

پرستاری سلامت روان

(۳) اجتماعی - فرهنگی - به فرهنگ و جامعه مرتبط هستند . مثل منابع حمایتی - خشونت - نابه هنجار - جامعه پذیری

فصل اول : مبانی سلامت روان

تعریف سلامت: بسیار تحت تأثیر فرهنگ یک جامعه می باشد . ممکنه یک رفتار در یک جامعه بیماری محسوب نشود و در یک جامعه بیماری محسوب شود.

به عنوان یک وضعیت رفاه جسمی، روانی و اجتماعی تعریف میشود. سلامت نبودن هر گونه بیماری و اختلال نیست بلکه داشتن رفاه کامل در ابعاد جسمی ، اجتماعی و روانی است .تاکید روی وضعیت مثبت رفاهی است مسئولیتهای زندگی شخصی و اجتماعی خود را بر عهده می گیرد. روابط بین فردی مؤثر در جامعه ای که زندگی می کند داشته باشد و رضایت خود را از این روابط بدان می کنند. روابط سازگار داشته باشد. خود پنداری مثبت داشته باشد، ثبات عاطفی داشته باشد.

عواملی که در سلامت روان موثر هستند:

(۱) فردی - فرد محور - به مربوط به خورد فرد - مثل ژنتیک

(۲) بین فردی - ارتباط فرد با افراد دیگر - صمیمت، دوست داشتن، عزت نفس

جهان بینی فرد - یعنی اینکه من جهان اطرافم را چطور نگاه و تعریف و تحلیل می کنم.

مهم نیست جهان اطراف چگونه است مهم این است که من آن را چطور می ببینم.

بیماری روان - شامل یک سری اختلالات، بدکار کردها - روی ابعاد روانی مثل رفتار، خلق، هیجان فرد را تحت تأثیر قرار می دهند.

بیماری های روانی - روی فانکشن یا عملکرد بیمار تأثیر می گذارند - عملکرد فردی مثل رعایت بهداشت فردی یا سایر عملکردهای فردی یا می تواند عملکرد شغلی، اجتماعی یا خانوادگی باشد.

خیلی زمان پیش به علت یک سری از اهداف - برای اولین بار انجمن روان پزشکان امریکا - یک کتابچه به نام

۱۵۴۷ میلادی ← یک از اولین بیمارستان روان یا دیوانگان ← بیمارستان پپسلند در سن ماری بود. محلی بود برای نگه داری بیماران روانی شبیه موزه بود یا باغ وحش پول پرداخت می کردی و از تمسخر و شکنجه بیماران روانی لذت می بردی.

دوره ی روشنگری و موسسات روانی ← اولین کسی که در فرانسه برای اولین بار طی بازدید از بیماران روانی داشت قل و زنجیر را از دست و پای بیماران روانی باز کرد پنیل (Pinel)

توک ← به صورت موازی این کار را در انگلستان انجام داد.

فروید : به بیماران روانی یک نگاه ویژه کرد. نقطه عطف در اختلالات روانی برای اولین بار طبقه بندی اختلالات روانی ← توسط کراپلین (از شاگردان فروید) برای اولین بار ابداع اصطلاح اسکیزوفرنی ← توسط بلوئر از (شاگردان فروید)

توسعه داروها ← در دهه ی ۱۹۵۰ ← یک انقلاب بزرگ در درمان بیماری های روانی (۱) کلرپرومازین یا تورازین ← یک ضد جنون (۲) داروی تثبیت کننده ی خلقی ← لیتیوم

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۳ هدف مهم پیش رو داشت)

هر چند سال یکبار به روز رسانی میشود در حال حاضر ویرایش پنجم

اهداف این کتاب

(۱) یکپارچه شدن تشخیص ها و نام گذاری و زبان استاندارد

(۲) علائم و نشانه های طبقه بندی برای رسیدن به تشخیص خاص (تمایز تشخیص)

(۳) شناسایی علل در اختلالات مختلف

اولین کسی که در رابطه با اختلالات روان تنی، صحبت کرد و اسم آن را برد ارسطو بود و گفته است. این که افراد به بیماری های روانی و جنون مبتلا میشوند مرتبط است با برهم ریختن تعادل چهار ماده ای که جسم انسان را تشکیل میدهند (خون - آب - صفرای زرد - صفرای سیاه)

در دوره ی رنسانس ← افراد مجرم را که سالم بودند از افراد مجرم دارای اختلالات روانی تمیز دارند در انگلیس و یکی از اولین گام در مشکلات روان بود.

سلامت روان جامعه ← سال
۱۹۶۳ ← اولین قانون برای ساخت مراکز
بهداشت روان

موسسه زدایی ← یعنی اینکه درمان را از
بیمارستانها و مؤسسات منتقل کنیم به
جامعه

قرن جدید: اختلالات روانی به عنوان
بیماری پذیرفته شدند البته که فرهنگ
تاثیر مهمی روی پذیرش مردم دارد. و
ممکن است بیماران هنوز به عنوان افرادی
که به تسخیر جن در آمده محسوب می
شوند.

revolving door effect

پدیده ی در گردان ← سبب شد اقامت
افراد در بیمارستان کوتاه شود. یعنی تعداد
بیشتری بستری میشوند اما سریع مرخص
می شوند ← عوارض جبران ناپذیری به
سیستم سلامت وارد کرد. فالو آپ کاهش
می یابد(افراد سریع مرخص میشوند وارد
جامعه می شوند) ← افراد با عوارض وخیم تر
و جدی تر و بدتری برمیگردند و بستری
می شوند.(فرسودگی سیستم سلامت
مخصوصا پرستار

یکی از مهم ترین مسائل در مبانی سلامت
روان ← ملاحظات فرهنگی ← آماده سازی
در پرستاری به معنای آگاهی پیدا کردن
پرستار از فرهنگ یک جامعه است. از
تفاوت های فرهنگی که می توانند روی
سلامت روان و درمان بیماری های روان
تاثیر بگذارند.

اولین روان پرستاری که توجه ویژه به
بیماری های روانی داشت ← لیندا ریچاردز
در بیمارستان روانی ایلی نوی مراقبت ها و
برنامه های آموزشی برای بیماران روانی راه
اندازی کرد.

و بیان کرد که بیماران روانی به اندازه ای
بیماران جسمی نیازمند مراقبت هستند.

اولین آموزش پرستاران در سال ۱۸۸۲
میلادی شروع شد در بلمونت
اولین مکتوب در حیطه روان پرستاری که
وجود دارد ← توسط پرستاری به نام بیلی (
هریت بیلی) ۱۹۲۰ منتشر شد.

اولین دانشکده ای که به صورت اختصاصی روان پرستاری را به پرستاران آموزش داد ← دانشکده جان هابکینز بود.

نظریه پردازان پرستاری

- (۱) پیلاو ← روابط بین فردی در پرستاری را مطرح کرد - ۱۹۶۲ چاپ شد (تمرکز زیادی روی مسئله اضطراب داشت)
- (۲) جون ملو ← تمرکزش روی نیازها و نقاط قوت روانی اجتماعی مدد جو بود.
- ((ما باید بر اینجا و اکنون تمرکز بکنیم))

خود آگاهی

- (۱) هسته ی اصلی مراقبت در پرستاری ارتباط است.
- (۲) هسته ی اصلی سیستم سلامت مراقبت است.

این ارتباط بر پایه ی خود آگاهی قوی شکل می گیرد ← پرستار احساسات و اعتقادات و نگرش خود را در همه ی زمینه ها برای خودش مشخص کند.

سیستم عصبی مرکزی:

(۱) مخ

(۲) مخچه

(۳) ساقه مغز

(۴) سیستم لیمبیک

(۵) انتقال دهنده های عصبی

مخ: نیم کره ی راست و چپ فقط غده یا جسم پینه آل در هر دو نیم کره وجود ندارد

این غده درون ریز است. این غده ۲ لوب مغز را به هم متصل نگه می دارد. به عنوان یک پل عملکرد لوب راست و چپ را تنظیم می کند.

لوب چپ ← کنترل سمت راست بدن

لوب راست ← کنترل سمت چپ بدن

نیم کره ی چپ ← مسئول و مرکز استدلالهای منطقی و عملکردهای تحلیلی است ← مثل عملیات ریاضی و خواندن و نوشتن

نیم کره ی راست ← توانایی های هنری، خلاقیت ها، شهود.

۱) مغز میانی

۲) پل مغزی

۳) مدولا

۴) هسته های اعصاب جمجمه ای

۵) لوکوس سیروئتوس

مغز میانی: بخشی از ساقه مغز است که از سیستم خارج هرمی یا اکستراپیرامیدال و سیستم فعال کننده ی شبکه ای تشکیل شده است .

سیستم اکستراپیرامیدال ← مسئول حرکت و هماهنگی است که اطلاعات را از اعصاب نخاعی انتقال میدهد.

پل مغزی ← به صورت یک پل عمل میکند ← از نظر ساختاری و عملکردی بین شکاف ۲ نیم کره قرار دارد و مثل یک پل اطلاعات و مسائلی بین دو نیمکره را به هم مستقل میکند.

مدولا : نام کامل آن مدولاوبلانگاتا می باشد، بخشی از ساقه ی مغز است که در جلوی مخ قرار گرفته است و بالای نخاع

مخ ← ۴ لوب دارد

۱) پیشانی ← مرکز حرکت ،خاطرات و احساسات، تفکر، توجه، حل مسئله

۲) آهیانه ← مرکز چشایی و لمس، نسبت به فضای اطرافمون اطلاعات داشته باشیم.

۳) گیجگاهی ← مرکز حسهای بویایی ،حافظه ، شنوایی، ابراز احساسات

۴) پس سری ← مرکزی است برای تفصیر آن چیزی که میبینیم ← هماهنگی بینایی با زبان

مخچه :مرکز تنظیم وضعیت بدن است. مرکز تنظیم تعادل اطلاعات را از تمامی نواحی بدن دریافت می کند. بعد تعادل را بر قرار می کند.

مخچه نقش مهمی در مهار انتقال دوپامین دارد.

ساقه مغز: از ۳ بخش مهم و ۲ بخش دیگر تشکیل شده است:

است. نقش مهم آن در تنفس و فعالیت های قلب و عروق است.

تالاموس ← مرکز احساسات ، هیجانات و فعالیت های ماست.

هسته های اعصاب جمجمه ای در ساقه ی مغز قرار دارند.

هیپوتالاموس ← زیر تالاموس است، کارهای حیاتی مثل تنظیم دما، کنترل غدد درون ریز، میل جنسی، بی اشتهاپی، پر اشتهاپی

لوکوس سیرولتوس ← مجموعه ی کوچکی از سلولهای عصبی هستند. این سلول های عصبی به عنوان مادرهایی برای نورایی نفرین عمل میکنند. یعنی نورایی تعریف در این مکان تولید دارد.

هیپوکامپ ← زیر کامپ قرار دارد.

آمیگدالا - (Amigdala) مرکز مهمی در نوروساینس ← مرکزی است که حافظه ی ما، رفتارهای ما، واکنش های ما و احساسات ما بیشتر بر عهده ی آمیگدالا است.

نقش این قسمت در استرس، اضطراب و رفتارهای تکانه ای است.

انتقال دهنده های عصبی:

رفتار تکانه ای: رفتارهایی هستند که بدون کنترل توسط فرد انجام می شوند.

نوروترانسمیترها: رد و بدل کردن پیام ها بین سلولها

(۱) مهار کننده ها

(۲) تحریک کننده ها

سیستم لیبیک:

بالای ساقه ی معز واقع شده است.

یک انتهای آکسون داریم که این انتهای آکسون نوروترانسمیترها کل سلول عصبی را حرکت کردن

شامل ← تالاموس، هیپوتالاموس، هیپوکامپ و آمیگدالا تشکیل شده است.

آن می‌تواند در اختلالات روانی نقش داشته باشد.

فراوان ترین نوروترانسمیترها در مغز ما: نوراپی نفرین ← تحریکی هستند.

بیشترین تجمع را در ساقه ی مغز دارد، خواب و بیداری و خلق و خوی فرد را تنظیم می کند، افزایش بیش از حد آن در اختلالات اضطرابی و کاهش آن در افسردگی دیده می شود.

اپی نفرین: پاسخ تحریکی در ستیزوگریز ← میزانش در مغز کم است.

سروتونین: یک نوروترانسمیتر مهمی است. انجام یک کار و عمل را مهار می کند،

در تریپتوفان وجود دارد (در شیر، گوشت ، دوغ) به همین دلیل احساس خواب آلودگی می دهد. در اضطراب و اختلالات خلقی نقش دارد در اید انزوای اسکیزوفرنی نقش دارد.

داروهایی ساختند که جذب مجدد سروتونین را محدود میگفت دسته ی داروی (SSRI)

و به انتهای آکسون رسیده اند. نوروترانسمیترها داخل یک وزیکولهای سیناپسی قرار دارند ولی وقتی به انتهای آکسون و شکاف سیناپسی میرسند (فاصله ی بین دو سول عصبی) آزاد می شوند و بعد از طریق کانال های یونی به دندريت سول بعدی می رسند. دندريت ابتدای یک سلول عصبی است.

هر نوروترانسمیتر گیرنده ی خاص خودش را دارد و مثل قفل و کلید می ماند. نوروترانسمیترهایی که آزاد می مانند .

۱- دوباره بازجذب پایانه آکسون قبلی می شوند.

۲- توسط آنزیم ها حل و متابولیزه میشوند (بازنشسته میشوند)

یکی از مهم ترین این آنزیم ها مونو آمینواکسیداز (MAO) است.

انواع نوروترانسمیترها:

دوپامین و سروتونین ← ۲ از مهم ترینها

دوپامین: هورمون لذت میگویند ، در ساقه ی مغز وجود دارد. در تیروزین نیز وجود دارد. هورمون تحریکی میباشد. میزان بالای

هیستامین ← نه مهاری نه تحریکی، هنوز اثرات آن در اختلالات روانی مشخص نشده اند. اما بسیاری از داروهای روان گردان بر پایه ی هیستامین عمل می کنند و هیستامین را محدود می کند.

این ماده یک تعدیل کننده ی عصبی است.

استیل کولین ← در اختلالات عصبی و عضلانی می شنویم. بیشترین تجمع و عملکردش روی اتصال های عصبی، عضلانی، اسکلتی است. روی چرخه ی خواب و بیداری تأثیر دارد. روی هوشیار کردن عضلات اثر دارد. این نوروترانسمتیر هم تحریکی و هم مهاری است.

در اختلال شناختی مثل آلزایمر نورونهایی که استیل کولین را ترشح می کنند کاهش دارند.

نوروپتیدها: تعدیل کننده ی عصبی است. اثر سایر نوروترانسمیترها یا تعدیل یا تضعیف می کنند.

گلوتامات ← تحریکی است، یک نوع آمینواسید است. سطح بالای آن مسمومیت عصبی می دهد.

گاما، آمینوبوتوریک اسید یا گابا: مهم ترین و اصلی ترین انتقال دهنده ی مغز است که اثر مهاری دارد. به تنهایی خیلی اثر مشخصی ندارد، روی سایر نوروترانسمیترها اثر مهاری دارد.

مثل بنزودیازپین ها ← افزایش عملکرد گابا، سبب خواب آلودگی و کاهش استرس میدهند.

نظریه های نوروبیولوژیک:

علل نوروبیولوژیک بیماریهای روانی ← مسئله ی مهمی که وجود دارد اختلالات روانی را به لحاظ سبب شناسی چند بعدی بررسی میکنند، نمی توان به قطعیت گفت در بیماری روان چه عاملی اثر گذار است از دو نقطه نظر بررسی میکنند ← علل نوروبیولوژیک مثل وراثت، ژنتیک، انتقال دهنده های عصبی و مباحث روانی اجتماعی است.

نظریه پردازان دو دیدگاه تربیت و سرشت را در نظر می گرفتند ← در ژنیک منتقل شود.

یاتربیت که محیط خانوادگی، اجتماعی و تجربه های ما

۲. روان ایمنی شناسی ← به این صورت که هر چقدر سیستم ایمنی ضعیف باشد علائم روانی که در یک فرد وجود دارد بیشتر است. از طرفی فردی که دچار مشکلات روان است، دچار ضعف سیستمی شده است.

۱. ژنتیک و وراثت ← هنوز دقیقاً متوجه نقش ژنتیک در ایجاد بیماری های روانی نشده اند ولی پژوهش ها نشان میدهند که وراثت در اختلالات روانی نقش پررنگی دارند.

۳. عفونت ← برخی از آلودگی های ویروسی که در فرد وجود داشته باعث ایجاد اختلالات روان شده اند. مثلاً اثبات شده است که افرادی که متولد زمستان هستند بیشتر دچار اختلالات اسکیزوفرنی شده اند.

به ۳ طریق آزمایش کردند ← روش اول مشاهده دو قلوهای همسان است و اختلالات روانی در دو قلوهای یکسان قرار دارد.

دارو درمانی:

اصطلاحات:

→ efficacy اثر بخشی

حداکثر اثر بخشی که یک دارو می تواند ارائه دهد.

→ Potency قدرت دارو

یعنی چه مقدار از یک دارو نیاز است که ما به حداکثر درمانی آن برسیم.

روش دوم ← فرزند خولندگی ← فرزند یک پدر و مادر مثلاً اسکیزوفرنی را از پدر و مادر جدا میکنند و در یک خانواده کاملاً نرمال و در یک محیط مناسب پرورش می دهند، اما باز هم در آینده دچار اختلالات روانی شده اند.

روش سوم: بررسی مطالعات خانوادگی ← مثلاً بررسی می شود اگر یک فردی قبل به اختلال دو قطبی یا OCD یا ... هست چقدر و چند درصد از بستگان درجه یک خانواده اش مبتلا هستند.

→ half life نیمه ی عمر یک دارو

مدت زمانی که طول می کشد تا نیمی از میزان دارو از بدن خارج شود.

زمان خارج شدن یک دارو به طور کامل از بدن ۵ برابر نیمه ی عمر آن دارو است.

مثلاً اگر دارویی نیمه ی عمر ۲۴ ساعته دارد. برای اینکه این دارو به طور کامل از بدن فرد خارج شود $5 \times 24 = 120$ ساعت طول می کشد.

هشدار جعبه ی سیاه

سازمان غذا و دارو ایالت متحده ← داروها را به لحاظ عوارض آنها و مصارفشان تقسیم بندی می کند، داروها بررسی میشوند به این لحاظ که چقدر میتوانند عوارض جبران ناپذیر و خطرناک هر چقدر هم نادر داشته باشند. اگر دارویی وجود داشته باشد که علی رغم اثرات درمانی که دارد عوارض جبران ناپذیر و خطرناک و تهدید کننده ی زندگی داشته باشد باید کارخانه ی تولید کننده ی دارو روی جعبه یا در راهنمای دارو نوشته باشد به صورت برجسته.

→ off lable use استفاده ی بدون برچسب

چسب

مثلاً در داروهای روان شناسی با داروهایی مواجه می شویم که برای مصارف و درمان بیماری های دیگری بوده اند اما ثابت شده که در درمان علائم و نشانه های روانی مورد استفاده قرار می گیرند. مثلاً دپاکین، کاربامازپین

برای تجویز داروهای روان پزشکی پزشکان علائم و نشانه های فرد را در نظر می گیرند.

خیلی از داروهای روان پزشکی شروع اثرشان زمان بر است، و ممکن است برای شروع اثرات درمانی و بهبود علائم و نشانه های روانی فرد به صورت مداوم مصرف کند حتی ممکن است ۳ الی ۴ هفته زمان نیاز باشد برای شروع اثرات درمانی (مخصوصاً داروهای ۳ حلقه ای)

داروهای روان پزشکی ← ابتدا از کمترین دوز شروع می شود.

مسئله ی بعدی، توجه سالمندی است. مثل توجهات سالمندی در سایر اختلالات

مثبت یعنی علائمی که در فرد وجود نداشتند و اکنون در فرد ظاهر شده اند، مثل ← هذیان، توهم

علامت منفی: مثل علائمی که فرد قبلاً داشته و اکنون به خاطر بیماری از او کسی شده است مثلاً تکلم

کلرپرومازین یکی از مهم ترین داروهای این نسل است.

تیوریدازین ← در دسته ی پی پریدین ها است ← اگر میزان مصرف روزانه ی این دارو در روز بیشتر از یک گرم باشد عارضه ی رتینوپاتی پیگمانته می دهد.

پیموزاید ← در دسته ی دیفنیل بوتیل بی پریدین ها است ← این دارو علاوه بر آنتی سایکوتیک بودن در درمان سندرم ژیل دولاتوره و تیک های عصبی نیز تاثیر گذار است.

این سندرم ← فرد دچار تیک های عصبی مثل چشمک زدن، بشکن زدن، حرکات ناگهانی دست و یا حالت هایی در چهره به صورت تیک و ناگهانی بروز می کند، تیک صوتی نیز ممکن است داشته باشد.

جسمی در اختلالات روانی هم اثر داروهای روان پزشکی می تواند متفاوت باشد، و شاید باید دوز داروها کمتر شود.

قطع کردن دارو به صورت تدریجی → Taper

داروهای روان پزشکی:

دسته ی اول ← داروهای ضد روان پریشی یا آنتی سایکوتیک یا نورولپیک ها :

نکته ی مهم در این دسته ← این داروها گیرنده های دوپامین را مسدود می کنند. چون افزایش دوپامین باعث بروز اختلالات روانی میشود.

داروهای آنتی سایکوتیک ها بر اساس زمان کشف و عملکرد به ۳ دسته تقسیم می شوند ←

۱. نسل اول

۲. نسل دوم

۳. نسل سوم

نسل اول: این نسل عوارض خارج هرمی ایجاد می کنند. این داروها بیشتر بر علائم مثبت اسکیزوفرنی تأثیر می گذارد، علامت

مشهور ترین و پرکاربردترین داروی این نسل هالوپریدول است ← بسیار قوی است ← هرچه قدرت یک دارو بیشتر باشد، عوارض آن نیز بیشتر است.

نسل دوم ← از نظر زمانی بعد از نسل اول کشف شدند، عوارض EPS کمتری نسبت به نسل اول دارند، از قدرت کمتری برخوردارند و بیشتر روی بیشتر روی علائم منفی اسکیزوفرنی تاثیر می گذارند، اینها هم روی دوپامین و هم روی جذب سروتونین تأثیر میگذارند.

مثل کلوزاپین - الانزاپین - رسپریدون - کوئه تیاپین - دوراسیدون - گئودون.

رسپریدون در دسته ی بنزایزوگزایزون ها قرار دارد و تنها داروی این دسته است، و بیشتر روی گیرنده های سروتونین تاثیر دارد، عوارض EPS خیلی کمی ایجاد میکند، بیشتر عوارض آنتی کولینرژیک می دهد ← مثل تاری دید، یبوست، افت فشار خون وضعیتی، سنکوپ، تاکی کاردی، تهوع و استفراغ و خواب آلودگی می دهد توصیه می شود در عصرها یا قبل از خواب مصرف شود.

کلوزاپین ← بعضی از علائم و نشانه هایی را بر طرف میکند که سایر داروهای آنتی سایکوتیک نمی توانند برطرف کنند ممکن از خط اول درمان بعضی از علائم جنون باشد.

این دارو ← عارضه ی مهم آگرانولوسیتوز می دهد، یکی از فالوآپ های مهم، و بیمار هر هفته یا دو هفته یکبار باید (WBC) چک کند و اگر در این آزمایش WBC بیشتر از ۲۰۰ باشد و آگرانولوسیتوز شده و زیر ۱۰۰ باشد دارو باید قطع شود، به صورت بالینی تب، آفت دهان، سیستم ایمنی ضعیف شود نشان دهنده ی افت WBC است.

باید به خانواده حتما، علائم و نشانه های WBC را توضیح دهیم.

قبل از شروع این دارو کلا باید WBC چک شود، به لحاظ سابقه صرع و تشنج باید بررسی شود.

چون در این بیماران کلوزاپین میتواند آستانه تشنج را پایین بیاورد، در بیماران کبدی و کلیوی ممکن است میزان کلوزاپین خون بالا برود و عوارض آن بروز پیدا کند. دوز معمول با توجه به علائم و با توجه به علائم و نشانه به ها اما به صورت معمول ۴۰۰ تا ۵۰۰ میلی گرم در روز است.

افزایش پرولاکتین خون، تشنج، یبوست، سندرم نورولپتیک بدخیم.

دروپریدول ← هم خانواده ی هالوپریدول است ← بسیار قوی و در اتاق عمل استفاده می شود.

نسل سوم: تقریباً از سال ۲۰۰۲ وارد سیستم درمان شده است.

داروهای نسل اول و دوم گیرنده ها را مسدود می کردند، اما نسل سوم تثبیت کننده ی سیستم دوپامین هستند، به عنوان تنظیم کننده عمل می کنند. در نتیجه عوارض کمتری دارند.

مثل: آریپیپرازول، پپرازول، کاریپرازین

نکته در مورد آنتی سایکوتیک ها: می توانند تزریقی، قرص، زیرزبانی باشند.

داروهایی که به صورت SC مصرف میشوند باید ۱۰ تا ۱۵ دقیقه بعد از مصرف غذا و نوشیدنی مصرف نکنند.

داروهایی دپو ← این داروها اغلب به صورت تزریقی استفاده میشوند، برای بیمارانی که تبعیت داروی ندارند یعنی به بیماری اش آگاهی ندارد و نمی تواند دارو را به خوبی مصرف بکند. دارو را به عنوان دپو تجویز می کنند. مثلاً یک آمپول را تزریق می کند

سایر علائم ← افت فشار خون وضعیتی، تاکی کاردی، سستی، خواب آلودگی، هایپرترمی، افزایش بزاق

هایپرترمی به ۲ دلیل است.

۱. به دلیل افت WBC دار و قطع می شود.

۲. یا بدون افت WBC و ازعوارض کلوزاپین ← دارو قطع نمی شود.

دارو به هیچ عنوان نباید ناگهانی قطع شود و کلوزاپین باید به صورت Tapering قطع شود.

الانزاپین ← عملکرد بالایی دارد. چون روی گیرنده های دوپامینی اثر می گذارد هم روی آنها آدرنرژیک و هم گیرنده های موسکارینی و آنتی کولینرژیک ژیک را تحت تأثیر قرار می دهد.

در و پریدول به هم خانوادگی هالوپریدول است سیر موتی و در اتاق عمل استفاده می شود

الانزاپین به خاطر همین تأثیراتش عوارضش می شود ← افت فشار خون وضعیتی، خواب آلودگی، روی کبد اثر می گذارد باید آنزیم های کبدی چک شود. افزایش وزن،

و بسیار به مدت ۲ یا ۴ یا ۶ هفت از مصرف دارو بی نیاز است .

در ساخت دارو مثلاً از روغن کنجد استفاده می کنند و باعث دپو شدن آن در عضله می شود و کم کم جذب بدن می شود.

رسپریدون و هالوپریدول داروی دپو دارند.

شکل دپوی الانزاپین هم موجود است.

زپیرکسا ← وقتی این داروی دپو تزریق شود، عوارض خطرناکی دارد ← دلریوم می دهد.

خواب آلودگی، گیجی، کاهش هوشیاری، بی قراری و اختلال شناختی.

وقتی این دارو تزریق شود بیمار باید تا ۳ ساعت در بیمارستان تحت نظر باشد اگر علائم نداشت ترخیص شود، اگر این علائم را بدهد حتی در حتی ممکن است ایست قلبی کند.

بعضی از داروهای آنتی سایکوتیک به خصوص نسل اول در درمان بیماری هایی مثل سکسکه، خارش، استفاده می شود، اثرات ضد تهوعی دارند (مثل پلازیل)، لارگاکتیل، اسکازینا

به داروهای آنتی سایکوتیک، نورولپتیک هم گفته میشود ← به این خاطر که زمانی

که کشف شدند عوارض عصبی و عضلانی زیادی را نشان دادند.

داروهای نسل دوم در سالمندانی که ضد روان پریشی مصرف می کنند ممکن است باعث مرگ های ناگهانی و بی علت شوند.

Simpson - Angus مقیاس سنجش عوارض خارج هرمی

عوارض جلنبی ← عوارض خارج هرمی: اکستراپیرامیدال یا EPS

دسته ای از عوارض عصبی عضلانی هستند که به همه ی اینها خارج هرمی میگوئیم.

دییستونی حاد : مهم ترین عارضه - EPS بیشتر در روزهای اول درمان پیش می آید ۱۰ درصد بیماران که داروهای آنتی سایکوتیک مصرف می کنند و ممکن است این عارضه را نشان بدهند.

عضلات دچار مشکلات می شوند ← سختی و مشکل در بلع - سفتی و گرفتگی شدید عضلات - در هالوپریدول زیاد اتفاق می افتد.

علامت ها

تورتیکولیس ← تیج خوردگی سر و گردن (رتروکولی) هم میگویند.

اوپسیتوتونوس ← تمام عضلات گرفته و قوس دار می شوند.

اوکولوژیریک ← چشم ها شدیداً به عقب بر می گردد و قفل می شود و چشم ها منحرف می شود .

تریسموس ← اسپاسم عضلات چانه، انگار شکلک در میاورد، اسپاسم حنجره ممکن است.

درمان دیستونی حاد سریعاً باید شروع شود ← از داروهای آنتی کولینرژیک هایی مثل اکینتون که همان بی پریدین است. تری هگزی فنیدیل، آنتی هستامین ها، دیفین هیدرامین، دیازپام، کافئین، هیپنوتیزم هم ممکن است تاثیر داشته باشد، داروی بتابلاکر مثل ایندرال

شبه پارکینسونیسم ← پارکینسون که به دنبال مصرف داروهای آنتی سایکوتیک به وجود بیاید.

بیشتر در افراد مسن و زنان ← ۱۵ درصد از بیمارانی که دارو مصرف می کنند. اما مثل دیستونی سریعاً بروز نمی کند.

برای درمان سعی می کنند دارو را تغییر دهند.

علائم ← صورت ماسکی شکل بدون حالت می شود ← دچار سفتی عضلات می شود

راه رفتن شبیه ربات یا آدم آهنی میشود. قدم ها کوتاه و با تحرک زیاد، تعادل ندارد احتمال سقوط دارد، حرکات آهسته می شود، که به آن برادی کینزی می گویند یا چرخ دنده ای، لرزش دارند.

درمان ← بی پریدین می تواند کمک کند اما درمان اصلی تغییر دادن دارو است.

آکاتژیا ← فرد ابراز می کند که بی قرار است. دلشوره یا دلهره ی شدید، نمی تواند یکجا بنشیند، غیر ارادی است، این بی قراری در حدی اذیتش میکند که ممکن است دارو را قطع کند.

این تأثیر را سعی می کنند با داروهای دیگر درمان کنند ← بنزودیازپین ها، بتابلاکرها (ایندرال)، آنتی کولینرژیک ها (بی پریدین ها یا بنزوتروپین)، لورازپام، تری هگزی فنیدیل.

سندرم نورولپتیک بدخیم ← یکی از خطرناک ترین عارضه های خارج هرمی

(NMS)

ممکن است به دنبال مصرف هر کدام از داروی آنتی سایکوتیک ایجاد شود و زمان ایجاد هم مشخص نیست، کشنده است.

علائم اوتونومیک ← به شکل هایپرترمی، تعریق شدید، تاکیکاردی، هایپر تنشن،

جزء عوارض تأخیر است - مثلاً ۶ ماه بعد از مصرف دارو، اما جز عوارضی است که پا بر جاست و به ندرت درمان میشود به همین دلیل باید از آن پیشگیری شود .

۲دارو به نام های والبنازین و دوترابنازین علائم این بیماری را کاهش میدهند، اما این دو دارو بسیار عوارض خطرناکی دارند. مثلاً خودشان باعث ایجاد NAS می شوند، افسردگی و خودکشی را افزایش میدهند، خواب آلودگی میدهند، طولانی شدن قطعه QT در نوار قلب را می دهند.

علائم : ملچ ملوچ کردن، فرد چشک می زند، دهن کجی می کند، لب ها را چین می دهد.

عوارض آنتی کولینرژیک:

داروهای نسل دوم بیشتر عوارض آنتی کولینرژیک دارند، و باعث آزار بیمار میشوند، و حتی باعث می شود دارو را مصرف نکنند، این عوارض ۳-۴ هفته بعد از مصرف دارو فروکش میکنند

شامل خشکی دهان، یبوست، افت فشار خون وضعیتی، تاری دید، احتباس ادرار، ترس از نور، گرفتگی بینی، کاهش حافظه.

وضعیت اتونومیک را شدیداً مورد تهدید قرار می دهد. اسپاسم عضلانی، صورت ماسکه، استئوپور دارد (خشکش زده)

یافته های آزمایشگاهی ← افزایش کراتینین ، افزایش آنزیم های کبدی، افزایش WBC ، میوگلوبین بالا می رود که باعث ایجاد نارسایی کلیه می شود.

همه ی داروهای آنتی سایکوتیک می توانند باعث NMS اماکسانی که کلوزاپین مصرف می کنند و به دلایلی در کنار آن لیتیوم که یک تثبیت کننده ی خلقی است هم مصرف شود، احتمال این عارضه بسیار بالا می رود. در مصرف رسپریدون نیز ممکن است اتفاق بیافتد.

مهم ترین کار ← هایپرترمی درمان اختلالات الکترولیتی درمان شود، مایعات برقرار شود.

بهترین درمان: قطع دارو یک فوریت محسوب می شود.

داروها ← شل کننده های عضلانی مثل دانترولون، بروموکریپتین، آمانتادین (جز آگونیست های دوپامینرژیک است و نقش مهمی دارد).

دیسکینزی تأخیری: تاردیو (تاخیر)

قرار می گیرند دچار سندرم خاصی میشوند که پوست آنها رنگ آبی مایل به خاکستری میشود.

عوارض چشمی ← در قرنیه و عدسی رسوب می کند (کلرپرومازین)، رتینوپاتی پیگمانته در مصرف تیوریدازین رخ می دهد.

عوارض خونی ← کلوزاپین باعث آگرانولوسیتوز میشود ← کشنده محسوب میشود - حتی بعد از قطع کلوزاپین باید ۳-۴ هفته CBC چک شود.

عارضه قلبی ← کاهش فشارخون وضعیتی، تاکیکاردی

این ۳ دارو QT بیمار را در نوار قلب طولانی میکنند ← تیوریدازین، دروپریدول، فورازولیدون، یک دیس ریتمی خطرناک به اسم تورساد دیپوینت است ← افزایش ۱۵۰ NPR و یک ریتم قلبی پیچیده ایجاد می شود.

دسته ی دوم : داروهای ضد افسردگی
در درمان فاز افسردگی در اختلال دو قطبی، در اختلال افسردگی و در فاز افسردگی سایر اختلالات روانی بعضی وقت ها در اختلالات روانی دیگری که افسردگی ایجاد میکنند مثل اختلالات اضطرابی - مثل اختلالات ocd

برای یبوست رژیم غذایی پر فیبر می دهیم، برای خشکی دهان از یخ استفاده کنند، از سقوط بیمار مراقبت می کنیم.

سایر عوارض جانبی:

عوارض غددی ← افزایش پرولاکتین خون ← در آقایان بزرگ شدن پستان و شیر ترشح میکند، تندرئس سینه در خانم ها امنوره میدهد، مهار ارگاسم می دهد، در آقایان میتواند ناتوانی جنسی و اختلال در نعوظ بدهد.

با داروهای بروموکریپتین و یوهمبین می تواند اثرات را کاهش دهد.

افزایش وزن ← مثلاً در کلوزاپین و الانزاپین افزایش اشتها رخ می دهد. این افزایش وزن می تواند بیمار سمت سندرم متابولیک ببرد که شامل یک سری موارد است که بیمار را برای ابتلا به مشکلات قلبی های ریسک می کند.

عوارض پوستی ← به صورت کهیر یا بثورات جلدی میدهد، پوست دچار حساسیت به نور می شود، آفتاب سوختگی شدید در بیمارانی که کلرپرومازین مصرف می کنند نباید در معرض آفتاب بیشتر از ۳۰ دقیقه قرار بگیرند، ضد آفتاب استفاده کند، افرادی که کلرپرومازین مصرف می کنند و به طور طولانی مدت جلوی آفتاب

آمی تریپتیلین و ترازودون و دو کسپین ←
سستی و خواب آلودگی می دهند.

تری پرامین سستی و خواب آلودگی
کمتری میدهد.

عوارض اتونومیک ← تعریق زیاد، طپش
قلب، سقوط فشار خون، این عارضه در
سالمندان و مکن است باعث سقوط و
شکستگی شود نباید به سرعت بر خیزد.

عوارض قلبی ← تائیکاردی ← بتا بلاکر یا
بنزودیازپین می دهیم ← طولانی شدن
فاصله QT، پهن شدن موج T، افتادن قطعه
ی T

عوارض قلبی در این دسته از داروهای
ضدافسردگی زیاد و این داروهای چند حلقه
ای کاردیوتوکسیک است و در صورت
مصرف زیاد چه خود خواسته یا نا خواسته
بسیار کشنده است ← گر ۱۰ تا ۲۰ برابر
دوز مصرفی را مصرف کند کشنده است ←
آریتمی و دیس ریتمی دهند.

داروهای چند حلقه ای به علت اختلالاتی
که در زمان بیهوشی با داروهای بیهوشی
ایجاد می کند، دو روز قبل از جراحی قطع
شوند.

عوارض عصبی ← تغییرات سایکوموتور مثلاً
تری پرامین و نورتریپتیلین علائم شبه
پارکینسونیسم بدهد.

این دسته به منبای نور اپی نفرین و
سروتونین عمل میکنند ← یعنی
نوروترانسمیترهایی که در منبای عملکرد
داروهای ضدافسردگی هستند هستند.
بیشتر نورایی نفرین و سروتونین هستند.

۱. چند حلقه ای ها و با تاکید بر ۳ حلقه
ای: ساختار آنها به شکلی است که حلقه
هایی را در ساختار مولکولی خود دارند.
بیشترین مصرف داروهای چند حلقه ای ۳
حلقه ای ها هستند.

ایمی پرامین، نورتریپتیلین، تری پرامین ،
آمی تریپتیلین، آموکسپین

بوپروپیون ← ۴ حلقه ای است، در درمان
افکار خود کشی بیشتر استفاده می شود. از
داروهای انتخابی برای افکار خود کشی
است.

جز اولین دسته های ضدافسردگی هستند،
علائم و عوارض جانبی بیشتری نسبت به
سایر داروهای ضد افسردگی دارند.

عوارض جانبی ←

عوارض آنتی کولینرژیک ← خشکی دهان،
یبوست، تاری دید، احتباس ادراری، سستی،
خواب آلودگی این عوارض با مصرف دارو به
مدت طولانی و مصرف دارو بدن با این
عوارض کنار آمده و از بین می روند.

آکاتزیا بدهد، و اگر به دوز زیاد و مصرف طولانی داشته باشیم تشنج ممکن است ظاهر شود، بی تعادلی، لرزش، انقباضی یک عضله خاص مثلاً صورت، دست که به آن میو کولونوس می گویند.

عوارض خونی ← مثلاً آگرانولوسیتوز نادر است.

عوارض دیگر افزایش پرولاکتین خون است، این عوارض با داروهای دیگر قابل درمان است پس داروهای ضد افسردگی قطع نشود.

* بر طرف شدن علائم افسردگی با مصرف داروهای چند حلقه ای ۳ تا ۴ هفته طول می کشد و باید تا این زمان صبر کرده و دارو نباید قطع شود، و باید به بیمار و خانواده ی او آموزش دهیم شاید عوارض زود تر از درمان اتفاق بیفتد.

۲. مهار کننده های انتخابی جذب مجدد سروتونین (SSRI)

این داروها عوارض شدید داروهای ۳ حلقه ای را نداشتند و درمان در این داروها ۲ الی ۳ هفته شروع می شود و زودتر از چند حلقه ای ها شروع می شود.

به صورت اختصاصی جذب مجدد سروتونین را مهار می کنند. خیلی از عوارض داروهای

دیگر را ندارند در افسردگی های خفیف و متوسط بیشتر اثر می گذارند.

در اختلالات مختلف مثل وسواسی، OCD، پر اشتهایی های روانی، چاقی مفرط نیز درمان دارند.

در درمان کج خلقی ها، اختلالات شخصیتی نیز اثر دارند.

مثل سیتالوپرام، سرتالین، فلوکستین، پاروکستین، فلوکسامین

عوارض جانبی ← بی اشتهایی، بی خوابی، سر دردهای مقاوم به درمان، اختلالات در مسائل جنسی، انزال دیررس، اختلالات نعوظ، عدم ارگاسم در زنان

آموزش می دهیم که دارو را قطع نکند و داروهای رفع کننده ی این عوارض را مصرف کنند.

سیپروهپتادین ← افزایش اشتها،

یوهیمبین ← بهبود کار کرد جنسی

سندرم سروتونین ← این داروها از باز جذب مجدد سروتونین جلوگیری می کنند. میزان سروتونین بازجذبش کاهش پیدا میکند، مهارکننده های مونوآمینواکسیداز (MAO) مونو آمینواکسیدازی که در فضای سیناپسی، نوروترانسمیترها را از کار می اندازد و خودش باعث افزایش سروتونین

می کند تا نوروترانسمیترها بمانند و از بین نروند. اما این داروها مونو آمینواکسیداز های کل بدن را از کار می اندارند مثلاً در سیستم گوارش

مثل: ایزوکاربوکسازید، فنلزین، سلژیلین

(بحران فشار خون کمتری می دهد).

ضد افسردگی ها ۳ الی ۴ هفته طول می کشد که اثر درمانی آغاز شود.

عوارض ← عوارض جانبی مثل دسته های قلبی مثل بی خوابی، چاقی، پرخوری و... دارد.

نکته ی مهم: در این دسته اگر عوارض پیش بیاید درمان سخت است و مانند سایر دسته ها درمان راحت ندارد. درمان آن با تعویض دسته ی دارویی است.

عارضه ی بسیار خطرناک دسته ی ← (MAO) بحران فشارخون است.

آنزیم ← (MAO) مسئول تجزیه تیرامین موجود در غذاهاست، وقتی مهار شود، چیزی برای تجزیه تیرامین وجود ندارد، و تیرامین خون بالا می رود، و تیرامین با بالا رفتن در خون افزایش فشار خون ناگهانی می دهد.

باید مصرف غذاهای تیرامین دار مثل تغالله ی پرتغال، آواکادو، الکل، شراب، آبجو، با

می شود و سندرم سروتونین رخ میدهد. یعنی در فضای سیناپسی مقدار زیادی سروتونین تجمع می کند.

یعنی داروهای SSRI ها و مهار کننده های MAO نباید با هم مصرف شود و تداخل دارد.

علائم سوررم سروتونین ← بی قراری شدید بیمار می شود. بسیار تحریک پذیر می شود. تشنج، هایپرترمی، انقباض های عضلانی در یک عضله، علائم حیاتی را تحت تأثیر قرار می دهد.

اگر درمان نشود ممکن است باعث اغما و مرگ بیمار شود.

در صورت بروز پاکسازی خون از داروها می باشد، ضد تشنج ها را می دهیم، سعی می کنیم بیمار را خنک کنیم، داروهایی مثل TNG می دهیم چون این سندروم کلاپس قلبی عروقی می دهد، سیپروهپتادین کمک کننده است.

مهار کننده های مونو آمینواکسیداز (MAO) :

مائو اینهیبیتورها ← آنزیم مونو آمینواکسیداز میاد نوروترانسمیترها را در فضای سیناپسی بازنشسته می کند و آنها را حل میکند، این داروها این آنزیم را مهار

قالی، جگر مرغ گوساله، مرغ و گوشت
فرآوری شده، و غذاهای کنسروی را مصرف
نکند.

عصاره ی گوشت، بعضی از مکمل های
غذایی ویتامین دار، گوجه فرنگی، بعضی از
سوسیس ها، بادمجان، گوجه سبز، کشمش
هم تیرامین کمتری دارند.

این بحران فشارخون تا ۲۲۰ نیز میرود،
تاکی کاردی می شود، تعریق دارد،
هایپرترمی و لرزش دارد، دیس ریتمی های
کشنده میتواند بدهد.

مهم: این دار و بعد از قطع کردن نیز تا ۲
هفته در خون باقی می ماند و این دو هفته
هم نباید غذای تیرامین دار مصرف کند.

مهم: تداخلات دارویی خطرناک مصرف
می کنند ← بی حسی های موضعی حاوی
اپی نفرین، داروهای ضد آسم، داروهای ضد
فشارخون، مخدرها، سمپاتومیمتیک
ها، دکسترومتورفان

داروهای متفرقه: پ ترازودون و نفازودون
که جزء یک دسته هستند که آنتاگونیست
های گیرنده ی سروتونین هستند، بر اساس
سروتونین کار می کنند.

افت فشار خون وضعیتی، سر گیجه و سر
درد، تهوع دارد که می توان بین غذا مصرف
شود.

و نلافاکسین نیز متفرقه است ←
ونلافاکسین مهار کننده ی غیر اختصاصی
باز جذب است یعنی روی سروتونین و
نوراپی نفرین دوپامین با هم اثر می گذارد،
و همین گسترده گی باعث عارضه ی جانبی
بیشتری میشود، اما شایع ترین عارضه که
ذکر می کنند تهوع است. آموزش می دهیم
که بعد از چند روز از مصرف دارو بدن
تحمل ایجاد می کند.

میرتازاپین ← خلق افسرده ی بیماران را بالا
می برد و عارضه ی زیادی هم ندارد.

داروهای ضد افسردگی ← اثرات ضد درمانی
که می گذارند یکی از آخرین علائمی که
رفع می کنند افکار خودکشی است، باعث
بالا رفتن خلق میشوند، و درست زمانی که
بیمار خلق بالا دارد انرژی لازم برای خود
کشی را نیز به دست آمده است.

خود کشی متناقض ← یعنی زمانی که
درمان شروع شده است اما ناگهان
خودکشی رخ می دهد.

دسته ی سوم: ثبت کننده های خلق

داروهای هستند که در اختلالات روانی که بر پایه ی نوسانات خلقی سوار هستند کاربرد دارند ← مثل اختلالات دو قطبی، بیشتر در فاز مانیا مصرف می شوند.

یکی از معروف ترین این داروها ← لیتیوم

این دارو به صورت خوراکی مصرف شود. از سال ۱۹۴۰ مصرف می شود. و اثر بسیار مطلوبی در فاز مانیای و بیماران دو قطبی می گذارد.

مکانیسم اثر آن دقیقاً شناخته نشده است.

دفع آن از طریق کلیه ها انجام می شود ← اگر بیمار به لحاظ کلیوی دارای مشکل باشد، در سطح سرمی این دارو تداخل ایجاد می شود، پس اول باید سلامت کلیه سنجیده شود تا مسمومیت با لیتیوم اتفاق نیفتد، کراتینین و الکترولیت ها ...

سدیم خون و لیتیوم یک اثر متقابل دارند ← یعنی هر چه میزان سدیم خون افزایش پیدا کند سطح سدیم خون کاهش پیدا می کنند.

اگر لیتیوم مصرف میشود و بیمار مقدار زیادی نمک مصرف می کند ← اثرات دارویی و درمانی لیتیوم ظاهر نمی شود.

یا مثلاً دوز درمانی لیتیوم توسط بیمار مصرف می شود اما بیمار به هیچ عنوان سدیم در طول روز مصرف ندارد ← باعث سمیت با لیتیوم می شود.

برای مصرف لیتیوم ← حتماً باید عدم بارداری ثابت شود، بسیار تواتر است. سطح سرمی لیتیوم ← هر هفته یا در بعضی از افراد یک روز در میان باید اندازه گیری شود ← چون دوز درمانی و دوز مسمومیت آن به هم نزدیک است.

برای اندازه گیری سطح سرمی داروهای روان پزشکی مخصوصاً لیتیوم باید حداقل ۸ تا ۱۲ ساعت بین آخرین روز مصرفی تا نمونه گیری فاصله باشد.

دوز درمانی لیتیوم ← بین ۱ تا ۵/۱ و نگهدارنده بین ۰/۶ تا ۲/۱ میلی اکی والان در لیتر است، بالای ۵/۱ مسمومیت با لیتیوم، زیر ۰/۶ کاهش میزان سدیم و یا افزایش دوز دارویی

عوارض جانبی لیتیوم ←

عوارض گوارشی ← تهوع، استفراغ، کاهش اشتها، بین غذا مصرف شود یا دوز تجویزی آن تقسیم شود مثلاً همان دوز در ۲ وعده مصرف شود.

عوارض عصبی ← اغلب دچار لرزش دست هستند ← مصرف بتابلاکر و پروپرانولول

مسمومیت با لیتیوم ← احتمال مرگ می دهد.

کلونازپام: اثرات ضد مانیا نیز دارد (ضد اضطراب بنزودیازپین است)

خیلی از داروهای روان پزشکی داروهایی هستند که بدون بر چسب هستند یعنی مصرف اصلی آنها درمان یک سری اختلالات دیگر است اما شواهد نشان دارد که در درمان اختلالات روانی نیز اثر خوبی دارند.

مثل: ضد تشنج ها ← کابامازپین، دپاکین، لاموترژین

کاربامازپین یا تگرتول ← آستانه ی تشنج را بالا می برد و جلوی حملات مانیا را می گیرد.

