راهنمای بالینی و فنی

برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

ویژه پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت جامعه

دانشگاه علوم پزشکی تبریز
معاونت بهداشت
گروه کارشناسان سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

نام سند	راهنمای بالینی و فنی برنامه های سلامت روانی اجتماعی واعتیاد ویژه پزشکان
نگارش	۱
تاریخ صدور	۱۳۹۵
نام کامل فایل	راهنمای بالینی و فنی برنامه های سلامت روانی اجتماعی واعتیاد ویژه پزشکان
شرح سند	راهنمای بالینی و فنی برنامه های سلامت روانی اجتماعی واعتیاد ویژه پزشکان
نویسنده/مترجم	گروه کارشناسی سلامت روان مرکز بهداشت استان زیر نظر مدیر کل و کارشناسان دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

بسم الله الرحمن الرحيم

پزشک خانواده

به عنوان رهبر و هدایتگر تیم سلامت

نقش اصلی در توسعه مفاهیم و شاخص های ارتقای سلامت روان و

مراقبت های اجتماعی دارد.

تقدیم به تمام خادمین سلامت مردم

که در جهت ایجاد اندیشه خوب، حال خوش

و زندگی سالم و بهتر برای هم نوعان خود

شب و روز در تلاش و تکاپوی خالصانه اند.

مجموعه راهنمای

بالینی و فنی برنامه های سلامت روانی

اجتماعی و اعتیاد

ویژه پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز

سلامت جامعه

معاونت بهداشت

گروه کارشناسان سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

بهار ۱۳۹۵

عناوین این مجموعه ؛

بخش اول:

بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشکان خانواده در حوزه سلامت روان

بخش دوم :

مروری بر اهداف، راهبردها و فعالیت های پزشک خانواده

بخش سوم :

بسته خدمات بالینی پزشک خانواده در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

بخش چهارم :

راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات روانپزشکی توسط پزشک خانواده در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

بخش پنجم :

راهنمای مستند سازی فعالیت های پزشک خانواده در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

بنام ایزد متعال

سر آغاز

مستندات و شواهد موجود بیانگر شیوع روز افزون اختلالات روانپزشکی و آسیب های روانی اجتماعی در جامعه است. مطابق نتایج بررسی و پیمایش ملی سلامت روان که در سال ۱۳۹۰ به انجام رسید ۲۳/٦ درصدازافراد ۱۵ تا ٦٤ ساله کشوردچار یک یا چند اختلال روانپزشکی هستند.

میزان ابتلا به این مشکلات در بین زنان، جمعیت ساکن درمناطق شهری، افراد بیکار، افراد با تحصیلات کمتر و افراد دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین جامعه بیشتر و قابل توجه است. در پیمایش مزبور علائم و نشانه های گوناگون اختلالات روانی مانند اختلالات اضطرابی، افسردگی، سازگاری و انگیزشی، مشکلات جسمی با منشاء روانشناختی، ارتباط بین فردی، مشکلات تحصیلی و یادگیری، مسائل پیرامون قبل و حین ازدواج، مشکلات زناشویی و روابط همسری، مشکلات مرتبط با تربیت فرزندان از جمله مهمترین و بیشترین مشکلات روانپزشکی و روانشناختی در جمعیت تحت بررسی بودند.

حدود یک ششم (۱۵/٦ درصد) از افراد ۱۵ تا ٦٤ ساله جامعه (حدود ۸/۳ میلیون نفر) در طول یکسال منتهی به این پیمایش، از خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز به صورت حداقلی استفاده کرده اند در حالی که دو سوم (٦۵/۳ درصد) افراد مبتلا با وجود ابتلا به مشکلات و اختلالات روانپزشکی و تحمل رنج ناشی از آن، از مداخلات بهداشتی درمانی و سلامت روان بهره مند نمی شوند. در این میان گروههایی از بیماران مانند مردان، جوانان و افراد مجرد، افراد با تحصیلات دانشگاهی، افراد محصل / دانشجو، ساکنین شهرها، افراد در دو سرطیف وضعیت اجتماعی اقتصادی بالا و پایین، و افراد بدون بیمه کمترین بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی را داشته و این خدمات را نازلترین کیفیت دریافت کرده اند.

در این مطالعه بار مالی ناشی از هزینه های درمان اختلالات روانپزشکی به خانواده بیماران مبتلا برای هر بیمار در طول سال ۱۳۸۹،۷.٦٤۰.۰۰۰ ریال برآورد گردیده که با توجه به میانگین درآمد خانوار در آن سال معادل ۳۰ درصد به صورت مستقیم به سبد هزینه خانوار دارای بیمار روانپزشکی اضافه گردیده است. علاوه بر این، به طور میانگین ۱.۲۱۰.۷۲٤ ریال هزینه غیرمستقیم مربوط به غیبت از کار به دلیل بیماری روانپزشکی بوده است. مضاف بر این، هزینه های غیر مستقیم دیگر مانند بروز مشکلات برای اعضای خانواده، محیط های کار و اجتماعی مواردی هستند که باید مورد توجه قرار گیرند.

حال اگر نتایج این مطالعه را با مطالعات قبلی مقایسه کنیم ملاحظه خواهیم کرد که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در سال ۱۳۷۸ در جمعیت بالای۱۵ سال۲۱٪ برآورد شده است در حالی که در سال ۸۹ بیش از ۲۳ درصد گزارش شده است.لذا با در نظر گرفتن شیوع بالا و روز افزون اختلالات روانی و بار فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ناشی از آن در مطالعه بار بیماری های که گزارش آن در ۱۳۸٤ منتشر شداختلالات روانی۱۰/۲۵٪ از کل بار بیماریها را شامل می شوند (با احتساب اختلالات مرتبط با مواد ۱٤/۵٪)که سه علت اول باراختلالات روانی به ترتیب عبارتند از افسردگی(۲٦ درصد بار اختلالات روانی)، اعتیاد (۲٤ درصد بار اختلالات روانی)، اختلالات دو قطبی(۱۲ درصد بار اختلالات روانی). همچنین طبق پژوهش کلی انجام گرفته بار بیماریهای روانی پس از حوادث غیر عمدی بطور مشترک با بیماری های قلبی عروقی جایگاه دوم را به خود اختصاص می دهد. ضرورت اجرای مداخلات موثر برای کاهش بار اختلالات فوق را بیش از پیش روشن می سازد.

مضاف براین، دسترسی پایین به خدمات سلامت روان، استفادۀ محدود از خدمات مشاوره و روانشناسی موجود، ضرورت توسعه کمی و کیفی این خدمات و تسهیل دسترسی به آن (به ویژه، اقشارکم درآمد، حاشیه شهرها و شهرهای پرجمعیت که درآنها شیوع اختلالات روانپزشکی بیشتر و استفاده از خدمات کمتر است) **را، هم دربخش دولتی و هم در بخش خصوصی مورد تاکید قرار می دهد. موضوعی که ارکان نظام جمهوری اسلامی ایران در مقاطع مختلف اهمیت این موضوع را مورد تاکید قرار داده است. اوج این توجه و تاکید را می توان در ابلاغ سیاست های کلی سلامت کشور توسط عالی ترین مقام نظام جمهوری اسلامی، مقام معظم رهبری حضرت آیت الله خامنه ای** (مد ظله العالی) **در سال ۱۳۹۳ و تاکید موکد معظم له (برتوسعه رویکرد همه جانبه سلامت و اهمیت پیشگیری بر درمان، توجه به اصل ترویج سبک زندگی اسلامی– ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موارد تنش آفرین در زندگی فردی و اجتماعی ، ترویج آموزش های اخلاقی، معنوی و ارتقای شاخص های سلامت روانی) مشاهده و مورد استناد قرار داد.**

به تبع چنین نگاه دور اندیشانه و خردمندانه در راس هرم نظام اسلامی، دولت تدبیر و امید نیز به طورعام و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به طور ویژه این مهم را در مجموعه برنامه های خود مخصوصاً در طرح تحول نظام سلامت از طریق استقرار و توسعه مراکز سلامت روان جامعه نگر، توسعه برنامه پزشک خانواده در شهر و روستا و تسهیل فرآیند تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی و دسترسی به خدمات سلامت روان به صورت تخصصی برنامه ریزی و عملیاتی کرد.

آنچه در تدوین برنامه خدمات سلامت روان از اولویت و اهمیت بسیار زیاد برخوردار است، تدارک خدمات غربالگری، تشخیص به موقع و مدیریت درست اختلالات روانپزشکی توسط یک تیم قابل اطمینان و اعتماد است. این تیم باید بتواند از جامعیت حداقلی برخوردار باشد.

در این راستا مجموعه حاضر به عنوان بخشی از خدمات و مداخلات تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد(ویژه کارشناسان سلامت روان و رفتار) **توسط اساتید ارجمند و کارشناسان محترم کشوری و دانشگاههای علوم**

پزشکی به همت و مدیریت برادر ارجمندم جناب آقای دکتر حاجبی مدیرکل محترم دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت جهت ارائه خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد طراحی، تدوین و انتشار یافته است. همچنین در سازماندهی، تکمیل برخی موارد موردنیاز و باز نشر این مجموعه همکاران ارجمند بنده در گروه کارشناسان سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت تلاش و کوشش وافر و شایسته ای انجام داده اند که جا دارد از یکایک این عزیزان تشکر و قدردانی نمایم. انتظار دارم روانشناسان عزیز و گرانقدر در کسوت کارشناسان سلامت روان و رفتار که آغازین حضور و مداخلات بالینی را در حوزه مراقبت های اویه بهداشتی درمانی تجربه می کنند ضمن مطالعه دقیق این بسته علمی، تخصصی و اجرایی و کسب مهارت های حرفه و بالینی لازم در تسکین آلام و دردهای روانی و اجتماعی جمعیت تحت پوشش و ارتقای سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد در جامعه گام های موثر و ارزنده و ماندگاری برداشته و همه باهم بتوانیم سلامت و نشاط و تندرستی را به مردم خوبمان به ارمغان آوریم. انشاء الله.

دکتر جعفر صادق تبریزی

معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز - زمستان ۱۳۹٤

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

مشخصات ناشر :

مشخصات ظاهری :

شابک :

وضعیت فهرست نویسی :

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

موضوع : روانشناختی .

موضوع : خدمات سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

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

شناسه افزوده : ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد .

شناسه افزوده :

رده بندی کنگره :

رده بندی دیویی

شماره کتابشناسی ملی :

نام کتاب : بسته آموزشی پزشک در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

نویسندگان : دکتر سید وحید شریعت، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر امیر شعبانی،دکتر امیرحسین جلالی، دکتر فاطمه خدایی فر، دکتر میترا حفاظی، دکتر گیتا صدیقی، دکتر لاله کوهی حبیبی، دکتر پروین پورطاهریان، دکتر آرش میراب زاده سازمان : ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد .

ناشر :

طراحی و صفحه آرایی : طاهری

شمارگان :

شماره چاپ : اول

تاریخ چاپ : ۱۳۹٤

شابک :

نویسندگان :

دکتر سید وحید شریعت

دکتر محمد رضا رهبر

دکتر امیر شعبانی

دکتر امیرحسین جلالی

دکتر فاطمه خدایی فر

دکتر میترا حفاظی

دکتر گیتا صدیقی

دکتر لاله کوهی حبیبی

دکتر پروین پورطاهریان

دکتر آرش میراب زاده

ویراستار

دکتر سید وحید شریعت

مرکز تحقیقات بهداشت روان

انستیتو روان‌پزشکی تهران– دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

دانشگاه علوم پزشکی ایران

سازماندهی و اضافه نمودن بخش های دوم تا پنجم مرکز بهداشت استان آذربایجانشرقی (۱۳۹۵)

وهاب اصل رحیمی، اعظم موسوی نژاد و اعظم همتی

با تشکر از

همراهی و همکاری همکاران محترم؛

سرکار خانم نیر صادق پور، مینو مهینی و محبوبه طاهری

مقدمه:

اختلالات روانپزشکی جزء شایع ترین و ناتوان کننده ترین بیماری ها هستند. مطالعه بار بیماری ها در ایران و جهان نشان می دهد که اختلالات روانپزشکی از دلایل نخست سال های از دست رفته عمر به دلیل بیماری و ناتوانی هستند. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، یک نفر از هر چهار نفر در طول زندگی به یکی از اختلالات روانپزشکی مبتلا خواهد شد. افسردگی، خودکشی، اختلالات سوء مصرف مواد، و اسکیزوفرنیا از مهم ترین این اختلالات هستند.

در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۳، سیاست های کلی سلامت توسط مقام معظم رهبری ابلاغ گردید. در بند سوم این سیاست ها، به ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی ایرانی اسلامی، تحکیم بنیان خانواده، رفع عوامل تنش آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص های سلامت روانی اشاره شده است.

جمهوری اسلامی ایران همگام با سایر کشورهای جهان در جهت پیشبرد سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد، در سال ۱۳٦۷ خدمات سلامت روان را در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ادغام نمود و گسترش آن در کشور صورت گرفت. در سال ۱۳۸٤، با شروع برنامه پزشک خانواده، خدمات سلامت روان در این برنامه ادغام گردید. در سال ۱۳۹۰، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ، برنامه جامع ارتقاء سلامت روان کشور مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران را تدوین نمود که در آبان ماه سال ۱۳۹۱ توسط وزیر وقت بهداشت به کلیه دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ و لازم الاجرا گردید.

در سال ۱۳۹۲، در راستای طراحی و استقرار طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، کارشناس سلامت روان به عنوان یکی از بازوهای اصلی مداخله در جهت ارائه خدمات روانشناختی در سطح اول ارائه خدمات سلامت در کنار پزشک عمومی و سایر اعضای تیم سلامت در مراکز جامع سلامت شهری قرار گرفت تا بر اساس فلوچارت های ارائه خدمات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد انجام وظیفه نماید.

مجموعه حاضر، ویرایش دوم راهنمای کارشناس سلامت روان، تحت عنوان بسته آموزشی و راهنمای عمل کارشناسان سلامت روان می باشد که توسط دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد تدوین گردیده است. این مجموعه مشتمل بر ۹ فصل است و حاوی اطلاعاتی جامع در خصوص مفاهیم و اهداف برنامه سلامت روان، تعریف گروه های هدف برنامه، مروری بر طبقه بندی اختلالات روان، نحوه غربالگری، و مشاوره می باشد. فلوچارت های ارائه خدمات تیم سلامت و ارائه خدماتی از قبیل آموزش مهارت های زندگی و فرزندپروری، مداخلات روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غرمترقبه و همچنین مداخلات روانشناختی به پیوست مجموعه آمده

است. لازم به ذکر است هرکدام از مطالب ذکر شده در پیوست، دارای یک کتاب یا کتاب های پشتیبان بوده که از طریق مجاری مربوطه ارائه خواهند شد.

امید است که مجموعه حاضر بتواند راهنمای عمل جامع و مناسبی برای ارائه خدمات توسط کارشناس سلامت روان باشد و بدین وسیله بتوان در جهت ارتقای سلامت روان جامعه گام های موثری برداشت.

دکتر احمد حاجبی

مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

باسپاس ویژه از

استادارجمند جناب آقای دکتر علی اکبر سیاری

که مارا در تهیه و تدوین این مجموعه یاری نمودند

فهرست مطالب

عنوان صفحه

بخش اول، بسته آموزش و راهنمای عمل در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

- فصل اول : مفاهیم و اهمیت سلامت روان

مفهوم سلامت روان..... ۱

بار بیماری ها اختلالات سلامت روان..... ۲

سیر طبیعی اختلالات سلامت روان..... ٤

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان..... ٦

دسته‌بندی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان..... ۷

منابع..... ۸

- فصل دوم : راهکارهای ارتقای سلامت روان

عوامل چندگانه مؤثر بر بیماری‌های روانی و راهکارهای کنترلی آن‌ها..... ۹

راهکارهای ارتقای سلامت روان..... ۹

شواهد علمی در مورد تأثیر برخی آموزشهای بهداشتی در زمینه سلامت روان..... ۱۰

اجرای راهکارها بر اساس سطوح پیش‌گیری در برنامه‌های سلامت روان..... ۱۱

مروری کوتاه بر مفاهیم پیش‌گیری و کاربرد آن در سلامت روان..... ۱۱

پیش‌گیری مقدماتی (ابتدایی)..... ۱۱

پیش‌گیری اولیه..... ۱۱

پیش‌گیری سطح دوم..... ۱۲

پیش‌گیری سطح سوم..... ۱۲

دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به لحاظ سطح پیش‌گیری..... ۱۲

۱- برنامه‌های پیش‌گیری سطح اول..... ۱۲

۲- برنامه‌های پیش‌گیری سطح دوم..... ۱۳

۳- برنامه‌های پیش‌گیری سطح سوم..... ۱٤

منابع..... ۱٤

- فصل سوم : آشنایی با چار چوب برنامه های سلامت روان

مقدمه..... ۱۵

هدف برنامه‌های سلامت روان..... ۱۵

فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت..... ۱۵

برنامه‌ی سلامت روان و اجزای موجود در آن..... ۱٦

فهرست مطالب

عنوان صفحه

- **فصل چهارم: شناسایی گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان**

تعریف گروه هدف ۱۹
گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان ۱۹
طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای ارایه خدمات سلامت روان ۲۰
شناسایی گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت ۲۱
۱- برنامه‌ی شناسایی جمعیتی زیست محیطی ۲۱
۲- پرونده خانوار ۲۳
۳- غربالگری اختلالات سلامت روان و دستورالعمل تکمیل فرم آن ۲۳
سوالات ارزیابی اولیه اختلالات روانپزشکی ۲٤
دستورالعمل تکمیل فرم شرح حال روانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی ۲۷
٤- ثبت موارد شناخته شده اختلالات سلامت روان در دفتر مراقبت و پیگیری ۳۰
۵- مراقبت و پیگیری ۳۱

- **فصل پنجم: برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان**

مقدمه ۳۵
برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان ۳٦
راههای برقراری ارتباط با مردم ۳۸
مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف ۳۸
مرحله اول: دسترسی به گروه مخاطب ۳۹
مرحله دوم: جلب توجه مخاطب ۳۹
مرحله سوم: فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب ٤۰
مرحله چهارم: ارتقا و پذیرش تغییر ٤۰
مرحله پنجم: ایجاد تغییر در رفتار ٤۰
مرحله ششم: بهبودی و ارتقای سلامت روان ٤۱
عوامل مؤثر بر بهره مندی از خدمات ٤۱
مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان ٤۲
۱- مهارت کمک رسانی ٤۳
۲- مهارت‌های هدایت و آموزش ٤۳
۳- مهارت‌های مدیریت و رهبری ٤۳
٤- مهارت‌های نظارت و سرپرستی ٤۳
۵- مهارت‌های مباحثه و صحبت ٤٤

فهرست مطالب

عنوان صفحه

٦- مهارت‌های شنیدن ٤٤
منابع ٤٤

- فصل ششم: اختلالات روانپزشکی شایع
افسردگی ٤٥
مقدمه ٤٥
راهنمای تشخیصی افسردگی ٤٥
درمان ٤٦
شرح وظایف پزشک ٤٧
موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک ٤٨
موارد ارجاع فوری به روانپزشک ٤٨
موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی ٤٨
پیگیری و مراقبت بیمار افسرده بعد از بازگشت از ارجاع ٤٩
الگوریتم ١- تشخیص و مدیریت اختلالات افسردگی ٥٠
الگوریتم درمان دارویی بیمار افسرده ٥١
الگوریتم نحوه تجویز نورتریپتیلین ٥٣
عوارض دارویی فلوکستین ٥٤
اختلال دوقطبی ٥٥
مقدمه ٥٥
راهنمای تشخیصی مانیا/هایپومانیا ٥٥
درمان ٥٦
شرح وظایف پزشک ٥٧
شیوه عمل در موارد ارجاع غیرفوری ٥٨
موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک ٥٨
موارد ارجاع فوری به روانپزشک ٥٨
موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی ٥٨
موارد ارجاع فوری به بخش داخلی ٥٩
نحوه پیگیری و مراقبت پس از بازگشت بیمار از ارجاع ٥٩
نحوه پیگیری بالینی و آزمایشگاهی مصرف داروها ٥٩
اختلالات اضطرابی ٦١
مقدمه ٦١

فهرست مطالب

عنوان | صفحه

اضطراب فراگیر ٦١
اختلال پانیک ٦١
هراس اجتماعی ٦١
اختلال وسواس جبری ٦٢
اختلال استرس پس از سانحه ٦٢
غربالگری و نحوه ارجاع ٦٢
درمان و پیگیری اختلالات اضطرابی ٦٤
درمان اختلال اضطرابی منتشر ٦٤
درمان وسواس ٦٤
درمان اختلال اضطراب اجتماعی ٦٤
درمان اختلال پانیک ٦٤
درمان اختلال استرس پس از سانحه ٦٥
موارد ارجاع فوری ٦٦
موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک دوره دیده ٦٦
نکاتی که پزشک باید به بیمار و خانواده‌ی وی آموزش دهد ٦٦
اختلالات سایکوتیک ٦٧
مقدمه ٦٧
علل و علایم ٦٧
موارد ارجاع و نحوه انجام آن ٦٧
درمان، پیگیری و مراقبت بیماران ٦٩
قطع درمان ٦٩
عوارض دارویی ٦٩
موارد ارجاع فوری ٧٠
موارد ارجاع غیرفوری ٧٠
موارد آموزش به بیمار ٧٠
آموزش خانواده‌ی بیمار مبتلا به پسیکوز ٧١
اختلال علامت جسمانی و اختلالات مرتبط ٧٢
مقدمه ٧٢
علل و علایم ٧٢
درمان ٧٣
پیگیری، مراقبت و آموزش بیماران ٧٣
ناتوانی ذهنی ٧٥

فهرست مطالب

عنوان | صفحه

مقدمه ۷۵
علل ۷۵
موارد ارجاع و نحوه انجام آن ۷۵
پیگیری و مراقبت بیماران ۷۶
آموزش به خانواده ۷۶
صرع ۷۷
مقدمه ۷۷
تب و تشنج ۷۸
نحوه برخورد با تب و تشنج ۷۹
شناسایی و درمان صرع ۷۹
برخورد با عوارض دارویی ۸۰
اختلال بیش‌فعالی و کم توجهی ۸۳
مقدمه ۸۳
علل و علائم ۸۳
نشانه های کم توجهی ۸۳
نشانه های بیش فعالی- تکانشگری ۸۴
نشانه های بیش فعالی ۸۴
نشانه های تکانشگری ۸۴
درمان ۸۵
اصول کلی مشاوره و آموزش ۸۵
توصیه به آموزگار ۸۶
پیگیری ۸۶
اختلالات رفتارهای ایذایی ۸۷
مقدمه ۸۷
علائم ۸۷
ارزیابی و درمان ۸۸
اصول کلی آموزش والدین ۸۸
پیگیری ۸۸
اختلال یادگیریاختصاصی ۸۹
مقدمه ۸۹
علل و علایم ۸۹

فهرست مطالب

عنوان صفحه

تشخیص و درمان ۹۰
اصول کلی مشاوره و آموزش ۹۰
اوتیسم ۹۱
تعریف ۹۱
غربالگری و نحوه ارجاع ۹۱
درمان و پیگیری ۹۲
موارد ارجاع ۹۲
اختلال تیک ۹۳
مقدمه ۹۳
علل و علایم ۹۳
درمان ۹٤
پیگیری ۹٤
اختلالات دفعی ۹۵
مقدمه ۹۵
علل و علایم ۹۵
تشخیص و درمان ۹۵
پیگیری ۹۷
اختلالات زبان و ارتباط ۹۸
مقدمه ۹۸
علل و علایم ۹۸
درمان ۹۹
اصول کلی مشاوره و آموزش والدین در لکنت ۹۹
عادات خاص ۹۹
خودکشی ۱۰۰
مقدمه ۱۰۰
علل ۱۰۰
غربالگری ۱۰۰
اقداماتی که تا زمان ارجاع باید انجام شود ۱۰۱
پیگیری و مراقبت بیمار بعد از بازگشت از ارجاع ۱۰۲

- **فصل هفتم: آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره**

آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره ۱۰۳

فهرست مطالب

عنوان صفحه

هدف مشاوره ۱۰۳
اعضای مشاوره ۱۰۳
موضوعات و انواع مشاوره ۱۰۳
مشاوره با خانواده ۱۰٤
مشاوره با کودکان ۱۰٤
اصول مشاوره ۱۰۵
الف: ارتباط ۱۰۵
ب: تشخیص نیازها ۱۰۵
ج: احساسات ۱۰٦
د: مشارکت ۱۰٦
هـ: رازداری ۱۰٦
و: آموزش اطلاعات ۱۰٦
ز: سایر شرایط ۱۰۷

- فصل هشتم: آموزش سلامت روان با گروه‌ها و ترغیب مشارکت مردمی

مقدمه ۱۰۹
هدف برنامه‌ی آموزش سلامت روان به گروه‌ها ۱۰۹
آموزش سلامت روان در گروه‌های غیررسمی ۱۱۱
آموزش سلامت روان در گروههای رسمی ۱۱۱
مراحل اجرای برنامه‌ی آموزش سلامت روان به گروه‌ها ۱۱۱
مشارکت گروه‌ها و جامعه در زمینه سلامت روان ۱۱٤
مراحل اجرای یک برنامه‌ی مشارکت افراد ۱۱٤
شورای روستا یا محل ۱۱٦
عوامل موثر بر بهره مندی از خدمات ۱۱۸

بخش دوم

مروری بر اهداف، راهبردها و فعالیت های پزشک خانواده

- فصل اول : اهداف و استراتژیها، فعالیت ها و خدمات

مقدمه ۱۱۹
اهداف برنامه های سلامت روان و اعتیاد ۱۲۰
گروه های هدف برنامه ۱۲۰
استراتژیهای برنامه ۱۲۱

فهرست مطالب

عنوان صفحه

اصول و ضوابط ارائه خدمات سلامت روان در مراکز و مجتمع های سلامت..... ۱۲۱
فعالیت های مورد انتظار در مجتمع ها و مراکز سلامت..... ۱۲۱
سطح بندی خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد..... ۱۲۲
ویزیت پایه ۱۲۲
ویزیت دوره ای..... ۱۲۲
خدمات مراقبت و پیگیری فعال ۱۲۳
فلوچارت فرآیند ویزیت پایه و غربالگری جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت ۱۲۳
خدمات مورد انتظار در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد به تفکیک گروههای هدف ۱۲٤
خدمات مورد انتظار در حوزه پیشگیری از اعتیاد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ۱۲٦
شرح تفصیلی خدمات تخصصی کارشناس سلامت روان و رفتار..... ۱۳۲
ابزارهای ارائه خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد / غربالگری و مراقبت ۱٤۰
شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت..... ۱٤۷
شرح وظایف پزشک عمومی ۱٤۸
شرح وظایف کارشناس سلامت روان و رفتار در مجتمع / مراکز سلامت جامعه ۱٤۹
شرح وظایف روانپزشکان شاغل در مجتمع های سلامت در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ۱۵۲
دستورالعمل ارجاع هم سطح کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ۱۵۳

- **فصل دوم : فلوچارت های فرآیند و گردشکار ویزیت و مراقبت ها**

فلوچارت کامل برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی..... ۱۵٤
فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی ویژه مراقب سلامت ۱۵۵
فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی ویژه پزشک خانواده..... ۱۵٦
فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی ویژه روانپزشک ۱۵۷
فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی ویژه کارشناس سلامت روان و رفتار..... ۱۵۸
فلوچارت کامل برنامه پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل ۱۵۹
فلوچارت برنامه پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل ویژه مراقب سلامت ۱٦۰
فلوچارت برنامه پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل ویژه میزشک خانواده ۱٦۱
فلوچارت برنامه پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل روانپزشک ۱٦۲
فلوچارت برنامه پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل ویژه کارشناس سلامت روان و رفتار ... ۱٦۳
فلوچارت کامل برنامه ارائه خدمات سلامت اجتماعی ۱٦٤
فلوچارت برنامه ارائه خدمات سلامت اجتماعی مراقب سلامت ۱٦۵
فلوچارت برنامه ارائه خدمات سلامت اجتماعی پزشک خانواده ۱٦٦
فلوچارت برنامه ارائه خدمات سلامت اجتماعی کارشناس سلامت روان و رفتار ۱٦۷

فهرست مطالب

عنوان صفحه

بخش سوم

بسته خدمات بالینی پزشک خانواده در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

- فصل اول؛ بسته خدمتی سلامت روان

بسته خدمتی گروه سنی ٦ تا ١٨ سال ١٦٩

بسته خدمتی گروه سنی ١٨ تا ٢٩ سال ١٧١

بسته خدمتی گروه سنی سالمندان ١٧٣

- فصل دوم؛ بسته خدمتی سلامت اجتماعی

بسته خدمتی گروه مادران (قبل، حین و بعد از بارداری) ١٨١

بسته خدمتی گروه سنی تا ٦سال (کودکان)..... ١٨٢

بسته خدمتی گروه سنی ٧ تا ١٨ سال (نوجوانان و مدارس) ١٨٣

بسته خدمتی گروه سنی ١٩ تا ٢٩ سال(جوانان)..... ١٨٦

بسته خدمتی گروه سنی ٣٠ تا ٥٩ سال(میانسالان)..... ١٨٧

بسته خدمتی گروه سنی بالاتر از ٦٠ سالگی(سالمندان)..... ١٨٨

- فصل سوم ؛ بسته خدمتی اختلالات سوء مصرف مواد و الکل

بسته خدمتی گروه مادران باردار ١٩١

بسته خدمتی گروه مادران زایمان، تولد و شیردهی) ١٩٢

بسته خدمتی گروه سنی تا ٦سال (کودکان)..... ١٩٢

بسته خدمتی نوزادان..... ١٩٢

بسته خدمتی کودکان..... ١٩٢

بسته خدمتی گروه سنی ٧ تا ١٨ سال (نوجوانان و مدارس) ١٩٢

بسته خدمتی گروه سنی ١٩ تا ٢٩ سال(جوانان)..... ١٩٣

بسته خدمتی گروه سنی ٣٠ تا ٥٩ سال(بزرگسالان)..... ١٩٤

بسته خدمتی گروه سنی بالاتر از ٦٠ سالگی(سالمندان)..... ١٩٥

بخش چهارم

راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات روانپزشکی توسط پزشک خانواده در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

- راهنمای استفاده از نمودارها

مقدمه ١٩٩

راهنمای استفاده از نمودارها..... ٢٠٣

اصول کلی مراقبت ٢٠٧

فهرست مطالب

عنوان صفحه

نمودار مادر ۲۰۹

- **ارزیابی و درمان افسردگی** (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)

مقدمه ۲۱۳

نمودارارزیابی و اقدام: شروع درمان..... ۲۱٤

نمودارارزیابی و اقدام: ادامه ی درمان..... ۲۱۷

جزئیات مداخله ۲۲۱

ارزیابی و درمان اضطراب (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)

مقدمه ۲۲۷

نمودارارزیابی و اقدام: شروع درمان..... ۲۲۸

نمودارارزیابی و اقدام: ادامه ی درمان..... ۲۳۲

جزئیات مداخله ۲۳۷

ارزیابی و درمان اختلال سایکوز و دوقطبی (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)

مقدمه ۲٤۳

نمودارارزیابی و اقدام: شروع درمان..... ۲٤٤

نمودارارزیابی و اقدام: ادامه ی درمان..... ۲٤٦

سایکوز- جزئیات مداخله ۲٤۹

دو قطبی- جزئیات مداخله ۲٥٥

دمانس (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)

مقدمه ۲٦۱

نمودارارزیابی و اقدام: شروع درمان..... ۲٦۲

جزئیات مداخله ۲٦٥

صرع (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)

مقدمه ۲٦۹

نمودارارزیابی و اقدام در موارد اورژانس :..... ۲۷۰

نمودارارزیابی و اقدام: شروع درمان..... ۲۷۳

نمودارارزیابی و اقدام: ادامه ی درمان..... ۲۷٤

جزئیات مداخله ۲۷۷

اختلال تکامل (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)

مقدمه ۲۸۳

نمودارارزیابی و اقدام: شروع درمان..... ۲۸٤

نمودارارزیابی و اقدام: ادامه ی درمان..... ۲۸٦

جزئیات مداخله ۲۸۹

اختلال رفتاری کودک و نوجوان(ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)

مقدمه ۲۹۱

نمودارارزیابی و اقدام: شروع درمان..... ۲۹۲

نمودارارزیابی و اقدام: ادامه ی درمان..... ۲۹۶

جزئیات مداخله ۲۹۹

آسیب به خود/ خودکشی (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)

مقدمه ۳۰۱

نمودارارزیابی و اقدام: شروع درمان..... ۳۰۲

نمودارارزیابی و اقدام: ادامه ی درمان..... ۳۰۵

جزئیات مداخله ۳۰۷

آسیب به خود/ خودکشی (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)

مقدمه ۳۰۹

نمودارارزیابی و اقدام: شروع درمان..... ۳۱۰

جزئیات مداخله ۳۱۲

بخش پنجم

مستند سازی فعالیت های پزشک خانواده در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

فصل اول ؛

جمع آوری آمار برنامه های سلامت روان (گزارش ثبت اختلالات روانپزشکی) ۳۱۳

فصل دوم ؛

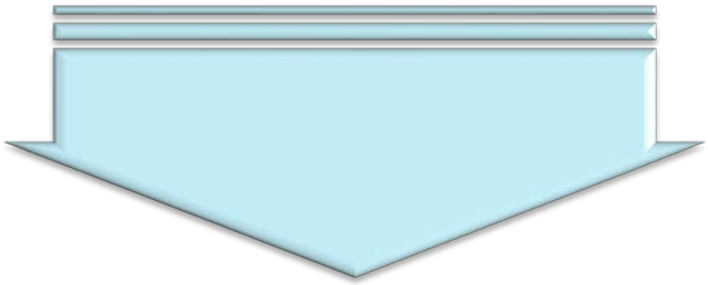
جمع آوری آمار فعالیت های آموزشی در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ۳۱۷

فصل سوم ؛

چک لیست پایش فعالیت های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ۳۲۱

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی

اجتماعی و اعتیاد برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت



بخش اول

بسته آموزشی و راهنمای عمل

پزشک خانواده در حوزه سلامت روانی

اجتماعی و اعتیاد

عناوین این بخش؛

- فصل اول: مفاهیم و اهمیت سلامت روان
- فصل دوم: راه‌کارهای ارتقای سلامت روان
- فصل سوم: آشنایی با چارچوب برنامه‌های سلامت روان
- فصل چهارم: شناسایی گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان
- فصل پنجم: برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان
- فصل ششم: مروری بر اختلالات شایع روان‌پزشکی
- فصل هفتم: آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره
- فصل هشتم: آموزش سلامت روان با گروه‌ها و ترغیب مشارکت مردمی

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل اول

مفاهیم و اهمیت سلامت روان

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱- مفهوم سلامت روان را توضیح دهید.

۲- سیر طبیعی بیماری‌ها را با مثال‌هایی از اختلالات سلامت روان توضیح دهید.

۳- عوامل مؤثر بر وقوع اختلالات سلامت روان را دسته‌بندی کنید و نقش هر دسته را بر بروز و شیوع بیماری‌ها در جامعه توضیح دهید.

٤- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان ارائه داده و این عوامل را به لحاظ طرز تأثیر بر بروز و شیوع بیماری‌ها تحلیل نمایید.

عناوین فصل

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

مفهوم سلامت روان:

سلامت روان به مجموعه‌ای از فعالیت‌های متنوع و وسیع اطلاق می‌شود که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم موجب ارتقای رفاه روانی اجتماعی افراد می‌شود. رفاه روانی اجتماعی دو جزء از مهم‌ترین اجزای تعریف سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی هستند[1]. در این دیدگاه سلامت عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه‌فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. این بیان تعریفی آرمانی و عملاً دست‌نیافتنی است، زیرا نمی‌توان فردی را پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد، ضمن این‌که در عمل هم نمی‌توان مرزی میان سلامت و بیماری در نظر گرفت. بااین‌وجود این تعریف چشم‌اندازی را به‌دست می‌دهد که همه افراد باید به سمت آن گام بردارند. علاوه بر این سلامت به‌معنای برخورداری از ظرفیت و توانایی‌ها در اجتماع به‌منظور تطابق افراد با تغییرات محیطی و قابلیت مقابله با مشکلات ناشی از این تغییرات تعریف‌شده است. در سال‌های اخیر تعاریف و رویکردهای دیگری نیز برای سلامت ارائه‌شده که بر عوامل مؤثر بر ارتقای سلامت افراد در جامعه اشاره دارند. رویکردهای جدید در طراحی برنامه‌های سلامت نیز بر تعاریف ارائه‌شده جدید تکیه دارند. ازجمله این رویکردها می‌توان به عوامل *اجتماعی مؤثر بر سلامت* اشاره کرد. بر اساس موارد فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت که سلامت روان چیزی فراتر از فقدان یا نبود بیماری روانی است. بعد مثبت سلامت روان که سازمان بهداشت جهانی نیز روی آن تکیه دارد. مفهوم سلامت روان شامل رفاه ذهنی، احساس خودتوانمندی، خودمختاری، کفایت، درک همبستگی بین نسلی و توانایی تشخیص استعدادهای بالقوه هوشی و عاطفی در خود است. به‌گونه‌ای دیگر می‌توان گفت: سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را بازمی‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، ازنظر شغلی مفید و سازنده باشد و به‌عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. سلامت روان به همه ما مربوط است نه‌فقط به کسانی که از بیماری‌های روانی رنج می‌برند. هیچ گروهی از بیماری روانی مصون نیست.

چند نمونه از تعریف‌های گوناگون ارائه‌شده برای سلامت:
فقدان بیماری
وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی
وضعیت پویایی مثبت

البته باید اذعان داشت که در افراد بی‌خانمان، تهیدستان، افراد بیکار و با سطح تحصیلات پایین، کسانی که قربانی خشونت بوده‌اند، مهاجرین و پناهندگان، کودکان و نوجوانان، زنانی که مورد سوءاستفاده قرارگرفته‌اند و در افراد مسن که مورد غفلت و بی‌توجهی واقع‌شده‌اند، بیشتر دیده می‌شود.

[1] Health topics- Mental health, Available in http://www.who.int/topics/mental_health/en/index.html

بار بیماری‌ها در اختلالات سلامت روان

در سال ۲۰۰٦، حدود ۱۳ درصد از کل بار بیماری‌ها به علت اختلالات روانی ارزیابی‌شده و این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۱٦ درصد افزایش خواهد یافت. در کل جهان میزان شیوع اختلالات روانی در تمام طول عمر بیش از ۲۵ درصد و شیوع این اختلالات در هر مقطع زمانی حدود ۱۰ درصد در جمعیت بزرگسال تخمین زده می‌شود[۱]. امروزه بیش از ٤۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا در هر برهه از زمان از افسردگی رنج می‌برند. در سال ۲۰۰٤ بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت افسردگی یک‌قطبی سومین رتبه را در بار بیماری‌ها داشته است[۲]. در تحقیق دیگری ٦.۷٪ از افراد در ایالات متحده در عرض ۱۲ ماه گذشته یک دوره از بروز اختلال افسردگی اساسی داشته‌اند.[۳] اختلالات اضطرابی مشتمل بر اختلالات پانیک، اضطراب منتشر، اختلالات پس از تروما، انواع فوبیا و اضطراب ناشی از طلاق شایع‌ترین انواع اختلالات روان در جمعیت عمومی هستند[٤]. علاوه بر این شواهد نشان از آن دارد که با توسعه جوامع بر اختلالات اضطرابی افزوده می‌شود. علاوه بر این پیش-بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ آمار اختلال آلزایمر به‌دلیل پدیده سالمندی دو برابر شود.[۵] این اختلال در حال حاضر ششمین عامل مرگ در ایالات متحده است. حدود ۲۵ میلیون نفر از مردم جهان از اسکیزوفرنیا، ۳۸ میلیون نفر از صرع و بیش از ۹۰ میلیون نفر از یک بیماری وابسته به مصرف الکل و یا سایر مواد رنج می‌برند. در ایالات متحده امریکا، سالانه ۱٤۸ میلیون دلار صرف هزینه کلیه بیماری‌های روانی می‌شود. در سال ۱۹۹٦ و ۱۹۹۷ در انگلستان هزینه بیماری‌های روانی را ۳۲ میلیون پوند برآورده کرده بود که ٤۵ درصد آن به دلیل از دست دادن کارآیی و توانایی سازندگی بود. بیماری اسکیزوفرنیا و آلزایمر، از بیماری‌هایی چون آرتریت، آسم، کانسر و نارسایی احتقانی قلب، دیابت، فشارخون و سکته مغزی، هزینه درمانی متوسط برای هر بیمار بیشتری دارد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا ۳۵ تا ٤۵ درصد غیبت از محل کار به‌دلیل مشکلات بهداشت روانی است. به‌طور متوسط تعداد روزهای ازدست‌رفته کاری که به بیماری‌های روانی نسبت داده می‌شود ٦ روز در ماه در هر ۱۰۰ کارگر و تعداد روزهای کم‌کاری ۳۱ روز در ماه در ۱۰۰ کارگر است. در ایالات متحده ۱/۸ تا ۳/٦ درصد از کارگران از افسردگی اساسی رنج می‌برند و افراد شاغل دارای افسردگی ۲ برابر بیشتر احتمال ناتوانی در کار نسبت به افراد بدون افسردگی دارند[٦].

---

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

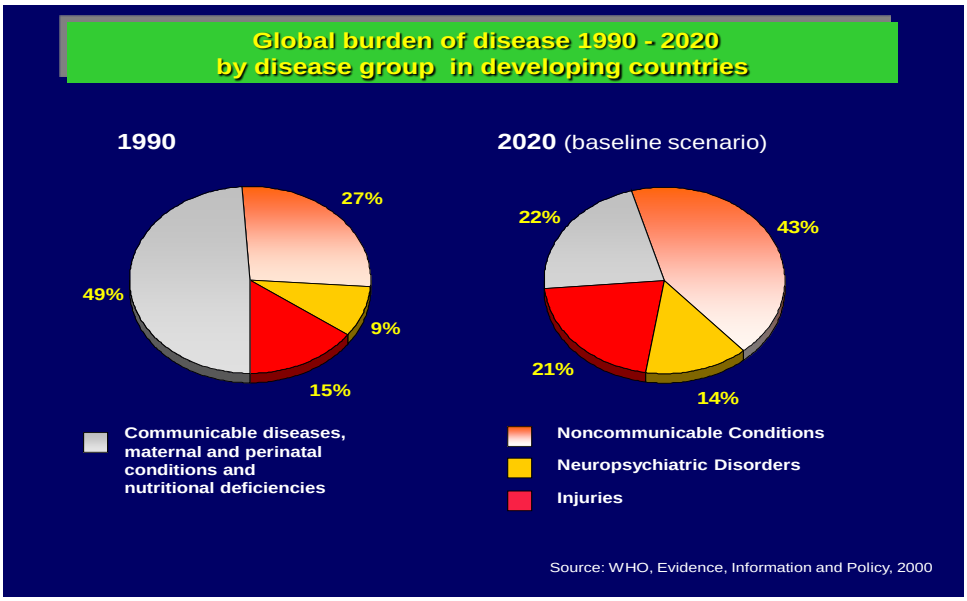
[2] World Health Organization. *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2008.

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

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

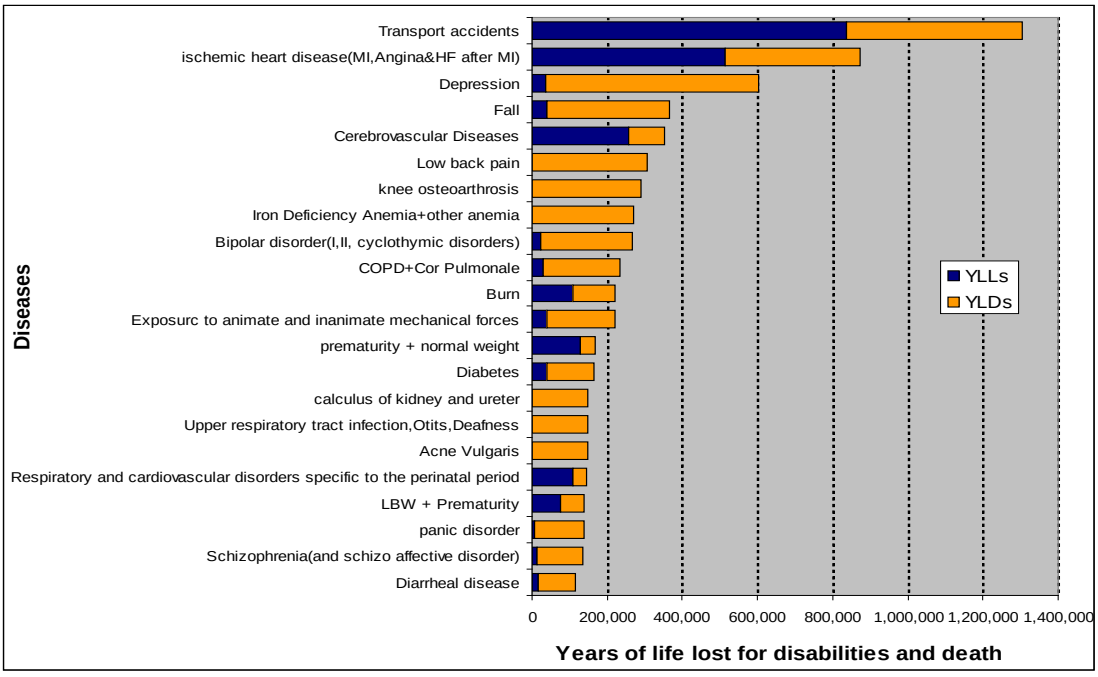
[5] Xu JQ, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. Deaths: final data for 2007. *National Vital Statistics Report* 2010;58(19).

[٦] بهداشت روان چیست ؟ دکتر معصومه امین اسماعیلی- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی-
http://www.iranmentalhealth.hbi.ir/Importance.htm



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

در تصویر فوق سناریوی آینده وقوع اختلالات روانی در سایر بیماری‌های مزمن به تصویر کشیده شده است[1].



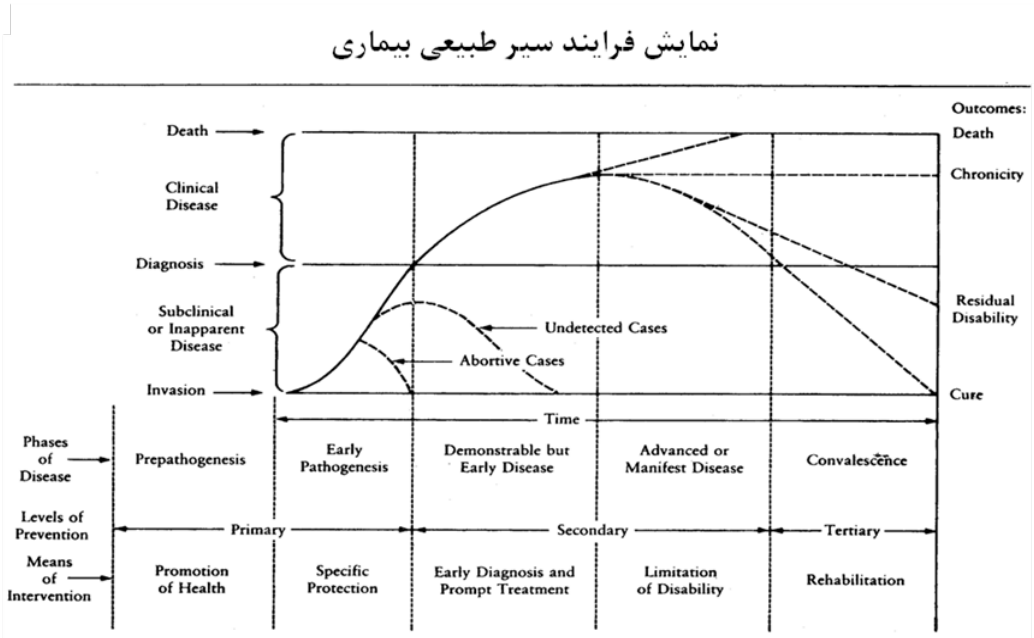
تصویر: نمودار سال‌های ازدست‌رفته عمر به دلیل معلولیت برای برخی از بیماری‌ها، در تمام سنین و در هر دو جنس در کشور ایران مطالعه بار بیماری‌ها سال ۱۳۸۳ – افسردگی بار سوم بیماری‌ها در کشور را دارد

[1] Source: WHO, Evidence, Information and Policy, 2000

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

سیر طبیعی اختلالات سلامت روان:

همه بیماری‌ها به‌گونه‌ای دارای یک چرخه زندگی هستند که شامل مراحل شروع، رشد، به اوج رسیدن، دوره زوال و پایان است[۲].



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

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

[2] –William Farr (1862)

اساساً سیر طبیعی بیماری به دوره پیشرفت تا نقاهت بیماری در یک فرد اطلاق می‌شود. بیماری‌ها در طول زمان از مراحل معین و متوالی گذر می‌کنند. این موضوع در مورد برخی از بیماری‌ها به‌خصوص بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی، دیابت و فشارخون بالا که دارای سیر طبیعی طولانی هستند و نیز اختلالات سلامت روان کاملاً بارز است. غالباً عوامل مؤثر در ایجاد این بیماری‌ها از همان سال‌های اول زندگی در فرد وجود داشته و علائم بالینی آن در سال‌های خیلی دیرتر ظاهر می‌شوند. این عوامل سبب بروز یا تشدید سیر بیماری می‌شوند. عواملی نظیر الگوهای تربیتی، فقر، تحصیل، برخورداری از حقوق اجتماعی و عوامل متعدد دیگری در وقوع اختلالات روانی مؤثرند. این عوامل اگرچه در قیاس با عوامل خطری نظیر چربی‌های خون بالا، سیگار کشیدن و دیابت که سبب تنگی عروق کرونر و درنهایت بروز سکته‌ی قلبی می‌شوند در معرض کشف قرار نمی‌گیرند اما به‌شکل قدرتمندی سلامت روان افراد را در معرض خطر قرار می‌دهند. چارچوبی که برای سیر طبیعی بیماری‌ها وضع شده غالباً برای به تصویر کشیدن اختلالات روان نیز کاربرد دارند. بنابراین بیماری‌های روانی نیز دارای دوره‌ی پنهان، دوره‌ی بالینی و دوره‌ی بهبود هستند.

در علم بیماری‌شناسی سیر طبیعی بیماری از پدیده‌هایی تشکیل می‌شود که قبل از آغاز بیماری (مرحله استعداد ابتلا) شروع و تا پایان بیماری (مرحله بهبود، ناتوانی یا مرگ) ادامه می‌یابد. پس از دوره تماس با عامل ایجادکننده بیماری فرد وارد مرحله قبل از شروع علائم بالینی (**Sub-clinical** یا **preclinical**) می‌شود. در این مرحله عامل بیماری زا در فرد فعال است، اما هنوز هیچ‌گونه علائم و نشانه‌ای از بیماری در وی یافت نمی‌شود. این موضوع در بیش از ۱/۵ قرن پیش به‌وسیله **Jacob Henle** بیان شده است. این پدیده در هر دو نوع بیماری‌های عفونی و غیرعفونی نظیر اختلالات سلامت روان وجود دارد. در بیماری‌های عفونی به این دوره مرحله نهفتگی **(Incubation)** و در مورد بیماری‌های غیرعفونی به آن دوره کمون گفته می‌شود. با این وجود دوره کمون در اختلالات روانی نامشخص و در افراد ممکن است بسیار متغیر باشد. به‌عنوان مثال این دوره در بیماری وبا ۲٤ تا ٤۸ ساعت است در حالی که همین دوره در بیماری عفونی آبله مرغان به‌طور طبیعی ممکن است ۲ تا ۳ هفته باشد. این دوره در بیماری نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) به طول تقریبی متوسط ۱۰ سال می‌رسد. اما این دوره در اختلالات روانی کاملا نامشخص است. دلیل وقوع این موضوع این است که اساساً طول دوره نهفتگی تابعی از قابلیت بیماری‌زایی **(Pathogenicity)**، مقاومت میزبان، میزان تماس **(dose of exposure)** و وجود علائم مستعدکننده دیگر برای ابتلا به بیماری **(auailability of cofactors)** است که این عوامل در افراد مختلف در زمینه اختلالات روان دارای واریانس بوده و غیرقابل سنجشند. با این وجود کنترل این عوامل تاثیر بارزی بر سلامت افراد و آینده روانی آنها می‌گذارد. این نظریه منجر به آن می‌شود که دانشمندان علوم سلامت روان بر برنامه‌های پیشگیری مختلف

تاکید نمایند و راهکار اصلی برای ارتقای سلامت روان را تقویت عوامل اجتماعی و بنیادهای رشد اجتماعی آحاد جامعه بدانند.

مرحله بالینی **(Stage of clinical disease)** اختلال روان با وقوع یا شاید کشف نخستین علائم بیماری آغاز و با ختم بیماری با یکی از پدیده‌های بهبودی، ناتوانی یا مرگ پایان می‌یابد. در اینجا ذکر این نکته کاملا ضروری است که در سنجش بار بیماری‌ها اولا اختلالات روان به دلیل میزان بروز وسیع از بار بالایی در قیاس با بسیاری از بیماری‌ها برخوردارند و ثانیا اگرچه مرگ در اثر اختلالات روانی پدیده‌ای شایع نمی‌باشد، اما وزن برخی از انواع اختلالات در حد بسیار بالایی به جهت صعوبت زندگی براورد شده است.

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

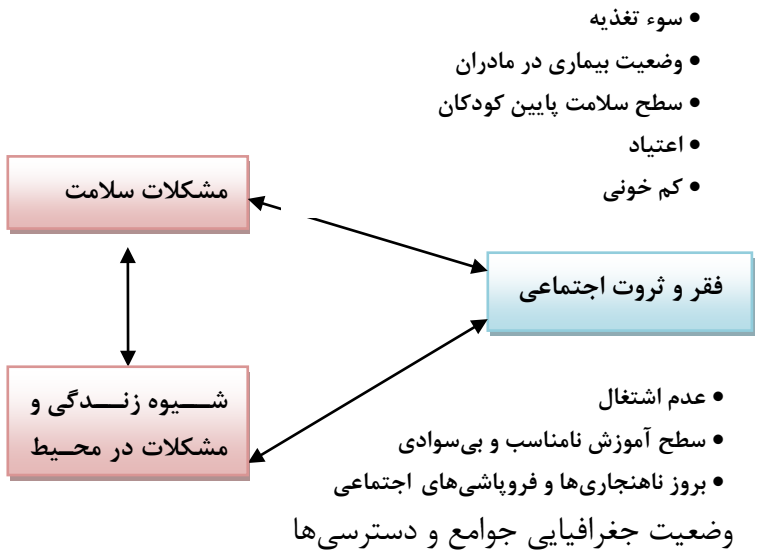
عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان

سلامت روان در واقع محصول کارکرد عوامل وسیع اجتماعی است که زیرساخت‌های جامعه بر مبنای آن استوار گردیده است. عواملی نظیر محیط اجتماعی و اقتصادی از طریق اثراتی که بر جسم و روان افراد خواهند داشت همانند ریشه‌هایی در سلامت افراد جامعه مؤثرند. شرایط زندگی، امکانات، تسهیلات آموزشی، نحوه ارتباطات، آگاهی‌ها، وضعیت اشتغال، درآمد، امنیت و سایر موارد همگی به‌طریقی بر سلامت فرد و بر بروز و شیوع بیماری‌ها تاثیر می‌گذارند. در کل هر قدر طبقه اجتماعی پایین‌تر باشد امید به زندگی کمتر و وقوع بیماری‌ها بیشتر خواهد بود. اساساً سلامت تابعی است از مواجهه با عوامل فیزیکی و روانی در طول زندگی که منجر به ایجاد تغییراتی در وضعیت افراد می‌شود. انسان‌ها در مراحل گذار عمر بسته به نوع بهره‌مندی از محیط اطراف خود توانایی مواجهه با مشکلات سلامت را کسب می‌نمایند. مراحل گذار عمر و بهره‌مندی از امکاناتی که محیط برای افراد فراهم می‌آورد از دوران جنینی آغاز می‌شود. مراحل بعدی این تجربه عبارتند از دوران کودکی، مدرسه و تحصیل، آغاز فعالیت شغلی، ازدواج و تشکیل خانواده، تجربه‌های تغییر شغل، بچه‌دار شدن و ... در این میان کسانی که بهره‌مندی نامطلوب از مواهب و رفاه اجتماعی داشته باشند در معرض آسیب‌های بالاتری چه از نظر روانی و چه از نظر جسمی قرار می‌گیرد. وقوع رخدادهایی نظیر عدم بهره‌مندی از آموزش، از دست دادن شغل و سرپناه، تجربه رفتارهای پرخطر نظیر مصرف سیگار، اعتیاد و بزهکاری یا عدم برخورداری از حمایت‌های اجتماعی موجب وقوع مشکلات برای سلامت به‌ویژه مشکلات سلامت روان در افراد می‌شود.

دسته بندی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان

عوامل گوناگونی را به‌عنوان مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت جسمی و روانی می‌توان نام برد. این مؤلفه‌ها را می‌توان به‌صورت زیر طبقه‌بندی کرد.

۱. سطح درآمد و طبقه‌ی اجتماعی
۲. شبکه‌های حمایتی از رفاه اجتماعی افراد
۳. آموزش و سواد
٤. اشتغال و فضای کار
٥. محیط و فرهنگ اجتماعی
٦. مهارت‌های افراد برای زندگی
۷. رشد روانی و جسمی کودکان
۸. برخورداری از تسهیلات سلامت
۹. جنسیت
۱۰. نژاد
۱۱. فرهنگ و اعتقادات



تصویر: شیوه زندگی و عوامل محیطی در تعامل با فقر به صورتی دوجانبه عمل می‌نماید این موضوع بر وضعیت سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر می‌گذارد.

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

منابع

1. Health topics- Mental health, Available in http://www.who.int/topics/ mental_ health/en/index.html

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

3. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2008.
4. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:617–627.
5. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiol Psichiatr Soc 2009;18(1):23–33.
6. Xu JQ, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. Deaths: final data for 2007. National Vital Statistics Report 2010;58(19).
7. Hebert LE, Scherr PA, Bienas JL, Bennett DA, Evans DA. Alzheimer's disease in the U.S. population: prevalence estimates from the 2000 census. Arch Neurol 2003;60:1119–22.

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

http://www.iranmentalhealth.hbi.ir/Importance.htm

۹. WHO, Evidence, Information and Policy, 2000

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

11. Lawrence W.Green, Marxhal W. Kreuter- Health Program Planning- Mc Graw Hill – 1999.
12. Park j.E: preventive and Social Medicine, Nineteenth Banarsidas Bhanot, India, 2005

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

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

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

۱٦. جودیت س، مازنر، اصول اپیدمیولوژی، ترجمه: دکتر حسین ملک افضلی، دکتر کیومرث ناصری، انتشارات دانشگاه تهران، مرکز نشر دانشگاهی چاپ اول سال ۱۳٦۳،

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل دوم

راه‌کارهای ارتقای سلامت روان

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱. مفهوم پیش‌گیری و سطوح آن را در ارتباط با سلامت روان توضیح دهید.

۲. عوامل چندگانه مؤثر بر بیماری‌ها و راه‌کارهای کنترلی آنها را توضیح دهید

۳. راه‌کارهای ارتقای سلامت روان

٤. دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به لحاظ سطح پیش‌گیری را با مثال‌هایی توضیح دهید.

عناوین فصل

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

عوامل چندگانه مؤثر بر بیماری‌های روانی و راه‌کارهای کنترلی آنها

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

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

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

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

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

راه‌کارهای ارتقای سلامت روان

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

۱. انجام مداخلات سلامت روان در سنین کودکی

۲. سرمایه‌گذاری بر رشد روانی کودکان و نوجوانان

۳. توانمندسازی زنان

٤. ایجاد شبکه‌های اجتماعی برای حمایت از سالمندان

۵. برنامه‌ریزی برای حمایت از گروه‌های در معرض خطر شامل اقلیت‌های قومی، مهاجرین، آسیب دیدگان ناشی از بلایا و بحران‌ها و سایر گروه‌ها

٦. انجام مداخلات سلامت روان در مدارس

۷. انجام مداخلات سلامت روان در محل‌های کار

۸. اجرای سیاست‌های پیش‌گیری از خشونت

در این میان آموزش جامعه یکی از اثربخش ترین راه‌کارها برای ارتقای سلامت روان است. در سال ۱۹٦۳یکی نخستین فعالیت‌های آموزشی سلامت روان با پروژه بهداشت روانی نورث امپتون معرفی شد. اهداف این پروژه عبارت بودند از:

۱. آگاهی عمومی از اختلالات روانی بعنوان یک مشکل

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

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

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

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

در ایران در تحقیقی که توسط شادمنش و همکاران در زمینه بررسی فرهنگ بهداشتی مردم شهرنشین استان کردستان در سال ۱۳۷۷ انجام شد نشان داده شد که ٦۱٪ آگاهی ضعیفی از مفهوم بهداشت داشتند. ۳۵٪ از مردم معتقد بودند که طب سنتی تاثیر زیادی در درمان بیماری‌های داشته و ۱۲٪ از مردم به دعانویس جهت بهبود بیماری اعتقاد داشتند. در خصوص چگونگی بهبود یک بیماری روانی بین نظرات مردم در شهرهای مختلف استان تفاوت وجود داشت.

شواهد علمی درموردتاثیربرخی آموزشهای بهداشتی در زمینه سلامت روان

از آنجایی‌که برنامه‌ریزی و اجرای مناسب هر برنامه بهداشتی مستلزم تشخیص عناصر و مولفه‌های اصلی است، با بررسی متون و اقدامات انجام شده به این نتیجه دست یافته‌ایم که آموزش مهارت‌های زندگی نتایج پرباری را با خود به‌همراه داشته است. برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی بر طبق تحقیقات گسترده قبلی در پیشگیری از سوءمصرف مواد (بوتوین و همکاران ۱۹۸۰و۱۹۸٤، پنتز ۱۹۸٦)، پیشگیری از بی‌بندوباری جنسی (اولوپس ۱۹۹۰)، بارداری در نوجوانان (زابین و همکاران ۱۹۸٦ و شینگ ۱۹۹٤)، ارتقای هوش (گونزالس،۱۹۹۰) پیشگیری از ایدز (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹٤) آموزش صلح (پراتزمن و همکاران) و ارتقای اعتماد به‌نفس (تاکید،۱۹۹۰) مفید و مؤثر بوده است.

بطور کلی مهارت‌های زندگی شامل مهارتهایی است که باعث افزایش توانایی‌های روانی – اجتماعی افرد می‌شود و آنان را قادر می‌سازد تا به‌طور مؤثر با مقتضیات و کشمکش‌های زندگی روبرو شود. آموزش مهارتهایی چون حل مساله و تصمیم‌گیری، تفکر خلاق نقّاد، برقراری ارتباط، خودآگاهی، همدلی، مهارت مقابله با استرس و مهارت جرات‌آموزی و ابراز وجود همزمان با شکل‌گیری شخیصت و رشد تفکر شناختی کودک و دوره‌ها ی حساس نوجوانی می‌تواند به‌میزان زیادی از

آسیب‌های روانی – اجتماعی آتی پیشگیری کند.

اجرای راهکارها بر اساس سطوح پیش‌گیری در برنامه‌های سلامت روان

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

مروری کوتاه بر مفاهیم پیش‌گیری و کاربرد آن در سلامت روان

پیش گیری، به‌مفهوم ساده، به‌معنای جلوگیری از به‌وجود آمدن بیماری قبل از وقوع آن است. در مفهوم علمی پیش‌گیری شامل کلیه اقداماتی است که به‌منظور جلوگیری از بروز، قطع یا کاهش سرعت سیر بیماری به‌کار می‌آید. بر پایه این مفهوم و با توجه به مراحل متفاوت سیر بیماری می‌توان برای پیشگیری ٤ سطح مختلف را در نظر گرفت:

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

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

پیش گیری مقدماتی (ابتدایی)

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

پیش‌گیری اولیه

اصطلاح پیش‌گیری اولیه **(Primary prevention)** به حالتی اطلاق می‌شود که در آن تلاش می‌شود از طریق

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

پیش‌گیری سطح دوم

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

پیش‌گیری سطح سوم

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

دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به‌لحاظ سطح پیش‌گیری

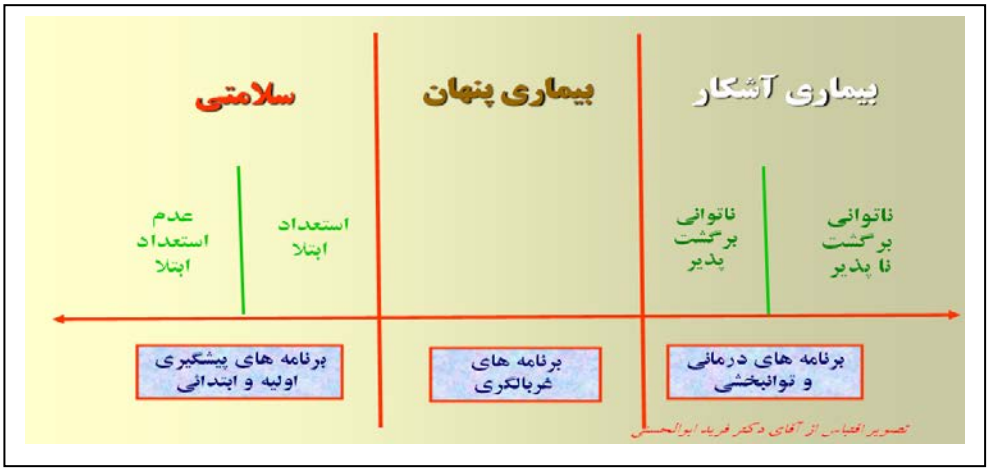
۱- برنامه‌های پیش‌گیری سطح اول؛

انواعی از برنامه‌ها هستند که هدف آنها حفظ سلامت از طریق تغییر در اشخاص یا محیط آنها است، مانند حفظ

وضعیت تغذیه‌ی خوب، آموزش برای ترک سیگار، ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عفونی، بی‌خطر کردن محیط زیست و کار افراد و ... از این دسته از برنامه‌ها در حیطه سلامت روان می‌توان از برنامه‌های آموزش برای فرزند پروری، آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش سلامت روان در محیط‌های آموزشی و شغلی مانند مهد کودک‌ها، مدارس و کارخانه‌ها و کارگاه‌ها و ... نام برد. مداخله‌های مورد پیش‌بینی در این برنامه در زمانی عمل می‌کنند که یا سیر بیماری شروع نشده **(Premordial prevention)** یا این‌که هنوز به‌صورت بالینی ظاهرنشده است ولی شالوده‌ی آن با حضور عواملی که به نفع وقوع آن است ریخته شده است **(primary prevention)**. خدمت (مداخله‌ی) مورد پیش‌بینی در این نوع از برنامه‌ها سبب کاهش موارد بروز می‌شود.

۲- برنامه‌های پیش‌گیری سطح دوم؛

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



تصویر؛ طیف تندرستی و برنامه های سلامت

۳- برنامه‌های پیش‌گیری سطح سوم،

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

اهمیت شناخت سطح مداخله در برنامه نه‌تنها موجب فهم مناسب از اقدامات مداخله‌ای می‌شود بلکه موجب درک مناسبی از شاخص‌های ارزشیابی برنامه نیز می‌شود. همان‌طور که گفته شد شاخص ارزشیابی نهایی برای تحقق هدف برنامه‌ی سطح اول کاهش موارد بروز و برای سطح دوم و سوم کاهش شیوع و ناتوانی بیماری است.

منابع

1. Lawrence W. Green, Marxhal W. Kreuter. Health Program Planning: Mc Graw Hill, 1999.
2. Abolhassani, F. et al. Strengthening Performance Monitoring and Evaluation of Reproductive Health and Family Planning Programs in Islamic Republic of Iran. MOHME ESCAP UNFPA, September 1999.
3. Park J. E: Preventive and Social Medicine. Nineteenth Banarsidas Bhanot, India, 2005.

٤. جان م. لست. فرهنگ اپیدمیولوژی. ترجمه حسین شجاعی تهرانی و بابک بوب: انتشارات سماط، ۱۳۷۸.

٥. دکتر فرید ابوالحسنی. مدیریت برنامه‌های تندرستی: انتشارات «برای فردا»، ۱۳۸۳.

٦. بیگل هول، بونیتا. مبانی اپیدمیولوژی. ترجمه محسن جانقربانی و مطهر پیانپور: انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۱.

۷. جودیت س. مازنر. اصول اپیدمیولوژی. ترجمه حسین ملک افضلی، کیومرث ناصری: انتشارات دانشگاه تهران، مرکز نشر دانشگاهی، چاپ اول ۱۳٦۳.

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل سوم

آشنایی با چارچوب برنامه‌های سلامت روان

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱. مفهوم برنامه سلامت روان را توضیح دهید.

۲. اجزای اصلی برنامه سلامت روان را نام‌برده و توضیح دهید.

۳. با مطالعه نمونه‌هایی از مستندات برنامه‌های سلامت روان جاری، اهداف، اجزا و استانداردهای برنامه‌های سلامت روان را به‌صورتی طبقه‌بندی‌شده تشریح نمایید.

عناوین فصل

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

آشنایی با چارچوب برنامه های سلامت روان

مقدمه

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

هدف برنامه‌های سلامت روان

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

فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت

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

۱. شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات روانی و رفتاری کودکان شامل: اختلالات یادگیری، اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلالات تیک، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات فراگیر رشد، اختلالات تغذیه‌ای و دفعی، ناخن جویدن و شست مکیدن، لکنت زبان، اختلال نافرمانی و مقابله‌جویی، صرع.

۲. ارزیابی تکامل کودکان و مشاوره به والدین

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

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

برنامه سلامت روان و اجزای موجود در آن

همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، منظور از برنامه سلامت، فعالیت‌های به‌هم‌پیوسته‌ای است که به‌منظور مقابله با یک یا چند مشکل سلامت طراحی و در ساختار شبکه سلامت ادغام می‌شوند، مانند برنامه‌های ایمن‌سازی، پایش رشد، سلامت روان و .... برای هرکدام از برنامه‌ها می‌توان مأموریت اصلی، گروه هدف و فرایندهای مشخص پیش‌بینی کرد. فرایندهای انتخاب‌شده برای هر برنامه به‌گونه‌ای است که برنامه را به‌صورت کارآمدی به‌سوی تحقق هدف اصلی آن پیش برد. هر فرایند به مجموعه‌ای از فعالیت‌های به‌هم‌پیوسته اطلاق می‌شود که منجر به تحقق اهداف مرحله‌ای می‌شود. لذا برای مراحل اجرایی هر برنامه می‌توان چند فرایند تعریف کرد. فعالیت‌های اجرایی طی دستورعمل‌ها به نیروی انسانی شاغل در بخش‌های مختلف ابلاغ می‌شوند. این دستورعمل‌ها استانداردهای فعالیت‌های اجرایی را تبیین می‌کنند و اجرای صحیح آنها می‌بایست منجر به تحقق اهداف برنامه شود.

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

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

در تصویر فوق مراحل مختلف یک برنامه‌ی سلامت نمایش داده شده است. این مراحل شامل موارد زیر است:

۱- شناسایی گروه هدف

۲- برقراری ارتباط با گروه هدف

۳- مداخله سلامت در مورد گروه هدف

٤- مراقبت از گیرندگان خدمات سلامت روان

موارد اشاره‌شده در فوق در سایر فصول به‌تفصیل شرح داده‌شده است.

در اینجا لازم است به مفهوم ادغام در برنامه‌های سلامت اشاره‌کنیم.

نکته موردنیاز برای توضیح در این مرحله این است که اصولاً برنامه‌های سلامت در مرحله طراحی فرایندهای خدمت و پشتیبان به‌گونه‌ای طراحی می‌شوند تا به استفاده بیشینه از منابع در دسترس اقدام به ارائه حداکثر خدمات نمایند. این موضوع را "ادغام" می‌گویند. تحقق موضوع اخیر به‌طور منطقی تابع رعایت دو اصل کلیدی است. نخست آن‌که در هنگام مراجعه یا ملاقات با یک فرد از یک گروه هدف تمامی خدمات موردنیاز به او ارائه گردد. این موضوع را "ادغام در سطح گیرنده خدمت" می‌گویند. به‌عنوان‌مثال هنگامی‌که کودک زیر ٦ سال به واحد ارائه خدمت مراجعه می‌کند، ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند به او خدمات ایمن‌سازی، پایش رشد، سلامت روان و سایر بررسی‌های سلامت را ارائه نماید. تحقق این امر در گروی آن است که برنامه‌های سلامت در هنگام طراحی استانداردهای ارائه خدمت دارای یک ماتریکس مشتمل بر خدمات و زمان بهره‌مندی از آنها را داشته باشند. در این شرایط گروه هدف می‌تواند در زمان‌های مشخصی خدمات تعریف‌شده خاصی را دریافت نماید. به مجموعه خدماتی که در هنگام مراجعه یک فرد از گروه هدف در قالب برنامه سلامت به وی ارائه می‌شود "بسته خدمت" گفته می‌شود. خدمات موجود در یک بسته خدمت هرکدام موجب تحقق اهداف سلامت جداگانه‌ای می‌شوند. اصل دوم برای استفاده بیشینه از منابع بهره‌برداری اشتراکی برنامه‌های سلامت از منابع انسانی و غیرانسانی در دسترس است. این موضوع که از آن می‌توان با تعبیر "ادغام در سطح منابع" یادکرد، به‌مفهوم آن است که ظرفیت منابع ساختاری برنامه‌های سلامت باید به‌گونه‌ای تنظیم شوند که این منابع قابلیت‌های بهره‌برداری برای برنامه‌های سلامت مختلف را در یک‌زمان داشته باشند.

برنامه‌های سلامت روان نیز مانند تمامی برنامه‌های سلامت دیگر باید الگوی روشنی برای بازاریابی داشته باشند. بحث در مورد مفهوم اخیر در این مجمل نمی‌گنجد، بااین‌وجود در اینجا ذکر این نکته ضروری است که برنامه‌های سلامت باید با شیوه‌هایی کاراً تقاضای مردم را تنظیم نموده و آنها را به سمت نیازهای دارای اولویت سوق دهند. این موضوع تا حد زیادی تابع نحوه عرضه خدمات سلامت در جامعه است. با این تنظیم می‌توان به رویکردی کارا، پاسخ‌گو و عدالت‌محور در برنامه‌های سلامت دست‌یافت. واضح است چنانچه برنامه سلامت در این مرحله از الگوهایی اثربخش برخوردار نباشد پوشش مورد نیاز برای تحقق اهداف خود را به‌دست نخواهد آورد. بخش مهمی از فرایندهای بازاریابی تحت عنوان آموزش

بهداشت قابلیت اجرا دارد که دارای الگوهای روشن و شناخته‌شده علمی است. بخشی از مطالب مرتبط با ایـن موضـوع در فصل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در سایر فصول این کتاب تحت عناوین بازاریابی خدمات سلامت و عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات آمده است.

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل چهارم

شناسایی گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱. ویژگی‌هایی که بر اساس آن، گروه هدف در برنامه سلامت روان شناسایی می‌شوند را بیان کنید.

۲. روش اجرایی شناسایی و ثبت اطلاعات واجدین شرایط برای ورود به برنامه سلامت روان را توضیح دهید.

عناوین فصل

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

شناسایی گروههای هدف در برنامه سلامت روان

تعریف گروه هدف

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

گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان

سازمان جهانی بهداشت در دیدگاه نوین خود سلامت را برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی معنی نموده‌است. در این میان سلامت روان واژه‌ای است که بیانگر توانایی شناختی و عاطفی یک فرد برای برخورداری از یک زندگی بارور است. سلامت روان بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت روان به حالتی از رفاه اطلاق می‌شود که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد و می‌تواند بر تنش‌های روانی معمول در زندگی فائق آمده و به‌صورتی کارآمد مثمر ثمر باشد. واضح است این تعریف بیش از هر چیز بر توان شناختی و عاطفی افراد تمرکز دارد و اساساً پیامد کاهش سطح سلامت روان را کاهش کارایی در برخورداری از یک زندگی پربار دانسته است. در چنین شرایطی می‌توان گفت که هر فرد از افراد جامعه در درجه‌ای از سلامت روان قرار دارد. بر این اساس گروه‌های هدف سلامت روان شامل تمامی سنین، هر دو جنس و همه افراد با هر وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و از هر قومیت و اعتقادی خواهند بود؛ هیچ فرد از افراد جامعه را نمی‌توان پیدا کرد که نیازمند حمایت‌های اجتماعی برای برخورداری از حداکثر سلامت روان نبوده و هیچ فردی را نمی‌توان یافت که فاقد نیاز برای رشد و تعالی برای رسیدن به درجات بالاتری از این موضوع باشد. در اینجا ذکر این نکته حائز اهمیت است که اگرچه در برخی تعاریف یک فرد با سلامت روان را شخصی دانسته‌اند که فاقد هرگونه اختلال یا بیماری روانی باشد، اما در بسیاری از تعاریف دست‌یابی به ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی را برای افراد فاقد اختلال به‌عنوان یکی از اهداف سلامت روان پیش‌بینی نموده‌اند. در این زمینه گفته می‌شود حتی در شرایطی که فرد فاقد هرگونه اختلال یا بیماری روانی باشد، بازهم می‌توان درجاتی از رشد روانی را برای وی تصور کرد که در آن عواطف فرد از ظرفیت‌های کامل‌تری برای برخورداری از زندگی پربار بهره‌مند بوده و قادر است بر چالش‌هایی هرچند عمیق که در زندگی‌اش پیش

می‌آید غلبه نماید. این دیدگاه موضوعاتی نظیر ارزشمندی، قدرت کنترل، هوشمندی‌های عاطفی، قدرت فردی، قابلیت حل مساله، خلاقیت، طبیعت شاد و رضایت‌مندی فردی را موردتوجه قرار می‌دهند.

بر اساس آنچه در فوق آمد می‌توان چنین نتیجه گرفت که گروه اول در خدمات سلامت روان آحاد افراد جامعه هستند که از اقدامات پیشگیرانه بهره‌مند می‌شوند. اقداماتی نظیر آموزش سلامت روان برای گروه‌های مختلف برگزاری اجتماعات محلی، سخنرانی در مراکز آموزشی و رفاهی، ارائه توصیه و راهکار به والدین برای ایجاد محیط مناسب یادگیری و ایجاد فضای شاد در خانواده، مهارت‌های فرزندپروری و آموزش روش‌های غلبه بر استرس می‌توانند اقداماتی ازاین‌دست باشند. بااین‌وجود همواره می‌توان در جامعه افرادی را پیدا کرد که به درجات مختلفی از اختلالات روانی متفاوتی رنج می‌برند. گروه‌های اخیر واجد شرایط دریافت خدمات درمانی و توان‌بخشی هستند. بحث در مورد نحوه خدمت‌رسانی و مداخلات لازم برای این گروه‌ها در فصول مربوطه آمده است. در اینجا ذکر این نکته ضرورت دارد که کار شناسایی و ثبت اطلاعات مربوط به گروه اخیر از طریق فرم‌های غربالگری و دستورعمل‌های مشخصی صورت می‌پذیرد که برای کارکنان سلامت ضوابط آن تبیین و ابلاغ می‌شود.

طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای ارائه خدمات سلامت روان

حال که دریافتیم سلامت روان موضوعی برای تمامی افراد جامعه با هر ویژگی است باید به نکته‌ای دیگر درزمینه‌ی 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. بااین‌وجود همواره افرادی خاص از جامعه که تحت شرایط ویژه‌ای زندگی می‌کنند در معرض مخاطرات سلامت روان خاص بوده و به خدمات تقریباً یکسانی نیاز دارند. رویکردهای مختلفی برای طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای سلامت روان می‌توان پیدا کرد، اما آنچه در این کتاب مورد تأکید قرار می‌گیرد انتخاب گروه‌های هدف بر دو مبناست. مبنای نخست طبقه‌بندی گروه‌های هدف بر اساس اختلالات شایع سلامت روان است. این رویکرد در محتوای اصلی فصل ٦ را دربرگرفته و شامل طبقه‌بندی افراد در گروه‌هایی نظیر مبتلایان به افسردگی و اضطراب، اختلالات دوقطبی، انواع اختلالات روانی و ... است. مبنای دوم انتخاب گروه‌های هدف بر اساس گروه‌های سنی است. در این رویکرد

گروه‌های سنی واجد قرار گرفتن در دسته‌های افراد در معرض مخاطرات و بیماری‌های روانی خاص تلقی می‌شوند. این رویکرد برای ارائه بسته‌ای از خدمات ادغام‌یافته مختلف به یک حیطه سنی همواره موردنظر ارائه‌دهندگان خدمات است. به‌عنوان‌مثال می‌توان تصور کرد که اختلالاتی نظیر بیش‌فعالی و کمبود توجه، شب‌ادراری و کابوس‌های شبانه در گروه سنی کودکان از بروز بالاتری برخوردار است و در هنگام ارزیابی سلامت روان می‌توان علائم و نشانه‌های وقوع این موارد در گیرنده خدمت را مورد بررسی قرار داد. رایج‌ترین نوع این طبقه‌بندی که در نظام سلامت کشور در اغلب موارد مورد عمل قرارگرفته است، طبقه‌بندی گروه‌های هدف بر اساس گروه‌های سنی است. این طبقه‌بندی از آنجا دارای کارایی بالایی است که اصولاً گروه‌های سنی نیازهای پایه یکسانی به مراقبت‌های اساسی سلامت دارند. بااین‌وجود گروه‌های هدف را می‌توان بر اساس ویژگی‌های دیگری نیز طبقه‌بندی کرد.

این ویژگی‌ها مبتنی بر نیاز به دریافت خدمات خاص و یا ویژگی‌های مشترک جغرافیایی، اجتماعی و سایر موارد است. به‌عنوان‌مثال گروهی از دانش‌آموزان که در یک مدرسه تحصیل می‌کنند ممکن است گروه هدف برخی از برنامه‌های سلامت خاص باشند. گروه‌های هدف برنامه‌های سلامت، به هر نحوی که طبقه‌بندی شوند، دو ویژگی مشترک دارند. ویژگی نخست، نیاز آنها به خدمات خاص و ویژگی دوم، امکان ایجاد بهره‌مندی از خدماتی با ماهیت مشابه برای طیفی از افراد گروه هدف است.

طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای برنامه سلامت روان بدان لحاظ ارزشمند است که به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت این امکان را می‌دهد که با حجم کمتری از فعالیت و پی‌گیری‌ها و با رویکردی نظام‌دار واجدین شرایط برنامه سلامت روان را شناسایی نموده و آنها را تحت پوشش خدمات قرار دهند.

بدین منظور جداول و دستورعمل‌های مشخص طراحی‌شده است که با استفاده از آنها می‌توان این اقدام را به‌صورتی سازمان‌دهی شده و کارآمد انجام داد.

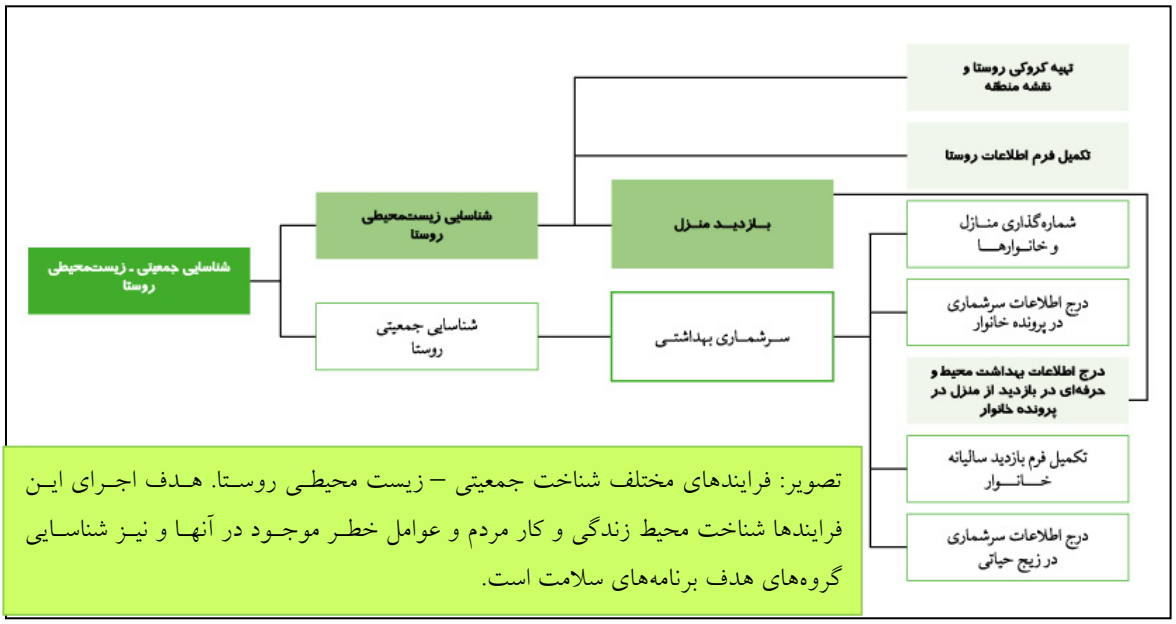
شناسایی گروه‌های هدف در برنامه سلامت

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

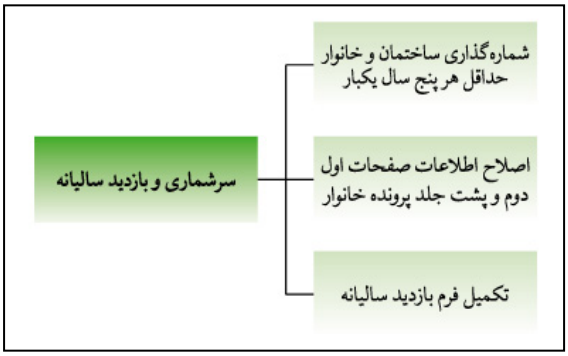
۱-برنامه شناسایی جمعیتی زیست محیطی

شناخت جمعیتی یکی از وظایف اساسی بهورزان و سایر ارائه‌دهندگان خدمت است. اطلاعات مربوط به شناخت جمعیتی روستا در فرم‌های مختلف در خانه بهداشت ثبت می‌گردد.

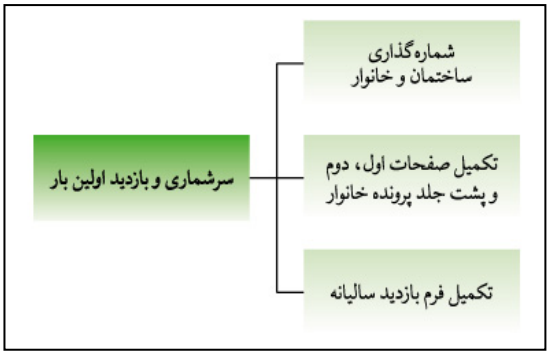
ثبت اطلاعات پایه جمعیتی برای ارائه کلیه خدمات سلامت صورت می‌پذیرد و برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان به‌عنوان اطلاعات پایه قابل‌استفاده و دسترسی است. نمودار ذیل مراحل مختلف این برنامه در روستا را نشان می‌دهد. همین فرایندها در مناطق شهری نیز به مورد اجرا گذاشته می‌شود.



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



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



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

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

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

۲- پرونده خانوار

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

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

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

۳- غربالگری اختلالات سلامت روان و دستورعمل تکمیل فرم آن

غربالگری به مفهوم شناسایی بیماران به‌ظاهر سالم با استفاده از آزمون‌ها، معاینه‌ها یا سایر روش‌هاست. کار غربالگری به‌طورمعمول توسط بهورزان در روستا و کاردانان در شهر انجام می‌شود. افراد غربال‌شده باید به‌منظور تشخیص نهایی

اختلال توسط ارائه‌دهندگان واجد صلاحیت مورد تایید نهایی قرار گیرند و اطلاعات آنها در فرم‌های ثبت بیماری‌ها وارد شود. با ثبت این اطلاعات ارائه‌دهندگان خدمات قادر خواهند بود تا کلیه اقدامات لازم را در مورد افراد موردنظر انجام و آنها را پیگیری و مراقبت نمایند. بر این اساس غربالگری به‌طورمعمول با هدف پیش‌گیری سطح دوم انجام می‌شود. پیش-گیری سطح دوم یا (**secondary prevention**) عبارت است از ایجاد تمهیدات لازم و تدابیر برای افراد و جمعیت‌ها برای شناسایی زودهنگام و مداخله سریع و کارساز برای رفع مشکل سلامت پیش‌آمده. در مورد اختلالات سلامت روان مفهوم پیش‌گیری ثانویه عبارت است از ایجاد نظام‌های مراقبتی برای کشف سریع موارد اختلالات قبل از وقوع علائم خطرناک و پیشرفته. بدیهی است پس از کشف موارد ارجاع موارد به پزشک و شروع هر چه سریع‌تر درمان از اهمیت خاصی در سیر بالینی بیمار برخوردار است. در زمینه نحوه ارائه مراقبت به بیماران سلامت روان و خدمات مراقبتی از آنان در سایر فصول به تفصیل سخن خواهیم گفت.

سؤالات ارزیابی اولیه اختلالات روان‌پزشکی

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

- خلق افسرده و اندوهگین
- بی‌حوصلگی و احساس دل‌گرفتگی
- تمایل کم به کار کردن
- خواب کم یا زیاد
- اشتهای کم یا زیاد
- ضعف انرژی
- کاهش یا افزایش وزن
- ناامیدی از زندگی
- تمایل به خودکشی
- احساس گناه
- احساس دلشوره مداوم، تپش قلب، بی‌قراری
- احساس دلهره بی‌دلیل و ناگهانی همراه با ترس از مرگ یا از دست دادن کنترل
- احساس ترس در مواجهه با حیوانات، تاریکی، حوادث طبیعی، موقعیت‌های غیرترسناک
- اضطراب به‌دنبال یادآوری یک تجربه تلخ و فاجعه‌بار
- سابقه مصرف دارو یا سوءمصرف مواد

سابقه بیماری جسمی (تیرویید، مشکلات قلبی، تشنج، ضربه سر....)

شبکه بهداشت و درمان / شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان.....

مجتمع سلامت -CH ..... مرکز/ پایگاه سلامت .....مرکز بهداشتی درمانی .....

فرم شرح حال روانپزشکی در مجتمع ها/ مرکز و پایگاههای سلامت و مراکز بهداشتی درمانی

شماره پرونده	تاریخ مراجعه	ساعت مراجعه	سرپرست خانوار	نام و نام خانوادگی	کدملی	تاریخ تولد
	.../...../.....					

جنس	وضعیت تأهل	سطح تحصیلات:	تعداد فرزند
مذکر□مونث□	مجرد □ متأهل□ مطلقه□ همسر فوت شده □ ازدواج مجدد□ سایر.....	بیسواد□ابتدایی□راهنمایی□دبیرستان□دیپلم□دانش جو□ لیسانس □ فوق لیسانس □دکتری و بالاتر.....	

وضعیت شغلی فعلی	وضعیت بیمهٔ درمانی	سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی
بیکار□شاغل□نوع شغل:.....میزان درآمد:.....منبع درآمد.....	ندارد□دارد□نوع بیمه:	ندارد□ دارد□علت .....
وضعیت سکونت	**متوسط درآمد ماهیانهٔ خانوار:.**	تعداد دفعات بستری : .....
مالک □ مستأجر□ توضیح:	.....	شماره پرونده : .....

نشانی محل سکونت: ..... شماره تماس؛ ثابت:..... همراه:.....

منبع ارجاع؛ خانه بهداشت □ا پایگاه / مرکز سلامت □ خود بیمار □ خانواده □ پزشک □ روانشناس □ سایر مراجع با ذکر عنوان □ .....

تاریخچه و شرح حال بیماری؛

الف، علت مراجعه و شکایات اصلی؛ .....

ب، زمان شروع بیماری / وقوع مشکل؛ .....

ج، نحوه شروع بیماری / وقوع مشکل؛ ناگهانی □ تدریجی □ نامشخص □

د، علائم شروع بیماری / مشکل فعلی .....

مروری بر علائم مهم :

□فعالیت بیش از حد
□حریک پذیری
□رفتارهای عجیب
□ حرف زدن با خود
□ خودزنی
□احساس بی ارزشی
□حرفهای بی ربط
□کندی روانی حرکتی
□ کاهش نیاز به خواب
□ اختلال جهت یابی نسبت به زمان یا مکان یا شخص
□ دلشوره عمومی بدون عامل بیرونی
□افکارو اعمال وسواسی

□سرخوشی و شادی زیاد
□پرخاشگری لفظی
□اختلال در تمرکز
□ افکار خودکشی
□ کمبود انرژی
□ بی میلی جنسی
□ بی توجهی به نظافت شخصی
□فقدان بینش نسبت به بیماری
□افزایش نیاز به خواب
□کاهش اشتها
□ احساس غمگینی
□ هذیان

□پرحرفی
□پرخاشگری فیزیکی
□اقدام به خودکشی
□ احساس گناه
□ عدم لذت بردن از زندگی
□ بی قراری روانی حرکتی
□شکایات جسمی
□گوشه گیری
□افزایش اشتها
□ احساس نا امیدی
□ توهم

در صورت وجود حملات تشنج؛

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

تاریخچه تکاملی؛ □ تاخیر در نشستن□ تاخیر در سخن گفتن□تاخیر در راه رفتن□ تاخیر در کنترل ادرار و مدفوع□ معلولیت های جسمی□ رفتارهای نامناسب با سن□ ناتوانی ذهنی

اختلال کار کرد در حوزه های ؛ □ فردی□ خانوادگی □تحصیلی □ شغلی □ اجتماعی □

علائم، تشخیص ها و درمان های قبلی؛

.....

سابقه مصرف داروها:

سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل؛

.....

سابقه بیماری جسمی؛ .....

تاریخچه خانوادگی ؛ .....

عوامل احتمالی سبب ساز بیماری :

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

معاینه جسمی؛

.....

نتیجه بررسی های پارا کلنیکی ؛

.....

یافته های بیشتر؛

.....

طبقه بندی تشخیص؛

□اختلالات سایکوتیک	□اختلالات افسردگی	□اختلال دوقطبی
□اختلالات اضطرابی	□ وسواس	□ اختلالات استرس پس از سانحه(PTSD)
□اختلال ADHD	□ صرع	□ معلولیت ذهنی
□ دمانس	□ اختلالات شایع کودکان و نوجوانان	□ اختلالات خواب
□ سوء مصرف یا وابستگی مواد و الکل	□خشونت خانگی؛همسر آزاری، کودک آزاری و سالمندآزاری	□ سایر اختلالات روانپزشکی

مداخلات درمانی و داروهای تجویز شده ؛

.....

تاریخ مراجعه بعدی؛.....

تاریخ تکمیل: ..... نام و نام خانوادگی، مهر نظام پزشکی و امضای پزشک : .....

«دستورعمل تکمیل فرم شرح‌حال روان‌پزشکی در مراکز بهداشتی درمانی»

فرم شرح حال توسط پزشک مرکز برای افراد ی که با علائم اولیه و دارای اختلالات رفتاری، روانی و سوء مصرف و وابستگی مواد و الکل مراجعه و یا ارجاع داده می شوند بشرح ذیل تکمیل می‌گردد. این فرم به ترتیب دارای بخش های زیر است که باید به صورت کامل و دقیق تکمیل شود:

این فرم به ترتیب دارای بخش های زیر است که باید به صورت کامل و دقیق تکمیل شود:

۱. شماره پرونده؛ شامل شماره پرونده خانواری است که فرد عضوآن می باشد.

۲. تاریخ مراجعه؛ منظور اولین تاریخی است که فرد به کارشناس سلامت روان ارجاع شده / به صورت خودمعرف مراجعه نموده است.

۳. ساعت مراجعه؛ ساعتی که مراجع در اتاق کارشناس سلامت روان حاضر شده است.

٤. سرپرست خانوار؛ نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار است که فرد عضو آن می باشد.

۵. نام و نام خانوادگی؛ اسم و شهرت فرد مراجعه کننده در این قسمت درج می گردد.

٦. کدملی؛ شماره ملی مراجع در این بخش درج می شود.

۷. تاریخ تولد؛ تاریخ تولد فرد به صورت کامل شامل روز- ماه- و سال درج می شود.

۸. جنس؛ جنسیت مراجعه کننده (مذکر/ مونث) درج می شود.

۹. وضعیت تاهل؛ شامل ثبت وضعیت فرد از نظر ازدواج و طلاق و فوت شریک زندگی است.

۱۰. سطح تحصیلات؛ وضعیت سواد و تحصیلات فرد ثبت می گردد. چنانچه فرد دارای تحصیلات حوزه ای است در قسمت آن نقطه چین درج می شود.

۱۱. تعداد فرزندان؛ تعداد فرزندان مراجع کننده درج شود.

۱۲. وضعیت شغلی؛ شامل بیکاری/ اشتغال/ عنوان یا نوع شغل/ میزان درآمد و منبع آن (حقوق، اجاره منزل، بازنشستگی، مستمری، یارانه و...) در این قسمت تعیین و درج می شود.

۱۳. وضعیت بیمه درمان؛ تحت پوشش بیمه است یا خیر و نوع آن (خدمات درمانی، نیروهای مسلح، تامین اجتماعی و...) درج می گردد.

۱٤. سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی؛ چنانچه فرد سابق بستری در بیمارستان روانپزشکی داشته باشد علت آن/تعداد دفعات و شماره بستری فرد درج می گردد.

۱۵. وضعیت سکونت؛ اینکه فرد در خانه ملکی، استیجاری زندگی می کند و یا بی خانمان است درج شود.

۱٦. متوسط درآمد ماهیانه؛ از فرد سئوال می شود که به طورمتوسط ماهیانه چقدر درآمد داردو »بلغی که فرد می گوبد ثبت می شود.

۱۷. آدرس محل سکونت؛ آدرس پستی فرد درج می گردد.

۱۸. شماره تماس؛ شماره تماس فرد اعم از ثابت یا همراه سئول و درین قسمت ثبت می شود.

۱۹. منبع ارجاع؛ چنانچه فرد از هریک از سطوح خانه بهداشت، مرکز سلامت، پزشک/ یا روانشناس و روانپزشک، خانواده فرد ارجاع شده است و یا خود مراجه کرده است تعیین می شود.

یادآوری: موارد فوق را می توان از خود بیمار یا همراه او پرسیده و یادداشت کرد.

۲۰. تاریخچه و شرح حال بیمار؛ در این بخش به ترتیب:

الف، علت مراجعه و شکایات اصلی و ناراحتی عمده فعلی که بیمار بخاطر آن به پزشک / روانشناس مرکز مراجعه کرده سؤال و با عین کلمات خود بیمار یا همراه وی پاسخ را یادداشت می کنیم. نمائید.

ب، زمان شروع بیماری فعلی؛ منظورر موقعی است که مشکل فعلی بیمار آغاز یا به طور قابل توجهی تشدید شده است؛ مثلاً از یک هفته قبل یا دو ماه قبل یا دو سال قبل.

ج، نحوه شروع بیماری؛ مشخص نمائید که آیا بیماری بطور ناگهانی [و پس از بروز یک مشکل مشخص] شروع شده است یا اینکه آغاز بیماری کند و تدریجی بوده است. اگر به هر دلیلی نتوانستید چگونگی شروع بیماری را معلوم کنید در مربع جلوی عبارت « نامشخص » را علامت بزنید.

د، علائم شروع بیماری فعلی؛ در این قسمت علائم بارز مورد شکایت بیمار یاداشت خواهد شد. در این بخش می توانید با مروری بر علائم و نشانه های مهم بالینی و مورد مصاحبه را علامت بزنید.

علائم و نشانه های مهمی که در ارزیابی تکمیلی وضعیت سلامت روان فرد مورد توجه و بررسی قرارمی گیرند عبارتند از:

هذیان؛ منظور از هذیان عقیده باطلی است که بیمار قویاً به آن ایمان دارد و نمی توان با ذکر شواهد، استدلال و مخالفت ورزیدن، آنرا از بین برد. هذیان انواع مختلفی دارد که یکی از موارد شایع آن «هذیان گزند و آسیب » است که بیمار فکر می کند «می خواهند او را از بکشند» یاد «همسرش سعی دارد در غذایش زهر بریزد و او را مسموم کند»

توهم؛ منظور از توهم درک حسی اشتباهی است که در عالم خارج محرکی برای آن وجود ندارد، توهم نیز بر چند نوع است. «توهم شنوایی» وقتی تشخیص داده می شود که بیمار صداهایی را می شنود که افراد دیگر آن صداها را نمی شنوند. «توهم بینایی» بدین ترتیب است که فرد تصاویر، جرقه های نورانی یا افرادی را می بیند که واقعاً در محیط خارج وجود ندارند.

افکار وسواسی؛ عبارت است از افکار مزاحم و بیهوده ای که علیرغم تمایل فرد همیشه در ذهن او تکرار می شوند و فرد می خواهد ولی نمی تواند در مقابل آنها مقاومت کند، مانند فکر صدمه زدن به کسی، تفکرات مکرر و دائمی در مورد کثافت و آلودگی، شک و تردید یا وجود افکار کفرآمیز در ذهن یک فرد مذهبی.

اعمال وسواسی؛ اعمالی است که فرد علیرغم میل باطنی و با وجود مقاومت در مقابل آنها دست به آن کارها می زند مثل«شستن و آب کشیدن مکرر دستها، بدن یا لباسهای خود و یا چک کردن مکرر قفل درب و اجاق گاز» در صورت وجود این علائم تشخیص «وسواس» مطرح می باشد.

بخش دوم مروری بر علائم مهم، مربوط به حملات تشنج است و صرفا درصورت وجود چنین حملاتی تکمیل گردد. ضمن ثبت تاریخ آخرین حمله تشنج، ویژگیهای همان حمله ثبت گردد. و در صورتی که فرد حملات راجعه دارد، تعداد حملات در ماه ذکر شود.

۲۱. تاریخچه تکاملی؛ در این قسمت بر اساس موارد مشخص شده تاخیرتکاملی در رشد مشخص خواهد شد و درصورت وجود موارد دیگر، یاداشت می گردد. همچنین در صورت وجود ناتوانی ذهنی، در همین قسمت ذکر گردد.

۲۲. اختلال کارکرد؛ ممکن است بیمار در هر یک از کارکردهای فردی، خانوادگی، تحصیلی، شغلی و یا اجتماعی اش دچار اختلال باشد. اختلال در کارکردهای فردی بدین معنی است که فرد نمی تواند کارهای شخصی اش را از قبیل: نظافت، شستشو، غذا خوردن و غیره را به خوبی انجام دهد. اختلال در کارکرد خانوادگی به ناسازگاریهای فرد با اعضاء خانواده و دعوا و بگومگو یا ناتوانی در ایفای نقش پدری یا مادری اشاره دارد. منظور از اختلال در کارکردهای تحصیلی این است که فرد در محیط مدرسه و مسائل درسی مشکل دارد یا دچار افت تحصیلی می باشد.اگر فردی نتواند به مدت زیادی در یک شغل دوام آورد و مرتباً مجبور به عوض کردن شغلش شود و یا با همکارانش ناسازگاری داشته یا اینکه مکرراً در کارش غیبت کند به نوعی در کارکردهای شغلی دچار اختلال است. اخلال در کارکردهای اجتماعی شامل مواردی از این قبیل میباشد: ناسازگاری با دوستان و اطرافیان، نداشتن دوست، عدم رفت و آمد با آشنایان و همسایگان. در صورت وجود هر کدام از این اختلالات در مربع جلوی هر مورد علامت بزنید.

۲۳. علائم، تشخیص ها و درمانهای قبلی

- بررسی کنید که آیا بیمار قبلاً بیماری روانپزشکی داشته یا خیر. و در صورتی که از بیماری روانی خاصی رنج می برده با سؤال کردن از خود بیمار یا همراه وی و در صورت همراه داشتن تشخیص پزشک معالجش، علائم و نوع بیماری قبلی وی را مشخص و یادداشت نمائید. علاوه بر این مشخص نمائید که آیا بیمار قبلاً در بیمارستان یا بخش روانپزشکی بستری شده است یا خیر و همچنین نوع داروهای مصرفی قبلی«سابقه مصرف دارو» (کلیه داروهایی که بیمار در حال حاضر استفاده می کند) را نیز در این قسمت ذکر کنید.

۲٤. سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل؛ مقدار و دفعات مصرف سیگار، مواد (مخدرها، محرکها، روانگردان) و الکل بررسی شودو در این قسمت یاد داشت شود.

۲۵. سابقه بیماری جسمی؛ در صورتی که فرد قبلاً و یا در حال حاضر مبتلا به بیماری جسمی مهمی بوده یا می باشد نوع آن را بررسی و ذکر نمائید. مثلاً سابقه عمل جراحی، ناراحتی کلیه، فشارخون، و...

۲٦. تاریخچه خانوادگی: در این قسمت در صورتی که موردی از اختلالات روانپزشکی در بستگان درجه اول یا دوم بیمار وجود دارد ذکر گردد؛ مثلاً « پسرخاله بیمار مبتلا به بیماری اسکیزوفرنیا است »

۲۷. عوامل احتمالی و سبب ساز بیماری عواملی هستند که احتمالا در ایجاد و بروز بیماری دخیل هستند. در صورت وجود چنین عواملی (مطابق لیست فرم) در مربع جلوی هر کدام از آنها علامت بزنید.

۲۸. معاینه جسمی؛ معاینه جسمی: پزشک باید پس از معاینه عمومی و به‌ویژه دستگاه عصبی، در صورت وجود علائم غیرطبیعی آنها را ذکر نماید.

۲۹. نتیجه بررسی‌های پاراکلینیکی: نتیجه آزمایشات، رادیوگرافی، الکتروانسفالوگرافی، سی‌تی‌اسکن و غیره را در این قسمت بنویسید.

۳۰. یافته های بیشتر؛ چنانچه در ویزیت پزشک با استناد به نتایج بررسی های پاراکلنیکی و معاینه جسمی مراجع موارد احتمالی جدید مشاهده شده باشد در این قسمت یادداشت می گردد.

۳۱. طبقه‌بندی تشخیص: در این بخش براساس یافته‌های شرح حال، تشخیص یا تشخیص‌های احتمالی را مشخص شده و نتایج حاصل جهت انتقال به فرم ثبت آمار اختلالات در بخش طبقه بندی تشخیص علامت زده شود به عنوان مثال:

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

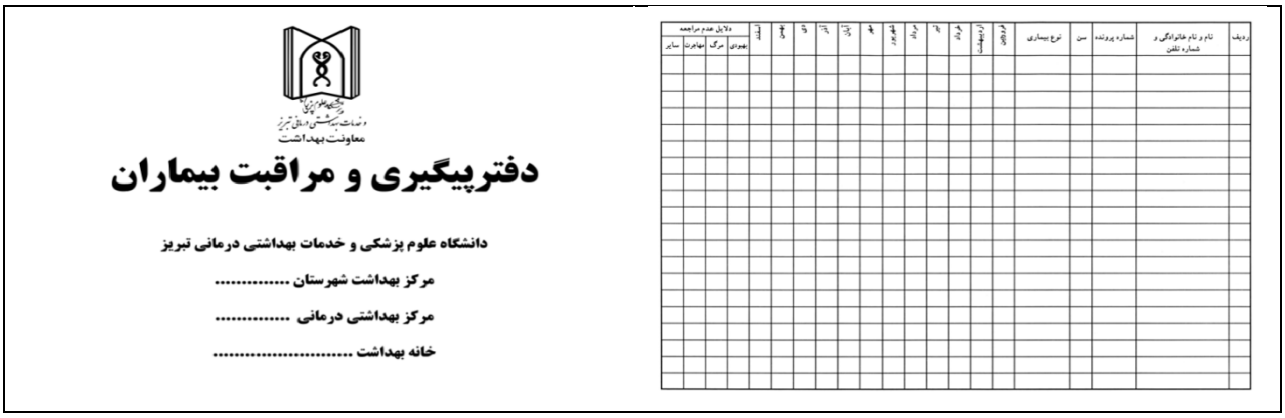
۳۲. درمان اولیه و داروهای تجویز شده: مداخلات درمانی و داروهایی را که در اولین مراجعه برای این بیمار تجویز گردیده است در این قسمت یادداشت نمائید.

۳۳. تاریخ مراجعه بعدی؛ پس از کلیه اقدامات تشخیصی مراقبتی، در صورت نیاز زمان مراجعه بیمار تعیین و به اطلاع وی رسیده جهت پیگیری های بعدی در این قسمت درج می گردد.

۳٤. در پایان تاریخ تکمیل فرم و نام و نام خانوادگی مصاحبه کننده درج شده و حتما امضا گردد.

٤- ثبت موارد شناخته‌شده اختلالات سلامت روان در دفتر مراقبت و پیگیری

فرایند بعدی پس از غربالگری ثبت موارد مثبت شناسایی‌شده در دفاتر مراقبت و پیگیری است. این فرایند با هدف ارائه خدمات ممتد به بیماران شناسایی‌شده صورت می‌پذیرد. این فرایند با هدف پیش‌گیری سطح سوم (**Tertiary prevention**) صورت می‌پذیرد. پیش‌گیری سطح سوم شامل تدابیر در دسترس به‌منظور کاستن یا از میان بردن نقص‌ها و ناتوانی‌های درازمدت و به حداقل رساندن رنج‌های حاصله از انحراف موجود در تندرستی و ارتقای تطابق بیمار با حالت‌های درمان‌ناپذیر است. به‌این‌ترتیب مفهوم پیش‌گیری سطح سوم از درمان اختلالات روان و مراقبت و آموزش اطرافیان تا عرصه بازتوانی گسترش می‌یابد. اقدام در این مورد وظیفه کادرهای در سطوح مختلف سلامت است. خدمات پزشک در این سطح در فرم مراقبت و پیگیری سیر بیماری ثبت و استمرا می یابد.



معاونت بهداشت

دفترپیگیری و مراقبت بیماران

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

مرکز بهداشت شهرستان .....

مرکز بهداشتی درمانی .....

خانه بهداشت .....

ردیف	نام و نام خانوادگی و شماره تلفن	شماره پرونده	سن	نوع بیماری	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند	دلایل عدم مراجعه: بهبودی	مرگ	مهاجرت	سایر

لیست بیماران روانپزشکی شناسایی و تشکیل پرونده شده، در دفتر پیگیری و مراقبت بیماران ثبت می شود. بر اساس ردیف، نام و نام خانوادگی بیمار و شماره تلفن، شماره پرونده، سن و نوع بیماری لیست می گردد. مراقبتها ماهانه در ستون مربوطه ثبت می شود. در صورت عدم مراجعه دلیل آن براساس بهبودی، فوت، مهاجرت و سایر مشخص می شود.

۵- مراقبت و پیگیری

فرم ثبت روند پیگیری و مراقبت بیماریها همراه با فرم شرح حال روانپزشکی برای بیماران روانپزشکی و سوءمصرف مواد و الکل تکمیل می شود، سیر بیماری، پیگیریها و مراقبتهای پزشک در این فرم ثبت می گردد.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان .....

مجتمع سلامت (C.H) ...../ مرکز سلامت ..... خانه بهداشت.....

فرم ثبت روند پیگیری و مراقبت بیماریها

نام و نام خانوادگی	کد ملی	تشخیص/ مشکل	شماره پرونده	شماره تماس پیگیری

تاریخ پیگیری و مراقبت	شرح خدمات									
	سیر و علایم بیماری و عوارض	دستورات دارویی یا پاراکلینیکی ، ارجاع، آموزش	تاریخ مراجعه بعدی	دلیل عدم مراجعه					مهر و امضای پزشک
				بهبودی	مرگ	مهاجرت	تحت مراقبت بخش خصوصی	سایر	

در ابتدای فرم، نام و نام خانوادگی، کدملی، تشخیص (بیماری)، شماره پرونده و شماره تماس برای پیگیری ثبت می شود.

تاریخ پیگیری و مراقبت؛ تاریخ مراجعه و ویزیت بیمار ثبت می گردد.

سیر و علایم بیماری و عوارض؛ سیر بیماری و علایم موجود در فرد هر مراجعه ثبت می گردد.

دستورات دارویی یا پاراکلینیکی، ارجاع، آموزش؛ داروهای تجویز شده، خدمات پاراکلینیکی، ارجاع به متخصص و یا آموزش به بیمار و خانواده بیمار نوشته می شود.این اقدامات به ازای هراختلال و بیماری متفاوت و خاص می باشد که به طور اجمالی در زیر مورد اشاره قرارمی گیرد:

۱.پیگیری و مراقبت بیمار افسرده

- ویزیت اول (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)
- سپس ویزیت مجدد یک هفته بعد.
- ویزیت‌های بعدی طبق برنامه تعیین‌شده در پسخوراند در غیر این صورت تا نه ماه پس از بهبودی، بیمار به‌صورت ماهانه ویزیت می‌شود.

۲. نحوه پیگیری و مراقبت بیماران دوقطبی

- مراقبت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)
- ویزیت مجدد یک هفته بعد
- ویزیت‌های بعدی طبق برنامه تعیین‌شده در پسخوراند در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به‌صورت ماهانه ویزیت می-شود.

۳. درمان اختلال اضطرابی منتشر

- پاسخ به درمان پس از ٤ هفته ارزیابی می‌شود.
- درصورتی‌که پس از این مدت بهبودی مشاهده شود، درمان با همین دوز ادامه می‌یابد و در صورت عدم بهبود در عرض دو هفته بعد، بیمار به‌صورت غیرفوری به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده می‌شود.
- طول مدت درمان معمولاً حداقل یک سال است و تصمیم به قطع درمان همواره توسط سطح تخصصی بالاتر گرفته می‌شود.

٤.درمان وسواس

- چهار هفته بعد ارزیابی از نظر پاسخ به درمان انجام می‌شود.
- در ادامه درمان، ویزیت ماهانه تا ٦ ماه انجام می‌شود. برای تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی صورت می‌گیرد.

۵. درمان اختلال اضطراب اجتماعی

- در موارد خفیف‌تر ویزیت منظمی پیش‌بینی نمی‌شود و بیمار در صورت بروز مشکلی برای ویزیت مراجعه می‌کند.
- در موارد شدیدتر ویزیت ماهانه تا ٦ ماه و ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی برای تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان..

۶. درمان، پیگیری و مراقبت بیماران سایکوتیک

- درمان این بیماران معمولاً کوتاه‌مدت نیست و ممکن است از یک سال تا پایان عمر بیمار طول بکشد. برنامه درمان و زمان ویزیت‌های بعدی توسط سطح تخصصی مشخص می‌شود. به طور معمول زمانی که بیماری در دوره فعال است لازم است فاصله ویزیت‌ها کوتاه تر باشد؛ مثلا هر هفته یا دو هفته یک بار.
- وقتی علائم کنترل شده است ویزیت ماهانه هم کافی است. نظارت بر مصرف درست داروها، بررسی از نظر وجود عوارض دارویی، وضعیت خواب و اشتها، پیگیری عود علائم، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و بیماری از جمله مداخلات لازم در ویزیت‌های پیگیری است.

۷. اختلالات شبه جسمی

- ویزیت‌ها به تعداد خاصی (مثلاً یک بار در ماه) محدود شود و با نظم معینی انجام شود.

۸. کم توان ذهنی

- نحوه ادامه پیگیری و مراقبت از بیمار پس از بازگشت از ارجاع بر اساس پسخوراند سطح تخصصی انجام می شود. درصورتی‌که اختلال دیگری به‌طور همزمان وجود داشته باشد، پیگیری بر اساس مدل آن بیماری انجام خواهد شد.
- این بیماران را می‌توان هر سه تا شش ماه از نظر بروز مشکل‌های احتمالی جدید بررسی کرد

۹. صرع

- در صورت کنترل شدن بیماری، هر دو ماه باید ویزیت‌ها تکرار شود.
- در مراجعات و پیگیری‌های دو ماهه بیمار، بررسی از نظر ۱- کنترل حملات ۲- عوارض دارویی انجام شود و هر سه ماه CBC و آزمون‌های کبدی چک شود.

