



راهنمای

فنی ، تخصصی و اجرایی

کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان

در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

معاونت بهداشت

گروه کارشناسان سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

بهار ۱۳۹۵

عناوین این مجموعه ؛

- بخش اول:

بسته آموزشی کارشناس مراقب سلامت

- بخش دوم:

بسته خدمات بالینی (مراقبتی) کارشناس مراقب سلامت

- بخش سوم:

مروری بر اهداف، راهبردها و فعالیت های مراقب سلامت درذ

حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

- بخش چهارم:

مستند سازی فعالیت های کارشناس مراقب سلامت

الله أكبر

تقدیم به تمام خادمین سلامت مردم

که در جهت ایجاد اندیشه خوب، حال خوش

و زندگی سالم و بهتر برای هم نوحان خود

شب و روز در تلاش و تکاپوی خالصانه اند.

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 ۲۳/۶ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی هستند.

میزان ابتلا به این مشکلات در بین زنان، جمعیت ساکن در مناطق 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 (۱۵/۶ درصد) از افراد ۱۵ تا ۶۴ 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 (۶۵/۳ 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 / دانشجوی، 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، ۶۴۰، ۰۰۰ ریال برآورد گردیده که با توجه به میانگین درآمد خانوار در آن سال معادل ۳۰ درصد به صورت مستقیم به سبب هزینه خانوار دارای بیمار روانپزشکی اضافه گردیده است. علاوه بر این، به طور میانگین ۱، ۲۱۰، ۷۲۴ ریال هزینه غیرمستقیم مربوط به غیبت از کار به دلیل بیماری روانپزشکی بوده است. مضاف بر این، هزینه های غیرمستقیم 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 بالای ۱۵ سال ۲۱٪ 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 ۱۳۸۴ منتشر شد اختلالات روانی ۱۰/۲۵٪ از کل بار بیماریها را شامل می شوند (با احتساب اختلالات مرتبط با مواد ۱۴/۵٪) که

سه علت اول باراختلالات روانی به ترتیب عبارتند از افسردگی (۲۶ درصد بار اختلالات روانی)، اعتیاد (۲۴ 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، استفاده محدود از خدمات مشاوره و روانشناسی موجود، ضرورت توسعه کمی و کیفی این خدمات و تسهیل دسترسی به آن (به ویژه، اقشار کم درآمد، حاشیه شهرها و شهرهای پرجمعیت که در آنها شیوع اختلالات روانپزشکی بیشتر و استفاده از خدمات کمتر است) را، هم در بخش 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 مکرر معظم له (بر توسعه 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.

در این راستا مجموعه حاضر به عنوان بخشی از خدمات پایه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد(ویژه کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان) 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 سطح پایه 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 نماید. انتظار دارم مراقبین گرانسنگ مراکز سلامت و بهورزان گرانمایه خانه های بهداشت ضمن مطالعه دقیق این بسته علمی و اجرایی در ارتقای سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد 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 تبریز- معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز - زمستان ۱۳۹۴

بخش اول

بسته آموزشی کارشناس مراقب سلامت

پیشگفتار؛ دکتر حاجبی، مدیرکل دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت.....	ج
مقدمه؛ دکتر جعفر بوالهروی	خ

فصل اول: ارتقاء سواد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد:

سلامت جسمی، روانی و اجتماعی	۱
تعاریف و مفاهیم.....	۳
شناسایی عوامل مرثر بر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	۶
تعیین کننده های سلامت روانی-اجتماعی.....	۸
۱) بهبود تغذیه.....	۹
۲) تهیه مسکن.....	۹
۳) افزایش دسترسی به آموزش.....	۹
۴) کاهش ناامنی اقتصادی.....	۹
۵) تقویت شبکه های اجتماعی.....	۱۰
۶) کاهش دسترسی به مواد.....	۱۰
۷) کاهش عوامل استرس زا و بالا بردن تاب آوری.....	۱۰
۸) کاهش کودک آزاری و غفلت از کودکان.....	۱۱
۹) مقابله با بیماری روانی والدین.....	۱۱
۱۰) مقابله با آشفتگی خانواده.....	۱۱
۱۱) تسهیل مشارکت اجتماعی در توسعه محلی.....	۱۲

فصل دوم: آشنایی با چارچوب برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

نقش مراکز سلامت شهری در برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.....	۱۵
چارچوب فعالیتها در برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.....	۱۵
آموزش به گروههای هدف	۱۷
انجام مداخلات لازم	۱۸
مراقبت و پیگیری بیماران.....	۱۸
پایش و ارزشیابی برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	۱۹

فصل سوم: شناسایی گروههای هدف و ارزیابی خانوار

۲۱	.....مقدمه
۲۱	.....تعریف غربالگری (بیماریابی)
۲۲	.....تعریف انگ بیمار روانی
۲۲	.....گروه های هدف دربرنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
۲۴	.....روش شناسایی افراد مشکوک به اختلالات روانپزشکی و مصرف مواد
۲۴	.....اولین مراجعه (فراخوان):
۲۴	.....مراجعه به پایگاه سلامت
۲۴	.....تکرار فراخوان دوره ای هر پنج سال یک بار برای ترمیم اطلاعات
۲۵	.....گروه های آسیب پذیر در برنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
۲۵	.....تعریف گروههای آسیب پذیر
۲۷	.....ارجاع بیماران
۲۷	.....بازخورد ارجاع
۲۷	.....موارد ارجاع فوری
۲۹	.....فرآیند بیماریابی و ارجاع موارد شناسایی شده در برنامه های حوزه
۲۹	.....مقدمه سرالوات غربالگری در حوزه سلامت روان برای گروه هدف ۱۵سال به بالا
۲۹	.....نمره گذاری
۳۱	.....سوالات غربالگری صرع
۳۱	.....سوالوات غربالگری معلولیت ذهنی
۳۲	.....غربالگری اولیه درگیری با الکل، سیگار و مواد
۳۴	.....غربالگری اولیه در مشکلات مربوط به حوزه سلامت اجتماعی
۳۵	.....بیماریابی بر اساس شناسنامه سلامت دانش آموزی
۳۶	.....نمونه ای از سئوالوات بیماریابی اختلالات روانپزشکی برای مراقب سلامت

فصل چهارم: برقراری ارتباط با گروههای هدف

۴۱	.....مقدمه
۴۱	.....برقراری ارتباط برای ارتقاء سلامت
۴۱	.....طبقه بندی گروههای هدف برای ارائه خدمات حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۴۲	.....مروزی بر مهارتهای لازم برای برقراری ارتباط

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۴۲	تعریف ارتباط.....
۴۳	عناصر اصلی ارتباط (کلامی و غیر کلامی).....
۴۳	گوش دادن فعال.....
۴۴	توصیه هایی برای کارآمد تر کردن ارتباط کلامی.....
۴۵	موانع ارتباط مرثر.....
فصل پنجم: مروری بر اختلالات شایع روانپزشکی و مصرف مواد و بعضی از مشکلات اجتماعی	
۴۷	اختلالات خلقی.....
۴۷	افسردگی.....
۴۷	مقدمه و تعاریف.....
۴۷	شانه های افسردگی.....
۴۹	گروههایی که در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی قرار دارند.....
۵۰	مراقبت و پیگیری بیماران توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده.....
۵۰	مواردی که باید در پیگیری بیماران افسرده توسط کارشناسان مراقب.....
۵۰	پیگیری در مورد بیماران زیر باید در فواصل کوتاه حداکثر هفتگی انجام شود.....
۵۱	نکاتی که بیماران افسرده توسط کارشناسان مراقب خانواده باید به خانواده و بیمار آموزش دهند.....
۵۱	اختلالات دوقطبی.....
۵۱	مقدمه و تعاریف.....
۵۲	علل و علائم اختلالات دوقطبی.....
۵۲	سایر علائم اختلال دوقطبی (حالت مانیا).....
۵۲	غربالگری و ارزیابی افراد خانوار.....
۵۳	پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی.....
۵۳	اورژانسهای روانپزشکی.....
۵۳	خودکشی.....
۵۴	باورهای غلط در باره خودکشی.....
۵۵	پیگیری و مراقبت.....
۵۶	خطر خشونت را ارزیابی کنید.....
۵۶	اقدامات فوری در مقابله با بیماران پرخاشگر.....
۵۷	اختلالات اضطرابی.....

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۵۷	مقدمه و علائم
۵۸	غربالگری و ارزیابی افراد.....
۵۸	پیگیری و مراقبت
۶۰	اختلالات سایکوتیک.....
۶۰	مقدمه و علائم
۵۶	مواردی که با احتمال خطر بالاتری برای خشونت و پرخاشگری همراه است.....
۶۱	غربالگری و ارزیابی افراد خانوار
۶۱	پیگیری و مراقبت
۶۲	پیگیری در مورد بیمارانی که باید در فواصل کوتاه حداکثر دو هفته‌گی انجام شود.....
۶۳	صرع
۶۳	علل صرع.....
۶۳	آموزش سلامت روان و برخی نکات مهم در صرع.....
۶۴	درمان دارویی
۶۵	معلولیت ذهنی
۶۵	مقدمه و علائم.....
۶۵	غربالگری و ارزیابی افراد
۶۵	پیگیری و مراقبت
۶۶	اختلالات کودکان و نوجوانان
۶۶	اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی
۶۷	اختلال سلوک
۶۷	راهکارهای درمانی
۶۸	سایر اختلالات کودکان
۶۸	شب‌ادراری.....
۶۸	بی‌اختیاری مدفوع.....
۶۹	عادات خاص شست‌و‌مکیدن، ناخن‌جویدن و... ..
۶۹	اختلالات مصرف مواد
۷۱	نیکوتین
۷۲	مواد افیونی.....
۷۲	علائم ترک مواد افیونی

صفحه	عنوان
۷۳	مواد محرک
۷۴	الکل
۷۵	مصرف تزریقی
۷۵	غربالگری و ارزیابی افراد
۷۵	غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد
۷۶	درخواست کمک از طرف خانواده
۷۶	درخواست کمک از طرف خود فرد
۷۷	پیگیری و مراقبت
۷۷	مصرف مواد در بارداری
۷۸	غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد در بارداری
۷۹	پیگیری و مراقبت مادر باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد
۸۰	کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد
۸۲	پیشگیری اولیه از مصرف مواد
۸۳	عمده ترین اهداف پیشگیری اولیه از مصرف مواد کدامند؟
۸۴	چگونه برای پیشگیری از مصرف مواد برنامه ریزی کنیم؟
۸۷	برنامه های پیشگیری مبتنی بر خانواده
۸۸	برنامه پیشگیری در دوران نوزادی و اولیه کودکی (۵-۲ سال)
۸۸	آموزش مهارت های فرزندپروری
۸۹	برنامه های پیشگیری مبتنی بر مدرسه
۸۹	برنامه بهبود محیط کلاس درس
۸۹	آموزش مهارت های فردی و اجتماعی به دانش آموزان
۸۹	سیاست گذاری در مدرسه
۹۰	برنامه های پیشگیری مبتنی بر اجتماع
۹۰	خشونت خانگی
۹۰	تعریف خشونت خانگی و انواع آن
۹۱	چرخه ی همسرآزاری و مراحل که قربانی خشونت طی میکند
۹۱	چرخه ی خشونت خانگی
۹۲	پیامدهای همسرآزاری در خانواده
۹۳	شناسایی موارد همسرآزاری

۹۳.....	چگونه زانی را که مورد همسر آزاری قرار دارند شناسایی کنیم.....
۹۴.....	شیوه های برخورد با قربانیان همسر آزاری
۹۵.....	شیوه ارجاع
۹۵.....	یشگیری از بد رفتاری با کودکان
۹۵.....	تعریف بد رفتاری با کودک.....
۹۵.....	انواع بد رفتاری با کودک
۹۶.....	مداخلات.....
۹۷.....	روش های شناسایی بد رفتاری جسمی
۹۹.....	نحوه ارجاع موارد شناسایی شده

فصل ششم: مراقبت و پیگیری در برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۱۰۱.....	مراقبت و پیگیری افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی.....
۱۰۱.....	تعریف مراقبت.....
۱۰۲.....	اهداف مراقبت و پیگیری از افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی.....
۱۰۲.....	الف- برای افراد تحت مراقبت.....
۱۰۲.....	ب برای بیماران یا افراد بهبود یافته.....
۱۰۳.....	ج برای بیماران و افراد امتناع کننده از درمان.....
۱۰۳.....	بازتوانی افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی
۱۰۴.....	عود بیماری روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی
۱۰۴.....	افراد تحت درمان مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی

فصل هفتم: آموزش در برنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

۱۰۹.....	آموزش در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد.....
۱۱۰.....	چند مبحث مهم آموزشی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.....
۱۱۰.....	آنچه در زمینه اختلالات روانپزشکی باید بدانیم.....

فصل هفتم: آموزش در برنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

۱۱۱.....	آنچه در زمینه برخورد با فرزندانمان باید بدانیم.....
۱۱۲.....	برنامه آموزش مهارت های زندگی
۱۱۳.....	آنچه در زمینه مهارت های زندگی باید بدانیم.....
۱۱۴.....	عمده ترین باورها و نگرش های غلط در باره اثرات و پیامدهای مواد

۱۱۴.....	آیا ادامه مصرف یا وابستگی به مواد یک رفتار عمدی است یا اختیاری؟
۱۱۷.....	آنچه باد در اجرای مداخلات حوزه پیشگیری از مصرف مواد باید مورد توجه قرار گیرد.
۱۲۰.....	آنچه در زمینه اختلال مصرف مواد باید بدانیم.
۱۲۲.....	برنامه آموزش خود مراقبتی
۱۲۳.....	پیام های سلامت روان

فصل هشتم: مشارکت اجتماعی

۱۲۹.....	مقدمه و بیان هدف
۱۲۹.....	ارکان اجرای برنامه آموزش سلامت در این حوزه به گروه ها
۱۳۰.....	مراحل اجرای برنامه آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به گروهها.....
۱۳۱.....	تحلیل نیازهای سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد جامعه
۱۳۲.....	برنامه ریزی برای راه اندازی عملیات ارتقاء سلامت در حوزه سلامتروانی اجتماعی و اعتیاد با بهره گیری از مشارکت جامعه
۱۳۴.....	برنامه ریزی آموزشی برای گروههای هدف

فصل نهم: حمایتهای روانی اجتماعی در حوادث و بلایا ،

۱۳۹.....	تعاریف و مفاهیم
۱۴۰.....	واکنشها و علائم روانی در گروههای آسیب پذیر.....
۱۴۱.....	مراحل مختلف واکنشهای روانی و رفتاری پس از بلایا.....
۱۴۱.....	کودکان.....
۱۴۲.....	زنان.....
۱۴۲.....	سالمنندان.....
۱۴۲.....	چه کسانی را باید به تیم حمایت های روانی – اجتماعی ارجاع دهید؟
۱۴۳.....	توصیه هایی برای والدین کودکان آسیب دیده
۱۴۴.....	با ورود به منطقه حادثه دیده، به عنوان امدادگر چه باید کرد؟
۱۴۴.....	نکاتی درباره سوگ.....
۱۴۵.....	چگونه باید از خود مراقبت کرد ؟
۱۴۵.....	برای رفع این علایم چه باید کرد؟

فصل دهم : پیشگیری از خودکشی ،

۱۴۹.....	مقدمه
۱۵۰.....	آموزش افراد کلیدی جامعه.....

صفحه	عنوان
۱۵۲	افراد کلیدی جامعه.....
۱۵۲	افراد در خطر / پرخطر برای اقدام به خودکشی.....
۱۵۴	باورهای غلط و واقعیت در خودکشی
۱۵۴	چگونه شخص با افکار خودکشی را شناسایی کنید.....
۱۵۶	چگونه شخص مستعد خودکشی را مدیریت کنید
۱۵۶	افراد کم خطر در اقدام به خودکشی
۱۵۷	افراد پرخطر در اقدام به خودکشی
۱۵۸	ارجاع دادن فرد مستعد خودکشی
۱۵۸	چه کارهایی انجام دهید و چه کارهایی انجام ندهید.....
۱۶۰	افرادی که اخیراً اقدام به خودکشی کرده اند.....

بخش دوم

بسته خدمات بالینی (مراقبتی) مراقب سلامت

الف، سلامت روان؛

۱۶۵	کلیات، تعاریف و مفاهیم
۱۶۹	مراقبت سلامت روان گروههای سنی ۶ تا ۱۵ سال
۱۷۲	مراقبت گر وههای سنی بالای ۱۵ سال.....
۱۷۵	مراقبت سلامت روان گروه سنی سالمندان.....

ب: مراقبت از رفتارهای پرخطر(مصرف دخانیات، مواد و الکل)

۱۷۷	ارزیابی رفتارهای پرخطر ۶ تا ۱۰ سال.....
۱۷۸	ارزیابی رفتارهای پرخطر ۱۱ تا ۱۸ سال.....
۱۸۰	ارزیابی اختلالات مصرف مواد ۱۱ تا ۱۸ سال.....
۱۸۲	پرسشنامه غربالگری درگیری با مصرف سیگار، مواد و الکل
۱۸۴	مقدمه سئوالات غربالگری در حوزه اعتیاد.....
۱۸۵	راهنمای ارزیابی و پیگیری استعمال دخانیات، اختلال مصرف دارو و مواد.....
۱۹۴	اختلال مصرف / وابستگی مواد
۱۹۵	راهنمای ارزیابی اختلال مصرف یا وابستگی مواد در مادران باردار.....
۱۹۸	راهنمای ارزیابی اختلال مصرف یا وابستگی مواد در زایمان، تولد و شیردهی
۱۹۹	راهنمای ارزیابی اختلال مصرف یا وابستگی مواد در نوزادان.....
۲۰۰	راهنمای ارزیابی اختلال مصرف یا وابستگی مواد در کودکان.....

صفحه	عنوان
۲۰۲	راهنمای ارزیابی اختلال مصرف یا وابستگی مواد در نوجوانان و مدارس
۲۰۳	راهنمای ارزیابی اختلال مصرف یا وابستگی مواد در جوانان
۲۰۵	راهنمای ارزیابی اختلال مصرف یا وابستگی مواد در بزرگسالان
۲۰۸	راهنمای ارزیابی اختلال مصرف یا وابستگی مواد در سالمندان

ج: خدمات سلامت اجتماعی

۲۱۱	راهنمای ارزیابی و مراقبت مادران در خشونت خانگی
۲۱۳	راهنمای ارزیابی و مراقبت گروه سنی تا ۶ سال در خشونت خانگی
۲۱۴	راهنمای ارزیابی و مراقبت گروه سنی تا ۱۸-۷ سال در خشونت
۲۱۵	راهنمای ارزیابی و مراقبت گروه سنی جوانان در خشونت
۲۱۸	راهنمای ارزیابی و مراقبت گروه سنی ۳۰ تا ۵۹ سال در خشونت

بخش سوم

مروری بر اهداف، راهبردها و فعالیت های مراقب سلامت در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

۲۲۱	مقدمه
۲۲۲	اهداف برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
۲۲۲	گروههای هدف در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
۲۲۳	استراتژیهای برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
۲۲۳	اصول و ضوابط ارائه خدمات سلامت روان در مراکز و مجتمع های سلامت
۲۲۳	فعالیت های مورد انتظار در مراکز و مجتمع های سلامت
۲۲۴	سطح بندی خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد در مراکز سلامت
۲۲۴	ویزیت پایه
۲۲۵	ویزیت دوره ای
۲۲۵	خدمات مراقبت و پیگیری فعال
۲۲۵	فلوچارت فرآیند ویزیت پایه و غربالگری جمعیت تحت پوشش توسط مراقب سلامت
۲۲۶	خدمات مورد انتظار در برنامه های سلامت روانی اجتماعی به تفکیک گروههای سنی
۲۲۹	شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت
۲۳۰	شرح وظایف اختصاصی مراقب سلامت در حوزه پیشگیری از اعتیاد
۲۳۶	ابزار ارائه خدمات مراقب سلامت در غربالگری و مراقبت گروههای سنی
۲۴۳	دستورالعمل ارجاع هم سطح از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان

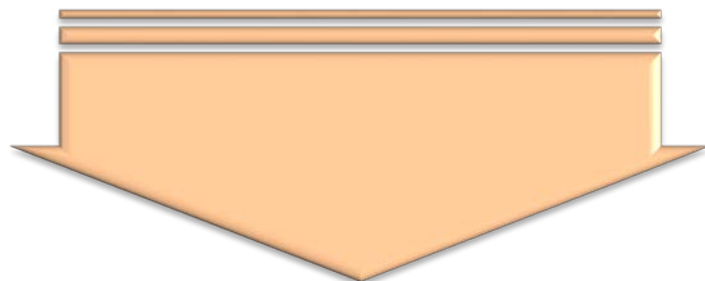
	فلوچارت های فنی و اجرایی مراقب سلامت در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
۲۴۴.....	الف: فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی
۲۴۶.....	ب: فلوچارت برنامه پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل
۲۴۸.....	ج: فلوچارت فرآیند ارائه خدمات سلامت اجتماعی

بخش چهارم

مستند سازی خدمات و فعالیت های کارشناس مراقب سلامت در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

۲۵۱.....	مقدمه
۲۵۲.....	گزارش روزانه وضعیت غربالگری برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
۲۵۳.....	فرم و دستورالعمل ثبت روند پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی و روانشناختی
۲۵۵.....	فرم و دستورالعمل شناسایی، ارجاع و مراقبت افراد در معرض خطر عوامل اجتماعی و اختلالات مصرف مواد
۲۵۷.....	فرم و دستورالعمل ثبت و پیگیری تلفنی موارد دارای مشکلات روانپزشکی
۲۵۹.....	فرم و دستورالعمل ثبت و گزارش آموزش گروهی ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
۲۶۰.....	فرم و دستورالعمل ثبت نام و معرفی جهت شرکت در کلاس / کارگاههای ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
۲۶۱.....	فرم پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی و سوء مصرف و وابستگی الکل و اعتیاد توسط کارکنان بهداشتی
۲۶۲.....	جدول موارد قابل پیگیری و آموزش بیمار و خانواده (۶-۱)
۲۶۸.....	فرم ثبت و گزارش خدمات تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (روانی اجتماعی و اعتیاد)
۲۷۱.....	فرم گزارش نتایج برنامه های آموزش و ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
۲۷۱.....	فرم گزارش نتایج برنامه های آموزش و ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
۲۷۵.....	چک لیست ارزیابی کارشناس مراقب سلامت در حوزه برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

راهنمای فنی، تخصصی و اجرایی کارشناسان مراقب سلامت
در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد



بخش اول

بسته آموزشی

کارشناس مراقب سلامت

عناوین این بخش؛

- ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- آشنایی با چارچوب برنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- شناسایی گروههای هدف و ارزیابی خانور
- ارتباط با گروههای هدف در برنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- مروری بر اختلالات شایع روانپزشکی، مصرف مواد و برخی مشکلات شایع
- مراقبت و پیگیری در برنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- آموزش در برنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- مشارکت اجتماعی
- حمایت های روانی اجتماعی در بلایا
- پیشگیری از خودکشی

نام کتاب :	بسته آموزشی کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
نویسندگان :	دکتر احمد حاجبی، علی اسدی، دکتر علیرضا نوروزی، سهیلا امیدنیا، صدیقه خادم، طاهره زیادلو، معصومه قاسم زاده، سمیه یزدانی، مهرو محمد صادقی
. 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	۴۹۳۱
شابک :	

اسامی گردآوردندگان ویرایش اول (۱۳۹۱)

دکتر جعفر بوالهیری
دکتر محمدرضا رهبر
دکتر میترا حفاظی
معصومه افسری
مصلح میرزایی
شیرین مشیرپور
فاطمه عادل‌مند

اسامی گرد آوردندگان و بازبین کنندگان ویرایش دوم (۱۳۹۴)

دکتر احمد حاجبی
علی اسدی
دکتر علیرضا نوروزی
سهیلا امیدنیا
صدیقه خادم
طاهره زیادلو
معصومه قاسم زاده
سمیه یزدانی
مهرو محمد صادقی

سازماندهی و اضافه نمودن بخش سه و چهاردر مرکز بهداشت استان آذربایجانشرقی (۱۳۹۵)

وهاب اصل رحیمی
اعظم موسوی نژاد

با تشکر از همراهی و همکاری همکاران محترم ؛ سرکار خانم نیر صادق پور، مینو مهینی ، اعظم همتی، محبوبه طاهری

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جناب آقای دکتر علی اکبر سیاری

که ما را در تهیه و تدوین این مجموعه یاری نمودند

پیشگفتار

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

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۶، حدود ۱۳ درصد از کل بار بیماری‌ها به علت اختلالات روانپزشکی ارزیابی شده و این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۱۶ درصد افزایش خواهد یافت. در کل جهان میزان شیوع اختلالات روانی در تمام طول عمر بیش از ۲۵ درصد است. مطالعه بار بیماری‌ها در ایران نشان می‌دهد که اختلالات 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.

اعتیاد به مواد یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی در قرن حاضر است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد می‌گردد، بلکه آسیب‌های دیگری نظیر افزایش حوادث ترافیکی، غیبت از کار، تزلزل در انسجام خانواده و بزهکاری را نیز سبب می‌گردد. بنابراین با توجه به میزان شیوع اعتیاد در کشور و معضلات بهداشتی و اجتماعی ناشی از آن، کاملاً منطقی است که اعتیاد به عنوان یکی از چند اولویت بهداشتی کشور، که سلامت جامعه را به خطر می‌اندازد، محسوب گردد و برای پیشگیری و درمان آن برنامه‌ریزی اصولی و اقدامات جامعی به عمل آید. مصرف مواد موجب شیوع برخی از بیماری‌های عفونی، و مواردی نظیر ایدز نیز می‌باشد. ویروس ایدز در معتادین در موارد بسیاری از طریق اعتیاد تزریقی و استفاده از

سرنگ مشترک بین چند نفر انتقال می‌یابد. تحقیقات و بررسی‌هایی که در زمینه شیوع اعتیاد در جامعه ایران در سالیان گذشته انجام گرفته است، همگی مؤید شیوع نسبتاً بالای اعتیاد در کشور هستند.

در برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و در راستای سند چشم انداز ۲۰ ساله با رویکرد انسان سالم، سلامت همه جانبه، پیشرفت عدالت، ارتقاء شاخص‌های سلامت روان و نیز مبارزه با سوء مصرف مواد و مشکلات اجتماعی مورد تأکید قرار گرفته است. از سوی دیگر با در نظر گرفتن گستره عوامل تأثیر گذار بر حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد این نکته آشکار می‌شود که مسئولیت تأمین سلامت جامعه در این حوزه فراتر از وظائف یک سازمان است و این مهم نیاز به هماهنگی و همکاری‌های بین‌بخشی دارد.

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

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

دکتر احمد حاجبی

مشاور معاون بهداشت در حوزه سلامت روانی و اعتیاد - بهار ۱۳۹۴

مقدمه

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

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

نکات پایه فراگیری سلامت روان

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

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

کنجکاوی نمایید.

فراگیری آموزشهای این دوره و این کتاب نه تنها نگاهی جدید به شما می‌دهد و افقی بی‌انتهای را در خدمت به مراجعان در برابر شما باز می‌کند، بلکه احساس و رویکردی حمایتی، روانشناختی، انسانی، و معنوی به شما خواهد داد که موجب موفقیت بیشتر در شناخت رنج‌ها و در زندگی شخصی، خانوادگی حرفه‌ای شما می‌گردد. گرچه محتوای این کتاب به بیماری‌ها و مشکلات بسیاری در حوزه روان پرداخته است اما خدمات سلامت روان ارزان، ساده، مؤثر و در دسترس، است، و نیازمند داروها، و تجهیزات پزشکی پیچیده و گران قیمت و حتی در موارد بسیاری نیازمند ارجاع به مراکز تخصصی و بستری در بیمارستان نیست. این خدمت به ویژه اگر همراه با خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارائه شود به راحتی موجب کاهش بار بیماری‌ها، کاهش مصرف داروها، کاهش میزان خودکشی و اعتیاد، و کاهش هزینه خدمات پزشکی و بیمارستانی در همه رشته‌ها می‌شود.

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

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

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

این کتاب حاصل ۳۰ سال تجربه اجرای برنامه بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشور و

پژوهش‌های انجام شده در این مورد به ویژه بهره‌گیری از نتایج دو طرح مطالعاتی بازنگری برنامه سلامت روان و تدوین کتاب سلامت روان برای بهورزان است که با تلاش جمع زیادی نگارش یافته و از همگان سپاسگزاری می‌گردد.

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

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

دکتر جعفر بوالهروی - بهار ۱۳۹۴



فصل اول

ارتقاء سواد سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

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

واژگان کلیدی

- پیشگیری در سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی
- سطوح پیشگیری
- عوامل خطر ساز و محافظت کننده
- کاهش آسیب
- شبکه‌های اجتماعی

عناوین فصل

- ❖ سلامت جسمی، روانی و اجتماعی
- ❖ اهمیت برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ❖ تعاریف و مفاهیم
- ❖ شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ❖ عوامل خطر ساز
- ❖ عوامل محافظت کننده
- ❖ تعیین کننده‌های اجتماعی - اقتصادی و محیطی
- ❖ عوامل فردی و خانوادگی
- ❖ راهبردهای کاهش آسیب و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی

سلامت جسمی، روانی و اجتماعی



در چند دهه گذشته نه تنها روز به روز بر اهمیت سلامت روانی، اجتماعی افزوده شده است، بلکه داشتن سلامت و بهزیستی معنوی هم برای سلامت افراد لازم شمرده شده است. در این تعریف جامع، تنها نبود بیماری جسمی دلیل داشتن سلامتی نیست، بلکه سلامت یک وضعیت چندوجهی است. فرد سالم نه تنها باید بیماری جسمی نداشته باشد باید دارای سلامتی و تعادل در حالات عاطفی، روانی، رفتاری،

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

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

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

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

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

از طرف دیگر روابط اجتماعی سالم در بستری از شرایط اجتماعی مناسب و شکوفا جزء حقوق انسانی است که بایستی توسط خود فرد و همچنین دولت‌ها در جهت ایجاد و تداوم آن مورد توجه قرار گیرد. منظور از روابط اجتماعی سالم ارتباط فراتر از دو نفر که توأم با احترام و خالی از شائبه و خشونت باشد. این ارتباط در سطح خانواده هسته‌ای شامل ارتباط میان همسران، والدین با فرزندان و فرزندان با یکدیگر است. همچنین در سطح روابط با اطرافیان، خانواده همسر و دوستان و آشنایان نیز از اهمیت خاصی برخوردارند.

در کشور ما بسیاری از مشکلات خانوادگی و حتی فروپاشی آنها به دلیل عدم ارتباط صحیح زوجین با خانواده‌های طرفین و دخالت نابجای خانواده‌ها در امور زندگی زوج‌های جوان است. از طرفی ارتباطات افراد با سازمان‌ها و بالعکس نیز نیاز به توجه ویژه‌ای دارد. رفتارهای داوطلبی در قالب تشکل‌های مردم نهاد یکی از ارکان مهم زندگی و حقوق شهروندی است که نه تنها با مدیریت کلان مغایرتی ندارد بلکه در بسیاری جهات مکمل و یاری‌رسان آن می‌تواند باشد. احساس مسئولیت و تعلق شهروندان در امور محلی و شهری تنها از طریق مشارکت فعال آنها حاصل می‌گردد. بدین ترتیب مردمی که در امور زندگی خود مشارکت می‌کنند احساس ارزشمندی و مفید بودن نموده و از روحیه و نشاط اجتماعی بالاتری نیز برخوردار می‌گردند. در چنین شرایطی رفتار غیراجتماعی و ضداجتماعی کاهش پیدا نموده و سرمایه اجتماعی نیز افزایش می‌یابد.

مطالعات نشان می‌دهند که تنها افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی و اختلال مصرف مواد نیستند که عملکرد اجتماعی نامطلوبی دارند، بلکه فقر و حاشیه‌نشینی، درآمد پایین، احساس نابرابری و بی‌عدالتی اجتماعی نیز از عوامل خطر سلامت اجتماعی است که می‌تواند ایفای نقش اجتماعی و رضایت از زندگی را تحت‌الشعاع خود قرار دهد. در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد نیز شما با برنامه‌هایی آشنا خواهید شد که خدمات مرتبط با سلامت روانی، اجتماعی و کنترل مصرف مواد را به صورت فعالیت‌هایی به متقاضیان دریافت خدمت، ارائه خواهد داد که هدف و نتیجه آنها تأمین سلامت جامعه است.

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

تعاریف و مفاهیم

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

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

اصول سلامت روانی، اجتماعی به سادگی بهداشت عمومی نیست زیرا عواملی که بیماری‌های جسمی را ایجاد می‌نمایند در مجموع شناخته شده‌اند، اما در ایجاد بیماری‌های روانی چندین عامل (عوامل جسمی، روانی، اجتماعی) باید دست بدست هم بدهند تا بیماری ایجاد گردد. در نتیجه پیشگیری از آنها کار آسانی نیست. پیشگیری در سلامت روانی، اجتماعی متکی بر اصول بهداشت عمومی بوده و به پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم می‌شود. کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر، تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با آسیب‌های مرتبط با مصرف و تحمل فیزیولوژیک نسبت به مواد مشخص می‌گردد.

اختلال مصرف مواد: یک الگوی آسیب‌شناختی از رفتارهای مرتبط با مصرف مواد که با نقص کنترل، اُفت اختلال

مصرف مواد در طبقه‌بندی‌های جدید جایگزین تشخیص اختلالات مصرف مواد شامل سوءمصرف و وابستگی شده است. اختلال مصرف مواد بر حسب تعداد ملاک‌های تشخیصی مثبت به سه سطح خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی می‌شود.

مواد: شامل همه ترکیباتی است که واجد خواص روان‌گردان بوده و مصرف آنها موجب تغییر در رفتار (مانند عصبانیت)، اختلال در خلق و خوی (افسردگی)، اختلال در قضاوت و شعور فرد (فراموشی و بی توجهی) می‌شود. **وابستگی:** به مجموعه‌ای از تغییرات جسمی، رفتاری و شناختی اطلاق می‌شود که متعاقب مصرف یک ماده یا یک کلاس از مواد در فرد ایجاد شده و در آن مصرف آن ماده از سایر رفتارهایی که قبلاً ارزش بیشتری داشتند، اولویت بالاتری پیدا می‌کند. یک خصوصیت توصیفی مرکزی در سندرم وابستگی میل (اغلب قوی، گاهی فراتر از قدرت فرد) برای مصرف مواد، الکل یا تنباکو است. تشخیص سندرم وابستگی در دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های ذیل اختلالات روانی و رفتاری ناشی از مصرف مواد تعریف شده است.

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

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

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

سلامت اجتماعی در ابعاد اجتماعی و فردی قابل مطالعه است:

◀ **بعد اجتماعی سلامت اجتماعی:** در این بعد سلامت اجتماعی ویژگی جامعه‌ای است که شهروندان آن به صورت عادلانه‌ای به منابع و امکانات جامعه برای تحقق حقوق شهروندی خود دسترسی دارند.

◀ **بعد فردی سلامت اجتماعی:** در بعد فردی منظور از سلامت اجتماعی نحوه تعامل فرد با افراد دیگر جامعه، نحوه عملکرد جامعه در برابر او و نیز نحوه تعامل فرد با سازمانها و هنجارهای اجتماعی است.

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

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

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

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

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

(۱) پیشگیری سطح اول: فرایندی است که از طریق کاهش شرایط زمینه‌ساز، موجب کاهش خطر ابتلا به بیماری روان‌پزشکی، اعتیاد و مشکلات اجتماعی و جلوگیری از بروز آن می‌شود. نمونه‌های پیشگیری سطح اول یا پیشگیری اولیه عبارتند از: مراقبت دوران بارداری، بهبود برنامه‌های آموزشی مدارس، برنامه‌های کاهش تبعیض، آموزش مهارت‌های فرزندپروری، مهارت‌های زندگی، حمایت‌های روانی، اجتماعی از آسیب دیدگان بحران‌ها و بلایا، کمک به کودکان تک‌سرپرست، آموزش پیشگیری از همسرآزاری، مشاوره ازدواج، مشارکت‌های بین بخشی بهداشت و آموزش و پرورش و رابطین بهداشتی و مشارکت مادران در برنامه‌های بهداشتی.

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

ارجاع مناسب پس از ارزیابی اولیه صورت می‌گیرد. کشف زودهنگام افرادی که درگیری در حد مصرف آسیب‌رسان در رابطه با مصرف مواد دارند، شناسایی خانه به خانه موارد جدید بیماران روان‌پزشکی، شناسایی

موارد همسرآزاری و انجام آزمون هوش در دانش آموزان سه نمونه از غربالگری‌های مورد استفاده به منظور پیشگیری ثانویه هستند.

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

شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

سلامت روانی و اجتماعی و اختلالات مصرف مواد تحت تأثیر عوامل مختلفی چون عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و زیستی هستند و نباید فکر کنیم که یک عامل به تنهایی آنها را به وجود می‌آورد. مثلاً سطح پایین سواد، مشکل مسکن و درآمد، عوامل خطری برای سلامت روانی، اجتماعی و اختلال مصرف مواد هستند. همچنین برای ارتقای سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد، وجود فضایی که از حقوق اولیه اجتماعی و سیاسی - اقتصادی حمایت کند؛ ضروری است. اگر قوانینی نباشند که آزادی و امنیت را تأمین کنند، دستیابی به سطوح بالای سلامت بسیار دشوار است.

بر اساس آنچه گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که عوامل اجتماعی سهم بالایی در رخداد اختلالات روان‌پزشکی دارند. با توجه به انتخاب رویکرد کنترل عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت از سوی دولت و از جمله بخش سلامت در کشور ایران، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی و اجتماعی بیش از پیش مطرح شده است. نکته دیگری که باید به آن اشاره کرد این است که در مورد بسیاری از بیماری‌های جسمی می‌توان به علت یا علل مشکل پی برده و مداخله مستقیم انجام



داد اما در زمینه پیشگیری از اختلالات روان‌پزشکی و ارتقای بهداشت روان، علت یا علل مسئله روشن نیست و بهترین راه این است که عوامل خطر ساز برای ابتلا و عوامل محافظت‌کننده از بیماری روانی را بشناسیم و در برنامه‌های پیشگیری و ارتقا بر روی آنها کار کنیم.

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

عوامل محافظت‌کننده: عواملی هستند که مقاومت فرد را نسبت به عوامل خطر ساز و بیماری‌ها بالا برده و از سلامتی محافظت می‌کنند. هم عوامل خطر ساز و هم عوامل محافظت‌کننده می‌توانند مربوط به فرد یا خانواده باشند و هم ناشی از شرایط محیط بیرونی، شرایط اجتماعی و اقتصادی باشند.

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

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

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

کارشناسان مراقب سلامت خانواده به عنوان عضوی از تیم سلامت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با آنها آشنا شوند و از طریق آموزش‌هایی که به آنها داده می‌شود و همچنین با همکاری سایر اعضای تیم، بتوانند یک گام فراتر رفته و در مداخلات اجتماع محور با جلب حمایت سیاستگذاران محلی به سمت تحقق معنای مثبت سلامت پیش روند. این فعالیت‌ها همان چیزی است که ما به عنوان پیشگیری و ارتقا از آنها نام می‌بریم.

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

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

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

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

تعیین کننده‌های سلامت روانی - اجتماعی

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

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

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

(۱) بهبود تغذیه

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

(۲) تهیه مسکن

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

(۳) افزایش دسترسی به آموزش

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

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

(۴) کاهش ناامنی اقتصادی

فقر، محرومیت نسبی و انزوای اجتماعی تاثیر مهمی بر سلامتی و نیز مرگ زودرس دارند. فقر مطلق یعنی کمبود مایحتاج ضروری اولیه زندگی که هنوز در برخی از غنی‌ترین کشورهای اروپایی نیز وجود دارد. در این میان به طور

اخص، افراد بیکار، گروه‌های اقلیت قومی، کارگران خارجی، افراد ناتوان، پناهندگان و افراد بی‌خانمان در معرض خطر قرار دارند. کسانی که در خیابانها زندگی می‌کنند میزان مرگ بالاتری دارند.

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

۵) تقویت شبکه‌های اجتماعی

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

۶) کاهش دسترسی به مواد

مداخلات نظام‌مند و مؤثر برای کاهش بار مرتبط با مصرف تنباکو می‌تواند در سطح بین‌المللی ملی و منطقه‌ای انجام شود که نمونه‌های آن عبارتند از: افزایش مالیات، ایجاد محدودیت در دسترسی و ممنوعیت‌های کلی بر هر نوع تبلیغات مستقیم و غیرمستقیم (برای مثال ممنوعیت مصرف سیگار توسط هنر پیشه‌های نقش اول در فیلم‌ها و سریال‌ها).

در کشور ما ممنوعیت کامل برای مصرف سایر مواد وجود دارد اما مداخلات محدودکننده دسترسی و تبلیغات

تباکو نظیر اعمال مالیات، محدودیت اماکن فروش و ممنوعیت تبلیغات می‌تواند مؤثر واقع شود. یکی از اقداماتی که در بسیاری از کشورها مؤثر واقع شده، افزایش مالیات بر توتون و تباکو است. مثلاً افزایش ۱۰٪ مالیات بر توتون در سال ۲۰۰۱ گسترش و مصرف محصولات توتون (سیگار و تباکو و...) را در کشورهای با درآمد بالا، ۵٪ و در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، ۸٪ کاهش داده است.

۷) کاهش عوامل استرس‌زا و بالا بردن تاب‌آوری

شواهد فراوانی وجود دارد که برنامه‌های پیشگیری در سال‌های اولیه رشد، یکی از راهبردهای قدرتمند پیشگیری است. موفق‌ترین برنامه‌هایی که با عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده در اوایل زندگی سر و کار دارند، جمعیت کودکان در معرض خطر به ویژه کودکانی از خانواده‌های با درآمد و سطح تحصیلی پایین را هدف قرار می‌دهند. این برنامه‌ها عبارتند از مداخلات ویزیت در منزل در دوران حاملگی و اوایل کودکی (۲ سال اول)، مداخله برای درمان مصرف سیگار و سایر مواد در دوران حاملگی، آموزش والدین و آموزش‌های پیش از مدرسه.

از مصداق‌های این نوع پیشگیری، اقدامات و برنامه‌های ویزیت در منزل در بارداری و پس از تولد برای مادران در معرض خطر است، که به آنان نحوه صحیح تعامل با کودک را آموزش دهد.

۸) کاهش کودک‌آزاری و غفلت از کودکان

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

برنامه‌هایی برای مادران در معرض خطر (مثل مادران جوان و یا مادرانی که از اختلالات روانی رنج می‌برند) برای پیشگیری از کودک‌آزاری جسمی و غفلت از کودک.

برنامه‌های محافظت از خود برای کودکان مدرسه برای جلوگیری از کودک‌آزاری جنسی. این برنامه‌ها دانش و مهارت‌هایی را به کودکان یاد می‌دهد که بتوانند از قربانی شدن خود جلوگیری کنند.

۹) مقابله با بیماری روانی والدین

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

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

۱۰) مقابله با آشفتگی خانواده

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

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

۱۱) تسهیل مشارکت اجتماعی در توسعه محلی

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

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

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

خلاصه فصل

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

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

سلامت چیزی بیش از فقدان بیماری است.

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

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

۱۱ راهبرد برای ارتقاء سلامت روانی اجتماعی عبارتند از :

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

تمرین در کلاس درس

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

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

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

تمرین در خارج از کلاس درس

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

عوامل خطر فردی زمینه ساز برای اختلالات مصرف مواد:

- ✓ خطر درک شده پایین درباره مصرف مواد محرک
- ✓ نگرش و انتظارت مثبت از مصرف
- ✓ تجربه مصرف در سن پایین
- ✓ هیجان طلبی بالا
- ✓ ضعف مهارت‌های اجتماعی
- ✓ باورهای و نگرش‌های مثبت درباره مواد در گروه همسان
- ✓ مصرف مواد در گروه همسان

عوامل خانوادگی زمینه ساز برای اختلالات مصرف مواد:

- ✓ ضعف در مدیریت و نظارت خانواده
- ✓ نگرش و باور مثبت درباره مصرف مواد در خانواده
- ✓ مصرف مواد در خانواده
- ✓ دلبستگی پایین به خانواده

با این توضیح به این دو سؤال جواب دهید.

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

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

فصل دوم

آشنایی با چارچوب برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

۱. اهداف برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را بیان کنید.
۲. شرح وظائف کارشناس مراقب سلامت خانواده را در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ذکر کنید.
۳. چارچوب برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و هر یک از اجزاء آن را توضیح دهید.

واژگان کلیدی

- چارچوب برنامه
- برقراری ارتباط
- گروه هدف
- مداخله
- مراقبت
- پایش و ارزشیابی

عناوین فصل

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



اهداف برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

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

۱. پیشگیری از بروز اختلالات روان پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
۲. کاهش شیوع اختلالات روان پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
۳. کاهش مرگ ها و ناتوانی های ناشی از اختلالات روان پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
۴. کاهش آسیب های ناشی از مصرف مواد

نقش مراکز سلامت شهری در برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

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

۱. برقراری ارتباط با گروه های هدف
۲. بیماریابی و تشخیص افراد در معرض خطر اختلالات روان پزشکی، مصرف مواد و آسیب های اجتماعی
۳. ارجاع بیماران به پزشک مرکز سلامت شهری
۴. مراقبت و پیگیری بیماران
۵. ثبت و گزارش دهی اطلاعات آماری
۶. آموزش اصول سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد به گروه های هدف
۷. آموزش و تسهیل دسترسی به وسایل کاهش آسیب برای گروه های هدف

چارچوب فعالیت ها در برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

در این فصل به منظور درک مناسب از برنامه های این حوزه، چارچوب فعالیت ها در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ذکر شده است. این چارچوب در زمینه راهکارهای ارائه خدمات، نگرش کلی را برای کارشناسان مراقب سلامت خانواده ایجاد می کند. بخش های مختلف این چارچوب عبارتند از:

۱. شناسایی گروه های هدف و ارزیابی خانوار
۲. برقراری ارتباط با گروه های هدف
۳. انجام مداخلات لازم
۴. مراقبت و پیگیری بیماران
۵. پایش و ارزشیابی برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

شناسایی گروه‌های هدف و ارزیابی خانوار :



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

۱. افراد مبتلا یا مشکوک به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و همچنین افراد در معرض خطر
۲. آسیب‌های اجتماعی (به طور مثال: بیکاری، اخراج از محل کار، ترک تحصیل خشونت و آزار در خانواده، طلاق یا جدایی، زندان و ورشکستگی)
۳. خانواده افرادی که در بند قبلی به آنها اشاره گردید.
۴. گروه‌های در معرض خطر در جامعه برای کارشناس مراقب سلامت
۵. سایر مراجعان به مراکز سلامت شهری که درخواست خدمات سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دارند.

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

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف

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

آموزش به گروه های هدف:



یکی از مداخلات اثربخش برای گروه هدف، آموزش، حفظ و ارتقاء سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد می باشد. این آموزش در قالب مشاوره چهره به چهره و آموزش های گروهی انجام می شود. موضوعات زیر در فصل های دیگر این کتاب به طور مجزا و به تفصیل آمده است اما با توجه به اهمیت آموزش در ادامه مختصری به آن

اشاره شده است. مباحث عمده و مهم در آموزش بیماران و خانواده آنها عبارتند از:

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

انجام مداخلات لازم:



پس از آنکه کارشناس مراقب سلامت گروه هدف را با استفاده از سؤالات فرم های غربالگری شناسایی کرد، باید فرد شناسایی شده را جهت ارزیابی بیشتر، تشخیص قطعی و دریافت خدمات درمانی و بر حسب مورد به پزشک مرکز سلامت شهری و یا کارشناس سلامت روان ارجاع دهد و پس از بازگشت بیمار از مرکز (بازخورد ارجاع)، مشخصات بیمار را بر اساس تشخیص و توصیه های پزشک در فرم آمار اختلالات روانی، اختلالات مصرف مواد و مشکلات اجتماعی، فرم

پیگیری بیماران، فرم ثبت مراجعات بیمار و فرم ارجاع و مراقبت بیماران ثبت نماید. بر این مبنا اساساً کار کارشناس مراقب سلامت در حوزه برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد غربالگری و مراقبت است. بدیهی است مداخلات درمانی در این زمینه مربوط به پزشکان و در مواردی کارشناس سلامت روان (تحت نظر پزشک) خواهد بود. کارشناس مراقب سلامت خانواده باید در مورد اختلال روان پزشکی و مصرف مواد تشخیص داده شده به وسیله پزشک، اقدام به مراقبت نماید. فصل ۵ این کتاب به منظور آشنایی کارشناسان مراقب سلامت خانواده با موارد شایع اختلالات روان پزشکی، مصرف مواد، بعضی از مشکلات اجتماعی و علائم و نشانه های آن، اختصاص یافته است. مطالب این فصل می تواند به کارشناسان مراقب سلامت خانواده نگرش مفیدی برای انجام غربالگری و مراقبت دهد. علاوه بر این اقدامات، آموزش گروه های هدف توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده در قالب آموزش های فردی و گروهی و ترغیب مشارکت مردمی در برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، مداخله ای ارزشمند است.

مراقبت و پیگیری بیماران:

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

◀ استمرار درمان و مراجعه به پزشک و یا کارشناس سلامت روان در موعد تعیین شده

◀ پیگیری و عدم قطع دارو بدون نظر پزشک

◀ روند بیماری از نظر بهبود یا وخامت ابتلاء به اختلال توأم

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

پایش و ارزشیابی برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد:

کارکنان سطوح بالاتر خدمات (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشت استان، ستاد کشوری سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد) دانش، مهارت و عملکرد کارشناسان مراقب سلامت خانواده را در تمام جنبه های مربوط به وظائفش مورد پایش و ارزشیابی قرار می دهند. علاوه بر این کارشناس مراقب سلامت خانواده نیز می تواند عملکرد خود را در زمینه برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مورد پایش و ارزشیابی قرار دهد. لازم است سطح آگاهی و دانش کارشناس مراقب سلامت خانواده از نظر آشنایی با مباحث برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، مراحل اجرای برنامه و متون آموزشی سنجیده شود. همچنین نحوه برقراری ارتباط کارشناس مراقب سلامت خانواده با گروه های هدف و کمیت و کیفیت بیماریابی مورد ارزیابی قرار گیرد. علاوه بر این باید مداخلاتی که کارشناس مراقب سلامت خانواده انجام می دهد اعم از آموزش، ارجاع بیماران، پیگیری و مراقبت بیماران و ثبت و گزارش دهی آمار بیماران و افراد دارای مشکل بررسی شود. بنابراین کارشناس مراقب سلامت خانواده باید جهت ارتقاء کیفیت ارائه خدمات و انجام مسئولیت های خود به سؤالات فرم پایش و نظارت دقت و توجه کافی را داشته باشد و فعالیت های پایش را به نحوی به انجام برساند که در زمان پایش توسط سطوح بالاتر، کارها به صورت منسجم، منظم و با روال صحیح به انجام رسیده باشد و آمادگی کافی برای پاسخ گویی به ناظرین را داشته باشد.

خلاصه فصل

- ❖ اهداف برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد عبارت است از: تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت روانی، اجتماعی جامعه، پیشگیری از ابتلا به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی، درمان و کاهش آسیب های ناشی از آنها،
- ❖ وظائف کارشناسان مراقب سلامت خانواده در برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد عبارت است از: بیماریابی، ارجاع بیماران، پیگیری و مراقبت بیماران، آموزش به بیماران و خانواده آنها و عموم جامعه، ثبت و گزارش دهی آمار
- ❖ گروه های هدف در برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شامل جمعیت عمومی، گروه های جمعیتی در معرض خطر، افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی و مصرف مواد، افراد دارای مشکلات اجتماعی و خانواده های آنها می باشد.
- ❖ به منظور آموزش جمعیت تحت پوشش، کارشناس مراقب سلامت خانواده مردم را با اصول سلامت روانی، اجتماعی و روش های پیشگیری از مصرف مواد و مشکلات اجتماعی آشنا می کند و مشارکت آنها را برای مراجعه به مراکز بهداشتی، درمانی در مواقع بروز اختلال یا مشکل جلب می نماید.
- ❖ کارشناس مراقب سلامت خانواده پس از شناسایی بیمار یا افراد در معرض خطر وی را به پزشک مرکز سلامت شهری ارجاع می دهد و پس از تشخیص پزشک و ارائه توصیه های درمانی توسط پزشک، کارشناس مراقب سلامت خانواده وضعیت بیمار را در فرم های مربوطه ثبت می کند و وضعیت او را تحت مراقبت و پیگیری قرار می دهد .

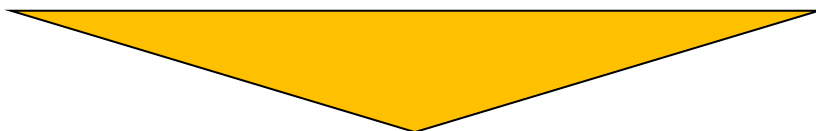
تمرین در کلاس درس

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

تمرین خارج از کلاس

- ❖ اهداف کلی و اختصاصی برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را ذکر کنید.
- ❖ شرح وظائف کارشناس مراقب سلامت خانواده را در برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد توضیح دهید.
- ❖ چارچوب فعالیت ها در برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شامل چه مواردی است؟ راجع به هر کدام به طور خلاصه توضیح دهید.

فصل سوم



شناسایی گروه‌های هدف و ارزیابی خانوار

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

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

واژگان کلیدی

- ❖ گروه هدف
- ❖ گروه‌های آسیب‌پذیر
- ❖ شناسایی گروه هدف
- ❖ ارجاع بیماران و افراد در معرض خطر مشکلات اجتماعی
- ❖ پیگیری و ثبت موارد تشخیص داده شده

عناوین فصل

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

مقدمه

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

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

تعریف غربالگری (بیماریابی)

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



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

- ◀ ترس از انگ اجتماعی اختلال روان پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
- ◀ نگرانی درباره پیامدهای منفی افشاء مشکل یا اختلال به عنوان مثل اخراج از محل کار در فرد مبتلاء به اختلالات مصرف مواد
- ◀ نگرانی از عوارض داروهای روان پزشکی
- ◀ باورها و نگرش های خرافی در مورد راه های درمان اختلالات روان پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی

◀ عدم پذیرش اختلال به دلیل فقدان بینش در مورد بیماری (برخی از بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک و اختلال مصرف مواد تصور می‌کنند سالم هستند و نیازی به دریافت خدمات درمانی ندارند).

تعریف انگ بیمار روانی:



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

باورهای نادرستی که به آن اشاره شد، برخی از مردم با نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه همکاری نکرده و جهت دریافت خدمات سلامت روان مراجعه نمی‌کنند. در این صورت و بعد از تشخیص بیماری توسط پزشک؛ ترغیب و آگاهی بخشی به مبتلایان اختلال روان پزشکی و یا افراد درگیر مشکلات اجتماعی جهت دریافت خدمات درمانی و عمل به توصیه‌های درمانی پزشک از وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده است.

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

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

گروه‌های هدف در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

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

عهده دار حفظ و ارتقاء سلامت آنها باشد.

این گروه‌ها در جمعیت تحت پوشش پایگاه‌های سلامت عبارتند از:

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

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

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

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

یادآوری

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



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

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

روش شناسایی افراد مشکوک به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و در معرض مشکلات اجتماعی

اولین مراجعه (فراخوان):

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

مراجعه به پایگاه سلامت

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

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

از آنجا که افراد مشکوک به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و در معرض مشکلات اجتماعی را یک بار در نخستین غربالگری، شناسایی نموده و از سوی دیگر افراد جدید ورود به مراکز سلامت جامعه و افراد مشکوک به



اختلالات در طول زمان به کارشناس مراقب سلامت خانواده مراجعه می نمایند، انتظار بر این است که در طول سال و سالهای بعد کلیه افراد در منطقه تحت پوشش قرار گرفته باشند، با این وجود با توجه به این که در برخی موارد افراد مبتلا به اختلالات و یا در معرض مشکلات اجتماعی از مراجعه به پرسنل بهداشتی و پزشکان خودداری می کنند و یا این که نسبت به مشکل خود بیش و پذیرش ندارند، برخی موارد افراد نیازمند به مراقبت، در برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، شناسایی نمی شوند به همین منظور کار غربالگری را باید هر پنج سال یک بار تکرار نمود.

گروههای آسیب پذیر در برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

تعریف گروههای آسیب پذیر:

در میان جمعیت عمومی تحت پوشش مراکز سلامت جامعه، عده ای از افراد جزء گروههای آسیب پذیر محسوب می شوند. برخی افراد در برابر استرس ها و مشکلات آسیب پذیری بیشتری دارند و آمادگی بیشتری برای ابتلاء به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی دارند. این افراد در مقایسه با دیگران در مقابل استرس ها و مشکلات محیطی از توان مقابله و مقاومت کمتری برخوردارند و زودتر دچار اختلالات و مشکلات می شوند. با شناسایی به موقع این افراد و ارائه آموزش های لازم به آنها و خانواده هایشان می توان از بروز اختلالات و مشکلات پیشگیری کرد. برخی از گروههای آسیب پذیر در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شامل افراد زیر هستند:

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

و

گروههای آسیب پذیر، افرادی هستند که در شرایط دشوار و استرس زا بیشتر دچار آسیب می شوند

و زودتر مقاومت خود را از دست می دهند.

اهمیت شناسایی (غربالگری) مبتلایان به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و

افراد در معرض خطر مشکلات اجتماعی

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

تذکر

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

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

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

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

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

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

داستان ۱:

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

ارجاع بیماران:

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

بازخورد ارجاع

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

موارد ارجاع فوری

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

◀ اختلال در سطح هوشیاری

◀ توهم و هذیان

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

داستان ۲:

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

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

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

غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان

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

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

نمره گذاری:

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

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

- ◀ افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.
- ◀ در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه (نمی‌دانم/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.

پرستشگر گرامی: از آزمودنی سؤالات زیر را بپرسید. بر روی جملاتی که زیر آن خط کشیده شده و کلماتی که برجسته شده‌اند، تأکید کنید.

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

۱- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید، مضطرب و عصبی هستید؟ <input type="checkbox"/> همیشه (۱) <input type="checkbox"/> بیشتر اوقات (۲) <input type="checkbox"/> گاهی اوقات (۳) <input type="checkbox"/> بندرت (۴) <input type="checkbox"/> اصلاً (۵) <input type="checkbox"/> نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد (۹)
۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟ <input type="checkbox"/> همیشه (۱) <input type="checkbox"/> بیشتر اوقات (۲) <input type="checkbox"/> گاهی اوقات (۳) <input type="checkbox"/> بندرت (۴) <input type="checkbox"/> اصلاً (۵) <input type="checkbox"/> نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد (۹)
۳- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی‌قراری می‌کردید؟ <input type="checkbox"/> همیشه (۱) <input type="checkbox"/> بیشتر اوقات (۲) <input type="checkbox"/> گاهی اوقات (۳) <input type="checkbox"/> بندرت (۴) <input type="checkbox"/> اصلاً (۵) <input type="checkbox"/> نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد (۹)
۴- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟ <input type="checkbox"/> همیشه (۱) <input type="checkbox"/> بیشتر اوقات (۲) <input type="checkbox"/> گاهی اوقات (۳) <input type="checkbox"/> بندرت (۴) <input type="checkbox"/> اصلاً (۵) <input type="checkbox"/> نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد (۹)
۵- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟ <input type="checkbox"/> همیشه (۱) <input type="checkbox"/> بیشتر اوقات (۲) <input type="checkbox"/> گاهی اوقات (۳) <input type="checkbox"/> بندرت (۴) <input type="checkbox"/> اصلاً (۵) <input type="checkbox"/> نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد (۹)
۶- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی‌ارزشی می‌کردید؟ <input type="checkbox"/> همیشه (۱) <input type="checkbox"/> بیشتر اوقات (۲) <input type="checkbox"/> گاهی اوقات (۳) <input type="checkbox"/> بندرت (۴) <input type="checkbox"/> اصلاً (۵) <input type="checkbox"/> نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد (۹)

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

پرستشگر گرامی، سؤالات ۷-۱۱ از خود فرد پرسیده می‌شود و در صورت لزوم برای بررسی بیشتر این سؤالات از والدین و یا سایر همراهان فرد سؤال شود.

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

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

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

سؤالات غربالگری صرع

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

آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد. بلی خیر

در کودکان سنین مدرسه سؤال می‌شود که آیا گاهی اوقات مات زده شده به گونه‌ای که چند لحظه‌ای به جایی خیره می‌شود، لب‌ها یا زبانش را به حالت غیرارادی حرکت داده یا می‌لیسد. بلی خیر

کودکی که به دنبال تب شدید دچار تشنج می‌شود (۶ ماهگی تا ۶ سالگی) بلی خیر

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

سؤالات غربالگری معلولیت ذهنی*

در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد. بلی خیر

قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توال رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. بلی خیر

نمی‌تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند. بلی خیر

توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد. بلی خیر

بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است. بلی خیر

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد فوق برای بررسی معلولیت ذهنی، به پزشک ارجاع شود (برای

کودکان زیر ۶ سال به بررسی سیر تکامل کودک در حیطه‌های مختلف رشد در بسته کودک ناخوش مراجعه شود).

غربالگری اولیه درگیری با الکل، سیگار و مواد

مقدمه سؤالات غربالگری در حوزه اعتیاد

در این بخش می‌خواهم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف سیگار، الکل و مواد در طول عمر و سه ماه گذشته

پیرسم. این مواد را می‌توان به صورت تدخینی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد

(کارت مواد را نشان دهید). این ارزیابی برای تمام مراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی

انجام می‌شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است.

برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای

ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهای که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم.

اما، اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف

می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید.

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

تاریخ تکمیل فرم:

بله	خیر	پرسش صورت پذیرفت به هر یک: در سه ماه اخیر چگونه؟	بله	خیر	پرسش ۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)
					ب- داروهای مسن اپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات و غیره)
					ج- داروهای آرام‌بخش‌ها یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)
					د- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره)
					پرسش ۲- مواد دیگر چگونه؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)
					الف- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هروین، کراک هروین، غیره)
					ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
					ج- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)
					د- سایر- مشخص کنید:

دستورالعمل غربالگری اولیه:

مقدمه

- پیش از شروع پرسش‌گری برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید که در این بخش می‌خواهید پرسش‌های درباره مصرف سیگار، الکل و مواد پیرسید.
- به خدمت‌گیرنده یادآور شوید این خدمت به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.
- برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «برخی از مواد فهرست‌شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. اما، اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه‌شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید.
- به خدمت‌گیرنده توضیح دهید پاسخ‌گویی باز و صادقانه به تیم سلامت در ارزیابی خدمات مورد نیاز کمک می‌کند هر چند مراجعه‌کننده می‌تواند در صورت عدم تمایل به این پرسش‌ها پاسخ ندهد.

پرسش ۱

- پرسش ۱ را برای تمام گروههای مواد پیش‌بینی شده ذیل آن پرسید.
- در صورت پاسخ منفی به تمام مواد بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»
- پاسخ مراجع را در محل پیش‌بینی شده درج نمایید.
- سپس پرسش ۲ را پرسید.

پرسش ۲

- در صورت پاسخ مثبت، پاسخ را برای سایر گروههای مواد پیش‌بینی ذیل پرسش ۲ تکمیل کنید.
- در صورت پاسخ منفی به پرسش ۲ بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»
- در صورتی که نام خیابانی مواد مورد استفاده در منطقه شما با مثال‌های ارائه شده در جدول متفاوت باشد، شما می‌توانید با هماهنگی با اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مثال‌های متناسب با منطقه خود را به جدول اضافه فرمایید.

پرسش ۳

- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از گروههای مواد در پرسش ۱ و ۲ پرسش ۳ را پرسید.
- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد، از مراجع تشکر نموده، بازخورد ارائه داده و او را برای غربالگری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.
- در صورت پاسخ منفی به تمام موارد، از مراجع تشکر نموده و بازخورد متناسب ارائه دهید.

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

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

غربالگری اولیه در مشکلات مربوط به حوزه سلامت اجتماعی

مقدمه دستورالعمل غربالگری در حوزه سلامت اجتماعی:

- قبل از پرسشگری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه اطلاعات شخصی شما بپرسم.»
 - برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری بررسی اطلاعات شخصی مراجعین است. این اطلاعات عمومی بوده و برای ارائه خدمات مناسب به افراد تهیه شده است.»
 - در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»
 - به خدمت‌گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.»
 - به خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «پاسخ‌گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.»
- در غربالگری افراد با توجه به اطلاعات بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که فرد از نظر عوامل خطر مشکلات اجتماعی، غربال مثبت است و یا به عبارتی در معرض خطر مشکلات اجتماعی قرار دارد و نیاز است که جهت بررسی بیشتر و در صورت نیاز دریافت خدمت به کارشناس سلامت روان یا در مواردی به پزشک مرکز سلامت جامعه ارجاع گردد.
- موارد ذیل به عنوان افراد در معرض خطر مشکلات اجتماعی در نظر گرفته می‌شوند:
- افراد یا خانواده هایی که به نوعی تحت پوشش یکی از سازمانها حمایتی (بند ۶) از جمله بهزیستی یا کمیته امداد امام خمینی (ره) می‌باشند.
 - فرد مصاحبه شونده مبتلا به یکی از معلولیت‌های روانی (اختلال روانپزشکی شدید و مزمن) و یا یکی از معلولیت‌های جسمی باشد.
 - خانواده هایی که دارای فرد مبتلا به معلولیت جدی جسمی یا ذهنی می‌باشند (منظور از معلولیت جدی جسمی یا ذهنی مواردی است که باعث ناتوانی شدید یا از کارافتادگی فرد شده است).
 - فرد به دلیل از کارافتادگی شغل خود را از دست داده باشد.
 - هر کدام از موارد ذکر شده در آیت ۹ وجود داشته باشد.

۱	جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
۲	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> متارکه <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> همسر فوت شده <input type="checkbox"/>
۳	گروه سنی: زیر ۱۸ سال <input type="checkbox"/> ۱۹-۲۹ <input type="checkbox"/> ۳۰-۴۵ <input type="checkbox"/> ۴۶-۶۵ <input type="checkbox"/> ۶۶ به بالا <input type="checkbox"/>
۴	سطح تحصیلات: بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> بالاتر از لیسانس <input type="checkbox"/>
۵	وضعیت اشتغال: شاغل <input type="checkbox"/> خانه‌دار <input type="checkbox"/> محصل <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> از کار افتاده <input type="checkbox"/>
۶	میزان درآمد: زیر یک میلیون تومان <input type="checkbox"/> زیر دو میلیون تومان <input type="checkbox"/> زیر ۳ میلیون تومان <input type="checkbox"/> ۳ میلیون تومان به بالا <input type="checkbox"/>
۷	تحت پوشش سازمانهای: بهزیستی <input type="checkbox"/> کمیته امداد امام(ره) <input type="checkbox"/> سایر سازمانهای حمایتی <input type="checkbox"/>
۸	تعداد فرزندان: بدون فرزند <input type="checkbox"/> ۱ فرزند <input type="checkbox"/> ۲ فرزند <input type="checkbox"/> ۳ فرزند <input type="checkbox"/> بالای ۳ فرزند <input type="checkbox"/>
۹	وضعیت مسکن: ۱- ملک شخصی <input type="checkbox"/> ۲- استیجاری <input type="checkbox"/> ۳- ملک غیر شخصی و غیر استیجاری <input type="checkbox"/>
۱۰	کدامیک از موارد زیر در مورد شما صادق است: بیکاری خود فرد یا سرپرست خانوار <input type="checkbox"/> اخراج از کار خود فرد یا سرپرست خانوار <input type="checkbox"/> ترک تحصیل <input type="checkbox"/> اشتغال به کار اجباری <input type="checkbox"/>
*	در کودک (کودک کار) <input type="checkbox"/> خشونت و آزار از طرف همسر <input type="checkbox"/> اعمال خشونت نسبت به شما در خانواده <input type="checkbox"/> طلاق یا جدایی <input type="checkbox"/> سابقه زندان در خانواده <input type="checkbox"/> ورشکستگی فرد یا خانوار فعلی <input type="checkbox"/> اعتیاد در خود فرد یا خانواده درجه اول <input type="checkbox"/>

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

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

بیماریابی بر اساس شناسنامه سلامت دانش آموزی



با توجه به تداوم رفتارها و عوامل خطرری مرتبط با بیماریها از دوران کودکی و نوجوانی تا سنین بزرگسالی، تدوین یک نظام مراقبت در سنین کودکی و نوجوانی می‌تواند داده‌های مبتنی بر شواهد را در اختیار مسئولین و سیاستمداران در امر بهداشت و سلامت قرار دهد. این نظام همچنین قادر خواهد بود روند رفتارها و عوامل خطرزا را در طول زمان ثبت نماید و زمینه‌ای برای فعالیت‌های جهت‌دار پیشگیری ابتدایی و اولیه از

بیماریهای سنین بزرگسالی به ویژه بیماری‌های غیرواگیر در سطح کشور فراهم آورد. از آنجایی که بسیاری از رفتارهای تأثیرگذار بر سلامت و سبک زندگی در سنین کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرد این سنین بهترین فرصت ممکن برای سرمایه‌گذاری سلامت در جهت بهبود و رشد شاخص‌های سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی است.

با توجه به روند رو به فزونی بسیاری از رفتارهای پرخطر در میان کودکان و نوجوانان مانند افزایش گرایش به

قلیان و سیگار و کاهش سن مصرف، روش‌های ناکارآمد برای مقابله با هیجانات و کنترل بروز احساسات، در صورت ابتلا به برخی از مشکلات روان‌شناختی و مصرف مواد، شناسایی به موقع امکان درمان مؤثر را فراهم کرده و از مزمن شدن اختلال و عوارض آن برای دانش‌آموزان و خانواده‌ها کاسته می‌شود.

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

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

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

نمونه‌ای دیگر از سؤالات بیماریابی اختلالات روان پزشکی برای کارشناس مراقب سلامت خانواده (جهت مطالعه بیشتر)

خبر	بله	علائم اختلالات
		۱. فردی که هر چند وقت یکبار در بیداری یا خواب دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده، دست و پا می‌زند و کف از دهانش خارج می‌شود.
		۲. کودکی که در سن مدرسه گاهی مات زده شده و چند لحظه به جایی خیره می‌شود، لب و زبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می‌لیسد.
		۳. کودکی که به دنبال تب شدید دچار تشنج می‌شود.
		۴. کودک در ۴ تا ۵ ماهگی گردن نمی‌گیرد، در ۱۰ تا ۱۲ ماهگی نمی‌نشیند، در ۱ تا ۱/۵ سالگی راه نمی‌رود، در ۲ تا ۳ سالگی حرف نمی‌زند، در ۳ تا ۴ سالگی جای خود را شبها خیس می‌کند.
		۵. دانش آموزی که از نظر درسی از همه ضعیف تر است، مرتب مردود می‌شود و یا از مدرسه اخراج شده است، مشکلات بند ۴ را هم داشته است.
		۶. فرد بزرگسالی که رفتار کودکانه دارد، هوش او کمتر از دیگران است، شغل ندارد، قادر به یادگیری کار جدیدی نیست، مشکلات بندهای ۴ و ۵ را داشته است.
		۷. فردی که توهم و هذیان و گفتار غیر منطقی دارد، صداهایی را می‌شنود که دیگران نمی‌شنوند، چیزهایی را می‌بیند که دیگران نمی‌بینند، سوء ظن دارد، فکر می‌کند دیگران می‌خواهند او را بکشند یا همسرش دارد به او خیانت می‌کند (برای این افکار هیچ گونه شواهدی موجود نیست). رفتارهای عجیب و غریب دارد، شکلک در می‌آورد، به درو دیوار خیره می‌شود، با خودش حرف می‌زند یا می‌خندد.
		۸. فردی که خیلی غمگین و بی حوصله است، تنهایی را دوست دارد، گریه می‌کند، مشکلات خواب و اشتها دارد، گاهی اوقات نمی‌تواند کارهایش را انجام دهد، افت تحصیلی دارد، از مدرسه غیبت می‌کند.
		۹. از زندگی ناامید است، افکار خودکشی دارد یا به خودکشی اقدام می‌کند.
		۱۰. فردی که بدون دلیل خوشحال و پرحرف و پرتحرک است، بی‌خوابی شدید دارد، کارهای زیاد بی‌هدفی انجام می‌دهد، هیچوقت از بی‌خوابی و پرکاری خسته نمی‌شود، خود را مهم می‌داند، مدام آواز و شعر می‌خواند، خیلی زود عصبانی یا خندان یا گریان می‌شود.
		۱۱. فردی که اضطراب دارد و بیقرار است.

نمونه‌ای دیگر از سئوالات بیماریابی اختلالات روان پزشکی برای کارشناس مراقب سلامت خانواده (جهت مطالعه بیشتر)

بله	خیر	علائم اختلالات
		۱. فردی که عصبی و پرخاشگر است.
		۲. فردی که وسواس دارد.
		۳. فردی که بدون وجود بیماری جسمی دچار دردهای پراکنده بدنی است.
		۴. به طور مداوم و بی دلیل دچار تشویش، دلهره و نگرانی می‌شود؟
		۵. از موارد زیر دچار احساس ترس و وحشت می‌شود: تاریکی، ارتفاع، آب، حیوانات، مکان‌های بسته، صحبت کردن در جمع
		۶. در موارد زیل دست به اعمال تکراری می‌زنید و آنها را با وسواس و حساسیت زیاد انجام می‌دهد:
		۷. نظافت و شستشو، شمارش اعداد و وسایل، مرتب کردن وسایل و نظم دادن به آنها، چک کردن بسته بودن شیر گاز و درب منزل
		۸. قبلاً دچار حادثه‌ای شده است که اکنون از یادآوری صحنه‌های آن دچار وحشت می‌شود یا راجع به آن کابوس می‌بیند؟
		۹. به دردها، مشکلات و بیماری‌های جسمانی مبتلا است که پزشکان علت جسمی برای آن نیافته اند و علت آن را عصبی می‌دانند؟
		۱۰. احساس غمگینی، اندوه و ناامیدی می‌کند؟ زیاد گریه می‌کند؟
		۱۱. گوشه گیر است و با کسی ارتباط برقرار نمی‌کند؟
		۱۲. بی دلیل و بیش از حد خوشحال است؟ زیاد حرف می‌زند و زیاد می‌خندد؟
		۱۳. عصبی و پرخاشگر است؟
		۱۴. به خودکشی فکر می‌کند؟
		۱۵. قبلاً به خودکشی اقدام کرده است؟
		۱۶. دست به رفتارهای خشونت آمیز می‌زند که موجب آسیب به خود یا آسیب به دیگران می‌شود؟
		۱۷. با خودش حرف می‌زند؟
		۱۸. صداهایی را می‌شنود که دیگران نمی‌شنوند یا چیزهایی را می‌بیند که دیگران نمی‌بینند؟
		۱۹. معتقد است که دیگران او را تعقیب می‌کنند و قصد کشتن او و یا آسیب رساندن به او را دارند؟
		۲۰. معتقد است که رئیس جمهور، امام، پیغمبر یا شخص مهمی است؟
		۲۱. قبلاً به خودکشی اقدام کرده است؟
		۲۲. دست به رفتارهای خشونت آمیز می‌زند که موجب آسیب به خود یا آسیب به دیگر می‌شود؟
		۲۳. قادر نیست امور شخصی خود را انجام دهد؟ (غذا خوردن، نظافت کردن خود، لباس عوض کردن و ...)
		۲۴. تا کنون دچار حمله تشنج شده است که به دنبال آن غش کند و بیهوش شود (حمله صرع)؟
		۲۵. تا کنون پیش آمده که فرزند خردسال برای چند لحظه حالت بهت زدگی داشته باشد و به یک نقطه خیره بماند و هشیاری خود را در آن لحظات از دست بدهد؟
		۲۶. فرزند خردسال از نظر مراحل رشد (سینه خیز رفتن، چهار دست و پا رفتن، راه رفتن، حرف زدن) مطابق با سن خود و مانند همسالان خود است؟
		۲۷. فرزند خانواده بیش از اندازه پرتحرک و فعال است و مدام جست و خیز می‌کند؟
		۲۸. فرزند خانواده کارهای زیر را انجام می‌دهد: آزار حیوانات، تخریب وسایل، دزدی، دروغگویی، فرار از مدرسه یا منزل، آتش افروزی، زورگویی، کتک کاری، پرخاشگری و خشونت، ناخن جویدن
		۲۹. فرزند شما لکنت زبان یا تیک دارد؟
		۳۰. فرزند خانواده (بعد از سن ۳ سالگی) ادارو مدفوع خود را کنترل می‌کند؟

خلاصه فصل

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

تمرین در کلاس درس

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

تمرین خارج از کلاس

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

فصل چهارم

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

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

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

واژگان کلیدی

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

عناوین فصل

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

مقدمه



برقراری ارتباط در برنامه های سلامت به مفهوم به کارگیری راهکارهایی به منظور آگاه سازی و تاثیر بر تصمیمات فرد و جامعه برای ارتقاء سلامت است. در دهه های اخیر فضای پیچیده تبادل اطلاعات دچار تغییرات چشم گیری شده است. علاوه بر این، مسائل و معضلات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، شکل هایی کاملاً

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

برقراری ارتباط برای ارتقاء سلامت

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

توانمند سازی شناختی مجموعه ای از باورها و رفتارهایی است که افراد می توانند بر اساس آن بر محیط زندگی خود تاثیر بگذارند.

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

طبقه بندی گروه های هدف برای ارائه خدمات حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

حال که دریافته ایم سلامت روانی و اجتماعی موضوعی برای تمامی افراد جامعه با هر ویژگی است باید به نکته ای دیگر در زمینه ارائه خدمات توجه نماییم. این موضوع طبقه بندی افراد با نیازهای مشابه برای دریافت خدمات معین است. در اغلب موارد درک نیاز به خدمات از طریق مشاوره با افراد صورت می پذیرد. با این وجود همواره افرادی خاص از جامعه که تحت شرایط ویژه ای زندگی می کنند در معرض مخاطرات سلامت بوده و به

خدمات تقریباً یکسانی نیاز دارند. رویکردهای مختلفی برای طبقه‌بندی گروه‌های هدف برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد می‌توان پیدا کرد؛ اما آنچه که در این کتاب مورد تاکید قرار می‌گیرد انتخاب گروه‌های هدف بر دو مبناست. مبنای نخست، طبقه‌بندی گروه‌های هدف براساس اختلالات شایع روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی است. این رویکرد در محتوای اصلی فصل ۵ مورد اشاره قرار گرفته است و شامل طبقه‌بندی افراد در گروه‌هایی نظیر مبتلایان به افسردگی و اضطراب، اختلالات دو قطبی، انواع اختلالات مصرف مواد و مشکلات اجتماعی است. مبنای دوم، انتخاب گروه‌های هدف براساس گروه‌های سنی است. در این رویکرد، گروه‌های سنی واجد قرار گرفتن در دسته‌های افراد در معرض مخاطرات و بیماری‌های خاص تلقی می‌شوند. این رویکرد برای ارائه بسته‌ای از خدمات ادغام یافته مختلف به یک حیطه سنی همواره مورد نظر ارائه‌دهندگان خدمات است.

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

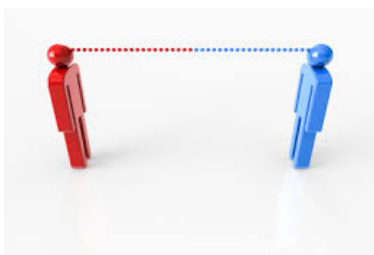
بدین منظور جداول و دستورالعمل‌های مشخصی طراحی شده است که با استفاده از آنها می‌توان این اقدام را به صورتی سازمان دهی شده و کارآمد انجام داد.

مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط

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

تعریف ارتباط

ارتباط عبارت است از فرایند ارسال و دریافت پیام



ارتباط مؤثر:

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

یک ارتباط نامؤثر :

- ◀ باعث ایجاد سوء تفاهم می شود.
- ◀ منجر به نارضایتی، احساس تنهایی و تعارض در افراد خانواده و جامعه می گردد .
- ◀ در طول زمان می تواند اعتماد به نفس فرد را مختل کند و احساس درماندگی و در نتیجه آسیب های روان و اجتماعی ایجاد نماید .
- ◀ توانایی فرد برای مقابله با مشکلات زندگی را کاهش بدهد.

عناصر اصلی ارتباط (کلامی و غیر کلامی)

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

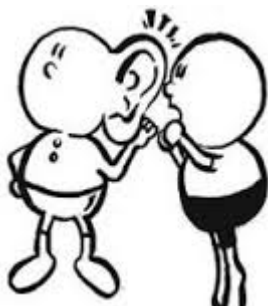
عناصر کلامی ارتباط شامل آن وجهی از ارتباط است که اختصاصاً به محتوای کلامی و فرایند بیان کلامی مربوط می گردد.

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

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

عناصر غیر کلامی ارتباط شامل آن وجهی از ارتباط هستند که اختصاصاً به جنبه هایی غیر از محتوای کلامی و فرایند بیان کلامی مربوط می گردند. در این مقوله می توان به تن صدا، آهنگ صدا، تماس چشمی، حالات چهره ای و حرکات بدنی، یعنی آنچه که عناصر غیر کلامی ارتباط می نامیم نیز استفاده می کنند.

گوش دادن فعال



شنیدن و گوش دادن دو مقوله متفاوت هستند. شنیدن عمل ادراک اصوات می باشد. این عمل غیر ارادی بوده و فقط به دریافت محرک شنیداری اطلاق می گردد.

گوش دادن فعالیتی انتخابی است که شامل دریافت و تفسیر محرک های شنیداری می باشد. این عمل رمزگردانی اصوات به معانی را نیز در بر دارد.

گوش دادن به دو طبقه اصلی تقسیم می شود: گوش دادن فعال و گوش دادن غیر فعال. گوش دادن غیر فعال

از نظر کیفیت، کمی بالاتر از شنیدن است و زمانی رخ می دهد که گیرنده پیام، انگیزه زیادی برای گوش دادن دقیق ندارد. گوش دادن به موسیقی، تلویزیون، گوش دادن از روی ادب، نمونه هایی از گوش دادن غیرفعال هستند. از آنجا که در گوش دادن غیرفعال تنها بخشی از ذهن ما درگیر توجه کردن می باشد، لذا هنگام گوش دادن به دیگران، احتمال پرت شدن حواس (یعنی تفکر در مورد چیزهای دیگری غیر از موضوع اصلی) وجود دارد. بهترین راه برای حل این مشکل، گوش دادن فعال یعنی گوش دادن هدفمند می باشد. بنابراین گوش دادن فعال را می توان گوش دادن هدفمند معرفی کرد. اهداف گوش دادن فعال عبارتند از:

- ◀ کسب اطلاعات
- ◀ گرفتن راهنمایی
- ◀ درک راهنمایی
- ◀ درک دیگران
- ◀ حل مشکلات
- ◀ فهمیدن احساسات دیگران
- ◀ حمایت عاطفی دیگران

روش های مؤثر برای گوش دادن فعال شامل: توجه به فرد مقابل، پرسیدن سؤال، بازخورد دادن، بازگو کردن و خلاصه سازی می باشد.

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

توصیه هایی برای کارآمد تر کردن ارتباط کلامی

هنگام صحبت کردن:

- ◀ مطمئن شوید که شنونده فرصت سؤال کردن یا اظهار نظر کردن را دارد.
- ◀ سعی کنید خود را جای شنونده قرار دهید و احساسات او را در نظر بگیرید.
- ◀ آنچه را می خواهید بگویید، واضح بیان کنید.
- ◀ به شنونده نگاه کنید.
- ◀ مطمئن شوید که آنچه می گوئید با تن صدا و زبان بدنی شما هماهنگی دارد.
- ◀ تن و آهنگ صدای خود را تغییر دهید.
- ◀ مبهم صحبت نکرده و بیان جزئیات زیاد موضوع را پیچیده نکنید.
- ◀ از دیدن علائم آشفتگی در شنونده غفلت نکنید.



هنگام گوش دادن :

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

موانع ارتباط مؤثر

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



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

خلاصه فصل

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

تمرین در کلاس درس

با ایجاد امکان بحث و گفتگوی مشارکتی در کلاس درس در زمینه بازاریابی اجتماعی برای سلامت روانی و اجتماعی مباحثه کنید. در این مباحثات روشن نمایید که "اساساً چگونه می‌توان مردم را تشویق نمود به صورت داوطلبانه و بدون هیچ اجبار از خدمات حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد بهره‌مند شوند؟"

در قالب تیمی که تشکیل داده‌اید روشن نمایید که "چرا طبقه‌بندی گروه‌های هدف ضرورت می‌یابد .

به نظر شما کدامیک از مهارت‌های نام برده شده در این فصل برای برقراری ارتباط با گروه‌های هدف از اهمیت بیشتری برخوردارند؟ دلایل خود را ذکر کنید .

با استفاده از روش ایفای نقش، نمونه‌هایی از روش‌های برقراری ارتباط با افراد را اجرا نمایید. در هر بار از ایفای نقش، گروهی از همکلاسیان می‌توانند ناظر ایفای نقش بوده و اشکالات را پس از اجرای آن بازگو نموده و دوباره ایفای نقش با گروهی دیگر تکرار شود.

تمرین در خارج از کلاس

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

❖ فن بیان و سخنوری

❖ مهارت مدیریت و رهبری

❖ برقراری ارتباط بین فردی

فصل پنجم

مروری بر اختلالات شایع روان‌پزشکی، مصرف مواد و بعضی از مشکلات اجتماعی

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

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

واژگان کلیدی

- ❖ اختلالات خلقی
- ❖ افسردگی
- ❖ اختلالات دو قطبی
- ❖ خودکشی
- ❖ اختلالات سایکوتیک
- ❖ اختلالات مصرف مواد
- ❖ خشونت خانگی

عناوین فصل

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

اختلالات خلقی:

اختلالات خلقی به طور کلی به دو گروه عمده اختلالات افسردگی و اختلالات دوقطبی تقسیم می‌گردند. در اختلالات افسردگی در مدت زمانی که چند هفته یا چند ماه طول می‌کشد، فرد از لحاظ هیجانی و خلقی بیش از حد غمگین، بی‌علاقه و ناامید است. در اختلالات دوقطبی فرد علاوه بر دوره‌هایی از افسردگی دوره‌هایی به نام مانیا را نیز تجربه می‌کند در حالت مانیا فرد در مدت زمانی که ممکن است چند روز (حداقل ۷ روز) تا چند هفته طول بکشد بیش از حد سرخوش، شاد، پراثری یا تحریک‌پذیر است.

توجه: بیماری که حداقل یک دوره مانیا را تجربه کرده است هر چند در حال حاضر در حالت افسردگی باشد همچنان مبتلا به اختلال دوقطبی محسوب می‌شود.

افسردگی:

مقدمه و تعاریف:

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

نشانه‌های افسردگی:

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

توجه:

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

خلق افسرده: احساس غمگینی، بی‌حوصلگی، پوچی، زود گریه کردن، کاهش واضح علاقه یا لذت از

اموری که قبلاً مورد علاقه فرد بوده است، **مثال‌ها:**

- ◀ فردی که قبلاً از شرکت در جشن‌ها یا مهمانی‌ها لذت می‌برده، اکنون رغبت و علاقه‌ای به این گونه امور نشان نمی‌دهد. فرد گوشه‌گیری از جمع و تنهایی را ترجیح می‌دهد.
- ◀ فرد علاقه‌ای به انجام تفریحات مورد علاقه خود که در گذشته انجام می‌داده، نشان نمی‌دهد.
- ◀ چیزی موجب خوشحالی، نشاط و اشتیاق در فرد نمی‌شود، بازی با بچه‌ها، گردش، سفر و...

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

خستگی و کاهش انرژی: خستگی زودرس و کسالت در انجام فعالیت‌های معمول فرد ممکن است بدون

انجام کار سنگین نیز احساس بی‌رمقی و خستگی زیاد نسبت به گذشته احساس کند.

احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه: کاهش اعتماد به نفس، سرزنش خود، احساس گناه شدید و عذاب

وجدان بدون علت واضح یا منطقی.

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

همیشه، خواب آلودگی در طول روز

کاهش توانایی انجام فعالیت‌های روزمره: افت واضح کارایی و توانایی فرد در فعالیتهای شغلی،

تحصیلی، اجتماعی که منجر به غیبت از کار، تحصیل، گوشه‌گیری از جمع یا ناتوانی از انجام امور منزل یا شخصی فرد شود.

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

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

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

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار:

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

ارجاع بیماران:

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

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

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

درمان افسردگی شامل درمان‌های دارویی (نظیر فلوکستین، سیتالوپرام، سرتالین نورتریتیلین، آمی‌تریپتیلین، ایمی‌پرامین و...) و

درمان‌های غیر دارویی (مشاوره، روان درمانی و...) است که توسط پزشک و در مواردی بر حسب صلاحدید پزشک توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و بر اساس راهنمای درمان اختلالات برای بیمار اجرا خواهد شد. توجه: از فردی که نشانه‌ها و علائم افسردگی را دارد حتماً راجع به افکار خودکشی به همراه قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران سؤال کنید:

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

مراقبت و پیگیری بیماران توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده:

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

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

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

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

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

- ۱- بیمارانی که افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته‌اند.
- ۲- بیمارانی که دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پی‌گیری ندارند.
- ۳- شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان.

۴- کارشناس مراقب سلامت خانواده چنانچه در پیگیری‌های خود موارد فوق را شناسایی نمود ضمن آموزش به بیمار و خانواده تلاش خواهد نمود که بیمار سریع تر و زودتر از موعد مقرر توسط پزشک مربوطه ویزیت شود.

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

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

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

اختلالات دوقطبی:

مقدمه و تعاریف:

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

علل و علائم اختلالات دوقطبی:

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

سایر علائم اختلال دوقطبی (حالت مانیا):

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

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

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار:

کارشناسان مراقب سلامت خانواده با استفاده از فرم غربالگری فرد یا اعضاء خانوار را مورد ارزیابی قرار داده و مطابق جدول اقدامات لازم را انجام می‌دهند.

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

چنانچه فردی اخیراً دچار سرخوشی و نشاط غیر عادی، عصبانیت و پرخاشگری بیش از حد شده است و سایر علایمی همچون بی خوابی شدید همراه با افزایش انرژی، پر حرفی و افزایش فعالیت‌های فرد به مدت حداقل یک هفته وجود داشته باشد و به گونه‌ای باشد که در زندگی و کارهای فرد ایجاد اختلال نموده و از نظر اطرافیان نیز پدیده‌ای عادی و همیشگی برای آن فرد تلقی نشود احتمال اختلال دوقطبی (مانیا) مطرح است در این حالت در مورد قصد یا اقدام بیمار برای آسیب به خود یا دیگران پرسید. و در صورت احتمال خطر جدی در این مورد بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید. بیمار ممکن است همزمان دچار علایمی از توهم یا هذیان (سایکوز) نیز باشد که در این صورت باید ارجاع فوری به پزشک انجام شود.



۱. **توهم:** ادراک بدون وجود محرک (مانند شنیدن صداهایی که دیگران

آنها را نمی‌شنوند و دیدن چیزهایی که دیگران آنها را نمی‌بینند).

۲. **هذیان:** فکر یا باور غلط که فرد به آن اعتقاد دارد و برای او قابل تردید

نیست و منطبق بر زمینه تحصیلی، فرهنگی و اجتماعی او نیست؛ (مانند

اینکه فرد معتقد است که یک مقام رده بالای کشوری یا جهانی است یا

فکر می‌کند اشخاصی او را تعقیب می‌کنند و می‌خواهند به او صدمه بزنند).

توجه:

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

پیگیری و مراقبت بیمار مبتلا به اختلالات دوقطبی:

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

اورژانس‌های روانپزشکی

خودکشی:

خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خود فرد است. اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به

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

علل روانی:

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

علل جسمی:

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

علل اجتماعی:

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

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

باورهای غلط درباره خودکشی:

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

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

◀ نکات کلی در برخورد با فردی که از خودکشی صحبت می کند:

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

پیگیری و مراقبت:

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

۱. آیا احساس می کنید از زندگی کردن خسته شده اید؟ زندگی ارزش زنده ماندن ندارد؟
۲. آیا احساس می کنید می خواهید به زندگی خود خاتمه دهید.

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

از سایر اورژانس های روانپزشکی به طور خلاصه می توان به حملات اضطرابی حاد (پانیک)، علایم سایکوز حاد، پرخاشگری و مسمویت با داروهایی چون لیتیم و... اشاره نمود. در خصوص پرخاشگری به عنوان یک اورژانس -

روانپزشکی، کارشناسان مراقب سلامت خانواده باید به نکات زیر توجه نمایند:

خطر خشونت را ارزیابی کنید:

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

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

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

اقدامات فوری در مقابله با بیماران پرخاشگر:

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

اختلالات اضطرابی

مقدمه و علایم:

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

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

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

نوع دیگری هم از اختلال اضطرابی وجود دارد که در اثر بروز یک حادثه بسیار شدید و خطرناک مثل زلزله،

جنگ یا تصادف ایجاد می‌شود که به آن *اختلال استرس پس از سانحه* می‌گویند. برای مثال در جریان دفاع مقدس و همچنین در زلزله بم این اختلال در بسیاری از هموطنانمان ایجاد شده است. در این موارد بیمار برخلاف میل خود، مرتب به یاد آن حادثه می‌افتد و بسیار ناراحت و مضطرب می‌شود. عصبانیت، پرخاشگری و اضطراب زیاد از علائم این اختلال هستند.

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

غربالگری و ارزیابی افراد:

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

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

پیگیری و مراقبت:

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

در برخی موارد از دارو در درمان اختلالات اضطرابی استفاده می‌شود، ولی بسیاری از بیماران ممکن است نگران باشند که نکند داروهای روانپزشکی اعتیادآور باشند. بنابراین دوست ندارند که از دارو استفاده کنند و به همین دلیل ترجیح می‌دهند که درمان را رها کنند یا اصلاً برای درمان مراجعه نکنند. باید توجه داشت که این اعتقاد در بیشتر موارد درست نیست و بیشتر این داروها اصلاً باعث وابستگی نمی‌شوند و در صورتی که تحت نظر پزشک و به

درستی استفاده شوند این نگرانی موردی پیدا نمی‌کند. به علاوه، درمان‌های غیردارویی هم برای اضطراب وجود دارد که در موارد اضطراب خفیف تر می‌توانند به درمان کمک کنند.

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

➤ اختلالات اضطرابی بسیار شایع هستند و انواع مختلفی دارند.

➤ هم دارو و هم روان درمانی در درمان اختلالات اضطرابی مؤثرند.

➤ بیماران نگران وابسته شدن به داروها هستند.

➤ بیشتر داروهای روانپزشکی اعتیادآور نیستند و با مصرف درست آنها زیر نظر پزشک وابستگی اتفاق نمی‌افتد.

آموزش به بیمار و خانواده او درباره بیماری و روش‌های درمان آن، به درمان این اختلالات نیز کمک می‌کند. این آموزش توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان انجام می‌شود. آموزش باعث می‌شود که بیمار کمتر به فکر قطع کردن خودسرانه داروهای خود بیافتد و همچنین خانواده بیمار یاد بگیرند که چگونه باید با بیمار خود برخورد کنند تا استرس کمتری به او وارد کنند و به بهبود بیمار کمک کنند.

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

۱. آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تأکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پیگیری

۲. پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک

۳. پیگیری علائم بیماری

۴. بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک

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

کارشناس مراقب سلامت خانواده چنانچه در پیگیری‌های خود موارد فوق را شناسایی نمود ضمن آموزش به بیمار و خانواده تلاش خواهد نمود که بیمار سریع تر و زودتر از موعد مقرر توسط پزشک مربوطه ویزیت شود.

اختلالات سایکوتیک

مقدمه و علایم:

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

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

رفتارهای بی دلیل و بی هدفی که دلیل انجام آنها غیرقابل فهم است یا براساس فرهنگ جامعه نامتناسب به نظر می‌رسد و همچنین حرف زدن که نامفهوم و بی ربط به نظر می‌رسد هم از جمله علایم این بیماری‌ها در نظر گرفته می‌شود. گاهی اوقات هم ممکن است این بیماران گوشه گیر، کم حرف و به همه چیز بی توجه باشند و حتی به نظافت و کارهای شخصی خود هم دقت نکنند. معمولاً افراد مبتلا به اختلالات سایکوتیک خود را بیمار نمی‌دانند و معتقدند که کاملاً سالم هستند. بنابراین هر کسی که هر یک از علایم توهم، هذیان را داشته باشد یا رفتار و گفتارش عجیب و نامفهوم به نظر برسد باید از نظر وجود اختلالات سایکوتیک بررسی شود. وجود این علایم بسیار مهم است

و نشان می‌دهد که بیمار نیاز به بررسی و درمان جدی دارد و هر چه زودتر باید برای تشخیص و درمان او را نزد پزشک فرستاد. در صورتی که مشکل بیمار مورد توجه و درمان قرار نگیرد ممکن است شدیدتر شود و بیمار و اطرافیان را دچار عوارض زیادی نماید. به همین دلیل است که این بیماری یکی از انواع اختلالات شدید روانی محسوب می‌شد. بیماری‌های مختلفی ممکن است باعث ایجاد توهم و هذیان شود، بنابراین درمان این بیماران ممکن است با یکدیگر متفاوت باشد.

غربالگری و ارزیابی افراد:

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

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

پیگیری و مراقبت:

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

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

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

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

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

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

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

صرع

صرع یک نوع حالت حمله و تشنج تکراری است که به دلیل اختلال در کارکرد سلول‌های مغزی بروز می‌کند، و یکی از قدیمی‌ترین، شایع‌ترین و درمان‌پذیرترین اختلالات عصبی شناخته شده در جهان و از جمله کشور ماست. صرع به اشکال مختلف مانند کم شدن یا از بین رفتن ناگهانی هوشیاری، مات زدگی، افتادن، تشنج و حرکات تکراری و کوتاه مدت اندام‌ها ظاهر می‌شود. با توجه به اینکه عموم مردم اطلاعات نادرست در مورد این بیماری دارند با این اختلال خوش خیم و درمان‌شونده برخورد درستی نمی‌شود. این امر موجب خسارت زیادی بر افراد مبتلا و خانواده‌ها می‌شود. به خاطر داشته باشیم که افراد مبتلا به صرع در بهره‌های هوشی، حافظه، تحصیل، شخصیت و مهارت‌های هنری با دیگران فرقی ندارند و قرار است در این بحث به کسانی کمک کنیم که گاه با یک ارتباط و مشاوره صمیمی، یک آموزش کوتاه و یا تجویز یک قرص در روز به زندگی سالم، شاد و موفق برگردند.

علل صرع:

صرع به سبب عوامل مختلفی مانند صدمه مغزی، عفونت و عوامل ارثی، صدمات حین تولد و دوران کودکی، ایجاد می‌شود. همچنین مننژیت‌ها و انواع التهاب‌های عفونی یا ناشی از بیماری فشار خون و نارسایی عروقی مغزی همگی می‌توانند باعث ایجاد صرع شوند. داشتن اطلاعات لازم در این زمینه می‌تواند در پیشگیری و درمان صرع مؤثر باشد.

آموزش سلامت روان و برخی نکات مهم در صرع:

۱. افرادی که مبتلا به صرع هستند و یا آستانه تشنج پائینی دارند (سابقه تشنج دارند) باید به هر پزشکی که برای درمان مراجعه می‌کنند مشکلات خود را به طور کامل بیان کنند. چرا که با مصرف برخی داروها ممکن است دچار حمله صرع شوند. گاهی واکنش دارویی بین داروهای ضد صرعی که بیمار مصرف می‌کند و داروهای دیگر و گاهی آنهایی که سطح داروهای ضد صرعی را پائین می‌آورند ممکن است موجب بروز صرع می‌شوند.
۲. اصل اول و اصلی در درمان صرع مصرف مرتب دارو، خودداری از قطع ناگهانی و خودسرانه دارو و تحمل عوارض خفیف داروهاست.
۳. صرع درمان دارد و اغلب بیماران صرعی قادر به ادامه زندگی معمولی، ازدواج، بارداری، و کار هستند.
۴. برای آموزش بیماران و خانواده آنها جلب مشارکت افراد صرعی مفید است. آنها برای آموزش الگوی خوبی هستند و نقش مؤثری دارند. افراد مبتلا به صرع که اعتماد به نفس خوبی دارند، تحصیل کرده اند یا کار و زندگی و ازدواجی موفق دارند بهترین کسانی اند که در آموزش بهداشت روان همیار شما خواهند بود.
۵. در پیگیری موارد مصروع اگر صرع مداوم باشد و یا همراه عوارض جسمی و روانی شدید، لازم است پیگیری هفتگی و در غیر این صورت پیگیری ماهیانه صورت پذیرد.

۶. در پیگیری افراد مصروع لازم است همه آموزش‌های بهداشت روان، آموزش بهداشت روان در صرع و موارد پیگیری کلی در برنامه بهداشت روان به اجرا در آید.
۷. کودکان را برای نوازش و غیره تکانهای شدید ندهید. مراقب پرتاب شدن، سقوط و به ویژه تصادف در رانندگی باشید. در اتوموبیل با رانندگی محتاطانه و بستن کمربند و گذاشتن کودکان در ساک کودک از وارد آمدن ضربه به سر و جمجمه کودک با هدف پیشگیری از صرع و ضایعات مغزی دیگر و عقب ماندگی ذهنی جلوگیری نمایید.
۸. استفاده از تمهیدات ایمنی در مشاغل، ایمنی در خانه و به ویژه استفاده از کلاه ایمنی در موتور سواری، دوچرخه سواری، رعایت ایمنی در حین کار در ارتفاع و کارگاه‌ها و نیز در کوهنوردی و سایر ورزش‌ها را به همه توصیه نمایید.

درمان دارویی:

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

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

معلولیت ذهنی:

مقدمه و علایم:

همه ما با این اختلال آشنا هستیم و در طول عمر خود افرادی را دیده ایم که دچار عقب ماندگی ذهنی هستند. توانایی ذهنی این افراد نسبت به متوسط هم سن و سالان خود پایین تر است، بنابراین در زمینه‌های مختلفی مثل یادگیری مطالب درسی، برقراری رابطه با دیگران، توانایی‌های حرکتی و مهارت‌های عادی روزمره مشکل دارند. شناسایی معلولیت‌های ذهنی شدیدتر اصلاً کار دشواری نیست، چون این افراد نسبت به دیگران توانایی‌های بسیار پایین تری دارند، اما شناسایی موارد خفیف تر به این سادگی نیست و نیاز به انجام آزمون‌های هوشی دارد. کودکانی که دچار معلولیت ذهنی هستند معمولاً از همان سال‌های اول عمر از بقیه کودکان قابل تمایز هستند. این افراد رشد کندتری دارند و دیرتر به راه می‌افتند یا حرف زدن یاد می‌گیرند. موارد شدید ممکن است هیچ وقت نتوانند به خوبی حرف بزنند. اعضای خانواده معمولاً می‌توانند موارد شدیدتر را حتی قبل از رسیدن به سن مدرسه شناسایی کنند، ولی موارد خفیف تر تنها پس از ورود به مدرسه مشخص می‌شوند. زمانی که کودک قادر نیست همپای دیگر کودکان مطالب را یاد بگیرد. باید توجه داشت که کودکان مبتلا به معلولیت ذهنی در همه درس‌ها نسبت به دیگران ضعیف ترند. البته ممکن است در برخی درس‌ها خیلی ضعیف تر باشند و در برخی دیگر ضعیف کمتری داشته باشند. این برخلاف کودکان مبتلا به اختلال یادگیری است که تنها در برخی درس‌ها ضعیف دارند نه همه درس‌ها.

غربالگری و ارزیابی افراد:

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

پیگیری و مراقبت:

از آنجا که بسیاری از افراد مبتلا به معلولیت ذهنی، دچار بیماری‌های جسمی یا روانی دیگری هم هستند لازم است از این نظر هم مورد توجه و در صورت لزوم درمان قرار گیرند. به علاوه خانواده این افراد نیاز به آموزش و حمایت دارند تا بدانند چگونه باید با کودکان خود برخورد کنند. باید بدانیم که اگرچه این بیماران دیرتر از بقیه مطالب را یاد می‌گیرند ولی در صورتی که آموزش مناسبی دریافت کنند، هنوز قادر هستند بسیاری از مطالب را به خصوص در مورد بهداشت فردی، روابط اجتماعی و سایر احتیاجات روزمره خود بیاموزند. توصیه‌های آموزشی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و آموزش‌های تکمیلی توسط کارشناس سلامت روان به خانواده‌ها ارائه می‌گردد.

متأسفانه معلولیت ذهنی درمانی غیر از آموزش‌های ذکرشده ندارد. فشار بیش از حد به کودکان برای یادگیری و تنبیه آنان کمکی نمی‌کند و برعکس باعث ایجاد مشکلات بیشتری می‌شود.

اختلالات کودکان و نوجوانان:

اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی:

اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی، یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است که تقریباً ۵ درصد کودکان سنین مدرسه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ویژگی‌های عمده این اختلال شامل تحرک و فعالیت بیش از حد، و مشکل توجه و تمرکز می‌باشد. گرچه موارد فوق رفتارهایی است که تمامی کودکان، مواقعی آنها را نشان می‌دهند، اما کودکان بیش‌فعال به درجه‌ای علائم فوق را نشان می‌دهند که با عملکرد طبیعی آنها در منزل، مدرسه و ارتباط با همسالان و اطرافیان تداخل ایجاد می‌کند. این کودکان به طور مکرر توسط والدین، معلمان و اطرافیان به دلیل رفتارهای ناپخته و تکانشی خود سرزنش می‌شوند که منجر به تأثیرات سوء بر اعتماد به نفس آنها می‌گردد. اکثر اوقات زمانی که این کودکان وارد مدرسه می‌شوند، تشخیص داده می‌شوند.

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

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

اختلال سلوک:

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

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

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

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

راهکارهای درمانی:

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

آنچه باید به والدین آموزش داده شود:

- به والدین در مورد ضرورت پی‌گیری‌های درمانی و مداخلات داروئی آموزش دهید
 - به والدین در ایجاد قواعد، حد و مرزهای روشن و واضح برای کودکان آموزش دهید.
 - به والدین توصیه کنید تا روشهای انضباطی مانند تنبیه بیش از حد یا تنبیه بدنی را متوقف کنند.
 - به والدین توصیه کنید که بر دوستیهای نوجوانان نظارت داشته و با والدین دوستان فرزندشان در تماس باشند.
- نکته: توصیه‌ها توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و آموزش‌ها توسط کارشناس سلامت روان ارائه خواهد شد.

سایر اختلالات کودکان:

الف- شب ادراری:

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

ب- بی اختیاری مدفوع:

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

در صورت وجود مشکلات دفعی به والد آموزش دهید:

شب ادراری:

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

بی‌اختیاری مدفوع:

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

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

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

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

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

اختلالات مصرف مواد:

اختلالات مرتبط با مواد به دو دسته کلی طبقه‌بندی می‌شوند:

◀ اختلالات القاء شده توسط مواد

◀ اختلالات مصرف مواد

منظور از اختلالات القاء شده توسط مواد، علایم و نشانه‌های جسمی یا روان‌پزشکی هستند که در اثر مسمومیت یا محرومیت از مواد در فرد ایجاد شده و با رفع علایم مسمومیت یا محرومیت یا حداکثر در عرض ۴ هفته پس از آن فروکش می‌کند. این اختلالات شامل موارد زیر می‌شوند:

◀ مسمومیت

◀ محرومیت

◀ اختلالات روانی القاء شده در اثر مواد شامل اختلالات سایکوتیک، دوقطبی و اختلالات مرتبط، اختلالات افسردگی،

اختلالات اضطرابی، وسواس-اجبار و اختلالات مرتبط، اختلالات خواب، کژکارکردی‌های جنسی، دلیریوم و اختلالات

عصبی، شناختی

منظور از اختلال مصرف مواد یک الگوی مشکل‌آفرین مصرف مواد است به طوری که منجر به اُفت کارکرد یا

زجر قابل توجه بالینی برای فرد می‌شود. در طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی ۱۰ کلاس برای مواد روان‌گردان پیش

بینی شده که شامل موارد زیر می‌شوند:

• الکل

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

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

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

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

- ✓ ناتوانی فرد برای کنترل رفتار مصرف مواد
- ✓ اُفت کارکرد اجتماعی
- ✓ تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با مشکلات جسمی و روان‌شناختی

وابستگی جسمی به صورت تحمل (نیاز به مصرف مقادیر بیشتر ماده برای رسیدن به اثر قبلی) و محرومیت (تجربه حالات خماری در صورت کاهش یا قطع مصرف ماده)

تشخیص اختلال مصرف مواد یک تشخیص بالینی بوده که بر اساس مصاحبه تشخیصی توسط پزشک گذاشته می‌شود. آن گونه که پیشتر گفتیم غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد (فصل ۳ را ببینید) با استفاده از یک رویکرد همدلانه (فصل ۴ را ببینید) به شناسایی افرادی که مصرف اخیر مواد (۳ ماه گذشته) داشته‌اند کمک می‌کند.

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

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

نیکوتین

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

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

- پیری زودرس، چین و چروک صورت
- سلامت پایین‌تر و دیر خوب شدن سرماخوردگی

- عفونت تنفسی و آسم
- فشار خون بالا، دیابت
- سقط، زایمان زودرس و کودکان با وزن کم هنگام تولد در زنان باردار
- بیماری کلیوی
- بیماری انسداد مزمن راه هوایی شامل آمفیزم
- بیماری قلبی، سکته، بیماری عروقی
- سرطانها

مواد افیونی:

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

علائم ترک مواد افیونی:

علائم ترک معمولاً ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین نوبت مصرف ظاهر می شود و تا حدود ۱۰ روز باقی می ماند نظیر:

- دردهای استخوانی و عضلانی
- دل پیچه و اسهال
- آبریزش از چشم و بینی
- بی خوابی
- بی قراری
- عصبانیت
- خمیازه های فراوان

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

مواد افیونی را می توان به صورت تدخینی، تزریق عضلانی یا وریدی، خوراکی، زیربانی یا به صورت شیاف مقعدی استفاده نمود. تزریق منجر به ورود ناگهانی ماده و شروع سریع اثرات ماده افیونی می شود. این حالت با خطر بالا بیش مصرفی (اوردوز) کشنده یا غیرکشنده همراه است. علاوه بر این تزریق مواد افیونی در کشور ما شایع ترین راه انتقال عفونت هایی همچون اچ آی وی و هپاتیت سی بوده و یک معضل بهداشتی مهم محسوب می شود.

خطرات همراه با مصرف مواد افیونی (به ترتیب از شدت کم تر تا شدت بیش تر) عبارتند از:

- خارش، تهوع و استفراغ
- خواب‌آلودگی، بی‌وست، خرابی دندان
- دوره‌های قاعدگی نامنظم
- دشواری در تمرکز و به یاد آوردن چیزها
- افسردگی، کاهش میل جنسی، ناتوانی جنسی
- مشکلات مالی و درگیری با قانون
- دشواری‌های ارتباطی
- مشکل در حفظ شغل و زندگی خانودگی
- تحمل و وابستگی، علائم محرومیت
- عفونت‌های منتقله از راه خون مثل اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی
- بیش مصرف و مرگ ناشی از نارسایی تنفسی

مواد محرک:

شایع‌ترین ماده محرک مورد مصرف در کشور ما مت‌آمفتامین با نام خیابانی شیشه است. مصرف مواد محرک دیگر نظیر قرص اکستیزی و کوکائین با شیوع کمتری دیده می‌شود. این دسته از مواد اثرات محرک روانی بر دستگاه اعصاب مرکزی داشته و مصرف آن‌ها می‌تواند منجر به طیف وسیعی از مشکلات سلامت جسمی و روانی شود. شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که مصرف محرک‌های آمفتامینی به سلول‌های مغز آسیب می‌رسانند. به علاوه، مصرف طولانی مدت دوز بالای آمفتامین یک عامل خطر برای سوءتغذیه است که آن نیز می‌تواند منجر به آسیب دائمی به سلول‌های مغز شود.

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

مصرف مواد محرک با خطر افزایش یافته رفتارهای پرخطر جنسی همراه است به طوری که احتمال ابتلاء به عفونت‌های منتقله از راه جنسی همچون سوزاک، سیفلیس و اچ‌آی‌وی را چندین برابر افزایش می‌دهد.

مصرف محرک‌های آمفتامینی همچنین با شیوع بالای مشکلات اجتماعی شامل مشکلات ارتباطی، مشکلات مالی، مشکلات مرتبط با کار و تحصیل همراه است. نوسان‌های خلقی همچنین با مصرف مستمر محرک‌های آمفتامینی همراه

است و برخی مصرف‌کنندگان بدتر شدن مشکلات سلامت روان مثل افسردگی و تحریک‌پذیری را در طول زمان گزارش می‌کنند. خطرات همراه با مصرف محرک‌های آمفتامینی (به ترتیب از شدت کم‌تر تا شدت بیش‌تر) عبارتند از:

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

الکل

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

مصرف الکل‌های آلوده به متانول عوارض و پیامدهای شدید سلامتی نظیر نابینایی، نارسایی کلیه و مرگ به دنبال دارد. این موضوع اهمیت پرهیز از مصرف الکل در هر سطحی را مطرح می‌نماید.

در صورت بروز وابستگی فیزیولوژیک متعاقب مصرف مستمر الکل فرد در سطح قطع مصرف دچار علائم و نشانه‌های محرومیت می‌شود. علائم محرومیت از الکل شامل لرزش، تعریق، اضطراب، تهوع، استفراغ و اسهال، بی‌خوابی، سردرد، فشار خون بالا، توهم و تشنج می‌شوند. در برخی افراد محرومیت از الکل با عوارض شدید همچون تشنج و بروز حالت سرسام (دلیریوم) خاصی همراه است که به آن دلیریوم ترمنس گفته می‌شود. به دلیل این عوارض شدید محرومیت از الکل می‌تواند کشنده باشد.

خطرات همراه با مصرف الکل (به ترتیب از شدت کم تر تا شدت بیش تر) شامل موارد زیر است:

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

مصرف تزریقی

مصرف تزریقی مواد با خطر بالای آسیب همراه است. در واقع تزریق مواد خطرناک ترین طریقه مصرف مواد به حساب می آید. آسیب های ناشی از تزریق مواد شامل موارد زیر است:

تزریق مواد، خطر وابستگی را افزایش می دهد. تزریق هروئین با خطر افزایش یافته بیش مصرفی (اوردوز) همراه است. برخی مصرف کنندگان مواد شیشه، آن را به صورت تزریقی استفاده می کنند. تزریق مواد محرک خطر جنون (سایکوز) ناشی از آن را به صورت قابل ملاحظه ای بالا می برد.

تزریق مواد به پوست و رگها آسیب می رساند. تزریق مواد باعث ایجاد زخم، خون مردگی، التهاب و آبسه در محل تزریق می گردد. تزریق در گردن ممکن است منجر به سکت مغزی شود.

اشتراک وسایل تزریق (سرنگ، سرسوزن، ملاقه، فیلتر و...) باعث انتقال عفونت های منتقله از راه خون مثل اچ-آی وی، هپاتیت بی و سی می شود.

غربالگری و ارزیابی افراد

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

غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد

غربالگری مؤثرترین روش برای شناسایی به موقع افراد در معرض خطر ناشی از مشکلات مصرف مواد، به شمار می رود. کارشناس مراقب سلامت خانواده پس از انجام غربالگری اولیه درگیری با سیگار، الکل و مواد، در صورتی

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

درخواست کمک از طرف خانواده

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

درخواست کمک از طرف خود فرد

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

پیگیری و مراقبت

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

منتقل گردد.

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

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

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

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

مصرف مواد در بارداری

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

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

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

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

زنان باردار مصرف کننده مواد در معرض خطر بالای سوء تغذیه هستند، اغلب مراقبت بارداری کافی نمی گیرند و در محیط پر از خشونت و استرس زندگی می کنند. در میان زنان بارداری که مواد را به صورت تزریقی استفاده می کنند خطر عوارض پزشکی مثل بیماری های عفونی، اندوکاردیت، آبسه و بیماری های منتقله از راه جنسی افزایش می یابد.

غربال گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد در بارداری

غربال گری و آموزش زنان باردار باعث بالا رفتن میزان آگاهی ایشان از خطرات ناشی از مصرف مواد می شود و ممکن است از احتمال مصرف مواد در حاملگی های بعدی پیشگیری کند. حتی در زنانی که مشکل مصرف ندارند، پرسش و آموزش در این مورد، فرصت خوبی برای انتقال آموزش های پیشگیرانه درباره مصرف مواد فراهم می آورد.

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

- ✓ با پرهیز از نگرش و برخورد قضاوت گرایانه سعی کنیم مشکل فرد را درک نموده و با آن همدلی نماییم.
- ✓ بدانیم مواد از سایر عوامل روانی، اجتماعی و اقتصادی جدا نیست.
- ✓ کارکنان مراقبت بارداری متعهد هستند که خدمات مراقبت را به طور یکسان به همه مراجعان ارائه نمایند.
- ✓ توجه داشته باشیم که اختلال مصرف مواد یک مقوله مرتبط با بیماری و سلامتی است، نه مقوله ای ارزشی و اجتماعی، بنابراین در مراقبت بارداری نیز باید به آن به عنوان یک مشکل سلامتی نگریسته شود.
- ✓ محیطی امن که متضمن حفظ اسرار بیمار است را برای زن باردار فراهم کنیم.
- ✓ به احساسات و درک مراجع احترام بگذاریم.
- ✓ درک کنیم که در میان گذاشتن مشکل مصرف مواد برای مادر باردار امری دشوار است.
- ✓ بسیاری از زنان مصرف کننده مواد مشکلات و محدودیت های اجتماعی متعددی دارند که کم سوادی

می تواند یکی از آنها باشد. بنابراین تمام اطلاعات علاوه بر شکل نوشتاری باید شفاهاً برای زنان (و همسران یا شرکای جنسی آنها) توضیح داده شود تا مطمئن باشیم که اطلاعات را فهمیده است.

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

در زنان باردار با نتیجه غربال‌گری اولیه منفی:

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

در زنان باردار واجد غربال‌گری اولیه مثبت

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

پیگیری و مراقبت مادر باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد:

به دلیل اهمیت مصرف مواد در دوران بارداری کلیه موارد مثبت در غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد باید به پزشک مرکز ارجاع شوند. پزشک مرکز در صورت نیاز برای درمان اختلال مصرف مواد درمان لازم را ارایه داده و یا بیمار را برای دریافت خدمات درمانی به جایگاه‌های اختصاصی یا تخصصی درمان اختلالات مصرف مواد ارجاع می‌دهد.

در هر کدام از این حالات ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان توسط پزشک مرکز انجام می‌شود. کارشناس سلامت روان مرکز غربال‌گری تکمیلی برای تعیین سطح درگیری اختصاصی با هر یک از مواد و همچنین تعیین طریق مصرف (تزریقی/غیرتزریقی) را انجام می‌دهد. کارشناس سلامت روان همچنین ارزیابی تکمیلی از نظر حمایت‌های اجتماعی و صلاحیت سرپرستی را انجام و نتایج ارزیابی را برای انجام ارجاعات لازم به پزشک مرکز منتقل می‌نماید. در این گونه موارد پیگیری هفتگی برای مراجعه به پزشک و سپس پیگیری برای دریافت برنامه درمانی بر اساس بازخورد ارجاع دریافت شده از جانب پزشک توصیه می‌گردد. در صورت شناسایی مادر باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد ارایه آموزش‌های زیر در پیگیری‌های کارشناس مراقب سلامت خانواده یا ماما توصیه می‌گردد:

- ✓ به وی بگویید که سلامت او و فرزندش برای شما اهمیت دارد.
- ✓ به او بگویید که می‌دانید و معتقدید که هر مادری می‌خواهد که فرزندش سالم باشد و او نیز می‌تواند با

- قطع مصرف مواد، به سلامت فرزندش کمک کند.
- ✓ تأکید کنید بلافاصله پس از پرهیز مصرف مواد، فواید پرهیز آغاز می‌شوند و هر چه زودتر اقدام به قطع مصرف مواد نماید پرهیز مواد برایش آسان‌تر خواهد بود. هیچ وقت برای پرهیز مصرف مواد دیر نیست.
 - ✓ در صورت اختلال مصرف مواد افیونی، او را از مزایای درمان نگهدارنده آگاه سازید.
 - ✓ بارداری و بچه دار شدن باعث بروز تغییراتی مهم و گاه تنش زا می‌شود که می‌تواند مادران مصرف‌کننده‌ی مواد را مستعد قبول درمان و آموزش‌های پیشگیرانه برای مادر و کودک نماید.
 - ✓ در این دوران، آگاه سازی مادر از ضرورت دریافت آموزش مهارت‌های فرزند پروری، به عنوان یک اقدام پیشگیرانه دارای اهمیت بسیار است.

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

- ✓ باید توجه داشت این مادران برای تاب‌آوری بهتر در برابر مصرف مواد و پرهیز از خشونت‌های رفتاری و نیز تأمین امنیت عاطفی و روانی نوزاد، نیازمند آموزش و حمایت اجتماعی و توجه ویژه هستند.
- ✓ مادرانی که در دوران بارداری تحت درمان نگهدارنده بوده اند باید بدانند منافع تغذیه نوزاد با شیر مادر از مضرات آن بیشتر است.

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

کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد:

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

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

۱. اگر معتاد انگیزه و آمادگی کافی برای ورود به درمان دارد، او و خانواده‌اش را تشویق کنید موضوع را با پزشک مرکز در میان گذارند.
 ۲. اگر انگیزه و آمادگی کافی برای ورود به درمان ندارد، بیمار را از خطرات ناشی از تزریق مواد آگاه کرده و او را تشویق کنید به جای تزریق از سایر روش‌های مصرف مواد نظیر مصرف تدریجی یا خوراکی استفاده کند.
 ۳. در صورتی که فرد آمادگی و انگیزه کافی برای کنار گذاشتن تزریق را نداشته باشد، خطرات استفاده از سرنگ مشترک همچون ابتلا به عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را به بیمار یادآور شوید و آنها را تا آنجا که ممکن است به استفاده از روش‌های تزریق ایمن تر تشویق کنید.
 ۴. در صورتی که قبلاً رابطه جنسی مشکوک داشته و یا از سرنگ مشترک استفاده کرده است او را برای آزمایش‌های ضروری به پزشک مرکز سلامت جامعه ارجاع دهید چرا که ممکن است به هپاتیت یا ایدز مبتلا شده باشد.
 ۵. بیمار و خانواده او را با مشورت و موافقت پزشک مرکز بهداشتی درمانی تشویق کنید برای دریافت خدمات مشاوره تخصصی به مراکز مشاوره رفتاری موجود در شهرستان و یا استان مراجعه کنند.
- بنابراین در برخورد با کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند، کارشناس مراقب سلامت خانواده باید آنها را برای دریافت خدمات درمانی برای قطع مصرف تزریقی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهد. در صورتی که علی‌رغم ارجاع و پیگیری مراجع به رفتار پرخطر تزریق خود ادامه دهد، کارشناس مراقب سلامت خانواده باید پیام‌های کاهش آسیب را به فرد ارائه نموده و دسترسی او را به وسایل کاهش آسیب تسهیل نماید.

پیام‌های مهم آموزش‌های متمرکز بر کاهش آسیب مصرف مواد به این شرح است:

❖ بهتر است تزریق نکنید. برای این کار ورود به یک برنامه درمانی به شما کمک زیادی می‌کند.

۱. اگر تزریق می‌کنید:

- ✓ همیشه از وسایل تزریق تمیز استفاده کنید.
- ✓ همیشه از وسایل تزریق نو استفاده کنید.
- ✓ وسایل تزریق را با دیگران به صورت اشتراکی استفاده نکنید.
- ✓ محل تزریق را تمیز کنید.
- ✓ دست‌های خود را بشویید.
- ✓ محل تزریق را بشویید.
- ✓ هر بار در یک محل جدید تزریق کنید.
- ✓ آرام تزریق کنید.
- ✓ وسایل تزریق را بعد از استفاده در سیفتی باکس بریزید.

۲. اگر مواد محرک مصرف می‌کنید، نکات زیر خطرات سایکوز ناشی از مت‌آمفتامین را کاهش می‌دهد.
 - ✓ از تزریق و تدخین اجتناب کنید.
 - ✓ از مصرف هر روزه اجتناب کنید.
۳. اگر شما مواد افیونی خصوصاً مواد افیونی کوتاه اثر مثل هروئین مصرف می‌کنید، نکات زیر به شما کمک می‌کند خطر بیش‌مصرف را کاهش دهید.
 - ✓ از مصرف هم‌زمان مواد دیگر خصوصاً آرام‌بخش‌ها و خواب‌آورها اجتناب کنید.
 - ✓ مقدار کمی مصرف کنید. همیشه وقتی یک ماده جدید می‌خرید اول یک مقدار اندک از ماده را تست کنید تا از مقدار خلوص و قدرت آن اطلاع پیدا کنید.
 - ✓ در جایی مواد مصرف کنید که دیگران هم حضور داشته باشند.
 - ✓ از تزریق در محل‌هایی که اگر بیش‌مصرف کردید کسی نیست به کمک‌تان بیاید اجتناب کنید.
۴. شماره تلفن اورژانس را حفظ باشید، در ارتباط با دیگران:
 - ✓ علاوه بر آن که باید همیشه از وسایل تزریق استفاده شده توسط دیگران اجتناب کرد، نباید وسایل خود را در اختیار سایر مصرف‌کنندگان مواد قرار داد
 - ✓ شاید شما تصور کنید قرض دادن سرنگ، سرسوزن یا سایر وسایل تزریق، کمک به دیگران به حساب می‌آید اما باید توجه داشته باشید که قرض دادن وسایل تزریق دسته دوم می‌تواند عفونت‌های باکتریایی و ویروسی را به دیگران منتقل نماید
 - ✓ به هیچکس اجازه ندهید از وسایل تزریق مصرف شده توسط شما استفاده کند.
 - ✓ بهترین کمکی که شما می‌توانید به یک مصرف‌کننده تزریقی بدهید کمک به او برای تهیه وسایل تزریق استریل و ارائه آموزش‌های برای مصرف ایمن تر است.
۵. اگر همسر شما مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کند:
 - ✓ همسران را تشویق به استفاده از وسایل تزریق ایمن کنید
 - ✓ در روابط جنسی خود حتماً از کاندوم استفاده کنید
 - ✓ جهت انجام تست ابتلا به ایدز به مرکز بهداشتی و درمانی مراجعه کنید.
 - ✓ جهت انجام خدمات مشاوره تخصصی به پزشک یا کارشناس سلامت روان مراجعه کنید.

پیشگیری اولیه از مصرف مواد :

- راهبردهای کلان پیشگیری از مصرف مواد شامل دو بخش است، یک: جلوگیری از ورود و عرضه مواد به داخل کشور (کاهش عرضه) دو: پیشگیری از گرایش به مصرف مواد (کاهش تقاضا).
- با وجود تلاش‌های فراوانی که در دهه‌ها اخیر، توسط سازمان‌های بین‌المللی و ملی در کشورهای مختلف در

زمینه کاهش عرضه مواد در ابعاد گوناگون انجام شده، به نظر می‌رسد که به طور کلی پیشگیری از اعتیاد از طریق کاهش عرضه با توفیق چندانی همراه نبوده است.

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

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

از زمانی که مصرف مواد به عنوان رفتاری چندعاملی شناخته شده است، این موضوع به عنوان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر به نظر رسیده است که راهبردهای پیشگیرانه متعدد و متنوعی نیز برحسب هر یک از وضعیت‌ها، خاستگاه‌ها و خط سیرهایی که رفتار اعتیادی در آن نمود و بروز می‌نماید، مورد توجه و کاربرد قرار گیرد. برحسب نوع و سطوح مداخله و عوامل خطرآفرین، مؤثرترین راهبردهای مداخله‌ای در چهار حیطه قرار می‌گیرند. این حیطه‌ها عبارتند از:

۱ - فرد

۲ - خانواده

۳ - گروه همسال

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

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

عمده‌ترین اهداف پیشگیری اولیه از مصرف مواد کدامند؟

در مباحث نظری و ادبیات پیشگیری از مصرف مواد، مهم‌ترین اهداف پیشگیری اولیه از مصرف مواد عبارتند از:

۱ - شناخت علل مصرف مواد و تدوین یک برنامه مداخله‌ای برای رفع آن

۲ - کاهش عوامل مخاطره‌آمیز و پرخطر

۳ - آگاه‌سازی افراد جامعه، خصوصاً افراد در معرض خطر از خطرات و مضرات مصرف مواد

۴ - افزایش مقاومت فرد در مقابل وسوسه‌های مواد از طریق آموزش مهارت‌های زندگی نظیر مهارت خودآگاهی، حل

- مسئله و کنترل هیجانات منفی، تفکر نقاد، امتناع ورزی و ارتباط اجتماعی
- ۵ - تقویت فعالیت‌های جایگزین مصرف مواد، به منظور ارضای نیازهای روانی - اجتماعی افراد مانند تقویت برنامه‌های تفریحی و ورزشی برای رفع نیازهای هیجان طلبی و لذت جویی
- ۶ - مشاوره و مداخله حین بحران و حوادث تنش زای زندگی از جمله مشکلات دوران انتقالی زندگی مانند زمان بلوغ، فشارهای عاطفی، اقتصادی، طلاق والدین و مهاجرت
- ۷ - ارتقاء سطح آگاهی فرهنگی، تقویت باورهای معنوی و اعتقادات مذهبی و اخلاقی در جامعه
- ۸ - وضع، اصلاح و تقویت قوانین و مقررات کارآمد و مؤثر در مبارزه با مواد
- ۹ - درمان وابستگی به مواد با هدف جلوگیری از اشاعه و سرایت مصرف مواد و پیامدهای آن در اطرافیان و جامعه

چگونه برای پیشگیری از مصرف مواد برنامه ریزی کنیم؟

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

الف - مداخلات پیشگیری باید بر چه کسانی تمرکز یابند؟

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

ب - مداخلات پیشگیرانه باید بر چه موضوعاتی تمرکز نمایند؟

۱- **انواع عمده مصرف مواد:** مداخلات پیشگیری بهتر است به منظور جامعیت بیشتر و کنترل بهتر، اشکال متعدد مصرف مواد که ممکن است در جمعیت هدف رایج باشد، را مورد هدف قرار دهند. به عنوان مثال یک مداخله جهت کنترل و پیشگیری از مصرف مواد مخدر ممکن است این ماده را کاهش دهد، اما مواد جایگزینی مانند مواد محرک و الکل در جمعیت هدف مورد غفلت قرار گرفته باشند.

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

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

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

۵- **نگرش ها و هنجارهای ضد مواد:** گاه دادن اطلاعات به تنهایی برای پیشگیری از سوء مصرف ماد کافی نیست، بلکه باید سعی در تغییر نگرش، ارزش ها و هنجارهای فرد، خانواده ها، گروه همسالان و جامعه نمود، تا به

افزایش کارآمدی برنامه‌های پیشگیری منتهی گردد. این مسئله به ویژه در آغاز شیوع یک ماده جدید و تغییر الگوی مصرف از یک ماده مخدر به ماده محرک و الکل به عنوان یکی از مهم‌ترین مداخلات پیشگیرانه مورد تأکید است.

۶- **مهارت های اجتماعی:** اما ایجاد ارزش‌ها و نگرش‌های ضد مواد نیز به خودی خود برای پیشگیری مصرف مواد کافی نیستند. یک رویکرد کاملاً اثبات شده در زمینه پیشگیری از مصرف مواد، آموزش و تقویت همگام مهارت های زندگی در ارتباط با افزایش اعتماد به نفس، توانایی کنترل هیجانات منفی، برقراری ارتباط، حل مسأله و تعارضات، و تکنیک‌های رد مواد می‌باشد. اینها ابزارهایی هستند که به نوجوان امکان می‌دهد، رفتارهایش را بویژه زمانی که با موقعیت‌های پرخطر روبرو می‌شود، ساماندهی کند.

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

۱ - به اندازه کافی مقدماتی و پیشگیرانه باشند.

مداخلات پیشگیرانه زمانی کارآمدتر خواهند بود که خیلی زودتر از آنکه مصرف مواد بخواهد شکل بگیرد، اعمال شوند. بنابراین براساس گروه هدف این مداخلات می‌توانند از خیلی مقدماتی مثل مراقبت‌های پیش از تولد (برای نوزادی که مادر معتاد دارد) تا مقدماتی مثل مداخلات در محیط‌های بهداشتی، مهدکودک‌ها و دبستان برای کودکان و نوجوانانی که در ریسک کمتری از مصرف مواد قرار دارند، اعمال گردند.

۲ - به اندازه کافی پایایی داشته باشند:

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

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

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

فعالیت‌ها و موقعیت‌های سالم و عاری از مواد می‌توانند به نوجوانان کمک نماید که به سوی مصرف مواد نروند. این فعالیت‌ها معمولاً با افرادی مثل خانواده، گروه همسال، همکاران و سایر بزرگترها صورت می‌گیرد و معمولاً در موقعیت‌هایی مثل مراکز خدمات بهداشتی-درمانی، مدارس، اجتماعات دینی و تفریحی، محل کار و سالنهای ورزشی اجرا می‌شوند. یعنی با عاری نمودن این موقعیت‌ها از مواد و آگاهی بخشی به خانواده، جوانان و

نوجوانان و نیز آموزش و تقویت مهارت‌های فرزندپروری خانواده و مهارت‌های اجتماعی افراد را حمایت می‌کنند تا به مصرف مواد گرایش پیدا نکنند.

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

۱- تعاملی (Interactive)

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

۲- چند وجهی (multimodal)

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

۳- توأم با خط‌مشی‌های اجتماعی

با استفاده از انواعی از خط‌مشی‌های اجتماعی ضد مواد مثل وضع قوانین، مصوبات، هنجارهای رسمی و غیررسمی و اجرای سختگیرانه آنها که کل جامعه را در بر می‌گیرد، می‌توان از مصرف مواد پیشگیری نمود. تحقیقات نشان داده که مداخلات پیشگیرانه‌ای که بر فرد یا گروه‌های در معرض خطر تأکید دارند به تنهایی نمی‌توانند در این زمینه مؤثر باشند. بلکه زمانی کارآمدی آنها افزایش می‌یابد که با این قبیل خط‌مشی‌های اجتماعی توأم گردند و از سوی جامعه نیز مورد حمایت قرار گیرند.

برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر خانواده

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

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اختلال در مسیر تکامل رشدی بویژه در دوران نوزادی و اولیه کودکی خطر بروز رفتارهای مخرب بسیار بالا می‌برد، مگر اینکه مداخلات مثبتی انجام می‌گیرد.

نخستین تعاملات کودک در خانواده و پیش از رفتن به دبستان آغاز می‌شود. رشد مهارت‌های زبانی خاص سن و

دیگر کارکردهای رفتاری و ادراکی مانند خود کنترلی، میل به تعامل و مهارت‌های اجتماعی، بیش از هر جا در خانه و با حمایت خانواده امکانپذیر است.

به تأکید سند استانداردهای پیشگیری (UNODC, 2011) اولویت تدوین این برنامه برای خانواده‌های مناطق حاشیه نشین و دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی پایین جهت دستیابی به تکامل رشدی و شایستگی روانی اجتماعی متناسب با سن این کودکان است.

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

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

۲- آموزش مهارت‌های فرزندپروری:

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

مهمترین اهداف آموزش مهارت‌های فرزندپروری

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

ویژگی‌های یک برنامه اثربخش فرزندپروری

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

برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مدرسه

۱- برنامه بهبود محیط کلاس درس:

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

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

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

۲- آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی به دانش آموزان

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

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

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

۳- سیاست‌گذاری در مدرسه

- سیاست‌های مقابله با غیبت دانش آموزان از مدرسه
- شمول همگانی برنامه‌ها در مدرسه برای دانش آموزان، معلمان، کارکنان، والدین

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

برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر اجتماع

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

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

خشونت خانگی

تعریف خشونت خانگی و انواع آن:

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

همسرآزاری به صورت‌های مختلفی مانند خشونت روانی و کلامی، خشونت اقتصادی، خشونت جنسی و

خشونت جسمانی اعمال می‌شود.

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

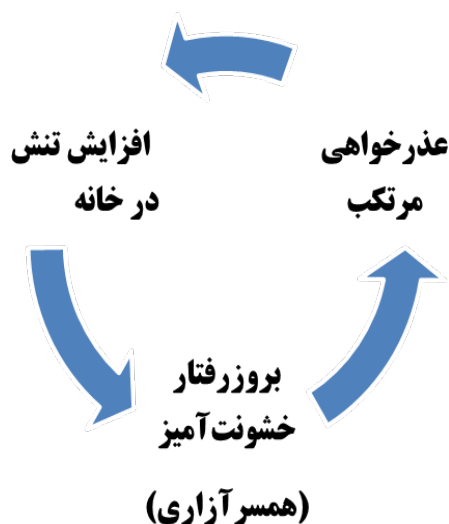
چرخه‌ی همسرآزاری و مراحل که قربانی خشونت طی می‌کند

خشونت خانگی معمولاً چرخه‌ی مشخصی را طی می‌کند:

۱. افزایش تدریجی تنش در خانه.

۲. بروز همسرآزاری

عذرخواهی مرتکب و اطمینان دادن به قربانی در جهت عدم تکرار خشونت. ولی پس از مدتی باز تنش بالا می‌گیرد و چرخه تکرار می‌شود.



چرخه‌ی خشونت خانگی

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

مرحله‌ی اول: قربانی، شرمندگی، تنفر از خود و انکار را تجربه می‌کند. در این مرحله کارکنان بهداشتی باید هويت و جایگاه انسانی زن را به او یادآوری کنند تا آگاهی جدیدی در او شکل بگیرد.

مرحله دوم: قربانی واقعیت خشونت را پذیرفته است، در این مرحله کارکنان بهداشتی می‌توانند دسترسی او به منابع موجود را تسهیل کنند.

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

پیامدهای همسرآزاری در خانواده:

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

الف. قربانی

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

ب. فرزندان

- ◀ ترس، استرس، بی‌خوابی، شب‌ادراری، اختلالات انطباقی و اضطرابی، نقص‌های شناختی و عاطفی، مشکلات تحصیلی، کمبودهای اجتماعی و رفتارهای تهاجمی.
- ◀ ۴۰-۲۰٪ نوجوانانی که رفتارهای خشن تکرارشونده دارند، در خانه‌هایی رشد کرده‌اند که مادر کتک می‌خورده است.
- ◀ افزایش احتمال ارتکاب همسرآزاری در پسران و خشونت‌پذیری دختران در بزرگسالی

موانع آشکارسازی همسرآزاری توسط زنان:

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

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

- ◀ نداشتن حامی و پشتیبان و عدم اطلاع از وجود منابع حمایتی در جامعه
- ◀ نگرانی از قضاوت کارکنان بهداشتی در مورد آنها
- ◀ عدم اعتماد به نظام بهداشتی در مورد رازداری و توانایی در کمک به آنان
- ◀ سؤال نکردن کارکنان نظام بهداشتی در مورد همسرآزاری از مراجعین

شناسایی موارد همسرآزاری

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

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

چگونه زنانی را که مورد همسرآزاری قرار دارند شناسایی کنیم؟

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

- ◀ آسیب‌هایی که با توضیح بیمار در مورد نحوه‌ی ایجادشان هم‌خوانی ندارد مثل کبودی پای چشم در اثر برخورد به درب
- ◀ آسیب‌های نواحی صورت، سر و گردن، گلو، قفسه‌ی سینه، شکم و ناحیه‌ی تناسلی
- ◀ آسیب‌هایی که بیشتر در مرکز بدن قرار دارند خصوصاً نقاطی که با لباس پوشیده می‌شوند
- ◀ کبودی‌هایی که در مراحل مختلف بهبودی‌اند (با رنگ‌های مختلف)
- ◀ بیمار با دلایل مختلف به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کند
- ◀ ندادن شرح حال درست یا طفره رفتن از معاینه

- ◀ اشاره به خُلق و خوی تند یا خشم شوهر
- ◀ از صحبت در حضور همسر در مورد علت مراجعه خودداری می کند
- ◀ هرگونه صدمه در دوران بارداری (یکسوم صدمات در بارداری به صورت سقوط یا افتادن است)
- ◀ بیمار درمان‌های طبی خود را پیگیری نمی کند

شیوه برخورد با قربانیان همسر آزاری:

باید توجه داشت که صحبت در مورد خشونت برای قربانیان کار بسیار مشکلی است و نیاز به فراهم شدن فضای مناسب دارد. از دیدگاه زنان خشونت دیده، برقراری ارتباط، همدلی (درک موقعیت و احساس آنان) و شنیده شدن حرف‌هایشان در اولویت قرار دارد.

هنگام مصاحبه بهتر است ضمن گوش دادن به صحبت‌های مراجع و توجه به شکایات او، با تکان دادن سر و استفاده از عباراتی مانند «خیلی اذیت شدید»، «می فهمم»، ... ارتباط مناسب را برقرار کنید. می توانید از جملات حمایت کننده زیر استفاده کنید:

خوشحالم که موضوع را با من در میان گذاشتید؛ می خواهم کمکتان کنم؛ نگران سلامتیتان هستم؛ شما مقصر نیستید؛ و من می توانم شما را به متخصصینی معرفی کنم که راهنمایی تان کنند.

جملاتی که در این موقعیت‌ها نباید به کار بُرد:

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

نباید زن کتک خورده را در ایجاد خشونت مقصر دانست.

بایدها:

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

نبایدها:

- ✓ نباید راز بیمار را برملا کنید
- ✓ نباید خطر خشونت را ناچیز شمرده و دست کم گرفت: نباید تصور کنیم حال که سال‌هاست در چنین وضعی زندگی کرده، پس موضوع چندان هم جدی نیست
- ✓ نباید قربانی را با سؤالاتی نظیر «چرا ترکش نمی کنی؟ چرا در این رابطه مانده‌ای؟ چرا به او اجازه می دهی چنین رفتاری با تو داشته باشد؟ چرا زودتر به من نگفتی؟» سرزنش کرد و مقصر دانست.

- ✓ نباید به استقلال و آزادی قربانی بی‌توجهی کنید: توصیه‌هایی نظیر طلاق، ترک خانه، استقلال او را زیر سؤال می‌برد و نباید انجام شود.
- ✓ نباید قربانی بودن را عادی جلوه دهید، مثلاً بگویید، همه زنان کتک می‌خورند.
- ✓ نباید با مرتکب خشونت برخورد کرد و یا قربانی را به درگیری با او تشویق کرد.

شیوهی ارجاع

- افراد شناسایی شده و یا مشکوک به خشونت را به فرد مسئول پیگیری زنان خشونت دیده در مرکز بهداشتی - درمانی و یا به پزشک مرکز ارجاع دهید.
- در صورتی که احتمال خطر جدی برای زن خشونت دیده وجود داشته باشد لازم است ارجاع فوری داده یا با فرد مسئول تماس گرفته شود.

پیگیری موارد

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

پیگیری از بدرفتاری با کودکان

تعریف بدرفتاری با کودک:

آزار کودکان مسئله‌ای همه‌گیر در نسل‌های متوالی جامعه‌ی بشری است. هر چند این مشکل در اکثر فرهنگ‌ها وجود دارد اغلب مواقع شناسایی نمی‌شود. مطالعات در مورد میزان و شیوع کودک آزاری ناکافی است. کودک آزاری چه عمدی و چه غیرعمدی مشکل مهم و عمده‌ای در همه دنیاست. تخمین‌های جدید WHO نشان می‌دهد که سالانه ۴۰ میلیون کودک ۱۴-۰ ساله در تمام دنیا از کودک آزاری رنج می‌برند و نیاز به توجه و مراقبت بهداشتی و اجتماعی دارند. بالا رفتن آگاهی و دانش در مورد رشد طبیعی کودک و همچنین اثرات منفی کودک آزاری بر شخص، خانواده، و اجتماع توجه بیشتری را به این مسئله جلب کرده است. این تظاهرات و نشانه‌های رفتاری، جسمی، و هیجانی در کودکان بر اساس دوره رشدی آنان و شدت کودک آزاری متفاوت است.

انواع بدرفتاری با کودک:

کودک آزاری و غفلت

هر فردی ممکن است با وارد کردن آسیب و یا عدم اقدام برای دور کردن آسیب از کودک او را مورد آزار یا

غفلت قرار دهد. این وضعیت ممکن است در خانواده، مؤسسات نگهداری و یا در موقعیت‌های مختلف اجتماعی رخ دهد. کودک آزاری به وسیله افراد آشنا و به ندرت توسط غریبه‌ها صورت می‌گیرد.

کودک آزاری جسمی

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

کودک آزاری عاطفی

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

کودک آزاری جنسی

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

غفلت

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

مداخلات

مداخلات تمامی جنبه‌های اولیه - ثانویه و ثالثیه مربوط به پدیده کودک آزاری را شامل می‌شود.

- **پیشگیری اولیه** تلاش برای متوقف کردن رخ داد کودک آزاری توسط مداخلاتی است که تمام جامعه را در بر می گیرد (برای مثال آموزش فرزندپروری)

- **پیشگیری ثانویه** طراحی مداخلات برای افرادی است که بیشتر در خطر آزار دیدن قرار دارند (والدینی که خودشان در کودکی آزار شده‌اند).

- **پیشگیری ثالثیه:** مداخلاتی است که پس از کودک آزاری صورت می‌گیرد تا دوباره این اتفاق نیفتد (برای مثال آموزش مراقبت از والدینی که فرزندشان مورد آزار قرار گرفته است).

به طور کلی مداخلات زود هنگام موفقیت‌آمیزتر، و نتایج مثبت در پیشگیری اولیه و ثانویه نسبت به انواع ثالثیه بیشتر است. مداخلات به شرطی مؤثرند که مداوم و چند جانبه طراحی و اجرا شوند.

هنگام کار با کودک و خانواده باید:

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

روش‌های شناسایی بدرفتاری جسمی:

نکات زیر به هنگام گرفتن شرح حال کودک می‌تواند ما را در شناسایی کودک آزاری جسمانی یاری دهد:

- ✓ نامتناسب بودن و تغییر یافتن صحبت اطرافیان درباره علت جراحت
- ✓ مبهم بودن صحبت اطرافیان
- ✓ وجود سابقه جراحت مکرر در گذشته
- ✓ عدم تناسب جراحت با شرح حال ارائه شده از سوی اطرافیان بخصوص از نقطه نظر تعداد زخمها، شدت،

وسیله مورد استفاده و

- ✓ وجود آثار کبودی در بدن بدون ارائه توضیح منطقی درباره علت ایجاد آن
- ✓ سوختگی‌های ناشی از گذاشتن سیگار روی بدن کودک
- ✓ تأخیر بی دلیل در مراجعه جهت دریافت خدمات درمانی بخصوص در مورد شکستگی‌ها، دررفتگی‌ها و یا سوختگی‌ها
- ✓ انکار یا کوچک جلوه دادن درد و علایم کودک حتی با وجود ضربه مغزی، کودک غالباً زمانی به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی آورده می‌شود که دچار تشنج شده باشد
- ✓ وجود بحران در خانواده، وجود موقعیت‌های بحرانی همچون از دست دادن عزیزی در خانواده، جدایی والدین از یکدیگر، بیکاری، ورشکستگی و مقروض بودن خانواده، از جمله عواملی هستند که می‌توانند قبل از وقوع کودک آزاری در خانواده وجود داشته باشند.
- ✓ وجود عوامل محرک، همچون رفتارهای خاص کودکان که فضای خانواده را برای اعمال خشونت آماده می‌کند نظیر گریه‌های طولانی مدت در شب، نخوردن غذا، شب ادراری و در کودکان بزرگتر دزدی یا دروغگویی
- ✓ وجود تاریخچه کودک آزاری در والدین: اکثریت والدین کودک آزاده دردوره کودکی توسط پدر یا مادر خود مورد کودک آزاری قرار گرفته و اغلب آن خاطرات فراموش شده یا سرکوب شده‌اند.
- ✓ داشتن انتظارات غیرواقعی از کودک همراه با عدم آگاهی از دوران رشد و تکامل کودک. والدین غالباً از کودکان خود انتظار عشق و محبت را دارند. وقتی کودک گریه می‌کند یا غذا نمی‌خورد، آنها احساس می‌کنند از طرف کودک خود طرد و تنبیه می‌شوند.
- ✓ شیوه‌های فرزندپروری سخت و بدون انعطاف که خود موجب افزایش استرس و تنش در خانواده می‌گردد.
- ✓ انزوای اجتماعی و عدم معاشرت با اقوام و دوستان. در این خانواده وقتی کودک آزاری اتفاق می‌افتد، والدین معمولاً اجازه کشف این مسایل را به کسی نمی‌دهند.
- ✓ نسبت دادن مسائل به عوامل خارجی. والدین کودک آزار معمولاً مشکلات خود را به عوامل خارجی نسبت می‌دهند تا عوامل درونی
- ✓ وجود سطح بالای اضطراب در والدین
- ✓ وقوع اتفاقات مکرر برای کودک و سابقه بستری شدن در ماه‌های اولیه زندگی
- ✓ اغلب این اطلاعات از منبع دیگری غیر از والدین کسب می‌گردد. زیرا بیشتر والدین کودک آزار، مشکل کودک را کوچکتر جلوه داده و خود را مسئول نمی‌دانند.

نحوه ارجاع موارد شناسایی شده:

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

خلاصه فصل

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

تمرین در کلاس درس

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

تمرین در خارج از کلاس

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

فصل ششم

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

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

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

واژگان کلیدی

- ❖ پیگیری
- ❖ مراقبت
- ❖ ثبت و گزارش‌دهی

عناوین فصل

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

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

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

تعریف مراقبت :

مراقبت عبارت است از پاسخ به تمام جنبه های جسمی، ذهنی و روانی یک فرد در طول دوره درمان و رسیدگی مستمر به همه جنبه های مختلف افراد تحت پوشش یک برنامه سلامت. طبق این تعریف بیماران تحت درمان و نیز آنها که بهبود نسبی یافته اند باید تحت مراقبت قرار گیرند. بهبود نسبی بخشی از دوره درمان محسوب می شود که جهت پیشگیری از عود بیماری، فرد باید تحت مراقبت قرار گیرد. پیگیری و آموزش بخشی از مراحل مراقبت است. دفعات زمانی مناسب برای مراقبت و پیگیری افراد دارای اختلالات روان پزشکی، اختلال مصرف مواد و مشکلات اجتماعی به شرح زیر است :

- ۱- اختلال سایکوتیک، اختلالات کودکان و نوجوانان، اورژانس های روان پزشکی (موارد ارجاع فوری): در ماه اول شناسایی، هفته ای یکبار و از آن پس ماهی یکبار
- ۲- اختلال اضطرابی، اختلال خلقی، اختلال شبه جسمی، صرع، سایر اختلالات روان پزشکی: ماهی یکبار
- ۳- عقب ماندگی ذهنی در ماه اول شناسایی یک بار و از آن پس هر ۶ ماه یک بار
- ۴- افراد دارای اختلال مصرف مواد نیاز به پیگیری منظم دارند. تواتر و فواصل این پیگیری بر حسب سطح درگیری (متوسط یا بالا) با نظر کارشناس سلامت روان و پزشک تعیین می گردد. به طور کلی، پیگیری در ماه اول به صورت هفتگی و سپس هر دو هفته یکبار در ماه های دوم و سوم و سپس ماهانه تا پایان سال اول توصیه می -گردد. همچنین به دلیل اهمیت مصرف مواد در بارداری، پیگیری هفتگی با نظر پزشک و کارشناس سلامت روان توصیه می گردد.
- ۵- افراد دارای مشکلات اجتماعی از قبیل خشونت علیه همسر، نیاز به پیگیری منظم دارند ولی تواتر و فواصل این پیگیری بسته به مورد و با تشخیص کارشناس سلامت روان یا پزشک مربوطه می باشد.

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

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

الف - برای افراد تحت مراقبت:

افرادی که تشخیص بیماری روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی برای آنها داده شده است و تحت درمان پزشک یا روانپزشک یا روانشناس قرار دارند، تا زمان بهبود کامل باید توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده تحت مراقبت و پیگیری مستمر باشند و خدمات زیر را دریافت نمایند:

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

ب - برای بیماران یا افراد بهبود یافته :

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

۱- ارائه آموزش های لازم به فرد و خانواده او

۲- کنترل علائم و مشکلات به لحاظ آگاهی از عود

ج- برای بیماران و افراد امتناع کننده از درمان:

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

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

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

۱- ترغیب بیماران و افراد دارای مشکل به مراجعه به مرکز و دریافت ادامه درمان و مراقبت

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

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

گاهی این افراد به دلیل وضعیت بیماری یا مشکل اجتماعی شان نمی توانند عملکرد و فعالیت های عادی و طبیعی خود را داشته باشند و به دلیل شرایط پیش آمده دچار احساس یأس، ناتوانی و کاهش اعتماد به نفس می شوند. گاهی اوقات نیز بیماری و مشکل اجتماعی بر روی عملکرد ذهنی و حافظه آنها تأثیر می گذارد و یا در فرد موجب

کاهش سرعت و دقت در انجام کارها می شود. به این دلایل ممکن است این افراد دچار احساس سرخوردگی شوند و خود را ضعیف و ناتوان بدانند. در چنین شرایطی کارشناس مراقب سلامت خانواده و خانواده فرد باید به او کمک کنند و او را به انجام کارها و مسئولیت های روزمره زندگی تشویق نمایند. کارشناس مراقب سلامت خانواده باید به این افراد آموزش های لازم را بدهد تا بتوانند در حد توان فعالیت های زندگی را از سر گیرد و از اجتماع و فعالیت ها و روابط اجتماعی کناره گیری نکنند. این امر موجب می شود که این افراد سریع تر بهبود پیدا کنند و همچنین موجب افزایش اعتماد به نفس آنها می گردد و سبب می شود که بیمار نسبت به خود و دیگران احساس خوبی داشته باشد و به دلیل بیماری و مشکلات خود را ناتوان احساس نکند.

عود بیماری روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی:

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

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

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

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

داستان :

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

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

بر اساس فرم گروه های سنی (کاغذی / سامانه) کارشناس مراقب سلامت ضمن بررسی وضعیت سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد فرد افراد، مشکوک به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی را بر حسب نوع اختلال، سن و جنس فرد و وضعیت اختلال یا مشکل در فرم گزارش روزانه وضعیت غربالگری ثبت خانواده و بر اساس قلوچارت مربوطه (بخش دوم این مجموعه) ضمن ارجاع به پزشک و یا کارشناس سلامت روان، نتیجه ارجاع را پیگیری و ضمن ارائه پیام های سلامت روان نتیجه را در فرم مزبور ثبت می کند. در صورتی که اختلال / مشکل روانی / اجتماعی و اعتیاد فرد توسط سطوح ارجاع شده مورد تایید قرار گرفت ضمن تشکیل پرونده مراقبت و پیگیری جهت انجام پیگیری و مراقبت های بعدی لیست افراد دارای اختلال / مشکل را در فرم های مراقبت و پیگیری دفتر ثبت و گزارش خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد "ویژه مراقب سلامت/ بهورز" درج می نماید.

یادآوری؛ ثبت نوع اختلال، بر اساس تشخیص پزشک است نه بر اساس بیماریابی کارشناس مراقب سلامت

اطلاعات ثبت شده در دفتر مزبور هر ماهه توسط مراقب سلامت جمع بنده و پس از ثبت در فرم گزارش ماهانه " فرم ثبت و گزارش خدمات تشخیص و مراقبت اختلالات روانی اجتماعی و اعتیاد" نسبت به تحویل فرم به کارشناس سلامت روان مرکز سلامت / مجتمع سلامت / مربی خانه های بهداشت اقدام می کند. کارشناس سلامت روان / مربی خانه های بهداشت پس از بررسی و تطبیق اطلاعات پزشک و مراقب سلامت و تایید آن توسط خود و مهر و امضای پزشک ذیربط نسبت به انتقال آن به سامانه ناماب یا ارساله مرکز بهداشت شهرستان اقدام می نماید.