به خاطر کاهش عوارض جانبی باید همراه غذا مصرف شود.

یک عارضه ی جانبی نادر اما خطرناک دارد عوارض خونی ← کم خونی آپلاستیک آگرانولوسیتوز ← حتی ممکن است باعث مرگ شود، خون مردگی های متعدد یا گلو درد یا تب و لنز دارد، باید سی سی بی سی چک شود.

بی اشتها، تهوع، استفراغ یا اسهال می دهد.

اگر امکانات سنجش سطح سرمی وجود نداشته باشد یا هنوز زمان سنجش سطح سرمی لیتیوم فرا نرسیده باشد لرزش دست زیاد شود ← نشان دهنده ی شروع مسمومیت با لیتیوم

عوارض کلیوی ← مثل پرنوشی، پر اداری، که از مایعات جایگزین استفاده می کنیم.

عوارض تیروئیدی ← کم کاری خوش خیم تیروئید، زودگذر است و در نهایت لووتیروکسین می دهند.

عوارض قلبی: وارونگی موج T در نوار قلب تی اینورت، زودگذر است و با کاهش دوز یا قطع دارو اصلاح میشود. بیمارانی که سیک سینوس هستند و پیس میکر گره سینوسی خوب عمل نمی کند، لیتیوم سبب کاهش این گره می شود.

عوارض پوستی ← مثل فولیکول ها - ماکو پاپول ها - آکنه

افزایش وزن ← تجمع مایع و ادم

نکته: بیماری که فعالیت فیزیکی زیاد دارد و تعریق زیاد دارد سدیم از دست می دهد و احتمال مسمومیت با لیتیوم بالا می رود.

در ADHD، اختلالات افسردگی اساسی،
نقص در توجه و تمرکز

مثل متیل فنیدات، ریتالین ← در درمان
ADHD استفاده می شود، و افزایش تمرکز
می دهد.

در مورد ریتالین نباید در دسترس افرادی
که احتمال سوء مصرف در آنها وجود دارد
قرار بگیره چون تحمل و وابستگی روانی
ایجاد می کنند. قطع دارو باعث بروز علائم
ترک و سندروم محرومیت می دهد. برای
افزایش تمرکز و توجه بدن کم کم به
مصرف بیشتر نیاز دارد.

آمفتامین و دکستروآمفتامین ← سعی می
کنند و دوزهای تقسیم شده بدهند.

عوارض ← کاهش وزن، تحریک پذیری
میدهد. این تحریک پذیری با مصرف یک
سری مواد غذایی افزایش پیدا می کند.
بنابر این باید دقت داشته باشیم که همراه
با شکر، کافئین، شکلات ها مصرف نشود
چون تحریک پذیری را بیشتر می کنند.

از عوارض جانبی داروهای محرک در
کودکان ← ممکن است توقف رشد در

والپروات سدیم ← نوع ایرانی آن رهاکین
است. یک داروی ضد صرع است. ولی به
عنوان یک تثبیت کننده ی خلقی اثرات
مطلوبی دادن در افسردگی، اختلال
هراسمی، و حتی در ترک الکل هم ترک
مطلوب داشته است.

عارضه مهلک آن، مسمومیت کبدی، آنزیم
های کبدی به صورت دوره ای چک شود.
پانکراتیت هم ممکن است در مصرف این
دارو رخ بدهد.

لاموتریزین ← عارضه جانبی مهم آن
بثورات جلدی است که حتی سبب می شود
بیمار بستری شود و سندرم استیون
جانسون و نکروز اپیدرمی توکسیک که
بسیار کشنده هستند. همراه با تب و گلودرد
شروع میشود این عارضه در مصرف
داروهای آن سید هم دیده می شود.

دسته ی چهارم ← محرک ها

داروهای روان گردانی هستند که از سال
۱۹۳۰ وارد شده اند، محرک هستند
بنابراین در اختلالاتی که عدم تمرکز وجود
دارد استفاده می شوند. چون میزان تمرکز
را بالا می برند. از بروز خواب یا حملات
خواب (نارکولپسی) جلوگیری می کنند.

کودکان بدهد. سرکوب رشد و وزن بدهد و به همین دلیل اگر متوجه این عارضه شویم باید یک پدیده ی تعطیلات دارویی بدهیم مثلاً فعلاً یک تایمی دارو را مصرف نکند مثلاً آخر هفته ها.

در سالهای اخیر دارویی به نام آستراترا ابداع شده است. که اثرات سوء مصرف را ایجاد نمی کنند داروی خوبی است و خط اول درمان استفاده می شود. اما در دسته ی محرک ها قرار نمی گیرد، جز داروهایی است که جدیداً در درمان ADHD یا بیش فعالی مصرف می شود.

دسته ی پنجم : ضد اضطراب ها

علائم اضطرابی در اغلب و بیماری های روان جزء یکی از نشانه ها دیده می شوند.

بنزودیازپین ها و داروی بوسپیرون: بوسپیرون یک داروی ضد اضطرابی است، که در درمان هراس و فوبیا کمتر استفاده میشود، بیشتر در درمان اضطراب های فراگیر اثر خوبی دارد، عارضه ی زیادی ندارد مثل بنزودیازپین ها ایجاد تحمل و وابستگی ندارد. اما اثرات و طیف اختلالاتی که درمان می کند محدود است.

بنزودیازپین ها ← موثرین دارو در درمان اضطراب ها هستند. در اختلالات بیخوابی ها ، OCD ها و اختلالات وسواس جبری ، در PTSD و حتی در ترک مواد مخدر و الک استفاده می شوند.

به صورت یک واسطه در عملکرد گابا (یک نوروترانسمیتر مهاری است). عمل می کنند.

گابا جز مهم ترین نوروترانسمیترهای مهاری محسوب می شود. ایجاد تولرانس و وابستگی است.

در صورت قطع مصرف دچار سندرم محرومیت می شود. و به هر علتی که این داروها را مصرف می کرد علائم آن با قطع مصرف به صورت شدیدتر به بیمار باز می گردد و بیمار به علت جلوگیری از این عوارض مصرف را با دوزهای بالاتر ادامه دهد.

عوارض جانبی ← مسمومیت با این داروها کشنده نیست و اما خواب آلودگی، کرختی و تهوع می دهد.

بنزودیازپین ها حالت کرختی و خواب آلودگی روز بعد ایجاد می کنند که به آن

اصطلاحاً Next Day sadation گفته

میشود.

نکته ی بسیار مهم: بنزودیازپین ها به تنهایی عوارض خطرناکی را ایجاد نمی کنند، اما اگر در کنار سایر سرکوب کننده های CNS مصرف شوند ممکن است اثرات بارزتری به ما نشان دهند، مثلاً با مصرف همراه الکل ← آینه

دسته ی بعدی : سایر داروها

داروهایی هستند که در سایر اختلالات پزشکی مصرف می شوند، اما از اثرات جانبی آنها در درمان اختلالات روانی تاثیر دارند مثل:

آنتی هیستامین ها ← مثل دیفین هیدرامین، هیدروکسی زین، سیپروهپتادین، در درمان پرخاشگری مثلاً در اختلالات عصبی و ارگاسم، در درمان عوارض جانبی نورولپتیک ها ← دیستونی حاد، پارکینسونیسم

باربیتورات ها ← (جز داروهای مسکن و خواب آور محسوب می شوند.) فنوباربیتال، پنتوباربیتال ← در درمان فوبیاها، اضطراب

و در درمان تشنج های مقاوم استفاده میشود.

نکته ی مهم: در دوزهای بالا به شدت کشنده هستند.

بتابلاکرها: جز دسته ی داروهای قلبی هستند. ایندرا ل جز بتابلاکرهایی است که بیشترین کاربرد را در درمان های روان پزشکی دارد. در درمان اضطراب، فوبیا، لرزش ناشی از مصرف لیتیوم، در سندرم محرومیت از الکل، اختلال اضطراب فراگیر، اسکیزوفرنیا، مانیا

آنتی کولینرژیک ها ← بی پریدین یا اکینتون ← در درمان عوارض اکستراپیرامیدال داروهای آنتی سایکوتیک مثل تری هگزی متیدین

آمانتادین ← داروی ضد ویروسی آنفلوانزا است و سیستم ایمنی را تقویت می کنند اما یکی از کارهایی که انجام می دهد آزادی دوپامین از ذخایر پیش سیناپسی است و همین کار در درمان پارکینسونیسم که از عوارض EPS است تاثیر دارد. در سفتی عضلانی، لرزش آکاتژیا تاثیر مطلوب دارد.

یوهیمبین ← در درمان عوارض EPS و اختلالات ناتوانی نعوظ که ممکن است در اثر اختلالات روانی یا عوارض داروها باشد تاثیر مطلوب دارد.

دی سولفیرام ← نام دیگر آن آنتابز است ← در ترک الکل استفاده می شود. زمانی که هم زمان با الکل مصرف شود ← باعث حالات ناخوشایند مثل تهوع، استفراغ، سردرد، گرگرفتگی، تشنگی ایجاد می شود ← این حالات نامطلوب باعث انزجار درمانی می شود ← یک جور رفتار درمانی نیز محسوب می شود.

بخش اول، فصل سوم:

کند، یعنی اگر نیازی داری باید منتظر باشی تا شرایط حل آن نیاز پیش بیاید.

من برتر ← بر مبنای قواعد، قوانین، ارزشها، حنجارها

مکانیزم های دفاعی که در سطح ناخودآگاه ها قرار دارند و در زمان استرس در رفتارمان به صورت ناخود آگاه و ناخواسته بروز میدهم بر گرفتم از من یا ego هستند.

نهاد یا (id)، در ناهشیار یا ناخودآگاه ما است.

من یا (ego)، بخشی قابل دیدن و در خود آگاه و بخشی در نیمه هشیار یا نیمه آگاه .

من برتر یا (superego)، بخشی در خود آگاه بخشی در نیمه آگاه و بخشی در ناخود آگاه

فروید و همکاران او بیان می کنند که رفتارهای ما انسانها بر اساس آن چیزی است که در ناخودآگاه ما شکل می گیرد. با روان کاوری می توان به ناخود آگاه دست یافت.

نا خودآگاه: فروید عقیده داشت که توسط بعضی چیزها می توانیم به نا خودآگاه دست پیدا کنیم. مثلاً تحلیل رویا در هنگام خواب، ناخود آگاه ما سطحی میشود و قابل دسترسی است.

نظریه های روانی اجتماعی و درمان:

اساس همه ی نظریه های روانی اجتماعی بر مبنای نظریه فروید یا نظریه روانکاوی است.

فروید را به عنوان پدر علم روانکاوی می شناسند.

تمام رفتارهای انسان را بر مبنای یک علت و دلیل میدانند. یعنی نظریه علت و معلولی اساس نظریه های روانکاوی است.

مسائل مهم در نظریه های روانکاوی:

شخصیت هر انسانی شامل ۳ مؤلفه می باشد

۱. نهاد (id)

۲. من (Lego)

۳. من برتر (superego)

نهاد تفکری پشت آن نیست و اساسی تمایلات ذاتی ما را تشکیل می دهد. هر نیازی بدون فکر قبلی به سمت اجرایی شدن پیش می رود.

من یا ← (ego) ما را به تعادل می رساند، یک رفتار بالغانه و سازگارانه در ما ایجاد می

اغلب مکانیسم های مورد استفاده ی ما مکانیسم های نا پخته هستند.

مراحل رشد روانی جنسی از نظر فروید:

فروید مسائل جنسی را اساس روان انسان می دانست.

۱. مرحله دهانی یا ← (oral) ۰ تا ۱۸ ماهگی، مکیدن، بلع

۲. مرحله مقعدی یا ← (anal) ۱۸ تا ۳۶ ماهگی، آنوس، مقعدی، منع یا دفع مدفوع

۳. مرحله تناسلی ← (phallic) ۳ تا ۵ سالگی، آلت تناسلی زن و مرد، خودارضایی

۴. مرحله نهفتگی ← (latency) ۵ تا ۱۱ سالگی تا ۱۳ سالگی هم ممکن است، انگیزه جنسی کم یا بدون انگیزه جنسی

۵. مرحله جنسی ← (genital) ۱۱ سالگی تا پایان عمر، فعالیت جنسی، ایجاد صمیمیت

انتقال و انتقال مقابل ← پدیده ای است که بیمار تجربیات و سبک ارتباطش را که در دنیای بیرون داشته است به درمانگر خود متصل میکند. مثلاً قبل از اینکه شما را بشناسد مانند رفتاری که با پدر و مادرش داشته با شما می کند به این انتقال می گویند.

تداعی آزاد ← مثلاً یک کلمه به فرد بیمار می گویم که بار معنایی دارد. فرد مقابل باید با شنیدن کلمه بدون معطلی اولین چیزی که در مورد آن کلمه به ذهنش می آید را بیان کند به صورت آزادانه و با تحلیل این تداعی می توانیم به نا خود آگاه فرد دست بیابیم.

مکانیسم های دفاعی ← سپرهای دفاعی ما در برابر استرس و اضطراب هستند. زمانی که دچار استرس و اضطراب هستیم من یا ego است که درگیر است. و این اضطراب را با مکانیسم های دفاعی حل میکند، مکانیسم های دفاعی در ناخود آگاه ما هستند، و ممکن است متوجه نباشیم که از آن ها استفاده می کنیم.

لغزش های زبانی ← مثلاً دوست ما از ما می پرسد که آیا امروز خوشکل شده ام؟ بدون اینکه به جواب خود آگاه باشیم از یک کلمه ی دیگر استفاده می کنیم مثلاً به او می گوئیم امروز خیلی عصبی شدم، این عصبی شدن از آنجا می آید که ما دوستان را در ناخود آگاهمان یک آدم عصبی می دانیم.

مکانیسم های دفاعی ۳ دسته ی پخته و ناپخته و روان رنجورانه استفاده می کنند.

تکامل را نتواند انجام دهد نمی تواند به مرحله ی بالاتر برود اریکسون اعتقاد دارد هر مرحله را اگر به خوبی طی بکنیم در آن مرحله یک فضیلت هم کسب می کنیم.

۳. ابتکار در برابر احساس گناه ← اوایل کودکی (پیش دبستانی) هدفمندی را کسب می کنیم، در این مرحله وجدان یا Superego شکل می گیرد.

۴. کوشایی در برابر حقارت ← اواسط و اواخر کودکی (سن مدرسه) فضیلت شایستگی

۵. هویت یابی در برابر آشفتگی هویت ← نوجوانی، سن بلوغ - عضو گروه می شویم، مذهب یاد می گیریم، هویت جنسی را پیدا می کنیم، فضیلت وفاداری

۶. صمیمت در برابر انزوا ← اوایل بزرگسالی و جوانی، فضیلت عشق

۷. تولید در برابر رکود ← اواسط بزرگسالی، فضیلت مراقبت

۸. تمامیت در برابر نا امیدی ← اواخر بزرگسالی (پیری)

ژان پیاژه: کودکان یک رشد شناختی پیدا می کنند، نظریه رشد روانی شناختی روی پیشرفت و عملکرد هوش و عملکرد

انتقال مقابل ← زمانی اتفاق می افتد که درمانگر و تیم درمان احساسات و عواطف خودشان را بر بیمار منتقل کنند. مثلاً همان رفتاری که با فرزند نوجوان خود دارد را با بیمار نوجوان نیز به اشتراک میگذارد. ک می گذارد. هردو رفتار بیمار گونه است، با استفاده از خود آگاهی می توانیم از انتقال متقابل را پیشگیری کنیم.

نظریه های رشد:

اریک اریکسون: شاگرد فروید می باشد نظریه ی رشد روانی جنسی فروید را به شکل نظریه رشد روانی - اجتماعی تعریف کرد و نظرش این بود که رشد روانی انسانها تا پایان عمر ادامه دارد و هشت مرحله برای رشد روانی اجتماعی تعریف کرد.

۱. اعتماد در برابر بی اعتمادی ← طفولیت، ۰ تا ۱۸ ماهگی، فضیلت امید

۲. خود مختاری در برابر شک و تردید ← نوباوگی، ۱۸ ماهگی تا ۳ یا ۴ سالگی، فضیلت اراده

اریکسون می گوید ما در هر مرحله از زندگی خود یکسری وظایف داریم یک سری دریافت ها داریم که این مرحله را به اتمام برسانیم به کمال برسانیم و رشد و تکامل پیدا کنیم. اگر هر فردی این رشد و

شناختی تمرکز است، تا ۱۲ سالگی این رشد کامل می شود.

۱. مرحله حسی حرکتی ← ۲۰ تا ۲ سالگی

۲. مرحله ی پیش عملیاتی ← ۷ تا ۲ سالگی

۳. مرحله ی عملیاتی ← ۷ تا ۱۱ سالگی، تفکر منطقی، تجسم فضایی دارد.

۴. مرحله انتزاعی ← پس از ۱۲ سالگی

کولبرگ ← در مورد رشد اخلاقی صحبت کرده است.

نظریه های بین فردی:

یکی از مهم ترین آنها ← هری استاک سالیوان ← نظریه روابط بین فردی را مطرح کرد. و در ادامه به محیط درمانی و جامعه اشاره کرده است. ۵ مرحله را در نظر گرفته است.

دوران نوزادی، کودکی، خردسالی، پیش از نوجوانی، نوجوانی

دوران نوزادی ← از تولد تا شروع صحبت کردن، کودک نیاز به تماس بدنی و دریافت محبت دارد و وقتی دارد تجربه ها را کسب می کنند، در اصل هیچ ارتباطی بین تجربیات او وجود ندارد به این حالت پروتوتاکیسم می گویند، اگر نیازهای

کودک در این مرحله حل نشود دچار استرس و اضطراب می شود.

کودکی ← از شروع صحبت کردن تا ۵ سالگی، والدین شروع به تحسین و تشویق کردن کودک به این مرحله پاراتاکیسم می گویند، کودک این توانایی را به دست می آورد که بین تجربه های خود ارتباط برقرار کند. مثلاً اگر کودک تحسین می شود بداند که برای کدام رفتار خود تحسین میشود اگر تحسین و پذیرش را از والدین دریافت کند عزت نفس می گیرد، و اگر تحسین نگیرد عدم اطمینان و ناامنی را دریافت می کند و خود آزاری ایجاد می شود.

خردسالی ← ۵ تا ۸ سالگی در نظر می گیرد ← از حالت پاراتاکیسم به حالت سینتاتاکیسم می رویم. می توانیم در مورد خودمان و دیگران فکر کنیم و ارتباط برقرار کنیم، اگر از این مرحله به خوبی عبور نکنیم. در حالت نگرشهای محدود کننده و پیش داوری ها می مانیم.

پیش نوجوانی ← ۸ تا ۱۲ سال ← افراد به سمت صمیمی شدن با همجنس های خودشان می روند. دنبال تایید از سمت دوستان و جامعه هستند. سینتاتاکیسم، شهوت به روابط بین فردی اضافه می شود.

بلوغ یا نوجوانی تا بزرگسالی ← تمایلات به سمت جنس مخالف پیش میرود. اگر خوب طی شود عزت نفس به دست می آید و اگر به خوبی طی نشود شروع به تمسخر خود می کنند.

ما یک پرستار نظریه پرداز داریم ← هیلگارد پیلاتو ← روابط درمانی پرستار و بیمار را به عنوان یک نظریه بیان می کنند. بیان می کند که روابط بین فردی در رابطه ی بین پرستار و بیمار خیلی مهم است و ۴ مرحله به نام های آشنایی، شناسایی، بهره برداری و خاتمه ذکر می کند .

در مرحله ی اول پرستار و بیمار آشنا می شوند بیمار درگیر درمانش می شود، توضیحات و اطلاعات از پرستار می خواهد.

در مرحله ی شناسایی وارد کار میشوند و به صورت متقابل ارتباط برقرار می کنند، و می توانند احساسات خود را با قدرت بیان بکنند و ارتباط درمانی مشکل می گیرد.

در مرحله بهره برداری مددجو به مرحله ای می رسد که از خدمات سیستم سلامت استفاده کند و از پرستارانش مراقبت می گیرد.

در مرحله خاتمه مددجو مستقل می شود و وابستگی را رها میکند و ارتباط بین پرستار و بیمار به خاتمه منتهی می شود.

مسئله ی دیگری که پیلاتو بیان می کند سطوح اضطراب است ← می گوید وقتی که شما با بیمار ارتباط برقرار میکنید بیمار می تواند ۴ سطح اضطراب را تجربه کند .

سطح اضطراب خفیف که به صورت مثبت اضطراب کمک می کند که مشکلات را حل کند.

اضطراب سطح ۲ ← دامنه ادراکی کاهش مییابد و خیلی سخت می تواند درک کند. بیمار تعریق، نبض قوی دارد، سردرد دارد، با صدای بلند حرف میزند، تکرر ادرار دارد.

اضطراب سطح ۳ یا شدید ← بیمار اضطراب بسیار بالا دارد، ترس دارد، حتی پرستار نمی تواند بیمار را به سمت کاری که باید هدایت کند. تبعیت درمانی و دارویی ندارد، درد قفسه سینه، تکیه کاری دارد حتی MI ممکن است.

سطح اضطراب ۴ ← یا مرحله هراس در این مرحله تفکر منطقی از بین می رود بیمار توهم و هذیان را حتی ممکن است تجربه کند، بی هدف حرکت و رفتار کند، خود یا دیگران را در معرض آسیب قرار

دهد. احتمال خود کشی داره دچار آканژیا میشود.

نظریه های انسان گرا:

این نظریه ← نظریه های قبلی انسان را یک فرد روان رنجور بیمار می دیدند این نظریه بر روی انسانی سالم و نقاط مثبت انسان سالم کار کردند. بیشتر روی حال و آینده تمرکز بیشتری دارند.

۲ نفر از نظریه پردازان این نظریه

۱. آبراهام مازلو ← هرم نیازهای انسانی یا هرم مازلو

۲. کارل راجرز ← پدر علم مشاوره و ارتباط درمانی

آبراهام مازلو یک روان شناس آمریکایی است او انگیزه های انسان ها را مطالعه می کرد و بر اساس این انگیزه ها هرم نیازهای اساسی انسان را پایه ریزی کرد و یک سلسله مراتب ایجاد کرد از دیدگاه مازلو انگیزه های انسانی برای انجام دادن رفتارها و افکار بر اساس یک سری سلسله مراتب است.

در این سلسله مراتب نیازهای اولی تر و غریزی تر در پایین هرم قرار دارند.

نیازهای فیزیولوژیکی سطح بزرگی از هرم را اشغال میکند ← مثل آب، غذا، سرپناه، نیاز جنسی تا زمانی که نیازهای اولیه در سطح پایین تر هستند برآورده نشوند ما نمیتوانیم نیازهای سطح بالاتر را بر طرف کنیم.

۱. نیازهای فیزیولوژیک ۲. نیاز به امنیت ۳. نیاز به احساس عشق و تعلق ۴ - نیاز به احترام ۵. نیاز به خود شکوفایی

مازلو می گوید در طول زندگی این هرم ممکن است گاهی دچار استثناعاتی شود. سبب می شود فردی در یک برهه از زندگی به سطوح بالاتر مثلاً به خودشکوفایی رسیده است اما در بحران بیماری ها مجدد نیازهای فیزیولوژیکش مورد توجه قرار بگیرد.

کارل را جوز: درمان مددجو محور را بنیان قرار می دهد. بر روی انسان سالم تاکید دارد، جز اولین افرادی بود که گفت اصطلاح بیمار را حذف به او مددجو بدگوید، تمرکزش در درمان بیشتر بر روی مددجو می باشد اصرار داشت که خود مددجو باید کار بهبودی را انجام دهد، یک ارتباط حمایتی پرورشی باید بین پرستار و مددجو برقرار شود. یعنی درمانگر از ۳ راه این ارتباط را برقرار کند ← اولی توجه مثبت بدون قید و شرط است یعنی مددجو

شوند که در موقعیت جدید چه کاری انجام دهیم. یعنی نقش تکرار تجربه ها در بروز رفتارهای جدید.

نکته ای که اسکنیر به آن رسید در رفتار درمانی بسیار مورد استفاده قرار می گیرد این است که رفتاری را که ما با تقویت کننده ها و محرک های مثبت پاداش می گیریم بعد از آن رفتار این رفتارها تکرار می شوند، تقویت کننده های مثبت که بعد از یک رفتار می آیند احتمال تکرار آن رفتار را افزایش میدهند. اصول رفتار درمانی را پایه گذاری کرد و اصلاح رفتار نامیده شد.

نظریه های وجودی: این نظریه پردازان معتقد هستند که ما زمانی بود دچار عدم تعادل و انحرافات اخلاقی میشویم که با محیط اطراف ارتباط مناسبی نداشته باشیم. مثل افرادی که دچار افسردگی هستند. به این دلیل که فرد خودشناسی ندارد و در ارتباطات خود به رضایت نمیرسد و محدودیتهایی را برای خود ایجاد می کند.

نقاط قوت نظریه های وجود سبب شد که درمانهای بسیار ارزشمند و کار آمدی از نظریه های وجودی استخراج شده است. مثل شناخت درمانی که به وفور استفاده می شود، درمان هیجانی منطقی است که موسس آن آلبرت آلیس است، زیر مجموعه

توسط درمانگر قضاوت نشود، دومین راه صداقت است، سومین راه همدلی داشته باشد.

نظریه های رفتاری: (روی تقویت رفتارهای مثبت و سرکوب اختراهای صنفی برای اصلاح رفتار کار میکند) روی ذهنیت بیماری تمرکز ندارند و روی رفتارهای انسان کار کردند یعنی رفتارها قابل تعدیل هستند، یعنی میتوانیم با نظام پاداش و مجازات رفتارهای بیشری را تغییر دهیم. به همین دلیل به آنها رفتار گرا می گویند.

ایوان پاولف و اسکنی ← ۲ نفر از نظریه پردازان این نظریه هستند.

معتقدند که رفتار می تواند تحت تأثیر عواملی تغییر کند.

ایوان پاولف ← شرطی سازی کلاسیک، آزمایش بر روی سگ ها بود. یک متحرک میتواند پاسخی که ما می خواهیم را ایجاد کند.

اسکنیر ← شرطی سازی عامل ← نشان داد که رفتارهای انسان قابل درمان هستند. در شرطی سازی عامل اسکنیر اعتقاد داشت که احساسات و نیازها انکار نشدند ولی نقش تجربیات قبلی افراد در بروز رفتارهایی در موقعیت خاص بیان شد. یعنی احساسات و تجربیات قبلی سبب می

شناخت درمانی است. باورهای مددجو را بیرون میکشیم و مسئولیت رفتارها را به خودش واگذار می کنیم.

لوگو تراپی یا معنا درمانی که موسس آن ویکتور فرانکل است، و کتاب انسان در جستجوی معنا دارد تلاش میشود که فرد معنای زندگی خود را پیدا کند و به تعادل برسد، درمان بعدی گشتالت درمانی است. تلاش بر این است که در این درمان تمرکز مددجو به کمک درمانگر روی لحظه ی حال باشد، سبب میشود که فرد خودش را آنطور که هست بپذیرد. به افزایش خود آگاهی مددجو تمرکز دارد.

واقعیت درمانی ← ویلیام گلاسرو، رفتار مسئولانه به افراد تلقی می شود. افراد را به چالش می کشد تا مسئولیت رفتارشان را بر عهده بگیرد.

مداخله در بحران:

بحران زمانی است که مسیر زندگی افراد به علت تغییراتی که اتفاق می افتند پاسخ های عاطفی طاقت فرسایی را توسط فرد می بینیم در موقعیت هایی که شرایط بسیار استرس زا هستند فرد نمی تواند با حالتها و آنچه که از قبل می دانسته این موقعیت ها را منیج کند و رفتارها تکلنه ای می شود.

کاپلان مراحل بحران را ۴ مرحله می داند ← در مرحله اول جایی است که فرد استرس شدید یا عامل استرس زا را تجربه می کند و سعی میکند که با آن کنار بیاید.

در مرحله ی دوم می بیند که چیزهایی که از قبل برای موقعیت های عادی بلد بوده است اینجا کار آمد نیستند، و استرس او بیشتر می شود.

در مرحله ی سوم تمام تلاشش را می کند که خودش را از این عامل استرس بیرون بکشد، و روش های جدیدی را برای مقابله با این بعد ان ابداع می کند.

در مرحله ی چهارم هر تلاشی ام که برای مقابله با این بحران کرده است به شکست انجامیده و فرد به سمت پریشانی می رود، دچار عدم تعادل در زندگی می شود.

بحران به ۳ دسته تقسیم میشود ← بحران مربوط به بلوغ ← بحران هایی هستند که در گذارهای زندگی اتفاق می افتند. در طول مسیر زندگی زمانی که از یک موقعیت به یک موقعیت دیگر وارد می شویم. به آن بحران تکاملی هم می گوئید، مثلاً ازدواج، بچه دار شدن.

بحران های موقعیتی ← بحران هایی هستند که پوزیشنال هستند یعنی با اصلا انتظار نداریم اتفاق بیفتند بيفتند، یکدفعه

افراد گروه باید نقاط مشترک داشته باشند که در مورد آنها صحبت کنند.

در گروه درمانی تشویق را یاد می گیرند، پذیرش و تعلق خاطر داشتن را تجربه می کنند، نوع دوستی تقویت می شود، یک نوع از گروه درمانی خانواده درمانی است. خانواده باید ارزیابی شود و مورد مداخله قرار بگیرد.

درمان های مکمل ← مثل طب سنتی چینی، تغذیه درمانی، طب گیاهی، دعا، مراقبه، انرژی درمانی

پرستار و مداخلات روانی: باید نظریه های روانی را بشناسند. چون در ارتباط مستقیم و طولانی مدت با مد و جو است. خود آگاهی پرستار بسیار ارزشمند است. چون وظیفه ی پرستار پشتیبانی از نیازها و اهداف مدد جو است. ابتدا باید نیازهای خودش را بشناسد، تا بتواند یک ارتباط درمانی مناسب برقرار کند.

نکته: زمانی که بیمار تبعیت درمانی ندارد و مقاومت دارد در برقراری ارتباط باید بررسی شود که چه احساسی نسبت به خودش دارد. احساسات و ادراک مدد جو نسبت به شرایط خودش اثر گذارترین عامل در پاسخ او به مداخلات درمانی است. به همین دلیل باید باید نگرش و احساسات بیمار به

پیش می آیند. مثلاً از دست دادن شغل، بیماری، از دست دادن عزیز بحران های اکتسابی یا اجتماعی مثل ← جنگ، بلایای طبیعی

نقش پرستار در بحران اهمیت دارد ← ما بدانیم که بحران ها خود محدود شونده هستند. این بحرانها معمولاً ۶-۴ هفته طول میکشند و شروع به محدود شدن می کنند. اما پاسخی که ما به بحران می دهیم بسیار اهمیت دارد.

زمانی که مددجویان دارند بحران را تجربه میکنند چونکه در آن حالت به دنبال راه های جدیدی برای مقابله با بحران میگردند و نیازمند کمک هستند بهترین حالت است برای آموزش دادن آنها، کاملاً آماده ی یادگیری هستند.

روشهای درمانی: روان درمانی فردی، گروه درمانی، درمان های مکمل

روان درمانی فردی ← یک رابطه بین درمانگر و مددجو نیاز مددجو بد قرار می شود و اساس کار فرد است.

گروه درمانی ← بر اساس تشکیل گروه است. یک رهبر تعیین می کنیم، قوانین می گذاریم. انتخاب اعضا و رهبر گروه مهم است. رهبر باید اعتماد را در گروه برقرار کند.

خودش و بیماری اش بررسی شود چون اثر گذار ترین عامل در پاسخ به مداخلات درمانی است.

عرصه ها و برنامه های درمان:

یکی از عرصه های درمان در بیماران روانی بستری شدن در مراکز درمانی است.

اساس بستری شدن در بیمارستانها قبل از اینکه دار و درمانی شروع شود بر پایه تعاملات بود، اساسش این بود در درمان بستری بیماران تعاملات و محیط درمانی در نظر گرفته می شد.

می رسیم به یک زمانی که موسسه زدایی اتفاق افتاد ← اصل آن این بود که میزان بستری بیماران در مراکز درمانی کاهش پیدا کند. همین باعث شد که جوامع به سمت مراقبت مدیریت شده پیش بروند ← یکی از اهداف این مراقبت این بود که هزینه ی درمان را به حداقل برساند.

مدت کوتاه تری در بیمارستان بماند و در ادامه به بازگشت به جامعه و اجتماعی شدن به استقلال برسد یک جور توان بخشی محسوب می شود.

برای کوتاه کردن مدت اقامت در بیمارستان ← رویکرد چند رشته ای مدد جو محور ← یعنی وقتی که بیمار بستری شد چند رشته مختلف مثل روانپزشک،

روان پرستار، روان شناسی، مددکار کنار هم قرار بگیرند و بر اساس مشکلات مددجو و همه با هم به مددجو رسیدگی می کنند و اقامت کوتاه مدت تر می شود

معایب و مزایای دربهای بسته ی بیمارستانهای روانی ← یک حفاظت ایجاد می شود، ممکن است فرار کنند، افکار خود کشی داشته باشند، اما عیب آن بیماران احساسی محدود و محصور بودن به آنها دست بدهد.

چیز دیگری که در درمان بیماران بستری اهمیت دارد مفهومی است به نام تشخیص توام یعنی علاوه بر تشخیص اختلال روانی در کنار آن یک تشخیص ناتوانی ذهنی یا اعتیاد هم دارند.

نیازمند درمان طولانی مدت و پیچیده ای هستند. یک مراقبت یکپارچه می طلبد. مسئله ی بعدی برنامه ی ترخیص است، برنامه ی ترخیص بیمار از همان زمان پذیرش توسط پرستار آغاز می شود.

همکاری بیمار برای انجام برنامه های ترخیص خیلی پیش آگهی بهبودی را مشخص می کند.

بستری نیمه وقت داریم که در بعضی از مراکز دیده میشود، یا مراکز روزانه یا شبانه

هدف این است که به بیمار استقلال ببخشیم، اجتماعی بودن را بیاموزد.

تأثیر محیط مدد جو ← بیمار دارای اختلال روانی بسیار اهمیت دارد که در چه محیطی در حال زندگی است، محیط زندگی بیمار باید بررسی شود. باعث عود مجدد بیماری در بیمار پس از ترخیص نشود.

مراقبت انتقالی: تلاش مرکز و سیستم سلامت این است که بیماری که به صورت طولانی مدت در مراکز درمانی بستری بوده و از جامعه دور بوده درمان در هنگامی که فرد وارد خانواده و اجتماع می شود به صورت حمایت انتقال و ادامه پیدا کند. تا جایی که بیمار بتواند به جامعه و خانواده منتقل شود. مراقبت را از مرکز درمانی به جامعه منتقل میکنیم ۲ عامل در مراقبت انتقالی اهمیت دارد یکی مسئله ی حمایت همتا و یکی کارکنان رابط است. برای عملی شدن این مراقبت باید افرادی را پیدا کنیم که همتای مددجوی ما هستند مثلاً گروهی که بیماران دو قطبی که در خارج از بیمارستان همدیگر را ملاقات می کنند و در مورد تجربیات خود صحبت می کنند و همدیگر را به عنوان همتا حمایت می کنند. ما به نیروهایی احتیاج داریم که بتوانند این مراقبت را به خارج از بیمارستان منتقل کنند مانند پرستاران بهداشت جامعه

بازتوانی روان پزشکی: درمان در حیطه ی نوشته محدود نمی شود، هدف این است که بیمار به اجتماع بازگردد و توانایی های شغلی، اجتماعی، فردی، خلنوادگی و زناشویی را مجدد به دست بیاورد. مددجوی ما استقلال خودش را به دست بیاورد.

در مورد اختلالات روانی یک دسته از افراد جز جمعیت ویژه هستند که نیاز به مراقبت های ویژه ی روان پزشکی دارند. یعنی خودشان دچار مشکلات هستند و در کنار مشکلات خودشان به اختلالات روان پزشکی نیز دچار میشوند.

یک دسته از این بیماران بی خانمان ها هستند، زندانی ها، سربازان و جانبازان یکی از اختلالات روانی که در سربازان و جانبازان دیده می شود PTSD و OCD هستند.

سطوح پیشگیری روانی اجتماعی: سطح اول، دوم، سوم

سطح اول ← پرستاران تلاش می کنند با آموزش بهداشت روان کمک کند که افراد به اختلالات روانی دچار نشوند.

سطح دوم ← هر چه زودتر اختلالات تشخیص داده شوند و درمان زودتر انجام شود.

سطح سوم ← مددجو درگیر شده، تشخیص داده شد، درمان آغاز شده و بازتوانی مدنظر است.

اگر ما بخواهیم بیماران روانی در برنامه های درمانی بهبود کامل داشته باشند باید بیمار در فرایند درمان و تصمیم گیری برای درمان دخیل باشد و توانمندشان کنیم که استقلال به دست بیاورند و در درمان خودشان فعال باشند.

ارتباط درمانی ← پرستار و بیمارانش

مولفه های ارتباط درمانی

هسته ی اصلی مراقبت ارتباط است.

۱. اعتماد ← به این معناست که پرستار و بیمار رابطه ای را شکل می دهند که در آن بیمار یا مددجو اطمینان داشته باشد که فردی که با او به عنوان پرستار ارتباط دارد قابل اعتماد است.

یکپارچگی وجود دارد ← به این معنا که افکار، توجهات و موضوعی که پرستار در مورد آن حرف می زند با آن چیزی که واقعا در نظر او هست و انگیزه ی او هست متناسب باشد، همخوانی داشته باشد.

چه زمانی پرستار می تواند به مددجوی خود نشان دهد که اعتماد وجود دارد ← زمانی که پرستار پیشنهاد بدون توصیه

میدهد، پیشنهاد می دهد اما نصیحت نمی کند. صداقت وجود داشته باشد. گوش کردن فعال داشته باشد ← این گوش کردن فعال از تماس چشمی پرستار با مددجو از پوزیشن های پرستار نسبت به مددجو، تایید کردن صحبت بیمار با زبان بدن.

یکی از رفتارهایی که اعتماد ساز است ← گشودگی یا این نس است به معنای خودافشاگری یک جاهایی نیاز است. اطلاعاتی را در مورد خودمان به بیمار بدهیم اطلاعاتی را از روند درمان به بیمار بدهیم ← بحث اعتماد را تجربه کند و اعتماد شکل بگیرد.

هم خوانی در ارتباط درمانی به این معناست که اگر من در مورد موضوعی با بیمار صحبت می کنم زبان بدن و رفتارم با موضوعی که صحبت میکنم هم خوانی داشته باشد، اگر این هم خوانی وجود نداشته باشد اعتماد در رابطه از بین می رود.

یکی از برون ده های اینکه اعتماد وجود دارد در رابطه ی درمانی این است که مددجو درمان را می پذیرد.

۲. توجه مناسب ← زمانی است که پرستار به خود آگاهی می رسد و این خود آگاهی سبب می شود که بیمار را راحت تر درک

می کند، و وقتی که مددجو درک شود یک اعتماد خالص به دست می آید متوجه می شود که پرستارش به صورت خالصانه به او توجه می کند.

مثلاً سوالاتی که از مددجو می پرسیم و منتظر پاسخ های او می مانیم و به او نشان می دهیم که پاسخ های او برای ما با ارزش است. گاهی در توجه مناسب خودافشایی اتفاق می افتد. یعنی نیاز است که ما تجربیات خود را با بیمار به اشتراک بگذاریم.

در این خودافشایی به این نکته توجه می کنیم ← ما باید تجربیاتی را برای بیمار بیان کنیم که به موضوع و نگرانی بیمار ارتباط داشته باشد و بیان این خودافشایی به ادامه ی روند درمانی کمک بکند، این تجربه باید تجربه ای باشد که در گذشته باعث منم به من شده و من این مسیر را طی کرده ام و به نتیجه رسیده ام، صحبت کردن در مورد موضوعی که هنوز در آن بلا تکلیفیم به بیمار کمکی نمی کند.

پذیرش و صداقت ← بیمار را آنطور که هست بپذیرم پذیرش به این معنا نیست که من رفتارهای منفی و اشتباه بیمار را تأید بکنم. پذیرش یعنی اینکه هر آنچه که بیمار است با هر خط و اشتباه و نقصی او

را بپذیرم چون او به عنوان یک انسان ارزشمند است.

۳. همدلی ← یکی از مؤلفه های اصلی در ارتباط درمانی همدلی است. به این معناست که پرستار معانی بیمار را درک می کند. مثلاً در سالمندان مسئله ی درد به عنوان یک ارزش شناخته می شود. و من باید این را بفهمم که بیمار سالمند من گاهی از دردش لذت می برد و علت آن را می پرسیم به ما پاسخ می دهد گناهان من در حال پاک شدن به علت درد کشیدن است. همدلی یعنی این معنا را از نظر بیمار درک کنم، تمسخر نکنم، ادراکات فرد را بفهمم، میوه ی همدلی که در ارتباط درمانی رخ می دهد یک مراقبت شفقت آمیز با کیفیت است. یک درمانی به نام شفقت درمانی داریم ← بسیار کهن و اصیل است ← در اون شفقت چه از طرف بیمار به پرستار و چه از طرف بیمار به افراد خانواده اش به عنوان یک روش درمانی در نظر گرفته می شود.

من چطوری به بیمارم نشان بدهم که با او همدلی میکنم ← از روش های ارتباط مؤثر مثل انعکاس بیان مجدد و شفاف سازی استفاده می کنیم.

مثلاً بیمار بیان می کند که من احساس میکنم در این بخش انگار یک ماهی در یک

تنگ آب هستم ← برای نشان دادن همدلی از بیان مجدد استفاده میکنیم یا از انعکاس مثلاً ← گفتی شبیه تنگ تنگ آب ؟ یا مثلاً آن چیزی که از صحبت بیمار فهمیدم شفاف کنیم مثلاً منظورش این است که اینجا دلتان برای هم تنگ شده است؟

نکته ی بسیار مهم در همدلی ← تفاوت همدلی و هم دردی ← هم دردی یعنی اینکه من پیام در مورد احساس شخصی خودم نسبت به موضوعی که بیمار صحبت می کند نظر بدهم، مثلاً بیمار صحبت می کند که من از خانواده ام طرد شده ام و من بیان می کنم که متأسفم خیلی غمگیم به خاطر این موضوع ← مشکل بیمار که حل نمی شود او مجبور است احساس شخصی ما را هم درک کند اما در همدلی ما از نگاه بیمار به مسئله نگاه می کنیم یعنی بیان می کنیم که طرد شدن از خانواده باید احساس بدی داشته باشد.

۴. پذیرش: یعنی اینکه من رفتارهای نالبه هنجار، تفکرات اشتباه، ارزش های اشتباه، نگرش اشتباه بیمار را قضاوت نمی کنم بلکه او را به عنوان یک انسان با ارزش او را با آنچه که هست میپذیرم، از قضاوت دوری می کنیم و در آن مسئله یک رفتار قاطع نشان می دهیم.

مثلاً بیمار با یک لحن خیلی تند با ما صحبت میکند ← به بیمار بیان میکنیم که داری تند صحبت میکنی. من به خاطر تو اینجا هستم، در پذیرش ارزشمندی فرد به عنوان یک انسان در اولویت قرار می گیرد.

۵. توجه مثبت ← در توجه مثبت احترام نهفته است و به مدد جو نشان می دهیم که تو برای ما قابل احترام هستی، در توجه مثبت بدون قضاوت بیمار، طرز نگاهش پ به خودش و دیدگاهش به جهان را مورد توجه قرار میدهیم. احترام را به تمام معنا به او نشان می دهیم. وقتی مثلاً به جای اینکه به او بگویم هی آقا، مریض تخت ۴، مریض دکتر فلانی، او را با نام و نام خانوادگی صدا می کنیم به او نشان میدهیم که توجه مثبت داریم که احترام را میرساند. یکی از مولفه هایی که توجه مثبت را به بیمار نشان می دهد ← حضور داشتن پرستار است.

با بدن، با کلام و با بازخوردهای خود به او نشان می دهیم که در کنار او حضور داریم و حضورم فعال است. با توجه به چیزی که بیمار بیان میکند، حالات چهره و بدن من تغییر می کند. حضور می تولد کلامی یا غیر کلامی باشد، مثلاً با حرکات چهره، بدن، یا کلامی..

۳. اقدام کردن

اینجا لازم است که برای خود آگاهی با ۳ مفهوم آشنا شویم:

۱. ارزش ها

۲. باورها

۳. نگرش ها

ارزشها آن چیزهایی هستند هستند که که بدون برای من به عنوان یک مسئله ی انتزاعی، به عنوان یک مسئله بسیار درست در نظرش می گیریم. مثلاً درد کشیدن در سالمندان یک ارزش است و آن سالمند درست بودن آن را برای خودش بیان می کند.

مثلاً شهادت برای افرادی ارزش محسوب می شود.

باورها یک ایده ها، یک عقاید و افکاری هستند که من مطمئنم که این باور و این عقیده که در ذهن من است درست است. مثلاً اگر کسی صبح زود از خواب بلند شود تمام کارهایش را انجام می دهد. این باور من است مطمئنم که درست است.

نگرش ها احساسات کلی و چهار چوب های کلی ما برای نگاه کردن به جهان هستند مثلاً نگرش من نسبت به فردهای همجنس

موضوع دیگر در توجه مثبت عدم قضاوت ارزشی توسط پرستار است. مثلاً بیمار بیان می کند که در ماه گذشته به دنبال هذیان پدرم را چاقو زدم. ارزش های ما به این صورت است که نباید به پدر به احترامی شود، و اینجا قضاوت می کنیم که تو چقدر آدم بدی هستی و از انسانیت به دور است ← این قضاوت ارزشی است. زمانی توجه مثبت بر قرار است که در چنین مواقعی قضاوت ارزشی را کنار بگذارم مثلاً بیان کنیم که بعد از اینکه با چاقو زدی چه اتفاقی افتاد. احساسات در آن زمان به چه صورت بود. من قضاوت نمی کنم.

۶. خود آگاهی: ثمره ی خود آگاهی پرستار آگاهی از مددجو است. ما وقتی خودمان را میشناسیم، مددجو را بهتر می شناسیم.

اریکسون بیان می کند زمانی که ما خودمان را می شناسیم رفتارهای دیگران برای ما عجیب و غریب محسوب نمی شود.

یکی از کارها در خود آگاهی ← شفاف سازی ارزش ها است ۳ مرحله طی می شود:

۱. انتخاب کردن

۲. به خود نسبت دادن

گرا به این شکل است که آنها از یک بیماری عمیق روانی رنج می برند.

شیوه ی دیگر خود آگاهی ← زمانی که پرستار یا درمانگر خودش را به خوبی بشناسد حالا می تواند از خودش استفاده ی درمانی کند.

پنجره ی جو و هری: به عنوان یک ابزار شناخته میشود و جو و هری در سال ۱۹۸۹ آن را مطرح کردند.

ناحیه عمومی برای همه شناخته شده است. مثلاً همه می دانند من هنگام هستم .

بیان می شود که هر چه ناحیه عمومی و ناحیه خصوصی در یک ارتباط درمانی گسترده شده باشند، و ناحیه کور و ناحیه ناشناخته کوچکتر باشند آن ارتباط درمانی از کیفیت بیشتری برخوردار است.

ناحیه خصوصی ← یعنی اطلاعاتی که خودم در مورد خودم میدانم اما دیگران از آن آگاه نیستند.

ناحیه کور ← یعنی اطلاعاتی که دیگران در مورد من میدانند اما خودم نمی دانم. مثلاً اطلاعاتی که دیگران در مورد استعداد یا نقاط ضعف من دارند اما خودم به آن آگاه نیستم.

ناحیه ناشناخته ← نه خودم و نه دیگران در مورد آن اطلاعاتی نداریم.

الگوهای دانستن:

پیش ذهنیت ها ← همه ی ما در هر موقعیتی یک سری ذهنیت ها که در ذهن ما وجود دارد مثلاً از بچگی در ذهن ما هست که کسی که زندانی باشد به او دستبند زده باشند و در بیمارستان بستری است آدم خطرناکی است.

مثلاً یک قوم خاص با زبان خاص آدمهایی هستند با فلان ویژگی

این پیش ذهنیت ها ← رفتار ما را هدایتگر می کنند و جلوی برقراری یک ارتباط موثر درمانی را می گیرند. زمینه را برای شناخت مرد مقابل محدود می کنند.

کارپر ← در سال ۱۹۷۸ ← دانش پرستاری از ۴ ریشه منشأ می گیرد .

۱. مبتنی بر تجربه ← آن چیزی که در کلاس های آکادمیک کسب کرده ام در کاروی

۲. داستان شخصی و تجربه ی زندگی خودمان: مثلاً در زندگی شخصی خودم تجربه کرده ام صحبت کردن در دوران تحریک پذیری کار ساز نیست. مثلاً بیمار در فاز مانیا

یک جاهایی در ارتباط درمانی، ارتباط اجتماعی کمک کننده است. مثلاً با مددجویی ارتباط می گیریم که خوب ارتباط برقرار نمی کند و ما با یک ارتباط اجتماعی آغاز می کنیم فرنگی می گوئیم آقای X امروز هوا گرم است، اما بعد باید ارتباط را به سمت ارتباط درمانی پیش ببریم.

