



سرشناسه	فرقانی رامندی، ملیکا، ۱۳۷۰-
عنوان و نام پدیدآور	تشخیص و معاینه تاسمن: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴/۲۰۱۵/۴، Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry. 4th ed, 2015/۱۴۰۴
مشخصات نشر	ترجمه و تلخیص ملیکا فرقانی رامندی، با همکاری مهسا ناصری. پاسخدهی به سوالات دکتر زهرا محمدی بینا، دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل
مشخصات ظاهری	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
شابک	۱۶۴ ص: جدول.
وضعیت فهرست نویسی	۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۷۲-۵: ۴۶۰۰۰۰۰ ریال
یادداشت	فیپا
موضوع	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشی از کتاب " Psychiatry, 4th ed, [2014] " به ویراستاری الن تاسمن... [و دیگران] است.
شناسه افزوده	روان پزشکی Psychiatry
شناسه افزوده	پزشک و بیمار Physician and patient
شناسه افزوده	ناصری، مهسا، ۱۳۶۶-
رده بندی کنگره	تزم، آلن، ۱۹۴۷ - م.
رده بندی دیویی	Tasman, Allan
شماره کتابشناسی ملی	RC۴۵۴
اطلاعات رکورد کتابشناسی	۸۹/۶۱۶
	۹۷۰۷۳۵۴
	فیپا

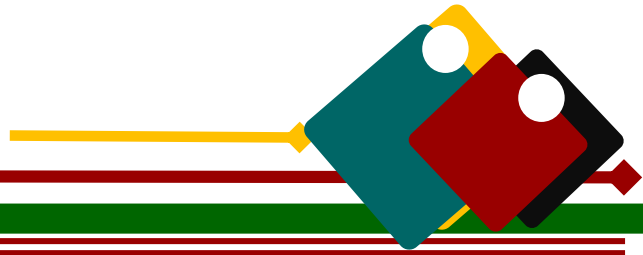
عنوان کتاب: تشخیص و معاینه تاسمن؛ خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
گزیده‌ای از کتاب	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry. 4th edition. 2015.	تیراژ: ۲۰ جلد
ترجمه و تلخیص: دکتر ملیکا فرقانی رامندی با همکاری دکتر مهسا ناصری، پاسخدهی به سوالات دکتر زهرا محمدی بینا، دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل	شابک: ۵-۰۷۲-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
ناشر: انتشارات کاردیا	بهاء: ۴۶۰,۰۰۰ تومان
صفحه آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم	
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



تشخیص و معاینه تاسمن

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی
ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴
Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB.
Psychiatry. 4th edition. 2015.

ترجمه و تلخیص



دکتر ملیکا فرقانی رامندی
رتبه بورد ۵ درصد روانپزشکی

با همکاری

دکتر مهسا ناصری
متخصص روانپزشکی از دانشگاه علوم پزشکی ایران

پاسخدهی به سوالات

دکتر زهرا محمدی بینا
رتبه ۱۰ درصد برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر سارا صادقی پور میبدی
بورد تخصصی ۱۳۹۹

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر پرینا حمیدی عدل

بورد تخصصی ۱۴۰۲
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

فهرست مطالب



فصل ۱: شنیدن از بیمار.....	۹
فصل ۲: رابطه پزشک - بیمار	۳۹
سوالات و پاسخنامه فصل ۲.....	۵۳
فصل ۳: مصاحبه روانپزشکی: محیط و تکنیک	۵۵
سوالات و پاسخنامه فصل ۳	۱۰۱
فصل ۴: زمینه‌ی فرهنگی در ارزیابی بالینی	۱۰۵
فصل ۵: اخلاق حرفه‌ای و مرزها	۱۲۹
سوالات و پاسخنامه فصل ۵	۱۵۵

شنیدن از بیمار

فروید توانست تکنیک شنیدن از بیمار و یا گوش کردن به حرف بیمار را به سطح بسیار بالایی ارتقا دهد. بنیزوانگر در مورد دوران قبل از فروید اینچنین می گوید: معاینات روانپزشکی در آن زمانها مشابهاً زیادی با معاینات از روی پیراهن بیمار بوده به شکلی که بسیاری از موارد از چشم دور می ماند، به شکلی که لایه های زیرین دست نخورده و کنکاش نشده باقی می مانده اند.

اینگونه شباهتها با معاینات قبلی قابل تامل و فکر است چون قابل تشخیص برای ما نیست که آیا شنیدن بعنوان اصلی ترین قسمت معاینات روانپزشکی باقی خواهد ماند یا خیر. بوجود آمدن دانش هایی مانند بیومدیکال دید ما را نسبت به رابطه پزشک و بیمار به شدت تغییر داده و به پزشکان گذشته این آموزش را داده است که تشخیص در کنار بیمار انجام خواهد شد، یعنی شرح حال و معاینات فیزیکی بسیار مهم است. بعنوان اقدامات بعدی بررسی های آزمایشگاهی و تصویربرداری را در نظر خواهیم داشت. زمانی که تکنولوژی تغییر می کند و پزشک تعیین کننده نوع معاینات باشد و معاینات او از کنار تخت و اتاق مشاوره به نوعی دیگر تبدیل شود و پزشک تعیین کند که چه تست هایی انجام شود و یا چه تست هایی بعنوان تشخیص دهنده تلقی شود. یکی از همکاران متخصص قلبی می گویند دسترسی به دست های غیر تهاجمی مانند اکوکاردیوگرام خوب است. با بوجود آمدن پرونده الکترونیکی پزشکی با به وجود آمدن پرونده های الکترونیکی رابطه اصلی پزشک و بیمار تغییرات بسیار زیادی کرده است. غیرعادی نیست زمانی که بیمار با پزشک صحبت می کند پزشک عکس های کامپیوتری را اسکن کند.

