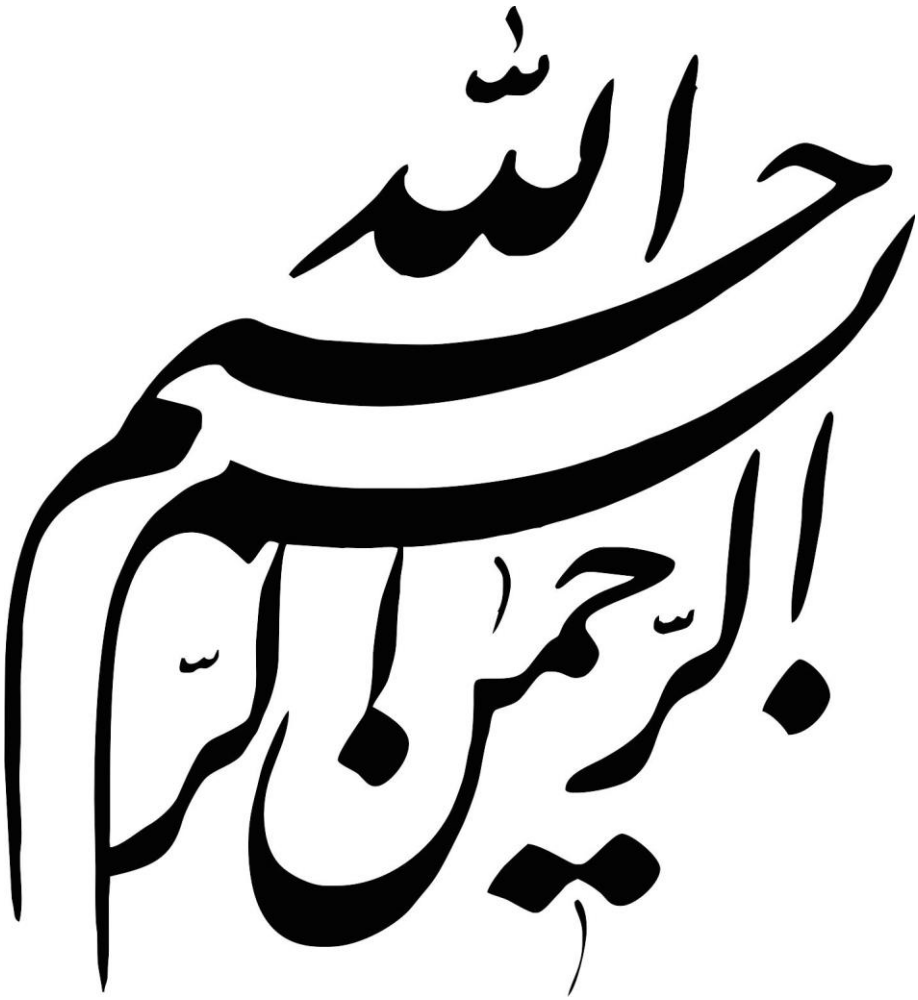

بسم الله
الرحمن الرحیم

مؤلفین کتاب

پیشگفتار

سلامت روان به مجموعه‌ای از فعالیت‌های متنوع و وسیع اطلاق می‌شود که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم موجب ارتقاء سلامت و رفاه روانی و اجتماعی افراد می‌گردد. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی رفاه روانی و اجتماعی دو جزء مهم سلامت محسوب می‌شوند. مفهوم کلی سلامت روان به معنای برخورداری از ظرفیت‌ها و توانایی‌ها به‌منظور تطابق افراد با تغییرات محیطی و قابلیت مقابله با مشکلات ناشی از این تغییرات می‌باشد. به عبارت دیگر می‌توان گفت: سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را باز می‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر خانوادگی، اجتماعی و شغلی مفید و سازنده باشد و به‌عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. سلامت روان در واقع محصول کارکرد عوامل متعددی در سطح جامعه می‌باشد. شرایط زندگی، امکانات، تسهیلات آموزشی، نحوه ارتباطات، آگاهی‌ها، وضعیت اشتغال، درآمد، امنیت و سایر موارد همگی به‌طریقی بر سلامت روان فرد و بر بروز و شیوع بیماری‌ها تاثیر می‌گذارند. به درستی سلامت تابعی از میزان و شدت مواجهه با عوامل آسیب زای فیزیکی، روانی و اجتماعی در طول زندگی است که منجر به ایجاد تغییراتی در وضعیت افراد می‌شود. انسان‌ها در مراحل گذار عمر بسته به نوع بهره‌مندی از آموزشها و حمایت‌های محیط اطراف خود، توانایی مواجهه با مشکلات سلامت را کسب می‌نمایند.

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۶، حدود ۱۳ درصد از کل بار بیماری‌ها به علت اختلالات روانپزشکی ارزیابی شده و این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۱۶ درصد افزایش خواهد یافت. در کل جهان میزان شیوع اختلالات روانی در تمام طول عمر بیش از ۲۵ درصد است. مطالعه بار بیماری‌ها در ایران نشان می‌دهد که اختلالات روانیدرصد قابل توجهی از بار بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهد.و این در حالی است که عوامل مؤثر بر بسیاری از بیماریها و مرگ و میرهای ناشی از بیماریهای قلب و عروق، منشأ روانشناختی دارد و به استرس و سبک زندگی ناسالم مرتبط است.

اعتیاد به مواد یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی در قرن حاضر است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد می‌گردد، بلکه آسیب‌های دیگری نظیر افزایش حوادث ترافیکی، غیبت از کار، تزلزل در انسجام خانواده و بزهکاری را نیز سبب می‌گردد. بنابراین با توجه به میزان شیوع اعتیاد در کشور ومعضلات بهداشتی و اجتماعی ناشی از آن، کاملا منطقی است که اعتیاد به عنوان یکی از چند اولویت بهداشتی کشور، که سلامت جامعه را به خطر می‌اندازد، محسوب گردد و برای پیشگیری و درمان آن برنامه‌ریزی اصولی و اقدامات جامعی به عمل آید. مصرف مواد موجب شیوع برخی از بیماری‌های عفونی،و مواردی نظیر ایدز نیز می‌باشد. ویروس ایدز در معتادین در موارد بسیاری از طریق اعتیاد تزریقی و استفاده از سرنگ مشترک بین چند نفر انتقال می‌یابد.تحقیقات و بررسی‌هایی که در زمینه شیوع اعتیاد در جامعه ایران در سالیان گذشته انجام گرفته است، همگی مؤید شیوع نسبتاً بالای اعتیاد در کشور هستند.

در برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و در راستای سند چشم انداز ۲۰ ساله با رویکرد

انسان سالم، سلامت همه جانبه، پیشرفت عدالت، ارتقاء شاخص‌های سلامت روان و نیز مبارزه با سوء مصرف مواد و مشکلات اجتماعی مورد تأکید قرار گرفته است. از سوی دیگر با در نظر گرفتن گستره عوامل تأثیر گذار برحوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد این نکته آشکار می‌شود که مسئولیت تأمین سلامت جامعه در این حوزه فراتر از وظائف یک سازمان است و این مهم نیاز به هماهنگی و همکارهای بین‌بخشی دارد.

یکی از مهم‌ترین اتفاقاتی که در طی سال گذشتهو در طرح تحول نظام سلامت صورت گرفته است، ادغام بنیادین و مبتنی بر شواهد علمیِ برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌باشد. در این طرح تحولی، نقاط ضعف ارائه خدمات اولیه بهداشتی در سطح شهرها و حاشیه شهرها مورد هدف قرار گرفته است. کارشناسان مراقب سلامت خانواده در شهرها، همتای بهورزان در روستاها، به عنوان یک پرسنل بهداشتی چند ظرفیتی ارائه خدمت خواهند کرد. یکی از اقدامات بارز و منحصر بفرد در این فرآیند، ورود کارشناس سلامت روان در جهت پوشش خدمات روانشناختی است. کارشناس سلامت روان با هدف ارائه خدمات حرفه‌ای به ارجاعات هم سطح (کارشناس مراقب سلامت خانواده) و ارجاعات سطح بالاتر (پزشک عمومی) نقش حساس و کلیدی در حفظ و ارتقاء سلامت روان جامعه بعهده خواهد داشت. اگر ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ۲۵ سال پیش را به عنوان یک حرکت جهشی، تحولی و بنیادین در نظر بگیریم، بدون شک تغییرات اساسی پیشِ رو در ارائه خدمات سلامت روان، دومین تحول در نظام ارائه خدمات سلامت روان محسوب خواهد شد.

امید است با تلاش هم جانبه و قابل تقدیر اساتید دانشگاهی، متخصصان و کارشناسان دلسوز سلامت روان بتوان هدف والای برنامه‌های این حوزه، که چیزی جز حفظ و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی آحاد جامعه و همچنین پیشگیری، درمان و کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد نیست، محقق گردد. بی شک حمایت‌های همه جانبه حوزه معاونت بهداشتی وزارت متبوع، به ویژه استاد ارجمند جناب آقای دکتر علی اکبر سیاری معاون محترم بهداشتی، جناب آقای دکتر ناصر کلانتری قائم مقام محترم معاون بهداشتی و رییس مرکز مدیریت شبکه و سرکار خانم دکتر جعفری مدیر محترم گروه خدمات و برنامه‌های سلامت و گروه مدیریت منابع انسانی سطح اول به عنوان یک رکن اساسی همواره راهگشای حرکت رو به جلو در این مسیر بوده است.

دکتر احمد حاجبی

مشاور معاون بهداشت در حوزه سلامت روانی و اعتیاد

بهار ۱۳۹۴

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 بهداری، 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 ۱۳٦٤ اولین و اجرای آن از سال ۱۳٦۷ 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 بسته اند که در کنار سایر اعضاء 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 تلاشگرانِ 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.

اصولارائهخدماتسلامتروانهماناصولارایهمراقبتسلامتدرپیشگیری،درمان،توانبخشیوارتقاءسلامتاست. 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 رواندرمانی، روانکاوی، مشاوره روانشناسی، مشاوره خانوادگی و مشاوره زناشویی وارد شوید، همچنین در مشکلات جنسی و شخصی افراد و خانواده‌ها کنجکاوی نمایید.

فراگیری آموزشـــهـای این دوره و این کتاب نه تنها نگاهی جدید به شـــما می‌دهد و افقی بی انتها را در خدمت به مراجعان در برابر شـما باز می‌کند، بلکه احسـاس و رویکردی حمایتی، روانشـناختی، انسـانی، و معنوی به شـما خواهد داد که موجب موفقیت بیشـتر در شـناخت رنج‌ها و در زندگی شـخصی، خانوادگی و حرفه‌ای شما می‌گردد.

گرچه محتوای این کتاب به بیماری‌ها و مشـــکلات بســـیاری در حوزه روان پرداخته اســـت اما خدمات سـلامت روان ارزان، ساده، مؤثر و در دسترس، است، و نیازمند داروها، و تجهیزات پزشکی پیچیده و گران قیمت و حتی در موارد بسـیاری نیازمند ارجاع به مراکز تخصـصـی و بسـتری در بیمارسـتان نیسـت. این خـدمـت بـه ویژه اگر همراه با خدمات مراقبت‌های بهداشـــتی اولیه ارایه شـــود به راحتی موجب کاهش بار بیمـاری‌ها، کاهش مصـــرف داروها، کاهش میزان خودکشـــی و اعتیاد، و کاهش هزینه خدمات پزشـــکی و بیمارستانی در همه رشته‌ها می‌شود.

این کتاب یا بسـته آموزشـی با سادگی، روانی، مخاطب محوری، اتکای بر نیازهای سلامت روان جمعیت تحت پوشـش و توجه به نیروی انسـانی و منابع در دسـترس در نظام شبکه سلامت، اگر به خوبی فراگرفته شـود خواهد توانسـت با تعهدی که در وجود کارشـناسـان سـلامت 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 ســـلامت به ارتباط مؤثر، احترام به مراجع، همدلی، حمایت، گوش کردن، پیگیری، و مشـــاوره بـه همـان اندازه اهمیت بدهید که به درمان دارویی و اثرات و عوارض آن اهمیت می‌دهید. در این روند شـما متوجه نگرانی‌ها و مشـکلات زندگی خانوادگی، زناشـویی، شـغلی، تحصـیلی، بیمه ای، مالی، بین فردی، و فرهنگی مراجعین می‌شـوید، و اینهاسـت که امروز سلامت روان مردم را تهدید می‌کند و لازم است به آنها هم بپردازید.

بخاطر داشـته باشـیم که کارشـناسـان مراقب سـلامت خانواده و برخی از کارکنان و کارشناسان دیگر بخش ســـلامت، گرچه درمانگر بیماری‌های روانپزشـــکی و مشـــکلات ســـلامت روان و اعتیاد نیســـتند، اما می‌توانند با گوش دادن، و درک عمیق یک درد، شـــفا بخش، تســـکین‌دهنده و درمانگر دردهایی از دردمندان جمعیت تحت پوشـش خود باشند. در این شرایط گاه تنها با یک مداخله داروئی و غیرداروئی گفته شده، و یا یک پیگیری و ارجاع بموقع این خدمت ارزشمند اجرا می‌شود.

این کتاب حاصـل ۳۰ سال تجربه اجرای برنامه بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشور و پژوهش‌های انجام شـده در این مورد به ویژه بهره‌گیری از نتایج دو طرح مطالعاتی بازنگری برنامه سلامت روان و تدوین کتاب ســـلامت روان برای بهورزان اســـت که با تلاش جمع زیادی نگارش یافته و از همگان سپاسگزاری می‌گردد.

سپاس از همکاران عزیزی که در طرح بازنگریبرنامهادغامسلامترواندر مراقبت‌های بهداشتیاولیه وبرنامهپزشکخانواده همکاری نمودند: دکترکورشکبیر،سیدعباسباقرییزدی،دکترمسعوداحمدزاداصل، دکتراحمدحاجبی،دکترحسنرفیعی، دکترعباسعلیناصحی،دکتراحمدمحیط،دکترحسنرفیعی،دکترمحمدباقرصابریزفرقندی،دکترعباسمتولیان،دکترم رتضیناصربخت،دکترنیلوفرمهدوی،دکترمحمدرضارهبر،دکترحسینکاظمینی،معصومهافسری، 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 بوالهری- بهار ۱۳۹۴

فهرست مطالب

عنوان **صفحه**

مقدمه ..... الف

فصلاول: ارتقاءسوادسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۱

سلامتجسمی،روانیواجتماعی ٤

تعاریفومفاهیم ٦

شناساییعواملمؤثربرسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۹

تعیین‌کننده‌هایسلامتروانی-اجتماعی ۱۲

۱) بهبودتغذیه ۱۲

۲) تهیهمسکن ۱۲

۳) افزایشدسترسیبهآموزش ۱۲

٤) کاهشناامنیاقتصادی ۱۳

٥) تقویتشبکه‌هایاجتماعی ۱۳

٦) کاهشدسترسیبهمواد ۱۳

۷) کاهشعواملاسترس‌زاوبالابردنتابآوری ۱٤

۸) کاهشکودک‌آزاریوغفلتازکودکان ۱٤

۹) مقابلهبابیماریروانیوالدین ۱٤

۱۰) مقابلهباآشفتگیخانواده ۱٥

۱۱) تسهیلمشارکتاجتماعیدرتوسعهمحلی ۱٥

فصلدوم: آشناییباچارچوببرنامه‌هایحوزهسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۱۹

اهدافبرنامه‌هایسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۲۲

نقشمراکزسلامتشهریدربرنامه‌هایسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۲۲

چارچوبفعالیت‌هادربرنامه‌هایحوزهسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۲۲

شناساییگروه‌هایهدفوارزیابیخانوار : ۲۳

برقراریارتباطباگروه‌هایهدف ۲۳

آموزشبهگروه‌هایهدف: ۲٤

انجاممداخلاتلازم ۲٤
مراقبتوپیگیریبیماران ۲۵
پایشوارزشیابیبرنامه‌هایحوزهسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۲۵

فصلسوم: شناساییگروه‌هایهدفوارزیابیخانوار ۲۹
مقدمه ۳۲
تعریفغربالگری (بیماریابی) ۳۲
تعریفانگبیماررروانی: ۳۳
گروه‌هایهدفدربرنامه‌هایحوزهسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۳۳
روششناساییافرادمشکوکبهاختلالاتروانپزشکی،مصرفموادو... ..... ۳۵
اولینمراجعه (فراخوان): ۳۵
مراجعینبهپایگاهسلامت ۳٦
تکرارفراخواندورهایهرپنجسالیکباربرایترمیماطلاعات ۳٦
گروه‌هایآسیب‌پذیردربرنامه‌هایحوزهسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۳٦
تعریفگروه‌هایآسیب‌پذیر ۳٦
ارجاعبیماران ۳۸
بازخوردارجاع ۳۹
مواردارجاعفوری ٤۰
فرآیندبیماریابیوارجاعمواردشناساییشدهدربرنامه‌هایحوزه... ..... ٤۱
غربالگریاولیهدرحوزهسلامتروان ٤۱
مقدمهسؤالاتغربالگریدرحوزهسلامتروانبرایگروههدف ۱۵ سالبهبالا ٤۱
نمرهگذاری ٤۱
سؤالاتغربالگریصرع ٤٤
سؤالاتغربالگریمعلولیتذهنی ٤٤
غربالگریاولیهدرگیریباالکل،سیگارومواد ٤۵
مقدمهرابرایمراجعبخوانید ٤٦
غربالگریاولیهدرمشکلاتمربوطبهحوزهسلامتاجتماعی ٤۷
بیماریابیبراساسشناسنامهسلامتدانش‌آموزی ٤۹

فصلچهارم: برقراریارتباطباگروه‌هایهدف در ۵۵
مقدمه ۵۸

برقراریارتباطبرایارتقاءسلامت ۵۸
طبقه‌بندیگروه‌هایهدفبرایارائهخدماتحوزهسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۵۸
مروریبرمهارت‌هایلازمبرایبرقراریارتباط ۵۹
تعریفارتباط ۵۹
عناصراصلیارتباط (کلامیوغیرکلامی) ۶۰
گوشدادنفعال ۶۰
توصیه‌هاییبرایکارآمدترکردنارتباطکلامی ۶۱
موانعارتباطمؤثر ۶۲

فصلپنجم: مروریبراختلالاتشایعروانپزشکی،مصرفموادو... ..... ۶۵
اختلالاتخلقی ۶۹
افسردگی ۶۹
مقدمهوتعاریف ۶۹
نشانه‌هایافسردگی ۶۹
توجه ۶۹
گروه‌هاییکهدرمعرضخطربیشتریبرایابتلابهافسردگیقراردارند ۷۰
غربالگریواریابیافرادخانوار ۷۱
ارجاعبیماران ۷۱
مراقبتوپیگیریبیمارانتوسطکارشناسانمراقبسلامتخانواده ۷۲
مواردیکهبایددرپیگیریبیمارانافسردهتوسطکارشناسانمراقب... ..... ۷۲
پیگیریدرموردبیمارانزیربایددرفواصلکوتاهحداکثرهفتگیانجامشود ۷۲
اختلالاتدوقطبی ۷۳
مقدمهوتعاریف ۷۳
عللوعلایماختلالاتدوقطبی ۷۳
سایرعلایماختلالدوقطبی (حالتمانیا) ۷۴
غربالگریواریابیافرادخانوار ۷۴
پیگیریومراقبتبیمارانمبتلابهاختلالاتدوقطبی ۷۵
اورژانس‌هایروانپزشکی ۷۵
خودکشی ۷۵
پیگیریومراقبت ۷۷
اقداماتفوریدرمقابلهبابیمارانپرخاشگر ۷۷

اختلالاتاضطرابی ۷۸
مقدمهوعلایم ۷۸
غربالگریوارزیابیافراد: ۷۹
پیگیریومراقبت ۷۹
اختلالاتسایکوتیک ۸۱
مقدمهوعلایم ۸۱
غربالگریوارزیابیافراد ۸۲
پیگیریومراقبت ۸۲
پیگیردرموردبیمارانزیرباید درفواصلکوتاهحداکثرهفتگیانجامشود ۸۳
صرع ۸۳
عللصرع ۸٤
آموزشسلامتروانوبرخینکاتمهمدرصرع ۸٤
درماندارویی ۸۵
معلولیتذهنی ۸۵
مقدمهوعلایم ۸۵
غربالگریوارزیابیافراد ۸٦
پیگیریومراقبت ۸٦
اختلالاتکودکانونوجوانان ۸٦
اختلالبیشفعالیوکمتوجهی ۸٦
اختلالسلوک ۸۷
سایراختلالاتکودکان ۸۸
اختلالاتمصرفمواد ۸۹
نیکوتین ۹۱
موادافیونی ۹۲
موادمحرک ۹۳
الکل ۹۵
مصرفتزریقی ۹۵
مصرفمواددرباردارری ۹۸
غربالگریاولیهدرگیریبامصرفالکل،سیگاروموادد رباردارری ۹۸
پیگیریومراقبتمادرباردارمبتلابهاختلالمصرفمواد ۹۹
کاهشآسیبناشیازمصرفمواد ۱۰۱

پیشگیری‌اولیه‌ازمصرفمواد : ۱۰۳
عمده‌تریناهدافپیشگیری‌اولیه‌ازمصرفموادکدامند؟ ۱۰۴
چگونه‌برای‌پیشگیری‌ازمصرفموادبرنامه‌ریزیکنیم؟ ۱۰۴
برنامه‌هایپیشگیریمبتنیبرخانواده ۱۰۷
۱-برنامه‌پیشگیریدردورانِنوزادیواولیه‌کودکی(۲-۵سال) ۱۰۷
۲- آموزشمهارت‌هایفرزندپروری: ۱۰۸
برنامه‌هایپیشگیریمبتنیبرمدرسه ۱۰۸
۱- برنامه‌بهبودمحیطکلاسدرس: ۱۰۸
۲- آموزشمهارت‌هایفردیواجتماعیبهدانشآموزان ۱۰۹
۳- سیاست‌گذاریدرمدرسه ۱۰۹
برنامه‌هایپیشگیریمبتنیبراجتماع ۱۰۹
خشونتخانگی ۱۱۰
تعریفخشونتخانگیوانواعآن ۱۱۰
چرخه‌یهمسرآزاریومراحلیکهقربانیخشونتطیمی‌کند ۱۱۰
چرخه‌یخشونتخانگی ۱۱۰
پیامدهایهمسرآزاریدرخانواده: ۱۱۱
شناساییمواردهمسرآزاری ۱۱۲
پیشگیریازبدرفتاریباکودکان ۱۱۴
تعریفبدرفتاریباکودک : ۱۱۴
انواعبدرفتاریباکودک : ۱۱۴
نحوهارجاعمواردشناساییشده: ۱۱۷

فصلششم: مراقبتوپیگیریدربرنامه‌هایحوزهسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۱۱۹
مراقبتوپیگیریافرادمبتلابهاختلالاتروانپزشکی،مصرفموادومشکلاتاجتماعی ۱۲۲
تعریفمراقبت ۱۲۲
اهدافمراقبتوپیگیریازافرادمبتلابهاختلالاتروانپزشکی،مصرفموادو... ..... ۱۲۳
الف- برایافرادتحتمراقبت ۱۲۳
ب–برایبیمارانیاافرادبهبودیافته ۱۲۳
ج–برایبیمارانوافرادامتناعکنندهازدرمان ۱۲۳
بازتوانیافرادمبتلابهاختلالروانپزشکی،مصرفموادومشکلاتاجتماعی ۱۲۴
عودبیماریروانپزشکی،مصرفموادیامشکلاتاجتماعی ۱۲۵

افرادتحتدرمانمبتلابهاختلالروانپزشکی،مصرفموادیامشکلاتاجتماعی ۱۲۵
فرآیندثبتوگزارش‌دهیآماراختلالاتروانپزشکی،مصرفموادو... ..... ۱۲۶
ثبتمشخصاتبیماردرفرم‌ها ۱۲۶

فصلهفتم: آموزشدربرنامه‌هایحوزهسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۱۲۹
آموزشدرحوزهسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۱۳۲
چندمبحثمهمآموزشیدرحوزهسلامتروانی،اجتماعیواعتیاد ۱۳۳
یکسؤالمهم: آیاادامهمصرفیاوابستگیبهموادیکرفتارعمدی‌استیااختیاری؟ ۱۳۷
آنچهدرزمینهاختلالمصرفموادبایدبدانیم ۱۴۷

فصلهشتم: مشارکتاجتماعی ۱۵۱
مقدمهوبیانهدف ۱۵۳
ارکاناجراییبرنامهآموزشسلامتدراینحوزهبهگروهها ۱۵۳
مراحلاجراییبرنامهآموزشدرحوزهسلامتروانی،اجتماعیواعتیادبهگروه‌ها: ۱۵۴
۱- تحلیلنیازهایسلامتدرحوزهسلامتروانی،اجتماعیواعتیادجامعه: ۱۵۵
۲- برنامه‌ریزیبرایراهاندازیعملیاتارتقاءسلامتدرحوزهسلامت... ..... ۱۵۶
۳- برنامه‌ریزیآموزشیبرایگروه‌هایهدف ۱۵۸

فصلنهم: حمایت‌هایروانی،اجتماعیدرحوادثوبلایا ۱۶۳
مقدمه ۱۶۶
تعاریفومفاهیم ۱۶۶
مراحلمختلفواکنش‌هایروانیورفتاریپسازبلایا ۱۶۷
واکنش‌هاوعلائمروانیدرگروه‌هایآسیبپذیر ۱۶۸
کودکان ۱۶۸
زنان ۱۶۹
سالمندان ۱۷۰
چهکسانیرابایدبهتیمحمایتروانی-اجتماعیارجاعدهید؟ ۱۷۰
توصیه‌هائیبرایوالدینکودکانآسیبدیده ۱۷۱
باورودبهمنطقهحادثهدیده،بهعنوانامدادگرچهبایدکرد؟ ۱۷۱
نکاتیدربارهسوگ ۱۷۲
چگونهبایدازخودمراقبتکرد؟ ۱۷۲

برایرفعاینعلایمچهبایدکرد؟ ۱۷۲

منابعبرایمطالعهبیشتر ۱۷۷

پیوست‌ها ۱۸۱

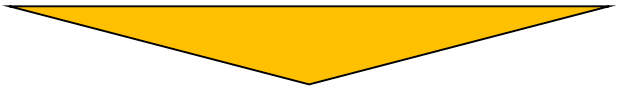
پیوست ۱: وظایفپیش‌بینیشدهبرایکارشناسمراقب... ..... ۱۸۲

پیوست ۲: فلوچاراتارائهخدمات ۱۸۳

پیوست ۳: دستورالعملارجاعهمسطحازکارشناسمراقبسلامتبهکارشناسسلامتروان ۱۸۶

پیوست ٤: پیشگیریازخودکشی ۱۸۸

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.