ارتباط صمیمی ← در نظر نمی گیریم که مددجو است بیمار است ← ممکن است یک ارتباط عمیق عاطفی یا حتی جنسی صورت بگیرد. این ارتباط دیگر درمانی نیست. ارتباط درمانی یک ارتباط صمیمانه نیست این روابط جایگاهی در درمان ندارد. در روابط درمانی ← تمرکز بر مددجو است تا درمان اتفاق بیفتد، معیارها و ضوابط و هنجارهای مشخصی وجود دارد، مددجو در مرکزیت قرار دارد.

مراحل ارتباط درمانی پیلانو:

۴ مرحله دارد:

۱. پیش آشنایی

۲. آشنایی

۳. کارکردن

۴. پایان دادن

۳. داستان و رشد اخلاقیات ما ← مثلاً بیمار تحریک پذیری که در بخش است نیاز به کمک دارد بیمار من نیست و بیمار همکارم است اما من به علت اخلاقیات به او رسیدگی می کنم.

۴. جنبه ی زیبایی شناختی ← شامل هنر در پرستاری است. مثلاً پرستاری که از یک شعر خاص از یک خلایق خاص برای درمان بیمارش استفاده می کند.

این ۴ ریشه ← به خود آگاهی پرستار برای ارتباط بهتر کمک می کند.

فرد دیگری به نام مونهال در سال ۱۹۹۳ الگوی نادانستن را بیان کرد. او عنوان کرد که وقتی به عنوان یک پرستار یا درمانگر با بیمار خود وارد ارتباط درمانی میشوید باید احساس کنید که مددجو را اصلاً از قبل نمی شناسید. مثلاً اگر با یک بیمار زندانی در بخش صحبت می کنید، در نظر بگیرید که در مورد او هیچ چیز نمی دانید.

به پرستار کمک میکند که پذیرش بیمار را انجام دهد بدون پیش ذهنی که از بیمار دارد.

انواع ارتباط: اجتماعی، صمیمی، درمانی

در یک ارتباط اجتماعی ← انجام می شود برای اینکه ایده ها، احساسات و تجربه های ما به اشتراک گذاشته شود.

آشنایی: در مرحله آشنایی یک نکته مهم وجود دارد ← گوش کردن فعال و اعتمادسازی توسط پرستار

شروع مرحله آشنایی با اولین نشست بین پرستار و مدد جو اتفاق می افتد.

قبل از اینکه پرستار وارد مرحله آشنایی شود به تنهایی باید یک پیش آشنایی را به دست بیاورد ← قبل از ارتباط پرستار با مددجو پرستار اطلاعات بیمار را جمع آوری می کند؛ اینکه قرار است با چه چیزی مواجه شود، بیمار زن است یا مرد، چه سنی دارد، چه بیماری ای دارد، از چه طبقه اقتصادی و اجتماعی است، از چه فرهنگی است.

پرستار قبل از مرحله آشنایی یک محیط امن را فراهم می کند. وقتی پیش آشنایی اتفاق افتاد بعد پرستار وارد مرحله آشنایی می شود.

اینکه ما بفهمیم چه زمانی می توانیم به مرحله کار کردن و مداخله برویم شاخصه ی آن این است که مشکلات مددجو توسط خود مدد جو شناخته شوند و یک توافق دوطرفه بین پرستار و مددجو در باب مشکلات مددجو اتفاق افتاده باشد ← این شاخصی است که به ما اجازه می دهد وارد مرحله ی کار کردن شویم.

پرستار باید تلاش کند که در مرحله ی آشنایی اهداف را برای خودش و مددجو مشخص کند. معیارها و انتظارات از این ارتباط درمانی مشخص شود، تنش ها در این رابطه مشخص شود، اعتماد سازی اتفاق بیفتد.

در هر مرحله ی آشنایی ۲ موضوع اهمیت دارد ← راز داری و خود افشایی

راز داری یعنی اینکه بیمار بداند که اطلاعاتش محفوظ میماند در حفظ اطلاعات شخصی او تلاش می شود باید به او نشان دهیم که به خواست او برای حفظ محرمانگی اطلاعاتش احترام می گذاریم.

کسانی در جریان بیمار قرار می گیرند که تنها این افراد بخشی از مراقبت مددجو را بر عهده بگیرند.

البته استثنائاتی هم وجود دارد ← این استنهاها به این صورت هستند که بر اساس قوانین هر بیمارستان ممکن است افراد دیگری باید در جریان بیمار قرار گیرند، مثلاً در تشخیص هایی مثل کودک آزاری، سالمند آزاری، قصد خودکشی، و دیگر کشی یک فرد شانس م باید در جریان قرار بگیرد ← این مفهوم با نام وظیفه هشدار دادن معرفی می شود.

بعضی وقت‌ها خود بیمار می‌خواهد که شخص دیگری نیز در جریان اطلاعاتش قرار بگیرد.

خودافشایی: خود افشای پرستار در مرحله آشنایی اتفاق می‌افتد، خودافشایی بیشتر به صورت متبحرانه و آگاهانه می‌باشد می‌تواند در رابطه درمانی کمک کننده باشد.

مثلاً می‌توانیم بعضی از تجارب شخصی خود را در حین رابطه عنوان کنیم، خودافشایی نباید با تمرکز بر پرستار باشد، این خودافشایی می‌تواند اثر منفی داشته باشد، مثلاً مددجو بیان می‌کند یک تجربه تلخ از طرد شدن دارم و پرستار بیان می‌کند بله من هم تجربه تلخی از طرد شدن داشتم و روزهای سختی را گذراندم ← این اثر عکس دارد چون مددجو تازه در مرحله اول ترک شدن است و به جای اینکه تمرکز بر حال و اکنون مددجو باشد تمرکز بر حال بد پرستار می‌رود و حتی گاهی نقش جابجا می‌شود.

کارکردن: به تو بخش یا زیر بخش شناسایی و بهره‌برداری تقسیم می‌شود.

در مرحله شناسایی مشکل مددجو مجدد مرور می‌شود و دغدغه‌ها بیشتر بیان می‌شود، و در مرحله بهره‌برداری پرستار راهنمایی‌ها را انجام می‌دهد تا مددجو

راحت بتواند احساساتش را بیان کند و در بیان همین احساسات و راه حل‌ها پرستار به او کمک می‌کند تا استقلال را به دست بیاورد و افکار منفی را از خود دور کند. مددجو از واقعیت آگاه شود، تولنایی‌های خود را باز یابد.

دو مسئله مهم در بهره‌برداری: در زمان بیمار در حال صحبت در مورد مشکلاتش است، مسائل را بیان می‌کند توسط پرستار نباید قضاوت و نصیحت شود، این دروازه‌های ارتباطی در یک ارتباط درمانی مناسب هستند.

مسئله جابجایی یا انتقال ← به این معنا که در مددجو اتفاق می‌افتد ← احساسات و نگرش‌ها و باورهای منفی را که قبلاً به یک موضوع خاص یا به یک فرد خاص داشته است به پرستار منتقل بکند، مثلاً مددجو در ارتباطات گذشته خود نسبت به خانم‌ها خشمگین باشد و حالا پرستار او یک خانم باشد، با خشم پر خاشگری و عدم اعتماد به پرستار رابطه را شروع کند.

انتقال تقابل یا جابجایی متقابل ← این مسئله از طرف پرستار رخ می‌دهد، پرستار نسبت به موضوع خاص احساسات و تجربیات خاصی دارد و با فردی روبرو می‌شود که اون تجربیات را یادآوری کرده و باعث تاثیر بر روی رابطه‌اش با مددجو

میدانم این ارتباطات زمان خوبی را برای بازپروری شما و رسیدن به مشکلات شما فراهم کرده اما پایان ارتباط ما رسیده من هم برای شما دلتنگ خواهم شد و تاکید بکند بر روی استقلالی که پیش آمده و ارتباط را پایان دهد.

ارتباط نباید به سمت صمیمی شدن پیش برود .

یک مشکل بزرگ در ارتباط در مانی این است که مرزهای نامناسب اتفاق بیفتد مرز نامناسب یعنی اینکه رابطه ما نباید یک رابطه اجتماعی یا صمیمی باشد فقط یک ارتباط درمانی باشد، موضوع صحبت کردن باید در مورد مسائلی باشد که در زمان آشنایی بر آنها توافق داشتیم .

زمانی مرزهای ارتباط درمانی متوقف می شود توسط پرستار که دقیقاً پرستار تاکید می کند که من هیچ کار غیر درمانی امکان ندارد انجام بدهم و در همین حین است که کنترل و تمرکز از دست او خارج می شود و ممکن است ارتباطات غیر درمانی انجام شود و مرزهای درمانی شکسته شود .

یک اشتباه دیگر این است که همدلی ممکن است به همدردی تبدیل شود .

یک مشکل دیگر عدم پذیرش مددجو توسط پرستارش است پذیرش به این

می شود. مثلاً پرستار قرار است با مددجویی صحبت کند که پدرش را کتک زده است و پرستار به خاطر علاقه شدیدی که به پدرش داشته این انتقال متقابل را انجام می دهد، و با پرخاشگری و سختگیرانه با مددجو رفتار می کند و در صورت عدم کنترل این احساس باید پرستار عوض شود. پایان دادن: زمانی اتفاق می افتد که مشکلات برطرف شده باشند. نگرش بیمار تغییر کرده باشد، بیمار به استقلال رسیده باشد و حالا زمان فرارسیده که در زمانی که در مرحله آشنایی بر روی آن توافق شده پایان اتفاق بیفتد.

یک موضوعی که ممکن است در مرحله پایان دادن اتفاق بیفتد این است که در مددجو و یا در پرستار ممکن است یک حس دلتنگی و درخواست برای عدم پایان رابطه بیان شود .

بهترین واکنش پرستارترین مرحله این است که تاکید داشته باشد که ارتباط ما به پایان رسیده اما بازخوردهایی که به احساسات مددجو برای عدم پایان ارتباط است باید با تاکید و تایید احساسات مددجو باشد، حتی ممکن است گریه کند و بیان کند که مشکلاتم به پایان نرسیده اما پرستار با تاکید و تایید مددجو به این مسئله که من می دانم دلتنگ می شوید،

تصمیم به خودکشی پرستار حامی نیست و باید نقش مراقبتی را ارائه دهد.

نقش دیگر پرستار جانشین والدین است ← یعنی سیستم سلامت خودش را به عنوان والد برای بیمار در نظر می‌گیرد و می‌گوید من هر تصمیمی برای درمان تو بگیرم درست است و باید آن را انجام دهی، پرستار باید بتواند بین این‌ها تمایز قائل شود و اجازه این کار را ندهد.

گاهی پرستار جایگزین والدین می‌شود، یک زمانی بیمار قادر به تصمیم‌گیری نیست و پرستار به عنوان یک وارد دلسوز برای بیمار تصمیم‌گیری کند البته که در نقش والد رفتن خطرانی ممکن است داشته باشد، مثلاً پرستار جوری در نقش والدی قرار بگیرد که احساس تحکم داشته باشد و رفتارهای بیمار را کامل کنترل کند، باید مراقب باشیم که ارتباط به سمت صمیمی بودن پیش نرود.

خودآگاهی پرستار در ارتباط درمانی بسیار اهمیت دارد، خودآگاهی باید وجود داشته باشد بعد وارد یک ارتباط درمانی شویم.

مهم: اگر پرستار بداند که باورها ارزش‌ها و نگرش‌های او در ارتباط درمانی با بیمار ممکن است اثر بگذارد، و نتواند آنها را کنترل کند باید پرستار دیگری برای

معناست که ما ارزش‌های انسانی مددجو را بپذیریم، و به او به عنوان یک مددجو با مشکلات و نقایص خاص خود نگاه کنیم.

نقش‌های پرستار در ارتباط درمانی :

یکی از این نقش‌ها، نقش معلم است: در موارد خاصی نیاز از پرستار آموزش‌های خاصی به بیمار بدهد. مثلاً آموزش‌های خاصی در مورد افزایش خود مراقبتی، افزایش عزت نفس بدهد.

نقش دیگر مراقبت است ← به عنوان مراقبت روحی روانی، مراقبت جسمی، اساس ارتباط درمانی مراقبت کردن است. به او گوش بدهیم، توجه داشته باشیم به او، باید مراقب مرزها و حدود این ارتباط باشیم.

نقش بعدی حمایت است ← در بعضی کتب آن را وکیل مدافع بیمار معرفی می‌کنند، یعنی می‌آید از تصمیمات بیمار انتظارات بیمار در سیستم سلامت حمایت می‌کند، بیماری که دوست دارد پزشکی تغییر بکند و در این فرایند تصمیم‌گیری دخالت داشته باشد، پرستار تسهیل کننده این مورد است. در تصمیمات اشتباه مثل

توسط طرفین رخ بدهد و مراقبت انجام شود .

مراقبت و وارد شدن به ارتباط درمانی کار را بر عهده بگیرد.

ممکن است خستگی زیاد ناشی از دلسوزی برای پرستار رخ بدهد.

حریم خصوصی و رعایت مرزها:

این حریم خصوصی فرهنگ به فرهنگ متفاوت است، باید محدوده‌ها را بشناسیم: افراد آگاه باشند که فاصله فیزیکی هنگام ارتباط چگونه است، ۴ محدوده تعریف شده:

محدوده خصوصی، شخصی، اجتماعی، عمومی

محدوده خصوصی: ۴۵ سانتی‌متر تعریف شده است، بسیار نزدیک است وارد شدن به این محدوده نیاز به اجازه شخص دارد.

محدوده شخصی: ۴۵ تا ۱۲۵ سانتی‌متر بین افراد خانواده و افرادی که با هم ارتباط نزدیکی دارند .

محدوده اجتماعی: ۱۲۵ تا ۳۶۰ سانتی‌متر یک فضای قابل قبول برای انتقال پیام، برای فعالیت‌های اجتماعی، در بعضی از فرهنگ‌ها بیشتر است این فاصله ۳۰۰ تا ۳۶۰ سانتی متر است .

ارتباط درمانی: ارتباط به فرایند انتقال پیام گفته می‌شود، که در بستر خاصی در یک زمینه مناسب اتفاق می‌افتد و پیام‌ها بین گیرنده و فرستنده مخابره می‌شود. اصل و اساس ارتباط درمانی ← مشکلات بیمار و مددجو است.

اهداف ارتباط درمانی:

یکی از مهمترین این اهداف این است که در ارتباط درمانی ما به یک ارتباط درمانی با شاخص‌های آن دست پیدا کنیم. در این ارتباط‌ها نیازها و معضلات و مشکلات مددجو شناخته شود. فرایند مراقبت و درمانش اتفاق بیفتد، آموزش‌ها از طرف پرستار به مددجو ارائه شود، مثل آموزش فرایندهای خود مراقبتی و...

بیمار بتولند در یک محیط امن و سالم بر پایه اعتماد نیازها، خواسته‌ها، مشکلاتش، و احساساتش را بیان کند، یک برنامه‌ریزی

محدوده عمومی: بیشتر از ۳۶۰ سانتی متر
در فضاهای غیر رسمی، مثل سخنرانی‌ها

۳. لمس گرم و دوستانه: شامل احوالپرسی،
آغوش کشیدن فرد، مثلاً در شوخی‌های
خویشاوندی

گاهی اوقات برای یک سری پروسیجرهای
درمانی نیاز است که وارد محدوده خصوصی
فرد شویم، بهترین کار این است که اگر
بیمار هوشیار است و قادر به ارتباط است از
بیمار سوال کنیم و از او اجازه بگیریم. به
بیمار آمادگی داده شود. با این سوال اعتماد
و احترام را به بیمار منتقل می‌کنیم.

۴. لمس عاشقانه و صمیمی: مثلاً در افرادی
که رابطه عاطفی دارند مانند خانواده
۵. لمس جنسی و برانگیزاننده: در بین
عشاق و زن و شوهر
در بیماران پارانوئید حتی لمس کاری
حرفه‌ای می‌تواند مسئله تهدید کننده
باشد.

لمس: در حرفه‌ی پرستاری لمس بسیار
اتفاق می‌افتد، یکی از افرادی که لمس را
در روابط اجتماعی طبقه‌بندی کرده است
ناپ است ۵ شکل از لمس را برای ما
توصیف می‌کند.

گوش کردن فعال و مشاهده:

ما یک شنیدن داریم یک گوش کردن، در
شنیدن به صورت غیر ارادی صداهای
اطراف را می‌شنویم نیازی به تمرکز نیست
اما در گوش دادن فعال به صورت ارادی و
متمرکز بر یک صحبت خاص گوش
می‌دهیم، یعنی زمانی که فرد در حال
صحبت است ما از انجام دادن فعالیت‌های
ذهنی و جسمی دیگر اجتناب می‌کنیم.

۱. لمس کاری حرفه‌ای: منظور از این لمس
موردهایی است که در معاینات پیش
می‌آید، مثلاً تورگور پوستی را می‌سنجیم یا
مثلاً برای گرفتن رگ

مشاهده یعنی زمانی که مددجو در حال
برقراری ارتباط با ماست به صورت فعالانه،
به حرکت غیر کلامی حالات نشستن و به
کل منسجم مددجو نگاه کنیم.

۲. لمس اجتماعی و مودبانه: مثلاً از دست
دادن به بیمار همجنس، نشان دهنده
سنت‌های اجتماعی ماست. احترام را
می‌رساند. یا مثلاً راهنمایی کردن یک
سالمند به سمت یک مسیر

پپلائو ← می گوید اولین قدم در یک ارتباط درمانی مشاهده است .

گاهی آنقدر تمرکز ما بر روی سوالاتی است که قرار است از مددجو بپرسیم، بر روی حالات و رفتارهای مددجو تمرکز نداریم و این یکی از خطاهای ارتباط درمانی است.

گوش دادن فعال یعنی اینکه من تو را پذیرفتم و احترام و اعتماد را شکل می دهد و سبب می شود آنچه را که مددجو به عنوان مشکل در خودش شناسایی کرده است و احساسات و عواطفش را به راحتی بیان کند، گوش دادن فعال از سطحی شدن ارتباط درمانی جلوگیری می کند ارتباط را به سمت اثرات و پیامدهای مثبت سوق می دهد حس همدلی را از طرف پرستار به مددجو ابراز می کند.

مهارت های ارتباط کلامی:

مهارتهایی هستند که در ارتباط کلامی مورد توجه قرار می گیرند.

مثل پیام های عینی: یعنی ارتباط ما با مددجو از جملاتی استفاده شود که انتزاعی و دور از ذهن نباشد و نیاز به تلاش ذهنی زیادی برای فهم این کلام نیاز نداشته باشد شفاف و واضح و مستقیم باشد باید آسان فهم و روشن باشد.

مهارت ها: مثل کاوش کردن، تمرکز کردن، تکرار کردن، انعکاس کلام

این مهارت ها به وضوح پیام کمک می کنند و سبب می شوند که در این ارتباط واضح و شفاف باشد .

مثلاً کاوش کردن ← زمانی که بیمار در حال صحبت در مورد یکی از مشکلاتش هست مثلاً هذیان ها، با سوالات کاوشی سعی در باز شدن و دقیق شدن در موضوع داریم.

تمرکز کردن ← مثلاً مددجو در مورد مسئله صحبت می کند که نسبت به بحث ما خیلی دورتر است با این مهارت تمرکز را بر روی موضوعی که باید بحث شود سوق می دهیم .

تکرار کردن ← از بدفهمی ها و برداشت های اشتباه توسط پرستار جلوگیری می کند، مثلاً بیمار بیان می کند که فرزندان من، من را دوست ندارند ← ما می گوییم فرزندان شما، با شما رابطه بدی دارند ← می گوید نه رابطه خوب است، چون دو روز به دیدن من نیامدند من را دوست ندارند.

انعکاس دادن ← یعنی کلماتی که توسط بیمار بیان شده اند عمیقاً تکرار می شوند این مجدد فرصت را به بیمار می دهد که

جمله‌ای را که گفته را یک بار دیگر بشنوند و آن را واضح‌تر و دقیق‌تر بیان کند و مفهوم را به ما منتقل کند .

ارتباط غیر کلامی بخش اصیل‌تر و صادقانه‌تر پیام‌ها را به دیگران منتقل می‌کند .

مهارت‌های غیر درمانی ← مثل نصیحت کردن، کوچک کردن احساسات بیمار، دفاع کردن از یک موضوع خاص ورزش، قضاوت کردن، اطمینان دادن اشتباه، اعلام رضایت کردن توسط پرستار و محدود کردن مددجو در بیان احساساتش

افراد دیگر ارتباط غیر کلامی ما را باور می‌کنند، وقتی بین ارتباط کلامی و غیر کلامی تناقض وجود داشته باشد.

ارتباط غیر کلامی از ناخودآگاه ما خارج می‌شود، نمود ناخودآگاه و واقعیت تفکرات و نگرش ما را نشان می‌دهد.

تفسیر علائم و نشانه‌ها: به این معنا است که تمام تلاش‌های پرستار برای پیدا کردن علائم و نشانه‌های بیماری در فرد منظور می‌دهد، تمام حالت‌های بیمار را بتوانیم تفسیر کنیم.

حالت چهره: وقتی که کلامی که استفاده می‌کنیم همزمان بشود حالات چهره‌ای که متناسب با آن کلامی است که خارج می‌کنیم بیمار آن را درک می‌کند، معنی واضح و روشنی را درک می‌کند احساس واقعی ما را نشان می‌دهد، به سه دسته تقسیم می‌شود:

مهارت‌های ارتباط غیر کلامی :

روش‌هایی برای انتقال معنا و مفهوم هستند و روش‌هایی برای اثرگذاری در ذهن دیگران هستند که از کلام استفاده نمی‌شود .

۱. حالت چهره گویا: فرد واقعاً در حالت چهره‌اش آن چیزی که فکر می‌کند، آن چیزی که احساس می‌کند و نیازی که در آن لحظه دارد به صورت شفاف و واضح نشان می‌دهد.

ارتباط غیر کلامی بخش بیشتری از ارتباطات ما را تشکیل می‌دهند پنجاه درصد ارتباطات و بعضی منابع ۹۳ درصد آن را غیر کلامی می‌دانند.

۲. حالت چهره بی‌عاطفه: فرد یک صورت ماسکه و بی تحرک دارد در افراد با افسردگی ماژور، اسکیزوفرنی مزمن دیده می‌شود هیچ یک از هیجانات درونی آنها را

نمی‌توانیم در ظاهر چهره فرد مشاهده کنیم.

۳. حالت چهره گیج کننده: در این حالت حالت چهره متضاد با آن چیزی است که بیان می‌کند.

در حالت چهره ما باید فرهنگ را هم اهمیت بدهیم در بعضی فرهنگ‌ها نوعی از حالات چهره ممکن است معانی متفاوتی داشته باشند.

ما می‌توانیم از تکنیک مشاهده استفاده کنیم، و وقتی حالت چهره مددجو را می‌بینیم آن را به او انتقال بدهیم مثلاً بگوییم من احساس می‌کنم شما در حال حاضر در زمان صحبت کردن در مورد غذای بخش اخم کرده‌اید آیا از این قضیه ناراحت هستید.

زبان بدن: به این معنی که هر آنچه که در بدن ما اتفاق می‌افتد رُست‌های ما، حرکات بدن، وضعیت بدن، حالت بدن، می‌تواند معانی خاص را به مددجوی ما انتقال بدهد و به آن علم زبان بدن گفته می‌شود کتاب زبان آلن پی اس مشهورترین کتاب در این زمینه است. مثلاً با حالت‌های بدن نشان می‌دهیم که تمایلی برای شنیدن حرف‌های

او نداریم بهترین حالت این است که روبرو یا کنار بیمار قرار بگیریم، با او ارتباط چشمی برقرار کنیم گاهی در صورت نیاز دست او را لمس کنیم، مانع فیزیکی بین ما نباشد، اما در برخی بیماران هم نیاز است که مرزها رعایت شود.

نشانه‌های آوایی :

نشانه‌های صوتی غیرکلامی هستند، مثل بلندی صدا مثلاً تن صدای پایین نشان دهنده ضعف و یا حتی خلق پایین است.

مثلاً بعضی وقت‌ها بیمار با یک تن صدایی صحبت می‌کنند، که نشان دهنده این است که در بیان حرفش تردید و عدم اطمینان دارد، و نمی‌تواند مفهوم و منظور خود را پیدا کند در این موارد از سوالاتی که اعتبار اون پیام غیر کلامی را دریافت کرده‌ایم بسنجد استفاده می‌کنیم و سریع برداشت نمی‌کنیم.

تماس چشمی: چشم‌ها آینه روح هستند و هر آنچه که در روح ما هست در چشم‌ها دیده می‌شود، چشم‌ها پیام زیادی به طرف مقابل منتقل می‌کنند ارتباط چشمی در موقع گوش دادن فعال باید برقرار باشد ارتباط چشمی باید متناسب با جنسیت، موقعیت، و شرایط صحبت کردن و موضوع صحبت کردن ما اتفاق بیفتد.

درک معنویت: باید بدانیم دین با معنویت متفاوت است، معنویت آن دیدگاه و جهان بینی است که فرد نسبت به موضوعات متفاوت، نسبت به مرگ، سلامتی و بیماری و غیره دارد.

معنویت یک جور نگرش و باور است. ما باید معنویت بیمار و مددجوی خود را بشناسیم.

باورها و عقاید بیمار نباید در زمان درمان مورد تمسخر قرار بگیرد و پرستار یا مراقبت دهنده نباید باور و اعتقادات خود را به بیمار تحمیل کند.

اگر باورهای بیمار را شناسایی ممکن است خیلی از حرف های بیمار را جز هذیان های او برداشت کنیم بحث خودآگاهی هم مهم است باید معنویات خودمان را هم بشناسیم و نگذاریم معنویات و باورهای ما بر روی درمان تاثیر بگذارد، و ارتباط درمانی ما را به یک ارتباط غیر درمانی تبدیل کند. بی اعتنایی کردن و قضاوت کردن باورهای بیمار ارتباط را به یک ارتباط غیر موثر تبدیل می کند.

فرهنگ: بسیار اهمیت دارد تا زمانی که ما آداب و رسوم باورها و ارزش ها و رفتارهای آموخته شده مددجو را بشناسیم که این ها همه در قالب فرهنگ جا می گیرد،

سکوت: یعنی توقف در صحبت کردن، یکی از مهارت های ارتباطی است، به فرد مقابل اجازه می دهد فکر کند و بد صحبت کند. باعث افزایش تمرکز می شود، اما سکوت هم اندازه دارد، بحث فرهنگ در سکوت ارزشمند است استفاده از سکوت هم باید به جا و به اندازه باشد.

درک معنی ارتباط: باید حواسمان باشد در یک ارتباط درمانی تمامی معانی دریافت شده از جمله ای که بیمار بیان می کند در نظر بگیریم و این کار را باید با شناخت خود از بیمار انجام دهیم و آن را در زمینه که بیمار صحبت می کنیم ترجمه کنیم.

همیشه اون معنایی که صحبت دیگران دریافت می کنیم آن معنایی نیست که آنها می خواستند به ما مخابره کنند.

درک زمینه ای: یعنی ما بدونیم مددجو یا هر کسی که مخاطب ماست چیزی که بیان می کند، و جمله ای که در مورد آن صحبت می کند، در چه شرایطی و در چه زمانی و در چه موقعیتی و با چه کسی بیان می شود در تفسیر معنی پیام بسیار اهمیت دارد. (مثلاً وای من دارم غش می کنم).

هدف سوم فهم عمیقی از مشکلات و اختلالات مددجو برای پرستار اتفاق بیفتد، فهمیدن و درک مددجو اتفاق بیفتد.

هدف چهارم و پنجم ← ما می‌خواهیم که مددجو در زمینه این ارتباط درمانی بتواند احساسات عمیق و اصیل خودش را جستجو کند به راحتی آنها را ابراز کند، محیطی را فراهم می‌کنیم که تسهیل گر باشیم.

برای ابراز احساسات مددجو

یکی از مهم‌ترین اهداف ← ما به عنوان پرستار بیمار را راهنمایی کنیم. مثل یک مشاور در کنار آنها باشیم و مهم‌ترین هدف اینکه از آنها انسان‌های مستقل بسازیم و مهارت‌های قبلی را به آنها نشان دهیم و مهارت‌های جدیدی مثل حل مسئله را به آنها یاد بدهیم، و در نهایت ارزیابی کنیم که به اهدافی که داشتیم رسیده‌ایم یا نه.

نقش پرستار در ارتباط درمانی ← نقش مستقیم و غیر مستقیم

نقش غیر مستقیم: وقتی با یک مددجو ارتباط برقرار می‌کنیم زمان‌هایی است که ما خیلی نقش فعالی در هدایت افکار بیمار و مراقبت از بیمار و گسترش مهارت‌ها نداریم، در اصل ما فقط به عنوان یک

نمی‌توانیم یک ارتباط درمانی مناسب برقرار کنیم باید با فرهنگ‌ها و خرده فرهنگ‌های درمانی مددجو آشنا باشیم ملاحظات فرهنگی ارتباطات ما را می‌سازد.

اهداف جلسه درمانی :

۵ هدف در یک جلسه و ارتباط درمانی صورت می‌گیرد.

یک اتفاق مهم باید ابتدا یک جلسه درمانی صورت بگیرد و آن معرفی کردن خودمان است و یک قرارداد و توافق دو طرفه داشته باشیم اینکه قرار است من به چه دلیلی با شما صحبت کنم، چه مدت زمانی فرصت دارم و اهداف چیست.

هدف اول برقراری فضای توافقی است ← در این فضای توافقی قرار است پرستار و مددجو با هم صحبت کنند. و این صحبت از طریق صداقت، مراقبت، پذیرش بدون قید و شرط مددجو در رابطه با رفتارها، ارزش‌ها، و نگرش مددجو و همدلی کردن اتفاق می‌افتد.

هدف دوم گوش دادن فعال است ← پرستار باید با مددجوی خودش طبق آیتم‌هایی که در گوش دادن فعال وجود دارد ارتباط برقرار کند.

سعی می‌کند که موضوع را تغییر بدهد و در مورد مسئله‌ای که استرس و اضطراب کمتری دارد موضوع را به آن سمت متمایل کند، در این مواقع وظیفه پرستار مشاهده است چون در مشاهده متوجه می‌شویم که موضوعی که بیمار در مورد آن صحبت می‌کند برایش اضطراب آور است به موضوع جدید توجه نمی‌کنیم و بیمار را به سمت همان موضوع استرس آور پیش می‌بریم.

حل مسئله: حین ارتباط درمانی با مددجو به یک موقعیتی می‌رسیم که نیاز است مددجو یک مشکلی را حل کند، اقدام پرستارش در این مرحله کمک به مددجو و تقویت مهارت‌های او و توانمند کردن مددجو برای مواجه شدن با آن مسئله و حل مسئله است ابتدا از او می‌خواهیم که مشکل را برای ما شفاف کند، پرستار باید مهارت‌های حل مسئله را تا حدی بلد باشد.

باید به بیمار در فرایند حل مسئله استقلال داد و نباید مسئله را برایش حل کنیم.

هر چقدر مشکل برای بیمار بزرگتر باشد و در شرایط بحرانی‌تری قرار داشته باشد و عمیقاً در مشکل درگیر باشد، احتمال خیلی خیلی بیشتری وجود دارد که برای حل مشکل تلاش نکند و راه حل پیدا نکند.

تسهیلگر برای ابراز احساسات بیمار قرار داریم و محیط را فراهم می‌کنیم که مددجو به راحتی صحبت کند.

در نقش مستقیم، پرستار شرایط را طوری پیش می‌برد که فرد باید مداخله‌ای راجع به او صورت بگیرد باید به او کمک کنیم در فرایند حل مسئله قرار بگیرد، تا بتواند راه حل‌های موجود را شناسایی کند راهنمایی و آموزش و گاهی مراقبت جسمی بگیرد.

یکی از مهارت‌هایی که اهمیت دارد برای ادامه دادن مصاحبه «ما در حین مصاحبه سوالاتی را از مددجو می‌پرسیم اینکه این سوالات چطور پرسیده شوند و از چه سوالاتی استفاده کنیم بسیار اهمیت دارد، بعضی از سوالات بسته پاسخ هستند و برخی توصیفی هستند و منجر می‌شوند که بیمار اطلاعات بیشتری را به ما بدهد، سوالات بسته پاسخ با جواب‌های بله و خیر است.

برای اعتبارسنجی از سوالاتی که شفاف سازی میکنند استفاده میکنیم.

گاهی در حین مصاحبه بیمار با موضوعاتی مواجه می‌شود که برایش اضطراب آور هستند، و به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه

شویم خانواده و محیطی را که در آن زندگی می‌کند از مسائل مهم و تاثیرگذار در درمان مددجو است.

پاسخ‌های عاطفی که پرستار نسبت به ابراز احساسات بیمار و مشکلاتی که از جانب بیمار بیان می‌شود نشان می‌دهد بسیار اهمیت دارد، خودآگاهی اهمیت پیدا می‌کند و واکنش‌های خود را تحت کنترل بگیرد تا عوارض منفی را در ارتباط درمانی نداشته باشیم.

پاسخ مددجو به بیماری:

پاسخ بیمار به بیماری که تشخیص داده شده انسان یک موجود روانی اجتماعی زیستی است، باید تمام ویژگی‌های مددجو را در نظر بگیریم هر انسانی در مواجهه با بیماری و تشخیصی که برای او گذاشته می‌شود و یا علائم و نشانه‌های بیماری که در حال تجربه آن است کاملاً منحصر به فرد پاسخ می‌دهد.

یعنی هر انسانی باید پاسخ‌هایش منحصر به فرد بررسی شود.

مواردی که روی پاسخ بیمار یا مددجو به پاسخ به بیماری اثر دارد:

لازم است که در بیمار حس کنترل داشتن و حس اعتماد به نفس تقویت شود.

فرایند حل مسئله ۶ مرحله دارد ← شناسایی مسئله، ایده پردازی و فکر کردن در مورد راه حل بهترین گزینه را انتخاب می‌کنیم، گزینه انتخاب شده را در مرحله بعد اجرا می‌کنیم. موفقیت آن گزینه را ارزیابی می‌کنیم، اگر رضایت بخش نبود گزینه دیگری را امتحان می‌کنیم.

ارتباط می‌تواند به روش منفعل، پرخاشگرانه یا قاطعانه باشد. بهترین روش در یک ارتباط درمانی روش قاطعانه است ← ایده‌ها، افکار، نیازها و حال هر آنچه که قرار است به صورت پیام منتقل شود به طور صادقانه، گشوده و مستقیم بیان شود.

برای یک ارتباط قاطعانه باید آرام باشیم، متمرکز باشیم، لحن و تن صدا مناسب باشد تا بتوانیم پیام واقعی را منتقل کنیم.

در یک ارتباط درمانی مسئله‌ای مطرح می‌شود به نام مراقبت مبتنی بر جامعه ← ما باید ارتباطات اعضای خانواده و سازگاری خانواده را بررسی کنیم، ارتباطات بیمار را بررسی می‌کنیم، باید فرهنگ بیمار آشنا

۱. عوامل فردی: مثل سن ← سن از مولفه‌هایی است که بر پاسخ فرد به بیماری اثر می‌گذارد اینکه یک فرد جوان کودک به یک بیماری خاص مبتلا شود، و علائم و نشانه‌های خاصی را تجربه بکند به خاطر عدم تجربه و سختی در عدم ادراک این مسائل ممکن است پاسخ‌ها پیش آگهی بدی را نشان دهند.

مثلاً اسکیزوفرنی وقتی در سنین کمتر اتفاق بیفتد با پیش آگهی وحشتناکی روبرو می‌شویم. بیماری سیر قهقهه‌رایی را سیر می‌کند و پیش آگهی آنقدر بد است که توانبخشی هم پاسخ خوبی نمی‌دهد.

هرچی سن کمتر باشد تجربه‌ها کمتر و ضعیف‌تر هستند و پیش آگهی بدتری را می‌بینیم در سن پایین‌تر سیستم‌های حمایتی و حفاظتی خودش را شکل نداده و از حمایت کمتری برخوردار است مثل رشد و تکامل به طور مثال اگر ما یک فرد بزرگسال را داشته باشیم که به بیماری مبتلا شده باشد و به لحاظ رشدی ناتوانی داشته باشد یا عقب افتادگی جسمی وجود داشته باشد چالش‌های پرستار و بیمار برای پاسخ مناسب کمتر می‌شود.

در رابطه با مراحل تکامل ← برای اینکه ما بدانیم بیمار در رابطه با بیماریش و یا

درمانی که قرار است برای او انجام شود و ارتباط پرستار را چطور برنامه‌ریزی بکنیم، باید به مرحله‌ای توجه بکنیم که به لحاظ تکاملی و رشدی فرد در آن مرحله قرار دارد یکی از نظریه‌های کمک کننده نظریه اریکسون است در هر سنی فرد مسئله‌ای را تجربه می‌کند و به فضیلت‌هایی دست پیدا می‌کند، و هرچی سن بالاتر رود و پیچیدگی این مراحل بیشتر می‌شود.

۲. عوامل بیولوژیک: دو مسئله را در بر می‌گیرد، وراثت و سلامت جسمی، سابقه ی ژنتیکی را در او بررسی می‌کنیم آیا مثلاً در یک بیمار ۵۰ ساله با بررسی فراموشی‌های زودرس آیا سابقه آلزایمر در اعضای خانواده‌اش هم وجود داشته است؟

جسم و روان انسان‌ها اثرات عمیقی را بر هم می‌گذارد اگر بیمار از وضعیت جسمی نابسامانی برخوردار باشد می‌تواند بر سلامت روان او هم اثر بگذارد.

حتی اگر شما یک روان پرستار هستید و قرار است بیمار را از نظر روانی بررسی کنید حائز اهمیت است که سلامت جسمی بیمار را هم بررسی کنید، سبک زندگی، عادت‌ها چگونگی مراقبت از خود و در قلب عادت‌ها و کارکردهای روزانه اش، وضعیت تغذیه بیمار، و وجود هرگونه بیماری مزمن

حتی از سایر تجربه‌های موفق سایر بیماران که این مسیر را طی کرده‌اند استفاده کنند.

ب. ایجاد الگوی مناسب برای بیمار پیدا کنیم و آن را به او نشان دهیم یعنی افرادی بودند که این مسیر را رفتند، و این کار را با تلاش‌هایشان انجام دادند.

پ. ترغیب ← یعنی مددجو را تشویق کنیم که به سمت خودکارآمدی برود .

ج. کاهش استرس مددجو به او یاد بدهیم که چگونه احساسات منفی را ادراک کننده را به شکل مثبت ترجمه بکند.

۵. سرسختی: چقدر می‌توانیم در برابر بحران‌ها و آسیب‌ها دوام بیاوریم بیمار یا مددجوی ما چقدر می‌تولند در برابر بیماری و شرایط استرس آور همراه آن مقاومت کنند و آن را تحمل کند سه مولفه اصلی را تعریف می‌کنند.

تعهد ← یعنی چقدر فرد درگیری فعال دارد و در مسیر زندگی را به حال خود رها کرده و یا در مسیر زندگی فعالان رفتار می‌کند.

کنترل ← آیا بیمار می‌تواند به صورت فعال در مسئله‌های زندگی‌اش توانایی تصمیم‌گیری داشته باشد و آیا کنترلی بر مسائل و مشکلات زندگی دارد .

۳. پاسخ به داروها: باید بررسی کنیم که بیمار به داروها چگونه پاسخ می‌دهد و عواملی که تاثیر می‌گذارند در پاسخ به داروها را در نظر بگیریم، مثلاً سالمندان به داروها حساسیت ویژه‌ای دارند مادران باردار، مادران شیرده، و افرادی که مشکلات کلیوی دارند.

۴. خودکارآوری: فرد وقتی می‌خواهد یک کاری را انجام دهد چقدر اعتماد به نفس دارد و چقدر اعتقاد دارد که توانایی‌ها و تلاش‌ها می‌تولند تغییر در مسائل زندگی ایجاد کند، به این مفهوم خودکارآمدی می‌گویند وقتی بیماری با مفهوم خود کارآمدی آشنایی دارد و خودکارآمدی بالا دارد پس تلاش می‌کند برای تغییر وضعیت و بهبود پیدا کردن و درمان کردن

یکی از وظایف پرستار بررسی خودکارآمدی بیماران است و اگر بیمار خودکارآمدی پایین دارد می‌تواند از چهار روش پیشنهاد شده برای افزایش خودکارآمدی مددجو کمک بگیرد ←

الف. بررسی تجربه موفق ← پرستار تجربه‌های موفق مددجو را یادآوری کنند

چالش ← آیا بیمار یا مددجو می‌تولند تغییر دهد که اتفاقاتی که در زندگی می‌افتد پدیده‌های سودمند هستند یا استرس‌زا.

تفکر مناسب یک موقعیت بغرنج را به صورت یک تجربه مثبت در بیاورند.

به ما نشان می‌دهد که فرد چقدر می‌تواند شرایط استرس‌زا را به شرایطی برای رشد کردن تبدیل کند تلاش بکنیم که سرسختی بیمار را با افزایش مهارت‌های او بالا ببریم در شرایط استرس‌زا سرسختی کمک می‌کند که حل مسئله کند و تاب آوری بیشتری داشته باشد.

۶. تاب آوری و تدبیر: با خودکار آمدی بر سرسختی مثل زنجیر هستند، چقدر می‌تواند در شرایط استرس‌زا تحمل داشته باشد و به استرس غلبه کند و موقعیت‌ها را بهبود بدهد تاب آوری بالا اهمیت دارد که حتی فرد می‌تواند در شرایط بغرنج شکوفایی خود را نشان بدهد یعنی به جای آسیب دیدن حتی رشد هم داشته باشد، معنویت و چشم اندازی مثبت در این خانواده‌ها بالا است مفهوم تدبیر هم بسیار به تاب آوری نزدیک است فرد یا خانواده در مقابل اون شرایط استرس‌ها چقدر می‌توانند حل مسئله را انجام دهند و می‌توانند با پاسخ‌های مناسب از شرایط نامطلوب گذر بکنند، و پاسخ‌های مناسب و تعاملات و

۷. معنویت: معنویت مفهومی است که از دین جداست، دین ضوابط و مقررات خاصی را تعریف می‌کند اما معنویت به احساس به جوهره وجودی فرد اشاره می‌کند که می‌آید باور و نگرش فرد به مفاهیم مثل مرگ، تولد، بیماری، و سلامت را نشان می‌دهد ما باید بتوانیم نیازهای معنوی بیمار را بشناسیم معنویت خود را بشناسیم و اگر تعارضی بین معنویت ما و معنویت بیمار وجود داشت، این تعارض‌ها را پررنگ نکنیم و نگذاریم که باورها و ارزش‌ها و نگرش ما به مسائل القا بشود و او را مجبور به پذیرش آنها بکنیم، این معنویت به بیمار امیدواری می‌دهد و به شدت بر تجربه بیماری اثر بگذارد. امیدواری باعث می‌شود علائم بیماری را کمتر تجربه بکند معنویت در خود فرد و هم در خانواده او بررسی می‌کنیم یک چشم انداز مثبت از بیماری به او نشان می‌دهیم.

۸. عوامل بین فردی: تا اینجا عوامل فردی بودند اما الان در مورد عوامل بین فردی صحبت می‌کنیم که روی پاسخ بیمار به بیماری اثر می‌گذارند.

الف) احساس تعلق: به معنای این است که فرد به صورت احساسی درگیر یک سیستم اجتماعی و محیطی است که او را به عنوان یک عضو جدا ناپذیر قرار می‌دهد، در صورتی که فرد احساس تعلق داشتن به یک فرد دیگر گروه خانواده داشته باشد احساس ارزشمند بودن را تجربه می‌کند. باید بررسی شود بیمار به چه گروه‌هایی تعلق دارد و به عنوان یک سیستم حمایتی در نظر گرفته شود اگر مددجویی داشته باشیم که هیچگونه تعلق به خانواده گروه نداشته باشد، ممکن است اثرات منفی به پاسخ بیمار به بیماری و علائم بیماری داشته باشد چون به بیمار احساس انزوا و بیگانه بودن را نشان می‌دهد اهداف بیمار را کاهش می‌دهد.

ب) شبکه‌های اجتماعی حمایتی: یعنی افرادی که اون فرد را می‌شناسند و به اون فرد مرتبط هستند به بیمار کمک می‌کنند کاهش استرس را تجربه کند، علائم بیماری را کاهش می‌دهد و به راحتی با شرایط حاضر سازگاری پیدا کند به بیمار پشتیبانی عاطفی بدهند می‌توانند خانواده، گروه، دوستان باشند. بیمار را از نظر عاطفی مالی و کارکردی حمایت می‌کنند باید این سیستم‌ها را بشناسیم.

حمایتی را رضایت بخش می‌دانیم که نیازها و درخواست‌های فرد را پاسخگویی کنند و به بیمار پاسخ مناسب بدهد، بیمار امیدوار می‌شود و تطابق بهتری پیدا می‌کند.

پ) خانواده ← یکی از مهمترین عوامل بین فردی در پاسخ مددجو بیماری خانواده است خانواده بزرگترین منبع حمایتی اجتماعی بیمار است، و یک مورد کلیدی در سیستم سلامت محسوب می‌شود و در صحبت بیماران روان پررنگ‌تر است چون در بستر خانواده زیست می‌کنند.

خانواده به عنوان یک منبع حمایتی خاص مورد بررسی قرار بگیرد، مثلاً آیا خانواده توانایی مراقبت از بیمار و تعلق داشتن به بیمار را دارند یا نه.

۹. عوامل فرهنگی: همیشه به فرهنگ توجه ویژه‌ای شده است.

رفتارهای سلامتی افراد بیشترین تاثیر را روی الگوی سلامت افراد فرهنگ دارد. باید بستر فرهنگی بیمار را بشناسیم تا ببینیم پاسخ به بیماری چگونه است.

یک مسئله در فرهنگ باورها هستند، مثلاً هنوز در خیلی از فرهنگ‌ها بیماری روان را

درمان تاکید داشته باشد و بعضی از فرهنگ‌ها رسیدگی به مسائل درمانی اولویت آخرش باشد.

کنترل محیطی: مثلاً اینکه چقدر فرد می‌تواند پیرامونش را یا عواملی که می‌توانند بر سلامت و بیماری او تاثیر بگذارند را مدیریت کند، افرادی که کنترل محیطی بیشتری دارند افرادی هستند که بیشتر پیگیر درمانش هستند جستجوی مراقبت درمانی را بهتر انجام می‌دهند.

گوناگونی زیستی: ما باید توجه داشته باشیم که در هر محیطی و منطقه‌ای که در آنجا مراقبت ارائه می‌دهیم افراد ممکن است به صورت زیستی متفاوت باشند برخی قومیت‌ها، برخی نژادها در پاسخی که ممکن است به یک بیماری وجود داشته باشد تفاوت داشته باشند.

ما باید بسنجیم که مددجوی ما چطور به مسائل بیماری و نشانه‌ها و درمان‌های احتمالی پاسخ می‌دهد بررسی وضعیت اقتصادی اجتماعی بیمار مهم است ← اینکه بیمار از نظر شغلی و تحصیلی و درآمد در چه وضعیتی است به شدت پاسخ فرد به درمان و بیماری را مورد تایید قرار می‌دهد مثلاً بیمار می‌تواند برخی درمان‌های خاص را بپذیرد و انجام دهد،

بیماری محسوب نمی‌کنند و معتقد به دعاخور شدن و جن گرفته شدن هستند.

مسئله اصلی که می‌تواند نشان دهد فرد باور دارد به درمان و به تشخیص مسئله فرهنگی است.

بررسی فرهنگ: ارتباط، فاصله، سازمان اجتماعی، آگاهی به زمان، کنترل محیطی، گوناگونی زیستی

ارتباط: در برخی از فرهنگ‌ها حتی لمس کردن و نزدیک شدن معنای بدی داشته باشد، تماس چشمی مداوم می‌تواند مددجو را پرخاشگر کند.

فاصله: فاصله بسیار اهمیت دارد و باید به آن توجه شود.

سازمان های اجتماعی: خانواده چطور در برخی فرهنگ‌ها معنی می‌شود، سازمان اجتماعی ممکن است در برخی فرهنگ‌ها اصلاً پذیرفته نشده باشند و خانواده‌ها فقط تا زمان بلوغ کمک می‌کنند باید به باورهای قومی و مذهبی اهمیت بدهیم.

آگاهی به زمان: در برخی از فرهنگ‌ها به عنوان مثال ممکن است مددجو یا بیمار بسیار وقت شناس باشد و بر سریع روند

افسرده‌ای که سطح انرژی‌اش بسیار پایین است نمی‌تولند با ما خوب صحبت کند انرژی برقراری ارتباط را ندارد .

بنابراین باید مشارکت مددجو و شرایط مددجو را برای بررسی بیمار در نظر بگیریم

۲. وضعیت سلامت مددجو: در حالی که بیمار مشکلات جسمی دارد یا مشکلات روانی حاد دارد بررسی عمیق و اطلاعات گرفتن از بیمار امکان‌پذیر نیست یا اینکه بیمار ممکن است مضطرب باشد محیط برایش ناآشنا باشد و نتواند به خوبی با ما ارتباط برقرار کند، باید بیمار را بررسی کنیم و اگر در وضعیت سلامتی مناسبی قرار ندارد اول وضعیت سلامت را برقرار کنیم.

