



بسته آموزشی و راهنمای عمل ویژه پزشک

در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
آذر ماه ۹۴

عنوان و نام پدید آورنده :	بسته آموزشی پزشک در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد؛ دکتر سید وحید شریعت، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر امیر شعبانی، دکتر امیرحسین جلالی، دکتر فاطمه خدایی فر، دکتر میترا حفاظی، دکتر گیتا صدیقی، دکتر لاله کوهی حبیبی، دکتر پروین پورطاهریان، دکتر آرش میراب زاده، دکتر عالیا شکبیا
مشخصات ناشر :	
مشخصات ظاهری :	
شابک :	
وضعیت فهرست نویسی :	
عنوان روی جلد :	بسته آموزشی پزشک در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
موضوع :	روانشناختی .
موضوع :	خدمات سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
شناسه افزوده :	دکتر سید وحید شریعت، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر امیر شعبانی، دکتر امیرحسین جلالی، دکتر فاطمه خدایی فر، دکتر میترا حفاظی، دکتر گیتا صدیقی، دکتر لاله کوهی حبیبی، دکتر پروین پورطاهریان، دکتر آرش میراب زاده، دکتر عالیا شکبیا
شناسه افزوده :	ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد .
شناسه افزوده :	
رده بندی کنگره :	
رده بندی دیویی :	
شماره کتابشناسی ملی :	

نام کتاب :	بسته آموزشی پزشک در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
نویسندگان :	دکتر سید وحید شریعت، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر امیر شعبانی، دکتر امیرحسین جلالی، دکتر فاطمه خدایی فر، دکتر میترا حفاظی، دکتر گیتا صدیقی، دکتر لاله کوهی حبیبی، دکتر پروین پورطاهریان، دکتر آرش میراب زاده، دکتر عالیا شکبیا سازمان : ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد .
ناشر :	
طراحی و صفحه آرایی : طاهری	
شمارگان :	
شماره چاپ : اول	
تاریخ چاپ : ۱۳۹۴	
شابک :	

الحمد لله
الرحمن الرحيم

نویسندگان

دکتر سید وحید شریعت

دکتر محمد رضا رهبر

دکتر امیر شعبانی

دکتر امیر حسین جلالی

دکتر فاطمه خدایی فر

دکتر میترا حفاظی

دکتر گیتا صدیقی

دکتر لاله کوهی حبیبی

دکتر پروین پورطاهریان

دکتر آرش میراب زاده

دکتر عالیا شکیا

ویراستاران

دکتر سید وحید شریعت

مرکز تحقیقات بهداشت روان

انستیتو روان پزشکی تهران – دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

دانشگاه علوم پزشکی ایران

باسپاس ویژه از

استاد ارجمند جناب آقای دکتر علی اکبر سیاری

که ما را در تهیه و تدوین این مجموعه یاری نمودند.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول.....	۳
مفاهیم و اهمیت سلامت روان.....	۳
مفهوم سلامت روان:.....	۵
بار بیماری‌ها در اختلالات سلامت روان.....	۶
سیر طبیعی اختلالات سلامت روان:.....	۱۰
عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان.....	۱۲
دسته‌بندی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان.....	۱۳
منابع.....	۱۴
فصل دوم.....	۱۶
راهکارهای ارتقای سلامت روان.....	۱۶
عوامل چندگانه مؤثر بر بیماریهای روانی و راهکارهای کنترلی آنها.....	۱۸
راهکارهای ارتقای سلامت روان.....	۱۸
شواهد علمی درمورد تأثیر برخی آموزشهای بهداشتی در زمینه سلامت روان.....	۲۰
اجرای راهکارها بر اساس سطوح پیشگیری در برنامه‌های سلامت روان.....	۲۱
مروری کوتاه بر مفاهیم پیش‌گیری و کاربرد آن در سلامت روان.....	۲۱
پیش‌گیری مقدماتی (ابتدایی).....	۲۲
پیش‌گیری اولیه.....	۲۲
پیش‌گیری سطح دوم.....	۲۲
پیش‌گیری سطح سوم.....	۲۳
دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به‌لحاظ سطح پیشگیری.....	۲۳
۱- برنامه‌های پیش‌گیری سطح اول؛.....	۲۳
۲- برنامه‌های پیش‌گیری سطح دوم؛.....	۲۴
۳- برنامه‌های پیش‌گیری سطح سوم،.....	۲۵
منابع.....	۲۶
فصل سوم.....	۲۷
آشنایی با چارچوب برنامه‌های سلامت روان.....	۲۷
مقدمه.....	۲۹
هدف برنامه‌های سلامت روان.....	۲۹
فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت.....	۲۹
برنامه سلامت روان و اجزای موجود در آن.....	۳۰
فصل چهارم.....	۳۴
شناسایی گروههای هدف در.....	۳۴
برنامه سلامت روان.....	۳۴
تعریف گروه هدف.....	۳۶
گروههای هدف در برنامه سلامت روان.....	۳۶
طبقه‌بندی گروههای هدف برای ارائه خدمات سلامت روان.....	۳۸
شناسایی گروههای هدف در برنامه سلامت.....	۳۹
۱- برنامه شناسایی جمعیتی زیست محیطی.....	۳۹
۲- پرونده خانوار.....	۴۱

۴۲	۳- غربالگری اختلالات سلامت روان و دستورعمل تکمیل فرم آن
۴۹	۴- ثبت موارد شناخته‌شده اختلالات سلامت روان در دفتر مراقبت و پیگیری
۵۵	فصل پنجم
۵۵	برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در
۵۵	برنامه سلامت روان
۵۷	مقدمه
۵۸	برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان
۶۱	راههای برقراری ارتباط با مردم
۶۲	مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف
۶۲	مرحله اول: دسترسی به گروه مخاطب
۶۴	مرحله دوم: جلب توجه مخاطب
۶۴	مرحله سوم: فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب
۶۵	مرحله چهارم: ارتقا و پذیرش تغییر
۶۵	مرحله پنجم: ایجاد تغییر در رفتار
۶۵	مرحله ششم: بهبودی و ارتقای سلامت روان
۶۶	عوامل مؤثر بر بهرهمندی از خدمات
۶۸	مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان
۶۹	۱- مهارت کمک‌رسانی
۶۹	۲- مهارت‌های هدایت و آموزش
۶۹	۳- مهارت‌های مدیریت و رهبری
۷۰	۴- مهارت‌های نظارت و سرپرستی
۷۰	۵- مهارت‌های مباحثه و صحبت
۷۰	۶- مهارت‌های شنیدن
۷۱	منابع
۷۲	فصل ششم
۷۲	مروری بر اختلالات شایع روان‌پزشکی
۷۴	افسردگی
۷۴	مقدمه
۷۵	راهنمای تشخیصی افسردگی
۷۵	پرسشهای تکمیلی
۷۶	درمان
۷۷	شرح وظایف پزشک
۷۸	نکاتی که باید توسط پزشک به بیمار افسرده و خانواده وی آموزش داده شود
۷۹	موارد ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک
۷۹	موارد ارجاع فوری به روان‌پزشک
۷۹	موارد ارجاع فوری به بخش روان‌پزشکی
۸۰	پیگیری و مراقبت بیمار افسرده توسط پزشک بعد از بازگشت از ارجاع
۸۷	اختلال دوقطبی
۸۷	مقدمه
۸۸	راهنمای تشخیصی مانیا/ هایپومانیا
۸۹	درمان
۹۰	شرح وظایف پزشک
۹۱	شیوه عمل در موارد غیرفوری
۹۲	موارد ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک

۹۲	موارد ارجاع فوری به روان‌پزشک.....
۹۲	موارد ارجاع فوری به بخش روان‌پزشکی.....
۹۳	موارد ارجاع فوری به بخش داخلی.....
۹۳	نحوه پیگیری و مراقبت پس از بازگشت بیمار از ارجاع.....
۹۳	نحوه پیگیری بالینی و آزمایشگاهی مصرف داروها.....
۹۴	برخورد با عوارض جدی یا مهم.....
۹۵	اختلالات اضطرابی.....
۹۵	مقدمه.....
۹۵	اختلال اضطراب فراگیر.....
۹۵	اختلال پانیک.....
۹۶	اختلال اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی).....
۹۶	اختلال وسواسی جبری.....
۹۶	اختلال استرس پس از سانحه.....
۹۷	غربالگری و نحوه ارجاع.....
۱۰۰	درمان و پیگیری اختلالات اضطرابی.....
۱۰۰	درمان اختلال اضطرابی منتشر.....
۱۰۰	درمان وسواس.....
۱۰۱	درمان اختلال اضطراب اجتماعی.....
۱۰۱	درمان اختلال پانیک.....
۱۰۱	درمان اختلال استرس پس از سانحه.....
۱۰۳	موارد ارجاع فوری.....
۱۰۳	موارد ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک یا پزشک دوره‌دیده.....
۱۰۳	نکاتی که پزشک باید به بیمار و خانواده وی آموزش دهد.....
۱۰۴	اختلالات سایکوتیک.....
۱۰۴	مقدمه و تعاریف.....
۱۰۵	موارد ارجاع و نحوه انجام آن.....
۱۰۶	کارهایی که پزشک نباید در برخورد با این بیماران انجام دهد.....
۱۰۷	درمان، پیگیری و مراقبت بیماران.....
۱۰۸	قطع درمان.....
۱۰۸	عوارض دارویی.....
۱۰۸	موارد ارجاع فوری.....
۱۰۹	موارد ارجاع غیرفوری.....
۱۰۹	موارد آموزش به بیمار.....
۱۰۹	آموزش خانواده بیمار مبتلا به پسیکوز.....
۱۱۱	اختلال علامت جسمانی و اختلالات مرتبط.....
۱۱۱	مقدمه.....
۱۱۱	علل و علائم.....
۱۱۲	درمان.....
۱۱۳	پیگیری، مراقبت و آموزش بیماران.....
۱۱۴	روش برخورد با اختلال تبدیلی.....
۱۱۴	نکات کمک‌کننده در افتراق اختلالات تبدیلی از اختلالات نورولوژی.....
۱۱۴	فلج.....
۱۱۴	شبه تشنج.....
۱۱۵	ناتوانی ذهنی.....

۱۱۵	مقدمه
۱۱۵	علل
۱۱۶	موارد ارجاع و نحوه انجام آن
۱۱۶	پیگیری و مراقبت بیماران
۱۱۷	آموزش به خانواده
۱۱۸	صرع
۱۱۸	مقدمه
۱۱۸	صرع
۱۲۰	تب و تشنج
۱۲۱	نحوه برخورد با تب و تشنج
۱۲۱	شناسایی و درمان صرع
۱۲۲	برخورد با عوارض دارویی
۱۲۳	نکاتی که پزشک باید به بیمار و همراهان وی آموزش دهد:
۱۲۵	پروتکل درمان استاتوس اپی لپتیکوس
۱۲۶	اختلال بیش فعالی و کم توجهی
۱۲۶	مقدمه
۱۲۶	علل و علائم
۱۲۷	نشانه‌های کم توجهی
۱۲۷	نشانه‌های بیش فعالی - تکانشگری
۱۲۹	درمان
۱۲۹	اصول کلی مشاوره و آموزش
۱۳۰	توصیه به آموزگار
۱۳۰	پیگیری
۱۳۱	اختلالات رفتارهای ایدایی
۱۳۱	مقدمه
۱۳۱	علائم
۱۳۲	ارزیابی و درمان
۱۳۳	اصول آموزش والدین
۱۳۳	پیگیری
۱۳۴	اختلال یادگیری اختصاصی
۱۳۴	مقدمه
۱۳۴	علل و علائم
۱۳۵	تشخیص و درمان
۱۳۶	اصول کلی مشاوره و آموزش
۱۳۷	اوتیسم
۱۳۷	تعریف
۱۳۸	غریبالگری و نحوه ارجاع
۱۳۸	درمان و پیگیری
۱۳۸	موارد ارجاع
۱۳۹	اختلال تیک
۱۳۹	مقدمه
۱۳۹	علل و علائم
۱۴۰	درمان
۱۴۱	مواردی که باید به خانواده آموزش داده شود

۱۴۱.....	پیگیری.....
۱۴۲.....	اختلالات دفعی.....
۱۴۲.....	مقدمه.....
۱۴۲.....	علل و علائم.....
۱۴۳.....	تشخیص و درمان.....
۱۴۴.....	مواردی که باید به خانواده آموزش داده شود.....
۱۴۵.....	پیگیری.....
۱۴۵.....	اختلالات زبان و ارتباط.....
۱۴۵.....	مقدمه.....
۱۴۵.....	علل و علائم.....
۱۴۷.....	درمان.....
۱۴۷.....	اصول کلی مشاوره و آموزش والدین در لکت.....
۱۴۸.....	عادات خاص.....
۱۴۸.....	خودکشی.....
۱۴۸.....	مقدمه.....
۱۴۹.....	علل.....
۱۴۹.....	غریبالگری.....
۱۵۰.....	اقداماتی که تا زمان ارجاع باید انجام شود:.....
۱۵۱.....	پیگیری و مراقبت بیمار بعد از بازگشت از ارجاع.....
۱۵۱.....	ویزیت اولیه پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع).....
۱۵۲.....	ویزیت‌های بعدی.....
۱۵۳.....	فصل هفتم.....
۱۵۳.....	آموزش سلامت روان به افراد و.....
۱۵۳.....	روش مشاوره.....
۱۵۵.....	آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره.....
۱۵۵.....	هدف مشاوره.....
۱۵۵.....	اعضای مشاوره.....
۱۵۶.....	موضوعات و انواع مشاوره.....
۱۵۸.....	◀ مشاوره با خانواده.....
۱۵۹.....	◀ مشاوره با کودکان.....
۱۵۹.....	اصول مشاوره.....
۱۵۹.....	الف) ارتباط.....
۱۶۰.....	ب) تشخیص نیازها.....
۱۶۰.....	ج) احساسات.....
۱۶۱.....	د) مشارکت.....
۱۶۱.....	ه) رازداری.....
۱۶۱.....	و) آموزش اطلاعات.....
۱۶۱.....	ز) سایر شرایط.....
۱۶۳.....	فصل هشتم.....
۱۶۳.....	آموزش سلامت روان با گروهها و ترغیب مشارکت مردمی.....
۱۶۵.....	مقدمه.....
۱۶۵.....	هدف برنامه آموزش سلامت روان به گروهها.....
۱۶۹.....	آموزش سلامت روان در گروههای رسمی.....
۱۶۹.....	مراحل اجرای برنامه آموزش سلامت روان به گروهها.....

۱۷۲.....	مشارکت گروه‌ها و جامعه در زمینه سلامت روان
۱۷۲.....	مراحل اجرای يك برنامه مشارکت افراد
۱۷۵.....	شورای روستا یا محل
۱۷۶.....	عوامل مؤثر بر بهریندی از خدمات

مقدمه :

اختلالات روان‌پزشکی از جمله اختلالات شایع و ناتوان‌کننده هستند. براساس پیمایش ملی سلامت روان که در کشور در سالهای ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ انجام گرفت، ۲۳/۶٪ از جمعیت ۱۵-۶۴ سال مبتلا به یکی از اختلالات روان‌پزشکی بودند و حدود یک‌سوم آنها از خدمات بهداشتی-درمانی برای مشکلات اعصاب و روان خود بهره‌مند شدند.

اختلالات روان‌پزشکی هزینه‌های مستقیم (هزینه‌های اقدامات تشخیصی و درمانی، بازتوانی و پیشگیری) و غیر مستقیم (کاهش توانایی فرد و بار خانوادگی و کاهش نیروی مولد در کشور) بر جامعه تحمیل می‌کند. عدم بهره‌مندی از خدمات بهداشتی-درمانی مناسب باعث تشدید هزینه‌ها و صدمات می‌گردد. اختلالات عصبی-روانی از نظر میزان ناتوانی، براساس معیار "سالهای زندگی با ناتوانی تعدیل شده (DALY)"، در جایگاه نخست قرار دارند و ۳۷٪ از کل سالهای زندگی توأم با سلامت به دلیل این اختلالات از دست می‌رود. علاوه بر این، در ایران اختلالات روانی رتبه دوم بار بیماریها را بعد از حوادث غیرعمدی به خود اختصاص داده‌است.

سیستم بهداشت و درمان در ارائه خدمات به افراد مبتلا به اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد با چالش‌هایی روبروست و در مجموع می‌توان گفت که گروه بزرگی از مبتلایان به این اختلالات، یا هیچ‌گونه خدمتی دریافت نمی‌کنند و یا در صورت دریافت، خدمات از کیفیت لازم برخوردار نیست.

خوشبختانه بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی می‌توانند خدمات قابل قبولی را از مراقبین بهداشتی غیر متخصص دریافت کنند. بر این اساس پزشک عمومی درل نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار ارائه خدمات پزشکی است و موظف است خدمات سلامت را در محدوده بسته‌های تعریف شده برای مراجعین و بیماران فراهم کند و در صورت لزوم بیماران را برای دریافت خدمات تخصصی به سطوح بالاتر ارجاع نماید.

راهنمای حاضر براساس مرور منابع علمی و مبتنی برشواهد برای شناخت و درمان اختلالات روان‌پزشکی در مراکز غیر تخصصی تدوین شده است. این کتاب ویرایش دوم بسته آموزشی پزشک در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد می‌باشد که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد تدوین گردیده است. این مجموعه مشتمل بر ۸

فصل است و حاوی اطلاعاتی جامع در خصوص مفاهیم و اهداف برنامه سلامت روان، راه کارهای ارتقا سلامت روان، مروری بر اختلالات شایع روانپزشکی و آموزش سلامت روان به افراد، گروهها و ترغیب مشارکتهای مردمی می باشد.

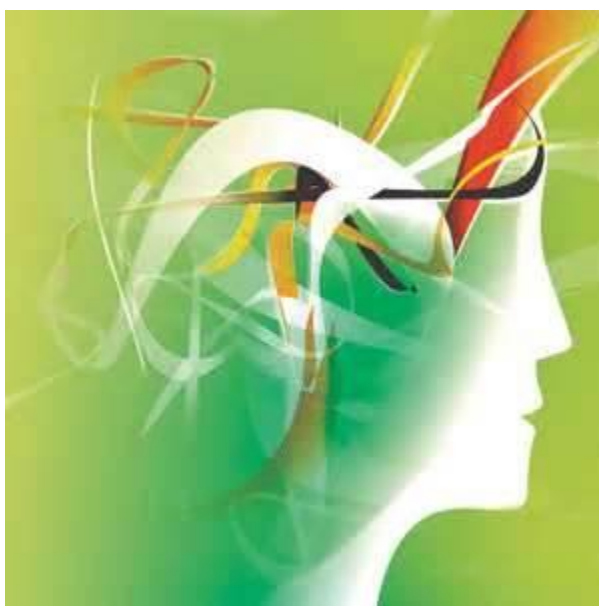
امید است که مجموعه حاضر بتواند به عنوان متن آموزشی و راهنمای عمل، راهگشای ارائه خدمات توسط پزشکان نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه باشد و بدین وسیله بتوان در جهت تحقق هدف حفظ و ارتقای سلامت روان جامعه گام برداشت.

دکتر احمد حاجبی

مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

فصل اول

مفاهیم و اهمیت سلامت روان



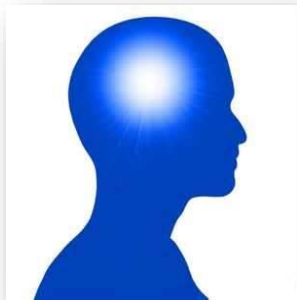
عناوین فصل

- مفهوم سلامت روان
- بار بیماری‌ها در اختلالات سلامت روان
- سیر طبیعی اختلالات سلامت روان
- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان
- دسته‌بندی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان
- منابع

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- مفهوم سلامت روان را توضیح دهید.
- سیر طبیعی بیماری‌ها را با مثال‌هایی از اختلالات سلامت روان توضیح دهید.
- عوامل مؤثر بر وقوع اختلالات سلامت روان را دسته‌بندی کنید و نقش هر دسته را بر بروز و شیوع بیماری‌ها در جامعه توضیح دهید.
- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان ارائه داده و این عوامل را به لحاظ طرز تأثیر بر بروز و شیوع بیماری‌ها تحلیل نمایید.

مفهوم سلامت روان:



سلامت روان به مجموعه‌ای از فعالیت‌های متنوع و وسیع اطلاق می‌شود که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم موجب ارتقای رفاه روانی اجتماعی افراد می‌شود. رفاه روانی اجتماعی دو جزء از مهم‌ترین اجزای تعریف سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی هستند^۱. در این دیدگاه سلامت عبارت است از

برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. این بیان تعریفی آرمانی و عملاً دست‌نیافتنی است، زیرا نمی‌توان فردی را پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد، ضمن این‌که در عمل هم نمی‌توان مرزی میان سلامت و بیماری در نظر گرفت. با این وجود این تعریف چشم‌اندازی را به‌دست می‌دهد که همه افراد باید به سمت آن گام بردارند. علاوه بر این سلامت به معنای برخورداری از ظرفیت و توانایی‌ها در اجتماع به‌منظور تطابق افراد با تغییرات محیطی و قابلیت مقابله با مشکلات ناشی از این تغییرات تعریف شده است. در سال‌های اخیر تعاریف و رویکردهای دیگری نیز برای سلامت ارائه شده که بر عوامل مؤثر بر ارتقای سلامت افراد در جامعه اشاره دارند. رویکردهای جدید در طراحی برنامه‌های سلامت نیز بر تعاریف ارائه شده جدید تکیه دارند. از جمله این رویکردها می‌توان به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اشاره کرد. بر اساس موارد فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت که سلامت روان چیزی فراتر از فقدان یا نبود بیماری روانی است. بعد مثبت سلامت روان که سازمان بهداشت جهانی نیز روی آن تکیه دارد. مفهوم سلامت روان شامل رفاه ذهنی، احساس خودتوانمندی، خودمختاری، کفایت، درک همبستگی بین نسلی و توانایی تشخیص استعدادهای بالقوه هوشی و عاطفی در خود است. به‌گونه‌ای دیگر می‌توان گفت: سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را بازمی‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و به‌عنوان

^۱ Health topics- Mental health, Available in http://www.who.int/topics/mental_health/en/index.html

بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. سلامت روان به همه ما مربوط است نه فقط به کسانی که از بیماری‌های روانی رنج می‌برند. هیچ گروهی از بیماری روانی مصون نیست. البته باید اذعان داشت که در افراد بی‌خانمان، تهیدستان، افراد بیکار و با سطح تحصیلات پایین، کسانی که قربانی خشونت بوده‌اند، مهاجرین و پناهندگان، کودکان و نوجوانان، زنانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند و در افراد مسن که مورد غفلت و بی‌توجهی واقع شده‌اند، بیشتر دیده می‌شود.

چند نمونه از تعریف‌های گوناگون ارائه شده برای سلامت:

فقدان بیماری

وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی

وضعیت پویایی مثبت

بار بیماری‌ها در اختلالات سلامت روان

در سال ۲۰۰۶، حدود ۱۳ درصد از کل بار بیماری‌ها به علت اختلالات روانی ارزیابی شده و این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۱۶ درصد افزایش خواهد یافت. در کل جهان میزان شیوع اختلالات روانی در تمام طول عمر بیش از ۲۵ درصد و شیوع این اختلالات در هر مقطع زمانی حدود ۱۰ درصد در جمعیت بزرگسال تخمین زده می‌شود.^۱ امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا در هر برهه از زمان از افسردگی رنج می‌برند. در سال ۲۰۰۴ بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت افسردگی یک‌قطبی سومین رتبه را در بار بیماری‌ها داشته است.^۲ در تحقیق دیگری ۶,۷٪ از افراد در ایالات متحده در عرض ۱۲ ماه گذشته یک دوره از بروز اختلال افسردگی اساسی داشته‌اند.^۳ اختلالات اضطرابی مشتمل بر اختلالات پانیک، اضطراب منتشر، اختلالات پس از تروما، انواع فوبیا و اضطراب

^۱ راهنمای مراقبت از بیماری‌های روان‌پزشکی بزرگسالان (ویژه پزشکان) - ۱۳۷۸ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

^۲ World Health Organization. *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2008.

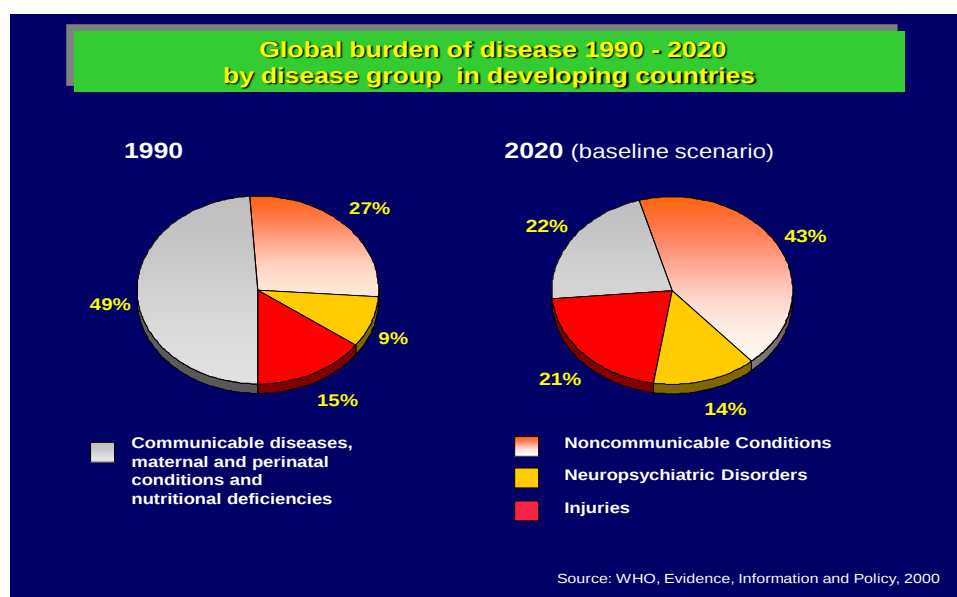
^۳ Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617-627.

ناشی از طلاق شایع‌ترین انواع اختلالات روان در جمعیت عمومی هستند^۱. علاوه بر این شواهد نشان از آن دارد که با توسعه جوامع بر اختلالات اضطرابی افزوده می‌شود. علاوه بر این پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ آمار اختلال آلزایمر به دلیل پدیده سالمندی دو برابر شود^۲. این اختلال در حال حاضر ششمین عامل مرگ در ایالات متحده است. حدود ۲۵ میلیون نفر از مردم جهان از اسکیزوفرنیا، ۳۸ میلیون نفر از صرع و بیش از ۹۰ میلیون نفر از یک بیماری وابسته به مصرف الکل و یا سایر مواد رنج می‌برند. در ایالات متحده آمریکا، سالانه ۱۴۸ میلیون دلار صرف هزینه کلیه بیماری‌های روانی می‌شود. در سال ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷ در انگلستان هزینه بیماری‌های روانی را ۳۲ میلیون پوند برآورده کرده بود که ۴۵ درصد آن به دلیل از دست دادن کارایی و توانایی سازندگی بود. بیماری اسکیزوفرنیا و آلزایمر، از بیماری‌هایی چون آرتریت، آسم، کانسر و نارسایی احتقانی قلب، دیابت، فشارخون و سکته مغزی، هزینه درمانی متوسط برای هر بیمار بیشتری دارد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا ۳۵ تا ۴۵ درصد غیبت از محل کار به دلیل مشکلات بهداشت روانی است. به‌طور متوسط تعداد روزهای از دست‌رفته کاری که به بیماری‌های روانی نسبت داده می‌شود ۶ روز در ماه در هر ۱۰۰ کارگر و تعداد روزهای کم‌کاری ۳۱ روز در ماه در ۱۰۰ کارگر است. در ایالات متحده ۱/۸ تا ۳/۶ درصد از کارگران از افسردگی اساسی رنج می‌برند و افراد شاغل دارای افسردگی ۲ برابر بیشتر احتمال ناتوانی در کار نسبت به افراد بدون افسردگی دارند^۳.

^۱ Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009;18(1):23–33.

^۲ Xu JQ, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. Deaths: final data for 2007. *National Vital Statistics Report* 2010;58(19).

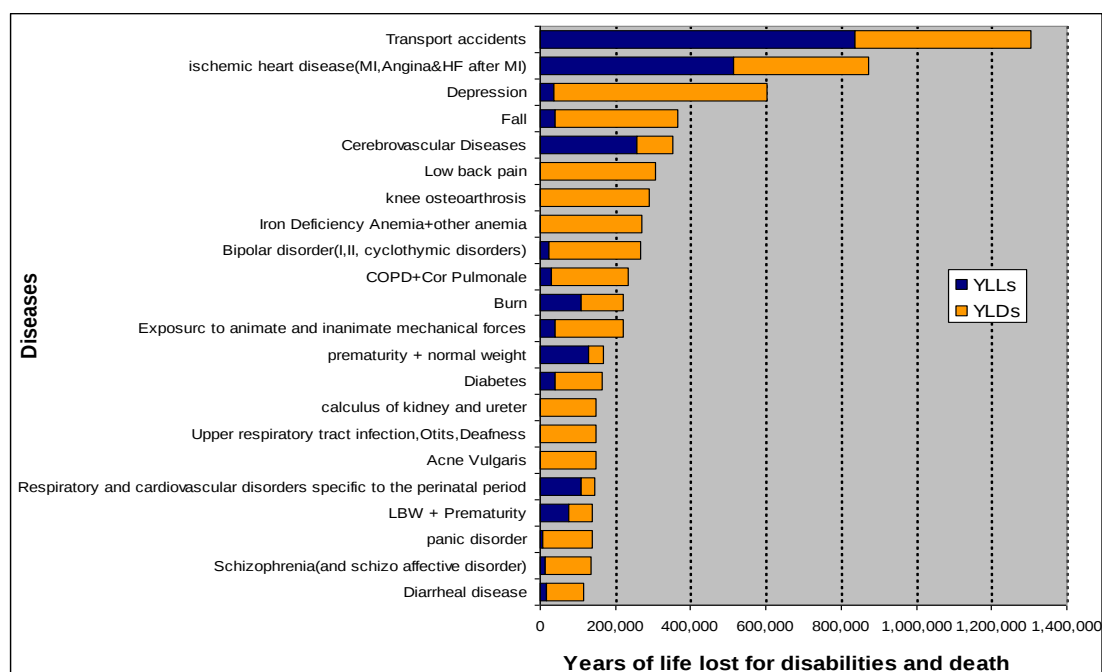
^۳ بهداشت روان چیست؟ دکتر معصومه امین اسماعیلی- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی-
<http://www.iranmentalhealth.hbi.ir/Importance.htm>



تصویر: بار بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه در دو مقطع زمانی ۱۹۹۰ و سناریوی پیش‌بینی‌شده در سال ۲۰۲۰ به رشد قابل توجه بیماری‌های غیرواگیر و اختلالات روانی توجه نمایید.

در تصویر فوق سناریوی آینده وقوع اختلالات روانی در سایر بیماری‌های مزمن به تصویر کشیده

شده است.^۱



تصویر: نمودار سال‌های از دست رفته عمر به دلیل معلولیت برای برخی از بیماری‌ها، در تمام سنین و در هر دو جنس در کشور ایران مطالعه بار بیماری‌ها سال ۱۳۸۳ - افسردگی بار سوم بیماری‌ها در کشور را دارد

^۱ Source: WHO, Evidence, Information and Policy, 2000

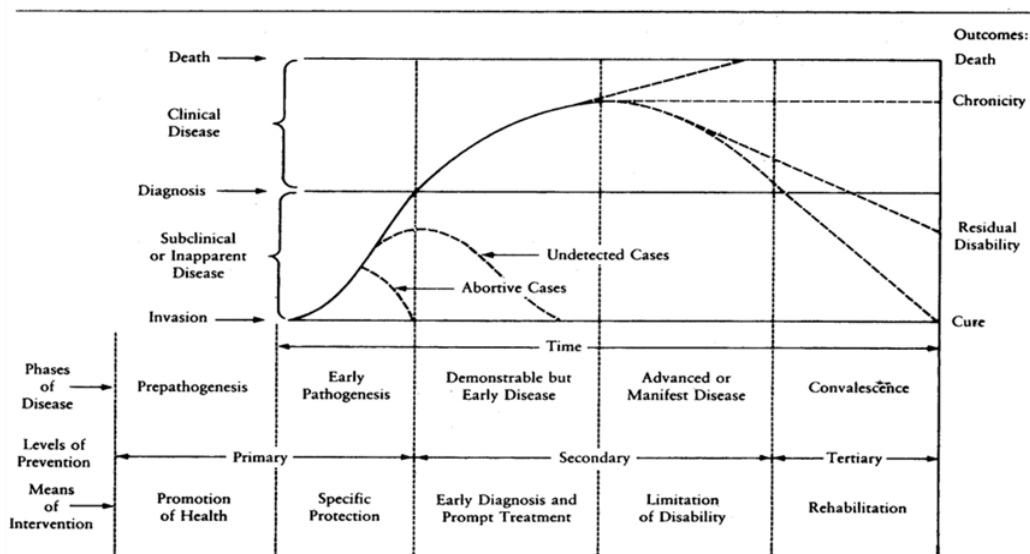
در ایران، شیوع تمام عمر اختلالات‌های روانی در جمعیت بالای پانزده سال کشور بیش از ۲۰ درصد برآورد می‌شود که در این میان اختلالات خلقی و اضطرابی بیشترین شیوع را دارند^۱. شیوع این اختلالات در ایران در هر مقطع زمانی بیش از ۱۰ درصد تخمین زده شده است. مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که اختلالات روانی پس از حوادث جاده‌ای و بیماری‌های قلبی عروقی جایگاه سوم را به خود اختصاص می‌دهد. در زنان، افسردگی در صدر اختلالات در ایجاد بار کلی بیماری‌ها قرار دارد. در کودکان نیز شیوع اختلالات روانی در هر مقطع زمانی بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود. علاوه بر این، چه در کودکان و چه در بزرگسالان، مشکلات روانی اجتماعی (غیر از اختلالات روانی) مانند خشونت، بزهکاری و افت تحصیلی، شیوعی بیش از ۲۰ درصد دارد. اختلالات روانی با ایجاد هزینه‌های مستقیم (بار مالی اقدامات تشخیصی، درمانی، بازتوانی و پیشگیری) و هزینه‌های غیرمستقیم (کاهش توان فردی، کاهش نیروی مولد جامعه، بار خانوادگی) اثرات زیانباری بر جامعه می‌گذارند؛ به‌طوری‌که بیشترین علت از کارافتادگی‌ها را در کشور ما تشکیل می‌دهند. از این رو کاهش بار اختلالات روانی از اهداف برنامه‌های توسعه قرار داشته و نیازمند به‌کارگیری جدی راهکارها و منابع مختلف در این راه است.

^۱ مطالعه بار بیماری‌ها سال ۱۳۸۳-وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سیر طبیعی اختلالات سلامت روان:

همه بیماری‌ها به گونه‌ای دارای یک چرخه زندگی هستند که شامل مراحل شروع، رشد، به اوج

نمایش فرایند سیر طبیعی بیماری



تصویر: نمایش فرایند سیر طبیعی بیماری؛ به مراحل وقوع بیماری از سلامت کامل تا مرگ در ردیف‌های افقی و مداخلات پیش-گیری و تأثیرات آنها در ستون‌های عمودی دقت کنید. درک مفاهیم این تصویر به شما استفهام مورد نیاز برای فهم مبانی طراحی برنامه‌های سلامت را به دست می‌دهد.

رسیدن، دوره زوال و پایان است.^۱ اساساً سیر طبیعی بیماری به دوره پیشرفت تا نقاهت بیماری در یک فرد اطلاق می‌شود. بیماری‌ها در طول زمان از مراحل معین و متوالی گذر می‌کنند. این موضوع در مورد برخی از بیماری‌ها به خصوص بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی، دیابت و فشارخون بالا که دارای سیر طبیعی طولانی هستند و نیز اختلالات سلامت روان کاملاً بارز است. غالباً عوامل مؤثر در ایجاد این بیماری‌ها از همان سال‌های اول زندگی در فرد وجود داشته و علائم بالینی آن در سال‌های خیلی دیرتر ظاهر می‌شوند. این عوامل سبب بروز یا تشدید سیر بیماری می‌شوند. عواملی نظیر الگوهای تربیتی، فقر، تحصیل، برخورداری از حقوق اجتماعی و عوامل متعدد دیگری در وقوع اختلالات روانی مؤثرند. این عوامل اگرچه در قیاس با عوامل خطری نظیر چربی‌های خون بالا، سیگار کشیدن و دیابت که سبب تنگی عروق کرونر و درنهایت بروز سکته‌ی قلبی می‌شوند در

^۱ –William Farr (1862)

معرض کشف قرار نمی گیرند اما به شکل قدرتمندی سلامت روان افراد را در معرض خطر قرار می دهند. چارچوبی که برای سیر طبیعی بیماری ها وضع شده غالباً برای به تصویر کشیدن اختلالات روان نیز کاربرد دارند. بنابراین بیماری های روانی نیز دارای دوره ی پنهان، دوره ی بالینی و دوره ی بهبود هستند.

در علم بیماری شناسی سیر طبیعی بیماری از پدیده هایی تشکیل می شود که قبل از آغاز بیماری (مرحله استعداد ابتلا) شروع و تا پایان بیماری (مرحله بهبود، ناتوانی یا مرگ) ادامه می یابد. پس از دوره تماس با عامل ایجادکننده بیماری فرد وارد مرحله قبل از شروع علائم بالینی (Sub-clinical یا preclinical) می شود. در این مرحله عامل بیماری زا در فرد فعال است، اما هنوز هیچ گونه علائم و نشانه ای از بیماری در وی یافت نمی شود. این موضوع در بیش از ۱/۵ قرن پیش به وسیله Jacob Henle بیان شده است. این پدیده در هر دو نوع بیماری های عفونی و غیر عفونی نظیر اختلالات سلامت روان وجود دارد. در بیماری های عفونی به این دوره مرحله نهفتگی (Incubation) و در مورد بیماری های غیر عفونی به آن دوره کمون گفته می شود. با این وجود دوره کمون در اختلالات روانی نامشخص و در افراد ممکن است بسیار متغیر باشد. به عنوان مثال این دوره در بیماری وبا ۲۴ تا ۴۸ ساعت است در حالی که همین دوره در بیماری عفونی آبله مرغان به طور طبیعی ممکن است ۲ تا ۳ هفته باشد. این دوره در بیماری نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) به طول تقریبی متوسط ۱۰ سال می رسد. اما این دوره در اختلالات روانی کاملاً نامشخص است. دلیل وقوع این موضوع این است که اساساً طول دوره نهفتگی تابعی از قابلیت بیماری زایی (Pathogenicity)، مقاومت میزبان، میزان تماس (dose of exposure) و وجود علائم مستعدکننده دیگر برای ابتلا به بیماری (availability of cofactors) است که این عوامل در افراد مختلف در زمینه اختلالات روان دارای واریانس بوده و غیرقابل سنجشند. با این وجود کنترل این عوامل تاثیر بارزی بر سلامت افراد و آینده روانی آنها می گذارد. این نظریه منجر به آن می شود که دانشمندان علوم سلامت روان بر برنامه های پیشگیری مختلف تاکید نمایند و راهکار اصلی برای ارتقای سلامت روان را تقویت عوامل اجتماعی و بنیادهای رشد اجتماعی آحاد جامعه بدانند.

مرحله بالینی (Stage of clinical disease) اختلال روان با وقوع یا شاید کشف نخستین علائم بیماری آغاز و با ختم بیماری با یکی از پدیده‌های بهبودی، ناتوانی یا مرگ پایان می‌یابد. در اینجا ذکر این نکته کاملاً ضروری است که در سنجش بار بیماری‌ها اولاً اختلالات روان به دلیل میزان بروز



وسیع از بار بالایی در قیاس با بسیاری از بیماری‌ها برخوردارند و ثانیاً اگرچه مرگ در اثر اختلالات روانی پدیده‌ای شایع نمی‌باشد، اما وزن برخی از انواع اختلالات در حد بسیار بالایی به جهت صعوبت زندگی برآورد شده است.

درک سیر طبیعی بیماری‌های روانی بدان لحاظ حایز اهمیت است که اصولاً انجام مداخلات در قالب برنامه‌های پیش‌گیری از نوع اول بسیار اثربخش تر و مقرون به صرفه است.

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان

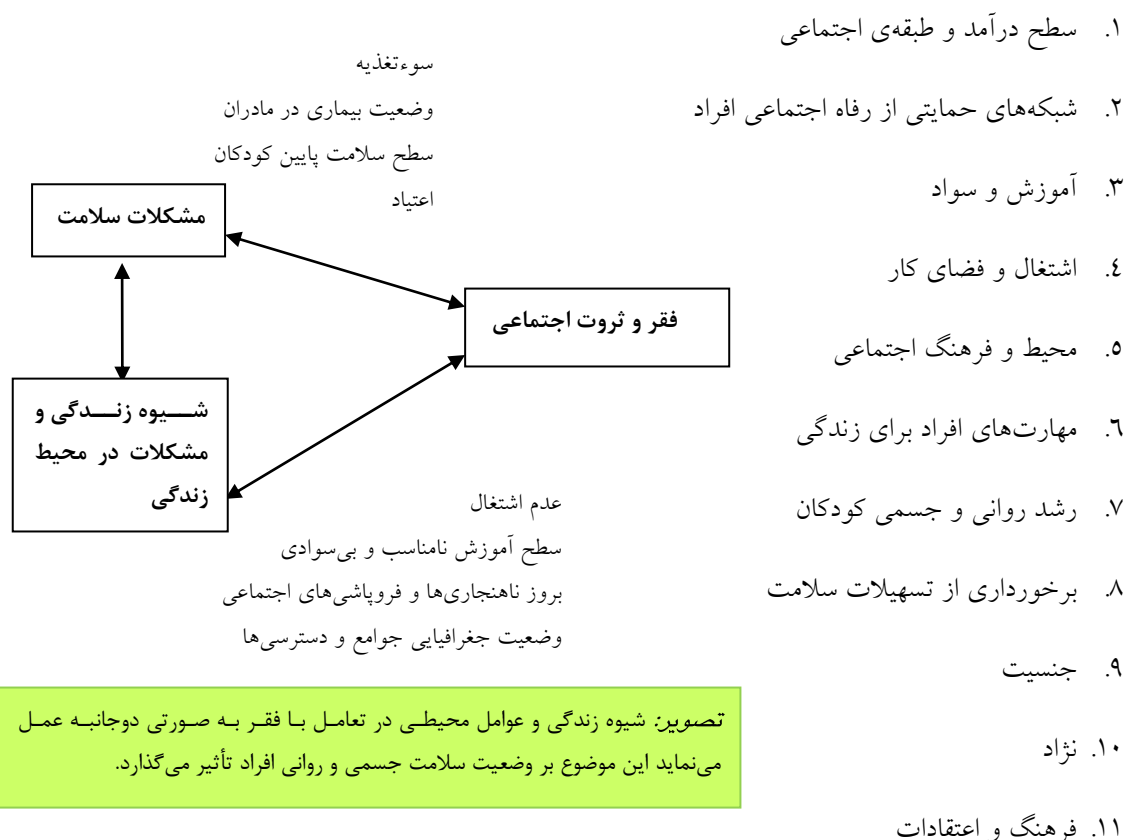
سلامت روان در واقع محصول کارکرد عوامل وسیع اجتماعی است که زیرساخت‌های جامعه بر مبنای آن استوار گردیده است. عواملی نظیر محیط اجتماعی و اقتصادی از طریق اثراتی که بر جسم و روان افراد خواهند داشت همانند ریشه‌هایی در سلامت افراد جامعه مؤثرند. شرایط زندگی، امکانات، تسهیلات آموزشی، نحوه ارتباطات، آگاهی‌ها، وضعیت اشتغال، درآمد، امنیت و سایر موارد همگی به‌طریقی بر سلامت فرد و بر بروز و شیوع بیماری‌ها تأثیر می‌گذارند. در کل هر قدر طبقه اجتماعی پایین‌تر باشد امید به زندگی کمتر و وقوع بیماری‌ها بیشتر خواهد بود. اساساً سلامت تابعی است از مواجهه با عوامل فیزیکی و روانی در طول زندگی که منجر به ایجاد تغییراتی در وضعیت افراد می‌شود. انسان‌ها در مراحل گذار عمر بسته به نوع بهره‌مندی از محیط اطراف خود توانایی مواجهه با مشکلات سلامت را کسب می‌نمایند. مراحل گذار عمر و بهره‌مندی از امکاناتی که محیط برای افراد فراهم می‌آورد از دوران جنینی آغاز می‌شود. مراحل بعدی این تجربه عبارتند از دوران کودکی،

مدرسه و تحصیل، آغاز فعالیت شغلی، ازدواج و تشکیل خانواده، تجربه‌های تغییر شغل، بچه‌دار شدن و ... در این میان کسانی که بهره‌مندی نامطلوب از مواهب و رفاه اجتماعی داشته باشند در معرض آسیب‌های بالاتری چه از نظر روانی و چه از نظر جسمی قرار می‌گیرد. وقوع رخدادهایی نظیر عدم بهره‌مندی از آموزش، از دست دادن شغل و سرپناه، تجربه رفتارهای پرخطر نظیر مصرف سیگار، اعتیاد و بزهکاری یا عدم برخورداری از حمایت‌های اجتماعی موجب وقوع مشکلات برای سلامت به‌ویژه مشکلات سلامت روان در افراد می‌شود.

دسته‌بندی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان

عوامل گوناگونی را به‌عنوان مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت جسمی و روانی می‌توان نام برد.

این مؤلفه‌ها را می‌توان به‌صورت زیر طبقه‌بندی کرد:



به عنوان یک حقیقت سطح سلامت افراد تابعی است از شیوه زندگی و عوامل محیطی که هر دوی آنها به صورت متقابلی با وضعیت ثروت و منابع در دسترس برای جامعه در ارتباطند. تعامل میان منابع قابل تحصیل برای حمایت های اجتماعی از افراد و عوامل مؤثر بر سلامت تعاملی چندسویه است، این موضوع در تصویر به نمایش گذاشته شده است.

منابع

1. Health topics- Mental health, Available in http://www.who.int/topics/mental_health/en/index.html
۲. راهنمای مراقبت از بیماری های روانپزشکی بزرگسالان (ویژه پزشکان) -۱۳۷۸-وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
3. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2008.
4. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:617-627.
5. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiol Psychiatr Soc 2009;18(1):23-33.
6. Xu JQ, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. Deaths: final data for 2007. National Vital Statistics Report 2010;58(19).
7. Hebert LE, Scherr PA, Bienas JL, Bennett DA, Evans DA. Alzheimer's disease in the U.S. population: prevalence estimates from the 2000 census. Arch Neurol

2003;60:1119-22.