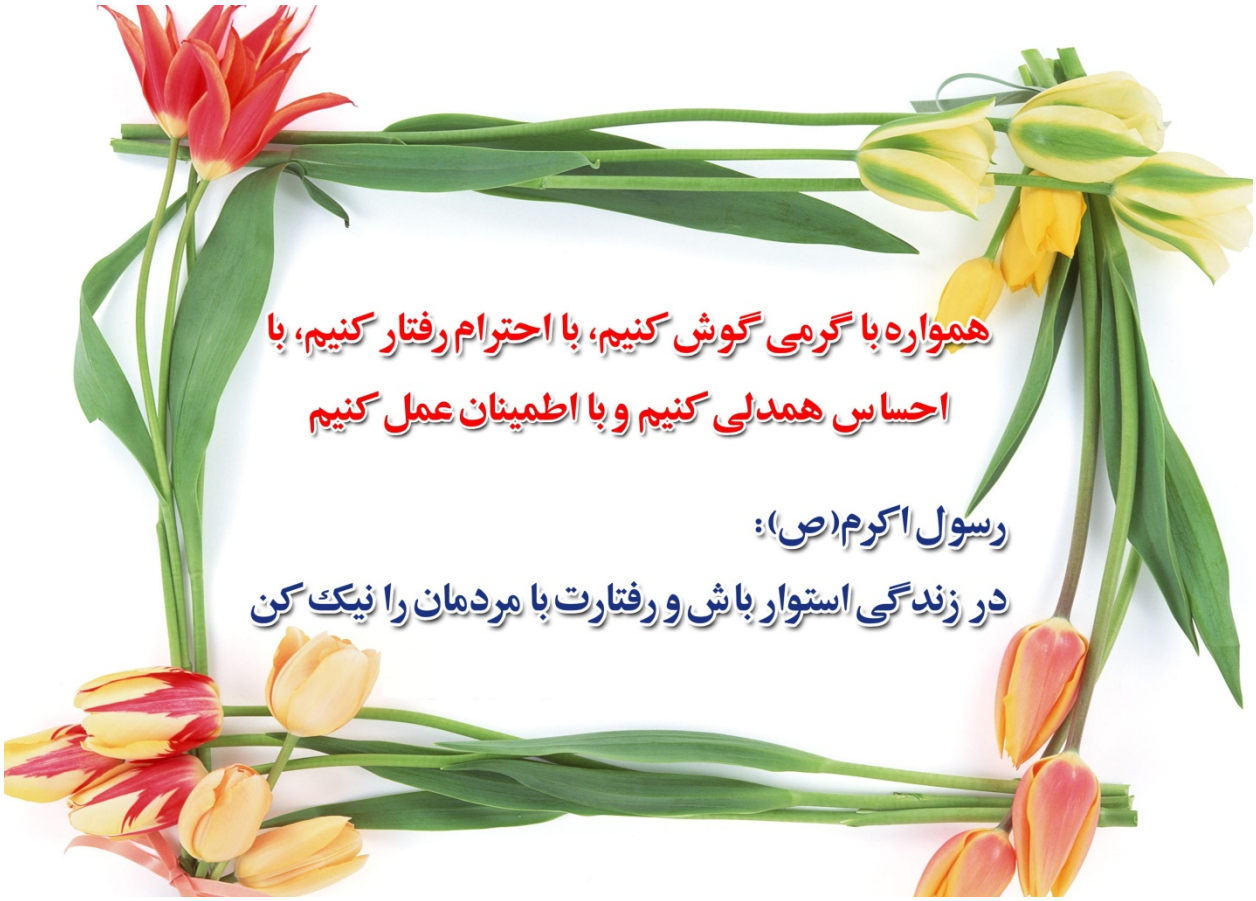
۱۰. بیش فعالی و کمبود توجه

- پزشک مراقبت‌های اولیه لازم است در طول درمان وضعیت رشدی و وزن کودک را در فواصل هر ۳ تا ٦ ماه یک‌بار ارزیابی کند. تغییر یا قطع دارو باید با نظر پزشک متخصص انجام شود.

۱۱. خودکشی

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

- ویزیت‌های بعدی پزشک ترجیحاً بیمار را مطابق پسخوراند روان‌پزشک ویزیت می‌کند. در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به‌صورت ماهانه یک بار ویزیت می‌شود. برای قطع درمان ترجیحاً بیمار به‌صورت غیرفوری به روان‌پزشک یا پزشک عمومی دوره‌دیده ارجاع می‌شود.
- تاریخ مراجعه بعدی؛ تاریخ مراجعه و ویزیت بعدی بیمار به وی اعلام و در فرم ثبت می شود.
- دلیل عدم مراجعه؛ در صورتی که بیمار مورد مراقبت قرار نگیرد، دلیل آن که می تواند بهبودی، مرگ، مهاجرت، تحت مراقبت بخش خصوصی و یا سایر موارد باشد، مشخص می شود.
- در نهایت مهر و امضا می شود.

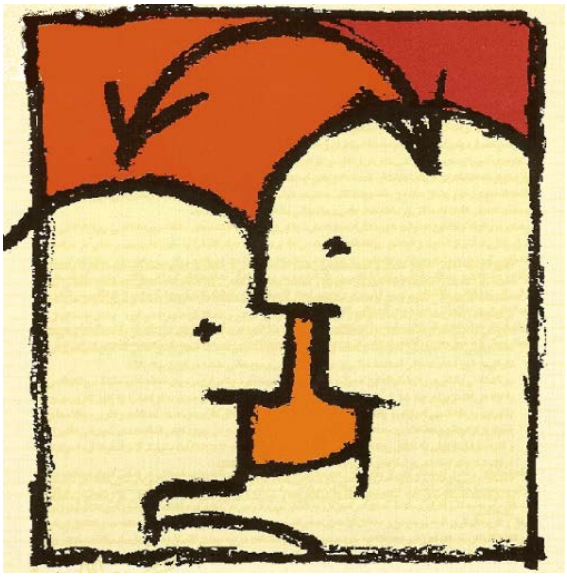


مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل پنجم

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان



اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱. اصول برقراری ارتباط با گروه هدف در برنامه سلامت روان را شرح دهید.

۲. عوامل مؤثر بر رفتار افراد را طبقه‌بندی نموده و هریک را توضیح دهید.

۳. مشکلات شایع ناشی از عدم برقراری ارتباط مناسب با گروه‌های هدف را توضیح دهید.

٤. هریک از مراحل برقراری ارتباط با گروه هدف و فرایندهای اجرایی و ابزارهایی که برای این فرایندها به کار می‌آیند را توضیح دهید.

عناوین فصل

- مقدمه
- مقدمه
- برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان
- راه‌های برقراری ارتباط با مردم
- مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف
- عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات

برقراری ارتباط با گروههای هدف در برنامه سلامت روان

مقدمه

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف یکی از اصلی‌ترین فرایندها در زنجیره اجرای برنامه سلامت روان است. این فرایند پس از شناسایی گروه هدف موجب می‌شود تا گیرندگان خدمات از برنامه‌های سلامت روان بهره‌مند شوند و در برنامه‌های موردنظر باقی‌مانده و از مراقبت‌های موردنیاز بهره‌مند شوند. ارتباط در سلامت روان به مفهوم به‌کارگیری راهکارهایی به‌منظور آگاه‌سازی و تأثیر بر تصمیمات فرد و جامعه برای ارتقای سلامت روان است. در دهه‌های اخیر فضای پیچیده تبادل اطلاعات دچار تغییرات چشم‌گیری شده است. علاوه بر این مسائل و معضلات سلامت روان شکل‌هایی کاملاً متفاوت به خود گرفته‌اند. در این شرایط در برقراری ارتباط برای سلامت روان باید تمامی تلاش خود را بر این نکته متمرکز نماییم که آنها بتوانند به‌صورت داوطلبانه و با احساس ایجاد ارزشی افزوده در خود اقدام به ارتقای سلامت نمایند. این موضوع موجب می‌شود تا افراد با کسب آگاهی‌های لازم تمایل پیدا کنند تا از خدمات برنامه بهره‌مند شده و در آن مشارکت کنند.

به تعبیر دیگر برقراری ارتباط به مفهوم بازاریابی اجتماعی و فردی در مداخلات سلامت روان است.

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

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

۱. آگاهی از نیازهای جامعه و گروه‌های هدف
۲. تنظیم صحیح تقاضاهای مردم یا گروه‌های هدف برای دریافت یا بهره‌مندی از خدمات
۳. ارائه خدمات و مراقبت‌ها به گروه‌های هدف و جامعه
٤. ایجاد مشارکت در برنامه‌های سلامت

در مورد هریک از موارد اشاره‌شده در فوق به‌تفصیل در ادامه مطالب بحث خواهیم کرد.

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

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

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

برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان

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

۱. عوامل مستعد کننده **(Predisposing factors)**

۲. عوامل توانمندکننده **(Enabling factors)**

۳. عوامل تشویق‌کننده **(Reinforcing factors)**

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

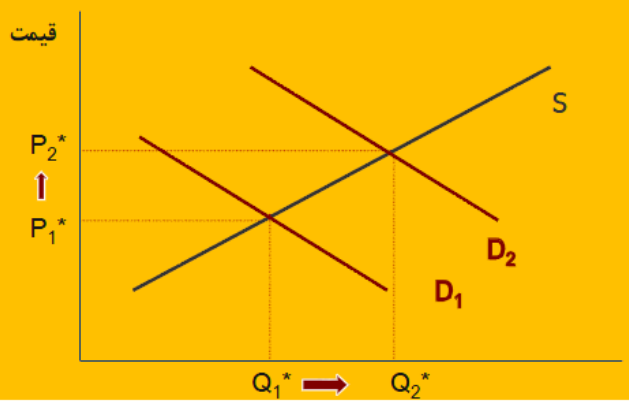
در برقراری ارتباط با مردم و گروه‌های هدف می‌بایست به چند نکته اساسی توجه شود. نکته نخست اولویت‌های اعلام‌شده مردم است که شامل درخواست‌ها و اولویت‌هایی است که معمولاً مردم برای خدمات خاص دارند. موضوع دوم نیازهای طبیعی مردم و نکته سوم فراهم بودن منابع برای ارائه خدمات مشخص سلامت روان است. درواقع در موضوع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

اساساً هنگامی‌که نیازهای واقعی مردم برای دریافت خدمات مشخص سلامت روان به صورتی روشن تبیین گردد، اما تسهیلات لازم برای ارائه آن خدمات موجود نباشد امکان برقراری ارتباط مؤثر با مردم وجود نخواهد داشت. از سوی دیگر چنانچه مردم اولویت‌های نیاز خود را به‌گونه‌ای متفاوت از آنچه که ارائه‌دهندگان خدمت بدان اعتقاد دارند حس نمایند

ارائه‌دهندگان خدمت نخواهند توانست خدمات اساسی و مورد نیاز مردم را که بر مبنای نیازهای حقیقی آنها تدوین گردیده ارائه نمایند. بر این اساس می‌توان چنین نتیجه گرفت که تبلیغات آموزش سلامت روان و یا ترغیب گروه‌های هدف برای بهره‌مندی از خدمات مشخص باید با در نظر گرفتن سه عامل فوق صورت گیرد.

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

تغییر در قیمت خدمت و میزان تقاضا متاثر از تشویق مشتریان به پذیرش خدمات بیشتر



تصویر:
القای تقاضا توسط ارائه دهندگان خدمات موضوعی است که موجب جابجایی منحنی عرضه و تقاضا و کاهش کارآیی اقتصادی برنامه‌های سلامت می‌شود. به جابجایی منحنی عرضه و تقاضا به سمت راست توجه کنید. این موضوع موجب افزایش هزینه‌ها و بی-عدالتی می‌شود.

اصولاً در جوامعی که تقاضا برای برخورداری از خدمات سلامت از تنظیم مناسبی برخوردار نبوده و بازار سلامت ناکارآمد است، القای تقاضا پدیده‌ای غالب در بخش‌های خصوصی ارائه خدمت در جامعه است. این موضوع موجب می-شود تا مردم بخش بزرگی از هزینه‌های سلامت را از جیب بپردازند و هزینه‌های سلامت در جامعه به‌سوی رفع نیازهای غیراولویت‌دار سوق پیدا نماید. ارجاع بیماران برای بهره‌مندی از خدمات تشخیصی گران‌قیمت و فاقد لزوم و یا مداخلات غیرضروری ازجمله این موارد است که بر هزینه‌های سلامت جامعه تأثیرات بسیار بارزی می‌گذارد. بر این اساس موضوع القای تقاضا برای بهره‌مندی از خدمات توسط ارائه‌دهندگان خدمت به‌ویژه در بخش‌های خصوصی موضوعی رایج در تمام بازارهای سلامت کنترل نشده دنیاست. اصولاً دولت‌ها و متولیان بهداشت در هر جامعه‌ای تلاش می‌کنند تا با استفاده از ابزارهای مختلف کنترل بازار سلامت را به نحو مناسبی انجام دهند. ازجمله این روش‌ها آموزش بهداشت به مردم و توانمند کردن آنها با هدف افزایش آگاهی‌های آنها برای تشخیص صحیح نیازهای خود برای بهره‌مندی از خدمات سلامت است. ازجمله سایر روش‌ها برای کنترل بازار سلامت می‌توان به مواردی نظیر ایجاد نظام ارجاع، خطوط تشخیصی و راهنمای

بالینی برای بهره‌مندی از خدمات، استفاده از روش‌های تله مدیسین و نیز ایجاد محدودیت در بهره‌مندی از خدمات بیمه‌ای اشاره کرد. این روش‌ها موجب می‌شوند تا بین هزینه‌های اقتصادی سلامت و پیامدهای ناشی از ارائه خدمات تعادلی مناسب به وجود آید.

راه‌های برقراری ارتباط با مردم

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

مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف

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

۱- دسترسی به گروه مخاطب
۲- جلب توجه مخاطب
۳- فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب
٤- ارتقای وضعیت مخاطب و پذیرش تغییر
۵- ایجاد یک تغییر در رفتار
٦- ارتقا یا بهبودی سلامت روان

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

مرحله اول: دسترسی به گروه مخاطب

ارائه خدمات سلامت به مردم روستا به‌صورت فعال صورت می‌گیرد. این بدان معناست که چنانچه افرادی از گروه‌های هدف جهت دریافت خدمات به خانه بهداشت مراجعه ننمایند، بهورز باید مطابق دستورعمل‌های برنامه‌های سلامت که به تفکیک ابلاغ گردیده به آنها مراجعه و از آنها برای شرکت در برنامه و بهره‌مندی از خدمات در خانه بهداشت دعوت به عمل آورد. بدین منظور دفتر ویژه‌ای تحت عنوان دفتر مراقبت و پیگیری بیماران در خانه‌های بهداشت وجود دارد. علاوه بر این بهورزان باید بر طبق برنامه زمانی خاص به منازل سرکشی نموده و وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای آنها را ارزیابی کرده، اقدامات لازم آموزشی را در همان محل به عمل آورند. بنابراین بهورز باید در ابتدای هر روز کاری با مراجعه به دفاتر مراقبتی لیستی از افرادی را که باید در آن روز مراقبت شوند در فرم مراقبت و پیگیری روزانه ثبت نماید تا پس از مراجعه افراد به خانه بهداشت آنها را مراقبت نموده و در صورت عدم مراجعه در مهلت زمانی مشخص که در برنامه پیش‌بینی شده است آنها را مورد پیگیری قرار دهد. بر این اساس می‌توان گفت ارائه‌دهندگان خدمات در سطوح مختلف و ازجمله در سطوح فوقانی می‌توانند با استفاده از ابزارهای اطلاعاتی موجود در خانه‌های بهداشت اقدام به شناسایی گروه‌های هدف و اعمال مدیریت بر فعالیت‌های خانه‌های بهداشت و نیز ارائه خدمات مورد نیاز مردم نمایند.

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

مرحله دوم: جلب توجه مخاطب

در برقراری هر ارتباطی توجه مخاطب باید به نحوی جلب شود که فرد علاوه بر گوش کردن و یا خواندن به آن به‌اندازه کافی توجه کند. مثال‌هایی از شکست ارتباط در این مرحله عبارت‌اند از: رد شدن از کنار پوستر بدون زحمت دادن به خود برای نگاه کردن به آن، توجه نکردن به صحبت‌های بهداشتی یا نمایش‌های عملی در مرکز بهداشتی درمانی که پزشکان برای آموزش بیماران به‌کار می‌برند. در هر موقعیت زمانی حد وسیعی از اطلاعات از طریق حواس پنج‌گانه به افراد نیازمند

بهره‌مندی از خدمات انتقال می‌یابد. تمرکز بر تمام این موارد در یک زمان غیرممکن است. توجه روندی است که به‌وسیله آن فرد بخشی از این پیام را به دلایلی برای دقت و تمرکز انتخاب می‌کند. این در حالی است که سایر موارد را در همان حال مورد دقت قرار نمی‌دهد. برخی از روندهای روان‌شناسانه که بر جلب توجه مخاطب توسط پیام مؤثر است در سایر مطالب این فصل مورد بحث قرارگرفته است.

مرحله سوم: فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب

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

مرحله چهارم: ارتقا و پذیرش تغییر

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

مرحله پنجم: ایجاد تغییر در رفتار

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

مرحله ششم: بهبودی و ارتقای سلامت روان

ارتقا در سلامت روان فقط موقعی اتفاق می‌افتد که رفتارها به‌دقت و درستی انتخاب شده و به نحو صحیحی اجرا شوند. اگر پیام‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمت بر اساس ایده‌های نادرست یا مبهم باشد مردم آنها را نخواهند پذیرفت و یا این‌که به‌درستی به آنها عمل نکرده و سلامتشان ارتقا نخواهد یافت. بر این اساس می‌توان گفت تحقق ارتقای سلامت روان موضوعی است که نیاز به آموزش مهارت‌های لازم به گیرندگان خدمت دارد. این مهارت‌ها شامل مهارت‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت روان مطابق آنچه ارائه‌دهنده خدمت مورد توصیه قرار داده است و نیز کنترل سایر عوامل مؤثر بر سلامت روان توسط گیرنده خدمت است. به‌طور مثال هنگامی‌که فرد دچار یک اختلال روانی از دارو استفاده می‌کند، استفاده صحیح از قرص‌ها موجب می‌شود تا از عود بیماری جلوگیری شود. علاوه بر این چنانچه در جریان درمان اختلال فرد بیمار مورد ارزیابی دقیق قرار گرفته و بر اساس وضعیت فرهنگی، اجتماعی و عوامل مؤثر بر بیماری مورد مشاوره و توانمندسازی قرار گیرد، این امر موجب خواهد شد تا فرد بتواند بر تصمیم خود مبنی بر تداوم استفاده از دارو باقی مانده و اقدام به ترک آن ننماید.

عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات

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

١- اصولاً هر قدر مردم رخداد نهایی ناشی از مشکل سلامت را دورتر ببینند کمتر به دنبال حل آن خواهند رفت. به‌عنوان‌مثال ممکن است تقاضای افزایش دانش و آگاهی والدین در زمینه تربیت سازنده فرزندان کمتر از تقاضای آنها برای درمان سرماخوردگی یا سردرد باشد.

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

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

٤- در بسیاری موارد مردم تجربه و درک مناسب و معتبری از کیفیت خدمات ندارند. بر این اساس در بازار سلامت می‌توانند گرفتار سوداگران تجارت پیشه شوند.

۵- و اما یکی از مهم‌ترین موضوعات وضعیت دسترسی به خدمات است. این موضوع به‌عنوان شاخصی اساسی فراهمی خدمات را نزد متقاضیان آن ایجاد می‌کند. همان‌گونه که قبلاً اشاره شد دسترسی مشتمل بر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، زمانی، فرهنگی و ... است.

اصولاً در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف تحلیل مؤلفه‌های فوق و پیدا کردن راهی برای حل مشکل بهره‌مندی نامطلوب برخی از افراد به خدمات از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. این موضوع که فردی کهنسال به دلیل ناتوانی خود برای حضور در مرکز درمانی قادر به بهره‌مندی از خدمت نیست و یا این‌که فردی به دلیل احساس نامطلوب ناشی از بیماری اعتیاد به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمی‌کند تا از خدمات آن استفاده نماید، موضوعاتی مهم‌اند که در عرصه ارائه عادلانه خدمات باید با استعداد و تعهد ارائه‌دهندگان خدمات و هوشمندی طراحان برنامه برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی به راه‌حلی مطلوب دست یابند.

مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان

برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان به‌طورمعمول بر اساس شیوه‌های رایج برقراری ارتباطات انسانی و باملاحظه متغیرهای سلامت روان و صفات و ویژگی‌های بیماری‌های روانی صورت می‌گیرد. انتظار بر این است که شما این مهارت‌ها را در طول دو فصل اختصاصی که شامل برقراری ارتباط با افراد و روش مشاوره و آموزش بهداشت با گروه‌ها فراگرفته باشید، بااین‌وجود ازآنجاکه در طول زمان شناسایی گروه‌های هدف نیازمند برقراری ارتباط برای ورود افراد به برنامه هستید لازم است مروری مختصر بر روش‌های برقراری ارتباط با گروه‌های هدف داشته باشیم.

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

۱- مهارت کمک به دیگران

۲- مهارت هدایت و آموزش

۳- مهارت‌های مدیریت و رهبری

٤- مهارت‌های نظارت و سرپرستی

۵- مهارت‌های مباحثه و صحبت

٦- مهارت شنیدن

بحث در زمینه هر یک از این مهارت‌ها از حوصله مطالب این فصل خارج است، بااین‌وجود برای آن‌که شما به درکی مناسب از موضوع دسترسی پیدا نمایید، مروری بسیار مختصر بر مهارت‌های فوق نموده و برای آن‌ها مثال‌هایی خواهیم

آورد. ذکر این نکته ضروری است که برخورداری کامل از این مهارت‌ها نیازمند دانش، نگرش و مهارت کافی است. تحصیل مهارت در این زمینه نیازمند تمرکز، تمرین و تجربه مکرر است.

۱- مهارت کمک‌رسانی

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

۲- مهارت‌های هدایت و آموزش

ارائه‌دهنده خدمت باید بتواند با مهارت خود در زمینه آموزش نقش و اهمیت برنامه سلامت روان و نیازهای گروه‌های هدف را روشن نموده و به حد کفایت به پرسش‌های آن‌ها پاسخ دهد. علاوه بر این ارائه‌دهنده خدمت باید بتواند گیرندگان خدمت را تشویق به یادگیری، ایجاد شرایط رشد و خلاقیت و بهبود رفتارها نماید. بدین منظور امکانات مختلفی نظیر پوستر و پمفلت‌های آموزشی در زمینه سلامت روان در اختیار ارائه‌دهنده خدمت است که می‌توان با بهره‌گیری از آنها بر توان و ادراک مردم برای ارتقای سلامت روان و ایجاد مباحثات گروهی آموزشی بهره جست.

۳- مهارت‌های مدیریت و رهبری

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

٤- مهارت‌های نظارت و سرپرستی

هدف از نظارت و سرپرستی در برنامه‌های سلامت روان ایجاد جایگاهی به‌منظور کنترل عوامل انسانی و سایر منابع برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی در رشد است. در این شرایط ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان باید به‌نحوی عمل نماید که از

منابعی که در اختیار دارد اعم از منابع داخل یا خارج سازمان به درست‌ترین شکل استفاده نموده و با اعمال نظارت و سرپرستی بر منابع به هدف فوق نائل آید.

٥- مهارت‌های مباحثه و صحبت

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

٦- مهارت‌های شنیدن

مهارت شنیدن یکی از اساسی‌ترین مهارت‌های مورد نیاز برای اجرای برنامه‌های سلامت روان است. این مهارت موجب می‌شود تا ارائه‌دهندگان خدمات بتوانند به توسعه عمیقی از ارتباط با گیرنده خدمت دسترسی پیدا کنند. برای آن‌که ارائه‌دهنده خدمت فهمی مناسب از مسائل و مشکلات گیرنده خدمت پیدا نماید باید تلاش نماید تا اتفاقات زیر تحقق پذیرد:

- به‌درستی آنچه گیرنده خدمت در مورد خود و احساساتش بیان می‌کند را درک نماید.
- در زمینه آنچه گیرنده خدمت از او سؤال می‌نماید بدون حاشیه و بدون توجه به مسائل جانبی پاسخی روشن و حتی‌الامکان کوتاه ارائه نماید.
- از قطع صحبت گیرنده خدمت در حین ارائه احساسات و عواطف خود مگر در شرایطی که منجر به اتلاف وقت می‌گردد، خودداری نماید.
- در مورد آنچه نفهمیده است یا برداشت مبهمی دارد از ارائه‌دهنده خدمت سؤال نماید.

****

منابع

١- دکتر جان هابلی- برقراری ارتباط برای بهداشت – ترجمه سعید پارسی‌نیا – دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران – ١٣٧٨

٢- جان م.لست – فرهنگ اپیدمیولوژی – ترجمه دکتر حسین شجاعی تهرانی، دکتر بابک بوب – انتشارات سماط – ١٣٧٨

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

٤- دکتر فرید ابوالحسنی – مدیریت برنامه‌های تندرستی – انتشارات «برای فردا» - ١٣٨٣

٥- دکتر محمد رضا رهبر – مبانی بهداشت و کار در روستا – انتشارات آرویج - ١٣٧٩

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل ششم

مروری بر اختلالات شایع روان‌پزشکی

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱. علائم و نشانه‌های اختلالات شایع روان‌پزشکی را نام ببرید.

۲. روش غربالگری برای شناسایی این اختلالات را توضیح دهید.

۳. مداخلات درمانی هر یک از اختلالات را نام ببرید.

٤. نحوه مراقبت و پیگیری هر یک از اختلالات را توضیح دهید.

۵. موارد ارجاع فوری و غیرفوری هر یک از اختلالات را نام ببرید.

عناوین فصل

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

مروری بر اختلالات شایع روان پزشکی

افسردگی[1]

مقدمه

افسردگی یک اختلال عودکننده و مزمن است که منجر به اختلال عملکرد و ناتوانی می‌گردد؛ به‌طوری‌که رتبه دوم بار ناشی از بیماری‌ها را در سنین ٤٤-١٥ سالگی در هر دو جنس به خود اختصاص داده است. افسردگی به معنای خلق و روحیه افسرده یا بی‌حوصلگی مفرط است. بیماران افسرده، هم‌چنین ممکن است دچار کاهش انرژی، اختلال خواب، اختلال اشتها و کاهش اعتمادبه‌نفس باشند و در موارد جدی‌تر، دچار احساس ناامیدی از ادامه زندگی و تمایل به مرگ. آنها ممکن است شکایاتی به‌ظاهر جسمانی داشته باشند که توجیه طبی دیگری نداشته باشد.

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

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

راهنمای تشخیصی افسردگی

پرسش‌های کلیدی (خلق افسرده، بی‌حوصلگی)

١. آیا در دو هفته اخیر، احساس غمگینی و غصه دارید؟

٢. آیا در دو هفته اخیر احساس بی‌حوصلگی می‌کنید به شکلی که حوصله انجام دادن کارها را نداشته باشید ؟

موارد فوق را می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم پرسید.

در صورت پاسخ مثبت به سؤالات ١ یا ٢، بقیه سؤالات پرسیده شوند.

پرسش‌های تکمیلی

١. آیا در دو هفته اخیر، میل شما به غذا کاهش یا افزایش یافته است؟ یا وزن شما کاهش یا افزایش یافته است؟

٢. آیا در دو هفته اخیر خوابتان نسبت به گذشته کاهش یا افزایش داشته است؟

٣. آیا در دو هفته اخیر احساس خستگی می‌کنید یا احساس می‌کنید که توان انجام فعالیت‌های معمول ر ا ندارید؟

---

[1] depression

٤. آیا در دو هفته اخیر خود را فردی بی‌ارزش یا بی‌فایده می‌دانسته‌اید؟

٥. آیا در دو هفته اخیر احساس می‌کنید دچار فراموشکاری مفرطی شده‌اید یا تمرکز خود را ازدست‌داده‌اید؟

٦. آیا در دو هفته اخیر احساس می‌کنید که از زندگی خسته شده‌اید (پرسش در مورد افکار مرگ)؟ در این روزها به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید (پرسش در مورد فکر خودکشی)؟

مهم: در صورت رسیدن به دست‌کم پنج نشانه افسردگی که حداقل یکی از آنها بر پایه دو پرسش کلیدی بالا به‌دست آمده باشد، تشخیص افسردگی اساسی مطرح می‌شود. اگر سابقه‌ای از مانیا یا هایپومانیا وجود نداشته باشد درمان با یکی از داروهای ضد افسردگی (از دسته مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین **SSRIs**) را شروع کنید. در مواردی که نشانه-هایی از افسردگی وجود دارد ولی ملاک‌های کامل افسردگی اساسی را شامل نمی‌شود، اگر نشانه‌ها به مدت دو سال یا بیشتر ادامه یافته‌اند باز هم مطابق با دستورعمل درمان افسردگی اساسی عمل کنید.

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

درمان

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

- درصورتی‌که بیمار در گذشته به یک داروی ضدافسردگی، خوب پاسخ داده دوباره از همان دارو استفاده کنید.
- پیش از آن‌که یک داروی ضدافسردگی را بی‌اثر بدانید، از این‌که با «دوز کافی» و به «مدت کافی» مصرف شده‌است مطمئن شوید.
- افزایش تدریجی دوز داروهای ضدافسردگی، میزان بروز عوارض جانبی را کم می‌کند و درنتیجه پذیرش درمان از جانب بیمار را افزایش می‌دهد.
- تجویز داروهای مانند فلوکستین بعد از غذا یا همراه با آب، بروز عوارض گوارشی آنها را کاهش می‌دهد.
- در هر بار ویزیت، کمترین مقدار داروی لازم را تجویز کنید.

- موارد ممنوعیت نسبی تجویز داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای (مانند نورتریپتیلین، آمی‌تریپتیلین، ایمی‌پرامین، دزیپرامین و تریمی‌پرامین): وجود آریتمی قلبی، سابقه یا علائم ایسکمی قلب، گلوکوم زاویه بسته، هیپرتروفی پروستات و بیماری‌های عروقی مغز.
- درصورت وجود دلشوره می‌توانید کلردیازپوکساید (۵ تا ۱۰ میلی‌گرم، یک یا دو بار در روز) یا برای کم‌خوابی، لورازپام (نیم تا یک میلی‌گرم، نیم تا یک ساعت پیش از خواب) تجویز کنید.
- اگر افسردگی برای اولین بار در سن بالای ۵۵ سال به‌ویژه در مردان ظاهرشده باشد، رد مسائل طبی که در رأس آنها اختلالات قلبی- ریوی و بدخیمی‌ها هستند، بسیار مهم است.
- بیماری‌های طبی را که می‌توانند با علاءم افسردگی بارز شوند، مانند کم کاری تیروید، در نظر داشته باشید.

شرح وظایف پزشک

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

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

- افسردگی یک بیماری شایع است که ممکن است برای هر کسی پیش بیاید و نشانه ضعف اراده یا تنبلی یا تلقین نیست و تنها با توصیه‌های عمومی مانند رفتن به مسافرت برطرف نمی‌شود.
- درمان‌های مؤثری برای افسردگی در دسترس است. اما بهبودی پس از ۳ تا ٤ هفته ظاهر خواهد شد و قبل از آن نباید زیاد انتظار بهبودی داشت.
- اثرات جانبی داروها اغلب به‌تدریج از میان خواهند رفت و اغلب داروها در صورت مصرف طبق دستور پزشک باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی‌شوند.
- لازم است دارو برای "دست‌کم" یک دوره نه‌ماهه پس از بهبود علائم مصرف شود.
- مصرف منظم دارو خیلی اهمیت دارد. دارو باید هر روز استفاده شود و در صورت امکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.

- قبل از قطع دارو حتماً با پزشک مشورت شود.
- پزشک باید خانواده بیمار افسرده را به همکاری برای ادامه درمان بیمار تشویق کند و از آنها بخواهد تا موارد بهبودی را به وی متذکر شوند.

باید بر رعایت نکات زیر تأکید کرد:

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

موارد ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک

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

موارد ارجاع فوری به روان‌پزشک

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

موارد ارجاع فوری به بخش روان‌پزشکی

- بیماری که طرح یا برنامه جدی برای خودکشی دارد.
- بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.

- بیمار بسیار تحریک‌پذیر، آژیته یا شدیداً بی‌قرار که کنترل رفتار وی دشوار است.

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

ویزیت اول (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

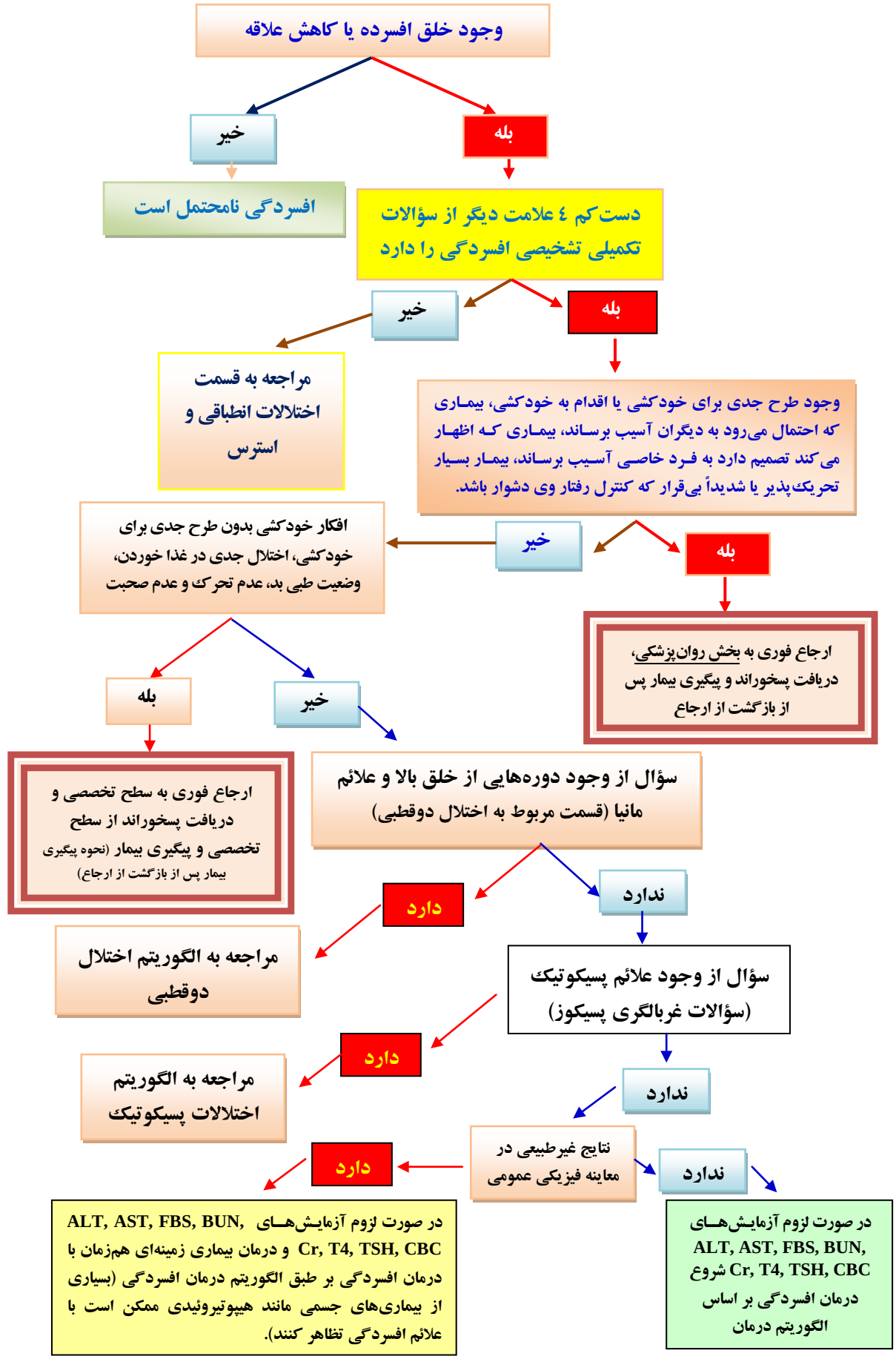
دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و ارجاع هم‌زمان به کارشناس بهداشت روان تیم سلامت؛ سپس ویزیت مجدد یک هفته بعد.

ویزیت‌های بعدی

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

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

الگوریتم ۱- تشخیص و مدیریت اختلالات افسردگی



الگوریتم درمان دارویی بیمار افسرده

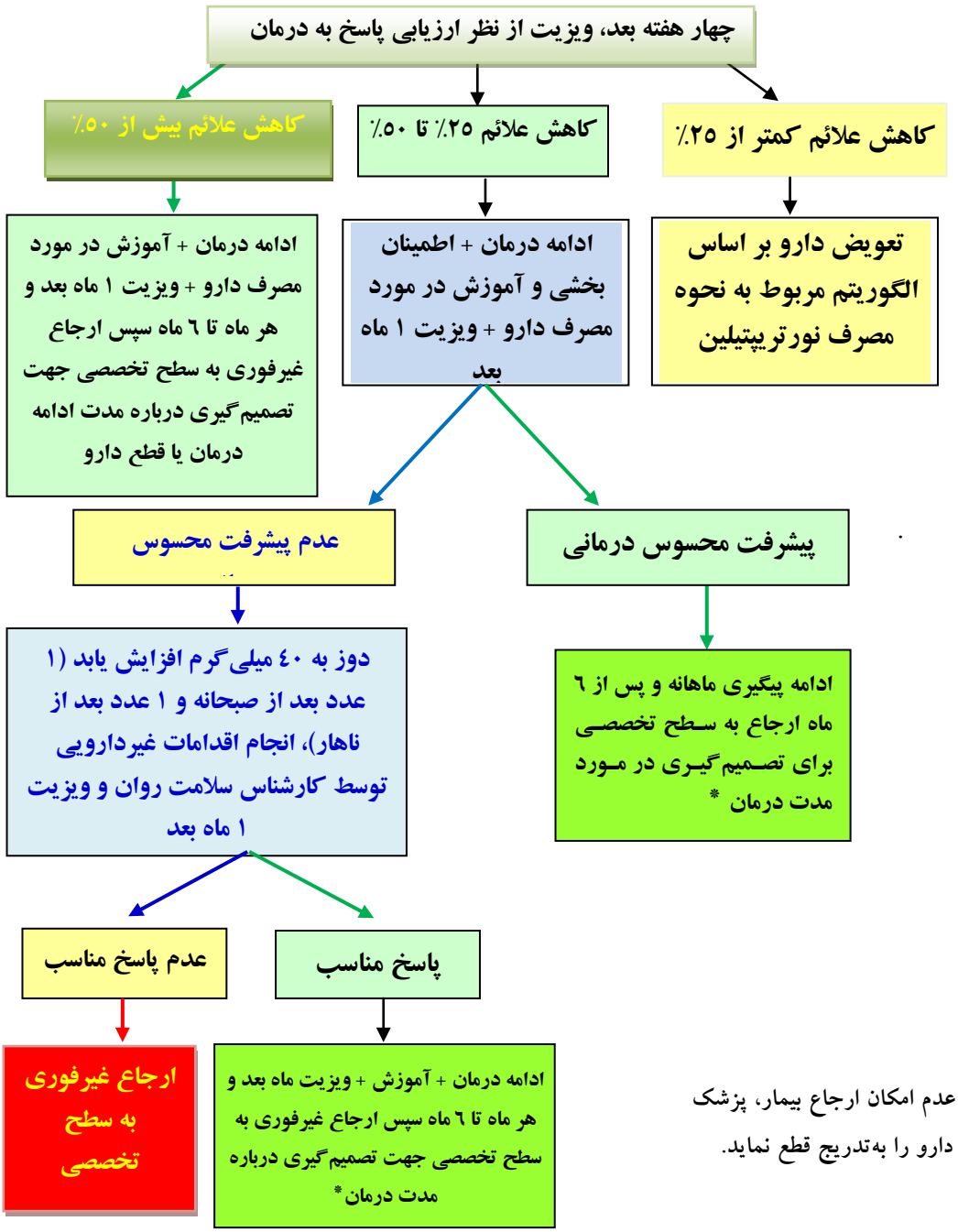
داروهای ضد افسردگی مطابق جدول زیر آغاز و به صورت هفتگی تا رسیدن به دوز موثر یا حداکثر دوز قابل تحمل برای بیمار افزایش یابد.

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

ارجاع همزمان به کارشناس بهداشت روان تیم سلامت جهت ارزیابی و در صورت لزوم انجام مداخلات روان‌شناختی به‌خصوص برای بیمارانی که مشکلات خانوادگی یا بین فردی مشخصی دارند درنظرگرفته شود.

الگوریتم درمان دارویی بیمار افسرده

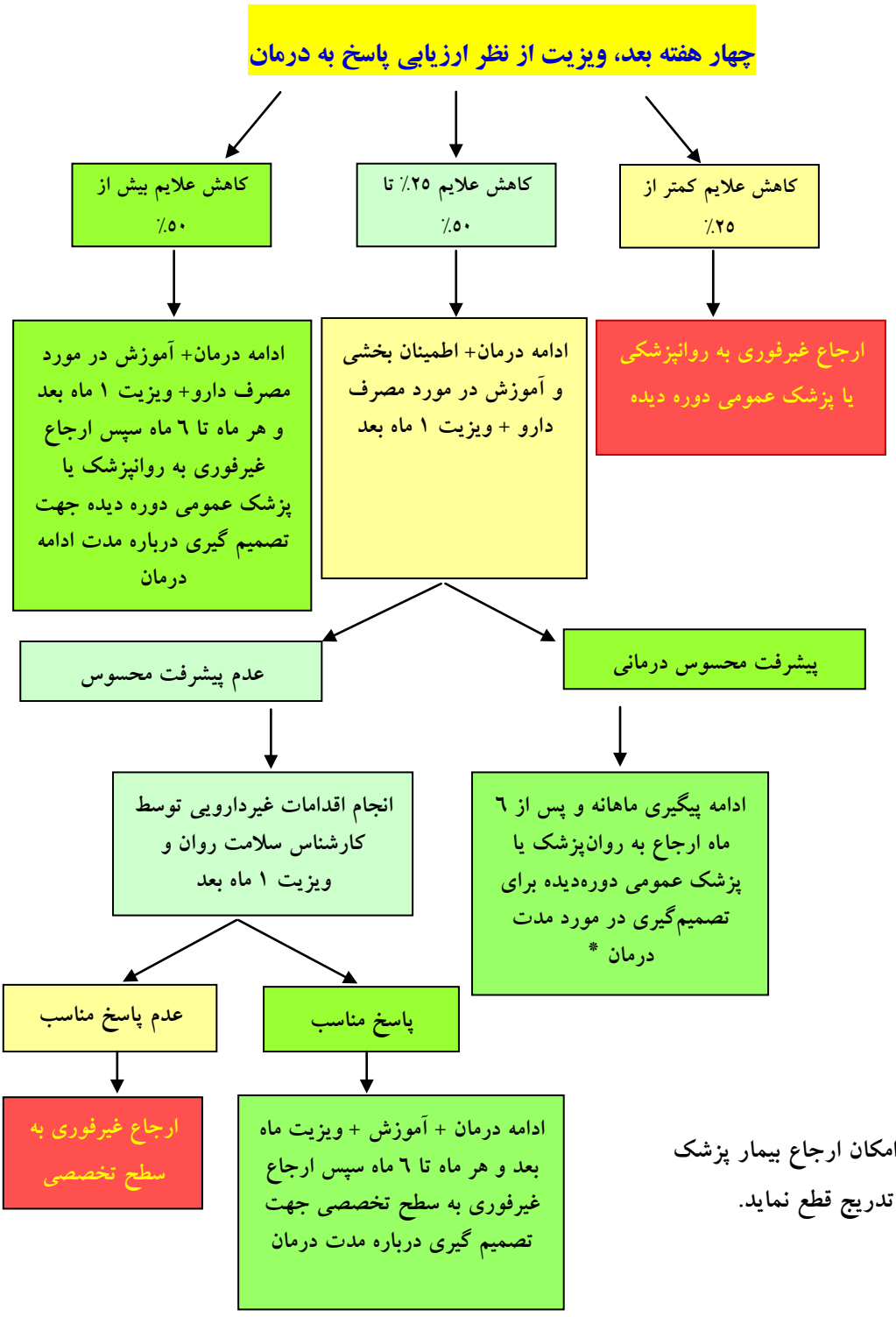
تجویز فلوکستین ۱۰ میلی‌گرم در روز تا یک هفته و سپس ۲۰ میلی‌گرم در روز بعد از صبحانه (در افراد سالمند دوز ۱۰ میلی‌گرم در روز کافی است و در صورت عدم پاسخ پس از ٤ هفته به ۲۰ میلی‌گرم در روز رسانده شود). ارجاع همزمان به کارشناس بهداشت روان تیم سلامت جهت ارزیابی و در صورت لزوم انجام مداخلات روان‌شناختی به‌خصوص برای بیمارانی که مشکلات خانوادگی یا بین فردی مشخصی دارند درنظرگرفته شود.



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

الگوریتم نحوه تجویز نورتریپتیلین

تجویز ۲۵ میلی‌گرم نورتریپتیلین به‌صورت ۱ قرص شب و افزایش هر هفته ۱ قرص تا بـه ۳ قـرص در شـبانه‌روز برسـد (۱ قرص ظهر و ۲ قرص شب).



* در صورت عدم امکان ارجاع بیمار پزشک می‌تواند دارو را به‌تدریج قطع نماید.

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

اختلال دوقطبی ۱

مقدمه

بسیاری از بیمارانی که با شکایت از افسردگی به مراکز مراقبت‌های اولیه مراجعه می‌کنند، مبتلا به اختلال دوقطبی هستند و سازمان بهداشت جهانی این اختلال را ششمین بیماری منجر به ناتوانی در سنین ٤٤ تا ٥٠ سالگی می‌داند. ازآنجاکه درمان افسردگی و دوقطبی بسیار متفاوت‌اند، تشخیص درست این اختلالات و توجه کافی به سابقه بیمار برای بررسی افتراق درست افسردگی از اختلال دوقطبی بسیار مهم است. وجه افتراق اختلال افسردگی از اختلال دوقطبی وجود دوره‌های "مانیا" یا "هایپومانیا" در اختلال دوقطبی است. در دوره مانیا یا هیپومانیا فرد دچار خلق بالا یا تحریک‌پذیر است و نیز افزایش فعالیت، پرحرف‌شدن، افزایش اعتمادبه‌نفس، کاهش نیاز به خواب، پرش افکار و افزایش رفتارهای خطرطلبانه دیده می‌شود. اما اختلال افسردگی فاقد این دوره‌هاست. اختلال دوقطبی دارای سیری دوره‌ای است و با دوره‌های خلقی افسردگی، مانیا، هایپومانیا، مختلط (**mixed**) و فواصلی با بهبودی کامل یا نسبی مشخص می‌شود. مهم‌ترین جنبه علت-شناسی اختلال دوقطبی، مبنای ژنتیکی آن است.

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

- سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی
- بدتر شدن وضعیت روانی بیمار با مصرف داروهای ضدافسردگی
- افسردگی راجعه با عود زیاد
- شروع افسردگی اساسی در دوره کودکی و نوجوانی

راهنمای تشخیصی مانیا/ هایپومانیا

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

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

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

---

[1] bipolar disorder

۲- به‌قدری عصبانی یا تحریک‌پذیر باشید که بر سر دیگران داد بکشید یا شروع به دعوا یا مشاجره نمایید.

۳- احساس کنید بسیار بیشتر از معمول، به خود مطمئن هستید و اتکابه‌نفس دارید.

٤- بسیار کمتر از معمول بخوابید و واقعاً کمبود خواب خود را احساس نکنید.

٥- بسیار بیشتر یا سریع‌تر از معمول صحبت کنید.

٦- در سرتان افکار از هم سبقت بگیرند یا نتوانید جلوی سرعت کار ذهنتان را بگیرید.

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

۸- بسیار بیشتر از معمول، انرژی داشته باشید.

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

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

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

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

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

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

موارد فوق را می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم در مورد او پرسید. در صورت پاسخ مثبت به دست‌کم پنج مورد از ۱۳ مورد بالا، احتمال وجود اختلال دوقطبی مطرح است. حداقل مدت علائم برای تشخیص اپیزود هایپومانیا ٤ روز و برای مانیا ۷ روز است. در مورد مانیا، در صورت شدید بودن پرخاشگری بیمار، با هر مدتی از علائم، تشخیص مانیا گذاشته می‌شود). در اختلال دوقطبی، نشانه‌های مانیا/ هایپومانیا ناشی از مصرف مواد یا ابتلا به وضعیت طبی خاصی نیست.

درمان

- تجویز دارو اساس درمان است. داروها برای درمان دوره‌های افسردگی، مانیا، مختلط و نگهدارنده به‌کار می‌روند. در بیشتر موارد به‌ناچار از ترکیب دارویی استفاده می‌شود. داروهای خط اول شامل لیتیوم، والپروات، الانزاپین، کوئتیاپین و لاموتریژین است. همه این داروها قابلیت تجویز در دوره‌های حاد مانیا، مختلط و افسردگی و نیز در درمان نگهدارنده را دارند: «به‌جز لاموتریژین که در درمان حاد اپیزودهای مانیا و مختلط کاربرد ندارد».
- بدون مشورت با روان‌پزشک از داروهای ضدافسردگی یا آلپرازولام برای این بیماران (حتی در دوره افسردگی) استفاده نکنید.

- هر بیمار افسرده‌ای که به‌دنبال مصرف داروهای ضدافسردگی، دچار برخی از نشانه‌های مانیا مانند شادی غیرمعمول، عصبانیت شدید، پرحرفی یا بی‌قراری شدید گردید، را برای بررسی اختلال دوقطبی به روان‌پزشک ارجاع دهید.
- راهکارهای غیردارویی اختلال دوقطبی (شامل آموزش روانی به بیمار و خانواده، آموزش راهکارهای مقابله، آموزش برای بهبود پذیرش دارویی و آموزش علائم هشداردهنده عود است) باید توسط کارشناس بهداشت روان انجام شود.

شرح وظایف پزشک

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

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

- روحیه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در سیر بیماری تغییر می‌کند. این حالات از دوره‌های افسردگی شدید تا دوره‌های بسیار پرانرژی و هیجان‌زده یا عصبانی متغیر است.
- مهم‌ترین عامل وراثت است و مواجهه با استرس‌ها می‌تواند در زمینه ژنتیکی موجود به شروع اختلال بیانجامد.
- نباید بیمار را به دلیل رفتارهای غیرمعمولش در دوره بیماری سرزنش نمود، زیرا نشانه‌های بیماری هستند.
- بیمار در دوره مانیا نسبت به بیماری خود بینش ندارد و حتا ممکن است از افزایش انرژی و شادی خود لذت ببرد. بنابراین مراقبان باید نقش بیشتری در جلوگیری از عود بیماری داشته باشند.
- ازدواج هیچ نقش درمانی در این بیماری ندارد.
- برای جلوگیری از عود، تا جایی که می‌توان باید کمک کرد که بیمار استرس کمتری را تجربه کند. داشتن خواب منظم (هر شب در ساعت مشخصی به رختخواب برود، میزان خواب مشابه قبل از بیماری باشد و از کم‌خوابی پرهیز کند) بسیار اهمیت دارد.
- راهکارهای کنارآیی عمومی مثل داشتن یک برنامه شغلی یا تحصیلی منظم، خواب منظم، بهبود نظام‌های حمایتی اجتماعی و کمک به تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی در نظر گرفته شود
- مصرف مواد مخدر یا محرک می‌تواند باعث تشدید علائم، عدم پاسخ به درمان و افزایش دفعات عود بیماری گردد.
- درمان، طولانی و شامل مراحل حاد و نگهدارنده است.
- بهبودی پس از مصرف دارو، به معنای عدم احتیاج به دارو نیست.

- دارو باید هر روز و طبق دستور پزشک، مصرف شود.
- علائم هشداردهنده عود (مثل کم شدن خواب، ولخرج شدن و پرانرژی‌تر شدن معمول) به بیمار و خانواده آموزش داده شود تا در این مواقع به‌سرعت برای درمان مراجعه کنند.
- اطلاعات ضروری در مورد عوارض شایع یا بالقوه خطرناک داروی مصرفی داده شود.
- توصیه در مورد مصرف آب و مایعات کافی به بیماران درحال مصرف لیتیوم، به‌ویژه در افرادی که در محیط‌های گرم یا زیر نور آفتاب کار می‌کنند و لزوم مشورت در مورد مصرف هرگونه داروی دیگر انجام شود.

شیوه عمل در موارد غیرفوری

پسخوراند به بهورز برای ارائه توصیه‌های لازم و پیگیری

ارجاع غیرفوری به کارشناس بهداشت روان برای مداخلات لازم

موارد ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک

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

موارد ارجاع فوری به روان‌پزشک

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

موارد ارجاع فوری به بخش روان‌پزشکی

- بیماری که طرح یا برنامه جدی برای خودکشی دارد.

- بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.
- بیمار بسیار تحریک‌پذیر، آژیته یا شدیداً بی‌قرار که کنترل رفتار وی دشوار است.

موارد ارجاع فوری به بخش داخلی

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

نحوه پیگیری و مراقبت پس از بازگشت بیمار از ارجاع

مراقبت اولیه: (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

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

ویزیت‌های بعدی

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

نحوه پیگیری بالینی و آزمایشگاهی مصرف داروها

لیتیوم

سطح سرمی لیتیوم: هر ۳ تا ٦ ماه به‌طورمعمول بررسی شود و در موارد مشکوک به مسمومیت با لیتیوم به‌طور اورژانسی ارزیابی شود. سطح سرمی لازم در دوره نگهدارنده ۰/٦ تا ۰/۷۵ میلی اکی‌والان بر لیتر است.

سطح TSH سرم: هر ٦ ماه باید اندازه‌گیری شود و در صورت بالا بودن، ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک انجام شود.

سطح کراتینین سرم: هر ٦ ماه باید اندازه‌گیری شود. در صورت بروز اختلال کلیوی ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک انجام شود.

برخورد با عوارض جدی یا مهم:

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

کم‌کاری تیروئید: ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک

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

والپروات

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

برخورد با عوارض جدی یا مهم

ترومبوسیتوپنی: ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی لازم است.

الانزاپین / کوئتیاپین

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

لاموتریژین

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

اختلالات اضطرابی[1]

مقدمه

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

اختلال اضطراب فراگیر[2]

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

اختلال پانیک[3]

مشخصه اختلال پانیک وقوع غیرمنتظره و خودبه‌خود حملات پانیک است که شامل حملات و دوره‌های کوتاهی (معمولاً بین ۱۰ تا ۳۰ دقیقه) از ترس بسیار شدید است. فراوانی بروز آنها از چند حمله در یک روز تا تعداد انگشت‌شماری در یک سال فرق می‌کند. نگرانی از مرگ به دلیل مشکل قلبی یا تنفسی ممکن است کانون اصلی توجه بیمار در حین حمله پانیک باشد. بیمار معتقد است تپش قلب و درد قفسه سینه نشان‌دهنده آن است که دارد سکته می‌کند یا می‌میرد.

اختلال اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی)[4]

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

---

[1] anxiety
[2] generalized anxiety disorder
[3] panic disorder
[4] social anxiety disorder (social phobia)

اختلال وسواسی جبری[1]

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

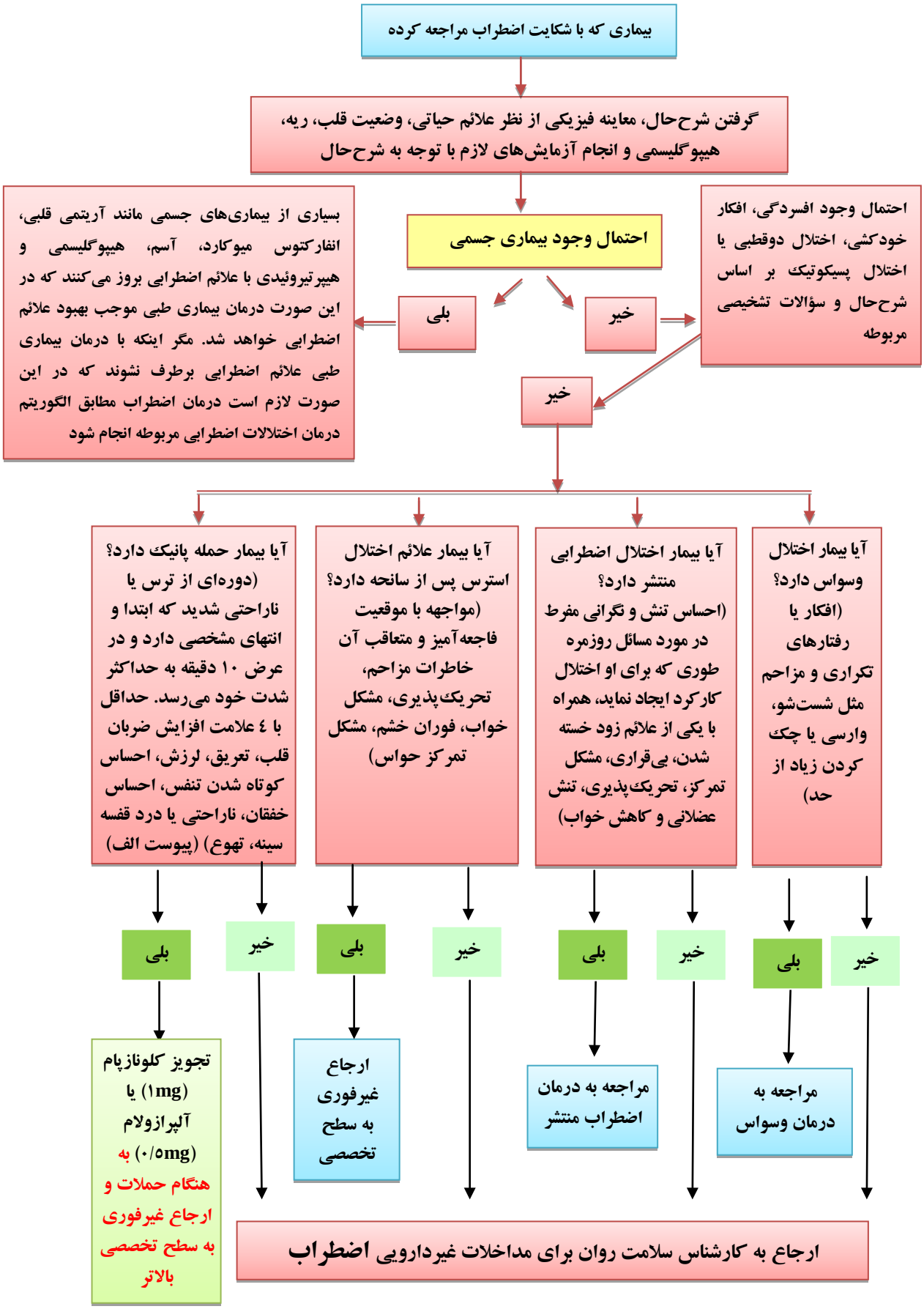
اختلال استرس پس از سانحه[2]

اختلالی است که پس از مواجهه فرد با یک واقعه استرس‌زای بسیار شدید پدید می‌آید. البته همه افراد مواجهه یافته با این‌گونه استرس‌ها دچار این اختلال نمی‌شوند. علائم اصلی آن عبارت‌اند از تجربه مجدد واقعه آسیب‌زا در خواب یا بیداری؛ تمایل به اجتناب از چیزهایی که یادآوری کننده آن واقعه هستند؛ تغییرات منفی در شناخت و خلق مثل فراموشی بخش‌های مهمی از حادثه، انتظارات و عقاید بسیار منفی و غیرواقعی درباره خود، بقیه و زندگی، داشتن هیجانات منفی و بی‌علاقگی به فعالیت‌های روزمره زندگی؛ افزایش برانگیختگی مثل گوش‌به‌زنگی با عصبانیت و پرخاشگری. در **DSM-5** این اختلال در دسته اختلالات مرتبط با استرس قرار گرفته است.از آنجا که بخش مهمی از علایم این اختلال اضطرابی است و با توجه به تخصصی نبودن کتاب، ما در همین فصل به آن می‌پردازیم.

غربالگری و نحوه ارجاع

بر اساس الگوریتم زیر انجام می‌شود

[1] obsessive compulsive disorder
[2] posttraumatic stress disorder


بیماری که با شکایت اضطراب مراجعه کرده
گرفتن شرح‌حال، معاینه فیزیکی از نظر علائم حیاتی، وضعیت قلب، ریه، هیپوگلیسمی و انجام آزمایش‌های لازم با توجه به شرح‌حال
احتمال وجود بیماری جسمی
بلی
بسیاری از بیماری‌های جسمی مانند آریتمی قلبی، انفارکتوس میوکارد، آسم، هیپوگلیسمی و هیپرتیروئیدی با علائم اضطرابی بروز می‌کنند که در این صورت درمان بیماری طبی موجب بهبود علائم اضطرابی خواهد شد. مگر اینکه با درمان بیماری طبی علائم اضطرابی برطرف نشوند که در این صورت لازم است درمان اضطراب مطابق الگوریتم درمان اختلالات اضطرابی مربوطه انجام شود
خیر
احتمال وجود افسردگی، افکار خودکشی، اختلال دوقطبی یا اختلال پسیکوتیک بر اساس شرح‌حال و سؤالات تشخیصی مربوطه
خیر
آیا بیمار اختلال وسواس دارد؟ (افکار یا رفتارهای تکراری و مزاحم مثل شست‌شو، وارسی یا چک کردن زیاد از حد)
آیا بیمار اختلال اضطرابی منتشر دارد؟ (احساس تنش و نگرانی مفرط در مورد مسائل روزمره طوری که برای او اختلال کارکرد ایجاد نماید، همراه با یکی از علائم زود خسته شدن، بی‌قراری، مشکل تمرکز، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و کاهش خواب)
آیا بیمار علائم اختلال استرس پس از سانحه دارد؟ (مواجهه با موقعیت فاجعه‌آمیز و متعاقب آن خاطرات مزاحم، تحریک‌پذیری، مشکل خواب، فوران خشم، مشکل تمرکز حواس)
آیا بیمار حمله پانیک دارد؟ (دوره‌ای از ترس یا ناراحتی شدید که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و در عرض ۱۰ دقیقه به حداکثر شدت خود می‌رسد. حداقل با ٤ علامت افزایش ضربان قلب، تعریق، لرزش، احساس کوتاه شدن تنفس، احساس خفقان، ناراحتی یا درد قفسه سینه، تهوع) (پیوست الف)
بلی
خیر
بلی
خیر
بلی
خیر
بلی
خیر
مراجعه به درمان وسواس
مراجعه به درمان اضطراب منتشر
ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی
تجویز کلونازپام (۱mg) یا آلپرازولام (۰/۵mg) به هنگام حملات و ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی بالاتر
ارجاع به کارشناس سلامت روان برای مداخلات غیردارویی اضطراب

درمان و پیگیری اختلالات اضطرابی

درمان اختلال اضطرابی منتشر

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

پاسخ به درمان پس از ٤ هفته ارزیابی می‌شود. درصورتی‌که پس از این مدت بهبودی مشاهده شود، درمان با همین دوز ادامه می‌یابد و فقط بنزودیازپین به‌تدریج در عرض یک تا دو ماه آینده کاهش می‌یابد و قطع می‌شود. اما درصورتی‌که بهبودی زیادی حاصل نشود، ابتدا دوز داروی SSRI افزایش داده می‌شود و در صورت عدم بهبود در عرض دو هفته بعد، بیمار به‌صورت غیرفوری به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده می‌شود. طول مدت درمان معمولاً حداقل یک سال است و تصمیم به قطع درمان همواره توسط سطح تخصصی بالاتر گرفته می‌شود. قطع درمان همواره تدریجی است.

درمان وسواس

درمان با تجویز یکی از داروهای SSRI مثل فلوکستین آغاز می‌شود. هفته اول ۱۰ میلی‌گرم روزانه یا ۲۰ میلی‌گرم یک روز در میان، یک هفته بعد ۲۰ میلی‌گرم هر روز بعد از صبحانه یا نهار و چهار هفته بعد ارزیابی از نظر پاسخ به درمان انجام می‌شود. درمان وسواس معمولاً به دوزهای بالاتری از دارو نیاز دارد بنابراین دوز فلوکستین در ویزیت‌های بعدی می‌تواند به ٤۰ میلی‌گرم در روز افزایش داده شود. در ادامه درمان، ویزیت ماهانه تا ٦ ماه انجام می‌شود. برای تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی صورت می‌گیرد.

درمان اختلال اضطراب اجتماعی

در موارد خفیف‌تر می‌توان از تجویز یک بلوک کننده بتا آدرنرژیک مثل پروپرانولول ٤۰-۲۰ میلی‌گرم نیم تا یک ساعت پیش از قرار گرفتن در موقعیت استفاده کرد. اما در موارد شدیدتر و به‌خصوص مواردی که مشکل فرد تنها محدود به یک یا دو مکان عمومی نیست بلکه در بسیاری از اماکن دچار این حالت می‌شود استفاده از داروهای SSRI مثل فلوکستین (هفته اول ۱۰ و سپس ۲۰ میلی‌گرم در روز) لازم است. ادامه درمان و پیگیری: در موارد خفیف‌تر ویزیت منظمی پیش‌بینی نمی‌شود و بیمار در صورت بروز مشکلی برای ویزیت مراجعه می‌کند. در موارد شدیدتر ویزیت ماهانه تا ٦ ماه و ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی برای تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان.

درمان اختلال پانیک

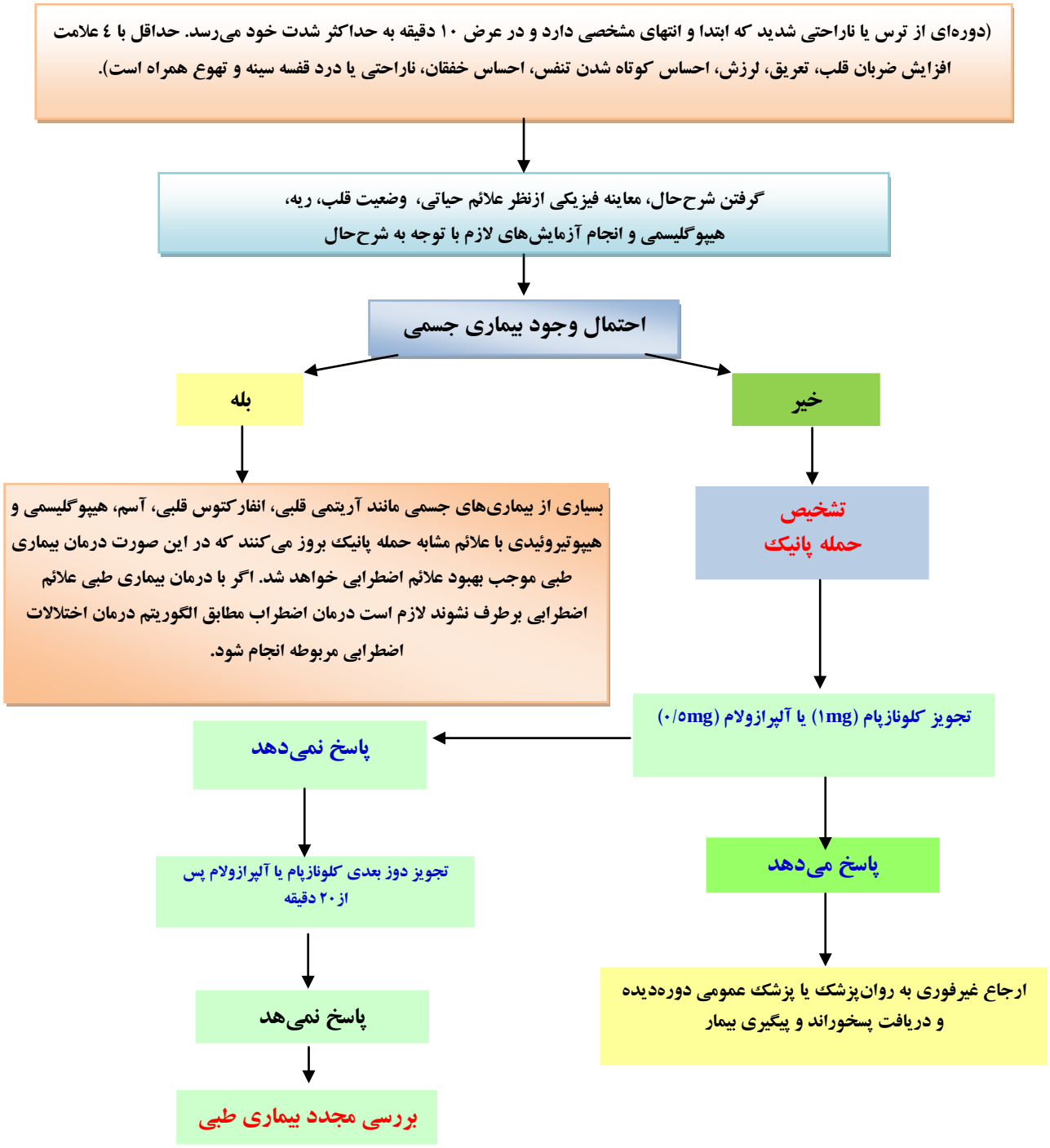
دارو در آغاز درمان نقش بسیار مهمی دارد. با توجه به‌شدت حملات لازم است که در آغاز با استفاده از داروهای

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

درمان اختلال استرس پس از سانحه

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

مدیریت حمله پانیک (۱ میلی‌گرمی)



موارد ارجاع فوری

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

موارد ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک یا پزشک دوره‌دیده

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

نکاتی که پزشک باید به بیمار و خانواده وی آموزش دهد

- به بیمار و خانواده یادآور شود که اثرات اولیه داروها معمولاً پس از چند هفته (برای اختلال وسواس حتی دیرتر از بقیه اختلالات و حدود ٤ تا ٦ هفته پس از شروع دارو) دیده می‌شود، اما برای کسب حداکثر نفع درمانی ١٦–٨ هفته زمان نیاز است.
- اختلال پانیک علی‌رغم شدت آن کشنده یا خطرناک نبوده و درمان‌پذیر است.
- قبل از قطع دارو حتماً با پزشک مشورت شود.
- در صورت استفاده زیر نظر پزشک دارو باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی‌شود.
- کاهش مصرف کافیین یا اجتناب از مصرف الکل و دخانیات ضروری است.

اختلالات سایکوتیک[1]

مقدمه و تعاریف

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

علل و علائم

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

مهم‌ترین علائم این اختلالات عبارت‌اند از

- هذیان (یک اعتقاد نادرست که با اعتقادات و زمینه‌های فرهنگی قابل توجیه نباشد)، مثل هذیان گزند و آسیب که بیمار مبتلا معتقد است او را تعقیب می‌کنند یا قصد جانش را دارند
- توهم (ادراک محرک‌هایی که درواقع وجود ندارند)، مثل توهم شنوایی یا شنیدن صداهایی که دیگران نمی‌شنوند
- رفتار یا گفتار آشفته
- علائم منفی، مثل گوشه‌گیری، کاهش ارتباط‌های اجتماعی و کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف.

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

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

۱-آیا برای شما پیش آمده صداهایی را بشنوید که دیگران می‌گویند ما نمی‌شنویم؟

۲-آیا برای شما پیش آمده چیزهایی را ببینید که دیگران می‌گویند ما نمی‌بینیم؟

۳-آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید رفتارها یا حرکات دیگران (حتی کسانی‌که نمی‌شناسید) به‌نوعی مربوط به شماست؟

---

[1] psychotic disorder

٤-آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید دیگران قصد آزار و اذیت یا از بین بردن شما را داشته باشند؟

٥-آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید مقام مذهبی یا سیاسی خاصی دارید؟

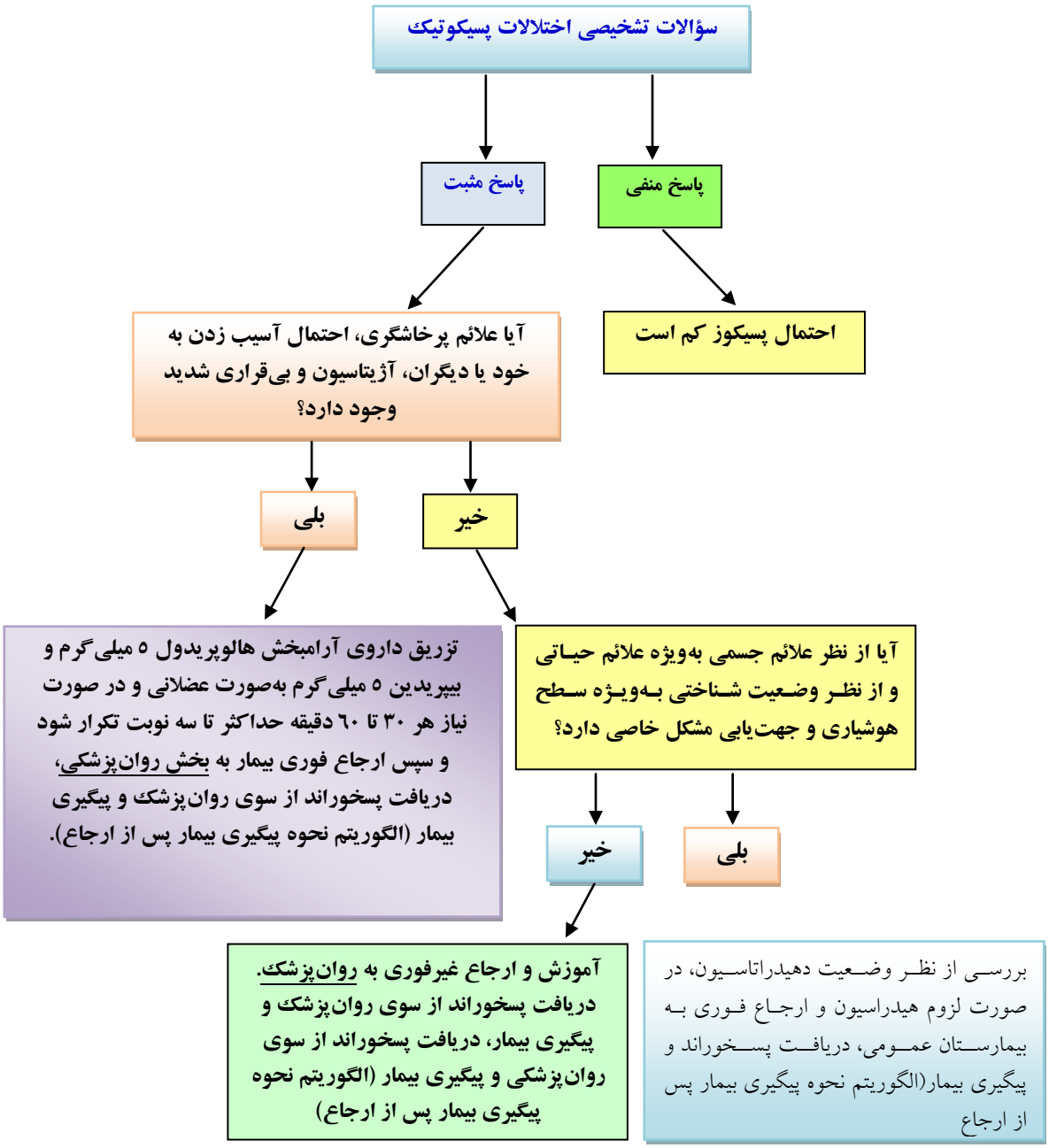
٦-آیا گفتار بیمار به شکلی درهم‌ریخته و آشفته است که اجزای آن فاقد ارتباط منطقی و قابل‌فهمی با هم باشد؟

۷-آیا رفتار بیمار به شکلی غیرعادی و آشفته است که نتوان برای آن دلیل قابل‌فهمی یافت؟

نکته:

سؤالات ٥-١ را می‌توان از همراه بیمار نیز پرسید و ارزش آن را معادل گفته خود بیمار تلقی نمود.

سؤالات ٦ و۷ را پزشک با مشاهده خود یا با شرح‌حال خانواده پاسخ می‌دهد.



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

کارهایی که پزشک نباید در برخورد با این بیماران انجام دهد

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

۲- مصاحبه با بیمار مسلح

۳- مصاحبه به‌تنهایی با بیمار عصبانی و خطرناک

٤- پافشاری بر پرسش درباره مواردی که علی‌رغم اطمینان بخشی پزشک، بیمار تمایلی به صحبت درباره آنها ندارد

درمان، پیگیری و مراقبت بیماران

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

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

قطع درمان

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

عوارض دارویی

برخی از شایع‌ترین عوارض داروهای ضدپسیکوز قدیمی‌تر (مثل هالوپریدول، تری فلوپرازین و پرفنازین) عبارت‌اند از

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

موارد ارجاع فوری

بیماری که طرح یا برنامه جدی برای خودکشی دارد:

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

موارد ارجاع غیرفوری

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

موارد آموزش به بیمار

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

آموزش خانواده بیمار مبتلا به پسیکوز

آموزش‌هایی که می‌توانند طی چند جلسه انجام شوند:

۱- توضیح در مورد علت ایجاد بیماری شامل نقش زمینه‌ای وراثت و نقش آغازکننده و تشدیدکنندگی استرس

۲- عدم دخالت نیروهای فرا طبیعی

۳- قابل درمان و قابل کنترل بودن بیماری و نیاز به درمان پیگیرانه و جدی: وجود درمان‌های مؤثر و کم‌عارضه‌ای و لـزوم ادامه جدی و مداوم درمان‌ها برای تسریع روند بهبودی

٤- قابل درمان بودن عوارض دارو: عوارض همه قابل درمان هستند. لذا لازم است در صورت بروز به‌سرعت بـه پزشـک گزارش داده شوند

٥- احتمال عود بیماری در صورت قطع دارو بدون دستور پزشک

٦- نیاز به حمایت و بازتوانی

۷- عواملی که می‌توانند به تشدید بیماری بیانجامند (قطع خودسرانه درمان، استرس، هیجان ابرازشده زیاد و اجـزای آن) و نحوه کاهش این عوامل: اعضای خانواده باید دقت نمایند تا از انتقاد کردن‌های مکرر از بیمار خودداری کنند. این کار استرس زیادی را به بیمار وارد می‌کند و می‌تواند باعث افزایش احتمال عود بیماری شود. همچنین مراقبت بیش‌ازحـد از بیمار نیز نقش مخرب دارد، بنابراین افراد نباید به تمام کارهای بیمار شامل کوچک‌ترین و جزئی‌تـرین امـور بیمـار نظارت، سرکشی یا دخالت کنند و سعی در کنترل و سرکشی به کلیه رفتار و حرکات بیمار داشته باشند. این رفتارهـا هم استرس‌زا هستند. بدیهی است که مشاجره، دعوا و درگیری نیز می‌تواند در تشدید بیماری مؤثر باشد.

۸- بیمار ممکن است صداهایی بشنود یا اعتقادهای نادرستی را به شکل راسخی باور داشته باشد

۹- بیمار به‌طورمعمول قبول ندارد که بیمار است و گاه ممکن است خصمانه رفتار کند

۱۰- شناسایی علائم برگشت یا تشدید بیماری و مراجعه فوری اهمیت زیادی دارد

۱۱- اهمیت شرکت دادن بیمار در خانواده و سایر فعالیت‌های اجتماعی باید مورد تأکید قرار گیرد

۱۲- خیلی اوقات بیماران سایکوتیک مورد تبعیض قرار می‌گیرند اما باید از حقوقی همانند سایر افراد برخوردار باشند

۱۳- بیمار سایکوتیک ممکن است در شرایط کاری یا محیطی پراسترس دچار مشکل در بهبودی شود

۱٤- مهم است که فرد شغلی داشته باشد یا به‌نوعی مشغول باشد

اختلال علامت جسمانی و اختلالات مرتبط[1]

مقدمه

این دسته جدیدی از اختلالات است که در DSM 5 با ترکیب دو دسته از اختلالات موجود در نسخه‌ی قبلی کتاب ایجاد شده است: یکی دسته اختلالات شبه‌جسمی۲ و دیگری دسته "عوامل روانشناختی تاثیرگذار بر بیماری‌های طبی[3]" یا همان اختلالات سایکوسوماتیک. در اولی بیماری روانی خود را شکل علائمی جسمانی نشان می‌دهد. بنابراین در این موارد با علائمی جسمانی روبرو هستیم که در واقع منشا روانزاد دارند، مانند دردی که هیچ منشا جسمانی ندارد. دسته دوم که به اختلال سایکوسوماتیک هم معروف هستند، عوامل روانشناختی باعث تشدید یا تغییر در سیر بیماری جسمی موجود می‌شوند. مانند بیماری فشارخون که در اثر عوامل روانشناختی سیر و شدتش تغییر می‌کند.

علل و علائم

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

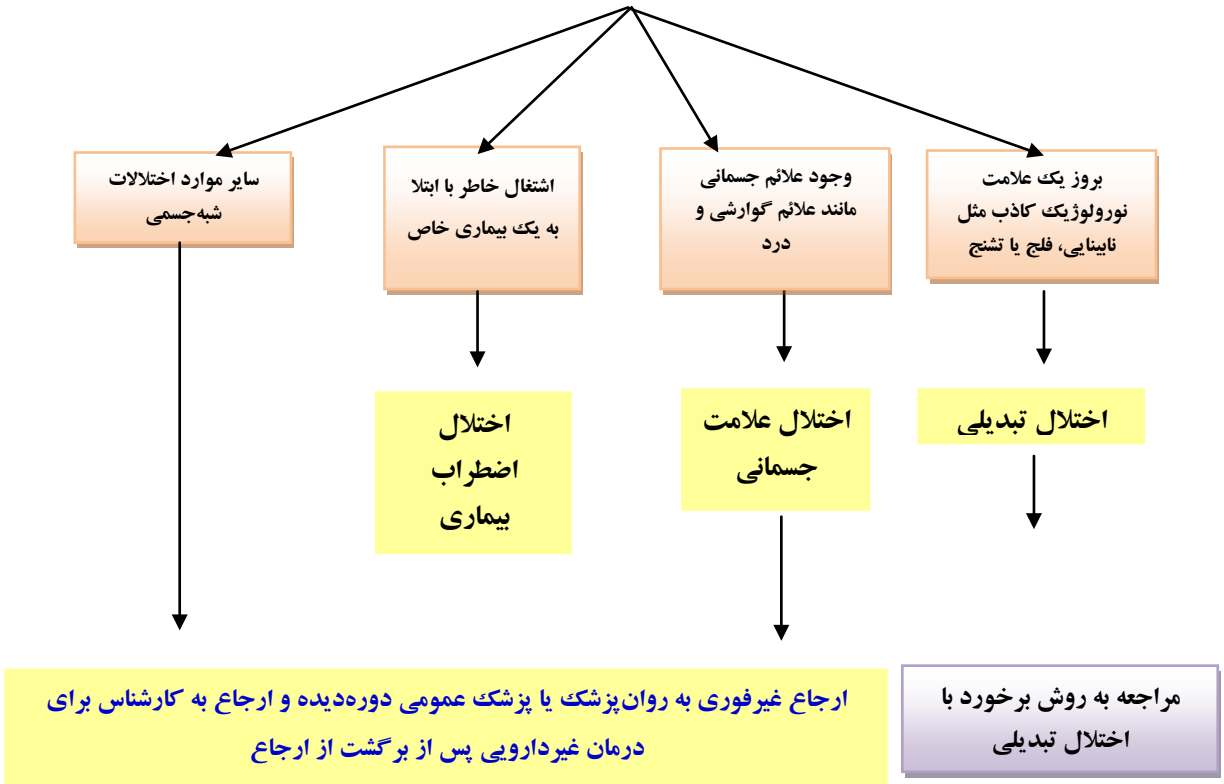
این اختلالات با نشانه‌های متفاوتی بروز می‌کند. مبنای دسته‌بندی این اختلالات همین نشانه‌های متفاوت است. برای آموزش این دسته بهتر است که دو دسته اختلالات ذکر شده در بالا را به‌طور جداگانه ذکر کرد. دسته اول که با یک یا چند نشانه جسمانی بدون توجیه همراه هستند و دسته دوم که یک بیماری جسمانی دیگر در آن وجود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

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

---

[1] somatic symptom and related disorders
[2] somatoform disorder
[3] psychological factors affecting medical conditions

وجود یک شکایت جسمی که پس از انجام شرح‌حال و معاینه عمومی با اختلال جسمی خاصی قابل توجیه نیست



توجه:

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

درمان

مداخلات روان‌شناختی پایه درمان این اختلالات است. درمان دارویی با داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین در درمان اختلالات اضطراب بیماری[1] مفید است و توصیه می‌شود.

پی گیری، مراقبت و آموزش بیماران

تولید نشانه‌ها در این اختلالات ارادی نیست. بنابراین نباید بیمار را مانند کسی که "ادا در می‌آورد" نگریست.

۱- **هیچ زمان با جملاتی مثل «اینها تنها در ذهن شما وجود دارد» با بیمار روبرو نشوید. درد یا فلج برای بیمار واقعی است.**

۲- **به جای شدت یا کیفیت علائم، آثار آن‌ها را در زندگی بیمار ارزیابی کنید.**

[1] illness anxiety disorder

۳- انجام معاینه و آزمایش‌ها تنها در صورت بروز علائم جدید و به صورت مختصر باید صورت گیرد.

٤- شکایات بیمار راهی برای بیان مشکلات روانی اوست، بنابراین همدلی کردن با بیمار و گوش دادن به این شکایات می‌تواند به بهبودی وی کمک کند.

٥- از اهمیت اطمینان بخشی غیرقضاوتمندانه به بیمار غافل نشوید.

٦- ویزیت‌ها به تعداد خاصی (مثلاً یک بار در ماه) محدود شود و با نظم معینی انجام شود.

۷- به بیمار کمک کنید ارتباط این علائم را با حالات روانی خود درک کند.

روش برخورد با اختلال تبدیلی

در بیشتر موارد اختلال تبدیلی[1] در عرض مدتی کوتاه (چند ساعت تا چند روز) با یا بدون مداخله از بین می‌رود. لذا تنها انجام موارد زیر که این سیر را تسریع می‌کند توصیه می‌شود:

- همدلی با بیمار و آرامش دادن به وی
- تجویز یک داروی آرام‌بخش تزریقی یا خوراکی (مانند پرومتازین یا دیازپام) و توصیه به استراحت
- در صورت باقی ماندن مشکل پس از انجام این اقدامات اولیه: ارجاع

توجه: روش‌هایی چون تزریق آب مقطر و سایر اقدامات دردناک به‌هیچ‌عنوان توصیه "نمی‌شود".

نکات کمک‌کننده در افتراق اختلالات تبدیلی از اختلالات نورولوژی

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

فلج

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

شبه تشنج

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

[1] conversion disorder

ناتوانی ذهنی[1]

مقدمه

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

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

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

علل

ناتوانی ذهنی یک بیماری یکسان نیست و ممکن است علل و عوامل مختلفی باعث ایجاد آن شوند که عبارت‌اند از عوامل ژنتیک (مثل سندرم داون و سندرم ایکس شکننده) یا شرایط محیطی مخربی که تأثیر منفی بر رشد و نمو طبیعی مغز دارند (مثل مواجهه با عفونت‌ها یا سموم حوالی تولد، تروما به سر، فقر تغذیه‌ای و تربیتی) و یا ترکیبی از این عوامل.

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

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

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

---

[1] intellectual disability

پیگیری و مراقبت بیماران

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

آموزش به خانواده

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

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

صرع[1]

مقدمه

بیشتر از ۲/۳ تشنج‌های ناشی از صرع، در دوران کودکی شروع می‌شوند کـه ٪۶۵/۵ علـت ناشـناخته (ایـدیوپاتیک یـا کریپتوژنیک) است، عفونت (٪۲/۵) –دژنراتیو (٪۳/۵)–نئوپلازیک (٪٤/۱)– تروما (٪۵/۵)–مـادرزادی (٪۸) و وسـکولار (٪۱۰/۹) مطرح هستند. بنابراین در گروه سنی زیر ده سال و بالای ۱۸ سال در موارد جدیدی صرع، بایستی بررسی‌های لازم تشخیص انجام شود.

در گروه اپی‌لپسی‌های ایدیوپاتیک، شیوع ۸/۱۰۰۰–۵ است. می‌توان بر اساس پروتکل تهیه‌شده در حـد قابـل‌تـوجهی از مبتلایان به صرع را از ابتدا و بدون ارجاع و با توجه به انتخاب‌های دارویی بر اساس رفرانس‌های معتبـر نورولـوژی کـه در سطح شبکه بهداشت نیز وجود دارند، درمان کرد و درصد کوچکی را بعد از ارجاع و بررسی‌های لازم و بازگشت آنـان بـه نزد پزشک خانواده، درمان نمود.

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

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

۱- تشنج تونیک – کلونیـک ژنرالیـزه (**Generalized tonic colonic Seizure - GTCS**) بیمـار به‌طور ناگهانی هوشیاری خود را ازدست‌داده و می‌افتد و دچار فاز تونیک حمله تشنج می‌شود. در این حالت اندام‌هـا و تنه و گردن **Extend** و سفت می‌شوند و چشم‌ها به سمت بالا انحراف پیدا می‌کنند. ممکن اسـت در ایـن مرحلـه صدای شبیه جیغ یا فریاد توسط بیمار ایجاد شود. تنفس در این مرحله متوقف و مخاط دهان و گـاه پوسـت سـیانوزه می‌شود. مردمک‌ها دیلاته و بدون پاسخ به نور می‌شوند. ممکن است در این مرحله یا مراحل بعـدی ادرار بیمـار نیـز بی‌اختیار شود. این مرحله ۲۰–۱۰ ثانیه به طول می‌انجامد و سپس فاز کلونیک شروع می‌شود کـه حرکـات ریتمیـک انقباض انبساط عضلات اندام‌ها شروع می‌شوند. این فاز نیز حدوداً ۳۰ ثانیه به‌طول می‌انجامد. بعد از اتمام تشنج بیمار تا چند دقیقه گیج است و نسبت به زمان و مکـان شـناخت نـدارد (فـاز **Postictal**) و سـپس بـه وضـعیت عـادی بازمی‌گردد.

[1] epilepsy

۲- صرع **absence**: در دختران شایع‌تر است و به‌طورمعمول بین ۱۲-٤ سال شروع می‌شود. بیمار به‌طور ناگهانی هوشیاری خود را از دست می‌دهد. و کاری که انجام می‌داده متوقف می‌گردد. ولی تون عضلانی از بین نرفته و نمی‌افتد. در این حمله، بیمار حالت خیرگی و مات‌زدگی پیدا می‌کند که به مدت چند ثانیه به‌طول می‌انجامد. بعد از حمله بلافاصله کودک به وضعیت عادی برمی‌گردد و کاری را که انجام می‌داده ادامه می‌دهد. این حملات ممکن است در طی روز به تعداد بسیار زیاد تکرار شود.

۳- صرع لوب تمپورال یا کمپلکس پارشیال سیژر (**Complex partial Seizure**: حملات از نواحی عمقی لوب تمپورال منشأ می‌گیرد و معمولاً از اواخر کودکی یا سنین نوجوانی شروع می‌شوند. حملات به شکل زیر است: ابتدا ممکن است بیمار اورای خاصی داشته باشد. شایع‌ترین آنها اورای احشایی (احساس غیرطبیعی در اپی‌گاستر، تهوع .....) است. سایر اوراها احساس غیرطبیعی نسبت به محیط، تغییر فرم و شکل و اندازه اشیای محیط، احساس بیگانگی با خود یا محیط می‌باشند. سپس بیمار ارتباط خود با محیط و هوشیاری خود را از دست می‌دهد و علائم اتوماتیسم مانند ملچ، ملوچ کردن – انجام حرکات تکراری در دست‌ها مانند کورمال کردن سطح زمین- حرکات پیچیده‌تر مانند درآوردن لباس- چرخیدن به دور خود یا چرخش دورانی دور چیزی، دویدن، رفتار شبیه به ترس و فرار، از خود نشان می‌دهد. بعد از اتمام این مرحله، بیمار فاز **Postictal** کوتاهی دارد و سپس هوشیار می‌شود. ممکن است بیمار در طول حمله، با چندین بار صدا زدن پاسخ محدود بله یا خیر نیز بدهد. بعد از اتمام حمله، بیمار حوادث رخ‌داده را به یاد نمی‌آورد. ممکن است گاه یک حمله کمپلکس پارشیال به یک حمله تونیک کلونیک ژنرالیزه (یعنی از حالت فوکال به منتشر) تبدیل شود.

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

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

تب و تشنج

تب و تشنج به تشنج ژنرالیزه‌ای گفته می‌شود که در طی یک بیماری تب‌دار سیستمیک، بدون درگیری مغز و پرده‌های مغزی ایجاد شده باشد. تب و تشنج به دو نوع ساده و پیچیده تقسیم می‌شود. نوع ساده، کوتاه‌مدت است، یک بار حمله دارد بدون تظاهرات موضعی عصبی است. اگر تشنج بیش از ۱۵ دقیقه ادامه یابد، یا در عرض ۲٤ ساعت چندین بار تکرار شود

پیچیده یا کمپلکس نامیده می‌شود.

نحوه برخورد با تب و تشنج

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

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

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

شناسایی و درمان صرع

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

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

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

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

ج) صرع فتوسنسیتیو (**photosensitive**) ← داروی انتخابی کاربامازپین

د) در مورد تشنج‌های تونیک کلونیک ژنرالیزه (**GTCS**) یا **grandma** هر سه داروی فنی‌توئین، کاربامازپین و سدیم والپروات مؤثر هستند. فنوباربیتال نیز از داروهای بسیار مؤثر است ولی به دلیل عوارض جانبی **CNS** (خواب‌آلودگی- کندی ذهن و ....) به‌عنوان داروی رده اول استفاده نمی‌شود. انتخاب بین سه داروی فوق بر اساس سن و جنس بیمار (با توجه به عوارض طولانی‌مدت داروی فوق انجام گیرد).

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

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

- دوز درمانی کاربامازپین: **600-1200mg/day**، (**20-30 mg/kg** در اطفال)
- دوز درمانی سدیم والپروات: **1000-3000mg/day**، (**30-60 mg/kg** در اطفال)
- دوز درمانی فنوباربیتال: **90-200mg/day**، (**3-5 mg/kg** در اطفال)

- فنی‌توئین و فنوباربیتال را می‌توان به‌صورت تک‌دوز استفاده کرد ولی کاربامازپین و سدیم والپروات باید سه بار در روز (در سه دوز منقسم) تجویز شوند.

برخورد با عوارض دارویی

تقریباً تمام داروهای آنتی‌اپی‌لپتیک، عوارض سیستمیک (مانند عوارض گوارشی) و عوارض **CNS** (مانند اختلال تعادل، سرگیجه، گیجی، منگی، لرزش، کندی حافظه) را دارند و درصورتی‌که شدید نباشند با ادامه درمان تخفیف یافته و یا برطرف می‌شوند و نیاز به مداخله ندارند ولی درصورتی‌که شدید باشند و باعث تغییر فعالیت روزانه و روند جاری زندگی فرد شوند، باید در ابتدا دوز دارو را کاهش داد. اما اگر با این کاهش حملات تشنج عود کند، باید دارو را تغییر داد.

در صورت بروز عوارض ایدیوسنکراتیک داروهای ضدتشنج باید دارو را قطع کرد و بیمار را ارجاع داد. این عوارض عبارت‌اند از عوارض پوستی مخاطی (راش، درماتیت **Exfoliative**، اریتم مولتی‌فرم، سندرم استیونس جانسون)، آگرانولوسیتوز و آنمی آپلاستیک و مشکل کبدی.

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

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

الف) نکات مربوط به مصرف دارو:

۱- دارو باید به‌طور مرتب و طبق دستور به مدت توصیه‌شده مصرف شود. مصرف نامرتب دارو شایع‌ترین علت از کنترل خارج شدن حملات تشنج است.

۲- اغلب عوارض دارویی شایع، گذرا بوده و با ادامه درمان و یا پس از قطع دارو بعد از مدت لازم، از بین می‌رود.

۳- قطع ناگهانی دارو خطر استاتوس اپی‌لپتیکوس دارد و ازاین‌رو نباید به‌طور ناگهانی قطع شود.

ب) اقدامات اساسی حین حمله:

۱- خونسردی خود را حفظ کنید و تا اتمام حمله تشنج در کنار بیمار بمانید.

۲- بیمار را به پهلو بخوابانید و سر بیمار هم به همان طرف باشد تا بهتر بتواند تنفس کند و ترشحات دهان یا استفراغ وارد ریه‌اش نشود.

۳- اجسام خطرناک و آسیب‌رساننده را از اطراف بیمار دور نگه‌دارید.

٤- اقدام خاصی مانند نگه‌داشتن اندام‌ها و گرفتن بیمار – باز کردن دهان بیمار، مؤثر نیست و حتی خطر آسیب جسمی را برای بیمار دربردارند. بنابراین از این کار خودداری کنید.

٥- تا زمانی که بیمار هوشیاری کامل خود را به‌دست نیاورده است از خورانیدن آب، غذا، دارو به بیمار خودداری نمایید.

٦- گاهی بیماران قبل از حمله متوجه می‌شوند که الان تشنج خواهند کرد. در این موارد باید جایی که امن باشد دراز بکشند تا موقع افتادن آسیب نبینند.

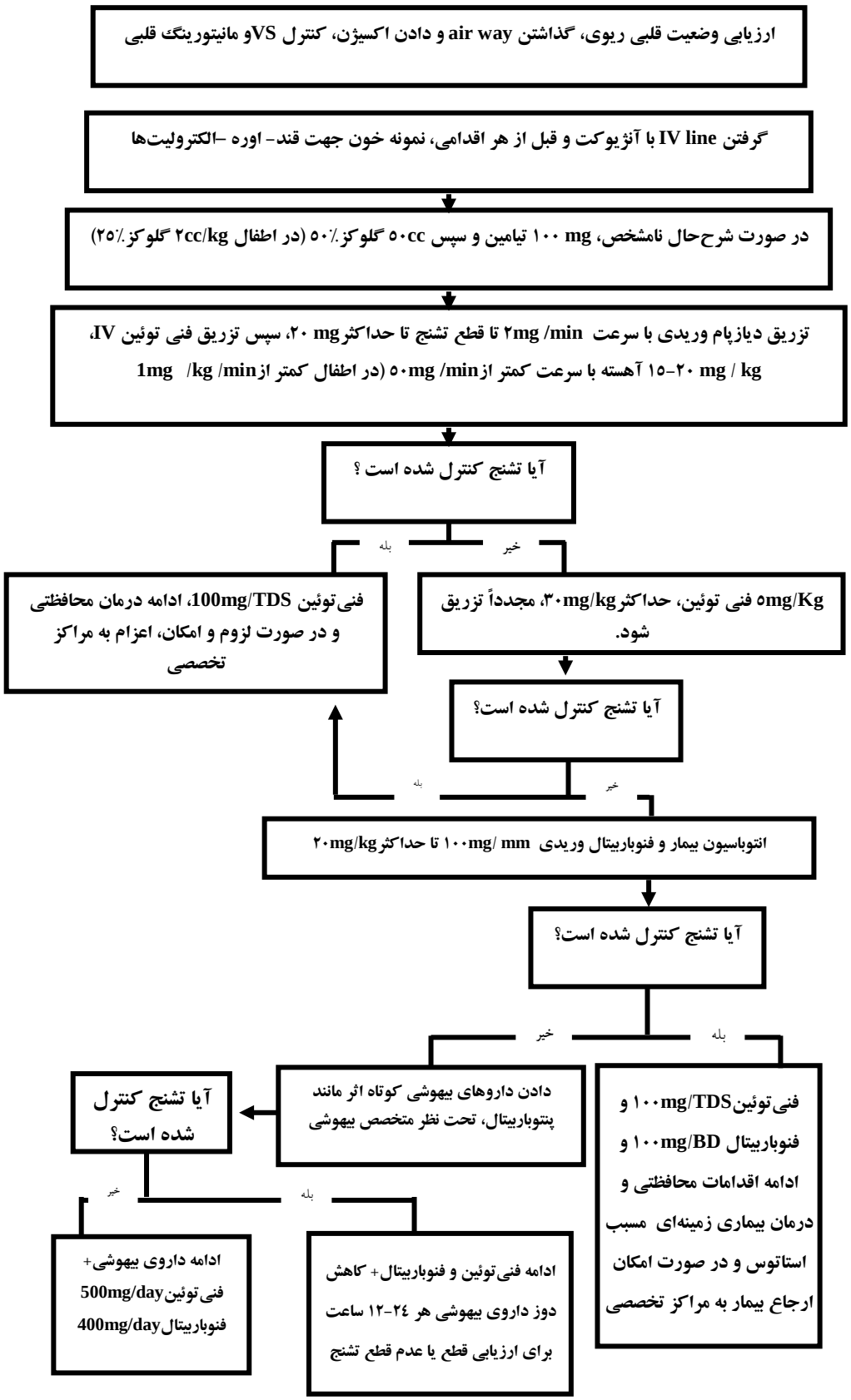
ج) در موارد زیر بیمار باید سریع به مراکز درمانی برده شود:

۱- حمله‌ای که بیشتر از ده دقیقه به‌طول انجامیده است.

۲- دو یا بیشتر حمله که بین حملات فرد هوشیاری خود را به‌دست نیاورده است.

۳- آسیب‌های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی، ..... که حین حمله اتفاق افتاده است.

پروتکل درمان استاتوس اپی‌لپتیکوس



اختلال بیش فعالی و کم‌توجهی[1]

مقدمه

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

علل و علائم

این اختلال به دلیل اشکال در برخی کارکردهای مغزی مثل توجه، کنترل مهاری و عملکردهای اجرایی ایجاد می‌شود. عامل ژنتیک در ایجاد این بیماری نقش مهمی دارد. برای تشخیص بیش‌فعالی و کم‌توجهی اختلالی باید دست‌کم ٦ نشانه از نشانه‌های بیش‌فعالی یا کم‌توجهی که به مدت ٦ ماه طول کشیده باشد وجود داشته باشد. برخی از این نشانه‌ها باید قبل از ۱۲ سالگی شروع‌شده باشد و لازم است این نشانه‌ها دست‌کم در دو مکان مجزا (مثل منزل و مدرسه) اتفاق بیفتد. البته باید دقت کرد که اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی بیشتر به‌صورت مختلط و ترکیبی از نشانه‌های دو گروه رخ می‌دهد. اما نباید تصور کرد در هر کودک دچار این اختلال حتماً نشانه‌های بیش‌فعالی وجود دارد و اختلال می‌تواند صرفاً با نشانه‌های کمبود توجه بروز کند. برای طرح تشخیص باید دقت کرد که پرتحرکی و رفتارهای تکانشی بیمار باید از حد مورد انتظار برای کودکان هم‌سن و هم‌سطح تکاملی زیادتر باشد.

نشانه‌های کم‌توجهی

۱- به جزئیات توجه کامل ندارد و یا این‌که در تکالیف مدرسه بی‌دقتی می‌کند (نمونه‌ها: جا انداختن حروف و کلمات در دیکته‌ها و یا عدم پاسخ به بعضی سؤالات در امتحانات).

۲- اغلب در تداوم توجه روی یک تکلیف و یا بازی مشکل دارد (سر تکالیفش به مدت طولانی نمی‌نشیند).

۳- اغلب به نظر می‌رسد وقتی با او صحبت می‌کنند گوش نمی‌دهد (حواس‌پرت و سربه‌هوا است).

٤- اغلب قادر نیست دستورعمل‌ها را دنبال کند و نمی‌تواند تکالیفش را تمام کند.

٥- اغلب قادر نیست تکالیف و فعالیت‌ها را سامان دهد (بی‌نظم است).

٦- اغلب از شرکت در فعالیت‌هایی که نیازمند تداوم توجه باشد اجتناب می‌کند (برای مثال از انجام تکالیف مدرسه

[1] attention deficit hyperactivity disoder

سربازمی‌زند).

۷- اغلب وسایلی را که برای انجام تکالیف نیاز دارد گم می‌کند (برای مثال کیف و کتاب خود را در مدرسه جامی‌گذارد).

۸- به‌آسانی محرک‌های نامربوط محیطی حواس او را پرت می‌کند (برای مثال توجه وی در حین درس خواندن مرتب به سمت صداهای محیط می‌رود).

۹- در فعالیت‌های روزانه اغلب فراموشکار است (حرف‌هایی که به او زده می‌شود را فراموش می‌کند).

نشانه‌های بیش‌فعالی- تکانشگری

نشانه‌های بیش‌فعالی

۱- اغلب سر جایش وول می‌خورد و یا جابجا می‌شود.

۲- اغلب صندلی‌اش را در کلاس و یا هر جایی که انتظار نشستن می‌رود ترک می‌کند.

۳- اغلب زیاد می‌دود و یا در مکان‌هایی که متناسب نیست بالا و پایین می‌پرد.

٤- اغلب از آرام بازی کردن یا شرکت در فعالیت‌های زمان استراحت، به‌صورت آهسته ناتوان است.

٥- اغلب در حال حرکت است و طوری عمل می‌کند انگار او را هل می‌دهند یا به پایش موتور بسته‌اند.

٦- اغلب زیاد حرف می‌زند.

نشانه‌های تکانشگری

۱- اغلب قبل از آن‌که سؤال تمام شود پاسخ می‌دهد.

۲- اغلب در انتظار کشیدن مشکل دارد (برای مثال نمی‌تواند در صف بایستد).

۳- اغلب صحبت یا فعالیت دیگران را قطع می‌کند.

به‌طورمعمول این کودکان با شکایت‌هایی مثل پرتحرکی، ناسازگاری، درس نخواندن و بی‌علاقگی به انجام تکالیف، جاانداختن و بی‌دقتی در دیکته‌ها و پرخاشگری به پزشک ارجاع می‌شوند. این کودکان ممکن است علاقه زیاد به برنامه‌های تلویزیون و بازی‌های رایانه‌ای داشته باشند ولی برای انجام تکالیفشان رغبت نشان ندهند و موقع انجام تکالیف نیازمند نظارت دیگران باشند. ممکن است علائم اختلال از یک روز به روز دیگر متفاوت باشد و به‌خصوص در مورد کودکان بزرگ‌تر ممکن است در حضور پزشک برخلاف انتظار ساکت و آرام بنشینند.

نکته بالینی:

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

درمان

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

اصول کلی مشاوره و آموزش

در صورت وجود اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه به والد در خصوص موارد زیر آموزش دهید:

۱- در مورد لزوم درمان طولانی اختلال و این‌که حتا ممکن است در مواردی با صلاحدید روان‌پزشک درمان در تابستان یا تعطیلات هم ادامه یابد توضیح دهید.

۲- اختلال می‌تواند بدون بیش‌فعالی و فقط با نشانه‌های کم‌توجهی باشد.

۳- اختلال بیش‌فعالی موجب افت عملکرد تحصیلی، اختلال در برقراری روابط مناسب با اطرافیان، دریافت بازخوردهای منفی از محیط و به دنبال آن کاهش اعتمادبه‌نفس و احساس ناکامی و افسردگی می‌شود. درمان می‌تواند اثر پیشگیرانه داشته باشد.

٤- در مورد نحوه پیگیری درمان به والد آموزش دهید.

٥- در مورد مشکلات رفتاری کودک و این‌که برخی از این مشکلات به دلیل وجود این اختلال است به والد آموزش دهید.

٦- هرگز نظرتان را درباره این‌که کودک چه کارهایی را اجازه دارد یا اجازه ندارد انجام دهد تغییر ندهید.

۷- این کودکان به تشویق‌هایی که بلافاصله پس از رفتار مثبت بوده و پیوسته تکرار شوند پاسخ می‌دهند. لازم نیست حتماً از یک کالا یا هدیه برای تشویق استفاده نمود. تشویق می‌تواند لفظی یا رفتاری باشد ولی مهم است که برجسته‌تر از برخورد معمولی بوده و بلافاصله پس از رفتار باشد.

۸- این کودکان نسبت به تنبیه بدنی پاسخ مناسبی نداشته و حتی بدرفتاری‌شان بدتر می‌شود. تنبیه باید خفیف باشد مثل ندادن جایزه یا محروم کردن از تفریح. دفعات استفاده از تنبیه باید خیلی کمتر از تشویق باشد.

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

۱۰- موقع عصبانیت با کودک بحث نکنید.

۱۱- تغییر رفتار را با تمرکز بر تعداد کمی رفتارهای قابل‌مشاهده که به نظرتان کودک باید انجام دهد، شروع کنید.

۱۲- دستورهای کوتاه، روشن و ساده‌ای بدهید با تمرکز بر کاری که باید کودک انجام دهد، نه کاری که نباید انجام دهد.

۱۳- رژیم غذایی خاصی اثر تشدیدکننده بر اختلال ندارد.

۱٤- داروهای محرک منجر به وابستگی در کودکان مبتلا نمی‌شود، بلکه خطر وابستگی در آینده را هم در کودک کمتر می‌کند.

۱۵- در صورت پیگیری مناسب، رشد کودک مبتلا همانند دیگر کودکان خواهد بود.

توصیه به آموزگار

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

- کودک را در جلوی کلاس بنشانید.
- به کودک زمان بیشتر برای درک تکالیف بدهید.
- تکالیف طولانی را به بخش‌های کوچک‌تری تقسیم کنید.

پیگیری

پزشک مراقبت‌های اولیه لازم است در طول درمان وضعیت رشدی و وزن کودک را در فواصل هر ۳ تا ٦ ماه یک‌بار ارزیابی کند. تغییر یا قطع دارو باید با نظر پزشک متخصص انجام شود. با توجه به نیاز به درمان طولانی‌مدت نظارت بر مصرف منظم دارو در هر ملاقات با خانواده ضروری است.

اختلالات رفتارهای ایذایی[1]

مقدمه

علامت اصلی در این دسته از اختلالات، مشکلات رفتاری در زمینه‌های مختلف است. دو اختلال اصلی که در این دسته قرار می‌گیرند عبارت‌اند از "اختلال رفتار نافرمانی مقابله‌ای[2]" و "اختلال سلوک[3]". نشانه برجسته *اختلال رفتار نافرمانی مقابله‌ای*، لجبازی و بی‌اعتنایی نسبت به خواست مراقبان و بزرگ‌ترها است. اختلال عمدتاً در محیط خانواده دیده می‌شود و ممکن است در خارج از خانه کودک مشکلی نداشته باشد. گاهی مشکل در محیط مدرسه هم بروز می‌کند و در ارتباط با معلمان یا اولیای مدرسه دیده می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال از دید دیگران کودکان لجباز و سرکش هستند. در *اختلال سلوک* علامت اصلی زیر پا گذاشتن قانون و حقوق دیگران است. تخریب اموال دیگران، پرخاشگری، دزدی و فریبکاری جزو علائم این اختلال است. تعدادی از افراد مبتلا به این اختلال بعدها به اختلال شخصیت ضداجتماعی مبتلا خواهند شد.

علائم

اختلال رفتار نافرمانی مقابله‌ای: مهم‌ترین ویژگی این اختلال، نافرمانی و مقابله‌جویی با درخواست‌های والدین، مراقبان، معلمان و اولیای مدرسه است. البته باید دقت کنید که لجبازی در سنین ۲ تا ۳ سالگی به‌طور طبیعی نیز دیده می‌شود و تا حدی که شدید نبوده، کوتاه‌مدت باشد و منجر به اختلال و رنج نشود طبیعی تلقی می‌شود. میزان مشخصی از رفتار مقابله‌جویانه که قابل مدیریت باشد و اختلال جدی ایجاد نکند زمینه‌ساز استقلال نسبی کودک در حال رشد از والدین است. برای تشخیص، علائم باید حداقل شش ماه تداوم داشته باشد. این کودکان به‌طورمعمول نرم‌خویی خود را از دست داده، به‌راحتی دلخور می‌شوند. کودکان مبتلا به‌طورمعمول به‌صورت فعال با خواست‌ها و دستورات بزرگترها و همسالان مخالفت می‌کنند و با آنها بحث می‌نمایند. پرخاشگری نسبت به بزرگ‌ترها و سرزنش دیگران به‌خاطر خطاهای خودشان از دیگر نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال است. سن شایع اختلال مقابله‌ای و بی‌اعتنایی سنین قبل از مدرسه و سن دبستان است. این اختلال به‌طور شایعی همراه با اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه دیده می‌شود و در تشخیص افتراقی آن باید اختلال دوقطبی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال سلوک را در نظر داشت.

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

---

[1] disruptive behavior disorders
[2] oposisional defiant disorder
[3] conduct disorder

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

ارزیابی و درمان

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

اختلال سلوک: از داروهایی چون داروهای ضدروانپریشی مانند هالوپریدول و الانزاپین در درمان رفتارهای پرخاشگرانه این کودکان و نوجوانان استفاده می‌شود. اما درمان اصلی در این اختلال نیز غیردارویی است و کاربرد دارو محدود به درمان اختلالات همراه است. به‌عنوان نمونه چنان‌که ذکر شد این اختلال می‌تواند در مواردی با اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه همراهی داشته باشد. در این موارد از محرک‌ها برای درمان استفاده می‌شود. در صورت هرگونه شک به اختلال سلوک در اسرع وقت بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

اصول آموزش والدین

۱- رفتارهای کودک یا نوجوان در هر دو اختلال به‌معنای کودک یا نوجوان "بد" بودن نیست و نشانه‌های یک اختلال روان‌پزشکی است.

۲- اهمیت یاد گرفتن مهارت‌های والدی در مدیریت رفتار کودک و نوجوان مبتلا را گوشزد کنید.

۳- اهمیت درمان را در پیشگیری از افزایش شدت اختلال و احتمال پیشرفت به‌سمت رفتارهایی چون سوءمصرف مواد یا بی‌بندوباری جنسی یادآور شوید.

٤- اهمیت دارودرمانی در درمان اختلالات همراه را به والدین یادآور شوید.

پیگیری

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

اختلال یادگیری اختصاصی[1]

مقدمه

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

علل و علائم

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

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

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

[1] specific learning disorder

می‌برند، به‌گونه‌ای که احتمال آسیب‌پذیری ژنتیکی مشترک میان دو اختلال مطرح است.

تشخیص و درمان

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

برای تشخیص زودهنگام می‌توانید از جدول زیر بهره بگیرید:

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

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

اصول کلی مشاوره و آموزش

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

اوتیسم[1]

تعریف

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

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

غربالگری و نحوه ارجاع

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

۱-آیا کودک در عملکرد زبان مشکل دارد؟

۲-آیا کودک در برقراری ارتباط غیرکلامی با سایر کودکان و اطرافیان مشکل دارد؟

۳-آیا کودک حرکات تکراری یا علایق خاص غیرطبیعی دارد؟

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

---

[1] autism

درمان و پیگیری

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

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

موارد ارجاع

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

اختلال تیک[1]

مقدمه

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

علل و علائم

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

اختلال تیک گذرا: این تیک‌ها در سنین قبل از بلوغ شایع‌اند و در پسرها بیش از دخترها دیده می‌شوند. در این اختلال ممکن است یک یا چند تیک صوتی و یا حرکتی وجود داشته باشد. انواع صوتی شیوع کمتری دارد. کودک ممکن است متوجه وجود تیک نباشد. برای طرح تشخیص، علائم باید دست‌کم ٤ هفته وجود داشته باشد ولی کمتر از یک سال ادامه یابد.

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

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

نکته بالینی:

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

[1] tic

درمان

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

مواردی که باید به خانواده آموزش داده شود:

۱-این اختلال به‌دلیل نقص در سیستم اعصاب مرکزی است و کودک این حرکات را عمدی تولید نمی‌کند.