۳. تجربه های قبلی: آیا اون تجربه قبلی و تصورات قبلی که مددجوی ما از سیستم سلامت دارد از پرستار دارد چی هست و بسیار روی ارتباط ما تاثیر دارد باید سوالاتی در این مورد از او بپرسیم، و تصورات اشتباه بیمار را در مورد مراقبت و سلامتی که قرار است دریافت بکند بررسی کنیم اگر بیمار یه اعتماد منفی دارد، قبل از بررسی باید اطمینان بیمار را جلب کنیم.

مثلاً تحصیلات بالا داشته باشد درمان را بهتر انجام می‌دهد نسبت به بیماری که بی‌سواد است و تلاش بیشتری را برای آموزش دادن و آموزش گرفتن می‌کند.

بررسی وضعیت سلامتی بیمار:

جز اولین مرحله فرایند پرستاری محسوب می‌شود باید اطلاعات را به طور کامل به دست بیاوریم، باید بیمار را به طور کامل و جامع بررسی کنیم.

۱. اولین مسئله مشارکت مددجو است: اولین مسئله مشارکت مددجو است و بازخوردی که ما به او می‌گردیم بسیار اهمیت دارد که مددجو در زمان بررسی یک فعالیت و مشارکت فعال داشته باشد وقتی مددجوی ما می‌تواند یک ارتباط درمانی مناسب با ما برقرار کند و نگرش او نسبت به مصاحبه خوب باشد، اطلاعات کامل‌تری به ما می‌دهد و سایر مراحل فرایند پرستاری را تسهیل می‌کند .

گاهی وقت‌ها اگر مددجو نمی‌تولند اطلاعات مناسبی به ما بدهد در زمینه بیماریش است، مثل بیمار دچار سایکوز است، توهم دارد، هذیان دارد، و اختلال در تفکر دارد به خاطر مسائل شناختی مشکل دارد نمی‌تواند اطلاعات خوب و جامعی به ما بدهد یا بیمار

۴. توانایی فهمیدن بیمار: باید بررسی کنیم که آیا مددجوی ما می‌تواند درست بشنود سطح هوشی مددجو و سواد خواندن و نوشتن به چه مقداری است، و حتی اگر زبان و لهجه او با ما فرق می‌کند اگر مشکلات شنوایی دارد باید شرایطی را فراهم کنیم تا فهمیدن توسط مددجو برای ما تسهیل کند.

۵. نگرش و رویکرد پرستار به مصاحبه: مثلاً اگر ما در حال بررسی بیمار سوالات را سریع بپرسیم و با عجله بپرسیم و یا بیمار را برای دادن اطلاعات تحت فشار قرار دهیم ممکن است بیمار اطلاعاتی که به ما می‌دهد درست نباشد، و در آنها خطا وجود داشته باشد در برخی از موارد که بیمار در شرایط خاصی قرار دارد مثل زمانی که مورد تجاوز، زور، و خشونت قرار گرفته نگرش پرستار به این مسائل می‌تواند بررسی بیمار را تحت تاثیر قرار دهد.

عامل دیگر در بررسی بیمار محیط است ← باید یک سری ویژگی‌ها داشته باشد، باید در نظر بگیریم که در چه محیطی داریم بیمار را بررسی می‌کنیم این محیط باید راحت، خصوصی، و ایمن باشد جایی که حداقل حواس پرتی را برای بیمار ایجاد کند و بیمار بتواند در آن محیط احساس امنیت داشته باشد.

این محیط هم برای مددجو و هم برای پرستار کاملاً باید ایمنی داشته باشد.

پیش شناختی که قبل از برقراری ارتباط انجام می‌دهیم و بیمار را می‌شناسیم به ما کمک می‌کند که چطور محیطی را برای بیمار فراهم کنیم، مثلاً در بیماری که آجیت است و احتمال آسیب به سایرین وجود دارد ما نمی‌توانیم در یک محیط کاملاً خصوصی صحبت کنیم و محیط باید به گونه‌ای باشد که امنیت خودمان نیز تامین باشد.

گاهی گرفتن اطلاعات از اعضای خانواده بیمار و دوستانش به ما کمک می‌کند که این بررسی گسترده‌تر باشد، در زمان‌هایی که بیمار نمی‌تواند اطلاعات کامل و کافی به ما بدهد، در زمانی که بیمار قادر به برقراری ارتباط مناسب نیست ما از خانواده و اعضای خانواده و دوستان او کمک می‌گیریم.

مثلاً زمانی که بیمار قادر به گفتن جزئیات یک اتفاق نیست حاشیه پردازی می‌کند، و نمی‌تواند خوب تمرکز کند، بهتر است که از سوالات با پاسخ بسته استفاده کنیم، زمانی که مددجو نمی‌تواند زیاد صحبت بکند نیاز به اطلاعات بیشتر و گسترده با جزئیات از بیمار داریم بهتر است از سوالات با پاسخ باز استفاده کنیم.

حتی در نظر می‌گیریم که اگر بیمار دچار ناتوانی‌های ذهنی یا جسمی هست تمام این موارد می‌توانند در پاسخ‌های مددجو به بیماری و پذیرش و پیگیری درمان تاثیر بگذارد.

بررسی مراجعات قبلی، مشکلات جسمی و روانی قبلی حتی تجربیات بیمار را از مراجعات قبل مورد توجه قرار می‌دهیم.

۲. ظاهر مددجو: اینکه چطور لباس پوشیده، وضعیت آراستگی را رعایت کرده، آیا سن مددجو متناسب با آن چیزی هست که در ظاهرش دیده می‌شود، آیا با توجه به فصل سال لباس مناسب پوشیده، وضعیت قرارگیری بدن به چه شکل است و ظاهر باید مورد توجه قرار بگیرد زیرا در بررسی بیمار بسیار اهمیت دارد.

۳. بحث سایکو موتور یا روانی حرکتی بیمار: یعنی وضعیت جسمی بیمار وضعیت بدن بیمار که برگرفته از وضعیت روانی بیمار است، مثلاً ما انتظار داریم که یک بیمار افسرده انرژی پایینی را تجربه کند حرکات بیمار کند باشد که به آن سایکو موتور کند گفته می‌شود.

بعضی از سوالات هم سوالات شفاف کننده هستند. یعنی زمانی که می‌خواهیم برداشت‌های خودمان را از مسئله‌ای که بیمار بیان کرده شفاف کنیم، دریافت‌هایمان را به بیمار می‌گوییم و بیمار به ما می‌گوید که آیا دریافت‌های ما درست بوده یا خیر.

در بررسی بیمار چه مواردی باید بررسی بشوند:

ما وضعیت روانی بیمار را بررسی می‌کنیم و برای بررسی وضعیت روانی بیمار از چند حیطه استفاده می‌کنیم.

۱. تاریخچه: در بررسی تاریخچه ما تاریخچه قبلی مددجو را بررسی می‌کنیم سن، وضعیت تکامل باورهای مددجو، باورهای فرهنگی که بیشترین تاثیر را بر روی الگوهای رفتاری و باورهای سلامتی فرد دارد را بررسی می‌کنیم. حتی تاریخچه اقدام به خودکشی بیماری‌های روانی و سابقه مصرف الکل، و مواد را در خانواده بیمار بررسی می‌کنیم چون از مواردی هستند که نقش ژنتیک و یا امکان بروز این موارد در خانواده زمانی که یک عضو به این موارد قبلاً باشد بسیار بالا می‌شود.

آیا رفتارها و چالش‌های بیمار متناسب با سن و مرحله رشد و تکامل او هست یا خیر،

در یک بیمار بی‌قرار و بیماری که در فاز مانیا قرار دارد انتظار حرکات زیادی داریم و تندی روانی حرکتی داشته باشیم .

سایر اختلالاتی که ممکن است در بحث روانی حرکتی مشاهده شوند مثل انعطاف پذیری، مثل بهت کاتاتونیک انعطاف پذیری موجی شکل یعنی وضعیتی که در بیمار که هر حرکتی را که بدن در هر پوزیشنی قرار می‌دهیم، وضعیت بیمار در همان موقعیت باقی می‌ماند یا رفتار کلیشه‌ای که بیمار یک حرکت را مدام تکرار می‌کند.

۴. بررسی هیجان یا اموشین: در هیجان دو مورد، مورد بررسی قرار می‌گیرد

خلق یا مود _ عاطفه

خلق یا مود: نمود درونی هیجانات ما آدم‌ها است، مثلاً زمانی که از بیمار می‌پرسیم که امروز چطوری یا حالت امروز چطور است و از او می‌خواهیم که هیجانات درونی خود را برای ما توصیف کند در اصل داریم خلق را بررسی می‌کنیم.

عاطفه: نمود خارجی هیجان درونی بیمارست آن چیزی است که توسط ما مشاهده می‌شود مثلاً از بیمار می‌پرسیم که امروز حالت چطور است و او بیان می‌کند خیلی خوش‌حالم و وقتی چهره را نگاه

می‌کنیم و عاطفه را بررسی می‌کنیم، می‌بینیم که هیچ گونه خوشحالی در ظاهر فرد وجود ندارد و اینجا است که یک ناهماهنگی و عدم تعادل و تناسب بین خلق و عاطفه رخ داده است .

به طور طبیعی خلق یا مود و عاطفه باید با هم متناسب باشند.

ممکن است عاطفه بیمار فلت و یا سطحی شود یعنی اینکه بیمار ماه با اینکه دارد هیجانات مختلف را به صورت درونی تجربه می‌کند مثلاً از موضوعی خوشحال می‌شود یا از موضوعی ناراحت می‌شود عاطفه بیمار یا نمود ظاهری بیمار به صورت کاملاً بی‌تفاوت قابل دیدن است .

در بیماران دچار اسکیزوفرنی مزمن یا بیماران افسرده مزمن عاطفه فلت و مسطح می‌شود و همزمان با خلق یا هیجان درونی بیمار دیگر تغییر نخواهد کرد.

۵. تفکر: در تفکر ما سه مسئله را مورد بررسی قرار می‌دهیم .

۱. محتوا فکر

۲. جریان فکر

۳. فرم فکر

می‌شود در حالی که هذیان حسادت بیمار اصرار دارد که پارت‌تر عاطفی من به من خیانت می‌کند، در حالی که چنین مسئله‌ای نیست و یک هذیان معمولی محسوب می‌شود.

در محتوای فکر مورد دومی بررسی می‌شود، افکار خودکشی یا دگرکشی جز سوالاتی است که پرسیدنش برای پرستاران بسیار سخت است ولی جز سوالاتی که باید به صورت خیلی مستقیم از بیمار پرسیده شود و با سوالات دیگری که با چه هدفی می‌خواهی این کار انجام بدهی و با چه برنامه‌ای ادامه پیدا می‌کند.

مورد بعدی فوبیاه و ترس‌ها هستند و مورد بعدی افکار وسواسی هستند.

مسئله بعدی که در تفکر بررسی می‌شود استریم یا جریان فکر است به صورت طبیعی وقتی سوالاتی از یک فرد پرسیده می‌شود و یا یک فرد می‌خواهد در مورد یک موضوعی صحبت بکند تداعی‌ها، تجربه‌ها، باورها، و... در ذهن دارد و آنها را کنار هم می‌چیند و سپس افراد مقابل را به هدفی که داشتند میرساند.

اما در برخی از بیماری‌های روانی یکی از علائم مهم بیماری اختلال در جریان فکر است مثلاً بیمار مبتلا به مانیا از

در محتوا مواردی مورد بررسی قرار می‌گیرند، مهم‌ترین و اولین آنها هذیان‌ها هستند (دلوشن) «هذیان‌ها باورهای غلط اما عمیق بیمار هستند که با هیچ منطقی اصلاح نمی‌شوند و متناسب با فرهنگ بیمار نیستند تفکر در محتوا دچار ایراد شده یعنی بیمار نمی‌تواند واقعیت را خوب و تفسیر و تحلیل کند، باورهایی در او وجود دارد که غلط هستند اما بیمار روی آنها پافشاری می‌کند.

مثلاً اگر یک فرد بیان بکند که من دعای باران نکردم و باران اومد چون یک مسئله فرهنگی و قومی است، جز هذیان‌های ارجاع محسوب نمی‌شود ولی اگر یک نفر بیان بکند چون صدای من امروز بلند شد و بعد باران آمد چون در باور و فرهنگ یک قومیت نیست ما اون را به عنوان یک هذیان انتصاب در نظر می‌گیریم.

هذیان با توجه به محتویاتی که دارند اشکال گوناگونی دارند مثلاً هذیان‌ها می‌توانند متناسب با خلق بیمار باشند، یا نامتناسب با خلق بیمار باشند.

می‌توانند عجیب و غریب یا هذیان‌های عادی باشند مثلاً هذیان کاشت فکر که در اون بیمار بیان می‌کنند یک موجوداتی از فضا می‌آیند و افکار را در ذهن من می‌کارند یک جور هذیان عجیب و غریب محسوب

در تفکر انتزاعی که از حدود ۱۱ تا ۱۲ سالگی شروع به توسعه پیدا می کند فرد می آموزد که در اشیا در حالی که توسط ما دیده نشوند اما وجود خواهند داشت تفکر انتزاعی یعنی قدرت بسط دادن تجربه ها و تداعی ها به مسائل بزرگتر و مسائل کلی بیشتر مثل ضرب المثل

برای بررسی تفکر عینی و انتزاعی از بیمار ضرب المثل می پرسیم یا می خواهیم که یک موقعیت را برای ما توصیف کند و به موقعیت های دیگر بسطش بدهد مثلاً می پرسیم یک دست صدا ندارد یعنی چه .

۶. شناخت: در حیطه شناخت مواردی مورد بررسی قرار می گیرند. شناخت فرایندهای ذهنی انسان ها گفته می شود.

الف) قضاوت: یعنی قدرت بیمار در تصمیم گیری در مراحل بفرنج، مثلاً بررسی قضاوت موقعیتی را برای بیمار متصور می شویم که در آن یک اتفاقی افتاده مثلاً به بیمار بیان می کنیم که تصور کن بیماری تخت کناری شما در حال تشنج می شود و حالش به هم می خورد و شما تنهایی در اتاق حضور داری زمانی که قضاوت در بیمار وجود داشته باشد بیان می کند که به بیمار کمک می کنم یا پرستار را صدا می کنم مهم این است که بیمار ما بتواند در موقعیت های

علامت هایش این است که حاشیه پردازی انجام می دهد یا تفکر مماسی دارد، در بیمار مبتلا به افسردگی ممکن است ما مسدود شدن تفکر را ببینیم یعنی ناگهان در میان جملاتی که بیمار بیان می کند رشته افکار پاره شده و بیمار دیگر قادر نیست صحبت کردن را ادامه دهد، بیان می کند ناگهان ذهن من از هر چیزی خالی شد به این حالت مسدود شدن تفکر می گویند.

یا در تفکر مماسی فرد در مورد موضوعی صحبت می کند یا پاسخ سوال ما را می دهد و ناگهان از موضوع منحرف می شود و دیگر اصلاً به موضوع بر نمی گردد .

در. کلمات فرد آنقدر سستی تداعی ها در جریان فکرش وجود دارد که تنها در پاسخ به سوالات ما از هفت هشت کلمه استفاده می کند که هیچ ارتباط منطقی ممکن است با هم نداشته باشند و فقط تعداد کلمات بدون بار معنایی و بی منطق کنار هم قرار می گیرند.

در فرم فکر این را بررسی می کنیم که آیا تفکر بیمار عینی است یا انتزاعی تفکر عینی تفکری است که بیمار هر آنچه که می بیند به صورت واقعیت قبول می کند، باید به دوران رشد و تکامل برگردیم در روزها و سال های اولیه زندگی تفکر ما به صورت عینی است.

بغرنج حل مسئله کند و قضاوت کند که چه راهی درست است و چه راهی اشتباه است .

ب) حافظه ← ما می‌دانیم ۳ سطح حافظه داریم، حافظه لحظه‌ای که در لحظه به خاطر می‌سپاریم حافظه نزدیک مثلاً حوادث روز گذشته را در ذهن داریم و حافظه دور مثلاً به یاد آوردن یک خاطره در دوران کودکی، با این سوالات بررسی می‌کنیم که حافظه بیمار به چه صورت است در بررسی حافظه لحظه‌ای مثلاً سه کلمه نامرتبط را به بیمار می‌گوییم و از او می‌خواهیم چند ثانیه بعد، اون کلمات را به ما بگوید.

پ) بینش ← در این قسمت بینش بیمار به بیماری و درمان را بررسی می‌کنیم یعنی از بیمار می‌خواهیم که به ما بگوید که آیا قبول دارد که بیمار است، بیماری که به بیماری بینش داشته باشد به درمان بینش داشته باشد و درمان را بپذیرد در درمان مشارکت دارد اما بیماری که بینش نداشته باشد درمان را به سختی می‌پذیرد و نمی‌تواند خود مراقبتی داشته باشد و بیمار آموزش پذیر خوبی نیست.

۴) تمرکز: از بیمار می‌خواهیم که با توجه به سطح سوادش روزهای هفته یا اعداد را

برعکس بشمارد، یا حتی اسم سه رئیس جمهور حال و گذشته را به نوبت بیان بکند.

۵) جهت یابی یا اورینتیشن: آیا بیمار به زمان و مکان و شخص آگاه است، می‌پرسیم که ماه چندم سال است، چندم است، اسم پزشک را می‌پرسیم اسم دوست‌های درون بخش و مکانی که در حال حاضر قرار دارد را بیان کند.

۷) ادراک یا پرسپشن: در ادراک چهار مورد مورد بررسی قرار می‌گیرند شامل:

الف) توهم (هالوسینیشن): درک محرک خارجی در حالی که وجود ندارد در حیطه ادراک در ۵ حس (شنوایی، بینایی، لامسه، چشایی، بویایی) به مشکل می‌خوریم و در این پنج حس توهم می‌تواند وجود داشته باشد.

خطرناک‌ترین علامت یا نشانه روانی یا خطرناک‌ترین نوع توهم، توهم شنوایی عامرانه است. بیمار ما صدایی را می‌شنود که به او دستور می‌دهد کاری را انجام دهد، آنقدر این دستور در گوش بیمار تکرار می‌شود تا انجام شود.

اطراف من یک جور دیگری توسط من لمس، دیده، و شنیده می‌شود خانواده من خانواده واقعی من نیستند و آنها را شکل دیگری می‌بینم.

عوامل دیگر در بررسی بیمار:

خودپندار: یعنی نحوه نگرستن فرد به خودش، اینکه از دیدگاه من خود من چه شکلی هستم و شامل مواردی مثل باد ایمیج (نگاه من به جسم خودم)، نگاه من به هویتم و شخصیتم چگونه است.

ما باید بدانیم خودپنداری فرد به خودش چگونه است، آیا واقعی است یا تحریف شده است خودپنداره بیمار با توجه به شرایطی که از آنها گذر کرده است می‌تولند منفی باشد، به همین خود پنداره منفی می‌تواند روند درمان و پذیرش بیماری و کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد بررسی خودپنداره به ما کمک می‌کند آیا بیمار می‌تواند راهبردهای سازگاری را استفاده بکند؟ آیا می‌تواند هیجانات خود را کنترل کند و با خود چقدر در تضاد و تعرض است.

نقش‌ها و ارتباطات مددجو: در حال حاضر چه نقش‌هایی بر عهده بیمار است، پدر است، مادر است، فرزند است، محصل است

ب) خطای ادراک یا ایلوشن: درک اشتباه از محرک خارجی که وجود دارد مثلاً بیمار صدای بوق ماشین را می‌شنود و بیان می‌کند که این سور اسرافیل است، و جهان به پایان می‌رسد یا بیمار دست پرستارش را که بیمار را لمس می‌کند به صورت یک جسم خشن و زبر ممکنه لمس کند، و هیچ ربطی به عامل اولیه که دست پرستار است نداشته باشد.

پ) مسخ شخصیت: اون حالتی است که شخصیت فرد برایش مسخ می‌شود و تغییر پیدا می‌کند، مثل فیلم گاو و عمو حسن که زمانی که فرد در فشارهای شدید اجتماعی اقتصادی زمانی که گاوش می‌میرد خود را گاو می‌پندارد و به آن مسخ شخصیت گفته می‌شود.

یکی از حالت‌های مسخ شخصیت در آینده دیدن خود است یعنی ما احساس می‌کنیم از جسم خود خارج شدیم و خودمان را از بالا نگاه می‌کنیم.

ج) مسخ واقعیت: یعنی واقعیت و جهان بیرونی فرد برایش جوری مسخ و تحریف شود که کاملاً از شکل واقعی خارج شود، مثلاً بیماری که بیان می‌کند که جهان

فرایند پویاست پس در هر شیفت و هر روز باید بررسی شود چون وضعیت بیمار وضعیت ثابتی نیست و ممکن است امروز در فرایند تفکر مشکلی نداشته باشد و فردا فرد توهم و هذیان را تجربه کند.

باید بررسی قوی باشد تحلیل قوی تر باشد و بعد برای بیمار برنامه ریزی انجام شود، بررسی مسائل جنسی و آسیب به خود ممکن است هم برای بیمار و هم برای پرستار سخت باشند، باید گوش دادن فعال را به بیمار نشان دهیم قضاوت نداشته باشیم.

حتی در حین بررسی هم باید توجه داشته باشیم که اولین و مهم ترین مسئولیت پرستار حفظ نیازهای ایمنی مددجو است.

مسائل اخلاقی و قانونی :

الف) حقوق مددجو: مددجوها حقوق مختلفی دارند و هر مددجویی باید کامل از حقوق شهروندی برخوردار باشد مثلاً افراد حق دارند درمان خود را بپذیرند یا از درمان امتناع کنند، یا مثلاً ملاقات را رد کنند یا بپذیرند البته در بیمارانی روانپزشکی یک سری استثنا وجود دارد، مثلاً در مواردی که ملاقات با دیگران باعث افزایش پرخاشگری بیمار شود.

چه شغلی دارد همسر است یا چیز دیگری بررسی شبکه اجتماعی مددجو به شدت به ما کمک می کند سوالات زیادی را می توانیم در این رابطه بررسییم مثلاً اینکه با چه افرادی زندگی می کنی، با کدام یک صمیمی تری، حرف ها و درد و دل رو به کی می گی.

ملاحظات فیزیولوژیک و خود مراقبتی: باید بیمار را بررسی کنیم به لحاظ خواب و به خصوص الگوی خواب بسیار مهم است اشتهای بیمار، وضعیت دفع بیمار، را بررسی کنیم، تا چه اندازه خود مراقبتی دارد آیا خود مراقبتی در حدی است که بیمار دارو را مصرف کند و درست مصرف کند چقدر می تواند به جسم و روان خودش اهمیت بدهد و تمام این موارد را در مراحل بعدی فرایند بررسی می کنیم.

وقتی داده ها از طریق بررسی جمع آوری شدند پرستار باید تحلیل کند تحلیل نیازمند این است که ما عمیقاً به آنها فکر نکنیم و آنها را به صورت یک کل بیان کنیم، نتیجه گیری کنیم در مورد نقاط قوت و ضعف بیمار مواردی که نیاز به توجهات ویژه دارند تحلیل باید انجام شود .

بلید حواسمان باشد که وقتی داده ها را تحلیل می کنیم که فرایند بررسی یک

در مورد حقوق مددجو چند مورد مطرح است.

۱) بستری غیر خودخواسته: در مورد سایر بیماری‌ها فرد به صورت خودخواسته به دنبال درمان و بستری و پیگیری است، در بیماران روان اغلب بستری آنها غیر خودخواسته است یعنی بیمار نمی‌تواند قضاوت درستی داشته باشد و قصد آسیب به خود یا دیگران را داشته باشد بدون تمایل ممکن است بستری شود.

۲) ترخیص از بیمارستان: ۳ مورد مطرح است، مورد اول اینکه ترخیص در بیماران روانپزشکی را پزشک مسئول تعیین می‌کند و اگر ترخیص مثلاً زود هنگام باشد و بعد از ترخیص باعث آسیب به خود یا دیگران شود بر عهده پزشک مسئول است، خیلی از بیماران که قیم یا سرپرست دارند ترخیصشان از بیمارستان با رضایت شخصی نمی‌تواند صورت بگیرد مگر اینکه قیم آنها باشد و رضایت دهد.

۳) درمان سرپایی اجباری: به آن ترخیص مشروط یا تعهد سرپایی هم گفته می‌شود، یعنی زمانی که بیمار مرخص شد بیمار به صورت اجباری ازش می‌خواهند که درمان را به صورت سرپایی پیگیری کند در روزها و یا ساعات خاصی مراجعه کند و درمان شود.

۴) پشتیبانی و سرپرستی: در کشور ما به آن قیومیت گفته می‌شود بیماران روانپزشکی مزمن و شدید که به علت بیماری قدرت و قضاوت تصمیم‌گیری ندارند توسط دادگاه قیم تعیین می‌شود، و تصمیمگیری‌های دیگر توسط بیمار صورت نمی‌گیرد و باید قیم آن را جهت رضایت‌نامه‌ها توسط آنها اخذ شود.

۵) محیط یا حداقل محدودیت: از سال‌ها قبل مطرح است، مسئله‌ی موسسه‌ی زدایی یا درمان بدون بستری شدن است. زمانی مطرح شد که فهمیدند هرچه بیشتر بیمار در جامعه زندگی بکند در محیط خانواده باشد درمان سریعتر اتفاق می‌افتد، موسسه‌ها کمتر شد و زمان بستری کمتر شد اما در مورد بیماران روان این را نمی‌توانیم مطرح کنیم چون ممکن است بیماران بدون بررسی در بیمارستان عوارضی در مورد خود و سایرین ایجاد بکنند که جبران ناپذیر باشد، مسئله دیگری که با محیط به حداقل محدودیت منافات دارد مهار فیزیکی و ایزوله کردن بیمار در بخش روانپزشکی است، مهار فیزیکی به چه معناست به این معناست که فرد را به صورت نیروی فیزیکی و انسانی بیمار را محدود می‌کند تا به خود و دیگران آسیب نزند و به اتاق ایزوله منتقل شود،

توسط تخت و دستبندهای پلاستیکی و چرمی و پارچه‌ای محدود می‌شود.

ب) دفاع از جنون: اگر فرد کاری را انجام دهد که جرم محسوب شود در صورتی گناهکار شناخته نمی‌شود که کنترل روی رفتارش نداشته باشد در آن لحظه یا از اشتباه بودن عملش اطلاعی نداشته باشد یا به بیان دیگر جنون فرد توسط سیستم معتمد تایید شود، به این قانون ناکتن هم گفته می‌شود، و اگر جنون ثابت شود تبرئه می‌شود.

پ) مسئولیت‌های پرستار: به صورت قانونی به اخلاقی چهار مسئولیت بر عهده ی پرستار است مراقبتی که می‌دهد ایمن باشد یعنی باعث آسیب به بیمار نشود و عوارض ناخواسته ایجاد نکند با کیفیت باشد و در بالاترین کیفیت ارائه شود، مراقبت قانونی باشد و در اینجا است که بحث مستندات مطرح می‌شود و این مراقبت اخلاقی باشد.

ج) شبه جرم‌ها: جرم واقعی نیستند اما به عنوان شبه جرم مسائل قانونی آنها را در بر می‌گیرد، مواردی هستند که یک عمل اشتباه هستند و باعث آسیب و از دست دادن و صدمه به بیمار می‌شوند که به دو دسته عمدی و غیر عمدی تقسیم می‌شود.

نکته بسیار مهم: به هیچ عنوان در بخش‌های روانپزشکی روان پرستار نباید از مهار فیزیکی یا اتاق ایزوله به عنوان تهدید بیمار مورد استفاده قرار بگیرد بلکه یک نگاه مثبت به آن وجود داشته باشد، باید بداند که مهار فیزیکی و ایزوله کردن بیمار نوعی درمان محسوب می‌شود برای بازیابی نیروی کنترل فیزیکی و روانی بیمار بحث مهار فیزیکی بیمار حتی باید مستند باشد و با دستور پزشک باشد در مستندات پرستاری باید دقیق علت مهار فیزیکی و ساعتش ثبت شود، و به صورت قانونی و اخلاقی بیمار باید توسط پرستار به طور منظم پایش شود.

۶ (رازداری: افرادی که به صورت مستقیم مراقبت از بیمار را بر عهده دارند باید در جریان تمام جزئیات بیمار قرار بگیرند و زمانی این رازداری شکسته می‌شود که بیمار برای خودش یا یک فرد سوم خطرناک شود و ایمنی به خطر بیفتد مثلاً بیمار ذکر می‌کند که من توهم شنوایی دستوری عامرانه دارم و به من دستور می‌دهد که پدرم را بکشم، اینجاست که باید رازداری بیمار نقض شود تا از جانش محافظت شود.

برای اینکه این شبه جرم‌ها برای ما پیش نیاید ← باید مراقبت ایمن و با کیفیت را برای بیماران برقرار کنیم و مستندسازی درست انجام دهیم و بهترین مستند گزارش پرستاری است.

(چ) مسائل اخلاقی: اخلاق یک شاخه از فلسفه است انگیزه‌ها و نتایج کارها و اعمالی که انسان انجام می‌دهد را در نظر می‌گیرد دو دیدگاه اخلاقی وجود دارد :

۱ (سودمند باوری: همیشه به ما می‌گوید که در مسائل اخلاقی و معضلات اخلاقی که قرار گرفتید، در نظر بگیریم که کدام یک از راه‌ها می‌تواند بیشترین نفع را برای بیشترین تعداد به وجود بیاورد.

۲ (وظیفه شناسی: می‌گوید اگر ما می‌خواهیم کاری را انجام دهیم باید کاری را انجام دهیم که جدا از نتیجه آن مثل دیدگاه سودمند باوری و قرار است ما به چه چیزی برسیم نشان دهد که اصلاً این کار از لحاظ اخلاقی درست است یا نه با بیماران با عدالت برخورد شود اگر قولی به بیمار می‌دهیم به آن وفاداری می‌گویند.

صرف نظر از اینکه این کار چه نتیجه‌ای را به دنبال خواهد داشت ما باید خود کار را صرفاً نگاه نکنیم که آیا این کار درست است یا نه.

غیرعمدی: آنهایی هستند که به شکل قصور یا سو اقدام شناخته می‌شوند، قصور یعنی عدم انجام وظیفه یا مسئولیت که باید انجام می‌شده اما انجام نگرفته است.

سوء اقدام یعنی مسئله‌ای که انجام می‌شود اما سبب آسیب و از دست دادن و صدمه می‌شود یعنی مراقبتی که انجام می‌شود اما با عارضه همراه است، و بیمار یا مددجوی یا خانواده‌اش می‌توانند در رابطه با مقصور و سوء اقدام شکایت داشته باشند و ثابت کنند که فرد مسئولیت خود را انجام نداده یا با آسیب همراه بوده است، اما چون غیر عمد است ممکن است پرستار اصلاً در جریان آن نباشد و قابل پیش‌بینی نباشد که ممکن است چه عوارضی ایجاد شود.

در بخش‌های روانپزشکی موضوعی که بسیار زیاد به عنوان قصور یا سوء اقدام شناخته می‌شود بحث خودکشی یا آسیب به خود توسط بیمار است، این‌ها مسائلی است که به صورت قانونی پرستار را تهدید می‌کند.

عمد: شامل تعرض سیستم سلامت و پرستاران به بیمارستان مثل فحش دادن، تعرض جسمی و جنسی، مهار کردن با تهدید، ضرب و شتم، حبس کاذب، زمانی عمدی است که پرستار به آگاهی خودش این کار را انجام داده باشد.

از درمان و یا دریافت دارو برای بهبودی
حالش قرار می‌گیرد.

(ذ) سواد سلامت: اگر قرار باشد در اختیار بیمار و درمان خود مشارکتی داشته باشد که در حال حاضر درمان مشارکتی جز بهترین درمان‌ها است باید توجه داشته باشیم که پرستار سواد سلامت بیمار را در نظر بگیرد، تلاش بر این است که سواد سلامت بیمار و جامعه را بالا ببریم و اگر سطح سواد سلامت بیمار پایین بود باید به اجبار رفتار کنیم، یا بیمارها قیم داشته باشند و ما تصمیم مناسب در قبل بستری غیر خودخواسته را در نظر بگیریم.

غم و فقدان:

اندوه یک احساس و عاطفه فردی است که زمانی توسط انسان تجربه می‌شود، که فقدان را تجربه کرده باشد.

سوگواری یا داغداری ← مراحل است که فرد برای تجربه اندوه طی می‌کند.

عزاداری ← عود بیرونی اندوه است، همان مویه کردن خودمان است در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است.

(ح) معضلات اخلاقی: شرایطی را به عنوان معضل اخلاقی می‌شناسند که در آن چند راه داریم، و آن راه‌ها با هم تعارض دارند و انتخاب هر کدام می‌تواند دیگری را تحت تاثیر قرار بدهد مثلاً یک بیمار اسکیزوفرنی داریم که باید بستری شود اما بیمار به بیماری خود بینش ندارد، و مقاومت می‌کند برای بستری شدن و قطعاً به خاطر علائمش بستری شود دو راه داریم باید بستری غیر خودخواسته را انجام بدهیم، و یا اینکه به حقوق فرد به علت عدم بستری احترام بگذاریم این دو انتخاب با هم در تعارضند و باید بینیم بر اساس رویکرد سودمند باوری کدام انتخاب بیشترین سود را برای بیشترین افراد دارد و آن را انتخاب کنیم.

بیشترین معضلی هم که در سیستم سلامت روان وجود دارد این است که استقلال بیمار را در خیلی جاها در اختلالات روانی زیر پا می‌گذاریم چون به سود او و سود سایر بیماران است.

(د) تصمیم‌گیری اخلاقی: خیلی از نقاط عطف پرستاری در معضلات اخلاقی قرار می‌گیرد پرستار نمی‌داند که کدام انتخاب صحیح‌تر است، مثلاً بیماری که درمان دارو را نمی‌پذیرد اما باید درمان دارویی شود پرستار بین اختیار بیمار برای عدم تبعیت

انواع فقدان: از دست دادن آن چیزی که باید داشته باشیم بر اساس نیازهای مازلو

۱. فقدان فیزیولوژیک: زمانی است که فرد دچار از دست دادن چیزهای فیزیولوژیک می‌شود، مثل از دست دادن عضوی از بدن مثل بیماری که بعد از یک جراحی بخشی از بدنش را خارج کردند مثلاً هیستریکتومی در خانم‌ها.

۲. فقدان ایمنی: فرد امنیت و ایمنی را که قبلاً از جایی دریافت می‌کرده و یک مکان یا فرد امنی را از دست می‌دهد مثلاً کودکی که توسط یکی از محارم خودش مثل پدر برادر مورد ضرب و شتم قرار می‌گیرد، تهدید می‌شود، این فقدان امنیت است.

۳. فقدان امنیت و احساس تعلق و روابط: مثلاً زمانی که فرد با یک شکست عاطفی مواجه می‌شود قطع ارتباط با کسی که قبلاً دوستش داشته و تعلق خاطر به او داشته است مثل طلاق یا مرگ کسی که به او علاقه داشته‌ایم.

۴. فقدان اعتماد به نفس: یعنی فرد در شرایطی قرار می‌گیرد که به خاطر یک اتفاق اعتماد به نفسش را از دست می‌دهد، مثلاً فرد به دلایلی دچار دشمنی می‌شود و بعد اخراج می‌شود و روی اعتماد به نفسش تاثیر می‌گذارد.

۵. فقدان خودشکوفایی: بنا به هر دلیلی خارجی یا داخلی فرد نمی‌تواند استعدادها و توانایی‌های بالقوه خودش را به عرصه حضور برساند، و به آنها دسترسی پیدا کند و به هر دلیلی نمی‌تواند به آرزوها و اهداف خود دسترسی پیدا کند و به این مسئله فقدان خود شکوفایی می‌گویند.

نظریه‌های سوگواری: یک روان پرستار بخشی از وظیفه‌اش این است که در فرایند سوگواری یا ارتباط درمانی و استفاده از ارتباط کلامی و غیر کلامی و سایر مهارت‌ها بتواند در فرایند اندوه در کنار بیمار باشد.

نظریه‌های کوبلدراس: خانواده و اطرافیان فرد در معرض مرگ را مورد پایش قرار می‌داد و بررسی می‌کرد. یک فقدان و اندوه چطور می‌تواند افراد را در مراحل مختلف تحت تاثیر قرار دهد و چگونه مراحل را طی می‌کنند که به پذیرش آن فقدان برسند، ۵ مرحله را برای گذر از فقدان تعریف کرد.

۱. مرحله اول انکار: فرد وارد یک مرحله شوک می‌شود و باور نمی‌کند که اتفاق بدی افتاده است.

۲. مرحله دوم یا خشم: خشم را تجربه می‌کند که به این صورت است که ممکن است پرخاشگری فیزیکی یا کلامی داشته

باشد این خشم ممکن است خیلی‌ها را در بر بگیرد .

۳. مرحله سوم یا چانه زنی: فرد شروع می‌کند به اینکه اگر اینطور می‌شد این اتفاق نمی‌افتاد شروع به اصطلاحات اگر و اما و شاید می‌کند در این مرحله آنقدر در مورد صحبت می‌کند تا نهایتاً در مرحله بعد به افسردگی می‌رسد.

۴. مرحله چهارم یا افسردگی: فرد کم کم می‌پذیرد که این اتفاق رخ داده و مثلاً چیزی که از دست داده دیگر وجود ندارد آگاهی از فقدان برایش واضح می‌شود.

۵. پذیرش یا مرحله آخر: در این مرحله فرد متوجه فقدان می‌شود.

ما به عنوان پرستار باید به این مراحل آگاه باشیم، توان فرد و عمق اتفاق افتاده یا از دست دادن هم روی فرد تاثیر دارد و طی کردن این مراحل در افراد مختلف متفاوت است، باید این مراحل را به فرد آموزش دهیم خطرناک است که اگر فرد در هر یک از این مراحل تثبیت شود و گیر کند و نتواند عبور کند.

نظریه جان بالبی: جان بالبی یکی از نظریه پردازهای ارتباط است و روی اولین ارتباط‌ها و دلبستگی‌هایی که فرد با عضو

مراقبت کننده پرستار یا مادرش برقرار می‌کرد صحبت می‌کند.

پیوند ایجاد می‌شود بین دو نفر که همدیگر را دوست دارند، وقتی طلاق یا جدایی رخ می‌دهد در این دلبستگی‌ها فرد سوگ و اندوه و فقدان را تجربه می‌کند بیان می‌کند که وقتی یک دلبستگی ایجاد می‌شود و تلاش می‌شود که این دلبستگی حفظ شود، امنیت برای فرد تامین می‌شود و بیان کرد که دلبستگی که به مرور زمان تجدید می‌شود و افراد به هم برمی‌گردند لذت را برای فرد به ارمغان می‌آورد اما زمانی که این پیوند های عاطفی از بین می‌روند و کات می‌شوند فرد شروع به طی کردن مراحل فقدان می‌کند اضطراب و اعتراض و خشم را ممکن است تجربه کند اما به صورت کلی چهار مرحله دارد.

۱. تجربه بی تفاوتی و فقدان: یعنی فرد انکار می‌کند که مثلاً پارتنر عاطفیش را از دست داده است موازی است با مرحله انکار در نظریه کوبلر راس، یا بی تفاوتی نشان دادن به علت جدایی .

۲. ابراز اشتیاق و اعتراض: فرد در مرحله دوم دلتنگ می‌شود و عشق به طرف مقابل دو برابر می‌شود و می‌گوید دوستش دارم و شروع می‌کند به اعتراض کردن و ابراز علاقه شدید.

۲. شکل‌گیری آگاهی: فرد کم کم تایید می‌کند که یک فقدان را تجربه کرده است، احساساتش ابراز می‌شود ممکن است خشم داشته باشد، داد بزند، گریه کند، احساس ناامیدی داشته باشد.

۳. مرحله جبران: تلاش می‌کند که هر کاری بکند که فقدان را جبران کند مثلاً مراسم دفن باشکوهی برگزار می‌کند، دعا می‌خواند، یا راه و روشی را که فرد از دست داده داشته است انجام می‌دهد.

۴. حل و فصل فقدان: در مورد موضوع فقدان صحبت می‌کند رویا پردازی می‌کند، مسیر و راه و روش فرد از دست رفته را پس می‌گیرد و یک مرحله طولانی داریم و فرد دائم دغدغه‌مند است و دل مشغولی دارد که این فقدان چطور عبور کند و ممکن است مرحله طولانی باشد.

۵. مرحله بهبودی: دغدغه‌ها و دل مشغولی‌ها و فعالیت‌هایی که فرد برای حل فقدان انجام می‌داد به پایان می‌رسند و کمرنگ می‌شوند و فرد به زندگی عادی خود برمی‌گردد.

نظریه ماردی هورویتز: گفته افراد در تجربه اندوه اگر این تجربه مشکلات خاصی همراهش نباشد ۴ مرحله دارد.

۳. به هم ریختگی شناختی و ناامیدی: در این مرحله یک طوفان عاطفی برای فرد به وجود می‌آید و فرد کم کم می‌پذیرد که مثلاً پارتنر عاطفی‌اش از زندگیش خارج شده است، اینجا یک دست انداز سهمگین وجود دارد به شکلی که فرد ممکن است عملکرد روزانه‌اش را از دست بدهد ناامید و خشمگین باشد به هم ریختگی شناختی رخ می‌دهد خاطرات را به یک شکل دیگر تفسیر می‌کند خودش را یک آدم ناخواستنی و ناکافی در نظر بگیرد، در این مرحله مداخله یک روان پرستار بسیار لازم است.

۴. ساماندهی و انسجام: فرد دوباره شروع می‌کند برای برگشتن به زندگی طبیعی و خودش را در محوریت خودش قرار می‌گیرد و به یک انسجام می‌رسد.

نظریه ی انگل: ۵ مرحله برای گذر از سوگ و فقدان ذکر می‌کند.

۱. مرحله شوک و ناباوری: فرد مقابل می‌شود با این مسئله که کسی یا چیزی را از دست داده دچار شوک می‌شود حتی ممکن است واقعیت برایش وجود خارجی نداشته باشد، مدام دارد تلاش می‌کند که این مسئله را انکار کند و از استرس این مرحله عبور کند.

موسیقی را تجربه کند و باز داغ را تازه کند، و فرد شروع به ابراز احساسات و هیجانات بکند.

امور مربوط به سوگواری:

مهم‌ترین مسئله در سوگواری این است که فرد مشارکت فعال دارد و عبور از مراحل سوگواری فقط به خود فرد بستگی دارد و فرد را درگیر یک مشارکت فعال می‌کند.

یکی از کارهایی که یک روان پرستار انجام می‌دهد و باید به آن آگاه باشیم این است که اگر بدانیم باید در مراحل سوگواری و طی کردن این مراحل باید کنار فرد باشیم و او را تشویق به یک مشارکت فعال کنیم در این حوزه دو نفر اومدن کارهایی که به عنوان مشارکت فعال مددجو طی می‌کند را تقسیم بندی کردند .

راندو: در رابطه با ۶ مرحله که باید فرد برای خروج از سوگواری انجام بدهد صحبت کرده:

۱. به رسمیت شناختن: یعنی فرد تلاش بکند که بفهمد این اتفاق افتاده و فقدان را تجربه کرده و این چیزی که اتفاق افتاده مسئله ی فقدان است.

۲. واکنش: فرد به فقدان که تاییدش کرد و پذیرفته را ابراز احساسات کند و واکنش نشان دهد.

۱. مرحله جاروجنجال: فرد در این مرحله شروع به جیغ زدن، داد زدن، غش کردن، خود را زدن می‌کند، بعضی افراد آنقدر این مرحله در آنها خفیف است که نمی‌توانیم ببینیم چون فرد به شدت تلاش می‌کند احساساتش را سرکوب کند این مرحله بسیار طوفانی است و انرژی زیادی را از فرد می‌گیرد .

۲. انکار و نفوذ: در این مرحله مداوم فرد در خاطراتش می‌چرخد به این نتیجه برسد که این اتفاق رخ نداده و در این مرحله بعضی از افراد را می‌بینیم مثلاً انگار نه انگار پدرشون فوت کرده و فقدان را انکار می‌کنند.

۳. مرحله اقدام: فرد خیلی کمتر به انکار می‌گذراند و حجم احساساتی که ابراز می‌کند کاهش می‌یابد اما به مرحله پذیرش و بهبودی نرسیده است اما مانند مراحل قبل طاقت فرسا نیست و در تلاش است اقداماتی انجام دهد که به زندگی بازگردد.

۴. مرحله تکمیل: از فقدان عبور می‌کند و به زندگی قبل از فقدان برمی‌گردد این مرحله برای افراد متفاوت است می‌تواند سال‌ها در یکی از مراحل قبل باقی بماند خاطرات عضو از دست داده را مرور کند و با هیجانات کمتری روبرو می‌شود اما در این مرحله می‌تواند اتفاقات یا مکان‌ها یا

شود و در نهایت بپذیرد که این فقدان است.

۲. بودن با آلام: بهتره این فرد اندوهش را تجربه کند و درک کند که رنج جسمی و عاطفی می کشد و با آن روبرو شود و از آن فرار نکند، سرکوبش نکند چون سرکوب فقط استوارترش می کند و این مرحله را طولانی تر می کند.

۳. تطابق با محیط جدید: در این مرحله فرد می پذیرد فقدان رخ داده زندگیش بدون اون فرد یا موضوع را تصور می کند و زیست می کند، فرد یاد می گیرد سازگار شود مهارت های جدید یاد می گیرد و کنترل زندگی را به دست می گیرد.

۴. جابجایی و پیشبرد زندگی: فرد به لحاظ عاطفی تلاش می کند که تمرکزش را از آن چیزی که از دست داده به مسئله دیگری منتقل کند بعد از چیزی که از دست داده فقط خاطراتش را به یاد دارد و عزاداری به پایان رسیده است، فرد فراموش نمی کند چیزی را داشته و آن را از دست داده بلکه به زندگی روزمره می پردازد و سوگواری تمایل پیدا می کند به برقراری یک زندگی جدید و عادی.

ابعاد سوگواری:

۳. باز جمع آوری و باز تجربه: فرد تلاش می کند خاطرات را یادآوری کند و در موردشان حرف بزند و اون خاطرات را دوباره زندگی کند.

۴. تسلیم شدن: فرد می داند که فقدان اتفاق افتاده و باید زندگی را بدون آن شخص یا بدون آن مسئله ادامه دهد تسلیم می شود.

۵. باز تنظیم شدن: در این مرحله تلاشش به سمت برگرداندن روال عادی زندگی است به طاقت فرسایی مراحل قبل نیست.

۶. سرمایه گذاری مجدد: فرد فقدان را می پذیرد تغییرات را می پذیرد اما ارتباطات جدید و تعهدات جدید را دریافت می کند مثل فردی که طلاق گرفته حالا در این مرحله با یک فرد جدید آشنا می شود و زندگی را از سر می گیرد.

وردن: وردن با چهار مرحله بیان می کند:

۱. پذیرش واقعیت: باید بپذیرد که فقدان رخ داده درد بسیار زیادی را تجربه می کند و با گذشت زمان یاد می گیرد که این درد شدیدی که تجربه می کند نوسان دارد و ممکن است کمتر شود در این مرحله سعی می کند با واقعیت ها توسط دیگران مواجه

افراد به شکل‌های مختلفی این سوگواری را نشان می‌دهند بعضی ممکن است به بیماری جسمی مبتلا شوند بعضی به صورت هیجانات در کلمات و احساسات و یا الگوهای رفتاری، به صورت جامع می‌توانیم سوگواری در ابعاد شناختی عاطفی معنوی رفتاری و فیزیولوژیک بروز کند.

۱. شناختی: اگر فرد دارد سوگ را تجربه می‌کند رفتارش برگرفته از اون ادراک و باوری که فرد نسبت به تجربه فقدان دارد ممکن است این فقدان باعث تفاوت در جهان بینی فرد شود و فرد نگاه و نگرشش تغییر بکند مثلاً بعد از دست دادن پدرش دنیا را بدون عدل و دنیا را تاریک تصور کند، باورها و ارزش‌های نسبت به جاودانگی و مرگ و باورهای مذهبی و اعتقادی تحت تاثیر قرار بگیرد .

این تغییرات شناختی گاهی می‌تواند آنقدر زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد که عملکرد را از فرد سلب کند باید کمک کنیم که فقدان را درک کند باید سوالاتی از او بپرسیم و پاسخ به این سوالات کمک می‌کند که واقعیت این فقدان و سوگ برایش پذیرفته شود، پرسش و پاسخ‌هایی که در ذهن فرد سوکیده رخ می‌دهد به پذیرش کامل‌تر و سریع‌تر این مسئله کمک می‌کند یک مورد دیگر بحث حضور فرد از

دست رفته است فردی که از دست می‌رود به دنبال طلاق یا مرگ یا کات‌های عاطفی تلاش می‌کنیم درک بکنیم که این فرد به طور کامل رفته و دیگر وجود ندارد و یا وجود دارد، یکی از این باورها باورهای فرهنگ‌ها و مذهب‌ها دین‌ها و ملیت‌های مختلف به زندگی پس از مرگ است مثلاً ی فردی به خودش اینگونه پاسخ می‌دهد که روحش در جهان دیگری ادامه خواهد داشت و حتی شروع می‌کند با صحبت کردن با فردی که از دست داده و تلاش افراد را نشان می‌دهد و برای اینکه بخواهد آن فرد را حفظ کند .

