته است و این هدف بالاتر از چیزی است که روانشناسان برای انسان در نظر گرفته اند. قرآن انسان سالم را شخصی می داند که بیمار نباشد و از آن چه که دارد استفاده مفید کند و خود را در مسیر رشد و تکامل قرار دهد.

بهداشت روان از سایر دیدگاه ها

■ **دیدگاه فردی:** طبق این دیدگاه، سلامت روان یعنی من اینگونه رفتار می کنم پس آنچه که من انجام می دهم درست است. به عبارتی سلامت روان یعنی آن طور که من راحت هستم.

■ **دیدگاه آماری و اپیدمیولوژیستی:** این دیدگاه همان نظر بعضی روان پزشکان است که در حیطه بهداشت عمومی کار می کنند. طبق این دیدگاه، عادی بودن یعنی در متوسط آماری جمعیت قرار گرفتن و غیر عادی بودن یعنی انحراف از متوسط آماری.

اختلال روانی

روانشناسان، فردی را سالم می دانند که علاوه بر سلامت جسمانی و نداشتن بیماری، از افکار، احساسات، قضاوت و هیجانات مطلوبی برخوردار باشد و نسبت به مشکلات خویش بصیرت داشته باشد. انجمن روان پزشکی آمریکا اختلال یا بیماری روانی را الگو یا نشانگان رفتاری یا روانشناختی بالینی می داند که در یک شخص رخ می دهد. این اختلال با تأثیر بر تفکر و رفتار باعث ایجاد ناراحتی برای فرد مبتلا یا ایجاد ناتوانی در وی می شوند. اختلالات روانی اکثراً همراه با تخریب در نحوه تفکر، خلق و رفتار بیمار می باشند و باعث تخریب عملکرد و کارکرد فرد می شوند و اصولاً این اختلالات غیر منتظره و غیر قابل پیش بینی هستند.

بهداشت روان از دیدگاه انجمن بهداشت روان کانادا

انجمن بهداشت روان کانادا، بهداشت روانی را در سه قسمت تعریف کرده است:

۱- **نگرش مربوط به خود:** تسلط بر احساسات خود، آگاهی از ضعف های خود و رضایت از خوشی های ساده.

۲- **نگرش مربوط به دیگران:** علاقه به دوستی های پایا و صمیمی، احساس تعلق به دیگران و احساس مسئولیت در مقابل جامعه.

۳- **نگرش مربوط به زندگی:** ذوق توسعه امکانات و علایق خود، توانایی اخذ تصمیمات شخصی و ذوق خوب کار کردن کردن.

بهداشت روان از دیدگاه روان کاوان

زیگموند فروید معتقد بود اگر من بتواند بین خواسته های نهاد، من برتر و دنیای بیرون تعادل برقرار نماید، فرد از سلامت روان برخوردار است. اریکسون هشت مرحله را برای رشد و تکامل روانی اجتماعی انسان در نظر گرفته است؛ وی سلامتی را توانایی تسلط بر دوره های رشد می دانست.

بهداشت روان از دیدگاه رفتارگرایان

رفتارگرایان اختلالات روانی را نتیجه ی یادگیری فرد می دانند. رفتارگرایان شخص سالم را تعریف نمی کنند بلکه به جای آن از انطباق یا سازگاری موفق با محیط سخن می گویند. واتسون که خود مؤسس مکتب رفتارگرایی بود، معتقد بود که رفتار عادی نمودار شخصیت سالم است که موجب سازگاری او با محیط و در نتیجه رفع نیازهای اصلی و ضروری او می شود.

بهداشت روان از دیدگاه انسان گرایان

طبق نظر انسان گرایان سلامت روانی نتیجه ی رشد کامل استعدادهای بالقوه است. مازلو که یک روانشناس انسان گرا بود، سلامتی را در خودشکوفایی می دانست؛ او فردی را سالم می دانست که شایستگی بودن و شدن را داشته باشد.



تست تعریف فرد سالم از نظر روانی کدام است؟

(ارشد وزارت بهداشت ۸۲-۸۱)

الف سرمشق قرار دادن رفتار دیگران

ب همگان را راضی نگه داشتن

ج برآوردن نیازهای اساسی خود

د داشتن بصیرت نسبت به مشکلات خویش

پاسخ (گزینه د).