٤- سطوح پیشگیری در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را با مثال‌هایی توضیح دهید.

٥- عوامل خطرساز و محافظت‌کننده را در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در سطح فردی، خانوادگی، اجتماعی، محیطی و اقتصادی توضیح دهید.

٦- راهکارهای کاهش آسیب و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی را نام برده و توضیح دهید.

واژگان کلیدی

پیشگیری در سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی

سطوح پیشگیری

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
- عومل 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. همچنانکه 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 بهره ببرد، 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 متعقد 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.

افرادافسرده 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 بیش‌تریناستفاده کنندگان خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هستند و هزینه مضاعفی را برجامعه 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 می‌کند و درمان بیماری جسمی آنها را با دشواری‌های زیادی مواجه می‌نماید.

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 دولت‌ها 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 هسته‌ای 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 خانواده‌های طرفین و دخالت نابجای خانواده‌ها در امور زندگی زوج‌های جوان است.

از طرفی ارتباطات افراد با سازمان‌ها و بالعکس نیز نیاز به توجه ویژه‌ای 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 یاری‌رسان آن می‌تواند باشد. احساس مسئولیت و تعلق شهروندان در امور محلی و شهری تنها از طریق مشارکت فعال آنها حاصل می‌گردد. بدین ترتیب مردمی که در امور زندگی خود مشارکت می‌کنند احساس ارزشمندی و مفید بودن نموده و از روحیه و نشاط اجتماعی بالاتری نیز برخوردار می‌گردند. در چنین شرایطی رفتار غیراجتماعی و ضداجتماعی کاهش پیدا نموده و سرمایه اجتماعی نیز افزایش می‌یابد.

مطالعات نشان می‌دهند که تنها افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی و اختلال مصرف مواد نیستند که عملکرد اجتماعی نامطلوبی دارند، بلکه فقر و حاشیه‌نشینی، درآمد پایین، احساس نابرابری و بی‌عدالتی اجتماعی نیز از عوامل خطر سلامت اجتماعی است که می‌تواند ایفای نقش اجتماعی و رضایت از زندگی را تحت‌الشعاع خود قراردهد.

در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد نیز شما با برنامه‌هایی آشنا خواهید شد که خدمات مرتبط با سلامت روانی، اجتماعی و کنترل مصرف مواد را به صورت فعالیت‌هایی 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 برنامه‌ریزان باید به آن توجه نمایند. سه نکته دیگر که ارتباط مستقیمی با شما کارشناسان مراقب سلامت خانواده دارد در اینجا با شرح بیشتر آورده می‌شود. دومین قدم، ارایه درست خدمت و اجرای درست مطابق آنچه که در برنامه آمده است، می‌باشد. سومین قدم پشتیبانی و تدارک وسایل، تجهیزات و نیروی انسانی است، و بالاخره، قدم چهارم پایش و ارزشیابی برنامه با شاخص‌های مورد نظر قدم نهایی مهمی است که با آن به خوبی می‌شود موفقیت و دستیابی به اهداف برنامه را نشان داد.برای اجرای بهتر برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و به ویژه دستیابی به روش‌های موفق پیشگیری و کنترل بیماری‌ها و آسیب‌ها لازم است پس از درک تفاوت سلامتی و بیماری، سیر طبیعی شکل‌گیری اختلالات و آسیب‌ها 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) است‌به 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. درنتیجه پیشگیری از آنها کار آسانی نیست. پیشگیری در سلامت روانی، اجتماعی متکی بر اصول بهداشت عمومی بوده و به پیشگیری اولیه، ثانویه وثالثیه 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 درخلق و خوی (افسردگی)، اختلال در قضاوت و شعور فرد (فراموشی و بی توجهی) می‌شود.

وابستگی: به مجموعه‌ایازتغییرات جسمی،رفتاریوشناختیاطلاق می‌شود که متعاقب مصرف یک ماده یا یک کلاس از مواد در فرد ایجاد شده و در آنمصرفآنمادهازسایررفتارهاییکهقبلاًارزشبیشتریداشتند،اولویتبالاتریپیدامی‌کند. یکخصوصیتتوصیفیمرکزیدرسندرموابستگیمیل (اغلبقوی،گاهیفراترازقدرتفرد) برایمصرفمواد،الکلیاتنباکواست. تشخیصسندرموابستگیدردهمینطبقهبندیبینالمللیبیماری-هایذیلاختلالاتروانیورفتاریناشیازمصرفموادتعریفشدهاست.

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 انتظارو هنجار)فردکه 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 فوق الذکر 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 به‌صرفه‌تر 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، مشارکت‌هایبینبخشی بهداشتوآموزشوپرورشورابطینبهداشتی و مشارکتمادراندربرنامه‌هایبهداشتی.

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، شناساییخانهبهخانهمواردجدیدبیمارانروان‌پزشکی، شناسایی موارد همسرآزاری وانجامآزمونهوشدردانشآموزان 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، توانخشی است که دامنه وسیعی دارد. روش‌های مورد استفاده در آن هم مشاوره، آموزش شغلی و مواردی از این قبیل است. کمکبهکودکمبتلابهصرعکهازمدرسهاخراجوخانهنشینشده، کمک به دانش-آموزاننا‌توانیامعلولتحصیلیبرایبرگشتبهمدرسه،کمکبهاشتغالیکنوجوانعقبماندهذهنیبرایکاردرمزرعهیاکارگاه،آموزشهمسرداریبرایفرزندپروریبهپدریامادریکهبهدلیلبیماریروانیشدیدگوشهیروطردشدهاست،همگینمونه-هاییازپیشگیریسطحسومیانوتوانی، بازتوانیوتوان‌بخشیروانی،اجتماعیاستکهاصولیماننداتوان‌بخشیجسمیدارد.

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 خطرساز برای ابتلا و عوامل محافظت‌کننده از بیماری روانی را بشناسیم و در برنامه‌های پیشگیری و ارتقا بر روی آنها کار کنیم.

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

عوامل محافظت‌کننده: عواملی هستند که مقاومت فرد را نسبت به عوامل خطرساز و بیماری‌ها بالا برده و از سلامتی محافظت می‌کنند.

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

عوامل اجتماعی- اقتصادی و محیطی: در زمینه عوامل اجتماعی- اقتصادی و عوامل محیطی وسیع، نیاز به راهبردهایی در سطح کلان جامعه وجود دارد تا سیاست‌ها و قوانین کشور در مسیری قرار بگیرند که تغییرات اساسی در سلامت روانی و اجتماعی افراد جامعه به وجود آید. شناسایی تعیین‌کننده‌های 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 خطرساز	عوامل محافظت‌کننده
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 تاثیرات خود را بر نسل بعدی برجای 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 خطرساز و محافظت‌کننده از سلامت روانی اجتماعی اشاره می‌شود.

برخی از عوامل فردی و خانوادگی تعیین‌کننده سلامت روانی –اجتماعی

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

در ادامه به تعیین‌کننده‌های 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.

تعیین‌کننده‌های سلامت روانی-اجتماعی

ارتقاء فرآیندی است که مردم راقادر می‌سازد تاکنترل 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 تعیین‌کننده‌های سلامت روانی و اجتماعیاست.

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

کم‌سوادی 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 بری کودکان مزایای بی‌شماری داشته اما متاسفانه 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.

٤) کاهش ناامنی اقتصادی

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

فقر نسبی یعنی زندگی در وضعیتی فقیرانه‌تر از دیگر مردم اجتماع و این اصطلاح اغلب به کسانی اطلاق می‌شود که با درآمدی کمتر از ٦٠٪ 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.

٥) تقویت شبکه‌هایاجتماعی

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 خطرساز 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 (٣٠٪ کاهش)، حمل اسلحه (٦٥٪ کاهش)، دزدی (٤٥٪ کاهش)، جرایم مرتبط با مواد (٢٩٪ کاهش) و زندانی شدن (٢٧٪ کاهش) گردید.

٦) 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 سریال ها).

در کشـور ما ممنوعیت کامل برای مصـرف سایر مواد وجود دارد اما مداخلات محدودکننده دسترسی و تبلیغـات تنبـاکو نظیر اعمال مالیات، محدودیت اماکن فروش و ممنوعیت تبلیغات می‌تواند مؤثر واقع شـــود. یکی از اقداماتی که در بسـیاری از کشـورها مؤثر واقع شـده، افزایش مالیات بر توتون و تنباکو اسـت. مثلاً افزایش ۱۰٪ مالیات بر توتون در سـال ۲۰۰۱ گسترش و مصرف محصولات توتون (سیگار و تنباکو و...) را در کشورهای با درآمد بالا، ٥ ٪ و در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، ۸ ٪ کاهش داده است.

۷) کاهش عوامل استرس‌زا و بالا بردن تاب‌آوری

شـواهد فراوانی وجود دارد که برنامه‌های پیشگیری در سال‌های اولیه رشد، یکی از راهبردهای قدرتمند پیشـگیری اسـت. موفق‌ترین برنامه‌هایی که با عوامل خطرسـاز و محافظت‌کننده در اوایل زندگی سـر و کار دارند، جمعیت کودکان در معرض خطر به ویژه کودکانی از خانواده‌های با درآمد و سطح تحصیلی پایین را هـدف قرار می‌دهنـد. این برنامه‌ها عبارتند از مداخلات ویزیت در منزل در دوران حاملگی و اوائل کودکی (۲ سـال اول)، مـداخلـه برای درمـان مصـرف سـیگار و سـایر مواد در دوران حاملگی، آموزش والدین و آموزش‌های پیش از مدرسه.

از مصـداق‌های 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 بسـیار زیادی در زمینه پیشـگیری یا وقوع مجدد کودک آزاری انجام شـده است، اما فقط دو نوع راهبرد پیشگیرانه، تا حدودی کارساز بوده:

۱- برنـامـه‌هـایی برای مادران در معرض خطر (مثل مادران جوان و یا مادرانی که از اختلالات روانی رنج می‌برند) برای پیشگیری از کودک آزاری جسمی و غفلت از کودک.

۲- برنامه‌های *محافظت از* خود برای کودکان مدرسه برای جلوگیری از کودک آزاری 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

کودکـانی کـه والـدین‌شـــان اختلال روانی یا مصـــرف مواد دارند، یکی از جمعیت‌های در معرض خطر مشـکلات یا اختلالات روانی هسـتند. برای مثال، کودکان والدین افسرده، حدود ۵۰٪ در معرض خطر ابتلا به یک اختلال افسـرده‌سـاز قبل از ۲۰ سـالگی هسـتند. این انتقال بین نسـلی اختلال روانی به ویژه افسردگی و اختلالات اضطرابی نتیجه تعامل عوامل زیستی و عوامل خطر روانی، اجتماعی هستند. مداخلاتی مثل افزایش آگـاهی این خـانواده‌هـا از بیمـاری، مقـاوم‌ســـازی کودک، آموزش تعامل‌های ســـالم بین کودک و والدین، انگ‌زدایی از بیماری روانی و حمایت اجتماعی در این زمینه مؤثرند.

برنامه‌های غربالگری در مدرســـه برای شـــناســـایی 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 زودهنگام، ترک تحصیل، رفتار بزهکارانه، مصرف مواد، توانمندی تحصیلی واجتماعی پایین، روابط ناخشنود، طلاق و مرگ زودهنگام هستند. مرگ والدین هم با علایم افسردگی و اضطراب در کودکان و مشکلات رفتاری در مدرسه و موفقیت تحصیلی پایین در ارتباط است.

دو دسته مداخله برای این 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، نظم آموزی 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 بی پناهی را درآنها 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 هم نشان 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 خطرساز 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 استرس زا و بالا بردن تاب آوری

تمرین در کلاس درس

همانطور که می‌دانید اختلال افسردگی در جمعیت‌های مختلف بروز می‌کند، اما یکی از جمعیت‌هایی را که بیشتر درگیر می‌کند، جمعیت مسن است و از طرفی ورزش منظم یکی از عوامل مؤثر جهت مقاوم‌سازی در برابر افسردگی است. با این تفسیر به این دو سؤال جواب دهید.

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

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

تمرین در خارج از کلاس درس

همانطور که می‌دانید مصرف مواد محرک یکی از معضلات جوامع بشری است که علاوه بر شیوع بالای مصرف آن، سن شروع مصرف پایین آمده است به گونه‌ای که در حال حاضر به صورت یک نگرانی جدی بهداشتی درآمده است.

- عوامل خطرفردی زمینه ساز برای اختلالات مصرف مواد:
  - خطر درک شده پایین درباره مصرف مواد محرک
  - نگرش و انتظارت مثبت از مصرف
  - تجربه مصرف در سن پایین
  - هیجان طلبی بالا
  - ضعف مهارت‌های اجتماعی
  - باورهای و نگرش‌های مثبت درباره مواد در گروه همسان
  - مصرف مواد در گروه همسان
- عوامل خانوادگی زمینه ساز برای اختلالات مصرف مواد:
  - ضعف در مدیریت و نظارت خانواده
  - نگرش و باور مثبت درباره مصرف مواد در خانواده
  - مصرف مواد در خانواده
  - دلبستگی پایین به خانواده

با این توضیح به این دو سؤال جواب دهید.

۱- اگر شما در محیط زندگی خود شاهد شیوع مصرف مواد محرک به ویژه در جمعیت جوان باشید، با توجه به عوامل خطر و محافظ زمینه‌ساز، چه برنامه‌ای برای این مسئله طراحی خواهید کرد؟ جزئیات این برنامه را در ۴ خط توضیح دهید.

۲- این برنامه چگونه می‌تواند در کاهش مصرف مواد محرک و عوارض ناشی از آن کمک کند؟

فصل دوم

آشنایی با چارچوب برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

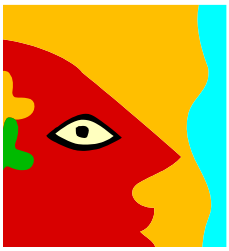
- **اهداف برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را بیان کنید.**
- **شرح وظائف کارشناس مراقب سلامت خانواده را در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ذکر کنید.**
- **چارچوب برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و هریک از اجزاء آن را توضیح دهید.**

واژگان کلیدی

- چارچوب برنامه
- برقراری ارتباط
- گروه هدف
- [illegible]

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 وپیگیری 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
٤. 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
٤. مراقبت و پیگیری بیماران
٥. ثبت و گزارش‌دهی اطلاعات آماری
٦. 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 برنامه‌هایحوزه 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
٤. مراقبت وپیگیری بیماران
٥. پایش و ارزشیابی برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

شناسایی گروه‌های هدف و ارزیابی خانوار :



گروه هدف در برنامه‌های ادغام یافتهسلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد که کارشناس مراقب سلامت خانوادهوظیفه 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 یاجدایی، زندان و ورشکستگی)
۲. خانواده افرادی که در بند قبلی به آنها اشاره گردید.
۳. گروه‌های در معرض خطر در جامعه برای کارشناس مراقبت سلامت
٤. 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 ودقت 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 روان پزشکی و مصرف مواد
- عوامل مؤثر در بروز اختلالات روان پزشکی، 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، تصمیم گیری، 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 (بازخوردارجاع)، 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 موادِ تشخیص داده شده به وسیله پزشک، اقدام به مراقبت نماید. فصل ۵ این کتاب به منظورآشنایی 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 خانوادهبا گروه‌های هدف و کمّیت و کیفیت بیماریابی مورد ارزیابی قرار گیرد. علاوه براین 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 گزارش-دهی 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 .**

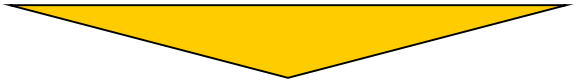
تمرین در کلاس درس

- با نظر خواهی از حاضرین در کلاس و به روش بارش افکار، فهرستی از فعالیت‌های مناسب در چارچوب برنامه-های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را متناسب با شرح وظائف کارشناس مراقب سلامت خانواده تهیه کنید .
- از شرکت کنندگان کلاس بخواهید در مورد هر یک از شرح وظائف کارشناس مراقب سلامت خانواده، یک مثال عملی که تا کنون انجام داده‌اند را بیان کنند.

تمرین خارج از کلاس

- اهداف کلی واختصاصی برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را ذکر کنید.
- شرح وظائف کارشناس مراقب سلامت خانواده را در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد توضیح دهید.
- چارچوب فعالیت‌ها در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شامل چه مواردی است؟ راجع به هرکدام به طور خلاصه توضیح دهید.

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.

واژگان کلیدی

- گروه هدف
- گروه‌های آسیب‌پذیر
- شناسایی گروه هدف

عناوین فصل

- مقدمه
- گروه‌های هدف در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- روششناساییافرادمشکوکبهاختلالاتروان‌پزشکی، مصرف مواد و در معرض مشکلات اجتماعی
- گروه‌هایآسیب‌پذیردر برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیادداستان 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
- غربالگریاولیهدرحوزهسلامتروان
- غربالگریاولیهدرگیریباالکل،سیگارومواد
- غربالگریاولیهدرمشکلاتمربوطبهحوزهسلامتاجتماعی
- بیماریابیبراساسشناسنامهسلامتدانش‌آموزی

مقدمه

شناسایی به موقع موجب تشدید علائم بیماری و عوارض بیشتر خواهد شد. کارشناس مراقب سلامت خانواده با شناسایی سریع و به هنگام اختلالات و مشکلات نقش مؤثری در پیشگیری از منشد نا اختلالات دارد.

بسیاری از مردم با علائم اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی آشنایی ندارند و حتی با مشاهده‌ها علائم در اطرافیان خود متوجه وجود آنان نمی‌شوند. یکی از مسئولیت‌های آموزشی کارشناس مراقب سلامت خانواده‌ها این است که به عموم جامعه نشانه‌های این اختلالات و مشکلات را آموزش دهند تا توانایی لازم را برای شناسایی آنها کسب نمایند و با آموزش روش‌های خودمراقبتی در ارتقاء سواد سلامت روان جامعه نقش مؤثری ایفا نمایند. همچنین با ارجاع به‌موقع و پیگیری مؤثر، امکان استفاده از خدمات کارشناس سلامت روان و پزشک آموزش دیده را فراهم کنند.

تعریف غربال گری (بیماریابی)

غربال‌گری عبارت است از شناسایی افراد بدون علامت و نشانه‌های بیرونی با استفاده از آزمون‌ها، معاینه‌ها یا سایر روش‌ها.



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

- ترس از انگ اجتماعی اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
- نگرانی درباره پیامدهای منفی افشاء مشکل یا اختلال به عنوان مثل اخراج از محل کار در فرد مبتلاء به اختلالات مصرف مواد
- نگرانی از عوارض داروهای روان‌پزشکی
- باورها و نگرش‌های خرافی در مورد راه‌های درمان اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی

- عدمپذیرشاختلالبه دلیل فقدان بینش در مورد بیماری (برخیازبیمارانمبتلابهاختلالاتسایکوتیک و اختلال مصرف موادتصور می‌کنندسالمهستند و نیازی به دریافت خدمات درمانی ندارند).

تعریفانگبیمارروانی:



انگبیمارروانیبهمعنیبرچسبولقباجتماعیاستکهمردمناآگاهبر فرد مبتلا به اختلال روان‌پزشکی می‌گذارند.عمومجامعهفردبیماررابالقببیمارروانییادیوانهیاروانیموردخطابقرارمی-دهندواورابهصورتیکفردخطرناکمی‌بینند. اینبرچسببرایبیماراننارا‌حتکنندهورنجآوراستوموجبکناره-گیریآنانازاجتماع،سرخوردگیوپایینآمدناعتمادبهنفسدرآنانمی‌شود.

بهدلیلترسازانگبیماریروان‌پزشکیونیزبهدلایلباورهاینادرستی که به آن اشاره شد،برخیازمردمبانظام مراقبت‌هایبهداشتیاولیههمکارینکردهوجهتدریافتخدماتسلامتروانمراجعهنمی‌کنند.دراینصورت و بعد از تشخیص بیماری توسط پزشک؛ ترغیب و آگاهی بخشی به مبتلایان اختلال روانپزشکی و یا افراد درگیر مشکلات اجتماعی جهت دریافتخدماتدرمانیوعملبهتوصیه‌هایدرمانیپزشک از وظایفکارشناس مراقب سلامت خانوادهاست.

درموردبیمارانسایکوتیککهبهاختلال روانپزشکیخودآگاهیندارندوخودرامبتلانمی‌دانند،وظیفهکارشناس مراقب سلامت خانوادهایناستبا 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 درچهارچوب 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 مبتلاء 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 مراقبت سلامت خانواده تقاضای کمک می‌نمایند. کارشناس مراقب سلامت خانواده باید عضو یا اعضای خانواده را برای دریافت مشاوره‌های لازم به پزشک ویا کارشناس سلامت روان ارجاع نماید.

گروه‌هایهدفدربرنامه‌هایحوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

گروه‌هایهدفدرحوزه سلامتروانی، اجتماعی و اعتیادکسانیهستندکهکارشناس مراقب سلامت خانواده می‌بایستخدماتتعریف شده این حوزهرابهآنانارائهکندودر صورت تشخیص اختلال و یا مشکل اجتماعیعهدهدارحفظوارتقاءسلامتآنهاباشد.

این گروه‌هادرجمعیتتحتپوششپایگاه‌های سلامت عبارتنداز:

- جمعیت عمومی جهت بیماریابی و آموزش‌های لازم
- مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد در معرض مشکلات اجتماعی
- خانوادهافراد مبتلا به اختلالات و مشکلات اجتماعی
- گروه‌هاییکهنیازمنددریافتخدماتپیشگیریاولیههستندنظیر گروه‌هایآسیب‌پذیر،دانش‌آموزان، جوانان،زنان باردار، مادران شیرده، سالمندان، ساکنین محله‌ها ومناطق حاشیه‌ای و پرخطر شهرها و....

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

- ✓ ارائهآموزش‌هایلازمبهعمومجامعهوارتقاءسطحآگاهیآنان
- ✓ شناسایی گروه‌هایهدف (از طریق فرم‌های غربالگری اختلالات روانپزشکی، غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد، مشکلات اجتماعی و شناسنامه سلامت دانش آموزی)
- ✓ ارجاعافرادشناساییشدهبهسطوحبالاتر (کارشناس سلامت روان و پزشک)
- ✓ ارائهآموزش‌هایلازمبهمبتلایان به اختلالات روان‌پزشکیوخانوادهآنها
- ✓ مراقبتوپیگیریبیماران
- ✓ ثبتوگزارش‌دهیاطلاعاتآماریبیماران

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 آگاه سازی 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 ویا کارشناس سلامت روان است.

یادآوری

- ✓ کارشناس مراقب سلامت خانواده تشخیص‌دهنده اختلال و مشکلات نیستبلکهاوفقطتعیینمی‌کندکهیکفردمشکوکبهابتلاء استیاخیر (انجام فرآیند غربالگری).
- ✓ درشرایطیکهپزشکنتواند اختلال رادرفردتشخیصدهندویانتواندنوعدرمانمناسبرایآنراتعیینک

گاهیاوقاتوضعیتافرادشناساییشدهبهگونه-



ایاستکهنسبتبهمشکلخودآگاهیوپذیرشندارندوخودرابیمارنمی‌دانندوتصورمی‌کنندازنظر سلامت در وضعیت مناسبی قرار دارند. درچنینشرایطیلازماستکهبیمار بهمراهیکیازاعضایخانواده-اشبهپزشکارجاعدادهشود،تاحمایتوتشویقلازمازسویخانوادهبرایبردنبیمارنزدپزشکصورتگیرد.

نکته مهم: درصورتیکهدربررسیعلائماختلالات روانپزشکی،مصرف مواد و یا مشکلات اجتماعی علائمفردشناساییشدهجزءمواردفوریت‌هایروانپزشکیباشد؛کارشناس مراقب سلامت خانواده بایدبیماررابهپزشکارجاعفوریدهد.

روششناساییافرادمشکوکبهاختلالاتروان‌پزشکی، مصرف مواد و در معرض مشکلات اجتماعی

اولینمراجعه (فراخوان):

درزمانسرشماری، کارشناس مراقب سلامت خانوادهبایدضمناولین ملاقات با خانواده،سؤالاتفرمغربال‌گریاختلالاتروان‌پزشکی، غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد و اطلاعات جمعیت شناختی (عوامل خطر مشکلات اجتماعی) راازتکتکاعضایخانوارهاسؤالمی-کند.اگردرمیانافرادخانوادهکسانیهستندکهمستقیماًقادربهدرکسؤالاتشماوپاسخگوییننیستند

(مانندکودکانکمسن،افرادکم سواد،عقبماندگانذهنیو...)سؤالاتمربوطبهآنهاازیکفردآگاهوپاسخ-گودرخانوادهپرسیدهمی‌شود.

مراجعینبه پایگاه سلامت

کلیه مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های سلامت (به دلایل مختلف) که قبلا 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.

تکرارفراخواندوره‌ایهرپنجسالیکباربرایترمیماطلاعات:

ازآنجاکهافرادمشکوکبهاختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و در معرض مشکلات اجتماعی



رایکباردرنخستینغربالگری،شناساییمودهوازسویدیگرافرادجدیدالورودبهمراکز سلامت جامعه وافرادمشکوکبهاختلالات درطولزمانبهکارشناس مراقب سلامت خانوادهمراجعهمی‌نمایند، انتظاربرایناستکههردرطولسالو سال‌هایبعدکلیهافراددرمنطقهتحتپوششقرارگرفتهباشند،بااینوجودباتوجهبهاینکهدربرخیموارد افرادمبتلاب هاختلالات و یا در معرض مشکلات اجتماعی ازمراجعهبهپرسنلبهداشتیوپزشکانخودداریمی-کنندویااینکهنسبتبهمشکلخودبینشوپذیرشندارند،برخیموارد افرادنیازمندبهمراقبت،دربرنامه‌هایسلامتروانی ، اجتماعی و اعتیاد،شناساییمی‌شوندبههمینمنظورکارغربال‌گریرابایدهرپنجسالیکبارتکرارنمود.