۲-در طول درمان ممکن است علائم کم‌وزیاد شود و نباید درمان را بدون اجازه پزشک قطع کرد.

۳-به تیک‌های کودک توجه نکنند و به‌خاطر تیک به کودک تذکر ندهند.

٤-بسیاری از تیک‌ها گذرا هستند به‌خصوص زمانی که مدت زمان کمی از شروع آنها گذشته باشد در این خصوص به والد اطمینان‌بخشی کنید. در برخی موارد و با نظر متخصص انجام درمان ضروری است.

پیگیری

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

اختلالات دفعی[1]

مقدمه

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

علل و علائم

شب‌ادراری: به عدم کنترل ادرار به‌صورت غیرارادی یا ارادی نامتناسب با سن و سطح تکامل کودک اطلاق می‌شود. شب‌ادراری تا حدود ۵ سالگی طبیعی تلقی می‌شود. بعد از سن ۵ سالگی چنان‌چه حداقل دو بار در هفته به‌مدت ۳ ماه اتفاق افتد یا این‌که بروز آن باعث رنج شدید و افت عملکرد شود غیرطبیعی تلقی می‌شود. این اختلال دو نوع اولیه و ثانویه دارد. نوع اولیه مربوط به کودکانی است که هیچ کنترلی روی ادرار به‌دست نیاورده‌اند و نوع ثانویه زمانی است که کودک مدت زمان قابل‌توجهی (حداقل ٦ ماه) توانایی کنترل ادرار داشته است و پس از آن دوباره دچار بی‌اختیاری شود. قبل از تشخیص باید اختلالات طبی سبب‌ساز افزایش حجم یا تکرر ادرار بررسی و رد شوند. شیوع اختلالات هیجانی و رفتاری (مثل اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و اختلالات اضطرابی) در این کودکان بیشتر از جمعیت عمومی است. بی‌اختیاری مدفوع هم ممکن است به‌صورت همزمان دیده شود. گاهی ممکن است خانواده‌ها کودک را به‌دلیل مشکلات دیگری نزد پزشک بیاورند و لازم است پزشک همواره در ارزیابی کودکان در مورد کنترل ادرار و شب‌ادراری سؤال کند.

بی‌اختیاری مدفوع: به دفع نامتناسب مدفوع به‌صورت غیرارادی یا تعمدی در محل‌های نامناسب حداقل یک بار در ماه به‌مدت ۳ ماه در کودکان بالاتر از ٤ سال اطلاق می‌شود. این مشکل نباید ناشی از مصرف ملین‌ها و سایر علل شناخته‌شده طبی باشد. در نوع اولیه کودک هیچ کنترلی به‌دست نیاورده اما در نوع ثانویه کودک حداقل یک سال کنترل داشته است. بی‌اختیاری توأم با یبوست و حالت سرریزی شایع‌ترین فرم اختلال است. نوع دوم که بدون یبوست و سرریزی است شیوع کمتری دارد. کودکان دچار این اختلال در ارتباط با همسالان دچار مشکل بوده و اعتمادبه‌نفس پایینی دارند.

تشخیص و درمان

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

---

[1] elimination

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

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

ایمی‌پرامین را می‌توان به‌میزان ۲۵ تا ۷۵ میلی‌گرم به‌صورت تک دوز شبانه تجویز نمود. هر سه ماه یک بار دارو را به‌تدریج کم نموده و در صورت عود مجدداً دارو را افزایش می‌دهیم. دسموپرسین داروی دیگری است که در درمان این اختلال به‌کار می‌رود و به‌صورت اسپری، قطره بینی و قرص موجود است. در صورت استفاده از این دارو لازم است محدودیت دریافت مایعات در ساعات آخر شب قبل از خواب وجود داشته باشد (احتمال بروز هیپوناترمی و تشنج وجود دارد).

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

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

مواردی که باید به خانواده آموزش داده شود:

در مورد بی‌اختیاری ادرار

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

۲- کودک به‌عمد اقدام به این‌کار نمی‌کند.

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

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

در مورد بی‌اختیاری مدفوع

۱- کودک را به‌خاطر این رفتار تنبیه بدنی نکنند.

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

۳- در خصوص پیگیری درمان آموزش دهید.

پیگیری

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

اختلالات زبان و ارتباط[1]

مقدمه

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

علل و علائم

در *اختلال زبان*، کودک در درک زبان یا در کاربرد زبان مشکل دارد. بنابراین در حالت اول نمی‌تواند صحبت‌های دیگران را به‌درستی درک کند و درک ضعیفی دارد و در حالت دوم قادر به استفاده از نمادهای کلامی نیست که به‌صورت تأخیر در استفاده از زبان و یا استفاده نادرست از نمادهای زبانی دیده می‌شود. در کودکان نوپا و پیش‌دبستانی باید به این توجه کرد که آیا کودک قادر به صحبت کردن هست یا خیر و نیز دامنه لغات و کاربرد صحیح کلمات را ارزیابی کرد. در کودکان دبستانی توانایی درک عبارات پیچیده‌تر، کاربرد صحیح کلمات در جمله و گرامر باید ارزیابی شود. کودکانی که اختلال زبان بیانی دارند تا حدودی قادر به درک کلام دیگران هستند ولی توانایی استفاده از زبان را برای انتقال مفاهیم ندارند. ولی کودکانی که قادر به درک کلام نیستند در استفاده از زبان نیز مشکل دارند. وجود این مشکلات باعث ناراحتی و ایجاد استرس در کودک و خانواده می‌شوند.

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

احتمال وقوع نشانه‌های همراهی چون پیش‌بینی وقوع لکنت، پرهیز از کاربرد اصوات یا واژگانی معین، پرهیز از

[1] language and communication

موقعیت‌هایی که احتمال بروز لکنت در آن می‌رود و یا نشانه‌هایی چون تیک یا لرزش لب و چانه در حین سخن گفتن وجود دارد. در ادامه این بخش بیشتر به لکنت زبان خواهیم پرداخت. ارزیابی و درمان دیگر اختلالات این دسته نیازمند ارزیابی و اقدام توسط متخصص است و توصیه می‌شود در صورت وجود به‌صورت غیرفوری ارجاع داده شود.

درمان

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

اصول کلی مشاوره و آموزش والدین در لکنت

۱- گاهی ناروانی کلام بخشی از فرایند رشدی است پس تا مطمئن نشده‌اند از کلمه لکنت استفاده نکنند.

۲- در بسیاری موارد لکنت خودمحدودشونده است.

۳- با این‌حال لازم است مشاوره با متخصص انجام شود.

٤- برای صحبت کردن کودک را زیر فشار قرار ندهند.

٥- به لکنت کودک توجه نکنند.

٦- در زمان صحبت کودک با حوصله به او گوش دهند و از عباراتی مثل زودباش یا آرام باش استفاده نکنند.

۷- موقع صحبت با اضطراب به او نگاه نکنند بلکه چهره طبیعی داشته باشند.

۸- در حین صحبت با کودک اشتباهات تلفظی او را اصلاح نکنند.

۹- در حین صحبت هیچ‌گاه به او نگویند چکار کند تا لکنت نداشته باشد.

۱۰- هیچ‌گاه برای یافتن کلمه یا ادای آن به کودک کمک نکنند.

عادات خاص

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

۱- در برابر این رفتارها واکنش تند نشان ندهند و از تنبیه بدنی استفاده نکنند.

۲- در برابر این نوع رفتارها کاملاً بی‌تفاوت بوده، چهره نگران یا مضطرب نداشته باشند.

۳- تا جای ممکن قبل از بروز این رفتارها موقعیت را پیش‌بینی کرده و شرایط را به‌نحوی تغییر دهند که کودک فرصت بروز رفتار را پیدا نکند.

٤- در صورت بروز رفتار در همان ابتدا به‌صورت غیرمستقیم کودک را به فعالیت دیگری مشغول نمایند.

٥- در صورت تداوم رفتار با وجود این اقدامات به متخصص مراجعه نمایند.

خودکشی

مقدمه

طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، خودکشی در کشورهایی که اطلاعات آنها در دسترس است در زمره ۱۰ علت اصلی مرگ می‌باشد. در مطالعات ملی میزان خودکشی ٦ تا ۸ در صد هزار نفر برآورد شده است. بر اساس آمار منتشرشده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌طور متوسط روزانه ۱۳ مورد خودکشی در کشور با میانگین سنی ۲۹ سال اتفاق می‌افتد. بررسی روند خودکشی در سال‌های گذشته ایران رشد قابل‌توجهی را نشان می‌دهد به‌طوری‌که میزان خودکشی از ۱/۳ در صد هزار نفر در سال ۱۳٦۳ به ٦/٤ در صد هزار نفر جمعیت رسیده است.

در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی، شناسایی عوامل خطر **(risk factors)** رفتارهای خودکشی حائز اهمیت بسیار است. مطالعات انجام‌شده در ایران نشان داده‌اند مردان مجرد، زنان تازه ازدواج‌کرده، دختران و پسران دانش‌آموز و نوجوان، مردان بیکار، و زنان خانه‌دار در معرض خطر بالاتر برای اقدام قرار دارند. افسردگی یکی از شایع‌ترین علل خودکشی است، بدین ترتیب شناسایی به‌موقع افراد افسرده و درمان مناسب و کامل این افراد می‌تواند اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن را به میزان زیادی کم کند.

علل

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

۱- علل روانی: بیماری‌های روان‌پزشکی به‌ویژه افسردگی، اعتیاد، پسیکوز و اختلال دوقطبی

۲- توجه: علل روانی تنها محدود به اختلالات شدید نیست و خودکشی می‌تواند در اثر اختلال انطباقی نیز رخ دهد.

۳- علل جسمی: بیماری‌های جسمی مزمن مثل سرطان، صرع، ایدز و بیماران دیالیزی

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

غربالگری

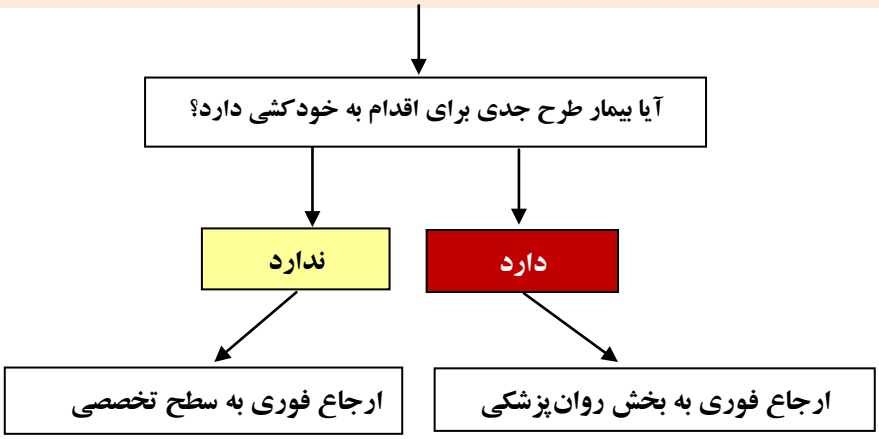
افکار خودکشی را با استفاده از سؤالات زیر ارزیابی نمایید. از فکر خودکشی باید با صراحت و مستقیم پرسید.

۱- آیا در حال حاضر احساس می‌کنید از زندگی سیر شده‌اید؟

۲- آیا در حال حاضر آرزو می‌کنید که کاش زندگی شما به پایان می‌رسید؟

۳- آیا به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید؟

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



اقداماتی که تا زمان ارجاع باید انجام شود:

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

چند توصیه

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

پیگیری و مراقبت بیمار بعد از بازگشت از ارجاع

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

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

ب- ارائه رهنمود کلی و تعیین زمان ارجاع بعدی

ویزیت اولیه پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

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

ویزیت‌های بعدی

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

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل هفتم

آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱- مشاوره در سلامت روان و اصول آن را توضیح دهید.

۲- انواع مشاوره‌هایی را که ممکن است با آن روبرو شوید نام ببرید.

۳- مراحل مشاوره را توضیح دهید.

عناوین فصل

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

آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره

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

هدف مشاوره

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

اعضای مشاوره

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

الف) مشاور: مشاور یا طرف مشورت کسی است که دانش و آگاهی لازم را در مورد مساله مورد مشورت داراست و می‌تواند در طول مشاوره کمک نماید تا مشورت‌کننده برای مشکل خود راه‌حلی پیدا کند.

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

موضوعات و انواع مشاوره

ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند هر موضوعی از مشکلات سلامت روان را که از دید خود یا مراجعینش حائز اهمیت است به‌عنوان موضوع مشاوره انتخاب نماید. این موضوعات می‌توانند بخشی از مشاوره برای پیشگیری اولیه، ثانویه یا پیشگیری سطح سوم یا تمامی آنها باشد. به‌عنوان‌مثال ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند در مورد هریک از اختلالات خلقی، اسکیزوفرنیا، اختلالات اضطرابی، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی نظیر بیش‌فعالی، شب‌ادراری، ناخن

جویدن و لکنت زبان اقدام به مشاوره برای پیشگیری اولیه نماید. در این صورت مشاوره بیشتر بر مواردی نظیر علائم بیماری، طریقه شناسایی، عوامل ایجادکننده و تشدیدکننده بیماری متمرکز می‌شود. اما چنانچه بخواهد در زمینه پیشگیری سطح دوم و سوم مشاوره نماید باید در زمینه‌های عوارض داروهای آنتی سایکوتیک، چگونگی رفتار با بیمار، مراقبت و پیگیری بیماری نیز گفت‌وگو نماید.

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

در ذیل یک طبقه‌بندی از این موضوعات پیشنهاد شده است:

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

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

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

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

از این دسته می‌توان به نمونه‌های ذیل اشاره کرد.

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

◄ مشاوره با خانواده

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

◄ مشاوره با کودکان

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

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

بنابراین مشاوره می‌تواند شامل مراحل زیر باشد:

۱- کمک به فرد برای شناسایی و تشخیص مشکل.

۲- کمک به فرد برای کشف علل به وجود آمدن مشکل.

۳- کمک و تشویق فرد برای توجه به راه‌حل‌های مختلف و قابل انجام برای حل مشکل.

٤- کمک به فرد برای انتخاب بهترین راه‌حل.

تصویر: برقراری ارتباط مناسب و صمیمانه در هنگام مشاوره بسیار ضروری است. گاه لازم است سایر افرادی که به‌نوعی بر تصمیم‌گیری دخیل هستند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند. بدین‌سان می‌توان مشاوره‌ای موثرتر با قابلیت تحلیل بالاتری از مشکلات و راه‌حل‌ها داشت.

اصول مشاوره

الف) ارتباط

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

مشورت‌کننده به مشاور اعتماد کرده و مشکلاتشان را به‌راحتی به‌زبان می‌آورند. خوب گوش کردن و احترام گذاشتن یکی از بهترین راه‌های ایجاد ارتباط عمیق است.

ب) تشخیص نیازها

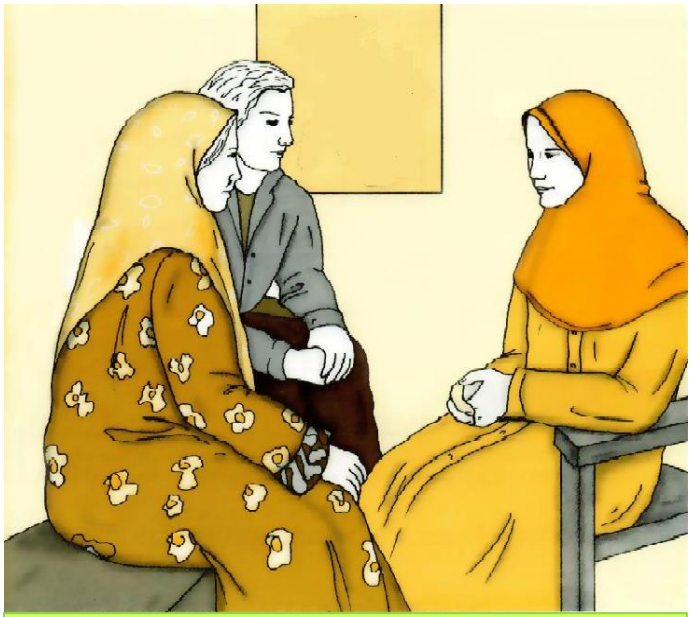
همان‌گونه که گفته شد مشاور سعی می‌کند مشکل را همان‌طور که افراد می‌بینند درک نماید. افراد باید مشکلاتشان را خودشان تشخیص دهند. به‌عبارت‌دیگر مشاور نباید مشکلات را یکی‌یکی نام ببرد، بلکه باید در جهت شناخت مشکلات سؤالاتی را مطرح کند تا فرد بتواند آزادانه اظهار عقیده نماید. در این مرحله فرد مشاوره‌کننده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

ج) احساسات

مشاور باید احساسات افراد را درک کند و با فرد مشاوره شونده همدلی نماید. به‌عنوان‌مثال ممکن است مادری مراجعه کند و از این‌که فرزندش فعالیت بیش‌ازحد داشته و در یادگیری تمرکز ندارد اظهار نگرانی نماید. مشاور باید احساس نگرانی مادر را درک نموده و آن را تأیید نماید. این درک هرگز به معنی همدردی و ایجاد نگرانی در مشاور نیست و فرد مشاور نباید به خاطر این مساله همانند مادر کودک ناراحت باشد.

د) مشارکت

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



تصویر: مشاوره با خانواده (زن و شوهر) یکی از مناسب‌ترین شیوه‌ها برای ترغیب آنها به ورود به برنامه سلامت روان است.با حضور زن و مرد در جلسات مشاوره مشکلات به نحو بهتری روشن و با مشارکت زن و شوهر راه-حل‌های مناسب‌تری به‌دست می‌آید.

ه) رازداری

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

و) آموزش اطلاعات

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

ز) سایر شرایط

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

جامعه تحت پوشش خود را با

نسیم آموزش و ارتقای سلامت روان و زندگی سالم

عطرآگین کنیم

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل هشتم

آموزش سلامت روان با گروه‌ها و ترغیب مشارکت مردمی

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱- اصول آموزش بهداشت به گروه‌ها برای برنامه سلامت روان را به تفکیک گروه‌های رسمی و غیررسمی توضیح دهید.

۲- مبانی و مراحل جلب مشارکت گروه‌ها و جامعه را در زمینه سلامت روان توضیح دهید.

۳- نقش شورای اسلامی در توسعه برنامه‌ها و حل مشکلات سلامت روان را توضیح دهید

٤- مفاهیم بازاریابی سلامت و عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات را توضیح دهید.

عناوین فصل

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

مقدمه

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

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

هدف برنامه آموزش سلامت روان به گروه‌ها

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

- شناسایی نیازهای سلامت روان خود و افراد جامعه
- ایجاد تمایل به حل مشکلات سلامت روان
- برنامه‌ریزی به‌منظور حل مشکلات سلامت روان و اجرای آنها
- ارزیابی برنامه‌ها و ارتقای مستمر کیفیت اجرای آنها

بر اساس موارد فوق می‌توان چنین برداشت کرد که از اساس نخستین گام در ارتقای سلامت روان آگاه‌سازی جامعه به نیازهای واقعی و حقوق خود در زمینه سلامت روان است. این آگاه‌سازی به‌طور عمده از دو محور آموزش‌های فردی و مشاوره و نیز آموزش‌های جمعی به گروه‌های رسمی و غیررسمی فعال در جامعه تحقق می‌پذیرد. در محور آموزش فردی ارائه‌دهنده خدمات سلامت به‌عنوان مشاوری عمل می‌کند که تلاش می‌نماید با مشارکت مشتری خدمات مشکل سلامت روان را موشکافی نموده و راه-حلی برای آن پیدا نماید و یا او را به دلیل پیچیدگی خاص مشکل به سطح بالاتری ارجاع می‌دهد. در محور دوم یعنی

آموزش بهداشت روان با گروه‌ها ارائه‌دهنده خدمات یکی از دو نقش زیر را ایفا می‌کند:

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

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

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

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

الف: گروه‌های رسمی: این گروه‌ها دارای هدف خاص هستند و اعضای آن یکدیگر را می‌شناسند و مسئول دارند. مقررات خاصی در هر گروه وجود دارد و افراد گروه‌های رسمی به‌صورت سازمان‌یافته عمل می‌کنند. شرکت تعاونی روستایی، آموزگاران یک مدرسه، دانش‌آموزان اول ابتدایی و شورای اسلامی روستا از جمله گروه‌های رسمی یک روستا هستند. برای گروه‌های رسمی با توجه به اهداف سازمانی و وظایفی که دارند می‌توان برنامه آموزشی ترتیب داد و یا اینکه زمینه مشارکت آنها را در یک فعالیت بهداشتی ایجاد کرد.

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

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

برای این گروه‌ها می‌توان با توجه به نیازهای مشترک آنان یک برنامه آموزشی ترتیب داد و یا این‌که از مشارکت آنها در یک فعالیت بهداشتی بهره‌مند شد. نکته مهم در برقراری ارتباط با گروه‌های رسمی و غیررسمی پیشگیری از بروز رفتارهای مشکل‌ساز و ایجاد رفتارهای مثبت در گروه‌ها است. کار با گروه‌ها در بسیاری موارد ممکن است منجر به بروز اختلاف‌نظر و مجادله شود در این مورد ممکن است افراد گروه باعث موفقیت و یا شکست آن شوند. برای تحقق اهداف مورد نظر و ایجاد رفتارهای مثبت می‌توان از روش‌های زیر

بهره جست:

۱. ارائه آزادانه نظرات و پیشنهادها

۲. تشویق یکدیگر به صحبت کردن

۳. پاسخ محترمانه به پیشنهادها سایرین

٤. کمک به روشن شدن نظرات

٥. ارائه اطلاعات

٦. توجه کردن به یکدیگر

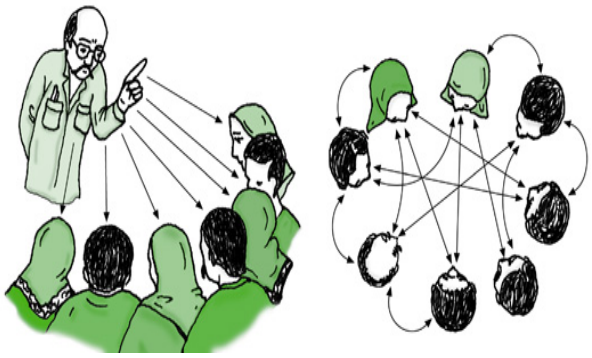
۷. داوطلب شدن برای کمک به کارها

۸ حضور به‌موقع و مرتب در جلسات

۹. تشکر از یکدیگر

آموزش سلامت روان در گروه‌های غیررسمی:

برای آموزش به گروه‌ها روش‌های مختلفی وجود دارد. شما با توجه به تجربه ارائه خدمات با این روش‌ها تا حد زیادی آشنا هستید. در اینجا به دو اصل ضروری برای آموزش سلامت روان در گروه‌های غیررسمی اشاره می‌کنیم: نخستین اصلی که باید به آن توجه کرد این است که باید سعی شود گروهی انتخاب شود که در آنها علایق و نیازهای مشترک وجود داشته باشد به‌عنوان‌مثال: شما می‌توانید زنانی را انتخاب کنید که کودکانی که به مدرسه می‌روند داشته باشند. یکی از موضوعات مورد علاقه مادرانی که کودک دبستانی دارند این است که چگونه باید به کودک خود کمک کنند تا تمرکز بیشتری روی درس داشته باشند. شما به‌عنوان یک ارائه‌دهنده خدمات سلامت می‌توانید از این فرصت بهره‌برداری نمایید. اصل دوم این است که باید تلاش نمود تا اعضای گروه بیشتر با هم آشنا شوند این امر باعث می‌شود که آنها در زمینه آموزش با هم مشارکت بیشتری نموده و علایق و نیازهای مشترکشان را به نحو موثرتری با هم به نتیجه برسانند.



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

آموزش سلامت روان در گروه‌های رسمی

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

سلامت روان جلب کرد.

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

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

مراحل اجرای برنامه آموزش سلامت روان به گروه‌ها

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

این مراحل به شرح ذیل معرفی می‌شوند:

۱. تحلیل نیازهای سلامت روان جامعه
۲. برنامه‌ریزی برای راه‌اندازی عملیات ارتقای سلامت روان با بهره گیری از مشارکت جامعه
۳. برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف
٤. اجرای برنامه عملیاتی ارتقای سلامت روان و اجرای برنامه‌ریزی آموزشی
٥. ارزیابی مستمر نتایج برنامه ارتقای سلامت روان و آموزش‌های ارائه‌شده
٦. ارزشیابی نتایج برنامه و ارتقا و توسعه مستمر آن در ادامه شرح تفصیلی هر یک از مراحل آمده است.

۱-تحلیل نیازهای سلامت روان جامعه:

تحلیل نیازهای سلامت روان جامعه بر اساس اخذ اطلاعات از منابع مختلف صورت می‌پذیرد. این منابع می‌توانند یکی از موارد زیر باشند:

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

دستورعمل ارسالی ناظر به اجرای خدماتی از سلامت روان باشد که نیازمند آموزش گروهی و یا مشارکت مردمی است.

ب- وجود شواهدی که دلالت بر بروز یک مشکل سلامت روان در جامعه زیر پوشش دارد، به‌عنوان‌مثال ممکن است بنا به دلایلی خاص در یکی از مناطق زیر پوشش میزان بروز اعتیاد بالا رفته باشد، در چنین شرایطی ارائه‌دهنده خدمات ممکن است یافته‌های خود را در مورد بروز اعتیاد به سطوح بالاتر گزارش نموده و با همکاری آنها اقدام به اجرای برنامه‌هایی خاص نماید.

ج- وقوع بحران‌ها یا تغییرات خاص در محیط که منجر به بروز مشکلات خاص شود؛ در این زمینه حوادثی نظیر زلزله، تغییرات سریع فرهنگی اجتماعی، منازعات قومی و قبیله‌ای و ... می‌تواند منجر به بروز مشکلات سلامت روان شود.

در تمامی موارد اشاره‌شده در فوق کارمند بهداشتی باید به‌منظور ارزیابی مناسب نیازها اقدام به تحلیل آنها نماید. در این توصیف باید کیفیت مشکل موجود، گستره آن در جامعه، عوامل مؤثر بر بروز مشکل، افرادی که از آن آسیب می‌بینند و تعداد آنها به‌درستی روشن شود.

یک موضوع بسیار مهم در برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌ها این است که به‌صورتی روشن اطلاعات گروه هدف معلوم شود. در این شرایط گروه‌های مختلف اجتماعی اطلاعاتی متفاوت از سلامت روان دارند. به‌عنوان‌مثال چنانچه در جامعه زیر پوشش با مواردی از آسیب‌های اجتماعی ناشی از اشتغال کودکان مواجه باشیم می‌توانیم چند گروه هدف را آموزش دهیم و یا از آنها برای مشارکت در برنامه‌ای دعوت به‌عمل آوریم. به‌طورقطع سطح سواد و اطلاعات اجتماعی صاحبان کار، معلمان روستا، صاحبان حرفه یا صنایع، خانواده کودک و .... متفاوت است، لذا چنانچه در برنامه‌ریزی جایگاهی را برای آموزش یا مشارکت هر یک از گروه‌های فوق در برنامه سلامت روان کودکان انتخاب کرده‌اید باید محتوای آموزش خود را به‌صورت جداگانه و با محتوایی متفاوت تنظیم نمایید. در این شرایط به‌یادداشته باشید که ارائه اطلاعات غیرضروری و نیز اطلاعاتی که در حوزه فهم گروه هدف نبوده و یا خود از آنها آگاه باشند نه‌تنها ضرورت ندارد بلکه موجب کسالت فراگیران شما از گروه‌های هدف می‌شود.

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

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

استفاده و سازماندهی با بهره‌گیری از گروه‌های غیررسمی نمایند. تشکیل جلسات با معلمان روستا، گروه‌های مختلف زنان، شاغلین کارگاه‌ها و ... می‌تواند ظرفیت‌های جدیدی برای اجرای برنامه سلامت روان و ارتقای حقوق اجتماعی ایجاد نماید.

۳-برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف:

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

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

مشارکت گروه‌ها و جامعه در زمینه سلامت روان

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

مراحل اجرای یک برنامه مشارکت افراد

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

۱- **مشارکت در شناخت مشکلات:** اگر پزشکی به مردم روستای خود بگوید که من مسائل و مشکلات اصلی شما را می‌دانم اشتباه کرده است. البته این یک واقعیت است که کارکنان سلامت روان بسیاری از مسائل مردم را می‌دانند و بهتر از دیگران مشکلات سلامت روانی را تشخیص می‌دهند اما تا زمانی که مردم خود مسائل و مشکلاتشان را به‌درستی نشناسند به حل آنها تمایل نشان نخواهند داد. اگر شما نشان دهید که تمام مسائل مردم را بهتر از آنها می‌دانید آنها عصبانی خواهند شد. چنانچه مردم را تشویق کنید تا در درجه اول مسائل و مشکلاتشان را بشناسند، برای بحث در مورد این مسائل آماده‌تر خواهند شد. اگر برای کمک به مردم سعی کنید که مشکلات آنها را با دید آنان و به صورتی که آنان می‌بینند، ببینید کمک بزرگی به برقراری ارتباط و به وجود آمدن اعتماد متقابل خواهید کرد.

۲- **مشارکت در یافتن راه‌حل:** اگر پزشکی به مردم روستای خود بگوید که من بهترین راه‌حل را برای مشکل شما

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

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

٤- **تسهیل در مشارکت:** در اینجا این سؤال مطرح است که برای ایجاد مشارکت در جامعه چه اقدامی باید انجام گیرد؟ هنگامی‌که برای تقویت مشارکت کوشش می‌کنید باید به سه نکته توجه کنید:

۱- آموزش‌های سلامت روان روش‌هایی دارد که برای تشویق و مشارکت مفید است. به‌عنوان‌مثال گردهمایی و بحث گروهی که ممکن است از سوی شما به‌وسیله رییس شورای اسلامی، امام جماعت مسجد و غیره اعلام شود.

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

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

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

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

شورای روستا یا محل

یکی از راه‌های جلب مشارکت افراد جامعه، تشکیل جلسات برای حل مشکلات سلامت به‌ویژه مشکلات سلامت روان در جلسات شورای روستا یا محل است. تصور این‌که پنجاه یا صد نفر از افراد برای طرح جزییات برنامه‌های سلامت روان تشکیل جلسه دهند بسیار مشکل است. همه افراد فرصت صحبت کردن را نخواهند داشت و وقت زیادی صرف خواهد شد تا اطمینان حاصل کنیم که همه افراد موضوع را درک و یا در بحث شرکت کرده‌اند. بر این اساس به‌طورمعمول گروه کوچک‌تری که کمیته یا شورا نامیده می‌شوند انتخاب می‌گردند. در حال حاضر شورای اسلامی در روستاها و نیز شوراهای محل در شهرها تشکیل یافته‌اند و اجرای برنامه‌های سلامت روان با بهره‌گیری از این تشکل‌های مردمی به‌خوبی میسر است. شوراها درواقع نماینده کلیه مردم‌اند و ازآنجاکه یکی از اصلی‌ترین وظایف آنها پیدا کردن مشکلات جامعه و تلاش در جهت حل آنهاست به‌خوبی می‌توان از این شوراها برای حل مشکلات بهره‌مند شد. بعضی از وظایف کلی که در شوراهای مزبور قابل‌طرح‌اند را در زیر متذکر می‌شویم:

- جمع‌آوری اطلاعات در مورد سلامت روان جامعه با مشارکت و راهنمایی پزشک و سایر کارمندان بهداشتی منطقه
- مشخص ساختن مشکلات سلامت روانی جامعه و علل بروز آنها
- طرح برنامه‌ها و راه‌حل‌های لازم
- تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌های سلامت روان در روستا و تأمین منابع مالی
- تأمین منابع و تجهیز جامعه برای دستیابی به اهداف تعیین‌شده
- قرار دادن جامعه در جریان پیشرفت‌های تازه و مسائلی که با آن مواجه گردیده است.
- بازاریابی سلامت روان

فرایند ارائه خدمت با برقراری ارتباط با گیرنده خدمت آغاز می‌شود و با قطع ارتباط با او پایان می‌یابد. بااین‌وجود تأثیرات ناشی از ارائه خدمت در طول زمان باقی‌مانده و سبب تحقق اهداف برنامه می‌شود. نخستین مرحله از تحقق هدف

یک برنامه بی‌درنگ پس از ارائه خدمت صورت می‌پذیرد. مادری که رویه مراقبت از کودک عقب‌مانده ذهنی خود را آموخته است، کودک مبتلا به صرعی که داروی خود را مصرف می‌کند یا زوجی که پس از مشاوره رویه برخورد با مشکلات روانی در زندگی زناشویی را آموخته‌اند، برونداد این مرحله زمانی از فرایند خدمت‌اند. تحقق این رخدادها موجب تغییراتی در گیرندگان خدمت می‌شود که سبب ارتقای سطح سلامت روان آنان می‌گردد. به‌عنوان‌مثال مادری که اطلاعات مورد نیاز در زمینه رویه مراقبت از کودک عقب‌مانده ذهنی خود را آموخته است آن را به کار خواهد بست و فرزند خود را در مقابل مشکلات ناشی از عقب‌ماندگی ذهنی حفظ خواهد کرد.

عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات

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

۱- درواقع هر قدر مردم رخداد نهایی ناشی از مشکل سلامت را دورتر ببینند کمتر به دنبال حل آن خواهند رفت. به‌عنوان‌مثال ممکن است تقاضای افزایش دانش و آگاهی والدین در زمینه تربیت سازنده فرزندان کمتر از تقاضای آنها برای درمان سرماخوردگی یا سردرد باشد.

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

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

٤- در بسیاری موارد مردم تجربه و درک مناسب و معتبری از کیفیت خدمات ندارند. بر این اساس در بازار سلامت می‌توانند گرفتار سوداگران تجارت پیشه شوند.

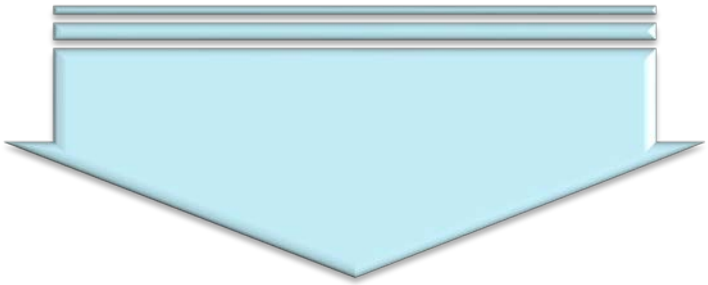
۵- و اما یکی از مهم‌ترین موضوعات وضعیت دسترسی به خدمات است. این موضوع به‌عنوان شاخصی اساسی فراهمی خدمات را نزد متقاضیان آن ایجاد می‌کند. همان‌گونه که در قبل اشاره شد دسترسی مشتمل بر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، زمانی، فرهنگی و ... است.

در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف، همواره تحلیل مؤلفه‌های فوق و پیدا کردن راهی برای حل مشکل بهره‌مندی

نامطلوب برخی از افراد به خدمات از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. این موضوع که فردی کهنسال به دلیل ناتوانی خود برای حضور در مرکز درمانی قادر به بهره‌مندی از خدمت نیست و یا این‌که فردی به دلیل احساس نامطلوب ناشی از بیماری اعتیاد به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمی‌کند تا از خدمات آن استفاده نماید، موضوعاتی مهم‌اند که در عرصه ارائه عادلانه خدمات باید بااستعداد و تعهد ارائه‌دهندگان خدمات و هوشمندی طراحان برنامه برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی به راه‌حلی مطلوب دست‌یابند.

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی

اجتماعی و اعتیاد برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت



بخش دوم

مروری بر اهداف،

راهبردها و فعالیت های پزشک خانواده

عناوین این بخش؛

- **فصل اول :**

- **اهداف و استراتژیها، فعالیت ها و خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد**

- **فصل دوم :**

- **فلوچارت های فرآیند و گردشکار ویزیت و مراقبت ها در خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد**

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل اول

اهداف، استراتژیها، فعالیت و خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱. اهداف و استراتژی های برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد را توضیح دهید.

۲. اصول و ضوابط خدمت و سطح بندی آن را توضیح دهید.

۳. خدمات تخصصی پزشک خانواده را تبیین نمایید.

عناوین فصل

۱- برنامه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

۲- اهداف و استراتژیهای برنامه سلامت روان و اعتیاد

۳- اصول و ضوابط ارائه خدمات سلامت روان در مراکز و مجتمع‌های سلامت

٤- فعالیت‌های مورد انتظار در مراکز و مجتمع‌های سلامت

٥- سطح‌بندی خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد در مراکز و مجتمع‌های سلامت

٦- خدمات مورد انتظار در برنامه های سلامت روانی اجتماعی به تفکیک گروههای هدف

۷- فعالیت های مورد انتظار در حوزه پیشگیری از اعتیاد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

۸- خدمات تخصصی پزشک خانواده در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

۹- ابزار ارائه خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد غربالگری و مراقبت گروههای سنی توسط پزشک خانواده

۱۰- شرح وظایف پزشک خانواده در مجتمع/ مراکز سلامت جامعه

برنامه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

مقدمه

سلامت روان در دنیای امروز به دلیل پیچیده های خاص خود از اولویت های مهم و غیر قابل اغماض در سطح بین المللی و ملی و منطقه ای است. 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 روانی درصد 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. پیمایش ملی سلامت روان (۱۳۹۰-۱۳۸۹) نیز نشان داده است که ۲۳,۶درصد از افراد ۱۵ تا ٦٤ ساله کشور ۱۲ماه پیش از انجام پیمایش دچار یک یا چند اختلال روانی بوده اند و حدود دوسوم این افراد مبتلا از مداخلات بهداشتی – درمانی لازم بهره مند نمی شوند. درواقع، بخشی از مشکلات سلامت روان مربوط به افرادی است که بیماری آنان تشخیص داده نمی شود یا به دلایل مختلف از دریافت خدمات باکیفیت لازم محروم هستند و درمجموع این اختلالات علاوه بر اثرات منفی مختلف برای فرد بیمار و خانواده اش، باعث تحمیل هزینه های مختلف مستقیم و غیرمستقیم بر خود فرد، خانواده و جامعه می شود. از سوی دیگر، جز مسئله ابتلا به اختلالات روان پزشکی، سلامت روان، ابعاد مختلف اجتماعی و فرهنگی دارد که باید مورد توجه باشد و از عوامل کلان مؤثر بر بروز این مشکلات گرفته تا راه های ارتقای سلامت روان و پیشگیری از اختلالات و نیز پیامدهای اجتماعی این اختلالات و همچنین پدیده هایی مانند اعتیاد، خشونت، کاهش اعتماد اجتماعی و مانند آن را نیز باید در این حیطه مدنظر داشت. طرح تحول سلامت در دولت تدبیر و امید در کنار نگاه همه جانبه خود، سلامت روان را ابعاد مختلف مورد توجه قرارداده است. به طوری که تدوین بسته های خدمت در سطوح مختلف بهورز و مراقب سلامت، پزشک و روانشناس از یک سوی و بکار گماری روانشناس تحت عنوان کارشناس سلامت روان و رفتار از سوی دیگر بیان گر چنین رویکردی است. یکی از گام های اصلی و مجزای طرح تحول سلامت روان به «تحول در نظام سلامت روان» اختصاص یابد. همچنین طراحی و اجرای برنامه های مشخص برای پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اختلالات روانی بعد دیگر این برنامه است که با هدف ارتقای دانش عمومی جامعه و خانواده ها در رابطه با سلامت روان و اختلالات روانی، جلب حمایت و مشارکت سازمان ها و نهادهای مرتبط و مؤثر، مانند آموزش وپرورش و رسانه ملی و توانمندسازی جامعه در ارتباط با سلامت روان مورد توجه قرار می دهد.

اهداف برنامه سلامت روان و اعتیاد

هدف کلی:

تامین، حفظ و ارتقا سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد و الکل در جمعیت تحت پوشش

اهداف راهبردی

- فرهنگ‌سازی ضرورت مراقبت از بیماری‌های روانی و اجتماعی همانند سایر اختلالات و بیماری‌های جسمی (انگ زدایی از بیماری‌های روانی)
- توسعه کمی و کیفی برنامه‌های سلامت روانی اجتماعی در سطح یک پیشگیری (به‌ویژه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت) در مناطق شهری
- تقویت هماهنگی بین بخشی و درون بخشی در ارتقای سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
- ارتقای کمی و کیفی فرآیند غربالگری، تشخیص، درمان و مراقبت از اختلالات روان‌پزشکی و مشکلات روان‌شناختی در مناطق شهری

اهداف اختصاصی:

- افزایش برنامه‌های آموزش و ارتقای سواد سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در جمعیت تحت پوشش
- تسهیل دسترسی جمعیت تحت پوشش به خدمات مشاوره روان‌شناختی و روان‌درمانی
- ارتقای خدمات سلامت روان در محیط‌های و موقعیت‌ها (محیط‌های کار، تحصیل، محلات و...)
- ارتقای خدمات روانشناسی بالینی، مشاوره و روان‌درمانی
- توسعه کمی و کیفی خدمات درمان و کاهش مصرف و وابستگی مواد و الکل
- ارتقای خدمات سلامت اجتماعی (پیشگیری از خشونت خانگی، رصد به‌موقع و مدیریت مؤلفه‌های اجتماعی سلامت روان)
- تسهیل و تقویت ارتباط بین خدمات سطح اول و سطوح بالاتر در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- توانمندسازی تیم سلامت (پزشکان و کارشناسان) درزمینه خدمات سلامت روان (پیشگیری، درمان و مراقبت) و ادغام کام آن در ارائه خدمات بهداشتی درمانی

گروه‌های هدف برنامه:

- جمعیت خانوارهای تحت پوشش
- کارکنان ادارات، سازمان‌ها و نهادهای منطقه تحت پوشش
- دانش آموزان، دانشجویان و سربازان (نوجوانان و جوانان)
- عموم مردم

استراتژی‌های برنامه:

- اجرا و توسعه برنامه‌های ارتقای سواد سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
- استقرار نظام مراقبت بیماری‌های اعصاب و روان
- ایجاد هماهنگی و جلب همکاری و مشارکت‌های بین بخشی (بین سازمان‌های دولتی و غیردولتی محلی)
- ادغام فعالیت‌های ارتقای سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در فعالیت‌های تیم سلامت
- جلب مشارکت و حمایت گیری از مردم و تشکل‌های مردم‌نهاد در جهت توسعه و ارتقای سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

اصول و ضوابط ارائه خدمات سلامت روان در مراکز و مجتمع‌های سلامت:

کلیه خدمات سلامت روان بر اساس دستورالعمل‌های ارسالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات سلامت تدارک و ارائه می‌گردد. خدمات سلامت روان با تمرکز بر پیشگیری اولیه و توانمندسازی جمعیت تحت پوشش با جهت‌گیری افزایش مهارت خود مراقبتی توسط تیم سلامت (کارشناس مراقبت سلامت، پزشک عمومی، روانشناس و روان‌پزشک) مطابق سطح‌بندی زیر ارائه می‌گردد.

فعالیت‌های مورد انتظار در مراکز و مجتمع‌های سلامت:

- نیازسنجی و اولویت‌بندی موضوعات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، (بررسی و شناسایی دقیق، درست و کافی از نیازهای منطقه و جمعیت تحت پوشش مجتمع) و طراحی و اجرای مداخلات پیشگیرانه در سطوح سه‌گانه
- برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های غربالگری، بیماریابی، مراقبت اختلالات و بیماری‌های اعصاب و روان در منطقه تحت پوشش
- هماهنگی با مراکز آموزشی تربیتی، فرهنگسراها، کتابخانه‌ها و مراکز مشاوره منطقه تحت پوشش جهت اجرا و توسعه برنامه‌های سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
- شناسایی و جذب مشارکت و همکاری مؤسسات و تشکل‌های مردم‌نهاد و معتمدین و خیرین منطقه جهت توسعه و ارتقای برنامه‌های سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی (هیئات امنای مساجد، شورای شهر و روستا، نمایندگان کسبه محله و مغازه‌داران، پایگاه‌های سلامت اجتماعی، کانون‌های بسیج و سالن‌های ورزشی و فرهنگی و...)
- آموزش، آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی (حساس سازی، توانمندسازی در جهت توجه به سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی با محوریت توسعه خود مراقبتی)
- طراحی و اجرای برنامه‌های مروج سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد (برگزاری نمایشگاه‌ها، برگزاری دوره‌های آموزشی و هنری، گردهمایی‌های محلی، کارگاه‌ها و همایش‌های آموزشی و

- ترویجی، مسابقات ورزشی و فرهنگی، ایجاد و راه‌اندازی شبکه مردمی (رابطین تخصصی سلامت روان)، همکاری با سازمان‌های ذی‌ربط درزمینه های مرتبط و اجرای پروژه‌های مشترک، تهیه، تولید و توزیع بروشور، پمفلت، پوستر و جزوه، شرکت در مراسم‌های عزاداری، عروسی و ارسال پیام‌های تبریک و تسلیت و... رابطین سلامت، پیگیری تشکیل کتابخانه محلی از طریق جمع‌آوری کتب اهدائی اضافی در منازل محلی) شناسایی منابع مالی و غیرمالی جهت حمایت از بیماران روانی مزمن، برنامه‌ریزی و توسعه فعالیت‌های ورزشی ـ تفریحی و زیارتی برای عموم مردم با اولویت بیماران روانی و خانواده‌های دارای بیمار روانی

سطح‌بندی خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد در مراکز و مجتمع‌های سلامت:

خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد در مراکز و مجتمع‌های سلامت با تمرکز بر پیشگیری اولیه و توانمندسازی جمعیت تحت پوشش تدارک و ارائه می‌گردد. این خدمات با جهت‌گیری افزایش مهارت خود مراقبتی توسط تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت/ بهورز، پزشک عمومی/ پزشک خانواده، کارشناس سلامت روان و رفتار و روانپزشک مطابق بسته های خدمت در حوزه سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مصوب (آموزش، پیشگیری اولیه، ویزیت پایه ،مراقبت بیماری های مزمن، مراقبت مادران باردار و کودکان و...) و ارسالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی به شرح زیر سازماندهی و ارائه می شود.

۱. ویزیت پایه؛

ویزیت پایه به عنوان اولین مداخله سیستم مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه در جهت شناسایی و غربالگری اختلالات و مشکلات جسمی روانی جمعیت تحت پوشش توسط مراقبین سلامت و پزشکان خانواده انجام می گیرد. از این طریق اختلالات و مشکلات سلامتی (جسمی، روانی و اجتماعی) افراد و خانوارهای تحت پوشش به موقع تشخیص و ضمن انجام تدابیر اولیه (آموزش و توانمند سازی) نسبت به ارجاع، درمان و ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی در سطوح مختلف پیگیری و اقدام می گردد.

درطی این برنامه مراقب سلامت ضمن زمان بندی معین نسبت به فراخوانی از خانوارها و گروههای هدف (گروههای سنی و مادران) و ثبت اطلاعات افراد اقدام نموده و پس از آن نسبت به مصاحبه، اخذ شرح حال ، معاینه جسمی- روانی فرد با هدف بررسی وجود علائم و نشانه های وجود اختلال/ مشکل احتمالی اقدام و در صورت نیاز مطابق بسته های خدمت گروههای سنی نسبت به ارجاع، پیگیری و مراقبت و توانمندسازی فرد هماهنگی و پیگیری می کند.

۲. ویزیت دوره ای

پس از انجام ویزیت پایه، تیم سلامت مطابق بسته های خدمت و بر اساس دوره های تعیین شده توسط وزارت بهداشت / دانشگاه علوم پزشکی موظف است مطابق دستورالعمل های مربوطه نسبت به انجام ویزیت ادواری در جمعیت تحت پوشش در مدت معین اقدام و کلیه گروههای سنی را مورد معاینه و مراقبت قرار دهد.

۳. خدمات مراقبت و پیگیری فعال

داشتن پرونده فعال یعنی پرونده ای که بیش از سه ماه از آخرین نوبت مراقبت مورد نیاز براساس بسته خدمت نگذشته باشد. لذا استمرار مراقبت و پیگیری افراد دارای اختلال روانپزشکی، سوء مصرف مواد و مشکلات اجتماعی تا بهبودی کامل و مدیریت مشکل از وظایف مهم تیم سلامت مخصوصاً مراقب سلامت محسوب می گردد. خدمات فعال در برنامه پزشک خانواده شامل غربالگری، درمان سرپایی، ارجاع، دریافت پسخوراند از سطح بالاتر، مراقبت (آموزش و توانمندسازی بیمار و خانواده او و کنترل روند درمان و بهبودی فرد می باشد.

فلوچارت فرآیند ویزیت پایه و غربالگری جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت

خدمات مورد انتظار در برنامه های سلامت روانی اجتماعی به تفکیک گروههای هدف

گروه مادران ؛

- انجام ویزیت پایه
- غربالگری وضعیت روانشناختی (جهت تشخیص اختلالات شایع روانی post partum) ، اختلالات شایع روانی دوران بارداری و پس از آن
- غربالگری سوءمصرف مواد و الکل در دوران بارداری
- آموزش و مشاوره اختلالات شایع روانی دوران بارداری و پس از آن
- آموزش بهداشت روانی و رفتارهای جنسی سالم ،
- پیشگیری از کشیدن سیگار و دخانیات، مصرف مواد، داروها و الکل
- سایر خدمات ابلاغی

کودکان زیر پنج سال

- انجام ویزیت پایه
- بررسی و مراقبت های وضعیت تکاملی اوائل کودکی
- ارزیابی دوره ای وضعیت سلامت روان کودکان
- بررسی روابط متقابل کودک و والدین
- ارزیابی وضعیت شیوه زندگی کودکان
- مشاوره و آموزش فرزند پروری به والدین
- سایر خدمات ابلاغی

گروه سنی نوجوانان ۱۸-٦ سال

- انجام ویزیت پایه
- ارزیابی مستمر وضعیت سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از بیماریها و رفتارهای پرخطر در سنین ٦ سالگی، ۸ سالگی، ۱۰ سال، ۱۲ سال، ۱۵ سال، ۱۸ سال وانجام مراقبت های مورد نیاز
- آموزش مهارتهای زندگی
- آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر و آسیب های اجتماعی
- آموزش پیشگیری از استعمال دخانیات
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی و رفتاری (از جمله خودکشی)
- آموزش و پیشگیری، درمان و کاهش اسیب سوء مصرف مواد و الکل
- آموزش مهارتهای فرزند پروری برای والدین دارای کودکان و نوجوانان (در سنین ٦ سالگی، ۸ سالگی، ۱۰ سال، ۱۲ سال، ۱۵)

گروه سنی جوانان ۲۹-۱۸ سال

- انجام ویزیت پایه
- ارزیابی دوره ای وضعیت سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از بیماریها و رفتارهای پرخطر در سنین ۱۹، ۲۲، ۲۵، ۲۸ سالگی (بدو ورود به مراکز آموزش عالی، مراکز نظامی، ازدواج و اشتغال در مرکز صنعتی و صنفی) وانجام مراقبت های مورد نیاز
- آموزش و پیشگیری از بیماریها و رفتارهای پرخطر و آسیب های اجتماعی
- آموزش مهارتهای زندگی
- آموزش سبک زندگی سالم، خودمراقبتی و ازدواج سالم و پایدار
- آموزش مهارتهای فرزند پروری
- آموزش پیشگیری از استعمال دخانیات، وپیشگیری، درمان و کاهش اسیب سوء مصرف مواد و الکل
- آموزش و پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی و رفتاری (از جمله خودکشی)
- سایر خدمات ابلاغی

گروه سنی میانسالان (۳۰ تا ۵۹ سال)

- ارزیابی دوره ای وضعیت سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از بیماریها و رفتارهای پرخطر وانجام مراقبت های مورد نیاز
- آموزش و پیشگیری از بیماریها و رفتارهای پرخطر و آسیب های اجتماعی
- آموزش سبک زندگی سالم و خودمراقبتی
- آموزش مهارتهای همسرداری، حل مشکلات و ناسازگاریهای خانوادگی و آموزش مهارتهای فرزند پروری
- آموزش و پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی و رفتاری (از جمله خودکشی)
- آموزش پیشگیری از استعمال دخانیات، وپیشگیری، درمان و کاهش اسیب سوء مصرف مواد و الکل
- سایر خدمات ابلاغی

گروه سنی سالمندان (بالاتر از ٦٠)

- ارزیابی دوره ای وضعیت سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از بیماریها و رفتارهای پرخطر وانجام مراقبت های مورد نیاز در دوره سالمندی
- آموزش و پیشگیری از بیماریها و رفتارهای پرخطر و آسیب های اجتماعی
- آموزش سبک زندگی سالم و خودمراقبتی در دوره سالمندی
- آموزش و پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی و رفتاری (از جمله خودکشی
- یشگیری، تشخیص و درمان افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات خواب و سایر خدمات ابلاغی

فعالیت های مورد انتظار در حوزه پیشگیری از اعتیاد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه:

شناسایی و پوشش گروه های هدف در پیشگیری از مصرف مواد

- مادران
- زنان در سنین باروری
- گروه‌های سنی شامل نوزادان (بارداری تا پایان یک ماهگی)
- کودکان (دو ماهگی تا پایان ٦ سالگی)
- نوجوانان (۷ سالگی تا پایان ۱۸ سالگی)
- جوانان (۱۹ سالگی تا پایان ۲۹ سالگی)
- میانسالی (۳۰ سالگی تا ۵۹ سالگی)
- سالمندان (٦۰ سالگی به بالا)

پیشگیری همگانی

گروه هدف: مادران

شرح خدمات:

مادر باردار

- غربالگری اولیه مصرف سیگار الکل و مواد
- ویزیت در مرکز بهداشتی و درمانی
- آگاه سازی در خصوص:
  - تغییرات تنش زا در مادر و روش های مدیریت آن
  - مراقبت های دوران بارداری
  - مهارت های اولیه فرزند پروری
  - عوارض مصرف الکل سیگار و مواد
  - خدمات مرکز
- ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی جهت ارائه خدمات جامع (مادران در معرض خطر با اختلالات همبود روانپزشکی و مصرف کننده مواد، مهارت های تکمیلی مانند فرزندپروری و مهارت های زندگی به ویژه مهارت های ارتباطی با همسر)
- ارائه پمفلت و بروشور به گروه هدف

منابع و متون آموزشی لازم:

- دستورالعمل غربالگری

- مراقبت روانی از مادر باردار و نوزاد
- فرزندپروری
- آشنایی با اختلالات روان پزشکی و مصرف مواد

مادر نوزاد و شیرخوار تا ۲ سال

- غربالگری مصرف سیگار الکل و مواد
- ویزیت در مرکز بهداشتی و درمانی
- آگاه سازی در خصوص:
  - خدمات مرکز
  - مهارت های فرزند پروری با تمرکز بر دلبستگی ایمن
  - علایم اختلالات رفتاری در کودک
- ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی جهت ارائه خدمات جامع (مادران در معرض خطر با اختلالات همبود روانپزشکی و مصرف کننده مواد، مهارت های تکمیلی مانند فرزندپروری و مهارت های زندگی)

منابع و متون آموزشی لازم:

- دستورالعمل غربالگری
- مهارت های فرزندپروری
- آشنایی با اختلالات رفتاری کودکان
- آشنایی با اختلالات روان پزشکی و مصرف مواد

مادر کودک(۲-۵ سال)

- غربالگری مصرف سیگار الکل و مواد
- ویزیت در مرکز بهداشتی و درمانی
- آگاه سازی در خصوص:
  - خدمات مرکز
  - مهارت های فرزند پروری با تمرکز بر دلبستگی ایمن
  - علایم اختلالات رفتاری در کودک
- ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی جهت ارائه خدمات جامع (مادران در معرض خطر با اختلالات همبود روانپزشکی و مصرف کننده مواد، مهارت های تکمیلی مانند فرزندپروری و مهارت های زندگی)

منابع و متون آموزشی لازم:

- دستورالعمل غربالگری
- مهارت های زندگی
- آشنایی با اختلالات خاص دوران کودکی
- فرزندپروری

مادر کودکی میانی (سن مهد کودک- مدرسه)

- ویزیت در مرکز بهداشتی و درمانی
- آگاه سازی در خصوص:
  - Child abuse
  - خدمات مرکز
  - علایم اختلالات رفتاری کودکان (مانند اختلال نقص توجه و بیش فعالی)
  - مهارت های فرزند پروری (با تمرکز بر بهبود پیوند خانوادگی، برقراری نظم و انضباط، مراقبت و نظارت، الگوی رفتاری مناسب، انتقال ارزشها و هنجارهای اجتماعی، حمایت از رشد تحصیلی مطلوب)
- ارائه پمفلت و بروشور
- ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی جهت ارائه خدمات جامع (مادران در معرض خطر با اختلالات همبود روانپزشکی و مصرف کننده مواد، مهارت های تکمیلی مانند فرزندپروری و مهارت های زندگی)

منابع و متون آموزشی لازم:

- آشنایی با اختلالات رفتاری کودکان
- مهارت های فرزندپروری
- آشنایی با اختلالات روان پزشکی و مصرف مواد

مادر نوجوان

- ویزیت در مرکز بهداشتی و درمانی
- غربالگری مصرف سیگار الکل و مواد

آگاه سازی در خصوص:

- علایم اختلالات رفتاری و روانپزشکی(اختلالات خلقی و افسردگی، نقص توجه، بیش فعالی، سلوک)
- خدمات مرکز
- مهارت های فرزند پروری(با تمرکز بر بهبود پیوند خانوادگی، برقراری نظم و انضباط، مراقبت و نظارت، الگوی رفتاری مناسب، انتقال ارزشهای معنوی و هنجارهای اجتماعی، حمایت از رشد تحصیلی مطلوب، پایش فعالیت ها و روابط با دوستان، تغییرات بلوغ)

- ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی جهت ارائه خدمات جامع (مادران در معرض خطر با اختلالات همبود روانپزشکی و مصرف کننده مواد، مهارت های تکمیلی مانند فرزندپروری و مهارت های زندگی)

منابع و متون آموزشی لازم:

- مهارت های زندگی
- آشنایی با اختلالات خاص دوران نوجوانی
- آموزش سلامت بلوغ
- فرزندپروری

گروه هدف : جمعیت عمومی براساس گروه های سنی

شرح وظایف:

- آموزش مهارت های زندگی و فرزندپروری
- آگاه سازی در خصوص عوارض مصرف مواد و الکل
- آگاه سازی در خصوص عوامل خطر و محافظت کننده
- آگاه سازی در خصوص اختلالات روانپزشکی نظیر (اختلالات خلقی و افسردگی، نقص توجه، بیش فعالی)

- اصول پیشگیری اجتماع محور محیطی
- مقدمات حمایت طلبی:

➢ عوامل خطر و محافظ زمینه ساز مصرف مواد در محله

➢ جمعیت های در معرض خطر

- حمایت طلبی از افراد کلیدی (مانند روحانی مسجد، اعضای شورای روستا، نیروی انتظامی و...)

- راهبردهای مداخله پیشگیرانه محیطی
- تعیین نیازها، اولویت ها و اهداف مداخلاتی
- تدوین برنامه عملیاتی (تشکیل ائتلاف، تدوین سند حمایت طلبی، تعیین نقش رسانه و لابی شوندگان

- کمک به جلب مشارکت افراد محله جهت ابتکارات محلی و اجرای برنامه های پیشگیرانه

➢ تحلیل مخاطبان پروژه مداخلاتی

- راهبردهای حمایت طلبی

➢ جلب مشارکت‌های مردمی

➢ حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی

➢ ظرفیت سازی و اجرای مداخلات

➢ پایش و ارزشیابی شاخص های مداخله

منابع و متون آموزشی لازم:

- مهارت های زندگی
- آموزش فرزندپروری
- آگاه سازی از اعتیاد و مواد
- آموزش اختلالات روانی شایع
- حمایت طلبی
- اصول پیشگیری در محله

پیشگیری انتخابی

گروه هدف: مادران

مادران باردار در معرض خطر

شرح وظایف:

- غربالگری اولیه
- شناسایی
- ویزیت در خانه بهداشت
- ویزیت در منزل
- آگاه سازی در خصوص
  - خود مراقبتی
  - عوارض مصرف مواد و الکل بر سلامت جنین
- ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی (پزشک / روانشناس) جهت غربالگری تکمیلی
- ارجاع جهت خدمات حمایتی اجتماعی
- ارائه پمفلت و بروشور
- پیگیری

منابع و متون آموزشی لازم:

- نحوه شناسایی و آگاه سازی مادر باردار در معرض خطر

گروه هدف: افراد در معرض خطر(افراد با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، خانواده (شامل همسر و فرزندان) افراد مصرف کننده، افراد خشونت دیده، افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی همبود و....) با توجه به گروه های سنی و هدف

شرح وظایف:

- غربالگری اولیه
- شناسایی
- آگاه سازی در خصوص:
  - خود مراقبتی
  - پیشگیری از مصرف فرزندان
  - خدمات درمانی برای فرد معتاد
- ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی(پزشک / روانشناس) جهت غربالگری تکمیلی
- ارجاع جهت خدمات حمایتی اجتماعی
- پیگیری

منابع و متون آموزشی لازم:

- دستورالعمل شناسایی، غربال گری، ارجاع و پیگیری
- مداخلات خاص پیشگیری از:
  - اعتیاد همسر
  - اعتیاد فرزند

گروه هدف: نوجوانان/ دانش آموزان

شرح وظایف:

- آگاه سازی در خصوص:
  - علائم اختلالات روانپزشکی شایع
  - علایم و نشانه های اختلالات مصرف مواد
  - عوامل خطر مثل افت تحصیلی و محافظت کننده نظیر برقراری ارتباط مناسب با دانش آموز، تعهد به مدرسه، سیاست های نگه داشتن دانش آموزان در مدارس
  - تسهیل ارجاع دانش آموز در معرض خطر (اختلالات روانپزشکی: اختلال نقص توجه، بیش فعالی، اختلال خلقی/ افسردگی، اختلال سلوک، اختلال یادگیری و مصرف مواد)
  - ارجاع جهت خدمات حمایتی اجتماعی

منابع و متون آموزشی لازم:

- پیشگیری مبتنی بر مدرسه

- اطلاع رسانی در مورد اعتیاد و مواد
- دستورالعمل شناسایی، ارجاع و پیگیری
- اختلالات شایع در مدرسه

شرح وظایف تفصیلی و خدمات تخصصی کارشناس سلامت روان و رفتار در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

۱) در زمینه پیشگیری اولیه و ارتقای سلامت روانی اجتماعی

آموزش مهارت های فرزند پروری:

در این خدمت هدف ارائه آموزش تکنیک های مدیریت رفتاری فرزندان (از قبیل مهارت تشویق، تنبیه، توجه، نادیده گرفتن و ....) به والدین آنها می باشد. گروه مخاطب والدین تا سنین ٤٥ سال (دارای فرزند زیر ۱۸ سال) هستند. روش دسترسی به مخاطبین والدین کودکان از طریق ارجاعات کارشناس مراقب سلامت خانواده، مهد کودک ها، والدین کودکان در مدارس، مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی و درمانی ومحل های تجمع والدین (محیط کار، فرهنگسراها و ...) می باشد. طول مدت آموزش سه جلسه و هر جلسه آموزش حدود ۲ ساعت خواهد بود ومبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کوریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

آموزش مهارت های زندگی ۱:

در این خدمت هدف ارائه آموزش پنج مهارت زندگی (مهارت خودآگاهی، مهارت برقراری ارتباط موثر، مدیریت هیجانات منفی، مهارت حل مسئله و مهارت جرأت‌مندی) می باشد. گروه مخاطب کودکان، نوجوانان و جوانان سنین ۲۰-۱۰ سال است. روش دسترسی به مخاطبین ارجاعات کارشناس مراقب سلامت خانواده، مدارس، دانشگاه ها، مراکز بهداشتی و درمانی و محل های تجمع (فرهنگسراها، مساجد و ...) می باشد. طول مدت آموزش پنج جلسه و هر جلسه آموزش حدود ۳ ساعت خواهد بود. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر

کوریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

آموزش مهارت های زندگی ۲:

در این خدمت هدف توجیه آموزش مهارت های زندگی برای والدین کودکانی است که تحت پوشش آموزش مهارت های زندگی بوده (از هر خانواده حداقل یک والد) و طبق برنامه پوشش داده می شوند. روش دسترسی به مخاطبین انجمن اولیاء و مربیان در مدارس، مراکز بهداشتی و درمانی و محل های تجمع (فرهنگسراها، مساجد و ...) می باشد. طول مدت آموزش یک جلسه ۲ ساعته خواهد بود. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

آموزش خود مراقبتی:

در این خدمت هدف ارائه آموزش خود مراقبتی متناسب با شرایط مخاطب در سه زمینه عموم جامعه (افرادی که بیماری یا ناخوشی بارز ندارند)، بیماری های مزمن و ناخوشی های جزئی می باشد. گروه مخاطب تمامی گروههای سنی می باشد. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت با همکار ی دفتر آموزش سلامت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

پیشگیری از خودکشی(۱):

در این خدمت هدف آموزش افراد کلیدی جامعه برای شناسایی اولیه افراد در معرض خطر و پر خطر اقدام به خودکشی می باشد و سپس تلاش برای ارجاع این افراد و دریافت خدمات تشخیصی و درمانی است. گروه مخاطب برای آموزش ارائه شده در این آیتم، افراد کلیدی در سطح جامعه می باشند (که این افراد در برنامه پیشگیری از خودکشی تدوین شده توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تعریف شده اند

از قبیل معلمین ، روحانیون محلی، ...). روش دسترسی به مخاطبین دریافت کننده آموزش از طریق همکاری بین بخشی با سازمان مربوطه خواهد بود. طول مدت آموزش برای افراد کلیدی، یک جلسه و هر جلسه آموزش حدود دو ساعت می باشد (دوره های بازآموزی برای افراد کلیدی لازم است). مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

پیشگیری از خودکشی (۲):

در این خدمت هدف شناسایی افراد در معرض خطر و پر خطر برای اقدام به خودکشی و از طریق کارشناس سلامت روان می باشد. سپس از طریق برقراری ارتباط موثر و انجام مشاوره های لازم تلاش می گردد که این افراد برای دریافت خدمت به پزشک مراجعه نموده و خدمات تشخیصی و درمانی دریافت نمایند. گروه مخاطب در برنامه پیشگیری از خودکشی تدوین شده توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تعریف شده است. اطلاعات فنی مورد نیاز برای کارشناس ارائه دهنده خدمت در محتوی آموزشی ضمیمه برنامه پیشگیری از خودکشی موجود می باشد. کارشناس ارائه دهنده خدمت فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

مشاوره های عمومی:

در این خدمت هدف ارائه مشاوره های حرفه ای به افراد ارجاع شده از سایر واحدها (به عنوان مثال بیماری های غیر واگیر، تغذیه، مددکار اجتماعی و ...) است و یا افرادی که بر اساس ارجاع کارشناس مراقب سلامت خانواده و یا نیازهای شخصی درخواست مشاوره در حوزه های تحصیلی، زناشویی، پیش از ازدواج و ... را دارا می باشند. در این خدمت کارشناس سلامت روان بر اساس آموزش هایی که دریافت نموده است به مراجعین و متناسب با نیاز آنها خدمات مشاوره ای ارائه خواهد نمود. گروه مخاطب افراد ارجاع شده به صورت خاص و همچنین عموم جامعه می باشند. روش دسترسی به مخاطبین، ارجاع و یا مراجعه داوطلبانه آنها خواهد بود. طول مدت مشاوره به طور متوسط نیم ساعت و تعداد جلسات با توجه به نیاز مراجع خواهد بود.

مبنای آموزش محتواهایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده و یا در مواردی در آینده تهیه خواهد شد. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

☜ مداخلات اجتماع محور در مدیریت عوامل خطر سلامت اجتماعی:

هدف این خدمت تسهیل گری در راستای اجرای مدل اجتماع محور مداخلات سلامت اجتماعی در محلات تحت پوشش مرکز است که بر اساس معیارهای تعیین شده تحت پوشش این برنامه قرار می گیرند. روش دسترسی به مخاطبین جلب مشارکت داوطلبین محلی در قالب تشکیل کمیته محلی و جلب مشارکت مسئولین شهری در قالب تشکل کمیته راهبری می باشد. روش مداخله به صورت فعال و جلب حمایت و مشارکت عمومی، برگزاری نشست ها، جلسات توجیهی، حمایت یابی و کارگاه های آموزشی در محله وسطح جامعه می باشد. مبنای آموزش و ارایه خدمات، محتوی و دستورالعمل هایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. تسهیلگر فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت اجتماعی را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

۲) در زمینه پیشگیری ثانویه

☜ غربالگری تکمیلی و مداخلات مختصر در حوزه سوء مصرف مواد:

در این خدمت هدف اجرای غربال‌گری تکمیلی در افراد واجد غربال‌گری اولیه مثبت و ارایه مداخلات مختصر است. در این خدمت کارشناس سلامت روان بر اساس آموزش‌هایی که دریافت نموده بر حسب نتیجه غربال‌گری تکمیلی تمرکز مداخله مختصر را تعیین خواهد نمود. در کسانی که در معرض خطر متوسط هستند تمرکز مداخله مختصر یک مشاوره کوتاه به سبک مصاحبه انگیزشی برای کاهش و یا قطع مصرف مواد بوده و در کسانی که در معرض خطر بالا هستند تمرکز مداخله مختصر بر مصاحبه انگیزشی با هدف ارجاع خواهد بود. گروه مخاطب کلیه افراد ۱۵ تا ٦٤ ساله ای خواهند بود که در غربالگری اولیه نتیجه آنها مثبت شده است.

روش دسترسی به مخاطبین، در درجه اول به صورت فرصت‌طلبانه در میان افراد مراجعه‌کننده به مرکز و در درجه دوم فراخوان خواهد بود. طول مدت غربال‌گری تکمیلی به طور متوسط ۱۵ دقیقه و طول مدت مداخله مختصر و پیگیری‌های بعدی آن برای هر نفر ۳۰ دقیقه است. مبنای آموزش محتواهایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

☜ خدمات روانی- اجتماعی در درمان سوء مصرف مواد:

در این خدمت هدف ارائه خدمات روانی، اجتماعی به افراد متقاضی درمان اختلالات مصرف مواد در مراکز بهداشتی، درمانی می باشد. این خدمات بر اساس بسته مداخلات شناختی، رفتاری درمان اختلالات مصرف مواد ارایه خواهد شد. در این خدمت کارشناس سلامت روان بر اساس آموزش هایی که دریافت نموده و در چارچوب طرح درمانی تدوین شده توسط گروه متشکل از مراجع، پزشک و کارشناس سلامت روان خدمات روانی، اجتماعی را در قالب جلسات عمدتاً فردی ارائه خواهد نمود. گروه مخاطب افراد ٦٤-١٥ مبتلا به اختلالات مصرف مواد متقاضی درمان می باشند. روش دسترسی به مخاطبین، مراجعه داوطلبانه آنها یا ارجاع متعاقب غربال‌گری و تشخیص خواهد بود. طول مدت خدمات روانی، اجتماعی برای هر مراجع به طور متوسط سه ساعت در ماه (٤ جلسه ٤٥ دقیقه‌ای) با توجه به نیاز مراجع و همچنین مبتنی بر پکیج خدمتی که برای کارشناس سلامت روان تعریف شده است، خواهد بود. مبنای آموزش محتواهایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

☜ مداخلات مختصر روانشناختی برای بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی شایع:

در این خدمت هدف ارائه مداخلات مختصر روانشناختی و غیر دارویی به بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع از قبیل افسردگی، با هدف ارائه خدمات غیردارویی و هم افزایی اثرات درمان دارویی و مداخلات روانشناختی می باشد. گروه مخاطب تمامی افرادی هستند که با تشخیص اختلالات روانپزشکی شایع تحت درمان

مرکز می باشند. روش دسترسی به مخاطبین از طریق ارجاع پزشک درمانگر به کارشناس سلامت روان می باشد. طول مدت هر جلسه حدود ۲۰ دقیقه خواهد بود و تعداد جلسات بر اساس نوع اختلال می باشد. مبنای آموزش، محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس مراقب سلامت خانواده را دارا می باشد. (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

☜ آموزش گروهی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک:

در این خدمت هدف ارائه آموزش های روانشناختی (psychoeducation) به خانواده بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی شامل برقراری ارتباط اولیه، افزایش اطلاعات در رابطه با بیماری و مهارت های انطباق خانواده بیماران و افزایش حمایت برای خانواده بیماران می باشد. گروه مخاطب خانواده افراد مبتلا به بیماری‌های شدید روانپزشکی (سایکوز) از قبیل بیماران دچار اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و اسکیزوافکتیو می باشند که دارای معیارهای ورود برای دریافت این خدمت هستند. روش دسترسی به مخاطبین از طریق ارجاع پزشک درمانگر به کارشناس سلامت روان می باشد. طول مدت آموزش ٦ جلسه و هر جلسه آموزش حدود ٦٠ دقیقه خواهد بود. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد. (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

☜ ویزیت در منزل بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک:

در این خدمت هدف ارائه خدمات درمانی و مراقبت پیگیرانه پس از ترخیص در منزل بیماران است. گروه مخاطب افراد مبتلا به بیماری‌های شدید روانپزشکی (سایکوز) از قبیل بیماران دچار اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و اسکیزوافکتیو می باشند که دارای معیارهای ورود برای دریافت این خدمت هستند. روش دسترسی به مخاطبین از طریق ارجاع پزشک درمانگر و مرکز سلامت جامعه به تیم های ارائه دهنده خدمت تحت پوشش سازمان بهزیستی است. فرکانس انجام ویزیت ها در منزل معمولا ماهانه یک نوبت می باشد. مبنای خدمت محتوایی است که مورد تایید دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت خواهد بود.

پیشگیری از خودکشی مجدد:

در این خدمت هدف پیشگیری از خودکشی مجدد است و گروه هدف افرادی هستند که اقدام به خودکشی کرده اند ولی منجر به فوت نشده است. روش دسترسی به مخاطبین از طریق مراکز بهداشتی و درمانی و درمانگرانی می باشد که فرد اقدام کننده به خودکشی برای دریافت خدمات درمانی به آنجا مراجعه نموده است و یا در پاره ای از مواقع در فرآیندهای ارائه خدمت به صورت فرصت طلبانه توسط کارشناس سلامت روان شناسایی می گردد. این افراد بر حسب نیاز و بر اساس صلاحدید تیم درمانگر در جلسات مشاوره شرکت خواهند نمود. کارشناس ارائه دهنده خدمت فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

حمایت های روانی و اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و بلایا:

در این برنامه هدف کاهش میزان عوارض روانشناختی ناشی از بروز حوادث غیر مترقبه و بلایا می باشد. گروه هدف افرادی هستند که یا بازمانده اینگونه حوادث بوده و یا شاهد بروز این حوادث برای سایرین بوده اند. روش دسترسی به این افراد با استفاده از غربالگری و مصاحبه بدنبال بروز حادثه و در روزهای اول پس از آن می باشد و معمولا با ورود به فیلد حادثه انجام می پذیرد. افرادی که در غربالگری یا مصاحبه مثبت شناسایی شده حداقل در سه جلسه مداخلات درمانی گروهی شرکت می نمایند و در موارد نیاز به مداخلات بیشتر به سطوح بالاتر ارجاع می گردند. کارشناس ارائه دهنده خدمت فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

غربالگری تکمیلی در حوزه سلامت اجتماعی:

در این برنامه برای افرادی که در غربالگری اولیه مثبت شده اند، غربالگری تکمیلی انجام می شود. در این غربالگری تعدادی از عوامل خطر شایع و تاثیر گذار بر سلامت اجتماعی و عوامل محافظتی آن مورد بررسی قرار می گیرد. گروههای هدف اصلی بر اساس عوامل خطر و محافظتی سلامت اجتماعی و اقدامات مرتبط با آنها پس از غربالگری به سه گروه کم خطر، در معرض خطر و پرخطر تقسیم می گردند. روش دسترسی به این افراد، ارجاع در سیستم ارائه خدمت است. مبنای غربالگری محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

وزارت بهداشت تهیه شده است. غربالگر فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

ارایه حمایتهای روانی – اجتماعی به بزرگسالان غربال شده از نظر عوامل خطر سلامت اجتماعی:

در این خدمت هدف ارائه حمایت های روانی- اجتماعی به زنان و مردان بالای ۱۸ سال پرخطر (پیشگیری ثانویه) و در معرض عوامل خطر سلامت اجتماعی است. روش دسترسی به گروههای هدف، ارجاع و یا گاهی مشارکت داوطلبانه زنان و مردان در گروههای آموزشی جداگانه می باشد. روش مداخله به صورت گروهی است. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. ارایه دهنده خدمت فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است) است. این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

ارایه حمایتهای روانی – اجتماعی به کودکان غربال شده از نظر عوامل خطر سلامت اجتماعی:

در این خدمت هدف ارائه حمایت های روانی- اجتماعی به کودکان و نوجوانان (۶-۱۸ سال) پرخطر (پیشگیری ثانویه) و در معرض عوامل خطر سلامت اجتماعی است. روش دسترسی به مخاطبین ارجاع و یا مشارکت داوطلبانه کودکان و نوجوانان با رضایت والدین آنها می باشد. روش مداخله به صورت گروهی است. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. خدمت دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

۳) در زمینه پیشگیری ثالثیه

آموزش های روانشناختی در کاهش آسیب اعتیاد:

در این خدمت هدف ارایه آموزش‌های روان‌شناختی کاهش آسیب اعتیاد به آن گروه از افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد است که الگوی مصرف مواد پرخطر داشته و در حال حاضر انگیزه یا آمادگی کافی برای ورود به

برنامه‌های درمانی را ندارند. در این خدمت کارشناس سلامت روان بر اساس آموزش هایی که دریافت نموده است به مراجعین و متناسب با نیاز آنها خدمات آموزشی ارائه خواهد نمود. این آموزش‌ها در کنار توزیع وسایل و مطالب آموزشی مکتوب عرضه می‌شود. گروه مخاطب افرادی هستند که مبتلا به اختلالات مصرف مواد و واجد الگوی مصرف پرخطر هستند و در حال حاضر تعهد کافی برای ورورد به درمان نشان نمی‌دهند. روش دسترسی به مخاطبین، مراجعه داوطلبانه آنها یا ارجاع متعاقب غربال‌گری تکمیلی خواهد بود. طول مدت آموزش‌ها به طور متوسط ۱ ساعت (دو جلسه ۳۰ دقیقه‌ای) متناسب با نیاز مراجع و همجنین مبتنی بر پکیج خدمتی که برای کارشناس سلامت روان تعریف شده است، خواهد بود.

مبنای آموزش محتواهایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی در یکی از گرایش های روانشناسی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

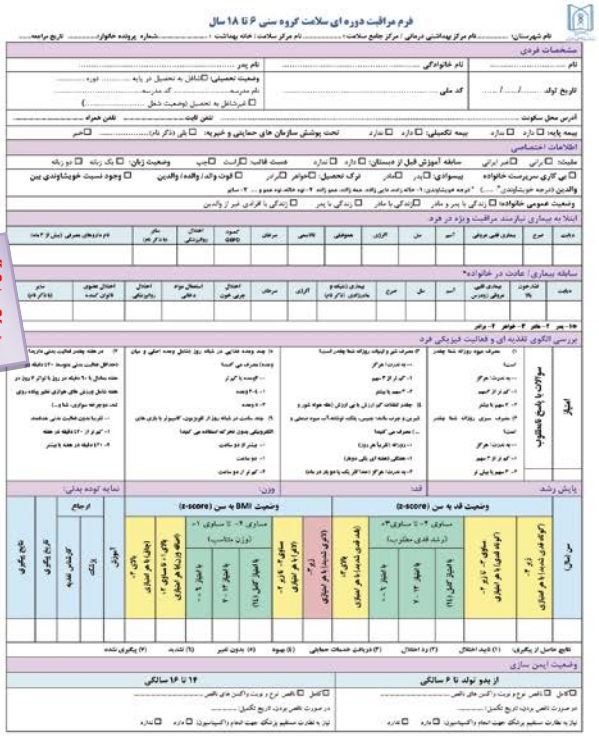
ابزار ارائه خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد غربالگری و مراقبت گروههای سنی

انجام ویزیت پایه، دوره ای و مراقبت جمعیت هدف در گروههای سنی مبتنی بر سامانه سلامت جاری (سیب یا سامانه سلامت ایرانیان) و فرم های مراقبت گروههای سنی خواهد بود. در زمینه غربالگری مسائل روانشناختی، اجتماعی و اعتیاد سئوالات مشخصی در نظر گرفته شده است که مراقب سلامت / بهورز براساس بسته آموزشی و بسته خدمتی مربوطه ضمن مصاحبه با فرد مراجعه کننده نسبت به سئوال و انجام ارزیابی وضعیت سلامت روانی اجتماعی اقدام می نماید. تصویر شناسنامه گروههای سنی در صفحات بعد قابل ملاحظه و استفاده است.

الف/ شناسنامه غربالگری و مراقبت گروه سنی کودکان و نوجوانان (٦ تا ١٨ سال) و دانش آموزان

فرم مراقبت دوره ای سلامت گروه سنی ۶ تا ۱۸ سال

بخش مربوط به سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد


فرم مراقبت دوره ای سلامت گروه سنی ۶ تا ۱۸ سال

بخش مربوط به سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

فرم مراقبت دوره ای سلامت گروه سنی ۶ تا ۱۸ سال

بخش مربوط به سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

فرم مراقبت دوره ای سلامت گروه سنی ۶ تا ۱۸ سال

ب/ شناسنامه غربالگری و مراقبت گروه سنی جوانان ۲۹-۱۸ سال

فرم ویزیت پایه و مراقبت گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال

نام شهرستان: ..... نام مرکز بهداشتی درمانی / مجتمع / مرکز جامع سلامت ..... نام مرکز سلامت/ خانه بهداشت ..... شماره پرونده خانوار: .....

مشخصات فردی

نام: ..... نام خانوادگی: ..... نام پدر: .....

تاریخ تولد: ...../...../..... کد ملی: ..... سطح تحصیلات: بیسواد ☐ ابتدایی ☐ دبیرستان ☐ دیپلم ☐ لیسانس ☐ بالاتر از لیسانس ☐

وضعیت اشتغال: شاغل ☐ نوع شغل..... بیکار ☐ خانه دار ☐ محصل ☐ دانشجو ☐ از کار افتاده ☐

محل اقامت فعلی: خوابگاه ☐ خانه دانشجویی ☐ منزل ☐ سایر ..... تلفن ثابت..... تلفن همراه .....

آدرس: ..... آدرس ایمیل: .....

بیمه پایه: ☐ دارد ☐ ندارد بیمه تکمیلی: ☐ دارد ☐ ندارد

اطلاعات اجتماعی

وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ طلاق گرفته ☐ متارکه ☐ همسر فوت شده ☐ ۲- دانشجو بلی ☐ خیر ☐

در صورت تاهل تعداد فرزندان : ..... ☐ وجود نسبت خویشاوندی بین والدین (درجه خویشاوندی* .....)

* درجه خویشاوندی: ۱- خانه زاده: دایی زاده، عمه زاده ۲- نوه خاله، نوه عمو و ... ۳- سایر

وضعیت عمومی خانواده: ☐ زندگی با پدر و مادر ☐ زندگی با مادر ☐ زندگی با پدر ☐ زندگی با افرادی غیر از والدین (ذکر نسبت سرپرست/ه) .....

ارزیابی تن سنجی	وزن (کیلوگرم)	قد (متر)	کمتر از ۱۸/۵	۱۸/۵- ۲۴/۹	۲۵- ۲۹/۹	۳۰ و بالاتر
نمایه توده بدنی (BMI)						

سابقه بیماری فرد :(توسط مراقب سلامت تکمیل شود)

۱- دارو: حساسیت به: پنی سیلین ☐ آسپیرین ☐ سایر ☐ توضیح داده شود: .....

۲- بیماری عفونی: سل ☐ ایدز ☐ هپاتیت (زردی) ☐ مالاریا ☐ سایر: توضیح داده شود:

۳- اختلالات خون: کم خونی تایید شده توسط آزمایش خون ☐ تالاسمی مینور ☐ تالاسمی ماژور ☐ هموفیلی ☐ سایرموارد: .....

۴- گوش، حلق و بینی: تشنج شنوایی ☐ سینوزیت مزمن ☐ حساسیت فصلی ☐ سایر ☐

۵-بیماری قلبی عروقی: فشار خون بالا ☐ آریتمی ها ☐ بیماری های مادرزادی قلب ☐

۶- هضم و متابولیسم: چربی خون بالا ☐ دیابت ☐ پرکاری تیروئید ☐ کم کاری تیروئید ☐

۷- کلیه و مجاری ادراری: پیلونفریت مزمن ☐ عفونت ادراری ☐

۸- مغز و اعصاب: صرع ☐

سایر: سابقه خانگذوی یا تالو: بلی ☐ خیر ☐

سابقه بیماری در خانواده (منظور پدر و مادر، خواهر و برادر می باشد) :(توسط مراقب سلامت تکمیل شود)		
۱- دیابت بلی ☐ خیر ☐ نمی داند ☐	۶- سرطان بلی ☐ خیر ☐ نمی داند ☐ اگر جواب سوال مثبت است لطفا نوع آن را شرح دهید:	۱۱- بیماری های تیروئید (گواتر، پرکاری و کم‌کاری) بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم ☐
۲- سکته قلبی در کمتر از ۵۵ سالگی بلی ☐ خیر ☐ نمی داند ☐	۷- سل بلی ☐ خیر ☐ نمی داند ☐	۱۲- سابقه مصرف مواد دخانی بلی ☐ خیر ☐ نمی داند ☐
۳- سکته مغزی بلی ☐ خیر ☐ نمی داند ☐	۸- هپاتیت بلی ☐ خیر ☐ نمی داند ☐ اگر جواب سوال مثبت است لطفا نوع آن را شرح دهید:	۱۳- سابقه مصرف الکل بلی ☐ خیر ☐ نمی داند ☐
۴- چربی خون بالا بلی ☐ خیر ☐ نمی داند ☐	۹- ایدز بلی ☐ خیر ☐ نمی داند ☐	۱۴- سابقه مصرف سایر مواد: بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ سایر (توضیح دهید): .....
۵- فشارخون بالا بلی ☐ خیر ☐ نمی داند ☐	۱۰- اختلالات روانپزشکی بلی ☐ خیر ☐ نمی داند ☐	۱۵- سابقه زندان بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم ☐
		۱۶- سابقه خانگذوی یا تالو: بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم ☐
	۱۲- تاییدی: غیر اکتسابی ☐	۱۸- ناشنوایی غیر اکتسابی ☐

غربالگری رفتارهای تغذیه ای : توسط مراقب سلامت تکمیل شود.

۱- مصرف میوه روزانه چقدر است؟	بیشتر ۳ میوه ☐	کمتر از ۳میوه ☐	۲ تا ۳ میوه یا بیشتر ☐
۲- مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟	بیشتر۳ نعرگر ☐	کمتر از ۲ سهم ☐	۳ تا ۵ سهم ☐
۳- چه میزان فعالیت بدنی در هفته دارید؟ (حداقل فعالیت بدنی معادل با ۳۰ دقیقه یا نوادر ۵ بار در هفته)	کمتر از ۱۵۰ دقیقه درهفته ☐	۱۵۰- ۲۰ دقیقه بیشتر ☐	بدون فعالیت بدنی هدفمند ☐
۴- مصرف فست فود و یا نوشابه های کالر دار چقدره است؟	بیشتر۳نعرگر ☐	هفته ای دو بار یا بیشتر ☐	ماهی یکی دو بار ☐
۴- واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟	بیشتر۳نعرگر ☐	کمتر۲ ۳سهم ☐	۳سهم یا بیشتر ☐
۵- آیا از نمکدان سر سفره استفاده می کند؟	بیشتر۳نعرگر ☐	گاهی ☐	همیشه ☐
۶- از چه نوع روغنی بیشتر مصرف میکنید؟	فقط روغن نیمه جامد ، جامد یا حیوانی ☐	نیمه جامد ☐	انواع روغن های مایع و تغذیی مایع (نمیدونی و مخلوط سرخ کردنی) ☐

بخش مربوط سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

آیا مصرف دخانیات

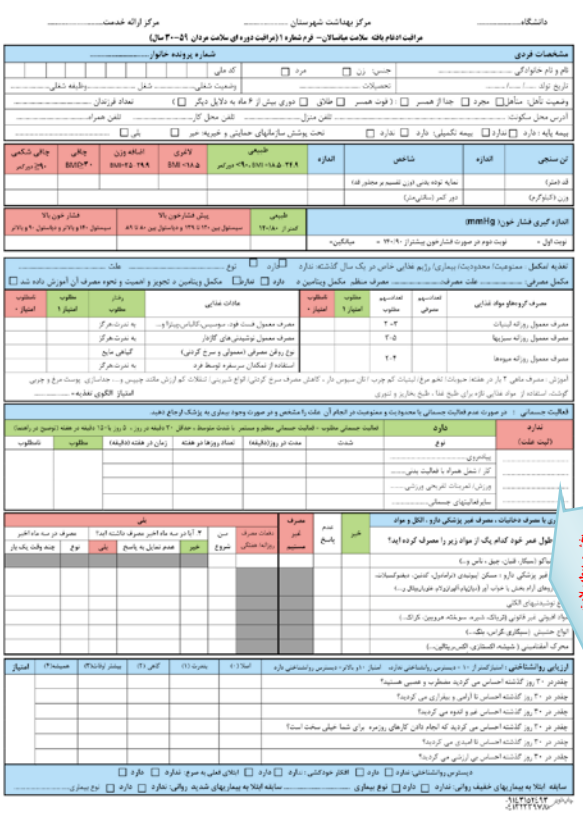
طبقه بندی

ب/ شناسنامه غربالگری و مراقبت گروه سنی میانسالان ۵۹-۳۰ سال- زنان

بخش مربوط سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

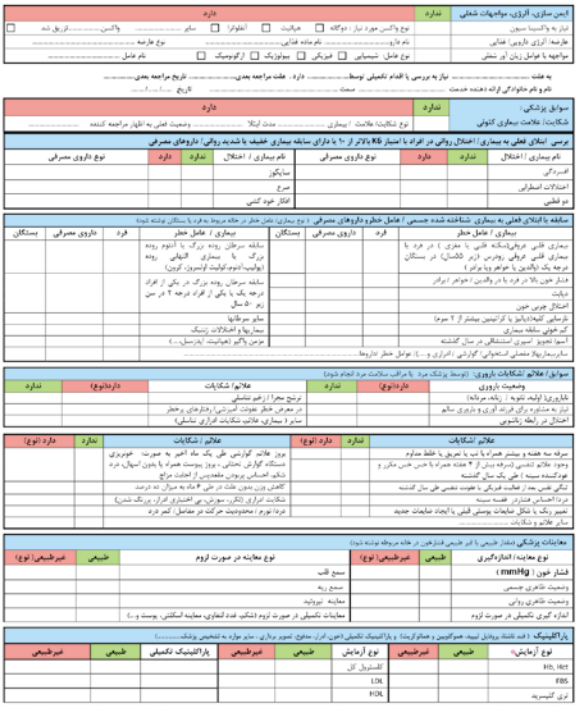
بخش مربوط سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

ج/ شناسنامه غربالگری و مراقبت گروه سنی میانسالان ۵۹-۳۰ سال- مردان



مراقبت ادغام یافته سلامت میانسالان- فرم شماره ۱ (مراقبت دوره ای سلامت مردان ۵۹-۳۰ سال)

بخش مربوط به سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



بخش مربوط به سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

تاریخ مراقبت دوره ای ...../...../..... تاریخ مراجعه بعدی ...../...../..... علت مراجعه بعدی .....

نام و نام خانوادگی ارائه دهندگان خدمات : بهورز / مراقب سلامت ..... پزشک ..... بررسی کننده فرم .....

د/ شناسنامه غربالگری و مراقبت گروه سنی سالمندان ۶۰ سال به بالا (صفحات اول و دوم)

مراقبت ادغام یافته سلامت سالمندان– فرم مراقبت دوره ای سلامت گروه سنی ۶۰سال به بالا

مشخصات فردی

نام	نام خانوادگی	جنسیت: مرد زن
تاریخ تولد ...../...../.....	کد ملی	تحصیلات : ..... وضعیت شغل: شاغل بازنشسته بیکار
آدرس محل سکونت ..... تلفن ثابت..... تلفن همراه		
بیمه پایه: ☐ دارد ☐ ندارد	بیمه تکمیلی: ☐ دارد ☐ ندارد	تحت پوشش سازمان های حمایتی و خیریه: ☐ بلی (ذکر نام)..... ☐خیر

اطلاعات اختصاصی

همراهان زندگی: تنها همسر همسر و فرزندان فرزندان اقوام و دوستان

وضعیت تاهل: متاهل مجرد (جدا از همسر فوت همسر دوری بیش از شش ماه)

تن سنجی و اندازه گیری

قد(سانتی متر)		فشارخون نشسته:
وزن(کیلوگرم)		فشارخون ایستاده:
نمایه توده بدنی (وزن تقسیم بر مجذور قد)		افت فشارخون وضعیتی: دارد ندارد

تغذیه (MNA)

	امتیاز
آیا مصرف غذا طی ۳ ماه اخیر بعلت از دست دادن اشتها، مشکلات گوارشی ، اختلالات جویدن یا بلع کاهش یافته است؟ ۰کاهش شدید مصرف غذا ۱ کاهش متوسط مصرف غذا ۲کاهش نیافتن مصرف غذا	
آیا کاهش وزن طی ۳ ماه گذشته داشته است؟ ۰ بیش از ۳ کیلوگرم کاهش وزن ۱ نمی داند ۲ بین ۱ تا ۳ کیلوگرم کاهش وزن ۳بدون کاهش وزن	
میزان تحرک او چقدر است؟ ۰ وابسته به تخت یا صندلی ۱ قادر به ترک کردن تخت یا صندلی اما قادر به بیرون رفتن نیست ۲ بیرون می رود	
آیا طی ۳ ماه اخیر استرس روانی یا یک بیماری حاد به او وارد شده است؟ ۰ بلی ۲ خیر	
آیا مبتلا به مشکلات عصبی –روانی است؟ ۰ فراموشی یا افسردگی شدید ۱فراموشی خفیف ۲فاقد مشکل روانشناختی	
نمایه توده بدنی سالمند چقدر است؟ ۰کمتر از ۱۹ یا ۳۵ و بیشتر ۱ ۱۹ تا ۲۰/۹ یا ۳۰ تا ۳۴/۹ ۲ ۲۱تا ۲۲/۹ یا ۲۷ تا ۲۹/۹ ۳ ۲۳ تا ۲۶/۹	
در صورتی که تعیین نمایه توده بدنی امکان پذیر نیست سوالزیر را جایگزین بررسی نمایه توده بدنی نمایید. اندازه دورعضله ساق پا: ۰کمتر از ۳۱ سانتی متر ۳ ۳۱ سانتی متر یا بیشتر	
امتیاز کل: ۰ تا ۷ (مبتلا به سوء تغذیه) ۸ تا ۱۱(در معرض خطر سوئ تغذیه) ۱۲تا ۱۴(وضعیت تغذیه طبیعی)	

فعالیت بدنی

ندارد (علت)	دارد	منظور از فعالیت بدنی مطلوب ،فعالیت منظم و مستمر حداقل ۳۰ دقیقه در روز ،۵ روز یا ۱۵۰ دقیقه در هفته می باشد				
	نوع	مدت در روز (دقیقه)	تعداد روزها در هفته	مدت در هفته(دقیقه)	مطلوب	نامطلوب
طبق دستور پزشک	پیاده روی					
مشکل حین فعالیت بدنی(نوع مشکل قید شود)	ورزش و تفریحات ورزشی					
سایر	شغل همراه با فعالیت بدنی					

استعمال دخانیات /وابستگی یا سوء مصرف مواد

ماده مصرفی	ندارد	دارد	
دخانیات(سیگار،قلیان،چپق)		حداقل یک بار تا کنون	در سه ماهه اخیر
الکل ،مواد مخدر و اعتیاد آور			

ایمن سازی

موضوع	ندارد	دارد	
		نوع واکسن مورد نیاز دوگانه آنفولانزا	
نیاز به واکسیناسون			
سابقه حساسیت شدید به تخم مرغ یا واکسن آنفولانزا		تزریق واکسن .....انجام شد	
مواجهه با عوامل زیان آور شغلی		نوع عامل شیمیایی فیزیکی	نام عامل .....

ارزیابی شکایات و بیماریها/عوامل خطر /علائم و نشانه ها/آزمونهای تشخیصی

سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری و مصرف دارو	شکایت یا بیماری	بیماری کنونی	سابقه	مصرف دارو
	فشار خون بالا			
	چربی خون بالا			
	دیابت			
	سکته یا آنژین قلبی/سکته مغزی			
	بیماریهای روانی			
	یائسگی زودرس			
	استئوپروز/آرتروز/شکستگی استخوان			
	دمانس			

علائم و نشانه ها

بخش مربوط سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

د/ فرم غربالگری عمومی حوزه سلامت روانی اجتماعی برای تمام سنین (جهت مطالعه)

فرم غربالگری وضعیت سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد در ویزیت پایه جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی ...../ خانه/پایگاه بهداشت ..... تاریخ غربالگری: .....

شماره پرونده خانوار	نام و نام خانوادگی	نام پدر:	کد ملی:	سن:	جنس: مرد ☐ زن ☐	وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ مارکه ☐ طلاق گرفته ☐ همسر فوت شده ☐

سطح تحصیلات: بی‌سواد ☐ ابتدایی☐ دبیرستان☐ دیپلم ☐ لیسانس ☐ بالاتر ازلیسانس ☐	وضعیت اشتغال: شاغل ☐ خانه‌دار☐ محصل ☐ دانشجو☐ بازنشسته ☐ بیکار☐ از کار افتاده☐
تعداد فرزندان: بدون فرزند☐ ۱ فرزند ☐ ۲ فرزند☐ ۳ فرزند ☐ بالای ۳ فرزند ☐	میزان درآمد: زیر یک میلیون تومان ☐ زیر دو میلیون تومان ☐ زیر ۳ میلیون تومان ☐ ۳ میلیون تومان به بالا ☐
وضعیت مسکن: ۱- ملک شخصی☐ ۲- استیجاری ☐ ۳- ملک غیر شخصی و غیر استیجاری ☐	تحت پوشش سازمانهای: بهزیستی ☐ کمیته امداد امام(ره) ☐ سایر سازمانهای حمایتی ☐

الف– ارزیابی وضعیت اضطرابی و خلقی

ردیف	چقدر در ۳۰ روز گذشته	اصلاً ۰	بندرت ۱	گاهی اوقات ۲	بیشتراوقات ۳	همیشه ۴	نمی داند	پاسخ نمی دهد
۱	احساس می کردید، مضطرب و عصبی هستید؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۲	احساس ناامیدی می کردید؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۳	احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۴	احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۵	احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟	۰	۱	۲	۳	۴		
۶	احساس بی ارزشی می کردید؟	۰	۱	۲	۳	۴		

ب – ارزیابی وضعیت سلامت روانی

ردیف	مورد بررسی	بلی	خیر
	۱– مشکلات روانپزشکی شدید (سایکوتیک)		
۱	فردی که توهم و هذیان و گفتار غیرمنطقی دارد، صداهایی را می شنود که دیگران نمی شنوند، چیزهایی را می بیند که دیگران نمی بینند، سوءظن دارد، فکر می کند دیگران می خواهند او را بکشند یا همسرش دارد به او خیانت می کند (برای این افکار هیچ گونه شواهدی موجود نیست)، رفتارهای عجیب غریب دارد، شکلک در می آورد، به در و دیوار خیره می شود، با خودش حرف می زند یا می خندد.		
۲	فردی که بدون دلیل خوشحال و پرحرف و پرتحرک است، بی خوابی شدید دارد، کارهای زیاد بی هدفی انجام می دهد، هیچ وقت از بی خوابی و پرکاری خسته نمی شود، خود را مهم می داند، مدام آواز و شعر می خواند، خیلی زود عصبانی یا خندان یا گریان می شود.		
۳	فردی که خیلی غمگین و بی حوصله است، تنهایی را دوست دارد، گریه می کند، مشکلات خواب و اشتها دارد، گاهی اوقات نمی تواند کارهایش را انجام دهد، افت تحصیلی دارد، از مدرسه غیبت می کند.		
۴	از زندگی ناامید است، افکار خودکشی دارد یا به خودکشی اقدام می کند.		
	۲– مشکلات اضطرابی		
۵	به طور مداوم و بی دلیل دچار نشویش، دلهره و نگرانی می شود.		
۶	در موارد زیر دست به اعمال تکراری می زند و آن ها را با وسواس و حساسیت زیاد انجام می دهد: نظافت و شستشو، شمارش اعداد و وسایل، مرتب کردن وسایل و نظم دادن به آنها، چک کردن بسته بودن شیرگاز و درب منزل		
۷	قبلاً دچار حادثه ای شده است که اکنون از یادآوری صحنه های آن دچار وحشت می شود یا راجع به آن کابوس می بیند.		
۸	از موارد زیر دچار احساس ترس و وحشت می شود: تاریکی، ارتفاع، آب، حیوانات، مکانهای بسته، صحبت کردن در جمع		
	۳– ارزیابی مشکلات روانپزشکی کودکان (کج رفتاری، بیش فعالی و...		
۱۰	فرزند خانواده کارهای زیر را انجام می دهد: آزار حیوانات، تخریب وسایل، دزدی، دروغگویی، فرار از مدرسه یا منزل، آتش افروزی، زورگویی، کتک کاری، پرخاشگری و خشونت، ناخن جویدن		
۱۱	در خانواده شما کودکی هست که دائم بی قرار است، وسط حرف دیگران می پرد، حواس پرت بوده و از ناتوانی در تمرکز در رنج است.		
۱۲	فرزند شما لکنت زبان یا تیک دارد.		
۱۳	فرزند خانواده (بعد از ۳ سالگی) ادرار و مدفوع خود را کنترل نمی کند.		

غربالگری وضعیت سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد در ویزیت پایه جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی ...../ خانه/پایگاه بهداشت ..... تاریخ غربالگری: .....

ردیف	مورد بررسی	بلی	خیر
	۴– ارزیابی مشکلات رشد و تکامل، توانایی های ذهنی و حرکتی		
۱۴	کودک در ۴ تا ۵ ماهگی گردن نمی گیرد ، در ۱۰ تا ۱۲ ماهگی نمی نشیند ، در ۱ تا ۱/۵ سالگی راه نمی رود ،در ۲ تا ۳ سالگی حرف نمی زند ، در ۳ تا ۴ سالگی جای خود را شپا خیس می کند.		
۱۵	دانش آموزی که از نظر درسی از همه ضعیف تر است ، مرتب مردود می شود و یا از مدرسه اخراج شده است ، مشکلات بند ۴ را هم داشته است.		
۱۶	فرد بزرگسالی که رفتار کودکانه دارد ، هوش او کمتر از دیگران است ، شغل ندارد ، قادر به یادگیری کار جدیدی نیست ، مشکلات بند های ۱۴ و ۱۵ را داشته است.		
۱۷	آیا در خانواده شما فردسالمندی هست که فراموشکار شده است، راه منزل را گم می کند ، مرتب وسایل خود را گم می کند، زمان و مکان را فراموش می کند (علیرغم اینکه در یادآوری مطالب و خاطرات گذشته مشکلی ندارد.)		
	۵– ارزیابی اختلالات عصبی		
۱۸	فردی که هر چند وقت یکبار در بیداری یا خواب دچار حمله تشنج یا غش می شود ، بیهوش شده ، دست و پا می زند و کف از دهانش خارج می شود.		
۱۹	کودکی که در سن مدرسه ناگهی مات زده شده و چند لحظه به جایی خیره می شود ، لب و زبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می لیسد.		
۲۰	کودکی که به دنبال تب شدید دچار تشنج می شود.		

ج– ارزیابی وضعیت رفتارهای مرتبط با دخانیات ، اعتیاد و الکل

در طول عمر، خود یا یکی از اعضای خانواده کدامیک از مواد زیر را مصرف کرده اید؟	بلی	خیر	هرگز	یک یا دوبار	ماهانه	هفتگی	هر روز یا تقریباً هر روز
الف انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)							
ب ترکیبات افیونی (تریاک، شیره، سوخته، هروین، کراک، آمپول نورجیزک، تمجیزک، مورفین، متادون، بوپرنورفین، کدیین، ترامادول، غیره)							
ج حشیش (سیگاری، ماری جوانا، جوینت، گراس، بنگ، غیره)							
د محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، کریستال، غیره)							
ه آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، والیوم،لورازپام، آلپرازولام، فنوباربیتال، غیره)							
و نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عَرَق، الکل سفید، غیره)							
ز سایر موارد را مشخص کنید							

در صورتی که جواب مثبت است وضعیت مصرف در طی سه ماه اخیر چطور است؟

د– ارزیابی وضعیت آسیب های اجتماعی

کدامیک از موارد زیر درمورد شما صدق می کند؟

ردیف	مورد قابل بررسی	بلی	خیر
۱	بیکاری خود فرد یا سرپرست خانوار		
۲	اخراج از کار خود فرد یا سرپرست خانوار		
۳	ترک تحصیل		
۴	اشتغال به کار اجباری در کودک (کودک کار)		
۵	خشونت و آزار از طرف همسر		

ردیف	مورد قابل بررسی	بلی	خیر
۶	اعمال خشونت نسبت به شما در خانواده		
۷	طلاق یا جدایی		
۸	سابقه زندان در خانواده		
۹	ورشکستگی فرد یا خانوار فعلی		
۱۰	اعتیاد در خود فرد یا خانواده درجه اول		

نام و نام خانوادگی / سمت و امضای غربالگری کننده :

شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت:

۱. برنامه ریزی جهت اجرای برنامه های مراقبت از جمعیت تحت پوشش (فراخوانی، شناسایی و ارزیابی وضعیت سلامت روانی اجتماعی خانوارها و گروههای هدف) مبتنی بر مراقبت های ادغام یافته گروههای سنی و برنامه های سلامت روان و اعتیاد به شرح زیر؛

- ✓ 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

۲. 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

۳. ارائه پیام‌های مهم بهداشتی در زمینه مهارت‌های زندگی متناسب با گروه‌های سنی مختلف و توصیه به شرکت در جلسات آموزش مهارت‌های زندگی

٤. ارائه پیام‌های مهم بهداشتی خود مراقبتی (در حوزه سلامت روان و پیشگیری از اعتیاد) متناسب با گروه‌های سنی مختلف و توصیه به شرکت در جلسات آموزش خودمراقبتی (گروه هدف جمعیت عمومی)

ارجاع مناسب و به موقع موارد مشکوک به اختلال به سطوح ذیربط (پزشک/ روانشناس) و پیگیری دریافت پسخوراند و انجام مراقبت های مورد نیاز مطابق پس خوراند

۵. ارجاع افراد دارای دیسترس روانی (غربال مثبت"موارد مشکوک به اختلال" در ارزیابی اولیه وضعیت روانشناختی) به پزشک مرکز و پیگیری آنها و غربال منفی به کارشناس سلامت روان جهت توانمندسازی

٦. ارجاع افراد بعد از ارزیابی اولیه وضعیت سوء مصرف مواد و الکل به کارشناس سلامت روان و پیگیری آنها

۷. ارجاع افراد دارای ریسک فاکتورهای فردی و خانوادگی آسیب‌های اجتماعی (طلاق، ترک تحصیل، خشونت در خانواده، ...) به کارشناس سلامت روان

۸. غربالگری خودکشی در افراد در معرض خطر و پر خطر و همچنین در مراجعین گیرنده سایر خدمات (به صورت فرصت طلبانه) و ارجاع آن به کارشناس سلامت روان

۹. ارزیابی اولیه روانشناختی بعد از حوادث غیرمترقبه و بلایا (هماهنگ با تیم ارائه‌دهنده خدمات روانی- اجتماعی بعد از حوادث غیرمترقبه و بلایا)

۱۰. ارجاع جمعیت تحت پوشش به دریافت مشاوره بر حسب نیاز (مشاوره در زمینه تربیت فرزندان، تحصیلی، ازدواج، زناشویی، ...) به کارشناس سلامت روان

۱۱. پیگیری تلفنی بیماران مبتلا به اورژانس های روانپزشکی برای تداوم مراجعه و دریافت خدمات که در جمعیت تحت پوشش کارشناس مربوطه شناخت می‌شوند.

۱۲. تدارک و تسهیل دسترسی معتادین پرخطر به خدمات درمان و کاهش آسیب به افراد پرخطر (DIC و Outreachو....)

۱۳. ارزیابی کانون های خطر بلایا و حوادث و تدارک پاسخ ها و خدمات مورد نیاز در برنامه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا

۱٤. مداخله در پیشگیری از بحران موارد اقدام به خودکشی

۱۵. آموزش چهره به چهره افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی و خانواده آنها در مورد خود مراقبتی و مراقبت های خانواده محور

۱٦. آموزش سلامت روان به جمعیت تحت پوشش مطابق تقویم و بسته های آموزشی

۱۷. جلب مشارکت مردم و خانوارها در جهت ارتقای سلامت روان در جمعیت تحت پوشش (همکاری در ایجاد و توسعه شبکه تخصصی سلامت روان در قالب توانیاران سلامت)

۱۸. به روز رسانی اطلاعات فنی و اجرایی از طریق اخذ، مطالعه و نگهداری مجموعه بسته های و دستورالعمل های خدمتی و پروتکل های مربوطه

۱۹. ورود داده ها به نرم افزار، ثبت دفاتر، تکمیل و گزارش دهی صحیح و بهنگام مطابق فرم های آماری، دستورالعمل ها و تکالیف محوله

شرح وظایف پزشک عمومی

۱. شرکت در جلسات آموزشی ابلاغی

۲. مطالعه و بکارگیری دستورالعمل ها و راهنماهای آموزشی در اجرای فرآیندهای سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

۳. انجام ویزیت پایه و بیماریابی اختلالات روانپزشکی، اعتیاد و نورولوژی (جدید و مزمن) در گروههای سنی جمعیت تحت پوشش و مراجعان سرپایی بر اساس راهنما (فلوچارتها)

٤. اقدام به مراقبت بیماران شناسایی شده و ارجاعی از کازشناس مراقب سلامت و کارشناس سلامت روان و رفتار

۵. انجام مداخلات درمانی اولیه، ارجاع به روانپزشک، روانشناس، پیگیری پس خوراند ارجاع به سطوح تخصصی، اقدام درمانی مطابق آن، پیگیری روند درمان، آموزش و مشاوره و... مطابق دستورالعمل و بسته های خدمت

٦. درمان و مراقبت بیمار منطبق با استانداردهای تعیین شده شامل:

- تجویز دارو بر اساس راهنمای درمان
- پیگیری تلفنی بیمار در صورت نیاز

- **ویزیت مجدد بیمار در فواصل زمانی مشخص شده**
- **انجام مشاوره تلفنی در صورت نیاز**
- **ارجاع بیمار بر اساس راهنمای درمان**
- **خاتمه درمان بر اساس راهنما**
- **تلاش برای جلب رضایت بیمار**
- **رعایت موازین اخلاق حرفه ای نظیر رعایت حریم بیمار و حفظ اسرار او**

۷. ارائه و پیگیری خدمات ویزیت و مراقبت در منزل بیماران روانپزشکی مزمن مطابق دستورالعمل

۸. ثبت اقدامات تشخیصی مراقبتی در پرونده بیماران و دفتر ثبت و مراقبت بیماریها به تفکیک هر بیماری بر اساس راهنما (فلوچارتها)

۹. ورود داده ها به نرم افزار/ سامانه/ ثبت دفاتر، تکمیل و ارسال به موقع فرم های آماری

۱۰. آموزش و توانمندسازی چهره به چهره بیماران دارای پرونده و خانواده آنها و افزایش مهارتهای خود مراقبتی شان در مدیریت بیماری و عوارض آن (انجام مشاوره یا ارجاع)

۱۱. آموزش و توانمند سازی گروههای هدف مطابق تقویم آموزشی و دستورالعمل مربوطه

۱۲. همکاری با تیم سلامت روان (کارشناس مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان و رفتار و روانپزشک و مددکار اجتماعی) در اجرای کامل و صحیح دستورالعمل ها و برنامه ها

۱۳. نظارت بر فعالیت کارشناس مراقب سلامت و توانمند سازی او

۱٤. ارسال گزارش های مورد نیاز

۱۵. همکاری در جریان نظارت تیم پایش ستاد مجتمع و شبکه بهداشت و درمان

۱٦. ارائه بازخورد و پیشنهاد به منظور ارتقای برنامه

۱۷. تلاش برای ارتقای فردی در زمینه مهارت های مرتبط با تشخیص و درمان بیماران روانپزشکی و نورولوژی و اعتیاد

شرح وظایف کارشناس سلامت روان و رفتار در مجتمع/ مراکز سلامت جامعه:

الف/آموزش و توانمند سازی فنی و تخصصی ؛

۱. خود آموزی و شرکت در برنامه های آموزشی ستاد شهرستان و استان

۲. آموزش و توانمند سازی فنی و حرفه ای کارکنان مرکز/ مجتمع سلامت(پزشکان عمومی، کارشناسان مامایی، کارشناسان مراقبت سلامت و روانشناسان) در زمینه فرآیند های فنی و تخصصی و آشنایی با بیماریها و اختلالات روانی، اجتماعی و اعتیاد، فرآیند بیماریابی، ارجاع و مراقبت اختلالات اعصاب و روان، نحوه آموزش مسائل روانی به جمعیت تحت پوشش

ب/ آموزش و توانمند سازی جامعه و گروههای هدف ؛

۱. بررسی و تعیین اولویت بندی نیازهای آموزش سلامت روانی اجتماعی در منطقه و جمعیت تحت پوشش

۲. تدوین برنامه آموزشی مبتنی بر نیازهای منطقه و جمعیت تحت پوشش و تقویم آموزش همگانی

۳. آموزش سواد سلامت روانی اجتماعی به جمعیت تحت پوشش(آموزش خودمراقبتی، مهارتهای فرزندپروری، مهارتهای زندگی، بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی و کاهش آسیب اعتیاد)

ج/ مداخلات روانشناختی و سلامت روانی اجتماعی ؛

۱. پذیرش و پیگیری موارد مشکوک به اختلالات روانی و رفتاری توسط کارشناسان مراقب سلامت و پزشکان :

- بررسی وضعیت سلامت روانی اجتماعی و مصرف مواد و الکل فرد(با توجه به ارزیابی روانشناختی) و بسته های خدمت
- ارزیابی و تعیین اندیکاسیون ارجاع و اقدامات درمانی مورد نیاز
- ارجاع به پزشک/ روانپزشک جهت تداوم بررسی های تکمیلی و انجام درمان های دارویی
- همکاری با پزشک و روانپزشک در اجرای پروتکل های درمانی و پیشگیری مطابق بسته خدمت
- برنامه ریزی و اداره ویزیت منزل(ویزیت و مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک و آموزش گروهی بیماران و خانواده مبتلایان
- ارائه و ارسال پسخوراند ارجاع به سطح ارجاع دهنده

۲. تدارک و ارائه مداخلات مختصر و آموزش روانپزشکی و سلامت روان مطابق بسته های خدمت

۳. مداخله ی روانشناختی فردی و گروهی و خانوادگی مطابق بسته خدمت

٤. پیگیری و مراقبت از بیماران دارای اختلال روانپزشکی مطابق بسته های خدمت

د/ وظایف مدیریتی ؛

۱. **حمایت طلبی**

- برنامه ریزی جهت جلب همکاری و مشارکت های داوطلبانه (شبکه مردمی سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی)
- شناسایی و جلب مشارکت و همکاری سازمانها و ادارت ذیربط منطقه در جهت توسعه، تقویت و تعمیق برنامه های سلامت روان منطقه
- برنامه ریزی و پیگیری ایجاد شبکه مردمی سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی از طریق شناسایی، جذب، توانمند سازی و بکارگیری داوطلبین مردمی(همیاران سلامت روان) از میان فارغ التحصیلان رشته های تحصیلی مرتبط با سلامت روان و آسیب های اجتماعی(روانشناسی، جامعه شناسی، مددکاری، مشاوره و علوم تربیتی)
- شناسایی، هماهنگی و جلب مشارکت و همکاری ظرفیت های بالقوه و بالفعل خدمات سلامت روان و پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی در منطقه

۲. برنامه عملیاتی و اجرایی سالانه ؛

- بررسی و تعیین اولویت بندی مشکلات سلامت روان و آسیب های اجتماعی و نیازهای آموزشی (وجود خشونت‌های خانگی مانند همسرآزاری ، کودک‌آزاری و یا سالمندآزاری ، شیوع مصرف مواد مخدر و الکل، وضعیت بیماریها و اختلالات اعصاب و روان، خودکشی، طلاق و...) در منطقه و جمعیت تحت پوشش
- اولویت بندی مشکلات برنامه و مداخله برای ارتقا شاخصها
- تهیه و تدوین برنامه عملیاتی و زمان بندی فعالیت ها و اجرای آن مطابق برنامه عملیاتی گروه سلامت روانی اجتماعی شهرستان
- پیگیری نیاز تجهیزات و مواد مصرفی، فرم ها و دستورالعمل ها وبسته های آموزشی مورد نیاز مراکز و پایگاههای سلامت و تلاش در جهت تامین آن
- تهیه، نگهداری و بکارگیری دستورالعمل ها و بسته های خدمت
- پایش و ارزشیابی فعالیت و عملکرد عوامل فنی و اجرایی ذیربط در برنامه های سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی مراکز سلامت

۳. گزارش دهی ؛

- مدیریت آمار و اطلاعات برنامه های سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی در منطقه و جمعیت تحت پوشش (جمع آوری، جمع بندی، تجزیه و تحلیل و استخراج شاخص ها و... " فرم های آماری ") مطابق پنل سلامت روان و دستورالعمل مربوطه
- تکمیل و بازنگری اطلاعات پنل سلامت روان و به روز رسانی آن
- مدیریت آمار و اطلاعات آموزش های اجرا شده مطابق تقویم آموزش همگانی

٤. ابتکار و خلاقیت ؛

- مشارکت در تدوین برنامه مداخلاتی مناسب برای ارتقای سلامت روان پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد و الکل در منطقه و جمعیت تحت پوشش
- طراحی و تدوین بسته مداخلات آموزشی و اجتماعی مبتنی بر نیاز های جمعیت تحت پوشش

۵. رضایت سنجی مشتریان ؛

- کسب نظر از مراجعین در مورد توجه و احترام به مراجعین (پذیرش بی قید و شرط و حسن برخورد، مسئولیت پذیری و پاسخگویی به موقع، آموزش و راهنمایی کافی و قابل فهم)
- پیگیری روند درمان و مراقبت مراجع
- کسب میزان رضایت و تمایل مراجعین از دریافت خدمات

شرح وظایف روانپزشکان شاغل در مجتمع سلامت در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

۱. شرکت در جلسات آموزشی ابلاغی

۲. مطالعه و بکارگیری دستورالعمل ها و راهنماهای تشخیصی درمانی ابلاغی

۳. آموزش پزشکان عمومی، روانشناسان و کارشناسان مراقبت سلامت

٤. ارائه مشاوره فنی تخصصی مورد نیاز به پزشکان عمومی و روانشناسان

۵. پذیرش ارجاع از سوی پزشکان عمومی و ارائه پس خوراند کاربردی جهت مدیریت کارآمد روند بیماری و درمان بیماران

٦. ارائه خدمات درمان و مراقبت تخصصی بیماران تحت نظر و ارجاعی مراکز سلامت

۷. درمان بیمار منطبق با استانداردهای تعیین شده شامل:

- تجویز دارو بر اساس راهنمای درمان
- پیگیری روند درمان یا بستری بیماران در صورت نیاز
- ویزیت تخصصی مجدد بیمار در فواصل زمانی مشخص شده
- انجام مشاوره تلفنی در صورت نیاز
- ارجاع بیمار بر اساس راهنمای درمان به مراکز فوق تخصصی و بستری
- خاتمه درمان بر اساس راهنما
- تلاش برای جلب رضایت بیمار
- رعایت موازین اخلاق حرفه ای نظیر رعایت حریم بیمار و حفظ اسرار او

۸. همکاری با پزشک عمومی در فرآیند ویزیت منزل در صورت نیاز و درخواست

۹. ثبت اقدامات تشخیصی مراقبتی در پرونده بیماران و دفتر ثبت و مراقبت بیماریها به تفکیک هر بیماری بر اساس راهنما (فلوچارتها)

۱۰. مشارکت در برنامه های آموزش و توانمند سازی گروههای هدف مطابق دستورالعمل مربوطه

۱۱.نظارت و پایش روند تشخیص، درمان و مراقبت بیماران توسط پزشکان عمومی و روانشناسان

۱۲. تهیه و ارسال گزارش های مورد نیاز

۱۳.همکاری در جریان نظارت تیم پایش ستاد مجتمع و شبکه بهداشت و درمان

۱٤.ارائه بازخورد و پیشنهاد به منظور ارتقای برنامه

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 فرزندپروی 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 [۱]
- ✓ مکاتبه با مسئول مرکز سلامت جامعه منطقه مورد نظر جهت اطلاع رسانی به کارشناس سلامت روان

[۱] گروه های همگن به گروه های اطلاق می گردد که از نظر سطح تحصیل، سن و شرایط اجتماعی در شرایط یکسان می‌باشند .

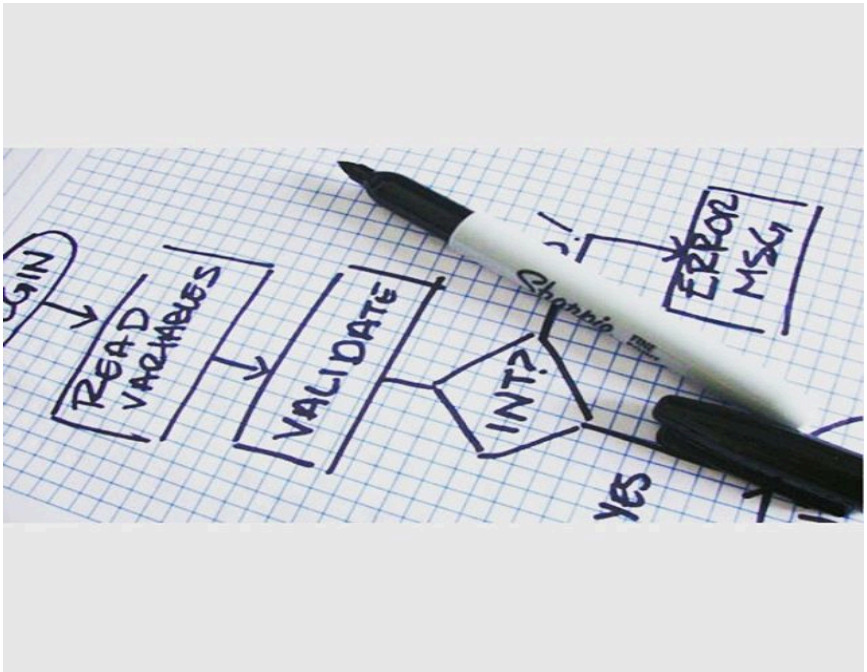
وظیفه ما در حوزه سلامت روانی اجتماعی تلاش همه جانبه در جهت توانمندسازی مردم و هدایت جامعه در جهت نیل به فردای روشن و داشتن زندگی بانشاط، پویا، سرزنده، فعال و مسئولیت پذیر است.

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل دوم

فلوچارت های فرآیند و گردش کار ویزیت و مراقبت ها در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد



اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

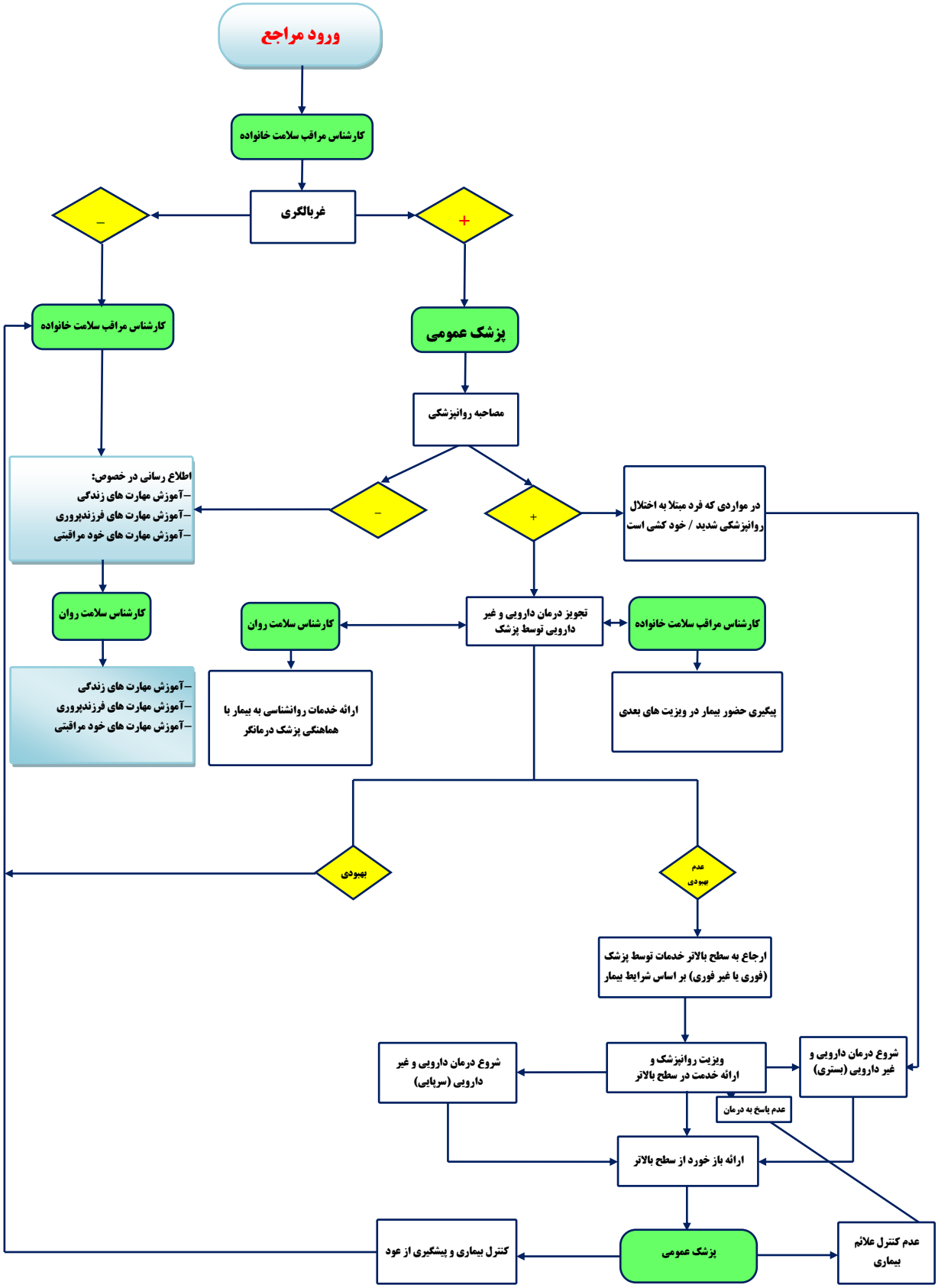
۱. فرآیند و گردش کار برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد را توضیح دهید.

۲. متناسب با فلوچارت فرآیندهای سلامت روان را به تفکیک خدمت دهنده سازماندهی و اجرا کنید.

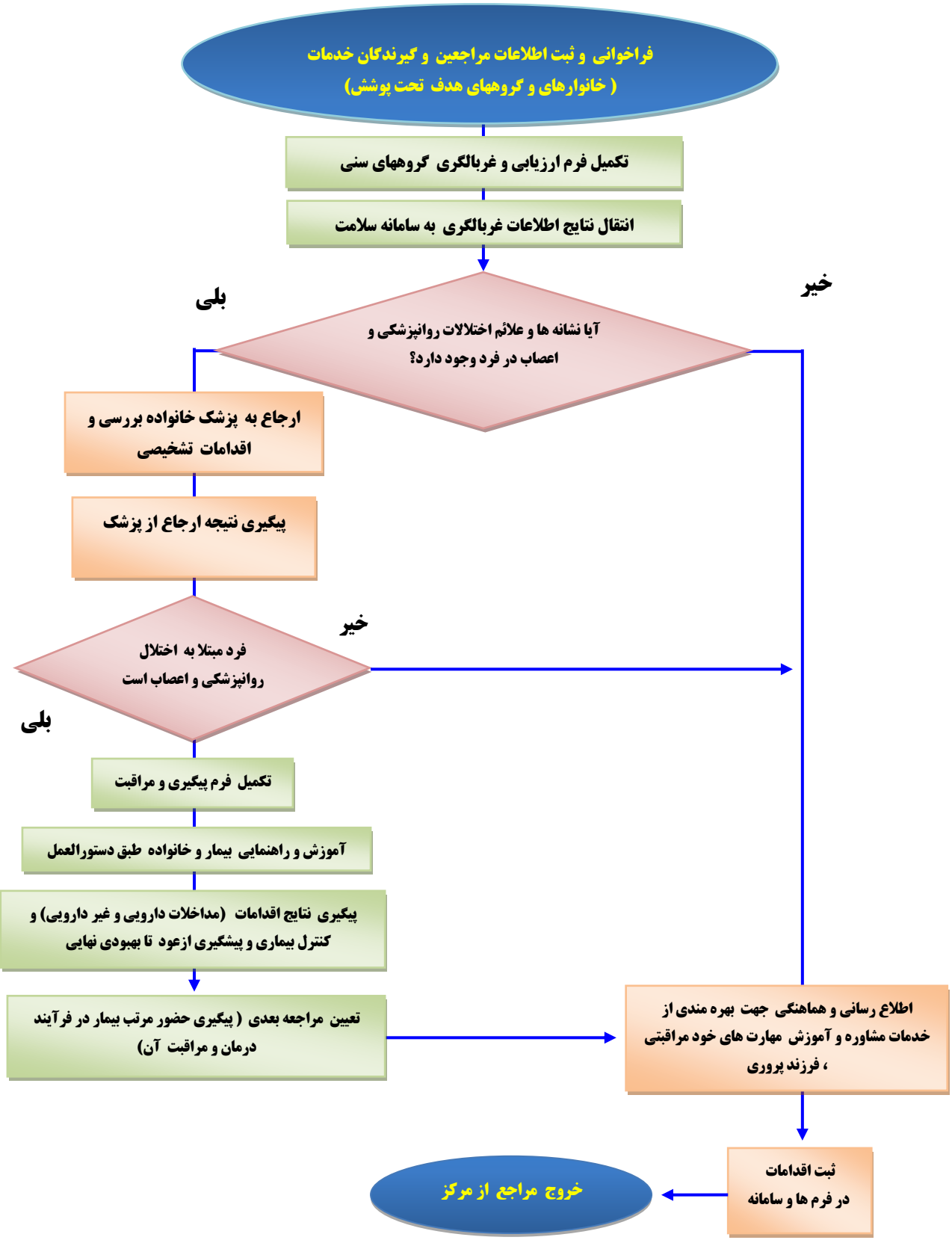
عناوین فصل

۱. فلوچارت کامل برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی
۲. فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی ویژه مراقب سلامت
۳. فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی ویژه پزشک خانواده
٤. فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی ویژه روانپزشک
٥. فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی ویژه کارشناس سلامت روان و رفتار
٦. فلوچارت کامل برنامه پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل
۷. فلوچارت برنامه پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل ویژه مراقب سلامت
۸. فلوچارت برنامه پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل ویژه مپزشک خانواده
۹. فلوچارت برنامه پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل روانپزشک
۱۰. فلوچارت برنامه پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل ویژه کارشناس سلامت روان و رفتار
۱۱. فلوچارت کامل برنامه ارائه خدمات سلامت اجتماعی
۱۲. فلوچارت برنامه ارائه خدمات سلامت اجتماعی مراقب سلامت
۱۳. فلوچارت برنامه ارائه خدمات سلامت اجتماعی پزشک خانواده
۱٤. فلوچارت برنامه ارائه خدمات سلامت اجتماعی کارشناس سلامت روان و رفتار
۱٥. شرح وظایف پزشک خانواده در مجتمع/ مراکز سلامت جامعه

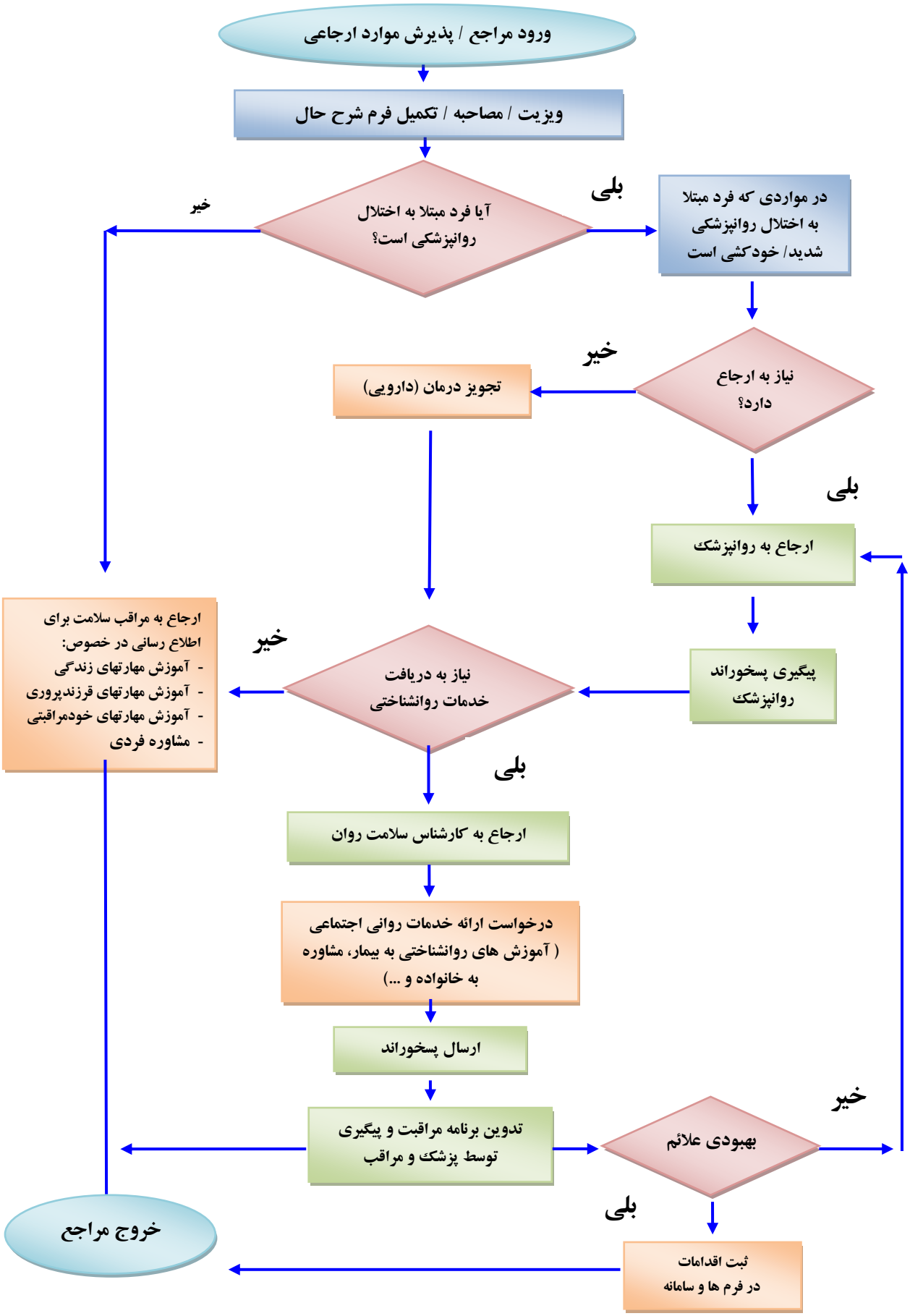
فلوچارت کامل برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی



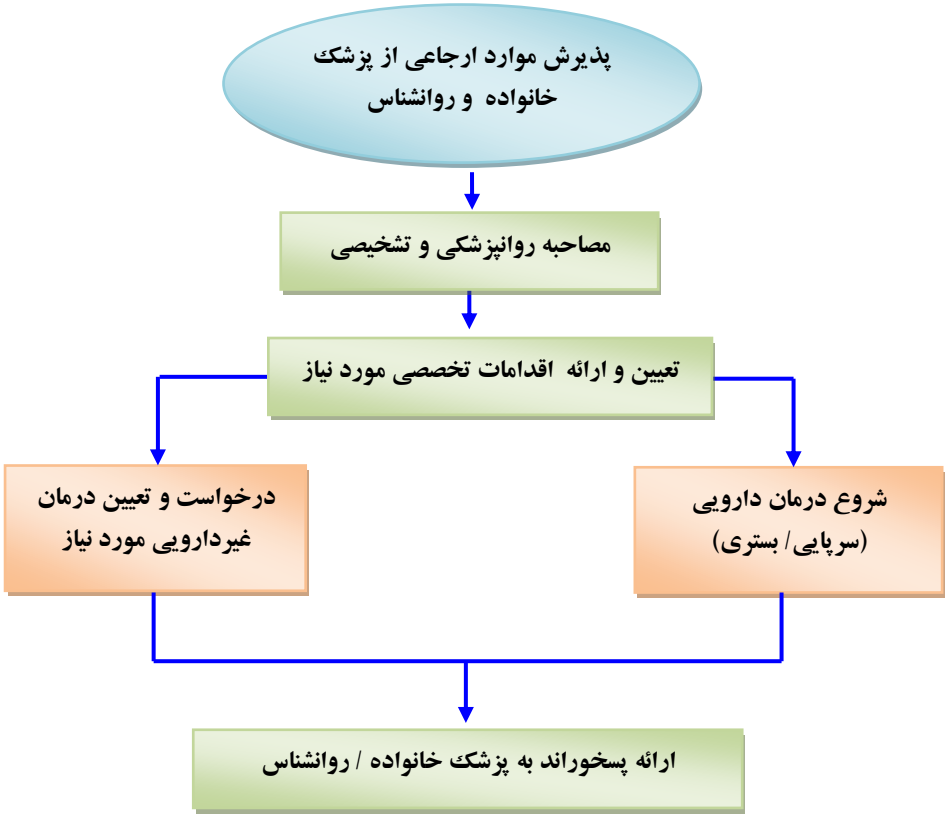
فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی- مراقب سلامت



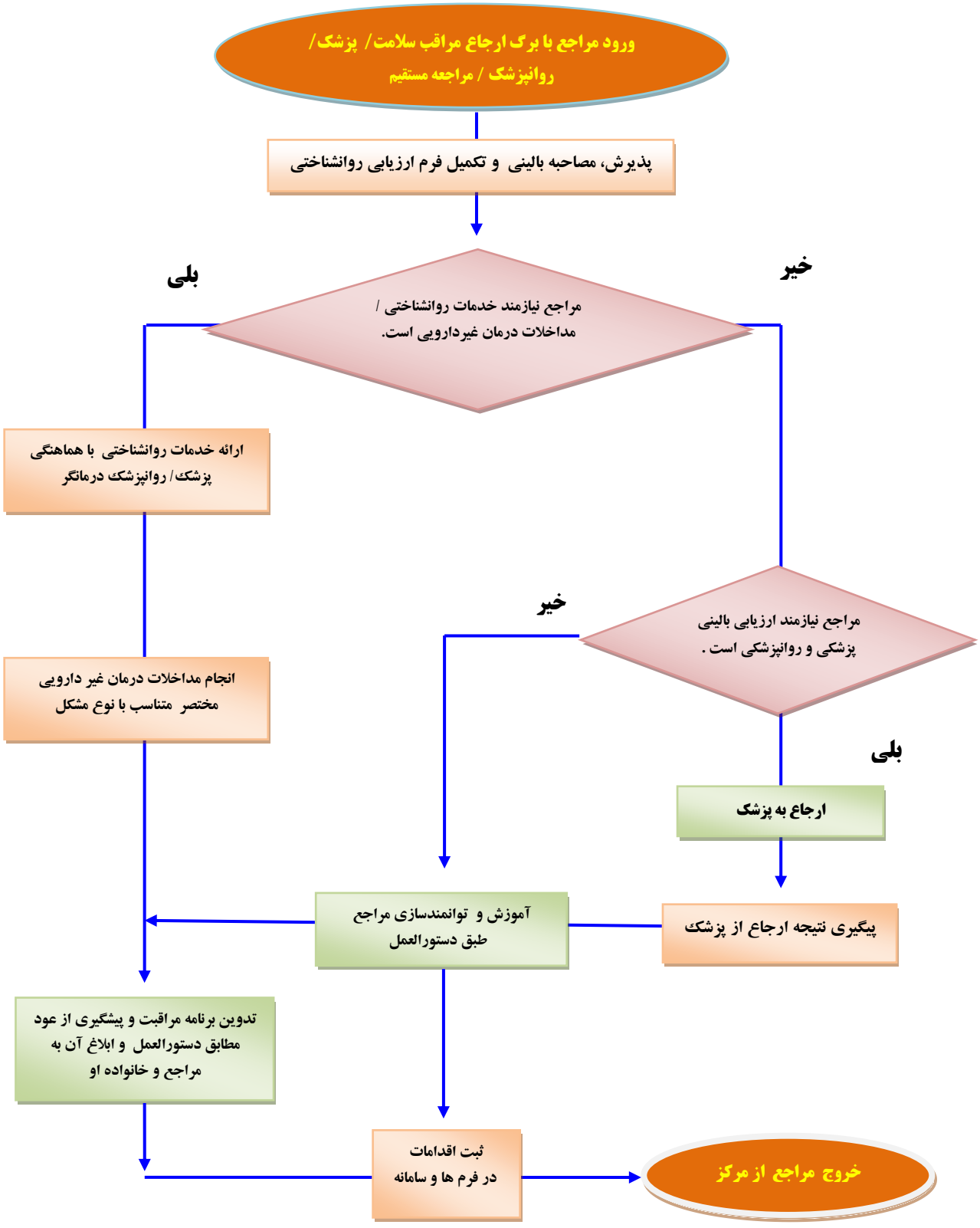
فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی و اعصاب – پزشک خانواده



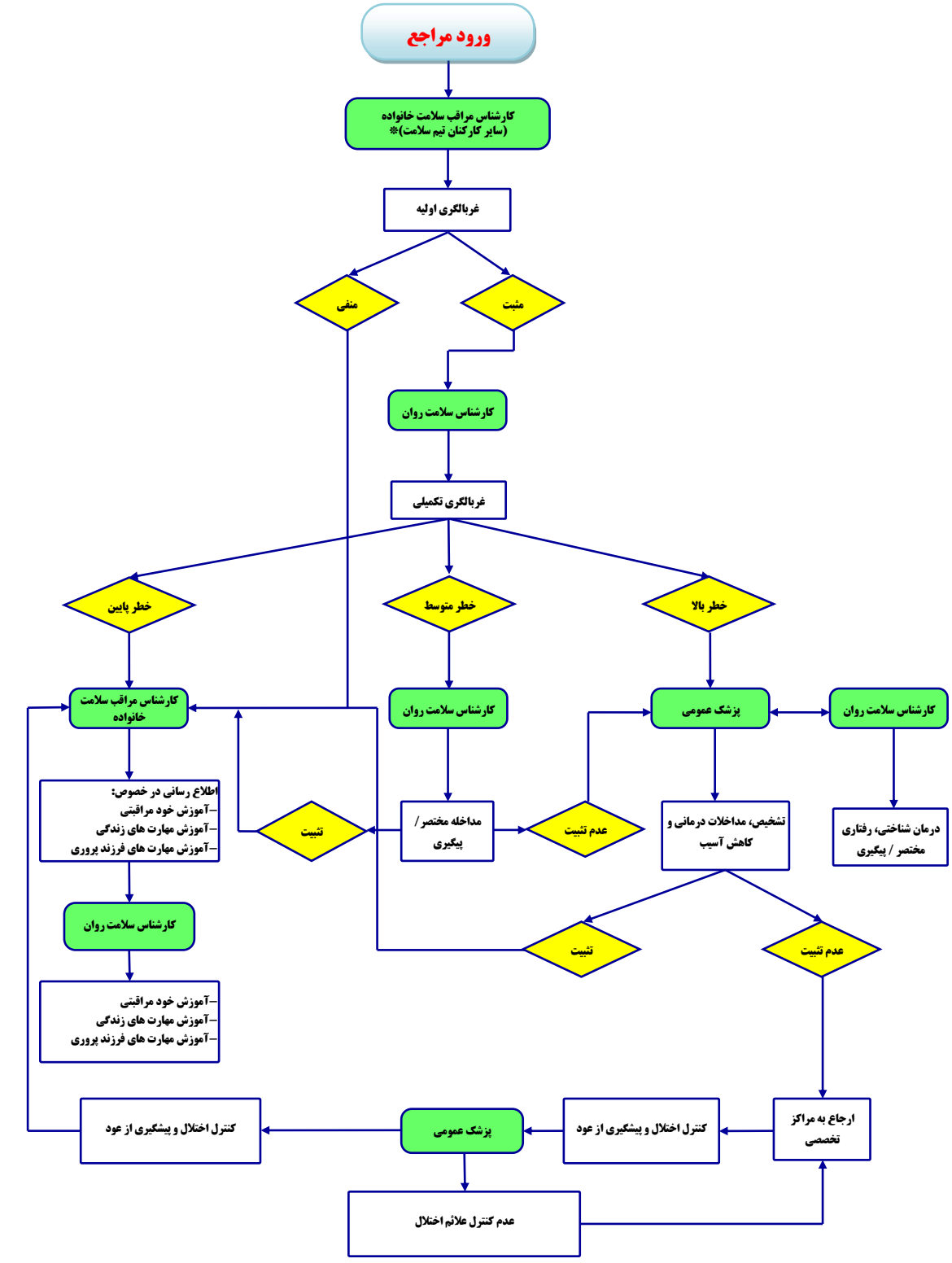
فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی- روانپزشک



فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی- کارشناس سلامت روان و رفتار

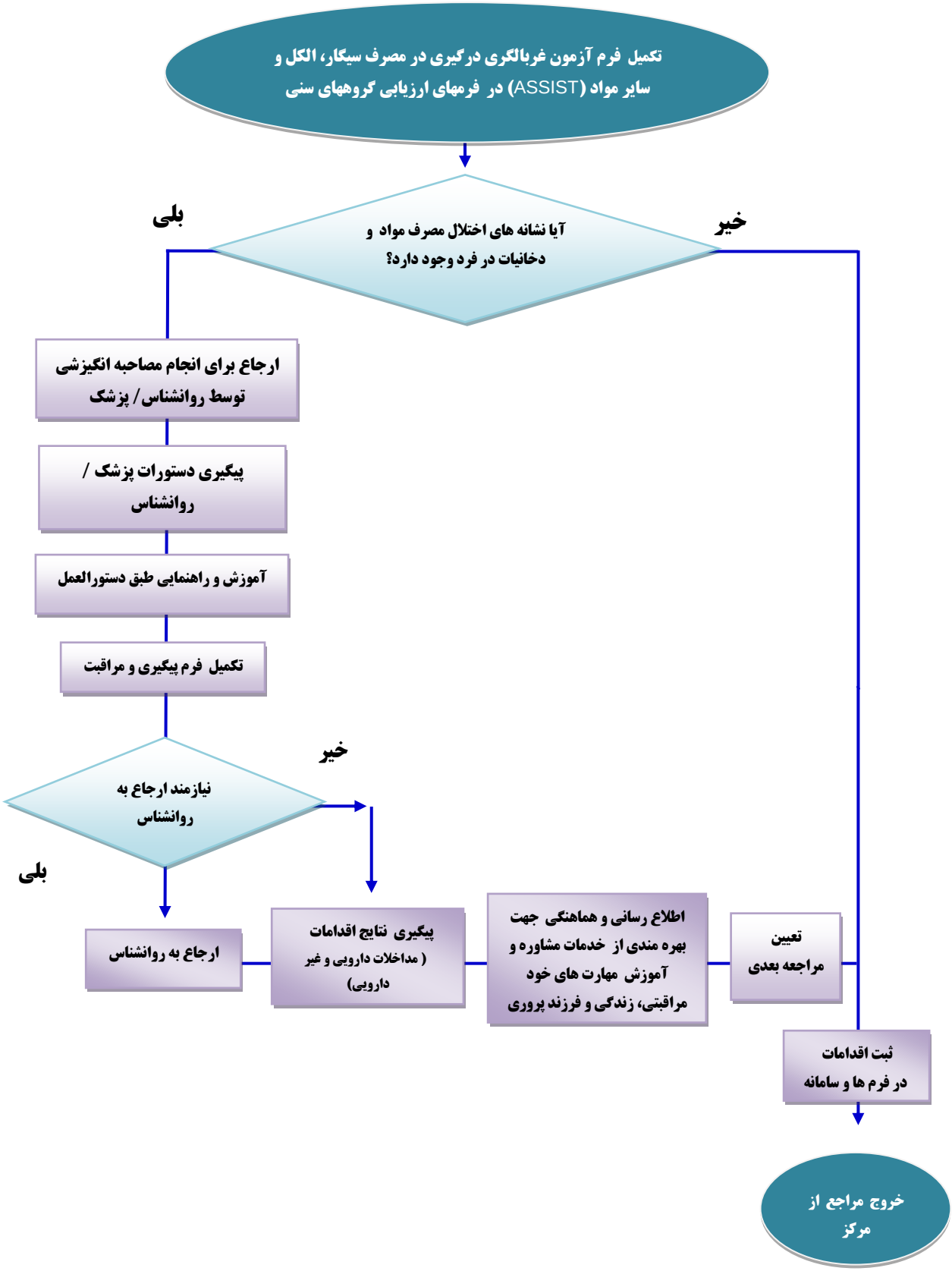


نمودار جریان فرایند پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل در مجتمع ها و مراکز سلامت

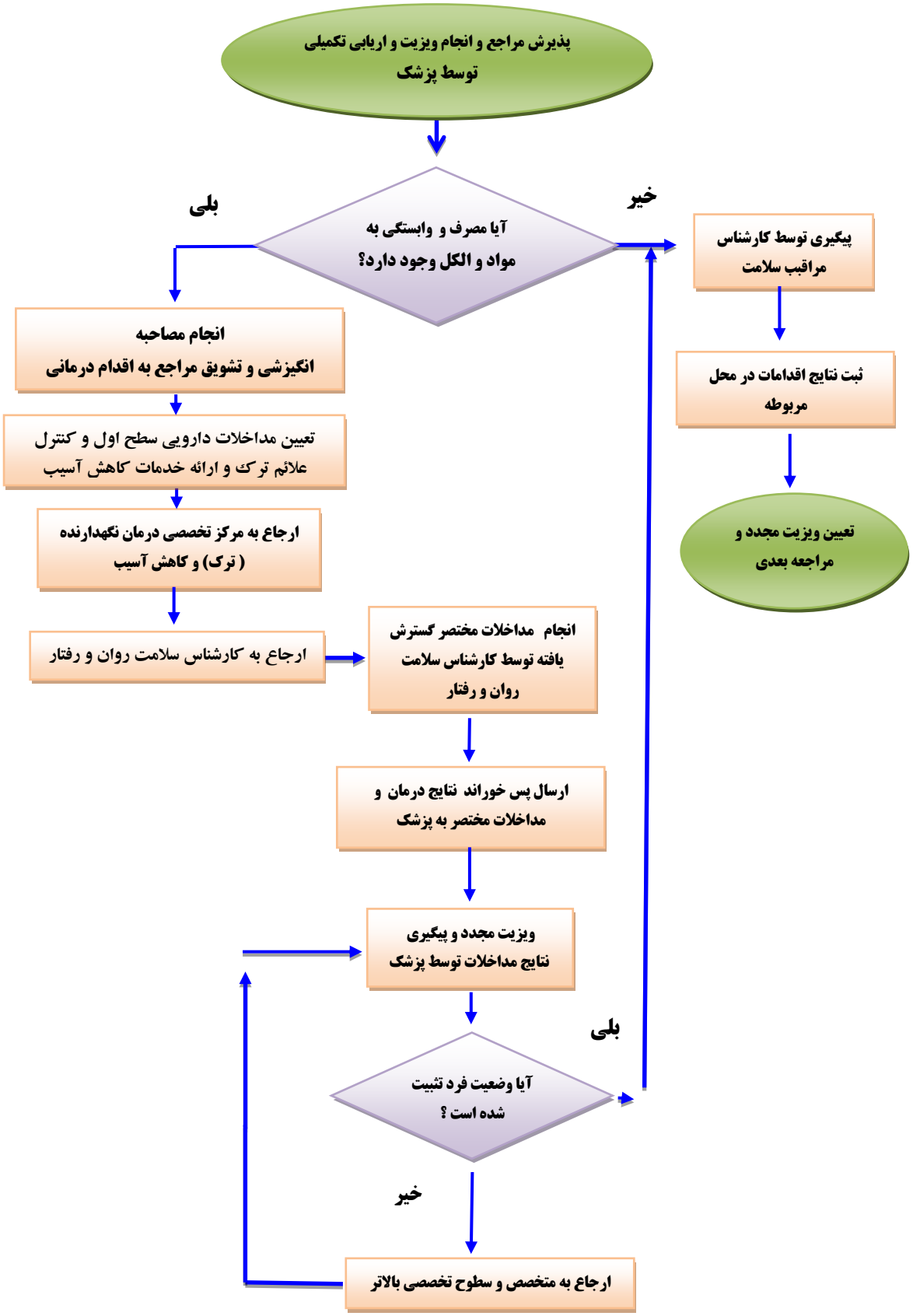


* غربالگری اولیه با توجه به اینکه به صورت فرصت طلبانه انجام می شود میتواند توسط کلیه پرسنل بهداشتی و درمانی مرکز شامل کارشناس مراقب سلامت خانواده، دندانپزشک، ماما و ... انجام شود
* غربالگری روتین برای زنان باردار

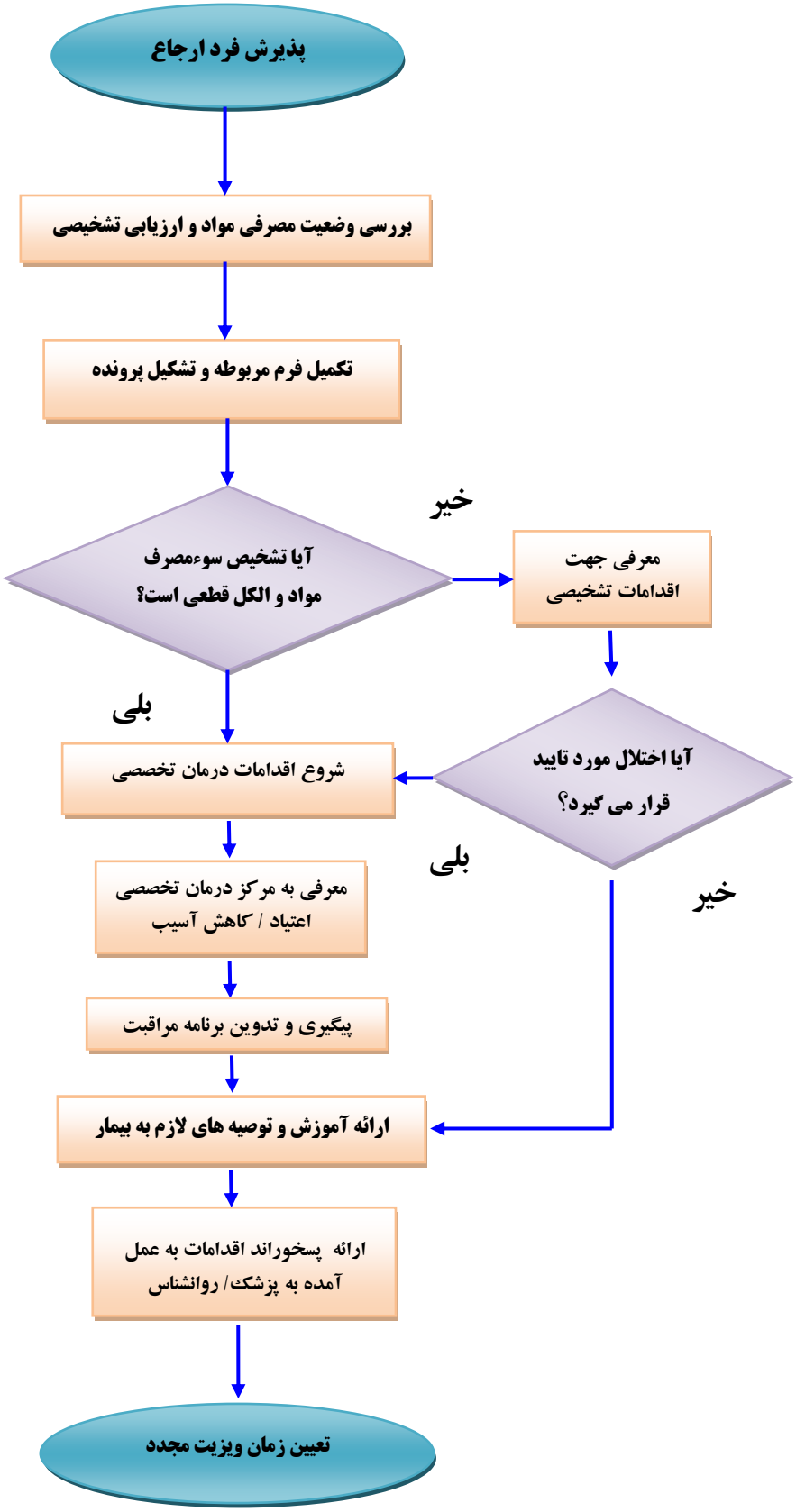
نمودار جریان فرایندپیشگیری، درمان و مراقبت فعال مصرف دخانیات، مواد و الکل - مراقب سلامت



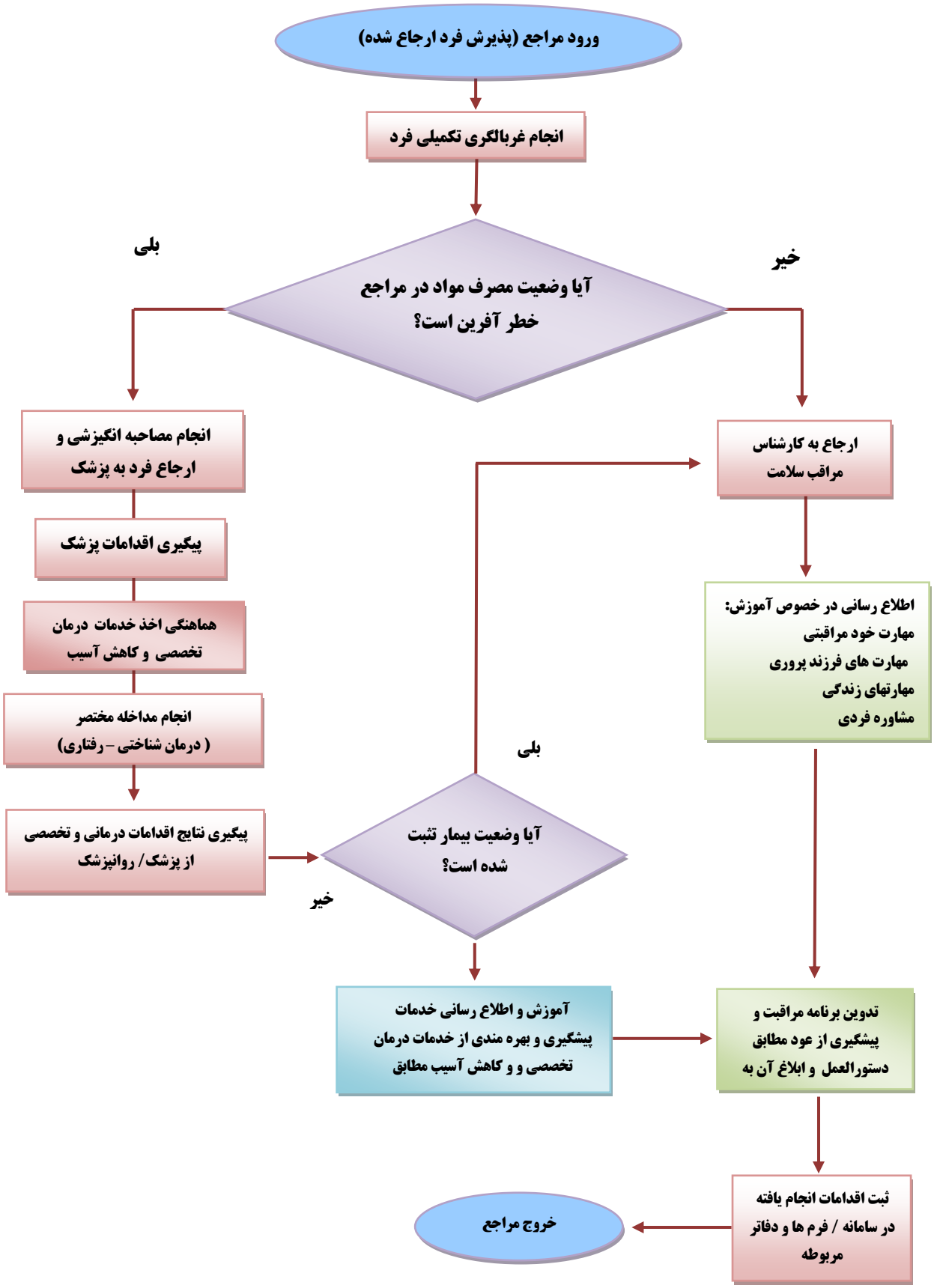
نمودار جریان فرایندپیشگیری، درمان و مراقبت فعال مصرف دخانیات، مواد و الکل - پزشک



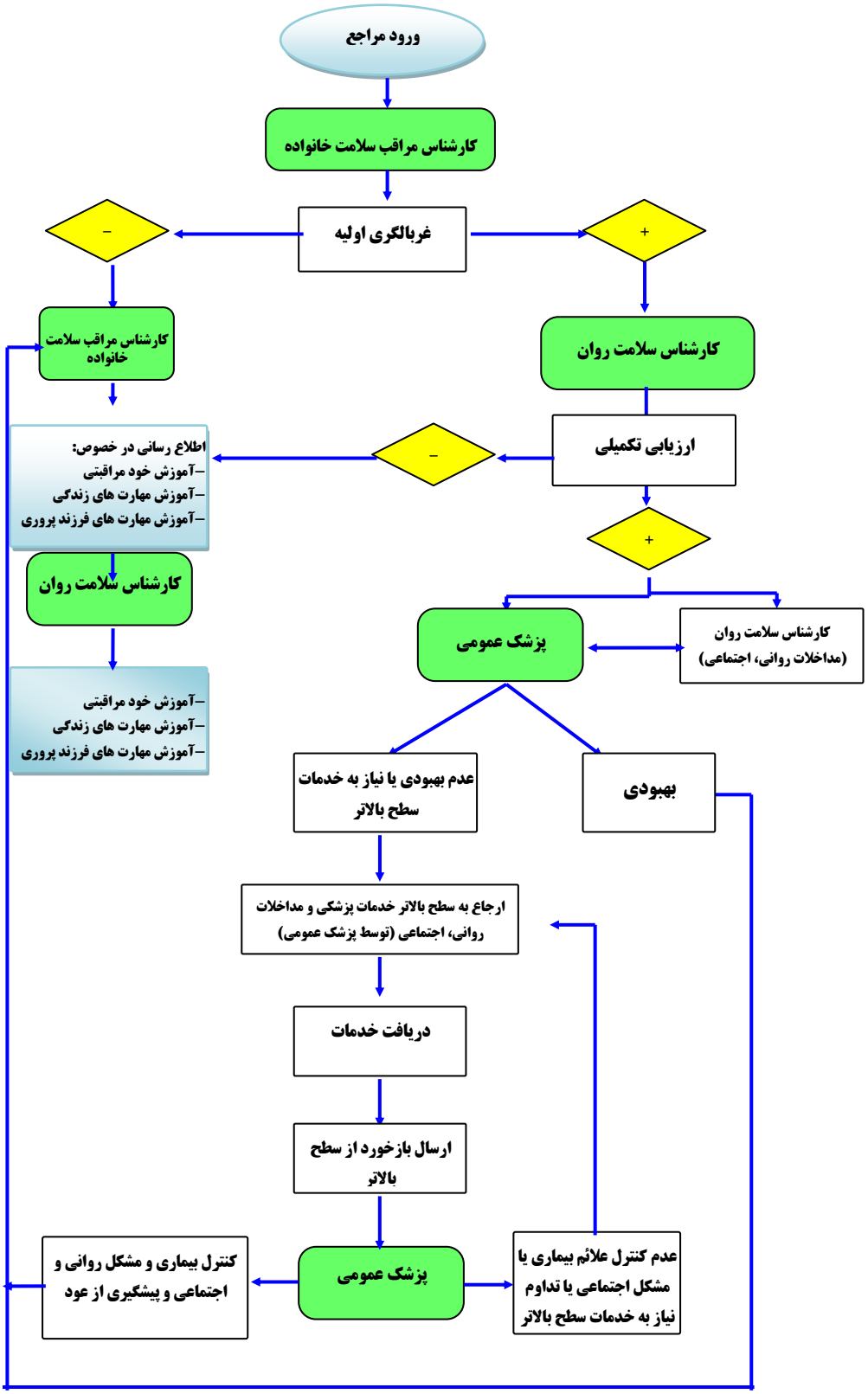
نمودار جریان فرایند بیماریابی و مراقبت سوءمصرف مواد و الکل - روانپزشک



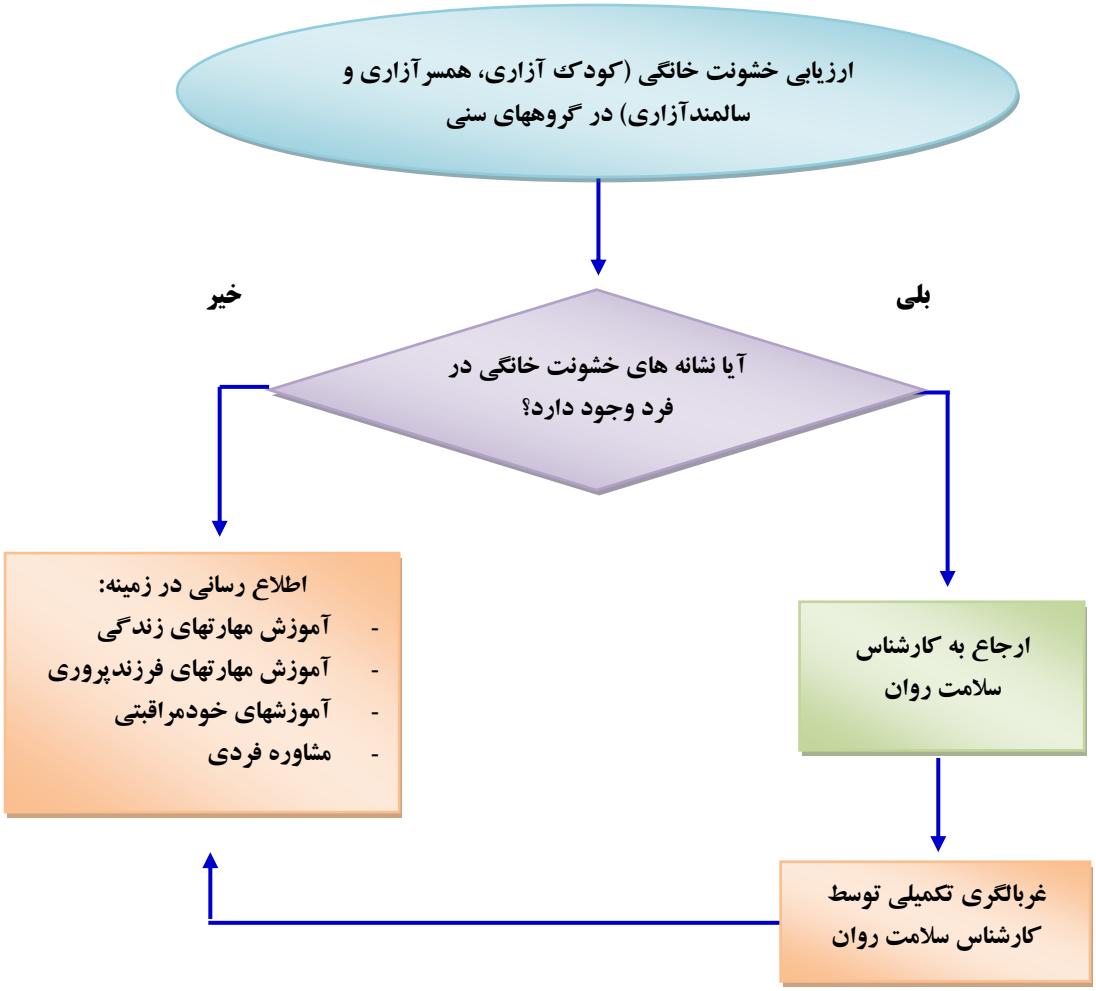
نمودار جریان فرایندپیشگیری درمان و مراقبت فعال مصرف دخانیات، مواد و الکل – کارشناس سلامت روان و رفتار



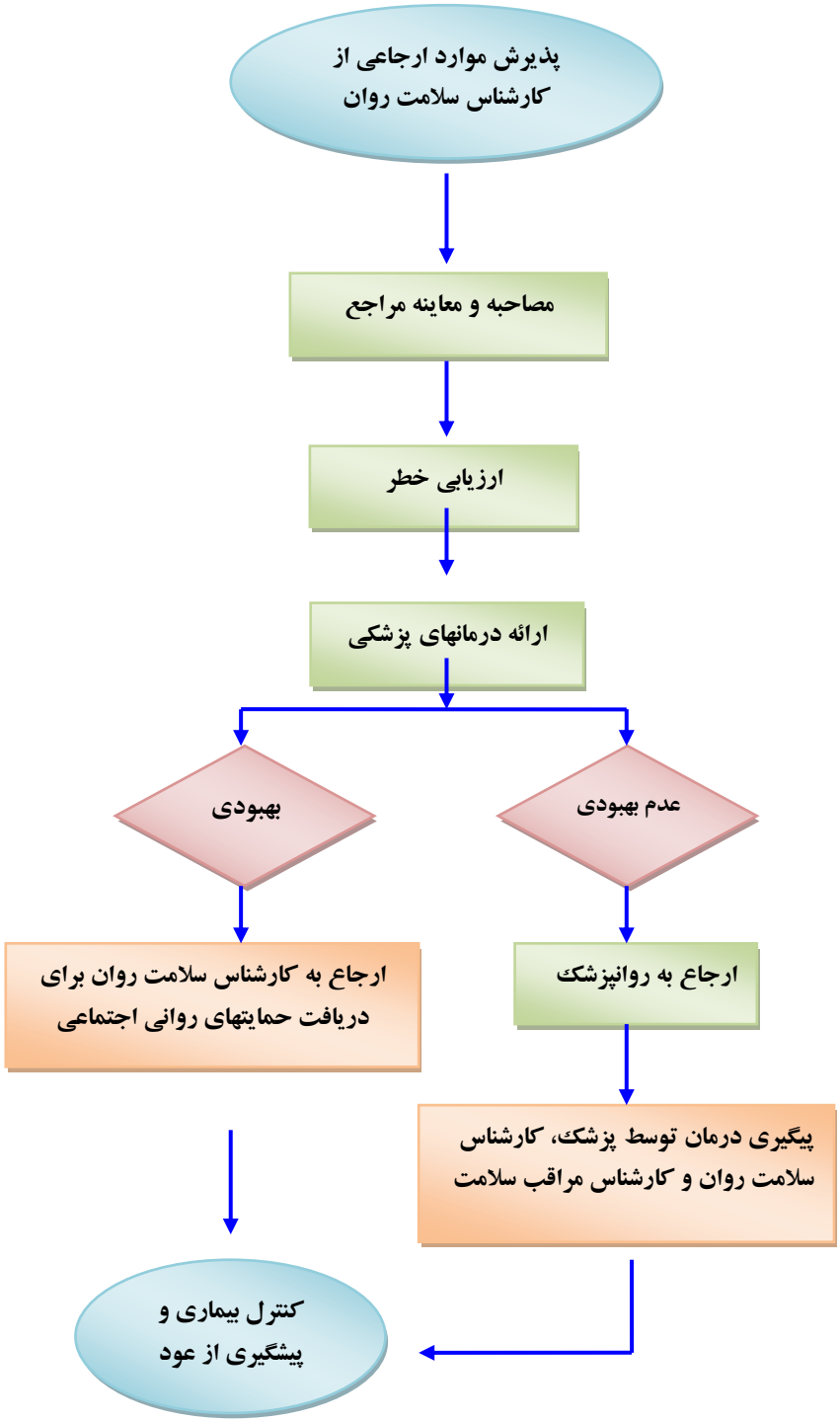
نمودار کامل جریان فرآیند ارائه خدمات سلامت اجتماعی



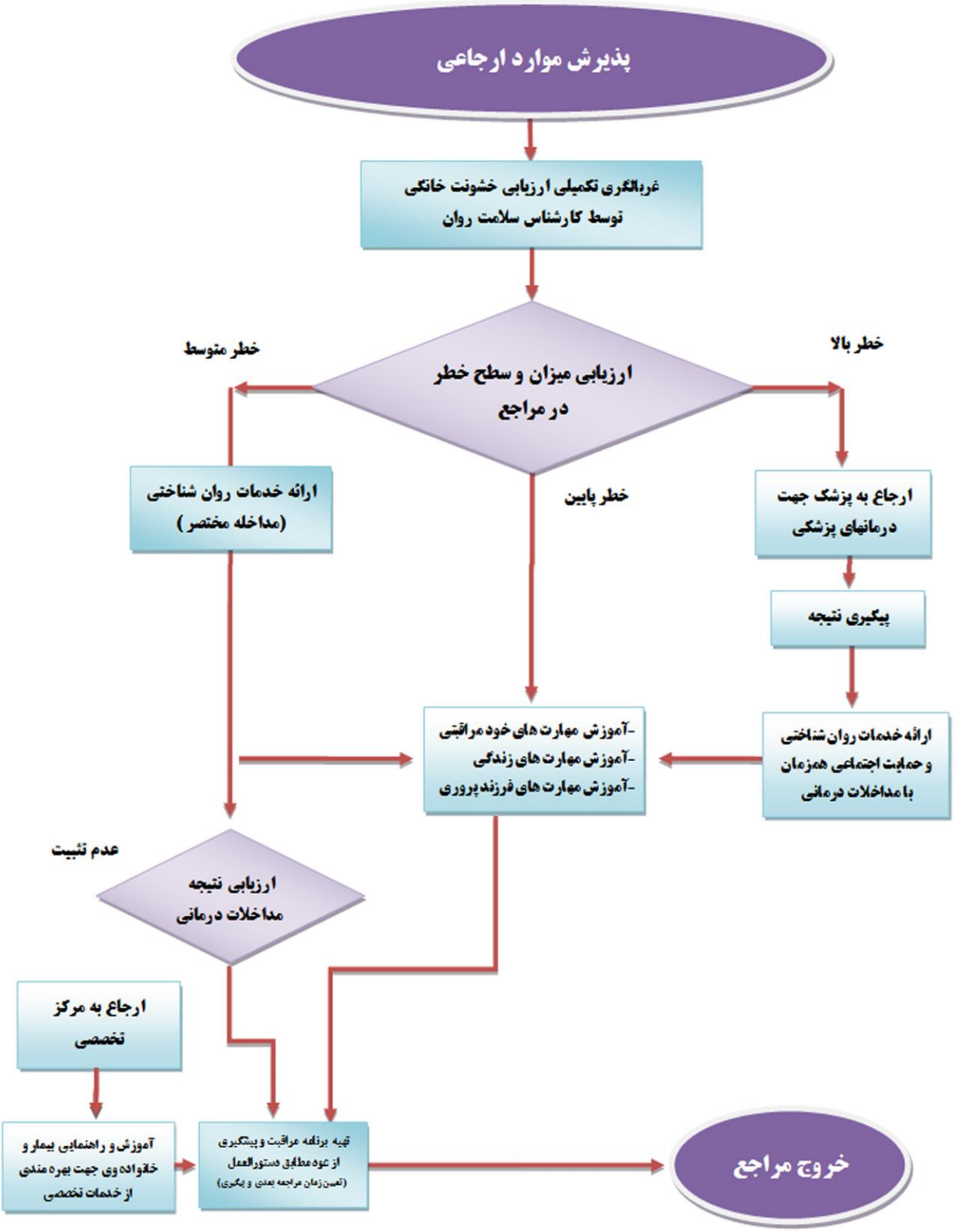
نمودار جریان فرآیند شناسایی، ارجاع و مراقبت خشونت خانگی توسط مراقب سلامت



نمودار جریان فرآیند شناسایی، ارجاع و مراقبت خشونت خانگی توسط پزشک



نمودار جریان فرآیند شناسایی، ارجاع و مراقبت خشونت خانگی - کارشناس سلامت روان و رفتار



مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی

اجتماعی و اعتیاد برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت

بخش سوم

بسته خدمات بالینی

پزشک خانواده دربرنامه های سلامت روانی

اجتماعی و اعتیاد

عناوین این بخش؛

فصل اول؛

- بسته خدمات غربالگری، مراقبت و پیگیری اختلالات روانپزشکی (سلامت روان)

فصل دوم؛

- بسته خدمات سلامت اجتماعی

فصل سوم؛

- بسته خدمات غربالگری، مراقبت و پیگیری مصرف دخانیات، مواد و الکل

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل اول

بسته خدمتی سلامت روان

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱. بسته خدمات سلامت روان در گروههای سنی را توضیح دهید.

۲. با استفاده از بسته خدمتی مرتبط با گروه سنی نسبت به غربالگری و مراقبت سلامت روان اقدام کنید.

عناوین فصل

- بسته خدمتی گروه سنی ٦ تا ١٨ سال
- بسته خدمتی گروه سنی ١٨ تا ٢٩ سال
- بسته خدمتی گروه سنی سالمندان

بسته خدمتی سلامت روان – گروه سنی ٦ تا ۱۸ سال

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: ۱-آیا در حال حاضر احساس می‌کنید از زندگی سیر شده‌اید؟ ۲-آیا در حال حاضر آرزو می‌کنید که کاش زندگی شما به پایان می‌رسید؟ ۳-آیا به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید؟ ٤-(در صورت پاسخ مثبت به سوال۳) فکر کرده‌اید که چطور این کار را انجام دهید؟ ٥-آیا تا کنون اقدامی کرده اید؟ - وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱- دیسترس حاد هیجانی ۲- ناامیدی ۳- بی قراری شدید ٤- خشونت ٥- عدم برقراری ارتباط ٦- انزوای اجتماعی	افکار خودکشی، طرح و برنامه خودکشی، اقدام به خودکشی	اورژانس روانپزشکی (خودکشی)	- چنانچه فرد نیاز به اقدام درمانی پزشکی فوری به دلیل آسیب به خود داشته باشد، اقدامات درمانی برای جراحت یا مسمویت انجام شده و بیمار ارجاع فوری به مرکز اورژانس شود. - درصورتی که فرد اقدام به خودکشی کرده ولی مشکل جسمی ندارد و یا اقدامی نکرده ولی خطر جدی آسیب به خود وجود دارد: ارجاع فوری به روانپزشک - درصورتی که خطر جدی آسیب به خود وجود ندارد، ولی سابقه افکار یا نقشه آسیب به خود در ماه گذشته یا اقدام به آسیب در سال گذشته وجود دارد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - تا زمانی که ارزیابی انجام شود بیمار را در محیطی امن و حمایتی مرکز بهداشتی درمانی قرار دهید (وی را تنها نگذارید) - احتیاط های زیر را انجام دهید: • وسایل خطرناک را که ممکن است با آن ها به خود آسیب برساند از دسترس فرد دور کنید. • درصورت امکان محیطی حمایتی و امن برای فرد فراهم آورده و در زمان انتظار، بیمار را در اتاقی آرام و مجزا قرار دهید. • فرد را تنها نگذارید. • برای اطمینان از امنیت فرد یک نفر از پرسنل یا یکی از اعضای خانواده وی را برای نظارت بر بیمار تعیین کنید. - پیگیری منظم انجام دهید.
سوال کنید: ۱- آیا نگرانی زیاد و نامتناسب درباره مسایل مختلف زندگی دارید؟ ۲- آیا دچار حملات ناگهانی و شدید اضطراب همراه با علایم جسمی و ترس از مرگ می‌شوید؟ ۳- آیا خود را وادار به انجام کارهایی می دانید و نمی توانید جلوی انجام آن ها را بگیرید (شستن چند باره دست ها، وارسی چند باره چیزها)؟ ٤- آیا تا کنون برای شما یا اطرافیانتان حادثه بسیار بدی اتفاق افتاده است که مکررا آن را به خاطر بیاورید و دچار استرس شوید؟ (درصورت پاسخ مثبت به سوال بالا) آیا از هر نشانه ای که باعث یادآوری آن حادثه شود، اجتناب می کنید؟	خجالتی بودن در حد شدید و اضطراب در محیط های اجتماعی، نگرانی درباره مسایل متعدد که با وجود آگاهی به نامتناسب بودن قادر به کنترل آن نیست، تجربه علایم جسمانی مثل تپش قلب و تنگی نفس، حملات مکرر اضطرابی	اختلال اضطراب منتشر / اختلال پانیک/ اختلال اضطراب اجتماعی	- برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی برای بیمار و والدین : ارجاع به کارشناس سلامت روان - اختلالات روانپزشکی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و در صورت نیاز درمان کنید - بدرفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مداخلات لازم را مد نظر قرار دهید(از کودک یا نوجوان مستقیما بپرسید). - چنانچه مشکلی در عملکرد تحصیلی کودک در مدرسه وجود دارد، با معلم در مورد چگونگی حمایت از او صحبت نمایید.
	وسواس به صورت اجبارهای رفتاری و یا مشغولیت های ذهنی که سبب اتلاف وقت و اختلال در روند معمول زندگی، یا کارکرد شغلی می‌شوند.	اختلال وسواسی- جبری	- در صورت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، وجود حالت های متوسط تا شدید اختلالات دیگر یا عدم پاسخ به مداخلات غیر دارویی و نیاز به درمان دارویی: ارجاع غیرفوری به روانپزشک
	تجربه مجدد رخداد تروماتیک، اجتناب از عوامل یادآورکننده رخداد، خلق پایین، برانگیختگی،گوش به زنگی	اختلال استرس پس از سانحه	

بسته خدمتی سلامت روان – گروه سنی ٦ تا ۱۸ سال (ادامه)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: ۱- آیا زود یا شدید عصبانی می شوید و با دیگران مکررا دعوا و زدوخورد می کنید؟ (پرسش از خود فرد یا والدین و اطرافیان)	دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، تحریک پذیری و پرخاشگری	اورژانس روانپزشکی (پرخاشگری)	- اختلالات روانپزشکی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و در صورت نیاز درمان کنید. - بدرفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مداخلات لازم را مد نظر قرار دهید (از کودک یا نوجوان مستقیما بپرسید). - چنانچه مشکلی در عملکرد تحصیلی کودک در مدرسه وجود دارد، با معلم در مورد چگونگی حمایت از او صحبت نمایید. - در صورت پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، و پرخاشگری ناشی از مصرف مواد: ارجاع فوری به روانپزشک - در صورت سایر موارد قابل مدیریت توسط پزشک یا خانواده: ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه ها
وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱- رفتار و تکلم آشفته (مانند رفتارهای عجیب و غریب با صحبتی که درک آن برای مخاطب دشوار باشد) ۲- واقعیت سنجی مختل و توهم یا هذیان (مثلا صداهایی می شنود یا چیزهایی می بیند که وجود ندارند یا اعتقاد به باورهای غیرطبیعی یا عجیب دارد) (ممکن است نوجوان کم سن نتواند به درستی این علایم را توضیح دهد.) ۳- رانندگی بی‌مهابا، رفتارهای جنسی نسنجیده و مهارگسیخته، ولخرجی شدید ٤- تحریک پذیری و پرخاشگری شدید و رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته ٥- سرخوشی زیاد، پرحرفی و پرفعالیتی (سوالات تکمیلی بر اساس کتاب پشتیبان پرسیده شود)	هذیان، توهم ، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه‌گیری، کاهش ارتباط‌های اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف)	سایکوز	- اختلالات روانپزشکی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و در صورت نیاز درمان کنید.
	سرخوشی یا تحریک پذیری بیش از حد، پرخاشگری ، فعالیت وانرژی زیاد، کاهش نیاز به خواب، پرحرفی، اعتماد به نفس بالا، تمایل به کارهای هیجان‌آور با پیامدهای بالقوه خطرناک (رانندگی بی مهابا، رفتارهای جنسی نسنجیده، ولخرجی)	اختلال دوقطبی	- بدرفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مداخلات لازم را مد نظر قرار دهید (از کودک یا نوجوان مستقیما بپرسید). - چنانچه مشکلی در عملکرد تحصیلی کودک در مدرسه وجود دارد، با معلم در مورد چگونگی حمایت از او صحبت نمایید. - در صورت وجود احتمال خودکشی، پرخاشگری و یا بیقراری شدید، امتناع از خوردن آب و غذا، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت: ارجاع فوری به روانپزشک - چنانچه علایم خودکشی و پرخاشگری وجود ندارد و بیمار تاکنون توسط روانپزشک مورد ارزیابی قرار نگرفته است: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - چنانچه علایم خودکشی و پرخاشگری وجود ندارد و قبلا توسط روانپزشک تشخیص مطرح ودرمان آغاز شده است (تشدید یا عود بیماری قبلی): • به فرد و مراقبین وی آموزش دهید • وضعیت درمان را مرور کرده از اجرای درست دستورات دارویی اطمینان حاصل کنید. • اگر فرد به درمان پاسخ مناسب نمی دهد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک • امیدواری واقع بینانه و خوش بینی ایجاد کنید. - برای آموزش روانی به بیمار و خانواده: ارجاع به کارشناس سلامت روان - در صورت امتناع از خوردن دارو و یا عوارض دارویی که به اقدامات اولیه پاسخ نداده اند، عدم کنترل علایم یا نیاز به خدمات توانبخشی: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - پیگیری منظم انجام دهید.
وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱. اشکال در توجه و تمرکز ۲. رها کردن کارها و تکالیف به صورت نیمه کاره ۳. فعالیت و تحرک بیش از حد ٤. پرحرفی یا پر سروصدا بودن ٥. بیقراری ٦. درگیری یا قلدری ۷. بی‌رحمی و خشونت نسبت به حیوانات یا سایر افراد ۸. تخریب شدید اموال ۹. آتش‌افروزی ۱۰. دزدی ۱۱. دروغگویی مکرر ۱۲. فرار از مدرسه یا خانه خانه، ۱۳. حملات قشقرق شدیدو مکرر ۱٤. ستیزه جویی و بحث کردن، نافرمانی شدید مداوم	نقص توجه، بیش فعالی و تکانشگری نامتناسب با میزان رشد کودک	اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه	- برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی و آموزش مهارت های فرزندپروری: ارجاع به کارشناس سلامت روان - با معلم کودک مدرسه- رو ارتباط برقرار کنید و آموزش های لازم را بدهید. - اختلالات روانپزشکی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و در صورت نیاز درمان کنید.
	رفتارهای مکرر و مداوم ضد اجتماعی، رفتارهای خشونت‌آمیز یا سرکشی، مقابله جویی و نافرمانی نامتناسب با میزان رشد کودک	اختلالات رفتاری- سلوک	- بدرفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مداخلات لازم را مد نظر قرار دهید (از کودک یا نوجوان مستقیما بپرسید). - درصورتی که این رفتارها ناشی از عوامل اجتماعی، مشکلات پزشکی، مصرف مواد یا سایر اختلالات روانپزشکی (بخش های بالا) است مداخلات اختصاصی این موارد را انجام دهید. - جهت انجام بررسی تشخیصی و مداخلات دارویی در موارد شک به اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه یا اختلالات شدید رفتاری- سلوک: ارجاع به روانپزشک - برای درمان اختلالات رفتاری کودک یا نوجوان از دارو استفاده نکنید مگر با تجویز روانپزشک - در صورتی که مشکل رفتاری کودک یا نوجوان پاسخی به ترس یا تروما (مانند آزارهای جسمی و جنسی) است: - با والدین کودک یا نوجوان مشورت کنید - مداخلات قانونی را درنظر داشته باشید - برای مداخلات غیردارویی و آموزش: ارجاع به کارشناس سلامت روان

بسته خدمتی سلامت روان - گروه سنی ۱۸- ۲۹ سال (ادامه)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: ۱- آیا تا کنون افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته است؟ ۲- آیا در جایگاه های اجتماعی بیش از اندازه خجالتی است (از صحبت کردن در جمع پرهیز می کند)؟ - آیا خودش را وادار به انجام کارهایی می کند و نمی تواندجلوی انجام آن ها را بگیرد ۳ (شستن چند باره دست ها، چیدن اشیاء، نظم و ترتیب بیش از اندازه، وارسی چند باره چیزها، پاک کردن بیش از اندازه نوشته ها و دوباره نوشتن آن ها)؟ ٤- آیا احساس دل گرفتگی، غم، بی حوصلگی، گریه، کسالت یا پوچی دارد؟ (منظور از گاهی اوقات: دست کم ۳ بار در هفته به مدت ۳ ساعت) ٥- آیا تحریک پذیری، پرخاشگری و بدخلقی نشان می دهد و زود از کوره در می رود؟ (منظور از گاهی اوقات: دست کم ۳ بار در هفته به مدت ۳ ساعت) ٦- آیا گستاخ شده و رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته نشان می دهد؟ (منظور از گاهی اوقات: دست کم ۳ بار در هفته به مدت ۳ ساعت) ۷- آیا بی قرار و مدام در حال وول خوردن است و برایش دشوار است که برای انجام تکالیفش مدت طولانی بنشیند؟ ۸- آیا حواسش با محرک های گوناگون پرت می شود و نمی تواند روی یک موضوع خاص تمرکز کند و اشتباهاتش بیشتر به دنبال بی دقتی است؟ ۹- آیا حرکات تکرار شونده در پلک، ابرو، صورت، گردن یاشانه دارد یا صداهای ناخواسته و ناگهانی از گلویش خارج می شود؟ ۱۰- آیا با دیگران دعوا و زد و خورد می کند؟ ۱۱- آیا رفتار و تکلم او آشفته است و واقعیت سنجی وی مختل شده است و توهم و هذیان دارد، با خود صحبتمی کند، با خود می خندد؟ ۱۲- سرخوشی بیش از حد \ عصبانیت، پرخاشگری، فعالیت وانرژی زیاد، بیخوابی	افکارخودکشی، اقدام به خودکشی	خودکشی	- ارجاع فوری به روانپزشک - پیگیری
	خجالتی بودن در محیط های اجتماعی، پرهیز از صحبت کردن در جمع و.....	اختلال اضطرابی	- در حالت خفیف درمان دارویی با فلوکسیتین ۱۰ میلی گرم روزانه در هفته اول و ۲۰ میلی گرم روزانه از هفته دوم به بعد (٤٠ میلی گرم از هفته سوم در اختلال وسواس) همراه با کلونازپام ۰/۵ میلی گرم روزانه مقسم در دو نوبت - پیگیری پاسخ دارویی پس از ۸ هفته در اختلال پانیک و پس از ٦ هفته در سایر اختلالات و - در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک
	احساس دل گرفتگی و غم، بی حوصلگی، گریه، کسالت، احساس پوچی،تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته	افسردگی	در صورت تشخیص افسردگی اساسی: - در حالت خفیف درمان دارویی فلوکستین ۱۰ میلی گرم روزانه در هفته اول و ۲۰ میلی گرم روزانه از هفته دوم تا ٦ ماه - پیگیری پاسخ دارویی پس از ۲ هفته و در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک در صورت تشخیص اختلال دو قطبی: ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان
	دعوا کردن و زد و خورد با دیگران	پرخاشگر ی	تمام موارد جدید، موارد پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، مصرف مواد، فرار از منزل که پذیرش درمان دارویی ندارد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه های متخصص
	رفتار آشفته، تکلم آشفته، توهم، هذیان، صحبت کردن با خود، خندیدن با خود	سایکوتیک	- ارزیابی احتمال خودکشی و پرخاشگری - چنانچه علائم خودکشی و پرخاشگری وجود ندارد: تجویز یک داروی ضد سایکوز آتیپیک مثل ریسپریدون و یا تیپیک مثل هالوپریدول به میزان ۰/۵ تا ١٦ میلی گرم در روز و ارجاع غیر فوری به مراکز تخصصی - در صورت شروع نشانه های توهم و هذیان به دنبال دوره بهبودی (تشدید اپیزود قبلی): ارزیابی داروی تجویز شده و نحوه مصرف آن و چنانچه دوز دارو ناکافی است: افزودن دوز دارو و در صورت عدم پاسخ به درمان: ارجاع غیر فوری به مرکز تخصصی
	افکار مرگ و بی حوصلگی		- : ارجاع غیر فوری به مرکز تخصصی
	افکارخودکشی،طرح و برنامه خودکشی		ارجاع فوری به مرکز تخصصی
	اقدام به خودکشی		چنانچه علائم خودکشی و پرخاشگری وجود دارد: ارجاع فوری به مراکز تخصصی
	سرخوشی بیش از حد \عصبانیت، پرخاشگری، فعالیت و انرژی زیاد، بیخوابی	اختلال دو قطبی	در صورتیکه توهم یا هذیان وجوددارد یا قصد آسیب جدی به خود یا دیگران رادارد ارجاع فوری به مراکز تخصصی
	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد.	اختلال روانپزشکی ندارد.	ادامه مراقبت ها و ارجاع به کارشناس سلامت روان به منظور دریافت آموزش مهارت های زندگی و خود مراقبتی درج گردد.

بسته خدمتی سلامت روان - گروه سنی ۱۸- ۲۹ سال (ادامه)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱- حملاتی به مدت چند دقیقه به صورت از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک- کلونیک اندام ها، و خروج کف از دهان ۲- مطرح شدن تشخیص صرع پیش از این، توسط پزشک	حملات دوره ای تشنج به صورت از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک کلونیک اندامها، خروج کف از دهان، بالا رفتن چش مها، به خاطر نیاوردن حمله بعد از بازگشت به حالت عادی	صرع	- در صورت مواجهه با صرع استاتوس یا وجود آسیب‌های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی و ... که حین حمله به‌وجود آمده است: ارجاع فوری به مرکز اورژانس (پیش از ارجاع، اقدامات برای صرع استاتوس کتاب پشتیبان انجام گیرد) - در صورتی که تشخیص صرع پیش از این مطرح شده است: اطمینان از مصرف منظم دارو، در صورت نیاز، افزایش دوز دارو، تغییر دارو یا درمان ترکیبی (مطابق کتاب پشتیبان) - برای آموزش روانی: ارجاع به کارشناس سلامت روان - در صورتی که برای اولین بار تشنج اتفاق افتاده یا به رغم اقدامات انجام شده صرع کنترل نشده است، جهت بررسی تشخیصی و درمان: ارجاع غیر فوری به روانپزشک
وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱- ناتوانی در یادگیری یا انجام کارهای شخصی ۲- ارتباطات اجتماعی کم و نامتناسب با سن	ناتوانی از درک صحیح صحبت های دیگران و پاسخ مناسب به آن، ناتوانی در برقراری ارتباط مناسب و فعال با همسالان، ناتوانی در یادگیری در حد همسالان، ناتوانی در انجام کارهای شخصی مثل غذا خوردن و لباس پوشیدن	معلولیت ذهنی	- برای کلیه موارد جدید، جهت تایید تشخیص و انجام اقدامات احتمالی ضروری: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - درصورت بروز علایم جدید در بیماران قبلی، مثل اضطراب، تغییرات خلقی، یا اختلال رفتاری: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - توجه به وجود مشکلات همراه مثل صرع، افسردگی و اختلال رفتاری و ارجاع غیرفوری به روانپزشک - برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان - اختلالات روانپزشکی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و در صورت نیاز درمان کنید. - بدرفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مداخلات لازم را مد نظر قرار دهید (از کودک یا نوجوان مستقیما بپرسید). - مشکلات طبی همراه شامل اختلال بینایی و شنوایی را درمان و مراقبت کنید. - نکته: در تجویز داروهای روانپزشکی به بیمارانی که اختلالات تکاملی و ناتوانی ذهنی دارند احتیاط کنید چون این افراد اغلب به عوارض این داروها حساس ترند.

بسته خدمتی سلامت روان – سالمندان

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
دمانس **ابتدا صفحه مربوط به کشیدن ساعت را جلوی سالمند قرار دهید. خودکار یا مداد را در اختیار وی گذارید سپس بگویید:** **لطفاً در این صفحه، در داخل دایره ساعت، ساعت یازده و بیست دقیقه را با عقربه روی آن رسم کنید. می توانید این توضیحات را تکرار کنید اما هیچگونه راهنمایی دیگری به سالمند نکنید. به او زمان بدهید تا کارش را تمام کند.**	**امتیاز صفر از آزمون به ذهن سپاری یا امتیاز صفر از آزمون یادآوری کلمات یا امتیاز ۱ یا ۲ از آزمون یادآوری کلمات به همراه امتیاز صفر از آزمون کشیدن ساعت**	**مشکل (ابتلا به دمانس)**	**به سالمند و همراه وی راههای تقویت حافظه را آموزش دهید.** **سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیرفوری دهید.**
	امتیاز ۱ تا ۲ از تست یادآوری کلمات به همراه امتیاز یک از آزمون کشیدن ساعت	**فاقد مشکل**	**به سالمند و همراه وی راههای تقویت حافظه را آموزش دهید. به تیم غیرپزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در یک سال بعد تشویق کند.**

ارزیابی سالمند از نظر دمانس

سالمند با احتمال ابتلا به دمانس را به شرح زیر ارزیابی کنید:

سالمندی که از آزمون به ذهن سپاری و یا آزمون یادآوری امتیاز صفر گرفته نیازی به انجام آزمون کشیدن ساعت ندارد و در سایر موارد یعنی سالمندی که امتیاز ۱ یا ۲ از آزمون یادآوری کلمات را کسب کرده است نیاز است که آزمون کشیدن ساعت را انجام دهد.

چنانچه سالمند آزمون کشیدن ساعت را به طور صحیح انجام دهد امتیاز یک و در غیر این صورت امتیاز صفر می گیرد. دقت کنید چنانچه سالمند قادر به کشیدن ساعت نیست حتی در مواردی که سالمند قادر به خواندن ساعت است آن را به عنوان آزمون ناصحیح ساعت و امتیاز صفر ثبت کنید.

سالمند را از نظر دمانس طبقه بندی کنید

- در صورتی که سالمند از آزمون به ذهن سپاری یا آزمون یادآوری کلمات امتیاز صفر می گیرد یا امتیاز ۱-۲ از تست یادآوری کلمات به همراه امتیاز صفر از آزمون کشیدن ساعت را کسب می کند در طبقه بندی مشکل (ابتلا به دمانس) قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راههای تقویت حافظه را آموزش دهید. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیرفوری دهید.
- در صورتی که سالمند امتیاز ۱-۲ از تست یادآوری کلمات به همراه امتیاز یک از آزمون کشیدن ساعت را دریافت می کند در طبقه بندی فاقد مشکل قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راههای تقویت حافظه را آموزش دهید. به تیم غیرپزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در سال بعد تشویق کند.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شوه زندگی به منظور تقویت حافظه و کنترل دمانس

به سالمند توصیه کنید که از سوال کردن و گفتن این که چیزی را فراموش کرده خجالت نکشد و سپس راههای تقویت حافظه را به او آموزش دهید.

راهای تقویت حافظه

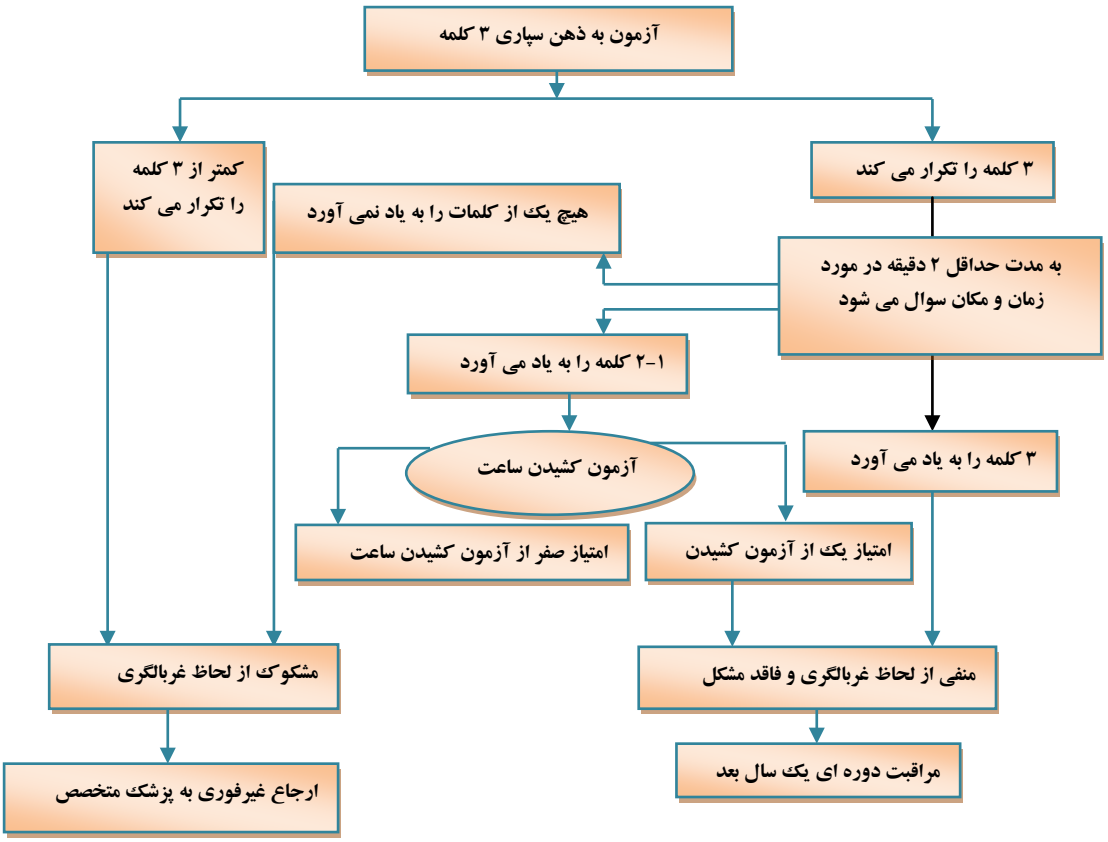
- گوش دادن به اخبار رادیو و تلویزیون هر روز و بازگو کردن آن در جمع دوستان

- سعی در مورد یادگیری یک چیز جدید هر روز
- مطالعه کردن کتاب یا روزنامه
- تعریف کردن خاطرات گذشته در جمع دوستان و یا خانواده
- نگاه کردن به آلبوم عکسهای قدیمی و یادآوری نام افراد و خاطرات گذشته
- نوشتن خاطرات
- مشاعره کردن با دوستان
- انجام بازیهای فکری مثل شطرنج
- حل کردن جدول

مقابله با فراموشکاری

- گذاشتن چیزهایی را که همیشه از آن استفاده می کند مثل عینک یا کلید در یک جای مشخص
- یادداشت کردن مطالبی را که ممکن است فراموش کند و شماره تلفن های اقوام و دوستان
- همراه داشتن دفتر یادداشت و یا تقویم در همه جا
- قرار دادن یک دفترچه یادداشت در کنار تلفن برای یادداشت کردن پیامهای تلفنی
- در معرض دید قرار دادن داروهای مصرفی (دور از دسترس نوه ها) و برای اینکه زمان مصرف دارو را فراموش نکند می تواند به تعداد وعده هایی که باید دارو بخورد شیشه های کوچکی تهیه کند و داروهای هر وعده را در این شیشه ها بریزد.
- از درمان صحیح افسردگی اطمینان حاصل کنید.

راهنمای تشخیص دمانس با استفاده از آزمون ۳ کلمه ای و آزمون کشیدن ساعت



بسته خدمتی سلامت روان – سالمندان (ادامه)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
افسردگی احساس سالمند را در ۲ هفته اخیر از سالمند سوال کنید: ۱. احساس پوچی بلی* خیر ۲. احساس دلشوره و نگرانی در اکثر اوقات بلی* خیر ۳. احساس رضایت از زندگی به طور کلی بلی خیر* ٤. احساس شادی در غالب اوقات بلی خیر* جمع امتیازات برای سالمند با امتیاز ۲ یا بالاتر اقدام کنید: درخواست آزمایش T4 و TSH	امتیاز حداقل ۲ و T4یا TSH غیرطبیعی	مشکل	• سالمند را به متخصص ارجاع غیرفوری دهید. • به سالمند و همراه وی راههای مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید.
	امتیاز حداقل ۲ و T4یا TSH غیرطبیعی	در معرض ابتلا به افسردگی شدید	• به سالمند و همراه وی راههای مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. • سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.
	امتیاز یک	در معرض ابتلا به افسردگی	• به سالمند و همراه وی راههای مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. • سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید.
	امتیاز صفر	فاقد مشکل	• به سالمند و همراه وی راههای مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کنید. به تیم غیرپزشک پسخوراند دهید که سالمند را سال بعد مراقبت دوره ای کند.

دقت کنید به ازای هر پاسخ ضربدر دار (*) یک امتیاز تعلق می گیرد.

بررسی سالمند از نظر ابتلا به افسردگی

سالمند با احتمال ابتلا به افسردگی را به شرح زیر ارزیابی کنید:

به ازای هر پاسخ ضربدر دار یک امتیاز تعلق می گیرد. در پایان امتیازات حاصل را جمع بندی کنید.

سالمند را از نظر ابتلا به افسردگی طبقه بندی کنید

- سالمند با امتیاز ۲ یا بالاتر و T4 یا TSH غیرطبیعی در طبقه بندی مشکل قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راههای مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. سالمند را به متخصص ارجاع غیرفوری دهید.
- سالمند با امتیاز ۲ یا بالاتر در طبقه بندی در معرض ابتلا به افسردگی شدید (ابتلا به افسردگی) قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راههای مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.
- سالمند با امتیاز ۱ در طبقه بندی در معرض ابتلا به افسردگی قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راههای مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید.
- سالمند با امتیاز صفر در طبقه بندی فاقد مشکل قرار می گیرد. به سالمند و همراه راههای مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کند. به تیم غیرپزشک پسخوراند دهید که سالمند را یک سال بعد مراقبت دوره ای کند.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند به منظور مقابله با افسردگی (درمان غیردارویی):

به سالمند توصیه کنید زمانی که دچار استرس و یا اضطراب و دلشوره می شود اقدامات زیر را انجام دهد:

- ✓ درخواست کمک از دیگران زمانی که به کمک نیاز دارد
- ✓ مشغول شدن به انجام کاری در خانه ترجیحاً کار مورد علاقه مثل تلویزیون نگاه کردن، کتاب خواندن، باغبانی کردن ...
- ✓ صحبت کردن با دوستان و اقوام
- ✓ دیدن دوستان و آشنایان
- ✓ خارج شدن از خانه برای مدت کوتاهی و دیدن مغازه ها و یا قدم زدن در پارک

✓ ورزش کردن و انجام تمرینات آرام سازی

پیگیری

سالمند در معرض ابتلا به افسردگی شدید را پس از یک ماه پیگیری کنید:

نشانه های افسردگی را بر طبق جدول ارزیابی از سالمند سوال کنید:

۱. برای سالمندی که به درمان غیردارویی پاسخ نداده یا پاسخ نسبی داده است یعنی امتیاز قبلی کاهش نیافته و یا در صورت کاهش به کمتر از ۲ نرسیده است درمان دارویی را شروع کنید. از سالمند در خصوص شیوه زندگی و عمل به توصیه ها سوال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیحی دارد سالمند را به ادامه درمان تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدداً آموزش دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.

۲. سالمندی را که به درمان غیردارویی پاسخ داده است یعنی امتیاز دریافتی وی به کمتر از ۲ رسیده است ۳ ماه بعد پیگیری کنید. از سالمند در خصوص شیوه زندگی و عمل به توصیه ها سوال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیحی دارد سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدداً آموزش دهید.

دقت کنید چنانچه سالمند در پایان جلسات پیگیری علیرغم افزایش دوز دارو به حداکثر مقدار مجاز آن (٤٠ میلی گرم در روز) به درمان پاسخ نداده یعنی امتیاز وی کمتر از ۲ نرسیده وی را به روانپزشک ارجاع غیرفوری دهید.

درمان

برای درمان دارویی ابتدا از داروی فلوکستین ۱۰ میلی گرم روزانه در هفته بعد از صبحانه شروع کنید و در صورت عدم پاسخ پس از ٤ هفته به ۲۰ میلی گرم در روز و در صورت عدم پاسخ به دوزاژ۲۰ میلی گرم پس از ٤ هفته به ٤٠ میلی گرم (یک عدد پس از صبحانه و یک عدد پس از ناهار) افزایش دهید. در صورت برخورد با عوارض دارویی غیرقابل کنترل از نورتریپتیلین یک قرص ۲۵ میلی گرم در شب به مدت ۳ شب و پس از آن دو قرص (۵۰ میلی گرم) استفاده کنید.

در زمان درمان به مورد زیر دقت کنید:

چنانچه سالمند افسردگی را به همراه بیقراری و دلشوره دارد و به درمان حداقل یک ماه پس از درمان با فلوکستین پاسخ نداده علاوه بر داروهای ضدافسردگی از لورازپام ۱-۲ میلی گرم یک تا دو بار در روز نیز استفاده کنید.

عوارض دارویی فلوکستین

- عارضه گوارشی (درد، نفخ، تهوع و اسهال)
- بیقراری و اضطراب (شایع ترین عارضه در سالمندان)
- خواب آلودگی

در صورت بروز عارضه گوارشی در سالمند اقدامات زیر را انجام دهید:

۱. دوز دارو را به نصف کاهش دهید.

۲. دوز دارو را تدریجی تر و در زمان طولانی تر افزایش دهید.

در صورت بروز عارضه بیقراری و اضطراب ابتدا دوز دارو را کاهش دهید و در صورت عدم پاسخ پس از یک ماه ۵ تا ۱۰ میلی گرم کلردیازپوکساید تجویز کنید و در صورت پاسخ بتدریج داروی یاد شده را در مدت یک ماه قطع کنید.

در صورت بروز عارضه خواب آلودگی به سالمند آموزش دهید که دارو را در هنگام شب مصرف کند.

چنانچه عوارض دارویی با اقدامات فوق کاهش (قابل تحمل) و یا حذف می گردد عوارض دارویی قابل کنترل اطلاق می گردد. در این شرایط نیازی به تغییر دارو ندارید.

چنانچه عوارض دارویی با اقدامات فوق کاهش (قابل تحمل) و یا حذف نمی گردد عوارض دارویی غیر قابل کنترل اطلاق می گردد. در این شرایط باید دارو را تغییر و از داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای (نورتریپتیلین، آمی تریپتیلین، ایمی پرامین، دزیپرامین و تریمپرامین) با حداقل دوز استفاده کنید. دقت کنید داروهای یاد شده در بلوک قلبی، انفارکتوس اخیر قلبی، گلوکوم با زاویه بسته و هیپرتروفی پروستات منع مصرف مطلق دارد.

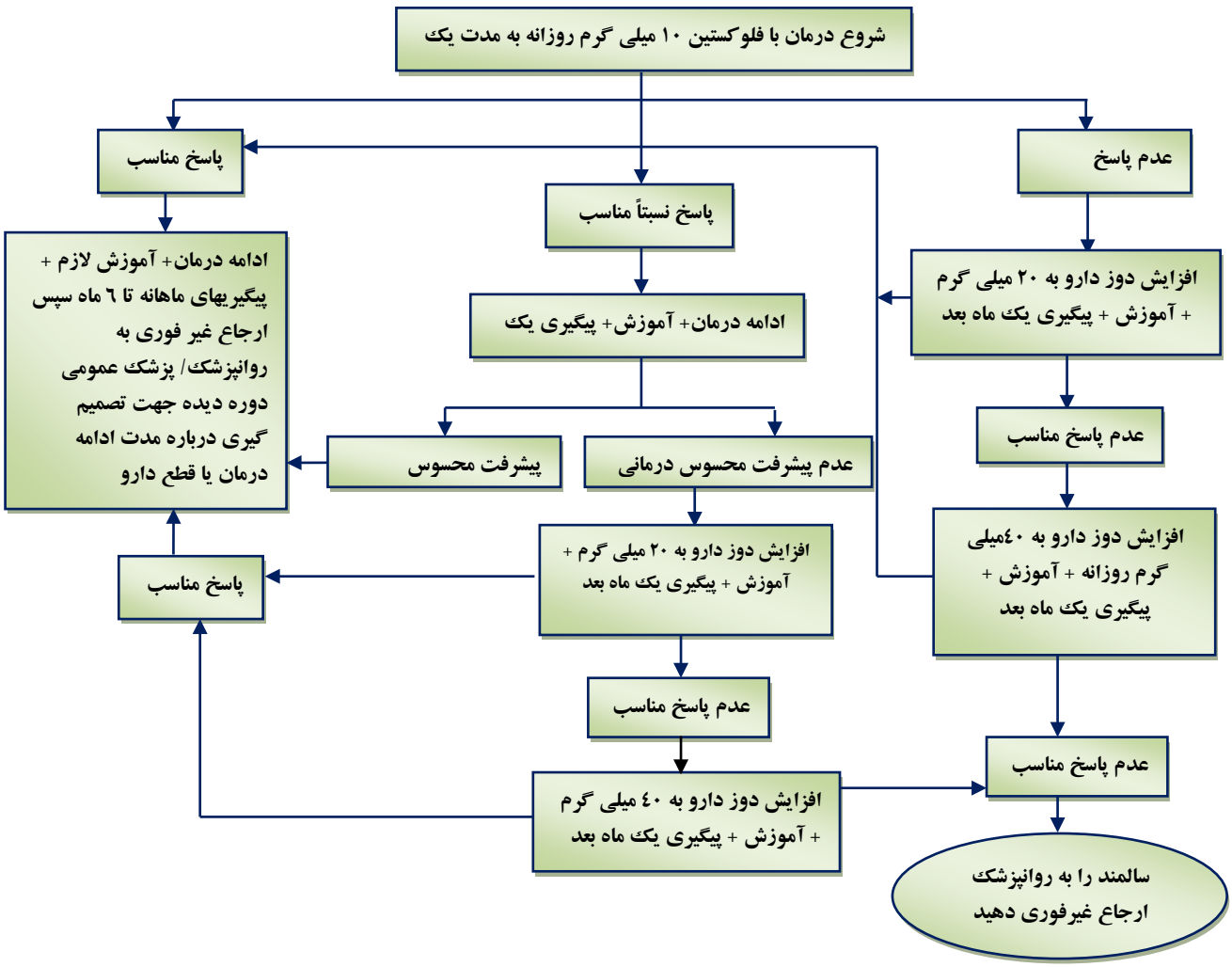
عوارض دارویی نورتریپتیلین

این عوارض شامل یبوست، خواب آلودگی، احتباس ادراری، تاری دید و دلیریوم است.

در صورت بروز ٤ عارضه اول دوز دارو را کاهش دهید در صورتی که عوارض یاد شده به کاهش دوز دارو جواب می دهد عوارض قابل کنترل اطلاق می گردد. در این شرایط درمان دارویی را ادامه دهید. چنانچه عوارض یاد شده به کاهش دوز دارو جواب نمی دهد، عوارض غیرقابل کنترل اطلاق می گردد در این حالت و یا در صورت بروز دلیریوم دارو را قطع کنید و سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیرفوری دهید.

در صورتی که سالمند مبتلا به بیماری افسردگی است و تحت درمان دارویی ضدافسردگی قرار دارد نیازی به ارایه مراقبتهای ادغام یافته از نظر اختلال خواب ندارد. زیرا درمان افسردگی، اختلال خواب را هم پوشش می دهد.

راهنمای درمان افسردگی سالمندان



بسته خدمتی سلامت روان – سالمندان (ادامه)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
اختلال خواب - صبح زودتر از معمول از خواب بیدار شدن - شب دیرتر از معمول به رختخواب رفتن - مشکل به خواب رفتن - بیدار شدن های شبانه - احساس خستگی در طول روز - تحریک پذیری - بیقراری	یک نشانه یا حداقل یک علامت	در معرض ابتلا به اختلال خواب یا عارضه	- به سالمند و همراه وی بهداشت خواب را آموزش دهید. - سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.
	بدون نشانه و بدون علامت	فاقد مشکل	- به سالمند و همراه وی بهداشت خواب را آموزش دهید. - سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کنید. به تیم غیرپزشک پسخوراند دهید که سالمند را یک سال بعد تشویق کند.

علل بوجودآورنده اختلال خواب را همواره مدنظر قرار دهید:

- علل طبی اختلال خواب: درد، شب ادراری، اختلالات تیروئید، نارسایی کبد یا کلیه
- علل روانپزشکی اختلال خواب: اضطراب، افسردگی، مانیا، اسکیزوفرنیا و اختلالات سایکوتیک

بررسی سالمند از نظر اختلال خواب

سالمند با احتمال اختلال خواب یعنی داشتن حداقل یکی از نشانه های اختلال خواب (صبح زودتر از معمول از خواب بیدار شدن، شب دیرتر از معمول به رختخواب رفتن، مشکل به خواب رفتن، بیدار شدن های شبانه) را به شرح زیر ارزیابی کنید:

احساس خستگی در طول روز: چنانچه سالمند در طول روز موقع انجام کار فیزیکی یا فکری زودتر از معمول و یا قبل احساس خستگی می کند یک نشانه است.

بیقراری: چنانچه سالمند مرتب در حال جابجایی و تغییر از نشستن به ایستادن و یا بالعکس است و مرتب حرف از رفتن می زند و آرامش و سکون ندارد آن را یک علامت محسوب کنید.

تحریک پذیری: چنانچه سالمند با کوچکترین صدایی از جا می پرد و یا در مقابل کوچکترین حرفی شروع به اعتراض و فریاد می کند. آن را به عنوان یک علامت ثبت کنید.

سالمند را با توجه به جدول ارزیابی از نظر اختلال خواب به شرح زیر طبقه بندی کنید:

چنانچه سالمند دارای حداقل یک نشانه یا یک علامت است در طبقه بندی در معرض ابتلا به اختلال خواب یا عارضه قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی بهداشت خواب را آموزش دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.

چنانچه سالمند بدون نشانه و بدون علامت است در طبقه بندی فاقد مشکل قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی بهداشت خواب را آموزش دهید. به تیم غیرپزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا یک سال بعد تشویق کند.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند به منظور مقابله با اختلال خواب

اگرچه نباید انتظار داشت که سالمند مانند دوران جوانی بخوابد ولی توصیه های زیر می تواند به خواب راحت تر کمک کند:

✓ ورزش کردن منظم به طور روزانه مثل پیاده روی

- ✓ خاتمه دادن به تمرینات ورزشی حداقل دو ساعت قبل از خواب (چون باعث اختلال خواب می شود).
- ✓ اجتناب از چرتهای روزانه و یا به حداقل رساندن آنها
- ✓ رفتن به رختخواب در شبها در یک ساعت معین و بیدار شدن در صبح در یک ساعت معین
- ✓ خارج شدن از رختخواب اگر پس از رفتن به بستر، خوابش نمی برد و سرگرم کردن خود با کاری تا وقتی که احساس خواب آلودگی کند.
- ✓ پرهیز کردن از تماشای تلویزیون یا مطالعه در بستر
- ✓ گرفتن دوش آب گرم قبل از خواب
- ✓ خوردن غذای سبک برای شام
- ✓ مصرف کمتر مایعات بعد از ساعت ٦ بعد از ظهر خصوصاً مایعاتی مثل چای و نوشابه گازدار
- ✓ پرهیز از مصرف چای و یا قهوه پس از شام
- ✓ نوشیدن یک لیوان شیر گرم قبل از خواب (به شروع خواب کمک می کند).
- ✓ استفاده از تکنیکهای آرام سازی در شروع خواب خصوصاً برای سالمندان مبتلا به اضطراب
- ✓ راحت بودن وسایل خواب
- ✓ دور بودن محل خواب از سرو صدا، نور زیاد و داشتن سرما و گرمای مناسب

پیگیری

سالمند در معرض ابتلا به اختلال خواب با عارضه را پس از یک ماه به شرح زیر پیگیری کنید:

- ✓ چنانچه نشانه ها و علایم اختلال خواب در سالمند کاهش یافته است درمان غیردارویی را برای سالمند ادامه دهید. از سالمند و همراه وی در خصوص عمل به توصیه های بهداشت خواب و نشانه ها و علائم اختلال خواب سوال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدداً آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کنید. به تیم غیرپزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در سال بعد تشویق کند.
- ✓ از سالمند و همراه وی در خصوص عمل به توصیه های بهداشت خواب و نشانه ها و علایم اختلال خواب سوال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی
- ✓ را مجدداً آموزش دهید. چنانچه نشانه های بیماری کاهش نیافته است برای سالمند درمان دارویی را شروع کنید و سالمند را یک ماه بعد به شرح زیر پیگیری کنید.

درمان

از گروه بنزودیازپین ها با نیمه عمر کوتاه تر مثل لورازپام یک میلی گرم یا کپسول فلورازپام ۱۵ میلی گرم به مدت ۱۵ شب استفاده کنید. از سالمند بخواهید پس از دو هفته در صورت پاسخ به درمان از دارو یک شب در میان به مدت ۱۵ شب استفاده کند و پس از آن دارو را قطع کند. چنانچه سالمند به درمان دارویی پاسخ نمی دهد وی را به روانپزشک ارجاع غیرفوری دهید. دقت کنید سالمندی که تحت درمان دارویی بیماری افسردگی است نیاز به درمانهای اضافه برای کم خوابی ندارد.

مراقبت از سلامت روان

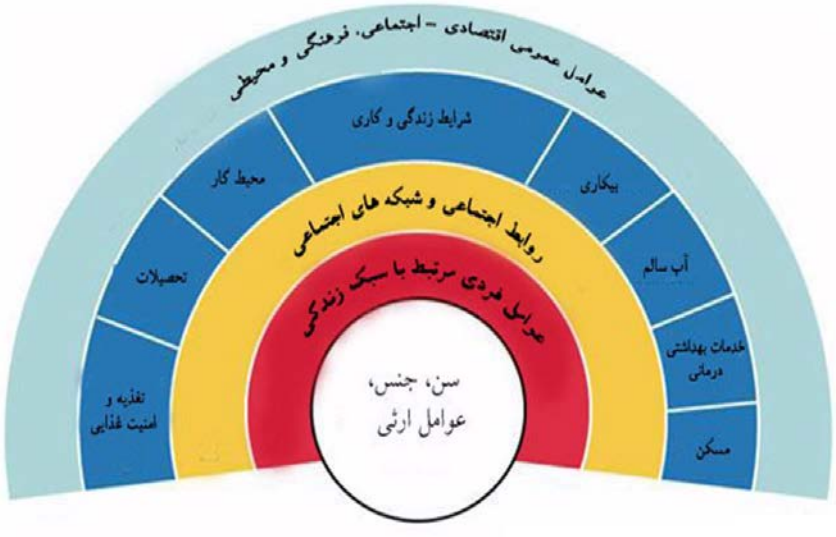
اصل مهم در تحول نظام سلامت

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل دوم

بسته خدمتی سلامت اجتماعی



اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱. بسته خدمات سلامت اجتماعی در گروههای سنی را توضیح دهید.

۲. با استفاده از بسته خدمتی مرتبط با گروه سنی نسبت به ارائه خدمات سلامت اجتماعی اقدام کنید.

عناوین فصل

۱. بسته خدمتی گروه مادران (قبل، حین و بعد از بارداری)

۲. بسته خدمتی گروه سنی تا ٦سال (کودکان)

۳. بسته خدمتی گروه سنی ۷ تا ۱۸ سال (نوجوانان و مدارس)

٤. بسته خدمتی گروه سنی ۱۹ تا ۲۹ سال(جوانان)

٥. بسته خدمتی گروه سنی ۳۰ تا ٥۹ سال(میانسالان)

٦. بسته خدمتی گروه سنی بالاتر از ٦۰ سالگی(سالمندان)

بسته خدمتی سلامت اجتماعی

گروه مادران (قبل، حین و بعد از بارداری)

ارزیابی همسرآزاری	نشانه ها و علائم	طبقه بندی	اقدامات
از مراجعین در حین مصاحبه و معاینه و پس از پرسش در مورد علت مراجعه و معاینات معمول سوال شود: زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آیا تاکنون همسر شما: ۱. شما را کتک زده است؟ ۲. به شما توهین کرده است؟ ۳. شما را به آسیب تهدید کرده است؟ ٤. سر شما فریاد زده است؟ با استفاده راهنمای نمره گذاری امتیاز بدست آمده محاسبه می گردد*. دو گروه دیگر که لازم است مورد ارزیابی قرار بگیرند عبارتند از: - مراجعینی که به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت همسر یا عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آن مراجعه می کنند. - مراجعینی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده، ماما یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند.	لازم است که علائم و نشانه های روانشناختی، جسمانی و رفتاری ارزیابی شود**.	همسرآزاری	۱- مصاحبه ** هنگام مصاحبه بهتر است ضمن گوش دادن به صحبت‌های مراجع و توجه به شکایات او، با تکان دادن سر و استفاده از عباراتی مانند "خیلی اذیت شدید"، "می‌فهمم"،... ارتباط مناسب را برقرار کنید. ۲- ارزیابی خطر** در مواردی که شواهدی از وقوع خشونت اخیر وجود دارد، اولویت در ایمن نگه داشتن قربانی است. در مواردی که خشونت و بدبینی فرد مرتکب خشونت زیاد باشد، صلاح است اول مرتکب را تنها ببینیم و در مورد مشکل و علت مراجعه همسرش سؤال کنیم، سپس با قربانی مصاحبه کنیم. ۳- ثبت موارد در پرونده پزشک** • شکایت اصلی یا شرح مشکل اخیر همراه با تاریخ و ساعت حادثه به نقل از مراجع • جزئیات رفتار خشن به نقل از مراجع و ارتباط آن با مشکل حاضر • مشکل طبی حاصل از خشونت • ظاهر و رفتار و طرز برخورد بیمار • مشخصات فرد خشونت‌کننده و شاهدان ماجرا ٤- ارائه خدمات پزشکی برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی مراجع**

* توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسرآزاری:

در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیتم از ۱ تا ۵ امتیاز می گیرد "هیچ وقت (۱) بندرت (۲) گاهی (۳) اغلب (٤) و همیشه (۵)". بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ٤ و حداکثر آن ۲۰ می باشد. امتیاز بالا تر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می شود.

** به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده همسرآزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی مراجعه شود

سلامت اجتماعی - گروه سنی کودکان (تا ٦ سالگی)

ارزیابی کودک آزاری	نشانه ها و علائم	طبقه بندی	اقدامات
-وجود علایم ذیل در کودکان*: • علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار • کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمتهای مختلف بدن • خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن • سایر علایم: • عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه با نوع علایم بدنی • وجود کبودیها و علایمی که مدتها از زمان آنها گذشته باشد. -کودکانی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند. - وجود سابقه آسیب ار قبیل تاریخچه صدمات تکراری و یا سابقه مراجعات مکرر قبلی به بیمارستان - وجود گزارشات مبهم از سوی والدین و یا سایر افراد خانواده درباره علت آسیب - اتفاقی قلمداد نمودن آسیب از سوی والدین - نحوه برخورد والدین از قبیل تأخیر در رساندن کودک جهت درمان، ترک مرکز درمانی قبل از کامل شدن ارزیابی ها، ابراز عدم تمایل به دادن اطلاعات، مسئولیت آسیب را بر عهده دیگران انداختن، عدم همکاری با تیم درمان - کودکانی که مادران آنها قبلا به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده اند.	لازم است که علائم و نشانه های روانشناختی، جسمانی و رفتاری ارزیابی شود**.	کودک آزاری	-انجام معاینات کامل بالینی** -اقدامات پاراکلینیکی** -اقدامات درمانی**

سلامت اجتماعی - گروه سنی نوجوانان و مدارس (۱۸- ۷ سالگی)

ارزیابی کودک آزاری	نشانه ها و علائم	طبقه بندی	اقدامات
-وجود علایم ذیل در کودکان و نوجوانان*: • علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار • کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمتهای مختلف بدن • خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن • سایر علایم: • عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه با نوع علایم بدنی • وجود کبودیها و علایمی که مدتها از زمان آنها گذشته باشد. - کودکان و نوجوانانی که به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت در خانه، کودک آزاری و عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آنها مراجعه می کنند. - کودکان و نوجوانانی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند. - وجود سابقه آسیب ار قبیل تاریخچه صدمات تکراری و یا سابقه مراجعات مکرر قبلی به بیمارستان - وجود گزارشات مبهم از سوی والدین و یا سایر افراد خانواده درباره علت آسیب - - اتفاقی قلمداد نمودن آسیب از سوی والدین - - نحوه برخورد والدین از قبیل تأخیر در رساندن کودک جهت درمان، ترک مرکز درمانی قبل از کامل شدن ارزیابی ها، ابراز عدم تمایل به دادن اطلاعات، مسئولیت آسیب را بر عهده دیگران انداختن، عدم همکاری با تیم درمان - کودکان و نوجوانانی که مادران آنها قبلا به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده اند.	لازم است که علائم و نشانه های روانشناختی، جسمانی و رفتاری ارزیابی شود**.	کودک آزاری	- انجام معاینات کامل بالینی** - اقدامات پاراکلینیکی** - اقدامات درمانی**

سلامت اجتماعی - گروه سنی نوجوانان و مدارس (۱۸- ۷ سالگی)

ارزیابی همسرآزاری	نشانه ها و علائم	طبقه بندی	اقدامات
- از مراجعین نوجوان زن و متاهل در حین مصاحبه و معاینه و پس از پرسش در مورد علت مراجعه و معاینات معمول سوال شود: زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آیا تاکنون همسر شما: ۱. شما را کتک زده است؟ ۲. به شما توهین کرده است؟ ۳. شما را به آسیب تهدید کرده است؟ ٤. سر شما فریاد زده است؟ با استفاده راهنمای نمره گذاری امتیاز بدست آمده محاسبه می گردد***. دو گروه دیگر که لازم است مورد ارزیابی قرار بگیرند عبارتند از: - مراجعینی که به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت همسر یا عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آن مراجعه می کنند. - مراحعینی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند.	لازم است که علائم و نشانه های روانشناختی، جسمانی و رفتاری ارزیابی شود****.	همسرآزاری	۱. مصاحبه **** 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. ۲. ارزیابی خطر**** در مواردی که شواهدی از وقوع خشونت اخیر وجود دارد، اولویت در ایمن نگه داشتن قربانی است. در مواردی که خشونت و بدبینی فرد مرتکب خشونت زیاد باشد، صلاح است اول مرتکب را تنها ببینیم و در مورد مشکل و علت مراجعه همسرش سؤال کنیم، سپس با قربانی مصاحبه کنیم. ۳. ثبت موارد در پرونده پزشک**** - شکایت اصلی یا شرح مشکل اخیر همراه با تاریخ و ساعت حادثه به نقل از مراجع - جزئیات رفتار خشن به نقل از مراجع و ارتباط آن با مشکل حاضر - مشکل طبی حاصل از خشونت - ظاهر و رفتار و طرز برخورد بیمار - مشخصات فرد خشونت‌کننده و شاهدان ماجرا ٤. ارائه خدمات پزشکی برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی مراجع****

* وجود علایم زیر می تواند نشان دهنده سوء رفتار جسمانی با کودک باشد:

وجود هرگونه خونمردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال۲- وجود کبودی هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون ۳- سوختگی هایی شبیه آتش سیگار ٤- ضایعاتی شبیه سوختگی با آب جوش ٥- علائم گاز گرفتن٦- تورم و دررفتگی مفاصل ۷- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها ۸ - آثار ضربات شلاق۹- پارگی لجام لب۱۰- کبودی چشمان۱۱- مشاهده صدمات متعدد در مراحل مختلف بهبود

** به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده کودک آزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی مراجعه شود .

*** توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسرآزاری:

در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیتم از ۱ تا ٥ امتیاز می گیرد "هیچ وقت (۱) بندرت (۲) گاهی (۳) اغلب (٤) و همیشه (٥)". بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ٤ و حداکثر آن ۲۰ می باشد. امتیاز بالا تر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می شود.

**** به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده همسرآزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی مراجعه شود.

سلامت اجتماعی - گروه سنی جوانان (۲۹- ۱۹ سالگی)

ارزیابی همسرآزاری	نشانه ها و علائم	طبقه بندی	اقدامات
-از مراجعین زن متاهل در حین مصاحبه و معاینه و پس از پرسش در مورد علت مراجعه و معاینات معمول سوال شود: زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آیا تاکنون همسر شما: ۱.شما را کتک زده است؟ ۲.به شما توهین کرده است؟ ۳.شما را به آسیب تهدید کرده است؟ ٤.سر شما فریاد زده است؟ با استفاده راهنمای نمره گذاری امتیاز بدست آمده محاسبه می گردد*. دو گروه دیگر که لازم است مورد ارزیابی قرار بگیرند عبارتند از: - مراجعینی که به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت همسر یا عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آن مراجعه می کنند. - مراجعینی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند.	لازم است که علائم و نشانه های روانشناختی، جسمانی و رفتاری ارزیابی شود**.	همسرآزاری	۱. مصاحبه ** 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. ۲. ارزیابی خطر** در مواردی که شواهدی از وقوع خشونت اخیر وجود دارد، اولویت در ایمن نگه داشتن قربانی است. در مواردی که خشونت و بدبینی فرد مرتکب خشونت زیاد باشد، صلاح است اول مرتکب را تنها ببینیم و در مورد مشکل و علت مراجعه همسرش سؤال کنیم، سپس با قربانی مصاحبه کنیم. ۳. ثبت موارد در پرونده پزشک** • شکایت اصلی یا شرح مشکل اخیر همراه با تاریخ و ساعت حادثه به نقل از مراجع • جزئیات رفتار خشن به نقل از مراجع و ارتباط آن با مشکل حاضر • مشکل طبی حاصل از خشونت • ظاهر و رفتار و طرز برخورد بیمار • مشخصات فرد خشونت‌کننده و شاهدان ماجرا ٤. ارائه خدمات پزشکی برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی مراجع**

* توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسرآزاری:

در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیتم از ۱ تا ۵ امتیاز می گیرد "هیچ وقت (۱) بندرت (۲) گاهی (۳) اغلب (٤) و همیشه (۵)". بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ٤ و حداکثر آن ۲۰ می باشد. امتیاز بالا تر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می شود.

** به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده همسرآزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی مراجعه شود

سلامت اجتماعی - گروه سنی میانسالان (۵۹- ۳۰ سالگی)

ارزیابی همسرآزاری	نشانه ها و علائم	طبقه بندی	اقدامات
- از مراجعین زن متاهل در حین مصاحبه و معاینه و پس از پرسش در مورد علت مراجعه و معاینات معمول سوال شود: زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آیا تاکنون همسر شما: ۱. شما را کتک زده است؟ ۲. به شما توهین کرده است؟ ۳. شما را به آسیب تهدید کرده است؟ ٤. سر شما فریاد زده است؟ با استفاده راهنمای نمره گذاری امتیاز بدست آمده محاسبه می گردد*. دو گروه دیگر که لازم است مورد ارزیابی قرار بگیرند عبارتند از: - مراجعینی که به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت همسر یا عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آن مراجعه می کنند. - مراحعینی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند.	لازم است که علائم و نشانه های روانشناختی، جسمانی و رفتاری ارزیابی شود**.	همسرآزاری	۱. مصاحبه ** 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. ۲. ارزیابی خطر** در مواردی که شواهدی از وقوع خشونت اخیر وجود دارد، اولویت در ایمن نگه داشتن قربانی است. در مواردی که خشونت و بدبینی فرد مرتکب خشونت زیاد باشد، صلاح است اول مرتکب را تنها ببینیم و در مورد مشکل و علت مراجعه همسرش سؤال کنیم، سپس با قربانی مصاحبه کنیم. ۳. ثبت موارد در پرونده پزشک** • شکایت اصلی یا شرح مشکل اخیر همراه با تاریخ و ساعت حادثه به نقل از مراجع • جزئیات رفتار خشن به نقل از مراجع و ارتباط آن با مشکل حاضر • مشکل طبی حاصل از خشونت • ظاهر و رفتار و طرز برخورد بیمار • مشخصات فرد خشونت‌کننده وشاهدان ماجرا ٤. ارائه خدمات پزشکی برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی مراجع**

* توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسرآزاری:

در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیتم از ۱ تا ۵ امتیاز می گیرد "هیچ وقت (۱) بندرت (۲) گاهی (۳) اغلب (٤) و همیشه (۵)". بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ٤ و حداکثر آن ۲۰ می باشد. امتیاز بالا تر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می شود.

** به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده همسرآزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی مراجعه شود

سلامت اجتماعی - گروه سنی سالمندان (بالاتر از ٦٠ سالگی)

ارزیابی همسرآزاری	نشانه ها و علائم	طبقه بندی	اقدامات
- از مراجعین زن متاهل در حین مصاحبه و معاینه و پس از پرسش در مورد علت مراجعه و معاینات معمول سوال شود: زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آیا تاکنون همسر شما: ۱. شما را کتک زده است؟ ۲. به شما توهین کرده است؟ ۳. شما را به آسیب تهدید کرده است؟ ٤. سر شما فریاد زده است؟ با استفاده راهنمای نمره گذاری امتیاز بدست آمده محاسبه می گردد*. دو گروه دیگر که لازم است مورد ارزیابی قرار بگیرند عبارتند از: - مراجعینی که به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت همسر یا عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آن مراجعه می کنند. - مراحعینی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند.	لازم است که علائم و نشانه های روانشناختی، جسمانی و رفتاری ارزیابی شود**.	همسرآزاری	۱. مصاحبه ** 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. ۲. ارزیابی خطر** در مواردی که شواهدی از وقوع خشونت اخیر وجود دارد، اولویت در ایمن نگه داشتن قربانی است. در مواردی که خشونت و بدبینی فرد مرتکب خشونت زیاد باشد، صلاح است اول مرتکب را تنها ببینیم و در مورد مشکل و علت مراجعه همسرش سؤال کنیم، سپس با قربانی مصاحبه کنیم. ۳. ثبت موارد در پرونده پزشک** • شکایت اصلی یا شرح مشکل اخیر همراه با تاریخ و ساعت حادثه به نقل از مراجع • جزئیات رفتار خشن به نقل از مراجع و ارتباط آن با مشکل حاضر • مشکل طبی حاصل از خشونت • ظاهر و رفتار و طرز برخورد بیمار • مشخصات فرد خشونت‌کننده و شاهدان ماجرا ٤. ارائه خدمات پزشکی برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی مراجع**

سلامت اجتماعی - گروه سنی سالمندان (بالاتر از ٦٠ سالگی)

ارزیابی سالمند آزاری	علائم و نشانه ها	طبقه بندی	اقدامات
- از مراجعین سالمند در حین مصاحبه و معاینه و پس از پرسش در مورد علت مراجعه و معاینات معمول سوال شود: ۱. آیا کسی در اطرافتان وجود دارد که موجب رنجش و ناراحتی شما می شود؟ ۲. آیا در خانه از کسی می ترسید؟ ۳. آیا تا به حال توسط یکی از اعضای خانواده کتک خورده اید؟ پاسخ مثبت به سوال سوم نیاز به بررسی در زمینه علائم و نشانه ها را ضروری می کند. دو گروه دیگر که لازم است مورد ارزیابی قرار بگیرند عبارتند از: - مراجعینی که به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت و سالمند آزاری یا عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آن مراجعه می کنند. - مراجعینی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند.	لازم است که علائم و نشانه های روانشناختی، جسمانی و رفتاری ارزیابی شود***.	سالمند آزاری	۱-مصاحبه *** 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. ۲-ارزیابی خطر*** در مواردی که شواهدی از وقوع خشونت اخیر وجود دارد، اولویت در ایمن نگه داشتن قربانی است. در مواردی که خشونت و بدبینی فرد مرتکب خشونت زیاد باشد، صلاح است اول مرتکب را تنها ببینیم و در مورد مشکل و علت مراجعه سالمند سؤال کنیم، سپس با قربانی مصاحبه کنیم. ۳-ثبت موارد در پرونده پزشک*** • شکایت اصلی یا شرح مشکل اخیر همراه با تاریخ و ساعت حادثه به نقل از مراجع • جزئیات رفتار خشن به نقل از مراجع و ارتباط آن با مشکل حاضر • مشکل طبی حاصل از خشونت • ظاهر و رفتار و طرز برخورد بیمار • مشخصات فرد خشونت‌کننده وشاهدان ماجرا ٤-ارائه خدمات پزشکی برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی مراجع***

* توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسرآزاری:

در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیتم از ۱ تا ۵ امتیاز می گیرد "هیچ وقت (۱) بندرت (۲) گاهی (۳) اغلب (٤) و همیشه (۵)". بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ٤ و حداکثر آن ۲۰ می باشد. امتیاز بالا تر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می شود.

** به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده همسرآزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی مراجعه شود.

*** به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده همسرآزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی مراجعه شود.

سلامت اجتماعی

حلقه گمشده نظام سلامت برای تحقق اهداف و شاخص های سلامتی است

آن را جدی بگیریم

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل سوم

بسته خدمتی پیشگیری و درمان مصرف دخانیات و مواد و الکل

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱. بسته خدمات پیشگیری و درمان در گروههای سنی را توضیح دهید.

۲. با استفاده از بسته خدمتی مرتبط با گروه سنی نسبت به ارائه خدمات پیشگیری و درمان اعتیاد اقدام کنید.

عناوین فصل

۱. بسته خدمتی گروه مادران باردار

۲. بسته خدمتی گروه مادران زایمان، تولد و شیردهی)

۳. بسته خدمتی گروه سنی تا ٦سال (کودکان)

٤. بسته خدمتی نوزادان

٥. بسته خدمتی کودکان

٦. بسته خدمتی گروه سنی ۷ تا ۱۸ سال (نوجوانان و مدارس)

۷. بسته خدمتی گروه سنی ۱۹ تا ۲۹ سال(جوانان)

۸. بسته خدمتی گروه سنی ۳۰ تا ٥۹ سال(بزرگسالان)

۹. بسته خدمتی گروه سنی بالاتر از ٦۰ سالگی(سالمندان)

بسته خدمتی اختلالات سوءمصرف مواد و الکل – مادران باردار

ارزیابی	نشانه‌ها و علائم	تشخیص	اقدامات
معاینه تشخیصی موارد مشکوک به اختلال مصرف مواد در زنان متأهل (فعال از نظر جنسی) در سنین باروری	مصرف سیگار، الکل یا مواد	اختلال مصرف مواد	• مراقبت‌های پیش از بارداری شامل • اقدامات ذیل معاینه تشخیصی مشکوک به مصرف مواد به تفکیک نوع ماده مصرفی • درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... • بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و آزمایش اچ‌آی‌وی در صورت نیاز • درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود • ارجاع غیرفوری به متخصص برای درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی در صورت نیاز
معاینه تشخیصی موارد مشکوک به مسمومیت با مواد	علائم و نشانه‌های مسمومیت با مواد	مسمومیت با مواد	• درمان مسمومیت • ارجاع فوری به بیمارستان/بخش مسمومیت‌ها • اقدامات ذیل معاینه تشخیصی مشکوک به مصرف مواد به تفکیک نوع ماده مصرفی
معاینه تشخیصی موارد مشکوک به اختلال مصرف مواد در زنان باردار	مصرف سیگار، قلیان و ناس	اختلال مصرف نیکوتین	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • توصیه به ترک سیگار • درمان‌های دارویی ترک سیگار شامل درمان جایگزین با نیکوتین یا بوپروپیون • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود
	مصرف مواد افیونی	اختلال مصرف مواد افیونی	• برخورد حرفه‌ای • نشان دادن همدلی • توصیه به ترک مصرف مواد افیونی • ارزیابی جامع از نظر وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی و ارجاع فوری • ارجاع غیرفوری برای دریافت درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین به سطح دو به عنوان درمان استاندارد اختلال مصرف مواد افیونی در بارداری • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود • درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... • بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و آزمایش اچ‌آی‌وی در صورت نیاز • درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود • ارجاع غیرفوری به متخصص برای درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی در صورت نیاز
	مصرف مواد محرک	اختلال مصرف مواد محرک	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • توصیه به ترک مصرف مواد محرک • ارزیابی جامع از نظر وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی مرتبط با مواد محرک شامل پسیکوز، قصد آسیب به خود یا دیگران و دلیریوم و اورژانس‌های روان‌پزشکی دیگر و ارجاع فوری • ارجاع فوری جهت بستری روان‌پزشکی در صورت وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی • ارجاع غیرفوری برای دریافت مداخلات درمانی در سطح دو (درمان سرپایی مفصل با مدل ماتریکس) یا سطح سه (درمان اقامتی یا بستری استاندارد) • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود • درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... • بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و آزمایش اچ‌آی‌وی در صورت نیاز • درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود • ارجاع غیرفوری به متخصص برای درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی در صورت نیاز
	مصرف الکل	اختلال مصرف الکل	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • توصیه به ترک مصرف الکل • ارزیابی جامع از نظر وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی مرتبط با الکل شامل دلیریوم ترمنس و تشنج و اورژانس‌های روان‌پزشکی دیگر و ارجاع فوری • ارزیابی جامع از نظر نیاز به درمان دارویی برای بازگیری از الکل و ارجاع برای سم‌زدایی به سطوح دو یا سه • ارایه درمان دارویی پیشگیری از عود با نالترکسون • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود • درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... • بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و آزمایش اچ‌آی‌وی در صورت نیاز • درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود • ارجاع غیرفوری به متخصص برای درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی در صورت نیاز
مصرف تزریقی مواد	بله/خیر	ابتلاء به اچ‌آی-وی و هپاتیت سی	• اقدامات ذیل معاینه تشخیصی مشکوک به مصرف مواد به تفکیک نوع ماده مصرفی • آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی در صورت عدم انجام آزمایش و اطلاع از نتیجه آن در ٦ ماه گذشته • تکرار آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی در صورت تداوم رفتار پرخطر • اقدامات ذیل معاینه تشخیصی مشکوک به مصرف مواد به تفکیک نوع ماده مصرفی • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار بررسی از نظر صلاحیت سرپرستی والدین و اخذ نظر سازمان بهزیستی شهرستان/استان

بسته خدمتی اختلالات سوءمصرف مواد و الکل - زایمان، تولد و شیردهی

ارزیابی	نشانه‌ها و علائم	تشخیص	اقدامات
معاینه تشخیصی موارد مشکوک به اختلال مصرف مواد در سه ماهه سوم بارداری – قبل از زایمان	مصرف سیگار، الکل یا مواد	اختلالات مصرف مواد	• زایمان • توصیه‌های عمومی برای موارد مشکوک به اختلالات مصرف مواد در بارداری بر حسب نوع مواد • ارجاع مادر برای زایمان در بیمارستان • شیردهی • توصیه‌های عمومی برای موارد مشکوک به اختلالات مصرف مواد در بارداری بر حسب نوع مواد • ارزیابی مادر از نظر اختلالات روان‌پزشکی بعد از زایمان • مادران مصرف‌کننده مواد باید قویاً به شیردهی تشویق شوند، مگر آن که خطرات شیردهی در حین مصرف مواد مشخصاً از مزایای آن بیشتر باشد. بسته به نوع مواد مصرفی، فواصل مصرف مواد، دسترسی به شیر خشک و آب آشامیدنی سالم و وضعیت مادر از نظر اچ‌آی‌وی باید در خصوص شیردهی توسط کارکنان سلامت و پزشک تصمیم‌گیری شود. • مادران شیرده که به صورت مستمر الکل و مواد مصرف می‌کنند، باید برای دریافت شیر خشک مورد حمایت قرار گرفته و شیر خود را به کودک ندهند. • در صورت دسترسی به شیر خشک ابتلاء به عفونت اچ‌آی‌وی یک کنتراندیکاسیون برای شیردهی محسوب می‌گردد اما هپاتیت سی ممنوعیتی برای شیردهی نیست. • مصرف بوپرنورفین و متادون در دوره شیردهی ایمن بوده و مادران باردار تحت درمان باید قویاً به شیردهی تشویق شوند.

بسته خدمتی اختلالات سوءمصرف مواد و الکل - نوزادان

ارزیابی	نشانه‌ها و علائم	تشخیص	اقدامات
معاینه تشخیصی موارد مشکوک به سندرم پرهیز نوزادی	شیر نخوردن، وزن نگرفتن گریه ممتد، بی‌قراری اسهال آبکی، استفراغ تشنج، تب خفیف	سندرم پرهیز نوزادی	• ارجاع فوری به بیمارستان به منظور درمان سندرم پرهیز نوزادی • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار جهت پیگیری
معاینه تشخیصی موارد مشکوک به مسمومیت/بیش‌مصرفی مواد	کاهش هوشیاری آپنه سیانوز	مسمومیت با مواد مضعف دستگاه اعصاب مرکزی	• اقدامات اولیه احیاء کودک • ارجاع فوری برای تداوم درمان مسمومیت در بیمارستان • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای پیگیری

بسته خدمتی اختلالات سوءمصرف مواد و الکل - کودکان

ارزیابی	نشانه‌ها و علائم	تشخیص	اقدامات
معاینه تشخیصی موارد مشکوک به مسمومیت/بیش‌مصرفی مواد	کاهش هوشیاری آپنه سیانوز	مسمومیت با مواد مضعف دستگاه اعصاب مرکزی	• اقدامات اولیه احیاء کودک • ارجاع فوری برای تداوم درمان مسمومیت در بیمارستان • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای پیگیری • توصیه‌های موارد مشکوک به مصرف مواد در کودکان
معاینه تشخیصی موارد مشکوک به اختلال مصرف مواد در کودکان	تغییرات خلقی، هیجانی و رفتاری افت عملکرد ارتباطی، عاطفی و تحصیلی	اختلالات مصرف مواد	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارایه مراقبت‌های معمول کودکان • ارزیابی جامع از نظر مشکلات جسمی و روان‌پزشکی همبود • ارجاع متناسب برای مشکلات جسمی و روان‌پزشکی همبود • ارجاع غیرفوری به فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان یا متخصص روان‌پزشکی برای درمان اختلالات مصرف مواد • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای پیگیری

بسته خدمتی اختلالات سوءمصرف مواد و الکل - نوجوانان و مدارس

ارزیابی	نشانه‌ها و علائم	تشخیص	اقدامات
معاینه تشخیصی موارد مشکوک به مسمومیت/ بیش‌مصرفی مواد	کاهش هوشیاری آپنه سیانوز	مسمومیت با مواد مضعف دستگاه اعصاب مرکزی	• اقدامات اولیه احیاء کودک یا نوجوان • ارجاع فوری برای تداوم درمان مسمومیت در بیمارستان • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای پیگیری • توصیه‌های موارد مشکوک به مصرف مواد در کودکان
معاینه تشخیصی موارد مشکوک به اختلال مصرف مواد	تغییرات خلقی، هیجانی و رفتاری افت عملکرد ارتباطی، عاطفی و تحصیلی	اختلالات مصرف مواد	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارایه مراقبت‌های معمول کودکان • ارزیابی جامع از نظر مشکلات جسمی و روان‌پزشکی همبود • ارجاع متناسب برای مشکلات جسمی و روان‌پزشکی همبود • ارجاع غیرفوری به فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان یا متخصص روان‌پزشکی برای درمان اختلالات مصرف مواد • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای پیگیری
مصرف تزریقی مواد	بله/خیر	ابتلاء به اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی	• اقدامات ذیل معاینه تشخیصی مشکوک به مصرف مواد به تفکیک نوع ماده مصرفی • آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی در صورت عدم انجام آزمایش و اطلاع از نتیجه آن در ٦ ماه گذشته • تکرار آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی در صورت تداوم رفتار پرخطر

بسته خدمتی اختلالات سوءمصرف مواد و الکل - جوانان

ارزیابی	نشانه‌ها و علائم	تشخیص	اقدامات
معاینه تشخیصی علائم و نشانه‌های مسمومیت با مواد	مصرف اخیر مقادیر بالای مواد	مسمومیت با مواد	• ارجاع فوری به پزشک • پیگیری ارجاع • اقدامات ذیل موارد مشکوک به اختلال مصرف مواد در جوانان
معاینه تشخیصی موارد مشکوک به اختلال مصرف مواد	مصرف سیگار، قلیان و ناس	اختلال مصرف نیکوتین	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • توصیه به ترک سیگار • درمان‌های دارویی ترک سیگار شامل درمان جایگزین با نیکوتین یا بوپروپیون • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود
	مصرف مواد افیونی	اختلال مصرف مواد افیونی	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • توصیه به ترک مصرف مواد افیونی • ارزیابی جامع از نظر وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی و ارجاع فوری • ارجاع غیرفوری برای دریافت درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین به سطح دو • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود • درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... • بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و آزمایش اچ‌آی‌وی در صورت نیاز • درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود • ارجاع غیرفوری به متخصص برای درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی در صورت نیاز
	مصرف مواد محرک	اختلال مصرف مواد محرک	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • توصیه به ترک مصرف مواد محرک • ارزیابی جامع از نظر وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی مرتبط با مواد محرک شامل پسیکوز، قصد آسیب به خود یا دیگران و دلیریوم و اورژانس‌های روان‌پزشکی دیگر و ارجاع فوری • ارجاع فوری جهت بستری روان‌پزشکی در صورت وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی • ارجاع غیرفوری برای دریافت مداخلات درمانی در سطح دو (درمان سرپایی مفصل با مدل ماتریکس) یا سطح سه (درمان اقامتی یا بستری استاندارد) • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود • درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... • بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و آزمایش اچ‌آی‌وی در صورت نیاز • درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود • ارجاع غیرفوری به متخصص برای درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی در صورت نیاز
	مصرف الکل	اختلال مصرف الکل	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • توصیه به ترک مصرف الکل • ارزیابی جامع از نظر وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی مرتبط با الکل شامل دلیریوم ترمنس و تشنج و اورژانس‌های روان-پزشکی دیگر و ارجاع فوری • ارزیابی جامع از نظر نیاز به درمان دارویی برای بازگیری از الکل و ارجاع برای سم‌زدایی به سطوح دو یا سه • ارایه درمان دارویی پیشگیری از عود با نالترکسون • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود • درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... • بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و آزمایش اچ‌آی‌وی در صورت نیاز • درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود • ارجاع غیرفوری به متخصص برای درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی در صورت نیاز
	مصرف سایر مواد	اختلال مصرف سایر مواد	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارایه مراقبت‌های معمول • ابراز نگرانی درباره مصرف ماده/مواد مصرفی فرد و توصیه به ترک آن • آموزش درباره اهمیت عدم مصرف ماده/مواد مصرفی فرد و ارایه کارت/های آموزشی • ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان دارویی • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • پیگیری دریافت خدمات درمان زیر نظر پزشک و کارشناس سلامت روان و رفتار • پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار
مصرف تزریقی مواد	بله/خیر	ابتلاء به اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی	• اقدامات ذیل معاینه تشخیصی مشکوک به مصرف مواد به تفکیک نوع ماده مصرفی • آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی در صورت عدم انجام آزمایش و اطلاع از نتیجه آن در ٦ ماه گذشته • تکرار آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی در صورت تداوم رفتار پرخطر

بسته خدمتی اختلالات سوءمصرف مواد و الکل - بزرگسالان

ارزیابی	نشانه‌ها و علائم	تشخیص	اقدامات
معاینه تشخیصی علائم و نشانه‌های مسمومیت با مواد	مصرف اخیر مقادیر بالای مواد	مسمومیت با مواد	• ارجاع فوری به پزشک • پیگیری ارجاع • اقدامات ذیل موارد مشکوک به اختلال مصرف مواد
معاینه تشخیصی موارد مشکوک به اختلال مصرف مواد	مصرف سیگار، قلیان و ناس	اختلال مصرف نیکوتین	• برخورد حرفه‌ای • نشان دادن همدلی • توصیه به ترک سیگار • درمان‌های دارویی ترک سیگار شامل درمان جایگزین با نیکوتین یا بوپروپیون • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود
	مصرف مواد افیونی	اختلال مصرف مواد افیونی	• برخورد حرفه‌ای • نشان دادن همدلی • توصیه به ترک مصرف مواد افیونی • ارزیابی جامع از نظر وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی و ارجاع فوری • ارجاع غیرفوری برای دریافت درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین به سطح دو • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود • درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... • بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و آزمایش اچ‌آی‌وی در صورت نیاز • درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود • ارجاع غیرفوری به متخصص برای درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی در صورت نیاز
	مصرف مواد محرک	اختلال مصرف مواد محرک	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • توصیه به ترک مصرف مواد محرک • ارزیابی جامع از نظر وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی مرتبط با مواد محرک شامل پسیکوز، قصد آسیب به خود یا دیگران و دلیریوم و اورژانس‌های روان‌پزشکی دیگر و ارجاع فوری • ارجاع فوری جهت بستری روان‌پزشکی در صورت وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی • ارجاع غیرفوری برای دریافت مداخلات درمانی در سطح دو (درمان سرپایی مفصل با مدل ماتریکس) یا سطح سه (درمان اقامتی یا بستری استاندارد) • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود • درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... • بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و آزمایش اچ‌آی‌وی در صورت نیاز • درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود • ارجاع غیرفوری به متخصص برای درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی در صورت نیاز
	مصرف الکل	اختلال مصرف الکل	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • توصیه به ترک مصرف الکل • ارزیابی جامع از نظر وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی مرتبط با الکل شامل دلیریوم ترمنس و تشنج و اورژانس‌های روان‌پزشکی دیگر و ارجاع فوری • ارزیابی جامع از نظر نیاز به درمان دارویی برای بازگیری از الکل و ارجاع برای سم‌زدایی به سطوح دو یا سه • ارایه درمان دارویی پیشگیری از عود با نالترکسون • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود • درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... • بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و آزمایش اچ‌آی‌وی در صورت نیاز • درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود • ارجاع غیرفوری به متخصص برای درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی در صورت نیاز
	مصرف سایر مواد	اختلال مصرف سایر مواد	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارایه مراقبت‌های معمول • ابراز نگرانی درباره مصرف ماده/مواد مصرفی فرد و توصیه به ترک آن • آموزش درباره اهمیت عدم مصرف ماده/مواد مصرفی فرد و ارایه کارت/های آموزشی • ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان دارویی • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • پیگیری دریافت خدمات درمان زیر نظر پزشک و کارشناس سلامت روان و رفتار • پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار
مصرف تزریقی مواد	بله/خیر	ابتلاء به اچ-آی‌وی و هپاتیت سی	• اقدامات ذیل معاینه تشخیصی مشکوک به مصرف مواد به تفکیک نوع ماده مصرفی • آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی در صورت عدم انجام آزمایش و اطلاع از نتیجه آن در ٦ ماه گذشته • تکرار آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی در صورت تداوم رفتار پرخطر

بسته خدمتی اختلالات سوءمصرف مواد و الکل - سالمندان

ارزیابی	نشانه‌ها و علائم	تشخیص	اقدامات
معاینه تشخیصی علائم و نشانه‌های مسمومیت با مواد	مصرف اخیر مقادیر بالای مواد	مسمومیت با مواد	• ارجاع فوری به پزشک • پیگیری ارجاع • اقدامات ذیل موارد مشکوک به اختلال مصرف مواد
معاینه تشخیصی موارد مشکوک به اختلال مصرف مواد	مصرف سیگار، قلیان و ناس	اختلال مصرف نیکوتین	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • توصیه به ترک سیگار • درمان‌های دارویی ترک سیگار شامل درمان جایگزین با نیکوتین یا بوپروپیون • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود
	مصرف مواد افیونی	اختلال مصرف مواد افیونی	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • توصیه به ترک مصرف مواد افیونی • ارزیابی جامع از نظر وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی و ارجاع فوری • ارجاع غیرفوری برای دریافت درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین به سطح دو • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود • درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... • بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و آزمایش اچ‌آی‌وی در صورت نیاز • درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود • ارجاع غیرفوری به متخصص برای درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی در صورت نیاز
	مصرف مواد محرک	اختلال مصرف مواد محرک	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • توصیه به ترک مصرف مواد محرک • ارزیابی جامع از نظر وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی مرتبط با مواد محرک شامل پسیکوز، قصد آسیب به خود یا دیگران و دلیریوم و اورژانس‌های روان‌پزشکی دیگر و ارجاع فوری • ارجاع فوری جهت بستری روان‌پزشکی در صورت وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی • ارجاع غیرفوری برای دریافت مداخلات درمانی در سطح دو (درمان سرپایی مفصل با مدل ماتریکس) یا سطح سه (درمان اقامتی یا بستری استاندارد) • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود • درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... • بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و آزمایش اچ‌آی‌وی در صورت نیاز • درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود • ارجاع غیرفوری به متخصص برای درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی در صورت نیاز
	مصرف الکل	اختلال مصرف الکل	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • توصیه به ترک مصرف الکل • ارزیابی جامع از نظر وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی مرتبط با الکل شامل دلیریوم ترمنس و تشنج و اورژانس‌های روان‌پزشکی دیگر و ارجاع فوری • ارزیابی جامع از نظر نیاز به درمان دارویی برای بازگیری از الکل و ارجاع برای سم‌زدایی به سطوح دو یا سه • ارایه درمان دارویی پیشگیری از عود با نالترکسون • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان و رفتار برای برای ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود • درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... • بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و آزمایش اچ‌آی‌وی در صورت نیاز • درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود • ارجاع غیرفوری به متخصص برای درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی در صورت نیاز
	مصرف سایر مواد	اختلال مصرف سایر مواد	• برخورد حرفه‌ای و نشان دادن همدلی • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارایه مراقبت‌های معمول • ابراز نگرانی درباره مصرف ماده/مواد مصرفی فرد و توصیه به ترک آن • آموزش درباره اهمیت عدم مصرف ماده/مواد مصرفی فرد و ارایه کارت/های آموزشی • ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان دارویی • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال‌گری تکمیلی و مداخلات مختصر • پیگیری دریافت خدمات درمان زیر نظر پزشک و کارشناس سلامت روان و رفتار • پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار
مصرف تزریقی مواد	بله/خیر	ابتلاء به اچ-آی‌وی و هپاتیت سی	• اقدامات ذیل معاینه تشخیصی مشکوک به مصرف مواد به تفکیک نوع ماده مصرفی • آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی در صورت عدم انجام آزمایش و اطلاع از نتیجه آن در ٦ ماه گذشته • تکرار آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی در صورت تداوم رفتار پرخطر

پیشنهادات روزهای اول ترک
۶ به فرایند بهبودی اعتماد کن
۵ از حمایت جلسات استفاده کن
۴ با افکار معتاد گونه مبارزه کن
۳ با نوسانات خُلقیت سازش کن
۲ عوارض خماری را تحمل کن
۱ بیماری اعتیادت را بپذیر

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی

اجتماعی و اعتیاد برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت

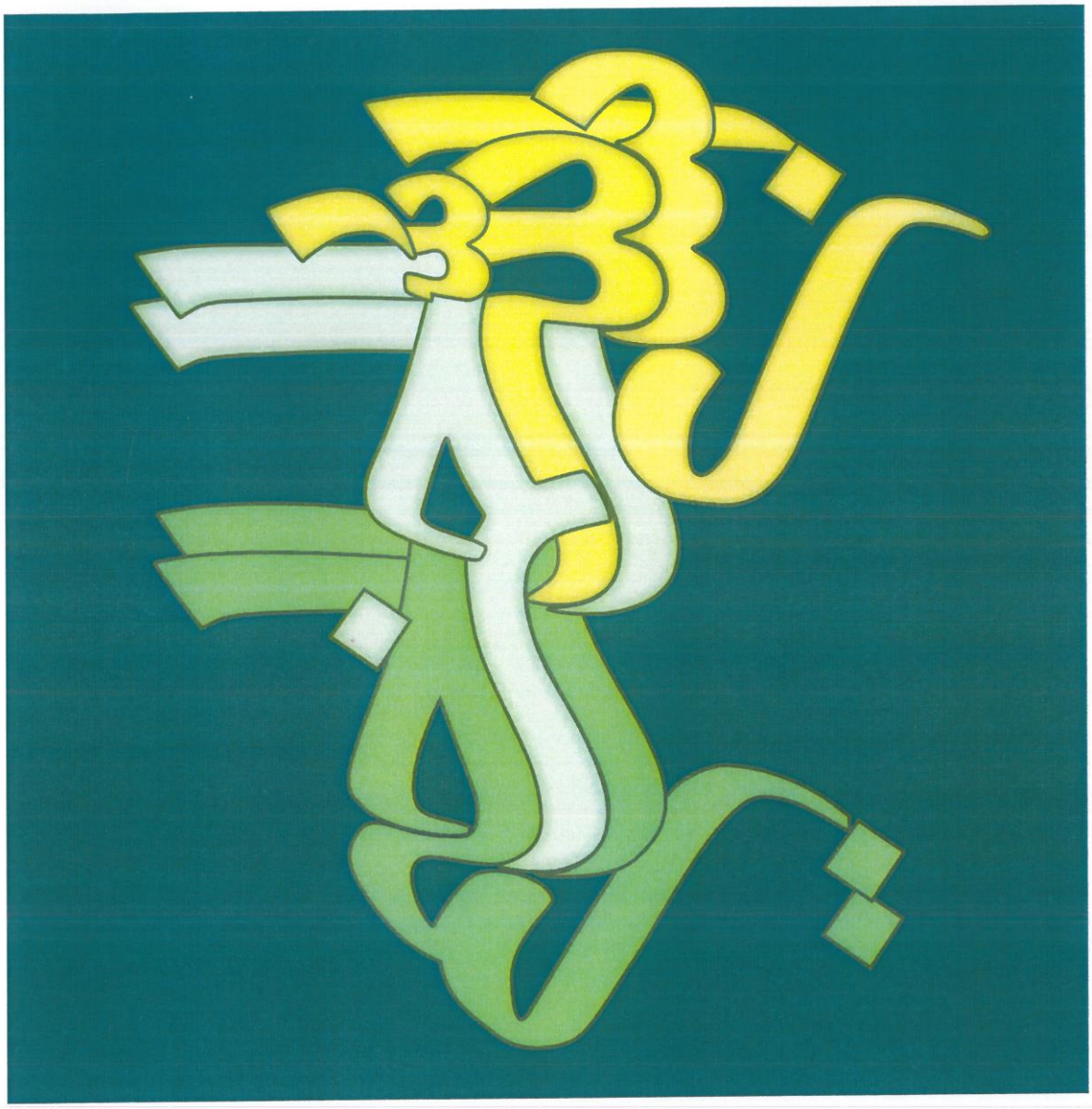
بخش چهارم

راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات روانپزشکی پزشک خانواده در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

عناوین این بخش؛

- راهنمای استفاده از نمودارها
- اصول کلی مراقبت
- افسردگی (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)
- اختلال اضطرابی (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)
- اختلال سایکوز و دوقطبی (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)
- دمانس (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)
- صرع (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)
- اختلال تکامل (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)
- اختلال رفتاری کودک و نوجوان(ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)
- آسیب به خود/ خودکشی (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)
- سایر شکایات (ارزیابی، شروع درمان، تداوم درمان، جزئیات مداخله)

اختلالات سلامت روان
راهنمای ارزیابی و درمان
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



پیش‌گفتار

اختلالات روان‌پزشکی صدها میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تاثیر قرار داده‌اند. غفلت از این اختلالات خسارت‌های جدی در سطح فرد، خانواده، و جامعه به دنبال خواهد داشت. هر چند در حال حاضر امکان درمان موفق اختلالات روان‌پزشکی وجود دارد، تنها درصد کمی از افراد نیازمند خدمت، فقط ابتدایی ترین درمان ها را دریافت می‌کنند. ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت مناسب‌ترین روش جبران شکاف بین خدمات موجود و خدمات مورد نیاز جامعه است. این ادغام شرایطی را فراهم می‌سازد که افراد بتوانند مراقبت‌هایی را که مورد نیاز آنهاست، دریافت کنند. مراقبت‌های اولیه برای سلامت روان مقرون به صرفه است و سرمایه‌گذاری در این حیطه منافع زیادی را به دنبال خواهد داشت.

تحقیقات گسترده‌ی کشوری نشان می دهد با وجود آنکه بخش قابل ملاحظه‌ای از افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی برای دریافت خدمات مشاوره‌ای و درمانی احساس نیاز می‌کنند، اما حدود دو سوم افراد مبتلا، از مداخلات سلامت بهره‌مند نمی‌شوند. همچنین، بررسی شاخص حداقل درمان کافی نشان می‌دهد که فقط ۲۰ درصد از کل این بیماران حداقل درمان کافی را دریافت می‌کنند. از سوی دیگر ساکنین شهرها و اقشار کم درآمد کمترین بهره‌مندی را از خدمات سلامت روان داشته‌اند. بنابراین برنامه ریزی دقیق و جدی برای افزایش دسترسی افراد نیازمند به این خدمات و بهبود کیفیت خدمات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

برای ارزیابی، تشخیص، درمان و ارجاع افراد مبتلا به اختلال روان‌پزشکی مهارت‌ها و صلاحیت‌های ویژه‌ای مورد نیاز است. بنا بر این لازم است که کارکنان نظام مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی در حیطه‌ی سلامت روان، به اندازه کافی آموزش ببینند و مورد حمایت واقع شوند. مدل منحصر به فردی که همه کشورها بتوانند به عنوان بهترین مدل عملیاتی از آن استفاده کنند، وجود ندارد. شواهد حاکی از آن است که هنگامی که خدمات سلامت روان در چارچوب‌های سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری مورد توجه قرار گیرد، بهترین نتایج به دست می‌آید، مشروط بر آن که تمام الزامات تبدیل یک سیاست مناسب به برنامه‌های جاری به دقت رعایت شوند.

جمهوری اسلامی ایران از جمله کشورهایی است که از حدود سه دهه پیش خدمات سلامت روان را در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی ادغام کرده است. در سطح روستا بهورز در حوزه‌ی سلامت روان مسئولیت‌های تعریف شده‌ای دارد. پزشکان عمومی مراقبت‌های سلامت روان را، به عنوان بخشی از وظایف کلی خود ارائه می‌دهند. بنا بر این در مراکز مراقبت‌های اولیه، بیماران خدمات سلامت روان را به صورت یک‌پارچه و ادغام یافته با سایر خدمات دریافت می‌کنند. در مواردی که مشکلات بیماران پیچیده باشد، پزشکان عمومی بیماران را به سطح بالاتر ارائه خدمت، که توسط متخصصین سلامت روان (روان‌پزشکان و روان‌شناسان) حمایت می‌شود، ارجاع می‌دهند. وجه غالب و مهم ادغام سلامت روان در ایران، اجرای آن در مقیاس کشوری است.

فرآیند ادغام و ارائه خدمات در شهرها، به علت ضعف زیر ساخت‌های نظام مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت در شهرها، با مشکلاتی روبرو است. طرح تحول نظام سلامت در جهت اصلاح این زیر ساخت‌ها و ارتقاء کمی و کیفی خدمات، گامی بزرگ در شهرها برداشته است. از سال ۱۳۹۳ با توجه به محرومیت و آسیب پذیر بودن حاشیه شهرها، این طرح در مرحله‌ی اول به مناطق حاشیه‌ای پرداخته است، به گونه‌ای که با تکمیل این مرحله بیش از ۱۰ میلیون نفر از ساکنین حاشیه شهرها از مراقبت‌های فعال سطح پایه نظام سلامت، برخوردار می‌شوند.

پزشکان عمومی در نظام ارائه‌ی خدمات سلامت جایگاه ویژه‌ای دارند. توانمند سازی این گروه از کارکنان غیرمتخصص در نظام سلامت، بار ناشی از اختلالات روان‌پزشکی را کاهش می‌دهد. ارتقاء و گسترش برنامه های سلامت روان به فن‌آوری پیچیده نیاز ندارد. آنچه مورد نیاز است افزایش توان و ظرفیت نظام مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی و ارائه بسته‌های آموزشی متناسب با ظرفیت نیروی انسانی و نیاز دریافت کنندگان خدمت است.

پیش‌گفتار

راهنمای بالینی پیش رو به عنوان یک ابزار فنی، طیف گسترده‌ای از توصیه‌های درمانی و آموزشی را برای تسهیل در مراقبت‌های با کیفیت بالا و در سطح غیرتخصصی فراهم نموده است. این مجموعه، به منظور تطبیق راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات روان‌پزشکیِ تدوین شده توسط سازمان جهانی بهداشت، با شرایط ایران تهیه شده است. امید آن دارم که این تلاش سهمی به سزا در ارتقای برنامه‌های سلامت روان در چارچوب طرح تحول سلامت در حوزه‌ی بهداشت ایفا کند.

دکتر علی اکبر سیاری

معاون بهداشت

مقدمه

بر اساس آخرین تحقیقات انجام شده در کشور، می‌توان گفت که تقریبا از هر چهار نفر، یک نفر دچار یک یا چند اختلال روان‌پزشکی است؛ با این حال، دو سوم افراد مبتلا، از مداخلات بهداشتی درمانی بهره‌مند نمی‌شوند و بسیاری از خدمات ارائه شده نیز کیفیت مطلوب ندارند[1]. آخرین مطالعه‌ی بار بیماری‌ها در کشور نیز مشخص کرد که بیماری‌های روان‌پزشکی در مقایسه با سایر بیماری‌ها، مهم‌ترین عامل ناتوانی در سنین ۱۰-۴۰ سالگی هستند[2]. با این حال به‌خوبی می‌دانیم که درمان‌ها و مداخلات روان‌پزشکی و روان‌شناختی به طور موثری بار ناشی از بیماری‌های روان‌پزشکی را کاهش می‌دهند.

پزشکان عمومی به عنوان خط اول ارائه‌ی خدمت در نظام سلامت کشور، بخصوص در مناطق شهری، می‌توانند با شناسایی به‌هنگام و درمان مناسب بیماری‌های روان‌پزشکی گام بزرگی در کاهش بار ناشی از این بیماری‌ها بردارند. این کار میسر نمی‌شود مگر با به کارگیری راهنمایی که در عین سادگی و اختصار بتواند نیازهای پزشکان را برآورده سازد، منوط بر آنکه پزشکان برای شناسایی و درمان بیماری‌ها بر مبنای این راهنما مورد آموزش و پشتیبانی مناسب قرار گیرند. اکنون استفاده از راهنماهای بالینی در خدمات سلامت، هنجاری پذیرفته شده است. راهنماهای بالینی نه تنها «راهنما»یی برای ارائهٔ خدمات بهتر و مبتنی بر شواهد علمی به روزشده هستند، بلکه هم‌اکنون در بسیاری از مراکز در سطح دنیا، خدمات سلامت صرفا مبتنی بر این راهنماها ارائه می‌شوند و حتی کیفیت آنها نیز برمبنای میزان پای‌بندی به راهنماها ارزیابی می‌شود.

راهنمای حاضر (ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان) به منظور استفاده در سطح مراقبت‌های اولیه و برای پزشکان عمومی تهیه شده است. البته تا پیش از این اقداماتی پراکنده در جهت تهیه‌ی راهنمای تشخیصی و درمانی برای ارائه‌ی خدمات سلامت روان در کشور انجام شده، ولی آخرین آن به چندین سال قبل باز می‌گردد. این راهنماها از نظر طراحی نمودارها و ارائه‌ی توصیه‌ها محدودیت‌هایی داشته‌اند. از این‌رو بر آن شدیم تا راهنمای جدیدی برای پزشکان عمومی تدوین کنیم.

بدین منظور تصمیم بر آن شد که از بین راهنماهای موجود برای پزشکان عمومی، که درکشورهای مختلف طراحی و به کار گرفته شده است، یکی را انتخاب و آن را با نیازها و مقتضیات نظام مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی کشور هماهنگ کنیم. در بین راهنماها، ویراست اول راهنمای مداخلاتی mhGAP را برگزیدیم، که توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) طراحی و در سال ۲۰۱۰ منتشر شده است. این راهنما با یک روش‌شناسی منظم و مبتنی بر شواهد توسط گروهی از صاحب‌نظران بین المللی و به سرپرستی تیمی در دپارتمان سلامت روان و سوء مصرف مواد سازمان جهانی بهداشت تهیه و تا کنون در چند کشور دنیا به کارگرفته شده است. در این نسخه که به طور رایگان در دسترس عموم است[3]، به تفصیل فرایند طراحی راهنما بیان شده و قرار است که در سال ۲۰۱۶ ویراست دوم آن نیز منتشر گردد. لازم به ذکر است که نسخهٔ فارسی mhGAP با مجوز سازمان جهانی بهداشت توسط تیمی به سرپرستی دکتر احمدعلی نوربالا ترجمه شده است. اما تیم حاضر به‌کارگیری mhGAP را با همان شکل اولیه برای استفاده در نظام مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی کشور کافی و جامع نمی‌دانستند و ضرورت داشت تغییراتی در آن داده شود تا: ۱) فهم منطق نمودارها و استفاده از آنها ساده‌تر شود، ۲) ارجاعات، مبتنی بر نظام ارجاع جاری در کشور باشد، و ۳) اطلاعات ارائه شده در راهنما متناسب با فرهنگ و شرایط داخلی کشور باشد.

---

[1] رحیمی موقر، آ.، شریفی، و.، امین اسماعیلی، م.، متولیان، ع.، حاجبی، ا.، رادگودرزی، ر.، حفاظی، م. (۱۳۹۱).گزارش نهایی پیمایش ملی سلامت روان، ۱۳۸۹-۱۳۹۰. تهران.

Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Hajebi, A., Motevalian, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., Rahimi-Movaghar, A. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey. *Archives of Iranian Medicine, 18* (2), 76-84.

[2] Shahraz, S., Forouzanfar, M.H., Sepanlou, S.G., Dicker, D., Naghavi, P., Pourmalek, F., Mokdad, A., Lozano, R., Vos, T., Asadi-Lari, M., Sayyari, A.A., Murray, C.J, Naghavi, M. (2014). Population health and burden of disease profile of Iran among 20 countries in the region: from Afghanistan to Qatar and Lebanon. *Archives of Iranian Medicine, 17*,336-342

[3] http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/

مقدمه

برای این منظور، تیمی با مدیریت دکتر فرید ابوالحسنی و همراهی دکتر احمد حاجبی و دکتر ونداد شریفی برای انطباق این راهنما تشکیل شد و از تابستان ۱۳۹۴ شروع به کار طراحی و انطباق راهنمای حاضر کرد. با توجه به تجربه‌ی مراقبت مشارکتی با همکاری پزشکان عمومی در قالب راه اندازی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر[۴] در کشور، در فرآیند انطباق، این تجربه نیز مورد توجه قرار گرفت. البته عموم توصیه‌ها[۵] و چارچوب کلی نمودارها عیناً برگرفته از mhGAP است، ولی توضیحات تکمیلی عموما توسط تیم تطبیق تهیه شده است. در mhGAP بخشی برای اختلالات اضطرابی وجود نداشت که طراحی و به آن افزوده شد. همچنین از آنجا که در شرایط فعلی، خدمات مرتبط با درمان اختلالات سومصرف مواد در نظام مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی ارائه نمی‌شود، راهنمای حاضر فاقد این بخش است ولی در نظر است در آینده به آن اضافه شود. به‌علاوه، mhGAP به این منظور طراحی شده که هر ارائه کننده‌ی خدمتی در سطح مراقبتهای اولیه (پزشک یا غیر پزشک) بتواند از آن استفاده کند، ولی با توجه به وجود پزشک در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی، راهنمای حاضر برای پزشک عمومی طراحی شده است. نکته‌ی دیگر آنکه، mhGAP عموماً برای نظام‌هایی از خدمات سلامت قابل استفاده است که دسترسی محدودی به متخصص دارند و راهنمای فعلی با این فرض آماده شده است که در چارچوب راه اندازی مراکز تخصصی سلامت روان جامعه نگر، امکان دسترسی تعریف شده به متخصص فراهم است. ذکر این نکته نیز ضروری است که طراحان mhGAP خود بر ضرورت انطباق آن با نیازهای هر منطقه و کشوری تأکید کرده‌اند. در ترجمه و انطباق متن اصلی با شرایط کشور از اصطلاحات مورد استفاده و پذیرش عموم مردم و پزشکان استفاده شده است. این راهنما در یکی از کارگاه‌هایی که با حضور روان‌پزشکان مراکز سلامت روان جامعه نگر برگزار شد، مورد بحث قرار گرفت. غالب بازخوردهای دریافت شده در این کارگاه در متن راهنما اعمال شده است.

در هر جا در این متن به روان‌پزشک اشاره شده، منظور، روان‌پزشک سطح تخصصی، به ویژه روان‌پزشک مرکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر است. منظور از کارشناس سلامت روان نیز، کارشناس مستقر در مرکز سلامت جامعه است که در کنار پزشک عمومی به ارائه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت روان می‌پردازد.

اما همان گونه که در خود mhGAP نیز ذکر شده است تنها تهیه و توزیع راهنما کفایت نمی‌کند و لازم است پزشکان عمومی به طور مستمر تحت آموزش مبتنی بر راهنما قرار داشته باشند و نظامی نیز جهت پشتیبانی تخصصی از آنان طراحی و مستقر شود. یک مدل موفق در جهان که تجربیات آن در کشور نیز موجود است، نظام مراقبت مشارکتی است که در واقع مشارکت سطح عمومی و تخصصی روان‌پزشکی در بهبود شناسایی و درمان اختلالات روان‌پزشکی در سطح پایه است. هرچند این راهنما اساساً برای پزشکان عمومی طراحی شده است ولی مطالعه‌ی آن توسط سایر پرسنل نظام سلامت مانند متخصصان روان‌پزشکی و غیر روان‌پزشکی و نیز روان‌شناسان و سایر کارکنان نیز مفید است.

در خاتمه تیم تدوین راهنما، پیشاپیش، مراتب تقدیر و تشکر خود را از همه‌ی بزرگوارانی که با بازخوردهای خود امکان بهبود طراحی و ارتقای سودمندی این راهنما را فراهم خواهند ساخت، اعلام می‌کند.

زمستان ۱۳۹۴

دکتر فرید ابوالحسنی، دکتر احمد حاجبی، دکتر ونداد شریفی

---

[۴] نوعی، ز، شریفی، و.، ابوالحسنی، ف.، موسوی‌نیا، س.ج. راه اندازی اولین مرکز سلامت روان جامعه نگر در ایران: تجربهٔ مراقبت مشارکتی. *اصول بهداشت روانی*، ۱۵ (۱)، ۴۱۹-۴۲۳.

[5] Recommendations

راهنمای استفاده از نمودارها

مقدمه

ارائه‌ی خدمت به بیمار از سه مرحله‌ی جمع آوری داده، تصمیم‌گیری و اقدام تشکیل می‌شود. جمع‌آوری داده در قالب اخذ شرح حال از بیمار و مراقبان او، معاینه‌ی بالینی و مرور داده‌های پاراکلینیک که قبلاً برای بیمار درخواست شده است، انجام می‌شود. تصمیم‌گیری به معنای دست‌یابی به یک قضاوت بالینی در مورد بیمار بر مبنای داده‌های جمع‌اوری شده است. مرحله‌ی اقدام، در قالب فعالیت‌های اقدام بالینی (Procedure)، آموزش بیمار و مراقبان او، تجویز دارو، درخواست بررسی‌های جدید پاراکلینیک، یا ارجاع بیمار، انجام می‌شود. در نمودارهای این مجموعه مراحل ارائه خدمت بالینی به افراد دچار اختلالات روان‌پزشکی، به کمک رسم نمودارهایی نمایش داده شده است. به منظور استفاده‌ی مؤثرتر از این نمودارها منطق طراحی و مفهوم نمادهای به کار گرفته شده در آنها، در این بخش توضیح داده می‌شود.

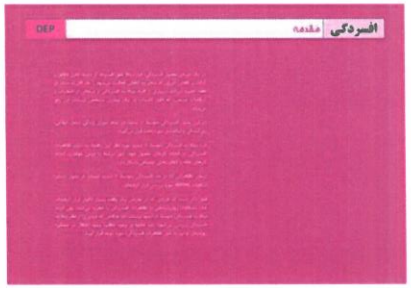
نمودار مادر

نمودار مادر راهنمای ورود به سایر بخش‌های این مجموعه است. بر مبنای این نمودار مشخص می‌شود که با توجه به تظاهرات بیمار، از نمودارهای کدام بخش از کتاب، به منظور ارزیابی و درمان او باید استفاده کرد. در این نمودار تظاهرات رایج اختلالات روان‌پزشکی با توجه به اختلال ایجاد کننده‌ی آنها گروه بندی شده‌اند. در صورتی که ارائه کنندگان خدمت از قبل این نمودار را به دقت مرور کرده بر تظاهرات ذکر شده در آن مسلط باشند؛ به راحتی می‌توانند به کمک آن، نمودار مناسب را برای ارزیابی و درمان بیمار خود پیدا کنند. در مقابلِ کادر در برگیرنده‌ی تظاهرات شایع یک اختلال، سه کادر مشاهده می‌شود. در کادر اول نام اختلال، در کادر دوم علامت اختصاری آن و در کادر سوم صفحه‌ای که نمودارهای مربوط به ارزیابی و درمان اختلال در آن شروع می‌شود، مشخص شده است (شکل زیر).

با توجه به آن که نمودارهای ارزیابی و درمان، در قالب نمودارهای آغاز درمان و ادامه‌ی درمان تنظیم شده است؛ در صورتی که بیمار نزد شما پرونده دارد (برای ادامه‌ی درمان مراجعه کرده است)، نمودار مادر شما را مستقیماً به نمودار ادامه‌ی درمان اختلال مربوطه هدایت می‌کند (شکل زیر).

نمودارهای مربوط به هر اختلال

نمودارهای هر اختلال با یک مقدمه‌ی کوتاه در مورد اختلال شروع می‌شود (شکل زیر).



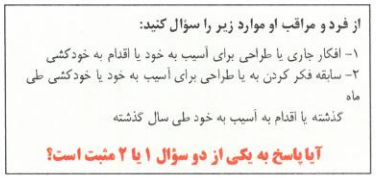
پس از این مقدمه‌ی کوتاه نمودار شروع درمان و به دنبال آن نمودار ادامه‌ی درمان آورده شده است. در مورد دمانس با توجه به آنکه ادامه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا به این اختلال باید توسط متخصص انجام شود؛ نمودار دوم برای آن رسم نشده است. با توجه به اهمیت کنترل تشنج در بیماری که در جریان یک حمله‌ی تشنج نزد شما آورده می‌شود؛ نمودار کنترل تشنج به صورت مجزا ترسیم شده است و پس از آن نمودارهای شروع درمان و ادامه‌ی درمان مانند سایر اختلالات آورده شده است. در مورد سایر شکایات هم با توجه به تنوع موارد بررسی شده در این بخش، امکان رسم نمودار واحدی برای ادامه‌ی درمان وجود ندارد و لذا به یک نمودار بسنده شده است. در ادامه نمادهای به کار گرفته شده برای رسم نمودارهای مربوط به هر اختلال توضیح داده شده است.

نماد جمع‌آوری داده و تصمیم‌گیری

در قالب این نماد، داده‌هایی که باید از بیمار و مراقبان او اخذ شود ذکر و معمولاً در بخش پائینی آن، سؤالی که از طریق پاسخ به آن باید در

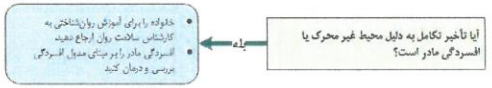
راهنمای استفاده از نمودارها

مورد شرایط بالینی بیمار قضاوت کنید، به رنگ قرمز نوشته شده است (شکل زیر).



ممکن است در این نماد شما فقط برای جمع آوری داده هدایت شده باشید. گاهی نیز در قالب این نماد فقط یک سؤال مطرح شده است (شکل زیر).

در صورتی که این نماد حاوی سؤال باشد، پیوسته از آن دو خروجی بله و خیر خارج می‌شود. در صورتی که فقط یک خروجی از نماد حاوی سؤال خارج شود به معنای آن است که در قبال خروجی دیگر اقدام خاصی مورد نیاز نیست و لذا از رسم خروجی دوم خود داری شده است (شکل زیر).



نماد فاقد سؤال فقط یک خروجی دارد و در نمادهای بعد سؤال مربوط به قضاوت بالینی پرسیده خواهد شد (شکل زیر).

نماد «موارد زیر را بررسی کنید»

در صورت مشاهده‌ی این نماد (شکل زیر)، تمام موارد ذیل آن را، صرف نظر از نتیجه‌ی بررسی اولین مورد، باید بررسی کنید.

نماد «اقدام»

این نماد در قالب یک کادر آبی با خطوط مشکی و زوایای گرد نمایش داده می‌شود (شکل زیر).

در این نماد اقداماتی که پس از قضاوت بالینی باید برای بیمار انجام شود ذکر شده است. موارد ارجاع به متخصص یا بیمارستان، در این نماد به رنگ قرمز نمایش داده شده است.

نمادهای «درصفحه‌ی بعد» و «از صفحه‌ی قبل»

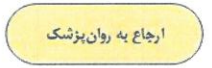
با توجه به آنکه قالب نمودارها در چند صفحه نمایش داده شده‌اند، برای هدایت شما به صفحه‌ی بعد از نمادهای زیر استفاده شده است:

در صورت مشاهده نماد «در صفحه‌ی بعد»، در صفحه‌ی بعد از نمادی آغاز کنید که نماد «ازصفحه‌ی قبل» به آن اشاره می‌کند.

راهنمای استفاده از نمودارها

نماد ارجاع به روان‌پزشک/ متخصص

علیرغم آنکه ارجاع یک اقدام محسوب می‌شود؛ با توجه به اهمیت ارجاع به روان‌پزشک/ متخصص، نماد مربوطه در قالب شکل زیر نمایش داده شده است.



جدول تصمیم گیری

در مواردی که درمان دارویی از اهمیت خاصی برخوردار است و تصمیم گیری در مورد بیمار به سه عامل پای‌بندی به مصرف منظم دارو، عوارض دارویی و کنترل علائم بستگی دارد؛ چارچوب کلی اقدام در مورد بیمار در قالب یک جدول نمایش داده شده است. با توجه به آنکه برای هر یک از سه وجه فوق دو حالت می‌توان در نظر گرفت؛ این جدول دارای ۸ خانه است که در هر خانه اقدام مناسب برای بیمار ذکر شده است (شکل زیر).

	کنترل است		کنترل نیست	
	عوارض ندارد	عوارض دارد	عوارض ندارد	عوارض دارد
پای بند است	• درمان را ادامه دهید • اگر بیش از یک سال بیمار بدون علامت بوده است، امکان شکم درمان را با او درمیان گذارید و در صورت تمایل بیمار را جهت تصمیم گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید • بیمار را سه ماه دیگر ویزیت کنید	• در صورت پذیرفتن، کاهش کنترل، اضطراب، تنهی، افکار و توقف دهید نوع دارو کاهش دهید و بیمار را به روان‌پزشک ارجاع کنید • در مورد سایر عوارض نوع دارو را کاهش دهید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید • اگر بیش از یک سال بیمار بدون علامت بوده است امکان قطع درمان را با او درمیان گذارید و در صورت تمایل بیمار را جهت تصمیم گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید	• در صورت امکان، نوع دارو را تغییر دهید و بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید • در صورتی که افزایش نوع دارو امکان پذیر نیست بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید	• بیمار را به متخصص ارجاع دهید
پای بند نیست	• علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید • اگر بیش از یک سال بیمار بدون علامت بوده است امکان قطع درمان با او درمیان گذارید و در صورت تمایل بیمار را جهت تصمیم گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید • بیمار را سه ماه دیگر ویزیت کنید	• علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید • در صورت امکان، نوع دارو را تغییر دهید و در صورت پذیرفتن بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید • اگر بیش از یک سال بیمار بدون علامت بوده است امکان قطع درمان با او درمیان گذارید و در صورت تمایل بیمار را جهت تصمیم گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید	• علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید • اگر کنترل نوبتی بیمار مزمانا با مصرف نامنظم دارو توجیه نیست امکان گزارشی نوع دارو را بررسی کنید • اگر کنترل نوبتی با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست و نوع دارو را می تغییر این تلاش کنید بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید • بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید	• علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید • ممکن است با پذیرش نبودن به درمان به طلب نوع دارو، تنهی، تکلم و یا کاهش نوع دارو بیمار به درمان پایبند و علائم او کنترل شود در صورت کاهش نوع دارو بیش از یک ماه بیمار را ویزیت کنید • اگر کاهش نوع دارو کارساز نیست بیمار را به متخصص ارجاع کنید

پیوست نمودارها

پس از نمودارهای مربوط به هر اختلال، پیوستی که در برگیرنده‌ی توضیحات ضروری در مورد نکات ذکر شده در نمودارها است، اضافه شده است (شکل زیر). بخش‌های مختلف این پیوست با شماره‌هایی مشخص شده‌اند. به منظور اشاره به مطالب توضیح داده شده در پیوست، در نمودارها از همین شماره‌ها استفاده شده است (شکل زیر). سه حرف اول، کد اختلال را مشخص می‌کند و شماره‌های پس از آن محل درج توضیح در پیوست را نمایش می‌دهد.

- شیوه برخورد و تعامل با فرد مبتلا به اختلال رفتاری در خانه (BEH2.1)
- شیوه‌ی تعامل با بیمار در مدرسه (BEH2.2)

غربالگری، تشخیص، درمان و مراقبت اختلالات روانپزشکی در برنامه پزشک خانواده از اصول و راهبردهای مهم و اساسی است.

اصول کلی مراقبت

ارائه دهندگان مراقبت های سلامت باید، در تعامل با افراد جویای مراقبت، از روش‌های بالینی مناسب استفاده کنند. آنها باید حریم شخصی افراد را رعایت و برای برقراری ارتباط موثر بین آنها و مراقبین‌شان تلاش کنند. به افرادی که تمایل دارند تحت مراقبت قرار گیرند، بدون قضاوت یا انگ، و حامیانه پاسخ دهند. اقدامات کلیدی زیر را باید در هنگام اجرای راهنمای مداخله در نظر داشت. این موارد در بخش‌های دیگر تکرار نشده‌اند.

برقراری ارتباط با افراد جویای مراقبت و مراقبین آنها

- تمام تلاش خود را برای برقراری ارتباطی روشن و هم‌دلانه به کار گیرید و به تفاوت افراد از نظر سن، جنس، گویش و فرهنگ حساس باشید.
- گوش فرا دادن به صحبت‌های بیمار و سوال پرسیدن، قسمتی از فرآیند درمان محسوب می‌شود. از این طریق شما به بیمار کمک می‌کنید تا احساس کند که درک می‌شود.
- در هر شرایطی رفتاری دوستانه، محترمانه و بدون قضاوت داشته باشید.
- از زبان ساده و روشن استفاده کنید.
- به افشای مسایل خصوصی و اطلاعات ناراحت کننده، نظیر آسیب به خود یا تجاوز جنسی، با حساسیت پاسخ دهید.
- فرد را از وضعیت سلامت خود، به گونه‌ای که برای او قابل درک باشد، آگاه کنید.
- از فرد در مورد برداشتش، از اختلالی که از آن رنج می‌برد، بپرسید.

ارزیابی

- تاریخچه‌ی شکایت فعلی، سابقه‌ی پزشکی، و تاریخچه‌ی خانوادگی را، تا آنجا که به مشکل جاری مرتبط است، بررسی کنید.
- یک معاینه‌ی فیزیکی کامل از فرد به عمل آورید.
- بیماری‌های همزمان طبی فرد را بررسی و درمان کنید و در صورت نیاز او را ارجاع دهید.
- مسائل روانی– اجتماعی بیمار را بررسی کنید؛ به موارد اجتماعی و ارتباطی گذشته و حال او دقت کنید؛ شرایط زندگی و وضعیت مالی او را مورد توجه ویژه قرار دهید و به وقایع پرتنشی که در زندگی او جریان دارد با دقت بپردازید.

درمان و پایش

- تعیین کنید که تا چه اندازه درمان برای فرد مهم است و چقدر برای مشارکت در مراقبتش آمادگی دارد.
- همه‌ی روش های درمانی ممکن را برای بیمار مطرح کنید و اجازه دهید او خود ترجیح دهد که از کدام روش درمانی استفاده کند.
- اهداف درمان بیمار را مشخص و یک برنامه‌ی درمانی، که در آن تمایلات و ترجیحات بیمار (و همچنین مراقبین او، اگر مناسب باشد) محترم شمرده شده است، تهیه کنید.
- برای تداوم درمان و پیگیری، از طریق مشورت با فرد، برنامه‌ای تهیه کنید.
- شخص را از مدت زمان مورد انتظار برای درمان، عوارض جانبی بالقوه‌ی درمان، اهمیت پای‌بندی به برنامه‌ی درمانی و پیش آگهی مورد انتظار، آگاه سازید.
- به سوالات و نگرانی‌های فرد در مورد درمان بپردازید و امیدی واقع بینانه را، برای بهبودی و عملکرد بهتر، به وی انتقال دهید.
- بطور مستمر آثار و پی‌آمدهای درمان، تداخلات دارویی (ازجمله با الکل، داروهای بدون نسخه و داروهای سنتی)، و آثار نامطوب درمان را پایش و بر مبنای آن اقدامات خود را تعدیل کنید.
- در صورت هر گونه تردیدی، با متخصص مشورت کنید یا بیمار را به او ارجاع دهید.
- برای بیمار و همراهان او روشن کنید که با چه فوریتی و حداکثر ظرف چه مدت باید به روان‌پزشک مراجعه کنند.
- برای مرتبط کردن شخص با حمایت‌های اجتماعی تلاش کنید.
- در هر نوبت ویزیت بیمار، انتظارات وی را از درمان، وضعیت بالینی، درک وی از درمان، و پای‌بندی به درمان را از نو ارزیابی و هر سوء برداشتی را اصلاح کنید.
- فرد را نسبت به پایش علائم خود ترغیب کنید و برای او توضیح دهید که تحت چه شرایطی باید فوراً مراجعه کند.
- جنبه های کلیدی تعامل با فرد و خانواده‌ی او را در پرونده‌ی بیمار ثبت کنید.
- به هر طریق ممکن با افرادی که در موعد مقرر برای پیگیری درمان مراجعه نکرده‌اند تماس بگیرید.
- خانم‌هایی را که به فرزند خود شیر می‌دهند، باردارند یا خود را برای باردار شدن آماده می‌کنند، به متخصص ارجاع دهید.
- کودکان و نوجوانان نیازمند به مراقبت‌های روان‌پزشکی را به روان‌پزشک ارجاع دهید.
- افراد مسن، خصوصاً آنهایی را که به دلیل بیماری اختیار زندگی خود را از دست داده‌اند یا در انزوای اجتماعی به سر می‌برند، در فواصل کوتاه‌تر ویزیت کنید.

اصول کلی مراقبت

» مطمئن شوید که افراد، تحت درمانی همه‌جانبه قرار گرفته‌اند. این بدان معنی است که هم نیازهای سلامت روان افراد دارای اختلالات جسمی و هم نیاز های سلامت جسمی افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی در نظر گرفته شده است.

حمایت اجتماعی

» به چالش‌های اجتماعی که فرد ممکن است با آن مواجه شود، حساس باشید و توجه داشته باشید که چگونه این امر می‌تواند سلامت جسمی و روانی و احساس خوب بودن فرد را تحت تأثیر قراردهد.

» خانواده، دوستان و سایر افراد حمایت‌گر بیمار را در فرایند درمان دخالت دهید. این مسئله به خصوص در مورد فردی که در معرض خودکشی یا آسیب به خود قرار دارد، مهم‌تر است.

» منابع بالقوه‌ی حمایت اجتماعی را در منطقه شناسایی و بسیج کنید. این منابع مواردی چون حمایت‌های آموزشی، اسکان و اشتغال را در بر می‌گیرد.

» برای کودکان و نوجوانان، در صورت امکان، به منظور جلب حمایت‌های آموزشی و اجتماعی، هماهنگی‌های لازم را با مدارس به عمل آورید.

صیانت از حقوق بیمار

» برای ایجاد شرایطی که بیمار بتواند یک زندگی مستقل و متکی بر اراده و تمایلات خود داشته باشد، تلاش کنید و بیمار و مراقبینش را از انتخاب گزینه‌ی آسایشگاه و مؤسسات مشابه، برای زندگی، بر حذر دارید.

» مراقبت، ضمن احترام به شأن و منزلت فرد و با توجه ویژه به شرایط فرهنگی بیمار، ارائه سود. مراقبت‌ها باید بدون تبعیض و صرفاً بر مبنای نیاز فرد انجام شوند.

» اطمینان حاصل کنید که فرد درمان پیشنهادی را به درستی فهمیده و از سر آگاهی و آزادانه به آن رضایت داده است.

» توجه ویژه‌ای به محرمانه ماندن اطلاعات بیمار و حقوق اشخاص در صیانت از حریم خصوصی خود داشته باشید.

» با رضایت بیمار، مراقبین وی را از وضعیت سلامت و برنامه‌ی درمانش مطلع سازید.

» مانع از انگ زدن، به حاشیه راندن و تبعیض، در مورد بیمار شوید و برای پذیرش اجتماعی او از طریق برقراری ارتباط با بخش‌های اشتغال و آموزش، و امور اجتماعی (نظیر مسکن) تلاش کنید.

توجه به سلامت کلی بیمار

» درمورد فعالیت فیزیکی و حفظ وزن مناسب، توصیه‌های لازم را در اختیار بیمار قرار دهید.

» در مورد مضرات مصرف الکل به بیمار آموزش دهید.

» افراد را نسبت به قطع مصرف دخانیات و مواد مخدر، تشویق کنید.

» در مورد سایر رفتارهای پرخطر (همچون رابطه‌ی جنسی محافظت نشده) به بیمار آموزش دهید.

» سلامت جسمی فرد را را بطور منظم بررسی کنید.

» افراد را برای تغییراتی مانند بلوغ و یائسگی آماده و حمایت های لازم را برای آنها فراهم کنید.

» با زنان در سنین باروری، در مورد داشتن برنامه برای حاملگی و روش های پیش‌گیری از بارداری، بحث و گفت و گو کنید.

نمودار مادر

کدامیک از اختلالات دارای اولویت باید بررسی شوند؟

قبل از استفاده از نمودار مادر به نکات زیر توجه کنید:

- وجود تظاهرات رایج، نشان‌دهنده‌ی ضرورت ارزیابی است.
- اگر فرد تظاهرات بیش از یک اختلال را داشته باشد، لازم است تمام اختلال‌های مرتبط، بررسی شود.
- همه‌ی این اختلال‌ها برای همه‌ی سنین مورد دارد، مگر این که ارتباط آن‌ها با گروه‌های سنی خاص، مشخصاً ذکر شده باشد.
- **مواردی نظیر درد قفسه‌ی صدری، تنگی نفس شدید، فشارخون بالا و کاهش سطح هوشیاری اورژانس‌های طبی هستند و در صورت مشاهده‌ی آنها باید بیمار را به سرعت به اورژانس بیمارستان ارجاع کرد.**
- **خطر خودکشی یا آسیب به خود یک اورژانس روان‌پزشکی است و یک بخش از این راهنما به آن اختصاص یافته است. بیمار را بر مبنای این بخش بررس و در مورد او اقدام کنید.**
- **پرخاش‌گری شدید و خطر آسیب به دیگران هم یک اورژانس روان‌پزشکی است. چنین بیمارانی را جهت اقدام فوری به بیمارستان ارجاع کنید.**

نمودار مادر

کدامیک از اختلالات دارای اولویت باید بررسی شوند؟

تظاهرات رایج:

اختلالی که باید بررسی شود:	برو به:	صفحه‌ی:
افسردگی	DEP	۱۶
اختلال اضطرابی	ANX	۳۲
اختلال سایکوز/ دوقطبی	PSY	۴۸

- انرژی کم، خستگی، مشکلات خواب یا اشتها
- خلق افسرده و مضطرب، تحریک پذیری
- علاقه یا لذت کم در فعالیت‌هایی که عموماً جالب و لذت بخش هستند.
- وجود نشانگان جسمی چندگانه بدون وجود هیچ علت جسمی واضح: مانند درد و ناراحتی، تپش قلب و بی‌حسی
- مشکل در انجام کارهای روزمره‌ی زندگی، مدرسه، مسؤولیت‌های درون خانه و وظایف اجتماعی

- حملات شدید اضطرابی که می‌تواند بدون علت خارجیِ مشخص ایجاد شود.
- اضطراب شدید و طولانی مدت
- رفتارهای تکراری مانند شستن دست و وارسی (وسواس)

- رفتار غیر طبیعی یا آشفته: به‌عنوان مثال گفتار بی‌ربط و گسسته، غفلت ازخود، ظاهر غیر عادی و ژولیده
- هذیان: باور یا سوء ظن غلط که بیمار بر درستی آن اصرار می‌ورزد
- توهم‌ها: شنیدن صداها یا دیدن چیزهایی که وجود ندارد
- غفلت از مسئولیت های معمول مربوط به کار، مدرسه، فعالیت های خانوادگی یا اجتماعی
- علائم مانیا: چند روز بطور غیر طبیعی خوشحال بودن، بسیار پرانرژی، بیش ازحد پرحرف، بسیار تحریک پذیر، بدون خواب، رفتار بی‌پروا

نمودار مادر

کدامیک از اختلالات دارای اولویت باید بررسی شوند؟

تظاهرات رایج:

اختلالی که باید بررسی شود:	برو به:	صفحه‌ی:
دمانس	DEM	٦٦
صرع	EPI	٧٤
اختلال تکامل	DEV	٨٨

- کم شدن حافظه یا وجود مشکلاتی در آن (فراموشی شدید) و سردرگمی (آگاهی نداشتن از زمان، مکان و شخص)
- مشکلات خلقی یا رفتاری ازقبیل بی تفاوتی(بی علاقه به نظر رسیدن) یا تحریک پذیری
- از دست دادن کنترل هیجانی: به آسانی ناراحت، تحریک پذیر یا گریان شدن
- مشکل در انجام فعالیت‌های روزمره، کارهای خانه و وظایف اجتماعی

- حملات تشنج
- در جریان حمله‌ی تشنج:
  - ✓ از دست رفتن هوشیاری یا هوشیاری مختل
  - ✓ سفتی عضلانی
  - ✓ گاز گرفتن زبان، بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع
- پس از حمله: ضعف، گیجی، خواب آلودگی، رفتار غیر طبیعی، سردرد، درد عضلانی، یا ضعف در یک طرف بدن

- تأخیر تکامل: یادگیری بسیار کندتر از سایر کودکان هم‌سال خود در فعالیت‌هایی نظیر خندیدن، نشستن، ایستادن، راه رفتن، صحبت کردن/ برقراری ارتباط و سایر زمینه‌های تکامل نظیر خواندن و نوشتن
- اختلال در برقراری ارتباط، رفتار محدود و تکراری
- مشکل در انجام فعالیت‌های روزمره که برای سن او طبیعی تلقی می‌شود.

نمودار مادر | کدامیک از اختلالات دارای اولویت باید بررسی شوند؟

تظاهرات رایج:

تظاهرات رایج:	اختلالی که باید بررسی شود:	برو به:	صفحه‌ی:
• بی توجهی بیش از حد و حواس پرتی، دست کشیدن از کار قبل از به نتیجه رساندن آن و به سوی کار دیگر رفتن • فعالیت بیش از حد: بیش از حد بُدو بُدو کردن، به سختی در یک جا نشستن، بیش از حد حرف زدن و بی‌قرار بودن • تکانه‌ای بودن (Impulsivity) بیش از حد: غالباً بدون تفکر کارهایی را انجام دادن • رفتارهای تکراری و مداوم که برای دیگران مزاحمت ایجاد می‌کند: عصبانیت‌های شدید و مکرر، رفتار بی‌رحمانه (برای مثال در قبال حیوانات) نافرمانی مداوم و بیش از حد، دزدی • تغییر ناگهانی در رفتار یا ارتباط با هم‌سالان، شامل خود را با خشم کنار کشیدن	اختلال رفتاری کودک و نوجوان	BEH	۹۶
• اقدام به خودکشی یا آسیب به خود، برنامه‌ریزی برای آن یا در حال حاضر به فکر آن بودن • سابقه‌ی افکار، برنامه‌ریزی یا اقدام به آسیب به خود یا خودکشی	آسیب به خود/خودکشی	SUI	۱۰۶

افسردگی

مقدمه

DEP

در یک دوره‌ی معمول افسردگی، فرد مبتلا علائمی را به صورت خلق افسرده، از دست دادن علائق و لذائذ، و کاهش انرژی که منجر به کاهش فعالیت می‌شود؛ حد اقل به مدت دو هفته تجربه می‌کند. بسیاری از افراد مبتلا به افسردگی از درجاتی از اضطراب و شکایات جسمی، که قابل انتساب به یک بیماری مشخص نیست، نیز رنج می‌برند.

در این مدول افسردگی متوسط تا شدید در تمام دوران زندگی شامل کودکی، بزرگ‌سالی و سالمندی مورد بحث قرار می‌گیرد.

فرد مبتلا به افسردگی متوسط تا شدید مورد نظر این راهنما، به سبب تظاهرات افسردگی در انجام کارهای معمول خود، امور مرتبط با درس خواندن، انجام کارهای خانه یا فعالیت‌های اجتماعی مشکل دارد.

درمان تظاهراتی که در حد افسردگی متوسط تا شدید نیستند در مدول سایر شکایات (OTH) مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

قابل ذکر است که افرادی که در معرض یک واقعه بسیار ناگوار قرار گرفته‌اند غالباً مشکلات روان‌شناختی با تظاهرات افسردگی را تجربه می‌کنند؛ ولی الزاماً مبتلا به افسردگی متوسط تا شدید نیستند. لذا هنگامی که فردی از نظر ابتلا به افسردگی بررسی می‌شود؛ باید علاوه بر وجود علائم، وجود اختلال در عملکرد روزمره‌ی او نیز، به دلیل تظاهرات افسردگی، مورد توجه قرار گیرد.

افسردگی

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

DEP 1.1

۱- آیا فرد حداقل به مدت دو هفته، دو علامت اصلی افسردگی را داشته است؟

- خلق افسرده در بیشتر اوقات روز، تقریباً هر روز (در مورد کودکان و نوجوانان تحریک پذیری یا خلق افسرده)
- از دست دادن احساس لذت یا علاقه در فعالیت‌هایی که در حالت عادی لذت بخش هستند.
- کاهش انرژی یا به آسانی خسته شدن

۲- آیا طی دو هفته‌ی اخیر فرد، حد اقل سه مورد از سایر جنبه‌های افسردگی را داشته است؟

- کاهش تمرکز و توجه
- کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس
- احساس گناه و بی ارزش بودن
- نگاه غم انگیز و بدبینانه نسبت به آینده
- افکار آسیب رساندن به خود یا خودکشی
- اختلال خواب
- اختلال اشتها

۳- آیا فرد در انجام کارهای روزمره، وظایف خانوادگی یا فعالیت‌های اجتماعی مشکل دارد؟

آیا پاسخ به هر سه سؤال مثبت است؟

خیر ←

از این مدول خارج شوید و، با مرور مجدد نمودار مادر، بیمار را از نظر سایر اختلالات روانشناختی (سایر مدول‌ها) یا شکایات جسمی که از نظر طبی توجیهی ندارند (OTH)، بررسی کنید

بله ↓

در صفحه بعد

افسردگی

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

DEP 1.1

از صفحه قبل

ارزیابی از نظر سوگ یا سایر فقدان های اصلی

آیا بیمار در ۲ ماه اخیر داغ دیده یا چیز مهم و با ارزشی را از دست داده است؟

بله

درمان سوگ

- آموزش روان شناختی بدهید
- شکایات فرد را با تزریقات یا دیگر درمان‌های بی‌اثر (مانند ویتامین‌ها) درمان نکنید.
- داروهای ضد افسردگی یا روان‌درمانی را به عنوان خط اول درمان در نظر نگیرید
- به فرد توصیه کنید که به صورت منظم مراجعه کند.
- شیوه‌های فرهنگی مناسب عزاداری و سازگاری را پیشنهاد کنید.

خیر

موارد زیر را بررسی کنید.

آیا فرد افسردگی دو قطبی دارد؟

در مورد دوره‌های قبلی علائم مانیا نظیر سرخوشی، خلق تحریک پذیر، افزایش فعالیت و پرگویی، پرش افکار، کاهش شدید نیاز به خواب، خود بزرگ بینی، حواس پرتی یا رفتارهای بی پروا، سؤال کنید.

آیا یکی از دو شرط زیر صادق است؟

- ۳ یا بیش از ۳ علامت مانیا با دوام یک هفته یا بیشتر
- قبلاً تشخیص اختلال دو قطبی برای بیمار مسجل شده است.

بله

به مدول سایکوز/ اختلال دوقطبی مراجعه کنید

خیر

درمان افسردگی متوسط تا شدید

- بیمار را برای آموزش روان‌شناختی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.
- داروهای ضد افسردگی تجویز کنید (DEP3).
- در صورت اصرار بیمار بر درمان غیر دارویی، او را به روان‌پزشک ارجاع دهید.
- شکایات فرد را با تزریقات یا دیگر درمان‌های بی‌اثر (مانند ویتامین‌ها) درمان نکنید.
- به فرد توصیه کنید که به صورت منظم مراجعه کند.

آیا فرد افسردگی با جنبه‌های سایکوتیک (هذیان، توهم، کاتاتونیا) دارد؟

بله

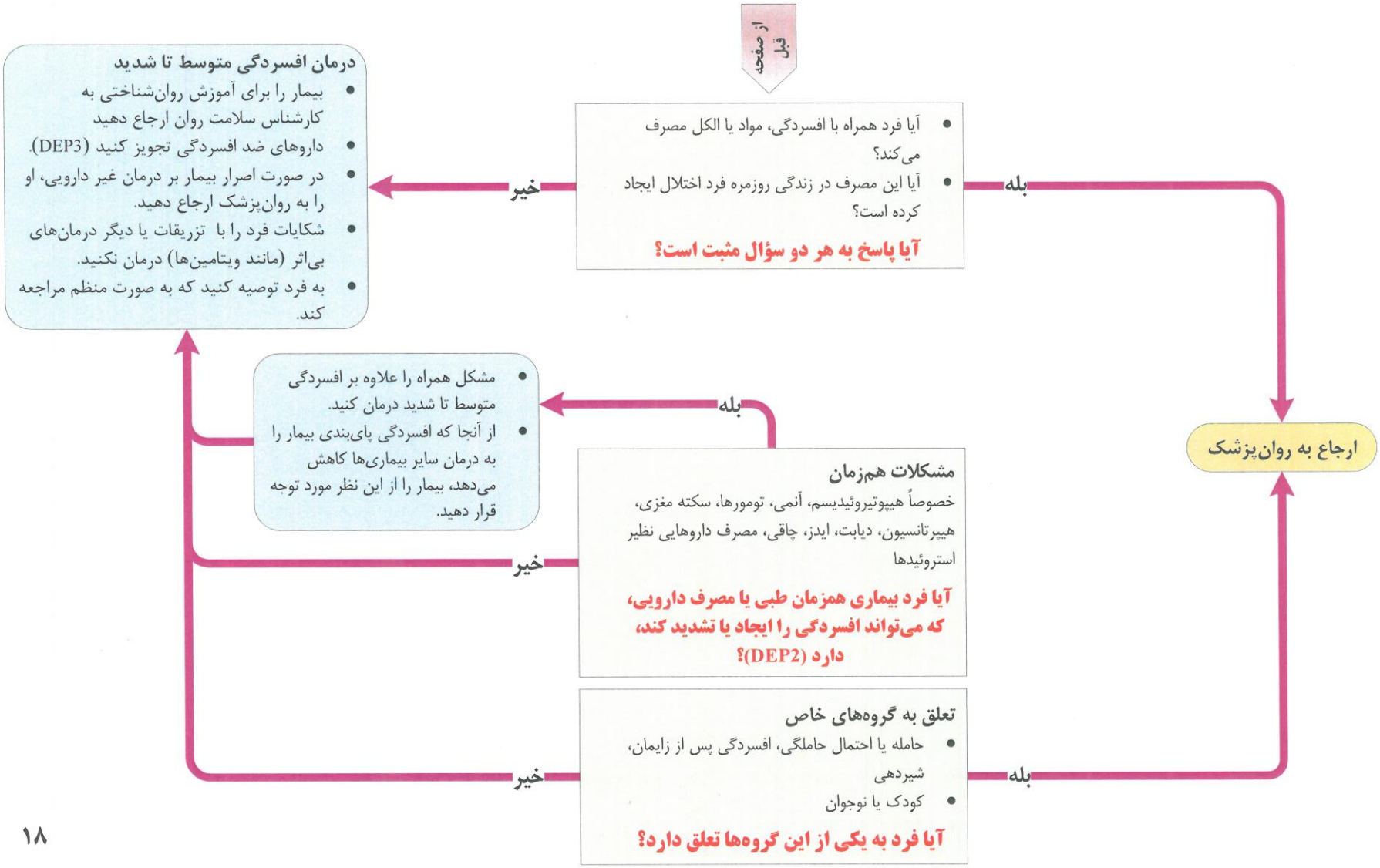
خیر

در صفحه بعد

افسردگی

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

DEP 1.1



افسردگی

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

DEP 1.2

موارد زیر را بررسی کنید.

پیدایش علائم مانیا را در بیمار بررسی کنید.

سرخوشی، خلق تحریک پذیر، افزایش فعالیت و پر گویی، پرش افکار، کاهش شدید نیاز به خواب، خود بزرگ بینی، حواس پرتی یا رفتارهای بی پروا

آیا علائم مانیا مشاهده می‌شود؟

بله ← به مدول سایکوز/ اختلال دوقطبی مراجعه کنید

خیر ←

آیا جنبه‌های سایکوتیک نظیر هذیان، توهم، یا کاتاتونیا در فرد ظاهر شده است؟

بله ← به مدول سایکوز/ اختلال دوقطبی مراجعه کنید

خیر ←

بیمار را از نظر مصرف مواد یا الکل بررسی کنید.

- آیا فرد همراه با افسردگی، مواد یا الکل مصرف می‌کند؟
- آیا این مصرف در زندگی روزمره‌ی فرد اختلال ایجاد کرده است؟

آیا پاسخ به هر دو سؤال مثبت است؟

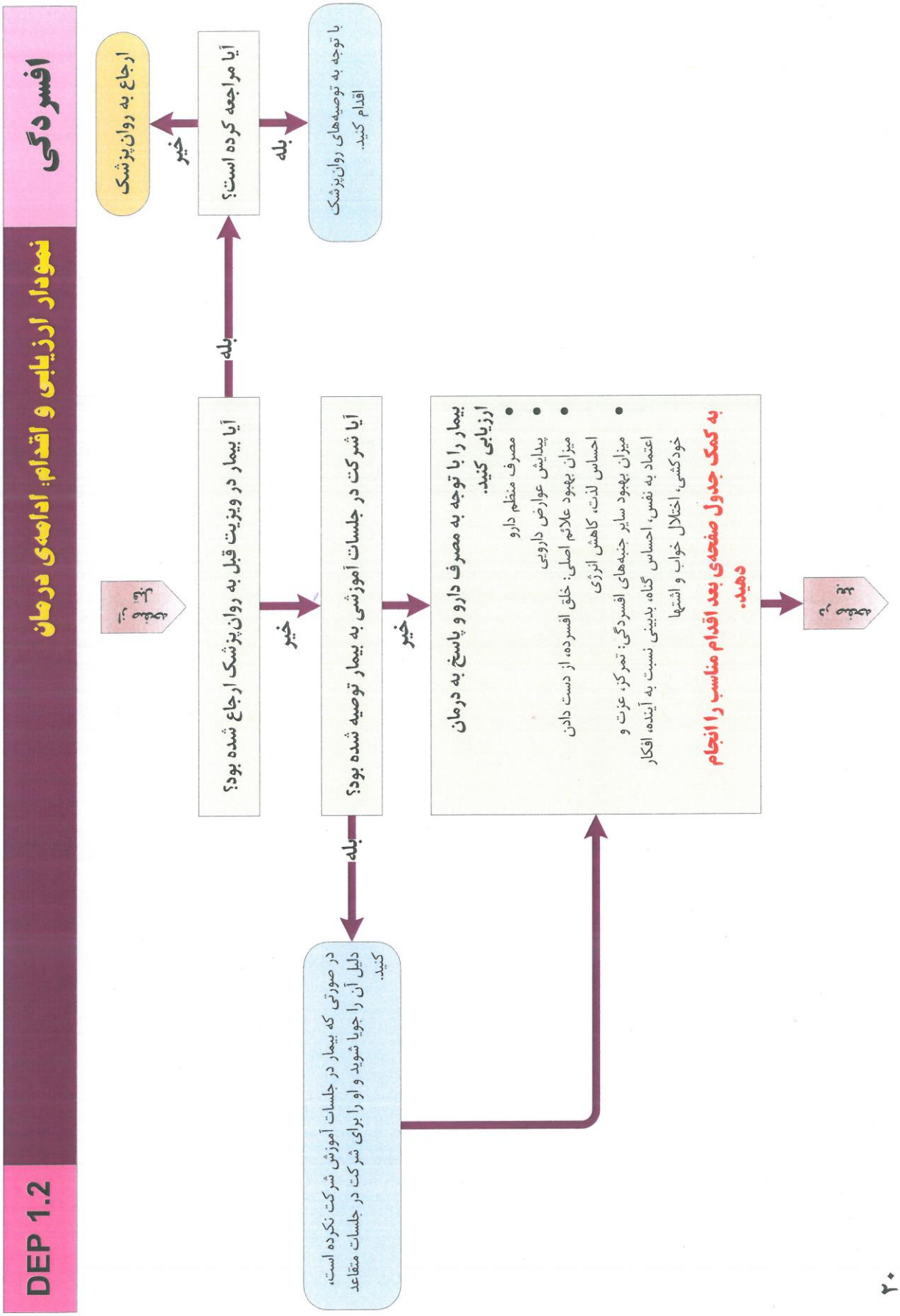
بله ← ارجاع به روان‌پزشک

خیر ←

آیا فرد در دوران حاملگی یا شیردهی است؟

بله ← ارجاع به روان‌پزشک

خیر ← در صفحه بعد


افسردگی
نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان
DEP 1.2
آیا بیمار در ویزیت قبل به روان‌پزشک ارجاع شده بود؟
بله
آیا مراجعه کرده است؟
بله
با توجه به توصیه‌های روان‌پزشک اقدام کنید.
خیر
ارجاع به روان‌پزشک
خیر
آیا شرکت در جلسات آموزشی به بیمار توصیه شده بود؟
بله
در صورتی که بیمار در جلسات آموزش شرکت نکرده است، دلیل آن را جویا شوید و او را برای شرکت در جلسات متقاعد کنید.
خیر
بیمار را با توجه به مصرف دارو و پاسخ به درمان ارزیابی کنید.
• مصرف منظم دارو
• پیدایش عوارض دارویی
• میزان بهبود علائم اصلی: خلق افسرده، از دست دادن احساس لذت، کاهش انرژی
• میزان بهبود سایر جنبه‌های افسردگی: تمرکز، عزت و اعتماد به نفس، احساس گناه، بدبینی نسبت به آینده، افکار خودکشی، اختلال خواب و اشتها
به کمک جدول صفحه‌ی بعد اقدام مناسب را انجام دهید.

افسردگی

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

DEP 1.2

پاسخ به درمان / عوارض دارویی / پای‌بندی به مصرف منظم دارو	پاسخ داده است		پاسخ نداده است	
	عوارض ندارد	عوارض دارد	عوارض ندارد	عوارض دارد
پای بند است	• اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، درمان را ادامه دهید • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6) • در ۶ ماه اول هر یک ماه و پس از آن در فواصل بیشتر، ترجیحاً دو ماه یک بار، بیمار را ویزیت کنید.	• اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، ✓ در صورت امکان، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6)	• بیماری‌های همزمان طبی که افسردگی را ایجاد یا تشدید می‌کند، در صورت وجود، درمان کنید. • به بیماران مسن برای مشاهده‌ی پاسخ فرصت بدهید. • امکان افزایش دوز دارو یا تغییر آن را بررسی کنید. • در صورتی که افزایش دوز/ تغییر دارو امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع دهید.	• امکان تغییر دارو را بررسی کنید. • در صورتی که امکان تغییر دارو وجود ندارد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع کنید.
پای بند نیست	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6) • بیمار را یک ماه دیگر ویزیت کنید.	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، ✓ در صورت امکان، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6)	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. • اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، تعویض دارو را در نظر بگیرید. • بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • ممکن است پای‌بند نبودن به درمان به علت عوارض دارویی باشد و با کاهش دوز دارو و/ یا درمان عوارض بیمار به درمان پای‌بند و علائم او کنترل شود. در صورت کاهش دوز دارو، پس از یک ماه بیمار را ویزیت کنید. • اگر مصرف پای‌بند نبودن ناشی از عوارض دارو است و نمی‌توان دوز آن را کاهش داد، تعویض دارو را در نظر بگیرید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.

DEP2 بیماری‌های جسمی و داروهایی که همراهی آنها با افسردگی شناخته شده است

۲-۱ بیماریهای جسمی همراه با افسردگی

- **قلبی عروقی:** بیماری عروق کرونر، فشار خون بالای کنترل نشده، نارسایی احتقانی قلب، سکته‌ی قلبی، کم خونی، دمانس عروقی
- **سندرم درد مزمن:** فیبرومیالژی، دیستروفی سمپاتیک رفلکسی، درد مزمن لگنی، دردهای استخوانی، کمردرد
- **دژنراتیو:** پیرچشمی، بیماری پارکینسون، بیماری هانتینگتون، پیرگوشی، بیماری آلزایمر، سایر بیماری‌های تحلیل برنده‌ی اعصاب
- **ایمنی:** HIV/AIDS، مولتیپل اسکلروزیس (MS)، لوپوس اریتماتوی سیستمیک (SLE)، سارکوئیدوز
- **عفونت:** بسیاری از بیماری‌های عفونی در این گروه قرار می‌گیرند.
- متابولیک/ غدد درون‌ریز: سوء تغذیه، هیپر یا هیپوتیروئیدی، اختلالات الکترولیت، دیابت شیرین، اختلالات اسید و باز، COPD یا آسم، هیپوکسی، نارسایی کبد (سیروز)
- **نئوپلاسم:** هر نوع بدخیمی خصوصاً پانکراس یا سیستم عصبی مرکزی

۲-۲ داروهایی که نقش شناخته شده‌ای در ایجاد افسردگی دارند.

کلونیدین، آگونیست‌های رهاسازی گونادوتروپین (GnRH Agonists)، پروپرانولول، محرومیت از آمفتامین، محرومیت از کوکائین، اینترفرون‌ها، رزرپین، سیکلوسرین، لوودوپا، توپیرامات، ضد هیپرلیپیدمی‌ها، دیژیتال، متیل‌دوپا، وراپامیل، بنزودیازپین‌ها، گلوکورتیکوئیدها، متوکلوپرامید، سایمتیدین، رانیتیدین، پیموزاید و سایر آنتی‌سایکوتیک‌ها، ضدحاملگی‌های خوراکی، مهار کننده‌های ACE

DEP3 درمان دارویی ضدافسردگی

هیچ درمان ضد افسردگی به طور مشخصی موثرتر از دیگری نیست و هیچ داروی خاصی به تنهایی برای تمام بیماران بهبودی به ارمغان نمی‌آورد. عوامل مربوط به بیمار و عوارض جانبی دارویی، ممکن است باعث شود یک نوع داروی ضد افسردگی را برای فردی نسبت به داروی دیگر ترجیح دهیم؛ اما تفاوت بارزی در کارایی رده‌های مختلف دارویی وجود ندارد.

مهار کننده های انتخابی بازجذب سروتوئین (SSRIها) معمولاً داروهای ضد افسردگی خط اول برای بیماران در بخش مراقبت‌های اولیه محسوب می‌شوند، زیرا عوارض آنها کم و استفاده از آنها نیز نسبت به سایر ضدافسردگی‌ها راحت‌تر است. در خط دوم درمان می‌توان از رده‌ی ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای (TCA) استفاده کرد.

۳-۱ در انتخاب داروی ضد افسردگی باید نکات زیر را در نظر گرفت:

- پزشک باید مشخص کند که چه داروهایی و با چه دوزی قبلا برای بیمار موثر بوده است. به طور کلی باید داروهایی را به کار برد که عوارض جانبی کمتری دارند. زمانی که داروهایی که آثار جانبی قابل قبول دارند، فایده نداشته باشند. داروهای اثربخش را، صرف نظر از رده‌ی دارویی، باید به عنوان خط اول درمان درنظر گرفت.
- الگوی تظاهرات بالینی بیمار را در هنگام انتخاب دارو در نظر بگیرید. برای مثال در بیماری که افکار خودکشی یا آسیب به خود دارد، SSRIها داروی انتخابی است. مثال دیگر آنکه در انتخاب دارو می‌توانید به پروفایل عوارض دارویی نیز توجه کنید. برای نمونه در بیماری که دچار بی‌خوابی است از فلوکستین استفاده نکنید یا بیماری که افزایش وزن یا خواب دارد، TCA داروی انتخابی برای درمان او نیست.
- دارو بر اساس فهرست عوارض جانبی، سابقه‌ی خانوادگیِ پاسخ به دارو، نوع افسردگی، بیماری‌های همزمان طبی، داروهای مورد مصرف همزمان و هزینه‌ی دارو انتخاب می‌شود.
- پزشک باید وضعیت بالینی بیمار را در نظر بگیرد. برای مثال در اختلالات معدی–روده ای، مثل اسهال مزمن یا بیماری زخم پپتیک، استفاده از رده‌ی ضدافسردگی سه حلقه‌ای (TCA) انتخاب بهتری به نظر می‌رسد.
- قبل از اعلام شکست درمان با یک نوع ضد افسردگی، باید از تجویز مقدار کافی دارو و دست‌یابی به طیف دوز درمانی مناسب بیمار و بقای کافی بیمار در این طیف (۴ تا ۶ هفته برای جوانان و میان‌سالان و ۶ تا ۱۲ هفته برای سالمندان) اطمینان حاصل کرد.
- قبل از قضاوت در مورد کارایی یک ضدافسردگی بیمار باید درمان با آن دارو را، در طیف دوز درمانی مناسب، حداقل به مدت ۴ تا ۶ هفته ادامه داده باشد.
- در سالمندان حتی‌المقدور از تجویز TCA خود داری کنید.

» درمان سالمندان را باید با دوزهای کمتری نسبت به جوانان و میان‌سالان آغاز کرد. ولی پاسخ درمانی کافی، ممکن است نیازمند رساندن دارو به دوز نگهدارنده‌ی کامل باشد.

» قبل از شروع هرگونه TCA، باید بیماران را از لحاظ بیماری‌های قلبی که استفاده از این رده‌ی دارویی را غیرمجاز خواهد ساخت، بررسی کنید:

- در بیماران بالای ۴۰ سال انجام یک ECG توصیه می‌شود.
- در بیماران زیر ۴۰ سال، اگر در شرح حال شواهدی از بیماری های قلبی وجود ندارد، نیازی به ECG نیست.
- پرسیدن سؤالاتی در مورد ابتلای فرد به بیماری‌های قلب، سنکوپ، تپش قلب، تنگی نفس فعالیتی، درد سینه، سابقه‌ی خانوادگی قوی مبنی بر بیماری های قلبی، و خصوصاً بلوک قلبی، ضروری است. در بیمارانی که در معرض خطر بیماری‌های عروق کرونر قلب هستند یا سابقه‌ای از این بیماری‌ها می‌دهند، باید از داروهای ضد افسردگی دیگری استفاده کرد. بیمارانی که قبل از شروع TCA، ECG نرمال داشته‌اند، در دوره‌ی درمان به ECG دیگری نیاز ندارند؛ مگر آنکه علایمی مبنی بر سمیت قلبی، نظیر تنگی نفس، گیجی، تپش قلب، و درد سینه از خود نشان دهند.
- در صورت تجویز TCA به بیماران قلبی عروقی، آنان را از نظر بروز هیپوتانسیون ارتواستاتیک مورد توجه قرار دهید.

۳-۲ ملاحظات کلی در مورد دارو درمانی:

» میزان پاسخ به ضد افسردگی‌ها چیزی در حدود ۷۰-۶۰ درصد گزارش شده است. البته میزان بهبودی کامل، کمتر است.

» برخی علایم هدف افسردگی (مانند اضطراب، بی‌خوابی، کم‌اشتهایی، انرژی پایین، میل جنسی) ممکن است سریع‌تر از بهبود خلق افسرده به درمان دارویی جواب دهد.

» آموزش بیمار و خانواده‌اش در مورد دوره و ماهیت بیماری افسردگی، درمان و عوارض جانبی بالقوه، دوره‌ی زمانی لازم برای شروع بهبودی و اهمیت پذیرش درمان، پایبندی به درمان را ارتقا و احتمال موفقیت را افزایش می‌دهد.

» دارو های ضد افسردگی ممکن است اپیزودهای مانیا را در بیماران دوقطبی، بارز و سایکوز نهفته را در برخی افراد مستعد، فعال کند. پایش دقیق برای چنین علایمی ضروری است.

» قطع ناگهانی هرگونه داروی ضد افسردگی ممکن است باعث بروز علائم نامطلوب یا بازگشت علایم افسردگی شود. قطع درمان نگهدارنده با ضد افسردگی‌ها باید به‌تدریج صورت پذیرد. قطع تدریجی دارو بر اساس نیمه عمر حذف ترکیب اصلی یا متابولیت‌هایش و پایش دقیق علایم افسردگی صورت می‌پذیرد.

تذکر مهم: در این نوشته به تمام عوارض جانبی و مسایل مربوط به تجویز دارو ها اشاره نشده است. حتماً قبل از تجویز هر دارو از عوارض جانبی آن، تداخلات دارویی و دیگر موارد مهم، خصوصاً در بیمارانی که هم‌زمان به سایر بیماری‌ها مبتلا هستند، اطلاع حاصل کنید.

۳-۳ در آغاز درمان موارد زیر را به بیمار و همراهان او آموزش دهید:

» داروهایتان را بدون مشورت با پزشکتان قطع نکنید.

» قطع ناگهانی داروها ممکن است منجر به بروز آثار ناخوشایندی در شما شود.

» حدود ۲ تا ۳ هفته باید از شروع مصرف دارو بگذرد تا علائم بهبودی ظاهر شود.

» دوره‌ی درمان دارویی افسردگی نسبتاً طولانی است (حدود ۱۲ ماه). این داروها هم افسردگی را درمان و هم از عود آن پیشگیری می‌کنند.

» داروهای ضد افسردگی عوارض شایعی دارند که خوشبختانه شدید و دائمی نیستند و با ادامه‌ی درمان از بین می‌روند یا از شدتشان کاسته می‌شود.

» عوارض شدید و خوشبختانه نادر دارو عبارتند از: افت شدید فشار خون، تشنج، تپش قلب شدید، تعریق و نامنظمی ضربان قلب. در صورت پیدایش این عوارض در اسرع وقت با پزشکتان تماس بگیرید.

» در صورت بروز این علائم در اولین فرصت به پزشکتان مراجعه کنید: سرخوشی، خلق تحریک پذیر، افزایش فعالیت و پرگویی، پرش افکار، کاهش شدید نیاز به خواب، خود بزرگ بینی، حواس پرتی یا رفتارهای بی پروا

» در مورد عوارض جانبی داروها یا سایر سؤالات با پزشکتان تماس بگیرید.

» دارو های ضد افسردگی اعتیاد آور نیستند.

۳-۴ فازهای درمان افسردگی

» **فاز حاد:** زمانی شروع می‌شود که برای بیمار تشخیص افسردگی اساسی گذاشته می‌شود و درمان با ضد افسردگی شروع می‌شود. و

زمانی خاتمه می‌یابد که علایم افسردگی کاملاً بهبود یافته باشد. به طور معمول این فاز درمانی ۲ ماه طول می‌کشد.

» **فاز تداوم:** زمانی شروع می‌شود که علایم بیمار به طور کامل بهبود یافته باشند. این فاز معمولاً ۹ ماه به طول می‌انجامد. در این فاز باید در مورد این که نیازی به درمان بیشتر در فاز نگهدارنده وجود دارد یا نه، تصمیم گرفت.

» **فاز نگهدارنده:** برای بیماران زیر باید درمان نگهدارنده با ضد افسردگی ها حد اقل به مدت یک سال تجویز شود. درصد بالایی از افرادی که اختلال افسردگی اساسی مکرر دارند، نیازمند درمان با داروهای ضد افسردگی به صورت پیشگیرانه به مدت نامحدود هستند.

– بیمارانی که حداقل ۳ اپیزود افسردگی اساسی داشته‌اند.

– بیمارانی که ۲ اپیزود افسردگی اساسی همراه با حد اقل یکی از عوامل خطر ساز زیر را داشته‌اند:

- سابقه‌ی خانوادگی قوی اختلالات خلقی،
- سابقه‌ی عود افسردگی بعد از قطع درمان موثر،
- سابقه‌ی یک بار یا بیشتر اقدام به خودکشی،
- شروع اولین اپیزود افسردگی قبل از ۲۰ سالگی،
- حد اقل دو اپیزود افسردگی اساسی طی سال گذشته
- دیستایمی همزمان

DEP4 پایش درمان ضدافسردگی: پاسخ به درمان و عود

بیمارانی که در ابتدای یک دوره درمانی هستند یا بیمارانی که قبلاً تحت درمان با داروی دیگری بوده‌اند، نیازمند ارزیابی از نظر پاسخ به درمان هستند. علیرغم اینکه در این زمان انتظار بهبود کامل علایم، بسیار زود هنگام به نظر می‌رسد، ولی بسیاری از بیماران بهبودی سریع در علایم افسردگی را تجربه خواهند کرد. مساله بسیار مهم این است که پزشک باید عوارض جانبی شایع دارو های ضد افسردگی را بررسی کند و با بیمار در مورد پای‌بندی کلی وی به درمان و میزان رضایتش صحبت کند.

در طی ویزیت، بیمار ممکن است سوالاتی را در مورد بیماری و درمان آن مطرح کند. پزشک باید از این فرصت برای برقراری رابطه، ایجاد امید و تشویق بیمار استفاده کند. به دلایل مختلفی ممکن است بیمار از دارودرمانی یا روان‌درمانی اجتناب کند. برخی بیمارانِ مبتلا به افسردگی اساسی بدون درمان بهبود می‌یابند، ولی تعداد قابل توجهی، احتیاج به مداخله‌ی فعال برای رسیدن به بهبود کامل علایم و عملکرد دارند. به یاد داشته باشید که اختلال عملکرد ناشی از افسردگی، قابل مقایسه با اختلال عملکرد ناشی از تعدادی از بیماری های طبی مزمن است.

در مراحل اولیه‌ی درمان افسردگی، باید در مورد علایم افسردگی به بیمار آموزش داد تا به طبیعی کردن تجربه‌ی بیمار از بیماری‌اش کمک کند. با آغاز بهبودی باید توجه بیمار را به عوامل استرس‌زای روانی–اجتماعی، که در افسردگی‌اش نقش داشته‌اند، جلب کنیم. دادن تکلیف خانه به بیمار در بین ویزیت‌ها به شما کمک می‌کند که نقش مهمی در همراهی با بیمار برای ایجاد تغییرات چشمگیر در میزان استرس‌هایش داشته باشید. نمونه‌هایی از این تکلیف‌ها عبارتند از: کم کردن استرس‌های شغلی، تماس‌های تلفنی با اعضای خانواده یا دوستان، تشویق بیماران به انجام فعالیت‌های ورزشی و سایر فعالیت‌های مثبت اجتماعی. در اغلب موارد، کند و کاو در استنباط‌های بیمار از بیماری‌اش و نگرانی‌های او در مورد درمان، مفید است. بسیاری از بیماران درک نادرستی از ماهیت بیماریشان دارند که باعث می‌شود از قبول درمان خودداری کنند. صحبت کردن با همسر بیمار یا سایر افراد حامی و مهم (البته با اجازه‌ی خود بیمار) برای جلب حمایت آنان برای انجام درمان بسیار مفید و مهم است.

بسیاری از مطالعات موجود در مورد اثربخشی روش دارو درمانی یا روش روان درمانی یا هر دوی آنها نشان داده‌اند که حداقل یک بهبود نسبی (کاهش ۵۰ درصدی علایم) طی ۴ تا ۶ هفته از شروع درمان دیده می‌شود. پاسخ کامل، که به معنای وجود حداقل علایم یا از بین رفتن تمام علایم است، معمولاً احتیاج به زمان طولانی‌تری دارد و بهبود کامل عملکرد روانی – اجتماعی ممکن است چند ماه طول بکشد.

ممکن است بیماران درمان را، در صورتی که علایم بهتر نشود، یا با فروکش کردن سریع علائم، قطع کنند. در ویزیتی که ۴ هفته پس از شروع درمان از بیمار به عمل می‌آورید، تعدیل‌های لازم درمانی را انجام دهید، به بیمار آموزش های لازم را بدهید و میزان پای‌بندی او را به درمان ارزیابی کنید. این ویزیت فرصت بسیار مناسبی است تا بیمار را در مورد ادامه‌ی درمان متقاعد کنید. در موارد عدم همکاری در مصرف دارو، سعی کنید علت عدم همکاری را مشخص کنید (به عنوان مثال عوارض، هزینه‌ها، اعتقادات فرد در مورد اختلال و درمان)

در مواردی که پاسخ به درمان ناکافی است (علائم بدتر شده یا بعد از چهار تا شش هفته بهتر نشده‌اند)، تشخیص را، با در نظر گرفتن احتمال وجود بیماری‌های همراه، مجدداً بررسی کنید. بررسی کنید که آیا فرد داروها را منظم و با ماکزیمم دوز تجویز شده مصرف کرده است. افزایش دوز را در نظر داشته باشید. چنانچه علائم بعد از ۶–۴ هفته مصرف دوز ماکزیمم هنوز ادامه دارد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

افسردگی اساسی بیماری مزمنی است که نتایج درمانی آن در طیفی از بسیار عالی تا بسیار ضعیف قرار می‌گیرد. تجربه مجدد اپیزود افسردگی، در ۵۰ درصد بیمارانی که یک اپیزود افسردگی اساسی را تجربه کرده‌اند، دیده

شده است و هر قدر تعداد اپیزودها بیشتر باشد، احتمال بروز اپیزودهای آتی افسردگی هم بیشتر است.

DEP5 پایش درمان ضدافسردگی: عوارض جانبی

عوارض جانبی کوتاه مدت شایع SSRIها که روی میزان پای‌بندی به درمان تاثیر می‌گذارند عبارتند از: بی‌خوابی، بی‌قراری و اضطراب، کاهش اشتها، سردرد، تهوع و مدفوع شل. اگر رژیم‌های درمانی با دوزهای پایین (مثلاً ۱۰mg فلوکستین) شروع شود، ممکن است شدت عوارض جانبی کاهش یابد. مصرف دارو در صبح‌ها، به بهتر شدن بی‌خوابی کمک می‌کند. SSRIها را می‌توان با ترازودن Trazodone (معمولاً دوزهای ۲۵ تا ۱۰۰mg) تجویز کرد تا بی‌خوابی کنترل شود.

شایعترین عارضه‌ی جانبی بلند مدت SSRIها، اختلال عملکرد جنسی (کاهش لیبیدو، ارگاسم تأخیری یا کاهش لوبریکاسیون واژن در زنان) است. توصیه شده است از بوپروپیون یا داروهایی نظیر یوهیمبین (Yohimbine) یا سیپروهپتادین هم استفاده شود تا این عارضه جانبی کاهش یابد. در صورت جدی بودن این عارضه، بیمار به روان‌پزشک ارجاع شود.

چنانچه فردی که SSRIها را مصرف می‌کند، دچار آکاتیژیای (بی‌قراری از درون یا ناتوانایی در آرام نشستن) طول کشیده یا شدید شد، تبدیل دارو را به ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای بررسی کنید. همچنین می‌توانید برای مدت کوتاه (یک هفته) از پروپرانولول، کلردیازپوکساید یا دیازپام (۱۰– ۲ میلی‌گرم در روز)، استفاده کنید. درصورت تغییر دارو به TCA، احتمال تحمل کمتر فرد، در مقایسه با SSRIها، و همچنین افزایش خطر مسمومیت قلبی و مسمومیت در اثر مصرف بیش از حد این داورها را مد نظر داشته باشید.

حتماً دقت کنید که برای قطع یک دارو و شروع داروی بعدی، داروی قبلی را به تدریج قطع کنید. مهمترین علایم نامطلوب قطع ناگهانی دارو شامل منگی، تهوع یا استفراغ، درد، احساس لرز، اضطراب، تحریک پذیری و دوره‌های گریه است. همچنین ممکن است افسردگی عود کند. این علایم معمولاً بین ۱ تا ۳ روز از قطع دارو دیده می شود. این حالت در مورد فلوکستین دیده نشده است که ممکن است به علت نیمه عمر بسیار طولانی آن باشد.

نکته‌ی مهم دیگری که باید در مورد آن احتیاط کنید، احتمال بروز سندروم مرکزی سروتونین است که بسیار نادر ولی بالقوه وخیم است و ممکن است در طی تغییر از یک دارو به داروی دیگر بویژه از دسته داروهای SSRIها، روی دهد. علایم آن شامل تعریق، تب، تاکی‌کاردی، هایپرتانسیون، تغییر وضعیت روانی و علایم شدیدتر شامل تب شدید، کلاپس قلبی– عروقی و در نهایت مرگ است. خطر بروز سندروم، زمانی افزایش می‌یابد که دو داروی سروتونرژیک با هم یا با فاصله خیلی کم تجویز شوند. توصیه می‌شود که حداقل به اندازه ۵ برابر نیمه عمر یک دارو یا متابولیت‌هایش صبر کنیم تا بتوانیم درمان را با داروی دوم آغاز کنیم.

DEP6 خاتمه‌ی درمان با ضدافسردگی‌ها

زمانی می‌توان داروهای ضدافسردگی فردی را قطع کرد که اولاً بعد از ۱۲– ۹ ماه مصرف داروهای ضدافسردگی، علائم افسردگی نداشته یا علائم به حداقل رسیده باشد؛ و ثانیاً در طول مدت درمان توانسته باشد فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی خود را انجام دهد.

