



بسته آموزشی و راهنمای عمل ویژه پزشک

در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

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

عنوان و نام پدیدآورنده : بسته آموزشی پژوهش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد؛ دکتر سید وحید شریعت، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر امیر شعبانی، دکتر امیرحسین جلالی، دکتر فاطمه خدایی فر، دکتر میترا حفاظی، دکتر گیتا صدیقی، دکتر لاله کوهی حبیبی، دکتر پروین پورطاهریان، دکتر آرش میراب زاده، دکتر عالیا شکیبا

مشخصات ناشر :

مشخصات ظاهري :

شابك :

وضعیت فهرست نویسی :

عنوان روی جلد :

موضوع :

موضوع :

شناسه افروده :

شناسه افروده :

ردہ بندي کنگره :

ردہ بندي دیوبنی

شماره کتابشناسی ملی :

بسته آموزشی پژوهش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد روانشناسخی .
خدمات سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
دکتر سید وحید شریعت، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر امیر شعبانی، دکتر امیرحسین جلالی، دکتر فاطمه خدایی فر، دکتر میترا حفاظی، دکتر گیتا صدیقی، دکتر لاله کوهی حبیبی، دکتر پروین پورطاهریان، دکتر آرش میراب زاده، دکتر عالیا شکیبا 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 :

نام کتاب : بسته آموزشی پژوهش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
نویسندهاگان : دکتر سید وحید شریعت، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر امیر شعبانی، دکتر امیرحسین جلالی، دکتر فاطمه خدایی فر، دکتر میترا حفاظی، دکتر گیتا صدیقی، دکتر لاله کوهی حبیبی، دکتر پروین پورطاهریان، دکتر آرش میراب زاده، دکتر عالیا شکیبا سازمان : ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد .

حَمْدُ اللّٰهِ
لِمَا يَعْلَمُ

نویسندها

دکتر سید وحید شریعت
دکتر محمد رضا رهبر
دکتر امیر شعبانی
دکتر امیرحسین جلالی
دکتر فاطمه خدایی فر
دکتر میترا حفاظی
دکتر گیتا صدیقی
دکتر لاله کوهی حبیبی
دکتر پروین پور طاهریان
دکتر آرش میراب زاده
دکتر عالیا شکیبا

ویراستاران

دکتر سید وحید شریعت

مرکز تحقیقات بهداشت روان
انستیتو روانپزشکی تهران – دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان
دانشگاه علوم پزشکی ایران

با سپاس و پژوه از

استاد ارجمند جناب آقای دکتر علی اکبر سیاری

که مارا در تهیه و تدوین این مجموعه یاری نمودند.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۱	فصل اول
۲	مفاهیم و اهمیت سلامت روان
۳	مفهوم سلامت روان:
۵	بار بیماری‌ها در اختلالات سلامت روان
۶	سیر طبیعی اختلالات سلامت روان:
۱۰	عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان
۱۲	عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان
۱۳	دسته‌بندی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان
۱۴	منابع
۱۶	فصل دوم
۱۶	راه کارهای ارتقای سلامت روان
۱۸	عوامل چندگانه مؤثر بر بیماری‌های روانی و راهکارهای کنترلی آنها
۱۸	راه کارهای ارتقای سلامت روان
۲۰	شواهد علمی در مورد تاثیرپذیری 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 (ابتداي)
۲۲	پیش‌گیری اوليه
۲۲	پیش‌گیری سطح دوم
۲۳	پیش‌گیری سطح سوم
۲۳	دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به‌لحاظ 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 روان تهم سلامت
۳۰	برنامه سلامت روان و اجزای موجود در آن
۳۴	فصل چهارم
۳۴	شناسایی گروههای هدف در
۳۴	برنامه سلامت روان
۳۶	تعريف 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 زیست محیطی
۴۱	۲- پرونده خانوار

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

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 فرآگیر.
۹۵	اختلال پانیک.
۹۶	اختلال اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی).
۹۶	اختلال وسواسی جبری.
۹۶	اختلال استرس پس از سانحه.
۹۷	غربالگری و نحوه ارجاع.
۱۰۰	درمان و پیگیری اختلالات اضطرابی.
۱۰۰	درمان اختلال اضطرابی منتشر.
۱۰۰	درمان وسواس.
۱۰۱	درمان اختلال اضطراب اجتماعی.
۱۰۱	درمان اختلال پانیک.
۱۰۱	درمان اختلال استرس پس از سانحه.
۱۰۳	موارد ارجاع فوری.
۱۰۳	موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک دوره‌دیده.
۱۰۳	نکاتی که پزشک باید به بیمار و خانواده وی آموزش دهد.
۱۰۴	اختلالات سایکوتیک.
۱۰۴	مقدمه و تعاریف.
۱۰۵	موارد ارجاع و نحوه انجام آن.
۱۰۶	کارهایی که پزشک نباید در برخورد با این بیماران انجام دهد.
۱۰۷	درمان، پیگیری و مراقبت بیماران.
۱۰۸	قطعه درمان.
۱۰۸	عوارض دارویی.
۱۰۸	موارد ارجاع فوری.
۱۰۹	موارد ارجاع غیرفوری.
۱۰۹	موارد آموزش به بیمار.
۱۰۹	آموزش خانواده بیمار مبتلا به پسیکوز.
۱۱۱	اختلال علامت جسمانی و اختلالات مرتبط.
۱۱۱	مقدمه.
۱۱۱	علل و علائم.
۱۱۲	درمان.
۱۱۳	پیگیری، مراقبت و آموزش بیماران.
۱۱۴	روش برخورد با اختلال تبدیلی.
۱۱۴	نکات کمک کننده در افتراق اختلالات تبدیلی از اختلالات نورولوژی.
۱۱۴	فلج.
۱۱۴	شبیه تشییع.
۱۱۵	ناتوانی ذهنی.

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

۱۴۱.....	پیگیری.....
۱۴۲.....	احتلالات دفعی.....
۱۴۲.....	مقدمه.....
۱۴۲.....	علل و علائم.....
۱۴۳.....	تشخیص و درمان.....
۱۴۴.....	مواردی که باید به خانواده آموزش داده شود.....
۱۴۵.....	پیگیری.....
۱۴۵.....	احتلالات زبان و ارتباط.....
۱۴۵.....	مقدمه.....
۱۴۵.....	علل و علائم.....
۱۴۷.....	درمان.....
۱۴۷.....	اصول کلی مشاوره و آموزش والدین در لکت.....
۱۴۸.....	عادات خاص.....
۱۴۸.....	خودکشی.....
۱۴۸.....	مقدمه.....
۱۴۹.....	علل.....
۱۴۹.....	غربالگری.....
۱۵۰.....	اقداماتی که تا زمان ارجاع باید انجام شود:.....
۱۵۱.....	پیگیری و مراقبت بیمار بعد از بازگشت از ارجاع.....
۱۵۱.....	ویزیت اولیه پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع).....
۱۵۲.....	ویزیت‌های بعدی.....
۱۵۳.....	فصل هفتم.....
۱۵۳.....	آموزش سلامت روان به افراد و
۱۵۳.....	روش مشاوره.....
۱۵۵.....	آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره.....
۱۵۵.....	هدف مشاوره.....
۱۵۵.....	اعضای مشاوره.....
۱۵۶.....	موضوعات و انواع مشاوره.....
۱۵۸.....	◀ مشاوره با خانواده.....
۱۵۹.....	◀ مشاوره با کودکان.....
۱۵۹.....	اصول مشاوره.....
۱۵۹.....	(الف) ارتباط.....
۱۶۰.....	(ب) تشخیص نیازها.....
۱۶۰.....	(ج) احساسات.....
۱۶۱.....	(د) مشارکت.....
۱۶۱.....	(ه) رازداری.....
۱۶۱.....	(و) آموزش اطلاعات.....
۱۶۱.....	(ز) سایر شرایط.....
۱۶۳.....	فصل هشتم.....
۱۶۳.....	آموزش سلامت روان با گروهها و تغییب 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 یک برنامه مشارکت افراد
۱۷۵.....	شورای روستا یا محل
۱۷۶.....	عوامل مؤثر بر بحث‌مندی از خدمات

مقدمه :

اختلالات روانپزشکی 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 ۱۵-۶۴ سال مبتلا به یکی از اختلالات روانپزشکی بودند و حدود یک‌سوم آنها از خدمات بهداشتی-درمانی برای مشکلات اعصاب و روان خود بهره‌مند شدند.

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

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

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

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

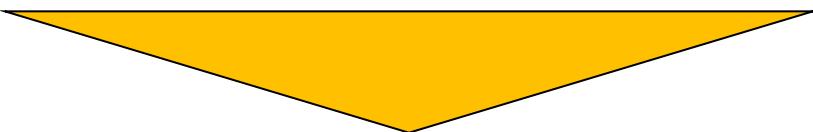
فصل است و حاوی اطلاعاتی جامع درخصوص مفاهیم و اهداف برنامه سلامت روان، راهکارهای ارتقا سلامت روان، مروری بر اختلالات شایع روانپزشکی و آموزش سلامت روان به افراد، گروهها و ترغیب مشارکتهای مردمی باشد.

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.

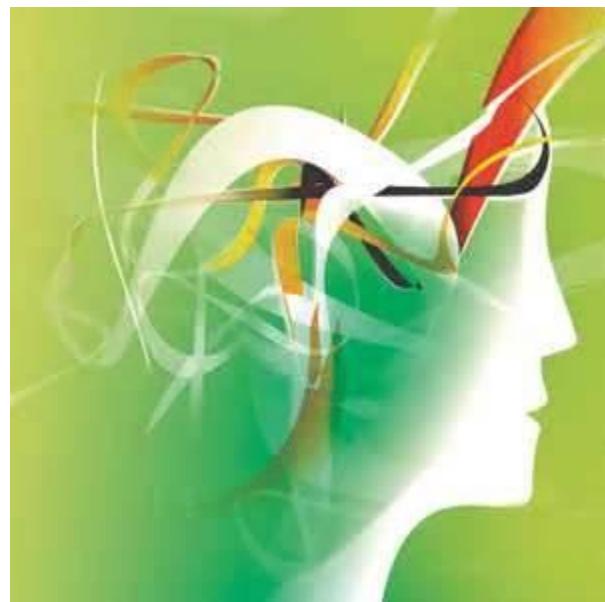
دکتر احمد حاجبی
مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

مجموعه مدیریت سلامت روان برای پزشکان

فصل اول



مفاهیم و اهمیت سلامت روان



عناوین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

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

مفهوم سلامت روان:



سلامت روان به مجموعه‌ای از فعالیت‌های متنوع و وسیع اطلاق می‌شود که به طور مستقیم یا غیرمستقیم موجب ارتقای رفاه روانی اجتماعی افراد می‌شود. رفاه روانی اجتماعی دو جزء از مهم‌ترین اجزای تعریف سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی هستند^۱. در این دیدگاه سلامت عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. این بیان تعریفی آرمانی و عملاً دستنیافتنی است، زیرا نمی‌توان فردی را پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد، ضمن این‌که در عمل هم نمی‌توان مرزی میان سلامت و بیماری در نظر گرفت. با این وجود این تعریف چشم‌اندازی را به دست می‌دهد که همه افراد باید به سمت آن گام بردارند. علاوه بر این سلامت به معنای برخورداری از ظرفیت و توانایی‌ها در اجتماع به منظور تطابق افراد با تغییرات محیطی و قابلیت مقابله با مشکلات ناشی از این تغییرات تعریف شده است. در سال‌های اخیر تعاریف و رویکردهای دیگری نیز برای سلامت ارائه شده که بر عوامل مؤثر بر ارتقای سلامت افراد در جامعه اشاره دارند. رویکردهای جدید در طراحی برنامه‌های سلامت نیز بر تعاریف ارائه شده جدید تکیه دارند. از جمله این رویکردها می‌توان به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اشاره کرد. بر اساس موارد فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت که سلامت روان چیزی فراتر از فقدان یا نبود بیماری روانی است. بعد مثبت سلامت روان که سازمان بهداشت جهانی نیز روی آن تکیه دارد.

مفهوم سلامت روان شامل رفاه ذهنی، احساس خودتوانمندی، خودمختاری، کفایت، درک همبستگی بین نسلی و توانایی تشخیص استعدادهای بالقوه هوشی و عاطفی در خود است. به گونه‌ای دیگر می‌توان گفت: سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را بازمی‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و به عنوان

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

بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. سلامت روان به همه ما مربوط است نه فقط به کسانی که از بیماری‌های روانی رنج می‌برند. هیچ گروهی از بیماری روانی مصون نیست. البته باید اذعان داشت که در افراد بی‌خانمان، 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 برهمه از زمان از افسردگی رنج می‌برند. در سال ۲۰۰۴ برابر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت افسردگی یک‌قطبی سومین رتبه را در بار بیماری‌ها داشته است.^۲ در تحقیق دیگری ۶,۷٪ از افراد در ایالات متحده در عرض ۱۲ ماه گذشته یک دوره از بروز اختلال افسردگی اساسی داشته‌اند.^۳ اختلالات اضطرابی مشتمل بر اختلالات پانیک، اضطراب منتشر، اختلالات پس از ترومما، انواع فوبیا و اضطراب

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

^۲World Health Organization. *The Global Burden of Disease: ۲۰۰۴ Update*. Geneva, Switzerland: WHO Press, ۲۰۰۸.

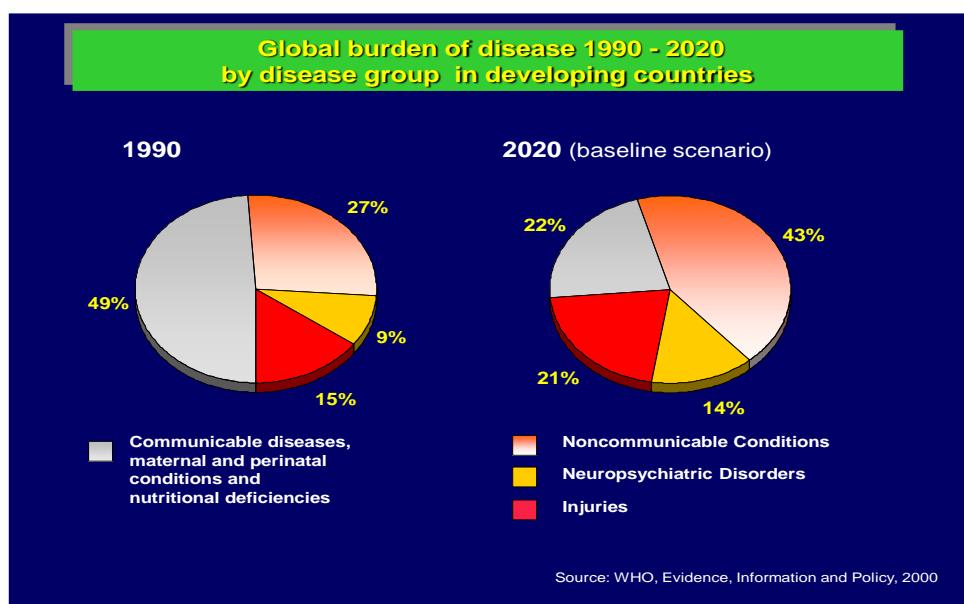
^۳Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of ۱۲-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* ۲۰۰۵;۶۲:۶۱۷-۶۲۷.

ناشی از طلاق شایع ترین انواع اختلالات روان در جمعیت عمومی هستند^۱. علاوه بر این شواهد نشان از آن دارد که با توسعه جوامع بر اختلالات اضطرابی افزوده می‌شود. علاوه بر این پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ آمار اختلال آلزایمر به دلیل پدیده سالمندی دو برابر شود.^۲ این اختلال در حال حاضر ششمین عامل مرگ در ایالات متحده است. حدود ۲۵ میلیون نفر از مردم جهان از اسکیزوفرنیا، ۳۸ میلیون نفر از صرع و بیش از ۹۰ میلیون نفر از یک بیماری وابسته به مصرف الکل و یا سایر مواد رنج می‌برند. در ایالات متحده امریکا، سالانه ۱۴۸ میلیون دلار صرف هزینه کلیه بیماری‌های روانی می‌شود. در سال ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷ در انگلستان هزینه بیماری‌های روانی را ۳۲ میلیون پوند برآورده کرده بود که ۴۵ درصد آن به دلیل از دست دادن کارآیی و توانایی سازندگی بود. بیماری اسکیزوفرنیا و آلزایمر، از بیماری‌هایی چون آرتریت، آسم، کانسر و نارسایی احتقانی قلب، دیابت، فشارخون و سکته مغزی، هزینه درمانی متوسط برای هر بیمار بیشتری دارد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا ۳۵ تا ۴۵ درصد غیبت از محل کار به دلیل مشکلات بهداشت روانی است. به طور متوسط تعداد روزهای ازدست‌رفته 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 Psichiatr Soc* ۲۰۰۹; ۱۸(۱):۲۳–۳۳.

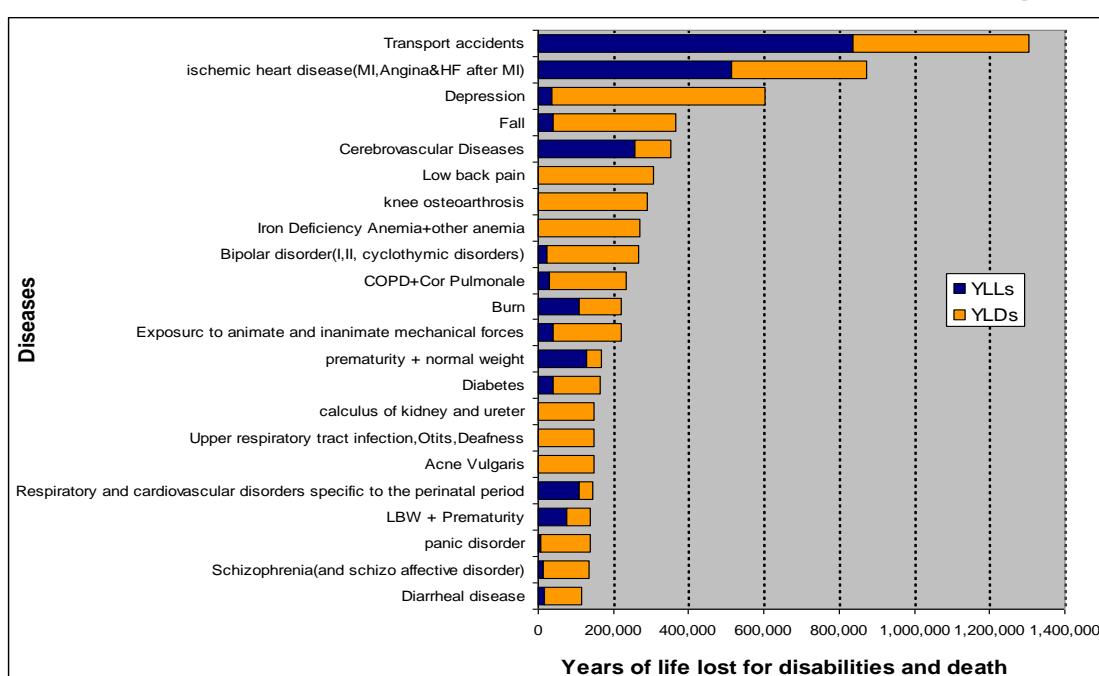
^۲ Xu JQ, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. Deaths: final data for ۲۰۰۷. *National Vital Statistics Report* ۲۰۱۰; ۵۸(۱۹).

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



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

در تصویر فوق سناریوی آینده وقوع اختلالات روانی در سایر بیماری‌های مزمن به تصویر کشیده شده است.^۱



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

^۱ Source: WHO, Evidence, Information and Policy, ۲۰۰۰

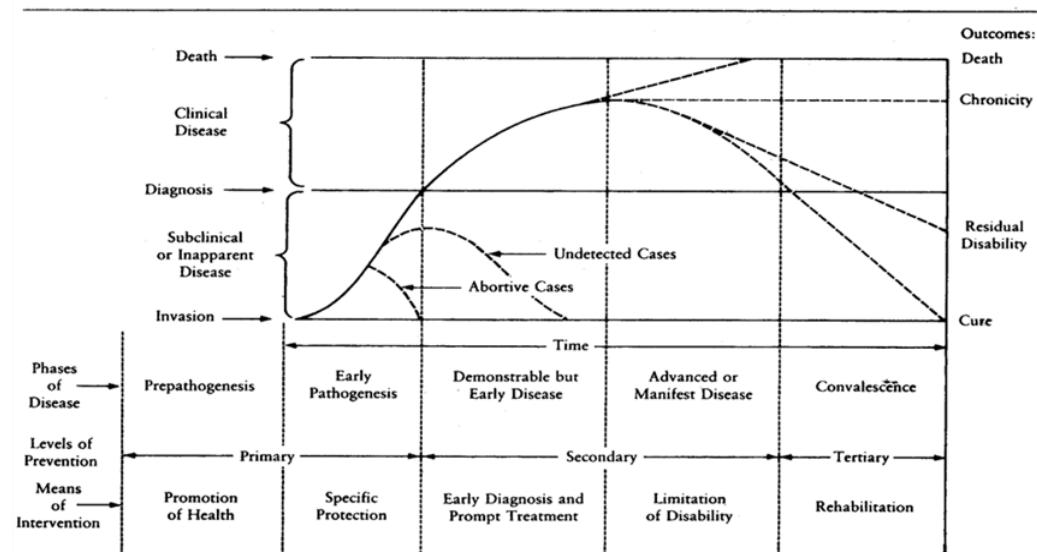
در ایران، شیوع تمام عمر اختلال‌های روانی در جمعیت بالای پانزده سال کشور بیش از ۲۰ درصد برآورده می‌شود که در این میان اختلالات خلقوی و اضطرابی بیشترین شیوع را دارند^۱. شیوع این اختلالات در ایران در هر مقطع زمانی بیش از ۱۰ درصد تخمین زده شده است. مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که اختلالات روانی 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 برآورده می‌شود. علاوه بر این، چه در کودکان و چه در بزرگسالان، مشکلات روانی اجتماعی (غیر از اختلالات روانی) مانند خشونت، بزهکاری و افت تحصیلی، شیوعی بیش از ۲۰ درصد دارد. اختلالات روانی با ایجاد هزینه‌های مستقیم (بار مالی اقدامات تشخیصی، درمانی، بازتوانی و پیشگیری) و هزینه‌های غیرمستقیم (کاهش توان فردی، کاهش نیروی مولد جامعه، بار خانوادگی) اثرات زیانباری بر جامعه می‌گذارند؛ به طوری که بیشترین علت از کارافتادگی‌ها را در کشور ما تشکیل می‌دهند. از این‌رو کاهش بار اختلالات روانی از اهداف برنامه‌های توسعه قرار داشته و نیازمند به کارگیری جدی راهکارها و منابع مختلف در این راه است.

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

سیر طبیعی اختلالات سلامت روان:

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

نمایش فرایند سیر طبیعی بیماری



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

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

^۱ –William Farr (۱۸۶۲)

عرض کشف قرار نمی‌گیرند اما به‌شکل قدرتمندی سلامت روان افراد را در معرض خطر قرار می‌دهند. چارچوبی که برای سیر طبیعی بیماری‌ها وضع شده غالباً برای به تصویر کشیدن اختلالات روان نیز کاربرد دارند. بنابراین بیماری‌های روانی نیز دارای دوره‌ی پنهان، دوره‌ی بالینی و دوره‌ی بهبود هستند.

در علم بیماری‌شناسی سیر طبیعی بیماری از پدیده‌های تشکیل می‌شود که قبل از آغاز بیماری (مرحله استعداد ابتلا) شروع و تا پایان بیماری (مرحله بهبود، ناتوانی یا مرگ) ادامه می‌یابد. پس از دوره تماس با عامل ایجادکننده بیماری فرد وارد مرحله قبل از شروع علائم بالینی (Sub-clinical) می‌شود. در این مرحله عامل بیماری زا در فرد فعال است، اما هنوز هیچ‌گونه علائم (preclinical) نشانه‌ای از بیماری در روی یافت 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 غیرعفونی نظیر اختلالات سلامت روان وجود دارد. در بیماری‌های عفونی به این دوره مرحله نهفتگی (Incubation) و در مورد بیماری‌های غیرعفونی به آن دوره کمون گفته می‌شود. با این وجود دوره کمون در اختلالات روانی نامشخص و در افراد ممکن است بسیار متغیر باشد. به عنوان مثال این دوره در بیماری وبا ۲۴ تا ۴۸ ساعت است در حالی که همین دوره در بیماری عفونی آبله مرغان 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. دلیل وقوع این موضوع این است که اساساً طول دوره نهفتگی تابعی از قابلیت بیماری‌زایی (Pathogenicity)، مقاومت میزبان، میزان تماس (availability) و وجود علائم مستعدکننده دیگر برای ابتلا به بیماری (dose of exposure) است که این عوامل در افراد مختلف در زمینه اختلالات روان دارای واریانس بوده و غیرقابل سنجشند. با این وجود کنترل این عوامل تاثیر بارزی بر سلامت افراد و آینده روانی آنها می‌گذارد. این نظریه منجر به آن می‌شود که دانشمندان علوم سلامت روان بر برنامه‌های پیشگیری مختلف تاکید نمایند و راهکار اصلی برای ارتقای سلامت روان را تقویت عوامل اجتماعی و بنیادهای رشد اجتماعی آحاد جامعه بدانند.

مرحله باليني (Stage of clinical disease) اختلال روان با وقوع يا شايد کشف نخستين علائم بيماري آغاز و با ختم بيماري با يکي از پديده‌های بهبودی، ناتوانی يا مرگ پایان می‌يابد. در اينجا ذكر اين نکته کاملا ضروري است که در سنجش بار بيماري‌ها اولاً اختلالات روان به دليل ميزان بروز



واسع از بار بالايی در قیاس با بسیاری از بيماري‌ها برخوردارند و ثانياً اگرچه مرگ در اثر اختلالات روانی پديده‌ای شایع نمی‌باشد، اما وزن برخی از انواع اختلالات در حد بسیار بالايی به جهت صعوبت زندگی برآورد شده است.

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

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان

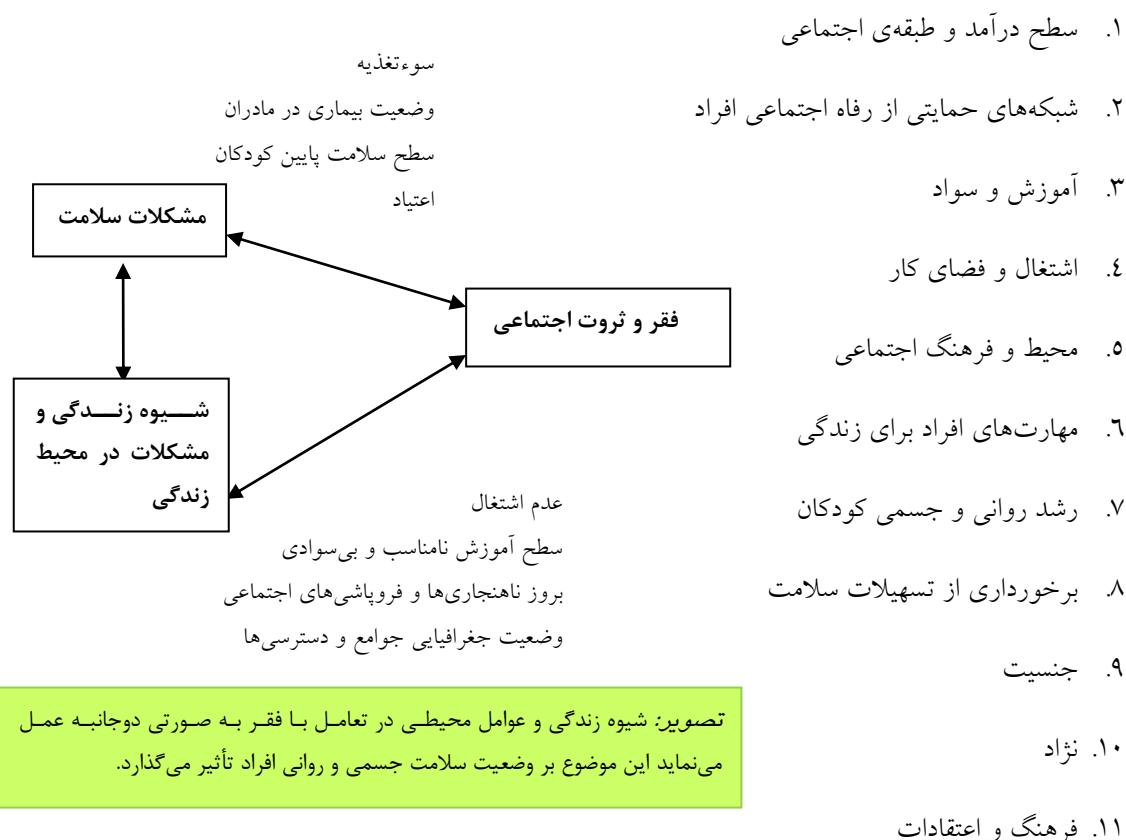
سلامت روان در واقع محصول کارکرد عوامل وسیع اجتماعی است که زیرساخت‌های جامعه بر مبنای آن استوار گردیده است. عواملی نظیر محیط اجتماعی و اقتصادی از طریق اثراتی که بر جسم و روان افراد خواهند داشت همانند ریشه‌هایی در سلامت افراد جامعه مؤثرند. شرایط زندگی، امکانات، تسهیلات آموزشی، نحوه ارتباطات، آگاهی‌ها،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

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

دسته‌بندی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان

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

این مؤلفه‌ها را می‌توان به صورت زیر طبقه‌بندی کرد:



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

منابع

۱. Health topics- Mental health, Available in http://www.who.int/topics/mental_health/en/index.html
۲. راهنمای مراقبت از بیماری‌های روانپزشکی بزرگسالان (ویژه پزشکان)-۱۳۷۸-وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳. World Health Organization. The Global Burden of Disease: ۲۰۰۴ Update. Geneva, Switzerland: WHO Press, ۲۰۰۸.
۴. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of ۱۲-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry ۲۰۰۵;۶۲:۶۱۷-۶۲۷.
۵. 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 Psichiatr Soc ۲۰۰۹;۱۸(۱):۲۳-۳۳.
۶. Xu JQ, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. Deaths: final data for ۲۰۰۷. National Vital Statistics Report ۲۰۱۰;۵۸(۱۹).
۷. Hebert LE, Scherr PA, Bienas JL, Bennett DA, Evans DA. Alzheimer's disease in the U.S. population: prevalence estimates from the ۲۰۰۰ census. Arch Neurol

۲۰۰۳:۶۰:۱۱۱۹-۲۲.

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

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

WHO, Evidence, Information and Policy, ۲۰۰۰ .۹

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

۱۱. Lawrence W.Green, Marxhal W. Kreuter- Health Program Planning- Mc Graw Hill
- ۱۹۹۹.

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

۲۰۰۵

۱۳. جان م.لست - فرهنگ اپیدمیولوژی - ترجمه دکتر حسین شجاعی تهرانی، دکتر بابک بوب -
انتشارات سماط - ۱۳۷۸

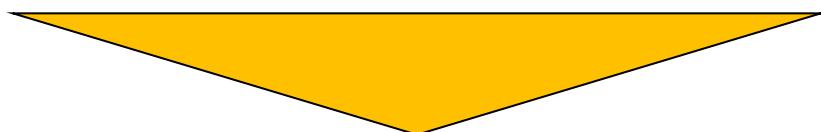
۱۴. دکتر فرید ابوالحسنی - مدیریت برنامه‌های تندرنستی - انتشارات «برای فردا» - ۱۳۸۳

۱۵. بیگل هول، بونیتا : مبانی اپیدمیولوژی، ترجمه دکتر محسن جانقربانی و دکتر مظہر پیانپور،
انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان، سال ۱۳۷۱

۱۶. جودیت س، مازنر، اصول اپیدمیولوژی، ترجمه: دکتر حسین ملک افضلی، دکتر کیومرث ناصری،
انتشارات دانشگاه تهران، مرکز نشر دانشگاهی چاپ اول سال ۱۳۶۳ ،

مجموعه مدیریت سلامت برای پزشکان

فصل دوم



راهکارهای ارتقای سلامت روان



دکتر محمدرضا رهبر

عنایین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

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

عوامل چندگانه مؤثر بر بیماری‌های روانی و راهکارهای کنترلی آنها

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

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



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

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

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

راهکارهای ارتقای سلامت روان

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

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

۵. برنامه‌ریزی برای حمایت از گروه‌های در معرض خطر شامل اقلیت‌های قومی، مهاجرین، آسیب دیدگان ناشی از بلایا و بحران‌ها و سایر گروه‌ها
۶. انجام مداخلات سلامت روان در مدارس
۷. انجام مداخلات سلامت روان در محل‌های کار
۸. اجرای سیاست‌های پیش‌گیری از خشونت

در این میان آموزش جامعه یکی از اثربخش ترین راه‌کارها برای ارتقای سلامت روان است. در سال ۱۹۶۳ یکی نخستین فعالیت‌های آموزشی سلامت روان با پروژه بهداشت روانی نورث امپتن 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 پیشرفت‌ها در زمینه درمان و مراقبت از بیماران روانی
۴. ارائه اطلاعات در مورد این‌که مراقبت جامعه‌نگر چیست و چگونه افراد غیر متخصص میتوانند در این زمینه همکاری داشته باشند و بیان اهمیت این همکاری.

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

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

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

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

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

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

اجرای راهکارها بر اساس سطوح پیش‌گیری در برنامه‌های سلامت روان

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

مروری کوتاه بر مفاهیم پیش‌گیری و کاربرد آن در سلامت روان

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

۱. پیشگیری نخستین، ابتدایی یا ریشه‌ای (primordial)
۲. پیشگیری اوّلیه یا سطح اوّل (primary)
۳. پیشگیری ثانویه یا سطح دوّم (secondary)
۴. پیشگیری ثالثیه یا سطح سوم (tertiary)

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

پیش‌گیری مقدماتی (ابتدایی)

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

پیش‌گیری اولیه

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

پیش‌گیری سطح دوم

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

پیش‌گیری سطح سوم

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

دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به لحاظ سطح پیش‌گیری

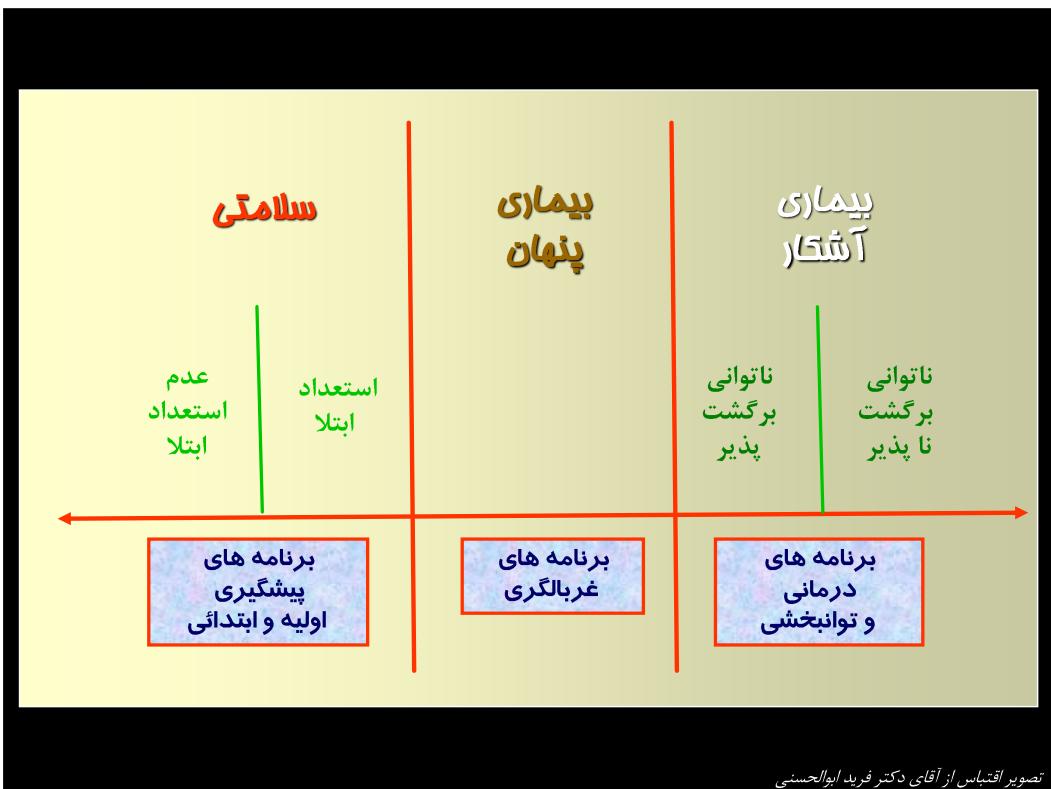
۱- برنامه‌های پیش‌گیری سطح اول؛

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

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

۲- برنامه‌های پیش‌گیری سطح دوم؛

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



تصویر اقتباس از آقای دکتر فرید ابوالحسنی

تصویر: طیف تندرستی و برنامه‌های سلامت

۳- برنامه‌های پیشگیری سطح سوم،

شامل تدابیر لازم برای کاستن یا از میان بردن نقص‌ها و ناتوانی‌های کوتاه‌مدت و خصوصاً دراز‌مدت و به حداقل رساندن رنج و پریشانی حاصل از مشکلات سلامت و ارتقای قابلیت بیمار درمان‌ناپذیر است. مداخله‌های مورد پیش‌بینی این برنامه‌ها در مرحله‌ی بالینی و مرحله‌ی ناتوانی عمل می‌کنند. با این ترتیب مفهوم پیشگیری تا عرصه‌ی بازتوانی گسترش می‌یابد. مداخلات مورد پیش‌بینی در برنامه‌های درمان معتمدان یا روان‌درمانی در مبتلایان به افسردگی در مرحله‌ی بالینی عمل می‌کنند. مداخله‌ی مورد پیش‌بینی در برنامه‌ی توانبخشی کودکان عقب‌مانده ذهنی (ارائه‌ی خدمت به معلولین عقب‌افتداده ذهنی به منظور کاهش ناتوانی موجود) نیز در سطح مرحله‌ی ناتوانی عمل می‌کند، اجرای مداخلات در این سطح پیشگیری می‌باشد منجر به کاهش شیوع و ناتوانی شود.

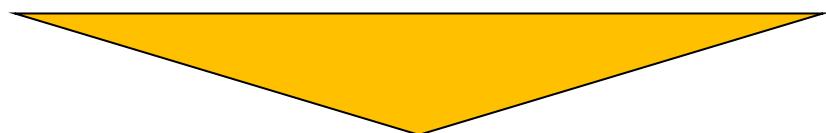
اهمیت شناخت سطح مداخله در برنامه نه تنها موجب فهم مناسب از اقدامات مداخله‌ای می‌شود

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

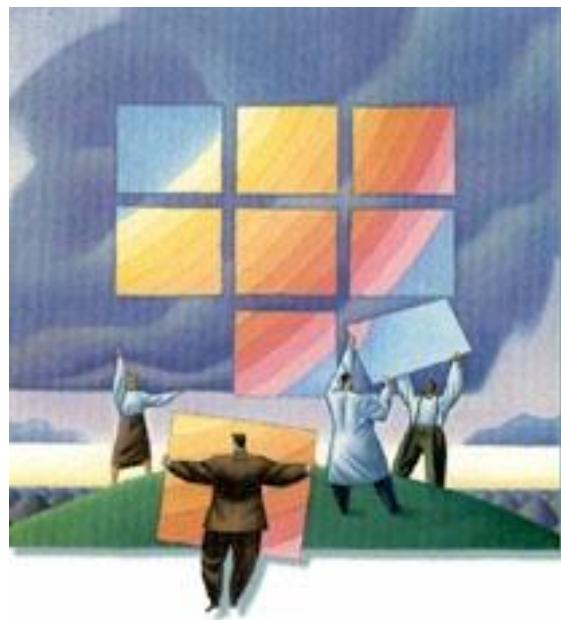
منابع

۱. Lawrence W. Green, Marxhal W. Kreuter. Health Program Planning: Mc Graw Hill, ۱۹۹۹.
۲. 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 ۱۹۹۹.
۳. Park J. E: Preventive and Social Medicine. Nineteenth Banarsidas Bhanot, India, ۲۰۰۵.
۴. جان م. لست. فرهنگ اپیدمیولوژی. ترجمه حسین شجاعی تهرانی و بابک بوب: انتشارات سماط، ۱۳۷۸.
۵. دکتر فرید ابوالحسنی. مدیریت برنامه‌های تندرستی: انتشارات «برای فردا»، ۱۳۸۳.
۶. بیگل هول، بونیتا. مبانی اپیدمیولوژی. ترجمه محسن جانقربانی و مطهر پیانپور: انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۱.
۷. جودیت س. مازنر. اصول اپیدمیولوژی. ترجمه حسین ملک افضلی، کیومرث ناصری: انتشارات دانشگاه تهران، مرکز نشر دانشگاهی، چاپ اول ۱۳۶۳.

فصل سوم



آشنایی با چارچوب برنامه‌های سلامت روان



دکتر محمد رضا رهبر

عنوانین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

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

منظور از برنامه سلامت، فعالیت‌های به هم پیوسته‌ای 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 آن که 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 پس از 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 استفهام مناسب‌تری برای فهم و به کارگیری برنامه‌های سلامت روان دست یابید.

هدف برنامه‌های سلامت روان

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

فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت

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

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

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

۲. ارزیابی تکامل کودکان و مشاوره به والدین
۳. ارزیابی روانی/رفتاری در مدرسه، مشکلات تحصیلی و مسائل روان‌شناختی دوران بلوغ
۴. شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات روانی بزرگسالان شامل: افسردگی، اختلال دوقطبی، اختلالات سایکوتیک، اختلالات اضطرابی و سایر اختلالات مهم

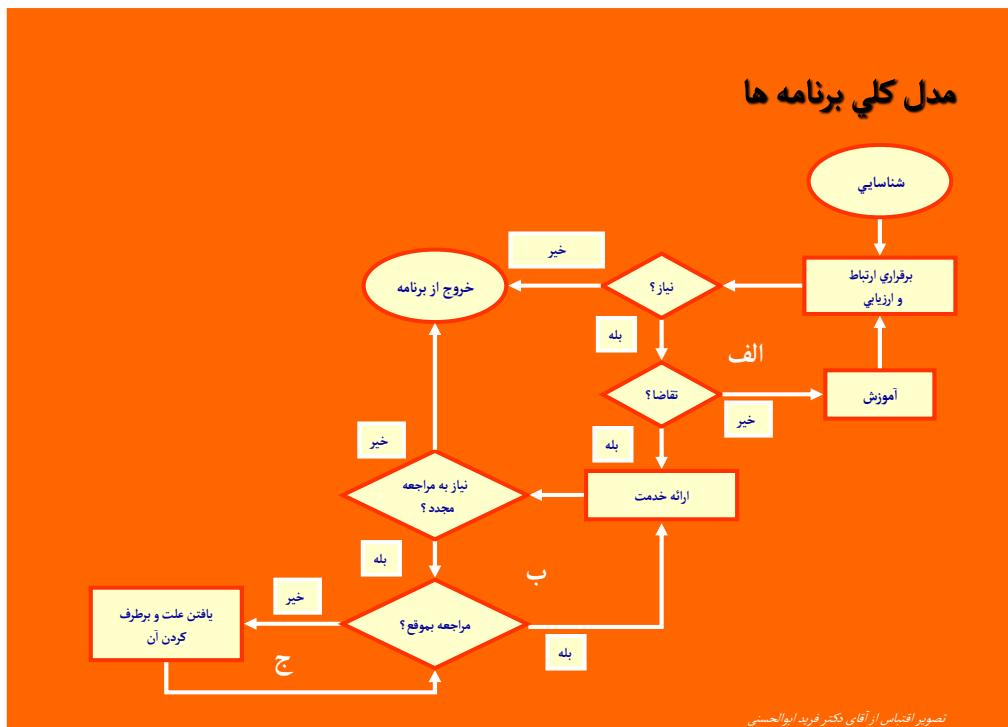
برنامه سلامت روان و اجزای موجود در آن



همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، منظور از برنامه سلامت، فعالیت‌های به‌هم‌پیوسته‌ای است که به‌منظور مقابله با یک یا چند مشکل سلامت طراحی و در ساختار شبکه سلامت ادغام می‌شوند، مانند برنامه‌های ایمن‌سازی، پایش رشد، سلامت روان و برای هر کدام از

برنامه‌ها می‌توان مأموریت اصلی، گروه هدف و فرایندهای مشخص پیش‌بینی کرد. فرایندهای انتخاب‌شده برای هر برنامه به‌گونه‌ای است که برنامه را به صورت کارآمدی به‌سوی تحقق هدف اصلی آن پیش برد. هر فرایند به مجموعه‌ای از فعالیت‌های به‌هم‌پیوسته اطلاق می‌شود که منجر به تحقق اهداف مرحله‌ای می‌شود. لذا برای مراحل اجرایی هر برنامه می‌توان چند فرایند تعریف کرد. فعالیت‌های اجرایی طی دستور عمل‌ها به نیروی انسانی شاغل در بخش‌های مختلف ابلاغ می‌شوند. این دستور عمل‌ها استانداردهای فعالیت‌های اجرایی را تبیین می‌کنند و اجرای صحیح آنها می‌باشد 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.

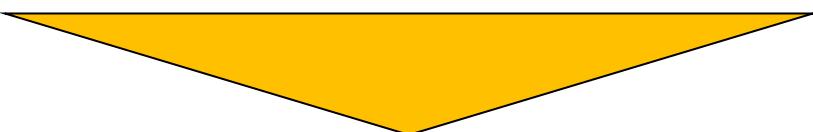
در اینجا لازم است به مفهوم ادغام در برنامه‌های سلامت اشاره کنیم. نکته موردنیاز برای توضیح در این مرحله این است که اصولاً برنامه‌های سلامت در مرحله طراحی فرایندهای خدمت و پشتیبان به گونه‌ای طراحی می‌شوند تا به استفاده بیشینه از منابع در دسترس اقدام به ارائه حداکثر خدمات نمایند. این موضوع را "ادغام" می‌گویند. تحقق موضوع اخیر به‌طور منطقی تابع رعایت دو اصل کلیدی است. نخست آن‌که در هنگام مراجعه یا ملاقات با یک فرد از یک گروه هدف تمامی خدمات موردنیاز به او ارائه گردد. این موضوع را "ادغام در سطح گیرنده خدمت" می‌گویند. به عنوان مثال هنگامی‌که کودک زیر ۶ سال به واحد ارائه خدمت مراجعه می‌کند، ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند به او خدمات ایمن‌سازی، پایش رشد، سلامت روان و سایر بررسی‌های سلامت را ارائه نماید. تحقق این امر در گروی آن است که برنامه‌های سلامت در هنگام طراحی استانداردهای ارائه خدمت دارای یک ماتریکس مشتمل بر خدمات و زمان بهره‌مندی از آنها را داشته باشند. در این شرایط گروه هدف می‌تواند در زمان‌های مشخصی خدمات 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 هر کدام 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 مجل نمی‌گنجد، با این وجود در اینجا ذکر این نکته ضروری است که برنامه‌های سلامت باید با شیوه‌هایی کارآ تقادی مردم را تنظیم نموده و آنها را به سمت نیازهای دارای اولویت سوق دهنند. این موضوع تا حد زیادی تابع نحوه عرضه

خدمات سلامت در جامعه است. با این تنظیم می‌توان به رویکردی کار، پاسخ‌گو و عدالت‌محور در برنامه‌های سلامت دست یافت. 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 روشی و شناخته شده علمی است. بخشی از مطالب مرتبط با این موضوع در فصل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در سایر فصول این کتاب تحت عنوانی بازاریابی خدمات سلامت و عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات آمده است.

مجموعه سلامت روان برای پزشکان

فصل چهارم



شناسایی گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان



عنوانین 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.

۱۹
۲۰

تعریف گروه هدف

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



هدف آن برنامه اطلاق می‌شود. سیاست‌گذاران بخش سلامت در اولویت‌بندی برنامه‌های بهداشتی همواره سعی می‌کنند برنامه‌هایی را انتخاب نمایند که از شدیدترین و فراوان‌ترین مشکلات سلامت در جامعه پیش‌گیری می‌کند. بدین لحاظ این برنامه‌ها همواره مشکلات خاص و گروه‌هایی ویژه از افراد جامعه را هدف قرار می‌دهند. شناسایی گروه هدف، نخستین بخش از فعالیتها در زمینه‌ی برنامه سلامت روان است. پس از شناسایی افراد واجد شرایط باید تلاش کنیم تا آنها را به برنامه وارد کرده و تحت خدمات قرار دهیم. اقدام مناسب در دو زمینه ذکر شده سبب ایجاد پوشش تعداد بیشتری از افراد واجد شرایط در برنامه می‌شود.

گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان

سازمان جهانی بهداشت در دیدگاه نوین خود سلامت را برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی معنی نموده است. در این میان سلامت روان واژه‌ای است که بیانگر توانایی شناختی و عاطفی یک فرد برای برخورداری از یک زندگی بارور است. سلامت روان بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت روان به حالتی از رفاه اطلاق می‌شود که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد و می‌تواند بر تنش‌های روانی معمول در زندگی فائق آمده و به صورتی کارآمد ثمر باشد. واضح است این تعریف بیش از هر چیز بر توان شناختی و عاطفی افراد مرکز دارد و اساساً پیامد کاهش سطح سلامت روان را کاهش کارایی در برخورداری از یک زندگی پریار دانسته است. در چنین شرایطی می‌توان گفت که هر فرد از افراد جامعه در درجه‌ای از سلامت روان قرار دارد. بر این اساس گروه‌های هدف سلامت روان شامل تمامی سنین، هر دو جنس و همه افراد با هر وضعیت اجتماعی،

اقتصادی، فرهنگی و از هر قومیت و اعتقادی خواهند بود؛ هیچ فرد از افراد جامعه را نمی‌توان پیدا کرد که نیازمند حمایت‌های اجتماعی برای برخورداری از حداکثر سلامت روان نبوده و هیچ فردی را نمی‌توان یافت که فاقد نیاز برای رشد و تعالی برای رسیدن به درجات بالاتری از این موضوع باشد.

در اینجا ذکر این نکته حائز اهمیت است که اگرچه در برخی تعاریف یک فرد با سلامت روان را شخصی دانسته‌اند که فاقد هرگونه اختلال یا بیماری روانی باشد، اما در بسیاری از تعاریف دست‌یابی به ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی را برای افراد فاقد اختلال به عنوان یکی از اهداف سلامت روان پیش‌بینی نموده‌اند. در این زمینه گفته می‌شود حتی در شرایطی که فرد فاقد هرگونه اختلال یا بیماری روانی باشد، باز هم می‌توان درجاتی از رشد روانی را برای وی تصور کرد که در آن عواطف فرد از ظرفیت‌های کامل‌تری برای برخورداری از زندگی پربار بهره‌مند بوده و قادر است بر چالش‌هایی هرچند عمیق که در زندگی اش پیش می‌آید غلبه نماید. این دیدگاه موضوعاتی نظری ارزشمندی، قدرت کتترل، هوشمندی‌های عاطفی، قدرت فردی، قابلیت حل مساله، خلاقیت، طبیعت شاد و رضایت‌مندی فردی را مورد توجه قرار می‌دهند.



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

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

دريافت خدمات درمانی و توانبخشی هستند. بحث در مورد نحوه خدمت‌رسانی و مداخلات لازم برای اين گروه‌ها در فصول مربوطه آمده است. در اينجا ذکر اين نكته ضرورت دارد که کار‌شناسايی و ثبت اطلاعات مربوط به گروه اخير از طريق فرم‌های غربالگری و دستورعمل‌های مشخصی صورت می‌پذيرد که برای کارکنان سلامت ضوابط آن تبيين و ابلاغ می‌شود.

طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای ارائه خدمات سلامت روان

حال که دريافتيم سلامت روان موضوعی برای تمامی افراد جامعه با هر ويژگی است باید به نكته‌ای ديگر در زمينه‌ی ارائه خدمات توجه نمايم. اين موضوع طبقه‌بندی افراد با نيازهای مشابه برای دريافت خدمات معين است. در اغلب موارد درک نياز به خدمات از طريق مشاوره با افراد صورت می‌پذيرد. باين وجود همواره افرادي خاص از جامعه که تحت شرایط ويژه‌ای زندگی می‌كنند در معرض مخاطرات سلامت روان خاص بوده و به خدمات تقریباً يکسانی نياز دارند. رویکردهای مختلفی برای طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای سلامت روان می‌توان پیدا کرد، اما آنچه در اين كتاب

مورد تأكيد قرار می‌گيرد انتخاب گروه‌های هدف بر دو مبناست. مبنای نخست طبقه‌بندی گروه‌های هدف بر اساس اختلالات شایع سلامت روان است. اين رویکرد در محتواي اصلی فصل ۶ را دربرگرفته و شامل طبقه‌بندی افراد در گروه‌ای نظير مبتلایان به افسردگی و اضطراب، اختلالات دوقطبی، انواع اختلالات روانی و ... است. مبنای دوم انتخاب



گروه‌های هدف بر اساس گروه‌های سنی است. در اين رویکرد گروه‌های سنی واجد قرار گرفتن در دسته‌های افراد در معرض مخاطرات و بيماري‌های روانی خاص تلقی می‌شوند. اين رویکرد برای ارائه بسته‌ای از خدمات ادغام‌يافته مختلف به يك حيطة سنی همواره موردنظر ارائه‌دهندگان خدمات است. به عنوان مثال می‌توان تصور کرد که اختلالاتی نظير بيش فعالی و كمبود توجه، شبادراری و کابوس‌های شبانه در گروه سنی کودکان از بروز بالاتری برخوردار است و در هنگام ارزیابی سلامت

روان می‌توان علائم و نشانه‌های وقوع این موارد در گیرنده خدمت را مورد بررسی قرار داد. رایج‌ترین نوع این طبقه‌بندی که در نظام سلامت کشور در اغلب موارد عمل قرار گرفته است، طبقه‌بندی گروه‌های سنی است. این طبقه‌بندی از آنجا دارای کارایی بالایی است که اصولاً گروه‌های سنی نیازهای پایه یکسانی به مراقبت‌های اساسی سلامت دارند. با این وجود گروه‌های هدف را می‌توان بر اساس ویژگی‌های دیگری نیز طبقه‌بندی کرد. این ویژگی‌ها مبتنی بر نیاز به دریافت خدمات خاص و یا ویژگی‌های مشترک جغرافیایی، اجتماعی و سایر موارد است. به عنوان مثال گروهی از دانش‌آموزان که در یک مدرسه تحصیل می‌کنند ممکن است گروه هدف برخی از برنامه‌های سلامت خاص باشند. گروه‌های هدف برنامه‌های سلامت، به هر نحوی که طبقه‌بندی شوند، دو ویژگی مشترک دارند. ویژگی نخست، نیاز آنها به خدمات خاص و ویژگی دوم، امکان ایجاد بهره‌مندی از خدماتی با ماهیت مشابه برای طیفی از افراد گروه هدف است. طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای برنامه سلامت روان بدان لحاظ ارزشمند است که به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت این امکان را می‌دهد که با حجم کمتری از فعالیت و پی‌گیری‌ها و با رویکردی نظامدار واجدین شرایط برنامه سلامت روان را شناسایی نموده و آنها را تحت پوشش خدمات قرار دهنند. بدین منظور جداول و دستورعمل‌های مشخص طراحی شده است که با استفاده از آنها می‌توان این اقدام را به صورتی سازماندهی شده و کارآمد انجام داد.

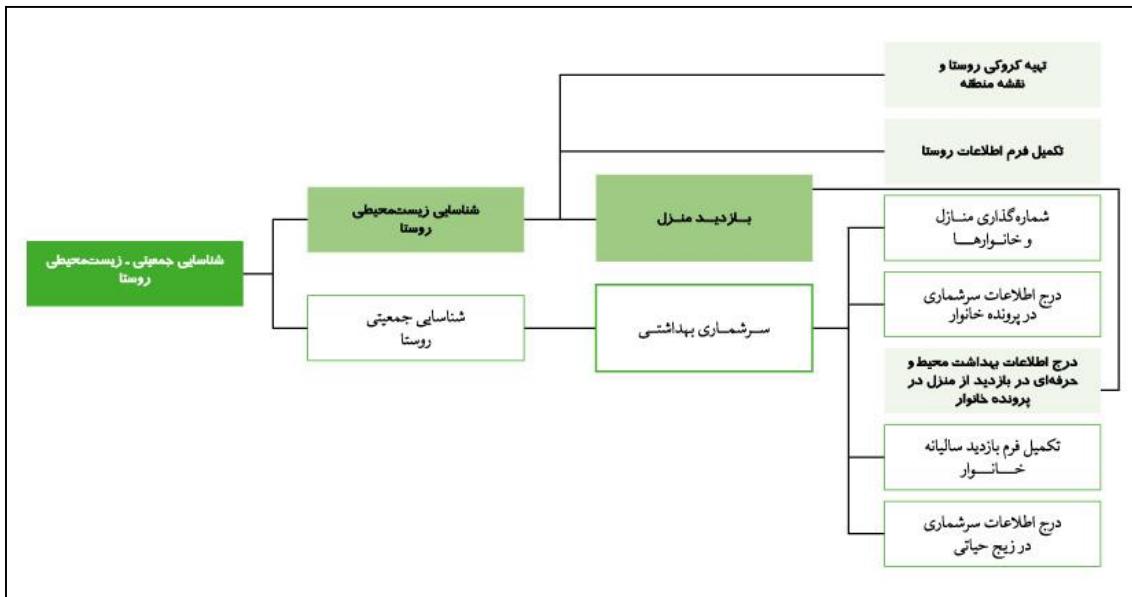
شناسایی گروه‌های هدف در برنامه سلامت

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

۱- برنامه شناسایی جمعیتی زیست محیطی

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

روان به عنوان اطلاعات پایه قابل استفاده و دسترسی است. نمودار ذیل مراحل مختلف این برنامه در روستا را نشان می‌دهد. همین 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.



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

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

۲- پرونده خانوار

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

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

تصویر: پرونده خانوار: فرم پرونده خانوار شامل اطلاعات پایه و نیز بهداشتی کلیه افراد خانوار است. این فرم یکی از اصلی‌ترین ابزار برای شناسایی، ثبت اطلاعات و مراقبت از گروه‌های هدف است

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

۳- غربالگری اختلالات سلامت روان و دستور عمل تکمیل فرم آن

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

روش‌هاست. کار غربالگری به‌طورمعمول توسط بهورزان در روستا و کارданان در شهر انجام می‌شود. افراد غربال شده باید به‌منظور تشخیص نهایی اختلال توسط ارائه‌دهندگان واجد صلاحیت مورد تایید نهایی قرار گیرند و اطلاعات آنها در فرم‌های ثبت بیماری‌ها وارد شود. با ثبت این اطلاعات ارائه‌دهندگان خدمات قادر خواهند بود تا کلیه اقدامات لازم را در مورد افراد موردنظر انجام و آنها را پیگیری و مراقبت نمایند. بر این اساس غربالگری به‌طورمعمول با هدف پیش‌گیری سطح دوم انجام می‌شود. پیش‌گیری سطح دوم یا (secondary prevention) عبارت است از ایجاد تمهیدات لازم و تدابیر برای افراد و جمیعت‌ها 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 پیشرفت. بدیهی است پس از کشف موارد ارجاع موارد به پزشک و شروع هر چه سریع‌تر درمان از اهمیت خاصی در سیر بالینی بیمار برخوردار است. در زمینه نحوه ارائه مراقبت به بیماران سلامت روان و خدمات مراقبتی از آنان در سایر فضول به تفصیل سخن خواهیم گفت.

سؤالات ارزیابی اولیه اختلالات روان‌پزشکی

وجود هر یک از نشانه‌های زیر به مدت بیش از دو هفته باید 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
- اشتلهای کم یا زیاد
- ضعف انرژی

- کاهش یا افزایش وزن
- نامیدی 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 کترول
- احساس ترس در مواجهه با حیوانات، تاریکی، حوادث طبیعی، موقعیت‌های غیرترسناک
- اضطراب به‌دبال 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

ساعت مراجعه:

تاریخ مراجعه:

شماره پرونده:

۱. مشخصات بیمار:

نام سرپرست خانوار:

نام و نام خانوادگی:

شغل:

تحصیلات:

تاهل:

سن: جنس:

محل سکونت:

محل تولد:

سایر مراجع

پزشک

خانواده

خود بیمار

منبع ارجاع و خانه بهداشت:

۲. علت مراجعه و شکایات اصلی:

۳. تاریخچه بیماری فعلی:

• زمان شروع بیماری:

نحوه شروع بیماری: ناگهانی تدریجی

علائم شروع بیماری فعلی:

• روری بر علائم مهم

پرحرفی <input type="checkbox"/>	سرخوشی و شادی زیاد <input type="checkbox"/>	فعالیت بیش از حد <input type="checkbox"/>
پرخاشگری فیزیکی <input type="checkbox"/>	پرخاشگری لفظی <input type="checkbox"/>	تحریک پذیری <input type="checkbox"/>
اختلال در حافظه <input type="checkbox"/>	اختلال در تمرکز <input type="checkbox"/>	رفتارهای عجیب <input type="checkbox"/>
اقدام به خودکشی <input type="checkbox"/>	افکار خودکشی <input type="checkbox"/>	حرف زدن با خود <input type="checkbox"/>
احساس گناه <input type="checkbox"/>	کمبود انرژی <input type="checkbox"/>	خودزنی <input type="checkbox"/>
عدم لذت بردن از زندگی <input type="checkbox"/>	بی میلی جنسی <input type="checkbox"/>	احساس بی ارزشی <input type="checkbox"/>
بی قراری روانی حرکتی <input type="checkbox"/>	بی توجهی به نظافت شخصی <input type="checkbox"/>	حرفهای بی ربط <input type="checkbox"/>
شکایات جسمی <input type="checkbox"/>	فقدان بینش نسبت به بیماری <input type="checkbox"/>	کندي روانی حرکتی <input type="checkbox"/>
گوشه‌گیری <input type="checkbox"/>	افزايش نياز به خواب <input type="checkbox"/>	کاهش نياز به خواب <input type="checkbox"/>
افزايش اشتها <input type="checkbox"/>	کاهش اشتها <input type="checkbox"/>	اختلال جهت‌يابی نسبت به زمان يا مكان يا شخص <input type="checkbox"/>
احساس ناميدی <input type="checkbox"/>	احساس غمگینی <input type="checkbox"/>	دلشوره عمومی بدون عامل بیرونی <input type="checkbox"/>
توهم <input type="checkbox"/>	هدیان <input type="checkbox"/>	افکارو اعمال وسوسی <input type="checkbox"/>

در صورت وجود حملات تشنج:

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

۴. تاریخچه تکاملی:

تأخیر در نشستن <input type="checkbox"/>	تأخیر در سخن گفتن <input type="checkbox"/>	تأخیر در راه رفتن <input type="checkbox"/>
ادرار و مدفع <input type="checkbox"/>		
رفتارهای نامتناسب با سن <input type="checkbox"/>	ناتوانی ذهنی <input type="checkbox"/>	معلولیتهای جسمی <input type="checkbox"/>

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 الكل:

۸. سابقه بیماری جسمی:

۹. تاریخچه خانوادگی:

۱۰. عوامل احتمالی سبب ساز بیماری:

- | | |
|---|---|
| سابقه زردی یا سیانوز نوزادی <input type="checkbox"/> | سابقه زایمان سخت <input type="checkbox"/> |
| ابتلا به بیماری جسمی مزمن <input type="checkbox"/> | وجود مشکل اقتصادی شدید <input type="checkbox"/> |
| خانوادگی <input type="checkbox"/> | |
| طلاق، جدایی یا فوت نزدیکان درجه یک در یک سال گذشته <input type="checkbox"/> | |
| وجود فرد مبتلا به معلولیت جسمی یا ذهنی در خانواده <input type="checkbox"/> | |
| وجود فرد زندانی در خانواده <input type="checkbox"/> | بیکاری سرپرست خانگی <input type="checkbox"/> |
| وجود فرد بازمانده از تحصیل (زیر ۱۸ سال) در خانواده <input type="checkbox"/> | |

۱۱. معاينه جسمی:

۱۲. نتیجه بررسیهای پاراکلینیکی:

۱۳. تشخیص :

طبقه بندی تشخیص برای ثبت در فرم آمار:

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

۱۴. مداخلات درمانی و داروهای تجویز شده:

تاریخ

مراجعه بعدی:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

امضاء:

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

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

سلامت / پایگاه بهداشت / خانه بهداشت تنظیم می‌گردد.

در صفحه اول، در گوشۀ 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 عمدۀ 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 نمایید 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 یاداشت خواهد

شد. در این بخش می توانید با مروری بر علائم و نشانه های 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 «می خواهند او را بکشنند» یا «همسرش

سعی دارد در غذاش زهر بریزد و او را مسموم کند». منظور از توهם درک حسی اشتباہی

است که در عالم خارج برای آن محركی وجود ندارد، توهם نیز برچند نوع است. «توهم

شنوایی» وقتی تشخیص داده می شود که بیمار صدای ای را می شنود که افراد دیگر آن صدایها

را نمی شوند. «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، شک و تردید یا وجود افکار کفرآمیز در ذهن یک فرد مذهبی.

منظور از «اعمال وسواسی» اعمالی است که فرد علیرغم میل باطنی و با وجود مقاومت در

مقابل آنها دست به آن کارها 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 تشنجه است و صرفا در صورت وجود چنین حملاتی تکمیل گردد. ضمن ثبت تاریخ آخرین حمله تشنجه، ویژگیهای همان حمله ثبت گردد. و در صورتی گه 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، یاداشت 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 شخصی اش 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 دائم 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. اخلال 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، تشخیص‌ها و درمان‌های قبلی:

- بررسی کنید که آیا بیمار قبلًا بیماری روانپزشکی داشته یا خیر. و در صورتی که از بیماری روانی خاصی رنج می‌برده 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 نمایید. علاوه بر این مشخص نمایید که آیا بیمار قبلًا 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 می‌کند) 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 قبلًا و یا در حال حاضر مبتلا به بیماری جسمی مهمن بوده یا می‌باشد نوع آن را بررسی و ذکر نمایید. 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. معاينه جسمی: پزشک باید پس از معاينه عمومی و بهویژه دستگاه عصبی، در صورت وجود علائم غیرطبیعی آنها را ذکر نماید.

بند ۱۲. نتیجه بررسی‌های پاراکلینیکی: نتیجه آزمایشات، رادیوگرافی، الکتروانسفالوگرافی، سی‌تی اسکن و غیره را در این قسمت بنویسید.

بند ۱۳. تشخیص: در این بخش براساس یافته‌های شرح حال، تشخیص یا تشخیص‌های احتمالی را مشخص نمایید و برای ثبت در فرم آمار اختلالات در بخش طبقه‌بندی تشخیص علامت زده شود.

به عنوان مثال:

- تشخیص اختلال دو قطبی و سایکوز در طبقه اختلالات سایکوتیک علامت زده خواهد شد.
- تشخیص‌های اختلال اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، وسواس و ... در طبقه اختلالات اضطرابی علامت زده خواهد شد.

بند ۱۴. درمان اولیه و داروهای تجویز شده: مداخلات درمانی و داروهایی را که در اولین مراجعه برای این بیمار تجویز می‌کنید در این قسمت یادداشت نمائید.

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

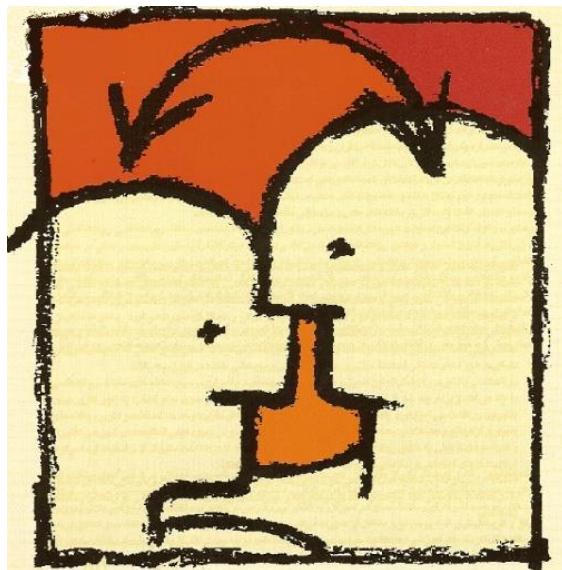
۴- ثبت موارد شناخته شده اختلالات سلامت روان در دفتر مراقبت و پیگیری

فرایند بعدی پس از غربالگری و تشخیص توسط پزشک، ثبت موارد مثبت شناسایی شده در دفاتر مراقبت و پیگیری است که توسط بهورز و کارشناس مراقب سلامت خانواده انجام می‌پذیرد. خاطرنشان می‌شود موارد ثبت اختلالات فقط با تشخیص پزشک امکان پذیر خواهد بود. این فرایند با هدف ارائه خدمات ممتد به بیماران شناسایی شده بوده و با هدف پیشگیری سطح سوم (Tertiary prevention) صورت می‌پذیرد. پیشگیری سطح سوم شامل تدابیر در دسترس بهمنظور کاستن یا از میان بردن نقص‌ها و ناتوانی‌های درازمدت و به حداقل رساندن رنج‌های حاصله از انحراف موجود در تندرستی و ارتقای تطابق بیمار با حالت‌های درمان‌ناپذیر است. به این ترتیب مفهوم پیشگیری سطح سوم از درمان اختلالات روان و مراقبت و آموزش اطرافیان تا عرصه بازتوانی گسترش می‌یابد. اقدام در این مورد وظیفه کادرهای در سطوح مختلف سلامت است.

مجموعه سلامت روان برای پزشکان

فصل پنجم

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان



عنایین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

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

برقراری ارتباط با گروههای هدف یکی از اصلی‌ترین فرایندها در زنجیره اجرای برنامه سلامت روان است. این فرایند پس از شناسایی گروه هدف موجب می‌شود تا گیرندگان خدمات از برنامه‌های سلامت روان بهره‌مند شوند و در برنامه‌های موردنظر باقی‌مانده و از مراقبت‌های موردنیاز بهره‌مند شوند. ارتباط در سلامت روان به مفهوم به کارگیری راهکارهایی به منظور آگاماسازی 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 به صورت داوطلبانه و با احساس ایجاد ارزشی افروزده 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.



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

- اصولاً برقراری ارتباط با گروههای هدف به چند منظور مشخص صورت می‌گیرد:
۱. آگاهی از نیازهای جامعه و گروههای هدف
 ۲. تنظیم صحیح تقاضاهای مردم یا گروههای هدف برای دریافت یا بهره‌مندی از خدمات
 ۳. ارائه خدمات و مراقبت‌ها به گروههای هدف و جامعه
 ۴. ایجاد مشارکت در برنامه‌های سلامت
- در مورد هریک از موارد اشاره شده در فوق به تفصیل در ادامه مطالب بحث خواهیم کرد.

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

۱. موضوع برقراری ارتباط با گروه‌های هدف اساساً موضوعی مبتنی بر روش‌های آموزش بهداشت است.
۲. برقراری ارتباط با گروه‌های هدف نیازمند انجام اقداماتی سازماندهی شده است. این اقدامات

را می‌توان شامل موارد زیر دانست:

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

برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان

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

۱. عوامل مستعد کننده (Predisposing factors)

۲. عوامل توانمندکننده (Enabling factors)

۳. عوامل تشویقکننده (Reinforcing factors)

عوامل مستعد کننده مؤثر بر رفتار افراد را می‌توان شامل مواردی نظیر دانش، اعتقادات، ارزش‌ها، تلقی‌ها، اعتمادبه نفس و ظرفیت‌های افراد دانست. عوامل قادرکننده شامل مواردی چون فراهم بودن منابع بهره‌مندی از خدمات، دسترسی مناسب به نیروی انسانی، وجود قوانین مرتبط با ارائه خدمات و ایجاد فراهمی خدمت سلامت روان برای مردم و برخورداری از مهارت‌های مرتبط با سلامت روان در افراد است. عوامل تشویقکننده رفتار شامل مواردی چون خانواده، دوستان، مریان، 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.

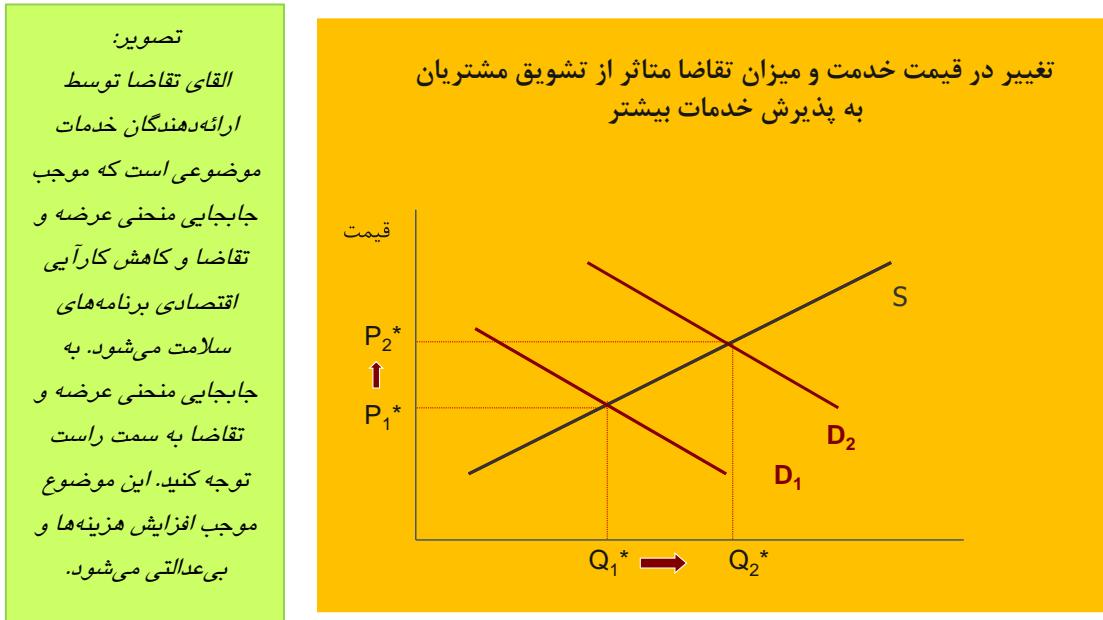
در برقراری ارتباط با مردم و گروه‌های هدف می‌بایست به چند نکته اساسی توجه شود. نکته نخست اولویت‌های اعلام شده مردم است که شامل درخواست‌ها و اولویت‌هایی است که معمولاً مردم برای خدمات خاص دارند. موضوع دوم نیازهای طبیعی مردم و نکته سوم فراهم بودن منابع برای ارائه خدمات مشخص سلامت روان است. درواقع در موضوع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

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

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

در اینجا لازم است به این نکته مهم توجه نماییم که اصولاً تنظیم صحیح تقاضاهای مردم برای بهره‌مندی از خدمات موضوعی خاص و مهم در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف است. این تنظیم اساساً می‌بایست در جهت ایجاد تقاضا برای خدمات دارای اولویت و نیازهای حقیقی باشد.

موضوع اخیر در نظام سلامت روان کشور ما در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. همچنین القای تقاضا برای بهره‌مندی از خدمات خاص موضوعی است که در کنترل بخش خصوصی ارائه خدمات می‌بایست به آن توجه کرد.



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 بپردازنند 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 به‌ویژه در بخش‌های

خصوصی موضوعی رایج در تمام بازارهای سلامت کنترل نشده دنیاست. اصولاً دولت‌ها و متخواصین 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 تله مدیسین 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 می‌باشند بهترین راه دسترسی به مخاطبین موردنظر خود در جامعه و یا در محیط‌های خاص نظیر درمانگاه، مدرسه، محل کار و اماكن عمومی را انتخاب نمایند. به عنوان مثال دسترسی به مادران اغلب از طریق ارائه خدمات بهداشتی به کوکان، 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 نظری توضیح یک دیدگاه، طرح یک سؤال یا صحبت کردن برای وقت گذراندن باشد. با وجوداین در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت روان ما با مقاصد خاصی اقدام به برقراری ارتباط می‌نماییم. به عبارت دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان تلاش می‌نمایند تا از طریق اصلاح عوامل انسانی، اجتماعی و سایر عوامل مؤثر بر رفتار افراد اقدام به ارتقای سلامت روان آنان نمایند. برای رسیدن به این هدف، یک ارتباط موفق باید از مراحل مختلفی عبور نماید و در هر مرحله شکست در برقراری ارتباط می‌تواند باعث عدم تحقق پیامد نهایی مورد انتظار شود. این مراحل را می‌توان اساساً به صورت زیر طبقه‌بندی نمود:

۱- دسترسی به گروه مخاطب

۲- جلب توجه مخاطب

۳- فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب

۴- ارتقای وضعیت مخاطب و پذیرش تغییر

۵- ایجاد یک تغییر در رفتار

۶- ارتقا یا بهبودی سلامت روان

مرحله اول: دسترسی به گروه مخاطب

ارائه خدمات سلامت به مردم روستا به صورت فعلی صورت می‌گیرد. این بدان معناست که چنانچه افرادی از گروه‌های هدف جهت دریافت خدمات به خانه بهداشت مراجعه ننمایند، بهورز باید مطابق

دستور عمل‌های 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 نماییم.

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

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

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

مرحله دوم: جلب توجه مخاطب

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

مرحله سوم: فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب

پس از توجه مخاطب به پیام آنچه ضروری است درک آن است. به این مرحله از برقراری ارتباط، مرحله درک می‌گویند. درک واژه‌ای است برای فهمیدن پیام بصری. درک تصویری برای فهمیدن تصاویر به کار می‌رود. درک پیام روندی کاملاً ذهنی است و ممکن است مخاطب پیام را به نحوی کاملاً متفاوت از آنچه فرستنده قصد داشته فهمیده و درک کند. نکته مهم در برقراری ارتباط مناسب و ایجاد درک مؤثر و صحیح، استفاده از الفاظ و کلمات آشنا و پرهیز از به کار گیری 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 تغییر

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

مرحله پنجم: ایجاد تغییر در رفتار

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

مرحله ششم: بهبودی و ارتقای سلامت روان

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

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

عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات

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

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

خواهند رفت. به عنوان مثال ممکن است تقاضای افزایش دانش و آگاهی والدین در زمینه تربیت سازنده فرزندان کمتر از تقاضای آنها برای درمان سرماخوردگی یا سردرد باشد.

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

۳- عواملی نظیر مقایسه خود با دیگران، فرهنگ سلامتی موجود در جامعه و آموزش؛ موضوعاتی تأثیرگذار بر تقاضای مردم برای خدمات اند.

۴- در بسیاری موارد مردم تجربه و درک مناسب و معتبری از کیفیت خدمات ندارند. بر این اساس در بازار سلامت 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 کهنسال به دلیل ناتوانی خود برای حضور در مرکز درمانی قادر به بهره‌مندی از خدمت نیست و یا این‌که فردی به دلیل احساس نامطلوب ناشی از بیماری اعتیاد به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمی‌کند تا از خدمات آن استفاده نماید، موضوعاتی مهم‌اند که در عرصه ارائه عادلانه خدمات باید با استعداد و تعهد ارائه‌دهندگان خدمات و هوشمندی طراحان برنامه برای ایجاد حداقل بهره‌مندی به راه حلی مطلوب دست یابند.

مروري بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان



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

از آنجاکه در طول زمان شناسایی گروه‌های هدف نیازمند برقراری ارتباط برای ورود افراد به برنامه هستید لازم است مروري مختصر بر روش‌های برقراری ارتباط با گروه‌های هدف داشته باشیم.

سرفصل اصول برقراری ارتباط با گروه‌های هدف شامل برخورداری از مهارت‌های زیر است:

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

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

۱- مهارت کمکرسانی

افرادی که نیازمند برخورداری از خدمات سلامت روان می‌باشند حالت‌های مختلفی از شرایط جسمی، روانی و اجتماعی دارند. برخی از آن‌ها قادر به بیان احساسات و نگرانی‌های خود نیستند نظیر کودکان یا افراد عقب‌مانده ذهنی اما در مقابل برخی از آن‌ها ممکن است پرحرف بوده و هیجان زیاد و به طرز مبالغه‌آمیزی احساسات خود را بیان نمایند. در هر شرایطی وظیفه ارائه‌دهنده خدمات این است که به گیرندگان خدمت تفهیم نماید که در واحد خدمتش تسهیلاتی فراهم آمده که می‌تواند از آن‌ها برای ارتقای وضعیت خود بهره‌مند شد. اما بیش از این‌که 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 کفايت 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 پمفت‌های آموزشی در زمینه سلامت روان در اختیار ارائه‌دهنده خدمت است که می‌توان با بهره‌گیری از آنها بر توان و ادرار مردم برای ارتقای سلامت روان و ایجاد مباحثات گروهی آموزشی بهره جست.

۳- مهارت‌های مدیریت و رهبری

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

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

۴- مهارت‌های نظارت و سرپرستی

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

۵- مهارت‌های مباحثه و صحبت

مهارت‌های گفت‌و‌گو در زمینه سلامت روان موجب می‌گردد تا گیرنده‌گان خدمت بتوانند بر آنچه به آنها در قالب گفت‌و‌گو منتقل می‌شود احاطه کافی پیدا نموده، سؤالات خود را مطرح و با احترام در زمینه سؤالاتشان آگاهی پیدا نمایند. در چنین شرایطی ارائه‌دهنده خدمات 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 ارائه‌دهنده‌گان 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 باید تلاش نماید تا اتفاقات زیر تحقق پذیرد:

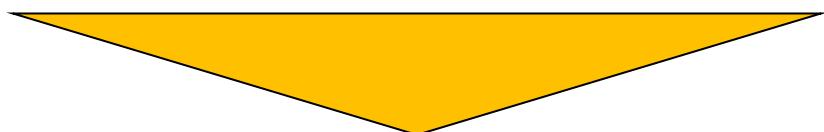
- به درستی آنچه گیرنده خدمت در مورد خود و احساساتش بیان می‌کند را درک نماید.
- در زمینه آنچه گیرنده خدمت از او سؤال می‌نماید بدون حاشیه و بدون توجه به مسائل جانبی پاسخی روشن و حتی الامکان کوتاه ارائه نماید.
- از قطع صحبت گیرنده خدمت در حین ارائه احساسات و عواطف خود مگر در شرایطی که منجر به اتلاف وقت 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 پارسی‌نیا - 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
- ۳- Lawrence W.Green, Marxhal W. Kreuter- Health Program Planning- Mc Graw Hill - ۱۹۹۹.
- 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

مجموعه مدیریت سلامت روان برای پزشکان

فصل ششم



مرواری بر اختلالات شایع روان‌پزشکی

عناوین فصل

- افسردگی
- اختلال دوقطبی
- اختلالات اضطرابی
- اختلالات سایکوتیک
- اختلالات شبه‌جسمی
- صرع
- عقب‌ماندگی ذهنی
- اختلالات کودکان و نوجوانان
- اورژانس‌های روان‌پزشکی

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- علائم و نشانه‌های اختلالات شایع روان‌پزشکی 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 ۴۴-۱۵ 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 اعتمادبه نفس باشند و در موارد جدی‌تر، دچار احساس نامیدی 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 بیماری‌های قلبی و افزایش مرگ‌ومیر به‌دبی 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، سوءصرف‌کنندگان 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 دست‌کم پنج نشانه افسردگی که حداقل یکی از آنها بر پایه دو پرسش کلیدی بالا به دست آمده باشد، تشخیص افسردگی اساسی مطرح می‌شود. اگر سابقه‌ای از مانیا یا هایپومانیا وجود نداشته باشد درمان با یکی از داروهای ضد افسردگی (از دسته مهارکننده‌های انتخابی

باز جذب 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 دستور عمل درمان افسردگی اساسی عمل کنید.

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

درمان

داروهای ضد افسردگی و برخی روان‌درمانی‌ها (شناختی-رفتاری و بین‌فردي) در درمان افسردگی مؤثر هستند. اما با توجه به در دسترس نبودن روان‌درمانی برای همه بیماران، خط اول درمان دارویی است. برخی اقدامات غیر دارویی 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 ضد افسردگی، خوب پاسخ داده دوباره از همان دارو استفاده کنید.

- پیش از آن‌که یک داروی ضد افسردگی را بی‌اثر بدانید، از این‌که با «دوز کافی» و به «مدت کافی» مصرف شده‌است مطمئن شوید.

- افزایش تدریجی دوز داروهای ضدافسردگی، میزان بروز عوارض جانبی را کم می‌کند و درنتیجه پذیرش درمان از جانب بیمار را افزایش می‌دهد.
- تجویز داروهای مانند فلوکستین بعد از غذا یا همراه با آب، بروز عوارض گوارشی آنها را کاهش می‌دهد.
- در هر بار ویزیت، کمترین مقدار داروی لازم را تجویز کنید.
- موارد ممنوعیت نسبی تجویز داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای (مانند نورتریپتیلین، آمیتریپتیلین، ایمی‌پرامین، دزیپرامین و تریمی‌پرامین): وجود آریتمی قلبی، سابقه یا علائم ایسکمی قلب، گلوکوم زاویه بسته، هیپرتروفی پروستات و بیماری‌های عروقی مغز.
- در صورت وجود دلشوره می‌توانید کلردیازپوكساید (۵ تا ۱۰ میلی‌گرم، یک یا دو بار در روز) یا برای کم خوابی، لورازپام (نیم تا یک میلی‌گرم، نیم تا یک ساعت پیش از خواب) تجویز کنید.
- اگر افسردگی برای اولین بار در سن بالای ۵۵ سال به‌ویژه در مردان ظاهر شده باشد، رد مسائل طبی که در رأس آنها اختلالات قلبی- ریوی و بدخیمی‌ها هستند، بسیار مهم است.
- بیماری‌های طبی را که می‌توانند با علایم افسردگی بارز شوند، مانند کم کاری تیرووید، 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 تبلی یا تلقین نیست و تنها با توصیه‌های عمومی مانند رفتن به مسافت 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، حتاً اگر در حال حاضر دیگر جالب یا لذت‌بخش نباشد.
- مهم است که خواب منظمی داشته باشد (یعنی هر شب ساعت مشخصی به رختخواب برود و سعی کند که به اندازه قبل بخوابد و از خوابیدن بیش از حد خودداری کند).
- منافع فعالیت بدنی منظم تا جای ممکن
- منافع فعالیت‌های اجتماعی منظم مثل شرکت در فعالیت‌های اجتماعی گروهی تا جای ممکن شناسایی فکرهای آسیب به خود و خودکشی و مراجعه برای کمک در صورت بروز
- در سالم‌مندان، 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 بی قرار که کنترل رفتار وی دشوار است.

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

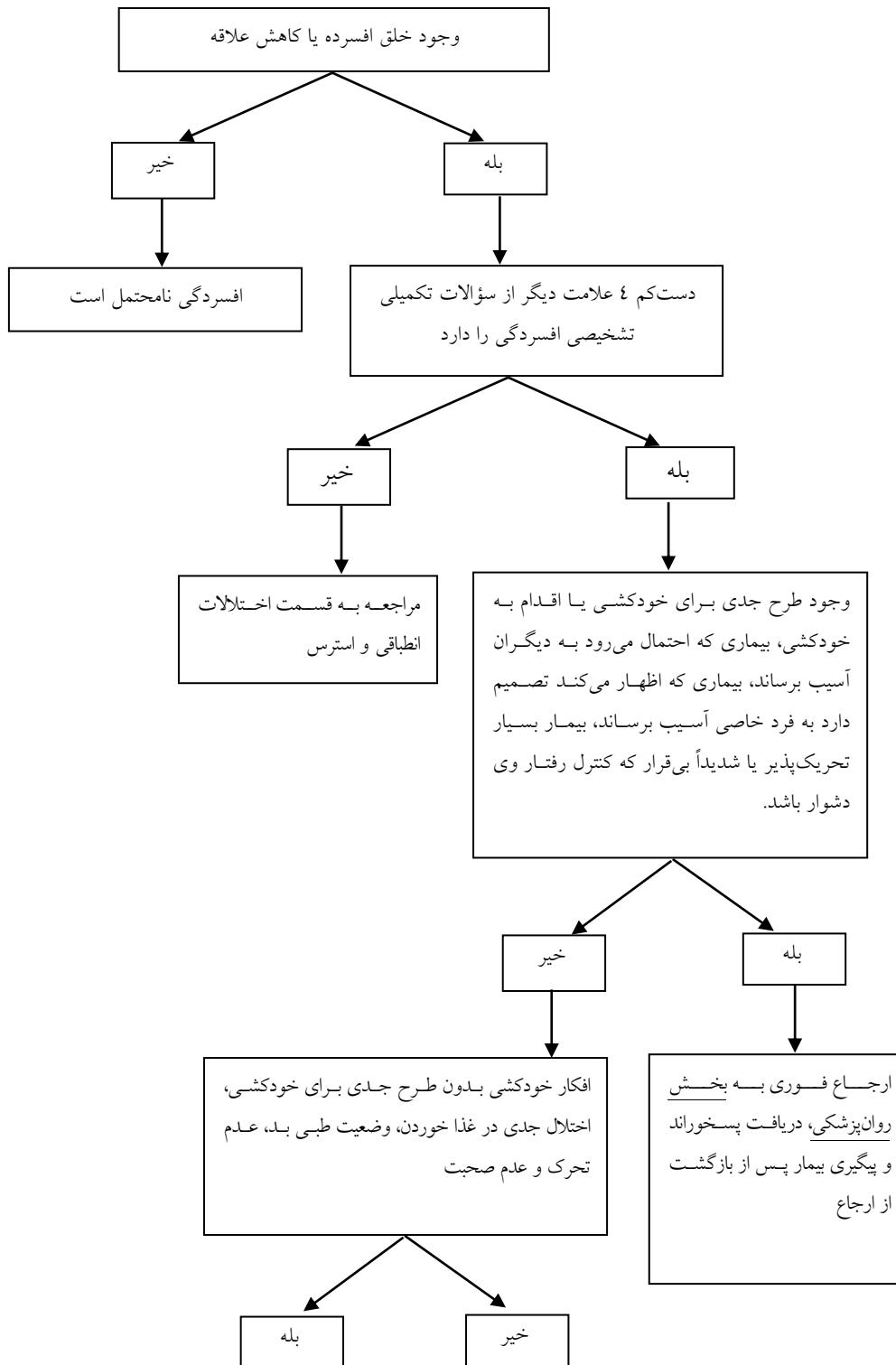
ویزیت اول (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

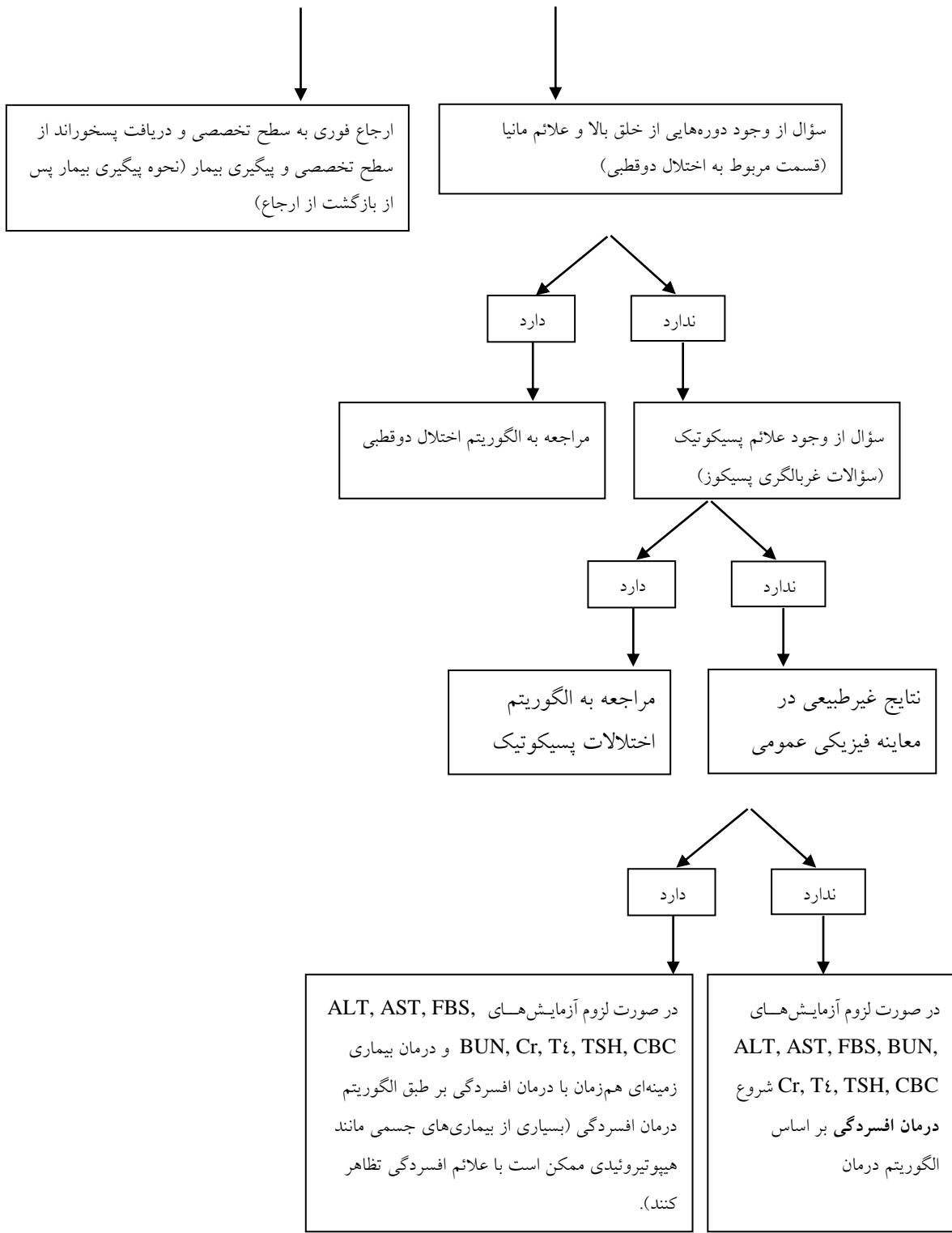
دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و ارجاع هم‌زمان به کارشناس بهداشت روان تیم سلامت؛ سپس ویزیت مجدد یک هفته بعد.

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 بر طرف 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



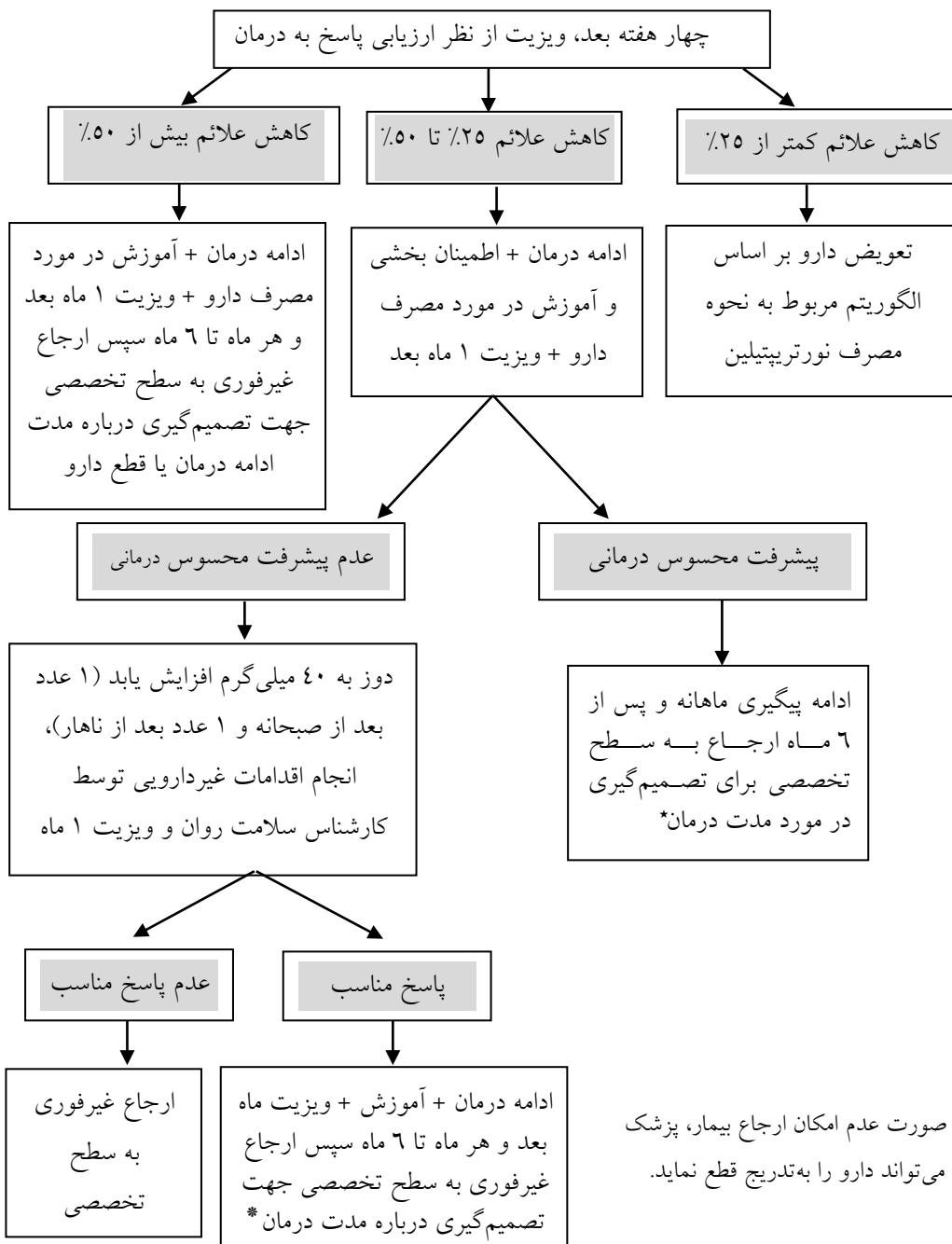


الگوریتم درمان دارویی بیمار افسرده

داروهای ضد افسردگی مطابق جدول زیر آغاز و به صورت هفتگی تا رسیدن به دوز موثر یا حداقل دوز قابل تحمل برای بیمار افزایش یابد.

توضیحات	حداقل دوز (mg) روزانه	دوز شروع در سالمندان (mg)	دوز شروع در بزرگسالان (mg)	
در صورت وجود اضطراب با دوز $10-5$ mg شروع شود	۲۰	۱۰	۲۰-۱۰	فلوکستین
	۴۰	۱۰	۲۰	سیتالوپرام
برای کاهش عوارض گوارشی با دوز 25 mg شروع شود	۲۰۰	۲۵	۵۰-۲۵	سرترالین
در ابتدا به صورت یک بار در روز و در دوزهای بالاتر از 100 mg 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.

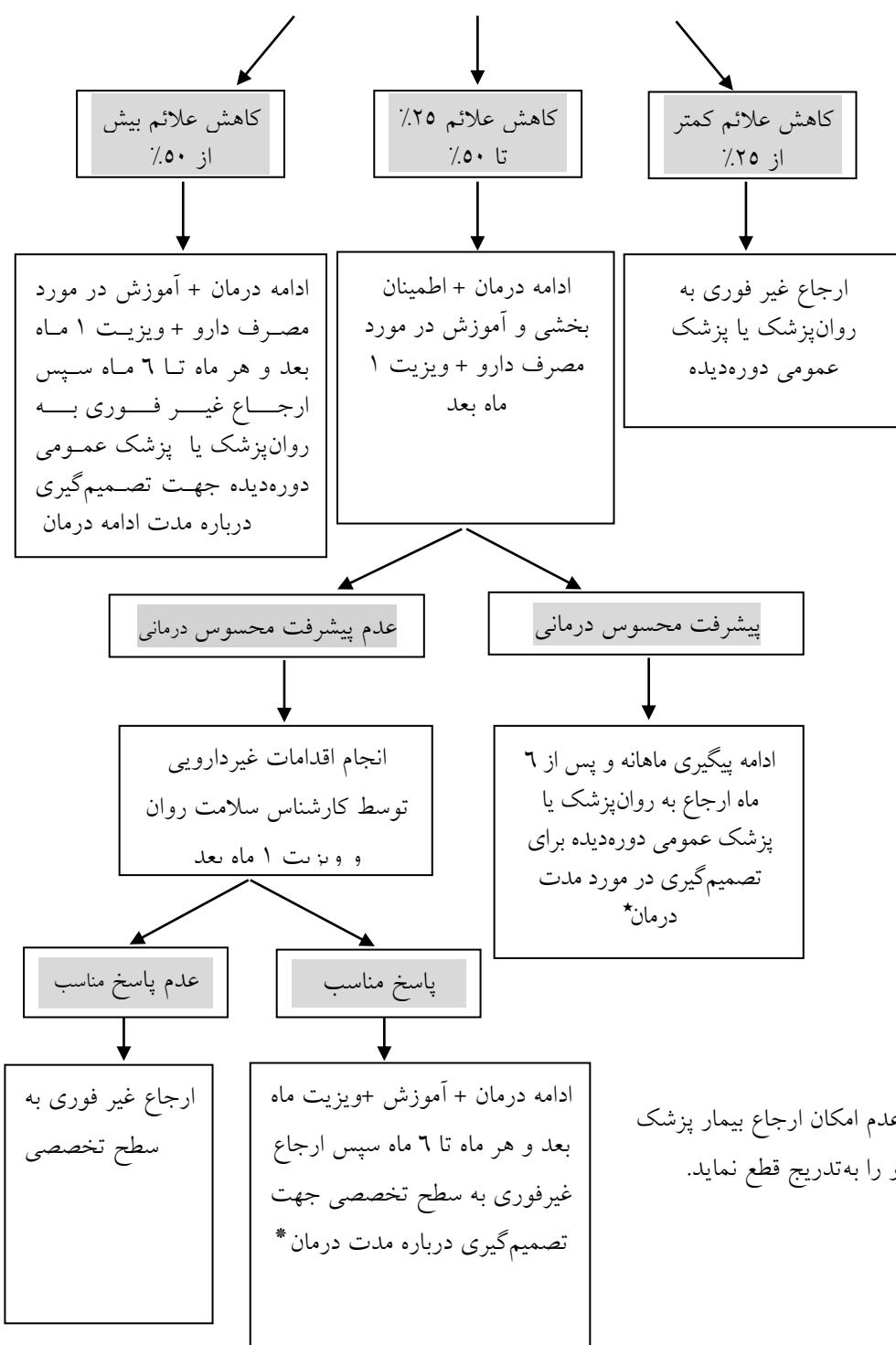


* در صورت عدم امکان ارجاع بیمار، پزشک خود می‌تواند دارو را به تدریج قطع نماید.

الگوریتم نحوه تجویز نورتریپتیلین

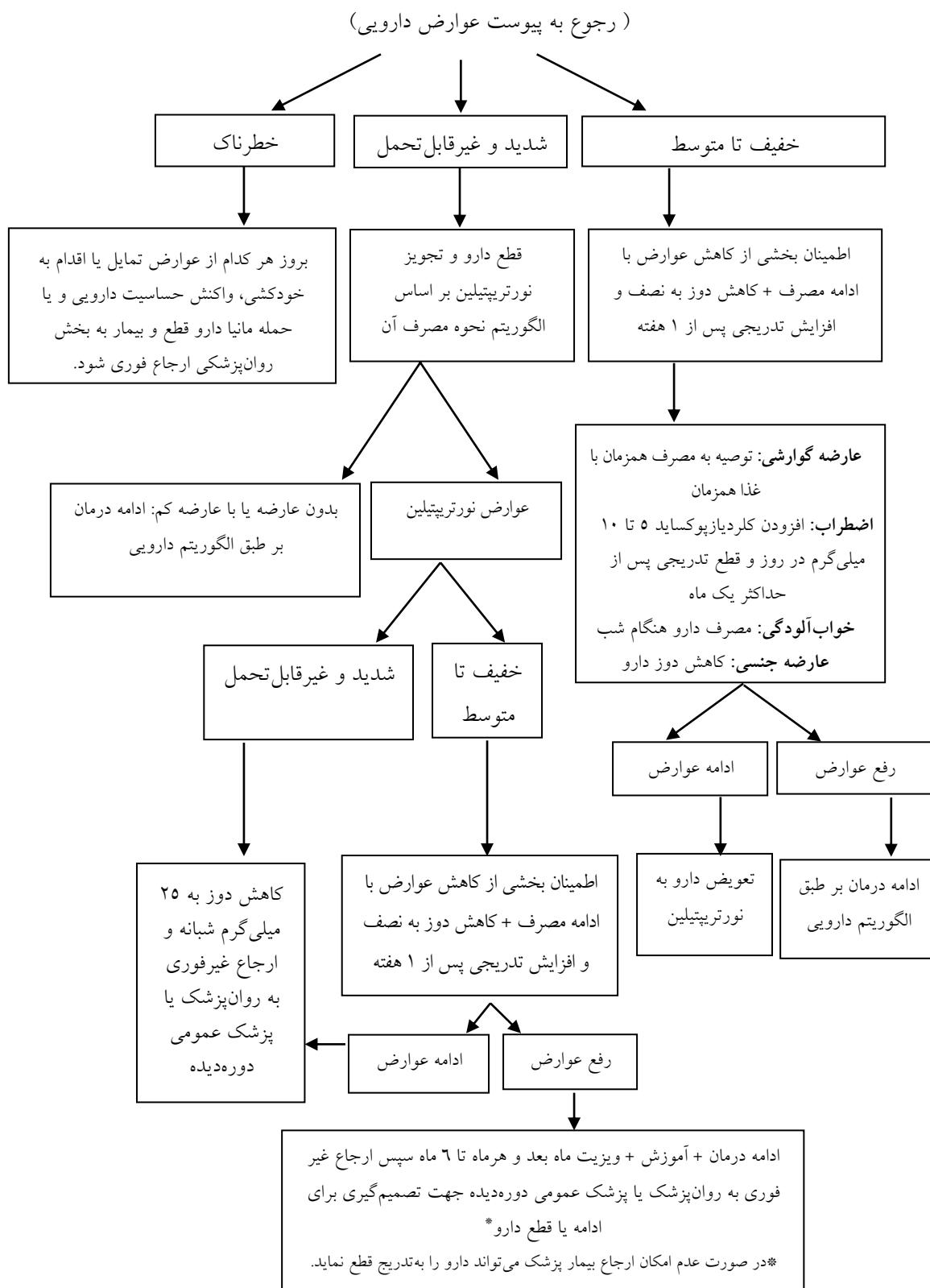
تجویز ۲۵ میلی‌گرم نورتریپتیلین به صورت ۱ قرص شب و افزایش هر هفته ۱ قرص تا به ۳ قرص در شبانه‌روز بر سد (۱ قرص ظهر و ۲ قرص شب).

چهار هفته بعد، ویزیت از نظر ارزیابی پاسخ به درمان



* در صورت عدم امکان ارجاع بیمار پزشک می‌تواند 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 متفاوت‌اند، تشخیص درست این اختلالات و توجه کافی به سابقه بیمار برای بررسی افتراق درست افسردگی از اختلال دوقطبی بسیار مهم است. وجه افتراق اختلال افسردگی از اختلال دوقطبی وجود دوره‌های "مانیا" یا "هایپومانیا" در اختلال دوقطبی است. در دوره مانیا یا هایپومانیا فرد دچار خلق بالا یا تحریک‌پذیر است و نیز افزایش فعالیت، پرحرف‌شدن، افزایش اعتمادبه نفس، 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 فوائلی با بیهودی 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 خلقتی (MDQ) است که در ایران به وسیله شعبانی و

همکاران (۲۰۱۰) اعتباریابی شده است.

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

۱- ... احساس کنید بسیار خوب یا سرخوش هستید، به طوری که دیگران فکر کنند شما فرد عادی همیشگی نیستید یا به قدری سرخوش باشید که به دردسر 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 ذهستان را بگیرید.

۷- ... چیزهای اطراف، خیلی ساده حواستان را پرت کنند، به طوری که تمرکز کردن یا پیگیری مسائل برایتان سخت باشد.

۸- ... بسیار بیشتر از معمول، انرژی داشته باشید.

۹- ... بسیار بیشتر از معمول، فعال باشید یا کارهای خیلی بیشتری از معمول انجام دهید.

۱۰- ... بسیار بیشتر از معمول، اجتماعی یا معاشرتی باشید، مثلاً نیمه شب به دوستان تلفن بزنید.

۱۱- ... بسیار بیشتر از معمول، به روابط جنسی علاقه‌مند باشید.

۱۲- ... کارهایی انجام دهید که برای شما غیرمعمول باشد یا دیگران فکر کنند که این کارها افراطی،

احمقانه یا خطرناک است.

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

- درصورتی 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 بهنچار از ترکیب دارویی استفاده می‌شود. داروهای خط اول شامل لیتیوم، والپروات، الانزایپن، کوتئیاپین و لاموتریزین است. همه این داروها قابلیت تجویز در دوره‌های حاد مانیا، مختلط و افسردگی و نیز در درمان نگهدارنده را دارند: «به جز 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 به‌دبیال مصرف داروهای ضدافسردگی، دچار برخی از نشانه‌های مانیا مانند شادی غیرمعمول، عصبانیت شدید، پرحرفی یا بی‌قراری شدید گردید، را برای بررسی اختلال دوقطبی به روانپزشک ارجاع دهید.

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

شرح وظایف پزشک

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

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

- روحیه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در سیر بیماری تغییر می‌کند. این حالات از دوره‌های افسردگی شدید تا دوره‌های بسیار پرانرژی و هیجان‌زده یا عصبانی متغیر است.
- مهم‌ترین عامل وراثت است و مواجهه با استرس‌ها می‌تواند در زمینه ژنتیکی موجود به شروع اختلال بیانجامد.
- نباید بیمار را به دلیل رفتارهای غیرمعمولش در دوره بیماری سرزنش نمود، زیرا نشانه‌های بیماری هستند.
- بیمار در دوره مانیا نسبت به بیماری خود بینش ندارد و حتا 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 موقع به سرعت برای درمان مراجعه کنند.
- اطلاعات ضروری در مورد عوارض شایع یا بالقوه خطرناک داروی مصرفی داده شود.
- توصیه در مورد مصرف آب و مایعات کافی به بیماران در حال مصرف لیتیوم، بهویژه در افرادی که در محیط‌های گرم یا زیر نور آفتاب کار می‌کنند و لزوم مشورت در مورد مصرف هرگونه داروی دیگر انجام شود.

شیوه عمل در موارد غیرفوری

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

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک

- تمام بیماران مشکوک به اختلال دوقطبی که حائز شرایط ارجاع فوری نیستند.
- بیمارانی که به هر دلیلی از خوردن دارو امتناع می‌کنند.
- بیمارانی که به عوارض دارویی دچار شده و به اقدامات اولیه پزشک پاسخ نداده‌اند.
- بیمارانی که پس از پاسخ نسبی به درمان، پیشرفت درمانی آنها متوقف شده و به اقدامات پزشک طبق پسخوراند پاسخ نداده‌اند.
- بروز علائم عود
- برای قطع درمان
- طبق برنامه پسخوراند یا دست کم 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)

دربیافت 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، از نظر بروز علائم عود و عوارض دارویی، ترجیحاً بر طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند روان‌پزشک یا پزشک عمومی دوره‌دیده 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 ۰/۷۵ تا ۰/۶ میلی اکی والان بر لیتر است.

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

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

برخورد با عوارض جدی یا مهم:

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

کم کاری تیروئید: ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک

سمومیت با لیتیوم: نشانه‌هایی مانند دیزارتری، آتاکسی و ترمور خشن (coarse) ظن وجود سمومیت 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

تروموبوستیوپنی: ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی لازم است.

الانزایپین/کوئتیاپین

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

لاموتریزین

نیاز به پیگیری آزمایشگاهی ندارد. در صورت بروز هرگونه بثورات جلدی، برای پیش‌گیری از بروز سندروم استیوپنس - جانسون دارو قطع و بیمار پیگیری شود و در صورت شک به سندروم استیوپنس - 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. در ویرایش پنجم دست‌نامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) که در سال ۲۰۱۳ منتشر شده است، برخی از مواردی که در نسخه قبلی در اختلالات اضطرابی طبقه‌بندی می‌شد مانند اختلال وسواسی‌جبری و اختلال استرس پس از سانحه در این نسخه در طبقه‌های جداگانه‌ای قرار گرفته‌اند. اما با توجه به ماهیت عمومی این کتاب و عدم نیاز به ورود به بحث‌های تخصصی‌تر ترجیح دادیم در اینجا این دو اختلال هم در همین‌جا معرفی شود. انواع اختلالاتی که در این فصل مورد بررسی قرار می‌گیرند عبارت‌اند از:

اختلال اضطراب فراگیر^۲

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

اختلال پانیک^۳

مشخصه اختلال پانیک وقوع غیرمنتظره و خودبه‌خود حملات پانیک است که شامل حملات و دوره‌های کوتاهی (معمولأً 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 میرد.

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 به نوعی رفتار کند که منجر به تحقیر شدن یا خجالت کشیدن شود.

اختلال وسوسی جبری^۲

وسوس 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 وسوس، نظیر شستن، وارسی یا اجتناب. بیمار مبتلا به اختلال وسوسی اجباری معمولاً از غیرمنطقی یا زیاده از حد بودن وسوس‌هایش آگاهی دارد. این وسوس‌ها 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 وسوسی- 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 این گونه استرس‌ها دچار این اختلال نمی‌شوند. علائم اصلی آن عبارت‌اند از تجربه مجدد واقعه آسیبزا در خواب یا بیداری؛ تمایل به اجتناب از چیزهایی که یادآوری کننده 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)

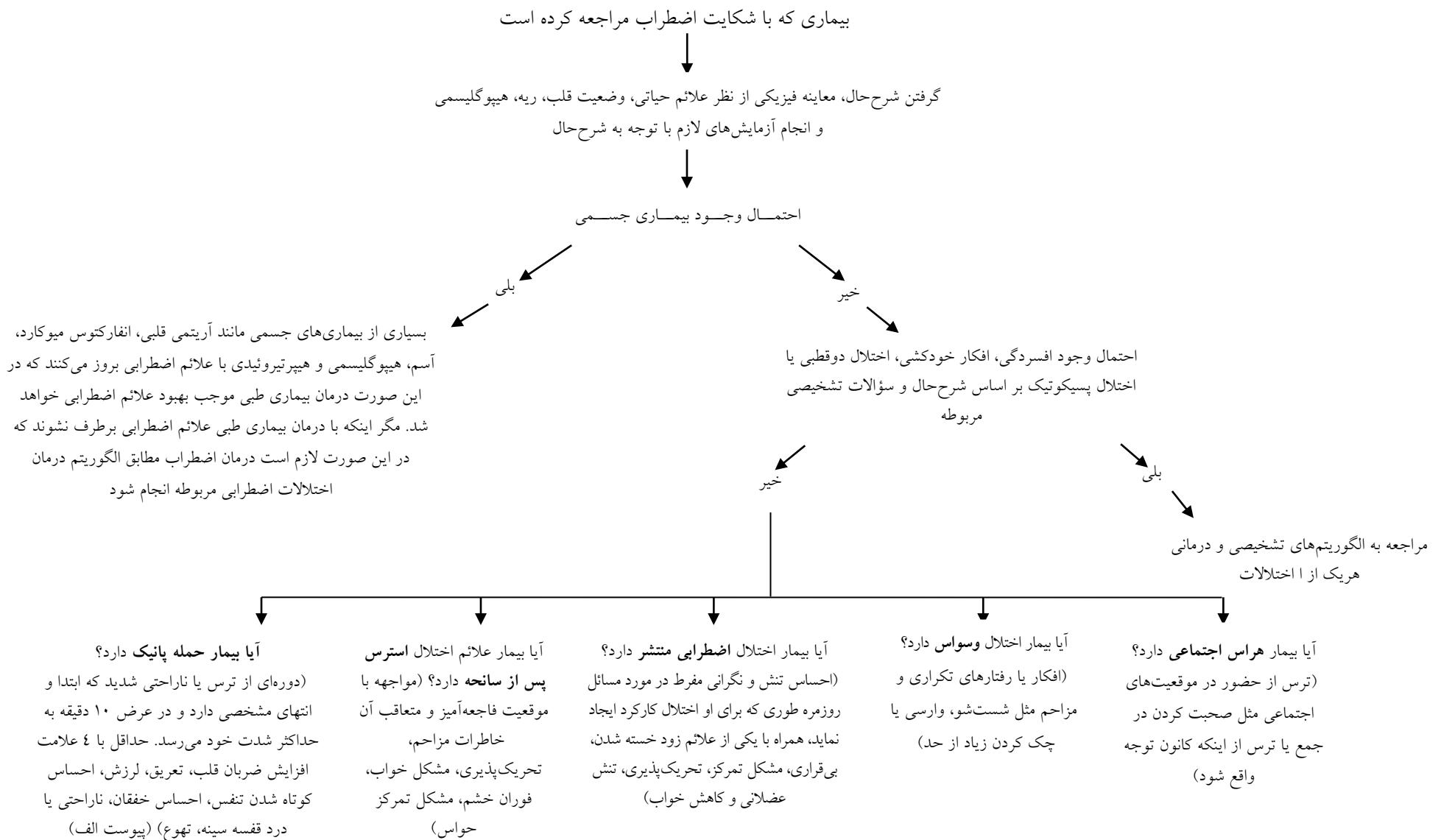
^۲ obsessive compulsive disorder

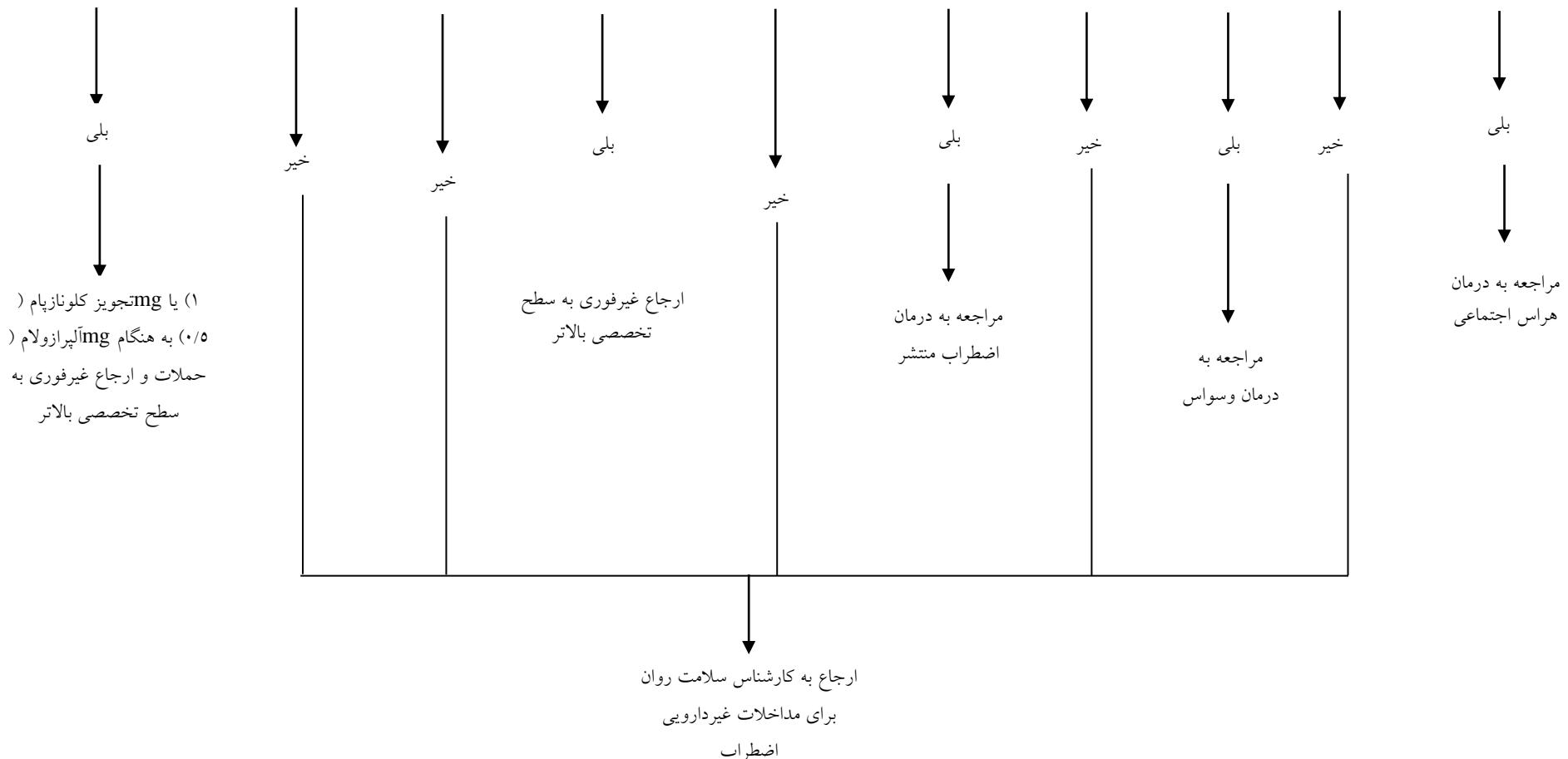
^۳ posttraumatic stress disorder

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

غربالگری و نحوه ارجاع

بر اساس الگوریتم زیر انجام می‌شود.





درمان و پیگیری اختلالات اضطرابی

درمان اختلال اضطرابی منتشر

تجویز یکی از داروهای SSRI مثل فلوکستین برای درمان این اختلال ضروری است. شروع درمان با ۱۰ 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. به علاوه، استفاده از یک بنزو دیازپین طولانی اثر مثل کلردیازپوکساید (۵-۱۰ میلی‌گرم) هم در هفته‌های آغازین درمان ضروری است.

پاسخ به درمان پس از ۴ هفته ارزیابی می‌شود. در صورتی که پس از این مدت بهبودی مشاهده شود، درمان با همین دوز ادامه می‌یابد و فقط بنزو دیازپین به تدریج در عرض یک تا دو ماه آینده کاهش می‌یابد و قطع می‌شود. اما در صورتی که 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 وسوس

درمان با تجویز یکی از داروهای SSRI مثل فلوکستین آغاز می‌شود. هفت‌های 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 وسوس معمولاً به دوزهای بالاتری از دارو نیاز دارد بنابراین دوز فلوکستین در ویژیت‌های بعدی می‌تواند به ۴۰ میلی‌گرم در روز افزایش داده شود. در ادامه درمان، ویژیت 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 خفیفتر می‌توان از تجویز یک بلوک کننده بتا آدرنرژیک مثل پروپرانولول ۴۰-۲۰ میلی‌گرم نیم تا یک ساعت پیش از قرار گرفتن در موقعیت استفاده کرد. اما در موارد شدیدتر و به خصوص مواردی که مشکل فرد تنها محدود به یک یا دو مکان عمومی نیست بلکه در بسیاری از اماکن دچار این حالت می‌شود استفاده از داروهای SSRI مثل فلوکستین (هفته اول ۱۰ و سپس ۲۰ میلی‌گرم در روز) لازم است. ادامه درمان و پیگیری: در موارد خفیفتر ویزیت منظمی پیش‌بینی نمی‌شود و بیمار در صورت بروز مشکلی برای ویزیت مراجعه می‌کند. در موارد شدیدتر ویزیت ماهانه تا ۶ ماه و ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی برای تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان.

درمان اختلال پانیک

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

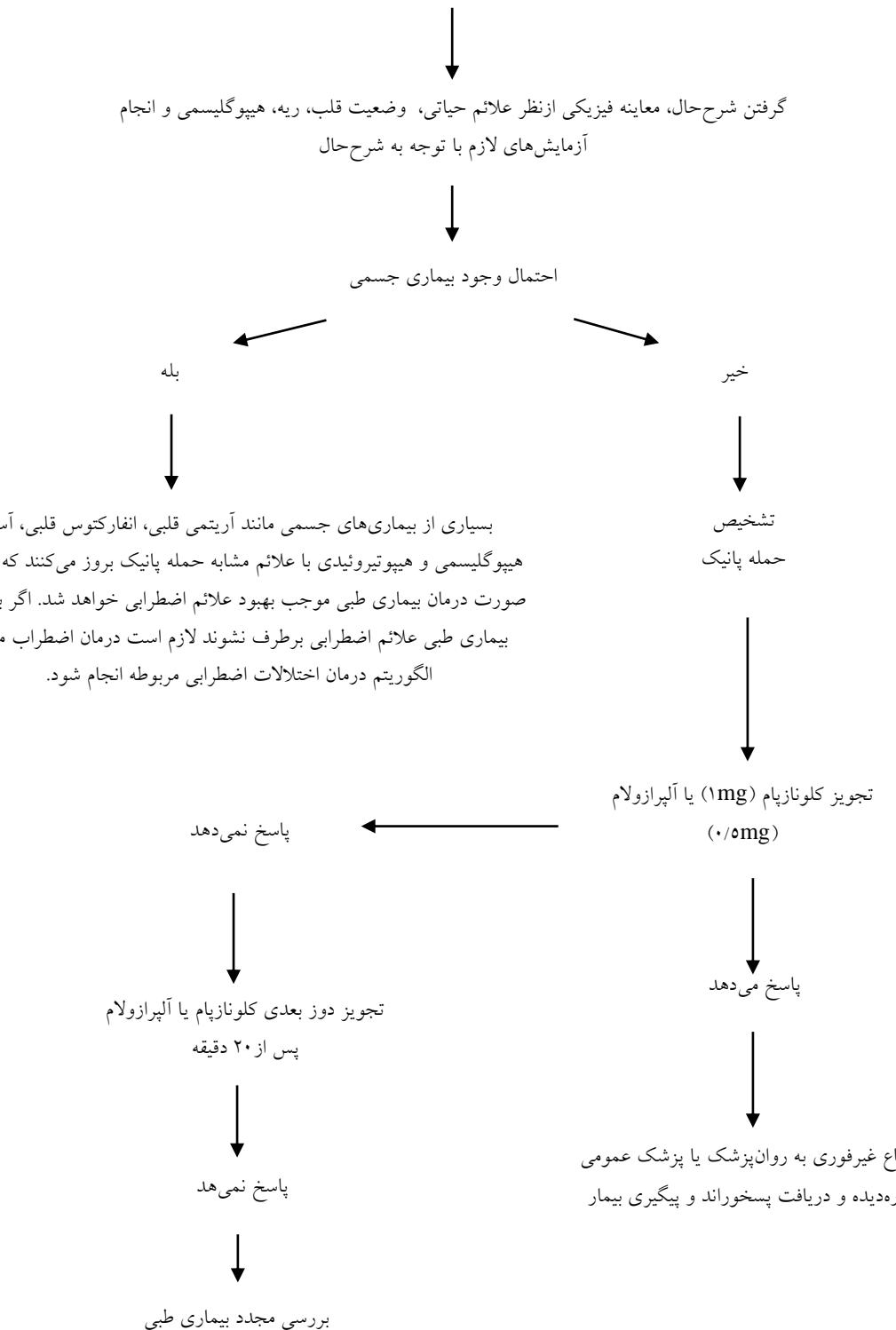
درمان اختلال استرس پس از سانجه

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

مدیریت حمله پانیک

۱ میلی گرمی

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



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 به تازگی اقدام به خودکشی کرده‌اند.
- بیمارانی که علائم غیرقابل‌کنترل پرخاشگری، تحریک‌پذیری و بی‌قراری دارند یا احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک دوره‌دیده

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

نکاتی که پزشک باید به بیمار و خانواده‌ی آموزش دهد

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

اختلالات سایکوتیک^۱

مقدمه و تعاریف

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

علل و علائم

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

مهم‌ترین علائم این اختلالات عبارت‌اند از - هذیان (یک اعتقاد نادرست که با اعتقادات و زمینه‌های فرهنگی قابل توجیه نباشد)، مثل هذیان گزند و آسیب که بیمار مبتلا معتقد است او را تعقیب می‌کند یا قصد جانش را دارند

^۱ psychotic disorder

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

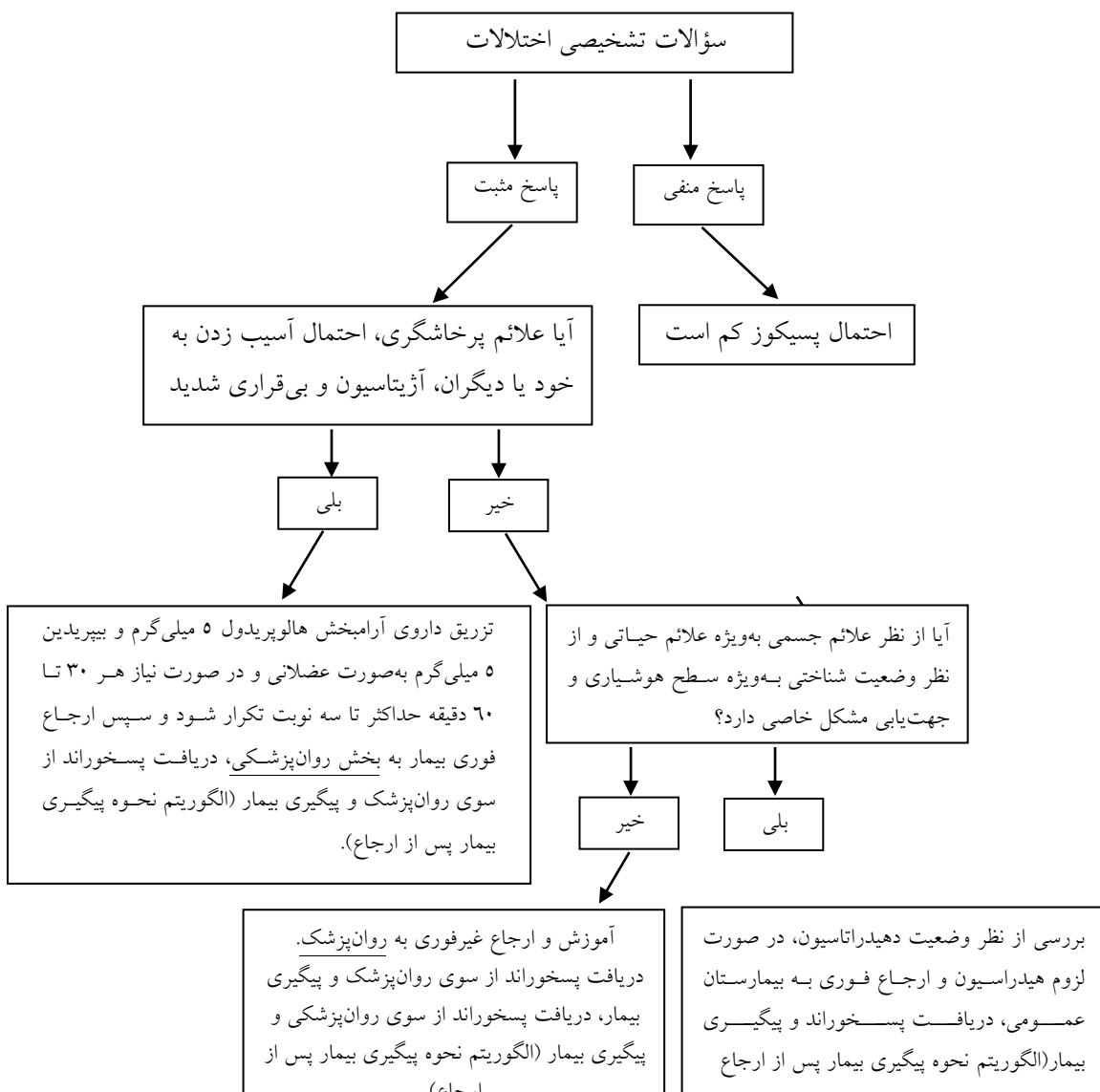
موارد ارجاع و نحوه انجام آن

- پزشک باید سوالهای مربوط به غربالگری پسیکوز را در مورد بیمار مشکوک به پسیکوز مطرح کند. این سوالات عبارت اند از:
- ۱- آیا برای شما پیش آمده صداهایی را بشنوید که دیگران می‌گویند ما نمی‌شنویم؟
 - ۲- آیا برای شما پیش آمده چیزهایی را ببینید که دیگران می‌گویند ما نمی‌بینیم؟
 - ۳- آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید رفتارها یا حرکات دیگران (حتی کسانی که نمی‌شناسید) به نوعی مربوط به شماست؟
 - ۴- آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید دیگران قصد آزار و اذیت یا از بین بردن شما را داشته باشند؟
 - ۵- آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید مقام مذهبی یا سیاسی خاصی دارد؟
 - ۶- آیا گفتار بیمار به شکلی درهم ریخته و آشفته است که اجزای آن فاقد ارتباط منطقی و قابل فهمی با هم باشد؟
 - ۷- آیا رفتار بیمار به شکلی غیرعادی و آشفته است که نتوان برای آن دلیل قابل فهمی یافت؟

نکته:

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

سوالات ۶ و ۷ را پژوهش با مشاهده خود یا با شرح حال خانواده پاسخ می‌دهد.



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

کارهایی که بیشک نباید در بی خورد یا این سماران انجام دهد

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

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

درمان، پیگیری و مراقبت بیماران

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

برنامه درمان و زمان ویزیت‌های بعدی توسط سطح تخصصی مشخص می‌شود. به طور معمول زمانی که بیماری در دوره فعال است لازم است فاصله ویزیت‌ها 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، پیگیری عود علائم، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و بیماری از جمله مداخلات لازم در ویزیت‌های پیگیری است. در صورتی که بیمار در پی گیری برای هر کدام از ویزیت‌ها مراجعه نکند یا تاخیر بیشتر از سه روز در مراجعه، بهورز موظف است ضمن مراجعه به منزل بیمار، علت را بررسی کند و وی را تشویق نماید تا به پزشک مراجعه کند.

قطع درمان

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

عواض دارویی

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

موارد ارجاع فوری

بیماری که طرح یا برنامه جدی برای خودکشی دارد:

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

موارد ارجاع غیرفوری

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

موارد آموزش به بیمار

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

آموزش خانواده بیمار مبتلا به پسیکوز

آموزش‌هایی که می‌توانند طی چند جلسه انجام شوند:

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

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

اختلال علامت جسمانی و اختلالات مرتبط^۱

مقدمه

این دسته جدیدی از اختلالات است که در ۵ DSM با ترکیب دو دسته از اختلالات موجود در نسخه‌ی قبلی کتاب ایجاد شده است: یکی دسته اختلالات شبه‌جسمی^۲ و دیگری دسته "عوامل روانشناختی تاثیرگذار بر بیماری‌های طبی"^۳ یا همان اختلالات سایکوسوماتیک. در اولی بیماری روانی خود را شکل علائمی جسمانی نشان می‌دهد. بنابراین در این موارد با علائمی جسمانی روبرو هستیم که در واقع منشا روانزاد دارند، مانند دردی که هیچ منشا جسمانی ندارد. دسته دوم که به اختلال سایکوسوماتیک هم معروف هستند، عوامل روانشناختی باعث تشدید یا تغییر در سیر بیماری جسمی موجود می‌شوند. مانند بیماری فشارخون که در اثر عوامل روانشناختی سیر و شدت‌ش تغییر می‌کند.

علل و علائم

عوامل روانی - اجتماعی چون سرکوب و واپس زدن خشم نسبت به دیگران به همراه متوجه ساختن آن خشم بهسوی خود فرد، همانندسازی با والدینی که الگوی نقش بیمار هستند، در کنار ژنتیک و عوامل زیستی در ایجاد این اختلالات سهیم دانسته شده‌اند.

این اختلالات با نشانه‌های متفاوتی بروز می‌کند. مبنای دسته‌بندی این اختلالات همین نشانه‌های متفاوت است. برای آموزش این دسته بهتر است که دو دسته اختلالات ذکر شده در بالا را به‌طور جداگانه ذکر کرد. دسته اول که با یک یا چند نشانه جسمانی بدون توجیه همراه هستند و دسته دوم که یک بیماری جسمانی دیگر در آن وجود دارد و عوامل روانشناختی بر آن بیماری تاثیر می‌گذارند؛ عواملی چون "استرس"، "تعامل‌های بین‌فردي"، "سازوکارهای کنارآیی" و "رفتارهای سلامتی ناکارآمد" مثل عدم مصرف دارو و انکار بیماری و عالیم آن. شناسایی و توجه درمانی به این گونه عوامل می‌تواند باعث بهبود سیر و شرایط بیماران مبتلا شود.

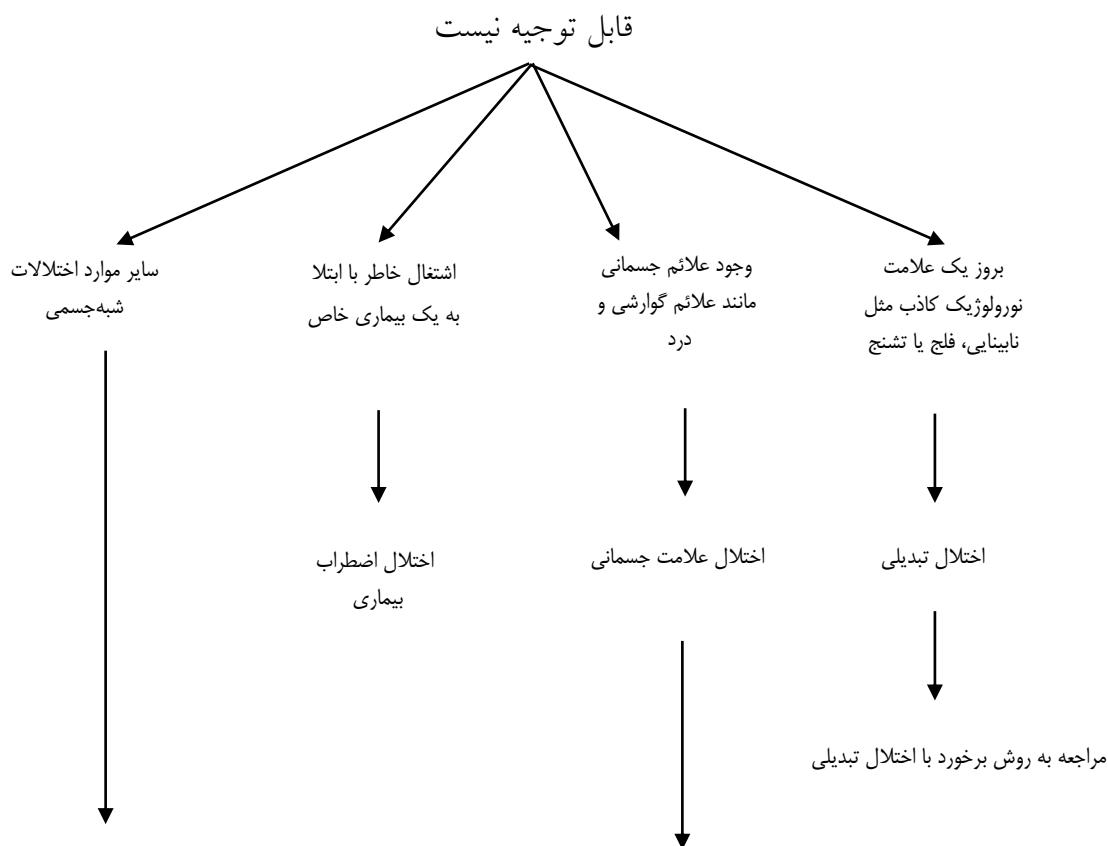
اما با توجه به تنوع اختلالات در دسته اول نحوه تشخیص آنها در قالب یک نمودار در ادامه آورده شده است.

^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



توجه:

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

درمان

مداخلات روان‌شناختی پایه درمان این اختلالات است. درمان دارویی با داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین در درمان اختلالات اضطراب بیماری^۱ مفید است و توصیه می‌شود.

^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" نگریست.
- ۲- هیچ زمان با جملاتی مثل «اینها تنها در ذهن شما وجود دارد» با بیمار رو برو نشوید. درد یا فلجه برای بیمار واقعی است.
- ۳- به جای شدت یا کیفیت علائم، آثار آنها را در زندگی بیمار ارزیابی کنید.
- ۴- انجام معاینه و آزمایش‌ها تنها در صورت بروز علائم جدید و به صورت مختصر باید صورت گیرد.
- ۵- شکایات بیمار راهی برای بیان مشکلات روانی اوست، بنابراین هم‌دلی کردن با بیمار و گوش دادن به این شکایات می‌تواند به بهبودی وی کمک کند.
- ۶- از اهمیت اطمینان بخشی غیرقضاآتمدانه 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 تسريع می‌کند توصیه می‌شود:
- همدلی با بیمار و آرامش دادن به وی
 - تجویز یک داروی آرامبخش تزریقی یا خوراکی (مانند پرومتوازین 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 هیچ عنوان توصیه "نمی‌شود".

نکات کمک‌کننده در افتراق اختلالات تبدیلی از اختلالات نوروЛОژی

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

فلنج

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

شبه تشنج

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

^۱ conversion disorder

ناتوانی ذهنی^۱

مقدمه

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

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

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

علل

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

^۱ intellectual disability

مخربی که تأثیر منفی بر رشد و نمو طبیعی مغز دارند (مثل مواجهه با عفونت‌ها یا سموم حوالی تولد، تروما به سر، فقر تغذیه‌ای و تربیتی) و یا ترکیبی از این عوامل.

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

پس از شناسایی اولیه موارد مبتلا به ناتوانی ذهنی یا موارد مشکوک به آن لازم است کلیه موارد برای تائید تشخیص و انجام اقدامات احتمالی ضروری به صورت غیرفوری به سطح تخصصی ارجاع داده شوند.

بیماران مبتلا به ناتوانی ذهنی در صورتی که اختلال همزمان دیگری نداشته باشند، معمولاً^۱ نیازمند ارجاع مجدد به سطح تخصصی نیستند، مگر این‌که چار مشکل روان‌پژوهشی جدیدی مثل اختلالات خلقی، اضطرابی، اختلالات رفتاری یا غیره شوند. در این صورت نوع ارجاع بر اساس مشکل پیش‌آمده تعیین می‌گردد و مشابه موارد ارجاع فوری و غیرفوری ذکرشده در مبحث اختلالات کودکان است.

پیگیری و مراقبت بیماران

نحوه ادامه پیگیری و مراقبت از بیمار پس از بازگشت از ارجاع بر اساس پسخوراند سطح تخصصی انجام می‌شود. در صورتی که اختلال دیگری به‌طور همزمان وجود داشته باشد، پیگیری بر اساس مدل آن بیماری انجام خواهد شد. این بیماران را می‌توان هر سه تا شش ماه از نظر بروز مشکل‌های احتمالی جدید بررسی کرد. آموزش خانواده کلیدی‌ترین نقش را در این اختلال دارد و از هر درمان دیگری مهم‌تر است.

آموزش به خانواده

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

- مراقبان باید بیاموزند که چه چیزهایی برای کودک استرس‌آور است و چه چیزهایی او را خوشحال می‌کند؛ او چه نقاط ضعف و چه نقاط قوتی دارد.
- ممکن است این کودکان در موقعیت‌های جدید دچار مشکل شوند.
- برنامه روزانه منظمی را از نظر زمان خوردن، بازی، آموزش و خواب برای کودک تهیه کنند.
- آنها را در زندگی روزمره شرکت دهید و این کار را با کارهای ساده و هر نوبت یک کار آغاز کنید.
- مراقب بهداشت عمومی‌شان باشید و مراقبت از خود را به آنها بیاموزید.
- پس از کارهای خوب کودک به او پاداش بددهید ولی هنگام رفتار بد به او پاداش ندهید.
- مراقب باشید که مورد سوءرفتار قرار نگیرند.
- به کودک اجازه بددهید 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 اطلاعات تان 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 کریپوتورژنیک) است، عفونت (۲/۵٪)-دژنراتیو (۳/۵٪)-نئوپلازیک (۴/۱٪)-تروما (۵/۵٪)-مادرزادی (۸٪) و سکولار (۱۰/۹٪) مطرح هستند. بنابراین در گروه سنی زیر ده سال و بالای ۱۸ سال در موارد جدیدی صرع، بایستی بررسی‌های لازم تشخیص انجام شود.

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

صرع

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

^۱ epilepsy

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

- ۱- تشنج تونیک - کلونیک ژنرالیزه (Generalized tonic colonic Seizure - GTCS) بیمار به‌طور ناگهانی هوشیاری خود را ازدست‌داده و می‌افتد و چهار 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 به‌طور می‌انجامد. بعد از حمله بلا فاصله کودک به وضعیت عادی بر می‌گردد 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 احساسی (احساس غیرطبیعی در اپی‌گاستر، تهوع). است. سایر اوراهای احساس غیرطبیعی نسبت به محیط، تغییر فرم و شکل و اندازه اشیای محیط، احساس بیگانگی با خود یا

محیط می‌باشند. سپس بیمار ارتباط خود با محیط و هوشیاری خود را از دست می‌دهد و علائم اتوماتیسم مانند ملچ، ملوچ کردن – انجام حرکات تکراری در دست‌ها مانند کورمال کردن سطح زمین – حرکات پیچیده‌تر مانند درآوردن لباس – چرخیدن به دور خود یا چرخش دورانی دور چیزی، دویدن، رفتار شبیه به ترس و فرار، از خود نشان می‌دهد. بعد از اتمام این مرحله، بیمار فاز Postictal کوتاهی دارد و سپس هوشیار می‌شود. ممکن است بیمار در طول حمله، با چندین بار صدا زدن پاسخ محدود بله یا خیر نیز بدهد. بعد از اتمام حمله، بیمار حوادث رخداده 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) چهار حمله تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه می‌شود.

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

تب و تشنج

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

نحوه برخورد با قب و تشنج

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

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

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

شناسایی و درمان صرع

بیمارانی که هر یک از این حالات را داشته باشند باید به شکل غیرفوری به نورولوژیست ارجاع داده شوند: تشنج‌های فوکال از جمله صرع لوب تمپورال یا کمپلکس پارشیل سیژر، تشنج از چندین نوع، تشنج‌های زیر ده سال و بالای ۱۸ سال و بیمارانی که معاینه نورولوژیک غیرطبیعی یا عقب‌ماندگی ذهنی دارند. درصورتی که این افراد نیاز به درمان دارویی داشته باشند، برای ادامه درمان به پزشک خانواده 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 فتوسنیتیو (photosensitive) ← داروی انتخابی کاربامازپین
د) در مورد تشنج‌های تونیک کلونیک ژنرالیزه (GTCS) یا grandma هر سه داروی فنی‌توئین، 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 حداقل 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 تؤین: ۳۰۰-۴۰۰ mg/day (۴-۷ mg/kg در اطفال)
 - دوز درمانی کاربامازپین: ۶۰۰-۱۲۰۰ mg/day (۲۰-۳۰ mg/kg در اطفال)
 - دوز درمانی سدیم والپروات: ۱۰۰۰-۳۰۰۰ mg/day (۳۰-۶۰ mg/kg در اطفال)
 - دوز درمانی فنوباریتال: ۹۰-۲۰۰ mg/day (۳-۵ mg/kg در اطفال)
- فنی تؤین 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.

بوخورد 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 بر طرف 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 ابتداد 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 ضدتشنج باید دارو را قطع کرد و بیمار را ارجاع داد. این عوارض عبارت‌اند از عوارض پوستی مخاطی (راش، درماتیت Exfoliative، اریتم مولتی‌فرم، سندرم استیونس جانسون)، آگرانولوسيتوز و آنمی آپلاستیک و مشکل کبدی.

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

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

- 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.
- اغلب عوارض دارویی شایع، گذرا بوده و با ادامه درمان و یا پس از قطع دارو بعد از مدت لازم، از بین می‌رود.
- قطع ناگهانی دارو خطر استاتوس اپی‌لپتیکوس دارد و از این‌رو نباید به‌طور ناگهانی قطع شود.

ب) اقدامات اساسی حین حمله:

- خونسردی خود را حفظ کنید و تا اتمام حمله تشنج در کنار بیمار بمانید.
- 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.
- اجسام خطرناک و آسیب‌رساننده را از اطراف بیمار دور نگه‌دارید.
- 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.
- تا زمانی که بیمار هوشیاری کامل خود را به‌دست نیاورده است از خورانیدن آب، غذا، دارو به بیمار خودداری نمایید.
- 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 بردش شود:

- حمله‌ای که بیشتر از ده دقیقه به‌طول انجامیده است.
- دو یا بیشتر حمله که بین حملات فرد هوشیاری خود را به‌دست نیاورده است.
- آسیب‌های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی، که حین حمله اتفاق افتاده است.

پروتکل درمان استاتوس اپی لپتیکوس

ارزیابی وضعیت قلبی ریوی، گذاشتن air way و دادن اکسیژن، کترل VS و مانیتورینگ قلبی

گرفتن IV line با آنتیوکت و قبل از هر اقدامی، نمونه خون جهت قند- اوره -الکتروولیت‌ها

در صورت شرح حال نامشخص، **mg / kg** ۱۰۰ تیامین و سپس **cc / min** ۵۰ گلوکز٪ ۵۰ (در اطفال **kg / kg** ۲۵٪ ۲۵) آهسته با سرعت کمتر از **mg / min** ۰۵ (در اطفال کمتر از **kg / min** ۱) تزریق دیازپام وریدی با سرعت **mg / min** ۲ تا قطع تشنج تا حداقل **mg / min** ۲۰، سپس تزریق فنی توئین IV.

آیا تشنج کنترل شده است؟

۱۰

۱۰

فني تؤين TDS/ mg، ادامه درمان محافظتی و در صورت لزوم و امكان، اعزام به مراكز تخصصي

٥mg/Kg فني تؤين، حدا أكثر **٣٠ mg/kg**، مجدداً تزريق شود.

آیا تشنج کنترل شده است؟

بـلـه

٦٧

انتوپاسیون بیمار و فنوباربیتال وریدی **۲۰ mg/kg** / **۱۰۰ mg/mm** تا حداقل

آیا تشنج کترل شده است؟

عله

آیا تشنج کترل شده است؟

دادن داروهای بیهودگی کوتاه اثر مانند پتوباربیتال، تحت نظر متخصص بیهودگی

- فني تؤين و ١٠٠mg/TDS
- فنوبارييتال ١٠٠mg/BD و ادامه
- اقدامات محافظتي و درمان
- بيماري زمينه اي مسبب
- استاتوس و در صورت امكان
- ارجاع بيمار به مراكيز تخصصي

+ داروی بیهوشی
۵۰۰ mg/day فنی تؤین
فندانیتالا ۴۰۰ mg/day

ادامه فنی توثین و فنوباریتال + کاهش دوز
داروی بیهوشی هر ۱۲-۲۴ ساعت برای
اوز بار قطعه با عدم قطعه تشنج

اختلال بیش فعالی و کم توجه^۱

مقدمه

اختلال بیش فعالی و کمبود توجه با نشانه‌های بیش فعالی (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 کم توجه در بچه‌های دبستانی زمانی که انجام تکالیف نیازمند توجه دچار مشکل می‌شود بارزتر است. این اختلال در پسرها شایع‌تر است و این کودکان در تداوم ارتباط با همسن‌ها، عملکرد تحصیلی و اجتماعی دچار مشکل بوده و به دلیل ناتوانی در رسیدن به اهدافشان احساس شکست کرده، دچار ناکامی می‌شوند، این مساله اعتماد به نفس آنها را دچار اشکال می‌کند.

علل و علائم

این اختلال به دلیل اشکال در برخی کارکردهای مغزی مثل توجه، کنترل مهاری و عملکردهای اجرایی ایجاد می‌شود. عامل ژنتیک در ایجاد این بیماری نقش مهمی دارد. برای تشخیص بیش فعالی و کم توجهی اختلالی باید دست کم ۶ نشانه از نشانه‌های بیش فعالی یا کم توجهی 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 دست کم در دو مکان مجزا (مثل منزل و مدرسه) اتفاق بیفتند. البته باید دقت کرد که اختلال بیش فعالی و کم توجهی بیشتر به صورت مختلط و ترکیبی از نشانه‌های دو گروه رخ می‌دهد. اما نباید تصور کرد در هر کودک دچار این اختلال حتماً نشانه‌های بیش فعالی 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 یا این‌که در تکالیف مدرسه بسیار دقیق می‌کند (نمونه‌ها: جا انداختن حروف و کلمات در دیکته‌ها و یا عدم پاسخ به بعضی سؤالات در امتحانات).
- ۲ اغلب در تداوم توجه روی یک تکلیف و یا بازی مشکل دارد (سر تکالیفش به مدت طولانی نمی‌نشیند).
- ۳ اغلب به نظر می‌رسد وقتی با او صحبت می‌کند گوش نمی‌دهد (حواس‌پرت و سربه‌هوا است).
- ۴ اغلب قادر نیست دستور عمل‌ها را دنبال کند و نمی‌تواند تکالیفش را تمام کند.
- ۵ اغلب قادر نیست تکالیف و فعالیت‌ها را سامان دهد (بی‌نظم است).
- ۶ اغلب از شرکت در فعالیت‌هایی که نیازمند تداوم توجه باشد اجتناب می‌کند (برای مثال از انجام تکالیف مدرسه سرباز می‌زند).
- ۷ اغلب وسایلی را که برای انجام تکالیف نیاز دارد گم می‌کند (برای مثال کیف و کتاب خود را در مدرسه جامی گذارد).
- ۸ به آسانی محرک‌های نامریط محيطی حواس او را پرت می‌کند (برای مثال توجه وی در حین درس خواندن مرتب به سمت صدای محيط می‌رود).
- ۹ در فعالیت‌های روزانه اغلب فراموشکار است (حرف‌هایی که به او زده می‌شود را فراموش می‌کند).

نشانه‌های بیش‌فعالی- تکانشکری

نشانه‌های بیش‌فعالی

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

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

نشانه‌های تکانشگری

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

نکته بالینی:

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

درمان

درمان این اختلال در وله اول استفاده از داروهای محرك نظير متيل فنيديت (ريتالين) است. اين داروها می توانند بر تمام نشانه های اين اختلال مؤثر باشند. از داروهای ديگري نظير كلونيدين، بوپروپيون، مهاركنته های اختصاصي باز جذب سروتونين نيز می توان برای درمان اين اختلال استفاده کرد. انواعی از درمان های غيردارويی نيز در مورد اين اختلال استفاده شده است که از مؤثرترین آنها می توان به آموزش مدیریت رفتارهای کودکان به والدين اشاره نمود. درمان اين اختلال و به طور مشخص تجويز داروهای محرك تنها در صلاحیت روانپزشک است و تمام موارد در صورت وجود نشانه ها جهت تأييد تشخيص و شروع درمان مناسب باید ارجاع شوند.

أصول کلی مشاوره و آموزش

- در صورت وجود اختلال بيش فعالی و نقص توجه به والد در خصوص موارد زير آموزش دهيد:
- ۱- در مورد لزوم درمان طولاني اختلال و اين که حتا ممکن است در مواردي با صلاحدي روانپزشک درمان در تابستان يا تعطيلات هم ادامه يابد توضيح دهيد.
 - ۲- اختلال می تواند بدون بيش فعالی و فقط با نشانه های کم توجهی باشد.
 - ۳- اختلال بيش فعالی موجب افت عملکرد تحصيلي، اختلال در برقراری روابط مناسب با اطرافيان، دریافت بازخوردهای منفی از محیط و به دنبال آن کاهش اعتماد به نفس و احساس ناکامی و افسردهگی می شود. درمان می تواند اثر پيشگيرانه داشته باشد.
 - ۴- در مورد نحوه پيگيري درمان به والد آموزش دهيد.
 - ۵- در مورد مشكلات رفتاري کودک و اين که برخخي از اين مشكلات به دليل وجود اين اختلال است به والد آموزش دهيد.
 - ۶- هرگز نظرتان را درباره اين که کودک چه کارهایي را اجازه دارد یا اجازه ندارد انجام دهد تغيير ندهيد.
 - ۷- اين کودکان به تشویق هایي که بلا فاصله پس از رفتار مثبت بوده و پيوسته تكرار شوند پاسخ می دهند. لازم نیست حتماً از يك کالا یا هديه برای تشویق استفاده نمود. تشویق می تواند لغظی يا رفتاري باشد ولی مهم است که برجسته تر از برخور德 معمولی بوده و بلا فاصله پس از رفتار باشد.
 - ۸- اين کودکان نسبت به تنبیه بدنبی پاسخ مناسبی نداشته و حتى بدرفتاري شان بدتر می شود. تنبیه

باید خفیف باشد مثل ندادن جایزه یا محروم کردن از تفریح. دفعات استفاده از تنبیه باید خیلی کمتر از تشویق باشد.

۹- از بین مشکلات رفتاری تنها به مهم‌ترین موارد واکنش نشان دهید. سعی کنید راهی بیابید که از رویارویی شدید با کودک و شرایطی که می‌توان پیش‌بینی کرد باعث مشکل خواهد شد، پیرهیزید.

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 بدھید با تمرکز بر کاری که باید کودک انجام دهد، نه کاری که نباید انجام دهد.

۱۳- رژیم غذایی خاصی اثر تشیدکننده بر اختلال ندارد.

۱۴- داروهای محرك 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 بدھید.

- تکالیف طولانی را به بخش‌های کوچک‌تری تقسیم کنید.

پیگیری

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

اختلالات رفتارهای ایدایی^۱

مقدمه

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

علائم

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

^۱ disruptive behavior disorders

^۲ oppositional defiant disorder

^۳ conduct disorder

خواست‌ها و دستورات بزرگترها و همسالان مخالفت 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 بی‌اعتنایی سنین قبل از مدرسه و سن دبستان است. این اختلال به‌طور شایع همراه با اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه دیده می‌شود و در تشخیص افتراقی آن باید اختلال دوقطبی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال سلوک را در نظر داشت.

اختلال سلوک: مهم‌ترین مشخصه اختلال سلوک، تقضیق قانون و حقوق دیگران از طریق رفتارهای آسیب‌رسان است. مهم‌ترین این رفتارها عبارت‌اند از: تخریب اموال دیگران؛ دزدی؛ فریبکاری؛ ورود بدون اجازه به محل زندگی یا کسب دیگران؛ کتک‌کاری و پرخاشگری؛ فرار از منزل یا مدرسه؛ بیرون ماندن از منزل در شب بدون اطلاع خانواده؛ مصرف مواد مخدر؛ وادار کردن دیگران به رابطه جنسی. برای تشخیص باید دست‌کم سه علامت به‌مدت طولانی وجود داشته باشد و اختلالات دیگری مثل افسردگی یا دوقطبی مسئول بروز نشانه‌ها نباشند. اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان کمتر از ۱۸ سال دیده می‌شود و قبل از ۱۳ سالگی باید نشانه‌ها آغاز شده باشد. نوع اولیه این اختلال قبل از ۱۰ سالگی شروع می‌شود و پیش‌آگهی بدتری دارد.

ارزیابی و درمان

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

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

غیردارویی است و کاربرد دارو محدود به درمان اختلالات همراه است. به عنوان نمونه چنان‌که ذکر شد این اختلال می‌تواند در مواردی با اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه همراهی داشته باشد. در این موارد از محرك‌ها برای درمان استفاده می‌شود. در صورت هرگونه شک به اختلال سلوک در اسرع وقت بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

أصول آموزش والدین

- ۱- رفتارهای کودک یا نوجوان در هر دو اختلال به معنای 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 سوء‌صرف مواد یا بی‌بندوباری جنسی یادآور شوید.
- ۴- اهمیت دارودارمانی در درمان اختلالات همراه را به والدین یادآور شوید.

پیگیری

بهتر است در این بیماران هرگونه تجویز، تغییر یا قطع دارو با نظر پزشک متخصص 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 بهتر است ارزیابی و در صورت وجود مداخله لازم مدنظر قرار گیرد.

اختلال یادگیری اختصاصی^۱

مقدمه

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

علل و علائم

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

^۱ specific learning disorder

نوعی که با نقص نوشتاری همراه است، نقص اساسی در توانایی‌های نوشتن وجود دارد. در این اختلال استفاده از گرامر، نقطه‌گذاری، سازماندهی، هجی کردن و 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، "خاندن" دیدید باید به این اختلال شک کرد. البته بدیهی است وجود تنها یک اشتباه مطرح کننده اختلال یادگیری نیست.

اختلال یادگیری اختصاصی به‌طورمعمول 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 تمکز و ... ممکن است همراه با اختلال یادگیری اختصاصی دیده شود. به‌طور مشخص به همبودی دو اختلال یادگیری اختصاصی و بیش‌فعالی و نقص تمکز دقت نمایید. تا بیش از ۲۵٪ کودکان مبتلا به اختلال یادگیری اختصاصی با نقص خواندن از اختلال بیش‌فعالی و نقص تمکز نیز به صورت همزمان رنج می‌برند، به‌گونه‌ای که احتمال آسیب‌پذیری ژنتیکی مشترک میان دو اختلال مطرح است.

تشخیص و درمان

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

برای تشخیص زودهنگام می‌توانید از جدول زیر بهره بگیرید:

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

به طورکلی 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 نوشتan 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 تنبلی نیست.

اوئیسم^۱

تعريف

اوئیسم یا در خودفرورفتگی یکی از اختلالاتی است که همانند عقب‌ماندگی ذهنی از همان سال‌های اول زندگی (قبل از ۳ سالگی) خود را نشان می‌دهد. از اولین نکاتی که در یک کودک اوئیسمی جلب توجه می‌کند این است که کودک به آدم‌ها و چیزهایی که اطرافش هستند توجه زیادی ندارد. برای مثال کودکان عادی به صورت مادرشان و سایر افرادی که نزدیکشان می‌شوند نگاه می‌کنند و وقتی فرد آشنایی نزدیک می‌شود دستانشان را به شکلی بالا می‌برند که بغلشان کنند. ولی کودکان مبتلا به اوئیسم به چشم‌های دیگران نگاه نمی‌کنند، با دیدن دیگران یا در پاسخ به آنها لبخند نمی‌زنند و علاقه‌ای به بغل شدن یا مورد توجه 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 اوئیسم 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 می‌افتدند یا اینکه هیچ وقت نمی‌توانند به خوبی حرف بزنند و کلامشان ممکن است کلیشه‌ای و تکراری باشد. علاوه بر این ممکن است رفتارهای دیگر و بازی‌های این کودکان هم تکراری و کلیشه‌ای باشد. برای مثال فقط به اسباب‌بازی‌های محدود یا قسمتی از آنها علاقه نشان می‌دهند و بازی‌های تکراری انجام می‌دهند. به علاوه نمی‌توانند با اسباب‌بازی‌هایشان بازی‌های تخیلی انجام دهند، مثلاً نمی‌توانند یک قوطی کبریت را به عنوان ماشین یا یک کتاب را یک آدم تصور کنند. رفتارهای تکراری در تن و اندام‌ها به صورت حرکات جلو و عقب و حرکات چرخشی، قطاری چیدن اشیا یا جمع‌آوری آنها، داشتن عادات خاص و مقاومت به تغییر، توجه بیش از حد به موضوعات خاص از دیگر ویژگی‌های این کودکان است.

^۱ autism

غربالگری و نحوه ارجاع

سه سؤالی که برای غربالگری اختلال اوتیسم پرسیده می‌شود عبارت‌اند از:

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

اگر پاسخ به هر یک از این سؤالات مثبت باشد باید به تشخیص اختلال اوتیسم مشکوک شد و سایر خصوصیاتی که در متن بالا ذکر شدند را با دقت بیشتری در کودک بررسی کرد. درصورتی که وجود اختلال در دست‌کم دو حیطه از سه حیطه فوق (زبان، برقراری روابط بین‌فردي و رفتارها و علایق محدود و تکراری) محرز شود، کودک باید برای بررسی بیشتر به روان‌پژوه ارجاع شود.

درمان و پیگیری

درمان اختلال اوتیسم مثل سایر اختلالات شامل درمان‌های دارویی و غیردارویی است. درمان‌های دارویی معمولاً برای کنترل و کاهش مشکلات همراه، مثل بی‌قراری شدید، پرتحرکی، آسیب به خود و یا نشانه‌های خلقی یا اضطرابی به کار می‌رود. بر حسب نوع مشکل می‌توان از داروهای مختلفی مثل ریسپریدون یا هالوپریدول استفاده نمود. درمان‌های غیردارویی شامل گفتاردرمانی، رفتاردرمانی و برخی مدل‌های درمانی خاص است که با توجه به حوزه‌های درگیر توسط متخصصان انتخاب می‌شود.

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

موارد ارجاع

- حملات تشنجه
- رفتارهای آسیب‌زننده به خود
- پرخاشگری

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

اختلال تیک^۱

مقدمه

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

علل و علائم

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

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

^۱ tic

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

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

نکته بالینی:

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

درمان

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

مواردی که باید به خانواده آموزش داده شود

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

پیگیری

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

اختلالات دفعی^۱

مقدمه

کترل دفع ادرار و مدفع به مرور و در جریان تکامل کودک کسب می شود. زمانی که این اتفاق در مدت زمان مورد انتظار رخ ندهد تشخیص اختلال دفعی مطرح می گردد. این اختلالات به دو دسته شبادراری و بی اختیاری مدفع تقسیم می شود.

علل و علائم

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

بی اختیاری مدفع: به دفع نامتناسب مدفع به صورت غیررادی یا تعمدی در محل‌های نامتناسب حداقل یک بار در ماه به مدت ۳ ماه در کودکان بالاتر از ۴ سال اطلاق می شود. این مشکل نباید ناشی از مصرف ملین‌ها و سایر علل شناخته شده طبی باشد. در نوع اولیه کودک هیچ کترلی به دست نیاورده

^۱ elimination

اما در نوع ثانویه کودک حداقل یک سال کنترل داشته است. بی اختیاری توأم با یبوست و حالت سرریزی شایع ترین فرم اختلال است. نوع دوم که بدون یبوست و سرریزی است شیوع کمتری دارد. کودکان دچار این اختلال در ارتباط با همسالان دچار مشکل بوده و اعتماد به نفس پایینی دارند.

تشخیص و درمان

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

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

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

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

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

درمان بی اختیاری مدفعه 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 بی اختیاری مدفعه باید به عوامل استرس‌زا 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 بی اختیاری ادرار

۱- این اختلال در اکثر موارد خود محدود شونده است ولی به دلیل عوارض و تأثیراتش نیازمند درمان 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 بی اختیاری مدفعه

۱- کودک را به خاطر این رفتار تنبیه بدنی نکنند.

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

۳- در خصوص پیگیری درمان آموزش دهید.

پیگیری

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

اختلالات زبان و ارتباط^۱

مقدمه

اختلالات ارتباطی به نقص در دریافت و مبادله اطلاعات اطلاق می‌شود. بر اساس تعریف اختلال ارتباطی عبارت است از نقص در توانایی دریافت، ارسال، پردازش و درک مفاهیم به صورت کلامی، غیرکلامی و نوشتاری. این اختلال به دو دسته اختلال زبان (language disorder) مثل مشکل در درک یا در به کاربردن 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 به درستی درک کند و درک ضعیفی دارد و در حالت دوم قادر به استفاده از نمادهای کلامی نیست که به صورت تأخیر در استفاده از زبان و یا استفاده نادرست از نمادهای زبانی دیده می‌شود. در کودکان نوپا و پیش‌دبستانی باید به این توجه کرد که آیا کودک قادر به صحبت کردن هست یا خیر و نیز دامنه لغات و کاربرد صحیح کلمات را ارزیابی کرد. در کودکان دبستانی توانایی درک عبارات پیچیده‌تر، کاربرد صحیح کلمات در جمله و گرامر باید ارزیابی شود.

^۱ language and communication

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

اختلالات گفتار اشکال در تولید کلام به صورت نقص در تولید صدای تکلمی است که به صورت خطاهای آواشناختی تظاهر می‌یابد. کودک در این حالت یک صدا را اشتباه تلفظ کرده، حذف می‌کند و یا صدایی را جایگزین صدای دیگری می‌نماید. مثلاً به جای "سلام" کلمه "دلام" را به کار می‌برد. وجود این اختلال در صحبت کردن تا حدود ۳ سالگی طبیعی و بعد از آن چنان‌چه شدت آن به حدی باشد که فهم کلام کودک دشوار باشد نیازمند مداخلات گفتاردرمانی است. نوع دیگر اختلال گفتار نقص در روانی کلام است که به صورت لکنت زبان دیده می‌شود. در لکنت زبان مشکل در حفظ جریان تولید اصوات گفتاری است. لکنت زبان عموماً بین سنین ۱/۵ تا ۹ سالگی آغاز می‌شود. هرچند احتمال شروع در سنین ۲ تا ۳/۵ و ۵ تا ۷ سالگی در دامنه سنی ذکر شده بیشتر است. در برخی کودکان مبتلا دیگر اختلالات زبان و گفتار نیز به صورت همزمان ممکن است وجود داشته باشد. لکنت تقریباً هیچ‌گاه به صورت ناگهانی آغاز نمی‌شود و به مرور و طی هفته‌ها بروز می‌کند و به تدریج فراوانی بروز و شدت آن افزایش می‌یابد. 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 و قوع 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 گفتار درمانی موثر ترین روش درمانی در این دسته اختلالات است. در اختلال لکنت در کنار گفتار درمانی از روش های ایجاد آرامش و تمرين 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 اعتماد به 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 نشده‌اند از کلمه لکنت استفاده نکنند.
- ۲- در بسیاری موارد لکنت خود محدود شونده 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 هیچ گاه به او نگویند چکار کند تا لکنت نداشته باشد.
- ۱۰- هیچ گاه برای یافتن کلمه یا ادای آن به کودک کمک نکنند.

عادات خاص

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

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

خودکشی

مقدمه

طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، خودکشی در کشورهایی که اطلاعات آنها در دسترس است در زمرة ۱۰ علت اصلی مرگ می‌باشد. در مطالعات ملی میزان خودکشی ۶ تا ۸ در صد هزار نفر برآورد شده است. بر اساس آمار منتشر شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌طور متوسط روزانه ۱۳ مورد خودکشی در کشور با میانگین سنی ۲۹ سال اتفاق می‌افتد. بررسی روند خودکشی در سال‌های گذشته ایران رشد قابل توجهی را نشان می‌دهد به‌طوری‌که میزان خودکشی از ۱/۳ در صد هزار نفر در سال ۱۳۶۳ به ۶/۴ در صد هزار نفر جمعیت رسیده است. در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی، شناسایی عوامل خطر (risk factors) رفتارهای خودکشی حائز اهمیت بسیار است. مطالعات انجام شده 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 به موقع افراد افسرده و درمان مناسب و کامل این افراد می‌تواند اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن را به میزان زیادی کم کند.

علل

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

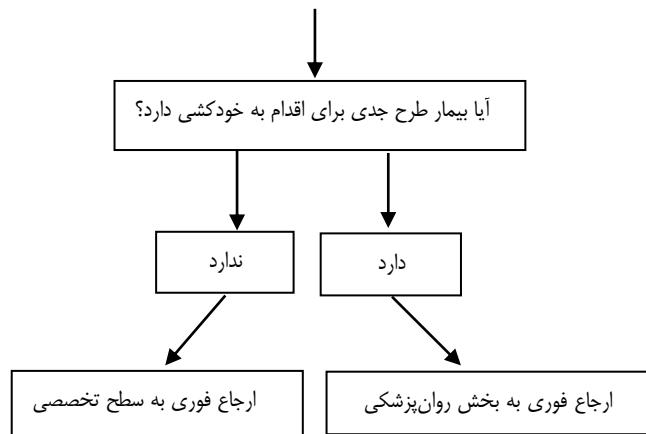
- ۱- علل روانی: بیماری‌های روان‌پزشکی به‌ویژه افسردگی، اعتیاد، پسیکوز و اختلال دوقطبی
- ۲- توجه: علل روانی تنها محدود به اختلالات شدید نیست و خودکشی می‌تواند در اثر اختلال انطباقی نیز رخ دهد.
- ۳- علل جسمی: بیماری‌های جسمی مزمن مثل سرطان، صرع، ایدز و بیماران دیالیزی
- ۴- علل اجتماعی: مثل تنها زندگی کردن، فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی و همچنین عوامل فشارزا مانند طلاق، بیکاری، فقر، از دست دادن نزدیکان، شکست در کار یا تحصیل، ازدواج تحمیلی و

غربالگری

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

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

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



اقداماتی که تا زمان ارجاع باید انجام شود:

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

چند توصیه

- این باور که بیماران با افکار خودکشی آن را عملی نمی‌کنند، نادرست است و هر بیماری که تمایل به خودکشی را عنوان می‌کند باید به دقت ارزیابی و تحت نظر قرار گیرد.
- به بیمار و مراقبان وی بگویید گاه افکار خودکشی دوباره برمی‌گردد. تأکید کنید که در صورت برگشت افکار خودکشی سریع به شما مراجعه نمایند.
- پرسشن در مورد خودکشی موجب افزایش خطر اقدام به خودکشی نمی‌شود.
- بر موقعی بودن احساس غیرقابل تحمل بیمار تأکید کنید؛ بهخصوص اگر در گذشته دوره‌های 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.

پیگیری و مراقبت بیمار بعد از بازگشت از ارجاع

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

- الف- ادامه درمان تا کنترل بیماری و سپردن ادامه درمان بعد از کنترل به پزشک ارجاع دهنده
- ب- ارائه رهنمود کلی و تعیین زمان ارجاع بعدی

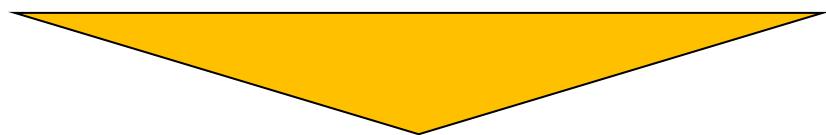
ویزیت اولیه پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

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

ویزیت‌های بعدی

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

فصل هفتم



آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره



عنوانین فصل

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

پس از مطالعه اين فصل انتظار مى رو د بتوانيد:

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

آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره

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

هدف مشاوره

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

اعضاي مشاوره

مشاوره یک ارتباط دوطرفه است. به عبارتی در هر مشاوره دو طرف وجود دارد.
الف) مشاور: مشاور یا طرف مشورت کسی است که دانش و آگاهی لازم را در مورد مساله مورد

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

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

موضوعات و انواع مشاوره

ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند هر موضوعی از مشکلات سلامت روان را که از دید خود یا مراجعینش حائز اهمیت است 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 هریک از اختلالات خلقی، اسکیزوفرنیا، اختلالات اضطرابی، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی نظیر بیش‌فعالی، شب‌ادراری، ناخن جویدن و لکنت زبان اقدام به مشاوره برای پیشگیری اولیه نماید. در این صورت مشاوره بیشتر بر مواردی نظیر علائم بیماری، طریقه شناسایی، عوامل ایجاد‌کننده و تشدید‌کننده بیماری متمرکز می‌شود. اما چنانچه بخواهد در زمینه پیشگیری سطح دوم و سوم مشاوره نماید باید در زمینه‌های عوارض داروهای 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 بسیار متنوعی از آموزش را دربرگیرد. به طور کلی هرگونه مواجهه با گیرنده خدمت (فرد نیازمند دریافت خدمات) می‌تواند به صورت یک مشاوره درآید. اجرای این مشاوره نیاز به بهره‌گیری از اصول و قواعد خاصی دارد که در سایر عناوین آمده است.

در ذیل یک طبقه‌بندی از این موضوعات پیشنهاد شده است:

الف- مشاوره برای افزایش توانمندی‌های عموم مردم در زمینه‌های مختلف ارتقای سلامت روان
از این دسته می‌توان به نمونه‌های ذیل اشاره کرد.

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

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی: ارتباط بین فردی مؤثر و ارتباط در گروه، خودآگاهی و همدلی، تفکر خلاق و تفکر نقاد، تصمیم‌گیری و حل مساله، مدیریت استرس و کنترل هیجانات منفی

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

از این دسته می‌توان به نمونه‌های ذیل اشاره کرد.

- افسردگی

- اختلالات دوقطبی

- اختلالات سایکوتیک

- اختلالات اضطرابی

- اختلالات شبه‌جسمی

- صرع

- عقب‌ماندگی ذهنی

- اختلالات کودکان و نوجوانان در مواردی نظیر

• اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه

• اختلالات سلوک

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

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

◀ مشاوره با خانواده

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



◀ مشاوره با کودکان

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

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

بنابراین مشاوره می‌تواند شامل مراحل زیر باشد:

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

أصول مشاوره

الف) ارتباط

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

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



تصویری: برقراری ارتباط مناسب و صمیمانه در هنگام مشاوره بسیار ضروری است. گاه لازم است سایر افرادی که به نوعی بر تصمیم-گیری دخیل هستند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند. بدینسان می‌توان مشاوره‌ای موثرتر با قابلیت تحلیل بالاتری از مشکلات و راه حل‌ها داشت.

ب) تشخیص نیازها

همان‌گونه که گفته شد مشاور سعی می‌کند مشکل را همان‌طور که افراد می‌بینند درک نماید. افراد باید مشکلاتشان را خودشان تشخیص دهند. به عبارت دیگر مشاور نباید مشکلات را یکی‌یکی نام ببرد، بلکه باید در جهت شناخت مشکلات سؤالاتی را مطرح کند تا فرد



تصویری: 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 راه حل‌های مناسب‌تری به دست می‌آید.

ج) احساسات

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

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

د) مشارکت

مشاور به فرد کمک می‌کند تا او همه جنبه‌های مشکل خود را در نظر بگیرد، راه حل‌های مختلف را پیدا و بهترین آنها را انتخاب نماید. به عنوان مثال ممکن است زنی به دلیل اعتقادات غلط همسر نتواند پیگیری‌های درمانی فرزندش را نزد روانپژشک انجام دهد و این امر منجر به بروز اختلاف و دعوا شده باشد. در اینجا وظیفه مشاور این است که با رعایت رازداری و با مشارکت فرد اقدام به تعقیب مشکل و پیداکردن بهترین راه حل 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. درنتیجه مشاور نخواهد توانست در دفعات بعدی مشاوره ارتباط مؤثری را با گیرنده خدمت به دست آورد. این موضوع در محیط روستا از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

و) آموزش اطلاعات

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

ز) سایر شرایط

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

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

مجموعه سلامت روان برای پزشکان

فصل هشتم

آموزش سلامت روان با گروه‌ها و ترغیب مشارکت مردمی

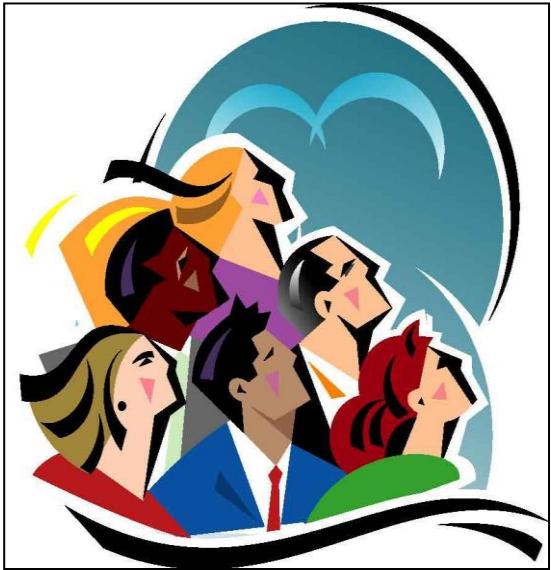


عنایین فصل

- 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.



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

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

هدف برنامه آموزش سلامت روان به گروه‌ها

هدف برنامه آموزش سلامت روان به گروه‌ها ایجاد فرایندی است که در طی آن افراد و جامعه به توانایی‌هایی دست یابند که بتوانند سلامت روانی و اجتماعی خود را ارتقا دهند. به منظور تحقق این هدف افراد و گروه‌های مختلف جامعه اعم از گروه‌های رسمی نظیر نهادهای مختلف مستقر در جامعه مانند سازمان‌های تعلیم و تربیت، دهداری، شورای اسلامی و نیز گروه‌های غیررسمی نظیر زنان خانه‌دار، دانش‌آموزان، کارگران و کشاورزان باید بتوانند در مراحل ذیل گام بردارند:

- شناسایی نیازهای سلامت روان خود و افراد جامعه
- ایجاد تمایل به حل مشکلات سلامت روان
- برنامه‌ریزی به منظور حل مشکلات سلامت روان و اجرای آنها

• ارزیابی برنامه‌ها و ارتقای مستمر کیفیت اجرای

آنها



بر اساس موارد فوق می‌توان چنین برداشت کرد که از اساس نخستین گام در ارتقای سلامت روان آگاه‌سازی جامعه به نیازهای واقعی و حقوق خود در زمینه سلامت روان است. این آگاه‌سازی به‌طور عمدۀ 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 به عنوان مشاوری عمل می‌کند که تلاش می‌نماید با مشارکت مشتری خدمات مشکل سلامت روان را موشکافی نموده و راه حلی برای آن پیدا نماید و یا او را به دلیل پیچیدگی خاص مشکل به سطح بالاتری ارجاع می‌دهد. در محور دوم یعنی آموزش بهداشت روان با گروه‌ها ارائه‌دهنده خدمات یکی از دو نقش زیر را ایفا می‌کند:

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

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

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

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

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

سازمان یافته عمل می‌کنند. شرکت تعاونی روستایی، آموزگاران یک مدرسه، دانشآموزان 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

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



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

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 مراجعه کننده به خانه بهداشت، زنان روستا، اطفال زیر ۵ سال، کشاورزان و غیره از جمله گروه‌های غیررسمی هستند.

برای این گروه‌ها می‌توان با توجه به نیازهای مشترک آنان یک برنامه آموزشی ترتیب داد و یا اینکه از مشارکت آنها در یک فعالیت بهداشتی بهره‌مند شد. نکته مهم در برقراری ارتباط با گروه‌های رسمی و غیررسمی پیشگیری از بروز رفتارهای مشکل‌ساز و ایجاد رفتارهای مثبت در گروه‌ها است. کار با گروه‌ها در بسیاری موارد ممکن است منجر به بروز اختلاف‌نظر 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

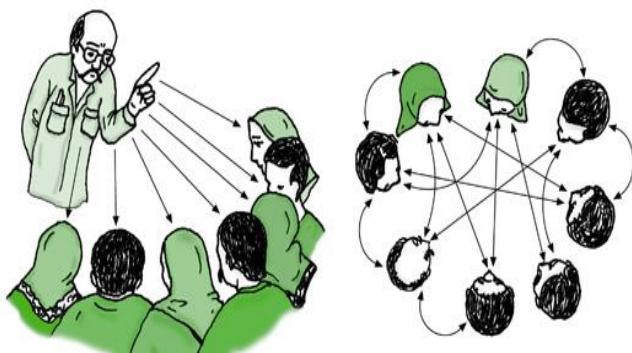
۸. حضور به موقع و مرتب در جلسات

۹. تشکر از یکدیگر

آموزش سلامت روان در گروه‌های

غیررسمی:

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



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 اعضاً جمع برای شناخت مشکل و ارائه راه حل استفاده کرد.

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

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

آموزش سلامت روان در گروه‌های رسمی

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

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

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

مراحل اجرای برنامه آموزش سلامت روان به گروه‌ها

در ادامه مطالب با مرور برنامه و ساختار پیشنهادی به درک مناسب‌تری از این موقعیت برای حل مشکلات سلامت روان پی‌خواهید برد.

این مراحل به شرح ذیل معرفی می‌شوند:



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

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

۵. ارزیابی مستمر نتایج برنامه ارتقای سلامت روان و آموزش‌های ارائه شده

۶. ارزشیابی نتایج برنامه و ارتقا و توسعه مستمر آن

در ادامه شرح تفصیلی هر یک از مراحل آمده است.

۱-تحلیل نیازهای سلامت روان جامعه:

تحلیل نیازهای سلامت روان جامعه بر اساس اخذ اطلاعات از منابع مختلف صورت می‌پذیرد.

این منابع می‌توانند یکی از موارد زیر باشند:

الف- ابلاغ قوانین، دستورعمل‌ها و یا یک برنامه سلامت از سوی واحدهای بالاتر؛ در این زمینه

ممکن است برنامه یا دستورعمل ارسالی ناظر به اجرای خدماتی از سلامت روان باشد که نیازمند

آموزش گروهی و یا مشارکت مردمی است.

ب- وجود شواهدی که دلالت بر بروز یک مشکل سلامت روان در جامعه زیر پوشش دارد،

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

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

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

ج- وقوع بحران‌ها یا تغییرات خاص در محیط که منجر به بروز مشکلات خاص شود؛ در این زمینه

حوادثی نظیر زلزله، تغییرات سریع فرهنگی اجتماعی، منازعات قومی و قبیله‌ای و ... می‌تواند

منجر به بروز مشکلات سلامت روان شود.

در تمامی موارد اشاره شده در فوق کارمند بهداشتی باید به منظور ارزیابی مناسب نیازها اقدام به

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

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

یک موضوع بسیار 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 یا از آنها برای مشارکت در برنامه‌ای دعوت به عمل آوریم. به طور قطع سطح سواد و اطلاعات اجتماعی صاحبان کار، معلمان روستا، صاحبان حرفه یا صنایع، خانواده کودک و متفاوت است، لذا چنانچه در برنامه‌ریزی جایگاهی را برای آموزش یا مشارکت هر یک از گروه‌های فوق در برنامه سلامت روان کودکان انتخاب کرده‌اید باید محتوای آموزش خود را به صورت جداگانه و با محتوایی متفاوت تنظیم نمایید. در این شرایط به یادداشته باشید که ارائه اطلاعات غیرضروری و نیز اطلاعاتی که در حوزه فهم گروه هدف نبوده و یا خود از آنها آگاه باشند نه تنها ضرورت ندارد بلکه موجب کسالت فرآگیران شما از گروه‌های هدف می‌شود.

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

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

۳- برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف:

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

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

مشارکت گروه‌ها و جامعه در زمینه سلامت روان

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

مراحل اجرای یک برنامه مشارکت افراد

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

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

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

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

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

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

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

- ۱- آموزش‌های سلامت روان روش‌هایی دارد که برای تشویق و مشارکت مفید است.
به عنوان مثال گردهمایی و بحث گروهی که ممکن است از سوی شما به وسیله رئیس شورای اسلامی، امام جماعت مسجد و غیره اعلام شود.
- ۲- در زمان تشویق و مشارکت باید ویژگی‌های فرهنگ محل را مورد توجه قرار داد. برای مثال ممکن است مشارکت برخی جوانان در انتظار عمومی قابل پذیرش نباشد و یا حضور برخی زنان در انتظار عمومی قابل پذیرش نباشد و یا اینکه بعضی مردان مشارکت مستقیم زنان را در حل مساله پذیرا نباشند. در این صورت ممکن است نماینده جوانان یا نماینده زنان به طور خصوصی با بعضی از بزرگان روستا اقدام به مذاکره نمایند.
- ۳- باید توجه کرد تشویق رهبران محلی برای ایفای نقش خودشان در جامعه نکته‌ای بسیار مهم است. چنانچه مساله و مشکل به صورتی باشد که بر کل مردم روستا اثر گذارد در این صورت باید از رهبران گروه‌ها و نماینده‌گان برنامه‌ریز مهم‌ترین بخش‌ها دعوت به عمل آورد و آنها را تشویق به مشارکت کرد.
- ۴- ارزشیابی مشارکت: در خلال انجام یک برنامه و در تمام مدت فعالیت باید پیشرفت برنامه اندازه‌گیری و به همین ترتیب در پایان هر برنامه باید موفقیت و شکست آن ارزشیابی شود. در اینجا باید از طریق بحث با مردم در زمینه نتایج کار به آنها در جهت یادگیری‌شان کمک کرد.

شورای روستا یا محل



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

یکی از راه‌های جلب مشارکت افراد جامعه، تشکیل جلسات برای حل مشکلات سلامت به‌ویژه مشکلات سلامت روان در جلسات شورای روستا یا محل است. تصور این‌که پنجاه یا صد نفر از افراد برای طرح جزیيات برنامه‌های سلامت روان تشکیل جلسه دهنده بسیار مشکل است. همه افراد فرصت صحبت کردن را نخواهند داشت و وقت زیادی صرف خواهد شد تا اطمینان حاصل کنیم که همه افراد موضوع را درک و یا در بحث شرکت کرده‌اند. بر این اساس به‌طور معمول گروه کوچک‌تری که کمیته یا شورا نامیده می‌شوند انتخاب می‌گردند. در حال حاضر شورای اسلامی در روستاهای و نیز شوراهای محل در شهرها تشکیل یافته‌اند و اجرای برنامه‌های سلامت روان با بهره‌گیری از این تشکل‌های مردمی به‌خوبی میسر است.

شوراهای درواقع نماینده کلیه مردم‌اند و از آنجاکه یکی از اصلی‌ترین وظایف آنها پیدا کردن مشکلات جامعه و تلاش در جهت حل آنهاست به‌خوبی می‌توان از این شوراهای برای حل مشکلات بهره‌مند شد. بعضی از وظایف کلی که در شوراهای مذبور قابل طرح‌اند را در زیر مذکور می‌شویم:

- جمع‌آوری اطلاعات در مورد سلامت روان جامعه با مشارکت و راهنمایی پزشک و سایر کارمندان

بهداشتی منطقه

- مشخص ساختن مشکلات سلامت روانی جامعه و علل بروز آنها

- طرح برنامه‌ها و راه‌حل‌های لازم

- تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌های سلامت روان در روستا و تأمین منابع مالی

- تأمین منابع و تجهیز جامعه برای دستیابی به اهداف تعیین شده
- قرار دادن جامعه در جریان پیشرفت‌های تازه و مسائلی که با آن مواجه گردیده است.
- بازاریابی سلامت روان

فرایند ارائه خدمت با برقراری ارتباط با گیرنده خدمت آغاز می‌شود و با قطع ارتباط با او پایان می‌یابد. 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 صرعی که داروی خود را مصرف می‌کند یا زوجی که پس از مشاوره رویه برخورد با مشکلات روانی در زندگی زناشویی را آموخته‌اند، برونداد این مرحله زمانی از فرایند خدمت‌اند. تحقق این رخدادها موجب تغییراتی در گیرنده‌گان خدمت می‌شود که سبب ارتقای سطح سلامت روان آنان می‌گردد. به عنوان مثال مادری که اطلاعات مورد نیاز در زمینه رویه مراقبت از کودک عقب‌مانده ذهنی خود را آموخته است آن را به کار خواهد بست و فرزند خود را در مقابل مشکلات ناشی از عقب‌ماندگی ذهنی حفظ خواهد کرد.

عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات

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 (مثلًاً آگاهی از ارزش خدمت) و زمان (فراهمی به هنگام خدمت) خلاصه نمود. در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف باید تمامی مؤلفه‌های مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات را مدنظر قرار داد. با تحلیل این مؤلفه‌ها و پیدا کردن راهکارهای مناسب برای ایجاد بهره‌مندی مؤثر می‌توان امید داشت که برنامه سلامت روان به شکلی عادلانه و اثربخش پاسخ‌گوی نیاز مردم بوده است. برخی از

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

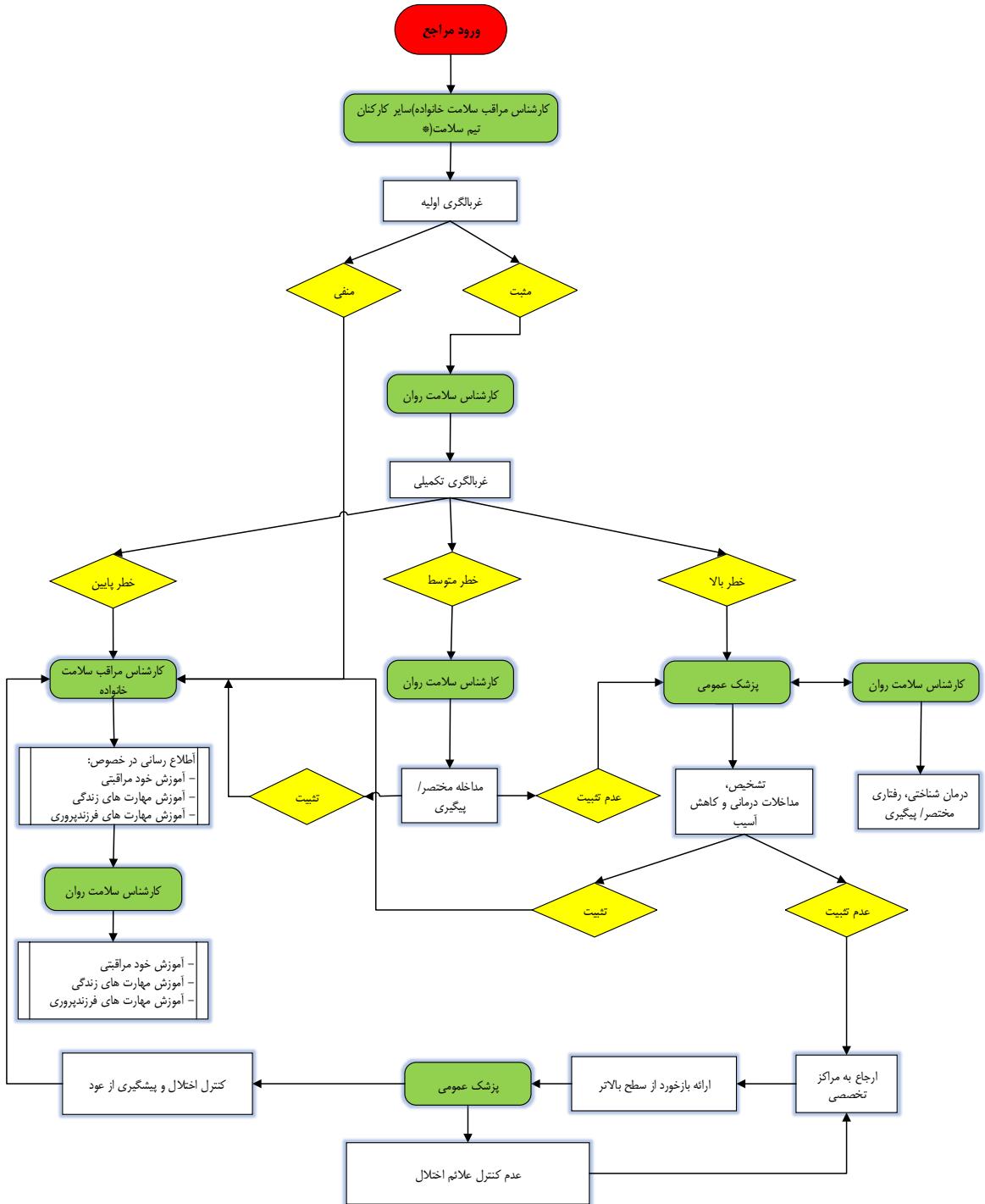
- ۱- درواقع هر قدر مردم رخداد نهایی ناشی از مشکل سلامت را دورتر ببینند کمتر به دنبال حل آن خواهند رفت. به عنوان مثال ممکن است تقاضای افزایش دانش و آگاهی والدین در زمینه تربیت سازنده فرزندان کمتر از تقاضای آنها برای درمان سرماخوردگی یا سردرد باشد.
- ۲- شدت ناتوانی حاصل از یک مشکل سلامت، عاملی تأثیرگذار برای مطالبه تقاضاست.
- ۳- عواملی نظیر مقایسه خود با دیگران، فرهنگ سلامتی موجود در جامعه و آموزش، موضوعاتی تأثیرگذار بر تقاضای مردم برای 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 متقدیان آن ایجاد می‌کند. همان‌گونه که در قبل اشاره شد دسترسی مشتمل بر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، زمانی، فرهنگی و ... است.
در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف، همواره تحلیل مؤلفه‌های فوق و پیدا کردن راهی برای حل مشکل بهره‌مندی نامطلوب برخی از افراد به خدمات از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. این موضوع که فردی کهنسال به دلیل ناتوانی خود برای حضور در مرکز درمانی قادر به بهره‌مندی از خدمت نیست و یا این‌که فردی به دلیل احساس نامطلوب ناشی از بیماری اعتماد به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمی‌کند تا از خدمات آن استفاده نماید، موضوعاتی مهم‌اند که در عرصه ارائه عادلانه خدمات باید باستعداد و تعهد ارائه‌دهندگان خدمات و هوشمندی طراحان برنامه برای ایجاد حداقل بهره‌مندی به راه حلی مطلوب دست‌یابند.

پیوست ها

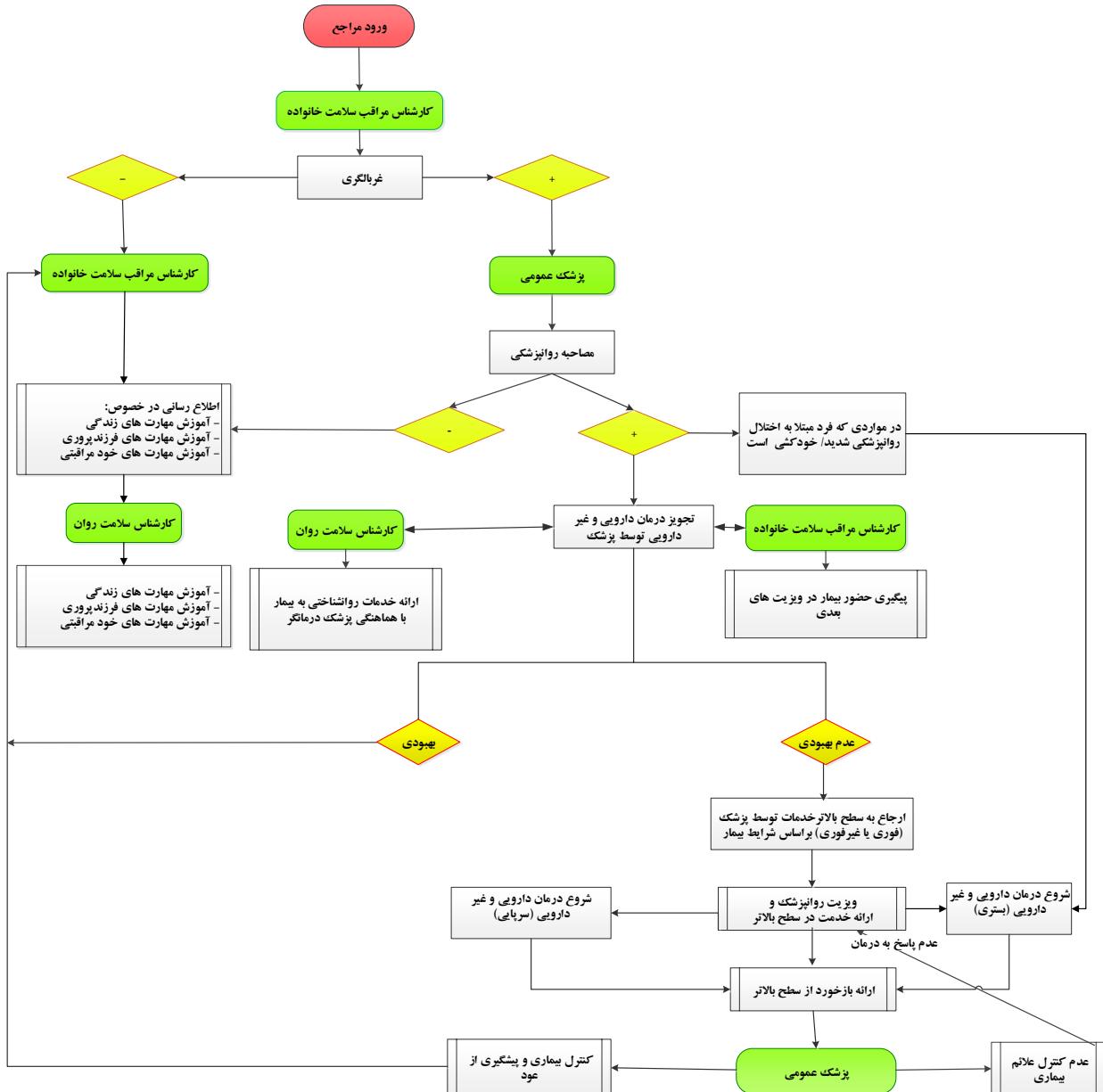
شرح وظایف پزشک عمومی

- ◀ 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 ناظارت بر فعالیت های وی

فلوچارت ارائه خدمات پیشگیری و درمان سوءصرف مواد



فلوچارت ارائه خدمات سلامت روان



فلوچارت ارائه خدمات سلامت اجتماعی