گروه‌هایآسیب‌پذیردر برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

تعریف گروه‌هایآسیبپذیر:

درمیانجمعیتعمومیتحتپوششمراکز سلامت جامعه،عده‌ایازافرادجزء گروه هایآسیب‌پذیرمحسوبمی‌شوند. برخیافراددربرابر استرس‌هاومشکلاتآسیب-پذیریبیشتریدارندوآمادگیبیشتریبرایابتلاءبهاختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی

دارند. اینافراددرمقایسهبادیگراندرمقابلاسترس-هاومشکلاتمحیطیازتوانمقابلهومقاومتکمتریبرخوردارندوزودتردچاراختلالات و مشکلات می‌شوند.باشناساییبهموقعاینافرادوارائهآموزش‌هایلازمبهآنهاوخانواده‌هایشان می‌توانازبروزاختلالات و مشکلاتپیشگیریکرد. برخیاز گروه هایآسیب پذیر درحوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیادشاملافرادزیرهستند:

کودکان و نوجوانان،سالمندان،بیماران مبتلابهبیماری-هایجسمیمزمن،افرادمعلولکهداراینا توانیجسمیهستند،افرادیکهدچارشکستعاطفی،شغلی،تحصیلییامالیشده‌اند، زنانباردارییازنانیکهبهتازگیزایمانکرده-اند،خانوادهومراقبینبیمارانروانییابیمارانجسمیمزمن،افرادسوگوارکهوالدینیایکیازاعضایدرجهیکخانوادهآ نهااخیراًفوتکردهاست،کودکانونوجوانانبیسرپرست،کارکنانمشاغلپراسترس (پرستاران، فرهنگیان، گروه هایامدادونجات،کارکنانبخشاورژانسبیمارستان)، جوانان،افرادیکهدرخانوادهپرمشاجرهومتشنجزندگیمی‌کنند، افراد با وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، افراد با والد یا اعضای خانواده مصرف‌کننده موادو ....

گروه‌هایآسیب‌پذیر،افرادیهستندکهدرشرایطدشواروا ستر س‌زابیشتردچارآسیبمی-شوندوزودترمقاومتخودراازدستمی‌دهند.

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

در برنامه‌های مرتبط با حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد،بیماریابیبهمعنیشناساییافراد مشکوکِ مبتلا بهاختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و یا افراد مستعد ابتلا به مشکلات اجتماعی،ازمیانجمعیتعمومیوافرادبظاهرسالماست. کارشناس مراقب سلامت خانوادهبراساسعلائمموجوددرفرمغربالگری می‌تواندبهشناساییموارد غربال مثبت دست یابدو بر اساس فلوچارت ارائه خدمت آنها راارجاعدهد. روشکاربهاینصورتاستکهدرزمانفراخوانکارشناس مراقب سلامت خانوادهسؤالاتفرمغربالگری راازافرادخانوار می‌پرسد و بر اساس دستورالعمل اقدام خواهد کرد.

تذکر

علاوهبرافرادبظاهرسالم و بدون علامت،فرمغربالگریبایدبرایمواردزیرتکمیلشود:

الف) افرادیکهقبلاًبهاختلالات روان‌پزشکی یا مصرف مواد مبتلابوده‌اند و یا مشکل اجتماعی را تجربه

کرده اند ودرحال حاضر بهبودیافته‌اند. درمورداینافراداحتمالعوداختلالبهبودیافتهوجوددارد. علاوهبراینممکناستاینافراددر معرضاختلال یا آسیب دیگری باشند.

ب) افرادیکهدرحال حاضر بهاختلالروان‌پزشکی، مصرف مواد و یا مشکلات اجتماعیمبتلاهستندوقبلاًشناساییشدهاستامابهدلیلاحتمالابتلاءبهاختلالتوأم[1]،بیماریابیبایددرموردشناسای یاختلالدومویصورتگیرد. بااینکهاینافرادتحتنظرپزشکهستنداماممکناستپزشکبهآنهاگفتهباشدکهچندماهدیگرمجدداًبهپزشکمراجعهکن ند (داروهاچندماهتجویزشدهباشد). بنابراینرطیاینچندماهممکناستفردمشکلات دیگری هم زمان شکل گرفته و به دلیل عدم ویزیت موارد شناسایی نشوند.

ج) افرادیکهبهدلیلمشکلاتو بیماری‌هایجسمانیبهطورمکرربهکارشناس مراقب سلامت خانوادهوپزشکمراجعه می‌کنند.

جهتآشناییباعلائم،شناساییونحوهپیگیریومراقبتاختلالات روان‌پزشکیبهفصل۶مراجعهکنید. علائممورد نظر برایشناسایی اختلالات روان‌پزشکی و مصرف موادرفرمبیماریابیدرانتهایاینفصلضمیمهشدهاست.

داستان ۱:

خاطرهیکخانم۲۱سالهمجرداست. اوخیلیزیادحرفمی‌زند،زیادمی‌خندد وبیشازحدشاداست .مدامدرحالانجامکارهایمختلفدرمنزلاست.ازکارکردنهیچوقتخستهنمی‌شود.انرژیخیلیزیادیدارد .شب‌هادیروقتمی‌خوابدوصبحخیلیزودازخوابمیدارمی‌شود .خاطرهخیلیولخرجاستودوستداردبهخریدبرودوچیزهاییکهخیلیموردنیازشنیستوحتیباقیمتگرانخر یداریکند. اولباس‌هایبامدل‌هاورنگ‌هایعجیبوجلبتوجهکننده می‌پوشد. گاهیاوقاتپرخاش‌گر می‌شودوبامادروبرادرشدعوا می‌کند. درزمانغربال-گریخانوارهاوتکمیلفرمغربالگریبرایافرادخانوادهخاطره،کارشناس مراقب سلامت خانوادهمتوجهعلائماختلالات روان‌پزشکیراوشدهاست. کارشناس مراقب سلامت خانوادهخاطرهرا برای معاینه تکمیلی بهپزشک ارجاع دادهپسازانجاممصاحبهروان-پزشکیبابیماروبررسیعلائماو توسط پزشکتشخیصداده شده است. خاطره بهاختلالدوقطبیمبتلاست.

پزشکداروهایلازمرابهبیمارتجویزکردوبهاوگفتکهیکماهدیگرمجدداًجهتویزیتپزشکمراجعهکند.

ارجاعبیماران:

کارشناس مراقب سلامت خانوادهپسازشناساییبیماروضعیتاورادرفرمارجاعثبت می‌کندواوراپس از شناسایی به کارشناس سلامت روان و یاپزشک ارجاع می‌دهد.در این مرحله با توجه به نیاز افراد در

[1]- ابتلاءهمزمانیکفردبهدواختلال روان‌پزشکییعنیفردمبتلابهیکاختلال روان‌پزشکی،دردورهابتلاءبهاختلالخودبهیکاختلال روانپزشکیدیگرنیزمبتلاباشد. مثلاًفردمبتلابهصرع مزمندچارافسردگیشود.

مورد مراجعه به روان‌شناس و دریافت خدمات مشاوره و یا تشخیص نوعاختلالتوسط پزشک، داروهایتجویزشده،دوزداروهاوزمانمراجعهبعدیبیماررادرپایینفرمارجاعثبتشدهوبیماراهمراهاینفرمبهک ارشناس مراقب سلامت خانوادهارجاع مجدد داده می‌شود. بدین ترتیب کارشناس مراقب سلامت خانوادهراازبازخوردارجاعمطلع می‌گردد.

بازخوردارجاع

ارجاعتنهابهمفهومفرستادنمراجعبهیکمنبعدیگرنیستبلکهارجاعیکرابطهدوطرفهاست،بدین معنی که،کارشناس مراقب سلامت خانواده می‌بایستمنتظربازخوردارجاعبیمار به پزشک و یا کارشناس سلامت روان باشدونتیجهراپیگیریکند.

مواردارجاعفوری

چنانچهدرموردمراجعینیکیازحالت‌های زیرمشاهدهشود،فردارجاع فوری بهپزشکارجاع می‌شود:

- اختلال در سطح هوشیاری
- توهم و هذیان
- خشونتوپرخاشگریبهطوریکهمنجربهآسیببهخودیادیگرانشود
- افکارخودکشییااقدامبهخودکشی
- تشنج
- عوارضشدیددارو‌هایروانپزشکی
- 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 سرپرستخانواده،بهناممهردادکه۵۳سالهاستو۳فرزنددارد‌بهاختلالسایکوتیکمبتلاست .اوخیلیبدبیناستوبههمهسوءظندارد. اوفکرمی‌کندکهدیگرانقصدآزاردادنواذیتکردناورادارند. کارشناس مراقب سلامت خانوادهدرزمانغربال‌گریخانوارها،اورابعنوانمشکوکبهاختلال روان-پزشکیشناساییکردوبهپزشکارجاعداد .پزشکدراینبیماراختلالسایکوتیکراتشخیصدادوبرایشداروتجویزکردوبهاوگفتکهیکماهدیگرمجد دأمراجعهکند. امامهردادبیماریخودراقبولنداردوعلائموافکارخودراطبیعیمی-داندومعتقداستکهاینافکارواقعیتدارندوبیمارگونهنیستند. مهردادحاضرنیستبهپزشکمراجعهکندودارومصرفنمایدومعتقداستکهاختلال روان-پزشکیندارد‌ولازمنیستدارو‌بخورد. از طرفی او حاضر نشده به جلسات مشاوره روان‌شناسی که توسط کارشناس سلامت روان برای او ترتیب داده شده مراجعه کند. همچنین اوازعوارضدارو‌ییمی‌ترسدوفکرمی‌کنددارو‌هاحالاورابدتر می‌کنند .همسرمهردادبهدلیلنگرانیازانگبیماررو‌انپزشکی،می-ترسدکهاقوامو آشنایانشوهراورادیوانهیابیماررو‌انیخطابکنندبهایندلیلاومایلنیستکهبرایدرمانهم سرشوارجاعاوبهپزشککاریانجامدهدوترجیحمی‌دهداورانزددعانویسببردوازاینطریق می‌خواهدبیماریهمسرشرابهبودببخشدو از طرفی به دلیل شکاکیت همسر خود اجازه مشاوره با کارشناس سلامت روان را نیز ندارد. اونگراناستکهاگرهمسرشرانزدپزشکببرددوستان واقواممی‌فهمندکهمهردادمبتلا به اختلال روانپزشکیاستوآبرویشان می‌رود.

فرآیندبیماریابیوارجاع 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 جمعیت شناختی برای دریافت خدمت به مرکز سلامت جامعه ارجاع می‌دهد.

غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان

مقدمه سؤالات غربال‌گری در حوزه سلامت روانبرای گروه هدف ١٥ 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 شناسائی 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 خدمت گیرنده توضیح دهید: «پاسخ‌گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.»
- سپس به خدمت گیرنده بگویید: «سوالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول ٣٠ 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، بیشتراوقات، گاهی اوقات، اصلاً و بندرت به ترتیب اعداد ٤، ٣، ٢، ١ و صفر تعلق می‌گیرد. مجموع امتیازات هر پرسشنامه می‌تواند از حداقل صفر تا حداکثر ٢٤ باشد.

همیشه	بیشتراوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلاً
٤	٣	٢	١	صفر

- افرادیکه نمره ١٠ 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 (نمی داند/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 ☐ ٤) بندرت ☐ ٥) اصلاً ☐ ۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟

۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ٤) بندرت ☐ ٥) اصلاً ☐ ۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

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

۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ٤) بندرت ☐ ٥) اصلاً ☐ ۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

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

۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ٤) بندرت ☐ ٥) اصلاً ☐ ۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

٥- 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 ☐ ٤) بندرت ☐ ٥) اصلاً ☐ ۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

٦- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می‌کردید؟

۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ٤) بندرت ☐ ٥) 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 سولات از والدین و یا سایر همراهان فرد سؤال شود.

۱- آیاصداهاییرامی‌شنویدکهدیگرانمی‌شنوندیاچیزهاییرامی‌بینیدکهدیگرانمی‌بینند؟ بلی ☐ خیر ☐

۲- آیا معتقید که توسط دیگران تحت تعقیب هستید و دیگران قصد آسیب رساندم به شما یا کشتن شما را دارند؟ بلی ☐ خیر ☐

۳- آیادچارتشویش، دلهرهونگرانیمی‌شوید؟ بلی ☐ خیر ☐

٤- آیاهیچ کدامازمواردذیلرا به صورت تکراریوباوسواسوحساسیتانجاممی‌دهید؟

نظافتوشستشو،شمارشاعدادووسایل، منظومرتبکردنوسایل، چککردنشیرگازودربمنزلبلی ☐ خیر ☐

٥- آیادرگذشتهبرایشماحادثه‌ای

اتفاقافتادهاستکهاکنونازبهخاطرآوردنآندچارترسشویدیاراجعبهآنکابوسببینید؟بلی ☐ خیر ☐

٦- آیااحساسغمگینی، اندوهوناامیدی می‌کنید؟بلی ☐ خیر ☐

۷- آیابیشازحداحساسشادی، نشاط، انرژیوهیجان می‌کنید؟بلی ☐ خیر ☐

۸- آیاکودکشمابیشازاندازهپرانرژیوفعالاستومدامجستوخیز می‌کند؟بلی ☐ خیر ☐

۹- آیاکودکشماهیچیکازحالاتذیلرادارد؟

آزارحیوانات، تخریبوسایل، سرقت، فریبکاری، دروغگویی، فرارازمدرسهیامنزل، آتشافروزی،زورگویی، کتککاری، ناخنجویدن، عدمکنترلادراروmدفوع، ناخنجویدن، لکنتزبانبلی ☐ خیر ☐

۱۰-آیاکودکشماگوشهگیراستوقادرنیستارتباطاجتماعیخوبیباعضاءخانوادهودیگرانبرقرارکند؟ بلی ☐ خیر ☐

۱۱- آیا در ٦ 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 (٦ ماهگی تا ٦ سالگی)بلی□خیر□

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

سوالات 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
- نمی تواند 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 ٦ سال به بررسی سیر تکامل کودک در حیطه‌های مختلف رشد در بسته کودک ناخوش مراجعه شود).

غربالگری اولیه در گیری 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 به پرسم. این مواد را می‌توانبه صورت تزریقی یا خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردنی 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 فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام بخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. امّا، اگر شما این داروها را بیش از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید.

گرچه می‌خواهیم درباره مصرف مواد غیر مجاز مختلف توسط شما بدانیم، به شما اطمینان نمی‌دهیم 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 ۱الف- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)	خیر	بله	عدم تمایل به پاسخگویی	پرسش ۱ب- صورت پاسخ مثبت به هر یک: در سه ماه اخیر	خیر	بله	عدم تمایل به پاسخگویی
الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)							
ب- ترکیبات اَفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کدئین، ترامادول، غیره)							
ج- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)							
د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)							
ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، آلپرازولام، فنوباربیتال، غیره)							
و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عَرَق، غیره)							

ز- سایر- مشخص کنید:								

مقدمه را برای مراجع بخوانید.

- پیشازشروعپرسشگریبرایخدمتگیرندهتوضیحدهیدکهدراینبخشمیخواهیدپرسش-هایدربارهمصرفسیگار،الکلوموادبپرسید.
- بهخدمتگیرندهیادآورشویداینخدمتبهعنوانیکفرآیندااستانداردبرایتمامیمراجعانانجاممیشود.
- برایخدمتگیرندهتوضیحدهید: «برخیازموادفهرستشدهممکناستتوسطپزشکتجویزشدهباشد (مثلداروهایآرامبخش،داروهایضددردیاریتالین). دراینمصاحبهداروهاییکهشمامطابقتجویزپزشکمصرفمیکنیدثبتنمی-کنیم.امّا،اگرشمااینداروهارابهدلایلیغیرازتجویزپزشک،یابادفعاتومقادیربیشترازمیزانتجویزشدهمصرفمیکنید،لطفاًبهمااطلاعدهید.»
- درخصوصحفظرازداریاطمینانیدهید.
- بهخدمتگیرندهتوضیحدهیدپاسخگوییبازوصادقانهبهتیمسلامتدرارایهخدماتموردنیازکمکمی-کندهرچندمراجعهکنندهمیتوانددرصورتعدمتمایلبهاینپرسشهاپاسخندهد.

پرسش ۱الف

- پرسش ۱الفرابرایتمام گروههایموادپیشبینیشدهدرجدولبپرسید.
- درصورتیکهنامخیابانیموادمورداستفادهدرمنطقهشمابامثالهایارایهشدهدرجدولمتفاوتباشد،شمامی-توانیدباهماهنگیبااداراهپیشگیریودرمانسوءمصرفمواد،دفترسلامتروانی،اجتماعیواعتیادمثال-هایمتناسببامنطقهخودرابهجدولاضافهفرمایید.
- درصورتپاسخمنفیبهتماممواددبیشترکاوشکنید: «حتیدردورهنوجوانیوجوانی؟»
- درصورتیکهبازهمپاسخمنفیبودازمراجعتشکرنمودهوبازخوردمتناسبارایهفرمایید.

پرسش ۱ب

- درصورتپاسخمثبتبههریکاز گروههایموادرپرسش ۱الف،پرسش ۱برابپرسید.
- درصورتپاسخمثبتبههریکازموارد،ازمراجعتشکرنمودهواورابرایغربال-گریتکمیلیبهکارشناسسلامتروانیا پزشک مرکزارجاعدهید.
- درصورتپاسخمنفیبهتماممواردازمراجعتشکرنمودهوبازخوردمتناسبارایهدهید.

دستیابی به پاسخها صحیح در غربالگریاولیهدرگیریبامصرفالکل،سیگارومواد 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 ٤ را ببینید.

هدف اولیه در شروع غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد دستیابی به پاسخهای

صـحیح و دقیق نبوده، بلکه انتقال این پیام به مراجعان اسـت که مصـرف مواد پیامدهای منفی جدی بر سلامت آنها داشته و نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به آن حسّاس 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 خدمت‌گیرنده توضـیح دهید: «هدف از این پرسـشـگری بررسـی اطلاعات شـخصی مراجعین است.این اطلاعات عمومی بوده وبرای ارایه خدمات مناسب به افراد تهیه شده است.»
- در خصـوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سـلامت و تکمیل پرونده بهداشـتی شـما می‌باشـد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»
- به خدمت‌گیرنده یادآور شـوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند اسـتاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.»
- به خدمت گیرنده توضـیح دهید: «پاسـخ‌گویی باز و صـادقانه شـما به تیم سـلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.»

در غربالگری افراد با توجه به اطلاعات بدسـت آمده می‌توان 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 درصورت 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 می‌شوند:

- درآمد خانواده فرد مورد مصاحبه کمتر از حداقل درآمد تعیین شده توسط سازمان تأمین اجتماعی کشور در آن سال باشد.
- فرد مصـاحبه شـونده مبتلا به یکی از معلولیت‌های روانی (اختلال روانپزشـکی شدید و مزمن) و یا یکی از معلولیت‌های جسمی باشد.
- فرد به دلیل از کارافتادگی شغل خود را از دست داده باشد.
- فرد تحت پوشش یکی از سازمان‌های حمایتی آیتم ۷ باشد.
- هر کدام از موارد ذکر شده در آیتم ۱۰ وجود داشته باشد.

۱	جنس: مرد ❑ زن ☐
۲	وضعیت تاهل : مجرد ☐ متاهل ❑ متارکه ☐ طلاق گرفته ☐ همسر فوت شده ☐
۳	گروه سنی: زیر۱۸ سال ☐ ۱۹-۲۹ ☐ ۳۰-٤٥ ☐ ٤٦-٦٥ ☐ ٦٦ به بالا ☐
٤	سطح تحصیلات: بی‌سواد ☐ ابتدایی ☐ دبیرستان ☐ دیپلم ☐ لیسانس ☐ بالاتر از لیسانس ☐
٥	وضعیت اشتغال: شاغل ❑ خانه‌دار☐ محصل ☐ دانشجو ☐ بازنشسته ☐ بیکار☐ از کار افتاده ☐
٦	میزان درآمد: زیر یک میلیون تومان ☐ زیر دو میلیون تومان ☐ زیر ۳ میلیون تومان ☐ ۳ میلیون تومان به بالا ☐
۷	تحت پوشش سازمانهای : بهزیستی ☐ کمیته امداد امام(ره) ☐ سایر سازمانهای حمایتی ☐
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 دانش‌آموزی



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 قادرخواهد 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 کودگی 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 درمیان 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.

نمونه ایدیگر از سئوالات بیماریابی اختلالات روان پزشکی برای کارشناس مراقب سلامت خانواده *جهت مطالعه بیشتر*

علائم اختلالات	بله	خیر
فرد یکه هر چند وقتی یکبار در بیداریا یا خواب دچار حملهتشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده، دستوپا می‌زند و کف از دهان خارج می‌شود.		
کودکی که در سنمدرسه گاهیما تزدهشدهو چندلحظهبهجاییخیره می‌شود، لبو زبانشرابهحالتغیرارادیحرکتدادهیا می‌لیسد.		
کودکی که بهدنبالتبشدیددچارتشنج می‌شود.		
کودکدر ٤تا٥ماهگیگردن نمی‌گیرد، در١٠تا١٢ماهگی نمی‌نشیند، در١تا١/٥سالگیراه نمی‌رود،در٢تا٣سالگیحرف نمی‌زند، در٣تا٤سالگیجایخودراشبهاخیس می‌کند.		
دانشآموزیکهازنظردرسیازهمهضعیفتراست، مرتبمردود می‌شودویاازمدرسهاخراجشدهاست، مشکلاتبند٤راهمداشتهاست.		
فردبزرگسالیکهرفتارکودکانهدارد، هوشاوکمترازدیگراناست، شغلندارد، قادربهیادگیریکارجدیدینیست، مشکلاتبندهای ٤و٥راداشتهاست.		
فردیکهتوهمو هذیانوگفتارغیرمنطقیدارد، صداهاییرا می‌شنودکهدیگران نمی‌شنوند، چیزهاییرا می‌بیندکهدیگران نمی‌بینند، سوءظندارد، فکر می‌کنددیگران می‌خواهنداورابکشندیاهمسرشداردبهاوخیانت می‌کند (برای این افکار هیچ گونه شواهدی موجود نیست)، رفتارهایعجیبوغریبدارد، شکلکدر می‌آورد، بهدرودیوارخیره می‌شود، باخودشحرف می‌زندیا می‌خندد.		
فردیکهخیلیغمگینوبیحوصلهاست، تنهاییرادوستدارد، گریه می‌کند، مشکلاتخوابواشتهادارد، گاهیاوقات نمی‌تواندکارهایشرا انجامدهد، افتتحصیلیدارد، ازمدرسهغیبت می‌کند.		
اززندگیناامیداست، افکارخودکشیداردیابهخودکشیاقدام می‌کند.		
فردیکهبدوندلیلخوشحالوپرحرفوپرتحرکاست، بیخوابیشدیددارد، کارهایزیادبیهدفیانجام می‌دهد، هیچوقتازبیخوابیوپرکاریخسته نمی‌شود، خودرامهم می‌داند، مداماًوازوشعر می‌خواند، خیلیزودعصبانییاخندانیاگریان می‌شود.		
فردیکهاضطرابداردوبیقراراست.		
فردیکهعصبیوپرخاشگراست.		
فردیکهوسواسدارد.		
فردیکهبدونوجودبیماریجسمیدچاردردهاییراکندهبدنیاست.		
علائم اختلالات	بله	خیر
بهطورمداوموبیدلیلدچارتشویش، دلهرهونگرانی می‌شود؟		
ازمواردزیردچاراحساسترسووحشت می‌شود: تاریکی،ارتفاع،آب، حیوانات، مکان‌هایبسته،صحبتکردندرجمع		
درمواردزیلدستبهاعمالتکراریمیزنیدوآنهاراباوسواسوحساسیتزیادانجاممی‌دهد: نظافتوشستشو، شمارشاعدادووسایل، مرتبکردنوسایلونظمدادنبهآنها، چککردنبستهبودنشیرگازودربمنزل		

قبلاًدچارحادثه‌ای شدهاستکهاکنونازیادآوریصحنه‌های آندچاروحشت می‌شودیاراجعبهآنکابوس می‌بینند؟		
بهدردها، مشکلاتو بیماری‌هایجسمانیمبتلااستکهپزشکانعلتجسمیبرایآننیافتهاندوعلتآنراعصبی می‌دانند؟		
احساسغمگینی، اندوهوناامیدی می‌کند؟زیادگریه می‌کند؟		
گوشهگیراستوباکسیارتباطبرقرار نمی‌کند؟		
بی‌دلیلوبیشازحدخوشحالاست؟زیادحرف می‌زندوزیاد می‌خندد؟		
عصبیوپرخاشگراست؟		
بهخودکشیفکر می‌کند؟		
قبلاًبهخودکشیاقدامکردهاست؟		
دستبهرفتارهایخشونتآمیز می‌زندکهموجبآسیببهخودیاآسیببهدیگران می‌شود؟		
باخودشحرف می‌زند؟		
صداهاییرا می‌شنودکهدیگران نمی‌شنوندیاچیزهاییرا می‌بیندکهدیگران نمی‌بینند؟		
معتقداستکهدیگرانااوراتعقیب می‌کنندوقصدکشتناوویاآسیبرساندنبهاورادارند؟		
معتقداستکهرئیسجمهور، امام، پیغمبریاشخصمهمیاست؟		
قبلاًبهخودکشیاقدامکردهاست؟		
دستبهرفتارهایخشونتآمیز می‌زندکهموجبآسیببهخودیاآسیببهدیگر می‌شود؟		
علائماختلالات	بله	خیر
قادرنیستامورشخصیخودراانجامدهد؟ (غذاخوردن، نظافتکردنخود، لباسعوضکردنو...)		
تاکنوندچارحملهتشنجشدهاستکهبهدنبالآنغشکندوبیهوششود(حملهصرع)؟		
تاکنونپیشآمدهکهفرزندخردسالبرایچندلحظهحالتبهتزدگیداشتهباشدوبهیکنقطهخیرهبماندوهشیاریخ ودرادرآنلحظاتازدستبدهد؟		
فرزندخردسالازنظرمراحلرشد(سینهخیزرفتن، چهاردستوپارفتن، راهرفتن، حرفزدن)مطابقباسنخودومانندهمسالانخوداست؟		
فرزندخانوادهبیشازاندازهپرانرژیوفعالاستومدامجستوخیز می‌کند؟		
فرزندخانوادهکارهایزیررانجام می‌دهد: آزارحیوانات، تخریبوسایل، دزدی، دروغگویی، فرارازمدرسهیامنزل، آتشافروزی،زورگویی، کتککاری، پرخاشگریوخشونت، ناخنجویدن		
فرزندشمالکنتزبانیاتیکدارد؟		
فرزندخانواده (بعدازسن۳سالگی)اداروم‌دفوعخودراکنترل می‌کند؟		

خلاصه فصل

گروه‌های هدف در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعیو 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 .

