



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 خدای فر، دکتر میترا حفاظتی، دکتر گی‌تا صدیقی، دکتر لاله کوهی حبیبی، دکتر پروین پورطاهریان، دکتر آرش میراب زاده، دکتر عالی‌ا شکریا

مشخصات ناشر :

مشخصات ظاهری :

شابک :

وضعیت فهرست نویسی :

عنوان روی جلد : بسته آموزشی پزشک در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

روانشناختی .

موضوع :

خدمات سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

موضوع :

شناسه افزوده : دکتر سید وحید شریعت، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر امیر شعبانی، دکتر امیرحسین جلالی، دکتر فاطمه خدای فر، دکتر میترا حفاظتی، دکتر گی‌تا صدیقی، دکتر لاله کوهی حبیبی، دکتر پروین پورطاهریان، دکتر آرش میراب زاده، دکتر عالی‌ا شکریا

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 خدای فر، دکتر میترا حفاظتی، دکتر گی‌تا صدیقی، دکتر لاله کوهی حبیبی، دکتر پروین پورطاهریان، دکتر آرش میراب زاده، دکتر عالی‌ا شکریا 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
البرحمين
مبارك

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 شکبیا

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

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

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 تغییری
۶۵	مرحله پنجم: ایجاد تغییری 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 مدیریتی و رهبری
۷۰	۴- مهارت‌های نظارت و سرپرستی
۷۰	۵- مهارت‌های مباحثه و صحبت
۷۰	۶- مهارت‌های شری‌دن
۷۱	منابع
۷۲	فصل ششم
۷۲	مروری بر اختلالات شایع روان‌پزشکی
۷۴	افسردگی
۷۴	مقدمه
۷۵	راهنمای تشخیصی‌صری 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 تشخیصی‌صری/های پومانیا
۸۹	درمان
۹۰	شرح وظایف پزشک
۹۱	نژیوه 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	غریبالگری 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 پسرکوز
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	ناتوای ذهری

۱۱۵	مقدمه
۱۱۵	علل
۱۱۶	موارد ارجاع و نحوه انجام آن
۱۱۶	بهبود بگیری 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 ائپیلپسی کوس
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 کلّی مشاوره و آموزش
۱۳۰	توصیه به آموزگار
۱۳۰	بهبود بگیری
۱۳۱	اختلالات رفتارهای ای‌ذایی
۱۳۱	مقدمه
۱۳۱	علائم
۱۳۲	ارزیابی و درمان
۱۳۳	اصول آموزش والدین
۱۳۳	بهبود بگیری
۱۳۴	اختلال یادگیری اختصاصی
۱۳۴	مقدمه
۱۳۴	علل و علائم
۱۳۵	تشخیص و درمان
۱۳۶	اصول کلّی مشاوره و آموزش
۱۳۷	اوتیسم
۱۳۷	تعریف
۱۳۸	غربالگری و نحوه ارجاع
۱۳۸	درمان و بهبود بگیری
۱۳۸	موارد ارجاع
۱۳۹	اختلال تک
۱۳۹	مقدمه
۱۳۹	علل و علائم
۱۴۰	درمان
۱۴۱	مواردی که باید به خانواده آموزش داده شود

۱۴۱.....	بهبودگیری
۱۴۲.....	اختلالات دفعی
۱۴۲.....	مقدمه
۱۴۲.....	علل و علائم
۱۴۳.....	تشخیص و درمان
۱۴۴.....	مواردی که بایده خانواده آموزش داده شود
۱۴۵.....	بهبودگیری
۱۴۵.....	اختلالات زبان و ارتباط
۱۴۵.....	مقدمه
۱۴۵.....	علل و علائم
۱۴۷.....	درمان
۱۴۷.....	اصول کلیدی مشاوره و آموزش والدین در لکنت
۱۴۸.....	عادات خاص
۱۴۸.....	خودکنشی
۱۴۸.....	مقدمه
۱۴۹.....	علل
۱۴۹.....	غریبالگری
۱۵۰.....	اقداماتی که تا زمان ارجاع بایده انجام شود:
۱۵۱.....	بهبودگیری و مراقبت بهیمار 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 بهرهمندی از خدمات

مقدمه :

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

اختلالات روان پزشکی هزینه های مستقیم (هزینه های اقدامات تشخیصی و درمانی، بازتوانی و پیشگیری) و غیر مستقیم (کاهش توانایی فود و بار خانوادگی و کاهش نیروی مولد در کشور) بر جامعه تحمیل می کند . عدم بهره مندی از خدمات بهداشتی- درمانی مناسب باعث تشدید هزینه ها و صدمات می گردد. 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 توام با سلامت به دلیل این اختلالات از دست می رود. علاوه بر این، در ایران اختلالات روانی رتبه دوم بار بیماریها را بعد از حوادث غیر عمدی به خود اختصاص داده است.

سیستم بهداشت و درمان در ارائه خدمات به افراد مبتلا به اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد با چالش هایی روبروست و در مجموع می توان گفت که گروه بزرگی از مبتلایان به این اختلالات، یا هیچ گونه خدمتی دریافت نمی کنند و یا در صورت دریافت، خدمات از کیفیت لازم برخوردار نیست.

خوشبختانه بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی می توانند خدمات قابل قبولی را از مراقبین بهداشتی غیر متخصص دریافت کنند . بر این اساس پزشک عمومی درل نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در نخستین سطح خدمات، عهده دار ارائه خدمات پزشکی است و موظف است خدمات سلامت را در محدوده بسته های 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 بر شواهد برای شناخت و درمان اختلالات روان پزشکی در مراکز غیر تخصصی تدوین شده است. این کتاب ویرایش دوم بسته آموزشی پزشک در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد می باشد که توسط دفتر سلامت روانی ، اجتماعی و اعتیاد تدوین گردیده است . این مجموعه مشتمل بر ۸

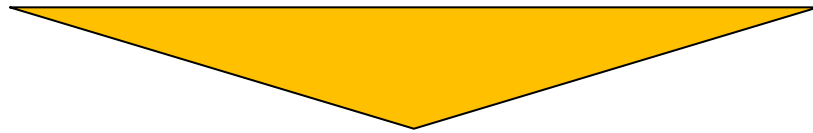
فصل است و حاوی اطلاعاتی جامع در خصوص مفاهیم و اهداف برنامه سلامت روان، راه کارهای ارتقا سلامت روان، مروری بر اختلالات شایع روانپزشکی و آموزش سلامت روان به افراد، گروهها و ترغیب مشارکتهای مردمی می باشد.

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.

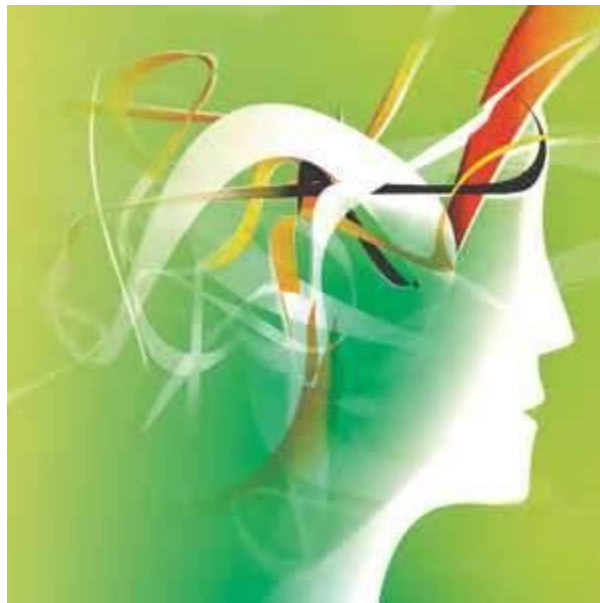
دکتر احمد حاجبی

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
- سرده 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.
- سرده 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 شروع بیماری‌ها در جامعه توضیح دهید.
- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان ارائه داده و این عوامل را به لحاظ طرز تأثیر بر بروز و شروع 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 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 مطلق 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 به‌معنای 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 ارائه‌شده جدید تکیه دارند. از جمله این رویکردها می‌توان به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اشاره کرد. بر اساس موارد فوق می‌توان چرخه‌نسخه گرفت که سلامت روان چینی 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 استعدادها 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 مفعول و سازنده باشد و به‌عنوان

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

بخش‌ری 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 با این اذعان داشت که در افراد بی‌خانمان، تهی‌ستان، 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 یکی قطعی سومین رتبه را در بار بیماری‌ها داشته است.^۲ در تحقیق دیگری ۶.۷٪ از افراد در ایالات متحده در عرض ۱۲ ماه گذشته یکی دوره از بروز اختلال افسردگی اساسی داشته‌اند.^۳ اختلالات اضطرابی مشتمل بر اختلالات پانیک، اضطراب منتشر، اختلالات پس از تروما، انواع فوبی 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.

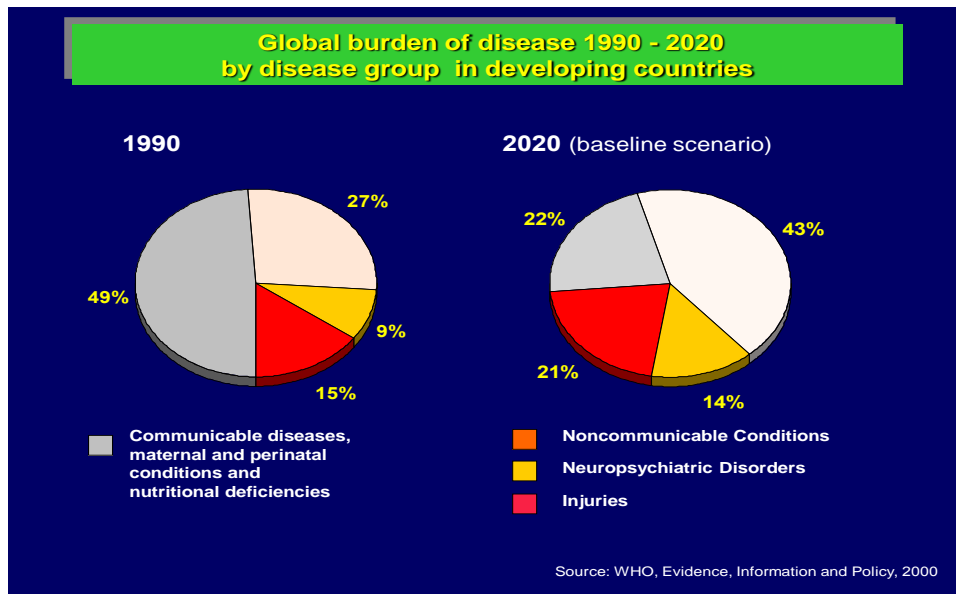
^۳ Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617-627.

ناشری 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 آرزایر به‌دلیلی 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 اسکیزوفرنی، ۳۸ میلیون نفر از صرع و بیش از ۹۰ میلیون نفر از یک بیماری وابسته به مصرف الکل و یک‌سای مواد رنج می‌برند. در ایالات متحده آمریکا، سالانه ۱۴۸ میلیون دلار صرف هزینه‌های روانی می‌شود. در سال ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷ در انگلستان هزینه‌های روانی را ۳۲ میلیون پوند برآورده کرده بود که ۴۵ درصد آن به‌دلیلی از دست دادن کارایی و توانایی سازندگی بود. بیماری اسکیزوفرنی و آرزایر، از بیماری‌هایی چون آرتریت، آسم، کانسر و نارسایی احتقانی قلب، دلت، فشارخون و سکتة مغزی، هزینه‌های درمانی متوسط برای هر بیمار بیشتری دارد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا ۳۵ تا ۴۵ درصد غیبت از محل کار به‌دلیل 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).

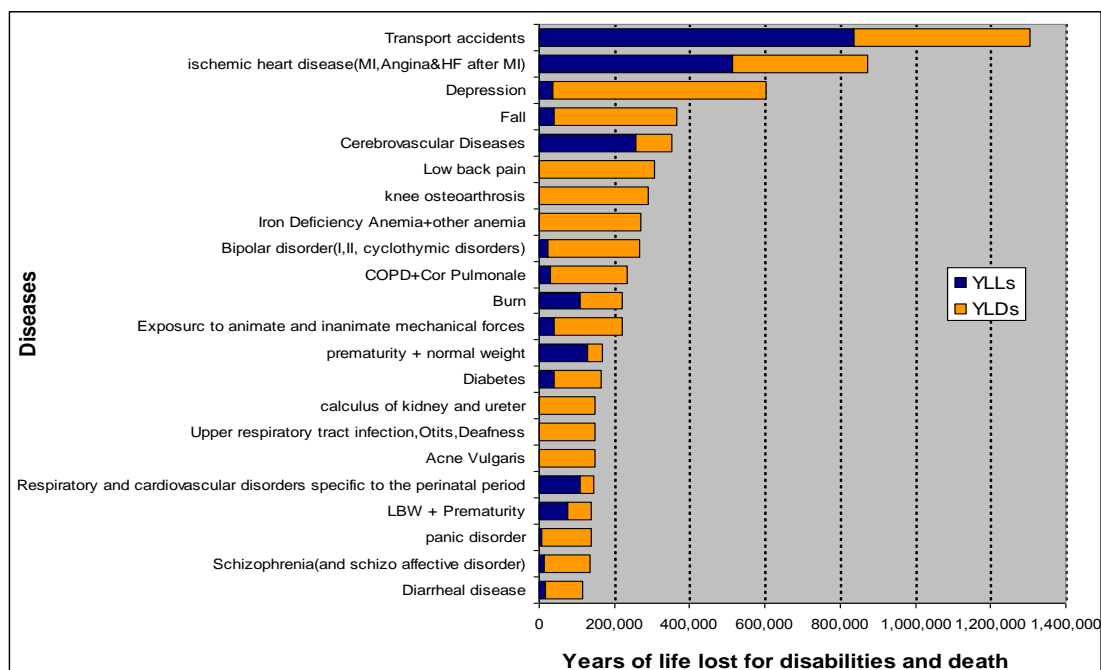
^۳ بهداشت روان چیست؟ دکتر معصومه امین اسماعیلی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - <http://www.iranmentalhealth.hbi.ir/Importance.htm>



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

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

شده است.^۱



تصویری: نمودار سال‌های از دست‌رفته 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

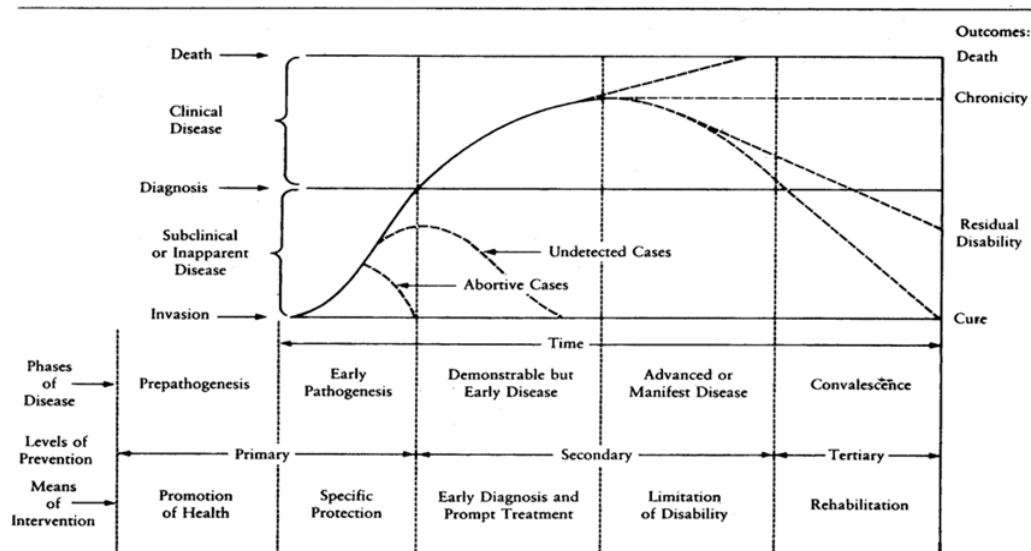
در ایران، شیوع تمام عمر اختلال‌های روانی در جمعیت بالای پانزده سال کشور بیش از ۲۰ درصد برآورد می‌شود که در این میان اختلالات خلقی و اضطرابی بیشترین شیوع را دارند^۱. شیوع این اختلالات در ایران در هر مقطع زمانی بیش از ۱۰ درصد تخمین زده شده است. مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که اختلالات روانی پس 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 زنجباری بر جامعه می‌گذارند؛ به طوری که بیشترین علت از کارافتادگی‌ها را در کشور ما تشکیلی می‌دهند. از این رو کاهش بار اختلالات روانی از اهداف برنامه‌های توسعه قرار داشته و نظرمند به کارگیری جدی راهکارها و منابع مختلف در این راه است.

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

سری طبیعی اختلالات سلامت روان:

همه بیماری‌ها به‌گونه‌ای 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 پیش‌گیرانه و تأثیرات آنها در ستون‌های عمودی دقت کنید. درک مفاهیم این تصویر به شما استفهام مورد نظر برای فهم مبانی طراحی برنامه‌های سلامت را به دست می‌دهد.

رسیدن، دوره زوال و پایان است^۱. اساساً سری طبیعی بیماری به دوره پیشرفت تا نفاخت بیماری در یک فرد اطلاق می‌شود. بیماری‌ها در طول زمان از مراحل معینی و متوالی گذر می‌کنند. این موضوع در مورد برخی از بیماری‌ها به‌خصوص بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی، دیابت و فشارخون بالا که دارای سری 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 علی‌تشدیح سری بیماری می‌شوند. عواملی نظیر الگوهای تربیتی، فقر، تحصیلات، برخورداری از حقوق اجتماعی و عوامل متعدد دیگری در وقوع اختلالات روانی مؤثرند. این عوامل اگرچه در قیاس با عوامل خطر ی نظیر چربی‌ها ی خون بالا، سرگرم‌کننده و دیابت که سبب تنگی عروق کرونر و درنهایت بروز سکته‌ی قلبی می‌شوند در

^۱ -William Farr (1862)

معرض کشف قرار نمی‌گیرند اما به شکل قدرتمندی سلامت روان افراد را در معرض خطر قرار می‌دهند. چارچوبی که برای سری طبیعی بیماری‌ها وضع شده غالباً برای به تصویر کشیدن اختلالات روانی کاربرد دارند. بنابراین بیماری‌های روانی نیز دارای دوره پنهان، دور هی‌بالایی و دوره بهبود هستند.

در علم بیماری‌شناسی سری طبیعی بیماری از پدیده‌هایی تشکیل می‌شود که قبل از آغاز بیماری (مرحله استعداد ابتلا) شروع و تا پایان بیماری (مرحله بهبود، ناتوانی طی مرگ) ادامه می‌کند. پس از دوره تماس با عامل ایجادکننده بیماری فرد وارد مرحله قبل از شروع علائم بالینی (Sub-clinical یا preclinical) می‌شود. در این مرحله عامل بیماری‌زا در فرد فعال است، اما هنوز هیچ‌گونه علائم و نشانه‌ای از بیماری در وی تلفظ نمی‌شود. این موضوع در بیش از ۱/۵ قرن پیش به وسیله Jacob Henle بیان شده است. این پدیده در هر دو نوع بیماری‌های عفونی و غی‌عفونی نظیر اختلالات سلامت روان وجود دارد. در بیماری‌های عفونی به این دوره مرحله نهفتگی (Incubation) و در مورد بیماری‌های غی‌عفونی به آن دوره کمون گفته می‌شود. با این وجود دوره کمون در اختلالات روانی نامشخص و در افراد ممکن است بسیار متغی باشد. به عنوان مثال این دوره در بیماری وبا ۲۴ تا ۴۸ ساعت است در حالی که هم‌چنین دوره در بیماری عفونی آبله مرغان به‌طور طبیعی ممکن است ۲ تا ۳ هفته باشد. این دوره در بیماری نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) به طول تقریبی متوسط ۱۰ سال می‌رسد. اما این دوره در اختلالات روانی کاملاً نامشخص است. دلیلی وقوع این موضوع این است که اساساً طول دوره نهفتگی تابعی از قابلیت بیماری‌زایی (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 روانی دارای واریانس بوده و غی‌قابل سنجشند. با این وجود کنترل این عوامل تا حدی بارزی بر سلامت افراد و آینده روانی آنها می‌گذارد. این نظریه منجر به آن می‌شود که دانشمندان علوم سلامت روان بر برنامه‌های پیشگیریی مختلف تأکید نمایند و راهکار اصلی برای ارتقای سلامت روان را تقویت عوامل اجتماعی و برپایه‌های رشد اجتماعی آحاد جامعه بدانند.