۲. پاسخ‌های عاطفی: شامل پاسخ‌هایی می‌شود که فرد به دنبال تجربه فقدان آنها را بروز می‌دهد مثل خشم، عصبانیت، احساس گناه، استرس، و اضطراب شروع می‌کند به گفتن چرا مراقبش نبودید چرا همکاری برای حفظ کردنش انجام ندادید بعضی وقت‌ها این خشم نسبت به خود فرد است .

اولین پاسخ وقتی فرد سوگ و فقدان را متوجه می‌شود به شکل مبهوت شدن است یعنی خشکش می‌زند که به آن حالت استئوپور گفته می‌شود، حالت بهت دارد که در آن فرد انگار پیام فقدان یا سوگ را دریافت نمی‌کند، بعد کم کم شروع به بیان

احساسات و جیغ، خشم، گریه و حتی بی تفاوت شدن می کند که در افراد مختلف متفاوت است، گاهی فرد تحریک پذیر می شود و بهانه گیری می کند .

و در هر فردی به شکل های مختلف خود را نشان می دهد به ابزارها وسایل اون فرد خیره می شود و تلاش می کند ارتباط را با آن فرد از دست رفته حفظ کند آنقدر این پاسخ های عاطفی ادامه پیدا می کند تا کمرنگ شود و فرد نهایتاً پاسخ های عاطفی اش به شکل دلتنگی های گاه و بیگاه برای فرد از دست رفته تبدیل شود گهگاهی به او فکر می کند و واکنش ها به آن شدت اولیه نیست .

۳. واکنش های معنوی: بسته به فرهنگ است مثلاً این پاسخ های معنوی خیلی اثر می گذارد که فرد آرامش بیشتری را کسب کند یا آشفتگی بیشتری را به عنوان پاسخ معنوی داشته باشد. اینکه ما یک مراقبت معنوی برای فردی که دچار فقدان و سوک شده فراهم کنیم یکی از نقش های مهم پرستار در فرهنگ های مختلف است، باید آگاه باشیم که پاسخ های معنوی و عاطفی ممکن است در تضاد با یکدیگر قرار بگیرند یا اینکه در راستای هم باشند، باید محیطی را فراهم کنیم که فرد معنویات خودش را

در این فقدان برقرار کند در مورد رنج و احساسات خود صحبت کند.

۴. واکنش های رفتاری: به واکنش های گفته می شود که با چشم قابل دیدن هستند مثل هیجان ها و عواطف نیستند که نتوانیم نمود بیرونی آنها را ببینیم رفتارهایی که فرد می تواند به صورت خود آگاه یا ناخود آگاه از خود بروز بدهد. مثل گریه زاری، قدم زدن های متوالی، بی قراری، تظاهرات خارجی اون عاطفه ای هستند که فرد دارد تجربه می کند که تلاش کند با فرد از دست رفته ارتباط بگیرد یک آشفتگی رفتاری را می توانیم در واکنش های رفتاری به سوگ ببینیم، می تواند حتی سوء مصرف مواد، یا نوشیدن الکل یا پاسخ های رفتاری اشتباه باشد حتی برای خودکشی یا دیگر کشی یا فعالیت هایی که تا آن زمان آنها را انجام نداده است.

۵. پاسخ های فیزیولوژیک: مثلاً برخی دچار سردرد، پرخوابی، بی خوابی، کاهش انرژی، تهوع، استفراغ، عدم خوب کار کردن سیستم ایمنی و حتی غدد درون ریز را ممکن است تجربه کند، اما شایع ترین و ماندگارترین ها نسبت به مسئله سوگ و فقدان اختلالات خواب هستند.

ملاحظات فرهنگی در رابطه با سوگ: باید به فرهنگی که فرد از آنجا آمده توجه کنیم احترام بگذاریم باید بتوانیم ارزش‌ها و رفتارهای فرهنگی آن فرد را بپذیریم و قبول کنیم که هر فرهنگی مراحل خاص سکوری را برای خودش دارد.

نقش پرستار در سوگ: نقش پرستار این است که کمک بکند به آن فردی که دچار سوگ فقدان شده تا روشی را برای سوگواری انتخاب کند که برای خود او معنادار است مفهوم دارد و در فرهنگ او پذیرفته است باید بگذاریم که به روش و فرهنگ خود شیوه سوگواری را انجام دهد بتوانیم شرایط را برای آنها فراهم بکنیم.

سوگ نامتعارف: یعنی زمانی که فرد فقدان را تجربه کرده اما نمی‌تواند آن را آزادانه بیان کند و سوگواری کند و در مورد آن با دیگران حرف بزند مثلاً زمانی که یک فرد با فرد دیگر ارتباط غیرقانونی دارد و حالا یکی از آنها فوت کرده در این حالت فرد نمی‌تواند با کسی صحبت کند، مثلاً زنی که به صورت پنهانی ازدواج کرده و حالا همسرش فوت شده و نمی‌تواند این موضوع را به کسی بگوید و نمی‌تواند در مراسم او شرکت کند به این شرایط سوگواری نامتعارف می‌گویند.

یا زمانی که فقدان واقعاً مشخص نیست و حتی اگر برای یک فرد سوگواری هم بخواهی انجام بدهی تویخ می‌شوی و به عنوان یک لنگ اجتماعی زده می‌شود مثلاً یک فردی که فوت می‌شود ارتباط قوی با او داشتی اما اگر بخواهی ازش حرف بزنی و سوگواری کنی ممکنه بهت برچسب بزنند، مسائلی از این قبیل برای مطرح شدن نمی‌شود انتظار داشت که فرد تمام مراحل سوگ را طی کند فرایند اندوه پیچیده‌تر می‌شود چون نمی‌تواند حمایت و تسهیلات بگیرد و خیلی دیر به هر مرحله بهبودی می‌رسد و شاید هیچگاه به آخرین مرحله سوگ نرسد و ممکن است آسیب‌های زیادی برای فرد داشته باشد، دیگران درک سوگی که فرد دارد تجربه می‌کنند را ندارند و فرد مراحل اندوه را به خوبی طی نکند و حمایت از دیگران دریافت نکند طی کند چون در یک بی تفاوتی بسیار آشفته سر می‌کند. در بعضی از موارد این سوگواری بغرنج را ما در افرادی می‌بینیم که در هر یک از مراحل سوگ تثبیت شده‌اند و نمی‌توانند از آن عبور کنند که باعث اختلالات مختلفی می‌شود و حتی ممکن است به افسردگی مبتلا شود. مثلاً فرد تجربه‌های قبلی‌اش نسبت به سوگ چطوری بوده است فردی که به صورت زمینه‌ای مبتلا به افسردگی است ممکن است پاسخ‌های ناپه‌ن‌جار داشته باشد و سوگواری طولانی‌تری را تجربه کند. سوگواری بغرنج یک سری عوارض به دنبال دارد مملکت است فرد مستعد به ابتلا به اختلالات روانی شود ممکن است علائم جسمانی در

مرگ و سوگی که تجربه میکند چیست. تئوری بعدی سازگاری است که فرد چطور با این سوگ کنار می آید

و بحث دیگر ساپورت هایا حمایت ها هستند که فردی که دچار سوگ یا فقدان شده عضوی را از دست داده یا عزیزی را از دست داده یا از یک رابطه ی عاطفی خارج شده آن سیستمهای حمایتی دارد عضو خانواده دارد بیمه دارد دوست صمیمی دارد و آیا فردی را دارد که بتواند به او تکیه کند

خشونت، پرخاشگری و خصومت:

خشم

خشم یکی از هیجاناتیست که هر انسانی ممکن است در زندگیش و در نقاط زیادی در طول روز آن را تجربه کند پس خشم را به عنوان یک هیجان طبیعی در انسان تعریف می کنیم یک احساس قوی ناخوشایند و یک تحریک واقعی یا درک شدن که فرد را به سمت تجربه هیجان خشم می برد خشم زمانی ایجاد می شود که فرد احساس سرخوردگی آسیب ترس یا بی عدالتی را از دنیای بیرونی یا درون خودش حس کند این هیجان درست است که با یک احساس منفی و ناخوشایند همراه است اما در رشد و تکامل بیعی انسان نقش مهمی دارد برای اینکه هیجان خشم را افراد در زمان سرخوردگی بی عدالتی و آسیب و ترس تجربه می کنند و این احساس و هیجان سبب می شود برای بقای خودشان تلاش کنند و نهایتاً به دفاع فرد از خودش می انجامد

بیمار ایجاد کند و به سیستم ایمنی بیمار آسیب بزند سطوح سرمی هورمونهای مختلف را ایجاد کند ممکن است دچار افکار خودکشی یا دگرکشی شود. یک سری افراد مستعدتر لند که نتوانند مراحل سوگ را به خوبی طی کنند و سوگواری بغرنج را تجربه کنند مثلاً فردی که دلبستگی ناایمنی به فردی که از دست داده داشته باشد، فردی که اعتماد به نفس پایین داشته باشد، فردی که حمایت کافی نداشته باشند، فردی که سابقه ی اختلالات روانی داشته باشد، فردی که افکار خودکشی را از قبل داشته است، فردی که نتواند در زندگی اش به دیگران اعتماد کند. پاسخها نابهنجار می شود و فرد را با یک ترومای دیگر مواجه می کند. یکی از عوارض سوگواری بغرنج در زمانی است که افراد سوگوار فرد از دست رفته را از طریق خودکشی از دست داده باشند. افرادی که در سوگ پس از خودکشی قرار دارند در خطر سوگ بغرنج قرار دارند یعنی مراحل سوگ را به خوبی نخواهند طی کرد و ما باید مداخله مان برای این افراد خاص باشد. این افراد بسیار مستعد این هستند که خودشان هم خودکشی کنند باید یک غربالگری داشته باشیم و آنها را برای وجود افکار خودکشی بررسی کنیم. بررسی مددجوی سوگوار: مهم ترین راه برای اینکه بتوانیم مدد جو را نسبت به سوگی که تجربه میکند بررسی کنیم ارتباط ماهرانه است کمک گرفتن از ارتباطات کلامی و غیر کلامی سه نکته را در فرد سوگوار باید بررسی کنیم: ادراک فرد از مرگ و فقدان، جهان بینی او و نگرش او به

پرخاشگری: به معنای رفتارهای فیزیکی است که با هدف اساسی حمله کردن به دیگران یا به خود و صدمه رساندن و آسیب رساندن تعریف می‌شود هدف اصلی آن آسیب رساندن به یک فرد یا یک ارگان یا هر چیز دیگری است پرخاشگری فیزیکی یعنی فرد از بدن خود استفاده کند برای آسیب رساندن به دیگران و اشیاء مثل شکستن وسیله و کتک زدن دیگران . پرخاشگری کلامی فرد الفاظی را استفاده می‌کند که در این الفاظ پرخاشگری نهفته است و هدف این الفاظ که استفاده می‌شود اتفاقاً آسیب رساندن و آزار دادن دیگران است . یکی از نقش‌های مهم روان پرستار این است که چطور خشم و خصومت و پرخاشگری را در خود و مخصوصاً در مددجو تشخیص دهد و مدیریت این رفتارها را انجام دهد . موارد زیادی پرخاشگری را در افراد برانگیخته می‌کنند باید علت پرخاشگری را بدانیم به طور کلی به دو دلیل علل نوروبیولوژیک و علل روانی اجتماعی تقسیم می‌شود . نوروبیولوژیک: به نورو ترنس‌میتورها برمی‌گردد کاهش و کمبود سطح سروتونین باعث افزایش رفتارهای پرخاشگرانه می‌شود از طرفی دیگر افزایش سطح دوپامین و نوراپی نفرین منجر به افزایش رفتارهای پرخاشگرانه می‌شود سیستم لیمبیک و لوب‌های قدامی کناری هم تاثیر دارند در آسیب به لوب‌های قدامی و کناری افراد ممکن است که رفتارهای

و به همین دلیل در رشد و تکامل اثر دارد کمک می‌کند که فرد زنده بماند و حق خودش را به دست آورد . نکته :این هیجان مثل تمام هیجانات دیگر باید از روش مناسب و درست و به اندازه ابراز شود ما نباید برای مقابله با خشم خود یا مددجویان خود سرکوب را پیشنهاد بدهیم پس خشم نباید سرکوب شود و باید به روش درست و به اندازه مدیریت شده ابراز شود . به مددجویان خود یاد بدهیم که خشم را آنطور که باید به روش درست و مدیریت شده بیان کنند روش درمانی برای خشم مطرح شده روش درمانی رفتار درمانی شناختی است (CBT) خصومت :خصومت نوعی پرخاشگری محسوب می‌شود یک شکل بزرگ شده خشم است که هدف این احساس خصومت یک آزار کلامی نقض قوانین و هنجارها و یا حتی تهدید عوامل خارجی از خودمان است . تفاوت خشم و خصومت این است که خشم یک هیجان طبیعی است و اگر به اندازه باشد از ما دفاع می‌کند و به بقای ما کمک می‌کند و باید مدیریت شده باشد اما خصومت یک احساس بزرگ شده خشم است هدف آن آسیب رساندن و آزار است که به شکل عدم هم کلامی و شکستن هنجارها و رفتارهای تهدیدآمیز خود را نشان می‌دهد زمانی که فرد احساس ضعف شدید و تهدید را داشته باشد خصومت را بروز می‌دهد .

پرخاشگراییانه بیشتری نشان دهند. روانی اجتماعی: یکی از مهم‌ترین این علل خانواده است سبک فرزندپروری و آن چیزی که کودک در سال‌های اولیه زندگی از رفتار مراقبت کننده‌های خودش می‌کند و اینکه خانواده در مقابل خشم چه واکنشی نشان می‌دهد ما می‌دانیم که پرخاشگری چه فیزیکی چه کلامی یکی از پاسخ‌های مناسب به تجربه خشم است بنابراین خانواده‌ای که سبک ابراز خشمشان پرخاشگری است فرزندان را پرورش می‌دهند که روش ابراز خشمشان پرخاشگری است.

یکی از عوامل دیگر طرد شدن است افرادی که در مسیر زندگی‌شان و در تاریخچه زندگی‌شان طرد شدن‌های متعدد و سریالی را تجربه می‌کنند رفتارهای پرخاشگراییانه بیشتری نشان می‌دهند. درمان پرخاشگری: در فردی که دچار پرخاشگری شده است پرستار قصد دارد او را درمان کند بهترین راه درمان آموزش دادن سبک‌هایی است که در آنها ارتباط توأم با اعتماد رخ می‌دهد درمان‌های دارویی هم کمک می‌کند. اولین اقدام پرستار و سیستم درمان در مقابل پرخاشگری فرد برقراری ارتباط توأم با اعتماد است. ارتباط قاطعانه: یکی از آموزش‌هایی که به مددجو داده می‌شود این است که هیجانات خود را بشناسد و خود آگاهی هیجانی اصطلاحی است که در این رابطه به کار می‌رود مهمترین مسئله این است که کسی را تشویق نکنیم که هیجان خشم خود را سرکوب یا انکار کند چون عوارض جبران ناپذیری

ممکن است داشته باشد یکی از راه‌هایی که در رابطه با خشم می‌توانیم آموزش دهیم ارتباط قاطعانه است در ارتباط قاطعانه برای استفاده از آن در مدیریت خشم استفاده از من انجام می‌شود یعنی جملاتی که در آن از ضمیر من استفاده شود مثل وقتی که فردی خشم شما را برانگیخته می‌کند. می‌توانید در یک جمله که ارتباط قاطعانه را نشان می‌دهد خشم خود را ابراز کنید و این جمله باید ضمیر من داشته باشد مثلاً یک بیمار خشمگین داریم و قوانین بخش را زیر پا می‌گذارد در یک رفتار قاطعانه با او ارتباط می‌گیریم بیان می‌کنیم که من قبل‌تر به شما گفته‌ام که قوانین بخش به چه صورت است اما شما رعایت نکردین برقراری ارتباط قاطعانه چه میوه و ثمره‌ای برای ما دارد؟ باعث حل مسئله و کاهش خشم می‌شود مدیریت و تخلیه هیجانی را تجربه می‌کنیم. برای کنترل خشم از راه‌های دیگری مثل انحراف فکر آموزش تکنیک‌های حل مسئله رفتار درمانی شناختی را به بیمار آموزش می‌دهیم

مراحل به وجود آمدن خشم:
۱- برانگیختگی: یعنی همان املی که به عنوان محرک خود را نشان می‌دهد مثلاً ددجو متوجه می‌شود که اجازه ملاقات ندارد و اجازه ملاقات از او سلب شده و شنیدن این موضوع همان عاملی است که برانگیختگی را در خود ایجاد می‌کند. خشم را تجربه می‌کند تنفس تند عضلات گرفته تند تند راه می‌رود صدایش بلند می‌شود.

مدیریت کند. دچار ناراحتی سکوت و انزوا می شود. بیماران مبتلا به ختلالات روانی به سبب علائم و نشانه ها و بر کارکردهای نورا ترانسسمیترا و غیره میزان پرخاشگری در آنها بالاست اما این بیماران اغلب به خودشان آسیب می زنند و باید نگران خود این افراد باشیم در اختلالات افسردگی یا فاز افسردگی در بیماری بایپولار یا حتی اینکه خلق تحریک پذیر دارند ا بیماران اسکیزوفرنی که از هذیان های خاص رنج می برند می توانیم بیشترین پرخاشگری و آسیب به خود و دیگران را در آنها مشاهده کنیم.

اختلال انفجاری متناوب (IED): پرخاشگری در این بیماران یاد رخ می دهد و یکی از اختلالات نادر است رادی هستند که در مکانیسم های دفاعی کنش نهایی را برای تجربه استرس ها و تنش های درونی استفاده می کنند بیشتر مردان مبتلا می شوند بیشتر مردانی هستند که احساس بی فایده بودن نا موثر بودن و طرد شدن دارند. با استفاده از مکانیسم دفاعی ناپخته است به نام کنش نهایی شکل حملات شدید پرخاشگری که به شکل تخریب اموال و حملات جدی پرخاشگری نشان می دهند به صورت انفجاری پرخاشگر می شوند و بعد آرام می شوند حساس پشیمانی و عذاب وجدان را تجربه می کنند یاد نگرفتند که احساسات خود را بروز دهند و مدیریت کنند و به شکل صحیح به این احساسات پاسخ بدهند و با یک کنش نهایی شدید فجاری آن را به شکل یک

۲- تشدید: در مرحله تشدید جسم و روان بیمار آماده می شود که در مرحله بحران قرار بگیرد واکنش های تکانه ای و شدید را ابراز کند. بی تاب بی قرار و کم کم تولنایی قضاوت را از دست می دهد.

۳- بحران: فرد در مرحله بحران قرار می گیرد و در این مرحله است که اتفاقات خطرناک چه برای مددجو چه افراد سیستم سلامت و چه فردی که زندگی عادی دارد رخ می دهد در این مرحله فرد توانایی دراک و قضاوت را از دست می دهد نمی تواند حل مسئله انجام بدهد حتی احساسات را ابراز نمی کند بیشترین آسیب ها قتل ها و جرایم در این مرحله رخ می دهد.

بهترین زمان مداخله برای پیشگیری از رخاشگری های فیزیکی و کلامی منجر به آسیب می شوند و در مرحله برانگیختگی و تشدید است در این مرحله نمی گذاریم که بیمار به مرحله بحران برسد و می توانیم مداخله جمعیت مدیریت خشم را انجام دهیم.

۴- بهبودی: خشم ابراز شده حالا به صورت درست یا نادرست و فرد در یک مرحله بهبودی یا به صورت موقتی در آرامش قرار دارد. آرام شده ک جا نشسته منطقی صحبت می کند.

۵- پس از بحران: در این مرحله ه به آن مرحله پشیمانی هم می گویند یعنی زمانی که فرد به اتفاقاتی که تجربه کرده فکر می کند حساس عذاب وجدان و ناراحتی می کند و دوست دارد به مرحله قبل از ابراز خشم برگردد و دوباره رفتار خود را

پرخاشگری شدید و تکانه‌ای نشان می‌دهند .
 خشمی که این بیماران به عامل تحریک کننده
 نشان می‌دهند خیلی زیاد و شدید است و
 غیرمنطقی رفتار می‌کنند .
 ملاحظات فرهنگی:
 باید در نظر بگیریم وقتی می‌خواهیم برای خشم
 مددجو مداخله انجام دهیم مسئله فرهنگ را در آن
 جامعه در نظر بگیریم مثلاً در بعضی جوامع زن‌ها
 نمی‌توانند خشمشان را بیان کنند یا در برخی
 فرهنگ‌ها ابراز خشم به شکل انفجاری و بیش از حد
 طبیعی به نظر برسد (سه مثال در کتاب)
 ۱- هوا بی‌ونگ:
 در کشور کره مطرح می‌شود و به شکل یک سندروم
 است و علامت‌هایی مثل ماه بلند کشیدن، بی‌خوابی
 ،بی‌قراری، حالت‌های شبیه افسردگی و اضطراب و
 حتی درد شکمی و علائم جسمی که بیشتر در زنان
 ره دیده می‌شود به آن سندروم سندروم خشم یا
 آتش می‌گویند . در افرادی دیده می‌شود که
 خشمشان را سرکوب کردند سرکوب نمودن خشم و
 عدم بیان مناسب خشم از این سندروم می‌شوند
 خود را به شکل مشکلات روان تنی نشان می‌دهد.
 ۲- بوفه دلیرانته
 شامل علامت‌های مثل رفتارهای بی‌قراری و
 رفتارهایی پر از پرخاش حتی گيجی و مسائل روانی
 حرکتی است ر کنار آن هذیان و توهم‌های خاص
 هم مکلف است و رفتارهای شبیه
 پارانوئید هذیان‌های گذرا و آسیب ،این علامت‌ها
 شبیه علامت‌های حمله حاد سایکوز است.

۳- آموک
 سندروم آموک اولین بار در مالزی گزارش شد فرد
 در ابتدای دوره آموک سوگ و یک دوره وهم آلود را
 تجربه می‌کند و یک دفعه به شکل انفجاری
 رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت آمیز نشان
 می‌دهد و حتی ممکن است به قتل هم بیانجامد
 بیشتر در مردها دیده می‌شود و به جرایم و قتل
 منجر می‌شود و افرادی بیشتر آموک را نشان
 داده‌اند احساس کرده‌اند توسط دیگران مورد توهین
 و تحقیر و آسیب قرار گرفته‌اند . درک تجربه توهین
 شدید آنها را به این سندروم می‌رساند .
 تجربه‌ها و پژوهش‌ها نشان داد که آنتی
 سایکوتیک‌های نسل اول یا تیپیک‌ها که متداول هم
 هستند در کمک به پرخاشگری افراد روان پریش
 خود را خوب نشان دادند یعنی داروهایی از طریق
 لوپریدول که آنتی سایکوتیک نسل اول است بسیار
 خوب عمل کرده‌اند . از بنزو دیازپین‌ها هم می‌شود
 استفاده کرد مثلاً لورازپان به شدت مناسب شناخته
 شده است .
 یکی دیگر از کارهایی که در پرخاشگری انجام
 می‌شود مهار فیزیکی است .
 آموزش بدهیم به مددجو که خشم خود را به عنوان
 یک هیجان طبیعی بپذیرند و تلاش کنند آن را از
 یک روش مناسب ابراز کنند که این سبک آموزش
 رفتار قاطعانه است .
 یک ارتباط خوب که در آن همدلی وجود داشته
 باشد خیلی مهم است که در یک مددجوی
 خشمگین که مستاصل هم هست یک ارتباط توأم با

اعتماد و همدلی داشته باشیم .
 نباید در مورد مددجو یا بیماری که پرخاشگر است
 در حضور سایر مددجوها مداخله‌ای انجام شود و در
 مورد رفتارش صحبت شود و باید سعی کنیم در
 محیطی که سایر مددجوها حضور ندارند با او
 صحبت کنیم .
 یک پرستار ابتدا باید مدیریت خشم را در خودش
 تقویت کند و بتواند در برابر مددجوی خشن ابتدا
 خشم خود را مدیریت کند و بعد به مددجو کمک
 کند .
 سوء استفاده و خشونت :
 رفتارهای خشونت آمیز از اورژانس‌های روانپزشکی
 محسوب می‌شود .
 علائم خشونت و سوءاستفاده :
 اغلب افرادی که دچار خشونت و سوءاستفاده قرار
 می‌گیرند در هنگام مراجعه و برخورد با سیستم
 سلامت مخصوصاً پرستاران از خود انزوا و افسردگی
 نشان می‌دهند پریشان حال هستند اهی وقت‌ها
 بهت زده و بی‌توجه به محیط اطراف هستند اغلب
 تلاش می‌کنند این خشونت و سوء استفاده را کتمان
 و انکار کرده و در مورد آن صحبت نمی‌کنند خشم و
 رنج خود را سرکوب می‌کنند . قربانیان خشونت و
 سوءاستفاده مستعد اختلالات اضطرابی
 مخصوصاً PTSD هستند ممکن است در آینده دچار
 اختلال در روابط اجتماعی شوند .
 ویژگی‌های خانواده‌های خشن:
 چهار ویژگی در این خانواده‌ها دیده می‌شود :

۱- انزوای اجتماعی : وقتی این خانواده‌ها بررسی
 می‌شوند متوجه می‌شویم این خانواده‌ها با کسی در
 ارتباط نیستند و روابط اجتماعی محدود و بسته
 دارند و عضوی که شونت و آزار را در خانواده مثلاً
 پدر انجام می‌دهد اعضای دیگر را تهدید می‌کند که
 این اطلاعات نباید از خانواده خارج شوند.
 ۲- سوء استفاده از قدرت و کنترل : فردی که خشونت
 را استفاده می‌کند فردی است که کنترل و قدرت در
 دست اوست در خانواده و بقیه اعضای خانواده که
 قربانیان خشونت محسوب می‌شوند افرادی منفعل و
 تحت سلطه هستند می‌تواند آسیب‌های جسمی و
 مالی و روانی را به سایر اعضا وارد کند . تهدید ،
 تروما و هراس
 ۳- سوء مصرف الکل و مواد مخدر : سوء مصرف الکل
 می‌تواند سبب تجاوز شده ، سوء مصرف مواد و حتی
 داروها می‌تواند شونت را در خانواده دامن بزند فرد
 متجاوز می‌تواند به فرد قربانی دارو خورنده باشد که
 خودش جز سوء استفاده و خشونت محسوب
 می‌شود .
 ۴- فرایند انتقال بین نسلی : خشونت می‌تواند از یک
 نسل به نسل دیگر به صورت ابقای نقش و یادگیری
 اجتماعی ادامه پیدا کند مثلاً پدری که خشونت
 بخشی از نقش اساسی او در خانواده بوده فرزندی
 را تربیت می‌کند که بعداً در خانواده خود افرادی
 هستند که خشونت و سوء استفاده جزو ویژگی‌های
 اخلاقی آنهاست و این الگوی خشونت می‌تواند در
 آنها انتقال پیدا کند .

خشونت شریک صمیمی :
زمانی یک عضو صمیمی توی رابطه مثل همسر، مثل شریک‌های عاطفی، شریک جنسی، دوست دختر یا دوست پسر و ارتباط با کسی که یک رابطه صمیمی دارد مورد سوء استفاده خشونت قرار بگیرد این خشونت می‌تواند چرخه داشته باشد و می‌تواند به اشکال مختلف مثلاً خشونت یا سوء استفاده روانی مثل توهین و تحقیر باشد. خشونت‌های جنسی مثل تجاوز و آزدن آسیب‌های جسمی روانی هنگام برقراری رابطه جنسی خشونت‌های جسمی مثل کتک زدن و شکستن استخوان‌ها، آسیب‌های سمی و غفلت‌های جسمی و روانی مثل صحبت نکردن، پاسخ ندادن بی‌اعتنایی رخ دهد.
ویژگی فرد سوء استفاده کننده :
آن فرد در آن ارتباط یک احساس مالکیت دارد این احساس مالکیت سبب می‌شود که خشونت بورزد یا اینکه همسرانشان را یا کودکانشان را مورد خشونت قرار دهند. این افراد احساس بی‌کفایتی و اعتماد به نفس پایین دارند بنابراین این محیطی که کنترل و قدرت را در دستان خود می‌بینند بهترین عرصه می‌بینند که خشونت نشان دهند تا آن‌س بی‌کفایتی و اعتماد به نفس خود را تغذیه کنند. این افراد در مهارت‌های اجتماعی رشد نکرده‌اند و مشکلات بزرگی در حل مسئله دارند، این افراد انحصارگر، حسود و نابالغ هستند.
ویژگی فرد مورد سوء استفاده :
مهمترین ویژگی فرد مورد سوء استفاده در خشونت شریک صمیمی وابستگی است. افرادی هستند که

به هر طریقی مثلاً مالی، جسمی، جنسی و روانی به فردی که شونت را ابراز می‌کنند وابسته هستند و این وابستگی سبب می‌شود چرخه ی خشونت ادامه‌دار شود و اعتماد به نفس پایین دارند مهم‌تر اینکه این افراد می‌ترسند و ترس آنها واقعی است و یقین دارند که اگر این خشونت را بپذیرند و فرار کنند یا گزارش دهند ورد آزار بیشتر قرار می‌گیرند و یا حتی ممکن است قتل رخ دهد.
چرخه ی خشونت :
خشونت در شریک صمیمی یک چرخه دارد یعنی در مرحله اول خشونت ب و شتم بین همسران و زوج‌ها اتفاق می‌افتد. در مرحله دوم فردی که خشونت سوء استفاده را انجام داده است ابراز پشیمانی می‌کند جبران می‌کند بنابراین فرد سوء استفاده شده می‌پذیرد که آن رفتارهای خشونت آمیز ممکن است تکرار نشوند و ماندن ر کنار فرد سوء استفاده کننده را می‌پذیرد.
در مرحله ی سوم بعد از ابراز پشیمانی و جبران که خودش را در رفتار و کلام فرد سوء استفاده کننده نشان می‌دهد و پذیرفته می‌شود تنش‌های بعدی اتفاق می‌افتد تنش‌های بعدی می‌تولند یک تعارض باشد یک عدم تفاهم باشد می‌تواند یک حادثه جدید باشد و در این حادثه جدید مثل یک چرخه خشونت و ضرب و شتم تکرار می‌شود.
چرخه خشم سبب می‌شود افراد سوء استفاده کننده و افراد سوء استفاده شونده در کنار هم سال‌ها زندگی کنند در کنار همه آسیب‌ها در خواست

کمک نکنند و به عنوان یک عضوی از سیستم سلامت نمی‌توانیم به آنها کمکی بکنیم. بررسی: باید بررسی شود که آیا این خشونت و سوء استفاده اتفاق افتاده یا نه ما نباید فقط از افرادی که در جستجوی کمک هستند سوال بپرسیم که آیا مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند یا خیر بلکه باید این سوال را به صورت پیش فرض از همه کسانی که شک داریم یا احتمال می‌دهیم که این اتفاق رخ داده باشد بپرسیم و بسیار ارزشمند است اما نیاز است که ما افرادی که خودشان تمایل به درخواست کمک ندارند ولی کمک نیاز دارند شناسایی شوند و ما بتوانیم مداخله کنیم. در خشونت‌های شریک صمیمی چون اغلب آنها شریک صمیمی همراه فرد است و آن وابستگی و چرخه خشم وجود دارد باید فرد را در تنهایی گیر آورده و سوالات را در تنهایی بپرسیم، باید از سوالات مناسب استفاده کنیم. بایددها و نبایدهای خشونت و سوء استفاده: در مرحله اول قربانی را باور کنیم هیچ زمانی نباید به قربانی بگوییم چه کار کند یا چه کار نکند مسیر مشخصی را نشان او نمی‌دهیم و سعی در باور کردنش داریم. در مرحله دوم زمانی که قربانی در حالت شرح سوء استفاده یا خشونت است نباید تنفر، ناباوری یا خشم خود را ابراز کنیم. باید نسبت به رازداری این داستان به او اطمینان بدهیم. مورد بعدی این است که موعظه نکنیم مثلاً خانه را ترک کن یا چرا این کار را انجام دادی و به جای آن به او بگوییم که نگران سلامتی تو و ادامه مسیر زندگی او هستیم ابراز نگرانی می‌کنیم.

مورد بعدی این است که با شدت خشونت را کم نشان نمی‌دهیم مثلاً اشکال ندارد فقط یک توهین کوچک بود، بلکه به بیمار نشان می‌دهیم که تو باید مورد امنیت و احترام باشی. مورد بعدی این است که او را به هیچ عنوان به ترک ارتباط سوق نمی‌دهیم به جای این منابع حمایتی فرد را پیدا می‌کنیم مثلاً می‌پرسیم آیا خواهر برادر یا پدر مادری دارد که از آنها کمک بگیریم آیا سیستم بیمه ----- دارد نکته بسیار مهم اینکه به جای اینکه مشاوره ازدواج و زوجین بدهیم لاش می‌کنیم که هر تصمیمی که بعد از آموزش‌ها قربانی گرفت به آن احترام بگذاریم ثلاً قربانی می‌خواهد که با فرد خشن تنها باشد و ما باید با حفظ امنیت این تصمیم قربانی را بپذیریم و به او احترام بگذاریم. انواع خشونت: خشونت روانی: مثلاً فرد تحت توهین و تحقیر قرار بگیرد، ممکن است پرخاشگری‌های کلامی را تجربه کند حتی اینکه یک فرد یک فرد دیگر را نادیده بگیرد پاسخ‌ش را ندهد و به او بی‌اعتنایی کند خشونت روانی محسوب می‌شود. خشونت جسمی: آسیب‌های جسمی، کتک زدن‌ها، سوزاندن‌ها، پرتاب کردن‌ها، شکنجه‌های جسمی، حتی مثلاً اگر فردی نیازمند مراقبت جسمی است و این مراقبت از او دریغ می‌شود. خشونت جنسی: تجاوز و سوء استفاده جنسی، خشونت در رابطه یا

یا ولدین نتوانند مراقبت کاملی به کودک بدهند و در این مسئله ناتوان باشند و درخواست کمک نکنند نوعی کودک آزاری محسوب می‌شود .

۴-رها کردن کودک :کودکانی که به خیابان سپرده می‌شوند به مراکز ه مراکز مختلف سپرده می‌شوند یا کودک را در منزل رها می‌کنند و برای ساعت‌ها و روزها از منزل می‌روند حتی موقع خرید کودک را در ماشین ساعت‌ها با وضعیت نابهنجاری تنها می‌گذارند.

۵-حمله یا آزار جنسی :به صورت مستقیم یا غیر مستقیم کودک مورد آزار یا حمله جنسی قرار می‌گیرد .

۶-شکنجه و وارد کردن صدمه :فرد به صورت قوی و هدفمند قصد شکنجه کودک و آسیب رساندن به او را دارد .

۷-آزار روانی :مثلاً کودک را احق بخوانند صفاتی را به او نسبت بدهند و مورد توهین و تحقیر قرارش بدهند و پیشرفت‌های کودک نادیده گرفته شود. عوارض کودک آزاری در بزرگسالی :افسردگی، اقدام به خودکشی، ازدواج با فرد الکلی، مشکلات زناشویی، کشیدن سیگار، سوء مصرف مواد، دردهای مزمن که علت مشخصی ندارند، علائم غیر قابل توضیح

بررسی کودکی که مورد کودک آزاری قرار گرفته : کودکی که مورد آسیب‌های جدی جسمی قرار گرفته نشانه بسیار بزرگی از کودک آزاری است مهم نیست که این کودک به چه علت مورد آسیب قرار گرفته است این موضوع نشان دهنده نقص در

برقراری رابطه جنسی بدون رضایت طرف مقابل خشونت‌های ترکیبی : همزمان هم خشونت جنسی و هم جسمی هم روانی یا هر دویشان با هم اتفاق بیفتد . خشونت بارداری : زنان باردار بیش از همه مورد خشونت قرار می‌گیرند، سبب پیامدهای مثل سقط جنین، به دنیا آوردن جنین مرده، مشکلات جسمی و روانی افسردگی بعد از زایمان جز اورژانس‌ها محسوب می‌شود و تحت حمایت و مداخله قرار بگیرند . کودک آزاری : در سیستم پرستاری بسیار حائز اهمیت است . کودک آزاری یعنی استفاده یا آسیب رساندن عمدی یا حتی غیر عمدی به کودکان می‌تولند به صورت سوء استفاده جسمی یا حتی غفلت نسبت به کودک به وجود بیاید.

انواع کودک آزاری :

۱- کوتاهی کردن یا بی‌توجهی :شایع‌ترین نوع کودک آزاری محسوب می‌شود نسبت به وضعیت جسمی یا جنسی روانی تحصیلی کودک کوتاهی یا بی‌توجهی می‌کنند .

۲- سوء استفاده یا آسیب جسمی :که به صورت واضح مراقبت کننده‌ها والدین شروع به آسیب رساندن یا سوء استفاده جسمی می‌کنند مثل کار کردن‌های سخت، سوء استفاده شخصی، سوزاندن با سیگار، شکستن دنده‌ها

۳- ناتوانی در ارائه مراقبت :وقتی که مراقبت دهنده

مراقبت است.

زمانی که چیزی در کودک دیده می‌شود متناقض با شرح حال و چیزی که والدین بیان می‌کنند باید بسیار مورد توجه قرار بگیرد: shaken baby syndrome: به علت علاقه یا خشم زیاد بچه را تکان شدید می‌دهند که موجب آسیب نخاعی و تشنج می‌شود. خونریزی مقعدی ممکن است. مسئله بعدی آسیب نامتناسب با مرحله رشد و تکامل است مثلاً نوزادی که هنوز به مرحله نشستن و راه رفتن رسیده چطور می‌تواند به دنبال سقوط از ارتفاع دچار آسیب شود و این مسائل باید روان پرستار را آگاه کند که این کودک مورد سوء استفاده قرار گرفته و از جایی پرت شده و یا مورد غفلت قرار گرفته است.

علائم جنسی مثل کبودی‌ها و پارگی‌های اطراف دهان اطراف مقعد و به صورت آسیب و کبودی واژینال در دختران خود را نشان می‌دهد. در کودکی که با او برخورد می‌کنیم در افعی‌ها یا جای اسکار و غیره دیده می‌شود که ترمیم نابهنجار اسکلتی صورت گرفته استخوان‌هایی که خوب جوش نخورده‌اند زخم‌هایی که مناسب ترمیم نشده‌اند.

مداخلات در کودک آزاری: اولین و مهم‌ترین اقدام در کودک آزاری مطمئن شدن از ایمنی و سلامت کودک است اگر کودک صحبت کند مجدد تحت آسیب بیشتر قرار نمی‌گیرد آیا امکان ایزوله کردن

کودک وجود دارد در ادامه ارتباط تو هم با اعتماد می‌تواند به ما کمک کند. سالمند آزاری: هر زمانی که یک فرد سالمند از طرف مراقبت کننده مورد غفلت یا سوء استفاده قرار بگیرد این غفلت و سوء استفاده می‌تواند از نظر مالی باشد مثلاً در بررسی‌ها متوجه می‌شویم که سالمند هزینه خریدن سمعک را داشته هزینه پروتز و عینک را داشته ولی توسط نگهدارنده مراقبت کننده یا عضو خانواده انجام نشده مثلاً داروها به درستی مصرف نشده است بیماری‌ها درمان نشده و علائمی که دیده می‌شود متناسب با بیماری او نیست.

یک باعث مهم در سالمند آزاری وابستگی در سالمند آزاری است رادی که مورد خشونت و غفلت قرار می‌گیرند سالمندانی هستند که به لحاظ مالی روانی یا به لحاظ مراقبت‌های روزانه وابسته هستند مثلاً روی ویلچر هستند یا به لحاظ مالی وابسته اعضای خانواده هستند و مورد سوء استفاده و غفلت قرار می‌گیرند. در سالمند آزاری سوء استفاده و خشونت هیچ وقت توسط سالمندان گزارش نمی‌شود چون غالباً نسبت خانوادگی وجود دارد. علائم بالینی: یک بحثی در سالمند آزاری داریم به نام قصور نسبت به خود یعنی نمی‌تولند از خود مراقبت کند و نسبت به مدیریت مالی خود ناتوان است هزینه را دارد حقوق دریافت می‌کند اما نمی‌تولند مدیریت کند یا سالمندی که نمی‌تولند فعالیت‌های روزانه خود را انجام دهد مثلاً شست و

شوی دست صورت مسواک و مراقبت از پروتزهایی که دارد یا اینکه به لحاظ عملکرد ذهنی قادر به مراقبت از خود نیست و دچار آلزایمر یا فراموشی شده

مسئله بعدی دیدن کبودی و شکستگی‌ها روی بدن سالمندی است که به هر دلیلی به سیستم سلامت مراجعه کرده است یکی از مصادیق سالمند آزاری نبود امکانات و تجهیزات است مثلاً ویلچر سمعک و پروتز علی رغم اینکه هزینه آن را دارد اما فردی که از او مراقبت می‌کند وسایل را برای او تهیه نمی‌کند یا سو استفاده‌های مالی که فرد حقوق دارد ولی فرد مراقبت دهنده آن را خرج مسئل‌ دیگر می‌کند.

بررسی سالمند آزاری: نکته مهم این است که بدانیم مراقبت دهنده چه ارتباطی با سالمند دارد سالمند را از لحاظ جسمی و روانی بررسی کنیم ارض در شرح حال و آسیب‌ها به وجود می‌آید وقتی شرح حال با علائم بالینی تطابق نداشته باشد.

دهیدراتاسیون و سوء تغذیه در سالمند یکی از مصادیق سالمند آزاری است در زمان صحبت با سالمند در آنها تردید در صحبت کردن افسردگی و انزوا می‌بینیم.

درمان: زمانی که سالمند آزاری عمدی باشد ما قطع ارتباط را انجام می‌دهیم اما اگر غیر عمدی باشد فرد مراقبت دهنده را آموزش می‌دهیم نابع حمایتی دیگر را فراهم می‌کنیم و استرس فرد مراقبت دهنده را که برای سالمند باعث ایجاد استرس و آزار و خشونت می‌شود را کاهش می‌دهیم با آموزش دادن و مدیریت استرس.

تجاوز و تعرض جنسی: هر عمل جنسی که با یک فرد برقرار شود بدون اینکه آن فرد رضایت داشته باشد و آگاه باشد از این قضیه. رابطه جنسی فقط محدود به رابطه کامل نیست و می‌تواند مصادیق مختلفی داشته باشد. فرد برای نشان دادن قدرتش یا خشمی که به یک فرد دیگر دارد یا حتی فرصت طلبی و نیاز و دش هر روز و تجاوز را انجام می‌دهد.

در بررسی مهمتر یک مسئله لحاظ کردن زمان است اینکه در فردی که دچار تجاوز و تعرض جنسی شده است ما نباید مسئله بررسی و مداخله را به بعد موکول کنیم بهترین مداخله و بهترین حمایت و درمان راه درمان و مداخله‌ای که در نزدیک‌ترین زمان اتفاق بیفتد.

حمایت فوری فرد بسیار اهمیت دارد باید به هر لحاظ مورد حمایت قرار بگیرد باید شنیده شود ضی افراد در بعضی فرهنگ‌ها بیان می‌شود که فردی که مورد تجاوز قرار گرفته است خودش مقصر بوده و خودش خواسته که این عمل انجام شود. به فرد مفعول اجازه دهیم ترس و خشمش را بدون ترس از قضاوت شدن در یک محیط امن در اولین فرصت بیان کند و هیجانات خود را ابراز کند.

ما از قربانی می‌خواهیم همانطور که دوست دارد پیش برود مثلاً اگر بخواهد فقط با یک فرد خاص صحبت کند یا بررسی را موکول به زمان دیگری کند به این صورت به قربانی کمک می‌کنیم که حس کنترلی که از او گرفته شده را به او برگردانیم.

با اجازه دادن برای تصمیم‌گیری در مداخله اعث

: _____ لاء _____

۱- تجربه مجدد تروما از طریق خواب و افکار مکدر

س : ٥٥

مثلاً ممکن است شخصی مراجعه کند که در چند سال پیش دچار تصادفی شده که در آن عزیزان خود را از دست داده ی گوید خواب می بینم و خواب آن تصادف را می بینم یک جا نشستم و افکار آن تصادف به سراغ من می آید و حال مرا خراب می کند.

٢-١- اجتماع:

مثلاً فرد بیان می کند من دیگر نمی توانم رانندگی کنم ا نمی توانم سوار خودرو شوم مثلاً فردی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته بیان می کند که ن از همه مردها بدم می آید و نمی توانم با هیچ مردی تعامل برقرار کنم .

۳-شناخت و افکار منفی به یک مسئله :

مثلاً ی‌گویند من از همه مردها متنفرم یا مثلاً کسی که PISD به دنبال یک تصادف بوده علام می‌کند من از جاده و ماشین متنفرم. اتفاقی که همزمان بوده با آن اتفاقی که استرس را ایجاد کرده باعث می‌شود شناخت منفی داشته باشد حتی می‌تواند تنفر فرد از خودش باشد مثلاً چون یک بار سبب شدم کسی کشته شود.

۴-برانگیختگی یا بیش برانگیختگی:

مثلاً فرد یک تصادف کوچک را در کوچه خودشان دیده ما واکنش‌های او به شدت زیاد است دچار حمله هراس می‌شود چار علائم جسمی می‌شود پرخاشگر می‌شود مثلاً مثل افراد موجه در جنگ.

می‌شویم که حس کنترل به قربانی برگردد.

خشونت در جامعه:

یعنی خشونت و سوء استفاده‌ای که در خلال مدرسه محیط‌های اجتماعی و ... اتفاق می‌افتد که آن را بیشتر به شکل زورگویی می‌شناسند یعنی در جامعه مدرسه فردی فرد دیگر را مجبور به انجام عملی کند یا او را از حقوق خودش محروم کند می‌تواند خود را به شکل توجه نکردن و طرد کردن نشان دهد مثلاً اگر فردی از نژاد خاص که به خاطر رنگ پوست، زبان یا نژادش طرد می‌شود ه او توجه نمی‌شود مشکلات عاطفی روانی جسمی را می‌تواند به وجود بیاورد که ما می‌توانیم با تشخیص زود هنگام و پیشگیری و آموزش آن را برطرف کنیم .

اقدام کلیدی در بحث خشونت در جامعه به شکل مداخله و درمان زود هنگام است.

ضربه و اختلالات استرسی:

اختلال استرس پس از سانحه (PISD)

افراد ممکن از تنش‌ها، استرس‌ها و آسیب‌هایی با میزان تنش بالا در مسیر زندگی تجربه کنند.

می تواند جنگ، قحطی باشد. یک مسئله

سیاسی، اقتصادی اجتماعی باشد یا حملات
بیولوژیک باشد یا مربوط به تغییرات اکونومیک باشد

مثل زلزله، سیل یا می تواند فردی باشد مثل تجاوز، از

دست دادن عزیزان، تصادفات جاده‌ای، انفجار در

مَنْ زَلَّ

تعدادی از افراد به دنبال این تنش شدید چار

اختلال استرس پس از سانحه می‌شوند.

۳- کودکی و کودکی:

دو مورد وجود دارد که به صورت اختصاصی مربوط به کودکان می‌شود، در کودکانی که به هر علتی مثلاً خشونت، تجاوز و کودک آزاری را تجربه می‌کنند دو اختلال را ممکن است ببینیم:

۱- اختلال دل‌بستگی واکنشی:

این اختلالات محدوده زمانی دارند و مربوط به زیر ۵ سال هستند. اینکه کودک توی موقعیت‌ها روابط اجتماعی آشفته از خود نشان می‌دهد یعنی در زمان حضور در یک جمع بی‌احساس و کمترین واکنش اجتماعی را نشان می‌دهد. در برابر افراد آشنا یا غریبه و یا حتی در برابر مراقبینی که از نظر عاطفی به آنها وابسته است هم واکنشی ندارند. نسبت به همه یک نوع سردی و بی‌تفاوتی خاصی بروز می‌دهد که در آن غم، ترس، تحریک پذیری نهفته است.

۲- اختلال تعامل اجتماعی بی‌قید و بند: کودک در این حالت به تمام غریبه‌ها آشناها و مراقبین خود یک نوع واکنش نشان می‌دهد که واکنش صحبت و نزدیک شدن گرم است هیچگونه تردیدی برای برقراری ارتباط با دیگران نشان نمی‌دهد. هر دوی این اختلال به دنبال یک تنش شدید در خانواده برای کودک رخ می‌دهد. علت: وقتی بیمار را بررسی می‌کنیم متوجه می‌شویم که به دنبال یک واقعه تلخ و تروماتیک دچار علائم شده است علت‌های دیگری می‌توانند دامن بزنند مثل انزوای اجتماعی، مصرف مواد مخدر، عدم حمایت‌های اجتماعی و حتی وجود سابقه

یک PISD داریم یک استرس حاد که با هم تفاوت دارند:

تفاوت این دو در زمان است PISD. یک سیر مزمن دارد و این سیر مزمن حداقل علامت‌ها را ما در سه ماه بعد از آن اتفاق سانحه می‌بینیم، اما در استرس حاد ما سه روز الی ۴ هفته علامت‌ها را می‌بینیم و دیگر علامت‌ها تمام می‌شود. اختلالات مرتبط:

بعضی اختلالات هستند که ممکن است به دنبال PISD بروز پیدا کنند.