تمرین خارج از کلاس

- گروه‌های هدف در برنامه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را تعریف کنید.
- گروه‌های آسیب‌پذیر در برنامه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد چه افرادی هستند؟
- برای غربالگری و شناسایی افراد مشکوک به ابتلاء به اختلال روانپزشکی و مصرف مواد چه اقداماتی باید انجام دهید؟
- در چه مرحله‌ای افراد را به پزشک ارجاع می‌دهید؟
- چه مواردی از اختلالات و مشکلات اجتماعی را باید ارجاع فوری بدهید؟

تمرین در کلاس درس

- از افراد کلاس بخواهید که با روش بارش افکار گروه‌های آسیب‌پذیر در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را ذکر کنند.
- با روش ایفای نقش یک نفر در نقش فرد مراجعه‌کننده و یک نفر در نقش کارشناس مراقب سلامت خانواده باشد و کار بیماریابی با اجرای یک نمونه از پرسشنامه‌ها توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده انجام شود.

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 ا رتباط ناموثر را نام ببرید.
- اهداف گوش دادن فعال را برشمارید .
- اصول کارآمد سازی ارتباط را توضیح دهید.
- با موانع ارتباط مؤثر آشنا گردید.

واژگان کلیدی

- برقراری ارتباط
- بازاریابی اجتماعی
- توانمند سازی شناختی
- گوش دادن فعال

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 چشم‌گیری 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

ارتقایسلامتمستلزمتوانمندسازیفردیواجتماعیویابهتعبیرزیمرمن" توانمندسازیشناختی" است .

توانمندسازیشناختیمجموعه‌ای	**ازباورهاورفتارهاییاستکهافراد**
می‌توانندبراساسآنهابرمحیطزندگیخودتأثیربگذارند	

بنابراینتوانمندسازیفردیبرایبهبودوضعیتسلامتکافیشمرده نمی‌شود . توانمندسازیاجتماعیوتعاملجمعیبرایرسیدنبهاینهدفازاهمیتاساسیبرخورداراست . توانمندیاجتماعیکهبراساستفاهمافرادشکل می‌گیرد،مستلزمایجادمهارتهاییبرایافزایشوبهبودکیفیتارتباطمتقابلافراداست .مهارت‌هایی مثل : برقرای روابط مؤثر، مهارتمذاکرهوخودابرازیکههمگیموجببهبودتعاملاجتماعیافراد می‌شود . بهطورکلیشرکتدراقدام‌های جمعیموجبتقویتتوانمندیاجتماعیوروانشناختی 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، اجتماعیو اعتیاد را شناسایی نموده و آنها را تحت پوشش خدمات قرار دهند.

بدین منظور جداول ودستورالعمل‌های 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 غیرکلامی ارتباط.

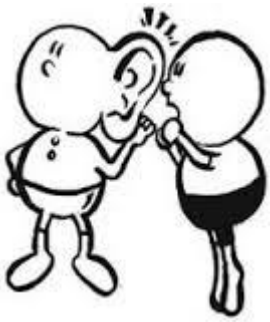
عناصر کلامی ارتباط شامل آن وجهی از ارتباط است که اختصاصاً به *محتوای کلامی* و *فرایند بیان کلامی* مربوط می‌گردد.

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 غیرکلامی 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 غیرکلامی 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 موســـیقی، تلویزیون، گوش دادن ا ز روی ادب، نمونه‌هایی از گوش دادن غیرفعال هســتند. از آنجا که در گوش دادن غیرفعال تنها بخشی از ذهن ما درگیر توجه کردن می‌باشد، لذا هنگام گوش دادن به دیگران، احتمال پرت شــدن حواس (یعنی تفکر در مورد چیزهای دیگری غیر از موضــوع اصـــلی) وجود دارد. بهترین راه برای حل این مشـــکل، گوش دادن فعـال یعنی گوش دادن هـدفمنـد می‌باشـــد. 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 شــامل : توجه به فرد مقابل، پرســیدن ســؤال، بازخورد دادن، بازگو کردن و خلاصه سازی می‌باشد.

برای گوش دادن فعال شـنونده باید پیام‌های مختلف را شـنیده، 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 شـوید که شـنونده فرصـت سـؤال کردن یا اظهار نظر کردن را دارد.
- سـعی کنید خود را جای شـنونده قرار دهید و احساسات او را در نظر بگیرید.
- آنچه را می‌خواهید بگویید، واضح بیان کنید .
- به شنونده نگاه کنید .
- مطمئن شـوید که آنچه می‌گویید با تن صـدا و زبان بدنی شـما 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 می‌گوید پرهیز کنید.

موانع ارتباط مؤثر

تا کنون درباره چیزهایی صحبت کردیم که می‌توانند. موجب برقراری ارتباط مؤثر شوند. در این قسمت توجه شما را به موانعی جلب می‌کنیم که راه‌های ارتباط را بسته و مانع از برقراری ارتباط مؤثر می‌شوند. برخی از پیام‌ها مانع از برقراری ارتباط مؤثر می‌شوند. این نوع پیام‌ها در زیر ذکر شده اند :



- دستور دادن، هدایت کردن، ابلاغ کردن
- اخطار، تهدید، هشدار دادن
- موعظه و نصحیت
- 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 گروه‌های هدف برای ورود به برنامه‌ها و مشارکت فعال و همه جانبه آنها در برنامه‌ها صورت می‌گیرد. به منظور برقراری ارتباط در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد باید مهارت برقراری ارتباط مؤثر را آموخت. کسب این مهارت‌ها نیازمند برخورداری از دانش و نگرش‌های لازم در این زمینه است؛ اما برخورداری از این مهارت نیازمند تمرکز، تمرین مکرر و تجربه با بهره‌گیری از شیوه‌های علمی است.

تمرین در کلاس درس

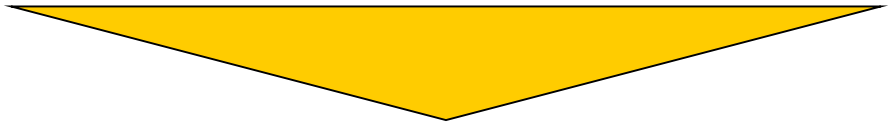
- با ایجاد امکان بحث و گفتگوی مشارکتی در کلاس درس در زمینه بازاریابی اجتماعی برای سلامت روانی و اجتماعی مباحثه کنید. در این مباحثات روشن نمایید که "اساساً چگونه می‌توان مردم را تشویق نمود به صورت داوطلبانه و بدون هیچ گونه اجبار از خدمات حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد بهره مند شوند؟"
- در قالب تیمی که تشکیل داده اید روشن نماییدکه "چرا طبقه‌بندی گروه‌های هدف ضرورت می‌یابد .
- به نظر شما کدامیک از مهارت‌های نام برده شده در این فصل برای برقراری ارتباط با گروه‌های هدف از اهمیت بیشتری برخوردارند؟ دلائل خود را ذکر کنید .
- با استفاده از روش ایفای نقش، نمونه‌هایی از روش‌های برقراری ارتباط با افراد را اجرا نمایید. در هر بار از ایفای نقش، گروهی از همکلاسیان می‌توانند ناظر ایفای نقش بوده و اشکالات را پس از اجرای آن بازگو نموده و دوباره ایفای نقش با گروهی دیگر تکرار شود.

تمرین در خارج از کلاس

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

- فن بیان و سخنوری
- مهارت مدیریت و رهبری
- برقراری ارتباط بین فردی

فصل پنجم



مروری بر اختلالات شایع روان‌پزشکی، 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.

واژگان کلیدی

- اختلالات خلقي
- افسردگي
- اختلالات دو قطبي
- خودكشي
- اختلالات سايكوتيك
- اختلالات مصرف مواد
- خشونت خانگی

عناوین فصل

- اختلالات خلقی: افسردگي
- اختلالات دوقطبی
- اورژانسهاي روانپزشكي: خودكشي
- اختلالات اضطرابي
- اختلالات سایکوتیک
- صرع
- عقب ماندگی ذهنی
- اختلالات کودکان و نوجوانان
  - اختلال بيش فعالي و كمبود توجه
  - اختلالات سلوك
  - شب ادراري
  - بي اختياري 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 بـه طور کلی بـه دوگروه عمـده اختلالات افسـردگی و اختلالات دوقطبی تقسـیم می‌گردند. در اختلالات افسـردگی در مدت زمانی که چند هفته یا چند ماه طول می‌کشـد، فرد از لحاظ هیجـانی وخلقی بیش از حـد غمگین، بی علاقـه و نـاامیـد اسـت. در اختلالات دوقطبی فرد علاوه بر دوره‌هـایی از افسـردگی دوره‌هایی به نام مانیا را نیز تجربه می‌کند در حالت مانیا فرد در مدت زمانی که ممکن اسـت چند روز (حداقل ۷ روز) تا چند هفته طول بکشد بیش از حد سرخوش، شاد، پرانرژی یا تحریک‌پذیر است.

توجـه: بیمـاری کـه حداقل یک دوره مانیا را تجربه کرده اسـت هر چند در حال حاضـر در حالت افسردگی باشد همچنان مبتلا به اختلال دوقطبی محسوب می‌شود.

افسردگی:

مقدمه و تعاریف:

افسـردگی اختلال شـایعی اسـت. از نشانه‌های مهم وکلیدی آن خلق و روحیه افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها و یا بی علاقگی و بی لذتی در تقریباً اکثرفعالیت‌های روزمره است. شخصی که دچار افسـردگی بیمارگونه می‌شود، احساس غمگینی و بی حوصلگی می‌کند و اغلب کاهش واضح علاقه منـدی و لـذت بردن ازهمه یا تقریباً همه فعالیت‌ها را در اغلب روزها گزارش می‌کند. بیمار ممکن اسـت بگوید احسـاس اندوه، ناامیدی یا بی ارزشـی می‌کند. کاهش انرژی و خسـتگی اغلب موجب می‌شـود که بیماران نتوانند وظایف و کارهای خود را به خوبی گذشـته انجام دهند. در موارد شـدیدتر افکار آزار دهنـده‌ای چون احسـاس گنـاه، تنفر از زندگی، آرزوی مرگ و گاه افکار مربوط به خودکشـی در این بیماران مشـاهده می‌گردد. افسـردگی معمولاً به دنبال اسـترس‌های بیرونی مانند نبود حمایت اجتماعی مناسب، بیکاری، وجود کشمشکش‌های مداوم و تنش زا در زندگی فعلی و خانوادگی آشکار می‌شود.

نشانه‌های افسردگی:

بیماران مبتلا به افسـردگی، علاوه بر خلق افسرده، دچار کاهش انرژی و علایق و بی حوصلگی نیز می‌گردند. علایم دیگر افسـردگی شـامل: اختلال در خواب مثل کاهش یا افزایش خواب، اختلال در اشتها مثـل پرخوری یـا کم خوری، اختلال در حـافظـه و تمرکز، اختلال عملکرد جنسـی (بی میلی یـا ناتوانی جنسـی)، احسـاس گناه، علایم جسـمی متعدد مثل سردرد، درد مفاصل و عضلات، سوزش یا درد معده و... کـه هیچ دلیـل یا تشـخیص طبی دیگری ندارند و معمولاً در مراجعه به پزشـک به عنوان دردهای عصبی در نظر گرفته می‌شود.

توجه:

این نکته حائز اهمیت می‌باشـد که بدانیم در بسـیاری از موارد با توجه به شرایط فرهنگی کشور ما، فرد افسـرده بیش از افسـردگی، از علائم بدنی و جسـمانی شکایت دارد که علی رغم مراجعات متعدد به پزشـکان بهبودی نیافته اسـت و به عنوان دردهای عصـبی شـناخته می‌شوند. در زیر تعریف و توضیح

بیشتر نشانه‌های افسردگی شرح داده شده است:

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

- فردی که قبلاً از شرکت در جشن‌ها یا مهمانی‌ها لذت می‌برده، اکنون رغبت و علاقه‌ای به این گونه امور نشان نمی‌دهد. فرد گوشه گیری 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 بچه ها، گردش، سفر و...

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

خستگی و کاهش انرژی: خستگی زودرس و کسالت در انجام فعالیت‌های معمول فرد ممکن است بدون انجام کار سنگین نیزاحساس بی رمقی 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، گوشه گیری 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) روانپزشکی و نوع آن به عهده پزشک است و غربالگری فقط افراد مشکوک و پر خطر را شناسایی می‌نماید.

درمان افسردگی شامل درمانهای دارویی (نظیر فلوکستین، سیتالوپرام، سرترالین نورتریپتیلین، آمی‌تریپتیلین، ایمی پرامین 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	تشخیص‌احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
غمگینی، بی علاقگی	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 بی ارزشی یا احساس گناه			
کاهش یا افزایش خواب			
افزایش یا کاهش اشتها			

توجه: از فردی که نشانه‌ها وعلایم افسردگی را دارد حتماً راجع به افکار خودکشی به همراه قصد

جدی برای آسیب به خود یا دیگران سئوال 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 روانپزشکی 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 روانپزشکی شناسایی شده‌اند پس از ارجاع به پزشک (پزشک خانواده)، تشکیل پرونده و تایید تشخیص تحت درمان، مراقبت و پی گیری قرار می‌گیرند.

در مواردیکه علایم 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 می‌شد.

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 علایم 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).
- پی‌گیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه)

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

۱- بیمارانی که افکارخودکشی یا اقدام به خودکشی داشته اند.

۲- بیمارانی که دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پی‌گیری ندارند.

۳- شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان.

٤- 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 خانواده و بیمار آموزش دهند:

- افسردگی بیماری شایع و قابل درمانی است به گونه ایکه بعضی به آن سرماخوردگی اعصاب می‌گویند.
- افسردگی یک بیماری است که نشانه ضعف اراده یا تنبلی نبوده و صرفا با توصیه‌های عمومی مانند مسافرت رفتن یا تفریح کردن برطرف نمی‌شود.
- 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 بیماردر 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 می‌یابد.
- قبل از قطع داروها حتما 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 حتی‌الامکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.
- فرد افسرده را نباید تنها گذاشت، باید به کارهای ساده و روزمره سرگرم شود و مورد توهین و انتقاد قرار نگیرد و اگر افکار نومیدی، پوچی، خودکشی، و بیقراری و شرایط نگران‌کننده‌ای داشت لازم است به پزشک ارجاع فوری شود.

اختلالات دوقطبی:

مقدمه و تعاریف:

اختلال دوقطبی یک بیماری روانپزشکی است که باعث نوسانات شدید در خلق و روحیه فرد می‌شود، این اختلال به اسامی دیگری همچون اختلال مانیک- دپرسیو، مانیا، بای پلارBipolar، شیدایی نیز نامیده می‌شود. 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 می‌یابد.

علل و علایم اختلالات دوقطبی:

بیمارمبتلا به اختلال دوقطبی ممکن است در زمان‌هایی 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 نمی‌کند و نیاز به خواب در او کم می‌شود. به این حالت «مانیا» گفته می‌شود. در عین حال همین بیمار ممکن است در زمان‌های 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 می‌دهند. و دوره‌ای نیز ممکن است بهبودی کامل داشته باشند و به زندگی سالم خود با یا بدون دارو ادامه دهند.

سایر علایم اختلال دوقطبی (حالت مانیا):

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

توجه: همه این علایم 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 علایمی همچون بی خوابی شدید همراه با افزایش انرژی، پر حرفی و افزایش فعالیت‌های فرد به مدت حداقل یک هفته وجود داشته باشد و به گونه‌ای باشد که در زندگی وکارهای 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. بیمارممکن است همزمان دچار علایمی از توهم یا هذیان (سایکوز) نیز باشد که در این صورت باید ارجاع فوری به پزشک انجام شود.

علایم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
سرخوشی بیش از حد یا تحریک پذیری، عصبانیت وپرخاشگری	احتمال اختلال دوقطبی(مانیا)	قصد آسیب جدی به خود یا دیگران	ارجاع فوری به پزشک
بی خوابی		توهم[1] یا هذیان[2]	ارجاع فوری به پزشک
پر حرفی		فقدان توهم و هذیان یا قصد آسیب	ارجاع غیر فوری به پزشک
فعالیت و انرژی زیاد بدون احساس خستگی			

۱. توهم: ادراک بدون وجود محرک (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 سئوال کنید. چنانچه پاسخ مثبت است، این علایم را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی:

بیمار مشکوک به اختلال دوقطبی پس از ارجاع به پزشک و تایید تشخیص، ممکن است جهت برسی‌های 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 درهفته 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 خودفرد است.اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی میگوییم.پدیده افکارخودکشی 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 بهمراه 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 خوکشی 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 فشـــارزا (مانند طلاق، بیکاری، فقر، از دست دادن نزدیکان، شکست در کار یا تحصیل، ازدواج تحمیلی و اختلافات زناشویی.. .)

درمان کافی بیماری‌های روانپزشـــکی می‌تواند از خودکشـــی پیشـــگیری 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 تخصـصی 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 وعقاید 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 پزشـک، روانپزشـک و ....) وجود دارد. دسترسی بیمار برای دریافت اینگونه خدمات را تسهیل نمایید.
  - در تمامی مراحل از پیگیری درمان، مراجعه منظم به پزشـــک یا مصـــرف 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 ایجادافکار خودکشی در شخص نمیشود. در حقیقت این افراد تمایل دارند راجع به موضوع خودکشی به صورت واضح و روراست صحبت کنند.

سوال کردن درباره افکارخودکشی آسان نیست. بهتر است به تدریج فرد را به سمت موضوع سئوال هدایت کنید.برخی از سئوالات مفید عبارتند از:

آیا احساس می‌کنید از زندگی کردن خسته شده اید؟ 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 مسمویت با داروها یی 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 مثلا با علایمی مثل تپش قلب، وحشت و بی قراری همراه باشد و در نتیجه فرد را به دردسر بیاندازد و برای او مشکل درست کند، غیرطبیعی است و نیاز به توجه و درمان دارد. در یکی از انوع 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 بی قراری هم وجود دارد. فراموشی، زود خسته شدن و عصبانیت هم از دیگر علامت‌های این نوع بیماری اضطربی 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. شایع ترین نوع از این بیماری وسواس به آلودگی یا نجاست است که در اثر این وسواس بیمار شروع به شستن یا آب کشیدن بیش از اندازه می‌کند. وسواس ممکن است به شکل شک کردن هم بروز کند که بیمار را وادار به چک کردن‌های تکراری و غیرضروری می‌نماید. مثلا 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 مضطربمی‌شود.

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.

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

پیگیری و مراقبت:

برای درمان اختلالات اضطرابی هم 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 اصلا برای درمان مراجعه نکنند. باید توجه داشت که این اعتقاد در بیشتر موارد درست نیست و بیشتر این داروها اصلا 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 بیافتد و همچنین خانواده بیمار یاد بگیرند که چگونه باید با بیمار خود برخورد کنند تا استرس کمتری به او وارد کنند و به بهبود بیمار کمک کند.

بیمار مشکوک به اختلال اضطرابی پس از ارجاع به پزشک، بسته به نوع و شدت بیماری ممکن است توسط پزشک (خانواده) به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود و یا درمان او توسط خود پزشک خانواده آغاز گردد. نوبت اول پیگیری درهفته 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
٤. بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک
٥. 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 قبلا 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. افرد مبتلا به این اختلالات دچار رفتارها و حالت‌های خاصی می‌شوند که برای سایرین عجیب و غیرمعمول است و افراد عادی تقریبا هیچ گاه در زندگی خود این حالات را تجربه نمی‌کنند. مثلا 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. مثلا ممکن است آشغال جمع کنند، لباس خود را جلوی دیگران یا در جای نامناسبی در بیاورند یا به دیگران حمله کنند. همچنین ممکن است این افراد اعتقادات نادرست و گاه عجیب و باورنکردنی داشته باشند. مثل اینکه کسی بی دلیل معتقد باشد فرد یا گروهی قصد کشتن یا صدمه زدن به او را دارند یا به قصد صدمه زدن یا کشتن او را تعقیب می‌کنند (هذیان بدبینی یا سوءظن هذیانی)؛ یا مثلا معتقد باشد که دیگران درباره او حرف می‌زنند یا او را مسخره می‌کنند؛ بگوید با خدا و پیغمبر و بزرگان مذهبی رابطه نزدیکی دارد یا قدرت و مقام خاصی به او داده شده است (هذیان بزرگ منشی). به این اعتقادات نادرست که فرد بدون دلیلی به آنها باور دارد و برای شما و دیگران هم قابل قبول نیست، "*هذیان*" گفته 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.
- معمولا درمان این بیماران درازمدت است.
- قطع زودهنگام داروها باعث عود بیماری می‌شود

رفتارهای بی‌دلیل و بی هدفی که دلیل انجام آنها غیرقابل فهم است یا براساس فرهنگ جامعه نامتناسب به نظر می‌رسد و همچنین حرف زدنی که نامفهوم و بی‌ربط 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 کاملا 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 می‌شد. 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 کند.

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
٤- پیگیری چگونگی کنترل و بهبود تدریجی علایم بیماری
۵- بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت بروز عوارض، ارجاع بیمار به پزشک

پی‌گیری 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 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

صرع

صرع یک نوع حالت حمله و تشنج تکراری است که به دلیل اختلال در کارکرد سلول‌های مغزی بروز می‌کند، و یکی از قدیمی ترین، شایعترین و درمان پذیرترین اختلالات عصبی شناخته شده در جهان و از جمله کشور ماست. صرع به اشکال مختلف مانند کم شدن یا از بین رفتن ناگهانی هوشیاری، مات زدگی، افتادن، تشنج و حرکات تکراری وکوتاه مدت اندامها ظاهر می‌شود.با توجه به اینکه عموم مردم اطلاعات نادرست در مورد این بیماری دارند با این اختلال خوش خیم و درمان شونده برخورد درستی نمی‌شود. این امر موجب خسارت زیادی بر افراد مبتلا و خانواده‌ها می‌شود. 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 می‌شود. همچنین منتژیت‌ها و انواع التهاب‌های عفونی یا ناشی از بیماری فشار خون و نارسایی عروقی مغزی همگی می‌توانند باعث ایجاد صرع شوند. داشتن اطلاعات لازم در این زمینه می‌تواند 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 می‌کنند مشکلات خود را به طور کامل بیان کنند. چرا که با مصرف برخی داروها ممکن است دچار حمله صرع شوند. گاهی واکنش داروئی بین داروهای ضد صرعی که بیمار مصرف می‌کند و داروهای دیگر و گاهی آنهائی 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.
٤. برای آموزش بیماران و خانواده آنها جلب مشارکت افراد صرعی مفید است. آنها برای آموزش الگوی خوبی هستند و نقش مؤثری دارند. افراد متبلا به صرع که اعتماد به نفس خوبی دارند، تحصیل کرده اند یا کار و زندگی و ازدواجی موفقی 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.
٦. 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 ونیز 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 داروئی، قطع یا به حداقل رساندن تعداد حملات تشنج، بدون ایجاد عوارض جانبی جدی و خطرناک می‌باشد. در درمان دارویی صرع بایستی بین کنترل صرع و عوارض داروئی تعادل برقرار گردد. مصرف منظم داروها از اصول بنیادی در درمان صرع می‌باشد.

داروهای رایج ضد صرع عبارتند از فنوباربیتال، فنی توئین، کاربامازپینو سدم 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 مثلا 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 زمینه‌های مختلفی مثل یادگیری مطالب درسی، برقراری رابطه با دیگران، توانایی‌های حرکتی و مهارت‌های عادی روزمره مشکل دارند.

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

همه درس ها.

غربالگری و ارزیابی افراد:

مواردی مثل تاخیر در رشد کودک و یادگیری مهارت‌های مختلف مثل راه رفتن، حرف زدن، شمردن و غیره که در فرم غربالگری ذکر شده است، احتمال وجود معلولیت ذهنی را مطرح می‌کند. 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 بیماری‌های 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 می‌گیرند 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. توصیه‌های آموزشی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و آموزش‌های تکمیلی توسط کارشناس سلامت روان به خانواده‌ها ارائه می‌گردد. متاسفانه معلولیت ذهنی درمانی غیر از آموزش‌های ذکرشده ندارد. فشار بیش از حد به کودکان برای یادگیری و تنبیه آنان کمکی نمی‌کند و برعکس باعث ایجاد مشکلات بیشتری می‌شود.

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 تقریبا 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، معلمین 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 بی قراری 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 اصلا 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 صورتیکه 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 ـــ 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، بی اعتنایی، 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 خلافکاری‌های 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 آز 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 داروئی، 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 علایم 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 داروئی 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- شب ادراری:

به عدم کنترل ادرار بصورت غیر ارادی یا ارادی نا متناسب باسن گفته می‌شود به طوری که با سطح تکامل و سن کودک متناسب نباشد. شب ادراری 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- بی اختیاری مدفوع:

به دفع نامتناسب مدفوع بصورت غیر ارادی یا تعمدی در محلهای نامناسب در کودکان بالاتر از ٤ سال اطلاق می‌شود. ممکن است همراه یبوست باشد. کودکانی که دچار بی اختیاری مدفوعند در ارتباط با همسالان دچار مشکل بوده و اعتماد به نفس پائینی دارند. حتما" 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 ٦ سالگی و برای دختران در سن ۸ سالگی می‌باشد از این سنین به بعد کاهش تدریجی بیماری وجود دارد تا سن ١٦ سالگی که بیماری در هر دوجنس 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 داروئی 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 غذائی 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 عادتی 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 صرفا عادتی بوده و نشان‌دهنده اختلال خاصی نمی‌باشد و مشابه سایر رفتارهای عادتی 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 شناسائی نموده و از پیش برای کاهش رفتار برنامه‌ریزی نمایند.
- در مورد رفتار به کودک تذکر ندهند و رفتار عادتی 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:

- اختلالاتالقاءشدهتوسطمواد

- اختلالاتمصرفمواد

منظور از اختلالات القاء شده توسط مواد، علایم و نشانه‌های جسمی یا روان‌پزشکی هستند که در اثر مسمومیت یا محرومیت از مواد در فرد ایجاد شده و با رفع علایم مسمومیت یا محرومیت یا حداکثر در عرض ٤ 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 اُفت 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
- داروهایآرام‌بخشوخواب‌آور
- کافئین
- مواداستنشاقی
- موادافیونی
- موادتوهم‌زا
- موادمحرک
- سایرمواد

برحسبدرگیریباهریکازکلاس‌هایمواد (بهجزکافئین) یک**اختلالمصرفمواد**مطرحمیشود. 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 لذّت 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 طبی 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
- اُفت 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 ٤ 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 مراجعه کنندگان، 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 ازمشکلات سلامت جدی و طولانی مدت مثل فشار خون بالا، دیابت و آسم است. کودکان کسانی که انواع تنباکو را تدخین می‌کنند درمعرض 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،

مواجه 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 ٦ تا ٨ 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 افیونیغیرقانونی شایع مورد مصرف شاملتریاک، 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.