مرحله بالینی (Stage of clinical disease) اختلال روان با وقوع بی‌شایع کشف نخستین علائم بیماری آغاز و با ختم بیماری با یکی از پدیده‌های بهبودی، ناتوانی بی‌مرگ پالین می‌کشد. در اینجا ذکر این نکته کاملاً ضروری است که در سنجش بار بیماری‌ها اولاً اختلالات روان به دلیلی می‌زان بروز



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

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

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان

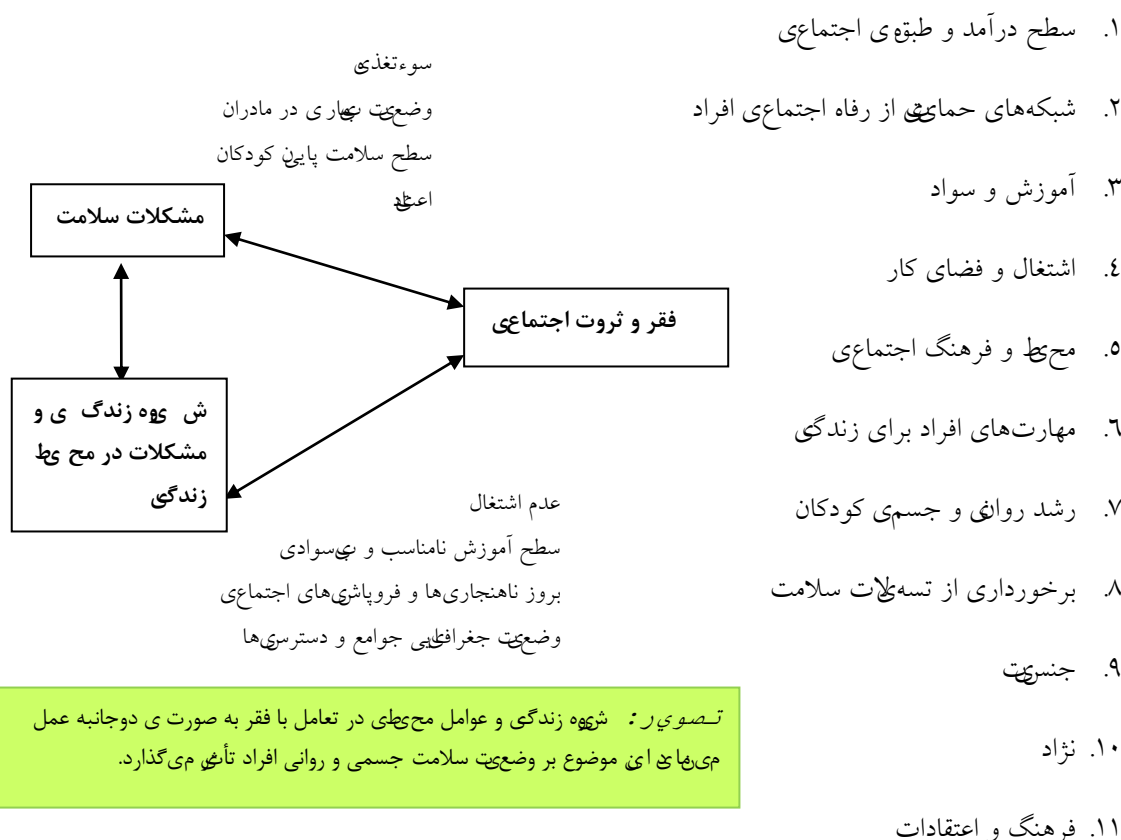
سلامت روان در واقع محصول کارکرد عوامل وسیع اجتماعی است که زیرساخت‌های جامعه بر مبنای آن استوار گردیده است. عواملی نظیر محیط اجتماعی و اقتصادی از طریق اثراتی که بر جسم و روان افراد خواهند داشت همانند ریشه‌هایی در سلامت افراد جامعه مؤثرند. شرایط زندگی، امکانات، تسهیلات آموزشی، نحوه ارتباطات، آگاهی‌ها، وضعیت اشتغال، درآمد، امنیت و سایر موارد همگی به‌طریقی بر سلامت فرد و بر بروز و شریع بیماری‌ها تأثیری می‌گذارند. در کل هر قدر طبقه اجتماعی پایین‌تر باشد امین 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 تحصیلی، آغاز فعالیت شغلی، ازدواج و تشکیل خانواده، تجربه‌های تغییر شغل، بچه دار 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 می‌گیرند. وقوع رخدادهایی نظیر عدم بهره‌مندی از آموزش، از دست دادن شغل و سرپناه، تجربه رفتارهای پرخطر نظیر مصرف سیگار، اعتیاد و بزه کاری می‌تواند بر خورداری 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:



بمعنای یک حقیقت سطح سلامت افراد تابعی است از شیوه زندگی و عوامل محیطی که هر دوی آنها بصورت متقابلی با وضعیت ثروت و منابع در دسترس برای جامعه در ارتباطند. تعامل میان منابع قابل دسترسی برای حمایت‌های اجتماعی از افراد و عوامل مؤثر بر سلامت تعاملی چندسویه است، این موضوع در تصویب به نمایش گذاشته شده است.

منابع

1. Health topics- Mental health, Available in http://www.who.int/topics/mental_health/en/index.html
2. راهنمای مراقبت از بیماری‌های 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 امینی 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 فریح ابوالحسری - مدیریت برنامه‌های تندرستی - انتشارات «برای فردا» - ۱۳۸۳

۱۵. بیگل هول، بونیتا: مبانی اپیدمیولوژی، ترجمه دکتر محسن جانقربان ی و دکتر مطهر پانیپور،

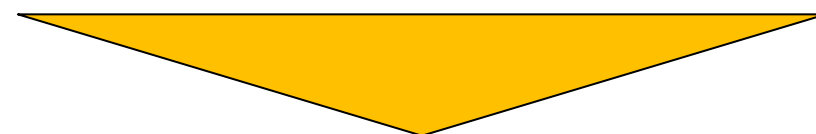
انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان، سال ۱۳۷۱

۱۶. جودیت س، مازنر، اصول اپیدمیولوژی، ترجمه: دکتر حسین ملک افصلی، دکتر کیمرث ناصری،

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

مجموعه مدیعت سلامت برای پزشکان

فصل دوم



راه‌کارهای ارتقای سلامت روان



دکتر محمد رضا رهبر

عناوین فصل

- عوامل چندگانه مؤثر بر بهاری‌ها 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 بهاری‌ها 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 بهاری‌های روانی و راه‌کارهای کنترلی آنها

اساساً اختلالات سلامت روان را با این به‌عنوان بطلدی از یک شبکه علی‌یی با اثرات چندمحوری و

بسیار عوامل درون شبکه دانست. بر این اساس در انتخاب راه‌کارهای مقابله با مشکلات سلامت

روان باید نقش تمامی این عوامل و تأثیرات آنها بر یکدیگر را در نظر گرفت. سطح عوامل تأثیرگذار بر سلامت را می‌توان در یکی از پله‌های زری مورد تحلیلی 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 نظری رفتار، تجربه‌های محیطی و روانی است.

سطح خرد (Micro-level): این سطح شامل سازمان

فیزیولوژیکی و ژنتیکی بدن است.

در عمل اغلب مداخلات مورد نظر دارای حد و مرزهای شناخته شده و منفکی نبوده و در بسیاری موارد اقدام در یک محور تأثیرگذار بر سایر محورها و بی‌تکلیف‌مند تکمیلی 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، آسریب
دین‌گان ناشری از بلایی و بحران‌ها و سایر گروه‌ها
۶. انجام مداخلات سلامت روان در مدارس

۷. انجام مداخلات سلامت روان در محل های کار

۸. اجرای سرکسرت های پیش گیری از خشونت

در این مطن آموزش جامعه یکی از اثربخش ترین راه کارها برای ارتقای سلامت روان است . در

سال ۱۹۶۳ یکی نخستین فعالیت های آموزشی سلامت روان با پروژه بهداشت روانی نورث امپتون معرفی شد. اهداف این پروژه عبارت بودند از :

۱. آگاهی عمومی از اختلالات روانی بعنوان یک مشکل

۲. گسترش دانش و آگاهی در زمینه سبب شناسی اختلالات روانی

۳. نشان دادن بهسرفت ها در زمینه درمان و مراقبت از بهاران روانی

۴. ارائه اطلاعات در مورد این که مراقبت جامع ه نگر چ هست و چگونه افراد غ ید متخصص

میتوانند در این زمینه همکاری داشته باشند و بطن اهمیت این همکاری.

این پروژه که تحت عنوان برنامه ارتقای بهداشت روانی جامعه نگر شهرت یافت . گرچه اهداف

برنامه ارتقای بهداشت روانی جامعه نگر افراد بمنجار جامعه است ول ی بیشتر برنامه های ارتقای

بهداشت روانی در جمعیت ها و گروه هایی مانند دانش آموزان کارمندان و کارگران و بهاران روانی

اجرا شده است. یکی از اهدافی که می توان به آن اضافه کرد و از اهداف سازمان جهانی بهداشت در

سال ۲۰۰۳ بود انگ زدایی از بهاران روانی است که این امر با آموزش عموم مردم جامعه امکان پذی

خواهد بود با تغییر نگرش مردم در مورد بهاری های روانی و قابل تشخیص و درمان بودن این گونه

بهاری ها، مشابه بسیاری از بهاری های حاد طی مزمن جسمی، خواهیم توانست مقدار ی از بار انگ

اجتماعی و تبعضری که بر این گروه از افراد جامعه تحمیل می شود، کاهش دهیم.

در اینان در تحقیقی که توسط شادمنش و همکاران در زم نیه بررسی فرهنگ بهداشتی مردم

شهرنشین استان کردستان در سال ۱۳۷۷ انجام شد نشان داده شد که ۶۱٪ آگاه ی ضعیفی از مفهوم

بهداشت داشتند. ۳۵٪ از مردم معتقد بودند که طب سنتی تاخی زلیدی در درمان بهاری های داشنق و

۱۲٪ از مردم به دعانویس جهت بهبود بهاری اعتقاد داشتند. در خصوص چگونگی بهبود یک بهاری

روانی یعنی نظرات مردم در شهرهای مختلف استان تفاوت وجود داشت.

شواهد علمی در مورد نتایج 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 یافتیم که آموزش مهارت‌های زندگی نتایج پربراری 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، پیتز ۱۹۸۶)، پیشگیری از بی‌بندوباری جنسی (اولوپس ۱۹۹۰)، بارداری در نوجوانان (زابین و همکاران ۱۹۸۶ و شریگ ۱۹۹۴)، ارتقای هوش (گونزالس، ۱۹۹۰) پیشگیری از ایدز (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴) آموزش صلح (پراتزمن و همکاران) و ارتقای اعتماد بمنفس (تاکن، 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 مقتضات و کشمکش‌های زندگی روبرو شود. آموزش مهارتهایی چون حل مسأله 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 با دید مبتنی بر تمامی عوامل مؤثر بر سلامت روان از جمله کنترل شرایط بیولوژیک و نئین 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 به صورت متقابل با وضع سلامت ثروت و منابع در دسترس برای جامعه در ارتباطند. تعامل مکن منابع قابل تحریک برای حمایت‌های اجتماعی از افراد و عوامل مؤثر بر سلامت تعاملی چند سوی است، این موضوع در تصویب‌های به‌نمایش گذاشته شده است.

مروری کوتاه بر مفاهیم پیش‌گیری و کاربرد آن در سلامت روان

پیش‌گیری، به‌مفهوم ساده، به‌معنای جلوگیری از بوجود آمدن بیماری قبل از وقوع آن است. در مفهوم علمی پیش‌گیری شامل کلی اقداماتی است که به‌منظور جلوگیری از بروز، قطع یا کاهش سرعت سری بیماری بکار می‌آید. برپای این مفهوم و با توجه به مراحل متفاوت سری بیماری می‌توان برای پیش‌گیری ۴ سطح مختلف را در نظر گرفت:

۱. پیش‌گیری نخستین، ابتدایی یا اولیه‌ای (primordial)

۲. پیش‌گیری اولیه‌ای سطح اول (primary)

۳. پیش‌گیری ثانویه‌ای سطح دوم (secondary)

۴. پیش‌گیری ثالثی 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 تاکنون 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 زی‌ساخت‌های لازم برای توانمندسازی جامعه و آموزش عموم مردم از جمله راه‌کارهای پیش‌گیری مقدماتی یا ابتدایی در برنامه سلامت روان است.

پیش‌گیری اولی

اصطلاح پیش‌گیری اولی (Primary prevention) به حالتی اطلاق می‌شود که در آن تلاش می‌شود از طریق تائیدات بر اشخاص و اجتماع مانند حفظ وضعیت بهداشتی محل زیست افراد و این‌سازی بر علل بیماری‌های عفونی سبب حفظ و ارتقای تندرستی آنها گردید. مقصود از پیش‌گیری سطح اول پیشگیری از بیماری با کنترل علل و عوامل خطرزا است. پیشگیری سطح اول عمدتاً شامل مداخله در مرحله پیش از وقوع بیماری‌های مسائل بهداشتی یا انحراف‌های سلامتی است. پیشگیری اولی 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 مسافتی از قبیل آموزش جنسیتی، 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 تدابیری برای افراد و جمعیت‌ها برای شناسایی زودرس و مداخله سریع و کارساز برای بهبود مشکل سلامت پیش‌آمده. تشخیص زود هنگام اختلالات سلامت روان در کودکان نمانده از این نوع پیش‌گیری است.

پیش‌گیری سطح سوم

پیش‌گیری سطح سوم (Tertiary prevention) شامل تدابیر در دسترس بعمد منظور کاستن طراز مطن بردن نقص‌ها و ناتوانی‌های دراز مدت و به حداقل رساندن رنج‌های حاصله از انحراف موجود در تندرستی و ارتقای تطابق بچار با حالت‌های درمان‌ناپذیری است. به این ترتیب مفهوم پیش‌گیری سطح سوم تا عرصه بازتوانی گسترش می‌کند. اقدام در این مورد وظیفه کادرهای درمانی است. هنگامی که فرایند بچاری از مراحل اولیه خود فراتر رود هنوز هم می‌توان بوسطه آنچه "پیش‌گیری سطح سوم" نامیده می‌شود، اقدامات پیش‌گیرانه انجام داد. این کار شامل اقدامات مداخله‌ای در مراحل نهایی بچاری‌زایی بچاری است. تمایز بین پیش‌گیری سطح سوم و درمان معمولاً مشکل است چون یکی از اهداف اصلی درمان بچاری‌های مزمن پیش‌گیری از بازگشت و عود آن است. مثلاً درمان حتی اگر در مراحل نهایی سری بچاری 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 بچاری در مبتلایان به انواع اختلالات روانی ناتوان‌کننده و پیش‌رونده برای پیش‌گیری از پیشرفت بچاری است.

دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به‌لحاظ سطح پیش‌گیری

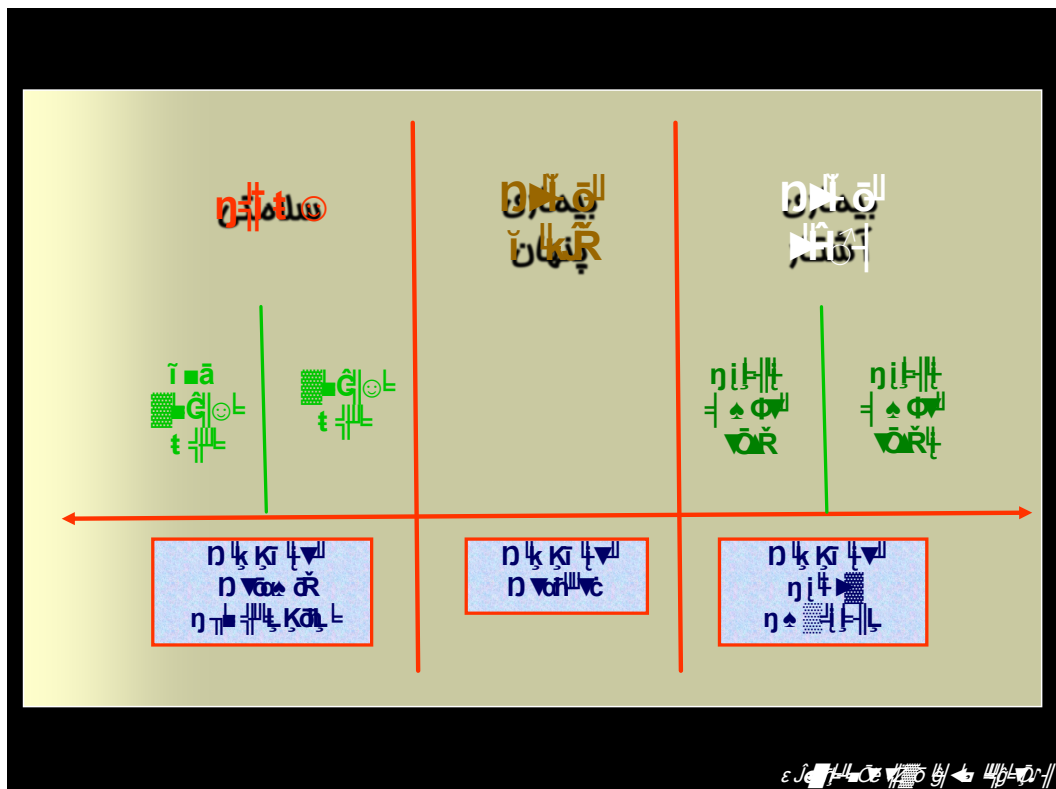
۱- برنامه‌های پیش‌گیری سطح اول؛

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 عریه بچاری‌های 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 پیش‌گیری در این برنامه در زمانی عمل می‌کنند که یا سری بیماری شروع نشده (Premordial prevention) یا این که هنوز به‌صورت بال‌گیری ظاهر نشده است ولی شالوده‌ی آن با حضور عواملی که به نفع وقوع آن است رنجخته شده است (primary prevention). خدمت (مداخله‌ی) مورد پیش‌گیری 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 بیماریار کشف نشده‌ی اختلالات اسکیزوفرنی، اختلالات اضطرابی، عقب‌ماندگی ذهنی و پیش‌فعالی در کودکان در بیماریار بظاهر سالم با استفاده از آزمون‌ها و معاینه‌های سالی‌رویه‌ها را اصطلاحاً غربالگری می‌گویند. آزمون‌های غربالگری به‌منظور تشخیص قطعی بیماری بکار نمی‌روند و کسانی که یافته‌های مثبت داشته باشند بایستی برای تشخیص و درمان معاینات دیگری شوند. از جمله‌ی این آزمون‌ها می‌توان از آزمون‌های اولیه‌ای که برای اندازه‌گیری ضریب هوشی در دانش‌آموزان در بچو ورود به مدرسه صورت می‌گیرد نام برد. بدیهی است طراحان برنامه‌های تندرستی تنها در شرایطی توصیه‌ی انجام این نوع از مداخلات می‌نمایند که امکان بهبود کارتقای سلامت بیماریار در یک برنامه‌ی پیش‌گیری سطح سوم موجود باشد. بنابراین اگرچه این نوع از مداخلات موجب بکارکردن تعداد بیشتری از موارد بیماریار کشف نشده در ابتدا می‌شوند ولی در عمل پس از بهبود موارد کشف‌شده می‌بایست موجب کاهش شیوع بیماری در جامعه شوند.



تصویر: طوف تندرستی و برنامه‌های سلامت

۳- برنامه‌های پیش‌گیری سطح سوم،

شامل تدابیر لازم برای کاستن طراز مکلن بردن نقص ها و ناتوانی‌ها ی کوتاه مدت و خصوصاً درازمدت و به حداقل رساندن رنج و پریشانی حاصل از مشکلات سلامت و ارتقا ی قابلیت بهار درمان‌ناپذی است. مداخله‌های مورد پیش‌گیری این برنامه‌ها در مرحله ی بلوغی و مرحله ی ناتوانی عمل می‌کنند. به این ترتیب مفهوم پیش‌گیری تا عرصوی بازتوانی گسترش می‌کند. مداخلات مورد پیش‌گیری در برنامه‌های درمان معتادان ط روان‌درمانی در مبتلایان به افسردگی در مرحله ی بالینی عمل می‌کنند. مداخله ی مورد پیش‌گیری در برنامه ی توان‌بخشی کودکان عقب‌مانده ذهنی (ارائه ی خدمت به معلولین عقب‌افتاده ذهنی بم منظور کاهش ناتوانی موجود) نیز در سطح مرحله ی ناتوانی عمل می‌کند، اجرا ی مداخلات در این سطح پیشگیری می‌بایست منجر به کاهش شریع و ناتوانی شود.

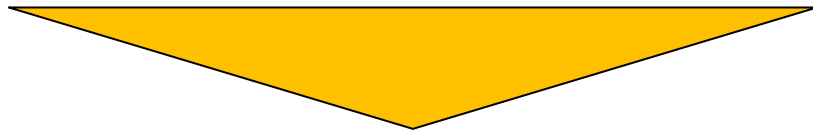
اهمیت شناخت سطح مداخله در برنامه نه تنها موجب فهم مناسب از اقدامات مداخله‌ای م ی‌شود

بلکه موجب درک مناسبی از شاخص‌های ارزشیابی برنامه نمی‌شود. 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 بچاری است.

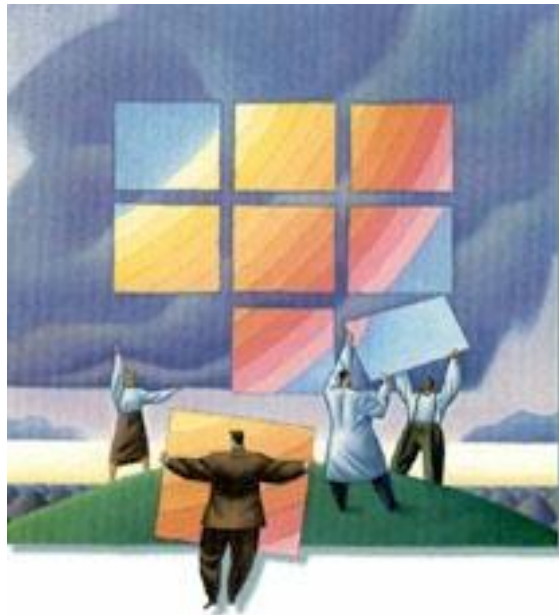
منابع

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.
4. جان م. لست. فرهنگ اپیم‌یولوژی. ترجمه حسین شجاع‌ی‌تهرانی و بابک بوب : انتشارات سماط، ۱۳۷۸.
5. دکتر فریخ ابوالحسری. مدییت برنامه‌های تندرستی: انتشارات «برای فردا»، ۱۳۸۳.
6. بچگل هول، بونتتا. مبانی اپیم‌یولوژی. ترجمه محسن جانقربان‌ی و مطهر پیانپور: انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۱.
7. جودیت س. مازنر. اصول اپیم‌یولوژی. ترجمه حسین ملک‌افضلی، کیمرت ناصری: انتشارات دانشگاه تهران، مرکز نشر دانشگاهی، چاپ اول ۱۳۶۳.

فصل سوم



آشنایی با چارچوب برنامه‌های سلامت روان



دکتر محمد رضا رهبر

عناوین فصل

- مقدمه
- هدف برنامه‌های سلامت روان
- فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان بجم 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 نام‌برده 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 به منظور 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 در زمینه‌ی پیش‌گیری و کنترل بیماری‌ها در سلامت روان را بهتر درک کرد. مطالب این فصل بر اساس تفهیم این مقدمات سازمان‌یافته است و در اینجا پس‌از آن 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 استفاده مناسب تری برای فهم و به کارگیری برنامه‌های سلامت روان دست‌یابیم.

هدف برنامه‌های سلامت روان

برنامه‌های سلامت روان در جستجوی راهی برای ارتقای سلامت روانی و اجتماعی و کیفیت زندگی گروه‌های هدف در محیط کار و زندگی افراد نلبه‌طورکلی 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 بیمارهای 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، مکلن سالان 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، عقب ماندگی 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 سل‌کوتیک، 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 به منظور 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 به سوی تحقق هدف

اصلی آن پیش‌برد. 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.

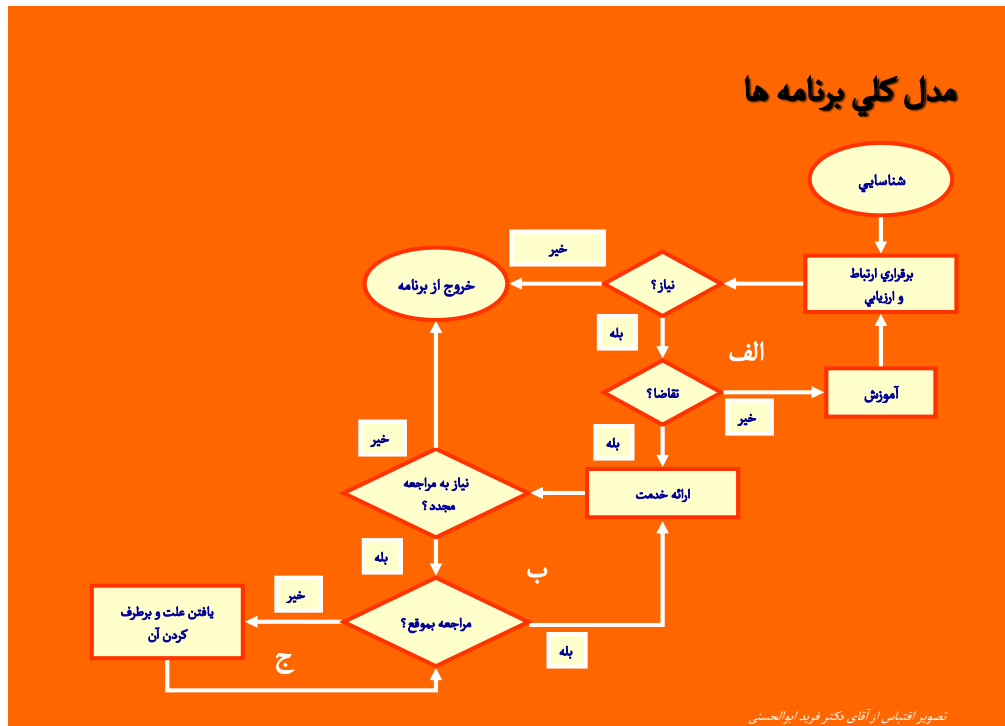
فعالیت‌های اجرایی طی دستورعمل‌ها به نیروی انسانی شاغل در بخش‌های مختلف ابلاغ می‌شوند.