در کل بعضی از همکاران همزمان با مصاحبه بیمار یادداشت برداری خود را نیز روی تبلت و لپ تاپ انجام می دهند. اخیراً دیدگاه های رزیدنت های ارشد در یک بیمارستان آموزشی در خصوص روابط خودشان و بیمارانشان مورد بررسی قرار گرفته است.

آیا می توان تصور کرد که در آینده ای نزدیک وظیفه پزشک شناسایی بیمار سایکوتیک باشد و بعد از آن تصویربرداری های مغزی درخواست کند تا بتواند نوع اختلال را شناسایی کند؟

شاید، اما این مسئله نیاز به گوش دادن به بیمار را رفع می کند؟ بعضی معتقد هستند روانپزشکان را دیگر نباید متخصص در رابطه با پزشک و بیمار در نظر گرفت بلکه باید متخصص مغز در نظر گرفته شوند. از طرفی دیگر روانپزشک همیشه موظف است راه هایی را برای برقراری ارتباط مؤثر با کسانی باشد که امکان برقراری این ارتباط با دیگران را ندارند. افرادی که اختلال در تفکر، احساس، ادراک و رفتار دارند، لازم است روانپزشک مهارت ویژه ای در خصوص ایجاد رابطه درمانی با بیمار داشته باشد (لزوماً تخصص شنیدن).



به صورت واضح تأکید می‌شود آموزش گوش دادن در بسیاری از برنامه‌های آموزشی مؤثر است. نیاز به گوش دادن باعث ایجاد و توسعه وب سایت‌هایی شده که این مطلب را (آموزش گوش دادن) آموزش می‌دهند و همچنین کتاب‌های بسیاری که به مصاحبه پزشکی و هنر گوش دادن می‌پردازند. به صورت سنتی این مدل گوش دادن را شنیدن با گوش سوم می‌نامند. همگی روانپزشکان باید به مواضع تفسیری، حساسیت‌های بین فردی و دیدگاه‌های روایتی صرف نظر از موضوع تئوری تلاش داشته باشند. روانپزشکان بیولوژیکال یا فنومنولوژیکال به عبارات مبهم علامت‌شناسی توجه می‌کنند. روانپزشکان شناختی رفتاری به تحریف‌ها، فرضیات غیرمنطقی یا استنتاج‌های کلی توجه می‌کنند. روانپزشکان سایکوداینامیک به نکاتی در خصوص تعارضات ناخودآگاه، رفتارگرایان به الگوهای پنهانی اضطراب و تداعی‌های محرک و روانپزشکان خانواده به داستان‌ها و موضوع‌های پنهان خانواده گوش می‌دهند. راه‌های دیگری برای مفهوم‌سازی و درک بیمار از مسائل تجربی که شامل فاکتورهای غیراختصاصی برای نتیجه‌گیری در روانپزشکی ضروری است.

تصویر بالینی ۱

مرد سفید پوست متأهل ۲۸ ساله مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید و اختلال وسواس جبری، در بیمارستان با تغییر دارو به کلوزاپین، بهبود کامل پیدا کرد. اما بعد از بازگشت به خانه حال او بدتر شد. مشخص شد محیط بخش عامل مهمی از درمان او بوده است. بنابراین بستری موقتی و نیمه‌وقت در بیمارستان توصیه شد. بیمار مخالفت کرد و گفت که نمی‌خواهد یک «بار» باشد. روانپزشک این مورد را با بیمار و همسرش بررسی کرد. فراتر از بار «بار» هزینه رفت و آمد، روانپزشک متوجه تلاش بیمار برای تسلط به بیماری خود شد و سپس با احترام به خواسته بیمار آموزش لازم در مورد حقایق «بار اسکیزوفرنیا» توانست به بیمار کمک کند که این سطح از مراقبت را بپذیرد. هر چقدر که تراپیست اهمیت دهد که فرایند گوش دادن نیاز ویژه‌ای به فرایند شرح حال وجود دارد و حساس است که اورینتاسیون بیمار را با کانون بیماری ادغام می‌کند. هدف این است که کشف کنیم چه چیزی اشتباه است. برای اینکه روی آن یک برچسب قرار دهیم. به طور همزمان شنونده دنبال شناسایی بیمار است و از ابزارهای پرسیدن، نگاه کردن، آزمایش و شفاف‌سازی استفاده می‌کند. از بیمار به عنوان یک خبرچین فعال دعوت می‌گردد. کار گوش دادن به زمان، تمرکز، تحلیل، حس شوخ‌طبعی و نگرشی نیاز دارد. بیمار به عنوان قهرمان داستان زندگی خود مهارت‌های کلیدی گوش دادن در جدول ۱-۱ فهرست شده‌اند. (جدول ۱-۱)

رابطه پزشک – بیمار

برای مدت‌ها شفا دهندگان دانش، تکنولوژی، درمان و داروی کمی داشتند و بیشترین بهبود ناشی از ارتباط بین بیمار و پزشک بود.

این ارتباط امروز Therapeutic alliance_working alliance گفته می‌شود.

رابطه پزشک – بیمار منبع اطلاعاتی برای پزشک می‌باشد و این ارتباط اطلاعاتی در مورد خانواده بیمار که اولین بار روابط بین فردی شکل گرفت، فراهم می‌کند. همان‌طور که پزشک روی بیمار تأثیر می‌گذارد، بیمار هم بر پزشک مؤثر است و می‌تواند منبعی برای استرس و افسردگی باشد. توجه به جنبه‌های این ارتباط برای موفقیت درمانی مهم است.