موادافیونیرامی‌توان به صورت تدخینی، تزریقِ عضلانییا وریدی، خوراکی، زیرزبانییا به صورت شیاف مقعدی استفاده نمود. تزریق منجر به ورود ناگهانیماده و شروع سریع اثرات ماده افیونی می‌شود. این حالت با خطر بالا بیش‌مصرفی (اُوردوز) کشندهیاغیرکشنده 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 اکستیسی و کوکائین با شیوع کمتری دیده می‌شود. این دسته از مواد اثرات محرک روانی بر دستگاه اعصاب مرکزی داشته و مصرف آن‌هامی‌تواندمنجربهطیفوسیعیازمشکلاتسلامتجسمیوروانیشود. شواهدفزاینده‌ای وجود دارد که مصرف محرک‌هایآمفتامینیبهسلول‌هایمغزآسیبمی‌رسانند. به علاوه،مصرفطولانیمدتدوزبالایآمفتامینیکعاملخطربرایسوءتغذیهاستکهآننیزمی‌تواندمنجربهآسیبدایمیبهسلول‌های 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) القائشده 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.

مصرفمحرک‌هایآمفتامینیهمچنینباشیوعبالایمشکلاتاجتماعیشاملمشکلاتارتباطی،مشکلاتمالی،مشکلاتمرتبطباکاروتح

صـیلهمراهاسـت. نوسـان‌هایخلقیهمچنینبامصـرفمسـتمرمحرک‌هایآمفتامینیهمراهاسـتوبرخیمصـرف-کنندگانبدترشدنمشکلاتسلامتروانمثلافسردگیوتحریک‌پذیریرادرطولزمانگزارشمی‌کنند.

خطراتهمراهبامصرفمحرک‌هایآمفتامینی (به ترتیبازشدتکم‌ترتاشدتبیش‌تر) عبارتنداز:

- دشواری خواب، از دست دادن اشتها و کاهش وزن، کم آبی 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:

مصـــرف الکل یک عامل خطرزا برای طیف وســـیعی از مشـــکلات ســـلامتی بوده و یک علت اصـــلی بیماری، اُفت کیفیت زندگی و مرگ زودرس اسـت. مصرف الکل خطر ابتلاء به مجموعه‌ای از بیماری‌های غیرواگیر همچون سـیروز کبدی، سـرطان‌ها، بیماری‌های گوارشـی و... و واگیر همچون سل و اچ‌آی‌وی را بالا می‌برد. مصـرف الکل همچنین یک عامل مهم برای تصـادفات و سـوانح در سطح جهانی محسوب می‌گردد. مصـرف الکل با هر سـطحی با بروز مشـکلات 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 مغزیمرتبط 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 صـورت بروز وابسـتگی فیزیولوژیک متعاقب مصـرف مسـتمر الکل فرد در سـطح قطع مصـرف دچار علائم و نشـانه‌های محرومیت می‌شـود. علایممحرومیت از الکل شـامل لرزش، تعریق، اضـطراب، تهوع، اسـتفراغ و اسهال، بی‌خوابی،سردرد،فشارخونبالا،توهموتشنجمی‌شوند. در برخی افراد محرومیت از الکل با عوارض شـدید همچون تشـنج و بروز حالت سـرسام (دلیریوم) خاصی همراه است که به آن دلیریوم ترمنس گفته می‌شود. به دلیل این عوارض شدید محرومیت از الکل می‌تواند کشنده باشد.

خطراتهمراهبامصرفالکل (به ترتیبازشدتکم‌ترتاشدتبیش‌تر) شاملمواردزیراست:

- 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
- سکته، آسیب دایمی 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

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

تزریق مواد، خطر وابســـتگی را افزایش می‌دهد. تزریق هروئین با خطر افزایش یافته بیش‌مصـــرفی (اُوردوز) همراه اسـت. برخی مصـرف‌کنندگان مواد شـیشـه، آن را به صـورت 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 سکته مغزی شود.

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

غربالگریوارزیابیافراد

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 کاملا 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 ارایه 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، سیکار 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 ارئه 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
٤- تشویق به مشارکت در فعال‌سازی رفتاری
٥- توصیه به خانواده برای حمایت از درمان طولانی مدت
٦- 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 **مرگ‌ومیردورانبارداری** 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 علایمی 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 کم‌سوادی 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.

درزنان باردار واجد غربالگریاولیهمثبت

- افراد شناسایی شده و یا مشکوک به مصرف مواد را به پزشک مرکز ارجاع دهید.
- درصورتی 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 تنش زا می‌شود که می‌تواند مادران مصرف‌کننده‌ی مواد را مستعدقبول درمان و آموزش‌های پیشگیرانه برای مادر و کودک نماید.
- در این دوران، آگاه سازی مادر از ضرورت دریافت آموزش مهارت‌های فرزند پروری، به عنوان یک اقدام پیشگیرانه دارای اهمیت بسیاراست.
- 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 هزینه اثربخش ترین 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 بوده اند 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 ۱۳٦٥ تاکنون به ثبت رسیده است، بیش از ٦۷٪به علت اعتیاد ترزیقی مبتلا شده‌اند. مصرف تزریقی مواد با عوارض شدید سلامتی همچون مرگ ناشی از بیش‌مصرفی (اُوردوز)، 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 سلسله مراتبی به شرح زیر باید پیگیری شود:

۱. اگرمعتاد انگیزه و آمادگی کافی برای ورود به درمان دارد، او و خانواده‌اش را تشویق کنید موضوع را با پزشک مرکز درمیان گذارند.
۲. اگر انگیزه و امادگی 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 تدخینی یا خوراکی استفاده کند.
۳. درصورتی 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.
٤. درصورتی که قبلا رابطه جنسی مشکوک داشته ویا ازسرنگ 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.
٥. 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 درشهرستان ویا 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 سیفتی 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 ار 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
  - ✓ علاوهبرآنکهبایدهمیشهازوسایلتزریقاستفادهشدهتوسطدیگراناجتنابکرد،نبایدوسایلخودرادراخ تیارسایرمصرفکنندگانموادقرارداد
  - ✓ شایدشماتصورکنیدقرضدادنسرنگ،سرسوزنیاسایروسایلتزریق،کمکبهدیگرانبهحساب می‌آیداماباایدتوجهداشتهباشیدکهقرضدادنوسایلتزریقدستهدوم می‌تواندعفونت های باکتریاییوویروسیرابهدیگرانمنتقلنماید
  - ✓ بههیچکساجازهندهیدازوسایلتزریقمصرفشدهتوسطشمااستفادهکند.
  - ✓ بهترینکمکیکهشما می‌توانیدبهیکمصرف کننده تزریقیبدهیدکمکبهاوبرایتهیهوسایلتزریقاستریلوارائهآموزش‌های برایمصرفایمنتراست.

- اگر همسر شما مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کند:
  - ✓ همسرتانراتشویقبهاستفادهازوسایلتزریقایمنکنید
  - ✓ درروابطجنسیخودحتماازکاندوماستفادهکنید
  - ✓ جهتانجامتستابتلابهایدزبهمرکزبهداشتیودرمانیمراجعهکنید.

✓ 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 (**کاهشتقاضا**).

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 اعتیادی‌در آن نمود و بروز می‌نماید، مورد توجه و کاربرد قرار گیرد.

برحسب**نوع و سطوحمداخله و عوامل خطرآفرین**، مؤثرترین راهبردهای مداخله‌ای در **چهار حیطه** قرار می‌گیرند. این حیطه‌ها عبارتنداز:

۱ ـ فرد

۲ ـ خانواده

۳ ـ گروه همسال

٤ ـ جامعه که شامل حیطه‌های فرعی‌تر مدرسه، محیط کار و محلهاست.

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 ـ شناخت علل مصرف مواد وتدوین یک برنامه مداخله‌ای برای رفع آن

۲ ـ کاهش عوامل مخاطره‌آمیز و پرخطر

۳ ـ آگاه‌سازی افراد جامعه, خصوصاً افراد در معرض خطر از خطرات و مضرات مصرف مواد

٤ ـــ افزایش مقاومت فرد در مقابل وسوسه‌های مواداز طریق آموزش مهارت‌های زندگی نظیر مهارت خودآگاهی،حل مسئله و کنترل هیجانات منفی، تفکر نقاد،امتناع ورزی وارتباط اجتماعی

٥ ـــ تقویت فعالیت‌های جایگزین مصرف مواد، به منظور ارضای نیازهای روانی – اجتماعی افرادمانند تقویت برنامه‌های تفریحی و ورزشی برای رقع نیازهای هیجان طلبی و لذت جویی

٦ ـ مشاوره و مداخله حین بحران و حوادثتنش زای زندگی از جمله مشکلات دوران انتقالی زندگی مانند زمان بلوغ، فشارهای عاطفی، اقتصادی، طلاق والدین و مهاجرت

۷ ـ ارتقاء سطح آگاهی فرهنگی، تقویت باورهای معنوی و اعتقادات مذهبی و اخلاقی در جامعه

۸ ـ وضع، اصلاح و تقویت قوانین و مقررات کارآمد و مؤثر در مبارزه با مواد

۹ ـــ 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 ـ 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 کنندهمصرف 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 بایدعلاوه بر جمعیت هدف (به عنوان مثال نوجوان) گروه همسال، خانواده

بویژه والدین و سایر بزرگسالان تأثیرگذار مانند معلم ومربی ورزشرا نیز مخاطب قرار دهد تا کارآمدی آن افزایش می‌یابد.

ب ـ مداخلات پیشگیرانه باید بر چه موضوعاتی تمرکز نمایند؟

۱ـ 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 جایگزینیمانند مواد محرکو الکل در جمعیت هدف مورد غفلت قرار گرفته باشند.

۲ ـ عوامل خطرساز و عوامل محافظت‌کننده: مداخلات پیشگیری زمانی کارآمدتر خواهند بود که در هر سطحی که اجرا می‌گردند (همگانی Universal، انتخابی Selective و یا موردی indicative) بر مهمترین عوامل خطر و عوامل محافظت‌کنندهجمعیت هدف تمرکز یابند.تحقیقات نشان داده‌اند که **عوامل خطر و محافظت کنندهدر حوزه‌های مختلف فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع ویژگی تعاملی و تجمعی** دارند. یعنی هر چه تعدادآنهادر جمعیت هدف بیشتر باشد،آسیب‌زایی یا حفاظت کنندگی آنها بیشتر می‌گردد.لذا توجع به این عوامل می‌تواند در افزایش کارآمدی مداخلات پیشگیرانه مؤثر واقع شود.

۳- **انتظارات و نیازهای جسمی و روانی فرد از مصرف مواد:** نیازهای افراد، انگیزه‌ها و انتظارات آنها ممکن است نقش مهمی در مصرف مواد در جهت هدف داشته باشند که توجه به آنها کارآمدی مداخلات را افزایش می‌دهند. به عنوان مثال ممکن است افراد به انتظار آنکه مواد اختلالات و **احساسات ناخوشایند آنها مثل تنش، اضطراب، افسردگی، تنهایی، چاقی و کمرویی** را کاهش می‌دهد، به مصرف مواد روی می‌آورند و یا انتظارات آنها از مصرف مواداین باشد که احساسات خوشایندی مثل لذت، خلاقیت، تهیج، تمرکز و رهایی ذهنیاز مشکلات در آنها ایجاد می‌کند.این قبیل نیازها، انتظارات و انگیزه‌ها بدون شک به طور پیچیده‌ای با عوامل خطر یا عوامل محافظت کننده تعامل می‌نمایند ولذا توجه به آنها و معرفی جایگزین‌های مناسب،مداخلات روانشناختی و یا درمانهای روانپزشکی برای برآورده ساختن آنها ضروری است.

٤-اطلاعات درست درباره پیامدهای مصرف مواد: مداخلات پیشگیرانه می‌توانند با ارائه اطلاعاتصحیح، مناسب، علمی، دارای تناسب فرهنگی و سنی با نیازها و انگیزه‌های آناناز مصرف مواد و داروها پیشگیری نمایند.این اطلاعات به اشکال گوناگون (تیزر، پوستر، کلاسهای بحث آموزشی و سخنرانی) و به گروههای مختلف (خانواده، محله، گروه همسالان و ...) ارائه می‌گردد.

٥-نگرش‌ها و هنجارهای ضد مواد:گاه دادن اطلاعات به تنهایی برای پیشگیری از سوءمصرف ماد کافی نیست، بلکه باید سعی در تغییر نگرش، ارزش‌ها و هنجارهای فرد، خانواده‌ها، گروه همسالان و جامعه نمود، تا به افزایش کارآمدی برنامه‌های 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 مهم‌ترین مداخلات پیشگیرانه مورد تأکید است.

٦-**مهارتهای اجتماعی:** اماایجاد ارزش‌ها و نگرش‌های ضد مواد نیز به خودی خود برای پیشگیری

مصـــرف مواد کافی نیســـتند. یک رویکرد کاملاً اثبات شـــده در زمینه پیشـــگیری از مصـــرف مواد، **آموزش و تقویـت همگـام مهـارتهای زندگی در ارتباط با افزایش اعتماد به نفس، توانایی کنترل هیجانات منفی، برقراری ارتباط، حل مســـأله و تعارضـــات، و تکنیک‌های رد مواد** می‌باشـــد. اینها ابزارهایی هســـتند که به نوجوان امکان می‌دهد، رفتارهایش را بویژه زمانی که با موقعیت‌های پرخطر روبرو می‌شود، ساماندهی کند.

ج ـ مداخلات پیشگیری از مصرف مواد چه زمانی بایداعمال شوند؟

۱ ـ به اندازه کافی مقدماتی و پیشگیرانه باشند.

مداخلات پیشـگیرانه زمانی کارآمدتر خواهند بود که خیلی زودتر از آنکه مصرف مواد بخواهد شکل بگیرد،اعمـال شـــونـد. بنـابراین براســـاس گروه هـدف این مـداخلات می‌تواننـد **از خیلی مقدماتی** مثل مراقبـت‌هـای پیش از تولـد (برای نوزادی کـه مـادر معتاد دارد) **تا مقدماتی** مثل مداخلات در محیط‌های بهداشـــتی،مهدکودک‌ها ودبســـتان برایکودکان و نوجوانانی که در ریســـک کمتری از مصـــرف مواد قرار دارند،اعمال گردند.

۲ ـ به اندازه کافی پایایی داشته باشند:

به نظر می‌رســـد مداخلات پیشـــگیری زمانی کارآمد خواهند بود که **به اندازه کافی و طی زمانهای مختلف** تقویت شـــوند. یک مداخله کوتاه‌مدت ممکن اســـت از مصـــرف مواد پیشـــگیری نماید،اما نمی‌تواند نوجوانان را برای مدت طولانی در برابر مصرف مواد **واکسینه** نماید.

عوامل محیطی متعددی مثل در دســـترس بودن مواد در محله،فشـــار از ســـوی دوســـتان، همچنین عوامل فردی مثل خطرپذیری نوجوانان و میل به تجربه مواد و ســـایر عوامل می‌توانند مقاومت نوجوان رادر برابر مواد علیرغم آنچه آموخته اســـت بشـــکند. بنابراین مداخلات پیشـــگیری باید **مســـتمر و مداوم** باشد.

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

فعـالیـت‌ها و موقعیت‌های ســـالم و عاری از مواد می‌توانند به نوجوانان کمک نماید که به ســـوی مصـــرف مواد نروند.این فعـالیت‌ها معمولاً با افرادی مثل خانواده، گروه همســـال، همکاران و ســـایر بزرگترهـا صـــورت می‌گیرد و معمولاً در موقعیـت‌هـایی مثـل **مراکز خـدمـات بهـداشـــتی-درمـانی، مدارس،اجتماعات دینی و تفریحی، محل کارو ســالنهای 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.

هـ ـ مداخلات پیشگیری مصرف از مواد چگونه باید اعمال شوند؟

۱ ـ تعاملی (Interactive)

تحقیقات نشان داده‌اند که **رویکردهای یکطرفه و پندآموز اثربخشی کمتری‌نسبت به رویکردهایی**

کـه بر مشـــارکـت و تعـاملیدارند. نوجوانان زمانی که می‌توانند با معلم، والدین، پلیس، دکتر و ... و یا همســـالانی کـه ســـعی دارند دانش، نگرش و رفتار ضـــد مواد را در آنها تقویت نمایند، در یک بحث و گفتگوی **تعاملی و با برنامه مشـارکتی پیشـگیرانه مانند برگزاری چشـنواره 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 مسـتلزم تعامل و مشـارکت نوجوانان** اسـت بیشـتر آنها را قانع می‌سـازد تا از مصرف مواداجتناب کنند.

۲ ـ چند وجهی (multimodal)

مـداخلات پیشـــگیری زمـانی کـه از **اســـتراتژی‌های چندگانه مثل ســـخنرانی** (که البته تنها برای گروه‌های بزرگ بصورت کوتاه مدت با هدف آگاهی بخشی انجام گیرد)،**کارگاه آموزشی**، **بحث گروهی**، **نمایش ونقد فیلم‌های ویدئویی و توزیع پمفلت** و **سـی دی آموزشـی**در سطوح و راهبردهای مختلف استفاده می‌کنند، کارآمدتراز آنهایی هستند که تنها یک رویکرد را بکار می‌گیرند.

۳ ـ 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 پیشـگیری نمود. تحقیقات نشـان داده که مداخلات پیشـگیرانه‌ای که بر فرد یا گروههای در معرض خطر تأکید دارند به تنهایی نمی‌توانند در این زمینه مؤثر باشـــند. 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 واولیه کودکی(۲-۵سال)

شـواهدی وجود دارد که نشـان می‌دهد **اختلال در مسـیر 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 سـنداسـتانداردهای پیشـگیری( )UNODC,2011اولویت تدوین این برنامه برای خانواده‌های مناطق حاشـیه نشـین و دارای پایگاه اقتصـادی- اجتماعی پایین جهت دسـتیابی به تکامل رشـدی 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 ارایه گردد.
- به خانوادهها در حل دیگر مسائل اجتماعی–اقتصادی کمک میکنند.

۲- آموزش مهارتهای فرزندپروری:

برنـامـه پیشـــگیری مبتنی بر خـانواده بـه عنوان یکی **از مهمترین** مـداخلات **اثر بخش دوره اولیه نوجوانی** باید با **ارتقا کارکردهای مؤثر خانواده** به تقویت روابط خانوادگی و **مهارتهای قرزندپروری** مثبت والدین بیانجامد.

مهمترین اهداف آموزش مهارتهای قرزندپروری

- 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 مشترکبرای 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 میشـود**، دارای شـواهد اثربخشـی قراوانی در مصـونیت این کودکان از انواع آسیبها در دوران نوجوانی است(UNODC,2011).

یک برنامه اثربخش بهبود کلاس درس باید ویژکیهای 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 پرخاشگرانه و ایذائی 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 شواهدآموزش 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 برعوامل محافظی چون تعهد به مدرسه،بهبودعملکردتحصیلی، 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 دیدهارائه می‌شوند.
- جلسات عمدتا 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 سیاست ها
- افزایش فعالیتهای جذاب و علاقمندی دانش آموز به مدرسه و کارکنان آن

برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر اجتماع

برنامه‌های اجتماع 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 وارزشیابی** 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 اجتماع محور** در میان مدت (برای مثال، بیش از یک سال)

خشونت خانگی

تعریف خشونت خانگی و انواع آن:

خشونت خانگی عبارت است از خشونتی 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.

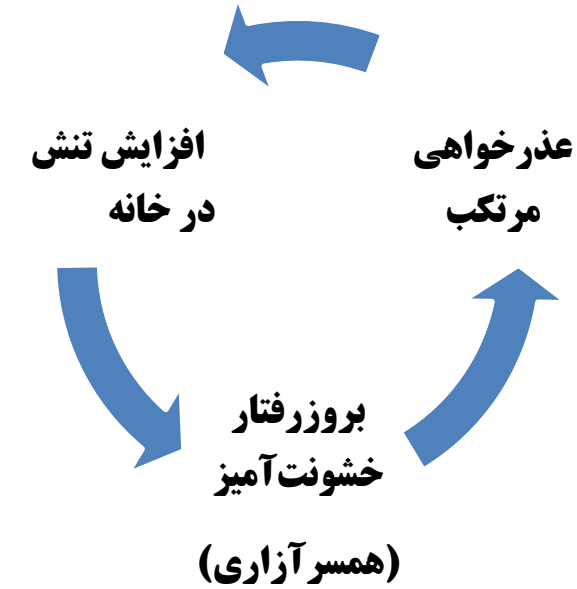
همسرآزاری به صورت‌های مختلفی مانند خشونت روانی و کلامی، خشونت اقتصادی، خشونت جنسی و خشونت جسمانی اِعمال می‌شود.

همسرآزاری جسمانی به اَشکال 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 خانه. 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 نیزاز لحاظ آمادگی برای تغییر، سه مرحله را طی می‌کند و کارکنان بهداشتی باید مشخص کنند قربانی در کدام مرحله است:

مرحلـه‌ی اول : قربـانی، شـــرمنـدگی، تنفر از خود و انکـار 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.

مرحلـه دوم :قربـانی واقعیتخشـــونت را پذیرفته اســـت، در این مرحله کارکنان بهداشـــتیمی‌توانند دسترسی او به منابع موجود را تسهیل کنند .

مرحله سوم : یعنی پذیرش مداخله و درمان، که امکان برنامه‌ریزی طرح درمانی وجود دارد.

پیامدهای همسرآزاری در خانواده:

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

الف. قربانی

- علائم افسردگی : مانند احساس بی ارزشی 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 ـ پرخاشگرانه: احساس اجبار برای خشنود کردن دیگران، تسلیم‌پذیری و پرهیز از هرگونه مقابله، عدم بیان خواسته‌ها و نیازهای خود.

ب. فرزندان

- ترس، اسـترس، بی‌خوابی، شب ادراری، اختلالات انطباقی و اضطرابی، نقص‌های شناختی و عاطفی، مشکلات تحصیلی، کمبودهای اجتماعی و رفتارهای تهاجمی.
- ۴۰-۲۰٪ نوجوانانی که رفتارهای خشـــن تکرارشـــونده دارند، در خانه‌هایی رشـــد کرده‌اند که مادر کتک می‌خورده است.
- افزایش احتمال ارتکاب همسرآزاری در پسران و خشونت پذیری دختران در بزرگسالی

موانع آشکارسازی همسرآزاری توسط زنان:

زنان به دلایل زیر تلاشـی برای آشـکار کردن خشـونت 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 اســـت 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؟

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

- آسـیب‌هایی که با توضـیح 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 خُلق‌وخوی 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) وشنیده 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 برقرارکنید.**

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 خشونتمقصر 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 خطرخشونت 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 نمی‌کنی؟ چرا در این رابطه مانده‌ای؟ چرا به او اجازه می‌دهی چنین رفتاری با تو داشته باشد؟ چرا زودتر به من نگفتی؟» سرزنش کرد و مقصر دانست.
- نباید به استقلال و آزادی قربانی بی‌توجهی کنید: توصیه‌هایی نظیرطلاق، ترک خانه، استقلال او را زیر سؤال می‌برد و نباید انجام شود.

- نباید قربانی بودن را عادی جلوه دهید،مثلا بگویید، همه زنان کتک می‌خورند.
- 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 ـ درمانی و یا به پزشک مرکز ارجاع دهید.

درصورتی که احتمال خطر جدی برای زن خشونت دیده وجود داشته باشدلازم 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 پرسی و ارایه 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 مسئله‌ای همه‌گیر در نسل‌های متوالی جامعه‌ی بشری است. هر چند این مشکل در اکثر فرهنگ‌ها وجود دارد اغلب مواقع شناسایی نمی‌شود. مطالعات در مورد میزان و شیوع کودک آزاری ناکافی است. کودک آزاری چه عمدی و چه غیرعمدی مشکل مهم و عمده‌ای در همه دنیاست. تخمین‌های جدید WHO نشان می‌دهد که سالیانه ٤٠ میلیون کودک ١٤-٠ ساله در تمام دنیا از کودک آزاری رنج می‌برند 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 نشانه‌های 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 موقعیت‌های 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 زننده 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 تماشا و یا تولید هرزه‌نگاری و با تماشا 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 ـ 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 منجری برایشان شود می‌ترسند. بنابراین یک تصویر مثبت (البته واقعی) از خدمات ارائه کرد تا آنها را تشویق کند به خواست‌ها، کمک‌ها و نیازها دسترسی داشته باشد. خانواده‌ها نیازمند آنند که اطلاعات کاملی داشته باشد از این که چطور 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 صبحت 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 کهمی‌توانند قبل از وقوع کودک آزاری در خانواده وجود داشته باشند.

- وجود عوامل محرک، همچون رفتارهای خاص کودکان که فضـای خانواده را برای اعمال خشـونت آماده می‌کند نظیر گریه‌های طولانی مدت در شـب، نخوردن غذا، شب ادراری و در کودکان بزرگتر دزدی یا دروغگویی
- وجود تاریخچه کودک آزاری در والدین : اکثریت والدین کودک آزاده دردوره کودکی توسط پدر یا مادر خود مورد کودک آزاری قرار گرفته و اغلب آن خاطرات فراموش شده یا سرکوب شده‌اند.
- داشـــتن انتظارات غیرواقعی از کودک همراه با عدم آگاهی از دوران رشـــد 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.
- شـیوه‌های فرزندپروری سـخت و بدون انعطاف که خود موجب افزایش استرس و تنش در خانواده می‌گردد.
- انزوای اجتمـاعی و عدم معاشـــرت با اقوام و دوســـتان. 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
- وجودسطح بالای اضطراب در والدین
- وقوع اتفاقات مکرر برای کودک و سابقه بستری شدن در ماه‌های اولیه زندگی

اغلـب این اطلاعـات از منبع دیگری غیر از والدین کســـب می‌گردد. زیرا بیشـــتر والدین کودک آزار، مشکل کودک را کوچکتر جلوه داده و خود را مسئول نمی‌دانند .