۸. بهداشت روان چیست ؟ دکتر معصومه امین اسماعیلی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی - <http://www.iranmentalhealth.hbi.ir/Importance.htm>

۹. WHO, Evidence, Information and Policy, 2000

۱۰. مطالعه بار بیماری‌ها سال ۱۳۸۳ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

11. Lawrence W.Green, Marxhal W. Kreuter- Health Program Planning- Mc Graw Hill
- 1999.

12. Park j.E: preventive and Social Medicine, Nineteenth Banarsidas Bhanot, India,
2005

۱۳. جان م. لست - فرهنگ اپیدمیولوژی - ترجمه دکتر حسین شجاعی تهرانی، دکتر بابک بوب -

انتشارات سماط - ۱۳۷۸

۱۴. دکتر فرید ابوالحسنی - مدیریت برنامه‌های تندرستی - انتشارات «برای فردا» - ۱۳۸۳

۱۵. بیگل هول، بونیتا : مبانی اپیدمیولوژی، ترجمه دکتر محسن جانقربانی و دکتر مطهر پیانپور،

انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان، سال ۱۳۷۱

۱۶. جودیت س، مازنر، اصول اپیدمیولوژی، ترجمه: دکتر حسین ملک افضلی، دکتر کیومرث ناصری،

انتشارات دانشگاه تهران، مرکز نشر دانشگاهی چاپ اول سال ۱۳۶۳،

فصل دوم

راه کارهای ارتقای سلامت روان



دکتر محمدرضا رهبر

عناوین فصل

- عوامل چندگانه مؤثر بر بیماری‌ها و راه‌کارهای کنترلی آنها
- راه‌کارهای ارتقای سلامت روان
- اجرای راه‌کارها بر اساس سطوح پیش‌گیری در برنامه‌های سلامت روان:
- مروری کوتاه بر مفاهیم پیش‌گیری و کاربرد آن در سلامت روان:
- پیشگیری مقدماتی (ابتدایی)
- پیشگیری اولیه
- پیشگیری سطح دوم
- پیشگیری سطح سوم
- دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به لحاظ سطح پیشگیری
- برنامه‌های پیش‌گیری سطح اول
- برنامه‌های پیش‌گیری سطح دوم
- برنامه‌های پیش‌گیری سطح سوم
- منابع

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- مفهوم پیش‌گیری و سطوح آن را در ارتباط با سلامت روان توضیح دهید.
- عوامل چندگانه مؤثر بر بیماری‌ها و راه‌کارهای کنترلی آنها را توضیح دهید
- راه‌کارهای ارتقای سلامت روان
- دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به لحاظ سطح پیش‌گیری را با مثال‌هایی توضیح دهید.

عوامل چندگانه مؤثر بر بیماری‌های روانی و راه‌کارهای کنترلی آنها

اساساً اختلالات سلامت روان را باید به‌عنوان پیامدی از یک شبکه علیتی با اثرات چندمحوری و پیچیده عوامل درون شبکه دانست. بر این اساس در انتخاب راه‌کارهای مقابله با مشکلات سلامت روان باید نقش تمامی این عوامل و تاثیرات آنها بر یکدیگر را در نظر گرفت. سطح عوامل تأثیرگذار بر سلامت را می‌توان در یکی از پله‌های زیر مورد تحلیل قرار داد:

سطح کلان (Macro-level): این سطح شامل تمامی عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مؤثر بر سلامت روان است.



سطح فردی (Individual – level): این سطح شامل عوامل مرتبط با اشخاص نظیر رفتار، تجربه‌های محیطی و روانی است.

سطح خرد (Micro-level): این سطح شامل سازمان فیزیولوژیک و ژنتیک بدن است.

در عمل اغلب مداخلات مورد نیاز دارای حد و مرزهای شناخته شده و منفکی نبوده و در بسیاری موارد اقدام در یک محور تأثیرگذار بر سایر محورها و یا نیازمند تکمیل آن در دیگر محورهاست.

راه‌کارهای ارتقای سلامت روان

ارتقای سلامت روان وابسته به همکاری‌های وسیع بخش‌های مختلف جامعه است. در دیدگاه سازمان جهانی بهداشت راه‌کارهای اختصاصی برای ارتقای سلامت روان عبارتند از:

۱. انجام مداخلات سلامت روان در سنین کودکی
۲. سرمایه‌گذاری بر رشد روانی کودکان و نوجوانان
۳. توانمندسازی زنان
۴. ایجاد شبکه‌های اجتماعی برای حمایت از سالمندان

۵. برنامه‌ریزی برای حمایت از گروه‌های در معرض خطر شامل اقلیت‌های قومی، مهاجرین، آسیب

دیدگان ناشی از بلایا و بحران‌ها و سایر گروه‌ها

۶. انجام مداخلات سلامت روان در مدارس

۷. انجام مداخلات سلامت روان در محل‌های کار

۸. اجرای سیاست‌های پیش‌گیری از خشونت

در این میان آموزش جامعه یکی از اثربخش‌ترین راه‌کارها برای ارتقای سلامت روان است. در

سال ۱۹۶۳ یکی نخستین فعالیت‌های آموزشی سلامت روان با پروژه بهداشت روانی نورث‌امپتون معرفی شد. اهداف این پروژه عبارت بودند از:

۱. آگاهی عمومی از اختلالات روانی بعنوان یک مشکل

۲. گسترش دانش و آگاهی در زمینه سبب‌شناسی اختلالات روانی

۳. نشان دادن پیشرفت‌ها در زمینه درمان و مراقبت از بیماران روانی

۴. ارائه اطلاعات در مورد این‌که مراقبت جامعه‌نگر چیست و چگونه افراد غیر متخصص
میتوانند در این زمینه همکاری داشته باشند و بیان اهمیت این همکاری.

این پروژه که تحت عنوان برنامه ارتقای بهداشت روانی جامعه‌نگر شهرت یافت. گرچه اهداف
برنامه ارتقای بهداشت روانی جامعه‌نگر افراد بهنجار جامعه است ولی بیشتر برنامه‌های ارتقای
بهداشت روانی در جمعیت‌ها و گروه‌هایی مانند دانش‌آموزان کارمندان و کارگران و بیماران روانی
اجرا شده است. یکی از اهدافی که می‌توان به آن اضافه کرد و از اهداف سازمان جهانی بهداشت در
سال ۲۰۰۳ بود انگ‌زدایی از بیماران روانی است که این امر با آموزش عموم مردم جامعه امکان‌پذیر
خواهد بود با تغییر نگرش مردم در مورد بیماری‌های روانی و قابل تشخیص و درمان بودن این‌گونه
بیماری‌ها، مشابه بسیاری از بیماری‌های حاد یا مزمن جسمی، خواهیم توانست مقداری از بار انگ
اجتماعی و تبعیضی که بر این گروه از افراد جامعه تحمیل می‌شود، کاهش دهیم.

در ایران در تحقیقی که توسط شادمنش و همکاران در زمینه بررسی فرهنگ بهداشتی مردم

شهرنشین استان کردستان در سال ۱۳۷۷ انجام شد نشان داده شد که ۶۱٪ آگاهی ضعیفی از مفهوم بهداشت داشتند. ۳۵٪ از مردم معتقد بودند که طب سنتی تاثیر زیادی در درمان بیماری‌های داشته و ۱۲٪ از مردم به دعانویس جهت بهبود بیماری اعتقاد داشتند. در خصوص چگونگی بهبود یک بیماری روانی بین نظرات مردم در شهرهای مختلف استان تفاوت وجود داشت.

شواهد علمی در مورد تاثیر برخی آموزشهای بهداشتی در زمینه سلامت روان

از آنجایی که برنامه‌ریزی و اجرای مناسب هر برنامه بهداشتی مستلزم تشخیص عناصر و مولفه‌های اصلی است، با بررسی متون و اقدامات انجام شده به این نتیجه دست یافته‌ایم که آموزش مهارت‌های زندگی نتایج پرباری را با خود به همراه داشته است. برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی بر طبق تحقیقات گسترده قبلی در پیشگیری از سوء مصرف مواد (بوتوین و همکاران ۱۹۸۰ و ۱۹۸۴، پنتز ۱۹۸۶)، پیشگیری از بی‌بندوباری جنسی (اولوپس ۱۹۹۰)، بارداری در نوجوانان (زابین و همکاران ۱۹۸۶ و شینگ ۱۹۹۴)، ارتقای هوش (گونزالس، ۱۹۹۰) پیشگیری از ایدز (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴) آموزش صلح (پراترمن و همکاران) و ارتقای اعتماد به نفس (تاکید، ۱۹۹۰) مفید و مؤثر بوده است.

بطور کلی مهارت‌های زندگی شامل مهارت‌هایی است که باعث افزایش توانایی‌های روانی - اجتماعی فرد می‌شود و آنان را قادر می‌سازد تا به‌طور مؤثر با مقتضیات و کشمکش‌های زندگی روبرو شود. آموزش مهارت‌هایی چون حل مساله و تصمیم‌گیری، تفکر خلاق نقاد، برقراری ارتباط، خودآگاهی، همدلی، مهارت مقابله با استرس و مهارت جرات‌آموزی و ابراز وجود همزمان با شکل‌گیری شخصیت و رشد تفکر شناختی کودک و دوره‌های حساس نوجوانی می‌تواند به میزان زیادی از آسیب‌های روانی - اجتماعی آتی پیشگیری کند.

اجرای راهکارها بر اساس سطوح پیش‌گیری در برنامه‌های سلامت روان

برنامه‌های سلامت روان در جست و جوی راهی برای ارتقای سلامت روانی و اجتماعی و کیفیت زندگی گروه‌های هدف در محیط کار و زندگی افرادند. رویکرد این برنامه‌ها لاجرم باید مبتنی بر تمامی عوامل مؤثر بر سلامت روان از جمله کنترل شرایط بیولوژیک و نیز عوامل روانی و اجتماعی مؤثر بر سلامت باشد. همان‌گونه که گفته شد به‌عنوان یک حقیقت سطح سلامت افراد تابعی است از شیوه زندگی و عوامل محیطی که هر دوی آنها به‌صورت متقابلی با وضعیت ثروت و منابع در دسترس برای جامعه در ارتباطند. تعامل میان منابع قابل تحصیل برای حمایت‌های اجتماعی از افراد و عوامل مؤثر بر سلامت تعاملی چند سویه است، این موضوع در تصویر زیر به‌نمایش گذاشته شده است.

مروری کوتاه بر مفاهیم پیش‌گیری و کاربرد آن در سلامت روان

پیش‌گیری، به‌مفهوم ساده، به‌معنای جلوگیری از به‌وجود آمدن بیماری قبل از وقوع آن است. در مفهوم علمی پیش‌گیری شامل کلیه اقداماتی است که به‌منظور جلوگیری از بروز، قطع یا کاهش سرعت سیر بیماری به‌کار می‌آید. بر پایه این مفهوم و با توجه به مراحل متفاوت سیر بیماری می‌توان برای پیشگیری ۴ سطح مختلف را در نظر گرفت:

۱. پیشگیری نخستین، ابتدایی یا ریشه‌ای (primordial)

۲. پیشگیری اولیه یا سطح اول (primary)

۳. پیشگیری ثانویه یا سطح دوم (secondary)

۴. پیشگیری ثالثیه یا سطح سوم (tertiary)

متخصصان پزشکی پیش‌گیری با تعیین مرزهای دقیق بین این سطوح موافق نیستند اما این موضوع از اهمیت آن‌ها نمی‌کاهد. به‌طور مثال تامین مواد غذایی تکمیلی برای خانواده در مورد بعضی اعضای خانواده پیشگیری سطح اول و در مورد بعضی دیگر پیشگیری سطح دوم (درمانی) است.

پیش‌گیری مقدماتی (ابتدایی)

اصطلاح پیش‌گیری مقدماتی یا ابتدایی (Primordial prevention) برای توصیف از میان بردن عوامل خطر بیماریها اطلاق می‌شود. در این نوع پیش‌گیری مسئولین بهداشتی می‌کوشند تا با کاستن از خطرهای مواجهه از بروز بیماری پیش‌گیری نمایند. ایجاد زیرساخت‌های لازم برای توانمندسازی جامعه و آموزش عموم مردم از جمله راه‌کارهای پیش‌گیری مقدماتی یا ابتدایی در برنامه سلامت روان است.

پیش‌گیری اولیه

اصطلاح پیش‌گیری اولیه (Primary prevention) به حالتی اطلاق می‌شود که در آن تلاش می‌شود از طریق تاثیرات بر اشخاص و اجتماع مانند حفظ وضعیت بهداشتی محل زیست افراد و ایمن سازی بر علیه بیماری‌های عفونی سبب حفظ و ارتقای تندرستی آنها گردید. مقصود از پیش‌گیری سطح اول پیش‌گیری از بیماری با کنترل علل و عوامل خطرناست. پیش‌گیری سطح اول عمدتاً شامل مداخله در مرحله پیش از وقوع بیماری‌ها یا مسائل بهداشتی یا انحراف‌های سلامتی است. پیش‌گیری اولیه را می‌توان با تدابیر طرح شده برای ارتقای بهداشت عمومی، بهزیستی و کیفیت زندگی افراد شامل ایجاد شرایط بهداشتی در منزل، محیط کار و مدرسه، تغذیه خوب، لباس کافی، پناهگاه، استراحت و تفریح و آموزش بهداشت در مسایلی از قبیل آموزش جنسی، راهنمایی والدین در تربیت کودکان و ... انجام داد. این اقدامات در مبحث انواع مداخله شرح داده می‌شود.

پیش‌گیری سطح دوم

پیش‌گیری سطح دوم (secondary prevention) عبارت است از ایجاد تمهیدات لازم و تدابیر برای افراد و جمعیت‌ها برای شناسایی زودرس و مداخله سریع و کارساز برای بهبود مشکل سلامت پیش آمده. تشخیص زود هنگام اختلالات سلامت روان در کودکان نمونه‌ای از این نوع پیش‌گیری است.

پیش‌گیری سطح سوم

پیش‌گیری سطح سوم (Tertiary prevention) شامل تدابیر در دسترس به‌منظور کاستن یا از میان بردن نقص‌ها و ناتوانی‌های دراز مدت و به حداقل رساندن رنج‌های حاصله از انحراف موجود در تندرستی و ارتقای تطابق بیمار با حالت‌های درمان‌ناپذیر است. به این ترتیب مفهوم پیش‌گیری سطح سوم تا عرصه بازتوانی گسترش می‌یابد. اقدام در این مورد وظیفه کادرهای درمانی است. هنگامی که فرایند بیماری از مراحل اولیه خود فراتر رود هنوز هم می‌توان به‌وسیله آنچه "پیشگیری سطح سوم" نامیده می‌شود، اقدامات پیشگیرانه انجام داد. این کار شامل اقدامات مداخله‌ای در مراحل نهایی بیماری‌زایی بیماری است. تمایز بین پیشگیری سطح سوم و درمان معمولاً مشکل است چون یکی از اهداف اصلی درمان بیماری‌های مزمن پیشگیری از بازگشت و عود آن است. مثلاً درمان حتی اگر در مراحل نهایی سیر بیماری انجام شود می‌تواند از بروز عارضه (Sequel) جلوگیری و ناتوانی را محدود نماید. هنگامی که نقص عضو و ناتوانی کاملاً جا افتاده و مستقر شده باشد، بازتوانی می‌تواند نقش پیشگیری‌کننده داشته باشد. یک مثال از پیشگیری سطح سوم استفاده از داروهای روان‌درمانگر برای کاهش عوارض و پیشرفت بیماری در مبتلایان به انواع اختلالات روانی ناتوان‌کننده و پیشرونده برای پیشگیری از پیشرفت بیماری است.

دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به‌لحاظ سطح پیش‌گیری

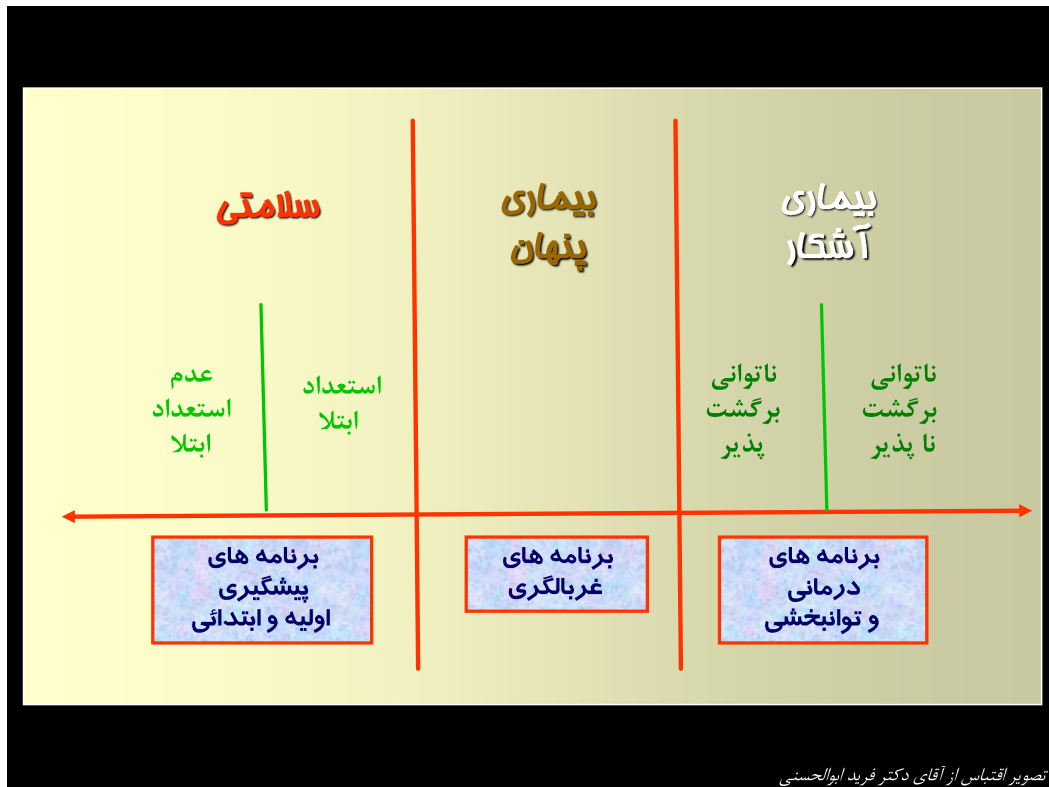
۱- برنامه‌های پیش‌گیری سطح اول؛

انواعی از برنامه‌ها هستند که هدف آنها حفظ سلامت از طریق تغییر در اشخاص یا محیط آنها است، مانند حفظ وضعیت تغذیه‌ی خوب، آموزش برای ترک سیگار، ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عفونی، بی‌خطر کردن محیط زیست و کار افراد و ... از این دسته از برنامه‌ها در حیطه سلامت روان می‌توان از برنامه‌های آموزش برای فرزند پروری، آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش سلامت روان در محیط‌های آموزشی و شغلی مانند مهد کودک‌ها، مدارس و کارخانه‌ها و کارگاه‌ها و ... نام برد.

مداخله‌های مورد پیش‌بینی در این برنامه در زمانی عمل می‌کنند که یا سیر بیماری شروع نشده (Premordial prevention) یا این‌که هنوز به‌صورت بالینی ظاهر نشده است ولی شالوده‌ی آن با حضور عواملی که به نفع وقوع آن است ریخته شده است (primary prevention). خدمت (مداخله‌ی) مورد پیش‌بینی در این نوع از برنامه‌ها سبب کاهش موارد بروز می‌شود.

۲- برنامه‌های پیش‌گیری سطح دوم؛

انواعی از برنامه‌های سلامت هستند که به‌منظور فراهم آوردن تدابیری برای افراد و جمعیت‌ها به‌منظور شناسایی زودرس و مداخله‌ی سریع و کارساز برای اصلاح مشکلات سلامت در مرحله‌ی قبل از بروز علائم طراحی شده‌اند، مانند پیدا کردن موارد بیماران کشف نشده‌ی اختلالات اسکیزوفرنیا، اختلالات اضطرابی، عقب‌ماندگی ذهنی و بیش‌فعالی در کودکان در بیماران به‌ظاهر سالم با استفاده از آزمون‌ها و معاینه‌ها یا سایر رویه‌ها را اصطلاحاً غربالگری می‌گویند. آزمون‌های غربالگری به‌منظور تشخیص قطعی بیماری به‌کار نمی‌روند و کسانی که یافته‌های مثبت داشته باشند باید برای تشخیص و درمان معاینات دیگری شوند. ازجمله‌ی این آزمون‌ها می‌توان از آزمون‌های اولیه‌ای که برای اندازه‌گیری ضریب هوشی در دانش‌آموزان در بدو ورود به مدرسه صورت می‌گیرد نام برد. بدیهی است طراحان برنامه‌های تندرستی تنها در شرایطی توصیه به انجام این نوع از مداخلات می‌نمایند که امکان بهبود یا ارتقای سلامت بیماران در یک برنامه‌ی پیش‌گیری سطح سوم موجود باشد. بنابراین اگرچه این نوع از مداخلات موجب پیداکردن تعداد بیشتری از موارد بیماری کشف نشده در ابتدا می‌شوند ولی در عمل پس از بهبود موارد کشف‌شده می‌بایست موجب کاهش شیوع بیماری در جامعه شوند.



تصویر: طیف تندرستی و برنامه های سلامت

۳- برنامه های پیش گیری سطح سوم،

شامل تدابیر لازم برای کاستن یا از میان بردن نقص ها و ناتوانی های کوتاه مدت و خصوصاً درازمدت و به حداقل رساندن رنج و پریشانی حاصل از مشکلات سلامت و ارتقای قابلیت بیمار درمان ناپذیر است. مداخله های مورد پیش بینی این برنامه ها در مرحله ی بالینی و مرحله ی ناتوانی عمل می کنند. به این ترتیب مفهوم پیش گیری تا عرصه ی بازتوانی گسترش می یابد. مداخلات مورد پیش بینی در برنامه های درمان معتادان یا روان درمانی در مبتلایان به افسردگی در مرحله ی بالینی عمل می کنند. مداخله ی مورد پیش بینی در برنامه ی توان بخشی کودکان عقب مانده ذهنی (ارائه ی خدمت به معلولین عقب افتاده ذهنی به منظور کاهش ناتوانی موجود) نیز در سطح مرحله ی ناتوانی عمل می کند، اجرای مداخلات در این سطح پیشگیری می بایست منجر به کاهش شیوع و ناتوانی شود.

اهمیت شناخت سطح مداخله در برنامه نه تنها موجب فهم مناسب از اقدامات مداخله ای می شود

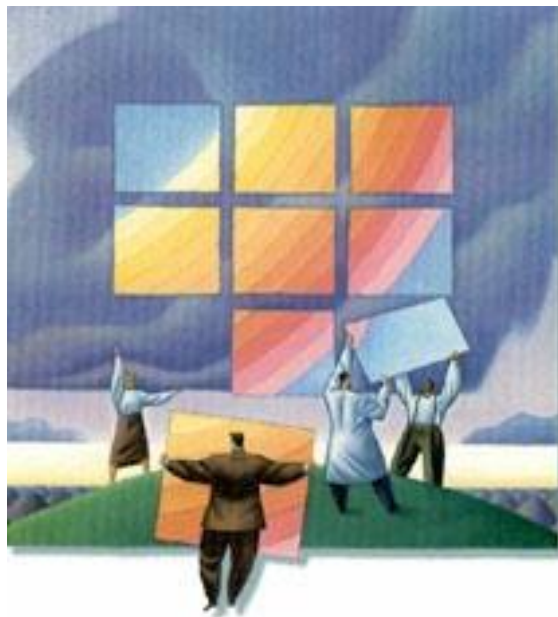
بلکه موجب درک مناسبی از شاخص‌های ارزشیابی برنامه نیز می‌شود. همان‌طور که گفته شد شاخص ارزشیابی نهایی برای تحقق هدف برنامه‌ی سطح اول کاهش موارد بروز و برای سطح دوم و سوم کاهش شیوع و ناتوانی بیماری است.

منابع

1. Lawrence W. Green, Marxhal W. Kreuter. Health Program Planning: Mc Graw Hill, 1999.
2. Abolhassani, F. et al. Strengthening Performance Monitoring and Evaluation of Reproductive Health and Family Planning Programs in Islamic Republic of Iran. MOHME ESCAP UNFPA, September 1999.
3. Park J. E: Preventive and Social Medicine. Nineteenth Banarsidas Bhanot, India, 2005.
۴. جان م. لست. فرهنگ اپیدمیولوژی. ترجمه حسین شجاعی تهرانی و بابک بوب: انتشارات سماط، ۱۳۷۸.
۵. دکتر فرید ابوالحسنی. مدیریت برنامه‌های تندرستی: انتشارات «برای فردا»، ۱۳۸۳.
۶. بیگل هول، بونیتا. مبانی اپیدمیولوژی. ترجمه محسن جانقربانی و مطهر پیاپور: انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۱.
۷. جودیت س. مازنر. اصول اپیدمیولوژی. ترجمه حسین ملک افضلی، کیومرث ناصری: انتشارات دانشگاه تهران، مرکز نشر دانشگاهی، چاپ اول ۱۳۶۳.

فصل سوم

آشنایی با چارچوب برنامه‌های سلامت روان



دکتر محمدرضا رهبر

عناوین فصل

- مقدمه
- هدف برنامه‌های سلامت روان
- فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت
- برنامه سلامت روان و اجزای موجود در آن
- شناسایی استانداردهای برنامه سلامت روان با بهره‌گیری از مستندات در دسترس

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- مفهوم برنامه سلامت روان را توضیح دهید.
- اجزای اصلی برنامه سلامت روان را نام برده و توضیح دهید.
- با مطالعه نمونه‌هایی از مستندات برنامه‌های سلامت روان جاری، اهداف، اجزا و استانداردهای برنامه‌های سلامت روان را به‌صورتی طبقه‌بندی شده تشریح نمایید.

مقدمه

منظور از برنامه سلامت، فعالیت‌های به‌هم‌پیوسته‌ای است که به‌منظور مقابله با یک یا چند مشکل از مشکلات سلامت روان طراحی و در سطوح مختلف شبکه سلامت ادغام و اجرا می‌شوند. پیش از آن‌که مفهوم اخیر و جزئیات آن را بیشتر مرور نماییم، در فصول قبل با مفاهیمی چند که مرتبط با برنامه سلامت‌اند آشنا شدیم. نخستین این مفاهیم اساساً تعریف سلامت و بیماری بود و دوم عوامل مؤثر بر وقوع و سیر بیماری‌ها. با فهم سیر طبیعی مشکلات سلامت می‌توان برخوردهای مختلف درزمینه‌ی پیش‌گیری و کنترل بیماری‌ها در سلامت روان را بهتر درک کرد. مطالب این فصل بر اساس تفهیم این مقدمات سازمان‌یافته است و در اینجا پس‌ازآن بر محور آشنایی با چارچوب و ساختار برنامه‌های سلامت روان تلاش نموده‌ایم شما را با الگوهای برنامه‌های سلامت روان آشنا نماییم. با درک این الگوها انتظار می‌رود به توان ادراکی و استفهام مناسب‌تری برای فهم و به‌کارگیری برنامه‌های سلامت روان دست‌یابید.

هدف برنامه‌های سلامت روان

برنامه‌های سلامت روان در جست‌وجوی راهی برای ارتقای سلامت روانی و اجتماعی و کیفیت زندگی گروه‌های هدف در محیط کار و زندگی افرادند. به‌طورکلی اهداف برنامه سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه عبارت‌اند از: پیشگیری، شناسایی زودهنگام اختلالات، کنترل بیماری و پیگیری مناسب و مستمر و درنهایت تغییر و اصلاح نگرش افراد جامعه نسبت به بیماری‌های روانی - عصبی

فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت

در راستای اهداف فوق، فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت مشتمل بر پیشگیری، شناسایی زودرس و فعال بیماری‌ها، کنترل، درمان و پیگیری مستمر در گروه‌های سنی کودکان و نوجوانان، میان‌سالان و سالمندان به شرح زیر است:

۱. شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات روانی و رفتاری کودکان شامل: اختلالات یادگیری، اختلال

بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلالات تیک، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات فراگیر رشد، اختلالات تغذیه‌ای و دفعی، ناخن جویدن و شست مکیدن، لکنت زبان، اختلال نافرمانی و مقابله‌جویی، صرع.

۲. ارزیابی تکامل کودکان و مشاوره به والدین

۳. ارزیابی روانی/رفتاری در مدرسه، مشکلات تحصیلی و مسائل روان‌شناختی دوران بلوغ

۴. شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات روانی بزرگسالان شامل: افسردگی، اختلال دوقطبی، اختلالات سایکوتیک، اختلالات اضطرابی و سایر اختلالات مهم

برنامه سلامت روان و اجزای موجود در آن

همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، منظور از

برنامه سلامت، فعالیت‌های به‌هم‌پیوسته‌ای است

که به‌منظور مقابله با یک یا چند مشکل سلامت

طراحی و در ساختار شبکه سلامت ادغام

می‌شوند، مانند برنامه‌های ایمن‌سازی، پایش

رشد، سلامت روان و برای هرکدام از



برنامه‌ها می‌توان مأموریت اصلی، گروه هدف و فرایندهای مشخص پیش‌بینی کرد. فرایندهای

انتخاب‌شده برای هر برنامه به‌گونه‌ای است که برنامه را به‌صورت کارآمدی به‌سوی تحقق هدف

اصلی آن پیش برد. هر فرایند به مجموعه‌ای از فعالیت‌های به‌هم‌پیوسته اطلاق می‌شود که منجر به

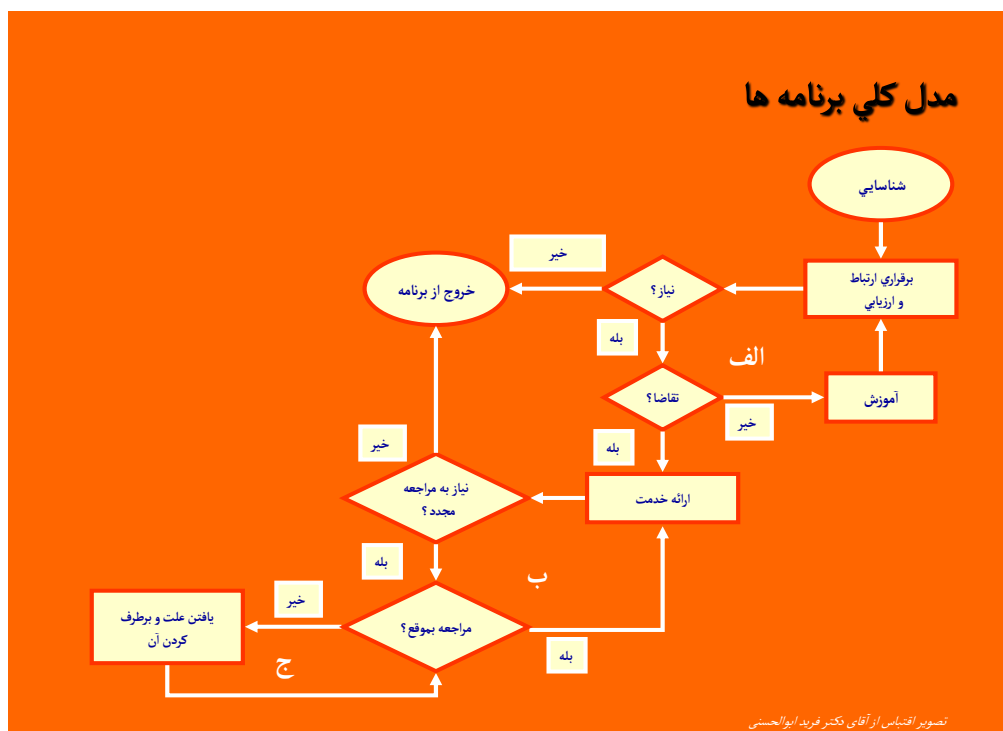
تحقق اهداف مرحله‌ای می‌شود. لذا برای مراحل اجرایی هر برنامه می‌توان چند فرایند تعریف کرد.

فعالیت‌های اجرایی طی دستورعمل‌ها به نیروی انسانی شاغل در بخش‌های مختلف ابلاغ می‌شوند.

این دستورعمل‌ها استانداردهای فعالیت‌های اجرایی را تبیین می‌کنند و اجرای صحیح آنها می‌بایست

منجر به تحقق اهداف برنامه شود.

به افرادی که به خدمات موجود در یک برنامه نیاز دارند و می‌بایست آن خدمات را دریافت کنند گروه هدف آن برنامه اطلاق می‌شود.



تصویر: مراحل طراحی برنامه‌های سلامت. در این مدل مراحل اصلی اجرای برنامه مشتمل بر شناسایی گروه هدف و برقراری ارتباط با او مداخله سلامت مورد نیاز و مراقبت به‌صورت چرخه‌هایی نمایش داده شده است.

در تصویر فوق مراحل مختلف یک برنامه سلامت نمایش داده شده است. این مراحل شامل موارد

ذیل است:



- ۱- شناسایی گروه هدف
 - ۲- برقراری ارتباط با گروه هدف
 - ۳- مداخله سلامت در مورد گروه هدف
 - ۴- مراقبت از گیرندگان خدمات سلامت روان
- موارد اشاره شده در فوق در سایر فصول به تفصیل شرح داده شده است.

در اینجا لازم است به مفهوم ادغام در برنامه‌های سلامت اشاره کنیم. نکته موردنیاز برای توضیح در این مرحله این است که اصولاً برنامه‌های سلامت در مرحله طراحی فرایندهای خدمت و پشتیبان به گونه‌ای طراحی می‌شوند تا به استفاده بیشینه از منابع در دسترس اقدام به ارائه حداکثر خدمات نمایند. این موضوع را "ادغام" می‌گویند. تحقق موضوع اخیر به‌طور منطقی تابع رعایت دو اصل کلیدی است. نخست آن‌که در هنگام مراجعه یا ملاقات با یک فرد از یک گروه هدف تمامی خدمات موردنیاز به او ارائه گردد. این موضوع را "ادغام در سطح گیرنده خدمت" می‌گویند. به‌عنوان مثال هنگامی که کودک زیر ۶ سال به واحد ارائه خدمت مراجعه می‌کند، ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند به او خدمات ایمن‌سازی، پایش رشد، سلامت روان و سایر بررسی‌های سلامت را ارائه نماید. تحقق این امر در گروی آن است که برنامه‌های سلامت در هنگام طراحی استانداردهای ارائه خدمت دارای یک ماتریکس مشتمل بر خدمات و زمان بهره‌مندی از آنها را داشته باشند. در این شرایط گروه هدف می‌تواند در زمان‌های مشخصی خدمات تعریف‌شده خاصی را دریافت نماید. به مجموعه خدماتی که در هنگام مراجعه یک فرد از گروه هدف در قالب برنامه سلامت به وی ارائه می‌شود "بسته خدمت" گفته می‌شود. خدمات موجود در یک بسته خدمت هرکدام موجب تحقق اهداف سلامت جداگانه‌ای می‌شوند. اصل دوم برای استفاده بیشینه از منابع بهره‌برداری اشتراکی برنامه‌های سلامت از منابع انسانی و غیرانسانی در دسترس است. این موضوع که از آن می‌توان با تعبیر "ادغام در سطح منابع" یادکرد، به مفهوم آن است که ظرفیت منابع ساختاری برنامه‌های سلامت باید به گونه‌ای تنظیم شوند که این منابع قابلیت‌های بهره‌برداری برای برنامه‌های سلامت مختلف را در یک‌زمان داشته باشند.

برنامه‌های سلامت روان نیز مانند تمامی برنامه‌های سلامت دیگر باید الگوی روشنی برای بازاریابی داشته باشند. بحث در مورد مفهوم اخیر در این مجمل نمی‌گنجد، با این وجود در اینجا ذکر این نکته ضروری است که برنامه‌های سلامت باید با شیوه‌هایی کاراً تقاضای مردم را تنظیم نموده و آنها را به سمت نیازهای دارای اولویت سوق دهند. این موضوع تا حد زیادی تابع نحوه عرضه

خدمات سلامت در جامعه است. با این تنظیم می‌توان به رویکردی کارا، پاسخ‌گو و عدالت‌محور در برنامه‌های سلامت دست‌یافت. واضح است چنانچه برنامه سلامت در این مرحله از الگوهایی اثربخش برخوردار نباشد پوشش مورد نیاز برای تحقق اهداف خود را به‌دست نخواهد آورد. بخش مهمی از فرایندهای بازاریابی تحت عنوان آموزش بهداشت قابلیت اجرا دارد که دارای الگوهای روشن و شناخته‌شده علمی است. بخشی از مطالب مرتبط با این موضوع در فصل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در سایر فصول این کتاب تحت عناوین بازاریابی خدمات سلامت و عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات آمده است.

فصل چهارم

شناسایی گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان



عناوین فصل

- تعریف گروه هدف
- گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان
- طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای ارائه خدمات سلامت روان
- شناسایی گروه‌های هدف در برنامه سلامت

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید :

۱. ویژگی‌هایی که بر اساس آن، گروه هدف در برنامه سلامت روان شناسایی می‌شوند را بیان کنید.
۲. روش اجرایی شناسایی و ثبت اطلاعات واجدین شرایط برای ورود به برنامه سلامت روان را توضیح دهید.

اهداف

تعریف گروه هدف

به افرادی که به خدمات موجود در یک برنامه نیاز دارند و باید آن خدمات را دریافت کنند گروه



هدف آن برنامه اطلاق می‌شود. سیاست‌گذاران بخش سلامت در اولویت‌بندی برنامه‌های بهداشتی همواره سعی می‌کنند برنامه‌هایی را انتخاب نمایند که از شدیدترین و فراوان‌ترین مشکلات سلامت در جامعه پیش‌گیری می‌کند. بدین لحاظ این برنامه‌ها همواره مشکلات خاص و گروه‌هایی ویژه از افراد جامعه

را هدف قرار می‌دهند. شناسایی گروه هدف، نخستین بخش از فعالیت‌ها در زمینه‌ی برنامه سلامت روان است. پس از شناسایی افراد واجد شرایط باید تلاش کنیم تا آنها را به برنامه وارد کرده و تحت خدمات قرار دهیم. اقدام مناسب در دو زمینه ذکر شده سبب ایجاد پوشش تعداد بیشتری از افراد واجد شرایط در برنامه می‌شود.

گروه‌های هدف در برنامه 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 بر اساس 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 به‌صورتی کارآمد متمر ثمر باشد. 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 دانسته است. 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 باشد. در اینجا ذکر این نکته حائز اهمیت است که اگرچه در برخی تعاریف یک فرد با سلامت روان را شخصی دانسته‌اند که فاقد هرگونه اختلال یا بیماری روانی باشد، اما در بسیاری از تعاریف دستیابی به ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی را برای افراد فاقد اختلال به‌عنوان یکی از اهداف سلامت روان پیش‌بینی نموده‌اند. در این زمینه گفته می‌شود حتی در شرایطی که فرد فاقد هرگونه اختلال یا بیماری روانی باشد، بازهم می‌توان درجاتی از رشد روانی را برای وی تصور کرد که در آن عواطف فرد از ظرفیت‌های کامل‌تری برای برخورداری از زندگی پربار بهره‌مند بوده و قادر است بر چالش‌هایی هرچند عمیق که در زندگی‌اش پیش می‌آید غلبه نماید. این دیدگاه موضوعاتی نظیر ارزشمندی، قدرت کنترل، هوشمندی‌های عاطفی، قدرت فردی، قابلیت حل مساله، خلاقیت، طبیعت شاد و رضایت‌مندی فردی را موردتوجه قرار می‌دهند.



بر اساس آنچه در فوق آمد می‌توان چنین نتیجه گرفت که گروه اول در خدمات سلامت روان آحاد افراد جامعه هستند که از اقدامات پیشگیرانه بهره‌مند می‌شوند. اقداماتی نظیر آموزش سلامت روان برای گروه‌های مختلف برگزاری اجتماعات محلی، سخنرانی در مراکز آموزشی و رفاهی، ارائه توصیه و راهکار به والدین برای ایجاد

محیط مناسب یادگیری و ایجاد فضای شاد در خانواده، مهارت‌های فرزندپروری و آموزش روش‌های غلبه بر استرس می‌توانند اقداماتی از این دست باشند. با این وجود همواره می‌توان در جامعه افرادی را پیدا کرد که به درجات مختلفی از اختلالات روانی متفاوتی رنج می‌برند. گروه‌های اخیر واجد شرایط

دریافت خدمات درمانی و توان بخشی هستند. بحث در مورد نحوه خدمت رسانی و مداخلات لازم برای این گروه‌ها در فصول مربوطه آمده است. در اینجا ذکر این نکته ضرورت دارد که کار شناسایی و ثبت اطلاعات مربوط به گروه اخیر از طریق فرم‌های غربالگری و دستورعمل‌های مشخصی صورت می‌پذیرد که برای کارکنان سلامت ضوابط آن تبیین و ابلاغ می‌شود.

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 زمینه‌ی 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 ویژه‌ی 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 در این کتاب

مورد تأکید قرار می‌گیرد انتخاب گروه‌های هدف بر دو



مبنای نخست طبقه‌بندی گروه‌های هدف بر اساس اختلالات شایع سلامت روان است. این رویکرد در محتوای اصلی فصل ۶ را دربرگرفته و شامل طبقه‌بندی افراد در گروه‌هایی نظیر مبتلایان به افسردگی و اضطراب، اختلالات دوقطبی، انواع اختلالات روانی و ... است. مبنای دوم انتخاب

گروه‌های هدف بر اساس 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 ادغام‌یافته مختلف به یک حیطه سنی همواره مورد نظر ارائه‌دهندگان خدمات است. به عنوان مثال می‌توان تصور کرد که اختلالاتی نظیر بیش‌فعالی و کمبود توجه، شبادراری 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 خدمت را مورد بررسی قرار داد. رایج‌ترین نوع این طبقه‌بندی که در نظام سلامت کشور در اغلب موارد مورد عمل قرار گرفته است، طبقه‌بندی گروه‌های هدف بر اساس گروه‌های سنی است. این طبقه‌بندی از آنجا دارای کارایی بالایی است که اصولاً گروه‌های سنی نیازهای پایه یکسانی به مراقبت‌های اساسی سلامت دارند. با این وجود گروه‌های هدف را می‌توان بر اساس ویژگی‌های دیگری نیز طبقه‌بندی کرد. این ویژگی‌ها مبتنی بر نیاز به دریافت خدمات خاص و یا ویژگی‌های مشترک جغرافیایی، اجتماعی و سایر موارد است. به عنوان مثال گروهی از دانش‌آموزان که در یک مدرسه تحصیل می‌کنند ممکن است گروه هدف برخی از برنامه‌های سلامت خاص باشند. گروه‌های هدف برنامه‌های سلامت، به هر نحوی که طبقه‌بندی شوند، دو ویژگی مشترک دارند. ویژگی نخست، نیاز آنها به خدمات خاص و ویژگی دوم، امکان ایجاد بهره‌مندی از خدماتی با ماهیت مشابه برای طیفی از افراد گروه هدف است. 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.

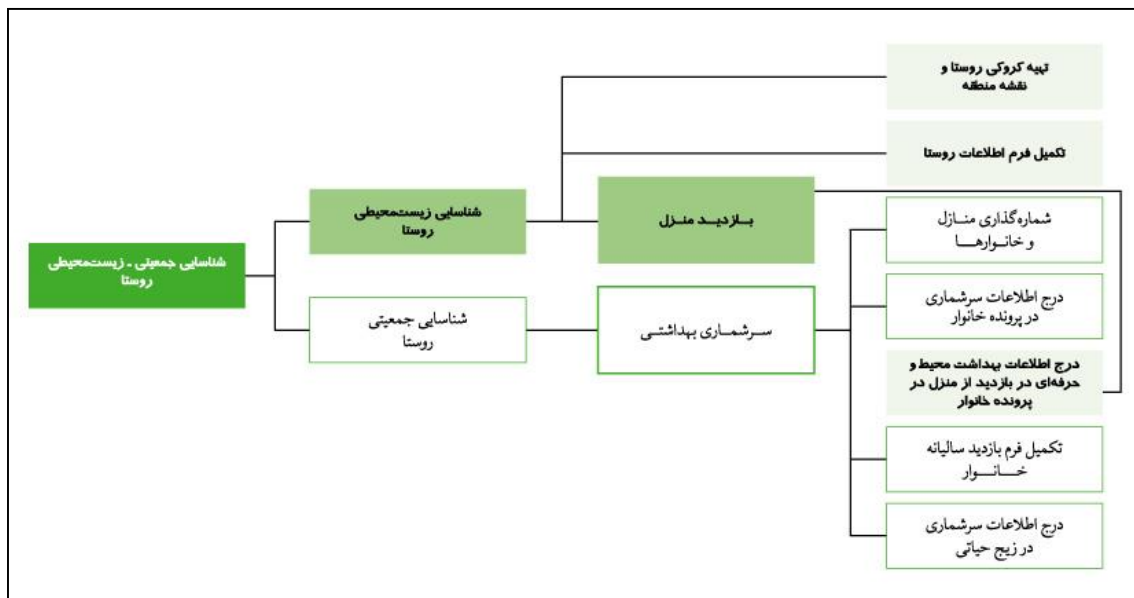
شناسایی گروه‌های هدف در برنامه سلامت

کار شناسایی گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان با ابزارهای زیر صورت می‌پذیرد:

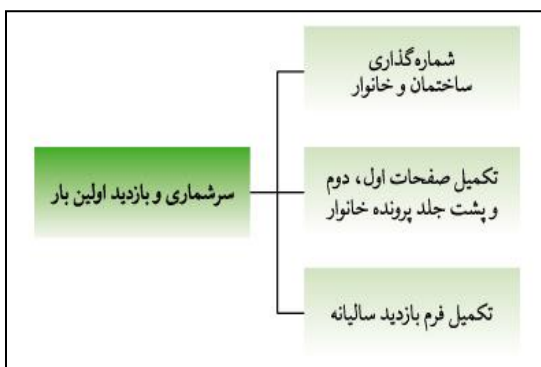
۱- برنامه شناسایی جمعیتی زیست محیطی

شناخت جمعیتی یکی از وظایف اساسی بهورزان و سایر ارائه‌دهندگان خدمت است. اطلاعات مربوط به شناخت جمعیتی روستا در فرم‌های مختلف در خانه بهداشت ثبت می‌گردد. ثبت اطلاعات پایه جمعیتی برای ارائه کلیه خدمات سلامت صورت می‌پذیرد و برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

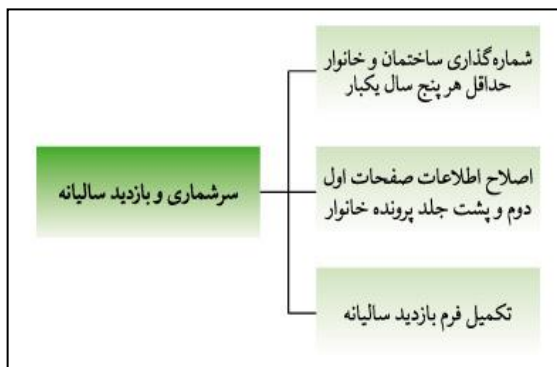
روان به عنوان اطلاعات پایه قابل استفاده و دسترسی است. نمودار ذیل مراحل مختلف این برنامه در روستا را نشان می دهد. همین فرایندها در مناطق شهری نیز به مورد اجرا گذاشته می شود.



تصویر: فرایندهای مختلف شناخت جمعیتی - زیست محیطی روستا. هدف اجرای این فرایندها شناخت محیط زندگی و کار مردم و عوامل خطر موجود در آنها و نیز شناسایی گروه های هدف برنامه های سلامت است.