۱- اختلال انطباقی:

این اختلال زمانی است که فرد نمی‌تواند سازگاری یا انطباق را بعد از یک استرس و تنش یا فوت یک عزیز یا هر مورد دیگری در زندگیش به دست بیاورد. نمی‌تولند واکنش‌های معمول را به آن اتفاق بدهد این واکنش‌های غیرمعمول بیش از حد طول می‌کشند، نمی‌تواند با این حادثه و تغییر در زندگی وفق پیدا کند. این اختلال انطباقی می‌تواند در کنار PISD اتفاق بیفتد همزمان با هم باشند یا به هم تبدیل شوند را یک مدت ۶ ماه می‌توانیم علامت‌ها را در مورد مشاهده کنیم.

۲- اختلال استرس حاد:

که سه روز تا چهار هفته دیده می‌شود و اگر ادامه دار باشد این علائم به PISD تبدیل می‌شود یعنی بهترین زمان مداخله و درمان در زمان اختلال استرس حاد است و اگر درمان مناسب صورت نگیرد به PISD تبدیل می‌شود.

مان‌های روانی بسیار عالی قرار می‌گیرد با توجه به علامت‌های بیمار رمان دارویی انجام می‌شود مثل ضد افسردگی‌ها که SSRZها بسیار مناسب هستند مثل سیتالوپرام، در رفتارهای پر خاشگرانه و تحریک شدید از جنون‌های نسل دوم استفاده می‌کنیم، از بنز و ديازپین‌ها برای لگوی خواب استفاده می‌کنیم.

کار دیگری که در درمان انجام می‌شود آموزش به مددجو و خانواده است، آموزش می‌دهیم که در زمان‌هایی که فرد سترس و فجایع را تجربه می‌کند از انزوای اجتماعی خودداری کنند، وارد جامعه شوند، از دیگران کمک بخواهند و برای خودشان اهداف تعیین کنند، حتماً هیجانات و احساسات خود را بیان کنند. ارتقای سلامت روان به این معناست که سطح سلامت روان در جامعه به سطحی بالاتر از آنچه که در حال حاضر هست ارتقا پیدا کند برای ارتقای سلامت روان در PISD مقابله موثر بلافاصله بعد از اینکه فرد با آن فاجعه روبرو شد مثلاً سیل و زلزله آمده در یک نقطه از کشور اید از بازمانده‌های حوادث سریع مقابله و مداخله موثری داشته باشند. اختلال تجزیه ای: یکی از مکانیزم‌های دفاعی بدن تجزیه است که پس از اینکه دچار تنش، استرس و فاجعه می‌شویم به ما کمک می‌کند که بخش دردناک یک خاطره یک اتفاق را فراموش کنیم و حتماً شناخت اثرات عمیق یا نابهنجار یک اتفاق را از یاد ببریم و حتی آنها را جور دیگری تعریف کنیم. البته استفاده بیش از حد

بیماری‌های روانی در کودکان سابقه کودک آزاری و افسردگی والدین به شدت بر روی PISD کودکان اثر می‌گذارد. کودکانی که مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم هستند نسبت به PISD مستعدتر هستند. برای جلوگیری از PISD در کودکان مشاوره فوراً پس از سانحه بسیار اهمیت دارد. درمان: موفق‌ترین و شایع‌ترین درمان در PISD رفتار درمانی شناختی CBT است. درمان دیگر مواجهه درمانی است. مواجهه درمانی روی اجتناب کار می‌کند کم کم و با احتیاط فرد را این موقعیت‌ها قرار می‌دهد و فرد می‌تواند علامت اجتناب را به مواجهه درمانی برطرف کند. درمان دیگر افشای انطباقی است کی از زیر مجموعه‌های درمان شناختی است کمک می‌کند که فرد آن چیزی را که نیاز است بیان کند با توجه به ترومایی که سبب اختلال شده را بیان کند. به آن صندلی خالی هم گفته می‌شود مثلاً فرد رادر اتاق درمان روی صندلی می‌نشانند و به او می‌گویند که فکر کن فردی که قرار است با او حرف بزنی روبروی تو نشسته ممکن است این فرد وجود نداشته باشد، مرده یا زنده باشد. جزء درمان‌های کوتاه است اما درمان فوقانی است. درمان دیگر درمان پردازش شناختی است در این درمان ما باورها و شناخت‌های منفی و باورهای غلط و منفی نسبت به پدیده‌ها، افراد یا خود فرد وجود دارد را بررسی می‌کنیم و شروع به اصلاح ترمیم این شناخت‌های منفی می‌کنیم. درمان دارویی در کنار

از مکانیزم‌های دفاعی باعث اختلال می‌شود. اختلالات تجزیه‌ای هم همان اختلالاتی هستند که رد زیاد و مکرر از این مکانیسم دفاعی استفاده می‌کند به آن مبتلا می‌شوند. در این اختلالات فرد به صورت ناگهانی در عملکرد معمول و یکپارچه خودش مثل حافظه و اورینته بودن خود جدا می‌شود و در عملکرد یکپارچه او اختلال ایجاد می‌شود. این اختلالات سه شکل دارد:

۱- فراموشی تجزیه ای: فرد یک دفعه و ناگهانی نمی‌تواند اطلاعات شخصی و مهم خود را به خاطر بیاورد یا مثلاً بعد از بروز یک تنش و استرس وحشتناک هیچ خاطره‌ای از آن حادثه ندارد و خاطرات آن زمان را نمی‌تواند به یاد بیاورد که به آن یک نوع فرار گفته می‌شود فرار تجزیه هم این گونه است که فرد بدون اینکه خودش را بشناسد و بداند ماهیتش و شخصیتش چیست و کجا زندگی می‌کند ناگهان از منزل بیرون می‌زند و به یک سمت دیگر یا شهر دیگر می‌رود و هیچ هویتی از خودش ندارد و در شرایط حاد در فرد با یک هویت دیگر در جای دیگر شروع به زندگی می‌کند بدون اینکه چیزی از گذشته به یاد بیاورد.

۲- اختلال هویت تجزیه ای: مبتلا به اسم اختلال چند شخصیتی شناخته می‌شود در این اختلال فرد به دنبال یک تنش شدید و اغلب متخصصین بر این باورند که به دنبال تجربه تجاوز جنسی در کودکی این اختلال رخ می‌دهد در فرد چند شخصیت مجزا

و منحصر به فرد شکل می‌گیرد که اغلب هیچ یک از این شخصیت‌ها از حضور دیگری مطلع نیست همزمان هم فرد نمی‌تواند اطلاعات شخصی مهم خود را به خاطر بیاورد. ۳- اختلال مسخ واقعیت یا مسخ شخصیت: فرد به دنبال اینکه یک تنش و استرس را تجربه می‌کند مسخ شخصیت رخ می‌دهد که او خودش را از جسم جدا یک انسان جدا یک حیوان جدا حس می‌کند یک حالت شایع دارد که مثلاً فرد در بیداری حس می‌کند به صورت آینه‌ای از جسم خود جدا شده و خود را از روبرو نظاره می‌کند فرد بیان می‌کند که جهان واقعی و محیطی که در آن قرار دارد به شکل مه آلود و متغیر دیده می‌شود. درمان: بهترین درمان به صورت فوری و اولویت بیشتر این است که تلاش کنیم بیمار یا مددجو دوباره با واقعیت حال حاضر ارتباط مجدد برقرار کند. درمان داروی هم به شکل علامتی است. گاهی این افراد وقتی در مورد خاطرات گذشته صحبت می‌کنند یک خاطره را ممکن است به صورت تحریف شده بیان کنند و اتفاقی را که اتفاق نیفتاده را جز آن حادثه بیان کنند به این حالت سندروم حافظه ی کاذب گفته می‌شود اولویت اول در این افراد برقراری امنیت مددجو است: این افراد ممکن است خودزنی و خودکشی داشته باشند پس بنابراین در مرحله اول امنیت مددجو باید برقرار شود خودکشی یا دگر کشی بررسی شود اش می‌کنیم که حرفه‌ای و بدون تهدید به این افراد نزدیک شویم. یک ارتباط بر مبنای

اعتماد داشته باشیم .
احترام به ترس و احساسات و محدودیت افراد :این بیماران هیجانات و ترس‌های شدیدی را ممکن است داشته باشند و ما باید به حال آنها احترام قائل شویم آنها را در معرض ارتباط با افراد زیادی قرار ندهیم اگر قرار است ما مراقبت ارائه دهیم تا جای امکان کس دیگری مداخله را در دست نگیرد .
آموزش دیدن :افرادی که می‌خواهند در این مددجویان مداخله انجام دهند باید آموزش دیده باشند در رابطه با مکانیزم بیماری عوارض احتمالی و مداخلاتی که باید انجام شود آموزش دیده باشند .
خودآگاهی پرستار :ممکن است نگاه ما و باورها و ارزش‌های ما روی مداخله اثر بگذارد .
عدم قضاوت :اینکه اتفاقی که برای شما افتاده اتفاق بزرگی نیست و هر کسی ممکن است عزیزش فوت شود و این یعنی قضاوت احساسات مددجو یا مثلاً بگوییم این ترسی که داری اصلاً متناسب با اتفاقی که افتاده نیست .
برخورد قاطعانه :همینطور که به مددجو قوانین و ضوابط بخش را گوشزد می‌کنیم در کنارش او را هم به عنوان یک انسان شریف بپذیریم .
بررسی سابقه :سابقه بیمار را بررسی کنیم؛سابقه مصرف الکل،مواد و بیماری‌های روانی .
تشویق به بیان احساسات :بیمار را تشویق می‌کنیم که هیجانات و احساسات و آن چیزی که تجربه می‌کند را حتماً بیان کند محیطی را فراهم می‌کنیم که بتواند احساساتش را بدون قضاوت شدن بیان کند .

تشخیص‌های پرستاری :آسیب به خود،خطر خودزنی،عزت نفس پایین،ایزوله اجتماعی،تطابق غیر موثر،للگوی خواب غیر مناسب و آشفته .
نکات :در مورد بیمارانی که این دو اختلال را تجربه می‌کنند یک لمس به نام لمس حمایتی داریم در صورتی که فرد احساس خوبی به لمس حمایتی داشته باشد و اجازه این کار را بدهد لمس می‌کنیم .
مهمترین اقدام پرستار زمانی که فرد در حال تجربه اختلال تجزیه می‌باشد ممکن است از واقعیت دور شود و به نقطه دیگری پرت شود تلاش برای برگرداندن و آگاه کردن بیمار نسبت به زمان حال و آن چیزی که در حال حاضر دارد اتفاق می‌افتد است .واقعیت‌ها را برایش بازگو می‌کنیم .
اولین و مهم‌ترین اقدام در افرادی که دچار PTSD هستند برقراری امنیت آنها است .
اضطراب و اختلالات اضطرابی :اضطراب یک حالت و پاسخ فیزیولوژیک در انسان است که حالاتی مثل دلهره وحشت و سایر علائم جسمی عاطفی و روانی و شناختی را در فرد ایجاد می‌کند اما با ترس متفاوت است ؛ترس زمانی اتفاق می‌افتد که یک محرک خارجی تهدید کننده برای انسان وجود داشته باشد؛اما اضطراب یک حس فراگیر است و از استرس‌های پشت سر هم ممکن است رخ بدهد گاهی در خیلی از اختلالات اضطرابی دلیل و محرکی برای آن اضطراب احساس شده وجود ندارد .
اختلالات اضطرابی شامل اختلالات روانپزشکی هستند که اضطراب اساس و ریشه آنها را تشکیل

حالتی پیدا می‌کند که یا جنگ دارد یا یا گریز یا مقابله کند و یا آماده فرار کردن شود بدن نمی‌تواند این مقاومت را برای همیشه حفظ بکند اگر عامل استرس‌زا همچنان مداومت داشته باشد فرد ه آن استرس درک شده پاسخ‌های منفی می‌دهد بدن تمام قوای خود را گذاشته .

۳- بدن چه به لحاظ جسمی و چه به لحاظ روانی خالی می‌شود و دیگر نمی‌تواند آن حالت مقاومت را حفظ بکند .

سطح‌بندی اضطراب : فردی که اضطراب را تجربه می‌کند ه سطوحی آن را تجربه می‌کند سطح اضطراب چه برای فردی که اضطراب را تجربه می‌کند چه برای درمانگر اهمیت دارد با توجه به اینکه فرد چه سطحی از اضطراب را تجربه می‌کند اطرافیان هم می‌توانند تحت تاثیر قرار بگیرند مثلاً یک دوست با اضطراب دوستش یا والدین با اضطراب کودکان اضطراب را تجربه می‌کنند . مکانیسمی که سبب می‌شود اضطراب توسط کسی غیر از آن فردی که در تغییر حالت و تجربه محرک‌ها قرار گرفته تجربه کند همدلی است همدلی یعنی خود را جای شخص دیگری بگذاریم بنابراین می‌توانیم سطحی از اضطراب را تجربه کنیم اضطرابی که داریم از آن گذر می‌کنیم چه در ما و چه در فردی که قرار است برای او مداخله انجام دهیم گاهی ممکن است سبب به وجود آمدن مکانیسم‌های دفاعی جدید و سیستم‌های حمایتی جدید شود که به رشد ما کمک می‌کند و یک جور بلوغ در بحران اتفاق می‌افتد .

می‌دهند به صورت کلی اضطراب را پاسخ به استرس می‌دانند . استرس یکی از هیجانات اصیل انسانی است و زمانی که فرد در مسیر زندگی اش چه بیرونی و درونی با تغییر و مشکلی مواجه می‌شود استرس رخ می‌دهد موردی که برای یک فرد استرس‌زا است ممکن است برای فرد دیگر وسیله‌ای برای پیشرفت محسوب شود .

پس استرس مرتبط می‌شود با ادراک فرد از موقعیت یکی از متخصصین بزرگ بحث استرس هانس سلیه است . هانس سلیه سه مرحله مهم را در تجربه استرس قرار داد:

- ۱- هشدار ۲- مقاومت ۳- خستگی
- ۱- هشدار : فرد در این مرحله تغییر را آن مسئله‌ای که در او استرس ایجاد می‌کند را حس می‌کند و بدن فرد شروع به شناسایی مسئله تهدیدآمیز یا آن مسئله تغییر یافته می‌کند به صورت فیزیولوژیکی هیپوتالاموس تحریک می‌شود و سایر غدد را تحریک می‌کند و افزایش آدرنالین و نور اپینفرین را داریم از طرفی دیگر سایر ارگان‌های بدن هم تحریک می‌شوند میزان گلوکز خون افزایش پیدا می‌کند و به حالت کلی بدن حالتی را یدا می‌کند که بتواند آماده شود برای آن مسئله‌ای که استرس را ایجاد کرده کاری انجام دهد .
- ۲- مقاومت : عملکرد سیستم گوارش کاهش پیدا می‌کند تا بتواند آمادگی بیشتری ایجاد کند برای مقابله با موردی که استرس آور بودند ریه افزایش عملکرد پیدا می‌کند تاکی کارد می‌شود و بدن

به او محول شده است را انجام دهد تی اگر ما به عنوان مداخله گر به او راهنمایی بدهیم رد نمی‌تولند به راهنمایی پاسخ دهد و حرف شنویی ندارد . دچار CP می‌شود، رنگ پریدگی، لرزش و تهوع و اسهال و استفراغ می‌شود و علامت‌های فیزیولوژیکی افزایش پیدا می‌کند.

۴- هراس : در این سطح ممکن است فرد موتیسم شود حرکت یک جا بنشیند حرکتی نکند یا از جا بپرد مردمک چشم‌هایش گشاد می‌شوند و یا حالت فرار پیدا می‌کنند و یا حالت جنگ مثلاً عصبانی می‌شود و همه می‌پرد و به صورت فیزیولوژیک افزایش BP و PR داریم . در این مرحله هذیان‌ها و توهم پدیدار می‌شود زمانی که هراس خیلی زیاد شود ممکن است فرد سایکوز حاد را تجربه کند که ندر روز و کمتر از یک ماه او را درگیر می‌کند برداشت‌های تحریف شده را تجربه می‌کند به محرک‌ها نمی‌تواند پاسخ دهد چون نمی‌تواند آنها را پردازش کند فکر منطقی را از دست می‌دهد . در سطوح اضطراب چه مداخله‌ای مهم‌تر است: اولین و مهم‌ترین کاری که ما باید انجام دهیم این است که سطح اضطراب را مشخص کنیم قتی سطح اضطراب مشخص شده می‌توانیم نوع مداخله را مشخص کنیم . در سطح خفیف فرد خودش انگیزش بیشتر شده فرایند حل مسئله را انجام می‌دهد و بهترین کاری

۱- خفیف : در این سطح فرد افزایش انگیزه و حل مسئله پیدا می‌کند باعث می‌شود از موقعیتی که هست تغییر پیدا کند و به موقعیت بالاتر خود را ارتقا بدهد . بی‌قرار می‌شود، دچار دلشوره می‌شود، و ممکن است به صدا حساس شود، توانایی یادگیری در فرد افزایش پیدا می‌کند در این سطح بهترین نقطه است برای اینکه ما مداخله داشته باشیم و فرد را ارتقای روانی یا موقعیتی بدهیم . ۲- متوسط : سطح اضطراب بالاتر می‌رود و انتظار داریم و انتظار داریم پاسخ‌های فیزیولوژیک بیشتر شود . تپش قلب سردرد پیدا می‌کند ، گاهی تنش عضلانی پیدا می‌کند . در افراد مختلف متفاوت است . تکرر ادرار و ناراحتی گوارشی پیدا می‌کند ولی آن حد از افزایش انگیزه و توانایی حل مسئله را که در اضطراب خفیف داشتیم اینجا نداریم . فرد محدود می‌شود به وظایفی که فوراً باید انجام شود و توان مدیریت مناسب ندارد . یکی از وظایف را برمی‌دارد و فقط آن را انجام می‌دهد، توجه انتخابی می‌شود، و روی موردی تمرکز می‌کند که در اولویت است و حرکات غیر ارادی مثل تکان دادن دست و پا ممکن است در فرد دیده شود . ۳- شدید : رفتار آیینی را در فرد می‌بینیم ین رفتار به فرهنگ بیمار برمی‌گردد . مثلاً نذر می‌کنند، متوسل می‌شوند به آن چیزی که اعتقاد و ایمان دارند . فرد شروع به گریه کردن می‌کند و نمی‌تواند کارهایی که

را که ما می‌توانیم انجام دهیم آموزش موثر در فرد است اینجا آموزش پذیری بالاست و فرد مشتاق آموزش است .

در سطح اضطراب متوسط فرد توجه انتخابی دارد و محدود به وظیفه فوری است و وقتی مداخله‌ای انجام می‌دهیم مددجویه سرعت حواسش پرت می‌شود ما باید تلاش کنیم مداوم توجه بیمار را جلب کنیم و مطمئن باشیم که درست صحبت‌های ما را می‌فهمد باید شمرده صحبت کنیم آرام صحبت کنیم جملات کوتاه و قلیل فهم به کار ببریم و توجه کنیم که بیمار حرف ما را متوجه می‌شود .

در اضطراب شدید فرد هیچ پاسخی به راهنمایی ندارد اصلاً مداخلات ما هیچ اثری ندارد اقدام ما پایین آوردن سطح اضطراب به سطح پایین‌تر است که بتوانیم مداخله انجام دهیم با لحن آرام با بیمار صحبت کنیم تکنیک‌های تنفس آرام و تن آرامی را به بیمار یاد می‌دهیم .

در سطح اضطراب هراس زیان و توهم دارد و تفکر منطقی از بین می‌رود در این مرحله باید حتماً کنار فرد بمانیم او را ترک نکنیم مهمترین اقدام در این مرحله برقراری امنیت فرد است حتی در این مرحله می‌توانیم از اقدامات دارویی استفاده کنیم که سطح اضطراب بیمار کاهش پیدا کند .

این داروها به هیچ عنوان نباید طولانی مدت در فردی که دچار اضطراب است استفاده شود نهایتاً ۴ الی ۶ هفته این داروها استفاده شود

اختلالات اضطرابی : در این اختلالات اضطراب که

علامت روانپزشکی شناخته می‌شود و از حالت طبیعی فرد را خارج می‌کند به عنوان بیماری شناخته می‌شود مهمترین کاری که در اختلالات اضطرابی انجام می‌شود این است که در کنار فرد بمانیم چون ممکن است رفتارهای ناسازگاری و ناتوانی عاطفی را در فرد مشاهده کنیم .

یک حالتی است در اختلالات اضطرابی که ممکن است فرد به آن مبتلا شود مخصوصاً کودکان که به آن لالی انتخابی می‌گویند فرد در موقعیت‌های اجتماعی مهمانی‌ها کودکستان و جایی که جز خانواده افراد دیگری حضور دارند صحبت نمی‌کنند و این لالی انتخابی است زمانی که کودک اضطراب شدیدی را تجربه می‌کند انتخاب می‌کند که در این محیط‌های پر استرس فعالیت را انجام دهد .

اختلال هراس : شایع‌ترین اختلال اضطرابی است و در کانون توجه اختلالات اضطرابی قرار دارد اختلال هراس دوره‌هایی به حالت زمانی ۱۵ تا حتی ۳۰ دقیقه اضطراب بسیار شدید و سریع و فرد هیجان زیادی از قبیل ترس را ممکن است تجربه کند و علامت‌های فیزیولوژیک زیادی را ممکن است بروز دهد اگر از علائم فیزیولوژی ۴ علامت را همزمان فرد تجربه کند ما تشخیص حمله هراس را می‌گذاریم

علائم : تپش قلب، تعریق، لرزش، تنگی نفس احساس خفگی، حالت تهوع، پاراستری، CP فرد این حملات را غیر منتظره و بدون اینکه بدانند قرار است اتفاق بیفتد تجربه می‌کند و زمانی ما به آن اختلال هراس می‌گوییم که حداقل در یک ماه

به تجربیات گذشته هم نباشد و فرد هیچ وقت به آن موضوعی که نسبت به آن فوبیا دارد هم ملاقاتی نداشته است. فوبیایها باعث یک ترس غیر منطقی و شدید و اختلال در عملکرد طبیعی فرد می‌شوند. باید این سه مسئله را در بیمار ببینیم که بتوانیم بگوییم به فوبیا مبتلا است: شدید و غیرمنطقی و موجب اختلال شود و همینطور فرد از موقعیتی که در آن دچار فوبیا می‌شود اجتناب کند. فوبیا اجتماعی: فرد از قرار گرفتن در محیط‌های اجتماعی مثل قرار گرفتن در همایش و یک مهمانی بزرگ خودداری می‌کند و دچار فوبیا می‌شود اغلب دو موضوع را در این افراد تشخیص دادند که علت این فوبیای اجتماعی می‌تواند باشد یکی عزت نفس پایین و یکی ترس از قضاوت. ممکن است فرد چند فوبیا با هم داشته باشد و نیازمند درمان چند جانبه باشد.

فوبیای خاص: فرد از یک چیز خاص می‌ترسد که شایع‌ترین آنها ترس از خون ترس از محیط بسته، ارتفاع، عنکبوت، گربه است. درمان: اغلب درمان به صورت درمان‌های روانی است برای افزایش سطح عزت نفس به بیمار کمک می‌کنیم و درمان‌های شناختی رفتاری در فابیوها دو درمان حساسیت زدایی تدریجی و یکی هم غرقه‌سازی است. بر حساسیت زدایی تدریجی درمانگر کمک می‌کند که به صورت خیلی تدریجی و آرام از سطح پایین تا

این حملات را تجربه کند اغلب بدون محرک محیطی رخ می‌دهد ولی انقدر این شرایط فرد را اذیت می‌کند که ممکن است فرد به خودکشی هم فکر کند پس در این بیماران خطر خودکشی هم وجود دارد البته اگر همراه با فوبیای خاص باشد مثلاً آگورافوبیا ترس از محیط اجتماعی اگر همراه با این مسائل باشد ممکن است شرایط بیمار را بدتر کند

برای درمان به بیمار آموزش می‌دهیم برای تنفس‌های عمیق و آرامسازی تن و روان گاهی ممکن است از داروهای مثل ضد افسردگی‌های مهار کننده باز جذب سروتونین یا SSRIها یا داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای این دوران یا گاهی بنزودیازپین‌ها و شناخت درمانی یا رفتار درمانی شناختی CBT در این افراد بسیار کمک کننده است.

در رابطه با خطر خودکشی هم تمام مداخلات مربوط به خودکشی در این افراد انجام می‌شود در بررسی این بیماران باید خودپنداره آنها نقش‌های آنها قضاوت آنها را بررسی کنیم که در چه موقعیتی در این حالات وجود دارند سطح اضطراب آنها را بررسی کنیم و با توجه به اینکه در چه سطحی از استرس قرار دارند مداخله مناسب را انجام دهیم و امنیت آنها را برقرار کنیم. فوبیایها: غالباً بیان می‌شود که فوبیایها ممکن است به یک تجربه خاص در گذشته برگردند اما تجربه و تحقیقات نشان داده که خیلی از آنها می‌تواند مرتبط

سطح بالا فرد به آن چیزی که از آن می‌ترسد مواجه شود و فرد متوجه می‌شود که تهدیدی از جانب آن چیزی که از آن می‌ترسد وجود ندارد و نهایتاً عادل سازی اتفاق می‌افتد. غرقه سازی نیاز به مراقبت زیادی دارد در این درمان فرد به صورت ناگهانی و یکباره متوجه می‌شود با آن پدیده و آن چیزی که از آن می‌ترسد خیلی اضطراب آور است و باید یک درمانگر بسیار ماهر این را انجام دهد.

اختلال اضطراب منتشر (GAD): یک نکته مهم در این اختلال وجود دارد و آن زمان است ما حملات اضطرابی را باید در مدت ۶ ماه حداقل ببینیم یعنی ۶ ماه یا بیشتر فرد حملات اضطرابی داشته باشد و در طول ماه در ۵۰ درصد اوقات این اختلال یا حملات اضطرابی را لاقات کند و این به ما نشان می‌دهد که GAD تشخیص شروع علائم: فرد در حین حملات اضطراب منتشر که بدون دلیل و بدون محرک رخ می‌دهد مداوم در ۵۰ درصد اوقات تنش عضلانی ناآرامی تحریک خستگی مشکل در فکر کردن و در خواب اختلال دارد درمان هم مانند سایر اختلالات اضطرابی است از داروها استفاده می‌شود مثل داروی ضد اضطرابی مثل بوسپیرون، SSRIها و حتی نوع پینفرین اثر بسیار موثری دارد بیشتر تمرکز روی درمان دارویی است بیماری به صورت مزمن است بیمار مداوم دارد این مسائل را تجربه می‌کند و درمان دارویی بسیار کم‌کننده است.

مثل سایر اختلالات روان پرستار در رابطه با اختلال اضطراب منتشر باید به خودآگاهی رسیده باشد ممکن است موضوعی که برای مددجو اضطراب آور است برای موثرآور نباشد باید به این مسئله آگاه باشیم چون ممکن است در درمان و مداخله اثر بگذارد نکته مهم این است که قبل از مداخله در اضطراب پرستار باید سطح اضطراب خودش را هم بسنجد.

نکته: در سطح هراز اضطراب نکته مهم این است که فرد احساس مرگ قوی الوقوع دارد اگر بیمار برای درمان اضطرابش بنزودیاسپین می‌گیرد باید نگران وابستگی و تحمل در بیمار باشیم و بیش از ۴ الی ۶ هفته نباید مصرف کند مهم‌ترین کلامی که پرستار برای مداخله در اختلال اضطرابی پرستار استفاده می‌کند با طمأنینه و صدای آرام است. اختلالات وسواس جبری و سایر اختلالات: (OCD) اختلالاتی هستند که در آن فرد افکار تصاویر یا تکانه‌های اجباری در ذهنش تصویر می‌کند که باعث تنش در فرد می‌شود اضطراب قابل توجهی ایجاد می‌کند که فرد به خاطر اختلال اضطرابی قابل توجه شروع به انجام دادن یک سری اعمال و تشریفات فعالیت‌های ذهنی می‌کند که این اضطراب کاهش پیدا کند در حالی که کاهش پیدا نمی‌کند و این رفتارها مداوم ادامه پیدا می‌کند. از دو قسمت تشکیل شده: وسواس و اجبار ۱- وسواس‌ها: افکار تصاویر یا تکانه‌هایی که ماهیت مداوم و ناخواسته دارند و باعث وجود اضطراب

می‌شوند و فرد بیان می‌کند که ترل روی آنها ندارد یعنی ناخواسته به وجود می‌آید و ادامه پیدا می‌کند

۲- اجبارها: آنها رفتارهای آیینی هستند که تکرار یابند می‌توانند به صورت اعمال ضمنی مثل سفارش کردن دعا کردن باشند که برای کاهش اضطراب انجام می‌شوند مثلاً فرد این رفتار تکراری ممکن است ریش باشد بررسی باشد کنترل باشد شستن دست‌ها باشد انگیزه‌های تهاجمی مثلاً فردی که بیان می‌کند که احساس می‌کند که یک چیزی او را وادار می‌کند که داد بزند این رفتارها و افکار فرد را کلافه می‌کنند ما زمانی به آنها disorder می‌گوییم که فرد از آنها کلافه می‌شود و عملکردهای شخصی اجتماعی و شغلی فرد را با اختلال روبرو می‌کند .
اختلال مرتبط با :

۱- در ماتیلومانی: این افراد اعمال اجباری به شکل کشیدن پوست کندن پوست است برای رفع اضطراب مثل کندن پوست لب ا حدی ادامه پیدا می‌کند که پوست لب به مشکل برمی‌خورد حتی نیاز به جراحی پلاستیک در حلت شدید ایجاد می‌شود .

تری کوتیلومانی: به معنای کشیدن مو به صورت مکرر و مزمن است با کندن مژه ابرو موهای سر و یا سایر قسمت‌های بدن سعی می‌کند اضطراب را کم کند اما در ادامه به صورت مزمن فرد حتی ممکن است دچار افسردگی و اختلالات اضطرابی بیشتری شود این مورد در خانم‌ها و کودکان بیشتر دیده می‌شود .

۳- اختلال بد شکلی بدن: به آن BDD هم گفته

می‌شود یک وسواس و مشغله ذهنی در فرد به وقوع می‌پیوندد به این شکل که مدام ذهنش مشغول است که دندش زشت است در قسمتی نقص دارد دچار مشکل است و خود را ناقص می‌داند حتی هر عدم موفقیتی که وی در زندگی اش رخ می‌دهد را تبط با آن بد شکلی و نقصی که در بدنش حس می‌کند می‌داند و اگر این افراد درمان نشوند این افکار تکرار شونده ممکن است به سمت افسردگی و اضطراب او را سوق بدهد . درمان دارویی و شناخت درمانی در آنها کمک کننده است حتی سبب می‌شود فرد به طور مداوم ظاهر خودش را تغییر بدهد و جراحی‌های خاص انجام بدهد اما با هیچ کدام از این اعمال رضایت به دست نمی‌آید و نقص هنوز حس می‌شود . ۴- اختلال انبار کردن : شیوع این بیماری در میانسالی و سنین بالای ۵۰ سال بالاتر اختلال افکار هم می‌گویند یک اختلال ناتوان کننده اجباری از فرد مداوم به خاطر کاهش اضطرابش هر چیزی را که می‌بیند انبار می‌کند چیزهای بی‌مصرف آشغال زباله رفتار درمانی و مصرف دارو کمک کننده است .
۵- اونیکوفازی : بیشتر در کودکان دیده می‌شود به معنای ناخن جویدن است به کاهش اضطراب که آن وسواس فکری ایجاد کرده کمک می‌کند مصرف SSRIها مثل سرتالین و فلوکساتین کمک کننده است .
۶- کلیتومانی: نادر است یک نوع رفتار سرقت اجباری است فرد دزدی را به خاطر نیازش انجام نمی‌دهد این یک رفتاری است که به عنوان پاداش

ذهنشان وجود دارد که سبب این گونه رفتارهای تکرار شونده و رفتارهای اجباری می شود گاهی وقتها مسئولیت پذیری دقیقی که در این افراد وجود دارد باعث می شود بعضی وقتها هم ناشی از تربیت های افراطی خانواده و سبک فرزند پروری می باشد.

در OCD نمی شود با یک استدلال ساده فرد را مجاب کنیم که آن رفتار تکراری را انجام ندهد. درمان: در بزرگسالان می توانند توضیح دهند که برای کاهش استرس مثلاً رفتار تکراری را انجام می دهند اما کودکان ممکن است نتوانند رفتارها و اعمال ذهنی را برای بیان کنند و فقط از طریق مشاهده و بازی می توانیم این OCD را در کودکان تشخیص دهیم.

درمان از طریق دارودرمانی و رفتار درمانی است از SSRIها استفاده می شود حتی آنتی سایکوتیکها هم ممکن است تجویز شوند و اثرات خوبی هم داشته باشند اما آی تیپیکها یعنی نسل دوم مثل کوئه نیاپین، النزاپین، رسپریدون، داروهای ضد افسردگی هم مثل ICAها هم ممکن است استفاده شود. رفتار درمانی به دو شکل در OCD به صورت مداخله می توانیم انجام دهیم.

۱- مواجهه: یعنی به مددجو کمک می کنیم که کم کم با آن موقعیت هایی که برای او باعث استرس و اضطراب می شوند مواجه شود و متوجه شود که قرار نیست فاجعه ای رخ دهد.
۲- پیشگیری از پاسخ: یعنی ما کم کم با مددجو کار

به خودش می دهد و به صورت وسواسگونه دزدی را انجام می دهد در زنان بیشتر شایع است ممکن است مسائل قانونی پیش بیاید برایشان درمانها به صورت روان درمانی است.
اونیو مانیا یا خرید اجباری: به عنوان یک روش پاداش جویانه است برای کاهش اضطراب از شروع و خرید می کند نیاز به خریدن چیزی که خریداری شده ندارد در بیماران خانمی که مبتلا به افسردگی هستند بیشتر دیده می شود.
۸- اختلال یکپارچگی هویت بدن: به آن BIID هم می گویند این افراد احساس می کنند خیلی بیش از حد بدنشان کامل است و نیاز است که یک قسمت از بدنشان آسیب ببیند یا قطع شود افکارشان اینگونه است که من بیش از حد کاملاً و این اصلاً خوب نیست حالتی در آنها ایجاد می شود که به آمپوتیشن لاو می گویند یعنی عشق قطع عضو اینها پیش پزشک می روند و بیان می کنند که یک قسمت از بدنشان باید قطع شود تا اضطرابشان کم شود این افراد عضو خودشان را از رنج زدگی و آسیب می کنند و به شکلی آسیب می زنند که جز قطع عضو آن کمال و یکپارچگی در بدنشان که باعث اضطرابشان می شود کاهش پیدا می کند.

علت شفاهی: هنوز علت جامع و کامل برای OCD پیدا نشده اما بهترین چیزی که مطرح شده رویکرد شناختی است آرون ک بنیانگذار رویکرد شناختی است بیان می کند به نظر می رسد افرادی که مبتلا به OCD هستند یک جور افکار و شناختی در

نباید رفتار وسواسی اجباری بیمار را به صورت ناگهانی قطع کنیم چون باعث افزایش شدید اضطراب در بیمار می‌شود از بیمار نمی‌خواهیم که قبل از ناهار دستش را نشوید بلکه باید به صورت سریالی مثلاً ۴۵ دقیقه را بکنیم ۳۵ دقیقه و همین‌طور کاهش دهیم .

۴-آموزش به مددجو و خانواده نباید بدانند این یک جور اختلال محسوب می‌شود و قابل درمان است خانواده ممکن است مورد اذیت قرار بگیرند به علت این افکار اجباری باید همکاری کنند و مثل خانواده درمانی با این مسئله روبرو شوند. این بیماران یک درمان طولانی مدت می‌طلبند درمان‌های رفتاری شناختی بسیار کمک کننده هستند.

اسکیزوفرنی: بیماری مزمن و بسیار ناتوان کننده است .

تعریف: در این بیماری یک اختلال و عدم تناسب در رفتار افکار حساسات و برداشت فرد می‌بینیم در اسکیزوفرنی همه ی ابعاد فرد تحت تاثیر قرار می‌گیرد و این مسئله بیماری را ناتوان کننده و مزمن و درمان را سخت‌تر می‌کند این بیماری بیشتر اختلال را در افکار و رفتار نشان می‌دهد و همین سبب می‌شود که به عنوان یک آشفتگی فکری تلقی کنند.

علائم: دو دسته علائم مثبت و منفی دارد .

۱-علائم مثبت: بیمار ما از قبل این علائم را نداشته و در حین بیماری آنها را کسب می‌کند مثل توهم

کنیم آن لحظه‌ای که باید پاسخ بدهد به افکار وسواسی را به تاخیر بیندازد مثلاً بیمار ذکر می‌کند که در طول روز باید بعد از بازگشت از محل کار ۵ بار دستم را بشویم کم کم کمک می‌کنیم که همان لحظه وید سه دقیقه دیگر بشوید برنامه‌ریزی می‌کنیم که سریع به آن افکار وسواسی پاسخ ندهد.

مداخله:

۱-ارتباط درمانی: اولویت مداخله از مهم‌ترین نکته در ارتباط درمانی این است که فرد باید به عنوان یک حامی و مشوق در کنارش قرار بگیریم به او کمک کنیم که پاسخ‌های اضطرابی را برای ما بیان کند حس کنترلش را دوباره به دست بیاورد حتی تاکید کنیم که می‌دانیم چطور اضطرابی را در OCD تجربه می‌کنند .

۲-آموزش آرامسازی و مداخلات رفتاری: مشکلات مواجهه و پیشگیری روش‌های آرام‌سازی را به او یاد می‌دهیم تا عزت نفسش افزایش پیدا کند .

وقتی ما می‌خواهیم روش‌های رفتاری مثل مواجهه و پیشگیری از پاسخ را انجام دهیم باید بدانیم بیمار و مددجوی ما باید مایل باشد این کار را انجام دهد این درمانی نیست که به صورت اجباری انجام شود تمایل اینجا بسیار اهمیت دارد

۳-تکمیل یک برنامه روزانه: ما برای بیمار یک برنامه روزانه می‌شینیم به این صورت که لان ساعت غذا می‌خوری مثلاً می‌گوید ۱۲ ظهر اما ۴ دقیقه قبل از غذا باید دست و صورت بشویند ظرف بشویم که بعدش بتوانم غذا بخورم .

توهم به حیطة ادراک بیمار برمی گردد یعنی درک محرک خارجی که وجود ندارد مثل توهم شنوایی صدایی که وجود ندارد شنیده شود توهم شنوایی بینایی لامسه چشایی و بویایی .
علائم مثبت دیگر مثل هذیان یعنی افکار و عقاید سخ اشتباهی که با هیچ منطقی اصلاح نمی شود و متناسب با فرهنگ بیمار نیست سومین علامت دوگانگی است یعنی فرد یک کاری را می خواهد هم انجام دهد هم انجام ندهد هم احساس مثبتی به آن دارد هم احساس تنفر دارد مثلاً بیمار بیان می کند که عاشق مادرم هستم و می خواهم او را بکشم و به او آسایب بزنم .
آشفته گی در افکار و رفتار نامناسب هم جزو علائم مثبت است مثل پرش افکار، سستی تداعی ها، حرکات کلیشه ای.

۲- علائم منفی :علامت های عملکردهایی که بیمار قبلاً آنها را داشته در حالت سلامتی ولی الان آنها را از دست داده مثل عدم علاقه و لذت یعنی از چیزهایی که قبلاً لذت می برده دیگر نمی برد .
کاتاتونیا که فرد سستی و کندی در حرکات دارد فرد منزوی می شود و با دنیای بیرون ارتباط برقرار نمی کند فرد عاطفه کند یا سطحی دارد مثلاً فرد وقتی شاد است هیجان مناسب با فرد را نمی بینیم دچار بی توجهی و فقدان اراده می شود بی انگیزگی دارد بی تفاوت نسبت به جهان بیرونی است .
علائم مثبت سریعتر درمان می شوند و به درمان های دارویی بهتر جواب می دهند اما علامت های منفی

مزمّن تر هستند و درمان را طولانی تر می کنند .
اختلالات مرتبط :در طیف اسکیزوفرنی به جز اسکیزوفرنی اختلالات گری نیز می گنجد و با شاخص زمانی مشخص می شود
۱- اسکیزوفرنی فرم :علائم مثبت وقتی مشاهده می شود اما این علائم کمتر از ۶ ماه طول می کشد و زیر ۶ ماه درمان می شود اما اگر تشخیص دیر هنگام رخ دهد و درمان دارویی انجام نشود اسکیزوفرنی فرم ممکن است به اسکیزوفرنی تبدیل شود .
۲- کاتا توین :در کاتاتوین علائم را بیشتر توی سایکو موتور بیمار مشاهده می کنیم و علائم و نشانه ها روانی و حرکتی هستند حالت های مختلف اختلالات سایکو موتور مثل کلتالپسی ه جهت کلتاتونیک کندی روانی حرکتی دیده می شود .
۳- اختلال هذیانی :شاخص آنها این است فرد یک ۲ یا چند هذیان باور پذیر و ر عجیب دارد و کل علائم بیمار وجود این هذیان هاست یعنی هذیان هایی که در جهان واقعی ممکن است رخ بدهد مثل هذیان حسادت یعنی فرد احساس می کند شریک جنسی یا عاطفی او به او خیانت می کند مثل هذیان خود بزرگ بینی مثل فردی که بیان می کند سه تا دکترا دارد در حالی که دیپلم است مثل هذیان آراماتیک یعنی فرد حس می کند یک آدم از طبقه اجتماعی بالاتر عاشق اوست.

۴- اختلال روان پریشی گذرا :
این اختلال را می توانیم به صورت ناگهانی یعنی علائم مثبت و منفی را به صورت ناگهانی پس از یک

علمی هم تاثیر دارند که داروی آنتی سایکوتیک بر این مبنا اثر می‌گذارند. در این نظریه عوامل ایمنی هم مطرح است افرادی که در زمان تولدشان در معرض بعضی از ویروس‌ها قرار گرفته‌اند یا پاسخ‌های بدن در معرض قرار گرفتن در مقابل برخی ویروس‌ها می‌تواند علائم اسکیزوفرنی را در آنها تشکیل بدهد و در شیوع بیشتری نسبت به سایرین قرار دارند. بحث فرهنگی هم بیان می‌شود و گفته می‌شود که در برخی از مناطق جغرافیایی نوع خاصی از اختلالات وجود دارد مثل داستان زار که در مناطق جنوب وجود دارد.

که میگن زار کسی که حالا یا بابازار یا مامان زار هم می‌گویند روحی او را تسخیر می‌کند علائمی به شکل رفتار آشفته گفتار آشفته مثل اسکیزوفرنی از خود نشان می‌دهد که البته در آن محل‌ها آن را به صورت اختلال روانی نمی‌دانند آن را به عنوان یک مراسم سنتی و یک فرد نشان کرده می‌دانند و حتی از او کمک می‌گیرند. درمان‌ها: درمان‌های دارویی و درمان‌های روانی اجتماعی دیده می‌شود. نکات مهم درمان‌های دارویی: در مورد ضد جنون‌ها صحبت کردیم که به دو دسته نسل اول و دوم تقسیم می‌شود داروهای نسل اول آنتاگونیست‌های دوپامین هستند و نسل دوم همزمان آنتاگونیست دوپامین و سروتونین هستند. داروهای نسل اول روی علائم مثبت اسکیزوفرنی اثر

اتفاق مثلاً فوت یک عزیز، بیکاری در افراد ببینیم. همه علامت‌ها وجود دارند اما کمتر از یک ماه طول می‌کشند و بعد برطرف می‌شوند. ۵- روان پریشی مشترک: عاملی که این را از اسکیزوفرنی متفاوت می‌کند؛ فرد مبتلا و یک شریک زندگی نزدیک مثل مادر همسر خواهر یا برادر ه یک هذیان مبتلا هستند بیشتر در زن و شوهرها پدر فرزند و خواهر و برادرها ایجاد می‌شود. مثل فیلم عنکبوت که همسر و فرزندش هم این هذیان مذهبی را داشتند قتل‌های او را تایید می‌کردند. یا پدر و مادر بلیک خرم‌دین که مادرش منفعل بود و تلقین پذیر بود و هذیان همسرش که بچه‌ها رو باید کشته و تکه تکه شوند را داشت.

۶- شخصیت اسکیزو تایپال: یکی از اختلالات شخصیت است که مادر فرد افکار و رفتار و چیزهای عجیب غریبی که در اسکیزوفرنی دیده می‌شود را می‌بینیم با یک شاخص متفاوت ه به آن اختلال شخصیت می‌گویند. سبب شناسی: در اختلال اسکیزوفرنی یک نظریه زیستی و یک نظریه پویایی خانواده وجود دارد. نظریه پویای خانواده را هنوز خیلی‌ها قبول ندارند و تصویب نشده، اما در اختلال اسکیزوفرنی بحث خانواده و محیط به شدت بیماری و شدت علائم تاثیرگذارند. نظریه زیستی مثل ژنتیک: ژنتیک خیلی در این اختلال پررنگ است و به صورت ارثی اثر دارد بحث نور و آناتومی نورو شیمیایی است که درمان دارویی هم بر همین مبنا کار می‌کند، انتقال دهنده‌های

حتی ممکن است ۱۸ تا ۲۴ هفته بعد بروز کند و آموزش باید بدهیم برای انجام CBC و WBC باید بالای ۳۵۰۰ باشد.

درمان روانی اجتماعی: این بیماران دچار انزوای اجتماعی می‌شوند. دچار ترس می‌شوند. ممکن است ایمنی آنها به خطر بیفتد یا افراد خانواده شرمگین باشند یا ترس داشته باشند یا خودشان را در اختلال و بیماری فرزندشان مقصر بدانند. باید آموزش‌های روانی اجتماعی بدهیم که خیلی کمک کننده است.

بهترین اثربخشی در آموزش‌های روانی اجتماعی برای بیماران این است که این آموزش‌ها در محیط بیمار به او داده شود. در محیط خود مددجو وارد شود.

مداخلات در اسکیزوفرنی: اولین و مهم‌ترین آن ارتقای ایمنی بیمار است. این بیماران بیشتر دچار آسیب به خودشان و سایرین می‌شوند. چون فرایند تفکر، ادراک، احساسات و شناخت در آنها به شدت تحت تاثیر قرار می‌گیرد، باید خشم آنها کنترل شود.

مسئله دیگر مسئله ارتباط درمانی است برای مددجوهایی که هذیان و توهم دارند و به سختی ارتباط برقرار می‌کنند، یک ارتباط درمانی ممکنه بسیار سخت و ناامید کننده باشد.

باید صبر و تحمل زیادی داشته باشیم و با توجه به اینکه هذیان و توهم چه چیزی دارند، ارتباط درمانی بر مبنای خود فرد صورت گیرد. ممکنه پاسخ‌هایی بدهند که ما معنای آن را بفهمیم و باید از سوالات واضح کوتاه استفاده کنیم.

یک مداخله مهم در بیماران اسکیزوفرنی مداخله در هذیان‌های آنهاست نکته قابل توجه این است که اون‌ها با هیچ منطقی اون عقیده راسخ را نمی‌توانند تغییر دهند و نکته مهم این است که نه

می‌گذارند مثل هذیان‌ها و توهم‌ها و داروهای نسل دوم روی علائم منفی اثر می‌گذارند. داروهای نسل اول عوارض زیادی مثل عوارض اکسترا پیرامیدال و داروهای نسل دوم علائم و عوارض عصبی کمتری داشتند اما عوارض آنتی کولینرژیک بیشتری داشتند. اسکیزوفرنی یک بیماری مزمن است و بعضی از بیمارها ممکن است تبعیت مناسب دارویی نداشته باشند که از داروهای دیپو استفاده می‌شود.

عوارض دارویی: عوارض آنتی سایکوتیک‌ها بسیار گسترده هستند مثل عوارض خارج هرمی، داروهای نسل اول مثل هالو پریدول کلرپرومازین عوارض بیشتری می‌دهند مثل ارکین سونیسیم کاذب آکانثریا و خطرناک‌ترین آن دیسکینزی تاخیری است که مزمن و تاخیری و غیر قابل بازگشت است. در مصرف این داروها باید مراقب این عوارض باشیم و در صورت بروز عوارض باید داروهای مثل بی پیریدین و دیفن هیدرامین تزریق شود، حمایت تنفسی کنیم. عوارض آنتی کولینرژیک که مداخلات خاص خود را می‌طلبد مصرف مایعات را بالا ببرد، از تکه‌های یخ و آدامس شیرین برای خنکی دهان استفاده کند، یا افت فشار خون وضعیتی آموزش می‌دهیم که در چند مرحله تغییر وضعیت بدهد

یکی از مهم‌ترین عوارض به خصوص در کلوز آمین که نسل اول است، اگر آنولوسیتوز است که باید هر هفته CBC چک شود و بیمار به لحاظ تب و عفونت و گلودرد پایش شود.

