

راهنمای سلامت روان ویژه بهورزان

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

با همکاری انستیتو روانپزشکی تهران

۱۳۹۱

مؤلفین:

دکتر جعفر بوالہری

دکتر محمد رضا رہبر

دکتر میترا حفاظی

معصومه افسری

مصلح میرزایی

شیرین مشیر پور

فاطمہ عادل‌مند

فهرست مطالب

مقدمه

فصل اول: ارتقاء در سلامت روان

راهکارهای پیشگیری و ارتقاء در سلامت روان

فصل دوم: آشنایی با چارچوب برنامه کشوری سلامت روان

اهداف کلی و اختصاصی برنامه ادغام بهداشت روان

مروری بر شناسایی گروه هدف

مروری بر برقراری ارتباط با گروه هدف برنامه سلامت روان

مروری بر مداخلات سلامت روان در جامعه تحت پوشش

مروری بر برنامه پیگیری و مراقبت بیماران

فصل سوم: شناسایی گروه های هدف و ارزیابی خانوارها

تعریف گروه هدف

آشنایی با نحوه انجام غربالگری، فرم ها و دستورالعمل های مربوطه

فصل چهارم: برقراری ارتباط با گروه های هدف در برنامه سلامت روان

مفهوم برقراری ارتباط با فرد نیازمند خدمات سلامت روان

تکنیک های برقراری ارتباط و دعوت از گروه هدف

فصل پنجم: مروری بر اختلالات روانپزشکی شایع: غربالگری، علایم و نشانه ها، مداخلات

اختلالات خلقی: افسردگی

تعاریف و مقدمه

گروه های در معرض خطر افسردگی

علل و علایم افسردگی

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

مراقبت و پیگیری بیماران

آموزش خانواده

آموزش بیماران

اختلالات دوقطبی

مقدمه و تعاریف

علل و علایم اختلالات دوقطبی

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار (به انضمام فرم مربوطه)

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی

اورژانس های روانپزشکی: خودکشی

مقدمه و تعاریف

علل و علایم

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

مداخله در بحران در موارد اقدام به خودکشی

نکات کلی در مداخلات حمایتی

مراحل و گام های مداخله در بحران

پیگیری و مراقبت

اختلالات اضطرابی

تعاریف و مقدمه

علل و علایم اختلالات اضطرابی

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

مراقبت و پیگیری بیماران

آموزش مقابله با استرس

آموزش خانواده

آموزش بیماران

اختلالات سایکوتیک

مقدمه و تعاریف

علل و علایم

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

پیگیری و مراقبت بیماران

آموزش به بیماران

اختلالات شبه جسمی

مقدمه و تعاریف

علل و علایم

غربالگری و ارزیابی خانوار

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

پیگیری و مراقبت بیماران

آموزش به بیماران

صرع

مقدمه و تعاریف

علل و علایم
غربالگری و ارزیابی خانوار
موارد ارجاع ونحوه انجام آن
پیگیری و مراقبت موارد
آموزش به بیماران مبتلا به اختلال صرع و خانواده

عقب ماندگی ذهنی

مقدمه و تعاریف

علل و علایم
موارد ارجاع ونحوه انجام آن
پیگیری و مراقبت بیماران
آموزش به بیماران

اختلالات کودکان و نوجوانان

اختلال بیش فعالی و کمبود توجه

مقدمه و تعاریف

علل و علایم
موارد ارجاع ونحوه انجام آن
پیگیری و مراقبت بیماران
آموزش به بیماران

اختلالات سلوک

مقدمه و تعاریف

علل و علایم
موارد ارجاع ونحوه انجام آن
پیگیری و مراقبت بیماران
آموزش به بیماران

اوتیسم

مقدمه و تعاریف

علل و علایم
موارد ارجاع ونحوه انجام آن
پیگیری و مراقبت بیماران
آموزش به بیماران

اختلال یادگیری

مقدمه و تعاریف

علل و علایم

موارد ارجاع ونحوه انجام آن

پیگیری و مراقبت بیماران

آموزش به بیماران

سایر اختلالات کودکان

شب ادراری

بی اختیاری مدفوع

اختلالات گفتاری

اختلال تیک

عادات خاص: شست مکیدن، ناخن جویدن،

فصل ششم: مراقبت و پی گیری در برنامه بهداشت روان

ثبت، گزارش دهی و فرم های مربوطه و دستورالعمل ها

فصل هفتم: آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره در برنامه سلامت روان

مروری بر اصول آموزش بهداشت به افراد

آموزش بهداشت به افراد و روش مشاوره در برنامه سلامت روان

فصل هشتم: آموزش سلامت روان به گروه ها و ترغیب مشارکت ها

مشارکت گروه های رسمی در زمینه سلامت روان

مشارکت گروه های غیر رسمی در زمینه سلامت روان

سلامت روان و رسانه ها

فصل نهم: پایش و ارزشیابی عملکرد بهورز در برنامه سلامت روان

تعاریف شاخص ها

محاسبه و جمع آوری شاخص ها

چک لیست پایش و ارزشیابی برنامه

مقدمه

در کشور ما و بسیاری از کشورهای جهان سلامت روان یکی از ابعاد مهم سلامت در نظر گرفته شده است . سلامت روان به عنوان جزء نهم نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در این نظام ادغام یافته است و خدمات آن از طریق این سیستم به مردم ارائه می شود .

سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانائی هایش را باز می شناسد ، قادر است با استرس های معمول زندگی مقابله کند، می تواند از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و ارتباط اجتماعی صحیحی با دیگران برقرار نماید. سلامت روان به همه ما مربوط است نه فقط به کسانی که از اختلالات روانی رنج می برند . پیشگیری از اختلالات روانی و حفظ سلامت روان افراد جامعه عمده ترین هدف برنامه ادغام سلامت روان

است . ارتقاء سلامت روان فرآیندی است که مردم را قدر می سازد تا کنترل بیشتری بر سلامتشان داشته باشند و و کیفیت زندگی خود را بالا ببرند و فرصت هایی را برای سالم تر زیستن به دست بیاورند .

بسیاری از مردم به دلیل ترس از انگ بیماری روانی ترجیح می دهند به جای مراجعه به پزشکان و روانپزشکان به درمانگران سنتی، دعانویس ها و فالگیر ها مراجعه کنند . عدم مراجعه به پزشک و عدم درمان به هنگام، موجب می شود که اختلال روانی مزمن شود و درمان آن دشوار تر گردد و نهایتاً بیمار بیش از پیش از عوارض اختلال روانی درمان نشده در رنج خواهد بود .

جسم و روان در ارتباط تنگاتنگ قرار دارند. اختلالات روانی و بیماریهای جسمی می توانند بر یکدیگر تأثیرات متقابلی داشته باشند و موجب تسهیل یا تشدید وضعیت یکدیگر گردند. بنابراین سلامت روان از حیطة خدمات بهداشت عمومی جدا نیست و باید جزئی از آن محسوب شود و خدماتش در ارتباط با خدمات بهداشت عمومی ارائه شود. نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه از طریق سطح بندی خدمات و ارائه آنها در خانه های بهداشت ، مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانها ، کلیه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز مردم را به صورت گسترده و ارزان در اختیار آنها قرار می دهد. استفاده از این خدمات به ارتقاء سطح سلامت، کاهش هزینه های خانواده ها و دسترسی آسان و فوری به خدمات مورد نیاز منجر می شود. این خدمات قابل دسترس ، کم هزینه و مقرون به صرفه هستند. همچنین خدمات مراقبتهای بهداشتی اولیه موجب می شود تا از درمان مردم با شیوه ای یکسان و نیز از سلامت روانی و جسمی آنها اطمینان حاصل شود. با ادغام سلامت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه کیفیت زندگی برای بیماران و خانواده آنها افزایش می یابد.

در سراسر جهان اختلالات روانی و عصبی عوامل اصلی ناتوانی و مرگهای زودرس هستند. این اختلالات در تمام کشورها وجود دارند و اگر درمان نشوند می توانند مشکلات بزرگی را ایجاد کنند. خدمات مراقبتهای بهداشتی اولیه بهترین راه برای ارائه خدمات سلامت روان به افراد جامعه است. این خدمات قابل دسترس، کم هزینه و مقرون به صرفه هستند و علاوه بر تشخیص زودرس و درمان اختلالات، رعایت حقوق انسانی و یکپارچگی اجتماعی را ترویج می کند.

همچنین خدمات مراقبتهای بهداشتی اولیه موجب می شود تا از درمان مردم با شیوه ای یکسان و نیز از سلامت روانی و جسمی آنها اطمینان حاصل شود. با ادغام سلامت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه کیفیت زندگی برای بیماران و خانواده آنها افزایش می یابد. این روش در تمام کشورهای جهان قابل اجراست. در کشورهایی با محدودیت منابع، ارائه این خدمات از طریق مراقبتهای بهداشتی اولیه یکی از مؤثرین و عملی ترین راههای توسعه دسترسی به مراقبتهای سلامت روان است.

هدف از اجرای برنامه سلامت روان، فراهم آوردن خدمات اساسی و مورد نیاز برای همه مردم به ویژه گروههای آسیب پذیر است. در واقع این برنامه در نظر دارد نسبت به پیشگیری از اختلالات روانی، کاهش این اختلالات در جامعه و تشخیص و درمان به موقع اختلالات روانی فعالیت نماید. همچنین این برنامه در نظر دارد آگاهی مردم و آگاهی و مهارت کارکنان تیم سلامت را در ارائه خدمات سلامت روان افزایش دهد و مشارکت جامعه را در بهره مندی از خدمات سلامت روان جلب نماید. علاوه براین یکی از رسالتهای مهم این

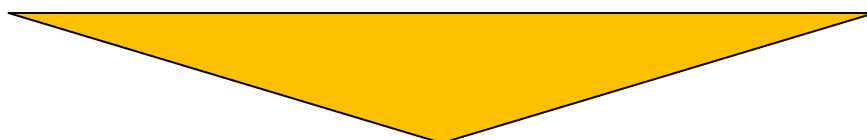
برنامه آن است که با ارائه مناسب خدمات سلامت روان موجب کاهش هزینه های درمان و مراقبت بیماران در خانواده و در جامعه شود. در سطح ارتقاء سلامت روان ، هدف تأمین احساس شادی، امنیت ، امید و رضایت از زندگی برای مردم است. همچنین افزایش مهارتهای افراد جامعه برای مقابله با استرس ها و مشکلات روانی مورد نظر است .

با توجه به میزان شیوع بالای اختلالات روانی و رقم بالای بار این اختلالات در کشورمان و همچنین با در نظر گرفتن اینکه اختلالات روانی هزینه های زیادی را به طور مستقیم و غیر مستقیم بر جامعه تحمیل می کند و نهایتاً اثرات زیانباری را در کار آیی نیروهای مولد جامعه به دنبال دارد، برنامه سلامت روان یک اولویت در جامعه محسوب می شود. در این راستا برنامه سلامت روان در برنامه های وزارت بهداشت ، در مان و آموزش پزشکی از اهمیت و جایگاه خاصی برخوردار می باشد و مسئولین و سیاستگذاران این برنامه خود را موظف به ارتقاء کیفیت این برنامه می دانند.

دکتر عباسعلی ناصحی

مشاور معاون بهداشت در حوزه روان و اعتیاد

فصل اول



ارتقاء در سلامت روان

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود که بتوانید:

- ۱ - اهمیت برنامه و موضوع های بهداشت روان در جمعیت تحت پوشش خود را توضیح دهید.
- ۲ - بهداشت روان را تعریف کنید.
- ۳ - تاریخچه و اهداف برنامه بهداشت روان ایران را توضیح دهید.
- ۴ - سطوح پیشگیری در برنامه سلامت روان را با مثال هایی توضیح دهید.
- ۵ - عوامل خطر ساز و محافظت کننده سلامت روان در سطح فردی، خانوادگی، اجتماعی، محیطی و اقتصادی توضیح دهید.
- ۶ - راهکارهای کاهش آسیب و ارتقاء سلامت روان را نام برده و توضیح دهید.

واژگان کلیدی

پیشگیری در سلامت روان
ارتقاء سلامت روان
عوامل خطر ساز و محافظت کننده
عوامل کاهش آسیب
تقویت شبکه های اجتماعی
مقابله با فقدان در خانواده

عناوین فصل

- سلامت جسم و روان
- تاریخچه و اهمیت برنامه سلامت روان
- پیشگیری از اختلالات روانی یک اولویت بهداشتی همگانی است
- تعاریف و مفاهیم
- شناسایی عوامل موثر بر سلامت روان
- عوامل خطر ساز
- عوامل محافظت کننده
- عوامل اجتماعی- اقتصادی و محیطی
- عوامل فردی و خانوادگی
- راهکارهای کاهش آسیب و ارتقاء سلامت روان

سلامت جسم و سلامت روان :

در چند دهه گذشته نه تنها روز به روز بر اهمیت سلامت روانی و اجتماعی افزوده شده است، در دهه گذشته داشتن سلامت و بهزیستی معنوی نیز برای سلامت افراد لازم شمرده شده است. در این تعریف جامع، تنها نبود بیماری جسمی دلیل داشتن سلامتی نیست، بلکه سلامت یک وضعیت چند وجهی است. فرد سالم نه تنها باید بیماری جسمی نداشته باشد باید دارای سلامتی و تعادل در حالات عاطفی، روانی، رفتاری، روابط و شرایط اجتماعی نیز باشد. همچنانکه فرد سالم از نظر جسمی می تواند به کارهای روزمره خود برسد، فردی که از نظر روانی سالم است می تواند از تمامی توانمندی و استعدادهای خود به خوبی بهره ببرد، روابط اجتماعی و خانوادگی درستی داشته باشد، با فشارها و استرس های روزمره زندگی بطور موثر کنار بیاید، و دارای کارکرد مناسب در تمامی جنبه های زندگی خود از جمله جنبه های شغلی و تحصیلی باشد. فرد سالم باید بتواند از زندگی خود لذت ببرد و دارای خلاقیت، شکوفایی، احترام به ارزشهای اجتماعی، صفات اخلاقی، و آرامش دینی و معنوی باشد.

جسم و روان بعنوان دو جنبه از وجود انسان همواره بر یکدیگر تأثیر متقابل می گذارند و وضعیت یکی از آنها می تواند تعیین کننده وضعیت دیگری باشد. بیماریهای جسمی دشوار و مزمن، می تواند سلامت روان فرد را به خطر بیندازد و موجب ضعف اعتماد به نفس و افزایش استرس در فرد شود. از سوی دیگر اختلالات روانی نیز می توانند به دلیل استرس بالایی که برای فرد ایجاد می کنند، سلامت جسمی او را به خطر بیندازند و فرد را مستعد ابتلاء به بیماریهای جسمی نمایند.

بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن جسمی و صعب العلاج ، به دلیل وضعیت دشوار و ناکام کننده بیماری

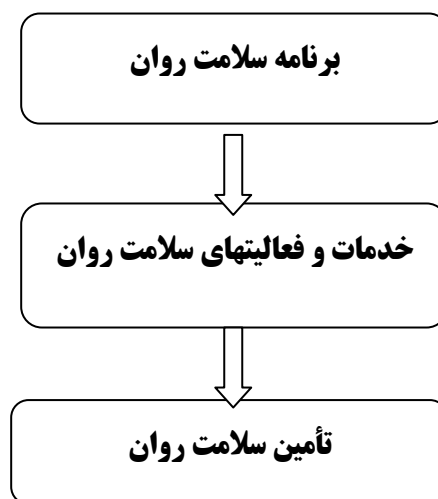
خود دچار اختلالات و مشکلات روانی متعددی می شوند که از جمله مهمترین و شایع ترین آنها اضطراب و افسردگی است.

افراد افسرده مبتلا به بیماری های مزمن جسمی ممکن است برنامه های درمانی برای بهبود بیماری جسمی خود را نپذیرند و دستورات درمانی مربوطه را رعایت نکنند و این مساله باعث مقاومت دارویی شده و عوارض جدی بر روی سلامت عمومی جامعه می گذارد و از طرفی این افراد بیشترین استفاده کنندگان خدمات مراقبت های بهداشتی و درمانی هستند و هزینه مضاعفی را بر جامعه وارد می کنند.

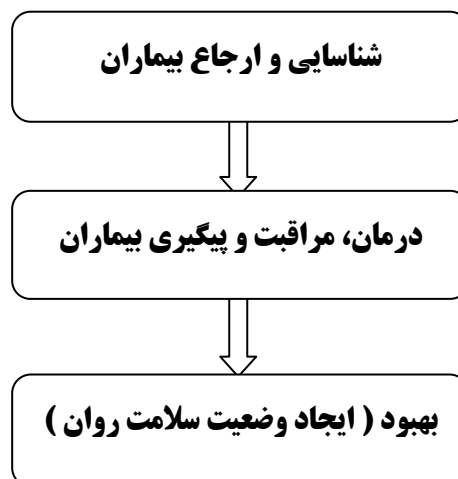
با توجه به تأثیر متقابل وضعیت جسمی و وضعیت روانی انسان بریکدیگر، افراد مبتلا به بیماری های مزمن جسمی سعی کنند تا خود را از ابتلاء به اختلالات روانی محافظت نمایند و افراد خانواده و مراقبین آنها تمام تلاش خود را در پیشگیری و کنترل اختلالات روانی این بیماران بنمایند. زیرا ابتلاء بیماران مزمن جسمی به اختلالات و مشکلات روانی، روند بیماری جسمی آنها را پیچیده تر و وخیم تر می کند و درمان بیماری جسمی آنها را با دشواری های زیادی مواجه می نماید.

در بخش بهداشت روان نیز شما با برنامه هایی آشنا خواهید شد که خدمات سلامت روان را به صورت فعالیت های بهداشت روان به نیازمندان سلامت روان ارائه خواهد داد که هدف و نتیجه آن تامین سلامت روان است. نمای شماره ۱ در سطر اول ویژگی ها و هدف بهداشت روان، و در سطرهای بعدی نمونه ای از این برنامه را نشان داده است.

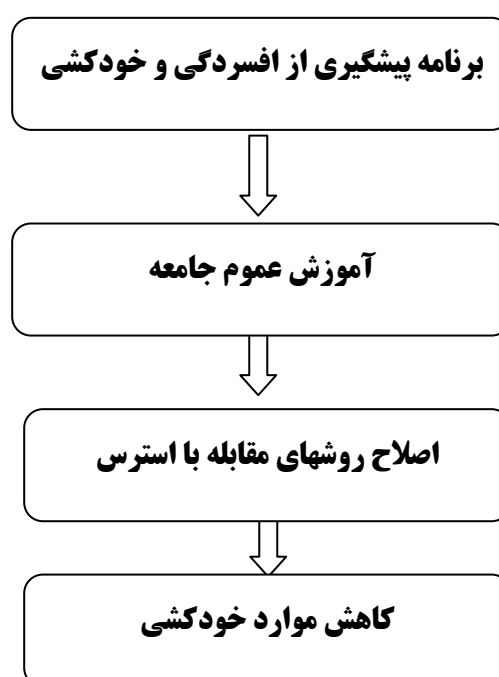
نمای شماره ۱- اهداف برنامه سلامت روان



نمای شماره ۲- خدمات و فعالیتهای برنامه سلامت روان



نمای شماره ۳- نمونه ای از برنامه سلامت روان



در اجرای موفق و درست یک برنامه بهداشتی قدم اول تدوین درست برنامه است که برنامه ریزان باید به آن توجه نمایند. سه نکته دیگر که ارتباط مستقیمی با شما بهورزان دارد در اینجا با شرح بیشتر آورده می شود. دومین قدم، ارایه درست خدمت و اجرای درست مطابق آنچه که در برنامه آمده است، می باشد. سومین قدم پشتیبانی و تدارک وسایل، تجهیزات و نیروی انسانی است، و بالاخره، قدم چهارم پایش و ارزشیابی برنامه با شاخص های سلامت روان قدم نهایی مهمی است که با آن به خوبی می شود موفقیت و دستیابی به اهداف برنامه را نشان داد. برای اجرای بهتر برنامه های سلامت روان، و به ویژه دستیابی به روش های موفق پیشگیری و کنترل بیماری لازم است پس از درک تفاوت سلامت روان و بیماری روان، سیر طبیعی شکل گیری اختلال روانی را بشناسیم.

تاریخچه برنامه کشوری سلامت روان :

تا سال ۱۳۶۴ برنامه مدون کشوری برای بهداشت روان وجود نداشت در حالی که برنامه های بهداشتی دیگر مانند ایمنسازی و مراقبت های مادران و کودکان به سرعت در حال پیشرفت بود. موفقیت ایران در اجرای برنامه مراقبت های بهداشتی اولیه موجب شد تا کارشناسان و اساتید روانپزشکی و بهداشتی ایران و سازمان جهانی بهداشت در زمینه تدوین برنامه کشوری ادغام سلامت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه اقدام نمایند. در سال ۱۳۶۷ پس از تدوین و تصویب این برنامه، اجرای آزمایشی آن در شهرضا (اصفهان)، سپس در شهرکرد (چهارمحال و بختیاری)، و آنگاه درساوجبلاغ (تهران) اجرا شد و موفقیت این برنامه به ویژه عملکرد مناسب و خدمات موثر بهورزان که در مقالات و گزارش های فراوان جهانی منعکس شد، موجب گردید این برنامه به تدریج در سرتاسر کشور به اجرا در آید.

اهداف اولین برنامه کشوری ادغام بهداشت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه عبارت بود از:

- ۱ - یکپارچه کردن یا ادغام سلامت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه به گونه ای که خدمات سلامت روان نه تنها در درمانگاه ها و بیمارستانهای روانی که در آن سال ها تنها در تعدادی از شهرهای بزرگ استانهای کشور وجود داشت، بلکه در همه مراکز بهداشتی در مانی و خانه های بهداشت و بیشتر بیمارستان های عمومی ارائه شود.
- ۲ - کارکنان مراقبت های بهداشتی اولیه و به ویژه بهورزان، پزشکان عمومی و روانشناسان در مناطق و محله های نزدیک بیماران با نظارت و راهنمایی روانپزشکان، بیماران روانپزشکی را مراقبت کرده و به آنان آموزش دهند.
- ۳ - برای بیماران روانی شدید با هدف توانمند سازی و پیشگیری از عود بیماری برنامه آموزش، پیگیری و مراقبت در خانه، روستا و محله داشته باشند.
- ۴ - خدمات قابل دسترس و ارزان برای همه مردم بویژه قشر محروم فراهم شود.
- ۵ - آگاهی مردم افزایش یابد و آنها در جهت استفاده از اصول بهداشت روان در زندگی ترغیب شوند.
- ۶ - مشارکت مردم در راستای ایجاد خدمات بهداشت روان برای جامعه جلب شود.

این برنامه و اهداف بزرگ و انسانی آن که توانست با همت بهورزان و پزشکان عمومی با کمترین هزینه، در کمترین زمان، در داخل روستاها و یا داخل خانه؛ بیمار شدید روانی را کنترل و مراقبت نماید؛ به عنوان دستاوردی بزرگ در سلامت روان و مراقبت های بهداشتی اولیه ثبت و در اجلاس های جهانی به بحث گذاشته و توصیه شد دیگر کشورهای درحال توسعه و توسعه یافته چنین تجربه موفق را به آزمایش گذارند. مواردی از این توصیه ها نیز با نظارت و حضور کارشناسان ایرانی از جمله دکتر داود شاه محمدی در کشورهای افغانستان، یمن و سودان به اجرا در آمد. سال ها بعد با فراگیر شدن اجرای برنامه سلامت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه به دفعات این برنامه به صورت محلی یا سراسری و در مواردی با حضور کارشناسان جهانی مورد ارزشیابی قرار گرفت.

پیشگیری از اختلالات روانی یک اولویت بهداشتی همگانی است :

در جهان میلیونها نفر از مردم به اختلالات روانی مبتلا هستند . در اکثر مواقع این اختلالات شناسایی و درمان نمی شوند و در نتیجه بعنوان باری برای بیماران ، خانواده ها و جامعه محسوب می شوند .

از هر چهار نفر، یک نفر در طول زندگی به اختلال روانی مبتلا می شود. از ده علت اول ناتوانی و مرگ زودهنگام در جهان، پنج علت، علل روانپزشکی هستند. علاوه بر آن، بیماری های روانی نه تنها هزینه های اجتماعی- اقتصادی دارند، بلکه خطر بیماری های جسمی را هم افزایش می دهند. با توجه به این مسائل، مناسب ترین راه کاهش هزینه و بار این اختلالات، پیشگیری است و تحقیقات هم نشان داده که پیشگیری و ارتقای سلامت روان، از درمان مقرون به صرفه تر است.

تعاریف و مفاهیم :

سلامت روان: در تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت، سلامت روان به عنوان یکی از اجزای مهم سلامت بیان شده است. در این تعریف آمده است که: « سلامت، حالت بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و صرفاً به مفهوم فقدان بیماری یا ناتوانی نیست». بنابراین سلامت روان چیزی بیش از « فقدان بیماری روانی» است. سلامت روان عبارت است از: «حالتی از بهزیستی که در آن فرد، توانایی‌های خودش را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای معمول زندگی مقابله کند، می‌تواند به شیوه‌ای پربار و مؤثر کار کند و به جامعه خود خدمت نماید».

برنامه سلامت روان برنامه‌ای مبتنی بر جامعه (جامعه نگر) است به طوری که هدف آن تأکید بیشتر بر عرضه خدمات در محل زندگی است. تمام تلاش در درمان به صورت سرپایی و پیشگیری از بستری طولانی مدت و بازگشت بیماران به محل زندگی و محل کارشان است، با این روش بستری شدنهای مکرر و متعاقب آن هزینه های درمان کاهش می یابد. بر اساس دیدگاه جامعه نگر، در ارائه خدمات سلامت روان تمرکز زدایی صورت می گیرد و این خدمات فقط منحصر به کلینیکها و بیمارستانهای تخصصی روانپزشکی نیستند و می توانند از طریق نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه به مردم ارائه می شود.

اصول بهداشت روانی به سادگی بهداشت عمومی نیست زیرا عواملی که بیماریهای جسمی را ایجاد می نمایند در مجموع شناخته شده اند، اما در ایجاد بیماریهای روانی چندین عامل (عوامل جسمی، روانی، اجتماعی) باید دست بدست هم بدهند تا بیماری ایجاد گردد. در نتیجه پیشگیری از آنها کار آسانی نیست. پیشگیری در بهداشت روان متکی بر اصول بهداشت عمومی بوده و به پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم می شود.

پیشگیری: کلیه تلاش‌هایی است که برای جلوگیری از بروز بیماری‌ها و کاهش پیامدهای شدیدتر بیماری صورت می‌گیرد. پیشگیری مبتنی بر این اصل است که "در بلندمدت، پیشگیری‌ها مقرون به صرفه‌تر و موثرتر از درمان است، پیشگیری در سه سطح صورت می‌گیرد:

(۱) **پیشگیری سطح اول:** فرایندی است که از طریق کاهش شرایط منفی، موجب کاهش خطر ابتلا به بیماری روانی و جلوگیری از بروز آن می‌شود. نمونه‌های پیشگیری سطح اول یا پیشگیری اولیه عبارتند از: مراقبت دوران بارداری بهبود برنامه‌های آموزشی مدارس، برنامه‌های کاهش تبعیض، آموزش مهارت‌های فرزندپروری، مهارت‌های زندگی، حمایت‌های روانی اجتماعی از آسیب دیدگان بحران‌ها و بلایا، کمک به کودکان

تک سرپرست، آموزش پیشگیری از همسرآزاری، مشاوره ازدواج، مشارکت های بین بخشی بهداشت و آموزش و پرورش و رابطین بهداشتی، مشارکت مادران در برنامه های بهداشتی.

(۲) پیشگیری سطح دوم: این نوع پیشگیری شامل برنامه هایی می شود که تشخیص زودهنگام مشکلات روانی و درمان آنها در همان مراحل اولیه را در دستور کار خود دارند. ایده اصلی در پیشگیری سطح دوم، حمله به مشکلات در زمانی است که قابل مهارند یعنی پیش از آن که در مقابل تغییر و مداخله، مقاوم شوند. غالباً در این نوع پیشگیری غربالگری توصیه می شود. این غربالگری توسط افراد مختلفی می تواند صورت بگیرد از جمله توسط پزشکان، معلمان، مددکاران اجتماعی و بهورزان.

ارجاع مناسب، پس از ارزیابی اولیه صورت می گیرد. کشف زودهنگام افرادی که مشکلات شدید و مخربی در رابطه با سوء مصرف مواد دارند، شناسایی خانه به خانه موارد جدید بیماری روانی، و انجام آزمون هوش در دانش آموزان سه نمونه از پیشگیری ثانویه هستند.

(۳) پیشگیری سطح سوم: هدف از پیشگیری در این سطح، کاهش مدت و تاثیرات اختلالات روانی پس از وقوع است. در نتیجه، پیشگیری ثالث از این جهت با پیشگیری سطح اول و دوم فرق دارد که هدفش کم کردن تعداد مورد های جدید اختلالات روانی نیست بلکه تاثیرات اختلالات روانی را پس از تشخیص، کم می کند. محور اصلی بسیاری از برنامه این نوع پیشگیری، توان بخشی است که دامنه وسیعی دارد. روش های مورد استفاده در آن هم مشاوره، آموزش شغلی و مواردی از این قبیل است. کمک به کودک مبتلا به صرع که از مدرسه اخراج و خانه نشین شده (ناتوان یا معلول تحصیلی) برای برگشت به مدرسه، کمک به اشتغال یک نوجوان عقب مانده ذهنی برای کار در مزرعه یا کارگاه، آموزش همسر داری یا فرزند پروری به پدر یا مادری که به دلیل بیماری روانی شدید گوشه گیر و طرد شده است، همگی نمونه هایی از پیشگیری سطح سوم یا نوتوانی و توان بخشی روانی اجتماعی است که اصولی مانند توان بخشی جسمی دارد.

ارتقاء سلامت روان: فعالیت هایی را شامل می شود که هدف آن ایجاد شرایط و بسترهایی است که سلامت روان را حفظ کند، اختلالات موجود را بهبود بخشد و افراد را تشویق به زندگی با سبک های سالم کند، مثل آموزش مهارت های زندگی به دانش آموزان.

شناسایی عوامل موثر بر سلامت روان :

سلامت روان و بیماری‌های روانی تحت تاثیر عوامل مختلفی چون عوامل اجتماعی، روانشناختی و زیستی هستند و نباید فکر کنیم که یک عامل به تنهایی آنها را به وجود می‌آورد. مثلاً سطح پایین سواد، مشکل مسکن و درآمد، عوامل خطری برای سلامت روان هستند. همچنین برای ارتقای سلامت روان، وجود فضایی که از حقوق اولیه اجتماعی و سیاسی - اقتصادی حمایت کند؛ ضروری است. اگر قوانینی نباشند که آزادی و امنیت را تامین کنند، دستیابی به سطوح بالای سلامت روان بسیار دشوار است.

بر اساس آنچه گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که عوامل اجتماعی سهم بالایی در رخداد اختلالات روانی دارند. با توجه به انتخاب رویکرد کنترل عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت از سوی دولت و از جمله بخش سلامت در کشور ایران، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان بی‌ازپیش مطرح شده است. نکته دیگری که باید به آن اشاره کرد این است که در مورد بسیاری از بیماری‌های جسمی می‌توان به علت یا علل مشکل پی برده و مداخله مستقیم انجام داد اما در زمینه پیشگیری از اختلالات روانی و ارتقای بهداشت روان، علت یا علل مسئله روشن نیست و بهترین راه این است که عوامل خطر ساز برای ابتلا و عوامل محافظت‌کننده از بیماری روانی را بشناسیم و در برنامه‌های پیشگیری و ارتقا بر روی آنها کار کنیم.

عوامل خطر ساز: به عواملی گفته می‌شود که احتمال وقوع یک بیماری و شدت آن را بیشتر می‌کنند و مدت آن را طولانی‌تر می‌کنند.

عوامل محافظت کننده: عواملی هستند که مقاومت فرد را نسبت به عوامل خطر ساز و بیماری‌ها بالا برده و از سلامتی محافظت می‌کنند.

هم عوامل خطر ساز و هم عوامل محافظت‌کننده می‌توانند مربوط به فرد یا خانواده باشند و هم ناشی از شرایط محیط بیرونی، شرایط اجتماعی و اقتصادی باشند.

عوامل اجتماعی - اقتصادی و محیطی: در زمینه عوامل اجتماعی - اقتصادی و عوامل محیطی وسیع، نیاز به راهبردهایی در سطح کلان جامعه وجود دارد تا سیاست‌ها و قوانین کشور در مسیری قرار بگیرند که تغییرات اساسی در سلامت روان افراد جامعه به وجود آید. شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی، محیطی و اقتصادی سلامت روان برای سیاست‌مداران و دست‌اندرکاران امور از اهمیت زیادی برخوردار است. در جدول زیر به برخی از این عوامل اشاره می‌شود.

برخی از عوامل اجتماعی، محیطی و اقتصادی تعیین‌کننده سلامت روان	
عوامل خطر ساز	عوامل محافظت‌کننده
فقر	خدمات اجتماعی

تغذیه نامناسب	مسئولیت پذیری و تحمل اجتماعی
فقدان آموزش کافی، وسایل حمل و نقل و مسکن	وحدت گروه های قومی
دسترسی آسان به الکل و مواد مخدر	روابط مثبت با دیگران
جنگ	حمایت های اجتماعی مثل بیمه
استرس شغلی	مشارکت مردمی
بیکاری	
زندگی در شهر	

هر چند این عوامل بسیار مهم هستند و سهم زیادی در سلامت روان دارند، اما در اینجا به آنها نمی پردازیم.

بحث اصلی مربوط به عوامل فردی و خانوادگی سلامت روان است که انتظار می رود بهورزان به عنوان عضوی از تیم سلامت و سلامت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه با آنها آشنا شوند و از طریق آموزشهایی که به آنها داده می شود و همچنین با همکاری سایر اعضای تیم، بتوانند یک گام فراتر رفته و به سمت تحقق معنای مثبت سلامت پیش روند. این فعالیت ها همان چیزی است که ما به عنوان پیشگیری و ارتقا از آنها نام می بریم.

عوامل فردی و خانوادگی: این عوامل می توانند زیستی، هیجانی، شناختی و رفتاری باشند یا به محیط خانواده مرتبط باشند. این عوامل در دوره های حساس رشد فرد، می توانند تاثیر عمیقی داشته باشند و حتی تاثیرات خود را بر نسل بعدی برجای گذارند. برای مثال، والدینی که خودشان در دوران طفولیت و کودکی از طرف اطرافیان مورد بدرفتاری قرار گرفته اند، در بزرگسالی احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب دارند و ممکن است این مشکلات را به کودکان خود هم منتقل کنند. نمونه دیگر اختلافات زناشویی است که می تواند موجب مشکلات رفتاری در کودکان و مشکلات سوء مصرف الکل در زنان یا مردان شود. در جدول زیر به برخی از این عوامل خطر ساز و محافظت کننده از سلامت روان اشاره می شود.

برخی از عوامل فردی و خانوادگی تعیین کننده سلامت روان	
عوامل خطر ساز	عوامل محافظت کننده
شکست تحصیلی	نوانایی مقابله با استرس
کودک آزاری و بی توجهی به نیازهای کودک	سازگاری
سوء مصرف مواد	استقلال
اختلاف و ناسازگاری خانوادگی	ورزش

احساس تنهایی	احساس امنیت
وزن کم هنگام تولد	فرزندپروری مناسب
مشکلات روانی والدین	سواد خواندن و نوشتن
نقص‌های حسی و جسمی	مهارت‌های حل مسئله
رویدادهای استرس‌زای زندگی	اعتماد به نفس
سوء مصرف مواد در دوران حاملگی	مهارت‌های زندگی
مراقبت از بیمار مزمن	مدیریت استرس
بدرفتاری با افراد مسن	حمایت اجتماعی از جانب خانواده و دوستان
	ارتباط مثبت والدین و کودک

در ادامه به چند نمونه از راهکارها و مداخله‌های روانی-اجتماعی اشاره می‌شود که نشان داده شده در زمینه پیشگیری و ارتقا در سلامت روان موثرند.

راهبردهای کاهش آسیب و ارتقاء سلامت روان :

ارتقاء فرآیندی است که مردم را قادر می‌سازد تا کنترل بیشتری بر سلامتشان داشته باشند و وضعیت آن را بهبود بخشند. بنابر این ارتقاء به بالابردن کیفیت زندگی و ایجاد فرصت‌هایی برای سالم‌تر زیستن تکیه دارد.

در سطح ارتقاء سلامت روان، هدف تأمین احساس شادی، امنیت، امید، و رضایت از زندگی برای جمعیت عمومی است و همچنین افزایش مهارت‌های جامعه برای رویارویی با استرس‌ها، ارتقاء مهارت‌های ارتباط اجتماعی، مهارت‌های زندگی و شیوه‌های فرزند پروری مورد نظر است.

راهبرد به معنای تعیین جهت حرکت برای رسیدن به اهداف مورد نظر است. تغییر در قانون‌گذاری، سیاست‌گذاری و توزیع منابع می‌تواند منجر به پیشرفت‌های اساسی در سلامت روان افراد شود. ثابت شده است که این تغییر قانون‌گذاری‌ها، علاوه بر کاهش خطر اختلالات روانی و بهبود سلامت روان، تاثیر مثبتی بر بهداشت و پیشرفت اجتماعی و اقتصادی جوامع دارد. در زیر به برخی از این راهکارها پرداخته می‌شود.

(بهبود تغذیه:۱)

شواهد علمی قوی وجود دارد که بهبود تغذیه در کودکانی که از لحاظ اجتماعی-اقتصادی فقیر هستند، منجر به رشد عقلانی سالم، نتایج تحصیلی بهتر و کاهش خطر بیماری‌های روانی می‌شود. موثرترین اقدامات در این زمینه عبارتند از غذای مکمل و ارزیابی و ارتقای رشد کودک. این

اقدامات معمولاً حالت ترکیبی دارند، به این صورت که مداخلات تغذیه‌ای (مثل دادن غذای مکمل) را با مراقبت‌های روانی - اجتماعی و مشاوره‌ای (مثل محبت و گوش دادن صمیمانه به کودک) ترکیب می‌کنند.

نمودارهای رشدی هم جز اقدامات مفید و مقرون به صرفه در این زمینه است. برنامه‌های مکمل‌ید که با اضافه کردن ید به نمک و آب انجام می‌شود؛ باعث می‌شود کودکان این ماده را به اندازه کافی دریافت کنند. همان‌طور که می‌دانید این ماده نقش کلیدی در جلوگیری از عقب ماندگی ذهنی و جسمی و کاهش آسیب به توانایی یادگیری کودک دارد. تلاش‌های جهانی که با کمک یونیسف انجام گرفته، باعث شده ۷۰ درصد خانوارها در دنیا از نمک ید دار استفاده کنند. این تلاش‌ها ۹۰ میلیون نوزاد را از خطر کمبود ید نجات داده و به طور غیرمستقیم از مشکلات سلامت جسمی و ذهنی مرتبط با آن پیشگیری کرده است.

(۲) تهیه مسکن :

نداشتن مسکن و مسکن نامناسب یکی از شاخص‌های فقر است و در راستای بهبود سلامت جامعه و کاهش بی‌عدالتی در سلامت هدف مداخله قرار می‌گیرند. در پژوهش‌های اخیر نشان داده شده که بهبود مسکن، نتایج مطلوبی بر سلامت جسمی و روانی داشته و نیز تاثیرات اجتماعی مثبتی مثل احساس امنیت، کاهش جرم و افزایش مشارکت جمعی را در پی دارد.

(۳) افزایش دسترسی به آموزش:

کم‌سواد و سطح پائین تحصیلی در بسیاری از کشورها، به ویژه جنوب آسیا و آفریقا، مشکلات اجتماعی بزرگی هستند که معمولاً در بین زنان شایع‌تر هستند. بی‌سوادی توانایی افراد را برای رسیدن به مزایای اقتصادی شدیداً محدود می‌کند. مبارزه با بی‌سوادی از طریق فراهم کردن امکانات آموزشی بهتر برای کودکان مزایای بی‌شماری داشته اما متأسفانه به بی‌سوادی بزرگسالان کمتر توجه شده که باید در این زمینه بیشتر سرمایه گذاری شود .

در مجموع، آموزش بهتر به ویژه برای زنان، منجر به افزایش توانمندی‌های شناختی، هیجانی و عقلانی آنان و نیز فرصت‌های شغلی بیشتر می‌شود که این امر منجر به کاهش نابرابری اجتماعی و کاهش بیماری‌های روانی خاص همچون افسردگی می‌شود.

(۴) کاهش ناامنی اقتصادی:

فقر، محرومیت نسبی و انزوای اجتماعی تاثیر مهمی بر سلامتی و نیز مرگ زودرس دارند. فقر مطلق یعنی کمبود مایحتاج ضروری اولیه زندگی که هنوز در برخی از غنی‌ترین کشورهای اروپایی نیز وجود دارد. در این میان به طور اخص، افراد بیکار، گروه‌های اقلیت قومی، کارگران

خارجی، افراد ناتوان، پناهندگان و افراد بی‌خانمان در معرض خطر قرار دارند. کسانی که در خیابانها زندگی می‌کنند میزان مرگ بالاتری دارند.

فقر نسبی یعنی زندگی در وضعیتی فقیرانه‌تر از دیگر مردم اجتماع و این اصطلاح اغلب به کسانی اطلاق می‌شود که با درآمدی کمتر از ۶۰٪ درآمد متوسط در سطح ملی، زندگی می‌کنند. انزوای اجتماعی منجر به کاهش سلامتی و مهم‌تر از آن خطر مرگ زودرس می‌شود. اضطراب ناشی از فقر خصوصاً برای زنان باردار، نوزادان، کودکان و سالمندان مضر است. انزوای اجتماعی هم چنین ممکن است به دلیل نژادپرستی، تبعیض، بدن‌امی، خصومت و بیکاری نیز به وجود آید. این شرایط مردم را از یادگیری، حضور در جلسات آموزشی، دسترسی به خدمات و فعالیت‌های شهروندی باز می‌دارد که اینها خود از لحاظ روانی و اجتماعی زیان آور بوده و به لحاظ مادی برای سلامتی مضر هستند. هر چه افراد برای مدت طولانی‌تری در این وضعیت‌ها زندگی کنند، بیشتر در معرض ابتلا به بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های قلبی-عروقی خواهند بود. فقر و انزوای اجتماعی خطر طلاق، ناتوانی، بیماری، اعتیاد و طرد از اجتماع را افزایش می‌دهد.

سیاست‌گزاران، برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیران کلان جامعه‌ها می‌توانند با بازنگری علمی در سیاست‌ها و برنامه‌های اقتصادی، میزان بیکاری و نابرابری توزیع درآمد را کاهش دهند و سطح بهره‌وری اقتصادی جامعه را بالا ببرند. ایجاد بیمه‌های بیکاری، آموزش و ترویج فرهنگ کارآفرینی و نوآوری از جمله این راهکارها است که در ایران از سالهای گذشته به اجرا در آمده است.

(۵) تقویت شبکه‌های اجتماعی:

بیشتر مداخله‌هایی که در سطح جامعه انجام می‌گیرند، سعی کرده‌اند افرادی را از داخل آن مجموعه به نوعی آموزش داده و توانمند کنند تا احساس تعلق و مسئولیت اجتماعی در بین اعضاء ایجاد شود. موثرترین این برنامه‌ها، برنامه‌هایی هستند که متناسب با ویژگی‌های هر منطقه تنظیم می‌شوند به طوری که عوامل خطر ساز و محافظت کننده در قلمرو آن منطقه شناسایی شده و اقدام مناسب به عمل آید. این برنامه‌ها سطوح مختلف جامعه مثل عامه مردم، مدرسه، خانواده و فرد را درگیر می‌کنند. نمونه این اقدامات در آمریکا برای جلوگیری از خشونت و پرخاشگری در نوجوانان انجام شد. تحقیقات بعدی نشان داد که این اقدامات موثر بود و منجر به کاهش مشکلات موجود در مدرسه (۳۰٪ کاهش)، حمل اسلحه (۶۵٪ کاهش)، دزدی (۴۵٪ کاهش)، جرایم مرتبط با مواد (۲۹٪ کاهش) و زندانی شدن (۲۷٪ کاهش) گردید.

(۶) کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد:

مداخلات منظم و موثر برای سوء مصرف مواد می‌تواند در سطح بین‌المللی، ملی و منطقه‌ای انجام شود که نمونه‌های آن عبارتند از: افزایش مالیات (مثلاً برای سیگار و الکل)، ایجاد محدودیت در دسترسی به این مواد و ممنوعیت‌های کلی بر هر نوع تبلیغات مستقیم و غیرمستقیم مواد (برای مثال ممنوعیت مصرف سیگار توسط هنر پیشه‌های نقش اول در فیلم‌ها و سریال‌ها).

یکی از اقداماتی که در بسیاری از کشورها موثر واقع شده، افزایش مالیات بر توتون و تنباکو است. مثلاً افزایش ۱۰٪ مالیات بر توتون در سال ۲۰۰۱ گسترش و مصرف محصولات توتون (سیگار و تنباکو و...) را در کشورهای با درآمد بالا، ۵٪؛ و در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، ۸٪ کاهش داد.

۷) کاهش عوامل استرس‌زا و بالا بردن تاب‌آوری:

شواهد فراوانی وجود دارد که برنامه‌های پیشگیری در سال‌های اولیه رشد، یکی از راهبردهای قدرتمند پیشگیری است. موفق‌ترین برنامه‌هایی که با عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده در اوایل زندگی سر و کار دارند، جمعیت کودکان در معرض خطر به ویژه کودکانی از خانواده‌های با درآمد و سطح تحصیلی پایین را هدف قرار می‌دهند. این برنامه‌ها عبارتند از مداخلات ویزیت در منزل در دوران حاملگی و اوایل کودکی (۲ سال اول)، تلاش برای کاهش مصرف سیگار در دوران حاملگی، آموزش والدین و آموزش‌های پیش از مدرسه.

۸) کاهش کودک‌آزاری و غفلت از کودکان:

فعالیت‌های بسیار زیادی برای پیشگیری وقوع یا وقوع مجدد کودک‌آزاری انجام گرفته است. فقط دو نوع راهبرد پیشگیرانه، تا حدودی کارساز بوده‌اند:

- ۱ - برنامه‌هایی برای مادران در معرض خطر (مثل مادران جوان و یا مادرانی که از اختلالات روانی رنج می‌برند) برای پیشگیری از کودک‌آزاری جسمی و غفلت از کودک.
- ۲ - برنامه‌های محافظت از خود برای کودکان مدرسه برای جلوگیری از کودک‌آزاری جنسی. این برنامه‌ها دانش و مهارت‌هایی را به کودکان یاد می‌دهد که بتوانند از قربانی شدن خود جلوگیری کنند.

۹) مقابله با بیماری روانی والدین:

کودکانی که والدینشان اختلال روانی یا سوء مصرف مواد دارند، یکی از جمعیت‌های در معرض خطر مشکلات یا اختلالات روانی هستند. برای مثال، کودکان والدین افسرده، حدود ۵۰٪ در معرض خطر ابتلا به یک اختلال افسرده‌ساز قبل از ۲۰ سالگی هستند. این انتقال بین نسلی اختلال روانی

به ویژه افسردگی و اختلالات اضطرابی نتیجه تعامل عوامل زیستی و عوامل خطر روانی و اجتماعی هستند. مداخلاتی مثل افزایش آگاهی این خانواده‌ها از بیماری، مقاوم‌سازی کودک، آموزش تعامل‌های سالم بین کودک و والدین، انگ‌زدایی از بیماری روانی و حمایت اجتماعی در این زمینه موثرند.

از مصداق‌های این نوع پیشگیری، اقدامات و برنامه‌های ویزیت در منزل در سال اول تولد برای مادران در معرض خطر است تا به آنان نحوه صحیح تعامل با کودک را آموزش دهد. برنامه‌های غربالگری در مدرسه برای شناسایی کودکان و نوجوانان در معرض خطر و برگزاری برنامه‌هایی مثل گروه درمانی شناختی از سایر راهبردهای موثر می‌باشند.

(۱۰) مقابله با فقدان در خانواده:

نوجوانانی که والدینشان طلاق گرفته‌اند در معرض خطر بالای ازدواج و حاملگی‌های زودهنگام، ترک تحصیل، رفتار بزهکارانه، سوء مصرف مواد، توانمندی تحصیلی و اجتماعی پایین، روابط ناخشنود، طلاق و مرگ زودهنگام هستند. مرگ والدین هم با علایم افسردگی و اضطراب در کودکان و مشکلات رفتاری در مدرسه و موفقیت تحصیلی پایین در ارتباط است.

دو دسته مداخله برای این کودکان در نظر گرفته می‌شوند، برنامه‌های متمرکز بر کودک و برنامه‌های متمرکز بر والدین. برنامه‌های متمرکز بر کودکان به آنها برخی مهارت‌های شناختی - رفتاری ویژه (مثل کنترل خشم، حل مسئله و ارتباط موثر) را یاد می‌دهد که در شناسایی و ابراز هیجان به آنها کمک می‌کند. برنامه‌های متمرکز بر والدین، مهارت‌های فرزندپروری و مقابله موثر با هیجان‌ها، بهبود کیفیت روابط مادر- فرزند، نظم‌آموزی و کاهش رفتارهای نابهنجار کودک را هدف مداخله قرار می‌دهند.

خلاصه فصل

- جسم و روان بعنوان دو جنبه از وجود انسان همواره بر یکدیگر تأثیر متقابل می گذارند و وضعیت یکی از آنها می تواند تعیین کننده وضعیت دیگری باشد .
- مناسب ترین راه کاهش هزینه و بار اختلالات روانی ، پیشگیری است و تحقیقات هم نشان داده که پیشگیری و ارتقای سلامت روان، از درمان مقرون به صرفه تر است.
- سلامت روان چیزی بیش از فقدان بیماری روانی است.
- هدف از ارتقاء سلامت روان ایجاد شرایط و بسترهایی است که از سلامت روان محافظت نموده و اختلالات را بهبود بخشد.
- در زمینه پیشگیری از اختلالات روانی و ارتقای بهداشت روان، علت یا علل مسئله روشن نیست و بهترین راه این است که عوامل خطر ساز برای ابتلا و عوامل محافظت کننده از بیماری روانی را بشناسیم و در برنامه های پیشگیری و ارتقا بر روی آنها کار کنیم.
- تغییر در قانون گذاری، سیاست گذاری و توزیع منابع می تواند منجر به پیشرفت های اساسی در سلامت روان افراد شود.
- ۱۰ راهکار برای کاهش آسیب و ارتقاء سلامت روان عبارتند از :

(۱) بهبود تغذیه

(۲) تهیه مسکن

(۳) افزایش دسترسی به آموزش

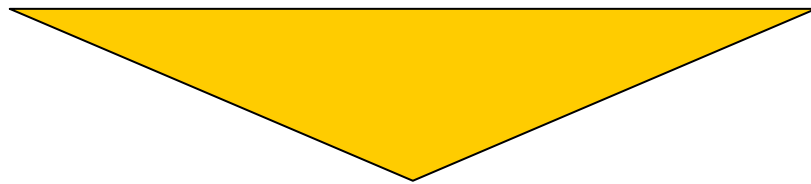
تمرین در کلاس درس

همانطور که می دانید اختلال افسردگی در جمعیت‌های مختلف بروز می کند، اما یکی از جمعیت‌هایی که بیشتر درگیر می کند، جمعیت مسن است و از طرفی ورزش منظم یکی از عوامل موثر جهت مقاومت‌سازی در برابر افسردگی است. با این تفسیر به این دو سوال جواب دهید.

۱ - اگر شما در محیط زندگی خود شاهد شیوع نشانه‌های افسردگی در جمعیت مسن باشید، چه برنامه‌ای برای این مسئله طراحی خواهید کرد؟ جزئیات این برنامه را در ۴ خط توضیح دهید.

۲ - این برنامه چگونه می تواند به کاهش افسردگی و عوارض ناشی از آن کمک کند؟

فصل دوم



آشنایی با چارچوب برنامه سلامت روان

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود که بتوانید :

- اهداف برنامه سلامت روان را بیان کنید .
- شرح وظائف بهورز را در برنامه سلامت روان ذکر کنید.
- چارچوب برنامه سلامت روان و هریک از اجزاء آن را توضیح دهید .

واژگان کلیدی

- چارچوب برنامه
- برقراری ارتباط
- گروه هدف
- مداخله
- مراقبت
- پایش و ارزشیابی

عناوین فصل

- اهداف برنامه سلامت روان
- نقش خانه های بهداشت در برنامه سلامت روان
- چارچوب فعالیت ها در برنامه سلامت روان
- شناسایی گروه های هدف و ارزیابی خانوار
- برقراری ارتباط با گروه های هدف
- انجام مداخلات لازم
- مراقبت و پیگیری بیماران
- پایش و ارزشیابی برنامه سلامت روان

اهداف برنامه سلامت روان :

هدف کلی برنامه سلامت روان « تأمین ، حفظ و ارتقاء سلامت روان جامعه » است. به منظور تأمین این هدف لازم است اهداف اختصاصی زیر از سوی مسئولین و دست اندرکاران برنامه در سطوح مختلف مورد نظر قرار گیرد:

- ۱- پیشگیری از بروز اختلالات روانپزشکی
- ۲- کاهش بروز و شیوع اختلالات روانپزشکی
- ۳- کاهش مرگ ها و ناتوانی های ناشی از اختلالات روانپزشکی

نقش خانه های بهداشت در برنامه سلامت روان :

خانه های بهداشت به عنوان نخستین سطح ارائه خدمات در روستاها یکی از مهم ترین وظائف را در تحقق اهداف فوق دارند. به طور کلی وظائف بهورز در تحقق اهداف اختصاصی فوق شامل موارد زیر است:

- ۱- برقراری ارتباط با گروههای هدف
- ۲- بیماریابی (شناسایی بیماران روانی)
- ۳- ارجاع بیماران به پزشک مرکز بهداشتی درمانی
- ۴- مراقبت و پیگیری بیماران
- ۵- ثبت و گزارشدهی اطلاعات آماری
- ۶- آموزش اصول سلامت روان به گروه های هدف

چارچوب فعالیت ها در برنامه سلامت روان

به منظور درک مناسب از برنامه سلامت روان در این فصل، چارچوب فعالیت ها در برنامه سلامت روان ذکر شده است. این چارچوب در زمینه راهکارهای ارائه خدمات در برنامه سلامت روان، نگرش کلی را برای بهورزان ایجاد می کند. بخش های مختلف این چارچوب عبارتند از:

- ۱- شناسایی گروه های هدف و ارزیابی خانوار
- ۲- برقراری ارتباط با گروه های هدف
- ۳- انجام مداخلات لازم
- ۴- مراقبت و پیگیری بیماران
- ۵- پایش و ارزشیابی برنامه سلامت روان

شناسایی گروه های هدف و ارزیابی خانوار:

گروه هدف در برنامه ادغام سلامت روان که بهورز وظیفه کار با آنها را دارد شامل سه دسته از افراد هستند:

- ۱- بیماران روانی
- ۲- خانواده بیماران روانی
- ۳- گروه های در معرض خطر در جامعه

بهورز در زمان شناسایی جمعیت تحت پوشش، باید ضمن برقراری ارتباط مناسب با اعضای خانوارها، با به کار گیری فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی افراد مشکوک به اختلالات روانی را شناسایی و به پزشک ارجاع دهد.

بخشی از جمعیت تحت پوشش را گروه های آسیب پذیر تشکیل می دهند که به دلیل وضعیت خاصی که دارند بیشتر از سایر افراد جامعه در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانپزشکی قرار دارند. لذا بهورز باید نسبت به این افراد توجه و دقت بیشتری داشته باشد و در انجام مداخلات لازم آنها را در اولویت قرار دهد.

برقراری ارتباط با گروه های هدف:

برقراری ارتباط با گروه های هدف اولین قدم پس از شناسایی گروه های هدف است. بدون ارتباط مناسب، سایر اقدامات و خدمات بهورز، به نتیجه مطلوب نمی رسد. در وهله اول بهورز باید سعی کند با برخورد محترمانه و صمیمانه، افراد گروه هدف را جلب کند تا بتواند از مشارکت آنها در برنامه برخوردار شود و

آنها را ترغیب کند که به خانه بهداشت مراجعه کنند ، در صورت ارجاع به پزشک ، به توصیه های درمانی پزشک عمل کنند و تا بهبودی کامل اختلال ، با تیم سلامت همکاری نمایند .

برقراری ارتباط و آموزش به گروه های هدف :

یکی از مداخلات اثر بخش برای افراد گروه هدف، آموزش سلامت روان به آنهاست. این آموزش در قالب مشاوره چهره به چهره و آموزش گروهی انجام می شود. موضوعات زیر که در این فصل های دیگر این کتاب به طور مجزا و به تفصیل آمده است اما با توجه به اهمیت آموزش در ادامه مختصری به آن اشاره شده است. بهورز می تواند آموزشهای لازم را در خصوص برخورد صحیح با بیمار ونحوه مراقبت از او ارائه کند . مباحث عمده و مهم در آموزش بیماران و خانواده آنها عبارتند از :

- رفتار و برخورد صحیح با بیمار روانی
- مراقبت از بیمار روانی
- تداوم درمان (مصرف داروها طبق دستور پزشک و عدم قطع خود سرانه دارو ، تداوم مراجعه به پزشک در موعد مقرر)

همچنین لازم است بهورز برای ارتقاء آگاهی عموم جامعه و آشنا نمودن آنها با اصول سلامت روان و روشهای پیشگیری و مقابله با اختلالات روانی جلسات آموزشی گروهی برگزار کند . از جمله مباحثی که در آموزش همگانی باید به مردم ارائه شود عبارتند از :

- اصول و مبانی سلامت روان
- علائم و نشانه های اختلالات روانی
- عوامل مؤثر در بروز اختلالات روانی
- روشهای پیشگیری از بروز اختلالات روانی
- راههای مقابله با مشکلات و اختلالات روانی
- مهارتهای زندگی (مدیریت استرس ، مدیریت خشم ، مقابله با خلق منفی ، برقراری ارتباط مؤثر، روشهای حل مسأله ، برنامه ریزی و مدیریت زمان ، تصمیم گیری ، حل اختلاف و)
- شیوه های صحیح فرزند پروری

انجام مداخلات لازم :

پس از آنکه بهورز گروه هدف را با استفاده از سؤالات فرم غربالگری شناسایی کرد ، باید فردشناسایی شده را جهت تشخیص قطعی و دریافت خدمات درمانی به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهد و پس از

بازگشت بیمار از مرکز (بازخورد ارجاع) ، مشخصات بیمار را بر اساس تشخیص و توصیه های پزشک در فرم آمار اختلالات روانپزشکی ، فرم پیگیری بیماران ، فرم ثبت مراجعات بیمار و فرم ارجاع و مراقبت بیماران ثبت نماید. بر این مبنا اساساً کار بهورز در برنامه سلامت روان غربالگری و مراقبت است . بدیهی است مداخلات درمانی در این زمینه مربوط به پزشکان و سطوح بالاتر است و بهورز باید در مورد اختلال روانی تشخیص داده شده به وسیله پزشک اقدام به مراقبت نماید . به منظور آشنایی بهورزان با اختلالات روانپزشکی و علائم و نشانه های آنها فصل ۶ این کتاب به مرور اختلالات روانپزشکی شایع اختصاص داده شده است . مطالب این فصل می تواند به بهورزان نگرش مفیدی در کار غربالگری و مراقبت دهد . علاوه بر این اقدامات ، آموزش گروههای هدف توسط بهورز در قالب آموزش های فردی و گروهی و ترغیب مشارکت مردمی در برنامه سلامت روان ، مداخله ای ارزشمند است .

مراقبت و پیگیری بیماران :

پس از شناسایی بیماران و شروع دوره درمان توسط پزشک ، بهورز باید بیماران تحت درمان را مورد پیگیری و مراقبت قرار دهد و وضعیت آنها را از جنبه های زیر بررسی کند :

- استمرار درمان و مراجعه به پزشک در موعد تعیین شده
- عدم قطع دارو بدون نظر پزشک
- روند بیماری از نظر بهبود یا وخامت
- ابتلاء به اختلال توأم

در خصوص بیماران بهبود یافته بهورز باید وضعیت آنها را از نظر اطمینان یافتن از عدم عود بیماری تحت مراقبت قرار دهد همچنین بیماران مبتلا به عقب ماندگی ذهنی را از نظر بروز اختلال توأم ، پیگیری کند.

پایش و ارزشیابی برنامه ادغام سلامت روان :

کارکنان سطوح بالاتر خدمات (مرکز بهداشتی درمانی ، مرکز بهداشت شهرستان ، مرکز بهداشت استان ، ستاد کشوری سلامت روان) دانش ، مهارت و عملکرد بهورز را در تمام جنبه های مربوط به وظائفش مورد پایش و ارزشیابی قرار می دهند. علاوه بر این بهورز نیز می تواند عملکرد خود در زمینه برنامه سلامت روان را مورد پایش و ارزشیابی قرار دهد. لازم است سطح آگاهی و دانش بهورز از نظر آشنایی با مباحث برنامه سلامت روان ، مراحل اجرای برنامه و متون آموزشی سنجیده شود . همچنین نحوه برقراری ارتباط بهورز با گروههای هدف و کمیت و کیفیت بیماریابی مورد ارزیابی قرار گیرد . علاوه براین باید مداخلاتی که بهورز انجام می دهد اعم از آموزش ، ارجاع بیماران ، پیگیری و مراقبت بیماران و ثبت و گزارشدهی آمار بیماران بررسی شود . بنابراین بهورز باید جهت ارتقاء کیفیت ارائه خدمات و انجام مسئولیتهای خود به

سؤالات فرم پایش و نظارت دقت و توجه کافی را داشته باشد و فعالیتهایش را به نحوی به انجام برساند که در زمان پایش توسط سطوح بالاتر، کارها به صورت منسجم، منظم و با روال صحیح از سوی بهورز به انجام رسیده باشد و آمادگی کافی برای پاسخگویی به ناظرین را داشته باشد.

نمودار خدمات در برنامه سلامت روان در سطوح مختلف شبکه سلامت



خلاصه فصل

- اهداف برنامه ادغام سلامت روان عبارت است از: تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت روان جامعه، پیشگیری از اختلالات روانی، کاهش بروز و شیوع اختلالات روانی و کاهش مرگها و ناتوانی های ناشی از اختلالات روانی

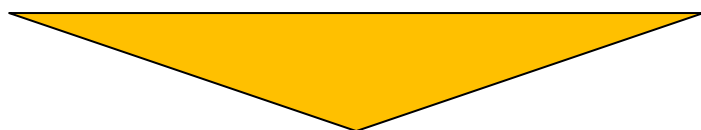
تمرین خارج از کلاس

- اهداف کلی و اختصاصی برنامه سلامت روان را ذکر کنید .
- شرح وظائف بهورز را در برنامه سلامت روان توضیح دهید.
- چارچوب فعالیت‌ها در برنامه ادغام سلامت روان شامل چه مواردی است ؟ راجع به هرکدام به طور خلاصه توضیح دهید .

تمرین در کلاس درس

- با نظر خواهی از حاضرین در کلاس و به روش بارش افکار ، فهرستی از فعالیت های مناسب در چارچوب برنامه سلامت روان را متناسب با شرح وظائف بهورز تهیه کنید .
- از شرکت کنندگان کلاس بخواهید در مورد هریک از شرح وظائف بهورز ، یک مثال عملی که تا کنون انجام داده اند را بیان کنند .

فصل سوم



شناسایی گروه های

هدف و ارزیابی خانوار

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

- مفهوم گروه های هدف در برنامه سلامت روان را توضیح دهید .
- گروههای هدف را نام ببرید .
- افراد مشکوک به ابتلاء به اختلال روانی را شناسایی کنید و آنها را به پزشک ارجاع دهید .

واژگان کلیدی

- گروه هدف
- گروه های آسیب پذیر
- شناسایی گروه هدف
- ارجاع بیماران

عناوین فصل

- مقدمه
- گروه های هدف در برنامه سلامت روان
- روش شناسایی (بیماریابی) بیماران روانی
- گروه های آسیب پذیر در برنامه سلامت روان
- اهمیت شناسایی بیماران روانی
- داستان ۱
- ارجاع بیماران
- موارد ارجاع فوری (فوریت های روانپزشکی)
- داستان ۲
- فرآیند بیماریابی ، درمان و ارجاع بیماران در برنامه ادغام سلامت روان
- نمودار خدمات در برنامه ادغام سلامت روان
- فلوجارت بیماریابی ومراقبت اختلالات روانی در روستا
- فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی

شناسایی به سرعت و در صورتی که تشخیص داده شود، به درمان منتهی می‌گردد. اگرچه
برسد. اما اگر در بدو ابتلاء به اختلال روانی، اختلال فرد شناسایی و درمان نشود، این اختلال تبدیل به
اختلال روانی مزمن می‌شود و درمان آن دشوارتر خواهد بود زیرا این اختلال نسبت به درمان مقاوم خواهد
شد و شناسایی و درمان نابهنگام موجب می‌شود فرد بیمار آسیبهای زیاد و جبران ناپذیری را بعلت بیماری
خود متحمل شود. بهورز با شناسایی سریع و به هنگام اختلالات روانی نقش مؤثری در پیشگیری از مزمن
شدن این اختلالات دارد.

بسیاری از مردم با علائم اختلالات روانی را آشنایی ندارند و با مشاهده این علائم در اطرافیان خود متوجه وجود اختلال روانی در آنان نمی شوند. یکی از مسئولیت‌های آموزشی بهورز این است که به عموم جامعه

علائم اختلالات روانی را آموزش دهد و اطلاعات کافی را در مورد شناسایی اختلالات روانی، نحوه مواجهه و کنترل اختلالات روانی و همچنین روشهای پیشگیری از این اختلالات در اختیار مردم قرار دهد و مردم را در مباحث سلامت روان توانمند نماید. اگر مردم در آگاهی کافی در مورد مباحث سلامت روان و اختلالات روانی داشته باشند می توانند با مشاهده علائم اختلالات روانی، فرد مشکوک به ابتلاء اختلال روانی را به بهورز ارجاع دهند و به درمان به هنگام وی کمک نمایند.

تعریف غربالگری (بیماریابی):

غربالگری عبارت است از شناسایی بیماران به ظاهر سالم با استفاده از آزمونها، معاینه ها یا سایر روش ها.

به دلایل زیر برخی از افراد جامعه تمایل ندارند که جهت درمان اختلال و مشکلات روانی خود به پزشک (بخصوص روانپزشک) مراجعه کنند:

- ۱- ترس از انگ اجتماعی اختلال روانی
- ۲- نگرانی از عوارض داروهای روانپزشکی
- ۳- باورها و نگرش های خرافی در مورد راههای درمان اختلالات روانی
- ۴- عدم پذیرش اختلال توسط بیمار روانی (برخی از بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک معتقدند که بیمار نیستند و تصور می کنند از نظر روانی سالم هستند).

تعریف انگ بیمار روانی:

انگ بیمار روانی به معنی برچسب و لقب اجتماعی است که مردم ناآگاه بر بیمار روانی می گذارند. عموم جامعه فرد بیمار را با لقب بیمار روانی یا دیوانه یا روانی مورد خطاب قرار می دهند و او را به صورت یک فرد خطرناک می بینند. این برچسب برای بیماران ناراحت کننده و رنج آور است و موجب کناره گیری آنان از اجتماع، سرخوردگی و پایین آمدن اعتماد به نفس در آنان می شود.

به دلیل ترس از انگ بیمار روانی و نیز به دلایل باورهای نادرست فوق الذکر، برخی از مردم داوطلبانه و با میل باطنی خود جهت دریافت خدمات سلامت روان با برنامه ادغام سلامت روان و نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه همکاری نکرده و به پزشک مراجعه نمی کنند. در اینصورت وظیفه بهورز است که افراد مبتلا به اختلال روانی و افرادی که دچار مشکلات روانی هستند به مراجعه به پزشک و دریافت خدمات درمانی و عمل به توصیه های درمانی پزشک ترغیب نماید.

در مورد بیماران سایکوتیک که به اختلال روانی خود آگاهی ندارند و خود را بیمار روانی نمی دانند، وظیفه بهورز این است که خانواده این بیماران را ترغیب کند و مشارکت آنها را جلب کند تا افراد خانواده، فرد بیمار را نزد پزشک ببرند و در طول دوره بیماری او، مراقب مصرف منظم داروها وی باشند.

گروه های هدف در برنامه سلامت روان :

به افرادی که در معرض بروز یک یا چند مشکل سلامت هستند و به خدمات موجود در یک برنامه نیاز دارند و باید آن خدمات را دریافت کنند گروه هدف گفته می شود.

گروههای هدف در برنامه ادغام سلامت روان کسانی هستند که بهورز باید خدمات سلامت روان را به آنان ارائه کند و عهده دار حفظ و ارتقاء سلامت روان آنها باشد. این گروهها در جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت عبارتند از :

- ۱ - بیماران روانی
- ۲ - خانواده بیماران روانی
- ۳ - سایر گروه های هدف جامعه که نیازمند دریافت خدمات پیشگیری اولیه هستند. نظیر گروه های آسیب پذیر، دانش آموزان، سالمندان و

بهورزان در برنامه سلامت روان ارائه خدمات به افراد گروه های هدف در سنین مختلف سنی را به عهده دارند. این خدمات در فصول آینده به تفصیل مورد بحث قرار خواهد گرفت. این خدمات به طور خلاصه عبارتند از:

- ۱ - شناسایی گروه های هدف
- ۲ - ارجاع افراد شناسایی شده به سطوح بالاتر
- ۳ - مراقبت و پیگیری بیماران
- ۴ - ثبت و گزارشدهی اطلاعات آماری بیماران
- ۵ - ارائه آموزشهای لازم به عموم جامعه و ارتقاء سطح آگاهی آنان
- ۶ - ارائه آموزشهای لازم به بیماران روانی و خانواده آنها

بهورز باید پس از برقراری ارتباط مناسب و مؤثر با افراد خانوارهای تحت پوشش، با استفاده از فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی، از میان جمعیت عمومی بیماران روانی را شناسایی کند و سپس سعی کند بیمار و خانواده او را ترغیب کنند تا به پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنند. با برقراری ارتباط مناسب و جلب اعتماد بیمار و خانواده او و با رفتار احترام آمیز و شایسته با آنها باید این افراد را برای مراجعه به پزشک آماده نماید و همکاری آنها را برای پذیرش دستورات پزشک و شروع مداخلات درمانی و آموزشی جلب نماید .

بهورز پس از شناسایی افراد مشکوک، آنها را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع می دهد . بنابراین بهورز تشخیص دهنده اختلال روانی نیست بلکه او فقط تعیین می کند که یک فرد مشکوک به ابتلاء به اختلال روانی است یا نه. در واقع تشخیص قطعی بیماری روانی و تعیین نوع اختلال بعهد پزشک خانواده

و یا روانپزشکی می باشد. در شرایطی که پزشک نتواند بیماری روانی را در فرد تشخیص دهد و یا نتواند نوع درمان مناسب برای آن را تعیین کند باید بیمار را به روانپزشک یا پزشک دوره دیده در سطوح بالاتر ارجاع دهد.

گاهی اوقات وضعیت افراد شناسایی شده به گونه ای است که نسبت به مشکل خود آگاهی و پذیرش ندارند و خود را بیمار نمی دانند و تصور می کنند علائم طبیعی دارند می پندارند که از لحاظ روانی سالم اند. در چنین شرایطی لازم است که به همراه یکی از اعضای خانواده اش به پزشک ارجاع داده شود تا حمایت و تشویق لازم از سوی خانواده برای بردن بیمار نزد پزشک صورت گیرد.

در صورتی که در بررسی علائم اختلالات روانی، علائم فرد شناسایی شده جزء موارد فوریت‌های روانپزشکی باشد باید به‌طور بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهد.

روش شناسایی افراد مشکوک به اختلالات روانی:

بهورز شناسایی بیمار روانی را از طریق زیر انجام می دهد:

۱- سرشماری اولین بار :

در زمان سرشماری اولین بار، به‌طور باید ضمن مراجعه به درب منازل خانوارها، سؤالات فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی را از تک تک اعضای خانوارها سؤال کند. اگر در میان افراد خانواده کسانی هستند که مستقیماً قادر به درک سؤالات شما و پاسخگویی نیستند (مانند کودکان کم سن، افراد بی سواد، عقب ماندگان ذهنی و ...) سؤالات مربوط به آنها از یک فرد آگاه و پاسخگو در خانواده پرسیده می شود.

۲- مراجعین به خانه بهداشت :

در مورد افرادی که به هر دلیل در طول سال شکایاتی می شوند و به‌طور در مورد آنها مشکوک به بروز اختلال روانی می شود و یا افراد جدید که به روستا وارد می شوند و یا در مورد افرادی که با مسائل دیگر به خانه بهداشت مراجعه می کنند به‌طور باید سؤالات فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی را از آنها بپرسد و در صورتی که آنها را بعنوان مشکوک به اختلال روانی شناسایی کرد آنها را به پزشک ارجاع دهد.

۳- تکرار سرشماری دوره ای هر ۵ سال یک بار برای ترمیمی اطلاعات:

از آنجا که افراد مشکوک به اختلالات روانی را یک بار در نخستین غربالگری، شناسایی نموده و از سوی دیگر افراد جدید ورود به روستا و افراد مشکوک به اختلالات روانی در طول زمان به به‌طور مراجعه می نمایند. انتظار بر این است که در طول سال و سال های بعد کلیه افراد در روستا تحت پوشش قرار گرفته باشند. با این وجود با توجه به این که در برخی موارد افراد مبتلا به اختلالات روانی از مراجعه به پرسنل بهداشتی و پزشکان خودداری می کنند و یا این که نسبت به مشکل خود بینش و پذیرش ندارند، برخی موارد از افراد نیازمند به مراقبت در برنامه سلامت روان، شناسایی نمی شوند به همین منظور کار غربالگری مجدد اختلالات روانی را باید هر ۵ سال یک بار تکرار نمود.

گروه های آسیب پذیر در برنامه سلامت روان (یا گروه های در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانپزشکی):

تعریف گروههای آسیب پذیر:

گروه های آسیب پذیر، افرادی هستند که در شرایط دشوار و استرس زا بیشتر دچار آسیب می شوند و زودتر مقاومت خود را از دست می دهند و از پا در می آیند.

در میان جمعیت عمومی تحت پوشش خانه بهداشت عده ای از افراد جزء گروههای آسیب پذیر محسوب می شوند . گرچه برنامه سلامت روان خود را در برابر تمام افراد جامعه متعهد می بیند اما برخی افراد در برابر استرس ها و مشکلات آسیب پذیری بیشتری دارند و از آمادگی کمتری برای ابتلاء به اختلالات روانی برخوردارند این افراد در مقایسه با دیگران در مقابل استرس ها و مشکلات محیطی از توان مقابله و مقاومت کمتری برخوردارند و زودتر دچار بیماری روانی می گردند . لازم است در ارائه خدمات سلامت روان به این افراد توجه خاصی صورت گیرد زیرا با شناسایی به موقع این افراد و ارائه آموزشهای لازم به آنها و خانواده هایشان می توان از بروز اختلالات روانی پیشگیری کرد . برخی از گروه های آسیب پذیر در ابتلاء به اختلالات روانپزشکی شامل افراد زیر هستند:

کودکان، سالمندان، بیماران مبتلا به بیماری های جسمی مزمن، افراد معلول که دارای ناتوانی جسمی هستند، افرادی که دچار شکست عاطفی ، شغلی ، تحصیلی یا مالی شده اند، زنان باردار یا زنانی که به تازگی زایمان کرده اند، خانواده و مراقبین بیماران روانی یا بیماران جسمی مزمن، افراد سوگوار که والدین یا یکی از اعضای درجه یک خانواده آنها اخیراً فوت کرده است، کودکان و نوجوانان بی سرپرست، کارکنان مشاغل پر استرس (پرستاران ، گروههای امداد و نجات ، کارکنان بخش اورژانس بیمارستان) ، افرادی که در خانواده پر مشاجره و متشنج زندگی می کنند و

اهمیت شناسایی (غربالگری) بیماران روانی:

روان هم مانند جسم ممکن است بیمار شود . بیماران روانی کسانی هستند که بعلت ابتلاء به اختلال روانی ، شادابی و احساس سرزندگی خود را از دست داده اند .همچنین علائم بیماری روانی موجب ناراحتی و رنج آنها و دیگران می شود . کارکردهای آنان در زمینه فعالیت‌های مختلف زندگی دچار رکود شده است و در زمینه فعالیت‌های فردی ، شغلی ، تحصیلی و اجتماعی مانند یک فرد عادی نیستند و در این موارد نمی توانند عملکردهای خوبی داشته باشند . بیماران روانی در بسیاری از موارد نمی توانند ارتباط اجتماعی سالم و طبیعی با دیگران برقرار کنند و نمی توانند به طور مناسب به وظائف و مسئولیت‌های خود در منزل و در جامعه عمل کنند . حتی در برخی از اختلالات روانی ، صحبت کردن و رفتار بیمار غیر طبیعی می شود.

در بسیاری از موارد بیماران روانی و خانواده آنها واقف نیستند که فرد به بیماری روانی مبتلاست . بنابراین خانواده این افراد آنها را جهت درمان به مراکز درمانی نمی برند . در اکثر مواقع بیماران روانی با دردها ، علائم و شکایات جسمانی به مراکز درمانی مراجعه می کنند و تصور می کنند که بیماری آنها جسمانی است اما در اصل ممکن است بیماری آنها روانی باشد و بیماری روانی آنها خود را به شکل علائم جسمانی نشان می دهد زیرا استرس و اضطراب برروی جسم تأثیر می گذارند و می توانند موجب بروز دردها و ناراحتی های جسمانی (از جمله مشکلات گوارشی ، آسم ، آلرژی ، میگرن ، دردهای عضلانی و مفصلی و) شوند . در این موارد علت بیماری جسمی فرد ، اختلال روانی است و علت جسمانی برای دردها و مشکلات جسمانی فرد وجود ندارد . افرادی که به طور مداوم به دلیل شکایات جسمانی متعدد به بهورز یا پزشک مراجعه می کنند احتمال دارد به اختلال روانی مبتلا باشند و اختلال روانی آنها خود را به ظاهر به شکل مشکلات جسمانی نشان می دهد اما دلیل اصلی بروز این بیماری‌های جسمانی ممکن است اختلالات روانی باشد . علاوه بر این در برخی موارد ، بیماران روانی و خانواده آنها از بیماری روانی آنها مطلع هستند اما به دلیل ترس از انگ بیمار روانی در اجتماع به پزشک مراجعه نمی کنند . آنها می ترسند که دوستان ، اقوام ، آشنایان و همسایگان به آنها برچسب بیمار روانی بزنند و آنها در میان مردم به عنوان بیمار روانی شناخته شود .

عده ای از بیماران روانی و خانواده آنها به دلیل اعتقاد به خرافات و باورهای اشتباه، معتقد به درمانهای علمی برای بهبود بیماری روانی نیستند و تصور می کنند که بیمار طلسم شده یا او را جادو کرده اند و یا فکر می کنند که با دعانویسی و درمانهای سنتی بیماری روانی فرد درمان خواهد شد.

درمانی مراجعه کنند. نقش بهورز در به دلایل فوق الذکر، بسیاری از خانواده ها مایل نیستند که به مراکز این مورد بسیار حساس و مهم است. وظیفه بهورز این است که بیمار روانی را از میان افراد عادی جامعه شناسایی کند و او را جهت مراجعه به پزشک و عمل کردن به توصیه های درمانی پزشک ترغیب نماید و تا بهبودی کامل بیمار، پیگیری ها و مراقبتهای لازم را در مورد او انجام دهد.

در برنامه سلامت روان بیماریابی به معنی شناسایی بیماران مشکوک به ابتلاء اختلالات روانی از میان جمعیت عمومی و افراد به ظاهر سالم است. بهورز بر اساس علائم موجود در فرم بیماریابی اختلالات روانپزشکی می تواند به شناسایی بیماران روانی بپردازد و آنها را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهد. روش کار به این صورت است که در زمان سرشماری ابتدای هر سال بهورز به منزل خانوارهای تحت پوشش مراجعه می کند و سؤالات فرم غربالگری را که شامل علائم شناسایی اختلالات روانپزشکی است از افراد خانوار می پرسد. چنانچه پاسخ حتی یکی از سؤالات مثبت باشد فرد پاسخ دهنده، مشکوک به اختلال روانی است و باید بهورز او را به پزشک ارجاع دهد. قابل ذکر است که در فرم غربالگری، سؤالات به تفکیک نوع اختلال مجزا نشده اند بلکه تعدادی سؤال وجود دارد که برای شناسایی همه انواع اختلالات روانپزشکی به کار می رود و در این خصوص بهورز فقط می تواند تعیین کند که آیا فرد مشکوک به ابتلاء به اختلال روانپزشکی هست یا نه، اما نمی تواند با قطعیت بگوید که فرد بیمار روانی است و نمی تواند نوع اختلال او را تعیین نماید. افرادی که در ارزیابی های غربالگری، مثبت تلقی می شوند باید جهت تشخیص، به سطوح بالاتر ارجاع شوند. تشخیص نوع اختلال افراد غربالگری شده برعهده پزشک می باشد.

❖ تذکره:

علاوه بر افراد به ظاهر سالم، فرم غربالگری باید برای کلیه افراد اعم از افراد زیر تکمیل شود:

الف - افرادی که قبلاً به اختلالات روانی مبتلا بوده اند و در حال حاضر بهبود یافته اند. در مورد این افراد احتمال عود اختلال بهبود یافته وجود دارد. علاوه بر این ممکن است این افراد به اختلال روانی دیگری مبتلا شوند.

ب - افرادی که در حال حاضر به اختلال روانپزشکی مبتلا هستند و اختلال آنها قبلاً شناسایی شده است اما به دلیل احتمال ابتلاء به اختلال توأم، بیماریابی باید در مورد شناسایی اختلال دوم وی صورت گیرد. قابل ذکر است که تمام بیماران روانی احتمال دارد در طول دوره بیماریشان به اختلال روانی دیگری نیز مبتلا شوند که در اینصورت مبتلا به اختلالات توأم می شوند. با اینکه این افراد تحت نظر پزشک هستند اما ممکن است پزشک به آنها گفته باشد که چند ماه دیگر مجدداً به پزشک مراجعه کنند (داروها چند ماهه تجویز شده باشد) بنابراین در طی این چند ماه ممکن است فرد به اختلال توأم^۱ مبتلا شود و در طی آن چند ماه چون پزشک او را ویزیت نمی کند اختلال دوم او شناسایی نمی شود. اما بهورز چون به طور مداوم با خانوارهای تحت پوشش خود در ارتباط است این قبیل موارد نیز می تواند به موقع شناسایی کند.

ج - افرادی که به دلیل مشکلات و بیماریهای جسمانی به طور مکرر به بهورز و پزشک مراجعه می کنند.

۱ تعریف اختلال روانی توأم : ابتلاء هم زمان یک فرد به دو اختلال روانی - یعنی فرد مبتلا به یک اختلال روانی ، در دوره ابتلاء به اختلال خود به یک اختلال روانی دیگر نیز مبتلا شود . مثلاً فرد مبتلا به صرع دچار افسردگی شود .

جهت آشنایی با علائم ، شناسایی و نحوه پیگیری و مراقبت اختلالات روانی به فصل ۶ مراجعه کنید .

علائم مورد نظر برای شناسایی اختلالات روانی در فرم بیماریابی وجود دارد که در انتهای این فصل ضمیمه شده است .

داستان ۱ :

مریم از اهالی روستای خلیل آباد یک خانم ۲۱ ساله مجرد است . او خیلی زیاد حرف می زند ، زیاد می خندد و بیش از حد شاد است . مدام در حال انجام کارهای مختلف در منزل است از کار کردن هیچوقت خسته نمی شود . انرژی خیلی زیادی دارد . شبها دیروقت می خوابد و صبح خیلی زود از خواب بیدار می شود . مریم خیلی ولخرج است و دوست دارد به خرید برود و چیزهایی که خیلی مورد نیازش نیست و حتی با قیمت گران خریداری کند . او لباسهایی با مدلها و رنگهای عجیب و جلب توجه کننده می پوشد . گاهی اوقات پرخاشگر می شود و با مادر و برادرش دعوا می کند . در زمان غربالگری خانوارها و تکمیل فرم غربالگری برای افراد خانواده مریم ، بهورز متوجه علائم اختلالات روانی در مریم شده است . بهورز به مریم گفت که روز دوشنبه که پزشک در خانه بهداشت حضور دارد به خانه بهداشت مراجعه کند تا توسط پزشک ویزیت شود . پزشک پس از انجام مصاحبه روانپزشکی با بیمار و بررسی علائم او ، تشخیص داد که مریم به اختلال دوقطبی مبتلاست . پزشک داروهای لازم را به بیمار تجویز کرد و به او گفت که یک ماه دیگر مجدداً جهت ویزیت پزشک مراجعه کند .

ارجاع بیماران :

بهورز پس از شناسایی بیمار وضعیت او را در فرم ارجاع ثبت می کند و او را همراه فرم ارجاع به پزشک عمومی مرکز بهداشتی درمانی روستایی ارجاع می دهد . پزشک پس از بررسی وضعیت بیمار ، اختلال او را تشخیص می دهد و نوع اختلال وی ، داروهای تجویز شده ، دوز داروها و زمان مراجعه بعدی بیمار را در پایین فرم ارجاع ثبت میکند و بیمار را همراه این فرم به بهورز بازگشت ارجاع می دهد و بهورز را از بازخورد ارجاع مطلع می کند . (بازخورد ارجاع)

ارجاع تنها به مفهوم فرستادن مراجع به یک منبع دیگر نیست بلکه ارجاع یک رابطه دو طرفه است یعنی پس از ارجاع ، بهورز باید منتظر بازخورد ارجاع باشد و نتیجه را پیگیری کند .

بهورز باید تمام مواردی را که بعنوان مشکوک به ابتلاء اختلالات روانی شناسایی می کند به پزشک ارجاع دهد . بهورز مجاز به درمان هیچ یک از اختلالات روانی نیست و این کار فقط باید توسط پزشک و یا در صورت نیاز به درمان غیر دارویی توسط روان درمانگر انجام شود .

موارد ارجاع فوری (فوریت‌های روانپزشکی) :

چنانچه در مورد عموم جامعه یا بیماران روانی یکی از حالت‌های زیر مشاهده شود بهورز باید فرد را به پزشک ارجاع فوری دهد :

- ۱- اختلالات سایکوتیک
- ۲- خشونت و پرخاشگری به طوری که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود
- ۳- افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی
- ۴- صرع مداوم
- ۵- عوارض شدید داروهای روانپزشکی

داستان ۲ :

در روستای فردوس سرپرست یکی از خانوارها ، به نام رحمت که ۵۳ ساله است و ۳ فرزند دارد به اختلال سایکوتیک مبتلاست . او خیلی بدبین است و به همه سوء ظن دارد . او فکر می کند که دیگران قصد آزار دادن و اذیت کردن او را دارند . بهورز در زمان غربالگری خانوارها ، او را بعنوان مشکوک به اختلال روانی شناسایی کرد و به پزشک ارجاع داد . پزشک در این بیمار اختلال سایکوتیک را تشخیص داد و برایش دارو تجویز کرد و به او گفت که یک ماه دیگر مجدداً مراجعه کند . اما رحمت بیماری خود را قبول ندارد و علائم و افکار خود را طبیعی می داند و معتقد است که این افکار واقعیت دارند و بیمارگونه نیستند . رحمت حاضر نیست به پزشک مراجعه کند و دارو مصرف نماید . او معتقد است که بیماری روانی ندارد و لازم نیست دارو بخورد . او از عوارض دارویی می ترسد و فکر می کند داروها حال او را بدتر می کنند . همسر رحمت به دلیل نگرانی از انگ بیمار روانی ، می ترسد که اقوام و آشنایان شوهر او را دیوانه یا بیمار روانی خطاب کنند به این دلیل او مایل نیست که برای درمان همسرش و ارجاع او به پزشک کاری انجام دهد و ترجیح می دهد او را نزد دعانویس روستا ببرد و از این طریق می خواهد بیماری همسرش را بهبود ببخشد . او نگران است که اگر همسرش را نزد پزشک ببرد همه اهالی روستا و اقوام می فهمند که رحمت بیمار روانی است و آبرویشان می رود .

فرآیند بیماریابی، درمان و ارجاع بیماران در برنامه سلامت روان :

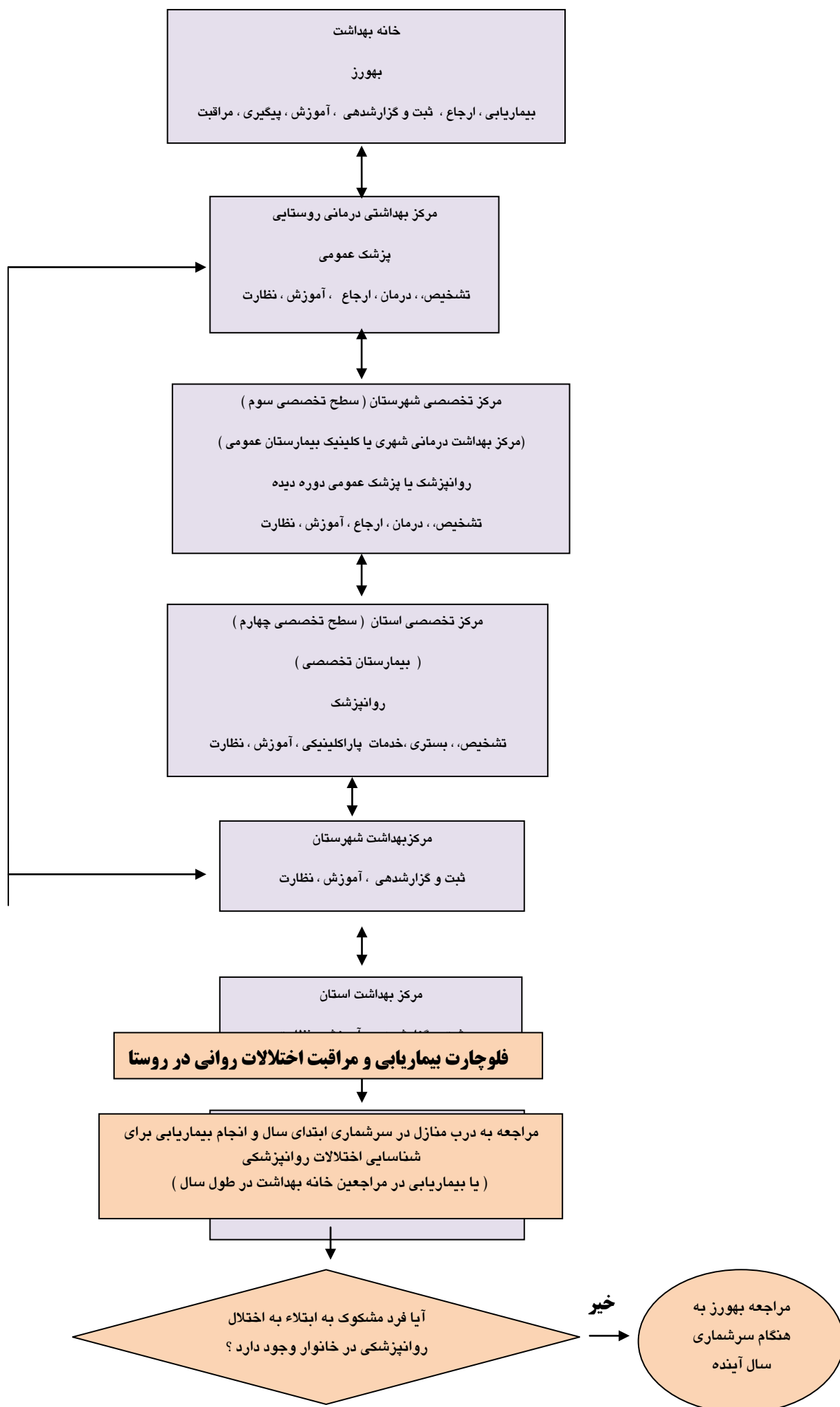
در برنامه سلامت روان اولین سطح ارائه خدمات در روستا، خانه بهداشت است . بهورز در زمان سرشماری ابتدای سال براساس فرم غربالگری که حاوی چند علامت مهم اختلالات روانپزشکی است ، بیماران منطقه تحت پوشش خود را شناسایی می کند و آنها را به پزشک عمومی مرکز بهداشتی درمانی روستایی ارجاع می دهد. پزشک فرم شرح حال روانپزشکی را برای بیماران ارجاع شده تکمیل می کند و براساس آن نوع اختلال را تشخیص می دهد و درمان دارویی مناسب را تجویز می نماید و بیماران را به خانه بهداشت بازگشت

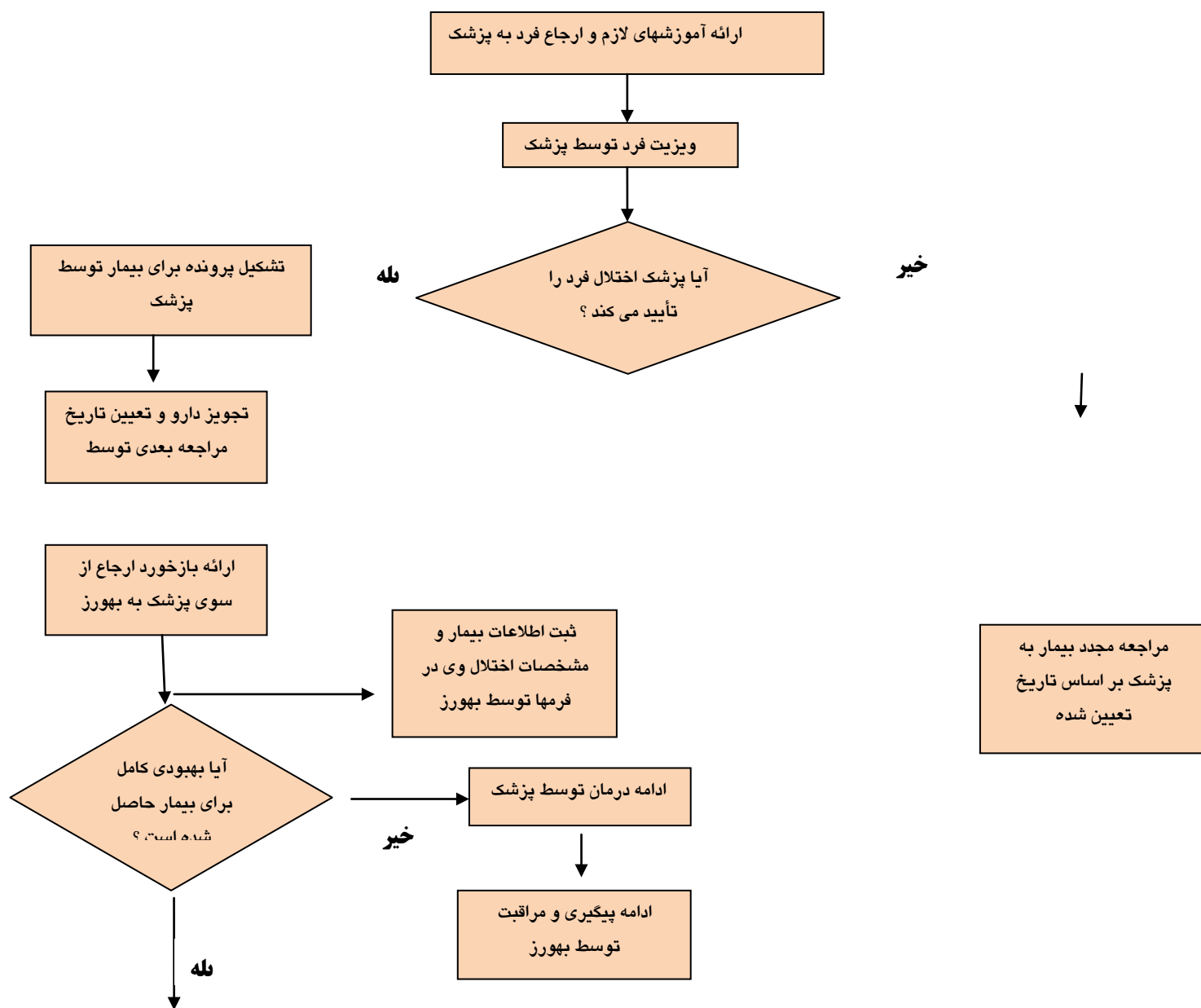
ارجاع می دهد (پسخوراند ارجاع) . در خانه بهداشت بهورز نوع اختلال بیمار و مشخصات وی را براساس تشخیص پزشک در فرم ثبت اختلالات روانپزشکی ثبت می کند و وضعیت پیگیری بیماری او را در فرم پیگیری ثبت می نماید. بیمارانی که تشخیص اختلالات آنها نیاز به مهارت تخصصی دارد، پزشک عمومی آنها را به مرکز تخصصی شهرستان ارجاع می دهد.

مرکز تخصصی شهرستان (سطح تخصصی سوم) در پلی کلینیک تخصصی شهرستان قرار دارد. در این مرکز یک روانپزشک و در صورت عدم وجود روانپزشک ، یک پزشک عمومی که مدت دو ماه دوره آموزشی اختلالات روانپزشکی را گذرانده شاغل است و می تواند خدمات تخصصی روانپزشکی را به بیماران ارائه دهد. در این مرکز فرم شرح حال روانپزشکی برای بیمار تکمیل می شود و بیماری وی تشخیص داده شده و درمان دارویی مناسب برای او تجویز می گردد و بیمار پس از این مراحل به مرکز بهداشتی درمانی و سپس به خانه بهداشت بازگشت ارجاع داده می شود و مشخصات بیمار و اختلال وی توسط بهورز در فرم ثبت اختلالات روانپزشکی درج می شود. در صورتیکه بیمار نیاز به بستری شدن یا خدمات تشخیصی پاراکلینیکی داشته باشد او را به مرکز تخصصی استان (سطح تخصصی چهارم) که بالاترین سطح ارائه خدمات سلامت روان است ارجاع می دهند . این مرکز در بیمارستان قرار دارد و خدمات سلامت روان در آن توسط روانپزشک ، روان شناس ، مددکار اجتماعی و روان پرستار ارائه می گردد . قابل ذکر است که یک روانپزشک بعنوان مشاور علمی برنامه در سطح تخصصی چهارم مستقر است . وظیفه مشاور علمی برنامه پایش و نظارت سطوح مختلف است و آموزش و باز آموزی پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی و پزشکان عمومی دوره دیده سطوح تخصصی را نیز عهده دار می باشد .

قابل ذکر است که علاوه بر بیماریابی سالیانه که در ابتدای هر سال در زمان سرشماری توسط بهورز انجام می شود ، لازم است بهورز در طول سال نیز برای افراد آسیب پذیر که در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی هستند فرم غربالگری را تکمیل نماید .

نمودار خدمات در برنامه ادغام سلامت روان





فرم بیماریابی اختلالات روانی در برنامه سلامت روان برای بهورزان

بله خیر

علائم اختلالات

- ۱- فردی که هر چند وقت یکبار در بیداری یا خواب دچار حمله تشنج یا غش می شود ، بیهوش شده ، دست و پا می زند و کف از دهانش خارج می شود .
- ۲- کودکی که در سن مدرسه گاهی مات زده شده و چند لحظه به جایی خیره می شود ، لب و زبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می لیسد .
- ۳- کودکی که به دنبال تب شدید دچار تشنج می شود .
- ۴- کودک در ۴ تا ۵ ماهگی گردن نمی گیرد ، در ۱۰ تا ۱۲ ماهگی نمی نشیند ، در ۱ تا ۱/۵ سالگی راه نمی رود ، در ۲ تا ۳ سالگی حرف نمی زند ، در ۳ تا ۴ سالگی جای خود را شبها خیس می کند .
- ۵- دانش آموزی که از نظر درسی از همه ضعیف تر است ، مرتب مردود می شود و یا از مدرسه اخراج شده است ، مشکلات بند ۴ را هم داشته است .
- ۶- فرد بزرگسالی که رفتار کودکانه دارد ، هوش او کمتر از دیگران است ، شغل ندارد ، قادر به یادگیری کار جدیدی نیست ، مشکلات بند های ۴ و ۵ را داشته است .
- ۷- فردی که توهم و هذیان و گفتار غیر منطقی دارد ، صداهایی را می شنود که دیگران نمی شنوند ، چیزهایی را می بیند که دیگران نمی بینند ، سوء ظن دارد ، فکر می کند دیگران می خواهند او را بکشند یا همسرش دارد به او خیانت می کند ، رفتارهای عجیب و غریب دارد ، شکلک در می آورد ، به درو دیوار خیره می شود ، با خودش حرف می زند یا می خندد .
- ۸- فردی که خیلی غمگین و بی حوصله است ، تنهایی را دوست دارد ، گریه می کند ، مشکلات خواب و اشتها دارد ، گاهی اوقات نمی تواند کارهایش را انجام دهد ، افت تحصیلی دارد ، از مدرسه غیبت می کند .
- ۹- از زندگی ناامید است ، افکار خودکشی دارد یا به خودکشی اقدام می کند .
- ۱۰- فردی که بدون دلیل خوشحال و پرحرف و پرتحرک است ، بی خوابی شدید دارد ، کارهای زیاد بی هدفی انجام می دهد ، هیچوقت از بی خوابی و پر کاری خسته نمی شود ، خود را مهم می داند ، مدام آواز و شعر می خواند ، خیلی زود عصبانی یا خندان یا گریان می شود .
- ۱۱- فردی که اضطراب دارد و بیقرار است .
- ۱۲- فردی که عصبی و پرخاشگر است .
- ۱۳- فردی که وسواس دارد .
- ۱۴- فردی که بدون وجود بیماری جسمی دچار دردهای پراکنده بدنی است .

نمونه ای دیگر از سؤالات بیماریابی اختلالات روانپزشکی برای بهورزان جهت مطالعه بیشتر

- ۱- به طور مداوم و بی دلیل دچار تشویش ، دلهره و نگرانی می شود ؟
- ۲- از موارد زیر دچار احساس ترس و وحشت می شود :
تاریکی، ارتفاع ، آب ، حیوانات ، مکانهای بسته، صحبت کردن در جمع
- ۳- در موارد زیر دست به اعمال تکراری میزنید و آنها را با وسواس و حساسیت زیاد انجام می دهد :
نظافت و شستشو ، شمارش اعداد و وسایل ، مرتب کردن وسایل و نظم دادن به آنها ، چک کردن بسته بودن شیر گاز و درب منزل
- ۴- قبلاً دچار حادثه ای شده است که اکنون از یادآوری صحنه های آن دچار وحشت می شود یا راجع به آن کابوس می ببیند ؟
- ۵- به دردها ، مشکلات و بیماریهای جسمانی مبتلا است که پزشکان علت جسمی برای آن نیافته اند و علت آن را عصبی می دانند ؟
- ۶- احساس غمگینی ، اندوه و ناامیدی می کند ؟ زیاد گریه می کند ؟
- ۷- گوشه گیر است و با کسی ارتباط برقرار نمی کند ؟
- ۸- بی دلیل و بیش از حد خوشحال است ؟ زیاد حرف می زند و زیاد می خندد ؟
- ۹- عصبی و پرخاشگر است ؟
- ۱۰- به خودکشی فکر می کند ؟
- ۱۱- قبلاً به خودکشی اقدام کرده است ؟
- ۱۲- دست به رفتارهای خشونت آمیز می زند که موجب آسیب به خود یا آسیب به دیگران می شود ؟
- ۱۳- با خودش حرف می زند ؟
- ۱۴- صداهایی را میشنود که دیگران نمی شنوند یا چیزهایی را می بیند که دیگران نمی بینند ؟
- ۱۵- معتقد است که دیگران او را تعقیب می کنند و قصد کشتن او و یا آسیب رساندن به او را دارند ؟
- ۱۶- معتقد است که رئیس جمهور ، امام ، پیغمبر یا شخص مهمی است ؟
- ۱۷- قادر نیست امور شخصی خود را انجام دهد ؟ (غذا خوردن ، نظافت کردن خود ، لباس عوض کردن و ...)
- ۱۸- تا کنون دچار حمله تشنج شده است که به دنبال آن غش کند و بیهوش شود (حمله صرع) ؟
- ۱۹- تا کنون پیش آمده که فرزند خردسال برای چند لحظه حالت بهت زدگی داشته باشد و به یک نقطه خیره بماند و هشیاری خود را در آن لحظات از دست بدهد ؟
- ۲۰- فرزند خردسال از نظر مراحل رشد (سینه خیز رفتن ، چهار دست و پا رفتن ، راه رفتن ، حرف زدن) مطابق با سن خود و مانند همسالان خود است ؟
- ۲۱- فرزند خانواده بیش از اندازه پر انرژی و فعال است و مدام جست و خیز می کند ؟
- ۲۲- فرزند خانواده کارهای زیر را انجام می دهد :

آزار حیوانات ، تخریب وسایل ، دزدی ، دروغگویی ، فرار از مدرسه یا منزل ، آتش افروزی، زورگویی ، کتک کاری ، پرخاشگری و خشونت ، ناخن جویدن

۲۳- فرزند شما لکنت زبان یا تیک دارد ؟

۲۴- فرزند خانواده (بعد از سن ۳ سالگی) ادارو مدفوع خود را کنترل می کند ؟

خلاصه فصل

گروه های هدف در برنامه ادغام سلامت روان عبارتند از : بیماران روانی ، خانواده بیماران ، عموم جامعه که باید کلیه خدمات لازم به این گروهها ارائه شود . گروههای آسیب پذیر افرادی هستند که به دلیل مشکلات فردی ، خانوادگی و اقتصادی بیشتر از سایر افراد مستعد ابتلاء به اختلال روانی هستند و توان مقابله آنها با استرس های روزمره زندگی شان کمتر است . بهورز باید بر اساس فرم غربالگری اختلالات روانی ، بیماران را شناسایی کند و آنها را به پزشک ارجاع دهد . نظام بیماریابی و ارجاع بیماران نشان دهنده مراحل مختلف ارائه خدمات سلامت روان توسط تیم سلامت در سطوح مختلف مراقبتهای بهداشتی اولیه است .

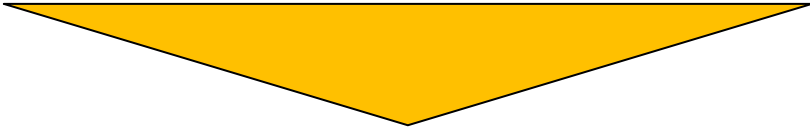
تمرین خارج از کلاس

- ۱- گروه‌های هدف در برنامه ادغام سلامت روان را تعریف کنید .
- ۲- گروه‌های آسیب پذیر در برنامه ادغام سلامت روان چه افرادی هستند ؟
- ۳- برای غربالگری و شناسایی افراد مشکوک به ابتلاء به اختلال روانی چه اقداماتی باید انجام دهید ؟
- ۴- در چه مرحله ای بیمار روانی را به پزشک ارجاع می دهید ؟
- ۵- عوارض داروهای روانپزشکی را توضیح دهید .
- ۶- چه مواردی از اختلالات و مشکلات روانی را باید ارجاع فوری بدهید ؟
- ۷- با چند نفر از اهالی روستا مصاحبه کنید و از آنها راجع به باورها و اعتقاداتی که در مورد بیماران روانی و اختلالات روانپزشکی دارند سؤال کنید تا بتوانید به وجودباورهای اشتباه و خرافی در آنها پی ببرید و در آموزشها آنها را مدنظر قرار دهید .

تمرین در کلاس درس

- ۱- از افراد کلاس بخواهید که با روش بارش افکار گروه‌های آسیب پذیر در برنامه سلامت روان را ذکر کنند.
- ۲- با روش ایفای نقش یک نفر در نقش بیمار و یک نفر در نقش بهورز باشد و کار بیماریابی توسط بهورز انجام شود.
- ۳- فلوجارت بیماریابی و مراقبت اختلالات روانی را ترسیم کنید و آن را برای دیگران توضیح دهید.
- ۴- به همراه فرم بیماریابی به درب منزل یکی از خانوارهای جدید روستا که در ابتدای سال غربالگری نشده اند بروید و با استفاده از علائم ذکر شده در فرم ، کار شناسایی افراد

فصل چہارم



برقراری ارتباط با گروه های هدف

درباره سلامت روان

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

- هدف از برقراری ارتباط در برنامه سلامت روان را بیان نمایید.
- مهارت های لازم برای برقراری ارتباط با گروه هدف در برنامه سلامت روان را نام برده و در مورد هر یک توضیح دهید.

عناوین فصل

- مقدمه - ارتباط در سلامت روان
- برقراری ارتباط برای ارتقاء سلامت روان
- مروری دوباره بر تعریف سلامت روان
- گروه های هدف در برنامه سلامت روان
- مروری بر مهارت های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقاء سلامت روان

لغات کلیدی

- برقراری ارتباط
- گروههای هدف

مقدمه: ارتباط در سلامت روان

ارتباط در سلامت روان به مفهوم به کارگیری راهکارهایی به منظور آگاه سازی و تاثیر بر تصمیمات فرد و جامعه برای ارتقاء سلامت روان است. در دهه های اخیر فضای پیچیده تبادل اطلاعات دچار تغییرات چشم گیری شده است. علاوه بر این



مسائل و معضلات سلامت روان شکل‌هایی کاملاً متفاوت به خود گرفته‌اند. در این شرایط در برقراری ارتباط برای سلامت روان باید تمامی تلاش خود را بر این نکته متمرکز نماییم که آنها بتوانند به صورت داوطلبانه و با احساس ایجاد ارزشی افزوده در خود اقدام به ارتقاء سلامت نمایند. این موضوع موجب می‌شود تا افراد با کسب آگاهی‌های لازم تمایل پیدا کنند تا از خدمات برنامه بهره‌مند شده و در آن مشارکت کنند. به تعبیر دیگر برقراری ارتباط به مفهوم بازاریابی اجتماعی و فردی در مداخلات سلامت روان است.

برقراری ارتباط برای ارتقاء سلامت روان:

برای درک عمیق شیوه‌ها و اهداف برقراری ارتباط برای سلامت روان در درجه نخست باید اقدام به ارائه تعریفی دقیق، جامع و کاربردی از سلامت روان نمود. با درک این تعریف می‌توان دریافت که اساساً موضوع ارائه خدمات سلامت روان چه افرادی را به چه منظور، با چه شیوه‌ای، با استفاده از چه امکاناتی و با چه هدفی تحت پوشش قرار می‌دهد و ارائه این خدمات از چه ارزشی برخوردار است.

مروری دوباره بر تعریف سلامت روان:

سازمان جهانی بهداشت در دیدگاه نوین خود سلامت را برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی معنی نموده‌است. در این میان سلامت روان واژه‌ای است که بیانگر توانایی شناختی و عاطفی یک فرد برای برخورداری از یک زندگی بارور است. سلامت روان براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت روان به حالتی از رفاه اطلاق می‌شود که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد و می‌تواند بر تنش‌های روانی معمول در زندگی فائق آمده و به صورتی کارآمد مثرثمر باشد.



گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان:

واضح است این تعریف بیش از هر چیز بر توان شناختی و عاطفی افراد تمرکز دارد و اساساً پیامد کاهش سطح سلامت روان را کاهش کارایی در برخورداری از یک زندگی پربار دانسته‌است. در چنین شرایطی می‌توان گفت که هر فرد از افراد جامعه در درجه‌ای از سلامت روان قرار دارد. بر این اساس گروه‌های هدف سلامت روان شامل تمامی سنین، هر دو جنس و همه افراد با هر وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و از هر قومیت و اعتقادی خواهند بود؛ هیچ فرد از افراد جامعه را نمی‌توان پیدا کرد که نیازمند حمایت‌های اجتماعی برای برخورداری از حداکثر سلامت روان نبوده و هیچ فردی را نمی‌توان یافت که فاقد نیاز برای رشد و تعالی برای رسیدن به درجات بالاتری از این موضوع نباشد.

در اینجا ذکر این نکته حائز اهمیت است که اگر چه در برخی تعاریف یک فرد با سلامت روان را شخصی دانسته‌اند که فاقد هر گونه اختلال یا بیماری روانی باشد، اما در بسیاری از تعاریف دست‌یابی به ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی را برای افراد فاقد اختلال به عنوان یکی از اهداف سلامت روان پیش‌بینی نموده‌اند. در این زمینه گفته می‌

شود حتی در شرایطی که فرد فاقد هر گونه اختلال یا بیماری روانی باشد، باز هم می‌توان درجاتی از رشد روانی را برای وی تصور کرد که در آن عواطف فرد از ظرفیت‌های کامل تری برای برخورداری از زندگی پربار بهره‌مند بوده و قادر است بر چالش‌هایی هر چند عمیق که در زندگی‌اش پیش می‌آید غلبه نماید. این دیدگاه موضوعاتی نظیر ارزشمندی، قدرت کنترل، هوشمندی‌های عاطفی، قدرت فردی، قابلیت حل مسئله، خلاقیت، طبیعت شاد و رضایت‌مندی فردی را مورد توجه قرار می‌دهند.

در این میان دیدگاه مکتب حیاتبخش اسلام در زمینه سلامت به صورتی عمیق این موضوع را مورد توجه قرار داده است. بینش اسلامی دیدگاهی کل‌نگر به مفهوم سلامت دارد و اساساً سلامت جسم، روان و روح را کاملاً پیوسته و وابسته به یکدیگر دانسته و بر ضرورت ایجاد محیطی امن و عاری از پلیدی‌ها برای تحقق رشد روانی اعتقاد دارد.

طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای ارائه خدمات سلامت روان:

حال که دریافتیم سلامت روان موضوعی برای تمامی افراد جامعه با هر ویژگی است باید به نکته‌ای دیگر در زمینه ارائه خدمات توجه نماییم. این موضوع طبقه‌بندی افراد با نیازهای مشابه برای دریافت خدمات معین است. در اغلب موارد درک نیاز به خدمات از طریق مشاوره با افراد صورت می‌پذیرد. با این وجود همواره افرادی خاص از جامعه که تحت شرایط ویژه‌ای زندگی می‌کنند در معرض مخاطرات سلامت روان خاص بوده و به خدمات تقریباً یکسانی نیاز دارند. رویکردهای مختلفی برای طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای سلامت روان می‌توان پیدا کرد، اما آنچه که در این کتاب مورد تاکید قرار می‌گیرد انتخاب گروه‌های هدف بر دو مبناست. مبنای نخست طبقه‌بندی گروه‌های هدف براساس اختلالات شایع سلامت روان است. این رویکرد در محتوای اصلی فصل‌های را در بر گرفته و شامل طبقه‌بندی افراد در گروه‌هایی نظیر مبتلایان به افسردگی و اضطراب، اختلالات دو قطبی، حالت‌های عصبیت، انواع اختلالات روانی و ... است. مبنای دوم انتخاب گروه‌های هدف براساس گروه‌های سنی است. در این رویکرد گروه‌های سنی واجد قرار گرفتن در دسته‌های افراد در معرض مخاطرات و بیماریهای روانی خاص تلقی می‌شوند. این رویکرد برای ارائه بسته‌ای از خدمات ادغام یافته مختلف به یک حیطه سنی همواره مورد نظر ارائه‌دهندگان خدمات است. به عنوان مثال می‌توان تصور کرد که اختلالاتی نظیر عدم تمرکز و بیش‌فعالی، شب‌آدراری و کابوس‌های شبانه در گروه سنی کودکان از بروز بالاتری برخوردار است و در هنگام ارزیابی سلامت روان می‌توان علائم و نشانه‌های وقوع این موارد در گیرنده خدمات را مورد بررسی قرار داد.

طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای برنامه سلامت روان بدان لحاظ ارزشمند است که به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت این امکان را می‌دهد که با حجم کمتری از فعالیت و پی‌گیری‌ها و با رویکردی نظام‌دار واجدین شرایط برنامه سلامت روان را شناسایی نموده و آنها را تحت پوشش خدمات قرار دهند.

بدین منظور جداول و دستورعمل‌های مشخص طراحی شده است که با استفاده از آنها می‌توان این اقدام را به صورتی سازمان‌دهی شده و کارآمد انجام داد.

مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقاء سلامت روان:



برقراری ارتباط برای ارتقاء سلامت روان به طور معمول براساس شیوه های رایج برقراری ارتباطات انسانی و با ملاحظه متغیرهای سلامت روان و صفات و ویژگی های بیماری های روانی صورت می گیرد. انتظار بر این است که شما این مهارت ها را در طول دو فصل اختصاصی که شامل برقراری ارتباط با افراد و روش مشاوره و آموزش بهداشت با گروه ها فرا گرفته باشید، با این وجود از آنجا که در طول زمان شناسایی گروه های هدف نیازمند برقراری ارتباط برای ورود افراد به برنامه هستید لازم است مروری مختصر بر روش های برقراری ارتباط با گروه های هدف داشته باشیم.

سرفصل اصول برقراری ارتباط با گروه های هدف شامل برخورداری از مهارت های زیر می باشد:

- ۱- مهارت کمک به دیگران
- ۲- مهارت هدایت و آموزش
- ۳- مهارت های مدیریت و رهبری
- ۴- مهارت های نظارت و سرپرستی
- ۵- مهارت های مباحثه و صحبت
- ۶- مهارت گوش دادن

بحث در زمینه هر یک از این مهارت ها از حوصله مطالب این فصل خارج است، با این وجود برای آن که شما به درکی مناسب از موضوع دسترسی پیدا نمایید مروری بسیار مختصر بر مهارت های فوق نموده و برای آن ها مثال هایی خواهیم آورد. ذکر این نکته ضروری است که برخورداری کامل از این مهارت ها نیازمند دانش، نگرش و مهارت کافی است. تحصیل مهارت در این زمینه نیازمند تمرکز، تمرین و تجربه مکرر است.

۱- مهارت کمک رسانی:

افرادی که نیازمند برخورداری از خدمات سلامت روان می باشند حالت های مختلفی از شرایط جسمی، روانی و اجتماعی دارند. برخی از آن ها قادر به بیان احساسات و نگرانی های خود نیستند نظیر کودکان یا افراد عقب مانده ذهنی اما در مقابل برخی از آن ها ممکن است پرحرف بوده و هیجان زیاد و به طرز مبالغه آمیزی احساسات خود را بیان نمایند. در هر شرایطی وظیفه ارائه دهنده خدمات این است که به گیرندگان خدمت تفهیم نماید که در واحد خدمتش تسهیلاتی فراهم آمده که می تواند از آن ها برای ارتقاء وضعیت خود بهره مند شد. اما بیش از این که این تسهیلات برای مشتریان ارائه خدمات کارآمدی داشته باشد احساس و برداشت افراد از خود ارائه دهنده خدمت نقشی تعیین کننده دارد. مردم باید به درستی دریابند که ارائه دهنده خدمت دارای تعهد، تجربه و دانش کافی برای

کمک یا هدایت آنهاست. بنابراین شرایط کمک به افراد در وضعیتی مهیا می گردد که ارائه دهنده خدمت دارای مهارت ها و تعهد لازم برای کمک به دیگران باشد.

۲- مهارت های هدایت و آموزش:

ارائه دهنده خدمت باید بتواند با مهارت خود در زمینه آموزش نقش و اهمیت برنامه سلامت روان و نیازهای گروه های هدف را روشن نموده و به حد کفایت به پرسش های آن ها پاسخ دهد. علاوه بر این ارائه دهنده خدمت باید بتواند گیرندگان خدمت را تشویق به یادگیری، ایجاد شرایط رشد و خلاقیت و بهبود رفتارها نماید. بدین منظور امکانات مختلفی نظیر پوستر و پمفلت های آموزشی در زمینه سلامت روان در اختیار ارائه دهنده خدمت می باشد که می توان با بهره گیری از آنها بر توان و ادراک مردم برای ارتقاء سلامت روان و ایجاد مباحثات گروهی آموزشی بهره جست.

۳- مهارت های مدیریت و رهبری:

مهارت های مدیریت در زمینه سلامت روان عبارتند از مهارت در ایجاد تغییر در محیط زندگی مردم و تاثیر برای حل مشکلات آن ها، تلاش برای مقابله با عوامل مخرب سلامت روان و ایجاد تعهد در خود و سایرین برای ارتقاء سلامت روان و حل مشکلات موجود، علاوه بر این مدیریت برنامه های سلامت روان می بایست دارای برنامه ای سازماندهی شده برای انجام عملیات و تحقق اهداف باشد. در این برنامه ها افراد شرکت کننده در برنامه موقعیت های ویژه ای می یابند و به نقش و وظایف خود در زمینه حل مشکلات سلامت روان می پردازند.

۴- مهارت های نظارت و سرپرستی:

هدف از نظارت و سرپرستی در برنامه های سلامت روان ایجاد جایی که به منظور کنترل عوامل انسانی و سایر منابع برای ایجاد حداکثر بهره مندی در رشد می باشد. در این شرایط ارائه دهنده خدمات سلامت روان باید به نحوی عمل نماید که از منابعی که در اختیار دارد اعم از منابع داخل یا خارج سازمان به درست ترین شکل استفاده نموده و با اعمال نظارت و سرپرستی بر منابع به هدفت فوق نائل آید.

۵- مهارت های مباحثه و صحبت:

مهارت های گفت و گو در زمینه سلامت روان موجب می گردد تا گیرندگان خدمت بتوانند بر آنچه که به آنها در قالب گفت و گو منتقل می شود احاطه کافی پیدا نموده، سئوالات خود را مطرح و با احترام در زمینه سئوالاتشان آگاهی پیدا نمایند. در چنین شرایطی ارائه دهنده خدمت با برخورداری از مهارت های گفتگو خواهد توانست شرایط مناسبی برای پیشبرد برنامه های خود ایجاد نماید.

۶- مهارت های گوش دادن:

مهارت گوش دادن یکی از اساسی ترین مهارت های مورد نیاز برای اجرای برنامه های سلامت روان است. این مهارت موجب می شود تا ارائه دهندگان خدمات بتوانند به توسعه عمیقی از ارتباط با گیرنده خدمت دسترسی پیدا کنند. برای آن که ارائه دهنده خدمت فهمی مناسب از مسائل و مشکلات گیرنده خدمت پیدا نماید می بایست تلاش نماید تا اتفاقات زیر تحقق پذیرد:

- به درستی آنچه که گیرنده خدمت در مورد خود و احساساتش بیان می کند را درک نماید.
- در زمینه آنچه که گیرنده خدمت از او سؤال می نماید بدون حاشیه و بدون توجه به مسائل جانبی پاسخی روشن و حتی الامکان کوتاه ارائه نماید.
- از قطع صحبت گیرنده خدمت در حین ارائه احساسات و عواطف خود مگر در شرایطی که منجر به اطلاق وقت می گردد، خودداری نماید.
- در مورد آنچه که نفهمیده است یا برداشت مبهمی دارد از ارائه دهنده خدمت سؤال نماید.

تمرین در کلاس درس

- با ایجاد امکان بحث و گفتگوی مشارکتی در کلاس درس در زمینه بازاریابی اجتماعی برای سلامت روان مباحثه کنید. در این مباحثات روشن نمایید که "اساساً چگونه می توان مردم را تشویق نمود به صورت داوطلبانه و بدون هیچ گونه اجبار از خدمات سلامت روان بهره مند شوند؟"
- در قالب تیمی که تشکیل داده اید روشن نمایید که "چرا طبقه بندی گروه های هدف ضرورت می یابد."
- به نظر شما کدامیک از مهارت های نام برده شده در این فصل برای برقراری ارتباط با گروه های هدف از اهمیت بیشتری برخوردارند؟ دلائل خود را ذکر کنید.
- با اجرای ایفای نقش نمونه هایی از روش های برقراری ارتباط با افراد را اجرا نمایید. در هر بار از ایفای نقش گروهی از همکلاسیان می توانند ناظر ایفای نقش بوده و اشکالات را پس از اجرای آن بازگو نموده و دوباره ایفای نقش با گروهی دیگر تکرار شود.

تمرین در خارج از کلاس

با مراجعه به سایر منابع در دسترس در یکی از زمینه های زیر تحقیق نموده و نتایج را در جلسه بعدی به سایرین انتقال دهید. در این زمینه ممکن است شنوندگانی که به آنها ارائه گزارش می نمایید خود نظراتی در مورد مطالبی که ارائه می دهید داشته باشند. علاوه بر این شما می توانید در زمینه سایر موضوعاتی که مربی معرفی می کند اقدام به مطالعه و گردآوری مطالب نمایید.

مهارت گوش دادن

مهارت صحبت کردن

مهارت مدیریت و رهبری

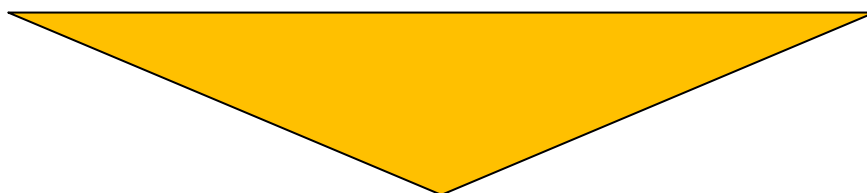
مهارت آموزش به بزرگسالان

مهارت مشاوره

خلاصه فصل

برقراری ارتباط در سلامت روان با هدف ترغیب افراد و گروه های هدف برای ورود به برنامه و مشارکت فعال و همه جانبه آنها در برنامه صورت می گیرد. برای برقراری ارتباط در سلامت روان باید مهارت های خاص وجود داشته باشد. کسب این مهارت ها نیازمند برخورداری از دانش و نگرش های لازم در زمینه سلامت روان است، اما برخورداری از این مهارت ها نیازمند تمرکز، تمرین مکرر و تجربه با بهره گیری از شیوه های علمی است.

فصل پنجم



مروری بر اختلالات روانپزشکی شایع

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود که بتوانید:

- ۱- اختلالات شایع روانپزشکی را به تفکیک گروه های سنی نام ببرید.
- ۲- علایم و نشانه های شایع و مهم هر اختلال را نام ببرید.
- ۳- تعریف و توصیفی از هر یک از علایم و نشانه های شایع بیان کنید.
- ۴- گروه های در معرض خطر و عوامل موثر در پیدایش اختلالات شایع روانپزشکی را بیان کنید.
- ۵- ضرورت شناسایی و نحوه غربالگری اختلالات شایع را بیان کنید.
- ۶- موارد و نحوه ارجاع افراد شناسایی شده به سطوح بالاتر را بیان کنید.
- ۷- زمان بندی و نحوه ارائه مراقبت های پیگیری را برای بیماران دچار اختلالات روانپزشکی شایع بیان کنید.

واژگان کلیدی

اختلالات خلقی

افسردگی

اختلالات دو قطبی

خودکشی

فهرست مطالب فصل

- اختلالات خلقی: افسردگی
- اختلالات دوقطبی
- اورژانس های روانپزشکی: خودکشی
- اختلالات اضطرابی
- اختلالات سایکوتیک
- اختلالات شبه جسمی
- صرع
- عقب ماندگی ذهنی
- اختلالات کودکان و نوجوانان
- اختلال بیش فعالی و کمبود توجه
- اختلالات سلوک
- اوتیسم
- اختلال یادگیری
- سایر اختلالات کودکان:
- 0 شب ادراری
- 0 بی اختیاری مدفوع
- 0 اختلالات گفتاری
- 0 اختلال تیک
- 0 عادات خاص: شست مکیدن، ناخن جویدن،

اختلالات خلقی:

اختلالات خلقی به طور کلی به دو گروه عمده اختلالات افسردگی و اختلالات دوقطبی تقسیم می گردند. در اختلالات افسردگی در مدت زمانی که چند هفته یا چند ماه طول می کشد، فرد از لحاظ هیجانی و خلقی بیش از حد غمگین، بی علاقه و ناامید است. در اختلالات دوقطبی فرد علاوه بر دوره هایی از افسردگی دوره هایی به نام مانیا را نیز تجربه میکند در حالت مانیا فرد در مدت زمانی که ممکن است چند روز (حداقل ۴ روز) یا چند هفته طول بکشد بیش از حد سرخوش، شاد، پرانرژی یا تحریک پذیر است توجه: بیماری که حداقل یک دوره مانیا را تجربه کرده است هر چند در حال حاضر در حالت افسردگی باشد همچنان مبتلا به مبتلا به اختلال دوقطبی محسوب می شود.

افسردگی:

مقدمه و تعاریف:

افسردگی اختلال شایعی است. از نشانه های مهم و کلیدی آن خلق و روحیه افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها و یا بی علاقه و بی لذتی در تقریباً اکثر فعالیت های روزمره است. شخصی که دچار افسردگی بیمارگون می شود، احساس غمگینی و بی حوصلگی می کند و اغلب کاهش واضح علاقه مندی و لذت بردن از همه یا تقریباً همه فعالیت ها را در اغلب روزها گزارش می کند. بیمار ممکن است بگوید احساس اندوه، ناامیدی یا بی ارزشی می کند. کاهش انرژی و خستگی اغلب موجب می شود که بیماران نتوانند وظایف و کارهای خود را به خوبی گذشته انجام دهند. در موارد شدیدتر افکار آزار دهنده ای چون احساس گناه، تنفر از زندگی، آرزوی مرگ و گاه افکار مربوط به خودکشی در این بیماران مشاهده می گردد. افسردگی معمولاً به دنبال استرس های بیرونی مانند نبود حمایت اجتماعی مناسب، بیکاری، وجود کشمکش های مداوم و تنش زا در زندگی فعلی و خانوادگی آشکار می شود.

نشانه های افسردگی:

بیماران مبتلا به افسردگی، علاوه بر خلق افسرده، دچار کاهش انرژی و علایق و بی حوصلگی نیز می گردند. علایم دیگر افسردگی شامل: اختلال در خواب مثل کاهش یا افزایش خواب، اختلال در اشتها مثل پرخوری یا کم خوری، اختلال در حافظه و تمرکز، اختلال عملکرد جنسی (بی میلی یا ناتوانی جنسی)، احساس گناه، علایم جسمی متعدد مثل سردرد، درد مفاصل و عضلات، سوزش یا درد معده و... که هیچ دلیل یا

تشخیص طبی دیگری ندارند و معمولاً در مراجعه به پزشک به عنوان درد های عصبی در نظر گرفته می شود.

توجه: این نکته حائز اهمیت می باشد که بدانیم در بسیاری از موارد با توجه به شرایط فرهنگی کشور ما، فرد افسرده بیش از افسردگی، از علائم بدنی و جسمانی شکایت دارد که علیرغم مراجعات متعدد به پزشکان بهبودی نیافته است و به عنوان درد های عصبی شناخته می شوند. در زیر تعریف و توضیح بیشتر نشانه های افسردگی شرح داده شده است:

خلق افسرده: احساس غمگینی، بی حوصلگی، پوچی، زود گریه کردن، کاهش واضح علاقه یا لذت از اموری که قبلاً مورد علاقه فرد بوده است، مثال ها:

- فردی که قبلاً از شرکت در جشن ها یا مهمانی ها لذت می برده، اکنون رغبت و علاقه ای به این گونه امور نشان نمی دهد. فرد گوشه گیری از جمع و تنهایی را ترجیح می دهد.

- فرد علاقه ای به انجام تفریحات مورد علاقه خود که در گذشته انجام می داده، نشان نمی دهد.

- چیزی موجب خوشحالی، نشاط و اشتیاق در فرد نمی شود، بازی با بچه ها، گردش، سفر و...

(توجه: خلق افسرده در کودکان و نوجوانان ممکن است به صورت تحریک پذیری یا بی قراری زیاد باشد).

خستگی و کاهش انرژی: خستگی زودرس و کسالت در انجام فعالیت های معمول فرد ممکن است بدون انجام کار سنگین نیز احساس بی رمقی و خستگی زیاد نسبت به گذشته احساس کند.

احساس بی ارزشی یا احساس گناه: کاهش اعتماد به نفس، سرزنش خود، احساس گناه شدید و عذاب وجدان بدون علت واضح یا منطقی.

کاهش یا افزایش خواب: مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن های مکرر طی خواب، بیدار شدن زودتر از همیشه، خواب آلودگی در طول روز

کاهش توانایی انجام فعالیت های روزمره: افت واضح کارایی و توانایی فرد در فعالیتهای شغلی، تحصیلی، اجتماعی که منجر به غیبت از کار، تحصیل، گوشه گیری از جمع یا ناتوانی از انجام امور منزل یا شخصی فرد شود.

نشانه های فوق باید در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها وجود داشته باشد تا به عنوان نشانه های

افسردگی در نظر گرفته شود.

گروه هایی که در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی قرار دارند:

- زنان به ویژه پس از زایمان (افسردگی پس از زایمان)
- سالمندان
- افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن مثل دیابت، صرع و بیماری‌های قلبی-عروقی
- افراد دچار سوءمصرف مواد یا الکل
- افرادی که مرگ یا جدایی از همسر، سوگ عزیزان، شکست‌های عاطفی، تحصیلی، شغلی را تجربه کرده‌اند.
- افرادی که دارای سابقه خانوادگی بیماری روانی به ویژه افسردگی هستند.

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار:

بهورزان کلیه افراد تحت پوشش برنامه ادغام بهداشت روان را با استفاده از فرم غربالگری اختلالات ارزیابی نموده و موارد شناسایی شده بر اساس راهنمای غربالگری برای تشخیص افسردگی به پزشک ارجاع می‌دهد.

ارجاع بیماران:

افراد یا به صورت مراجعه حضوری یا پس از غربالگری فعال جمعیت تحت پوشش توسط بهورز شناسایی می‌شوند. چنانچه فردی بر اساس دستورالعمل واجد شرایط ارجاع شناخته شود برای تشخیص قطعی و در صورت نیاز برای درمان ارجاع می‌شود.

توجه: تشخیص قطعی وجود اختلال (بیماری) روانپزشکی و نوع آن به عهده پزشک است و غربالگری فقط افراد مشکوک و پر خطر را شناسایی می‌نماید.

درمان افسردگی شامل درمان‌های دارویی (نظیر فلوکستین، سیتالوپرام، سرتالین نورتریپتیلین، آمی تریپتیلین، ایمی پرامین و...) و درمان‌های غیر دارویی (مشاوره، روان درمانی و...) است که توسط پزشک و بر اساس راهنمای درمان اختلالات برای بیمار اجرا خواهد شد.

نشانه ها و علایم	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
غمگینی، بی علاقی			

ارجاع فوری به پزشک	افسردگی شدید (قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران)	افسردگی	احساس خستگی و کاهش انرژی
ارجاع غیر فوری به پزشک	افسردگی خفیف تا متوسط (عدم وجود قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران)		کاهش توانایی انجام فعالیت های روزمره
			احساس بی ارزشی یا احساس گناه
			کاهش یا افزایش خواب
			افزایش یا کاهش اشتها

توجه: از فردی که نشانه ها و علائم افسردگی را دارد حتماً راجع به افکار خودکشی به همراه قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران سؤال کنید:

- آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟
- چنانچه پاسخ مثبت است، این علامت را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

مراقبت و پیگیری بیماران توسط بهورز:

افرادی که در غربالگری بهورز مشکوک به بیماری روانپزشکی شناسایی شده اند پس از ارجاع به پزشک (پزشک خانواده)، تشکیل پرونده و تایید تشخیص تحت درمان مراقبت و پی گیری قرار می گیرند. در مواردیکه علائم از شدت کمتری برخوردار هستند و قصد خودکشی نیز وجود نداشته است، به صورت ماهانه توسط بهورز پی گیری و مراقبت انجام خواهد شد. در موارد شدید پی گیری هفتگی در ماه اول توصیه می شد.

مواردی که باید در پیگیری بیماران افسرده توسط بهورزان اجرا شود:

- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پی گیری
- پی گیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک،
- پی گیری علائم افسردگی: غمگینی، کاهش انرژی، خستگی، مشکلات خواب و اشتها

- بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک (عوارض شایع: تهوع، اسهال یا یبوست، سوء هاضمه، خشکی دهان، خواب آلودگی، ... که در هفته اول پس از شروع داروها ممکن است بروز کند).

- پی گیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه)

پیگیری در مورد بیماران زیر باید در فواصل کوتاه حداکثر هفتگی انجام شود:

- ۱ - بیمارانی که افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته اند.
- ۲ - بیمارانی که دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پی گیری ندارند.

- ۳ - شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان. بهورز چنانچه در پی گیری های خود موارد فوق را شناسایی نمود ضمن آموزش به بیمار و خانواده تلاش خواهد نمود که بیمار سریع تر و زودتر از موعد مقرر توسط پزشک مربوطه ویزیت شود.

توجه: در صورت مشاهده و اطلاع از هر مورد فکر، قصد یا اقدام به خودکشی بیمار باید ارجاع فوری به پزشک داده شود.

نکاتی که بهورزان باید به خانواده و بیمار آموزش دهند:

- افسردگی بیماری شایع و قابل درمانی است به گونه ایکه بعضی به آن سرماخوردگی اعصاب می گویند.
- افسردگی یک بیماری است نشانه ضعف اراده یا تنبلی نبوده و صرفاً با توصیه های عمومی مانند مسافرت رفتن یا تفریح کردن برطرف نمی شود.
- بهبودی از افسردگی به تدریج و گاه در طی یکی دو هفته ظاهر خواهد شد.
- مصرف داروهای ضد افسردگی با تجویز پزشک خطر جدی برای بیمار ندارد.
- مصرف داروهای ضد افسردگی اعتیاد آور نیست و عوارض ماندگاری برای بیمار در بر نخواهد داشت.
- شایع ترین عوارض داروها در اوایل مصرف عبارتند از خواب آلودگی خفیف، سوءهاضمه، اسهال که با ادامه درمان و مصرف دارو همراه غذا تدریجاً بهبود می یابد.
- قبل از قطع داروها حتماً باید با پزشک مشورت شود.
- گاهی لازم است دارو برای جلوگیری از عود مشکل حداقل برای یک دوره شش ماهه مصرف شود.
- دارو باید هر روز استفاده شود و حتی الامکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.
- فرد افسرده را نباید تنها گذاشت، باید به کارهای ساده و روزمره سرگرم شود و مورد توهین و انتقاد قرار نگیرد و اگر افکار نومیدی، پوچی، خودکشی، و بیقراری و شردایط نگران کننده ای داشت لازم است به پزشک ارجاع فوری شود.

اختلالات دوقطبی:

مقدمه و تعاریف:

اختلال دوقطبی یک بیماری روانپزشکی است که باعث نوسانات شدید در خلق و روحیه فرد می شود، این اختلال به اسامی دیگری همچون اختلال مانیک-دپرسیو، مانیا، بای پلار Bipolar، شیدایی نیز نامیده می شود. این اختلال در بعضی موارد جنبه ارثی و خانوادگی دارد و چنانچه یکی از والدین مبتلا به این بیماری باشد احتمال دچار شدن به این اختلال در فرزندان افزایش می یابد.

علل و علائم اختلالات دوقطبی:

بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی ممکن است در زمان هایی احساس خوشحالی و نشاط بیش از حد داشته باشد، انرژی و فعالیت زیادی از خود نشان دهد که به نظر اطرافیان و نزدیکانش غیر عادی برسد و تصور کند قادر است هر کاری را هر چند بزرگ و ناممکن انجام دهد. احساس خستگی نمی کند و نیاز به خواب در او کم می شود. به این حالت «مانیا» گفته می شود. در عین حال همین بیمار ممکن است در زمان های دیگری به شدت احساس غمگینی و افسردگی داشته و حوصله انجام هیچ کاری را نداشته باشد که این حالت همان «افسردگی» است. بیماران دوقطبی بین این دو حالت مانیا و افسردگی تغییر حالت می دهند. و دوره ای نیز ممکن است بهبودی کامل داشته باشند و به زندگی سالم خود با یا بدون دارو ادامه دهند.

سایر علائم اختلال دوقطبی (حالت مانیا):

- تحریک پذیری، عصبانیت و پرخاشگری
 - پرحرفی
 - بی خوابی
 - ولخرجی و انجام کارهای پر خطر مثل رانندگی پر سرعت، روابط جنسی متعدد و...
- توجه:** همه این علائم یک دوره یک تا چند هفته ای باید داشته باشد و این حالات در چند ساعت و چند روز نمی تواند بیماری دوقطبی تلقی شود.

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار:

بهورزان با استفاده از فرم غربالگری فرد یا اعضاء خانوار را مورد ارزیابی قرار داده و مطابق جدول اقدامات لازم را انجام می دهند. چنانچه فردی اخیراً دچار سرخوشی و نشاط غیر عادی، عصبانیت و پرخاشگری بیش از حد شده است و سایر علائمی همچون بی خوابی شدید همراه با افزایش انرژی، پرحرفی و افزایش فعالیت های فرد به مدت حداقل یک هفته وجود داشته باشد و به گونه ای باشد که در رندکی و کارهای فرد

ایجاد اتلال نموده و از نظر اطرافیان نیز پدیده ای عادی و همیشگی برای آن فرد تلقی نشود احتمال اختلال دوقطبی(مانیا) مطرح است در این حالت در مورد قصد یا اقدام بیمار برای آسیب به خود یا دیگران بپرسید. و در صورت احتمال خطر جدی در این مورد بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید. بیمار ممکن است همزمان دچار علایمی از توهم یا هذیان (سایکوز) نیز باشد که در این صورت باید ارجاع فوری به پزشک انجام شود.

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
سرخوشی بیش از حد یا تحریک پذیری، عصبانیت و پرخاشگری	احتمال اختلال دوقطبی(مانیا)	قصد آسیب جدی به خود یا دیگران	ارجاع فوری به پزشک
بی خوابی		توهم ^۱ یا هذیان ^۲	ارجاع فوری به پزشک
پر حرفی		فقدان توهم و هذیان یا قصد آسیب	ارجاع غیر فوری به پزشک
فعالیت و انرژی زیاد بدون احساس خستگی			

(۱) توهم: ادراک بدون وجود محرک شامل : شنیدن صداهایی که دیگران آنها را نمی شنوند و دیدن چیزهایی که دیگران آنها را نمی بینند .

(۲) هذیان: فکر یا باور غلط که فرد به آن اعتقاد دارد و برای او قابل تردید نیست و منطبق بر زمینه تحصیلی ، فرهنگی و اجتماعی او نیست . شامل : فرد معتقد است که یک مقام رده بالای کشوری یا جهانی است یا فکر می کند اشخاصی او را تعقیب می کنند و می خواهند به او صدمه بزنند .

توجه:

از فردی که نشانه های مانیا دارد حتماً راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران سؤال کنید. چنانچه پاسخ مثبت است، این علایم را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی:

بیمار مشکوک به اختلال دوقطبی پس از ارجاع به پزشک و تایید تشخیص، ممکن است جهت بررسی های تکمیلی، شروع درمان یا نیاز به بستری در بخش روانپزشکی، توسط پزشک (خانواده) به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود. چنانچه علایم شدید نباشد و نیاز به بستری وجود نداشته باشد روانپزشک درمان دارویی با داروهایی نظیر لیتیم، سدیم والپروات، کاربامازپین و... را شروع نموده و بیمار را با پسخوراند لازم برای پی گیری مجدداً به نزد پزشک باز می گرداند. نوبت اول پی گیری در هفته اول پس از بازگشت از ارجاع توسط بهورز انجام می شود. پیگیری های بعدی بهورز به صورت ماهانه و فعال انجام می گردد.

مواردی که باید در پیگیری بیماران افسرده توسط بهورزان اجرا شود:

۱. آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پیگیری
۲. پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک،
۳. پیگیری علایم بیماری
۴. بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک
۵. پیگیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه)

پیگیری در مورد بیماران زیر باید در فواصل کوتاه حداکثر هفتگی انجام شود:

۱. بیمارانی که افکار خودکشی، آسیب به دیگران یا اقدام به خودکشی داشته اند.
 ۲. بیمارانی که دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پی گیری ندارند.
 ۳. شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان.
- بهورز چنانچه در پیگیری های خود موارد فوق را شناسایی نمود ضمن آموزش به بیمار و خانواده تلاش خواهد نمود که بیمار سریع تر و زودتر از موعد مقرر توسط پزشک مربوطه ویزیت شود.

اورژانس های روانپزشکی

خودکشی :

خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خود فرد است. اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی می گوئیم. پدیده افکار خودکشی در بسیاری از اقشار مردم از جمله (جوانان،

مردان، زنان و افراد مسن) دیده می‌شود. که عدم پیشگیری از آن می‌تواند اقدام به خودکشی را به همراه داشته باشد. خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد خودکشی در نتیجه تعامل عوامل متعدد زیست شناختی، ژنتیک، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی، و محیطی بوجود می‌آید. توضیح این موضوع که چرا برخی افراد تصمیم به خودکشی می‌گیرند در حالی که برخی دیگر در شرایط یکسان یا حتی بدتر از آن چنین کاری نمی‌کنند مشکل است. با این حال بیشتر خودکشی‌ها قابل پیشگیری هستند. اقدام به خودکشی، نشان دهنده ناراحتی شدید هیجانی و یا بیماری روانی است. خودکشی و اقدام به خودکشی عواقب هیجانی شدیدی بر خانواده و دوستان دارد. برای خودکشی علل مختلفی ذکر گردیده و عوامل متعددی را در اقدام به آن مؤثر دانسته‌اند. مهم‌ترین این عوامل عبارتند از:

علل روانی: بیماری‌های روانی به ویژه افسردگی، اعتیاد، سایکوز، اختلال دوقطبی (بیماری‌های شدید روانی). علل روانشناختی مانند شکست عاطفی، تحصیلی یا هر شکست دیگر، استرس‌ها
 علل جسمی: بیماری‌های جسمی مزمن (مثل سرطان، صرع، ایدز، بیماران دیالیزی).
 علل اجتماعی: مثل تنها زندگی کردن، فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی و همچنین عوامل فشارزا (مانند طلاق، بیکاری، فقر، از دست دادن نزدیکان، شکست در کار یا تحصیل، ازدواج تحمیلی و اختلافات زناشویی..).

درمان کافی بیماری‌های روانپزشکی می‌تواند از خودکشی پیشگیری کند و برخی درمانها برای اختلالات روانپزشکی با کاهش رفتارهای خودکشی همراه هستند.

باورهای غلط درباره خودکشی:

باور غلط	باور درست
کسی که حرف خودکشی را می‌زند به آن عمل نمی‌کند این فقط یک تهدید یا بلوف است.	حرف خودکشی و تهدید به آن را همیشه جدی بگیرید.
پرسش درباره خودکشی سبب تلقین به خودکشی می‌شود.	پرسش درباره خودکشی سبب کاهش اضطراب بیمار شده و احساس می‌کند که او را درک می‌کنید.

توجه: شناسایی هر مورد فکر یا اقدام به خودکشی توسط بهورز مستلزم ارزیابی دقیق و تخصصی توسط پزشک روانپزشک می‌باشد. بیمار پس از ارجاع به سطح تخصصی و دریافت پسخوراند از متخصص، توسط بهورز و پزشک خانواده بر اساس تشخیص و اختلال زمینه ای پی گیری می‌شود.

نکات کلی در برخورد با فردی که از خودکشی صحبت می کند:

- صحبت در خصوص خودکشی را جدی بگیرید و همدلی نشان دهید.
- فعالانه گوش دهید و علاقمندی خود را طی مصاحبه نشان دهید
- از سرزنش و پند و اندرز اجتناب کنید.
- به فرد فرصت دهید تا آزادانه احساسات و عقاید خود را ابراز نماید.
- راجع به افکار خودکشی، اقدام یا برنامه برای اقدام به خودکشی به صراحت بپرسید.
- فرد را تنها نگذارید و به وی بگویید که منابع دریافت کمک (ارجاع به پزشک، روانپزشک و ...) وجود دارد. دسترسی بیمار برای دریافت اینگونه خدمات را تسهیل نمایید.
- در تمامی مراحل از پیگیری درمان، مراجعه منظم به پزشک یا مصرف دارو اطمینان حاصل نمایید.

پیگیری

بهترین راه برای پی بردن به افکار خودکشی این است که از خود فرد مستقیماً سؤال کنیم. بر خلاف باور عمومی صحبت درباره خودکشی باعث ایجاد افکار خودکشی در شخص نمی شود. در حقیقت این افراد تمایل دارند راجع به موضوع خودکشی به صورت واضح و روراست صحبت کنند. سؤال کردن درباره افکار خودکشی آسان نیست. بهتر است به تدریج فرد را به سمت موضوع سؤال هدایت کنید. برخی از سؤالات مفید عبارتند از:

آیا احساس می کنید از زندگی کردن خسته شده اید؟ زندگی ارزش زنده ماندن ندارد؟
آیا احساس می کنید می خواهید به زندگی خود خاتمه دهید.

شخص را هر چه سریعتر به پزشک ارجاع دهید.

با خانواده تماس بگیرید و حمایت آنها را جلب کنید.

از سایر اورژانس های روانپزشکی به طور خلاصه می توان به حملات اضطرابی حاد (پانیک)، علایم سایکوز حاد، دلیریوم، پرخاشگری و مسمویت با داروها یی چون لیتیم و... اشاره نمود. در خصوص پرخاشگری به عنوان یک اورژانس روانپزشکی، بهورزان باید به نکات زیر توجه نمایند:

خطر خشونت را ارزیابی کنید:

بررسی افکار، برنامه یا قصد جدی برای انجام رفتار پرخاشگرانه
قابلیت دسترسی به ابزار خشونت، اجرای طرح و احتمال سوءاستفاده از دیگران برای اجرای خشونت را در نظر بگیرید.

مواردی که با احتمال خطر بالاتری برای خشونت و پرخاشگری همراه است :

- جنس مذکر
- سن ۱۵ تا ۲۴ سال
- وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین
- سابقه قبلی رفتارهای پرخاشگرانه، سوء مصرف مواد، سایکوز

اقدامات فوری در مقابله با بیماران پرخاشگر:

- محیط را آرام سازید.
- وسایلی را که می توانند به عنوان سلاح استفاده شوند دسترس نباشند.
- از دیگران کمک بگیرید.
- رویکرد تهدیدکننده یا تحقیرکننده نداشته باشید.
- از آنجا که مشکلات جسمی و روانی متعددی می تواند باعث بروز رفتارهای پرخاشگرانه شود ارجاع به پزشک توصیه می شود.

اختلالات اضطرابی

مقدمه و علایم:

همه انسان ها به طور طبیعی گاه اضطراب را در زندگی خود تجربه می کنند. اضطراب اگر در حد طبیعی باشد حتی خوب هم هست چرا که باعث افزایش آمادگی و جنب و جوش و در نهایت پیشرفت فرد می شود، ولی اگر شدید شود مثلاً با علایمی مثل تپش قلب، وحشت و بی قراری همراه باشد و در نتیجه فرد را به دردسر بیاندازد و برای او مشکل درست کند، غیرطبیعی است و نیاز به توجه و درمان دارد. در یکی از انواع اضطراب، فرد مبتلا برای مدتی طولانی (چند ماه) احساس دلشوره و نگرانی دارد. احساس دلشوره و نگرانی

علامت اصلی این نوع اختلال است و افراد مبتلا در بیشتر اوقات شبانه روز بدون دلیل خاصی از احساس هایی مثل دلشوره، تشویش، نگرانی و اضطراب شکایت دارند. نگرانی حتی در ظاهر این افراد هم مشخص است و در بسیاری از مواقع احساس بی قراری هم وجود دارد. فراموشی، زود خسته شدن و عصبانیت هم از دیگر علامت های این نوع بیماری اضطرابی است. به این بیماری *اختلال اضطرابی منتشر* گفته می شود، چون علایم اضطرابی در بیشتر اوقات همراه بیمار هستند و او را راحت نمی گذارند.

بیماری وسواس یکی دیگر از بیماری های اضطرابی است که تعداد زیادی از افراد جامعه به آن مبتلا هستند. شایع ترین نوع از این بیماری وسواس به آلودگی یا نجاست است که در اثر این وسواس بیمار شروع به شستن یا آب کشیدن بیش از اندازه می کند. وسواس ممکن است به شکل شک کردن هم بروز کند که بیمار را وادار به چک کردن های تکراری و غیرضروری می نماید. مثلاً فرد مرتب شک می کند که درب را بسته یا نه، یا اینکه نکند شیر گاز را باز گذاشته باشد، و بعد در اثر این افکار چندین بار می رود و چک می کند ببیند آیا درب بسته است یا شیر گاز به درستی بسته شده یا نه؛ شک بیش از حد در رکعت ها یا سایر جزئیات نماز و دیگر آداب مذهبی هم از این گونه وسواس ها هستند. انواع دیگری از وسواس هم وجود دارد که در اینجا توضیح داده نمی شود، مثل فکرهای مزاحم و ناراحت کننده ای که برخلاف میل فرد به ذهن او هجوم می آورند و بیمار نمی تواند از دست آنها رهایی یابد. از جمله این افکار می توان به افکار کفرآمیز یا افکار جنسی یا فکر آسیب زدن به دیگران اشاره کرد.

اضطراب اجتماعی یا ترس از صحبت کردن در جمع هم یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که بیشتر در نوجوانان و جوانان دیده می شود. این افراد وقتی بخواهند جلوی افراد ناآشنا حرف بزنند یا کاری انجام دهند بسیار مضطرب می شوند و ممکن است نتوانند این کار را به درستی انجام دهند. به این بیماری *اضطراب اجتماعی* گفته می شود.

نوع دیگری هم از اختلال اضطرابی وجود دارد که در اثر بروز یک حادثه بسیار شدید و خطرناک مثل زلزله، جنگ یا تصادف ایجاد می شود که به آن *اختلال استرس پس از سانحه* می گویند. برای مثال در جریان دفاع مقدس و همچنین در زلزله بم این اختلال در بسیاری از هموطنانمان ایجاد شده است. در این موارد بیمار برخلاف میل خود، مرتب به یاد آن حادثه می افتد و بسیار ناراحت و مضطرب می شود. عصبانیت، پرخاشگری و اضطراب زیاد از علایم این اختلال هستند.

در طبقه بندی قبلی اختلالات روانی که در شبکه سلامت کشور استفاده می شد، اختلالات اضطرابی در دسته اختلالات خفیف روانی جای می گرفتند. البته این مساله به معنی کم اهمیت بودن این بیماری ها نیست.

غربالگری و ارزیابی افراد:

اختلالات اضطرابی بسیار شایعند و از آنجا که قابل درمان هستند، تشخیص و درمان آنها بسیار مهم است. بسیاری از این بیماران را می توان با پرسیدن سوالات غربالگری اختلالات روانپزشکی شناسایی و اقدامات لازم را مطابق جدول برای ارجاع به پزشک و تشخیص قطعی و شروع درمان انجام داد.

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
اضطراب و دلشوره	احتمال اختلال اضطرابی	احتمال آسیب جدی به خود یا دیگران	ارجاع فوری به پزشک
بیقراری و نگرانی			
شست و شو یا چک کردن بیش از حد			
افکار مزاحم		نبودن احتمال آسیب جدی به خود یا دیگران	ارجاع غیر فوری به پزشک
ترس از صحبت در جمع			
عصبانیت ناگهانی			
بیخوابی یا خواب منقطع			

پیگیری و مراقبت:

برای درمان اختلالات اضطرابی هم می توان از داروها استفاده کرد و هم می توان از روش های غیردارویی کمک گرفت. هر دو نوع درمان در بهبود این اختلالات موثر هستند و بسته به شرایط موجود و صلاحدید پزشک از آنها استفاده می شود.

در برخی موارد از دارو در درمان اختلالات اضطرابی استفاده می شود، ولی بسیاری از بیماران ممکن است نگران باشند که نکند داروهای روانپزشکی اعتیادآور باشند. بنابراین دوست ندارند که از دارو استفاده کنند و به همین دلیل ترجیح می دهند که درمان را رها کنند یا اصلاً برای درمان مراجعه نکنند. باید توجه داشت که این اعتقاد در بیشتر موارد درست نیست و بیشتر این داروها اصلاً باعث وابستگی نمی شوند و در صورتی که تحت نظر پزشک و به درستی استفاده شوند این نگرانی موردی پیدا نمی کند. به علاوه، درمان های غیردارویی هم برای اضطراب وجود دارد که در موارد اضطراب خفیف تر می توانند به درمان کمک کنند.

اختلالات اضطرابی کوتاه مدت نیستند، بنابراین درمان آنها هم کوتاه مدت نخواهد بود. قطع زودهنگام درمان منجر به عود بیماری و افزایش مشکلات بیمار می گردد.

- اختلالات اضطرابی بسیار شایع هستند و انواع مختلفی دارند.
- هم دارو و هم روان درمانی در درمان اختلالات اضطرابی موثرند.
- بیماران نگران وابسته شدن به داروها هستند.
- بیشتر داروهای روانپزشکی اعتیادآور نیستند و با مصرف درست آنها به نظر

آموزش به بیمار و خانواده او درباره بیماری و روش های درمان آن، به درمان این اختلالات نیز کمک می کند. این آموزش توسط بهورز یا کارشناس سلامت روان انجام می شود. آموزش باعث می شود که بیمار کمتر به فکر قطع کردن خودسرانه داروهای خود بیافتد و همچنین خانواده بیمار یاد بگیرند که چگونه باید با بیمار خود برخورد کنند تا استرس کمتری به او وارد کنند و به بهبود بیمار کمک کند.

بیمار مشکوک به اختلال اضطرابی پس از ارجاع به پزشک، بسته به نوع و شدت بیماری ممکن است توسط پزشک (خانواده) به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود و یا درمان او توسط خود پزشک خانواده آغاز

گردد. نوبت اول پیگیری در هفته اول پس از بازگشت از ارجاع توسط بهورز انجام می شود. پیگیری های بعدی بهورز به صورت ماهانه و فعال انجام می گردد.

مواردی که باید در پیگیری بیماران توسط بهورزان اجرا شود:

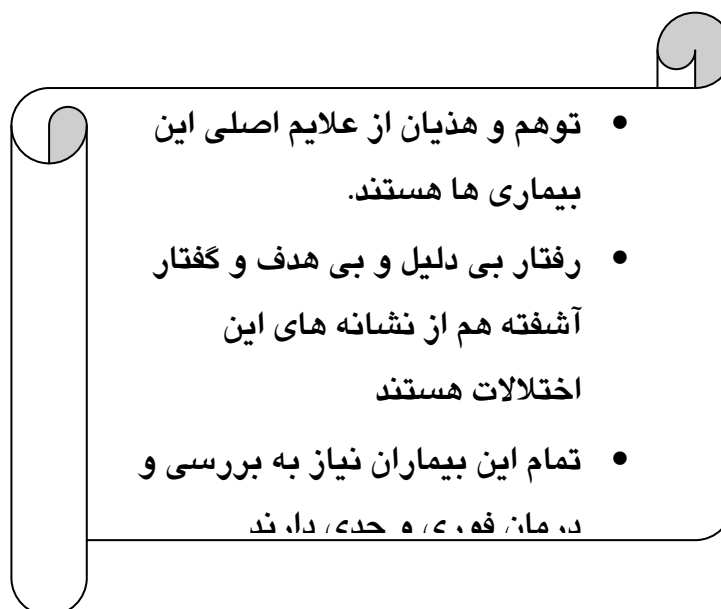
۱. آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پی گیری
 ۲. پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک
 ۳. پیگیری علایم بیماری
 ۴. بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک
 ۵. پیگیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه)
- بهورز چنانچه در پیگیری های خود موارد فوق را شناسایی نمود ضمن آموزش به بیمار و خانواده تلاش خواهد نمود که بیمار سریع تر و زودتر از موعد مقرر توسط پزشک مربوطه ویزیت شود

اختلالات سایکوتیک

مقدمه و علایم:

این اختلالات در دسته بندی که قبلا در شبکه سلامت کشور به کار می رفت بخشی از اختلالات شدید را تشکیل می دادند. البته غیر از اختلالات سایکوتیک اختلالات دیگری هم در دسته اختلالات شدید طبقه بندی می شد که در سایر قسمت های کتاب به آنها پرداخته می شود. افراد مبتلا به این اختلالات دچار رفتارها و حالت های خاصی می شوند که برای سایرین عجیب و غیرمعمول است و افراد عادی تقریبا هیچ گاه در زندگی خود این حالات را تجربه نمی کنند. مثلا این بیماران ممکن است صدای فرد یا افرادی را بشنوند که وجود ندارند و دیگران آنها را نمی شنوند یا چیزها یا کسانی را ببینند که افراد عادی آنها را نمی بینند. به این حالت "توهم" گفته می شود. نشانه مهم دیگر این است که بیماری که توهم دارد ممکن است با خودش حرف بزند یا بی دلیل و بیهوده بخندد یا کارهایی انجام دهد که توهمش به او می گوید. بنابراین خیلی وقت ها رفتار این بیماران عجیب و غیرمعمول به نظر می رسد. مثلا ممکن است آشغال جمع کنند، لباس خود را جلوی دیگران یا در جای نامناسبی در بیاورند یا به دیگران حمله کنند. همچنین ممکن است این افراد اعتقادات نادرست و گاه عجیب و باورنکردنی داشته باشند. مثل اینکه کسی بی دلیل معتقد باشد فرد یا گروهی قصد کشتن یا صدمه زدن به او را دارند یا به قصد صدمه زدن یا کشتن او را تعقیب می کنند (هذیان بدبینی یا سوءظن هذیانی)؛ یا مثلا معتقد باشد که دیگران درباره او حرف می زنند یا او را مسخره می کنند؛ بگوید با خدا و پیغمبر و بزرگان مذهبی رابطه نزدیکی دارد یا قدرت و مقام خاصی به او داده شده است (هذیان بزرگ منشی). به این اعتقادات نادرست که فرد بدون دلیلی به آنها باور دارد و برای شما و دیگران هم قابل قبول نیست، "هذیان" گفته می شود. البته هذیان انواع دیگری هم دارد ولی شایعترین موارد آن همین انواع هستند.

رفتارهای بی دلیل و بی هدفی که دلیل انجام آنها غیرقابل فهم است یا بر اساس فرهنگ جامعه نامتناسب به نظر می‌رسد و همچنین حرف زدن که نامفهوم و بی ربط به نظر می‌رسد هم از جمله علایم این بیماری‌ها در نظر گرفته می‌شود. گاهی اوقات هم ممکن است این بیماران گوشه گیر، کم حرف و به همه چیز بی توجه باشند و حتی به نظافت و کارهای شخصی خود هم دقت نکنند. معمولاً افراد مبتلا به اختلالات سایکوتیک خود را بیمار نمی‌دانند و معتقدند که کاملاً سالم هستند. بنابراین هر کسی که هر یک از علایم توهم، هذیان را داشته باشد یا رفتار و گفتارش عجیب و نامفهوم به نظر برسد باید از نظر وجود اختلالات سایکوتیک بررسی شود. وجود این علایم بسیار مهم است و نشان می‌دهد که بیمار نیاز به بررسی و درمان جدی دارد و هر چه زودتر باید برای تشخیص و درمان او را نزد پزشک فرستاد. در صورتی که مشکل بیمار مورد توجه و درمان قرار نگیرد ممکن است شدیدتر شود و بیمار و اطرافیان را دچار عوارض زیادی نماید. به همین دلیل است که این بیماری یکی از انواع اختلالات شدید روانی محسوب می‌شود. بیماری‌های مختلفی ممکن است باعث ایجاد توهم و هذیان شود، بنابراین درمان این بیماران ممکن است با یکدیگر متفاوت باشد.



غربالگری و ارزیابی افراد:

بهورزان با استفاده از فرم غربالگری خانوارهای تحت پوشش را مورد ارزیابی قرار می‌دهند و مطابق جدول اقدامات لازم را انجام می‌دهند. در صورتی که بیمار دچار هر یک از علایمی باشد که در مقدمه توضیح داده شد، مانند توهم (مثل شنیدن صداهایی که دیگران نمی‌شنوند) یا هذیان (مثلاً معتقد باشد دیگران دنبال او هستند و قصد آسیب زدن به او را دارند) یا رفتارهای عجیب و غیرمعمولی انجام دهد یا تکلم نامفهوم و بی ربطی داشته باشد، احتمال ابتلا به اختلالات سایکوتیک در او زیاد است و باید برای بررسی و بر اساس جدول بررسی و ارجاع گردد.

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
توهم	احتمال اختلال سایکوتیک	قصد آسیب جدی به خود یا دیگران	ارجاع فوری به پزشک
هذیان		پرخاشگری شدید	ارجاع فوری به پزشک
رفتارهای بی هدف و عجیب و غریب		فقدان قصد آسیب یا پرخاشگری شدید	ارجاع غیر فوری به پزشک
تکلم بی ربط و نامربوط			

پیگیری و مراقبت :

درمان اصلی اختلالات سایکوتیک درمان دارویی است و معمولاً لازم است این بیماران برای چند سال به طور مرتب دارو مصرف کنند. یکی از مهمترین مشکلات در درمان این اختلالات این است که بسیاری از بیماران قبول ندارند که بیمار هستند و بنابراین از خوردن دارو خودداری می کنند یا پس از مدتی که علائم بیماری فروکش کرد، داروی خود را قطع می کنند. قطع زودهنگام دارو معمولاً باعث می شود که بیماری پس از چند هفته یا چند ماه دوباره عود کند.

آموزش به بیمار و خانواده او درباره بیماری و تداوم درمان آن، به درمان این اختلالات بسیار کمک می کند. این آموزش توسط بهورز یا کارشناس سلامت روان انجام می شود. آموزش باعث می شود که بیمار کمتر به فکر قطع کردن خودسرانه داروهای خود بیفتد و همچنین افراد خانواده بیمار یاد بگیرند که چگونه باید با بیمار خود برخورد کنند تا استرس کمتری به او وارد کنند و به بهبود بیمار کمک کند.

بیمار مشکوک به اختلال پسیکوتیک پس از ارجاع به پزشک و تایید تشخیص، لازم است در همه موارد جهت بررسی های تکمیلی، شروع درمان یا نیاز به بستری در بخش روانپزشکی، توسط پزشک (خانواده) به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود. چنانچه علایم شدید نباشد و نیاز به بستری وجود نداشته باشد روانپزشک درمان دارویی را شروع نموده و بیمار را با پسخوراند لازم برای پی گیری دوباره به نزد پزشک باز می گرداند و سپس پزشک، بیمار را برای انجام پیگیری های بعدی به بهورز ارجاع می دهد. نوبت اول پیگیری در هفته اول پس از بازگشت از ارجاع انجام می شود. پیگیری های بعدی بهورز به صورت ماهانه و فعال انجام می گیرد.

مواردی که بهورزان باید در پیگیری بیماران انجام دهند (علاوه بر موارد کلی ذکر شده در فصل سوم) شود:

۱. آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و همچنین رعایت احترام و حقوق انسانی بیمار
۲. آموزش مهارت های اجتماعی به بیمار و کمک به وی برای برگشت به جامعه و کار
۳. پیگیری مراجعه به موقع بیمار به خانه بهداشت و به پزشک
۴. پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک
۵. پیگیری نحوه کنترل و بهبود تدریجی علایم بیماری
۶. بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت بروز عوارض، ارجاع بیمار به پزشک

پی گیری در مورد بیماران زیر باید در فواصل کوتاه حداکثر هفتگی انجام شود:

۱. بیمارانی که افکار خودکشی، آسیب به دیگران یا اقدام به خودکشی دارند.
 ۲. بیمارانی که با وجود چند جلسه پیگیری و آموزش هنوز هم دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پی گیری ندارند.
 ۳. شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان که با وجود پیگیری و آموزش بهورز بهبود نیافته است.
- بهورز چنانچه در پیگیری های خود موارد فوق را شناسایی نمود ضمن آموزش به بیمار و خانواده تلاش خواهد نمود که بیمار سریع تر و زودتر از موعد مقرر توسط پزشک مربوطه ویزیت شود

اختلالات شبه جسمی

مقدمه و علایم:

حتما شنیده اید که گاهی پزشکان به بیمار خود می گویند "این درد از اعصاب است" به عبارت دیگر دارند به بیمار خود می گویند این علایمی که دارید بیان می کنید مربوط به یک بیماری جسمی نیست بلکه منشأ روانشناختی دارد. این حرف به معنی این "نیست" که فرد سالم است و هیچ گونه بیماری ندارد بلکه به این

مفهوم است که مشکلات روانی باعث ایجاد علایم شده اند. به این نوع بیماری ها اختلالات شبه جسمی گفته می شود، یعنی بیماری روانی خود را شبیه به بیماری جسمی کرده است و به صورت علایم جسمی ظاهر شده است. این علایم ممکن است به صورت درد بروز کنند (مثل کمردرد، درد قفسه سینه، سردرد و دل درد) یا به صورت علایم گوارشی (مثل تهوع، نفخ، استفراغ و اسهال) و برخی علایم دیگر.

گروهی از این بیماران برای مدت های طولانی دچار این علایم بوده اند و بنابراین به پزشکان متعددی هم مراجعه کرده اند و احتمالاً یک کیسه پر از داروهای مختلف هم دارند که نتوانسته درد آنها را دوا کند. دسته دیگری از بیماران شبه جسمی برعکس به صورت ناگهانی دچار علایم جسمی می شوند، مثل تشنج، نابینایی، لال شدن، و فلج دست و پا. این حالات معمولاً زیاد طول نمی کشد و از در عرض چند ساعت تا چند روز از بین می رود (غیر از تشنج که معمولاً کمتر از نیم ساعت طول می کشد). معمولاً این حالت پس از برخورد با یک استرس حاد اتفاق می افتد.

انواع دیگری از اختلالات شبه جسمی هم وجود دارد که در آنها بیمار بیش از حد نگران مبتلا شدن به یک بیماری خاص است و می خواهد برای چک کردن این مساله مکرراً به نزد پزشکان مختلف برود یا ممکن است مرتب به این مساله فکر کند که بخشی از بدن او بدشکل است (مثل بینی) و باید آنرا عمل جراحی کند. از آنجا که علت این نگرانی های بیش از حد درباره بیماری یا بدشکلی بدن روانشناختی است، انجام آزمایش های مکرر یا اعمال جراحی هیچ کمکی به این بیماران نمی کند و به جای آن باید بیماری روانی ایشان درمان شود.

غربالگری و ارزیابی افراد:

هر بیماری که برای مدت طولانی از مشکلات جسمی شکایت دارد که با مراجعه به پزشک علت مشخصی برای آن پیدا نمی شود لازم است از نظر وجود اختلالات شبه جسمی بررسی شود. برای این کار لازم است که فرد توسط پزشک خانواده به نزد روانپزشک ارجاع داده شود.

پیگیری و مراقبت:

درمان اختلالات شبه جسمی عمدتاً غیردارویی است. شناسایی این بیماران اهمیت زیادی دارد تا به آنها کمک کند تا بیهوده به دنبال انجام اقدامات تشخیصی و درمانی نباشند. چرا که هم هزینه زیادی برای آنها دارد و هم ممکن است با انجام این اقدامات آسیب جسمی و روانی ببینند.

آموزش به بیمار و خانواده وی درباره بیماری و درمان آن اهمیت زیادی دارد و کمک کننده است. این آموزش توسط کارشناس بهداشت روان انجام می شود. آموزش باعث می شود که بیمار کمتر مراجعات مکرر به پزشک و درخواست برای انجام آزمایش های تکراری و بی دلیل داشته باشد. همچنین خانواده بیمار یاد بگیرند که چگونه باید با بیمار خود برخورد کنند تا باعث کاهش نگرانی و استرس وارده به بیمار شوند.

صرع

صرع یک نوع حالت حمله و تشنج تکراری است که به دلیل اختلال در کارکرد سلول های مغزی بروز می کند، و یکی از قدیمی ترین، شایعترین و درمان پذیرترین اختلالات عصبی شناخته شده در جهان و از جمله کشور ماست. صرع به اشکال مختلف مانند کم شدن یا از بین رفتن ناگهانی هوشیاری، مات زدگی، افتادن، تشنج و حرکات تکراری و کوتاه مدت اندام ها ظاهر می شود. با توجه به اینکه عموم مردم اطلاعات نادرست در مورد این بیماری دارند با این اختلال خوش خیم و درمان شونده برخورد درستی نمی شود. این امر موجب خسارت زیادی بر افراد مبتلا و خانواده ها می شود. به خاطر داشته باشیم که افراد مبتلا به صرع در بهره هوشی، حافظه، تحصیل، شخصیت و مهارت های هنری با دیگران فرقی ندارند و قرار است در این درس به کسانی کمک کنیم که گاه با یک ارتباط و مشاوره صمیمی، یک آموزش کوتاه و یا تجویز یک قرص در روز به زندگی سالم، شاد و موفقی برگردند.

تاریخچه صرع:

در روزگاران قدیم مردم عقیده داشتند، کسی که دچار این حالات می شود جن یا شیطان در جسم او حلول کرده است. بر مبنای این عقاید خرافی برای درمان کوشش می شد از راه های مختلفی شیطان از درون او بیرون رانده شود. گاهی بیرون کشیدن ارواح خبیثه از بدن این افراد با روش های بسیار ظالمانه انجام می گرفت، آنان را شکنجه می کردند و با ابزارهایی مانند سنگ های تیز، جمجمه هایشان را سوراخ می کردند یا به سحر و جادو متوسل می شدند. یونانیان باستان به این بیماری، به عنوان بیماری مقدس نگاه می کردند و معتقد بودند فقط یکی از خدایان می تواند سبب سقوط بیمار بر روی زمین و تکان های شدید وی شود. بقراط پزشک یونانی در حدود ۲۴۵۰ سال قبل معتقد بود، صرع یکی از انواع بیماری ها و با منشاء اختلال مغزی است. به نقل از پیامبر اسلام (ص) نیز آمده است که تشنج برخلاف فکر عوام دیوانگی نیست بلکه بیماری است. عقاید گوناگون و خرافات و دیدگاه های عجیب و غریب انسان ها و قوم ها راجع به این اختلال همه و همه بر ابهامات آن افزوده است.

علل صرع :

امروزه بر همه روشن شده است که صرع یک بیماری نیست، بلکه فقط نشانه ای است که خبر می دهد قسمتی از مغز خود را با نظم همیشگی و به خوبی انجام نمی دهد. وقتی مغز به طور طبیعی کار کند یک سری امواج الکتریکی از خود ایجاد می کند که این امواج مانند جریان ملایم و منظم الکتریسیته در مسیر اعصاب مغزی عبور می کنند. در حالت تشنج یک جرقه الکتریسیته مانند انتشار برق در آسمان ایجاد می شود که ایجاد و انتشار این جرقه و طوفان الکتریکی بسته به محل و مسیر خود در مغز علائم و نوع تشنج و

صرع را تعیین می کند. اپی لپسی یا صرع حالتی است که یک سری از این تشنج ها و طوفان های الکتریکی در مغز به طور مرتب و با فاصله زمانی به طور خودبخود ایجاد می شوند. در سبب شناسی و علل صرع دیده شده که اگر چه وقوع تشنج از نشانه های صرع است، ولی همه تشنج ها منشأ صرعی ندارند. تشنج ممکن است به دلائل مختلف مانند کم یا زیاد بودن قند، کلسیم، نمک، آب و دیگر مواد خون؛ ورم و ضربه سر و موارد بسیار دیگر رخ دهد که با درمان آنها به زودی تشنج بهبود می یابد و بیمار تشخیص صرع نمی گیرد. بنابراین یک یا دو بار تشنج هیچ گاه صرع نیست، بلکه تکرار بیشتر تشنج می بایست رخ دهد تا پزشک تشخیص صرع را مطرح نماید.

صرع به سبب عوامل مختلفی مانند صدمه مغزی، عفونت و عوامل ارثی، صدمات حین تولد و دوران کودکی، ایجاد می شود. همچنین مننژیت ها و انواع التهاب های عفونی یا ناشی از بیماری فشار خون و نارسایی عروقی مغزی همگی می توانند باعث ایجاد صرع شوند. داشتن اطلاعات لازم در این زمینه می تواند در پیشگیری و درمان صرع مؤثر باشد.

۱- علل قبل از زایمان:

صدمات قبل یا حین زایمان که موجب کاستی در اکسیژن رسانی و آسیب بافت مغزی می شود از علل شایع تشنج ها در دوره نوزادی و کودکی است. خوشبختانه امروزه با به کارگیری روش های مناسب مراقبت های بهداشتی اولیه و مراقبت های خاص دوره حاملگی و زایمان از این عوارض بسیار کاسته شده است. ولی هنوز هم گفته می شود که ۲۰ درصد علل صرع ناشی از این موارد کمبود اکسیژن مغز در دوره جنینی و یا در حین زایمان است.

۲- ضربه های مغزی:

ضربه های مغزی ۱۰ الی ۱۵ درصد علل حملات صرع را تشکیل می دهد که شامل مجموع صدماتی است که بر اثر ضربه به مغز وارد می آید. تصادفات اتومبیل و موتور، سقوط از بلندی و ضربه اشیاء سخت به سر از این موارد است. تشنج ناشی از ضربه های مغزی ممکن است با فاصله کوتاهی از ضربه مغزی و یا مدت ها پس از آن اتفاق بیفتد. بیهوشی پس از ضربه به سر به معنی آسیب زا بودن ضربه است و هر قدر مدت زمان بیهوشی ناشی از ضربه مغزی طولانی تر باشد، شانس وقوع تشنج نیز بیشتر است. همه کسانی که دچار ضربه مغزی می شوند، مبتلا به صرع نمی شوند. زمین خوردن معمولی و ضربه های کوچک به سر و صورت در کودکان لازمه رشد آنان و گاهی اجتناب ناپذیر است و والدین نباید تشنج های احتمالی آینده را به این ضربه های مختصر و بی اهمیت نسبت دهند. چرا که تشنج پس از آن دسته از ضربه های مغزی که همراه بیهوشی نمی باشند، بسیار نادر است.

۳ علل عفونی و سایر بیماری ها :

صرع ممکن است، به علت بیماریهای مختلفی ایجاد شود، مانند انواع عفونت های مغزی یا التهاب های آن و نیز دیابت، بیماری عروقی و فشار خون کنترل نشده که از علل شایع بروز تشنج اند. بیماریهای دیگری مانند گرفتار شدن مغز توسط کیست و تومورهای سرطانی مناطق دیگر بدن نیز می تواند ایجاد تشنج کند و در صورت درمان نشدن به صرع تبدیل شود. اختلالات میزان قند خونی، بیماری کلیوی، بیماری کبدی نیز از علل مهم و شایع تشنج هستند. این علل قابل درمان بوده و پس از درمان آن صرع فرد نیز بهبود می یابد. سکتة های مغزی، علت اولیه صرع در بیماران ۶۰ سال به بالا است و در جوامعی که متوسط سن افراد به این سن و سال می رسد، وقوع بیشتری از صرع ها را در این رابطه مشاهده می کنیم.

۴ داروها، مواد و حشره کش ها:

مسمومیت با حشره کش ها، مصرف داروهای ضد افسردگی و ضد جنون و بسیاری از مواد اعتیادآور مثل حشیش، کراک، کوکائین موجب حمله تشنجی و در مواردی صرع می شوند. قطع ناگهانی برخی داروها که به طور طولانی مصرف شده اند نیز، ممکن است موجب حمله صرع شود.

آموزش سلامت روان و برخی نکات مهم در صرع:

۱- افرادی که مبتلا به صرع هستند و یا آستانه تشنج پائینی دارند (سابقه تشنج دارند) باید به هر پزشکی که برای درمان مراجعه می کنند مشکلات خود را به طور کامل بیان کنند. چرا که با مصرف برخی داروها ممکن است دچار حمله صرع شوند. گاهی واکنش دارویی بین داروهای ضد صرعی که بیمار مصرف می کند و داروهای دیگر و گاهی آنهایی که سطح داروهای ضد صرعی را پائین می آورند ممکن است موجب بروز صرع می شوند.

۲- اصل اول و اصلی در درمان صرع مرتب دارو، خودداری از قطع ناگهانی و خودسرانه دارو و تحمل عوارض خفیف داروهاست.

۳- صرع درمان دارد و اغلب بیماران صرعی قادر به ادامه زندگی معمولی، ازدواج، بارداری، و کار هستند.

۴- بسیاری از مشاهیر جهان مانند ناپلئون، تولستوی، داستایوسکی و حسینعلی راشد واعظ شهیر دوران معاصر صرع داشتند. بنابراین با هوش و سلامت شخصیت بارزی که در بیشتر بیماران صرعی دیده می شود می توان در جهت انگ زدایی از آنان و کمک به ادامه زندگی فعال و خلاق آنها کمک کنیم.

- ۵- برای آموزش بیماران و خانواده آنها جلب مشارکت افراد صرعی مفید است. آنها برای آموزش الگوی خوبی هستند و نقش موثری دارند. افراد مبتلا به صرع که اعتماد به نفس خوبی دارند، تحصیل کرده اند یا کار و زندگی و ازدواجی موفق دارند بهترین کسانی اند که در آموزش بهداشت روان همیار شما خواهند بود.
- ۶- در پیگیری موارد مصروع اگر صرع مداوم باشد و یا همراه عوارض جسمی و روانی شدید، لازم است پیگیری هفتگی و در غیر این صورت پیگیری ماهیانه صورت پذیرد.
- ۷- در پیگیری افراد مصروع لازم است همه آموزش های بهداشت روان، آموزش بهداشت روان در صرع و موارد پیگیری کلی در برنامه بهداشت روان به اجرا در آید.
- ۸- کودکان را برای نوازش و غیره تکانهای شدید ندهید. مراقب پرتاب شدن، سقوط و به ویژه تصادف در رانندگی باشید. در اتوموبیل با رانندگی محتاطانه و بستن کمربند و گذاشتن کودکان در سبک کودک از وارد آمدن ضربه به سر و جمجمه کودک با هدف پیشگیری از صرع و ضایعات مغزی دیگر و عقب ماندگی ذهنی جلوگیری نمایید.
- ۹- استفاده از تمهیدات ایمنی در مشاغل، ایمنی در خانه و به ویژه استفاده از کلاه ایمنی در موتور سواری، دوچرخه سواری، رعایت ایمنی در حین کار در ارتفاع و کارگاه ها و نیز در کوهنوردی و سایر ورزش ها را به همه توصیه نمایید.
-

درمان دارویی:

درمان دارویی صرع با کشف اثر فنوباریتال در سال ۱۹۱۲ وارد روش علمی شد. ۲۵ سال بعد از کشف فنوباریتال در سال ۱۹۳۸ فنی توئین و سپس کاربامازپین در سال ۱۹۶۷ و سدیم والپروات در سال ۱۹۷۴ معرفی شدند. پس از آن نیز داروهای جدید دیگری نیز معرفی گردیدند. در ۷۰ درصد موارد، حملات صرع با یک دارو یا کاهش می یابد و یا به طور کامل کنترل می شوند.

در درمان دارویی صرع طول دوره درمان طولانی مدت خواهد بود. در اغلب موارد در صورتی که بیمار به مدت ۳ تا ۵ سال هیچ حمله تشنجی نداشته باشد، پزشک تصمیم به کاهش تدریجی و نهایتاً قطع دارو خواهد گرفت. هدف از درمان دارویی، قطع یا به حداقل رسانیدن تعداد حملات تشنج، بدون ایجاد عوارض جانبی جدی و خطرناک می باشد. در درمان دارویی صرع بایستی بین کنترل صرع و عوارض دارویی تعادل برقرار گردد. مصرف منظم داروها از اصول بنیادی در درمان صرع می باشد.

در درمان فرد مبتلا به صرع، پزشک دارویی انتخاب می کند که سهولت مصرف آن، دسترسی بیمار به دارو، کمتر بودن دفعات مصرف در روز مورد نظر باشد. همچنین پزشک سعی می کند دارو ارزان تر باشد و تحت پوشش بیمه باشد، زمان تهیه دارو وقت گیر نباشد و با کمترین عارضه بیشترین

اثر را داشته باشد. فنوباربیتال و کاربامازپین از داروهایی اند که بیشترین این ویژگی ها را دارند و به همین دلیل برای کاربرد در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی کشور پیشنهاد شده اند. ذکرهای رازی می گوید: تا می توانید به بیمار دارو ندهید، اگر دادید ابتدا داروی گیاهی، بعد تک دارویی و آنگاه یک بار در شبانه روز باشد. به نظر می رسد تجویز داروی گیاهی نه به جای نسخه های ضروری پزشکی و درمان بیماری صرع اما برای بسیاری از شکایات جسمی ناشی از استرس ها و روزهای اولیه سرماخوردگی ها مناسب باشد و موجب می شود مصرف بی رویه داروکاهش یابد.

داروهای ضد صرع مانند سایر داروها عوارضی دارند که اگر تجویز درست پزشک همراه مراقبت دقیق بیمار و کارکنان بهداشتی باشد نباید نگران عوارض دارویی شد. عوارض دارویی مربوط به تمام داروهای ضد صرع نیست و یک داروی خاص ممکن است در فردی هیچ عارضه ای ایجاد نکند. ممکن است یک دارو در فردی مثلاً عارضه پوستی خارش و کهیر بدهد یا اختلال گوارشی پیدا کند، ولی فرد دیگر با همان دارو عارضه ای نداشته باشد. در بعضی موارد شروع مصرف دارو به میزان کم و افزایش تدریجی آن (تا رسیدن به مقدار مناسب) سبب تحمل بدن و یا کاهش بروز عوارض دارویی می شود. در هر صورت اگر پزشک از عوارض دارو مطلع شد ولی باز هم دارو را تجویز کرد مصرف دارو الزامی است و قطع خودسرانه آن می تواند عواقب جبران ناپذیر و خطرناکی داشته باشد. باید توجه داشت که روش اصلی و انتخاب اول در درمان صرع، دارو درمانی است.

روش های غیر داروئی این بیماری مربوط به مواردی است که اولاً بیمار به درمان داروئی پاسخ نداده باشد و ثانیاً نوع و تعداد حملات صرع به شکلی باشد که زندگی عادی فرد را از نظر فیزیکی و روانی مختل کرده باشد. این روش ها عبارتند از: جراحی بر روی مغز، تحریک عصب واگ با روش الکترونیکی و رژیم کتوژنیک. که بیمار را شبیه روزه داری از یک سری مواد قندی محروم می کنند.

الکترونیکی و رژیم کتوژنیک. که بیمار را شبیه روزه داری از یک سری مواد قندی محروم می کنند.

عقب ماندگی ذهنی:

مقدمه و علایم:

همه ما با این اختلال آشنا هستیم و در طول عمر خود افرادی را دیده ایم که دچار عقب ماندگی ذهنی هستند. توانایی ذهنی این افراد نسبت به متوسط هم سن و

سالان خود پایین تر است، بنابراین در زمینه های مختلفی مثل یادگیری مطالب درسی، برقراری رابطه با دیگران، توانایی های حرکتی و مهارت های عادی روزمره مشکل دارند. عقب ماندگی ذهنی ممکن است خفیف، متوسط یا شدید باشد.

شناسایی عقب ماندگی ذهنی متوسط یا شدید اصلا کار دشواری نیست، چون این افراد نسبت به دیگران توانایی های بسیار پایین تری دارند. به سادگی شناسایی می شوند، اما شناسایی موارد خفیف تر به این سادگی نیست و نیاز به انجام آزمون های هوشی دارد. کودکانی که دچار عقب ماندگی ذهنی هستند معمولا از همان سال های اول عمر از بقیه کودکان قابل تمایز هستند. این افراد رشد کندتری دارند و دیرتر به راه می افتند یا حرف زدن یاد می گیرند. موارد شدید ممکن است هیچ وقت نتوانند به خوبی حرف بزنند. اعضای خانواده معمولا می توانند موارد شدید و متوسط را حتی قبل از رسیدن به سن مدرسه شناسایی کنند، ولی موارد خفیف تنها پس از ورود به مدرسه مشخص می شوند. زمانی که کودک قادر نیست همپای دیگر کودکان مطالب را یاد بگیرد. باید توجه داشت که کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی در همه درس ها نسبت به دیگران ضعیف ترند. البته ممکن است در برخی درس ها خیلی ضعیف تر باشند و در برخی دیگر ضعف کمتری داشته باشند. این برخلاف کودکان مبتلا به اختلال یادگیری است که تنها در برخی درس ها ضعف دارند نه همه درس ها.

غربالگری و ارزیابی افراد:

مواردی مثل تاخیر در رشد کودک و یادگیری مهارت های مختلف مثل راه رفتن، حرف زدن، شمردن و غیره که در فرم غربالگری ذکر شده است، احتمال وجود عقب ماندگی ذهنی را مطرح می کند. هر کودکی که از نظر این نکات عقب تر از سایر کودکان باشد و یا به خوبی سایرین نتواند این کارها را انجام دهد باید از نظر وجود عقب ماندگی ذهنی بررسی شود.

پیگیری و مراقبت:

از آنجا که بسیاری از افراد مبتلا به عقب ماندگی ذهنی، دچار بیماری های جسمی یا روانی دیگری هم هستند لازم است از این نظر هم مورد توجه و در صورت لزوم

درمان قرار گیرند. به علاوه خانواده این افراد نیاز به آموزش و حمایت دارند تا بدانند چگونه باید با کودکان خود برخورد کنند. باید بدانیم که اگرچه این بیماران دیرتر از بقیه مطالب را یاد می گیرند ولی در صورتی که آموزش مناسبی دریافت کنند، هنوز قادر هستند بسیاری از مطالب را به خصوص در مورد بهداشت فردی، روابط اجتماعی و سایر احتیاجات روزمره خود بیاموزند. آموزش های لازم را بهورز یا کارشناس سلامت روان به خانواده ها ارائه می کند. متأسفانه عقب ماندگی ذهنی درمانی غیر از آموزش های ذکرشده ندارد. فشار بیش از حد به کودکان برای یادگیری و تنبیه آنان کمکی نمی کند و برعکس باعث ایجاد مشکلات بیشتری می شود.

اختلالات کودکان و نوجوانان:

۱- اختلال بیش فعالی و کم توجهی:

اختلال بیش فعالی و کم توجهی، یکی از شایع ترین اختلالات دوران کودکی است که تقریباً ۵ درصد کودکان سنین مدرسه را تحت تأثیر قرار می دهد. ویژگی های عمده این اختلال شامل تحرک و فعالیت بیش از حد، و مشکل توجه و تمرکز می باشد. گرچه موارد فوق رفتارهایی است که تمامی کودکان، مواقعی آنها را نشان می دهند، اما کودکان بیش فعال به درجه ای علایم فوق را نشان می دهند که با عملکرد طبیعی آنها در منزل، مدرسه و ارتباط با همسالان و اطرافیان تداخل ایجاد می کند. این کودکان به طور مکرر توسط والدین، معلمان و اطرافیان به دلیل رفتارهای ناپخته و تکانشی خود سرزنش می شوند که منجر به تأثیرات سوء بر اعتماد به نفس آنها می گردد. اکثر اوقات زمانی که این کودکان وارد مدرسه می شوند، تشخیص داده می شوند.

این کودکان اکثر اوقات در حال حرکت و جنب و جوش هستند و به نظر می رسد هیچگاه خسته نمی شوند. لحظه ای آرام و قرار ندارند. اگر قرار باشد لحظه ای بنشینند، مرتب وول می خورند، حتی در خواب نیز ممکن است بی قراری و وول خوردن آنها را ببینیم. آنها مرتب در حال دویدن، راه رفتن، بالا و پایین رفتن روی مبلمان و صندلی ها و ... هستند. در مهد کودک آنها نمی توانند روی صندلی آرام نشسته و تکالیف خود را انجام دهند، بلکه وسط کلاس این سو و آن سو می دوند. کودکان بیش فعال در رعایت نوبت و انتظار کشیدن برای رسیدن به چیزی مشکل دارند، وسط صحبت دیگران می پرند و نمی توانند صبر کنند تا صحبت طرف مقابل به اتمام برسد. در نتیجه در کلاس درس نمی توانند حواس خود را به گفته های معلم بدهند. به نظر می رسد اصلاً گوش نمی دهند و زمانی که باید به محتوای صحبت های معلم توجه کنند، مشغول انجام کار

دیگری هستند یا با چیزی بازی می کنند. در دروسی مثل دیکته که نیاز به توجه و تمرکز بیشتری دارد، معمولاً مشکلات بیشتری را نشان می دهند.

عده ای از این کودکان با رسیدن به سن ۱۲ سالگی علایم آنها بهبود می یابد.

در صورتیکه علایم درمان نشود افت درسی و عدم پیشرفت تحصیلی، آینده شغلی این کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد. بنا به دلایل فوق، اختلال بیش فعالی - کم توجهی باید درمان شود هدف از درمان کاهش علایم این بیماری است تا حدی که کودک آشفتگی کمتری را در زندگی روزمره خود متحمل گردد و عملکرد تحصیلی و ارتباطی کودک بهبود یابد. درمان این کودکان شامل دو دسته کلی درمان های دارویی و غیر دارویی است.

۳- اختلال سلوک:

دو ویژگی مهم اختلال سوک شامل رفتارهای پرخاشگرانه و تخریبی و نقض قوانین و حقوق دیگران است سایر خصوصیات این اختلال عبارتند پرخاشگری نسبت به افراد یا حیوانات، بی اعتنائی، بد دهنی، تخریب اموال، فریبکاری و دزدی، نقض قوانین، دروغگویی مستمر، گستاخی، قلدری کردن، تهدید یا ترساندن دیگران، فرار از منزل یا مدرسه.

هادی پسر بچه ای ۱۲ ساله است که موقتاً از مدرسه اخراج شده و توسط ناظم مدرسه به روانپزشک ارجاع شده و یادداشت زیر را همراه او فرستاده اند:

"راستگویی در وجود هادی نیست و زمانی که در حین خلافاکاریهای واقعی گیر می افتد همه چیز را انکار می کند و ظاهر آدمهای مظلوم و بی گناه را به خود می گیرد. او معتقد است که ما به او گیر می دهیم. وقتی که او را از همه چیز محروم می کنیم، برخورد او با ما رقت آور می شود. این پسر شدیداً به کمک احتیاج دارد. در ظاهر او هیچ دوستی ندارد. رفتارهای خشونت آمیز او مانع از این می شوند که سایر دانش آموزان او را دوست داشته باشند. مشاور مدرسه او را مورد آزمایش قرار داد و نتایج نشان دادند که هوش او معمولی است ولی کارآمدی او در مدرسه فقط در حد کلاس سوم و درجات پایین کلاس چهارم است."

رفتار ضد اجتماعی هادی از مدرسه ابتدایی آغاز شد و الگویی از دعوا کردن، دروغ گفتن و دزدی کردن در او برای سال ها ادامه داشته است.

راهکارهای درمانی:

درمان اختلال سلوک نیازمند رویکردی جامع است که شامل استفاده از روش های داروئی، روان درمانی، مداخلات خانواده و آموزش شیوه های فرزند پروری می باشد و توسط متخصصین مربوطه انجام خواهد شد. در اینجا آنچه برای بهورزان اهمیت دارد شناسایی و ارجاع کودکان و نوجوانانی است که علایم فوق را داشته و ممکن است از این اختلال رنج ببرند.

آنچه باید والدین آموزش داده شود:

- به والدین در مورد ضرورت پی گیری های درمانی و مداخلات داروئی آموزش دهید
- به والدین در ایجاد قواعد، حد و مرزهای روشن و واضح برای کودکان آموزش دهید.
- والدین را وادار کنید تا روشهای انضباطی مانند تنبیه بیش از حد یا تنبیه بدنی را متوقف کنند.
- به والدین توصیه کنید که بر دوستیهای نوجوانان نظارت داشته و با والدین دوستان فرزندشان در تماس باشند

۴- اوتیسم:

مقدمه و علایم:

اوتیسم یا در خودفرورفتگی یکی از اختلالاتی است که همانند عقب ماندگی ذهنی از همان سال های اول زندگی خود را نشان می دهد و در صورتی که به علایم آن توجه شود، قابل تشخیص می باشد. از اولین علایم کودکی که اوتیسم دارد این است که به آدم ها و چیزهایی که اطرافش هستند توجه زیادی ندارد. مثلا کودکان عادی به صورت مادرشان و سایر افرادی که نزدیکشان می شوند نگاه می کنند و وقتی فرد آشنایی نزدیک می شود دستانشان را به شکلی بالا می برند که بغلشان کنند. ولی عجیب است بدانیم که کودکان مبتلا به اوتیسم به چشم های دیگران نگاه نمی کنند و علاقه ای به بغل شدن یا مورد توجه قرار گرفتن هم ندارند. وقتی هم که بزرگتر می شوند با هم سن و سالان خود نمی جوشند و تمایلی به انجام کارهای دسته جمعی ندارند.

از طرف دیگر کودکان مبتلا به اوتیسم در یادگیری زبان و ارتباط برقرار کردن با دیگران هم مشکل دارند. این کودکان نمی توانند همانند دیگر بچه ها تکلم را یاد بگیرند و دیرتر به حرف می افتند یا اینکه هیچوقت نمی توانند به خوبی حرف بزنند و کلامشان ممکن است کلیشه ای و تکراری باشد. علاوه بر این ممکن است

رفتارهای دیگر و بازی های این کودکان هم تکراری و کلیشه ای باشد. مثلاً فقط به اسباب بازی های محدودی علاقه نشان می دهند و بازی های تکراری انجام می دهند. به علاوه نمی توانند با اسباب بازی هایشان بازی های تخیلی انجام دهند، مثلاً نمی توانند یک قوطی کبریت را به عنوان ماشین یا یک مداد را یک آدم تصور کنند.

اوتیسم یکی از اختلالات دوران کودکی است که عمدتاً با نقص در روابط اجتماعی، تأخیر در صحبت کردن یا مشکلات زبانی، بروز رفتارهای تکراری مشخص می شود مشکل اصلی این کودکان عدم توانایی آنها در برقراری ارتباط با دیگران است. شیرخواران مبتلا به اوتیسم تماس چشمی مناسبی نداشته برای برقراری مکالمه علاقه ای به صداهای انسانی ندارند. ممکن است از نظر عاطفی بی تفاوت به نظر رسیده گاهی ممکن است والدین تصور نمایند که کودک ناشنوا است. معمولاً رابطه شان با والدین دارای ارتباط عاطفی نیست رفتارهای تکراری مثل جلو عقب دادن تنه، چرخیدن دور خود و حرکات چرخشی و تکراری دستها یا انگشتان و آداهایی در چهره یا تکرار برخی جملات یا سؤالات ممکن است دیده شوند. بسیاری از کودکان اوتیستیک در میزان غان و غون در اوایل کودکی مشکل دارند. بسیاری قادر به صحبت نیستند هرچند ممکن است در ابتدا توانائی بیان چند کلمه محدود را پیدا کرده باشند. آنهایی که توانائی صحبت کردن دارند در کاربرد مناسب کلام دچار اشکال هستند. تکرار بی معنای کلام دیگران (اکولالیا) ممکن است دیده شود. گرامر ناقص یا غیر عادی در کلام و کاربرد تلگرافی جملات دیده می شود.

غربالگری و ارزیابی افراد:

برای شناسایی کودکان مبتلا به اوتیسم باید همان سؤالات مربوط به تشخیص عقب ماندگی ذهنی پرسیده شود. تشخیص عقب ماندگی ذهنی از اوتیسم دشوار است و نیاز به کار تخصصی دارد. بنابراین بیمارانی که مشکوک به هر کدام از این اختلالات باشند باید به پزشک ارجاع داده شوند تا پس از بررسی لازم اقدامات درمانی آغاز شود.

پیگیری و مراقبت:

درمان این بیماران هم دارویی و هم غیردارویی است. برای کم کردن مشکلات رفتاری که همراه با این اختلال است استفاده از دارو ممکن است لازم باشد. اگرچه این اختلال درمان قطعی ندارد و نمی توان کاری کرد تا کودک کاملاً بهبود یابد، ولی به این معنی نیست که نمی توان برای آنها کاری کرد. درمان ها می توانند تا حدودی علایم را کاهش دهند و اگر درمان های غیردارویی لازم برای آنها توسط کارشناس بهداشت روان انجام گیرد، تاحدودی مهارت های بیشتری پیدا می کنند.

۵- اختلالات یادگیری:

این کودکان از هوش کلی خوبی برخوردار هستند ولی در یک زمینه خاص مثل خواندن، نوشتن یا ریاضیات دچار ضعف می باشند. معلمین از جمله اولین کسانی هستند که متوجه اینگونه دانش آموزان می شوند.

این دسته از اختلالات عمدتاً بصورت ناتوانی از یادگیری خواندن، نوشتن و درک ریاضیات دیده می شوند و کودک در تستهای عملکرد تحصیلی ضعیف عمل می کند. در این کودکان توانائی تحصیلی و گفتاری شان متناسب با سن آنها نیست.

رضا علیرغم هوش نرمال و گاه بالای خود، در انجام تکالیف مدرسه مانند خواندن، نوشتن، ریاضیات و... دچار مشکل است. او هر روز به هر بهانه ای می خواهد از مدرسه رفتن، سر باز زند. هنگامی که از او می خواهید از روی متن درس جدید برایتان بخواند، هزار بهانه می آورد و سرانجام با فشار و مکث های بیش از حد، دست و پا شکسته متن را با غلط های فراوان می خواند. بارها با او جدول ضرب را اشتباه می کند، حروف الفبا را به ترتیب با شعر یاد می گیرد، اما اگر بپرسید بعد از مثلاً "ص" چه حرفی است؟ نمی تواند مستقیماً جواب دهد و باید از اول حروف الفبا را برای خود بگوید. به سادگی برای شما فیلمی را که دیده تعریف می کند، اما اگر از او بخواهید در مورد فیلم دو خط برایتان بنویسد، از این کار سرباز می زند...

آنچه باید والدین بدانند:

- با حمایت درست و مداخله مناسب این کودکان می توانند در مدرسه موفق شده و در بزرگسالی نیز انسانی موفق گردند.
- نقاط قوت و استعداد های او را بشناسید و جهت پرورش آنها، او را تشویق کنید.
- تلاش های او را برای رسیدن به موفقیت ارج بنهید و حمایت کنید.
- اهداف و انتظارات خود را واقع بینانه کنید.
- با معلمین و اعضای مدرسه همکاری کنید.
- زمانی که کودک شما می خواهد حرف بزند، به او گوش دهید.

۶- سایر اختلالات کودکان :

الف- شب ادراری:

به عدم کنترل ادرار بصورت غیر ارادی یا ارادی نامتناسب باسن اطلاق می شود به طوری که با سطح تکامل و سن کودک متناسب نباشد. شب ادراری تا حدود ۵ سالگی طبیعی تلقی می شود. بعد از سن ۵ سالگی چنانچه حداقل دو بار در هفته بمدت ۳ ماه اتفاق افتد یا این که بروز آن باعث اضطراب و افت عملکرد شدید شود غیر طبیعی تلقی می شود. شیوع اختلالات هیجانی و رفتاری در این کودکان بیشتر از جمعیت عمومی است.

ب- بی اختیاری مدفوع:

به دفع نامتناسب مدفوع بصورت غیر ارادی یا تعمدی در محلهای نامناسب در کودکان بالاتر از ۴ سال اطلاق می شود. ممکن است همراه یبوست باشد. کودکانی که دچار بی اختیاری مدفوعند در ارتباط با همسالان دچار مشکل بوده و اعتماد به نفس پائینی دارند. حتماً باید از تشویق صحیح و مناسب برای زمان هایی که کودک مدفوع خود را کنترل داشته و آن را در محل مناسبی دفع کرده است، استفاده شود. علاوه بر موارد فوق توجه به نکات زیر در کنترل مدفوع این کودکان مهم است. اوج بهبودی برای پسران در سن ۶ سالگی و برای دختران در سن ۸ سالگی می باشد از این سنین به بعد کاهش تدریجی بیماری وجود دارد تا سن ۱۶ سالگی که بیماری در هر دو جنس به طور کامل ناپدید می شود.

در صورت وجود مشکلات دفعی به والد آموزش دهید:

شب ادراری:

- این اختلال در اکثر موارد خود محدود شونده^۱ است اما به دلیل عوارض و تاثیراتش نیازمند درمان است.
- کودک عمدا اقدام به اینکار نمی کند.
- هرگز کودک را بخاطر این اتفاق تنبیه بدنی نکنند.
- پی گیری درمان و انجام روشهای رفتاری و داروئی توصیه شده از اهمیت زیادی برخوردار است.

بی اختیاری مدفوع:

- کودک را بخاطر این رفتار تنبیه بدنی نکند.
- در موارد احتباس مدفوع همراه با یبوست به لزوم استفاده از ملین ها در رژیم غذایی تاکید کنید.
- در خصوص پی گیری درمان آموزش دهید.
- به طور مرتب و منظم، ۲۰ دقیقه پس از صرف هر وعده غذا، کودک به مدت ۱۰ دقیقه روی دستشویی بنشیند تا حرکات روده ای او افزایش یابد.
- از تشویق، پاداش و جایزه های ویژه برای دفع مناسب مدفوع کودک استفاده کنیم.
- از پیامدهای تنبیهی مناسب استفاده کنیم و به روش های نامناسبی چون تنبیه فیزیکی، سرزنش، تحقیر و شماتت و مقایسه کودک با دیگران متوسل نشویم.

(۱) منظور از اختلالات خود محدود شونده، مشکلات سلامتی هستند که به خودی خود

بهبود می یابند.

ج- اختلالات گفتاری:

اختلالات گفتار می تواند به صورت اختلال در تلفظ صحیح کلمات و اختلال در روان صحبت کردن اشاره نمود.

اختلال در تلفظ: این اختلال شایع ترین نوع مشکلات ارتباطی است که کودک نمی تواند آنگونه که بر اساس سن او انتظار می رود تلفظ شمرده و صحیحی از کلمات را ارائه دهد. کودک ممکن است نوک زبانی صحبت کند، یا بعضی از حروف و صداها را حذف کند (مثلاً "به جای کلمه عروسک می گوید عوسک، یا به جای نادر می گوید نار، یا شیرینی را شیینی تلفظ کند) یا ممکن است حرفی را جایگزین حرف دیگر کند (مثلاً "به جای گربه بگوید دربه). بسیاری از موارد فوق در طی فرآیند رشد طبیعی کودکان نیز دیده می شود اما بتدریج که سن کودک افزایش می یابد، انتظار می رود تکلم او برای دیگران بیشتر قابل فهم باشد. اما در این اختلال، مشکل کودک پس از طی دوره طبیعی رشد، باز هم ادامه می یابد این بیماری معمولاً در ۴ سالگی شروع می شود زمانی که انتظار می رود تکلم کودک قابل فهم باشد. در مورد بچه های زیر ۳ سال زمانی تشخیص این اختلال گذاشته می شود که تکلم حتی برای اعضای خانواده نیز غیرقابل فهم باشد. اشکال خفیف تر ممکن است تا زمان ورود به مدرسه تشخیص داده نشود. این بیماری در پسران شایع تر از دختران است. این کودکان در معرض اختلالات یادگیری و مشکلات تحصیلی هستند.

لکنت زبان: در این بیماری سلیس و روان بودن تکلم از بین رفته است. ممکن است صداها بلوک شوند و کودک بخواهد حرف بزند ولی صدایی از گلویش خارج نشود و در نتیجه سکوت و یا وقفه ای در کلام رخ دهد، ممکن است تکلم با مکث های طولانی، تکرار یک حرف (مثلاً: گ - گ - گل) یا یک سیلاب (مثلاً: وی - وی - ویدیو) یا طولانی شدن و کش آمدن یک حرف (مثلاً: م م م م مریض) خود را نشان دهد، ممکن است تلاش های رفتاری زیادی را در زمان تکلم کودک ببینیم مثل پلک زدن، تکان دادن دست ها و سر، آداهای خاص روی صورت و

گرچه گاهی کودکان طبیعی نیز دچار عدم روانی گفتار می شوند ولی این ناروانی کلام گذراست

این، بیماری معمولاً بین سن ۷-۲ سالگی شروع می شود که اوج آن ۴-۳ سالگی است. شیوع آن یک درصد (۱٪) می باشد. این اختلال معمولاً در دوره نوجوانی رو به بهبود می گذارد و شیوع آن کاهش می یابد. لکنت زبان در پسران شایع تر از دختران است. پسران سه برابر دختران به این بیماری مبتلا می شوند

استرس و اضطراب علیرغم تصور عمومی ایجاد کننده این بیماری نیست ولی می تواند آن را تشدید کند.

زمانی که این کودکان برای حرف زدن تحت فشار قرار می گیرند یا استرس و اضطرابی به آنها وارد می شود، لکنت زبان آنها شدت می یابد. در نتیجه لکنت زبان بیماری است که شدت آن از یک موقعیت به موقعیت دیگر متفاوت است. کاهش استرس در زمان صحبت کردن به کاهش حملات لکنت زبان کمک می کند اما استفاده از داروهای ضد اضطراب تأثیر اصلی در درمان ندارد.

گفتاردرمانی در این کودکان هم به روان و سلیس صحبت کردن کمک می کند و هم کمک می کند تا کودک با اضطراب، تنش و اجتناب کمتری وارد مکالمه و گفتگو گردد.

آنچه باید والدین در مورد لکنت بدانند:

- گاهی ناروانی کلام بخشی از فرایند رشدی است پس تا مطمئن نشده اند از کلمه لکنت استفاده نکنند.
- در بسیاری موارد لکنت خود محدود شونده است. با اینحال لازم است مشاوره با متخصصین انجام شود.
- برای صحبت کردن کودک را تحت فشار قرار ندهند.
- به لکنت کودک توجه نکنند
- در زمان صحبت کودک با حوصله به او گوش دهند و از عباراتی مثل زود باش استفاده نکنند.
- موقع صحبت با اضطراب به او نگاه نکنید بلکه چهره طبیعی داشته باشند.
- در حین صحبت با کودک اشتباهات تلفظی او را اصلاح نکنند.
- در حین صحبت هیچگاه به او نگوئید چه کار کند تا لکنت نداشته باشد.
- هیچگاه برای یافتن کلمه یا ادای آن به کودک کمک نکنند.

د- اختلال تیک:

تیک ها حرکات یا صداهای ناگهانی، بی هدف و تکراری هستند که به طور غیر ارادی انجام می پذیرند ولی فرد ممکن است بتواند بمدت کوتاه مانع انجام آنها شود. تیک دوره های تشدید یا تخفیف دارد

تقسیم بندی:

اختلال تیک گذرا: تیک های گذرا در سنین قبل از بلوغ شایعند و در پسر ها بیش از دختر ها دیده می شوند این تیک ها اغلب با استرس تشدید شده و کیفیت متغیری دارند. کودک ممکن است متوجه وجود تیک نباشد. باید حداقل ۴ هفته ادامه داشته و بیش از یک سال هم طول نکشیده باشد.

اختلال تیک حرکتی یا صوتی مزمن: دوره زمانی این تیک ها طولانی تر از یک سال بوده و دوره های تیک باید حداقل سه ماه طول کشیده باشد. این تیک ها در شرایط استرس، اضطراب و خستگی تشدید می شوند. برخی از این افراد ممکن است مشخصات اختلال تورت را داشته باشند.

اختلال تورت: اولین نشانه های تورت معمولاً در سنین ۵ تا ۸ سال ظاهر می شوند. در ابتدا ممکن است بصورت اختلال تیک گذرا دیده شود و لی بعداً این تیک ها ادامه می یابند. در اختلال تورت تیک های صوتی و حرکتی هر دو وجود دارند. ممکن است تیک های پیچیده نیز دیده شوند. تیک های حرکتی معمولاً قبل از تیک های صوتی ظاهر می شوند.

برخی اختلالات با اختلال تیک مرتبط بوده قبل و یا همراه آن دیده می شوند. این اختلالات عبارتند از:

- اختلالات اضطرابی
- افسردگی
- مشکلات یادگیری
- اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز
- اختلال وسواسی-جبری

کودکانی که اختلال تیک دارند ممکن است مشکلات رفتاری نظیر لجبازی و بدخلقی داشته باشند. همچنین تیک ممکن است با دوره هایی از افزایش یا کاهش شدت همراه باشد.

در صورت وجود اختلال تیک به والدین در خصوص موارد زیر آموزش دهید:

- این اختلال به دلیل نقص در سیستم اعصاب مرکزی است و کودک عمداً این حرکات را تولید نمی‌کند.
- به والد در مورد لزوم درمان دارویی توضیح دهید.
- به والد آموزش دهید که در طول درمان ممکن است علائم کم و زیاد شود در این صورت درمان را قطع نکند
- به والد آموزش دهید که به تیک‌های کودک توجه نکند و بخاطر تیک به کودک تذکر ندهند.
- بسیاری از تیک‌ها گذرا هستند بخصوص زمانی که مدت زمان کمی از شروع آنها گذشته باشد در این خصوص به والد اطمینان بخشی کنید.

ه- عادات خاص شست‌و‌شو، ناخن جوییدن و...:

کودکان در سنین مختلف ممکن است رفتارهای عاداتی خاصی را نشان دهند از جمله این رفتار می‌توان به جوییدن و یا کندن پوست اطراف ناخن اشاره نمود. گاهی اوقات این رفتارها به دلیل وجود اختلال روان پزشکی خاصی است مثل اختلالات اضطرابی و افسردگی. با اینحال در بسیاری از مواقع این رفتارها صرفاً عاداتی بوده و نشان دهنده اختلال خاصی نمی‌باشد و مشابه سایر رفتارهای عاداتی باید در مورد آنها برخورد نمود.

در مورد اینکه این رفتار نوعی عادت است به والدین آموزش دهید

به والدین آموزش دهید که موقعیت‌های بروز رفتارها را شناسایی نموده و از پیش برای کاهش رفتار برنامه ریزی نمایند.

در مورد رفتار به کودک تذکر ندهند و رفتار عاداتی را نادیده بگیرند.

بصورت غیر مستقیم با تغییر موقعیت دفعات بروز رفتار را کاهش دهند.

کودک بخاطر رفتار مورد تنبیه، سرزنش یا تحقیر قرار ندهند.

رفتارهای جایگزینی را در نظر گرفته و در صورت انجام آنها کودک را مورد تشویق قرار دهند.

در صورتیکه رفتار همچنان ادامه یافت با متخصصین حوزه روان پزشکی مشورت نمایند

خلاصه فصل

در این فصل ضمن مرور اختلالات روانپزشکی طبقه بندی، علائم و نشانه های شایع آنها مطرح شد. در مورد هر اختلال توضیحات مختصری ارائه گردید و شرائط ارجاع بیماران به سطوح بالاتر شرح داده شد. با مرور این مطالب شما نگرش مناسب تری نسبت به غربالگری، مداخلات و مراقبت از افراد دارای مشکلات سلامت روان کسب کردید.

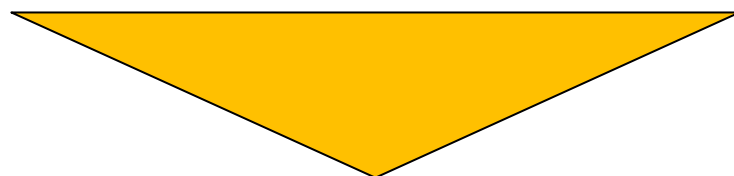
تمرین در کلاس درس

- با اجرای ایفای نقش شناسایی اختلالات روانپزشکی را به کمک فرم غربالگری تمرین کنید. (در هر بار ایفای نقش، گروهی از همکلاسیان می توانند ناظر ایفای نقش بوده و اشکالات را پس از اجرای آن بازگو نموده و دوباره ایفای نقش با گروهی دیگر تکرار شود.)
- نحوه ارجاع بیماران به پزشک (فوری یا غیر فوری) را تمرین کنید.
- نحوه مراقبت و پیگیری هریک از اختلالات روانپزشکی به عنوان مثال در مورد یک بیمار افسرده تمرین شود.
- مصاحبه با مواردی از بیماران واقعی که قبلاً شناسایی شده اند و پرونده دارند جهت آموزش علائم و نحوه ارائه خدمات انجام گردد.
- آموزش های بیمار و خانواده در مورد اختلالات روانپزشکی به روش

تمرین در خارج از کلاس

با مراجعه به جمعیت تحت پوشش غربالگری، ارجاع، مراقبت و پیگیری را عملاً تمرین کرده، نتایج را در فرم های مربوط ثبت نمایید. در جلسه حضوری بعدی مراجعات و نحوه انجام خدمات مربوطه تشریح می شود و نظرات گروه در مورد عملکرد بهورزان مورد بحث و بررسی قرار می گیرد.

فصل ششم



مراقبت و پیگیری در برنامه سلامت روان

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید :

- ۱- مراقبت و پیگیری بیماران روانی را انجام دهید.
- ۲- اهداف مراقبت و پیگیری بیماران روانی را ذکر کنید .
- ۳- بتوانید فرمهای برنامه ادغام سلامت روان و سایر فرمهای مرتبط در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه را تکمیل کنید .
- ۴- نحوه ثبت اطلاعات آماری و مشخصات بیماران روانی تحت پوشش را در فرم های مربوطه توضیح دهید .
- ۵- مفهوم بازتوانی (توانبخشی) بیماران روانی را توضیح دهید .

واژگان کلیدی

- پیگیری
- مراقبت
- ثبت و گزارشدهی

عناوین فصل

- مراقبت و پیگیری بیماران روانی
- اهداف مراقبت و پیگیری بیماران روانی
- داستان
- بازتوانی (توانبخشی) بیمار روانی
- عود بیماری روانی
- بیمار روانی تحت درمان
- ثبت و گزارشدهی آمار اختلالات روانی
- ثبت مشخصات بیمار در فرم ها
- فرم آمار اختلالات روانپزشکی

تعریف مراقبت :

مراقبت عبارت است از پاسخ به تمام جنبه های جسمی ، ذهنی و روانی یک فرد در طول دوره درمان و رسیدگی مستمر به همه جنبه های مختلف افراد تحت پوشش یک برنامه سلامت. طبق این تعریف بیماران تحت درمان و نیز آنها که بهبود نسبی یافته اند باید تحت مراقبت قرار گیرند . بهبود نسبی بخشی از دوره درمان محسوب می شود که جهت پیشگیری از عود بیماری، فرد باید تحت مراقبت قرار گیرد. پیگیری و آموزش بخشی از مراحل مراقبت است .

مراقبت و پیگیری بیماران روانی :

برخی از بیماریهای روانی دوره درمان طولانی دارند (مانند بیماریهای روانی مزمن، بیماریهای سایکوتیک، صرع) . پیگیری و مراقبت این بیماران در طی مدت درمان (که شاید سالها طول بکشد) ضروری است. بیماران روانی لازم است هر چند وقت یکبار (مطابق با دستور پزشک) به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنند. آنها باید داروهای خود را طبق نظر پزشک مصرف کنند و به طور خود سرانه داروی خود را قطع یا کم نکنند.

❖ دفعات زمانی مناسب برای مراقبت و پیگیری بیماران روانی به شرح زیر است :

- ۱ - اختلال سایکوتیک، اختلالات کودکان و نوجوانان، اورژانس های روانپزشکی (موارد ارجاع فوری) : در ماه اول شناسایی ، هفته ای یک بار و از آن پس ماهی یکبار
- ۲ - اختلال اضطرابی، اختلال خلقی ، اختلال شبه جسمی ، صرع ، سایر اختلالات روانی: ماهی یکبار
- ۳ - عقب ماندگی ذهنی: در ماه اول شناسایی یک بار و از آن پس هر ۶ ماه یکبار

اهداف مراقبت و پیگیری بیماران روانی:

الف – برای بیماران روانی تحت درمان :

- افرادی که پزشک تشخیص بیماری روانی را برای آنها داده است و تحت درمان پزشک یا روانپزشک یا روان شناس قرار دارند. تا زمان بهبود کامل باید توسط بهورز تحت مراقبت و پیگیری مستمر باشند و خدمات زیر را دریافت نمایند :
- ۱ - ارائه آموزش سلامت روان به بیمار و خانواده وی
 - ۲ - نظارت بر مصرف دارو طبق زمان و میزان تعیین شده توسط پزشک
 - ۳ - بررسی عوارض دارویی
 - ۴ - توجه به نحوه مصرف دارو (دقت در زمینه عدم قطع دارو یا تغییر مقدار مصرف آن بدون نظر پزشک)
 - ۵ - توصیه به بیمار برای مراجعه به پزشک در موعد تعیین شده
 - ۶ - استمرار درمان و همکاری با بهورز و پزشک
 - ۷ - توجه به وضعیت بیماری از نظر بهبود و یا وخامت
 - ۸ - توجه به اختلالات توأم
 - ۹ - انجام توصیه های درمانگر توسط بیمار، در صورت درمان های غیر دارویی
 - ۱۰ - تشویق بیمار به انجام فعالیتهای روزمره و کمک به حفظ کارکرد وی
 - ۱۱ - آموزش به خانواده بیمار در مورد رفتار و برخورد صحیح آنها با بیمار

ب – برای بیماران بهبود یافته :

- این بیماران بلافاصله پس تشخیص بهبودی توسط پزشک، از نظام مراقبت حذف نمی شوند بلکه بیمار بهبود یافته تا مدتی پس از بهبودی - مدتی که پزشک تعیین می کند - باید توسط بهورز تحت مراقبت قرار گیرد تا از عدم عود بیماری وی و بهبودی کامل اطمینان حاصل شود . در مدت مراقبت بهورز باید به وضعیت بیمار توجه داشته باشد و چنانچه متوجه بازگشت علائم در او شد او را به پزشک ارجاع دهد. بهورز باید برای این بیماران پیگیری و مراقبت را با اهداف زیر انجام دهد:
- ۱ - ارائه آموزش های لازم به بیمار و خانواده او

ج - برای بیماران امتناع کننده از درمان:

برخی از بیماران از مصرف دارو، ادامه درمان، همکاری با پزشک و بهورز و درمانگر خود امتناع می کنند و حاضر به پذیرش و ادامه درمان نیستند. این بیماران افرادی هستند که توسط بهورز غربالگری شده اند و اختلال آنها توسط پزشک تشخیص داده شده و در خانه بهداشت مشخصات اختلال آنها در پرونده خانوار و فرمهای مربوطه ثبت گردیده است و جزء بیماران تحت پوشش خانه بهداشت محسوب می شوند. این قبیل بیماران به دلیل ترس از عوارض دارویی یا به علت ترس از انگ بیمار روانی از ادامه درمان خودداری می کنند. برخی از بیماران نیز ترجیح می دهند به کلینیک ها یا مطبهای خصوصی مراجعه کنند. در این شرایط بهورز باید تلاش کند تا آموزش های لازم را به این بیماران و خانواده آنها بدهد و مشارکت آنها را برای ادامه درمان جلب نماید. با توجه به این که برای این دسته از بیماران خدمات آموزشی و مراقبت و پیگیری ارائه می شود بنابراین جزء بیماران تحت پوشش خانه بهداشت محسوب می شوند و در آمار ماهیانه ثبت می گردند. پیگیری و مراقبت در بیماران امتناع کننده از درمان با اهداف زیر صورت می گیرد:

۱ - ترغیب بیمار به مراجعه به پزشک و ادامه درمان

۲ - ارائه آموزشهای لازم به بیمار و خانواده او

بازتوانی بیمار روانی (توانبخشی) :

بیماران روانی به دلیل وضعیت بیماریشان نمی توانند عملکرد و فعالیتهای عادی و طبیعی خود را داشته باشند و به دلیل شرایط بیماری روانی، دچار احساس یأس، ناتوانی و کاهش اعتماد به نفس می شوند. گاهی اوقات نیز بیماری روانی بر روی عملکرد ذهنی و حافظه آنها تأثیر می گذارد و یا در بیمار موجب کاهش سرعت و دقت در انجام کارها می شود. به این دلایل بیمار دچار احساس سرخوردگی می شود و خود را ضعیف و ناتوان می داند. در چنین شرایطی بهورز و خانواده بیمار باید به او کمک کنند و او را به انجام کارها و مسئولیت های روزمره زندگی تشویق نمایند. بهورز باید به بیمار آموزش های لازم را بدهد تا بیمار در حد توانش فعالیتهای زندگی را از سر گیرد و از اجتماع و فعالیت ها و روابط اجتماعی کناره گیری نکند. این امر موجب می شود که بیمار سریعتر بهبود پیدا کند و همچنین موجب افزایش اعتماد به نفس او می گردد و سبب می شود که بیمار نسبت به خود و دیگران احساس خوبی داشته باشد و به دلیل بیماری خود را ناتوان احساس نکند.

عود بیماری روانی :

گاهی اوقات به دلایل زیر بیماری روانی فرد بهبود یافته مجدداً عود می کند و پس از طی یک دوره بهبود، دوباره علائم همان بیماری قبلی در فرد ظاهر می شود:

۱- دوره درمان برای بهبود کامل فرد کافی نبوده است و باید مدت بیشتری تحت درمان قرار می گرفت .

۲- مقدار دارو برای بیمار کافی نبوده یا نوع دارو برای درمان بیماری او مناسب نبوده است.

۳- فرد بهبود یافته در معرض شرایط استرس زا و اضطراب آور شدید قرار می گیرد و این شرایط موجب کاهش توان مقابله او شده و بیماری روانی اش دوباره عود می کند.

بیمار روانی تحت درمان :

منظور از درمان یعنی درمان دارویی و درمان غیردارویی (روان درمانی) . بنابراین بیماری که فقط درمانهای غیر دارویی دریافت می کند باز هم تحت درمان محسوب میشود. در واقع ملاک تحت درمان بودن، فقط مصرف دارو نیست. در نتیجه پیگیری و مراقبت و آموزش باید برای بیمارانی که تحت درمان غیر دارویی هستند نیز انجام شود.

داستان :

بهورز روستای سپیدار یک روز برای مراقبت از یک بیمار که ۲ ماه قبل بهبود یافته بود به منزل او رفت. این بیمار یک کودک ۹ ساله به نام سعید است که به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه مبتلا بود . او به مدت یک سال تحت نظر پزشک قرار داشت. پس از مصرف مرتب داروهای تجویز شده توسط پزشک حال او بهبود پیدا کرد و بنا بر تشخیص پزشک دیگر نیازی به مصرف دارو نداشت. اما چون به تازگی اختلال او بهبود یافته است طبق دستور پزشک باید مدتی پس از بهبود ، تحت مراقبت باشد تا بیماریش عود نکند. مدت سه ماه بود که علائمی از بیماری وی توسط اعضای خانواده او مشاهده نشده بود. اما یک روز که بهورز به منزل بیمار رفت تا وضعیت بهبود او را ارزیابی کند متوجه شد که علائم اختلال او مجدداً بروز کرده است به طوری که کودک بیقرار بود، مدام حرکت می کرد، آرام و قرار نداشت و نمی توانست حتی برای مدت کوتاه در یک جا بنشیند. مادر سعید هم این موضوع را تأیید کرد و گفت که چند روز است که دوباره علائم بیماریش ظاهر شده و سعید آرام و قرار ندارد و مدام در حال شیطنت و بازی است و کمی هم پرخاشگری می کند . به درس و مشق اهمیت نمی دهد و نمی تواند روی یک موضوع تمرکز داشته باشد و مدام حواسش پرت می شود . بهورز با مشاهده این وضعیت، ضمن ارائه آموزشهای لازم ، از مادر سعید می خواهد که سعید را در اولین فرصت نزد پزشک ببرد.

فرآیند ثبت و گزارشدهی آمار اختلالات روانپزشکی :

بر اساس فرم ثبت اختلالات روانپزشکی ، بهورز اطلاعات آماری مربوط به بیماران روانی را بر حسب نوع اختلال ، سن و جنس بیمار و وضعیت اخلاص به صورت ماهیانه ثبت می کند. در مناطق روستایی ثبت این اختلالات در خانه بهداشت توسط بهورز صورت می گیرد . قابل ذکر است که پس از بیماریابی اولیه توسط

بهورز، بیمار به پزشک عمومی مرکز بهداشتی درمانی ارجاع می شود و پس از تشخیص پزشک مشخصات اختلال بیمار در فرم ثبت اختلالات روانپزشکی توسط بهورز ثبت می شود. بنابراین ثبت نوع اختلال، بر اساس تشخیص پزشک است نه بر اساس بیماریابی بهورز.

اطلاعات ثبت شده در خانه های بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی روستایی ارسال و در آنجا توسط کاردان جمع بندی می شود سپس اطلاعات به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد. در مرکز بهداشت شهرستان آمار مراکز بهداشتی درمانی روستایی جمع آوری می شود و پس از جمع بندی توسط کارشناس بهداشت روان شهرستان به مرکز بهداشت استان (واحد بهداشت روان دانشگاه) ارسال می گردد. در مرکز بهداشت استان پس از جمع بندی اطلاعات مراکز بهداشت شهرستانها آمار جمع بندی شده توسط کارشناس بهداشت روان دانشگاه در نرم افزار مربوطه ثبت می گردد و به سایت پورتال معاونت سلامت به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد (اداره سلامت روان) ارسال می گردد. در نهایت اطلاعات دانشگاههای کشور در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد توسط کارشناس بهداشت روان اداره سلامت روان جمع بندی و تجزیه تحلیل می شود و گزارش کشوری سالیانه تهیه می گردد.

ثبت مشخصات بیمار در فرم ها :

پس از تشخیص اختلال بیمار توسط پزشک، بهورز نوع اختلال بیمار و مشخصات آن را در فرم های زیر طبق دستورالعمل های مربوطه ثبت می کند:

- فرم ثبت مراجعات بیمار
- فرم پیگیری بیماری
- فرم ارجاع و مراقبت بیماران
- فرم ثبت آمار اختلالات روانپزشکی

فرم پیگیری و فرم ثبت مراجعات بیمار باید در پرونده خانوار نگهداری شود. از میان فرمهای فوق، فرم آمار اختلالات روانپزشکی مختص به برنامه ادغام سلامت روان است اما بقیه فرمها جزء فرمهای مربوط به تمام بیماریها در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه است. فرم آمار اختلالات روانپزشکی در این فصل ضمیمه شده است.

خلاصه فصل

پس از اینکه بهورز بیماران روانی را شناسایی و به پزشک ارجاع کرد پزشک فرد ارجاع شده را ارزیابی می کند و در صورتی که او دچار مشکل باشد، نوع اختلال وی را تعیین می کند و توصیه های درمانی لازم را به بیمار ارائه می دهد از این مرحله به بعد بهورز وضعیت بیمار را از نظر ادامه درمان و مصرف منظم داروها طبق دستور پزشک پیگیری می کند و آموزش های لازم را به بیمار و خانواده او می دهد و در صورت وخیم شدن حال بیمار او را مجدداً به

تمرین خارج از کلاس

- ۱- اهداف مراقبت و پیگیری بیماران روانی را ذکر کنید .
- ۲- مراقبت و پیگیری برای چه افرادی باید صورت گیرد ؟
- ۳- فرآیند ثبت و گزارشدهی آمار اختلالات روانی را توضیح دهید .
- ۴- منظور از بیمار تحت درمان چیست و چه خصوصیتی دارد ؟
- ۵- به چه وضعیتی ، عود بیماری گفته می شود ؟

تمرین در کلاس درس

- ۱- با روش ایفای نقش یک نفر در نقش بیمار و یک نفر در نقش بهورز باشد و بهورز برای پیگیری وضعیت بیمار به درب منزل او برود و با او صحبت کند .
- ۲- بهورز در کلاس وضعیت چند نفر از بیماران روانی تحت پوشش خود را توضیح دهد و اقداماتی را که برای پیگیری و مراقبت آنها انجام داده است را بیان کند .
- ۳- در مورد مشخصات آماری زیر فرم ثبت اختلالات روانپزشکی فروردین و اردیبهشت ماه را ثبت کنید :
- در فروردین ماه :

نام دانشگاه:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سال:

نام شهرستان:

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

ماه:

نام مرکز بهداشتی

اداره سلامت روان

منطقه شهری □

درمانی

«فرم ثبت اختلالات روانپزشکی»

مغایر خلف بهداشت یا مراقبت				موارد تحت درمان یا مراقبت												منطقه روستایی □				جنس	نوع اختلال
مهاجرت	وقت	تجهیز	امتناع از درمان	جمع		بالتر از ۶۰		۴۵-۶۰ سال		۲۶-۴۴ سال		۱۹-۲۵ سال		۱۱-۱۸ سال		۶-۱۰ سال		۰-۵ سال			
				تکراری	جدید	تکراری	جدید	تکراری	جدید	تکراری	جدید	تکراری	جدید	تکراری	جدید	تکراری	جدید	تکراری	جدید	تکراری	جدید
																				زن	اختلالات سایکوتیک
																				مرد	
																				زن	اختلالات اضطرابی
																				مرد	
																				زن	اختلالات خلقی
																				مرد	
																				زن	اختلالات شبه جسمی
																				مرد	
																				زن	صرع
																				مرد	
																				زن	عقب ماندگی ذهنی
																				مرد	

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان

مرکز بهداشتی درمانی

تاریخ به سال :

لیست ارجاع و مراقبت بیماران روانی

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ساختمان	سن	تاریخ اولین ارجاع	نوع بیماری	برنامه ارجاع و مراقبت										قطع پیگیری به دلایل				
						فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند	بهبود	فوت	مهاجرت
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱
۱																				
۲																				
۳																				
۴																				
۵																				
۶																				
۷																				
۸																				
۹																				

																				۱۰
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

تعداد موارد تکراری :

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

تعداد موارد تحت مراقبت :

تاریخ گزارش :

راهنمای تکمیل لیست ارجاع و مراقبت بیماران روانی

شماره ستون	اطلاعات	مطالبی که باید یادداشت گردد
۱	شماره ردیف	شماره ردیف را به ترتیب ۱-۲-۳..... بنویسید.
۲	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی بیماران را در این ستون بنویسید.
۳	شماره ساختمان	شماره ساختمان را از پرونده موجود خانواد در مرکز استخراج نموده و یادداشت نمایید.
۴	سن	سن بیمار را در اولین ارجاع در این ستون یادداشت نمایید.
۵	تاریخ اولین ارجاع	تاریخ اولین ارجاع به پزشک مرکز بهداشتی درمانی را در این ستون بنویسید.
۶	نوع بیماری	نوع بیماری را پس از تأیید پزشک در اولین ارجاع در این قسمت یادداشت کنید.
۷ تا ۱۸	برنامه ارجاع و مراقبت	وقتی بیمار برای اولین بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی معاینه می شود تاریخ آن روز را در ستون ۵ (تاریخ اولین ارجاع) بنویسید و تاریخ ارجاع بعدی به پزشک یک ماه خواهد بود مگر پزشک تاریخ خاصی را معین کرده باشد. مثلاً وقتی بیماری در ۶ خرداد ۷۲ برای اولین بار معاینه شد در ستون ۵ تاریخ ۷۲/۳/۶ را بنویسید و در ستون ۱۰ (تیر ماه) تاریخ ۶ را جهت ارجاع بعدی و پیگیری یادداشت کنید و پس از ارجاع و معاینه توسط پزشک در این تاریخ، دور آن را دایره آبی بکشید و به همین ترتیب تا پایان سال ادامه دهید. در صورتیکه بیمار توسط پزشک معاینه شود غیر از مراجعه اول بقیه موارد، مراجعات تکراری محسوب شده و دایره آبی را بکشید ولی وقتی که بیمار توسط شما مورد مراقبت قرار می گیرد (بیمارانی که بنا به نظر پزشک نیاز به دارو ندارند و یا عقب ماندگی ذهنی که لازم است مراقبت شوند) دایره را قرمز بکشید تا آمار موارد تکراری و تحت مراقبت مشخص شود.
۱۹ تا ۲۲	قطع پیگیری	(بزنید) در صورتیکه پیگیری به دلایلی قطع شود در زیل ستون مربوطه علامت () مثلاً اگر بیماری به دلیل مسافرت طولانی مدت و مهاجرت به شهر دیگر جهت ادامه درمان

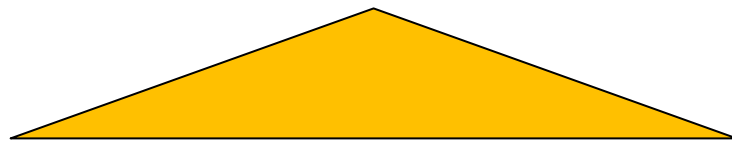
لیست ارجاع و مراقبت بیماران روانی :

پس از بیماریابی لازم است کلیه افراد مشکوک به اختلالات روانی بر اساس مثبت بودن پاسخ خانواده در مورد هریک از پرسش های بیماریابی را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید . این ارجاع بر اساس فرم دعوت از خانوار توسط رابطین صورت می گیرد :

- ❖ در مورد بیماران تحریکاتی شدید روانی ، بیمارانی که دارای افکار خودکشی هستند ، صرع مداوم ، بیمارانی که دچار عوارض شدید دارویی هستند ، ارجاع فوری باید داده شود .
- ❖ در مورد سایر بیماران ، ارجاع غیر فوری است بدین معنی که آنها باید در روزهای مشخص شده از طرف مرکز بهداشتی درمانی ، که پزشک مرکز بیماران روانی را ویزیت می نماید مراجعه نمایند.
- ❖ هدف از لیست ارجاع و مراقبت بیماران روانی ، آسان نمودن کار کاردان مسئول بهداشت روان در ارسال آمار و توصیه پیگیری به رابطین در مورد بیمارانی است که جهت ارجاع به پزشک و یا انجام مراقبت مراجعه ننموده اند.
- ❖ در ابتدا پس از بیماریابی بتدریج کلیه افراد شناسایی شده را به منظور ارجاع به پزشک به مرکز بهداشتی درمانی دعوت نمایید.
- ❖ کاردان مسئول بهداشت روان لازم است پس از اولین ویزیت پزشک و در صورت تأیید بیماری ، اسامی ، مشخصات ، نوع بیماری و تاریخ اولین ارجاع را در این فرم ثبت نماید.
- ❖ برای هریک از بیماران پرونده تشکیل داده شود و شرح حال توسط پزشک مرکز گرفته شود.
- ❖ در صورت عدم مراجعه بیماران در موعد مقرر، اسامی آنها در اختیار رابطین قرار گیرد تا در صورت عدم مراجعه ، حداکثر پس از سه روز پیگیری نمایند.
- ❖ در صورتی که در طی سال بیماران جدیدی شناسایی شدند ، پس از تأیید بیماری توسط پزشک اسامی و مشخصات آنها در لیست ارجاع و مراقبت بیماران روانی ثبت گردد و اقدامات لازم در مورد آنها انجام گیرد.

❖ اول هر سال ، فرم مذکور باید تجدید و فرم سال گذشته بایگانی گردد و اطلاعات از روی فرم سابق وارد فرم جدید شود .

فصل هفتم



آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره در برنامه سلامت روان

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

- اهداف آموزش سلامت روان را توضیح دهید
- نگرش ها و آگاهی های منفی و مثبت مردم در مورد سلامت روان را توضیح دهید.
- مشاوره را تعریف کنید.
- فرآیند مشاوره را توضیح دهید.
- شرایط انجام مشاوره را توضیح دهید.
- فنون مشاوره را توضیح دهید.

عناوین فصل:

- آموزش سلامت روان
- روش مشاوره در سلامت روان
- تعریف مشاوره
- فرآیند مشاوره
- شرایط انجام مشاوره
- فنون مشاوره

واژگان کلیدی

- آموزش سلامت روان
- روش مشاوره

آموزش سلامت روان

اهداف آموزش سلامت روان به افراد در گروه ها را می توان در موارد زیر خلاصه کرد:

- ۱- مردم بیماریهای روانی - عصبی را بشناسند.
 - ۲- مردم باور کنند که بیماریهای روانی- عصبی با دارودرمانی، روان درمانی و مشاوره بهبود پیدا می کند.
 - ۳- مردم با بیماران روانی- عصبی رفتار درست و عادی داشته باشند، و به آنها در جهت بهبودی و برگشت به زندگی طبیعی کمک کنند
 - ۴- مردم راههای پیشگیری از بیماریهای اعصاب و روان را یاد بگیرند.
- به طور خلاصه می توان گفت هدف از آموزش سلامت روان عبارت است از ارشاد و راهنمایی و آشنا ساختن مردم به اصول بهداشت روان و روابط درست انسانی و برحذر داشتن آنها از خطراتی است که سلامت روان را تهدید می کند .

مردم بیماریهای روانی را نسبت به سایر بیماری ها کمتر می شناسند و به همین دلیل در بسیاری از موارد هنگام برخورد با ای نگونه بیماران متوجه بیماری آنها نمی شوند ، با آنها برخورد ناشایست و حتی برای کمک به حل مشکلی که برای آنها پیش آمده به سرزنش و نصیحت پرداخته و یا آنها را به درمانگران غیرپزشک مثل دعانویس ها، گیاه درمانی های سنتی و غیره معرفی می کنند. این کار باعث زیان بیمار به خصوص به دلیل تاخیر در شروع درمان می شود، چرا که تشخیص زودرس و درمان به موقع همه بیماری ها باعث بهبود سریع و عوارض کمتر بعدی می شود.

بیشتر مردم نمی دانند که امروزه بیماریهای عصبی- روانی درمان دارند و در بسیاری از موارد قابل پیشگیری اند و دارو درمانی و روان درمانی و مشاوره می تواند تفکر و احساس و رفتار بیمار گونه انسان ها را اصلاح کند. یک برخورد کلامی یا رفتاری نامناسب یا اشتباه می تواند اثرات شدیدی بر احساسات یا رفتار بیماران داشته باشد.

مردم به دلیل ترس از انگ بیماری روانی جهت درمان اختلال خود به پزشک یا مراکز درمانی مراجعه نمی کنند و یا از داروهای اعصاب و روان به بهانه اینکه اعتیاد می دهند می بیماری خود را از دیگران مخفی می کنند و ترسند یا انتظار دارند که با یک بار مراجعه به پزشک و یک بار دارو گرفتن باید بیماری از بین برود و با آموزش سلامت روان به مردم می توان باورها ، اعتقادات، دانش و رفتار بهداشتی مردم را تغییر داد.

روش مشاوره در سلامت روان

تعریف مشاوره:

مشاوره جریان یاری دهنده ای است که به ارتباط خاص بین دو نفر نیاز دارد. یکی از این دو نفر مراجع کننده یا بیمار است. او کسی است که به دلیل داشتن مشکل روحی، روانی، جسمی و یا مشکلات خانوادگی به مشاور یا درمانگر مراجعه می کند و درخواست کمک می نماید و دیگری مشاور است که در حل مشکلات روانی مهارت دارد. از طریق ایجاد ارتباط خاص مشاوره ای مشاور به مراجع کمک می کند تا راه حلی برای مشکلش بیابد.

فرآیند مشاوره:

شروع این فرآیند برقراری ارتباط است و به دنبال آن شناسایی مشکل و شیوه های حل آن مطرح می شود.

شرایط انجام مشاوره:

برای انجام مشاوره باید شرایطی رعایت شود که عبارتند از ایجاد ارتباط صحیح، رازداری، پذیرش غیر شرطی مراجعه کننده، درک او و مشکلش و فراهم آوردن شرایط محیطی مطلوب.

تمام این موارد هر یک به نوبه خود در انجام و ادامه مشاوره توسط بهورز دخالت مؤثری دارند:

۱- **ایجاد ارتباط صحیح:** رابطه مشاوره ای باید ارتباطی رویاروی، صمیمی باشد. مشاور باید برای بیمار اهمیت و ارزش قایل می شود و در ایجاد رابطه صحیح مشاوره ای مراجعه کننده به عنوان انسانی آزاد، متفکر، ارزشمند و قادر به تصمیم گیری منظور شود. و عواملی که موجب ترس و وحشت بیمار می شود حتی الامکان باید از بین برود تا نگرانی اش تقلیل یابد.

۲- **رازداری:** عامل مهم دیگری که در مشاوره اهمیت دارد، رازداری یا پنهان نگه داشتن مطالب مطرح شده در جلسه مشاوره از دیگران است. بیمار که انتظار دارد بهورز راز، مشکل او را بعداً نزد دیگران فاش نکند تا زمانی که نسبت به بهورز چنین اعتقادی را پیدا نکند، از صحبت کردن در مورد مشکلش خود داری خواهد کرد.

۳- **پذیرش غیر شرطی:** احترام بدون قید و شرط به بیمار و توجه به احساسات و افکار او باعث مشارکت فعال بیمار و طرح مشکل در جلسه مشاوره می شود.

۴- **درک مراجعه کننده و مشکل او:** عامل دیگری که در مشاوره اهمیت دارد فهم و درک بیمار و شناخت مشکلش است. فهم و درک بیمار و موقعیت او با شناخت روابط و رفتار و گفتارش او امکان پذیر

است. فهم درک بیمار زمانی ممکن می گردد که بتوانیم واقعیت را از دیدگاه او بنگریم و دنیا را آن طوری که او درک می کند دریابیم.

فنون مشاوره

بهورز برای کمک به بیمار و برای حل مشکل و نیز هدایت او در جهت خودشناسی و تصمیم گیری مناسب باید فنون مشاوره را به خوبی بداند. فنون مشاوره شامل مواد زیر است:

۱ - **گوش دادن:** گوش دادن عملی فعال و ارادی است که به دقت و توجه نیاز دارد. بهورز در جلسه مشاوره باید به طور کامل و دقیق تمام حواسش را بر گفتار بیمار متمرکز سازد و به گفته های او با دقت گوش فرا دهد.

برای اینکه گوش دادن به طور صحیح انجام گیرد و نتایج مطلوبی از آن حاصل شود . باید نکات زیر رعایت شود .

الف) به هنگام گوش دادن نباید صحبت کند . زیرا در یک لحظه نمی توان هم صحبت کرد و هم گوش داد. به عبارت دیگر، گوش دادن فعال به سکوت و تفکر درباره شنیده ها نیاز دارد.

ب) لازمه گوش دادن آنست که گوینده به گرمی پذیرفته شود و رابطه حسنه با او برقرار شود تا بحث ادامه پیدا کند.

پ) گوش دهنده در مواقع ضروری می تواند از گوینده سوال کند .

ت) گوش دهنده هنگام گوش دادن باید به گوینده نگاه کند.

ث) گوش دهنده باید از قضاوت عجولانه درباره گوینده پرهیزد.

۲ - **انعکاسی احساسات:** یکی از بهترین راه های کمک به بیمار به منظور این که احساس کند شما به او گوش می دهید، انعکاس محتوای گفته های اوست. یعنی احساسات بیمار خود را تشخیص می دهید و آن را در زمانهای مناسب به خود او بر می گردانید.

. به عنوان مثال بهورز از گفته های بیمار متوجه می شود که او عصبانی است. یا نسبت به خودش خشم دارد و می تواند در اینجا به بیمار بگوید که « شما عصبانی هستید». ما در فرهنگمان از زمان کودکی یاد گرفته ایم که مردم را از راه تشویق کردن به گریز از احساساتشان ، آرام کنیم و بگوئیم « گریه نکن همه چیز درست خواهد شد ». در حالی که به احتمال زیاد هیچ چیز درست نخواهد شد و شخص واقعاً نیاز مند است گریه کند تا از درد هیجانش خلاص شود . شما باید اجازه بدهید که مراجعان هیجانانشان را تجربه کنند یعنی غمگین باشند . گریه کنند ، عصبانی باشند، یا هر چیز دیگر.

۳ - **تشویق کردن:** تشویق کردن در جلسه مشاوره فعالیت هایی است که بیمار را به ادامه کارش ترغیب می کند و او را در مسیر پیشرفت و بهبود قرار می دهد . تشویق نوعی پاداش کلامی است که برای تقویت رفتار مطلوب و ادامه آن به فرد ارائه می شود . به عنوان مثال مشاور با گفتن جملاتی نظیر « مرد

توانایی هستی و می توانی این مشکل را حل کنی « بیمار را به شوق می آورد که عقاید و گفتار خویش را دقیق تر و عمیق تر مورد بررسی قرار دهد.

۴- **بررسی راه حل ها:** هنگامی که بیماری به دیدن مشاور (بهورز) می آید، اغلب به این علت است که ناامیدی احساس می کند یا در موقعیت غیر قابل تحمل مانده است و در این موقعیت نمی داند چگونه از درد های خود بکاهد. استفاده از مهارت های انعکاس و گوش دادن بیمار را قادر می سازد مشکلات خود را کشف کرده و آنها را روشن سازد و احتمالاً او را قادر می سازد تا به کشف راه حل هایی برای خود و مشکلاتش بپردازد و آنها را پیشنهاد دهد..

۵- **پایان جلسه:** جلسه مشاوره زمانی پایان می یابد که بیمار توانایی های لازم برای حل مشکل را کسب کرده باشد، لذا مناسب ترین زمان برای پایان دادن به جلسه مشاوره موقعی است که بیمار به اهداف تعیین شده رسیده باشد.

چند نکته در سلامت روان

* افرادی که مبتلا به اختلالات روانی هستند، حتی هنگام بیماری نیز احتیاجات و نیازمندی ها و خصوصیات مشابه سایر افراد دارند؛ آنها نیز دارای احساساتی انسانی مانند عشق، تنفر و حسادت می باشند و در مقابل محبت با مهربانی رفتار می کنند و در برابر خشونت واکنشی مانند آن نشان می دهند. لذا شایسته است در برخورد بابیماران شأن و منزلت آنان را به عنوان یک انسان نگه داریم.

* اکثر رفتارهای غیر عادی فقط از لحاظ کمیت با رفتار عادی تفاوت دارند. بیماران روانی معمولاً همان روشهای را بکار می برند که اشخاص عادی مورد استفاده قرار می دهند ولی با شدت خیلی بیشتر. این روش ها رفتار و عملکرد خود فرد را تحت تاثیر قرار می دهند و رفتار او را از روال عادی خارج می کنند.

هر فرد ممکن است دچار بیماری روانی شود با این تفاوت که عده ای قدرت کمتری در تحمل سختی ها و مشکلات دارند و زودتر در مقابل مصیبت ها و مشکلات شکست می خورند. این استرس های اجتماعی منجر به زمینه سازی بیماریهای روانی می شود

بیمار روانی هرگز نباید از کمک خواستن برای درمان بیماریهای خود احساس شرمندگی و خجالت کند. زیرا همان طور که انسان مسئول اکثر بیماریهای جسمانی خود نیست به همان نسبت نیز مسئول بیماری های روانی خود نیز نمی باشد

* به بیماران روانی چه در دوره بیماری چه پس از بهبودی می توان مسئولیت و کار متناسب با توانایی بیمار داد. در بعضی از بیماران لازم است کسی بر کار آنها نظارت و سرپرستی داشته باشد.

* بستری کردن بیماران روانی در بیمارستان به جز در موارد خاص (که پزشک تجویز می کند) ضرورتی ندارد. اگر بیمار داروهایش را به بطور مرتب و زیر نظر پزشک معالج ادامه دهد و خانواده و اجتماع حمایت لازم را از او داشته باشند، روند بهبودی سرعت بیشتری می گیرد.

خلاصه فصل

هدف از آموزش سلامت روان ارشاد و راهنمایی و آشنا ساختن مردم به اصول بهداشت روان و روابط درست انسانی و برحذر داشتن آنها از خطراتی است که سلامت روان را تهدید می کند. آموزش سلامت روان به صورت آموزش انفرادی و چهره به چهره، آموزش گروهی و پرسش و پاسخ یا بحث عمومی ارائه می شود. این آموزش برای همه افراد مفید است اما برای برخی گروه های در معرض خطر از اهمیت و فوریت بالاتری برخوردار است، لذا بهتر است که ابتدا گروه های آسیب پذیر و افراد کلیدی تر جامعه را آموزش داد.

مشاوره جریان یاری دهنده ای است که به ارتباط خاص بین دو نفر نیاز دارد. یکی از این دو نفر یعنی مراجعه کننده (بیمار) کسی است که به دلیل داشتن مشکل روحی، روانی، جسمی و یا مشکلات خانوادگی و یا برای حل یک مشکل به مشاور یا درمانگر مراجعه و درخواست کمک می نماید و دیگری مشاور است که در حل مشکلات روانی مهارت دارد و به ایجاد ارتباط خاص مشاوره ای با مراجعه کننده می نماید و به او کمک می کند تا راه حلی برای مشکلش بیابد.

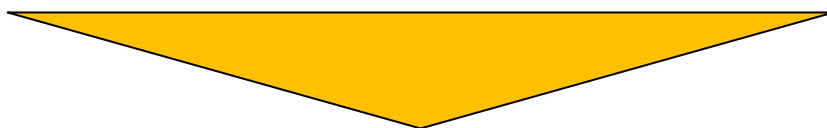
تمرین در کلاس درس

با روش ایفای نقش یک نفر در نقش بیمار و یک نفر در نقش مشاور باشد و مشاور مراحل مشاوره را انجام دهد. در این شرایط سایر دانش آموزان به عنوان تماشاگر باید نقائص و نقاط قوت این ایفای نقش را بگویند تا افراد بعدی بتوانند آن را به نحو بهتری انجام دهند.

:

تمرین در در خارج از کلاس

فصل هشتم



آموزش سلامت روان به گروه ها و ترغیب مشارکت ها

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

- مراحل آموزش سلامت روان به گروه ها را توضیح دهید.
- ارکان اجرای برنامه آموزش سلامت روان به گروه ها و اهمیت هر یک را توضیح دهید.
- هر یک از مراحل مختلف اجرای برنامه آموزشی سلامت روان به گروه ها را توضیح دهید.
- مفهوم مشارکت جامعه در برنامه ریزی و راه اندازی عملیات ارتقاء سلامت روان را

عناوین فصل

- مقدمه و بیان هدف
- ارکان اجرای برنامه آموزش سلامت روان به گروه ها
- مراحل اجرای برنامه آموزش سلامت روان به گروه ها
- تحلیل نیازهای سلامت روان جامعه
- برنامه ریزی برای راه اندازی عملیات ارتقاء سلامت روان با بهره گیری از مشارکت جامعه

لغات کلیدی

آموزش
گروههای هدف
مشارکت جامعه

مقدمه و بیان هدف

هدف برنامه آموزش سلامت روان به گروه ها ایجاد فرایندی است که در طی آن افراد و جامعه به توانایی هایی دست یابند که بتوانند سلامت روانی و اجتماعی خود را ارتقاء دهند. به منظور تحقق این هدف افراد و گروه های مختلف جامعه اعم از گروه های رسمی نظیر نهادهای مختلف مستقر در جامعه مانند سازمان های تعلیم و تربیت، دهداری، شورای اسلامی و نیز گروه های غیر رسمی نظیر زنان خانه دار، دانش آموزان، کارگران و کشاورزان باید بتوانند در مراحل ذیل گام بردارند:

– شناسایی نیازهای سلامت روان خود و افراد جامعه

– ایجاد تمایل به حل مشکلات سلامت روان

– برنامه ریزی به منظور حل مشکلات سلامت روان و اجرای آنها

– ارزیابی برنامه ها و ارتقاء مستمر کیفیت اجرای آنها

براساس موارد فوق می توان چنین برداشت کرد که اساساً نخستین گام در ارتقاء سلامت روان آگاه سازی جامعه به نیازهای واقعی و حقوق خود در زمینه سلامت روان است. این آگاه سازی عمدتاً از دو محور آموزش های فردی و مشاوره و نیز آموزش های جمعی به گروه های رسمی و غیررسمی فعال در جامعه تحقق می پذیرد. در محور آموزش فردی ارائه دهنده خدمات سلامت به عنوان مشاور عمل می کند که تلاش می نماید با مشارکت مشتری خدمات مشکل سلامت روان را موشکافی نموده و راه حلی برای آن پیدا نماید و یا او را به دلیل پیچیدگی خاص مشکل به سطح بالاتری ارجاع می دهد. در محوردوم یعنی آموزش بهداشت روان با گروه ها ارائه دهنده خدمات یکی از دو نقش زیر را ایفا می کند:

الف- انتقال پیام های سلامت روان به جامعه و ایجاد برنامه ریزی مشارکتی برای اجرای برنامه ای خاص از برنامه های سلامت روان

ب- هماهنگی برای استفاده از ظرفیت های بالاتر آموزش سلامت روان برای گروه های اجتماعی نظیر استفاده از ظرفیت های معتمدین و روحانیون، پزشکان، نهادهای تربیتی و ...

آنچه در ادامه مطالب این فصل خواهد آمد مجموعه روش هایی را به شما ارائه خواهد نمود که با بهره گیری از آنها می توانید اقدام به برقراری آموزش های جمعی با گروه ها نموده و مشارکت جامعه را در ارتقاء سلامت روان سازماندهی نمایید.

ارکان اجرای برنامه آموزش سلامت روان به گروه ها

اساساً برای اجرای برنامه آموزش سلامت روان برای گروهی از افراد باید دو ویژگی اصلی را مراعات نمود.

۱- ضرورت سازماندهی برای طراحی یک ساختار و برنامه آموزشی اثربخش که از الگویی روشن تبعیت می کند.

۲- ضرورت تنظیم محتوای آموزش بر مبنای ارزش ها و اهداف برنامه سلامت روان

شما در فصول مختلف کتاب مبانی بهداشت و کار در روستا با اصول آموزش بهداشت، آموزش بهداشت با افراد و روش مشاوره، آموزش بهداشت با گروه ها و روش های جلب مشارکت مردم و روش ها و شیوه های آموزشی آشنا شده اید. در مباحث فوق شما با آموزش بهداشت با گروه ها و جامعه، مفاهیم آموزش گروهی، گروه های رسمی و غیررسمی، روش های اجرای مباحث گروهی و اصول و مراحل مشارکت جامعه در برنامه های سلامت و روش ها و شیوه های آموزشی به تفصیل آشنا شده اید، لذا در اینجا توصیه می شود به منظور درک مناسب تر برنامه آموزش سلامت روان با گروه ها مروری بر مباحث فوق در کتاب مبانی بهداشت و کار در روستا داشته باشید. با این فرض که شما بر مباحث پیش گفت تسلطی مناسب دارید در ادامه مطالب این فصل بر محور دوم از ارکان اجرای برنامه آموزش سلامت روان متمرکز می شویم و تلاش می کنیم تا با تکیه بر اهداف و فرایندهای برنامه سلامت روان بتوانید اقدام به اجرای یک آموزش گروهی نمایید. مراحل مختلف این آموزش به شرح ذیل در ادامه مطالب این فصل آمده است.

مراحل اجرای برنامه آموزش سلامت روان به گروه ها:

مراحل مختلف اجرای برنامه آموزش سلامت روان می بایست در درجه نخست رویکردی منطقی و نظام دار داشته باشد. این رویکرد نظام دار موجب می شود تا هر یک از عوامل مختلف به درستی و به طرز موثری نقش خود را ایفا نمایند. در این میان نقش بهورزان به عنوان متولی سلامت روستا نقشی اساسی و کلیدی خواهد بود. این نقش بدان جهت کلیدی تلقی می شود که بهورزان در خط مقدم مشاهده مشکلات سلامت روان و درک عوامل موثر بر آن هستند و بیش از هر فرد دیگر قادرند سایر عوامل انسانی را برای تنظیم فعالیت ها راهنمایی نمایند. در ادامه مطالب با مرور برنامه و ساختار پیشنهادی به درک مناسب تری از این موقعیت برای حل مشکلات سلامت روان پی خواهید برد.

این مراحل به شرح ذیل معرفی می شوند:

۱- تحلیل نیازهای سلامت روان جامعه

۲- برنامه ریزی برای راه اندازی عملیات ارتقاء سلامت روان با بهره گیری از مشارکت جامعه

۳- برنامه ریزی آموزشی برای گروه های هدف

۴- اجرای برنامه عملیاتی ارتقاء سلامت روان و اجرای برنامه ریزی آموزشی

۵- ارزیابی مستمر نتایج برنامه ارتقاء سلامت روان و آموزش های ارائه شده

۶- ارزشیابی نتایج برنامه و ارتقاء و توسعه مستمر آن

در ادامه شرح تفصیلی هر یک از مراحل آمده است.

۱- تحلیل نیازهای سلامت روان جامعه:

تحلیل نیازهای سلامت روان جامعه براساس اخذ اطلاعات از منابع مختلف صورت می پذیرد. این منابع می توانند یکی از موارد ذیل باشند:

الف- ابلاغ قوانین، دستورعمل ها و یا یک برنامه سلامت از سوی واحدهای بالاتر؛ در این زمینه ممکن است برنامه یا دستورعمل ارسالی ناظر به اجرای خدماتی از سلامت روان باشد که نیازمند آموزش گروهی و یا مشارکت مردمی است.

ب- وجود شواهدی که دلالت بر بروز یک مشکل سلامت روان در جامعه تحت پوشش دارد، به عنوان مثال ممکن است بنا به دلایلی خاص در یکی از مناطق تحت پوشش میزان بروز اعتیاد بالا رفته باشد، در چنین شرایطی ارائه دهنده خدمات ممکن است یافته های خود را در مورد بروز اعتیاد به سطوح بالاتر گزارش نموده و با همکاری آنها اقدام به اجرای برنامه هایی خاص نماید.

ج- وقوع بحران ها یا تغییرات خاص در محیط که منجر به بروز مشکلات خاص شود؛ در این زمینه حوادثی نظیر زلزله، تغییرات سریع فرهنگی اجتماعی، منازعات قومی و قبیله ای و ... می تواند منجر به بروز مشکلات سلامت روان شود.

در تمامی موارد اشاره شده در فوق کارمند بهداشتی می بایست به منظور ارزیابی مناسب نیازها اقدام به تحلیل آنها نماید. در این توصیف می بایست کیفیت مشکل موجود، گستره آن در جامعه، عوامل موثر بر بروز مشکل، افرادی که از آن آسیب می بینند و تعداد آنها به درستی روشن شود.

یک موضوع بسیار مهم در برنامه ریزی آموزشی برای گروه ها این است که به صورتی روشن اطلاعات گروه هدف معلوم شود. در این شرایط گروه های مختلف اجتماعی متفاوت از سلامت روان دارند. به عنوان مثال چنانچه در جامعه تحت پوشش با مواردی از آسیب های اجتماعی ناشی از اشتغال کودکان مواجه باشیم می توانیم چند گروه هدف را آموزش دهیم و یا از آنها برای مشارکت در برنامه ای دعوت به عمل آوریم. به طور قطع سطح سواد و اطلاعات اجتماعی صاحبان کار، معلمین روستا، صاحبان حرفه یا صنایع، خانواده کودک و ... متفاوت است، لذا چنانچه در برنامه ریزی جایگاهی را برای آموزش یا مشارکت هر یک از گروه های فوق در برنامه سلامت روان کودکان انتخاب کرده اید می بایست محتوای آموزش خود را به صورت جداگانه و با محتوایی متفاوت تنظیم نمایید. در این شرایط به یاد داشته باشید که ارائه اطلاعات غیر ضروری و نیز اطلاعاتی که در حوزه فهم گروه هدف نبوده و یا خود از آنها آگاه باشند نه تنها ضرورت ندارد بلکه موجب کسالت فراگیران شما از گروه های هدف می شود.

یک داستان از نیازسنجی آموزشی سلامت روان:

«بهورز روستای اکبرآباد در مشاهدات اخیر خود متوجه شده است که تعدادی از سالمندان روستا علائم افسردگی دارند. او برای تکمیل اطلاعات خود با آنها مصاحبه هایی را ترتیب می دهد و در می یابد عواملی نظیر تنهایی، از دست رفتن سلامت جسمی و فراموشی برای آنها شرایط ناگواری را به وجود آورده است. بهورز که اطلاعاتی را از قبل در زمینه مراقبت از سالمندان دارد، می داند یکی از جنبه های مهم آسیب به گروه سالمندان، فقدان مراقبت های جسمی و تنهایی آنهاست. لذا برای آن که برنامه ای همه جانبه از ارزیابی نیازهای آموزشی را ترتیب دهد اقدام به گردآوری اطلاعات بیشتر در زمینه های ذیل می نماید.

۱- معلومات سالمندان در زمینه مراقبت از خود و میزان بهره مندی آنها از خدمات مختلف

سلامت و خدمات اجتماعی

۲- اطلاعات اطرافیان سالمندان در زمینه نیازهای این گروه

۳- ارزیابی نهادهای اجتماعی مستقر در روستا در زمینه امکان حمایت از سالمندان

با اطلاعات به دست آمده روشن است بهورز می تواند برنامه های مختلفی را در جهت ارتقاء سلامت روان سالمندان هماهنگ نماید.

۲- برنامه ریزی برای راه اندازی عملیات ارتقاء سلامت روان با بهره گیری از مشارکت جامعه:

برنامه های سلامت روان بیش از سایر برنامه های دیگر برای اجرا نیازمند مشارکت اجتماعی هستند. دلیل این موضوع آن است که سلامت روان به میزان بالایی تحت تاثیر ویژگی های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه و خانواده است. بر این اساس می بایست برای ارتقاء سلامت روان از مشارکت جامعه و توانمندی های موجود در آن بهره جست. این توانمندی ها در گروه های رسمی و غیررسمی جامعه وجود دارد. در حال حاضر نهادهای مختلف رسمی نظیر سازمان های دولتی و غیردولتی در زمینه مسائلی نظیر سوء مصرف مواد، خشونت خانگی، کودک آزاری، افسردگی و اضطراب در گروه های مختلف هدف جامعه، تبعیض های جنسی و حقوق اجتماعی فعالیت می نمایند. قوانین و دستورعمل های در دسترس این گروه ها و نیز میثاق های مختلفی که برای احقاق حقوق اجتماعی و سلامت روان در دسترس این سازمان هاست خود منبعی ارزشمند برای ارتقاء سلامت روان است. از سوی دیگر ارائه دهندگان خدمات می توانند با استفاده از ظرفیت های جامعه تحت پوشش اقدام به استفاده و سازماندهی با بهره گیری از گروه های غیررسمی نمایند. تشکیل جلسات با معلمان روستا، گروه های مختلف زنان، شاغلین کارگاه ها و ... می تواند ظرفیت های جدیدی برای اجرای برنامه سلامت روان و ارتقاء حقوق اجتماعی ایجاد نماید.

مراحل مختلف برنامه ریزی برای سلامت روان با بهره گیری از مشارکت جامعه همانند آنچه که در کتاب مبانی بهداشت و کار در روستا آمده شامل مشارکت در شناخت مشکلات، مشارکت در یافتن راه حل، مشارکت در اجرای عملیات، تسهیل در مشارکت و نهایتاً مشارکت در ارزشیابی است.

داستان یک مشارکت اجتماعی در برنامه سلامت روان؛

«بهورز زن روستای حسین آباد در مشاهدات خود مواردی از کودک آزاری و بهره کشی از کودکان در انجام کارهای شغلی را در جامعه تحت پوشش مشاهده نموده است. او ضمن مشورت با پزشک و کارشناسان مربوطه در مرکز بهداشتی درمانی و مرکز بهداشت شهرستان اقدام به تشکیل تیمی برای ارزیابی موضوع نموده است. افراد تیم تشکیل شده عبارتند از؛ مدیر دبستان ابتدایی روستا و یکی از دبیران دبیرستان که در زمینه علوم تربیتی و روانشناسی تحصیل نموده، روحانی مسجد، دهمدار روستا، رئیس و یکی از اعضای شورای اسلامی

چند تن از معتمدین روستا، پزشک مرکز بهداشتی درمانی، مسئولیت این تیم را دهدار روستا. در این زمینه بهورز روستا قبول می نماید تا در نخستین جلسه به عنوان هماهنگ کننده کار دبیری جلسه را بر عهده گیرد تا متعاقباً با مشورت با سایر اعضای گروه اقدام به انتخاب سایر اعضا برای تیم نموده و کار خود را برای حل مشکل آغاز نمایند.

اعضای تیم در نخستین جلسه خود دو نفر از بانوان روستا را که دارای تحصیلات دانشگاهی در رشته جامعه شناسی و نیز مددکاری اجتماعی هستند به عنوان سایر اعضای تیم انتخاب می نمایند. اعضای تیم مطمئن هستند که با ارزیابی جنبه‌های مختلف موضوع می توانند راه کاری موثری برای حل مشکل انتخاب نموده و آن را تا حد بالایی حل نمایند. آنها در مباحثات و فعالیت های خود برای حل مشکل مراحل متعددی را در طول زمان مورد ارزیابی، طراحی، اجرا و ارزشیابی قرار دادند که از حوصله این کتاب خارج است و تنها به خلاصه ای از آنها اشاره می شود. این مراحل عبارت بودند از:

۱- ارزیابی تعداد و کیفیت وقوع مشکل کودک آزاری و بهره کشی از کودکان

۲- ارزیابی وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی کودکان گروه هدف و خانواده های آنها

۳- طراحی برنامه های مختلف به منظور؛

- ارزیابی سلامت جسمی و روانی کودکان مورد نظر و ارتقاء آن

- آموزش به خانواده ها و اطرافیان

- حمایت از خانواده ها از طریق سازمان هایی نظیر بهزیستی و کمیته امداد امام

خمینی (ره)

- جلب حمایت آموزش و پرورش و مدارس و نهضت سوادآموزی برای تحصیل

کودکان و خانواده‌هایشان

- ارزیابی نتایج برنامه در زمینه میزان بروز مشکل و وضعیت بهره مندی جامعه

از برنامه های مختلف حمایتی در زمینه موضوع

نکته حائز اهمیت در تشکیل جلسات تیم این بود که اولاً اعضای گروه با بهره گیری از حمایت های علمی و تجربی اعضای مختلف توانستند با روشی مناسب اقدام به تنظیم فعالیت ها نمایند به نحوی که اجرای برنامه منجر به بروز حساسیت و آسیب به آبروی هیچ کس در روستا نشد، ثانیاً گروه در جلسات مختلف خود و برای

کسب راهنمایی ها و جلب مشارکت واحدهای شهرستان از کارشناسان ادارت ذیربط در جلسات دعوت به عمل آورد.»

۳- برنامه ریزی آموزشی برای گروه های هدف:

اجازه دهید موضوع برنامه ریزی آموزشی برای گروه های هدف را با یک داستان آغاز کنیم.

«بهورز روستای حسین آباد در بررسی های خود متوجه شد که تعداد قابل توجهی سالمند در روستا دارد که برخی از آنها دچار بیماری آلزهایمر (زوال عقل) و افسردگی هستند. او در مواجهه با این افراد در می یابد که اصلی ترین عامل در وقوع افسردگی در این افراد این است که آنها دریافته اند که توانایی به خاطر آوردن آنها روز به روز کاهش بیشتری می یابد. این موضوع احساس لذت آنها را از زندگی بسیار کاهش داده است.

بهورز روستا براساس آموزش هایی که دیده است می داند که مداخلات اصلی برای کاهش این مشکل عبارتند از:

۱- آگاه نمودن خانواده و اطرافیان بیمار در زمینه مشکل او

۲- ویزیت پزشک از بیمار و خانواده او و ارائه مشاوره ها و اقدامات درمانی مورد نیاز

برای اطمینان از این که بهورز به درستی موارد مبتلا به آلزهایمر و افسردگی را پیدا کرده است بهورز در درجه نخست شرایط ملاقات سالمندان با شکایت فراموشی و افسردگی با پزشک را فراهم می کند. در این ملاقات ها فرد سالمند همراه با نزدیک ترین فردی که امکان مراقبت سالمند را دارد به نزد پزشک مراجعه می کند. حال پس از اطمینان از تشخیص صحیح موارد مبتلا به آلزهایمر بهورز برنامه را برای آموزش اطرافیان بیمار سالمند مهیا می کند. این برنامه شامل چند جلسه منظم است که در آن بهورز، پزشک و یک نفر از کارشناسان بهداشت روان مرکز بهداشت شهرستان حضور دارند. بهورز می تواند برای برخی از جلسات از معتمدین محلی و یا دبیران شاغل در روستا که در زمینه سلامت روان آشنایی دارند نیز دعوت به عمل آورد.



شیوه مورد نظر بهورز در این آموزش گروهی استفاده از روش بحث و گفت و گوی مشارکتی است. برخی از جلسات با حضور پزشک و برخی دیگر بدون حضور وی انجام می شود. در شیوه بحث و گفت و گوی مشارکتی فراگیران و آموزش دهندگان اقدام به تبادل اطلاعات می نمایند. در این شرایط کار آموزش دهنده این است که فراگیران را در جهت ارائه پاسخی مناسب به سؤالات مهم و کلیدی و یا سؤالاتی افراد

جمع که مطرح می کنند راهنمایی کند.

برای شروع نخستین مباحثه، اولین سؤال را پزشک روستا مطرح می کند. سؤال این است: «به نظر شما بیماری آلزهایمر چیست؟» افراد فراگیر برداشت های متفاوت خود از این بیماری را عنوان می کنند. پزشک و بهورز نکات کلیدی هر یک از تعاریف را یادداشت و نهایتاً با بهره گیری از تعاریف و اصلاح اشکالات آنها اقدام به تعریف بیماری می کنند. این امکان در جریان مباحثه وجود دارد که هر یک از فراگیران اقدام به توصیف علائم و نشانه های بیماری در سالمند خود نمایند. در جریان این مباحثات گاه پیش می آید که برخی از اطرافیان بیمار از سختی زندگی با سالمند و رنج های او صحبت های فراوانی می کنند. در این شرایط بهورز و پزشک می دانند که سالمندان مبتلا به بیماری آلزهایمر تمایل زیادی برای تحرک ندارند، احساس ارزش نمی کنند، عواطف زیادی ندارند، ممکن است زیاد بخوابند یا دچار اختلال جدی در خواب باشند، ممکن است دارای عواطف غیرطبیعی بوده و بی جهت عصبانی شوند یا گریه کنند. آنها این علائم را به فراگیران توضیح می دهند. فراگیران نیز اطلاعات و تجارب خود در این زمینه را مبادله می کنند و در این حین پزشک و بهورز اطلاعات لازم را منتقل می کنند. اطلاعاتی که بسیار اساسی و حیاتی است. بخش مهمی از این اطلاعات ایجاد توان سازگاری برای افراد خانواده برای ارائه خدمت به سالمند و نیز مراجعات به موقع به پزشک و بهورز است.

بهورز در این جلسه اطلاعات جدید و قابل توجهی را به فراگیران منتقل کرده است. بخشی از این اطلاعات شامل موارد ذیل است.

۱- زمان مراجعه به پزشک و خود بهورز و نیازهایی که در این مراجعات مرتفع خواهد شد.

۲- آموزش برای داشتن محیطی آرام و با لذت بیشتر برای سالمند، کاهش سروصدا در محیط زندگی سالمند، زندگی با چهره های آشنا، داشتن توقعاتی مناسب از سالمند، نحوه تغذیه و پایش مداوم علائم بیماری در وی

۳- چگونه مراقبین سالمند از خودشان نیز مراقبت کنند تا خسته نشوند و چگونه از حمایت های لازم از سوی سایر افراد و نهادهای جامعه بهره مند شوند.

برای آنکه این مباحثات تاثیراتی پایدار داشته باشد، بهورز و پزشک جلسات آموزشی را با بهره گیری از امکانات موجود در روستا به طور مداوم انجام می دهند.»

در این داستان شما دریافتید که بهورز و پزشک روش بحث و گفت و گوی مشارکتی را برای آموزش انتخاب نمودند. شما نیز می توانید این روش یا هر روش دیگری را به فراخور امکانات خود ترتیب دهید. دقت کنید که آنچه که بیش از هر چیز در ترتیب آموزش مهم است، ایجاد تاثیر پایدار آن است. به همین منظور مجدداً توصیه می کنیم تا فصول مربوطه را در کتاب مبانی بهداشت و کار در روستا مجدداً مرور نمایید.

براساس آنچه در فوق آمد می توان به طور خلاصه مراحل برنامه ریزی و اجرای آموزش را موارد ذیل دانست:

۱- تهیه برنامه آموزشی شامل مراحل، دفعات، موضوعات و اهداف آموزش، افراد فراگیر، افراد آموزش دهنده و تسهیل کنندگان آن، محل اجرای آموزش، وسایل و ابزار مورد نیاز و روش و شیوه های آموزش

۲- مستندسازی تمامی موارد فوق به صورت متنی خلاصه شده

۳- تعیین نحوه ارزشیابی فراگیران در مورد آموزش ها

۴- تعیین نحوه ارزشیابی تاثیرات آموزش بر زندگی سالمند

۵- ارتقاء مستمر کیفیت و استانداردهای آموزشی

۶- ارائه گزارش به سطوح بالاتر و سایر نهادها و دریافت کمک های آنها

واضح است هر یک از مراحل که در فوق آمد نیازمند دانش، تجربه و تمرین است. شما در طول زمان این فرصت را خواهید داشت که با بهره گیری از منابع علمی در دسترس و سایر کتب آموزش اقدام به ارتقاء عملکرد خود نمایید. آنچه بیش از هر چیز در چنین تجاربی ارزش دارد در درجه نخست تمرین و ممارست خود شماست و در درجه دوم ارزشمندی کار شما و نتایج آن. به طور حتم اگر چنین موضوعاتی به درستی و با بهره گیری از منابع علمی و با مهارتی کامل به اجرا برسد، شما نقش اصلی خود را در تحقق سلامت که همانا رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی جامعه است ایفا کرده اید.

تمرین در کلاس درس

• در قالب دو یا سه گروه تقسیم شده و هر کدام با هماهنگی یکدیگر اقدام به ایفای

نقش در قالب یک برنامه آموزش گروهی نمایید. در این زمینه شما محور هستید

تمرین در خارج از کلاس درس

با مطالعه سایر منابع در هر یک از زمینه های زیر گزارشی علمی را در کلاس درس ارائه دهید.

اصول سخنرانی

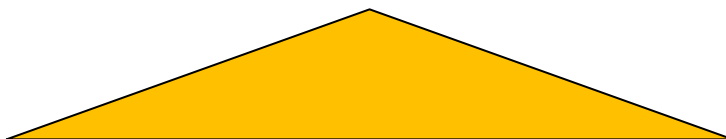
اصول کار مشارکتی

خلاصه مطالب فصل

هدف برنامه آموزش سلامت روان به گروه ها ایجاد فرایندی است که در طی آن افراد جامعه بتوانند سلامت روانی و اجتماعی خود را ارتقاء دهند. برای اجرای این آموزش الگوی مشخصی موجود است که از ارزیابی نیازهای واقعی جامعه شروع می شود. متعاقب طراحی و اجرای آموزش باید نتایج را به طور مستمر ارزشیابی نمود و بر اساس آنها مجدداً اقدام به برنامه ریز آموزشی کرد.

فرایند مشارکت مردم در برنامه های سلامت روان یکی از راهکارهای اصلی و مؤثر توسعه این برنامه در جامعه است. اجرای این برنامه نیز نیازمند بهره گیری از الگوی مشخص علمی و عملی است.

فصل نهم



پایش و ارزشیابی عملکرد بهورز

در برنامه سلامت روان

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید :

- ۱ - مفهوم پایش و ارزشیابی را ذکر کنید .
- ۲ - اهداف پایش و ارزشیابی را توضیح دهید .
- ۳ - ویژگیهای پایش و ارزشیابی اثربخش را بیان کنید .
- ۴ - شاخص های پایش و ارزشیابی فعالیت بهورز را بیان کنید.
- ۵ - اهمیت پایش و ارزشیابی و چگونگی اجرای مناسب آن را ذکر کنید .
- ۶ - بتوانید به سؤالات شخص ناظر (پایش کننده) پاسخ صحیح و مناسب بدهید .

واژگان کلیدی

- شاخص
- پایش
- ارزشیابی

عناوین فصل

- تعاریف و اهداف پایش و ارزشیابی
- شاخص های پایش و ارزشیابی فعالیت بهورز در برنامه سلامت روان
- پایش عملکرد بهورز
- پرسشنامه پایش عملکرد بهورز

تعاریف و اهداف پایش و ارزشیابی :

تعریف پایش:

پایش فرآیندی است که در جریان آن با بازبینی مستمر ، بررسی می شود که تا چه حد فعالیتهای انجام شده بر اساس استانداردهای پیش بینی شده در برنامه انجام شده است . به عبارت دیگر پایش ، بررسی کیفیت انجام فعالیتهای برنامه از نظر میزان تطبیق با استانداردها است .

تعریف ارزشیابی :

ارزشیابی به معنی اندازه گیری میزان تحقق اهداف و دستاوردهای مورد انتظار در برنامه است .

تعریف ناظر (پایش کننده) :

ناظر کسی است که :

- از تجربه و مهارت کافی در اجرای برنامه برخوردار باشد .
- دانش ، مهارت ، تعهد و تسلط کافی در برنامه داشته باشد.
- با نحوه پایش برنامه آشنایی داشته باشد
- قضاوت ، پیش داوری و سوگیری نداشته باشد و نتایج پایش را با احساسات و قضاوت های شخصی خود تحت تأثیر قرار ندهد.

از نتایج به دست آمده در پایش و ارزشیابی برای بازنگری در طراحی برنامه و دستیابی به استانداردهای جدید و رفع نواقص برنامه می توان استفاده کرد. آموزش مداوم شرط لازم برای حفظ و ارتقاء مهارت کارکنان است . مؤثرترین آموزش در محل انجام خدمت و در حین پایش می تواند توسط ناظر انجام شود .

بهورز برای این که همواره کنترل کافی را بر کیفیت و وضعیت اجرای فعالیتهای خود داشته باشد باید خود ارزیابی داشته باشد و عملکرد خود را مورد پایش و ارزشیابی قرار دهد و سعی کند اشکالات کار خود را برطرف نماید و قبل از اینکه این اشکالات توسط ناظرین مشاهده و کشف شود ، خودش نقاط ضعف عملکرد خود را برطرف نماید. در واقع بهورز سعی کند ناظر کار خود باشد و میزان کارآیی خود و نتایج حاصل از فعالیتهایش را مورد بررسی مستمر قرار دهد.

اهداف پایش و ارزشیابی برنامه :

- ۱- استخراج و رفع نواقص و ضعف های برنامه
- ۲- بررسی کیفیت انجام فعالیت ها
- ۳- ارزیابی میزان آگاهی ، عملکرد و نگرش کارکنان
- ۴- بازبینی ، طراحی مجدد و ارتقاء برنامه
- ۵- آموزش کارکنان حین انجام پایش
- ۶- تعیین میزان دستیابی به اهداف و نتایج مورد انتظار برنامه

۷- بررسی روند تغییر شاخص ها

۸- ممانعت از انحراف برنامه از استانداردها

برای پایش و ارزشیابی باید چک لیست وجود داشته باشد. طراحی چک لیست پایش و سئوالات آن می تواند بر اساس شاخص های برنامه انجام می شود. در واقع برای سئوالات چک لیست پایش باید استانداردهایی وجود داشته باشد تا بتوان نتایج به دست آمده از پایش را با استانداردهای چک لیست مقایسه کرد .

شاخص های پایش و ارزشیابی فعالیت بهورز در برنامه ادغام سلامت روان :

تعریف شاخص :

شاخص، معیاری است که به وسیله آن می توان :

- اطلاعات آماری خام را به اطلاعات مفید قابل مقایسه تبدیل کرد
- شاخص تغییرات متغیرها را اندازه گیری کرد
- میزان دستیابی به اهداف یک برنامه را مورد سنجش قرار داد
- وضعیت فعلی را با وضعیت قبلی در یک برنامه مقایسه کرد

پس از جمع بندی اطلاعات آماری مربوط به اختلالات روانپزشکی ، در زمان تجزیه و تحلیل این اطلاعات باید شاخص های مورد استفاده در برنامه محاسبه شود .

نمونه ای از برخی شاخص های برنامه سلامت روان که مرتبط با کار بهورز هستند عبارتند از :

۱- شاخص بیماریابی :

میزان موارد شناسایی شده به نسبت جمعیت تحت پوشش به تفکیک نوع اختلال

۲- شاخص پیگیری و مراقبت :

- میزان بیماران تحت پوشش برنامه به نسبت جمعیت تحت پوشش به تفکیک نوع اختلال
- درصد موارد عود اختلالات روانی به نسبت بیماران تحت پوشش به تفکیک نوع اختلال
- درصد موارد بهبود یافته به نسبت بیماران تحت درمان به تفکیک نوع اختلال

۳- شاخص آموزش و ارتقاء آگاهی :

- درصد افراد آموزش دیده به نسبت جمعیت تحت پوشش
- درصد جلسات آموزش گروهی برگزار شده مدت زمان معین به نسبت تعداد جلسات آموزش مورد انتظار در طی یک دوره زمانی معین

برخی تعاریف:

بیماران شناسایی شده: مجموع بیماران شناسایی شده جدید در طی یک دوره زمانی معین

بیماران تحت پوشش برنامه: مجموع موارد جدید، عود، تکراری و تحت مراقبت در یک دوره زمانی معین

معمولاً شاخص ها را به صورت یک ساله محاسبه می کنند اما وقتی محاسبه شاخص های هر سال را در اختیار داشته باشید می توانید اعداد حاصل از محاسبه شاخص ها را طی یک دوره چند ساله با هم مقایسه کرده و بررسی کنید که آیا اعداد شاخص های محاسبه شده روند صعودی (رو به افزایش) یا نزولی (رو به کاهش) داشته است یا خیر. مثلاً می توانید مقایسه کنید که میزان بیماران روانی شناسایی شده طی ۵ سال رو به افزایش یا رو به کاهش بوده است. اگر میزان بیماران شناسایی شده توسط شما در یک سال ۲ در هزار بوده و حد مورد انتظار بیماریاب ۶ در هزار باشد و ۵ سال بعد این میزان به ۴ در هزار رسیده است مشخص می شود که عملکرد شما در زمینه بیماریابی اختلالات روانی ارتقاء پیدا کرده و نتیجه مطلوبی داشته است. البته باید در این زمینه دقت نمود که گاهی میزان بروز اختلالات در جامعه بالا می رود و در نتیجه ثبت تعداد بالاتر، نشان دهنده افزایش میزان بروز است. از طریق محاسبه شاخص ها و مقایسه آنها می توانید به کیفیت عملکرد خود در ارائه خدمات سلامت روان پی ببرید. در واقع شاخص به مجریان برنامه ها کمک می کند تا میزان موفقیت یا رکود فعالیت های خود را در یک برنامه محک بزنند.

پایش و ارزشیابی عملکرد بهورز:

کارکنان سطوح بالاتر خدمات (مرکز بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشت استان، ستاد کشوری سلامت روان) دانش، مهارت و عملکرد بهورز را در تمام جنبه های مربوط به وظائفش را بر مبنای سؤالات پرسشنامه پایش و نظارت عملکرد بهورز و نیز بر اساس شرح وظائف محول شده به بهورز مورد پایش و ارزشیابی قرار می دهند. لازم است سطح آگاهی و دانش بهورز از نظر آشنایی با مباحث برنامه سلامت روان، مراحل اجرای برنامه و متون آموزشی سنجیده شود. همچنین نحوه برقراری ارتباط بهورز با گروه های هدف و کمیت و کیفیت بیماریابی مورد ارزشیابی قرار گیرد. علاوه بر این باید مداخلاتی که بهورز انجام می دهد اعم از آموزش، ارجاع، پیگیری و مراقبت بیماران و ثبت و گزارشدهی آمار بررسی شود. بنابراین بهورز باید جهت ارتقاء کیفیت ارائه خدمات و انجام مسئولیتهای خود به سؤالات فرم پایش و نظارت دقت و توجه کافی داشته باشد و فعالیتهایش را به نحوی به انجام برساند که در زمان پایش توسط سطوح بالاتر، کارها به صورت

منسجم، منظم و با روال صحیح از سوی بهورز به انجام رسیده باشد و آمادگی کافی برای پاسخگویی به افراد ارزیابی کننده را داشته باشد.

در پایش برنامه سلامت روان کارکنان هریک از سطوح مراقبت های بهداشتی اولیه ، کیفیت ارائه خدمات سطح پایین تر از خود را مورد پایش و ارزشیابی قرار می دهند . ناظر جهت بررسی عملکرد بهورز ، به چند طریق عمل می کند :

- سؤالاتی را در خصوص مباحث سلامت روان از بهورز می پرسد تا میزان آگاهی او را مورد ارزیابی قرار دهد .
 - فرم ها و پرونده ها و منابع موجود در خانه بهداشت را بررسی می کند تا صحت و کیفیت اطلاعات ثبت شده را ارزیابی کند .
 - فعالیت بهورز را حین ارائه خدمت مشاهده می کند .
 - ضمن مراجعه به منزل بیمار و صحبت با او و خانواده اش ، کیفیت ارائه خدمات بهورز به خانواده ها و پیگیری و مراقبت بیماران و جلب مشارکت آنها را ارزیابی می نماید .
- کارشناسان و مسئولین مراکز بهداشتی درمانی و سطوح بالاتر ، در زمان بازدیدهای نظارتی از فعالیت ها و خدمات بهورز موارد زیر را در برنامه ادغام سلامت روان مورد بررسی و پایش قرار می دهند :
- برگزاری جلسات آموزشی برای خانواده ها
 - آموزش چهره به چهره به مراجعین
 - فرهنگ سازی و انگ زدایی در جامعه
 - جلب مشارکت عموم جامعه در برنامه سلامت روان
 - بیماریابی (شناسایی بیماران مبتلا به اختلالات روانی)
 - ارجاع بیماران
 - پیگیری و مراقبت بیماران
 - ثبت صحیح فرمهای آماری
 - ثبت وضعیت بیماران در پرونده
 - گزارشدهی مناسب و به موقع اطلاعات آماری به مرکز بهداشتی درمانی
 - آگاهی کافی در مورد مباحث سلامت روان و اختلالات روانپزشکی

خود ارزیابی :

علاوه بر این که کارکنان و سطوح بالاتر، کیفیت ارائه خدمات در سطوح پایین تر را پایش و ارزیابی می کنند ، پایش فعالیتها توسط خود ارائه کننده خدمت نیز امکان پذیر است در چنین حالتی ارائه کننده خدمت (

بهورز) می تواند به طور مستمر مراقب کیفیت و نحوه انجام فعالیتهای خود باشد و با مراجعه به دستورالعمل ها دریابد که تا چه حد در انجام وظائف خود، استانداردها و اصول صحیح ارائه خدمات سلامت روان را رعایت کرده است. در صورتی که ارائه دهنده خدمت همواره خود را ارزیابی کند نه تنها آگاهی خود را از عملکرد خویش بالا می برد بلکه می تواند توانایی های خود را پرورش و ارتقاء دهد و به بهبود کیفیت فعالیت ها و مهارتهای خود بپردازد .

نقش بهورزان در بهبود کیفیت برنامه سلامت روان :

تعریف کیفیت :

مفهوم کیفیت برای ارائه دهنده خدمت این است که فعالیت ها را مطابق با استانداردهای برنامه (دستورالعمل های برنامه) انجام دهد .

برای ارائه خدمات با کیفیت مناسب، اقدامات زیر را مد نظر قرار دهید:

- با گروه هدف (خانوارهای تحت پوشش خانه بهداشت) ارتباط مناسب و مؤثر برقرار کنید .
- در برخورد با بیماران ، رفتار صحیح و مناسب داشته باشید ، حقوق انسانی بیماران روانی را رعایت نمایید و خانواده بیماران را به رفتار صحیح و انسانی با بیمار ترغیب کنید.
- تمام خانوارهای تحت پوشش خانه بهداشت را یک بار در سال غربالگری کنید و اکثر افراد مشکوک به اختلال روانی شناسایی کرده و به پزشک ارجاع نمایید .
- تمام بیماران روانی تحت پوشش خانه بهداشت را مورد پیگیری و مراقبت مستمر قرار دهید و سیر بهبود بیماری و رعایت دستورات پزشک را کنترل نمایید .
- مشخصات بیماران را مطابق با نوع اختلال تشخیص داده شده توسط پزشک ، وضعیت بیماری ، داروهای تجویز شده و دستورات پزشک را در فرمهای مربوطه به طور منظم و دقیق ثبت کنید
- به تمام خانوارهای تحت پوشش خانه بهداشت هم به صورت چهره به چهره و هم به صورت جلسات گروهی در مورد اصول و مبانی سلامت روان آموزش های لازم را بدهید .
- تمام بیماران را جهت مراجعه به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی و ادامه درمان ترغیب نمایید

در ادامه مطالب این فصل یک نمونه از فرم پایش آمده است.

_____ مرکز بهداشت استان

_____ مرکز بهداشت شهرستان

ارزیابی فعالیتهای مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش برنامه بهداشت روانی

فرم شماره ۳

نام مرکز بهداشتی، درمانی _____ نام و سمت بازدیدکنندگان _____

جمعیت تحت پوشش _____ تاریخ بازدید _____

خیر	بلی	۱- بهورز در زمینه اجرای برنامه بهداشت روان آموزش دیده‌اند؟
-----	-----	--

ضعیف	متوسط	خوب	۲- اطلاعات بهورز در زمینه بهداشت روان چگونه است؟
خیر	بلی	۳- فرمهای ارجاع تکمیل شده (فوری - غیرفوری) جهت بیماران در خانه موجود است؟	
		۴- تعداد برگهای ارجاع با تعداد کل دفعات ارجاع مطابقت دارد؟	
		۵- فرم پیگیری بیماری (۱۵/۱۶) جهت بیماران روانی در پرونده خانوار آنها موجود است؟	
		۶- پیگیری بیماران روانی بطور منظم انجام می‌گیرد؟	
		۷- بهورزان به امر آموزش بهداشت روانی خانواده‌ها توجه دارند؟	
		۸- فرم گزارش ماهانه بیماریهای غیرواگیر (در مقیاس بزرگ) بر روی خانه بهداشت نصب شده است؟	
		۹- آمار بیماران روانی بطور روزانه در فرم گزارش ماهانه بیماریهای غیرواگیر ثبت می‌شود؟	
		۱۰- نسبت بیماران روانی شدید، مصروع و عقب‌مانده ذهنی شناسایی شده به جمعیت تحت پوشش چقدر است؟	
تعداد بیماران مصروع شناسایی شده..... تعداد بیماران روانی شناسایی شده.....			

تعداد بیماران مصروع شناسایی شده تعداد بیماران روانی شناسایی شده		
خوب (۷-۸ در هزار) متوسط (۲-۶ در هزار) ضعیف (۰-۴ در هزار)		
		امتیاز:
۱۱- نسبت مجموع بیماران روانی شدید، صرع و عقب مانده ذهنی که توسط بهورز ارجاع شده اند به تعداد موارد شناسایی شده است؟		
بیماران مصروع ارجاع شده تعداد بیماران روانی شدید ارجاع شده		
عقب مانده ذهنی ارجاع شده		
خوب (۷۵-۹۰) متوسط (۷۴-۶۰) ضعیف (۰-۵۹)		
		مجموع امتیاز
خوب (۱۱-۴) متوسط (۷-۱۰) ضعیف (۰-۶)		وضعیت برحسب نمره:

دستورالعمل چک لیست پایش خدمات سلامت روان در خانه بهداشت

این فرم جهت ارزیابی فعالیت بهورز در خانه بهداشت است که حداقل هر ۲ ماه یکبار تکمیل می‌گردد. لازم به توضیح است که مدت تعیین شده جهت تکمیل فرم بوده و فرد پایش کننده موظف است طبق برنامه تنظیمی به نظارت مستمر فعالیتهای بهداشت روان اقدام نماید.

سؤال ۲: منبع اطلاعات، متن بهداشت روان برای بهورز است که اهم مطالب آن علایم بیماریها، عوارض دارویی و آموزش بهداشت روان به بیماران و خانواده‌ها می‌باشد.

سؤال ۴: در پرونده بیمار مشاهده شود که آیا تعداد دفعات ارجاع ثبت شده در فرم پیگیری بیماری با تعداد فرمهای ارجاع مطابقت دارد؟

سؤال ۶: پیگیری بیماران باید در دو مورد انجام شود؟

الف) عدم مراجعه بیمار در تاریخی که پزشک مشخص نموده است.

ب) به ازای هر ماه یکبار باید به بیماران روانی شدید و عقب مانده ذهنی و صرعی که نیاز به مراجعه ندارند به خانواده آنها آموزشهای لازم طبق متن بهداشت روان برای بهورز ارائه شود و در فرم پیگیری بیماری ثبت گردد.

سؤال ۷: مروری است بر مطالبی که در قسمت آموزش بهداشت روان متن بهورزی اشاره شده است. بنابر مورد به بیمار و خانواده او آموزش داده شود و در فرم پیگیری بیماری ثبت گردد.

سؤال ۸: نسبت بیماران شناسایی شده به جمعیت، با توجه به آموزش و توانایی بهورز و عملکرد چند ساله اخیر در استانها عبارت از روانی شدید ۲/۵ در هزار، — ۳ در هزار عقب مانده ذهنی ۳ در هزار و روانی خفیف ۴ در هزار می‌باشد که در صورت وجود تفاوت بین میزانهای مزبور و میزانهای بدست آمده اعم از کاهش یا افزایش نیاز به بررسی علت است. محاسبه طبق فرمول مندرج در فرم

می‌تواند بهداشتی درمانی صورت گیرد و براساس میزان به دست آمده امتیاز داده شود. لازم به ذکر است که بیماری روانی خفیف، به این دلیل که بهورز موظف به پیگیری نمی‌باشد. در عین حالیکه مورد بررسی قرار خواهد گرفت از امتیازی برخوردار نخواهد بود.

سؤال ۹: تعداد بیماران برحسب مورد (تحت درمان، قطع پیگیری و ...) باید با تعداد چوب خطهای روی فرم مساوی باشد.

سؤال ۱۱: تجارب نشان می‌دهد که به دلایلی بهورز موفق به ارجاع ۱۰۰٪ افراد شناسایی شده به پزشک نمی‌باشد لذا با توجه به عملکرد و آمار استانها ارجاع تا سطح ۹۰٪ مجموع بیماران روانی شدید، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی قابل قبول است. نیازی به محاسبه در مورد بیماران روانی خفیف نمی‌باشد.

نمونه ای دیگر از سؤالات پایش و ارزشیابی خدمات سلامت روان در خانه بهداشت برای مطالعه بیشتر

- ۱- بهورز در دوره های آموزشی برنامه ادغام شرکت می کند ؟ این دوره ها برایش مؤثر بوده است ؟
- ۲- بهورز به مردم آموزش چهره به چهره یا آموزش گروهی می دهد ؟
- ۳- بهورز با نحوه شناسایی بیماران روانی آشنایی دارد و علائم اختلالات را می شناسد ؟
- ۴- بهورز برای بیمارانی که از درمان امتناع می کنند چه خدماتی ارائه می دهد ؟ (آموزش و پیگیری)
- ۵- اطلاعات بهورز در مورد مباحث سلامت روان و اختلالات روانپزشکی چگونه است ؟
- ۶- بهورز بیماریابی فعال را انجام می دهد ؟ نحوه انجام آن چگونه است ؟
- ۷- تعداد بیماران تحت پوشش خانه بهداشت چند نفر است ؟
- ۸- بهورز در غربالگری ابتدای سال چه تعداد بیمار شناسایی کرده است ؟
- ۹- بهورز پیگیری و مراقبت را در مورد بیماران انجام می دهد ؟ نحوه پیگیری و مراقبت چگونه است ؟
- ۱۰- بهورز بیماران را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع می دهد ؟
- ۱۱- موارد ارجاع فوری بیماران مربوط به چه نوع اختلالاتی بوده است ؟
- ۱۲- بهورز فرم پیگیری ، فرم ارجاع و مراقبت بیماران و فرم ثبت مراجعات بیمار را به طور صحیح ثبت می کند ؟
- ۱۳- بهورز فرم پیگیری را بر اساس فیدبک پزشک تکمیل می کند ؟
- ۱۴- آیا تعداد دفعات ارجاع ثبت شده در فرم پیگیری با تعداد فرمهای ارجاع مطابقت دارد ؟
- ۱۵- بهورز در فرم آموزش سلامت ، آموزشهای سلامت روان را ثبت می کند ؟
- ۱۶- بهورز آمار اختلالات روانپزشکی را در فرم مربوطه ثبت می کند ؟
- ۱۷- بهورز با مفاهیم دستورالعمل فرم ثبت آمار آشنایی دارد و ثبت آمار را به درستی انجام می دهد ؟
- ۱۸- بهورز به مرکز بهداشتی درمانی گزارشدهی می کند ؟ (اطلاعات آماری و گزارش عملکرد)

- ۱۹- ماه گذشته چه تعداد موارد جدید و چه تعداد موارد تکراری وجود دارد ؟ چه نوع اختلالاتی بیشتر است ؟ چه تعداد قطع پیگیری و به چه دلایلی وجود دارد ؟
- ۲۰- در خانه بهداشت دستورالعمل کشوری برنامه ادغام ، فرمها و متون آموزشی برنامه موجود است ؟
- ۲۱- چه تعداد بیمار به مراکز خصوصی مراجعه می کنند ؟
- ۲۲- تعداد جلسات آموزشی برگزار شده برای مردم توسط بهورز در طی یک سال چند جلسه است ؟
- ۲۳- بهورز بازدید بیماران در منزل را انجام می دهد ؟
- ۲۴- بهورز چه مباحثی را به مردم آموزش می دهد ؟
- ۲۵- فرم آمار دو ماه متوالی از نظر صحت محاسبات آماری بررسی و مقایسه شود .
- ۲۶- بیماریابی در چه زمانی از سال انجام می شود ؟ آیا یک بار در سال برای همه انجام می گیرد یا به صورت موردی نیز در طول سال انجام می شود ؟
- ۲۷- در بیماریابی علائم فرم بیماریابی از کدامیک از افراد خانواده سؤال می شود ؟
- ۲۸- بازدید بیمار در منزل همراه بهورز انجام شود . نحوه برقراری ارتباط بهورز با بیمار و خانواده او چگونه است ؟
- ۲۹- فرم شرح حال روانپزشکی ، فرم ارجاع ، فرم پیگیری و فرم ثبت مراجعات بیمار در پرونده بیمار وجود دارد ؟
- ۳۰- بهورز اورژانس های روانپزشکی (ارجاع فوری) را می شناسد ؟
- ۳۱- نسبت بیماران روانی به جمعیت تحت پوشش برنامه چیست ؟

خلاصه فصل

بهورز بر مبنای شاخص های برنامه سلامت روان وضعیت اختلالات روانپزشکی و بیماران روانی ثبت شده در فرم آمار را محاسبه می کند و از کمیت و کیفیت ارائه خدمات خود به بیماران آگاه می شود. در این صورت می تواند فعالیتهای خود را در جهت بهبود این شاخص ها تنظیم نماید و به پیش ببرد.

تمرین خارج از کلاس

- ۱- شاخص های برنامه سلامت روان را که برای ارزشیابی فعالیت بهورزان مورد استفاده قرار می گیرد را نام ببرید .
- ۲- پایش و ارزشیابی را توضیح دهید .
- ۳- مفهوم شاخص را تعریف کنید.
- ۴- اهمیت پایش ، نظارت و ارزشیابی را توضیح دهید.
- ۵- با چک لیست پایش و نظارت بر عملکرد بهورز را توضیح دهید.
- ۶- اهداف پایش و ارزشیابی را بیان کنید .
- ۷- به نظر شما که یک برنامه پایش و ارزشیابی اثر بخش باید دارای چه ویژگی هایی باشد ؟

تمرین در کلاس درس

- ۱ - با توجه به آمار یک سال گذشته خانه بهداشت ، شاخص های برنامه سلامت روان را محاسبه کنید.
- ۲ - با روش ایفای نقش، یک نفر در نقش ناظر و یک نفر در نقش بهورز باشد و ناظر فعالیت بهورز را پایش نماید .
- ۳ - به عنوان یک فعالیت خود ارزیابی ، فرم آمار اختلالات روانپزشکی ثبت شده خود را از ابتدای امسال از نظر صحت محاسبات و روش ثبت بررسی کنید.
- ۴ - پس از مطالعه داستان زیر توضیح دهید که این پایش چه نقاط قوت و نقاط ضعفی دارد؟

یک روز که بهورز خانه بهداشت مظفر آباد مشغول گرفتن فشار خون یکی از مراجعین خود بود ، کارشناس سلامت روان مرکز بهداشت شهرستان جهت بازدید از خانه بهداشت و پایش فعالیت های بهورز وارد شد و پس از سلام و احوالپرسی از بهورز سؤالاتی زیر را پرسید او به بهورز گفت :

- آیا می دانید اورژانس های روانپزشکی شامل چه مواردی هستند ؟
- در زمان حمله صرع یک بیمار ، شما و خانواده بیمار چه اقداماتی را باید انجام دهید ؟
- آیا فردی که به طور مداوم شکایات جسمانی متعدد و درد و مشکل در اعضای مختلف بدنش دارد و پزشک برای این مشکلات و دردها هیچ علت جسمانی نیافته است ، امکان دارد که این فرد به اختلال روانی مبتلا باشد ؟ چه نوع اختلالی ؟
- شما برای برخورد مناسب و انسانی با بیمار روانی و مراقبت صحیح از او چه توصیه هایی را به خانواده بیمار می کنید ؟
- برای انگ زدایی و از بین بردن باورهای غلط راجع به اختلالات روانی و بیماران روانی ، چه آموزشهایی را به مردم ارائه می دهید ؟

سپس کارشناس ناظر از بهورز خواست تا پرونده یکی از بیماران و اسناد مربوط به بیماری وی را روی میز بگذارد تا کارشناس روش ثبت اطلاعات را بررسی کند . همچنین کارشناس فرم آمار اختلالات روانپزشکی سه ماه اخیر را مورد مقایسه قرار داد تا بتواند از صحت اطلاعات ثبت شده اطمینان حاصل کند .

در خاتمه کار پایش ، کارشناس ناظر به همراه بهورز برای بازدید وضعیت یکی از بیماران روانی به منزل بیمار رفت و از بیمار و خانواده او سؤالاتی را پرسید . او به همسر بیمار گفت :

- آیا بیمار شما داروهایش را به موقع و مداوم مصرف می کند ؟
- آیا بهورز وضعیت همسر شما را به طور مرتب مورد مراقبت و پیگیری قرار می دهد ؟
- آیا موعد تعیین شده توسط پزشک، جهت انجام ویزیت پزشک به خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی مراجعه می کنید ؟

پس از پایان پایش ، کارشناس ناظر ، مواردی را در مورد نواقص و اشکالات موجود در کار بهورز به وی توصیه کرد و از خدمات و خدمات شایسته او تشکر و قدردانی نمود .

- ۱- طرح کشوری ادغام سلامت روان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اداره سلامت روان - ۱۳۶۵
- ۲- بهداشت روان برای بهورزان - دکتر جعفر بوالهری - ۱۳۸۱
- ۳- بهداشت روان برای رابطین بهداشتی - دکتر جعفر بوالهری
- ۴- بهداشت روان برای کاردانهای بهداشتی - دکتر جعفر بوالهری - ۱۳۷۴
- ۵- بهداشت روان برای کارشناسان بهداشتی - دکتر جعفر بوالهری - ۱۳۸۱
- ۶- پایش و نظارت در برنامه پزشک خانواده - امیر مسعود آزاد - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت - ۱۳۸۸
- ۷- تنظیم خانواده - مجموعه کتب آموزش بهورزی - دکتر محمد رضا رهبر - وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی - مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت با همکاری دفتر یونیسف - ۱۳۸۶
- ۸- مبانی بهداشت و کار در روستا - مجموعه کتب آموزش بهورزی - وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی - مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت با همکاری دفتر یونیسف - ۱۳۸۰
- ۹- اختلالات روانپزشکی - کاپلان و سادک