

برنامه سلامت روانی و اجتماعی و اعتیاد

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مرکز بهداشت شهرستان بردسیر

گروه هدف: پزشک، مراقبین سلامت، بهورز، پرستار، ماما، کارشناس بهداشت

ساعت آموزش: ۱.۵ ساعت

تهیه کننده:.....

تاریخ تهیه:.....

الحمد لله
الرحمن الرحيم

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
مقدمه	الف
فصل اول: ارتقاء سواد سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	۱
سلامت جسمی، روانی و اجتماعی	۴
تعاریف و مفاهیم	۶
شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	۸
تعیین‌کننده‌های سلامت روانی-اجتماعی	۱۰
۱) بهبود تغذیه	۱۱
۲) تهیه مسکن	۱۱
۳) افزایش دسترسی به آموزش	۱۱
۴) کاهش ناامنی اقتصادی	۱۱
۵) تقویت شبکه‌های اجتماعی	۱۲
۶) کاهش دسترسی به مواد	۱۲
۷) کاهش عوامل استرس‌زا و بالا بردن تاب‌آوری	۱۲
۸) کاهش کودک‌آزاری و غفلت از کودکان	۱۳
۹) مقابله با بیماری روانی والدین	۱۳
۱۰) مقابله با آشفته‌گی خانواده	۱۳
۱۱) تسهیل مشارکت اجتماعی در توسعه محلی	۱۴
فصل دوم: آشنایی با چارچوب برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	۱۷
اهداف برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	۲۰
نقش مراکز سلامت شهری در برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	۲۰
چارچوب فعالیت‌ها در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	۲۰
شناسایی گروه‌های هدف و ارزیابی خانوار:	۲۰
برقراری ارتباط با گروه‌های هدف	۲۱
آموزش به گروه‌های هدف:	۲۲

۲۲.....	انجام مداخلات لازم
۲۳.....	مراقبت و پیگیری بیماران
۲۳.....	پایش و ارزشیابی برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

فصل سوم: شناسایی گروه‌های هدف و ارزیابی خانوار ۲۷

۳۰.....	مقدمه
۳۰.....	تعریف غربالگری (بیماریابی)
۳۰.....	تعریف انگ بیمار روانی:
۳۱.....	گروه‌های هدف در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۳۳.....	روش شناسایی افراد مشکوک به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و ...
۳۳.....	اولین مراجعه (فراخوان):
۳۳.....	مراجعین به پایگاه سلامت
۳۳.....	تکرار فراخوان دوره‌های هر پنج سال یک بار برای ترمیم اطلاعات
۳۴.....	گروه‌های آسیب‌پذیر در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۳۴.....	تعریف گروه‌های آسیب‌پذیر
۳۵.....	ارجاع بیماران
۳۶.....	بازخورد ارجاع
۳۷.....	موارد ارجاع فوری
۳۷.....	فرآیند بیماریابی و ارجاع موارد شناسایی شده در برنامه‌های حوزه ...
۳۸.....	غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان
۳۸.....	مقدمه سؤالات غربالگری در حوزه سلامت روان برای گروه هدف ۱۵ سال به بالا
۳۸.....	نمره گذاری
۴۱.....	سؤالات غربالگری صرع
۴۱.....	سؤالات غربالگری معلولیت ذهنی
۴۲.....	غربالگری اولیه درگیری با الکل، سیگار و مواد
۴۲.....	مقدمه را برای مراجع بخوانید.
۴۳.....	غربالگری اولیه در مشکلات مربوط به حوزه سلامت اجتماعی
۴۶.....	بیماریابی بر اساس شناسنامه سلامت دانش‌آموزی

فصل چهارم: برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در ... ۵۱

۵۴.....	مقدمه
---------	-------

برقراری ارتباط برای ارتقاء سلامت	۵۴
طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای ارائه خدمات حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	۵۴
مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط	۵۵
تعریف ارتباط	۵۵
عناصر اصلی ارتباط (کلامی و غیر کلامی)	۵۶
گوش دادن فعال	۵۶
توصیه‌هایی برای کارآمد تر کردن ارتباط کلامی	۵۷
موانع ارتباط مؤثر	۵۸

فصل پنجم: مروری بر اختلالات شایع روانپزشکی، مصرف مواد و ... ۶۱

اختلالات خلقی	۶۵
افسردگی	۶۵
مقدمه و تعاریف	۶۵
نشانه‌های افسردگی	۶۵
توجه	۶۵
گروه‌هایی که در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی قرار دارند	۶۶
غربالگری و ارزیابی افراد خانوار	۶۶
ارجاع بیماران	۶۷
مراقبت و پیگیری بیماران توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده	۶۷
مواردی که باید در پیگیری بیماران افسرده توسط کارشناسان مراقب	۶۸
پیگیری در مورد بیماران زیر باید در فواصل کوتاه حداکثر هفتگی انجام شود	۶۸
اختلالات دوقطبی	۶۹
مقدمه و تعاریف	۶۹
علل و علائم اختلالات دوقطبی	۶۹
سایر علائم اختلال دوقطبی (حالت مانیا)	۶۹
غربالگری و ارزیابی افراد خانوار	۷۰
پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی	۷۰
اورژانس‌های روانپزشکی	۷۱
خودکشی	۷۱
پیگیری و مراقبت	۷۳
اقدامات فوری در مقابله با بیماران پرخاشگر	۷۳

۷۴.....	اختلالات اضطرابی
۷۴.....	مقدمه و علایم
۷۴.....	غربالگری و ارزیابی افراد:
۷۵.....	پیگیری و مراقبت
۷۷.....	اختلالات سایکوتیک
۷۷.....	مقدمه و علایم
۷۸.....	غربالگری و ارزیابی افراد
۷۸.....	پیگیری و مراقبت
۷۹.....	پیگیری در مورد بیماران زیر باید در فواصل کوتاه حداکثر هفتگی انجام شود
۷۹.....	صرع
۷۹.....	علل صرع
۷۹.....	آموزش سلامت روان و برخی نکات مهم در صرع
۸۰.....	درمان دارویی
۸۱.....	معلولیت ذهنی
۸۱.....	مقدمه و علایم
۸۱.....	غربالگری و ارزیابی افراد
۸۱.....	پیگیری و مراقبت
۸۱.....	اختلالات کودکان و نوجوانان
۸۱.....	اختلال بیش فعالی و کم توجهی
۸۲.....	اختلال سلوک
۸۳.....	سایر اختلالات کودکان
۸۴.....	اختلالات مصرف مواد
۸۶.....	نیکوتین
۸۷.....	مواد افیونی
۸۷.....	مواد محرک
۸۹.....	الکل
۸۹.....	مصرف تزریقی
۹۲.....	مصرف مواد در بارداری
۹۲.....	غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد در بارداری
۹۳.....	پیگیری و مراقبت مادر باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد
۹۴.....	کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد

پیشگیری اولیه از مصرف مواد :	۹۶
عمده‌ترین اهداف پیشگیری اولیه از مصرف مواد کدامند؟	۹۷
چگونه برای پیشگیری از مصرف مواد برنامه‌ریزی کنیم؟	۹۷
برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر خانواده	۱۰۰
۱- برنامه پیشگیری در دوران نوزادی و اولیه کودکی (۲-۵ سال)	۱۰۰
۲- آموزش مهارت‌های فرزندپروری:	۱۰۰
برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مدرسه	۱۰۱
۱- برنامه بهبود محیط کلاس درس:	۱۰۱
۲- آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی به دانش آموزان	۱۰۱
۳- سیاست‌گذاری در مدرسه	۱۰۱
برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر اجتماع	۱۰۱
خشونت خانگی	۱۰۲
تعریف خشونت خانگی و انواع آن	۱۰۲
چرخه‌ی همسرآزاری و مراحل که قربانی خشونت طی می‌کند	۱۰۲
چرخه‌ی خشونت خانگی	۱۰۳
پیامدهای همسرآزاری در خانواده:	۱۰۳
شناسایی موارد همسرآزاری	۱۰۴
پیشگیری از بدرفتاری با کودکان	۱۰۶
تعریف بدرفتاری با کودک :	۱۰۶
انواع بدرفتاری با کودک :	۱۰۶
نحوه ارجاع موارد شناسایی شده:	۱۰۹

فصل ششم: مراقبت و پیگیری در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	۱۱۱
مراقبت و پیگیری افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی	۱۱۴
تعریف مراقبت	۱۱۴
اهداف مراقبت و پیگیری از افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و ...	۱۱۴
الف- برای افراد تحت مراقبت	۱۱۴
ب- برای بیماران یا افراد بهبود یافته	۱۱۵
ج- برای بیماران و افراد امتناع کننده از درمان	۱۱۵
بازتوانی افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی	۱۱۶
عود بیماری روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی	۱۱۶

- ۱۱۶.....افراد تحت درمان مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی
- ۱۱۷.....فرآیند ثبت و گزارش‌دهی آمار اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و
- ۱۱۷.....ثبت مشخصات بیمار در فرم‌ها.....

فصل هفتم: آموزش در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ۱۲۱

- ۱۲۴.....آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.....
- ۱۲۵.....چند مبحث مهم آموزشی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ۱۲۹.....یک سؤال مهم: آیا ادامه مصرف یا وابستگی به مواد یک رفتار عمدی است یا اختیاری؟.....
- ۱۳۹.....آنچه در زمینه اختلال مصرف مواد باید بدانیم.....

فصل هشتم: مشارکت اجتماعی..... ۱۴۳

- ۱۴۵.....مقدمه و بیان هدف
- ۱۴۵.....ارکان اجرای برنامه آموزش سلامت در این حوزه به گروه‌ها
- ۱۴۶.....مراحل اجرای برنامه آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به گروه‌ها:
- ۱۴۶.....۱- تحلیل نیازهای سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد جامعه:
- ۱۴۷.....۲- برنامه‌ریزی برای راه اندازی عملیات ارتقاء سلامت در حوزه سلامت
- ۱۴۹.....۳- برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف

فصل نهم: حمایت‌های روانی، اجتماعی در حوادث و بلایا..... ۱۵۳

- ۱۵۶.....مقدمه
- ۱۵۶.....تعاریف و مفاهیم
- ۱۵۷.....مراحل مختلف واکنش‌های روانی و رفتاری پس از بلایا
- ۱۵۸.....واکنش‌ها و علائم روانی در گروه‌های آسیب پذیر
- ۱۵۸.....کودکان
- ۱۵۹.....زنان
- ۱۶۰.....سالمندان
- ۱۶۰.....چه کسانی را باید به تیم حمایت روانی - اجتماعی ارجاع دهید؟
- ۱۶۱.....توصیه‌هایی برای والدین کودکان آسیب دیده
- ۱۶۱.....با ورود به منطقه حادثه دیده، به عنوان امدادگر چه باید کرد؟.....
- ۱۶۲.....نکاتی درباره سوگ
- ۱۶۲.....چگونه باید از خود مراقبت کرد؟.....

برای رفع این علایم چه باید کرد؟ ۱۶۲

منابع برای مطالعه بیشتر ۱۶۷

پیوست‌ها ۱۷۱

پیوست ۱: وظایف پیش‌بینی شده برای کارشناس مراقب ... ۱۷۲

پیوست ۲: فلوچارت ارائه خدمات ۱۷۳

پیوست ۳: دستورالعمل ارجاع هم سطح از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ۱۷۶

پیوست ۴: پیشگیری از خودکشی ۱۷۸

مقدمه

سلامت روان فردی و خانوادگی از دیر باز مورد توجه بزرگان علم، فلسفه، دین و سلامت بوده است. از زمان بنیان گذاری دانشکده‌های پزشکی و وزارت بهداشتی، بهداشت روان و به بیان امروز سلامت روان، یکی از دغدغه‌های متخصصان و مردم بوده و در هر دوره تلاشگران و خدمتگزاران به گونه‌ای سعی نموده‌اند که با ارائه خدمات مرتبط، به این بخش مهم از سلامت بپردازند. تدوین برنامه کشوری ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سال ۱۳۶۴ اولین و اجرای آن از سال ۱۳۶۷ توسط وزارت بهداشت بزرگ‌ترین موفقیت منطقه‌ای و جهانی در مراقبت‌های اولیه سلامت روان و بهره‌گیری از کارکنان بهداشتی و پزشکان عمومی بود تا از این طریق مراقبت‌ها به بیماران و خانواده‌ها ارائه گردد. ارزشیابی‌های این برنامه نشان داد که هسته مرکزی موفقیت در این برنامه «پایش مداوم برنامه» و تلاش «بهورزان و کارشناسان بهداشت روان» در سراسر کشور بوده و نقطه ضعف برنامه «ناکامی در استقرار برنامه در شهرها و جلب حمایت سطح تخصصی» در نظام سلامت بوده است.

اینک به نظر می‌رسد اتفاق و تحول جدید و بزرگ دیگری در سلامت روان خانواده‌ها در راه است. کارشناسان مراقب سلامت خانواده موظف شده و پیمان بسته‌اند که در کنار سایر اعضای تیم سلامت به ویژه با نظارت پزشک خانواده و کارشناس سلامت روان، در تأمین سلامت روان در شهرها مشارکت نمایند. این مشارکت از طرف صاحب‌نظران، متخصصان و کارکنان بخش سلامت روان کشور، مورد استقبال واقع شده و توصیه می‌گردد که تجارب موفق و یافته‌های زیر را که در طول ۳۰ سال گذشته به همت همه تلاشگران ارائه خدمات بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و در عمق روستاهای کشور بدست آمده است را، پاس داشته و به نحو مناسبی بهره برداری نمایند.

نکات پایه فراگیری سلامت روان

سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی زمانی با کیفیت بالا و رضایت‌مندی تأمین می‌شود که نگاهی یکپارچه به وجود بیمار شده و همزمان با پرداختن به بیماری جسمی مراجع، به بیماری‌ها و مشکلات روانی، خانوادگی، تنگناهای مالی، اجتماعی و حتی علائق و نیازهای دینی و معنوی وی توجه شود.

اصول ارائه خدمات سلامت روان همان اصول ارائه مراقبت سلامت در پیشگیری، درمان، توانبخشی و ارتقاء سلامت است. بنابراین در برخورد با بیماران برنامه سلامت روان، شما همان کارشناس سلامتی هستید که آموزه‌ها و مهارت‌های گفته شده در کلاس را بکار می‌گیرید و نباید در ارائه رولندرمانی، روانکاوی، مشاوره روانشناسی، مشاوره خانوادگی و مشاوره زناشویی وارد شوید، همچنین در مشکلات جنسی و شخصی افراد و خانواده‌ها کنجکاوی نمایید.

فراگیری آموزشهای این دوره و این کتاب نه تنها نگاهی جدید به شما می‌دهد و افقی بی‌انتها را در خدمت به مراجعان در برابر شما باز می‌کند، بلکه احساس و رویکردی حمایتی، روانشناختی، انسانی، و معنوی به شما خواهد داد که موجب موفقیت بیشتر در شناخت رنج‌ها و در زندگی شخصی، خانوادگی و حرفه‌ای شما می‌گردد.

گرچه محتوای این کتاب به بیماری‌ها و مشکلات بسیاری در حوزه روان پرداخته است اما خدمات سلامت روان ارزان، ساده، مؤثر و در دسترس، است، و نیازمند داروها، و تجهیزات پزشکی پیچیده و گران قیمت و حتی در موارد بسیاری نیازمند ارجاع به مراکز تخصصی و بستری در بیمارستان نیست. این خدمت به ویژه اگر همراه با خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارایه شود به راحتی موجب کاهش بار بیماری‌ها، کاهش مصرف داروها، کاهش میزان خودکشی و اعتیاد، و کاهش هزینه خدمات پزشکی و بیمارستانی در همه رشته‌ها می‌شود.

این کتاب یا بسته آموزشی با سادگی، روانی، مخاطب محوری، اتکای بر نیازهای سلامت روان جمعیت تحت پوشش و توجه به نیروی انسانی و منابع در دسترس در نظام شبکه سلامت، اگر به خوبی فراگرفته شود خواهد توانست با تعهدی که در وجود کارشناسان سلامت خانواده در طول دوره آموزش و ارایه خدمت ایجاد خواهد کرد، خدمت بزرگ و نقطه عطف جدیدی را در تأمین سلامت روان جامعه رقم بزند.

در ارایه مراقبت‌های سلامت به ارتباط مؤثر، احترام به مراجع، همدلی، حمایت، گوش کردن، پیگیری، و مشاوره به همان اندازه اهمیت بدهید که به درمان دارویی و اثرات و عوارض آن اهمیت می‌دهید. در این روند شما متوجه نگرانی‌ها و مشکلات زندگی خانوادگی، زناشویی، شغلی، تحصیلی، بیمه‌ای، مالی، بین فردی، و فرهنگی مراجعین می‌شوید، و اینهاست که امروز سلامت روان مردم را تهدید می‌کند و لازم است به آنها هم پردازید.

بخاطر داشته باشیم که کارشناسان مراقب سلامت خانواده و برخی از کارکنان و کارشناسان دیگر بخش سلامت، گرچه درمانگر بیماری‌های روانپزشکی و مشکلات سلامت روان و اعتیاد نیستند، اما می‌توانند با گوش دادن، و درک عمیق یک درد، شفا بخش، تسکین‌دهنده و درمانگر دردهایی از درمندان جمعیت تحت پوشش خود باشند. در این شرایط گاه تنها با یک مداخله دارویی و غیردارویی گفته شده، و یا یک پیگیری و ارجاع بموقع این خدمت ارزشمند اجرا می‌شود.

این کتاب حاصل ۳۰ سال تجربه اجرای برنامه بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشور و پژوهش‌های انجام شده در این مورد به ویژه بهره‌گیری از نتایج دو طرح مطالعاتی بازنگری برنامه سلامت روان و تدوین کتاب سلامت روان برای بهورزان است که با تلاش جمع زیادی نگارش

یافته و از همگان سپاسگزاری می‌گردد.

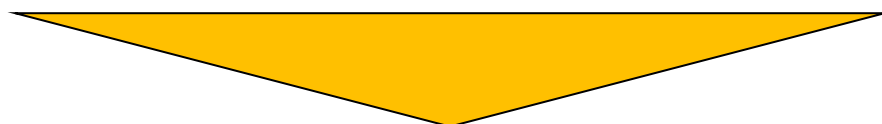
سپاس از همکاران عزیزی که در طرح بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده همکاری نمودند: دکتر کورش کبیر، سیدعباس باقری یزدی، دکتر مسعود احمدزاد اصل، دکتر احمد حاجبی، دکتر حسن رفیعی، دکتر عباسعلی ناصحی، دکتر احمد محیط، دکتر حسن رفیعی، دکتر محمدباقر صابری زفرقندی، دکتر عباس متولیان، دکتر مرتضی ناصر بخت، دکتر نیلوفر مهدوی، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر حسین کاظمینی، معصومه افسری، و گروه بسیار دیگر.

سپاس از مدیران، اعضاء هیات علمی و کارکنان دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران) که با کوشش ۳۰ ساله خود جنبه‌های گوناگون برنامه بهداشت روان در کشور را حمایت کردند و اینک نتایج پربار این برنامه می‌رود که به گونه‌ای، مقبول نظام سلامت و نیازمندان این خدمت، گردد.

دکتر جعفر بوالهیری - بهار ۱۳۹۴



فصل اول



ارتقاء سواد سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

- ۱- اهمیت موضوع‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را توضیح دهید.
- ۲- سلامت روانی و اجتماعی را تعریف کنید.
- ۳- اهداف برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ایران را توضیح دهید.
- ۴- سطوح پیشگیری در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را با مثال‌هایی توضیح دهید.
- ۵- عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده را در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در سطح فردی، خانوادگی، اجتماعی، محیطی و اقتصادی توضیح دهید.
- ۶- راهکارهای کاهش آسیب و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی را نام برده و توضیح دهید.

عناوین فصل

- ❖ سلامت جسمی، روانی و اجتماعی
- ❖ اهمیت برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ❖ تعاریف و مفاهیم
- ❖ شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ❖ عوامل خطرساز
- ❖ عوامل محافظت‌کننده
- ❖ تعیین‌کننده‌های اجتماعی-اقتصادی و محیطی
- ❖ عوامل فردی و خانوادگی
- ❖ راهبردهای کاهش آسیب و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی

سلامت جسمی، روانی و اجتماعی



در چند دهه گذشته نه تنها روز به روز بر اهمیت سلامت روانی، اجتماعی افزوده شده است، بلکه داشتن سلامت و بهزیستی معنوی هم برای سلامت افراد لازم شمرده شده است. در این تعریف جامع، تنها نبود بیماری جسمی دلیل داشتن سلامتی نیست، بلکه سلامت یک وضعیت چندوجهی است. فرد سالم نه تنها باید بیماری جسمی نداشته باشد باید دارای سلامتی و تعادل در حالات عاطفی، روانی، رفتاری، روابط و شرایط اجتماعی نیز باشد. همچنان که فرد سالم از نظر جسمی می‌تواند به کارهای روزمره خود برسد، فردی که از نظر روانی سالم است می‌تواند از تمامی توانمندی و استعدادهای خود به خوبی بهره‌بردارد، روابط اجتماعی و خانوادگی درستی داشته باشد، با فشارها و استرس‌های

روزمره زندگی بطور مؤثر کنار بیاید، و دارای کارکرد مناسب در تمامی جنبه‌های زندگی خود از جمله جنبه‌های شغلی و تحصیلی باشد. فرد سالم باید بتواند از زندگی خود لذت ببرد و دارای خلاقیت، شکوفایی، احترام به ارزش‌های اجتماعی، صفات اخلاقی، و آرامش دینی و معنوی باشد. سلامت و شادی با یکدیگر ارتباط دارند. فقدان شادمانی استرس‌زاست و استرس می‌تواند بیماری‌های خطرناکی تولید کند. همین‌طور فرد شادمان در صورت مواجه با یک بیماری سخت بهتر می‌تواند از پس آن برآید. شادمانی برای رشد روانی فرد لازم و مفید است، زیرا شادمانی به شخص کمک می‌کند که با فشارهای روانی مقابله کند. مایرز معتقد است که وجود سلامت شرط اول شادمانی است.

جسم و روان به عنوان دو جنبه از وجود انسان همواره بر یکدیگر تأثیر متقابل می‌گذارند و وضعیت یکی از آنها می‌تواند تعیین‌کننده وضعیت دیگری باشد. بیماری‌های جسمی دشوار و مزمن، می‌تواند سلامت روانی فرد را به خطر بیندازد و موجب ضعف اعتماد به نفس و افزایش استرس در فرد شود. از سوی دیگر اختلالات روانی نیز می‌توانند به دلیل استرس بالایی که برای فرد ایجاد می‌کنند، سلامت جسمی او را به خطر بیندازند و فرد را مستعد ابتلاء به بیماری‌های جسمی نمایند.

بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و صعب‌العلاج، به دلیل وضعیت دشوار و ناکام‌کننده بیماری خود دچار اختلالات و مشکلات روانی متعددی می‌شوند که از جمله مهم‌ترین و شایع‌ترین آنها اضطراب و افسردگی است. افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن ممکن است برای کنترل درد یا سایر عوارض ناشی از بیماری مزمن اقدام به خوددرمانی با مصرف مواد نمایند و از این طریق در معرض ابتلاء به اختلالات مصرف مواد قرار گیرند. در مقابل مصرف مواد فرد را مستعد به ابتلاء به بیماری‌های جسمی متعدد، سوانح و جراحات می‌نماید. به عنوان مثال مصرف مواد افیونی نه تنها با عوارض گوارشی همچون یبوست، حالات محرومیت در صورت عدم مصرف، عفونت‌های منتقله از راه خون در صورت تزریق و... همراه است بلکه همچنین خطر ابتلاء به سرطان‌های گوارشی را افزایش می‌دهد.

افراد افسرده مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی ممکن است برنامه‌های درمانی برای بهبود بیماری جسمی خود را نپذیرند و دستورات درمانی مربوطه را رعایت نکنند و این مسأله باعث مقاومت دارویی شده و عوارض جدی بر روی سلامت عمومی جامعه می‌گذارد و از طرفی این افراد بیش‌ترین استفاده کنندگان خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هستند و هزینه مضاعفی را بر جامعه وارد می‌کنند.

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

از طرف دیگر روابط اجتماعی سالم در بستری از شرایط اجتماعی مناسب و شکوفا جزو حقوق انسانی است که بایستی توسط خود فرد و همچنین دولت ها در جهت ایجاد و تداوم آن مورد توجه قرار گیرد. منظور از روابط اجتماعی سالم ارتباط فراتر از دو نفر که توأم با احترام و خالی از شائبه و خشونت باشد. این ارتباط در سطح خانواده هسته ای شامل ارتباط میان همسران، والدین با فرزندان و فرزندان با یکدیگر است. همچنین در سطح روابط با اطرافیان، خانواده همسر و دوستان و آشنایان نیز از اهمیت خاصی برخوردارند. در کشور ما بسیاری از مشکلات خانوادگی و حتی فروپاشی آنها به دلیل عدم ارتباط صحیح زوجین با خانواده های طرفین و دخالت نابجای خانواده ها در امور زندگی زوج های جوان است.

از طرفی ارتباطات افراد با سازمان ها و بالعکس نیز نیاز به توجه ویژه ای دارد. رفتارهای داوطلبی در قالب تشکلهای مردم نهاد یکی از ارکان مهم زندگی و حقوق شهروندی است که نه تنها با مدیریت کلان مغایرتی ندارد بلکه در بسیاری جهات مکمل و یاری رسان آن می تواند باشد. احساس مسئولیت و تعلق شهروندان در امور محلی و شهری تنها از طریق مشارکت فعال آنها حاصل می گردد. بدین ترتیب مردمی که در امور زندگی خود مشارکت می کنند احساس ارزشمندی و مفید بودن نموده و از روحیه و نشاط اجتماعی بالاتری نیز برخوردار می گردند. در چنین شرایطی رفتار غیر اجتماعی و ضد اجتماعی کاهش پیدا نموده و سرمایه اجتماعی نیز افزایش می یابد.

مطالعات نشان می دهند که تنها افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی و اختلال مصرف مواد نیستند که عملکرد اجتماعی نامطلوبی دارند، بلکه فقر و حاشیه نشینی، درآمد پایین، احساس نابرابری و بی عدالتی اجتماعی نیز از عوامل خطر سلامت اجتماعی است که می تواند ایفای نقش اجتماعی و رضایت از زندگی را تحت الشعاع خود قرار دهد. در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد نیز شما با برنامه هایی آشنا خواهید شد که خدمات مرتبط با سلامت روانی، اجتماعی و کنترل مصرف مواد را به صورت فعالیت هایی به متقاضیان دریافت خدمت، ارایه خواهد داد که هدف و نتیجه آنها تأمین سلامت جامعه است.

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

تعاریف و مفاهیم

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

برنامه سلامت روان برنامه‌ای مبتنی بر جامعه (جامعه‌نگر) است به طوری که هدف آن تأکید بیشتر بر عرضه خدمات در محل زندگی است. تمام تلاش در درمان به صورت سرپایی و پیشگیری از بستری طولانی مدت و بازگشت بیماران به محل زندگی و محل کارشان است، با این روش بستری شدن‌های مکرر و متعاقب آن هزینه‌های درمان کاهش می‌یابد. بر اساس دیدگاه جامعه‌نگر، در ارائه خدمات سلامت روانی، اجتماعی تمرکززدایی صورت می‌گیرد و این خدمات فقط منحصر به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های تخصصی روان‌پزشکی نیستند و می‌توانند از طریق نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه به مردم ارائه شوند.

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

اختلال مصرف مواد: یک الگوی آسیب‌شناختی از رفتارهای مرتبط با مصرف مواد که با نقص کنترل، اُفت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر، تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با آسیب‌های مرتبط با مصرف و تحمل فیزیولوژیک نسبت به مواد مشخص می‌گردد. اختلال مصرف مواد در طبقه‌بندی‌های جدید جایگزین تشخیص اختلالات مصرف مواد شامل سوءمصرف و وابستگی شده است. اختلال مصرف مواد بر حسب تعداد ملاک‌های تشخیصی مثبت به سه سطح خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی می‌شود.

مواد: شامل همه ترکیباتی است که واجد خواص روان‌گردان بوده و مصرف آنها موجب تغییر در رفتار (مانند عصبانیت)، اختلال در خلق و خوی (افسردگی)، اختلال در قضاوت و شعور فرد (فراموشی و بی‌توجهی) می‌شود.

وابستگی: به مجموعه‌ای از تغییرات جسمی، رفتاری و شناختی اطلاق می‌شود که متعاقب مصرف یک ماده یا یک کلاس از مواد در فرد ایجاد شده و در آن مصرف آن ماده از سایر رفتارهایی که قبلاً ارزش بیشتری داشتند، اولویت بالاتری پیدا می‌کند. یک خصوصیت توصیفی مرکزی در سندرم وابستگی میل (اغلب قوی، گاهی فراتر از قدرت فرد) برای مصرف مواد، الکل یا تنباکو است. تشخیص سندرم وابستگی در دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های ذیل اختلالات روانی و رفتاری ناشی از مصرف مواد تعریف شده است.

مصرف آسیب‌رسان: الگویی از مصرف مواد که منجر به آسیب به سلامتی می‌شود. آسیب سلامتی می‌تواند جسمی (به عنوان مثال ابتلاء به هپاتیت ناشی از مصرف تزریقی مواد) یا روانی (برای مثال دوره‌های اختلال افسردگی ثانویه مصرف سنگین الکل) باشد. تشخیص مصرف آسیب‌رسان مواد در دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های ذیل

اختلالات روانی و رفتاری ناشی از مصرف مواد تعریف شده است.

سلامت اجتماعی: در نظام‌نامه اداره سلامت اجتماعی (۱۳۸۸) تعریف سلامت اجتماعی با رویکرد بعد فردی سلامت اجتماعی به شرح زیر تعریف شده است:

«سلامت اجتماعی عبارت است از وضعیت رفتارهای اجتماعی (مورد انتظار و هنجار) فرد که اثرات شناخته شده و مثبتی بر سلامت جسمی و روانی فرد دارد و موجبات ارتقای سازگاری اجتماعی و تعامل فرد با محیط پیرامون و در نهایت ایفای نقش مؤثر در تعالی و رفاه جامعه می‌شود.»

سلامت اجتماعی در ابعاد اجتماعی و فردی قابل مطالعه است:

- بعد اجتماعی سلامت اجتماعی: در این بعد سلامت اجتماعی ویژگی جامعه‌ای است که شهروندان آن به صورت عادلانه‌ای به منابع و امکانات جامعه برای تحقق حقوق شهروندی خود دسترسی دارند.
- بعد فردی سلامت اجتماعی: در بعد فردی منظور از سلامت اجتماعی نحوه تعامل فرد با افراد دیگر جامعه، نحوه عملکرد جامعه در برابر او و نیز نحوه تعامل فرد با سازمانها و هنجارهای اجتماعی است.

همانطور که از تعاریف فوق بر می‌آید، ۲ محور اصلی سلامت اجتماعی رفتارها و تعاملات سالم اجتماعی (بعد فردی) و عدالت اجتماعی (بعد اجتماعی) است.

بدیهی است که در صورت عدم احراز شرایط فوق‌الذکر سلامت اجتماعی مورد تهدید واقع شده و انواع مشکلات اجتماعی ظهور پیدا می‌کند.

مشکل اجتماعی: مشکلی است که دامنه اثر آن از فرد گذشته و جمعیت زیادی از جامعه را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد.

به عنوان مثال طلاق یک مشکل یا حتی تصمیم فردی است که دو نفر پس از آزمودن راه‌های مختلف برای در کنار همدیگر ماندن انتخاب می‌کنند. با این حال اگر ویژگیهای اجتماعی یک جامعه چنان باشد که نتواند کارکرد خانواده را محکم نگاه دارد و در صد زیادی از ازدواج‌ها به جدایی ختم گردد در این صورت با رشد روزافزون طلاق مواجه خواهیم شد که یک مشکل اجتماعی محسوب می‌شود.

قابل ذکر است که مشکلات اجتماعی رابطه تنگاتنگی با مشکلات اقتصادی دارد. در جوامعی که به دلایل مختلف فقر، محرومیت و نابرابریهای اقتصادی افزایش می‌یابد نرخ مشکلات اجتماعی نیز چون بیکاری، اعتیاد و جرایم نیز افزایش می‌یابد.

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

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

به کودکان تک‌سرپرست، آموزش پیشگیری از همسرآزاری، مشاوره ازدواج، مشارکت‌های بین بخشی بهداشت و آموزش و پرورش و رابطین بهداشتی و مشارکت مادران در برنامه‌های بهداشتی.

۲) پیشگیری سطح دوم: این نوع پیشگیری شامل برنامه‌هایی می‌شود که تشخیص زودهنگام اختلالات روانپزشکی، اعتیاد و مشکلات اجتماعی، درمان و مدیریت آنها را در همان مراحل اولیه در دستور کار خود دارند. ایده اصلی در پیشگیری سطح دوم، حمله به مشکلات در زمانی است که قابل مهار هستند یعنی پیش از آن که در مقابل تغییر و مداخله، مقاوم شوند. غالباً در این نوع پیشگیری غربال‌گری توصیه می‌شود. این غربال‌گری توسط افراد مختلفی می‌تواند صورت بگیرد از جمله توسط پزشکان، معلمان، مددکاران اجتماعی و بهورزان.

ارجاع مناسب پس از ارزیابی اولیه صورت می‌گیرد. کشف زودهنگام افرادی که درگیری در حد مصرف آسیب‌رسان در رابطه با مصرف مواد دارند، شناسایی خانه به خانه موارد جدید بیماران روان‌پزشکی، شناسایی موارد همسرآزاری و انجام آزمون هوش در دانش آموزان سه نمونه از غربالگری‌های مورد استفاده به منظور پیشگیری ثانویه هستند.

۳) پیشگیری سطح سوم: هدف از پیشگیری در این سطح، کاهش مدت و تأثیرات اختلالات روانپزشکی، اعتیاد و مشکلات اجتماعی پس از وقوع است. در نتیجه، پیشگیری ثالث از این جهت با پیشگیری سطح اول و دوم فرق دارد که هدفش کم کردن تعداد مورد‌های جدید اختلالات روان‌پزشکی، اعتیاد و مشکلات اجتماعی نیست بلکه تأثیرات آنها را پس از تشخیص، کم می‌کند. محور اصلی بسیاری از برنامه این نوع پیشگیری، توان بخشی است که دامنه وسیعی دارد. روش‌های مورد استفاده در آن هم مشاوره، آموزش شغلی و مواردی از این قبیل است. کمک به کودک مبتلا به صرع که از مدرسه اخراج و خانه نشین شده، کمک به دانش‌آموز ناتوان یا معلول تحصیلی برای برگشت به مدرسه، کمک به اشتغال یک نوجوان عقب‌مانده ذهنی برای کار در مزرعه یا کارگاه، آموزش همسرمداری یا فرزند پروری به پدر یا مادری که به دلیل بیماری روانی شدید گوشه‌گیر و طرد شده است، همگی نمونه‌هایی از پیشگیری سطح سوم یا نوتوانی، بازتوانی و توان‌بخشی روانی، اجتماعی است که اصولی مانند توان‌بخشی جسمی دارد.

شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



سلامت روانی و اجتماعی و اختلالات مصرف مواد تحت تأثیر عوامل مختلفی چون عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و زیستی هستند و نباید فکر کنیم که یک عامل به تنهایی آنها را به وجود می‌آورد. مثلاً سطح پایین سواد، مشکل مسکن و درآمد، عوامل خطری برای سلامت روانی، اجتماعی و اختلال مصرف مواد هستند. همچنین برای ارتقای سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد، وجود فضایی که از حقوق اولیه

اجتماعی و سیاسی- اقتصادی حمایت کند؛ ضروری است. اگر قوانینی نباشند که آزادی و امنیت را تأمین کنند، دستیابی به سطوح بالای سلامت بسیار دشوار است.

بر اساس آنچه گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که عوامل اجتماعی سهم بالایی در رخداد اختلالات روان‌پزشکی دارند. با توجه به انتخاب رویکرد کنترل عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت از سوی دولت و از جمله بخش سلامت در کشور ایران، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی و اجتماعی بیش از پیش مطرح شده است. نکته دیگری که باید به آن اشاره کرد این است که

در مورد بسیاری از بیماری‌های جسمی می‌توان به علت یا علل مشکل پی برده و مداخله مستقیم انجام داد اما در زمینه پیشگیری از اختلالات روان‌پزشکی و ارتقای بهداشت روان، علت یا علل مسئله روشن نیست و بهترین راه این است که عوامل خطر ساز برای ابتلا و عوامل محافظت کننده از بیماری روانی را بشناسیم و در برنامه‌های پیشگیری و ارتقا بر روی آنها کار کنیم.

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

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

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

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

برخی از عوامل اجتماعی، محیطی و اقتصادی مؤثر بر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

عوامل خطر ساز	عوامل محافظت کننده
فقر	رفاه اجتماعی
فقدان آموزش کافی	خدمات اجتماعی
دسترسی آسان به الکل و مواد	قوانین و نظارت کارآمد
بحران‌های اجتماعی - اقتصادی	حمایت‌های اجتماعی مثل بیمه
استرس شغلی	امنیت شغلی
بیکاری	تحصیلات بالا
مهاجرت	سرمایه اجتماعی (مشارکت و اعتماد اجتماعی)
حاشیه نشینی	عدالت اجتماعی
ارزش‌ها و باورهای فرهنگی مثبت به مواد	باورهای مذهبی بازدارنده

اگرچه بحث اصلی مربوط به عوامل فردی و خانوادگی سلامت روانی و اجتماعی است که انتظار می‌رود کارشناسان مراقب سلامت خانواده به عنوان عضوی از تیم سلامت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با آنها آشنا شوند و از طریق آموزش‌هایی که به آنها داده می‌شود و همچنین با همکاری سایر اعضای تیم، بتوانند یک گام فراتر رفته و در مداخلات اجتماع محور با جلب حمایت سیاستگذاران محلی به سمت تحقق معنای مثبت سلامت پیش روند. این فعالیت‌ها همان چیزی است که ما به

عنوان پیشگیری و ارتقا از آنها نام می‌بریم.

عوامل فردی و خانوادگی: این عوامل می‌توانند زیستی، هیجانی، شناختی، رفتاری یا اجتماعی باشند یا به محیط خانواده مرتبط باشند. این عوامل در دوره‌های حساس رشد فرد، می‌توانند تأثیر عمیقی داشته باشند و حتی تأثیرات خود را بر نسل بعدی بر جای گذارند. برای مثال، والدینی که خودشان در دوران طفولیت و کودکی از طرف اطرافیان مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند، در بزرگسالی احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب دارند و ممکن است این مشکلات را به کودکان خود هم منتقل کنند. همچنین الگوی بدرفتاری و خشونت تجربه شده می‌تواند در نسل‌های بعدی تکرار گردد. نمونه دیگر اختلافات زناشویی است که می‌تواند موجب مشکلات رفتاری در کودکان و مشکلات مصرف مواد در زنان یا مردان شود. در جدول زیر به برخی از این عوامل خطر ساز و محافظت کننده از سلامت روانی اجتماعی اشاره می‌شود.

برخی از عوامل فردی و خانوادگی تعیین کننده سلامت روانی - اجتماعی

عوامل خطر ساز خانوادگی	عوامل خطر ساز فردی
اختلاف و ناسازگاری خانوادگی	ضعف مهارت‌های اجتماعی
مشکلات روانی والدین	افت تحصیلی و یا ترک تحصیلی
ضعف مهارت‌های فرزند پروری والدین	مشکلات رفتاری و اختلالات روانپزشکی
دلبستگی پایین به خانواده	همسالان دارای رفتارهای پرخطر
بی‌سوادی یا تحصیلات پایین والدین	خطر درک شده پایین از رفتارهای پر خطر و مصرف مواد
پایش و نظارت ناکافی خانواده	نقص‌های حسی و جسمی
وجود والدین یا بستگان معتاد	رویدادهای استرس‌زای زندگی
کودک آزاری و بی‌توجهی به نیازها	نگرش و انتظارات مثبت از مصرف مواد
وضعیت اجتماعی و اقتصادی ضعیف	تجربه مصرف در سن پایین
عدم دسترسی به خدمات و حمایت اجتماعی	هیجان طلبی بالا
رفتارهای پرخطر اطرافیان	باورهای و نگرش‌های مثبت درباره مواد
نگرش و باور مثبت درباره مصرف مواد در خانواده	مصرف مواد در گروه همسالان
ضعف اعتقادات و تعهد دینی خانواده	دوران انتقالی مانند نوجوانی
عدم وجود الگوهای مثبت رفتاری در خانواده	بحران هویت
دوری از خانواده	ضعف در مقابله با فشارهای روانی

در ادامه به تعیین کننده‌های سلامت روانی-اجتماعی و راهبردهای ارتقا آن اشاره می‌شود که در زمینه پیشگیری از اختلالات، کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقا سلامت روانی و اجتماعی مؤثرند.

تعیین کننده‌های سلامت روانی - اجتماعی

ارتقاء فرآیندی است که مردم را قادر می‌سازد تا کنترل بیشتری بر سلامت‌شان داشته باشند و وضعیت آن را بهبود بخشند. بنابر این ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی ایجاد فرصت‌هایی برای سالم‌تر زیستن از طریق بهبود تعیین کننده‌های سلامت روانی و اجتماعی است.

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

راهبردهای مؤثر بر تعیین جهت حرکت برای رسیدن به اهداف مورد نظر، علاوه بر کاهش خطر اختلالات روانی و مشکلات و بهبود سلامت روانی و اجتماعی، تاثیر مثبتی بر بهداشت و پیشرفت اجتماعی و اقتصادی جوامع دارد. در زیر به برخی از مهم‌ترین راهبردها پرداخته می‌شود.

(۱) بهبود تغذیه

شواهد علمی قوی وجود دارد که بهبود تغذیه در کودکانی که از لحاظ اجتماعی- اقتصادی فقیر هستند، منجر به رشد عقلانی سالم، نتایج تحصیلی بهتر و کاهش خطر بیماری‌های روانی می‌شود.

(۲) تهیه مسکن

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

(۳) افزایش دسترسی به آموزش

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

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

(۴) کاهش ناامنی اقتصادی

فقر، محرومیت نسبی و انزوای اجتماعی تاثیر مهمی بر سلامتی و نیز مرگ زودرس دارند. فقر مطلق یعنی کمبود مایحتاج ضروری اولیه زندگی که هنوز در برخی از غنی‌ترین کشورهای اروپایی نیز وجود دارد. در این میان به طور خاص، افراد بیکار، گروه‌های اقلیت قومی، کارگران خارجی، افراد ناتوان، پناهندگان و افراد بی‌خانمان در معرض خطر قرار دارند. کسانی که در خیابانها زندگی می‌کنند میزان مرگ بالاتری دارند.

فقر نسبی یعنی زندگی در وضعیتی فقیرانه‌تر از دیگر مردم اجتماع و این اصطلاح اغلب به کسانی اطلاق می‌شود که

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

۵) تقویت شبکه‌های اجتماعی

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

۶) کاهش دسترسی به مواد

مداخلات نظام‌مند و مؤثر برای کاهش بار مرتبط با مصرف تنباکو می‌تواند در سطح بین‌المللی ملی و منطقه‌ای انجام شود که نمونه‌های آن عبارتند از: افزایش مالیات، ایجاد محدودیت در دسترسی و ممنوعیت‌های کلی بر هر نوع تبلیغات مستقیم و غیرمستقیم (برای مثال ممنوعیت مصرف سیگار توسط هنر پیشه‌های نقش اول در فیلم‌ها و سریال‌ها). در کشور ما ممنوعیت کامل برای مصرف سایر مواد وجود دارد اما مداخلات محدودکننده دسترسی و تبلیغات تنباکو نظیر اعمال مالیات، محدودیت اماکن فروش و ممنوعیت تبلیغات می‌تواند مؤثر واقع شود. یکی از اقداماتی که در بسیاری از کشورها مؤثر واقع شده، افزایش مالیات بر توتون و تنباکو است. مثلاً افزایش ۱۰٪ مالیات بر توتون در سال ۲۰۰۱ گسترش و مصرف محصولات توتون (سیگار و تنباکو ...) را در کشورهای با درآمد بالا، ۵٪ و در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، ۸٪ کاهش داده است.

۷) کاهش عوامل استرس‌زا و بالا بردن تاب‌آوری

شواهد فراوانی وجود دارد که برنامه‌های پیشگیری در سال‌های اولیه رشد، یکی از راهبردهای قدرتمند پیشگیری است. موفق‌ترین برنامه‌هایی که با عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده در اوایل زندگی سر و کار دارند، جمعیت کودکان در معرض خطر به ویژه کودکانی از خانواده‌های با درآمد و سطح تحصیلی پایین را هدف قرار می‌دهند. این برنامه‌ها عبارتند

از مداخلات ویزیت در منزل در دوران حاملگی و اوائل کودکی (۲ سال اول)، مداخله برای درمان مصرف سیگار و سایر مواد در دوران حاملگی، آموزش والدین و آموزش‌های پیش از مدرسه. از مصداق‌های این نوع پیشگیری، اقدامات و برنامه‌های ویزیت در منزل در بارداری و پس از تولد برای مادران در معرض خطر است، که به آنان نحوه صحیح تعامل با کودک را آموزش دهد.

۸) کاهش کودک‌آزاری و غفلت از کودکان

فعالیت‌های بسیار زیادی در زمینه پیشگیری یا وقوع مجدد کودک‌آزاری انجام شده است، اما فقط دو نوع راهبرد پیشگیرانه، تا حدودی کارساز بوده:

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

۹) مقابله با بیماری روانی والدین

کودکانی که والدین‌شان اختلال روانی یا مصرف مواد دارند، یکی از جمعیت‌های در معرض خطر مشکلات یا اختلالات روانی هستند. برای مثال، کودکان والدین افسرده، حدود ۵۰٪ در معرض خطر ابتلا به یک اختلال افسرده‌ساز قبل از ۲۰ سالگی هستند. این انتقال بین نسلی اختلال روانی به ویژه افسردگی و اختلالات اضطرابی نتیجه تعامل عوامل زیستی و عوامل خطر روانی، اجتماعی هستند. مداخلاتی مثل افزایش آگاهی این خانواده‌ها از بیماری، مقاوم‌سازی کودک، آموزش تعامل‌های سالم بین کودک و والدین، انگ‌زدایی از بیماری روانی و حمایت اجتماعی در این زمینه مؤثرند.

برنامه‌های غربال‌گری در مدرسه برای شناسایی کودکان و نوجوانان در معرض خطر و برگزاری برنامه‌ای مثل گروه درمانی شناختی از سایر راهبردهای مؤثر می‌باشند.

۱۰) مقابله با آشفتگی خانواده

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

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

نابهنجار کودک را هدف مداخله قرار می‌دهند.

۱۱) تسهیل مشارکت اجتماعی در توسعه محلی

محل سکونت افراد چیزی فراتر از خانه آنها محسوب می‌شود. مهم‌ترین رفتارهای اجتماعی مردم در محیط همسایگی و محله‌ها رشد و توسعه می‌یابد. افرادی که زندگی اجتماعی و روابط تعریف شده‌ای با اطرافیان و محل سکونت خود ندارند از انزوای اجتماعی رنج می‌برند که احساس تنهایی و بی‌پناهی را در آنها دامن می‌زند.

در زندگی شهرنشینی فعلی و همگام با رشد روزافزون آن ارتباط سنتی با اقوام نزدیک به دلیل بعد مسافت و مهاجرت‌ها کم رنگ شده است. در شهرهای بزرگ بسیاری از افراد خصوصاً سالمندان به تنهایی در خانه‌ها و آپارتمانهای خود زندگی می‌کنند. از طرفی دیگر ارتباط مردم در محله‌های حاشیه‌ای و سکونتگاه‌های غیر رسمی به دلیل چند فرهنگی بودن و عدم آشنایی نوشهرنشینان با رفتار شهرنشینی نیز خالی از تنش نمی‌باشد. بطور کلی رفتارهای نامناسب شهروندی از یک طرف و انزوا و بیگانگی اجتماعی از طرف دیگر منجر به کاهش نرخ مشارکت مردم در امور سرنوشت ساز محل زندگی و بطور کلی کاهش توسعه محلی می‌گردد.