اختلالات مرتبط:

۱- اختلال افسردگی مداوم: یک سیر بسیار فرم داریم و فرد سالیان سال است که درگیر یک حقوق ثابت است. فرد سال‌های متمادی است که احساس بی‌اشتهایی، بی‌خواهی، غم و ناامیدی دارد. انرژی همیشه پایین است. اعتماد به نفس پایین است. از چیزی لذت نمی‌برد. خیلی خفیف‌تر از افسردگی اساسی است که بخواد اختلال در عملکرد فرد ایجاد کند؛ ولی به صورت کلی فرد تمام زندگیش این خلق افسرده را تجربه می‌کند.

۲- اختلال بی‌نظمی خلق مخرب: این اختلال را ما زیر ۱۰ سالگی می‌توانیم در فرد مشاهده کنیم. یعنی فرد از زیر ۱۰ سال دوره‌هایی از خلق تحریک پذیر پرخاشگری‌های شدید احساسات خشم شدید را نشان می‌دهد. مزمن است.

۳- اختلال خلق ادواری: نزدیک به اختلال دوقطبی است و فرد دوره‌هایی از افسردگی را با دوره‌هایی از هایپوماین تجربه می‌کند؛ اما خفیف‌تر از اختلال دوقطبی است؛ اما اختلال در عملکرد ایجاد نمی‌کند.

۴- اختلال خلقی ناشی از مصرف مواد: فرد اختلال دوقطبی را نشان می‌دهد؛ اما در تاریخچه او مصرف مواد مخدر مزمن مثل الکل اختلال ایجاد می‌کند و این اختلال خلقی مرتبط می‌شود با مصرف مواد.

۵- اختلال خلقی فصلی: یا در اوایل پاییز و زمستان فاز افسردگی را تجربه می‌کنند. به این شکل که تحریک پذیر می‌شوند. احساس خواب آلودگی می‌کنند. ضعف اندام‌ها را تجربه می‌کنند. اشتها کم می‌شود و زمانی که به سمت بهار می‌روند، شرایط برای آنها بهتر می‌شود. در دسته دوم اختلالات خلقی از بهار و تابستان شروع می‌شود. درمان در این افراد نسبت به

آنها را تایید می‌کنیم و نه آنها را به شدت و محکم انکار می‌کنیم، مداخله پرستار باید به شکل به شک انداختن تدریجی بیمار باشد. نمی‌توانیم به سرعت آنها را متقاعد کنیم که هذیان آنها اشتباه است و به همین دلیل او را به شک می‌اندازیم.

در توهم‌ها هم همین کار را انجام می‌دهیم. تلاش‌ها در مداخله در توهم‌ها تمرکز بیمار و پرستار در نزدیک کردن بیمار به واقعیت است. نه رد می‌کنیم و نه تایید می‌کنیم. او را به شک می‌اندازیم. از او می‌خواهیم به صورت واضح مفهوم و محتوای توهم را برای ما توضیح دهد به او احساس امنیت می‌دهیم و توهم او را قضاوت و مسخره نمی‌کنیم.

مداخله بعدی آموزش مددجو و خانواده است که خیلی مهم است که بیمار و خانواده‌اش در این هذیان و توهم‌ها علائم مثبت و منفی آموزش ببینند روی مصرف داروها و عوارض داروها باید آموزش دهیم.

آموزش مراقبت از خود می‌دهیم چون در اسکیزوفرنی بیمار مراقبت از خود را از دست می‌دهد. اساس مراقبت از خود در مداخلات پرستاری استقلال بیمار است؛ یعنی او را یک فرد مستقل آموزش می‌دهیم.

آموزش‌های مهارت اجتماعی را انجام می‌دهیم. وارد جامعه شود و چگونه از وسایل اجتماعی استفاده کند و نحوه ارتباط با دیگران را آموزش می‌دهیم.

اختلالات خلقی و خودکشی: اختلالات مربوط به اموشن یا مود است. اموشن حیطه هیجان روانی است که مود و افکت در آن می‌گنجد. در اختلالات خلقی تغییرات گسترده‌ای را در خلق می‌بینیم که به اختلال عملکرد شغلی، عاطفی و خانوادگی فرد منجر می‌شود و به همین دلیل به آن‌ها Oisorder می‌گویند.

نباید به صورت ناگهانی قطع شوند و باید Tupper شوند.

ضد افسردگی‌های چند حلقه‌ای که سه حلقه‌ای‌ها از بقیه پرکاربردترند (TCA)- مصرف این داروها تا شروع اثر ممکن است ۱۰ تا ۱۴ روز طول بکشد. این روح‌ها در افرادی که اختلال عملکرد قلبی دارند و اختلال عملکرد کبد دارند منع مصرف دارد. به هیچ عنوان داروهای ضد افسردگی حلقوی نباید با MAO مصرف شوند.

دسته دارویی بعدی ضد افسردگی‌ها SSRI ها هستند. مهمترین نقطه در این دسته بررسی هاپیوناتر می است. اولین علامتی هم که این داروها می‌دهند بی‌خوابی است.

دسته سوم MAO هستند. همزمان با SSRI ها منع مصرف دارد و باید خون از دارو پاکسازی شود و بعد دسته دیگر آغاز شود. چون فرد ممکن است دچار سندروم سروتونین شود. این سندروم باعث تغییر در وضعیت روانی، برانگیختگی عصبی عضلانی و ناهنجاری اتونومیک می‌شود. پاکسازی یعنی دو برابر نیمه عمر دارو بگذرد.

MAO بحران فشار خون می‌دهد. اگر با غذای تیرامین دار مصرف شوند.

درمان دیگر الکتروشوک درمانی است. یعنی اعمال تشنج به وسیله جریان برق.

روان درمانی و ارتباط درمانی راه‌های دیگر درمان هستند: باید به بیمار احساس استقلال بدهیم.

اولین اولویت در درمان افسردگی اساسی ارزیابی خودکشی است. دو نقطه زمانی است که باید مراقب خودکشی باشیم یکی پس از شروع درمان و زمان ترخیص.

سایر اختلالات خلقی متفاوت است. درمان در این افراد با نور درمانی است.

۶- افسردگی بعد از زایمان: خودش را به شکل کاهش اشتها، تحریک پذیری، گریه‌های بی‌دلیل، خستگی، ضعف حافظه و حملات گریه و اضطراب‌های نابهنجار نشان می‌دهد. باید ۴ هفته بعد از زایمان اتفاق بیفتد و اگر خوب درمان نشود و به آن توجه نشود، به سایکوز پس از زایمان تبدیل می‌شود. توهم و اختلال در قضاوت و بینش پیدا می‌کند و ارتباط فرد با واقعیت قطع می‌شود که جزو اورژانس‌های روانپزشکی است.

PMS و افسردگی پس از زایمان هم داریم در این دسته‌ها.

افسردگی اساسی: MDD

علائم در افسردگی اساسی باید به این شکل باشد که فرد زمان خیلی مهم است. فرد دو هفته یا بیشتر خلق افسرده داشته باشد و از علائم آن حداقل ۴ علامت در فرد وجود داشته باشد.

علائم: عدم علاقه و لذت یعنی فرد از چیزهایی که قبلاً لذت می‌برده دیگر لذت نمی‌برد و این مسئله را باید طولانی مدت دیده شود.

تغییرات اشتها داریم برخی به سمت پرخوری و برخی بی‌اشتهایی را تجربه می‌کنند. تغییر الگوی خواب مثل پر خوابی یا بی‌خوابی داریم. کاهش انرژی و تمرکز را در این افراد می‌بینیم. کاهش عزت نفس و مشکل در تصمیم‌گیری دارد.

درمان: داروهای ضد افسردگی استفاده می‌شوند؛ اما بسته به شرایط و علائم فرد ممکنه از داروهای دیگر مثل ضد اضطراب‌ها و ضد جنون‌ها هم استفاده شود. داروهای ضد افسردگی

خانوادگی مختل نمی‌شود. چیزی به عنوان توهم و هذیان و اختلال تفکر و ادراک نداریم.

درمان: درمان دارویی به سمت تثبیت کننده‌های خلقی می‌رود؛ اما تثبیت کننده‌های خلقی مخصوصاً لیتیوم بسیار تواتر هستند و در بارداری منع مصرف دارد. تثبیت کننده‌ها شامل لیتیوم و ضد تشنج‌ها هستند.

لیتیوم: یک نمک مانند سایر نمک‌هاست. اثرات درمانی بسیار مطلوبی دارد؛ اما در بیماری کلیوی منع مصرف دارد. سطح سرمی خون باید چک شود. سطح مطلوب و درمان آن بین ۰/۸ تا ۱/۵ است. شروع اثر آن بین ۵ تا ۱۴ روز طول می‌کشد. تشنگی مداوم و رقیق شدن ادرار می‌دهد. با سدیم رابطه عکس دارد. آب کافی بنوشد. لرزش دست دارند.

ضد تشنج‌ها: مثل کاربامازپین یا تکریتل، گاباپانتین، لاموترپژین، دپاکین

کار با مازوپین اولین دارویی بود که فهمیدن تثبیت کننده خلق هم می‌تواند باشد. نکته مهم در این دارو عارضه آگرانولوسیتوز می‌دهد و باید WBC و LBC حتماً چک شود. سطح سرمی دارو هم سنجیده شود که دچار مسمومیت نشوند. داروی دیگر که بسیار مصرف می‌شوند، دپاکین است. ممکنه عوارض کبدی بدهد و آزمایشات باید به صورت دوره‌ای چک شوند.

درمان دیگر روان درمانی است. باید مراقب خطر خودکشی در فاز افسردگی باشیم.

مداخلات:

در بیماری که در فاز مانیا اختلال دو قطبی قرار دارد، برقراری ایمنی بسیار اهمیت دارد. در بیمار در فاز مانیا بهتره که بیماران را در رقابت‌های بزرگ قرار ندهیم. چون باعث آسیب به خود و یا دیگران می‌شوند و ممکن است

وقتی درمان شروع می‌شود، آخرین علامتی که دارو می‌تواند برطرف کند افکار خودکشی است.

اختلال دو قطبی:

یک نوسان خلقی قابل توجه در این بیماران می‌بینیم از خلق افسرده به سمت ماین.

در ماین ضعف در قضاوت، خودبزرگ بینی، روزهای پر انرژی و بی‌خوابی‌هایی که با کاهش سطح انرژی همراه نیست، مشاهده می‌شود. بینش و قضاوت بیمار مختل می‌شود. رفتارهای تکانه‌ای زیادی را مثل ولخرجی، رفتارهای بی‌پروای جنسی، ارتباط گرفتن با غریبه‌ها، حواس پرتی و تجربه محرک‌های زیاد مثل تکلم پرفشار و پرش افکار را تجربه می‌کنند. اعتماد به نفس به صورت اغراق آمیز تجربه می‌کند.

انواع آن:

۱- اختلال دوقطبی نوع یک: دوره‌هایی از ماین یا ماینی خالص را داریم با یا بدون تجربه دوری‌هایی از افسردگی. یعنی فرد ممکنه دوره‌هایی از ماین با ویژگی‌های بالا را تجربه کند یا اینکه دوره‌هایی از ماین به علاوه دوره‌هایی از افسردگی اساسی را تجربه کند.

۲- اختلال دو قطبی نوع دو: در این نوع فرد دیگه ماین را ملاقات نمی‌کند. دوره‌هایی از هایپو ماین به علاوه دوره‌هایی از افسردگی اساسی را تجربه می‌کند.

۳- نوع مختلط: قطعاً یک دوره ماین و یک دوره افسردگی اساسی، باز یک دوره ماین به یک دوره افسردگی اساسی همینطور پشت سر هم تجربه می‌کند.

در هایپوماین بیمار علائم ماین را تجربه می‌کند؛ اما با دوز بسیار کمتر. بیمار نیاز به بستری پیدا نمی‌کند و عملکردهای شغلی تحصیلی و

خانواده داشته باشد. باید افراد خانواده را در درمان درگیر کنیم و به فرد نشان دهیم که افراد خانواده برای او ارزش قائل هستند و اشتباه شناختی او نسبت به خانواده را حل کنیم. می‌توانیم فروپاشی خانواده را در جریان خودکشی یک فرد خانواده را مشاهده کنیم.

پاسخ پرستار به بیمار وقتی که بیمار به او بیان می‌کند که افکار خودکشی دارد، باید بهترین پاسخ را بدهد. این است که به او نشان بدهد که من کمکت می‌کنم. کنارت هستم. باید به او نشان بدهد که این تصمیم در لحظه ممکن است تصمیم درستی نباشد. نباید در او احساس گناه، عذاب وجدان و قضاوت ایجاد کرد. یعنی صدای پرستار نباید به آنها احساس انزجار و سرزنش ایجاد کند و باید احساس همدلی و کمک و حمایت را منتقل کند.

سبب شناسی اختلالات خلقی:

در اختلالات خلقی ژنتیک مانند سایر اختلالات روانی نقش بسیار پررنگی دارد.

در مورد نوروترانسمیترها مثل نور اپی نفرین و سروتونین در افسردگی کاهش پیدا می‌کنند. بحث و گیر لایندهسینینگ است که این نظریه را مطرح می‌کند که ضد تشنج‌ها در درمان اختلالات خلقی می‌توانند موثر باشند. لایندهسینینگ یک فرایند است که به دلایل مختلفی مثل تکانه‌های الکتریکی یا مواد شیمیایی، مسیرهای اعصاب را تحریک می‌کند و آستانه تشنج پایین می‌آید و ضد تشنج‌ها مانند لینهسینینگ می‌شود.

تأثیرات غذای عصبی هم در افسردگی اثر دارد. مثلاً هایپوتیروئیدی

نظریه‌های روان پویایی نیز در سبب‌شناسی اثر دارند. اینکه فرد در چه خانواده‌ای رشد کرده باشد و چه گذشته‌ای را گذرانده است احساس

علائم پرخاشگری نشان دهند. در این بیماران مهم است که محدودیت‌ها، قوانین و ضوابط بخش یادآوری شوند و بازگو شود. در این بیماران از جملات کوتاه و واضح برای فهم اون چیزی که می‌خواهیم با آنها انتقال دهیم استفاده می‌کنیم. در فاز مانیا بیمار خیلی آموزش‌پذیر نیست و تمرکز و توجه ندارد. خودکشی:

یکی از اورژانس‌های روانپزشکی است. افکار خودکشی باید بررسی شود. تنها سوالی است که آن را به صورت مستقیم باید از بیمار بپرسیم.

اقدام به خودکشی باید سریع تشخیص داده شود. سابقه خودکشی را اگر ذکر کند، در سه ماهه اول خطرناک‌ترین دوره زندگی را برای اقدام مجدد داره می‌گذرونه.

مثل شاید اختلالات روانی که بحث سابقه خانوادگی در آن مطرح است. اگر در خانواده‌ای اقدام به خودکشی یا خودکشی قطعی اتفاق افتاده باشد، افراد نزدیک آن خانواده در خطر بیشتری نسبت به اقدام به خودکشی قرار دارند.

اقدامات:

بررسی مهمترین مداخله در خودکشی است. با سوال‌های مستقیم باید بررسی کنیم اقدام بعدی درمان اختلال اصلی بیمار است. ما در مداخلات خودکشی یک نقش مقتدرانه داریم. یعنی باید مقتدرانه رفتار کنیم در مقابل فردی که قصد خودکشی دارد. باید یک محیط امن برای بیمار فراهم کنیم. وسایل تیز و برنده و خطرناک باید دور از دسترس بیمار باشد. باید سیستم‌های حمایتی فرد را بررسی کنیم. جامعه و خانواده چطور او را حمایت خواهند کرد.

پاسخ خانواده اهمیت دارد. فردی به سمت خودکشی می‌رود که احساس طرد شدن نسبت به

افرادی که دچار اختلالات شخصیت هستند به بیماری خود بینش ندارند و احساس می‌کنند رفتار آنها درست است و سایرین هستند که رفتار و منش‌ها خطا است و چون به بیماری بینش وجود ندارد، پس جستجوی درمان هم محدود می‌شود. مسئله دیگری که در این بیماران باعث مقاومت در درمان می‌شود، این است که ما می‌خواهیم الگوهای پایدار شخصیتی که ماندگار هم هستند و سال‌های اولیه فرد او را همراهی می‌کنند بشکنیم. شکست و تغییر و تعدیل همچنین الگوهای مانا و پایداری بسیار دشوار است. به همین دلیل جز درمان‌های سخت است و گاهی آن را بی‌درمان احساس می‌کنند.

درمان:

به‌یه شکل است درمان دارویی خیلی اثری ندارد و آن را به صورت علامتی می‌دهیم با توجه به اینکه فرد به کدام اختلال شخصیت دچار است و چه علامتی را نشان می‌دهد، ما از دسته‌های مختلف داروهای روانپزشکی استفاده می‌کنیم. مثلاً زمانی که فرد در اختلال شخصیتی تایپ ۳ بیشتر استرس و اضطراب را تجربه می‌کند و ما از داروهای ضد اضطراب و بنزودیازپین‌ها استفاده می‌کنیم یا فردی که دچار اختلال شخصیت تایپ A است، ممکنه از هم گسیختگی تفکر، هذیان‌ها، توهم و بعضی از پرخاشگری خاص را تجربه کند که برای کنترل آن از آنتی سایکوتیک‌ها با دوز کم استفاده می‌شود. یا افرادی که دوره‌های از افسردگی را تجربه می‌کنند از ضد افسردگی‌های SSRI‌ها یا MAO استفاده می‌شود. خیلی تمرکز روی درمان دارویی نیست. درمان دیگر روان درمانی فردی گروهی است تمرکز آن روی اعتمادسازی فرد است. روی مهارت‌های زندگی، ارتقای مهارت‌های حل مسئله، مقابله شدن با واقعیت، حمایت و تخفیف علائم از اهداف ماست که در

ناکافی بودن به فرزند می‌دهند. خود تحقیری در بیماران نشان دهنده این است که فرد در مسیر زندگی مداوم خود را سرزنش کرده، خود آرمانی که فرد برای خودش در نظر گرفته نسبت به خود واقعی که الان وجود دارد، بسیار متفاوت است.

افسردگی همینطور می‌تواند خود را به دنبال یک تجربه شدید یا یک بحران نشان داده شود. بی‌عهدی والدین، طرد شدن‌های پشت سر هم، تجربه تحریف‌های شناختی از تجربه‌های تلخ. اختلالات شخصیت:

شخصیت را مجموعه‌ای از رفتار، منش، ادراکات، احساسات عقیده و نگرش نسبت به مسائل مختلف که این‌ها الگوی ثابت و ریشه‌دار و پایه ای و ماندگار هستند می‌بینیم. پس اختلالات شخصیت به اختلال در عملکرد شخصیت گفته می‌شود. زمانی که این الگوی پایدار و ماندگار به شکل سبکی باشد که در زندگی شخص و اطرافیان خود وارد کند، باعث می‌شود که فرد الگوی رفتاری و نگرش عجیب و غریب داشته باشد که از هنجارهای انسانی و فرهنگی به دور هستند.

اختلالات شخصیت مثل خیلی از اختلالات روانی دیگر برگرفته از محیط ژنتیک همزمان هستند.

اختلالات شخصیت در محور دوم اختلالات روانپزشکی قرار می‌گیرند. در کنار ناتوانی‌های ذهنی این الگوی نابهنجار شخصیتی از قبل از ۱۸ سالگی علائم و نشانه‌ها را نشان می‌دهد؛ اما تا ۱۸ سالگی به شخصیت به طور کامل شکل بگیرد این تشخیص داده نمی‌شود.

مورد بسیار مهمی که در اختلالات شخصیتی وجود دارد مقاومت در درمان است.

۳ اختلال در این دسته دیده می‌شود. اساس این شخصیت‌ها رفتارهای عجیب و غریبی است که از آنها سر می‌زند و آنها را از هنجارهای شخصیت‌های سالم به دور می‌کند.

۱- پارانوئیدها: اساس علائم به ویژگی شخصیت آنها سوءظن داشتن و بی‌اعتماد بودن به دیگران است. عواطف محدودی دارند و تمام زندگی آنها در حال دفاع از خودشان هستند. همین عاطفه محدود و سوءظن داشتن به دیگران و حالت دفاعی باعث یک الگوی ماندگار رفتاری در آنها می‌شود که آنها را در این دسته قرار می‌دهد. مهمترین مکانیسم دفاعی در پارانوئیدها مکانیسم دفاعی فرافکنی است. یعنی انتخاب آن ویژگی‌های منفی و منفور و منزجر کننده و ناپسندی که در فرد وجود دارد به دیگران.

مهمترین مسئله در اختلالات شخصیت این است که مداخلات پرستاری به چه شکل باشد. در بیماران که اختلال شخصیت پارانوئید دارند، رویکرد پرستار باید جدی و رک باشد. به هیچ عنوان با این بیماران پارانوئید چون سراسر سوءظن و بی‌اعتمادی هستند و شروع به تفسیر رفتارها می‌کنند، نباید شوخی کرد و نباید حرف‌ها را به صورت غیر مستقیم و تلویحی بیان کرد. باید به صورت رک و ساده و صاف و شفاف باشد. مهمترین چیز دیگر آموزش اعتباریابی افکار است. به آنها یاد می‌دهیم الان افکار سوءظن داری که در ذهن آنها آمده را یاد بگیرند. بسنجند که آیا این فکر یک پست واقعی است یا به خاطر اختلال آنها در آنها به وجود آمده است.

۲- اختلال شخصیت اسکیزوئید: اسکیزوئیدها به شدت منزوی هستند و تلاش می‌کنند که از روابط اجتماعی کناره‌گیری داشته باشند که این باعث می‌شود رفتارهای عجیب و غریب از خود نشان دهند. عاطفه محدود دارند. صورت ماسکه

هر کدام از اختلال‌ها به صورت مجزا و مورد توجه قرار می‌گیرد.

اختلالات مرتبط:

۲ اختلال دیگر هست که با اختلالات شخصیت مرتبط هستند و آنها را جز اختلالات شخصیت نه اما با آن مرتبط می‌دانند.

۱- شخصیت و رفتار افسرده: که در آن فرد یک رفتار ذاتاً افسرده دارد و علائمی که در افسردگی اساسی در لحاظ خلقی می‌شود را ممکن است فرد شخصیتش شامل این اختلال می‌شود که به صورت کلی افت و بالا رفتن ندارد و نهایتاً به یک افسردگی اساسی تبدیل می‌شود.

۲- رفتار منفعل پرخاشگرانه: این افراد یک شخصیتی دارند که در بعضی از مناطق زندگی خود یک رفتار منفعلانه دارند. ظلم جبر و کارهایی که به آنها مربوط نمی‌شود را به هر شکلی می‌پذیرند؛ اما در ادامه ناگهان رفتار انفجاری پرخاشگران نشان می‌دهند. بیشتر عبوس و گوشه‌گیر و منفعل هستند که جز اختلالات مربوط به اختلالات شخصیتی مربوط می‌شوند.

تقسیم بندی اختلالات شخصیت:

به ۳ دسته کلی الف، ب، پ یا A، B، C تقسیم بندی کرده‌اند. با توجه به عمومیتی که در آنها بوده و نقطه تمرکزی که در آن شخصیت‌ها وجود داشته تقسیم کرده‌اند. مثلاً دسته A شامل رفتارهای عجیب غریب می‌شوند. دسته B شامل رفتارهای دمدمی و نمایشی و دسته C شامل رفتارهای مضطرب و هراسناک نشان می‌دهند و اضطراب هسته اصلی این اختلال است.

۱) A رفتارهای عجیب و غریب:

به دیگران آسیب رسان باشد. مهمترین اقدام در برخورد با این افراد، تامین محدودیت‌ها با آن فرد است. به آنها توضیح می‌دهیم که شما اجازه تجاوز به حقوق دیگران را ندارید. به آنها حل موثر مسئله را یاد می‌دهیم و آموزش می‌دهیم که برای حل مسئله خود از روش‌های غیر آسیب رسان به خود و دیگران استفاده می‌کنند. مدیریت خشم و ناامیدی را به آنها یاد می‌دهیم. مدیریت هیجان را به آنها آموزش می‌دهیم.

۲- اختلال شخصیت مرزی یا بوردر لایف: آنها به شدت روابط ذهنی، عاطفی و روابط ناپایداری را تجربه می‌کنند. ممکنه در یک ماه با ۵-۶ نفر وارد رابطه عاطفی شوند؛ اما از همه آنها آسیب می‌بینند، ناپایدار هستند. رفتارهای تکانش دار انجام می‌دهند. مثلاً ناگهان تصمیم می‌گیرند به خودکشی، به خودزنی. ناگهان تصمیم می‌گیرند رابطه عاطفی خود را به پایان برسانند. تصمیماتی که پشت آنها منطق نیست. خودکشی ژست خودکشی یا خط انداختن روی بدن یا خودکشی با قرص خواب در اختلال دیده می‌شود.

در آنها شخصیتی که حفظ ایمنی بیمار به عنوان اولین مداخله شناخته می‌شود، این اختلال است. چون این‌ها رفتارهای بسیاری دارند که منجر به آسیب به خود می‌شود. مراقبت دیگر در آنها یاد دادن مدیریت هیجان به آنهاست. مدیریت احساسات و بازسازی شناختی هم یکی از درمان‌های بسیار خوب CBT است که در آن فرد با افکار منفی خود روبرو می‌شود.

۳- اختلال شخصیت نمایشی: نمایش‌ها به شدت و به صورت افراطی احساساتی هستند و اساس شخصیت و رفتارها و ادراک آنها جلب توجه تشکیل می‌دهد و سبب می‌شود که در روابط اجتماعی خود به مشکل بخورند. هر چیزی را انجام می‌دهند برای اینکه در مرکز توجه باشند.

دارند. تمام اسکیزوئیدها بیشتر از اینکه با آدم‌ها درگیر باشند، با وسایل و ابزار درگیرند. ارتباط اجتماعی بسیار محدودی دارند. بهترین مراقبت پرستاری یا مداخله پرستاری این است که عملکرد آنها در جامعه را بهبود ببخشیم. چون آنها از جامعه دور می‌شوند و ارتباطات بسیار محدودی دارند. شاید فقط با چند نفر ارتباط برقرار کنند.

۳- اختلال شخصیت اسکیزوتایپال: مثل دو اختلال دیگر از روابط اجتماعی دور هستند. با جهان بیرون ارتباط زیادی ندارند. نکته مهم این است که یک سری تحریف‌های ادراکی شناختی در آنها وجود دارد. به این شکل که با اشیا حرف می‌زنند. افکار جادویی دارند. در سحر و جادو غرق هستند. مثلاً فکر می‌کنند که می‌توانند باز شوند. باران سیاه ببارد. تمام زندگی آنها درگیر سحر و جادو با توجه به فرهنگ هستند. مهمترین مداخله پرستاری در آنها آموزش خود مراقبتی و مهارت‌های اجتماعی است. به علت مشکلات رفتاری و درگیر سحر و جادو بودن ممکنه نتوانند به درستی از خود مراقبت کنند و امنیت آنها به خطر بیفتد.

۲) B رفتارهای دمدمی و نمایشی: ۴ حیطه و اختلال در آن قرار دارد.

۱- اختلال شخصیت ضد اجتماعی: تمام ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری آنها حول محور نادیده گرفتن دیگران و حقوق دیگران و مقررات را شکستن شکل می‌گیرد. آنها اغلب در حال پرخاشگری و آسیب زدن به دیگران هستند. دزدی می‌کنند و آن را جزئی از شخصیت خودشان می‌دانند و هیچ وقت به خاطرش عذاب وجدان ندارند. در آنها super ego به وجدان تشکیل نشده و آنها خیلی جاها آگاهی ندارند. نسبت به این قضیه که رفتار آنها چقدر می‌تواند

۳) رفتارهای مضطرب و هراسناک: شامل ۳ دسته است:

۱- اختلال شخصیت اجتنابی: کلاً وارد اجتماع نمی‌شوند. اسکیزوئیدها هم وارد اجتماع نمی‌شوند؛ اما آنها به صورت خواسته کناره می‌گرفتند؛ اما اجتنابی‌ها چون به شدت ترس از طرد شدن دارند، وارد روابط اجتماعی نمی‌شوند. چون شدیداً احساس عدم کفایت می‌کنند. نگران هستند که در روابطی که وارد آن می‌شوند، ارزیابی تهری صورت بگیرد. آنها نیازمند حمایت و اطمینان دادن هستند. باید حمایت را به آنها نشان دهیم. چون افکار منفی شدیدی نسبت به خودشان دارند. در موقعیت‌های مختلف باید از درمان بازسازی شناختی برای آنها استفاده کرد. عزت نفس پایینی دارند. با مداخله باید به صورت ارتقای عزت نفس در آنها باشد.

۲- اختلال شخصیت وابسته: آنها یک فردی را به عنوان کسی که به او وابسته هستند، پیدا می‌کنند. به او می‌چسبند و یک رفتار مطیع و چسبنده از خود نشان می‌دهند. قابلیت مراقبت از خودشان و تصمیم‌گیری را ندارند. مدام به فردی احتیاج دارند که از آنها مراقبت کند. برای آنها تصمیم بگیرد و به جای آنها حتی زندگی بکند. مداخله ما اعتماد به نفس دادن و استقلال دادن به آنهاست. به آنها یاد می‌دهیم که به تنهایی بتوانند حل مسئله و تصمیم‌گیری را انجام دهند. بازسازی شناختی برای اینکه به آنها یادآوری کنیم که قابلیت‌هایی دارند که می‌توانند از آن استفاده کنند.

۳- اختلال وسواس اجباری: این افراد افرادی هستند که به شدت کمالگرا هستند. کنترل و نظم در زندگی آنها جایگاه شاخصی دارد و این نظم باعث اذیت و آزار دیگران می‌شود. زندگی کردن با آنها سخت است. در کودکی والدینی

در ظاهر خود تغییراتی ایجاد می‌کنند، برای اینکه مورد توجه قرار بگیرند. حتی ممکن است حیات خود را به خطر بیندازند تا به هر شکلی مورد توجه باشند. لباس‌های خاص می‌پوشند.

در برخورد با اختلال شخصیت نمایشی، بازخورد واقعی به رفتار بسیار اهمیت دارد و مهم‌ترین مداخله است. رفتار درست، عدم توجه به آن رفتار برای جلب توجه یا توجه به اندازه‌ی رفتاری که دارد انجام می‌شود، است. مثلاً بیمار خود را به تشنج می‌زند. وقتی می‌دانیم به صورت ساختگی هستند، نباید کلاً به او توجه نکنیم یا توجه افراطی نشان دهیم. یک بازخورد واقعی می‌دهیم. بالای سرش می‌رویم. او را به آرامش دعوت می‌کنیم و به او می‌گوییم این یک تشنج واقعی نیست. نیاز به اقدام خاصی ندارد؛ اما اگر چیزی برای صحبت کردن وجود دارد به ما بگو.

۴- اختلال شخصیت خودشیفته: در این اختلال همدلی در آنها شکل نمی‌گیرد. نمی‌توانند با دیگران همدلی داشته باشند. یک جور کمالگرایی ساختگی وجود دارند و سبب می‌شود خود را بزرگتر از چیزی که هستند، ببینند که پوچ است. به شدت دنبال تحسین از دیگران هستند و اگر برای آنها پیش نیاید و تصمیم را دریافت نکنند، دچار حال بدی می‌شوند.

در این اختلال نیز رفتارها و رویکرد ما مبتنی بر واقعیت است و اندازه محرکی که ایجاد شده باید به او واکنش بدهیم و واقعیت‌ها را به او نشان دهیم.

آنها به سختی با ما همکاری می‌کنند. بنابراین جلب همکاری یکی از اختلالات مهم در این اختلال است. آموزش خود مراقبتی در آنها بسیار اهمیت دارد.

۱- مسمومیت: زمانی از این اصطلاح استفاده می‌کنیم که استفاده‌ی آن ماده خاص سبب رفتارهای ناسازگارانه‌ای بشود و از حد معمول و قانونی و پزشکی آن ماده تجاوز بکند.

۲- سندروم ترک: یک سری علامت‌های منفی روانشناختی و جسمی هستند که فرد در صورت عدم مصرف ماده مخدر تجربه می‌کند یا قطع کند یا دوز مصرفی را کاهش بدهد.

۳- سم زدایی: همان فرایند ترک اعتیاد است. طی آن با یک برنامه‌ریزی قادر است ماده مخدر از بدن فرد ترک شود.

۴- سوء مصرف مواد و وابستگی: مصرف یعنی اینکه ماده مخدر را به شکلی مصرف بکنند که با موازین پزشکی و اجتماعی متفاوت باشد. وابستگی به این معناست که فرد با مصرف ماده مخدر نتواند آن را به راحتی کنار بگذارد و اگر تلاش بشود که کنار گذاشته شود، فرد یک سری فرایندهای ناموفق را برای ترک آن تجربه می‌کند.

۵- خاموشی: به این معناست که فرد ماده مخدر را مصرف می‌کند و بیشتر در مصرف الککل استفاده می‌شود. فرد در یک دوره خاص در مصرف الککل دوره‌هایی را تجربه می‌کند که هوشیار نیست و آگاهی از انجام رفتارهای خودش ندارد و خاطره‌ای هم بعداً از آن ندارد.

۶- تحمل: به این معناست که وقتی ماده مخدر را مصرف می‌کند، به مرور زمان برای رسیدن به حس خوب باید دوز آن را بالاتر ببرد.

اختلالات مرتبط: هر ماده مخدری می‌تواند اختلال روانی دیگری را به وجود بیاورد.

۱- قمار و اختلال و اعتیاد به قمار: مصرف ماده مخدر را نداریم. اعتیاد به یک رفتارهای خاصی است. مثل خرج کردن زیاد و از دست دادن پول

داشتند که این بچه دائم باید تلاش می‌کرد که خود را به آنها اثبات کند. دائم در این فکر است که همه کارها با نظم و با برنامه‌ریزی قبلی انجام شود. مداخله ما این است که به او کمک کنیم با دیگران ارتباط بگیرد. این افراد انتظارات عجیبی از دیگران دارند. انتظار کمال از دیگران دارند. گاهی وقتها مداخله جالبی که برای این افراد می‌شود انجام داد، این است که به آنها یاد بدهیم از دیدگاه دیگران یک کار را نگاه کنند. به آنها یاد بدهیم که نیاز نیست یک کار را به کمال انجام دهند و کافی است که خوب انجام بدهند و این استرس آنها را کاهش می‌دهد. بازسازی ذهنی هم در افکار آنها نسبت به جهان بیرون و کارهایی که باید انجام دهند، کمک می‌کند.

در هر کدام از این اختلالات شخصیتی ممکن است در آنها اختلالات روانی هم به وجود بیاید و در این شرایط درمان مبتنی بر بخش درمان‌پذیرتر است. یعنی اختلال روانی چون اختلال شخصیتی برای درمان بسیار زمان می‌برد و درمان آن‌ها طولانی مدت و ناامید کننده است.

ممکنه افراد دچار اختلال شخصیت باشند؛ اما گاهی سایکوز گذرا را از خود نشان دهند. در این شرایط کاهش استرس بیمار سبب می‌شود علائم سایکوز رفع شود و تمرکز بر کاهش استرس است.

اعتیاد:

انواع مواد مخدر: ماده مخدر موادی گفته می‌شود که فرد از آنها سوء مصرف قانونی و پزشکی می‌کند. مثل الککل، داروهای آرامبخش و خواب آور، ضد اضطراب‌ها، محرک‌ها، حشیش و سایر مواد مخدر توهم راه‌ها استنشاقی‌ها

اصطلاحات:

۳- عوامل محیطی اجتماعی: بحث فرهنگ و اینکه فرد در چه محیطی رشد کرده باشد، نگرش اجتماعی به مصرف مواد مخدر در محیطی که رشد کرده، چطوری است. دوستان چگونه هستند. در دسترس بودن و هزینه‌ای که فرد باید صرف کند. سیستم مدارس و خانواده‌ها چگونه عمل می‌کنند.

الکل:

سرکوب کننده سیستم اعصاب مرکزی است. باعث آرامش بخشی می‌شود؛ اما در سوء مصرف‌ها به شکل عدم تعادل خود را نشان می‌دهد. عدم هماهنگی و اخلاق در تمرکز، گفتار، آتاکسی و عدم تعادل در راه رفتن و حتی قضاوت و حافظه فرد را مختل می‌کند. خلق تحریک پذیر دارند و دچار پرخاشگری هستند. حالت خاموشی دارند. به شدت از خون جذب می‌شوند. دیسترس تنفسی و آینه در مصرف بیش از حد دیده می‌شود. در فرد عملکرد قلبی و کلیوی و کبدی دچار اختلال می‌شود.

محرومیت: فردی که دائم الخمر است. این فرد بین ۴-۱۲ ساعت اگر قطع مصرف داشته باشد یا نسبت به قبش مقدار کمتری مصرف کند، علائم ترک دیده می‌شود. فرد دچار افزایش نبض و فشار خون می‌شود. دچار استرس، ناآرامی، تهوع و استفراغ، تعریق شدید و لرزش دست می‌شود. یک چیزی که الکلیسم‌ها در ترس تجربه می‌کنند، دلیريوم ترمنس است. در محرومیت‌های شدید خود را نشان می‌دهد به صورت تشنج، حالات دلیريوم و توهم‌های گذرای که به صورت شنوایی یا بینایی دیده می‌شود. اوج علائم در روز دوم است و اگر فرد ۵ روز علائم ترک را تحمل کند و تحت درمان قرار بگیرد، ترک اتفاق می‌افتد.

و مالی که فرد دارد. فرد پولی را از دست می‌دهد که به آن احتیاج دارد. پول قرض می‌کند و اگر قمار را انجام ندهد، دچار استرس و تحریک می‌شود. دچار ناآرامی و تنش می‌شود.

۲- اعتیاد به اینترنت: فرد توان دوری از اینترنت را ندارد که در جامعه کنونی بسیار زیاد دیده می‌شود. به حالتی گفته می‌شود که یک فرد بیش از نیمی از ساعت بیداری خودش را در فضای اینترنت می‌گذراند و اگر محروم شود باعث استرس و ناآرامی و تنش فرد می‌شود.

۳- اختلالات روانی ناشی از مواد: مواد مخدر می‌توانند اختلالاتی مشابه اختلالات روانی ایجاد کنند که به عنوان زیر مجموعه از اختلالات روانی قرار می‌گیرد. مثل حالاتی از هذیان‌ها و توهم‌ها بدهد.

علت شناسی: ۳ مسئله را جز عوامل ابتلا به اعتیاد ذکر می‌کنند.

۱- عوامل بیولوژیکی: مطالعات و شواهدی به ما نشان داده که والدینی که مبتلا به اعتیاد هستند، فرزندشان هم این شرایط را حتی اگر دور از والدین زندگی کنند، نشان داده می‌شود. بحث ژنتیک زیاد است. همچنین نوروترانسمیترهایی که مسئول باعث ایجاد اعتیاد هستند.

۲- مطالعات روان شناختی: مطالعات نشان داده خانواده‌هایی که در آنها بی‌ثباتی در رفتار والدین وجود دارد، الگوهای فرزندپروری مناسب نیست و الگوی نقشه والدین و فرزندان تعادل ندارد. فرزندان بسیار مستعد ابتلا به اعتیاد هستند. همچنین کودکانی که در دوران کودکی سواستفاده را تجربه کرده‌اند، مهارت‌های زندگی را نیاموخته و مکانیزم‌های ساز و کار در آنها آموزش داده نشده، در بزرگسالی به شدت مستعد ابتلا به اعتیاد است.

سم زدایی کاهش به ندرت دوز دارو است. طی چند روز یا چند هفته میزان دارو پایین می‌آید و بسیار مهم است Tapper شود.

محرك‌ها: برخلاف داروها و الكل، سرکوب کننده سیستم عصبی مرکزی نیستند. تحریک کننده سیستم اعصاب مرکزی هستند و مخالف الكل و سایر سرکوب کننده‌های سیستم عصبی عمل می‌کنند. او را برانگیخته می‌کنند. قبلاً در درمان بیش فعالی و ADHD استفاده می‌شد از آنها. یک دسته از آنها آمفتامین‌ها هستند. تمرکز فرد را بالا می‌برند و باعث می‌شوند زیاد بیدار بماند برای کاهش اشتها استفاده می‌شوند. یکی دیگر از آنها کوکائین است که در کنار این علائم سرخوشی بسیار زیادی هم ایجاد می‌کند و به داروی اعتیاد آور و محبوب در این گروه محسوب می‌شود. تحمل و ترک سختی دارند.

مسمومیت: سرخوشی بسیار بالایی را تجربه می‌کند. هوشیاری بی‌اندازه را تجربه می‌کند. دچار توهمات و هذیان‌هایی که اساس آن خود بزرگ بینی و قضاوت مختل را تجربه می‌کند. فرد پرحرف می‌شود. تنش و تحریک را تجربه می‌کند. به سمت رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری می‌رود. فرد تب و لرز و تعریق زیاد دارد. ممکن است c.p داشته باشد. دلیل ریتمی‌های قلبی شایع هستند. تهوع، گیجی و حالت‌هایی که ممکنه فرد را به سمت تشنج پیش ببرد و حتی کما رخ دهد، در توهم‌های این دسته داروی کلروپرومازین می‌تواند این حالت‌ها را سرکوب کند.

محرومیت: چند ساعت تا چند روز بعد علائم محرومیت را نشان می‌دهند. احساس کسالت، خستگی و افسردگی دارند. بی‌خوابی و پرخوابی، افزایش و کاهش اشتها را تجربه می‌کنند. به سمت طرف مقابل می‌روند. کندی روانی حرکتی

سم زدایی: در کشورهای مختلف با قوانین مختلف متفاوت است.

داروها در ترک الكل: داروهایی مثل بنزودیازپین‌ها شامل کلرودیازپوکساید، لورازپام، دیازپام، علائم را تا حد زیادی سرکوب می‌کنند. داروی دیگری که استفاده می‌شود دی‌سولفیدام است که بازدارنده از نوشیدن می‌دهد و اگر الكل مصرف کند، حالت‌های ناخوشایندی مثل تهوع، استفراغ، حالات گوارشی و عدم تعادل را تجربه می‌کند. فرد را مجبور می‌کند که الكل مصرف نکند. ناخودآگاه باید به بیمار آموزش دهیم که از محصولات دیگری هم که حاوی الكل هستند هم اجتناب کند. اکامپروسات هم داروی دیگری هست که در ترک الكل استفاده می‌شود. این دارو با مکانیسمی که دارد باعث کاهش ولع فرد نسبت به مصرف الكل می‌شود. این افراد باید به درستی کلیه در آنها بررسی شود و افرادی که دچار مشکلات کلیه دارند، این دارو منع مصرف دارد.

داروها: شامل داروهای آرامش بخش، خواب آور، ضد اضطراب‌هایی که اثرات درمانی دارند، آنها را به خاطر اثرات درمانی استفاده می‌کرد، حالا برای مسائل غیر درمانی و غیر پزشکی مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند. همه داروهای سرکوب کننده سیستم عصبی مرکزی هستند و مثل الكل عمل می‌کنند و سرشیف هستند. نیمه عمر طولانی و بعضی کوتاه‌تر دارند. محرومیت آنها کاملاً شبیه الكل هستند و اینکه چقدر علائم محرومیت طول بکشد، بستگی به نیمه عمر دارو دارد. به ندرت کشنده هستند؛ اما باریتورات‌ها به شدت کشنده هستند و اگر سم زدایی نشود، فرد نیاز به لاواژ یا دیالیز پیدا می‌کند. سم زدایی مانند محرومیت به نیمه عمر دارو بستگی دارد.

مخدرها: معمول‌ترین داروها هستند؛ مثل مورفین، پتدین، متادون، اکسی‌کدون، کدئین، هروئین و فنتانیل

احساس سرخوشی می‌دهند و در ادامه سبب رخوت، کندی سایکوموتور، بی‌حالی و خواب آلودگی، اختلال در توجه و حافظه می‌شود. در روز شدید باعث کما، ارست تنفسی، انقباض‌های عضلانی غیر قابل کنترل، میوز مردمک‌ها و نهایتاً مرگ می‌شوند. درمان آنها نالوکسان است. به صورت درپ یا استفاده شود.

اگر فرد مصرف نکند، دچار سندروم ویت دراوال یا سندروم محرومیت می‌شود. مثل بی‌قراری، دردهای شدید عضلانی، ولع شدید برای مصرف دوباره، تعریق، آبریزش از بینی و اشک ریزش، اسهال، تهوع و استفراغ، بی‌خوابی و تنش و اضطراب

سندروم ترک بسته به ماده مصرفی متفاوت است. در هروئین ۶ تا ۲۴ ساعت طول می‌کشد تا شروع شود و بعد از دو تا سه روز هم علامت‌ها به اوج خود می‌رسند.

متادون دارویی است که تا چهار روز اگر مصرف نشود، هیچ علامت ترکی ایجاد نمی‌کند و به همین دلیل برای سم‌زدایی از متادون استفاده می‌شود.

داروهایی که برای ترک مواد مخدر استفاده می‌شوند، بوپرنورفین و نالوکسان هستند. درمان نگهدارنده برای ترک هستند. علامت‌ها را به کمترین حالت می‌رسانند. به سم‌زدایی راحت‌تر کمک می‌کنند و یک ولع کمتر نسبت به مواد مخدر می‌دهند.

توهم زها: فرد مصرف کننده را دچار توهم می‌کنند. علائم شبیه روانپروشی ایجاد می‌کند. مسخ شخصیت، توهم‌های بینایی و شنوایی و بعد

دارند. علائم مخالف تحریک عصبی است. اصطلاح خود شدن یعنی فرد تجربه علامت‌های افسردگی و افکار خودکشی را دارد. سم‌زدایی هم تدریجی رخ می‌دهد. علائم محرومیت به حدی نیست که در سم‌زدایی داروی خاص نیاز شود.

حشیش: از شاهدانه استفاده‌های زیادی می‌شود در طناب سازی و تولید پارچه استفاده می‌شود. مصرف عمده خوراکی هم دارد؛ اما رزینی که در شاهدانه وجود دارد، شامل یک سری مواد شیمیایی است که ۶۰ ماده‌ی کانابینوئید را شامل می‌شود. ماری جوانا قسمت انتهایی که گل می‌دهند را تشکیل می‌دهند. اعتیادآور است. یک ماده سریع‌الاث‌ر است و یک دقیقه بعد از مصرف اثرات روانگردانی آن آغاز می‌شود و ۲۰ تا ۳۰ دقیقه ام‌طول می‌کشد تا علائم به اوج خود برسد و بعد از ۲ تا ۳ ساعت علائم فروکش می‌کند.

مسمومیت: مثل مسمومیت با الکل است. فرد نقص در حافظه، اختلال در راه رفتن و تعادل دارد. آتاکسی دارد. نقص در قضاوت دارد و به زمان و مکان ممکنه آگاه نباشد.

یکی از علائم منحصر به فرد مصرف حشیش، احتقان ملتحمه است. تاکی کاردی می‌دهد. افت فشار خون می‌دهد. خشکی دهان می‌دهد و حتی در موارد مسمومیت ممکنه فرد را دچار دلیربوم کند و مصرف طولانی مدت می‌تواند روان پریشی بدهد. مسمومیت آن را به صورت علامتی درمان می‌کنند.

محرومیت: علائمی مثل اضطراب، لرزش و سندروم ترک مثل الکل است. درد عضلانی و تعریق است. سم‌زدایی تدریجی رخ دهد و اگر علائم ترک ایجاد می‌شود، علامتی درمان شود.

بسیار شدید کاهش سطح هوشیاری و کما و حتی مرگ رخ دهد در مسمومیت‌های شدید ممکن فرد دچار آتوکسی می‌شود. تحریک عصب واگ هم ممکن است. سیستم تنفسی و قلبی باید حمایت شود. هیچگونه آنتی دوتی برای آنها وجود ندارد.

سم زدایی با علائم محرومیت شروع می‌شود. ولع شدید برای مصرف دوباره دارند مشکلات خلقی علائم روان پریشی و زوال عقل هم ممکن است تجربه کند و حتی در ترک هم علائم ممکن است باقی بماند.

درمان دارویی: هدف از درمان دارویی دو هدف است ۱ ترک ایمن است یعنی از داروها برای ترک ایمن استفاده می‌کنیم که مراحل ترک بدون آسیب جدی پیش برود ۲ هدف دوم جلوگیری از عود مجدد به اعتیاد است. اولویت‌ها سم زدایی از فرد است.

سندرم ورنیکه کورساکوف: در بیمارانی که مصرف الکل دارند دیده می‌شود برای این درمان این سندروم ویتامین ۱ یا همان تیامین مصرف می‌شوند.

بیمارانی که مصرف الکل دارند ممکنه با سوء تغذیه هم روبرو شوند که برای درمان آن از ویتامین B۱۲ استفاده می‌شود.