۶–۱ قطع دارو را به صورت زیر انجام دهید:

- در صورت هر گونه تردید در ارتباط با قطع دارو با روان‌پزشک مشورت کنید.
- در مورد قطع تدریجی داروها و درمان با فرد صحبت کنید.
- در مورد TCAها و بیشتر SSRIها (سریع‌تر در مورد فلوکستین): دوز دارو را تدریجاً در عرض یک دوره‌ی حدقل ۴ هفته‌ای کاهش دهید. برای بعضی افراد، ممکن است زمان بیشتری نیاز باشد.
- به بیمار در مورد احتمال بروز علائم قطع/محرومیت، در زمان کاهش یا قطع داروها تذکر دهید. همچنین یادآور شوید که این علائم اغلب خفیف و خود محدود شونده است، لیکن دربعضی موارد و به ویژه در موارد قطع سریع دارو، می‌تواند شدید باشد.
- در مورد علائم زودرس عود (به عنوان مثال: تغییر در خواب یا اشتها برای بیش از ۳ روز) به بیمار توضیح دهید و زمان مراجعه منظم برای پیگیری را تعیین کنید.
- پیام های مربوط به آموزش روان‌شناختی را تکرار کنید.

۶–۲ علائم ناشی از قطع داروهای ضد افسردگی را پایش نمایید

- علائم شایع: سرگیجه، خارش، اضطراب، تحریک‌پذیری، خستگی، سردرد، تهوع، مشکلات خواب
- علائم محرومیت خفیف: ضمن اطمینان‌بخشی به بیمار، علائم را پایش کنید.

افسردگی | جزئیات مداخله | DEP

» علائم محرومیت شدید: داروهای ضدافسردگی را با دوز مؤثر مجددا تجویز و پس از برطرف شدن علائم محرومیت، با سرعت کمتر و تدریجی‌تر آن را کاهش دهید.

» در صورت بروز علائم قطع/محرومیت قابل توجه، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

۶-۳ بروز مجدد علائم افسردگی در جریان محرومیت از ضد افسردگی‌ها، را پایش کنید

» درصورت بروز مجدد علائم افسردگی، ضد افسردگی قبلی که مؤثر بوده را با همان دوز مؤثر قبلی، به مدت ۱۲ماه دیگر تجویز کنید.

جدول شماره‌ی ۱- میزان داروی مورد نیاز از SSRIها #

دارو	دوز برای بزرگسالان	دوز برای سالمندان	توضیحات
سیتالوپرام	شروع: ۱۰ – ۲۰ mg/day طیف: ۲۰ – ۴۰ mg/day حد اکثر: ۶۰ mg/day	شروع: ۱۰ mg/day حد اکثر: ۴۰ mg/day	در مورد نارسایی خفیف تا متوسط کلیه نیازی به تعدیل دوز نیست. در مورد بیماران دچار نارسایی کبدی و سالمندان تنها زمانی ۴۰ میلی‌گرم در روز را به کار ببرید که بیمار به ۲۰ میلی گرم در روز پاسخ نداده باشد.
فلوکستین	شروع: ۱۰ –۲۰ mg/day طیف: ۲۰ –۴۰ mg/day حد اکثر: ۶۰ mg/day	شروع: ۱۰ mg/day حد اکثر: ۶۰ mg/day	دوزهای بیش از ۲۰ میلی‌گرم در روز را در یک برنامه‌ی یک بار در روز (صبح) یا دو بار در روز (صبح و بعد از ظهر) به کار برید
فلووکسامین	شروع: ۲۵ mg/day طیف: ۱۵۰ – ۲۵ mg/day حد اکثر: ۲۰۰ mg/day	شروع: ۱۰ mg/day حد اکثر: ۴۰ mg/day	برای بیماران ضفیف دوز سالمندان را به کار برید. صبح‌ها مصرف شود در فواصل یک هفته‌ای دوز را به میزان مناسب افزایش دهید.
سرترالین	شروع: ۲۵ mg/day طیف: ۱۵۰ – ۵۰ mg/day حد اکثر: ۲۰۰ mg/day	شروع: ۲۵ mg/day طیف: ۱۵۰ – ۵۰ mg/day حد اکثر: ۲۰۰ mg/day	برای کاهش عوارض گوارشی بهتر است پس از غذا مصرف شود.

بر اساس تجارب بالینی در کشور ما گاه ضرورت پیدا می‌کند که دوز شروع و حداکثر، پائین‌تر از مقادیر یاد شده در جدول فوق باشد.

جدول شماره‌ی ۲- میزان داروی مورد نیاز از TCAها #

دارو	دوز برای بزرگسالان	دوز برای سالمندان
نورتریپتیلین	شروع: ۲۵ mg/day طیف: ۲۰۰ -۵۰ mg/day	شروع: با دوز پائین‌تر طیف: ۵۰ – ۲۵ mg/day *
دزیپرامین	طیف: ۲۰۰ -۷۵ mg/day	شروع: با دوز پائین‌تر طیف: ۱۵۰ -۲۵ mg/day
دوکسپین	شروع: ۷۵ – ۲۵ mg/day طیف: ۲۰۰ – ۵۰ mg/day حد اکثر: ۳۰۰ mg/day	استفاده از این دارو برای سالمندان توصیه نمی‌شود
آمی‌تریپتیلین	شروع: ۱۰۰ -۲۵ mg/day طیف: ۲۰۰ – ۵۰ mg/day حد اکثر: ۳۰۰ mg/day	استفاده از این دارو برای سالمندان توصیه نمی‌شود
ایمی‌پرامین	طیف: ۲۰۰ -۷۵ mg/day	استفاده از این دارو برای سالمندان توصیه نمی‌شود
تریمی‌پرامین	شروع: ۷۵ – ۲۵ mg/day * طیف: ۱۵۰ – ۵۰ mg/day حد اکثر: ۲۰۰ mg/day	شروع: ۷۵ – ۲۵ mg/day طیف: حد اکثر: ۱۰۰ mg/day

بر اساس تجارب بالینی در کشور ما گاه ضرورت پیدا می‌کند که دوز شروع و حداکثر، پائین‌تر از مقادیر ذکر شده در این جدول باشد

* در دوزهای منقسم

جدول شماره‌ی ۳- عوارض جانبی و احتیاطات مصرف داروهای ضدافسردگی

دارو	عوارض مهم	موارد منع مصرف	موارد استفاده با احتیاط	توصیه های لازم
سیتالوپرام	خواب آلودگی، بی‌خوابی، تهوع، خشکی دهان، تعریق، اضطراب، بی‌اشتهایی، بی‌قراری، خمیازه، راش، خارش، اختلال عملکرد جنسی، اسهال، سوء هاضمه، استفراغ، شکم درد، افزایش وزن، ترمور، آرترالژی، میالژی، سرفه، رینیت، سینوزیت	حساسیت مفرط به دارو یا ترکیبات مشابه استفاده همزمان از MAOIs یا طی ۲ هفته پس از خاتمه‌ی مصرف آنها، نارسایی شدید کلیوی	بیماران با اختلال کبدی یا کلیوی، بیماران سالمند، استفاده همزمان از داروهای تضعیف کننده‌ی CNS، سابقه‌ی تشنج، سابقه‌ی صدمه مغزی، استفاده از دارو های پایین آورنده‌ی آستانه‌ی تشنج، استفاده‌ی همزمان NSAIDS، ASA یا دیگر داروهای دیگر موثر در انعقاد، شیردهی	اضطراب، عملکرد اجتماعی، حملات هراس، هیپومانیا، مانیا، خصومت، آکاتیزیا و تکانشی شدن پایش شود. از انجام کارهایی که به دقت و احتیاط احتیاج دارند خودداری شود. در نارسایی کبدی از دوز پایین‌تر استفاده شود. برای قطع دارو از روش کم کردن تدریجی استفاده شود. از مصرف الکل پرهیز شود.
فلوکستین	خواب‌آلودگی، بی‌خوابی، سردرد، گیجی، خستگی، خشکی دهان، اسهال، تهوع، انزال دیررس، ضعف، لرز، درد قفسه‌ی سینه، افزایش فشار خون، بی‌قراری، خواب‌های آشفته، خمیازه، فراموشی، سرگیجه، خارش، کاهش لیبیدو، تپش قلب، بیقراری، اضطراب، عصبی شدن، راش، کاهش میل جنسی، یبوست، بی‌اشتهایی، سوء هاضمه، نفخ، استفراغ، کاهش وزن، ترمور، پارستزی، اختلالات بینایی، وزوزگوش، افزایش تعریق، درد شکم، تکرر ادرار، تاری دید، فارنژیت، سینوزیت، ضعف، ترمور، وازودیلاتسیون، خونریزی، منگی، تفکرات غیر عادی، ناپایداری عاطفه، افزایش وزن، عقیمی، درد گوش، علائم شبه آنفولانزا	حساسیت مفرط به دارو یا ترکیبات مشابه استفاده‌ی همزمان از MAOIs یا طی ۲ هفته پس از خاتمه‌ی مصرف آنها استفاده‌ی همزمان از تیوریدازین یا مزوریدازین	بیماران با اختلال کبدی یا کلیوی، سالمندان، افزایش خطرات درمان با ECT، بیماران دیابتی، حاملگی، بیماران در معرض خطر خونریزی، استفاده از داروهای موثر در انعقاد، سابقه‌ی تشنج، سابقه‌ی ضربه مغزی، الکلیسم، استفاده از داروهای پایین آورنده‌ی آستانه‌ی تشنج، شیردهی	اضطراب، عملکرد اجتماعی، حملات هراس، هیپومانیا، مانیا، آکاتیزیا، تغییرات وزن، تغذیه و خواب پایش شود. از انجام کارهایی که به دقت و احتیاط احتیاج دارند خودداری شود. صبح‌ها مصرف شود. درمان با MAOIs، تیوریدازین و مزوریدازین نباید در فاصله‌ی ۵ هفته پس از قطع این دارو آغاز شود. برای قطع دارو از روش کم کردن تدریجی استفاده شود. از مصرف الکل پرهیز شود.
فلووکسامین	خواب‌آلودگی، بی‌خوابی، سردرد، منگی، تهوع، مانیا، اسهال، خشکی دهان، ضعف، تپش قلب، هیپومانیا، سرگیجه، تفکرات غیرعادی، بی‌قراری، اضطراب، ناخوشی، فراموشی، خمیازه، برانگیختگی CNS، افسردگی، کاهش لیبیدو، دل درد، استفراغ، سوء هاضمه، یبوست، مزه‌ی بد دهان، بی‌اشتهایی، افزایش وزن، انزال دیررس، تکرر ادرار، عقیمی، احتباس ادرار، نرسیدن به ارگاسم، ترمور، تاری دید، تنگی نفس، تعریق	حساسیت مفرط به دارو یا ترکیبات مشابه استفاده‌ی همزمان از MAOIs یا طی دو هفته پس از خاتمه‌ی مصرف آنها استفاده‌ی همزمان از پیموزاید، تیوریدازین، مزوریدازین، سیزاپراید، استمیزول، ترفنادین	بیماران با اختلال کبدی یا کلیوی، سالمندان، بیماران در معرض خطر خونریزی، استفاده از داروهای موثر در انعقاد، سابقه‌ی تشنج، سابقه‌ی ضربه‌ی مغزی، الکلیسم، استفاده از داروهای پایین آورنده‌ی آستانه‌ی تشنج، حاملگی، نارسایی کلیوی یا سایر بیماری‌های زمینه‌ای مثل بیماری‌های قلبی عروقی	اضطراب، عملکرد اجتماعی، حملات هراس، هیپومانیا، مانیا، آکاتیزیا، تغییرات وزن، تغذیه و خواب پایش شود. از انجام کارهایی که به دقت و احتیاط احتیاج دارند خودداری شود. در بیماران دچار نارسایی کبدی و سالمندان دوز کاهش داده شود. دارو در زمان خواب مصرف شود. در دوزهای بالاتر از ۵۰ mg در دوزهای منقسم مصرف شود و بخش عمده هنگام خواب باشد. از مصرف الکل پرهیز شود.

ادامه‌ی جدول ۳- عوارض جانبی و احتیاطات مصرف داروهای ضدافسردگی

دارو	عوارض مهم	موارد منع مصرف	موارد استفاده با احتیاط	توصیه های لازم
سرترالین	خواب‌آلودگی، بی‌خوابی، گیجی، سردرد، خستگی، خشکی دهان، اسهال، تهوع، اختلال انزال، تپش قلب، بی‌قراری، اضطراب، عصبی شدن، راش، کاهش میل جنسی، یبوست، بی‌اشتهایی، سوء هاضمه، نفخ، استفراغ، افزایش وزن، ترمور، پارستزی، اختلالات بینایی، وزوزگوش، افزایش تعریق	حساسیت مفرط به دارو یا ترکیبات مشابه، استفاده همزمان از MAOIs یا طی دو هفته پس از خاتمه‌ی مصرف آنها، استفاده‌ی همزمان از پیموزاید	تمایلات خودکشی، سالمندان و افراد ناتوان، افزایش خطرات درمان با ECT، اختلالات همراه با تشنج، نارسایی کلیه و کبد، اختلالات پلاکتی، استفاده‌ی همزمان از داروهای کاهنده‌ی آستانه‌ی تشنج، استفاده‌ی همزمان از داروهای تضعیف کننده‌ی CNS، مصرف همزمان وارفارین، TCA، لیتیم، سوماتریپتان و سایمیتیدین، مصرف همزمان NSAIDs، ASA یا دیگر داروهای دیگر موثر در انعقاد، شیردهی، حاملگی	در صورتی که تغییرات رفتاری، افکار خودکشی، بی‌قراری و تحریک پذیری پیدا شود، فوراً به پزشک اطلاع داده شود. در بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی ممکن است باعث بروز مانیا یا هیپومانیا شود. ترجیحاً هنگام خواب استفاده شود. از انجام کارهایی که به دقت و احتیاط احتیاج دارند، خودداری شود. از مصرف الکل پرهیز شود. قطع دارو باید به صورت تدریجی صورت گیرد. در صورت نیاز به افزایش دوز، در فواصل حداقل یک هفته‌ای افزایش داده شود.
چند حلقه‌ای ها	خواب‌آلودگی، یبوست، خشکی دهان، چاقی و افزایش وزن، تاری دید، افت وضعیتی فشار خون، اختلالات هدایتی قلب، احتباس ادرار، تشدید گلوکوم، اختلالات جنسی، ترمور، عوارض کبدی و راش های جلدی، گاینکوماستی و آمنوره، تهوع و استفراغ	حساسیت مفرط به دارو یا ترکیبات مشابه، استفاده همزمان از MAOIs یا طی دو هفته پس از خاتمه‌ی مصرف آنها	تمایلات خودکشی، سالمندان و افراد ناتوان، افزایش خطرات درمان با ECT، اختلالات همراه با تشنج، شیردهی،حاملگی، نارسائی کبدی وکلیوی، استفاده همزمان از داروهای تضعیف کننده‌ی CNS	در صورتی که تغییرات رفتاری، افکار خودکشی، بی‌قراری و تحریک پذیری پیدا شود، فوراً به پزشک اطلاع داده شود. در بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی ممکن است باعث بروز مانیا یا هیپومانیا شود. در صورت ایجاد خواب‌آلودگی، هنگام خواب استفاده شود. از انجام کارهایی که به دقت و احتیاط احتیاج دارند خودداری شود. از مصرف الکل پرهیز شود. قطع دارو باید به صورت تدریجی صورت گیرد.

اختلال اضطرابی

مقدمه

ANX

اضطراب جزء طبیعی و اجتناب ناپذیری در زندگی هر فرد است. اضطراب یک واژه‌ی کلی و در برگیرنده‌ی تغییرات جسمی، روانی و رفتاری است که در رویارویی با تهدید و خطر، به طور خودکار رخ می‌دهد. این تغییرات شامل احساس منتشر، ناخوشایند و مبهمی از هراس در کنار نشانه‌های اتونوم و همچنین گیجی، تعریق، اسهال، افزایش فشار خون، تپش قلب، گشادی مردمک‌ها، بی‌قراری و لرزش، افزایش ضربان قلب ، تکرر و فوریت ادراری به همراه گزگز اندام‌ها و سنکوپ است. اضطراب زمانی به عنوان یک اختلال تلقی می‌شود که در موقعیت‌هایی ایجاد شود که خطر واقعی وجود ندارد، یا تخمین بیش از حدی از خطر وجود دارد و یا اینکه پس از رفع موقعیت مخاطره‌آمیز، بیش از حد معمول طول بکشد.

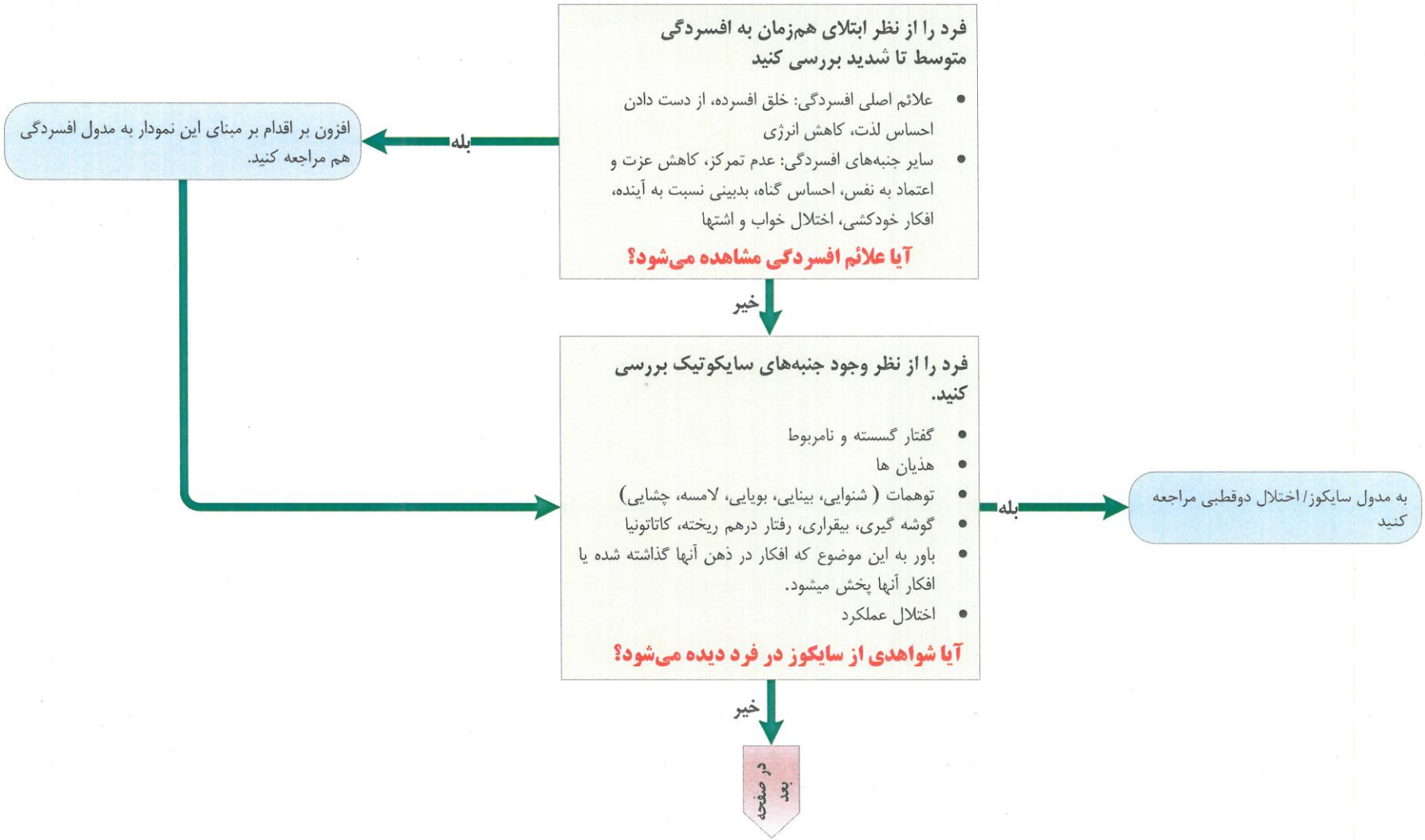
انواع اختلالات اضطرابی که در این بخش آورده شده‌اند شامل اختلال هراس یا پانیک (حملات اضطرابی تکرارشونده)، اختلال وسواس فکری-عملی (مانند وسواس شست‌وشو یا وارسی)، اختلال اضطراب منتشر (علایم ذهنی و جسمی اضطراب به طور طولانی مدت) و اختلال استرس پس از سانحه (علایم اضطرابی پس از وقایع تروماتیک) است.

اختلالات اضطرابی مزمن می‌تواند میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی را افزایش دهد. این امر منجر به افزایش موربیدیته، استفاده‌ی بیش از حد از خدمات مراقبت سلامت و اختلال عملکرد می‌شود. شناخت زودرس این اختلالات، درمان آنها را تسهیل می‌کند و باعث کاهش فشار، ناتوانی و بار بیماری می‌شود. از این روست که پزشکان باید بتوانند به سرعت، اختلالات اضطرابی را تشخیص دهند و درمان را آغاز کنند. در حال حاضر درمان‌های موجود دارویی و غیردارویی اضطراب در زمره‌ی موثرترین درمان‌ها در روان‌پزشکی هستند.

اختلال اضطرابی

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

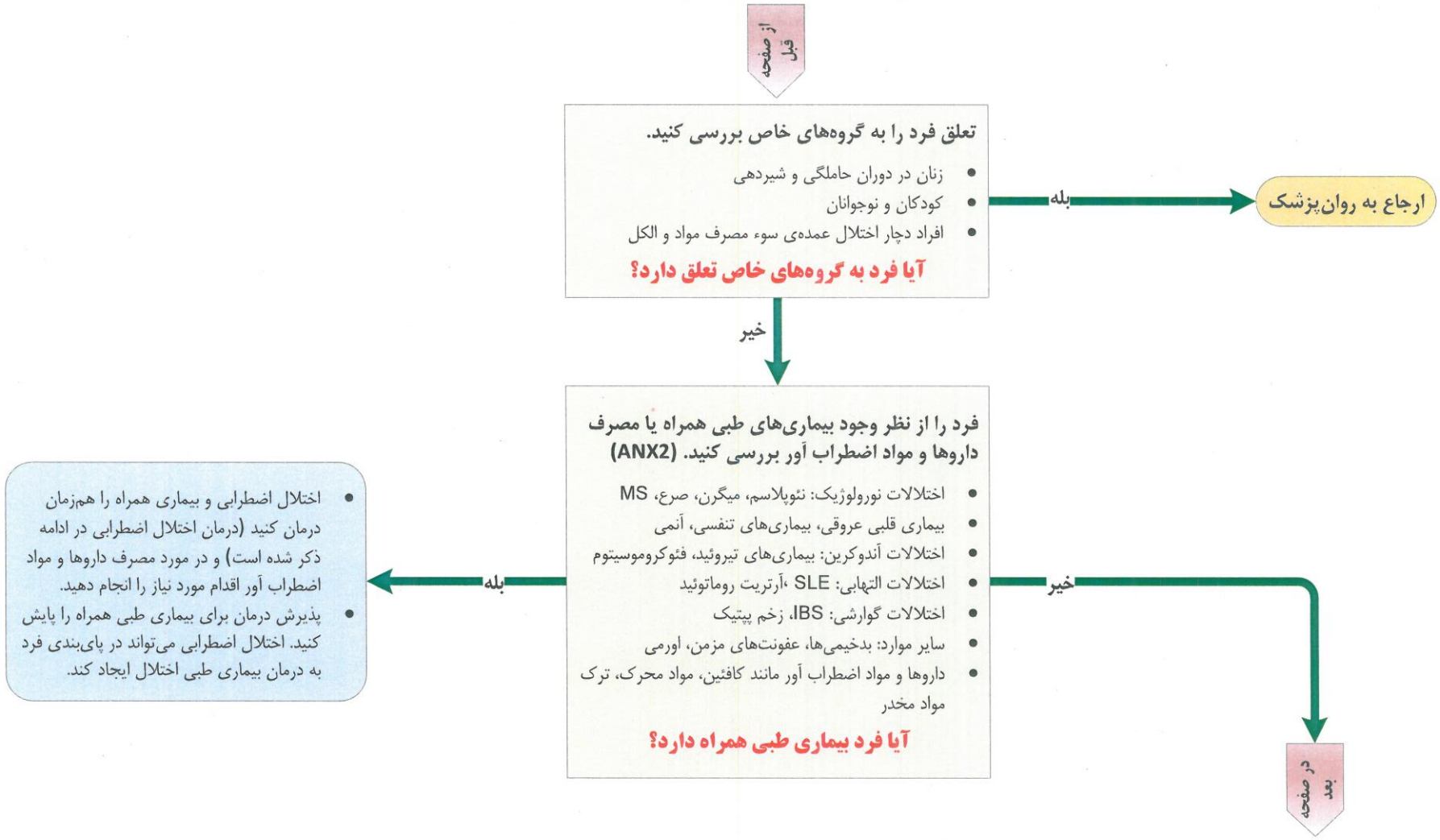
ANX 1.1



اختلال اضطرابی

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

ANX 1.1



اختلال اضطرابی

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

ANX 1.1

از صفحه قبل

همه‌ی موارد زیر را بررسی کنید.

آیا فرد دچار حملات اضطرابی تکرار شونده است؟

- حملات شدید اضطرابی که تکرار شونده است و همراه با علائم جسمی و روان‌شناختی است.
- حملات به صورت خود به خود و بدون محرک بیرونی هم رخ می‌دهد.
- بیمار نگران بروز حملات مجدد است یا این حملات باعث اختلال در فعالیت‌های روزمره‌ی فرد شده است

آیا هر سه معیار فوق وجود دارد؟

بله (Panic)

- آموزش روان‌شناختی و مداخلات ساده غیر دارویی: بیمار را به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.
- درمان دارویی با یک داروی مهار کننده‌ی انتخابی سروتونین (SSRI)
- تجویز بنزودیازپین به صورت کوتاه مدت
- تذکر به بیمار که آثار دارو پس از دو تا سه هفته ظاهر می‌شود و دوره‌ی درمان حداقل یک سال است.

آیا فرد دچار اضطراب‌های طولانی مدت است؟

- نگرانی و اضطراب در مورد مسائل مختلف به مدت ۶ ماه یا بیشتر به گونه‌ای که در فعالیت‌های روزمره فرد اختلال ایجاد کرده باشد.
- وجود علائم جسمی و روانی مانند تپش قلب، بی‌قراری، تحریک پذیری، اختلال خواب، دردهای عضلانی، لرزش

آیا هر دو معیار فوق وجود دارد؟

بله (GAD)

در صفحه بعد

اختلال اضطرابی

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

ANX 1.1

از صفحه قبل

آیا فرد دچار وسواس است؟

- وسواس فکری به صورت افکار مزاحم و ناراحت کننده که مرتب به ذهن فرد وارد می‌شود و او نمی‌تواند مانع آنها شود. این افکار در فعالیت‌های روزمره تداخل ایجاد می‌کند.
- وسواس عملی به صورت اعمالی که فرد خود را ناگزیر از انجام مکرر آنها می‌بیند. این امر در فعالیت‌های روزمره تداخل ایجاد می‌کند.

آیا یکی از دو معیار فوق وجود دارد؟

بله (OCD) →

- آموزش روان‌شناختی و مداخلات ساده غیر دارویی: بیمار را به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.
- درمان دارویی با یک داروی مهار کننده‌ی انتخابی سروتونین (SSRI): درمان این اختلال به دوزهای بالاتر از این دارو نیاز دارد.
- تذکر به بیمار که آثار دارو پس از ۸ تا ۱۲ هفته ظاهر می‌شود و دوره‌ی درمان حداقل یک سال است.

آیا فرد به دنبال یک رخداد بسیار ناگوار و آسیب‌زا (مانند زلزله، حوادث و سوانح) دچار اضطراب و علائم رفتاری شده است؟

- احساس تجربه‌ی مجدد حادثه
- برانگیختگی و تحریک پذیری
- اجتناب از موقعیت‌های مشابه

آیا هر سه معیار فوق وجود دارد؟

خیر → از این مدول خارج شوید و بیمار را از نظر سایر اختلالات روانشناختی یا شکایات جسمی که از نظر طبی توجیهی ندارند، بررسی کنید (OTH)

بله ↓

بررسی شدت اختلال

- بیش از یک ماه طول کشیده باشد
- در زندگی روزمره‌ی فرد اختلال ایجاد کرده باشد.
- اورژانس‌های روان‌پزشکی (افکار خودکشی، پرخاش‌گری جدی)

آیا یک مورد از شواهد فوق وجود دارد؟

بله → ارجاع به روان‌پزشک

خیر → برای بیمار دارو تجویز نکنید. با پیگیری منظم وضعیت بیمار را پایش کنید.

اختلال اضطرابی

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

ANX 1.2

موارد زیر را بررسی کنید.

پیدایش علائم افسردگی را در بیمار بررسی کنید.

- علائم اصلی افسردگی: خلق افسرده، از دست دادن احساس لذت، کاهش انرژی
- سایر جنبه‌های افسردگی: عدم تمرکز، کاهش عزت و اعتماد به نفس، احساس گناه، بدبینی نسبت به آینده، افکار خودکشی، اختلال خواب و اشتها

آیا علائم افسردگی مشاهده می‌شود؟

بله → افزون بر اقدام بر مبنای این نمودار به مدول افسردگی هم مراجعه کنید.

خیر

پیدایش جنبه‌های سایکوتیک را در بیمار بررسی کنید.

- گفتار گسسته و نامربوط
- هذیان ها
- توهمات (شنوایی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی)
- گوشه گیری، بیقراری، رفتار درهم ریخته، کاتاتونیا
- باور به این موضوع که افکار در ذهن آنها گذاشته شده یا افکار آنها پخش میشود.
- اختلال عملکرد

آیا شواهدی از سایکوز در فرد دیده می‌شود؟

بله → به مدول سایکوز/ اختلال دوقطبی مراجعه کنید

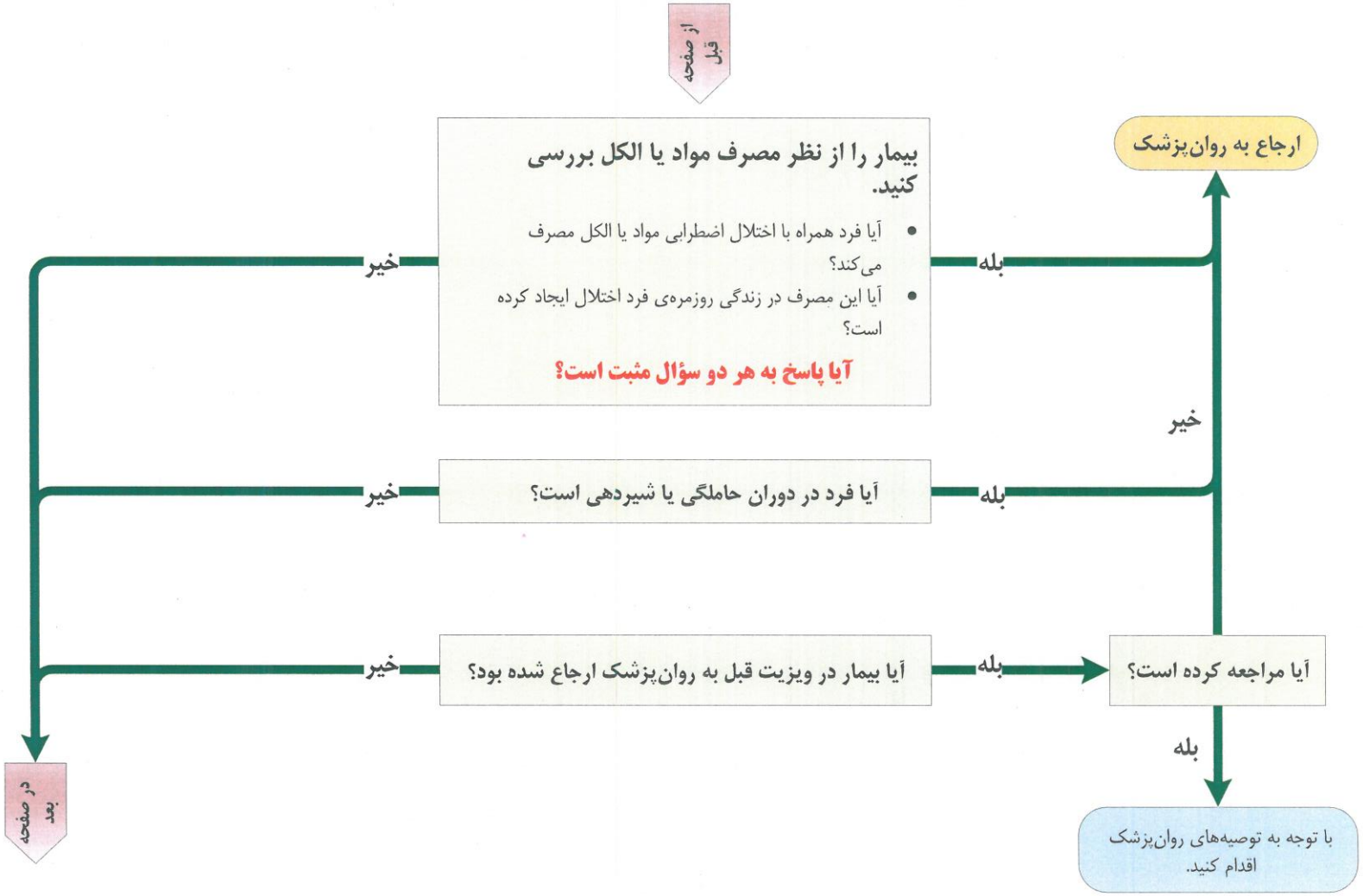
خیر

در صفحه بعد

اختلال اضطرابی

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

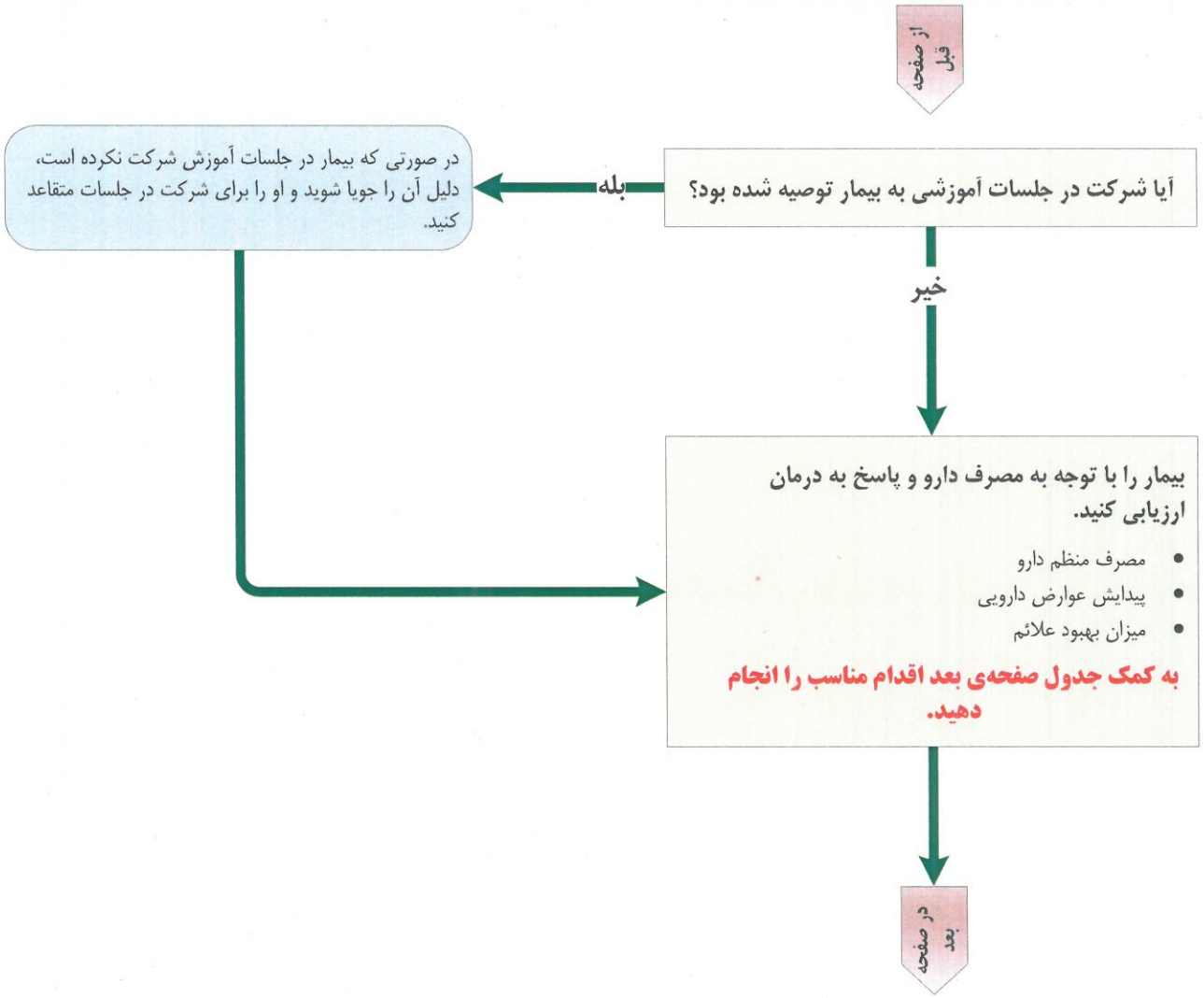
ANX 1.2



اختلال اضطرابی

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

ANX 1.2



اختلال اضطرابی

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

ANX 1.2

پاسخ به درمان / عوارض دارویی / پای‌بندی به مصرف منظم دارو	پاسخ داده است		پاسخ نداده است	
	عوارض ندارد	عوارض دارد	عوارض ندارد	عوارض دارد
پای بند است	• اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، درمان را ادامه دهید • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6) • در ۶ ماه اول هر یک ماه و پس از آن در فواصل بیشتر، ترجیحاً دو ماه یک بار، بیمار را ویزیت کنید.	• اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، ✓ در صورت امکان، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6)	• بیماری‌های همزمان طبی که اضطراب را ایجاد یا تشدید می‌کند، در صورت وجود، درمان کنید. • به بیماران مسن برای مشاهده‌ی پاسخ فرصت بدهید. • امکان افزایش دوز دارو یا تغییر آن را بررسی کنید. • در صورتی که افزایش دوز/ تغییر دارو امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع دهید.	• امکان تغییر دارو را بررسی کنید. • در صورتی که امکان تغییر دارو وجود ندارد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع کنید.
پای بند نیست	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6) • بیمار را یک ماه دیگر ویزیت کنید.	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، ✓ در صورت امکان، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6)	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. • اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، تعویض دارو را در نظر بگیرید. • بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • ممکن است پای‌بند نبودن به درمان به علت عوارض دارویی باشد و با کاهش دوز دارو و/ یا درمان عوارض بیمار به درمان پای‌بند و علائم او کنترل شود. در صورت کاهش دوز دارو، پس از یک ماه بیمار را ویزیت کنید. • اگر مصرف پای‌بند نبودن ناشی از عوارض دارو است و نمی‌توان دوز آن را کاهش داد، تعویض دارو را در نظر بگیرید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.

ANX2 بیماری‌های جسمی که همراهی آنها با اختلال اضطرابی شناخته شده است

- **اختلالات نورولوژیک:** نئوپلاسم‌های مغزی، ترومای مغزی، بیماری‌های عروقی مغز، خون‌ریزی ساب‌آراکنوئید، میگرن، آنسفالیت، مولتیپل اسکلروزیس، بیماری هانتینگتون، صرع
- **اختلالات سیستمیک:** هیپوکسی، بیماری قلبی عروقی، آریتمی‌ها، آنمی، نارسایی ریوی
- **اختلالات آندوکرین:** هیپوگلیسمی، اختلال عملکرد هیپوفیز، اختلال عملکرد تیروئید، اختلال عملکرد پاراتیروئید، اختلال عملکرد آدرنال، فئوکروموسیتوما، ویریلیزاسیون
- **اختلالات التهابی:** لوپوس اریتماتوی سیستمیک، آرتریت روماتوئید، پلی آرتریت نودوزا، آرتریت تمپورال
- **سوء مصرف مواد و مسمومیت‌ها:** آمفتامین‌ها، کافئین و محرومیت از کافئین، محرومیت از مواد یا الکل، داروهای سمپاتومیمتیک، پنی‌سیلین، سولفونامیدها، کانابیس (حشیش)، جیوه، آرسنیک، فسفر، ارگانوفسفره‌ها، بنزن، سرب
- **اختلالات گوارشی:** زخم پپتیک، سندرم روده‌ی تحریک پذیر
- **سایر موارد:** کمبود ویتامین B12، پلاگر، سندرم کارسینوئید، بدخیمی‌های سیستمیک، سندرم قبل از قاعدگی، بیماری‌های تب‌دار و عفونت‌های مزمن، مونونوکلئوز عفونی، اورمی

ANX3 درمان دارویی اختلالات اضطرابی

۳-۱ توصیه های کلی

قبل از ورود به مبحث درمان اختلالات اضطرابی آگاهی از نکات زیر کمک کننده است:

- از تغییرات مناسب و قابل انجام در شیوه‌ی زندگی فرد غافل نشوید. بسیار مهم است که عامل فشار را در زندگی فرد بیابید و راه‌های کاهش آن را پیدا کنید. تغییرات در شیوه‌ی زندگی می‌تواند خطر وقوع سایر اختلالات اضطرابی را کاهش دهد.
- **گزینه های درمانی:** سه گزینه‌ی درمانی برای درمان این اختلالات وجود دارد:
  - دارودرمانی
  - روان‌درمانی
  - ترکیب هر دو روش

  توجه: قدم اول درمان دارویی است، سپس امکان اضافه شدن روان‌درمانی وجود دارد.
- **به بیمارتان بگویید که:**
  - این اختلال بسیار شایع است
  - علایم جسمانی که او تجربه می‌کند ناشی از این اختلال است و با درمان، بهبود قابل توجه می‌یابد.
  - در صورت عدم درمان، آسیب خواهد دید.
- **دارو درمانی:** در این روش از دارو استفاده می‌شود. انتخاب دارو معمولاً بر اساس سن بیمار، سابقه‌ی قبلی درمان، ایمن بودن در صورت مصرف بیش از دوز درمانی، عوارض جانبی، بیماری‌های طبی همزمان، سابقه‌ی پاسخ خانوادگی یا شخصی قبلی و هزینه‌ی داروها صورت می‌گیرد.

  فواید:
  - احتمال پاسخ درمانی اولیه‌ی سریع‌تر وجود دارد.
  - بسیاری از بیماران دارو خوردن را به روان‌درمانی ترجیح می‌دهند.

  ضعف‌ها:
  - داروها باید به طور مداوم و دقیقا همان‌طور که تجویز شده‌اند، مصرف شوند.
  - احتمال ایجاد عوارض جانبی و تداخل وجود دارد.
  - نیاز است که دارو ها مدت زمان طولانی مصرف شوند.
- **روان درمانی:** این روش در حیطه‌ی وظایف پزشک عمومی نیست و در صورت نیاز بیمار باید ارجاع شود.

  فواید:
  - آثار آن ممکن است بیش از دوره‌ی درمان دوام بیاورد.
  - فرصتی برای بیمار فراهم می‌شود تا بتواند تغییرات مفید در زندگی‌اش ایجاد کند.

  ضعف‌ها:
  - بیماران باید در طی یک دوره‌ی زمانی خاص به طور مداوم در جلسات درمانی شرکت کنند.
  - ممکن است نتوان در هر موقعیت بالینی به روان‌پزشک و روان‌درمانگر دست‌رسی پیدا کرد.

- در مرحله‌ی حاد بیماری به تنهایی تأثیر قابل توجهی ندارد.

۳-۲ درمان اختلال هراس (پانیک Panic):

مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI) خط اول درمان هستند، کارایی ثابت شده دارند، عوارض آنها کم و استفاده از آنها راحت‌تر است. در مورد استفاده از این دسته‌ی داروئی در درمان اختلالات اضطرابی به نکات زیر توجه کنید:

- قبل از اعلام شکست درمان با یک نوع دارو، ابتدا از تیتراسیون مناسب دارو و دست‌یابی به دوز درمانی مورد نظر، اطمینان حاصل کنید و اجازه دهید زمان لازم برای رسیدن به پاسخ طی شود.
- قبل از ارزیابی کارایی یک SSRI، بیمار باید درمان با آن را حداقل ۴ تا ۶ هفته ادامه داده باشد.
- بارزترین عارضه داروهای دسته‌ی SSRI در درمان اضطراب، امکان افزایش گذرای اضطراب در ابتدای درمان است که بر استفاده‌ی بیمار از آنها تاثیر منفی می‌گذارد. برای جلوگیری از این عارضه درمان را با دوزهای پایین شروع کنید.
- برای رسیدن به پاسخ سریع (در صورت نیاز) می‌توان از یک دوره‌ی کوتاه درمان با آلپرازولام یا کلونازپام در کنار SSRI بهره جست. ولی به یاد داشته باشید که این دارو (و به طور کلی بنزودیازپین ها بویژه بنزودیازپین های کوتاه اثر مانند آلپرازولام) نباید به مدت طولانی استفاده شوند، زیرا احتمال وابستگی به آنها و نیز سوء مصرف آنها وجود دارد. برای جلوگیری از بروز این احتمالات، برای افرادی که سابقه‌ی سوء مصرف مواد و الکل دارند، تجویز نشوند یا به مدت ۲ تا ۳ هفته استفاده شوند و پس از آن به تدریج کاهش یافته قطع شوند و درمان با SSRI به تنهایی ادامه یابد.
- آموزش به بیمار و خانواده‌اش راجع به ماهیت بیماری و دوره‌ی درمان، عوارض جانبی بالقوه، مدت زمان لازم برای دیدن بهبودی و اهمیت پذیرش درمان، باعث افزایش پای‌بندی به درمان می‌شود و احتمال موفقیت را افزایش می‌دهد.
- دارو های ضدافسردگی ممکن است باعث بروز دوره‌های مانیا در بیماران دو قطبی گردند یا اینکه سایکوز نهفته را در برخی افراد مستعد فعال سازند. پایش دقیق بیماران از جهت بروز این موارد ضروری است.
- قطع ناگهانی دارو ممکن است باعث بروز علایم نامطلوب گردد. قطع دارو باید به تدریج صورت گیرد و اساس آن نیز نیمه عمر حذف ترکیب اصلی یا متابولیت‌های آن و پایش دقیق علایم بیماری است.
- به یاد داشته باشید که در این مطلب به تمام عوارض جانبی و مسایل مربوط به تجویز دارو ها اشاره نشده است. حتما قبل از تجویز هر دارو، از تمام موارد لازم در مورد تجویز آن اطلاع حاصل کنید.

۳-۳ درمان اختلال اضطراب منتشر (GAD):

مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین (SSRI) خط اول درمان هستند، بوسپیرون داروی خط دوم است و بنزودیازپین ها در خط سوم قرار دارند. بارزترین عارضه SSRI در درمان اضطراب افزایش گذرای اضطراب در ابتدای درمان است که بر استفاده‌ی بیمار از آنها اثر منفی می گذارد. در مورد استفاده از این دسته‌ی داروئی در این اختلال نیز توصیه‌های ذکر شده در بالا باید مورد توجه قرار گیرد.

خط دوم درمان **بوسپیرون** است:

- شروع اثر این دارو چند هفته طول می‌کشد.
- در کاهش علایم شناختی موثرتر از علایم جسمانی عمل می‌کند.
- تأثیر آن دیرتر از بنزودیازپین ها است، ولی در مقابل، ایجاد وابستگی و تحمل نمی‌کند.
- یک رویکرد مناسب برای دستیابی به پاسخ سریع‌تر، استفاده‌ی هم‌زمان از بوسپیرون و یک بنزودیازپین و سپس قطع تدریجی بنزودیازپین بعد از ۲ تا ۳ هفته و ادامه درمان با بوسپیرون است.

خط سوم درمان **بنزودیاپین** است:

- مدت زمان استفاده از این دارو باید محدود باشد، زیرا احتمال ایجاد تحمل و وابستگی وجود دارد. ۲ تا ۶ هفته برای درمان و ۱ تا ۲ هفته برای کم کردن تدریجی در نظر بگیرید و سپس دارو را قطع کنید.
- مشکلات همراه با این دارو زیاد است، تحمل و وابستگی ایجاد می کند، فرد را خواب آلوده می‌کند و در ۲۵ تا ۳۰ درصد موارد با شکست مواجه می‌شود. بیمارانی که بنزودیازپین شروع می‌کنند، با قطع آن مشکل دارند، زیرا در قطع آن اضطراب بازگشتی و علایم محرومیت شدید تا متوسط دیده می‌شود. برای جلوگیری از بروز این موارد از راه‌های زیر استفاده کنید:

- دارو را بتدریج قطع کنید.
- قبل از شروع به قطع تدریجی بنزودیازپین کوتاه‌اثر، آن را به نوع بلند اثر تبدیل کنید و سپس شروع به قطع تدریجی آن کنید.
- همراه با این دارو ها از یک SSRI استفاده کنید.

» شایع‌ترین اشتباه، تجویز آنها به مدت نامحدود است. نسخه‌ها را به گونه‌ای بنویسید که فقط برای همان دوره‌ی درمانی استفاده شوند و قابل تجدید کردن نباشند.

۴-۳ درمان اختلال وسواس-اجبار (OCD):

مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI) خط اول درمان هستند، کارایی ثابت شده دارند، عوارض آنها کم است و استفاده از آنها راحت‌تر است. در مورد استفاده از این دسته به نکات زیر توجه کنید:

» قبل از اعلام شکست درمان با یک نوع دارو ابتدا از تیتراسیون مناسب دارو و دستیابی به دوز درمانی مورد نظر، اطمینان حاصل کنید و اجازه دهید زمان لازم برای رسیدن به پاسخ طی شود.

» قبل از ارزیابی کارایی یک SSRI، بیمار باید درمان با آن را حداقل ۸ تا ۱۶ هفته ادامه داده باشد.

» برای درمان اختلل وسواس- اجبار معمولاً به دوزهای بالاتری نسبت به درمان اختلال اضطراب منتشر و اختلال هراس نیاز است.

» آموزش به بیمار و خانواده‌اش در مورد ماهیت بیماری و دوره‌ی درمان، عوارض جانبی بالقوه، مدت زمان لازم برای دیدن بهبودی و اهمیت پذیرش درمان، باعث افزایش پای‌بندی به درمان می‌شود و احتمال موفقیت را افزایش می‌دهد.

» دارو های ضدافسردگی ممکن است باعث بروز دوره‌های مانیا در بیماران دوقطبی شوند یا اینکه سایکوز نهفته را در برخی افراد مستعد فعال کنند. پایش دقیق بیماران از جهت بروز این موارد ضروری است.

» قطع ناگهانی این دارو ممکن است باعث بروز علایم نامطلوب گردد. قطع این دارو باید به تدریج صورت گیرد و اساس آن نیز نیمه عمر حذف ترکیب اصلی یا متابولیت‌های آن و پایش دقیق علایم بیماری است.

» به یاد داشته باشید که در این مطلب به تمام عوارض جانبی و مسایل مربوط به تجویز دارو ها اشاره نشده است. حتما قبل از تجویز هر دارو، از تمام موارد لازم در مورد تجویز آن اطلاع حاصل کنید.

ANX4 پایش درمان: پاسخ به درمان

» در مورد اختلال هراس و اختلال اضطراب منتشر، پاسخ به درمان را در یک ماه ارزیابی کنید.

» در مورد اختلال وسواس بطور معمول اثرات درمانی ۴ تا ۶ هفته پس از شروع درمان مشاهده می‌شود، ولی برای مشاهده‌ی حداکثر اثرات درمانی معمولاً به ۸ تا ۱۶ هفته زمان نیاز داریم.

» در صورت بهبودی نسبی یا عدم بهبودی دوز درمان را تنظیم کنید.

» اگر از ابتدا یا پس از تنظیم دوز دارو بهبودی قابل توجهی مشاهده کردید، درمان را تا ۲ ماه دیگر ادامه دهید و بیمار را هر ماه ارزیابی کنید.

» در صورت بهبودی، درمان نگهدارنده را برای ۱۲ ماه ادامه دهید. پیگیری مشتمل بر پیشگیری از تکرار مجدد، آموزش بیمار و خانواده‌ی او است.

» تصمیم در مورد قطع درمان باید پس از مشورت با روان‌پزشک صورت گیرد.

» در صورت شکست در هر یک از موارد فوق ارجاع به روان‌پزشک ضروری است.

ANX5 پایش درمان: عوارض جانبی

» پزشک باید عوارض جانبی شایع داروها را بداند و با بیمار در مورد پای‌بندی به درمان و رضایتش صحبت کند. بیمار ممکن است سوالاتی را مطرح کند. از این فرصت به بهترین نحو برای برقراری رابطه‌ی ایجاد امید و تشویق بیمار استفاده کنید. در صورتی که بیمار به رغم تلاش شما برای پای‌بندی به درمان، تمایلی به ادامه‌ی درمان دارویی ندارد، او را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

» عوارض جانبی کوتاه مدت شایع SSRI ها که روی پای‌بندی به درمان اثر می‌گذارد عبارتند از: بی‌خوابی؛ بی‌قراری و اضطراب، کاهش اشتها، سردرد، تهوع و مدفوع شل. با شروع رژیم درمانی با دوزهای پایین، می‌توانید تا حد زیادی از این

عوارض جلوگیری کنید. مصرف دارو در صبحها به بهتر شدن بیخوابی کمک می‌کند.

- شایعترین عارضه جانبی بلند مدت SSRIها، اختلال عملکرد جنسی (کاهش لیبیدو، ارگاسم تاخیری، و کاهش لوبریکاسیون واژن در زنان) است. استفاده از بوپروپیون یا سیپروهپتادین به کاهش این عوارض و پایبندی به درمان کمک می‌کند.
- برای شروع داروی بعدی، حتما داروی قبلی را به تدریج قطع کنید. سندرم قطع، در قطع ناگهانی SSRIها مشاهده شده است. منگی، تهوع یا استفراغ، درد، احساس لرز، اضطراب، تحریک پذیری و دوره‌های گریه از علایم این سندرم هستند و معمولا بین ۱ تا ۳ روز از قطع دارو دیده می‌شوند. این سندرم در مورد فلوکستین دیده نشده است که ممکن است به علت نیمه عمر بسیار طولانی آن باشد.
- نکته مهم دیگری که باید در مورد آن احتیاط کنید، احتمال بروز سندرم مرکزی سروتونین است که بسیار نادر ولی بالقوه وخیم است و ممکن است در طی تغییر یک دارو به داروی دیگر، روی دهد. علایم آن شامل تعریق، تب، تاکی کاردی، افزایش فشار خون، تغییر وضعیت روانی و علایم شدیدتر شامل تب شدید، کلاپس قلبی- عروقی و در نهایت مرگ است. خطر بروز سندرم، زمانی افزایش می‌یابد که دو داروی سروتونرژیک با هم یا با فاصله‌ی خیلی کم تجویز شوند. توصیه می‌شود که حداقل به اندازه‌ی ۵ برابر نیمه عمر یک دارو یا متابولیت هایش صبر کنیم تا بتوانیم درمان را با داروی دوم آغاز کنیم.

ANX6 خاتمه‌ی درمان

زمانی می‌توان داروهای ضداضطراب فردی را قطع کرد که اولاً بعد از ۱۲-۹ ماه مصرف دارو، علائم اضطراب نداشته یا علائم به حداقل رسیده باشد؛ و ثانیاً در طول مدت درمان توانسته باشد فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی خود را انجام دهد.

۶-۱ قطع دارو را به صورت زیر انجام دهید:

- در صورت هر گونه تردید در ارتباط با قطع دارو با روان‌پزشک مشورت کنید.
- در مورد قطع تدریجی داروها و درمان با فرد صحبت کنید.
- دوزها را تدریجاً در عرض یک دوره‌ی حدقل ۴ هفته‌ای کاهش دهید (سریع‌تر در مورد فلوکستین). برای بعضی افراد، ممکن است زمان بیشتری نیاز باشد.
- به بیمار در مورد احتمال بروز علائم قطع/محرومیت، در زمان کاهش یا قطع داروها تذکر دهید. همچنین یادآور شوید که این علائم اغلب خفیف و خود محدود شونده است، لیکن دربعضی موارد و به ویژه در موارد قطع سریع دارو، می‌تواند شدید باشد.
- در مورد علائم زودرس عود (به عنوان مثال: تغییر در خواب یا اشتها برای بیش از ۳ روز) به بیمار توضیح دهید و زمان مراجعه‌ی منظم برای پیگیری را تعیین کنید.
- پیام های مربوط به آموزش روان‌شناختی را تکرار کنید.

۶-۲ علائم ناشی از قطع دارو را پایش کنید

- علائم شایع: سرگیجه، خارش، اضطراب، تحریک‌پذیری، خستگی، سردرد، تهوع، مشکلات خواب
- علائم محرومیت خفیف: ضمن اطمینان‌بخشی به بیمار، علائم را پایش کنید.
- علائم محرومیت شدید: دارو را با دوز مؤثر مجدداً تجویز و پس از برطرف شدن علائم محرومیت، با سرعت کمتر و تدریجی‌تر آن را کاهش دهید.
- در صورت بروز علائم قطع/محرومیت قابل توجه، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

۶-۳ بروز مجدد علائم اضطراب را در جریان محرومیت از دارو، پایش کنید

- درصورت بروز مجدد علائم، داروی قبلی که مؤثر بوده را با همان دوز مؤثر قبلی، به مدت ۱۲ماه دیگر تجویز کنید.

جدول شماره‌ی ۱- داروهای مورد استفاده در اختلالات اضطرابی*

دارو			دوز برای بزرگسالان mg/day			دوز برای سالمندان mg/day			توضیحات
			شروع	طیف	حد اکثر	شروع	طیف	حداکثر	
SSRI	سرترالین		۲۵	۵۰–۱۵۰	۲۰۰	۲۵	۵۰–۱۰۰	۲۰۰	
	فلوکستین		۱۰	۲۰–۶۰	۶۰	۱۰	۲۰–۶۰	۶۰	در مورد اختلال اضطراب منتشر توصیه نمی شود. در مورد اختلال وسواس از دوز های بالاتر می توان استفاده کرد بعنوان مثال ۸۰ میلی‌گرم فلوکستین در روز
	سیتالوپرام		۱۰	۲۰–۴۰	۶۰	۱۰	در صورت عدم پاسخ تا ۴۰ افزایش دهید		
	فلووکسامین		۲۵	۱۰۰ – ۳۰۰ ۲ دوز منقسم		با مقادیر پایین شروع کنید و به آهستگی افزایش دهید			
بنزودیازپین	آلپرازولام	پانیک	۰/۷۵ – ۱/۵ سه دوز منقسم	۰/۵ -۶		۰/۲۵ – ۰/۵ ۲ دوز منقسم	در صورت نیاز به میزان ۰/۱۲۵ افزایش دهید		
		اختلال اضطراب منتشر	۰/۷۵ – ۱/۵ سه دوز منقسم	۰/۵–۴					
	کلونازپام		۰/۷۵ سه دوز منقسم	۰/۵–۲	۳	مثل بزرگسالان با مقادیر پایین شروع کنید و بیمار را به دقت پایش نمایید			عمدتاً در اختلال هراس استفاده می شود.
	کلردیازپوکساید		۱۰۰–۱۵ (۳ تا ۴ دوز منقسم)			استفاده نشود			عمدتاً در اختلال اضطراب منتشر استفاده می شود.
سایر	بوسپیرون		15 ۲ دوز منقسم	۱۵–۶۰ ۲ دوز منقسم	۶۰	۱۰ ۲ دوز منقسم	۱۵ -۶۰ ۲ دوز منقسم	۶۰	در اختلال اضطراب منتشر استفاده می شود.

* بر اساس تجارب بالینی در کشور، گاه ضرورت پیدا می‌کند که دوز شروع و حد اکثر پائین‌تر از مقادیر ذکر شده در جدول فوق باشد.

اختلال سایکوز و دوقطبی

مقدمه

PSY

اختلال سایکوز با تغییر شکل تفکر و ادراک و همچنین محدود شدن دامنه و نامتناسب شدن هیجانات مشخص می‌شود. کلام غیر منطقی و نامربوط ممکن است از تظاهرات این اختلال باشد. توهم (شنیدن صداها یا دیدن چیزهایی که وجود ندارد) و هذیان (عقاید غلط و تثبیت شده) یا بدبینی بیش از حد و بی دلیل ممکن است وجود داشته باشد. رفتارهای به شدت غیر عادی نظیر آشفتگی رفتاری، بی‌قراری، برانگیختگی و عدم فعالیت یا فعالیت بیش از حد ممکن است مشاهده شود. اختلال هیجانات مانند آپاتی قابل توجه یا بی ارتباط یا نامتناسب بودن هیجان ابراز شده با تظاهر آن در ظاهر فرد (نظیر حالت چهره یا زبان بدن) نیز ممکن است از تظاهرات این اختلال باشد. حقوق انسانی افراد مبتلا به اختلال سایکوز به شدت در معرض پایمال شدن قرار دارد.

ویژگی اصلی اختلال دوقطبی وجود دوره‌هایی است که در آن خلق و سطح فعالیت فرد به شدت دچار اختلال می‌شود. این اختلال در برخی مواقع با خلق بالا و افزایش انرژی و فعالیت (مانیا)، و در برخی از دوره‌ها با خلق پائین و کاهش انرژی و فعالیت (افسردگی) مشخص می‌شود. بهبودی فرد در بین این دوره‌ها کامل است و نشانه‌ای از خلق بالا و پائین در بیمار دیده نمی‌شود. افرادی که فقط دوره‌های مانیا را تجربه می‌کنند نیز در زمره‌ی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی قرار داده می‌شوند.

اختلال سایکوز و دوقطبی

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

PSY 1.1

از این مدول خارج شوید و بیمار را از نظر سایر اختلالات روانشناختی یا شکایات جسمی که از نظر طبی توجیهی ندارند، بررسی کنید (OTH)

خیر

بررسی اختلال دو قطبی

در مورد دوره‌های قبلی یا فعلی علائم مانیا نظیر سرخوشی، خلق تحریک پذیر، افزایش فعالیت و پرگویی، پرش افکار، کاهش شدید نیاز به خواب، خود بزرگ‌بینی، حواس‌پرتی یا رفتارهای بی‌پروا را سؤال کنید.

آیا یکی از دو شرط زیر صادق است؟

- ۳ یا بیش از ۳ علامت مانیا با دوام یک هفته یا بیشتر
- قبلاً تشخیص اختلال دو قطبی برای بیمار مطرح شده است.

خیر

بیمار را از نظر علائم سایکوز ارزیابی کنید.

- گفتار گسسته و نامربوط
- هذیان‌ها (گزند و آسیب، خودبزرگ بینی، سوماتیک، انتساب به خود، ....)
- توهمات (شنوایی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی)
- گوشه‌گیری، بی‌قراری، رفتار درهم ریخته
- باور به این موضوع که افکار در ذهن آنها گذاشته شده یا افکار آنها پخش می‌شود.
- گوشه‌گیری اجتماعی و انجام ندادن مسئولیت های مرتبط با کار، مدرسه، خانه و فعالیت‌های اجتماعی
- مواردی که بیمار سابقه سایکوز دارد ولی در حال حاضر علائم سایکوز را ندارد

آیا چند مورد از موارد فوق در بیمار وجود دارد؟

بله

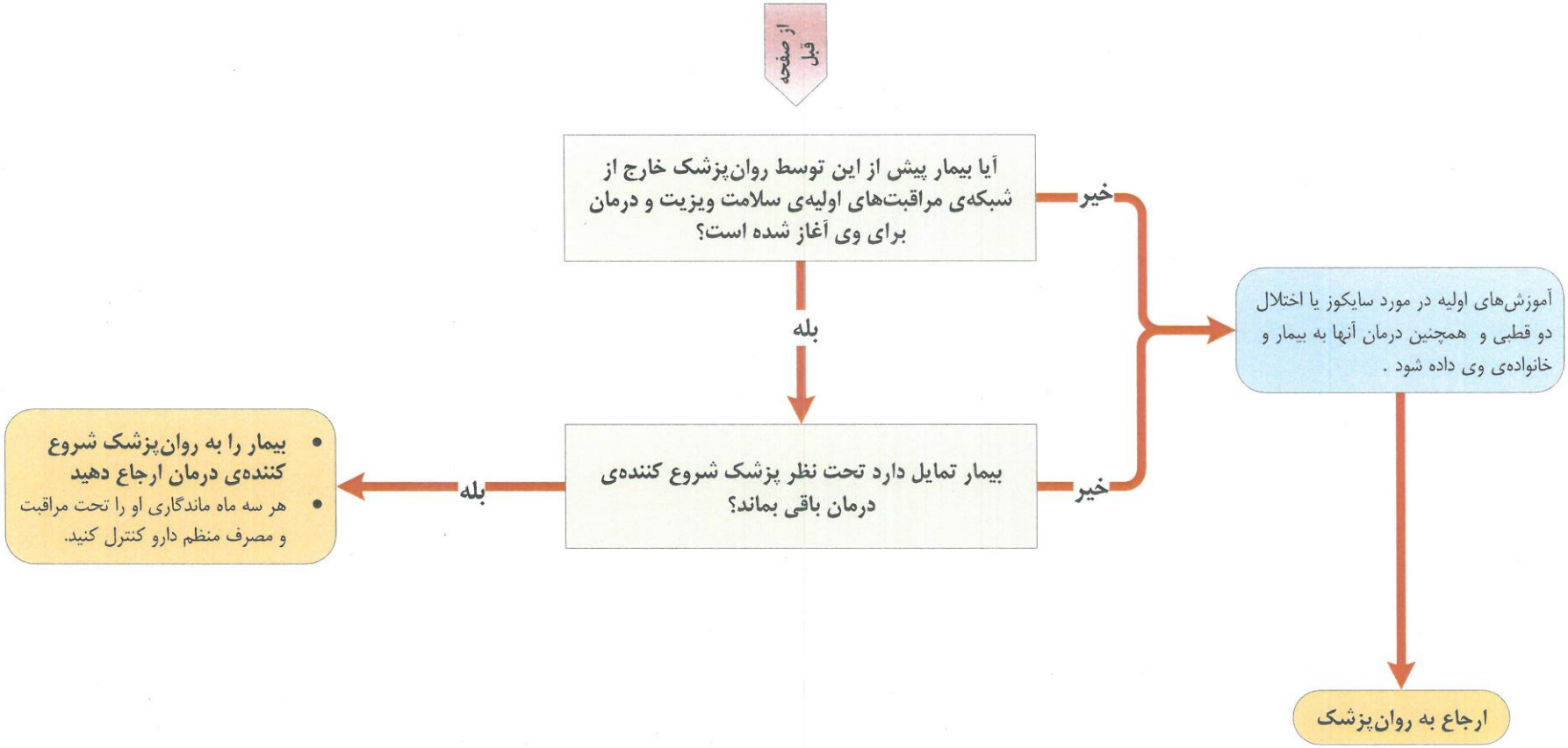
بله

در صفحه بعد

اختلال سایکوز و دوقطبی

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

PSY 1.1

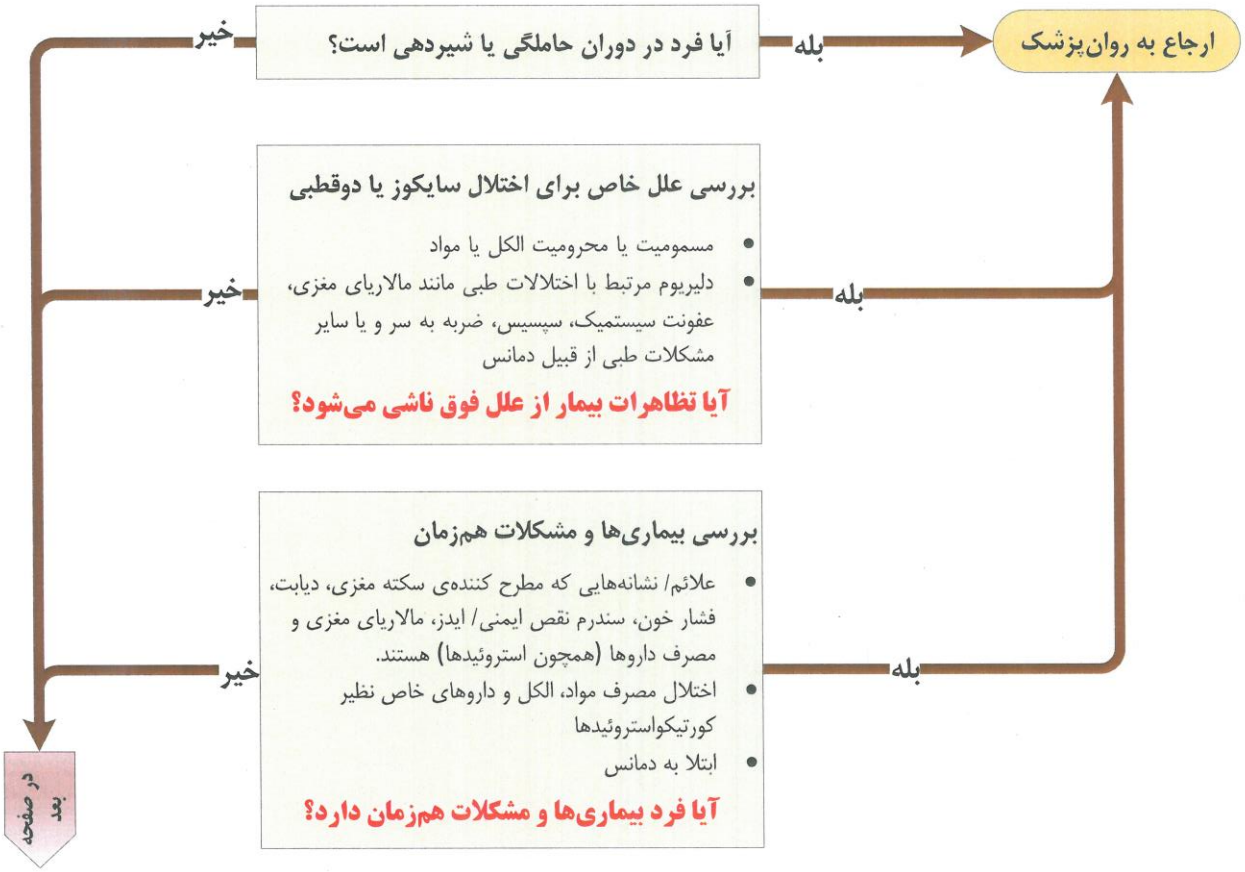


اختلال سایکوز و دوقطبی

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

PSY 1.2

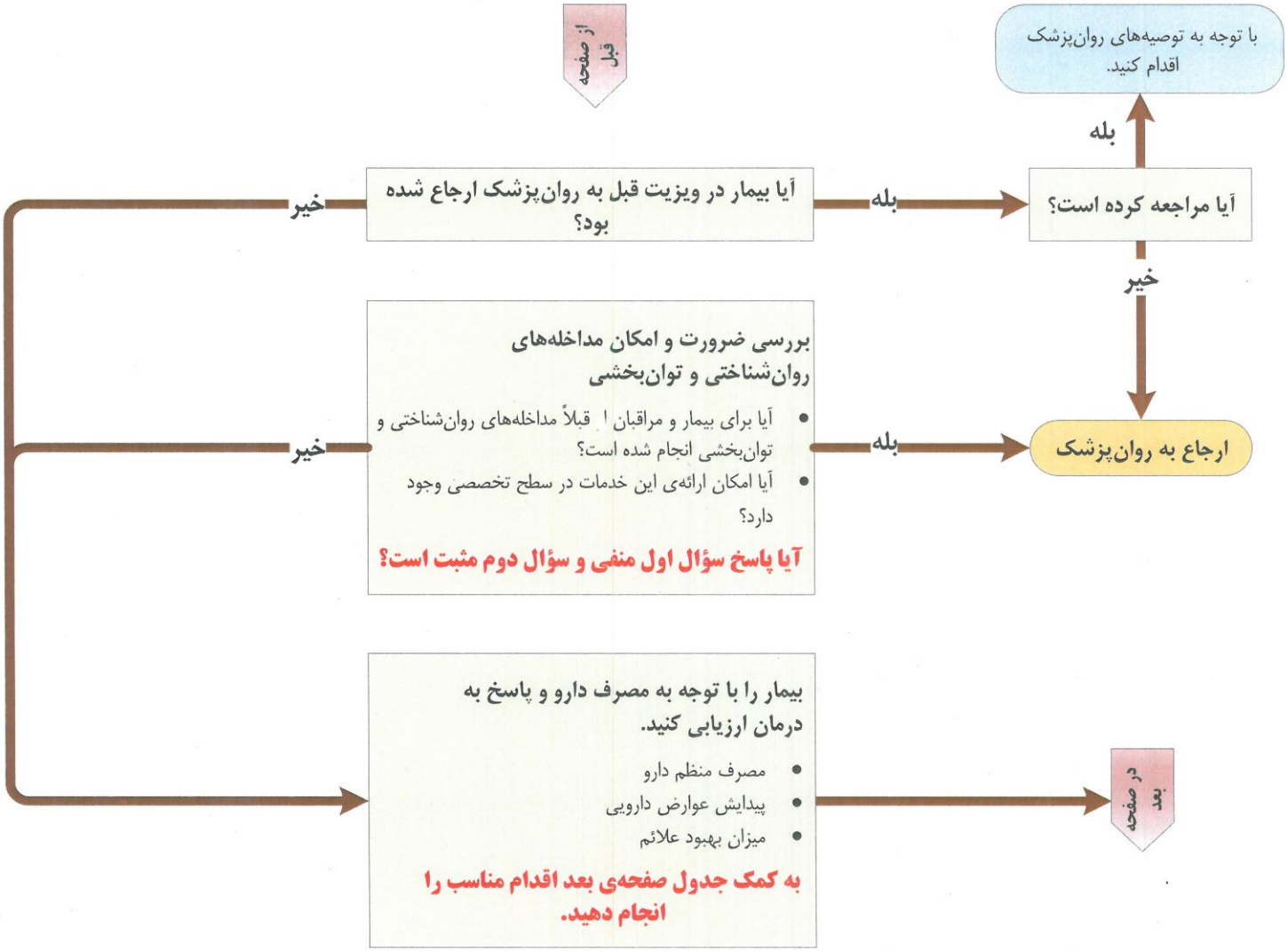
موارد زیر را بررسی کنید.



اختلال سایکوز و دوقطبی

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

PSY 1.2



اختلال سایکوز و دوقطبی

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

PSY 1.2

پاسخ به درمان / عوارض دارویی / پای‌بندی به مصرف منظم دارو	پاسخ داده است		پاسخ نداده است	
	عوارض ندارد	عوارض دارد	عوارض ندارد	عوارض دارد
پای بند است	• درمان را ادامه دهید • در ۶ ماه اول هر یک ماه و پس از آن در فواصل بیشتر، ترجیحاً دو ماه یک بار، بیمار را ویزیت کنید.	• در صورت امکان دوز دارو را کم و/ یا عوارض دارویی را درمان کنید. (PSY4.3) • در صورتی که امکان کاهش دوز یا درمان عوارض وجود ندارد بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید. • در صورت عدم ارجاع، بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	• علل خاص سایکوز را در بیمار جست و جو کنید: مسمومیت با یا محرومیت از الکل یا مواد، دلیریوم مرتبط با اختلالات طبی، دمانس، سکته‌ی مغزی، دیابت، فشار خون، ایدز، مصرف داروها (نظیر استروئیدها)، سایر موارد • در صورت امکان، دوز دارو را افزایش دهید. • در صورتی که افزایش دوز دارو امکان پذیر نیست، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.	• بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.
پای بند نیست	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • بیمار را یک ماه دیگر ویزیت کنید.	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • در صورت امکان دوز دارو را کم و/ یا عوارض دارویی را درمان کنید. (PSY4.3) • در صورتی که امکان کاهش دوز یا درمان عوارض وجود ندارد بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید. • در صورت عدم ارجاع، بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. • اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید. • در صورت عدم ارجاع، بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • ممکن است پای‌بند نبودن به درمان به علت عوارض دارویی باشد و با کاهش دوز دارو و/ یا درمان عوارض بیمار به درمان پای‌بند و علائم او کنترل شود. در صورت کاهش دوز دارو، پس از یک ماه بیمار را ویزیت کنید. • اگر پای‌بند نبودن ناشی از عوارض دارو است و نمی‌توان دوز آن را کاهش داد یا عوارض را درمان کرد؛ بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

PSY 2 داروها و موادی که نقش شناخته شده در ایجاد علائم سایکوز دارند:

- داروهای آگونیست گیرنده‌ی دوپامین و داروهای ضدپارکینسون
- کورتیکواستروییدها
- مسمویت با مواد یا قطع آنها
- **موادی مانند آمفتامینها (شیشه) و حشیش**

PSY 3 بیماریهای جسمی که همراه با علائم سایکوز هستند:

- بیماریهای دژنراتیو سیستم اعصاب مرکزی: بیماری آلزایمر، بیماری پارکینسون، بیماری هانتینگتون
- بیماریهای خودایمنی: لوپوس
- بیماریهای عفونی: HIV/AIDS، آنسفالیت هرپس، نوروسیفلیس
- اختلالات متابولیک: کمبود ویتامین B_{12}، بیماری ویلسون
- نئوپلاسم ها، بیماری‌های عروقی مغز و تروما (به ویژه درصورت درگیری لوب فرونتال و لیمبیک)
- صرع (به ویژه صرع لوب تمپورال)

PSY4 درمان سایکوز

٤-١ داروهای ضد سایکوز

تقریبا تمام بیمارانی که دچار اختلال سایکوتیک هستند از درمان‌های دارویی **(جدول ۱)** سود می‌برند. علاوه بر این، شروع زودتر درمان دارویی می‌تواند بر پیامد بلندمدت بیماران تاثیر مثبت داشته باشد.

معمولا درمان دارویی با داروهای خوراکی آغاز می‌شود. درمان با چند داروی آنتی‌سایکوتیک در اغلب موارد منطقی نیست. بیمارانی که درمان با داروهای آنتی سایکوتیک برای آنها شروع شده است، نیازمند ارزیابی‌های منظم هستند.

داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل اول:

مکانیسم اثر عمده این داروها اثر آنتاگونیستی آنها بر روی گیرنده‌های دوپامینی در مغز است.

داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم:

مکانیسم اثر عمده‌ی این داروها اثر آنتاگونیستی آنها بر روی گیرنده های دوپامینی و نیز اثر آگونیستی آنها بر گیرنده‌های سروتونینی در مغز است. این داروها نسبت به داروهای نسل اول اثر بهتری بر علائم منفی اسکیزوفرنی، عوارض خارج هرمی کمتر و اثر بخشی بر طیف بیشتری از علائم بیماری دارند.

اثربخشی داروهای آنتی‌سایکوتیک در درمان سایکوز تقریبا برابر است، به جز داروی کلوزاپین که اثربخشی آن از سایر داروها بالاتر است.

جدول۱- داروهای آنتی سایکوتیک

دارو	حداقل دوز برای فاز حاد (mg)	حداقل دوز برای زمان عود یا تشدید (mg)	حداکثر دوز مجاز روزانه (mg)	نسل
هالوپریدول	۲	۴ <	۲۰	اول
کلرپرومازین	۲۰۰	۳۰۰	۱۰۰۰	اول
تری فلوپرازین	۱۰	۱۵	۳۰	اول
ریسپریدون	۲	۳	۱۶	دوم

٤-٢ مراحل درمان سایکوز

درمان سایکوز در دو مرحله‌ی حاد و نگهدارنده انجام می‌شود.

مرحله‌ی حاد:

این مرحله زمانی است که بیماری فعال است و علائم اختلال به طور کامل مشاهده می‌شود. در این مرحله بیماری با افت شدید عملکرد و اختلال در رفتار فرد همراه است. در این مرحله معمولاً بیمار متوجه بیماری خود نیست و توسط همراهان به مرکز درمانی آورده می شود. بنابراین ممکن است بیمار برای درمان همکاری نکند و یا رفتارهای پرخاش‌گرانه و غیرقابل کنترل داشته باشد. در مواردی نیز نیازمند بستری است. در این مرحله، تا زمانی که علائم حاد بیماری کنترل شود، پیگیری ها باید در فواصل خیلی کوتاه، حتی روزانه، انجام شود.

در طی ویزیت، باید با احساسات بیمار همدلی و تلاش کرد تا رابطه‌ی درمانی مناسب شکل گیرد و بیمار را به ادامه درمان تشویق شود.
پاسخ به درمان معمولا ظرف ۲ تا ۳ هفته‌ی اول از آغاز درمان دیده می‌شود و در صورتی‌که در این مدت هیچ تغییری در شدت علائم دیده نشود باید موارد زیر را در نظر داشت:

- مصرف الکل یا مواد
- درست مصرف نکردن دارو
- کافی نبودن دوز دارو
- اشتباه در تشخیص
- وجود مشکلات جسمی هم‌زمان

درصورتی‌که پاسخ به درمان وجود دارد ولی کامل نیست؛ می‌توان دارو را به تدریج تا حداکثر دوز مجاز روزانه یا به اندازه‌ای که بیمار تحمل می‌کند، افزایش داد. برای مشاهده‌ی اثر دارو در دوز جدید باید حدود ۲ تا ۳ هفته صبر کرد. در هر نوبت، در صورتی‌که درمان موثر باشد باید درمان را با همان دوز موثر ادامه داد. اگر بیمار افزایش دوز دارو را تحمل نمی‌کند و اقدامات درمانی برای کاهش عوارض دارویی موثر نبوده است، برای تغییر دارو، باید بیمار را به روان‌پزشک ارجاع داد. در صورتی‌که بیمار پای‌بندی به مصرف دارو ندارد، می‌توان با آموزش‌های بیمار و خانواده انگیزه‌ی مصرف دارو را در او افزایش داد.

مرحله‌ی نگهدارنده:

این مرحله از زمانی که علائم از بین می رود، شروع می‌شود. هدف از درمان نگهدارنده جلوگیری از برگشت یا تشدید علائم و بهبود عملکرد بیمار است. در این مرحله لازم است بیمار از نظر عود علائم و پای‌بندی به مصرف دارو ارزیابی شود. ممکن است بیماران به دلیل احساس بهبودی، داروهای خود را قطع کنند. لازم است در مورد ضرورت ادامه مصرف دارو با هدف پیشگیری از عود بیماری به بیمار آموزش روان‌شناختی داده شود.

۳-٤ پایش درمان:

پایش درمان از طریق بررسی پاسخ به درمان و همچنین ارزیابی عود علائم سایکوز صورت می‌گیرد. در جلسات پایشِ درمان لازم است که به علائمی که بیمار در جلسات قبلی ویزیت داشته است، از قبیل توهم، هذیان، رفتارهای آشفته و یا کلام آشفته، تمرکز نموده از تداوم نیافتن یا بهبودی آنها مطمئن شد. علاوه بر این لازم است که بیمار را از نظر علائم جدیدی که گاهی انتظار می‌رود در فرآیند بیماری بروز کند، بررسی کرد.
از موارد دیگری که لازم است در جلسات پایش درمان مورد توجه قرار گیرد، چگونگی عملکرد بیماران در حوزه های مختلف عملکردی، از قبیل عملکرد شغلی، تحصیلی، بین فردی و اجتماعی است. این عملکرد با توجه به شرایط سنی بیماران، شغل آنها و موقعیت اجتماعی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. برای نمونه در یک خانم خانه‌دار در هنگام ارزیابی عملکرد باید به توانایی بیمار در انجام امور خانه تمرکز کرد. یا در یک دانشجو باید میزان موفقیت او را در امر تحصیل بررسی کرد.
در هنگام ارزیابی پیشرفت درمان باید از خانواده یا سایر همراهان بیمار در مورد پایداری علائم و میزان عملکرد سوال کرد.
عوارض دارویی از دیگر مواردی است که در ویزیت های پایش درمان، باید مورد توجه قرار گیرد. **(جدول شماره‌ی ۲)**

با توجه به اثرات متابولیک داروهای آنتی سایکوتیک، لازم است که بیماران تحت درمان از نظر تغییرات متابولیک ناشی از مصرف داروها و براساس دوره های زمانی مشخص ارزیابی شوند. بعضی از این موارد در **جدول شماره‌ی ۳** آمده است.
یکی دیگر از مواردی که در جلسات پایش درمان مورد توجه قرار می‌گیرد، بررسی میزان پای‌بندی بیمار به مصرف دارو است. اهمیت این موضوع هنگامی بیشتر است، که پایش اثربخشی درمان نشان دهد که بیمار سیر بهبودی علائم را طی نکرده است. در این موارد، در صورت برخورد با عدم پذیرش درمان توسط بیمار یا خانواده‌ی او، لازم است که پزشک عمومی پیگیری کننده‌ی درمانِ بیمار، آموزش های روانشناختی اولیه را برای بیمار و خانواده‌ی وی ارائه و سپس آنان را، جهت دریافت آموزش های بیشتر، به سطح تخصصی ارائه خدمات ارجاع کند.

جدول شماره‌ی ۲- عوارض شایع دارویی و نحوه‌ی درمان آن

علامت		توصیف	توضیحات	درمان
عوارض خارج هرمی	آکاتیژیا	احساس ذهنی بی‌قراری و حرکات ناشی از آن که عموماً در پاهاست		کاهش دوز دارو، پروپرانولول
	دیستونی حاد	گرفتگی ممتد یا متناوب عضلات	در اوایل درمان و افراد جوان و در جنس مذکر بیشتر دیده می شود	استفاده از داروهای آنتی کولینرژیک
	پارکینسونیسم	لرزش، سفتی عضلات، کاهش حرکات خودبخودی	وابسته به دوز است. با داروهای نسل ۱ بیشتر دیده می شود	کاهش دوز دارو، استفاده از داروهای آنتی‌کولینرژیک
دیسکینزی تاردیو		حرکات مکیدن و جویدن در دهان، بیرون آمدن زبان، حرکات کره‌ای دست‌ها	در زنان و در سن بالا بیشتر دیده می شود	ارجاع به روانپزشک
سیالوره		ریزش بزاق از دهان		استفاده از داروهای آنتی کولینرژیک
عوارض متابولیک		افزایش وزن، دیس لیپیدمی، مقاومت به انسولین و دیابت نوع ۲		به جدول بررسی های متابولیک و بالینی مراجعه شود
سندرم نورولپتیک بدخیم* (NMS)		تب، سفتی عضلات، تعریق و کاهش سطح هوشیاری	NMS یک وضعیت اورژانس است	ارجاع به اورژانس بیمارستان

* **سندروم نورولپتیک بدخیم:** در هر بیماری که تحت درمان با داروهای آنتی‌سایکوتیک است و با علائم تب و تعریق، سفتی عضلات، اختلال سطح هوشیاری و تغییر در فشارخون مراجعه می‌کند باید احتمال سندروم نورولپتیک بدخیم را در نظر داشت. در ورد این بیماران ضروریست داروی آنتی سایکوتیک قطع و بیمار بلافاصله به اورژانس بیمارستان اعزام گردد.

جدول شماره‌ی ۳- بررسی‌های متابولیک و بالینی در بیمارانی که با داروی آنتی سایکوتیک درمان می‌شوند

بررسی متابولیک یا بالینی	فواصل بررسی	اقدامات لازم	توضیحات
Kidney Function Tests / Electrolytes	در ابتدای درمان و سالانه		
CBC	در ابتدای درمان و سالانه	در صورت PMN<1000، قطع درمان و ارجاع فوری	در مورد بیمارانی که با کلوزاپین درمان می‌شوند، فواصل آزمایش متفاوت است.*
Lipid Profile	در ابتدای درمان، سه ماه بعد و سپس سالانه	توصیه به تغییر سبک زندگی، درمان با استاتین	به ویژه در مورد داروهای آتیپیک
وزن	در ابتدای درمان، هر سه ماه در سال اول و سپس سالانه	توصیه به تغییر سبک زندگی	بیشترین افزایش وزن با کلوزاپین و الانزاپین دیده می شود.
FBS/BS	در ابتدای درمان، ماه ۶ و سپس سالانه	توصیه به تغییر سبک زندگی، ارجاع به متخصص داخلی	
ECG	درابتدای درمان و در زمان تغییر دوز	درصورت وجود تغییر یا علامت غیر طبیعی، ارجاع به متخصص	به ویژه به QT_Cتوجه شود
Blood Pressure	در ابتدای درمان و به صورت مکرر در ویزیت ها		کلوزاپین، کلرپرومازین و کوئتیاپین بیش از بقیه داروها افت فشار خون وضعیتی ایجاد می کنند.
Liver Function Test	در ابتدای درمان و سالانه	در صورت افزایش آنزیمها بیش از سه برابر، قطع دارو و ارجاع به متخصص داخلی	

* **انجام CBC در تجویز کلوزاپین:** در ۶ماه اول درمان به صورت هفتگی، در ۶ماه دوم هر دو هفته یک بار، در سال دوم به صورت ماهانه درصورت WBC<۲۰۰۰ یا Granulocyte<۱۰۰۰درمان قطع و بیمار به متخصص داخلی ارجاع فوری شود.

٤-٤ داروهای تزریقی بلند اثر

در بیمارانی که خودشان این داروها را ترجیح می‌دهند و در بیمارانی که نگرانی از پای‌بند نبودن به مصرف دارو وجود دارد؛ می‌توان از فرم‌های تزریقی بلنداثر استفاده کرد **(جدول شماره‌ی ٤)**.

اثربخشی داروهای تزریقی بلنداثر با یکدیگر و نیز با اشکال خوراکی دارو برابر است. از آنجایی که این داروها دارای عوارض حرکتی حاد نیستند، تزریق همزمان داروی آنتی کولینرژیک با آنها منطقی نیست.

جدول شماره‌ی ٤- داروهای تزریقی بلنداثر، دوز درمانی و فواصل تزریق آنها

نام دارو	دوز درمانی (mg)	فواصل تزریق (هفته)	توضیحات
فلوپنتیکسول	۱۲/۵-۴۰۰	۲-۴	
فلوفنازین	۶/۲۵-۵۰	۲-۵	این دارو در قیاس با سایر داروها EPS بیشتر و افزایش وزن کمتری دارد.
هالوپریدول	۱۲/۵-۷۵	۴	

PSY5 آموزش‌های روان‌شناختی به بیمار و خانواده

در آموزش به بیمار و خانواده‌ی وی محورهای زیر را درنظر داشته باشید:

٥-١ آگاهی نسبت به بیماری:

مهم‌ترین بخش آموزش روان‌شناختی به بیمار و خانواده‌ی وی معرفی بیماری و کمک به آنها برای پذیرش آن است. در این بخش باید متناسب با سطح درک بیمار و خانواده‌ی وی در مورد بیماری، علت، نشانه‌ها و پیامدهای آن توضیح داد.

- به بیمار و خانواده‌ی او توضیح دهید که بیماری روان‌پزشکی ناشی از ناکارآمدی مغز است. می‌توان با بیان مثال‌هایی از بیماری‌های جسمی فهم این پدیده را برای آنها آسان‌تر کرد.
- باورهای نادرست خانواده در خصوص بیماری را بشناسید و اصلاح کنید. تاکید کنید که ابتلا به بیماری روان‌پزشکی، عیب محسوب نمی‌شود و نشانه‌ی ضعف شخصیت یا حاصل روش‌های نادرست تربیتی نیست. توضیح اینکه بیماری‌های روان‌پزشکی در اثر جادوگری یا نیروهای ماوراء طبیعت ایجاد نمی‌شوند و با توسل به اینگونه مسائل نیز نمی‌توان آنها را درمان کرد.
- به نقش استرس در بروز نشانه‌های بیماری یا تشدید آنها اشاره کنید.
- تاکید کنید که بیان کلمات آزاردهنده توسط بیمار با هدف آزار اعضای خانواده نیست و باید آن را به حساب بیماری فرد گذاشت.
- به علت بیماری تمام مسؤولیت‌های بیمار را از وی سلب نکنند و به او کمک کنند تا بر اساس توانایی‌اش برخی از کارها را بر عهده بگیرد.
- برخی باور دارند که ازدواج و تشکیل زندگی مشترک می‌تواند به بهبود بیمار کمک کند. به خانواده و بیمار تاکید کنید که ازدواج منجر به بهبود بیماری نمی‌شود و حتی در مواردی استرس ناشی از آن می‌تواند به تشدید بیماری بیانجامد. در خصوص امکان اشتغال، ازدواج و تحصیل هر بیمار باید به طورفردی و براساس شرایط بیمار تصمیم‌گیری کرد. اگر در این موارد برای پاسخ به سوالات خانواده‌ی بیمار و یا خود او تجربه‌ی لازم را ندارید، آنان را به مراکز تخصصی خدمات سلامت روان ارجاع دهید.

٥-٢ پای‌بندی به مصرف دارو

- به بیمار و خانواده‌ی او توضیح دهید که درمان دارویی بخش اصلی درمان بیماری است و کنترل بیماری بدون مصرف دارو ممکن نیست. شایع‌ترین علت عود بیماری و بستری بیماران، پای‌بند نبودن به مصرف منظم دارو یا قطع آن است. پای‌بند نبودن به مصرف دارو دلایل متعددی دارد و ممکن است دلیل آن برای هر بیمار متفاوت باشد. اما یکی از دلایل شایع برای پای‌بند نبودن، باورهای نادرست در مورد مصرف دارو است. صحبت با بیمار در مورد آثار هریک از داروهای تجویز شده و نیز بررسی عوارض دارویی و روش‌های کنترل آن و آموزش روش

صحیح مصرف داروها می‌تواند به بهبود پای‌بندی به مصرف آنها کمک کند.

- به بیمار و خانواده‌ی او بگویید که بیماری او ماهیت عود کننده دارد. عود بیماری ممکن است علیرغم مصرف مرتب داروها هم اتفاق افتد. اما بیمارانی که داروهای خود را به طور مرتب مصرف می‌کنند، عودهای کمتر و خفیف‌تری را تجربه می‌کنند. در اغلب موارد لازم است داروها به مدت طولانی، برای مثال چند سال، مصرف شوند.
- می‌توان به بیمار روش‌هایی را برای کاهش فراموشی مصرف داروها آموزش داد. ادغام مصرف دارو در فعالیتهای روزمره (مثلا مصرف دارو پس از هر بار مسواک)، استفاده از یادآورها و اپلیکیشن‌ها، و کمک گرفتن از یکی از اعضای خانواده، مثال‌هایی از این روش‌ها هستند.
- در مورد ضرورت مصرف دارو لازم است حتماً به خانواده‌ی بیمار نیز آموزش داده شود. گاهی اعضای خانواده با دادن نظراتی مثل اینکه فرد باید خودش مشکلش را حل کند؛ یا اینکه با خوردن داروها وضع بدی پیدا کرده است (مثلا به خاطر داروها چاق شده)، بیمار را از ادامه‌ی درمان دل‌سرد می‌کنند.
- در مجموع تأکید بر جنبه‌های زیست‌شناختی بیماری می‌تواند به بهتر شدن پای‌بندی به مصرف دارو کمک کند. به آنان توضیح دهید که بیماری ناشی از اشکال در کارکرد بخش‌هایی از مغز است و دارو به بازگشت عملکرد مغز کمک می‌کند.
- بسیاری از بیماران تمایل دارند که روش‌های طب جایگزین را امتحان کنند. در این مورد خوبست به آنها در خصوص مفهموم «درمان آزمایش شده» و «روش درمانی علمی» در مقابل «درمان آزمایش نشده» و «روش درمانی غیر علمی» توضیح داده شود.
- به همه‌ی بیماران خانم باید تاکید کرد که به دلیل اثرات تراتوژن برخی داروها، در صورت تصمیم به بارداری، حتما با روان‌پزشک خود مشورت کنند.

۵-۳ اجتناب از مصرف مواد

- مصرف مواد می‌تواند باعث افزایش دفعات عود و بستری بیماران شود. در مورد سیگار خوبست به بیماران توصیه شود که مصرف خود را کم و قطع کنند ولی این توصیه باید در زمانی باشد که علائم بیماری کاملاً کنترل شده است.

۵-۴ توجه به علائم هشدار و علائم عود بیماری

- بیمار و خانواده‌ی وی باید نخستین نشانه‌های عود بیماری را بشناسند و به آن توجه کنند. تشخیص زودهنگام موارد عود بیماری و مداخله‌ی سریع می‌تواند شدت و طول دوره‌ی اپیزودهای بیماری را کاهش دهد. برخی از این نشانه ها عبارتند از: اختلال خواب، بی‌قراری، کاهش انرژی، اختلال در تمرکز، کم حرفی یا پرحرفی. به بیمار و خانواده‌ی او تاکید کنید که بهترین اقدام در زمان بروز این نشانه ها، مراجعه به پزشک است.

۵-۵ تغییر در سبک زندگی

- تغییر سبک زندگی شامل خواب منظم و کافی، فعالیت بدنی مناسب و آموزش مهارت‌های زندگی است. (در مورد آموزش مهارت‌ها به بیمار، مرکز سلامت روان جامعه نگر از شما حمایت می‌کند.)

۵-۶ باورهای نادرست درباره‌ی استفاده از داروها

بیش از ۶۰ سال از ورود داروهای روان‌پزشکی به عرصه‌ی درمان اختلالات روان‌پزشکی می‌گذرد. استفاده از درمان‌های دارویی، تحول شگرفی در وضعیت بسیاری از مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی ایجاد کرده، سرنوشت بسیاری از آنان را، که تا پیش از آن محکوم به سپری کردن عمر در آسایشگاه‌ها و مراکز نگهداری بودند، تغییر داده است. با این وجود هنوز نگرش‌ها، دیدگاه‌ها و باورهای گوناگونی در بین مردم درباره‌ی استفاده از این داروها وجود دارد و برخی باورهای نادرست منجر به محروم ماندن گروهی از بیماران از زندگی سالم‌تر، آرام‌تر و کارآمدتر شده است. در ادامه به بررسی برخی از این باورها می‌پردازیم:

- **داروهای روان‌پزشکی اعتیاد آورند:** فقط گروه کوچکی از داروهای روان‌پزشکی پتانسیل وابستگی دارند. البته حتی در مورد این داروها نیز، مصرف صحیح زیر نظر پزشک منجر به وابستگی نمی‌شود. نیاز به مصرف طولانی مدت دارو به معنای وابستگی به دارو نیست. درمان‌های بلندمدت در بسیاری از بیماری ها ضرورت دارد و حتی طول دوره‌ی درمان در بسیاری از بیماری‌ها مانند دیابت، فشار خون و کم کاری تیروئید مادام‌العمر است. در اختلالات روان‌پزشکی نیز اغلب لازم است

بیماران داروهای خود را برای کاهش خطر بازگشت بیماری به مدت چند ماه یا بیشتر مصرف کنند.

» **داروهای روان‌پزشکی عوارض خطرناکی دارند:** آیا تنها داروهای روان‌پزشکی اثرات جانبی دارند؟ با اثرات جانبی داروهایی که برای درمان سرطان، فشارخون بالا، سردرد و ... استفاده می‌شوند تا چه حد آشنایی دارید؟ آیا داروهای دیگر خود را نیز به دلیل نگرانی از اثرات جانبی مصرف نمی‌کنید؟ حقیقت این است که هیچ دارویی بدون اثرات جانبی نیست و همیشه بر اساس ارجحیت منافع دارو بر اثرات ناخواسته‌ی آن، دارو انتخاب و تجویز می‌شود. مطالعات نشان داده است که با وجود اینکه برخی از بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، اثرات جانبی داروها را تجربه می‌کند، ولی به دلیل منافع درمان و بهبودی علائم، کیفیت زندگی آنها افزایش می‌یابد. اثرات جانبی اغلب داروهای روان‌پزشکی، قابل تحمل و گذراست و خطرناک نیست. ضمن اینکه پزشک معالج می‌تواند با تغییر دوز دارو، زمان مصرف، توصیه‌هایی برای تغییر سبک زندگی یا تجویز داروی دیگر این عوارض را کنترل کند.

» **داروهای روان‌پزشکی فقط آرام‌بخش هستند و جنبه درمانی ندارند:** بسیاری از داروهای روان‌پزشکی بر مبنای تحقیقات عصب‌شناسی، که تغییرات مغز در جریان بیماری روان‌پزشکی را نشان داده است، ساخته شده‌اند. بنابراین با اثر بر مکانیسم ایجاد اختلال، کاملاً آثار درمانی دارند. یکی از دلایلی که بسیاری از افراد این باور را درباره داروهای روان‌پزشکی دارند، این است که با قطع درمان برخی علائم باز می‌گردند. مهمترین علت بازگشت بیماری، قطع خودسرانه‌ی مصرف دارو، زودتر از زمانی که پزشک صلاح می‌دانسته، است؛ درست مثل زمانی که اگر فردی درمان آنتی‌بیوتیکی خود را کامل نکند، ممکن است عفونت به صورت شدیدتر و حتی مقاوم‌تر به درمان، بازگردد. ضمن اینکه برخی اختلالات روان‌پزشکی ماهیت عود کننده دارند و به دوره‌های طولانی‌تر درمان نیازمندند.

» **مصرف داروی روان‌پزشکی یعنی من روانی هستم و این باعث خجالت است:** اختلالات روان‌پزشکی طیف وسیعی از اختلالات را در بر می‌گیرد. از بیماری‌های خفیف تر مثل اضطراب، افسردگی و مشکلات خواب تا بیماری‌های شدیدتر مثل اختلال خلقی دوقطبی و اسکیزوفرنی. مشکلات مربوط به سلامت روان بسیار شایع هستند؛ ابتلا به بیماری روان‌پزشکی نشان دهنده‌ی ضعف شخصیتی یا اعتقادی نیست و می توان گفت هیچ کس از ابتلا به آنها مصون نیست.

BPD2 داروهایی که تاثیر شناخته شده در ایجاد علائم مانیا دارند:

- ال دوپا
- مهارکننده‌های ACE
- دیورتیک‌های تیازیدی
- برخی داروهای شیمی‌درمانی مثل پروکاربازین
- داروهای سرکوب کننده‌ی سیستم ایمنی به خصوص کورتیکواستروییدها
- مصرف موادی مانند آمفتامینها (شیشه) و حشیش

BPD3 بیماری‌های جسمی که می‌توانند علائم مانیا ایجاد کنند:

- بیماری‌های اندوکرین (سندروم کوشینگ، پرکاری تیروییید)
- تومور مغزی، به ویژه توده‌های سوپراتنتوریال
- بیماری‌های التهابی مغز (لوپوس)

BPD4 درمان اختلال خلقی دو قطبی:

همه‌ی بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی از درمان دارویی یا داروی تثبیت کننده‌ی خلق سود می‌برند. درمان این اختلال بدون دارو ممکن نیست. درمان به موقع نه تنها در کاهش عود بیماری و ارتقای کیفیت زندگی موثر است، بلکه باعث افزایش طول عمر بیماران نیز می‌شود.

٤-١ مراحل درمان:

درمان اختلال دوقطبی در دو مرحله‌ی حاد و نگهدارنده انجام می‌شود.

مرحله‌ی حاد:

در مرحله‌ی حاد علائم بارز خلقی وجود دارد. هدف از درمان در این مرحله کنترل علائم بیماری است. در این مرحله بیماری فعال است و علائم اختلال به طور کامل مشاهده می‌شود. عملکرد بیمار به شدت افت می‌کند، بیمار متوجه بیماری خود نیست و احتمالاً توسط همراهان به مرکز درمانی آورده می‌شود. بنابراین ممکن است بیمار برای درمان همکاری نکند و رفتارهای پرخاش‌گرانه و غیرقابل کنترل داشته باشد. در مواردی نیز نیازمند بستری است. در این مرحله، تا زمانی که علائم حاد بیماری کنترل شود، پیگیری‌ها باید در فواصل خیلی کوتاه، حتی روزانه، باشد. در طی ویزیت، باید با احساسات بیمار همدلی کرد، او را به ادامه‌ی درمان تشویق و تلاش کرد تا رابطه‌ی درمانی مناسب شکل بگیرد.

پاسخ به درمان معمولا ظرف ۲ هفته‌ی اول از آغاز درمان دیده می‌شود و در صورتی که در این مدت هیچ تغییری در شدت علائم دیده نشود باید موارد زیر را در نظر داشت:

- مصرف الکل یا مواد
- درست مصرف نکردن دارو
- کافی نبودن دوز دارو
- اشتباه در تشخیص
- وجود مشکلات جسمی هم‌زمان

مرحله‌ی نگه‌دارنده:

در این مرحله بیمار علائم بارز خلقی ندارد. هدف از درمان در این مرحله پیشگیری از عود بیماری و حفظ عملکرد بیمار است. مسئله پای‌بندی به درمان (Compliance) یکی از مسائل مهم در درمان این گروه از بیماران در این مرحله است. لازم است به بیمار و خانواده‌ی وی در مورد اهمیت مصرف مرتب دارو آموزش داده شود.

٤-٢ داروهای تثبیت کننده خلق که بیشتر مورد استفاده می گیرند عبارتند از:

- لیتیوم
- داروهای ضد تشنج: سدیم والپروات، کاربامازپین
- آنتی‌سایکوتیک‌ها

لیتیوم

لیتیوم به صورت قرص های ۳۰۰ میلی‌گرمی ترکیب لیتیوم کربنات در بازار وجود دارد. در بیمارانی که تحت درمان با لیتیوم هستند، لازم است سطح خونی دارو پایش شود. سطح خونی مناسب برای فاز نگهدارنده ۰/۷۵ mmol/L – ۰/۶ است. دوز متوسط روزانه برای رسیدن به این سطح خونی ۱۲۰۰ – ۹۰۰ میلی‌گرم در روز است. درصورتی‌که با

مصرف مرتب دارو بر اساس دوز تجویز شده، دارو به سطح خونی مناسب نرسد، لازم است بیمار به روان‌پزشک ارجاع شود. عوارض دارو معمولا وابسته به دوز است.

جدول شماره‌ی ۱- عوارض شایع لیتیوم و درمان آن

علامت	اقدام درمانی	توضیحات
لرزش خفیف	پروپرانولول	
ناراحتی خفیف گوارشی	تجویز دارو در دوزهای منقسم	عوارض گوارشی اغلب خفیف است.
پرنوشی و پرادراری	تقسیم دارو به صورت دوبار در روز	
کم کاری تیرویید	تیروکسین	در صورت بروز کم کاری تیرویید نیازی به قطع لیتیوم نیست.

مسمومیت لیتیوم

معمولاً علائم مسمومیت با لیتیوم در سطح خونی بالاتر از ۱/۵ mmol/L دیده می‌شود. در صورت بروز علائم شدید گوارشی (تهوع، اسهال و بی اشتهایی)، یا علائم عصبی (ضعف، خواب آلودگی، آتاکسی و لرزش شدید)، باید به مسمومیت لیتیوم شک کرد. در این مورد باید دارو قطع و بیمار فوراً به مرکز اورژانس ارجاع شود.

جدول شماره‌ی ۲- بررسی های ضروری حین درمان با لیتیوم

بررسی آزمایشگاهی یا بالینی	فواصل انجام بررسی
سطح سرمی دارو	در فاز نگهدارنده‌ی درمان هر ۳ تا ۶ ماه (در شروع درمان و در زمان تغییر دوز دارو با فواصل کمتر چک شود)
عملکرد کلیه (GFR)	۶ ماه
عملکرد تیرویید	۶ ماه
وزن و BMI	به طور مرتب

لیتیوم یک داروری تراتوژن است. بنابراین در خانم‌های در سن باروری، از باردار نبودن بیمار و داشتن روش مناسب جلوگیری از بارداری، اطمینان حاصل کنید.

سدیم والپروات

سدیم والپروات به تنهایی و در ترکیب با داروهای دیگر در درمان اختلال خلقی دوقطبی به کار می‌رود. ترکیبات موجود در بازار عبارتند از قرص‌های تندرهش ۲۰۰ میلی‌گرمی و فرم‌های آهسته‌رهش ۲۰۰ و ۵۰۰ میلی‌گرمی.

دوز مورد نیاز برای درمان اختلال خلقی دوقطبی ۳۰ – ۲۰ mg/kg/day است. دوز دارو براساس علائم بالینی و تحمل بیمار تنظیم می‌شود. حداقل سطح خونی موثر دارو ۵۰ mg/L است.

جدول شماره‌ی ۳- تداخلات دارویی مهم با لیتیوم

نام دارو	نوع تداخل	توضیحات
ACEIs	افزایش سطح سرمی لیتیوم	معمولا ظرف چند ماه ایجاد می‌شود
دیورتیک های تیازیدی	افزایش سطح سرمی لیتیوم	معمولا ظرف ماه اول دیده می‌شود
NSAIDs	افزایش سطح سرمی لیتیوم	زمان بروز اثر متغیر است (آسپرین با لیتیوم تداخل دارویی ندارد)

جدول شماره‌ی ٤- عوارض شایع والپروات سدیم و درمان آن

عارضه	اقدامات درمانی	توضیحات
عوارض گوارشی	مصرف دارو همراه با غذا یا در شب تجویز H_2 blocker	
افزایش وزن	تغییر سبک زندگی	رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی
ریزش مو	مکمل روی و سلنیوم	

به دلیل اتصال بالا به پروتئین و مهار آنزیم‌هایCYP، احتمال تداخلات دارویی وجود دارد. والپروات سدیم معمولا باعث افزایش سطح سرمی داروهای دیگر که به طور همزمان مصرف می‌گردد، می‌شود. در

ویزیت‌های بیمار حتما باید درباره‌ی مصرف داروهای دیگر از بیمار سوال کرد.

جدول شماره‌ی ۵- بررسی های آزمایشگاهی و بالینی ضروری حین درمان با والپروات سدیم

بررسی	فواصل انجام بررسی	توضیحات
FBS	هر ۶ ماه	
عملکرد کبد	چند نوبت در ۶ ماه اول و سپس هر ۶ ماه	درصورتی که افزایش آنزیم ها بیش از سه برابر باشد یا بیمار علامت دار باشد، دارو قطع و بیمار ارجاع شود.
وزن و BMI	به طور مرتب در ویزیت‌ها	

کاربامازپین

کاربامازپین داروی خط سوم در درمان اختلال خلقی دوقطبی است. فرم‌های معمولی و آهسته‌رهش دارو در دوزهای ۲۰۰ و ۴۰۰ میلی‌گرم موجود است. فرم‌های معمولی به صورت دوبار در روز و فرم‌های آهسته‌رهش به صورت یک تا دو بار در روز تجویز می‌شود. حداقل دوز روزانه‌ی مورد نیاز mg ۴۰۰ است. سطح خونی درمانی mg/L ۱۲-۷ است، البته اندازه‌گیری سطح خونی به طور معمول توصیه نمی‌شود.

کاربامازپین اثر تراتوژن شناخته شده دارد و در خانم‌های در سن باروری، در هر ویزیت باید از باردار نبودن بیمار و به کارگیری روش مناسب پیشگیری از بارداری اطمینان حاصل کرد.

عوارض شایع:

عوارض نورولوژیک (گیجی، خواب‌آلودگی، دوبینی، آتاکسی) در مصرف کاربامازپین شایع است. درصورتی‌که این نشانه‌ها شدید باشد، باید به مسمویت دارویی شک و بیمار را به سرعت به مرکز اورژانس اعزام کرد.

جدول شماره‌ی ٦- بررسی‌های آزمایشگاهی و بالینی ضروری حین درمان با کاربامازپین

بررسی بالینی یا آزمایشگاهی	فواصل انجام بررسی
FBS	هر ۶ ماه
عملکرد کبد	چند نوبت در ۶ ماه اول و سپس هر ۶ ماه
الکترولیتها	هر ۶ ماه
وزن و BMI	مکرر

به علت اثر قوی کاربامازپین در القای آنزیمهای سیتوکروم در کبد، احتمال تداخلات دارویی بالاست. کاربامازپین معمولا باعث کاهش سطح سرمی سایر داروهایی می‌شود که همزمان با آن مصرف می‌شود. در ویزیت‌های بیمار حتما باید درباره مصرف داروهای دیگر سوال کرد.

آنتی‌سایکوتیک‌ها

داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل ۱ و ۲ در درمان علائم بیماری در مرحله حاد به کار می روند. داروهای نسل دوم (اولانزاپین، کوئتیاپین، آریپیپرازول و ریسپریدون) در درمان نگهدارنده و برای پیشگیری از عود بیماری نیز کاربرد دارند.

بنزودیازپین‌ها

داروهای بنزودیازپینی مثل کلونازپام و لورازپام برای کنترل بی قراری بیمار در مرحله‌ی حاد بیماری و نیز به طور کوتاه مدت برای بهبود خواب کمک کننده است.

یکی از مواردی که در ویزیت‌های پیگیری بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی باید مورد توجه باشد، وضعیت سلامت جسمی آنان است. باید به وضعیت سلامت جسمی بیماران با توجه به داروهای مصرفی، دقت کرد.

BPD5 پایش درمان

پایش درمان از طریق بررسی پاسخ به درمان و همچنین ارزیابی عود علائم خلقی و یا علائم سایکوز صورت می‌گیرد. در جلسات پایشِ درمان لازم است که به علائمی که بیمار در جلسات قبلی ویزیت داشته است، از قبیل علائم خلقی یا سایکوز تمرکز کرد و از تداوم نیافتن یا بهبودی این علائم مطمئن شد. علاوه بر این لازم است بیمار از نظر علائم جدیدی که گاهی انتظار می‌رود در فرآیند بیماری بروز کند، بررسی شود.

در ویزیت بیماران باید به وجود علائم افسردگی هم دقت کرد. افسرگی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی شایع و ناتوان کننده است. در

درمان علائم افسردگی نباید از داروهای ضد افسردگی استفاده کرد. درصورتی که بیمار علیرغم مصرف مرتبِ دوز کافی از داروی تثبیت کننده‌ی خلق دچار علائم افسردگی شده است، وی را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

خطر خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی ۲۵ برابر جمعیت عمومی است و لازم است درصورتی که بیمار علائم افسردگی دارد، وجود افکار خودکشی مستقیماً مورد پرسش قرار گیرد.

از موارد دیگری که لازم است در جلسات پایش درمان مورد توجه قرار گیرد، چگونگی عملکرد بیماران در حوزه های مختلف عملکردی، از قبیل عملکرد شغلی، تحصیلی، بین فردی و اجتماعی است. این عملکرد با توجه به شرایط سنی بیماران، شغل و موقعیت اجتماعی آنان مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. به عنوان مثال در یک خانم خانه دار در هنگام ارزیابی عملکرد باید بر توانایی بیمار در انجام امور خانه‌داری تمرکز کرد. یا در یک دانشجو باید میزان موفقیت بیمار را در فرآیند تحصیل بررسی کرد. در هنگام ارزیابی پیشرفت درمان باید از خانواده و سایر همراهان بیمار در مورد پایداری علائم و میزان عملکرد سوال کرد.

عوارض دارویی از دیگر مواردی است که در ویزیت‌های پایش درمان، مورد توجه قرار می‌گیرد. در هنگام برخورد با عوارض دارویی باید بر اساس نوع عارضه ایجاد شده، برخورد کرد.

با توجه به اثرات متابولیک داروهای بکار گرفته شده در درمان اختلال خلقی دوقطبی، لازم است که بیماران از نظر تغییرات متابولیک ناشی از مصرف داروها و وضعیت جسمی براساس دوره‌های زمانی مشخص، ارزیابی شوند **(جداول شماره‌ی ۲، ۵، ٦ و ۷)**.

یکی دیگر از مواردی که در جلسات پایش درمان مورد توجه قرار می‌گیرد، بررسی میزان پای‌بندی بیمار به مصرف درست دارو است. این امر موقعی از اهمیت بیشتر خوردار می‌شود که پایش اثربخشی درمان نشان دهد که بیمار سیر بهبودی علائم را طی نکرده است. در این موارد در صورت برخورد با عدم پذیرش درمان از سوی بیمار یا خانواده‌ی وی لازم است که پزشک مسؤول پیگیری او آموزش‌های روان‌شناختی اولیه را برای بیمار و خانواده‌ی او ارائه و سپس آنان را جهت دریافت آموزش های بیشتر به سطح تخصصی ارجاع کند.

اگر بیمار یا خانواده‌ی او تاکنون آموزش‌های روان‌شناختی دریافت نکرده‌اند و مرکز تخصصی ارائه دهنده‌ی این خدمات (بیمارستان تخصصی روان‌پزشکی یا مرکز سلامت روان جامعه نگر) در دسترس است، بیمار و خانواده وی را ارجاع دهید.

BMD6 آموزش های روان‌شناختی به بیمار و خانواده

به PSY5 مراجعه کنید.

جدول شماره‌ی ۷- بررسی‌های جسمی برای بیماران مبتلا به اختلالات خلقی دوقطبی

تست	آنتی سایکوتیک‌ها	لیتیوم	والپروات	کاربامازپین
عملکرد تیروئید		هر ۶ ماه و با فواصل کمتر در صورتی که شک بالینی کم‌کاری تیروئید وجود دارد.		
عملکرد کبد	در ابتدای درمان و سالانه		در ابتدای درمان و هر ۶ ماه	در ابتدای درمان و هر ۶ ماه
عملکرد کلیه		هر ۶ ماه و با فواصل کمتر در صورتی که شک بالینی وجود دارد.		هر ۶ ماه
CBC	در ابتدای درمان و سالانه		هر ۶ ماه	هر ۶ ماه
قند خون	در ابتدای درمان، ماه ۶ و سپس سالانه			
پروفایل چربی	در ابتدای درمان، ماه ۶ و سپس سالانه			
EKG	در ابتدای درمان و در زمان تغییر دوز	در ابتدای درمان		در ابتدای درمان
وزن	در ابتدای درمان، ماه ۳، ماه ۱۲ و سپس سالانه	در ابتدا و بعد از آن در صورت افزایش وزن	در ابتدای درمان و سپس هر ۶ ماه	در ابتدای درمان و سپس هر ۶ ماه

دمانس

مقدمه

DEM

دمانس سندرمی ناشی از بیماری مغز با سیر مزمن و پیش‌رونده است. بیماری‌هایی که سبب دمانس می‌شوند تغییراتی در توانایی‌های ذهنی، شخصیت و رفتار فرد ایجاد می‌کنند. افراد مبتلا به دمانس معمولاً مشکلاتی را در ارتباط با حافظه و مهارت‌های مورد نیاز برای انجام امور روزمره، تجربه می‌کنند. دمانس جزئی از سیر طبیعی سالمندی نیست. گرچه دمانس در هر سنی ممکن است واقع شود، ولی در افراد مسن شایع‌تر است.

افراد مبتلا به دمانس اغلب با شکایات فراموشی و احساس افسردگی مراجعه می‌کنند. سایر تظاهرات شایع آن مواردی از قبیل اختلال در کنترل هیجانی، رفتار اجتماعی و انگیزش را شامل می‌شود. افراد مبتلا به دمانس ممکن است کاملاً از چنین تغییراتی غافل باشند و برای یافتن راه حل استمداد نکنند. گاهی اوقات این افراد خانواده هستند که رسیدگی طلب می‌کنند. افراد خانواده ممکن است متوجه مشکلات حافظه، تغییر شخصیت یا رفتار، گیجی، سرگردانی یا بی اختیاری ادرار و مدفوع در فرد شوند. برخی افراد مبتلا به دمانس یا مراقبان آنها ممکن است از دست دادن حافظه و مشکلات همراه آن را انکار کنند یا شدت آنها را کم جلوه دهند.

دمانس منجر به کاهش عملکرد ذهنی فرد می‌شود و معمولاً در فعالیت‌های مرتبط با زندگی روزمره نظیر شست‌وشو، پوشیدن لباس، خوردن، نظافت شخصی و کنترل ادرار و مدفوع اختلال ایجاد می‌کند.

ابتلای فرد به اختلالات شناختی را بررسی کنید.

- از بیمار، و همچنین از کسی که او را به خوبی می‌شناسد، در باره‌ی مشکلات حافظه، سردرگمی، گفتار و زبان و مشکلاتی که ممکن است در انجام وظایف و فعالیت‌های کلیدی داشته باشد، سؤال کنید.
- به کمک ازمون مناسب اختلال شناختی را بررسی کنید. (DEM 2.1)
- از بیمار و/ یا مراقبین او موارد زیر را پرس‌وجو کنید:
  - ✓ کی، برای اولین بار، این مشکلات توجه شما را به خود جلب کرده است؟
  - ✓ بیمار در آن زمان چند ساله بوده است؟
  - ✓ آیا شروع بیماری ناگهانی یا تدریجی بود (ظرف چند ماه یا چند سال)؟
  - ✓ چند وقت است که فرد از این مشکلات رنج می‌برد؟
  - ✓ آیا شب‌ها بدتر می‌شود؟
  - ✓ آیا همراه با این مشکلات خواب آلودگی یا اختلال هشیاری دارد؟
  - ✓ آیا شروع بیماری با ضربه به سر، از دست رفتن موقت هشیاری، یا سکته‌ی مغزی مرتبط است؟
- آیا سابقه‌ی موارد زیر وجود دارد؟
  - ✓ افسردگی شدید
  - ✓ گواتر، نبض کند، پوست خشک (کم‌کاری تیروئید)
  - ✓ بیماری مقاربتی یا HIV
  - ✓ بیماری‌های قلبی عروقی
  - ✓ سوء تغذیه، کم خونی

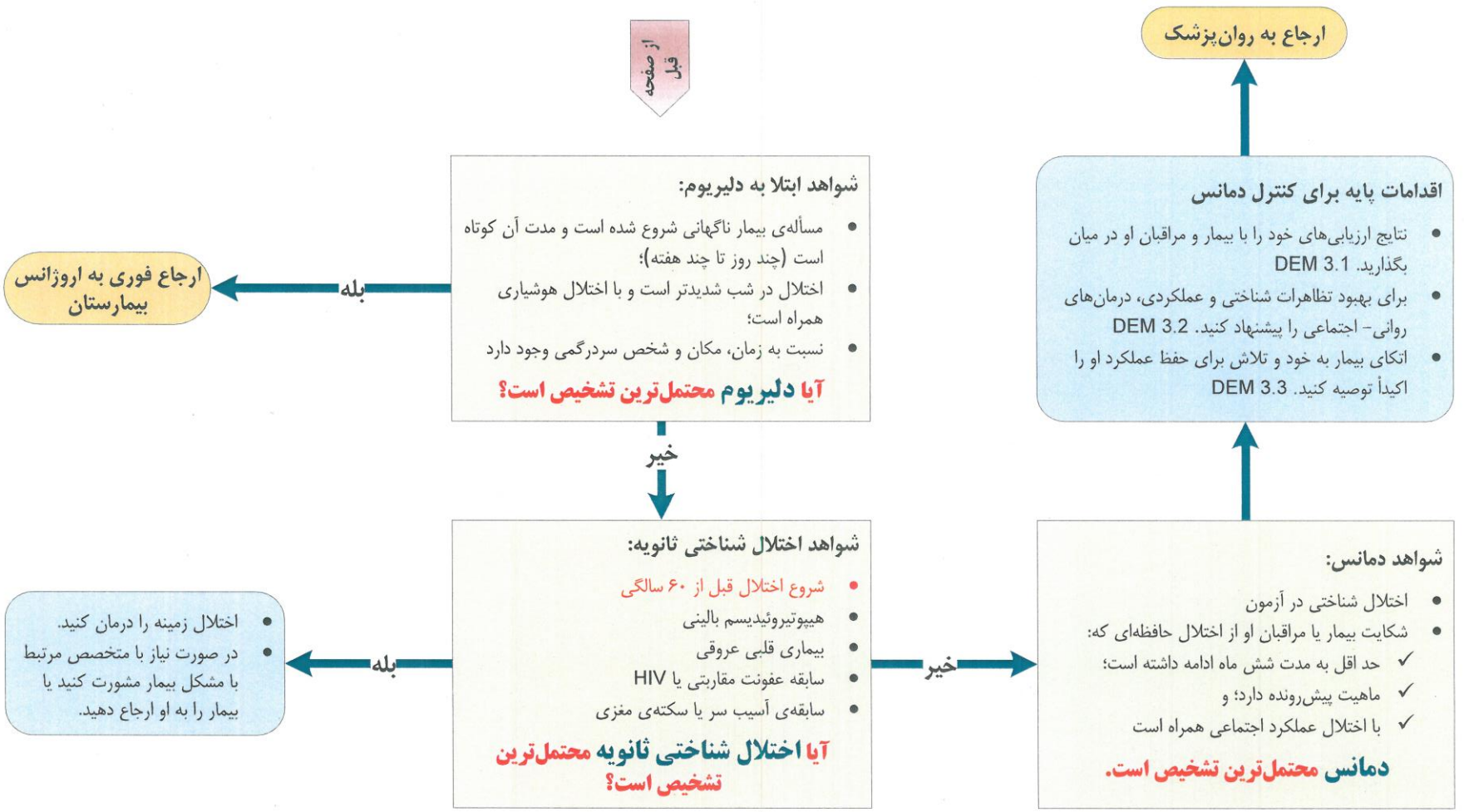
آیا شواهدی از اختلال شناختی وجود دارد؟

خیر ← از این مدول خارج شوید و با توجه به نمودار مادر مسیر دیگری را برای بررسی مسأله‌ی بیمار انتخاب کنید.

بله ↓

در صفحه بعد

دمانس | نمودار ارزیابی و اقدام | DEM 1.1



DEM 2: تشخیص دمانس

به منظور تشخیص دمانس باید:

- حافظه و عملکرد شناختی بیمار را به کمک تست‌های ساده ارزیابی و از طریق مصاحبه با یکی از اعضای خانواده یا فرد دیگری که بیمار را به خوبی می‌شناسد، از وجود موارد زیر اطمینان حاصل کرد:
  - مشکل اخیراً ایجاد شده است
  - به مرور بدتر شده است و
  - در انجام کارهای روزانه، وظایف درون خانه و فعالیت‌های اجتماعی کراراً مشکل ایجاد می‌کند.

۲- ۱ حافظه و عملکرد شناختی را ارزیابی کنید

- **ارزیابی حافظه:** از بیمار بخواهید که سه لغت معمولی را تکرار کند، ۳ تا ۵ دقیقه بعد بخواهید که آن سه لغت را مجدداً تکرار کند.
- **ارزیابی درک زمان و مکان:** از بیمار بپرسید که در چه وقتی از روز، چه روزی از هفته، و چه فصلی از سال قرار داریم. همچنین از او بپرسید که الان کجاست، یا نزدیک‌ترین بازار یا مغازه به خانه‌ی آنها کجا قرار دارد.
- **ارزیابی مهارت‌های زبانی:** از بیمار بخواهید که اجزای بدن خود را نام ببرد. همچنین از او بخواهید که به سؤالی نظیر این که «شما با قیچی چه کار می‌کنید؟» پاسخ دهد.

۲- ۲ مصاحبه با یک فرد مطلع

- در مصاحبه با یک فرد مطلع (کسی که به خوبی بیمار را می‌شناسد)، در مورد تغییرات اخیر در فکر کردن، شیوه‌ی استدلال، حافظه و درک زمان و مکان سؤال کنید. فراموشی‌های گاه و بی‌گاه در افراد مسن دور از انتظار نیست، با این وجود برخی مسائل را، حتی اگر خیلی هم تکرار نشوند، باید جدی گرفت.
- برای مثال سؤال کنید که آیا بیمار محل قرار دادن اشیاء را فراموش می‌کند. آیا گاهی حوادث روز گذشته را فراموش می‌کند؟ آیا بیمار گاهی اوقات فراموش می‌کند که کجاست؟
- از فرد مطلع بپرسید که این مسائل از چه زمانی شروع شده است و آیا به مرور بدتر شده است یا نه. آیا دوره‌هایی (چند روز، چند هفته یا بیشتر) وجود داشته است که فکر کردن و حافظه‌ی بیمار کاملاً به حالت طبیعی بازگشته باشد.
- اگر این مشکلات نسبتاً خفیف باشند، یا خانواده بنای بر مراقبت و حمایت گسترده از افراد مسن را داشته باشد؛ فهمیدن این‌که در فعالیت‌های روزانه بیمار مشکلاتی وجود دارد یا نه، ممکن است به آسانی امکان پذیر نباشد. وظایف پیچیده‌تر نظیر رسیدگی به خرج و دخل خانه، خرید کردن یا پخت و پز، زودتر از افت توانایی‌های بیمار متأثر می‌شود. فعالیت‌های مراقبت از خود نظیر لباس پوشیدن، شست و شو، غذا خوردن و به دست‌شویی رفتن دیرتر دچار اختلال می‌شود.
- شما باید از «فعالیت‌های معمول» افراد مسن در منطقه‌ی خود یا این خانواده‌ی خاص مطلع باشید. کنکاش کنید که آیا اخیراً تغییرات پیش‌رونده‌ای وجود داشته است. آیا فرد وظایف خود را همراه باخطا، به کندی و با کیفیت پائین انجام می‌دهد یا ممکن است اصلاً از انجام آنها منصرف شود.

DEM 3: مداخله‌های روانی- اجتماعی

۳-۱ انتقال نتایج ارزیابی

از افرادی که با احتمال دمانس بررسی شده‌اند بپرسید که آیا می‌خواهند تشخیص را بدانند و اینکه چه فرد دیگری را باید در جریان قرار داد. توضیح باید متناسب با توان بیمار برای درک و به خاطر سپاری اطلاعات باشد.

با ارائه‌ی اطلاعات پایه شروع کنید، ولی بیش از ظرفیت بیمار به او اطلاعات ندهید. می‌توان از موارد زیر برای شروع استفاده کرد:

- دمانس بیماری مغز است و با مرور زمان تمایل به بدتر شدن دارد.
- گرچه درمانی برای آن وجود ندارد، ولی برای کمک به بیمار و خانواده کارهای زیادی می‌توان انجام داد.
- بسیاری از نگرانی‌ها و رفتارهای خاص را، در صورت بروز، می‌توان درمان کرد. برای ارتقای آسایش بیمار و کاهش استرس مراقبان او کارهای زیادی می‌توان انجام داد.

در مورد کمک و حمایتی که شما قادر به ارائه‌ی آن هستید پیشنهادی واقع بینانه به بیمار و مراقبان او ارائه کنید و آنان را از سایر انواع حمایتی که در جامعه وجود دارد آگاه کنید.

۳-۲ مداخله‌های روان‌شناختی برای تظاهرات شناختی و عملکرد

- به صورت منظم اطلاعات مرتبط با زمان (روز هفته، تاریخ)، مکان، وضعیت آب و هوا و نام افراد را در اختیار افراد مبتلا به دمانس قرار دهید تا آنان درک روشنی از زمان و مکان و افراد داشته باشند.
- با استفاده از روزنامه، رادیو، تلویزیون، و آلبوم‌های خانوادگی ارتباط با بیمار را تقویت کنید تا نسبت به وقایع جاری هوشیار و حافظه‌ی او تقویت شود و بتواند برای تجارب خود ارزش قائل شده آنها را با دیگران در میان بگذارد.
- به منظور وضوح ارتباط کلامی از جملات کوتاه استفاده کنید. در هنگام برقراری ارتباط صداهای مزاحم نظیر رادیو و تلویزیون را به حد اقل برسانید. به دقت به آنچه که بیمار باید بگوید گوش دهید.
- همه چیز را ساده برگزار کنید. از ایجاد تغییر در شرایط معمول و روزمره‌ی بیمار خودداری کنید و اگر ضروری نیست، او را با شرایط و مکان‌های نامأنوس و گیج کننده مواجه نکنید.

۳-۳ اتکای به خود، تحرک و عملکرد بیمار را تقویت کنید

برای فعالیت‌های زندگی روزانه‌ی بیمار برنامه ریزی کنید؛ به گونه‌ای که رفتارهای مستقل او را به حد اکثر برساند، عملکرد او را تقویت کند، به تطابق و کسب مهارت او کمک کند، و نیاز به حمایت از او را به حداقل برساند. بازتوانی در جامعه را از طریق درگیر کردن بیمار و مراقبان او در برنامه‌ریزی و اجرای چنین مداخله‌هایی تسهیل کنید و در برقراری ارتباط با منابع اجتماعی به یاری آنان بشتابید.

موارد زیر را به صورت ویژه مورد توجه قرار دهید:

- توصیه کنید که مهارت انجام مستقل امور شخصی، نظیر شست و شو و پوشیدن لباس، در بیمار حفظ شود.
- مراقبان باید مصرف مایعات بیمار را تنظیم و در زمان مقتضی او را به نوشیدن مایعات ترغیب کنند.
- در صورت وقوع بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع، قبل از دائمی تلقی کردن آن، تمام علل احتمالی را بررسی و گزینه‌های درمانی را امتحان کنید.
- به اعضای خانواده گوشزد کنید که کف خانه‌ی بیمار هموار و بدون دست‌انداز باشد تا خطر به زمین خوردن او کاهش یابد.
- ایجاد تغییراتی در خانه‌ی بیمار می‌تواند کمک کننده باشد. ایجاد دستگیره در کنار دیوارها یا سطح شیب‌دار، رفت و آمد بیمار را در محیط خانه تسهیل می‌کند. نصب نشانه برای نقاط کلیدی خانه نظیر توالت، حمام، و اتاق خواب می‌تواند از سردرگمی بیمار در خانه جلوگیری کند.
- به منظور حفظ تحرک و کاهش خطر زمین خوردن، فعالیت فیزیکی را مورد تأکید قرار دهید.
- فعالیت‌های شادی‌آفرین را متناسب با پیشرفت دمانس توصیه کنید.
- در صورت امکان بیمار را به کار درمانی ارجاع دهید.
- مشکلات بینایی یا شنوایی را به کمک عینک، ذره بین و سمعک اصلاح کنید.

۳- ٤ درمان تظاهرات رفتاری و روان‌شناختی

- مشکلات جسمی بیمار را، که می‌تواند بر رفتار تأثیر داشته باشد، شناسایی و درمان کنید (نظیر درد، عفونت و غیره)
- متناسب با شرایط بیمار، تغییرات مورد نیاز را در محیط خانه ایجاد کنید. برای مثال مکان مناسبی برای نشستن بیمار مهیا کنید، مسیرهای تردد بیمار را ایمن کنید یا با استفاده از تابلوهای راهنما (نظیر «خارج نشوید» یا «به طرف توالت») مانع از خروج بیمار از منزل یا سردرگمی او در محیط خانه شوید.
- عواملی که رفتارهای مسأله‌ساز بیمار را زمینه‌سازی، آغاز یا تشدید می‌کنند، شناسایی و برای تغییر و تعدیل آنها تلاش کنید. خرید از یک بازار شلوغ یا به تنهایی از خانه خارج شدن مثال‌هایی از این عوامل هستند.
- به کمک روش‌های مناسب، نظیر پیشنهاد به بیمار برای رفتن به پارک یا گوش دادن به موسیقی یا درگیر کردن او در گپ و گفت، برای آرام کردن او، خصوصاً هنگامی که نا آرام و به هم ریخته است، تلاش کنید

از آنجا که افراد مبتلا به دمانس در معرض بی‌توجهی و خشونت هستند، ارائه کنندگان خدمت باید هوشیارانه در جهت مراقبت از بیمار در قبال چنین رفتارهایی تلاش و بدین منظور از تمام امکانات موجود استفاده کنند.

۳- ۵ مداخله برای مراقبان

- به دنبال کشف فشار روان‌شناختی بر مراقبان باشید. نیازهای مراقبان را به تضمین حمایت و منابع کافی برای زندگی خانوادگی، اشتغال، فعالیت‌های اجتماعی و خدمات سلامت بررسی کنید.
- به سخت و قابل تقدیر بودن مراقبت از افراد مبتلا به دمانس اذعان کنید. اینکه مراقبان، ضمن اجتناب از خشونت و بی‌توجهی، به مراقبت از بیمار مبتلا به دمانس ادامه دهند حائز اهمیت فراوان است. باید مراقبان را ترغیب کرد تا شأن بیمار را رعایت کنند و تا آنجا که مقدور است او را در تصمیم گیری در باره‌ی زندگیش دخالت دهند.
- از زمان تشخیص، اطلاعات کافی در اختیار بیمار، خانواده و همچنین مراقبان غیررسمی او قرار دهید. این کار باید با حساسیت تمام و با توجه به آرزوهای بیمار و مراقبان او انجام شود.
- در مورد مهارت‌های خاص (نظیر روش برخورد با رفتارهای سخت بیمار) مراقبان را تحت آموزش و حمایت خود قرار دهید. به منظور افزایش تأثیر این آموزش‌ها از تکنیک‌هایی نظیر ایفای نقش، که مشارکت فعال فراگیر را ایجاب می‌کند، استفاده کنید.
- به فکر حمایت عملی از مراقبان باشید. برای مثال، در صورت امکان، به دنبال فردی بگردید که بتواند برای ساعاتی (ترجیحاً در محل خانه‌ی بیمار) از او مراقبت کند تا مراقب اصلی بتواند استراحت کند یا به امور شخصی خود بپردازد.
- بررسی کنید که آیا بیمار واجد شرایط دریافت مساعدت‌های مالی و اجتماعی هست یا نه. منشأ این مساعدت‌ها می‌تواند دولتی یا غیر دولتی باشد.
- در صورت امکان تلاش کنید که تنش روان‌شناختی مراقب را از طریق حمایت از او، مشاوره‌ی حل مسأله یا مداخله‌های شناختی- رفتاری کاهش دهید.
- مراقب را از نظر ابتلا به افسردگی متوسط تا شدید بررسی و در صورت نیاز او را درمان کنید.

صرع

مقدمه

EPI 1.1

صرع یک بیماری مزمن است که با تشنج‌های راجعه‌ی بدون محرک خارجی مشخص می‌شود. دلایل آن متعدد است. ممکن است ژنتیک باشد یا در افرادی که سابقه‌ی ترومای زایمانی، عفونت مغز یا آسیب به سر دارند دیده شود. در برخی موارد هیچ علت خاصی برای آن یافت نمی‌شود. تشنج در نتیجه‌ی دشارژ غیر طبیعی مغز رخ می‌دهد و ممکن است به اشکال مختلف دیده شود. افراد مبتلا به صرع ممکن است بیش از یک نوع تشنج را تجربه کنند. دو شکل اصلی تشنج حرکتی و غیر حرکتی هستند. صرع غیر حرکتی از وجوهی چون تغییر آگاهی، رفتار، هیجانات یا حواس (نظیر چشایی، بویایی، بینایی یا شنوایی) مشابه بیماری‌های روان‌شناختی برخوردار است و لذا ممکن است با آنها اشتباه شود. صرع حرکتی با انقباض ناگهانی عضلانی، که سبب سقوط و سفتی فرد می‌شود، آغاز می‌شود. به دنبال آن عضلات به تناوب دچار انقباض و استراحت می‌شوند و ممکن است بی اختیاری ادرار یا مدفوع در فرد مشاهده شود. این نوع صرع با استیگما (انگ)، ناتوانی و مرگ بیشتر همراه است. در این مدول، فقط صرع حرکتی مورد بحث قرار گرفته است.

صرع

نمودار ارزیابی و اقدام در موارد اورژانس

EPI 1.1

بیمار در حال تشنج یا بیهوش است

- فشار خون، درجه‌ی حرارت و تعداد تنفس را اندازه‌گیری کنید.
- موارد زیر را بررسی کنید:
  - ✓ شواهد آسیب جدی به سر یا ستون مهره‌ها
  - ✓ مردمک‌ها: متسع یا تنگ (pinpoint) ، غیر مساوی، عدم پاسخ به نور
  - ✓ شواهد منتژیت
  - ✓ علائم فوکال نورولوژیک
- در باره‌ی موارد زیر پرس‌وجو کنید:
  - ✓ اگر بیمار هوشیار نیست از همراه او در باره‌ی وقوع تشنج اخیر سؤال کنید.
  - ✓ مدت زمان اختلال هوشیاری یا تشنج
  - ✓ دفعات تشنج
  - ✓ سابقه‌ی آسیب به سر یا گردن
  - ✓ سایر مشکلات طبی، داروهای مصرفی یا مسمومیت احتمالی (مانند مسمومیت با ارگانوفسفره‌ها)، سوء مصرف مواد (نظیر مسمومیت با محرک‌ها، بنزودیازپین یا محرومیت از الکل)
  - ✓ سابقه‌ی صرع
  - ✓ در مورد خانم‌های در سن بارداری بررسی کنید که آیا بیمار در نیمه‌ی دوم بارداری یا هفته‌ی اول پس از زایمان است.

اقدام‌هایی که در تمام بیماران باید انجام شود:

- راه هوایی، وضعیت تنفس و گردش خون را کنترل کنید.
- از بیمار در قبال اسیب محافظت کنید: اطمینان حاصل کنید که بیمار در یک جای امن و به دور از آتش یا سایر مواردی است که ممکن است به او آسیب برساند.
- **بیمار را تنها نگذارید.** در صورت نیاز کمک بخواهید.
- به منظور پیش‌گیری از آسپیراسیون، بیمار را به پهلو بخوابانید
- چیزی در داخل دهان بیمار **قرار ندهید**.

در صفحه بعد

صرع

نمودار ارزیابی و اقدام در موارد اورژانس

EPI 1.1

از صفحه قبل

اگر بیمار در حال تشنج است:

بررسی احتمال اکلامپسی

- خانم در نیمه‌ی دوم بارداری یا هفته‌ی اول پس از زایمان و
- بدون سابقه‌ی صرع

آیا اکلامپسی محتمل است؟

بله

کنترل تشنج در اکلامپسی

- ۱۰ گرم سولفات منیزیم را عضلانی بدهید. ۵ گرم (۱۰ میلی‌لیتر محلول ۵۰٪) را عضلانی و در یک چهارم فوقانی خارجی باسن هر طرف همراه با ۱ میلی‌لیتر لیدوکایین ۲٪ با یک سرنگ تزریق کنید.
- چنانچه فشارخون دیاستولیک بیش از ۱۱۰ mmHg باشد ،۵ میلی‌گرم هیدرالازین را آهسته (۴-۳ دقیقه) تزریق کنید. چنانچه تزریق وریدی ممکن نباشد به صورت عضلانی هم می‌توان تجویز کرد. چنانچه فشار خون دیاستولیک بیشتر از ۹۰mmHg باقی ماند، دوز بعدی را در فواصل ۳۰ دقیقه‌ای تا زمانی که فشار خون دیاستولیک به حدود ۹۰mmHg برسد تکرار کنید. در مجموع بیش از ۲۰ میلی‌گرم تجویز نکنید.
- **بیمار را به سرعت به بیمارستان ارجاع دهید.**

خیر

کنترل عمومی تشنج

- برای بیمار یک مسیر درون وریدی برقرار و از طریق آن، مایعات را با سرعت کم تجویز کنید (۳۰ قطره در دقیقه)
- از طریق وریدی به فرد گلوکز بدهید (۵۰ میلی‌لیتر گلوکز ۵۰ ٪ برای بالغین ،۵۰-۲ میلی‌لیتر به ازاء هر کیلوگرم از گلوکز ۱۰٪ برای کودکان)
- در صورت امکان ۱۰ میلی‌گرم دیازپام وریدی (کودکان ۱ میلیگرم به ازای هر سال سن) یا ۴ میلی‌گرم لورازپام وریدی (۰/۱ میلیگرم به ازای هر گیلوگرم) را آهسته تزریق کنید.
- چنانچه رگ گرفتن از بیمار دشوار باشد، در صورت دسترسی، دیازپام را به صورت رکتال (دوز مشابه بالا) تجویز کنید.
- دیازپام را به صورت عضلانی تجویز نکنید.
- چنانچه تشنج فرد پس از ۱۰ دقیقه تزریق دیازپام قطع نشد دوز دوم دیازپام (دوز مشابه دوز اول)، یا در صورت دسترسی، لورازپام بدهید و **بیمار را به سرعت به بیمارستان ارجاع دهید.**
- بیش از ۲ دوز دیازپام داده نشود.

موارد زیر را بررسی کنید.

آسیب به سر و گردن

بله

- روش کنترل عمومی تشنج را به کار گیرید.
- گردن را به دلیل احتمال آسیب وارده به نخاع، حرکت ندهید
- **بیمار را به سرعت به بیمارستان ارجاع دهید.**

خیر

عفونت دستگاه عصبی مرکزی

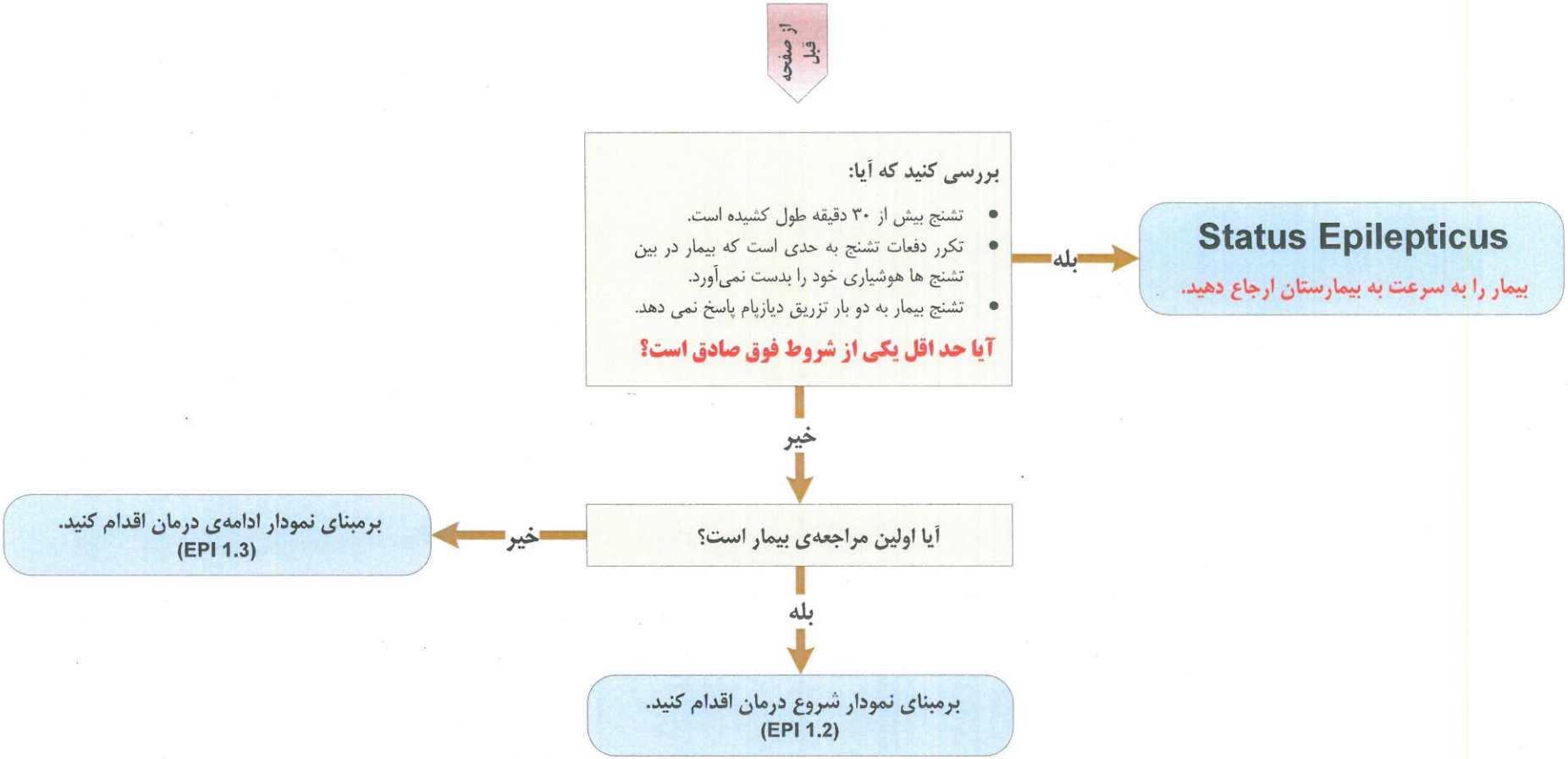
بله

- روش کنترل عمومی تشنج را به کار گیرید.
- **بیمار را به سرعت به بیمارستان ارجاع دهید.**

خیر

در صفحه بعد

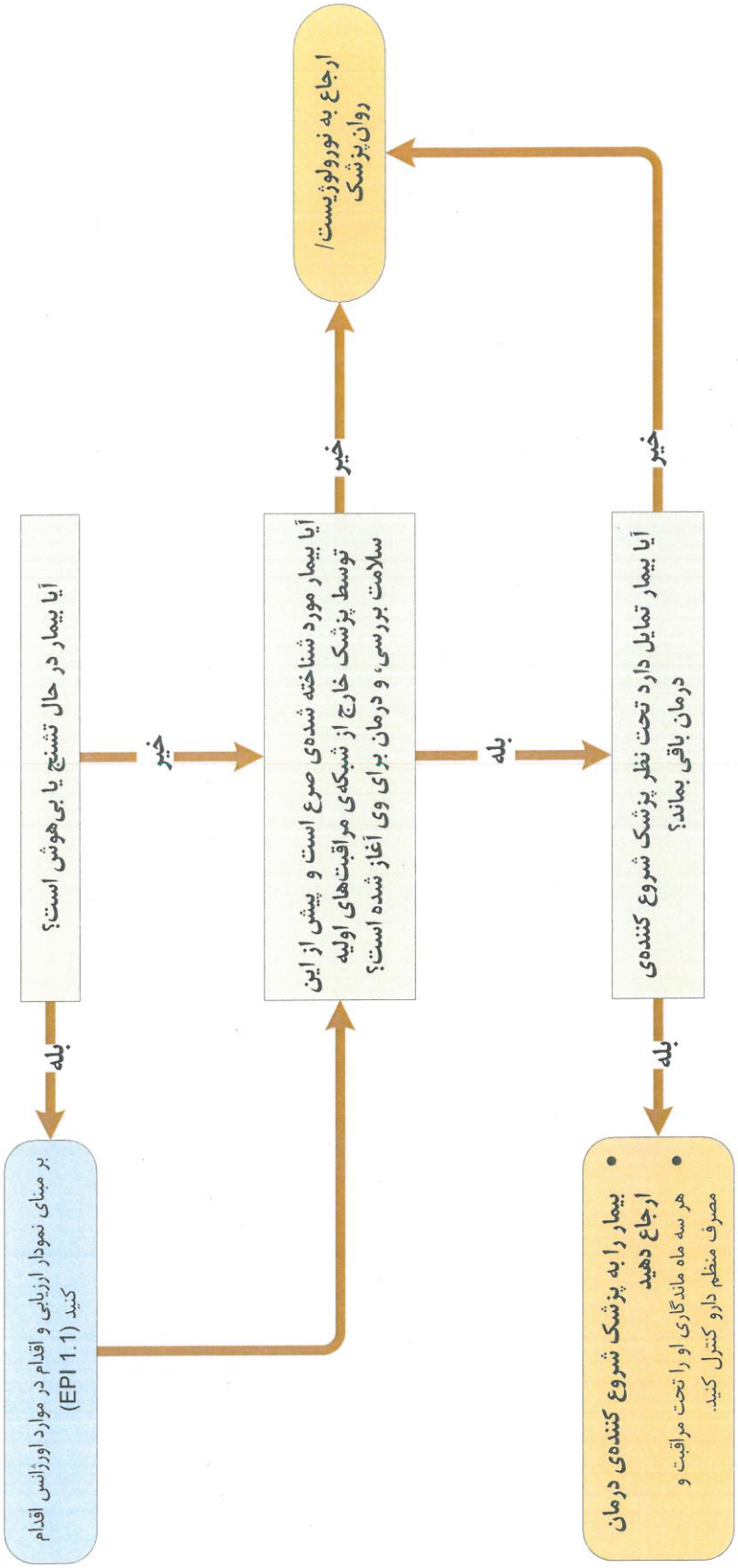
صرع — نمودار ارزیابی و اقدام در موارد اورژانس — EPI 1.1



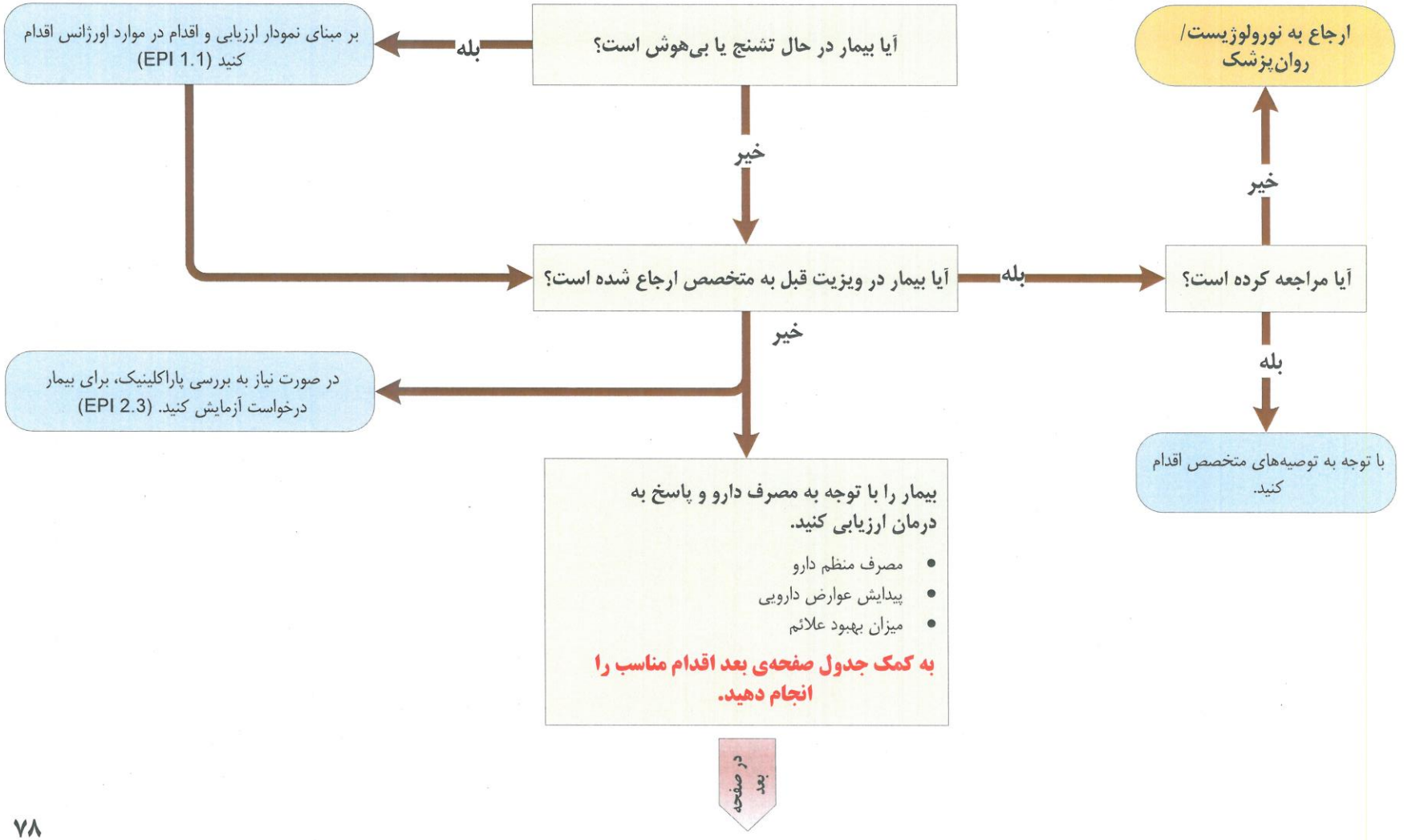
صرع

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

EPI 1.2



صرع — نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان — EPI 1.3



صرع

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

EPI 1.3

پای‌بندی به مصرف منظم دارو / عوارض دارویی / کنترل تشنج	کنترل است		کنترل نیست	
	عوارض ندارد	عوارض دارد	عوارض ندارد	عوارض دارد
پای بند است	• درمان را ادامه دهید • اگر بیش از ۲ سال بیمار بدون تشنج بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. در صورت تمایل به قطع درمان بیمار را به متخصص ارجاع دهید. • بیمار را سه ماه دیگر ویزیت کنید	• در صورت امکان، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. • درصورتی که کاهش دوز دارو امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع دهید. • اگر بیش از ۲ سال بیمار بدون تشنج بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. در صورت تمایل به قطع درمان بیمار را به متخصص ارجاع دهید.	• در صورت امکان، دوز دارو را افزایش دهیدو بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. • در صورتی که افزایش دوز دارو امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع دهید.	• بیمار را به متخصص ارجاع دهید.
پای بند نیست	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • اگر بیش از ۲ سال بیمار بدون تشنج بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. در صورت تمایل به قطع درمان، بیمار را به متخصص ارجاع دهید. • بیمار را سه ماه دیگر ویزیت کنید	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • در صورت امکان، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. • اگر بیش از ۲ سال بیمار بدون تشنج بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. در صورت تمایل به قطع درمان، بیمار را به متخصص ارجاع دهید.	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. • اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، بیمار را به متخصص ارجاع دهید. • بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • ممکن است پای‌بند نبودن به درمان به علت عوارض دارویی باشد و با کاهش دوز دارو و/ یا درمان عوارض بیمار به درمان پای‌بند و تشنج او کنترل شود. در صورت کاهش دوز دارو، پس از یک ماه بیمار را ویزیت کنید. • اگر کاهش دوز دارو گزینه‌ی مناسب نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید.

EPI2 درمان دارویی صرع

پایه‌ی اصلی درمان صرع، درمان دارویی است. برخی از داروها برای برخی از انواع صرع موثرترند. درمان همیشه با یک دارو آغاز و دوز دارو تا کنترل تشنج ها و رسیدن به سطح خونی درمانی افزایش داده می‌شود. درصورت اثربخش نبودن یک دارو، داروی دیگری جایگزین می‌شود. در مجموع تغییر مکرر دارو توصیه نمی‌شود. قطع ناگهانی داروی ضد صرع می‌تواند باعث تشدید حملات صرع و حتی صرع استاتوس شود. درموارد مقاوم به درمان، از دو دارو و ندرتاً بیش از دو دارو استفاده می‌شود. وقتی درمان ضد صرع آغاز می‌شود، باید تا سال‌ها ادامه پیدا کند. در مواردی که علت زمینه‌ای، مانند ضایعه‌ی مغزی، برای آن وجود دارد؛ درمان طولانی مدت خواهد بود.

دوز درمانی مناسب برای هر بیمار بر اساس پاسخ بالینی و در بعضی موارد سطح سرمی دارو تعیین می‌شود. دوز دارو نباید آنقدر بالا باشد که بیمار را کند و گیج کند، به گونه‌ای که عوارض دارو برای او ناتوان کننده‌تر از خود حملات تشنج باشد. اندازه گیری سطح سرمی برای تنظیم دوز دارو، بررسی میزان پای‌بندی به درمان، و همچنین در موارد مسمویت کمک کننده است.

۲-۱ درمان صرع استاتوس (Status Epilepticus)

صرع استاتوس به تشنجی گفته می‌شود که بیش از ۳۰ دقیقه طول بکشد یا تکرار تشنج‌ها به گونه‌ای باشد که بین آنها هوشیاری بیمار باز نگردد. در این وضعیت خطر مرگ و میر بسیار بالاست (۲۰-۳۰ درصد) و خطر عوارض نورولوژیک پایدار نیز وجود دارد.

علت صرع استاتوس در گروه‌های سنی مختلف فرق می‌کند، ولی تمام علل تشنج می‌توانند صرع استاتوس نیز ایجاد کنند. پس از اقدامات اولیه بیمار را هر چه سریعتر به بیمارستان اعزام کنید.

جدول شماره‌ی ۱- داروهای درمان تک دارویی صرع

نام دارو	دوز معمول درمانی		اندیکاسیون اصلی درمانی	نیمه عمر (ساعت)
	کودکان mg/kg	بزرگسالان mg/d		
والپروات سدیم	30-60	1000-3000	تونیک-کلونیک جنرالیزه، پارشیال، ابسنس، میوکلونیک	6-15
فنی‌توئین	4-7	300-400	تونیک-کلونیک جنرالزه، پارشیال، ابسنس، میوکلونیک	12-36
کاربامازپین	20-30	600-1200	تونیک-کلونیک جنرالیزه، پارشیال	14-25
فنوباربیتال	3-5 (8 for infants)	90-200	تونیک-کلونیک جنرالیزه، پارشیال	40-120

*سطح خونی موثر به معنای سطح خونی‌ای از داروست که حداکثر کنترل تشنج و حداقل عوارض دارویی را دارد. در مجموع درمان هر بیمار باید به صورت فردی برای خود او انجام شود.

۲-۲ درمان اکلامپسی

این سندرم در نیمه‌ی دوم حاملگی و اوایل پس از زایمان دیده می‌شود. افزایش فشار خون و تشنج از نشانه‌های آن است. درمان قطعی اکلامپسی ختم بارداری و کنترل انسفالوپاتی هایپرتنسیو است. از سولفات منیزیم برای پیش‌گیری از بروز تشنج یا تکرار آن استفاده می‌شود.

- ۱۰ گرم سولفات منیزیم را عضلانی تزریق کنید. ۵ گرم (۱۰ml محلول ۵۰٪)را همراه با ۱ ml لیدوکایین ۲٪ با یک سرنگ در ۱/۴ فوقانی خارجی باسن هر طرف تزریق کنید.
- چنانچه فشارخوب دیاستولیک بیش از ۱۱۰ mmHg باشد، ۵ میلی‌گرم هیدرالازین را آهسته (۳-۴ دقیقه) تزریق نمایید. چنانچه تزریق وریدی ممکن نباشد، به صورت عضلانی هم می‌توان تجویز کرد. چنانچه فشار خون دیاستولی بیش از ۹۰mmHg باقی ماند، دوز بعدی را در فواصل ۳۰ دقیقه‌ای تا زمانی که فشار خون دیاستولی به حدود ۹۰mmHg برسد تکرار کنید. در مجموع بیش از ۲۰mg تجویز نکنید.
- بیمار را به سرعت به بیمارستان ارجاع دهید.

۲-۳ عوارض شایع و مهم داروهای ضد صرع و درمان آن

پیش‌گیری و مدیریت عوارض داروهای ضد صرع، یکی از چالش‌های مهم در درمان آن است. اغلب عوارض داروهای ضد صرع قابل پیش‌بینی و وابسته به دوز است. عوارض وابسته به دوز را، که تاثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران دارد، اغلب با تنظیم دوز دارو می‌توان کنترل کرد و معمولا نیازی به قطع آنها برای کنترل عوارض نیست.

نوع دیگر عوارض دارویی، عوارض ایدیوسینکراتیک[1] است. این عوارض برخلاف عوارض نوع قبلی، بدون پیش‌بینی بروز می‌کنند و مکانیسم شناخته شده‌ای ندارند. عوارض ایدیوسینکراتیک در ۶٪ موارد درمان ضد صرع رخ می‌دهد و یکی از علل مهم مورتالیتی و موربیدیتی در این بیماران است. در همه‌ی مواردِ عوارضِ ایدیوسینکراتیک باید دارو قطع و بیمار فورا به مرکز تخصصی ارجاع شود.

عوارض وابسته به دوز و ایدیوسنکراتیک در جدول شماره‌ی ۳ با یکدیگر مقایسه شده‌اند.

والپروات سدیم

- والپروات سدیم آثار ثابت شده‌ی تراتوژنیک دارد. در بیماران زن در سن باروری، از باردار نبودن بیمار و استفاده از روش مناسب جلوگیری اطمینان حاصل کنید.
- درصورتی که بیمار کاندید عمل جراحی است، آزمایش‌های انعقادی انجام شود.
- تداخلات دارویی با والپروات سدیم وجود دارد و در مصرف هم‌زمان داروها باید به آن دقت کرد.
- اهم عوارض والپروات سدیم در جدول زیر ذکر شده است.

عارضه	نحوه‌ی کنترل
خواب آلودگی	مصرف دارو در شب
احساس ناراحتی گوارشی	مصرف دارو همراه با غذا افزایش آهسته دوز دارو تجویز H_2 Blocker مصرف فرمهای آهسته‌رهش
افزایش وزن	تغییر سبک زندگی
ریزش مو	مکمل روی و سلنیوم
سمیت کبدی	چک آنزیمهای کبدی هر ۶* ماه و قطع دارو در صورت افزایش آنزیمها بیش از سه برابر یا وجود نشانه های بالینی**
ترومبوسیتوپنی	چک CBC هر ۶ ماه

* در شش ماه اول احتمال ایجاد مسمومیت کبدی بالاتر است. در این مدت بهتر است با فواصل کمتری آنزیم‌های کبدی چک شود.

** احتمال ایجاد مسمومیت کبدی در کودکان زیر دو سال بالاست و در این گروه دارو باید با احتیاط زیاد مصرف گردد. با افزایش سن، احتمال مسمومیت کبدی به تدریج کم می‌شود. نشانه‌های مسموست کبدی اغلب غیر اختصاصی و شامل عدم کنترل مناسب تشنج ها، احساس ناخوشی، ضعف، خواب آلودگی، ادم صورت، بی اشتهایی، زردی و استفراغ است.

[1] idiosyncratic

جدول شماره‌ی ۳- مقایسه عوارض دارویی ایدیوسینکراتیک و وابسته به دوز

علت تمایز	ایدیوسینکراتیک	وابسته به دوز
مکانیسم ایجاد	واکنش‌های غیرمعمول دارو با بدن بیمار، اغلب به واسطه‌ی آثار ایمونولوژیک و سایتوتوکسیک دارو	نتیجه‌ی مکانیسم‌های اثر شناخته شده دارو
قابل پیش‌بینی بودن	اغلب غیر قابل پیش‌بینی؛ برخی ریسک فاکتورهای بروز شناخته شده است مثل سابقه واکنش‌های دارویی با داروهای دیگر	اغلب قابل پیش‌بینی
میزان بروز و ارتباط با دوز	ناشایع (کمتر از ۱۰٪) و تهدیدکننده حیات (کمتر از ۱٪). برخی عوارض با دوز و سرعت تیتراسیون ارتباط دارد.	شایع یا نسبتا شایع (بروز بیش از ۱۰٪) و شدت با افزایش دوز بیشتر می‌شود.
سیر زمانی	اغلب در چند هفته‌ی اول درمان ایجاد می‌شود.	در ابتدای درمان یا در زمان افزایش دوز شایع‌تر است و اغلب با کاهش دوز دارو بر می‌گردد؛ برخی عوارض مثل افزایش وزن آهسته تر ایجاد می‌شود و سخت‌تر برمی‌گردد.
شدت	عارضه‌ی ساده‌ای مثل بثورات جلدی تا واکنش‌های تهدیدکننده‌ی حیات را در بر می‌گیرد.	باعث کاهش کیفیت زندگی بیمار می‌شود ولی تهدید کننده‌ی حیات نیست
اقدامات برای پیش‌گیری	قطع دارو عدم تجویز داروهای خاص در گروه پر خطر افزایش آهسته‌ی دوز	اغلب با تنظیم دوز دارو کنترل می‌شود. از ابتدا می‌بایست دارویی با پروفایل عوارض متناسب با شرایط بیمار انتخاب کرد.
مثال‌هایی از عوارض	DRESS* راش پوستی شامل استیونس جانسون و TEN** سودولیمفوما آگرانولوسیتوز، آنمی آپلاستیک سمیت کبدی	خواب‌آلودگی، گیجی، خستگی، عدم تعادل، اختلال شناختی، تغییرات خلقی (تمام داروها) کمبود Vit D، اختلالات اندوکرین، تداخلات دارویی (کاربامازپین، فنی‌توئین، فنوباربیتال، پریمیدون) هایپوناترمی (کاربامازپین، اکس‌کاربازپین) اسیدوز متابولیک، پارستزی و سنگ کلیه (توپیرامات و زونیسامید)

* Drug-related rush with eosinophilia and systemic syndromes

** Toxic Epidermal Necrolysis

» لاموتریژین

عارضه پوستی: راش پوستی شدید که نیازمند قطع درمان و بستری باشد با مصرف لاموتریژین گزارش شده است. بروز راش شامل سندرم استیونس- جانسون، حدود ۱٪ در افراد زیر ۱۶ سال و ۰/۳٪ در بزرگسالان است. موارد نادری از TEN[2] یا مرگ ناشی از راش گزارش شده است. چون در جمعیت زیر ۱۶ سال احتمال بروز راش پوستی با لاموتریژین بیشتر است، این دارو در این گروه سنی فقط برای کنترل موارد صرع در سندروم لنوکس-گشتالت و صرع پارشیال تایید شده است. احتمال بروز عارضه‌ی پوستی در این شرایط بیشتر می‌شود:

۱. همراهی تجویز لاموتریژین با والپروات سدیم
۲. شروع دارو با دوز بالاتر از دوز پیشنهادی
۳. تجویز دارو در دوزهای بالاتر از دوز پیشنهادی

تقریباً تمام موارد راش‌های تهدید کننده‌ی حیات، ظرف ۲ تا ۸ هفته‌ی اول درمان بروز می کند.

راش‌های خوش خیم نیز در درمان با لاموتریژین دیده می‌شود. اما از آنجایی که نمی‌توان با اطمینان آنها را از هم افتراق دارد لازم است تا با مشاهده اولین نشانه‌ی راش، دارو قطع شود.

قطع ناگهانی دارو می‌تواند باعث تشدید حملات صرع شود. جز در موارد ضرورت، دارو باید حداقل طی ۲ هفته قطع شود.

تداخلات دارویی با لاموتریژین وجود دارد و در مصرف همزمان داروها باید به آن دقت کرد.

» فنی توین

مانند سایر داروهای ضدصرع، قطع ناگهانی دارو می‌تواند باعث تشدید حملات صرع و حتی صرع استاتوس شود.

واکنش‌های حساسیتی به فنی توین ناشایع نیست و می‌تواند به صورت تب، راش، درد مفاصل یا لنفادنوپاتی بروز کند.

با توجه به اثر دارو بر اتوماتیسیتی بطنی، در موارد برادی‌کاردی بطنی، بلوک سینوسی- دهلیزی، بلوک درجه دو و سه دهلیزی- بطنی نباید تجویز شود.

به علت آثار خونی (کاهش گلبولهای سفید)، کبدی و اثر بر روی قند خون، این موارد باید در فواصل منظم (هر ۶ ماه) در بیماران چک شود.

» کاربامازپین

عارضه‌ی شایع در مصرف کاربامازپین علائم نورولوژیک (گیجی، خواب آلودگی، دوبینی، آتاکسی) است. درصورتی که این نشانه‌ها شدید باشد، باید به مسمومیت دارویی شک و بیمار را به سرعت به مرکز اورژانس ارجاع کرد. بررسی‌های ضروری آزمایشگاهی و بالینی حین درمان با کاربامازپین در جدول زیر نمایش داده شده است.

به علت اثر قوی کاربامازپین در القای آنزیم‌های سیتوکروم در کبد، احتمال تداخلات دارویی بالاست. کاربامازپین معمولا باعث کاهش سطح سرمی سایر داروهایی می‌شود که همزمان با آن مصرف می‌شود. در ویزیت‌های بیمار حتماً باید درباره مصرف داروهای دیگر سؤال کرد.

بررسی بالینی یا آزمایشگاهی	فواصل انجام بررسی
FBS	هر ۲-۵ سال
تست‌های عملکرد کبد	هر ۲-۵ سال
الکترولیت‌ها	هر ۲-۵ سال
وزن و BMI	در هر ویزیت
سطح Vit. D و تست‌های متابولیسم استخوانی	هر ۲-۵ سال

» اکس‌کاربازپین

این دارو آنالوگ داروی کاربامازپین است. عوارض کمتری نسبت به کاربامازپین دارد. در ۳٪ موارد هایپوناترمی با دارو گزارش شده است. در صورت وجود خواب آلودگی یا تشدید حملات صرع در حین درمان باید به این عارضه شک کرد. در صورتی که در آزمایش، سدیم پایین گزارش شود بیمار را باید فوراً به مرکز تخصصی ارجاع کرد.

» فنوباربیتال

مانند سایر داروهای ضدصرع، قطع ناگهانی دارو می تواند باعث تشدید حملات صرع و حتی صرع استاتوس شود. بیمارانی که فنوباربیتال مصرف می‌کنند باید از نظر وجود علائم روانی (افسردگی، وجود افکار خودکشی) ارزیابی شوند. تستهای CBC، عملکرد کبد و کلیه باید به صورت دوره‌ای (هر شش ماه) در بیماران چک شود.

[2] Toxic Epidermal Necrolysis

» **لوتیراستام**

احساس خواب آلودگی، ضعف و اختلال در هماهنگی حرکات در هفته‌های اول درمان دیده می‌شود. علائم روان‌پزشکی (مانند سایکوز، افسردگی و وجود افکار خودکشی، اضطراب، دپرسونالیزیشن، نوسانات خلقی) در بیماران باید مورد توجه باشد و در هر ویزیت بیمار از این نظر ارزیابی شود.

EPI3 پیگیری

در هر ویزیت، پاسخ به درمان، پذیرش دارویی و وجود عوارض دارویی را ارزیابی کنید. در هر بیماری که هنوز صرع به طور کامل کنترل نشده یا رژیم دارویی او اخیراً تغییر کرده است، ویزیت به صورت ماهیانه و در بیماران با وضعیت پایدار ویزیت‌ها هر سه ما یک بار انجام شود. تمام بیماران را به طور سالانه به متخصص مغز و اعصاب یا روان‌پزشک ارجاع دهید.

EPI4 آموزش بیمار و خانواده

» اصل اول و پایه در درمان صرع، مصرف مرتب دارو، خودداری از قطع ناگهانی و خودسرانه دارو و تحمل عوارض خفیف داروهاست.

» صرع درمان دارد و اغلب بیماران مبتلا به صرع قادر به ادامه زندگی معمولی، ازدواج، بارداری، و کار مانند سایر افراد هستند.

» مصرف طولانی مدت داروهای ضد صرع اثر نامطلوب بر عملکرد شناختی مغز ندارد. و برعکس، با کنترل حملات تشنج، توانایی ذهنی بیماران بهتر می‌شود.

» استفاده از تمهیدات ایمنی در مشاغل، ایمنی در خانه و به ویژه استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواری، دوچرخه سواری، رعایت ایمنی در حین کار در ارتفاع و کارگاه‌ها و نیز در کوهنوردی و ... به همه افراد توصیه می‌شود. در مورد اینکه چه فعالیت‌های کاری و ورزشی برای بیماران مجاز است، حتما با پزشک متخصص مشورت کنید.

» درمان دارویی صرع طولانی مدت است و لازم است بیماران به مدت چندین سال دارو مصرف کنند. تصمیم برای قطع درمان توسط پزشک معالج گرفته می‌شود.

» مصرف داروهای گیاهی جایگزین داروهای ضدصرع نیست و نباید با آنها جایگزین شود. احتمال تداخل داروهای گیاهی با داروهای ضدصرع وجود دارد، بنابراین لازم است حتما قبل از مصرف با پزشک معالج خود مشورت کنند.

» داروهای ضد صرع نیز مانند تمام داروهای دیگر عوارضی دارند که اگر تجویز درست پزشک همراه با مراقبت دقیق بیمار و ارتباط منظم با پزشک باشد، نباید نگران عوارض داروها بود. داروهای ضدصرع را نباید ناگهانی قطع کرد زیرا می تواند باعث عود بیماری شود. عوارض دارویی مربوط به تمام داروها نیست و یک داروی خاص ممکن است در یک نفر هیچ عارضه‌ای ایجاد نکند. در بسیاری موارد شروع دارو با مقدار کم و افزایش تدریجی آن باعث تحمل بدن و کاهش بروز عوارض دارویی می‌شود.

» درصورتی که عوارضی مانند عارضه‌ی پوستی، خارش، کهیر، تب، احساس ضعف و خواب‌آلودگی، ورم، بی‌اشتهایی شدید یا زردی وجود دارد، بلافاصله به پزشک معالج یا مرکز درمانی مراجعه نمایید.

» بیماران باید دفتری برای ثبت مصرف داروها و نیز حملات تشنج (زمان، شدت و شکل حمله) داشته باشند تا پیگیری پاسخ به درمان آنها دقیق‌تر باشد.

» زنانی که مبتلا به صرع هستند نسبت به جمعیت عمومی در خطر بالاتری برای عوارض بارداری و زایمان قراردارند. در صورت مصرف برخی داروهای ضدصرع، بیمار باید روش مطمئنی برای جلوگیری از بارداری داشته باشد. از طرفی برخی داروهای ضد صرع (کاربامازپین، فنی‌توئین و فنوباربیتال) باعث کاهش اثربخشی داروهای خوراکی ضدبارداری می‌شوند. بنابراین باید از روش‌های دیگر یا داروهای با دوز بالای هورمون استفاده کرد.

» افرادی که مبتلا به صرع هستند یا سابقه تشنج دارند باید به هر پزشکی که برای درمان مراجعه می‌کنند مشکلات خود را به طور کامل بیان کنند. چرا که ممکن است با مصرف برخی داروها دچار حمله تشنج شوند. همین‌طور ممکن است بین داروهای ضدصرع و داروهای دیگر تداخل دارویی ایجاد شود.

اختلال تکامل

مقدمه

DEV 1.1

اختلال تکامل اصطلاحی است که گروهی از اختلالات نظیر ناتوانی/ عقب ماندگی ذهنی و همچنین اختلالات گسترده‌ی تکاملی شامل اوتیسم را در بر می‌گیرد. این اختلالات معمولاً در دوران کودکی آغاز می‌شوند، با اختلال یا تأخیر در فعالیت‌های مرتبط با دستگاه عصبی مرکزی مشخص می‌شوند، و بر خلاف بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی، که دوره‌های عود و بهبود دارند، از روند ثابتی برخوردارند. علیرغم شروع در دوران کودکی، اختلالات تکاملی تا دوران بزرگ‌سالی ادامه می‌یابند. افراد مبتلا به اختلالات تکاملی بیشتر در معرض بیماری‌های جسمی قرار دارند و اختلالات روان‌پزشکی نیز در آنان بیشتر دیده می‌شود و از این جهت به توجه بیشتری نیازمندند.

ناتوانی ذهنی

ناتوانی ذهنی با اختلال مهارت در حوزه‌های متعدد تکاملی (مانند شناخت، زبان، حرکتی و اجتماعی) در جریان دوره‌ی تکامل مشخص می‌شود. بهره‌ی هوشی پائین‌تر، توانایی فرد را برای تطبیق با اقتضائات زندگی روزمره کاهش می‌دهد. به کمک تست‌های ضریب هوشی می‌توان به برداشتی از شدت ناتوانی‌های فرد دست یافت؛ ولی فقط در صورتی که این تست‌ها برای جمعیتی که تست در آن به کار گرفته می‌شود اعتبارسنجی شده باشد باید از آنها استفاده کرد.

اختلالات تکاملی نافذ از جمله اوتیسم

اختلال رفتار اجتماعی، برقراری ارتباط و زبان و دامنه‌ی محدود علائق و فعالیت‌هایی که خاص فرد است و کراراً انجام می‌شوند از وجوه اصلی این اختلال است. این مشکلات از دوران شیرخوارگی و ابتدای کودکی آغاز می‌شود. معمولاً، ولی نه همیشه، درجاتی از ناتوانی ذهنی در این افراد دیده می‌شود. رفتارهای فوق‌الذکر اغلب در افرادی که ناتوانی‌های ذهنی دارند نیز دیده می‌شود.

اختلال تکامل

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

DEV 1.1

ابتلای کودک را به تأخیر تکامل (رشد و نمو) بررسی کنید

- کودک را با هم‌سالان خود در همان جامعه مقایسه کنید و ببینید که آیا رفتارهایی نظیر خندیدن، نشستن، به تنهایی ایستادن، راه رفتن، حرف زدن، درک کارهایی که از او خواسته می‌شود و برقراری ارتباط با دیگران را با تأخیر انجام داده است یا نه.
- در مورد کودکان سنین بالاتر علاوه بر موارد فوق بررسی کنید که آنها وظایف مرتبط با مدرسه یا کارهای روزانه را در خانه با چه کیفیتی انجام می‌دهند.
- شواهدی از موارد زیر را جست‌وجو کنید:
  - ✓ رفتارهای عجیب و نامأنوس در برقراری ارتباط: نظیر عدم استفاده‌ی اجتماعی از مهارت‌های زبانی یا انعطاف ناپذیری در به‌کارگیری زبان
  - ✓ رفتارهای محدود، قالبی و تکرار شونده (Stereotyped): زمان، توالی و سیر این رفتارها را مشخص کنید.
  - ✓ از دست دادن مهارت‌هایی که قبلاً کسب شده است.
  - ✓ سابقه‌ی خانوادگی اختلال تکاملی
  - ✓ اختلال بینایی و شنوایی
  - ✓ صرع همراه
  - ✓ علائم همراه از انواع اختلال حرکتی یا فلج مغزی

آیا شواهدی از تأخیر تکامل یا رفتارهای عجیب و نامأنوس وجود دارد؟

خیر ←

از این مدول خارج شوید و با توجه به نمودار مادر مسیر دیگری را برای بررسی مسأله‌ی بیمار انتخاب کنید.

بله ←

- بیمار و خانواده‌ی او را برای آموزش‌های روان‌شناختی به کارشناس سلامت روان ارجاع کنید.
- در مورد خدمات آموزشی و اجتماعی در مورد اختلالات تکاملی اطلاع رسانی و از خانواده برای بهره‌مندی از این خدمات حمایت کنید.
- با مدرسه‌ی کودک پس از کسب رضایت او و خانواده‌اش تماس بگیرید و توصیه‌های لازم را به آنان ارائه کنید. (DEV3)
- **کودک را برای بررسی بیشتر و شروع اقدامات درمانی به متخصص ارجاع کنید.**
- در مورد مشکلات همراه، نظیر اختلالات بینایی و شنوایی، اقدامات مورد نیاز را انجام دهید.
- برای موقعیت‌های دشوار مورد انتظار در زندگی کودک، حمایت‌های مورد نیاز را از او و خانواده‌اش به عمل آورید.
- شرایط برقراری خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه را برای بیمار فراهم و با دست اندر کاران این خدمات همکاری کنید. (DEV4)
- برای صیانت از حقوق انسانی کودک و خانواده‌اش تلاش کنید. (DEV5)
- مراقبان کودک را مورد حمایت ویژه قرار دهید. (DEV6)
- به صورت منظم کودک را ویزیت کنید. (DEV7)

در صفحه بعد

اختلال تکامل

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

DEV 1.1

از صفحه قبل

موارد زیر را بررسی کنید.

بررسی اختلالات همراه قابل درمان

- سوء تغذیه و کمبود ریز مغذی‌ها نظیر ید و آهن
- بیماری‌های همراه نظیر عفونت ادراری

آیا کودک اختلال همراه قابل درمان دارد؟

بله ←

- تغذیه‌ی کودک را اصلاح و در صورت نیاز مکمل تجویز کنید.
- بر مبنای راهنمای "مانا" بیماری همراه را درمان کنید.

آیا تأخیر تکامل به دلیل محیط غیر محرک یا افسردگی مادر است؟

بله ←

- خانواده را برای آموزش روان‌شناختی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.
- افسردگی مادر را بر مبنای مدول افسردگی بررسی و درمان کنید

بررسی سایر اختلالات روان‌شناختی و نورولوژیک در کودک

- صرع
- افسردگی
- اختلالات رفتاری

آیا شواهدی از اختلالات رفتاری و روان‌شناختی در کودک وجود دارد؟

بله ←

- بر مبنای مدول‌های مربوطه کودک را بررسی و درمان کنید.
- افراد مبتلا به اختلالات تکاملی به عوارض داروهای روان‌پزشکی حساس‌ترند. لذا در صورت تجویز این داروها از بیمار مراقبت بیشتری به عمل آورید.

آیا کودک رفتارهای مشکل‌آفرین دارد؟

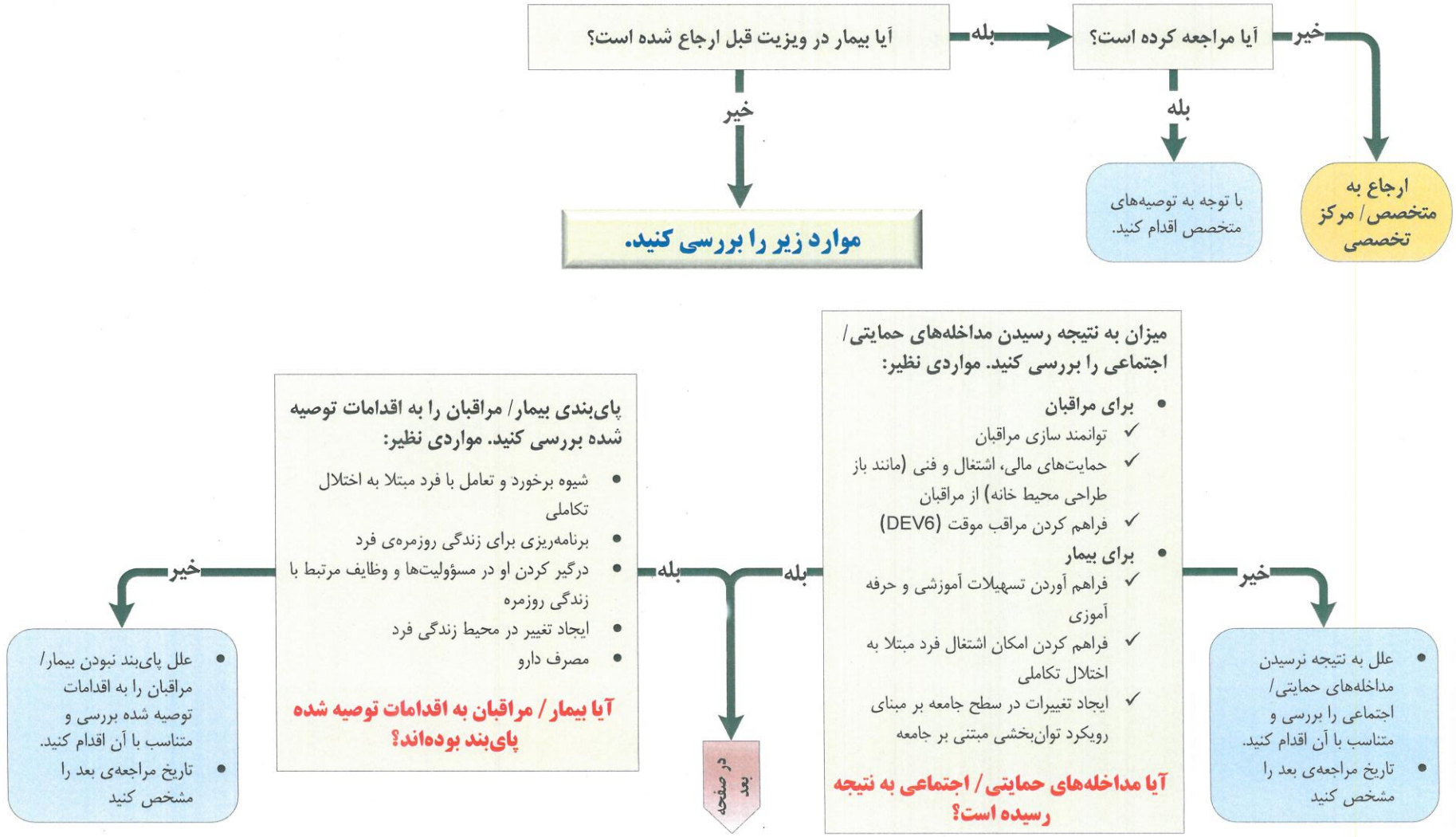
بله ←

- مشکلات جسمی قابل درمان زمینه را که می‌تواند مشکلات رفتاری را تشدید کند درمان کنید
- بیمار و خانواده را برای آموزش‌های روان‌شناختی بیشتر به کارشناس سلامت روان ارجاع کنید.
- **بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید**
- مراقبان را تحت حمایت بیشتر قرار دهید. (DEV6)

اختلال تکامل

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

DEV 1.2



اختلال تکامل

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

DEV 1.2

از صفحه قبل

میزان دست‌یابی به اهداف مداخله‌ها را بررسی کنید.
مواردی نظیر:

- **در مورد مراقبان**
  - ✓ پذیرش زندگی با فرد مبتلا به اختلال تکامل و آمادگی برای ایفای نقش به عنوان یک مراقب کارآمد
  - ✓ وضعیت روانی با ثبات در مراقب: بررسی شواهد افسردگی و خستگی مفرط
  - ✓ وضعیت با ثبات از نظر شغل و درآمد
  - ✓ مدیریت کارآمد زندگی روزمره و بازگشت زندگی به روال عادی
- **در مورد بیمار**
  - ✓ توانمندی‌های بیمار در زمینه‌های برقراری ارتباط، انجام وظیفه در زندگی روزمره‌ی خانواده، فعالیت اجتماعی، تحرک فیزیکی، وضعیت تحصیلی، حرفه‌آموزی، اشتغال
  - ✓ رفتارهای مشکل آفرین
  - ✓ وضعیت فیزیکی: تغذیه، رشد، ابتلا به بیماری‌های جسمی

آیا میزان دست‌یابی به اهداف مداخله‌ها قابل قبول است؟

خیر → **ارجاع به متخصص/ مرکز تخصصی**

بله →
- متناسب با شرایط بیمار و خانواده امکان حرکت به سوی مراحل بعدی درمان را بررسی کنید..
- تاریخ مراجعه‌ی بعدی را مشخص کنید.

DEV2 آموزش روان‌شناختی خانواده

آموزش روان‌شناختی، فرد مبتلا به اختلال تکاملی و خانواده‌ی او را، بسته به شدت اختلال و در دست‌رس بودن و اهمیت عضو خانواده در زندگی روزمره‌ی بیمار، در بر می‌گیرد. والدین، یا عضو مؤثر خانواده، باید مهارت‌های زیر را کسب کنند:

- کودک مبتلا به اختلال تکاملی را بپذیرند و از او مراقبت کنند.
- موارد زیر را شناسایی کنند:
  - موارد استرس‌زا برای کودک و آنچه که او را خوشحال می‌کند؛
  - آنچه که سبب رفتارهای مشکل‌آفرین یا پیش‌گیری از آنها می‌شود؛
  - نقاط قوت و ضعف کودک و این‌که او تا چه اندازه می‌تواند یاد بگیرد
- این را درک کنند که افراد مبتلا به اختلالات تکاملی در صورت مواجهه با موقعیت‌های جدید ممکن است به مشکلاتی دچار شوند.
- برنامه‌ی منظمی برای صرف غذا، بازی کردن، یاد گیری و خواب در طی روز تهیه کنند.
- با واگذار کردن یک وظیفه‌ی ساده در هر نوبت، کودک را در امور زندگی روزمره درگیر کنند.
- تا آنجا که ممکن است او را در مدرسه نگاه دارند. حضور در مدارس عادی، حتی اگر نیمه وقت باشد، ترجیح دارد.
- مراقب بهداشت عمومی کودک باشند و به او برای خودمراقبتی آموزش دهند.
- به رفتارهای خوب کودک، پس از آنکه آنها را انجام داد، پاداش دهند و هنگامی که این رفتارها مشکل‌افرین است از پاداش امتناع کنند.
- از آنان در قبال کودک‌ازاری محافظت کنند.
- حق او را برای داشتن یک محدوده‌ی امن، با مرزهای قابل رؤیت، که در آن احساس راحتی و امنیت داشته باشد و بتواند آزادانه و آن‌گونه که دوست دارد در آن حرکت و بازی کند، محترم بشمارند.
- با سایر والدینی که کودکان با اختلالات مشابه دارند ارتباط برقرار و با آنان تبادل اطلاعات کنند.

DEV3 توصیه به آموزگاران

- برای پرداختن به نیازهای خاص آموزشی کودک برنامه‌ریزی کنید. چند نکته‌ی ساده در این مورد عبارتند از:
  - از کودک بخواهید که در جلوی کلاس بنشیند.
  - به کودک برای اینکه متوجه تکالیف بشود وقت بیشتری بدهید.
  - تکالیف بزرگ را به اجزای کوچک‌تر تقسیم کنید.
  - بررسی کنید که آیا کودک از سوی دیگران مورد ارعاب و آزار قرار می‌گیرد و برای توقف آن اقدام درخور انجام دهید.

DEV4 توان‌بخشی مبتنی بر جامعه (CBR[1])

درگیر کردن جوامع در ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به ناتوانی‌ها و خانواده‌ی آنها، برآوردن نیازهای پایه و تضمین پذیرش و مشارکت آنان در جامعه، از نقاط اصلی تمرکز توان‌بخشی مبتنی بر جامعه است. در قالب این رویکرد، بازتوانی در محیطی که فرد به آن تعلق دارد، با استفاده از منابع عمدتاً محلی، در دست‌رس افراد مبتلا به ناتوانی قرار می‌گیرد. این شیوه‌ی توان‌بخشی در خانه، مدرسه و سایر مکان‌های مورد استفاده‌ی افراد ناتوان اجرا می‌شود. برای پیاده کردن آن باید اطفال مبتلا به اختلالات تکاملی، خانواده‌ی آنان و جوامع، همراه با متولیان خدمات سلامتی، آموزشی، فنی و حرفه‌ای، و اجتماعی با یکدیگر همکاری کنند. از طریق این رویکرد فضایی ایجاد می‌شود که در ان به افراد ناتوان احترام گذاشته و حقوق آنان رعایت می‌شود، کودکان تحت آموزش قرار می‌گیرند، خانواده‌ها توانمند می‌شوند، از استرس آنان کاسته می‌شود و سازگاری آنان با اختلالات تکاملی بیشتر می‌شود. مداخله‌های توان‌بخشی مبتنی بر جامعه امور متنوعی چون زندگی روزمره، فرستادن کودک به مدرسه، آموزش فنی و حرفه‌ای و حمایت از والدین را در بر می‌گیرد.

DEV5 صیانت از حقوق کودک و خانواده‌ی او

- اصول کلی مراقبت را مرور کنید. در مورد حقوق و شأن کودک و خانواده‌ی او به شدت مراقب و حساس باشید. برای مثال:

---

[1] Community Based Rehabilitation

- هیچ مداخله‌ای را بدون رضایت آگاهانه شروع نکنید؛ زمینه‌های برخورد نامناسب، خشن و غیر محترمانه را از بین ببرید.
- از نگهداری کودک در مراکز شبانه روزی اجتناب کنید.
- دست‌رسی کودک به مدرسه و سایر انواع آموزش را تقویت کنید.

DEV6 از مراقبان حمایت کنید

» آثار روانی اجتماعی مراقبت از کودک مبتلا به اختلال تکاملی را بر مراقبان شناسایی کنید.

» نیازهای مراقبان را ارزیابی کنید و حمایت‌ها و منابع مورد نیاز آنان را برای زندگی خانوادگی، اشتغال، فعالیت‌های اجتماعی و سلامت تأمین کنید. شرایطی را فراهم کنید که فرد یا افراد دیگری متناوباً بتوانند، برای چند ساعت، از کودک مراقبت کند تا مراقبان اصلی فرصتی برای استراحت و رسیدگی به امور شخصی خود پیدا کنند.

DEV7 پیگیری

» به صورت منظم و از طریق کارشناس مراقب سلامت/کارشناس سلامت روان پیگیری کنید.

» برای دوران کودکی، به منظور پیگیری از «مانا» استفاده کنید.

» در موارد زیر کودک را ارجاع دهید:

- اگر پیشرفتی مشاهده نمی‌شود یا سیر تکاملی و رفتار کودک بدتر می‌شود؛
- اگر کودک یا دیگران را در معرض خطر می‌بینید؛
- اگر سلامت جسمی کودک تحت تأثیر قرار می‌گیرد (نظیر مشکلات تغذیه‌ای)

به کجا باید ارجاع کرد؟

» اگر فرد علائمی سازگار با ناتوانی ذهنی (که با تأخیر فراگیر در چند حوزه‌ی تکاملی چون توانائی‌های شناختی، زبان، توانائی‌های حرکتی و اجتماعی مشخص می‌شود) دارد:

- از نگهداری او در مراکز شبانه‌روزی اجتناب کنید.
- او را به مراکز تخصصی خدمات سرپایی ناتوانی‌های ذهنی ارجاع دهید.
- او را به خدمات گفتار درمانی سرپایی ارجاع دهید.

» اگر فرد علائمی سازگار با اختلال تکاملی نافذ مانند اوتیسم (که با مشکلاتی در تعاملات اجتماعی، برقراری ارتباط و رفتارهای محدود و تکراری مشخص می‌شود) دارد:

- از نگهداری او در مراکز شبانه‌روزی اجتناب کنید.
- او را به مراکز تخصصی خدمات سرپایی مرتبط با اختلالات تکاملی نافذ یا اوتیسم ارجاع دهید.

DEV8 پیش‌گیری از اختلالات تکاملی

» از مادران باردار مراقبت و سوء تغذیه و بیماری‌های عفونی دوران بارداری را درمان کنید. شرایط زایمان ایمن را فراهم کنید و از نوزاد پس از زایمان مراقبت کنید. از آسیب به سر، عفونت دستگاه عصبی مرکزی، و عفونت در دوران شیرخوارگی و کودکی پیش‌گیری کنید.

» کودکانی را که سوء تغذیه دارند، کراراً بیمار می‌شوند و در معرض خطر هستند؛ را شناسایی کنید و آنان را تحت مراقبت قرار دهید. والدین این کودکان را از نزدیک ببینید یا از خانه‌ی آنان دیدن کنید.

» والدین را برای دریافت آموزش‌های فرزند پروری به کارشناس مرکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر ارجاع دهید.

» اگر مادر افسرده است او را تحت ارزیابی و درمان قرار دهید.

» مادران دچار مشکلات روان‌پزشکی، ذهنی، عصبی، اجتماعی یا مصرف کننده‌ی مواد را مورد حمایت ویژه قرار دهید. ویزیت در منزل، آموزش‌های روان‌شناختی و ارتقای مهارت‌های مادر در حوزه‌ی فرزند پروری از مصادیق این حمایت‌ها هستند.

» خانم‌های باردار یا آنهایی که قصد باردار شدن دارند، باید اکیداً از مصرف الکل خود داری کنند. مغز در حال تکامل، حتی در جند هفته‌ی اول بارداری، به شدت نسبت به الکل حساس است.

اختلال رفتاری کودک و نوجوان

مقدمه

BEH

"اختلالات رفتاری" چتری است که اختلالات خاص، نظیر اختلالات هیپرکینتیک یا ADHD یا سایر اختلالات رفتار را در بر می‌گیرد. تظاهرات رفتاری با شدت‌های متفاوت بسیار شایع هستند. ولی فقط اطفال و نوجوانانی که از درجات متوسط تا شدید اختلالات روان‌شناختی، اجتماعی، آموزشی و شغلی برخوردارند باید تشخیص اختلال رفتاری برای آنان در نظر گرفته شود. در برخی از اطفال مبتلا به اختلالات رفتاری، مشکل تا دوران بزرگ‌سالی ادامه می‌یابد.

اختلال هیپرکینتیک / بیش‌فعالی اختلال توجه (ADHD)

اختلال توجه و بیش فعالی وجوه اصلی این اختلال هستند. اختلال توجه خود را به صورت رها کردن وظایف و نیمه‌کاره رها کردن فعالیت‌ها نشان می‌دهد. کودک یا نوجوانان به کرّات از یک کار به سراغ کار دیگری می‌رود. نقص در تداوم یک کار و استمرار توجه، باید فقط هنگامی به عنوان یک اختلال در نظر گرفته شود که با توجه به سن و هوش کودک یا نوجوانان بیش از حد باشد و در عملکرد عادی و یادگیری او ایجاد اختلال کند. بیش‌فعالی به معنای بی‌قراری بیش از حد، خصوصاً در شرایطی که فرد باید آرام باشد، است. چنین فردی در حال دویدن و پریدن مداوم است، هنگامی که باید سر جای خود بنشیند از جا بلند می‌شود، بیش از حد حرف می‌زند و سر و صدا می‌کند، یا اندام‌ها و بدن او در حال لرزش و پیچش و حرکت‌های بدون هدف است. این اختلالات رفتاری باید قبل از ٦ سالگی شروع شده باشد، حد اقل شش ماه به طول انجامیده باشد و محدود به یک شرایط خاص نباشد.

سایر اختلالات رفتاری

خشم و عصبانیت مکرر و شدید (قشقرق) و نافرمانی مداوم و شدید معمولاً مشاهده می‌شود. اختلالات رفتار ممکن است با الگوهای تکراری و ثابت رفتار ضد اجتماعی، تهاجمی و سرپیچانه مشخص شود. چنین رفتاری، هنگامی که در فرد به اوج خود می‌رسد، باید بسیار شدیدتر از رفتارهای شیطنت‌آمیز و همراه با لجاجت و سرکشی معمول در اطفال و نوجوانان باشد. مثال‌هایی از این رفتارها عبارتند از: آتش افروزی، تخریب شدید مایملک خانواده، رفتارهای بی‌رحمانه نسبت به حیوانات و سایر افراد، دزدی، دروغ گویی مکرر و فرار از خانه و مدرسه. به منظور قضاوت در مورد ابتلای فرد به سایر اختلالات رفتاری باید سطح تکامل کودک یا نوجوان و مدت زمان مشکلات رفتاری (حداقل ٦ ماه) را در نظر گرفت.

اختلال رفتاری کودک و نوجوان

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

BEH 1.1

شواهد بی‌توجهی و بیش‌فعالی را جست و جو کنید:

- بی توجهی
- کارها را نیمه‌کاره رها کردن
- مکرر از این شاخه به آن شاخه پریدن (تغییر کار و فعالیت)
- هیپرکینزی:
  - ✓ بیش‌فعالی (با توجه به شرایط و زمینه بیش از حد بودن)
  - ✓ برای آرام نشستن مشکل داشتن
  - ✓ بیش از حد صحبت یا سر و صدا کردن
  - ✓ حرکت بیش از حد بدن و اندام‌ها (مانند فردی که مضطرب است یا از درد به خود می‌پیچد)
- ایجاد زحمت برای اطرافیان شامل والدین، معلمان، خواهرو برادر، و هم‌سالان

الزامات تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD)

- وجود چند مورد از تظاهرات فوق
- مقایسه‌ی با رفتار کودکان هم‌سال و هم استعداد: در ADHD تظاهرات فوق به وضوح بیش از آن چیزی است که در سایر کودکان دیده می‌شود.
- وابستگی شواهد فوق به شرایط و زمینه‌ی خاص: در ADHD این تظاهرات پیوسته و بدون ارتباط با شرایط محیطی وجود دارد.
- ارتباط مشکل با حیطه‌ی عملکرد: در ADHD در تمام حیطه‌های عملکرد مشکل وجود دارد. اگر مشکل فقط در یک حیطه مشاهده می‌شود باید علل خاص آن حیطه را بررسی کرد.
- سن شروع: ADHD قبل از ۶ سالگی شروع می‌شود.
- چه مدت از شروع تظاهرات می‌گذرد؟ برای در نظر گرفتن ADHD باید حد اقل شش ماه از شروع تظاهرات گذشته باشد.
- اختلال در عملکرد: ADHD در عملکرد فرد اختلال قابل توجه ایجاد می‌کند.

آیا همه‌ی الزامات تشخیص ADHD در فرد وجود دارد؟

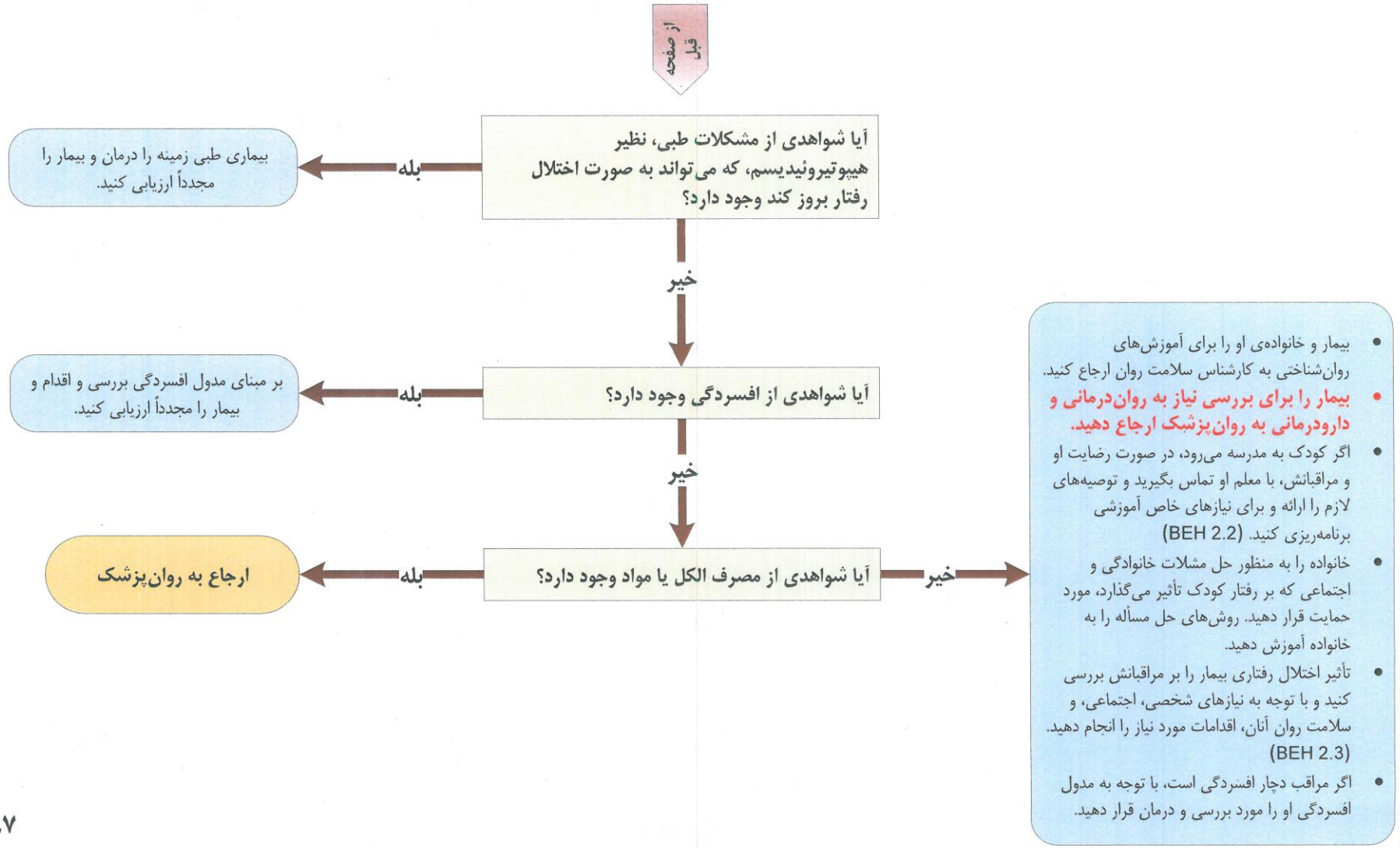
بله → در صفحه بعد

خیر → سایر اختلالات رفتاری را در فرد بررسی کنید. (صفحه‌ی ۹۸)

اختلال رفتاری کودک و نوجوان

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

BEH 1.1



اختلال رفتاری کودک و نوجوان

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

BEH 1.1

شواهد سایر اختلالات رفتاری را جست و جو کنید:

- رفتارهای مستمر و مکرر ضداجتماعی، تهاجمی و از سر نافرمانی و مقاومت، نظیر موارد زیر، را جست‌وجو کنید.
  - ✓ دعوا و درگیری بیش از حد و تهدید دیگران
  - ✓ رفتارهای بی‌رحمانه در قبال حیوانات و سایر افراد
  - ✓ رفتارهای به شدت مخرب در قبال دارایی‌های فیزیکی (ساختمان، اتومبیل، لوازم منزل، . . .)
  - ✓ آتش افروزی
  - ✓ دزدی
  - ✓ دروغ‌گویی مکرر
  - ✓ گریز از مدرسه
  - ✓ فرار از خانه
  - ✓ عصبانیت‌های بسیار شدید و تکرار شونده (temper tantrum) یا قشقرق
  - ✓ نافرمانی و لجبازی مستمر
- سن شروع و مدتِ علائم را مشخص کنید.

الزامات تشخیص سایر اختلالات رفتاری

- وجود چند مورد از تظاهرات فوق
- مقایسه با رفتار افراد هم‌سال و در شرایط مشابه: رفتارها باید بسیار شدیدتر از آن چیزی باشد که با لجبازی‌های معمول کودکانه یا سرکشی‌های معمول دوران بلوغ قابل توجیه باشد.
- تناسب با سطح تکامل کودک: رفتارها باید نامتناسب با سطح تکامل کودک باشد تا بتوان اختلالات رفتاری را مطرح کرد.
- چه مدت از شروع تظاهرات می‌گذرد؟ برای در نظر گرفتن سایر اختلالات رفتاری باید حد اقل شش ماه از شروع تظاهرات گذشته باشد.
- ارتباط با استرسورهای اجتماعی، خانوادگی یا تحصیلی: تظاهرات نباید صرفاً با این استرسورها قابل توجیه باشند.

آیا همه‌ی الزامات تشخیص سایر اختلالات رفتاری در فرد وجود دارد؟

بله → در صفحه بعد

خیر → از این مدول خارج شوید و بیمار را مجدداً به کمک نمودار مادر ارزیابی کنید.

اختلال رفتاری کودک و نوجوان

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

BEH 1.1

از صفحه قبل

آیا شواهدی از مشکلات طبی، نظیر هیپوتیروئیدیسم، که می‌تواند به صورت اختلال رفتار بروز کند وجود دارد؟

بله ← بیماری طبی زمینه را درمان و بیمار را مجدداً ارزیابی کنید.

خیر ↓

آیا شواهدی از افسردگی وجود دارد؟

بله ← بر مبنای مدول افسردگی بررسی و اقدام و بیمار را مجدداً ارزیابی کنید.

خیر ↓

آیا شواهدی از مصرف الکل یا مواد وجود دارد؟

بله ← **ارجاع به روان‌پزشک**

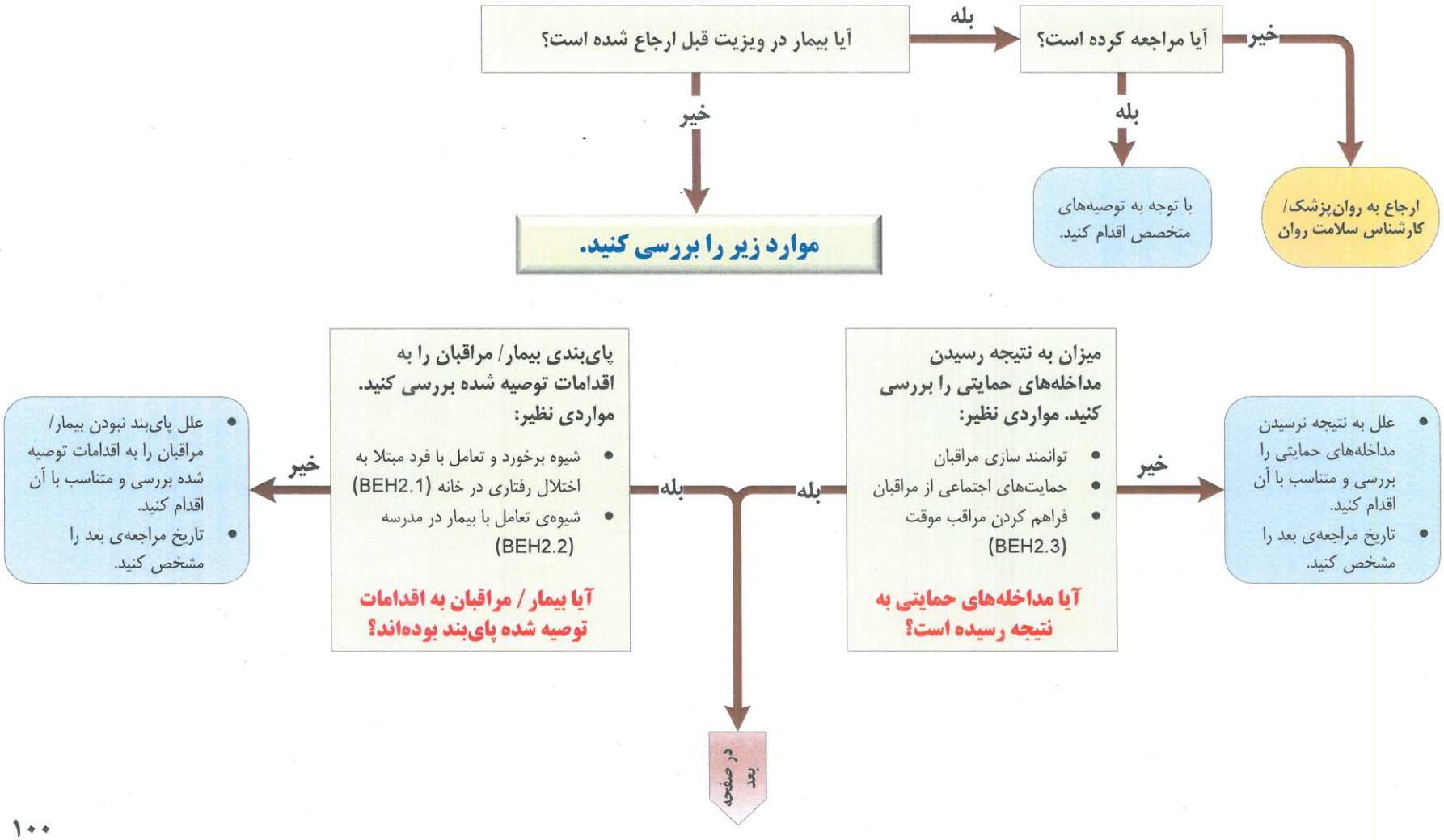
خیر →

- بیمار و خانواده‌ی او را برای آموزش‌های روان‌شناختی به کارشناس سلامت روان ارجاع کنید.
- **بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.**
- اگر تغییرات مهم و قریب‌الوقوعی (نظیر بلوغ، شروع مدرسه یا تولد خواهر یا برادر) در زندگی در پیش است؛ حمایت‌های فردی و اجتماعی را تدارک ببینید.
- اگر کودک به مدرسه می‌رود، در صورت رضایت او و مراقبانش، با معلم او تماس بگیرید و توصیه‌های لازم را ارائه و برای نیازهای خاص آموزشی برنامه‌ریزی کنید. (BEH 2.1)
- خانواده را به منظور حل مشلات خانوادگی و اجتماعی که بر رفتار کودک تأثیر می‌گذارد، مورد حمایت قرار دهید. روش‌های حل مسأله را به خانواده آموزش دهید.
- تأثیر اختلال رفتاری بیمار را بر مراقبانش بررسی کنید و با توجه به نیازهای شخصی، اجتماعی، و سلامت روان آنان، اقدامات مورد نیاز را انجام دهید. (BEH 2.3)

اختلال رفتاری کودک و نوجوان

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

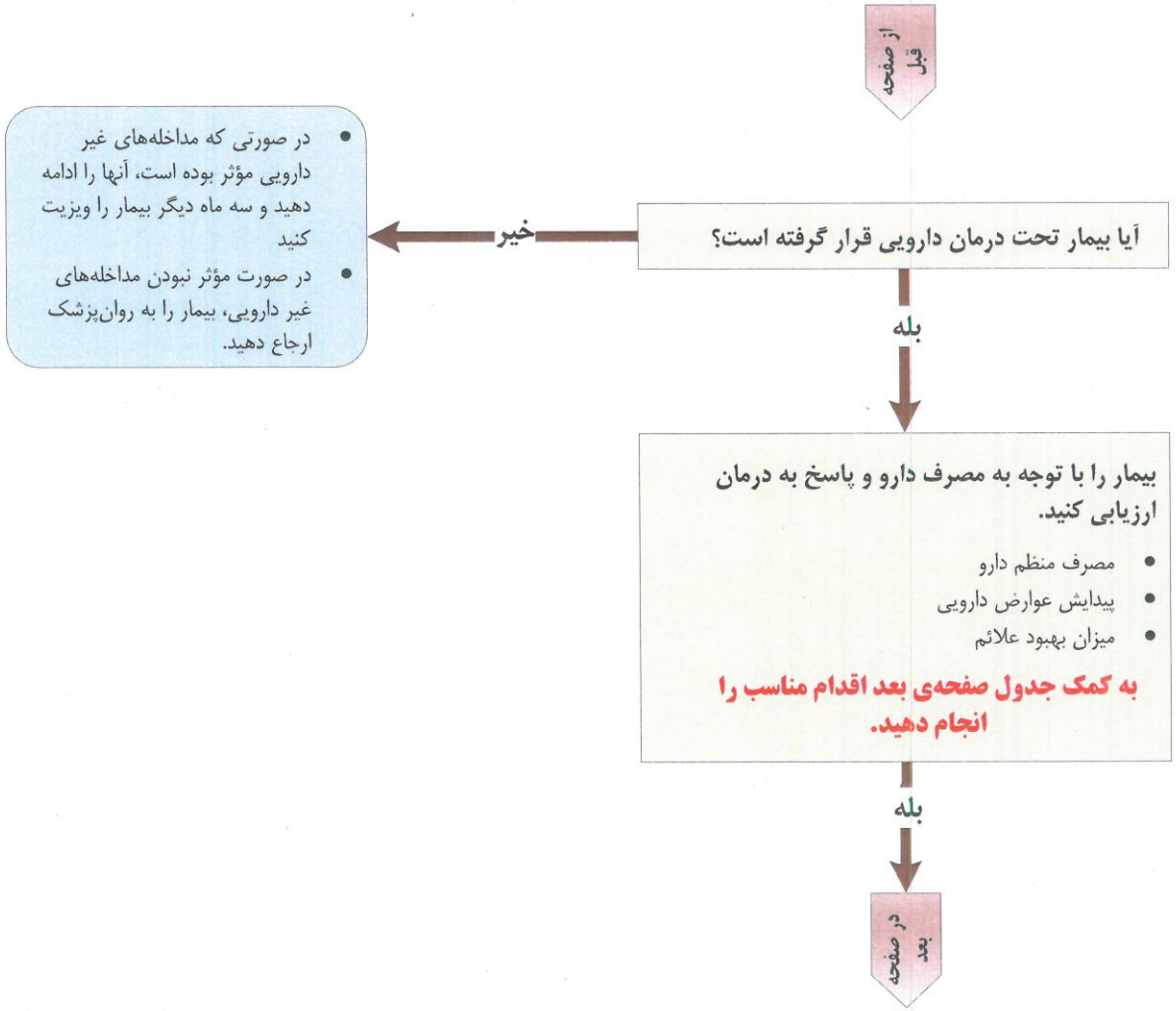
BEH 1.2



اختلال رفتاری کودک و نوجوان

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

BEH 1.2



اختلال رفتاری کودک و نوجوان

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

BEH 1.2

پای‌بندی به مصرف منظم دارو / عوارض دارویی / کنترل علائم	کنترل است		کنترل نیست	
	عوارض ندارد	عوارض دارد	عوارض ندارد	عوارض دارد
پای بند است	• درمان را ادامه دهید • اگر بیش از یک سال بیمار بدون علامت بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. بیمار را جهت تصمیم گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید. • بیمار را سه ماه دیگر ویزیت کنید	• در صورت بیخوابی، کاهش اشتها، اضطراب، تغییر خلق و توقف رشد دوز دارو کاهش دهید و بیمار را به روان‌پزشک ارجاع کنید. • در مورد سایر عوارض دوز دارو را کاهش دهید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. • اگر بیش از یک سال بیمار بدون علامت بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. بیمار را جهت تصمیم گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید.	• در صورت امکان، دوز دارو را افزایش دهیدو بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. • در صورتی که افزایش دوز دارو امکان پذیر نیست، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.	• بیمار را به متخصص ارجاع دهید.
پای بند نیست	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • اگر بیش از یک سال بیمار بدون علامت بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. بیمار را جهت تصمیم گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید. • بیمار را سه ماه دیگر ویزیت کنید	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • در صورت امکان، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و او را پس از یک ماه ویزیت کنید. • اگر بیش از یک سال بیمار بدون علامت بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. بیمار را جهت تصمیم گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید.	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. • اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید. • بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	• **علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید.** • ممکن است پای‌بند نبودن به درمان به علت عوارض دارویی باشد و با کاهش دوز دارو بیمار به درمان پای‌بند و علائم او کنترل شود. در صورت کاهش دوز دارو، پس از یک ماه بیمار را ویزیت کنید. • اگر کاهش دوز دارو گزینه‌ی مناسب نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید.

BEH2 مداخله‌های روانی اجتماعی

۲-۱ آموزش روان‌شناختی خانواده

- بپذیرید که فرزندتان به اختلال رفتاری مبتلا است و از او مراقبت کنید.
- در مورد آنچه که کودک مجاز به انجام آن است و آنچه که نباید انجام دهد رفتاری با ثبات داشته باشید.
- پس از آن که رفتار مناسبی را از کودک مشاهده می‌کنید؛ او را تحسین کنید و به او پاداش و فقط در قبال رفتارهای مهم مشکل آفرین از خود واکنش نشان دهید. راه‌هایی را بیابید تا از تقابل در موقعیت‌های دشوار قابل پیش بینی اجتناب کنید.
- تغییر رفتار را با تمرکز بر تعداد اندکی از رفتارهای قابل مشاهده، که فکر می‌کنید کودک قادر به انجام آنها است، شروع کنید.
- از فرمان‌های روشن، ساده و کوتاه، که آنچه را که کودک باید انجام دهد، نه آنچه را که نباید انجام دهد، مورد تأکید قرار می‌دهد، استفاده کنید.
- هرگز کودک را به صورت فیزیکی یا روانی مورد تنبیه و تحقیر قرار ندهید. در قیاس با تحسین، تنبیه باید خفیف باشد و ندرتاً انجام شود. برای مثال اگر رفتار کودک مناسب نیست از دادن پاداش خود داری کنید.
- به عنوان جایگزینی برای تنبیه، از «وقفه»ی کوتاه و با محدوده‌ی کاملاً مشخص، در صورت بروز رفتارهای مشکل‌آفرین، استفاده کنید. مقصود از «وقفه» جدا کردن موقت کودک از یک محیط مطلوب، به عنوان بخشی از یک برنامه طراحی و ثبت شده برای تغییر رفتار، است. والدین را در مورد چگونگی به کار گیری این روش توجیه کنید.
- تا وقتی که آرام نشده‌اید با کودک بحث نکنید.

۲-۲ توصیه به معلمان

برای اینکه چگونه به نیازهای خاص آموزشی کودک بپردازید؛ برنامه‌ای تهیه کنید. چند نکته‌ی ساده بدین منظور:

- از کودک بخواهید که در جلوی کلاس بنشیند.
- به کودک برای درک تکالیف وقت اضافه بدهید.
- تکالیف بزرگ و مفصل را به قطعات کوچک‌تر تقسیم کنید.
- ببینید که آیا کودک مورد تهدید و ارعاب قرار دارد یا نه و برای متوقف کردن آن اقدام مناسب را انجام دهید.

۲-۳ حمایت از مراقبان

- پی‌آمدهای روانی اجتماعی را، که مراقبان را تحت تأثیر قرار داده‌اند، جست و جو کنید.
- نیازهای مراقبان را ارزیابی کنید و حمایت‌ها و منابع مورد نیاز آنان را برای زندگی خانوادگی، اشتغال، فعالیت‌های اجتماعی و سلامت تأمین کنید. شرایطی را فراهم کنید که فرد یا افراد دیگری متناوباً بتوانند، برای چند ساعت، از کودک مراقبت کنند تا مراقبان اصلی فرصتی برای استراحت و رسیدگی به امور شخصی خود پیدا کنند.

BEH3 مداخله‌های دارویی

Methylphenidate

- **متیل‌فنیدات ضرورتاً باید توسط روان‌پزشک تجویز شود و شروع این دارو توسط پزشک عمومی مجاز نیست.**
- این دارو را نباید برای اختلالات رفتاری عمومی، بجز ADHD، تجویز کرد.
- درمان دارویی باید جزئی از یک برنامه‌ی جامع درمانی (در برگیرنده‌ی مداخله‌های روان‌شناختی، رفتاری و آموزشی) باشد.
- مقدار و زمان تجویز، پاسخ به درمان و عوارض دارویی باید به دقت در پرونده‌ی بیمار ثبت شود.
- متیل فینیدات ممکن است مورد سوء مصرف واقع شود. به همین سبب باید زمینه گرایش بیمار به سوء مصرف مواد، قبل از تجویز این دارو ارزیابی شود.

۳-۱ دوز و تجویز (تنها توسط روان‌پزشک مجاز است)

- **ترکیبات تُندرَهش:**
  - با ۵ mg یک یا دو بار در روز شروع می‌شود.
  - تدریجا (طی ۴ تا ۶ هفته) دوز دارو افزایش می‌یابد (در دو یا سه دوز منقسم) تا هنگامی که پیش‌رفت بیمار متوقف شود و عوارض آن قابل تحمل باشد. دوز دارو نباید از ۶۰ mg در روز تجاوز کند.
- **ترکیبات آهسته‌رهش:** به صورت یک دوز واحد صبح‌ها تجویز می‌شود.

۳-۲ ارزیابی پاسخ به درمان

علائم بیمار و عوارض جانبی دارو را در هنگام هر تغییر دوز ثبت کنید. اگر بیش‌فعالی با از میان رفتن تدریجی اثر دارو باز می‌گردد؛ می‌توان دوز دارو را تقسیم و یک دوز شبانه نیز تجویز کرد.

۳-۳ عوارض جانبی

» **عوارض معمول دارو:** بی‌خوابی، کاهش اشتها، اضطراب و تغییر خلق

– دوز دارو را کاهش دهید و بیمار را به روان‌پزشک ارجاع کنید.

» **عوارض غیر معمول:** درد شکم، سردرد، تهوع، تأخیر موقت رشد و کم وزنی (قد و وزن را پایش کنید، دارو را در روزهای تعطیل قطع کنید تا کاهش دریافت بیمار جبران شود)، تغییر فشار خون و ضربان قلب (قبل و بعد از تغییر دوز دارو و پس از آن هر سه ماه یک‌بار این موارد را کنترل کنید.)

» بررسی‌های آزمایشگاهی و ECG به صورت روتین موردی ندارد، مگر آنکه شرایط بالینی بیمار آنها را ایجاب کند.

۳-٤ پیگیری

» وزن را هر سه ماه و قد بیمار را هر شش ماه اندازه‌گیری کنید. اگر افزایش وزن و قد متوقف شده است، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

» در صورت پاسخ، درمان دارویی را باید تا یک سال ادامه داد. پس از این، بیمار را برای تصمیم گیری در مورد قطع دارو به روان‌پزشک ارجاع دهید.

آسیب به خود/خودکشی

مقدمه

SUI 1.1

سؤال کردن در مورد "آسیب به خود"، اقدام به "آسیب به خود" را در فرد بر نمی‌انگیزد؛ بلکه سبب می‌شود که اضطراب همراه با افکار یا اقدام آسیب به خود کاهش یابد و به اینکه فرد احساس کند که او را درک کرده‌اند کمک می‌کند. اما قبل از پرسیدن چنین سؤالی برای برقراری ارتباط با فرد تلاش کنید. از فرد بخواهید که دلایل خود را برای آسیب به خود توضیح دهد.

خود کشی خود را آگاهانه و عامدانه کشتن است. آسیب به خود اصطلاحی وسیع‌تر است که در برگیرنده‌ی صدمه زدن به خود از طریق مسموم کردن یا ضرب و جرح است که ممکن است نیت یا پی‌آمد مرگ را همراه داشته یا نداشته باشد. هر فرد بالای ۱۰ سال سن که یک مورد از شرایط زیر را داشته باشد باید در مورد افکار یا طرح و نقشه برای آسیب به خود، طی یک ماه گذشته، یا اقدام به آسیب به خود، طی یک سال گذشته، مورد سؤال قرار گیرد:

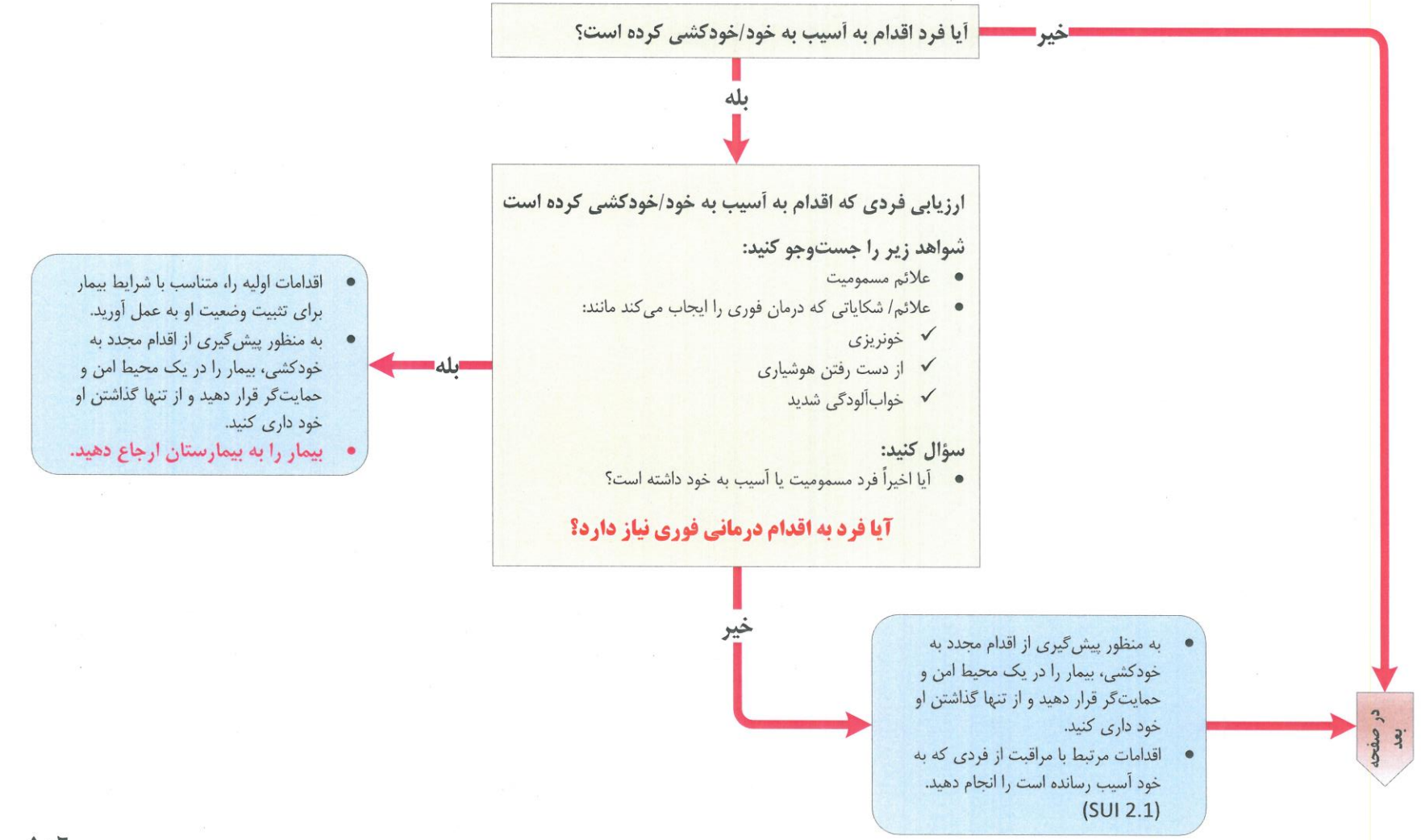
- هر یک از اختلالات مهم روان‌پزشکی که در نمودار مادر این راهنما مشخص شده‌اند
- درد مزمن
- دیسترس حاد روان‌شناختی

افکار، طرح و نقشه و اقدام به آسیب به خود را در ارزیابی اولیه، و پس از آن به صورت منظم، در صورت نیاز، بررسی کنید. وضعیت و دیسترس روان‌شناختی فرد را مورد توجه ویژه قرار دهید.

آسیب به خود/خودکشی

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

SUI 1.1



آسیب به خود/خودکشی

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

SUI 1.1

از صفحه قبل

فرد را از نظر خطر قریب‌الوقوع آسیب به خود/خودکشی بررسی کنید.

از فرد و مراقب او موارد زیر را سؤال کنید:

۱- وجود فکر یا نقشه‌ای برای آسیب به خود/ خودکشی در حال حاضر
۲- سابقه فکر کردن به یا داشتن طرح و نقشه برای آسیب به خود یا خودکشی طی ماه گذشته یا اقدام به آسیب به خود طی سال گذشته
۳- دست‌رسی به ابزارهای آسیب به خود

آیا پاسخ به یکی از دو سؤال ۱ یا ۲ مثبت است؟

خیر

- حمایت روانی اجتماعی را عرضه و فعال کنید.(SUI 2.2)
- **فرد را به روان‌پزشک ارجاع کنید.**
- بیمار را تحت پیگیری منظم قرار دهید و تماس خود را با او حفظ کنید. (SUI 2.3)

در صفحه بعد

بله

موارد زیر را جست‌وجو کنید:

- دیسترس شدید هیجانی
- نا امیدی
- بی‌قراری شدید
- خشونت
- عدم برقراری ارتباط و همکاری
- انزوای اجتماعی

آیا از لیست فوق مواردی در فرد مشاهده می‌شود؟

خیر

بله

- **احتیاط‌های زیر را به عمل آورید:**
  - ✓ ابزارهای آسیب به خود را از دست‌رس فرد دور کنید.
  - ✓ محیطی امن و حمایت‌گر ایجاد کنید. در صورت امکان بیمار را به اتاقی آرام و مجزا هدایت کنید.
  - ✓ فرد را تنها نگذارید.
  - ✓ به منظور تضمین ایمنی فرد یکی از پرسنل شناخته شده و مورد وثوق یا یکی از اعضای خانواده را برای مراقبت از او بگمارید.
  - ✓ وضعیت روانی و دیسترس هیجانی فرد را مورد توجه قرار دهید.
- حمایت روانی اجتماعی را عرضه و فعال کنید. (SUI 2.2)
- **فرد را فوراً به روان‌پزشک در بیمارستان ارجاع کنید.**
- بیمار را تحت پیگیری منظم قرار دهید و تماس خود را با او حفظ کنید. (SUI 2.3)

آسیب به خود/خودکشی

نمودار ارزیابی و اقدام: شروع درمان

SUI 1.1

از صفحه قبل

بررسی ابتلای فرد به یک اختلال روان‌پزشکی، عصبی، یا سوء مصرف مواد

- افسردگی
- سوء مصرف مواد یا الکل
- اختلال دوقطبی
- سایکوز
- صرع
- اختلالات رفتاری

آیا فرد به مواردی از این اختلالات مبتلاست؟

بله ←

بر مبنای مدول مربوطه فرد را بررسی و اقدام مورد نیاز را انجام دهید.

آیا بیمار درد مزمن دارد؟

بله ←

- درد بیمار و بیماری زمینه مولد آن را مورد بررسی و اقدام مقتضی قرار دهید.
- در صورت نیاز و امکان بیمار را به متخصص/ مرکز تخصصی مربوطه ارجاع دهید.

سایر نشانه‌های روان‌شناختی که نیازمند درمان است

- مشکل در انجام کارهای روزمره، تحصیل، کارِ خانه یا فعالیت‌های اجتماعی
- دیسترس قابل توجه یا کراراً طلب کمک کردن
- خود درمانی مکرر برای نشانه‌های روان‌شناختی یا تظاهرات جسمی بدون توجیه

آیا فرد تظاهرات شدید هیجانی نیازمند درمان دارد؟

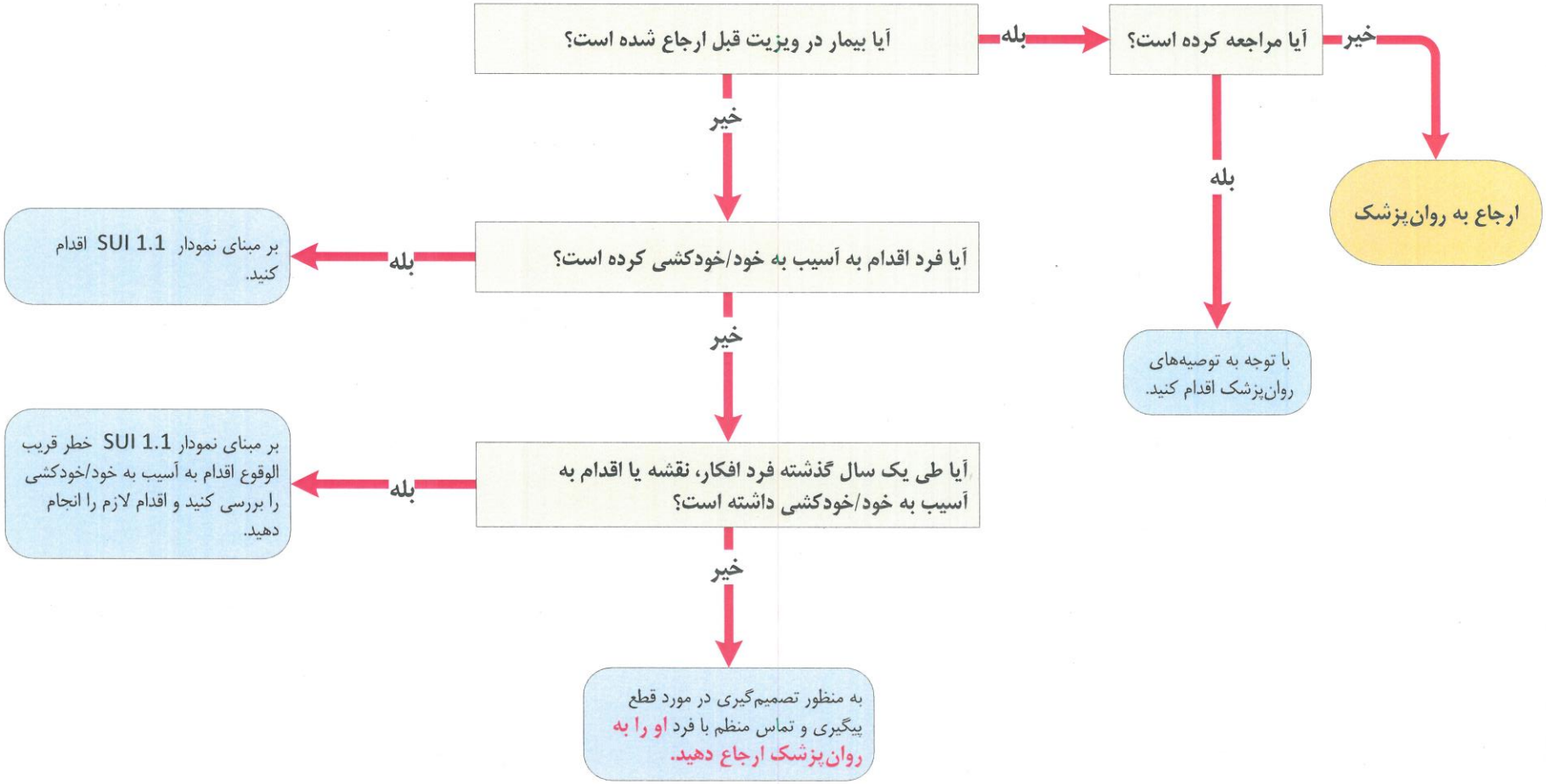
بله ←

به مدول "سایر شکایات هیجانی شایان توجه یا بدون توجیه طبی" مراجعه کنید. (OTH)

آسیب به خود/خودکشی

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

SUI 1.2



SUI2 راهنمایی و درمان

۲-۱ مراقبت از فردی که به خود آسیب رسانده است:

فرد را در یک محیط امن و حمایت‌گر قرار دهید و او را تنها رها نکنید. اگر فردی که به خود آسیب رسانده است باید برای درمان منتظر بماند، مکانی مجزا، آرام و تحت نظارت را، که دیسترس او را به حداقل برساند، در اختیار او قرار دهید. به منظور تضمین ایمنی فرد، مسؤولیت تماس منظم با وی را به یک پرسنل شناخته شده و مورد وثوق یا یکی از اعضای خانواده بسپارید.

- ابزارهای آسیب به خود را از دسترس فرد خارج کنید.
- فرد را به روان‌پزشک ارجاع کنید.
- خانواده، دوستان، سایر افرادی که نگران وضعیت بیمار هستند و همچنین منابع در دسترس جامعه را برای مراقبت از فرد و حمایت از او در دوره‌ای که خطر بیشتری او را تهدید می‌کند، بسیج کنید.
- در جریان مراقبت از فردی که به خود آسیب رسانده است، به همان اندازه که به سایر بیماران احترام می‌گذارید و حریم آنان را رعایت می‌کنید با این فرد نیز رفتار کنید و به دیسترس هیجانی که همراه آسیب به خود وجود دارد، حساس باشید.
- گرچه ارزیابی روانی اجتماعی معمولاً باید در قالب یک مصاحبه‌ی یک به یک بین بیمار و خدمتگر انجام شود؛ اگر بیمار حمایت مراقبان خود را طلب می‌کند؛ آنان را در فرآیند ارزیابی و درمان درگیر کنید.
- در صورت نیاز از مراقبان حمایت هیجانی به عمل آورید.
- تداوم مراقبت را تضمین کنید.
- بستری بیمار در بخش‌های غیر وروان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی با هدف جلوگیری از آسیب رساندن بیمار به خود توصیه نمی‌شود. اگر برای حل مسائل طبی و جراحیِ بیمار ناگزیر از بستری کردن او در یک بیمارستان عمومی هستید؛ به منظور پیش‌گیری از آسیب رسانی مجدد به خود، فرد را از نزدیک تحت مراقبت و مواظبت قرار دهید.
- در صورت تجویز دارو:
  - از داروهایی استفاده کنید که در صورت مصرف بیش از حد کمترین خطر را برای فرد ایجاد کند.
  - دارو را برای دوره‌های کوتاه نسخه کنید (برای مثال یک هفته)

۲-۲ حمایت روانی اجتماعی را عرضه و فعال کنید

حمایت روانی اجتماعی را عرضه کنید

- فرد را در معرض حمایت قرار دهید.
- به دنبال دلایل و راه‌هایی برای زنده ماندن بگردید.
- با صحبت در مورد این‌که مسائل آنها قبلاً چگونه حل شده است؛ قابلیت‌های مثبت فرد را مورد تمرکز و تأکید قرار دهید.
- «حل مسأله درمانی» را برای افرادی که طی یک سال گذشته به خود آسیب رسانده‌اند در نظر بگیرید.

حمایت روانی اجتماعی را فعال کنید.

- خانواده، دوستان، سایر افرادی که نگران وضعیت بیمار هستند و همچنین منابع در دسترس جامعه را برای مراقبت از فرد و حمایت از او، مادامی که خطر آسیب به خود وجود دارد، بسیج کنید.
- به فرد و مراقبان توصیه کنید که مادامی که او افکار، نقشه‌ها یا اقداماتی برای آسیب به خود دارد؛ دسترسیش را به ابزارهای آسیب به خود محدودکنند.
- از حمایتی که از منابع اجتماعی می‌توان کسب کرد، بیشترین بهره را ببرید. اهم منابع عبارتند از: اقوام، دوستان، آشنایان، همکاران، روحانیان، و نهادهای رسمی نظیر مراکز سلامت روان.
- مراقبان و سایر اعضای خانواده را بر این نکته واقف کنید که سؤال در مورد خودکشی اغلب اضطرابی را که پیرامون احساس فرد شکل گرفته است؛ کاهش می‌دهد. او ممکن است احساس کند که بهتر شده و دیگران بیشتر او را درک کرده‌اند.
- مراقبان افراد در معرض آسیب به خود، اغلب استرس شدیدی را تجربه می‌کنند. اقوام و مراقبان را، در صورت نیاز، مورد حمایت قرار دهید.
- به مراقبان گوشزد کنید که گرچه ممکن است نسبت به فرد احساس یأس و سرخوردگی داشته باشند ولی از انتقاد شدید و مخالفت با فردی که در معرض آسیب به خود قرار دارد اجتناب کنند.

۲-۳ پیگیری و حفظ تماس منظم

» تماس منظم خود را با فرد حفظ کنید (از طریق تلفن، ویزیت در منزل، نامه و . . .). این تماس‌ها در ابتدا باید بیشتر باشد (برای مثال هر هفته طی دو ماه اول) و سپس با بهبودی فرد از آن کاسته شود (هر دو تا چهار هفته یک بار). در صورت نیاز تماس‌ها را به تعداد بیشتر و برای مدت طولانی‌تری حفظ کنید.

» به پیگیری مادامی که خطر خودکشی وجود دارد ادامه دهید. در هر تماس افکار و نقشه‌های خودکشی را بررسی کنید. اگر خطر فوری است؛ بر اساس نمودار خطر قریب‌الوقوع آسیب به خود/خودکشی اقدام کنید.

۲-٤ پیشگیری از خود کشی

ورای ارزیابی و درمان اختلالات مهم روان‌پزشکی، مسؤولین سلامت یک جمعیت می‌توانند اقداماتی را برای پیشگیری از خودکشی به شرح زیر انجام دهند:

» **محدود کردن دست‌رسی به ابزارهای آسیب به خود نظیر سموم دفع آفات نباتی، سلاح گرم و نقاط مرتفع**

- جامعه را برای یافتن راه‌های عملی به منظور کاهش دست‌رسی به ابزارهای خودکشی فعالانه درگیر کنید.
- با سایر بخش‌های اجتماعی بدین منظور همکاری کنید.

» **رسانه‌ها را ترغیب کنید که روش‌های مسؤولانه‌ای را در مورد گزارش روش‌های خود کشی اتخاذ کنند.**

- از به کار بردن زبانی که سبب جذاب شدن اخبار خودکشی می‌شود، آن را طبیعی جلوه می‌دهد یا آن را به عنوان راهی برای حل مسائل معرفی می‌کند، اجتناب کنند.
- از درج تصاویر و توصیف دقیق روش به کار گرفته شده خود داری کنند.
- مخاطبان خود را در مورد این که در چنین شرایطی از کجا کمک بخواهند؛ راهنمایی کنند.

سایر شکایات

مقدمه

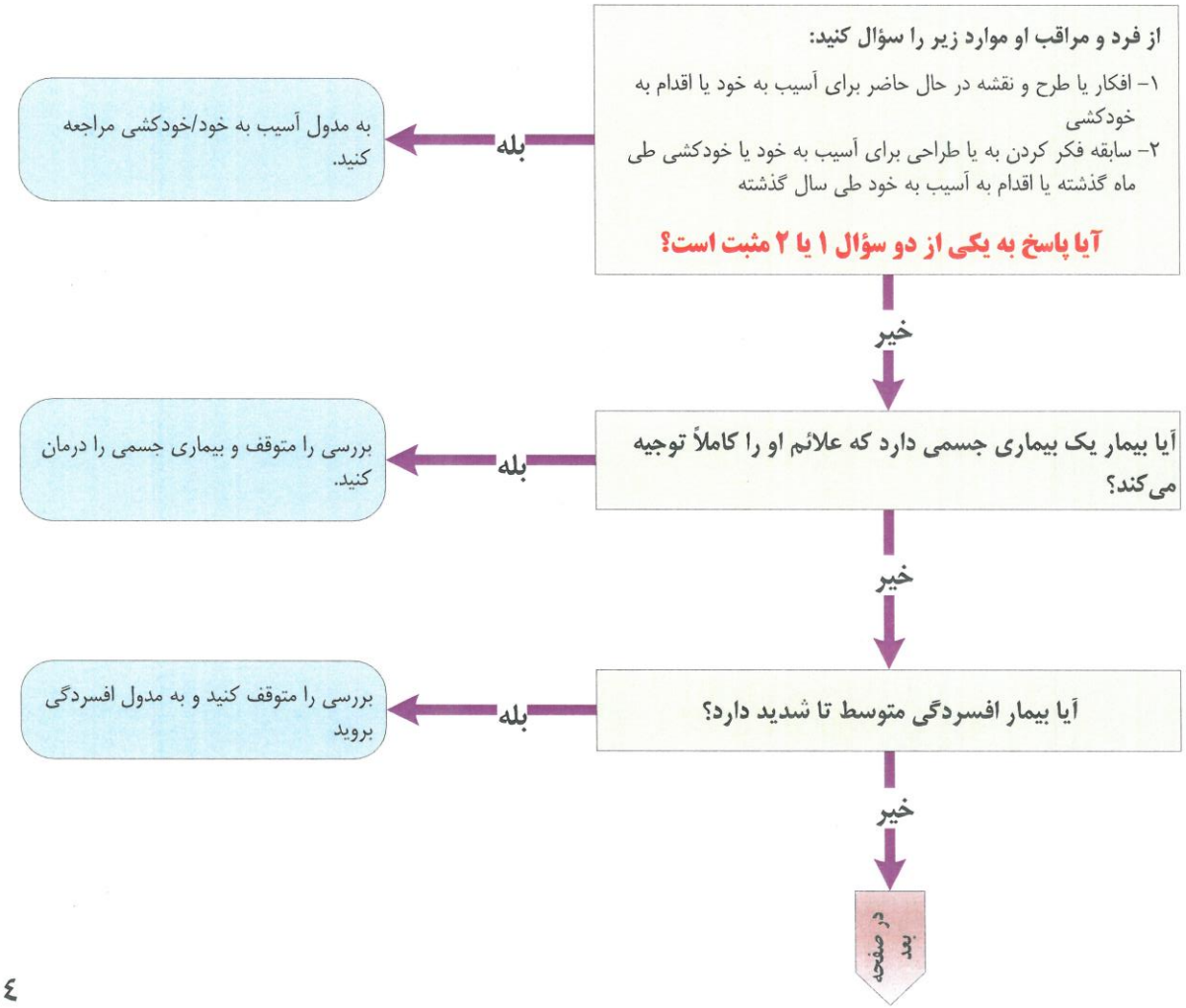
OTH

افرادی که در این گروه طبقه بندی شده‌اند از اضطراب، افسردگی یا شکایاتی که توجیه طبی ندارد رنج می‌برند. آنها به هیچیک از اختلالاتی که در این راهنما مورد بحث قرار گرفته است مبتلا نیستند (احتمالا به جز آسیب به خود). افراد این گروه ممکن است در حال تجربه کردن یک دیسترس عادی باشند یا از یک اختلال روان‌پزشکی، که در این راهنما مورد بحث قرار نگرفته است، رنج ببرند (نظیر اختلال سوماتوفرم، افسردگی خفیف، دیستایمی، واکنش حاد به استرس، اختلال انطباقی).

در درمان این افراد نباید از داروهای روان‌پزشکی استفاده کرد. اگر فرد به اقدامات توصیه شده در این راهنما پاسخ ندهد باید برای بررسی بیشتر و احتمالاً استفاده از دارو به روان‌پزشک ارجاع گردد.

- این مدول نباید برای افرادی که معیارهای سایر اختلالات بحث شده در این راهنما (بجز آسیب به خود) را دارند در نظر گرفته شود.
- فقط هنگامی باید از این مدول استفاده کرد که افسردگی متوسط تا شدید به روشنی رد شده باشد.

سایر شکایات | نمودار ارزیابی و اقدام | OTH 1



سایر شکایات

نمودار ارزیابی و اقدام

OTH 1

از صفحه قبل

آیا بیمار اخیراً در معرض استرسورهای شدید (از دست دادن کسی یا چیزی یا وقایع تروماتیک) قرار داشته است؟

بله

- در صورت سوگ، با توجه به بستر فرهنگی، به کمک روش‌های عزاداری یا رویکردهایی که به پذیرش مسأله از سوی فرد کمک می‌کند، به بیمار کمک کنید. (OTH 2)
- در صورت دیسترس حادی که پس از وقایع تروماتیک اخیر رخ داده است، بر مبنای مدول اختلالات اضطرابی (PTSD) عمل کنید.

خیر

آیا بیمار علائم قابل توجه بدون توجیه طبی دارد؟

بله

- از درخواست آزمایش‌های غیر ضروری، ارجاع بیمار و تجویز پلاسبو اجتناب کنید.
- بپذیرید که علائم بیمار خیالی نیست
- در صورت وجود نتایج آزمایش به بیمار اطمینان دهید که از یک بیماری خطرناک رنج نمی‌برد ولی در عین حال باید برای شکایات آزار دهنده‌ی او فکر شود.
- از فرد بخواهید که توجیه خود را برای علائم جسمیش بیان کند.
- برای فرد توضیح دهید که چگونه ناراحتی‌های جسمی می‌تواند با هیجانات مرتبط باشد و از او بپرسید که آیا می‌تواند بین علائمی که احساس می‌کند با هیجاناتش ارتباطی برقرار کند.
- او را ترغیب کنید که به فعالیت‌های عادی خود بازگردد یا آنها را ادامه دهد.
- به فرد توصیه کنید که اگر علائم بدتر شد مجدداً مراجعه کند.

خیر

از این مدول خارج شوید و بیمار را مجدداً مورد بررسی قرار دهید.

- داروهای ضد افسردگی یا بنزودیازپین‌ها را **تجویز نکنید.**
- شکایات بیمار را با تزریق داروهای غیر مؤثر نظیر ویتامین‌ها **درمان نکنید**
- به استرسورهای فعلی روانی اجتماعی توجه کنید. (OTH 2)
- در نوجوانان و افراد بالغ:
  - ✓ به خود درمانی نامناسب توجه کنید
- شبکه‌های اجتماعی را فعال کنید(OTH 3)
  - ✓ در صورت امکان یکی از درمان‌های زیر را توصیه کنید:
    - فعالیت فیزیکی ساختارمند (OTH 4)
    - فعال سازی رفتاری، آموزشRelaxation، حل مسأله درمانی
- اگر با اقدامات فوق تغییری در علائم فرد دیده نمی‌شود **او را به روان‌پزشک ارجاع دهید.**

OTH 2 به استرسورهای روانی‌اجتماعی پرداختن

- فرصتی برای صحبت کردن را، ترجیحاً در یک مکان خصوصی، در اختیار فرد قرار دهید. از او بپرسید که فکر می‌کند علت علائم و شکایات او چیست.
- در باره‌ی استرسورهای جاری روانی‌اجتماعی از او سؤال کنید و، تا آنجا که ممکن است، به مسائل اجتماعی مرتبط بپردازید و سعی کنید که استرسورهای روان‌شناختی یا مشکلات ارتباطی را به کمک خدمات و منابع اجتماعی حل کنید.
- بررسی کنید که آیا فرد تحت خشونت یا بدرفتاری قرار دارد یا نه (خصوصاً در مورد اطفال و سالمندان). در صورت نیاز با مراجع قانونی و امدادی به منظور حل این موارد تماس بگیرید.
- اعضای حامی خانواده را شناسایی و در حد امکان آنان را در مدیریت مسأله درگیر کنید.
- در کودکان و نوجوانان:
  - اختلالات روان‌شناختی، عصبی و سوء مصرف مواد را بررسی کنید و اقدام لازم را به عمل آورید.
  - استرسورهای روان‌شناختی بیمار را ارزیابی و، در حد امکان و با کمک خدمات و منابع اجتماعی، اقدام لازم را برای حل آنها به عمل آورید.
  - وجود بدرفتاری، انزوا یا تهدید و ارعاب را، با سؤال مستقیم از کودک یا نوجوان، ارزیابی و برای حل آنها اقدام کنید.
  - اگر در عملکرد آموزشی بیمار اختلالی وجود دارد؛ در مورد اینکه چگونه می‌توان به کودک یا نوجوان در این موارد کمک کرد، با معلم او بحث کنید.
  - با ارجاع والدین به کارشناس سلامت روان، آنان را تحت آموزش فرزند پروری قرار دهید.

OTH 3 شبکه‌های اجتماعی را بازفعال کنید

- فعالیت‌های اجتماعی قبلی بیمار را، که اگر دو برقرار شوند بالقوه بیمار را تحت حمایت مستقیم و غیر مستقیم روانی‌اجتماعی قرار می‌دهند، شناسایی کنید (مانند اجتماعات خانوادگی، بیرون رفتن با دوستان، به دیدن همسایه‌ها رفتن، فعالیت‌های اجتماعی، ورزش).
- بر نقاط قوت فرد تکیه کنید و، تا آنجا که ممکن است، او را به از سر گیری فعالیت‌های اجتماعی قبلی ترغیب کنید.

OTH 4 فعالیت‌های فیزیکی ساختارمند

- فعالیت فیزیکی با زمان متوسط (۴۵ دقیقه) سه بار در هفته
- با کمک فرد کشف کنید که چه نوع فعالیت فیزیکی برای او جذاب است. سپس برای آنکه این فعالیت را شروع کند و تدریجاً آن ار افزایش دهد او را مورد ترغیب و حمایت قرار دهید.

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی

اجتماعی و اعتیاد برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت

بخش پنجم

مستندسازی فعالیتهای

پزشک خانواده در برنامه های سلامت روانی

اجتماعی و اعتیاد

عناوین این بخش؛

فصل اول:

- **جمع آوری آمار برنامه های سلامت روان**

فصل دوم:

- **جمع آوری و گزارش فعالیت های آموزش**

فصل سوم:

- **چک لیست پایش فعالیت ها**

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل اول

جمع آوری آمار برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱- روش های جمع آوری و گزارش فعالیت های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد را تبیین نمایید.

مستند سازی فعالیت های پزشک خانواده در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

۱. جمع آوری آمار ماهانه برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (روانی اجتماعی و اعتیاد)

فرم آماری گزارش ثبت اختلالات روانپزشکی در کلیه خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی، مجتمع ها و مراکز سلامت به صورت ماهانه به تفکیک اختلال ها و جنس و شهر و روستا توسط تیم سلامت (بهورز، کارشناس مراقب سلامت "کلیه همکارانی که مسئولیت مراقبت گروههای سنی را در شهر و یا روستا بر عهده دارند"، پزشک و کارشناس سلامت روان و رفتار) ثبت و تکمیل می گردد.

نام شهرستان : .....
نام مرکز بهداشتی درمانی/ مجتمع سلامت : .....
نوع مرکز: شهری ☐ شهری- روستایی ☐ روستایی ☐

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
فرم* ثبت وگزارش خدمات تشخیص و مراقبت اختلالات روانی اجتماعی و اعتیاد

سال: ..... ماه: .....
مرکز / پایگاه سلامت : .....
خانه بهداشت: ..... تاریخ تکمیل .....

جمعیت تحت پوشش														تعداد افراد غربالگری شده	تعداد موارد شناسایی شده					
نوزادان و کودکان		نوجوانان و دانش آموزان		جوانان		میانسالان		سالمندان		کل					سلامت روان		اعتیاد و الکل		سلامت اجتماعی	
از تولد تا پایان ۶ سالگی		۱۸-۷ سال		۲۹-۱۹ سال		۵۹-۳۰ سال		۶۰ سال و بالاتر												
مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	زن	مرد	جمع			جدید	موجود	جدید	موجود	جدید	موجود

شرح اختلالات			بیماران موجود در جمعیت تحت پوشش																		ارجاع شده		موارد قطع پیگیری			
			موارد جدید شناسایی شده							تعداد کل بیماران موجود					مراقبت شده ***											
			نوزادان و کودکان			سنین مدرسه و نوجوانان	جوانان	میانسالان	سالمندان	جمع	دارای پرونده فعال قبلی	متوفی **	بازگشت مجدد	کل	مادران باردار	غیر دارویی		درمان دارویی و مراقبت توسط پزشک خانواده/روانپزشک		مرکز تخصصی / متخصص	بستری	بهبودی	فوت	سایر
			زیرپنجال	۱-۳	۴-۶	۷-۱۸	۱۹-۲۹	۳۰-۵۹	۶۰ و بالاتر							بهورز/ مراقب سلامت	روانشناس/ کارشناس سلامت روان							
سلامت روان	سایکوتیک (شدید روانی)	مرد																							
		زن																							
	اختلالات افسردگی	مرد																							
		زن																							
	اختلالات دوقطبی	مرد																							
		زن																							
	اختلالات اضطرابی	مرد																							
		زن																							
	اختلال وسواس	مرد																							
		زن																							
	اختلال استرس پس از سانحه	مرد																							
		زن																							
	بیش فعالی با کمبود توجه	مرد																							
		زن																							
	اوتیسم	مرد																							
		زن																							
	صرع	مرد																							
		زن																							
	معلولیت ذهنی	مرد																							
		زن																							
	دمانس	مرد																							
		زن																							
	سایر اختلالات روانپزشکی	مرد																							
		زن																							
اعتیاد و الکل	اختلالات مصرف مواد	مرد																							
		زن																							
	اختلال مصرف الکل	مرد																							
		زن																							
سلامت اجتماعی	خشونت خانگی	کودک آزاری	مرد																						
			زن																						
		همسر آزاری	مرد																						
			زن																						
		سالمند آزاری	مرد																						
			زن																						

نام و نام خانوادگی و امضای تکمیل کننده: نام و نام خانوادگی و امضای مربی خانه های بهداشت/ کارشناس سلامت روان : نام و نام خانوادگی و مهر و امضای پزشک:

* این فرم بدون تایید، مهر و امضای پزشک فاقد اعتبار است.
** :کلیه بیمارانی که تحت نظر مستقیم پزشک عمومی یا متخصص هستند و جهت مراقبت در مرکز مراجعه و یا همکاری نمی کنند.
*** شامل خدمات و مراقبت های دارویی (توسط همکاران پزشکت) و خدمات و مراقبت های غیر دارویی (توسط همکاران محترم بهورز، مراقب سلامت/کارشناس بهداشت خانواده، روانشناس) است.

الف؛ نحوه تکمیل فرم در خانه های بهداشت؛

جمع آوری و ثبت اطلاعات اولیه براساس اطلاعات لیست ارجاع و مراقبت بیماریهای روانپزشکی و سوء مصرف مواد و الکل توسط بهورز ثبت و تکمیل می گردد. فرمهای تکمیل شده از خانه های بهداشت توسط مربی جمع آوری می شود، پس از بررسی و رفع اشکالات، ضمن تطبیق با دفتر پیگیری و مراقبت پزشک و انجام اصلاحات مورد نیاز به تایید و مهر و امضای پزشک مربوطه رسیده و پس از آن به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.

ب؛ نحوه تکمیل فرم در مراکز بهداشتی درمانی شهری/ مراکز سلامت؛

در مناطق شهری و مجتمع های سلامت نیز اطلاعات این فرم براساس اطلاعات لیست ارجاع و مراقبت بیماریهای روانپزشکی و سوء مصرف مواد و الکل توسط کارشناس بهداشت خانواده و یا کارشناس مراقب سلامت ثبت و تکمیل می گردد .پس از آن پزشک مرکز ضمن تطبیق فرم با اطلاعات دفتر پیگیری و مراقبت پزشک آن را تایید و مهر و امضا نموده و جهت اقدامات بعدی به کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع و یا کارشناس سلامت روان ستاد شهرستان ارسال می نماید.

زمان جمع آوری و ارسال فرم آماری؛

این فرم به صورت ماهانه تکمیل گردیده و از خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی به ستاد شهرستان حداکثر تا پنجم ماه بعد ارسال خواهد شد.

دستورالعمل تکمیل:

۱. ثبت و تکمیل اطلاعات ساختاری واحدهای ارائه کننده خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ؛

در قسمت بالای فرم سمت راست نام شهرستان، نام مرکز بهداشتی درمانی/ مجتمع سلامت، نوع مرکز (شهری، شهری–روستایی و روستایی) مشخص می شود، و در سمت چپ سال، ماه و تاریخ تکمیل فرم و نام پایگاه و یا خانه بهداشت ثبت می گردد. در انتهای فرم نام و نام خانوادگی و امضای تکمیل کننده، نام و نام خانوادگی و امضای مربی/ کارشناس و نام و نام خانوادگی و امضای پزشک ثبت می شود.

۲. ثبت و تکمیل اطلاعات جمعیت تحت پوشش و گزارش وضعیت غربالگری ؛

در قسمت دوم اطلاعات ساختاری تعداد افراد جمعیت تحت پوشش به تفکیک گروههای سنی(گروه هدف) و تعداد کل جمعیت در ابتدای سال ثبت می گردد. سایر اطلاعات ساختاری از قبیل تعداد افراد غربالگری شده و تعداد بیمار جدید شناسایی شده به تفکیک گروه بیماری و زن و مرد به صورت ماهانه ثبت می گردد. کل موارد جدید ثبت شده در ستون تعداد بیمار جدید شناسایی شده نباید بیشتر از کل موارد جدید به تفکیک نوع اختلال و جنس باشد.

۳. شرح اختلالات

در ستون سلامت روان به ترتیب اختلالات سایکوتیک (شدید روانی شامل اسکیزوفرنی، اختلال هذیانی،اسکیزوافکتیو،

اسکیزوفرنیفرم، سایکوز گذرا و ...)، **اختلالات افسردگی** (افسردگی دوره کودکی، افسردگی اساسی، دیس تایمی، ملال پیش از قاعدگی و...)، **اختلالات دوقطبی** (اختلال دوقطبی۱، اختلال دوقطبی۲، سیکلوتایمی و...)، **اختلالات اضطرابی** (شامل حمله پانیک، استرس حاد، اختلال اضطراب فراگیر و فوبیها و...) اختلال وسواس، اختلال استرس پس از سانحه، بیش فعالی با کمبود توجه، صرع، معلولیت ذهنی، دمانس، **اوتیسم**، سایر اختلالات روانپزشکی و اعصاب (شامل اختلالات شبه جسمی، اختلالات تجزیه ای و اختلالات شخصیت و اختلالات خواب و اختلالات شایع دوران کودکی مانند اختلال سلوک، اختلالات تیک، ناخن جویدن و...)، در ستون اعتیاد و الکل: اختلال مصرف مواد (شامل: مصرف هر نوع مواد مخدر مانند حشیش، علف، سیگاری، ماری جوانا، بنگ، گراس، مشتقات تریاک مثل تریاک، سوخته، شیره، کراک، هروئین، مرفین، متادون، بوپرونورفین، تمجیزک، نورجیزک، محرک ها مانند شیشه، آمفتامین، ریتالین، خات، روان گردان ها مثل اکستازی، ال اس دی، مواد استنشاقی مانند چسب، اتر، بنزین، استن و ...)، اختلال مصرف الکل (شامل: مصرف شراب، آب جو، ویسکی و الکل طبی و...) و ستون سلامت اجتماعی، خشونت خانگی (شامل کودک آزاری، همسرآزاری و سالمندآزاری و...) می باشد.

یادآوری: نوع اختلال مطابق شرح حال روانپزشکی، تشخیص پزشک و براساس اطلاعات لیست ارجاع و مراقبت بیماریهای روانپزشکی و سوء مصرف مواد تکمیل می گردد.

٤. **بیماران موجود در جمعیت تحت پوشش شامل:** موارد جدید شناسایی شده و تعداد کل بیماران موجود می باشد.

٥. **تعداد موارد جدید شناسایی شده:** شامل کلیه مواردی است که همان ماه، توسط پزشک برای آنها فرم شرح حال روانپزشکی تکمیل و مشخصات آنها در دفتر ثبت، ارجاع، پیگیری و مراقبت از اختلالات روانپزشکی و سوء مصرف مواد یا دفتر مراقبت و پیگیری پزشک ثبت گردیده است. موارد جدید باید به تفکیک نوع اختلال، جنس و سن در آمار همان ماه ثبت گردد.

۶. تعداد بیماران موجود:

موارد دارای پرونده فعال قبلی: شامل کلیه بیمارانی است که تا زمان تکمیل فرم به شرح زیر توسط کارکنان بهداشتی و تیم سلامت (بهورز، کارشناس بهداشت خانواده و مراقب سلامت و پزشک) مورد شناسایی قرار گرفته اند.

بیماران شناسایی شده دارای پرونده فعال (بیماران تحت مراقبت و پیگیری) همان موارد تکراری می باشد، بیمارانی که مستقیماً تحت نظر و مراقبت پزشک عمومی/ خانواده مرکز بهداشتی درمانی هستند.

متفرقه: افرادی که بیمار بوده ولی بنا به دلائلی خارج از سیستم بهداشتی مورد درمان و مراقبت قرار می گیرند (به صورت مستقیم تحت نظر متخصص، یا پزشک عمومی خارج از سیستم بهداشتی درمانی هستند).

بازگشت مجدد: شامل بیمارانی است که بعد از بهبودی مجدد با همان بیماری مراجعه کرده اند.

ستون "کل" در قسمت تعداد بیماران موجود: این ستون حاصل جمع موارد جدید و دارای پرونده فعال قبلی، متفرقه، بازگشت مجدد در ماه جاری می باشد.

مادران باردار: به دلیل اهمیت مراقبت از سلامت روانی مادران باردار، اطلاعات مادران بارداری که دارای اختلال روانپزشکی بوده و نیازمند خدمات خاص و پیگیری می باشند، علاوه بر اینکه در گروههای سنی مربوطه درج می گردد در این ستون نیز به صورت اختصاصی ثبت و گزارش می گردد.

۷. **تعداد مراقبت شده (خدمات ارائه شده):** در این ستون تعداد مراقبتهای پزشک/غیرپزشک به تفکیک نوع اختلال به شرح زیر ثبت و گزارش می گردد.

غیرپزشک: تعداد موارد مراقبت شده توسط بهورز، کاردان/کارشناس/ مراقب سلامت و روانشناس به تفکیک نوع بیماری ثبت می گردد.

پزشک: درمان دارویی و مراقبت توسط پزشک به تفکیک نوع بیماری ثبت می گردد.

۸. **ارجاع به متخصص:** بیمارانی که بنا به دلایل ذیل به مرکز تخصصی/ متخصص و بستری ارجاع داده می شود سایکوز بار اول ، بیمارانی صرعی و کم توان ذهنی بار اول، موارد اقدام به خودکشی و ...

۹. **موارد قطع پیگیری:** موارد قطع پیگیری شامل موارد بهبود، فوت و سایر موارد می باشد.

بهبود: بیمارانی که بنا به تشخیص پزشک و یا متخصص نیاز به مصرف دارو ندارند، بهبودی محسوب شده و در این قسمت ثبت می گردد.

فوت:بیمارانی که در همان ماه فوت نموده اند ، دراین ستون ثبت می گردد.

سایر موارد شامل:

الف) مهاجرت

ب) بیمارانی که بنا به تشخیص پزشک (مرکز و یا متخصص) نوع اختلال آنها تغییر یافته است. بیمارانی که نوع اختلال آن‌ها تغییر می‌یابد، علاوه بر ثبت در قسمت سایر دلایل، به‌عنوان مورد جدید بر اساس نوع اختلال و گروه سنی در قسمت موارد جدید نیز گزارش می شود.

ج) بیمارانی که از ادامه درمان دارویی و غیر دارویی امتناع کرده و علیرغم پیگیری (در مدت زمان تعیین شده مطابق دستورالعمل) حاضر به همکاری نیستند. این وضعیت شامل مواترد ارجاع داده شده به مراکز تخصصی نیز می شود و در صورتی که پس از ارجاع برای دریافت خدمات به سیستم مراجعه نکند قطع پیگیری خواهند بود.

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل دوم

جمع آوری آمار فعالیت های آموزشی در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱- روش های جمع آوری و گزارش فعالیت های آموزشی در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد را تبیین نمایید.

فرم گزارش نتایج برنامه های آموزش و ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

آموزش و ارتقای سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد یکی از برنامه های مهم و اساسی حوزه سلامت روان است. در این راستا کلیه سطوح ارائه کننده خدمات سلامت روان موظف هستند نسبت به این مهم برنامه ریزی و اجرا کنند. کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان به عنوان اولین سطح تماس با مردم و مراجعین واحدهای سلامت فعالیت های آموزشی خود را مطابق بسته های معین شده و ارسالی ستاد های استان و. شهرستان سازماندهی و ارائه خواهند کرد. آموزش مورد انتظار در خانه های بهداشت و مراکز سلامت صرفاً در محدوده بسته های ارسال و در قالب انتقال پیام های بهداشتی می باشد:

-مهارت های خود مراقبتی در حوزه سلامت روان

-مهارت های زندگی

-مهارت های فرزند پروری

- آشنایی با ویژگی های بیماریهای روانپزشکی

-مدیریت استرس

-مدیرت خشم

-پیشگیری از مصرف مواد و الکل

مضاف بر این چنانچه آموزش های تخصصی مورد نیاز باشد با هماهنگی قبلی مطابق بسته های آموزشی مصوب وزارت بهداشت و ارسالی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی توسط کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع های آموزشی / مراکز سلامت جامعه یا ستاد شبکه بهداشت و درمان تدارک و ارائه می گردد.

مجموعه این فعالیتها ضمن ثبت و مستند سازی در فرم ها و دفاتر مربوطه در پایان هرفصل جمع بندی و در فرم گزارش نتایج برنامه های آموزش و ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری ازدرج و به ستاد شهرستان ارسال می گردد.

دستورالعمل تکمیل

۱. ثبت و تکمیل اطلاعات ساختاری واحدهای ارائه کننده خدمات سلامت روان ؛

در قسمت بالای فرم سمت راست نام شهرستان، نام مرکز بهداشتی درمانی/ مجتمع سلامت، نوع مرکز (شهری، شهری–روستایی و روستایی) مشخص می شود، و در سمت چپ سال، ماه و تاریخ تکمیل فرم و نام پایگاه و یا خانه بهداشت ثبت می گردد. در انتهای فرم نام و نام خانوادگی و امضای تکمیل کننده، نام و نام خانوادگی و امضای مربی/ کارشناس و نام و نام خانوادگی و امضای پزشک ثبت می شود.

۲. **ثبت و تکمیل اطلاعات جمعیت تحت پوشش و گزارش نتایج فعالیت های آموزشی ؛**

- **موضوع آموزشی که شامل**؛ مهارت های خود مراقبتی در حوزه سلامت روان، مهارت های زندگی، مهارت های فرزند پروری، آشنایی با ویژگی های بیماریهای روانپزشکی، مدیریت استرس، مدیریت خشم، پیشگیری از مصرف مواد و الکل و سایر موارد می باشد.

۳. **اطلاعات شرکت کنندگان ؛ شامل موارد زیر است**

- **جلسه آموزشی**؛ هر گونه جلسه آموزشی که در ارتباط با موضوع مربوطه تشکیل گردیده است (با حداقل ۵ نفر)
- **کارگاه آموزشی**؛ هر فعالیت آموزشی که با حضور کارشناس سلامت روان در ارتباط با موضوع خاص برگزار و طی آن شرکت کنندگان حداقل ۸ و حداکثر ۳۰ نفر به صورت فعال و کارگروهی و پرسش و پاسخ تحت آموزش قرار گرفته اند.
- **همایش**؛ هر جلسه ای که بیش از ۵۰ نفر در آن شرکت نموده و طی برگزاری یک یا چند سخنران پیرامون موضوع مربوطه سخنرانی و اطلاع رسانی کرده است.
- **توزیع رسانه آموزشی/ کمک آموزشی**؛ هرگونه برشور/ پمفلت و رسانه ای که برای مخاطبین در ارتباط با موضوع آموزشی (اعم از اینکه در جریان کارگاه/ جلسه/ همایش یا خارج از آن) توزیع گردید به تعداد درج می گردد.
- **تعداد شرکت کننده**؛ تعداد افرادی که در جلسه/ کارگاه/ همایش آموزشی شرکت کرده اند به تفکیک زن و مرد و گروه هدف درج می گردد.

٤. **افراد آموزش دهنده؛**

- **شامل** همکارانی که پیام های سلامت روان را در قالب آموزش های کوتاه ۱۵-۱۰ دقیقه ای ارائه می کنند مانند پزشکان خانواده، مراقبین سلامت و بهورزان. همچنین کارشناسان سلامت روان و رفتار که آموزش های خاص (مهارتهای فرزند پروری، مهارت های زندگی، مدیریت استرس و...) در قالب جلسات ساختارمند طراحی و اجرا می کنند.

۵. **اطلاعات گروههای هدف**

- **گروه هدف عام** شامل تمام گروههای سنی (کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان) و مادران (مادران باردار وشیرده و دارای کودک و نوجوان)

- **گروههای در معرض خطر/ پرخطر؛** شامل معتادین (افراد صرف کننده دخانیات، مواد مخدر و الکل)، بیماران روانپزشکی و خانواده آنها و مراقبین بیماران، افراد در معرض خشونت (همسر آزاری و کودک آزاری) و والدین دارای کودک ناسازگار/ **ADHD** و....

فرم گزارش نتایج برنامه های آموزش و ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

نام شهرستان: ..... نام مرکز بهداشتی درمانی/ مجتمع سلامت: ..... نوع مرکز: شهری☐ شهری- روستایی☐ روستایی

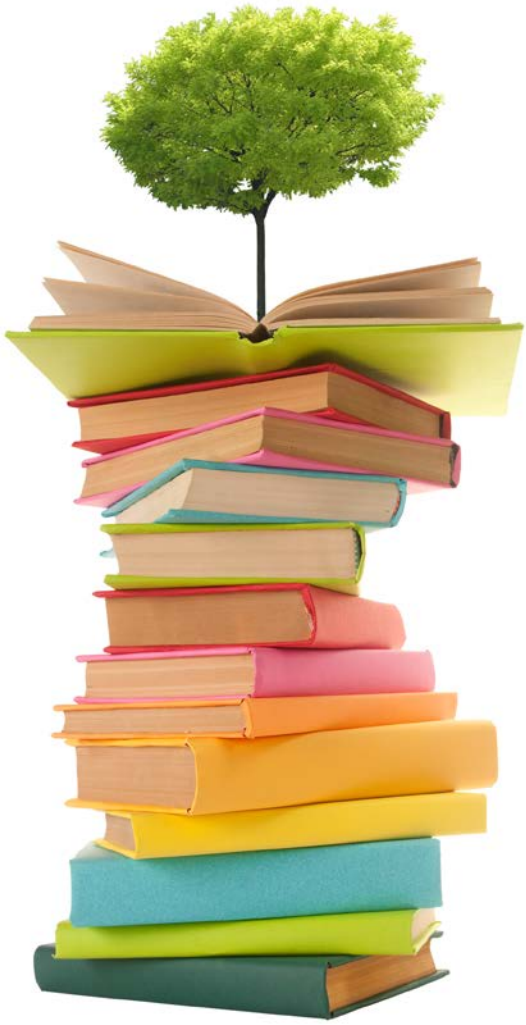
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
فرم گزارش نتایج برنامه های آموزش و ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

سال: ..... ماه: ..... مرکز / پایگاه سلامت: ..... خانه بهداشت: ..... تاریخ تکمیل .....

| موضوع | جمعیت تحت پوشش برنامه های آموزش و توانمند سازی برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | | |

آموزش و ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد و الکل

در جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده



اقدام مهم و اساسی در برنامه ها و مداخلات بهداشتی درمانی سطح اول به شمار می آید.

آن را جدی بگیریم....

مجموعه راهنمای تخصصی و مدیریتی حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برای پزشکان خانواده مجتمع ها و مراکز سلامت- بسته آموزشی و راهنمای عمل پزشک خانواده

فصل سوم

چک لیست پایش فعالیت های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱- با چک لیست پایش برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد آشناشوید.

۲-نسبت به استفاده از آن در جهت کنترل روند اجرای برنامه ها اقدام نمایید.

چک لیست های پایش و ارزشیابی در حوزه سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

الف. چک لیست پایش و ارزشیابی کارشناس مراقب سلامت

دانشگاه علوم پزشکی : ..... شهرستان :..... نام و نام خانوادگی ؛ خانم / آقای : .....
شهر / روستا: ..... مرکز / پایگاه : ..... ماه ..... سال .....

ردیف	سئوالات	استاندارد	امتیاز کل	امتیاز مکتسبه	مورد ندارد
۱	آیا کارشناس در دوره های آموزشی توجیهی بدو خدمت برنامه ها شرکت داشته است؟ (نکته مهم:صرفا برای اولین دوره پایش)	- شرکت در دوره های آموزشی کامل (۲امتیاز) - دریافت بسته آموزشی (۲امتیاز)	٤		
۲	آیا کارشناس در دوره های بازآموزی بر نامه ها شرکت داشته است؟	- شرکت در دوره های بازاموزی طول یک سال گذشته حوزه سلامت روانی،اجتماعی و اعتیاد (۲امتیاز) - وجود بسته آموزشی روان، اعتیاد و اجتماعی (۲امتیاز)	٤		
۳	آیا مراجعین به پایگاه بهداشت و مرکز جامع خدمات سلامت، غربالگری سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شده اند؟	- انجام ویزیت پایه و ثبت نتایج ان در فرم گزارش روزانه غربالگری مراقب سلامت	۱۲		
		- انجام غربالگری سالانه ١٦ درصد جمعیت تحت پوشش مورد انتظار می باشد به ازای هر فصل در صورت تحقق غربالگری (شناسائی موارد دارای اختلال) به میزان ٤درصد کل امتیاز داده شود.	٦		
		- بررسی ۲ پرونده در هر گروه سنی (کودکان- نوجوانان - جوانان- میانسالان- مادران) که غربالگری در حوزه های سلامت روانی،اجتماعی و اعتیاد انجام شده باشد(هر پرونده کامل ۲امتیاز)	۱۲		
٤	آیا موارد غربالگری مثبت طبق دستورالعمل ارجاع و مورد پیگیری قرار گرفته است؟	- بررسی روند ارجاع و پیگیری نتیجه آن به تفکیک از هر مورد سنی و مادران ۲پرونده بصورت راندم در برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (هر پرونده کامل ۱ امتیاز)	٦		
		- بررسی روند ارجاع و پیگیری نتیجه آن به تفکیک از هر گروه سنی و مادران ۲ پرونده بصورت راندم در برنامه تشخیص و مراقبت سوء مصرف مواد و الکل (هر پرونده کامل ۱ امتیاز)	٦		
		- بررسی روند ارجاع و پیگیری نتیجه آن به تفکیک از هر گروه سنی و مادران ۲ پرونده بصورت راندم در برنامه شناسایی و مدیریت سلامت اجتماعی (هر پرونده کامل ۱ امتیاز)	٦		
٥	آیا نسبت به انجام و ثبت روند مراقبت از موارد دارای اختلال/ مشکل سلامت روانی تایید شده توسط پزشک/روانشناس مطابق دستوالعمل اقدام شده است؟	- بررسی کیفیت ثبت موارد در دفتر ثبت روند پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی (۲ امتیاز)	۲		
		- بررسی روند مراقبت (فرم مراقبت تکمیل شده در پرونده خانوار) به تفکیک از هر گروه سنی ۲ پرونده بصورت راندم در برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (هر پرونده کامل ۱ امتیاز)	٦		
٦	در مواجهه با موارد فوریت های روانپزشکی و مشکلات اجتماعی، آیا پیگیری براساس دستورالعمل انجام شده است؟	- ثبت دفتر شناسایی ارجاع و مراقبت افراد در معرض عوامل اجتماعی و اختلالات مصرف مواد (۳امتیاز) - تکمیل فرایند پیگیری: ۲ بار در هفته های دوم به بعد بصورت هفتگی (۳ امتیاز)	٦		
		- ارجاع فوری موارد اورژانس روانپزشکی به پزشک در صورت مراجعه مستقیم به کارشناس مراقب سلامت /بهورز	۳		
		- ارجاع فوری موارد اورژانس به پزشک در صورت مراجعه مستقیم به کارشناس مراقب (۱امتیاز)			

دانشگاه علوم پزشکی : ..... شهرستان :..... نام و نام خانوادگی ؛ خانم / آقای : .....

شهر / روستا: ..... مرکز / پایگاه : ..... ماه ..... سال .....

ردیف	سئوالات	استاندارد	امتیاز کل	امتیاز مکتسبه	مورد ندارد
۷	آیا مراقبت بیماران سایکوتیک پس از ترخیص از بیمارستان انجام می شود؟	- بررسی دفتر پیگیری تلفنی موارد دارای مشکلات روانپزشکی (سایکوتیک) (۲امتیاز) - بررسی پرونده موارد موجود (۲امتیاز)	٤		
۸	آیا فرایند تکمیل لیست ثبت نام و پیگیری صورت جلسات آموزش گروهی در برنامه های سلامت ر وانی اجتماعی و اعتیاد بصورت ماهانه انجام می شود؟	- تکمیل فرم ثبت و گزار ش آموزش گروهی (۲/۵امتیاز) - ارائه فرم فعالیت های آموزشی به ستاد مجتمع سلامت /مرکز بهداشتی درمانی در پایان هر فصل (۲/۵ امتیاز)	٥		
۹	آیا فرمهای ثبت آمار و خدمات ماهانه در برنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد بطور کامل و به موقع تحویل داده شده است؟	- ثبت صحیح و کامل اطلاعات و آمار: بررسی فرم اماری ۳ ماه اخیر (در صورت هم خوانی اطلاعات فرمهای مربوطه و با آمار ماه قبل برای هر ماه ۳ امتیاز)	۹		
		- ارائه فرمهای تکمیل شده تا پنجم هر ماه (برای هرماه ۱ امتیاز)	۳		
۱۰	ثبت کامل و به روز شده پانل اطلاعات آماری برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و تسلط بر تحلیل آن	نصب پانل (۲امتیاز) ثبت و تحلیل وضعیت موجود(٤ امتیاز)	٦		
مجموع امتیاز ارزیابی عملکرد در حوزه برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد			۱۰۰		

تحلیل کلی و گزارش اجمالی

اشکالات فنی و کارشناسی مشاهده شده

اقدامات فنی مورد انتظار:

نام و نام خانوادگی پایش کننده: **امضا**

راهنمای چک لیست مراقب سلامت

با اجرایی شده طرح تحول نظام سلامت و با هدف ارائه خدمات تخصصی و عادلانه در مدریت و ارتقاء بهداشت عمومی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد خصوصا در حاشیه شهرها، کارشناس مراقب سلامت خانواده به عنوان نیروی متخصص در سطح اول ارائه خدمات؛ وظایف غربالگری، آموزش خودمراقبتی، ارجاع و پیگیری در این حوزه را بر اساس شرح وظایف و فلوچارتها بر عهده خواهد داشت. محتوی این چک لیست جهت پایش و ارزشیابی عملکرد کارشناس مراقب سلامت خانواده تهیه و تدوین شده و مشتمل بر ۱۰ سوال و ۱۰۰ امتیاز است. در ذیل استانداردها و معیار هر سوال به تفصیل بیان شده است.

مشخصات کلی و نحوه محاسبه امتیازها

❖ ستون امتیاز کل

عدد نهایی هر امتیاز بر اساس استاندارد / معیار تعیین شده را نشان میدهد.

❖ ستون امتیاز مکتسبه

پایش کننده بر اساس رویت مستندات مربوط به هر سوال و مطابق با تعریف استاندارد امتیاز روانشناس را محاسبه کرده و در این ستون درج میکند.

❖ ستون مورد ندارد

این ستون در مواردی که پیش نیاز انجام خدمات تامین نبوده و یا پرسنل مرتبط با آن همکاری نداشته اند (به عنوان مثال عدم برگزاری دوره های آموزشی توسط ستاد) علامت زده شده و در انتها فرم از عدد کل امتیاز کسر خواهد شد. بدین ترتیب امتیاز نهایی از عدد ٤٨ با توجه به مواردی که مورد نداشته کسر می شود. یا مثلاً در صورتی که طی سه ماه گذشته موارد اورژانس از ارجاع به پزشک و یا پیگیری ارجاع پزشک توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده وجود نداشته باشد «ستون مورد ندارد» برای سوال ٦ علامت زده شده و از امتیاز کل کسر خواهد شد.

❖ سوال اول و دوم

آیا کارشناس در دوره های آموزشی توجیهی بدو خدمت برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شرکت داشته است؟

امتیاز این سوال بر اساس موقعیت پایش شونده شامل اولین پایش از زمان اجرای طرح نظام تحول و در مراحل بعد در مورد پایش های دوره ای است.

اولین پایش: کل سوال ٤ امتیاز

- امتیاز کامل (دو امتیاز) برای شرکت در دوره های آموزش سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد و دریافت گواهی معتبر که بر اساس کوریکولوم توسط ستاد دانشگاه علوم پزشکی انجام شده باشد.

رویت گواهی آموزشی کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در درج امتیاز ضروری است.

- دریافت بسته های آموزشی شامل کتاب و فایل های الکترونیک در صورت وجود کامپیوتر (دو امتیاز)

پایشهای دوره ای: کل سوال ٤ امتیاز

- امتیاز کامل (۲ امتیاز) برای شرکت در دورههای آموزش سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد در طول یک سال گذشته و دریافت گواهیای معتبر که بر اساس کوریکولوم توسط ستاد دانشگاه علوم پزشکی انجام شده باشد. رویت گواهی آموزشی کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در درج امتیاز ضروری است.
- وجود بسته های آموزشی شامل کتاب و فایلهای الکترونیک در صورت وجود کامپیوتر(دوامتیاز)

❖ سوال سوم

آیا مراجعین به پایگاه بهداشت و مرکز جامع خدمات سلامت، غربالگری سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شده اند؟ (کل امتیاز ۱۲)

بر اساس شرح وظایف، کارشناسان مراقب سلامت خانواده موظف به غربالگری سلامت روان و ارجاع به پزشک و غربالگری اولیه در حوزه های سلامت اجتماعی و اعتیاد و ارجاع به روانشناس خواهد بود.

- انجام ویزیت پایه و ثبت نتایج ان در فرم گزارش روزانه غربالگری مراقب سلامت (۸ امتیاز)
- انجام غربالگری سالانه ١٦ درصد جمعیت تحت پوشش مورد انتظار می باشد به ازای هر فصل در صورت تحقق غربالگری (شناسائی موارد دارای اختلال) به میزان ٤درصد کل امتیاز داده شود: (٦ امتیاز)
- بررسی ۲ پرونده در هر گروه سنی (کودکان و نوجوانان- جوانان - میانسالان- مادران) که غربالگری در حوزه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد انجام شده باشد (هر پرونده کامل ۱امتیاز) : کل سوال ۱۰ امتیاز

❖ سوال چهارم

آیا موارد غربالگری مثبت ارجاع داده می شود؟کل سوال ۲۰ امتیاز

فرآیند غربالگری سلامت روان و غربالگری تکمیلی در حوزه سلامت اجتماعی و حوزه پیشگیری از مصرف مواد و الکل، بر اساس دستورالعمل و فلوچارت ارائه خدمات از طریق برگه های ارجاع انجام می پذیرد.

- بررسی روند ارجاع و پیگیری نتیجه آن به تفکیک از هر گروه سنی (کودکان- نوجوانان – جوانان- میانسالان)و مادران ۲پرونده بصورت راندم در برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (هر پرونده کامل ۱ امتیاز، کل سوال ۱۰ امتیاز)

- بررسی روند ارجاع و پیگیری نتیجه ان به تفکیک از هر گروه سنی و مادران ۱ پرونده بصورت راندم در برنامه تشخیص و مراقبت سوء مصرف مواد و الکل (هر پرونده کامل ۱ امتیاز، کل سوال ۵ امتیاز)
- بررسی روند ارجاع و پیگیری نتیجه ان به تفکیک از هر گروه سنی و مادران ۱پرونده بصورت راندم در برنامه شناسایی و مدیریت سلامت اجتماعی (هر پرونده کامل ۱ امتیاز، کل سوال ۵ امتیاز)
- نکته: رویت برگه ارجاع بعد از غربالگری تکمیلی و برگه های پسخوراند ارجاع و همچنین دفتر ثبت نتایج غربالگری و پیام رسانی سلامت ضروری است.

❖ سوال پنجم

آیا نسبت به انجام و ثبت روند مراقبت از موارد دارای اختلال/مشکل سلامت روانی تایید شده توسط پزشک/ روانشناس مطابق دستورالعمل اقدام شده است؟ (کل سوال ۱۲ امتیاز)

کارشناس مراقب سلامت با پیگیریهای خود باعث تداوم ارائه خدمت می گردد و این امر خود منجر به ارتقاء خدمات و رضایت بیشتر گیرندگان خدمت می شود.

- بررسی کیفیت ثبت موارد در دفتر ثبت روند پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی (۲ امتیاز)
- بررسی روند مراقبت (فرم مراقبت تکمیل شده در پرونده خانوار) به تفکیک از هر گروه سنی و مادران ۲ پرونده بصورت راندم در برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (هر پرونده کامل ۱ امتیاز کل سوال ۱۰ امتیاز)

❖ سوال ششم

آیا در مواجهه با موارد فوریت های روانپزشکی و مشکلات اجتماعی[۱] پیگیری براساس دستورالعمل انجام شده است؟کل سوال ۹ امتیاز

موارد پیگیری اورژانسهای روانپزشکی از اولویتهای وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده به شمار می آید و مسئولیت پیگیری بیماران در نبود کارشناس سلامت روان در مرکز سلامت جامع و در پایگاههای بهداشت بر عهده کارشناس مراقب سلامت خواهد بود.

بر این اساس با انتخاب ۱ مورد اورژانس به صورت تصادفی از میان پرونده های ثبت شده در سه ماه گذشته:

- ثبت موارد فوریت ها با رنگ قرمز در دفاتر و فرمهای مربوط به آمار (۳امتیاز)
- تکمیل فرایند پیگیری ۲ بار در هفته اول و در هفته های دوم به بعد بصورت هفتگی (۳ امتیاز)

---

[۱] – شامل خشونت و پرخاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید داروهای روانپزشکی

- ارجاع فوری موارد اورژانس روانپزشکی به پزشک در صورت مراجعه مستقیم به کارشناس مراقب سلامت/ بهورز(۳ امتیاز)

نکته مهم: به دلیل اهمیت موارد اورژانسهای روانپزشکی، عدم پیگیری غیر موجه ۱۰۰٪ موارد بر اساس شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده و مطابق با دستورالعمل؛ امتیازی تعلق نمی گیرد و نیمی از کل امتیاز سوال شماره ۵ کسر خواهد شد.

❖ سوال هفتم

آیا مراقبت بیماران سایکوتیک پس از ترخیص از بیمارستان انجام می شود؟ (کل سوال ۴ امتیاز)

- بررسی دفتر پیگیری تلفنی، در صورت ثبت موارد دارای مشکلات روانپزشکی (سایکوتیک) (۲امتیاز)
- بررسی پرونده موارد موجود، در صورت تکمیل دقیق پرونده (۲امتیاز)

❖ سوال هشتم

آیا فرایند تکمیل لیست ثبت نام و پیگیری صورت جلسات آموزش گروهی در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد بصورت ماهانه انجام می شود؟ (کل سوال ۵ امتیاز)

از کارشناس مراقب سلامت انتظار می رود در جریان غربالگری موارد منفی با ارائه راهنمایی های خودمراقبتی در حوزه برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و تشریح امکان استفاده شرکت در کلاسهای آموزش گروهی مهارتهای زندگی و فرزندپروری ، اقدام به ثبت نام از افراد گروه هدف داوطلب نماید.

- در فرم مخصوص خدمات گروهی، داوطلبان ثبت نام و برای شرکت در زمان مناسب پیگیری خواهند شد. همچنین کارشناس مراقب سلامت خانواده پایان هر جلسه را در دفتر آموزش سلامت ثبت نموده و فرم ثبت و گزارش آموزش گروهی بصورت دقیق تکمیل می گردد. (۲/۵امتیاز)
- ارائه فرم فعالیت های اموزشی به ستاد مجتمع سلامت/ مرکز بهداشتی درمانی در پایان هر فصل (۲/۵ امتیاز)

نکته: فرم تکمیل شده ثبت نام از داوطلبان در اختیار روانشناس تیم قرار خواهد گرفت و پس از هماهنگی و برنامه ریزی با مرکز جامع سلامت و یا پایگاههای بهداشتی افراد برای شرکت در جلسه ها پیگیری خواهند شد.

❖ سوال نهم

آیا فرمهای ثبت آمار و خدمات ماهانه در برنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد بطور کامل و بموقع تحویل داده شده است؟ (کل سوال۱۲ امتیاز)

فرمهای ثبت آمار و ارائه خدمات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به صورت ماهانه توسط کارشناس مراقب سلامت به مسئول مرکز جهت ارائه به ستاد مجتمع سلامت/ ستاد شهرستان ارسال خواهد شد.

- ثبت صحیح و کامل اطلاعات و آمار (اختلالات روانپزشکی-خودکشی- اختلالات مصرف مواد و مشکلات اجتماعی): بررسی فرم آماری ۳ ماه اخیر (در صورت هم خوانی اطلاعات فرمهای مربوطه و با آمار ماه قبل برای هر ماه ۳ امتیاز): کل سوال ۹ امتیاز
- ارسال فرم های تکمیل شده تا پنجم هر ماه به ستاد شهرستان (برای هرماه ۱ امتیاز) کل سوال ۳ امتیاز

❖ سوال دهم

ثبت کامل و به روز شده پانل اطلاعات آماری برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و تسلط بر تحلیل آن (کل سوال ۶ امتیاز)

- نصب پانل (۲ امتیاز)
- ثبت و تحلیل وضعیت موجود (٤ امتیاز)

ب، چک لیست ارزشیابی پزشک خانواده

دانشگاه علوم پزشکی : ..... شهرستان :..... نام و نام خانوادگی ؛ خانم / آقای : .....
شهر / روستا: ..... مرکز / پایگاه : ..... ماه ..... سال .....

ردیف	سئوالات	استاندارد / معیار	امتیاز کل	امتیاز مکتسبه	مورد ندارد
۱	آیا پزشک در دوره آموزشی– توجیهی بدو خدمت برنامه ها شرکت داشته است؟ نکته مهم: (صرفا برای اولین دوره پایش)	- شرکت در دوره های آموزشی سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد حداقل ۱۲ساعت (۲امتیاز) - وجود بسته های آموزشی (۲امتیاز)	٤		
۲	آیا پزشک در دورهای بازآموزی برنامه ها شرکت داشته است؟	- شرکت در دوره های بازآموزی حداقل به مدت ٦ ساعت در طول یکسال گذشته (۲امتیاز) - وجود بسته آموزشی روان، اعتیاد و اجتماعی (۱امتیاز)	۳		
۳	برگزاری جلسات آموزشی توسط پزشک (مطابق با شرح وظایف)	- مشاهده مستندات (دفتر آموزش)، فصلی یک جلسه آموزشی برای پرسنل(٤امتیاز) - مشاهده مستندات برگزاری جلسه آموزشی گروهی خانواده بیماران هر ۳ ماه یک جلسه و ثبت در فرم مراقبت پزشک (٤امتیاز)	۸		
٤	فرایند مدیریت بیماری توسط پزشک به درستی انجام می گیرد؟	- ثبت لیست بیماران روانپزشکی و سوءمصرف مواد و الکل در دفتر پیگیری و مراقبت - بررسی ۵ پرونده از نظر وجود موارد زیر: - تکمیل فرم شرح حال روانپزشکی، تکمیل فرم ثبت مراقبت، ثبت تشخیص قطعی در فرم شرح حال و فرم پسخوراند ارجاع، وجود ته برگ ارجاع به رواشناس و مراقب سلامت، ارجاع به سطوح تخصصی (اولین ویزیت بیماران سایکوتیک و اورژانسی) بر اساس فلوچارت (هر مورد ۵ امتیاز) - بیماریابی موارد جدید از میان مراجعین براساس گزارش خود پزشک ؛ (شاخص مورد انتظار درصد بیماریابی جمعیت غربالگری شده در شهر و روستا : ۱٦درصد می باشد) : در صورتی که طبق شاخص حد انتظار بیماریابی ۱٦ درصد باشد، امتیاز کامل: (۱۰ امتیاز) $\frac{1}{2}$ بیماریابی (٦ امتیاز) کمتر از $\frac{1}{2}$ بیماریابی (۳ امتیاز) عدم بیماریابی : صفر) - مراقبت به موقع و مرتب بیماران ✓ حد انتظار میانگین بار مراقبت سالیانه اختلالات افسردگی، اضطراب، اختلالات وسواس، اختلالات کودکان، سایر اختلالات روانپزشکی ٤ بار در سال است. ✓ حد انتظار میانگین بار مراقبت سالیانه اختلالات سایکوتیک، اختلالات دوقطبی، صرع :٦ بار در سال است. ✓ حد انتظار میانگین بار مراقبت سالیانه کم توان ذهنی: ۲ بار است ✓ درصورتی که میانگین بار مراقبت کامل باشد امتیاز کامل و اگر ۵۰ درصد شاخص میانگین اجرا شده باشد ۵۰ درصد امتیاز در غیر این صورت صفر امتیاز (امتیاز کل این قسمت از سوال ۱۰ می باشد)	٤۵		

دانشگاه علوم پزشکی : ..... شهرستان :..... نام و نام خانوادگی ؛ خانم / آقای : .....
شهر / روستا: ..... مرکز / پایگاه : ..... ماه ..... سال .....

ردیف	سئوالات	استاندارد / معیار	امتیاز کل	امتیاز مکتسبه	مورد ندارد
۵	بررسی پایش و نظارت از خانه های بهداشت/ مرکز سلامت توسط پزشک مطابق با برنامه زمانبندی	پایش عملکرد سطوح محیطی و بررسی روند عملکرد بهورز/ مراقب سلامت حداقل هر سه ماه یکبار(هر فصل ۲ امتیاز)	۸		
٦	نظارت بر ثبت صحیح و ارسال به موقع آمارها	- مطابقت دفتر پیگیری و مراقبت پزشک با دفتر ثبت روند پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی بهورز/ مراقب سلامت (۳ امتیاز) - مطابقت فرم گزارش تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی با پانل (۳ امتیاز)	٦		
۷	تکمیل و تحلیل پنل اطلاعات آماری برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	تکمیل پنل به تفکیک مراکز و خانه های تحت پوشش (٦امتیاز) تحلیل وضعیت موجود بر اساس رنگ های سبز، آبی، زرد و قرمز و تبیین علت هر کدام و برنامه پزشک در جهت بهبود رواند مشکل یا تثبیت روند مثبت (٤امتیاز)	۱۰		
۸	نظارت بر وضعیت داروهای روانپزشکی مورد نیاز در مراکز	- ثبت داروهای تجویزی برای بیماران روانپزشکی در پرونده(٤ امتیاز) - بررسی و تایید درخواست داروهای روانپزشکی در زمانی که هنوز حداقل ۵۰ % از هر قلم دارو در درخواست قبلی در مرکز موجود باشند.(٤ امتیاز) - نظارت بر تحویل رایگان داروهای بیماران روانپزشکی در مراکز روستایی (۲ امتیاز) - وجود اقلام داروهای روانپزشکی در مرکز سلامت/ خانه بهداشت	۱۰		
۹	آیا پیگیری موارد فوریت های روانپزشکی و اجتماعی انجام شده است؟	براساس لیست ارجاع فوریت های پزشکی در مرکز جامع سلامت ؛ - پیگیری و پسخوراند ٪۱۰۰موارد فوریت روانپزشکی به روانشناس و مراقبت سلامت (۳امتیاز) - ارجاع به سطوح تخصصی (۳امتیاز) در صورتی که ۱۰۰٪ موارد پیگیری نشده باشد امتیازی تعلق نمی گیرد و ۵۰٪ امتیاز سوال شماره٤ کسر خواهد شد.	٦		
مجموع امتیاز ارزیابی عملکرد در حوزه برنامه های سلامت روانی،اجتماعی و اعتیاد					
تحلیل کلی و گزارش اجمالی					
اشکالات فنی و کارشناسی مشاهده شده					
اقدامات فنی مورد انتظار:					
نام و نام خانوادگی پایش کننده:			امضا		

راهنمای چک لیست پزشک خانواده

محتوی این چک لیست جهت پایش و ارزشیابی پزشک تیم سلامت تهیه و تدوین شده و مشتمل بر ۹ سوال با جمع امتیازات ۱۰۰ در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد است. در ذیل استانداردها و معیار هر سوال بر اساس دستورالعملها و شرح وظایف پزشک در مرکز جامع خدمات سلامت و مطابق با فرآیند ارائه خدمات بر اساس فلوچارت برنامههای سلامت روان، سلامت اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد و الکل به تفصیل بیان شده.

مشخصات کلی و نحوه محاسبه امتیازها

❖ ستون امتیاز کل

عدد نهایی هر امتیاز بر اساس استاندارد/ معیار تعیین شده را نشان می دهد.

❖ ستون امتیاز مکتسبه

پایش کننده بر اساس رویت مستندات مربوط به هر سوال و مطابق با تعریف استاندارد امتیاز پزشک را محاسبه کرده و در این ستون درج می کند.

❖ ستون مورد ندارد

این ستون در مواردی که پیش نیاز انجام خدمات تامین نبوده و یا پرسنل مرتبط با آن همکاری نداشته اند (به عنوان مثال عدم برگزاری دوره های آموزشی توسط ستاد (علامت زده شده) و در انتها فرم از عدد کل امتیاز کسر خواهد شد. بدین ترتیب امتیاز نهایی از عدد ۱۰۰ با توجه به مواردی که مورد نداشته کسر می شود. یا در صورتی که طی سه ماه گذشته هیچ مورد اورژانسی در مرکز شناسایی نشده باشد. ستون مورد ندارد برای سوال نهم علامت زده شده و امتیاز کل برای پزشک از عدد نهایی ۹۲ محاسبه خواهد شد.)

❖ سوال اول و دوم

آیا پزشک در دوره آموزشی توجیهی بدو خدمت برنامه ها شرکت داشته است؟ نکته مهم: (صرفا برای اولین دوره پایش)

امتیاز این سوال بر اساس موقعیت پایش شونده شامل اولین پایش از زمان اجرای طرح نظام تحول و در مراحل بعد در مورد پایش های دوره ای است.

مرحله اول در اولین پایش(کل سوال ٤ امتیاز):

- امتیاز کامل (دو امتیاز) برای شرکت در دوره های آموزش سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد حداقل ٦ ساعت و دریافت گواهی معتبر که بر اساس کوریکولوم توسط روانپزشک انجام شده باشد. رویت گواهی پزشک در درج امتیاز ضروری است.
- وجود بسته های آموزشی شامل کتاب و فایل های الکترونیک در صورت وجود کامپیوتر(دو امتیاز)

پایش های دوره ای (کل سوال ۳ امتیاز):

- امتیاز کامل (دو امتیاز) برای شرکت در دوره های آموزش سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد حداقل ٦ ساعت در طول یک سال گذشته و دریافت گواهی ای معتبر که بر اساس کوریکولوم توسط روانپزشک انجام شده باشد. رویت گواهی پزشک در درج امتیاز ضروری است.
- وجود بسته های آموزشی شامل کتاب و فایلهای الکترونیک در صورت وجود کامپیوتر (یک امتیاز)

❖ سوال سوم

برگزاری جلسات آموزشی توسط پزشک (مطابق با شرح وظایف) کل سوال ۸ امتیاز

پزشک تیم سلامت موظف است هر سه ماه یکبار برای اعضای تیم سلامت زیر مجموعه خود در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در موارد بیماریابی، روند پیگیری ها، نحوه ارجاع، مدیریت بیماران و بررسی روند کار تیمی، جلسه آموزشی برگزار نماید.

- مشاهده مستندات (دفتر آموزش)، فصلی یک جلسه آموزشی برای پرسنل (٤ امتیاز)

همچنین برگزاری جلسات آموزش گروهی برای خانواده بیماران حداقل هر ۳ ماه یک جلسه و برای هر یک از گروههای هدف (خانواده های دارای بیمار معلول ذهنی، بیماران سایکوتیک، مبتلایان به صرع و ...) با محتوی آشنایی با نوع اختلال نحوه مراقبت های دارویی و آشنایی با عواض دارویی، شناسایی علائم خطر و نحوه همکاری با تیم سلامت (٤امتیاز)

- مشاهده مستندات (دفتر آموزش)، فصلی ۱ جلسه آموزش گروهی خانواتده های بیماران (٤ امتیاز)

❖ سوال چهارم

فرآیند مدیریت بیماری توسط پزشک به درستی انجام می گیرد؟ کل سوال ۴۵ امتیاز

فرآیند مدیریت بیماری مطابق با شرح وظایف پزشک بر اساس بررسی نحوه تکمیل پرونده سلامت بیماران و رویت مستندات شامل:

با انتخاب ۵ پرونده به صورت تصادفی موارد زیر بررسی شود (به هر پرونده ۵ امتیاز تعلق می گیرد):

- تکمیل فرم شرح حال روانپزشکی (۱ امتیاز)،
- تکمیل فرم ثبت مراقبت (۱ امتیاز)،
- ثبت تشخیص قطعی در فرم شرح حال و فرم پسخوراند ارجاع (۱ امتیاز)،
- وجود ته برگ ارجاع به رواشناس و مراقب سلامت(۱ امتیاز)،
- ارجاع به سطوح تخصصی (اولین ویزیت بیماران سایکوتیک و اورژانسی) بر اساس فلوچارت (۱ امتیاز)،

درصد شاخص میانگین اجرا شده باشد ۵۰ درصد امتیاز در غیر این صورت صفر امتیاز (امتیاز کل این قسمت از سوال ۱۰ می باشد)

- ثبت لیست بیماران روانپزشکی و سوءمصرف مواد و الکل در دفتر پیگیری و مراقبت
- بیماریابی موارد جدید از میان مراجعین براساس گزارش خود پزشک؛

(شاخص مورد انتظار درصد بیماریابی جمعیت غربالگری شده در شهر و روستا،۱۶ درصد می باشد)

- در صورتی که طبق شاخص حد انتظار بیماریابی ۱۶ درصد باشد، امتیاز کامل: (۱۰ امتیاز)
- $\frac{1}{2}$ بیماریابی (۶ امتیاز)
- کمتر از $\frac{1}{2}$ بیماریابی (۳ امتیاز)
- عدم بیماریابی : صفر

مراقبت به موقع و مرتب بیماران

درصورتی که میانگین بار مراقبت کامل باشد امتیاز کامل و اگر ۵۰ درصد شاخص میانگین اجرا شده باشد ۵۰ درصد امتیاز در غیر این صورت صفر امتیاز (امتیاز کل این قسمت از سوال ۱۰ می باشد)

پیگیری و مراقبت بیمار افسرده

- ویزیت اول (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)
- سپس ویزیت مجدد یک هفته بعد.
- ویزیت‌های بعدی
- طبق برنامه تعیین‌شده در پسخوراند در غیر این صورت تا نه ماه پس از بهبودی، بیمار به‌صورت ماهانه ویزیت می‌شود.

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

نحوه پیگیری و مراقبت بیماران دوقطبی

- مراقبت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)
- ویزیت مجدد یک هفته بعد
- ویزیت‌های بعدی
- طبق برنامه تعیین‌شده در پسخوراند در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به‌صورت ماهانه ویزیت می‌شود.

درمان اختلال اضطرابی منتشر

- پاسخ به درمان پس از ٤ هفته ارزیابی می‌شود.
- درصورتی‌که پس از این مدت بهبودی مشاهده شود، درمان با همین دوز ادامه می‌یابد و در صورت عدم بهبود در عرض دو هفته بعد، بیمار به‌صورت غیرفوری به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده می‌شود.

- طول مدت درمان معمولاً حداقل یک سال است و تصمیم به قطع درمان همواره توسط سطح تخصصی بالاتر گرفته می‌شود.

درمان وسواس

- چهار هفته بعد ارزیابی از نظر پاسخ به درمان انجام می‌شود.
- در ادامه درمان، ویزیت ماهانه تا ٦ ماه انجام می‌شود. برای تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی صورت می‌گیرد.

درمان اختلال اضطراب اجتماعی

- در موارد خفیف‌تر ویزیت منظمی پیش‌بینی نمی‌شود و بیمار در صورت بروز مشکلی برای ویزیت مراجعه می‌کند.
- در موارد شدیدتر ویزیت ماهانه تا ٦ ماه و ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی برای تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان..

درمان، پیگیری و مراقبت بیماران سایکوتیک

- درمان این بیماران معمولاً کوتاه‌مدت نیست و ممکن است از یک سال تا پایان عمر بیمار طول بکشد. برنامه درمان و زمان ویزیت‌های بعدی توسط سطح تخصصی مشخص می‌شود. به طور معمول زمانی که بیماری در دوره فعال است لازم است فاصله ویزیت‌ها کوتاه تر باشد؛ مثلا هر هفته یا دو هفته یک بار.
- وقتی علائم کنترل شده است ویزیت ماهانه هم کافی است. نظارت بر مصرف درست داروها، بررسی از نظر وجود عوارض دارویی، وضعیت خواب و اشتها، پیگیری عود علائم، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و بیماری از جمله مداخلات لازم در ویزیت‌های پیگیری است.

اختلالات شبه جسمی

- ویزیت‌ها به تعداد خاصی (مثلاً یک بار در ماه) محدود شود و با نظم معینی انجام شود.

کم توان ذهنی

- نحوه ادامه پیگیری و مراقبت از بیمار پس از بازگشت از ارجاع بر اساس پسخوراند سطح تخصصی انجام می شود. درصورتی‌که اختلال دیگری به‌طور همزمان وجود داشته باشد، پیگیری بر اساس مدل آن بیماری انجام خواهد شد.
- این بیماران را می‌توان هر سه تا شش ماه از نظر بروز مشکل‌های احتمالی جدید بررسی کرد

صرع

- در صورت کنترل شدن بیماری، هر دو ماه باید ویزیت‌ها تکرار شود.
- در مراجعات و پیگیری‌های دو ماهه بیمار، بررسی از نظر ۱- کنترل حملات ۲- عوارض دارویی انجام شود و هر سه ماه **CBC** و آزمون‌های کبدی چک شود.

بیش فعالی و کمبود توجه

- پزشک مراقبت‌های اولیه لازم است در طول درمان وضعیت رشدی و وزن کودک را در فواصل هر ۳ تا ٦ ماه یک‌بار ارزیابی کند. تغییر یا قطع دارو باید با نظر پزشک متخصص انجام شود.

خودکشی

- ویزیت اولیه پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)
- دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد تشخیص و علل ایجاد افکار خودکشی، نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و ویزیت مجدد طی دو هفته بعد.
- ارجاع غیرفوری به کارشناس بهداشت روان جهت انجام ارزیابی‌های روان‌شناختی و مداخلات درمانی غیردارویی.
- ویزیت‌های بعدی پزشک ترجیحاً بیمار را مطابق پسخوراند روان‌پزشک ویزیت می‌کند. در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به‌صورت ماهانه یک بار ویزیت می‌شود. برای قطع درمان ترجیحاً بیمار به‌صورت غیرفوری به روان‌پزشک یا پزشک عمومی دوره‌دیده ارجاع می‌شود.

درصورتی که میانگین بار مراقبت کامل باشد امتیاز کامل و اگر ۵۰ درصد شاخص میانگین اجرا شده باشد ۵۰ درصد امتیاز در غیر این صورت صفر امتیاز (امتیاز کل این قسمت از سوال ۱۰ می باشد)

نکته: به موارد جدید بیماریابی از میان مراجعین بر اساس گزارش خود پزشک و خارج از روند غربالگری کارشناس مراقب سلامت، یک امتیاز تشویقی تعلق می گیرد.

❖ سوال پنجم

بررسی پایش و نظارت از خانه های بهداشت/ مرکز سلامت توسط پزشک مطابق با برنامه زمانبندی: کل سوال ۸ امتیاز

از آنجایی که مسئولیت بیماران و مدیریت مرکز جامع سلامت بر عهده پزشک است در کنار برگزاری جلسات آموزشی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد برای تیم سلامت، پزشک موظف است روند عملکرد کارشناس مراقب سلامت و روانشناس تیم را هر سه ماه یکبار و به طور فصلی مورد بررسی قرار داده و موانع و مشکلات را جهت رفع به ستاد شهرستان گزارش دهد.

- پایش عملکرد سطوح محیطی و بررسی روند عملکرد بهورز/ مراقب سلامت (رویت مستندات گزارش پایش عملکرد کارشناس مراقب سلامت) حداقل هر سه ماه یکبار (هر فصل ۲ امتیاز)

❖ سوال ششم

نظارت بر ثبت صحیح و ارسال به موقع آمارها: کل سوال۶ امتیاز

فرم های ثبت آمار و ارائه خدمات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به صورت ماهانه توسط کارشناس مراقب سلامت جهت جمع آوری به ستاد شهرستان ارسال خواهد شد. از آنجاییکه ثبت موارد تشخیص اختلالات بعد از تایید پزشک صورت می گیرد. مسئولیت بررسی ارسال آمار و ارائه خدمات تخصصی روانشناس بر اساس شرح وظایف بر عهده پزشک خواهد بود.

- بررسی ثبت صحیح فرمهای ثبت اختلالات روانپزشکی، سلامت اجتماعی و اعتیاد و فرم گزارش عملکرد فصلی خدمات روانشناس مطابقت دفتر پیگیری و مراقبت پزشک با دفتر ثبت روند پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی بهورز/ مراقب سلامت/ روانشناس (۳ امتیاز)
- مطابقت فرم گزارش تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی با پانل (۳ امتیاز)
- نکته: ثبت اختلال دمانس صرفا پس از غربالگری و تشخیص توسط پزشک امکان پذیر می باشد.

❖ سوال هفتم

تکمیل و تحلیل پنل اطلاعات آماری برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد کل سوال ۱۰ امتیاز

تسلط بر تحلیل پنل اطلاعات آماری برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در مرکز تابلوی مدیریت اطلاعات سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مبین عملکرد اعضای تیم سلامت در بیماریابی و مراقبت از اختلالات روانپزشکی و مصرف مواد همچنین مشکلات اجتماعی خواهد بود. فرمت این تابلو از طریق ستاد شهرستان در اختیار مراکز قرار خواهد گرفت و شاخص های عملکردی را شامل می شود. مراکز خدمات سلامت موظف خواهند بود نسخه عملکرد حوزه خود را از به صورت تابلوی آماری از مجموع خدمات در هر سه ماه در اتاق پزشک نصب کنند.

- تکمیل پنل به تفکیک مراکز و خانه های تحت پوشش (٦امتیاز)
- تسلط بر تحلیل وضعیت موجود توسط پزشک (٤امتیاز)

❖ سوال هشتم

نظارت بر وضعیت داروهای روانپزشکی مورد نیاز در مراکز کل سوال۱۰ امتیاز

پزشک تیم سلامت موظف است با ارزیابی صحیح از وضعیت مبتلایان به اختلالات روانپزشکی و مصرف مواد،

مبتلایان به اختلال صرع و همچنین داروهای خاص در مداخلات اورژانس روانپزشکی بخصوص برای گروههای پرخطر) بیماران سایکوتیک، موارد مسمومیت مواد، مادران باردار و ... (از ذخیره دارویی و داروهای مورد نیاز مطلع باشد و مسئولین فنی داروخانه مراکز را در جریان نیازها قرار دهد.

- ثبت داروهای تجویزی برای بیماران روانپزشکی در پرونده (۳ امتیاز)
- بررسی و تایید درخواست داروهای روانپزشکی در زمانی که هنوز حداقل ۵۰ ٪ از هر قلم دارو در درخواست قبلی در مرکز موجود باشند. (۳ امتیاز)
- نظارت بر تحویل رایگان داروهای بیماران روانپزشکی در مراکز روستایی مصاحبه (حضوری یا تلفنی) با دونفر بیمار مبتلا به اختلال روانپزشکی (٤ امتیاز)
- وجود اقلام داروهای روانپزشکی در مرکز سلامت/ خانه بهداشت طبق دستورالعمل

نکته: مسئولیت عدم وجود داروی روانپزشکی در مرکز (با وجود فرم تکمیل شده درخواست دارو توسط پزشک) بر عهده مسئول فنی داروخانه خواهد بود.

لیست داروهای مصوب بیماران اعصاب و روان مطابق نامه شماره ۹/۲٦۷۸٤/ مورخ ۱۳۹٤/۱۲/۰۸

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	قرص آمی تریپتیلین	۱٦	قرص کلرپرومازین
۲	قرص ایمی پرامین	۱۷	قرص کلردیازپوکساید
۳	قرص الا نزاپین (متخصص روانپزشک و مغز واعصاب)	۱۸	قرص کلونازپام
۴	قرص بی پریدین	۱۹	قرص کلومیپرامین
۵	قرص بوسپیرون	۲۰	قرص لیتیوم کربنات
۶	قرص پرفنازین	۲۱	قرص لاموتریژین (متخصص روانپزشک و مغز واعصاب)
۷	قرص پروپرانولول	۲۲	قرص نورتریپتلین
۸	قرص تری فلوئوپرازین	۲۳	قرص والپروات سدیم
۹	قرص تیوریدازین	۲٤	قرص هالوپریدول
۱۰	قرص تری هگزی فنیدیل	۲۵	کپسول فلورازپام (متخصص روانپزشک و مغز واعصاب)
۱۱	قرص دیازپام	۲٦	کپسول فلوکستین
۱۲	قرص ریسپریدون	۲۷	کپسول فنی توئین
۱۳	قرص فنوباربیتال	۲۸	آمپول بی پریدین
۱۴	قرص فنی توین کمپا ند	۲۹	آمپول فلوفنازین دکانوات
۱۵	قرص کاربامازپین	۳۰	قرص سیتالوپرام

❖ سوال نهم

آیا پیگیری موارد فوریت های روانپزشکی و اجتماعی انجام شده است؟: کل سوال ۶ امتیاز

اورژانسهای روانپزشکی شامل خشونت و پرخاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی،تشنج پایدار،عوارض شدید داروهای روانپزشکی که توسط کارشناس مراقب سلامت و یا مراجعه به مرکز سلامت جامع اتفاق میافتد از اولویت های مداخله پزشک تیم سلامت است و پزشک ضمن مداخله تخصصی موظف به انجام فرآیند ارجاع به سطوح تخصصی و پیگیری بازخورد ارجاع و مدیریت بحران خواهد بود.

براساس لیست ارجاع فوریت های پزشکی در مرکز جامع سلامت؛

- **ارجاع به سطوح تخصصی برای مداخله بر اساس دستورالعمل (۳ امتیاز)**
- **پیگیری و پسخوراند ٪۱۰۰موارد فوریت روانپزشکی به روانشناس و مراقبت سلامت/ بهورز (۳ امتیاز)**

نکته: در صورتی که ۱۰۰٪ موارد پیگیری نشده باشد امتیازی تعلق نمی گیرد و ۵۰٪ امتیاز سوال شماره ٤ کسر خواهد شد.

ج، چک لیست پایش و ارزشیابی کارشناس سلامت روان و رفتار

با اجرایی شدن طرح تحول نظام سلامت و با هدف ارائه خدمات تخصصی و عادلانه در مدیریت و ارتقاء بهداشت عمومی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد کارشناس سلامت روان به عنوان عضو تخصصی در این حیطه حذب تیم سلامت شده و بر اساس شرح وظایف ارائه خدمات خواهد داشت. محتوی این چک لیست جهت پایش و ارزشیابی عملکرد روانشناس تهیه و تدوین شده و مشتمل بر ۱۰ سوال و ۱۰۰ امتیاز است. در ذیل استانداردها و معیار هر سوال بر اساس دستورالعملها و شرح وظایف روانشناس درمجتمع/ مرکز سلامت جامعه و مطابق با فرآیند ارائه خدمات بر اساس فلوچارت برنامه های سلامت روان، سلامت اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد و الکل به تفصیل بیان شده است.

چک لیست ارزیابی کارشناس سلامت روان و رفتار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز شهرستان :..... نام و نام خانوادگی ؛ خانم / آقای : ..... شهر/ روستا: ..... مرکز/ پایگاه : ..... ماه: ..... سال .....

ردیف	سئوالات	استاندارد / معیار	امتیاز کل	امتیاز مکتسبه	مورد ندارد
۱	آیا کارشناس در دوره های آموزشی-توجیهی بدو خدمت برنامه های سلامت روانی،اجتماعی و اعتیاد شرکت داشته است؟ (نکته مهم: صرفا برای اولین دوره پایش)	- شرکت در دوره های آموزشی ۱۵۰ ساعت (ارائه گواهی مربوطه ۳ امتیاز) - وجود بسته های آموزشی (۲امتیاز)	۵		
۲	آیا کارشناس در دوره های بازآموزی برنامه ها شرکت داشته است؟	- شرکت در دوره های آموزشی حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در طول یک سال گذشته (۳ امتیاز) - وجود بسته آموزشی روان، اعتیاد و اجتماعی(۲امتیاز)	۵		
۳	آیا جلسات آموزشی روانشناختی برای گروههای هدف در ۳ ماه گذشته طبق دستورالعمل برگزار شده است؟	- تکمیل دفتر ثبت و گزارش مداخلات آموزش و... (٤ امتیاز) - هر ماه یک دوره آموزش مهارت فرزند پروری (هر جلسه ۱ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز) - هر ماه یک دوره آموزش مهارت های زندگی (هر جلسه ۱ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز) - هرماه دو جلسه آموزش پیشگیری از مصرف مواد (هر جلسه ۲ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز) - هر سه ماه یک جلسه آموزش مداخلات در بلایا (هر جلسه ۲ امتیاز) - هر سه ماه یک جلسه توانمند سازی سلامت اجتماعی (هر جلسه ۲ امتیاز) - هر ماه دو جلسه آموزش اختلالات شایع روانپزشکی (هر جلسه ۱امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز)	۲۰		
٤	آیا آموزش روان شناختی برای خانواده بیماران مطابق دستورالعمل انجام می شود؟	- ثبت مطابق مندرجات فرم پیگیری مراجع در پرونده مراقبت تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد - بررسی ۳ پرونده در سلامت روان – وجود حداقل ۱جلسه آموزش خانواده در هر پرونده (هر جلسه ۱امتیاز) - بررسی ۳ پرونده در اختلالات مصرف مواد- وجود حداقل ۱جلسه آموزش خانواده در هر پرونده (هر جلسه ۱امتیاز) - بررسی ۲ پرونده در سلامت اجتماعی – وجود حداقل ۱جلسه آموزش خانواده در هر پرونده (هرجلسه ۱امتیاز)	۸		
۵	آیا نسبت به غربالگری تکمیلی و مراقبت برای ارجاعات مراقب سلامت و پزشک در حوزه سلامت اجتماعی، مصرف مواد و سلامت روان اقدام صورت گرفته است؟	- تشکیل پرونده مراقبت تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد (۲ امتیاز) - تکمیل گزارش خدمات کارشناس سلامت روان و رفتار ... (۲ امتیاز) - تکمیل دفتر شناسایی، ارجاع و مراقبت افراد در معرض خطر عوامل اجتماعی و اختلالات مصرف مواد (۲ امتیاز) - تکمیل ثبت روند شناسایی، ارجاع، پیگیری و مراقبت مصرف و وابستگی مواد و الکل (۲ امتیاز) - تکمیل دفتر ثبت روند پیگیری پوشش خدمات حمایتی در اورژانسهای اجتماعی (۲ امتیاز) - بررسی ۳ پرونده درسلامت روان (هر پرونده ۱ امتیاز) - بررسی ۲ پرونده در سلامت اجتماعی (هر پرونده ۱ امتیاز) - بررسی ۳ پرونده در ا ختلالات مصرف مواد (هر پرونده ۱ امتیاز)	۱۸		

چک لیست ارزیابی کارشناس سلامت روان و رفتار

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز شهرستان :.....نام و نام خانوادگی ؛ خانم / آقای : ..... شهر / روستا: ..... مرکز/ پایگاه : ..... ماه: ..... سال .....

ردیف	سئوالات	استاندارد / معیار	امتیاز کل	امتیاز مکتسبه	مورد ندارد
٦	آیا پیگیری موارد فوریت های روانپزشکی (خودکشی) انجام شده است؟	- تکمیل دفتر ثبت و مراقبت افراد اقدام به خودکشی (۲ امتیاز) - تکمیل دفتر پیگیری تلفنی موارد دارای مشکلات روانپزشکی(۲ امتیاز) - تشکیل پرونده مراقبت تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد (۲امتیاز) - تکمیل فرایند پیگیری: ۲بار در هفته اول و در هفته دوم و هفته های بعد بصورت هفتگی(۲امتیاز) - اطلاع رسانی و پیگیری حضور خانواده بیمار(ثبت در فرم مراقبت پیگیری روانشناس ۲امتیاز) - انجام مداخله برای افراد براساس دستورالعمل (ثبت در پرونده تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ٤امتیاز)	١٤		
٧	آیا پایش عملکرد کارشناس مراقب سلامت در مورد روند غربالگری و نحوه پیگیری در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد صورت می گیرد؟	- بررسی پایش ها در ۳ ماه گذشته (حد انتظار بازدید هر ماه یکبار- پایش هر سه ماه)۳ امتیاز - رویت مستندات و پسخوراند هر گزارش بازدید و پایش (۳ امتیاز)	٦		
٨	آیا کارشناس سلامت روان در برنامه حمایتهای روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه بر اساس دستورالعمل عمل کرده است؟	- قبل از بحران - آموزش کارکنان در خصوص حمایتهای روانی اجتماعی در بلایا (۱ امتیاز) - تهیه تجهیزات و وسایل مورد نیاز (۱ امتیاز) - بعد از بحران - حضور موثر در مدیریت در بحران در صورت وجود حادثه(۱امتیاز) - غربالگری افراد (۱امتیاز) - مداخلات روانشناختی و آموزش مهارت های مقابله ای (۱امتیاز) - پیگیری افراد و یا خانواده های در معرض خطر و یا آسیب دیده به مدت چهار هفته (۱امتیاز)	٦		
٩	آیا مدیریت و برنامه ریزی فعالیتها انجام شده است؟	- تکمیل دفتر برنامه ریزی و مدیریت کارشناس سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد مجتمع سلامت (۱امتیاز) - برنامه هفتگی کارشناس سلامت روان و رفتار مرکز سلامت جامعه (۱ امتیاز) - گزارش روزانه فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت(۱ امتیاز) - گزارش ماهانه فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت(۱ امتیاز) - گزارش فصلی فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت(۱ امتیاز) - گزارش فصلی روند غربالگری و مراقبت اختلالات روانپزشکی توسط کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت(۱ امتیاز) - برنامه عملیاتی کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۲ امتیاز) - شناسایی، جذب و بکارگیری همیاران سلامت روان(رابطین تخصصی) ۱امتیاز - تکمیل پانل و تحلیل شاخص های آن (۱ امتیاز)	١٠		
١٠	نظارت بر ثبت و ارسال به موقع آمارها انجام می گیرد؟	- نظارت بر ثبت صحیح آمار و خدمات مراقبت: - فرم ماهانه گزارش تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (۳ امتیاز) - فرم ماهانه ثبت خودکشی (۳ امتیاز) - فرم سه ماهه گزارش فعالیتهای آموزش (۲امتیاز)	٨		
		مجموع امتیاز ارزیابی عملکرد در حوزه برنامه های سلامت روانی،اجتماعی و اعتیاد			

تحلیل کلی و گزارش اجمالی

اشکالات فنی و کارشناسی مشاهده شده :

اقدامات فنی مورد انتظار:

نام و نام خانوادگی پایش کننده: **امضا**

راهنمای چک لیست ارزیابی کارشناس سلامت روان و رفتار

با اجرایی شده طرح تحول نظام سلامت و با هدف ارائه خدمات تخصصی و عادلانه در مدریت و ارتقاء بهداشت عمومی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد کارشناس سلامت روان به عنوان عضو تخصصی در این حیطه حذب تیم سلامت شده و بر اساس شرح وظایف ارائه خدمات خواهد داشت.

محتوی این چک لیست جهت پایش و ارزشیابی عملکرد روانشناس تهیه و تدوین شده و مشتمل بر ۱۰ سوال و ۱۰۰ امتیاز است. در ذیل استانداردها و معیار هر سوال بر اساس دستورالعملها و شرح وظایف روانشناس در مرکز جامع خدمات سلامت و مطابق با فرآیند ارائه خدمات بر اساس فلوچارت برنامه های سلامت روان، سلامت اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد و الکل به تفصیل بیان شده است.

مشخصات کلی و نحوه محاسبه امتیازها

❖ ستون امتیاز کل

عدد نهایی هر امتیاز بر اساس استاندارد / معیار تعیین شده را نشان می دهد.

❖ ستون امتیاز مکتسبه

پایش کننده بر اساس رویت مستندات مربوط به هر سوال و مطابق با تعریف استاندارد امتیاز روانشناس را محاسبه کرده و در این ستون درج می کند.

❖ ستون مورد ندارد

این ستون در مواردی که پیش نیاز انجام خدمات تامین نبوده و یا پرسنل مرتبط با آن همکاری نداشته اند (به عنوان مثال عدم برگزاری دوره های آموزشی توسط ستاد) علامت زده شده و در انتها فرم از عدد کل امتیاز کسر خواهد شد. بدین ترتیب امتیاز نهایی از عدد ۱۰۰ با توجه به مواردی که مورد نداشته کسر می شود.

مثال: در صورتی که طی سه ماه گذشته لیست داوطلبان دریافت آموزش های گروهی و حد نصاب تعیین شده از سوی کارشناس مراقب سلامت خانواده ارائه نگردد و یا مکان مناسب آموزشی از نظر ساختار فیزیکی وجود نداشته باشد «ستون مورد ندارد» برای سوال سوم علامت زده شده و امتیاز کل برای روانشناس از عدد نهایی ۸۰ محاسبه خواهد شد.

❖ سوال اول و دوم

آیا کارشناس در دورههای آموزشی توجیهی بدو خدمت برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شرکت داشته است؟

امتیاز این سوال بر اساس موقعیت پایش شونده شامل اولین پایش از زمان اجرای طرح نظام تحول و در مراحل بعد در مورد پایش های دوره ای است.

مرحله اول در اولین پایش: کل سوال ۵ امتیاز

➢ امتیاز کامل (سه امتیاز) برای شرکت در دوره های آموزش سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد ۱۵۰ ساعت و دریافت گواهی معتبر که بر اساس کوریکولوم توسط ستاد دانشگاه علوم پزشکی انجام شده باشد. رویت گواهی آموزشی روانشناس در درج امتیاز ضروری است.

➢ وجود بسته های آموزشی شامل کتاب و فایلهای الکترونیک در صورت وجود کامپیوتر (دو امتیاز)

مرحله دوم مربوط به پایش های دوره ای: کل سوال ۵ امتیاز

➢ امتیاز کامل (سه امتیاز) برای شرکت در دوره های آموزش سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد در طول یک سال گذشته و دریافت گواهیای معتبر که بر اساس کوریکولوم توسط ستاد دانشگاه علوم پزشکی انجام شده باشد. رویت گواهی آموزشی روانشناس در درج امتیاز ضروری است.

➢ وجود بسته های آموزشی شامل کتاب و فایلهای الکترونیک در صورت وجود کامپیوتر (دو امتیاز)

❖ سوال سوم

برگزاری جلسات آموزش روانشناختی برای گروه های هدف در ۳ ماه گذشته؟ کل سوال امتیاز ۲۰

بر اساس شرح وظایف، کارشناسان سلامت روان موظف به برگزاری جلسات آموزشی گروهی برای موارد غربالگری منفی از بین جمعیت عمومی و داوطلبان برای دریافت آموزش در حوزه های تعریف شده خدمات سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد هستند. برگزاری این جلسات بر اساس دستورالعمل هر برنامه و بر اساس فرم گزارش ثبت داوطلبان و اجرای آموزش گروهی توسط کارشناس مراقب سلامت انجام خواهد پذیرفت.

➢ تکمیل دفتر ثبت و گزارش مداخلات آموزش و... (٤ امتیاز)

➢ رویت مستندات برگزاری حداقل یک دوره آموزش مهارت فرزند پروری در هر ماه (هر جلسه ۱ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز)

➢ رویت مستندات برگزاری حداقل یک دوره آموزش مهارت های زندگی در هر ماه (هر جلسه ۱ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز)

➢ رویت مستندات برگزاری حداقل دو جلسه آموزش پیشگیری از مصرف مواد در هر ماه (هر جلسه ۲ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز)

➢ رویت مستندات برگزاری حداقل یک جلسه آموزش مداخلات در بلایا در هر سه ماه (هر جلسه ۲ امتیاز)

➢ رویت مستندات برگزاری حداقل یک جلسه توانمند سازی سلامت اجتماعی در هر سه ماه (هر جلسه ۲ امتیاز)

➢ رویت مستندات برگزاری حداقل دو جلسه آموزش اختلالات شایع روانپزشکی در هر ماه (هر جلسه ۱امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز)

❖ سوال چهارم

آیا آموزش روان شناختی برای خانواده بیماران مطابق دستورالعمل انجام می شود؟ کل سوال ۸ امتیاز

حضور نیروی متخصص روانشناس در تیم سلامت برای کمک به پیشگیری و تکمیل فرآیند درمان پس از تشخیص پزشک صورت می پذیرد. بر همین اساس و مطابق دستورالعمل در هر برنامه روانشناس موظف خواهد بود با بیمار ملاقات داشته و خدمات تخصصی را در چهارچوب شرح وظایف و آموزشها ارائه نماید.

- ثبت مطابق مندرجات فرم پیگیری مراجع در پرونده مراقبت تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- بررسی ۳ پرونده سلامت روان – وجود حداقل ۱جلسه آموزش خانواده در هر پرونده (هر جلسه ۱امتیاز)
- بررسی ۳ پرونده اختلالات مصرف مواد- وجود حداقل ۱جلسه آموزش خانواده در هر پرونده (هر جلسه ۱امتیاز)
- بررسی ۲ پرونده سلامت اجتماعی – وجود حداقل ۱جلسه آموزش خانواده در هر پرونده (هرجلسه ۱امتیاز)

❖ سوال پنجم

آیا نسبت به غربالگری تکمیلی و مراقبت برای ارجاعات مراقب سلامت و پزشک در حوزه سلامت اجتماعی، مصرف مواد و سلامت روان اقدام صورت گرفته است؟ (کل سوال ۱۸ امتیاز)

فرآیند غربالگری تکمیلی در حوزه سلامت اجتماعی و مصرف مواد از ارجاع کارشناس مراقب سلامت خانواده در مرحله غربالگری اولیه مثبت بر عهده کارشناس سلامت روان است. بدین ترتیب روانشناس موظف است با غربالگری تکمیلی موارد بر اساس دستورالعمل شناسایی و بر حسب نیاز ارجاع به پزشک و ارائه خدمات تخصصی حوزه روانشناختی انجام گیرد.

- تشکیل پرونده مراقبت تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد (۲ امتیاز)
- تکمیل گزارش خدمات کارشناس سلامت روان و رفتار (۲ امتیاز)
- تکمیل دفتر شناسایی، ارجاع و مراقبت افراد در معرض خطر عوامل اجتماعی و اختلالات مصرف مواد (۲ امتیاز)
- تکمیل ثبت روند شناسایی، ارجاع، پیگیری و مراقبت مصرف و وابستگی مواد و الکل (۲ امتیاز)
- تکمیل دفتر ثبت روند پیگیری پوشش خدمات حمایتی در اورژانسهای اجتماعی (۲ امتیاز)
- بررسی ۳ پرونده سلامت روان: کامل بودن برگه غربالگری تکمیلی، ارجاع به پزشک، راهنمایی و ارجاع به مراکز تخصصی، برنامه ریزی بر اساس دستورالعمل برنامه (هر پرونده ۱ امتیار)
- بررسی ۲ پرونده سلامت اجتماعی: کامل بودن برگه غربالگری تکمیلی، ارجاع به پزشک، راهنمایی و ارجاع به مراکز تخصصی، برنامه ریزی بر اساس دستورالعمل برنامه سلامت اجتماعی جهت آموزشهای روانشناختی و پسخوراند ارجاع به کارشناس مراقب سلامت (هر پرونده ۱ امتیار)

➢ بررسی ۳ پرونده اختلالات مصرف مواد: کامل بودن برگه غربالگری تکمیلی، ارجاع به پزشک، برنامه ریزی بر اساس دستورالعمل جهت مداخله مختصر و پسخوراند ارجاع به کارشناس مراقب سلامت (هر پرونده ۱ امتیار)

➢ نکته: رویت برگه ارجاع بعد از غربالگری تکمیلی و برگه های پسخوراند ارجاع ضروری است.

❖ سوال ششم:

آیا پیگیری موارد فوریت های روانپزشکی (خودکشی) انجام شده است؟ کل سوال ۱۴ امتیاز

اورژانسهای روانپزشکی شامل خشونت و پرخاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید داروهای روانپزشکی که توسط پزشک ارجاع شده و یا در مراجعه به مرکز سلامت جامعه اتفاق می افتد از اولویت های مداخله روانشناس تیم سلامت است و مداخله بر اساس تشخیص پزشک خواهد بود. به دلیل حساسیت موضوعات اورژانس روانپزشکی و یا مشکلات اجتماعی پیگیری این موارد به صورت ویژه بر عهده روانشناس و در تعامل با پزشک صورت می پذیرد.

➢ تکمیل دفتر ثبت و مراقبت افراد اقدام به خودکشی (۲ امتیاز)

➢ تکمیل دفتر پیگیری تلفنی موارد دارای مشکلات روانپزشکی(۲ امتیاز)

➢ تشکیل پرونده مراقبت تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد (۲امتیاز)

➢ تکمیل فرایند پیگیری: ۲بار در هفته اول و در هفته دوم و هفته های بعد بصورت هفتگی (۲امتیاز) (به موارد پیگیری خارج از برنامه زمانبندی امتیازی تعلق نمی گیرد).

➢ اطلاع رسانی و پیگیری حضور خانواده بیمار (ثبت در فرم مراقبت پیگیری روانشناس ۲امتیاز)

➢ انجام مداخله برای افراد براساس دستورالعمل (ثبت در پرونده تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ٤امتیاز)

نکته مهم: به دلیل اهمیت موارد اورژانسهای روانپزشکی، عدم پیگیری غیر موجه ۱۰۰ ٪ موارد بر اساس شرح وظایف روانشناس و مطابق با دستورالعمل؛ امتیازی تعلق نمی گیرد و نیمی از کل امتیاز سوال شماره ٤ کسر خواهد شد. درصورت وجود پرونده اقدام به خودکشی ناموفق و یا اورژانس روانپزشکی مادربباردار بررسی پرونده اولویت دارد.

❖ سوال هفتم

آیا پایش عملکرد کارشناس مراقب سلامت در مورد روند غربالگری و نحوه پیگیری در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد صورت می گیرد؟ (کل سوال امتیاز۶)

➢ رویت مستندات و پسخوراند هر گزارش بازدید و پایش (۳ امتیاز)

➢ بررسی پایش ها در ۳ ماه گذشته (حد انتظار بازدید هر ماه یکبار- پایش هر سه ماه) ۳ امتیاز

فرآیند غربالگری و بیماریابی و همچنین پیگیری اختلالات و مشکلات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد از موارد تخصصی و نوپا در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه به شمار می آید و با وجود آموزشهای ویژه کارشناس مراقب سلامت به دلیل حساسیت موضوع و نگاه با تردید جامعه به دریافت کنندگان خدمات سلامت روان و اعتیاد تعامل ویژه و پشتیبانی آموزشی در این حوزه جزء وظایف روانشناس بوده و تعامل به صورت پایش هر ماه یک بار از روند اجرا و ثبت اختلالات بر اساس دستورالعملها و فلوچارتها بر عهده کارشناس سلامت روان مرکز است. بدین ترتیب برنامه ریزی و امکانات بازدید از پایگاههای سلامت پیش نیاز عمکرد روانشناس بوده و انتظار می رود تمام پایگاههای تحت پوشش مرکز در طول سه ماه مورد بازدید قرار گرفته باشند.

نکته: پایش روانشناس از محدوده وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، مربوط به روند غربالگری و بررسی کیفیت از نظر چگونگی ارائه خدمت بوده و جنبه آموزشی و پشتیبانی در تعامل با کارشناس مراقب سلامت خواهد داشت. به عنوان مثال بررسی موارد خاص مراجعین مانند اورژانسهای روانپزشکی که مدیریت آنها نیاز به رفتار تیمی برنامه ریزی شده دارد.

❖ سوال هشتم

آیا کارشناس سلامت روان در برنامه حمایتهای روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه بر اساس دستورالعمل عمل کرده است؟ (کل سوال ۶ امتیاز)

از مجموع مهارتهای آموخته شده کارشناس سلامت روان شاغل در تیم سلامت، سرفصلهای مربوط به برنامه حمایتهای روانی اجتماعی درحوادث غیرمترقبه و بلایا است. همچنین مدیریت بحرانهای مربوط به فوریتهای بهداشتی (مانند همه گیری در بیماریهای واگیر، تصادفات زنجیره ای، حوادث بزرگ آتش سوزی و یا انفجار، هشدارهای خط اول معاونت بهداشت و موارد مربوط به بسیج عمومی در ارائه خدمات است) عملکرد روانشناس تیم سلامت در مداخله بحران بر اساس دستورالعمل ارزیابی خواهد شد.

قبل از بحران

- آموزش کارکنان در خصوص حمایتهای روانی اجتماعی در بلایا (۱ امتیاز)
- تهیه تجهیزات و وسایل مورد نیاز (۱ امتیاز)
- بعد از بحران
- حضور موثر در مدیریت در بحران در صورت وجود حادثه (۱ امتیاز)
- غربالگری افراد (۱ امتیاز)
- مداخلات روانشناختی و آموزش مهارت های مقابله ای (۱ امتیاز)
- پیگیری افراد و یا خانواده های در معرض خطر و یا آسیب دیده به مدت چهار هفته (۱ امتیاز)

نکته: در مواردی که اجرای وظایف مداخله در بحران در طول سه ماه گذشته وجود نداشته باشد؛ ستون مورد ندارد علامت زده شده و امتیاز آن از عدد امتیاز نهایی ۱۰۰کسر خواهد شد.

❖ سوال نهم

آیا مدیریت و برنامه ریزی فعالیتها انجام شده است؟ (کل سوال ۱۰ امتیاز)

فرم گزارش ثبت عملکرد و ارائه خدمات کارشناس سلامت روان در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و سوءمصرف مواد در برنامه نظام تحول سلامت به صورت هر سه ماه یکبار و تا پایان روز پنجم از پایان هر فصل به کارشناس ستاد شهرستان جهت جمع آوری و ارسال به ستاد دانشگاه تحویل داده می شود. این فرم جمع بندی خدمات به صورت دو جدول عملکردی آموزشی و مراقبتی است:

- تکمیل دفتر برنامه ریزی و مدیریت کارشناس سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد مجتمع سلامت (۱ امتیاز)
- برنامه هفتگی کارشناس سلامت روان و رفتار مرکز سلامت جامعه (۱ امتیاز)
- گزارش روزانه فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۱ امتیاز)
- گزارش ماهانه فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۱ امتیاز)
- گزارش فصلی فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۱ امتیاز)
- گزارش فصلی روند غربالگری و مراقبت اختلالات روانپزشکی توسط کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۱ امتیاز)
- برنامه عملیاتی کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۲ امتیاز)
- شناسایی، جذب و بکارگیری همیاران سلامت روان (رابطین تخصصی) ۱ امتیاز
- تکمیل پانل و تحلیل شاخص های آن (۱ امتیاز)

❖ سوال دهم

نظارت بر ثبت و ارسال به موقع آمارها انجام می گیرد؟ (کل سوال ۸ امتیاز)

فرمهای ثبت آمار و ارائه خدمات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به صورت ماهانه توسط کارشناس مراقب سلامت جهت جمع آوری به ستاد شهرستان ارسال خواهد شد. از آنجایی که ثبت موارد تشخیص اختلالات بعد از تایید پزشک صورت می گیرد. با توجه به تسلط موضوعی کارشناس سلامت روان بررسی ثبت آمار اختلالات و نحوه ثبت خدمات مراقبت بر عهده ایشان است

نظارت بر ثبت صحیح آمار و خدمات مراقبت:

- فرم ماهانه گزارش تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (۳ امتیاز)
- فرم ماهانه ثبت خودکشی (۳ امتیاز)
- فرم سه ماهه گزارش فعالیتهای آموزش (۲امتیاز)