نحوه ا رجاع موارد شناسایی شده:

در صـورت مشـاهده علایم و شواهد دال بر احتمال کودک آزاری جسمانی، کودک و خانواده وی را جهت بررسـی، اقدامات درمانی و مراقبتی به پزشـک مرکز بهداشـتی درمانی روسـتایی، شـهری و یا بیمارستان ارجاع دهید.

خلاصه فصل

در این فصـل ضـمن مرور اختلالات و مشـکلات شایع حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، طبقه بندی، علائم و نشـانه‌های شایع آنها مطرح شد. در مورد هر اختلال توضیحات مختصری ارائه گردید و شـرائط ارجاع بیماران به سـطوح بالاتر شـرح داده شـد. با مرور این مطالب شـما نگرش مناسـب تری نسبت به غربالگری، مداخلات و مراقبت از افراد دارای اختلالات و مشکلات کسب کردید.

تمرین در کلاس درس

- با اجرای ایفای نقش شناسایی اختلالات و مشکلات شایع را به کمک فرم غربالگری تمرین کنید. (در هر بار ایفای نقش، گروهی از همکلاسیان می‌توانند ناظر ایفای نقش بوده و اشکالات را پس از اجرای آن بازگو نموده و دوباره ایفای نقش با گروهی دیگر تکرار شود.)
- نحوه ارجاع بیماران به پزشک (فوری یا غیر فوری) راتمرین کنید.
- نحوه مراقبت و پیگیری هریک از اختلالات و مشکلات شایع به عنوان مثال در مورد یک بیمار افسرده تمرین شود.
- آموزش‌های بیمار و خانواده در مورد اختلالات و مشکلات شایع حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به روش ایفای نقش تمرین شود.

تمرین در خارج از کلاس

با مراجعه به جمعیت تحت پوشش غربالگری، ارجاع، مراقبت و پیگیری را عملاً تمرین کرده، نتایج را در فرم‌های مربوط ثبت نمایید. در جلسه حضوری بعدی مراجعات و نحوه انجام خدمات مربوطه تشریح می‌شود و نظرات گروه در مورد عملکرد کارشناس مراقب سلامت خانواده مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

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 ومشکلات 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 عودبیماریروانپزشکی،مصرفموادیامشکلاتاجتماعی را توضیح دهید.

واژگان کلیدی

- پیگیری
- مراقبت
- ثبت و گزارشدهی

عناوین فصل

- مراقبتو پیگیریافرادمبتلابهاختلالاتروان‌پزشکی،مصرفموادومشکلاتاجتماعی
- اهدافمراقبتو پیگیریازافرادمبتلابهاختلالاتروان‌پزشکی،مصرفموادومشکلاتاجتماعی
- بازتوانیافرادمبتلابهاختلالروانپزشکی،مصرفموادومشکلاتاجتماعی
- عودبیماریروان‌پزشکی،مصرفمواديامشکلاتاجتماعی
- افرادتحتدرمانمبتلابهاختلالروان‌پزشکی،مصرفمواديامشکلاتاجتماعی
- داستان
- فرآیندثبتوگزارش‌دهیآماراختلالاتروانپزشکی،مصرفموادومشکلاتاجتماعی

مراقبت و پیگیری افراد مبتلا به اختلالاتروان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی:

برخی از اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد ومشکلات 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 ٦ ماه یکبار

٤- 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، پیگیریدرماهاولبهصورتهفتگیوسپسهردوهفتهیکباردرماه‌های دوم و سوم و سپس ماهانه تا پایان سال اولتوصیهمی‌گردد. همچنین به دلیل اهمیت مصرف مواد در بارداری، پیگیری هفتگی با نظر پزشک و کارشناس سلامت روان توصیه می‌گردد.

٥- 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 می باشد.

٦- موارد مشکوک به کودک آزاری، ۷۲ ساعت پس از ارجاع کودک به پزشک، پیگیری از پزشک مرکز صورت گرفته و سپس پیگیری درمان درهفته‌های ٤-۸-۱۲ و سپس ۳ ماه بعد صورت پذیرد.

اهـداف مراقبـت و پیگیری از افراد مبتلا به اختلالاتروانپزشـکی، مصـرف مواد و مشـکلات اجتماعی:

الف - برای افرادتحت مراقبت:

افرادی که تشـخیص بیماری روانپزشـکی، مصـرف مواد یا مشـکلات اجتماعی برای آنها داده شـده اسـت و تحت درمان پزشـک یا روانپزشـک یا روان‌شـناس قرار دارند، تا زمان بهبود کامل باید توسـط 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
٤- توجه به نحوه مصـرف دارو (دقت در زمینه عدم قطع دارو یا تغییرمقدار مصـرف آن بدون نظر پزشک)
٥- توصیه به بیمار برای مراجعهبه پزشک در موعد تعیین شده
٦- 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- بررسـی انجام توصـیه‌های درمان‌گر توسـط بیمار، قربانی خشـونت و فرد مرتکب خشـونت درصورت درمان‌های غیردارویی و مشاوره
۱۰- تشویق بیمار به انجام فعالیت‌ها ی روزمره و کمک به حفظ کارکرد وی
۱۱- آموزش بـه خـانواده‌هـا در مورد رفتـار و برخورد صـحیح آن‌هـا بـا بیمـار یـا فرد قربـانی یا اعمال‌کننده خشونت

ب – برای بیماران یا افراد بهبود یافته :

این افراد یا بیماران بلافاصـله پس از تشخیص بهبودی توسط پزشک یا روانشناس، از نظام مراقبت حذف نمی‌شـوند بلکه افرادو بیماران بهبود یافته تا مدتی پس از بهبودی- مدتی که پزشک یا روانشناس تعیین می‌کنند- باید توسـط کارشـناس مراقب سـلامت 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 سـلامت خانواده باید به وضـعیت بیمار توجه داشـته باشـد و چنانچه متوجه بازگشت علائم ویا مشـکلات شـد، اورا به روانشـناس یا پزشک ارجاع دهد. کارشناس مراقب سلامت خانوادهباید 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 مصـرف دارو، ادامه درمان، همکاری با پزشـک 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 ویا 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 خانوادهای 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 می‌شودبنابراین جزء بیماران تحت پوشش پایگاه سلامت شهری محسوب می‌شوند و در آمار ماهیانه ثبت می‌گردند.

در افراد مبتلاء 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 کمک‌کننده 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 بهمرکز و دریافت ادامه درمان و مراقبت

۲- ارائه آموزش‌های لازم به بیمار، افراد دارای مشکل و خانواده آن‌ها

بازتوانی افراد مبتلا به اختلالروانپزشکی، مصرف موادو 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 ظاهرمی شود:

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 گزارشدهی آمار اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی:

بر اساس فرم ثبت، کارشناس مراقب سلامت خانواده اطلاعات آماری افراد مبتلا بهاختلال 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 مشکلِ 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 روانیو 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 آن‌را 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 اورا 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 موادو مشکلات اجتماعی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده ثبت می‌شود و در پایان هر ماه فرم آمار به مرکز سلامت جامع ارسال می‌شود.

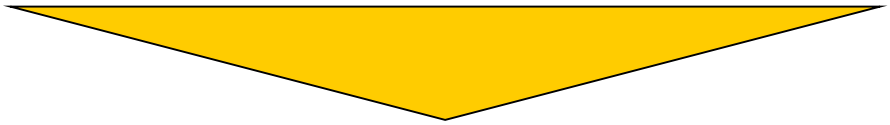
تمرین خارج از کلاس

۱- اهداف مراقبت و پیگیری بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و دارای مشکلات رفتاری را ذکر کنید .
۲- مراقبت و پیگیری برای چه افرادی باید صورت گیرد؟
۳- فرآیند ثبت و گزارش‌دهی اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی را توضیح دهید .
۴- منظور از بیمار تحت درمان چیست و چه خصوصیتی دارد؟
۵- به چه وضعیتی، عود بیماری گفته می‌شود؟

تمرین در کلاس درس

- با روش ایفای نقش یک نفر در نقش بیمار و یک نفر در نقش کارشناس مراقب سلامت خانواده باشد و کارشناس مراقب سلامت خانواده برای پیگیری وضعیت بیمار به درب منزل او برود و با او صحبت کند .
- کارشناس مراقب سلامت خانواده در کلاس وضعیت چند نفر از افراد دارای مشکلات اجتماعی تحت پوشش خود را توضیح دهد و اقداماتی را که برای پیگیری و مراقبت آنها انجام داده‌است را بیان کند .

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 وآگاهی‌های منفی و مثبت مردم در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیادرا توضیح دهید.

واژگان کلیدی

- آموزش سلامت

عناوین فصل:

- **آموزشدر حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد**
- **چند مبحث مهم آموزشی در حوزه سلامتروانی، اجتماعی و اعتیاد**

آموزشدرحوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اهدافآموزشبهافراددر گروه‌ها را می‌تواندرموارد زیرخلاصه‌کرد :



- 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 بامداخلات 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

بطورخلاصه می‌توانگفتهدفازآموزشدر حوزه سلامتروانی، اجتماعی و اعتیادعبارتاستاز ارائه پیام‌های بهداشتی با هدف ارتقاء آگاهی مردمدر زمینه سلامتروانو اعتیاد و بهبود کیفیت زندگی است و همچنین برحذرداشتن 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.

بیشترمردمنمی‌دانندکهامروزهبسیاری از اختلالات روانپزشکیدرماندارندودربسیاریازمواردقابلپیشگیریهستند. 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.

مردمبهدلیلترسازانگبیماریروانپزشکی و آسیب‌های اجتماعیجهتدرمان و یا مشاوره به مراکزدرمانیمراجعهنمی‌کنندوبیماری و مشکلاتخودراازدیگرانمخفیمی-کنندویاازداروهایاعصابوروانبهبهانه‌هایینکه‌هاعتیادمی‌دهندمی-ترسندیاانتظاردارندکهبایکبارمراجعهبهپزشکویکبارداروگرفتن،بیماریازبینبرود.با ارائهآموزش‌های سلامتروان 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 آموزشیدر حوزه سلامتروانی، اجتماعی و اعتیاد

آنچه در زمینه اختلالات روانپزشکی باید بدانی

- افرادیکهمبتلابهاختلالاتروانپزشکیهستند،حتیهنگامبیمارینیزاحتیاجاتونیازمندی‌های مشابهسایرافرادارند؛آنهانیزنیازمند توجه، مهربانی و پذیرش از سوی دیگران هستند.لذاشایستهاستدربرخوردبابیمارانشأنومنزلتآنانرابهعنوانیکانساننگهداریم.
- اکثررفتارهایغیرعادیفقطازلحاظکمیتبارفتارعادیتفاوتدارند. بیمارانمبتلا به اختلالات روانپزشکی معمولاًهمانروشهایرابکار می‌برندکهاشخاصعادیمورداستفادهقرار می‌دهندولیباشدتخیلیبیشتر. اینروش‌هارفتاروعملکردخودفردراتحتتأثیرقرارمی‌دهندورفتاراورااز روالعادیخارجمی‌کنند .
- هرفردممکناستدچاراختلالات 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 روانپزشکیهرگزنبایدازکمکخواستنبرایدرمانبیماری-هایخوداحساسشرمندگیوخجالتکند.زیراهمان‌طورکهانسانمسئولاکثربیماری-هایجسمانیخودنیستبههمانننسبتنیزمسئولاختلالات روانپزشکیخودنیزنمی‌باشد.
- بهبیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکیچهدردورهبیماریچهپسازبهبودیمی-توانمسئولیتوکارمتناسببباتوانایی‌بیماردارد. دربعضیازبیمارانلازماستکسیبرکارآنهانظارتوسرپرستیداشتهباشد.
- بستریکردنبیماران روانپزشکیدربیمارستانبهجزدرمواردخاص(کهپزشکتجویز می‌کند) ضرورتی ندارد.

اگربیمارداروهایشرابطورمرتبوزیرنظرپزشکمعالجادامهدهدوخانوادهواجتماعحمایتلازمراازاود اشتهباشند،روندبهبودیسرعتبیشتریمی‌گیرد.



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 فرزندتان را در صورتی که به او صدمه ای وارد نمی‌شود، نادیده بگیرید. نادیده گرفتن رفتارهای نامناسب منجر به از بین رفتن آن رفتار می‌گردد.
- به رفتارهای مناسب کودکتان 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 فرزندتان اختصاص دهید. فضایی برای بیان راحت و آزادنه هر آنچه در ذهن فرزندتان می‌گذرد.
- در فعالیت‌ها و سرگرمی‌های فرزندتان شریک شوید. این کار موجب استحکام روابط پدر و مادر با فرزند می‌گردد .
- فهرستی از رفتارهای مثبت کودکتان 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 فعالیتی: 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 قبلیدر 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، ۲۰۰٤)، رشد سلامت روانی، ارتباط‌های فرد، موفقیت تحصیلی، شغلی و اجتماعی (دوران و اسمیت، ۲۰۰٤) 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 تصمیم گیری، 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.
- بی توجهی 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 عنواین 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 باارزش 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. دراین هنگام بهترین راهکار ترک موقعیت می‌باشد. پس از آن باید با افکار تشدیدکننده خشم خود مقابله کنید. مثلا اگر از دست خودتان عصبانی هستید به یاد آورید که هیچ کس در دنیا کامل و بدون اشتباه نیست.
- در مواقع مواجه 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 باورهاونگرش‌های غلطدربارهاثراتوپیامدهایمصرفموادکدامند؟

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 رسانه ای، موادی چون سیگار، الکل و حشیش را که به آنها «مواد دروازه ای» می‌گویند، مورد هدف قرار داده و تأکیدشان بر اطلاع‌رسانی در مورد پیامدهایمصرف 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 مداخلاتجدی 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 باراول، 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 مواددر بخش‌هایی از مغز مربوط به قضاوت، تصمیم گیری، 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 مصرف کننده 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 اکستیسی (اکس) به اعتیاد نمی‌شود و گمان می‌کنند می‌توانند سال‌ها مواد را مصرف کنند و خوب و سرحال 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 اعتیادآور 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 منشا 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 تقویت کننده قوای جنسی است!

این باورها پایه علمی و صحیحی ندارد. چه بسیارند 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 تری گلیسیرید بالاتری دارند. معتادان فراوانی هستند که به دنبال سکته مغزی با قند خون و فشار خون بالا در بیمارستان‌ها بستری شده‌اند.

➢ می توان هر چیز را در زندگی یک بار تجربه کرد!

برخی افراد بر این باورند که هر خطری ارزش یکبار تجربه کردن را دارد. حال باید از آنان پرسید که اگر سوزنی آغشته به ویروس هپاتیتبیا 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

ازیک 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 ایجاد کننده 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 نشده اند 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 سراغمواد اعتیادآور از جمله تریاک، حشیش، هروئین، شیشه و یا سایر مواد اعتیادآور خطرناک وخانمان 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 اجرایمداخلات حوزه پیشگیری ازمصرفمواد 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 تاب آوری‌درمقابلمصرف مواد،برمبنای‌اینا‌عتقادبناگردیدهاستکههعده‌ای‌درمعرضخطریاعواملخطرآفرینقرارمی‌گیرند،اما متاثراز آنعواملنگردیدهواختلالی‌راتجربهنمی کنند . در واقع، عواملتاب‌آوریباعثمی‌شوند،افراددرشرایطدشواربا‌وجودعواملخطرزاازقابلیت‌هاوظرفیت‌های‌مو جوددردستیابی‌بهموفقیتوشکوفایی‌درزندگی‌بهرهگرفتهوازچالش‌هاسربلندبیرونآیند.

عواملخطرزاشاملفقدانیاضعفروابطمبتنی‌براحساسامنیتعاطفی،کاستی‌درسازگاری‌اجتماعی، داشتنوالدین و اطرافیانمعتاد،وجودنگرشمثبتبهمواد،مقبولیتمصرفدرخانواده ودوستان،عدم ارتباط مثبت با مدرسهواجتماعوداشتنشخصیتپرخاشجوویاضدهنجارهایمثبتاجتماعیجامعهاست.درمقابل، مهمترینعواملمحافظشاملبرخورداری‌ازمهارت های‌زندگی،ارتباطبا گروه های‌همسالمثبت،موفقیتتحصیلی‌درمدرسه،نظارت مؤثروالدین،پیوندهای‌مثبتوروابطمبتنی‌براحساسامنیتدرمحیط‌های‌کاروزندگی‌فرد می‌باشند.

برخی‌ازعواملتاب آورکهتاثیراتعواملخطرآفرینرابهحداقلکاهشمی دهندعبارتنداز: داشتنتصویرمثبتازخودوبرخورداری‌ازعزتنفسبالا،توانایی‌کنترلزندگی،احساسمسئولیت وتعلقبهاجتماع،وجودارزش‌های‌اخلاقیومعنوی‌درمحیطزندگی‌فردونظایرآن.

- مداخلات پیشگیری از مصرف مواد بایددربرگیرندهآموزشمهارت‌هایزندگی‌باشند .

آموزشاینمهارت‌هامشتملبر ۵حوزهاست:

الف-آموزش‌هایافزایشخودآگاهی‌و عزت نفس

ب-آموزشتفکرخلاقوتفکرنقادانه و مهارت نه گفتن

ج-آموزشقابلیتبرقراری‌ارتباط مؤثروارتباطبینفردی‌سازگارانه

د-آموزشمهارتحلمسئله

هـ-آموزشمدیریت هیجان‌هاوکنترل فشارهای‌روانی

اجرای‌برنامه‌های‌آموزشی‌مهارتهای‌زندگی،تاثیراتکوتاه‌مدت،میان‌مدتوبلندمدتیچونایجاددانش ،تغییرنگرش،بهبودسلامتروان،تمایلاترفتارمثبت،تغییردرخودکارآمدی،بهبودتواناییهای‌روانی-اجتماعی،بهبودفضای‌کلاس،بهبودرفتارهای‌مدرسه،بهبودارتباطبیندانش‌آموزان،وارتباطدانش‌آموزانومعلّم‌ها،بهبودحضوردرمدرسهوعملکردتحصیلی،ایجادتغییراتمعنی‌داربررفتارسلامتورفتارهای‌اجتماعی‌دارندکهباجلسه‌های‌تقویتی‌ویادآوری،تغییراتایجادشدهطی‌زمانحفظوابقاءمی‌شود.

- افرادمصرف‌کننده مواد، برایتوجیهکارخودوتأییدخودشانعلاقهدارنددیگران بهخصوصدوستانو گروههمسن و سال رانیزبهمصرفمواد وادار کنند.
- نتایج مطالعات نشان می‌دهد، بسیاری از افرادی که در دام وابستگی به مواد گرفتار شده‌اند، برای مقابله با استرس‌ها ی 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.
- نهگفتندرموقعیتصحیح،نشان‌دهنده

قدرتشماست.ممکنهمهافرادمثلشماجرأتآنرانداشتهباشند؛تا آنجا که میتوانید کوتاه ومحکم سخن بگویید. از توجیه و توضیحات مفصل اجتناب کنید.

- راهنمایی مراجعین جهت امتناع از مصرف مواد و آگاه سازی جامعه در باره مضرا ت 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 مداخلاتپیشگیری از مصرف مواددارایبخشهاییمتمرکزبرخانواده می‌باشند. اغلب مطالعات به‌عمل آمده،تاثیرمثبت والدین و خانواده‌هابه‌ویژه در سال های کودکی که‌تاثیرونفوذوالدین بیشترازدوستانوهمکلاسی‌هااست‌رانشان می‌دهند.

۱- برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد برای والدین لازماست در **مراحل مختلف رشد کودکان** به‌عمل آید.

۲- برنامه‌های پیشگیری می‌توانند **در طول دوران کودکی و نوجوانی و حتی قبل از تولد** با ارایه اطلاعات در زمینه عوارض مصرف مواد و نیز دسترسی والدین به‌مشورت لازم، مهارت‌هایارتیاطی و تربیتی آنانرا بهبود بخشند.

۳- **سطح و شدت انجام فعالیت‌ها** به‌سطح عمومی خطرات مربوط به‌گروه‌های مورد نظر بستگی دارد. برگزاری برنامه‌ها می‌تواند به شکل **همگانی برای عموم جامعه، انتخابی برای گروه‌های در معرض خطر و یا موردی برای یک والد آسیب دیده با هدف توسعه مهارت‌ها و ارایه مشورت** انجام می‌گیرد.

٤- برنامه‌های آموزشی بایستی **در سطح جوامع محلی و در طول چندسال** انجام شوند تا به‌صورت بخشی از زندگی رو زمره جامعه درآمده و به‌شکل یکبارهو بدون تداوم انجام نگیرند. در صورتی‌که والدین متوجه شوند یک برنامه پیشگیری به‌صورت مناسب جاافتاده و سابقه خوبی نیز دارد به آ نروی خواهند آورد.

۵- محوریت برنامه های فرزندپروری بر تقویت مهارت های تربیتی والدینو کارکردهای آنان در ایجاد فضای امن عاطفی، نظارتومراقبت از فرزندان، افزایش آگاهی و دانش در ستد ربارهپیامدهای مصرف مواد، انتقالارزشهایاجتماعیمطلوبوسیاست‌های خانواده در قانونگذاری برای رفتارهایفردیوا جتماعیاعضایخوداست.

٦- همچنیناعمالقوانینانضباطی در خانواده کهنهسخت گیرانهباشدونهسهل انگارانه باشدووجود گروه های همتای مثبتدرارتیاطاتخانوادگیوتعاملآنهاباهم، اثربخشی مداخلاتپیشگیرانهرابالامی برد.

۷- شواهد علمی نشاندادهاستکهفعالیت های متمرکز بر کلاعضایخانواده

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 تصمیم گیری 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 ٤٠ 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 نسبتا کم اهمیت از کوره در می‌روید.
- ✓ اگر به خودکشی فکر می‌کنید، اما فعلا 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 بی خوابی شده‌اید و یا خواب شبانه خوبی ندارید به گونه‌ای که طی روز احساس کسالت یا خواب آلودگی دارید.
- ✓ اگر شروع به مصرف مواد کرده اید، 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 فورا به یک مرکز درمانی مراجعه کنید:
- ✓ اگر اقدام به خودکشی کرده اید حتی اگر با روشی که به نظر کم خطر باشد.
- ✓ اگر به صورت تصادفی از داروهای روان پزشکی به میزان زیاد به اشتباه استفاده کرده اید.

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 اســـت و باید آموخته شـــود. برای شـــرکت در دوره‌های فرزند پروری می‌توانید به کارشناس سلامت روان در مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایید.

پیام شماره ۵

دوران بارداری و پس از زایمان، دوره ای اسـت که ممکن اسـت فرد را مسـتعد مشـکلات اعصای و روان چون افسـردگی 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 صـورتی 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 صـورتی که دچار بیماری روان‌پزشـکی 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.اگراعتیاد از نوع تزریقی باشد ممکن است فرد رابه بیماری‌های عفونی همچون اچ‌آی‌وی وهپاتیت دچارکند. 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 درخواب، افسردگی،مشکل درتصمیم‌گیری 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 القاءشده در اثر مصرف ماده هستند. جنون القاءشده 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 مصرف کننده، بلکه به هرکس که با اودرتماس باشد نیز آسیب می‌رساند.نیاز فرد به مصرف مداوم موادموجب بروزمشکلهای اقتصادی،کاهش درآمدخانواده،افزایش هزینه،نابسامانی واز هم پاشیدگی خانواده،طلاق، خشونت درخانواده (خشونت نسبت به همسر و آزار کودکان) و همچنین محدود شدن معاشرت سالم خانواده با دیگران میشود وتربیت فرزندان را دچار اشکال می‌سازد.

اجتماعی، اقتصادی و شغلی

اعتیاد خسارات بسیاری را برجامعه واجتماع تحمیل می‌کند ودرعملکرد شغلی دشواری‌های فراوان پدید می‌آورد. اعتیاد ممکن است موجب طرد شدن فرد از جامعه، بیکاری، غیبت از کار، کاهش میزان کارآیی، 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 برحذرداشتن 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.

تمرین در کلاس درس

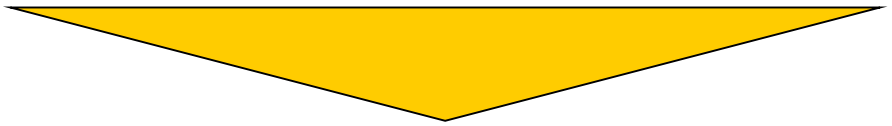
با روش ایفای نقش یک نفر در نقش بیمار و یک نفر در نقش مشاور باشد ومشاور مراحل مشاوره را انجام دهد. در این شرائط سایر دانش آموزان به عنوان تماشاگر باید نقائص و نقاط قوت این ایفای نقش را بگویند تا افراد بعدی بتوانند آن را به نحو بهتری انجام دهند.

تمرین در در خارج از کلاس

۱- مشاوره را تعریف کنید و اصول آن را توضیح دهید.

۲- به نظر شما چگونه ارتباط مناسب و مؤثر در مشاوره به دست می‌آید. شما کدام یک از عوامل تأثیر گذار بر ارتباط را مهم تر می‌دانید؟ چرا؟

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 راه اندازی عملیات ارتقاء سلامت روانی اجتماعی را بازگو نمایید.

واژگان کلیدی

- آموزش
- گروه های هدف
- مشارکت جامعه

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 آگاه‌سازی عمدتاً از دو محور آموزش‌های فردی و مشاوره ونیز آموزش‌های جمعی به گروه‌های رسمی و غیررسمی فعال در جامعه تحقق می‌پذیرد. در محور آموزش فردی، ارائه‌دهنده خدمات سلامت به عنوان مشاوری عمل می‌کند که تلاش می‌نماید با مشارکت مشتری خدمات، مشکل سلامت 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 فعالیت ها، 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

٤- 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

٦- 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 اعتیاددر 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 بحران‌ها یا تغییرات خاص در محیط که منجر به بروز مشکلات خاص شود؛ در این زمینه حوادثی نظیر زلزله، تغییرات سریع فرهنگی اجتماعی، منازعات قومی و قبیله‌ای و ... می‌تواند منجر به بروز مشکلات 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 بهره مندی آنها از خدمات مختلف سلامت و خدمات اجتماعی

۲- اطلاعات اطرافیان سالمندان در زمینه نیازهای این گروه

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

با اطلاعات به دست آمده روشن است 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 اعتیادبه 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 موجوددر آن بهره جست. این توانمندی‌ها در گروه‌های رسمی و غیررسمی جامعه وجوددارد. 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 بهره کشی از کودکان در انجام کارهای شغلی را در جامعه تحت پوشش مشاهده نموده است. او ضمن مشورت با پزشک و کارشناسان مربوطه در مرکز 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 بهره کشی 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 بهره مندی 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 موضـــوع برنامه‌ریزی آموزشـــی برای گروه‌های هدف را با یک داستان آغاز کنیم.