تصویر: سرشماری در سال های بعد در روستا - این فرایند توسط بهورز صورت می گیرد.



تصویر: سرشماری برای اولین بار در روستا - این فرایند توسط بهورز صورت می گیرد.

شناخت جمعیت روستا از طریق سرشماری بهداشتی و بازدید از منازل صورت می پذیرد. اساساً هدف از سرشماری بهداشتی شناسایی وضعیت جمعیتی (دموگرافیک) روستا به تفکیک گروه های

سنی و جنسی به منظور شناسایی گروه‌های هدف نیازمند خدمات سلامت است. در این سرشماری‌ها مشخصه‌های شناسه‌ای افراد، مشتمل بر سن، جنس، شغل، تابعیت، وضعیت زناشویی و نسبت شخص با سرپرست خانوار به دست می‌آید. علاوه بر این در طی بازدید از منازل، اطلاعاتی از وضعیت بهداشتی محل زیست و بیماری‌ها ثبت می‌شود. اطلاعات مرتبط با تندرستی افراد مانند ناتوانی دایمی و بیماری‌های مزمن در واقع موارد دیگری است که در این سرشماری‌ها به دست می‌آید. واحد سرشماری خانوار* است و در آن افراد بر اساس محل اقامت معمول خود ثبت می‌شوند. فرم‌های مورد استفاده در سرشماری، فرم پرونده خانوار و فرم بازدید سالیانه خانوار است که در مورد نحوه تکمیل اطلاعات آن در کتب مختلف بهورزی بحث شده است.

۲- پرونده خانوار

اطلاعات مندرج در پرونده خانوار که بر جلد آن ثبت می‌شود عمدتاً شامل واحدهای مدیریتی و ارائه‌دهنده خدمت مربوط به آن پرونده خانوار شامل مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی، خانه بهداشت و نیز شماره خانوار و شماره ساختمان، نشانی افراد ساکن در خانوار، شماره تلفن و تاریخ تشکیل پرونده بهداشتی است. در صفحه دوم پرونده خانوار اطلاعات مرتبط با سرپرست خانوار، همسر سرپرست، فرزندان از بزرگ به کوچک، عروس و داماد سرپرست در صورت عدم استقلال، نوه و نتیجه سرپرست، پدر و مادر سرپرست خانوار، خواهر و برادر سرپرست، سایر خویشاوندان سرپرست و غیرخویشاوندان به ترتیب ثبت می‌گردد. چنانچه خانوار از خانوارهای عشایری و یا خانوارهای غیرایرانی باشند نیز در صفحه دوم پرونده خانوار ثبت می‌شوند.

* خانوار (household) به تعداد افرادی (یک نفر و یا بیشتر) که در یک واحد مسکونی زندگی می‌کنند.

[illegible]

علاوه بر موارد فوق در خانه‌های بهداشت دفاتر مراقبت و پیگیری برای گروه‌های هدف برنامه‌های مختلف سلامت موجود است. به‌روزان اطلاعات مرتبط با گروه‌های هدف و وضعیت بهره‌مندی آنان از خدمات سلامت را به‌طور مرتب در این دفاتر ثبت می‌کنند. با استفاده از این ابزار ارائه‌دهندگان خدمات مختلف می‌توانند فهرستی از گروه‌های هدف با وضعیت بهره‌مندی از خدمات آنها را در دسترس داشته و آنها را برای مقاصد برنامه‌های سلامت مورد بهره‌برداری قرار دهند.

غربالگری به مفهوم شناسایی بیماران به ظاهر سالم با استفاده از آزمون‌ها، معاینه‌ها یا سایر

روش هاست. کار غربالگری به طور معمول توسط بهورزان در روستا و کاردanan در شهر انجام می شود. افراد غربال شده باید به منظور تشخیص نهایی اختلال توسط ارائه دهندگان واجد صلاحیت مورد تایید نهایی قرار گیرند و اطلاعات آنها در فرم های ثبت بیماری ها وارد شود. با ثبت این اطلاعات ارائه دهندگان خدمات قادر خواهند بود تا کلیه اقدامات لازم را در مورد افراد مورد نظر انجام و آنها را پیگیری و مراقبت نمایند. بر این اساس غربالگری به طور معمول با هدف پیش گیری سطح دوم انجام می شود. پیش گیری سطح دوم یا (secondary prevention) عبارت است از ایجاد تمهیدات لازم و تدابیر برای افراد و جمعیت ها برای شناسایی زودهنگام و مداخله سریع و کارساز برای رفع مشکل سلامت پیش آمده. در مورد اختلالات سلامت روان مفهوم پیش گیری ثانویه عبارت است از ایجاد نظام های مراقبتی برای کشف سریع موارد اختلالات قبل از وقوع علائم خطرناک و پیشرفته. بدیهی است پس از کشف موارد ارجاع موارد به پزشک و شروع هر چه سریع تر درمان از اهمیت خاصی در سیر بالینی بیمار برخوردار است. در زمینه نحوه ارائه مراقبت به بیماران سلامت روان و خدمات مراقبتی از آنان در سایر فصول به تفصیل سخن خواهیم گفت.

سؤالات ارزیابی اولیه اختلالات روان پزشکی

وجود هر یک از نشانه های زیر به مدت بیش از دو هفته باید پزشکان را به فکر وجود اختلالات

سلامت روان در افراد بیندازد:

- خلق افسرده و اندوهگین
- بی حوصلگی و احساس دل گرفتگی
- تمایل کم به کار کردن
- خواب کم یا زیاد
- اشتها کم یا زیاد
- ضعف انرژی

- کاهش یا افزایش وزن
- ناامیدی از زندگی
- تمایل به خودکشی
- احساس گناه
- احساس دلشوره مداوم، تپش قلب، بی‌قراری
- احساس دلهره بی‌دلیل و ناگهانی همراه با ترس از مرگ یا از دست دادن کنترل
- احساس ترس در مواجهه با حیوانات، تاریکی، حوادث طبیعی، موقعیت‌های غیرترسناک
- اضطراب به‌دنبال یادآوری یک تجربه تلخ و فاجعه‌بار
- سابقه مصرف دارو یا سوءمصرف مواد
- سابقه بیماری جسمی (تیروئید، مشکلات قلبی، تشنج، ضربه سر....)

فرم شرح حال روانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی

شماره پرونده:

تاریخ مراجعه:

ساعت مراجعه:

۱. مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی:

نام سرپرست خانوار:

سن:

جنس:

تاهل:

تحصیلات:

شغل:

محل تولد:

محل سکونت:

منبع ارجاع و خانه بهداشت:

☐ خود بیمار

☐ خانواده

☐ پزشک

☐ سایر مراجع

۲. علت مراجعه و شکایات اصلی:

۳. تاریخچه بیماری فعلی:

• زمان شروع بیماری:

• نحوه شروع بیماری: ☐ ناگهانی ☐ تدریجی ☐ نامشخص

علائم شروع بیماری فعلی:

• روری بر علائم مهم

فعالیت بیش از حد	سرخوشی و شادی زیاد	پرحرفی
تحریک پذیری	پرخاشگری لفظی	پرخاشگری فیزیکی
رفتارهای عجیب	اختلال در تمرکز	اختلال در حافظه
حرف زدن با خود	افکار خودکشی	اقدام به خودکشی
خودزنی	کمبود انرژی	احساس گناه
احساس بی ارزشی	بی میلی جنسی	عدم لذت بردن از زندگی
حرفهای بی ربط	بی توجهی به نظافت شخصی	بی قراری روانی حرکتی
کندی روانی حرکتی	فقدان بینش نسبت به بیماری	شکایات جسمی
کاهش نیاز به خواب	افزایش نیاز به خواب	گوشه گیری
اختلال جهت یابی نسبت به زمان یا مکان یا شخص	کاهش اشتها	افزایش اشتها
دلشوره عمومی بدون عامل بیرونی	احساس غمگینی	احساس ناامیدی
افکار و اعمال وسواسی	هذیان	توهم

در صورت وجود حملات تشنج:

تاریخ آخرین حمله:	تعداد حملات در ماه:
وجود بیهوشی پس از حملات	بی اختیاری ادرار
مکان خاص	بروز حملات در زمان و
حرکت تونیک کلونیک اندام ها	خارج شدن کف از دهان
بروز حملات در حین خواب	گاز گرفتگی زبان

۴. تاریخچه تکاملی:

تأخیر در نشستن	تأخیر در سخن گفتن	تأخیر در راه رفتن	تأخیر در کنترل
ادرار و مدفوع	معلولیت های جسمی	رفتارهای نامتناسب با سن	ناتوانی ذهنی

۵. اختلال کارکرد در حوزه های: فردی □ خانوادگی □ تحصیلی □ شغلی □ اجتماعی □

۶. علائم، تشخیص ها و درمان های قبلی:

سابقه مصرف داروها:

۷. سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل:

۸. سابقه بیماری جسمی:

۹. تاریخچه خانوادگی:

۱۰. عوامل احتمالی سبب ساز بیماری:

- سابقه زردی یا سیانوز نوزادی ☐ سابقه زایمان سخت ☐ سابقه بیماری تب دار شدید ☐
- ابتلا به بیماری جسمی مزمن ☐ وجود مشکل اقتصادی شدید ☐ وجود مشکل در روابط خانوادگی ☐
- طلاق، جدایی یا فوت نزدیکان درجه یک در یک سال گذشته ☐
- وجود فرد مبتلا به معلولیت جسمی یا ذهنی در خانواده ☐ وجود فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده ☐
- وجود فرد زندانی در خانواده ☐ وجود خشونت خانگی ☐ بیکاری سرپرست خانواده ☐
- وجود فرد بازمانده از تحصیل (زیر ۱۸ سال) در خانواده ☐

۱۱. معاینه جسمی:

۱۲. نتیجه بررسیهای پاراکلینیکی:

۱۳. تشخیص :

طبقه بندی تشخیص برای ثبت در فرم آمار:

- الف) اختلالات سایکوتیک ☐ ب) اختلالات اضطرابی ☐ ج) اختلالات افسردگی ☐
د) صرع ☐ ه) معلولیت ذهنی ☐ و) اختلالات شایع کودک و نوجوان ☐
ح) سوء مصرف یا وابستگی مواد و الکل ☐
سایر: _____

۱۴. مداخلات درمانی و داروهای تجویز شده:

تاریخ

مراجعه بعدی:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

امضاء:

«دستورالعمل تکمیل فرم شرح حال روانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی»

فرم شرح حال که در ۳ صفحه و ۱۴ بخش تهیه شده است و توسط پزشک در مرکز جامع

سلامت/ پایگاه بهداشت/خانه بهداشت تنظیم می‌گردد.

در صفحه اول، در گوشه سمت چپ بالای فرم شماره پرونده بیمار، تاریخ و ساعت مراجعه را

یادداشت نمایید.

بند ۱. مربوط به مشخصات بیمار است که از بیمار یا همراه او پرسیده و یادداشت می‌شود.

بند ۲. علت مراجعه و شکایات اصلی:

- در این قسمت ناراحتی عمده فعلی که بیمار بخاطر آن به پزشک / روانشناس مرکز مراجعه

کرده سؤال و با عین کلمات خود بیمار یا همراه وی پاسخ را یادداشت نمائید.

بند ۳. تاریخچه بیماری است که موارد ذیل تکمیل می‌گردد

- زمان شروع بیماری فعلی: منظور موقعی است که مشکل فعلی بیمار آغاز یا به طور قابل

توجهی تشدید شده است؛ مثلاً از یک هفته قبل یا دو ماه قبل یا دو سال قبل.

- نحوه شروع بیماری: مشخص نمائید که آیا بیماری بطور ناگهانی [و پس از بروز یک مشکل

مشخص] شروع شده است یا اینکه آغاز بیماری کند و تدریجی بوده است. اگر به هر دلیلی

نتوانستید چگونگی شروع بیماری را معلوم کنید در مربع جلوی عبارت «نامشخص» علامت

بزنید.

- **علائم شروع بیماری فعلی:** در این قسمت علائم بارز مورد شکایت بیمار یادداشت خواهد

شد. در این بخش می توانید با مروری بر علائم و نشانه‌های مهم بالینی و مورد مصاحبه را علامت بزنید.

منظور از هذیان عقیده باطلی است که بیمار قویاً به آن ایمان دارد و نمی‌توان با ذکر شواهد، استدلال و مخالفت ورزیدن، آنرا از بین برد. هذیان انواع مختلفی دارد که یکی از موارد شایع آن «هذیان گزند و آسیب» است که بیمار فکر می‌کند «می‌خواهند او را بکشند» یا «همسرش سعی دارد در غذایش زهر بریزد و او را مسموم کند». منظور از توهم درک حسی اشتباهی است که در عالم خارج برای آن محرکی وجود ندارد، توهم نیز برچند نوع است. «توهم شنوایی» وقتی تشخیص داده می‌شود که بیمار صداهایی را می‌شنود که افراد دیگر آن صداها را نمی‌شنوند. «توهم بینایی» بدین ترتیب است که فرد تصاویر، جرقه‌های نورانی یا افرادی را می‌بیند که واقعاً در محیط خارج وجود ندارند.

لازم به ذکر است که منظور از «افکار وسواسی» افکار مزاحم و بیهوده‌ای است که علیرغم تمایل فرد همیشه در ذهن او تکرار می‌شوند و فرد می‌خواهد ولی نمی‌تواند در مقابل آنها مقاومت کند، - مانند فکر صدمه زدن به کسی، تفکرات مکرر و دائمی در مورد کثافت و آلودگی، شک و تردید یا وجود افکار کفرآمیز در ذهن یک فرد مذهبی.

منظور از «اعمال وسواسی» اعمالی است که فرد علیرغم میل باطنی و با وجود مقاومت در مقابل آنها دست به آن کارها می‌زند. مثل «شستن و آب کشیدن مکرر دستها، بدن یا لباسهای

خود و یا چک کردن مکرر قفل درب و اجاق گاز.» در صورت وجود این علائم تشخیص

«وسواس» مطرح می‌باشد.

بخش دوم "مروری بر علائم مهم"، مربوط به حملات تشنج است و صرفاً در صورت وجود

چنین حملاتی تکمیل گردد. ضمن ثبت تاریخ آخرین حمله تشنج، ویژگیهای همان حمله

ثبت گردد. و در صورتی که فرد حملات راجعه دارد، تعداد حملات در ماه ذکر شود.

بند ۴. تاریخچه تکاملی: در این قسمت بر اساس موارد مشخص شده تاخیر تکاملی در رشد

مشخص خواهد شد و در صورت وجود موارد دیگر، یادداشت می‌گردد. همچنین در صورت وجود

ناتوانی ذهنی، در همین قسمت ذکر گردد.

بند ۵. اختلال کارکرد: ممکن است بیمار در هر یک از کارکردهای فردی، خانوادگی، تحصیلی،

شغلی و یا اجتماعی‌اش دچار اختلال باشد. اختلال در کارکردهای فردی بدین معنی است که فرد

نمی‌تواند کارهای شخصی‌اش را از قبیل: نظافت، شستشو، غذا خوردن و غیره را به خوبی انجام دهد.

اختلال در کارکرد خانوادگی به ناسازگاریهای فرد با اعضاء خانواده و دعوا و بگومگو یا ناتوانی در

ایفای نقش پدری یا مادری اشاره دارد. منظور از اختلال در کارکردهای تحصیلی این است که فرد در

محیط مدرسه و مسائل درسی مشکل دارد یا دچار افت تحصیلی می‌باشد. اگر فردی نتواند به مدت

زیادی در یک شغل دوام آورد و مرتباً مجبور به عوض کردن شغلش شود و یا با همکارانش

ناسازگاری داشته یا اینکه مکرراً در کارش غیبت کند به نوعی در کارکردهای شغلی دچار اختلال

است. اختلال در کارکردهای اجتماعی شامل مواردی از این قبیل می‌باشد: ناسازگاری با دوستان و

اطرافیان، نداشتن دوست، عدم رفت و آمد با آشنایان و همسایگان. در صورت وجود هر کدام از این

اختلالات در مربع جلوی هر مورد علامت بزنید.

بند ۶. علائم، تشخیص ها و درمان های قبلی:

- بررسی کنید که آیا بیمار قبلاً بیماری روان پزشکی داشته یا خیر. و در صورتی که از بیماری

روانی خاصی رنج می برده با سؤال کردن از خود بیمار یا همراه وی و در صورت همراه

داشتن تشخیص پزشک معالجش، علائم و نوع بیماری قبلی وی را مشخص و یادداشت

نمائید. علاوه بر این مشخص نمائید که آیا بیمار قبلاً در بیمارستان یا بخش روان پزشکی

بستری شده است یا خیر و همچنین نوع داروهای مصرفی قبلی او را در این قسمت ذکر کنید.

- همچنین سابقه مصرف دارو (کلیه داروهایی که بیمار در حال حاضر استفاده می کند) در این

قسمت یادداشت خواهد شد.

بند ۷. سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل: مقدار و دفعات مصرف سیگار، مواد (مخدرها،

محرک ها، روان گردان) و الکل بررسی شود.

بند ۸. سابقه بیماری جسمی: در صورتی که فرد قبلاً و یا در حال حاضر مبتلا به بیماری جسمی

مهمی بوده یا می باشد نوع آن را بررسی و ذکر نمائید. مثلاً سابقه عمل جراحی، ناراحتی کلیه،

فشارخون، و ...

بند ۹. تاریخچه خانوادگی: در این قسمت در صورتی که موردی از اختلالات روانپزشکی در

بستگان درجه اول یا دوم بیمار وجود دارد ذکر گردد؛ مثلاً «پسرخاله بیمار مبتلا به بیماری

اسکیزوفرنیا است.»

بند ۱۰. عوامل احتمالی و سبب ساز بیماری: عواملی هستند که احتمالاً در ایجاد و بروز بیماری

دخیل هستند. در صورت وجود چنین عواملی در مربع جلوی هر کدام از آنها علامت بزنید.

بند ۱۱. معاینه جسمی: پزشک باید پس از معاینه عمومی و به ویژه دستگاه عصبی، در صورت

وجود علائم غیرطبیعی آنها را ذکر نماید.

بند ۱۲. نتیجه بررسی‌های پاراکلینیکی: نتیجه آزمایشات، رادیوگرافی، الکتروانسفالوگرافی،

سی‌تی‌اسکن و غیره را در این قسمت بنویسید.

بند ۱۳. تشخیص: در این بخش براساس یافته‌های شرح حال، تشخیص یا تشخیص‌های احتمالی

را مشخص نمایید و برای ثبت در فرم آمار اختلالات در بخش طبقه‌بندی تشخیص علامت زده شود .

به عنوان مثال:

- تشخیص اختلال دو قطبی و سایکوز در طبقه اختلالات سایکوتیک علامت زده خواهد شد .

- تشخیص های اختلال اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، وسواس و ... در طبقه

اختلالات اضطرابی علامت زده خواهد شد.

بند ۱۴. درمان اولیه و داروهای تجویز شده: مداخلات درمانی و داروهای را که در اولین

مراجعه برای این بیمار تجویز می‌کنید در این قسمت یادداشت نمائید.

نام و نام خانوادگی مصاحبه کننده درج شده و حتما امضا گردد.

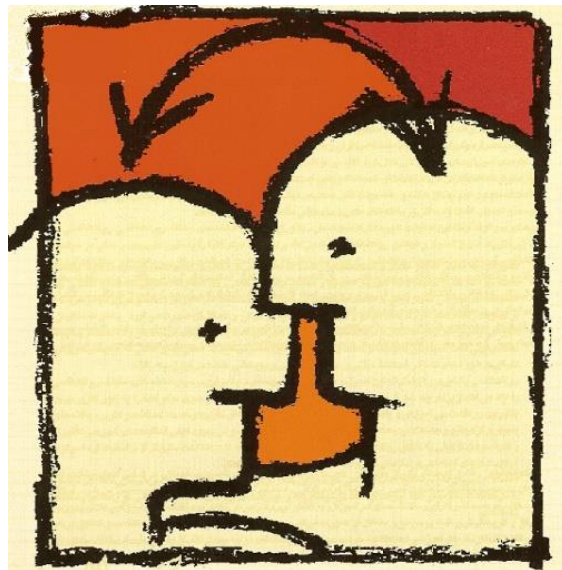
۴- ثبت موارد شناخته شده اختلالات سلامت روان در دفتر مراقبت و پیگیری

فرایند بعدی پس از غربالگری و تشخیص توسط پزشک، ثبت موارد مثبت شناسایی شده در دفاتر مراقبت و پیگیری است که توسط بهورز و کارشناس مراقب سلامت خانواده انجام می پذیرد. *خاطرنشان می شود موارد ثبت اختلالات فقط با تشخیص پزشک امکان پذیر خواهد بود.*

این فرایند با هدف ارائه خدمات ممتد به بیماران شناسایی شده بوده و با هدف پیش گیری سطح سوم (Tertiary prevention) صورت می پذیرد. پیش گیری سطح سوم شامل تدابیر در دسترس به منظور کاستن یا از میان بردن نقص ها و ناتوانی های درازمدت و به حداقل رساندن رنج های حاصله از انحراف موجود در تندرستی و ارتقای تطابق بیمار با حالت های درمان ناپذیر است. به این ترتیب مفهوم پیش گیری سطح سوم از درمان اختلالات روان و مراقبت و آموزش اطرافیان تا عرصه بازتوانی گسترش می یابد. اقدام در این مورد وظیفه کادرهای در سطوح مختلف سلامت است.

فصل پنجم

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان



عناوین فصل

- مقدمه
- برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان
- راه‌های برقراری ارتباط با مردم
- مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف
- عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات
- مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان
- منابع

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- اصول برقراری ارتباط با گروه هدف در برنامه سلامت روان را شرح دهید.
- عوامل مؤثر بر رفتار افراد را طبقه‌بندی نموده و هریک را توضیح دهید.
- مشکلات شایع ناشی از عدم برقراری ارتباط مناسب با گروه‌های هدف را توضیح دهید.
- هریک از مراحل برقراری ارتباط با گروه هدف و فرایندهای اجرایی و ابزارهایی که برای این فرایندها به کار می‌آیند را توضیح دهید.

مقدمه

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف یکی از اصلی‌ترین فرایندها در زنجیره اجرای برنامه سلامت روان است. این فرایند پس از شناسایی گروه هدف موجب می‌شود تا گیرندگان خدمات از برنامه‌های سلامت روان بهره‌مند شوند و در برنامه‌های موردنظر باقی‌مانده و از مراقبت‌های موردنیاز بهره‌مند شوند. ارتباط در سلامت روان به مفهوم به‌کارگیری راهکارهایی به‌منظور آگاه‌سازی و تأثیر بر تصمیمات فرد و جامعه برای ارتقای سلامت روان است. در دهه‌های اخیر فضای پیچیده تبادل اطلاعات دچار تغییرات چشم‌گیری 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 تمامی تلاش خود را بر این نکته متمرکز نماییم که آنها بتوانند به‌صورت داوطلبانه و با احساس ایجاد ارزشی افزوده در خود اقدام به ارتقای 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.

اصولاً برقراری ارتباط با گروه‌های هدف به چند منظور مشخص صورت می‌گیرد:

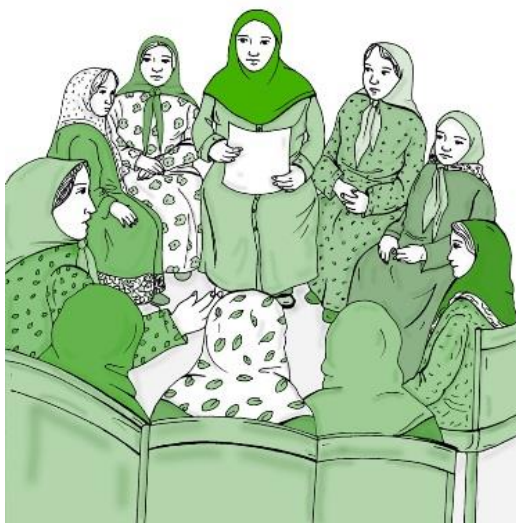
۱. آگاهی از نیازهای جامعه و گروه‌های هدف
۲. تنظیم صحیح تقاضاهای مردم یا گروه‌های هدف برای دریافت یا بهره‌مندی از خدمات

۳. ارائه خدمات و مراقبت‌ها به گروه‌های هدف و جامعه

۴. ایجاد مشارکت در برنامه‌های سلامت

در مورد هریک از موارد اشاره‌شده در فوق

به تفصیل در ادامه مطالب بحث خواهیم کرد.



تصویر: ارائه‌دهندگان خدمات می‌توانند از هر فرصتی برای برقراری ارتباط با گروه‌های هدف و مردم استفاده کنند. این فرصت ممکن است در حین گپ-زدن و احوال‌پرسی با گروهی از مردم به‌دست آید.

برای برقراری ارتباط با گروه‌های هدف باید به دو مفهوم اساسی توجه داشت:

۱. موضوع برقراری ارتباط با گروه‌های هدف اساساً موضوعی مبتنی بر روش‌های آموزش بهداشت است.
۲. برقراری ارتباط با گروه‌های هدف نیازمند انجام اقداماتی سازمان‌دهی شده است. این اقدامات را می‌توان شامل موارد زیر دانست:

- شناسایی گروه هدف
- دعوت یا ترغیب گروه هدف به بهره‌مندی از خدمت
- ثبت اطلاعات مربوط به گروه‌های هدف
- گروه‌های هدف برای تداوم بهره‌مندی از خدمات و مراقبت‌ها

برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان

ارتباط در ساده‌ترین شکل خود متضمن تبادل اطلاعات در بین مردم است. اکثر فعالیت‌های آموزشی شامل نوعی برقراری ارتباط است، اساساً می‌توان گفت، برقراری ارتباط بخش ضروری تمام فعالیت‌های مربوط به ارتقای سلامت روان است. درواقع این مساله که مردم چرا سالم هستند و چرا بیمار می‌شوند، قبل از هر چیز به رفتار خود آنها بستگی دارد. یکی از مسائل مهم در سلامت روان این است که ما رفتارهای مختلف مردم را در مواجهه با مسائل گوناگون بشناسیم و ببینیم کدام رفتارها به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم باعث وقوع یا تشدید اختلال روانی می‌شود و کدام رفتارها به حفظ و ارتقای سلامت روان مردم کمک می‌کند. درواقع آموزش سلامت روان به دنبال ایجاد تغییر رفتار در مردم است. به عبارت دیگر آموزش سلامت روان فرآیندی است که در آن افراد و گروه‌های مردم یاد می‌گیرند رفتاری داشته باشند که موجب ارتقای، حفظ یا بازگرداندن سلامت روان آنان شود. نکته بسیار مهمی که در بحث تغییر رفتار باید به خاطر داشت، تشخیص علل رفتار مردم است. اساساً سه عامل اصلی را می‌توان بر نحوه رفتار مردم مؤثر دانست. این سه عامل عبارت‌اند از:

۱. عوامل مستعد کننده (Predisposing factors)

۲. عوامل توانمندکننده (Enabling factors)

۳. عوامل تشویق‌کننده (Reinforcing factors)

عوامل مستعد کننده مؤثر بر رفتار افراد را می‌توان شامل مواردی نظیر دانش، اعتقادات، ارزش‌ها، تلقی‌ها، اعتماد به نفس و ظرفیت‌های افراد دانست. عوامل قادرکننده شامل مواردی چون فراهم بودن منابع بهره‌مندی از خدمات، دسترسی مناسب به نیروی انسانی، وجود قوانین مرتبط با ارائه خدمات و ایجاد فراهمی خدمت سلامت روان برای مردم و برخورداری از مهارت‌های مرتبط با سلامت روان در افراد است. عوامل تشویق‌کننده رفتار شامل مواردی چون خانواده، دوستان، مربیان، کارفرمایان، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان، رهبران و تصمیم‌گیرندگان برای جامعه هستند. مجموعه تمام این عوامل منجر به بروز رفتارهای خاص از سوی مردم می‌شوند، که در نهایت بر سلامت روان آنها تأثیر می‌گذارد. این رفتارها در کنار عوامل ژنتیک و محیطی که افراد در آن زندگی می‌کنند موجب ایجاد سطح مشخصی از سلامت برای آحاد افراد جامعه می‌شود.

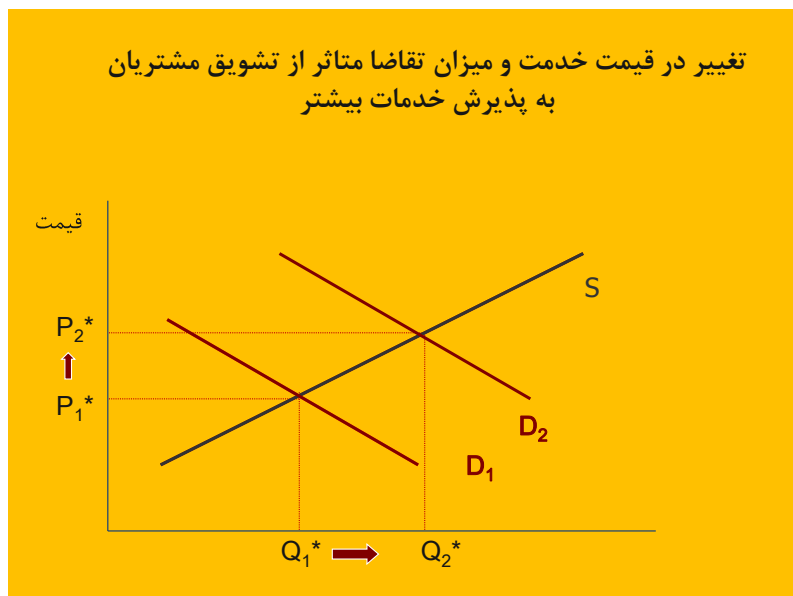
در برقراری ارتباط با مردم و گروه‌های هدف می‌بایست به چند نکته اساسی توجه شود. نکته نخست اولویت‌های اعلام‌شده مردم است که شامل درخواست‌ها و اولویت‌هایی است که معمولاً مردم برای خدمات خاص دارند. موضوع دوم نیازهای طبیعی مردم و نکته سوم فراهم بودن منابع برای ارائه خدمات مشخص سلامت روان است. درواقع در موضوع برقراری ارتباط با گروه‌های هدف باید به سه عامل فوق توجه ویژه داشت.

اساساً هنگامی که نیازهای واقعی مردم برای دریافت خدمات مشخص سلامت روان به صورتی روشن تبیین گردد، اما تسهیلات لازم برای ارائه آن خدمات موجود نباشد امکان برقراری ارتباط مؤثر با مردم وجود نخواهد داشت. از سوی دیگر چنانچه مردم اولویت‌های نیاز خود را به گونه‌ای متفاوت از آنچه که ارائه‌دهندگان خدمت بدان اعتقاد دارند حس نمایند ارائه‌دهندگان خدمت نخواهند توانست خدمات اساسی و مورد نیاز مردم را که بر مبنای نیازهای حقیقی آنها تدوین گردیده ارائه نمایند. بر این اساس می‌توان چنین نتیجه گرفت که تبلیغات آموزش سلامت روان و یا ترغیب گروه‌های هدف

برای بهره‌مندی از خدمات مشخص باید با در نظر گرفتن سه عامل فوق صورت گیرد.

در اینجا لازم است به این نکته مهم توجه نماییم که اصولاً تنظیم صحیح تقاضاهای مردم برای بهره‌مندی از خدمات موضوعی خاص و مهم در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف است. این تنظیم اساساً می‌بایست در جهت ایجاد تقاضا برای خدمات دارای اولویت و نیازهای حقیقی باشد. موضوع اخیر در نظام سلامت روان کشور ما در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. همچنین القای تقاضا برای بهره‌مندی از خدمات خاص موضوعی است که در کنترل بخش خصوصی ارائه خدمات می‌بایست به آن توجه کرد.

تصویر:
القای تقاضا توسط
ارائه‌دهندگان خدمات
موضوعی است که موجب
جابجایی منحنی عرضه و
تقاضا و کاهش کارایی
اقتصادی برنامه‌های
سلامت می‌شود. به
جابجایی منحنی عرضه و
تقاضا به سمت راست
توجه کنید. این موضوع
موجب افزایش هزینه‌ها و
بی‌عدالتی می‌شود.



اصولاً در جوامعی که تقاضا برای برخورداری از خدمات سلامت از تنظیم مناسبی برخوردار نبوده و بازار سلامت ناکارآمد است، القای تقاضا پدیده‌ای غالب در بخش‌های خصوصی ارائه خدمت در جامعه است. این موضوع موجب می‌شود تا مردم بخش بزرگی از هزینه‌های سلامت را از جیب بپردازند و هزینه‌های سلامت در جامعه به‌سوی رفع نیازهای غیراولویت‌دار سوق پیدا نماید. ارجاع بیماران برای بهره‌مندی از خدمات تشخیصی گران‌قیمت و فاقد لزوم و یا مداخلات غیرضروری ازجمله این موارد است که بر هزینه‌های سلامت جامعه تأثیرات بسیار بارزی می‌گذارد. بر این اساس موضوع القای تقاضا برای بهره‌مندی از خدمات توسط ارائه‌دهندگان خدمت به‌ویژه در بخش‌های

خصوصی موضوعی رایج در تمام بازارهای سلامت کنترل نشده دنیاست. اصولاً دولت‌ها و متولیان بهداشت در هر جامعه‌ای تلاش می‌کنند تا با استفاده از ابزارهای مختلف کنترل بازار سلامت را به نحو مناسبی انجام دهند. ازجمله این روش‌ها آموزش بهداشت به مردم و توانمند کردن آنها با هدف افزایش آگاهی‌های آنها برای تشخیص صحیح نیازهای خود برای بهره‌مندی از خدمات سلامت است. ازجمله سایر روش‌ها برای کنترل بازار سلامت می‌توان به مواردی نظیر ایجاد نظام ارجاع، خطوط تشخیصی و راهنمای بالینی برای بهره‌مندی از خدمات، استفاده از روش‌های تله‌مدیسین و نیز ایجاد محدودیت در بهره‌مندی از خدمات بیمه‌ای اشاره کرد. این روش‌ها موجب می‌شوند تا بین هزینه‌های اقتصادی سلامت و پیامدهای ناشی از ارائه خدمات تعادلی مناسب به وجود آید.

راه‌های برقراری ارتباط با مردم

ارائه‌دهندگان خدمت می‌بایست بهترین راه دسترسی به مخاطبین موردنظر خود در جامعه و یا در محیط‌های خاص نظیر درمانگاه، مدرسه، محل کار و اماکن عمومی را انتخاب نمایند. به‌عنوان مثال دسترسی به مادران اغلب از طریق ارائه خدمات بهداشتی به کودکان، امکان دارد. رسانه‌های گروهی مانند رادیو برای ایجاد دسترسی به جمعیت عمومی و وسیع کاربرد دارند. اما در محیط‌های کوچک‌تری مانند روستا می‌توان از روش‌های آموزش سلامت یا برقراری ارتباط با گروه‌ها به‌صورت جمعی و یا روش ارتباط چهره به چهره استفاده نمود. موضوع مهم دیگر در برقراری ارتباط این است که تصمیم بگیریم چه کسی این ارتباط را برقرار کند. در این مورد باید متذکر گردید که همواره برقراری ارتباط توسط ارائه‌دهندگان خدمت یک ضرورت قطعی محسوب نمی‌شود. در بسیاری موارد می‌توان از افرادی مانند معلمین، رهبران مذهبی و تصمیم‌گیرندگان در جامعه روستایی برای برقراری ارتباط با مردم و تشویق آنها برای بهره‌مندی از خدمات سلامت روان استفاده نمود.

مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف می‌تواند شامل یک مکالمه معمولی نظیر توضیح یک دیدگاه، طرح یک سؤال یا صحبت کردن برای وقت گذراندن باشد. باوجوداین در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت روان ما با مقاصد خاصی اقدام به برقراری ارتباط می‌نماییم. به عبارت دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان تلاش می‌نمایند تا از طریق اصلاح عوامل انسانی، اجتماعی و سایر عوامل مؤثر بر رفتار افراد اقدام به ارتقای سلامت روان آنان نمایند. برای رسیدن به این هدف، یک ارتباط موفق باید از مراحل مختلفی عبور نماید و در هر مرحله شکست در برقراری ارتباط می‌تواند باعث عدم تحقق پیامد نهایی مورد انتظار شود. این مراحل را می‌توان اساساً به صورت زیر طبقه‌بندی نمود:

۱- دسترسی به گروه مخاطب

۲- جلب توجه مخاطب

۳- فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب

۴- ارتقای وضعیت مخاطب و پذیرش تغییر

۵- ایجاد یک تغییر در رفتار

۶- ارتقا یا بهبودی سلامت روان

مرحله اول: دسترسی به گروه مخاطب



تصویر: برای برقراری ارتباط با گروه‌های هدف می‌توان از بهورز درخواست کرد تا افراد گروه هدف را در زمان مشخص برای آموزش توسط پزشک به خانه بهداشت دعوت نماید.

ارائه خدمات سلامت به مردم روستا به صورت فعال صورت می‌گیرد. این بدان معناست که چنانچه افرادی از گروه‌های هدف جهت دریافت خدمات به خانه بهداشت مراجعه ننمایند، بهورز باید مطابق دستورعمل‌های برنامه‌های سلامت که به تفکیک ابلاغ گردیده به آنها مراجعه و از آنها برای شرکت در برنامه و بهره‌مندی از خدمات در خانه بهداشت

دعوت به عمل آورد. بدین منظور دفتر ویژه‌ای تحت عنوان دفتر مراقبت و پیگیری بیماران در

خانه‌های بهداشت وجود دارد. علاوه بر این بهورزان باید بر طبق برنامه زمانی خاص به منازل سرکشی نموده و وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای آنها را ارزیابی کرده، اقدامات لازم آموزشی را در همان محل به عمل آورند. بنابراین بهورز باید در ابتدای هر روز کاری با مراجعه به دفاتر مراقبتی لیستی از افرادی را که باید در آن روز مراقبت شوند در فرم مراقبت و پیگیری روزانه ثبت نماید تا پس از مراجعه افراد به خانه بهداشت آنها را مراقبت نموده و در صورت عدم مراجعه در مهلت زمانی مشخص که در برنامه پیش‌بینی شده است آنها را مورد پیگیری قرار دهد. بر این اساس می‌توان گفت ارائه‌دهندگان خدمات در سطوح مختلف و از جمله در سطوح فوقانی می‌توانند با استفاده از ابزارهای اطلاعاتی موجود در خانه‌های بهداشت اقدام به شناسایی گروه‌های هدف و اعمال مدیریت بر فعالیت‌های خانه‌های بهداشت و نیز ارائه خدمات مورد نیاز مردم نمایند.

بخش دوم فرایند دسترسی به گروه مخاطب، ملاقات با افراد گروه مخاطب است. ممکن است این امر واضح به نظر رسیده و نیاز به توضیح تئوری‌های پیچیده نداشته باشد، اما بسیاری از برنامه‌ها حتی برنامه‌های ساده ممکن است دچار شکست شوند که دلیل شایع آن موعظه کردن ارائه‌دهندگان خدمت است. چنانچه گروهی از افراد نیازمند دریافت خدمات شما هستند، از بهورز بخواهید تا آنها را در زمانی مشخص در خانه بهداشت گردهم آورد. یا اینکه از آنها بخواهد با ترتیب زمانی مشخص برای ایجاد ارتباط چهره به چهره با شما به خانه بهداشت و یا مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند. علاوه بر این با استفاده از سایر ابزارها می‌توانید اقدام به دعوت از افراد گروه هدف برای بهره‌مندی از خدمات نمایید. به عنوان مثال سیاری یک پزشک در روزهای مشخص در خانه‌های بهداشت موجب می‌شود تا گروهی از افراد که نیازمند بهره‌گیری از اقدامات پزشکان هستند در ساعات مشخصی به خانه‌های بهداشت مراجعه نمایند. چنانچه موضوع مورد نیاز برای آموزش شما، نیاز به آموزش گروهی داشته باشد، می‌توانید از قبل آن را به اطلاع بهورز و یا افراد مسئول در روستا برسانید. اگر قصد آن را دارید تا دانش‌آموزان را از آموزش سلامت روان بهره‌مند گردانید، این کار را می‌توانید از طریق هماهنگی با مدیر مدرسه به انجام برسانید.

مرحله دوم: جلب توجه مخاطب

در برقراری هر ارتباطی توجه مخاطب باید به نحوی جلب شود که فرد علاوه بر گوش کردن و یا خواندن به آن به اندازه کافی توجه کند. مثال‌هایی از شکست ارتباط در این مرحله عبارت‌اند از: رد شدن از کنار پوستر بدون زحمت دادن به خود برای نگاه کردن به آن، توجه نکردن به صحبت‌های بهداشتی یا نمایش‌های عملی در مرکز بهداشتی درمانی که پزشکان برای آموزش بیماران به کار می‌برند. در هر موقعیت زمانی حد وسیعی از اطلاعات از طریق حواس پنج‌گانه به افراد نیازمند بهره‌مندی از خدمات انتقال می‌یابد. تمرکز بر تمام این موارد در یک زمان غیرممکن است. توجه روندی است که به وسیله آن فرد بخشی از این پیام را به دلایلی برای دقت و تمرکز انتخاب می‌کند. این در حالی است که سایر موارد را در همان حال مورد دقت قرار نمی‌دهد. برخی از روندهای روان‌شناسانه که بر جلب توجه مخاطب توسط پیام مؤثر است در سایر مطالب این فصل مورد بحث قرار گرفته است.

مرحله سوم: فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب

پس از توجه مخاطب به پیام آنچه ضروری است درک آن است. به این مرحله از برقراری ارتباط، مرحله درک می‌گویند. درک واژه‌ای است برای فهمیدن پیام بصری. درک تصویری برای فهمیدن تصاویر به کار می‌رود. درک پیام روندی کاملاً ذهنی است و ممکن است مخاطب پیام را به نحوی کاملاً متفاوت از آنچه فرستنده قصد داشته فهمیده و درک کند. نکته مهم در برقراری ارتباط مناسب و ایجاد درک مؤثر و صحیح، استفاده از الفاظ و کلمات آشنا و پرهیز از به کارگیری لغات ناآشنا و فنی و پیچیده است. در این شرایط ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند با استفاده از تصاویر، جداول و یا سایر ابزارهای آموزشی اقدام به ایجاد درک عمیق در مخاطب خود نماید. استفاده از این ابزار به طور کلی تابع توان مخاطب در فهم درست پیام‌های نهفته در این ابزارهاست.

مرحله چهارم: ارتقا و پذیرش تغییر

در یک ارتباط مؤثر، پیام نباید فقط دریافت و یا فهمیده شود بلکه باید توسط مخاطب مورد قبول واقع گردیده و گیرنده پیام به آن معتقد شود. میزان دریافت پیام به‌طور کلی تابعی از توانمندی‌های فرد، اعتقادات وی و محیط اطراف اوست. بنابراین در ایجاد یک ارتباط مؤثر با هدف ارتقا و تغییر، باید به تمامی مسائل و عواملی که در تغییر رفتار افراد تأثیر می‌گذارند توجه نمود.

مرحله پنجم: ایجاد تغییر در رفتار

یک ارتباط مؤثر ممکن است منتج به تغییر باورها و نگرش‌های فرد شود اما هنوز در رفتار وی تأثیر و نفوذی نداشته باشد. این امر هنگامی می‌تواند رخ دهد که ارتباط با برنامه‌ای سازماندهی‌شده حاصل نشده باشد. یک فرد ممکن است نگرش دلخواهی داشته باشد و بخواهد اقدامی را انجام دهد مانند استفاده از روش‌های تنظیم خانواده، آوردن کودک برای انجام واکسیناسیون و غیره، اما باین‌وجود فشار از سوی افراد خانواده یا جامعه ممکن است مانع انجام این اقدامات شود. بنابراین برقراری ارتباط مؤثر و مشاوره با گیرندگان خدمت با هدف شناسایی و درک عمیق مشکلات آنها موضوعی بسیار مهم برای ایجاد تغییر رفتار نهایی و توانمندسازی افراد است. یک موضوع بسیار مهم که باید ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان به آنها توجه کافی نمایند وضعیت اقتصادی گیرندگان خدمت است. این وضعیت در کنار نقشی که عوامل فرهنگی، اعتقادات، فشارهای اجتماعی و عوامل توانمندساز بر تغییر رفتار افراد دارند باید همواره مورد ارزیابی ارائه‌دهندگان خدمت قرار گرفته و مناسب‌ترین راه برای بهره‌مندی از خدمات ارائه شود.

مرحله ششم: بهبودی و ارتقای سلامت روان

ارتقا در سلامت روان فقط موقعی اتفاق می‌افتد که رفتارها به‌دقت و درستی انتخاب شده و به نحو صحیحی اجرا شوند. اگر پیام‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمت بر اساس ایده‌های نادرست یا مبهم باشد

مردم آنها را نخواهند پذیرفت و یا این که به درستی به آنها عمل نکرده و سلامتشان ارتقا نخواهد یافت. بر این اساس می توان گفت تحقق ارتقای سلامت روان موضوعی است که نیاز به آموزش مهارت های لازم به گیرندگان خدمت دارد. این مهارت ها شامل مهارت های بهره مندی از خدمات سلامت روان مطابق آنچه ارائه دهنده خدمت مورد توصیه قرار داده است و نیز کنترل سایر عوامل مؤثر بر سلامت روان توسط گیرنده خدمت است. به طور مثال هنگامی که فرد دچار یک اختلال روانی از دارو استفاده می کند، استفاده صحیح از قرص ها موجب می شود تا از عود بیماری جلوگیری شود. علاوه بر این چنانچه در جریان درمان اختلال فرد بیمار مورد ارزیابی دقیق قرار گرفته و بر اساس وضعیت فرهنگی، اجتماعی و عوامل مؤثر بر بیماری مورد مشاوره و توانمندسازی قرار گیرد، این امر موجب خواهد شد تا فرد بتواند بر تصمیم خود مبنی بر تداوم استفاده از دارو باقی مانده و اقدام به ترک آن ننماید.

عوامل مؤثر بر بهره مندی از خدمات

به طور کلی میزان بهره مندی از خدمات سلامت روان تابعی است از تمایل مردم به استفاده از یک خدمت و وضعیت دسترسی به آن. پدیده تمایل به استفاده از یک خدمت خود تابعی است از شدت نیاز احساس شده - که خود منجر به تقاضا می شود - و تناسب میان قیمت و کیفیت خدمت. از سوی دیگر. عوامل مؤثر بر دسترسی مردم به خدمات را می توان در دسته هایی نظیر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، فرهنگی (مثلاً آگاهی از ارزش خدمت) و زمان (فراهمی به هنگام خدمت) خلاصه نمود. در برقراری ارتباط با گروه های هدف باید تمامی مؤلفه های مؤثر بر بهره مندی از خدمات را مدنظر قرار داد. با تحلیل این مؤلفه ها و پیدا کردن راه کارهای مناسب برای ایجاد بهره مندی مؤثر می توان امید داشت که برنامه سلامت روان به شکلی عادلانه و اثربخش پاسخ گوی نیاز مردم بوده است. برخی از مؤلفه هایی که در این ارزیابی ها باید به دقت مدنظر قرار گیرند عبارت اند از:

۱- اصولاً هر قدر مردم رخداد نهایی ناشی از مشکل سلامت را دورتر ببینند کمتر به دنبال حل آن

خواهند رفت. به عنوان مثال ممکن است تقاضای افزایش دانش و آگاهی والدین در زمینه تربیت

سازنده فرزندان کمتر از تقاضای آنها برای درمان سرماخوردگی یا سردرد باشد.