اثر پلاسبو:

جنبه‌های غیراختصاصی درمان که مبهم می‌باشد در مطالعات زیست‌شناختی به عنوان اثر پلاسبو شناخته شده است. انتظار بهبود علائم نقش حیاتی در تأثیر پلاسبو دارد به طور مثال انتظار بهبود در بیمار پارکینسون دوپامین استریاتال اندوژنوس و در پلاسبو آنالژزیا انتقال اپیوئید را افزایش می‌دهد. در مطالعات تصویربرداری مثل PET و fMRI انتظار بهبود با ناحیه کورتکس فرونتال به خصوص دورسولترال پره فرونتال – آریبتوفرونتال Anterior cingulate cortex و نترال استریاتوم مرتبط است. در حال حاضر مسئله ما کارکرد پلاسبو نیست بلکه چگونگی کارکرد آن و عدم کنترل ما روی آن است.

نقش‌ها و انگیزه‌ها:

رابطه پزشک – بیمار نقش‌ها و انگیزه‌های ویژه‌ای دارد که عنصر اصلی پروسه درمان را تشکیل می‌دهد. رابطه یک expert و یک helpseeker است.

و در طی سال‌ها این رابطه تکامل یافته رابطه والدین است ولی متعادل تر – مبتنی بر همکاری – با مرکزیت بیمار است. رابطه پزشک – بیمار برای درمان خیلی از بیماران به خصوص بیماران روانپزشکی لازم است و می‌تواند کامپلیانس طولانی مدت بیمار و انگیزه ماندن در درمان را حاصل کند. جدا از نوع درمان، رابطه با پزشک دستاورد درمانی حیاتی دارد.



طب مدرن و رابطه پزشک - بیمار:

طب مدرن تأکید بر نقش ویژه پزشک در ارتباط با بیمار دارد. در گذشته پزشکان همسایه، نصیحت کننده و دوست بیمار بودند ولی امروزه نیاز به اجازه شخص سوم (کارکنان مطب) و صرف زمان طولانی برای دریافت درمان می‌باشد. گرچه امروز بیماران آگاهانه انتظار قدرت شفابخش از پزشکان ندارند اما همچنان ذات انسان مشابه است و نیاز به حمایت احساسی پزشکان برای ارتقای احساس بهتر بودن و سلامت بیشتر دارند.

فناوری مبتنی بر پزشکی:

امروز اهمیت و پیچیدگی رابطه پزشک - بیمار نادیده گرفته شده است. اهمیت و اجتناب‌ناپذیری ثبت پرونده الکترونیکی از قرار گرفتن کامپیوتر در اتاق تأثیری که بر ارتباط چشمی می‌گذارد غیر قابل بحث و تأثیرگذار در روابط می‌باشد. استفاده زیاد از کامپیوتر - تل‌مدیسین (پزشکی از راه دور) - ایمیل به عنوان راه ارتباطی همچون مسائل دیگر مثل محرمانه بودن، اعتماد، رعایت مرز و انتظار در دسترس بودن پزشک می‌تواند بر کیفیت رابطه کاری تأثیر بگذارد. آموزش تناسب بین ثبت پرونده و ارتقای رابطه پزشک - بیمار مهم می‌باشد.

رابطه پزشک - بیمار شامل دو بخش می‌باشد:

(۱) based reality ← اتحاد درمانی

(۲) based fantasy ← انتقال (ترانسفرنس) از شکل رابطه‌ای که در کودکی آموخته است.

این دو عنصر می‌تواند احساس اطمینان، راحتی، امید و اطلاعات در دسترس را به حداکثر افزایش دهد یا برعکس محدود کند.

تئوری attachment و رابطه پزشک - بیمار:

تئوری attachment (دلبستگی) نقش ویژه‌ای در رابطه پزشک - بیمار دارد.

این تئوری بر مبنای نیاز ذاتی به شکل دادن دلبستگی محکم به مراقب‌های اولیه است که در شکل‌دهی ادامه ارتباطات و همچنین احساس امنیت و بقا اهمیت دارد.

پزشک مسئول در قبال نیاز کلامی یا غیرکلامی بیمار به عنوان figure مکمل attachment می‌باشد و این تئوری در رابطه پزشک - بیمار مخصوصاً بیماران مزمن و مراقبت و درمان تسکینی به طور گسترده اعمال می‌شود.

بیماران با مدل dismissing (دلبستگی ناامن) - preoccupied (مشغول) - fearful (ترسناک) تأثیر بر روی ارتباط و نتایج درمانی دارد.

در مطالعه سیچانوسکی و همکاران در افراد مبتلا به دیابت افراد با دلبستگی dismissing نیاز برای ارتباط را کم ارزش شمرده، علائم را کمتر نشان می‌دادند و خیلی متکی به خود بودند.

و این افراد در مقایسه با attachment preoccupied کنترل بدتر قند و Hb گلیکوزیله بالاتر داشتند و مراقبت از خود کمتر داشتند.

مصاحبه روانپزشکی: محیط و تکنیک

مصاحبه ابزار اصلی ارزیابی در روانپزشکی بالینی است. علی‌رغم پیشرفت‌های عمده در تصویربرداری عصبی، آزمایشات ژنتیک و نوروشیمی، هیچ روش آزمایشگاهی به اندازه مشاهده، گوش دادن، تعامل با بیمار و اطلاعاتی که از مصاحبه روانپزشکی جمع‌آوری می‌شود، وجود ندارد.

مصاحبه در این فصل به عنوان ابزاری برای ارزیابی بیمار و ایجاد برنامه درمانی اولیه در موقعیت‌های بالینی می‌پردازد. مصاحبه‌های روانپزشکی مشابه بررسی تاریخچه و معاینه فیزیکی در یک ارزیابی پزشکی عمومی هستند و ویژگی‌های عمده انواع دیگر مصاحبه‌های پزشکی را به اشتراک می‌گذارند.

آن‌ها به طور سیستماتیک جنبه‌های ذهنی و عینی بیمار را بررسی می‌کنند و یک تشخیص افتراقی می‌دهند و برای ارزیابی و درمان بیشتر برنامه‌ریزی می‌کنند. تفاوت آن‌ها با سایر مصاحبه‌های پزشکی در گستره وسیعی از داده‌های بیولوژیک روانی - اجتماعی است که باید در نظر بگیرند و لازم است به واکنش احساسی بیمار و تعامل بین بیمار و مصاحبه‌گر توجه شود. ماهیت این تعامل از نظر تشخیصی آموزنده است و وسیله‌ای برای ایجاد ارتباط و جلب همکاری بیمار است که به ویژه در روانپزشکی اهمیت دارد.

سبک و محتوای مصاحبه روانپزشکی توسط فرضیه مصاحبه‌گر از سایکوپاتولوژی شکل می‌گیرد. بنابراین دیدگاه بیولوژیک منجر به تأکید بر علائم و دوره بیماری می‌شود. دیدگاه روان‌پوششی تمرکز بر انگیزه‌ها، رشد کودکی، احساسات و تعاملات شخصی را در بر می‌گیرد. دیدگاه رفتاری به پیشایندها و پیامدهای علائم یا رفتارهای ناسازگار نگاه می‌کند. در زمان‌های گذشته زمانی که این تئوری‌ها و سایر نظریه‌ها برای برتری با هم رقابت می‌کردند، ممکن بود مصاحبه‌گر کاوش از یک دیدگاه خاص را کافی تلقی کند با این حال، روانپزشکی مدرن این دیدگاه‌ها را مکمل یکدیگر می‌بیند و نقش عوامل بیولوژیک را به رسمیت می‌شناسد بنابراین مصاحبه‌گر وظیفه‌ی درک هر یک از این ابعاد، بررسی کافی آن‌ها در مصاحبه و قضاوت آگاهانه در مورد اهمیت نسبی و پیامدهای درمان آن‌ها را دارد.

پایگاه داده روانپزشکی مکتوب، سازمان ذهنی که مصاحبه‌گر در طول مصاحبه حفظ می‌کند و ساختار خود مصاحبه ممکن است به طور قابل توجهی با یکدیگر متفاوت باشند. پایگاه داده روانپزشکی مکتوب، نمایش منظمی از اطلاعات جمع‌آوری شده در مصاحبه است که در قالب نسبتاً ثابتی ارائه شده است.

سازمان ذهنی مصاحبه‌گر شامل سؤالات و فرضیه‌های آزمایش است که در طول مصاحبه به طور انعطاف‌پذیری تکامل می‌یابد و با اهداف مصاحبه و اطلاعات در حال ظهور که حوزه‌های مورد نیاز تمرکز را نشان می‌دهد، تعیین می‌شود.

ساختار سوم ساختار خود مصاحبه است. این ساختار در حالی که بر اساس اصول کلی مصاحبه هدایت می‌شود انعطاف‌پذیرترین ساختار در بین این ۳ ساختار را دارد که نه تنها با هدف مصاحبه و نوع مشکلی که بیمار ارائه می‌دهد



بلکه بر اساس نحوه ارتباط و سبک تعامل تعیین می‌شود. بنابراین مصاحبه‌گر باید ساختار خود را در ذهن داشته باشد و در عین حال پاسخی انعطاف‌پذیر به بیمار دهد.

اهداف مصاحبه روانپزشکی

مصاحبه‌کننده به دنبال پاسخ چندین سؤال بنیادین باشد که ساختار روانی مصاحبه‌شونده را مشخص کند که با تریاژ بیمار از نظر نوع و شدت شروع می‌شود و تا پرس‌وجو در مورد جزئیات ادامه می‌یابد.

Table 3-1 Issues to be addressed in a psychiatric assessment	
Question	Implications
Does the patient have a psychiatric disorder?	Need for treatment
How severe is the disorder?	Need for hospitalization Need for structure or assistance in daily life Ability to function in major life roles
Are there abnormalities of brain function?	Degree of dysfunction of major mental processes, such as perception, cognition, communication, regulation of mood, and affect Responsivity of symptoms to environmental and motivational features Responsivity of symptoms to biological treatment Need to consult other medical specialists
What is the diagnosis?	Description of the illness prognosis and treatment response
What is the patient's baseline level of functioning?	Determination of onset of illness State versus trait pathology Goals for treatment Capacity for treatment
What environmental issues contribute to the disorder?	Prediction of conditions that may trigger future episodes of illness Need for focus on precipitating stressors Prevention of future episodes through amelioration of environmental stressors and/or increased environmental/social support
What biological factors contribute to the disorder?	Need for biological therapy Place of biological factors in explanation of illness presented to the patient Focus on biological factors as part of on-going therapy
What psychological factors contribute to the disorder?	Responsivity of the symptoms to motivational, interpersonal, and reinforcement factors Need to deal with psychological or interpersonal issues in therapy
What is the patient's motivation and capacity for treatment?	Decision to treat Choice of treatment

زمینه‌ی فرهنگی در ارزیابی بالینی

مقدمه : ماتریس فرهنگی روانپزشکی

اگرچه مدت‌هاست که می‌دانیم، نحوه بیان شکایات روانشناختی و اختلالات رفتاری بسته به باور و شیوه‌های فرهنگی متفاوت است، شواهد روزافزونی نشان می‌دهد که تأثیرات فرهنگ گسترده‌تر است. تحقیقات به وضوح نشان داده است که علل، سیر و پیامد اختلالات روانپزشکی مازور، متأثر از عوامل فرهنگی هستند.

به عنوان مثال، مطالعات بین‌المللی توسط سازمان بهداشت جهانی شواهد قانع‌کننده‌ای مبنی بر اینکه، پیش‌آگهی اسکیزوفرنی در برخی از کشورهای در حال توسعه بهتر از انگلستان یا ایالات متحده است، ارائه کرد. مطالعات جدیدتر نشان داده است که میزان روان‌پریشی در برخی از مهاجران و اقلیت‌های قومی در بریتانیا و سایر کشورها افزایش یافته است (۲۰۱۳). در هر دو مورد، توضیح احتمالی شامل تأثیر عوامل فرهنگی، بر ناملایمات اجتماعی و یکپارچگی است. تغییرات گسترده‌ای در شیوع بسیاری از اختلالات روانپزشکی در مناطق جغرافیایی و گروه‌های قومی فرهنگی، توسط روش‌های بررسی اپیدمیولوژیک استاندارد شده فعلی، مستند شده است. علاوه بر این، عوامل اجتماعی و فرهنگی عوامل تعیین‌کننده اصلی استفاده از خدمات مراقبت سلامت و منابع جایگزین برای کمک هستند. در نتیجه این مطالعات و مطالعات دیگر، نیاز به پرداختن به این تنوع برای اطمینان از برابری در دسترسی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی به رسمیت شناخته شده است.

برای همه این دلایل، ارزیابی دقیق زمینه فرهنگی مشکلات روانپزشکی باید بخش اصلی هر ارزیابی بالینی را تشکیل دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ گروه پیشرفت روانپزشکی (GAP). فراتر از این، نگرش‌ها و مفروضات مبتنی بر فرهنگ بر دیدگاه‌هایی که هم بیمار و هم پزشک بالینی در برخورد بالینی ارائه می‌کنند، حاکم است. عدم آگاهی از تفاوت‌های مهم می‌تواند ایجاد و رشد یک اتحاد درمانی، و مذاکره و ارائه درمان موثر را تضعیف کند.

تغییر جمعیت‌شناسی آمریکای شمالی، شناخت و پاسخ به تنوع فرهنگی را به طور فزاینده‌ای در بالین روانپزشکی حایز اهمیت نموده. ایالات متحده و کانادا همیشه کشورهای مهاجرپذیر بوده‌اند، اما موج‌های اولیه مهاجران شامل افرادی با پیشینه‌ی اروپایی و با اشتراکات زیاد بودند. در ایالات متحده، ایدئولوژی فراگیر شهروندی این موضوع که تازه واردان به تدریج، از طریق فرآیند همسان‌سازی فرهنگی، مانند سایر آمریکایی‌ها خواهند شد را قطعی میدانست. با این حال، تحقیقات جامعه‌شناختی میزان بالایی از حفظ فرهنگ قومی، با تداوم اعمال مذهبی، آیین‌های خانوادگی و محصورات قبیله‌ای را در بسیاری از شهرها نشان داده است. علاوه بر این، به رسمیت شناختن اهمیت حفظ و تجدید هویت قومی-



فرهنگی، برای مبارزه با میراث تبعیض نژادی علیه آمریکایی‌های آفریقایی تبار، بومیان آمریکایی و سایر گروه‌ها است. این امر منجر به تجدید نظر در مفهوم همسان سازی، برای در نظر گرفتن سایر شیوه‌های فرهنگ پذیری از جمله، توسعه هویت‌های فرهنگی چندگانه یا ترکیبی شده است.

موج‌های اخیر مهاجرت جهانی از جنوب به شمال و شرق به غرب، ترکیب‌های جدیدی از افراد با تفاوت‌های بزرگ‌تر در مفروضات فرهنگی آنها و چالش‌های مربوطه برای کار بالینی بینا فرهنگی، گرد هم آورده است. اگرچه ایالات متحده یک رسم و شخصیت ملی غالب و فرهنگ "جریان اصلی" را حفظ می‌کند، این کشور به سرعت به سمت ترکیب اکثریتی از اقلیت‌ها در حال حرکت است که در جمعیت‌شناسی در حال تغییر حرفه روانپزشکی نیز منعکس شده است.

این تغییرات، همراه با فشار بزرگ‌تر جهانی سازی، نگاهی تازه به فرهنگ در هر زمینه‌ای از روانشناسی را تشویق کرده است. در روانپزشکی بالینی، (صلاحیت فرهنگی) به عنوانی تبدیل شده است که طیف وسیعی از مهارت‌ها و دیدگاه‌های مربوط به کار با جمعیت بالینی متنوع فرهنگی را ذیل آن، ارتقا می‌دهد. رویکردهای جایگزین بر اهمیت پرداختن به تبعیض‌های ساختاری اجتماعی و عدم تعادل ذاتی قدرت در برخوردهای بینا فرهنگی برای تضمین امنیت فرهنگی تأکید می‌کنند. (جدول ۱-۴). در بخش بعدی، برخی از مفاهیم و رویکردهایی را که می‌توانند بیانگر عملکرد بالینی شایسته و ایمن از نظر فرهنگی باشند را به خلاصه بیان خواهیم کرد.

	Institution	Practitioner	Technique
Strategy	Organizational cultural competence	Clinical cultural competence	Cultural adaptation of interventions
Examples	Institutional policies of equity, anti-racism, cultural diversity awareness Insuring that administration and staff are representative of ethnocultural composition of communities served Engaging communities in policy making, planning, and regulation of services	Ethnic matching of clinician and patient Training of professionals in specific and generic cultural knowledge, skills and attitudes Referral to other professionals and helpers in the community Use of culture brokers or mediators	Adjusting style of interaction and communication to patient Matching intervention to patient Cultural adaptation of interventions Adoption of new interventions Referral to other sources of help or healing
Benefits	Can organize systems and services in ways that are responsive to needs of specific groups Can address issues of power and discrimination, empowering community and resulting in greater equity, safety and trust in institution Can improve access and acceptability through community relationship to the institution and through design of specific programs	Can facilitate initial trust Linguistic match facilitates communication Shared cultural background knowledge facilitates mutual understanding Can provide role modeling of successful or resilient individuals from similar background	Can tailor intervention to take into account specific psychological or social issues and processes May improve acceptability of intervention Can mobilize personal and community cultural resources for resilience and recovery Can identify culture-specific goals and outcomes that require alternative therapeutic approaches
Limitations	If focus is primarily on representativeness of governance and staff, actual delivery of services may be conventional Institutional policies may not result in actual changes in behaviours of staff Ethnospecific services may constitute a form of social segregation and fail to transform the general healthcare system	Match may be crude or approximate due to differences in ethnicity, subculture, social class, education, dialect, etc. Practitioners may not know how to apply their own tacit cultural knowledge to clinical care Clinicians may feel typecast, professionally limited or marginalized Patients may feel singled out, racially categorized, stereotyped Patients may feel exposed to scrutiny by their own community and may wish for the psychological distance or privacy associated with meeting a cultural "outsider"	Adaptation may be superficial or purely cosmetic May lose elements essential for efficacy Culturally grounded methods may not address issues related to cultural hybridity or culture change Culture-specific or traditional methods may be socially conservative and not allow patients to escape from local forms of oppression Interventions may not be familiar or appealing to patients who eschew tradition and value other ("modern", scientific) approaches

Source: Adapted from Kirmayer (2012).

اخلاق حرفه‌ای و مرزها

معرفی:

برای پزشکان، درک مفاهیم و اصول حرفه‌ای بودن، اخلاق پزشکی و مرزها هسته اصلی کار بالینی ایمن و حفظ اعتماد عمومی است. مسئولیت‌ها و تعهدات به اخلاق پزشکی و حرفه‌ای بودن، رویکرد روانپزشک را به بیماران نیازمند به خدمات مراقبت‌های سلامت روانی هدایت می‌کند. اخلاق به عنوان اصول راهنما برای ایجاد رفتارهای حرفه‌ای و مرزها در عمل بالینی استفاده می‌شود. روانپزشکان در کمک به نیازمند سلامت بهداشت روان، ممتاز هستند، اما باید در یک سیستم پیچیده روانپزشکی، پزشکی، تجاری، سیاسی، مذهبی و قانونی حرکت کنند تا مراقبت‌های بیوسایکوسوشیال جامع و حساس را به بیماران ارائه دهند. نیازهای رقابتی بخش‌هایی که سیستم مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده را تشکیل می‌دهند، هم پزشکان را به چالش می‌کشند و هم فرصت‌هایی را برای رشد شخصی و حرفه‌ای فراهم می‌کنند. برای پزشکان، مراقبت از بیمار در درجه اول اهمیت است.

این فصل در مورد جنبه‌های حرفه‌ای و اخلاقی مراقبت از سلامت روان است. با بحث در مورد مفاهیم و اصول اساسی، ابزارهایی ارائه خواهد شد که می‌توان از آن‌ها برای ارزیابی موقعیت‌های بالینی و تشویق به خوداندیشی در کار انجام شده توسط پزشکان و روانپزشکان استفاده کرد. طرح‌های موردی برای نشان دادن معضلاتی که روانپزشکان در تعامل با بیماران، همکاران و کارآموزان با آن مواجه هستند، استفاده می‌شود و نیاز به مرزبندی را برای حفظ حرفه‌ای بودن و عملکرد اخلاقی برجسته می‌کند. روانپزشکان مسئولیت و تعهد حرفه‌ای در قبال بیماران خود، جامعه، همکاران، حرفه و خود دارند.

حرفه‌گرایی پزشکی:

درباره حرفه‌ای بودن پزشکی مطالب زیادی نوشته شده است، اما تعریف حرفه‌ای بودن کار آسانی نیست. برخی می‌گویند که توصیف آن آسان‌تر از تعریف آن است. با این حال، ویژگی‌های شخصی متمایزی، از جمله رفتارهای اخلاقی برای تعریف یک متخصص پزشکی وجود دارد.

برای تعریف حرفه‌ای بودن، باید ویژگی‌های مشترک یک حرفه را درک کرد.

یک حرفه دارای فرآیند آموزش رسمی، مجموعه‌ای از دانش تخصصی و نوشته‌های پژوهشگرانه برای بحث و تبادل نظر برای ایده‌آل‌هایش می‌باشد؛ دارای تخصص‌های شناخته شده است و تا زمانی که از عهده مسئولیت‌های خود در قبال عموم مردم برمی‌آید، با استقلال و خودتنظیمی خاصی که توسط جامعه به آن داده می‌شود، کار می‌کند. خودتنظیمی شامل شناسایی و رعایت استانداردهای رفتاری پذیرفته شده است که رفتارهای شرافتمندانه حرفه و داشتن مکانیزم مشخص برای گزارش همکارانی که این کار را نمی‌کنند را تعریف می‌کند. برای مثال، متخصصان پزشکی در اکثر کشورها



استانداردهای آموزشی خود را شروع و مونیتور می‌کنند، فرآیندهای صدور مجوز را حفظ می‌کنند و مکانیسم‌های انضباطی برای اطمینان از اینکه پزشکان، واجد شرایط انجام این تخصص هستند را در اختیار دارند.

حرفه‌ای بودن پزشکی با کارهایی که پزشکان با بیماران و در جوامع خود انجام می‌دهند، نشان داده می‌شود. این رفتارهای پزشک شامل پاسخگویی و حمایت از نیازهای بیماران، ارتقای رفاه سلامت عمومی و نمایندگی شرافتمندانه این حرفه است. ارزش‌هایی که با حرفه پزشکی در ارتباط بوده‌اند، عبارتند از: خدمات، نوع‌دوستی، وظیفه، حمایت، احترام، صداقت، راستی، برتری و مسئولیت‌پذیری در بین دیگران.

در گذشته، برخی از رفتارهای غیرحرفه‌ای و مخرب پزشک نادیده گرفته می‌شد، از جمله تعاملات غیرحساس با بیماران، خانواده‌ها، کارکنان، کارآموزان و همکاران. پزشکان کادر درمان که نسبت به پرستاران و سایر کارکنان بیمارستان بی‌ادب و بی‌احترامی می‌کردند به ندرت توسط مدیریت بیمارستان به چالش کشیده می‌شدند. نسلی از کارآموزان پزشکی این برنامه درسی پنهان را از اساتید و الگوهای خود یاد گرفتند و آن را در هویت حرفه‌ای خود گنجانیدند.

در سال‌های اخیر علاقه به حرفه‌گرایی و انسان‌گرایی پزشکی با تمرکز بر شکل‌دهی به ارزش‌ها و رفتارهای نوآموزان در دانشکده پزشکی و دستیاری افزایش یافته است. انسان‌گرایی در پزشکی با رفتارهایی در عمل بالینی نشان داده می‌شود که نشان‌دهنده احترام، شفقت و حساسیت نسبت به دیگران است و امروزه به طور رسمی در دانشجویان و اساتید پزشکی اکثر دانشکده‌های پزشکی به رسمیت شناخته شده است. حرفه‌ای بودن به عنوان یکی از شش شایستگی اصلی که همه رزیدنت‌ها باید قبل از تکمیل برنامه دستیاری خود به آن دست یابند، شناسایی شده است که نیازمند روشی برای آموزش، نظارت و ارزیابی این شایستگی است. حرفه‌ای بودن پزشکان در عمل در فرآیندهای تأیید صلاحیت برای انتصاب کارکنان پزشکی، توسط مراقبت‌های مدیریت شده و سایر پرداخت کنندگان شخص ثالث، هیئت‌های دولتی صدور مجوز و مورد تخصصی برای حفظ گواهی ارزیابی می‌شود.

تصویر بالینی ۱

سارا دانشجوی سال سوم پزشکی، در حالی که چیف رزیدنت در مورد بیماران موجود در لیست از جمله «بیمار کرکی» که شب گذشته در اورژانس بستری شده بود صحبت می‌کرد، ساکت نشسته بود. اگرچه او می‌دانست که برچسب زدن به افراد مبتلا به مشکلات پزشکی تحقیرآمیز است، اما آموخته بود که این تنها راهی است که تیمش با استرس روز شلوغ دیگری در بیمارستان را بگذرانند.

علاوه بر این اکنون، رفتارهای غیرحرفه‌ای یا تضعیف کننده فرهنگ ایمنی، به صورت رسمی توسط بیمارستان‌ها و سایر مراکز مراقبت‌های بهداشتی رسیدگی می‌شود. هر مؤسسه‌ای که توسط کمیسیون مشترک تأیید شده است باید یک کد رفتاری داشته باشد که رفتارهای نامناسب اعضای کادر درمان را تعریف کند و مکانیسمی برای مدیریت این رفتارهای غیرحرفه‌ای ایجاد کند.

حرفه‌ای شدن پزشکی، پویا و در حال تکامل است تا نیازهای در حال تغییر جامعه را برآورده کند. به عنوان مثال، ۳۰ سال پیش، پزشکان مجبور نبودند تأثیر استفاده از ایمیل برای برقراری ارتباط با بیماران خود یا تأثیر بحث درباره اعتقادات شخصی آن‌ها در سایت‌های رسانه‌های اجتماعی مانند فیس بوک یا توییتر را در نظر بگیرند. انتظار می‌رود رفتار پزشکان،



سؤالات و پاسخنامه فصل ۵

۱. بر اساس اصول تعهد حرفه‌ای در مورد رابطه روانپزشک و بیمار در فضای مجازی کدام گزینه صحیح است؟ (بورد ۱۴۰۳)
- (الف) روانپزشک می‌تواند درخواست "اد شدن" بیمار خود را در فیس بوک بپذیرد.
- (ب) روانپزشک می‌تواند با اهداف آموزشی شرح حال بیماران خود را بدون ذکر نام منتشر نماید.
- (ج) نمی‌توان بیمار را از جستجوی اطلاعات شخصی روانپزشک در موتورهای جستجوگر منع کرد.
- (د) ارتباط با ایمیل روشی مناسب برای اطلاع دادن در خصوص شرایط اورژانسی بیماران به روانپزشک است.

گزینه ج

* تاسمن

چندین سازمان حرفه‌ای این موضوع را بررسی کرده و توصیه‌هایی در مورد استفاده از ایمیل ارائه کرده‌اند، از جمله کالج آمریکایی پزشکان (شورای اخلاقیات) و فدراسیون هیئت‌های پزشکی ایالتی AMA سودمندی ایمیل را برای تسهیل ارتباط در یک رابطه تثبیت شده پزشک و بیمار تشخیص داده است، اما استفاده از آن را تنها برای تکمیل سایر تعاملات شخصیت‌ر، نه به عنوان تنها روش درمانی توصیه کرده است. محتوای ایمیل باید همان استانداردهای حرفه‌ای مورد استفاده در سایر اشکال ارتباط کتبی یا شفاهی با بیماران را داشته باشد. علاوه بر این، پزشکان مسئولیت اخلاقی دارند تا بیماران را از محدودیت‌های ذاتی ایمیل، از جمله نقض احتمالی حریم خصوصی و رازداری، مشکلات اعتبارسنجی هویت واقعی هر یک از فرستنده‌های ایمیل و تأخیرهای معمولی مورد انتظار در پاسخگویی به ایمیل‌هایی که به پزشک رسیده، آگاه کنند. بسیار حیاتی است که بیماران محدودیت‌های ایمیل و همچنین انواع ارتباطاتی را که باید برای پاسخ فوری به مطب بروند، مانند افکار آسیب رساندن به خود یا عوارض جانبی دارو، بدانند.

توصیه می‌شود با ارسال نکردن اطلاعات قابل شناسایی بیمار به صورت آنلاین از حریم خصوصی و محرمانه بودن بیمار محافظت کنید.

به منظور جداسازی روابط شخصی از روابط حرفه‌ای با بیماران، پزشکان نباید بیماران را به عنوان دوستان فیس بوک داشته باشند. موتورهای جستجو اکنون به بیماران اجازه می‌دهند تا به اندازه‌های که درباره پزشک و خانواده‌هایشان در دسترس است، روانپزشک خود را در گوگل جستجو کنند. برخی از سایتها امکان رتبه‌بندی پزشکان را فراهم می‌کنند و برخی شامل نظرات بیماران سابق ناراضی و دلخور هستند. اطلاعات زیادی درباره پزشک از جمله سوابق عمومی گزارش‌های پلیس، سوابق مالیاتی دارایی، اطلاعات طلاق و مشارکتهای سیاسی به صورت آنلاین در دسترس است. علاوه بر این،



اطلاعات مربوط به تحصیلات، آموزش، گواهینامه هیئت مدیره، انتشارات و همچنین هرگونه اقدام انضباطی توسط هیئت‌های صدور مجوز دولتی یا ادعاها و شکایتهای قضایی ممکن است به صورت آنلاین قابل جستجو و در دسترس باشد. امروزه روانپزشکان باید تصور کنند که بیماران قبل از مراجعه به مطب اطلاعات زیادی در مورد آنها دارند.

۲. شما در یک کلینیک روانپزشکی در یک ناحیه محروم شهر کار می‌کنید. مکرراً با این مشکل مواجهید که بسیاری از بیمارانتان توانایی مالی خرید داروها را ندارند. نماینده یک شرکت دارویی با اطلاع از این مسئله به شما پیشنهاد می‌دهد که ماهانه مقداری دارو به طور رایگان در اختیار کلینیک قرار دهد تا برای بیماران نیازمند استفاده شود. شما که در پذیرش این پیشنهاد تردید دارید، با چند تن از همکارانتان مشورت می‌کنید تا در نهایت تصمیم بگیرید. خلاصه نظرات هر یک از همکاران در گزینه‌های زیر آمده است. نظر کدام یک از آنها درست‌تر است؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) خب شما که در این ماجرا نفع شخصی ندارید، به خاطر بیماران قبول کنید.

ب) مضرات پذیرش این پیشنهاد در نهایت بیشتر از منافع آن است، قبول نکنید.

ج) بهتر است از آنها بخواهید که به جای دارو کارت‌های هدیه‌ای بدهند تا بیماران خودشان دارو بخرند.

د) بر اساس تجربه اگر به این نتیجه رسیدید که نیت خیر دارند، قبول کنید.

گزینه ب

* تاسمن. فصل ۵

برای روانپزشکان، منبع اصلی هدایا شرکتهای داروسازی بوده است. آیین نامه اخلاقی APA دستورالعملهایی را برای تعامل پزشک با صنعت ایجاد کرده است و این دستورالعملها به عنوان استانداردهای رفتار برای حرفه پزشکی عمل میکنند. هدایا باید برای مراقبت از بیمار منفعت داشته باشد و حداقل ارزش پولی داشته باشد. هدایا در صورتی که در رابطه با شیوه های نسخه نویسی داده شوند، نباید پذیرفته شوند.

۳. بیمار سالخورده‌ای که همسرش را از دست داده به دلیل سرطان مثانه در بخش جراحی بستری است و موافق نیست که مورد عمل جراحی قرار گیرد. از شما دعوت می‌شود به عنوان روانپزشک ضمن ارزیابی روانپزشکی در این مورد تصمیم بگیرید و شما پس از مصاحبه به این نتیجه می‌رسید که عدم موافقت، نوعی تمایل به خاتمه دادن به زندگی است و اعلام می‌کنید که عمل می‌تواند بدون اجازه از بیمار انجام شود. تصمیم پزشک منجر به محدود کردن کدام یک از اصول اخلاقی به نفع سایر اصول می‌شود؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) Beneficence

ب) Nonmaleficence

ج) Autonomy

د) Justice

گزینه ج

* تاسمن فصل ۵