« کارشـــناس مراقب ســـلامت خانواده محله حســـین آباد در بررســـی‌های خود متوجه شـــد که تعداد قابل توجهی ســـالمند در محلهوجود دارد که برخی از آنها دچار بیماری آلزایمر (زوال عقل) و افســـردگی هســـتند. او در مواجهه با این افراد در می‌یابد که اصـــلی ترین عـامـل افســـردگی در این گروه، آگـاهی از گـاهش روزافزون یـاد آوری خاطرات می‌باشـــد. که این امر خود موجب کاهش احساس لذت آنها از زندگی می‌گردیده است.

کارشـناس مراقب سـلامت خانواده محله براسـاس آموزش‌هایی که دیده اسـت 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 اطمینـان از این کـه کـارشـــنـاس مراقـب سلامت خانواده به درستی موارد ابتلا به آلزایمر و افســـردگی را پیدا کرده اســـت، در درجه نخســـت شـرایط ملاقات سـالمندان با شـکایت فراموشـی و افســـردگی را بـا پزشـــک فراهم می‌کنـد. در این ملاقات‌ها فرد ســـالمند همراه با نزدیک ترین فردی که امکان مراقبت ســـالمند را دارد به نزد پزشـــک مراجعـه می‌کند. حال پس از اطمینان از تشـــخیص صـــحیح موارد مبتلا به آلزایمر کارشـــناس مراقب ســـلامت خانواده برنامه را برای آموزش اطرافیان بیمار ســـالمند مهیا می‌کند. این برنامه شـــامل چند جلسـه 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 جلسـات از معتمدین محلی و یا دبیران شـاغل در محله که در زمینه سـلامت روانی و اجتماعی آشـنایی دارند نیز دعوت به عمل آورد.

شـیوه مورد نظر کارشناس مراقب سلامت خانواده در این آموزش گروهی استفاده از روش بحث و گفت و گوی مشـارکتی اسـت. برخی از جلسات با حضور پزشک و برخی دیگر بدون حضور وی انجام می‌شـود. در شـیوه بحث و گفت و گوی مشـارکتی فراگیران و آموزش‌دهندگان اقدام به تبادل اطلاعات می‌نمایند. در این شـرایط کار آموزش‌دهنده این اسـت که فراگیران را در جهت ارائه پاسـخی مناسب به

سئوالات مهم و کلیدی و یا سؤالاتی که جمع مطرح می‌کنند راهنمایی کند.

برای شروع نخستین مباحثه، اولین سئوال را پزشک محله مطرح می‌کند. سئوال 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 عصابی شوند یا گریه کنند. آنها این علائم را به فراگیران توضیح می‌دهند. فراگیران نیز اطلاعات و تجارب 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 بهره مند شوند.

برای آنکه این مباحثات تاثیراتی 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 تاثیر پایدار آن است. به همین منظور مجدداً توصیه می‌کنیم تا فصول مربوطه را در کتاب مبانی بهداشت و کار در محلهرا مجدداً مرور نمایید.

براســاس آنچه که در فوق به آن اشــاره شــد می‌توان به طور خلاصــه مراحل برنامه‌ریزی و اجرای آموزش را موارد ذیل دانست:

۱- تهیه برنامه آموزشــی شامل مراحل، دفعات، موضوعات و اهداف آموزش، افراد فراگیر، افراد آموزش‌دهنده و تســهیل کنندگان 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

٤- تعیین نحوه ارزشیابی تاثیرات آموزش بر زندگی سالمند

٥- ارتقاء مستمر کیفیت و استانداردهای آموزشی

٦- ارائه گزارش به سطوح بالاتر و سایر نهادها و دریافت کمک‌های آنها

واضــح اســت هر یک از مراحلی که در فوق آمده نیازمند دانش، تجربه و تمرین اســت. شــما در طول زمان این فرصــت را خواهید داشــت که با بهره‌گیری از منابع علمی در دســترس و ســایر کتب آموزش اقــدام بــه ارتقاء عملکرد خود نمایید. آنچه بیش از هر چیز در چنین تجاربی ارزش دارد در درجه نخســت تمرین و ممارست خود شماست و در درجه دوم ارزشمندی کار شما و نتایج آن. به طور حتم اگر چنین موضــوعاتی به درستی و با بهره‌گیری از منابع علمی و با مهارتی کامل به اجرا برســد، شــما نقش اصــلی خود را در تحقق ســلامت که همانا رفاه کامل جســمی، 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 اســت که از ارزیابی نیازهای واقعی جامعه شــروع می‌شود. متعاقب طراحی و اجرای آموزش باید نتایج را به طور مســتمر ارزشــیابی نمود و بر اســاس آنها مجدداً اقدام به برنامه ریزی آموزشی کرد .

فرایند مشــارکت 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 بهره گیری از الگوی مشخص علمی و عملی است .

تمرین در کلاس درس

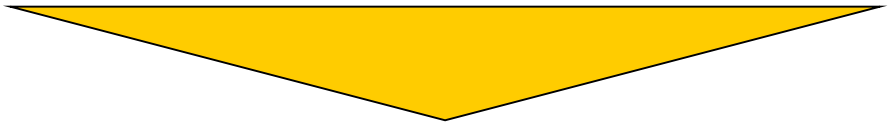
- در قالب دو یا سه گروه تقسیم شده و هر کدام با هماهنگی یکدیگر اقدام به ایفای نقش در قالب یک برنامه آموزش گروهی نمایید. در این زمینه شما از فرضیات ذهنی خود در زمینه تحلیل نیازها و سایر مراحل استفاده کنید. در این مورد می‌توانید از قبل با مربی خود مشورت نمایید. در این شرایط همکلاسان می‌توانند به عنوان شنونده به سخنان شما گوش دهند و اشکالات آن را متعاقباً بازگو نمایند .
- در قالب یک یا چند گروه اقدام به ایفای نقش در زمینه راه اندازی یک برنامه سلامت روانی، اجتماعی از طریق مشارکت مردم نمایید. در این زمینه همانند تمرین پیشین از فرضیات ذهنی خود در زمینه تحلیل نیازها و سایر مراحل استفاده کنید. توصیه می شود از قبل با مربی خود مشورت نمایید. در این شرایط مشارکت تمامی همکلاسان به عنوان اعضای مختلف تیم ضرورت دارد.

تمرین در خارج از کلاس درس

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

- اصول سخنرانی
- اصول کار مشارکتی
- اصول آموزش به بزرگسالان

فصل نهم



حمایت‌های روانی، اجتماعی در حوادث و بلایا

اهداف فصل

پس از این مطالعه انتظارمی رود بتوانید:

- بامفاهیم مربوط به سلامت روان در بلایا آشناشوید.
- علائم و واکنش‌های روانی و رفتاری راکه درمواجهه بااسترس بروزمی کند، بشناسید.
- گروه‌های آسیب‌پذیر را شناسائی کرده وتفاوت واکنش‌های روانی و رفتاری درکودکان وبزرگسالان رابدانید.
- وظیفه اصلی خودرادرمنطقه آسیب دیده بشناسید.
- بدانید والدین باید چگونه باکودک آسیب دیده رفتارکنند.
- اگربه‌عنوان امدادگر به منطقه آسیب دیده رفته‌اید، چگونه باید رفتارکنید.
- بدانید، چگونه بایدمراقب سلامت روان خود باشید.

سوگ ومراحل آنرابشناسیدومطالبی درباره چگونگی برخوردباسوگ را درکودکان بدانید. بدانیدپس ازوقوع حوادث وبلایا چگونه می‌توانیددرحل مشکلات محله خودمشارکت داشته باشیدومردم رانیزبه این مشارکت دعوت کنید.

واژگان کلیدی

- آموزش
- بحران، بلا
- واکنش‌های روانی
- گروه‌های آسیب‌پذیر

عناوین فصل:

- تعاریف و مفاهیم
- مراحل مختلف واکنش‌های روانی و رفتاری پس از بلایا
- واکنش‌ها وعلائم روانی در گروه‌های آسیب پذیر
- چه کسانی راباید به تیم حمایت روانی –اجتماعیارجاعدهید.
- توصیه‌هائی برای والدین کودکان آسیب دیده
- باورود به منطقه حادثه دیده، به عنوان امدادگرچه باید کرد
- نکاتی درباره سوگ
- چگونه باید ازخود مراقبت کرد؟

مقدمه:

ایران یکی از ۱۰کشوراصلی بلاخیزدنیاست ودر سال‌های اخیربیش از ۱۸۰۰۰۰ نفر در این بلایا که بطور عمده زلزله بوده است، کشته شده‌اند. درجریان بلایای طبیعی آسیب‌هایروانی به افراد مثل یک کوه عظیم یخ است که قسمت اعظم آن زیرآب قراردارد ودیده نمی‌شود. مرگ و مجروحیت جسمانی دربخش‌های بیرونی آب قرارگرفته ولی معلولیت وعواقب روانی حوادث که گاهی تاپایان عمر باقی می‌ماند بدنه اصلی این کوه یخ راتشکیل می‌دهدو دراکثرمواقع موردغفلت قرارمی‌گیرد.این زخم‌های روانی گرچه پنهان هستند ولی موجب رنج وناتوانی وافت کارکرد بسیاری ازانسان‌ها می‌شوند. دراین فصل ازکتاب شما بامفاهیمی که دررابطه با بهداشت روان دربلایای طبیعی وجود دارد و واکنش‌هایی که افرادمختلف به استرس نشان می‌دهند آشنا می‌شوید ودرپایان درزمینه مداخلات، توصیه ها، بایدها ونبایدهائی که عموم مردم شایسته است آگاهی داشته باشند، مطالبی ذکرخواهدشد.



تعاریف و مفاهیم

آسیب دیده: شخصی است که دراثر حادثه ای ازادامه زندگی سالم خودچه ازنظر جسمانی وچه ازنظر روانی، خانوادگی واجتماعی 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 برشخصی وارد می‌آید واکنشی دراوایجاد می‌شود این واکنش علائم جسمانی وروانی دارد که تغییراتی درفردایجاد می‌کند. به این واکنش غیر اختصاصی که نسبت به محرک بوجودمی‌آید استرس می‌گوئیم.

تیم حمایت روانی- اجتماعی: مقصود تیمی است که خدمات روانی- اجتماعی راتحت نظارت وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی انجام می‌دهد.

بلا: اختلال زیست محیطی وروانی اجتماعی که ازتوانائی جامعه برای مقابله بامشکلات فراترباشد. راه‌های مختلفی برای طبقه بندی بلایا وجوددارد ولی ازنقطه نظرپیشگیری وآمادگی می‌توان بلایا رابه دوگروه تقسیم کرد:

بلایای طبیعی: بلایایی که سبب یا علت وقوع آن خارج از اختیار انسان می‌باشد و فهرست آن درزیر آمده است.

زلزله، سیل، آتشفشان، طوفان وگردباد، سقوط بهمن، خشکسالی وگرمازدگی، آتش سوزی جنگل‌ها و...

بلایای غیرطبیعی (انسان ساخته): بلایایی که به طورمستقیم یاغیرمستقیم منشاء وقوع آن درکنترل انسان می‌باشد، مثل: جنگ، تصادفات، سقوط هواپیما،و حوادث هسته‌ای

مراحل مختلف واکنش‌های روانی و رفتاری پس از بلایا:

تصورکنید که شما وخانواده تان قربانی یک بلای طبیعی، همچون زلزله، سیل و...هستید. وقتی درمقابل چنین فشار شدیدی قرارمی گیریدچه اتفاقی برایتان می‌افتد؟ دراین شرایط چه احساسات وافکاری را تجربه می‌کنید؟ چگونه رفتارخواهیدکرد؟انسان‌ها درروبارویی با بلایاوحوادث واکنش‌هائی را ازخودبروز می‌دهندکه می‌توان آنها را به ٥ مرحله تقسیم کرد.

مرحله تماس یا ضربه: این مرحله درچنددقیقه پس ازحادثه بروزمی کند. اکثرافراد دچارترس ووحشت شدیدی می‌شوند.

مرحله قهرمان گرائی: درساعات اولیه وقوع حادثه بروزمی کند. دراین مرحله بین مردم همبستگی ایجاد می‌شود.افراداحساس می‌کنند بایدکاری انجام دهند، بهطور داوطلبانه درامدادرسانی کمک می‌کنند،

مرحله شادمانی وفراموش کردن غم: یک هفته تا چند ماه پس ازحادثه بروز می‌کند. همزمان بارسیدن نیروهای کمکی افراد امیدوارمی شوند و ممکن است حالت آرامش ونشاط ،سرخوشی وشادمانی دارند.

مرحله مواجهه باواقعیت: ۲ الی ۳ ماه پس ازوقوع حادثه بروزمی کند.دراین مرحله افراد تازه متوجه وسعت خسارات وفقدانهایشان می‌شوند. مجدداً روحیه خودرا ازدست می‌دهند، ناآرام، خسته ودرمانده می‌شوند.

تجدیدسازمان: که ٦ ماه تا ۱سال پس ازوقوع حادثه بروزمی کند. افرادشروع به بازسازی روانی خودوبازسازی زندگی خودمی کنند وبتدریج درک می‌کنندکه باید متکی به خودباشند.

واکنش‌ها وعلائم روانی در گروه‌های آسیب پذیر:

پس ازهر فاجعه یا بلا افکار، احساسات یا رفتارهائی دربین افرادی که آسیب دیده‌اند یا شاهدصحنه‌های دردناکی بوده‌اند جریان پیدا می‌کند.این افراد نگرانی‌هایی درموردتنها شدن، امنیت، سلامت خود واشخاص موردعلاقه خودداشته و خواب آشفته‌ای دارند، دائماً صحنه‌های دردناکی که دیده‌اند دربیداری یا درخواب بصورت کابوس بهسراغشان می‌آید. اما وجوداین علائم به معنی وجود یک بیماری نیست. مراقب باشیدافرادی را که درجریان بلایا دچارچنین واکنش‌هائی شده‌اند را بیماریا مبتلا به بیماری روانپزشکی تلقی نکنیم.این علائم واکنشی طبیعی به یک حادثه کاملاًغیرطبیعی است ودربسیاری ازموارد درطول زمان کاهش می‌یابد وازبین می‌رود.

مراقب باشید افرادی را درجریان بلایا دچارواکنش‌هائی روانی شده اند بیماریا مبتلا به بیماری روانپزشکی تلقی نکنیم. این علائم واکنشی طبیعی به یک حادثه کاملاً غیرطبیعی است ودربسیاری ازموارد درطول زمان کاهش می‌یابد وازبین می‌رود.

کودکان:

خیلی‌ها فکرمی کنند که« کودکان زود همه چیز رافراموش می‌کنند» یااینکه« کودک که چیزی نمی‌فهمد وحتی اگر دچارضربه شدیدی هم شود زود بهبودی پیدا می‌کند». این طرز فکرباعث می‌شود توجه کمتری به کودکان شود. افت تحصیلی یا امتناع ازرفتن به مدرسه درفرزند خود را رفتاری عمدی یا دال برلجبازی تلقی کنند.

کودکان ممکن است درسنین مختلف واکنش‌ها وعلائم متفاوتی را نشان دهند.

سنین پیش ازدبستان (۵-۱ سال):

- ترس از جدائی و چسبیدن بیش ازحد به والدین- ترس از غریبه‌ها و بی اعتمادی به دیگران- ترس ازتاریکی
- خودداری ازتنها خوابیدن- ترس ازاشیای خیالی، حیوانات - دیدن رویاهای ترسناک- برگشت به رفتارهای مراحل اولیه رشدی مثل شب ادراری، انگشت مکیدن- فعالیت بیش ازحد وپرخاشگری- اختلال درصحبت کردن، سکوت یا لکنت زبان

کودکان دبستانی (۱۱-۶ سال):

- احساس غمگینی - انجام بازی‌های تکراری- مشکلات خواب- اضطراب ونگرانیدرموردسرنوشت اعضاء خانواده - مشکلات تحصیلی - بی اشتهائی- شب ادراری- پرخاشگری - شکایت‌های بدنی مثل : دردشکم، سردرد

نوجوانی وجوانی(۱۸-۱۲سال):

- علائم بدنی مثل دردهای شکمی، سردرد، ناراحتی‌های پوستی، دردهای نامعلوم، مشکلات خواب

وکابوس،**نزاع با دیگران وتحریک پذیری، افت تحصیلی، روآوردن به سیگاریا موادمخدر، طغیان وسرکشی درخانه ومدرسه، افسردگی یاغمگینی، ازدست دادن علاقه به تفریح یافعالیت‌های گروهی بادوستان**



زنان:

مرگ و میرزنان درکشورهای درحال توسعه دراثربلایا ازمردان بیشتراست. به‌طورکلی زنان علائم و واکنش‌های روانی بیشتری بعد ازوقوع بلایا دارند. زنان معمولاً نقش اصلی مراقبت ازفرزندان را برعهده دارند وکمتراحتمال دارد به خاطر فرزندان خودهنگام بروز بلایا، محل حادثه راترک کنند. پس ازوقوع بلایا امنیت آنان بیشتر مورد تهدید قرارمی گیرد.

باید تاکید کرد که پس از بلایا فرصت‌هائی نیز وجود داردکه زنان بتوانند گروه‌های اجتماعی تشکیل داده وازحمایت‌های بیشتری برخوردارشوند.



سالمندان:

درصورت بروزبلایا، سالمندان درمعرض خطربیشتری قراردارند. افسردگی درآنها معمولاً نادیده گرفته می‌شود چون علائم آنها با افراد جوان تر فرق دارد، بهعنوان مثال فراموش کاری یا حواس پرتی درآنها ممکن است علامتی ازافسردگی باشد که گاهی بهحساب پیری گذاشته می‌شود ومورد غفلت قرارمی‌گیرد.



چه کسانی رابابد به تیم حمایت روانی –اجتماعیارجاعدهید؟

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 درآینده طپش قلب، تنگی نفس)

افسردگی دارند: (احساس غمگینی وبی علاقگی به زندگی، ناامیدی، لذت نبردن از زندگی، فکر زیاد راجعبه مرگ و مردن خود و دیگران ...)

تجربه مجددحادثه دارند:(به این صورت که انگار دوباره همان فاجعه داردتکرارمی شود.)

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 اُپیوم) 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.

توصیه‌هائی 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 برقرارکنیم.
- به سؤالات کودک صادقانه پاسخ داده و، به نیازهای بهداشتی وتغذیه ای آنان توجه کنیم.
- رفتارهایی مثل شب ادراری رادرابتدا باید بپذیریم
- درصورتیکه کودک از رفتن به مدرسه یا حضور در جمع کودکان خودداری کند به تیم حمایت روانی- اجتماعی معرفی کنیم.

کودکان درشرایط بحران وپس ازوقوع حوادث ناگواربیش ازهرزمان دیگری نیاز به بازی وتفریح دارند.

باورود به منطقه حادثه دیده، به عنوان امدادگرچه باید کرد؟

با آسیب دیدگان ارتباط صحیح برقرارکنیم، به افراد اطلاعات درست بدهید و از گفتن مطالبی که اطمینان ندارید خود داری کنید، افراد را ازدیدن جنازه عزیزانشان محروم نکنیمبگذاریدواقعیت مرگ عزیز خودرا بپذیرند. مانع ابرازاحساسات افرادنشویم، افراد راتشویق کنیم که درمراسم تشییع جنازه وبهخصوص نمازمیت شرکت کنند.

آنها رابه شرکت درفعالیت‌های اجتماعی، ورزشی وبازسازی تشویق کنیم.کودکان را از والدین جدانکنیم.

به نیازهای تغذیهای وبهداشتی کودکان درتمام سنین توجه کنید.امکانات بازی وسرگرمی برای کودکان فراهم کنید.



نکاتی درباره سوگ :

بازماندگان حوادث غیرمترقبه ممکن است تعدادی از بستگان یا عزیزان خودرا ازدست داده باشند. بهدنبال آن همه افراد معمولاً واکنشی که سوگ نام دارد را پشت سرمی‌گذارند. یک فردسوگوارممکن است موارد زیر را تجربه کند:

- انکار فقدان: دراین مرحله فرد، از دست دادن عزیزان خود را باور نمی‌کند. " مطمئنم که زنده است."
- "اونمرده."
- درک فقدان : دراین مرحله فردکمکم به این نتیجه می‌رسد که عزیزش را ازدست داده، ممکن است شیون و زاری سردهد، بی تابی کند." کمرم شکست، دیدی عزیزم ازدست رفت."
- احساس ترک شدن واضطراب: فرداحساس می‌کند که تنها مانده وکسی راندارد واضطراب زیادی درموردآینده پیدا می‌کند.
- خشم: در این مرحله عصبانیت فردنسبت به خود، اطرافیان وحتی گلایه وشکایت ازخدا مشاهده می‌شود.
- احساس گناه:دراین مرحله فردشدیداًدچاراحساس گناه شده وخودرا بهخاطر اتفاقی که افتاده مقصر می‌داندوسرزنش می‌کند. " چرانتونستم کاری برایش کنم"
- افسردگی شدید: ناراحتی وغمگینی فردتاحدی است که حتی درحضوردیگران هم ازبین نمی‌رود. فرد ناامید است وحتی ممکن است اقدام به خودکشی کند. "دیگه نمی‌خواهم زنده باشم."
- مرحله بازسازی: درصورت حل شدن سوگ وگذشتن ازاین مراحل فرد قادرخواهدبود به جامعه بازگشته وزندگی عادی خودرا از سرگیرد.

چگونه باید ازخود مراقبت کرد؟

درجریان انجام وظیفه بهعنوان امدادگر شما ممکن است فشارهای زیادی را متحمل شوید.این فشارروانی ممکن است علائم ذکر شده زیر را در شما ایجادکند.

علائمی که نشان می‌دهد دچارفرسودگی شده اید، خستگی مفرط،ازدست دادن روحیه، عدم توانائی برای تمرکز، علائم بدنی مثل سردرد، بی خوابی، ناکارآمدی و...

برای رفع این علایم چه باید کرد؟

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

خانم (ز)، ٤٥ ساله یکی از کارشناسان مراقب سلامت خانواده است که باتیم حمایت روانی-اجتماعی همکاری می‌کند. اودرجریان زلزله نوه ودامادش راازدست داد. دختر ودوپسرش نیزبهشدت مجروح شده بودند. چندماه پس ازحادثه زلزله، اوکه هر پنج شنبه برسر مزار عزیزانش برای تجدید خاطره وسوگواری می‌رفت متوجه خانمی شدکه به طرز غیرطبیعی شیون می‌کرد هرازگاهی نیز خنده‌های عجیبی ازخودسر می‌داد. پس ازاینکه ازخانواده آن فردجویاشد متوجه گردیدکه آن زن همسر وفرزندش راازدست داده وشب پیش ازوقوع زلزله بهدلیل بیماری مادرش به خانه اودرکرمان رفته بوده وپس ازاینکه خودرابه بم رسانده متوجه مرگ آنان شده است. خانواده آن زن برای اینکه کمترعذاب بکشد وی راازبم خارج کرده وبه کرمان برده‌اندوسعی می‌کنندکه هرچیزیکه اورابه یادهمسر وفرزندش می‌اندازد، پنهان کنند. بااینکه خانواده او را ازآمدن به مزار عزیزانش منع می‌کنند ولی اودائماً بی‌قراری می‌کند ودوست دارد به آنجا برود. خانم (ز) پس ازمعرفی خودوتوضیحاتی پیرامون مسأله سوگ عزیز یعنی همان چیزی که دردوره‌های آموزشی درباره آن آموخته بود وارائه بروشورهای آموزشی به خانواده آن زن سعی کرد خانواده مذکور را برای دریافت مداخلات تخصصی به تیم حمایت روانی-اجتماعی ارجاع کند.

خلاصه فصل

هـدف از آموزش حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه راهنمایی و آشـنائی با مداخلات روانی اجتماعی قبل، حین و بعد از حادثه اسـت. آشـنائی با عوارض ناشـی از حوادث طبیعی و غیر طبیعی و واکنش‌های که افراد پس از حادثه نشـان میدهند، گروه‌های آسـیب پذیر که شـامل کودکان، زنان و سـالمندان می‌باشند در شرایط بحران در معرض خطر بیشـتری قرار دارند، از این رو شـناسائی و مداخله روانی اجتماعی برای این گروه‌ها از اولویت بیشـتری برخوردار اسـت. توجه به علائم روانی و رفتاری کودکان پس از حادثه از نکات بسـیار مهمی اسـت که گروه‌ها وتیم‌های امدادگر لازم اسـت با روش‌های مداخله و کمک به این کودکان آشـنا باشـند. و اینکه چگونه و به کجا ارجاع داده شـوند. روش‌هـای مراقبت از خود برای تیم‌های امدادگر یکی از نکات مهم در حوزه مداخلات روانی اجتماعی اسـت که امدادگران لازم اسـت از این موضـوع آگاه باشـند و مورد حمایت قرار گیرند. مداخلات روانی اجتماعی برای افراد آسیب دیده پس از غربالگری به صورت گروهی توسـط تیم‌های سـلامت روان انجام می‌شود، در مواردی که نیاز به مداخلات تخصصی یا درمانی بیشـتری 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.

تمرین در کلاس درس

بـا روش ایفای نقش دو نفر نقش تیم سـلامت روان را ایفا می‌کنند و تعداد دیگری حداقل ۸ الی ۱۲ نفر به عنوان گروه کودکان یا بزرگسـالان در نقش آفراد آسیب دیده در چادر یا کانکس حضـور دارنـد کـه با هدایت و کمک تیم سـلامت روان مراحل مربوط به علایم و نشـانه‌های استرس، واکنش‌های روانی و روش‌های کنترل افکار مزاحم را در جلسه تمرین می‌کنند.