۲- شدت ناتوانی حاصل از یک مشکل سلامت عاملی تأثیرگذار برای مطالبه تقاضاست.

۳- عواملی نظیر مقایسه خود با دیگران، فرهنگ سلامتی موجود در جامعه و آموزش؛ موضوعاتی

تأثیرگذار بر تقاضای مردم برای خدمات اند.

۴- در بسیاری موارد مردم تجربه و درک مناسب و معتبری از کیفیت خدمات ندارند. بر این اساس

در بازار سلامت می توانند گرفتار سوداگران تجارت پیشه شوند.

۵- و اما یکی از مهم ترین موضوعات وضعیت دسترسی به خدمات است. این موضوع به عنوان

شاخصی اساسی فراهمی خدمات را نزد متقاضیان آن ایجاد می کند. همان گونه که قبلاً اشاره شد

دسترسی مشتمل بر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، زمانی، فرهنگی و ... است.

اصولاً در برقراری ارتباط با گروه های هدف تحلیل مؤلفه های فوق و پیدا کردن راهی برای

حل مشکل بهره مندی نامطلوب برخی از افراد به خدمات از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. این

موضوع که فردی که کهنسال به دلیل ناتوانی خود برای حضور در مرکز درمانی قادر به بهره مندی از

خدمت نیست و یا این که فردی به دلیل احساس نامطلوب ناشی از بیماری اعتیاد به مرکز بهداشتی

درمانی مراجعه نمی کند تا از خدمات آن استفاده نماید، موضوعاتی مهم اند که در عرصه ارائه

عادلانه خدمات باید با استعداد و تعهد ارائه دهندگان خدمات و هوشمندی طراحان برنامه برای ایجاد

حداکثر بهره مندی به راه حلی مطلوب دست یابند.

مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان



برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان به‌طور معمول بر اساس شیوه‌های رایج برقراری ارتباطات انسانی و با ملاحظه متغیرهای سلامت روان و صفات و ویژگی‌های بیماری‌های روانی صورت می‌گیرد. انتظار بر این است که شما این مهارت‌ها را در طول دو فصل اختصاصی که شامل برقراری ارتباط با افراد و روش مشاوره و آموزش بهداشت با گروه‌ها فرا گرفته باشید، با این وجود

از آنجاکه در طول زمان شناسایی گروه‌های هدف نیازمند برقراری ارتباط برای ورود افراد به برنامه هستید لازم است مروری مختصر بر روش‌های برقراری ارتباط با گروه‌های هدف داشته باشیم. سرفصل اصول برقراری ارتباط با گروه‌های هدف شامل برخورداری از مهارت‌های زیر است:

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

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

۱- مهارت کمک‌رسانی

افرادی که نیازمند برخورداری از خدمات سلامت روان می‌باشند حالت‌های مختلفی از شرایط جسمی، روانی و اجتماعی دارند. برخی از آن‌ها قادر به بیان احساسات و نگرانی‌های خود نیستند نظیر کودکان یا افراد عقب‌مانده ذهنی اما در مقابل برخی از آن‌ها ممکن است پرحرف بوده و هیجان زیاد و به طرز مبالغه‌آمیزی احساسات خود را بیان نمایند. در هر شرایطی وظیفه ارائه‌دهنده خدمات این است که به گیرندگان خدمت تفهیم نماید که در واحد خدمتش تسهیلاتی فراهم آمده که می‌تواند از آن‌ها برای ارتقای وضعیت خود بهره‌مند شد. اما بیش از این که این تسهیلات برای مشتریان ارائه خدمات کارآمدی داشته باشد احساس و برداشت افراد از خود ارائه‌دهنده خدمت نقشی تعیین‌کننده دارد. مردم باید به درستی دریابند که ارائه‌دهنده خدمت دارای تعهد، تجربه و دانش کافی برای کمک یا هدایت آنهاست. بنابراین شرایط کمک به افراد در وضعیتی مهیا می‌گردد که ارائه‌دهنده خدمت دارای مهارت‌ها و تعهد لازم برای کمک به دیگران باشد.

۲- مهارت‌های هدایت و آموزش

ارائه‌دهنده خدمت باید بتواند با مهارت خود در زمینه آموزش نقش و اهمیت برنامه سلامت روان و نیازهای گروه‌های هدف را روشن نموده و به حد کفایت به پرسش‌های آن‌ها پاسخ دهد. علاوه بر این ارائه‌دهنده 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 پمفلت‌های آموزشی در زمینه سلامت روان در اختیار ارائه‌دهنده خدمت است که می‌توان با بهره‌گیری از آنها بر توان و ادراک مردم برای ارتقای سلامت روان و ایجاد مباحثات گروهی آموزشی بهره جست.

۳- مهارت‌های مدیریت و رهبری

مهارت‌های مدیریت در زمینه سلامت روان عبارت‌اند از مهارت در ایجاد تغییر در محیط زندگی

مردم و تأثیر برای حل مشکلات آنها، تلاش برای مقابله با عوامل مخرب سلامت روان و ایجاد تعهد در خود و سایرین برای ارتقای سلامت روان و حل مشکلات موجود، علاوه بر این مدیریت برنامه‌های سلامت روان باید دارای برنامه‌ای سازماندهی شده برای انجام عملیات و تحقق اهداف باشد. در این برنامه‌ها افراد شرکت‌کننده در برنامه موقعیت‌های ویژه‌ای می‌یابند و به نقش و وظایف خود در زمینه حل مشکلات سلامت روان می‌پردازند.

۴- مهارت‌های نظارت و سرپرستی

هدف از نظارت و سرپرستی در برنامه‌های سلامت روان ایجاد جایگاهی به‌منظور کنترل عوامل انسانی و سایر منابع برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی در رشد است. در این شرایط ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان باید به‌نحوی عمل نماید که از منابعی که در اختیار دارد اعم از منابع داخل یا خارج سازمان به درست‌ترین شکل استفاده نموده و با اعمال نظارت و سرپرستی بر منابع به هدف فوق نائل آید.

۵- مهارت‌های مباحثه و صحبت

مهارت‌های گفت‌وگو در زمینه سلامت روان موجب می‌گردد تا گیرندگان خدمت بتوانند بر آنچه به آنها در قالب گفت‌وگو منتقل می‌شود احاطه کافی پیدا نموده، سؤالات خود را مطرح و با احترام در زمینه سؤالاتشان آگاهی پیدا نمایند. در چنین شرایطی ارائه‌دهنده خدمت با برخورداری از مهارت‌های گفتگو خواهد توانست شرایط مناسبی برای پیشبرد برنامه‌های خود ایجاد نماید.

۶- مهارت‌های شنیدن

مهارت شنیدن یکی از اساسی‌ترین مهارت‌های مورد نیاز برای اجرای برنامه‌های سلامت روان است. این مهارت موجب می‌شود تا ارائه‌دهندگان خدمات بتوانند به توسعه عمیقی از ارتباط با گیرنده

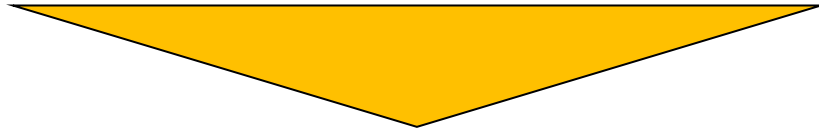
خدمت دسترسی پیدا کنند. برای آن که ارائه دهنده خدمت فهمی مناسب از مسائل و مشکلات گیرنده خدمت پیدا نماید باید تلاش نماید تا اتفاقات زیر تحقق پذیرد:

- به درستی آنچه گیرنده خدمت در مورد خود و احساساتش بیان می کند را درک نماید.
- در زمینه آنچه 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 اتلاف وقت می گردد، خودداری نماید.
- در مورد آنچه نفهمیده است یا برداشت مبهمی دارد از ارائه دهنده خدمت سؤال نماید.

منابع

- ۱- دکتر جان هابلی - برقراری ارتباط برای بهداشت - ترجمه سعید پارسی نیا - دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران - ۱۳۷۸
- ۲- جان م. لست - فرهنگ اپیدمیولوژی - ترجمه دکتر حسین شجاعی تهرانی، دکتر بابک بوب - انتشارات سماط - ۱۳۷۸
- 3- Lawrence W.Green, Marxhal W. Kreuter- Health Program Planning- Mc Graw Hill - 1999.
- ۴- دکتر فرید ابوالحسنی - مدیریت برنامه های تندرستی - انتشارات «برای فردا» - ۱۳۸۳
- ۵- دکتر محمد رضا رهبر - مبانی بهداشت و کار در روستا - انتشارات آرونج - ۱۳۷۹

فصل ششم



مروری بر اختلالات شایع روان پزشکی

عناوین فصل

- افسردگی
- اختلال دوقطبی
- اختلالات اضطرابی
- اختلالات سایکوتیک
- اختلالات شبه جسمی
- صرع
- عقب ماندگی ذهنی
- اختلالات کودکان و نوجوانان
- اورژانس های روان پزشکی

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

- علائم و نشانه های اختلالات شایع روان پزشکی را نام ببرید.
- روش غربالگری برای شناسایی این اختلالات را توضیح دهید.
- مداخلات درمانی هر یک از اختلالات را نام ببرید.
- نحوه مراقبت و پیگیری هر یک از اختلالات را توضیح دهید.
- موارد ارجاع فوری و غیرفوری هر یک از اختلالات را نام ببرید.

افسردگی^۱

مقدمه

افسردگی یک اختلال عودکننده و مزمن است که منجر به اختلال عملکرد و ناتوانی می‌گردد؛ به‌طوری‌که رتبه دوم بار ناشی از بیماری‌ها را در سنین ۱۵-۴۴ سالگی در هر دو جنس به خود اختصاص داده است. افسردگی به معنای خلق و روحیه افسرده یا بی‌حوصلگی مفرط است. بیماران افسرده، هم‌چنین ممکن است دچار کاهش انرژی، اختلال خواب، اختلال اشتها و کاهش اعتمادبه‌نفس باشند و در موارد جدی‌تر، دچار احساس ناامیدی از ادامه زندگی و تمایل به مرگ. آنها ممکن است شکایاتی به‌ظاهر جسمانی داشته باشند که توجیه طبی دیگری نداشته باشد.

این اختلال را می‌توان در سیستم مراقبت‌های اولیه تشخیص داد و درمان کرد. تأخیر در تشخیص یا درمان می‌تواند به پیامدهای ناتوانی فردی، نابسامانی خانوادگی، تبعات اقتصادی، افزایش مشکلاتی مانند بیماری‌هایی قلبی و افزایش مرگ‌ومیر به‌دنبال خودکشی بیانجامد. درمان‌های مرسوم افسردگی که در سیستم مراقبت‌های اولیه قابل بهره‌گیری باشند شامل تجویز دارو و انجام اقدامات غیردارویی است که شامل مراحل حاد و نگهدارنده است.

برخی از گروه‌های در معرض خطر افسردگی عبارت‌اند از زنان به‌ویژه در دوران پس از زایمان، افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده یا والدین کودکان دچار چنین بیماری‌هایی، سوءمصرف‌کنندگان مواد، افرادی که شکست شغلی، مالی یا عاطفی اخیر داشته‌اند، افرادی که اخیراً عزیزی را از دست داده‌اند، و افرادی که طلاق یا جدایی اخیر داشته‌اند.

¹ depression

راهنمای تشخیصی افسردگی

پرسش‌های کلیدی (خلق افسرده، بی‌حوصلگی)

- ۱- آیا در دو هفته اخیر، احساس غمگینی و غصه دارید؟
- ۲- آیا در دو هفته اخیر احساس بی‌حوصلگی می‌کنید به شکلی که حوصله انجام دادن کارها را نداشته باشید؟

موارد فوق را می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم پرسید.
در صورت پاسخ مثبت به سؤالات ۱ یا ۲، بقیه سؤالات پرسیده شوند.

پرسش‌های تکمیلی

- ۱- آیا در دو هفته اخیر، میل شما به غذا کاهش یا افزایش یافته است؟ یا وزن شما کاهش یا افزایش یافته است؟
- ۲- آیا در دو هفته اخیر خوابتان نسبت به گذشته کاهش یا افزایش داشته است؟
- ۳- آیا در دو هفته اخیر احساس خستگی می‌کنید یا احساس می‌کنید که توان انجام فعالیت‌های معمول را ندارید؟
- ۴- آیا در دو هفته اخیر خود را فردی بی‌ارزش یا بی‌فایده می‌دانسته‌اید؟
- ۵- آیا در دو هفته اخیر احساس می‌کنید دچار فراموشکاری مفرطی شده‌اید یا تمرکز خود را از دست داده‌اید؟
- ۶- آیا در دو هفته اخیر احساس می‌کنید که از زندگی خسته شده‌اید (پرسش در مورد افکار مرگ)؟
در این روزها به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید (پرسش در مورد فکر خودکشی)؟

مهم: در صورت رسیدن به دست‌کم پنج نشانه افسردگی که حداقل یکی از آنها بر پایه دو پرسش کلیدی بالا به دست آمده باشد، تشخیص افسردگی اساسی مطرح می‌شود. اگر سابقه‌ای از مانیا یا هایپومانیا وجود نداشته باشد درمان با یکی از داروهای ضد افسردگی (از دسته مهارکننده‌های انتخابی

بازجذب سروتونین (SSRIs) را شروع کنید. در مواردی که نشانه‌هایی از افسردگی وجود دارد ولی ملاک‌های کامل افسردگی اساسی را شامل نمی‌شود، اگر نشانه‌ها به مدت دو سال یا بیشتر ادامه یافته‌اند باز هم مطابق با دستورعمل درمان افسردگی اساسی عمل کنید.

تذکر: سالمندان بیش از تأکید بر خلق افسرده از علائم جسمی افسردگی (اختلال اشتها، خواب و دردهای بدنی) و بی‌قراری شاکی هستند و نیز گاهی علائم آنها به صورت علائم شبه‌دمانس است (دمانس کاذب). در موارد مشکوک به دمانس کاذب می‌توان یک دوره درمان افسردگی را امتحان نمود؛ در صورت عدم پاسخ، به الگوریتم "دمانس" مراجعه شود.

درمان

داروهای ضدافسردگی و برخی روان‌درمانی‌ها (شناختی-رفتاری و بین فردی) در درمان افسردگی مؤثر هستند. اما با توجه به در دسترس نبودن روان‌درمانی برای همه بیماران، خط اول درمان دارویی است. برخی اقدامات غیردارویی هم می‌توانند در درمان مؤثر باشند که این اقدامات توسط کارشناس سلامت روان انجام خواهد شد. "آموزش حل مساله" و "فعال‌سازی رفتاری" از این دست اقدامات هستند. با توجه به محدودیت امکانات، در حال حاضر این اقدامات تنها برای کسانی که به طور کامل به درمان دارویی پاسخ نداده‌اند یا افسردگی‌های خفیفی که ممکن است نیازی به درمان دارویی نداشته باشند، پیشنهاد می‌شود. آموزش به بیمار و خانواده هم از اصول درمانی کلیه اختلالات است که در مورد افسردگی هم کاربرد دارد.

- در صورتی که بیمار در گذشته به یک داروی ضدافسردگی، خوب پاسخ داده دوباره از همان دارو استفاده کنید.

- پیش از آن که یک داروی ضدافسردگی را بی‌اثر بدانید، از این که با «دوز کافی» و به «مدت کافی» مصرف شده‌است مطمئن شوید.

- افزایش تدریجی دوز داروهای ضدافسردگی، میزان بروز عوارض جانبی را کم می‌کند و در نتیجه پذیرش درمان از جانب بیمار را افزایش می‌دهد.
- تجویز داروهای مانند فلوکستین بعد از غذا یا همراه با آب، بروز عوارض گوارشی آنها را کاهش می‌دهد.
- در هر بار ویزیت، کمترین مقدار داروی لازم را تجویز کنید.
- موارد ممنوعیت نسبی تجویز داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای (مانند نورتریپتیلین، آمی‌تریپتیلین، ایمی‌پرامین، دزیپرامین و تریمی‌پرامین): وجود آریتمی قلبی، سابقه یا علائم ایسکمی قلب، گلوکوم زاویه بسته، هیپرتروفی پروستات و بیماری‌های عروقی مغز.
- در صورت وجود دلشوره می‌توانید کلردیازپوکساید (۵ تا ۱۰ میلی‌گرم، یک یا دو بار در روز) یا برای کم‌خوابی، لورازپام (نیم تا یک میلی‌گرم، نیم تا یک ساعت پیش از خواب) تجویز کنید.
- اگر افسردگی برای اولین بار در سن بالای ۵۵ سال به‌ویژه در مردان ظاهر شده باشد، رد مسائل طبی که در رأس آنها اختلالات قلبی - ریوی و بدخیمی‌ها هستند، بسیار مهم است.
- بیماری‌های طبی را که می‌توانند با علائم افسردگی بارز شوند، مانند کم‌کاری تیروئید، در نظر داشته باشید.

شرح وظایف پزشک

- ویزیت موارد ارجاع شده از طرف بهورز
- بررسی علائم افسردگی در کلیه مراجعانی که در معرض خطر افسردگی هستند
- درمان بیماران افسرده طبق الگوریتم درمان افسردگی
- آموزش بیمار در مورد درمان و نحوه مصرف دارو
- ارجاع به سطح تخصصی در صورت لزوم
- دریافت پس‌خوراند از سطح تخصصی
- پیگیری بیمار بعد از برگشت از ارجاع
- نظارت بر عملکرد بهورز و کارشناس بهداشت روان تیم سلامت

نکاتی که باید توسط پزشک به بیمار افسرده و خانواده وی آموزش داده شود

- افسردگی یک بیماری شایع است که ممکن است برای هر کسی پیش بیاید و نشانه ضعف اراده یا تنبلی یا تلقین نیست و تنها با توصیه‌های عمومی مانند رفتن به مسافرت برطرف نمی‌شود.
- درمان‌های مؤثری برای افسردگی در دسترس است. اما بهبودی پس از ۳ تا ۴ هفته ظاهر خواهد شد و قبل از آن نباید زیاد انتظار بهبودی داشت.
- اثرات جانبی داروها اغلب به تدریج از میان خواهند رفت و اغلب داروها در صورت مصرف طبق دستور پزشک باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی‌شوند.
- لازم است دارو برای "دست‌کم" یک دوره نه‌ماهه پس از بهبود علائم مصرف شود.
- مصرف منظم دارو خیلی اهمیت دارد. دارو باید هر روز استفاده شود و در صورت امکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.
- قبل از قطع دارو حتماً با پزشک مشورت شود.
- پزشک باید خانواده بیمار افسرده را به همکاری برای ادامه درمان بیمار تشویق کند و از آنها بخواهد تا موارد بهبودی را به وی متذکر شوند.

باید بر رعایت نکات زیر تأکید کرد:

- مهم است تا جای ممکن فعالیت‌هایی که در قبل لذت‌بخش بود را ادامه داد، حتی اگر در حال حاضر دیگر جالب یا لذت‌بخش نباشد.
- مهم است که خواب منظمی داشته باشد (یعنی هر شب ساعت مشخصی به رختخواب برود و سعی کند که به اندازه قبل بخوابد و از خوابیدن بیش از حد خودداری کند).
- منافع فعالیت بدنی منظم تا جای ممکن
- منافع فعالیت‌های اجتماعی منظم مثل شرکت در فعالیت‌های اجتماعی گروهی تا جای ممکن
- شناسایی فکرهای آسیب به خود و خودکشی و مراجعه برای کمک در صورت بروز
- در سالمندان، اهمیت ادامه اقدامات مربوط به مشکلات سلامتی عمومی

موارد ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک

- بیمار افسرده‌ای که سابقه‌ای از دوره‌های مانیا یا هیپومانیا داشته باشد.
- بیمار افسرده‌ای که علائم پسیکوتیک داشته باشد.
- بیمار افسرده‌ای که به درمان با فلوکستین و نورتریپتیلین پاسخی نداده است.
- بیمار افسرده‌ای که پس از پاسخ نسبی به درمان پیشرفت درمانی وی متوقف شده و به افزایش دوز دارو و اقدامات غیردارویی کارشناس سلامت روان پاسخ نداده است.
- بیماری که دچار عوارض دارویی شده و به اقدامات ابتدایی درمانی پزشک پاسخ نداده است.

موارد ارجاع فوری به روان‌پزشک

- بیماری که به هر دلیل فکر (ایده) خودکشی دارد، حتی اگر به نظر پزشک واقعی نرسد.
- بیماری که از خوردن آب و غذا امتناع می‌کند.
- وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت.

موارد ارجاع فوری به بخش روان‌پزشکی

- بیماری که طرح یا برنامه جدی برای خودکشی دارد.
- بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.
- بیمار بسیار تحریک‌پذیر، آژیته یا شدیداً بی‌قرار که کنترل رفتار وی دشوار است.

پیگیری و مراقبت بیمار افسرده توسط پزشک بعد از بازگشت از ارجاع

ویزیت اول (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

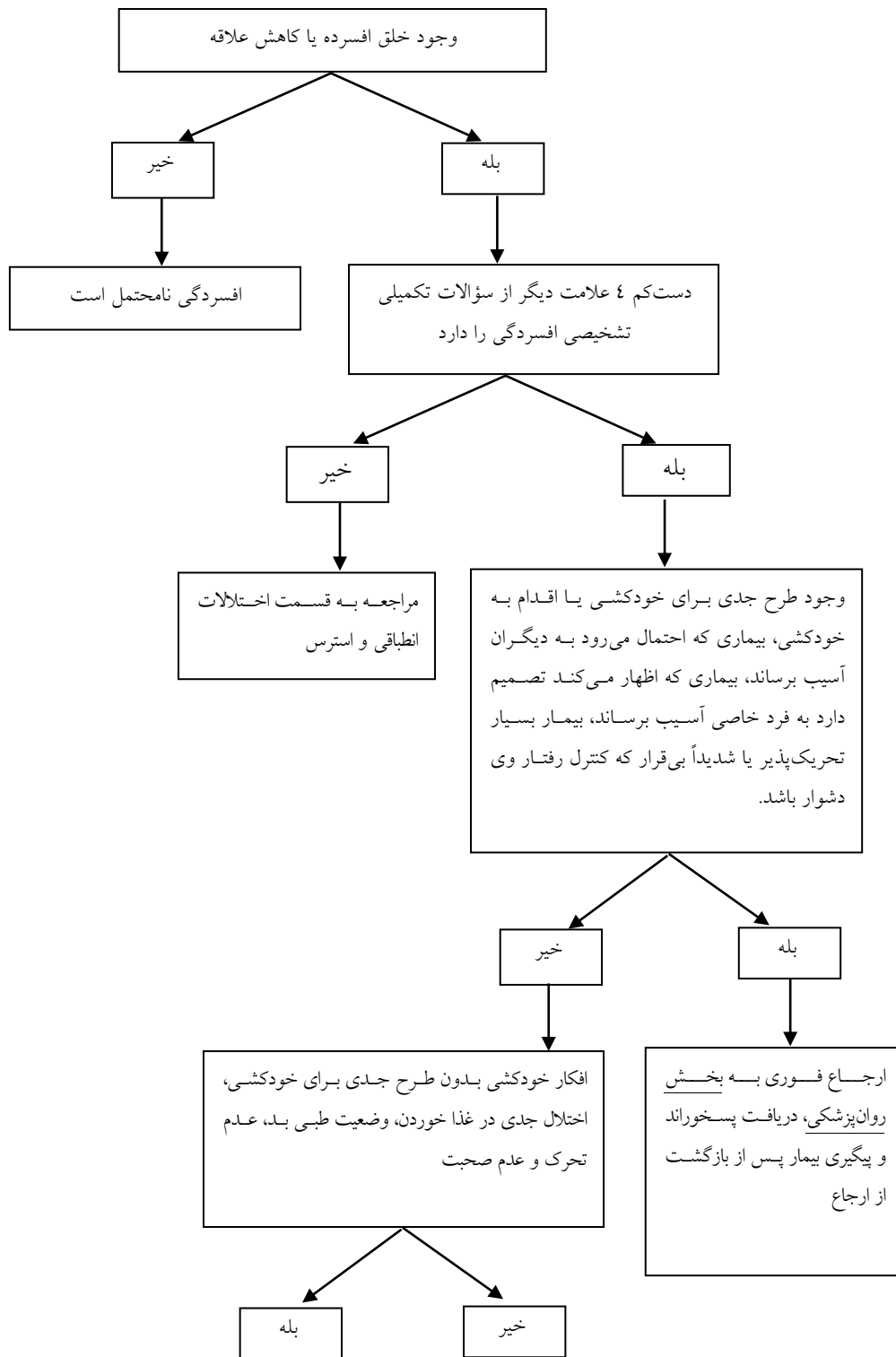
دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و ارجاع هم‌زمان به کارشناس بهداشت روان تیم سلامت؛ سپس ویزیت مجدد یک هفته بعد.

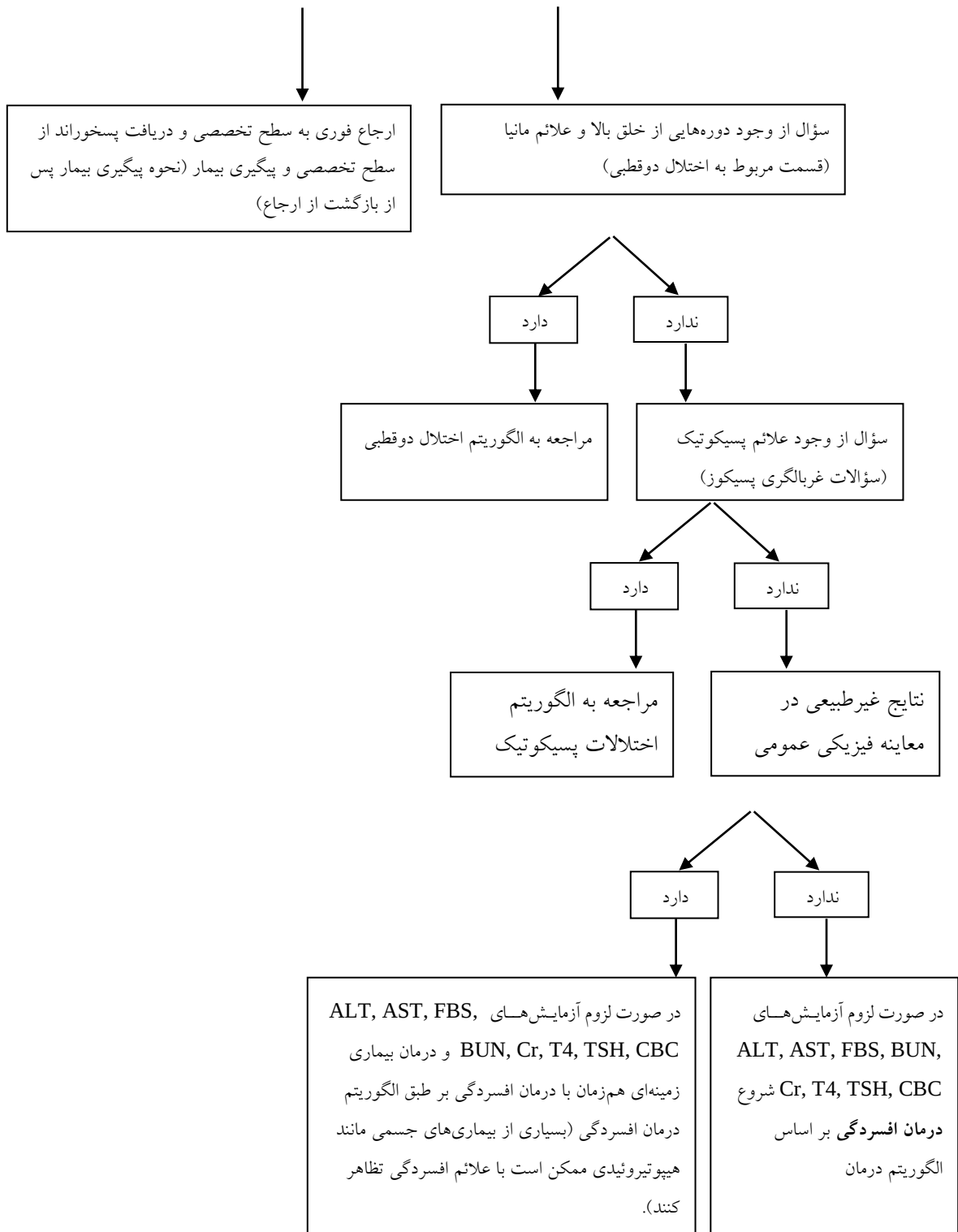
ویزیت‌های بعدی

پزشک ترجیحاً بیمار را از نظر پاسخ درمانی و عوارض دارویی بر طبق برنامه تعیین‌شده در پسخوراند روان‌پزشک یا پزشک عمومی دوره‌دیده ویزیت می‌کند. در غیر این صورت تا نه ماه پس از بهبودی، بیمار به صورت ماهانه ویزیت می‌شود. برای قطع درمان، بیمار ترجیحاً به شکل غیرفوری به روان‌پزشک یا پزشک عمومی دوره‌دیده ارجاع می‌شود. در صورت عدم امکان ارجاع، پزشک خود می‌تواند به تدریج دارو را قطع نماید [اگر اولین دوره افسردگی اساسی باشد، از نوع مزمن یا پسیکوتیک نبوده باشد و عامل اصلی محیطی بروز افسردگی برطرف شده باشد].

هم‌زمان با ویزیت پزشک بیمار توسط کارشناس بهداشت روان تیم سلامت نیز مطابق برنامه زمان‌بندی مربوطه پیگیری می‌شود.

الگوریتم ۱- تشخیص و مدیریت اختلالات افسردگی





الگوریتم درمان دارویی بیمار افسرده

داروهای ضد افسردگی مطابق جدول زیر آغاز و به صورت هفتگی تا رسیدن به دوز موثر یا

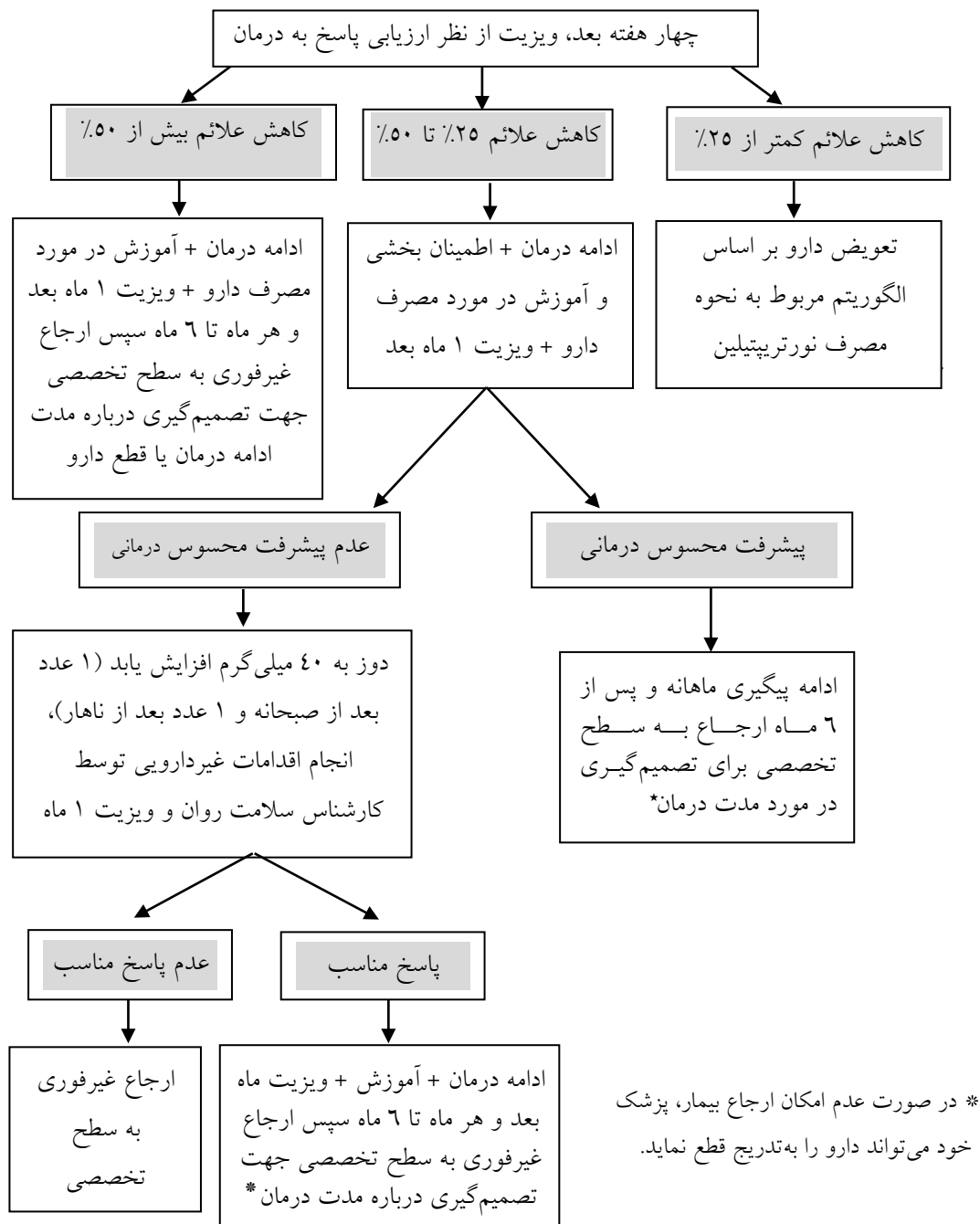
حداکثر دوز قابل تحمل برای بیمار افزایش یابد.

توضیحات	حداکثر دوز روزانه (mg)	دوز شروع در سالمندان (mg)	دوز شروع در بزرگسالان (mg)	
در صورت وجود اضطراب با دوز ۵-۱۰ mg شروع شود	۲۰	۱۰	۲۰-۱۰	فلوکستین
	۴۰	۱۰	۲۰	سیتالوپرام
برای کاهش عوارض گوارشی با دوز ۲۵ mg شروع شود	۲۰۰	۲۵	۵۰-۲۵	سرتالین
در ابتدا به صورت یک بار در روز و در دوزهای بالاتر از ۱۰۰ mg در دو دوز منقسم داده شود	۳۰۰		۵۰	فلوکسامین
در ابتدا به صورت یک بار در روز و در صورت افزایش دوز در دو دوز منقسم داده شود	۵۰	۱۰	۲۰-۱۰	پاروکستین

ارجاع هم‌زمان به کارشناس بهداشت روان تیم سلامت جهت ارزیابی و در صورت لزوم انجام

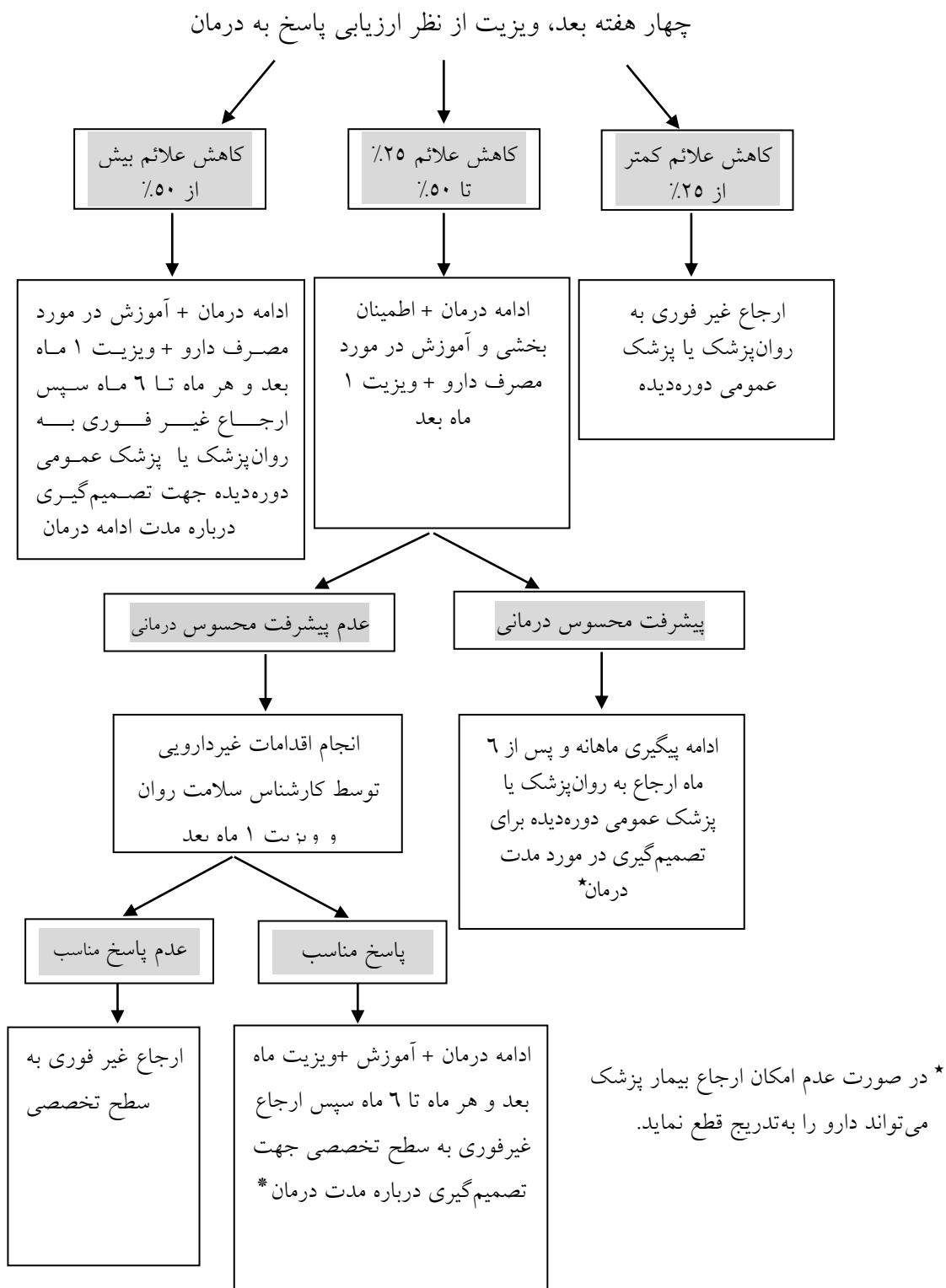
مداخلات روان‌شناختی به‌خصوص برای بیمارانی که مشکلات خانوادگی یا بین فردی مشخصی دارند

در نظر گرفته شود.

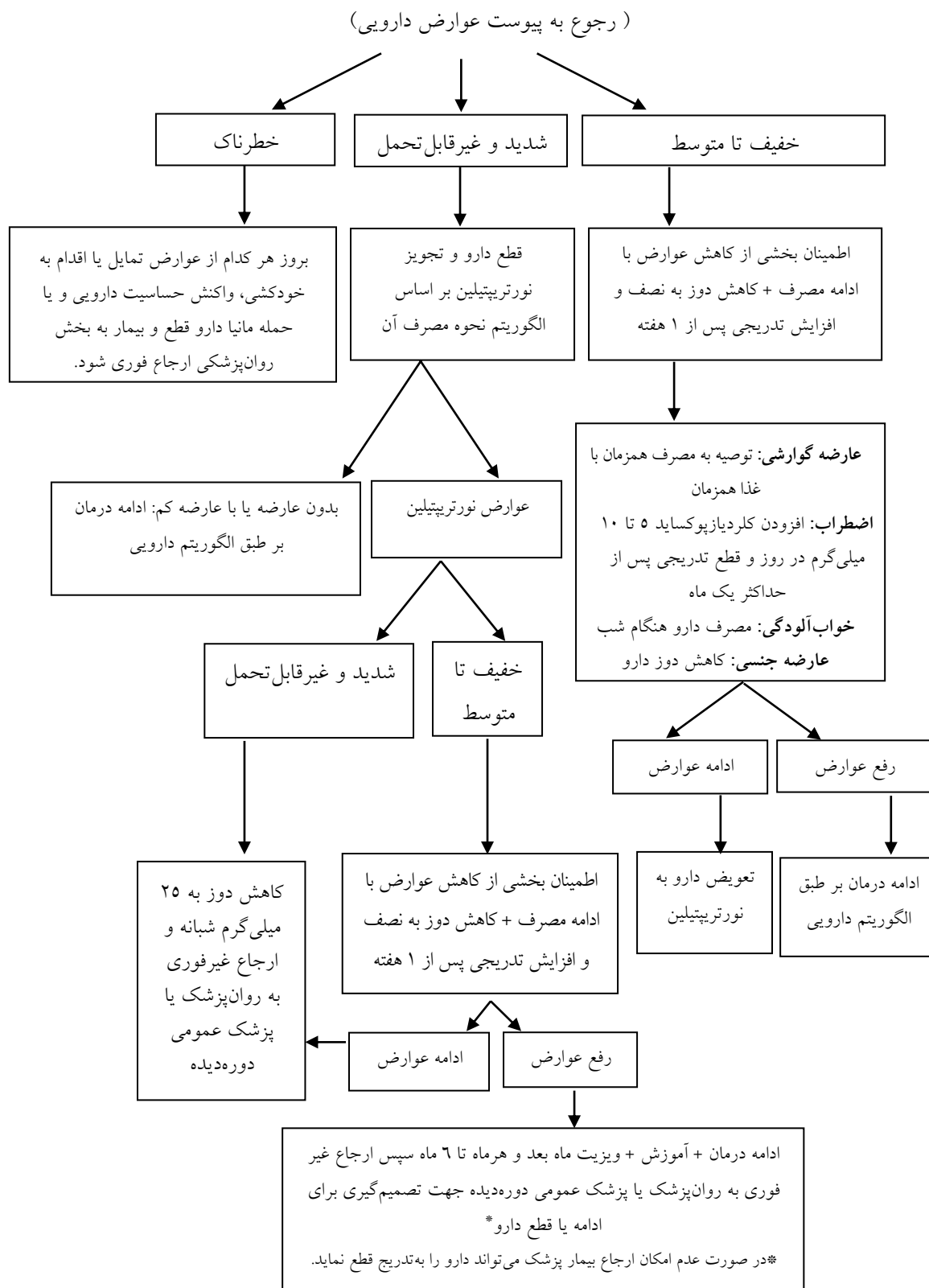


الگوریتم نحوه تجویز نورتریپتیلین

تجویز ۲۵ میلی گرم نورتریپتیلین به صورت ۱ قرص شب و افزایش هر هفته ۱ قرص تا به ۳ قرص در شبانه روز برسد (۱ قرص ظهر و ۲ قرص شب).



عوارض دارویی SSRIs از جمله اضطراب، عوارض گوارشی، اختلال عملکرد جنسی و....



اختلال دوقطبی^۱

مقدمه

بسیاری از بیمارانی که با شکایت از افسردگی به مراکز مراقبت‌های اولیه مراجعه می‌کنند، مبتلا به اختلال دوقطبی هستند و سازمان بهداشت جهانی این اختلال را ششمین بیماری منجر به ناتوانی در سنین ۴۴ تا ۵۰ سالگی می‌داند. از آنجاکه درمان افسردگی و دوقطبی بسیار متفاوت‌اند، تشخیص درست این اختلالات و توجه کافی به سابقه بیمار برای بررسی افتراق درست افسردگی از اختلال دوقطبی بسیار مهم است. وجه افتراق اختلال افسردگی از اختلال دوقطبی وجود دوره‌های "مانیا" یا "هایپومانیا" در اختلال دوقطبی است. در دوره مانیا یا هایپومانیا فرد دچار خلق بالا یا تحریک‌پذیر است و نیز افزایش فعالیت، پرحرف‌شدن، افزایش اعتمادبه‌نفس، کاهش نیاز به خواب، پرش افکار و افزایش رفتارهای خطرطلبانه دیده می‌شود. اما اختلال افسردگی فاقد این دوره‌هاست. اختلال دوقطبی دارای سیری دوره‌ای است و با دوره‌های خلقی افسردگی، مانیا، هایپومانیا، مختلط (mixed) و فواصلی با بهبودی کامل یا نسبی مشخص می‌شود. مهم‌ترین جنبه علت‌شناسی اختلال دوقطبی، مبنای ژنتیکی آن است.

اقدام به خودکشی رفتاری شایع در بیماران دوقطبی است و این بیماران در بیشتر دوره‌های خلقی، علائم افسردگی را تجربه می‌کنند و بیشتر با افسردگی مراجعه می‌کنند. بنابراین در برخورد با هر بیمار افسرده، لازم است سابقه مانیا/ هایپومانیا و یا سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی بررسی شود. ملاک‌های تشخیصی دوره‌های افسردگی اساسی در این اختلال، تفاوتی با ملاک‌های آن در MDD ندارد ولی در موارد زیر، افسردگی ممکن است تظاهری از اختلال دوقطبی باشد و باید جستجوی بیشتری در سابقه بیمار از نظر ابتلا به مانیا یا هایپومانیا نمود:

- سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی
- بدتر شدن وضعیت روانی بیمار با مصرف داروهای ضدافسردگی

¹ bipolar disorder

- افسردگی راجعه با عود زیاد
- شروع افسردگی اساسی در دوره کودکی و نوجوانی

راهنمای تشخیصی مانیا / هایپومانیا

پرسش‌های زیر گویه‌های پرسشنامه اختلال خلقی (MDQ) است که در ایران به وسیله شعبانی و همکاران (۲۰۱۰) اعتباریابی شده است.

آیا تاکنون هیچ دوره‌ای وجود داشته است که شما آن فرد همیشگی نباشید و

- ۱- ... احساس کنید بسیار خوب یا سرخوش هستید، به طوری که دیگران فکر کنند شما فرد عادی همیشگی نیستید یا به قدری سرخوش باشید که به دردمر بيفتيد.
- ۲- ... به قدری عصبانی یا تحریک‌پذیر باشید که بر سر دیگران داد بکشید یا شروع به دعوا یا مشاجره نمایید.
- ۳- ... احساس کنید بسیار بیشتر از معمول، به خود مطمئن هستید و اتکابه نفس دارید.
- ۴- ... بسیار کمتر از معمول بخوابید و واقعاً کمبود خواب خود را احساس نکنید.
- ۵- ... بسیار بیشتر یا سریع‌تر از معمول صحبت کنید.
- ۶- ... در سرتان افکار از هم سبقت بگیرند یا نتوانید جلوی سرعت کار ذهنتان را بگیرید.
- ۷- ... چیزهای اطراف، خیلی ساده حواستان را پرت کنند، به طوری که تمرکز کردن یا پیگیری مسائل برایتان سخت باشد.
- ۸- ... بسیار بیشتر از معمول، انرژی داشته باشید.
- ۹- ... بسیار بیشتر از معمول، فعال باشید یا کارهای خیلی بیشتری از معمول انجام دهید.
- ۱۰- ... بسیار بیشتر از معمول، اجتماعی یا معاشرتی باشید، مثلاً نیمه شب به دوستان تلفن بزنید.
- ۱۱- ... بسیار بیشتر از معمول، به روابط جنسی علاقه‌مند باشید.
- ۱۲- ... کارهایی انجام دهید که برای شما غیرمعمول باشد یا دیگران فکر کنند که این کارها افراطی،

احمقانه یا خطرناک است.