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 به صورت 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 موردتوجه 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 موردتوجه به او ارائه گردد. این موضوع را "ادغام در سطح گیرنده خدمت" می‌گویند. به عنوان مثال هنگامی که کودک زیر ۶ سال به واحد ارائه خدمت مراجعه می‌کند، ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند به او خدمات ایمن‌سازی، پیش‌رشد، سلامت روان و سایر بررسی‌های سلامت را ارائه نماید. تحقق این امر در گروهی 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 تعریف شده 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" یاد کرد، 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 یک زمان 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، بااین وجود در اینجا ذکر این نکته ضروری است که برنامه‌های سلامت باید با شیوه‌هایی کارآ 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 به دست 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 عنوان 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 نظر دارند و باید آن خدمات را دریافت کنند گروه



هدف آن برنامه اطلاق می‌شود. سرکلیست گذاران بخش سلامت در اولویت بندی برنامه‌ها ی بهداشتی همواره سعی می‌کنند برنامه‌هایی را انتخاب نمایند که از شدت بیشتری 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 معرفی نموده‌است. در این مکتب 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 به صورتی کارآمد متمرکز باشد. واضح است این تعریف بخش از هر چینی بر توان شناختی و عاطفی افراد متمرکز 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 نمی توان پیدا کرد که نظرمند حمایت های اجتماعی برای برخورداری از حداکثر سلامت روان نبوده و هیچ فردی را نمی توان یافت که فاقد نظرمند 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 دانسته اند که فاقد هرگونه اختلال هیجانی روانی باشد، اما در بسطی از تعاریف دست یابی به ارزش های اخلاقی و اجتماعی را برای افراد فاقد اختلال به عنوان یکی از اهداف سلامت روان پیش بینی نموده اند. در این زمینه گفته می شود حتی در شرایطی که فرد فاقد هرگونه اختلال هیجانی روانی باشد، باز هم می توان درجاتی از رشد روانی را برای وی تصور کرد که در آن عواطف فرد از ظرفیت های کامل تری برای برخورداری از زندگی پربار بهره مند بوده و قادر است بر چالش های هرچند عمیقی که در زندگی اش پیش می آید غلبه نماید. این دیدگاه موضوعاتی نظیر ارزشمندی، قدرت کنترل، هوشمندی های عاطفی، قدرت فردی، قابلیت حل مسأله، خلاقیت، طبیعت شاد و رضایت مندی فردی را مورد توجه قرار می دهند.



بر اساس آنچه در فوق آمد می توان چنین نتیجه گرفت که گروه اول در خدمات سلامت روان آحاد افراد جامعه هستند که از اقدامات پیشگامانه بهره مند می شوند. اقداماتی نظیر آموزش سلامت روان برای گروه های مختلف برگزار می 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، مهارت های فرزندپروری و آموزش روش های غلبه بر استرس می توانند اقداماتی از این دست باشند. با این وجود همواره می توان در جامعه افراد را پیدا کرد که به درجات مختلفی از اختلالات روانی متفاوتی رنج می برند. گروه های اخیری واجد شرایط

درک خدمات درمانی و توانبخشی 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 کارشناسانی و ثبت اطلاعات مربوط به گروه‌های غربالگری و دستورعمل‌های مشخصی صورت می‌پذیرد که برای کارکنان سلامت ضوابط آن تعیین و ابلاغ می‌شود.

طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای ارائه خدمات سلامت روان

حال که درک 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 معنی است. در اغلب موارد درک نیاز به خدمات از طریق مشاوره با افراد صورت می‌پذیرد. با این وجود همواره افرادی خاص از جامعه که تحت شرایط ویژه‌ای زندگی می‌کنند در معرض مخاطرات سلامت روان خاص بوده و به خدمات تقریباً یکسانی نیاز دارند. رویکردهای مختلفی برای طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای سلامت روان می‌توان پیدا کرد، اما آنچه در این کتاب

مورد تأکید قرار می‌گیرد انتخاب گروه‌های هدف بر دو



مبناست. 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 سری است. در این رویکرد گروه‌های سری 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 سری همواره مورد نظر ارائه‌دهندگان خدمات است. به عنوان مثال می‌توان تصور کرد که اختلالاتی نظیر بیش‌فعالی و کمبود توجه، شب‌اداری و کابوس‌های شبانه در گروه سری کودکان از بروز بالاتری برخوردار است و در هنگام ارزیابی سلامت

روان می‌توان علائم و نشانه‌های وقوع این موارد در گینده خدمت را مورد بررسی قرار داد . رایج‌ترین نوع این طبقه بندی که در نظام سلامت کشور در اغلب موارد مورد عمل قرار گرفته است، طبقه بندی گروه‌های هدف بر اساس گروه‌های سری است. این طبقه بندی از آنجا دارای کارایی بالایی است که اصولاً گروه‌های سری نظریه‌های پایی یکسانی به مراقبت‌های اساسی سلامت دارند . با این وجود گروه‌های هدف را می‌توان بر اساس ویژگی‌های دیگری نظیر طبقه بندی کرد. این ویژگی‌ها مبتنی بر نظریه به درک خدمت خاص و 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 طبقه بندی شوند، دو ویژگی مشترک دارند. ویژگی نخست، نظریه آنها به خدمات خاص و ویژگی دوم، امکان ایجاد بهره‌مندی از خدماتی با ماهیت مشابه برای طیفی از افراد گروه هدف است . طبقه بندی گروه‌های هدف برای برنامه سلامت روان بدان لحاظ ارزشمند است که به ارائه دهندگان خدمات سلامت این امکان را می‌دهد که با حجم کمتری از فعالیت و پیگیری‌ها و با رویکردی نظام دار 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.

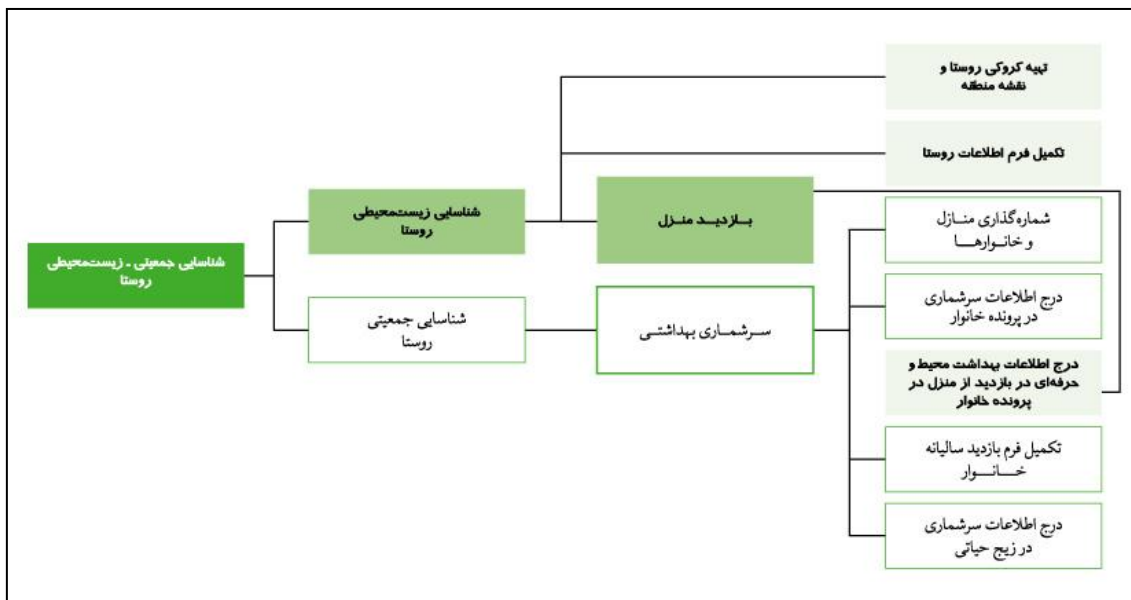
شناسایی گروه‌های هدف در برنامه سلامت

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

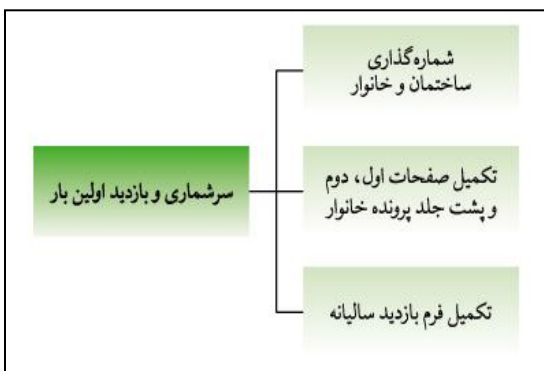
۱- برنامه شناسایی جمعیتی زیست محیطی

شناخت جمعیتی یکی از وظایف اساسی بهروزان و سایر ارائه‌دهندگان خدمت است . اطلاعات مربوط به شناخت جمعیتی روستا در فرم‌های مختلف در خانۀ بهداشت ثبت می‌گردد. ثبت اطلاعات پایی جمعیتی برای ارائه کلی خدمات سلامت صورت می‌پذیرد و برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

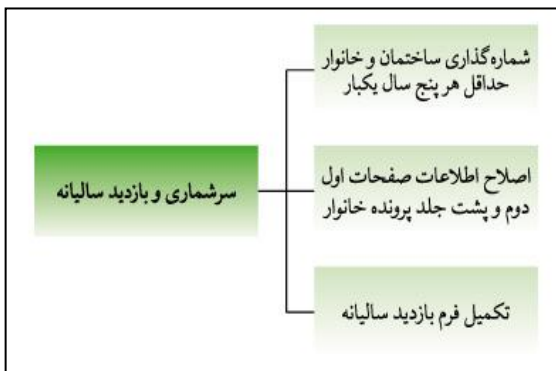
روان به عنوان اطلاعات پای قابل استفاده و دسترسی است. نمودار ذیل مراحل مختلف این برنامه در روستا را نشان می‌دهد. همچنین فرایندها در مناطق شهری نیز به مورد اجرا گذاشته می‌شود.



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 گروه‌های هدف برنامه‌های سلامت است.



تصویر: سرشماری در سال‌های بعد در روستا - این فرایند توسط بهورز صورت می‌گیرد.



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

شناخت جمعیت روستا از طریق سرشماری بهداشتی و بازدید از منازل صورت می‌پذیرد. اساساً هدف از سرشماری بهداشتی شناسایی وضعیت جمعیتی (دموگرافیک) روستا به تفکیک گروه‌های

سری و جنسری 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 بازدیدی سالانه 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 مدیسی و ارائه‌دهنده خدمت مربوط به آن پرونده خانوار شامل مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی، خانه بهداشت و نفع 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 ننیجه سرپرست، پدر و مادر سرپرست خانوار، خواهر و برادر سرپرست، سایر خویشاوندان سرپرست و غی‌خویشاوندان به ترتیب ثبت می‌گردد. چنانچه خانوار از خانوارها ی عشای و ملی خانوارهای غی‌ای‌انی باشند نفع در صفحه دوم پرونده خانوار ثبت می‌شوند.

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

روش هاست. کلو غربالگری به طور معمول توسط بهورزان در روستا و کاردانا در شهر انجام می‌شود. افراد غربال شده باید به منظور تشخیص نهایی اختلال توسط ارائه‌دهندگان واجد صلاحیت مورد تائید نهایی قرار گیرند و اطلاعات آنها در فرم‌های ثبت بهاری‌ها وارد شود. با ثبت این اطلاعات ارائه‌دهندگان خدمات قادر خواهند بود تا کلی 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 پیش‌گیری سطح دوم انجام می‌شود. پیش‌گیری سطح دوم (secondary prevention) عبارت است از ایجاد تیم‌های ذات لازم و تدابیر برای افراد و جمعیت‌ها برای شناسایی زودهنگام و مداخله سریع و کارساز برای رفع مشکل سلامت پیش‌آمده. در مورد اختلالات سلامت روان مفهوم پیش‌گیری ثانویه عبارت است از ایجاد نظام‌های مراقبتی برای کشف سریع موارد اختلالات قبل از وقوع علائم خطرناک و پیشرفته. بدین است پس از کشف موارد ارجاع موارد به پزشک و شروع هر چه سریع‌تر درمان از اهمیت خاصی در سری بالینی بهار برخوردار است. در زمینه نحوه ارائه مراقبت به بیماران سلامت روان و خدمات مراقبتی از آنان در سایر فصول به تفصیلی سخن خواهیم گفت.

سؤالات ارزشیابی اولیه اختلالات روان‌پزشکی

وجود هر یک از نشانه‌های زیر به مدت بیش از دو هفته باین پزشکان را به فکر وجود اختلالات سلامت روان در افراد بیندازد:

- خلق افسرده و اندوهگین
- بی‌حوصلگی و احساس دل‌گرفتگی
- تمایل کم به کار کردن
- خواب کم یا زیاد
- اشتهای 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 بمذنبال 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 فعّالی:

• روری بر علائم مهم

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

در صورت وجود حملات تشنج:

- | | |
|---|---|
| تاریخ آخرین حمله: | تعداد حملات در ماه: |
| <input type="checkbox"/> وجود بیهوشی پس از حملات | <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار |
| <input type="checkbox"/> مکان خاص | <input type="checkbox"/> بروز حملات در زمان و |
| <input type="checkbox"/> حرکت تونیک کلونیک اندام ها | <input type="checkbox"/> خارج شدن کف از دهان |
| <input type="checkbox"/> بروز حملات در حین خواب | <input type="checkbox"/> گازگرفتگی زبان |

۴. تاریخچه تکاملی:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> تأخیر در نشستن | <input type="checkbox"/> تأخیر در سخن گفتن | <input type="checkbox"/> تأخیر در راه رفتن | <input type="checkbox"/> تأخیر در کنترل |
| <input type="checkbox"/> ادرار و مدفوع | <input type="checkbox"/> معلولیت های جسمی | <input type="checkbox"/> رفتارهای نامتناسب با سن | <input type="checkbox"/> 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 زندانی در خانواده
- وجود خشونت خانگی
- وجود فرد بازمانده از تحصیل (زیر ۱۸ سال) در خانواده
- بیکاری سرپرست 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
سای:

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 نمایید.

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 نمی توان 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 می کند «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 بر چند نوع است. «توهم شنوایی» وقتی تشخیص داده می شود که بیمار صداهایی را می شنود که افراد دیگر آن صداها را نمی شنوند. «توهم بینایی» بدین ترتیب است که فرد تصاویر، جرقه های نورانی یا افرادی را می بیند که واقعاً در محیط خارج وجود ندارند.

لازم به ذکر است که منظور از «افکار وسواسی» افکار مزاحم و بیهوده ای است که علیرغم تمایل فرد همیشه در ذهن او تکرار می شوند و فرد می خواهد ولی نمی تواند در مقابل آنها مقاومت کند، - مانند فکر صدمه زدن به کسی، تفکرات مکرر و دائمی در مورد کثافت و آلودگی، شرک 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 می زند. 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 اجتماعی اش 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 درمان‌های 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 روانپزشکی 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،

محرک‌ها، روان‌گردان) 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 بررسی های پاراکلینیکی: نتیجه آزمایشات، رادیوگرافی، الکتروانسفالوگرافی،

سی تی اسکن و غیره را در این قسمت بنویسید.

بند ۱۳. تشخیص: در این بخش براساس یافته های شرح حال، تشخیص یا تشخیص های احتمالی

را مشخص نمایید و برای ثبت در فرم آمار اختلالات در بخش طبقه بندی 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 فراگی، 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 می کنید در این قسمت یادداشت نمائید.

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

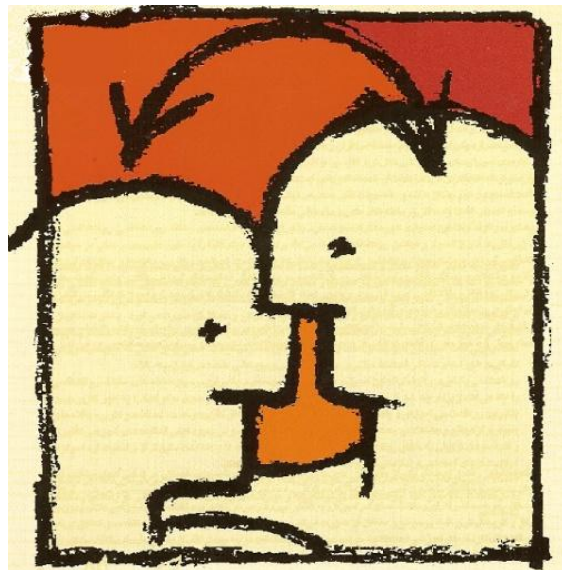
۴- ثبت موارد شناخته شده اختلالات سلامت روان در دفتر مراقبت و پیگیری

فراخند 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. خاطر نشان می شود موارد ثبت اختلالات فقط با تشخیص پزشک امکان پذیر خواهد بود.

این فراخند با هدف ارائه خدمات ممتد به بهاران شناسایی شده بوده و با هدف پیش گیری سطح سوم (Tertiary prevention) صورت می پذیری. پیش گیری سطح سوم شامل تدابیر در دسترس به منظور کاستن از میزان بردن نقص ها و ناتوانی های درازمدت و به حداقل رساندن رنج های حاصله از انحراف موجود در تندرستی و ارتقای تطابق بهار با حالت های درمان ناپذیری 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 طبق‌بندی نموده و هر یک را توضیح دهید
- مشکلات شایع ناشی از عدم برقراری ارتباط مناسب با گروه‌های هدف را توضیح دهید
- هر یک از مراحل برقراری ارتباط با گروه هدف و فرایندهای اجرایی و ابزارهایی که برای این فرایندها به کار می‌آیند را توضیح دهید

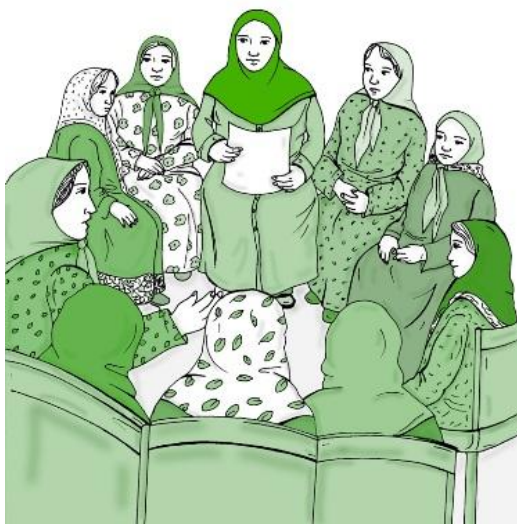
مقدمه

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف 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 به منظور 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 باید 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 هر یک از موارد اشاره شده 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. همین 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 رویه‌های 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 تباهل 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. در واقع این مسأله که مردم چرا سالم هستند و چرا بیمار می‌شوند، قبل از هر چیزی به رفتاری 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. در واقع 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 مستعدکننده مؤثر بر رفتار افراد را می‌توان شامل مواردی نظیر دانش، اعتقادات، ارزش‌ها، تلقی‌ها، اعتمادبه‌نفس 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 درنهایت 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.

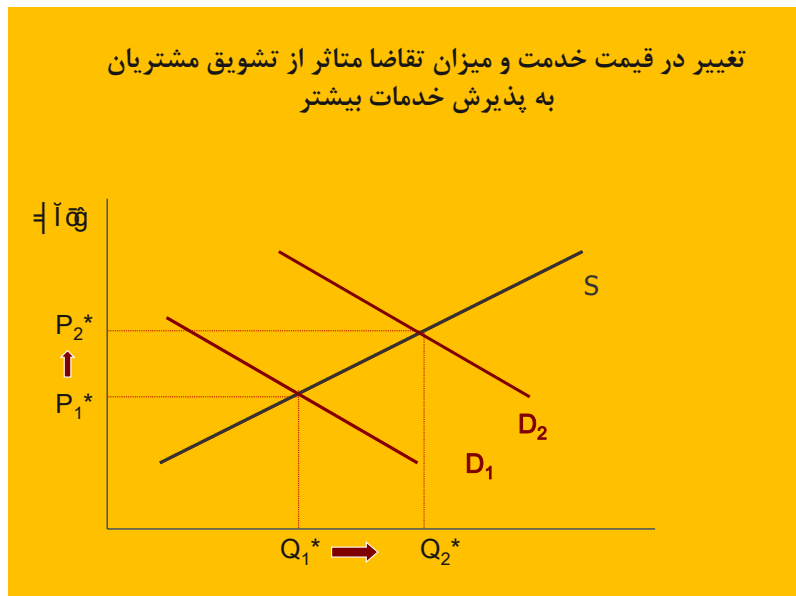
در برقراری ارتباط با مردم و گروه‌های هدف می‌بایست به چند نکته اساسی توجه شود. نکته نخست اولویت‌های اعلام‌شده مردم است که شامل درخواست‌ها و اولویت‌هایی است که معمولاً مردم برای خدمات خاص دارند. موضوع دوم نیازهای طبیعی مردم و نکف‌سوم فراهم بودن منابع برای ارائه خدمات مشخص سلامت روان است. درواقع در موضوع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

خصوصی موضوعی رایج در تمام بازارهای سلامت کنترل نشده دنیاست. اصولاً دولت ها و متولیان بهداشت در هر جامعه‌ای تلاش می‌کنند تا با استفاده از ابزارهای مختلف کنترل بازار سلامت را به نحو مناسبی انجام دهند. از جمله 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. از جمله 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. به عنوان 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 به صورت 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. با وجود این در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت روان ما با مقاصد خاصی اقدام به برقراری ارتباط می‌نماییم. به عبارت دیگر ارائه دهندگان 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

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 نمایند، 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



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.

دعوت به عمل آورد. بدین منظور دفتر ویژه ای 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. به‌عنوان 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 دانش آموزان 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 به‌وسیله 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 به‌کارگیری 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 به‌طور کلی تابع توان مخاطب در فهم درست پیام‌های نهفته در این ابزارهاست.

مرحله چهارم: ارتقا و پذیرش تغیی

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 به طور کلی تابعی از توانمندی های 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 می گذارند توجه نمود.