تشخیص توأم: بیمار همزمان هم به اختلال روانی و هم به اعتیاد مبتلاست درمان این بیماران از سایر بیماران دچار به اعتیاد یا اختلالات روانی به تنهایی پیچیده‌تر است. به سختی ممکن است تن به درمان دهند نمی‌توانند مفاهیم را به خوبی دریافت کنند و برقراری ارتباط با آنها سخت می‌شود اولین اقدام پرستاری بیماران مبتلا به تشخیص توأم این است که احساساتشان را بتوانند به راحتی ابراز کنند یعنی

حالت‌های جسمی شامل بالا رفتن BP و هایپوترمی، میدریاز یا گشادی مردمک

مسمومیت با آنها همان علائم روانی است. هذیان‌های انتصاب، احساس افسردگی و اضطراب، پارانوئا، آسیب به خود یا دیگران، لرزش، آتاکسی، تعریق، تاکی کاردی، تاری دید، خلق تحریک پذیر و رفتارهای عجیب و غریب. رفتارهای پرخطر حتی ممکن است باعث مرگ شوند. درمان علامتی است. امنیت بیمار حفظ شود. سندروم محرومیت هیچ علامتی جز ولع خاص برای مصرف مجدد ندارند.

مواد استنشاقی: شامل موادی می‌شوند که به خودی خود مواد شیمیایی هستند حتی در تیتر و چسب و بنزین هم وجود دارد مثلاً خیلی‌ها چسب رازی می‌کشند گازهایی هستند که از یک سری مواد خاص خارج می‌شوند و یک حالت تاثیر بر سیستم اعصاب مرکزی را ایجاد می‌کند. باعث اختلالات و آسیب‌های مغزی در فرد و اختلالات کبدی می‌شوند.

و چسب و بنزین هم وجود دارد مثلاً خیلی‌ها چسب رازی می‌کشند گازهایی هستند که از یک سری مواد خاص خارج می‌شوند و یک حالت تاثیر بر سیستم اعصاب مرکزی را ایجاد می‌کند باعث اختلالات و آسیب‌های مغزی در فرد و اختلالات کبدی می‌شوند

و چسب و بنزین هم وجود دارد مثلاً خیلی‌ها چسب رازی می‌کشند گازهایی هستند که از یک سری مواد خاص خارج می‌شوند و یک حالت تاثیر بر سیستم اعصاب مرکزی را ایجاد می‌کند باعث اختلالات و آسیب‌های مغزی در فرد و اختلالات کبدی می‌شوند

در مسمومیت‌ها دچار نیستاگموس می‌شود اختلال در گفتار حافظه، تاری دید، لرزش، اختلال در قضاوت، مشکل عصبی عضلانی و در موارد

این تقسیم بندی بر اساس کنترل وزن صورت می گیرد کنترل وزن در افراد محدود کننده به این شکل است که آنها بیش از اندازه روزهداری می کنند و دریافت مواد غذایی را در خود محدود می کنند یا بیش از حد ورزش می کنند تا کالری دریافتی بسوزد دسته دوم افرادی هستند که دچار پرخوری پاکسازی هستند فرد یک دوره کوتاه مثلاً دو ساعت درگیر پرخوری شدید می شود یعنی بیش از حد معمول غذا دریافت می کند و بعد از یک یک الی دو ساعت شروع به هر روشی می کند که بدن را نسبت به ماده غذایی خالی کند مثلاً انما می کند ، خورش را تحریک می کند که بالا بیاورد و یا سریع از ملین ها به شکل غیر درمانی استفاده می کند که مواد غذایی جذب بدنش نشود.

عوارض: به شکل جسمی است مثل ضعف، خستگی، علائم جسمی که حتی مجبور بر بستری می شود ذهن یک درگیری مداوم وسواس گونه به این شکل دارد که چیزی که مصرف کردم چقدر کالری داشت آیا به مم اضافه وزن می دهد یا نه.

در بی اشتهای عصبی اگر بخواهیم به سمت درمان پیش برویم اولویت اول ما در فردی که سوء تغذیه را تجربه می کند بررسی جسمی فرد است و بعد به سمت درمان های روانی می رویم.

این افراد بینش و قضاوت محدود دارند: بینش یعنی آگاهی فرد نسبت به بیماری خود یعنی چقدر می دونه که کاری که انجام می دهد اشتباه است در بی ایشه های عصبی فرد آگاهی از کاری که انجام می دهد ندارد و به همین دلیل مداخله برای آنها سخت است و فرد خیلی کنترلی روی رفتارش ندارد.

الکسی تایمیا: در بررسی هیجان وقتی فرد توان بیان کردن و ابراز هیجان درونی خود را ندارد

رویارویی سازنده فرد با احساساتش در درمان این افراد باید صبورتر باشیم.

توی اختلالات اعتیاد و سم زدایی و برخورد با آنها اولویت ها سم زدایی است اما نیازهای مراقبتی در افراد منحصر به فرد متفاوت می شود مثلاً در توهم زها ایمنی اولویت است.

خانواده: دو مفهوم در خانواده مورد توجه قرار می گیرد (۱) همبستگی (۲) تواناسازی

(۱) هم وابستگی: به یک الگوی ناساز ناسازگارانه و ناسالمی از طرف اعضای خانواده و یا افرادی که با بیمار زندگی می کنند گفته می شود که مناسب نیست و این رفتارها به اعتیاد در بیمار دامن می زند.

(۲) تواناسازی: ممکنه در ظاهر یک مفهوم مثبت را القا کند اما در اصل رفتاری است که در ظاهر مفید است اما در باطن باعث تداوم مصرف مواد مخدر در فرد معتاد می شود.

خودآگاهی پرستار بسیار مهم است . نباید بیمار را قضاوت کنیم و این ارتباط نیاز به همدلی دارد.

اختلالات خوردن

بی اشتهایی عصبی: مددجو را با مشکلات شدید وزنی و نهایتاً مشکلات شدیدی در تعادل آب و الکترولیت و دریافت کالری روبرو می کند و بیماری های جسمی در ادامه این بیماری رخ می دهد تهدید کننده زندگی فرد است بسیار اهمیت دارد و مداخله آن مهم است اغلب زمانی افراد به پزشک مراجعه می کنند که دچار مشکلات جسمی شده باشند و بعد تشخیص داده شود که دچار اختلال روانی بی اشتهایی عصبی هستند.

به ۲ دسته محدود کننده و پرخوری پاکسازی تقسیم می شوند.

نشخوار می‌کند مواد غذایی که جویده را قبل اینکه قورت بده برمی‌گرداند در دهانش و شروع به خوردن می‌کند و قورت می‌دهد یا تف می‌کند بیشتر در افرادی که دچار معلولیت ذهنی هستند دیده می‌شود.

۳) ارتورکسیا: وسواس غذای سالم است فرد حتماً مواد غذایی که دریافت می‌کند را باید ببیند چی است و چگونه تشکیل می‌شود یک درگیری ذهنی و وسواس‌گونه او را از عملکردهای روزانه‌اش می‌اندازد.

۴) سو استفاده جنسی: اختلالات مربوط به خوردن بیشتر در افرادی دیده می‌شود که قبل از بلوغ مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته باشند به هر شکلی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته باشند در بزرگی بیشتر دچار اختلالات خوردن می‌شوند به شدت در معرض خودزنی و خودکشی قرار دارند باید بیمار را از نظر افکار خودکشی بررسی کنیم و در صورت داشتن این افکار ممکن است نشان دهنده سو استفاده جنسی در کودکی باشد. سبب شناسی:

۱. عوامل زیستی: بحث ژنتیک مطرح می‌شود گاهی اختلال عملکرد هایپوتالاموس می‌تواند تاثیر داشته باشد، بعضی وقت‌ها نوروترانسمیترها سی می‌شود اما این مشخص نیست که اختلالات خوردن سبب شده‌اند که تعادل نوروترانسمیترها به هم بریزد یا اینکه عدم تعادل آنها سبب شده اختلالات خوردن به وجود بیاید.

۲. عوامل تکاملی: نوجوان‌ها بیشتر درگیر اختلالات خوردن هستند و در دختران نوجوان بیشتر رخ می‌دهد چون بیشتر درگیر نارضایتی از بدن خودشان هستند اختلال خوردن را در استرس‌ها و افسردگی‌ها هم تجربه می‌کنیم.

به آن الکسی تایمی می‌گویند. در بی اشتهایی عصبی وجود دارد.

پر خوری عصبی: در این افراد بینش و قضاوت وجود دارد و می‌داند که کالری زیادی دریافت می‌کند به همین دلیل درمان را راحت‌تر می‌پذیرد. فرد دچار عذاب وجدان می‌شود و دائم فکرش مشغول است این افراد به علت عذاب وجدانی که دارند خودشان را تحریک به استفراغ مکرر می‌کنند باعث پوسیدگی دندان می‌شود و به همین دلیل به دندانپزشک مراجعه می‌کنند.

درمان: بهترین درمان چون به بیماری بینش دارد درمان CBT یا درمان شناختی رفتاری است که فرد تشویق می‌شود که بر افکاری که به سراغش می‌آید و سبب می‌شود پر خوری عصبی داشته باشد کنترل داشته باشد و رفتاری که انجام می‌دهد را کنترل کند.

یکی از درمان‌های مهم در این افراد نظارت بر خورد است یعنی به فرد آموزش می‌دهیم کالری مصرفی را بنویسد و بر خوردن خود نظارت کند در پاکسازی یا همان استفراغ مکرر بهترین اقدام توقف رفتار است.

اختلالات مرتبط:

۱) سندرم خوردن شبانه: فرد عصر به عصر تا فردا صبح مدام باید تغذیه را داشته باشد ممکنه شب مدام بلند شه و چیزی بخوره اما در طول روز یک بی‌اشتهایی رو تجربه کنه این افراد افرادی هستند که عزت نفسشون پایینه و بیماران افسرده اغلب به این شکل هستند. استرس‌های متعدد را در زندگی تجربه کرده اند. چاق می‌شوند. بهترین درمان بر آنها SSRI هستند.

۲) پیکا: زمانی که فرد شروع به خوردن مواد غیر غذایی می‌کند مثلاً گچ دیوار، مهر، خاک می‌خورد موادی که غذایی نیستند یا به شکلی

۲. تاثیر عوامل و تعارضات: تعارضات فردی مشکلات و تنش‌های فرد در عود علائم و تشدید علائم اثر دارند یعنی نشانه‌های جسمی بیشتر می‌شود که تنش‌های او بیشتر می‌شود.

۳. عدم کنترل آگاهانه مددجو: این افراد آگاهی ندارند نسبت به این حالت‌ها یعنی تمارض نمی‌کنند و واقعاً علائم را تجربه می‌کنند و آگاهانه شکایت‌های جسمی را تجربه نمی‌کنند.

تمام بیماری‌های سوماتوفرم‌ها عود کننده و فرض هستند فرد ممکنه سالیان سال به آنها مبتلا باشد و تشخیص داده نشود و دنبال درمان‌های جسمی باشد.

یک ویژگی دیگر در مورد این بیماری‌ها این است که این‌ها افرادی هستند که از دوران کودکی تا به حال مکانیزم دفاعی غالب آنها درونی کردن و جسمانی کردن بوده است.

زمانی که همه ما از دوران کودکی مورد تنش قرار می‌گیریم یا امیال شرم آوری داریم ترس درونی یا خارجی به ما وارد می‌شود و در هر تنشی و در زمانی که روان ما در تنش قرار می‌گیرد از مکانیزم دفاعی ego یا خود بیان می‌شود که به کمک ما می‌آید استفاده می‌کنیم.

درونی‌سازی یعنی مثلاً ما کسی حرف بدی به ما می‌زند یا یک مشکلی توی خانواده ما پیش می‌آید آن را به درون خودمان منتقل می‌کنیم و آن را به خودمان نسبت می‌دهیم و آن را به شکل مسائل پیچیده در می‌آوریم، به جای اینکه آن را از جهان بیرونی بفهمیم از دنیای بیرونی به دنیای درونی انتقال می‌دهیم و خودمان را مختصر می‌دانیم یا اغلب آن را به شکل علامت‌های جسمی نشان می‌دهیم، مثل دل پیچه اگر طولانی مدت از این مکانیزم‌های دفاعی استفاده شود فرد را به سمت بیماری نشانه جسمی می‌برد.

۳. خانواده: افرادی که در خانواده‌هایی با مشکلات و تعارض‌های شدید خانوادگی بزرگ شده‌اند و دریافت حمایت از خانواده از سال‌های اول زندگی را نداشتند بیشتر احتمال ابتلا به مشکلات خوردن می‌شوند ناملاپماتی که در کودکی وجود دارد فرد را به سمت اختلالات خوردن می‌برد خانواده درمانی می‌تواند در این اختلالات نقش مهمی داشته باشد.

۴. عوامل فرهنگی: در اجتماع‌ها و فرهنگ‌هایی که بدن باید بی‌نقص باشد لاغر باشد افراد و نوجوان‌ها بیشتر تلاش می‌کنند که به سمت ایده آل‌ها برن و این تلاش‌ها سبب می‌شود گاهی دچار اختلالات خوردن به خصوص بی‌اشتهایی عصبی شوند، باید به این افراد بفهمانیم آن چیزی که در فضای مجازی و رسانه‌ها می‌بینند افرادی هستند که برای این داستان زندگی می‌کنند و جراحی می‌کنند.

در پیشتهایی‌های عصبی فرد ممکن است به اختلالات پارانییدی نیز مبتلا شود درمان مهم در بی‌اشتهایی عصبی خانواده درمانی و در پرخوری عصبی درمان شناختی رفتاری می‌باشد.

بیماری‌های نشانه جسمی:

علائم جسمی که در اصل اختلال روانی طبقه‌بندی می‌شوند این اختلالات شاید قدمت ۴۰۰۰ ساله هم دارد.

ویژگی: سه اختلال و ویژگی باید وجود داشته باشد که آن را اختلال سوماتوفرم بدانیم.

۱. شکایت جسمی بدون پایه عضوی: فرد مثلاً سه سال است از درد ناحیه شانه شکایت دارد اما تمام آزمایشات و گراف و غیره بدون مشکل است.

اختلالات مرتبط: شبیه بیماری‌های سوماتوفورم هستند ولی در این دسته قرار نمی‌گیرند.

۱. اختلالات ساختگی: فرد آگاهانه به علت سودی که به هر شکلی می‌برد بیماری را به خودش تحمیل می‌کند و و یا به صورت عمدی به خودش آسیب می‌زند مثلاً داروهای خاصی را مصرف می‌کند فقط به خاطر اینکه توجه دیگران را به خودش جلب کند و از خودش یک قهرمان بسازد، سندروم مون هاوزن هم به آن گفته می‌شود، به این شکل است که فرد به خاطر اینکه توجه دیگران را به خودش جلب کند به هر دلیلی یک بیماری را به خودش تحمیل می‌کند مثلاً مواد غذایی مسموم مصرف می‌کند به خاطر اینکه علامت‌های مسمومیت را نشان دهد دیگران به او توجه کنند اما حالت خطرناک‌تر آن سندروم مون هوزن نیابتی است بعضی مادران بچه را بیمار می‌کنند به او غذای مسموم می‌دهند سالیان سال داروهای فلج کننده به او می‌دهند تا خود را یک قهرمان مادر جلو دهند.

۲. تمارض: در تمارض برخلاف اختلالات سوماتوفورم فرد اصلاً علائم را تجربه نمی‌کند فقط فرد می‌خواهد نشان دهد این علائم را دارد و فقط ادعای آن را درآورد این کار را می‌کند که از یک چیزی و یک مسئولیتی کنار بکشد مثلاً خود را کیس روان نشان می‌دهد که مسئله کیفری باشو نگیره باید بتوانیم بین تمارض و اختلالات سوماتوفورم تفاوت قائل شویم.

۳. (MUS): یعنی غیر قابل توضیح از نظر پزشکی فرد علامت‌ها را تجربه می‌کند ولی هیچ دلیلی برای آن نداریم نه مشکلات روان دارد نه مسئله جسمی دارد و هیچ توضیحی برای آن وجود ندارد

انواع: چهار نوع اختلال سوماتوفورم در این دسته قرار می‌گیرند.

۱. اختلال علامت جسمی فرد یک یا چند علامت را از آنها رنج می‌برد که این علامت‌ها وقتی بررسی می‌شوند هیچ پایه جسمی و عضوی ندارند فرد مدام از این دکتر به آن دکتر می‌رود تا این علامت‌هایی که جسمی که تجربه می‌کند را علت یابی کند اما هیچوقت به هیچ نتیجه‌ای نمی‌رسد، همیشه در زندگی ناراضی و ناراحت است و اضطراب شدید دارد به این خاطر که من بیمارم و هیچ علتی برای آن پیدا نمی‌شود.

۲. اختلال تبدیلی: به آن واکنش تبدیلی هم گفته می‌شود در یک شرایط تنش‌هایی که فرد قرار می‌گیرد ناگهان یک مشکل حسی حرکتی پیدا می‌کند به عنوان مثال سربازی که توی جنگ قرار دارد و استرس شدیدی که در آن شرایط دارد باعث می‌شود که موقتاً نابینا شود و علتی برای آن پیدا نمی‌شود.

۳. اختلال اضطرابی بیماری فرد مداوم علامت‌های طبیعی که در وجود همه است را به شکل غیر طبیعی تفسیر می‌کند مثلاً اگر صداها روده‌ای و حرکات روده را حس بکند آن را به عنوان یک سرطان و یک بیماری خطرناک تلقی می‌کند، مدام می‌ترسد که بیمار باشد مثلاً قبلاً به این بیماری هاپیوکندریازیس یا خود بیمار انگاری گفته می‌شود.

۴. اختلال درد: علامت جسمی اصلی درد است یک درد جسمی فرض ناتوان کننده که به هیچ درمانی پاسخ نمی‌دهد و وقتی بیمار در حال تجربه یک تنش می‌باشد تنش بیشتر می‌شود.

تعارضات و موقعیت‌های بین فردی او را مطرح می‌کنیم و حل می‌کنیم و این بسیار درمان کمک کننده‌ای است در اختلاط سوماتوفرم علتی که فرد داره این دردها را تجربه می‌کند این حالت‌های عصبی و اختلالات حسی حرکتی که داره تعارضات و موقعیت‌های بین فردی و درون فردی است و اگر این‌ها حل شوند علائم جسمی خود به خود برطرف می‌شوند پس درمان به این سمت می‌رود.

درمان: در درمان دارویی داروهای SSRI به شدت خوب پاسخ می‌دهند و کمک کننده هستند اغلب افرادی که به اختلالات سوماتوفور مبتلا هستند در کنارش اختلالات اضطرابی یا افسردگی هم دارند بنابراین درمان ممکنه به سمت درمان‌های دوتایی هم پیش برود.

در این بیماران مسکن و مخدر جواب نمی‌دهد پس به جای آنها از مکمل و جایگزین استفاده می‌کنیم مثل، تن آرامی، فیزیوتراپی، تصویرسازی به فرد کمک می‌کند که دردش چون روانی است کاهش پیدا کند گاهی از آن سیدها هم استفاده می‌شود، گروه درمانی به آنها کمک می‌کند و CBT یا درمان شناختی رفتاری این بیماران مزمن هستند پس اگر قرار است درمانی انجام دهیم علامتی انجام می‌دهیم در درمان هدفمان مدیریت علائم و بهبود کیفیت زندگی است درمان ناگهانی وجود ندارد.

این افراد اغلب علامت‌هاشون رو بزرگ می‌کنند غیر واقعی و بزرگ نشان می‌دهند و ما باید این ابر را ز دردها و علامت‌ها را مدیریت بکنیم، بیشتر تلاش کنیم فرد را به سمت درمان تعارضات پیش ببریم.

اختلالات عصبی تکاملی:

علت شناسی: اغلب تعارضات درونی روابط بین فردی تعدیل نشده، زمانی که فرد در یک خانواده بزرگ شده که هیچ وقت نتوانسته حرف بزند خشم خود را ابراز کند با درونی کردن و جسمانی کردن به آن پاسخ می‌دهد که این‌ها سبب می‌شود فرد بیماری‌های نشانه جسمی را تجربه کند سوء استفاده‌های جنسی در دوران کودکی خیلی شدید فرد را مستعد ابتلا به این اختلال می‌کند.

نکته: در این اختلال یک سود اولیه داریم یک سود ثانویه، سود اولیه نیازهای روانشناختی خود فرد است مثل اینکه اضطرابش را کم می‌کند سودهای ثانویه زمانی هستند که فرد با این اختلالی که دارد و با این شرایطی که دارد منافع خارجی و شخصیتش را از دیگران دریافت می‌کند مثلاً بهش توجه می‌کنند ماساژش می‌دهند زم نیست کار خاصی را با استرس انجام دهد این‌ها ناخودآگاه اتفاق می‌افتد.

تشخیص سود اولیه و ثانویه جایی به کمک ما می‌آید که در درمان‌های بیماری سوماتوفرم و اقدامات پرستاری پزشکی که قرار دارد انجام شود اولین و مهم‌ترین نکته‌ای است که فرد داره علامت‌های جسمی را نشان می‌دهد مایک این را می‌دانیم باید توجه به بیان شکایت جسمی بیمار نداشته باشیم باید اقدامات و مداخلات را به سمتی ببریم که چه چیزی تو را اذیت کرده چه چیزی را می‌خواهی به دست بیاوری و تعارضشان را حل کنیم.

ما باید حواسمان باشد هر فردی آمد و علامت‌های سوماتوفرم داشت رو ابتدا در اول باید علامت‌های جسمی برطرف بشه، شاید واقعا مشکل جسمی باشد اگر زمینه‌های جسمی نداشت زمانی که شکایت جسمی را مطرح می‌کرد به آن توجه نمی‌کنیم و بیشتر تمرکز روی تعارضشان می‌کنیم.

در درمان دارویی کودکان مبتلا به اوتیسم داروهای آنتی سایکوتیک هستند مثل رسپریدون، هالوپریدول، بیشتر برای کنترل رفتارهای پرخاشگرانه و تکانه‌ای استفاده می‌شود درمان فقط علامتی است و کمک می‌کند آسیب کودک و اطرافیانش کمتر شود.

اختلالات مرتبط:

1. اختلال تیک: شامل یک سری حرکات‌ها و صداها ی عود کننده و غیرریتیمیک و کلیشه‌ای است که فرد ازش خارج می‌شود نمی‌توان درمان کرد و فقط می‌شود کنترل و تعدیل کرد با داروها و رفتار درمانی مثل تکان خوردن گردن، سرفه‌های ناگهانی، بالا انداختن شانه، پلک زدن‌های پشت سر هم، مثل خرخر کردن، او او کردن بعضی تیک‌ها خیلی پیچیده می‌شود مثل بیان کردن یک سری عبارات خارج از فرهنگ و خارج از هنجار که به آن کوپرولایس هم گفته می‌شود، مثل کلمات ناپسند و زشت و نامقبول اجتماعی را فرد ناخودآگاه تکرار می‌کند، اکولالیا فرد آخرین کلمه‌ای که می‌شنود را هی تکرار می‌کند، پالی لالیا که فرد آخرین کلمه‌ای که گفته را هی تکرار می‌کند.

بعضی وقت‌ها تیک‌های حرکتی پیچیده داریم مثل پریدن بو کردن که به صورت مداوم نقش نوروترانسمیترها در ایجاد تیک ثابت شده است.

برای درمان از آنتی سایکوتیک‌ها مثل الانزاپین، رسپریدون استفاده می‌کنیم بعضی وقت‌ها هم کنترل استرس آنها را کمتر می‌کند.

اختلالاتی که در دوران کودکی علامت‌ها را نشان می‌دهد و تشخیص در دوران کودکی است کودکان مانند بزرگسالان نمی‌توانند علامت‌ها را ذکر کنند ابراز احساسات کنند و به مسئله بینش داشته باشند و این‌ها کمی شرایط را پیچیده‌تر می‌کند.

اختلال طیف اوتیسم:

این بیماران نقایص زیاد و متفاوتی توی ارتباط و تعامل اجتماعی دارند فعالیت‌ها بسیار محدود است، ارتباط چشمی برقرار نمی‌کنند نمی‌تواند با همسن‌هاشون و با والدینشون ارتباط برقرار کنند گفتارشان اغلب قابل فهم نیست بیشتر رفتارهای کلیشه‌ای دارند که به رفتارهای اوتیسمیک معروف است، یعنی یک حرکت را مدام تکرار می‌کنند اغلب علامت‌ها از دو تا سه سالگی شروع می‌شود و پیشرفت می‌کنند اگر به زودی تشخیص داده شود با درمان‌هایی که برای آنها امکان پذیر است تا حد زیادی می‌شود عملکرد آنها را بهبود بخشید، هنوز علت مشخصی برای ابتلا به اوتیسم شناخته نشده اما بعضی فرضیه‌ها وجود دارد، بحث ژنتیک مطرح است و بعضی می‌گویند این بیماری می‌تواند اثر واکسن MMR باشد، اثراتی که جنین از مادر می‌گیرد.

در این بیماری ایمنی بچه باید در نظر گرفته شود.

درمان: به طور کلی به دو دسته درمان‌های رفتاری و دارویی تقسیم می‌شود

در درمان رفتاری هر چقدر سریع‌تر تشخیص داده شود با کاردرمانی، آموزش مهارت‌های ارتباطی زبان درمانی تلاش کنیم که عملکرد کودک از سنین پایین‌تر افزایش پیدا کند و روند تکاملی نسبت به کودکان هم سال مبتلا به اوتیسم افزایش داشته باشد.

زمانی که فرد بعد از سن ۴ سالگی به صورت غیر ارادی در جاهایی که نباید دفع داشته باشد بعضی وقت‌ها با یبوست همراه است و در زمینه روانشناختی و پزشکی ندارند، اما اگر عمدی انجام شود اختلال محسوب می‌شود و آن را به عنوان یک نافرمانی برای خانواده انجام می‌دهد، در شب ادراری بالای ۵ سال دفع بی‌اراده رخ می‌دهد، در شب ادراری داروی ایمپیرامین استفاده می‌شود احتباس ادراری می‌دهد شب ادراری را کمتر می‌کند.

اختلال نقص توجه، بیش‌فعالی: در این نقص سه شاخص مهم دارد کودکان مبتلا به ADHD بیش‌فعالی بی‌توجهی و تکانشگری دارند فعالیت‌های شدیدی که معطوف به هدف ممکن نباشند و تکرار شوند باشند و بی‌توجهی سبب می‌شود که در عملکردهای یادگیری و تحصیلی به مشکل می‌خورند و تکانشگری یعنی انجام رفتارهایی که پشت آنها فکر نیست و نتیجه دیده نمی‌شود و ناگهانی بدون فکر به اینکه آن رفتار چه آسیبی وارد می‌کند انجام می‌شود.

در پسران بیشتر از دختران دیده می‌شود علائمی که پدر مادرها گزارش می‌کنند ممکنه بگن این بچه دائم در حال جنب و جوش و حرکت است، الگوی خواب او مناسب نیست، پر سر و صدا است، دوست داره از همه چی سر در بیاورد، در انجام کارهای مدرسه عجله توجه و دقت ندارد، تمرکز ندارد، پرخاشگری می‌کند.

علت شناسی: علت‌ها هنوز مشخص نیست ولی بعضی از پژوهش‌ها نشان داده که بعضی ناهماهنگی‌ها در کورتکس مغز اتفاق می‌افتد و مسئول این رفتارها را عملکرد مغز می‌دانند، مادرانی که در دوران بارداری سوء تغذیه شدید و یا مصرف مواد غذایی اشتباه داشتند مثل الکل

اختلال توره شایع‌ترین اختلال در دسته تیک است در این سندروم تیک‌ها وجود دارد اما بسیار پیچیده است و شدتشان زیاد است و تغییر می‌کند در عملکردهای شخصی، اجتماعی، تحصیلی، شغلی، دچار اختلال می‌شود منزوی می‌شوند و احساس شرمندگی دارند.

2. اختلال حرکت یا تیک مزمن: همان

اختلالات تیک است اما مزمن است و وقایع آن بیشتر از ۱۲ ماه طول می‌کشد.

۳. اختلال یادگیری: کودک در یک از زمینه‌های یادگیری متناسب سنش و روند تکاملی نیست مثلاً در توانایی خواندن، ریاضیات، نوشتن و در یکی از این‌ها مشکل دارد دچار عزت نفس پایین هستند، مهارت‌های اجتماعی ضعیف دارند در بزرگسالی با مشکلات عدیده‌ای برای پیدا کردن شغل مواجه می‌شوند که قابل درمان است با معلم‌های خصوصی.

۴. اختلال مهارت‌های حرکتی: فرد در یکی از مهارت‌های حرکتی خود مشکل دارد نمی‌تواند انسجام حسی عصبی داشته باشد، اغلب در افرادی که ناتوانی ذهنی دارند فلج مغزی دارند و یا مشکلات حسی عصبی از بدو تولد (مادرزادی) دارند دیده می‌شود درمان بر اساس رفتار درمانی است.

۵. اختلال ارتباط: فرد کلاً در بیان و در برقراری ارتباط جهان بیرونی اختلال دارد فرد در درک زبان مثلاً مشکل دارد در برقراری ارتباط با گفتار مشکل دارد با دیگران درمانش به صورت گفتار درمانی است که مهارت‌های زبانی بچه را افزایش دهند.

۶. اختلالات دفع: بی‌اختیاری مدفوع و شب ادراری را شامل می‌شود بی‌اختیاری مدفوع یعنی

صدا می‌زنند اما بچه واکنش نشان نمی‌دهد و یکی از اولین علائم ابتلا به اوتیسم است.

اختلالات رفتار مخرب:

بیشتر مشکلاتی را شامل می‌شود که فرد نمی‌تواند احساسات و عواطف و خشم خود را کنترل کند ۳ اختلال در این دسته قرار می‌گیرند

۱. نافرمانی طبقه‌ای

۲. اختلال سلوک

۳. اختلال انفجاری متناوب

اختلالات مرتبط:

کلیتومانی: سرقت تکانشی است که در آن یک فردی بدون اینکه نیاز مالی داشته باشد بدون اینکه بخواهد سودی کسب کند وسایلی را به طور وسواسگونه سرقت می‌کند و بعد از سرقت یک رضایت درونی و آرامش و نشاط پیدا می‌کند بیشتر در حاتم‌ها گزارش می‌شود.

پایرومانیا: یعنی عشق آتش است فرد دوست دارد به صورت عمدی آتش سوزی راه بیندازد و با دیدن برافروختن آتش لذت می‌برد و به علت خاصی این آتش افروزی را انجام نمی‌دهد و فقط احساس لذت و تسکین به او دست می‌دهد و خیلی هم نادر است، ممکنه تحت تعقیب قرار بگیرد چون این آتش افروزی را آنقدر انجام می‌دهد تا نهایتاً منجر به خسارت می‌شود.

1. نافرمانی مقابله‌ای: فرد یک الگوی پایدار

از رفتارهای نشان می‌دهد که سرکشی و نافرمانی خصیصه اصلی آن است، فرد دوست ندارد با دیگران همکاری داشته باشد و رفتارش کاملاً خصمانه است در نوجوانان و کودکان بیشتر دیده می‌شود

سرب و تنباکو فرزندانش بیشتر به این اختلال دچار هستند. سوء تغذیه در دوران کودکی بچه را به سمت ADHD ببرد و توی افراد با ارتباط درجه یک در خانواده‌ها ADHD مشاهده شده و سابقه خانوادگی هم ممکنه باعث آن شود اما هنوز این بیماری را یک بیماری چند عاملی می‌دانند که چند عامل در کنار هم قرار می‌گیرد و فرد را مستعد ابتلا به این بیماری می‌کند.

درمان: اولین اقدام در عیدی اچ دی امنیت و ایمنی بچه و اعضای سیستم سلامت و اعضای خانواده هستند هیچ درمان منحصری وجود ندارد و درمان علامتی است که کیفیت زندگی بالا برود دو داروی اصلی در سراسر جهان برای افزایش توجه در این بچه‌ها استفاده می‌شود ریتالین و آمفتامین، بیش فعالی تکانشگری و ناپایداری خلقی و چه کنترل می‌شود.

بچه‌ای که ریتالین مصرف می‌کند یک مراقبت پرستاری مهم دارد بحث اشتباهی بچه باید بررسی شود چون سرکوب اشتها می‌دهد یکی هم تاثیر رشد است و باید بررسی شود آیا رشدش تاخیر دارد یا نه.

درمان‌های رفتاری مثل بازی درمانی، اساس رفتار درمانی این است که توجه ما روی نقص توجه و بیش فعالی باشد رویکردهای موثری را انتخاب می‌کنیم مثل ارائه پاداش، تشویق مداوم، توبیخ‌های کلامی، اما مهم است که رفتار قاطعانه داشته باشیم و این رفتار قاطعانه کمک می‌کند که قوانین توسط کودک نقض نشوند و کنترل شوند باید به خانواده آموزش داده شود که این رفتارهای کودک از روی قصد و خصومت نیست و اغلب ناآگاهانه انجام می‌شود.

بسیار اهمیت دارد تشخیص زود هنگام و مداخله موثر در اختلالات عصبی تکاملی وجود داشته باشد در اوتیسم والدین کودک را به اسم خودش

از فلوکستین که SSRI هستند استفاده می‌شود، CBT خیلی کمک کننده است، روش های آرام سازی و مدیریت خشم.

اختلال سلوک: یک رفتار مداوم با الگوی پایدار است بچه یا نوجوان تلاش می‌کند قوانین و قواعد خانه و مدرسه را زیر پا بگذارند، همه رفتارها در جهت شکستن قواعد و قانون‌هایی است که برای او گذاشته شده است عملکرد اجتماعی آنها به مخاطره می‌افتد به صورت آگاهانه به والدین، حیوان خانگی، اموال و هر چیزی که دارند آسیب وارد می‌کنند.

این گونه توصیف می‌شوند که یک سری بچه بی‌احساس هستند که هیچ چیزی برای آنها اهمیت ندارند و می‌خواهند به ما آسیب بزنند عذاب وجدان نمی‌گیرند، احساس آنها ظاهری است، عزت نفس پایینی دارند، سریع ناامید می‌شوند و رفتارهای انفجار خشم را به سرعت نشان می‌دهند وقتی کمی بزرگتر می‌شوند در سنین پایین رفتارهای جنسی را نشان می‌دهند، استفاده از مواد مخدر و الکل به شدت در سنین پایین هشدار دهنده است و بسیار اهمیت دارد که این اختلال در سنین پایین شناسایی شود و تحت درمان قرار بگیرد.

سبب شناسی: هنوز دلیل قاطعی برای آنها شناخته نشده و چند عاملی می‌باشند بسیار اهمیت دارد که عملکرد و حمایت خانواده، سبک فرزندپروری، و مسائل تحصیلی خوب نباشد، عدم مهارت‌های ارتباطی در ارتباط قرار گرفتن با همسن‌های خودشان این‌ها خوب مسئله تاب آوری را یاد نگرفته‌اند و مبحث ژنتیکم در اختلال سلوک مطرح می‌شود.

و علامت‌های آن از دو یا سه سالگی شروع می‌شود سعی می‌کند ارتباط مناسبی با دیگران نداشته باشد، پیامدهای رفتارش را نمی‌سنجد و البته این پیامدها منجر به خسارت می‌شود، کینه توزانه رفتار می‌کند پاداش و تنبیه برای او اهمیتی ندارد در توانایی حل مسئله مشکل دارند نمی‌توانند تصمیم‌گیری مناسبی داشته باشند و تفکرشان انعطاف پذیر نیست.

هرچه سریعتر تشخیص داده شود شرایط بهتر است باید به خانواده‌ها آموزش بدهیم گاهی وقت‌ها نافرمانی مقابله‌ای در کنار ADHD یا اختلالات خلقی هم خود را نشان می‌دهد درمانش بیشتر رفتار درمانی است سعی می‌کنیم عملکردهای اجتماعی خانوادگی و رفتاری فرد را قدرت ببخشیم، حمایت از والدین هم اهمیت دارد رفتار قاطعانه بسیار اهمیت دارد.

اختلال انفجاری متناوب فرد آرام آرام است ناگهان در یک شرایط خاص که یک اتفاق کوچک می‌افتد واکنش انفجاری خشونت آمیز تکانه‌ای را نشان می‌دهد که منجر به آسیب خود فرد و دیگران می‌شود، پرخاشگری و عکس‌العمل فرد اصلاً متناسب با اتفاق رخ داده نیست فرد ۳۰ دقیقه تقریباً پرخاشگری می‌کند در سوء مصرف مواد، مشکلات ارتباطی، در ADHD، اختلال افسردگی و اضطرابی هم دیده می‌شود گاهی درمان هم دارویی هم رفتار درمانی است مدیریت خشم و استرس را آموزش می‌دهیم داروهای تثبیت کننده خلقی مثل لیتیم اثر خوبی دارند، مثل ضد تشنج‌هایی که به عنوان تثبیت کننده خلق هستند مثل دپاکین، توپیرامات

درمان دارویی با آنتی سایکوتیک‌ها خیلی خوب می‌تواند رفتار پرخاشگرانه و مشکلاتی از این قبیل را کنترل کند، و اگر اختلال خلقی هم نرمال وجود داشته باشد از تثبیت کننده‌های خلقی کمک کننده است.

رفتار قاطعانه با این بیماران بسیار اهمیت دارد البته که آنها را درک کرد و این اختلال را بیماری در نظر گرفت.

در اختلالات رفتار مخرب چون که رفتارهای تکانشی وجود دارد ایمنی در اولویت است.

اختلالات شناختی

مثل توجه، حافظه قضاوت کردن، استدلال کردن، درک مطلب.

از این توانایی‌ها در زندگی برای رشد و تکامل استفاده می‌کنیم و اگر در هر یک از این توانایی‌های شناختی مشکل پیش بیاید آنها را به نام اختلالات شناختی می‌شناسیم.

دلریوم یک سندروم است که علائم آن شامل اختلال در هوشیاری که نوسان دارد ممکنه گیج بشه حواس پرت به نظر برسد مشکلات حسی مثل خطای ادراک یا ایوشن را تجربه کند یا توهم (هالونیسیشن) حتی هذیان‌ها هم تجربه شوند مشکلاتی مثل استرس اضطراب ترس و هراس توسط آنها رخ می‌دهد.

ممکنه به علت توهم‌ها هذیان‌ها و خطاهای ادراکی که رخ می‌دهد دچار آسیب جسمی هم بشود.

نکته مهم در دلریوم این است که ما تغییر سطح هوشیاری داریم بنابراین باید امنیت بیمار در زمانی که دچار دلریوم می‌شود تامین شود.

سبب شناسی دلریوم در اختلالات جسمی زیاد دیده می‌شود یک سری عوامل فیزیولوژیک و

اختلافات والدین اختلال سلوک را برای ما پیش بینی می‌کند، اگر در دوران بارداری مادر محرک‌ها را مصرف کرده باشد یا الکل مصرف کند، سبک ارتباطی والدین تنش‌های خانواده اهمیت دارد. نقش سیستم عصبی خودمختار هم در این کودکان اهمیت دارد نوروترانسمیترها هم تاثیر دارند.

با توجه به اینکه علامت‌ها چقدر مخرب باشند آن را به دسته خفیف متوسط و شدید تقسیم بندی می‌کنند.

در خفیف آن فقط بعضی از مشکلات رفتاری را در بچه می‌بینیم مثل دروغ گفتن، سرقت‌های جزئی، دیر آمدن به خانه، اجازه نگرفتن برای بعضی فعالیت‌هایی که نیاز به اجازه داشته باشند.

در حالت متوسط علائم بیشتر می‌شوند تلاش می‌کنند به دیگران آسیب برسانند خرابکاری کنند زورگویی در خانواده و جامعه پیش می‌آورند، رفتار پرخطر جنسی و نوشیدن الکل و مواد مخدر در نوع شدید مشکلات رفتاری بسیار زیاد است، به سمت تجاوز جنسی می‌روند حیوان آزاری می‌کنند درگیری‌های فیزیکی شدید سرقت و نقض همه ی قوانین و قاعده‌ها هم فرد و هم خانواده و هم جامعه به مخاطره می‌افتند.

در درمان باید در نظر گرفته شود که وقتی اختلال سلوک وجود دارد کودک در چه سن تکاملی است و با توجه به سن تکاملی درمان رخ می‌دهد درمان‌های رفتاری خیلی مهم هستند و خیلی مهم است که تشخیص اختلال سلوک در سنین پایین‌تر صورت بگیرد، خانواده درمانی خیلی کمک کننده است درمان فردی و شناختی رفتاری کمک کننده است، مدیریت خشم و مهارت حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی باید آموزش دهیم.

آفازی یعنی فرد توانایی صحبت کردن ندارد و یا عملکرد زبان را از دست می‌دهد.

در زوال عقل به خاطر کمبود حافظه یا از بین رفتن حافظه ممکنه فرد به این دلیل کم یادش نمی‌آید اسامی و مکان‌ها را دچار آفازی میشود. یعنی مشکل عصبی است و از دست رفتن حافظه مشکل است.

آپراکسی: عملکردهای حرکتی بدون اینکه نقص عصبی حرکتی وجود داشته باشد اتفاق می‌افتد مثلاً فرد تلو تلو می‌خورد خوب راه نمی‌رود.

آگنوزی: یعنی فرد نمی‌تواند نام اشیا را درست بیان کند و آنها را بشناسد مثلاً اگر لیوان بخواد نمی‌تواند دقیقاً بگوید که لیوان می‌خواهد توانایی حسی را از دست میدهد تفکر انتزاعی از بین رفته و تفکر عینی می‌شود.

اختلال عملکرد: فرد عملکردهای اجرایی را از دست می‌دهد و عملکردهایی که قبلاً توان اجرای آنها را داشت دیگر ندارد.

نشانه‌های اولیه مهم: حافظه و نقص و اختلال در حافظه است. ابتدا در مراحل اولیه اختلال در حافظه کوتاه مدت پیدا می‌کند ولی وقتی چند مدت بگذرد حافظه بلند مدت هم دچار اختلال می‌شود. بر اساس شدت علائم به سه دسته تقسیم می‌شود:

(۱) خفیف: در نوع خفیف ما انتظار داریم درصد فراموشی‌های کوچک که ناشی از روند پذیری است. اشیا را گم می‌کند احساس اضطراب می‌کند. محیط‌ها را فراموش می‌کند و کمی منزوی‌تر می‌شود.

(۲) متوسط: علائم بیشتر می‌شوند اختلال در حافظه خیلی شدیدتر است و فرد توانایی انجام کارهای پیچیده را ندارد و فقط می‌تواند کارهای

متابولیک و مصرف برخی داروها و برخی عفونت‌ها باعث می‌شود فرد دلیریوم را تجربه کند زمانی که فرد هاپوکسی می‌شود.

نارسایی‌های کبدی و کلیوی در شوک، هاپیوگلاسیسمی در اختلالات تیروئیدی در اختلالات کم خوابی، دهیتراتاسیون، کمبود برخی ویتامین‌ها در معرض بعضی سموم و حشره‌کش قرار گرفت.

ابتلا به برخی عفونت‌ها مثل سپسیس مننژیت، HIV، سفلیس و پونومونی، مصرف برخی داروها مثل آنتی بیوتیک‌ها، الکل، آرامبخش‌ها، خواب آورها و بعضی وقت‌ها ترک برخی داروها و الکل سبب می‌شود فرد حالتی از افت هوشیاری، گیجی، توهم و خطای ادراک را تجربه کند.

درمان خاصی وجود ندارد و برای درمان باید علت زمینه‌ای رفع شود. اما گاهی استفاده از آرامبخش‌ها و آنتی سایکوتیک‌ها ممکن است حالات پرخاشگری و بی‌قراری را کاهش دهد اما اساس درمان رفع علت زمینه‌ای برای ایجاد دلیریوم است.

حفظ امنیت بیمار بسیار اهمیت دارد فرق دلریان و زوال عقل این است که در دل ریوم افت سطح هوشیاری داریم اما زوال عقل افت سطح هوشیاری ندارد.

زوال عقل زوال قبل ترها که قبل‌ترها به آلزایمر هم شناخته می‌شد. به صورت مزمن و تدریجی ایجاد می‌شود و فرد در حافظه دچار خطا می‌شود و سطح هوشیاری تحت تاثیر قرار نمی‌گیرد. گفتار ممکن است دچار مشکل شود توانایی تفکر کردن را کم از دست می‌دهد و خلق هم تغییر می‌کند.

چند علامت مهم در زوال عقل وجود دارد:

۴) دژنراسیون لوب قدامی گیجگاهی: سابقاً به آن بیماری پیک گفته می‌شود با افزایش سن لوب های گیجگاهی سمت تاثیر قرار می‌گیرد. علائم شبیه آلزایمر است اما علت ایجادکننده ی آن مقاومت است، تغییرات زیادی در فرد می‌بینیم مهارت‌های خود را از دست می‌دهد و اختلالات زبانی گفتاری پیدا می‌کند بحث ژنتیک در آن پر اهمیت است.

۵) بیماری پریون: یک بیماری است که از یک نوع پروتئین منشأ می‌گیرد و این پروتئین وقتی وارد بدن انسان می‌شود باعث می‌شود که پروتئین‌های طبیعی مغز حالت اولیه خود را از دست بدهند یک اختلال خیلی نادر است که انواع مختلفی دارد و سبب ایجاد علائمی مثل تغییر دید، عدم هماهنگی در عصب و عضله، زوال عقل به صورت سریعاً پیشرونده خود را نشان می‌دهد.

درمان

درمان قطعی وجود ندارد و درمان علامتی اهمیت و بیشتر تلاش می‌شود امنیت فرد حفظ شود بعضی وقت‌ها صحبت کردن با بیمار کمک می‌کند که احساسات را ابراز کند با توجه به اینکه علت به وجود آورنده زوال عقل چه است ممکن است از درمان‌های مختلفی استفاده شود. مثلاً در نوع زبان عقل عروقی در درمان‌های عروقی و ترمیم عروق کمک کننده است درمان حمایتی مثل درمان دارویی کمک می‌کند که نوروترانسمیترها که کمبودشان زوال عقل ایجاد می‌کند را با داروهایی مثل داپنزیل، ریواستیگمین، گالانتامین برگردانیم.

این سه دارو رو ممکن است علائم گوارشی ایجاد کند و ما باید مراقب باشیم همراه غذا مصرف شوند و باعث کاهش اشتها می‌شوند.

ساده روزمره را انجام دهد فرد زندگی مستقل را از دست می‌دهد و نیازمند به یک مراقبت پیدا می‌کند. آدرس و تلفن را نمی‌تواند به یاد بیاورد و اغلب از پس خود بر نمی‌آید و نیاز به حامی و مراقبت دارد.

۳) شدید: در این نوع علائم کامل است و شدت آنقدر زیاد می‌شود که فرد دچار هذیان می‌شود، سرگردان می‌شود حتی نام همسرش را هم فراموش می‌کند و در این مرحله فرد اصلاً توانایی زیست در جامعه را ندارد.....

علت شناسایی: تغییرات دژنراتیو ناشی از پیری، بعضی وقت‌ها بعضی از عفونت‌ها، سبک زندگی.

انواع زوال عقل

۱) آلزایمر: این اختلال یک اختلال شناختی مزمن است شروع تدریجی دارد با پیشرفت آن فرد عملکردهای خود را از دست می‌دهد گاهی تغییرات عمیق شخصیتی پیدا می‌کند. ممکنه نسبت به دیگران حالات پارانوئید پیدا کند کج خلق می‌شود بهداشت فردی را رعایت نمی‌کند و در NRI، آتروپی نورو و بزرگ شدن بطن های مغزی دیده میشود.

۲) ختلال عصب شناختی جسم لویی: اختلالی پیشرونده است اما عملکردهای بسیار گسترده و عصبی روانشناختی است حتی ممکنه حرکت بیمار هم تحت تاثیر قرار بگیرد توهم‌ها و هذیان‌ها خیلی شایع می‌شوند و بحث ژنتیک مطرح است و ممکنه در خانواده تکرار شود. ۳) زوال عقل عروقی: همه علامت‌ها مثل آلزایمر است اما ناگهانی شروع می‌کند و مشکل این است که مسائل متعددی در تصویربرداری عروق مغزی دیده می‌شود.

این بیماران نیاز به یک مراقبت دائمی دارند و مراقبت خانگی از این بیماران بسیار کار سنگین و سختی است سیستم سلامت در مورد مراقبان این بیماران داستانی دارد گاهی خیلی از این مراقبان خودشان با مشکلات عدیده روان شناختی، جسمی و غفلت از خود مواجه می‌شوند برای همین بحث مراقبت از مراقب را مطرح می‌کند سیستم سلامت مراقبان این بیماران را تحت پایش قرار می‌دهد و مراقبت فرجه ای گفته میشود.

یعنی گاهی بیمارانشان را در مراکز مراقبتی نگهداری کنند و خودشان استراحت کنند اغلب خودشان دچار مشکلات روانشناختی می‌شوند به الکل و مواد مخدر روی می‌آورند و دچار سبک زندگی ناسالم می‌شوند چون دچار فشار نقشی میشوند. زمانی یک مراقب دچار فشار نقشی می‌شود که انقدر بیمارش تقاضای ارائه مراقبت داشته باشد که خود مراقب تحت فشار شدید قرار بگیرد و احساس خستگی مداوم کند و به مواد مخدر روی بیاورد و دچار انزوای اجتماعی شود عملکردهای خودش را از دست بدهد گاهی این افراد اینگونه بیان می‌کنند که من سال‌هاست از فلانی مراقبت می‌کنم اما حال خودم از او بدتر است.