۱۳- ... خرج کردن پول باعث دردسر شما یا خانواده‌تان شود.

- در صورتی که به بیش از یکی از موارد فوق، پاسخ «بلی» داده شد، آیا تاکنون اتفاق افتاده است که چند تا از این موارد باهم در یک دوره وجود داشته باشد؟

موارد فوق را می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم در مورد او پرسید. در صورت پاسخ مثبت به دست‌کم پنج مورد از ۱۳ مورد بالا، احتمال وجود اختلال دوقطبی مطرح است. حداقل مدت علائم برای تشخیص اپیزود هایپومانیا ۴ روز و برای مانیا ۷ روز است. در مورد مانیا، در صورت شدید بودن پرخاشگری بیمار، با هر مدتی از علائم، تشخیص مانیا گذاشته می‌شود. در اختلال دوقطبی، نشانه‌های مانیا/هایپومانیا ناشی از مصرف مواد یا ابتلا به وضعیت طبی خاصی نیست.

درمان

- تجویز دارو اساس درمان است. داروها برای درمان دوره‌های افسردگی، مانیا، مختلط و نگهدارنده به کار می‌روند. در بیشتر موارد به‌ناچار از ترکیب دارویی استفاده می‌شود. داروهای خط اول شامل لیتیم، والپروات، الانزاپین، کوئتیاپین و لاموتریژین است. همه این داروها قابلیت تجویز در دوره‌های حاد مانیا، مختلط و افسردگی و نیز در درمان نگهدارنده را دارند: «به‌جز لاموتریژین که در درمان حاد اپیزودهای مانیا و مختلط کاربرد ندارد».

- بدون مشورت با روان‌پزشک از داروهای ضدافسردگی یا آلپرازولام برای این بیماران (حتی در دوره افسردگی) استفاده نکنید.

- هر بیمار افسرده‌ای که به دنبال مصرف داروهای ضدافسردگی، دچار برخی از نشانه‌های مانیا مانند شادی غیرمعمول، عصبانیت شدید، پرحرفی یا بی‌قراری شدید گردید، را برای بررسی اختلال دوقطبی به روان‌پزشک ارجاع دهید.

- راهکارهای غیردارویی اختلال دوقطبی (شامل آموزش روانی به بیمار و خانواده، آموزش راهکارهای مقابله، آموزش برای بهبود پذیرش دارویی و آموزش علائم هشداردهنده عود است) باید توسط کارشناس بهداشت روان انجام شود.

شرح وظایف پزشک

- ویزیت موارد ارجاع شده از طرف بهورز
- شناسایی موارد جدید اختلال دوقطبی در مراجعان
- ارجاع به سطح تخصصی در صورت لزوم
- پیگیری بیمار پس از ارجاع
- آموزش بیمار در مورد درمان و نحوه مصرف دارو
- نظارت بر عملکرد بهورز و کارشناس سلامت روان

نکاتی که باید توسط پزشک به بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده وی آموزش داده شود

- روحیه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در سیر بیماری تغییر می‌کند. این حالات از دوره‌های افسردگی شدید تا دوره‌های بسیار پرانرژی و هیجان‌زده یا عصبانی متغیر است.
- مهم‌ترین عامل وراثت است و مواجهه با استرس‌ها می‌تواند در زمینه ژنتیکی موجود به شروع اختلال بیانجامد.
- نباید بیمار را به دلیل رفتارهای غیرمعمولش در دوره بیماری سرزنش نمود، زیرا نشانه‌های بیماری هستند.
- بیمار در دوره مانیا نسبت به بیماری خود بیش ندارد و حتی ممکن است از افزایش انرژی و شادی خود لذت ببرد. بنابراین مراقبان باید نقش بیشتری در جلوگیری از عود بیماری داشته باشند.
- ازدواج هیچ نقش درمانی در این بیماری ندارد.

- برای جلوگیری از عود، تا جایی که می‌توان باید کمک کرد که بیمار استرس کمتری را تجربه کند. داشتن خواب منظم (هر شب در ساعت مشخصی به رختخواب برود، میزان خواب مشابه قبل از بیماری باشد و از کم‌خوابی پرهیز کند) بسیار اهمیت دارد.
- راهکارهای کنارآیی عمومی مثل داشتن یک برنامه شغلی یا تحصیلی منظم، خواب منظم، بهبود نظام‌های حمایتی اجتماعی و کمک به تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی در نظر گرفته شود
- مصرف مواد مخدر یا محرک می‌تواند باعث تشدید علائم، عدم پاسخ به درمان و افزایش دفعات عود بیماری گردد.
- درمان، طولانی و شامل مراحل حاد و نگهدارنده است.
- بهبودی پس از مصرف دارو، به معنای عدم احتیاج به دارو نیست.
- دارو باید هر روز و طبق دستور پزشک، مصرف شود.
- علائم هشداردهنده عود (مثل کم شدن خواب، ولخرج شدن و پرانرژی‌تر شدن معمول) به بیمار و خانواده آموزش داده شود تا در این مواقع به سرعت برای درمان مراجعه کنند.
- اطلاعات ضروری در مورد عوارض شایع یا بالقوه خطرناک داروی مصرفی داده شود.
- توصیه در مورد مصرف آب و مایعات کافی به بیماران در حال مصرف لیتیوم، به‌ویژه در افرادی که در محیط‌های گرم یا زیر نور آفتاب کار می‌کنند و لزوم مشورت در مورد مصرف هرگونه داروی دیگر انجام شود.

شیوه عمل در موارد غیرفوری

پس‌خوراند به بهورز برای ارائه توصیه‌های لازم و پیگیری
ارجاع غیرفوری به کارشناس بهداشت روان برای مداخلات لازم

موارد ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک

- تمام بیماران مشکوک به اختلال دوقطبی که حائز شرایط ارجاع فوری نیستند.
- بیمارانی که به هر دلیلی از خوردن دارو امتناع می‌کنند.
- بیمارانی که به عوارض دارویی دچار شده و به اقدامات اولیه پزشک پاسخ نداده‌اند.
- بیمارانی که پس از پاسخ نسبی به درمان، پیشرفت درمانی آنها متوقف شده و به اقدامات پزشک طبق پسخوراند پاسخ نداده‌اند.
- بروز علائم عود
- برای قطع درمان
- طبق برنامه پسخوراند یا دست‌کم هر دو ماه یک بار
- مواردی که در بخش «نحوه پیگیری بالینی و آزمایشگاهی مصرف داروها» آمده است.
- بیمارانی که چند ماه پس از درمان هنوز نتوانسته‌اند کاملاً به وضعیت قبل از بیماری برگردند (احتمال نیاز به بازتوانی).

موارد ارجاع فوری به روان‌پزشک

- بیماری که به هر دلیل فکر (ایده) خودکشی دارد، حتی اگر به نظر پزشک واقعی نرسد.
- بیماری که از خوردن آب و غذا امتناع می‌کند.
- وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت.

موارد ارجاع فوری به بخش روان‌پزشکی

- بیماری که طرح یا برنامه جدی برای خودکشی دارد.
- بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.
- بیمار بسیار تحریک‌پذیر، آژیته یا شدیداً بی‌قرار که کنترل رفتار وی دشوار است.

موارد ارجاع فوری به بخش داخلی

- مسمومیت با لیتیوم
- سندرم استیونس-جانسون
- سندرم نورولپتیک بدخیم (به بخش نورولوژی)
- سایر عوارض جدی دارویی

نحوه پیگیری و مراقبت پس از بازگشت بیمار از ارجاع

مراقبت اولیه: (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها. ویزیت مجدد یک هفته بعد. در این مرحله کلیه بیماران برای اقدامات غیردارویی به صورت غیرفوری به کارشناس بهداشت روان ارجاع می گردند.

ویزیت های بعدی

پزشک بیماری را که یک اپیزود حاد خلقی را پشت سر گذاشته، از نظر بروز علائم عود و عوارض دارویی، ترجیحاً بر طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند روان پزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ویزیت می کند. در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه ویزیت می شود. مسمومیت با لیتیوم در هر ویزیت بررسی می گردد. برای قطع درمان، بیمار به صورت غیرفوری به سطح تخصصی ارجاع می شود.

نحوه پیگیری بالینی و آزمایشگاهی مصرف داروها

لیتیوم

سطح سرمی لیتیوم: هر ۳ تا ۶ ماه به طور معمول بررسی شود و در موارد مشکوک به مسمومیت با لیتیوم به طور اورژانسی ارزیابی شود. سطح سرمی لازم در دوره نگهدارنده ۰/۶ تا ۰/۷۵ میلی اکی والان بر لیتر است.

سطح TSH سرم: هر ۶ ماه باید اندازه‌گیری شود و در صورت بالا بودن، ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک انجام شود.

سطح کراتینین سرم: هر ۶ ماه باید اندازه‌گیری شود. در صورت بروز اختلال کلیوی ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک انجام شود.

برخورد با عوارض جدی یا مهم:

پرنوشی یا پرادراری: بررسی عملکرد کلیه لازم است و در صورت مشاهده نتایج غیرطبیعی، ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی جهت اقدامات لازم صورت گیرد.

کم‌کاری تیروئید: ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک

مسمومیت با لیتیوم: نشانه‌هایی مانند دیزارتری، آتاکسی و ترمور خشن (coarse) ظن وجود مسمومیت با لیتیوم را برمی‌انگیزد. استفاده فوری از تزریق سرم نرمال سالین کمک‌کننده است و بیمار باید فوراً به بخش داخلی ارجاع شود.

والپروات

آزمایش‌های CBC و آنزیم‌های کبدی: هر ۶ تا ۱۲ ماه انجام شود. در صورت افزایش آنزیم‌های کبدی به بیش از ۳ برابر حد طبیعی به روان‌پزشک یا متخصص داخلی ارجاع (غیرفوری) شود.

برخورد با عوارض جدی یا مهم

ترومبوسیتوپنی: ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی لازم است.

الانزاپین / کوئتیاپین

وزن بیمار در هر ویزیت ثبت شود. هر ۳ تا ۶ ماه، آزمایش‌های TG، FBS و کلسترول انجام شود.

لاموتریزین

نیاز به پیگیری آزمایشگاهی ندارد. در صورت بروز هرگونه بثورات جلدی، برای پیش‌گیری از بروز سندرم استیونس-جانسون دارو قطع و بیمار پیگیری شود و در صورت شک به سندرم استیونس-جانسون یا نکروز سمی اپیدرمال ارجاع فوری به متخصص داخلی یا پوست توصیه می‌گردد.

اختلالات اضطرابی^۱

مقدمه

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی هستند و اختلال زیادی هم در کارکرد افراد به وجود می‌آورند. در حال حاضر درمان‌های موجود (شامل دارویی و غیردارویی) برای اختلالات اضطرابی از جمله مؤثرترین درمان‌های روان‌پزشکی به شمار می‌روند. بنابراین تشخیص و درمان آنها اهمیت زیادی دارد. در ویرایش پنجم دست‌نامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) که در سال ۲۰۱۳ منتشر شده است، برخی از مواردی که در نسخه قبلی در اختلالات اضطرابی طبقه‌بندی می‌شد مانند اختلال وسواسی-جبری و اختلال استرس پس از سانحه در این نسخه در طبقه‌های جداگانه‌ای قرار گرفته‌اند. اما با توجه به ماهیت عمومی این کتاب و عدم نیاز به ورود به بحث‌های تخصصی‌تر ترجیح دادیم در اینجا این دو اختلال هم در همین جا معرفی شود. انواع اختلالاتی که در این فصل مورد بررسی قرار می‌گیرند عبارت‌اند از:

اختلال اضطراب فراگیر^۲

افراد مبتلا به این اختلال برای چندین ماه (بیش از شش ماه) در بیشتر اوقات روز اضطراب و دلشوره را تجربه می‌کنند. این دلشوره ممکن است مربوط به مسائل مختلف روزمره باشد یا این‌که حتی علت خاصی نداشته باشد. سایر علائم همراه این اختلال عبارت‌اند از زود خسته شدن، بی‌قراری، مشکل در تمرکز، تحریک‌پذیری (زود عصبانی شدن)، تنش عضلانی و اختلال خواب.

اختلال پانیک^۳

مشخصه اختلال پانیک وقوع غیرمنتظره و خودبه‌خود حملات پانیک است که شامل حملات و دوره‌های کوتاهی (معمولاً بین ۱۰ تا ۳۰ دقیقه) از ترس بسیار شدید است. فراوانی بروز آنها از چند حمله در یک روز تا تعداد انگشت‌شماری در یک سال فرق می‌کند. نگرانی از مرگ به دلیل مشکل

^۱ anxiety

^۲ generalized anxiety disorder

^۳ panic disorder

قلبی یا تنفسی ممکن است کانون اصلی توجه بیمار در حین حمله پانیک باشد. بیمار معتقد است تپش قلب و درد قفسه سینه نشان‌دهنده آن است که دارد سکته می‌کند یا می‌میرد.

اختلال اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی)^۱

بروز اضطراب زمانی که فرد در موقعیت‌های مختلف اجتماعی قرار می‌گیرد، نظیر صحبت کردن در جمع. در این شرایط فرد نگران است به‌نوعی رفتار کند که منجر به تحقیر شدن یا خجالت کشیدن شود.

اختلال وسواسی جبری^۲

وسواس عبارت است از فکر، احساس، اندیشه یا حسی عودکننده و مزاحم (مثل فکر آلوده یا نجس بودن، یا شک نسبت به بسته بودن در). اجبار رفتاری آگاهانه است برای کاهش احساس ناراحتی ناشی از وسواس، نظیر شستن، واریسی یا اجتناب. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی اجباری معمولاً از غیرمنطقی یا زیاده از حد بودن وسواس‌هایش آگاهی دارد. این وسواس‌ها یا اجبارها سبب اتلاف وقت و اختلال در روند معمول زندگی، یا کارکرد شغلی می‌شوند. در DSM-5 این اختلال در دسته‌ای به نام اختلالات طیف وسواسی - جبری قرار گرفته است.

اختلال استرس پس از سانحه^۳

اختلالی است که پس از مواجهه فرد با یک واقعه استرس‌زای بسیار شدید پدید می‌آید. البته همه افراد مواجهه یافته با این‌گونه استرس‌ها دچار این اختلال نمی‌شوند. علائم اصلی آن عبارت‌اند از تجربه مجدد واقعه آسیب‌زا در خواب یا بیداری؛ تمایل به اجتناب از چیزهایی که یادآوری‌کننده آن واقعه هستند؛ تغییرات منفی در شناخت و خلق مثل فراموشی بخش‌های مهمی از حادثه، انتظارات و عقاید بسیار منفی و غیرواقعی درباره خود، بقیه و زندگی، داشتن هیجانات منفی و بی‌علاقگی به

^۱ social anxiety disorder (social phobia)

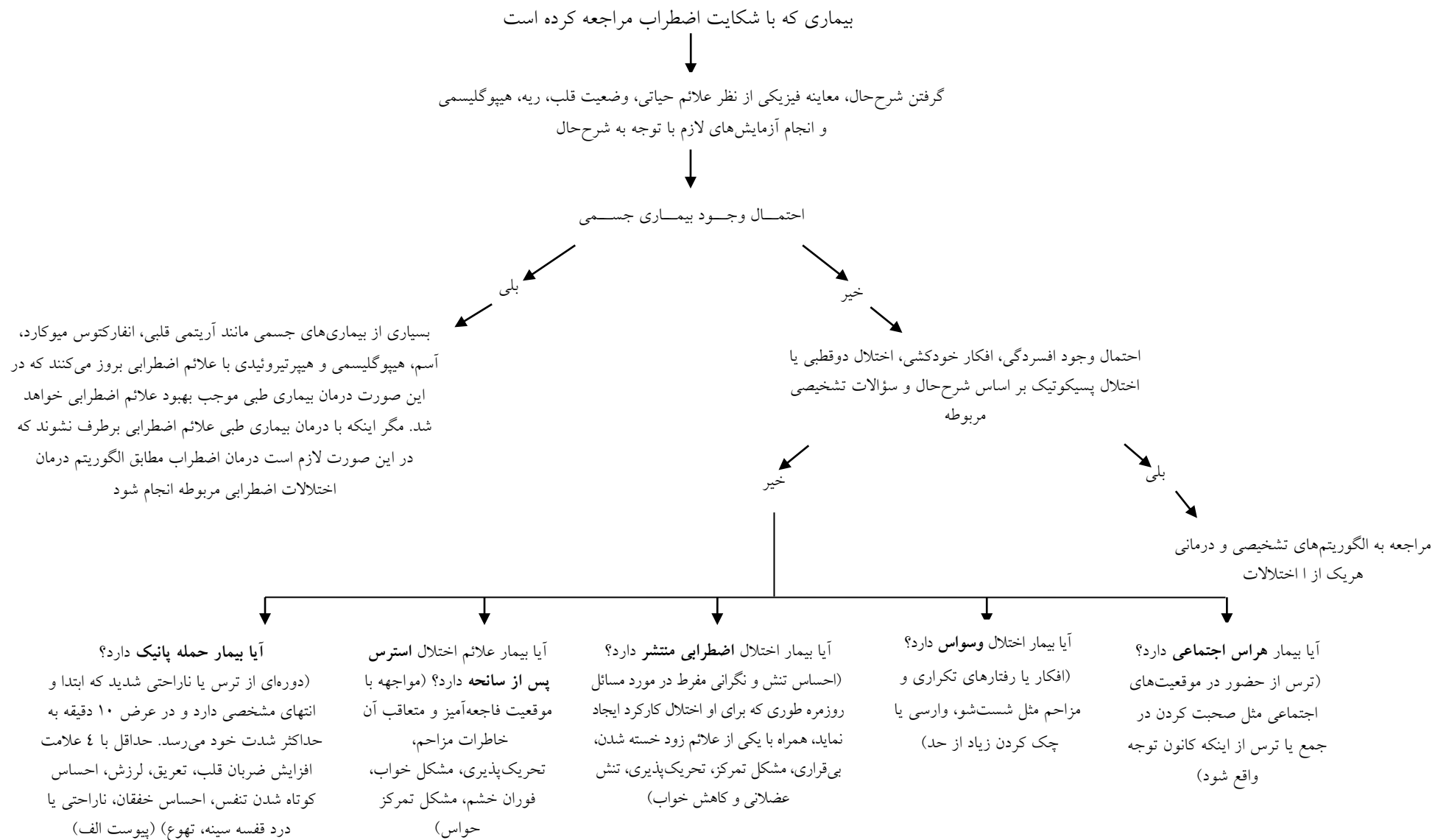
^۲ obsessive compulsive disorder

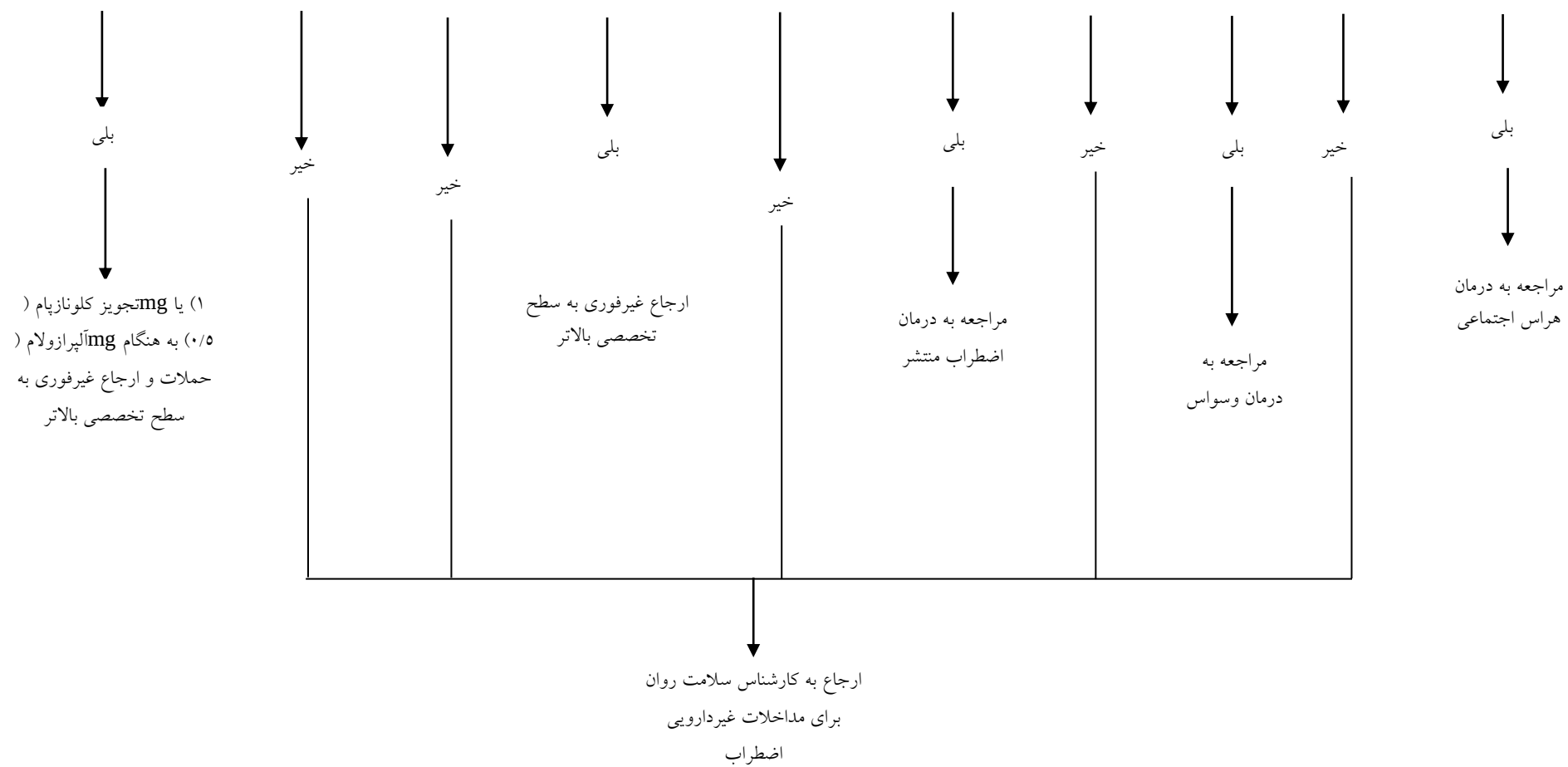
^۳ posttraumatic stress disorder

فعالیت‌های روزمره زندگی؛ افزایش برانگیختگی مثل گوش‌به‌زنگی با عصبانیت و پرخاشگری. در DSM-5 این اختلال در دسته اختلالات مرتبط با استرس قرار گرفته است. از آنجا که بخش مهمی از علائم این اختلال اضطرابی است و با توجه به تخصصی نبودن کتاب، ما در همین فصل به آن می‌پردازیم.

غربالگری و نحوه ارجاع

بر اساس الگوریتم زیر انجام می‌شود.





درمان و پیگیری اختلالات اضطرابی

درمان اختلال اضطرابی منتشر

تجویز یکی از داروهای SSRI مثل فلوکستین برای درمان این اختلال ضروری است. شروع درمان با ۱۰ میلی گرم فلوکستین (یا ۲۰ میلی گرم یک روز در میان) بعد از صبحانه یا نهار است. پس از یک هفته مقدار دارو به ۲۰ میلی گرم در روز افزایش می یابد. به علاوه، استفاده از یک بنزودیازپین طولانی اثر مثل کلردیازپوکساید (۵-۱۰ میلی گرم) هم در هفته های آغازین درمان ضروری است.

پاسخ به درمان پس از ۴ هفته ارزیابی می شود. در صورتی که پس از این مدت بهبودی مشاهده شود، درمان با همین دوز ادامه می یابد و فقط بنزودیازپین به تدریج در عرض یک تا دو ماه آینده کاهش می یابد و قطع می شود. اما در صورتی که بهبودی زیادی حاصل نشود، ابتدا دوز داروی SSRI افزایش داده می شود و در صورت عدم بهبود در عرض دو هفته بعد، بیمار به صورت غیرفوری به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده می شود. طول مدت درمان معمولاً حداقل یک سال است و تصمیم به قطع درمان همواره توسط سطح تخصصی بالاتر گرفته می شود. قطع درمان همواره تدریجی است.

درمان وسواس

درمان با تجویز یکی از داروهای SSRI مثل فلوکستین آغاز می شود. هفته اول ۱۰ میلی گرم روزانه یا ۲۰ میلی گرم یک روز در میان، یک هفته بعد ۲۰ میلی گرم هر روز بعد از صبحانه یا نهار و چهار هفته بعد ارزیابی از نظر پاسخ به درمان انجام می شود. درمان وسواس معمولاً به دوزهای بالاتری از دارو نیاز دارد بنابراین دوز فلوکستین در ویزیت های بعدی می تواند به ۴۰ میلی گرم در روز افزایش داده شود. در ادامه درمان، ویزیت ماهانه تا ۶ ماه انجام می شود. برای تصمیم گیری در مورد قطع درمان ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی صورت می گیرد.

درمان اختلال اضطراب اجتماعی

در موارد خفیف‌تر می‌توان از تجویز یک بلوک کننده بتا آدرنرژیک مثل پروپرانولول ۴۰-۲۰ میلی‌گرم نیم تا یک ساعت پیش از قرار گرفتن در موقعیت استفاده کرد. اما در موارد شدیدتر و به‌خصوص مواردی که مشکل فرد تنها محدود به یک یا دو مکان عمومی نیست بلکه در بسیاری از اماکن دچار این حالت می‌شود استفاده از داروهای SSRI مثل فلوکستین (هفته اول ۱۰ و سپس ۲۰ میلی‌گرم در روز) لازم است. ادامه درمان و پیگیری: در موارد خفیف‌تر ویزیت منظمی پیش‌بینی نمی‌شود و بیمار در صورت بروز مشکلی برای ویزیت مراجعه می‌کند. در موارد شدیدتر ویزیت ماهانه تا ۶ ماه و ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی برای تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان.

درمان اختلال پانیک

دارو در آغاز درمان نقش بسیار مهمی دارد. با توجه به شدت حملات لازم است که در آغاز با استفاده از داروهای بنزودیازپینی قوی مثل آلپرازولام یا کلونازپام، جلوی عود حملات پانیک را گرفت و همزمان داروی SSRI را با دوز بسیار کم آغاز کرد و به‌تدریج افزایش داد. با توجه به مشکلاتی که ممکن است در فرایند پیش بیاید توصیه می‌شود که این بیماران برای آغاز درمان به سطح تخصصی بالاتر ارجاع شوند. در ادامه درمان اقدامات غیردارویی را هم می‌توان به دارو اضافه کرد.

درمان اختلال استرس پس از سانحه

باز هم دارو و روان‌درمانی هر دو در درمان به کار می‌روند. اقدامات غیردارویی هم در این بیماران می‌تواند کمک‌کننده باشد.

مدیریت حمله پانیک

۱ میلی گرمی

(دوره‌ای از ترس یا ناراحتی شدید که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و در عرض ۱۰ دقیقه به حداکثر شدت خود می‌رسد. حداقل با ۴ علامت افزایش ضربان قلب، تعریق، لرزش، احساس کوتاه شدن تنفس، احساس خفقتان، ناراحتی یا درد قفسه سینه و تهوع همراه است).

گرفتن شرح حال، معاینه فیزیکی از نظر علائم حیاتی، وضعیت قلب، ریه، هیپوگلیسمی و انجام آزمایش‌های لازم با توجه به شرح حال

احتمال وجود بیماری جسمی

بله

بسیاری از بیماری‌های جسمی مانند آریتمی قلبی، انفارکتوس قلبی، آسم، هیپوگلیسمی و هیپوتیروئیدی با علائم مشابه حمله پانیک بروز می‌کنند که در این صورت درمان بیماری طبی موجب بهبود علائم اضطرابی خواهد شد. اگر با درمان بیماری طبی علائم اضطرابی برطرف نشوند لازم است درمان اضطراب مطابق الگوریتم درمان اختلالات اضطرابی مربوطه انجام شود.

خیر

تشخیص
حمله پانیک

تجویز کلونازپام (۱mg) یا آلپرازولام (۰/۵mg)

پاسخ نمی‌دهد

پاسخ می‌دهد

تجویز دوز بعدی کلونازپام یا آلپرازولام
پس از ۲۰ دقیقه

پاسخ نمی‌دهد

ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک یا پزشک عمومی
دوره‌دیده و دریافت پسخوراند و پیگیری بیمار

بررسی مجدد بیماری طبی

موارد ارجاع فوری

- بیمارانی که بیمارانی که افکار خودکشی یا قصد و برنامه‌ای برای خودکشی دارند، حتی اگر به نظر پزشک واقعی نرسد
- بیمارانی که به‌تازگی اقدام به خودکشی کرده‌اند.
- بیمارانی که علائم غیرقابل کنترل پرخاشگری، تحریک‌پذیری و بی‌قراری دارند یا احتمال می‌رود به دیگران آسیب برسانند.

موارد ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک یا پزشک دوره‌دیده

- بیمارانی که تشخیص اختلال پانیک دارند.
- بیمارانی که تشخیص اختلال استرس پس از سانحه دارند.
- بیمارانی که تشخیص اختلال استرس پس از سانحه دارند
- بیمارانی که پس از یک دوره درمان، پاسخ نسبی نداده‌اند

نکاتی که پزشک باید به بیمار و خانواده وی آموزش دهد

- به بیمار و خانواده یادآور شود که اثرات اولیه داروها معمولاً پس از چند هفته (برای اختلال وسواس حتی دیرتر از بقیه اختلالات و حدود ۴ تا ۶ هفته پس از شروع دارو) دیده می‌شود، اما برای کسب حداکثر نفع درمانی ۱۶-۸ هفته زمان نیاز است.
- اختلال پانیک علی‌رغم شدت آن کشنده یا خطرناک نبوده و درمان‌پذیر است.
- قبل از قطع دارو حتماً با پزشک مشورت شود.
- در صورت استفاده زیر نظر پزشک دارو باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی‌شود.
- کاهش مصرف کافئین یا اجتناب از مصرف الکل و دخانیات ضروری است.

اختلالات سایکوتیک^۱

مقدمه و تعاریف

اختلالات سایکوتیک مجموعه‌ای از اختلالات روانی هستند که مهم‌ترین خصوصیت آن وجود اختلال در واقعیت سنجی است، به شکلی که بیمار قادر نیست واقعیت را از خیال تمایز دهد. برخی از شناخته‌شده‌ترین انواع این اختلالات عبارت‌اند از اسکیزوفرنیا، اختلال هذیانی و اختلال پسیکوتیک گذرا. اختلالات سایکوتیک دسته‌ای از بیماری‌های "شدید روانی" هستند، چراکه اثرات زیادی که بر زندگی فرد می‌گذارند و نیازمند پیگیری و توجه خاصی هستند. شیوع این اختلالات در مجموع حدود یک درصد از جمعیت عمومی است. پزشک باید بتواند در برخورد با افراد مشکوک به پسیکوز، سؤالات مربوط به غربالگری را بپرسد و اقدامات اولیه (ازجمله مدیریت موارد اورژانس و ارجاع موارد مشکوک به متخصص) را انجام دهد. توجه به این نکته لازم است که از پزشک خانواده انتظار نمی‌رود برای بیمار تشخیص قطعی مطرح نماید، بلکه پیگیری درمان بر اساس دستور روان‌پزشک یا پزشک دوره‌دیده ازجمله وظایف وی در قبال این بیماران است.

علل و علائم

علت ایجادکننده این اختلالات نامشخص است، ولی نقش عوامل ژنتیک بسیار قابل توجه است و سهم عمده‌ای در سبب‌شناسی این اختلالات دارد. عوامل محیطی مانند استرس هم به‌طور معمول در آغاز علائم و بروز اختلال مؤثر هستند.

مهم‌ترین علائم این اختلالات عبارت‌اند از

- هذیان (یک اعتقاد نادرست که با اعتقادات و زمینه‌های فرهنگی قابل توجیه نباشد)، مثل هذیان گزند و آسیب که بیمار مبتلا معتقد است او را تعقیب می‌کنند یا قصد جاننش را دارند

¹ psychotic disorder

- توهم (ادراک محرک‌هایی که درواقع وجود ندارند)، مثل توهم شنوایی یا شنیدن صداهایی که دیگران نمی‌شنوند
- رفتار یا گفتار آشفته
- علائم منفی، مثل گوشه‌گیری، کاهش ارتباط‌های اجتماعی و کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف.

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

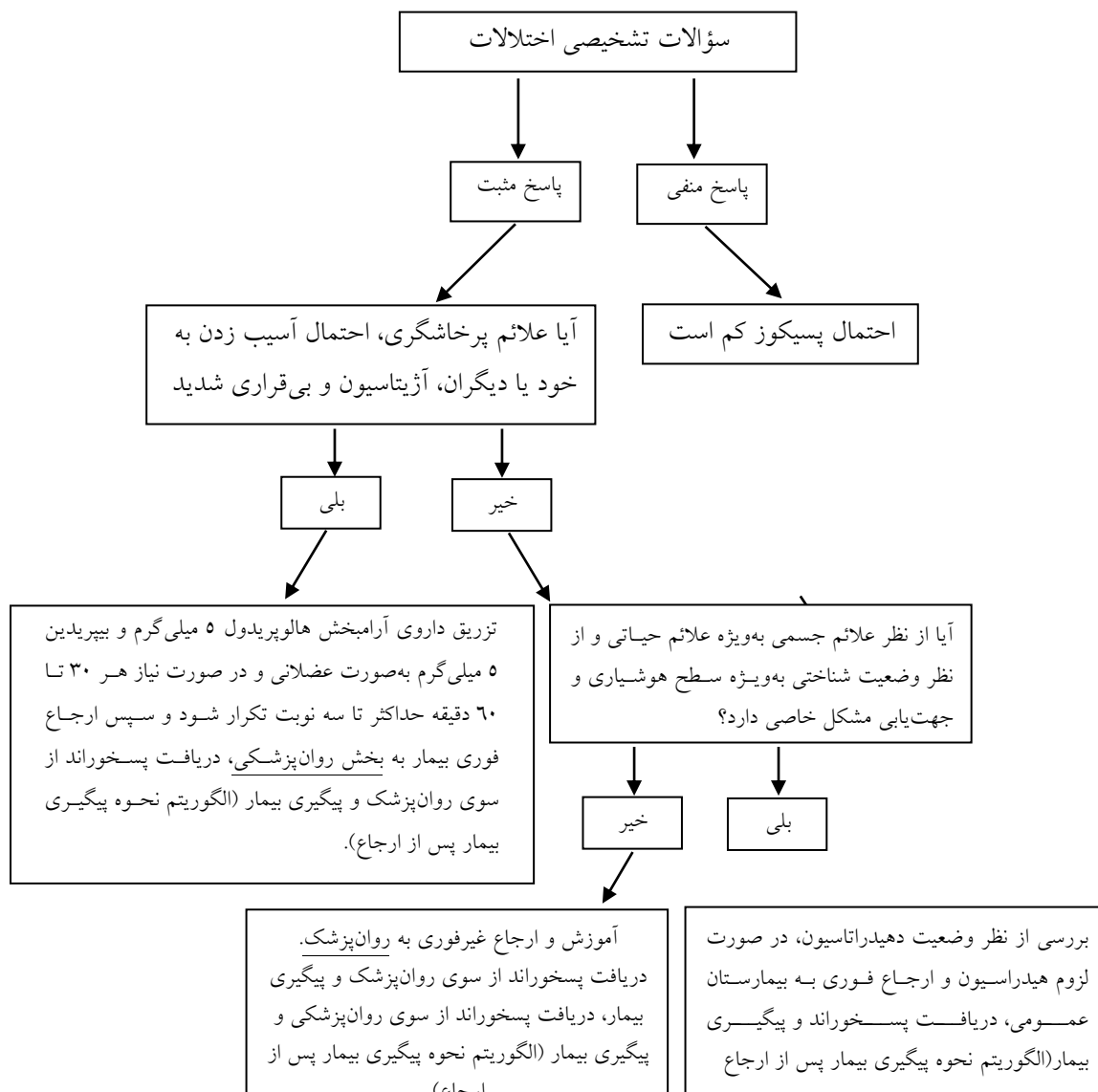
پزشک باید سؤال‌های مربوط به غربالگری پس‌کوز را در مورد بیمار مشکوک به پس‌کوز مطرح کند. این سؤالات عبارت‌اند از:

- ۱- آیا برای شما پیش آمده صداهایی را بشنوید که دیگران می‌گویند ما نمی‌شنویم؟
- ۲- آیا برای شما پیش آمده چیزهایی را ببینید که دیگران می‌گویند ما نمی‌بینیم؟
- ۳- آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید رفتارها یا حرکات دیگران (حتی کسانی که نمی‌شناسید) به نوعی مربوط به شماست؟
- ۴- آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید دیگران قصد آزار و اذیت یا از بین بردن شما را داشته باشند؟
- ۵- آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید مقام مذهبی یا سیاسی خاصی دارید؟
- ۶- آیا گفتار بیمار به شکلی درهم‌ریخته و آشفته است که اجزای آن فاقد ارتباط منطقی و قابل فهمی با هم باشد؟
- ۷- آیا رفتار بیمار به شکلی غیرعادی و آشفته است که نتوان برای آن دلیل قابل فهمی یافت؟

نکته:

سؤالات ۱-۵ را می‌توان از همراه بیمار نیز پرسید و ارزش آن را معادل گفته خود بیمار تلقی نمود.

سؤالات ۶ و ۷ را پزشک با مشاهده خود یا با شرح حال خانواده پاسخ می‌دهد.



بنابراین کلیه بیمارانی که مشکوک به اختلالات سایکوتیک هستند لازم است پس از انجام اقدامات اولیه مشخص شده در شکل، به سطح تخصصی ارجاع داده شوند. که این ارجاع ممکن است با توجه به شرایط به‌صورت فوری یا غیرفوری انجام شود.

کارهایی که پزشک نباید در برخورد با این بیماران انجام دهد

۱- قضاوت (تأیید یا رد) درباره باورهای هذیانی بیمار یا واقعیت بیرونی داشتن تجربیات توهمی

- ۲- مصاحبه با بیمار مسلح
- ۳- مصاحبه به تنهایی با بیمار عصبانی و خطرناک
- ۴- پافشاری بر پرسش درباره مواردی که علی‌رغم اطمینان بخشی پزشک، بیمار تمایلی به صحبت درباره آنها ندارد

درمان، پیگیری و مراقبت بیماران

درمان این بیماران معمولاً کوتاه‌مدت نیست و ممکن است از یک سال تا پایان عمر بیمار طول بکشد. تنها تعداد کمی از بیماران مبتلا به اختلال سایکوتیک گذرا ممکن است به تشخیص پزشک متخصص نیاز به درمان کوتاهی داشته باشند. اساس درمان مبنی بر درمان دارویی و تجویز داروهای ضدپسیکوز (مثل هالوپریدول، تری فلوپرازین، پرفنازین، ریسپریدون و الانزاپین) می‌باشد. با توجه به این که بسیاری از بیماران نسبت به بیماری خود بینش کافی ندارند، متقاعد کردن بیمار برای ادامه درمان می‌تواند مشکل باشد. قطع درمان از مهم ترین دلایل عود بیماری است که معمولاً چند ماه پس از قطع داروها اتفاق می‌افتد.

برنامه درمان و زمان ویزیت‌های بعدی توسط سطح تخصصی مشخص می‌شود. به طور معمول زمانی که بیماری در دوره فعال است لازم است فاصله ویزیت‌ها کوتاه تر باشد؛ مثلاً هر هفته یا دو هفته یک بار. ولی وقتی علائم کنترل شده است ویزیت ماهانه هم کافی است. نظارت بر مصرف درست داروها، بررسی از نظر وجود عوارض دارویی، وضعیت خواب و اشتها، پیگیری عود علائم، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و بیماری از جمله مداخلات لازم در ویزیت‌های پیگیری است. در صورتی که بیمار در پی گیری برای هر کدام از ویزیت‌ها مراجعه نکند یا تاخیر بیشتر از سه روز در مراجعه، بهورز موظف است ضمن مراجعه به منزل بیمار، علت را بررسی کند و وی را تشویق نماید تا به پزشک مراجعه کند.

قطع درمان

قطع درمان یا کاهش دوز دارو تنها توسط پزشک تخصصی سطح بالاتر یا بر اساس دستور وی انجام می‌گردد. همواره کاهش دوز یا قطع درمان تدریجی می‌باشد.

عوارض دارویی

برخی از شایع‌ترین عوارض داروهای ضدپسیکوز قدیمی‌تر (مثل هالوپریدول، تری فلوپرازین و پرفنازین) عبارت‌اند از **دیستونی** (اسپاسم مداوم و شدید عضلات که معمولاً عضلات زیر را درگیر می‌کند: سر و گردن (کج شدن گردن)، عضلات چشم (بالا رفتن یا منحرف شدن چشم‌ها)، عضلات زبان (اشکال در بلع و تکلم)، عضلات حنجره (دیسفونی))، **آکاتیژیا** (احساس بی‌قراری و در پی آن راه رفتن مداوم برای رفع این احساس)، **سندروم نورولپتیک بدخیم (NMS)**، **پارکینسونیسم و ترمور وضعیتی**. دیستونی و NMS نیاز به درمان فوری دارند. دیستونی را باید با تزریق فوری بپیریدین عضلانی درمان کرد اما NMS باید در زودترین زمان ممکن در بیمارستان تخصصی درمان شود. آکاتیژیا و ترمور وضعیتی را می‌توان با تجویز پروپرانولول ۱۰ تا ۲۰ میلی‌گرم سه بار در روز درمان کرد. برای درمان پارکینسونیسم می‌توان از تجویز یا افزایش دوز آنتی کولینرژیک ۱-۲ میلی‌گرم سه بار در روز استفاده کرد.

موارد ارجاع فوری

- بیماری که طرح یا برنامه جدی برای خودکشی دارد:
- بیماری که اظهار می‌کند تصمیم دارد به فرد خاصی آسیب برساند.
- بیمار بسیار تحریک‌پذیر، آژیته یا شدیداً بی‌قرار که کنترل رفتار وی دشوار باشد.
- بروز عارضه سندرم نورولپتیک بدخیم.
- وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت.

موارد ارجاع غیر فوری

- بیمارانی که با وجود آموزش‌ها و مداخلات انجام‌شده توسط پزشک و کارشناس سلامت روان از خوردن دارو امتناع می‌کنند.
- بیماران مشکوک به پسیکوز که شرایط ارجاع فوری را ندارند، برای تأیید تشخیص و شروع درمان
- بیماران مبتلا به عوارض دارویی که به اقدامات اولیه پاسخ نداده‌اند.

موارد آموزش به بیمار

- بیماری در صورت درمان قابل کنترل و بهبودی است
- اهمیت ادامه فعالیت‌های معمول اجتماعی، آموزشی و شغلی تا جای ممکن
- درمان می‌تواند رنج و مشکلات را کاهش دهد
- اهمیت مصرف منظم دارو
- حق بیمار در نقش داشتن در تمام تصمیم‌های درمانی
- اهمیت سلامت جسمی (مثل رژیم سالم، فعالیت بدنی، حفظ بهداشت فردی)

آموزش خانواده بیمار مبتلا به پسیکوز

آموزش‌هایی که می‌توانند طی چند جلسه انجام شوند:

- ۱- توضیح در مورد علت ایجاد بیماری شامل نقش زمینه‌ای وراثت و نقش آغازکننده و تشدیدکنندگی استرس
- ۲- عدم دخالت نیروهای فرا طبیعی
- ۳- قابل درمان و قابل کنترل بودن بیماری و نیاز به درمان پیگیرانه و جدی: وجود درمان‌های مؤثر و کم‌عارضه‌ای و لزوم ادامه جدی و مداوم درمان‌ها برای تسریع روند بهبودی
- ۴- قابل درمان بودن عوارض دارو: عوارض همه قابل درمان هستند. لذا لازم است در صورت بروز به سرعت به پزشک گزارش داده شوند

- ۵- احتمال عود بیماری در صورت قطع دارو بدون دستور پزشک
- ۶- نیاز به حمایت و بازتوانی
- ۷- عواملی که می‌توانند به تشدید بیماری بیانجامند (قطع خودسرانه درمان، استرس، هیجان ابرازشده زیاد و اجزای آن) و نحوه کاهش این عوامل: اعضای خانواده باید دقت نمایند تا از انتقاد کردن‌های مکرر از بیمار خودداری کنند. این کار استرس زیادی را به بیمار وارد می‌کند و می‌تواند باعث افزایش احتمال عود بیماری شود. همچنین مراقبت بیش‌ازحد از بیمار نیز نقش مخرب دارد، بنابراین افراد نباید به تمام کارهای بیمار شامل کوچک‌ترین و جزئی‌ترین امور بیمار نظارت، سرکشی یا دخالت کنند و سعی در کنترل و سرکشی به کلیه رفتار و حرکات بیمار داشته باشند. این رفتارها هم استرس‌زا هستند. بدیهی است که مشاجره، دعوا و درگیری نیز می‌تواند در تشدید بیماری مؤثر باشد.
- ۸- بیمار ممکن است صداهایی بشنود یا اعتقادهای نادرستی را به شکل راسخی باور داشته باشد
- ۹- بیمار به‌طور معمول قبول ندارد که بیمار است و گاه ممکن است خصمانه رفتار کند
- ۱۰- شناسایی علائم برگشت یا تشدید بیماری و مراجعه فوری اهمیت زیادی دارد
- ۱۱- اهمیت شرکت دادن بیمار در خانواده و سایر فعالیت‌های اجتماعی باید مورد تأکید قرار گیرد
- ۱۲- خیلی اوقات بیماران سایکوتیک مورد تبعیض قرار می‌گیرند اما باید از حقوقی همانند سایر افراد برخوردار باشند
- ۱۳- بیمار سایکوتیک ممکن است در شرایط کاری یا محیطی پراسترس دچار مشکل در بهبودی شود
- ۱۴- مهم است که فرد شغلی داشته باشد یا به‌نوعی مشغول باشد

اختلال علامت جسمانی و اختلالات مرتبط^۱

مقدمه

این دسته جدیدی از اختلالات است که در DSM 5 با ترکیب دو دسته از اختلالات موجود در نسخه‌ی قبلی کتاب ایجاد شده است: یکی دسته اختلالات شبه‌جسمی^۲ و دیگری دسته "عوامل روانشناختی تاثیرگذار بر بیماری‌های طبی"^۳ یا همان اختلالات سایکوسوماتیک. در اولی بیماری روانی خود را شکل علائمی جسمانی نشان می‌دهد. بنابراین در این موارد با علائمی جسمانی روبرو هستیم که در واقع منشا روانزاد دارند، مانند دردی که هیچ منشا جسمانی ندارد. دسته دوم که به اختلال سایکوسوماتیک هم معروف هستند، عوامل روانشناختی باعث تشدید یا تغییر در سیر بیماری جسمی موجود می‌شوند. مانند بیماری فشارخون که در اثر عوامل روانشناختی سیر و شدتش تغییر می‌کند.