مرحله پنجم: ایجاد تغییر در رفتار

یک ارتباط مؤثر ممکن است منتج به تغییر باورها و نگرش های فرد شود اما هنوز در رفتار وی تأثیر و نفوذی نداشته باشد. این امر هنگامی می تواند رخ دهد که ارتباط با برنامه ای سازماندهی شده حاصل نشده باشد. یک فرد ممکن است نگرش دلخواهی داشته باشد و بخواهد اقدامی را انجام دهد مانند استفاده از روش های تنظیم خانواده، آوردن کودک برای انجام واکسیناسیون و غیره، اما باین وجود 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 ارائه دهندگان 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 ارائه دهندگان خدمت قرار گرفته و مناسب ترین راه برای بهره مندی از خدمات ارائه شود.

مرحله ششم: بهبودی و ارتقای سلامت روان

ارتقا در سلامت روان فقط موقعی اتفاق می افتد که رفتارها به دقت و درستی انتخاب شده و به نحو صحیحی اجرا شوند. اگر پیام های ارائه دهنده ی خدمت بر اساس ایده های 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 مبری 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 پلخ 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 رخدادهایی 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 می‌توانند گرفتار سوداگران تجارت پیشه شوند.
- ۵ - و اما یکی از مهم‌ترین موضوعات وضعیت دسترسی به خدمات است. این موضوع به عنوان شاخصی اساسی فراهمی خدمات را نزد متقاضیان آن ایجاد می‌کند. همان‌گونه که قبلاً اشاره شد دسترسی مشتمل بر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، زمانی، فرهنگی و ... است.
- اصولاً در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف 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 که کهنسال به دلیل ناتوانی خود برای حضور در مرکز درمانی قادر به بهره‌مندی از خدمت نیست و یا این که 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 با استعداد و تعهد ارائه‌دهندگان خدمات و هوشمندی طراحان برنامه برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی به راه‌حلی مطلوب دست یابند.

مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان



برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان به طور معمول بر اساس شیوه های رایج برقراری ارتباطات انسانی و با ملاحظه متغیرهای سلامت روان و صفات و ویژگی های بیماری های روانی صورت می گیرد. انتظار بر این است که شما این مهارت ها را در طول دو فصل اختصاصی که شامل برقراری ارتباط با افراد و روش مشاوره و آموزش بهداشت با گروه ها فراگرفته باشید، با این وجود

- از آنجاکه در طول زمان شناسایی گروه های هدف نیازمند برقراری ارتباط برای ورود افراد به برنامه هستید لازم است مروری مختصر بر روش های برقراری ارتباط با گروه های هدف داشته باشیم.
- سرفصل اصول برقراری ارتباط با گروه های هدف شامل برخورداری از مهارت های زیر است:

۱ - مهارت کمک به دیگران

۲ - مهارت هدایت و آموزش

۳ - مهارت های مدیریت و رهبری

۴ - مهارت های نظارت و سرپرستی

۵ - مهارت های مباحثه و صحبت

۶ - مهارت شنیدن

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

۱- مهارت 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 تأثیری 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 باین 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 به منظور کنترل عوامل انسانی و سایر منابع برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی در رشد است. در این شرایط ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان باید به نحوی عمل نماید که از منابعی که در اختیار دارد اعم از منابع داخلی یا خارج سازمان به درست‌ترین شکل استفاده نموده و با اعمال نظارت و سرپرستی بر منابع به هدفت 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، سوالات خود را مطرح و با احترام در زمینه سوالاتشان 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

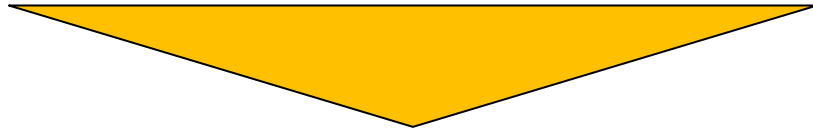
خدمت دست‌رسی پیدا کنند. برای آن‌که ارائه‌دهنده خدمت فهمی مناسب از مسائل و مشکلات گیرنده خدمت پیدا نماید باغ تلاش نماید تا اتفاقات زیر تحقق پذیرد:

- به‌درستی آنچه گیرنده خدمت در مورد خود و احساساتش بیان می‌کند را درک نماید.
- در زمینه آنچه گیرنده خدمت از او سؤال می‌نماید بدون حاشیه و بدون توجه به مسائل جانبی پاسخی روشن و حقیقی‌الامکان کوتاه ارائه نماید.
- از قطع صحبت گیرنده خدمت در حین ارائه احساسات و عواطف خود مگر در شرایطی که منجر به اتلاف وقت می‌گردد، خودداری نماید.
- در مورد آنچه نفهمیده است یا برداشت مبهمی دارد از ارائه‌دهنده 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 برنامه‌های تندرستی - انتشارات «برای فردا» - ۱۳۸۳
- ۵ - دکتر محمد رضا رهبر - مبانی بهداشت و کار در روستا - انتشارات آرویج - ۱۳۷۹

فصل ششم



مروری بر اختلالات شایع روان‌پزشکی

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 بتوانی:

- 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؛ به طوری که 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.

^۱ 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 دست کم پنج نشانه افسردگی که حداقل یکی از آنها بر پایه دو پرسش کلیدی بالا به دست آمده باشد، تشخیص افسردگی اساسی مطرح می‌شود. اگر سابقه ای 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 شبه دمانس 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 به‌طور 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 می کند و در نتیجه پذیرش درمان از جانب بیمار را افزایش می دهد.
- تجویز داروهای مانند فلوکستین بعد از غذا یا همراه با آب، بروز عوارض گوارشی آنها را کاهش می دهد.
- در هر بار ویزیت، کمترین مقدار داروی لازم را تجویز کنید.
- موارد ممنوعیت نسبی تجویز داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای (مانند نورتریپتیلین، آمی تریپتیلین، ایمی پرامین، دزیپرامین و تریمی پرامین): وجود آریتمی قلبی، سابقه یا علائم ایسکمی قلب، گلوکوم زاویه بسته، هیپرتروفی پروستات و بیماری های عروقی مغز.
- در صورت وجود دلشوره می توانید کلردیازپوکساید (۵ تا ۱۰ میلی گرم، یک یا دو بار در روز) یا برای کم خوابی، لورازپام (نیم تا یک میلی گرم، نیم تا یک ساعت پیش از خواب) تجویز کنید.
- اگر افسردگی برای اولین بار در سن بالای ۵۵ سال به ویژه در مردان ظاهر شده باشد، رد مسائل طبی که در رأس آنها اختلالات قلبی-ریوی و بدخیمی ها هستند، بسط مهم است.
- بیماری های طبی را که می توانند با علائم افسردگی بارز شوند، مانند کم کاری 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، حتا 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 به‌اندازه قبل بخوابد و از خوابیدن بیش‌ازحد 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)

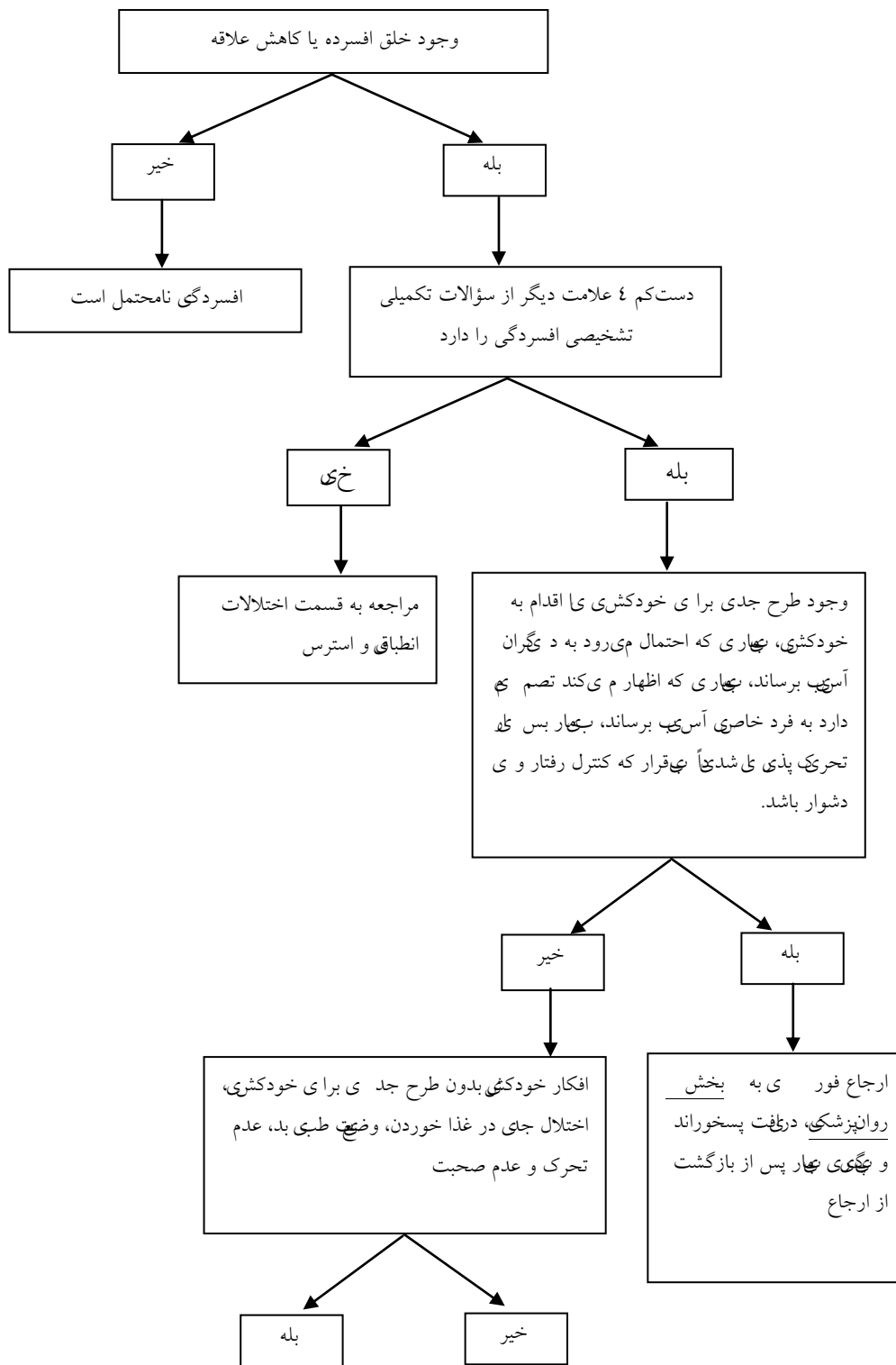
دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و ارجاع هم‌زمان به کارشناس بهداشت روان تیم سلامت؛ سپس ویزیت مجدد یک هفته بعد.

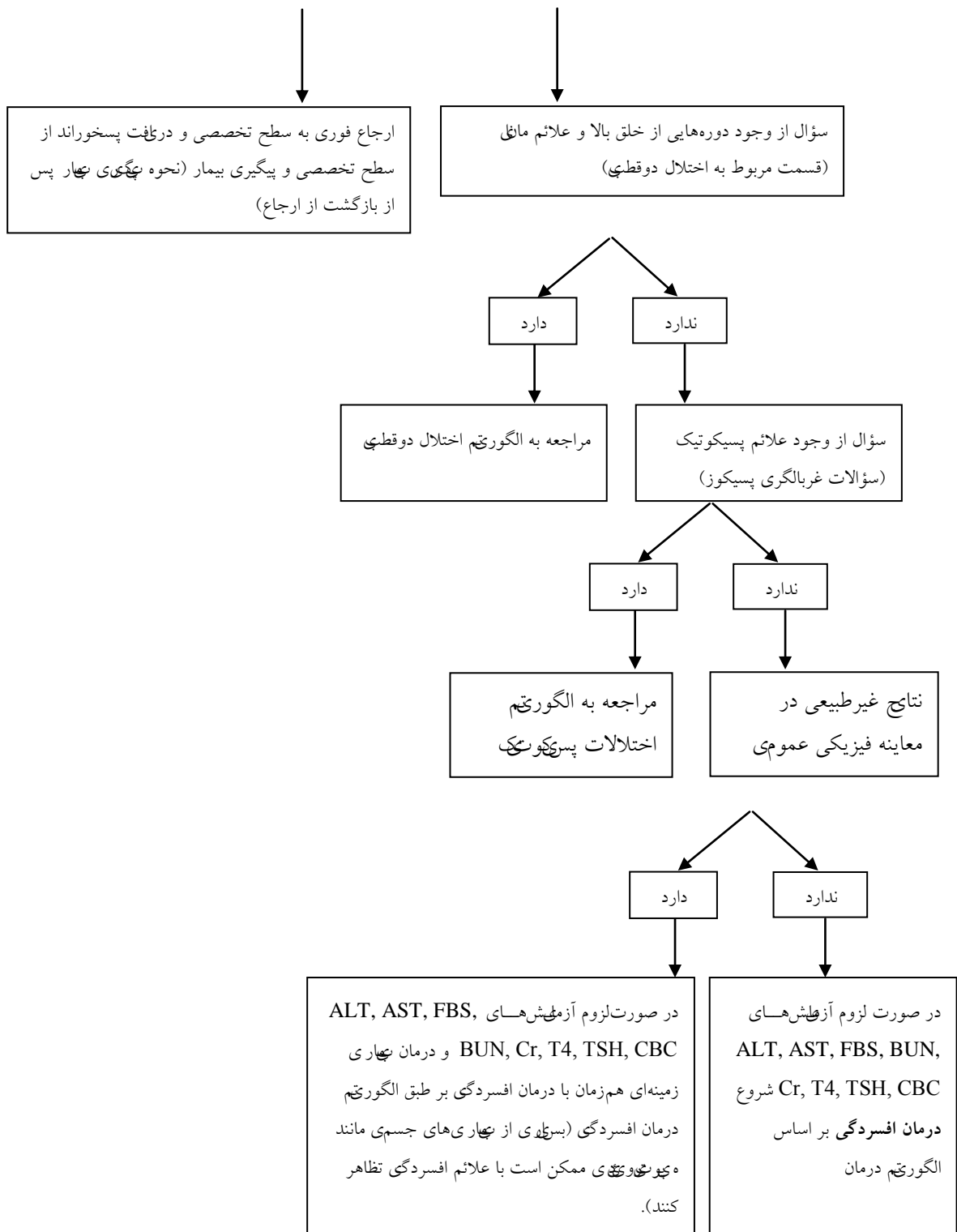
ویزیت‌های بعدی

پزشک ترجیحاً بیمار را از نظر پاسخ درمانی و عوارض دارویی بر طبق برنامه تعیین شده 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

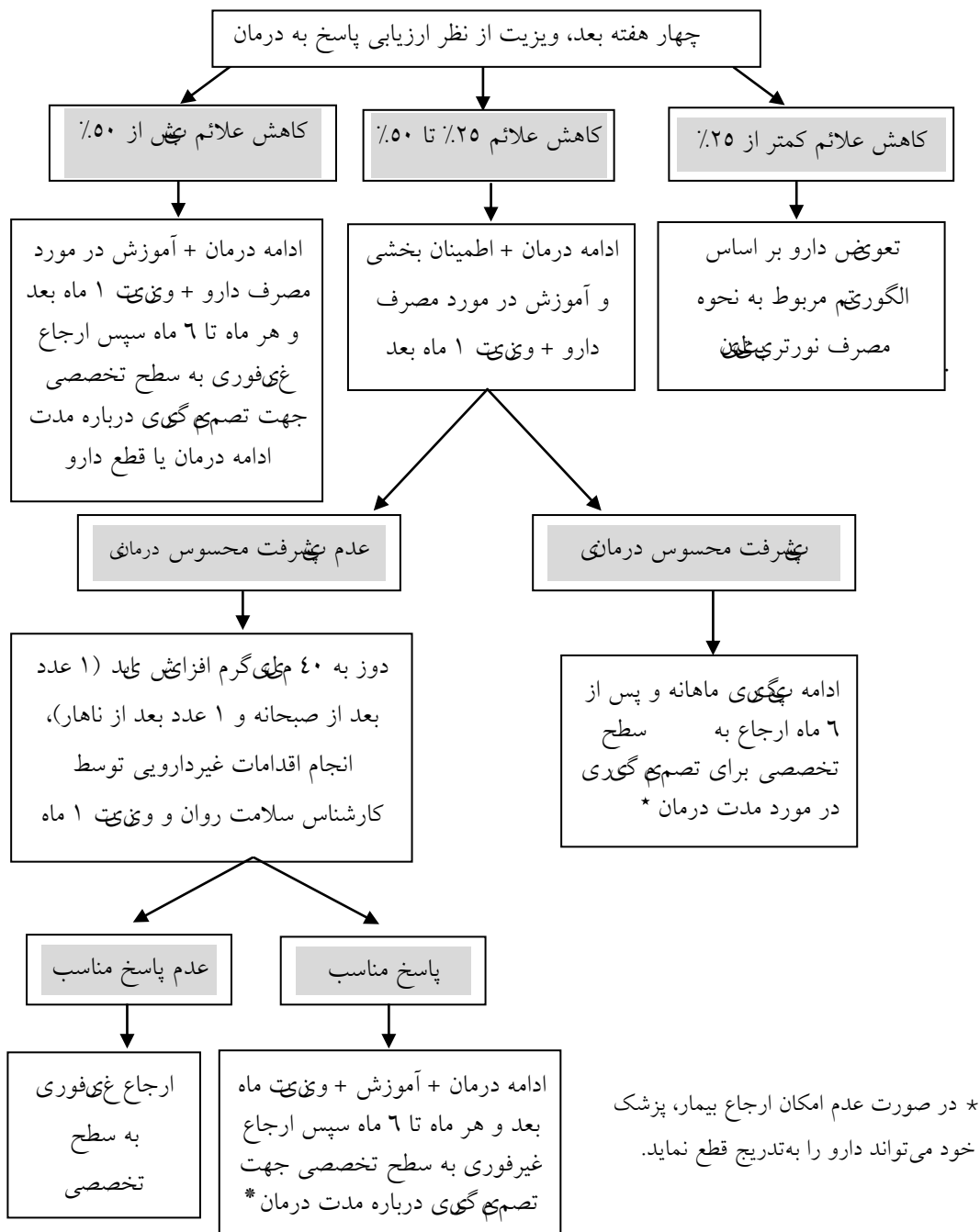
حداکثر دوز قابل تحمل برای بیمار افزایش یابد.

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



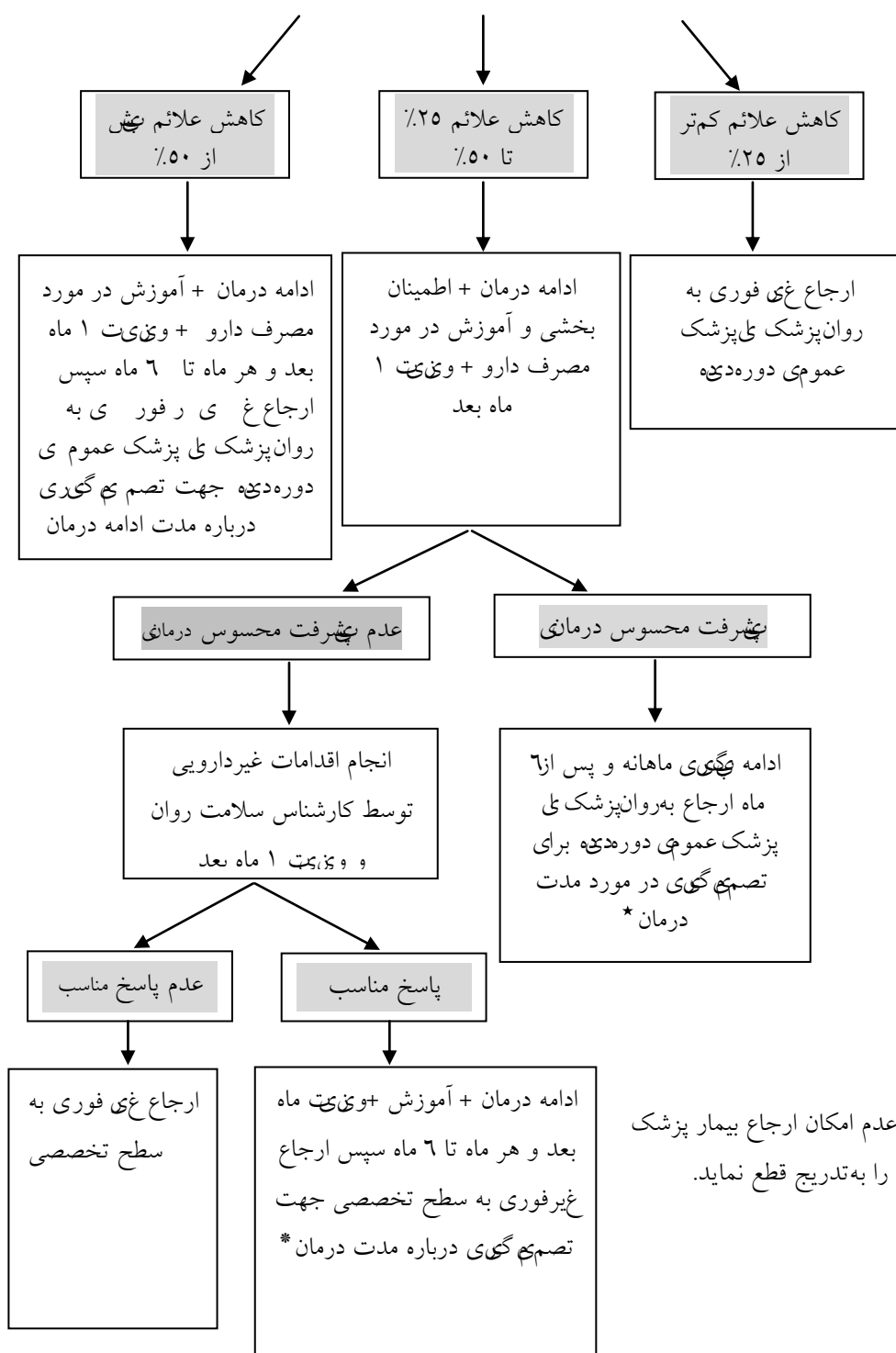
* در صورت عدم امکان ارجاع بیمار، پزشک خود می‌تواند دارو را به تدریج قطع نماید.