منابع برای مطالعه بیشتر

۱- تکنیک‌های فرزندپروری، دکتر سعید جهانشاهی فرد، انتشارات کتاب ارجمند،
۲- اصـول 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 سـولماز جوکار و یاسـمن بانکی، انتشـارات ارجمند ونسل فردا
٤- راهنمای جامع والدین در تربیت سـالم کودک، ریچارد ابدین، ترجمه دکتر انوشـه امین زاده، نشـر ارجمند و نسل فردا
٥- مجموعـه کتـاب‌هـای سـفید (بچه‌ها و مهارت‌های زندگی)، ترور رومین، ترجمه شـهرزاد فتوحی، انتشارات فنی ایران
٦- آموزش مهارت‌های زندگی (ویژه دانشجویان)، دکتر فتی، دکتر موتابی و همکاران، انتشارات دانژه
۷- متن آموزشـی در زمینه شـناسـایی، پیشـگیری و درمان سـوء رفتار جسـمانی در کودکان (برای پزشکان عمومی). دکتر بهروز جلالی و سید عباس باقری یزدی
۸- متن آموزشـی در زمینه کودک آزاری جسـمانی (برای کارشـناسـان و کاردانان بهداشـتی). دکتر کتایون خوشابی و سید عباس باقری یزدی
۹- متن آموزشـی پیشـگیری از خود کشـی برای کارکنان آموزش و پرورش (مدیران، کارشـناسـان، پرسـنل). دکتر سـید مهدی حسـن زاده دکتر لاله حبیبی کوهی دکتر میترا حفاظی عیسـی کریمی کیسمی، معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان).
۱۰- متن آموزشـی پیشـگیری از خود کشـی برای پزشکان عمومی، کارشناس و کاردان مراقبت‌های اولیه بهداشـتی، بهورز و رابطین بهداشـتی. دکتر سـید مهدی حسن زاده، دکتر لاله حبیبی کوهی، دکتر میترا حفاظی، عیسـی کریمی کیسـمی. معاونت بهداشـت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان).
۱۱- متن آموزشـی پیشـگیری از خود کشی برای عموم مردم. دکتر سید مهدی حسن زاده، دکتر لاله حبیبی کوهی، دکتر میترا حفاظی، عیسـی کریمی کیسـمی. معاونت بهداشـت وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان).
۱۲- متن آموزشـی پیشـگیری از خودکشـی برای مدیران رسـانه‌های گروهی دکتر سـید مهدی حسـن‌زاده، دکتر لاله حبیبی کوهی، دکتر میترا حفاظی، عیسـی کریمی کیسـمی. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان).
۱۳- نحوه برخورد پرسـنل اورژانس با بیمار اقدام‌کننده به خودکشـی. دکتر سـید مهدی حسـن زاده، دکتر لاله حبیبی کوهی، دکتر میترا حفاظی، عیسـی کریمی کیسـمی. معاونت بهداشـت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان).
۱٤- دفتر مقابله با مواد و جرم سـازمان ملل متحد. توانمندسـازی والدین، آموزش مهارت‌های زندگی با تمرکز بر پیشگیری از مصرف مواد در خانواده، ۱۳۹۰.

۱۵- محمدخانی شـهرام، نوری ربابه. پیشـگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر خانواده، سـتاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، ۱۳۹۱.
۱٦- اسـتانداردهای برنامه های پیشـگیری از مصـرف مواد، دفترمقابله با مواد و جرم سـازمان ملل متحد. وین، اتریش (UNODC,2013)
۱۷- محسـنی تبریزی، علیرضـا و همکاران، اسـتراتژی‌های تحقیق محور پیشـگیری از سـوءمصـرف موادمخدر، مرکز آموزشـی و پژوهشی سوءمصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، ۱۳۹۰
۱۸- طارمیان، فرهاد ،حقایقی درباره زندگی سالم و بدور از مواد(نکات علمی) وزارت علوم تحقیقات و فنـاوری دفتر مرکزی مشـــاوره بـا همکاری معاونت دانشـــجویی و فرهنگی مرکز مشـــاوره دانشجویی، ۱۳۸۹
۱۹- نوری، ربابه، باورهای شـایع و اشـتباه در مورد اعتیاد و مواد، مرکز مشـاوره دانشگاه تهران با همکاری دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در ایران،۱۳۸٤
۲۰- رادفر رامین، ز ارعی ربابه،پیشـگیری از سـوء مصـرف مواد در کودکان و نوجوانان، سـازمان بهزیستی استان اصفهان، مرکز تخصصی پیشگیری از اعتیاد روزبه

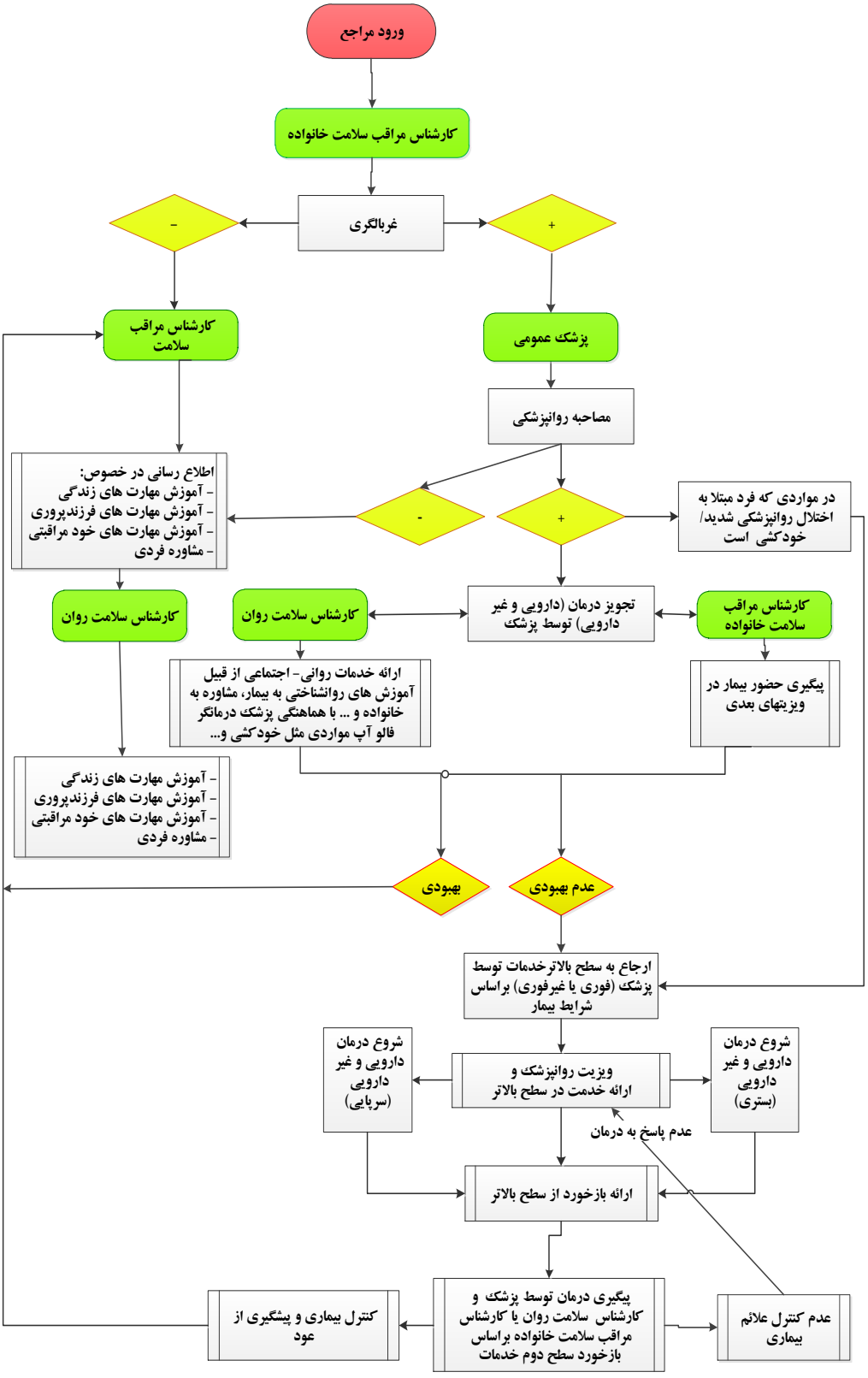
پیوست‌ها

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

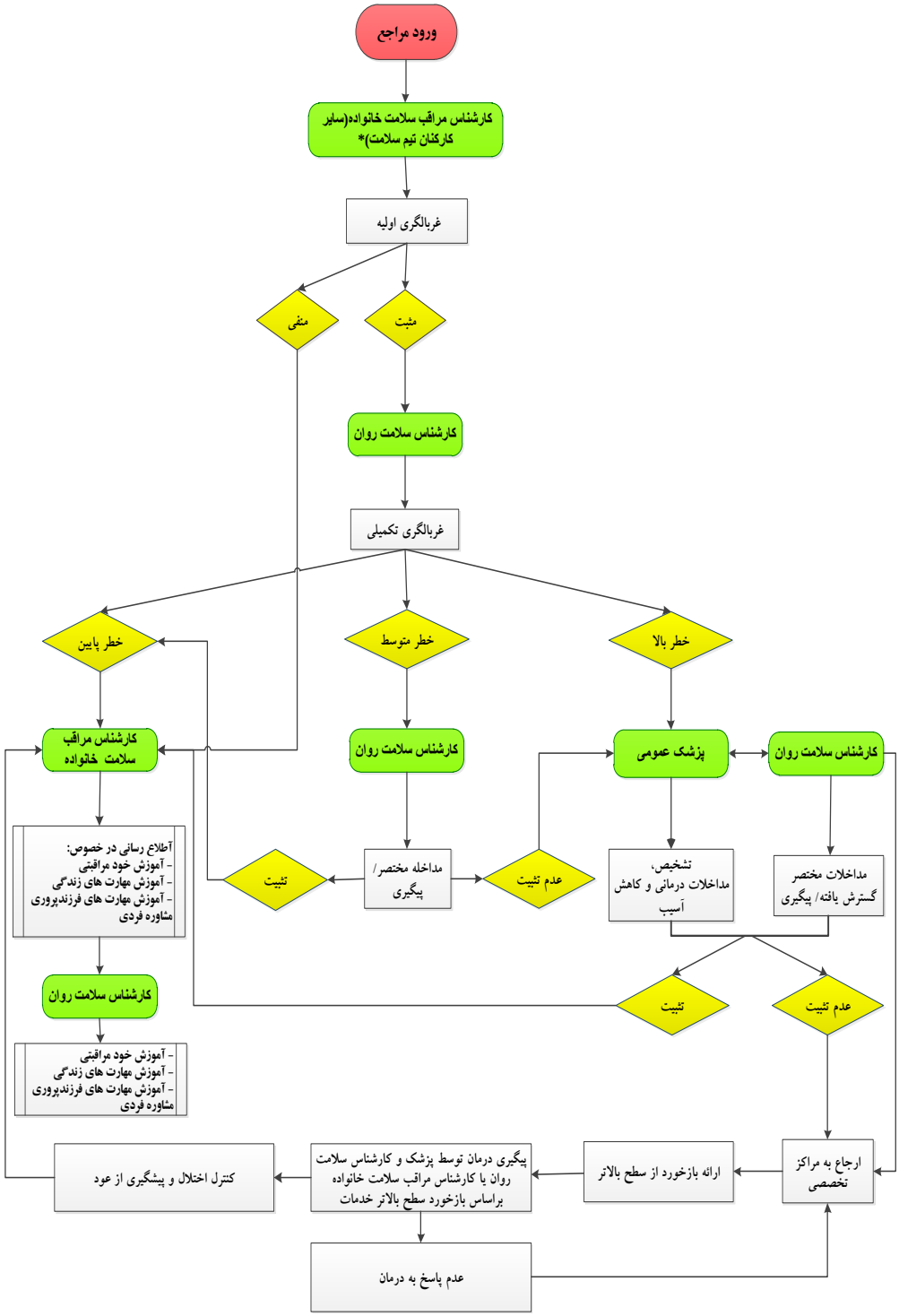
- ارزیابی اولیه وضعیت روانشناختی متناسب با گروه‌های سنی، مادران باردار و مادران پس از زایمان
- ارزیابی اولیه وضعیت سوء مصرف مواد و الکل متناسب با گروه‌های سنی
- ارزیابی اولیه ریسک فاکتورهای آسیب‌های اجتماعی در فرد و خانواده
- ارائه پیام‌های مهم بهداشتی در زمینه فرزند پروری به والدین (به ویژه مادران دریافت‌کننده 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 بهداشتیخود 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 (غربال مثبت در ارزیابی اولیه وضعیت روانشناختی) به پزشک مرکز و پیگیری آنها و غربال 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 فاکتورهایفردی 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 (هماهنگ 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: فلوچارات ارائه خدمات

سلامت روان در مرکز سلامت جامعه شهری



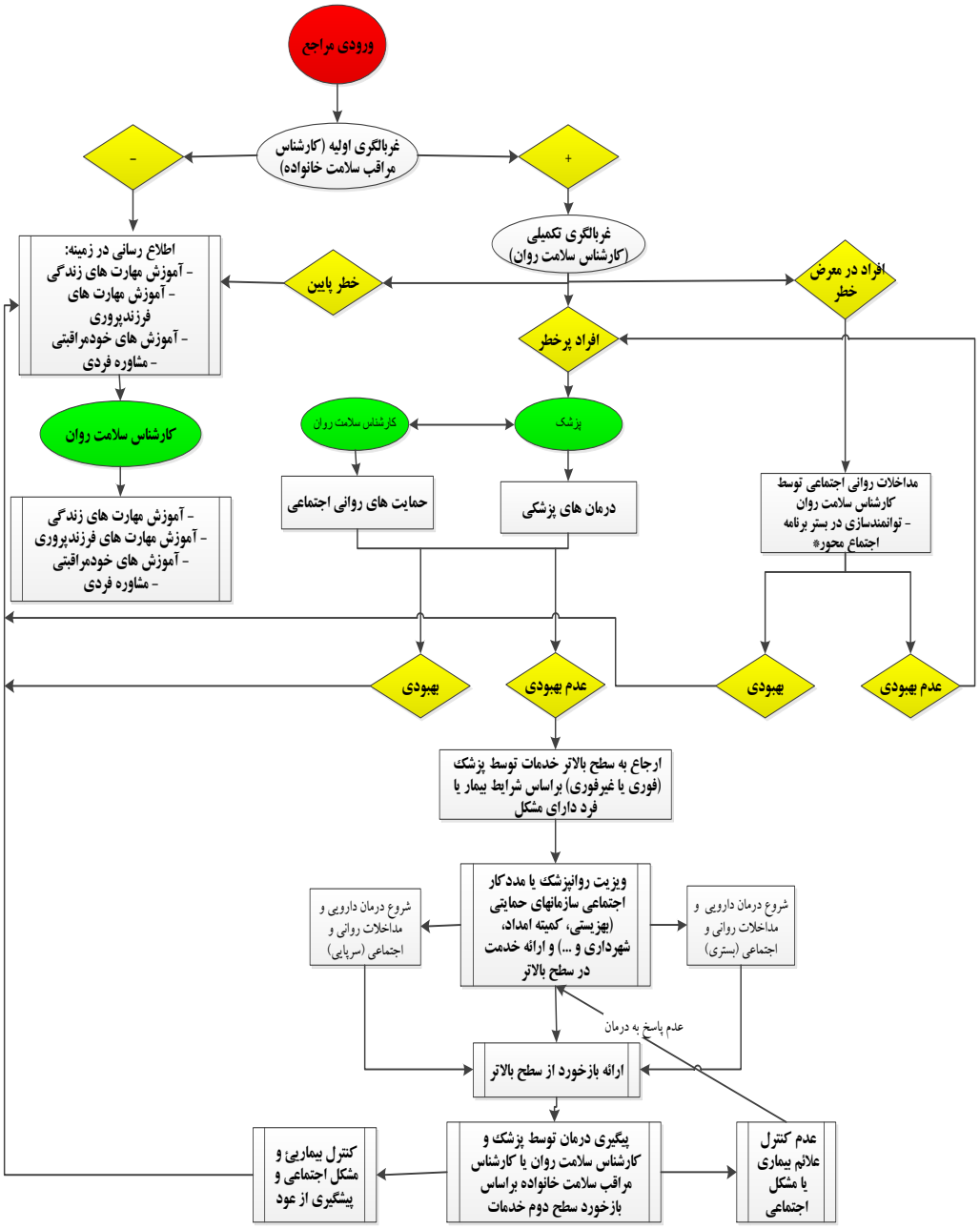
فلوچارت خدمات پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در مرکز سلامت جامعه شهری



* غربالگری اولیه اعتیاد با توجه به اینکه به صورت فرصت طلبانه انجا 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



* درمحله هایی که برنامه اجتماع محور به مرحله اجرا درآمده 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 ٦–۱۸ سال

۲ – بزرگسالان ۱۹–٦۰ 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 ارئه 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 پذیر د)
- 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 می‌باشند .

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 ٤: پیشگیری از خودکشی

آموزش افراد کلیدی جامعه

دراین خدمت هدف آموزش افرادکلیدی جامعه برای شناسایی اولیه افراددرمعرضخطر وپرخطراقدام به خودکشی می‌باشد وسپس تلاشبرایارجاع اینافراد ودریافت خدمات تشخیصی ودرمانی است. گروهمخاطب برایآموزش ارائه شده درآینم افراد کلیدی در سطح جامعه می‌باشد (که این افراد دربرنامه پیشگیریازخودکشی تدوین شده توسطدفترسلامتروانی اجتماعی واعتیاد وزارت بهداشت تعریفشده‌اند از قبیل معلمین،روحانیون محلی،..)روش دسترسی بهمخاطبین دریافت‌کننده آموزش از طریق همکاری بین بخشی با سازمان مربوطه خواهد بود طول مدت آموزش برایافراد کلیدی جامعه یک جلسه و هر جلسه آموزش حدود دوساعت می‌باشد (دوره‌های باز آموزی برای افراد کلیدی جامعه لا زم است)مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است.مربی آموزش‌دهنده فردی است که معیار های تعیین شده برایفعالیت در جایگاه کار شناسان سلامت روان را دارا می‌باشد(دارای حداقل مدرککارشناسی ارشد در یکی از گرا یش‌های روان‌شناسی بالینی یا عمومی است)این کارشناسان آموزش‌های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین توسط وزارت بهداشت ،درمان وآموزش پزشکی طی نموده وموفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

در هر منطقه برخی افراد کلیدی همچون روحانیون،معلمان ویا افراد معتمد دیگری وجود دارند کهمی‌توانند در اطلاع رسانی و فعالیت‌هاییپیشگیری از خودکشینقشیمؤثر داشته باشند. بهورز بایداین افراد را شناسایی و همکاری آنان را برای آموزش جامعه جلب نمایند.ضمن دعوت این افراد به پایگاه،با کمککاردان، کارشناس بهداشت روان و پزشکمرکزبهداشتیدرمانی مطالب زیر را با آنها در میان بگذارد:

۱. بر خطر افزایشخودکشی و ضرورت پیشگیری از آن تأکیدنماید.
۲. علائم و نشانه‌های اقدام به خودکشی را توضیح دهد.
۳. کاهشدسترسی آسان به سموم و دفع آفات،نفت و نحوه نگهداری آن را بیاننماید.
٤. علل و عواملیکه افراد جامعه رادر معرض خطرخودکشی قرار می‌دهد،بیاننماید.
٥. پیامدها و خطرات ناشی ار خودکشی را یادآورینماید.
٦. برای حل مشکلبیماران ویاپیداکردن شغل و افزایشباورهایمذهبی از این افراد کمک بخواهد و نتایج حاصل از اینکار را برای آنان توضیح دهد.
۷. به آنها متذکر شود کهمسئولیتپیشگیری از خودکشی بر دوش همه افراد جامعه ،به ویژهمسئولین جامعه قرار دارد.
۸. ضمن تشریحباورهای غلط در مردم،نسبت به زدودن باورهای غلط از آنان کمکبگیرد.

برنامه‌هایی که درباره ارتقاءمهارت‌های 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 می‌کنندمی‌تواند شناسایی و ارجاع افراد در معرض خطر خودکشی را بهبود

بخشند.

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 مکان‌هاشد. 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 مراقبینسازمان‌ها است که تماسشان با جمعیت آسیب‌پذیر فرصتی را برای شناسائی 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 هوائی 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 دیگرافراد کلیدی با ارزیابی مواردی مثل میزان ارجاع و میزان درمان روانپزشکی پیامدهای حد وسط (intermediate outcomes) باید اجرا گردد.

افراد در خطر وپرخطر 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 گفتگویی آرام و به طور خصوصی بتواندانجام 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 نا امیدی آنهاست.

هدف،پرکردن فاصله‌ای است که در اثر نا امیدی 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 تصمیم گیری تلقی کنیم.
- اظهارات مداخله آمیز یاغیر واضح بدهید.make intrusive or unclear remarks
- بیمار را سؤال پیچ کنید.

برای اینکه ارتباط راحت‌تری 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

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

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
٤- اضطراب
۵- تغییر در شخصیت، تحریک پذیری، بدبینی، افسردگی

٦- 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 امورشخصی یا نوشتن وصیتنامه
۱۲- احساس تنهایی،بیچارگی یا نا امیدی
۱۳- یادداشت درمورد خودکشی
۱٤- 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 اوسوال 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 افکارخودکشی 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"ایکاش مرده بودم" دارد اما نقشه‌ای برای اینکار نکشیده است.

کارهایی که باید انجام دهید:

- ازلحاظ هیجانی وی را حمایت کنید
- با افکر 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 وبرای 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، وهمکاران 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 فورا" 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(دورکردن ابزار خودکشی).
- با او قراردادی ببندید(قرارداد عدم خودکشی).
- سریعاً با پزشک یا کارشناس بهداست 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؟

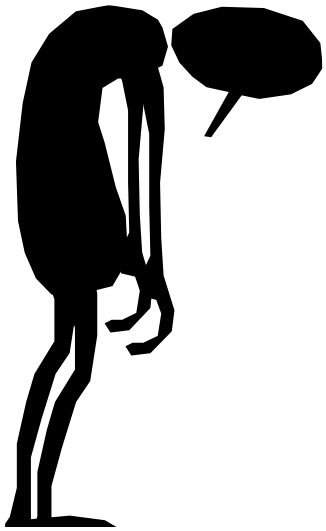
چه کارهایی انجام دهید

- گوش دهید،همدلی نشان دهید و آرام باشید؛
- حمایت‌کننده و مراقب باشید؛
- موقعیت را جدی بگیرید و میزان خطر را ارزیابی کنید؛
- درباه 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 ازمیان بردارید؛
- اقدامی انجام دهید،به بقیه خبردهید و کمک بگیرید؛
- اگر خطر بالاست،در کنار او بمانید؛

چه کارهایی انجام ندهید

- وضعیت را نادیده بگیرید؛
- شوک زده یاوحشت زده شوید؛
- بگویید همه چیز درست می‌شود؛
- با فرد درجهت انجام این کار(خودکشی) بحث کنید؛
- مشکل را ناچیز جلوه دهید؛
- قسم بخورید که به کسی چیزی نمی‌گویید؛
- فردرا تنها بگذارید؛

افرادیکهاخیراً اقدامبهخودکشیکرده‌اند



اقدام به خودکشـــی لزوماً به معنای این نیســـت که فرد می‌خواهد بمیرد؛ بلکه در بســـیاری 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 خودکشـی هم برای خانواده و هم برای خود فرد اقدام‌کننده ترسناک و پریشان‌کننده اسـت، بدون چاره نیسـت. پزشـکان و کارشـناسان می‌توانند به شما کمک کنند برای اقدام‌کننده کارهای لازم را انـــــــجـــــــام دهـــــــیـــــــد.

بابردناقدام‌کنندهبهخودکشینزدپزشکیاکارشناسبهداشترواندبهاوکمککنیدتابتواندتصمیمدرستیبگیردوزنده بماند،آنطورکهزندگیشرابهترازقبلبسازد.

دراینخدمتهدفپیشـگیریازخودکشیمجدداستوگروههدفافرادیهستندکهاقدامبهخودکشیکرده‌اندولیمنجرب هفوتنشدهاست.

روشدسترسیبهمخاطبینازطریقمراکزبهداشتیودرمانیودرمانگرانیمی‌باشدکهفرداقدام‌کنندهبهخودکشیر ابرایدریافتخدماتدرمانیبهانجامراجعهمی‌کنندویادرپاره‌ایازمواقعدرفرآیندهایارائهخدمتبهصورتفرصتطلبا نـــهـــتـــوســـــطـــکـــارشـــــنـــاســـــســـــلامـــتـــروانشـــــنـــاســـــایـــیـــمـــی‌گـــردد.

اینافرادبرحسبنیازوبراساسصلاحدیدتیمدرمانگردرجلساتمشاورهشرکتخواهندکردکارشناسارائه‌دهندهخ دمتفردیاســـتکهمعیـارهـایتعیین‌شـــدهبرایفعـالیتدرجـایگاهکارشـــنـاســـســـلامتروانراداراممی‌باشـــد (دارایحداقلمدرککارشناسیارشددریکیازگرایشهایروانشناسیبالبنیویاعمومیاست)اینکارشناسآموزش‌هایبد وشروعخدمترامبتنیبرکاریکولومآموزشیتدوینشدهتوسطوزارتبهداشتودرمانوآموزشپزشکی،طینمودهوم

وفقبهکسبمدرکپایاندورهشدهاست.

اقدام به خودکشی یکی از مشکلات نسبتاً شایع در افرادی است که احساس می‌کنند نمی‌توانند برای مشکلات خود راه حلمناسبی پیدا کنند. این افرادبدلیل 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، گیجی، 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 بحثبا 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 تشویقکنید 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.

٤- **با بیمار جر و بحث نکنید**. حل مشکلات احتیاج به زمان دارد.

٥- با پزشک و کارشناس همکاری کنید و کارهایی را که آنها می‌گویند انجام دهید.

٦- **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.

۱٤- در جلسات پزشک و کارشناس شرکت کنید و سعی کنید راه حل مناسبی برای مشکلات پیدا کنید.

۱۵- **از انداختن 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.

۱٦- 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 اقدام‌کننده را بستری می‌کند. بستری برای کمک به بیمار و اجرای درمان مؤثر است. بنابراین **با موافقت کردن با بستری، از بیمارتان حمایت کنید**.

۱۹- اقدام‌کننده 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**.