علل و علائم

عوامل روانی - اجتماعی چون سرکوب و واپس زدن خشم نسبت به دیگران به همراه متوجه ساختن آن خشم به‌سوی خود فرد، همانندسازی با والدینی که الگوی نقش بیمار هستند، در کنار ژنتیک و عوامل زیستی در ایجاد این اختلالات سهیم دانسته شده‌اند. این اختلالات با نشانه‌های متفاوتی بروز می‌کند. مبنای دسته‌بندی این اختلالات همین نشانه‌های متفاوت است. برای آموزش این دسته بهتر است که دو دسته اختلالات ذکر شده در بالا را به‌طور جداگانه ذکر کرد. دسته اول که با یک یا چند نشانه جسمانی بدون توجه همراه هستند و دسته دوم که یک بیماری جسمانی دیگر در آن وجود دارد و عوامل روانشناختی بر آن بیماری تاثیر می‌گذارند؛ عواملی چون "استرس"، "تعامل‌های بین‌فردی"، "سازوکارهای کنارآیی" و "رفتارهای سلامتی ناکارآمد" مثل عدم مصرف دارو و انکار بیماری و علائم آن. شناسایی و توجه درمانی به این گونه عوامل می‌تواند باعث بهبود سیر و شرایط بیماران مبتلا شود.

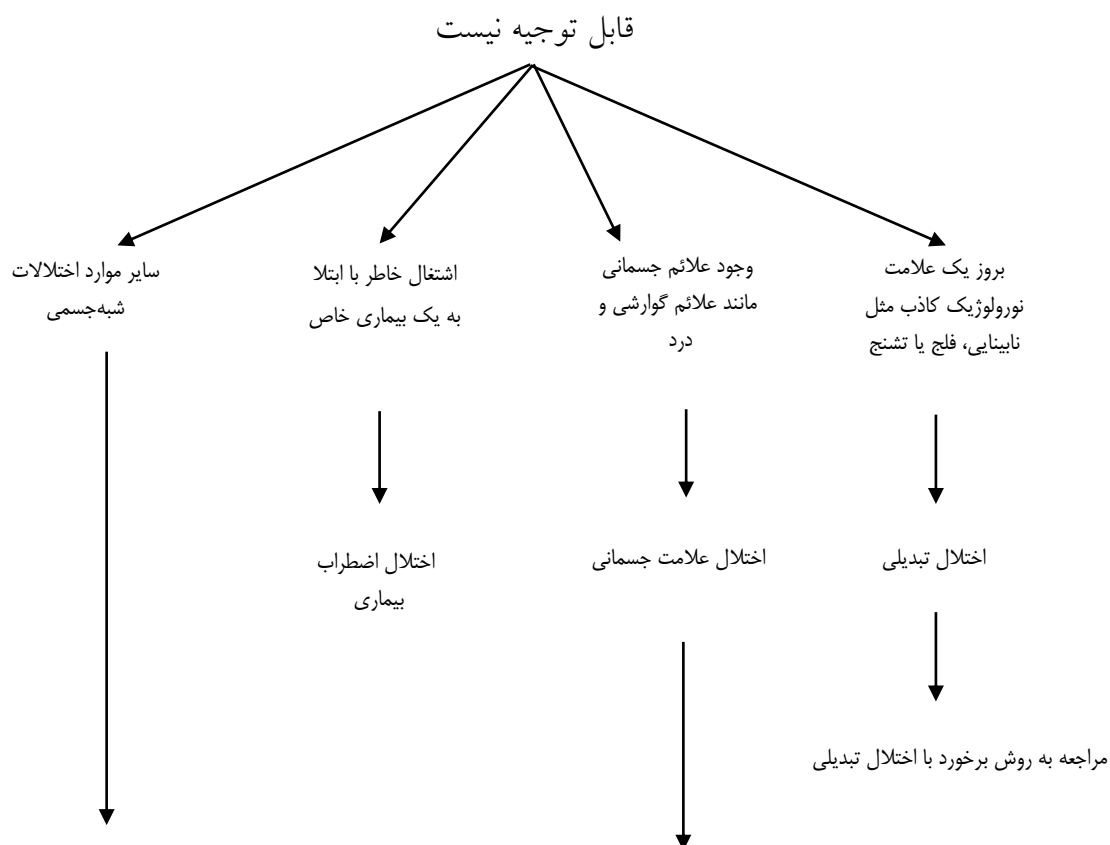
اما با توجه به تنوع اختلالات در دسته اول نحوه تشخیص آنها در قالب یک نمودار در ادامه آورده شده است.

¹ somatic symptom and related disorders

² somatoform disorder

³ psychological factors affecting medical conditions

وجود یک شکایت جسمی که پس از انجام شرح حال و معاینه عمومی با اختلال جسمی خاصی



ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک یا پزشک عمومی دوره‌دیده و ارجاع به کارشناس برای درمان غیردارویی پس از برگشت از ارجاع

توجه:

به تفاوت میان نشانه‌های شبه جسمی و اختلال شبه جسمی دقت کنید. به عنوان نمونه نگرانی‌های گذرا در مورد ابتلا به یک بیماری می‌تواند در برخی افراد بهنجار باشد. مدت زمان کافی و ایجاد اختلال در کارکرد روزانه را می‌توان به عنوان معیاری برای افتراق نشانه از اختلال مدنظر قرار داد.

درمان

مداخلات روان‌شناختی پایه درمان این اختلالات است. درمان دارویی با داروهای مهارکننده

بازجذب سروتونین در درمان اختلالات اضطراب بیماری^۱ مفید است و توصیه می‌شود.

¹ illness anxiety disorder

پی‌گیری، مراقبت و آموزش بیماران

- ۱- تولید نشانه‌ها در این اختلالات ارادی نیست. بنابراین نباید بیمار را مانند کسی که "ادا در می‌آورد" نگریم.
- ۲- هیچ زمان با جملاتی مثل «اینها تنها در ذهن شما وجود دارد» با بیمار روبرو نشوید. درد یا فلج برای بیمار واقعی است.
- ۳- به جای شدت یا کیفیت علائم، آثار آنها را در زندگی بیمار ارزیابی کنید.
- ۴- انجام معاینه و آزمایش‌ها تنها در صورت بروز علائم جدید و به صورت مختصر باید صورت گیرد.
- ۵- شکایات بیمار راهی برای بیان مشکلات روانی اوست، بنابراین همدلی کردن با بیمار و گوش دادن به این شکایات می‌تواند به بهبودی وی کمک کند.
- ۶- از اهمیت اطمینان بخشی غیرقضاوت‌مندانه به بیمار غافل نشوید.
- ۷- ویزیت‌ها به تعداد خاصی (مثلاً یک بار در ماه) محدود شود و با نظم معینی انجام شود.
- ۸- به بیمار کمک کنید ارتباط این علائم را با حالات روانی خود درک کند.

روش برخورد با اختلال تبدیلی

در بیشتر موارد اختلال تبدیلی^۱ در عرض مدتی کوتاه (چند ساعت تا چند روز) با یا بدون مداخله از بین می‌رود. لذا تنها انجام موارد زیر که این سیر را تسریع می‌کند توصیه می‌شود:

- همدلی با بیمار و آرامش دادن به وی
 - تجویز یک داروی آرام‌بخش تزریقی یا خوراکی (مانند پرومتازین یا دیازپام) و توصیه به استراحت
 - در صورت باقی ماندن مشکل پس از انجام این اقدامات اولیه: ارجاع
- توجه: روش‌هایی چون تزریق آب مقطر و سایر اقدامات دردناک به هیچ‌عنوان توصیه "نمی‌شود".

نکات کمک‌کننده در افتراق اختلالات تبدیلی از اختلالات نورولوژی

اختلال تبدیلی تقریباً همیشه به دنبال استرسور پدید می‌آید و در خانم‌ها بسیار شایع‌تر است. دو نشانه شایع فلج و تشنج را با راهنمای زیر می‌توانید افتراق دهید.

فلج

- باقی ماندن رفلکس‌های وتری عمقی
- در فلج دست، با رها کردن دست بالای صورت، دست روی صورت نمی‌افتد و پهلوی آن می‌افتد
- در فلج پا، با بلند کردن مستقیم پای سالم، معاینه‌گر فشاری را زیر پای فلج بر روی دست خود احساس می‌کند

شبه تشنج

- عدم وجود مواردی چون آسیب دیدن در هنگام سقوط، بی‌اختیاری دفعی و خواب‌آلودگی و گیجی پس از تشنج
- طولانی‌تر بودن زمان حمله
- وقوع در حضور دیگران
- در حملات مختلف تشنج‌ها الگوهای متفاوتی دارند
- ناله و فریاد در هنگام تشنج
- بستن چشم‌ها و مقاومت در برابر بازکردن آنها

¹ conversion disorder

ناتوانی ذهنی^۱

مقدمه

ناتوانی ذهنی به معنی پایین‌تر بودن توانایی‌های ذهنی (intellectual functioning) فرد مثل یادگیری، حل مساله، استدلال، قضاوت و برنامه‌ریزی نسبت به میانگین سایر افراد و همچنین اشکال در عملکرد انطباقی (adaptive functioning) اوست به شکلی که نمی‌تواند به‌درستی از پس کارهایی بر بیاید که از سن او انتظار می‌رود. کارهایی مثل رسیدگی به امور شخصی مثل نظافت، امور جاری منزل، ارتباط برقرار کردن با دیگران، استفاده از خدمات معمول شهری، توانایی‌های تحصیلی و توانایی کار و تفریح.

باید توجه داشت که شروع مشکل حتماً باید "قبل از ۱۸ سالگی" باشد. در ناتوانی ذهنی در اکثر شاخص‌های تکاملی مثل رشد حرکتی، زبان، شناخت، بازی، ارتباط اجتماعی تأخیر دیده می‌شود. این کودکان سن عقلی کمتری نسبت به سن تقویمی خود دارند و ممکن است مشکلات رفتاری و هیجانی مختلفی نشان دهند. توانایی ذهنی افراد معمولاً با ارزیابی بالینی و همچنین آزمون‌های سنجش هوش اندازه‌گیری می‌شود.

لازم به ذکر است که میزان بروز سایر اختلالات روان‌پزشکی مثل اختلالات خلقی، اضطرابی، اختلال رفتارهای ایدایی، اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در این کودکان بیشتر از سایر کودکان است. ناتوانی ذهنی بسته به شدت به انواع خفیف، متوسط، شدید و عمیق طبقه‌بندی می‌شود. کودکان دارای نوع خفیف قبل از سنین مدرسه تفاوت فاحشی با سایر کودکان ندارند و ممکن است در این سنین توسط خانواده تشخیص داده نشوند.

علل

ناتوانی ذهنی یک بیماری یکسان نیست و ممکن است علل و عوامل مختلفی باعث ایجاد آن شوند که عبارت‌اند از عوامل ژنتیک (مثل سندرم داون و سندرم ایکس شکننده) یا شرایط محیطی

¹ intellectual disability

مخربى كه تأثير منفى بر رشد و نمو طبيعى مغز دارند (مثل مواجهه با عفونت‌ها يا سموم حوالى تولد، تروما به سر، فقر تغذيه‌اى و تربيتى) و يا تركيبى از اين عوامل.

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

پس از شناسايى اوليه موارد مبتلا به ناتوانى ذهنى يا موارد مشکوک به آن لازم است کليه موارد براى تأييد تشخيص و انجام اقدامات احتمالى ضرورى به صورت غيرفورى به سطح تخصصى ارجاع داده شوند.

بیماران مبتلا به ناتوانى ذهنى در صورتى كه اختلال همزمان ديگرى نداشته باشند، معمولاً نيازمند ارجاع مجدد به سطح تخصصى نيستند، مگر اين كه دچار مشكل روان‌پزشكى جديدى مثل اختلالات خلقى، اضطرابى، اختلالات رفتارى يا غيره شوند. در اين صورت نوع ارجاع بر اساس مشكل پيش آمده تعيين مى گردد و مشابه موارد ارجاع فورى و غيرفورى ذكر شده در مبحث اختلالات كودكان است.

پيگيرى و مراقبت بيماران

نحوه ادامه پيگيرى و مراقبت از بيمار پس از بازگشت از ارجاع بر اساس پسخوراند سطح تخصصى انجام مى شود. در صورتى كه اختلال ديگرى به طور همزمان وجود داشته باشد، پيگيرى بر اساس مدل آن بيمارى انجام خواهد شد. اين بيماران را مى توان هر سه تا شش ماه از نظر بروز مشكل‌هاى احتمالى جديد بررسى كرد. آموزش خانواده كلى‌ترين نقش را در اين اختلال دارد و از هر درمان ديگرى مهم تر است.

آموزش به خانواده

آموزش به خانواده درباره ماهیت اختلال و راهکارهای موجود اهمیت زیادی دارد. تا از یک سو از پیشرفت و درمان ناامید نشوند و آن را رها نکنند و از سوی دیگر فشار بیش از حدی به کودک نیاورند تا مثل کودکان عادی رشد کند، یا انتظار درمان معجزه‌گونه‌ای برای بهبود کامل کودک خود را نداشته باشند.

- مراقبان باید بیاموزند که چه چیزهایی برای کودک استرس‌آور است و چه چیزهایی او را خوشحال می‌کند؛ او چه نقاط ضعف و چه نقاط قوتی دارد.
- ممکن است این کودکان در موقعیت‌های جدید دچار مشکل شوند.
- برنامه روزانه منظمی را از نظر زمان خوردن، بازی، آموزش و خواب برای کودک تهیه کنند.
- آنها را در زندگی روزمره شرکت دهید و این کار را با کارهای ساده و هر نوبت یک کار آغاز کنید.
- مراقب بهداشت عمومی‌شان باشید و مراقبت از خود را به آنها بیاموزید.
- پس از کارهای خوب کودک به او پاداش بدهید ولی هنگام رفتار بد به او پاداش ندهید.
- مراقب باشید که مورد سوءرفتار قرار نگیرند.
- به کودک اجازه بدهید که محدوده امنی برای خود داشته باشد (جایی که قابل دیدن باشد) که بتواند در آن راحت باشد، این طرف و آن طرف برود و آزادانه و به میل خود بازی کند.
- با سایر والدیهایی که کودکان مشابه دارند در ارتباط باشید و اطلاعات‌تان را به اشتراک بگذارید.

صرع^۱

مقدمه

بیشتر از ۲/۳ تشنج‌های ناشی از صرع، در دوران کودکی شروع می‌شوند که ۶۵/۵٪ علت ناشناخته (ایدیوپاتیک یا کریپتوژنیک) است، عفونت (۲/۵٪) - دژنراتیو (۳/۵٪) - نئوپلازیک (۴/۱٪) - تروما (۵/۵٪) - مادرزادی (۸٪) و اسکولار (۱۰/۹٪) مطرح هستند. بنابراین در گروه سنی زیر ده سال و بالای ۱۸ سال در موارد جدیدی صرع، بایستی بررسی‌های لازم تشخیص انجام شود.

در گروه اپی‌لپسی‌های ایدیوپاتیک، شیوع ۵-۸/۱۰۰۰ است. می‌توان بر اساس پروتکل تهیه‌شده در حد قابل توجهی از مبتلایان به صرع را از ابتدا و بدون ارجاع و با توجه به انتخاب‌های دارویی بر اساس رفتارهای معتبر نورولوژی که در سطح شبکه بهداشت نیز وجود دارند، درمان کرد و درصد کوچکی را بعد از ارجاع و بررسی‌های لازم و بازگشت آنان به نزد پزشک خانواده، درمان نمود.

صرع

اپی‌لپسی به دو دسته کلی موضعی (پارشیال یا فوکال) و منتشر (ژنرالیزه) تقسیم می‌شود. نوع پارشیال خود دو دسته ساده (Simple) و کمپلکس دارد. صرع ساده یا پارشیال، حمله صرع محدود به یک مناطق خاصی از قشر مغز بوده و بیمار هوشیاری خود را از دست نمی‌دهد و بسته به منطقه درگیر در قشر مغز علائم، متفاوت است (حسی - حرکتی - بینایی - شنوایی و). در صرع کمپلکس پارشیال، علی‌رغم اینکه حمله محدود به قسمت خاصی از مغز (لوب تمپورال) است، بیمار هوشیاری خود را از دست داده و با محیط ارتباط برقرار نمی‌کند. در انواع صرع‌های ژنرالیزه بیمار از ابتدا هوشیاری خود را از دست می‌دهد و تظاهرات به‌صورت منتشر است و عبارت‌اند از افسان، میوکلونیک، تونیک، تونیک - کلونیک، آتونیک.

¹ epilepsy

در زیر چند نوع صرع که شایع‌ترین می‌باشند، توضیح داده می‌شوند:

۱- تشنج تونیک - کلونیک ژنرالیزه (Generalized tonic clonic Seizure - GTCS) بیمار به‌طور

ناگهانی هوشیاری خود را ازدست‌داده و می‌افتد و دچار فاز تونیک حمله تشنج می‌شود. در این حالت اندام‌ها و تنه و گردن Extend و سفت می‌شوند و چشم‌ها به سمت بالا انحراف پیدا می‌کنند. ممکن است در این مرحله صدای شبیه جیغ یا فریاد توسط بیمار ایجاد شود. تنفس در این مرحله متوقف و مخاط دهان و گاه پوست سیانوزه می‌شود. مردمک‌ها دیلاته و بدون پاسخ به نور می‌شوند. ممکن است در این مرحله یا مراحل بعدی ادرار بیمار نیز بی‌اختیار شود. این مرحله ۲۰-۱۰ ثانیه به طول می‌انجامد و سپس فاز کلونیک شروع می‌شود که حرکات ریتمیک انقباض انبساط عضلات اندام‌ها شروع می‌شوند. این فاز نیز حدوداً ۳۰ ثانیه به طول می‌انجامد. بعد از اتمام تشنج بیمار تا چند دقیقه گیج است و نسبت به زمان و مکان شناخت ندارد (فاز Postictal) و سپس به وضعیت عادی بازمی‌گردد.

۲- صرع absence: در دختران شایع‌تر است و به‌طور معمول بین ۴-۱۲ سال شروع می‌شود. بیمار

به‌طور ناگهانی هوشیاری خود را از دست می‌دهد. و کاری که انجام می‌داده متوقف می‌گردد. ولی تون عضلانی از بین نرفته و نمی‌افتد. در این حمله، بیمار حالت خیرگی و مات‌زدگی پیدا می‌کند که به مدت چند ثانیه به طول می‌انجامد. بعد از حمله بلافاصله کودک به وضعیت عادی برمی‌گردد و کاری را که انجام می‌داده ادامه می‌دهد. این حملات ممکن است در طی روز به تعداد بسیار زیاد تکرار شود.

۳- صرع لوب تمپورال یا کمپلکس پارشیال سیژر (Complex partial Seizure): حملات از نواحی

عمقی لوب تمپورال منشأ می‌گیرد و معمولاً از اواخر کودکی یا سنین نوجوانی شروع می‌شوند. حملات به شکل زیر است: ابتدا ممکن است بیمار اورای خاصی داشته باشد. شایع‌ترین آنها اورای احشایی (احساس غیرطبیعی در اپی‌گاستر، تهوع) است. سایر اوراها احساس غیرطبیعی نسبت به محیط، تغییر فرم و شکل و اندازه اشیای محیط، احساس بیگانگی با خود یا

محیط می‌باشند. سپس بیمار ارتباط خود با محیط و هوشیاری خود را از دست می‌دهد و علائم اتوماتیسم مانند ملچ، ملوچ کردن - انجام حرکات تکراری در دست‌ها مانند کورمال کردن سطح زمین - حرکات پیچیده‌تر مانند درآوردن لباس - چرخیدن به دور خود یا چرخش دورانی دور چیزی، دویدن، رفتار شبیه به ترس و فرار، از خود نشان می‌دهد. بعد از اتمام این مرحله، بیمار فاز Postictal کوتاهی دارد و سپس هوشیار می‌شود. ممکن است بیمار در طول حمله، با چندین بار صدا زدن پاسخ محدود بله یا خیر نیز بدهد. بعد از اتمام حمله، بیمار حوادث رخ داده را به یاد نمی‌آورد. ممکن است گاه یک حمله کمپلکس پارشیال به یک حمله تونیک کلونیک ژنرالیزه (یعنی از حالت فوکال به منتشر) تبدیل شود.

۴- صرع حساس به نور (Photosensitive): بیمار به دنبال تحریک نوری متناوب (مانند چراغ‌های چشمک‌زن) و یا دیدن تلویزیون (خصوصاً صفحه برفک تلویزیون) دچار حمله تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه می‌شود.

۵- صرع میوکلونی جوانان (Juvenile myoclonic epilepsy): در سنین نوجوانی و جوانی (به‌طور معمول ۱۵ سالگی) شروع می‌شود. با حملات تشنج میوکلونیک (پرش‌های ناگهانی و نامنظم و غیرریتمیک و بسیار کوتاه) و به‌علاوه حملات تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه مشخص می‌شود. هر دو نوع تشنج صبح بعد از بیدار شدن از خواب، بیشتر دیده می‌شود. این نوع تشنج زمینه خانوادگی دارد و به درمان پاسخ خوبی می‌دهد ولی احتمال عود بعد از درمان زیاد است.

تب و تشنج

تب و تشنج به تشنج ژنرالیزه‌ای گفته می‌شود که در طی یک بیماری تب‌دار سیستمیک، بدون درگیری مغز و پرده‌های مغزی ایجاد شده باشد. تب و تشنج به دو نوع ساده و پیچیده تقسیم می‌شود. نوع ساده، کوتاه‌مدت است، یک بار حمله دارد بدون تظاهرات موضعی عصبی است. اگر تشنج بیش از ۱۵ دقیقه ادامه یابد، یا در عرض ۲۴ ساعت چندین بار تکرار شود پیچیده یا کمپلکس نامیده می‌شود.

نحوه برخورد با تب و تشنج

تب و تشنج از نوع پیچیده نیاز به ارجاع فوری به نورولوژیست یا متخصص کودکان دارد.

تب و تشنج از نوع ساده زیر سن ۱۸ ماه نیاز به ارجاع فوری به نورولوژیست یا متخصص کودکان دارد.

تب و تشنج از نوع ساده بالای سن ۱۸ ماه اگر بیش از یک بار تکرار شود نیاز به ارجاع فوری به نورولوژیست یا متخصص کودکان دارد.

شناسایی و درمان صرع

بیمارانی که هر یک از این حالات را داشته باشند باید به شکل غیرفوری به نورولوژیست ارجاع داده شوند: تشنجهای فوکال از جمله صرع لوب تمپورال یا کمپلکس پارشیل سیژر، تشنج از چندین نوع، تشنجهای زیر ده سال و بالای ۱۸ سال و بیمارانی که معاینه نورولوژیک غیرطبیعی یا عقب ماندگی ذهنی دارند. در صورتی که این افراد نیاز به درمان دارویی داشته باشند، برای ادامه درمان به پزشک خانواده ارجاع می شوند.

در صرعه های زیر، درمان توسط پزشک خانواده شروع می شود و در ادامه درمان در صورت نیاز بیمار به سطح تخصصی ارجاع داده می شود.

الف) صرع ابسانس (absence) ← داروی انتخابی، سدیم والپروات یا اتوسوکسماید

ب) صرع میوکلونی جوانان (Juvenile myoclonic epilepsy) ← داروی انتخابی سدیم والپروات

ج) صرع فتوسنسیتیو (photosensitive) ← داروی انتخابی کاربامازپین

د) در مورد تشنجهای تونیک کلونیک ژنرالیزه (GTCS) یا grandma هر سه داروی فنی توئین، کاربامازپین و سدیم والپروات مؤثر هستند. فنوباریتال نیز از داروهای بسیار مؤثر است ولی به دلیل عوارض جانبی CNS (خواب آلودگی - کندی ذهن و) به عنوان داروی رده اول استفاده نمی شود. انتخاب بین سه داروی فوق بر اساس سن و جنس بیمار (با توجه به عوارض

طولانی مدت داروی فوق انجام گیرد).

- درمان همیشه به صورت تک دارویی آغاز می شود و در صورت کنترل نشدن حملات به تدریج دوز دارو تا حداکثر میزان مجاز افزایش می یابد (منظور از کنترل حملات این است که بیمار بیش از یک حمله در سال نداشته باشد).
- در صورتی که باز هم مفید نباشد، دارو را تغییر می دهیم (برای تعویض دارو باید داروی جدید اضافه شده و پس از رسانیدن به دوز لازم، داروی قبلی به تدریج قطع شود). اگر داروی دوم هم با بیشترین دوز مجاز در کنترل بیماری مؤثر نبود، بیمار را به صورت غیرفوری به نورولوژیست ارجاع می دهیم.
- در صورت کنترل شدن بیماری، هر دو ماه باید ویزیت ها تکرار شود. در مراجعات و پیگیری های دو ماهه بیمار، بررسی از نظر ۱- کنترل حملات ۲- عوارض دارویی انجام شود و هر سه ماه CBC و آزمون های کبدی چک شود.

- دوز درمانی فنی توئین: 300-400mg/day، (4-7 mg/kg در اطفال)

- دوز درمانی کاربامازپین: 600-1200mg/day، (20-30 mg/kg در اطفال)

- دوز درمانی سدیم والپروات: 1000-3000mg/day، (30-60 mg/kg در اطفال)

- دوز درمانی فنوباربیتال: 90-200mg/day، (3-5 mg/kg در اطفال)

- فنی توئین و فنوباربیتال را می توان به صورت تک دوز استفاده کرد ولی کاربامازپین و سدیم والپروات باید سه بار در روز (در سه دوز منقسم) تجویز شوند.

برخورد با عوارض دارویی

تقریباً تمام داروهای آنتی اپی لپتیک، عوارض سیستمیک (مانند عوارض گوارشی) و عوارض CNS (مانند اختلال تعادل، سرگیجه، گیجی، منگی، لرزش، کندی حافظه) را دارند و در صورتی که شدید نباشند با ادامه درمان تخفیف یافته و یا برطرف می شوند و نیاز به مداخله ندارند ولی

در صورتی که شدید باشند و باعث تغییر فعالیت روزانه و روند جاری زندگی فرد شوند، باید در ابتدا دوز دارو را کاهش داد. اما اگر با این کاهش حملات تشنج عود کند، باید دارو را تغییر داد. در صورت بروز عوارض ایدیوسنکراتیک داروهای ضد تشنج باید دارو را قطع کرد و بیمار را ارجاع داد. این عوارض عبارت‌اند از عوارض پوستی مخاطی (راش، درماتیت Exfoliative، اریتم مولتی فرم، سندرم استیونس جانسون)، آگرانولوسیتوز و آنمی آپلاستیک و مشکل کبدی.

نکاتی که پزشک باید به بیمار و همراهان وی آموزش دهد:

- تفاوت تشنج و صرع را توضیح دهید. تشنج مشکلی مربوط به مغز است. صرع یک بیماری است که شامل تشنج‌های مکرر است. صرع مسری نیست و در اثر جادو یا ارواح خبیثه ایجاد نمی‌شود.
- درباره ماهیت تشنج و علل احتمالی آن توضیح دهید. صرع یک بیماری مزمن است اما در ۷۵٪ از موارد می‌توان تشنج‌ها را به‌طور کامل کنترل کرد و فرد خواهد توانست باقی زندگی‌اش را بدون دارو سرکند.
- افراد مبتلا به صرع می‌توانند زندگی طبیعی داشته باشند، ازدواج کنند و بچه‌دار شوند.
- هرگز نباید کودکان مبتلا به صرع را از مدرسه رفتن بازداشت.
- افراد مبتلا به صرع می‌توانند بیشتر شغل‌ها را داشته باشند. اما باید از کار کردن با ماشین‌های سنگین یا در نزدیکی آنها خودداری کنند.
- افراد مبتلا به صرع باید از آشپزی روی آتش روباز یا شنا کردن به‌تنهایی خودداری کنند.
- افراد مبتلا به صرع باید از مصرف الکل زیاد یا مواد مخدر خودداری کنند. به‌علاوه کم‌خوابی یا در معرض نورهای چشمک‌زن قرار گرفتن برای آنها نامناسب است.

الف) نکات مربوط به مصرف دارو:

- ۱- دارو باید به طور مرتب و طبق دستور به مدت توصیه شده مصرف شود. مصرف نامرتب دارو شایع ترین علت از کنترل خارج شدن حملات تشنج است.
- ۲- اغلب عوارض دارویی شایع، گذرا بوده و با ادامه درمان و یا پس از قطع دارو بعد از مدت لازم، از بین می رود.
- ۳- قطع ناگهانی دارو خطر استاتوس اپی لپتیکوس دارد و از این رو نباید به طور ناگهانی قطع شود.

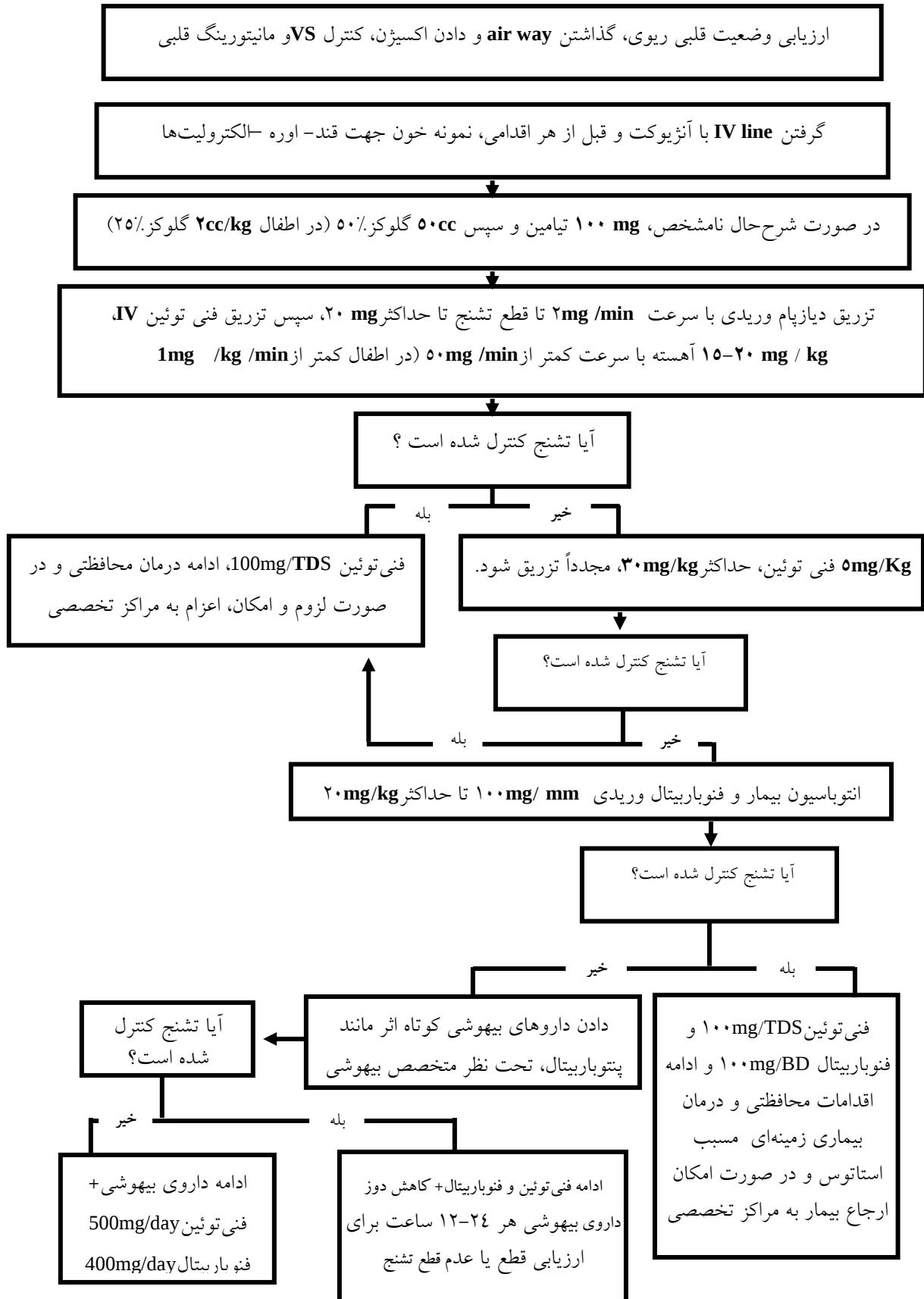
ب) اقدامات اساسی حین حمله:

- ۱- خونسردی خود را حفظ کنید و تا اتمام حمله تشنج در کنار بیمار بمانید.
- ۲- بیمار را به پهلو بخوابانید و سر بیمار هم به همان طرف باشد تا بهتر بتواند تنفس کند و ترشحات دهان یا استفراغ وارد ریه اش نشود.
- ۳- اجسام خطرناک و آسیب رساننده را از اطراف بیمار دور نگه دارید.
- ۴- اقدام خاصی مانند نگه داشتن اندام ها و گرفتن بیمار - باز کردن دهان بیمار، مؤثر نیست و حتی خطر آسیب جسمی را برای بیمار دربردارند. بنابراین از این کار خودداری کنید.
- ۵- تا زمانی که بیمار هوشیاری کامل خود را به دست نیاورده است از خوراندن آب، غذا، دارو به بیمار خودداری نمایید.
- ۶- گاهی بیماران قبل از حمله متوجه می شوند که الان تشنج خواهند کرد. در این موارد باید جایی که امن باشد دراز بکشند تا موقع افتادن آسیب نبینند.

ج) در موارد زیر بیمار باید سریع به مراکز درمانی برده شود:

- ۱- حمله ای که بیشتر از ده دقیقه به طول انجامیده است.
- ۲- دو یا بیشتر حمله که بین حملات فرد هوشیاری خود را به دست نیاورده است.
- ۳- آسیب های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی، که حین حمله اتفاق افتاده است.

پروتکل درمان استاتوس اپی لپتیکوس



اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی^۱

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی و کم‌بود توجه با نشانه‌های بیش‌فعالی (پرتحرکی)، تکانشگری و کم‌بود توجه بروز می‌نماید. بر اساس نوع علائم می‌توان آن را به سه نوع عمدتاً پرتحرک، عمدتاً بی‌توجه و مخلوط تقسیم نمود. در سنین قبل از مدرسه نوع عمدتاً پرتحرک بارزتر است و بیشتر قابل‌شناسایی است درحالی‌که نوع عمدتاً کم‌توجه در بچه‌های دبستانی زمانی که انجام تکالیف نیازمند توجه دچار مشکل می‌شود بارزتر است. این اختلال در پسرها شایع‌تر است و این کودکان در تداوم ارتباط با هم‌سن‌ها، عملکرد تحصیلی و اجتماعی دچار مشکل بوده و به‌دلیل ناتوانی در رسیدن به اهدافشان احساس شکست کرده، دچار ناکامی می‌شوند، این مساله اعتمادبه‌نفس آنها را دچار اشکال می‌کند.

علل و علائم

این اختلال به دلیل اشکال در برخی کارکردهای مغزی مثل توجه، کنترل مهاري و عملکردهای اجرایی ایجاد می‌شود. عامل ژنتیک در ایجاد این بیماری نقش مهمی دارد. برای تشخیص بیش‌فعالی و کم‌توجهی اختلالی باید دست‌کم ۶ نشانه از نشانه‌های بیش‌فعالی یا کم‌توجهی که به مدت ۶ ماه طول کشیده باشد وجود داشته باشد. برخی از این نشانه‌ها باید قبل از ۱۲ سالگی شروع‌شده باشد و لازم است این نشانه‌ها دست‌کم در دو مکان مجزا (مثل منزل و مدرسه) اتفاق بیفتند. البته باید دقت کرد که اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی بیشتر به‌صورت مختلط و ترکیبی از نشانه‌های دو گروه رخ می‌دهد. اما نباید تصور کرد در هر کودک دچار این اختلال حتماً نشانه‌های بیش‌فعالی وجود دارد و اختلال می‌تواند صرفاً با نشانه‌های کم‌بود توجه بروز کند. برای طرح تشخیص باید دقت کرد که پرتحرکی و رفتارهای تکانشی بیمار باید از حد مورد انتظار برای کودکان هم‌سن و هم‌سطح تکاملی زیادتر باشد.

¹ attention deficit hyperactivity disorder

نشانه‌های کم‌توجهی

- ۱- به جزئیات توجه کامل ندارد و یا این‌که در تکالیف مدرسه بی‌دقتی می‌کند (نمونه‌ها: جا انداختن حروف و کلمات در دیکته‌ها و یا عدم پاسخ به بعضی سؤالات در امتحانات).
- ۲- اغلب در تداوم توجه روی یک تکلیف و یا بازی مشکل دارد (سر تکالیفش به مدت طولانی نمی‌نشیند).
- ۳- اغلب به نظر می‌رسد وقتی با او صحبت می‌کنند گوش نمی‌دهد (حواس‌پرت و سربه‌هوا است).
- ۴- اغلب قادر نیست دستورعمل‌ها را دنبال کند و نمی‌تواند تکالیفش را تمام کند.
- ۵- اغلب قادر نیست تکالیف و فعالیت‌ها را سامان دهد (بی‌نظم است).
- ۶- اغلب از شرکت در فعالیت‌هایی که نیازمند تداوم توجه باشد اجتناب می‌کند (برای مثال از انجام تکالیف مدرسه سرباز می‌زند).
- ۷- اغلب وسایلی را که برای انجام تکالیف نیاز دارد گم می‌کند (برای مثال کیف و کتاب خود را در مدرسه جامی گذارد).
- ۸- به آسانی محرک‌های نامربوط محیطی حواس او را پرت می‌کند (برای مثال توجه وی در حین درس خواندن مرتب به سمت صداهای محیط می‌رود).
- ۹- در فعالیت‌های روزانه اغلب فراموشکار است (حرف‌هایی که به او زده می‌شود را فراموش می‌کند).

نشانه‌های بیش‌فعالی – تکانشگری

نشانه‌های بیش‌فعالی

- ۱- اغلب سر جایش وول می‌خورد و یا جابجا می‌شود.
- ۲- اغلب صندلی‌اش را در کلاس و یا هر جایی که انتظار نشستن می‌رود ترک می‌کند.

- ۳- اغلب زیاد می‌دود و یا در مکان‌هایی که متناسب نیست بالا و پایین می‌پرد.
- ۴- اغلب از آرام بازی کردن یا شرکت در فعالیت‌های زمان استراحت، به‌صورت آهسته ناتوان است.
- ۵- اغلب در حال حرکت است و طوری عمل می‌کند انگار او را هل می‌دهند یا به پایش موتور بسته‌اند.
- ۶- اغلب زیاد حرف می‌زند.

نشانه‌های تکانشگری

- ۱- اغلب قبل از آن‌که سؤال تمام شود پاسخ می‌دهد.
 - ۲- اغلب در انتظار کشیدن مشکل دارد (برای مثال نمی‌تواند در صف بایستد).
 - ۳- اغلب صحبت یا فعالیت دیگران را قطع می‌کند.
- به‌طورمعمول این کودکان با شکایت‌هایی مثل پرتحرکی، ناسازگاری، درس نخواندن و بی‌علاقگی به انجام تکالیف، جانداختن و بی‌دقتی در دیکته‌ها و پرخاشگری به پزشک ارجاع می‌شوند. این کودکان ممکن است علاقه زیاد به برنامه‌های تلویزیون و بازی‌های رایانه‌ای داشته باشند ولی برای انجام تکالیفشان رغبت نشان ندهند و موقع انجام تکالیف نیازمند نظارت دیگران باشند. ممکن است علائم اختلال از یک روز به روز دیگر متفاوت باشد و به‌خصوص در مورد کودکان بزرگ‌تر ممکن است در حضور پزشک برخلاف انتظار ساکت و آرام بنشینند.

نکته بالینی:

اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی، به‌طور شایعی با اختلالاتی چون اختلال یادگیری، اختلال وسواسی جبری، تیک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ... همراهی دارد. درنتیجه در صورتی‌که تشخیص این اختلال مطرح شد حتماً باید در جستجوی اختلالات همراه نیز بود. این موضوع در تعیین راهبرد درمانی اهمیت دارد. مثلاً متیل‌فنیدیت که برای درمان بیش‌فعالی و کم‌توجهی تجویز می‌شود می‌تواند سبب تشدید تیک شود.

درمان

درمان این اختلال در وهله اول استفاده از داروهای محرک نظیر متیل فنیدیت (ریتالین) است. این داروها می‌توانند بر تمام نشانه‌های این اختلال مؤثر باشند. از داروهای دیگری نظیر کلونیدین، بوپروپیون، مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین نیز می‌توان برای درمان این اختلال استفاده کرد. انواعی از درمان‌های غیردارویی نیز در مورد این اختلال استفاده شده است که از مؤثرترین آنها می‌توان به آموزش مدیریت رفتارهای کودکان به والدین اشاره نمود. درمان این اختلال و به‌طور مشخص تجویز داروهای محرک تنها در صلاحیت روان‌پزشک است و تمام موارد در صورت وجود نشانه‌ها جهت تأیید تشخیص و شروع درمان مناسب باید ارجاع شوند.

اصول کلی مشاوره و آموزش

- در صورت وجود اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه به والد در خصوص موارد زیر آموزش دهید:
 - ۱- در مورد لزوم درمان طولانی اختلال و این‌که حتماً ممکن است در مواردی با صلاح‌دید روان‌پزشک درمان در تابستان یا تعطیلات هم ادامه یابد توضیح دهید.
 - ۲- اختلال می‌تواند بدون بیش‌فعالی و فقط با نشانه‌های کم‌توجهی باشد.
 - ۳- اختلال بیش‌فعالی موجب افت عملکرد تحصیلی، اختلال در برقراری روابط مناسب با اطرافیان، دریافت بازخوردهای منفی از محیط و به دنبال آن کاهش اعتمادبه‌نفس و احساس ناکامی و افسردگی می‌شود. درمان می‌تواند اثر پیشگیرانه داشته باشد.
 - ۴- در مورد نحوه پیگیری درمان به والد آموزش دهید.
 - ۵- در مورد مشکلات رفتاری کودک و این‌که برخی از این مشکلات به دلیل وجود این اختلال است به والد آموزش دهید.
 - ۶- هرگز نظرتان را درباره این‌که کودک چه کارهایی را اجازه دارد یا اجازه ندارد انجام دهد تغییر ندهید.
 - ۷- این کودکان به تشویق‌هایی که بلافاصله پس از رفتار مثبت بوده و پیوسته تکرار شوند پاسخ می‌دهند. لازم نیست حتماً از یک کالا یا هدیه برای تشویق استفاده نمود. تشویق می‌تواند لفظی یا رفتاری باشد ولی مهم است که برجسته‌تر از برخورد معمولی بوده و بلافاصله پس از رفتار باشد.
 - ۸- این کودکان نسبت به تنبیه بدنی پاسخ مناسبی نداشته و حتی بدرفتاری‌شان بدتر می‌شود. تنبیه

- باید خفیف باشد مثل ندادن جایزه یا محروم کردن از تفریح. دفعات استفاده از تنبیه باید خیلی کمتر از تشویق باشد.
- ۹- از بین مشکلات رفتاری تنها به مهم ترین موارد واکنش نشان دهید. سعی کنید راهی بیابید که از رویارویی شدید با کودک و شرایطی که می توان پیش بینی کرد باعث مشکل خواهد شد، پرهیزید.
- ۱۰- موقع عصبانیت با کودک بحث نکنید.
- ۱۱- تغییر رفتار را با تمرکز بر تعداد کمی رفتارهای قابل مشاهده که به نظرتان کودک باید انجام دهد، شروع کنید.
- ۱۲- دستورهای کوتاه، روشن و ساده ای بدهید با تمرکز بر کاری که باید کودک انجام دهد، نه کاری که نباید انجام دهد.
- ۱۳- رژیم غذایی خاصی اثر تشدیدکننده بر اختلال ندارد.
- ۱۴- داروهای محرک منجر به وابستگی در کودکان مبتلا نمی شود، بلکه خطر وابستگی در آینده را هم در کودک کمتر می کند.
- ۱۵- در صورت پیگیری مناسب، رشد کودک مبتلا همانند دیگر کودکان خواهد بود.

توصیه به آموزگار

برای رسیدگی به نیازهای آموزشی خاص کودک برنامه ریزی کنید. کارهایی مثل:

- کودک را در جلوی کلاس بنشانید.
- به کودک زمان بیشتر برای درک تکالیف بدهید.
- تکالیف طولانی را به بخش های کوچک تری تقسیم کنید.

پیگیری

پزشک مراقبت های اولیه لازم است در طول درمان وضعیت رشدی و وزن کودک را در فواصل هر ۳ تا ۶ ماه یکبار ارزیابی کند. تغییر یا قطع دارو باید با نظر پزشک متخصص انجام شود. با توجه به نیاز به درمان طولانی مدت نظارت بر مصرف منظم دارو در هر ملاقات با خانواده ضروری است.

اختلالات رفتارهای ایدایی^۱

مقدمه

علامت اصلی در این دسته از اختلالات، مشکلات رفتاری در زمینه‌های مختلف است. دو اختلال اصلی که در این دسته قرار می‌گیرند عبارت‌اند از "اختلال رفتار نافرمانی مقابله‌ای"^۲ و "اختلال سلوک"^۳. نشانه برجسته *اختلال رفتار نافرمانی مقابله‌ای*، لجبازی و بی‌اعتنایی نسبت به خواست مراقبان و بزرگ‌ترها است. اختلال عمدتاً در محیط خانواده دیده می‌شود و ممکن است در خارج از خانه کودک مشکلی نداشته باشد. گاهی مشکل در محیط مدرسه هم بروز می‌کند و در ارتباط با معلمان یا اولیای مدرسه دیده می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال از دید دیگران کودکان لجباز و سرکش هستند. در *اختلال سلوک* علامت اصلی زیر پا گذاشتن قانون و حقوق دیگران است. تخریب اموال دیگران، پرخاشگری، دزدی و فریبکاری جزو علائم این اختلال است. تعدادی از افراد مبتلا به این اختلال بعدها به اختلال شخصیت ضداجتماعی مبتلا خواهند شد.

علائم

اختلال رفتار نافرمانی مقابله‌ای: مهم‌ترین ویژگی این اختلال، نافرمانی و مقابله‌جویی با درخواست‌های والدین، مراقبان، معلمان و اولیای مدرسه است. البته باید دقت کنید که لجبازی در سنین ۲ تا ۳ سالگی به‌طور طبیعی نیز دیده می‌شود و تا حدی که شدید نبوده، کوتاه‌مدت باشد و منجر به اختلال و رنج نشود طبیعی تلقی می‌شود. میزان مشخصی از رفتار مقابله‌جویانه که قابل مدیریت باشد و اختلال جدی ایجاد نکند زمینه‌ساز استقلال نسبی کودک در حال رشد از والدین است. برای تشخیص، علائم باید حداقل شش ماه تداوم داشته باشد. این کودکان به‌طور معمول نرم‌خویی خود را از دست داده، به‌راحتی دلخور می‌شوند. کودکان مبتلا به‌طور معمول به‌صورت فعال با

¹ disruptive behavior disorders

² oppositional defiant disorder

³ conduct disorder

خواسته‌ها و دستورات بزرگ‌ترها و همسالان مخالفت می‌کنند و با آنها بحث می‌نمایند. پرخاشگری نسبت به بزرگ‌ترها و سرزنش دیگران به‌خاطر خطاهای خودشان از دیگر نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال است. سن شایع اختلال مقابله‌ای و بی‌اعتنایی سنین قبل از مدرسه و سن دبستان است. این اختلال به‌طور شایعی همراه با اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه دیده می‌شود و در تشخیص افتراقی آن باید اختلال دوقطبی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال سلوک را در نظر داشت.