الگوریتم نحوه تجویز نورتریپتین

تجویز ۲۵ میلی گرم نورتریپتین به صورت ۱ قرص شب و افزایش هر هفته ۱ قرص تا به ۳ قرص

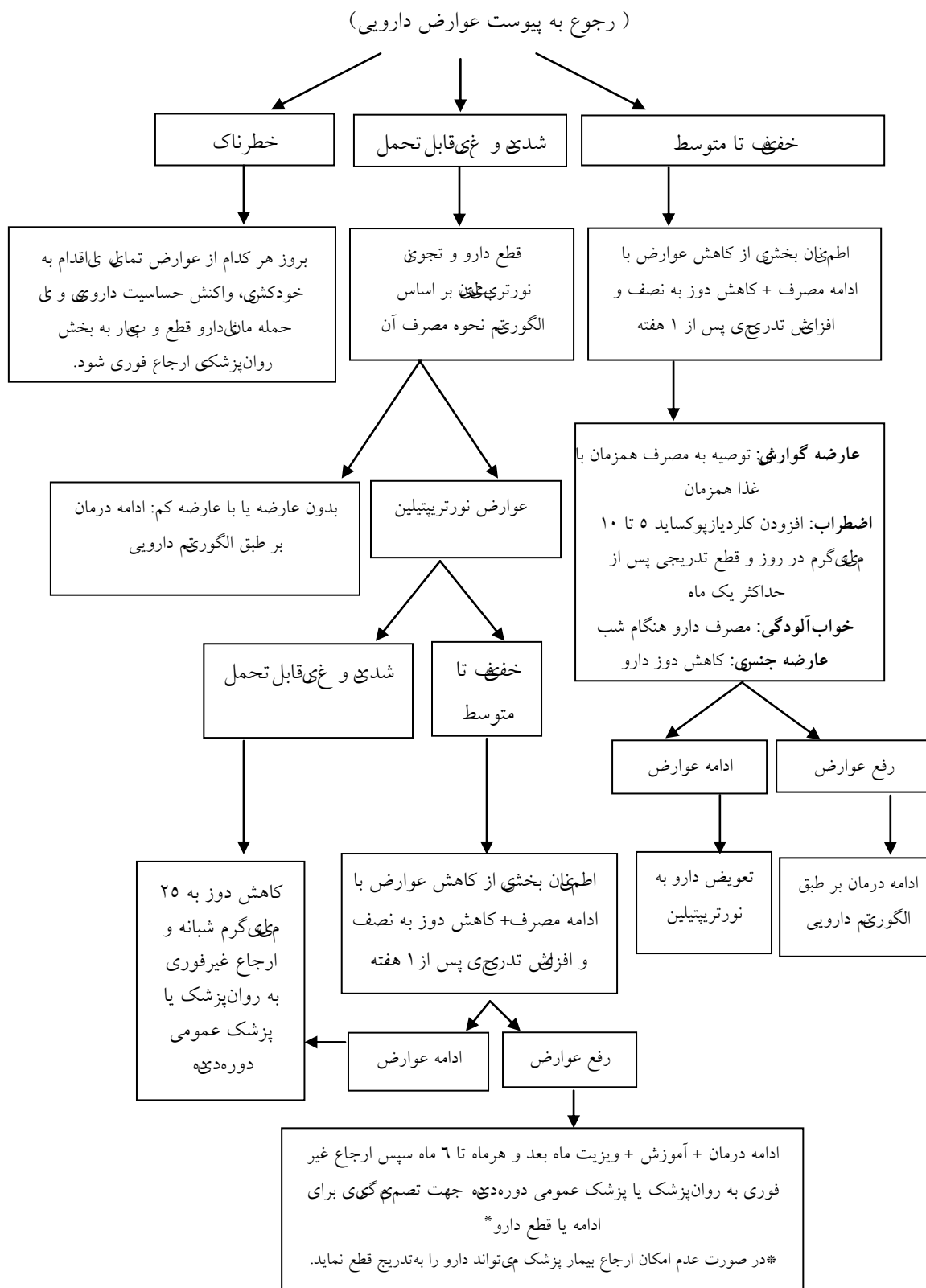
در شبانه روز برسد (۱ قرص ظهر و ۲ قرص شب).

چهار هفته بعد، ویزیت از نظر ارزیابی پاسخ به درمان



* در صورت عدم امکان ارجاع بیمار پزشک می تواند دارو را به تدریج قطع نماید.

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 متفاوت اند، 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 تحریک پذیر است و نیز افزایش فعالیت، پرحرف شدن، 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

^۱ 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.

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

۱ - ... احساس کمرچ سوز یا سرخوش هستید، به طوری که دیگران فکر کنند شما فرد عادی همیشگی نیستید یا به قدری سرخوش باشید که به دردمر بیفتید.

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 نیمه‌شب 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 لیتیوم، والپروات، الانزاپین، کوئتیاپین و لاموتریزین است. همه این داروها قابلیت تجویز در دوره‌های حاد مانیا، مختلط و افسردگی و نیز در درمان نگهدارنده را دارند: «به‌جز لاموتریزین 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 به‌دنبال 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 می کند. این حالات از دوره های افسردگی شدید تا دوره های بسیار پرانرژی و هیجان زده یا عصبانی متغیر است.
- مهم ترین عامل وراثت است و مواجهه با استرس ها می تواند در زمینه ژنتیکی موجود به شروع اختلال بیانجامد.
- نباید بیمار را به دلیل رفتارهای غیرمعمولش در دوره بیماری سرزنش نمود، زیرا نشانه های 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 به‌سرعت 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 غیر فوری 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 می‌گردند.

ویزیت‌های بعدی

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

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

کم‌کاری یا یتوئید: ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک

مسمومیت یا لیتیوم: نشانه‌هایی مانند دیزارتی، 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 بیمارپیگیری شود و در صورت شک به سندرم استیونس-جانسون یا نکرولیز 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. 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 دوطبقه‌های 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 اختلالی 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 این که 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.

غربلگری و نحوه ارجاع

بر اساس الگوریتم زیر انجام می‌شود.

بیماری که با شکایت اضطراب مراجعه کرده است



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



احتمال وجود بیماری جسمی

بلی

خی

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

احتمال وجود افسردگی، افکار خودکشی، اختلال دوقطبی یا اختلال پسیکوتیک بر اساس شرح حال و سؤالات تشخیصی مربوطه

خی

بلی

مراجعه به الگوریتم‌های تشخیصی و درمانی هر یک از اختلالات

آیا بیمار حمله پانیک دارد؟

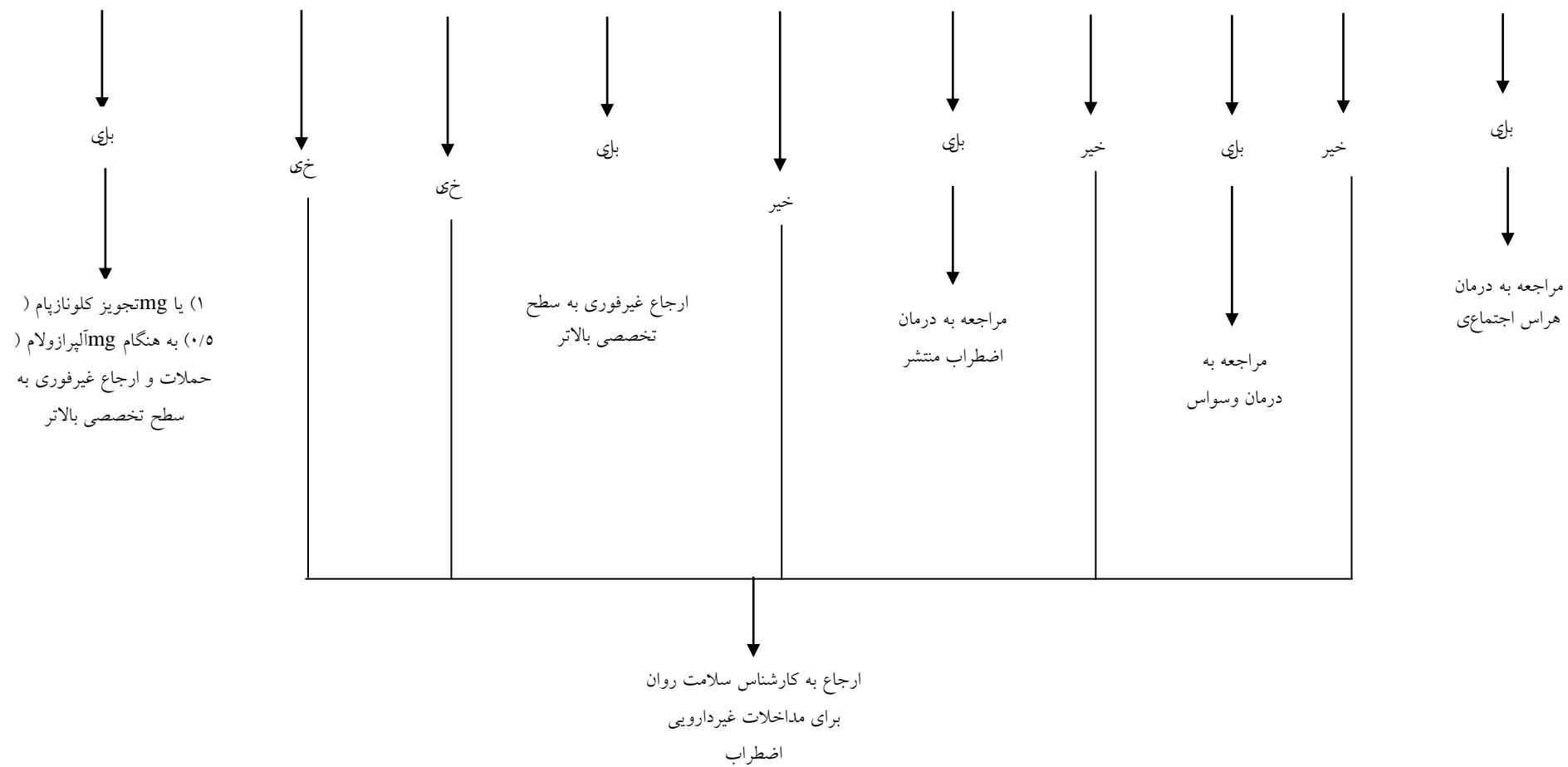
(دوره‌ای از ترس یا ناراحتی شدید که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و در عرض ۱۰ دقیقه به حداکثر شدت خود می‌رسد. حداقل با ۴ علامت افزایش ضربان قلب، تعریق، لرزش، احساس کوتاه شدن تنفس، احساس خفقتان، ناراحتی یا درد قفسه سینه، تهوع) (پیوست الف)

آلی بیماری علائم اختلال استرس پس از سانحه دارد؟ (مواجهه با موقعیت فاجعه‌آمیز و متعاقب آن خاطرات مزاحم، تحریک‌پذیری، مشکل خواب، فوران خشم، مشکل تمرکز (حواس)

آلی بیماری اختلال اضطرابی منتشر دارد؟ (احساس تنش و نگرانی مفرط در مومنت‌های روزمره طوری که برای او اختلال کارکرد ایجاد نماید، همراه با یکی از علائم زود خسته شدن بی‌قراری، مشکل تمرکز، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و کاهش خواب)

آلی بیماری اختلال وسواس دارد؟ (افکار بی‌رفتارهای تکراری و مزاحم مثل شست‌شو، واریس بی‌چک کردن زنجیر از حد)

آلی بیماری هراس اجتماعی دارد؟ (ترس از حضور در موقعیت‌های اجتماعی مثل صحبت کردن در جمع یا ترس از اینکه کانون توجه واقع شود)



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 میلی‌گرم فلوکستین (یا ۲۰ میلی‌گرم یک روز در میان) بعد از صبحانه یا نهار است. پس از یک هفته مقدار دارو به ۲۰ میلی‌گرم در روز افزایش می‌یابد. به‌علاوه، استفاده از یک بنزودیازپین طولانی اثر مثل کلردیازپوکساید (۵-۱۰ میلی‌گرم) هم در هفته‌های آغازین درمان ضروری است. پاسخ به درمان پس از ۴ هفته ارزیابی می‌شود. در صورتی‌که پس از این مدت بهبودی مشاهده شود، درمان با همین دوز ادامه می‌یابد و فقط بنزودیازپین به تدریج در عرض یک تا دو ماه آینده کاهش می‌یابد و قطع می‌شود. اما در صورتی‌که بهبودی زیادی حاصل نشود، ابتدا دوز داروی SSRI افزایش داده می‌شود و در صورت عدم بهبود در عرض دو هفته بعد، بیمار به صورت غیرفوری به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده می‌شود. طول مدت درمان معمولاً حداقل یک سال است و تصمیم به قطع درمان همواره توسط سطح تخصصی بالاتر گرفته می‌شود. قطع درمان همواره تدریجی است.

درمان وسواس

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

درمان اختلال اضطراب اجتماعی

در موارد خفیف تر می توان از تجویز یک بلوک کننده بتا آدرنرژیک مثل پروپرانولول ۴۰-۲۰ میلی گرم نیم تا یک ساعت پیش از قرار گرفتن در موقعیت استفاده کرد . اما در موارد شدیدتر و به خصوص مواردی که مشکل فرد تنها محدود به یک یا دو مکان عمومی نیست بلکه در بسیاری از اماکن دچار این حالت می شود استفاده از داروهای SSRI مثل فلوکستین (هفته اول ۱۰ و سپس ۲۰ میلی گرم در روز) لازم است. ادامه درمان و پیگیری: در موارد خفیف تر ویزیت منظمی پیش بینی نمی شود و بیمار در صورت بروز مشکلی برای ویزیت مراجعه می کند . در موارد شدیدتر ویزیت ماهانه تا ۶ ماه و ارجاع غی فوری به سطح تخصصی برای تصمیم گیری 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 به تدریج افزایش داد . با توجه به مشکلاتی که ممکن است در فرایند پیش بیاید توصیه می شود که این بیماران برای آغاز درمان به سطح تخصصی بالاتر ارجاع شوند. در ادامه درمان اقدامات غیردارویی را هم می توان به دارو اضافه کرد.

درمان اختلال استرسی پس از سانحه

باز هم دارو و روان درمانی هر دو در درمان به کار می روند. اقدامات غیردارویی هم در این بیماران می تواند کمک کننده 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 خفقان، ناراحتی یا درد قفسه سینه و تهوع همراه است).

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

احتمال وجود بیماری جسمی

بله

بسیاری از بیماری‌های جسمی مانند آرتریت 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 غی‌قابل کنترل پرخاشگری، تحریک‌پذیری و بی‌قراری دارند یا احتمال می‌رود به دی‌گران آسیب برسانند.

موارد ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک یا پزشک دوره‌دخه

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

نکاتی که پزشک باع به بیهار 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 طی 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 مجموعه ای از اختلالات روانی هستند که مهم ترین خصوصیت آن وجود اختلال در واقعیت سنجی است، به شکلی که بیمار قادر نیست واقعیت را از خیال تمایز دهد. برخی از شناخته شده ترین انواع این اختلالات عبارت اند از اسکیزوفرنی، اختلال هذی و اختلال پسوکوتیک گذرا. اختلالات سایکوتیک دسته ای از بیماری های "شدید روانی" هستند، چراکه اثرات زلزلی که بر زندگی فرد می گذارند و نظرمند بپگگی 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 (از جمله مدییت موارد اورژانس و ارجاع موارد مشکوک به متخصص) را انجام دهد. توجه به این نکته لازم است که از پزشک خانواده انتظار نمی رود برای بهار تشخیص قطعی مطرح نماید، بلکه بپگگی درمان بر اساس دستور روانپزشک طی پزشک دوره دیده از جمله وظایف وی در قبال این بهاران است.

علل و علائم

علت ایجادکننده این اختلالات نامشخص است، ولی نقش عوامل ژنتیک بسیار قابل توجه است و سهم عمده ای در سبب شناسی این اختلالات دارد. عوامل محیطی مانند استرس هم به طور معمول در آغاز علائم و بروز اختلال مؤثر هستند.

مهم ترین علائم این اختلالات عبارت اند از

- هذیان (یک اعتقاد نادرست که با اعتقادات و زمینه های فرهنگی قابل توجیه نباشد)، مثل هذیان

گزند و آسیب که بیمار مبتلا معتقد است او را تعقیب می کنند یا قصد جاننش را دارند

^۱ psychotic disorder

- توهم (ادراک محرک‌هایی که در واقع 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 سپیکوز را در مورد بهار مشکوک به سپیکوز مطرح کند. این سؤالات عبارت‌اند از:

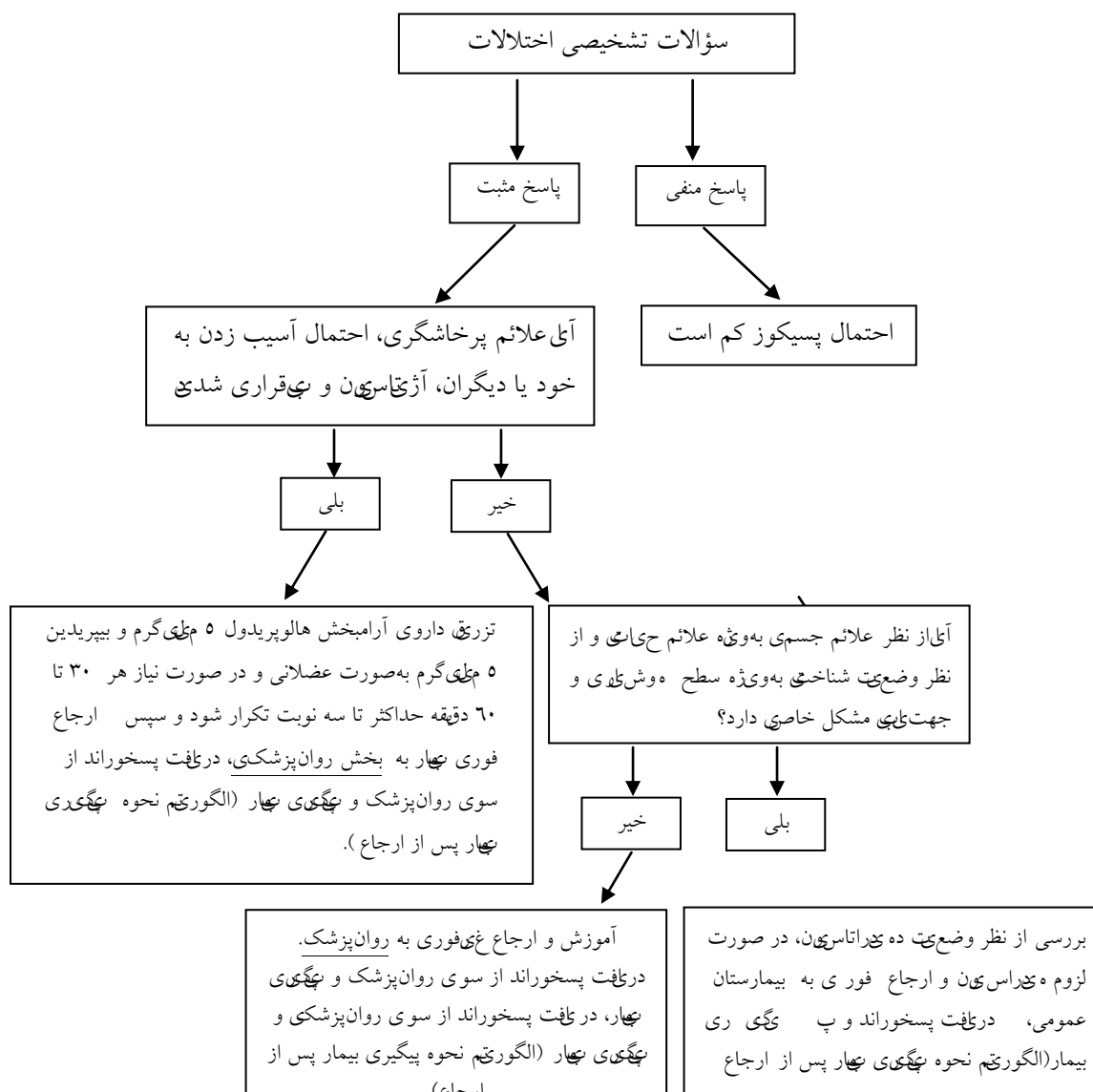
- ۱ - آلی برای شما پیش آمده صداهایی را بشنوی که دیگران می‌گویند ما نمی‌شنویم؟
- ۲ - آلی برای شما پیش آمده چینی‌هایی را ببینی که دیگران می‌گویند ما نمی‌بینیم؟
- ۳ - آلی برای شما پیش آمده که احساس کنی رفتارها یا حرکات دیگران (حتی کسانی که نمی‌شناسی) به نوعی مربوط به شماست؟
- ۴ - آلی برای شما پیش آمده که احساس کنی دیگران قصد آزار و انیت یا از بین بردن شما را داشته باشند؟
- ۵ - آلی برای شما پیش آمده که احساس کنی مقام مذهبی یا سرکاری خاصی دارید؟
- ۶ - آلی گفتار بهار به شکلی درهم‌ریخته و آشفته است که اجزای آن فاقد ارتباط منطقی و قابل فهمی با هم باشد؟
- ۷ - آلی رفتار بهار به شکلی غی‌عادی و آشفته است که نتوان برای آن دلیلی قابل فهمی یافت؟

نکته:

سؤالات ۱-۵ را می‌توان از همراه بهار نین پرسید و ارزش آن را معادل گفته خود بهار تلقی

نمود.

سؤالات ۶ و ۷ را پزشک با مشاهده خود ملی 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 به صورت فوری یا غیرفوری انجام شود.

کارهایی که پزشک نباید در برخورد با این بهاران انجام دهد

۱ - قضاوت (تأیید کرد) درباره باورهای هذیانی بهار یا واقعیت بی‌وفی داشتن تجربیات توهمی

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

درمان، بک‌ی 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 فلورازین، 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 مهم‌ترین 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 کوتاه‌تر 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، بک‌ی عود علائم، آموزش خانواده و بهار در مورد مصرف داروها و بیماری از جمله مداخلات لازم در ویزیت‌های پیگیری است. در صورتی که بهار در پی‌گیری برای هر کدام از ویزیت‌ها مراجعه نکند طی تاخیر بیشتر از سه روز در مراجعه، بهورز موظف است ضمن مراجعه به منزل بهار، علت را بررسی کند و وی را تشویق نماید تا به پزشک مراجعه کند.

قطع درمان

قطع درمان طی کاهش دوز دارو تنها توسط پزشک تخصصی سطح بالاتری بر اساس دستور و انجام می‌گردد. همواره کاهش دوز طی قطع درمان تدریجی می‌باشد.

عوارض دارویی

برخی از شایع‌ترین عوارض داروهای ضدپسیکوز قدیمی تر (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 طی 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)، **سندر وم 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 طی افزایش دوز آنی کولنجوژیک ۱-۲ میلی‌گرم سه بار در روز استفاده کرد.

موارد ارجاع فوری

- بیماری که طرح طی برنامه جدی برای خودکشی دارد:
- بیماری که اظهار می‌کند تصمیم دارد به فرد خاصی آسیب برساند.
- بیمار بسط حرکتی پذی، آژتیه طی شدیداً بی‌قرار که کنترل رفتار وی دشوار باشد.
- بروز عارضه سندر وم نورولپتیک بدخیم.
- وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت.

موارد ارجاع غیر فوری

- بھارانی کہ با وجود آموزش‌ها و مداخلات انجام‌شده توسط پزشک و کارشناس سلامت روان از خوردن دارو امتناع می‌کنند.
- بھاران مشکوک به پیچکوز کہ شرایط ارجاع فوری را ندارند، بری تأیید تشخیص و شروع درمان
- بھاران مبتلا به عوارض دارویی کہ به اقدامات اولیه پاسخ نداده‌اند.

موارد آموزش به بیمار

- بیماری در صورت درمان قابل‌کنترل 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 پیچکوز

- آموزش‌هایی کہ می‌توانند طی چند جلسه انجام شوند:
- ۱ - توضیح در مورد علت ایجاد بھاری شامل نقش زمینه‌ای وراثت و نقش آغازکننده و تشدیدکنندگی استرس
 - ۲ - عدم دخالت نئوهای فراطبیعی
 - ۳ - قابل درمان و قابل کنترل بودن بھاری و نگرانی به درمان پیچکوز 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 بهاری در صورت قطع دارو بدون دستور پزشک
- ۶ - نظریه به حمایت و بازتوانی
- ۷ - عواملی که می‌توانند به تشدید بهاری بطنجامند (قطع خودسرانه درمان، استرس، هجیان ابرازشده زلزله و اجزای آن) و نحوه کاهش این عوامل: اعضای خانواده باید دقت نمایند تا از انتقاد کردن‌های مکرر از بهار خودداری کنند. این کار استرس زلزله را به بهار وارد نمی‌کند و می‌تواند باعث افزایش احتمال عود بهاری شود. همچنین مراقبت بیش از حد از بهار نیز نقش مخرب دارد، بنابراین افراد نباید به تمام کارهای بهار شامل کوچکترین و جزئی‌ترین امور بهار نظارت، سرکشی بی‌دخالت کنند و سعی در کنترل و سرکشی به کل رفتار و حرکات بهار داشته باشند. این رفتارها هم استرس را هستند. بدیهی است که مشاجره، دعوا و درگیری نیز می‌تواند در تشدید بهاری 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 پر استرس 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 شبه جسمی^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 به سوی 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 نژده‌های متفاوتی بروز می‌کند. مبنای دستبندی این اختلالات همین نشانه‌های متفاوت است. برای آموزش این دسته بهتر است که دو دسته اختلالات ذکر شده در بالا طوری جداگانه ذکر کرد. دسته اول که با یک یا چند نشانه جسمانی بدون توجیه همراه هستند و دسته دوم که یکپوئی 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 آشناسایی و توجه درمانی به این گونه اعلی می‌تواند باعث بهبود سیر و شرایط بیماران مبتلا شود.

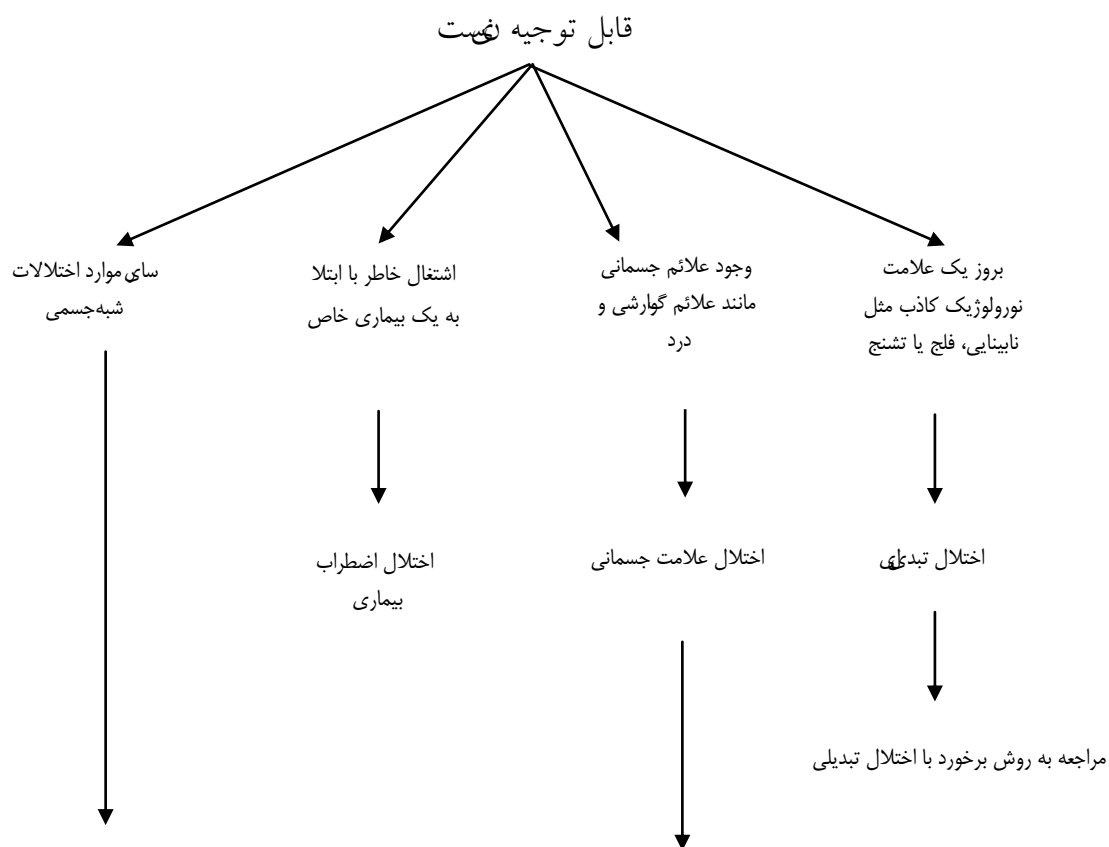
اما با توجه به تنوع اختلالات در دسته اول نحوه تشخیص آنها در قالب یک‌دیگر در ادامه آورده شده است.

^۱ somatic symptom and related disorders

^۲ somatoform disorder

^۳ 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 کل‌پزشک عمومی دوره‌دیده و ارجاع به کارشناس برای درمان غی‌دارویی پس از برگشت از ارجاع

توجه:

به تفاوت میان نشانه‌های شبه جسمی و اختلال شبه جسمی دقت کنید. به‌عنوان نمونه نگرانی‌های گذرا در مورد ابتلا به یک بیماری می‌تواند در برخی افراد به‌نجار باشد. مدت‌زمان کافی و ایجاد اختلال در کارکرد روزانه را می‌توان به‌عنوان 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.

^۱ 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 - هیچ‌زمان 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 به‌صورت مختصر باید صورت گیرد.
- ۵ - شکایات بیمار راهی برای بیان مشکلات روانی اوست، بنابراین همدلی کردن با بهار و گوش دادن به این شکایات می‌تواند به بهبودی وی کمک کند.
- ۶ - از اهمیت اطمینان بخشی غیرقضاوت‌مندان 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 بسط‌شده 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، بی‌اختصاصی دفعی و خواب‌آلودگی و گججی 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

^۱ conversion disorder

ناتوانی ذهنی^۱

مقدمه

ناتوانی ذهنی به معنی پایین تر بودن توانایی های ذهنی (intellectual functioning) فرد مثل یادگیری، حل مساله، استدلال، قضاوت و برنامه ریزی نسبت به میانگین سایر افراد و همچنین اشکال در عملکرد انطباقی (adaptive functioning) اوست به شکلی که نمی تواند به درستی از پس کارهایی بر بیاید که از سن او انتظار می رود. کارهایی مثل رسیدگی به امور شخصی مثل نظافت، امور جاری منزل، ارتباط برقرار کردن با دیگران، استفاده از خدمات معمول شهری، توانایی های تحصیلی و توانایی کار و تفریح.

باید توجه داشت که شروع مشکل حتماً باید "قبل از ۱۸ سالگی" باشد. در ناتوانی ذهنی در اکثر شاخص های تکاملی مثل رشد حرکتی، زبان، شناخت، بازی، ارتباط اجتماعی تأخیر دیده می شود. 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 آزمون های سنجش هوش اندازه گیری می شود.

لازم به ذکر است که میزان بروز سایر اختلالات روان پزشکی مثل اختلالات خلقی، اضطرابی، اختلال رفتارهای انجایی، اختلال پیش فعالی و نقص توجه در این کودکان بیشتر از سایر کودکان است. ناتوانی ذهنی بسته به شدت به انواع خفیف، متوسط، شدید و عمیق طبقه بندی می شود. 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 عبارت اند از عوامل ژنتیک (مثل سندرم داون و سندرم ایکس شکننده) یا شرایط محیطی

^۱ intellectual disability

مخربى كه تأثي 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 مى‌گردد و مشابه موارد ارجاع فورى و غيرفورى ذکر شده در مبحث اختلالات کودکان است.

پيگي و مراقبت بيماران

نحوه ادامه پيگيري و مراقبت از بيمار پس از بازگشت از ارجاع بر اساس پسخوراند سطح تخصصى انجام مى‌شود. در صورتى كه اختلال ديگرى به طور همزمان وجود داشته باشد، پيگيري بر اساس مدل آن بيمارى انجام خواهد شد. اين بيماران را مى‌توان هر سه تا شش ماه از نظر بروز مشكل‌هاى احتمالى جديد بررسى كرد. آموزش خانواده كلىدى ترين 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 معجزه گونه‌ای برای بهبود کامل کودک خود را نداشته باشند.

- مراقبن باید بیاموزند که چه چیزهایی برای کودک استرس آور 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 ه ر 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 والد‌هایی 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 وسکولار (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 اِپی‌لپسی‌های ایدیوپاتیک، شروع 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 انتخاب ه ای دارویی بر اساس فرانس‌های 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

اِپی‌لپسی 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 صرع های ژنرالیزه بیمار از ابتدا هوشیاری خود را از دست می‌دهد و تظاهرات به صورت منتشر است و عبارت اند از اِپسانس، میوکلونیک، تونیک، تونیک - کلونیک، آتونیک.

^۱ 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 ۱۰-۲۰ 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 اپی گاستر، تهوع.....) است. سایر اوراها احساس

غیرطبیعی نسبت به محیط، تغییر فرم و شکل و اندازه اشیای محیط، احساس بیگانگی بلخود 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 غیرریتیمیک 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 بجهای تب دار سرخ‌پوشی، 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 بخش از ۱۵ دقیقه ادامه یابد، طی در عرض ۲۴ ساعت چندینی بار تکرار شود پ پیچیده یا کمپلکس نامیده می‌شود.

نحوه برخورد با تب و تشنج

تب و تشنج از نوع پیچیده نطفه به ارجاع فوری به نورولوژیست علی‌متخصص کودکان دارد.
تب و تشنج از نوع ساده زیر سن ۱۸ ماه نطفه به ارجاع فوری به نورولوژیست علی‌متخصص کودکان دارد.

تب و تشنج از نوع ساده بالای سن ۱۸ ماه اگر بیش از یک بار تکرار شود نطفه به ارجاع فوری به نورولوژیست علی‌متخصص 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 عقب‌ماندگی ذهنی دارند. در صورتی که این افراد نیاز به درمان دارویی داشته باشند، برای ادامه درمان به پزشک خانوادگی ارجاع می‌شوند.

در صرع‌های زیر، درمان توسط پزشک خانواده شروع می‌شود و در ادامه درمان در صورت نیاز بیمار به سطح تخصصی ارجاع داده می‌شود.

- 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 (خواب‌آلودگی - کندی ذهن و ...) به عنوان داروی رده اول استفاده نمی‌شود. 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 فنوباریتال: 90-200mg/day، (3-5 mg/kg در اطفال)

- فنی توئین و فنوباریتال 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 آنفی 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 زندگی اش 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 شایع‌ترین 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 می‌رود.
- ۳ - قطع ناگهانی دارو خطر استاتوس اپیتیکوس دارد و از این رو نباید به‌طور ناگهانی قطع شود.

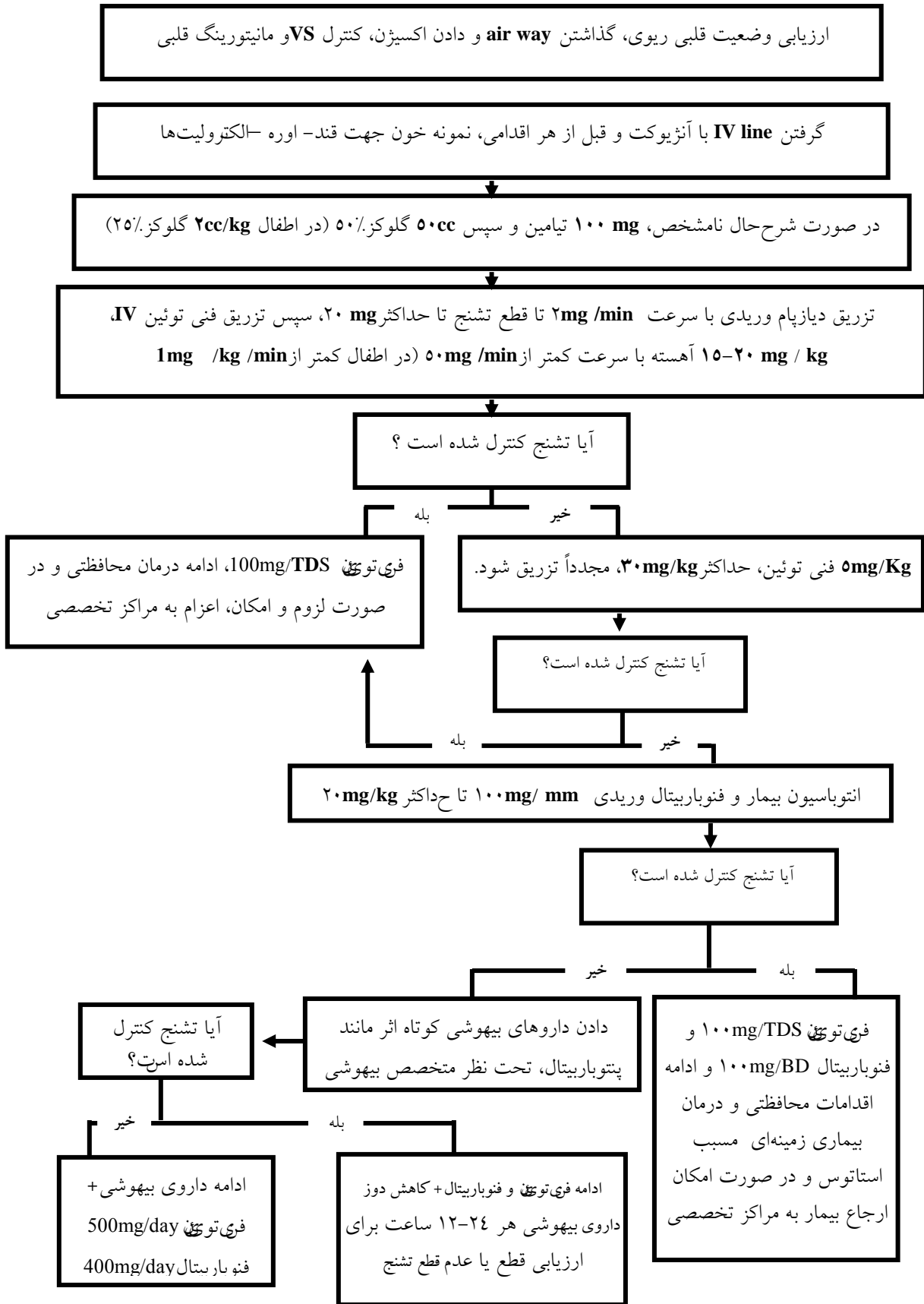
ب) اقدامات اساسی حین حمله:

- 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 ریه‌اش نشود.
- ۳ - اجسام خطرناک و آسیب‌رساننده را از اطراف بیمار دور نگه‌دارید.
- ۴ - اقدام خاصی مانند نگه‌داشتن اندام‌ها 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 به‌دست نیاورده است از خوراندن آب، غذا، دارو به بیمار خودداری نمایید.
- ۶ - گاهی بیماران قبل از حمله متوجه می‌شوند 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 - حمله‌ای که بیشتر از ده دقیقه به‌طول انجامیده است.
- ۲ - دو یا بیشتر حمله که بین حملات فرد هوشیاری خود را به‌دست نیاورده است.
- ۳ - آسیب‌های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی، که حین حمله اتفاق افتاده است.

پروتکل درمان استاتوس اِپِلیپسوس



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 قابل شناسایی است در حالی که نوع عمدتاً کم‌توجه در بچه‌های دبستانی زمانی که انجام تکالیف نگراند 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 به‌دلیل اشکال در برخی کارکردهای مغزی مثل توجه، کنترل مهارتی 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 شروع شده باشد و لازم است این نشانه‌ها دست‌کم در دو مکان مجزا (مثل منزل و مدرسه) اتفاق بیفتد. 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.

^۱ attention deficit hyperactivity disorder

نشانه‌های کم‌توجهی

- ۱ - به جزئیات توجه کامل ندارد و بی‌این‌که 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 بی‌بازی مشکل دارد (سر تکالیفش به مدت طولانی نمی‌نشیند).
- ۳ - اغلب به نظر می‌رسد وقتی با او صحبت می‌کنند گوش نمی‌دهد (حواس پرت 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 وساطی را که برای انجام تکالیف نیاز دارد گم می‌کند (برای مثلث کیف و کتاب خود را در مدرسه جامی گذارد).
- ۸ - به آسانی محرک‌های نامربوط محیطی حواس او را پرت می‌کند (برای مثلث 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 بی‌جای می‌شود.
- ۲ - اغلب صندلی‌اش را در کلاس و بی‌هر جایی که انتظار نشستن می‌رود ترک می‌کند.

- ۳ - اغلب زلچ می دود و لی در مکان هایی که متناسب نیست بالا و پایینی می پرد.
- ۴ - اغلب از آرام بازی کردن یا شرکت در فعالیت های زمان استراحت، به صورت آهسته ناتوان است.
- ۵ - اغلب در حال حرکت است و طوری عمل می کند انگار او را هل می دهند یا به پایش موتور بسته اند.
- ۶ - اغلب زیاد حرف می زند.

نشانه های تکانشگری

- ۱ - اغلب قبل از آن که سؤال تمام شود پاسخ می دهد.
- ۲ - اغلب در انتظار کشرچن مشکل دارد (برای ملث نمی تواند در صف بایستد).
- ۳ - اغلب صحبت لی فعالیت دیگران را قطع می کند.
- به طور معمول این کودکان با شکایت هایی مثل پرتحرکی، ناسازگاری، درس نخواندن و بی علافگی به انجام تکالیف، جانداختن و بی دقتی در دیکنه ها و پرخاشگری به پزشک ارجاع می شوند. این کودکان ممکن است علاقه زلچ به برنامه های تلویزیون و بازی های رایانه ای داشته باشند ولی برای انجام تکالیفشان رغبت نشان ندهند و موقع انجام تکالیف نظرمند نظارت دیگران باشند. ممکن است علائم اختلال از یک روز به روز دیگر متفاوت باشد و به خصوص در مورد کودکان بزرگ تر ممکن است در حضور پزشک برخلاف انتظار ساکت و آرام بنشینند.

نکته بالینی:

اختلال بیش فعالی و کم توجهی، به طور شایعی با اختلالاتی چون اختلال یادگیری، اختلال وسواسی جبری، تیک، اختلال نافرمانی مقابله ای و ... همراهی دارد. درنچه در صورتی که تشخیص این اختلال مطرح شد حتماً باید در جستجوی اختلالات همراه نیز بود. این موضوع در تعیین راهبرد درمانی اهمیت دارد. مثلاً متیل فنیدیت که برای درمان بیش فعالی و کم توجهی تجویز می شود می تواند سبب تشدید تیک شود.

درمان

درمان این اختلال در وهله اول استفاده از داروهای محرک نظری مثل فریت (ریتالین) است. این داروها می‌توانند بر تمام نشانه‌های این اختلال مؤثر باشند. از داروهای دیگری نظیر کلونیدین، بوپروپیون، مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین نمی‌توان برای درمان این اختلال استفاده کرد. انواعی از درمان‌های غی‌دارویی نمی‌تواند در مورد این اختلال استفاده شده است که از مؤثرترین آنها می‌توان به آموزش مدی‌ت رفتارهای کودکان به‌والدین 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 ده‌ی:
- ۱ - در مورد لزوم درمان طولانی اختلال و این‌که حتماً ممکن است در مواردی با صلاح‌دید روان‌پزشک درمان در تابستان علی‌تعلیلات هم ادامه یابد توضیح ده‌ی.
 - ۲ - اختلال می‌تواند بدون بیش‌فعالی و فقط با نشانه‌های کم‌توجهی باشد.
 - ۳ - اختلال بیش‌فعالی موجب افت عملکرد تحصیلی، اختلال در برقراری روابط مناسب با اطرافین، درظفت 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 بگی‌ی درمان به والد آموزش ده‌ی.
 - ۵ - در مورد مشکلات رفتاری کودک و این‌که برخی از این مشکلات به دللی وجود این اختلال است به والد آموزش ده‌ی.
 - ۶ - هرگز نظرتان را درباره‌ی‌ی که 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 پیوسته تکرار شوند پاسخ می‌دهند. لازم نیست حتماً از یک کالا علی‌هدی برای تشویق استفاده نمود تشویق می‌تواند لفظی علی رفتاری باشد ولی مهم است که برجسته‌تر از برخورد معمولی بوده و بلافاصله پس از رفتار باشد
 - ۸ - این کودکان نسبت به تنبی بدنی پاسخ مناسبی نداشته و حتی بدرفتاری‌شان بدتر می‌شود. تنبی

- 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 مهم‌ترین موارد واکنش نشان دهید. سعی کنید راهی بیابید که از رویارویی شدید با کودک و شرایطی که قویان پیش‌بینی کرد باعث مشکل خواهد شد، بپرهیزید.
- 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 ساده‌ای 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 نمی‌شود، بلکه خطر وابستگی در آینده را هم در کودک کمتر می‌کند.
- ۱۵ - در صورت پیگیری مناسب، رشد کودک مبتلا همانند دیگر کودکان خواهد بود.

توصیه به آموزگار

- برای رسیدگی به نیازهای آموزشی خاص کودک برنامه‌ریزی کنید. کارهایی مثل:
- کودک را در جلوی کلاس بنشانید.
 - به کودک زمان بیشتر برای درک تکالیف بدهید.
 - تکالیف طولانی را به بخش‌های کوچک‌تری تقسیم کنید.

بچگی

پزشک مراقبت‌های اولیه لازم است در طول درمان وضعیت رشدی و وزن کودک را در فواصل هر ۳ تا ۶ ماه یک بار ارزیابی کند. تغییر کلی قطع دارو با این 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 انضامی^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" مقابل ای^۲ و "اختلال سلوک"^۳. نشانه برجسته اختلال رفتار نافرمانی، 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 و اولیای مدرسه دیده می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال از دید دیگران کودکان لجباز و سرکش هستند. در اختلال سلوک علامت اصلی زی‌پا گذاشتن قانون و حقوق دیگران است. تخریب اموال دیگران، پرخاشگری، دزدی و فری‌کاری جزو علائم این اختلال است. تعدادی از افراد مبتلا به این اختلال بعدها به اختلال شخصیت ضداجتماعی مبتلا خواهند شد.

علائم

اختلال رفتار نافرمانی مقابل ای: مهم‌ترین ویژگی این اختلال، نافرمانی و مقابله جویی 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، کوتاه مدت باشد و منجر به اختلال و رنج نشود طبیعی تلقی می‌شود. میزان مشخصی از رفتار مقابل جویانه 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، به راحتی دلخور می‌شوند. کودکان مبتلا به‌طور معمول به‌صورت فعال با

^۱ disruptive behavior disorders

^۲ oppositional defiant disorder

^۳ conduct disorder

خواسته‌ها و دستورات بزرگ‌ترها و همسالان مخ‌لفت می‌کنند و با آنها بحث می‌نمایند. پرخاشگری نسبت به بزرگ‌ترها و سرزنش دیگران به خاطر خطاهای خودشان از دیگر نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال است. سن شایع اختلال مقابله‌ای و بی‌اعتنائی سرین قبل از مدرسه و سن دبستان است. این اختلال به‌طور شایعی همراه با اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه دیده می‌شود و در تشخیص مص افتراقی آن با 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 کسی؛ کسب دیگران؛ کتک‌کاری و پرخاشگری؛ فرار از منزلها مدرسه؛ بیرون ماندن از منزل در شب بدون اطلاع خانواده؛ مصرف مواد مخدر؛ وادار کردن به رابطه جنسی برای تشخیص با اختلال دست‌کم سه علامت به‌مدت طولانی وجود داشته باشد و اختلالات دیگری مثل افسردگی، 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 بیش‌آگهی 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 لانزاپین 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. به‌عنوان نمونه چنان که ذکر شد این اختلال می‌تواند در مواردی با اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه همراهی داشته باشد. در این موارد از محرک‌ها برای درمان استفاده می‌شود. در صورت هرگونه شک به اختلال سلوک در اسرع وقت بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

اصول آموزش والدین

- ۱ - رفتارهای کودک یا نوجوان در هر دو اختلال به‌معنای کودک یا نوجوان "بد" بودن نیست و نشانه‌های یک اختلال روان‌پزشکی است.
- ۲ - اهمیت یاد گرفتن مهارت‌های 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 سوءمصرف مواد یا بی‌بندوباری جنسی یادآور شوید.
- ۴ - اهمیت دارودرمانی در درمان اختلالات همراه را به والدین یادآور شوید.

پی‌کی

بہتر است در این بیماران هرگونه تجویز، تغییری طی قطع دارو با نظر پزشک متخصص روان‌پزشک انجام شود. با توجه به نیاز به درمان طولانی‌مدت نظارت بر مصرف منظم دارو در هر ملاقات با خانواده ضروری است. به نشانه‌های 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 بہتر 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 بخش فعالی و نقص توجه اختلال موجود در یادگیری با این بخش از حدی باشد که با نقایص هوشی و توجه در این کودکان توجیه می‌شود. کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه ممکن است به علت تمرکز ناکافی کلماتی را در دیکته جایباندازد 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 پایینی تری از عملکرد تحصیلی نسبت به عملکرد هوشی خود دارند.

علل و علائم

اختلال یادگیری اختصاصی در سه نوع اشکال در خواندن، نوشتن و ریاضیات دسته بندی می‌شود. در مواردی که کودک با افت عملکرد تحصیلی مراجعه می‌کند پزشک با دید 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 هیچ‌یک از خواندن، 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، نقطه گذاری، سازماندهی، هجی کردن و دست خط 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 به طور 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. به طور 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 به صورت همزمان رنج می‌برند، به گونه‌ای که احتمال آسیب‌پذیری ژنتیکی مشترک میان دو اختلال مطرح است.

تشخیص و درمان

این کودکان به طور معمول با مشکلات تحصیلی جدی روبرو هستند که ممکن است با هم نشانی 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 به موقع 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؟
آلی‌کودک در روخوانی و هجی کردن کلمات مشکل دارد؟
آلی‌کودک در یادگیری نوشتن کلمات مشکل دارد؟
آلی‌کودک جمله‌بندی صحیح و پاراگراف‌بندی مشکل دارد؟
آلی‌کودک نوشتن روی خط و فاصله‌گذاری بین کلمات مشکل دارد؟
آلی‌کودک تبدیلی نمادهای ریاضی عددی به حروفی و برعکس مشکل دارد؟
آلی‌کودک جمع و تفریق و محاسبه ریاضی مشکل دارد؟
آلی‌کودک ترسیم هندسی مشکل دارد؟

به‌طورکلی 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. به علاوه 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 تربیلی نیست.

اوتیسم^۱

تعریف

اوتیسم یا در خودفرورفتگی یکی از اختلالاتی است که همانند عقب ماندگی 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 مطلق 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 کلیشه ای و تکراری باشد. علاوه بر این ممکن است رفتارهای دیگر و بازی‌های این کودکان هم تکراری و کلیشه ای باشد. برای مطلق فقط به اسباب‌بازی‌های محدودی 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 چرخشی یا جمع‌آوری آنها، داشتن عادات خاص و مقاومت به تغییر، توجه بیش‌ازحد به موضوعات خاص از دیگر ویژگی‌های این کودکان است.

^۱ autism

غربالگری و نحوه ارجاع

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

- ۱ - آلی کودک در عملکرد زبان مشکل دارد؟
- ۲ - آلی کودک در برقراری ارتباط غی کلامی با سایر کودکان و اطرافیان مشکل دارد؟
- ۳ - آلی کودک حرکات تکراری بی علاقی خاص غی طبیعی 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، آسرب به خود و بی نشانه های خلقی بی اضطرابی به کار می رود. بر حسب نوع مشکل می توان از داروهای مختلفی مثل ریسپریدون یا هالوپریدول استفاده نمود. درمان های غی دارویی شامل گفتاردرمانی، رفتاردرمانی و برخی مدل های درمانی خاص است که با توجه به حوزه های درگیری 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 بی قطع دارو 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 نظری آدم‌ربایی، تهاجم، آزار جسمی شدید، آزار جنسی، سوانح و تصادفات شدید

اختلال تی‌تی^۱

مقدمه

تی‌تی‌ها حرکات بی‌صداهای ناگهانی، بی‌هدف، مکرر و تکرارشونده‌اند، که به‌طور ناخواسته و بی‌در پاسخ به یک تاملی درونی قوی انجام می‌پذیرند. فرد ممکن است بتواند تنها برای مدت کوتاهی مانع بروز آنها شود. بسامد تی‌تی متفاوت و دوره‌های تشدید بی‌تخفیف دارد. تی‌تی ساده حرکات بی‌اصوات ناگهانی، کوتاه و بی‌معنی‌اند ولی تی‌تی‌های پیچیده می‌توانند به‌شکل حرکات منظم و هدفمندتر بی‌اصوات مشخص (مثل ناسزا گفتن) تظاهر نمایند. تی‌تی‌ها به‌طور معمول در شرایط استرس، اضطراب و خستگی تشدید می‌شوند.

علل و علائم

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

اختلال تی‌تی گذرا: این تی‌تی‌ها 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 شریع کمتری دارد. کودک ممکن است متوجه وجود تی‌تی نباشد. برای طرح تشخیص، علائم باید دست‌کم ۴ هفته وجود داشته باشد ولی کمتر از یک سال ادامه یابد.

¹ tic

اختلال بچک حرکتی طی صوبی مزمن: دوره زمانی این بچک ها طولانی تر از یک سال است و

دوره های بچک با بی 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 تورت: اولین نشانه های تورت معمولاً در سنین ۵ تا ۸ سال ظاهر می شوند. در ابتدا ممکن

است به صورت اختلال بچک گذرا دیده شود ولی بعداً این بچک ها ادامه می دهند. در اختلال تورت

بچک های صوتی و حرکتی هر دو وجود دارند، به گونه ای که در دوره ای از اختلال چند تیک حرکتی و

یکی یا بیشتر تیک صوتی باید به صورت همزمان وجود داشته باشد. ممکن است بچک های بچچ دیده نین

دیده شوند. بچک های حرکتی معمولاً قبل از بچک های صوتی ظاهر می شوند.

نکته بالینی:

چون دیگر اختلالات روان پزشکی کودک و نوجوان، وجود اختلالات همراه یک قاعده است. برخی اختلالات با

اختلال بچک مرتبط بوده و قبل، طی همراه آن دیده می شوند. این اختلالات عبارتند از: اختلالات اضطرابی، افسردگی،

مشکلات یادگیری،

اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز و اختلال وسواسی-جبری. کودکانی که اختلال بچک دارند ممکن است مشکلات

رفتاری نظی 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 بچک برحسب دوره آن متفاوت است. اختلالات بچک گذرا (کمتر از

۱۲ ماه) نظراً به درمان دارویی نداشته و در موارد زحای خودمحدودشونده اند. در این موارد ارائه

آموزش و توصیه هایی به والدین کمک کننده است. در مواردی که بچک مزمن شده و طی اختلال تورت

وجود دارد نین درمان دارویی حتمی نیست مگر آن که بچک استرس زحای را بر فرد طی خانواده تحمل طی

و اختلال عملکرد قابل توجهی را ایجاد کرده باشد. در این صورت استفاده از بلوک کننده های رسپتور

دوپامینی نظی هالوپریدول و رسپرون با دوزهای کم مفید است.

مواردی که باید به خانواده آموزش داده شود

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

پیگیری

اختلال بچه‌ها یک اختلال درازمدت با دوره‌های فروکش و عود است. در هر وضعیت پیگیری باید کودک را از نظر بهبود و بی‌عدم بهبود به دنبال 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 بی‌اختطاری مدفوع تقسیم می‌شود.

علل و علائم

شب‌ادراری: به عدم کنترل ادرار به صورت غی‌ارادی 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 شدیدی و افت عملکرد شود غی‌طبیعی تلقی می‌شود. این اختلال دو نوع اولیه و ثانویه دارد. نوع اولیه مربوط به کودکانی است که هیچ‌گونه 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 باین اختلالات طبی سبب‌ساز افزایش حجم یا تکرار ادرار بررسی و رد شوند. شریع اختلالات هنجاری و رفتاری (مثل اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و اختلالات اضطرابی) در این کودکان بیشتر از جمعیت عمومی است. بی‌اختطاری مدفوع هم ممکن است به صورت همزمان دیده شود. گاهی ممکن است خانواده‌ها کودک را به‌دلیل مشکلات دیگری نزد پزشک بیاورند و لازم است پزشک همواره در ارزیابی کودکان در مورد کنترل ادرار و شب‌ادراری سؤال کند.

بی‌اختطاری مدفوع: به دفع نامتناسب مدفوع به صورت غی‌ارادی یا تعدی در محل‌های نامناسب حداقل یک بار در ماه به مدت ۳ ماه در کودکان بالاتر از ۴ سال اطلاق می‌شود. این مشکل باین ناشی از مصرف مایین‌ها و سای‌علل شناخته‌شده طبی باشد. در نوع اولیه کودک هیچ‌گونه کنترلی به‌دست نیاورده

^۱ elimination

اما در نوع ثانوی 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 شریع کمتری دارد. کودکان دچار این اختلال در ارتباط با همسالان دچار مشکل بوده و اعتمادبه‌نفس پاییزی دارند.

تشخیص و درمان

پیش از هر نوع اقدام درمانی باید اختلال‌های طبیی 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 به صورت همزمان دیده می‌شود باید احتمال طبیی بودن اختلال را به صورت مشخص مدنظر قرار داد.

همچنین در درمان شب‌ادراری باید به اولیعی یا ثانوی بودن و عوامل مؤثر در ایجاد طی 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 فیزند ارشدتر و وقوع بی‌اختیاری ادرار در سنین نامعمول شود.

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

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

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

درمان بی‌اختلالی 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 بی‌اختلالی 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 بی‌اختلالی ادرار

- ۱ - این اختلال در اکثر موارد خود محدودشونده است ولی به دلیل عوارض و تأثیراتش نظیر مندرمان است.
- ۲ - کودک به عمد اقدام به این کار نمی‌کند.
- ۳ - هرگز کودک را به خاطر این اتفاق تنبیه بدنی نکنند.
- ۴ - پیگیری درمان و انجام روش‌های رفتاری و دارویی توصیه شده از اهمیت زیادی برخوردار است.

در مورد بی‌اختلالی مدفوع

- ۱ - کودک را به خاطر 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.

بکری

اختلال شب‌ادراری اختلالی است که به‌مرور زمان محدود شونده است. لذا هر سه ماه یک بار می‌توان دوز دارو را کاهش داد و چنانچه شب‌ادراری بازگشت باین دوز دارو را مجدد افزایش داد. در مورد عدم کنترل مدفوع نئین 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 درک و مبادله اطلاعات اطلاق می‌شود. بر اساس تعریف اختلال ارتباطی عبارت است از نقص در توانایی درک، ارسال، پردازش و درک مفاهیم به صورت کلامی، غی‌کلامی 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 به صورت تأخیری در استفاده از زبان و یا استفاده نادرست از نمادهای زبانی دیده می‌شود. در کودکان نوپا و پیش‌دبستانی باید به این توجه کرد که آلی‌کودک قادر به صحبت کردن هست علی‌حده و نئین دامنه لغات و کاربرد صحیح کلمات را ارزیابی کرد. در کودکان دبستانی توانایی درک عبارات صحیح‌تر، کاربرد صحیح کلمات در جمله و گرامر باین ارزیابی شود.

^۱ language and communication

کودک‌گانی که اختلال زبان بطنی 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 نهن مشکل دارند. وجود این مشکلات باعث ناراحتی و ایجاد استرس در کودک و خانواده می‌شوند.

اختلالات گفتار اشکال در تولد کلام به صورت نقص در تولد صداها یا تکلمی است که به صورت خطاهای آواشناختی ظاهر می‌گردد. کودک در این حالت یک صدا را اشتباه تلفظ کرده، حذف می‌کند و یک صدایی را جایگزین صدای دیگری می‌نماید. مثلاً به جای "سلام" کلمه "دلالم" را به کار می‌برد. وجود این اختلال در صحبت کردن تا حدود ۳ سالگی طبیعی و بعد از آن چنان چه شدت آن به حدی باشد که فهم کلام کودک دشوار باشد نظیر 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 تولد 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 ذکر شده بیش تر 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. با این 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. به طور کلی گفتاردرمانی موثرترین روش درمانی در این دسته اختلالات است. در اختلال لکنت در کنار گفتاردرمانی از روش های ایجاد آرامش و تمرین تنفس نیز می توان کمک گرفت. آموزش والدین و توجه به روابط اجتماعی کودک نیز حائز اهمیت است، چون عدم درمان لکنت منجر به بروز اعتمادبه نفس پایین کودک، ضعف خودپنداره و اضطراب اجتماعی در وی می شود. 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 نشده اند از کلمه لکنت استفاده نکنند.
- ۲ - در سرکله ی موارد لکنت خود محدودشونده 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 ه هچ گاه به او نگویند چکار کند تا لکنت نداشته باشد.
- ۱۰ - هچ گاه برای یافتن کلمه بی 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 بی‌تفاوت بوده، چهره نگران‌کننده‌ی 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 غی‌مستقیم 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 درصد 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 این‌ان رشد قابل‌توجهی را نشان می‌دهد به طوری که 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:

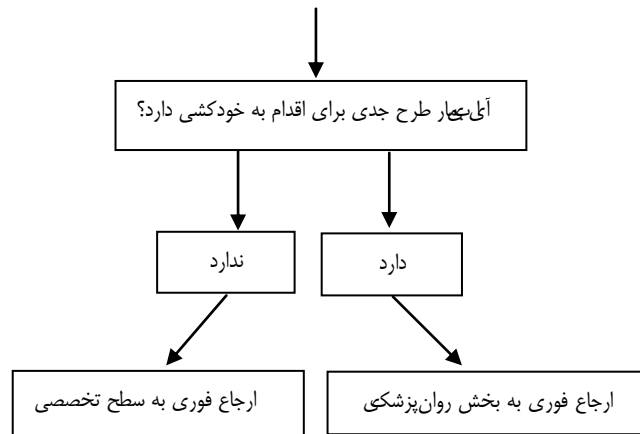
- ۱- علل روانی: بیماری‌های روان‌پزشکی به‌ویژه افسردگی، اعتیاد، پسریکوز و اختلال دوقطبی
- ۲- توجه: علل روانی تنها محدود به اختلالات شدید نیست و خودکشی می‌تواند در اثر اختلال انطباقی نیز رخ دهد.
- ۳- علل جسمی: بیماری‌های جسمی مزمن مثل سرطان، صرع، ایچز و بهاران دلالی
- ۴- علل اجتماعی: مثل تنها زندگی کردن، 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 - آلی در حال حاضر احساس می‌کنی که از زندگی سرتی شده‌ای؟
- ۲ - آلی در حال حاضر آرزو می‌کنی که کاش زندگی شما به پالین می‌رسید؟
- ۳ - آلی به این فکر می‌کنی که خود را از بین ببری؟

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



اقداماتی که تا زمان ارجاع باید انجام شود:

- بچار را تنها نگذارید.
- اشکالی خطرناک، وسایل برقی و برنده، داروها و سموم را دور از دسترس بچار قرار دهید.
- مراقب احتمال صدمه زدن بچار به خودش علی اطرافیان باشید.
- به بچار فرصت دهید افکار و احساسات خود را آزادانه بگویند و با وی همدلی نمایید.
- از پند و اندرز و قضاوت زودهنگام در مورد بچار بپرهیزید. گاهی تنها گوش دادن به صحبت‌های بچار می‌تواند بسزای 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 بهاران با افکار خودکشی آن را عملی نمی‌کنند، نادرست است و هر بهاری که تماطلی به خودکشی را عنوان می‌کند باید به دقت ارزیابی و تحت نظر قرار گیرد.
- به بهار و مراقبلن وی بگویید گاه افکار خودکشی دوباره برمی‌گردد. تأکید کری 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 غمی قابل تحمل بهار تأکید کنید؛ به خصوص اگر در گذشته دوره های مشابهی داشته که بهبود یافته 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.

بهداری و مراقبت بهار بعد از بازگشت از ارجاع

روان‌پزشک ملی‌پزشک عمومی دوره‌دیده در مورد بهار ارجاع شده به یک ی 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

ویجت اولی پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

- درکافت پس‌خوراند از سطح بالاتر در مورد تشخیص و علل ایجاد افکار خودکشی، نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بهار در مورد مصرف داروها و ویجت مجدد طی دو هفته بعد.
- ارجاع غمی‌فوری به کارشناس بهداشت روان جهت انجام ارزیابی‌های روان‌شناختی و مداخلات درمانی غمی‌دارویی.

وینیت های بعدی

پزشک ترجیحاً بهار را مطابق پسخوراند روان پزشکی طی پزشک عمومی دوره دپنه وینیت می کند .
درغی این صورت تا شش ماه بهار به صورت ماهانه یک بار وینیت م ی شود . برای قطع درمان
ترجیحاً بهار به صورت غی فوری به روان پزشکی طی پزشک عمومی دوره دپنه ارجاع می شود.

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 در بخش‌های قبلی از مهم‌ترین وظایف ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان، آموزش به مردم است. مردم به دلایلی متعددی نیاز به آموزش دارند. ممکن است شما با افرادی روبرو شوید که به دلایلی مشکلاتی که دارند به شما مراجعه نمایند. به‌عنوان مثال ممکن است مادری به‌دلیل این‌که فرزندش لکنت زبان دارد به شما مراجعه کند. او از این مطلب بسیار نگران است و فکر کند که وضعیت دوران بارداریش 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 شملی‌پرسد که باید چه کند؟ «زنی از اعتیاد همسرش نگران است و از شما راهنمایی می‌خواهد». در تمامی این موارد و بسیاری موارد دیگر، شما بهترین اقدام به مشاوره با افراد نمایانگه با افراد به‌منظور تشویق آنان برای حل مشکلاتشان را مشاوره می‌دهیم.

هدف مشاوره

از طریق مشاوره افراد تشویق می‌شوند تا در مورد مشکلاتشان فکر کنند، علل به وجودآورنده 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 توصیه‌ی راه‌حل شما خوب و معقول است ولی امکان دارد که توصیه‌ی 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 علی‌طرف مشورت‌کسری است که دانش و آگاهی لازم را در مورد مسأله مورد

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

ب) مشورت‌کننده: به فرد (فردی) 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 بی‌گروهی از مردم باشند.

موضوعات و انواع مشاوره

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

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

در ذیل یک طبقه بندی از این موضوعات پیشنهاد شده است:

الف- مشاوره برای افزایش توانمندی های عموم مردم در زمینه های مختلف ارتقای سلامت روان از این دسته می توان به نمونه های 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 اختلال های هیجانی و رفتاری خاص در کودکان، تشویق و ایجاد فضای مثبت در خانواده، نادیده گرفتن رفتارهای نامطلوب، ارتقای مهارت های ارتباطی، مهارت حل مسائل مشترک با همسالان، شیوه های صحیح دستور دادن، مدییت رفتارهای نامطلوب و افزایش اعتماد به نفس. برنامه آموزش مهارت های زندگی: ارتباط بین فردی مؤثر و ارتباط در گروه، خودآگاهی و همدلی، تفکر خلاق و تفکر نقاد، تصمیم گیری و حل مساله، مدییت استرس و کنترل هیجانات منفی ب- مشاوره برای افزایش توانمندی های گروه های خاص بهاران و خانواده آنها در زمینه

مشکلات سلامت روان

از این دسته می توان به نمونه های ذیل اشاره کرد.

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

- اوتیسم
- اختلال یادگیری
- شب‌اداری
- لکنت زبان
- ناخن جویدن
- مکیدن انگشت
- بچک

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

◀ مشاوره با خانواده

گاه ممکن است اشخاص برای حل یک مشکل احتیاج به کمک و 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 راه‌حل 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 کنیم.



◀ مشاوره با کودکان

ممکن است با کودکانی برخورد داشته باشیم که نظراً به کمک مشاور داشته باشند. اگر سن آنها برای حرف زدن مناسب باشد می‌توان به مشاوره پرداخت. برای این کار اول با هستی اطلاعات زمینه‌ای و سوابق کودک را از والدینش بگویی، سپس با کودک به تنهایی صحبت کنی. به والدین توضیح می‌دهی که اگر گوش ناستند کودکشان بهتر و راحت‌تر صحبت خواهد کرد. صحبت را ابتدا با گفتگو در مورد چیزهایی شاد، مثلاً بازی‌های دلخواه کودک شروع کرده، وقتی حس کردی که کودک احساس آرامش نمود و اعتمادش جلب شد، گفتگو در مورد مشکلات را آغاز می‌کنی. باین به کودک اطمینان داد که هر چه بگویند به کسی گفته نخواهد شد این امر «رازداری» مسأله بسط 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 بگردد 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 باین حالت توجه و مراقبت از خود نشان داده و از ابتدای مشاوره سعی کند برای کمک به فرد علی‌افراد ارتباط خوبی با آنان برقرار نماید. در این صورت است که فرد علی‌افراد مشورت‌کننده به

مشاور اعتماد کرده و مشکلاتشان را به راحتی به زبان می‌آورند. خوب گوش کردن و احترام گذاشتن یکی از بهترین راه‌های 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 تصمیم‌گیری دخیل هستند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند. بدین‌سان می‌توان مشاوره‌ای موثرتر با قابلیت تحلیل بالاتری از مشکلات و راه‌حل‌ها داشت.