یکی از مهم‌ترین مداخلاتی که در این زمینه قابل اجرا است، مداخلات اجتماع‌محور در ارتقاء سلامت اجتماعی مردم محله است. در این مداخله مردم محله می‌آموزند که چگونه مشکلات اجتماعی منطقه خود را شناسایی نموده و آنها را در چارچوب یک تشکل محلی (کمیته محلی) و همچنین یک تشکل سازمانی (کمیته راهبری شهرستان) با یکدیگر و مسئولین محلی به مشارکت بگذارند.

خلاصه فصل

جسم و روان به عنوان دو جنبه از وجود انسان همواره بر یکدیگر تأثیر متقابل می‌گذارند و وضعیت یکی از آنها می‌تواند تعیین‌کننده وضعیت دیگری باشد.

پیشگیری مناسب‌ترین راه کاهش هزینه و بار اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی، است و تحقیقات هم‌نشان داده که پیشگیری و ارتقای سلامت، از درمان مقرون به صرفه‌تر است.

سلامت چیزی بیش از فقدان بیماری است.

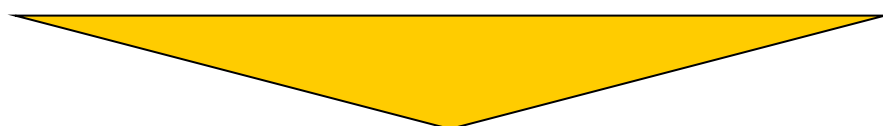
هدف از ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی ایجاد شرایط و بسترهایی است که از سلامت روانی و اجتماعی محافظت نموده و اختلالات روان‌پزشکی، اعتیاد و مشکلات اجتماعی را بهبود بخشد.

اختلالات روان‌پزشکی، اعتیاد و مشکلات اجتماعی تک عامل نیستند، بلکه علل چندگانه در بروز و تداوم آنها دخالت دارند. بنابراین برای پیشگیری و ارتقای سلامت بهترین راه این است که عوامل خطر ساز برای ابتلا و عوامل محافظت‌کننده از ابتلاء به بیماری و مشکلات را بشناسیم و در برنامه‌های پیشگیری و ارتقاء بر روی آنها کار کنیم.

۱۱ راهبرد برای ارتقاء سلامت روانی اجتماعی عبارتند از :

- بهبود تغذیه
- تهیه مسکن
- افزایش دسترسی به آموزش
- کاهش ناامنی اقتصادی
- تقویت شبکه‌های اجتماعی
- کاهش دسترسی به مواد
- کاهش عوامل استرس‌زا و بالا بردن تاب‌آوری
- کاهش کودک‌آزاری و غفلت از کودکان
- مقابله با بیماری روانی والدین
- مقابله با فقدان در خانواده
- تسهیل مشارکت اجتماعی در توسعه محلی

فصل دوم



آشنایی با چارچوب برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

- ❖ اهداف برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را بیان کنید.
- ❖ شرح وظائف کارشناس مراقب سلامت خانواده را در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ذکر کنید.
- ❖ چارچوب برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و هریک از اجزاء آن را توضیح دهید.

عناوین فصل

- ❖ اهداف برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ❖ نقش مراکز سلامت شهری در برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ❖ چارچوب فعالیت‌ها در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ❖ شناسایی گروه‌های هدف و ارزیابی خانوار
- ❖ برقراری ارتباط با گروه‌های هدف
- ❖ آموزش به گروه‌های هدف
- ❖ انجام مداخلات لازم
- ❖ مراقبت و پیگیری بیماران
- ❖ پایش و ارزشیابی برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



اهداف برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و

اعتیاد

هدف کلی برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد «تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی جامعه و کاهش بار ناشی از اختلالات مصرف مواد» است. به منظور تأمین این هدف لازم است اهداف اختصاصی زیر از سوی مسئولین و دست اندرکاران برنامه در سطوح مختلف مورد نظر قرار گیرد:

۱. پیشگیری از بروز اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی

۲. کاهش شیوع اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی

۳. کاهش مرگ‌ها و ناتوانی‌های ناشی از اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی

۴. کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد

نقش مراکز سلامت شهری در برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

مرکز سلامت شهری به عنوان نخستین سطح ارائه خدمات در شهرها یکی از مهم‌ترین وظائف را در تحقق اهداف فوق دارند. به طور کلی وظائف کارشناس مراقب سلامت خانواده در تحقق اهداف اختصاصی فوق شامل موارد زیر است:

۱. برقراری ارتباط با گروه‌های هدف

۲. بیماریابی و تشخیص افراد در معرض خطر اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و آسیب‌های اجتماعی

۳. ارجاع بیماران به پزشک مرکز سلامت شهری

۴. مراقبت و پیگیری بیماران

۵. ثبت و گزارش‌دهی اطلاعات آماری

۶. آموزش اصول سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد به گروه‌های هدف

۷. آموزش و تسهیل دسترسی به وسایل کاهش آسیب برای گروه‌های هدف

چارچوب فعالیت‌ها در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

در این فصل به منظور درک مناسب از برنامه‌های این حوزه، چارچوب فعالیت‌ها در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ذکر شده است. این چارچوب در زمینه راهکارهای ارائه خدمات، نگرش کلی را برای کارشناسان مراقب سلامت خانواده ایجاد می‌کند. بخش‌های مختلف این چارچوب عبارتند از:

۱. شناسایی گروه‌های هدف و ارزیابی خانوار

۲. برقراری ارتباط با گروه‌های هدف

۳. انجام مداخلات لازم

۴. مراقبت و پیگیری بیماران

۵. پایش و ارزشیابی برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

شناسایی گروه‌های هدف و ارزیابی خانوار :



گروه هدف در برنامه‌های ادغام یافته سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد که کارشناس مراقب سلامت خانواده وظیفه کار با آنها را به عهده دارد شامل چهار دسته از افراد هستند:

۱. افراد مبتلا یا مشکوک به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و همچنین افراد در معرض خطر آسیب‌های اجتماعی (به طور مثال: بیکاری، اخراج از محل کار، ترک تحصیل خشونت و آزار در خانواده، طلاق یا جدایی، زندان و ورشکستگی)
۲. خانواده افرادی که در بند قبلی به آنها اشاره گردید.

۳. گروه‌های در معرض خطر در جامعه برای کارشناس مراقب سلامت

۴. سایر مراجعان به مراکز سلامت شهری که درخواست خدمات سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دارند
- کارشناس مراقب سلامت خانواده در زمان شناسایی جمعیت تحت پوشش، باید ضمن برقراری ارتباط مناسب با اعضای خانوارها، با به کارگیری فرم‌های غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و عوامل خطر آسیب‌های اجتماعی، افراد مشکوک را در هر حیطه شناسایی و به پزشک یا کارشناس سلامت روان ارجاع دهد.
- بخشی از جمعیت تحت پوشش را گروه‌های آسیب‌پذیر تشکیل می‌دهند که به دلیل وضعیت خاصی که دارند بیشتر از سایر افراد جامعه در معرض خطر ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی قرار دارند. لذا کارشناس مراقب سلامت خانواده باید نسبت به شناسایی این افراد توجه و دقت بیشتری داشته باشد و در انجام مداخلات لازم، آنها را در اولویت قرار دهد.

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف اولین قدم پس از شناسایی این گروه‌ها است. بدون ارتباط مناسب، سایر اقدامات و خدمات کارشناس مراقب سلامت خانواده، به نتیجه مطلوب نخواهد رسید. در وهله اول کارشناس مراقب سلامت خانواده باید سعی کند با برخوردی محترمانه و صمیمانه، گروه هدف را جلب کند تا بتواند از مشارکت آنها در برنامه برخوردار شود و آنها را ترغیب کند که به مرکز سلامت شهری مراجعه کنند، در صورت ارجاع به پزشک، به توصیه‌های درمانی وی عمل کنند و تا بهبودی کامل، با تیم سلامت همکاری نمایند.



آموزش به گروه‌های هدف:

یکی از مداخلات اثربخش برای گروه هدف، آموزش، حفظ و ارتقاء سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد می‌باشد. این آموزش در قالب مشاوره چهره به چهره و آموزش‌های گروهی انجام می‌شود. موضوعات زیر در فصل‌های دیگر این کتاب به طور مجزا و به تفصیل آمده است اما با توجه به اهمیت آموزش در ادامه مختصری به آن اشاره شده است. مباحث عمده و مهم در آموزش بیماران و خانواده آنها عبارتند از:

- رفتار و برخورد صحیح با بیمار مبتلا به اختلال روان‌پزشکی، مصرف مواد و در معرض خطر مشکلات اجتماعی
- مراقبت از بیماران و افراد دارای مشکل
- تداوم درمان (مصرف داروها طبق دستور پزشک و عدم قطع خودسرانه دارو، تداوم مراجعه به پزشک یا سایر کارکنان ارائه‌دهنده خدمت در موعد مقرر)
- همچنین لازم است کارشناس مراقب سلامت خانواده برای ارتقاء آگاهی عموم جامعه و آشنا نمودن آنها با اصول سلامت و روش‌های پیشگیری و مقابله با اختلالات روان، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی جلسات آموزشی گروهی برگزار کند. از جمله مباحثی که در آموزش همگانی باید به مردم ارائه شود عبارتند از:
- اصول و مبانی سلامت روانی و اجتماعی
- علائم و نشانه‌های اختلالات روان‌پزشکی و مصرف مواد
- عوامل مؤثر در بروز اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
- روش‌های پیشگیری از بروز اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
- راه‌های درمان اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و کنترل و مدیریت مشکلات اجتماعی
- مهارت‌های زندگی (مدیریت استرس، مدیریت خشم، مقابله با خلق منفی، برقراری ارتباط مؤثر، روش‌های حل مسأله، برنامه‌ریزی و مدیریت زمان، تصمیم‌گیری، حل اختلاف و...)
- شیوه‌های صحیح فرزند پروری
- ترغیب مشارکت مردمی در برنامه‌ها

انجام مداخلات لازم:



پس از آنکه کارشناس مراقب سلامت گروه هدف را با استفاده از سؤالات فرم‌های غربالگری شناسایی کرد، باید فرد شناسایی شده را جهت ارزیابی بیشتر، تشخیص قطعی و دریافت خدمات درمانی و بر حسب مورد به پزشک مرکز سلامت شهری و یا کارشناس سلامت روان ارجاع دهد و پس از بازگشت بیمار از مرکز (بازخورد ارجاع)، مشخصات بیمار را بر اساس تشخیص و توصیه‌های پزشک در فرم آمار اختلالات روانی، اختلالات مصرف مواد و مشکلات اجتماعی، فرم پیگیری بیماران، فرم ثبت مراجعات بیمار و فرم ارجاع و مراقبت بیماران ثبت نماید. بر این مبنا اساساً کار کارشناس مراقب

سلامت در حوزه برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد غربالگری و مراقبت است. بدیهی است مداخلات درمانی در این زمینه مربوط به پزشکان و در مواردی کارشناس سلامت روان (تحت نظر پزشک) خواهد بود. کارشناس مراقب سلامت خانواده باید در مورد اختلال روان‌پزشکی و مصرف مواد تشخیص داده شده به وسیله پزشک، اقدام به مراقبت نماید. فصل ۵ این کتاب به منظور آشنایی کارشناسان مراقب سلامت خانواده با موارد شایع اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد، بعضی از مشکلات اجتماعی و علائم و نشانه‌های آن، اختصاص یافته است. مطالب این فصل می‌تواند به کارشناسان مراقب سلامت خانواده نگرش مفیدی برای انجام غربالگری و مراقبت دهد. علاوه بر این اقدامات، آموزش گروه‌های هدف توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده در قالب آموزش‌های فردی و گروهی و ترغیب مشارکت مردمی در برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، مداخله‌ای ارزشمند است.

مراقبت و پیگیری بیماران:

پس از شناسایی بیماران و افراد دارای مشکل و شروع دوره درمان توسط پزشک و یا مداخلات روان‌شناختی توسط کارشناس سلامت روان، کارشناس مراقب سلامت خانواده باید افراد تحت درمان را مورد پیگیری و مراقبت قرار دهد و وضعیت آنها را از جنبه‌های زیر بررسی کند:

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

در خصوص بیماران بهبود یافته، کارشناس مراقب سلامت خانواده باید وضعیت آنها را از نظر اطمینان یافتن از عدم عود بیماری تحت مراقبت قرار دهد.

پایش و ارزشیابی برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد:

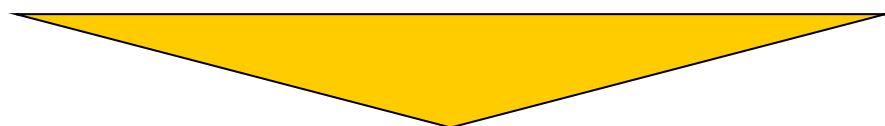
کارکنان سطوح بالاتر خدمات (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشت استان، ستاد کشوری سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد) دانش، مهارت و عملکرد کارشناسان مراقب سلامت خانواده را در تمام جنبه‌های مربوط به وظائفش مورد پایش و ارزشیابی قرار می‌دهند. علاوه بر این کارشناس مراقب سلامت خانواده نیز می‌تواند عملکرد خود را در زمینه برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مورد پایش و ارزشیابی قرار دهد. لازم است سطح آگاهی و دانش کارشناس مراقب سلامت خانواده از نظر آشنایی با مباحث برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و

اعتیاد، مراحل اجرای برنامه و متون آموزشی سنجیده شود. همچنین نحوه برقراری ارتباط کارشناس مراقب سلامت خانواده با گروه‌های هدف و کمیت و کیفیت بیماریابی مورد ارزیابی قرار گیرد. علاوه بر این باید مداخلاتی که کارشناس مراقب سلامت خانواده انجام می‌دهد اعم از آموزش، ارجاع بیماران، پیگیری و مراقبت بیماران و ثبت و گزارش‌دهی آمار بیماران و افراد دارای مشکل بررسی شود. بنابراین کارشناس مراقب سلامت خانواده باید جهت ارتقاء کیفیت ارائه خدمات و انجام مسئولیت‌های خود به سؤالات فرم پایش و نظارت دقت و توجه کافی را داشته باشد و فعالیت‌هایش را به نحوی به انجام برساند که در زمان پایش توسط سطوح بالاتر، کارها به صورت منسجم، منظم و با روال صحیح به انجام رسیده باشد و آمادگی کافی برای پاسخ‌گویی به ناظرین را داشته باشد.

خلاصه فصل

- ❖ اهداف برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد عبارت است از: تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت روانی، اجتماعی جامعه، پیشگیری از ابتلا به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی، درمان و کاهش آسیب‌های ناشی از آنها،
- ❖ وظائف کارشناسان مراقب سلامت خانواده در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد عبارت است از: بیماریابی، ارجاع بیماران، پیگیری و مراقبت بیماران، آموزش به بیماران و خانواده آنها و عموم جامعه، ثبت و گزارش‌دهی آمار
- ❖ گروه‌های هدف در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شامل جمعیت عمومی، گروه‌های جمعیتی در معرض خطر، افراد مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و مصرف مواد، افراد دارای مشکلات اجتماعی و خانواده‌های آنها می‌باشد.
- ❖ به منظور آموزش جمعیت تحت پوشش، کارشناس مراقب سلامت خانواده مردم را با اصول سلامت روانی، اجتماعی و روش‌های پیشگیری از مصرف مواد و مشکلات اجتماعی آشنا می‌کند و مشارکت آنها را برای مراجعه به مراکز بهداشتی، درمانی در مواقع بروز اختلال یا مشکل جلب می‌نماید.
- ❖ کارشناس مراقب سلامت خانواده پس از شناسایی بیمار یا افراد در معرض خطر وی را به پزشک مرکز سلامت شهری ارجاع می‌دهد و پس از تشخیص پزشک و ارائه توصیه‌های درمانی توسط پزشک، کارشناس مراقب سلامت خانواده وضعیت بیمار را در فرم‌های مربوطه ثبت می‌کند و وضعیت او را تحت مراقبت و پیگیری قرار می‌دهد.

فصل سوم



شناسایی گروه‌های هدف و ارزیابی خانوار

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- ❖ مفهوم گروه‌های هدف را در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد توضیح دهید.
- ❖ گروه‌های هدف را نام ببرید.
- ❖ افراد مشکوک به اختلال روان‌پزشکی، مصرف مواد و در معرض خطر مشکلات اجتماعی را شناسایی کنید و آنها را به پزشک و یا کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.

عناوین فصل

- ❖ مقدمه
- ❖ گروه‌های هدف در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ❖ روش شناسایی افراد مشکوک به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و در معرض مشکلات اجتماعی
- ❖ گروه‌های آسیب‌پذیر در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد داستان ۱
- ❖ ارجاع بیماران
- ❖ موارد ارجاع فوری (فوریت‌های روان‌پزشکی)
- ❖ داستان ۲
- ❖ فرآیند بیماریابی و ارجاع موارد شناسایی شده در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ❖ غربال‌گری اولیه در حوزه سلامت روان
- ❖ غربال‌گری اولیه درگیری با الکل، سیگار و مواد
- ❖ غربال‌گری اولیه در مشکلات مربوط به حوزه سلامت اجتماعی
- ❖ بیماریابی بر اساس شناسنامه سلامت دانش‌آموزی

مقدمه

شناسایی به موقع و زودرس اختلالات روان پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی موجب می شود که اقدامات درمانی بهتر و سریع تر به نتیجه برسد. عدم شناسایی به موقع موجب تشدید علائم بیماری و عوارض بیشتر خواهد شد. کارشناس مراقب سلامت خانواده با شناسایی سریع و بهنگام اختلالات و مشکلات نقش مؤثری در پیشگیری از مزمن شدن این اختلالات دارد.

بسیاری از مردم با علائم اختلالات روان پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی آشنایی ندارند و حتی با مشاهده این علائم در اطرافیان خود متوجه وجود آنان نمی شوند. یکی از مسئولیت های آموزشی کارشناس مراقب سلامت خانواده این است که به عموم جامعه نشانه های این اختلالات و مشکلات را آموزش دهند تا توانایی لازم را برای شناسایی آنها کسب نمایند و با آموزش روش های خودمراقبتی در ارتقاء سواد سلامت روان جامعه نقش مؤثری ایفا نمایند. همچنین با ارجاع به موقع و پیگیری مؤثر، امکان استفاده از خدمات کارشناس سلامت روان و پزشک آموزش دیده را فراهم کنند.

تعریف غربالگری (بیماریابی)

غربالگری عبارت است از شناسایی افراد بدون علامت و نشانه های بیرونی با استفاده از آزمون ها، معاینه ها یا سایر روش ها.



به دلایل زیر برخی از افراد جامعه تمایل ندارند که جهت درمان مشکلات روانی، اجتماعی و اعتیاد خود به پزشک (به خصوص روان پزشک) و روان شناس مراجعه کنند:

- ترس از انگ اجتماعی اختلال روان پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
- نگرانی درباره پیامدهای منفی افشاء مشکل یا اختلال به عنوان مثل اخراج از محل کار در فرد مبتلا به اختلالات مصرف مواد
- نگرانی از عوارض داروهای روان پزشکی
- باورها و نگرش های خرافی در مورد راه های درمان اختلالات روان پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
- عدم پذیرش اختلال به دلیل فقدان بینش در مورد بیماری (برخی از بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک و اختلال مصرف مواد تصور می کنند سالم هستند و نیازی به دریافت خدمات درمانی ندارند).

تعریف انگ بیمار روانی:



انگ بیمار روانی به معنی برچسب و لقب اجتماعی است که مردم ناآگاه بر فرد مبتلا به اختلال روان‌پزشکی می‌گذارند. عموم جامعه فرد بیمار را با لقب بیمار روانی یا دیوانه یا روانی مورد خطاب قرار می‌دهند و او را به صورت یک فرد خطرناک می‌بینند. این برچسب برای بیماران ناراحت کننده و رنج آور است و موجب کناره‌گیری آنان از اجتماع، سرخوردگی و پایین آمدن اعتماد به نفس در آنان می‌شود.

به دلیل ترس از انگ بیماری روان‌پزشکی و نیز به دلایل باورهای نادرستی که به آن اشاره شد، برخی از مردم با نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه همکاری نکرده

و جهت دریافت خدمات سلامت روان مراجعه نمی‌کنند. در این صورت و بعد از تشخیص بیماری توسط پزشک؛ ترغیب و آگاهی بخشی به مبتلایان اختلال روان‌پزشکی و یا افراد درگیر مشکلات اجتماعی جهت دریافت خدمات درمانی و عمل به توصیه‌های درمانی پزشک از وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده است.

در مورد بیماران سایکوتیک که به اختلال روان‌پزشکی خود آگاهی ندارند و خود را مبتلا نمی‌دانند، وظیفه کارشناس مراقب سلامت خانواده این است با جلب مشارکت افراد خانواده آنها را ترغیب نمایند تا نحوه صحیح تعامل با فرد مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و مراقبت‌های دوره‌ای از بیماران را فراگیرند. این تعامل و پیگیری می‌بایست با توافق و در چهارچوب حقوق بیماران (حفظ رازداری بیمار) و خانواده‌های آنها صورت گیرد.

در مواردی اعضای خانواده بیماران درخواست کمک می‌کنند به عنوان مثال شرایطی که خانواده یک فرد مبتلا به اختلالات مصرف مواد که انگیزه و آمادگی کافی برای مراجعه درمانی نداشته و از شروع داوطلبانه درمان امتناع می‌کند، به مرکز مراجعه نموده و از کارشناس مراقب سلامت خانواده تقاضای کمک می‌نمایند. کارشناس مراقب سلامت خانواده باید عضو یا اعضای خانواده را برای دریافت مشاوره‌های لازم به پزشک و یا کارشناس سلامت روان ارجاع نماید.

گروه‌های هدف در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

گروه‌های هدف در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد کسانی هستند که کارشناس مراقب سلامت خانواده می‌بایست خدمات تعریف شده این حوزه را به آنان ارائه کند و در صورت تشخیص اختلال و یا مشکل اجتماعی عهده دار حفظ و ارتقاء سلامت آنها باشد.

این گروه‌ها در جمعیت تحت پوشش پایگاه‌های سلامت عبارتند از:

- جمعیت عمومی جهت بیماریابی و آموزش‌های لازم
- مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد در معرض مشکلات اجتماعی
- خانواده افراد مبتلا به اختلالات و مشکلات اجتماعی
- گروه‌هایی که نیازمند دریافت خدمات پیشگیری اولیه هستند نظیر گروه‌های آسیب‌پذیر، دانش‌آموزان، جوانان، زنان باردار، مادران شیرده، سالمندان، ساکنین محله‌ها و مناطق حاشیه‌ای و پرخطر شهرها و....

کارشناسان مراقب سلامت خانواده در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد خدمات ذیل را ارائه خواهند داد:

- ✓ ارائه آموزش‌های لازم به عموم جامعه و ارتقاء سطح آگاهی آنان
- ✓ شناسایی گروه‌های هدف (از طریق فرم‌های غربالگری اختلالات روانپزشکی، غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد، مشکلات اجتماعی و شناسنامه سلامت دانش آموزی)
- ✓ ارجاع افراد شناسایی شده به سطوح بالاتر (کارشناس سلامت روان و پزشک)
- ✓ ارائه آموزش‌های لازم به مبتلایان به اختلالات روانپزشکی و خانواده آنها
- ✓ مراقبت و پیگیری بیماران
- ✓ ثبت و گزارش‌دهی اطلاعات آماری بیماران

کارشناس مراقب سلامت می‌بایست پس از برقراری ارتباط مناسب و مؤثر با افراد تحت پوشش، با استفاده از فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی، فرم غربالگری اولیه درگیری با سیگار، الکل و مواد و توجه به عوامل خطر آسیب‌های اجتماعی (در پرسشنامه جمعیت شناختی) از میان جمعیت عمومی، افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و همچنین افراد در معرض مشکلات اجتماعی را شناسایی و با آگاه‌سازی از خدمات موجود، بیمار و خانواده او و افراد در معرض آسیب را به پزشک و یا کارشناس سلامت روان ارجاع نمایند. همچنین با جلب اعتماد بیمار و خانواده او همکاری آنها را برای پذیرش دستورات و شروع مداخلات درمانی و آموزشی موجب شود. همان گونه که پیشتر گفته شد، در بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد که آمادگی و انگیزه کافی برای شروع درمان نداشته و از مراجعه درمانی طفره می‌روند، در این موارد اولین قدم ارجاع اعضای خانواده برای دریافت مشاوره اختصاصی به پزشک و یا کارشناس سلامت روان است.

یادآوری

- ✓ کارشناس مراقب سلامت خانواده تشخیص‌دهنده اختلال و مشکلات نیست بلکه او فقط تعیین می‌کند که یک فرد مشکوک به ابتلاء است یا خیر (انجام فرآیند غربالگری).
- ✓ در شرایطی که پزشک نتواند اختلال را در فرد تشخیص دهند و یا نتواند نوع درمان مناسب برای آن را تعیین کند، باید بیمار را به روان‌پزشک یا پزشک دوره دیده در سطوح بالاتر ارجاع شود.



گاهی اوقات وضعیت افراد شناسایی شده به گونه‌ای است که نسبت به مشکل خود آگاهی و پذیرش ندارند و خود را بیمار نمی‌دانند و تصور می‌کنند از نظر سلامت در وضعیت مناسبی قرار دارند. در چنین شرایطی لازم است که بیمار به همراه یکی از اعضای خانواده‌اش به پزشک ارجاع داده شود، تا حمایت و تشویق لازم از سوی خانواده برای بردن بیمار نزد پزشک صورت گیرد.

نکته مهم: در صورتی که در بررسی علائم اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و یا مشکلات اجتماعی علائم فرد شناسایی شده جزء موارد فوریت‌های روانپزشکی باشد؛ کارشناس مراقب سلامت خانواده باید بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهد.

روش شناسایی افراد مشکوک به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و در معرض مشکلات اجتماعی اولین مراجعه (فراخوان):

در زمان سرشماری، کارشناس مراقب سلامت خانواده باید ضمن اولین ملاقات با خانواده، سؤالات فرم غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی، غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد و اطلاعات جمعیتی شناختی (عوامل خطر مشکلات اجتماعی) را از تک تک اعضای خانوارها سؤال می‌کند. اگر در میان افراد خانواده کسانی هستند که مستقیماً قادر به درک سؤالات شما و پاسخ‌گویی نیستند (مانند کودکان کم سن، افراد کم سواد، عقب ماندگان ذهنی و ...) سؤالات مربوط به آنها از یک فرد آگاه و پاسخ‌گو در خانواده پرسیده می‌شود.

مراجعه به پایگاه سلامت

کلیه مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های سلامت (به دلایل مختلف) که قبلاً غربال نشده‌اند و یا مشکوک به اختلال روان‌پزشکی، مصرف مواد و یا مشکلات اجتماعی هستند نیز مورد غربال‌گری اولیه قرار خواهند گرفت و در هر مراجعه خصوصاً در مورد گروه‌های پرخطر مانند مادران باردار و شیرده و کودکان و نوجوانان بر اساس فرم‌های غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی و فرم غربال‌گری اولیه درگیری با سیگار، الکل و مواد و یا عوامل خطر اجتماعی اقدام خواهد شد و در موارد غیر از ارجاع، آموزش پیام‌های خودمراقبتی و خدمات در دسترس داده خواهد شد.

تکرار فراخوان دوره‌ای هر پنج سال یک بار برای ترمیم اطلاعات:



از آنجا که افراد مشکوک به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و در معرض مشکلات اجتماعی را یک بار در نخستین غربالگری، شناسایی نموده و از سوی دیگر افراد جدید ال‌رود به مراکز سلامت جامعه و افراد مشکوک به اختلالات در طول زمان به کارشناس مراقب سلامت خانواده مراجعه می‌نمایند، انتظار بر این است که در طول سال و سال‌های بعد کلیه افراد در منطقه تحت پوشش قرار گرفته باشند، با این وجود با توجه به این که در برخی موارد افراد مبتلا به اختلالات و یا در معرض مشکلات اجتماعی از مراجعه به پرسنل بهداشتی و پزشکان خودداری می‌کنند و یا این که نسبت به مشکل خود بینش و پذیرش ندارند، برخی موارد افراد نیازمند به مراقبت، در برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، شناسایی نمی‌شوند به همین منظور کار غربال‌گری را باید هر پنج سال یک بار تکرار نمود.

گروه‌های آسیب‌پذیر در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد تعریف گروه‌های آسیب‌پذیر:

در میان جمعیت عمومی تحت پوشش مراکز سلامت جامعه، عده‌ای از افراد جزء گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند. برخی افراد در برابر استرس‌ها و مشکلات آسیب‌پذیری بیشتری دارند و آمادگی بیشتری برای ابتلاء به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی دارند. این افراد در مقایسه با دیگران در مقابل استرس‌ها و مشکلات محیطی از توان مقابله و مقاومت کمتری برخوردارند و زودتر دچار اختلالات و مشکلات می‌شوند. با شناسایی به موقع این افراد و ارائه آموزش‌های لازم به آنها و خانواده‌هایشان می‌توان از بروز اختلالات و مشکلات پیشگیری کرد. برخی از گروه‌های آسیب‌پذیر در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شامل افراد زیر هستند:

کودکان و نوجوانان، سالمندان، بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن، افراد معلول که دارای ناتوانی جسمی هستند، افرادی که دچار شکست عاطفی، شغلی، تحصیلی یا مالی شده‌اند، زنان باردار یا زنانی که به تازگی زایمان کرده‌اند، خانواده و مراقبین بیماران روانی یا بیماران جسمی مزمن، افراد سوگوار که والدین یا یکی از اعضای درجه یک خانواده آنها اخیراً فوت کرده است، کودکان و نوجوانان بی سرپرست، کارکنان مشاغل پرسترس (پرستاران، فرهنگیان، گروه‌های امداد و نجات، کارکنان بخش اورژانس بیمارستان)، جوانان، افرادی که در خانواده پر مشاجره و متشنج زندگی می‌کنند، افراد با وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، افراد با والد یا اعضای خانواده مصرف‌کننده مواد و

گروه‌های آسیب‌پذیر، افرادی هستند که در شرایط دشوار و استرس‌زا بیشتر دچار آسیب می‌شوند و زودتر مقاومت خود را از دست می‌دهند.

اهمیت شناسایی (غربالگری) مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و افراد در معرض خطر مشکلات اجتماعی

در برنامه‌های مرتبط با حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، بیماریابی به معنی شناسایی افراد مشکوک مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و یا افراد مستعد ابتلا به مشکلات اجتماعی، از میان جمعیت عمومی و افراد به ظاهر سالم است. کارشناس مراقب سلامت خانواده بر اساس علائم موجود در فرم غربال‌گری می‌تواند به شناسایی موارد غربال مثبت دست یابد و بر اساس فلوجارت ارائه خدمت آنها را ارجاع دهد. روش کار به این صورت است که در زمان فراخوان کارشناس مراقب سلامت خانواده سؤالات فرم غربالگری را از افراد خانوار می‌پرسد و بر اساس دستورالعمل اقدام خواهد کرد.

تذکر

علاوه بر افراد به ظاهر سالم و بدون علامت، فرم غربال‌گری باید برای موارد زیر تکمیل شود:

(الف) افرادی که قبلاً به اختلالات روان‌پزشکی یا مصرف مواد مبتلا بوده‌اند و یا مشکل اجتماعی را تجربه کرده‌اند و در حال حاضر بهبود یافته‌اند. در مورد این افراد احتمال عود اختلال بهبود یافته وجود دارد. علاوه بر این ممکن است این افراد در معرض اختلال یا آسیب دیگری باشند.

(ب) افرادی که در حال حاضر به اختلال روان‌پزشکی، مصرف مواد و یا مشکلات اجتماعی مبتلا هستند و قبلاً شناسایی شده است اما به دلیل احتمال ابتلاء به اختلال توأم^۱، بیماریابی باید در مورد شناسایی اختلال دوم وی صورت گیرد. با اینکه این افراد تحت نظر پزشک هستند اما ممکن است پزشک به آنها گفته باشد که چند ماه دیگر مجدداً به پزشک مراجعه کنند (داروها چند ماهه تجویز شده باشد). بنابراین در طی این چند ماه ممکن است فرد مشکلات دیگری هم زمان شکل گرفته و به دلیل عدم ویزیت موارد شناسایی نشوند.

(ج) افرادی که به دلیل مشکلات و بیماری‌های جسمانی به طور مکرر به کارشناس مراقب سلامت خانواده و پزشک مراجعه می‌کنند.

جهت آشنایی با علائم، شناسایی و نحوه پیگیری و مراقبت اختلالات روان‌پزشکی به فصل ۶ مراجعه کنید. علائم مورد نظر برای شناسایی اختلالات روان‌پزشکی و مصرف مواد در فرم بیماریابی در انتهای این فصل ضمیمه شده است.

داستان ۱:

خاطره یک خانم ۲۱ ساله مجرد است. او خیلی زیاد حرف می‌زند، زیاد می‌خندد و بیش از حد شاد است. مدام در حال انجام کارهای مختلف در منزل است. از کار کردن هیچوقت خسته نمی‌شود. انرژی خیلی زیادی دارد. شب‌ها دیروقت می‌خوابد و صبح خیلی زود از خواب بیدار می‌شود. خاطره خیلی ولخرج است و دوست دارد به خرید برود و چیزهایی که خیلی مورد نیازش نیست و حتی با قیمت گران خریداری کند. او لباس‌هایی با مدل‌ها و رنگ‌های عجیب و جلب توجه کننده می‌پوشد. گاهی اوقات پرخاش‌گر می‌شود و با مادر و برادرش دعوا می‌کند. در زمان غربال‌گری خانوارها و تکمیل فرم غربال‌گری برای افراد خانواده خاطره، کارشناس مراقب سلامت خانواده متوجه علائم اختلالات روان‌پزشکی در او شده است. کارشناس مراقب سلامت خانواده خاطره را برای معاینه تکمیلی به پزشک ارجاع داده پس از انجام مصاحبه روان‌پزشکی با بیمار و بررسی علائم او توسط پزشک تشخیص داده شده است. خاطره به اختلال دوقطبی مبتلاست. پزشک داروهای لازم را به بیمار تجویز کرد و به او گفت که یک ماه دیگر مجدداً جهت ویزیت پزشک مراجعه کند.

ارجاع بیماران:

کارشناس مراقب سلامت خانواده پس از شناسایی بیمار وضعیت او را در فرم ارجاع ثبت می‌کند و او را پس از شناسایی به کارشناس سلامت روان و یا پزشک ارجاع می‌دهد. در این مرحله با توجه به نیاز افراد در مورد مراجعه به روان‌شناس و دریافت خدمات مشاوره و یا تشخیص نوع اختلال توسط پزشک، داروهای تجویز شده، دوز داروها و زمان مراجعه بعدی بیمار را در پایین فرم ارجاع ثبت شده و بیمار را همراه این فرم به کارشناس مراقب سلامت خانواده ارجاع مجدد داده می‌شود. بدین ترتیب کارشناس مراقب سلامت خانواده را از بازخورد ارجاع مطلع می‌گردد.

^۱ - ابتلاء هم زمان یک فرد به دو اختلال روان‌پزشکی یعنی فرد مبتلا به یک اختلال روان‌پزشکی، در دوره ابتلاء به اختلال خود به یک اختلال روان‌پزشکی دیگر نیز مبتلا باشد. مثلاً فرد مبتلا به صرع مزمن دچار افسردگی شود.

بازخورد ارجاع

ارجاع تنها به مفهوم فرستادن مراجع به یک منبع دیگر نیست بلکه ارجاع یک رابطه دو طرفه است، بدین معنی که، کارشناس مراقب سلامت خانواده می‌بایست منتظر بازخورد ارجاع بیمار به پزشک و یا کارشناس سلامت روان باشد و نتیجه را پیگیری کند.

موارد ارجاع فوری

چنانچه در مورد مراجعین یکی از حالت‌های زیر مشاهده شود، فرد ارجاع فوری به پزشک ارجاع می‌شود:

- ◀ اختلال در سطح هوشیاری
- ◀ توهم و هذیان
- ◀ خشونت و پرخاشگری به طوری که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود
- ◀ افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی
- ◀ تشنج
- ◀ عوارض شدید داروهای روانپزشکی
- ◀ مسمومیت‌های ناشی از مصرف مواد و دارو (مصرف الکل و مواد مخدر و مصرف دارو بدون تجویز یا بیش میزان تجویز شده توسط پزشک)

داستان ۲:

مرد سرپرست خانواده، به نام مهرداد که ۵۳ ساله است و ۳ فرزند دارد به اختلال سایکوتیک مبتلاست. او خیلی بدبین است و به همه سوءظن دارد. او فکر می‌کند که دیگران قصد آزار دادن و اذیت کردن او را دارند. کارشناس مراقب سلامت خانواده در زمان غربالگری خانوارها، او را بعنوان مشکوک به اختلال روان‌پزشکی شناسایی کرد و به پزشک ارجاع داد. پزشک در این بیمار اختلال سایکوتیک را تشخیص داد و برایش دارو تجویز کرد و به او گفت که یک ماه دیگر مجدداً مراجعه کند. اما مهرداد بیماری خود را قبول ندارد و علائم و افکار خود را طبیعی می‌داند و معتقد است که این افکار واقعیت دارند و بیمارگونه نیستند. مهرداد حاضر نیست به پزشک مراجعه کند و دارو مصرف نماید و معتقد است که اختلال روان‌پزشکی ندارد و لازم نیست دارو بخورد. از طرفی او حاضر نشده به جلسات مشاوره روان‌شناسی که توسط کارشناس سلامت روان برای او ترتیب داده شده مراجعه کند. همچنین او از عوارض دارویی می‌ترسد و فکر می‌کند داروها حال او را بدتر می‌کنند. همسر مهرداد به دلیل نگرانی از انگ بیمار روان‌پزشکی، می‌ترسد که اقوام و آشنایان شوهر او را دیوانه یا بیمار روانی خطاب کنند به این دلیل او مایل نیست که برای درمان همسرش و ارجاع او به پزشک کاری انجام دهد و ترجیح می‌دهد او را نزد دعانویس ببرد و از این طریق می‌خواهد بیماری همسرش را بهبود ببخشد و از طرفی به دلیل شکاکیت همسر خود اجازه مشاوره با کارشناس سلامت روان را نیز ندارد. او نگران است که اگر همسرش را نزد پزشک ببرد دوستان و اقوام می‌فهمند که مهرداد مبتلا به اختلال روانپزشکی است و آبرویشان می‌رود.

فرآیند بیماریابی و ارجاع موارد شناسایی شده در برنامه‌های حوزه سلامت روانی،

اجتماعی و اعتیاد

اولین سطح ارائه خدمات در شهرستان، پایگاه سلامت است. کارشناس مراقب سلامت در زمان فراخوان افراد به پایگاه، براساس فرم‌های غربالگری افراد مورد نظر را شناسایی می‌کند و سپس افراد مشکوک به اختلال و یا در معرض مشکلات اجتماعی را بر اساس فرم‌های غربالگری و عوامل خطر موجود در فرم جمعیت‌شناختی برای دریافت خدمت به مرکز سلامت جامعه ارجاع می‌دهد.

غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان

مقدمه سؤالات غربالگری در حوزه سلامت روان برای گروه هدف ۱۵ سال به بالا

- ◀ قبل از پرسشگری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های شما بپرسم.»
- ◀ برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در مراجعین است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.»
- ◀ در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»
- ◀ به خدمت‌گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.»
- ◀ به خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «پاسخ‌گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در آرایه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.»
- ◀ سپس به خدمت‌گیرنده بگویید: «سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.»

نمره گذاری:

- ◀ نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، اصلاً و بندرت به ترتیب اعداد ۴، ۳، ۲، ۱ و صفر تعلق می‌گیرد. مجموع امتیازات هر پرسشنامه می‌تواند از حداقل صفر تا حداکثر ۲۴ باشد.

همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلاً
۴	۳	۲	۱	صفر

- ◀ افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.
 - ◀ در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه (نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.
- پرسشگر گرامی: از آزمودنی سؤالات زیر را بپرسید. بر روی جملاتی که زیر آن خط کشیده شده و کلماتی که برجسته شده‌اند، تأکید کنید.

پاسخگوی گرامی، سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.

۱- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید، مضطرب و عصبی هستید؟

- (۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟

- (۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

۳- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی‌قراری می‌کردید؟

- (۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

۴- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟

- (۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

۵- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟

- (۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

۶- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی‌ارزشی می‌کردید؟

- (۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

سؤالات غربالگری در حوزه سلامت روان برای گروه هدف ۶ تا ۱۵ سال

- پرسشگر گرامی، سؤالات ۷-۱ از خود فرد پرسیده می‌شود و در صورت لزوم برای بررسی بیشتر این سؤالات از والدین و یا سایر همراهان فرد سؤال شود.
- ۱- آیا صداهایی را می‌شنوید که دیگران نمی‌شنوند یا چیزهایی را می‌بینید که دیگران نمی‌بینند؟ ☐ بلی ☐ خیر
 - ۲- آیا معتقدید که توسط دیگران تحت تعقیب هستید و دیگران قصد آسیب رساندن به شما یا کشتن شما را دارند؟ ☐ خیر ☐ بلی
 - ۳- آیا دچار تشویش، دلهره و نگرانی می‌شوید؟ ☐ بلی ☐ خیر
 - ۴- آیا هیچ کدام از موارد ذیل را به صورت تکراری و با وسواس و حساسیت انجام می‌دهید؟
نظافت و شستشو، شمارش اعداد و وسایل، منظم و مرتب کردن وسایل، چک کردن شیر گاز و درب منزل بلی ☐ خیر ☐
 - ۵- آیا در گذشته برای شما حادثه‌ای اتفاق افتاده است که اکنون از به خاطر آوردن آن دچار ترس شوید یا راجع به آن کابوس ببینید؟ ☐ بلی ☐ خیر
 - ۶- آیا احساس غمگینی، اندوه و ناامیدی می‌کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر
 - ۷- آیا بیش از حد احساس شادی، نشاط، انرژی و هیجان می‌کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر
 - ۸- آیا کودک شما بیش از اندازه پر انرژی و فعال است و مدام جست و خیز می‌کند؟ ☐ بلی ☐ خیر
 - ۹- آیا کودک شما هیچیک از حالات ذیل را دارد؟
آزار حیوانات، تخریب وسایل، سرقت، فریبکاری، دروغگویی، فرار از مدرسه یا منزل، آتش افروزی، زورگویی، کتک کاری، ناخن جویدن، عدم کنترل ادرار و مدفوع، ناخن جویدن، لکنت زبان ☐ بلی ☐ خیر
 - ۱۰- آیا کودک شما گوشه گیر است و قادر نیست ارتباط اجتماعی خوبی با اعضاء خانواده و دیگران برقرار کند؟ ☐ بلی ☐ خیر
 - ۱۱- آیا در ۶ ماهه گذشته کودک در مهارت‌های تحصیلی نوشتن، خواندن و ریاضی دچار مشکل بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

در صورت پاسخ بلی به هرکدام از موارد فوق ارجاع به پزشک صورت گیرد*.

* برای غربالگری در مورد کودکان زیر شش سال به بررسی سیر تکامل کودک در حیطه‌های مختلف رشد در بسته کودک ناخوش مراجعه شود.

سؤالات غربالگری صرع

پرسشگر گرامی، برای غربالگری بیماری صرع سؤالات ذیل را از مراجعین (کودک یا بزرگسال) یا همراه وی بپرسید:

- ۱- آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاه خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد. بلی ☐ خیر ☐
- ۲- در کودکان سنین مدرسه سؤال می‌شود که آیا گاهی اوقات مات زده شده به گونه‌ای که چند لحظه‌ای به جایی خیره می‌شود، لب‌ها یا زبانش را به حالت غیرارادی حرکت داده یا می‌لیسد. بلی ☐ خیر ☐
- ۳- کودکی که به دنبال تب شدید دچار تشنج می‌شود (۶ ماهگی تا ۶ سالگی) بلی ☐ خیر ☐

در صورت پاسخ بلی به هر کدام از موارد فوق فرد به پزشک ارجاع داده می‌شود.

سؤالات غربالگری معلولیت ذهنی*

- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد. بلی ☐ خیر ☐
- قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. بلی ☐ خیر ☐، به پزشک
- نمی‌تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند. بلی ☐ خیر ☐
- توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد. بلی ☐ خیر ☐
- بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است. بلی ☐ خیر ☐

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد فوق برای بررسی معلولیت ذهنی، به پزشک ارجاع شود (برای کودکان زیر ۶ سال به بررسی سیر تکامل کودک در حیطه‌های مختلف رشد در بسته کودک ناخوش مراجعه شود).

غربالگری اولیه درگیری با الکل، سیگار و مواد

مقدمه سؤالات غربالگری در حوزه اعتیاد

در این بخش می‌خواهم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف سیگار، الکل و مواد در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسم. این مواد را می‌توان به صورت تدخینی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد (کارت مواد را نشان دهید). این ارزیابی برای تمام مراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی انجام می‌شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است. برخی از مواد فهرست‌شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. اما، اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه‌شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید.

گرچه می‌خواهیم درباره مصرف مواد غیرمجاز مختلف توسط شما بدانیم، به شما اطمینان می‌دهیم اطلاعاتی که در این مورد به ما می‌دهید، کاملاً محرمانه خواهد بود. پاسخ‌گویی باز و صادقانه به این پرسش‌ها در ارایه خدمات مورد نیاز به ما کمک می‌کند، اما در صورت عدم تمایل می‌توانید به پرسش‌ها پاسخ ندهید.

تاریخ تکمیل فرم:

منبع شرح حال: ☐ خود فرد ☐ اعضای خانواده ☐ سایر ☐ مشخص کنید:

پرسش ۱- الف- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)			عدم تمایل به پاسخگویی			پرسش ۱- صورت پاسخ مثبت به هر یک: <u>درسه ماه اخیر</u> چطور؟	عدم تمایل به پاسخگویی	
خیر	بله		بله	خیر			بله	خیر

مقدمه را برای مراجع بخوانید.

➤ پیش از شروع پرسش‌گری برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید که در این بخش می‌خواهید پرسش‌های درباره مصرف سیگار، الکل و مواد بپرسید.

➤ به خدمت‌گیرنده یادآور شوید این خدمت به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.

➤ برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «برخی از مواد فهرست‌شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد

(مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. اما، اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه‌شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید.»

- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید.
- به خدمت گیرنده توضیح دهید پاسخ‌گویی باز و صادقانه به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند هر چند مراجعه‌کننده می‌تواند در صورت عدم تمایل به این پرسش‌ها پاسخ ندهد.

پرسش الف

- پرسش الف را برای تمام گروه‌های مواد پیش‌بینی شده در جدول بپرسید.
- در صورتی که نام خیابانی مواد مورد استفاده در منطقه شما با مثال‌های ارایه شده در جدول متفاوت باشد، شما می‌توانید با هماهنگی با اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مثال‌های متناسب با منطقه خود را به جدول اضافه فرمایید.
- در صورت پاسخ منفی به تمام مواد بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»
- در صورتی که باز هم پاسخ منفی بود از مراجع تشکر نموده و بازخورد متناسب ارایه فرمایید.

پرسش اب

- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از گروه‌های مواد در پرسش الف، پرسش اب را بپرسید.
- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد، از مراجع تشکر نموده و او را برای غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان یا پزشک مرکز ارجاع دهید.
- در صورت پاسخ منفی به تمام موارد، از مراجع تشکر نموده و بازخورد متناسب ارایه دهید.

دستیابی به پاسخ‌ها صحیح در غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد نیاز به زمان و ایجاد ارتباط مؤثر و اعتماد بین جمعیت تحت پوشش و کارشناس مراقب سلامت دارد. برای آشنایی با مهارت‌های ارتباط مؤثر فصل ۴ را ببینید.

هدف اولیه در شروع غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد دستیابی به پاسخ‌های صحیح و دقیق نبوده، بلکه انتقال این پیام به مراجعان است که مصرف مواد پیامدهای منفی جدی بر سلامت آنها داشته و نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به آن حساس بوده و آمادگی دارد در این ارتباط به ایشان کمک نماید.

غربالگری اولیه در مشکلات مربوط به حوزه سلامت اجتماعی

مقدمه دستورالعمل غربالگری در حوزه سلامت اجتماعی:

- قبل از پرسشگری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه اطلاعات شخصی شما بپرسم.»
- برای خدمت گیرنده توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری بررسی اطلاعات شخصی مراجعین است. این اطلاعات عمومی بوده و برای ارایه خدمات مناسب به افراد تهیه شده است.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»

➤ به خدمت گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می شود.»

➤ به خدمت گیرنده توضیح دهید: «پاسخ گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارزیابی خدمات مورد نیاز کمک می کند.»

در غربالگری افراد با توجه به اطلاعات بدست آمده می توان نتیجه گرفت که فرد از نظر عوامل خطر مشکلات اجتماعی، غربال مثبت است و یا به عبارتی در معرض خطر مشکلات اجتماعی قرار دارد و نیاز است که جهت بررسی بیشتر و در صورت نیاز دریافت خدمت به کارشناس سلامت روان یا در مواردی به پزشک مرکز سلامت جامعه ارجاع گردد.

موارد ذیل به عنوان افراد در معرض خطر مشکلات اجتماعی در نظر گرفته می شوند:

➤ درآمد خانواده فرد مورد مصاحبه کمتر از حداقل درآمد تعیین شده توسط سازمان تأمین اجتماعی کشور در آن سال باشد.

➤ فرد مصاحبه شونده مبتلا به یکی از معلولیت های روانی (اختلال روانپزشکی شدید و مزمن) و یا یکی از معلولیت های جسمی باشد.

➤ فرد به دلیل از کارافتادگی شغل خود را از دست داده باشد.

➤ فرد تحت پوشش یکی از سازمان های حمایتی آیتام ۷ باشد.

➤ هر کدام از موارد ذکر شده در آیتام ۱۰ وجود داشته باشد.

۱	جنس: ☐ مرد ☐ زن
۲	وضعیت تاهل: ☐ مجرد ☐ متاهل ☐ متارکه ☐ طلاق گرفته ☐ همسر فوت شده ☐
۳	گروه سنی: ☐ زیر ۱۸ سال ☐ ۱۹-۲۹ ☐ ۳۰-۴۵ ☐ ۴۶-۶۵ ☐ ۶۶ به بالا ☐
۴	سطح تحصیلات: ☐ بی سواد ☐ ابتدایی ☐ دبیرستان ☐ دیپلم ☐ لیسانس ☐ بالاتر از لیسانس ☐
۵	وضعیت اشتغال: ☐ شاغل ☐ خانه دار ☐ محصل ☐ دانشجو ☐ بازنشسته ☐ بیکار ☐ از کار افتاده ☐
۶	میزان درآمد: ☐ زیر یک میلیون تومان ☐ زیر دو میلیون تومان ☐ زیر ۳ میلیون تومان ☐ ۳ میلیون تومان به بالا ☐
۷	تحت پوشش سازمانهای: ☐ کمیته امداد امام(ره) ☐ سایر سازمانهای حمایتی ☐ بهزیستی ☐
۸	تعداد فرزندان: ☐ بدون فرزند ☐ ۱ فرزند ☐ ۲ فرزند ☐ ۳ فرزند ☐ بالای ۳ فرزند ☐

۹	وضعیت مسکن : ۱- ملک شخصی ☐ ۲- استیجاری ☐ ۳- ملک غیر شخصی و غیر استیجاری ☐
۱۰ *	کدامیک از موارد زیر در مورد شما صادق است: بیکاری خود فرد یا سرپرست خانوار ☐ اخراج از کار خود فرد یا سرپرست خانوار ☐ ترک تحصیل ☐ اشتغال به کار اجباری در کودک (کودک کار) ☐ خشونت و آزار از طرف همسر ☐ اعمال خشونت نسبت به شما در خانواده ☐ طلاق یا جدایی ☐ سابقه زندان در خانواده ☐ ورشکستگی فرد یا خانوار فعلی ☐ اعتیاد در خود فرد یا خانواده درجه اول ☐

* آیتم‌های «بیکاری» و «اخراج از کار و ورشکستگی» در مورد افرادی دارای اهمیت است که در سنین بزرگسالی هستند.

* آیتم‌های «ترک تحصیل» و «اعمال خشونت نسبت به شما در خانواده» در افرادی دارای اهمیت است که در سنین کودکی یا نوجوانی هستند.

بیماریابی بر اساس شناسنامه سلامت دانش آموزی



با توجه به تداوم رفتارها و عوامل خطرزای مرتبط با بیماری‌ها از دوران کودکی و نوجوانی تا سنین بزرگسالی، تدوین یک نظام مراقبت در سنین کودکی و نوجوانی می‌تواند داده‌های مبتنی بر شواهد را در اختیار مسئولین و سیاستمداران در امر بهداشت و سلامت قرار دهد. این نظام همچنین قادر خواهد بود روند رفتارها و عوامل خطرزا را در طول زمان ثبت نماید و زمینه‌ای برای فعالیت‌های جهت‌دار پیشگیری ابتدایی و اولیه از بیماری‌های سنین بزرگسالی به ویژه بیماری‌های غیرواگیر در سطح کشور فراهم آورد. از آنجایی که بسیاری از رفتارهای تأثیرگذار بر سلامت و سبک

زندگی در سنین کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرد این سنین بهترین فرصت ممکن برای سرمایه‌گذاری سلامت در جهت بهبود و رشد شاخص‌های سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی است.

با توجه به روند رو به فزونی بسیاری از رفتارهای پرخطر در میان کودکان و نوجوانان مانند افزایش گرایش به قلیان و سیگار و کاهش سن مصرف، روش‌های ناکارآمد برای مقابله با هیجانات و کنترل بروز احساسات، در صورت ابتلا به برخی از مشکلات روان‌شناختی و مصرف مواد، شناسایی به موقع امکان درمان مؤثر را فراهم کرده و از مزمن شدن اختلال و عوارض آن برای دانش آموزان و خانواده‌ها کاسته می‌شود.

طرح تحول نظام سلامت در برنامه‌های بهداشتی در مسیر طراحی نظامی پویا و کارآمد با غربال‌گری به هنگام مشکلات، سرمایه‌گذاری ویژه‌ای برای بیماریابی در گروه سنی کودک و نوجوان انجام می‌دهد که شناسایی اختلالات روان‌پزشکی و مصرف مواد همچنین عوامل خطر مشکلات اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین اولویت‌ها در این برنامه خواهد بود.

در روند تحقق این مسیر کارشناس مراقب سلامت خانواده در کنار بیماریابی اولیه در فراخوان عمومی، همگام با طرح مدارس مروج سلامت و به کمک ابزار شناسایی «شناسنامه سلامت دانش آموزی» بر اساس دستورالعمل بسته خدمت گروه سلامت خانواده، موارد غربال‌گری شده را بر طبق فرآیند ارجاع و بر حسب شناسایی نوع مشکل، به پزشک و کارشناس سلامت روان ارجاع خواهد داد.

از نکات مهم در پیگیری و ارجاع موارد شناسایی شده بر اساس شناسنامه سلامت، ارجاع دانش‌آموز و والدین آنها به کارشناس سلامت روان و یا پزشک مرکز برای دریافت خدمات می‌باشد.

نمونه‌ای دیگر از سئوالات بیماریابی اختلالات روان‌پزشکی برای کارشناس مراقب سلامت خانواده جهت مطالعه

بیشتر

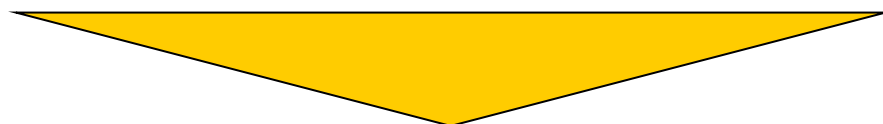
بله	خیر	علائم اختلالات
		فردی که هر چند وقت یکبار در بیداری یا خواب دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده، دست و پا می‌زند و کف از دهانش خارج می‌شود.
		کودکی که در سن مدرسه گاهی مات زده شده و چند لحظه به جایی خیره می‌شود، لب و زبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می‌لیسد.
		کودکی که به دنبال تب شدید دچار تشنج می‌شود.
		کودک در ۴ تا ۵ ماهگی گردن نمی‌گیرد، در ۱۰ تا ۱۲ ماهگی نمی‌نشیند، در ۱ تا ۱/۵ سالگی راه نمی‌رود، در ۲ تا ۳ سالگی حرف نمی‌زند، در ۳ تا ۴ سالگی جای خود را شبها خیس می‌کند.
		دانش آموزی که از نظر درسی از همه ضعیف تر است، مرتب مردود می‌شود و یا از مدرسه اخراج شده است، مشکلات بند ۴ را هم داشته است.
		فرد بزرگسالی که رفتار کودکانه دارد، هوش او کمتر از دیگران است، شغل ندارد، قادر به یادگیری کار جدیدی نیست، مشکلات بندهای ۴ و ۵ را داشته است.
		فردی که توهم و هذیان و گفتار غیر منطقی دارد، صداهایی را می‌شنود که دیگران نمی‌شنوند، چیزهایی را می‌بیند که دیگران نمی‌بینند، سوء ظن دارد، فکر می‌کند دیگران می‌خواهند او را بکشند یا همسرش دارد به او خیانت می‌کند (برای این افکار هیچ گونه شواهدی موجود نیست)، رفتارهای عجیب و غریب دارد، شکلک در می‌آورد، به درو دیوار خیره می‌شود، با خودش حرف می‌زند یا می‌خندد.
		فردی که خیلی غمگین و بی حوصله است، تنهایی را دوست دارد، گریه می‌کند، مشکلات خواب و اشتها دارد، گاهی اوقات نمی‌تواند کارهایش را انجام دهد، افت تحصیلی دارد، از مدرسه غیبت می‌کند.
		از زندگی ناامید است، افکار خودکشی دارد یا به خودکشی اقدام می‌کند.
		فردی که بدون دلیل خوشحال و پرحرف و پرتحرک است، بی خوابی شدید دارد، کارهای زیاد بی هدفی انجام می‌دهد، هیچوقت از بی خوابی و پر کاری خسته نمی‌شود، خود را مهم می‌داند، مدام آواز و شعر می‌خواند، خیلی زود عصبانی یا خندان یا گریان می‌شود.
		فردی که اضطراب دارد و بیقرار است.
		فردی که عصبی و پرخاشگر است.
		فردی که وسواس دارد.
		فردی که بدون وجود بیماری جسمی دچار دردهای پراکنده بدنی است.
بله	خیر	علائم اختلالات
		به طور مداوم و بی دلیل دچار تشویش، دلهره و نگرانی می‌شود؟
		از موارد زیر دچار احساس ترس و وحشت می‌شود:
		تاریکی، ارتفاع، آب، حیوانات، مکان‌های بسته، صحبت کردن در جمع
		در موارد ذیل دست به اعمال تکراری می‌زنید و آنها را با وسواس و حساسیت زیاد انجام می‌دهد:
		نظافت و شستشو، شمارش اعداد و وسایل، مرتب کردن وسایل و نظم دادن به آنها، چک کردن بسته بودن شیر گاز و درب منزل
		قبلاً دچار حادثه‌ای شده است که اکنون از یادآوری صحنه‌های آن دچار وحشت می‌شود یا راجع

		به آن کابوس می بینند؟
		به دردها، مشکلات و بیماری های جسمانی مبتلا است که پزشکان علت جسمی برای آن نیافته اند و علت آن را عصبی می دانند؟
		احساس غمگینی، اندوه و ناامیدی می کند؟ زیاد گریه می کند؟
		گوشه گیر است و با کسی ارتباط برقرار نمی کند؟
		بی دلیل و بیش از حد خوشحال است؟ زیاد حرف می زند و زیاد می خندد؟
		عصبی و پرخاشگر است؟
		به خودکشی فکر می کند؟
		قبلاً به خودکشی اقدام کرده است؟
		دست به رفتارهای خشونت آمیز می زند که موجب آسیب به خود یا آسیب به دیگران می شود؟
		با خودش حرف می زند؟
		صداهایی را می شنود که دیگران نمی شنوند یا چیزهایی را می بیند که دیگران نمی بینند؟
		معتقد است که دیگران او را تعقیب می کنند و قصد کشتن او و یا آسیب رساندن به او را دارند؟
		معتقد است که رئیس جمهور، امام، پیغمبر یا شخص مهمی است؟
		قبلاً به خودکشی اقدام کرده است؟
		دست به رفتارهای خشونت آمیز می زند که موجب آسیب به خود یا آسیب به دیگر می شود؟
بله	خیر	علائم اختلالات
		قادر نیست امور شخصی خود را انجام دهد؟ (غذا خوردن، نظافت کردن خود، لباس عوض کردن و ...)
		تا کنون دچار حمله تشنج شده است که به دنبال آن غش کند و بیهوش شود (حمله صرع)؟
		تا کنون پیش آمده که فرزند خردسال برای چند لحظه حالت بهت زدگی داشته باشد و به یک نقطه خیره بماند و هشیاری خود را در آن لحظات از دست بدهد؟
		فرزند خردسال از نظر مراحل رشد (سینه خیز رفتن، چهار دست و پا رفتن، راه رفتن، حرف زدن) مطابق با سن خود و مانند همسالان خود است؟
		فرزند خانواده بیش از اندازه پرنرژی و فعال است و مدام جست و خیز می کند؟
		فرزند خانواده کارهای زیر را انجام می دهد: آزار حیوانات، تخریب وسایل، دزدی، دروغگویی، فرار از مدرسه یا منزل، آتش افروزی، زورگویی، کتک کاری، پرخاشگری و خشونت، ناخن جویدن
		فرزند شما لکنت زبان یا تیک دارد؟
		فرزند خانواده (بعد از سن ۳ سالگی) ادار و مدفوع خود را کنترل می کند؟

خلاصه فصل

گروه‌های هدف در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد عبارتند از: مبتلایان به اختلالات روانپزشکی و مصرف مواد، خانواده‌ها و افراد در معرض عوامل خطر مشکلات اجتماعی، خانواده بیماران و در پاره‌ای از موارد عموم جامعه که باید کلیه خدمات لازم به این گروه‌ها ارائه شود در این میان گروه‌های آسیب‌پذیر افرادی هستند که به دلیل مشکلات فردی، خانوادگی و اقتصادی بیشتر از سایر افراد مستعد ابتلاء به اختلال و مشکلات این حوزه می‌باشند و توان مقابله آنها با استرس‌های روزمره زندگی شان کمتر است. همچنین برخی از گروه‌های سنی مانند کودکان و نوجوانان و سالمندان و یا دوره‌هایی از زندگی مانند مادران باردار و شیرده گروه‌های ویژه هدف به شمار می‌آیند. کارشناس مراقب سلامت خانواده باید بر اساس فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و فرم‌های جمعیت شناختی، افراد مشکوک را شناسایی کنند و آنها را بر حسب نوع موارد تشخیص داده شده به پزشک و یا کارشناس سلامت روان در مرکز سلامت جامعه ارجاع دهند. نظام بیماریابی و ارجاع بیماران نشان‌دهنده مراحل مختلف ارائه خدمات توسط تیم سلامت در سطوح مختلف مراقبت‌های بهداشتی اولیه است.

فصل چهارم



**برقراری ارتباط با گروه‌های هدف
در برنامه‌های حوزه سلامت روانی،
اجتماعی و اعتیاد**

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- ❖ تعریف ارتباط را بیان نمایید.
- ❖ نتایج حاصل از ارتباط مؤثر و ارتباط نامؤثر را نام ببرید.
- ❖ اهداف گوش دادن فعال را برشمارید.
- ❖ اصول کارآمد سازی ارتباط را توضیح دهید.
- ❖ با موانع ارتباط مؤثر آشنا گردید.

عناوین فصل

- ❖ مقدمه
- ❖ برقراری ارتباط برای ارتقاء سلامت
- ❖ طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای ارائه خدمات حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ❖ تعریف ارتباط
- ❖ عناصر اصلی ارتباط
- ❖ گوش دادن فعال
- ❖ توصیه‌هایی برای کارآمدتر کردن ارتباط کلامی
- ❖ موانع برقراری ارتباط مؤثر

مقدمه



برقراری ارتباط در برنامه‌های سلامت به مفهوم به کارگیری راهکارهایی به منظور آگاه سازی و تاثیر بر تصمیمات فرد و جامعه برای ارتقاء سلامت است. در دهه‌های اخیر فضای پیچیده تبادل اطلاعات دچار تغییرات چشم گیری شده است. علاوه بر این، مسائل و معضلات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، شکل‌هایی کاملاً متفاوت به خود گرفته‌اند. در این شرایط در برقراری ارتباط

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

برقراری ارتباط برای ارتقاء سلامت

ارتقای سلامت مستلزم توانمندسازی فردی و اجتماعی و یا به تعبیر زیمرمن "توانمند سازی شناختی" است.

توانمندسازی شناختی مجموعه‌ای از باورها و رفتارهایی است که افراد می‌توانند بر اساس آنها بر محیط زندگی خود تأثیر بگذارند

بنابراین توانمندسازی فردی برای بهبود وضعیت سلامت کافی شمرده نمی‌شود. توانمندسازی اجتماعی و تعامل جمعی برای رسیدن به این هدف از اهمیت اساسی برخوردار است. توانمندی اجتماعی که براساس تفاهم افراد شکل می‌گیرد، مستلزم ایجاد مهارت‌هایی برای افزایش و بهبود کیفیت ارتباط متقابل افراد است. مهارت‌هایی مثل: برقراری روابط مؤثر، مهارت مذاکره و خود ابرازی که همگی موجب بهبود تعامل اجتماعی افراد می‌شود. به طور کلی شرکت در اقدام‌های جمعی موجب تقویت توانمندی اجتماعی و روان شناختی می‌گردد.

طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای ارائه خدمات حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

حال که دریافتیم سلامت روانی و اجتماعی موضوعی برای تمامی افراد جامعه با هر ویژگی است باید به نکته‌ای دیگر در زمینه ارائه خدمات توجه نماییم. این موضوع طبقه‌بندی افراد با نیازهای مشابه برای دریافت خدمات معین است. در اغلب موارد درک نیاز به خدمات از طریق مشاوره با افراد صورت می‌پذیرد. با این وجود همواره افرادی خاص از جامعه که تحت شرایط ویژه‌ای زندگی می‌کنند در معرض مخاطرات سلامت بوده و به خدمات تقریباً یکسانی نیاز دارند. رویکردهای مختلفی برای طبقه‌بندی گروه‌های هدف برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد می‌توان پیدا کرد؛ اما آنچه که در این کتاب مورد تاکید قرار می‌گیرد انتخاب گروه‌های هدف بر دو مبناست. مبنای نخست، طبقه‌بندی گروه‌های هدف براساس اختلالات شایع روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی است. این رویکرد در محتوای اصلی فصل ۵ مورد اشاره قرار گرفته است و شامل طبقه‌بندی افراد در گروه‌هایی نظیر مبتلایان به افسردگی و اضطراب، اختلالات دو قطبی، انواع اختلالات مصرف مواد و مشکلات اجتماعی است. مبنای دوم، انتخاب گروه‌های هدف براساس گروه‌های سنی است. در این رویکرد، گروه‌های سنی واجد قرار گرفتن در

دسته‌های افراد در معرض مخاطرات و بیماری‌های خاص تلقی می‌شوند. این رویکرد برای ارائه بسته‌ای از خدمات ادغام یافته مختلف به یک حیطه سنی همواره مورد نظر ارائه‌دهندگان خدمات است.

طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای برنامه حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد بدان لحاظ ارزشمند است که به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت این امکان را می‌دهد که با حجم کمتری از فعالیت و پی‌گیری‌ها و با رویکردی نظام دار واجدین شرایط برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را شناسایی نموده و آنها را تحت پوشش خدمات قرار دهند.

بدین منظور جداول و دستورالعمل‌های مشخصی طراحی شده است که با استفاده از آنها می‌توان این اقدام را به صورتی سازمان دهی شده و کارآمد انجام داد.

مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط

ارتباط از مولفه‌های اصلی زندگی اجتماعی است. مهارت برقراری ارتباط مؤثر یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روابط بین فردی است .

تعریف ارتباط

ارتباط عبارت است از فرایند ارسال و دریافت پیام



ارتباط مؤثر :

- تنها وسیله‌ی انتقال اطلاعات بین افراد می‌باشد.
- تنها راه نشان دادن احساسات به دیگران است.
- بهترین راه تصحیح سوء تفاهم‌ها است.
- پیش شرط هر نوع آموزش مؤثر و در نتیجه لازمه‌ی رشد یک اجتماع است

یک ارتباط نامؤثر :

- ❏ باعث ایجاد سوء تفاهم می‌شود.
- ❏ منجر به نارضایتی، احساس تنهایی و تعارض در افراد خانواده و جامعه می‌گردد .
- ❏ در طول زمان می‌تواند اعتماد به نفس فرد را مختل کند و احساس درماندگی و در نتیجه آسیب‌های روان و اجتماعی ایجاد نماید .
- ❏ توانایی فرد برای مقابله با مشکلات زندگی را کاهش بدهد.

عناصر اصلی ارتباط (کلامی و غیر کلامی)

ارتباط وجوه مختلفی دارد. به طور ضمنی اشاره شد که ارتباط متضمن دو عنصر اصلی است. این دو عنصر عبارتند از عناصر کلامی و عناصر غیر کلامی ارتباط.

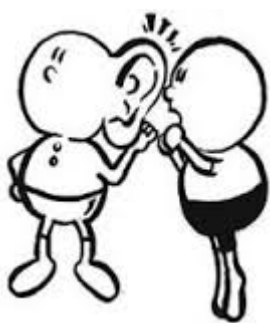
عناصر کلامی ارتباط شامل آن وجهی از ارتباط است که اختصاصاً به محتوای کلامی و فرایند بیان کلامی مربوط می‌گردد.

منظور از محتوای کلام، آن چیزی است که بر زبان می‌آوریم. برای مثال جذاب بودن محتوای کلام، تهدید آمیز نبودن آن، شور برانگیز بودن موضوع صحبت، غم افزا نبودن نظایر آن، باعث تسهیل ارتباط می‌گردد. توجه به ابعاد فرهنگی و حتی خرده فرهنگی در محتوای کلام یکی از مهم‌ترین عوامل در افزایش کارآمدی ارتباط می‌باشد .

فرایند برقراری ارتباط کلامی شامل چگونگی شروع صحبت، نحوه جمله بندی، زمان بندی ارتباط کلامی، ملاحظات موقعیتی و بلاخره چگونگی جمع بندی و ختم ارتباط می‌باشد.

عناصر غیر کلامی ارتباط شامل آن وجهی از ارتباط هستند که اختصاصاً به جنبه‌هایی غیر از محتوای کلامی و فرایند بیان کلامی مربوط می‌گردند. در این مقوله می‌توان به تن صدا، آهنگ صدا، تماس چشمی، حالات چهره‌ای و حرکات بدنی، یعنی آنچه که عناصر غیر کلامی ارتباط می‌نامیم نیز استفاده می‌کنند.

گوش دادن فعال



شنیدن و گوش دادن دو مقوله متفاوت هستند. شنیدن عمل ادراک اصوات می‌باشد. این عمل غیرارادی بوده و فقط به دریافت محرک شنیداری اطلاق می‌گردد.

گوش دادن فعالیتی انتخابی است که شامل دریافت و تفسیر محرک‌های شنیداری می‌باشد. این عمل رمزگردانی اصوات به معانی را نیز در بر دارد .

گوش دادن به دو طبقه اصلی تقسیم می‌شود : گوش دادن فعال و گوش دادن غیر فعال. گوش دادن غیرفعال از نظر کیفیت، کمی بالاتر از شنیدن است و زمانی رخ می‌دهد که گیرنده پیام، انگیزه زیادی برای

گوش دادن دقیق ندارد. گوش دادن به موسیقی، تلویزیون، گوش دادن از روی ادب، نمونه‌هایی از گوش دادن غیرفعال هستند. از آنجا که در گوش دادن غیرفعال تنها بخشی از ذهن ما درگیر توجه کردن می‌باشد، لذا هنگام گوش دادن به دیگران، احتمال پرت شدن حواس (یعنی تفکر در مورد چیزهای دیگری غیر از موضوع اصلی) وجود دارد. بهترین راه برای حل این مشکل، گوش دادن فعال یعنی گوش دادن هدفمند می‌باشد. بنابراین گوش دادن فعال را می‌توان گوش دادن هدفمند معرفی کرد. اهداف گوش دادن فعال عبارتند از :

❏ کسب اطلاعات

➤ گرفتن راهنمایی

➤ درک راهنمایی

➤ درک دیگران

➤ حل مشکلات

➤ فهمیدن احساسات دیگران

➤ حمایت عاطفی دیگران

روش‌های مؤثر برای گوش دادن فعال شامل : توجه به فرد مقابل، پرسیدن سؤال، بازخورد دادن، بازگو کردن و خلاصه سازی می‌باشد.

برای گوش دادن فعال شنونده باید پیام‌های مختلف را شنیده، معانی را درک کرده و سپس با ارائه بازخود مطمئن گردد که برداشت وی صحیح بوده است.

توصیه‌هایی برای کارآمد تر کردن ارتباط کلامی

هنگام صحبت کردن :

➤ مطمئن شوید که شنونده فرصت سؤال کردن یا اظهار نظر کردن را دارد.

➤ سعی کنید خود را جای شنونده قرار دهید و احساسات او را در نظر بگیرید.

➤ آنچه را می‌خواهید بگویید، واضح بیان کنید .

➤ به شنونده نگاه کنید .

➤ مطمئن شوید که آنچه می‌گویید با تن صدا و زبان بدنی شما هماهنگی دارد.

➤ تن و آهنگ صدای خود را تغییر دهید.

➤ مبهم صحبت نکرده و بیان جزئیات زیاد موضوع را پیچیده نکنید.

➤ از دیدن علایم آشفتگی در شنونده غفلت نکنید.



هنگام گوش دادن :

- سوال بپرسید تا کاملاً متوجه شوید که موضوع چیست.
- موضوعات را آن طوری که فهمیده اید خلاصه کنید.
- گوش کنید و از قضاوت درباره آنچه که گوینده می گوید پرهیز کنید.

موانع ارتباط مؤثر

تا کنون درباره چیزهایی صحبت کردیم که می توانند موجب برقراری ارتباط مؤثر شوند. در این قسمت توجه شما را به موانعی جلب می کنیم که راه های ارتباط را بسته و مانع از برقراری ارتباط مؤثر می شوند. برخی از پیام ها مانع از برقراری ارتباط مؤثر می شوند. این نوع پیام ها در زیر ذکر شده اند :

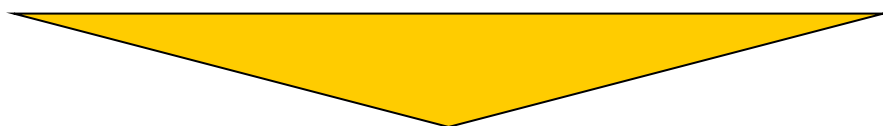


- دستور دادن، هدایت کردن، ابلاغ کردن
- اخطار، تهدید، هشدار دادن
- موعظه و نصیحت
- توصیه، پیشنهاد یا راه حل ارائه دادن
- وادارسازی از طریق استدلال، سخنرانی یا بحث کردن
- قضاوت کردن، انتقاد کردن، مخالفت کردن و مقصر شمردن دیگران
- اسم روی هم گذاشتن، مسخره کردن و تحقیر کردن
- تفسیر، تحلیل و تشخیص پزشکی و روانشناسی روی هم دیگر گذاشتن
- وارسی، بازجویی و بازپرسی
- پرت کردن حواس، عوض کردن صحبت و گول زدن

خلاصه فصل

برقراری ارتباط با هدف ترغیب افراد و گروه های هدف برای ورود به برنامه ها و مشارکت فعال و همه جانبه آنها در برنامه ها صورت می گیرد. به منظور برقراری ارتباط در برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد باید مهارت برقراری ارتباط مؤثر را آموخت. کسب این مهارت ها نیازمند برخورداری از دانش و نگرش های لازم در این زمینه است؛ اما برخورداری از این مهارت نیازمند تمرکز، تمرین مکرر و تجربه با بهره گیری از شیوه های علمی است.

فصل پنجم



مروری بر اختلالات شایع روانپریشکی، مصرف مواد و برخی از مشکلات اجتماعی

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

- ۱- اختلالات و مشکلات شایع حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را نام ببرید.
- ۲- علایم و نشانه‌های شایع و مهم هر اختلال یا مشکل را نام ببرید.
- ۳- تعریف و توصیفی از هر یک از اختلالات و مشکلات شایع بیان کنید.
- ۴- گروه‌های در معرض خطر و عوامل مؤثر در پیدایش اختلالات و مشکلات حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را بیان کنید.
- ۵- ضرورت شناسایی و نحوه غربالگری اختلالات و مشکلات شایع را بیان کنید.
- ۶- موارد و نحوه ارجاع افراد شناسایی شده به سطوح بالاتر را بیان کنید.

عناوین فصل

- ◀ اختلالات خلقی: افسردگی
- ◀ اختلالات دوقطبی
- ◀ اورژانس‌های روانپزشکی: خودکشی
- ◀ اختلالات اضطرابی
- ◀ اختلالات سایکوتیک
- ◀ صرع
- ◀ عقب ماندگی ذهنی
- ◀ اختلالات کودکان و نوجوانان
 - اختلال بیش فعالی و کمبود توجه
 - اختلالات سلوک
 - شب ادراری
 - بی اختیاری مدفوع
- ◀ عادات خاص: شست مکیدن، ناخن جویدن،
- ◀ اختلالات مصرف مواد
 - مواد افیونی
 - مواد محرک
 - الکل
 - سایر مواد
- ◀ مصرف مواد در بارداری
- ◀ کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد
- ◀ خشونت خانگی
- ◀ سوء رفتار با کودک

اختلالات خلقی:

اختلالات خلقی به طور کلی به دو گروه عمده اختلالات افسردگی و اختلالات دوقطبی تقسیم می‌گردند. در اختلالات افسردگی در مدت زمانی که چند هفته یا چند ماه طول می‌کشد، فرد از لحاظ هیجانی و خلقی بیش از حد غمگین، بی‌علاقه و ناامید است. در اختلالات دوقطبی فرد علاوه بر دوره‌هایی از افسردگی دوره‌هایی به نام مانیا را نیز تجربه می‌کند در حالت مانیا فرد در مدت زمانی که ممکن است چند روز (حداقل ۷ روز) تا چند هفته طول بکشد بیش از حد سرخوش، شاد، پرانرژی یا تحریک‌پذیر است. توجه: بیماری که حداقل یک دوره مانیا را تجربه کرده است هر چند در حال حاضر در حالت افسردگی باشد همچنان مبتلا به اختلال دوقطبی محسوب می‌شود.

افسردگی:

مقدمه و تعاریف:

افسردگی اختلال شایعی است. از نشانه‌های مهم و کلیدی آن خلق و روحیه افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها و یا بی‌علاقگی و بی‌لذتی در تقریباً اکثر فعالیت‌های روزمره است. شخصی که دچار افسردگی بیمارگونه می‌شود، احساس غمگینی و بی‌حوصلگی می‌کند و اغلب کاهش واضح علاقه مندی و لذت بردن از همه یا تقریباً همه فعالیت‌ها را در اغلب روزها گزارش می‌کند. بیمار ممکن است بگوید احساس اندوه، ناامیدی یا بی‌ارزشی می‌کند. کاهش انرژی و خستگی اغلب موجب می‌شود که بیماران نتوانند وظایف و کارهای خود را به خوبی گذشته انجام دهند. در موارد شدیدتر افکار آزار دهنده‌ای چون احساس گناه، تنفر از زندگی، آرزوی مرگ و گاه افکار مربوط به خودکشی در این بیماران مشاهده می‌گردد. افسردگی معمولاً به دنبال استرس‌های بیرونی مانند نبود حمایت اجتماعی مناسب، بیکاری، وجود کشمکش‌های مداوم و تنش‌زا در زندگی فعلی و خانوادگی آشکار می‌شود.

نشانه‌های افسردگی:

بیماران مبتلا به افسردگی، علاوه بر خلق افسرده، دچار کاهش انرژی و علائق و بی‌حوصلگی نیز می‌گردند. علائم دیگر افسردگی شامل: اختلال در خواب مثل کاهش یا افزایش خواب، اختلال در اشتها مثل پرخوری یا کم‌خوری، اختلال در حافظه و تمرکز، اختلال عملکرد جنسی (بی‌میلی یا ناتوانی جنسی)، احساس گناه، علائم جسمی متعدد مثل سردرد، درد مفاصل و عضلات، سوزش یا درد معده و... که هیچ دلیل یا تشخیص طبی دیگری ندارند و معمولاً در مراجعه به پزشک به عنوان دردهای عصبی در نظر گرفته می‌شود.

توجه:

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

خلق افسرده: احساس غمگینی، بی‌حوصلگی، پوچی، زود گریه کردن، کاهش واضح علاقه یا لذت از امور که قبلاً مورد علاقه فرد بوده است، مثال‌ها:

◀ فردی که قبلاً از شرکت در جشن‌ها یا مهمانی‌ها لذت می‌برده، اکنون رغبت و علاقه‌ای به این گونه

- امور نشان نمی‌دهد. فرد گوشه‌گیری از جمع و تنهایی را ترجیح می‌دهد.
- ◀ فرد علاقه‌ای به انجام تفریحات مورد علاقه خود که در گذشته انجام می‌داده، نشان نمی‌دهد.
- ◀ چیزی موجب خوشحالی، نشاط و اشتیاق در فرد نمی‌شود، بازی با بچه‌ها، گردش، سفر و...

توجه: خلق افسرده در کودکان و نوجوانان ممکن است به صورت تحریک پذیری یا بی‌قراری زیاد باشد

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

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

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

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

نشانه‌های اشاره شده باید در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها وجود داشته باشد تا به عنوان نشانه‌های افسردگی در نظر گرفته شود. نشانه‌های اشاره شده باید در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها وجود داشته باشد تا به عنوان نشانه‌های افسردگی در نظر گرفته شود.

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

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

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار:

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

ارجاع بیماران:

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

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

درمان افسردگی شامل درمانهای دارویی (نظیر فلوکستین، سیتالوپرام، سرتالین نورتریپتیلین، آمی‌تریپتیلین، ایمی‌پرامین و...) و درمان‌های غیر دارویی (مشاوره، روان درمانی و...) است که توسط پزشک و در مواردی بر حسب صلاحدید پزشک توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و بر اساس راهنمای درمان اختلالات برای بیمار اجرا خواهد شد.

نشانه‌ها و علایم	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
غمگینی، بی‌علاقگی	افسردگی	افسردگی شدید (قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران)	ارجاع فوری به پزشک
احساس خستگی و کاهش انرژی			
کاهش توانایی انجام فعالیت‌های روزمره		افسردگی خفیف تا متوسط (عدم وجود قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران)	ارجاع غیر فوری به پزشک
احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه			
کاهش یا افزایش خواب			
افزایش یا کاهش اشتها			

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

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

مراقبت و پیگیری بیماران توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده:

افرادی که در غربالگری کارشناس مراقب سلامت خانواده مشکوک به بیماری روانپریشی شناسایی شده‌اند پس از ارجاع به پزشک (پزشک خانواده)، تشکیل پرونده و تایید تشخیص تحت درمان، مراقبت و پی‌گیری قرار می‌گیرند.

در مواردی که علائم از شدت کمتری برخوردار هستند و قصد خودکشی نیز وجود نداشته است، به صورت ماهانه توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده پی گیری و مراقبت انجام خواهد شد. در موارد شدید پی گیری هفتگی در ماه اول توصیه می‌شود.

مواردی که باید در پیگیری بیماران افسرده توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده اجرا شود:

- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تأکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پی گیری
- پی گیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک،
- پی گیری علائم افسردگی: غمگینی، کاهش انرژی، خستگی، مشکلات خواب و اشتها
- بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک (عوارض شایع: تهوع، اسهال یا یبوست، سوء هاضمه، خشکی دهان، خواب آلودگی، ... که در هفته اول پس از شروع داروها ممکن است بیشتر بروز کند).
- پی گیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه)

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

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

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

نکاتی که کارشناسان مراقب سلامت خانواده باید به بیمار آموزش دهند:

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

اختلالات دوقطبی:**مقدمه و تعاریف:**

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

علل و علائم اختلالات دوقطبی:

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

سایر علائم اختلال دوقطبی (حالت مانیا):

- تحریک پذیری، عصبانیت و پرخاشگری
- پرحرفی
- بی خوابی
- ولخرجی و انجام کارهای پر خطر مثل رانندگی پر سرعت، روابط جنسی متعدد و...

توجه: همه این علائم یک دوره یک تا چند هفته‌ای باید ادامه داشته باشد و مشاهده این حالات در چند ساعت و چند روز نمی‌تواند بیماری دوقطبی تلقی شود.

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار:

کارشناسان مراقب سلامت خانواده با استفاده از فرم غربالگری فرد یا اعضاء خانوار را مورد ارزیابی قرار داده و مطابق جدول اقدامات لازم را انجام می‌دهند. چنانچه فردی اخیراً دچار سرخوشی و نشاط غیر عادی، عصبانیت و پرخاشگری بیش از حد شده است و سایر علائمی همچون بی‌خوابی شدید همراه با افزایش انرژی، پرخاشی و افزایش فعالیت‌های فرد به مدت حداقل یک هفته وجود داشته باشد و به گونه‌ای باشد که در زندگی و کارهای فرد ایجاد اختلال نموده و از نظر اطرافیان نیز پدیده‌ای عادی و همیشگی برای آن فرد تلقی نشود احتمال اختلال دوقطبی (مانیا) مطرح است در این حالت در مورد قصد یا اقدام بیمار برای آسیب به خود یا دیگران بپرسید. و در صورت احتمال خطر جدی در این مورد بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید. بیمار ممکن است همزمان دچار علائمی از توهم یا هذیان (سایکوز) نیز باشد که در این صورت باید ارجاع فوری به پزشک انجام شود.

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

۱. توهم: ادراک بدون وجود محرک (مانند شنیدن صداهایی که دیگران آنها را نمی‌شنوند و دیدن چیزهایی که دیگران آنها را نمی‌بینند).

۲. هذیان: فکر یا باور غلط که فرد به آن اعتقاد دارد و برای او قابل تردید نیست و منطبق بر زمینه تحصیلی، فرهنگی و اجتماعی او نیست؛ (مانند اینکه فرد معتقد است که یک مقام رده بالای کشوری یا جهانی است یا فکر می‌کند اشخاصی او را تعقیب می‌کنند و می‌خواهند به او صدمه بزنند).

توجه:

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

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی:



بیمار مشکوک به اختلال دوقطبی پس از ارجاع به پزشک و تایید تشخیص، ممکن است جهت بررسی‌های تکمیلی، شروع درمان یا نیاز به بستری در بخش روانپزشکی، توسط پزشک به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود. چنانچه علایم شدید نباشد و نیاز به بستری وجود نداشته باشد روانپزشک درمان دارویی با داروهایی نظیر لیتیم، سدیم والپروات، کاربامازپین و... را شروع نموده و بیمار را با پسخوراند لازم برای پی گیری مجدداً به نزد پزشک باز می‌گرداند. نوبت اول پی گیری در هفته اول پس از بازگشت از ارجاع توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده انجام می‌شود. پیگیری‌های بعدی کارشناس مراقب سلامت خانواده به صورت

اورژانس‌های روانپزشکی

خودکشی :

خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خود فرد است. اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی می‌گوییم. پدیده افکار خودکشی در بسیاری از اقشار مردم از جمله (جوانان، مردان، زنان و افراد مسن) دیده می‌شود. که عدم پیشگیری از آن می‌تواند اقدام به خودکشی را به همراه داشته باشد. خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد. خودکشی در نتیجه تعامل عوامل متعدد زیست شناختی، ژنتیک، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی، و محیطی بوجود می‌آید. توضیح این موضوع که چرا برخی افراد تصمیم به خودکشی می‌گیرند در حالی که برخی دیگر در شرایط یکسان یا حتی بدتر از آن چنین کاری نمی‌کنند مشکل است. با این حال بیشتر خودکشی‌ها قابل پیشگیری هستند. اقدام به خودکشی، نشان‌دهنده ناراحتی شدید هیجانی و یا بیماری روانپزشکی است. خودکشی و اقدام به خودکشی عواقب هیجانی شدیدی بر خانواده و دوستان دارد. برای خودکشی علل مختلفی ذکر گردیده و عوامل متعددی را در اقدام به آن مؤثر دانسته‌اند. مهم‌ترین این عوامل عبارتند از:

علل روانی: بیماری‌های روانی به ویژه افسردگی، اعتیاد، سایکوز، اختلال دوقطبی (بیماری‌های شدید روانپزشکی). علل روانشناختی مانند شکست عاطفی، تحصیلی یا هر شکست دیگر، استرس‌ها

علل جسمی: بیماری‌های جسمی مزمن (مثل سرطان، صرع، ایدز، بیماران دیالیزی).

علل اجتماعی: مثل تنها زندگی کردن، فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی و همچنین عوامل فشارزا (مانند طلاق، بیکاری، فقر، از دست دادن نزدیکان، شکست در کار یا تحصیل، ازدواج تحمیلی و اختلافات زناشویی..).

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

باورهای غلط درباره خودکشی:

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

توجه: شناسایی هر مورد فکر یا اقدام به خودکشی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده مستلزم ارزیابی دقیق و تخصصی توسط پزشک یا روانپزشک می‌باشد. بیمار پس از ارجاع به سطح تخصصی و دریافت پسخوراند از متخصص، توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و پزشک خانواده بر اساس تشخیص و اختلال زمینه‌ای پی‌گیری می‌شود.

➤ نکات کلی در برخورد با فردی که از خودکشی صحبت می‌کند:

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

پیگیری و مراقبت :

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

آیا احساس می‌کنید از زندگی کردن خسته شده‌اید؟ زندگی ارزش زنده ماندن ندارد؟
آیا احساس می‌کنید می‌خواهید به زندگی خود خاتمه دهید.

**شخص را هرچه سریعتر به پزشک ارجاع دهید.
با خانواده تماس بگیرید و حمایت آنها را جلب کنید.**

از سایر اورژانس‌های روانپزشکی به طور خلاصه می‌توان به حملات اضطرابی حاد (پانیک)، علایم سایکوز حاد، پرخاشگری و مسمومیت با داروها یا چون لیتیم و... اشاره نمود. در خصوص پرخاشگری به عنوان یک اورژانس روانپزشکی، کارشناسان مراقب سلامت خانواده باید به نکات زیر توجه نمایند:

خطر خشونت را ارزیابی کنید:

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

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

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

اقدامات فوری در مقابله با بیماران پرخاشگر:

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

اختلالات اضطرابی

مقدمه و علایم:

همه انسان‌ها به طور طبیعی گاه اضطراب را در زندگی خود تجربه می‌کنند. اضطراب اگر در حد طبیعی باشد حتی خوب هم هست چرا که باعث افزایش آمادگی و جنب و جوش و در نهایت پیشرفت فرد می‌شود، ولی اگر شدید شود مثلاً با علایمی مثل تپش قلب، وحشت و بی‌قراری همراه باشد و در نتیجه فرد را به دردهای بی‌اندازد و برای او مشکل درست کند، غیرطبیعی است و نیاز به توجه و درمان دارد. در یکی از انواع اضطراب، فرد مبتلا برای مدتی طولانی (چند ماه) احساس دلشوره و نگرانی دارد. احساس دلشوره و نگرانی علامت اصلی این نوع اختلال است و افراد مبتلا در بیشتر اوقات شبانه روز بدون دلیل خاصی از احساس‌هایی مثل دلشوره، تشویش، نگرانی و اضطراب شکایت دارند. نگرانی حتی در ظاهر این افراد هم مشخص است و در بسیاری از مواقع احساس بی‌قراری هم وجود دارد. فراموشی، زود خسته شدن و عصبانیت هم از دیگر علامت‌های این نوع بیماری اضطرابی است. به این بیماری *اختلال اضطرابی منتشر* گفته می‌شود، چون علایم اضطرابی در بیشتر اوقات همراه بیمار هستند و او را راحت نمی‌گذارند.

بیماری وسواس یکی دیگر از بیماری‌های اضطرابی است که تعداد زیادی از افراد جامعه به آن مبتلا هستند. شایع‌ترین نوع از این بیماری وسواس به آلودگی یا نجاست است که در اثر این وسواس بیمار شروع به شستن یا آب کشیدن بیش از اندازه می‌کند. وسواس ممکن است به شکل شک کردن هم بروز کند که بیمار را وادار به چک کردن‌های تکراری و غیرضروری می‌نماید. مثلاً فرد مرتب شک می‌کند که درب را بسته یا نه، یا اینکه نکند شیر گاز را باز گذاشته باشد، و بعد در اثر این افکار چندین بار می‌رود و چک می‌کند ببیند آیا درب بسته است یا شیر گاز به درستی بسته شده یا نه؛ شک بیش از حد در رکعت‌ها یا سایر جزئیات نماز و دیگر آداب مذهبی هم از این گونه وسواس‌ها هستند. انواع دیگری از وسواس هم وجود دارد که در اینجا توضیح داده نمی‌شود، مثل فکرهای مزاحم و ناراحت‌کننده‌ای که برخلاف میل فرد به ذهن او هجوم می‌آورند و بیمار نمی‌تواند از دست آنها رهایی یابد. از جمله این افکار می‌توان به افکار کفرآمیز یا افکار جنسی یا فکر آسیب زدن به دیگران اشاره کرد.

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

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

در طبقه‌بندی قبلی اختلالات روانپزشکی که در شبکه سلامت کشور استفاده می‌شد، اختلالات اضطرابی در دسته اختلالات خفیف روانی جای می‌گرفتند. البته این مساله به معنی کم اهمیت بودن این بیماری‌ها نیست.

غربالگری و ارزیابی افراد :

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

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

پیگیری و مراقبت:

برای درمان اختلالات اضطرابی هم می‌توان از داروها استفاده کرد و هم می‌توان از روش‌های غیردارویی کمک گرفت. هر دو نوع درمان در بهبود این اختلالات مؤثر هستند و بسته به شرایط موجود و صلاحدید پزشک از آنها استفاده می‌شود.

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

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

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

آموزش به بیمار و خانواده او درباره بیماری و روش‌های درمان آن، به درمان این اختلالات نیز کمک می‌کند.

این آموزش توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان انجام می‌شود. آموزش باعث می‌شود که بیمار کمتر به فکر قطع کردن خودسرانه داروهای خود بیفتد و همچنین خانواده بیمار یاد بگیرند که چگونه باید با بیمار خود برخورد کنند تا استرس کمتری به او وارد کنند و به بهبود بیمار کمک کند.

بیمار مشکوک به اختلال اضطرابی پس از ارجاع به پزشک، بسته به نوع و شدت بیماری ممکن است توسط پزشک (خانواده) به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود و یا درمان او توسط خود پزشک خانواده آغاز گردد. نوبت اول پیگیری در هفته اول پس از بازگشت از ارجاع توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده انجام می‌شود. پیگیری‌های بعدی کارشناس مراقب سلامت خانواده به صورت ماهانه و فعال انجام می‌گردد.

مواردی که باید در پیگیری بیماران توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده اجرا شود:

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

اختلالات سایکوتیک

مقدمه و علایم:

این اختلالات در دسته بندی که قبلاً در شبکه سلامت کشور به کار می‌رفت بخشی از اختلالات شدید را تشکیل می‌دادند. البته غیر از اختلالات سایکوتیک اختلالات دیگری هم در دسته اختلالات شدید طبقه بندی می‌شد که در سایر قسمت‌های کتاب به آنها پرداخته می‌شود. افراد مبتلا به این اختلالات دچار رفتارها و حالت‌های خاصی می‌شوند که برای سایرین عجیب و غیرمعمول است و افراد عادی تقریباً هیچ‌گاه در زندگی خود این حالات را تجربه نمی‌کنند. مثلاً این بیماران ممکن است صدای فرد یا افرادی را بشنوند که وجود ندارند و دیگران آنها را نمی‌شنوند یا چیزها یا کسانی را ببینند که افراد عادی آنها را نمی‌بینند. به این حالت "توهم" گفته می‌شود. نشانه مهم دیگر این است که بیماری که توهم دارد ممکن است با خودش حرف بزند یا بی دلیل و بیهوده بخندد یا کارهایی انجام دهد که توهمش به او می‌گوید. بنابراین خیلی وقت‌ها رفتار این بیماران عجیب و غیرمعمول به نظر می‌رسد. مثلاً ممکن است آشغال جمع کنند، لباس خود را جلوی دیگران یا در جای نامناسبی در بیاورند یا به دیگران حمله کنند. همچنین ممکن است این افراد اعتقادات نادرست و گاه عجیب و باورنکردنی داشته باشند. مثل اینکه کسی بی دلیل معتقد باشد فرد یا گروهی قصد کشتن یا صدمه زدن به او را دارند یا به قصد صدمه زدن یا کشتن او را تعقیب می‌کنند (هذیان بدبینی یا سوءظن هذیانی)؛ یا مثلاً معتقد باشد که دیگران درباره او حرف می‌زنند یا او را مسخره می‌کنند؛ بگویند با خدا و پیغمبر و بزرگان مذهبی رابطه نزدیکی دارد یا قدرت و مقام خاصی به او داده شده است (هذیان بزرگ منشی). به این اعتقادات نادرست که فرد بدون دلیلی به آنها باور دارد و برای شما و دیگران هم قابل قبول نیست، "هذیان" گفته می‌شود. البته هذیان انواع دیگری هم دارد ولی شایع‌ترین موارد آن همین انواع هستند.

- توهم و هذیان از علایم اصلی این بیماری‌ها هستند.
- رفتار بی دلیل و بی هدف و گفتار آشفته هم از نشانه‌های این اختلالات هستند.
- تمام این بیماران نیاز به بررسی و درمان فوری و جدی دارند.
- معمولاً درمان این بیماران درازمدت است.
- قطع زودهنگام داروها باعث عود بیماری می‌شود

رفتارهای بی دلیل و بی هدفی که دلیل انجام آنها غیرقابل فهم است یا براساس فرهنگ جامعه نامتناسب به نظر می‌رسد و همچنین حرف زدن که نامفهوم و بی ربط به نظر می‌رسد هم از جمله علایم این بیماری‌ها در نظر گرفته می‌شود. گاهی اوقات هم ممکن است این بیماران گوشه گیر، کم حرف و به همه چیز بی توجه باشند و حتی به نظافت و کارهای شخصی خود هم دقت نکنند. معمولاً افراد مبتلا به اختلالات سایکوتیک خود را بیمار نمی‌دانند

و معتقدند که کاملاً سالم هستند. بنابراین هر کسی که هر یک از علایم توهم، هذیان را داشته باشد یا رفتار و گفتارش عجیب و نامفهوم به نظر برسد باید از نظر وجود اختلالات سایکوتیک بررسی شود. وجود این علایم بسیار مهم است و نشان می‌دهد که بیمار نیاز به بررسی و درمان جدی دارد و هر چه زودتر باید برای تشخیص و درمان او را نزد پزشک فرستاد. در صورتی که مشکل بیمار مورد توجه و درمان قرار نگیرد ممکن است شدیدتر شود و بیمار و اطرافیان را دچار عوارض زیادی نماید. به همین دلیل است که این بیماری یکی از انواع اختلالات شدید روانی محسوب می‌شود. بیماری‌های مختلفی ممکن است باعث ایجاد توهم و هذیان شود، بنابراین درمان این بیماران ممکن است با یکدیگر متفاوت باشد.

غربالگری و ارزیابی افراد:

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

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

پیگیری و مراقبت :

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

آموزش به بیمار و خانواده او درباره بیماری و تداوم درمان آن، به درمان این اختلالات بسیار کمک می‌کند. توصیه‌هایی در زمینه تداوم درمان توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و آموزش تکمیلی خانواده و بیماران توسط کارشناس سلامت روان انجام می‌شود. آموزش باعث می‌شود که بیمار کمتر به فکر قطع کردن خودسرانه داروهای خود بیفتد و همچنین افراد خانواده بیمار یاد می‌گیرند که چگونه باید با بیمار خود برخورد کنند تا استرس کمتری به او وارد کنند و به بهبود بیمار کمک کنند.

مواردی که کارشناس مراقب سلامت خانواده باید در پیگیری بیماران انجام دهند (علاوه بر موارد کلی ذکرشده در فصل سوم) عبارتند از:

- ۱- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تأکید بر اهمیت و ضرورت درمان و همچنین رعایت احترام و حقوق انسانی بیمار
- ۲- پیگیری مراجعه به موقع بیمار به خانه بهداشت و به پزشک
- ۳- پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک
- ۴- پیگیری چگونگی کنترل و بهبود تدریجی علائم بیماری
- ۵- بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت بروز عوارض، ارجاع بیمار به پزشک

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

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

صرع

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

علل صرع :

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

آموزش سلامت روان و برخی نکات مهم در صرع:

۱. افرادی که مبتلا به صرع هستند و یا آستانه تشنج پائینی دارند (سابقه تشنج دارند) باید به هر پزشکی که برای درمان مراجعه می کنند مشکلات خود را به طور کامل بیان کنند. چرا که با مصرف برخی داروها ممکن

است دچار حمله صرع شوند. گاهی واکنش دارویی بین داروهای ضد صرعی که بیمار مصرف می‌کند و داروهای دیگر و گاهی آنهایی که سطح داروهای ضد صرعی را پائین می‌آورند ممکن است موجب بروز صرع می‌شوند.

۲. اصل اول و اصلی در درمان صرع مصرف مرتب دارو، خودداری از قطع ناگهانی و خودسرانه دارو و تحمل عوارض خفیف داروهاست.
۳. صرع درمان دارد و اغلب بیماران صرعی قادر به ادامه زندگی معمولی، ازدواج، بارداری، و کار هستند.
۴. برای آموزش بیماران و خانواده آنها جلب مشارکت افراد صرعی مفید است. آنها برای آموزش الگوی خوبی هستند و نقش مؤثری دارند. افراد مبتلا به صرع که اعتماد به نفس خوبی دارند، تحصیل کرده اند یا کار و زندگی و ازدواجی موفق دارند بهترین کسانی اند که در آموزش بهداشت روان همیار شما خواهند بود.
۵. در پیگیری موارد مصروع اگر صرع مداوم باشد و یا همراه عوارض جسمی و روانی شدید، لازم است پیگیری هفتگی و در غیر این صورت پیگیری ماهیانه صورت پذیرد.
۶. در پیگیری افراد مصروع لازم است همه آموزش‌های بهداشت روان، آموزش بهداشت روان در صرع و موارد پیگیری کلی در برنامه بهداشت روان به اجرا در آید.
۷. کودکان را برای نوازش و غیره تکانهای شدید ندهید. مراقب پرتاب شدن، سقوط و به ویژه تصادف در رانندگی باشید. در اتوموبیل با رانندگی محتاطانه و بستن کمربند و گذاشتن کودکان در ساک کودک از وارد آمدن ضربه به سر و جمجمه کودک با هدف پیشگیری از صرع و ضایعات مغزی دیگر و عقب ماندگی ذهنی جلوگیری نمایید.
۸. استفاده از تمهیدات ایمنی در مشاغل، ایمنی در خانه و به ویژه استفاده از کلاه ایمنی در موتور سواری، دوچرخه سواری، رعایت ایمنی در حین کار در ارتفاع و کارگاه‌ها و نیز در کوهنوردی و سایر ورزش‌ها را به همه توصیه نمایید.

درمان دارویی:

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

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

معلولیت ذهنی:

مقدمه و علایم:

همه ما با این اختلال آشنا هستیم و در طول عمر خود افرادی را دیده ایم که دچار عقب ماندگی ذهنی هستند. توانایی ذهنی این افراد نسبت به متوسط هم سن و سالان خود پایین تر است، بنابراین در زمینه های مختلفی مثل یادگیری مطلب درسی، برقراری رابطه با دیگران، توانایی های حرکتی و مهارت های عادی روزمره مشکل دارند.

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

غربالگری و ارزیابی افراد:

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

پیگیری و مراقبت:

از آنجا که بسیاری از افراد مبتلا به معلولیت ذهنی، دچار بیماری های جسمی یا روانی دیگری هم هستند لازم است از این نظر هم مورد توجه و در صورت لزوم درمان قرار گیرند. به علاوه خانواده این افراد نیاز به آموزش و حمایت دارند تا بدانند چگونه باید با کودکان خود برخورد کنند. باید بدانیم که اگرچه این بیماران دیرتر از بقیه مطالب را یاد می گیرند ولی در صورتی که آموزش مناسبی دریافت کنند، هنوز قادر هستند بسیاری از مطالب را به خصوص در مورد بهداشت فردی، روابط اجتماعی و سایر احتیاجات روزمره خود بیاموزند. توصیه های آموزشی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و آموزش های تکمیلی توسط کارشناس سلامت روان به خانواده ها ارائه می گردد. متأسفانه معلولیت ذهنی درمانی غیر از آموزش های ذکر شده ندارد. فشار بیش از حد به کودکان برای یادگیری و تنبیه آنان کمکی نمی کند و برعکس باعث ایجاد مشکلات بیشتری می شود.

اختلالات کودکان و نوجوانان:

اختلال بیش فعالی و کم توجهی:

اختلال بیش فعالی و کم توجهی، یکی از شایع ترین اختلالات دوران کودکی است که تقریباً ۵ درصد کودکان

سنین مدرسه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ویژگی‌های عمده این اختلال شامل تحرک و فعالیت بیش از حد، و مشکل توجه و تمرکز می‌باشد. گرچه موارد فوق رفتارهایی است که تمامی کودکان، مواقعی آنها را نشان می‌دهند، اما کودکان بیش فعال به درجه‌ای علایم فوق را نشان می‌دهند که با عملکرد طبیعی آنها در منزل، مدرسه و ارتباط با همسالان و اطرافیان تداخل ایجاد می‌کند. این کودکان به طور مکرر توسط والدین، معلمان و اطرافیان به دلیل رفتارهای ناپخته و تکانشی خود سرزنش می‌شوند که منجر به تأثیرات سوء بر اعتماد به نفس آنها می‌گردد. اکثر اوقات زمانی که این کودکان وارد مدرسه می‌شوند، تشخیص داده می‌شوند.

این کودکان اکثر اوقات در حال حرکت و جنب و جوش هستند و به نظر می‌رسد هیچگاه خسته نمی‌شوند. لحظه‌ای آرام و قرار ندارند. اگر قرار باشد لحظه‌ای بنشینند، مرتب وول می‌خورند، حتی در خواب نیز ممکن است بی‌قراری و وول خوردن آنها را ببینیم. آنها مرتب در حال دویدن، راه رفتن، بالا و پایین رفتن روی مبلمان و صندلی‌ها و ... هستند. در مهد کودک آنها نمی‌توانند روی صندلی آرام نشسته و تکالیف خود را انجام دهند، بلکه وسط کلاس این سو و آن سو می‌دوند. کودکان بیش فعال در رعایت نوبت و انتظار کشیدن برای رسیدن به چیزی مشکل دارند، وسط صحبت دیگران می‌پرند و نمی‌توانند صبر کنند تا صحبت طرف مقابل به اتمام برسد. در نتیجه در کلاس درس نمی‌توانند حواس خود را به گفته‌های معلم بدهند. به نظر می‌رسد اصلاً گوش نمی‌دهند و زمانی که باید به محتوای صحبت‌های معلم توجه کنند، مشغول انجام کار دیگری هستند یا با چیزی بازی می‌کنند. در دروسی مثل دیکته که نیاز به توجه و تمرکز بیشتری دارد، معمولاً مشکلات بیشتری را نشان می‌دهند.

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

اختلال سلوک:

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

سهیل پسر بچه‌ای ۱۲ ساله است که موقتاً از مدرسه اخراج شده و توسط ناظم مدرسه به روانپزشک ارجاع شده و یادداشت زیر را همراه او فرستاده‌اند:

«راستگویی در وجود سهیل نیست و زمانی که در حین خلافتکاری‌های واقعی گیر می‌افتد همه چیز را انکار می‌کند و ظاهر آدم‌های مظلوم و بی‌گناه را به خود می‌گیرد. او معتقد است که ما به او گیر می‌دهیم. وقتی که او را از همه چیز محروم می‌کنیم، برخورد او با ما رقت‌آور می‌شود. این پسر شدیداً به کمک احتیاج دارد. در ظاهر او هیچ دوستی ندارد. رفتارهای خشونت‌آمیز او مانع از این می‌شوند که سایر دانش‌آموزان او را دوست داشته باشند. مشاور مدرسه او را مورد آن مایش قرار داد و نتایج نشان دادند که هوش او معمولی است ولی کارآمدی او در مدرسه فقط در حد کلاس سوم و درجات پایین کلاس چهارم است».

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

راهکارهای درمانی:

درمان اختلال سلوک نیازمند رویکردی جامع است که شامل استفاده از روش‌های دارویی، روان درمانی، مداخلات خانواده و آموزش شیوه‌های فرزند پروری می‌باشد و توسط متخصصین مربوطه انجام خواهد شد. در اینجا آنچه برای کارشناسان مراقب سلامت خانواده اهمیت دارد شناسایی و ارجاع کودکان و نوجوانانی است که علائم فوق را داشته و ممکن است از این اختلال رنج ببرند.

آنچه باید به والدین آموزش داده شود:

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

نکته: توصیه‌ها توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و آموزش‌ها توسط کارشناس سلامت روان ارائه خواهد شد.

سایر اختلالات کودکان :

الف- شب‌اداری:

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

ب- بی‌اختیاری مدفوع:

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

در صورت وجود مشکلات دفعی به والد آموزش دهید:

◀ شب ادراری:

- این اختلال در اکثر موارد خود محدود شونده است اما به دلیل عوارض و تاثیراتش نیازمند درمان است.
- کودک عمدا اقدام به اینکار نمی‌کند.
- هرگز کودک را بخاطر این اتفاق تنبیه بدنی نکنند.
- پی‌گیری درمان و انجام روش‌های رفتاری و دارویی توصیه شده از اهمیت زیادی برخوردار است.

◀ بی‌اختیاری مدفوع:

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

ج- عادات خاص شست مکیدن، ناخن جویدن و...:

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

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

- ◀ به والدین آموزش دهید که موقعیت‌های بروز رفتارها را شناسایی نموده و از پیش برای کاهش رفتار برنامه‌ریزی نمایند.
- ◀ در مورد رفتار به کودک تذکر ندهند و رفتار عادی را نادیده بگیرند.
- ◀ بصورت غیر مستقیم با تغییر موقعیت دفعات بروز رفتار را کاهش دهند.
- ◀ کودک بخاطر رفتار مورد تنبیه، سرزنش یا تحقیر قرار ندهند.
- ◀ رفتارهای جایگزینی را در نظر گرفته و در صورت انجام آنها کودک را مورد تشویق قرار دهند.
- ◀ در صورتیکه رفتار همچنان ادامه یافت با متخصصین حوزه روان پزشکی مشورت نمایند.

اختلالات مصرف مواد:

اختلالات مرتبط با مواد به دو دسته کلی طبقه‌بندی می‌شوند:

◀ اختلالات القاء شده توسط مواد

◀ اختلالات مصرف مواد

منظور از اختلالات القاء شده توسط مواد، علائم و نشانه‌های جسمی یا روان‌پزشکی هستند که در اثر مسمومیت یا محرومیت از مواد در فرد ایجاد شده و با رفع علائم مسمومیت یا محرومیت یا حداکثر در عرض ۴ هفته پس از

آن فروکش می‌کند. این اختلالات شامل موارد زیر می‌شوند:

- مسمومیت
- محرومیت
- اختلالات روانی القاء‌شده در اثر مواد شامل اختلالات سایکوتیک، دوقطبی و اختلالات مرتبط، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، وسواس-اجبار و اختلالات مرتبط، اختلالات خواب، کژکارکردی‌های جنسی، دلیریوم و اختلالات عصبی، شناختی
- منظور از اختلال مصرف مواد یک الگوی مشکل‌آفرین مصرف مواد است به طوری که منجر به افت کارکرد یا زجر قابل توجه بالینی برای فرد می‌شود. در طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی ۱۰ کلاس برای مواد روان‌گردان پیش‌بینی شده که شامل موارد زیر می‌شوند:

- الکل
- تنباکو
- حشیش
- داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور
- کافئین
- مواد استنشاقی
- مواد افیونی
- مواد توهم‌زا
- مواد محرک
- سایر مواد

بر حسب درگیری با هر یک از کلاس‌های مواد (به جز کافئین) یک **اختلال مصرف مواد** مطرح می‌شود. خصوصیت اصلی اختلال مصرف مواد از دست دادن کنترل بر روی مصرف و تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با مشکلات سلامتی، خانوادگی، شغلی و قانونی مرتبط است. در اختلال مصرف مواد، مصرف مواد به اولویت اصلی زندگی فرد تبدیل می‌شود. در واقع می‌توان گفت در اعتیاد مصرف مواد تبدیل به تنها منبع کسب لذت و رضایت در زندگی فرد می‌شود. مواد در مغز از طریق سیستم‌هایی اثر خود را اعمال می‌کند که در اصل برای پاسخ به محرک‌هایی طراحی شده‌اند که کارشان حفظ بقای گونه محسوب می‌شود. دراختلال مصرف مواد رفتارهای موادجویانه برای فرد به صورت غیرعادی «ارزش بقاء» پیدا می‌کند. این موضوع فرد را به لغزش و عود تا مدت‌ها پس از قطع مصرف مواد آسیب‌پذیر می‌کند و اساس طبیعت مزمن و عودکننده اختلال مصرف مواد را تشکیل می‌دهد.

طبیعت مزمن و عودکننده این اختلال باعث شده این بیماری با سایر بیماری‌های طبیعی عودکننده همچون افسردگی، آسم، فشار خون و دیابت مقایسه شود. شباهت‌های این بیماری‌ها جالب توجه هستند. در تمام این بیماری‌ها ژنتیک، انتخاب شخصی و عوامل محیطی نقش مشابهی در سبب‌شناسی و سیر بیماری دارند. میزان‌های عود و پایبندی به دستورات درمانی در تمام آن‌ها مشابه هستند. در تمام این بیماری‌ها درمان قطعی وجود ندارد و میزان موفقیت در درمان ارتباط مستقیم با میزان پایبندی به درمان دارد. بیماران دارای سن بالاتر، شغل، خانواده و روابط بین‌فردی پایدار با احتمال بالاتری از دستورات درمانی پیروی می‌کنند. بهترین نتایج درمانی زمانی حاصل می‌گردد که درمان‌های دارویی با مداخلات روانی، اجتماعی ترکیب شوند.

علائم و نشانه‌های اختلال مصرف مواد در چهار دسته به شرح زیر قابل طبقه‌بندی است:

- ناتوانی فرد برای کنترل رفتار مصرف مواد

◀️ آفت کارکرد اجتماعی

◀️ تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با مشکلات جسمی و روان‌شناختی

وابستگی جسمی به صورت تحمل (نیاز به مصرف مقادیر بیشتر ماده برای رسیدن به اثر قبلی) و محرومیت (تجربه حالات خماری در صورت کاهش یا قطع مصرف ماده) تشخیص اختلال مصرف مواد یک تشخیص بالینی بوده که بر اساس مصاحبه تشخیصی توسط پزشک گذاشته می‌شود. آن گونه که پیشتر گفتیم غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد (فصل ۳ را ببینید) با استفاده از یک رویکرد همدلانه (فصل ۴ را ببینید) به شناسایی افرادی که مصرف اخیر مواد (۳ ماه گذشته) داشته‌اند کمک می‌کند.

کارشناس مراقب سلامت خانواده لازم است علایم و نشانه‌های اختلالات مصرف مواد را بداند تا در صورت مشاهده علائم در مراجعه‌کنندگان، غربال‌گری اولیه را انجام و در صورت نیاز فرد را جهت انجام غربال‌گری تکمیلی و خدمات مربوط به اختلال مصرف مواد به پزشک یا کارشناس سلامت روان ارجاع دهد. کارشناس مراقب سلامت خانواده همچنین باید با عوارض سلامتی، خانوادگی و اجتماعی مصرف مواد آشنا باشد تا بتواند پس از غربال‌گری اولیه در صورت مثبت شدن بازخورد متناسب با شرایط فرد ارایه و مراجع را جهت مراجعه به کارشناس سلامت روان برای غربال‌گری تکمیلی ترغیب نماید.

بر اساس شیوع و اهمیت، اختلال مصرف نیکوتین، مواد افیونی، مواد محرک و الکل در ادامه به تفصیل معرفی می‌شوند.

نیکوتین

استفاده از محصولات تنباکو عامل اصلی بیماری و مرگ مرتبط با مواد و یک مشکل اصلی سلامت عمومی است. تدخین مستمر انواع تنباکو عامل خطرزا برای شماری از مشکلات سلامت جدی و طولانی مدت مثل فشار خون بالا، دیابت و آسم است. کودکان کسانی که انواع تنباکو را تدخین می‌کنند در معرض خطر افزایش یافته مجموعه‌ای از مشکلات مثل عفونت‌های تنفسی، آلرژی و آسم هستند. زنان بارداری که سیگار می‌کشند در معرض خطر بالاتر سقط، زایمان زودرس و تولد فرزند با وزن کم هستند. گرچه بیش‌تر مردم تنباکو را به صورت تدخینی مصرف می‌کنند، استفاده از انواع تنباکو به روش‌هایی به غیر از تدخین مثل جویدن یا انفیه همچنین با خطر افزایش یافته بیماری همراه است. نهایتاً، مواجهه با دود تنباکو در محیط (سیگار کشیدن منفعلانه) همچنین خطر این مشکلات سلامت را درمیان کسانی که خودشان سیگار نمی‌کشند افزایش می‌دهد.

خطرات همراه با مصرف انواع تنباکو (به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر) عبارتند از:

- ◀️ پیری زودرس، چین و چروک صورت
- ◀️ سلامت پایین‌تر و دیر خوب شدن سرماخوردگی
- ◀️ عفونت تنفسی و آسم
- ◀️ فشار خون بالا، دیابت
- ◀️ سقط، زایمان زودرس و کودکان با وزن کم هنگام تولد در زنان باردار
- ◀️ بیماری کلیوی
- ◀️ بیماری انسداد مزمن راه هوایی شامل آمفیزم
- ◀️ بیماری قلبی، سکته، بیماری عروقی
- ◀️ سرطان‌ها

مواد افیونی:

به طور معمول، کسی که به مواد افیونی وابستگی دارد مجبور می‌شود مقدار ماده مصرفی خود را به تدریج افزایش دهد و در صورت عدم مصرف و یا کاهش مقدار ماده مصرفی، فرد دچار علائم ناخوشایندی می‌شود که به آن علائم ترک یا محرومیت می‌گویند.

علائم ترک معمولاً ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین نوبت مصرف ظاهر می‌شود و تا حدود ۱۰ روز باقی می‌ماند

نظیر:

➤ دردهای استخوانی و عضلانی

➤ دل پیچه و اسهال

➤ آبریزش از چشم و بینی

➤ بی‌خوابی

➤ بی‌قراری

➤ عصبانیت

➤ خمیازه‌های فراوان

مواد افیونی مضعف دستگاه اعصاب مرکزی هستند. مواد افیونی غیرقانونی شایع مورد مصرف شامل تریاک، شیره، سوخته، هروئین و... می‌شوند. گرچه ترکیبات افیونی همچنین می‌تواند توسط پزشک و عموماً برای درمان درد تجویز شود. داروهای افیونی همچون کدئین، دیفنوکسیلات، ترامادول و... اگر با مدت بیشتر یا دوز بیشتر از آنچه پزشک تجویز نموده مصرف شوند، می‌توانند منجر به اختلال مصرف مواد افیونی شوند.

مواد افیونی را می‌توان به صورت تدریجی، تزریق عضلانی یا وریدی، خوراکی، زیرزبانی یا به صورت شیاف مقعدی استفاده نمود. تزریق منجر به ورود ناگهانی ماده و شروع سریع اثرات ماده افیونی می‌شود. این حالت با خطر بالا بیش‌مصرفی (آوردوز) کشنده یا غیرکشنده همراه است. علاوه بر این تزریق مواد افیونی در کشور ما شایع‌ترین راه انتقال عفونت‌هایی همچون اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی بوده و یک معضل بهداشتی مهم محسوب می‌شود.

خطرات همراه با مصرف مواد افیونی (به ترتیب از شدت کم‌تر تا شدت بیش‌تر) عبارتند از:

➤ خارش، تهوع و استفراغ

➤ خواب‌آلودگی، یبوست، خرابی دندان

➤ دوره‌های قاعدگی نامنظم

➤ دشواری در تمرکز و به یاد آوردن چیزها

➤ افسردگی، کاهش میل جنسی، ناتوانی جنسی

➤ مشکلات مالی و درگیری با قانون

➤ دشواری‌های ارتباطی

➤ مشکل در حفظ شغل و زندگی خانودگی

➤ تحمل و وابستگی، علایم محرومیت

➤ عفونت‌های منتقله از راه خون مثل اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی

➤ بیش‌مصرف و مرگ ناشی از نارسایی تنفسی

مواد محرک:

شایع‌ترین ماده محرک مورد مصرف در کشور ما مت‌آمفتامین با نام خیابانی شیشه است. مصرف مواد محرک دیگر نظیر قرص اکستیزی و کوکائین با شیوع کمتری دیده می‌شود. این دسته از مواد اثرات محرک روانی بر دستگاه اعصاب مرکزی داشته و مصرف آن‌ها می‌تواند منجر به طیف وسیعی از مشکلات سلامت جسمی و روانی

شود. شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که مصرف محرک‌های آمفتامینی به سلول‌های مغز آسیب می‌رسانند. به علاوه، مصرف طولانی مدت دوز بالای آمفتامین یک عامل خطر برای سوءتغذیه است که آن نیز می‌تواند منجر به آسیب دایمی به سلول‌های مغز شود.

بر خلاف این باور غلط نزد برخی مصرف‌کنندگان، مصرف مواد محرک نیز همچون مواد افیونی اعتیادآور است به این معنا که مصرف آن بعد از مدتی منجر به اجبار به مصرف می‌گردد و فرد علی‌رغم مواجهه با مشکلات جسمی، روان‌پزشکی، خانوادگی و اجتماعی ناشی از مصرف نمی‌تواند مصرف خود را قطع کند. یکی از بارزترین عوارض ناشی از مصرف مواد محرک حالات جنون (سایکوز) القاشده ناشی از مصرف است که خود را با علائم مثبت جنون مثل هذیان و توهم نشان می‌دهد.

مصرف مواد محرک با خطر افزایش یافته رفتارهای پرخطر جنسی همراه است به طوری که احتمال ابتلاء به عفونت‌های منتقله از راه جنسی همچون سوزاک، سیفلیس و اچ‌آی‌وی را چندین برابر افزایش می‌دهد. مصرف محرک‌های آمفتامینی همچنین با شیوع بالای مشکلات اجتماعی شامل مشکلات ارتباطی، مشکلات مالی، مشکلات مرتبط با کار و تحصیل همراه است. نوسان‌های خلقی همچنین با مصرف مستمر محرک‌های آمفتامینی همراه است و برخی مصرف‌کنندگان بدتر شدن مشکلات سلامت روان مثل افسردگی و تحریک‌پذیری را در طول زمان گزارش می‌کنند.

خطرات همراه با مصرف محرک‌های آمفتامینی (به ترتیب از شدت کم‌تر تا شدت بیش‌تر) عبارتند از:

- دشواری خواب، از دست دادن اشتها و کاهش وزن، کم‌آبی شدید بدن، کاهش مقاومت به عفونت
- قفل شدگی فک، سردرد، درد عضلانی
- نوسانات خلقی - اضطراب، افسردگی، بی‌قراری، شیدایی، هول، بدبینی
- لرزش، ضربان نامنظم قلب، تنگی نفس
- دشواری در تمرکز و به خاطر آوردن چیزها
- رفتاری تهاجمی و خشن، کودک‌آزاری، همسرآزاری
- رفتارهای پرخطر جنسی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی
- جنون بعد از مصرف مکرر دوزهای بالا
- آسیب دایمی به سلول‌های مغز
- خون‌ریزی مغزی، مرگ ناگهانی ناشی از مشکلات قلبی، عروقی

الکل:

مصرف الکل یک عامل خطرزا برای طیف وسیعی از مشکلات سلامتی بوده و یک علت اصلی بیماری، اُفت کیفیت زندگی و مرگ زودرس است. مصرف الکل خطر ابتلاء به مجموعه‌ای از بیماری‌های غیرواگیر همچون سیروز کبدی، سرطان‌ها، بیماری‌های گوارشی و... و واگیر همچون سل و اچ‌آی‌وی را بالا می‌برد. مصرف الکل همچنین یک عامل مهم برای تصادفات و سوانح در سطح جهانی محسوب می‌گردد. مصرف الکل با هر سطحی با بروز مشکلات خانوادگی و اجتماعی همراه است و شامل قطع روابط با خانواده و دوستان و دشواری در حفظ تحصیل و کار می‌شود. مصرف الکل در بارداری خطر ناهنجاری‌های مادرزادی، مشکلات یادگیری و رفتاری و نقص تکامل مغزی مرتبط است.

مصرف الکل‌های آلوده به متانول عوارض و پیامدهای شدید سلامتی نظیر نابینایی، نارسایی کلیه و مرگ به دنبال دارد. این موضوع اهمیت پرهیز از مصرف الکل در هر سطحی را مطرح می‌نماید. در صورت بروز وابستگی فیزیولوژیک متعاقب مصرف مستمر الکل فرد در سطح قطع مصرف دچار علائم و نشانه‌های محرومیت می‌شود. علائم محرومیت از الکل شامل لرزش، تعریق، اضطراب، تهوع، استفراغ و اسهال، بی‌خوابی، سردرد، فشار خون بالا، توهم و تشنج می‌شوند. در برخی افراد محرومیت از الکل با عوارض شدید همچون تشنج و بروز حالت سرسام (دلیریوم) خاصی همراه است که به آن دلیریوم ترمنس گفته می‌شود. به دلیل این عوارض شدید محرومیت از الکل می‌تواند کشنده باشد.

خطرات همراه با مصرف الکل (به ترتیب از شدت کم‌تر تا شدت بیش‌تر) شامل موارد زیر است:

- ◀ سردرد و کسالت صبح روز بعد، رفتار تهاجمی و خشن، تصادفات و آسیب
- ◀ کاهش عملکرد جنسی، پیری زودرس
- ◀ مشکلات گوارشی، زخم معده، ورم لوزالمعده، فشار خون بالا
- ◀ اضطراب و افسردگی، دشواری‌های ارتباطی، مشکلات مالی و شغلی
- ◀ مشکلات خانوادگی، اجتماعی و قانونی
- ◀ دشواری در به خاطر آوردن چیزها و حل مسائل
- ◀ ناهنجاری و آسیب مغزی در کودکان متولدشده از زنان باردار
- ◀ سکت، آسیب دائمی مغز، آسیب عصب و عضله
- ◀ سیروز کبدی و التهاب لوزالمعده (پانکراتیت)
- ◀ نابینایی، نارسایی کلیه و مرگ در اثر مصرف الکل آلوده به متانول
- ◀ سرطان دهان، گلو و سینه، خودکشی

مصرف تزریقی

مصرف تزریقی مواد با خطر بالای آسیب همراه است. در واقع تزریق مواد خطرناک‌ترین طریقه مصرف مواد به حساب می‌آید. آسیب‌های ناشی از تزریق مواد شامل موارد زیر است:

تزریق مواد، خطر وابستگی را افزایش می‌دهد. تزریق هروئین با خطر افزایش یافته بیش‌مصرفی (اُوردوز) همراه است. برخی مصرف‌کنندگان مواد شیشه، آن را به صورت تزریقی استفاده می‌کنند. تزریق مواد محرک خطر جنون (سایکوز) ناشی از آن را به صورت قابل ملاحظه‌ای بالا می‌برد.

تزریق مواد به پوست و رگ‌ها آسیب می‌رساند. تزریق مواد باعث ایجاد زخم، خون‌مردگی، التهاب و آبسه در محل تزریق می‌گردد. تزریق در گردن ممکن است منجر به سکت مغزی شود.

اشتراک وسایل تزریق (سرنگ، سرسوزن، ملاقه، فیلتر و...) باعث انتقال عفونت‌های منتقله از راه خون مثل

اچ‌آی‌وی، هپاتیت بی و سی می‌شود.

غربال‌گری و ارزیابی افراد

شناسایی موارد احتمالی در معرض ابتلاء و مبتلاء به اختلالات مصرف مواد توسط کارشناس چند روش ممکن است اتفاق بیفتد. این روش‌ها عبارتند از:

- غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد

غربال‌گری مؤثرترین روش برای شناسایی به موقع افراد در معرض خطر ناشی از مشکلات مصرف مواد، به شمار می‌رود. کارشناس مراقب سلامت خانواده پس از انجام غربال‌گری اولیه درگیری با سیگار، الکل و مواد، در صورتی که پاسخ به سؤال ۱ب مراجع نیز مثبت باشد، موارد زیر را ملحوظ نمایید:

- به او اطمینان دهید که علت مراجع وی کاملاً محرمانه خواهد ماند.
 - با او بدون حضور دیگران صحبت کنید و همه اصول مربوط به حقوق بیمار را در ارتباط با وی رعایت کنید.
 - فرصت بیان نگرانی‌ها و احساسات را به فرد بدهید.
 - با استفاده از مطالب ارائه شده در این فصل در خصوص عوارض مصرف سیگار، الکل و مواد وی را آگاه نمایید.
 - او را به مراجعه به پزشک/ کارشناس سلامت روان تشویق کنید.
- غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد در صورتی که با رعایت مهارت‌های پایه مشاوره، حریم خصوصی و رازداری انجام شود، می‌تواند افراد مصرف‌کننده اخیر را به تفکیک نوع ماده شناسایی کند. این غربال‌گری باید در فراخوان‌های دوره‌ای (هر پنج سال) و در افرادی مبتلاء به مشکلات سلامت روان و برخی از مشکلات اجتماعی به صورت موردی انجام گردد (فصل ۳ را ببینید).
- در صورت مثبت شدن غربال‌گری اولیه مراجع باید برای غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.

درخواست کمک از طرف خانواده

در مواردی اعضای خانواده به مرکز سلامت شهری مراجعه نموده و برای درمان یک عضو خانواده مبتلاء که از مراجعه درمانی امتناع می‌نماید، درخواست کمک می‌نماید. مشاوره‌های اختصاصی برای اعضای خانواده می‌تواند در راغب‌سازی فرد مبتلاء به مراجعه مؤثر واقع گردد. در این گونه موارد کارشناس مراقب سلامت خانواده باید فرم غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار یا مواد را برای فرد تکمیل یا به روز نماید و در فرم مربوطه قید نماید که منبع شرح حال اعضای خانواده بوده‌اند. سپس اعضای خانواده باید برای ارزیابی بیشتر به کارشناس سلامت روان مرکز ارجاع گردند. متناسب با نتایج ارزیابی، کارشناس سلامت روان مرکز، مداخلاتی را ارائه خواهد داد و یا اعضای خانواده را به پزشک ارجاع خواهد نمود.

درخواست کمک از طرف خود فرد

در صورتی که فردی برای ترک سیگار، الکل یا مواد به مرکز مراجعه نماید، کارشناس مراقب سلامت خانواده باید پس از تکمیل یا به‌روزرسانی فرم غربال‌گری اولیه او را بر اساس نتیجه و فلوچارت ارائه خدمت ارجاع نماید.

پیگیری و مراقبت

پس از ارجاع موارد احتمالی در معرض خطر یا مبتلاء به اختلال مصرف مواد پیگیری افراد مبتلاء به منظور مراجعه به کارشناس سلامت روان یا پزشک جهت غربال‌گری تکمیلی باید به صورت هفتگی انجام گردد.

بازخورد نتیجه غربالگری تکمیلی باید از طرف کارشناس سلامت روان به کارشناس مراقب سلامت خانواده منتقل گردد.

پیگیری در ماه اول به صورت هفتگی و سپس هر دو هفته یک بار در ماه‌های دوم و سوم و سپس ماهانه تا پایان سال اول توصیه می‌گردد.

توصیه‌هایی که جهت پیشگیری از عود باید به بیمار و خانواده ارائه گردد:

- ۱- تاکید بر پیگیری طولانی مدت درمان حداقل به مدت یک سال
- ۲- توصیه به مشاوره درباره مراجعه به پزشک در هنگام بروز عوارض داروها
- ۳- تاکید بر پرهیز از ارتباط با دوستان مصرف‌کننده مواد
- ۴- تشویق به مشارکت در فعال‌سازی رفتاری
- ۵- توصیه به خانواده برای حمایت از درمان طولانی مدت
- ۶- توصیه به خانواده برای مراجعه به مراکز درمانی در هنگام بروز عوارض و فوریت‌های مرتبط با درمان اختلالات مصرف مواد

پیگیری افرادی که سابقه مصرف اخیر مواد به صورت تزریقی دارند اهمیت بالایی دارد. هدف اولیه برای این افراد راغب‌سازی برای دریافت مداخله درمانی و قطع مصرف تزریقی مواد است، اما در صورتی که در پیگیری‌ها بیمار موفق به قطع مصرف تزریقی نشده باشد، باید آموزش‌های کاهش آسیب لازم ارایه و دسترسی به وسایل کاهش آسیب از طریق کارشناس مراقب سلامت خانواده تسهیل گردد.

مصرف مواد در بارداری

کلیه کارکنانی که در مراقبت‌های دوران بارداری شرکت دارند، نقش مهمی در کاهش سوءمصرف مواد حین بارداری دارند، زیرا خانم‌های باردار از کارکنان مراقبت سلامت به عنوان بهترین منبع اطلاعات خود نام می‌برند و بیشتر تمایل دارند به توصیه‌های ایشان عمل کنند. برخی از مادران که به پرهیز از مصرف مواد دست پیدا کرده‌اند، اغلب اظهار می‌دارند که در دوران بارداری نیاز به کمک داشته‌اند، ولی نمی‌دانستند چگونه و از چه کسی در این زمینه کمک بخواهند. بسیاری از زنان باردار حتی اگر هیچ وقت مصرف مواد خود را فاش نکنند با دریافت توصیه‌ها و آموزش‌های کارکنان مراقبت سلامت خانواده مصرف مواد را در دوران بارداری کم می‌کنند.

اولین تماس مادر باردار با نظام مراقبت سلامت به هر شکل و هر جایی که رخ دهد، حتی در اورژانس و اتاق زایمان، فرصت مناسبی برای ارائه خدمات سلامت به وی است. غربال‌گری و اطلاع‌رسانی به تنهایی ممکن است برای مادر باردار وابسته به مواد کافی نباشد. لیکن کیفیت ارتباط بین فرد باردار و سیستم بهداشتی، درمانی عامل مهمی برای نگهداری او در نظام مراقبت است.

همان گونه که پیشتر گفتیم یکی از خصوصیات اصلی اختلال مصرف مواد آن است که در اثر آن مصرف مواد تبدیل به اولویت اصلی زندگی فرد می‌شود و فرد به سایر جنبه‌های مهم و واجد اولویت زندگی خود همچون سلامتی و... بی‌توجه می‌شود. اغلب زنان باردار از یک سو به علت الگوی بیماری خود و از سویی دیگر ترس از تبعات منفی ناشی از فاش شدن مصرف مواد، از خدمات مراقبت بارداری استفاده نمی‌کنند. اختلال مصرف مواد اثرات منفی جدی بر سیر بارداری و سلامت نوزاد دارد و یکی از عوامل دخیل در **مرگ و میر دوران بارداری** محسوب می‌گردد.

برخی زنان وابسته به مواد افیونی نشانه‌های اولیه بارداری شامل خستگی، سردرد، تهوع و استفراغ را به علائم ناشی از پرهیز مواد افیونی نسبت می‌دهند. در نتیجه، شروع بارداری می‌تواند باعث شود این بیماران مصرف مواد افیونی خود را افزایش داده تا علائمی را که به پرهیز نسبت می‌دهند، تخفیف دهند و با این کار جنین را در معرض سطوح افزایش یافته این مواد قرار می‌دهند.

زنان باردار مصرف‌کننده مواد در معرض خطر بالای سوء تغذیه هستند، اغلب مراقبت بارداری کافی نمی‌گیرند و در محیط پر از خشونت و استرس زندگی می‌کنند. در میان زنان بارداری که مواد را به صورت تزریقی استفاده می‌کنند خطر عوارض پزشکی مثل بیماری‌های عفونی، اندوکاردیت، آبسه و بیماری‌های منتقله از راه جنسی افزایش می‌یابد.

غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد در بارداری

غربال‌گری و آموزش زنان باردار باعث بالا رفتن میزان آگاهی ایشان از خطرات ناشی از مصرف مواد می‌شود و ممکن است از احتمال مصرف مواد در حاملگی‌های بعدی پیشگیری کند. حتی در زنانی که مشکل مصرف ندارند، پرسش و آموزش در این مورد، فرصت خوبی برای انتقال آموزش‌های پیشگیرانه درباره مصرف مواد فراهم می‌آورد.

کارشناس مراقب سلامت خانواده لازم است به موارد زیر توجه نماید:

- با پرهیز از نگرش و برخورد قضاوت‌گرایانه سعی کنیم مشکل فرد را درک نموده و با آن همدلی نماییم.
- بدانیم مواد از سایر عوامل روانی، اجتماعی و اقتصادی جدا نیست.
- کارکنان مراقبت بارداری متعهد هستند که خدمات مراقبت را به طور یکسان به همه مراجعان ارائه نمایند.
- توجه داشته باشیم که اختلال مصرف مواد یک مقوله مرتبط با بیماری و سلامتی است، نه مقوله‌ای ارزشی و اجتماعی، بنابراین در مراقبت بارداری نیز باید به آن به عنوان یک مشکل سلامتی نگریسته شود.

- محیطی امن که متضمن حفظ اسرار بیمار است را برای زن باردار فراهم کنیم.
- به احساسات و درک مراجع احترام بگذاریم.
- درک کنیم که در میان گذاشتن مشکل مصرف مواد برای مادر باردار امری دشوار است.
- بسیاری از زنان مصرف‌کننده مواد مشکلات و محدودیت‌های اجتماعی متعددی دارند که کم‌سودی می‌تواند یکی از آنها باشد. بنابراین تمام اطلاعات علاوه بر شکل نوشتاری باید شفاهاً برای زنان (و همسران یا شرکای جنسی آنها) توضیح داده شود تا مطمئن باشیم که اطلاعات را فهمیده است.

غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد در دوران بارداری باید در اولین مراقبت بارداری و پس از آن در سه ماهه‌های بعدی، هنگام زایمان و شیردهی تکرار شود.

در زنان باردار با نتیجه غربال‌گری اولیه منفی:

- بازخورد مثبت ارایه دهید.
- منافع پرهیز از مصرف مواد و خطرات مصرف مواد در دوران بارداری را مرور کنید.
- غربال‌گری را در پایان هر سه ماهه، بعد از زایمان و در دوران شیردهی تکرار کنید.

در زنان باردار واجد غربال‌گری اولیه مثبت

- افراد شناسایی شده و یا مشکوک به مصرف مواد را به پزشک مرکز ارجاع دهید.
- در صورتی که احتمال خطر جدی و یا مسمومیت فرد با مواد وجود داشته باشد لازم است ارجاع فوری داده یا با پزشک مرکز تماس گرفته شود.

پیگیری و مراقبت مادر باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد:

به دلیل اهمیت مصرف مواد در دوران بارداری کلیه موارد مثبت در غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد باید به پزشک مرکز ارجاع شوند.

پزشک مرکز در صورت نیاز برای درمان اختلال مصرف مواد درمان لازم را ارایه داده و یا بیمار را برای دریافت خدمات درمانی به جایگاه‌های اختصاصی یا تخصصی درمان اختلالات مصرف مواد ارجاع می‌دهد.

در هر کدام از این حالات ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان توسط پزشک مرکز انجام می‌شود. کارشناس سلامت روان مرکز غربال‌گری تکمیلی برای تعیین سطح درگیری اختصاصی با هر یک از مواد و همچنین تعیین طریق مصرف (تزریقی/غیرتزریقی) را انجام می‌دهد. کارشناس سلامت روان همچنین ارزیابی تکمیلی از نظر حمایت‌های اجتماعی و صلاحیت سرپرستی را انجام و نتایج ارزیابی را برای انجام ارجاعات لازم به پزشک مرکز منتقل می‌نماید.

در این گونه موارد پیگیری هفتگی برای مراجعه به پزشک و سپس پیگیری برای دریافت برنامه درمانی بر اساس بازخورد ارجاع دریافت شده از جانب پزشک توصیه می‌گردد.

در صورت شناسایی مادر باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد ارایه آموزش‌های زیر در پیگیری‌های کارشناس مراقب سلامت خانواده یا ماما توصیه می‌گردد:

- به وی بگویید که سلامت او و فرزندش برای شما اهمیت دارد.
- به او بگویید که می‌دانید و معتقدید که هر مادری می‌خواهد که فرزندش سالم باشد و او نیز می‌تواند با قطع مصرف مواد، به سلامت فرزندش کمک کند.

- تأکید کنید بلافاصله پس از پرهیز مصرف مواد، فواید پرهیز آغاز می‌شوند و هر چه زودتر اقدام به قطع مصرف مواد نماید پرهیز مواد برایش آسان‌تر خواهد بود. هیچ وقت برای پرهیز مصرف مواد دیر نیست.
- در صورت اختلال مصرف مواد افیونی، او را از مزایای درمان نگهدارنده آگاه سازید.
- بارداری و بچه دار شدن باعث بروز تغییراتی مهم و گاه تنش‌زا می‌شود که می‌تواند مادران مصرف‌کننده‌ی مواد را مستعد قبول درمان و آموزش‌های پیشگیرانه برای مادر و کودک نماید.
- در این دوران، آگاه‌سازی مادر از ضرورت دریافت آموزش مهارت‌های فرزند پروری، به عنوان یک اقدام پیشگیرانه دارای اهمیت بسیار است.
- باید توجه داشت این مادران برای تاب‌آوری بهتر در برابر مصرف مواد و پرهیز از خشونت‌های رفتاری و نیز تأمین امنیت عاطفی و روانی نوزاد، نیازمند آموزش و حمایت اجتماعی و توجه ویژه هستند.

درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست (متادون و بوپرنورفین) در حال حاضر هزینه‌های اتربخش‌ترین روش درمان اختلال مصرف مواد افیونی در بارداری به حساب می‌آید و به عنوان درمان استاندارد وابستگی به مواد افیونی در دوران بارداری توصیه می‌شود.

- مادرانی که در دوران بارداری تحت درمان نگهدارنده بوده‌اند باید بدانند منافع تغذیه نوزاد با شیر مادر از مضرات آن بیشتر است.

شیردهی می‌تواند در ایجاد پیوند میان مادر و کودک مفید باشد و بصورت بالقوه شدت سندرم پرهیز نوزادی را کاهش دهد.

کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد:

منظور از کاهش آسیب مجموعه سیاست‌ها، برنامه‌ها و مداخلاتی است که هدف آن کاهش آسیب‌های سلامتی یا اجتماعی ناشی از مصرف مواد بوده، بدون آن که لزوماً بر قطع مصرف مواد متمرکز باشد. براساس گزارش‌های دوره‌ای وزارت بهداشت، از بین کل موارد ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی که از سال ۱۳۶۵ تاکنون به ثبت رسیده است، بیش از ۶۷٪ به علت اعتیاد تزریقی مبتلا شده‌اند. مصرف تزریقی مواد با عوارض شدید سلامتی همچون مرگ ناشی از بیش‌مصرفی (اوردوز)، عفونت‌های منتقله از راه خون، عفونت محل تزریق، شدت بالاتر اعتیاد، تخریب گسترده‌تر در کارکردهای فردی، بین‌فردی و اجتماعی و... همراه است. کارکنان نظام سلامت باید در نظر داشته باشند که تماس با کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند، هرچند کوتاه مدت یک فرصت مناسب برای برقراری ارتباط و انتقال اطلاعات و آموزش‌ها است.

در برخورد با کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند یک رویکرد سلسله‌مراتبی به شرح زیر باید پیگیری شود:

۱. اگر معتاد انگیزه و آمادگی کافی برای ورود به درمان دارد، او و خانواده‌اش را تشویق کنید موضوع را با پزشک مرکز درمان گذارند.
۲. اگر انگیزه و آمادگی کافی برای ورود به درمان ندارد، بیمار را از خطرات ناشی از تزریق مواد آگاه کرده و او را تشویق کنید به جای تزریق از سایر روش‌های مصرف مواد نظیر مصرف تزریقی یا خوراکی استفاده کند.
۳. در صورتی که فرد آمادگی و انگیزه کافی برای کنار گذاشتن تزریق را نداشته باشد، خطرات استفاده از سرنگ مشترک همچون ابتلا به عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را به بیمار یادآور شوید و آنها را تا آنجا که ممکن است به استفاده از روش‌های تزریق ایمن‌تر تشویق کنید.

۴. در صورتی که قبلاً رابطه جنسی مشکوک داشته و یا از سرنگ مشترک استفاده کرده است او را برای آزمایش‌های ضروری به پزشک مرکز سلامت جامعه ارجاع دهید چرا که ممکن است به هپاتیت یا ایدز مبتلا شده باشد.
 ۵. بیمار و خانواده او را با مشورت و موافقت پزشک مرکز بهداشتی درمانی تشویق کنید برای دریافت خدمات مشاوره تخصصی به مراکز مشاوره رفتاری موجود در شهرستان و یا استان مراجعه کنند.
- بنابراین در برخورد با کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند، کارشناس مراقب سلامت خانواده باید آنها را برای دریافت خدمات درمانی برای قطع مصرف تزریقی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهد. در صورتی که علی‌رغم ارجاع و پیگیری مراجع به رفتار پرخطر تزریق خود ادامه دهد، کارشناس مراقب سلامت خانواده باید پیام‌های کاهش آسیب را به فرد ارایه نموده و دسترسی او را به وسایل کاهش آسیب تسهیل نماید.
- پیام‌های مهم آموزش‌های متمرکز بر کاهش آسیب مصرف مواد به این شرح است:
- بهتر است تزریق نکنید. برای این کار ورود به یک برنامه درمانی به شما کمک زیادی می‌کند.
 - اگر تزریق می‌کنید:
 - ✓ همیشه از وسایل تزریق تمیز استفاده کنید.
 - ✓ همیشه از وسایل تزریق نو استفاده کنید.
 - ✓ وسایل تزریق را با دیگران به صورت اشتراکی استفاده نکنید.
 - ✓ محل تزریق را تمیز کنید.
 - ✓ دست‌های خود را بشویید.
 - ✓ محل تزریق را بشویید.
 - ✓ هر بار در یک محل جدید تزریق کنید.
 - ✓ آرام تزریق کنید.
 - ✓ وسایل تزریق را بعد از استفاده در سiftی باکس بریزید.
 - اگر مواد محرک مصرف می‌کنید، نکات زیر خطرات سایکوز ناشی از مت‌آمفتامین را کاهش می‌دهد.
 - ✓ از تزریق و تدخین اجتناب کنید.
 - ✓ از مصرف هر روزه اجتناب کنید.
 - اگر شما مواد افیونی خصوصاً مواد افیونی کوتاه اثر مثل هروئین مصرف می‌کنید، نکات زیر به شما کمک می‌کند خطر بیش‌مصرف را کاهش دهید.
 - ✓ از مصرف هم‌زمان مواد دیگر خصوصاً آرام‌بخش‌ها و خواب‌آورها اجتناب کنید.
 - ✓ مقدار کمی مصرف کنید. همیشه وقتی یک ماده جدید می‌خرید اول یک مقدار اندک از ماده را تست کنید تا از مقدار خلوص و قدرت آن اطلاع پیدا کنید.
 - ✓ در جایی مواد مصرف کنید که دیگران هم حضور داشته باشند.
 - ✓ از تزریق در محل‌هایی که اگر بیش‌مصرف کردید کسی نیست به کمک‌تان بیاید اجتناب کنید.
 - شماره تلفن اورژانس را حفظ باشید. در ارتباط با دیگران
 - ✓ علاوه بر آن که باید همیشه از وسایل تزریق استفاده شده توسط دیگران اجتناب کرد، نباید وسایل خود را در اختیار سایر مصرف‌کنندگان مواد قرار داد
 - ✓ شاید شما تصور کنید قرض دادن سرنگ، سرسوزن یا سایر وسایل تزریق، کمک به دیگران به حساب می‌آید اما باید توجه داشته باشید که قرض دادن وسایل تزریق دسته دوم می‌تواند عفونت‌های باکتریایی و ویروسی را به دیگران منتقل نماید
 - ✓ به هیچکس اجازه ندهید از وسایل تزریق مصرف شده توسط شما استفاده کند.

✓ بهترین کمکی که شما می‌توانید به یک مصرف‌کننده تزریقی بدهید کمک به او برای تهیه وسایل تزریق استریل و ارائه آموزش‌های برای مصرف ایمن تر است.

- ✍ اگر همسر شما مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کند:
- ✓ همسران را تشویق به استفاده از وسایل تزریق ایمن کنید
- ✓ در روابط جنسی خود حتما از کاندوم استفاده کنید
- ✓ جهت انجام تست ابتلا به ایدز به مرکز بهداشتی و درمانی مراجعه کنید.
- ✓ جهت انجام خدمات مشاوره تخصصی به پزشک یا کارشناس سلامت روان مراجعه کنید.

پیشگیری اولیه از مصرف مواد :

راهبردهای کلان پیشگیری از مصرف مواد شامل دو بخش است، یک: جلوگیری از ورود و عرضه مواد به داخل کشور (کاهش عرضه) دو: پیشگیری از گرایش به مصرف مواد (کاهش تقاضا).
با وجود تلاش‌های فراوانی که در دهه‌ها اخیر، توسط سازمان‌های بین‌المللی و ملی در کشورهای مختلف در زمینه کاهش عرضه مواد در ابعاد گوناگون انجام شده، به نظر می‌رسد که به طور کلی پیشگیری از اعتیاد از طریق کاهش عرضه با توفیق چندانی همراه نبوده است.

چنانکه براساس گزارشات سازمان ملل متحد (۲۰۱۱)، سالانه مقامات امنیتی، نظامی و انتظامی کشورها تنها موفق به کشف و ضبط ۲۰ تا ۳۰ درصد مواد مخدر تولید شده در سطح جهان شده‌اند. این گفته بدان معنا است که سوداگران مرگ ۷۰ تا ۸۰ درصد از محصولات تولیدی خود را همچنان به دست مصرف‌کنندگان می‌رسانند. لذا تأکید می‌گردد، باید به سیاست‌های کاهش تقاضا و پیشگیری اولیه توجه بیشتری گردد.

از سوی دیگر، تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که مصرف زودهنگام هرگونه ماده‌ای می‌تواند برای مصرف‌های بعدی و ظهور رفتارهای ضد اجتماعی در آینده یک عامل خطر جدی به حساب آید، حال آنکه پیشگیری اولیه به جوامع فرصت می‌دهد که مشکلات مربوط به مواد را پیش از آنکه آغاز شوند، متوقف سازند و رفتارهای سالم را مورد حمایت قرار دهند.

از زمانی که مصرف مواد به عنوان رفتاری چندعاملی شناخته شده است، این موضوع به عنوان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر به نظر رسیده است که راهبردهای پیشگیرانه متعدد و متنوعی نیز برحسب هر یک از وضعیت‌ها، خاستگاه‌ها و خط سیرهایی که رفتار اعتیادی در آن نمود و بروز می‌نماید، مورد توجه و کاربرد قرار گیرد.

برحسب نوع و سطوح مداخله و عوامل خطرآفرین، مؤثرترین راهبردهای مداخله‌ای در چهار حیطه قرار می‌گیرند. این حیطه‌ها عبارتند از:

۱ - فرد

۲ - خانواده

۳ - گروه همسال

۴ - جامعه که شامل حیطه‌های فرعی‌تر مدرسه، محیط کار و محله است.

نتایج تحقیقات اخیر نشان داده‌اند، زمانی که برنامه‌های پیشگیری بیش از یک حوزه را در یک برنامه‌ی جامع تحت پوشش قرار می‌دهند، مداخلات کارآمدی بیشتری خواهند داشت.

عمده‌ترین اهداف پیشگیری اولیه از مصرف مواد کدامند؟

- در مباحث نظری و ادبیات پیشگیری از مصرف مواد، مهم‌ترین اهداف پیشگیری اولیه از مصرف مواد عبارتند از:
- ۱ - شناخت علل مصرف مواد و تدوین یک برنامه مداخله‌ای برای رفع آن
 - ۲ - کاهش عوامل مخاطره‌آمیز و پرخطر
 - ۳ - آگاه‌سازی افراد جامعه، خصوصاً افراد در معرض خطر از خطرات و مضرات مصرف مواد
 - ۴ - افزایش مقاومت فرد در مقابل وسوسه‌های مواد از طریق آموزش مهارت‌های زندگی نظیر مهارت خودآگاهی، حل مسئله و کنترل هیجانات منفی، تفکر نقاد، امتناع ورزی و ارتباط اجتماعی
 - ۵ - تقویت فعالیت‌های جایگزین مصرف مواد، به منظور ارضای نیازهای روانی - اجتماعی افراد مانند تقویت برنامه‌های تفریحی و ورزشی برای رفع نیازهای هیجان طلبی و لذت جویی
 - ۶ - مشاوره و مداخله حین بحران و حوادث تنش زای زندگی از جمله مشکلات دوران انتقالی زندگی مانند زمان بلوغ، فشارهای عاطفی، اقتصادی، طلاق والدین و مهاجرت
 - ۷ - ارتقاء سطح آگاهی فرهنگی، تقویت باورهای معنوی و اعتقادات مذهبی و اخلاقی در جامعه
 - ۸ - وضع، اصلاح و تقویت قوانین و مقررات کارآمد و مؤثر در مبارزه با مواد
 - ۹ - درمان وابستگی به مواد با هدف جلوگیری از اشاعه و سرایت مصرف مواد و پیامدهای آن در اطرافیان و جامعه

چگونه برای پیشگیری از مصرف مواد برنامه ریزی کنیم؟

پیش از تدوین برنامه‌های معطوف به پیشگیری از مصرف مواد پاسخ به چند پرسش زمینه‌ای حائز اهمیت است. در واقع یک رویکرد و برنامه پیشگیرانه از مصرف مواد می‌باید قبل از تدوین، پاسخگوی چند سؤال زمینه‌ای مهم باشد. این سؤالات عبارتند از :

الف - مداخلات پیشگیری باید بر چه کسانی تمرکز یابند؟

- افراد و گروه‌هایی که به روشنی تعریف شده باشند.
- مداخلات پیشگیری زمانی مؤثر خواهند بود که بر جمعیتی متمرکز گردند که به روشنی با سن، جنس، نژاد، قومیت، ملیت، فرهنگ، میزان درآمد و مکان جغرافیایی تعریف شده باشند. این تعریف مشخص به مداخلات امکان می‌دهد تا مهم‌ترین عوامل خطر محافظت کننده مصرف مواد و نیازهای خاص جمعیت هدف را مورد هدف قرار دهند و این کار را به طریقی سازماندهی نمایند که برای گروه مخاطب قابل درک، قابل پذیرش و متناسب باشد و بدین ترتیب این مداخله کارآمد خواهد بود.
- مداخلات پیشگیری از مصرف مواد زمانی مؤثر و کارآمد واقع می‌شوند که بیشترین تمرکز خود را بر افراد جوان جامعه (از کودکی تا جوانی) قرار دهند
- خطرناکترین دوره برای آسیب پذیری جوانان در برابر مصرف مواد مراحل انتقالی بزرگ و تغییر مقاطع تحصیلی (ورود به راهنمایی، دبیرستان، دانشگاه و گاه یک محیط کار پرخطر) است.
- یک مداخله پیشگیرانه باید علاوه بر جمعیت هدف (به عنوان مثال نوجوان) گروه همسال، خانواده بویژه والدین و سایر بزرگسالان تأثیرگذار مانند معلم و مربی ورزش را نیز مخاطب قرار دهد تا کارآمدی آن افزایش می‌یابد.

ب - مداخلات پیشگیرانه باید بر چه موضوعاتی تمرکز نمایند؟

- ۱- انواع عمده مصرف مواد: مداخلات پیشگیری بهتر است به منظور جامعیت بیشتر و کنترل بهتر، اشکال متعدد مصرف مواد که ممکن است در جمعیت هدف رایج باشد، را مورد هدف قرار دهند. به عنوان مثال یک مداخله

جهت کنترل و پیشگیری از مصرف مواد مخدر ممکن است این ماده را کاهش دهد، اما مواد جایگزینی مانند مواد محرک و الکل در جمعیت هدف مورد غفلت قرار گرفته باشند.

۲- عوامل خطر ساز و عوامل محافظت کننده: مداخلات پیشگیری زمانی کارآمدتر خواهند بود که در هر سطحی که اجرا می گردند (همگانی Universal، انتخابی Selective و یا موردی indicative) بر مهمترین عوامل خطر و عوامل محافظت کننده جمعیت هدف تمرکز یابند. تحقیقات نشان داده اند که **عوامل خطر و محافظت کننده در حوزه های مختلف فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع ویژگی تعاملی و تجمعی** دارند. یعنی هر چه تعداد آنهادر جمعیت هدف بیشتر باشد، آسیب زایی یا حفاظت کنندگی آنها بیشتر می گردد. لذا توجه به این عوامل می تواند در افزایش کارآمدی مداخلات پیشگیرانه مؤثر واقع شود.

۳- **انتظارات و نیازهای جسمی و روانی فرد از مصرف مواد:** نیازهای افراد، انگیزه ها و انتظارات آنها ممکن است نقش مهمی در مصرف مواد در جهت هدف داشته باشند که توجه به آنها کارآمدی مداخلات را افزایش می دهند. به عنوان مثال ممکن است افراد به انتظار آنکه مواد اختلالات و احساسات ناخوشایند آنها مثل تنش، اضطراب، افسردگی، تنهایی، چاقی و کمروبی را کاهش می دهد، به مصرف مواد روی می آورند و یا انتظارات آنها از مصرف مواد این باشد که احساسات خوشایندی مثل لذت، خلاقیت، تهیج، تمرکز و رهایی ذهنی از مشکلات در آنها ایجاد می کند. این قبیل نیازها، انتظارات و انگیزه ها بدون شک به طور پیچیده ای با عوامل خطر یا عوامل محافظت کننده تعامل می نمایند و لذا توجه به آنها و معرفی جایگزین های مناسب، مداخلات روانشناختی و یا درمانهای روانپزشکی برای برآورده ساختن آنها ضروری است.

۴- اطلاعات درست درباره پیامدهای مصرف مواد: مداخلات پیشگیرانه می توانند با ارائه اطلاعات صحیح، مناسب، علمی، دارای تناسب فرهنگی و سنی با نیازها و انگیزه های آنان از مصرف مواد و داروها پیشگیری نمایند. این اطلاعات به اشکال گوناگون (تیزر، پوستر، کلاس های بحث آموزشی و سخنرانی) و به گروه های مختلف (خانواده، محله، گروه همسالان و ...) ارائه می گردد.

۵- نگرش ها و هنجارهای ضد مواد: گاه دادن اطلاعات به تنهایی برای پیشگیری از سوءمصرف ماد کافی نیست، بلکه باید سعی در تغییر نگرش، ارزش ها و هنجارهای فرد، خانواده ها، گروه همسالان و جامعه نمود، تا به افزایش کارآمدی برنامه های پیشگیری منتهی گردد. این مسئله به ویژه در آغاز شیوع یک ماده جدید و تغییر الگوی مصرف از یک ماده مخدر به ماده محرک و الکل به عنوان یکی از مهم ترین مداخلات پیشگیرانه مورد تأکید است.

۶- **مهارت های اجتماعی:** اما ایجاد ارزش ها و نگرش های ضد مواد نیز به خودی خود برای پیشگیری مصرف مواد کافی نیستند. یک رویکرد کاملاً اثبات شده در زمینه پیشگیری از مصرف مواد، **آموزش و تقویت همگام مهارت های زندگی در ارتباط با افزایش اعتماد به نفس، توفانی کنترل هیجانات منفی، برقراری ارتباط، حل مسأله و تعارضات، و تکنیک های رد مواد** می باشد. اینها ابزارهایی هستند که به نوجوان امکان می دهد، رفتارهایش را بویژه زمانی که با موقعیت های پرخطر روبرو می شود، ساماندهی کند.

ج - مداخلات پیشگیری از مصرف مواد چه زمانی باید اعمال شوند؟

۱ - به اندازه کافی مقدماتی و پیشگیرانه باشند.

مداخلات پیشگیرانه زمانی کارآمدتر خواهند بود که خیلی زودتر از آنکه مصرف مواد بخواهد شکل بگیرد، اعمال شوند. بنابراین براساس گروه هدف این مداخلات می توانند از **خیلی مقدماتی** مثل مراقبت های پیش از تولد (برای نوزادی که مادر معتاد دارد) تا **مقدماتی** مثل مداخلات در محیط های بهداشتی، مهدکودک ها و دبستان برای

کودکان و نوجوانانی که در ریسک کمتری از مصرف مواد قرار دارند، اعمال کردند.

۲ - به اندازه کافی پایایی داشته باشند:

به نظر می‌رسد مداخلات پیشگیری زمانی کارآمد خواهند بود که به اندازه کافی و طی زمانهای مختلف تقویت شوند. یک مداخله کوتاه‌مدت ممکن است از مصرف مواد پیشگیری نماید، اما نمی‌تواند نوجوانان را برای مدت طولانی در برابر مصرف مواد واکسینه نماید.

عوامل محیطی متعددی مثل در دسترس بودن مواد در محله، فشار از سوی دوستان، همچنین عوامل فردی مثل خطرپذیری نوجوانان و میل به تجربه مواد و سایر عوامل می‌توانند مقاومت نوجوان را در برابر مواد علیرغم آنچه آموخته است بشکنند. بنابراین مداخلات پیشگیری باید **مستمر و مداوم** باشد.

د - مداخلات پیشگیری از مصرف مواد در چه محیط‌هایی باید انجام شوند؟

فعالیت‌ها و موقعیت‌های سالم و عاری از مواد می‌توانند به نوجوانان کمک نماید که به سوی مصرف مواد نروند. این فعالیت‌ها معمولاً با افرادی مثل خانواده، گروه همسال، همکاران و سایر بزرگترها صورت می‌گیرد و معمولاً در موقعیت‌هایی مثل مراکز خدمات بهداشتی-درمانی، مدارس، اجتماعات دینی و تفریحی، محل کار و سالنهای ورزشی اجرا می‌شوند. یعنی با عاری نمودن این موقعیت‌ها از مواد و آگاهی بخشی به خانواده، جوانان و نوجوانان و نیز آموزش و تقویت مهارت‌های فرزندپروری خانواده و مهارت‌های اجتماعی افراد را حمایت می‌کنند تا به مصرف مواد گرایش پیدا نکنند.

ه - مداخلات پیشگیری مصرف از مواد چگونه باید اعمال شوند؟

۱ - تعاملی (Interactive)

تحقیقات نشان داده‌اند که رویکردهای یکطرفه و پندآموز اثربخشی کمتری نسبت به رویکردهایی که بر مشارکت و تعاملی دارند. نوجوانان زمانی که می‌توانند با معلم، والدین، پلیس، دکتر و ... و یا همسالانی که سعی دارند دانش، نگرش و رفتار ضد مواد را در آنها تقویت نمایند، در یک بحث و گفتگوی تعاملی و با برنامه مشارکتی پیشگیرانه مانند برگزاری جشنواره و یا نمایشگاه فعالیت می‌کنند، به احتمال بیشتری یاد می‌گیرند و آنچه یاد می‌گیرند را پذیرفته و به آن عمل می‌کنند. به عبارت دیگر رویکردهایی که مستلزم تعامل و مشارکت نوجوانان است بیشتر آنها را قانع می‌سازد تا از مصرف مواد اجتناب کنند.

۲ - چند وجهی (multimodal)

مداخلات پیشگیری زمانی که از استراتژی‌های چندگانه مثل سخنرانی (که البته تنها برای گروه‌های بزرگ بصورت کوتاه مدت با هدف آگاهی بخشی انجام گیرد)، کارگاه آموزشی، بحث گروهی، نمایش و نقد فیلم‌های ویدئویی و توزیع پمفلت و سی دی آموزشی در سطوح و راهبردهای مختلف استفاده می‌کنند، کارآمدتر از آنهایی هستند که تنها یک رویکرد را بکار می‌گیرند.

۳ - توأم با خط‌مشی‌های اجتماعی

با استفاده از انواعی از خط‌مشی‌های اجتماعی ضد مواد مثل وضع قوانین، مصوبات، هنجارهای رسمی و غیررسمی و اجرای سختگیرانه آنها که کل جامعه را در بر می‌گیرد، می‌توان از مصرف مواد پیشگیری نمود. تحقیقات نشان داده که مداخلات پیشگیرانه‌ای که بر فرد یا گروه‌های در معرض خطر تأکید دارند به تنهایی

نمی‌توانند در این زمینه مؤثر باشند. بلکه زمانی کارآمدی آنها افزایش می‌یابد که با این قبیل خط‌مشی‌های اجتماعی توأم گردند و از سوی جامعه نیز مورد حمایت قرار گیرند.

برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر خانواده

۱- برنامه پیشگیری در دوران نوزادی و اولیه کودکی (۲-۵ سال)

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اختلال در مسیر تکامل رشدی بویژه در دوران نوزادی و اولیه کودکی خطر بروز رفتارهای مخرب بسیار بالا می‌برد، مگر اینکه مداخلات مثبتی انجام می‌گیرد. نخستین تعاملات کودک در خانواده و پیش از رفتن به دبستان آغاز می‌شود. رشد مهارت‌های زبانی خاص سن و دیگر کارکردهای رفتاری و ادراکی مانند خود کنترلی، میل به تعامل و مهارت‌های اجتماعی، بیش از هر جا در خانه و با حمایت خانواده امکانپذیر است. به تأکید سنداستانداردهای پیشگیری (UNODC, 2011) اولویت تدوین این برنامه برای خانواده‌های مناطق حاشیه نشین و دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین جهت دستیابی به تکامل رشدی و شایستگی روانی اجتماعی متناسب با سن این کودکان است.

برنامه‌های اثر بخش در دوران اولیه کودکی دارای ویژگی‌های ذیل هستند:

- باعث بهبود مهارت‌های ادراکی، اجتماعی و زبانی کودکان می‌شوند.
- جلسات آموزشی والدین به طور متوالی برگزار می‌شوند.
- توسط مربیان آموزش دیده ارائه گردد.
- به خانواده‌ها در حل دیگر مسائل اجتماعی-اقتصادی کمک می‌کنند.

۲- آموزش مهارت‌های فرزندپروری:

برنامه پیشگیری مبتنی بر خانواده به عنوان یکی از مهم‌ترین مداخلات اثر بخش دوره اولیه نوجوانی باید با ارتقا کارکردهای مؤثر خانواده به تقویت روابط خانوادگی و مهارت‌های فرزندپروری مثبت والدین بیانجامد.

مهمترین اهداف آموزش مهارت‌های فرزندپروری

- ایجاد فضای امن عاطفی
- وضع مقررات برای رفتار قابل قبول
- پایش اوقات فراغت فرزندان و الگوی دوستیابی فرزندان
- کمک به آن‌ها در کسب مهارت اخذ تصمیم‌های منطقی
- ارائه الگوهای رفتاری برای فرزندان در برابر مصرف مواد و دیگر رفتارهای پر خطر

ویژگی‌های یک برنامه اثربخش فرزندپروری

- سازماندهی به گونه‌ای است که حضور در کلاس‌ها برای والدین راحت و خوشایند باشد.
- جلسات متعدد باشد (حدود ۱۰ جلسه یا بیشتر).
- شامل فعالیت‌هایی مستقل برای والدین، فرزندان و مشترک برای تمام خانواده باشد.
- ارائه آن توسط افراد آموزش دیده باشد.

برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مدرسه

۱- برنامه بهبود محیط کلاس درس:

این برنامه که در دوره ابتدایی اجرا می‌شود، دارای شواهد اثربخشی قراوانی در مصونیت این کودکان از انواع آسیب‌ها در دوران نوجوانی است (UNODC, 2011).

یک برنامه اثربخش بهبود کلاس درس باید ویژگی‌های ذیل را داشته باشد:

- تقویت توانایی معلمین در مدیریت و نظم دادن به کلاس
- حمایت از کودکان در ایفای نقش اجتماعی خود به عنوان دانش آموز
- دارای راهبردهایی برای برخورد با رفتارهای نامطلوب هستند.
- دارای راهبردهایی برای تایید رفتارهای مطلوب هستند.
- معلمین به انتظارات بازخورد می‌دهند.
- شامل مشارکت فعال دانش آموزان هست.
- کاهش رفتارهای پرخطرانه و ایدائی زود هنگام را موجب می‌شود.

۲- آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی به دانش آموزان

حمایت از رشد مهارت‌های اجتماعی در کلاس درس می‌تواند باعث پیشگیری از مصرف مواد قانونی و غیر قانونی در طول دوره کودکی میانه و نوجوانی شود. بر اساس شواهد آموزش مهارت‌های تاب آوری ارائه شده به کودکان ۱۰ ساله یا کمتر می‌تواند باعث کاهش رفتارهای ناهنجار شود.

این برنامه جهت اثربخشی باید به ویژگی‌های ذیل را داشته باشد:

- این آموزش‌ها باید بر عوامل محافظی چون تعهد به مدرسه، بهبود عملکرد تحصیلی، عزت نفس، سلامت ذهنی، مهارت تاب آوری تاثیرگذار باشد.
- باعث بهبود مهارت‌های فردی و اجتماعی متعدد می‌شود.
- به شکل مجموعه‌ای از جلسات ساختارمند ارائه شده و اغلب در طی چندین سال، جلسات مکمل نیز به آنها اضافه می‌شود.
- توسط آموزش‌دهندگان یا تسهیلگران آموزش دیده ارائه می‌شوند.
- جلسات عمدتاً به صورت تعاملی برگزار می‌شوند.

۳- سیاست‌گذاری در مدرسه

- سیاست‌های مقابله با غیبت دانش آموزان از مدرسه
- شمول همگانی برنامه‌ها در مدرسه برای دانش آموزان، معلمان، کارکنان، والدین
- کاهش میزان و قابلیت دسترسی به سیگار، الکل، و مواد دیگر
- برخورد با رفتارهای پرخطر، نه با تنبیه بلکه با اقدامات مثبت همچون ارائه یا ارجاع برای مشاوره، درمان و سایر خدمات مراقبت بهداشتی یا روانشناختی و اجتماعی
- ثبات و سرعت در اعمال سیاست‌ها شامل اقدامات تشویقی برای تبعیت از مقررات و سیاست‌ها
- افزایش فعالیتهای جذاب و علاقمندی دانش آموز به مدرسه و کارکنان آن

برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر اجتماع

برنامه‌های اجنماع محور جزو اثربخش برترین برنامه‌ها است. اولین قدم‌ها در برنامه ریزی یک برنامه جامعه محور پیشگیری از مصرف مواد شامل موارد ذیل است:

- ابتدا مواد مصرفی اختصاصی آن جامعه و عوامل خطر و محافظ، دیگر مشکلات کودکان و نوجوانان را در یک جامعه شناسایی می‌شود.
- مشارکت اجتماع محلی و حمایت طلبی از ذینفعان جلب می‌شود.
- بر مبنای استراتژی‌های برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر پژوهش، برنامه‌ها و اهداف کوتاه مدت تدوین می‌شود.
- اهداف بلندمدت را بر اساس برنامه‌ها و منابع موجود در آینده طرح ریزی می‌شود.
- پایش و ارزشیابی در طول برنامه و همراه با پیشرفت برنامه وجود داشته باشد.
- حمایت از اعمال سیاست‌های مربوط به محدودیت دسترسی به سیگار، مواد و الکل
- با مشارکت خانواده‌ها و مدارس
- همکاری مراجع علمی در اجرا، پایش و ارزشیابی برنامه‌های مبتنی بر شواهد
- ارائه آموزش‌ها و منابع کافی به جامعه
- پایداری ابتکارات اجنماع محور در میان مدت (برای مثال، بیش از یک سال)

خشونت خانگی

تعریف خشونت خانگی و انواع آن:

خشونت خانگی عبارت است از خشونت‌هایی که بین افراد خانواده و شرکای زندگی رخ می‌دهد که اغلب و نه همواره در درون منازل اتفاق می‌افتد. خشونت خانگی شامل کودک آزاری، همسرآزاری و آزار سالمندان است. در این متن تنها به خشونت علیه همسر (همسرآزاری) پرداخته می‌شود.

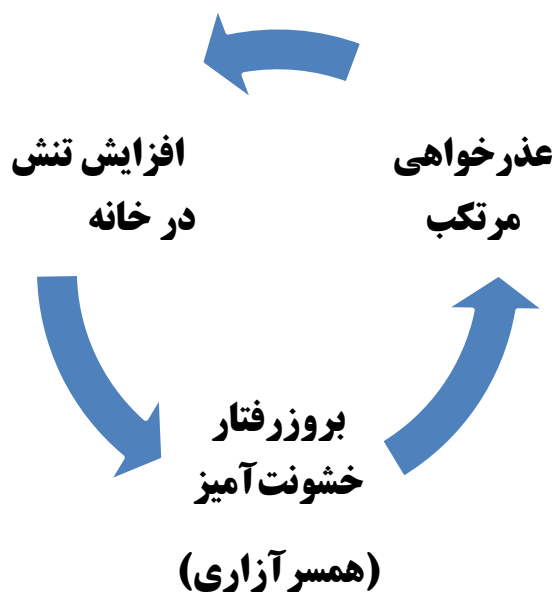
همسرآزاری به صورت‌های مختلفی مانند خشونت روانی و کلامی، خشونت اقتصادی، خشونت جنسی و خشونت جسمانی اعمال می‌شود.

همسرآزاری جسمانی به اشکال مختلف از جمله پرتاب اشیاء به سمت همسر، حمله‌ی فیزیکی به اشکال مختلف (سیلی، مشت، لگد، کمربند و ...) یا جلوگیری از دستیابی همسر به خدمات بهداشتی، در میان خانواده‌ها رایج است.

چرخه‌ی همسرآزاری و مراحلی که قربانی خشونت طی می‌کند

خشونت خانگی معمولاً چرخه‌ی مشخصی را طی می‌کند:

۱. افزایش تدریجی تنش در خله. ۲. بروز همسرآزاری ۳. عذرخواهی مرتکب و اطمینان دادن به قربانی در جهت عدم تکرار خشونت. ولی پس از مدتی باز تنش بالا می‌گیرد و چرخه تکرار می‌شود.



چرخه‌ی خشونت خانگی

قربانی خشونت نیز از لحاظ آمادگی برای تغییر، سه مرحله را طی می‌کند و کارکنان بهداشتی باید مشخص کنند قربانی در کدام مرحله است:

- مرحله‌ی اول:** قربانی، شرمندگی، تنفر از خود و انکار را تجربه می‌کند. در این مرحله کارکنان بهداشتی باید هویت و جایگاه انسانی زن را به او یادآوری کنند تا آگاهی جدیدی در او شکل بگیرد.
- مرحله دوم:** قربانی واقعیت خشونت را پذیرفته است، در این مرحله کارکنان بهداشتی می‌توانند دسترسی او به منابع موجود را تسهیل کنند.
- مرحله سوم:** یعنی پذیرش مداخله و درمان، که امکان برنامه‌ریزی طرح درمانی وجود دارد.

پیامدهای همسر آزاری در خانواده:

همسر آزاری علاوه بر اثرات سوء بر قربانی خشونت، فرزندان را هم دچار مشکلات جدی می‌کند.

الف. قربانی

- علائم افسردگی: مانند احساس بی‌ارزشی و ناامیدی، کاهش اعتماد به نفس.
- علائم اضطرابی: ترس از فضای بسته یا گذرهراسی، حمله پانیک، اختلال استرس پس از سانحه
- رفتارهای آسیب‌زننده به خود مانند اقدام به خودکشی
- گرایش به سوءمصرف مواد یا داروها
- اشکال در روابط اجتماعی، دوست‌یابی و اعتماد به دیگران
- شکل‌گیری رفتارهای انفعالی - پرخاشگرانه: احساس اجبار برای خشونت کردن دیگران، تسلیم‌پذیری و پرهیز از هرگونه مقابله، عدم بیان خواسته‌ها و نیازهای خود.

ب. فرزندان

- ترس، استرس، بی‌خوابی، شب‌ادراری، اختلالات انطباقی و اضطرابی، نقص‌های شناختی و عاطفی، مشکلات تحصیلی، کمبودهای اجتماعی و رفتارهای تهاجمی.

➤ ۴۰-۲۰٪ نوجوانانی که رفتارهای خشن تکرارشونده دارند، در خانه‌هایی رشد کرده‌اند که مادر کتک می‌خورد است.

➤ افزایش احتمال ارتکاب همسرآزاری در پسران و خشونت پذیری دختران در بزرگسالی

موانع آشکارسازی همسرآزاری توسط زنان:

زنان به دلایل زیر تلاشی برای آشکار کردن خشونت و جلوگیری از آن انجام نمی‌دهند. شناسایی این دلایل موجب درک و ایجاد رابطه بهتری با زن خشونت دیده خواهد شد:

- تحمل به خاطر فرزندان
- علاقه به همسر و زندگی مشترک
- ترس از همسر و تشدید خشونت
- عذرخواهی خشونت‌کننده بعد از خشونت
- امید به بهبود خودبخودی اوضاع
- ترس از آبروریزی و واکنش دیگران
- جلوگیری از دخالت دیگران در زندگی مشترک
- نداشتن استقلال مالی یا اجتماعی
- باور به اینکه با مدارا و محبت می‌توان رفتار خشن همسر را تغییر داد
- نداشتن حامی و پشتیبان و عدم اطلاع از وجود منابع حمایتی در جامعه
- نگرانی از قضاوت کارکنان بهداشتی در مورد آن‌ها
- عدم اعتماد به نظام بهداشتی در مورد رازداری و توانایی در کمک به آنان
- سؤال نکردن کارکنان نظام بهداشتی در مورد همسرآزاری از مراجعین

شناسایی موارد همسرآزاری

برای برقراری ارتباط درست با قربانیان خشونت، باید به دلایل آن‌ها برای تحمل رابطه خشونت‌آمیز توجه کرد. اگرچه این دلایل ممکن است از دید کارکنان تحمل قربانی را توجیه نکند، به دلیل اهمیتی که برای وی دارد باید به آن احترام گذاشت. این دلایل عبارتند از:

- تحمل به خاطر فرزندان
- علاقه به همسر و زندگی مشترک
- ترس از همسر و تشدید خشونت
- عذرخواهی خشونت‌کننده بعد از خشونت
- امید به بهبود خودبخودی اوضاع
- ترس از آبروریزی و واکنش دیگران
- جلوگیری از دخالت دیگران در زندگی مشترک
- نداشتن استقلال مالی یا اجتماعی
- باور به اینکه با مدارا و محبت می‌توان رفتار خشن همسر را تغییر داد

چگونه زنانی را که مورد همسرآزاری قرار دارند شناسایی کنیم؟

باید از همه‌ی زنان در این مورد سؤال کرد. با این حال مشاهده‌ی علائم زیر در زنان باید توجه کارکنان بهداشتی را به احتمال وجود همسرآزاری جسمانی جلب کند:

- آسیب‌هایی که با توضیح بیمار در مورد نحوه‌ی ایجادشان هم‌خوانی ندارد مثل کبودی پای چشم در اثر برخورد به درب
- آسیب‌های نواحی صورت، سروگردن، گلو، قفسه‌ی سینه، شکم و ناحیه‌ی تناسلی
- آسیب‌هایی که بیشتر در مرکز بدن قرار دارند خصوصاً نقاطی که با لباس پوشیده می‌شوند
- کبودی‌هایی که در مراحل مختلف بهبودی‌اند (با رنگ‌های مختلف)
- بیمار با دلایل مختلف به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کند
- ندادن شرح حال درست یا طفره رفتن از معاینه
- اشاره به خُلق و خوی تند یا خشم شوهر
- از صحبت در حضور همسر در مورد علت مراجعه خودداری می‌کند
- هرگونه صدمه در دوران بارداری (یک‌سوم صدمات در بارداری به صورت سقوط یا افتادن است)
- بیمار درمان‌های طبی خود را پیگیری نمی‌کند

شیوه برخورد با قربانیان همسرآزاری:

باید توجه داشت که صحبت در مورد خشونت برای قربانیان کار بسیار مشکلی است و نیاز به فراهم شدن فضای مناسب دارد.

از دیدگاه زنان خشونت‌دیده، برقراری ارتباط، همدلی (درک موقعیت و احساس آنان) و شنیده شدن حرف‌هایشان در اولویت قرار دارد.

هنگام مصاحبه بهتر است ضمن گوش دادن به صحبت‌های مراجع و توجه به شکایات او، با تکان دادن سر و استفاده از عباراتی مانند “خیلی اذیت شدید”، “می‌فهمم”، ... ارتباط مناسب را برقرار کنید.

می‌توانید از جملات حمایت‌کننده زیر استفاده کنید:

خوشحالم که موضوع را با من در میان گذاشتید؛ می‌خواهم کمکتان کنم؛ نگران سلامتیتان هستم؛ شما مقصر نیستید؛ و من می‌توانم شما را به متخصصینی معرفی کنم که راهنمایی‌تان کنند.

جملاتی که در این موقعیت‌ها نباید به کار بُرد:

سهم شما در این دعوا چه بود؟ شما که می‌دانستید عصبانی است چرا با او جروبحث کردید؟ چرا زودتر به من نگفتید؟ چرا همان بار اولی که کتکتان زد، ترکش نکردید؟

نباید زن کتک خورده را در ایجاد خشونت مقصر دانست.

بایدها:

- باید رازدار باشید. هر صحبتی با قربانی باید بدون حضور اعضای خانواده و به طور خصوصی انجام شود.
- باید موقعیت و احساس قربانی را درک و به آن توجه کنید.
- باید به قربانی بگویید مقصر نیست و کتک زدن تحت هیچ شرایطی کار درستی نمی‌باشد.

نبایدها:

- نباید راز بیمار را برملا کنید
- نباید خطر خشونت را ناچیز شمرده و دست کم گرفت: نباید تصور کنیم حال که سالهاست در چنین وضعی زندگی کرده، پس موضوع چندان هم جدی نیست
- نباید قربانی را با سؤالاتی نظیر «چرا ترکش نمی کنی؟ چرا در این رابطه ملنده ای؟ چرا به او اجازه می دهی چنین رفتاری با تو داشته باشد؟ چرا زودتر به من نگفتی؟» سرزنش کرد و مقصر دانست.
- نباید به استقلال و آزادی قربانی بی توجهی کنید: توصیه هایی نظیر طلاق، ترک خانه، استقلال او را زیر سؤال می برد و نباید انجام شود.
- نباید قربانی بودن را عادی جلوه دهید، مثلاً بگویید، همه زنان کتک می خورند.
- نباید با مرتکب خشونت برخورد کرد و یا قربانی را به درگیری با او تشویق کرد.

شیوهی ارجاع

افراد شناسایی شده و یا مشکوک به خشونت را به فرد مسئول پیگیری زنان خشونت دیده در مرکز بهداشتی - درمانی و یا به پزشک مرکز ارجاع دهید.

در صورتی که احتمال خطر جدی برای زن خشونت دیده وجود داشته باشد لازم است ارجاع فوری داده یا با فرد مسئول تماس گرفته شود.

پیگیری موارد

این موارد نیازی به ثبت و پیگیری ندارد، مگر مواردی که پزشک مستقیماً دستور پیگیری داده باشد. ولی مشکل فرد را به خاطر بسپارید و در مراجعات بعدی در احوال پرسشی و آرایه سایر خدمات بهداشتی علاقه و حمایت خود را برای کمک به وی از طریق مرکز بهداشتی درمانی یا دیگر روشهایی که مرکز به شما توصیه کرده است نشان دهید.

پیشگیری از بدرفتاری با کودکان**تعریف بدرفتاری با کودک :**

آزار کودکان مسئله ای همه گیر در نسل های متوالی جامعه ی بشری است. هر چند این مشکل در اکثر فرهنگ ها وجود دارد اغلب مواقع شناسایی نمی شود. مطالعات در مورد میزان و شیوع کودک آزاری ناکافی است. کودک آزاری چه عمدی و چه غیر عمدی مشکل مهم و عمده ای در همه دنیاست. تخمین های جدید WHO نشان می دهد که سالانه ۴۰ میلیون کودک ۱۴-۰ ساله در تمام دنیا از کودک آزاری رنج می برند و نیاز به توجه و مراقبت بهداشتی و اجتماعی دارند. بالا رفتن آگاهی و دانش در مورد رشد طبیعی کودک و همچنین اثرات منفی کودک آزاری بر شخص، خانواده، و اجتماع توجه بیشتری را به این مسئله جلب کرده است. این تظاهرات و نشانه های رفتاری، جسمی، و هیجانی در کودکان بر اساس دوره رشدی آنان و شدت کودک آزاری متفاوت است.

انواع بدرفتاری با کودک :**کودک آزاری و غفلت**

هر فردی ممکن است با وارد کردن آسیب و یا عدم اقدام برای دور کردن آسیب از کودک او را مورد آزار یا غفلت قرار دهد. این وضعیت ممکن است در خانواده، مؤسسات نگهداری و یا در موقعیت های مختلف اجتماعی رخ

دهد. کودک آزاری به وسیله افراد آشنا و به ندرت توسط غریبه‌ها صورت می‌گیرد.

کودک آزاری جسمی

آزار بدنی شامل رفتارهایی از قبیل کتک زدن، تهدید کردن، پرت کردن، مسموم کردن، سوزاندن، با آب جوش سوزاندن، در آب فرو بردن، خفه کردن و دیگر انواع آسیب رساندن به کودک است. آسیب‌های جسمی ممکن است به صورت منتشر و همزمان با رفتارهایی باشد که فرد آسیب زنده در جستجوی درمان نشان می‌دهد. (اختلال ساختگی)

کودک آزاری عاطفی

آزار عاطفی نوعی اختلال هیجانی و دائمی است که منجر به عوارض و آسیب‌هایی در تکامل هیجانی کودک می‌شود. این وضعیت ممکن است منجر به احساس بی‌ارزشی و دوست داشتنی نبودن در کودک شود به او احساس کند که فرد بی‌کفایتی است و تنها در صورت برآوردن درخواست‌های شخص دیگری ارزشمند است. این حالت باعث می‌شود که کودک دائماً وحشت‌زده باشد و احساس کند در معرض خطر است.

کودک آزاری جنسی

آزار جنسی عبارتست از مجبور کردن کودک برای اینکه شریک یک فعالیت جنسی باشد (صرفنظر از اینکه کودک از این فعالیت آگاهی داشته باشد یا خیر). این نوع سوء رفتار شامل تماس جسمی، رفتارهای همراه با دخول مثل تجاوز و رفتارهای سطحی‌تر است مانند فعالیت‌های غیر تماسی مثل مجبور کردن کودک برای تماشای تولید هرزه‌نگاری و با تماشای کردن یک فعالیت جنسی. روش دیگر وادار کردن کودک برای رفتارهای جنسی غیر معمول است.

غفلت

غفلت نوعی کوتاهی مداوم در بر آوردن نیازهای جسمی یا روان‌شناختی کودک است به گونه‌ای که منجر به اختلال جدی در وضعیت سلامت و رشد کودک شود. این وضعیت می‌تواند مراقبی را شامل گردد که از فراهم کردن غذای کافی، لباس و محافظت کودک ناتوان است و یا در آن کوتاهی می‌کند. و یا زمانی که در دسترسی کودک به مراقبت‌های طبی مناسب نقص وجود داشته باشد.

مداخلات

مداخلات تمامی جنبه‌های اولیه - ثانویه و ثالثیه مربوط به پدیده کودک آزاری را شامل می‌شود. پیشگیری اولیه تلاش برای متوقف کردن رخ داد کودک آزاری توسط مداخلاتی است که تمام جامعه را در بر می‌گیرد (برای مثال آموزش فرزندپروری) پیشگیری ثانویه طراحی مداخلات برای افرادی است که بیشتر در خطر آزار دیدن قرار دارند (والدینی که خودشان در کودکی آزار شده‌اند). پیشگیری ثالثیه: مداخلاتی است که پس از کودک آزاری صورت می‌گیرد تا دوباره این اتفاق نیفتد (برای مثال آموزش مراقبت از والدینی که فرزندشان مورد آزار قرار گرفته است). به طور کلی مداخلات زود هنگام موفقیت‌آمیزتر، و نتایج مثبت در پیشگیری اولیه و ثانویه نسبت به انواع ثالثیه بیشتر است.

مداخلات به شرطی مؤثرند که مداوم و چند جانبه طراحی و اجرا شوند.

هنگام کار با کودک و خانواده باید:

- به کودکان با دقت گوش داد و نظر آنان را درک کرد
- اجازه داد والدین و سایر افراد خانواده به صورت عملی در مورد سلامتی کودکان درگیر باشند
- از آن جایی که تجارب اولیه منفی والدین ارتباط بعدی آنان را با دست‌اندرکاران تحت تأثیر قرار می‌دهد، بنابراین یک برنامه ساختار یافته برای مداخلات آتی طراحی کرد
- بسیاری از خانواده‌ها از اینکه بیان کردن مشکلات به درگیری‌های قانونی منجر می‌شود می‌ترسند. بنابراین یک تصویر مثبت (البته واقعی) از خدمات ارائه کرد تا آنها را تشویق کند به خواسته‌ها، کمک‌ها و نیازها دسترسی داشته باشد. خانواده‌ها نیازمند آنند که اطلاعات کاملی داشته باشد از این که چگونه می‌توانند به خدمات دسترسی یابند و وقتی درخواست کمک دارند چه انتظاری داشته باشد.
- در ارزیابی وضعیت کودک آزاری باید کلیت مشکل را در نظر بگیریم نه فقط آنچه به صورت یک واقعه رخ داده است. موضوع کلی‌تر سلامتی و رشد کودک، شرایط خانواده گسترده و محیط اجتماعی اوست که اهمیت دارد.

روش‌های شناسایی بدرفتاری جسمی :

- نکات زیر بهنگام گرفتن شرح حال کودک می‌تواند ما را در شناسایی کودک آزاری جسمانی یاری دهد:
- نامتناسب بودن و تغییر یافتن صحبت اطرافیان درباره علت جراحت
- مبهم بودن صحبت اطرافیان
- وجود سابقه جراحت مکرر در گذشته
- عدم تناسب جراحت با شرح حال ارائه شده از سوی اطرافیان بخصوص از نقطه نظر تعداد زخمها، شدت، وسیله مورد استفاده و
- وجود آثار کبودی در بدن بدون ارائه توضیح منطقی درباره علت ایجاد آن
- سوختگی‌های ناشی از گذاشتن سیگار روی بدن کودک
- تأخیر بی دلیل در مراجعه جهت دریافت خدمات درمانی بخصوص در مورد شکستگی ها، دررفتگی‌ها و یا سوختگی‌ها
- انکار یا کوچک جلوه دادن درد و علایم کودک حتی با وجود ضربه مغزی، کودک غالباً زمانی به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی آورده می‌شود که دچار تشنج شده باشد
- وجود بحران در خانواده، وجود موقعیت‌های بحرانی همچون از دست دادن عزیزی در خانواده، جدایی والدین از یکدیگر، بیکاری، ورشکستگی و مقروض بودن خانواده، از جمله عواملی هستند که می‌توانند قبل از وقوع کودک آزاری در خانواده وجود داشته باشند.
- وجود عوامل محرک، همچون رفتارهای خاص کودکان که فضای خانواده را برای اعمال خشونت آماده می‌کند
- نظیر گریه‌های طولانی مدت در شب، نخوردن غذا، شب ادراری و در کودکان بزرگتر دزدی یا دروغگویی
- وجود تاریخچه کودک آزاری در والدین : اکثریت والدین کودک آزاده در دوره کودکی توسط پدر یا مادر خود مورد کودک آزاری قرار گرفته و اغلب آن خاطرات فراموش شده یا سرکوب شده‌اند.
- داشتن انتظارات غیرواقعی از کودک همراه با عدم آگاهی از دوران رشد و تکامل کودک. والدین غالباً از کودکان خود انتظار عشق و محبت را دارند. وقتی کودک گریه می‌کند یا غذا نمی‌خورد، آنها احساس می‌کنند از طرف کودک خود طرد و تنبیه می‌شوند.
- شیوه‌های فرزندپروری سخت و بدون انعطاف که خود موجب افزایش استرس و تنش در خانواده می‌گردد.

- انزوای اجتماعی و عدم معاشرت با اقوام و دوستان. در این خانواده وقتی کودک آزاری اتفاق می‌افتد، والدین معمولاً اجازه کشف این مسایل را به کسی نمی‌دهند.
 - نسبت دادن مسائل به عوامل خارجی. والدین کودک آزار معمولاً مشکلات خود را به عوامل خارجی نسبت می‌دهند تا عوامل درونی
 - وجود سطح بالای اضطراب در والدین
 - وقوع اتفاقات مکرر برای کودک و سابقه بستری شدن در ماه‌های اولیه زندگی
- اغلب این اطلاعات از منبع دیگری غیر از والدین کسب می‌گردد. زیرا بیشتر والدین کودک آزار، مشکل کودک را کوچکتر جلوه داده و خود را مسئول نمی‌دانند.

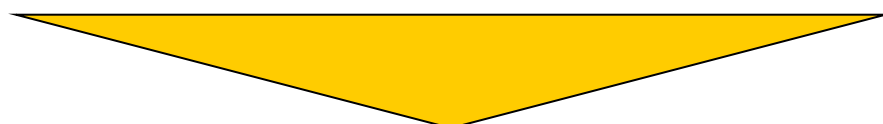
نحوه ارجاع موارد شناسایی شده:

در صورت مشاهده علائم و شواهد دال بر احتمال کودک آزاری جسمانی، کودک و خانواده وی را جهت بررسی، اقدامات درمانی و مراقبتی به پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی، شهری و یا بیمارستان ارجاع دهید.

خلاصه فصل

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

فصل ششم



مراقبت و پیگیری در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- ۱- مراقبت و پیگیری افراد مبتلا به اختلالات و مشکلات حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را انجام دهید.
- ۲- اهداف مراقبت و پیگیری از افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی را بیان کنید.
- ۳- بازتوانی افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی را بیان کنید.
- ۴- مفهوم عود بیماری روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی را توضیح دهید.

عناوین فصل

- مراقبت و پیگیری افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
- اهداف مراقبت و پیگیری از افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
- بازتوانی افراد مبتلا به اختلال روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
- عود بیماری روان‌پزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی
- افراد تحت درمان مبتلا به اختلال روان‌پزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی
- داستان
- فرآیند ثبت و گزارش‌دهی آمار اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی

مراقبت و پیگیری افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی:

برخی از اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی، دوره درمان و مراقبت طولانی دارند (مانند بیماری‌های روانپزشکی مزمن، بیماری‌های سایکوتیک، صرع، وابستگی به مواد افیونی، سوء رفتار با کودک و خشونت خانگی). پیگیری و مراقبت افراد مبتلا به این اختلالات و مشکلات (که ممکن است سال‌ها طول بکشد) ضروری است. این افراد لازم است هر چند وقت یکبار (مطابق با دستور پزشک و یا کارشناس سلامت روان) به مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی مراجعه کنند. آنها باید داروهای خود را طبق نظر پزشک و یا روانشناس داروهای خود را مصرف کنند و یا در جلسات آموزش و مشاوره شرکت نمایند و به طور خودسرانه فرآیند درمان و مراقبت خود را قطع نکنند.

تعریف مراقبت:

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

◀ دفعات زمانی مناسب برای مراقبت و پیگیری افراد دارای اختلالات روانپزشکی، اختلال مصرف مواد و مشکلات اجتماعی به شرح زیر است:

۱- اختلال سایکوتیک، اختلالات کودکان و نوجوانان، اورژانس‌های روانپزشکی (موارد ارجاع فوری): در ماه اول شناسایی، هفته‌ای یکبار و از آن پس ماهی یکبار

۲- اختلال اضطرابی، اختلال خلقی، اختلال شبه جسمی، صرع، سایر اختلالات روانپزشکی: ماهی یکبار

۳- عقب ماندگی ذهنی در ماه اول شناسایی یک بار و از آن پس هر ۶ ماه یک بار

۴- افراد دارای اختلال مصرف مواد نیاز به پیگیری منظم دارند. تواتر و فواصل این پیگیری بر حسب سطح درگیری (متوسط یا بالا) با نظر کارشناس سلامت روان و پزشک تعیین می‌گردد. به طور کلی، پیگیری در ماه اول به صورت هفتگی و سپس هر دو هفته یکبار در ماه‌های دوم و سوم و سپس ماهانه تا پایان سال اول توصیه می‌گردد. همچنین به دلیل اهمیت مصرف مواد در بارداری، پیگیری هفتگی با نظر پزشک و کارشناس سلامت روان توصیه می‌گردد.

۵- افراد دارای مشکلات اجتماعی از قبیل خشونت علیه همسر، نیاز به پیگیری منظم دارند ولی تواتر و فواصل این پیگیری بسته به مورد و با تشخیص کارشناس سلامت روان یا پزشک مربوطه می‌باشد.

۶- موارد مشکوک به کودک آزاری، ۷۲ ساعت پس از ارجاع کودک به پزشک، پیگیری از پزشک مرکز صورت گرفته و سپس پیگیری درمان در هفته‌های ۴-۸-۱۲ و سپس ۳ ماه بعد صورت پذیرد.

اهداف مراقبت و پیگیری از افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات

اجتماعی:

الف - برای افراد تحت مراقبت:

افرادی که تشخیص بیماری روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی برای آنها داده شده است و تحت درمان پزشک یا روانپزشک یا روان‌شناس قرار دارند، تا زمان بهبود کامل باید توسط کارشناس مراقب سلامت

خانواده تحت مراقبت و پیگیری مستمر باشند و خدمات زیر را دریافت نمایند:

- ۱- ارائه آموزش سلامت روان به بیمار، قربانی خشونت و خانواده آنها
- ۲- نظارت بر مصرف دارو طبق زمان و میزان تعیین شده توسط پزشک
- ۳- بررسی عوارض دارویی
- ۴- توجه به نحوه مصرف دارو (دقت در زمینه عدم قطع دارو یا تغییر مقدار مصرف آن بدون نظر پزشک)
- ۵- توصیه به بیمار برای مراجعه به پزشک در موعد تعیین شده
- ۶- استمرار درمان و همکاری با کارشناس سلامت روان و پزشک
- ۷- توجه به وضعیت بیمار و یا قربانی خشونت از نظر بهبود و یا وخامت
- ۸- توجه به اختلالات توأم
- ۹- بررسی انجام توصیه‌های درمان‌گر توسط بیمار، قربانی خشونت و فرد مرتکب خشونت در صورت درمان‌های غیردارویی و مشاوره
- ۱۰- تشویق بیمار به انجام فعالیت‌های روزمره و کمک به حفظ کارکرد وی
- ۱۱- آموزش به خانواده‌ها در مورد رفتار و برخورد صحیح آن‌ها با بیمار یا فرد قربانی یا اعمال‌کننده خشونت

ب - برای بیماران یا افراد بهبود یافته :

این افراد یا بیماران بلافاصله پس از تشخیص بهبودی توسط پزشک یا روانشناس، از نظام مراقبت حذف نمی‌شوند بلکه افراد و بیماران بهبود یافته تا مدتی پس از بهبودی - مدتی که پزشک یا روانشناس تعیین می‌کند - باید توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده تحت مراقبت قرار گیرد تا از عدم عود بیماری وی و مشکل اجتماعی و همچنین بهبودی کامل اطمینان حاصل شود. در مدت مراقبت کارشناس مراقب سلامت خانواده باید به وضعیت بیمار توجه داشته باشد و چنانچه متوجه بازگشت علائم و یا مشکلات شد، او را به روانشناس یا پزشک ارجاع دهد. کارشناس مراقب سلامت خانواده باید برای این بیماران پیگیری و مراقبت را با اهداف زیر انجام دهد:

- ۱- ارائه آموزش‌های لازم به فرد و خانواده او
- ۲- کنترل علائم و مشکلات به لحاظ آگاهی از عود

ج - برای بیماران و افراد امتناع کننده از درمان:

برخی از بیماران، قربانیان و افراد از مصرف دارو، ادامه درمان، همکاری با پزشک و یا کارشناس مراقب سلامت خانواده و سایر درمانگران خود امتناع می‌کنند. این موضوع در مورد افراد با مشکلات اجتماعی هم صادق است و گاهی حاضر به پذیرش و ادامه درمان نیستند. این‌ها افرادی هستند که توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده غربالگری شده اند و اختلال یا مشکلات آنها توسط پزشک یا کارشناس سلامت خانواده تشخیص داده شده و در پایگاه سلامت شهری در پرونده خانوار و فرم‌های مربوطه ثبت گردیده‌است و جزء افراد تحت پوشش پایگاه سلامت شهری محسوب می‌شوند. این قبیل افراد به دلیل ترس از عوارض دارویی یا به علت ترس از انگ بیماری روانپزشکی، اختلال مصرف مواد و یا مشکل اجتماعی از ادامه درمان خودداری می‌کنند. برخی از افراد نیز ترجیح می‌دهند به کلینیک‌ها یا مطب‌های خصوصی مراجعه کنند. در این شرایط کارشناس مراقب سلامت خانواده باید تلاش کند تا آموزش‌های لازم را به بیماران، افراد دارای مشکل و خانواده‌های آنها بدهد و مشارکت آنها را برای ادامه درمان و دریافت مراقبت جلب نماید. با توجه به این که برای این دسته از افراد خدمات آموزشی، مراقبت و پیگیری ارائه می‌شود بنابراین جزء بیماران تحت پوشش پایگاه سلامت شهری محسوب می‌شوند و در آمار ماهیانه ثبت می‌گردند.

در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد ارجاع فرد به کارشناس سلامت روان جهت ارایه مداخلات انگیزشی با هدف افزایش آمادگی و تعهد مراجع جهت شروع و تداوم برنامه درمانی کمک کننده خواهد بود. در صورتی که فرد تمایل به مراجعه نداشته باشد، ارجاع خانواده وی به پزشک یا کارشناس سلامت روان به منظور ارایه توصیه و مشاوره‌ها لازم توصیه می‌گردد.

پیگیری و مراقبت در بیماران و افراد امتناع کننده از درمان با اهداف زیر صورت می‌گیرد:

- ۱- ترغیب بیماران و افراد دارای مشکل به مراجعه به مرکز و دریافت ادامه درمان و مراقبت
- ۲- ارائه آموزش‌های لازم به بیمار، افراد دارای مشکل و خانواده آن‌ها

بازتوانی افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی:

گاهی این افراد به دلیل وضعیت بیماری یا مشکل اجتماعی شان نمی‌توانند عملکرد و فعالیت‌های عادی و طبیعی خود را داشته باشند و به دلیل شرایط پیش آمده دچار احساس یأس، ناتوانی و کاهش اعتماد به نفس می‌شوند. گاهی اوقات نیز بیماری و مشکل اجتماعی بر روی عملکرد ذهنی و حافظه آنها تأثیر می‌گذارد و یا در فرد موجب کاهش سرعت و دقت در انجام کارها می‌شود. به این دلایل ممکن است این افراد دچار احساس سرخوردگی شوند و خود را ضعیف و ناتوان بدانند. در چنین شرایطی کارشناس مراقب سلامت خانواده و خانواده فرد باید به او کمک کنند و او را به انجام کارها و مسئولیت‌های روزمره زندگی تشویق نمایند. کارشناس مراقب سلامت خانواده باید به این افراد آموزش‌های لازم را بدهد تا بتوانند در حد توان فعالیت‌های زندگی را از سر گیرد و از اجتماع و فعالیت‌ها و روابط اجتماعی کناره‌گیری نکنند. این امر موجب می‌شود که این افراد سریع‌تر بهبود پیدا کنند و همچنین موجب افزایش اعتماد به نفس آن‌ها می‌گردد و سبب می‌شود که بیمار نسبت به خود و دیگران احساس خوبی داشته باشد و به دلیل بیماری و مشکلات خود را ناتوان احساس نکند.

عود بیماری روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی:

گاهی اوقات به دلایل زیر بیماری روانپزشکی، اختلال مصرف مواد و یا مشکلات اجتماعی فرد بهبود یافته، مجدداً عود می‌کند و پس از طی یک دوره بهبود، دوباره علائم قبلی در فرد ظاهر می‌شود:

- ۱- دوره درمان برای بهبود کامل فرد کافی نبوده است و باید مدت بیشتری تحت درمان قرار گیرد.
- ۲- مقدار دارو برای بیمار یا مداخلات روانشناختی برای مشکلات اجتماعی کافی نبوده یا نوع دارو برای درمان بیماری او مناسب نبوده است.
- ۳- فرد بهبود یافته در معرض شرایط استرس زا و اضطراب آور شدید قرار می‌گیرد و این شرایط موجب کاهش توان مقابله او شده و بیماری روانپزشکی، اختلال مصرف مواد و یا مشکلات اجتماعی‌اش دوباره عود می‌کند.

افراد تحت درمان مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی:

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

داستان :

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

فرآیند ثبت و گزارش دهی آمار اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی:

بر اساس فرم ثبت، کارشناس مراقب سلامت خانواده اطلاعات آماری افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی را بر حسب نوع اختلال، سن و جنس فرد و وضعیت اختلال یا مشکل به صورت ماهیانه ثبت می‌کند. قابل ذکر است که پس از بیماریابی اولیه و یا تعیین مشکل توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده، فرد به پزشک عمومی مرکز یا کارشناس سلامت روان ارجاع می‌شود و پس از تشخیص پزشک یا کارشناس و بر اساس قلوچارت مربوطه (فصل سوم کتاب) مشخصات اختلال یا مشکل فرد در فرم ثبت اختلالات روانپزشکی و مشکلات اجتماعی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده ثبت می‌شود. بنابراین ثبت نوع اختلال، بر اساس تشخیص پزشک است نه بر اساس بیماریابی کارشناس مراقب سلامت خانواده.

اطلاعات ثبت شده در مرکز جمع‌بندی می‌شود سپس اطلاعات به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌گردد. در مرکز بهداشت شهرستان آمار مراکز سلامت جامعه جمع‌آوری می‌شود و پس از جمع‌بندی توسط کارشناس بهداشت روان شهرستان به مرکز بهداشت استان (واحد بهداشت روان دانشگاه) ارسال می‌گردد. در مرکز بهداشت استان پس از جمع‌بندی اطلاعات مراکز بهداشت شهرستان‌ها آمار جمع‌بندی شده توسط کارشناس بهداشت روان دانشگاه در نرم افزار مربوطه ثبت می‌گردد و به سایت پورتال معاونت بهداشتی به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ارسال می‌گردد. در نهایت اطلاعات دانشگاه‌های کشور در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد توسط کارشناسان مربوطه جمع‌بندی و تجزیه تحلیل می‌شود و گزارش کشوری سالیانه تهیه می‌گردد.

ثبت مشخصات بیمار در فرم‌ها :

- پس از تشخیص اختلال یا مشکل فرد توسط پزشک، کارشناس مراقب سلامت خانواده نوع اختلال یا مشکل فرد و مشخصات آن را در فرم‌های زیر طبق دستورالعمل‌های مربوطه ثبت می‌کند:
- فرم ثبت مراجعات بیمار یا افراد دارای مشکل اجتماعی
 - فرم پیگیری بیماری یا مشکل
 - فرم ارجاع و مراقبت بیماران و افراد دارای مشکل اجتماعی
 - فرم ثبت آمار اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
 - فرم رضایت شرکت در تیم درمان جهت افراد دارای مشکلات اجتماعی
 - فرم پیگیری و فرم ثبت مراجعات بیمار باید در پرونده خانوار نگهداری شود.

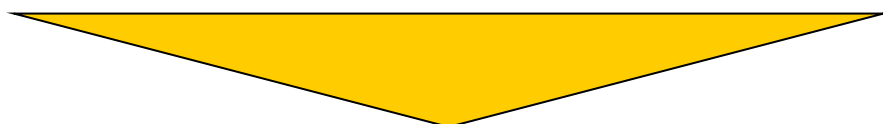
خلاصه فصل

پس از اینکه کارشناس مراقب سلامت افراد مبتلا به اختلال روانی و یا اختلال مصرف مواد و یا یکی از مشکلات اجتماعی را شناسایی و به پزشک ارجاع کرد پزشک فرد ارجاع شده را ارزیابی می‌کند و در صورتی که او دچار اختلال یا مشکل باشد، نوع آن را تعیین می‌کند و توصیه‌های درمانی لازم را به فرد ارائه می‌دهد از این مرحله به بعد کارشناس مراقب سلامت خانواده وضعیت بیمار را از نظر ادامه درمان و مصرف منظم داروها طبق دستور پزشک پیگیری می‌کند و آموزش‌های لازم را به بیمار و خانواده او می‌دهد و در صورت وخیم شدن حال بیمار او را مجدداً به پزشک ارجاع می‌دهد و در صورت امتناع بیمار از ادامه درمان، آموزش‌های لازم را به بیمار و خانواده او می‌دهد.

در مورد بیماران بهبود یافته جهت پیشگیری از عود اختلال یا مشکل، کارشناس مراقب سلامت خانواده باید آنها را تحت مراقبت قرار دهد.

آمار بیماران و افراد دارای مشکل در فرم ثبت اختلالات روانپزشکی، اختلالات مصرف مواد و مشکلات اجتماعی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده ثبت می‌شود و در پایان هر ماه فرم آمار به مرکز سلامت جامع ارسال می‌شود.

فصل هفتم



آموزش در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- اهداف آموزش سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را توضیح دهید
- نگرش‌ها و آگاهی‌های منفی و مثبت مردم در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را توضیح دهید.

عناوین فصل:

- آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- چند مبحث مهم آموزشی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اهداف آموزش به افراد در گروه‌ها را می‌توان در موارد زیر خلاصه کرد :



- آشنایی مردم با اختلالات روانپزشکی
- تغییر باورهای غلط جامعه در مورد اختلالات روانپزشکی و درمان آن
- تغییر رفتار در جامعه نسبت به بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی و کمک به بازتوانی بیماران
- آشنایی جامعه با روش‌های پیشگیری از اختلالات روانپزشکی
- آشنایی با مداخلات پیشگیری از مصرف مواد
- ارتقاء مهارت‌های عموم مردم در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی

- ارتقاء مهارت‌های عموم مردم در زمینه تربیت صحیح فرزندان
- ارتقاء مهارت‌های ارتباطی بین والد و کودک

- آشنایی جامعه با فاکتورهای خطر و فاکتورهای محافظتی ابتلاء به آسیب‌های اجتماعی

به طور خلاصه می‌توان گفت هدف از آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد عبارت است از ارائه پیام‌های بهداشتی با هدف ارتقاء آگاهی مردم در زمینه سلامت روان و اعتیاد و بهبود کیفیت زندگی است و همچنین برحذر داشتن آنها از خطراتی است که سلامت آنها را تهدید می‌کند.

عدم آگاهی مردم در خصوص اختلالات روانپزشکی و مشکلات رفتاری منجر به بروز واکنش‌های غیرتخصصی برای رفع مسأله می‌گردد. از جمله باورهای غلط در زمینه اختلالات رفتاری و روانپزشکی، مراجعه به دعا نویس، سرزنش و نصیحت یا... برای حل مشکل می‌باشد. نبود آگاهی منجر به تأخیر در شروع درمان و تشدید علائم می‌گردد. ارائه آموزش‌های مناسب به جامعه نه تنها مانع تشدید علائم می‌گردد، بلکه تا حدودی نیز بر بهبود سریع‌تر و عوارض کمتر اختلالات و مشکلات اثر می‌گذارد.

بیشتر مردم نمی‌دانند که امروزه بسیاری از اختلالات روانپزشکی درمان دارند و در بسیاری از موارد قابل پیشگیری هستند. استفاده از درمان‌های دارویی و روانشناختی می‌تواند از عود بیماری جلوگیری نموده و به بهبود بیمار کمک نماید. همین‌طور ارائه آموزش‌های مناسب نیز از عوامل پیشگیری‌کننده از ایجاد اختلالات و کاهش آسیب می‌باشد.

مردم به دلیل ترس از انگ بیماری روانپزشکی و آسیب‌های اجتماعی جهت درمان و یا مشاوره به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند و بیماری و مشکلات خود را از دیگران مخفی می‌کنند و یا از داروهای اعصاب و روان به بهانه اینکه اعتیاد می‌دهند می‌ترسند یا انتظار دارند که با یک بار مراجعه به پزشک و یک بار دارو گرفتن، بیماری از بین برود. با ارائه آموزش‌های سلامت روان و ارتقاء سطح سواد سلامت آنها می‌توان به اصلاح باورهای غلط، ارتقاء سواد سلامت روان جامعه، پیشگیری از اختلالات رفتاری و روانپزشکی و کاهش آسیب‌های اجتماعی پرداخت.

چند مبحث مهم آموزشی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

آنچه در زمینه اختلالات روانپزشکی باید بدانی

- افرادی که مبتلا به اختلالات روانپزشکی هستند، حتی هنگام بیماری نیز احتیاجات و نیازمندی‌های مشابه سایر افراد دارند؛ آنها نیز نیازمند توجه، مهربانی و پذیرش از سوی دیگران هستند. لذا شایسته است در برخورد با بیماران شأن و منزلت آنان را به عنوان یک انسان نگه داریم.
- اکثر رفتارهای غیرعادی فقط از لحاظ کمیت با رفتار عادی تفاوت دارند. بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی معمولاً همان روشهای را بکار می‌برند که اشخاص عادی مورد استفاده قرار می‌دهند ولی با شدت خیلی بیشتر. این روش‌ها رفتار و عملکرد خود فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند و رفتار او را از روال عادی خارج می‌کنند.
- هر فرد ممکن است دچار اختلالات روانپزشکی گردد. افرادی که آستانه تحمل پایین‌تری در مقابل مشکلات داشته و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری داشته باشند، امکان ابتلای آنان افزایش می‌یابد.
- بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی هرگز نباید از کمک خواستن برای درمان بیماری‌های خود احساس شرمندگی و خجالت کند. زیرا همان‌طور که انسان مسئول اکثر بیماری‌های جسمانی خود نیست به همان نسبت نیز مسئول اختلالات روانپزشکی خود نیز نمی‌باشد.
- به بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی چه در دوره بیماری چه پس از بهبودی می‌توان مسئولیت و کار متناسب با توانایی بیمار داد. در بعضی از بیماران لازم است کسی بر کار آنها نظارت و سرپرستی داشته باشد.
- بستری کردن بیماران روانپزشکی در بیمارستان به جز در موارد خاص (که پزشک تجویز می‌کند) ضرورتی ندارد. اگر بیمار داروهایش را بطور مرتب و زیر نظر پزشک معالج ادامه دهد و خانواده و اجتماع حمایت لازم را از او داشته باشند، روند بهبودی سرعت بیشتری می‌گیرد.



آنچه در زمینه برخورد با فرزندانمان باید بدانیم

- با توصیف رفتارهای مناسب کودک به او توجه مثبت نشان دهید. این کار موجب تقویت و تکرار رفتارهای مناسب از سوی کودک شما می‌گردد.
- کارهای اشتباه فرزندان را در صورتی که به او صدمه ای وارد نمی شود، نادیده بگیرید. نادیده گرفتن رفتارهای نامناسب منجر به از بین رفتن آن رفتار می‌گردد.
- به رفتارهای مناسب کودکان پاداش دهید. فراموش نکنید که پاداش باید بلافاصله بعد از رفتار مناسب داده شود تا کودک رابطه بین رفتار مناسب و پاداش را متوجه شود.
- رفتارهایی که می‌توان نادیده گرفت عبارتند از: جلب توجه به شکل نامناسب، پافشاری بر انجام کاری که والدین موافق نیستند، گریه کردن برای جلب توجه، قشقرق راه انداختن، جیغ زدن، بحث کردن
- دستورات ارائه شده به کودکان باید کوتاه، روشن و بصورت قاطعانه بیان شود.
- پدر و مادر خوب بودن، اتفاقی نیست. با افزایش دانش و مهارت‌های خود در زمینه فرزندپروری می‌توان به یک پدر یا مادر خوب تبدیل شد.
- زمان خاص برای گفتگو با فرزندان اختصاص دهید. فضایی برای بیان راحت و آزادانه هر آنچه در ذهن فرزندان می‌گذرد.
- در فعالیت‌ها و سرگرمی‌های فرزندان شریک شوید. این کار موجب استحکام روابط پدر و مادر با فرزند می‌گردد.
- فهرستی از رفتارهای مثبت کودکان را تهیه کنید. هدف از این کار تقویت رفتارهای مناسب کودک است.
- پاداش می‌تواند بصورت کلامی: تشویق و تمجید، فیزیکی: بغل کردن و بوسیدن و فعالیت: بازی، خواندن داستان یا قدم زدن در پارک می‌شود.
- در صورت سرپیچی کودک از دستور، یک پیامد منفی برای او در نظر بگیرید. مثل: محرومیت از دیدن کارتون مورد علاقه

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی

برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی برطبق تحقیقات گسترده قبلی در کاهش رفتارهای پرخطر (هاوکینز، ۲۰۰۸)، مهارت مقابله با بیماری‌های مزمن مثل سرطان (فوکوی، ۲۰۰۸)، افزایش عزت نفس و ابراز وجود (ساجدی و همکاران، ۸۷)، کاهش مصرف دخانیات (سورن سن، ۲۰۱۲)، کاهش استرس و اضطراب (حاجی امینی، ۸۸)، پیشگیری از جرم و جنایت (گرشام و همکاران، ۲۰۰۴)، رشد سلامت روانی، ارتباط‌های فرد، موفقیت تحصیلی، شغلی و اجتماعی (دوران و اسمیت، ۲۰۰۴) می‌شود.

به طور کلی مهارت‌های زندگی، مهارت‌هایی هستند که برای افزایش توانایی‌های روانی اجتماعی افراد آموزش داده می‌شوند و فرد را قادر می‌سازند تا بطور مؤثر با مقتضیات و کشمکش‌های زندگی روبرو شود. آموزش مهارت‌هایی چون حل مساله و تصمیم‌گیری، تفکر خلاق و انتقادی، روابط بین فردی، خودآگاهی، همدلی و مهارت‌های مقابله با استرس در مدارس کشور بویژه مقاطع حساس دبستان و راهنمایی که همزمان با شکل‌گیری شخصیت و رشد تفکر شناختی کودک و دوره حساس نوجوانی در این گروه‌های سنی می‌باشد، می‌تواند به میزان زیادی از آسیب‌های روانی - اجتماعی آتی پیشگیری کند.



آنچه در زمینه مهارت‌های زندگی باید بدانیم

- با شناخت نقاط قوت و ضعف، احساسات، توانایی‌ها، خواسته‌ها و نیازها خود، می‌توانیم با مشکلات و تصمیمات پیش رو بهتر برخورد نماییم.
- با کمک و همدلی می‌توانیم خود را جای دیگران قرار دهیم و درک کنیم که او چگونه احساس، ادراک یا فکر می‌کند و چه تفسیری از وقایع دارد و رویدادها و محیط اطرافش را چگونه می‌بیند.
- بی‌توجهی به احساسات دیگران و بیان کردن موضوعات شخصی مشابه به جای گوش دادن به فرد مقابل باعث ایجاد سوء تفاهم در روابط بین فردی می‌گردد. به جای بیشتر صحبت کردن، بیشتر شنونده باشید.
- ارائه راه حل به دیگران بدون اینکه از ما درخواست کرده باشند موجب آسیب زدن به رابطه می‌گردد.
- حل مسائل زندگی یک مهارت است که همه انسانها به آن نیازمند هستند. برای حل مسائل زندگی در ابتدا مشکل را بپذیرید و آن را انکار نکنید. به آنچه که اتفاق افتاده به عنوان یک مسئله نگاه کنید نه به عنوان یک مشکل لاینحل.
- جرات مندی یعنی دفاع از حقوق خود بدون اینکه حقوق دیگران پایمال شود.
- انسان‌ها به سه دلیل از گفتن "نه" خودداری می‌کنند: ترس از دست دادن رابطه، احساس گناه از رنجیدن و ناراحت شدن دیگران و احساس مهم و بارز بودن در مواقعی که درخواستی از آنها می‌شود. توجه داشته باشید که وظیفه‌ی شما نیست که به هر قیمتی مشکلات دیگران را حل کنید یا همه را از خود راضی نگه دارید.
- بین جرات‌مندی و پرخاشگری تفاوت وجود دارد. هدف پرخاشگری برنده شدن به بهای زیرپا گذاشتن حقوق و احساسات دیگران است. در حالیکه در جرات‌مندی شما از حقوق خود دفاع می‌کنید بدون اینکه حقوق دیگران را زیر پا بگذارید و به آنها آسیب برسانید.
- فرد خشمگین به هنگام خشم همه چیز را فراموش می‌کند. بر اعصابش فشار وارد می‌کند. عضلاتش منقبض می‌شود. در این هنگام بهترین راهکار ترک موقعیت می‌باشد. پس از آن باید با افکار تشدیدکننده خشم خود مقابله کنید. مثلاً اگر از دست خودتان عصبانی هستید به یاد آورید که هیچ کس در دنیا کامل و بدون اشتباه نیست.
- در مواقع مواجهه با استرس – زمانیکه درگیر مشکلی شدید که فراتر از توانایی شما برای سازگاری با آن است – عامل ایجادکننده استرس را شناسایی کنید و برای حل آن از دیگران کمک بگیرید.

عمده ترین باورها و نگرش‌های غلط درباره اثرات و پیامدهای مصرف مواد کدامند؟

تا دهه اخیر بخش مهمی از برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد، بر موضوع کسب دانش و تغییر نگرش افراد جامعه تکیه داشته است. بسیاری از این برنامه‌ها در سطوح همگانی و با استفاده از ظرفیت‌های رسانه‌ای، موادی چون سیگار، الکل و حشیش را که به آنها «مواد دروازه‌ای» می‌گویند، مورد هدف قرار داده و تأکیدشان بر اطلاع‌رسانی در مورد پیامدهای مصرف مواد است.

البته این اصل را هم باید در نظر گرفت که در بسیاری از موارد، دادن اطلاعات به تنهایی برای پیشگیری کافی نیست و مداخلات جدی و پایدار دیگری نیز در این مورد لازم است که در ادامه این بخش مورد بحث قرار گرفته است. در بخش ذیل، ابتدا پاسخ یک سؤال و سپس مروری بر نگرش‌های غلط رایج در بین افراد جامعه خواهیم داشت.

یک سؤال مهم: آیا ادامه مصرف یا وابستگی به مواد یک رفتار عمدی است یا اختیاری؟

تصمیم‌گیری برای مصرف مواد در بار اول، اکثراً اختیاری است، اما پس از مدتی توانایی فرد برای کنترل خود به طور جدی مختل می‌شود. مطالعات تصویربرداری مغز این افراد نشان می‌دهد تغییراتی که پس از مصرف موادی در بخش‌هایی از مغز مربوط به قضاوت، تصمیم‌گیری، یادگیری و حافظه و کنترل رفتار رخ داده است، در این مسئله دخالت جدی دارد.

◀ با یک بار مصرف مواد، کسی معتاد نمی‌شود!

تحقیقات نشان داده است مواد اعتیادآور به محض ورود به سیستم عصبی (حتی برای بار اول) برخی مراکز عصبی را در مغز مختل می‌کنند. علت این مسأله همان قطع ترشح برخی عوامل شیمیایی در مغز است. افراد مصرف‌کننده مواد (پس از مصرف) با وسوسه به دنبال جایگزینی برای همان عوامل از دست رفته هستند و این بی‌قراری و میل به مصرف تا زمان مصرف مجدد ادامه می‌یابد که این زمینه‌های اولیه وابستگی است.

پس می‌توان گفت:

حتی یک بار مصرف مواد نیز می‌تواند فرد را وابسته کند.

◀ مصرف تفننی مواد صناعی مثل "شیشه" کسی را معتاد نمی‌کند! بسیاری از جوانان که مصرف این مواد را آغاز می‌کنند، بر این باورند که مصرف تفننی مواد جدیدی مثل شیشه و یا قرص‌های اکستیزی (اکس) به اعتیاد نمی‌شود و گمان می‌کنند می‌توانند سال‌ها مواد را مصرف کنند و خوب و سر حال باقی بمانند. همین طرز تفکر و باور غلط، زمینه ساز اعتیاد است.

◀ مواد صناعی مانند شیشه چون مرفین ندارد، پس اعتیاد هم ندارد! این نگرش که فقط مواد مرفین دار و یا مواد بر گرفته از خانواده تریاک، اعتیاد آور هستند و بقیه مواد که صناعی هستند و مرفین ندارند، اعتیاد آور نیستند، اشتباه، غلط و گمراه‌کننده است. مصرف شیشه نیز حالت اجبار به مصرف در مصرف‌کنندگان ایجاد می‌کند و اعتیاد آور است.

◀ کپسول‌های خارجی، قرص‌های مارک‌دار و آمپول‌های بسته‌بندی شده، مواد مخدر یا محرک نیستند و اعتیاد ایجاد نمی‌کنند!

تغییر شکل مواد اعتیادآور و تبلیغات فریبنده درباره اثرات این داروها در درمان چاقی و ایجاد لاغری سریع، انرژی‌زایی، افزایش قدرت ذهن و تمرکز، نشاط و شادابی یکی دیگر از ترفندهای تولیدکنندگان و قاچاقچیان مواد است که مواد خود را بی‌خطر، حتی گیاهی و مفید جلوه بدهند. اما نباید به تبلیغ‌های غیرمجاز اعتماد کنیم، بلکه باید بدانیم هر دارویی هر چند با منشأ گیاهی می‌تواند مضر و اعتیادآور باشد و مصرف دارو فقط با تجویز پزشک مجاز است.

◀ مواد افیونی مانند تریاک، فرد را جوان نگه می‌دارد، قند خون و فشار خون بالا را درمان می‌کند و تقویت‌کننده قوای جنسی است!

این باورها پایه علمی و صحیحی ندارد. چه بسیاری از افرادی که با مصرف این مواد، در روابط زناشویی دچار مشکل شدید شده‌اند. مصرف تریاک هیچ تأثیر مثبتی بر روی قند خون، کلسترول و تری‌گلیسیرید ندارد، بلکه افراد مصرف‌کننده تریاک در مقایسه با افراد مشابه خود کلسترول و تری‌گلیسیرید بالاتری دارند. معتادان فراوانی هستند که به دنبال سکنه مغزی با قند خون و فشار خون بالا در بیمارستان‌ها بستری شده‌اند.

◀ می‌توان هر چیز را در زندگی یک بار تجربه کرد! برخی افراد بر این باورند که هر خطری ارزش یک بار تجربه کردن را دارد. حال باید از آنان پرسید که اگر سوزنی آغشته به ویروس هپاتیت ب یا اچ‌آی‌وی داشته باشیم، حاضرند آن را یک بار وارد بدن خود کنند؟ باید بدانیم که حتی یک بار مصرف مواد، می‌تواند اعتیاد آور باشد.

◀ مواد همیشه از سوی یک آدم خلاف کار با چهره‌ای خطرناک به من تعارف می‌شود! باید بدانیم که داستان آغاز اعتیاد این طور نیست. معتادان بسیاری وجود دارند که اولین بار مواد را از یک دوست صمیمی یا یکی از بستگان و اعضای درجه یک خانواده دریافت کرده‌اند. این تصور که افراد ذکر شده هیچ وقت بد مرا نمی‌خواهند و اتفاقی برای من نخواهد افتاد، یکی از عوامل اولیه ایجادکننده اعتیاد است. البته ذکر این نکته الزامی است که در بسیاری از موارد، افراد پیشنهاددهنده نیز به علت ناآگاهی سعی می‌کنند این مواد را به نزدیکان خود پیشنهاد دهند اما غافلند که این به معنای آغاز اعتیاد است و ناخواسته نزدیکان خود را به بیماری مبتلا می‌کنند.

در پیشنهاد مصرف هر ماده یا دارو بدون تجویز پزشک، به هیچکس اعتماد نکنید. باید بدانید که هر کس مصرف آنها را به شما پیشنهاد کند، آگاهانه یا ناآگاهانه، در حال ایجاد مشکل برای شماست.

◀ معتادینی وجود دارند که کارتن خواب و بیچاره نشده‌اند و حتی برخی از آنان از نظر اقتصادی و اجتماعی جایگاه خوبی دارند!

باید بدانیم هر فرد معتاد در هر جایگاهی که قرار گرفته است، اگر معتاد نبود در جایگاهی به مراتب بهتر قرار داشت. باید بدانیم، مواد در زندگی هر انسانی نقش ترمز و بازدارنده از موفقیت را دارد. تجربه نشان داده است که هیچ کس با مصرف مواد حتی یک پله نیز بالا نرفته است.

◀ هرگز مصرف کنندگان سیگار و الکل معتاد نمی‌شوند!

هیچ یک از مصرف کنندگان مواد به یکباره و مستقیماً به سراغ مواد اعتیادآور از جمله تریاک، حشیش، هروئین، شیشه و یا سایر مواد اعتیادآور خطرناک و خانمان برانداز نرفته‌اند. آنها ابتدا از سیگار و یا الکل آغاز کرده‌اند.

پرهیز از شروع مصرف سیگار و الکل اثر محافظتی در برابر گرایش به مصرف سایر مواد دارد.

◀ اعتیاد مختص سنین نوجوانی و جوانی است!

هیچ کس از احتمال افتادن در دام اعتیاد در امان نیست. این معضل، سن، جنس، مدرک تحصیلی، طبقه اجتماعی، وضعیت اقتصادی و نمی‌شناسد.

مصرف الکل باعث کاهش هوشیاری و قضاوت است و عواقب خطرناکی دارد.

◀ مصرف الکل مرغوب اعتیاد و عوارض ندارد و استرس را کم می‌کند!

همه انواع مواد و الکل دارای عوارض و اثرات نامطلوب هستند. مصرف الکل با هر میزان خطر ابتلا به سرطان‌ها را افزایش می‌دهد.

◀ چون جوان‌ها سرگرمی و تفریحی ندارند، مواد و الکل مصرف می‌کنند!

مصرف مواد و الکل یک خطر جدی است نه تفریح و سرگرمی.

آنچه باید در اجرای مداخلات حوزه پیشگیری از مصرف مواد مورد توجه قرار داد.

ارتقا میزان تاب آوری فرد مهم‌ترین هدف در مداخلات پیشگیری از مصرف مواد است. ارتقا دانش و آگاهی در جامعه در باره عامل تاب‌آوری در مقابل مصرف مواد، بر مبنای این اعتقاد بنا گردیده است که عده‌ای در معرض خطر یا عوامل خطرآفرین قرار می‌گیرند، اما متاثر از آن عوامل نگردیده و اختلالی را تجربه نمی‌کنند. در واقع، عوامل تاب‌آوری باعث می‌شوند، افراد در شرایط دشوار با وجود عوامل خطرزا از قابلیت‌ها و ظرفیت‌های موجود در دستیابی به موفقیت و شکوفایی در زندگی بهره گرفته و از چالش‌ها سربلند بیرون آیند.

عوامل خطرزا شامل فقدان یا ضعف روابط مبتنی بر احساس امنیت عاطفی، کاستی در سازگاری اجتماعی، داشتن والدین و اطرافیان معتاد، وجود نگرش مثبت به مواد، مقبولیت مصرف در خانواده و دوستان، عدم ارتباط مثبت با مدرسه و اجتماع و داشتن شخصیت پرخاشجو و یا ضد هنجارهای مثبت اجتماعی جامعه‌است. در مقابل، مهم‌ترین عوامل محافظ شامل برخورداری از مهارت‌های زندگی، ارتباط با گروه‌های همسال مثبت، موفقیت تحصیلی در مدرسه، نظارت مؤثر والدین، پیوندهای مثبت و روابط مبتنی بر احساس امنیت در محیط‌های کار و زندگی فرد می‌باشند.

برخی از عوامل تاب‌آور که تاثیرات عوامل خطرآفرین را به حداقل کاهش می‌دهند عبارتند از: داشتن تصویر مثبت از خود و برخورداری از عزت نفس بالا، توانایی کنترل زندگی، احساس مسئولیت و تعلق به اجتماع، وجود ارزش‌های اخلاقی و معنوی در محیط زندگی فرد و نظایر آن.

➤ مداخلات پیشگیری از مصرف مواد باید در برگرنده آموزش مهارت‌های زندگی باشند .
آموزش این مهارت‌ها مشتمل بر ۵ حوزه است:

الف - آموزش‌های افزایش خودآگاهی و عزت نفس

ب - آموزش تفکر خلاق و تفکر نقادانه و مهارت نه گفتن

ج - آموزش قابلیت برقراری ارتباط مؤثر و ارتباط بین فردی سازگاران

د - آموزش مهارت حل مسئله

ه - آموزش مدیریت هیجان‌ها و کنترل فشارهای روانی

اجرای برنامه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی، تأثیرات کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدتی چون ایجاد دانش، تغییر نگرش، بهبود سلامت روان، تمایلات رفتار مثبت، تغییر در خودکارآمدی، بهبود توانایی‌های روانی-اجتماعی، بهبود فضای کلاس، بهبود رفتارهای مدرسه، بهبود ارتباط بین دانش‌آموزان، و ارتباط دانش‌آموزان و معلم‌ها، بهبود حضور در مدرسه و عملکرد تحصیلی، ایجاد تغییرات معنی‌دار بر رفتار سلامت و رفتارهای اجتماعی دارند که با جلسه‌های تقویتی و یادآوری، تغییرات ایجاد شده طی زمان حفظ و ابقاء می‌شود.

- افراد مصرف‌کننده مواد، برای توجیه کار خود و تأیید خودشان علاقه دارند دیگران به خصوص دوستان و گروه هم سن و سال را نیز به مصرف مواد وادار کنند.
- نتایج مطالعات نشان می‌دهد، بسیاری از افرادی که در دام وابستگی به مواد گرفتار شده‌اند، برای مقابله با استرس‌های خود از روش‌های ناسالمی مانند مصرف سیگار، الکل و سایر مواد استفاده کرده‌اند، در حالی که این مواد نه تنها در دراز مدت استرس را از بین نمی‌برند، بلکه موجب تشدید استرس و مشکلات جسمی روانی و اجتماعی غیر قابل جبرانی می‌گردند.
- گاهی اوقات استرس زیاد و عدم کنترل بر هیجانات منفی، در برابر موقعیت‌هایی که دیگران را دچار تنش و ناراحتی نمی‌کند، می‌تواند علامت شروع یک اختلال و یا بیماری باشد، که در این حالت مراجعه به یک روانشناس یا روانپزشک بهترین راه حل است.
- نه گفتن در موقعیت صحیح، نشان‌دهنده قدرت شماست. ممکن همه افراد مثل شما جرأت آن را نداشته باشند؛ تا آنجا که می‌توانید کوتاه و محکم سخن بگویید. از توجیه و توضیحات مفصل اجتناب کنید.
- راهنمایی مراجعین جهت امتناع از مصرف مواد و آگاه‌سازی جامعه در باره مضرات مصرف مواد و تشویق مراجعین و اطرافیان جهت در پرهیز از رفت و آمد با دوستان و افراد واجد رفتارهای پرخطری چون سوء مصرف مواد و شرکت در مهمانی‌های مشکوک یکی از مهم‌ترین اقدامات مورد انتظار از کادر بهداشتی است.

- مؤثرترین مداخلات پیشگیری از مصرف مواد دارای بخش هایی متمرکز بر خانواده می‌باشند. اغلب مطالعات به عمل آمده، تاثیر مثبت والدین و خانواده ها به ویژه در سال های کودکی که تاثیر و نفوذ والدین بیشتر از دوستان و همکلاسی هاست را نشان می‌دهند.
- ۱- برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد برای والدین لازم است در **مراحل مختلف رشد کودکان** به عمل آید.
 - ۲- برنامه‌های پیشگیری می‌توانند در **طول دوران کودکی و نوجوانی و حتی قبل از تولد** با ارائه اطلاعات در زمینه عوارض مصرف مواد و نیز دسترسی والدین به مشورت لازم، مهارت های ارتباطی و تربیتی آنان را بهبود بخشند.
 - ۳- **سطح و شدت انجام فعالیت ها** به سطح عمومی خطرات مربوط به گروه‌های موردنظر بستگی دارد. برگزاری برنامه ها می‌تواند به شکل **همگانی برای عموم جامعه، انتخابی برای گروه‌های در معرض خطر و یا موردی برای یک والد آسیب دیده با هدف توسعه مهارت ها و ارائه مشورت انجام می‌گیرد.**
 - ۴- برنامه‌های آموزشی بایستی در **سطح جوامع محلی و در طول چند سال** انجام شوند تا به صورت بخشی از زندگی روزمره جامعه درآمده و به شکل یکباره و بدون تداوم انجام نگیرند. در صورتی که والدین متوجه شوند یک برنامه پیشگیری به صورت مناسب جافتاده و سابقه خوبی نیز دارد به آن روی خواهند آورد.
 - ۵- محوریت برنامه‌های فرزندپروری بر تقویت مهارت‌های تربیتی وللدین و کارکردهای آنان در ایجاد فضای امن عاطفی، نظارت و مراقبت از فرزندان، افزایش آگاهی و دانش درست درباره پیامدهای مصرف مواد، انتقال ارزشهای اجتماعی مطلوب و سیاست‌های خانواده در قانونگذاری برای رفتارهای فردی و اجتماعی اعضای خود است.
 - ۶- همچنین اعمال قوانین انضباطی در خانواده که نه سخت‌گیرانه باشد و نه سهل‌انگارانه باشد و وجود گروه‌های همتای مثبت در ارتباطات خانوادگی و تعامل آنها با هم، اثربخشی مداخلات پیشگیرانه را بالا می‌برد.
 - ۷- شواهد علمی نشان داده است که فعالیت‌های متمرکز بر کل اعضای خانواده بسیار اثربخش تر از برنامه‌هایی که فقط متمرکز بر والدین و یا تنها متمرکز بر کودکان هستند، می‌باشند.
 - ۸-

برنامه آموزش خودمراقبتی

مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۲ نشان داد که بخش عمده سال‌های از دست رفته عمر در کشور ما به سبب مرگ زودرس و معلولیت ناشی از حوادث، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری و همچنین بیماری‌های قلبی است. همین‌طور مطالعه‌ای در انگلستان نشان داد که حدود ۲۰ درصد از مراجعات به پزشکان و مراکز درمانی، مربوط به بیماری‌های جزیی است در حالی که بخش عمده‌ای از این بیماری‌ها توسط خود مردم قابل مراقبت است.

خودمراقبتی عملی است که در آن هر فردی از دانش، مهارت و توانایی خود به عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا به طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند. البته این تصمیم‌گیری می‌تواند شامل مشورت و کسب کمک تخصصی یا غیر تخصصی از دیگران نیز می‌باشد. اگرچه خودمراقبتی فعالیتی است که مردم برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهند، ولی گاهی این مراقبت به فرزندان، خانواده، دوستان، همسایگان، هم محلی‌ها و همشهریان آنها نیز گسترش می‌یابد.

خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن تا حد زیادی استفاده از منابع نظام ارائه خدمات سلامت را کاهش می‌دهد به طوری که ۴۰ درصد مراجعه به پزشکان عمومی و ۱۷ درصد مراجعه به پزشکان متخصص را کاهش می‌دهد.

پیام شماره ۱

- ✓ در صورت وجود هر یک از شرایط زیر در خود مناسب است در اولین زمان ممکن به پزشک عمومی مراجعه کنید:
- ✓ اگر احساس افسردگی می‌کنید یا چون گذشته زندگی و فعالیت‌های روزمره لذت بخش نیست و این حالت بیش از ۲ هفته طول کشیده است.
- ✓ اگر آستانه تحمل شما کاهش یافته و زودتر از معمول حتی با موضوعات نسبتاً کم اهمیت از کوره در می‌روید.
- ✓ اگر به خودکشی فکر می‌کنید، اما فعلاً تصمیم یا برنامه‌ای برای اقدام به خودکشی ندارید.
- ✓ اگر مدتی است که چون گذشته نمی‌توانید از پس انجام شغل یا کارهای روزمره خود بر بیایید.
- ✓ اگر تمایل جنسی شما کاهش یافته و یا در رابطه جنسی چون گذشته لذت نمی‌برید یا دچار مشکل هستید.
- ✓ اگر مدتی است دچار بی‌خوابی شده‌اید و یا خواب شبانه خوبی ندارید به گونه‌ای که طی روز احساس کسالت یا خواب‌آلودگی دارید.
- ✓ اگر شروع به مصرف مواد کرده‌اید، حتی اگر یک بار یا تفننی بوده باشد.
- ✓ اگر بدون دلیل و یا به میزان زیادتری از آن چه نسبت به اتفاقی که افتاده دچار دلشوره و استرس هستید.

پیام شماره ۲

- ✓ در صورت وجود هر یک از شرایط زیر مناسب است فوراً به یک مرکز درمانی مراجعه کنید:
- ✓ اگر اقدام به خودکشی کرده‌اید حتی اگر با روشی که به نظر کم خطر باشد.
- ✓ اگر به صورت تصادفی از داروهای روان‌پزشکی به میزان زیاد به اشتباه استفاده کرده‌اید.

پیام شماره ۳

- برای داشتن خواب خوب رعایت نکات زیر توصیه می‌شود:
- ✓ پرهیز از مصرف شبانه نوشیدنی‌هایی چون چای و قهوه
- ✓ مصرف شام سبک
- ✓ پرهیز از تماشای زیاد شبانه تلویزیون یا کار با کامپیوتر و تلفن همراه
- ✓ پرهیز از خواب طی روز یا حداکثر اکتفا به یک چرت کمتر از نیم ساعته پیش از ساعت ۳ بعد از ظهر

پیام شماره ۴

تربیت فرزندان یک مهارت است و باید آموخته شود. برای شرکت در دوره‌های فرزند پروری می‌توانید به کارشناس سلامت روان در مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایید.

پیام شماره ۵

دوران بارداری و پس از زایمان، دوره‌ای است که ممکن است فرد را مستعد مشکلات اعصاب و روان چون افسردگی و اضطراب نماید. این مشکلات برای سلامت مادر و جنین یا نوزاد مشکلات جدی ایجاد می‌کند. در نتیجه حتما لازم است در صورت وجود آن به روان پزشک مراجعه نمایید.

پیام شماره ۶

در صورتی که مورد خشونت فیزیکی در خانواده قرار گرفته‌اید حتما در اولین فرصت ممکن بعد از رسیدگی به مشکلات جسمی احتمالی، به پزشک عمومی مراجعه نمایید.

پیام شماره ۷

در صورتی که دچار بیماری روان پزشکی هستید، هرگز داروی خود را شخصا قطع نکنید و مرتب طبق توصیه پزشک معالج جهت ویزیت دوره‌ای مراجعه نمایید.

آنچه در زمینه اختلال مصرف مواد باید بدانیم

عوارض اختلال مصرف مواد - فردی (جسمی و روانی)

عارضه‌های جسمی

اختلال مصرف مواد بر حسب نوع ماده با عوارض جسمی متعددی همراه است. برای مثال مصرف مواد افیونی باعث ایجاد حالت تحمل و محرومیت در صورت عدم مصرف، ناتوانی جنسی، یبوست، بیماری‌های گوارشی و... می‌شود. اگر اعتیاد از نوع تزریقی باشد ممکن است فرد رابه بیماری‌های عفونی همچون اچ‌آی‌وی و هپاتیت دچار کند. مصرف مواد محرک نظیر مت‌آمفتامین (شیشه) با عوارض جسمی شدیدی همچون سکته مغزی، سکته قلبی، نارسایی قلبی، فشار خون بالا، سوءتغذیه، تحلیل عضلات بدن، پوسیدگی دندان‌ها و... همراه است. مصرف مواد محرک با خطر بالاتر رفتارهای پرخطر جنسی و ابتلاء به عفونت‌های منتقله از راه جنسی نظیر اچ‌آی‌وی و سیفلیس همراه است.

عارضه‌های روانی

اختلال مصرف مواد ممکن است موجب اختلال در خواب، افسردگی، مشکل در تصمیم‌گیری و اختلال‌های روانی خفیف و شدید شود. شیوع اختلالات خلقی نظیر افسردگی در افراد مبتلاء به اختلال مصرف مواد افیونی دو برابر جمعیت عمومی است. افراد مبتلاء به اختلال مصرف مواد محرک در معرض خطر بالای ابتلاء به جنون القاء شده در اثر مصرف ماده هستند. جنون القاء شده در اثر مصرف مت‌آمفتامین با خطر بالای پرخاش‌گری و تهاجم همراه است.

خانوادگی

بنا به تعریف در اختلال مصرف مواد، تلاش برای تهیه، مصرف و رهایی از اثرات مصرف ماده به اولویت اصلی زندگی فرد مبتلاء تبدیل می‌شود و در نتیجه سایر موضوعات مهم زندگی همچون خانواده در درجه اهمیت پایین‌تری قرار می‌گیرد. مصرف مواد مخدر نه تنها به فرد مصرف‌کننده، بلکه به هرکس که با او در تماس باشد نیز آسیب می‌رساند. نیاز فرد به مصرف مداوم مواد موجب بروز مشکلات اقتصادی، کاهش درآمد خانواده، افزایش هزینه، ناپسمانی و از هم پاشیدگی خانواده، طلاق، خشونت در خانواده (خشونت نسبت به همسر و آزار کودکان) و همچنین محدود شدن معاشرت سالم خانواده با دیگران میشود و تربیت فرزندان را دچار اشکال می‌سازد.

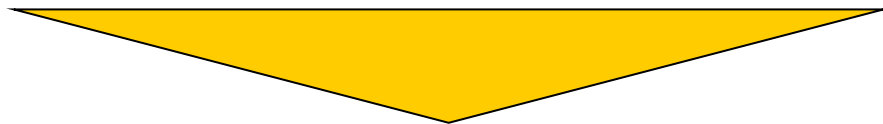
اجتماعی، اقتصادی و شغلی

اعتیاد خسارات بسیاری را بر جامعه و اجتماع تحمیل می‌کند و در عملکرد شغلی دشواری‌های فراوان پدید می‌آورد. اعتیاد ممکن است موجب طرد شدن فرد از جامعه، بیکاری، غیبت از کار، کاهش میزان کارایی، اخراج از کار و بروز حوادث حین کار و رانندگی شود. شیوع فقر، بیکاری، افزایش بروز جرم در جامعه همچون دزدی، فحشا و قتل از جمله عارضه‌های اجتماعی اعتیاد است.

خلاصه فصل

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

فصل هشتم



مشارکت اجتماعی

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- مراحل آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را به گروه‌ها توضیح دهید.
- ارکان اجرای برنامه آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به گروه‌ها و اهمیت هر یک را توضیح دهید.
- هر یک از مراحل مختلف اجرای برنامه آموزشی در این حوزه سلامت را توضیح دهید.
- مفهوم مشارکت جامعه در برنامه‌ریزی و راه‌اندازی عملیات ارتقاء سلامت روانی اجتماعی را بازگو نمایید.

مقدمه و بیان هدف

هدف برنامه آموزش سلامت در حوزه روانی، اجتماعی و اعتیاد به گروه ها، ایجاد فرآیندی است که در طی آن افراد و جامعه به توانایی‌هایی دست یابند که بتوانند سلامت روانی و اجتماعی خود را ارتقاء دهند و از ابتلاء به اختلالات رفتاری و روانپزشکی و همچنین اختلال مصرف مواد مصون بمانند. 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، دانش آموزان و ... باید بتوانند در مراحل ذیل گام بردارند:

« شناسایی نیازهای سلامت در حوزه روانی، اجتماعی و اعتیاد در خود و افراد جامعه

« ایجاد تمایل به حل مشکلات سلامت در حوزه روانی، اجتماعی و اعتیاد

« برنامه‌ریزی به منظور حل مشکلات سلامت در حوزه روانی، اجتماعی و اعتیاد و اجرای آنها

« ارزیابی برنامه‌ها و ارتقاء مستمر کیفیت اجرای آنها

براساس موارد فوق می‌توان چنین برداشت کرد که اساساً نخستین گام در ارتقاء سلامت، آگاه سازی جامعه به نیازهای واقعی و حقوق خود در زمینه سلامت است. این آگاه سازی عمدتاً 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 مشاور عمل می‌کند که تلاش می‌نماید با مشارکت مشتری خدمات، مشکل سلامت را موشکافی نموده و راه حلی برای آن پیدا نماید و یا او را به دلیل پیچیدگی خاص مشکل به سطح بالاتری ارجاع دهد. در محوردوم یعنی آموزش سلامت به گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات یکی از دو نقش زیر را ایفا می‌کند:

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

ب- هماهنگی برای استفاده از ظرفیت‌های بالاتر آموزش سلامت برای گروه‌های اجتماعی نظیر استفاده از ظرفیت‌های معتمدین و روحانیون، 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 نموده و مشارکت جامعه را در ارتقاء سلامت سازماندهی نمایید.

ارکان اجرای برنامه آموزش سلامت در این حوزه به گروه ها

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

۱- طراحی یک برنامه آموزشی اثربخش که از الگویی روشن تبعیت می‌کند.

۲- تنظیم محتوای آموزش بر مبنای ارزش‌ها و اهداف برنامه سلامت

از آنجا که شما با اصول آموزش بهداشت، آموزش بهداشت به افراد، آموزش بهداشت به گروه‌ها و روش‌های جلب مشارکت مردم و روش‌ها و شیوه‌های آموزشی آشنایی لازم را دارید در اینجا توصیه می‌شود به منظور درک مناسب تر برنامه آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد با گروه‌ها مروری بر مباحث گذشته داشته باشید. با این فرض که شما بر مباحث پیش گفت تسلطی مناسب دارید در ادامه مطالب این فصل بر محور دوم از ارکان اجرای برنامه آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد متمرکز می‌شویم و تلاش می‌کنیم تا با تکیه بر اهداف و فرآیندهای برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد بتوانید اقدام به اجرای یک آموزش گروهی نمایید. مراحل مختلف این آموزش به شرح ذیل در ادامه مطالب این فصل آمده است.

مراحل اجرای برنامه آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به گروه‌ها :



مراحل مختلف اجرای برنامه آموزش سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد می‌بایست در درجه نخست رویکردی منطقی و نظام‌دار داشته باشد. این رویکرد نظام‌دار موجب می‌شود تا هر یک از عوامل مختلف به درستی و به طرز مؤثری نقش خود را ایفا نمایند. در این میان نقش کارشناسان مراقب سلامت خانواده به عنوان متولی سلامت، نقشی اساسی و کلیدی خواهد بود. این نقش بدان جهت کلیدی تلقی می‌شود که کارشناسان مراقب سلامت خانواده در خط مقدم، شاهد مشکلات سلامت و درک عوامل مؤثر بر آن هستند و بیش از هر فرد دیگر قادرند سایر عوامل انسانی

را برای تنظیم فعالیت‌ها، هدایت نمایند. در ادامه مطالب با مرور برنامه و ساختار پیشنهادی به درک مناسب تری از این موقعیت برای حل مشکلات سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد پی خواهید برد.

این مراحل به شرح ذیل معرفی می‌شوند:

۱- تحلیل نیازهای حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد جامعه

۲- برنامه‌ریزی برای راه اندازی عملیات ارتقاء سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد با بهره‌گیری از مشارکت جامعه

۳- برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف

۴- اجرای برنامه عملیاتی ارتقاء سلامت و اجرای برنامه‌ریزی

آموزشی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۵- ارزیابی مستمر نتایج برنامه ارتقاء سلامت و آموزش‌های

ارائه شده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۶- ارزشیابی نتایج برنامه و ارتقاء و توسعه مستمر آن

در ادامه شرح تفصیلی هر یک از مراحل آمده است.

۱- تحلیل نیازهای سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و

اعتیاد جامعه:

تحلیل نیازهای سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد جامعه براساس اخذ اطلاعات از منابع مختلف صورت می‌پذیرد. این منابع می‌توانند یکی از موارد ذیل باشند:

الف - ابلاغ قوانین، دستورالعمل‌ها و یا یک برنامه سلامت از سوی واحدهای بالاتر؛ در این زمینه ممکن است برنامه یا دستورالعمل ارسالی ناظر به اجرای خدماتی از سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد باشد که نیازمند آموزش گروهی و یا مشارکت مردمی است.

ب - وجود شواهدی که دلالت بر بروز یک مشکل سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در جامعه تحت پوشش دارد، به عنوان مثال ممکن است بنا به دلایلی خاص در یکی از مناطق تحت پوشش میزان بروز اعتیاد بالا رفته باشد، در چنین شرایطی 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 بحران‌هایی 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 در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شود.

در تمامی موارد اشاره شده در فوق، کارمند بهداشتی می‌بایست به منظور ارزیابی مناسب نیازها اقدام به تحلیل آنها نماید. در این توصیف می‌بایست 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 در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دارند. به عنوان مثال چنانچه در جامعه تحت 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، معلمین 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 برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد کودکان انتخاب کرده اید می‌بایست محتوای آموزش خود را به صورت جداگانه و با محتوایی متفاوت تنظیم نمایید. در این شرایط به یاد داشته باشید که ارائه اطلاعات غیر ضروری و نیز اطلاعاتی که در حوزه فهم گروه هدف نبوده و یا خود از آنها آگاه باشند نه تنها ضرورت ندارد بلکه موجب کسالت فراگیران شما از گروه‌های هدف می‌شود.

یک داستان از نیازسنجی آموزشی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد:

«کارشناس مراقب سلامت خانواده روستای اکبرآباد در مشاهدات اخیر خود متوجه شده است که تعدادی از سالمندان روستا علائم افسردگی دارند. او برای تکمیل اطلاعات خود با آنها مصاحبه‌هایی را ترتیب می‌دهد و در می‌یابد عواملی نظیر تنهایی، از دست رفتن سلامت جسمی و فراموشی برای آنها شرایط ناگواری را به وجود آورده است. کارشناس مراقب سلامت خانواده که اطلاعاتی را از قبل در زمینه مراقبت از سالمندان دارد، می‌داند یکی از جنبه‌های مهم آسیب به گروه سالمندان، فقدان مراقبت‌های جسمی و تنهایی آنهاست. لذا برای آن که برنامه‌ای همه جانبه از ارزیابی نیازهای آموزشی را ترتیب دهد اقدام به گردآوری اطلاعات بیشتر در زمینه‌های ذیل می‌نماید.

- ۱- معلومات سالمندان در زمینه مراقبت از خود و میزان بهره‌مندی آنها از خدمات مختلف سلامت و خدمات اجتماعی

- ۲- اطلاعات اطرافیان سالمندان در زمینه نیازهای این گروه

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

با اطلاعات به دست آمده روشن است کارشناس مراقب سلامت خانواده می‌تواند برنامه‌های مختلفی را در جهت ارتقاء سلامت روانی سالمندان هماهنگ نماید.

۲- برنامه‌ریزی برای راه اندازی عملیات ارتقاء سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد با بهره‌گیری از مشارکت جامعه:



برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد بیش از سایر برنامه‌های دیگر برای اجرا نیازمند مشارکت اجتماعی هستند. دلیل این موضوع آن است که حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به میزان بالایی تحت تأثیر ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه و خانواده است. بر این اساس می‌بایست برای ارتقاء سلامت در این حوزه از مشارکت جامعه و توانمندی‌های موجود در آن بهره جست. این توانمندی‌ها در گروه‌های رسمی و غیررسمی جامعه وجود دارد. در حال حاضر نهادهای مختلف رسمی نظیر سازمان‌های دولتی و غیردولتی در زمینه مسائلی نظیر سوء مصرف مواد، خشونت خانگی، کودک آزاری، 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 احقاق حقوق اجتماعی و سلامت روانی در دسترس این سازمان هاست خود منبعی ارزشمند برای ارتقاء سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی است. از سوی دیگر ارائه‌دهندگان خدمات می‌توانند با استفاده از ظرفیت‌های جامعه تحت پوشش اقدام به استفاده و سازماندهی با بهره‌گیری از گروه‌های غیررسمی نمایند. تشکیل جلسات با معلمین روستا، گروه‌های مختلف زنان، شاغلین کارگاه‌ها و ... می‌تواند ظرفیت‌های جدیدی برای اجرای برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و ارتقاء حقوق اجتماعی ایجاد نماید.

مراحل مختلف برنامه‌ریزی برای سلامت روانی اجتماعی با بهره‌گیری از مشارکت جامعه، شامل مشارکت در شناخت مشکلات، مشارکت در یافتن راه حل، مشارکت در اجرای عملیات، تسهیل در مشارکت و نهایتاً مشارکت در ارزشیابی است.

داستان یک مشارکت اجتماعی در برنامه سلامت روانی اجتماعی؛

«کارشناس مراقب سلامت خانواده محله حسین آباد در مشاهدات خود مواردی از کودک آزاری و بهره‌کشی از کودکان در انجام کارهای شغلی را در جامعه تحت پوشش مشاهده نموده است. او ضمن مشورت با پزشک و کارشناسان مربوطه در مرکز سلامت جامعه و مرکز بهداشت شهرستان اقدام به تشکیل تیمی برای ارزیابی موضوع نموده است. افراد تیم تشکیل شده عبارتند از: مدیر دبستان ابتدایی محله و یکی از دبیران دبیرستان که در زمینه علوم تربیتی و روانشناسی تحصیل نموده، روحانی مسجد، رییس و یکی از اعضای شورای اسلامی چند تن از معتمدین محله، پزشک مرکز سلامت جامعه. مسئولیت این تیم را رئیس شورای اسلامی محله به عهده می‌گیرد. کارشناس مراقب سلامت خانواده به عنوان هماهنگ کننده، دبیر جلسه بوده تا متعاقباً با مشورت با سایر اعضای گروه اقدام به انتخاب سایر اعضا برای تیم نماید و کار خود را برای حل مشکل آغاز کند.

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

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

- ۲- ارزیابی وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی کودکان گروه هدف و خانواده‌های آنها
- ۳- طراحی برنامه‌های مختلف به منظور؛
 - ◀ ارزیابی سلامت جسمی و روانی کودکان مورد نظر و ارتقاء آن
 - ◀ آموزش به خانواده‌ها و اطرافیان
 - ◀ حمایت از خانواده‌ها از طریق سازمان‌هایی نظیر بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره)
 - ◀ جلب حمایت آموزش و پرورش و مدارس و نهضت سوادآموزی برای تحصیل کودکان و خانواده‌هایشان
 - ◀ ارزیابی نتایج برنامه در زمینه میزان بروز مشکل و وضعیت بهره‌مندی جامعه از برنامه‌های مختلف حمایتی در زمینه موضوع

نکته حائز اهمیت در تشکیل جلسات تیم این بود که اولاً اعضای گروه با بهره‌گیری از حمایت‌های علمی و تجربی اعضای مختلف توانستند با روشی مناسب اقدام به تنظیم فعالیت‌ها نمایند به نحوی که اجرای برنامه منجر به بروز حساسیت و آسیب به آبروی هیچ کس در روستا نشد، ثانیاً گروه در جلسات مختلف خود و برای کسب راهنمایی‌ها و جلب مشارکت واحدهای شهرستان از کارشناسان ادارت ذیربط در جلسات دعوت به عمل آورد.

۳- برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف:

اجازه دهید موضوع برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف را با یک داستان آغاز کنیم.



« کارشناس مراقب سلامت خانواده محله حسین آباد در بررسی‌های خود متوجه شد که تعداد قابل توجهی سالمند در محله وجود دارد که برخی از آنها دچار بیماری آلزایمر (زوال عقل) و افسردگی هستند. او در مواجهه با این افراد در می‌یابد که اصلی‌ترین عامل افسردگی در این گروه، آگاهی از کاهش روزافزون یادآوری خاطرات می‌باشد. که این امر خود موجب کاهش احساس لذت آنها از زندگی می‌گردد است.

کارشناس مراقب سلامت خانواده محله براساس آموزش‌هایی که دیده است می‌داند که مداخلات اصلی برای کاهش این مشکل عبارتند از:

- ۱- آگاه نمودن خانواده و اطرافیان بیمار در زمینه مشکل او
- ۲- ویزیت پزشک از بیمار و خانواده او و ارائه مشاوره‌ها و اقدامات درمانی مورد نیاز

برای اطمینان از این که کارشناس مراقب سلامت خانواده به درستی موارد ابتلا به آلزایمر و افسردگی را پیدا کرده است، در درجه نخست شرایط ملاقات سالمندان با شکایت فراموشی و افسردگی را با پزشک فراهم می‌کند. در این ملاقات‌ها فرد سالمند همراه با نزدیک‌ترین فردی که امکان مراقبت سالمند را دارد به نزد پزشک مراجعه می‌کند. حال پس از اطمینان از تشخیص صحیح موارد مبتلا به آلزایمر کارشناس مراقب سلامت خانواده برنامه را برای آموزش اطرافیان بیمار سالمند مهیا می‌کند. این برنامه شامل چند جلسه منظم است که در آن کارشناس مراقب سلامت خانواده، پزشک و یک نفر از کارشناسان سلامت روان مرکز بهداشت



شهرستان حضور دارند. کارشناس مراقب سلامت خانواده می‌تواند برای برخی از جلسات از معتمدین محلی و یا دبیران شاغل در محله که در زمینه سلامت روانی و اجتماعی آشنایی دارند نیز دعوت به عمل آورد. شیوه مورد نظر کارشناس مراقب سلامت خانواده در این آموزش گروهی استفاده از روش بحث و گفت و گوی مشارکتی است. برخی از جلسات با حضور پزشک و برخی دیگر بدون حضور وی انجام می‌شود. در شیوه بحث و گفت و گوی مشارکتی فراگیران و آموزش‌دهندگان اقدام به تبادل اطلاعات می‌نمایند. در این شرایط کار آموزش‌دهنده این است که فراگیران را در جهت ارائه پاسخی مناسب به سؤالات مهم و کلیدی و یا سؤالاتی که جمع مطرح می‌کنند راهنمایی کند.

برای شروع نخستین مباحثه، اولین سؤال را پزشک محله مطرح می‌کند. سؤال این است: «به نظر شما بیماری آلزایمر چیست؟» افراد فراگیر برداشت‌های متفاوت خود از این بیماری را عنوان می‌کنند. پزشک و کارشناس مراقب سلامت خانواده نکات کلیدی هر یک از تعاریف را یادداشت و نهایتاً با بهره‌گیری از تعاریف و اصلاح اشکالات آنها اقدام به تعریف بیماری می‌کنند. این امکان در جریان مباحثه وجود دارد که هر یک از فراگیران اقدام به توصیف علائم و نشانه‌های بیماری در سالمند خود نمایند. در جریان این مباحثات گاه پیش می‌آید که برخی از اطرافیان بیمار از سختی زندگی با سالمند و رنج‌های او صحبت‌های فراوانی می‌کنند. در این شرایط کارشناس مراقب سلامت خانواده و پزشک می‌دانند که سالمندان مبتلا به بیماری آلزایمر تمایل زیادی برای تحرک ندارند، احساس ارزش نمی‌کنند، عواطف زیادی ندارند، ممکن است زیاد بخوابند یا دچار اختلال جدی در خواب باشند، ممکن است دارای عواطف غیرطبیعی بوده و بی جهت عصبانی شوند یا گریه کنند. آنها این علائم را به فراگیران توضیح می‌دهند. فراگیران نیز اطلاعات و تجربیات خود در این زمینه مبادله می‌کنند و در این حین پزشک و کارشناس مراقب سلامت خانواده اطلاعات لازم را منتقل می‌کنند. اطلاعاتی که بسیار اساسی و حیاتی است. بخش مهمی از این اطلاعات ایجاد توان سازگاری برای افراد خانواده برای ارائه خدمت به سالمند و نیز مراجعات به موقع به پزشک و کارشناس مراقب سلامت خانواده است.

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

۱- زمان مراجعه به پزشک و خود کارشناس مراقب سلامت خانواده و نیازهایی که در این مراجعات مرتفع خواهد شد.

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

۳- چگونه مراقبین سالمند از خودشان نیز مراقبت کنند تا خسته نشوند و چگونه از حمایت‌های لازم از سوی سایر افراد و نهادهای جامعه بهره‌مند شوند.

برای آنکه این مباحثات تأثیراتی پایدار داشته باشد، کارشناس مراقب سلامت خانواده و پزشک جلسات آموزشی را با بهره‌گیری از امکانات موجود در محله به طور مداوم انجام می‌دهند.

در این داستان شما دریافتید که کارشناس مراقب سلامت خانواده و پزشک روش بحث و گفت و گوی مشارکتی را برای آموزش انتخاب نمودند. شما نیز می‌توانید این روش یا هر روش دیگری را به فراخور امکانات خود ترتیب دهید. دقت کنید که آنچه که بیش از هر چیز در ترتیب آموزش مهم است، ایجاد تأثیر پایدار آن است. به همین منظور مجدداً توصیه می‌کنیم تا فصول مربوطه را در کتاب مبانی بهداشت و کار در محله را مجدداً مرور نمایید.

براساس آنچه که در فوق به آن اشاره شد می‌توان به طور خلاصه مراحل برنامه‌ریزی و اجرای آموزش را موارد ذیل دانست:

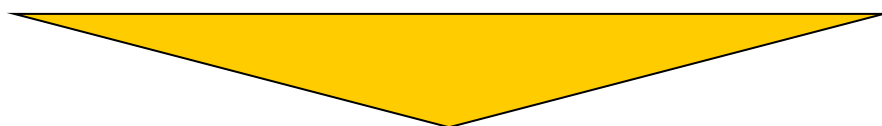
- ۱- تهیه برنامه آموزشی شامل مراحل، دفعات، موضوعات و اهداف آموزش، افراد فراگیر، افراد آموزش‌دهنده و تسهیل‌کنندگان آن، محل اجرای آموزش، وسایل و ابزار مورد نیاز و روش و شیوه‌های آموزش
 - ۲- مستندسازی تمامی موارد فوق به صورت متنی خلاصه شده
 - ۳- تعیین نحوه ارزشیابی فراگیران در مورد آموزش‌ها
 - ۴- تعیین نحوه ارزشیابی تاثیرات آموزش بر زندگی سالمند
 - ۵- ارتقاء مستمر کیفیت و استانداردهای آموزشی
 - ۶- ارائه گزارش به سطوح بالاتر و سایر نهادها و دریافت کمک‌های آنها
- واضح است هر یک از مراحل که در فوق آمده نیازمند دانش، تجربه و تمرین است. شما در طول زمان این فرصت را خواهید داشت که با بهره‌گیری از منابع علمی در دسترس و سایر کتب آموزش اقدام به ارتقاء عملکرد خود نمایید. آنچه بیش از هر چیز در چنین تجاربی ارزش دارد در درجه نخست تمرین و ممارست خود شماست و در درجه دوم ارزشمندی کار شما و نتایج آن. به طور حتم اگر چنین موضوعاتی به درستی و با بهره‌گیری از منابع علمی و با مهارتی کامل به اجرا برسد، شما نقش اصلی خود را در تحقق سلامت که همانا رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی جامعه است، ایفا کرده‌اید.

خلاصه فصل

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

فرایند مشارکت مردم در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و سوء مصرف مواد یکی از راهکارهای اصلی و مؤثر توسعه این برنامه در جامعه است. اجرای این برنامه نیز نیازمند بهره‌گیری از الگوی مشخص علمی و عملی است.

فصل نهم



حمایت‌های روانی، اجتماعی در حوادث و بلایا

اهداف فصل

پس از این مطالعه انتظار می رود بتوانید:

- با مفاهیم مربوط به سلامت روان در بلایا آشنا شوید.
- علائم و واکنش‌های روانی و رفتاری را که در مواجهه با استرس بروزمی کند، بشناسید.
- گروه‌های آسیب‌پذیر را شناسائی کرده و تفاوت واکنش‌های روانی و رفتاری در کودکان و بزرگسالان را بدانید.
- وظیفه اصلی خود را در منطقه آسیب دیده بشناسید.
- بدانید والدین باید چگونه با کودک آسیب دیده رفتار کنند.
- اگر به عنوان امدادگر به منطقه آسیب دیده رفته‌اید، چگونه باید رفتار کنید.
- بدانید، چگونه باید مراقب سلامت روان خود باشید.
- سوگ و مراحل آنرا بشناسید و مطالبی درباره چگونگی برخورد با سوگ را در کودکان بدانید.
- بدانید پس از وقوع حوادث و بلایا چگونه می‌توانید در حل مشکلات محله خود مشارکت داشته باشید و مردم را نیز به این مشارکت دعوت کنید.

عناوین فصل:

- تعاریف و مفاهیم
- مراحل مختلف واکنش‌های روانی و رفتاری پس از بلایا
- واکنش‌ها و علائم روانی در گروه‌های آسیب پذیر
- چه کسانی را باید به تیم حمایت روانی - اجتماعی ارجاع دهید.
- توصیه‌هایی برای والدین کودکان آسیب دیده
- با ورود به منطقه حادثه دیده، به عنوان امدادگر چه باید کرد
- نکاتی درباره سوگ
- چگونه باید از خود مراقبت کرد؟

مقدمه:

ایران یکی از ۱۰ کشور اصلی بلاخیزدنیاست و در سال‌های اخیر بیش از ۱۸۰۰۰۰ نفر در این بلایا که بطور عمده زلزله بوده است، کشته شده‌اند. در جریان بلایای طبیعی آسیب‌های روانی به افراد مثل یک کوه عظیم یخ است که قسمت اعظم آن زیر آب قرار دارد و دیده نمی‌شود. مرگ و مجروحیت جسمانی در بخش‌های بیرونی آب قرار گرفته ولی معلولیت و عواقب روانی حوادث که گاهی تا پایان عمر باقی می‌ماند بدنه اصلی این کوه یخ را تشکیل می‌دهد و در اکثر مواقع مورد غفلت قرار می‌گیرد. این زخم‌های روانی گرچه پنهان هستند ولی موجب رنج و ناتوانی وافت کارکرد بسیاری از انسان‌ها می‌شوند. در این فصل از کتاب شما با مفاهیمی که در رابطه با بهداشت روان در بلایای طبیعی وجود دارد و واکنش‌هایی که افراد مختلف به استرس نشان می‌دهند آشنا می‌شوید و در پایان در زمینه مداخلات، توصیه‌ها، بایدها و نبایدهایی که عموم مردم شایسته است آگاهی داشته باشند، مطالبی ذکر خواهد شد.



تعاریف و مفاهیم

آسیب دیده: شخصی است که در اثر حادثه ای از ادامه زندگی سالم خود چه از نظر جسمانی و چه از نظر روانی، خانوادگی و اجتماعی محروم گردیده است.

بحران: رویداد یا موقعیتی است که در آن امکانات و منابع موجود فرد برای تحمل و سازگاری با شرایط ممکن است کافی نباشد و موجب بروز واکنش‌های عاطفی و رفتاری مختلفی شود.

استرس: هرگاه فشاری بر شخصی وارد می‌آید واکنشی در او ایجاد می‌شود این واکنش علائم جسمانی و روانی دارد که تغییراتی در فرد ایجاد می‌کند. به این واکنش غیر اختصاصی که نسبت به محرک بوجود می‌آید استرس می‌گوئیم.

تیم حملیت روانی - اجتماعی: مقصود تیمی است که خدمات روانی - اجتماعی را تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌دهد.

بلا: اختلال زیست محیطی و روانی اجتماعی که از توانایی جامعه برای مقابله با مشکلات فراتر باشد. راه‌های مختلفی برای طبقه بندی بلایا وجود دارد ولی از نقطه نظری پیشگیری و آمادگی می‌توان بلایا را به دو گروه تقسیم کرد: **بلایای طبیعی:** بلایایی که سبب یا علت وقوع آن خارج از اختیار انسان می‌باشد و فهرست آن در زیر آمده است.

زلزله، سیل، آتش‌فشان، طوفان و گردباد، سقوط بهمن، خشکسالی و گرمادگی، آتش سوزی جنگل‌ها و...
بلایای غیرطبیعی (انسان ساخته): بلایایی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم منشاء وقوع آن در کنترل انسان می‌باشد، مثل: جنگ، تصادفات، سقوط هواپیما، و حوادث هسته‌ای

مراحل مختلف واکنش‌های روانی و رفتاری پس از بلایا:

تصور کنید که شما و خانواده تان قربانی یک بلای طبیعی، همچون زلزله، سیل و... هستید. وقتی در مقابل چنین فشار شدیدی قرار می‌گیرید چه اتفاقی برایتان می‌افتد؟ در این شرایط چه احساسات و افکاری را تجربه می‌کنید؟ چگونه رفتار خواهید کرد؟ انسان‌ها در رویارویی با بلایا و حوادث واکنش‌هایی را از خود بروز می‌دهند که می‌توان آنها را به ۵ مرحله تقسیم کرد.

مرحله تماس یا ضربه: این مرحله در چند دقیقه پس از حادثه بروزمی کند. اکثر افراد دچار ترس و وحشت شدیدی می‌شوند.

مرحله قهرمان گرایی: در ساعات اولیه وقوع حادثه بروزمی کند. در این مرحله بین مردم همبستگی ایجاد می‌شود. افراد احساس می‌کنند باید کاری انجام دهند، به طور داوطلبانه درامداد رسانی کمک می‌کنند،

مرحله شادمانی و فراموش کردن غم: یک هفته تا چند ماه پس از حادثه بروز می‌کند. همزمان بارسیدن نیروهای کمکی افراد امیدواری شوند و ممکن است حالت آرامش و نشاط، سرخوشی و شادمانی دارند.

مرحله مواجهه با واقعیت: ۲ الی ۳ ماه پس از وقوع حادثه بروزمی کند. در این مرحله افراد تازه متوجه وسعت خسارات و فقدان هایشان می‌شوند. مجدداً روحیه خود را از دست می‌دهند، نا آرام، خسته و درمانده می‌شوند.

تجدید سازمان: که ۶ ماه تا ۱ سال پس از وقوع حادثه بروزمی کند. افراد شروع به بازسازی روانی خود و بازسازی زندگی خود می‌کنند و بتدریج درک می‌کنند که باید متکی به خود باشند.

واکنش‌ها و علائم روانی در گروه‌های آسیب پذیر:

پس از هر فاجعه یا بلا افکار، احساسات یا رفتارهایی در بین افرادی که آسیب دیده‌اند یا شاهد صحنه‌های دردناکی بوده‌اند جریان پیدا می‌کند. این افراد نگرانی‌هایی درمورد تنها شدن، امنیت، سلامت خود و اشخاص موردعلاقه خود داشته و خواب آشفتگی دارند، دائماً صحنه‌های دردناکی که دیده‌اند در بیداری یا در خواب بصورت کابوس به سراغشان می‌آید. اما وجود این علائم به معنی وجود یک بیماری نیست. مراقب باشید افرادی را که در جریان بلایا دچار چنین واکنش‌هایی شده‌اند را بیمار یا مبتلا به بیماری روانپزشکی تلقی نکنیم. این علائم واکنشی طبیعی به یک حادثه کاملاً غیرطبیعی است و در بسیاری از موارد در طول زمان کاهش می‌یابد و از بین می‌رود.

مراقب باشید افرادی را در جریان بلایا دچار واکنش‌هایی روانی شده‌اند بیمار یا مبتلا به بیماری روانپزشکی تلقی نکنیم. این علائم واکنشی طبیعی به یک حادثه کاملاً غیرطبیعی است و در بسیاری از موارد در طول زمان کاهش می‌یابد و از بین می‌رود.

کودکان:

خیلی‌ها فکرمی‌کنند که «کودکان زود همه چیز را فراموش می‌کنند» یا اینکه «کودک که چیزی نمی‌فهمد و حتی اگر دچار ضربه شدیدی هم شود زود بهبودی پیدا می‌کند». این طرز فکرا باعث می‌شود توجه کمتری به کودکان شود. افت تحصیلی یا امتناع از رفتن به مدرسه در فرزند خود را رفتاری عمدی یا دال بر لجبازی تلقی کنند. کودکان ممکن است در سنین مختلف واکنش‌ها و علائم متفاوتی را نشان دهند.

سنین پیش از دبستان (۵-۱ سال):

◀ ترس از جدائی و چسبیدن بیش از حد به والدین - ترس از غریبه‌ها و بی‌اعتمادی به دیگران - ترس از تاریکی
 ▶ خودداری از تنها خوابیدن - ترس از اشیای خیالی، حیوانات - دیدن رویاهای ترسناک - برگشت به رفتارهای مراحل اولیه رشدی مثل شب ادراری، انگشت مکیدن - فعالیت بیش از حد و پرخاشگری - اختلال در صحبت کردن، سکوت یا لکنت زبان

کودکان دبستانی (۱۱-۶ سال):

◀ احساس غمگینی - انجام بازی‌های تکراری - مشکلات خواب - اضطراب و نگرانی درمورد سرنوشت اعضاء خانواده
 - مشکلات تحصیلی - بی‌اشتهائی - شب ادراری - پرخاشگری - شکایت‌های بدنی مثل: درد شکم، سردرد

نوجوانی و جوانی (۱۸-۱۲ سال):

◀ علائم بدنی مثل دردهای شکمی، سردرد، ناراحتی‌های پوستی، دردهای نامعلوم، مشکلات خواب و کابوس، نزاع با دیگران و تحریک پذیری، افت تحصیلی، رو آوردن به سیگار یا موادمخدر، طغیان و سرکشی در خانه و مدرسه، افسردگی یا غمگینی، از دست دادن علاقه به تفریح یا فعالیت‌های گروهی با دوستان



زنان:

مرگ و میر زنان در کشورهای در حال توسعه در اثر بلایا از مردان بیشتر است. به‌طور کلی زنان علائم و واکنش‌های روانی بیشتری بعد از وقوع بلایا دارند. زنان معمولاً نقش اصلی مراقبت از فرزندان را برعهده دارند و کم‌تر احتمال دارد به خاطر فرزندان خود هنگام بروز بلایا، محل حادثه را ترک کنند. پس از وقوع بلایا امنیت آنان بیشتر مورد تهدید قرار می‌گیرد.

باید تاکید کرد که پس از بلایا فرصت‌هایی نیز وجود دارد که زنان بتوانند گروه‌های اجتماعی تشکیل داده و از حمایت‌های بیشتری برخوردار شوند.



سالمندان:

در صورت بروز بلایا، سالمندان در معرض خطر بیشتری قرار دارند. افسردگی در آنها معمولاً نادیده گرفته می‌شود چون علائم آنها با افراد جوان تر فرق دارد، به عنوان مثال فراموش کاری یا حواس پرتی در آنها ممکن است علامتی از افسردگی باشد که گاهی به حساب پیری گذاشته می‌شود و مورد غفلت قرار می‌گیرد.

**چه کسانی را باید به تیم حمایت روانی - اجتماعی ارجاع دهید؟**

در صورتی که با افرادی با شرایط ذیل مواجه شدید، آنها را به تیم حمایت روانی - اجتماعی ارجاع دهید. افرادی که:

اضطراب شدید دارند: (احساس نگرانی، دلشوره، انتظار وقوع حوادث بد در آینده طیش قلب، تنگی نفس)

افسردگی دارند: (احساس غمگینی و بی علاقه‌گی به زندگی، ناامیدی، لذت نبردن از زندگی، فکر زیاد راجع به مرگ و مردن خود و دیگران ...)

تجربه مجدد حادثه دارند: (به این صورت که انگار دوباره همان فاجعه دارد تکرار می‌شود).

علائم روانپریشی دارند: در افرادی که دارای زمینه مساعد هستند در شرایط پراسترس ممکن است علائم

روانپریشی ظاهر شود مثل : توهم و هذیان

کسانی که دچار علایم محرومیت از مواد هستند یا کسانی که تحت درمان با داروهای آگونیست (متادون، بوپرنورفین یا تنتور آپیوم) بوده‌اند: این افراد در بلایا به دلیل عدم دسترسی به مواد یا دارو دچار علایم و نشانه‌های محرومیت شده و باید برای دریافت درمان به پزشک ارجاع داده شوند.

توصیه‌هایی برای والدین کودکان آسیب دیده

- به کودکان فرصت داده شود راجع به احساسات، افکار، نگرانی‌ها و ترسهای خود با شما حرف بزنند
- برای شناخت این ترس‌ها بهتراست هرچه سریعتر با کودک ارتباط برقرار کنیم.
- به سؤالات کودک صادقانه پاسخ داده و، به نیازهای بهداشتی و تغذیه ای آنان توجه کنیم.
- رفتارهایی مثل شب ادراری را در ابتدا باید بپذیریم
- در صورتیکه کودک از رفتن به مدرسه یا حضور در جمع کودکان خودداری کند به تیم حمایت روانی- اجتماعی معرفی کنیم.

کودکان در شرایط بحران و پس از وقوع حوادث ناگوار بیش از هر زمان دیگری نیاز به بازی و تفریح دارند.

با ورود به منطقه حادثه دیده، به عنوان امدادگر چه باید کرد؟

با آسیب دیدگان ارتباط صحیح برقرار کنیم، به افراد اطلاعات درست بدهید و از گفتن مطالبی که اطمینان ندارید خود داری کنید، افراد را از دیدن جنازه عزیزانشان محروم نکنیم بگذارید واقعیت مرگ عزیز خود را بپذیرند. مانع ابراز احساسات افراد نشویم، افراد را تشویق کنیم که در مراسم تشییع جنازه و به خصوص نماز میت شرکت کنند.

آنها را به شرکت در فعالیتهای اجتماعی، ورزشی و بازسازی تشویق کنیم. کودکان را از والدین جدا نکنیم. به نیازهای تغذیه ای و بهداشتی کودکان در تمام سنین توجه کنید. امکانات بازی و سرگرمی برای کودکان فراهم کنید.



نکاتی درباره سوگ :

بازماندگان حوادث غیرمترقبه ممکن است تعدادی از بستگان یا عزیزان خود را ازدست داده باشند. به دنبال آن همه افراد معمولاً واکنشی که سوگ نام دارد را پشت سر می گذارند. یک فرد سوگوار ممکن است موارد زیر را تجربه کند:

- انکار فقدان : در این مرحله فرد، از دست دادن عزیزان خود را باور نمی کند. " مطمئنم که زنده است."
- "او نمرده."
- درک فقدان : در این مرحله فرد کم کم به این نتیجه می رسد که عزیزش را ازدست داده، ممکن است شیون و زاری سردهد، بی تابی کند. " کرم شکست، دیدی عزیزم ازدست رفت."
- احساس ترک شدن واضطراب: فرد احساس می کند که تنها مانده و کسی را ندارد واضطراب زیادی در مورد آینده پیدا می کند.
- خشم: در این مرحله عصبانیت فرد نسبت به خود، اطرافیان و حتی گلایه و شکایت از خدا مشاهده می شود.
- احساس گناه: در این مرحله فرد شدیداً دچار احساس گناه شده و خود را به خاطر اتفاقی که افتاده مقصر می داند و سرزنش می کند. " چرا نتونستم کاری برایش کنم"
- افسردگی شدید : ناراحتی و غمگینی فرد تا حدی است که حتی در حضور دیگران هم از بین نمی رود. فرد ناامید است و حتی ممکن است اقدام به خودکشی کند. "دیگه نمی خواهم زنده باشم."
- مرحله بازسازی: در صورت حل شدن سوگ و گذشتن از این مراحل فرد قادر خواهد بود به جامعه بازگشته و زندگی عادی خود را از سرگیرد.

چگونه باید از خود مراقبت کرد؟

در جریان انجام وظیفه به عنوان امدادگر شما ممکن است فشارهای زیادی را متحمل شوید. این فشار روانی ممکن است علائم ذکر شده زیر را در شما ایجاد کند.

علائمی که نشان می دهد دچار فرسودگی شده اید، خستگی مفرط، ازدست دادن روحیه، عدم توانایی برای تمرکز، علائم بدنی مثل سر درد، بی خوابی، ناکارآمدی و...

برای رفع این علائم چه باید کرد؟

آموزش افراد قبل از امدادگری برای کنترل استرس هایی که در جریان بلایا و حوادث غیرمترقبه با آن روبرو خواهند شد می تواند از ایجاد چنین مشکلاتی پیشگیری کند. بنابراین یادگرفتن مهارت کنترل استرس و کنترل هیجانات شدید مثل خشم می تواند در حل اینگونه مشکلات مفید باشد.

خانم (ز)، ۴۵ ساله یکی از کارشناسان مراقب سلامت خانواده است که با تیم حمایت روانی - اجتماعی همکاری می‌کند. اودر جریان زلزله نوه و دامادش را ازدست داد. دختر و دو پسرش نیز به شدت مجروح شده بودند. چند ماه پس از حادثه زلزله، اوکه هر پنج شنبه بر سر مزار عزیزانش برای تجدید خاطره وسوگواری می‌رفت متوجه خانمی شد که به طرز غیرطبیعی شیون می‌کرد هر از گاهی نیز خنده‌های عجیبی از خود سر می‌داد. پس از اینکه ازخانواده آن فردجویا شد متوجه گردید که آن زن همسر و فرزندش را از دست داده وشب پیش از وقوع زلزله به دلیل بیماری مادرش به خانه او در کرمان رفته بوده و پس از اینکه خود را به بم رسانده متوجه مرگ آنان شده است. خانواده آن زن برای اینکه کمتر عذاب بکشد وی را از بم خارج کرده وبه کرمان برده‌اند و سعی می‌کنند که هر چیزی که او را به یاد همسر و فرزندش می‌اندازد، پنهان کنند. با اینکه خانواده او را از آمدن به مزار عزیزانش منع می‌کنند ولی او دائماً بی‌قراری می‌کند ودوست دارد به آنجا برود. خانم (ز) پس ازمعرفی خود و توضیحاتی پیرامون مسأله سوگ عزیز یعنی همان چیزی که دردوره‌های آموزشی درباره آن آموخته بود و ارائه بروشورهای آموزشی به خانواده آن زن سعی کرد خانواده مذکور را برای دریافت مداخلات تخصصی به تیم حمایت روانی - اجتماعی ارجاع کند.

خلاصه فصل

هدف از آموزش حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه راهنمایی و آشنائی با مداخلات روانی اجتماعی قبل، حین و بعد از حادثه است. آشنائی با عوارض ناشی از حوادث طبیعی و غیر طبیعی و واکنش‌های که افراد پس از حادثه نشان می‌دهند، گروه‌های آسیب پذیر که شامل کودکان، زنان و سالمندان می‌باشند در شرایط بحران در معرض خطر بیشتری قرار دارند، از این رو شناسائی و مداخله روانی اجتماعی برای این گروه‌ها از اولویت بیشتری برخوردار است. توجه به علائم روانی و رفتاری کودکان پس از حادثه از نکات بسیار مهمی است که گروه‌ها و تیم‌های امدادگر لازم است با روش‌های مداخله و کمک به این کودکان آشنا باشند. و اینکه چگونه و به کجا ارجاع داده شوند. روش‌های مراقبت از خود برای تیم‌های امدادگر یکی از نکات مهم در حوزه مداخلات روانی اجتماعی است که امدادگران لازم است از این موضوع آگاه باشند و مورد حمایت قرار گیرند. مداخلات روانی اجتماعی برای افراد آسیب دیده پس از غربالگری به صورت گروهی توسط تیم‌های سلامت روان انجام می‌شود، در مواردی که نیاز به مداخلات تخصصی یا درمانی بیشتری باشد افراد به پزشک یا روانپزشک ارجاع خواهند شد، پیگیری برای افراد آسیب دیده به مدت ۶ ماه الی یک سال بر اساس نیاز انجام می‌شود.

منابع برای مطالعه بیشتر

- ۱- تکنیک‌های فرزندپروری، دکتر سعید جهانشاهی فرد، انتشارات کتاب ارجمند،
- ۲- اصول و روش‌های کاربردی در فرزندپروری (دوران شیرخواری و خردسالی)، انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان با همکاری انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر
- ۳- با کودک بدقلق چه کنیم؟، دوگانجی و کندل، ترجمه سولماز جوکار و یاسمن بانکی، انتشارات ارجمند و نسل فردا
- ۴- راهنمای جامع والدین در تربیت سالم کودک، ریچارد ابدین، ترجمه دکتر انوشه امین زاده، نشر ارجمند و نسل فردا
- ۵- مجموعه کتاب‌های سفید (بچه‌ها و مهارت‌های زندگی)، ترور رومین، ترجمه شهرزاد فتوحی، انتشارات فنی ایران
- ۶- آموزش مهارت‌های زندگی (ویژه دانشجویان)، دکتر فتی، دکتر موتابی و همکاران، انتشارات دانژه
- ۷- متن آموزشی در زمینه شناسایی، پیشگیری و درمان سوء رفتار جسمانی در کودکان (برای پزشکان عمومی)، دکتر بهروز جلالی و سید عباس باقری یزدی
- ۸- متن آموزشی در زمینه کودک آزاری جسمانی (برای کارشناسان و کاردانان بهداشتی)، دکتر کتایون خوشابی و سید عباس باقری یزدی
- ۹- متن آموزشی پیشگیری از خودکشی برای کارکنان آموزش و پرورش (مدیران، کارشناسان، پرسنل)، دکتر سید مهدی حسن زاده دکتر لاله حبیبی کوهی دکتر میترا حفاظی عیسی کریمی کیسمی، معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان).
- ۱۰- متن آموزشی پیشگیری از خودکشی برای پزشکان عمومی، کارشناس و کاردان مراقبت‌های اولیه بهداشتی، بهروز و رابطین بهداشتی. دکتر سید مهدی حسن زاده، دکتر لاله حبیبی کوهی، دکتر میترا حفاظی، عیسی کریمی کیسمی. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان).
- ۱۱- متن آموزشی پیشگیری از خودکشی برای عموم مردم. دکتر سید مهدی حسن زاده، دکتر لاله حبیبی کوهی، دکتر میترا حفاظی، عیسی کریمی کیسمی. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان).
- ۱۲- متن آموزشی پیشگیری از خودکشی برای مدیران رسانه‌های گروهی دکتر سید مهدی حسن زاده، دکتر لاله حبیبی کوهی، دکتر میترا حفاظی، عیسی کریمی کیسمی. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان).
- ۱۳- نحوه برخورد پرسنل اورژانس با بیمار اقدام‌کننده به خودکشی. دکتر سید مهدی حسن زاده، دکتر لاله حبیبی کوهی، دکتر میترا حفاظی، عیسی کریمی کیسمی. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان).
- ۱۴- دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد. توانمندسازی والدین، آموزش مهارت‌های زندگی با تمرکز بر پیشگیری از مصرف مواد در خانواده، ۱۳۹۰.
- ۱۵- محمدخانی شهرام، نوری ربابه. پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر خانواده، ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، ۱۳۹۱.
- ۱۶- استانداردهای برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد، دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد. وین، اتریش (UNODC, 2013)

- ۱۷- محسنی تبریزی، علیرضا و همکاران، استراتژی‌های تحقیق محور پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر، مرکز آموزشی و پژوهشی سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، ۱۳۹۰
- ۱۸- طارمیان، فرهاد ، حقایقی درباره زندگی سالم و بدور از مواد (نکات علمی) وزارت علوم تحقیقات و فناوری دفتر مرکزی مشاوره با همکاری معاونت دانشجویی و فرهنگی مرکز مشاوره دانشجویی، ۱۳۸۹
- ۱۹- نوری، ربابه، باورهای شایع و اشتباه در مورد اعتیاد و مواد، مرکز مشاوره دانشگاه تهران با همکاری دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در ایران، ۱۳۸۴
- ۲۰- رادفر رامین، ز ارعی ربابه، پیشگیری از سوء مصرف مواد در کودکان و نوجوانان، سازمان بهزیستی استان اصفهان، مرکز تخصصی پیشگیری از اعتیاد روزبه

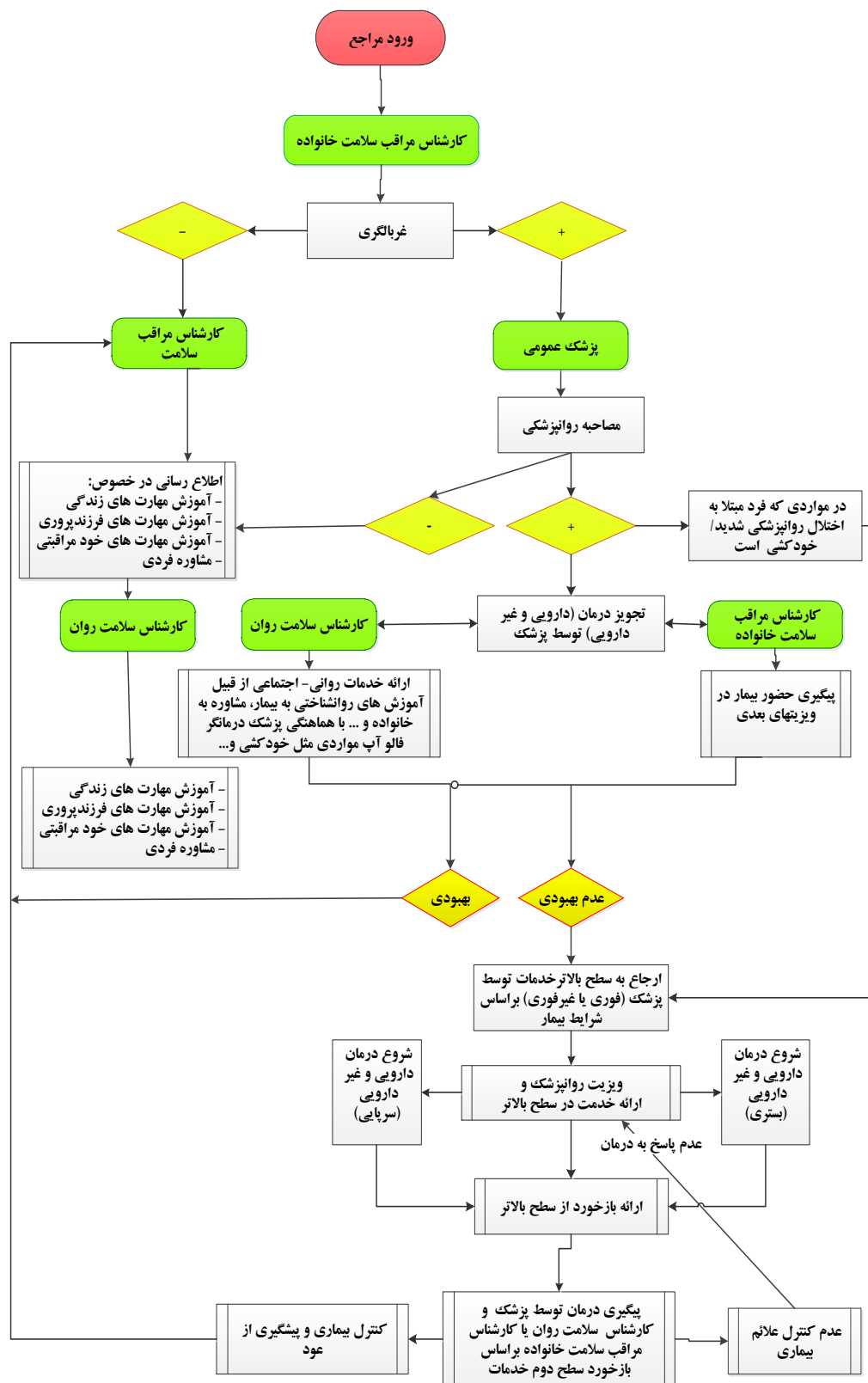
پیوست‌ها

پیوست ۱: وظایف پیش‌بینی شده برای کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

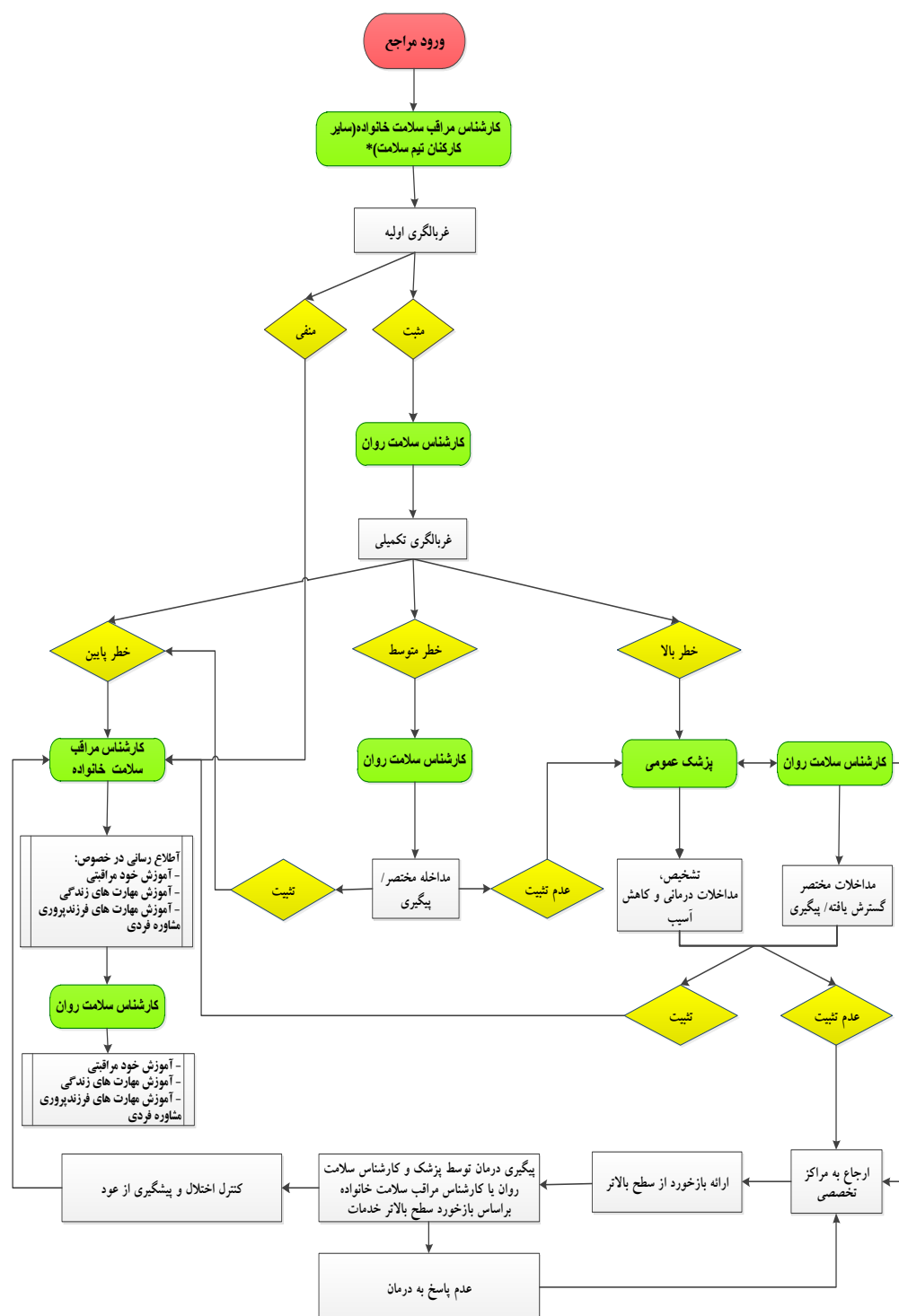
- ارزیابی اولیه وضعیت روانشناختی متناسب با گروه‌های سنی، مادران باردار و مادران پس از زایمان
- ارزیابی اولیه وضعیت سوء مصرف مواد و الکل متناسب با گروه‌های سنی
- ارزیابی اولیه ریسک فاکتورهای آسیب‌های اجتماعی در فرد و خانواده
- ارائه پیام‌های مهم بهداشتی در زمینه فرزند پروری به والدین (به ویژه مادران دریافت‌کننده سایر خدمات بهداشتی) و توصیه به شرکت در جلسات آموزش مهارت‌های فرزند پروری
- ارائه پیام‌های مهم بهداشتی در زمینه مهارت‌های زندگی متناسب با گروه‌های سنی مختلف و توصیه به شرکت در جلسات آموزش مهارت‌های زندگی
- ارائه پیام‌های مهم بهداشتی خود مراقبتی (در حوزه سلامت روان و پیشگیری از اعتیاد) متناسب با گروه‌های سنی مختلف و توصیه به شرکت در جلسات آموزش خودمراقبتی (گروه هدف جمعیت عمومی)
- ارجاع افراد دارای دیسترس روانی (غریب مثبت در ارزیابی اولیه وضعیت روانشناختی) به پزشک مرکز و پیگیری آنها و غریب منفی به کارشناس سلامت روان جهت توانمندسازی
- ارجاع افراد بعد از ارزیابی اولیه وضعیت سوء مصرف مواد و الکل به کارشناس سلامت روان و پیگیری آنها
- ارجاع افراد دارای ریسک فاکتورهای فردی و خانوادگی آسیب‌های اجتماعی (طلاق، ترک تحصیل، خشونت در خانواده، ...) به کارشناس سلامت روان
- مشارکت در انجام سنجش سلامت دانش‌آموزان در بدو ورود به مدرسه و سال اول دبیرستان
- غربالگری خودکشی در افراد در معرض خطر و پر خطر و همچنین در مراجعین گیرنده سایر خدمات (به صورت فرصت طلبانه)
- ارزیابی اولیه روانشناختی بعد از حوادث غیرمترقبه و بلایا (همه‌پوش با تیم ارائه‌دهنده خدمات روانی- اجتماعی بعد از حوادث غیرمترقبه و بلایا)
- ارجاع جمعیت تحت پوشش به دریافت مشاوره بر حسب نیاز (مشاوره در زمینه تربیت فرزندان، تحصیلی، ازدواج، زناشویی، ...)
- پیگیری تلفنی بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی برای تداوم مراجعه و دریافت خدمات که در جمعیت تحت پوشش کارشناس مربوطه شناخت می‌شوند.

پیوست ۲: فلوچارت ارائه خدمات

سلامت روان در مرکز سلامت جامعه شهری



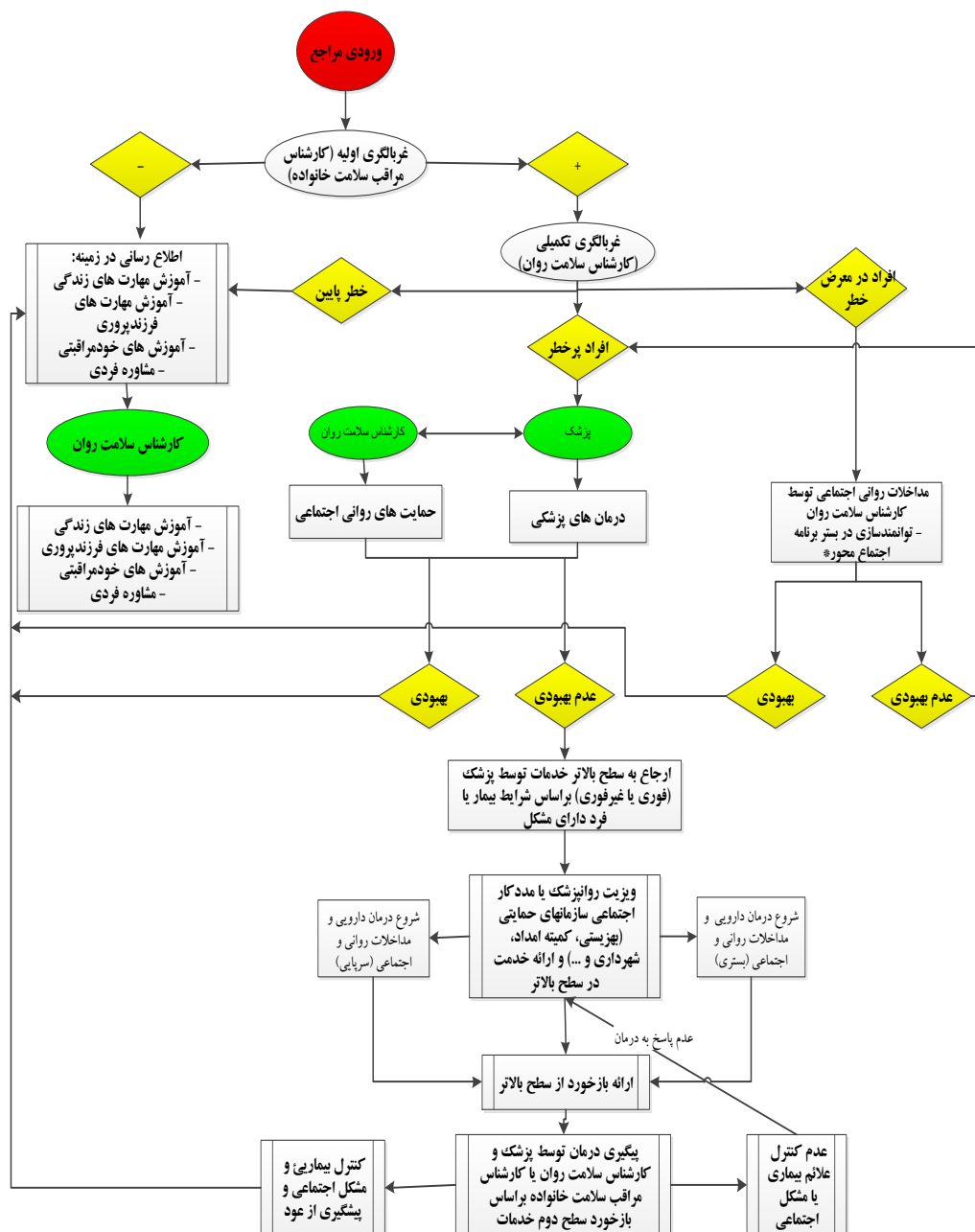
فلوچارت خدمات پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در مرکز سلامت جامعه شهری



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

* غربالگری روتین برای زنان باردار

فلوچارت ارائه خدمات سلامت اجتماعی در مرکز سلامت جامعه شهری



* در مرحله هایی که برنامه اجتماع محور به مرحله اجرا در آمده است فرد در بستر خدمات ایجاد شده در محله، خدمات توانمندسازی دریافت می کند

پیوست ۳: دستورالعمل ارجاع هم سطح از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان

موارد ارجاع از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان :

افراد واجد شرایط دریافت آموزش مهارت های فرزندپروری :

- ۱- کلیه والدین (پدر و مادر) کودکان زیر ۲ سال که برای ارزیابی یا دریافت یکی از خدمات به پایگاه مراجعه نموده اند .
- ۲- والدینی که در مراجعه به پایگاه موارد بدرفتاری با کودک، تنبیه فیزیکی، خشونت در رفتار آنها نسبت به کودکشان مشاهده شده است .
- ۳- والدینی که از رفتار کودک خود به نوعی شکایت دارند .

کاندیداهای دریافت آموزش مهارت های زندگی :

- ۱- کودکان ۶-۱۸ سال
 - ۲- بزرگسالان ۱۹-۶۰ سال
- که در رفتار آنها خشم، عدم توانایی در حل مسائل شخصی و یا خانوادگی، مشکل در تصمیم گیری، عدم توانایی در مدیریت استرس، مشکل در برقراری ارتباط بین فردی ملاحظه شود.

نحوه ارجاع :

اقدامات کارشناس مراقب سلامت :

- شناسایی افراد نیازمند دریافت آموزش مهارت های فرزندپروری و یا مهارت های زندگی
- توجیه مخاطبین شناسایی شده از طریق اطلاع رسانی، ارائه پیام و آشنایی با خدماتی که در سطح اول نظام ارائه خدمات در راستای توانمندسازی افراد ارائه می گردد .
- ثبت اسامی داوطلبین دریافت آموزش و تشکیل گروه های حتی الامکان همگن^۲
- مکاتبه با مسئول مرکز سلامت جامعه منطقه مورد نظر جهت اطلاع رسانی به کارشناس سلامت روان
- اخذ زمان برگزاری دوره آموزشی از کارشناس سلامت روان (زمانی که تعداد داوطلبین دریافت آموزش، به ۱۰ تا ۱۵ نفر رسید این اقدام صورت می پذیرد)
- پیگیری برگزاری کارگاه آموزشی برای مخاطبین داوطلب
- ثبت مشخصات کارگاه های برگزار شده و انعکاس به کارشناس سلامت روان بصورت ماهیانه و بر اساس فرم گزارش آماری

^۲ گروه های همگن به گروه های اطلاق می گردد که از نظر سطح تحصیل، سن و شرایط اجتماعی در شرایط یکسان می باشند .

اقدامات کارشناس سلامت روان :

- تعیین و انعکاس زمان برگزاری کارگاه حداکثر ۷ روز پس از دریافت مکاتبه کارشناس مراقب سلامت خانواده
- مراجعه به پایگاه در زمان تعیین شده و برگزاری کارگاه
- ارزیابی کیفی کارگاه از طریق اجرای پیش آزمون و پس آزمون
- جمع آوری و جمع بندی گزارش کارگاه های برگزار شده در پایگاه های تحت پوشش و انعکاس به مرکز بهداشت شهرستان

نکته : استانداردهای دوره آموزش مهارت های زندگی و فرزندپروری بر اساس دستورالعمل های تدوین شده در دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت خواهد بود که در بسته آموزش کارشناس سلامت روان تعریف شده است .

پیوست ۴: پیشگیری از خودکشی

آموزش افراد کلیدی جامعه

در این خدمت هدف آموزش افراد کلیدی جامعه برای شناسایی اولیه افراد در معرض خطر و پر خطر اقدام به خودکشی می‌باشد و سپس تلاش برای ارجاع این افراد و دریافت خدمات تشخیصی و درمانی است. گروه مخاطب برای آموزش ارائه شده در آیینم افراد کلیدی در سطح جامعه می‌باشد (که این افراد در برنامه پیشگیری از خودکشی تدوین شده توسط دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تعریف شده‌اند از قبیل معلمین، روحانیون محلی،...) روش دسترسی به مخاطبین دریافت‌کننده آموزش از طریق همکاری بین بخشی با سازمان مربوطه خواهد بود طول مدت آموزش برای افراد کلیدی جامعه یک جلسه و هر جلسه آموزش حدود دو ساعت می‌باشد (دوره‌های باز آموزی برای افراد کلیدی جامعه لازم است) مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش‌دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناسان سلامت روان را دارا می‌باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش‌های روان‌شناسی بالینی یا عمومی است) این کارشناسان آموزش‌های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

در هر منطقه برخی افراد کلیدی همچون روحانیون، معلمان و یا افراد معتمد دیگری وجود دارند که می‌توانند در اطلاع‌رسانی و فعالیت‌های پیشگیری از خودکشی نقشی مؤثر داشته باشند. به‌رور باید این افراد را شناسایی و همکاری آنان را برای آموزش جامعه جلب نمایند. ضمن دعوت این افراد به پایگاه، با کمک کاردان، کارشناس بهداشت روان و پزشک مرکز بهداشتی درمانی مطالب زیر را با آنها در میان بگذارد:

۱. بر خطر افزایش خودکشی و ضرورت پیشگیری از آن تأکید نماید.
۲. علائم و نشانه‌های اقدام به خودکشی را توضیح دهد.
۳. کاهش دسترسی آسان به سموم و دفع آفات، نفت و نحوه نگهداری آن را بیان نماید.
۴. علل و عواملی که افراد جامعه را در معرض خطر خودکشی قرار می‌دهد، بیان نماید.
۵. پیامدها و خطرات ناشی از خودکشی را یادآوری نماید.
۶. برای حل مشکل بیماران و یا پیدا کردن شغل و افزایش باورهای مذهبی از این افراد کمک بخواهد و نتایج حاصل از اینکار را برای آنان توضیح دهد.
۷. به آنها متذکر شود که مسئولیت پیشگیری از خودکشی بر دوش همه افراد جامعه، به ویژه مسئولین جامعه قرار دارد.

۸. ضمن تشریح باورهای غلط در مردم، نسبت به زدودن باورهای غلط از آنان کمک بگیرد. برنامه‌هایی که درباره ارتقاء مهارت‌های افراد کلیدی جامعه، سازمان‌ها، و مؤسسات از جمله افراد مذهبی و کسانی که در مدارس، زندان‌ها، بازداشتگاه‌ها و مراکز بهزیستی جوانان، محل‌های کار و خانه‌های سالمندان کار می‌کنند می‌تواند شناسایی و ارجاع افراد در معرض خطر خودکشی را بهبود بخشد.

نمونه این کار در نیروی هوای آمریکا و ارتش نروژ و زندان‌های متعدد و ندامتگاه‌ها و محل‌های کار متعدد انجام شد که باعث کاهش میزان خودکشی در میان پرسنل این مکان‌ها شد. البته چون در مورد این برنامه‌ها ارزیابی کافی انجام نشده است ما باید برنامه‌های موجود را ارزشیابی کنیم، و هر آنچه در مورد اثر بخشی آموزش این افراد فرا بگیریم، بتوانیم در جهت تدوین برنامه‌های جدید به کار بندیم

افراد کلیدی جامعه (Gatekeepers)

برنامه‌های پیشگیری از خودکشی برای افراد کلیدی جامعه شامل طیف وسیعی از مداخلات برای جامعه و مراقبین سازمان‌ها است که تماسشان با جمعیت آسیب‌پذیر فرصتی را برای شناسایی افراد در معرض خطر فراهم می‌کند و آنها را به سمت ارزیابی و درمان بهتر هدایت می‌کند. این افراد شامل روحانیون، داروسازها، مراقبین افراد مسن، کارمندان و کسانی که در موسسات مثل مدارس، زندان‌ها و ارتش کار می‌کند آموزش، شامل آگاهی از عوامل خطر، تغییر سیاست برای تشویق افراد برای جستجوی کمک، در دسترس بودن منابع و تلاش برای کاهش استیگمای مرتبط با جستجوی کمک (help seeking) می‌باشد. برخی از کشورها که برنامه‌های پیشگیری از خودکشی را در مؤسسات اجرا کرده‌اند مثل ارتش نروژ، نیروی هوایی امریکاموفقیت‌های را در کاهش میزان خودکشی گزارش کرده‌اند. علاوه بر آموزش این افراد، این برنامه‌ها همچنین باعث ارتقاء سطح آگاهی سازمان‌ها به طور گسترده در زمینه بهداشت روان و خودکشی و دستیابی آسان به خدمات بهداشت روان می‌شوند. وقتی که نقش افراد کلیدی به طور رسمی مشخص شود و امکانات درمانی مثلاً در ارتش به آسانی در دسترس باشند، آموزش این افراد در جهت کاهش رفتارهای خودکشی کمک‌کننده خواهد بود. در این راستا برنامه‌هایی برای دیگر افراد کلیدی با ارزیابی مواردی مثل میزان ارجاع و میزان درمان روانپزشکی پیامدهای حد وسط (intermediate outcomes) باید اجرا گردد.

افراد در خطر و پرخطر برای اقدام به خودکشی

وقتی که افراد می‌گویند "من از زندگی خسته‌ام" یا "دیگر چیزی در زندگی وجود ندارد"، اغلب به آنها توجهی نمی‌شود یا برای آنها افراد دیگری با شرایط سخت‌تر مثال زده می‌شوند.

اولین تماس با فرد مستعد خودکشی بسیار مهم است. اغلب تماس‌ها در کلینیک‌های شلوغ، خانه یا محل‌های عمومی رخ می‌دهد که در این محل‌ها داشتن یک گفتگوی خصوصی ممکن است مشکل باشد.

۱. قدم اول یافتن مکان مناسبی است که در آن گفتگوی آرام و به طور خصوصی بتواند انجام شود.
۲. قدم بعد اختصاص دادن زمان کافی است. بیماران مستعد خودکشی برای کاهش دردهای درونی خود نیاز به زمان بیشتری دارند و با دادن فرصت بیشتر به آنها باید از نظر ذهنی آماده شوند.
۳. مهمترین کار گوش دادن مؤثر به آنها است. گوش دادن مؤثر قدم مهمی در کاهش دادن ناامیدی آنهاست. هدف، پرکردن فاصله‌ای است که در اثر ناامیدی ایجاد شده و امید دادن به شخص است که شرایط او می‌تواند به نحو بهتری تغییر کند.

اینگونه ارتباط برقرار کنید

- با توجه به فرد گوش دهید. خونسرد باشید.
- احساسات فرد را درک کنید.
- با احترام و پذیرش به صحبت‌های فرد گوش کنید.
- به ارزش‌ها و عقاید بیمار احترام بگذارید.
- با بیانی روشن و قابل اعتماد صحبت کنید.
- توجه، علاقه و مهربانی خود را به فرد نشان دهید.
- به احساسات فرد دقت کنید.

اینگونه ارتباط برقرار نکنید

- مرتباً صحبت‌های فرد را قطع کنید.
 - هیجانی یا شوک زده شوید.
 - خودتان را خیلی گرفتار نشان دهید.
 - به گونه‌ای با بیمار برخورد شود که وی را فاقد عقل، اراده یا تصمیم‌گیری تلقی کنیم.
 - اظهارات مداخله آمیز یا غیر واضح بدهید. make intrusive or unclear remarks
 - بیمار را سؤال پیچ کنید.
- برای اینکه ارتباط راحتی با فرد داشته باشید، با وی آرام، باز، با مهربانی و پذیرش و بدون قضاوت برخورد کنید.

با مهربانی به فرد گوش دهید

احترام بگذارید

همدلی داشته باشید

با اعتماد برخورد کنید

خودکشی - باورهای غلط و واقعیت

واقعیت	باور غلط
بیشتر کسانی که خودکشی می‌کنند هشدارهای قاطعی در مورد تصمیم به خودکشی از خود نشان می‌دهند	کسانی که راجع به خودکشی صحبت می‌کنند خودکشی نمی‌کنند
بسیاری از آنها دودل هستند	افراد با افکار خودکشی قطعاً قصد مرگ دارند
این افراد به اندازه کافی نشانه‌هایی از خود بروز می‌دهند	خودکشی بدون هشدار رخ می‌دهد
بسیاری از خودکشی‌ها در زمان بهبودی رخ می‌دهد وقتی که فرد انرژی کافی برای این کار را دارد و می‌خواهد افکار ناامیدانه را به افکار مخرب تبدیل کند	بهبودی پس از یک بحران به این معناست که خطر خودکشی برطرف شده است
بسیاری از خودکشی‌ها قابل پیشگیری است	خودکشی قابل پیشگیری نیست
افکار خودکشی ممکن است برگردند اما آنها دائمی نیستند و در برخی از افراد هرگز بر نمی‌گردد	وقتی کسی مستعد خودکشی است، او دائم در این فکر است

چگونه شخص با افکار خودکشی را شناسایی کنید

نشانه‌هایی که با ید در رفتار یا سابقه قبلی شخص جستجو کنیم

- ۱- رفتارهای کناره‌گیری از جامعه، ناتوانی از برقراری ارتباط با خانواده و دوستان
- ۲- بیماری‌های روانپزشکی
- ۳- الکلیسم
- ۴- اضطراب
- ۵- تغییر در شخصیت، تحریک پذیری، بدبینی، افسردگی
- ۶- تغییر در عادات خوردن یا خوابیدن
- ۷- اقدام قبلی به خودکشی
- ۸- احساس گناه، بی‌ارزشی یا خجالت
- ۹- فقدان مهم و جدید مانند مرگ، طلاق، جدایی
- ۱۰- سابقه فامیلی خودکشی
- ۱۱- تمایل ناگهانی برای سر و سامان دادن به امور شخصی یا نوشتن وصیتنامه
- ۱۲- احساس تنهایی، بیچارگی یا ناامیدی
- ۱۳- یادداشت درمورد خودکشی
- ۱۴- مشکل در سلامت جسمی، بیماری جسمی

۱۵- اشاره‌های مکرر درمورد مرگ یا خودکشی

چگونه خطر خودکشی را ارزیابی کنیم

وقتی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی شک به رفتارهای خودکشی مشکوک می‌شوند موارد زیر باید بررسی شوند.

- افکار و احساسات فعلی فرد درباره مرگ یا خودکشی
- نقشه فعلی فرد برای خودکشی
- ساختار حمایتی شخص (خانواده و دوستان)

بهترین راه برای پی بردن به افکار خودکشی در یک فرد این است که در مورد خودکشی از او سوال کنیم.

برخلاف باور عمومی سؤال درباره خودکشی باعث کاشته شدن افکار خودکشی در سر شخص نمی‌شود. در حقیقت این افراد خوشحال میشوند راجع به موضوع خودکشی و سؤالاتی که با آن دست و پنجه نرم می‌کنند به صورت واضح و مستقیم صحبت کنند.

چگونه سؤال بپرسید؟

سؤال کردن درباره افکار خودکشی آسان نیست. بهتر است به تدریج بیمار را به سمت موضوع سؤال هدایت کنید.

برخی از سؤالات مفید عبارتند از:

- آیا احساس غمگینی می‌کنید؟
- آیا احساس می‌کنید کسی به شما توجه نمی‌کند؟
- آیا احساس می‌کنید زندگی ارزش زنده بودن ندارد؟
- آیا احساس می‌کنید می‌خواهید مرتکب خودکشی شوید؟

کی سؤال کنید؟

- وقتی شخص احساس میکند طرف مقابلش درکش می‌کند.
- وقتی شخص با صحبت درباره احساساتش احساس راحتی می‌کند.
- وقتی شخص درباره احساسات منفی اش مثل تنهایی یا بیچارگی صحبت می‌کند.

چه سؤالی بپرسید؟

- ۱- برای اینکه بفهمید فرد تصمیم قطعی برای خودکشی دارد
آیا قصد دارید به زندگیتان خاتمه دهید؟
آیا در مورد اینکه چگونه اینکار را انجام دهید فکری کرده‌اید؟
- ۲- برای اینکه متوجه شوید که فرد آیا ابزاری برای خودکشی دارد باید این سؤالات را بپرسید
آیا قرص، اسلحه یا ابزار دیگری در اختیار دارید؟
آیا این ابزار هروقت که بخواهید در دسترس شما هست؟
- ۳- برای اینکه متوجه شوید آیا آن شخص زمان مشخصی را برای خودکشی در نظر گرفته است این سؤالات را بپرسید

تصمیم گرفته‌اید کی به زندگیتان خاتمه دهید؟

تصمیم دارید کی برای آن برنامه‌ریزی کنید؟

تمام این سؤالات باید با احتیاط، توجه و مهربانی پرسیده شوند

چگونه شخص مستعد خودکشی را مدیریت کنید؟

افراد کم خطر

فرد با افکار خودکشی مانند "نمی‌توانم ادامه دهم" یا "یکش مرده بودم" دارد اما نقشه‌ای برای اینکار نکشیده است.

کارهایی که باید انجام دهید:

- از لحاظ هیجانی وی را حمایت کنید
- با افکار خودکشی کار کنید. هرچه شخص واضحتر راجع به فقدان، تنهایی، و بی‌ارزشی صحبت کند کمتر دچار بحران هیجانی می‌شود. وقتی بحران تمام می‌شود شخص در این فکر فرو می‌رود که چکار کند. این مراحل بسیار مهم و سرنوشت ساز است، همانطور که هیچ کس انتظار ندارد فردی که تصمیم برای مرگ گرفته بتواند تصمیم خود را عوض کند و مجدداً برای زندگی تصمیم بگیرد
- بر توانایی‌های مثبت فرد تأکید کنید از طریق صحبت با او درباره اینکه آن شخص مشکلات قبلی‌اش را چگونه بدون خودکشی حل کرده است.
- فرد را به کارشناسان بهداشت روان یا پزشک ارجاع دهید.
- در فاصله‌های زمانی منظم با فرد ملاقات داشته باشید.

افراد با خطر متوسط

فرد افکار خودکشی و طرح و برنامه‌ریزی برای اینکار دارد ولی تصمیم فوری برای خودکشی ندارد.

کارهایی که باید انجام دهید

- از لحاظ هیجانی وی را حمایت کنید. با احساسات خودکشی بیمار کار کنید و بر توانایی‌های مثبت فرد تمرکز کنید و مراحل زیر را به ترتیب انجام دهید.
- از دودلی وی استفاده کنید، کارکنان بهداشتی باید بر دودلی فرد تمرکز کنند و تمایل برای زنده ماندن را در وی تقویت کنند.
- راه‌های دیگر به غیر از خودکشی را شرح و بسط دهید حتی اگر آنها راه حل‌های ایده‌آل نباشند به این امید که شخص حداقل به یکی از آنها را توجه کند.
- قراردادی با فرد ببندید و از وی قول بگیرید که وی بدون تماس با کارکنان بهداشتی و برای مدت زمان معینی خودکشی نخواهد کرد (قرارداد عدم خودکشی).
- فرد را به روانپزشک، مشاور یا پزشک ارجاع دهید و هرچه سریعتر برای او وقت ملاقات بگیرید.
- با خانواده، دوستان، و همکاران فرد تماس بگیرید و حمایت آنها را جلب کنید.

افراد پرخطر

فرد برای خودکشی نقشه قطعی دارد، ابزار آن را در اختیار دارد و تصمیم دارد فوراً آن را عملی سازد.

کارهایی که باید انجام دهید

- شخص را تنها نگذارید، پیش او بمانید.
- به آرامی و مهربانی با او صحبت کنید، قرص، چاقو، اسلحه و سموم نباتی را از دسترس او دور کنید (دور کردن ابزار خودکشی).
- با او قراردادی ببندید (قرارداد عدم خودکشی).
- سریعاً با پزشک یا کارشناس بهداشت روان تماس بگیرید، آمبولانس را خبر کنید و شرایط بستری شدن وی را فراهم کنید.
- به خانواده خبر دهید و حمایت آنها را جلب کنید.

ارجاع دادن فرد مستعد خودکشی

کی ارجاع دهید

- وقتی که شخص موارد زیر را داشته باشد
- بیماری روانپزشکی
- سابقه قبلی اقدام به خودکشی
- سابقه فامیلی خودکشی، الکلیسم، یا بیماری روانپزشکی
- بیماری جسمی
- نداشتن حمایت اجتماعی

چگونه ارجاع دهید

- کارکنان بهداشتی باید باصرف زمان کافی علت ارجاع شخص را توضیح دهند.
- برای او وقت ملاقات بگیرید.
- برای فرد توضیح دهید که ارجاع کردن او به این معنا نیست که کارکنان بهداشتی می‌خواهند از دست فرد خلاص شوند یا فراموشش کنند.
- پس از مشاوره فرد را ملاقات کنید.
- به صورت دوره‌ای با او ملاقات داشته باشید. (ارتباط خود را با او حفظ کنید)

چه کارهایی انجام دهید و چه کارهایی انجام ندهید؟

چه کارهایی انجام دهید

- گوش دهید، همدلی نشان دهید و آرام باشید؛
- حمایت‌کننده و مراقب باشید؛
- موقعیت را جدی بگیرید و میزان خطر را ارزیابی کنید؛
- درباره اقدام‌های قبلی خودکشی سؤال کنید؛
- راه‌های دیگر به غیر از خودکشی را شرح و بسط دهید؛
- درباره نقشه خودکشی سؤال کنید؛
- با فرد قرارداد عدم خودکشی ببندید به این ترتیب برای او فرصت زندگی ایجاد کنید؛
- دیگر حمایت‌ها را شناسایی کنید؛
- ابزار خودکشی را از میان بردارید؛
- اقدامی انجام دهید، به بقیه خبر دهید و کمک بگیرید؛

➤ اگر خطر بالاست، در کنار او بمانید؛

چه کارهایی انجام ندهید

➤ وضعیت را نادیده بگیرید؛

➤ شوک زده یا وحشت زده شوید؛

➤ بگویید همه چیز درست می‌شود؛

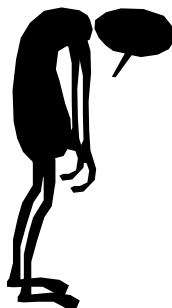
➤ با فرد در جهت انجام این کار (خودکشی) بحث کنید؛

➤ مشکل را ناچیز جلوه دهید؛

➤ قسم بخورید که به کسی چیزی نمی‌گویید؛

➤ فرد را تنها بگذارید؛

افردای که اخیراً اقدام به خودکشی کرده‌اند



اقدام به خودکشی لزوماً به معنای این نیست که فرد می‌خواهد بمیرد؛ بلکه در بسیاری از موارد نشانه این است که فرد نمیداند برای حل مشکلاتش چه کاری انجام دهد.

پس میتوان با کمک به پیدا کردن راه حلهای مناسب فرد را در زنده ماندن و لذت بردن از یک زندگی دلخواه یاری رساند.

اگر چه اقدام به خودکشی هم برای خانواده و هم برای خود فرد اقدام‌کننده ترسناک و پریشان‌کننده است، بدون چاره نیست. پزشکان و کارشناسان می‌توانند به شما کمک کنند برای اقدام‌کننده کارهای لازم را انجام دهید. با بردن اقدام‌کننده به خودکشی نزد پزشک یا کارشناس بهداشت روان به او کمک کنید تا بتواند تصمیم درستی بگیرد و زنده بماند، آنطور که زندگیش را بهتر از قبل بسازد.

در این خدمت هدف پیشگیری از خودکشی مجدد است و گروه هدف افرادی هستند که اقدام به خودکشی کرده‌اند ولی منجر به فوت نشده است.

روش دسترسی به مخاطبین از طریق مراکز بهداشتی و درمانی و درمانگرانی می‌باشد که فرد اقدام‌کننده به خودکشی را برای دریافت خدمات درمانی به انجا مراجعه می‌کنند و یا در پاره‌ای از مواقع در فرآیندهای ارائه خدمت به صورت فرصت‌طلبانه توسط کارشناس سلامت روان شناسایی می‌گردد. این افراد بر حسب نیاز و براساس صلاحدید تیم درمانگر در جلسات مشاوره شرکت خواهند کرد کارشناس ارائه‌دهنده خدمت فردی است که معیارهای تعیین‌شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس لامت روان را دارا می‌باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایشهای روانشناسی بالینی و یا عمومی است) این کارشناس آموزش‌های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

اقدام به خودکشی یکی از مشکلات نسبتاً شایع در افرادی است که احساس می‌کنند نمی‌توانند برای مشکلات خود راه حل مناسبی پیدا کنند. این افراد بدلیل نا امیدی تصمیم می‌گیرند به زندگی خود خاتمه دهند.

وقتی فردی اقدام به خودکشی می‌کند و زنده می‌ماند، پس از انجام کارهای اولیه پزشکی نیاز به زمان دارد تا بتواند با احساسات خود در مورد کاری که کرده کنار بیاید. این افراد بعد از اقدام به خودکشی احساس سردرگمی، تنهایی، شرم، عصبانیت، گنجی، نا امیدی و ناتوانی می‌کنند. ممکن است هنوز افکار خودکشی داشته باشند، بخصوص به خاطر اینکه دیگران این عمل آنها را محکوم می‌کنند. به یاد داشته باشید که **سرزنش و جر و بحث با این افراد فقط مشکل آنان را بدتر می‌کند**. فرد اقدام‌کننده نیاز به حمایت دارد تا بتواند راه های مناسبی برای

حل مشکلاتی که منجر به اقدام به خودکشی شده‌اند، پیدا کند. خانواده در این میان می‌تواند کمک مؤثری باشد. اگرچه در بعضی موارد فرد اقدام‌کننده به خودکشی از خانواده عصبانی است، با اینحال بیش از هر زمان دیگری به آنها نیاز دارد. کارهایی که شما به عنوان یکی از اعضای خانواده می‌توانید برای او انجام دهید از این قرار است:

- ۱- فرد اقدام‌کننده را تشویق کنید مراجعات منظم به پزشک و کارشناس بهداشت روان داشته باشد.
- ۲- یکی از اعضای خانواده حتماً در ویزیت های پزشک یا کارشناس همراه او برود.
- ۳- اگر بیمار عصبانی است اجازه دهید صحبت کند و حرفهای او را به دل نگیرید.
- ۴- با بیمار جر و بحث نکنید. حل مشکلات احتیاج به زمان دارد.
- ۵- با پزشک و کارشناس همکاری کنید و کارهایی را که آنها می‌گویند انجام دهید.
- ۶- به خاطر اقدام به خودکشی او را سرزنش نکنید.
- ۷- در صورتی که بیمار با اعضای خانواده مشکلاتی دارد به او اجازه دهید مدت کوتاهی در منزل یکی از بستگان یا دوستانی که خودش می‌خواهد زندگی کند تا پزشک و کارشناس فرصت داشته باشند روی مشکلات بیمار و خانواده شما کار کنند و بیمار آماده شود دوباره با شما زندگی کند. توجه داشته باشید که این کار یک راه حل موقتی است و فقط برای کمک به بیمار در شرایط بحرانی انجام میشود و همکاری شما در این زمینه تا حد زیادی به بیمارتان کمک خواهد کرد. پس از رفع بحران او متوجه خواهد شد که شما چه کمک بزرگی به او کرده اید.
- ۸- مسئولیت دادن داروی بیمار را- اگر با شما زندگی می‌کند- خودتان بعهده بگیرید نه بیمار. لازم است هر بار فقط مقداری از دارو را که باید بخورد به او بدهید، مثلاً دو قرص هر روز صبح.
- ۹- هر گونه وسایلی که میتواند برای اقدام به خودکشی به کار رود مثل چاقو، یا مواد سمی مثل حشره کش یا آفت کش، انواع داروها، مواد سوختنی مثل بنزین یا نفت، و یا هر چیزی که ممکن است بیمار از آن برای اقدام به خودکشی استفاده کند از دسترس بیمار دور کنید. لازم این وسایل در جایی باشد که بتوان در آن را قفل کرد.
- ۱۰- آرامش خود را حفظ کنید. تمام آنچه در اینجا به شما گفته میشود برای حمایت و مراقبت از فرد اقدام‌کننده است و به این معنی نیست که بیمار شما حتماً دوباره اقدام به خودکشی می‌کند. ولی لازم است تمام نکات ایمنی را به دقت رعایت کنید تا آرامش بیشتری داشته باشید.
- ۱۱- اگر اقدام‌کننده نمی‌خواهد در مورد اقدام به خودکشی حرف بزند او را سؤال پیچ نکنید.
- ۱۲- اگر اقدام‌کننده می‌خواهد، اجازه دهید در اتاقی تنها باشد اما در اتاق را قفل نکند.
- ۱۳- از جر و بحث در حضور اقدام‌کننده خودداری کنید.
- ۱۴- در جلسات پزشک و کارشناس شرکت کنید و سعی کنید راه حل مناسبی برای مشکلات پیدا کنید.
- ۱۵- از لنداختن تقصیر به گردن همدیگر خودداری کنید. این کار هیچ کمکی به شما یا اقدام‌کننده نمی‌کند. هر کسی ممکن است اشتباه کند اما نکته مهم این است که بخواهید واقعاً برای رفع مشکلات خانواده کاری انجام دهید.
- ۱۶- اگر فرد اقدام‌کننده شما را به خاطر اقدامش به خودکشی سرزنش می‌کند، با او جر و بحث نکنید. او در وضعیتی نیست که بتواند کاملاً منطقی فکر کند. می‌توانید نظرات و احساسات خود را در جلسه با پزشک یا کارشناس در میان بگذارید.
- ۱۷- هر سؤالی در مورد مشکلات ایجاد شده داشتید از پزشک و کارشناس بپرسید.

- ۱۸- پزشک در صورت لزوم فرد اقدام کننده را بستری می کند. بستری برای کمک به بیمار و اجرای درمان مؤثر است. بنابراین با موافقت کردن با بستری، از بیمارتان حمایت کنید.
- ۱۹- اقدام کننده را تشویق کنید تا درمان را تا آخر ادامه دهد، حتی اگر بعد از مدتی افسردگیش خوب شده باشد. ادامه درمان تا رفع کامل مشکل امری مهم و ضروری است.