تست بیمار روانی که خود را بیمار نمی داند و عقیده

دارد هیچ مشکلی نداشته و نیاز به معالجه ندارد،

اختلال در کدام است؟ (ارشد وزارت بهداشت ۸۱-۸۰)

الف تمرکز حواس

ب بصیرت

ج هوشیاری

د سطح آگاهی

پاسخ (گزینه ب).

معیارهای بهداشت روان

همانگونه که از بهداشت روان تعاریف متعددی ارائه شده است، در مورد معیارهای بهداشت روان نیز دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد. به اعتقاد روانشناسان، وجود خصوصیات معینی در افراد نشانه سلامت روانی آن‌ها می‌باشد که در اینجا به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

۱- نگرش مثبت فرد نسبت به خود: یعنی هر فردی باید تصویر درستی از خود و توانایی‌هایش داشته باشد. چنین فردی هدف‌های واقع بینانه‌ای برای خود ترسیم می‌کند و توانایی‌های خود را بیش‌تر یا کم‌تر از آن‌چه که هست ارزیابی نمی‌کند. هر چه این برداشت واقع بینانه‌تر و منطقی‌تر باشد و خود واقعی به خود ایده‌آل وی نزدیک‌تر باشد از سلامت روان بیشتری برخوردار است.

۲- رشد و تکامل و خودشکوفایی: انسان سالم همواره در جستجوی آن است که توانایی‌های خود را بشناسد و در جهت رشد و تکامل خود و از قوه به فعل درآوردن نیروهای ذاتی خود تلاش می‌کند. به عقیده روانشناسان انسان‌گرا از جمله راجرز و مازلو، انسان تلاش می‌کند که به خودشکوفایی برسد و اگر شخص سطوح پایین‌تر نیازهایش را به طور نسبی برآورده کند، می‌تواند به خودشکوفایی برسد؛ چنین شخصی از سلامت روانی برخوردار است.

۳- یکپارچگی و تمامیت شخصیت: ظاهر و باطن شخص سالم یکی است و میان رفتارهای آشکار و رفتارهای پنهان وی هماهنگی وجود دارد؛ به عبارتی یک هماهنگی و انسجام بین خلق، عاطفه، افکار و رفتار فرد وجود دارد. داشتن ثبات شخصیت و هماهنگی در زندگی فرد باعث می‌شود که در موقعیت‌های تنش‌زا و اضطراب‌آور با مشکلات چندانی مواجه نشود.

۴- استقلال: هر فرد باید در رفتارهایش استقلال و قدرت انتخاب و تصمیم‌گیری داشته باشد؛ البته زیاده روی در استقلال نیز خوب نیست و مانع استفاده فرد از تجربیات و راهنمایی‌های دیگران می‌شود. یک انسان سالم و رشد یافته ضمن استفاده از تجربیات و هم‌فکری و همکاری دیگران، به استقلال شخصیت خود نیز اهمیت می‌دهد.

۵- درک واقعیت: یک فرد سالم، واقع بین است و اهداف خود را متناسب با امکانات و توانایی‌هایش انتخاب می‌کند. وی درک درستی از خود و دنیای اطرافش دارد؛ به همین دلیل انتظارات چنین فردی از خود و دنیای پیرامونش بر اساس اصل واقعیت بنا شده و منطقی‌تر است. در مقابل، افراد ناپهتچار واقعیت را تحریف می‌کنند تا با خواسته‌ها، احساسات و نیازهایشان سازگار شود.

۶- تسلط بر خود و محیط خویش: هر فرد ضمن آنکه بایستی تا حدی با تغییرات محیط سازگار باشد؛ لازم است که در جهت تغییر محیط هم، توانایی داشته باشد و قادر باشد در جهت رشد و تکامل خود در محیط تغییر و تحول ایجاد کند. قدرت انطباق و سازگاری، ارائه رفتار مناسب با موقعیت و معیارهای مورد قبول فرهنگی از خصوصیات شخص سالم است.

۷- روابط مثبت با دیگران: افراد سالم از هم صحبتی با دیگران لذت می‌برند و به آن‌ها احترام می‌گذارند. در احساسات آن‌ها شریک شده و آن‌ها را دوست می‌دارند و این دوستی را به آن‌ها نشان می‌دهند.

۸- تحمل ناملایمات زندگی: یک فرد سالم در مواجهه با مشکلات روزمره زندگی با نگاه مثبت و امیدوارانه با آن‌ها روبرو می‌شود.

اصول بهداشت روان

به کارگیری اصول بهداشت روان سبب تقویت و ارتقای سلامت روان می‌شود. برخی از اصول بهداشت روان عبارتند از: