



مرکز تحقیقات اسلامی

اصفهان

گامی



عمران
علیه السلام

www.ghaemiyeh.com
www.ghaemiyeh.org
www.ghaemiyeh.net
www.ghaemiyeh.ir



سازمان اسناد و کتابخانه ملی
جمهوری اسلامی ایران

راهنمودهایی برای ارائه خدمات کتابخانه‌ای به کارکنان مبتلابه بیماری‌های روانی



ترجمه
غلامرضا رسولی

مؤلفان
م. کورنیلووا، ا. کورنیلووا

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رهنمودهایی برای ارائه خدمات کتابخانه‌ای به اشخاص مبتلا به بیماری های روانی

نویسنده:

انجمن کتابداران آمریکا

ناشر چاپی:

سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

ناشر دیجیتال:

مرکز تحقیقات رایانه‌ای قائمیه اصفهان

فهرست

۵	فهرست
۷	رهنمودهایی برای ارائه خدمات کتابخانه ای به اشخاص مبتلا به بیماری های روانی
۷	مشخصات کتاب
۸	اشاره
۱۴	فهرست مطالب
۱۶	سخن نخست
۱۸	مقدمه ی مترجم
۲۲	اجازه نامه ی ترجمه اثر
۲۵	مقدمه
۳۵	بخش اول : کلیات
۳۵	اشاره
۳۷	کلیات
۴۷	بخش دوم : نیازهای خدماتی افراد مبتلا به بیماری های روانی
۴۷	اشاره
۴۹	نیازهای خدماتی افراد مبتلا به بیماری های روانی
۶۳	بخش سوم : اطلاعات مورد نیاز در مورد بیماری های روانی
۶۳	اشاره
۶۵	اطلاعات مورد نیاز درباره ی بیماری های روانی
۷۳	بخش چهارم : نتایج حاصل از خدمات کتابخانه ای
۷۳	اشاره
۷۵	نتایج حاصل از خدمات کتابخانه ای
۸۳	پیوست ها و ضمائم
۱۰۱	اصطلاح نامه
۱۰۵	منابع و مأخذ

۱۱۲ منابعی برای مطالعه بیشتر

۱۱۵ درباره مرکز

رهنمودهایی برای ارائه خدمات کتابخانه ای به اشخاص مبتلا به بیماری های روانی

مشخصات کتاب

عنوان و نام پدیدآور: رهنمودهایی برای ارائه خدمات کتابخانه ای به اشخاص مبتلا به بیماری های روانی / انجمن نهادهای کتابخانه ای تخصصی و تعاونی، انجمن کتابداران آمریکا؛ مترجم بهروز رسولی.

مشخصات نشر: تهران: سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی، 1391.

مشخصات ظاهری: 105ص.

شابک: 60000 ریال: 8-265-446-964-978

وضعیت فهرست نویسی: فاپا

یادداشت: عنوان اصلی: Guidelines for library services for people with mental illnesses, 2007.

یادداشت: عنوان روی جلد: رهنمودهایی برای ارائه خدمات کتابخانه ای به اشخاص مبتلا به بیماری های روانی: استانداردها و رهنمودها.

یادداشت: واژه نامه.

یادداشت: کتابنامه: ص. [97] - 101.

موضوع: کتابخانه ها و بیماران روانی

کتابخانه ها و مراجعان

شناسه افزوده: رسولی، بهروز، 1367 -، مترجم

شناسه افزوده: انجمن نهادهای کتابخانه ای تخصصی و تعاونی

شناسه افزوده: انجمن کتابداران آمریکا

شناسه افزوده: American Library Association

شناسه افزوده: سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

رده بندی کنگره: Z711/92/ب9 ر9 1391

رده بندی دیویی: 027/6

شماره کتابشناسی ملی : 2669938

خیراندیش دیجیتال: انجمن مددکاری امام زمان (عج) اصفهان

ویراستار کتاب : خانم نرگس سلیمانی

ص: 1

اشاره

موضوع: کتابخانه ها و بیماران روانی

موضوع: کتابخانه ها و مراجعان

شناسه افزوده: رسولی، بهروز، 1367 -، مترجم

شناسه افزوده: انجمن نهادهای کتابخانه ای تخصصی و تعاونی

شناسه افزوده: انجمن کتابداران آمریکا

شناسه افزوده: American Library Association

شناسه افزوده: سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

رده بندی کنگره: 1391 99 ب 92/711 Z

رده بندی دیویی: 027/6

شماره کتابشناسی ملی: 2669938

ص: 2

رهنمودهایی برای ارائه خدمات کتابخانه ای به اشخاص مبتلا به بیماری های روانی

انجمن نهادهای کتابخانه ای تخصصی و تعاونی (ASCLA) انجمن کتابداران آمریکا (ALA) شیکاگو، 2007

ص: 3

سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

رهنمودهایی برای ارائه خدمات کتابخانه ای به اشخاص مبتلا به بیماری های روانی

ترجمه: بهروز رسولی

ناشر: سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

شمارگان: 1500 نسخه / چاپ اول 1391

چاپ و صحافی: سپهر

ناظر فنی: نصرت اله امیر آبادی

بها: 6000 تومان

نشانی: تهران، بزرگراه شهید حقانی (غرب به شرق) بعد از ایستگاه مترو، بلوار کتابخانه ملی

تلفن فروشگاه: 81623318 - 81623315 - 88941946

دورنگار: 88947496

وب گاه: www.nlai.ir

پست الکترونیک انتشارات: Publication@nlai.ir

ص: 4

رهنمودهایی برای ارائه ی خدمات کتابخانه ای

به اشخاص مبتلا به بیماریهای روانی

مترجم

بهروز رسولی

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته کتابداری و اطلاع رسانی، دانشکده کتابداری و اطلاع رسانی، دانشگاه تهران دستیار پژوهشی، آزمایشگاه کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه تهران، زیر نظر دکتر نادر نقشینه

استانداردها و رهنمودها

ص: 5

فهرست مطالب

سخن نخست...9

مقدمه ی مترجم...11

اجازه نامه ترجمه اثر...15

مقدمه...17

بخش اول

کلیات...29

بخش دوم

نیازهای خدماتی افراد مبتلا به بیماری های روانی...41

بخش سوم

اطلاعات مورد نیاز در مورد بیماری های روانی...57

بخش چهارم

نتایج حاصل از خدمات کتابخانه ای...67

پیوست ها و ضمائم...75

اصطلاح نامه...93

منابع و مآخذ...97

منابعی برای مطالعه بیشتر...103

ص: 7

برقراری عدالت ایجاب می کند که شهروندان دارای بیماری های خاص، همانند دیگر افراد جامعه، از فرصت های برابری جهت استفاده از خدمات فرهنگی و به خصوص خدمات کتابخانه ای بهره مند شوند. کتابداران و کارمندانی که در انواع مختلف کتابخانه ها مشغول به فعالیت و ارائه خدمات هستند، باید از مهارت های لازم برای ارائه هر چه بهتر خدمات کتابخانه ای به این گروه برخوردار باشند؛ و این مهم جز با آموزش مهارت ها و نگارش راهنماها و کتاب های مرتبط امکان پذیر نیست؛ بر این مبنای آموزش کتابداران و کارکنانی که در خط مقدم ارائه خدمات کتابخانه ای به این گروه هستند، شرط لازم برای دستیابی به هدف خواهد بود. همچنین، کتابخانه ها و مراکز اطلاع رسانی نیز باید تدارکات، خدمات، و تجهیزات لازم جهت پذیرایی از گروه های خاص کاربران را پیش بینی کنند و آمادگی های لازم را در این زمینه داشته باشند.

در این میان سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران، که مؤسسه ای آموزشی (علمی)، تحقیقاتی و خدماتی است و یکی از هدف های اصلی آن پژوهش و برنامه ریزی علمی کتابداری و اطلاع رسانی و شرکت در تحقیقات و فعالیت های بین المللی است؛ خود را موظف می داند که با پژوهش و انتشار منابع کاربردی در جهت آموزش کتابداران و همچنین تجهیز کتابخانه ها با مواد و خدمات مناسب اقدام نماید.

کتاب حاضر در راستای تجهیز و تدارک انواع مختلف کتابخانه ها و تربیت کتابداران و کارمندان جهت ارائه خدمات به گروه های خاص کاربران آماده شده است، و بعد از انتشار کتاب هایی چون؛ استانداردهای خدمات کتابخانه های زندان، استانداردهای کتابخانه های تخصصی و دانشگاهی ایران، و... به چاپ می رسد. رهنمودهایی برای ارائه خدمات کتابخانه ای به اشخاص مبتلا به بیماری های روانی، اولین تلاش جدی است که در زمینه تجهیز کتابخانه ها و آماده کردن کتابداران جهت ارائه خدمات به افرادی که از انواع مختلف بیماری های روانی رنج می برند، در ایران صورت گرفته است. اگر چه ناشر اصلی این کتاب انجمن کتابداری آمریکا است و در این کشور نیز به چاپ رسیده است، اما تیم نگارش این اثر، به گونه ای متن حاضر را نوشته اند که برای استفاده دیگر کشورها نیز کاربردی خواهد بود. تیم نگارش این اثر، شامل کتابداران و روانشناسان متخصصی است که سال ها در زمینه های مرتبط تجربه داشته و این تجربیات را در اثر حاضر با دیگران به اشتراک گذاشته اند. هر چند، امید است در آینده بتوان دستنامه ای بومی و ملی در این زمینه و سایر زمینه های مرتبط منتشر کرد که خاص مردم این مرز و بوم باشد.

این رهنمودها، منبع بسیار مناسبی جهت آموزش مباحث مربوطه، چه در سرفصل های درسی دانشگاهی رشته کتابداری و اطلاع رسانی و چه در کارگاه ها و دوره های ضمن خدمت خواهد بود. مطمئناً، این اثر به عنوان یک نقطه ی شروع برای ارائه خدمات کتابخانه ای به افراد دارای بیماری های روانی در نظر گرفته می شود، و این کار باید با تحقیقات آتی در این زمینه تکمیل شده و ادامه یابد. انتشار این اثر، خود نشان دهنده توجه سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران به خدماتی است که به اقشار مختلف جامعه در کتابخانه های این سرزمین باید ارائه شود. امید است این سازمان با انتشار آن، کمک شایانی به کتابخانه ها و مراکز اطلاع رسانی و همچنین کتابداران در زمینه ارائه خدمات کتابخانه ای به افراد دارای بیماری های روانی نماید.

اسحق صلاحی

رئیس سازمان اسناد و کتابخانه ملی

جمهوری اسلامی ایران

با توجه به این که بیماران روانی جمعیت قابل توجهی از جوامع امروزی را تشکیل می دهند، در دنیای امروز اهمیت بیشتری به بیماری های روانی داده می شود. در جوامع باستان و حتی در قرون وسطی، با این گروه از افراد به درستی رفتار نمی شد، آن ها را مجنون می خواندند، و برای درمان این افراد، برخی از آن ها را تا سرحد مرگ شلاق می زدند تا جن از بدنشان خارج شود. با مطالعاتی که در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم در مورد این افراد و بیماری های روانی انجام شد، برخورد با اینگونه بیماران با شیوه ی صحیح تری انجام می گرفت و امکانات بیشتری برای رفاه بیماران روانی فراهم شد؛ و در نتیجه، آن ها توانستند بهتر زندگی کنند.

کتابخانه نهادی آموزشی و فرهنگی در جامعه است؛ و می کوشد به همه ی افراد جامعه ی خود، بدون توجه به تفاوت های جنسی، سنی، رفتاری، و...، خدمت شایسته ای به دست دهد. افرادی که دارای بیماری های روانی هستند، همانند دیگر اعضای جامعه، نیازهای اطلاعاتی ای دارند که احتمالاً کتابخانه مناسب ترین مکان و موقعیت برای رفع آن نیازهاست؛ از طرف دیگر، بیماران روانی بخش مهمی از جامعه ای را تشکیل می دهند که کتابخانه برای خدمت رسانی به آن شکل گرفته است.

برای ارائه ی خدمتی مناسب به این گروه، کتابداران و کارمندانی که در کتابخانه ها - مخصوصاً کتابخانه های عمومی - مشغول فعالیت هستند، باید نسبت به این افراد و نیازهای اطلاعاتی آن ها، و در نهایت شیوه ی درست رفتار با آن ها، از دانش کافی برخوردار باشند. چه بسا، کارمندان آموزش دیده باعث جذب افراد دارای بیماری های روانی به کتابخانه شوند؛ و البته اگر کتابدارن به اندازه ی کافی در این زمینه آموزش نینند، ممکن است این دسته از کاربران از کتابخانه گریزان شوند.

دستنامه یا راهنمای حاضر، دانشی به کتابداران ارائه می دهد که یقیناً کمک شایانی به آن ها خواهد کرد تا در برخورد با افراد دارای بیماری های روانی موفق عمل کنند. نبود یک نوشته ی کامل و جامع در این زمینه، دغدغه ی اصلی اعضای تیمی است که این کتاب را نوشته اند. این دستنامه در چهار بخش اصلی نگارش یافته است؛ بخش اول کلیاتی را در مورد بیماری های روانی و همچنین بیماران روانی بیان می کند؛ بخش دوم به نیازهای اطلاعاتی افراد مبتلا به بیماری های روانی می پردازد؛ بخش سوم اطلاعاتی درباره ی بیماران روانی به دست می دهد که مورد نیاز یک کتابدار است؛ و در نهایت، بخش پایانی به برایندهای حاصل از این خدمات می پردازد.

رهنمودهایی برای خدمات کتابخانه ای به افراد مبتلا به بیماری های روانی ترجمه ای است از کتاب *Guidelines for Library Services for People with Mental Illnesses* که در سال 2007 به دست «انجمن کتابداران امریکا» منتشر شده است. مؤلفان این کتاب تیمی با تجربه از کتابداران متخصصی هستند که سال ها با مسائل مربوط به این حوزه سروکار داشته اند، بنابراین می توان گفت که این کتاب بهترین راهنمای عملی موجود در این زمینه است.

کمیته بازنگری استانداردهای آسکلا برای تدوین رهنمودهایی جهت ارائه خدمات کتابخانه ای به افراد دارای بیماری های روانی شامل: 1. راشل آلتز، رئیس (2003-2006)، مرکز آستن ریگز (ماساچوست)؛ 2. لیندا والینگ، رئیس (2002-2003)، دانشگاه کارولینای جنوبی؛ 3. لین اکین، دانشگاه مطالعات زنان تگزاس؛ 4. سوزان بک، موسسه اماندا (میشیگان)؛ 5. کاتلین گارلند، کالج کالامازو؛ 6. اردیس

هنسن، کتابخانه تحقیقاتی مؤسسه بهداشت روان لوئیس دِلا پارت فلوریدا؛ 7. والتر متز، دفتر استانداری (کارولینای جنوبی) است. و کمیته بازنگری رهنمودها شامل: 1. کری بنکس، کتابخانه عمومی بروکلین؛ 2. جان آر. کلارک، کتابخانه عمومی هارتلند (ایالت ماین)؛ 3. ماری ای. جانسون، مؤسسه بهداشت روان میسوری؛ 4. مایکل ای. شل، کتابخانه عمومی جکسن ویل؛ 5. جورج توماس، مؤسسه هیلزبرو وابسته به سازمان پیمان ملی بیماری روانی (NAMI) می شود.

برخلاف کشورهای توسعه یافته و پیشرفته، در کشورهای جهان سوم و در حال توسعه بهای نسبتاً کمتری به بیماری های روانی و همچنین بیماران روانی داده می شود، و شهروندان این جوامع هنوز عینک بدبینی نسبت به این نوع بیماران را به چشم زده اند. تا کنون تلاشی در ایران برای تألیف یا ترجمه ی استانداردها یا رهنمودهایی برای ارائه ی خدمات به این گروه کاربران نشده است. در حالی که به گزارش محمدی و همکاران⁽¹⁾ (1382) در بررسی مطالعات همه گیر شناسی اختلالات روانی در ایران از سال 1342 تا 1381، شیوع اختلالات روانی از 11/9 درصد تا 30/2 درصد بوده است. این آمار قابل توجه، لزوم بازنگری در برنامه های درسی و آموزشی رشته کتابداری و اطلاع رسانی ایران را نیز برجسته می کند. بنابراین، متن این کتاب می تواند برای دانشجویان این رشته نیز کاربردی باشد.

امیدواریم این کتاب بتواند در خدمت رسانی کتابداران کشور ما به افراد دارای بیماری های روانی مؤثر واقع شود و در سال های آتی نیز بتوانیم این خدمت رسانی را توسعه بدهیم و بومی کنیم. در پایان وظیفه خود می دانم از دوست عزیزم جناب آقای مجید نبوی (دانش آموخته ی رشته ی کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه تهران)، به سبب معرفی این کتاب به بنده، تشکر کنم. از آقایان ایمان طهماسبی و سجاد سپهری (دانش آموخته های رشته ی زبان و ادبیات انگلیسی دانشگاه تهران)، به دلیل کمک های بی دریغشان سپاسگزاری می کنم و همچنین، لازم می دانم

ص: 13

1- محمدی، محمدرضا و همکاران (1382). همه گیر شناسی اختلال های روان پزشکی در استان تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، ضمیمه شماره 28، ص 25-29.

از آقای مهران موسوی نیز برای ویراستاری ادبی این اثر تشکر کنم و در پایان، از دست اندرکاران بخش انتشارات سازمان اسناد و کتابخانه ملی ایران، به خصوص جناب آقای معصومیان، برای انتشار این کتاب قدردانی می‌کنم.

بهر روز رسولی

ص: 14

اجازه نامه ی ترجمه اثر

از آنجایی که این اثر حاصل فکر مترجم نیست، و فکر فرد یا افراد دیگری است که ترجمه شده است، کسب اجازه از نویسنده (گان) اثر اصلی جهت ترجمه دست آورد ایشان به زبان فارسی لازم و ضروری به نظر می رسد. به دلیل این که چندین نویسنده در پدید آوردن این اثر نقش داشته بودند و ارتباط با تک تک آن ها امکان پذیر نبود، برای دریافت اجازه ترجمه این اثر با خانم سوزان هورنانگ (1) مدیر اجرایی انتشارات آسکلا (ASCLA) از طریق پست الکترونیکی مکاتبه شده است؛ که ترجمه فارسی اظهارات ایشان در زیر آورده می شود:

آقای بهروزسولی

با سلام

به دلیل این که کمیته انتشارات آسکلا سازوکار خاصی جهت انجام این کار از طریق پست الکترونیکی ندارد، در نتیجه بدین وسیله اجازه ترجمه کتاب *Guidelines for Library Services for People with Mental Illnesses* از زبان انگلیسی به زبان فارسی

ص: 15

Susan Hornung -1

به شما داده می شود. دقت کنید که حتماً حقوق آسکلا در ترجمه این کتاب رعایت شود. لطفاً یک نسخه از ترجمه را با ذکر اطلاعات زیر برای ما ارسال بفرمائید:

Reprinted with permission of the Association of Specialized and Cooperative Library

(Agencies (ASCLA), a division of the American Library Association (ALA

.www.ala.org/ascla

با احترام،

سوزان هورننگ

مدیر اجرایی، ASCLA/RUSA

انجمن کتابداران آمریکا، شیکاگو

,Hi Behrooz

We simply did not have any policies in place for this within our division and there was some confusion. I will give you permission to translate the Guidelines for Library Services for People with Mental Illnesses book to Persian. Please include the following information and send us a copy of the translation

Reprinted with permission of the Association of Specialized and Cooperative Library Agencies (ASCLA), a (division of the American Library Association (ALA

www.ala.org/ascla.

Best Regards

Susan Hornung

Executive Director, ASCLA/RUSA, American Library Association

Phone: (800) 545-2433x4395

Fax: (312) 280-5273

Email: shornung@ala.org

هنگام تدارک خدمات کتابخانه ای برای اشخاص مبتلا به بیماری روانی، باید به خاطر داشته باشیم که صرفاً با مشاهده ی ظاهر اکثر این افراد نمی توان تشخیص داد که آن ها مبتلا به بیماری روانی هستند یا خیر. مطمئناً رفتارهای عجیب و نامتعارف از افرادی سر می زند که بیماری روانی دارند، اما به طور کلی، این گروه از کاربران به ندرت عجیب و غریب به نظر می رسند. البته کاربرانی هم وجود دارند که به بیماری روانی مبتلا هستند، اما شدت این بیماری زیاد نیست و یا اصلاً ظاهراً این بیماران گویای وضعیت روانی شان نیست. مؤسسه ی بین المللی سلامت روان (NIMH) گزارش می دهد که:

بیماری های روانی در ایالات متحده و جهان رایج است. تقریباً 22,1 درصد از آمریکایی های هجده ساله و مسن تر - حدود یک پنجم بزرگسالان - مبتلا به یک بیماری روانی قابل تشخیص (توسط پزشک) در یک سال معین هستند... این نسبت در حدود 4,3 میلیون نفر را دربر می گیرد. علاوه بر آن، در چهار عامل از ده عامل اصلی معلولیت در ایالات متحده و سایر کشورهای توسعه یافته اختلالات روانی (افسردگی مزمن،

اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلال وسواس جبری) نقش اساسی دارد. خیلی از افراد مبتلا به بیش از یک بیماری روانی هستند. شمار اندکی از خانواده ها، از این قضیه مصون هستند، شاید هم اساساً هیچکدامشان مصون نباشند (NIMH 2001).

ممکن است جوانان مشکلات روانی، احساسی، و رفتاری ای داشته باشند که جدی، دردناک و پرهزینه هستند. این مشکلات، که اغلب «اختلال» نام دارند، منبع استرسی برای کودکان و همچنین خانواده ها، مدرسه، اجتماع، و جامعه ی بزرگ تر محسوب می شوند. شمار خانواده هایی که تحت تأثیر اختلالات روانی، احساسی، و رفتاری جوانان هستند بهت آور است. پیش بینی می شود که یک پنجم کودکان و نوجوانان ممکن است از نظر سلامت روان دچار مشکلاتی باشند که قابل تشخیص و درمان است. حداقل یک دهم (یا شش میلیون نفر) از جوانان ممکن است به یک «اختلال احساسی مزمن» مبتلا باشند. اختلال احساسی مزمن، اصطلاحی است که به نوعی مشکل سلامت روان اطلاق می شود و توانایی شخص را در عملکردهای اجتماعی، علمی، و احساسی شدیداً دچار اختلال می کند (National Mental Health Information Center 2003).

از نیمه ی دهه ی 1950 در آمریکا، توجه خاصی به گذار از مؤسسه های سلامت روان ایالتی به نظام های ارائه ی خدمت اجتماع مدار (بر پایه ی اجتماع) شده است. اگرچه این رویکرد در مراقبت و درمان انسانی افراد دارای اختلال روانی مزمن پیشرفت قابل توجهی بوده است، اما آژانس ها و سازمان های اجتماعی (1) (از قبیل کتابخانه ها) برای ارائه ی خدمات گوناگون کتابخانه ای به این افراد از آمادگی بسیار کمی برخوردار بوده اند. اشخاصی که غمگین، گیج، گوشه گیر، یا کمی پرخاشگر به نظر می رسند، غالباً جزء گروهی از کاربران طبقه بندی می شوند که از نظر امنیتی

ص: 18

1 - Community based Organization: سازمان اجتماعی یا اجتماع مدار، سازمانی است که به صورت غیرانتفاعی، خصوصی یا دولتی تحت پوشش قوانین تشکیل می شود. این سازمانها برای رفع نیازهای جامعه از طریق صندوقهای خصوصی یا دولتی تأسیس می شوند. - مترجم

ریسک پذیر [و خطرناک] به حساب می آیند و براین اساس مورد تبعیض قرار می گیرند.

سالهاست که جامعه شناسان به مطالعه قدرت تأثیر گذاری گروه ها بر تغییرات بزرگ اجتماعی پرداخته اند. طبق این مطالعات، افراد مبتلا به بیماری روانی، اعضای خانواده هایشان و بستگان آن ها، یک گروه مهم اثر گذار بر سیاست های سلامت روان شده اند. ایده ی خود - حمایتی (1) (جلب حمایت همه جانبه از خود) در سلامت روان اساساً به کلیفورد بیرز (2) (1908) در اوایل قرن بیستم منسوب است. اگرچه از قبل از دهه ی 1900 افراد مبتلا به بیماری های روانی تحت حمایت قرار گرفته بودند، هم آزادسازی بیماران از آسایشگاه ها (3) و هم جنبش حقوق مدنی در دهه ی 1960، بیماران سابق را ترغیب کرد در آنچه بعداً تحت عنوان «نهضت آزادی بیماران روانی» (4) مطرح شد، بهتر سازماندهی شوند. بعد از دهه ی 1970، جنبشی - خانواده ای نیز پدیدار شد. تأثیر سیاسی روزافزون جنبش مرکب مصرف کننده - خانواده را باید مثبت ترین رخداد در تاریخچه بیماری های روانی دانست.

اصل اساسی «نظریه ی توانمندسازی مصرف کننده ی مستقیم» (5) این است که افزایش مشارکت در شکل گیری سیاست های مربوط به معلولیت و ارائه خدمات توان بخشی، به افزایش یکپارچگی اجتماعی، توانمندسازی، و کیفیت زندگی بین افراد معلول منجر خواهد شد (کوسیولک (6) و 1999). مواردی از قبیل: مدل باشگاه های توان بخشی، گروه های خودیاری (7)، درمان جویهای تولیدکننده، پژوهش

ص: 19

Self advocacy -1

Clifford Beers -2

Deinstitutionalization -3

Mental patients Liberation Movement -4

5- Consumer Directed theory of empowerment (CDTE): به عنوان مدلی برای هدایت پیشرفت ها و ارزیابی سیاست های مربوط به معلولیت و خدمات توان بخشی مطرح شد.

Kosciulek -6

7- Self help Group: این گروه ها توسط افرادی که دارای یک مشکل مشابه هستند (مانند: چاقی، الکلیسم، افسردگی بعد از زایمان یا مشکل مراقبت از کودک مبتلا به اختلال مادرزادی) سازمان داده می شوند. این گروه ها بدون یک درمان گر حرفه ای تشکیل می شوند و غالباً به دست افرادی که بر مشکل خود فائق می آیند، رهبری می شوند. گروه الکلی های بی نام و گروه مراقبان وزن، دو نمونه از این گروه ها به شمار می روند. این گروه ها را وقتی افراد مطلع به طرز صحیحی هدایت کنند، منابع حمایتی ارزشمندی به شمار می روند. - مترجم

عملی مشارکتی، (1) و فعالیت های پشتیبانی از جمله استراتژی ها و برنامه هایی هستند که باعث پرورش توانمندسازی می گردند. اطلاعات (اطلاع داشتن از این بیماری ها و بیماری ها دست و پنجه نرم می کنند)، برای مدیریت بیماری های روانی و کاهش تبعیض هایی که نسبت به آن ها اعمال می شود، امری کلیدی قلمداد می شود.

با جست و جویی که در پایگاه اطلاعاتی نوشته ها و پیشینه های تحقیق مربوط به کتابداری انجام شد، با وجود چندین مقاله در مورد کتاب درمانی و کتابشناسی ها، تعداد کمی مقاله در مورد برنامه ریزی برای بیماری های روانی در کتابخانه موجود بود. همچنین با جست و جویی که درباره ی برنامه ریزی عمومی، در دو پایگاه اطلاعاتی خبری، نمایه روزنامه ی ملی (2) و اهم وقایع (3) انجام شد، نبود اخبار مربوط به برنامه های کتابخانه ای نسبت به برنامه های اجتماعی مرتبط با مسائل سلامت روان به چشم می خورد. در بیمارستان، دانشگاه، زندان، یا کتابخانه های عمومی، در طول چندین سال گذشته، برنامه ای در ارتباط با سلامت روان یا اطلاع رسانی عمومی در مورد بیماری ها یافت نشد. هیچ تبلیغاتی برای اطلاع رسانی در مورد مجموعه کتب یا سایر رسانه های اطلاعاتی وجود نداشت. به نظر می رسد که گروه های آلازیمری در درجه ی اول از سالن های جلسات کتابخانه ها استفاده کنند. در برنامه ای اجتماعی که در رابطه با آموزش سلامت روان در یک ایالت برگزار شد، متخصصان سلامت روان ترجیح داده بودند از کلیساها، سالن های کنفرانس، و مراکز مراقبت پزشکی به عنوان مکان های اجتماع مردم استفاده کنند، و از

کتابخانه ها [به عنوان مکان هایی جهت اجتماع مردم] هیچ استفاده ای نکرده بودند (کانل و کول (4) و، 1999). کسانی که در کتابخانه ها مشغول به کار هستند، باید بدانند که در نتیجه ی فقدان و پرهیز از یک برنامه ریزی منظم در رابطه با بیماری های روانی، هر لحظه فرصت مهمی برای بهبود روابط اجتماعی و رفاه جامعه خود از دست خواهند داد.

ص: 20

Participatory action research -1

National Newspaper Index -2

A Matter of Fact -3

Connell Kole -4

کتابخانه های آموزشگاهی و دانشگاهی از فرصت مناسبی برخوردارند تا در جوامع مخصوص خود؛ از طریق آموزش دانش آموزان و دانشجویان در رابطه با تجربه هایی که دوستان و همکلاسی های آن ها از بیماری های روانی دارند و همچنین افزایش آگاهی های مربوط به درجه ی شیوع بیماری های روانی در میان جوانان، حائز نقشی کلیدی باشند.

کتابخانه ها می توانند به عنوان یکی از نهادهای آموزشی در اشتراک اطلاعات مربوط به بیماری های روانی با جامعه ی تحت پوشش خود و ارائه ی برنامه های مربوطه نقش فعالی بر عهده بگیرند. ممکن است کتابخانه ها در نهادینه سازی (1) یک سری امور کمک کنند، و تعهداتی در رابطه با فراهم آوردن برخی امکانات آموزشی و پذیرش بعضی مسئولیت ها برعهده بگیرند که شاید در سایر سازمان های اجتماعی امکان پذیر نباشد (پالرمو (2) و، 1997). در عین حال، کتابخانه هایی که تابع «اعلامیه ی حقوق کتابخانه (3)» هستند، ممکن است از طریق نمایشگاه ها؛ صفحات وب؛ خدمات مرجع؛ نقدهای نوشته شده در مورد کتاب و مواد و رسانه های مختلف برای روزنامه های محلی یا مجله ها (4)؛ جلسات بحث و معرفی کتاب، مواد، و رسانه های اطلاعاتی، در زمینه ی اطلاع رسانی و آموزش های مربوط به بیماری های روانی با عموم مردم در ارتباط باشند. ارتباط های راحت و بی آرایش منجر به ایجاد آزادی و دموکراسی در به اشتراک گذاری داشته های کتابخانه (شامل: اطلاعات، منابع اطلاعاتی، خدمات گوناگون و...) می شود. کتابخانه می تواند به عموم مردم بفهماند که بیماری های روانی موضوع مهم و قابل پذیرشی است، و همچنین اشخاصی را که به واسطه ی ابتلا به بیماری های روانی، به طور متفاوتی گوشه گیر و ساکت مانده اند برانگیزد تا درخواست های اطلاعاتی خود را با کمک کتابدار در میان بگذارند. در صورتی که کتابداران با مسائل کتاب درمانی درگیر شوند، می توانند همچنان که با کاربران در ارتباط هستند، با متخصصان سلامت روان، معلمان،

ص: 21

Transinstitutionalism -1

Palermo -2

The Library Bill of Rights -3

House organ -4: مجله یا نشریه ای است که یک شرکت جهت استفاده مشتریان یا کارمندان خود منتشر می کند. - مترجم

و کسانی که در شبکه‌ی اجتماعی قرار دارند نیز همکاری کنند. همه‌ی موارد مذکور، مبنایی برای غنی‌سازی و تفهم جامعه (و در نتیجه بهزیستی اجتماعی مناسب‌تر) به ارمغان می‌آورند.

قانون طلایی (1)، در ارائه‌ی خدمات به این گروه (یا هر گروه دیگری) مهم‌ترین رهنمود است (2). افراد مبتلابه بیماری روانی و اعضای خانواده‌هایشان، مستحق این هستند که با نیازهای شخصی آن‌ها، همانند دیگر کاربران عادی کتابخانه، با احترام برخورد شود. این احترام و خوش‌خلقی، اگرچه حتی گاهی برای کاربران مبتلابه بیماری روانی از کاربران عادی مهم‌تر است، نباید لطف تلقی شود، بلکه باید آن را یک حق اخلاقی و انسانی (3) در نظر گرفت.

اکثر این افراد به توجه یا کمک خاصی نیاز ندارند. برخی از آن‌ها ممکن است به اندازه‌ی سایر کاربران عادی ای که در خواندن یا دستیابی به اطلاعات مشکل دارند، یا این که فقط روز بدی را آغاز کرده‌اند، به کمک نیاز داشته باشند. تعداد کمی از این افراد نیازهایی دارند که در میان این گروه از کاربران بسیار رایج است؛ البته ممکن است این نیازها منحصر به افراد مبتلابه بیماری روانی نباشد.

حساس شدن به مسئله‌ی بیماری‌های روانی نباید باعث شود که کتابداران در برخورد با رفتارهای عجیب و نامتعارف کاربران اینگونه تصور کنند که این رفتار نشانه‌ی ای از وجود بیماری روانی در فرد است. همچنین، نباید فرض شود که هر یک از اعضای عادی کتابخانه یا اشخاصی که خود را با دیگران یکی می‌انگارند (4) مبتلا به این بیماری روانی هستند.

امیدواریم با نوشتن این دستنامه، نیازهای متنوع و متفاوت افراد را برآورده کنیم و رهنمودهایی به دست دهیم که کارکنان کتابخانه به کمک آن بتوانند در برخورد با اشخاصی که مبتلابه بیماری‌های روانی و همچنین خانواده‌ها، دوستان، و پرستاران

ص: 22

1- Golden Rule: یکی از قدیمی‌ترین قوانین اخلاقی در فرهنگ جهانی است که با دیگران چنان رفتار کن که می‌خواهی با تو رفتار کنند یا با دیگران رفتاری مکن که نمی‌خواهی با تو چنان رفتار شود. این قانون را که مورد تأیید فطرت انسانها و ادیان آسمانی است، به سبب ارزش متعالی آن قانون طلایی خوانده‌اند. - مترجم

2- ارائه‌ی خدمات و کمک یکسان به کاربران گوناگون در طول فعالیت اطلاع‌یابی آن‌ها، بگونه‌ای که خود دوست داریم با ما آنگونه رفتار شود.

Universal -3

Self identification -4

آن ها موفق عمل کنند. البته این اشخاص ممکن است همانند هر شخص دیگری در یک سری فعالیت های آموزشی و فرهنگی شرکت کنند که در ارتباط با شرایط خاص پزشکی آنها نباشد. فراگیری مهارت های مرتبط با استفاده از کتابخانه فرصت بسیار مناسبی برای افراد مبتلا به بیماری های روانی است تا اطلاعات مورد علاقه ی خود را خودشان پیدا و از آن استفاده کنند.

پایه و اساس رهنمودها

لیندا لوکاس والینگ(1) در سال 2000 کمیته ای فرعی جهت نگارش این رهنمودها تشکیل داد. خوشبختانه، دکتر والینگ پس از بازنشستگی اش نیز در تکمیل این سند همکاری کرد. ما از ایشان به سبب ویرایش دقیق، فراست و کنجکاوی و تشویق هایشان بسیار سپاسگذاریم.

کتاب استانداردها و رهنمودهایی برای خدمت رسانی به کاربران کتابخانه در آسایشگاه سلامت روان (2) از انتشارات انجمن نهادهای کتابخانه ای تخصصی و تعاونی (بخشی از انجمن کتابداران آمریکا یا ای ال ای (3)) در سال 1987 و کتاب رهنمودهایی برای ارائه خدمات کتابخانه ای به افراد عقب مانده ی ذهنی (4) که در سال 1999 توسط انجمن نهادهای کتابخانه ای تخصصی و تعاونی منتشر شد، دو کتابی بودند که به عنوان مدلی برای نگارش این رهنمودها مورد استفاده قرار گرفتند.

به علاوه، کمیته ی مذکور کتاب استانداردها و رهنمودهای بازنگیری شده برای خدمت رسانی به شبکه ی کتابخانه های کتابخانه کنگره برای نابینایان و معلولان جسمی (5) را نیز بررسی کرد که در سال 2005 از سوی انجمن نهادهای کتابخانه ای تخصصی و تعاونی منتشر شده است.

ص: 23

Linda Lucas Walling -1

Standards and Guidelines for Client Library Services in Residential Mental Health Facilities -2

(American Library Association (ALA -3

Guidelines for Library Services for People with Mental Retardation -4

Revised Standards and Guidelines of Service for the Library of Congress Network of Libraries for the -5

Blind and Physically Handicapped

کمیته ی نگارش این رهنمودها، متشکل از کتابدارانی با طیف گسترده ای از تجارب حرفه ای است. به هر کدام از اعضای کمیته مسئولیت، نگارش بخش هایی واگذار شد که با تجربه و تخصص آنها مطابقت داشته است.

یکی از اهداف این رهنمودها، کاهش تبعیضی بود که نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی وجود داشت. با در نظر داشتن این هدف، اصطلاحات زیر در سراسر رهنمودها به کار برده شده اند. اولاً، «مردم (یا اشخاص) مبتلا به بیماری های روانی (1)»، به این دلیل بکار برده شده است که افراد گوناگون به یک بیماری روانی واحد مبتلا نیستند، بلکه دچار طیف گسترده ای از بیماری های روانی هستند. به این دلیل که این سند در مورد خدمت رسانی به گروه خاصی از کاربران کتابخانه است، اصطلاح «کاربران (2)» برای توصیف افرادی به کار می رود که از خدمات و منابع کتابخانه ای استفاده می کنند. دوماً، کلمه ی «تبعیض (3)» به جای اصطلاح «انگشت نما (4)» به کار برده شده است. و سرانجام، «اعضای خانواده هایشان (5)» به جای «افراد خانواده (6)» به کار برده شده است.

زبان قابلیت افزایش این درک را دارد که به افراد مبتلا به بیماری روانی، در درجه ی اول به عنوان انسان نگاه شود و همچنین می تواند باعث کاهش تبعیضی شود که در سطحی بسیار نافذ و گاهی نامحسوس و غیر مستقیم به این افراد روا داشته می شود. جاشوا کورنر (7)، مدیر اجرایی سی اچ او آی سی ای (8)، اطلاق عنوان «افراد مبتلا به بیماری روانی» را به کسانی که دچار بیماری های روانی هستند، نشانه ای می داند مبنی بر این که این گروه هنوز در فرهنگ ما کاملاً ادغام نشده اند. او

ص: 24

People (or persons) with mental illnesses -1

Patrons -2

Discrimination -3

Stigma -4

Members of their families -5

Family members -6

Joshua Koerner -7

Consumers Helping Others in a Caring Environment (CHOICE) -8: سازمانی است که طبق مأموریتش، که هامانا کمک

کردن است، به تشویق و حمایت از افرادی می پردازد که مبتلا به بیماری روانی هستند. چویس خدماتی را به این افراد در یک محیط کاملاً

دوستانه ارائه می دهد. - مترجم

اظهار می کند اشخاصی که توسط پزشک بیمار روانی تشخیص داده شده اند، می دانند که بی ارزش، گوشه گیر، و محروم از حقوق مدنی شده اند. «مشتریان(1)»، «درمان جویان(2)»، «بازمانده ها(3)»، و C/S/X، و «بیماران روانی(4)»، اصطلاح هایی هستند که در متون علمی و انتشارات به چشم می خورند(5). همانگونه که کورنر (2002) می گوید، «خیلی خوب خواهد بود وقتی که از بقیه ی جامعه چندان دور نباشیم تا مجبور شویم اصلاً خودمان را به عنوان چیزی تعریف کنیم». هارولد مایو(6) (2001)، مدافع شهیر فلوریدایی، با تأیید این دیدگاه، می گوید: «به نظر من، زبان منبع پیش داوری است و تا زمانی که استعارات این پیش داوری حذف نشود، این فرهنگ از یک گروه به گروه بعدی انتقال خواهد یافت».

سوالی که مکرراً برای همکاران و همچنین مسئولان برای مطرح شد، این بود که این سند تا چه حد می تواند در برآورده کردن نیازهای کتابدارانی مؤثر واقع شود که احتمالاً در کتابخانه های عمومی بزرگ با کاربران خاصی مواجه می شوند؛ کاربرانی که رفتار آنها طیف گسترده ای از سطوح را در بر می گیرد، از رفتارهای چالش برانگیز تا بحرانی. این نوشته نه تنها به معنی تصدیق تلاش کتابداران برای ایجاد یک رویه ی مدیریت بحران بسیار دقیق در محل کارشان است، بلکه مهر تأییدی است بر تلاش آنها برای ایجاد و توسعه ی تخصص دفع بحران و نائل شدن به تجارب کتابخانه ای موفق برای این گروه از کاربران.

ص: 25

Consumers -1

Recipients -2

Survivors -3

Mental Patient -4

C/S/X مخفف Consumer/Survivor/Ex psychiatric است.

Harold Maio -6

بخش اول : کلیات

اشاره

ص: 27

تعریف بیماری های روانی

«بیماری روانی» اصطلاحی است که برای توصیف طیف گسترده ای از شرایط و وضعیت های روانی و احساسی به کار برده می شود. برای تعریف یک بیماری روانی راه های زیادی وجود دارد. در ایالات متحده، چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده ی دستنامه ی تشخیصی و آماري اختلالات روانی (1)، که توسط انجمن روانشناسی آمریکا (2) (ای پی ای) (2000) انتشار یافته است، منبعی معتبر در زمینه ی طبقه بندی بیماری های روانی قلمداد می شود (3). بر اساس این منبع، «بیماری های روانی به عنوان علائم بالینی مهم روانشناختی یا رفتاری ای تعریف می شوند که در یک فرد پدیدار و باعث ایجاد ناراحتی برای فرد مبتلا یا ایجاد معلولیت (فقدان یا کاهش عملکرد) در وی

می شوند». عکس العمل های عادی فرهنگی و مورد انتظار نسبت به یک رخداد خاص، مانند اندوه ناشی از فوت یکی از عزیزان فرد، از دسته ی بیماری های روانی به شمار نمی آیند. طبیعی است که با از دست دادن یکی از عزیزان احتمالاً

ص: 29

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR -1

(American Psychology Association (APA -2

3- توجه داشته باشید که DSMIVTR برای استفاده ی افراد غیر حرفه ای طراحی نشده است. این سند یک ابزار تشخیصی پیچیده همراه با معیارهای تشخیصی ای است که به منظور به خدمت گرفتن رهنمودهایی جهت آگاه کردن تشخیص های کلینیکی تدارک دیده شده است، و نباید به عنوان یک ابزار ارجاع آماده توسط اشخاص آموزش ندیده استفاده شود.

فرد ناراحت و اندوهگین می شود اما این علائم زمانی اختلال محسوب می شوند که دلیل خاصی نداشته باشند یا مدت زمان و سختگیری نسبت به رخداد اولیه ای که باعث ناراحتی شده است، غیر طبیعی باشد. بیماری روانی ممکن است که واکنش شدید درونی (روانی) در پی نداشته باشد. ممکن است برخی از بیماری های روانی که در نتیجه حوادث اجتماعی یا بیولوژیکی (برای مثال «استعداد ژنتیکی برای ابتلا به بیماری(1)» یا «اختلال تش زای پس از رویداد(2)») از دسته ی این بیماری ها به شمار بیایند.

بیماری روانی همچنین به بخشی از مفهوم گسترده ی قانون حمایت از افراد ناتوان(3) با عنوان معلولیت ذهنی(4) یا معلولیت روانپزشکی(5) اشاره دارد. این معلولیت ها با معلولیت های ذهنی تحت پوشش این قانون از قبیل عقب ماندگی ذهنی(6)، آسیب مغزی ارگانیک(7) و معلولیت های یادگیری(8) تفاوت دارند. برای ایجاد یک نظام تشخیصی مناسب و همچنین طراحی شیوه های درمان بیماری های روانی، به کمک افراد حرفه ای نیاز خواهیم داشت.

به علاوه، بیماری های روانی را نباید معادل انحرافات رفتاری دانست. انحراف، نقض استانداردهای اخلاقی یا هنجارهای اجتماعی تعریف می شود. هر جا که سطح عملکرد افراد مبتلا به بیماری های روانی جدی پایین تر از مقیاس های تشخیصی استاندارد باشد، احتمال دارد در برخورد با افراد دیگر با سختی مواجه شوند یا ممکن است با جنبه های زیست محیطی کتابخانه دچار مشکلات ادراکی شوند(9)(11) Flat Affect(10) Affect).

ص: 30

Genetic predisposition -1

(Post-traumatic Stress Disorder (PTSD -2

3- American with Disabilities Act (ADA): قانونی بود که کنگره ی آمریکا در سال 1990 تصویب کرد. این قانون طیف گسترده ای از حقوق مدنی را شامل می شد و تبعیضاتی که در نتیجه ی معلولیت به وجود آمده بود، از بین می برد. - مترجم

Mental impairment -4

Psychiatric impairment -5

Mental retardation -6

Organic brain damage -7

Learning disability -8

9- «عاطفه

10- « مربوط به اظهار احساسات، هیجانات، و حالات است. برای مثال، عاطفه ی سطحی

11- توسط اشخاصی بروز داده می شود که هیچ اشتیاق یا پاسخی به محیط اطراف خود یا عکس العمل هایی نشان نمی دهند که ممکن است از اشخاص یا چیزهای دیگر سربرزند.

تأثیر بیماری‌های روانی

اهمیت بار بیماری‌های روانی (1) روی سلامت و بهره‌وری، در سراسر جهان تا چند سال اخیر ناچیز پنداشته می‌شد. در پژوهش بار جهانی بیماری‌ها (2) (مطالعه‌ای که توسط سازمان جهانی بهداشت، بانک جهانی و دانشگاه هاروارد انجام می‌شود)، پژوهشگران گفته‌اند که بیماری‌های روانی، از قبیل خودکشی، بیش از 15 درصد بار بیماری‌ها را در جوامع صنعتی و کشورهای مبتنی بر اقتصاد بازار (3) به خود اختصاص می‌دهند (موری و لوپز (4) و، 1996). این میزان از بار بیماری‌هایی که بر اثر انواع سرطان رخ می‌دهد، بیشتر است.

پژوهش مذکور، مقیاس دیگری نیز به نام شاخص سال‌های عمر تعدیل‌شده با ناتوانی (5) ارائه می‌دهد، که از طریق آن می‌توان بار بیماری‌های گوناگون را از طریق اندازه‌گیری سال‌های از دست رفته‌ی زندگی سالم (بدون توجه به این که این سال‌ها به علت مرگ قبل از بلوغ زود هنگام یا معلولیت از دست رفته‌اند) مقایسه کرد. با توجه به شدت بیماری، به مؤلفه‌ی معلولیت این مقیاس وزنی اختصاص داده می‌شود؛ برای مثال معلولیت ناشی از افسردگی ماژور معادل معلولیت ناشی از نابینایی یا فلج پاست، و معلولیت ناشی از روان‌پریشی فعال در اسکیزوفرنی معادل معلولیت ناشی از فلج کامل است.

در سطح محلی، مشکل‌زاترین کاربران اکثر کتابخانه‌های عمومی از زمره‌ی افرادی به شمار می‌آیند که به تازگی از آسایشگاه ترخیص شده‌اند؛ این افراد غالباً درمان نشده، بی‌خانمان، و طغیان‌گر هستند، همچنین ممکن است افرادی باشند که به واسطه‌ی ابتلا به بیماری‌های روانی بارها و بارها در مکان‌های مختلف محبوس شده باشند.

ص: 31

1- Burden of Mental illnesses: بار بیماری‌های روانی، شاخصی است که مهم‌ترین علل مرگ و میزان ناتوانی را در خود دارد. -

مترجم

2- Global Burden of Disease

3- Establish market economies

4- Murray Lopez

5- Disability Adjusted Life Year (DALY): یک شاخص فاصله‌ی سلامت است که وضعیت سلامت جمعیت را با جمعیتی

ایده‌آلی که در آن هر کسی تا کهنسالی بدون بیماری زنده می‌ماند مقایسه می‌کند. - مترجم

به طور کلی، پیش‌بینی می‌شود که هزینه‌های مصرفی مربوط به بهداشت ملی با میانگین سالانه‌ی نرخ رشد 7/1 درصد، در سال 2014 به 3,6 تریلیون دلار برسد و درآمد حاصل از بهداشت تا میزان 18,7 درصد تولید ناخالص داخلی (GDP) در سال 2014 پیش‌بینی می‌شود (هفلر⁽¹⁾ و دیگران، 2005). فارغ از هزینه‌های مربوط به بهداشت، هزینه‌های مربوط به درمان بهداشت روان و سوء مصرف مواد در سال 1997 در حدود 85,3 میلیارد دلار بود. که در مجموع، 73,4 میلیارد دلار برای بیماری‌های روانی و 11/9 میلیارد دلار برای اختلالات ناشی از سوء مصرف مواد هزینه شد (کافی⁽²⁾ و دیگران، 2000).

هزینه‌های خدمات سلامت روان را می‌توان به دو بخش تقسیم کرد: هزینه‌های مستقیم یا بودجه بندی شده⁽³⁾ (هزینه‌های واقعی) و هزینه‌های اجتماعی یا غیر مستقیم⁽⁴⁾ (هزینه‌های اختلالات روانی ناشی از کمبود کارایی، تولید یا بهره‌وری، و...). توزیع درصد هزینه‌ها به اشکال زیر برآورد می‌شوند: 24 درصد ناشی از کمبود کارایی و بهره‌وری، 26 درصد در نتیجه عواقب سلامت جسمانی اختلالات روانی و 22 درصد در نتیجه‌ی بزه‌کاری، هزینه‌های دادرسی کیفری، و خسارات مالی (روز⁽⁵⁾ و، 1995).

هزینه‌های غیر مستقیم، هم شامل هزینه‌های استفاده از منابع می‌شود و هم هزینه‌های ابتلا⁽⁶⁾ را در برمی‌گیرد. هزینه‌های ناخوشی تقریباً 80 درصد از هزینه‌های همه‌ی بیماری‌های روانی را به خود اختصاص می‌دهند. این آمار بیانگر یکی از خصوصیات مهم بیماری‌های روانی است. اگر چه هزینه‌های مرگ و میر نسبتاً

ص: 32

Heffler -1

Coffey -2

Budgeted cost -3: هزینه‌هایی که از قبیل پیش‌بینی شده‌اند و برای آن‌ها برنامه‌ریزی لازم شده است و همچنین میزان آن‌ها هم مشخص شده است. - مترجم

Indirect cost -4: هزینه‌های غیر مستقیم و به عبارت دیگر هزینه‌هایی که به طور مستقیم قابل تخصیص به یک محصول خاص نیستند و این بیشتر در زمانی اتفاق می‌افتد که تولید چند محصولی وجود داشته باشد و این هزینه‌ها با توجه به مبنایی که در بخش تخصیص هزینه‌ها مشخص می‌شوند، به محصولات تخصیص داده می‌شوند. - مترجم

Rouse -5

Morbidity Costs -6: هزینه‌هایی که در نتیجه فقدان بهره‌وری و کارآمدی و همچنین در نتیجه عدم تولید متوجه فرد و جامعه می‌شود. - مترجم

پایین است، اما بیشتر در سنین جوانی اتفاق می افتد و بیشتر هزینه های غیر مستقیم در نتیجه ی کاهش یا از دست دادن کارایی و بهره وری در محیط کار، مدرسه یا خانه، و همچنین غیبت مکرر به وجود می آیند (گرینبرگ، سیسیتسکی، و کسلر (1) و، 1999). اتفاقات دیگر از قبیل بستری شدن اجباری در بیمارستان یا بازداشت ها، عواقب قابل پیش بینی ای از استفاده از منابع را در بر خواهند داشت، همانند سنجش روانپزشکی و پزشکی، انتقال توسط مأموران مجری قانون از محل برخورد تا بیمارستان یا زندان، رسیدگی مقدماتی به محاکمه و روند برگزاری دادگاه (تپلین، آبرام، و مک کلینند (2) و، 1996).

مؤسسه ی ملی بهداشت روان تشخیص داده است که جمع کل هزینه های ناشی از افسردگی به سمت طبقات مختلفی از هزینه های غیر مستقیم گرایش دارد. بر این اساس، اظهار می کند که تغییر در هزینه های غیر مستقیم به هزینه های مستقیم درمانی (هر چقدر هم کم باشد) می تواند در زندگی آن هایی که درمان نشده اند و اخیراً تحت درمان قرار گرفته اند، پیشرفت عمیقی ایجاد کند (درگیر، هیرشفیلد، و گودوین (3) و، 1988). در کمیسیون ریاست جمهوری آزادی های جدید (4) (2003) نیز فلسفه ای مشابه دنبال شد و گزارش نهایی این کمیته در نوشته ای تحت عنوان «وفای به عهد: تحولی در مراقبت بهداشت روان در آمریکا (5)» منتشر شد.

ص: 33

Greenberg, Sisitsky, and Kessler -1

Teplin, Abram, and McClelland -2

Regier, Hirschfield, and Goodwin -3

4-Presidents's New Freedom Commission: در فوریه ی سال 2001 رئیس جمهور وقت، جورج دبلیو بوش، از ابتکار خود در زمینه ی آزادی های جدید جهت افزایش دسترسی معلولان و بیماران روانی به فرصت های شغلی و آموزشی خبر داد. شخص رئیس جمهور اداره کمیته ای برای مطالعه ی مشکلات و موانع نظام سلامت روان و ارائه اظهارات و پیشنهادات روشن برای بهبود هر چه سریع تر وضعیت را به دست گرفت. - مترجم

5-Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America: این گزارش به این نتیجه رسید که بهای زیادی به مراقبت بهداشت روان در ایالات متحده داده نمی شود، و به یک تحول اساسی در این نظام نیاز است. این گزارش در نهایت پیشنهاد کرد که تغییر و تحول موفقیت آمیز در زمینه ی نظام ارائه ی خدمات بهداشت روان بر دو اصل استوار است: 1. خدمات و شیوه های درمانی باید بیمار محور و خانواده محور باشند؛ 2. مراقبت باید روی افزایش قابلیت های بیماران متمرکز شود، تا این گونه بیماران به طور موفقیت آمیز از عهده ی چالش های زندگی برآیند. - مترجم

بیماری های روانی می توانند به طور موفقیت آمیزی درمان شوند. اکثر درمان ها در دو حوزه ی وسیع (درمان روانشناختی و درمان دارویی) و یا ترکیبی از این دو حوزه (که با عنوان درمان چندوجهی شناخته می شود) انجام می شوند. مؤسسه ی ملی بهداشت روان (هایمن (1) و، 1996) میزان اثر بخشی روش های درمانی را به شکل زیر گزارش می دهد: اسکیزوفرنی، 60 درصد؛ افسردگی ماژور، 65 درصد؛ اختلال دو قطبی، 80 درصد؛ و اختلال هراس، 70 تا 90 درصد. این آمارها با میزان اثر بخشی شیوه های درمانی در بسیاری از زمینه های پزشکی قابل مقایسه اند (گودوین، 1993). در واقع، میزان اثر بخشی شیوه های درمانی بسیاری از بیماری های روانی، حتی از میزان اثر بخشی شیوه های درمانی بیماری های قلبی و دیابت نیز بیشتر بوده است. به علاوه، تأثیر بسیاری از شیوه های درمانی برای درمان اکثر بیماری های روانی از نتیجه ی اثبات شده ای برخوردارند.

واژه ی بهبودی (2) برای تکمیل تعریف بیماری های روانی الزامی است و مطمئناً هیچ تعریفی بدون در بر گرفتن این واژه کامل نمی شود. ویلیام آنتونی (3)، رئیس مرکز توان بخشی روانی بوستون (4)، تعریف زیر را از بهبودی به دست می دهد:

«فرایندی منحصر به فرد از تغییر عمیق نگرش ها، ارزش ها، احساسات، اهداف، مهارت ها، و/یا نقش های فردی یک شخص است. این فرایند راهی است برای احیاء یک زندگی پر امید، رضایت بخش، و مشارکتی؛ حتی با وجود محدودیت های ناشی از بیماری. بهبودی باعث ایجاد هدف و مفهومی نو در زندگی یک شخص می شود، آن زمان که او آنسوی تأثیرات مصیبت بار بیماری های روانی بزرگ می شود و رشد می کند» (1993).

بی نتیجه بودن شیوه های درمانی برای برخی از افراد می تواند دلایل مختلفی داشته باشد. برای مثال، در نتیجه ی بالا بودن هزینه ها، شاید درمان یک سری از

ص: 34

Hyman -1

Recovery -2

William Anthony -3

Boston Center for Psychiatric Rehabilitation -4

بیماری های روانی غیر ممکن شود. آن هایی که بی خانمان هستند، امکاناتی برای رعایت عادات پزشکی ندارند. برخی به این نتیجه می رسند که اثرات جانبی درمان کنترل ناپذیر است و برخی نیز به خود - درمانی با الکل و دارو روی می آورند و بنابراین به مشکلات سوء مصرف مواد نیز مبتلا می شوند. بعضی ها هم هنوز در دوره ی زندان به سر می برند که شامل چنین چرخه ای می شود: ارتکاب جرمی که به واسطه ی آن مجری قانون افراد را از خیابان ها جمع می کند، مجرمان زندانی می شوند، و سپس دوباره به خیابان ها باز می گردند. در بین افراد مبتلا به بیماری های روانی، افراد زیادی وجود دارند که به کتابخانه های عمومی محل شان به عنوان تنها پناهگاه روزانه ی خود روی می آورند. در این کتابخانه ها، این بیماران با کتابدارانی مواجه می شوند که باید با ترس ها و تعصبات فردی دست و پنجه نرم کنند، در حالی که این کتابداران آموزش های لازم و مؤثر را برای اداره ی این قبیل موقعیت ها ندیده اند.

خدماتی از قبیل اشتغال حمایتی(1)، آموزش حمایتی(2)، و توان بخشی حرفه ای یا شغلی(3) فرصت هایی برای این گروه فراهم می کند تا بتوانند با کم ترین حمایت ضروری حین کار در ایفای نقش خود (به عنوان شاغل یا دانش آموز [دانشجو]) موفق باشند. این خدمات شخص را قادر می سازد که در انتخاب نوع و میزان کمکی که به آن ها می شود مختار باشند و همچنین مروج رویکرد شخص - محور می شوند. بهبودی آرزوی همه افراد مبتلا به بیماری های روانی و همچنین کسانی است که این افراد را می شناسند و با آن ها در ارتباط اند.

اسطوره ی خشونت

با کاوش علمی جدیدی که در پیشینه های پژوهشی انجام شد، مشخص شد که هیچ اطلاعاتی مبنی بر نمایش کاریکاتوری مهیج و احساساتی (خشن) در

ص: 35

supported employment -1

supported education -2

vocational rehabilitation -3

رسانه‌ها از افرادی که دارای اختلالات روانی هستند، وجود ندارد (موناهان 1) و، (1997). حتی بعد از «دهه‌ی مغز (2)» - دروه‌های مشترک بین کتابخانه‌کنگره و مؤسسه ملی بهداشت روان که به موضوع بیماری روانی می‌پرداخت (لیوی رینر 3) و، (2000) - هنوز نگاه کلی جامعه به بیماران روانی اصلاح نشده است و آن‌ها همچون اشخاص شرور و خشن پنداشته می‌شود. بسیاری بر این باورند که علت این طرز تفکر آن است که جامعه‌ی ما هنوز تصور می‌کند که بیماری‌های روانی و رفتارهای خشونت‌آمیز با هم عجین هستند که البته این امر به دست گزارش‌های رسانه‌ها نیز حمایت می‌شود (توری 4) و، (1997). اگر چه ممکن است وجود افرادی هم به بیماری‌های روانی مبتلا هستند و هم دارای سوء مصرف موادمخدر برای جامعه خطرناک باشد، اما خطر ارتکاب رفتارهای خشونت‌آمیز از سوی فرد که مبتلا به بیماری‌های روانی، برای جامعه بسیار کمتر از خانواده و نزدیکان آن فرد است (ارونن، انگر مییر، و سچولز 5) و، (1998). (Co-morbid 7) dual diagnosis (8(6)). در حقیقت، حتی ممکن است که این افراد به واسطه‌ی معلولیت‌هایشان با رفتارهای بد و خشونت‌آمیز مواجه شوند (مارلی و بویلا 9) و، 2001؛ ایسبرگ 10) و، (2005).

برای رسیدن به دیدگاه روشنی از متون فوق، مراجعه به پیوست الف جهت مروری تاریخی بر نظام‌های درمان بهداشت روانی در ایالات متحده، می‌تواند بسیار کاربردی باشد.

ص: 36

Monahan -1

Decade of the Brain -2: دهه مغز دهه 1990 را شامل می‌شود. در این دهه دانشمندان ادراک شناس -عصب شناس نشان دادند که ذهن ما محصول مغز ماست. - مترجم

Levy-Reiner -3

Torrey -4

Eronen, Angermeyer, and Schulze -5

-6 به طور همزمان اتفاق افتادن اختلالات، اختلالات هم‌ابتلائی

-7 یا تشخیص دوگانه

-8 نام دارد. این اصطلاحات برای تعریف یک نوع بیماری جسمی (بدنی) و یک نوع بیماری روانی یا نوعی بیماری جسمی و شکلی از اختلال سوء مصرف مواد نیز به کار می‌رود.

Marley and Buila -9

Eisenberg -10

بخش دوم : نیازهای خدماتی افراد مبتلابه بیماری های روانی

اشاره

ص: 39

نیازهای خدماتی افراد مبتلا به بیماری های روانی

افراد مبتلا به بیماری های روانی معمولاً از همه ی انواع کتابخانه ها استفاده می کنند. تنها زمانی دیگران متوجه بیماری آن ها می شوند که معلولیت یا عوارض جانبی درمان در رفتار اطلاع یابی آن ها اختلال ایجاد کند یا منجر به رفتارهای غیر معمول شود. شناسایی این افراد کار آسانی نیست. در بعضی موارد، تنها زمانی می توان به الگوهای رفتاری این افراد پی برد که هفته ها، ماه ها و سال ها از یک کتابخانه ی بخصوص استفاده کنند. در این بخش، تعدادی از مقوله های تشخیصی بیماری های روانی تشریح خواهد شد. همچنین بروز بیماری روانی در دوران کودکی، تشخیص دوگانه، و برخی از علل ارگانیک رفتارهای غیر عادی نیز بررسی می شوند.

کتابدار باید به خاطر داشته باشد که 1) رفتار غیر عادی الزاماً به معنی وجود بیماری روانی نیست، و 2) اکثر افرادی که به بیماری روانی مبتلا هستند، رفتارهایی انجام نمی دهند که باعث جلب توجه دیگران شود. علاوه بر این ها، به علت نگرش منفی جامعه نسبت به این افراد، آنها نمی خواهند که معلولیت شان فاش شود.

اگرچه کتابخانه های عمومی و آموزشگاهی به احتمال زیاد به طور روزانه به اشخاصی که مبتلا به بیماری روانی هستند خدمت رسانی می کنند، همه ی کتابخانه ها

باید از نیازهای اطلاعاتی این کاربران آگاه و برای رویارویی با آن‌ها آماده باشند. شدت و انواع بیماری‌های روانی با هم متفاوت اند. بی‌خانمانی و سالمند بودن از این قبیل بیماری‌ها به شمار نمی‌روند. این قبیل بیماری‌های روانی کل جامعه را (به طور مستقیم یا از طریق خانواده و دوستان) تحت تأثیر قرار می‌دهند. البته، الگوهای رفتاری، شیوه‌های درمانی، وخامت علائم، و یا بهبودی و ترمیم این بیماری‌ها با همدیگر تفاوت دارند.

حقوق کارمندان و کاربران کتابخانه به طور همزمان باید در خط مشی‌های رفتاری کتابخانه مورد توجه قرار گیرد (موریست 1996). این سیاست‌ها باید شفاف تدوین شوند، حتی اگر تیتروار باشند. این خط مشی‌ها باید بر پایه‌ی یک نیازسنجی جامع نوشته شوند و نظرات کارمندان کتابخانه، هیأت امنای کتابخانه، سازمان مادری که کتابخانه را به لحاظ مالی حمایت می‌کند، اعضای سازمان‌ها و شرکت‌های موجود در جامعه و اشخاص در آن لحاظ گردد. و البته نظرات اعضای «انجمن دفاع از سلامت روان» نیز باید مدنظر قرار گیرد.

توماس هکر(1) (1996)، با اشاره به این مسئله، می‌نویسد:

من پیشنهاد می‌کنم کتابداران نسبت به کاربران مبتلا به بیماری روانی - اگر سطحی از عملکرد را که هنوز در قلمرو زندگی اجتماعی است، حفظ کرده یا دوباره به دست آورده‌اند - مدل معلولیت(2) را به کار ببندند. بعضی از آن‌ها ممکن است علائمی را از خود بروز دهند که خارج از حد تحمل ما باشد، اما اگر به آنها اجازه داده شود که زندگی رضایت بخشی در جامعه داشته باشند، تحمل آن‌ها چندان دشوار نیست.

طبق تحقیقات انجام شده، کتابداران به همه کاربران کتابخانه، بدون توجه به

ص: 42

Thomas Hecker -1

Disability Model -2

ظاهر یا رفتار آن ها، کمک یکسانی ارائه می دهند (کرول(1) و، 1977؛ هکر، 1996). در صورتی که این مسئله برای کارمندان کتابخانه حل نشده باشد، آموزش ضمن خدمت آن ها ضروری است (سالتر و سالتر(2) و 1996؛ وولام و وسل(3) و 2003). کارمندان کتابخانه تنها زمانی قادر به تشخیص افراد مبتلا به بیماری های روانی خواهند بود که وضعیت این افراد بحرانی باشد یا در محیط کتابخانه رفتار نامناسبی از خود نشان دهند. کارمندی که با علائم بیماری آشنایی دارد و نحوه ی ابراز واکنش های منطقی به این گونه علائم را آموخته است، در حرفه ی خود بسیار مسلط تر و مؤثرتر عمل خواهد کرد. به علاوه، کارمندان نمی توانند نقش یک روانشناس یا روان پزشک را ایفا کنند، بنابراین بهتر است ارتباط خود را با متخصصان سلامت روان محلی حفظ کنند. کتابداران کتابخانه های آموزشی و دانشگاهی، در صورتی که فرصت همکاری با «کارمند آموزش خاص(4)» را به دست آورند، می توانند باعث ارتقای میزان موفقیت دانش آموز (یا دانشجو) شوند. آموزش کتابدارانی که به این گروه افراد خدمت رسانی می کنند، می تواند در دوره های علوم اطلاع رسانی در سطح

دانشگاهی شروع شود. دانشجویان علوم اطلاع رسانی زمانی می توانند از این دوره ها بهره ی کافی ببرند که به طور عملی با مسائل طاقت فرسا و نیازهای خدماتی منحصر به فرد گروه های گوناگون آشنا شوند.

رهنمودهای کلی

بزرگسالان مبتلا به بیماری های روانی جدی و کودکان دارای اختلالات احساسی شدید (مطابق با بخش 1912 [c] لایحه ی سلامت عمومی، اصلاحیه ی قانون اجتماعی 102321) کسانی تعریف می شوند که اکنون یا در گذشته، اختلال روانی، رفتاری، یا عاطفی قابل تشخیصی(5) داشته اند و این بیماری دوره ی قابل توجهی

ص: 43

Kroll -1

Salter and Salter -2

Wollam and Wessel -3

Special Education staff -4

Diagnosable -5: پزشک آن را به عنوان یک بیماری تشخیص داده باشد.

داشته است (با توجه به استانداردهای تعیین شده در DSM IN TR) و این اختلال ها منجر به یک نقصان عملکردی می شوند، به طوری که عمدتاً یک یا چند فعالیت اصلی زندگی را محدود یا مختل می کنند.

همه ی بیماری های روانی شدید، علائمی از قبیل: سریال وار بودن، متناوب بودن یا مستمر بودن دارند. البته، این بیماری ها از لحاظ شدت و اثر معلول کنندگی با همدیگر تفاوت دارند. اثرات معلول کنندگی، «اختلالات عملکردی» محسوب می شوند. اختلالات عملکردی اینگونه تعریف می شوند: مشکلاتی که توانایی انجام یک یا چند فعالیت اصلی زندگی، از قبیل مهارت های اساسی زندگی روزمره (مانند خوردن، حمام کردن، لباس پوشیدن) مهارت های ابزاری زندگی (1) (مانند نگهداری خانواده، مدیریت دخل و خرج، رفت و آمد در اجتماع، خرید یا مصرف داروهای تجویز شده) و زندگی در اجتماع، خانواده و بافت های آموزشی و شغلی، را مختل یا محدود می کنند.

جهت مشاهده ی فهرستی از انواع و علائم اصلی معلولیت ها به پیوست ب مراجعه کنید.

رهنمود: کتابداران بکوشند نیازهای اطلاعاتی همه ی کاربران کتابخانه را برآورده کنند. آن ها باید به کاربران کتابخانه نزدیک شوند و با روش های محترمانه و غیر تهدید آمیز با آن ها ارتباط برقرار کنند و در جایی اطلاعات مورد نیازشان یاری شان دهند.

رهنمود: کتابخانه باید خط مشی کاملی برای مدیریت بحران داشته باشد، مخصوصاً در موقعیت های گوناگونی که باید قضاوت کرد و نظر داد، و همه ی کارمندان در نحوه ی اجرای این خط مشی ها آموزش دیده باشند.

ص: 44

در هر نوبت کاری، دست کم یک کارمند که دوره های آموزشی تخصصی مدیریت بحران را گذرانده است، حضور داشته باشد.

رهنمود: کتابداران به اندازه ی کافی در مورد انواع رفتارهایی که امکان دارد از کاربران سرزنش آموزش دیده باشند و تمرینات مربوط به تحمل این رفتارها را تا حدی که سازمانشان تعیین کرده است، انجام دهند. اگرچه ممکن است آموزش های آن ها عمیق و اساسی نباشد، دست کم، باید اطلاعاتی در زمینه ی عکس العمل های مناسب نسبت به رفتارهای گوناگون کسب کنند.

دستیابی به برنامه ها و خدمات

برنامه ریزی جهت ارائه ی خدمات

برای آنکه افراد مبتلا به بیماری های روانی بتوانند با موفقیت از کتابخانه استفاده کنند، احتمالاً به اصلاحاتی نیاز خواهند داشت.

رهنمود: برای آنکه همه ی افراد مبتلا به بیماری های روانی بتوانند از خدمات کتابخانه ای استفاده کنند، لازم است کتابخانه در محیط خدماتی خود یک طراحی همگانی (1) فراهم کند. در بسیاری از موارد، لازم است به این گروه از افراد تسهیلات کمی در راستای ارائه ی خدمات قائل شویم، یا اصلاً هیچ تسهیلاتی در نظر نگیریم. در هر صورت، نباید در محیط کتابخانه نسبت به افرادی که مبتلا به درجات متفاوت بیماری روانی هستند، حساسیت نشان داد. این حساسیت ممکن است در طراحی نمایشگاه ها و برنامه ریزی در کتابخانه آشکار شود. همچنین باید یک کتابدار یا کمیته ای رابط منصوب شود که هم رابط بین کتابخانه و انجمن سلامت روان باشد و هم دستیاری برای کارمند کتابخانه جهت طراحی خدمات برای این

ص: 45

1 - universal design: طراحی همگانی یا «طراحی جهان شمول» یا «طراحی برای همه» دیدگاهی است در طراحی محصولات، خدمات و محیط به طوری که برای بسیاری از مردم قابل استفاده باشد، و تا جایی که ممکن است باید فارغ از سن، توانایی و شرایط محیطی باشد. - مترجم

گروه کاربران. یکی از اعضای این کمیته باید فردی باشد که در زمینه ی خدمات سلامت روان یک مشاور است. در یک کتابخانه ی آسایشگاهی، این کمیته باید هم شامل کارمندان بالینی(1) و هم بیماران باشد؛ این کمیته خدمات گوناگون را برای بیماران و اعضای خانواده هایشان برنامه ریزی می کند. وجود رابط کتابخانه تضمین می کند که کارمندان کتابخانه در مقابل مجموعه خدمات و برنامه هایی که برای اشخاص مبتلا-بیماری روانی تدارک دیده شده، احساس مسئولیت می کنند. نیازهای این افراد نیز باید در معیارهای ارزیابی کتابخانه مدنظر قرار گیرد که شامل ابزارهای بررسی و ابزارهای دیگری برای تحقیق در مورد این گروه و شبکه های حمایتی آن ها (مانند: خانواده، دوستان، معلمان، و وکلا) است.

تمهیداتی برای گشت و گذار در محیط کتابخانه

افراد مبتلا به بیماری های روانی، برای این که به آسانی به منابع، برنامه ها، و خدمات کتابخانه ای دسترسی پیدا کنند، به علائم راهنما و نشانه هایی نیاز دارند که این امکان را برای آن ها فراهم کند.

رهنمود: علائم و نشانه ها باید دسترسی افراد به منابع، برنامه ها، و خدمات کتابخانه ای را تسهیل بخشند. علائم راهنما و نشانه هایی که بزرگ، دقیق، خوانا، واضح، و با زبانی قابل فهم طراحی شده اند، دستیابی کاربران به منابع، برنامه ها، و خدمات کتابخانه ای را بسیار ساده ترمی کنند.

برقراری ارتباط و تعامل با کارمندان کتابخانه و دیگر حامیان

وجود بیماری های روانی در افراد به این معنی نیست که توانایی های ذهنی آن ها کاهش یافته است. افرادی که مبتلا به بیماری های روانی هستند، نیازهای مشابهی با نیازهای کاربران عادی کتابخانه دارند. آن ها نیز مانند همه ی مردم به تعاملات

ص: 46

مثبت نیاز دارند و در این تعاملات باید با آن‌ها (به عنوان افراد و عادی) با احترام رفتار شود. یکی از مهم‌ترین نیازهای آن‌ها این است که احساس کنند به نیازهای اطلاعاتی یا درخواست‌هایشان برای دسترسی به کتابها و دیگر منابع کتابخانه‌ای، به شیوه‌ای رضایت‌بخش پاسخ داده می‌شود. محیط کتابخانه باید به گونه‌ای طراحی شود که این افراد در تعامل با کارمندان کتابخانه احساس راحتی بکنند و همچنین بتوانند از برنامه‌هایی که برای سایر کاربران عادی کتابخانه در نظر گرفته شده است بهره‌ی کافی ببرند.

رهنمود: کارکنان کتابخانه با همه‌ی افراد با احترام برخورد کنند و از کاربران عادی کتابخانه هم انتظار داشته باشند که برای کاربرانی که ممکن است از خود رفتارهای غیر عادی، اما بی‌خطر نشان می‌دهند، احترام مشابهی قائل شوند و کتابداران باید این احترام را تشویق کنند. کارمندان کتابخانه سعی کنند نیازهای اطلاعاتی افراد مبتلابه بیماری‌های روانی را درک کنند.

جایابی و بازیابی مواد کتابخانه‌ای

افراد مبتلابه بیماری‌های روانی در سطوح گوناگون شناختی و ادراکی قرار دارند. بعضی از این افراد ممکن است در خواندن، و بعضی در جایابی منابع و مواد (و برخی نیز در هر دو مورد) مشکل داشته باشند. برخی هم ممکن است در جهت‌یابی دچار مشکل باشند و به آسانی در ساختمان کتابخانه گم شوند. این مشکلات ممکن است باعث ایجاد رفتارهایی از قبیل سردرگمی، دست‌پاچگی و کنش‌نمایی (1) در شرایط ناکامی در میان دیگران شود.

رهنمود: کارمندان کتابخانه برای کمک به اشخاص مبتلابه بیماری‌های روانی در یافتن مواد و منابعی که نیازهای اطلاعاتی آن‌ها را برآورده

ص: 47

می کند، با صبر و حوصله وقت بگذارند. اگر لازم بود، کارکنان کتابخانه مواد و منابع مورد تقاضای این افراد را جابجایی یا بازیابی کنند.

استفاده از مواد و خدمات

افراد مبتلا- بیماری های روانی بیشتر از آنکه با کاربران عادی کتابخانه تفاوت داشته باشند، مشابه آن ها هستند. آن ها نیز ممکن است همانند کاربران حد متوسط کتابخانه، درک اندکی از سیاست های رایج کتابخانه و چگونگی مراقبت از مواد کتابخانه ای داشته باشند. آن ها نیز به همان میزان وقتی که کارمندان کتابخانه برای کمک به کاربران عادی کتابخانه صرف می کنند نیاز دارند، نه چیزی بیشتر از آن.

رهنمود: کارمندان کتابخانه به همان اندازه که به کاربران عادی توجه می کنند، برای کاربران دچار بیماری های روانی هم اهمیت قائل شوند. اگر در جست جوی پایگاه های اطلاعاتی و به کارگیری مواد چاپی کمکی مورد نیاز بود (تا جایی که خط مشی کتابخانه اجازه می دهد) این کمک ها با کمال میل ارائه شوند.

کتاب درمانی

کتاب درمانی عملی است که ممکن است با اشخاص (به طور فردی) یا در یک محیط گروهی به اجرا درآید. کتاب درمانی راه کار پذیرفته شده ای است که سه گروه حرفه ای (متخصصان سلامت روان، پرستاران، و کتابداران) اجرایش می کنند. در یک محیط کلینیکی (1)، کتاب درمانی شامل استفاده از کتاب ها و رسانه های دیگر (همه ی انواعشان) جهت بهبود. ابراز احساسات، دستیابی به بینشی نسبت به خود یا تحریک قوه ی تفکر به قصد فکر کردن راجع به موضوع یا اتفاقی خاص می شود. در حرفه ی کتابداری، گستره ی کتاب درمانی می تواند بسیار وسیع باشد؛ از پیشنهاد یک عنوان خاص که ممکن است برای کاربران خاص کتابخانه مفید

ص: 48

واقع شود، گرفته تا همکاری با متخصصان سلامت روان در انتخاب عناوین مناسب جهت مجموعه سازی کتابخانه یا استفاده در جلسات روان درمانی.

رهنمود: اگر چه کتابداران متخصصان سلامت روان نیستند، ممکن است کتاب هایی برای اشخاص مبتلا به بیماری های روانی (بر پایه ی نیازها و درخواست هایشان) انتخاب و پیشنهاد کنند. منابعی که برای این گروه از افراد جامعه سودمند است، شاید برای همه ی کاربران کتابخانه نیز مناسب باشد. این کتاب ها ممکن است شامل، «منابع یاری به خویشتن(1)»، زندگی نامه افراد بنام(2) و اطلاعاتی در مورد بیماری ها و علائم خاص باشد.

ملاحظات خاص در مورد محیط های آسایشگاهی

کمیته ی مشترک اعتبارسنجی سازمانهای مراقبت بهداشتی(3) و (JCAHO)، استانداردهایی را برای آموزش بیماران و خانواده هایشان و همچنین برای مدیریت اطلاعات تصویب کرده است. دو بخش از این استانداردها، چارچوب سودمندی برای خدمات کتابخانه ای در آسایشگاه ها فراهم می کند. ساعت های دسترسی به کتابخانه ی آسایشگاهی ممکن است براساس قوانین رفت و آمد در آسایشگاه تنظیم شود.

باید و نیایدهایی که آسایشگاه ها برای بیماران خود در نظر می گیرند، بر میزان دسترسی افراد مبتلا به بیماری های روانی به برنامه ها و خدمات کتابخانه ای تأثیر گذار است. ممکن است قوانین آسایشگاه ها با هم تفاوت داشته باشند. ممکن است برخی آسایشگاه ها به بیماران خود آزادی کامل بدهند، شاید برخی ها محدودیت هایی

ص: 49

1 - Self-help resources: منابع یاری به خوشتن، منابعی هستند که به قصد آموزش و رفع شماری از مشکلات فردی تألیف می شوند. این منابع با نام self-improvement نیز طبقه بندی می شوند. یکی از ویژگی های این منابع آن است که بر روانشناسی عامه، مانند روابط عاشقانه یا رفتار انسانی تمرکز می کنند و معتقدند با تلاش و پشتکار می توان مشکلی را حل کرد. کتاب های برایان تریسی از جمله ی اینگونه منابع هستند. - مترجم

2 - First-Person Accounts

3 - (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO

برای بیماران در نظر بگیرند و شماری هم ممکن است فقط در زمان های خاصی، آن هم تحت نظارت شدید، اجازه دهند بیماران به این برنامه ها و خدمات دسترسی داشته باشند.

رهنمود: کارمندان کتابخانه های آسایشگاهی در جست و جوی راه هایی به اشتراک گذاشتن اطلاعات و منابع با کتابخانه های عمومی موجود در منطقه و تا حد امکان و در صورت نیاز خدمات مرجع نیز ارائه دهند.

در کتابخانه ی آسایشگاهی به روی اعضای جامعه حرفه ای باز، و به مقتضی حال، پذیرای عموم مردم باشد.

رهنمود: کتابخانه ی آسایشگاهی مطابق با استانداردهای منتشر شده توسط JCAHO، پاسخگوی نیازهای اطلاعاتی کاربران و خانواده های آن ها باشد.

کتابخانه ی آسایشگاهی باید دارای یک نظام ارزیابی نیازها (1) در محل باشد که مطابق با استانداردهای JCAHO، به طور مداوم بر نیازهای اطلاعاتی کاربران و خانواده ها نظارت می کند.

رهنمود: به روز نگهداشتن مجموعه کتابخانه یکی از اولویت های مهم کتابداران کتابخانه های آسایشگاهی باشد. البته به خاطر داشته باشند از آثار مهم تاریخی به خوبی مراقبت کنند و آن ها را از بین نبرند.

اختلالات کارکردی در محیط های آسایشگاهی

ممکن است ارائه ی خدمات کتابخانه ای در محیط های آسایشگاهی، با دانش اندکی در مورد کاربران آغاز شود. اما کارمندان کتابخانه از طریق فرایند معارفه و آشنایی، با ویژگی های معلولیت ها و اختلالاتی که قبلاً ذکر شد، بیشتر آشنا

ص: 50

می شوند، و البته این آشنایی به واسطه ی ارتباط های روزانه تقویت می شود، احتمالاً برخی از این کاربران به مرور در استفاده از کتابخانه احساس راحتی بیشتری کنند. شاید به این دلیل که آن ها (یا خانواده هایشان) قبلاً بیمار یا درمان جوشناخته شده اند، و بنابراین استرس بالقوه ی ناشی از جست و جوی اطلاعات در کنار اعضای عادی کتابخانه از بین می رود.

رهنمود: کارمندان کتابخانه های آسایشگاهی از طریق سازمان شان (خط مشی ها و سیاست های کلی سازمان) راهنمایی ها و آموزش های لازم جهت برقراری ارتباط و تعامل با بیماران و خانواده هایشان را کسب کنند.

رهنمود: کارمندان کتابخانه توجه داشته باشند که در چارچوب آیین نامه های سازمان مطبوعشان، بهترین و مناسب ترین شیوه های دسترسی را برای کاربران خود فراهم کنند.

دستیابی به برنامه ها و خدمات در محیط های آسایشگاهی

برنامه ریزی برای ارائه ی خدمات در محیط های آسایشگاهی

با توجه به ساختار جوامع آسایشگاهی، کارمندان کتابخانه جهت دریافت بازخوردهای مداوم در مورد برنامه ها و خدمات کتابخانه، باید با بیماران در تعامل باشند.

رهنمود: کمیته ای که شامل بیماران و کارمندان کلینیکی است، خدمات کتابخانه ای را به قصد استفاده ی بیماران و خانواده هایشان برنامه ریزی کند. کمیته ی مذکور و کارمندان کتابخانه جامعه ی بیماران و خانواده های آن ها را بررسی کنند، و به طرق گوناگون ارزیابی خدمات کتابخانه ای را پیش ببرند و پیشنهادات لازم را برای بهبود این خدمات به سازمان ارائه دهند.

تمهیداتی برای گشت و گذار در محیط کتابخانه های آسایشگاهی

رهنمود: استفاده از فضای کتابخانه ی آسایشگاهی باید برای همه آسان باشد، حتی آن هایی که معلولیت های جسمانی دارند. فضای کتابخانه باید به گونه ای طراحی شود که یک جو آرامش بخش و جذاب برای سرگرمی و کسب اطلاعات آموزنده فراهم کند.

ایجاد ارتباط و تعامل با کارمندان کتابخانه در محیط های آسایشگاهی

رهنمود: کارمندان کتابخانه باید از زمان باز شدن کتابخانه آماده ی کمک به کاربران باشند. هنگام ورود کاربران به کتابخانه به آن ها خوشامدگویی شود و همچنین با آن ها با احترام رفتار شود.

جایابی، بازیابی، و استفاده از مواد و خدمات کتابخانه ای در محیط های آسایشگاهی

در میان اقشار مختلف جامعه، افرادی وجود دارند که محیط کتابخانه را مانند محیط خانه ی خود می دانند و برخی نیز به دلایل مختلف احساس راحتی کمتری دارند. اگر عارضه ای ناشی از بیماری روانی در یک شخص با چند درجه از اختلالات شناختی همراه شود، احتمال این وجود دارد که کاربر به کمک بیشتری نیاز داشته باشد.

رهنمود: کارمندان کتابخانه باید میزان کمک مورد نیاز کاربر را شناسایی کنند و هر جا که لازم بود آماده ی کمک به کاربران برای پیدا کردن اطلاعات مورد نیازشان باشند. در صورت نیاز، کتابداران مواد و منابع را بیابند و به کاربر بسپارند.

ص: 52

افراد مبتلا- به بیماری های روانی از همه ی انواع کتابخانه ها (دانشگاهی، عمومی، و اختصاصی و مراکز رسانه کتابخانه آموزشی) استفاده می کنند. به سختی می توان آن ها را از سایر کاربران عادی کتابخانه تشخیص داد، و مانند همه ی کاربران کتابخانه نیازهای متعددی دارند که خیلی از آن ها شبیه به نیازهای کاربران دیگر است. همچنین به دلیل این که طبق قوانین حریم خصوصی افراد، اطلاعات پزشکی افراد نباید فاش شود، این افراد به ندرت قابل شناسایی هستند. به منظور آشنایی کتابداران با ویژگی های معمول این نوع بیماری ها که ممکن است در کتابخانه با آن مواجه شوند، فهرستی از انواع بیماری های روانی در پیوست ب آمده است.

تغییر و تبدیل امکانات، برنامه ها، خدمات، و مجموعه کتابخانه عموماً ضروری نیست. کتابداران آگاه باید مساعدت های منطقی را در مورد نیازهای خدماتی لازم (مانند: گردآوری اطلاعات و علائق شخصی در طول مصاحبه مرجع) در نظر بگیرند. به طور کلی، افراد مبتلا به بیماری های روانی در محیطی پیشرفت خواهند کرد که در آن کتابداران با همه کاربران با احترام رفتار کنند و همچنین در مقابل نیازهای کاربران، خدمات و مواد لازم را فراهم کنند، و کاری کنند که همه ی کاربران احساس راحتی و امنیت داشته باشند.

بخش سوم : اطلاعات مورد نیاز در مورد بیماری های روانی

اشاره

ص: 55

اطلاعات مورد نیاز درباره ی بیماری های روانی

همان طور که قبلاً در بخش رهنمودها ذکر شد، به دلیل این که میلیون ها نفر و خانواده های آنها در ایالات متحده تحت تأثیر انواع گوناگون اختلالات روانی هستند، نیاز مبرمی به اطلاعات در مورد بیماری روانی وجود دارد. دسترسی افراد علاقه مند به اطلاعاتی که برای اوضاع زندگی شان (بدون توجه به این که این اوضاع و شرایط ماهیتاً شخصی هستند یا حرفه ای) مفید است، امر مهمی محسوب می شود.

کتابخانه و آموزش جامعه

کتابخانه می تواند از طریق ارائه ی خدمات منحصر به فردش و با همکاری سایر سازمان های موجود، برای ارتقاء سطح آموزشی جامعه، مسئولیت های گوناگون برعهده بگیرد. کتابخانه نیز می تواند همانند سایر سازمان های آموزشی، در ارائه ی برنامه های متنوع و اشتراک اطلاعات در زمینه ی بیماری های روانی با کاربران خود، نقش مؤثری ایفا کند. خصوصاً کتابداران ممکن است از طریق نمایشگاه ها،

ص: 57

صفحات وب، خدمات یابش خوانندگان(1) شامل، کارمرجع، نقدهای منتشر شده در مورد مواد گوناگون، گروه های بحث در مورد کتاب و رسانه، و ابزارهای ارتباطی غیررسمی، کل جامعه ی کاربران خود را آگاه سازند. این قبیل اشکال رایج و روزانه برقراری ارتباط، امانت داری کتابخانه را تضمین خواهد کرد و همچنین باعث فراهم کردن آزادی مطلق در به اشتراک گذاشتن مجموعه ی کتابخانه خواهد شد. برنامه های کتابخانه های عمومی، آموزشگاهی، یا دانشگاهی (که با همکاری سازمان های مطبوع شان ایجاد شده است) ممکن است کمک ارزشمندی به گروه های مختلف بکند و البته شاید انتقادهایی نیز از آنها بشود.

به دلیل این که فهم لازم در زمینه ی بیماری های روانی در دوران کودکی و سال های آغازین نوجوانی شکل می گیرد و توسعه می یابد (وال و کی(2) و، 1992)، نقش کتابخانه هایی که به کودکان و نوجوانان خدمت رسانی می کنند در شکل دادن این فهم بسیار مهم است. ادراک جوانان از طریق تجربه های شخصی شان شکل می گیرد، اما تجارب آن ها تحت تأثیر رسانه های ارتباط جمعی دستخوش تغییراتی می شود و چه بسا این رسانه ها تأثیر تجارب را از بین ببرند (سکر، آرمسترانگ، و هیل(3) و، 1999). اگر چه عرضه ی آسان و ارائه ی اطلاعات دقیق برای رفع بدفهمی ها کافی نیست (تانس، تیلفورد، و رایبسون(4) و، 1990)، بحث های گروهی می تواند تا حدودی باعث تعدیل این بدفهمی ها شود (سکر، آرمسترانگ، و هیل، 1999).

بنابراین، روشن است که برنامه ریزی سنتی کتابخانه ای در اشکال کتاب یا گروه های بحث رسانه ای، می تواند برای ایجاد درک واقعی تری از بیماری های روانی در میان این گروه از جامعه به کار گرفته شود. دست کم دو دلیل مهم را می توان برای لزوم فهم و درک واقعی و درست از بیماری های روانی ذکر کرد. اول این که، بسیاری از جوانان به بیماری های روانی مبتلا هستند و مطمئناً به قدرت تشخیص

ص: 58

1 - Readers> Discovery Services: خدمات یابش خوانندگان: اعمال و خدماتی هستند که در پی کشف اطلاعاتی در مورد

خوانندگان و علائق آن ها بر می آیند. - مترجم

Wahl and Kaye -2

Secker, Armstrong, and Hill -3

Tones, Tilford, and Robinson -4

و فهم بیماری خود نیاز دارند. و دوم آنکه نوجوانان امروزی به بزرگسالانی تبدیل خواهند شد که در آینده تعیین کننده ی سیاست های سلامت روان در سطوح محلی، ایالتی، و ملی هستند.

همانطور که آمارها نشان می دهد، نیاز بزرگسالان به اطلاعات در مورد بیماری های روانی اگر بیش از نیاز کودکان و نوجوانان به این اطلاعات نباشد، کمتر نیست. اما شیوه های درست آموزش و آگاه کردن عموم بزرگسالان در زمینه ی سلامت روان، حتی از سوی متخصصان آموزش بهداشت نیز بخوبی فهم نشده است. به هر حال، افسانه ی مبتلا شدن به بیماری های روانی زمانی از بین خواهد رفت که شیوه های رفتاری صحیح شناسایی (کس بارتلمز(1) و 2004)، و متخصصان مراقب سلامت در این زمینه تعلیم داده شوند (موریس و ستوارت(2) و، 2002). علاوه بر آن، یافته های مطالعاتی مربوط به عرصه های تحقیقی جدید آموزش و ترویج بهداشت، راهنمای خوبی برای کتابخانه ها جهت برنامه ریزی و ارائه ی خدمات آتی خواهد بود.

در این میان کتابخانه ها منابعی را تدارک می بینند تا کمک کنند به:

1. این که خانواده ها و اعضای جامعه به درک درستی از بیماری های روانی برسند؛

2. معلمان و سایر متخصصان موجود در جامعه که در تعامل با افراد مبتلا بیماری های روانی هستند؛

3. پرستاران و کسانی که مراقب سلامتی افراد هستند؛

4. خود افرادی که دچار بیماری های روانی اند.

ملاحظات خاص در محیط های آسایشگاهی

نیازهای اطلاعاتی کتابداران و عموم مردم، و سازمان ها و مؤسسات دولتی

کتابخانه های آسایشگاهی می توانند نقشی کلیدی در رفع نیازهای اطلاعاتی کتابداران کتابخانه های عمومی و عموم مردم ایفا کنند. کتابخانه های آسایشگاهی،

ص: 59

Kass-Bartelmes -1

Morris and Stuart -2

به علت این که اطلاعات فراوان و مفصلی در زمینه ی بیماری های روانی اختیار دارند، برای کمک به گسترش دانش عمومی در جامعه خود از فرصت مناسبی برخوردارند. به اشتراک گذاشتن چنین منابعی ممکن است موجب بذل توجه قانون گذاران به کتابخانه های آسایشگاهی شود و این توجه پشتوانه ی مالی کتابخانه هایی خواهد شد که با سرمایه ی عمومی اداره می شوند.

نیازهای اطلاعاتی مراجعان [یا درمان جوها]، بیماران، و اعضای خانواده هایشان

جنبش حقوق بیماران، آن هم در شاخه ی بهداشت و افزایش گروه های حامی بیماران روانی، بر مقدار و نوع اطلاعاتی که در محیط های آسایشگاهی ارائه می شود، تأثیر مثبتی گذاشته است. امروزه ذی نفع های بهداشت روان و خانواده های این افراد بسیار بیشتر از گذشته در مورد شیوه های درمانی خود آگاهی دارند و اغلب در تصمیم گیری در مورد شیوه های درمانی مشارکت می کنند. این امر در مورد بیماران هم صادق است که به طور داوطلبانه، به قصد درمان وارد مراکز درمانی می شوند، و همچنین در مورد کسانی که در نتیجه ی حکم دادگاه یا دیگر اعمال قانونی در این مراکز حضور دارند.

JCAHO نیازهای اطلاعاتی بیماران و خانواده ها را در فهرست زیر آورده است:

1. اطلاعاتی درباره ی ویژگی های سلامت رفتاری اشخاص و چگونگی مدیریت آن؛
2. اطلاعاتی برای تسهیل مشارکت در تصمیم گیری؛
3. اطلاعاتی برای تسهیل فهم و تبعیت از برنامه ی مراقبت، و شرکت در خدماتی که به صورت مداوم ارائه می شوند؛
4. اطلاعاتی در مورد مهارت های لازم برای زندگی مستقل؛
5. اطلاعاتی در مورد شیوه ی زندگی سالم.

گسترش مجموعه

در برخی از محیط های آسایشگاهی ممکن است خط مشی های مجموعه سازی مطابق با فلسفه ی درمان تنظیم شوند. البته قوانین آسایشگاه ها و نیز خصوصی یا دولتی بودن کتابخانه ها بر این خط مشی ها تأثیر گذار خواهند بود. بنابراین ممکن است در محیط های آسایشگاهی، کتابداران در حفظ مرز بین نیازهای اطلاعاتی کاربران کتابخانه و دستورات آیین نامه ی آسایشگاه با چالش مواجه شوند.

به طور کلی، کتابخانه ی آسایشگاهی باید تعادل بین مواد و منابع سرگرم کننده و تخصصی مجموعه ی خود را حفظ کند. و پس از آن، همچنانکه اطلاعات کلی در مورد تشخیص و درمان، روانپزشکی، و اطلاعات پزشکی و بهداشت عمومی را تهیه می کند، باید یک سری مواد مرجع عمومی را نیز در مجموعه ی خود داشته باشد. همچنین باید دارای منابع و موادی باشد که در زمینه ی گذار از زندگی در محیط آسایشگاهی به زندگی عادی بحث می کند و اطلاعاتی مربوط به اشتغال و آموزش را در به دست می دهند:

• یک منبع عالی برای برنامه ریزی در مورد مجموعه سازی کتابخانه، منابع اطلاعاتی پزشکی مربوط به روانپزشکی: راهنمایی برای انتخاب (1) (اپستین و دیگران (2) و 1997) است.

• منابع هسته در روانپزشکی: یک راهنمای مفصل در مورد نوشتجات، فهرست جامعی از منابع را در بر می گیرد که در زمینه ی مجموعه سازی و گسترش مجموعه یک منبع کلاسیک قلمداد می شود (ساکس، سلج، و وارن (3) و 1995).

ص: 61

● روان‌شناسی معاصر، مجله‌ای در زمینه‌ی نقدهای کتب جدیدی است که (APA) منتشرشان می‌کند و منبع بسیار جامعی به حساب می‌آید.

● خدمات مربوط به روانپزشکی، مجله‌ی بسیار خوب دیگری است که APA منتشرش می‌کند.

● کتابداران علوم اجتماعی و علوم رفتاری، را انتشارات هاورث (1) منتشر می‌کند و شامل نقدهایی مفید در مورد کتابهاست.

● بخش روان‌شناسی و مرجع مجله کتابداری نیز می‌تواند حاوی اطلاعات مفیدی در زمینه‌ی مجموعه سازی کتابخانه باشد.

البته کتاب‌های دیگری نیز وجود دارند که مخصوص کتابخانه‌های عمومی نوشته شده‌اند (برای مثال سنتروک، مینت، و کمپبل، (2) و (1994؛ نورکراس، و دیگران، 2003)، و ممکن است با جست و جویی در OCLC یا فهرست دیگر کتابخانه‌ها پیدا شوند.

با توجه به افزایش دانش مربوط به بیماری‌های روانی مخصوصاً در زمینه‌های علوم مربوط به مغز و اعصاب (3)، ارتباط ذهن و مغز (4)، و داروشناسی روانی (5)، به روز نگهداشتن مجموعه‌ی کتابخانه اولویت بسیار مهمی است. مراجع مذکور اطلاعاتی را در مورد ویرایش‌های جدید منابع ارائه می‌دهند و به این ترتیب ما را در زمینه‌ی وجین منابع و مواد قدیمی و کهنه از مخزن کتابخانه یاری می‌کنند. با این وجود، در بسیاری از محیط‌های آسایشگاهی منابعی وجود دارند که نگهداری از آن‌ها از لحاظ تاریخی اهمیت دارد و می‌بایست در نگهداری آن‌ها با دقت عمل کرد. برای مثال، برخی منابع و عناوین قدیمی در زمینه‌ی بهداشت روان وجود دارند که در آن‌ها نظریات کاملاً منسوخ شده‌ای یافت می‌شوند. البته نباید این اقلام

ص: 62

Haworth Press -1

Santrock. Minnett, and Campbell -2

Neuroscience -3

Mind-brain connection -4

Psychopharmacology -5

اطلاعاتی را به عنوان منابع مرجع به افراد غیر متخصص ارائه داد.

خلاصه

کتابداران می توانند از متخصصان گوناگون بخواهند که در زمینه ی ارائه ی اطلاعات دقیق برای اصلاح تصورات منفی موجود در مورد افراد مبتلابه بیماری های روانی می شوند، با کتابخانه ها همکاری کنند. کتابخانه های عمومی، دانشگاهی، و آسایشگاهی و همچنین مراکز رسانه ای کتابخانه های آموزشگاهی می توانند با فراهم کردن اطلاعاتی در زمینه ی بهداشت روان و بیماری های روانی، که برای مخاطبانشان مفید است، پاسخگوی نیازهای کاربران گوناگون باشند.

ص: 63

بخش چهارم : نتایج حاصل از خدمات کتابخانه ای

اشاره

ص: 65

تبیین نتایج حاصل از خدماتی که به افراد مبتلابه بیماری های روانی ارائه می شود

ارزیابی خدماتی که به افراد مبتلابه بیماری های روانی ارائه می شود باید سه حوزه ی گسترده را در برگیرد. اولین حوزه، توانایی همه جانبه (برپایه ی دانش) کارمندان کتابخانه برای تعامل با این گروه است. حوزه ی بعدی، توانایی کتابخانه برای دستیابی به اهدافی است که در راستای ارائه ی خدمات به بیماران روانی مشخص کرده و مطابق با مأموریت کلی کتابخانه است. و سومین حوزه، توانایی کتابخانه در ارائه ی خدمات مورد نیاز و مورد تقاضای افراد دچار بیماری های روانی است، به شیوه ای که برای آن ها رضایت بخش باشد.

افراد مبتلا به بیماری های روانی ممکن است به همه ی انواع کتابخانه ها (اعم از مراکز رسانه ی کتابخانه های آموزشگاهی، کتابخانه های دانشگاهی، کتابخانه های عمومی، یا کتابخانه های اختصاصی، از قبیل کتابخانه های سازمانی، آسایشگاهی، و بیمارستانی) مراجعه کنند. آن دسته از خدمات کتابخانه ای که به این گروه ارائه می شود ممکن است مورد توجه افراد دیگری مانند اعضای خانواده های این افراد، معلمان، متخصصان بهداشت، شاغلان حوزه ی سلامت و سایرین نیز قرار بگیرد.

با توجه به این که بخش چشمگیری از مردم ممکن است در دوره های گوناگون زندگی خود دچار بیماری های روانی شوند، ارزیابی خدماتی که به این گروه ارائه می شود برای کتابداران بسیار مهم است.

ارزیابی خدماتی که به این گروه از جامعه ارائه می شود، دو هدف اساسی را دنبال می کند. اول این که ارزیابی خدمات مانند یک زنگ خطر برای کتابداران عمل می کند و باعث می شود که توجه کتابداران به سمت این گروه جلب شود، که ممکن است نیازمندی های منحصر به فردی در زمینه ی خدمات کتابخانه ای داشته باشند. علاوه بر این، ارزیابی مانند ابزاری عمل می کند که موفقیت کتابخانه را در رسیدن به اهدافی تعیین کند که در خدمت رسانی به این گروه اظهار داشته است و همچنین میزان رضایت کاربران کتابخانه (افراد مبتلا بیماری های روانی) را از خدماتی که دریافت می کنند، می سنجد.

بافت

مشکل خاص در ارزیابی خدماتی که به این گروه ارائه می شود این است که افراد مبتلابه بیماری های روانی لزوماً از طریق ظاهر یا رفتارشان به آسانی قابل شناسایی نیستند. کتابداران کتابخانه های عمومی، دانشگاهی، اختصاصی و مراکز رسانه ی کتابخانه های آموزشگاهی برای تشخیص افراد دچار بیماری روانی، چاره ای جز این ندارند به بازخورد این کاربران تکیه کنند. متخصصان بهداشت روان محلی، معلمان، و اعضای خانواده های این کاربران که نقش میانجی یا واسطه و همراه این کاربران را بر عهده دارند، ممکن است باعث تکمیل بازخورد مستقیم افراد مبتلابه بیماری های روانی شوند.

برای پی بردن به نیازهای افراد دچار بیماری های روانی باید از ابزارهای گوناگون استفاده شود. ممکن است استفاده از روش مستقیم یا رودررو (1)، که با بکارگیری

ص: 68

گروه تمرکز(1) و گروه پیمایش(2) انجام می شود، امکان پذیر نباشد. به جای آن می توان از متخصصانی کمک گرفت که در مراکز بهداشت روان محلی یا گروه های خانگی شاغل هستند و می توانند از بیماران این مراکز مصاحبه به عمل بیاورند یا تحقیقات کتابخانه ای انجام دهند؛ از این رو، بیمار نیز می تواند اطمینان کسب کند که اطلاعات شخصی او فاش نخواهد شد. می توان علاقه مندان دیگری را هم که با افراد مبتلا به بیماری های روانی ارتباط دارند، در برنامه ی ارزیابی خدمات کتابخانه ای شرکت داد و از آن ها کمک گرفت. این گروه حامی ممکن است کتابداران را از نیازهایی (خاص افراد مبتلا به بیماری های روانی) آگاه سازند که باروش های دیگر هیچگاه نمی توان از آنها مطلع شد. کتابخانه می تواند از طریق کانال های معین و مقرر خود (از قبیل رسانه های محلی و تبلیغات خانگی) از مردم درخواست کند انتقادات و پیشنهادات خود را در مورد خدمات ارائه شده به بیماران روانی با کتابخانه در میان بگذرند.

برایندهای حاصل از خدمات ارائه شده به افراد مبتلا به بیماری های روانی

1. به خاطر شخصیت خاص افراد دچار بیماری های روانی دارند، با آن ها احترام محترمانه می شود.
2. اشخاص در انتخاب هدف شان برای استفاده از کتابخانه آزاد هستند.
3. اشخاص به کتابخانه هایی که خود انتخاب کرده اند، دسترسی دارند.
4. این افراد از طریق ارتباطات اجتماعی غیر رسمی و موقعیت های برنامه ریزی شده ی رسمی، فرصت تعامل با دامنه ی وسیعی از کاربران کتابخانه را دارند.
5. اشخاص در انتخاب خدمات و برنامه هایی که مورد تقاضای آن هاست آزادند.

ص: 69

1- Focus group: گروه تمرکز: گروه کوچکی از مردم است که به یک سری پرسش ها پاسخ می دهند، پرسش هایی که به قصد تعیین این که نتیجه تحقیق می تواند روی گروه بزرگ تر پیاده شود یا نه.. - مترجم

2- Survey group

6. این افراد تا اندازه ای که خودشان بخواهند می توانند با کارمندان و برنامه ریزان کتابخانه تعامل داشته باشند.

7. حق و نیاز هر شخص در فاش نشدن اطلاعات شخصی اش باید به رسمیت شناخته شود و مورد احترام قرار گیرد.

8. افراد باید در کتابخانه احساس راحتی کنند و از امنیت برخوردار باشند.

9. شبکه های حمایتی این اشخاص (که ممکن است خانواده، دوستان، معلمان، و وکلا باشند) به عنوان کسانی که از نقشی حمایتی در زندگی این افراد برخوردارند، باید خدمات مناسبی دریافت کنند.

سنجش عملکرد خدمات کتابخانه ای برای افراد مبتلا به بیماری های روانی

کتابخانه باید اهداف خدماتی خود را در مورد افراد دچار بیماری های روانی مشخص کند. این ملاحظات را می توان به طور کلی در بیانیه ی مأموریت کتابخانه و در داخل برایندهای خاص قید کرد. برنامه ریزی استراتژیک یا بلندمدت باید در برگیرنده ی احتیاجات افراد مبتلا به بیماری های روانی باشد. برای آنکه کتابخانه به مأموریت و برایندهای مورد انتظار خود دست یابد، باید یک کمیته ی مالی داشته باشد.

کتابخانه باید طبق نیازهای آموزشی معین خود در طرح های بلندمدت و استراتژیک و به خصوص در برایندهای مورد نظرش، برنامه های ضمن خدمت برای آموزش کارمندان در خدمت رسانی به افراد مبتلا به بیماری های روانی تدارک ببیند. در این دوره های آموزشی به شناخت افراد مبتلا به بیماری های روانی پرداخته می شود و دانش مورد نیاز در مورد آنها کسب خواهد شد. سازمان های کتابخانه ای ایالتی باید در ایجاد و اجرای این زمینه های گسترده ی حرفه ای مشارکت کنند.

ارائه ی خدمات به طیف گسترده ای از کاربران، دغدغه ی اصلی هر کتابخانه ای است و ارزیابی مداوم رضایت کاربران و برنامه ها و رویه های کتابخانه ای می تواند گواه این مدعا باشد. به علاوه، کتابخانه می تواند با عملی کردن پیشنهادات دریافت شده از طریق مکانیزم های ارزیابی گوناگون، نشان دهد که رضایت کاربران از برنامه های

کتابخانه برایش مهم است. جهت اجرای برنامه هایی که با هدف افزایش آگاهی و بردباری تمام کاربران کتابخانه برگزار می شود، می توان گروه های حامی بهداشت روان را به کتابخانه دعوت کرد. کتابداران می توانند بازخوردهای مربوط به کارایی این قبیل برنامه ها را از طریق مشاهده ی مستقیم به دست آورند.

ملاحظات خاص در محیط های آسایشگاهی

تبیین نتایج حاصل از خدماتی که به افراد دچار بیماری های روانی ارائه می شود

نخستین هدف برایندهای خدماتی یک کتابخانه ی آسایشگاهی باید منطبق کردن خدمات کتابخانه ای با نیازهای کاربران باشد. اهداف خدماتی مشروحي که به طور واضح تدوین شده باشد، می بایست در کتابخانه موجود باشد و به طور مرتب و در فواصل زمانی منظم بازبینی شود. استانداردهایی که JCAHO برای مدیریت اطلاعات و آموزش در محیط های بهداشت رفتاری منتشر می کند، می تواند برای پایه ریزی اهداف برایندها در کتابخانه های بیمارستانی کاربردی باشد. سیاست ها و خط مشی های مصوب سازمان های مدیریتی مشابه در مؤسسات غیر بیمارستانی نیز تأثیر مهمی بر اهداف برایندها در سازمان مربوطه دارد.

بافت

در محیط های آسایشگاهی لازم نیست کاربران خودشان را معرفی کنند، هر چند کارمندان کتابخانه نیز از پرونده های پزشکی افراد مطلع نیستند. به طور کلی، تنوع نیازهای خدماتی کاربران کتابخانه ی آسایشگاهی ممکن است به اندازه ی کاربران کتابخانه عمومی باشد. کتابداران کتابخانه های آسایشگاهی، به منظور همگام شدن با پیشرفت مداوم فن آوری های اطلاعاتی بیمارستان، باید پشتیبان نظم بیشتر در برنامه ریزی آموزشی بیماران باشند.

بافت های آسایشگاهی از جنبه های فراوان با هم تفاوت دارند. برای مثال، میزان آزادی افراد در آسایشگاه های گوناگون متفاوت است. میزان آزادی افراد برای گشتن در محیط کتابخانه و آزادی شان در انتخاب و تصمیم گیری نسبت به فعالیت های

روزانه، ممکن است دارای طیف متفاوتی (از آزادی مطلق تا سرپرستی و نظارت شدید بر فعالیت ها) باشد؛ حتی داخل آسایشگاه نیز ممکن است اینگونه باشد. محدودیت های مذکور احتمالاً بر میزان و ماهیت بازخوردی که به طور مستقیم از بیماران به دست می آید، تأثیر گذار است. بخش های درمانی، بخش های اجرایی و بخش های آموزشی موجود در مؤسسات (آسایشگاه ها) نیز جهت به دست آوردن اطلاعاتی که می تواند در روند ارزیابی به کار گرفته شود، باید در نظر سنجی شرکت داده شوند.

برایندهای خدماتی برای افراد مبتلا بیماری های روانی در محیط های آسایشگاهی

JCAHO، بر آیندهای مدیریت اطلاعات در سازمان های بهداشتی را مطابق با فهرستی از استانداردها (2001)- که برای نگارش این رهنمودها از آن ها استفاده شده است - ارزیابی می کند:

1. کتابخانه باید خدماتی را جهت پاسخگویی به نیازهای اطلاعاتی درونی و بیرونی کاربران برنامه ریزی و طراحی کند.
2. از حق محرمانه بودن استفاده ی کاربران کتابخانه از اطلاعات حمایت شود.
3. کارمندان کتابخانه از مهارت ها و تعالیم مورد نیاز برای ارزیابی خدمات و برنامه های کتابخانه برخوردارباشند.
4. اطلاعات در زمان مقرر و به یک شیوه ی درست در اختیار کاربران قرارگیرد.
5. منابع و خدمات کتابخانه ای، علاوه بر رفع نیاز بیماران، باید برای متخصصانی که ممکن است درگیر نیازهای متنوع بیماران باشند نیز کاربردی باشد.
6. منابع اطلاعاتی (مخصوصاً در زمینه ی اطلاعات دارویی و درمانی) باید همیشه در دسترس باشند و اعتبار آنها نیز تضمین شود.

سنجش عملکرد خدمات کتابخانه ای برای افراد مبتلا به بیماری های روانی در محیط های آسایشگاهی

بیانیه ی مأموریت کتابخانه باید به طور واضح اهداف نتایج خدمات را مشخص کند. کتابخانه باید در اجرای معیارهای بهبود عملکرد مؤسسه ی مطبوعش همکاری می کند. برای دریافت پیشنهادات و انتقاداتی که باعث بهبود خدمات و برنامه های کتابخانه ای می شوند، باید برنامه ها و خدمات کتابخانه ای را مرتباً از طریق خط مشی های داخلی و همچنین مطالعه ی جامعه ی کاربران، اعضای خانواده های آن ها، و کارمندان مؤسسه و... ارزیابی کرد.

خلاصه فصل

کتابخانه خدمات خود را مطابق پیشنهاداتی که از همه ی کاربران (از جمله افراد مبتلا به بیماری های روانی) دریافت می کند، طراحی و این پیشنهادات را عملی می کند.

برای اندازه گیری میزان موفقیت خدمات در برنامه ارزیابی، باید بر نیازها و علایق افراد دچار بیماری های روانی و حامیان آنها تمرکز کرد. و در نهایت این که کتابداران و کارمندان کتابخانه باید با هر فرد به عنوان شخصی رفتار کنند که خواسته ها، نیازها، و اهداف منحصر به فردی دارد.

پیوست الف: نگاهی تاریخی به نظام های درمانی بیماری های روانی در ایالات متحده

بروس لیبوتسکی لوین(1) و آردیس هنسن(2)

اگر از لحاظ تاریخی نگاهی به سیر تکاملی خدمات بهداشت روان در ایالات متحده بیندازیم، متوجه خواهیم شد که درمان افراد مبتلا به بیماری های روانی طی دوره های اصلاح(3) صورت می گرفته، که بین حرکات انسانی و اعمال غیرانسانی در تناوب بوده است. جنبه ی مهم این بخش از تاریخ این است که همانگونه که به پیشرفت نظام های خدماتی و ایجاد برنامه ها و سیاست ها برای افراد دچار بیماری های روانی بها داده می شود، مشکلاتی نیز به طور مداوم دست به گریبان این فرایند هستند. ویژگی هایی همچون طرح های اجتماعی، حوادث تاریخی، و ایجاد تسهیلات خلاقانه برای مراقبت از بیماران روانی باعث تفکیک دوره های زمانی از هم می شود. البته هر کدام از این دوره ها، از یک جنبه ی متفاوت به نظام های خدمات درمانی برای بیماران روانی در ایالات متحده پرداخته اند. مباحثی که در ادامه خواهد

ص: 77

Bruce Lebotsky Levin -1

Ardis Hanson -2

Cycle of reform -3

آمد، شماری از اتفاقات و ابداعات مهم و قابل توجه را بر پایه ی مقاله ای از لوین و هسن (2003) - برگرفته از کتاب اصولی در نظام های سلامت رفتاری (1) - مدنظر قرار داده است و با اجازه ی مؤلفان در اینجا مورد استفاده قرار می گیرد.

دوره ی بازداشت و زندانی کردن (2) (1773 - 1838)

در طول این دوره، مسئولیت نگهداری اشخاص مبتلا به بیماری های روانی بر عهده ی خانواده ها، شهرها، و جوامع بود. دیدگاه غالب در این دوره، این بود که جنون و دیوانگی جزء تقدیر و سرنوشت است [و از دست انسان کاری ساخته نیست]. در این دوره، مراقبت های نامساعدی از قبیل بازداشت کردن، خوراندن دارو، زخمی کردن، و شلاق زدن (تا جایی که همه ی شیاطین موجود در ذهن و مغز فرد دیوانه از بین بروند) تا حد زیادی فرایند درمان را تشکیل می دادند. خیلی از افرادی که به بیماری های روانی مبتلا بودند، در خانه با زنجیر بسته و از اجتماع دور نگه داشته می شدند. کسانی هم که از عقل سلیمی برخوردار نبودند، در زندان محبوس یا بازداشت می شدند.

دوره ی مدیریت اخلاقی (3) (1836 - 1862)

این مدل توان بخشی سرچشمه های اروپایی خود را از تئوری های بشردوستانه (که فلیپ پینل (4) (از فرانسه) و ویلیام توک (5) (از انگلستان) حمایتش می کردند) وام گرفته است. پینل و توک معتقد بودند که افراد مبتلا به بیماری های روانی برای بهبودی دوباره ی خود به مکانی امن و همچنین درمان های انسانی نیاز دارند. البته این مدل درمان در تیمارستان هایی که بیمارانشان از توان مالی مناسبی برخوردار بودند به کار گرفته شد و افراد تهیدست همچنان در زندان ها و نواخانه ها به سر

ص: 78

Foundations in Behavioral Health Systems -1

The age of restraint -2

The Moral Management Era -3

Philippe Pinel -4

William Tuke -5

می بردند. از دوروتی لیند دیکس (1) غالباً به عنوان مؤسس جنبش بیمارستان دولتی (2) (آسایشگاه های عمومی) در ایالات متحده یاد می شود که یکی از اولین حامیان بیماران روانی در بخش عمومی بود. او مجمع قانون گذاران ایالت ماساچوست و همچنین سایر ایالات را ترغیب کرد که آسایشگاه هایی برای رسیدگی به نیازهای گوناگون افراد مبتلا به بیماری های روانی جدی ایجاد کنند. تلاش های دیکس در تأسیس سی و دو بیمارستان روانی در بیست و هشت ایالت در سرتاسر آمریکا تأثیر گذار بود.

مراقبت در آسایشگاه ها و پناهگاه ها (1862 - 1900)

با شروع جنگ داخلی، نزدیک به پنجاه مؤسسه ی روانی در ایالات متحده وجود داشت. با رشد شهرک های غربی، افزایش متناظری در مشکلات بهداشت عمومی به وجود آمد و باعث شد کیفیت، درمان، و توان بخشی اشخاص دچار بیماری های بدنی (جسمی) و همچنین سطح مراقبت از آن ها نسبت به افراد مبتلا به بیماری های روانی بیشتر شود. در سال های بعد از این دوره، تغییری در مراقبت های آسایشگاهی برای افراد دچار اختلالات روانی از توان بخشی به مراقبت حین حبس، مشاهده می شود.

جنبش بهداشت روانی (3) (1900 - 1955)

در سال 1908، کلیفورد بیرز (4) کتابی را نوشت با نام ذهنی که خود را باور کرد (5) این کتاب تجربیات او را به عنوان فردی که دچار بیماری روانی بوده و همچنین تجربه های او را در زمینه ی امکانات بهداشت روان از لحاظ تاریخی به تصویر کشیده است. بیرز و همکارانش این طرز فکر را به چالش کشیدند که

ص: 79

Dorothea Lynde Dix -1

State hospital movement -2

Mental Hygiene Movement -3

Clifford Beers -4

A Mind that Found Itself -5

می گفت اولین راه درمان افراد دارای بیماری های روانی این است که آنان را باید در آسایشگاه ها نگهداری کنیم. همچنان که بیز و همکارانش در حال اصلاح نظام خدمات آسایشگاهی بودند، کمیته ی ملی بهداشت روانی را پایه گذاری کردند و اندیشه ی درمان پذیر بودن اختلالات روانی را رواج دادند و همچنین از این عقیده که ابتدا به درمان شخص در درمانگاه های موجود پرداخته شود، حمایت کردند. در طول این دوره، کلینیک های جدیدی در بیمارستان ها و سایر درمانگاه های سیار ساخته شد.

در سال 1946، مجلس نمایندگان ایالات متحده قانون مهمی بانام قانون بهداشت روان ملی (1) (حقوق عمومی یا پی.ال. 47879) را تصویب کرد. به موجب این قانون، شاخه ی خدمات بهداشت روان عمومی وابسته به بهداشت روان (2) به مؤسسه ی ملی بهداشت روان (3) تبدیل شد و کمک هزینه ای برای مسئولان سلامت روان ایالتی فراهم کرد. همچنین بودجه ای برای تحقیق و کمک هزینه های تحصیلی اختصاص داده شد و مشاورانی جهت تأسیس ادارات سلامت روان ایالتی در ایالات گوناگون تعیین شدند.

این قانون خاص، با ایجاد مؤسسه ی ملی بهداشت و روان، یکی از اولین اقدامات مهم سازمانی و مالی ای بود که دولت فدرال در خصوص سیاست ها و خط مشی های بهداشت روان انجام داد. این مصوبه باعث ارتقاء سطح مسئولیت و توجه دولت فدرال در خصوص اختصاص بودجه به تحقیقات بهداشت روان، ایجاد برنامه های بهداشت روان، تعلیم و آموزش متخصصان بهداشت روان، به وجود آوردن امکانات و ساختمان های بهداشت روان، و تدارک یک مرکز ملی برای ارائه ی خدمات بهداشت روان در ایالات متحده شد.

ص: 80

National Mental Health Act -1

Public Health Service's Division of Mental Health -2

(National Institute of Mental Health (NIMH -3

در طول سال های بعد از جنگ جهانی دوم، ایالات متحده مشغول بازسازی زیر ساخت ها و مجتمع های صنعتی خود (از جمله بخش های بهداشت و بهداشت روان) بود. جنگ جهانی دوم باعث شد دوباره به مشکلات گوناگون سلامت روان از قبیل نقش استرس در زندگی روزمره و مسائل درمانی و رفتاری در سوء استفاده از مواد توجه شود. علاوه بر آن، سال های پس از جنگ جهانی دوم دوره ی اکتشاف و گسترش داروهای روان درمان برای اشخاص دچار بیماری های روانی جدی بود.

در طول دهه ی 1950، سرمایه گذاری برای نظام های خدماتی بهداشت روان عمومی در ایالات متحده، ابتدا از درآمدهای مالیاتی آغاز شد و بعدها یک سازمان واحد (بیمارستان روان درمانی ایالتی) اساساً به این کار تخصیص داده شد. مراقبت از افراد مبتلا به بیماری های روانی تا حد زیادی به صورت عمومی بود. به دلایل گوناگون، از جمله شمار سرسام آور افرادی (تقریباً 560 هزار) که در بیمارستان های روانی دولتی در سرتاسر کشور وجود داشتند، میزان توجهات در سطح ملی به اوج خود رسید.

در سال 1955، مجلس نمایندگان ایالات متحده قانون مطالعه ی بهداشت روانی (2) (پی. ال. 18284) را تصویب کرد که به موجب آن کمیته ی مشترک بیماری و بهداشت روان (3) تأسیس و مسئول ارزیابی بیماری روانی در ایالات متحده شد. نتایج تحقیقات این کمیته در قالب گزارش «اقدامی برای بهداشت روان (4)» در سال 1961 منتشر شد. این گزارش اقدامات مورد نیاز را برای بهبود خدمات بهداشت روان مکتوب کرد و خواستار توجه بیشتر دولت فدرال به ارائه ی خدمات بهداشت روان شد. همچنین به موجب این گزارش مشخص شد که دولت فدرال باید سرمایه گذاری خود را در زمینه های تحقیق، آموزش، خدمات

ص: 81

Community Mental Health Movement -1

Mental Health Study Act -2

Joint Commission of Mental Illness and Health -3

Action for Mental Health -4

گسترده، و تدارک خدمات بهداشت روان در بافتی اجتماعی افزایش دهد.

رئیس جمهور وقت (کندی) بر پایه ی گزارش «اقدامی برای بهداشت روان»، پیام ویژه ی خود را با عنوان اهمیت رویکرد جدید (1)، در مورد عقب ماندگی ها و بیماری های روانی به مجلس نمایندگان ایالات متحده ارسال کرد. این پیام، از نظر تاریخی، اولین نطق مهم در مورد مسائلی از قبیل بیماری های روانی به مجلس نمایندگان بود. رئیس جمهور در این نطق خواستار مسائلی شد از جمله کاوشی گسترده و جامع برای آسیب شناسی اختلالات روانی، تقویت امکانات و افزایش منابع انسانی ماهر در زمینه بهداشت روان و بهبود و افزایش برنامه هایی که به افراد مبتلا به اختلالات روانی ارائه می شود، اساس نظام ملی پیشنهادی، «مرکز جامع بهداشت روانی جامعه» (2) نام گذاری شد.

در سال 1963، مجلس نمایندگان قانون ایجاد تسهیلات عقب ماندگی روانی و تشکیل مراکز بهداشت روان در جامعه (3) (پی. ال. 14688) را تصویب کرد. این نظام جدید ارائه ی خدمات بهداشت روانی، کمک هزینه هایی جهت برنامه ریزی برای رفع احتیاجات بهداشت روانی ایالتی و سیاهه برداری از منابع ایالتی موجود در اختیار قرار داد. هر ایالت به چند حوزه تقسیم می شد که این حوزه ها جمعیتی بین 75 هزار تا 200 هزار نفر را تحت پوشش قرار می دادند و در هر یک از این حوزه ها یک مرکز بهداشت روانی اجتماعی قرار می گرفت. به موجب این قانون، 1500 مرکز بهداشت روان اجتماعی (CMHC) در سطح کشور مورد نیاز بود، در حالی که تنها حدود نیمی از این تعداد تأسیس شد.

به موجب قانون پی. ال. 16488، مراکز بهداشت روان اجتماعی برای ارائه، پنج خدمت مهم ایجاد شدند: مراقبت از بیمارانی که به بستری شدن نیاز داشتند، مراقبت از بیمارانی که به درمان سرپایی نیاز داشتند، مراقبت از بیماران اورژانسی، خدمات

ص: 82

Bold New Approach –1

Comprehensive community mental health center –2

Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act –3

بیمارستانی و درمانی جزئی، و مشاوره و آموزش. هدف از ایجاد قانون CMHC، پایه گذاری نظامی جامع و جامعه محور(1) از امکانات درمانی بهداشت روان بود که برای همه ی افراد نیازمند به مراقبت های بهداشت روانی در دسترس باشد. چندین طرح مهم دولتی از قبیل طرح ارائه ی کمک هزینه هایی برای ادامه ی زندگی(2)، ارائه ی کمک هزینه ی تأمین اجتماعی(3)، طرح مراقبت های پزشکی(4) و طرح مدیک اید (5) نیز در راستای اهداف CMHC به سرعت اجرا شدند.

قانون CMHC باعث تغییر نگرش مهم دیگری نیز از لحاظ ساختار سازمانی و تأمین بودجه ی خدمات بهداشت روانی در ایالات متحده شد. بعد از آن، به همراه بودجه ای که ایالت در اختیار خدمات بهداشت روانی قرار می داد، کمک هزینه هایی نیز از طرف دولت مرکزی جهت تأمین تسهیلاتی مازاد بر بیمارستان های روان درمانی دولتی ارائه می شد. به علاوه، خدمات مراقبت پس از درمان و همکاری خدماتی بین دو نظام بهداشت روان عمومی، با رشد و توسعه ی CMHCها در ایالات متحده، به یک مسئله ی حساس تبدیل شده بود. البته این قانون هیچ گونه پیوندی بین خدمات بهداشت روانی و درمان مشکلات بهداشتی افراد مبتلا به معلولیت های جسمی به وجود نیاورد. بنابراین، نظام مراکز بهداشت روان اجتماعی بدون تشکیل هیچ پیوندی برای مجاورت بیمارستان ها و مراکز بهداشت اجتماعی تأسیس شدند.

دوره ی نظام های مراقبت (6) (1977- تا کنون)

رشد آگاهی از تأثیر مثبت تأمین بودجه، ایجاد تشکیلات سازمانی، و ارائه ی خدمات نظام های بهداشت روانی به صورت مستقل و مجزا، در سطح ملی و

ص: 83

1- Community

2- یکی از برنامه های دولت آمریکا است که مواجهه را برای افراد کهنسال، معلول، و کم درآمد در نظر می گیرد. این طرح را سازمان تأمین اجتماعی مدیریت می کند. - مترجم: Supplemental Security Income (SSOI)

3- Supplemental Security Income

4- Medicare

5- یکی از طرح های دولت آمریکا - مربوط به بهداشت و سلامت - که کمک های مالی به بیماران ارائه می کند. - مترجم: Medicaid

6- Systems of Care Era

همچنین در سطح ایالتی، باعث مطرح شدن یک آیین نامه ی اجرایی و در نهایت تشکیل کمیسیونی در دفتر ریاست جمهوری در زمینه ی بهداشت روان شد. مأموریت این کمیته که با مشارکت بانوی اول وقت (روزالین کارتر⁽¹⁾) شکل گرفت، بررسی نیازهای بهداشت روانی آمریکایی ها و پیشنهاد راهکارهایی برای رفع نیازها بود.

چکیده ی گزارش نهایی این کمیته، که در سال 1978 در سه جلد منتشر شد، خواستار نظام خدماتی کارآمدتر و توجه ملی به بیماری های روانی جدی شد. این گزارش پایه های تصویب «قانون نظام های بهداشت روانی⁽²⁾» (پی. ال. 39896) را تشکیل داد. این قانون طرح مراکز بهداشت روان اجتماعی را اصلاح کرد و شرایطی را جهت توسعه و حمایت نظام های سلامت روان ایالتی به وجود آورد. به طور دقیق تر، هدف از این قانون به کار بستن تدارکات جدیدی برای طرح مراکز بهداشت روان اجتماعی و افزایش توجهات نسبت به افراد مبتلا به بیماری های روانی شدید، کودکان و نوجوانان، کهنسالان و افراد نیازمندی با وضعیت بحرانی بود. این قانون، نقش سازمان بهداشت روان ایالتی را نسبت به تصمیم گیری در مورد تخصیص بودجه در هر ایالت (براساس اولویت) افزایش داد و واحدی جهت پیشگیری از بیماری های روانی در مؤسسه ی ملی بهداشت روان راه اندازی کرد. در هر صورت، با تصویب «قانون اصلاح همه جانبه بودجه⁽³⁾» (پی. ال. 3597) در سال 1981، قانون نظام های بهداشت روانی قبل از این که به کار بسته شود یا بودجه ای به آن تخصیص داده شود لغو شد. بیست طرح

طبقه بندی شده ی مربوط به بهداشت عمومی، با اعطای چهار مورد کمک هزینه به هر یک از ایالات تثبیت شد. این کمک هزینه ها عبارت بودند از: 1) بهداشت پیشگیرانه و ارائه خدمات بهداشتی، 2) الکل، سوء مصرف دارو و بهداشت روانی، 3) مراقبت های اولیه، و 4) بهداشت نوزادان از بدو تولد و کودکان. این کمک هزینه های دولتی، از لحاظ سرمایه گذاری، نسبت به کمک هزینه های پیشین در سطح پایین تری قرار داشتند.

ص: 84

Rosalynn Carter -1

Mental Health Systems Act -2

Omnibus Budget Reconciliation Act -3

در یک دوره ی سی ساله از 1955 تا 1985، تعداد اشخاص موجود در بیمارستان های روانی از 552150 نفر به 109939 نفر کاهش یافت که این کاهش در حدود 80 درصد بود. در حدود صدها تن از هزاران فرد مبتلا به بیماری های روانی شدید که قبلاً از خدمات پرستاری در بیمارستان ها و مؤسسات روانی ایالتی بهره مند می شدند، به جامعه بازگشتند. متأسفانه مراقبتی که انتظار داشتند مراکز بهداشت روان اجتماعی ارائه کنند، در رفع نیازها موفق نشد.

شاید یکی از برجسته ترین نتایج بازگشت افراد مبتلا به بیماری های روانی از مؤسسات روانی به جامعه، از بین رفتن این تصور سنتی بود که مراقبت با درمان یکسان است. با وجود نقصان های کاملاً آشکاری که وجود داشت، بیمارستان های روان درمانی، برای افراد معلولی که قادر به انجام فعالیت های گوناگون نبودند (با توجه به این که آن ها انسان های مستقلی هستند) دست کم سطح پایه ای از مراقبت و پرستاری را فراهم می کردند. متعاقباً، نیازهای انسانی و اجتماعی افراد مبتلا به بیماری های روانی مزمن و شدید (مخصوصاً مساعدت هایی که در رابطه با وظایف زندگی روزانه بود) اغلب از قلم می افتاد یا نادیده گرفته می شد.

تحول مهم دیگر، حرکت از نظام سنتی خدماتی مبتنی بر هزینه (1) به سمت یک سیستم ارائه ی خدمات مراقبتی نظام یافته بود. این تحول تأثیر بسزایی بر نظام های بهداشت روان عمومی، هم در سطح ایالتی و هم در سطح فدرال، گذاشت. ارائه دهندگان خدمات در بخش خصوصی با نظام های خدماتی بهداشتی بخش عمومی ادغام شدند.

مراکز درمان آسایشگاهی برای افراد مبتلا به بیماری های روانی در طول قرن بیستم تکامل عمده ای در فعالیت ها و وظایف یافت. عواملی زیادی بر این تحول تأثیرگذار بودند، از جمله این که دانش برخاسته از پیشرفت های مربوط به روش های عصب روانشناختی (2) باعث توضیح یک منشأ زیست شناختی برای اختلالات روانی شد؛ جنبش حقوق بیماران (3) در تمام حوزه های مراقبت های

ص: 85

Fee-for-service -1

Neuropsychological process -2

Patients right movement -3

پزشکی؛ آگاهی روزافزون استفاده کنندگان از خدمات درمانی؛ تخصصی شدن مراکز درمانی در ارائه ی خدمات به اشخاصی که مبتلابه بیماری خاصی مانند، اختلال سوء مصرف مواد یا اختلالات تغذیه، بودند؛ و شاید مهم تر از همه، پیشرفت های نسبتاً کم و جزئی در آگاهی از تبعیضی که بیماران روانی با آن مواجه هستند، با رهبری شخصیت های نامدار و مشهور و همچنین برخی از شخصیت های دولتی مانند رئیس خدمات بهداشتی ارتش آمریکا(1).

ص: 86

surgeon general – 1

اختلال خلقی (1)

(شامل افسردگی، جنون و افسردگی شیدایی)

افرادی که به طور مداوم هیجانات شدیدی را تجربه می کنند، مشکل بزرگی در برقراری تعامل با دیگران دارند. البته کودکان و نوجوانان ممکن است از جمله افرادی باشند که به این اختلال دچار می شوند. اگر آن ها به طور بالینی افسرده باشند، این احتمال وجود دارد که علاقه ی کمی به زندگی و فعالیت های روزمره زندگی داشته باشند. اگر آن ها دارای یک اپیزود جنون (2) باشند، ممکن است شدیداً حواس پرت و پریشان شوند. برخی اشخاص دوره ی دیگری از افسردگی بالینی و رفتارهای جنون آمیز را تجربه می کنند. درمان مؤثر این اختلالات می تواند امکان از سرگیری دوباره ی فعالیت های زندگی را برای فرد فراهم کند، اما ممکن است این اشخاص همچنان احساسات و هیجانات نسبتاً کمتری از خود نشان دهند، بنابراین، کسی که برای درمان افسردگی بالینی تحت مراقبت است ممکن است کج خلق، اندوهگین، یا محزون باشد.

ص: 87

Affective disorder -1

manic episode -2

(شامل: اسکیزوتایپال(1)، اسکیزوافکتیو(2)، اسکیزوفرنیفرم(3)، و اختلالات روان پریشی کوتاه مدت(4))

انقطاع از واقعیت ممکن است ناگهانی و کوتاه مدت، یا تدریجی و مادام العمر باشد. ابتلا به این اختلالات غالباً قبل از دوران جوانی اتفاق می افتد. شخص مبتلا ممکن است حالت توهم را تجربه کند. امکان دارد صحبت های او بی ربط و رفتارش ناجور و نامنظم باشد. این فرد ممکن است پریشان باشد و احساس ترس و تهدید شدن داشته باشد.

اختلال اضطراب

(شامل: اختلال وسواس(5)، اختلال هراس(6)، ترس مرضی(7)، و اختلال اضطراب فراگیر(8))

بزرگسالان و کودکانی که به طور مداوم در معرض افکار نگران کننده و مزاحم (یا همان وسواس فکری) هستند، ممکن است زمانی که بخواهند اضطراب های خود را بروز دهند، تشریفات زیادی (یا وسواس) را بکار گیرند. ترس از این که شاید قادر به انجام دقیق تشریفات نباشند، احتمالاً آن ها را دچار اضطراب شدیدی می کند.

ترس شدید ناشی از اختلال هراس می تواند به طور کاملاً اتفاقی و بدون علائم قبلی رخ دهد. افرادی که این قبیل اختلالات را تجربه می کنند، ممکن است این احساس را داشته باشند که دچار یک حمله قلبی می شوند یا این که دارند می میرند. کسانی که این قبیل حملات را تجربه می کنند، دائماً مراقب هستند تا از

ص: 88

schizotypal -1

schizoaffective -2

schizophreniform -3

Brief psychotic disorder -4

obsessive compulsive disorder -5

Panic disorder -6

Phobias -7

Generalized anxiety disorder -8

موقعیت هایی که باعث ایجاد این حالت در آن ها می شود، دوری کنند.

ترس های خاص و ترس غیر منطقی و نامعقول از از مواردی هستند که خطری جدی ندارند. در مواقعی پرهیز از تمرکز ترس به راحتی امکان پذیر است. اما در مواردی دیگر، پرهیز ممکن نیست یا برخورد با تمرکز ترس ها قابل پیش بینی به نظر نمی رسند.

اختلال اضطراب فراگیر تمرکز بر ترس از یک چیز خاص نیست. به جای آن، این اختلال شامل ترس غیر منطقی و نامعقول است، در حالی که هیچ عاملی برای برانگیختن این ترس وجود ندارد.

اختلالات شخصیت (1)

(شامل: اختلال شخصیت مرزی (2)، اختلال شخصیت نمایشی (3)، و اختلال شخصیت ضد اجتماعی (4))

کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ممکن است روابط میان فردی بی ثباتی (که بین دو گستره ی روابط دوستانه ی شدید و روابط سرد در حال تغییر است) داشته باشند و از خود رفتارهای بسیار تکانشی بروز دهند. ممکن است شدیداً عصبانی و در کنترل خشم خود با مشکل مواجه شوند.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی، اغلب در ابراز احساسات درونی خود با مشکل مواجه می شوند، زیرا منتظرند دیگران آن ها را تأیید و ازشان تمجید کنند.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، ممکن است مرتباً قوانین یا قواعد را زیر پا بگذارند، دروغ بگویند یا دیگران را فریب دهند. آن ها شخصیتی بسیار تکانشی، زودرنج، یا پرخاشگر دارند. فاقد حس مسئولیت پذیری هستند. و «نداشتن احساس گناه» (ناتوانی از احساس پشیمانی نسبت به اعمال خود، صرفنظر از این که این اعمال تا چه اندازه در خور سرزنش باشند) از ویژگی های این افراد است.

ص: 89

Personality Disorders -1

Borderline personality disorder -2

Histrionic personality disorder -3

Antisocial personality disorder -4

معلولیت هایی که با نمودهای رفتاری همراه می شوند

(اختلالات نافذ رشد (1) شامل: اختلالات هم طیف اوتیسم (2)، و اختلال تورت (3))

معلولیت هایی که در ادامه ذکر خواهند شد، معمولاً در ابتدا در دوران کودکی به وجود می آیند و قابل تشخیص هستند. افراد مبتلا به اختلالات نافذ رشد، مشکلات و سختی های زیادی در زمینه ی مهارت های ارتباطی و اجتماعی تجربه می کنند. این افراد غالباً رفتارهایی از خود بروز می دهند که به ندرت در سایر همسالان نشان اتفاق می افتد.

افراد مبتلا- به اوتیسم در قابلیت شان برای برقراری ارتباط و ایجاد رابطه با دیگران به شدت محدودند. برخی از این افراد ممکن است حرکات تکراری از خود نشان بدهند یا دائماً واژه ها یا عباراتی را تکرار کنند. آن ها به سختی تغییری را تحمل می کنند، و ترجیح می دهند در شرایط روتین به سر ببرند.

افرادی که دارای اختلال تورت هستند، معمولاً- چندین تیک صوتی و حرکتی را در یک روز تجربه می کنند. این تیک ها ممکن است حرکات عجیب و غریب باشند. تیک های صوتی ممکن است از زبان نامناسب اجتماعی تشکیل شده باشد. این تیک ها ممکن است در طول زندگی یک فرد، از لحاظ کمیت تغییر کند و به نقاط دیگر بدن فرد نیز سرایت کنند.

همزمان اتفاق افتادن دو یا چند اختلال در یک فرد (4)

(اختلالات فیزیکی، روانی، و سوء مصرف مواد یا هرگونه ترکیبی دیگر از اختلالات)

بیماری روانی ممکن است با سوء مصرف مواد، بیماری جسمی یا دیگر بیماری های روانی همراه شود. این قبیل اختلالاتی که با هم اتفاق می افتند، غالباً با عنوان «تشخیص دوگانه» شناخته می شوند. اختلالات می توانند با همدیگر تداخل

ص: 90

Pervasive Developmental Disorders: PDD -1

(Autism Spectrum Disorders (ASD -2

Tourette's disorder -3

Co-occurring Disorders -4

پیدا می کنند و نشانه هایی به وجود بیاورند که از علائم هر کدام از اختلالات بدتر است. درمان یکی از اختلالات می تواند باعث شدت گرفتن و وخیم تر شدن نشانه های اختلال (های) دیگر شود.

ص: 91

ای دی ای (ADA) P.L. 101 336 American with Disabilities Act

قانون آمریکایی های دارای معلولیت.

دی ای ال وای DALYS

«سال های عمر تعدیل شده با ناتوانی»، مقیاسی اقتصادی است که اجازه ی مقایسه بار بیماری در میان شرایط بیماری های مختلف (با دربرگرفتن مرگ و نیز معلولیت) را به ما می دهد. این شاخص، سال های از دست رفته ی زندگی سالم را، فارغ از این که به این سال ها به دلیل مرگ زودرس از دست رفته باشند یا به سبب معلولیت، اندازه گیری می کند. مؤلفه ی معلولیت این مقیاس جهت درجه ی سختی معلولیت به حساب می آید.

دی اس ام آی وی DSM IV TR

تک نگاشتی تحت عنوان چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده ی دستنامه ی

ص: 93

تشخیصی و آماری اختلالات روانی که توسط انجمن روانشناختی آمریکا منتشر شده است.

همه گیر شناسی یا اپیدمیولوژی Epidemiology

علم مطالعه ی نشانه ها و الگوهای بیماری در یک جامعه.

معلولیت های عملکردی Functional impairments

مشکلاتی که توانایی انجام یک یا چند فعالیت اصلی زندگی، از قبیل: مهارت های اساسی زندگی روزمره (خوردن، حمام کردن، لباس پوشیدن و...)؛ مهارت های ابزاری زندگی (1) (نگهداری یک خانواده، مدیریت دخل و خرج، رفت و آمد در اجتماع، خرید یا مصرف داروهای تجویز شده و...)؛ و زندگی در اجتماع، خانواده، و بافت های آموزشی و شغلی را مختل یا محدود می کنند. آموزش این مهارت ها به عنوان عنصری ضروری در برنامه های حمایتی، قابلیت دسترسی، و شایستگی برای برنامه های دستیاری ایالتی یا فدرال گنجانده می شوند.

شیوع مرض Incidence

به پدید آمدن موارد جدید یک بیماری اشاره می کند که در طول یک دوره ی زمانی معین رخ می دهد.

درجه ی شیوع Prevalence

موارد (جدید یا موجود) مشاهده شده ی یک بیماری در یک مقطع زمانی یا در طول یک دوره.

اشتغال حمایتی Supported employment

(طبق تعریف PL و 99560، اصلاحیه ی سال 1986 و 1992 قانون توان بخشی)

ص: 94

«اشتغال رقابتی در یک محیط یکپارچه به همراه خدمات حمایت پیوسته، برای افراد دارای شدیدترین معلولیت ها است». از ارائه دهندگان اشتغال حمایتی انتظار می رود از طریق ارائه ی ضروریات حمایتی پیوسته، جهت رفع نیازهای خدماتی شخصی هر کدام از مشتریان، به آن ها در یافتن و حفظ اشتغال مناسب کمک کنند. اصلی ترین خدمات ارائه دهندگان برنامه های اشتغال حمایتی این ها هستند: ارزیابی موقعیتی (1) (ارزیابی نقاط قوت و مهارت های مشتریان در یک محیط کار واقعی)؛ توسعه شغلی (2) (پیدا کردن شغل متناسب با علائق و توانایی افراد)؛ تعلیم شغل (آموزش مشتریان، درست در محل انجام شغل برای رفع نیازهای عملکردی شاغل). دیگر خدمات، ممکن است شامل موارد زیر باشد: تعامل با خانواده ها، شاغلان، و نظام های ذینفع؛ فعالیت های آمادگی شغل؛ آموزش مسافرت یا حمل و نقل؛ و گسترش مهارت های زندگی. ممکن است خدمات حمایتی در سراسر اشتغال یک فرد در کارهای مختلف ادامه داشته باشد، که البته این کارها هم تا حد زیادی صورت می گیرد.

آموزش حمایتی Supported education

آموزش در یک محیط یکپارچه برای افراد مبتلا به معلولیت های روانی شدید که دوره ی آموزش متوسطه را قبلاً نگذرانده اند یا تحصیلات دانشگاهی آن ها - به علت معلولیت های روانپزشکی شدید قطع یا دچار اختلال شده است و همچنین برای آن هایی که برای موفقیت در محیط های آموزشی (به دلیل معلولیت هایشان) به خدمات حمایتی پیوسته و مداوم نیاز دارند. برای اطلاعات بیشتر در این باره، می توانید به منبع زیر مراجعه کنید:

Unger, K.V. 1998. Handbook on Supported Education: Services for Student with Psychiatric Disabilities..

Baltimore, Md: Brookes Publishing

ص: 95

situational assessment -1

job development -2

حرکات مکرر غیر ارادی صورت و بدن، و استفاده از زبان اجتماعی نامناسب، که در افراد مبتلا به اختلال توریت مشاهده می شود.

- American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed. . 1
Text revision. Washington, D.C.: The American Psychiatric Association
- Anthony, W. A. 1993. Recovery from mental illnesses: the guiding vision of the mental health service . 2
system in the 1990s. Psychological Rehabilitation J. 16: 11 24
- Beers, C.W. 1908. A mind that found itself: An autobiography. New York: Longmans, Green, and Co . 3
- Coffey, R. M., T. Mark, E. King, H. Harwood, D. McKusick, J. Genuardi, J. Dilonardo, and J. Buck. . 4
2000. National estimates of expenditures for mental health and substance abuse treatment, 1997. Rockville,
Md.: United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services
Administration
- Connell, C. M. and S. L. Kole. 1999. Increasing community capacity to respond to dementing illnesses: . 5
Process evaluation of the community outreach education program. J. of Applied Gerontology 18(3): 305 24
- Eisenberg L. 2005. Violence and the mentally ill: Victims, not perpetrators. Archives of General . 6
Psychiatry 62(8): 825 26

- Epstein, B. A. et al. 1997. Clinical information resources in psychiatry: A selective guide. In *Library services in mental health settings*. Ed. M. E. Johnson. Lanham, Md.: Medical Library Association and Scarecrow Press .7
- Eronen, M., M. C. Angermeyer, and B. Schulze. 1998. The psychiatric epidemiology of violent behavior. .8
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 33(Suppl. 1): S13 S23
- Goodwin, F. K. 1993. Mental illness in health care reform (United States). *National Forum* 73 (3): 25 .9
- Greenberg, P. E., T. Sisitsky, R. C. Kessler. 1999. The economic burden of anxiety disorders in the .10
1990s. *J. of Clinical Psychiatry* 60(7): 427 35
- Hacker, T. 1996. Patrons with disabilities or problem patrons: Which model should librarians apply to .11
people with mental illness? *The Reference Librarian* 53:5 12
- Heffler, S., S. Smith, S. Keehan, C. Borger, M. Kent Clemmons, and C. Truffer. 2005. Trends: U.S. .12
Health Spending Projections for 2004 2014. *Health Affairs* 24 (Feb. 23, 2005), doi:
10.1377/hlthaff.W5.74, <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w5.74/DC1> (accessed Nov.
(28, 2006
- Hyman, S. 1996. Report to the House Health Human Services Appropriations Subcommittee. .13
Washington, D.C.: Congressional Record
- Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations 2002. 2001 2002 standards for .14
Behavioral health care. Chicago: Joint Commission Resources
- Kass Bartelmes, B. L. 2004. Programs and tools to improve the quality of mental health services. .15
Research in Action, Issue 16. (AHRQ Publication No. 04 0061). Rockville, Md.: Agency for Healthcare
(Research and Quality. www.ahrq.gov/qual/menttoolria/menttoolria.htm (accessed July 15, 2005
- Koerner, J. 2001. What is a consumer? [www.users.cloud9.net/~ choice/consumer/consumer.html](http://www.users.cloud9.net/~choice/consumer/consumer.html) .16
(accessed April 23, 2002; URL no longer valid
- Kosciulek, J. F. 1999. The consumer directed theory of empowerment. *Rehabilitation Counseling* .17
Bulletin 42(3): 196 213
- Kroll, H. W. and D. K. Moren. 1977. Effect of appearance on request for help in libraries. *Psychological* .18

- Levin, B. L. and A. Hanson. 2003. History and legislation. In *Foundations in Behavioral health systems*, .19
 B. Levin and A. Hanson. Tampa, Fla.: The University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental
 Health Institute
- Levy Reiner, S. 2000. Understanding our selves: symposium on cognition concludes decade of the brain, .20
 October 1999 at LC. *Library of Congress Information Bulletin* 59(1): 8 9
- Maio, H. 2001. Personal communication to A. Hanson .21
- Marley, J. A. and S. Buila. 2001. Crimes against people with mental illness: Types, perpetrators, and .22
 influencing factors. *Social Work* 46(2): 115 124
- Monahan, J. 1997. The scientific status of research on clinical and actuarial predictions of violence. In .23
Modern scientific evidence: the law and science of expert testimony, volume 1, ed. D. Faigman, D. Kaye, M.
 Saks, and J. Sanders. 44 49. St. Paul, Minn.: West Law Publishing
- Morris, J. A. and G. W. Stuart. 2002. Training and education needs of consumers, families, and front .24
 line staff in behavioral health practice. *Administration and Policy in Mental Health* 29(4 5): 377 402
- Morrissett, L. 1996. Developing and implementing a patron behavior policy. In *Patron behavior in .25*
libraries: A handbook of positive approaches to negative situations, ed. B. McNeil and D. J. Johnson.
 Chicago: American Library Association
- Murray, C. J. L. and A. D. Lopez., eds. 1996. Summary: The global burden of disease: a comprehensive .26
 assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.
 Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Pr. www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm (accessed April 23,
 (2002
- National Institute of Mental Health. 2001. The numbers count: Mental disorders in America: A .27
 summary of statistics describing the prevalence of mental disorders in America (NIH Publication No. 01
 (4584). [www.nimh.nih.gov/publicat/ numbers.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/numbers.cfm) (accessed June 2004
- National Mental Health Information Center. 2003. Children's mental facts: Children and adolescents .28
 with mental, emotional, and behavioral disorders (Publication no. CA 0006).
 (www.mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/CA_0006/default.asp (accessed June 2005

- Norcross, J. C., J. W. Santrock, L. F. Campbell, T. P. Smith, R. Sommer, E. L. Zuckerman. 2003. . 29
 Authoritative Guide to self Help Resources in Mental health. 2nd ed. New York: Guilford Press
- Palermo, G. B. 1997. Interface of the mental health institution and the correctional institution. . 30
 International J. of Offenders Therapy and Comparative Criminology 41(9):211 212
- Presidents New Freedom Commission. 2003. Achieving the promise: Transforming mental health care . 31
 in America. Washington, D.C.: President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003
- Regier, D. A., R. M. A. Hirschfield, F. K. Goodwin. 1988. The NIMH depression awareness, . 32
 recognition, and treatment program: Structure, aims, and scientific basis. American Journal of Psychiatry
 145 (11): 1351 57
- Rouse, B. A., ed. 1995. Substance abuse and mental health statistics sourcebook. Washington, D.C.: . 33
 Substance abuse and Mental Health Services Administration
- Sacks, M. H., W. H. Sledge, and C. Warren. 1995. Core readings in psychiatry: An annotated guide to . 34
 the literature. 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press
- Salter, C. A. and J. L. Salter. 1996. Mentally ill patrons. In Patron behavior in libraries, ed. B. McNeil . 35
 and D. J. Johnson. Chicago: ALA, 1996
- Santrock, J. W., A. M. Minnett, and B. D. Campbell. 1994. The authoritative guide to self help books: . 36
 Based on the highly acclaimed national survey of more than 500 mental health professionals' ratings of 1000
 self help books. New York: Guilford Press
- Secker, J., C. Armstrong, and M. Hill. 1999. Young people's understanding of mental illness. Health . 37
 .Education Research 14(6): 729 39
- Teplin, L. A., K. M. Abram, and G. M. McClelland. 1996. Prevalence of psychiatric disorders . 38 . 38
 among incarcerated women: Pretrial jail detainess. Archives of General Psychiatry 35(6): 505 12
- Tones, K., S. Tilford, and Y. Robinson. 1990. Health education: Effectiveness and efficiency. London: . 39
 Chapman Hall
- Torrey, E. F. 1997. Out of the Shadows: Confronting America's mental illness crisis. New York: Wiley . 40

Wahl, O. and A. Kaye. 1992. Mental illness topics in popular periodicals. Community Health J. 28:21 .41

28

Wollam, K. and B. Wessel. 2003. Recognizing and effectively managing mental illness in the library. .42

.Colorado Libraries 29(4): 17 20

ص: 101

کمیته نگارش رهنمودها، طی مطالعات خود در این زمینه منابعی را برای مطالعات بیشتر به شرح زیر معرفی می کند:

Angermeyer, M. C. and Matschinger, H. 1996. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science Medicine* 43:1721-28

Bazon Center for Mental Health Law. 1999. *Mental Health consumers in the workplace: How the Americans with disabilities act protects you against employment discrimination*. Washington, D.C.: Bazon Center for Mental Health Law. www.matrixresearch.org/baz8x11.pdf (accessed March 31, 2002)

Bazon Center for Mental Health Law. 1998. *The ASA's integration mandate should promote community services: Opening remarks of Ira A. Burnim Before the U.S. Commission on Civil Rights*. November 13. Washington, D.C.: Bazon Center for Mental Health Law. www.Bazon.org/ibtest.html ((accessed March 31, 2002)

Heginbotham, C. 1998. UK mental health policy can alter the stigma of mental illness. *Lancet* 352, 1052-53

- Johnson, M. E. 1996. Library services in mental health settings. Lanham, Md: Scarecrow Press .5
- Kipke, M., ed. 1999. Risks and opportunities: Synthesis of studies on adolescences: Forum on . 6
Adolescence, National Research Council and Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academic
Press
- The Lewin Group. 2000. States profiles, 1999, on public sector managed behavioral health care. . 7
Rockville, Md.: Office of Managed Care, Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- McAfee, J. K. and S. L. Musso. 1995. Training police officers about persons with disabilities: A 50 state .8
policy analysis. Remedial and Special Education 16(1): 53 63
- Office of the Surgeon General. 1999. Introduction and themes: The roots of stigma. In Mental health: A .9
report of the Surgeon General. Washing- ton, D.C.: Dept. of Health and Human Services.
(www.surgeongeneral.gov/Library/MentalHealth/pdfs/C1.pdf (accessed July 2005
- 2001Report of the surgeon general's conference on children's mental health: A national action agenda. . 10
Rockville, Md.: Dept. of Health and Human Services. [www.surgeongeneral.gov/topics/cmh/childreport.](http://www.surgeongeneral.gov/topics/cmh/childreport.htm)
(htm (accessed June 2004
- Phelan, J. C.; B. G. Link, A. Stueve, and B. A. Pescosolido. 2000. Public conceptions of mental illness . 11
in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? J. of Health and Social Behavior 41(2): 188
207
- Regier, D. A., W. E. Narrow, D. S. Rae. 1993. The de facto mental and addictive disorders service . 12
system: Epidemiologic Catchment Area prospective one year prevalence rates of disorders and services.
Archives of General Psychiatry 50(2): 85 94
- Swanson, J. W. 1994. Mental disorder, substance abuse, and community violence: An epidemiological . 13
approach. In Violence and mental disorder: Developments in risk assessment, ed. J. Monahan and H. J.
Steadman, 101 36. Chicago: Univ. of Chicago Pr
- The WHO World Mental Health Survey Consortium. 2004. Prevalence, severity, and unmet need for . 14
treatment of mental disorders in the world

health organization and world mental health surveys. JAMA: The Journal of the American Medical Association 291(21): 2534-81

ص: 105

بسمه تعالی

جَاهِدُوا بِأَمْوَالِكُمْ وَأَنْفُسِكُمْ فِي سَبِيلِ اللَّهِ ذَلِكُمْ خَيْرٌ لَّكُمْ إِنْ كُنْتُمْ تَعْلَمُونَ

با اموال و جان های خود، در راه خدا جهاد نمایید، این برای شما بهتر است اگر بدانید.

(توبه : 41)

چند سالی است که مرکز تحقیقات رایانه ای قائمیه موفق به تولید نرم افزارهای تلفن همراه، کتاب خانه های دیجیتالی و عرضه آن به صورت رایگان شده است. این مرکز کاملاً مردمی بوده و با هدایا و نذورات و موقوفات و تخصیص سهم مبارک امام علیه السلام پشتیبانی می شود.

برای خدمت رسانی بیشتر شما هم می توانید در هر کجا که هستید به جمع افراد خیراندیش مرکز بپیوندید.

آیا می دانید هر پولی لایق خرج شدن در راه اهلبیت علیهم السلام نیست؟

و هر شخصی این توفیق را نخواهد داشت؟

به شما تبریک میگوئیم.

شماره کارت :

6104-3388-0008-7732

شماره حساب بانک ملت :

9586839652

شماره حساب شبا :

IR390120020000009586839652

به نام : (موسسه تحقیقات رایانه ای قائمیه)

مبالغ هدیه خود را واریز نمایید.

آدرس دفتر مرکزی:

اصفهان - خیابان عبدالرزاق - بازارچه حاج محمد جعفر آواده ای - کوچه شهید محمد حسن توکلی - پلاک 129/34 - طبقه اول

وب سایت: www.ghbook.ir

ایمیل: Info@ghbook.ir

تلفن دفتر مرکزی: 03134490125

دفتر تهران: 021 - 88318722

بازرگانی و فروش: 09132000109

امور کاربران: 09132000109



مرکز تحقیقات رایانگی

اصفهان

گامی

WWW



برای داشتن کتابخانه های تخصصی
دیگر به سایت این مرکز به نشانی

www.Ghaemiyeh.com

www.Ghaemiyeh.net

www.Ghaemiyeh.org

www.Ghaemiyeh.ir

مراجعه و برای سفارش با ما تماس بگیرید.

۰۹۱۳ ۲۰۰۰ ۱۰۹