ب) تشخیص نگرها

همان‌گونه که گفته شد مشاور سعی می‌کند مشکل را همان‌طور که افراد می‌بینند درک نماید. افراد با یاد مشکلاتشان را خودشان تشخیص دهند. به عبارت دیگر مشاور نباید مشکلات را یکی‌یکی نام ببرد، بلکه با یاد در جهت شناخت مشکلات سؤالاتی را مطرح کند تا فرد بتواند آزادانه اظهار عقیده نماید. در این مرحله فرد مشاوره‌کننده فقط باید به صحبت مشاوره شونده گوش دهد. بدین‌منوال مشاور درخواهد یافت که فرد چه نگرهایی دارد.



تصویر: مشاوره با خانواده (زن و شوهر) یکی از مناسب‌ترین شیوه‌ها 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 راه‌حل‌های مناسب‌تری به دست می‌آید.

ج) احساسات

مشاور باید احساسات افراد را درک کند و با فرد مشاوره شونده همدلی نماید. به‌عنوان مثال ممکن است مادری مراجعه کند و از این‌که فرزندش فعالیتش 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 بگردد، راه‌حل‌ها را مختلف را بپزد و بهترین آنها را انتخاب نماید. به‌عنوان مثال ممکن است زنی به دلیل اعتقادات غلط همسر نتواند بگویی‌های 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 تعویب مشکل و بپز 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 گینده خدمت به‌دست آورد. این موضوع در محیط روستا از اهمیت بسزیه بالایی برخوردار است.

و) آموزش اطلاعات

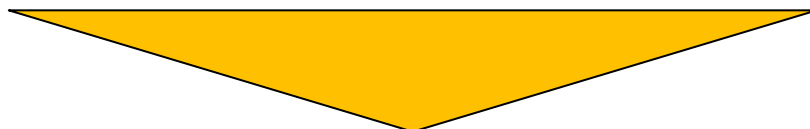
اگرچه مشاور ممکن است نصیحتی کند اما باید اطلاعاتی که فرد برای تصمیم‌گیری به آن نیاز دارد را در قالب مطالب ساده در طول بحث ارائه نماید و شرایطی را به‌وجود آورد که فرد با آگاهی بیشتر تصمیم‌گیری و با استفاده از دانش جدیدی که کسب نموده راهی برای حل مشکل خود پیدا نماید.

ز) سای شرایط

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

شریعه تحسین و تشویق برای تقویت نکات مثبت مشاوره‌شونده و سای موارد از جمله نکاتی است که بایع در مشاوره رعایت شود. علاوه بر موارد فوق در هر برنامه سلامت روش های ویژه‌ای برای مشاوره موجود است، به‌عنوان مثال چنانچه شما با فرد مبتلا به بیماری اعطای اقدام به مشاوره می‌نمایید ویژگی‌های خاصی را بایع در این مشاوره مد نظر قرار دهی. 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 می توان از قابلیت های 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 می شود. علاوه بر این در آموزش گروهی شرکت کنندگان از تجربیات و مهارت های یکدیگر استفاده می کنند. بعضی از افراد توانایی هایی دارند که به تنهایی نمی توانند از آنها استفاده کنند درحالی که امکان استفاده از توانایی و مهارت ها در گروه به راحتی فراهم می شود. به این ترتیب آموزش گروهی زمینه مشارکت افراد گروه در فعالیتهای سلامت مختلف را نیز فراهم می آورد.

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 توانایی هایی دست یابند که بتوانند سلامت روانی و اجتماعی خود را ارتقا دهند. به منظور تحقق این هدف افراد و گروه های مختلف جامعه اعم از گروه های رسمی نظیر نهادها و مختلف مستقر در جامعه مانند سازمان های تعلیم و تربیت، دهداری، شورای اسلامی و نئین گروه های غیررسمی نظیر زنان خانه دار، دانش آموزان، کارگران و کشاورزان باید بتوانند در مراحل ذیل گام بردارند:

- شناسایی نگرانی های سلامت روان خود و افراد جامعه
- ایجاد تمایلی به حل مشکلات سلامت روان
- برنامه ریزی به منظور حل مشکلات سلامت روان و اجرای آنها



- ارزیابی برنامه‌ها و ارتقای مستمر کیفیت اجرای آنها

بر اساس موارد فوق می‌توان چرخه برداشت کرد که از اساس نخستین گام در ارتقای سلامت روان آگاه - سازی جامعه به نقش‌های 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 تلاش او را به دلیل پیچیدگی خاص مشکل به سطح بالاتری ارجاع می‌دهد. در محور دوم بهره‌مندی 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 برنامه‌ای

خاص از برنامه‌های سلامت روان

ب- هماهنگی برای استفاده از ظرفیت‌های بالاتر آموزش سلامت روان برای گروه‌های اجتماعی نظری

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 گروه‌ها ی رسمی به‌صورت

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



تصویر: در آموزش برای گروه‌ها باید به این نکته توجه کنید که اصولاً گروه مخاطبین باید واجد ویژگی‌های مشترکی باشند. ورود افراد غیر مرتبط به این جمع از کارایی آموزشی خواهد

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

ب: گروه‌های غیررسمی: این گروه‌ها هدف خاص و مشترکی ندارند. رهبری نمی‌شوند و از قوانین و مقررات خاصی پیروی نمی‌کنند. ممکن است بتوان در آنها نقاط و منافع مشترکی را پیدا کرد. افراد مراجعه‌کننده به خانه بهداشت، زنان روستا، اطفال زیر ۵ سال، کشاورزان و غیره از جمله گروه‌های غیررسمی هستند.

برای این گروه‌ها می‌توان با توجه به نظرات مشترک آنان یک برنامه آموزشی ترتیب داد و یا این که از مشارکت آنها در یک فعالیت بهداشتی بهره‌مند شد. نکته مهم در برقراری ارتباط با گروه‌های رسمی و غیررسمی پیشگویی از بروز رفتارهای مشکل‌ساز و ایجاد رفتارهای مثبت در گروه‌ها است. کار با گروه‌ها در سطوحی موارد ممکن است منجر به بروز اختلاف نظر و مجادله شود در این مورد



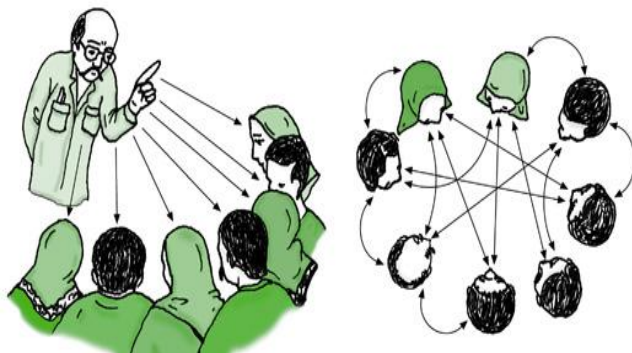
ممکن است افراد گروه باعث موفقیت و یا شکست آن شوند. برای تحقق اهداف مورد نظر و ایجاد رفتارهای مثبت می‌توان از روش‌های زیر بهره جست:

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 گروه های

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 تک‌تک اعضای جمع برای شناخت مشکل و ارائه راه‌حل استفاده کرد.

توجه کرد این است که با پی‌گیری سعی شود گروهی انتخاب شود که در آنها علائق 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 با پی‌گیری 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 با پی‌گیری 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 علائق و نیازهای مشترکشان را به نحو موثرتری با هم به نتیجه برسانند.

آموزش سلامت روان در گروه‌های رسمی

گروه‌های رسمی دارای اهداف و علائق معینی 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 بایستی 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 دلیلی عملکرد و نیت‌اش.
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 گروه‌ها بی‌غی‌رسمی 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 بخواهیم برد.

این مراحل به شرح ذیل معرفی می‌شوند:

۱. تحلیل نگرش‌های 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 عملی 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-تحلیلی نظریه‌های سلامت روان جامعه:

تحلیلی نظریه‌های 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 طی یک برنامه سلامت از سوی واحدهای بالاتر؛ در این زمینه

ممکن است برنامه‌ی دستورعمل ارسالی ناظر به اجرای خدماتی از سلامت روان باشد که نظرمند

آموزش گروهی و طی 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 اعطی بالا

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

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

ج- وقوع بحران‌های تغییرات خاص در محیطی 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 نظرها اقدام به

تحلیلی 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 بسطی مهم در برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌ها این است که به صورتی 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 برای آنها برنامه‌های مشارکت در برنامه‌های دعوت به عمل آوریم. به طور قطع سطح سواد و اطلاعات اجتماعی صاحبان کار، معلمان روستا، صاحبان حرفه‌های صنایع، خانواده کودک و متفاوت است، لذا چنانچه در برنامه‌ریزی جایگاهی را برای آموزش 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 باشیم که ارائه اطلاعات غی‌ضروری و نفع اطلاعاتی که در حوزه فهم گروه هدف نبوده و برای 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 لازمند مشارکت اجتماعی هستند. دلیلی این موضوع آن است که سلامت روان به میزان بالایی از ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه و خانواده تأثیرپذیری 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 نظری سازمان‌های دولتی و غیردولتی در زمینه مسائلی نظری 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 نفع‌مخا‌ق‌های 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. تشکلی 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 تسهی‌کنندگان 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 نهی مشارکت جامعه در زمینه فعالیت بهداشتی آشنا شده‌ایم. 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 کردیم باید فوری مشارکت آنها را تشویق نماییم. در اینجا باید از مهارت برقراری ارتباط با مردم استفاده نماییم.

مراحل اجرای یک برنامه مشارکت افراد

اجرای یک برنامه سلامت روانی در روستا باید دارای مراحل اجرایی مشخص و روشی باشد. بر این اساس اجرای مشارکت افراد نهی 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 کرده‌ام. البته این یک واقعیت است که کارکنان سلامت

روان سرطوری 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 دیدن آنان و به‌صورتی که آنان می‌پندند، به‌دین کمک بزرگی به برقراری ارتباط و به وجود آمدن اعتماد متقابل خواهی کرد.

۲ - **مشارکت در یافتن راه‌حل:** اگر پزشکی به مردم روستای خود بگوید که من بهتر می‌توانم 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 بهتر نباشد. جوامع مختلف مقادیر متفاوتی از منابع مختلف نظری پول، امکانات، نیرو و غیبه را برای حل مشکلات خود دارند. علاوه بر این باورها و ارزش‌های مختلف رهبران متفاوتی دارد. حل یک مسأله باید به‌نحوی صورت گیرد که در آن شرایطی 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 خواهیم 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 نسخه کار انتقاد کرده‌اند شما را سرزنش کنند. البته این امر بدین معنا نیست که بایع مردم را به حال خود گذاشت تا هرچه می‌خواهند انجام دهند. برعکس آنچه بایع توجه داشته‌اید کارهایی است که شما می‌توانید و باید انجام دهید و کارهایی است که مردم می‌توانند و بایع انجام دهند و می‌توانید تا برای خود انجام دهند.

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

اقدامی باین انجام گئی؟ هنگامی که برای تقویت مشارکت کوشش می‌کنیم باین به سه نکته توجه کنیم:

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

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

۳ - باین توجه کرد تشویق رهبران محلی برای اخیای نقش خودشان در جامعه نکته ای بس‌کده مهم است. چنانچه مساله و مشکل به‌صورتی باشد که بر کل مردم روستا اثر گذارد در این صورت باین از رهبران گروه‌ها و نمایندگان برنامه‌ریزی مهم‌ترین بخش‌ها دعوت به عمل آورد و آنها را تشویق به مشارکت کرد.

۵- ارزش‌هایی مشارکت: در خلال انجام یک برنامه و در تمام مدت فعالیت باید پذیرفت برنامه اندازه‌گیری و به‌همین ترتیب در پایان هر برنامه باید موفقیت و شکست آن ارزش‌هایی شود. در اینجا باین 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 مناسب ترین محل برای ترغیب گروه های رسمی و غیررسمی و افراد صاحب نفوذ برای برنامه ریزی برای توسعه روستا است. از فرصت مباحثات شورا باید برای برنامه ریزی های سلامت بهره جست. رویکرد برنامه ریزی برای سلامت می تواند بر تمامی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و نیز عواملی که به طور مستقیم سلامت را تهدید می کند استوار گردد.

یکی از راه های جلب مشارکت افراد

جامعه، تشکلی جلسات برای حل

مشکلات سلامت به ویژه مشکلات

سلامت روان در جلسات شورا

روستا یا محل است. تصور این که پنجاه

تا صد نفر از افراد برای طرح جزئیات

برنامه های سلامت روان تشکلی جلسه

دهند بسط 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 می در

بحث شرکت کرده اند. بر این اساس به طور معمول گروه کوچک تری که کمیته شورا نامیده می شوند

انتخاب می گردند. در حال حاضر شورای اسلامی در روستاها و نیز شوراهای محل در شهرها تشکلی

ظرفه اند و اجرای برنامه های سلامت روان با بهره گیری از این تشکلهای مردمی به خوبی میسر است.

شوراها در واقع نماینده کلی مردم اند و از آنجاکه یکی از اصلی ترین وظایف آنها پیدا کردن مشکلات

جامعه و تلاش در جهت حل آنهاست به خوبی می توان از این شوراها برای حل مشکلات بهره مند

شد. بعضی از وظایف کلی که در شوراهای مزبور قابل طرح اند را در زیر متذکر می شویم:

- جمع آوری 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 برنامه ها و راه حل های لازم

- تصمیم گیری در مورد اولویتهای سلامت روان در روستا و تأمین منابع مالی

- تأمین منابع و توجه بی‌جامعه برای دسترسی 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. با این وجود 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 صرع 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 خدمت اند. 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 لاشی از عقب‌ماندگی ذهنی حفظ خواهد کرد.

عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات

به‌طورکلی 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 با این 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:

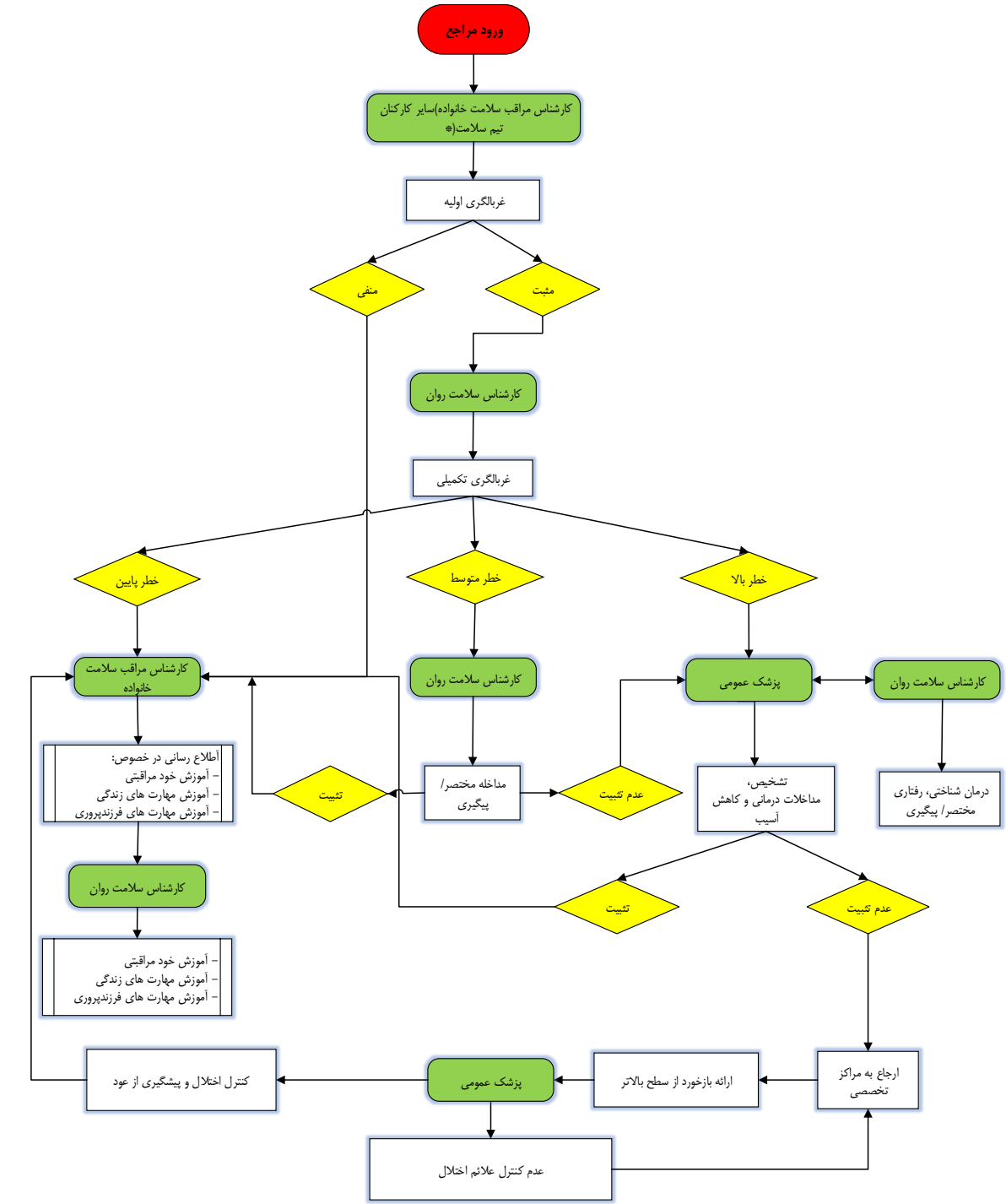
- ۱ - در واقع هر قدر مردم رخداد نهایی ناشی از مشکل سلامت را دورتر ببینند کمتر به دنبال حل آن خواهند رفت. به‌عنوان مثال ممکن است تقاضای افزایش دانش و آگاهی والدین در زمینه تربیت سازنده فرزندان کمتر از تقاضای آنها برای درمان سرماخوردگی یا سردرد باشد.
 - ۲ - شدت ناتوانی حاصل از یک مشکل سلامت، عاملی تأثیرگذار 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 به عنوان 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 که کهنسال به دلیل ناتوانی خود برای حضور در مرکز درمانی قادر به بهره‌مندی از خدمت نیست و یا این که فردی به دلیل احساس نامطلوب ناشی از بیماری اعتماد به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمی‌کند تا از خدمات آن استفاده نماید، موضوعاتی مهم‌اند که در عرصه ارائه عادلانه خدمات باسع با استعداد و تعهد ارائه‌دهندگان خدمات و هوشمندی طراحان برنامه برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی به راه‌حلی مطلوب دست‌یابند.

پیوست ها

شرح وظایف پزشک عمومی

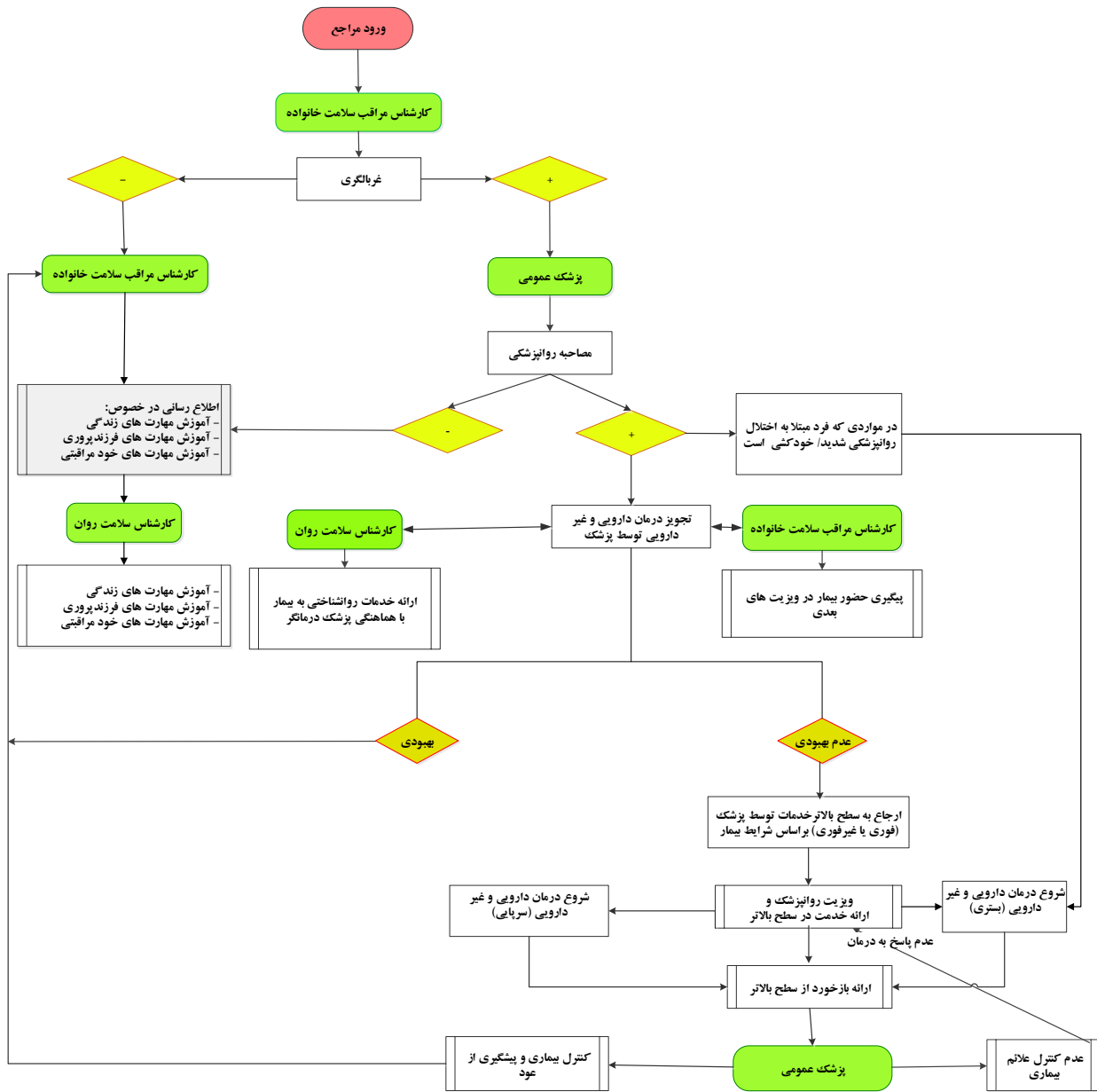
- پذیرش ارجاع از کارشناس مراقب سلامت خانواده و سلامت روان بر اساس فرآیند های طراحی شده در نظام سلامت
- ویزیت مراجعین و افراد ارجاع شده، تشخیص و درمان بیماران (شروع درمان در بیماران مبتلا به اختلالات غیر سایکوتیک و پیگیری درمان در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک و صرع)
- آموزش بیماران و خانواده بیماران 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

فلوچارت ارائه خدمات پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد



* غریبالگری 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
 * غریبالگری روتین برای زنان باردار

فلوچارت ارائه خدمات سلامت روان



فلوچارت ارائه خدمات سلامت اجتماعی