اختلال سلوک: مهم‌ترین مشخصه اختلال سلوک، نقض قانون و حقوق دیگران از طریق رفتارهای آسیب‌رسان است. مهم‌ترین این رفتارها عبارت‌اند از: تخریب اموال دیگران؛ دزدی؛ فریبکاری؛ ورود بدون اجازه به محل زندگی یا کسب دیگران؛ کتک‌کاری و پرخاشگری؛ فرار از منزل یا مدرسه؛ بیرون ماندن از منزل در شب بدون اطلاع خانواده؛ مصرف مواد مخدر؛ وادار کردن دیگران به رابطه جنسی.

برای تشخیص باید دست‌کم سه علامت به‌مدت طولانی وجود داشته باشد و اختلالات دیگری مثل افسردگی یا دوقطبی مسئول بروز نشانه‌ها نباشند. اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان کمتر از ۱۸ سال دیده می‌شود و قبل از ۱۳ سالگی باید نشانه‌ها آغاز شده باشد. نوع اولیه این اختلال قبل از ۱۰ سالگی شروع می‌شود و پیش‌آگهی بدتری دارد.

ارزیابی و درمان

اختلال رفتار نافرمانی و مقابله‌ای: درمان اولیه انجام مداخله‌های خانوادگی برای تسهیل آموزش والدین در ایجاد مهارت‌های مورد نیاز برای کودک است. درمان اصلی این اختلال غیردارویی است و مبتنی بر تقویت رفتارهای مناسب و نادیده گرفتن یا عدم تقویت رفتارهای نامطلوب است. دارو جایگاهی در درمان ندارد مگر برای درمان اختلالات همراه چون اضطراب یا افسردگی. در صورت شدید بودن بهتر است بیمار جهت ارزیابی و درمان به روان‌پزشک ارجاع شود.

اختلال سلوک: از داروهایی چون داروهای ضدروان‌پریشی مانند هالوپریدول و الانزاپین در درمان رفتارهای پرخاشگرانه این کودکان و نوجوانان استفاده می‌شود. اما درمان اصلی در این اختلال نیز

غیردارویی است و کاربرد دارو محدود به درمان اختلالات همراه است. به عنوان نمونه چنان که ذکر شد این اختلال می تواند در مواردی با اختلال بیش فعالی و کمبود توجه همراهی داشته باشد. در این موارد از محرک ها برای درمان استفاده می شود. در صورت هرگونه شک به اختلال سلوک در اسرع وقت بیمار را به روان پزشک ارجاع دهید.

اصول آموزش والدین

- ۱- رفتارهای کودک یا نوجوان در هر دو اختلال به معنای کودک یا نوجوان "بد" بودن نیست و نشانه های یک اختلال روان پزشکی است.
- ۲- اهمیت یاد گرفتن مهارت های والدی در مدیریت رفتار کودک و نوجوان مبتلا را گوشزد کنید.
- ۳- اهمیت درمان را در پیشگیری از افزایش شدت اختلال و احتمال پیشرفت به سمت رفتارهایی چون سوء مصرف مواد یا بی بندوباری جنسی یادآور شوید.
- ۴- اهمیت دارودرمانی در درمان اختلالات همراه را به والدین یادآور شوید.

پیگیری

بهتر است در این بیماران هرگونه تجویز، تغییر یا قطع دارو با نظر پزشک متخصص روان پزشک انجام شود. با توجه به نیاز به درمان طولانی مدت نظارت بر مصرف منظم دارو در هر ملاقات با خانواده ضروری است. به نشانه های دال بر رفتارهای پرخطر در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک حساس باشید و در صورت وجود مداخله متناسب را مدنظر داشته باشید. خودکشی در افراد مبتلا به اختلال سلوک چندان شایع نیست اما با توجه به احتمال وجود اختلالات همراه بهتر است ارزیابی و در صورت وجود مداخله لازم مدنظر قرار گیرد.

اختلال یادگیری اختصاصی^۱

مقدمه

فرد مبتلا به این اختلال به طور معمول کودکی است که با وجود هوش طبیعی در یادگیری یکی یا بیشتر از توانایی‌ها مثل خواندن، نوشتن یا ریاضیات مشکل دارد. بنابراین عملکرد کودک در یادگیری سایر توانایی‌ها کاملاً طبیعی است. در صورت وجود همزمان ناتوانی ذهنی و اختلال بیش فعالی و نقص توجه اختلال موجود در یادگیری باید بیش از حدی باشد که با نقایص هوشی و توجه در این کودکان توجیه می‌شود. کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه ممکن است به علت تمرکز ناکافی کلماتی را در دیکته جابباندازد یا فراموش کند پاسخ بعضی سؤالات ریاضی را دقیق بنویسد، در این موارد اختلال یادگیری اختصاصی مطرح نیست. در کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی نیز قدرت یادگیری و مفهوم‌پردازی در تمام حوزه‌ها کاهش دارد و محدود به یادگیری نوشتن یا ریاضیات نیست. بنابراین از نظر بالینی این کودکان سطح پایین‌تری از عملکرد تحصیلی نسبت به عملکرد هوشی خود دارند.

علل و علائم

اختلال یادگیری اختصاصی در سه نوع اشکال در خواندن، نوشتن و ریاضیات دسته‌بندی می‌شود. در مواردی که کودک با افت عملکرد تحصیلی مراجعه می‌کند پزشک باید احتمال وجود اختلال یادگیری اختصاصی را در نظر داشته باشد. توانایی خواندن کودکانی که نقص خواندن دارند در زمینه‌های میزان خواندن، دقت خواندن و درک مطلب پایین است، و اغلب با مشکل در هجی کردن، ضعف نوشتن و تأخیر کلام، همراه است. نقص در ریاضی با مشکل در محاسبه و منطق ریاضی مشخص می‌شود. این کودکان معمولاً در یادگیری نام اعداد، به خاطر آوردن نشانه‌های جمع و تفریق، یادگرفتن جدول ضرب و انجام جمع اعداد با مشکل روبرو هستند.

^۱ specific learning disorder

نوعی که با نقص نوشتاری همراه است، نقص اساسی در توانایی‌های نوشتن وجود دارد. در این اختلال استفاده از گرامر، نقطه‌گذاری، سازماندهی، هجی کردن و دست‌خط دچار مشکل است. این کودکان بدخط هستند. حروف را وارونه می‌نویسند و در نوشتن کلمات مشکل دارند. مثلاً اگر در دیکته کودکی به جای خواندن، "خواندن" دیدید باید به این اختلال شک کرد. البته بدیهی است وجود تنها یک اشتباه مطرح کننده اختلال یادگیری نیست.

اختلال یادگیری اختصاصی به‌طور معمول در همان سال‌های اولیه دبستان مورد توجه قرار می‌گیرد و در صورت آگاهی کافی تشخیص داده می‌شود. همچون سایر اختلالات روان‌پزشکی کودک و نوجوان انواعی از اختلالات دیگر مثل اختلالات اضطرابی، افسردگی اساسی، اختلال بیش‌فعالی و نقص تمرکز و ... ممکن است همراه با اختلال یادگیری اختصاصی دیده شود. به‌طور مشخص به همبودی دو اختلال یادگیری اختصاصی و بیش‌فعالی و نقص تمرکز دقت نمایید. تا بیش از ۲۵٪ کودکان مبتلا به اختلال یادگیری اختصاصی با نقص خواندن از اختلال بیش‌فعالی و نقص تمرکز نیز به‌صورت همزمان رنج می‌برند، به‌گونه‌ای که احتمال آسیب‌پذیری ژنتیکی مشترک میان دو اختلال مطرح است.

تشخیص و درمان

این کودکان به‌طور معمول با مشکلات تحصیلی جدی روبرو هستند که ممکن است با همین شکایت به پزشک مراجعه نمایند. پزشک خانواده باید قادر باشد بر اساس نوع علائم همراه و نوع مشکل تحصیلی مشخص کند که علت افت تحصیلی چیست. اغلب این اختلالات از نظر پزشکان پنهان مانده و کودک سال‌ها مشکل تحصیلی را خواهد داشت لذا تشخیص زودهنگام و ارجاع به‌موقع کودک برای انجام مداخلات درمانی می‌تواند از مشکلات بعدی پیشگیری نماید.

برای تشخیص زودهنگام می‌توانید از جدول زیر بهره بگیرید:

در صورت وجود مشکل در دست‌کم یکی از زمینه‌های خواندن، نوشتن یا ریاضی موارد زیر را ارزیابی کنید:
از چه زمانی متوجه نقص شده‌اند؟
آیا کودک در روخوانی و هجی کردن کلمات مشکل دارد؟
آیا کودک در یادگیری نوشتن کلمات مشکل دارد؟
آیا در جمله‌بندی صحیح و پاراگراف‌بندی مشکل دارد؟
آیا در نوشتن روی خط و فاصله‌گذاری بین کلمات مشکل دارد؟
آیا در تبدیل نمادهای ریاضی عددی به حروفی و برعکس مشکل دارد؟
آیا در جمع و تفریق و محاسبه ریاضی مشکل دارد؟
آیا در ترسیم هندسی مشکل دارد؟

به‌طور کلی در درمان اختلال یادگیری اختصاصی، دارو جایگاهی ندارد مگر در درمان اختلالات همراه مانند اختلال بیش‌فعالی و نقص تمرکز. درمان اختلالات همراه، کمکی به درمان اختلال یادگیری نمی‌کند و درمان اختلال یادگیری اختصاصی مبتنی بر آموزش و تمرین مداوم است. در این آموزش‌ها بسته به نوع اختلال مواردی چون مفاهیم ریاضی، ارتباط حروف و صداها و بیان و نوشتن جمله‌ها در چارچوب دستور زبان آموزش داده می‌شود. بازخورد مثبت به کودک زمینه را برای پیشرفت بهتر وی و عملکرد مناسب‌تر اجتماعی و تحصیلی مهیا می‌سازد.

اصول کلی مشاوره و آموزش

ماهیت اختلال را به خانواده آموزش دهید و آنها را برای اقدام به درمان ترغیب نمایید. به‌علاوه اهمیت پرهیز از سرزنش کودک و در مقابل بازخورد مثبت به پیشرفت‌های هر چند کوچک وی را یادآور شوید. مهم است خانواده بداند که کودک دچار یک اختلال نیازمند درمان است و عامل مشکل او ارادی نیست و برای مثال ناشی از تنبلی نیست.

اوتیسم^۱

تعریف

اوتیسم یا در خودفرورفتگی یکی از اختلالاتی است که همانند عقب‌ماندگی ذهنی از همان سال‌های اول زندگی (قبل از ۳ سالگی) خود را نشان می‌دهد. از اولین نکاتی که در یک کودک اوتیسمی جلب توجه می‌کند این است که کودک به آدم‌ها و چیزهایی که اطرافش هستند توجه زیادی ندارد. برای مثال کودکان عادی به صورت مادرشان و سایر افرادی که نزدیکشان می‌شوند نگاه می‌کنند و وقتی فرد آشنایی نزدیک می‌شود دستانشان را به شکلی بالا می‌برند که بغلشان کنند. ولی کودکان مبتلا به اوتیسم به چشم‌های دیگران نگاه نمی‌کنند، با دیدن دیگران یا در پاسخ به آنها لبخند نمی‌زنند و علاقه‌ای به بغل شدن یا موردتوجه قرار گرفتن هم ندارند. وقتی هم که بزرگ‌تر می‌شوند با هم سن و سالان خود نمی‌جوشند و تمایلی به انجام کارهای دسته‌جمعی ندارند.

از طرف دیگر کودکان مبتلا به اوتیسم در یادگیری زبان و ارتباط برقرار کردن با دیگران هم مشکل دارند. این کودکان نمی‌توانند همانند دیگر بچه‌ها تکلم را یاد بگیرند و دیرتر به حرف می‌افتند یا اینکه هیچ‌وقت نمی‌توانند به خوبی حرف بزنند و کلامشان ممکن است کلیشه‌ای و تکراری باشد. علاوه بر این ممکن است رفتارهای دیگر و بازی‌های این کودکان هم تکراری و کلیشه‌ای باشد. برای مثال فقط به اسباب‌بازی‌های محدود یا قسمتی از آنها علاقه نشان می‌دهند و بازی‌های تکراری انجام می‌دهند. به علاوه نمی‌توانند با اسباب‌بازی‌هایشان بازی‌های تخیلی انجام دهند، مثلاً نمی‌توانند یک قوطی کبریت را به عنوان ماشین یا یک کتاب را یک آدم تصور کنند. رفتارهای تکراری در تنه و اندام‌ها به صورت حرکات جلو و عقب و حرکات چرخشی، قطاری چیدن اشیا یا جمع‌آوری آنها، داشتن عادات خاص و مقاومت به تغییر، توجه بیش از حد به موضوعات خاص از دیگر ویژگی‌های این کودکان است.

¹ autism

غربالگری و نحوه ارجاع

سه سؤالی که برای غربالگری اختلال اوتیسم پرسیده می شود عبارت اند از:

- ۱- آیا کودک در عملکرد زبان مشکل دارد؟
- ۲- آیا کودک در برقراری ارتباط غیرکلامی با سایر کودکان و اطرافیان مشکل دارد؟
- ۳- آیا کودک حرکات تکراری یا علائق خاص غیرطبیعی دارد؟

اگر پاسخ به هر یک از این سؤالات مثبت باشد باید به تشخیص اختلال اوتیسم مشکوک شد و سایر خصوصیتی که در متن بالا ذکر شدند را با دقت بیشتری در کودک بررسی کرد. در صورتی که وجود اختلال در دست کم دو حیطه از سه حیطه فوق (زبان، برقراری روابط بین فردی و رفتارها و علائق محدود و تکراری) محرز شود، کودک باید برای بررسی بیشتر به روان پزشک ارجاع شود.

درمان و پیگیری

درمان اختلال اوتیسم مثل سایر اختلالات شامل درمان های دارویی و غیردارویی است. درمان های دارویی معمولاً برای کنترل و کاهش مشکلات همراه، مثل بی قراری شدید، پرتحرکی، آسیب به خود و یا نشانه های خلقی یا اضطرابی به کار می رود. بر حسب نوع مشکل می توان از داروهای مختلفی مثل ریسپریدون یا هالوپریدول استفاده نمود. درمان های غیردارویی شامل گفتاردرمانی، رفتاردرمانی و برخی مدل های درمانی خاص است که با توجه به حوزه های درگیر توسط متخصصان انتخاب می شود.

در جلسات پیگیری پزشک باید بیمار را از نظر نحوه مصرف دارو و عوارض آن کنترل نماید ولی تغییر دوز یا قطع دارو باید با نظر پزشک متخصص انجام شود. نظارت بر نحوه انجام مداخلات توان بخشی و گفتاردرمانی نیز می تواند در جلسات پیگیری صورت گیرد و خانواده به ادامه دادن درمان تشویق شوند.

موارد ارجاع

- حملات تشنجی
- رفتارهای آسیب زننده به خود
- پرخاشگری

- تهاجم به دیگران
- اجتناب ناگهانی از رفتن به مدرسه
- امتناع از غذا خوردن به مدت طولانی
- افکار خودکشی یا اقدام به آن
- مواجهه با وقایع آسیب‌زای شدید نظیر آدم‌ربایی، تهاجم، آزار جسمی شدید، آزار جنسی، سوانح و تصادفات شدید

اختلال تیک^۱

مقدمه

تیک‌ها حرکات یا صداهای ناگهانی، بی‌هدف، مکرر و تکرارشونده‌اند، که به‌طور ناخواسته و یا در پاسخ به یک تمایل درونی قوی انجام می‌پذیرند. فرد ممکن است بتواند تنها برای مدت کوتاهی مانع بروز آنها شود. بسامد تیک متفاوت و دوره‌های تشدید یا تخفیف دارد. تیک ساده حرکات یا اصوات ناگهانی، کوتاه و بی‌معنی‌اند ولی تیک‌های پیچیده می‌توانند به‌شکل حرکات منظم و هدفمندتر یا اصوات مشخص (مثل ناسزا گفتن) تظاهر نمایند. تیک‌ها به‌طور معمول در شرایط استرس، اضطراب و خستگی تشدید می‌شوند.

علل و علائم

اختلال تیک به‌دلیل نقص در مسیرهای عصبی مسئول کنترل حرکات ایجاد می‌شود. بر اساس برخی منابع، نوروترانسمیتر دوپامین در این مسیر نقش اساسی دارد. اختلال تیک را می‌توان بسته به نوع علامت و مدت در سه دسته زیر دسته‌بندی کرد:

اختلال تیک گذرا: این تیک‌ها در سنین قبل از بلوغ شایع‌اند و در پسرها بیش از دخترها دیده می‌شوند. در این اختلال ممکن است یک یا چند تیک صوتی و یا حرکتی وجود داشته باشد. انواع صوتی شیوع کمتری دارد. کودک ممکن است متوجه وجود تیک نباشد. برای طرح تشخیص، علائم باید دست‌کم ۴ هفته وجود داشته باشد ولی کمتر از یک سال ادامه یابد.

¹ tic

اختلال تیک حرکتی یا صوتی مزمن: دوره زمانی این تیک‌ها طولانی‌تر از یک سال است و دوره‌های تیک باید حداقل سه ماه طول کشیده باشد. در این اختلال نیز چون اختلال تیک گذرا، ممکن است یک یا چند تیک صوتی و یا حرکتی وجود داشته باشد.

اختلال تور: اولین نشانه‌های تور معمولاً در سنین ۵ تا ۸ سال ظاهر می‌شوند. در ابتدا ممکن است به صورت اختلال تیک گذرا دیده شود ولی بعداً این تیک‌ها ادامه می‌یابند. در اختلال تور تیک‌های صوتی و حرکتی هر دو وجود دارند، به گونه‌ای که در دوره‌ای از اختلال چند تیک حرکتی و یکی یا بیشتر تیک صوتی باید به صورت همزمان وجود داشته باشد. ممکن است تیک‌های پیچیده نیز دیده شوند. تیک‌های حرکتی معمولاً قبل از تیک‌های صوتی ظاهر می‌شوند.

نکته بالینی:

چون دیگر اختلالات روان‌پزشکی کودک و نوجوان، وجود اختلالات همراه یک قاعده است. برخی اختلالات با اختلال تیک مرتبط بوده و قبل، یا همراه آن دیده می‌شوند. این اختلالات عبارت‌اند از: اختلالات اضطرابی، افسردگی، مشکلات یادگیری، اختلال بیش‌فعالی و نقص تمرکز و اختلال وسواسی-جبری. کودکانی که اختلال تیک دارند ممکن است مشکلات رفتاری نظیر لجبازی و بدخلق‌ی نیز داشته باشند.

درمان

کلیه بیماران باید برای تکمیل ارزیابی در بدو تشخیص به صورت غیرفوری به سطح تخصصی ارجاع داده شوند. درمان اختلال تیک برحسب دوره آن متفاوت است. اختلالات تیک گذرا (کمتر از ۱۲ ماه) نیاز به درمان دارویی نداشته و در موارد زیادی خودمحدودشونده‌اند. در این موارد ارائه آموزش و توصیه‌هایی به والدین کمک‌کننده است. در مواردی که تیک مزمن شده و یا اختلال تور وجود دارد نیز درمان دارویی حتمی نیست مگر آن‌که تیک استرس زیادی را بر فرد یا خانواده تحمیل و اختلال عملکرد قابل توجهی را ایجاد کرده باشد. در این صورت استفاده از بلوک‌کننده‌های رسپتور دوپامینی نظیر هالوپریدول و رسپریدون با دوزهای کم مفید است.

مواردی که باید به خانواده آموزش داده شود

- ۱- این اختلال به دلیل نقص در سیستم اعصاب مرکزی است و کودک این حرکات را عمدی تولید نمی‌کند.
- ۲- در طول درمان ممکن است علائم کم‌وزیاد شود و نباید درمان را بدون اجازه پزشک قطع کرد.
- ۳- به تیک‌های کودک توجه نکنند و به‌خاطر تیک به کودک تذکر ندهند.
- ۴- بسیاری از تیک‌ها گذرا هستند به‌خصوص زمانی که مدت زمان کمی از شروع آنها گذشته باشد در این خصوص به والد اطمینان‌بخشی کنید. در برخی موارد و با نظر متخصص انجام درمان ضروری است.

پیگیری

اختلال تیک یک اختلال درازمدت با دوره‌های فروکش و عود است. در هر ویزیت پیگیری باید کودک را از نظر بهبود و یا عدم بهبود به‌دنبال درمان دارویی و وجود یا عدم وجود عوارض دارویی در فواصل یک تا دو ماه ارزیابی نمود. بیمار به‌طور سالانه برای ارزیابی و لزوم ادامه درمان به سطح تخصصی ارجاع غیرفوری می‌شود.

اختلالات دفعی^۱

مقدمه

کنترل دفع ادرار و مدفوع به مرور و در جریان تکامل کودک کسب می‌شود. زمانی که این اتفاق در مدت زمان مورد انتظار رخ ندهد تشخیص اختلال دفعی مطرح می‌گردد. این اختلالات به دو دسته شب‌ادراری و بی‌اختیاری مدفوع تقسیم می‌شود.

علل و علائم

شب‌ادراری: به عدم کنترل ادرار به صورت غیرارادی یا ارادی نامتناسب با سن و سطح تکامل کودک اطلاق می‌شود. شب‌ادراری تا حدود ۵ سالگی طبیعی تلقی می‌شود. بعد از سن ۵ سالگی چنانچه حداقل دو بار در هفته به مدت ۳ ماه اتفاق افتد یا این که بروز آن باعث رنج شدید و افت عملکرد شود غیرطبیعی تلقی می‌شود. این اختلال دو نوع اولیه و ثانویه دارد. نوع اولیه مربوط به کودکانی است که هیچ کنترلی روی ادرار به دست نیاورده‌اند و نوع ثانویه زمانی است که کودک مدت زمان قابل توجهی (حداقل ۶ ماه) توانایی کنترل ادرار داشته است و پس از آن دوباره دچار بی‌اختیاری شود. قبل از تشخیص باید اختلالات طبی سبب‌ساز افزایش حجم یا تکرار ادرار بررسی و رد شوند. شیوع اختلالات هیجانی و رفتاری (مثل اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و اختلالات اضطرابی) در این کودکان بیشتر از جمعیت عمومی است. بی‌اختیاری مدفوع هم ممکن است به صورت همزمان دیده شود. گاهی ممکن است خانواده‌ها کودک را به دلیل مشکلات دیگری نزد پزشک بیاورند و لازم است پزشک همواره در ارزیابی کودکان در مورد کنترل ادرار و شب‌ادراری سؤال کند.

بی‌اختیاری مدفوع: به دفع نامتناسب مدفوع به صورت غیرارادی یا تعمدی در محل‌های نامناسب حداقل یک بار در ماه به مدت ۳ ماه در کودکان بالاتر از ۴ سال اطلاق می‌شود. این مشکل نباید ناشی از مصرف ملین‌ها و سایر علل شناخته‌شده طبی باشد. در نوع اولیه کودک هیچ کنترلی به دست نیاورده

¹ elimination

اما در نوع ثانویه کودک حداقل یک سال کنترل داشته است. بی‌اختیاری توأم با یبوست و حالت سرریزی شایع‌ترین فرم اختلال است. نوع دوم که بدون یبوست و سرریزی است شیوع کمتری دارد. کودکان دچار این اختلال در ارتباط با همسالان دچار مشکل بوده و اعتمادبه‌نفس پایینی دارند.

تشخیص و درمان

پیش از هر نوع اقدام درمانی باید اختلال‌های طبی محتمل رد شود. عفونت‌های ادراری، انسداد و ناهنجاری‌های آناتومیک می‌تواند باعث اختلال در عملکرد مثانه و بی‌اختیاری ادراری شود. در کودکانی که بی‌اختیاری به دو فرم شبانه و روزانه توأم وجود دارد و نشانه‌هایی چون تکرر ادرار یا فوریت به‌صورت همزمان دیده می‌شود باید احتمال طبی بودن اختلال را به‌صورت مشخص مدنظر قرار داد.

همچنین در درمان شب‌ادراری باید به اولیه یا ثانویه بودن و عوامل مؤثر در ایجاد یا تشدید اختلال توجه داشت. به‌عنوان نمونه احتمال وجود عوامل هیجانی در ایجاد نوع ثانویه اختلال محتمل است. برای مثال تولد کودکی جدید ممکن است منجر به پسرفت فرزند ارشدتر و وقوع بی‌اختیاری ادرار در سنین نامعمول شود.

کلیه بیماران باید برای تکمیل ارزیابی در بدو تشخیص و پس از رد علل ثانویه به‌صورت غیرفوری به سطح تخصصی ارجاع داده شوند. استفاده از روش‌های شرطی‌سازی نظیر تشکچه و زنگ و استفاده از جدول رفتاری به‌عنوان درمان غیردارویی کمک‌کننده است. در درمان این اختلال می‌توان از ایمی‌پرامین یا دسموپرسین استفاده نمود. میزان پاسخ‌دهی به هر دو دارو قابل توجه است و قطع هر دوی این داروها با عود علائم همراه خواهد بود.

ایمی‌پرامین را می‌توان به‌میزان ۲۵ تا ۷۵ میلی‌گرم به‌صورت تک دوز شبانه تجویز نمود. هر سه ماه یک بار دارو را به‌تدریج کم نموده و در صورت عود مجدداً دارو را افزایش می‌دهیم. دسموپرسین داروی دیگری است که در درمان این اختلال به‌کار می‌رود و به‌صورت اسپری، قطره بینی و قرص

موجود است. در صورت استفاده از این دارو لازم است محدودیت دریافت مایعات در ساعات آخر شب قبل از خواب وجود داشته باشد (احتمال بروز هیپوناترمی و تشنج وجود دارد).

درمان بی‌اختیاری مدفوع باید پس از یک ارزیابی دقیق طبی آغاز شود. معاینه و ارزیابی‌های طبی در تشخیص این اختلال هم‌تراز ارزیابی‌های روان‌پزشکی حائز اهمیت است. استفاده از ملین‌ها و روش‌های شرطی‌سازی و رفتاری بر حسب نوع اختلال مفید است. در مورد بی‌اختیاری مدفوع باید به عوامل استرس‌زای محیطی و اختلالات همراه بیشتر توجه نمود.

در مورد هر دو اختلال، چون دیگر اختلالات روان‌پزشکی کودک و نوجوان ارزیابی دقیق و درمان اختلالات همراه همواره باید مورد توجه باشد.

مواردی که باید به خانواده آموزش داده شود

در مورد بی‌اختیاری ادرار

۱- این اختلال در اکثر موارد خودمحدودشونده است ولی به‌دلیل عوارض و تأثیراتش نیازمند درمان است.

۲- کودک به‌عمد اقدام به این کار نمی‌کند.

۳- هرگز کودک را به‌خاطر این اتفاق تنبیه بدنی نکنند.

۴- پیگیری درمان و انجام روش‌های رفتاری و دارویی توصیه‌شده از اهمیت زیادی برخوردار است.

در مورد بی‌اختیاری مدفوع

۱- کودک را به‌خاطر این رفتار تنبیه بدنی نکنند.

۲- در صورت وجود نوع احتباسی همراه با یبوست به لزوم استفاده از ملین‌ها در رژیم غذایی تأکید کنید.

۳- در خصوص پیگیری درمان آموزش دهید.

پیگیری

اختلال شب‌ادراری اختلالی است که به‌مرور زمان محدود شوند است. لذا هر سه ماه یک بار می‌توان دوز دارو را کاهش داد و چنان‌چه شب‌ادراری بازگشت باید دوز دارو را مجدد افزایش داد. در مورد عدم کنترل مدفوع نیز ارزیابی دوره‌ای از نظر پیشرفت درمان لازم است. چنانچه پاسخ به درمان کامل نبود ارزیابی مجدد توسط سطح تخصصی لازم است.

اختلالات زبان و ارتباط^۱

مقدمه

اختلالات ارتباطی به نقص در دریافت و مبادله اطلاعات اطلاق می‌شود. بر اساس تعریف اختلال ارتباطی عبارت است از نقص در توانایی دریافت، ارسال، پردازش و درک مفاهیم به‌صورت کلامی، غیرکلامی و نوشتاری. این اختلال به دو دسته اختلال زبان (language disorder) مثل مشکل در درک یا در به‌کاربردن زبان و اختلال گفتار (Speech disorder) نظیر لکنت زبان تقسیم می‌شود.

علل و علائم

در اختلال زبان، کودک در درک زبان یا در کاربرد زبان مشکل دارد. بنابراین در حالت اول نمی‌تواند صحبت‌های دیگران را به‌درستی درک کند و درک ضعیفی دارد و در حالت دوم قادر به استفاده از نمادهای کلامی نیست که به‌صورت تأخیر در استفاده از زبان و یا استفاده نادرست از نمادهای زبانی دیده می‌شود. در کودکان نوپا و پیش‌دبستانی باید به این توجه کرد که آیا کودک قادر به صحبت کردن هست یا خیر و نیز دامنه لغات و کاربرد صحیح کلمات را ارزیابی کرد. در کودکان دبستانی توانایی درک عبارات پیچیده‌تر، کاربرد صحیح کلمات در جمله و گرامر باید ارزیابی شود.

¹ language and communication

کودکانی که اختلال زبان بیانی دارند تا حدودی قادر به درک کلام دیگران هستند ولی توانایی استفاده از زبان را برای انتقال مفاهیم ندارند. ولی کودکانی که قادر به درک کلام نیستند در استفاده از زبان نیز مشکل دارند. وجود این مشکلات باعث ناراحتی و ایجاد استرس در کودک و خانواده می‌شوند.

اختلالات گفتار اشکال در تولید کلام به صورت نقص در تولید صداها یا تکلمی است که به صورت خطاهای آواشناختی ظاهر می‌یابد. کودک در این حالت یک صدا را اشتباه تلفظ کرده، حذف می‌کند و یا صدایی را جایگزین صدای دیگری می‌نماید. مثلاً به جای "سلام" کلمه "دلام" را به کار می‌برد. وجود این اختلال در صحبت کردن تا حدود ۳ سالگی طبیعی و بعد از آن چنانچه شدت آن به حدی باشد که فهم کلام کودک دشوار باشد نیازمند مداخلات گفتاردرمانی است. نوع دیگر اختلال گفتار نقص در روانی کلام است که به صورت لکنت زبان دیده می‌شود. در لکنت زبان مشکل در حفظ جریان تولید اصوات گفتاری است. لکنت زبان عموماً بین سنین ۱/۵ تا ۹ سالگی آغاز می‌شود. هرچند احتمال شروع در سنین ۲ تا ۳/۵ و ۵ تا ۷ سالگی در دامنه سنی ذکرشده بیش‌تر است. در برخی کودکان مبتلا دیگر اختلالات زبان و گفتار نیز به صورت همزمان ممکن است وجود داشته باشد. لکنت تقریباً هیچ‌گاه به صورت ناگهانی آغاز نمی‌شود و به مرور و طی هفته‌ها بروز می‌کند و به تدریج فراوانی بروز و شدت آن افزایش می‌یابد. باین وجود حتی در زمان شدت نیز ممکن است در حین فعالیت‌هایی چون روخوانی با آواز خواندن از بین برود.

احتمال وقوع نشانه‌های همراهی چون پیش‌بینی وقوع لکنت، پرهیز از کاربرد اصوات یا واژگانی معین، پرهیز از موقعیت‌هایی که احتمال بروز لکنت در آن می‌رود و یا نشانه‌هایی چون تیک یا لرزش لب و چانه در حین سخن گفتن وجود دارد. در ادامه این بخش بیشتر به لکنت زبان خواهیم پرداخت. ارزیابی و درمان دیگر اختلالات این دسته نیازمند ارزیابی و اقدام توسط متخصص است و توصیه می‌شود در صورت وجود به صورت غیرفوری ارجاع داده شود.

درمان

دارو در درمان لکنت زبان کاربردی ندارد. به‌طور کلی گفتاردرمانی موثرترین روش درمانی در این دسته اختلالات است. در اختلال لکنت در کنار گفتاردرمانی از روش‌های ایجاد آرامش و تمرین تنفس نیز می‌توان کمک گرفت. آموزش والدین و توجه به روابط اجتماعی کودک نیز حائز اهمیت است، چون عدم درمان لکنت منجر به بروز اعتمادبه‌نفس پایین کودک، ضعف خودپنداره و اضطراب اجتماعی در وی می‌شود. کاربرد دارو در این دسته اختلالات محدود به درمان اختلالات همراهی چون اضطراب اجتماعی و افسردگی است.

اصول کلی مشاوره و آموزش والدین در لکنت

- ۱- گاهی ناروانی کلام بخشی از فرایند رشدی است پس تا مطمئن نشده‌اند از کلمه لکنت استفاده نکنند.
- ۲- در بسیاری موارد لکنت خودمحدودشونده است.
- ۳- با این حال لازم است مشاوره با متخصص انجام شود.
- ۴- برای صحبت کردن کودک را زیر فشار قرار ندهند.
- ۵- به لکنت کودک توجه نکنند.
- ۶- در زمان صحبت کودک با حوصله به او گوش دهند و از عباراتی مثل زودباش یا آرام باش استفاده نکنند.
- ۷- موقع صحبت با اضطراب به او نگاه نکنند بلکه چهره طبیعی داشته باشند.
- ۸- در حین صحبت با کودک اشتباهات تلفظی او را اصلاح نکنند.
- ۹- در حین صحبت هیچ‌گاه به او نگویند چکار کند تا لکنت نداشته باشد.
- ۱۰- هیچ‌گاه برای یافتن کلمه یا ادای آن به کودک کمک نکنند.

عادات خاص

در صورت وجود عادات‌های خاص مثل مکیدن شست، جویدن ناخن و یا رفتارهای شبیه خودارضایی موارد زیر را به والدین آموزش دهید:

- ۱- در برابر این رفتارها واکنش تند نشان ندهند و از تنبیه بدنی استفاده نکنند.
- ۲- در برابر این نوع رفتارها کاملاً بی تفاوت بوده، چهره نگران یا مضطرب نداشته باشند.
- ۳- تا جای ممکن قبل از بروز این رفتارها موقعیت را پیش‌بینی کرده و شرایط را به نحوی تغییر دهند که کودک فرصت بروز رفتار را پیدا نکند.
- ۴- در صورت بروز رفتار در همان ابتدا به صورت غیرمستقیم کودک را به فعالیت دیگری مشغول نمایند.
- ۵- در صورت تداوم رفتار با وجود این اقدامات به متخصص مراجعه نمایند.

خودکشی

مقدمه

طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، خودکشی در کشورهایی که اطلاعات آنها در دسترس است در زمره ۱۰ علت اصلی مرگ می‌باشد. در مطالعات ملی میزان خودکشی ۶ تا ۸ در صد هزار نفر برآورد شده است. بر اساس آمار منتشرشده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌طور متوسط روزانه ۱۳ مورد خودکشی در کشور با میانگین سنی ۲۹ سال اتفاق می‌افتد. بررسی روند خودکشی در سال‌های گذشته ایران رشد قابل توجهی را نشان می‌دهد به‌طوری‌که میزان خودکشی از ۱/۳ در صد هزار نفر در سال ۱۳۶۳ به ۶/۴ در صد هزار نفر جمعیت رسیده است.

در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی، شناسایی عوامل خطر (risk factors) رفتارهای خودکشی حائز اهمیت بسیار است. مطالعات انجام‌شده در ایران نشان داده‌اند مردان مجرد، زنان تازه ازدواج-

کرده، دختران و پسران دانش‌آموز و نوجوان، مردان بیکار، و زنان خانه‌دار در معرض خطر بالاتر برای اقدام قرار دارند. افسردگی یکی از شایع‌ترین علل خودکشی است، بدین ترتیب شناسایی به‌موقع افراد افسرده و درمان مناسب و کامل این افراد می‌تواند اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن را به میزان زیادی کم کند.

علل

خودکشی علل و عوامل متعددی دارد. مهم‌ترین این عوامل عبارت‌اند از:

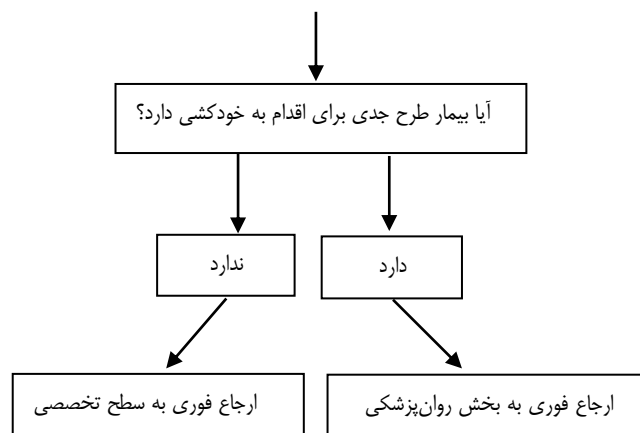
- ۱- علل روانی: بیماری‌های روان‌پزشکی به‌ویژه افسردگی، اعتیاد، پسیکوز و اختلال دوقطبی
- ۲- توجه: علل روانی تنها محدود به اختلالات شدید نیست و خودکشی می‌تواند در اثر اختلال انطباقی نیز رخ دهد.
- ۳- علل جسمی: بیماری‌های جسمی مزمن مثل سرطان، صرع، ایدز و بیماران دیالیزی
- ۴- علل اجتماعی: مثل تنها زندگی کردن، 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

غربالگری

افکار خودکشی را با استفاده از سؤالات زیر ارزیابی نمایید. از فکر خودکشی باید با صراحت و مستقیم پرسید.

- ۱- آیا در حال حاضر احساس می‌کنید از زندگی سیر شده‌اید؟
- ۲- آیا در حال حاضر آرزو می‌کنید که کاش زندگی شما به پایان می‌رسید؟
- ۳- آیا به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید؟

در صورت پاسخ مثبت به هریک از سؤالات فوق احتمال خطر خودکشی وجود دارد.



اقداماتی که تا زمان ارجاع باید انجام شود:

- بیمار را تنها نگذارید.
- اشیای خطرناک، وسایل تیز و برنده، داروها و سموم را دور از دسترس بیمار قرار دهید.
- مراقب احتمال صدمه زدن بیمار به خودش یا اطرافیان باشید.
- به بیمار فرصت دهید افکار و احساسات خود را آزادانه بیان کند و با وی همدلی نمایید.
- از پند و اندرز و قضاوت زودهنگام در مورد بیمار بپرهیزید. گاهی تنها گوش دادن به صحبت‌های بیمار می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.
- به خانواده جهت حمایت و نظارت نزدیک اطلاع دهید.
- در تمام موارد ارجاع به‌طور مشروح تشخیص، علت و اقدامات درمانی خود را ذکر نمایید.
- زمان و مکان ارجاع را به‌گونه‌ای تنظیم نمایید که بیمار دچار سردرگمی نشود.
- در صورت امکان سوابق درمانی و پاراکلینیکی بیمار ضمیمه فرم ارجاع گردد.

چند توصیه

- این باور که بیماران با افکار خودکشی آن را عملی نمی‌کنند، نادرست است و هر بیماری که تمایل به خودکشی را عنوان می‌کند باید به‌دقت ارزیابی و تحت نظر قرار گیرد.
- به بیمار و مراقبان وی بگویید گاه افکار خودکشی دوباره برمی‌گردد. تأکید کنید که در صورت برگشت افکار خودکشی سریع به شما مراجعه نمایند.
- پرسش در مورد خودکشی موجب افزایش خطر اقدام به خودکشی نمی‌شود.
- بر موقتی بودن احساس غیرقابل تحمل بیمار تأکید کنید؛ به‌خصوص اگر در گذشته دوره‌های مشابهی داشته که بهبودیافته است.
- از جمله عواملی که می‌تواند میزان خودکشی را افزایش دهد، پخش خبر مربوط به خودکشی یک نفر در بین مردم آن محل یا منطقه می‌باشد. پس هم خودتان خبر خودکشی را پخش نکنید و هم توصیه کنید دیگران از این کار خودداری کنند.

پیگیری و مراقبت بیمار بعد از بازگشت از ارجاع

روان‌پزشک یا پزشک عمومی دوره‌دیده در مورد بیمار ارجاع شده به یکی از طرق زیر عمل خواهد کرد:

الف- ادامه درمان تا کنترل بیماری و سپردن ادامه درمان بعد از کنترل به پزشک ارجاع دهنده

ب- ارائه رهنمود کلی و تعیین زمان ارجاع بعدی

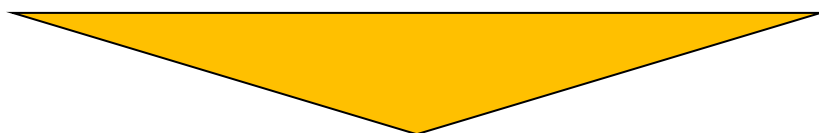
ویزیت اولیه پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

- دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر در مورد تشخیص و علل ایجاد افکار خودکشی، نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و ویزیت مجدد طی دو هفته بعد.
- ارجاع غیرفوری به کارشناس بهداشت روان جهت انجام ارزیابی‌های روان‌شناختی و مداخلات درمانی غیردارویی.

ویزیت‌های بعدی

پزشک ترجیحاً بیمار را مطابق پسخوراند روان‌پزشک یا پزشک عمومی دوره‌دیده ویزیت می‌کند. در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه یک بار ویزیت می‌شود. برای قطع درمان ترجیحاً بیمار به صورت غیرفوری به روان‌پزشک یا پزشک عمومی دوره‌دیده ارجاع می‌شود.

فصل هفتم



آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره



عناوین فصل

- آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره
- هدف مشاوره
- اعضای مشاوره
- موضوعات و انواع مشاوره
- اصول مشاوره

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- ۱- مشاوره در سلامت روان و اصول آن را توضیح دهید.
- ۲- انواع مشاوره‌هایی را که ممکن است با آن روبرو شوید نام ببرید.
- ۳- مراحل مشاوره را توضیح دهید.

آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره

همان‌گونه که دیدیم یکی از مهم‌ترین وظایف ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان، آموزش به مردم است. مردم به دلایل متعددی نیاز به آموزش دارند. ممکن است شما با افرادی روبرو شوید که به دلیل مشکلاتی که دارند به شما مراجعه نمایند. به‌عنوان مثال ممکن است مادری به دلیل این‌که فرزندش لکنت زبان دارد به شما مراجعه کند. او از این مطلب بسیار نگران است و فکر می‌کند که وضعیت دوران بارداری‌اش سبب بیماری شده است. علاوه بر این او ممکن است از طرف اطرافیان سرزنش شده و توصیه‌های متعددی از سایرین دریافت نموده باشد. «مادری از وضعیت رشد فکری و رفتاری طفل خود نگران است و از شما می‌پرسد که باید چه کند»؛ «زنی از اعتیاد همسرش نگران است و از شما راهنمایی می‌خواهد». در تمامی این موارد و بسیاری موارد دیگر، شما می‌بایست اقدام به مشاوره با افراد نمایید. ارتباط با افراد به‌منظور تشویق آنان برای حل مشکلاتشان را مشاوره می‌گوییم.

هدف مشاوره

از طریق مشاوره افراد تشویق می‌شوند تا در مورد مشکلاتشان فکر کنند، علل به‌وجودآورنده مشکلات را بشناسند و راه‌حل لازم را پیدا کرده و بر اساس آن اقدام نمایند. همیشه به خاطر داشته باشید که مشاوره انتخاب است نه زور و توصیه. گاه ممکن است شما فکر کنید توصیه یا راه‌حل شما خوب و معقول است ولی امکان دارد که توصیه شما با موقعیت و شرایط فرد سازگار نباشد. از طریق مشاوره افراد تشویق می‌شوند تا در مورد مشکلاتشان فکر کنند، عوامل ایجادکننده آنها را بشناسند و راه‌حل لازم را پیدا کرده و بر اساس آن اقدام نمایند.

اعضای مشاوره

مشاوره یک ارتباط دوطرفه است. به عبارتی در هر مشاوره دو طرف وجود دارد.

الف) مشاور: مشاور یا طرف مشورت کسی است که دانش و آگاهی لازم را در مورد مساله مورد

مشورت داراست و می‌تواند در طول مشاوره کمک نماید تا مشورت‌کننده برای مشکل خود راه‌حلی پیدا کند.

ب) مشورت‌کننده: به فرد (یا افرادی) که با مشکل روبرو بوده و به دلیل عدم آگاهی و دسترسی به دانش لازم قادر به تصمیم‌گیری و رفع مشکل نیست و نیاز به راهنمایی و کمک دارد، مشورت‌کننده می‌گویند. مشورت‌کننده می‌تواند یک فرد یا گروهی از مردم باشند.

موضوعات و انواع مشاوره

ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند هر موضوعی از مشکلات سلامت روان را که از دید خود یا مراجعینش حائز اهمیت است به‌عنوان موضوع مشاوره انتخاب نماید. این موضوعات می‌توانند بخشی از مشاوره برای پیشگیری اولیه، ثانویه یا پیشگیری سطح سوم یا تمامی آنها باشد. به‌عنوان مثال ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند در مورد هریک از اختلالات خلقی، اسکیزوفرنیا، اختلالات اضطرابی، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی نظیر بیش‌فعالی، شبادراری، ناخن جویدن و لکنت زبان اقدام به مشاوره برای پیشگیری اولیه نماید. در این صورت مشاوره بیشتر بر مواردی نظیر علائم بیماری، طریقه شناسایی، عوامل ایجادکننده و تشدیدکننده بیماری متمرکز می‌شود. اما چنانچه بخواهد در زمینه پیشگیری سطح دوم و سوم مشاوره نماید باید در زمینه‌های عوارض داروهای آنتی سایکوتیک، چگونگی رفتار با بیمار، مراقبت و پیگیری بیماری نیز گفت‌وگو نماید.

بر اساس موارد فوق می‌توان چنین استنباط کرد که موضوعات مشاوره می‌تواند حیطه‌های بسیار متنوعی از آموزش را دربرگیرد. به‌طورکلی هرگونه مواجهه با گیرنده خدمت (فرد نیازمند دریافت خدمات) می‌تواند به‌صورت یک مشاوره درآید. اجرای این مشاوره نیاز به بهره‌گیری از اصول و قواعد خاصی دارد که در سایر عناوین آمده است.

در ذیل یک طبقه‌بندی از این موضوعات پیشنهاد شده است:

الف- مشاوره برای افزایش توانمندی‌های عموم مردم در زمینه‌های مختلف ارتقای سلامت روان

از این دسته می‌توان به نمونه‌های ذیل اشاره کرد.

افزایش دانش و مهارت والدین در زمینه تربیت سازنده فرزندان: آشنایی با مراحل رشد روانی کودکان، آشنایی با اصول تربیت سازنده فرزندان، آشنایی با مشکلات رفتاری کودکان، آشنایی با برخی اختلال‌های هیجانی و رفتاری خاص در کودکان، تشویق و ایجاد فضای مثبت در خانواده، نادیده گرفتن رفتارهای نامطلوب، ارتقای مهارت‌های ارتباطی، مهارت حل مسائل مشترک با همسالان، شیوه‌های صحیح دستور دادن، مدیریت رفتارهای نامطلوب و افزایش اعتمادبه‌نفس.

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی: ارتباط بین فردی مؤثر و ارتباط در گروه، خودآگاهی و همدلی،

تفکر خلاق و تفکر نقاد، تصمیم‌گیری و حل مساله، مدیریت استرس و کنترل هیجانات منفی

ب- مشاوره برای افزایش توانمندی‌های گروه‌های خاص بیماران و خانواده آنها در زمینه

مشکلات سلامت روان

از این دسته می‌توان به نمونه‌های ذیل اشاره کرد.

- افسردگی
- اختلالات دوقطبی
- اختلالات سایکوتیک
- اختلالات اضطرابی
- اختلالات شبه جسمی
- صرع
- عقب ماندگی ذهنی
- اختلالات کودکان و نوجوانان در مواردی نظیر
 - اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه
 - اختلالات سلوک

- اوتیسم
- اختلال یادگیری
- شب‌ادراری
- لکنت زبان
- ناخن جویدن
- مکیدن انگشت
- تیک

مشاوره با هر یک از گروه‌هایی که در فوق نام برده شد بنا به مقتضیات خود می‌تواند به صورت‌های مختلفی انجام شود. به عنوان مثال گاه ضروری است برای حل مشکل، سایر افراد خانواده نیز در مشاوره حضور یابند. این نوع مشاوره را مشاوره خانواده می‌گویند. مشاوره با کودکان نیز نیازمند رعایت قواعدی خاص است. در اینجا فرصتی وجود دارد که اشاره مختصری به این دو نوع مشاوره نماییم.

◀ مشاوره با خانواده

گاه ممکن است اشخاص برای حل یک مشکل احتیاج به کمک و یا همکاری سایر افراد داشته باشند. در مشاوره با خانواده سر و کارمان با چند نفر است پس ممکن است با چند مشکل، چند نیاز و احتیاج و در نتیجه چند راه حل روبرو باشیم. همچنین باید متوجه باشیم در خانواده‌ها افراد مختلف، مسئولیت‌ها و قدرت‌های متفاوتی دارند. مثلاً پدر در مورد پول و خرج کردن تصمیم می‌گیرد و مادر در مورد غذا و پدربزرگ و مادربزرگ در زمینه‌های دیگر؛ پس برای هر مشکل فرد مناسبی را انتخاب و با او صحبت کنید.



◀ مشاوره با کودکان

ممکن است با کودکانی برخورد داشته باشیم که نیاز به کمک مشاور داشته باشند. اگر سن آنها برای حرف زدن مناسب باشد می‌توان به مشاوره پرداخت. برای این کار اول بایستی اطلاعات زمینه‌ای و سوابق کودک را از والدینش بگیریم، سپس با کودک به‌تنهایی صحبت کنیم. به والدین توضیح می‌دهیم که اگر گوش نایستند کودکشان بهتر و راحت‌تر صحبت خواهد کرد. صحبت را ابتدا با گفتگو در مورد چیزهایی شاد، مثلاً بازی‌های دلخواه کودک شروع کرده، وقتی حس کردیم که کودک احساس آرامش نمود و اعتمادش جلب شد، گفتگو در مورد مشکلات را آغاز می‌کنیم. باید به کودک اطمینان داد که هر چه بگوید به کسی گفته نخواهد شد این امر یعنی «رازداری» مساله بسیار مهمی در مشاوره است.

از آنچه که گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که مشاوره یک ارتباط دو طرفه چهره به چهره است که در آن مشاور از طریق دادن اطلاعات مناسب و قابل درک به فرد کمک می‌کند تا با توجه به شرایط و نیازهای خود، بهترین و مناسب‌ترین تصمیم را بگیرد و بر اساس آن عمل کند.

بنابراین مشاوره می‌تواند شامل مراحل زیر باشد:

- ۱- کمک به فرد برای شناسایی و تشخیص مشکل.
- ۲- کمک به فرد برای کشف علل به وجود آمدن مشکل.
- ۳- کمک و تشویق فرد برای توجه به راه‌حل‌های مختلف و قابل انجام برای حل مشکل.
- ۴- کمک به فرد برای انتخاب بهترین راه‌حل.

اصول مشاوره

الف) ارتباط

مشاور باید حالت توجه و مراقبت از خود نشان داده و از ابتدای مشاوره سعی کند برای کمک به فرد یا افراد ارتباط خوبی با آنان برقرار نماید. در این صورت است که فرد یا افراد مشورت‌کننده به

مشاور اعتماد کرده و مشکلاتشان را به راحتی به زبان می آورند. خوب گوش کردن و احترام گذاشتن یکی از بهترین راه های ایجاد ارتباط عمیق است.



تصویر: برقراری ارتباط مناسب و صمیمانه در هنگام مشاوره بسیار ضروری است. گاه لازم است سایر افرادی که به نوعی بر تصمیم گیری دخیل هستند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند. بدین سان می توان مشاوره ای موثرتر با قابلیت تحلیل بالاتری از مشکلات و راه حل ها داشت.

ب) تشخیص نیازها

همان گونه که گفته شد مشاور سعی می کند مشکل را همان طور که افراد می بینند درک نماید. افراد باید مشکلاتشان را خودشان تشخیص دهند. به عبارت دیگر مشاور نباید مشکلات را یکی یکی نام ببرد، بلکه باید در جهت شناخت مشکلات سؤالاتی را مطرح کند تا فرد

بتواند آزادانه اظهار عقیده نماید. در این مرحله فرد مشاوره کننده فقط باید به صحبت مشاوره شونده گوش دهد. بدین منوال مشاور درخواهد یافت که فرد چه نیازهایی دارد.



تصویر: مشاوره با خانواده (زن و شوهر) یکی از مناسب ترین شیوه ها برای ترغیب آنها به ورود به برنامه سلامت روان است. با حضور زن و مرد در جلسات مشاوره مشکلات به نحو بهتری روشن و با مشارکت زن و شوهر راه حل های مناسب تری به دست می آید.

ج) احساسات

مشاور باید احساسات افراد را درک کند و با فرد مشاوره شونده همدلی نماید. به عنوان مثال ممکن است مادری مراجعه کند و از این که فرزندش فعالیت

بیش از حد داشته و در یادگیری تمرکز ندارد اظهار نگرانی نماید. مشاور باید احساس نگرانی مادر را درک نموده و آن را تأیید نماید. این درک هرگز به معنی همدردی و ایجاد نگرانی در مشاور نیست و فرد مشاور نباید به خاطر این مساله همانند مادر کودک ناراحت باشد.

(د) مشارکت

مشاور به فرد کمک می‌کند تا او همه جنبه‌های مشکل خود را در نظر بگیرد، راه‌حل‌های مختلف را پیدا و بهترین آنها را انتخاب نماید. به‌عنوان مثال ممکن است زنی به دلیل اعتقادات غلط همسر نتواند پیگیری‌های درمانی فرزندش را نزد روان‌پزشک انجام دهد و این امر منجر به بروز اختلاف و دعوا شده باشد. در اینجا وظیفه مشاور این است که با رعایت رازداری و با مشارکت فرد اقدام به تعقیب مشکل و پیدا کردن بهترین راه‌حل نماید.

(ه) رازداری

در طی یک مشاوره ممکن است افرادی مسائل شخصی و خانوادگی خود را با مشاور مطرح کنند. مشاور باید این اطلاعات را از دیگران و حتی بستگان نزدیک فرد مخفی نگه دارد، زیرا اگر این اطلاعات افشا شود فرد مشاوره‌شونده اعتماد خود را از دست داده و از مشاور دوری می‌کند. در نتیجه مشاور نخواهد توانست در دفعات بعدی مشاوره ارتباط مؤثری را با گیرنده خدمت به‌دست آورد. این موضوع در محیط روستا از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

(و) آموزش اطلاعات

اگرچه مشاور ممکن است نصیحتی کند اما باید اطلاعاتی که فرد برای تصمیم‌گیری به آن نیاز دارد را در قالب مطالب ساده در طول بحث ارائه نماید و شرایطی را به‌وجود آورد که فرد با آگاهی بیشتر تصمیم بگیرد و با استفاده از دانش جدیدی که کسب نموده راهی برای حل مشکل خود پیدا نماید.

(ز) سایر شرایط

ایجاد محیط آرام و خصوصی برای مشاوره، صرف وقت کافی، بیان ساده و قابل فهم، استفاده از

شیوه تحسین و تشویق برای تقویت نکات مثبت مشاوره‌شونده و سایر موارد ازجمله نکاتی است که باید در مشاوره رعایت شود. علاوه بر موارد فوق در هر برنامه سلامت روش‌های ویژه‌ای برای مشاوره موجود است، به‌عنوان مثال چنانچه شما با فرد مبتلا به بیماری اعتیاد اقدام به مشاوره می‌نمایید ویژگی‌های خاصی را باید در این مشاوره مد نظر قرار دهید. ممکن است در برنامه دیگری مانند مشاوره برای عقب‌ماندگی ذهنی فرزند لازم باشد به ملاحظات ویژه دیگری توجه شود.

فصل هشتم

آموزش سلامت روان با گروه‌ها و ترغیب مشارکت مردمی



عناوین فصل

- مقدمه
- هدف برنامه آموزش سلامت روان به گروه‌ها
- آموزش سلامت روان در گروه‌های غیررسمی
- آموزش سلامت روان در گروه‌های رسمی
- مراحل اجرای برنامه آموزش سلامت روان به گروه‌ها
- مشارکت گروه‌ها و جامعه در زمینه سلامت روان
- مراحل اجرای یک برنامه مشارکت افراد
- شورای روستا یا محل
- بازاریابی سلامت
- عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- اصول آموزش بهداشت به گروه‌ها برای برنامه سلامت روان را به تفکیک گروه‌های رسمی و غیررسمی توضیح دهید.
- مبانی و مراحل جلب مشارکت گروه‌ها و جامعه را در زمینه سلامت روان توضیح دهید.
- نقش شورای اسلامی در توسعه برنامه‌ها و حل مشکلات سلامت روان را توضیح دهید
- مفاهیم بازاریابی سلامت و عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات را توضیح دهید.

مقدمه



تصویر: آموزش گروهی روشی مؤثر و کارآ برای ارتقای سلامت است. در این آموزش جمعی می‌توان از قابلیت‌های فردی هریک از فراگیران در جهت توانمندسازی سایرین بهره جست.

استفاده از روش آموزش گروهی فواید زیادی دارد. این نوع آموزش موجب تشویق افراد گروه و حمایت آنها از یکدیگر می‌شود. علاوه بر این در آموزش گروهی شرکت‌کنندگان از تجربیات و مهارت‌های یکدیگر استفاده می‌کنند. بعضی از افراد توانایی‌هایی دارند که به تنهایی نمی‌توانند از آنها استفاده کنند درحالی‌که امکان استفاده از توانایی و مهارت‌ها در گروه به راحتی فراهم می‌شود. به این ترتیب آموزش گروهی زمینه مشارکت افراد گروه در فعالیت‌های سلامت مختلف را نیز فراهم می‌آورد.

هدف برنامه آموزش سلامت روان به گروه‌ها

هدف برنامه آموزش سلامت روان به گروه‌ها ایجاد فرایندی است که در طی آن افراد و جامعه به توانایی‌هایی دست یابند که بتوانند سلامت روانی و اجتماعی خود را ارتقا دهند. به منظور تحقق این هدف افراد و گروه‌های مختلف جامعه اعم از گروه‌های رسمی نظیر نهادهای مختلف مستقر در جامعه مانند سازمان‌های تعلیم و تربیت، دهداری، شورای اسلامی و نیز گروه‌های غیررسمی نظیر زنان خانه‌دار، دانش‌آموزان، 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
- برنامه‌ریزی به منظور حل مشکلات سلامت روان و اجرای آنها



- ارزیابی برنامه‌ها و ارتقای مستمر کیفیت اجرای آنها

بر اساس موارد فوق می‌توان چنین برداشت کرد که از اساس نخستین گام در ارتقای سلامت روان آگاه-سازی جامعه به نیازهای واقعی و حقوق خود در زمینه سلامت روان است. این آگاه‌سازی به‌طور عمده از دو

محور آموزش‌های فردی و مشاوره و نیز آموزش‌های جمعی به گروه‌های رسمی و غیررسمی فعال در جامعه تحقق می‌پذیرد. در محور آموزش فردی ارائه‌دهنده خدمات سلامت به‌عنوان مشاور عمل می‌کند که تلاش می‌نماید 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 می‌دهد. در محور دوم یعنی آموزش بهداشت روان با گروه‌ها ارائه‌دهنده خدمات یکی از دو نقش زیر را ایفا می‌کند:

الف- انتقال پیام‌های سلامت روان به جامعه و ایجاد برنامه‌ریزی مشارکتی برای اجرای برنامه‌های خاص از برنامه‌های سلامت روان

ب- هماهنگی برای استفاده از ظرفیت‌های بالاتر آموزش سلامت روان برای گروه‌های اجتماعی نظیر استفاده از ظرفیت‌های معتمدان و روحانیان، پزشکان، نهادهای تربیتی و ...

آنچه در ادامه مطالب این فصل خواهد آمد مجموعه روش‌هایی را به شما ارائه خواهد نمود که با بهره‌گیری از آنها می‌توانید اقدام به برقراری آموزش‌های جمعی با گروه‌ها نمایید و مشارکت جامعه را در ارتقای سلامت روان سازمان‌دهی نمایید.

به‌طورکلی گروه‌های موجود در جامعه را می‌توان به دو دسته رسمی و غیررسمی تقسیم کرد.

الف: گروه‌های رسمی: این گروه‌ها دارای هدف خاص هستند و اعضای آن یکدیگر را می‌شناسند و مسئول دارند. مقررات خاصی در هر گروه وجود دارد و افراد گروه‌های رسمی به‌صورت

سازمان یافته عمل می کنند. شرکت تعاونی روستایی، آموزگاران یک مدرسه، دانش آموزان اول ابتدایی و شورای اسلامی روستا از جمله گروه های رسمی یک روستا هستند. برای گروه های رسمی با توجه به اهداف سازمانی و وظایفی که دارند می توان برنامه آموزشی ترتیب داد و یا



تصویر: در آموزش برای گروه ها باید به این نکته توجه کنید که اصولاً گروه مخاطبین باید واجد ویژگی های مشترکی باشند. ورود افراد غیر مرتبط به این جمع از کارآیی آموزشی خواهد کاست.

اینکه زمینه مشارکت آنها را در یک فعالیت بهداشتی ایجاد کرد.

ب: گروه های غیررسمی: این گروه ها هدف خاص و مشترکی ندارند. رهبری نمی شوند و از قوانین و مقررات خاصی پیروی نمی کنند. ممکن است بتوان در آنها نقاط و منافع مشترکی را پیدا کرد. افراد مراجعه کننده به خانه بهداشت، زنان روستا، اطفال زیر ۵ سال، کشاورزان و غیره از جمله گروه های غیررسمی هستند.

برای این گروه ها می توان با توجه به نیازهای مشترک آنان یک برنامه آموزشی ترتیب داد و یا این که از مشارکت آنها در یک فعالیت بهداشتی بهره مند شد. نکته مهم در برقراری ارتباط با گروه های رسمی و غیررسمی پیشگیری از بروز رفتارهای مشکل ساز و ایجاد رفتارهای مثبت در گروه ها است. کار با گروه ها در بسیاری موارد ممکن است منجر به بروز اختلاف نظر و مجادله شود در این مورد



ممکن است افراد گروه باعث موفقیت و یا شکست آن شوند. برای تحقق اهداف مورد نظر و ایجاد رفتارهای مثبت می توان از روش های زیر بهره جست:

۱. ارائه آزادانه نظرات و پیشنهادها
۲. تشویق یکدیگر به صحبت کردن
۳. پاسخ محترمانه به پیشنهادها سایرین

۴. کمک به روشن شدن نظرات

۵. ارائه اطلاعات

۶. توجه کردن به یکدیگر

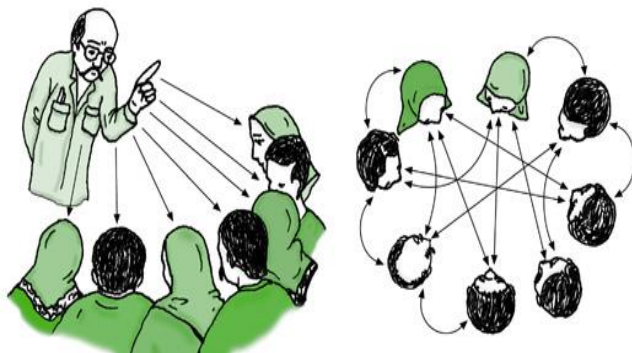
۷. داوطلب شدن برای کمک به کارها

۸. حضور به موقع و مرتب در جلسات

۹. تشکر از یکدیگر

آموزش سلامت روان در گروه‌های

غیررسمی:



برای آموزش به گروه‌ها روش‌های مختلفی وجود دارد. شما با توجه به تجربه ارائه خدمات با این روش‌ها تا

حد زیادی آشنا هستید. در اینجا به دو

اصل ضروری برای آموزش سلامت

روان در گروه‌های غیررسمی اشاره

می‌کنیم: نخستین اصلی که باید به آن

تصویر: ایجاد ارتباط یک‌سویه از آموزش‌دهنده به سمت مخاطبین در اغلب موارد منجر به شکست آموزش می‌شود. در عوض ارتباطات چندجانبه گروه آموزش‌گیرنده موجب می‌شود تا از توان تک تک اعضای جمع برای شناخت مشکل و ارائه راه حل استفاده کرد.

توجه کرد این است که باید سعی شود گروهی انتخاب شود که در آنها علایق و نیازهای مشترک وجود داشته باشد به عنوان مثال: شما می‌توانید زنانی را انتخاب کنید که کودکانی که به مدرسه می‌روند داشته باشند. یکی از موضوعات مورد علاقه مادرانی که کودک دبستانی دارند این است که چگونه باید به کودک خود کمک کنند تا تمرکز بیشتری روی درس داشته باشند. شما به عنوان یک ارائه‌دهنده خدمات سلامت می‌توانید از این فرصت بهره‌برداری نمایید. اصل دوم این است که باید تلاش نمود تا اعضای گروه بیشتر با هم آشنا شوند این امر باعث می‌شود که آنها در زمینه آموزش با هم مشارکت بیشتری نموده و علایق و نیازهای مشترکشان را به نحو موثرتری با هم به نتیجه برسانند.

آموزش سلامت روان در گروه‌های رسمی

گروه‌های رسمی دارای اهداف و علایق معین و رهبری مشخص هستند که گروه را سازمان می‌دهند. افراد گروه‌های رسمی به‌طور کامل شناخته شده‌اند. با آموزش بهداشت در گروه‌های رسمی می‌توان مشارکت آن‌ها را در برنامه‌های مختلف سلامت روان جلب کرد.

اصولی را که باید در برقراری ارتباط با گروه‌های رسمی مد نظر قرار دهیم عبارت‌اند از:

۱. احترام گذاشتن به اعضای گروه و سازمانی که اعضا در آن خدمت می‌نمایند و پرهیز از انتقاد از سازمان آنها به دلیل عملکرد ویژه‌اش.
۲. روشن و ساده بودن آنچه می‌گویید.
۳. هدر ندادن وقت افراد گروه؛ زیرا این گروه‌ها مایل‌اند وقت اصلی خود را صرف اهداف ویژه‌ی سازمانی خود نمایند.
۴. عدم مداخله در مسائل اختصاصی و اهداف سازمانی گروه.
۵. رعایت نکاتی که در بحث گروهی لازم است اجرا شود و در آموزش سلامت روان با گروه‌های غیررسمی به آنها اشاره نمودیم.

مراحل اجرای برنامه آموزش سلامت روان به گروه‌ها

در ادامه مطالب با مرور برنامه و ساختار پیشنهادی به درک مناسب‌تری از این موقعیت برای حل



مشکلات سلامت روان پی‌خواهید برد.

این مراحل به شرح ذیل معرفی می‌شوند:

۱. تحلیل نیازهای سلامت روان جامعه
۲. برنامه‌ریزی برای راه‌اندازی عملیات ارتقای سلامت روان با بهره‌گیری از مشارکت جامعه
۳. برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف

۴. اجرای برنامه عملیاتی ارتقای سلامت روان و اجرای برنامه‌ریزی آموزشی

۵. ارزیابی مستمر نتایج برنامه ارتقای سلامت روان و آموزش‌های ارائه‌شده

۶. ارزشیابی نتایج برنامه و ارتقا 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 بر اساس اخذ اطلاعات از منابع مختلف صورت می‌پذیرد.

این منابع می‌توانند یکی از موارد زیر باشند:

الف- ابلاغ قوانین، دستورعمل‌ها 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 زیر پوشش دارد،

به‌عنوان مثال ممکن است بنا به دلایلی خاص در یکی از مناطق زیر پوشش میزان بروز اعتیاد بالا

رفته باشد، در چنین شرایطی ارائه‌دهنده خدمات ممکن است یافته‌های خود را در مورد بروز

اعتیاد به سطوح بالاتر گزارش نموده و با همکاری آنها اقدام به اجرای برنامه‌هایی خاص نماید.

ج- وقوع بحران‌ها 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 قبیله‌ای و ... می‌تواند

منجر به بروز مشکلات سلامت روان شود.

در تمامی موارد اشاره‌شده در فوق کارمند بهداشتی باید به‌منظور ارزیابی مناسب نیازها اقدام به

تحلیل آنها نماید. در این توصیف باید کیفیت مشکل موجود، گستره آن در جامعه، عوامل مؤثر بر

بروز مشکل، افرادی که از آن آسیب می‌بینند و تعداد آنها به‌درستی روشن شود.

یک موضوع بسیار مهم در برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌ها این است که به‌صورتی روشن

اطلاعات گروه هدف معلوم شود. در این شرایط گروه‌های مختلف اجتماعی اطلاعاتی متفاوت از

سلامت روان دارند. به عنوان مثال چنانچه در جامعه زیر پوشش با مواردی از آسیب‌های اجتماعی ناشی از اشتغال کودکان مواجه باشیم می‌توانیم چند گروه هدف را آموزش دهیم و یا از آنها برای مشارکت در برنامه‌ای دعوت به عمل آوریم. به طور قطع سطح سواد و اطلاعات اجتماعی صاحبان کار، معلمان روستا، صاحبان حرفه یا صنایع، خانواده کودک و متفاوت است، لذا چنانچه در برنامه‌ریزی جایگاهی را برای آموزش یا مشارکت هر یک از گروه‌های فوق در برنامه سلامت روان کودکان انتخاب کرده‌اید باید محتوای آموزش خود را به صورت جداگانه و با محتوایی متفاوت تنظیم نمایید. در این شرایط به یاد داشته باشید که ارائه اطلاعات غیرضروری 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 گروه‌های هدف می‌شود.

۲- برنامه‌ریزی برای راه‌اندازی عملیات ارتقای سلامت روان با بهره‌گیری از مشارکت جامعه:

برنامه‌های سلامت روان بیش از برنامه‌های دیگر برای اجرا نیازمند مشارکت اجتماعی هستند. دلیل این موضوع آن است که سلامت روان به میزان بالایی از ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه و خانواده تأثیرپذیر است. بر این اساس باید برای ارتقای سلامت روان از مشارکت جامعه و توانمندی‌های موجود در آن بهره جست. این توانمندی‌ها در گروه‌های رسمی و غیررسمی جامعه وجود دارد. در حال حاضر نهادهای مختلف رسمی نظیر سازمان‌های دولتی و غیردولتی در زمینه مسائلی نظیر سوء مصرف مواد، خشونت خانگی، کودک‌آزاری، افسردگی و اضطراب در گروه‌های مختلف هدف جامعه، تبعیض‌های جنسی و حقوق اجتماعی فعالیت می‌نمایند. قوانین و دستورعمل‌های در دسترس این گروه‌ها و نیز میثاق‌های مختلفی که برای احقاق حقوق اجتماعی و سلامت روان در دسترس این سازمان‌هاست خود منبعی ارزشمند برای ارتقای سلامت روان است. از سوی دیگر ارائه‌دهندگان خدمات می‌توانند با استفاده از ظرفیت‌های جامعه زیر پوشش اقدام به استفاده و سازمان‌دهی با بهره‌گیری از گروه‌های غیررسمی نمایند. تشکیل جلسات با معلمان روستا، گروه‌های مختلف زنان، شاغلین کارگاه‌ها و ... می‌تواند ظرفیت‌های جدیدی برای اجرای برنامه سلامت روان و ارتقای حقوق اجتماعی ایجاد نماید.

۳- برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف:

می‌توان به‌طور خلاصه مراحل برنامه‌ریزی و اجرای آموزش را موارد زیر دانست:

۱. تهیه برنامه آموزشی شامل مراحل، دفعات، موضوعات و اهداف آموزش، افراد فراگیر، افراد آموزش‌دهنده و تسهیل‌کنندگان آن، محل اجرای آموزش، وسایل و ابزار مورد نیاز و روش و شیوه‌های آموزش
۲. تعیین نحوه ارزشیابی فراگیران در مورد آموزش‌ها
۳. تعیین نحوه ارزشیابی تأثیرات آموزش بر زندگی و سلامت روان افراد
۴. ارتقای مستمر کیفیت و استانداردهای آموزشی
۵. ارائه گزارش به سطوح بالاتر و سایر نهادها و دریافت کمک‌های آنها

مشارکت گروه‌ها و جامعه در زمینه سلامت روان

پس از بحث در مورد آموزش سلامت روان با افراد و گروه‌ها، با اهداف ایجاد مشارکت افراد و نیز مشارکت جامعه در زمینه فعالیت بهداشتی آشنا شده‌اید. در آموزش سلامت روان مشارکت به معنای آن است که شخص، گروه یا اجتماع برای حل مشکلاتشان فعالانه با کارکنان بهداشتی همکاری کنند. این مشارکت باید در جهت تشخیص مشکل و حل آن صورت گیرد. پس از آنکه با مردم و اجتماع ارتباط برقرار کردید باید فوری مشارکت آنها را تشویق نمایید. در اینجا باید از مهارت برقراری ارتباط با مردم استفاده نمایید.

مراحل اجرای یک برنامه مشارکت افراد

اجرای یک برنامه سلامت روانی در روستا باید دارای مراحل اجرایی مشخص و روشنی باشد. بر این اساس اجرای مشارکت افراد نیز می‌تواند بر همان اساس تنظیم شود.

- ۱- مشارکت در شناخت مشکلات: اگر پزشکی به مردم روستای خود بگوید که من مسائل و مشکلات اصلی شما را می‌دانم اشتباه کرده است. البته این یک واقعیت است که کارکنان سلامت

روان بسیاری از مسائل مردم را می‌دانند و بهتر از دیگران مشکلات سلامت روانی را تشخیص می‌دهند اما تا زمانی که مردم خود مسائل و مشکلاتشان را به‌درستی نشناسند به حل آنها تمایل نشان نخواهند داد. اگر شما نشان دهید که تمام مسائل مردم را بهتر از آنها می‌دانید آنها عصبانی خواهند شد. چنانچه مردم را تشویق کنید تا در درجه اول مسائل و مشکلاتشان را بشناسند، برای بحث در مورد این مسائل آماده‌تر خواهند شد. اگر برای کمک به مردم سعی کنید که مشکلات آنها را با دید آنان و به صورتی که آنان می‌بینند، ببینید کمک بزرگی به برقراری ارتباط و به وجود آمدن اعتماد متقابل خواهید کرد.

۲- **مشارکت در یافتن راه‌حل:** اگر پزشکی به مردم روستای خود بگوید که من بهترین راه‌حل را برای مشکل شما می‌دانم مرتکب اشتباه دیگری شده است، زیرا آنچه برای یک شخص یا یک جامعه مهم‌ترین است ممکن است برای یک شخص یا جامعه‌ای دیگر بهترین نباشد. جوامع مختلف مقادیر متفاوتی از منابع مختلف نظیر پول، امکانات، نیرو و غیره را برای حل مشکلات خود دارند. علاوه بر این باورها و ارزش‌های مختلف رهبران متفاوتی دارد. حل یک مساله باید به‌نحوی صورت گیرد که در آن شرایط یا موقعیت واقعی زندگی شخص یا جامعه مد نظر باشد. این کار فقط از طریق مشارکت فرد یا جامعه امکان‌پذیر است.

۳- **مشارکت در عمل:** اگر پزشکی به مردم روستای خود بگوید نگران نباشید، آنچه برای حل مسائل شما لازم است انجام خواهم داد باز هم مرتکب یک اشتباه بزرگ شده است. فراموش نکنید که مردم در قبال مسائل سلامت روان خودشان مسئول هستند. اگر شما همه کارها را انجام دهید ممکن است از نتیجه کار انتقاد کرده یا شما را سرزنش کنند. البته این امر بدین معنا نیست که باید مردم را به حال خود گذاشت تا هرچه می‌خواهند انجام دهند. برعکس آنچه باید توجه داشته باشید کارهایی است که شما می‌توانید و باید انجام دهید و کارهایی است که مردم می‌توانند و باید انجام دهند و یا یادگیرند تا برای خود انجام دهند.

۴- **تسهیل در مشارکت:** در اینجا این سؤال مطرح است که برای ایجاد مشارکت در جامعه چه

اقدامی باید انجام گیرد؟ هنگامی که برای تقویت مشارکت کوشش می‌کنید باید به سه نکته توجه کنید:

۱- آموزش‌های سلامت روان روش‌هایی دارد که برای تشویق و مشارکت مفید است. به عنوان مثال گروه‌هایی و بحث گروهی که ممکن است از سوی شما به وسیله رییس شورای اسلامی، امام جماعت مسجد و غیره اعلام شود.

۲- در زمان تشویق و مشارکت باید ویژگی‌های فرهنگ محل را مورد توجه قرار داد. برای مثال ممکن است مشارکت برخی جوانان در انتظار عمومی قابل پذیرش نباشد و یا حضور برخی زنان در انتظار عمومی قابل پذیرش نباشد و یا اینکه بعضی مردان مشارکت مستقیم زنان را در حل مساله پذیرا نباشند. در این صورت ممکن است نماینده جوانان یا نماینده زنان به طور خصوصی با بعضی از بزرگان روستا اقدام به مذاکره نمایند.

۳- باید توجه کرد تشویق رهبران محلی برای ایفای نقش خودشان در جامعه نکته‌ای بسیار مهم است. چنانچه مساله و مشکل به صورتی باشد که بر کل مردم روستا اثر گذارد در این صورت باید از رهبران گروه‌ها و نمایندگان برنامه‌ریز مهم‌ترین بخش‌ها دعوت به عمل آورد و آنها را تشویق به مشارکت کرد.

۵- **ارزشیابی مشارکت:** در خلال انجام یک برنامه و در تمام مدت فعالیت باید پیشرفت برنامه اندازه‌گیری و به همین ترتیب در پایان هر برنامه باید موفقیت و شکست آن ارزشیابی شود. در اینجا باید از طریق بحث با مردم در زمینه نتایج کار به آنها در جهت یادگیری‌شان کمک کرد.

شورای روستا یا محل



تصویر: شورای روستا یا محل مناسب‌ترین محل برای ترغیب گروه‌های رسمی و غیررسمی و افراد صاحب نفوذ برای برنامه‌ریزی برای توسعه روستا است. از فرصت مباحثات شورا باید برای برنامه‌ریزی‌های سلامت بهره جست. رویکرد برنامه‌ریزی برای سلامت می‌تواند بر تمامی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و نیز عواملی که به‌طور مستقیم سلامت را تهدید می‌کند استوار گردد.

یکی از راه‌های جلب مشارکت افراد جامعه، تشکیل جلسات برای حل مشکلات سلامت به‌ویژه مشکلات سلامت روان در جلسات شورای روستا یا محل است. تصور این‌که پنجاه یا صد نفر از افراد برای طرح جزییات برنامه‌های سلامت روان تشکیل جلسه دهند بسیار مشکل است. همه افراد فرصت صحبت کردن را نخواهند

داشت و وقت زیادی صرف خواهد شد تا اطمینان حاصل کنیم که همه افراد موضوع را درک و یا در بحث شرکت کرده‌اند. بر این اساس به‌طور معمول گروه کوچک‌تری که کمیته یا شورا نامیده می‌شوند انتخاب می‌گردند. در حال حاضر شورای اسلامی در روستاها و نیز شوراهای محل در شهرها تشکیل یافته‌اند و اجرای برنامه‌های سلامت روان با بهره‌گیری از این تشکلهای مردمی به‌خوبی میسر است. شوراهای درواقع نماینده کلیه مردم‌اند و از آنجاکه یکی از اصلی‌ترین وظایف آنها پیدا کردن مشکلات جامعه و تلاش در جهت حل آنهاست به‌خوبی می‌توان از این شوراهای حل مشکلات بهره‌مند شد. بعضی از وظایف کلی که در شوراهای مزبور قابل‌طرح‌اند را در زیر متذکر می‌شویم:

- جمع‌آوری اطلاعات در مورد سلامت روان جامعه با مشارکت و راهنمایی پزشک و سایر کارمندان بهداشتی منطقه
- مشخص ساختن مشکلات سلامت روانی جامعه و علل بروز آنها
- طرح برنامه‌ها و راه‌حل‌های لازم
- تصمیم‌گیری در مورد اولویتهای سلامت روان در روستا و تأمین منابع مالی

- تأمین منابع و تجهیز جامعه برای دستیابی به اهداف تعیین شده
 - قرار دادن جامعه در جریان پیشرفت‌های تازه و مسائلی که با آن مواجه گردیده است.
 - بازاریابی سلامت روان
- فرایند ارائه خدمت با برقراری ارتباط با گیرنده خدمت آغاز می‌شود و با قطع ارتباط با او پایان می‌یابد. باین‌وجود تأثیرات ناشی از ارائه خدمت در طول زمان باقی‌مانده و سبب تحقق اهداف برنامه می‌شود. نخستین مرحله از تحقق هدف یک برنامه بی‌درنگ پس از ارائه خدمت صورت می‌پذیرد. مادری که رویه مراقبت از کودک عقب‌مانده ذهنی خود را آموخته است، کودک مبتلا به صرعی که داروی خود را مصرف می‌کند یا زوجی که پس از مشاوره رویه برخورد با مشکلات روانی در زندگی زناشویی را آموخته‌اند، برون‌داد این مرحله زمانی از فرایند خدمت‌اند. تحقق این رخدادها موجب تغییراتی در گیرندگان خدمت می‌شود که سبب ارتقای سطح سلامت روان آنان می‌گردد. به‌عنوان مثال مادری که اطلاعات مورد نیاز در زمینه رویه مراقبت از کودک عقب‌مانده ذهنی خود را آموخته است آن را به کار خواهد بست و فرزند خود را در مقابل مشکلات ناشی از عقب‌ماندگی ذهنی حفظ خواهد کرد.

عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات

به‌طور کلی میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت روان تابعی است از تمایل مردم به استفاده از یک خدمت و وضعیت دسترسی به آن. پدیده تمایل به استفاده از یک خدمت خود تابعی است از شدت نیاز احساس شده – که خود منجر به تقاضا می‌شود – و تناسب میان قیمت و کیفیت خدمت. از سوی دیگر، عوامل مؤثر بر دسترسی مردم به خدمات را می‌توان در دسته‌هایی نظیر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، فرهنگی (مثلاً آگاهی از ارزش خدمت) و زمان (فراهمی به هنگام خدمت) خلاصه نمود. در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف باید تمامی مؤلفه‌های مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات را مدنظر قرار داد. با تحلیل این مؤلفه‌ها و پیدا کردن راه‌کارهای مناسب برای ایجاد بهره‌مندی مؤثر می‌توان امید داشت که برنامه سلامت روان به شکلی عادلانه و اثربخش پاسخ‌گوی نیاز مردم بوده است. برخی از

مؤلفه‌هایی که در این ارزیابی‌ها باید به‌دقت مد نظر قرار گیرند عبارت‌اند از:

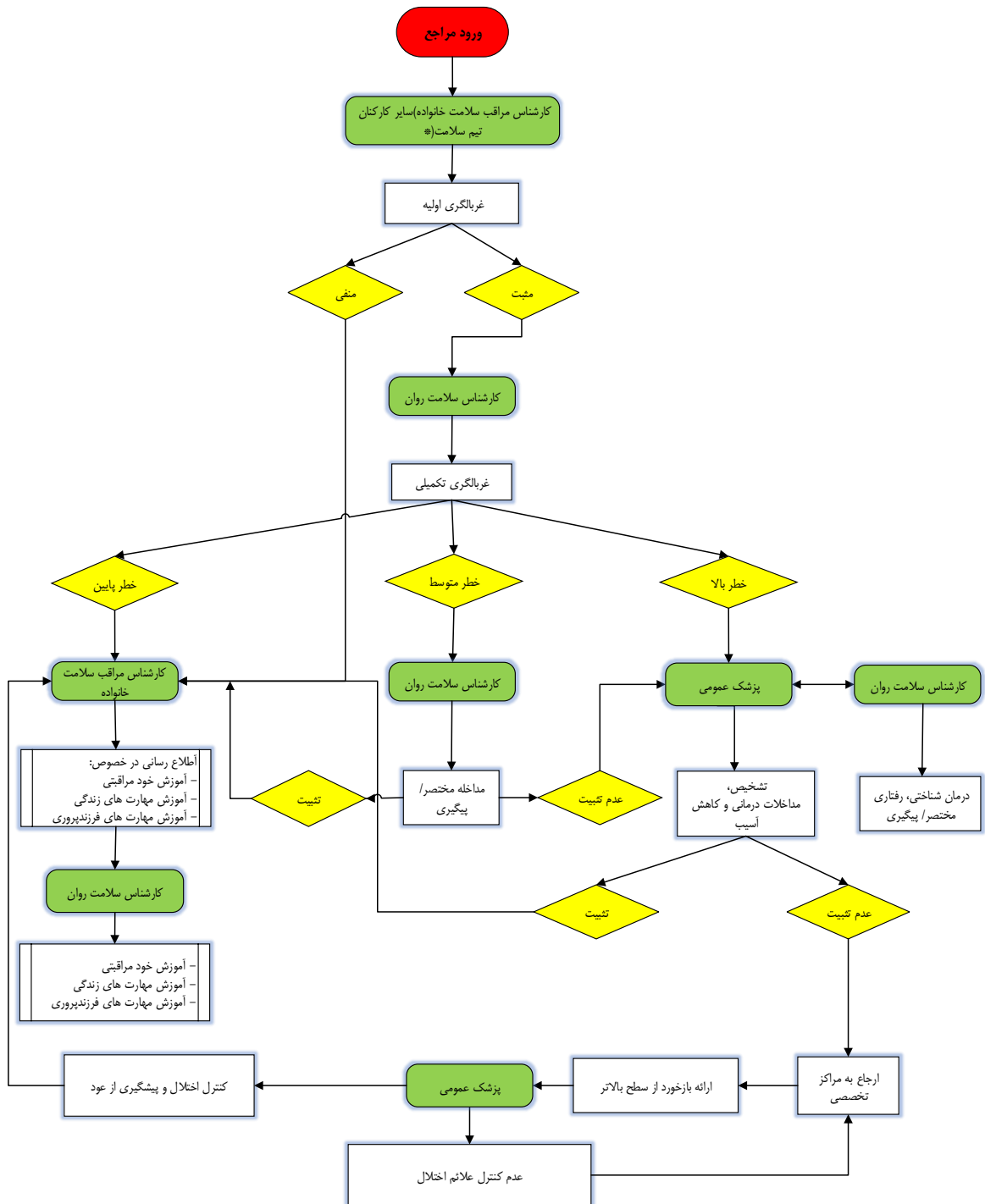
- ۱- درواقع هر قدر مردم رخداد نهایی ناشی از مشکل سلامت را دورتر ببینند کمتر به دنبال حل آن خواهند رفت. به‌عنوان مثال ممکن است تقاضای افزایش دانش و آگاهی والدین در زمینه تربیت سازنده فرزندان کمتر از تقاضای آنها برای درمان سرماخوردگی یا سردرد باشد.
 - ۲- شدت ناتوانی حاصل از یک مشکل سلامت، عاملی تأثیرگذار برای مطالبه تقاضاست.
 - ۳- عواملی نظیر مقایسه خود با دیگران، فرهنگ سلامتی موجود در جامعه و آموزش، موضوعاتی تأثیرگذار بر تقاضای مردم برای خدمات‌اند.
 - ۴- در بسیاری موارد مردم تجربه و درک مناسب و معتبری از کیفیت خدمات ندارند. بر این اساس در بازار سلامت می‌توانند گرفتار سوداگران تجارت پیشه شوند.
 - ۵- و اما یکی از مهم‌ترین موضوعات وضعیت دسترسی به خدمات است. این موضوع به‌عنوان شاخصی اساسی فراهمی خدمات را نزد متقاضیان آن ایجاد می‌کند. همان‌گونه که در قبل اشاره شد دسترسی مشتمل بر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، زمانی، فرهنگی و ... است.
- در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف، همواره تحلیل مؤلفه‌های فوق و پیدا کردن راهی برای حل مشکل بهره‌مندی نامطلوب برخی از افراد به خدمات از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. این موضوع که فردی که‌نسال به دلیل ناتوانی خود برای حضور در مرکز درمانی قادر به بهره‌مندی از خدمت نیست و یا این‌که فردی به دلیل احساس نامطلوب ناشی از بیماری اعتیاد به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمی‌کند تا از خدمات آن استفاده نماید، موضوعاتی مهم‌اند که در عرصه ارائه عادلانه خدمات باید بااستعداد و تعهد ارائه‌دهندگان خدمات و هوشمندی طراحان برنامه برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی به راه‌حلی مطلوب دست‌یابند.

پیوست ها

شرح وظایف پزشک عمومی

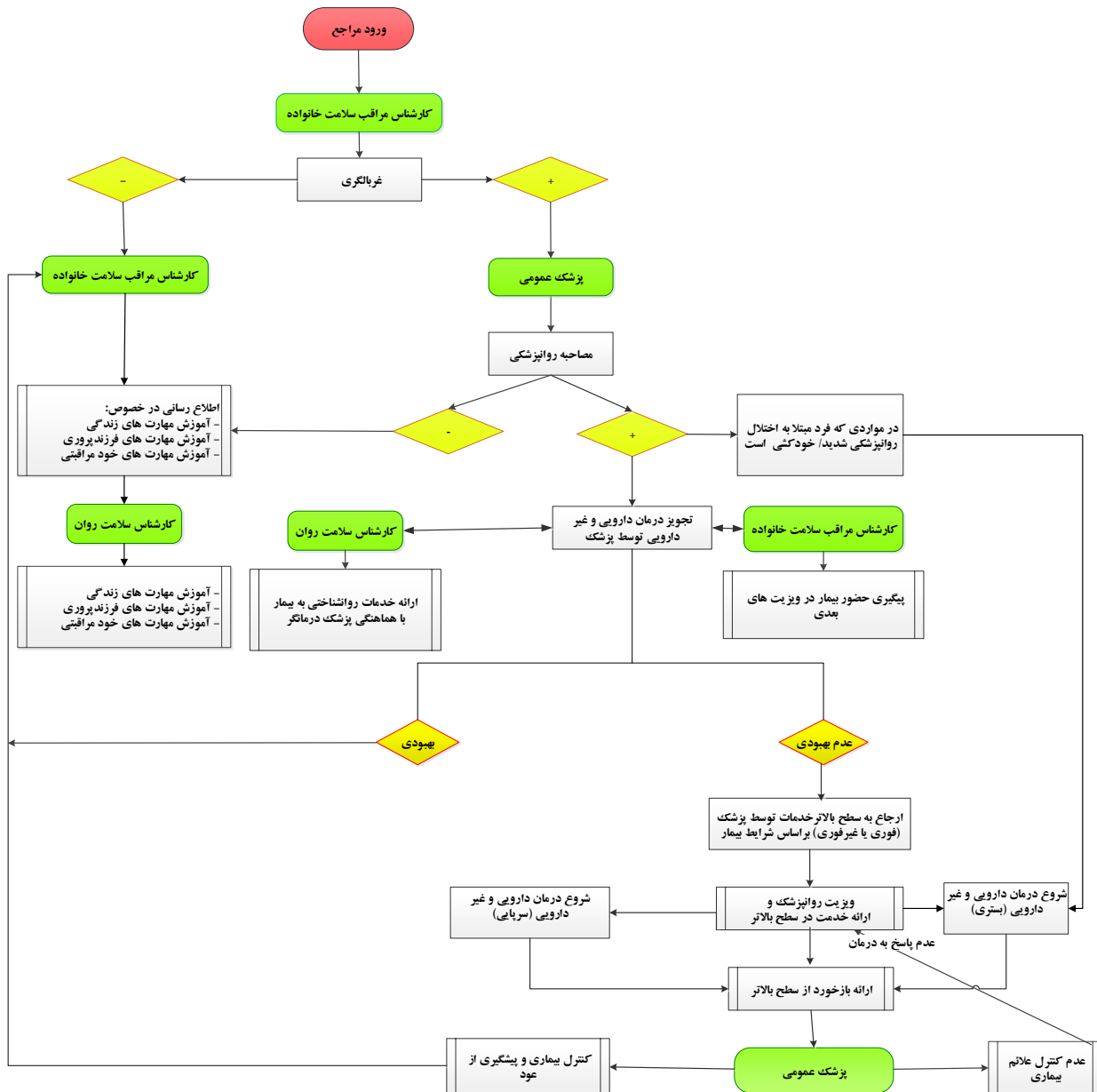
- پذیرش ارجاع از کارشناس مراقب سلامت خانواده و سلامت روان بر اساس فرآیند های طراحی شده در نظام سلامت
- ویزیت مراجعین و افراد ارجاع شده، تشخیص و درمان بیماران (شروع درمان در بیماران مبتلا به اختلالات غیر سایکوتیک و پیگیری درمان در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک و صرع)
- آموزش بیماران و خانواده بیماران در طی فرآیند ارائه خدمات درمانی
- ارجاع بیماران جهت پیگیری روند درمان به کارشناس مراقب سلامت
- ارجاع بیماران به کارشناس سلامت روان جهت دریافت آموزش های روانشناختی و مداخلات مختصر ساده
- پذیرش موارد ارجاع فوری (اورژانس های جسمی و روان پزشکی) و ارائه مداخلات درمانی
- ارجاع بیماران به سطوح بالاتر جهت دریافت خدمات تخصصی
- تکمیل فرم های ارجاع و بازخورد ارجاع برای کارشناس سلامت روان و کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری و یا تکمیل فرآیند درمان
- آموزش کارشناس مراقب سلامت خانواده و نظارت بر فعالیت های وی

فلوجارت ارائه خدمات پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد



* غربالگری اولیه اعتبار با توجه به اینکه به صورت فرصت طلبانه انجام می شود می تواند توسط کلیه پرسنل بهداشتی و درمانی مرکز شامل کارشناس مراقب سلامت خانواده، پزشک، دندانپزشک، ماما و ... انجام شود
* غربالگری روتین برای زنان باردار

فلوچارت ارائه خدمات سلامت روان



فلوچارت ارائه خدمات سلامت اجتماعی