کارشناس سلامت روان ستاد شهرستان پس از بررسی و تایید فرم ماهانه آن را جهت انتقال اطلاعات به واحد آمار شبکه تحویل می دهد. مرکز بهداشت استان (واحد بهداشت روان دانشگاه) نیز ضمن بررسی اطلاعات انتقال شده به سامانه ناماب، نسبت به اخذ گزارش و انتقال اطلاعات بر اساس نرم افزار مربوطه ثبت در سایت پورتال معاونت بهداشتی به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد اقدام می نماید. در نهایت اطلاعات دانشگاه های کشور در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد توسط کارشناسان مربوطه جمع بندی و تجزیه تحلیل می شود و گزارش کشوری سالیانه تهیه می گردد.

ثبت فعالیتها در فرم های اجرایی :

پس از تشخیص اختلال یا مشکل فرد توسط پزشک، کارشناس مراقب سلامت خانواده نوع اختلال یا مشکل فرد و مشخصات آن و کلیه اقدامات مراقبتی و آموزشی و حمایتی را در دفتر ثبت و گزارش خدمات سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد در مراکز سلامت و خانه های بهداشت (فرم های موجود در بخش سوم این مجموعه) به شرح زیر ثبت می کند:

بخش اول؛ ثبت و گزارش روند غربالگری اختلالات روانی، رفتاری و سوء مصرف مواد در جمعیت تحت پوشش براساس گروه های سنی

بخش دوم؛ روند پیگیری و مراقبت اختلالات روانی، رفتاری و سوء مصرف مواد در جمعیت تحت پوشش مراقب سلامت / بهورز

بخش سوم؛ دفتر شناسایی، ارجاع و مراقبت افراد دارای اختلالات اورژانس روانپزشکی، در معرض خطر عوامل اجتماعی و اختلالات مصرف و برنامه ریزی و هماهنگی دسترسی به خدمات اورژانس های اجتماعی

بخش چهارم؛ دفتر پیگیری تلفنی موارد دارای مشکلات روانپزشکی

بخش پنجم؛ دفتر ثبت و گزارش آموزش گروهی ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

بخش ششم؛ دفتر ثبت نام و معرفی مراجعین به کارشناس مراقب سلامت / بهورز جهت شرکت در کلاس / کارگاه های ارتقای سواد سلامت روان و پیشگیری از اعتیاد توسط کارشناس سلامت روان مجتمع / مرکز سلامت

بخش هفتم؛ فرم های گزارش فعالیت های تشخیصی و مراقبت اختلالات روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

خلاصه فصل

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

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

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

تمرین خارج از کلاس

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

تمرین در کلاس درس

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

فصل هفتم

آموزش در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

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

واژگان کلیدی

❖ آموزش سلامت

عناوین فصل:

❖ آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

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

آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

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

- ✓ آشنایی مردم با اختلالات روانپزشکی
- ✓ تغییر باورهای غلط جامعه در مورد اختلالات روانپزشکی و درمان آن
- ✓ تغییر رفتار در جامعه نسبت به بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی و کمک به بازتوانی بیماران
- ✓ آشنایی جامعه با روش‌های پیشگیری از اختلالات روانپزشکی
- ✓ آشنایی با مداخلات پیشگیری از مصرف مواد
- ✓ ارتقاء مهارت‌های عموم مردم در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی
- ✓ ارتقاء مهارت‌های عموم مردم در زمینه تربیت صحیح فرزندان
- ✓ ارتقاء مهارت‌های ارتباطی بین والد و کودک
- ✓ آشنایی جامعه با فاکتورهای خطر و فاکتورهای محافظتی ابتلاء به آسیب‌های اجتماعی



به طور خلاصه می‌توان گفت هدف از آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد عبارت است از ارائه پیام‌های بهداشتی با هدف ارتقاء آگاهی مردم در زمینه سلامت روان و اعتیاد و بهبود کیفیت زندگی است و همچنین برحذر داشتن آنها از خطراتی است که سلامت آنها را تهدید می‌کند. عدم آگاهی مردم در خصوص اختلالات روانپزشکی و مشکلات رفتاری منجر به بروز واکنش‌های غیرتخصصی برای رفع مسأله می‌گردد.

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

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

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

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

آنچه در زمینه اختلالات روانپزشکی باید بدانیم:

◀ افرادی که مبتلا به اختلالات روانپزشکی هستند، حتی هنگام بیماری نیز احتیاجات و نیازمندی های مشابه سایر افراد دارند؛ آنها نیز نیازمند توجه، مهربانی و پذیرش از سوی دیگران هستند. لذا شایسته است در برخورد با بیماران شان و منزلت آنان را به عنوان یک انسان نگه داریم.

◀ اکثر رفتارهای غیرعادی فقط از لحاظ کمیت با رفتار عادی تفاوت دارند. بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی معمولاً همان روشهای را بکار می برند که اشخاص عادی مورد استفاده قرار می دهند ولی با شدت خیلی بیشتر. این روشها رفتار و عملکرد خود فرد را تحت تأثیر قرار می دهند و رفتار او را از روال عادی خارج می کنند .

◀ هر فرد ممکن است دچار اختلالات روانپزشکی گردد. افرادی که آستانه تحمل پایین تری در مقابل مشکلات داشته و مهارت های مقابله ای ضعیف تری داشته باشند، امکان ابتلای آنان افزایش می یابد.

◀ بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی هرگز نباید از کمک خواستن برای درمان بیماری های خود احساس شرمندگی و خجالت کند. زیرا همان طور که انسان مسئول اکثر بیماری های جسمانی خود نیست به همان نسبت نیز مسئول اختلالات روانپزشکی خود نیز نمی باشد.

◀ به بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی چه در دوره بیماری چه پس از بهبودی می توان مسئولیت و کار متناسب با توانایی بیمار داد. در بعضی از بیماران لازم است کسی بر کار آنها نظارت و سرپرستی داشته باشد.

◀ بستری کردن بیماران روانپزشکی در بیمارستان به جز در موارد خاص (که پزشک تجویز می کند) ضرورتی ندارد. اگر بیمار داروهایش را بطور مرتب و زیر نظر پزشک معالج ادامه دهد و خانواده و اجتماع حمایت لازم را از او داشته باشند، روند بهبودی سرعت بیشتری می گیرد.



آنچه در زمینه برخورد با فرزندانمان باید بدانیم

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

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی

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

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



آنچه در زمینه مهارت‌های زندگی باید بدانیم؛

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

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

تا دهه اخیر بخش مهمی از برنامه های پیشگیری از مصرف مواد، بر موضوع کسب دانش و تغییر نگرش افراد جامعه تکیه داشته است. بسیاری از این برنامه ها در سطوح همگانی و با استفاده از ظرفیت های رسانه ای، موادی چون سیگار، الکل و حشیش را که به آنها «مواد دروازه ای» می گویند، مورد هدف قرار داده و تأکیدشان بر اطلاع-رسانی در مورد پیامدهای مصرف مواد است.

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

یک سؤال مهم:

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

تصمیم گیری برای مصرف مواد در باراول، اکثراً اختیاری است، اما پس از مدتی توانایی فرد برای کنترل خود به طور جدی مختل می شود. مطالعات تصویربرداری مغز این افراد نشان می دهد تغییراتی که پس از مصرف مواد در بخش هایی از مغز مربوط به قضاوت، تصمیم گیری، یادگیری و حافظه و کنترل رفتار رخ داده است، در این مسئله دخالت جدی دارد.

با یک بار مصرف مواد، کسی معتاد نمی شود!

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

پس می توان گفت: حتی یک بار مصرف مواد نیز می تواند فرد را وابسته کند.

مصرف تفننی مواد صناعی مثل "شیشه" کسی را معتاد نمی کند!

بسیاری از جوانان که مصرف این مواد را آغاز می کنند، بر این باورند که مصرف تفننی مواد جدیدی مثل شیشه و یا قرص های اکستیزی (اکس) به اعتیاد نمی شود و گمان می کنند می توانند سال ها مواد را مصرف کنند و خوب و

سرحال باقی بماند. همین طرز تفکر و باور غلط، زمینه ساز اعتیاد است.

◀ **مواد صناعی مانند شیشه چون مرفین ندارد، پس اعتیاد هم ندارد!**

این نگرش که فقط مواد مرفین دار و یا مواد بر گرفته از خانواده تریاک، اعتیاد آور هستند و بقیه مواد که صناعی هستند و مرفین ندارند، اعتیاد آور نیستند، اشتباه، غلط و گمراه کننده است. مصرف شیشه نیز حالت اجبار به مصرف در مصرف کنندگان ایجاد می کند و اعتیاد آور است.

◀ **کپسول های خارجی، قرص های مارک دار و آمپول های بسته بندی شده، مواد مخدر یا**

محرک نیستند و اعتیاد ایجاد نمی کنند!

تغییر شکل مواد اعتیاد آور و تبلیغات فریبنده درباره اثرات این داروها در درمان چاقی و ایجاد لاغری سریع، انرژی زایی، افزایش قدرت ذهن و تمرکز، نشاط و شادابی یکی دیگر از ترفندهای تولید کنندگان و قاچاقچیان مواد است که مواد خود را بی خطر، حتی گیاهی و مفید جلوه بدهند. اما نباید به تبلیغ های غیرمجاز اعتماد کنیم، بلکه باید بدانیم هر دارویی هر چند با منشا گیاهی می تواند مضر و اعتیاد آور باشد و مصرف دارو فقط با تجویز پزشک مجاز است.

◀ **مواد افیونی مانند تریاک، فرد را جوان نگه می دارد، قند خون و فشار خون بالا را درمان**

می کند و تقویت کننده قوای جنسی است!

این باورها پایه علمی و صحیحی ندارد. چه بسیارند افرادی که با مصرف این مواد، در روابط زناشویی دچار مشکل شدید شده اند. مصرف تریاک هیچ تأثیر مثبتی بر روی قند خون، کلسترول و تری گلیسیرید ندارد، بلکه افراد مصرف کننده تریاک در مقایسه با افراد مشابه خود کلسترول و تری گلیسیرید بالاتری دارند. معنادان فراوانی هستند که به دنبال سکنه مغزی با قند خون و فشار خون بالا در بیمارستان ها بستری شده اند.

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

برخی افراد بر این باورند که هر خطری ارزش یک بار تجربه کردن را دارد. حال باید از آنان پرسید که اگر سوزنی آغشته به ویروس هپاتیت ب یا اچ آی وی داشته باشیم، حاضرند آن را یک بار وارد بدن خود کنند؟ باید بدانیم که حتی یک بار مصرف مواد، می تواند اعتیاد آور باشد.

◀ **مواد همیشه از سوی یک آدم خلاف کار با چهره های خطرناک به من تعارف می شود!**

باید بدانیم که داستان آغاز اعتیاد این طور نیست. معنادان بسیاری وجود دارند که اولین بار مواد را از یک دوست صمیمی یا یکی از بستگان و اعضای درجه یک خانواده دریافت کرده اند. این تصور که افراد ذکر شده هیچ وقت بد مرا نمی خواهند و اتفاقی برای من نخواهد افتاد، یکی از عوامل اولیه ایجاد کننده اعتیاد است. البته ذکر این نکته الزامی است که در بسیاری از موارد، افراد پیشنهاد دهنده نیز به علت ناآگاهی سعی می کنند این مواد را به

نزدیکان خود پیشنهاد دهند اما غافلند که این به معنای آغاز اعتیاد است و ناخواسته نزدیکان خود را به بیماری مبتلا می کنند.

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

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

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

◀ **هرگز مصرف کنندگان سیگار و الکل معتاد نمی شوند!**

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

پرهیز از شروع مصرف سیگار و الکل؛

اثر محافظتی در برابر گرایش به مصرف سایر مواد دارد.

◀ **اعتیاد مختص سنین نوجوانی و جوانی است!**

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

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

◀ **مصرف الکل مرغوب اعتیاد و عوارض ندارد و استرس را کم می کند!**

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

◀ **چون جوانها سرگرمی و تفریحی ندارند، مواد و الکل مصرف می کنند!**

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

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

◀ ارتقا میزان تاب آوری فرد مهم ترین هدف در مداخلات پیشگیری از مصرف مواد است.

ارتقا دانش و آگاهی در جامعه در باره عامل تاب آوری در مقابل مصرف مواد، بر مبنای این اعتقاد بنا گردیده است که عده ای در معرض خطر یا عوامل خطر آفرین قرار می گیرند، اما متاثر از آن عوامل نگردیده و اختلالی را تجربه نمی کنند. در واقع، عوامل تاب آوری باعث می شوند، افراد در شرایط دشوار با وجود عوامل خطرزا از قابلیت ها و ظرفیت های موجود در دستیابی به موفقیت و شکوفایی در زندگی بهره گرفته و از چالش ها سربلند بیرون آیند.

عوامل خطرزا شامل فقدان یا ضعف روابط مثبتی بر احساس امنیت عاطفی، کاستی در سازگاری اجتماعی، داشتن والدین و اطرافیان معتاد، وجود نگرش مثبت به مواد، مقبولیت مصرف در خانواده و دوستان، عدم ارتباط مثبت با مدرسه و اجتماع و داشتن شخصیت پرخاشجو و یا ضد هنجارهای مثبت اجتماعی جامعه است. در مقابل، مهمترین عوامل محافظ شامل برخورداری از مهارت های زندگی، ارتباط با گروه های همسال مثبت، موفقیت تحصیلی در مدرسه، نظارت مؤثر والدین، پیوندهای مثبت و روابط مثبتی بر احساس امنیت در محیط های کار و زندگی فرد می باشند.

برخی از عوامل تاب آور که تاثیرات عوامل خطر آفرین را به حداقل کاهش می دهند عبارتند از: داشتن تصویر مثبت از خود و برخورداری از عزت نفس بالا، توانایی کنترل زندگی، احساس مسئولیت و تعلق به اجتماع، وجود ارزش های اخلاقی و معنوی در محیط زندگی فرد و نظایر آن.

◀ مداخلات پیشگیری از مصرف مواد باید در برگیرنده آموزش مهارت های زندگی باشند.

آموزش این مهارت ها مشتمل بر ۵ حوزه است:

الف - آموزش های افزایش خودآگاهی و عزت نفس

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

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

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

د - آموزش مهارت حل مسئله

ه - آموزش مدیریت هیجانها و کنترل فشارهای روانی

اجرای برنامه های آموزشی مهارت های زندگی، تاثیرات کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدتی چون ایجاد دانش، تغییر نگرش، بهبود سلامت روان، تمایلات رفتار مثبت، تغییر در خودکارآمدی، بهبود توانایی های روانی اجتماعی، بهبود فضای کلاس، بهبود رفتارهای مدرسه، بهبود ارتباط بین دانش آموزان، و ارتباط دانش آموزان و معلم ها، بهبود حضور در مدرسه و عملکرد تحصیلی، ایجاد تغییرات معنی دار بر رفتار سلامت و رفتارهای اجتماعی دارند که با جلسه های تقویتی و یادآوری، تغییرات ایجاد شده طی زمان حفظ و ابقاء می شود.

◀ افراد مصرف کننده مواد، برای توجیه کار خود و تأیید خودشان علاقه دارند دیگران به خصوص دوستان و گروه هم سن و سال را نیز به مصرف مواد وادار کنند.

نتایج مطالعات نشان می دهد، بسیاری از افرادی که در دام وابستگی به مواد گرفتار شده اند، برای مقابله با استرس های خود از روش های ناسالمی مانند مصرف سیگار، الکل و سایر مواد استفاده کرده اند، در حالی که این مواد نه تنها در دراز مدت استرس را از بین نمی برند، بلکه موجب تشدید استرس و مشکلات جسمی روانی و اجتماعی غیر قابل جبرانی می گردند.

◀ گاهی اوقات استرس زیاد و عدم کنترل بر هیجانات منفی، در برابر موقعیت هایی که دیگران را دچار تنش و ناراحتی نمی کند، می تواند علامت شروع یک اختلال و یا بیماری باشد، که در این حالت مراجعه به یک روانشناس یا روانپزشک بهترین راه حل است.

◀ نه گفتن در موقعیت صحیح، نشان دهنده قدرت شماسست. ممکن همه افراد مثل شما جرأت آن را نداشته باشند؛ تا آنجا که میتوانید کوتاه و محکم سخن بگویید. از توجیه و توضیحات مفصل اجتناب کنید.

◀ راهنمایی مراجعین جهت امتناع از مصرف مواد و آگاه سازی جامعه در باره مضرات مصرف مواد و تشویق مراجعین و اطرافیان جهت در پرهیز از رفت و آمد با دوستان و افراد واجد رفتارهای پرخطری چون سوء مصرف مواد و شرکت در مهمانی های مشکوک یکی از مهم ترین اقدامات مورد انتظار از کادر بهداشتی است.

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

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

آنچه در زمینه اختلال مصرف مواد باید بدانیم

عوارض اختلال مصرف مواد

فردی (جسمی و روانی)

عارضه های جسمی

اختلال مصرف مواد بر حسب نوع ماده با عوارض جسمی متعددی همراه است. برای مثال مصرف مواد افیونی باعث ایجاد حالت تحمل و محرومیت در صورت عدم مصرف، ناتوانی جنسی، یبوست، بیماری های گوارشی و... می شود. اگر اعتیاد از نوع تزریقی باشد ممکن است فرد رابه بیماری های عفونی همچون اچ آی وی و هیپاتیت دچار کند. مصرف مواد محرک نظیر مت آمفتامین (شیشه) با عوارض جسمی شدیدی همچون سکتة مغزی، سکتة قلبی، نارسایی قلبی، فشار خون بالا، سوء تغذیه، تحلیل عضلات بدن، پوسیدگی دندان ها و... همراه است. مصرف مواد محرک با خطر بالاتر رفتارهای پرخطر جنسی و ابتلاء به عفونت های منتقله از راه جنسی نظیر اچ آی وی و سیفلیس همراه است.

عارضه های روانی

اختلال مصرف مواد ممکن است موجب اختلال در خواب، افسردگی، مشکل در تصمیم گیری و اختلال های روانی خفیف و شدید شود. شیوع اختلالات خلقی نظیر افسردگی در افراد مبتلاء به اختلال مصرف مواد افیونی دو برابر جمعیت عمومی است. افراد مبتلاء به اختلال مصرف مواد محرک در معرض خطر بالای ابتلاء به جنون القاء شده در اثر مصرف ماده هستند. جنون القاء شده در اثر مصرف مت آمفتامین با خطر بالای پرخاش گری و تهاجم همراه است.

خانوادگی

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

آنچه در زمینه اختلال مصرف مواد باید بدانیم

عوارض اختلال مصرف مواد

اجتماعی، اقتصادی و شغلی

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

برنامه آموزش خودمراقبتی

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

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

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



پیام شماره ۱
سلامت روان

در صورت وجود هر یک از شرایط زیر در خود مناسب است در اولین زمان ممکن به پزشک عمومی مراجعه کنید:

- ✓ اگر احساس افسردگی می کنید یا چون گذشته زندگی و فعالیت های روزمره لذت بخش نیست و این حالت بیش از ۲ هفته طول کشیده است.
- ✓ اگر آستانه تحمل شما کاهش یافته و زودتر از معمول حتی با موضوعات نسبتاً کم اهمیتیت از کوره در می روید.
- ✓ اگر به خودکشی فکر می کنید، اما فعلاً تصمیم یا برنامه ای برای اقدام به خودکشی ندارید.
- ✓ اگر مدتی است که چون گذشته نمی توانید از پس انجام شغل یا کارهای روزمره خود بر بیایید.
- ✓ اگر تمایل جنسی شما کاهش یافته و یا در رابطه جنسی چون گذشته لذت نمی برید یا دچار مشکل هستید.
- ✓ اگر مدتی است دچار بی خوابی شده اید و یا خواب شبانه خوبی ندارید به گونه ای که طی روز احساس کسالت یا خواب آلودگی دارید.
- ✓ اگر شروع به مصرف مواد کرده اید، حتی اگر یک بار یا تفننی بوده باشد.
- ✓ اگر بدون دلیل و یا به میزان زیادتری از آن چه نسبت به اتفاقی که افتاده دچار دلشوره و استرس هستید.

پیام شماره ۲
سلامت روان

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

پیام شماره ۳
سلامت روان

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



پیام شماره ۴۵
سلامت روان

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



پیام شماره ۵
سلامت روان

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



پیام شماره ۶
سلامت روان

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



پیام شماره ۷
سلامت روان

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

خلاصه فصل

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

تمرین در کلاس درس

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

تمرین در در خارج از کلاس

۱. مشاوره را تعریف کنید و اصول آن را توضیح دهید.
۲. به نظر شما چگونه ارتباط مناسب و مؤثر در مشاوره به دست می آید. شما کدام یک از عوامل تأثیر گذار بر ارتباط را مهم تر می دانید؟ چرا؟

فصل هشتم

آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به گروه ها و ترغیب مشارکت ها

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

۱. مراحل آموزش سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را به گروه توضیح دهید.
۲. ارکان اجرای برنامه آموزش در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به گروه ها و اهمیت هر یک را توضیح دهید.
۳. هر یک از مراحل مختلف اجرای برنامه آموزشی در این حوزه سلامت را توضیح دهید.
۴. مفهوم مشارکت جامعه در برنامه ریزی و راه اندازی عملیات ارتقای سلامت روانی اجتماعی را بازگو نمایید.

واژگان کلیدی

- ❖ آموزش
- ❖ گروههای هدف
- ❖ مشارکت جامعه

عناوین فصل

- ❖ بیان هدف
- ❖ ارکان اجرای برنامه آموزش سلامت روانی اجتماعی به گروه ها
- ❖ مراحل اجرای برنامه آموزش سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد به گروه ها
- ❖ برنامه ریزی برای راه اندازی عملیات ارتقای سلامت در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد با بهره گیری از مشارکت جامعه

مقدمه و بیان هدف

هدف برنامه آموزش سلامت در حوزه روانی، اجتماعی و اعتیاد به گروه‌ها، ایجاد فرآیندی است که در طی آن افراد و جامعه به توانایی‌هایی دست یابند که بتوانند سلامت روانی و اجتماعی خود را ارتقاء دهند و از ابتلاء به اختلالات رفتاری و روانپزشکی و همچنین اختلال مصرف مواد مصون بمانند. به منظور تحقق این هدف افراد و گروه‌های مختلف جامعه اعم از گروه‌های رسمی نظیر نهادهای مختلف مستقر در جامعه مانند سازمان‌های تعلیم و تربیت، دهداری، شورای اسلامی و نیز گروه‌های غیررسمی نظیر زنان خانه‌دار، دانش آموزان و ... باید بتوانند در مراحل ذیل گام بردارند:

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

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

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

◀ ارزیابی برنامه‌ها و ارتقاء مستمر کیفیت اجرای آنها

براساس موارد فوق می‌توان چنین برداشت کرد که اساساً نخستین گام در ارتقاء سلامت، آگاه‌سازی جامعه به نیازهای واقعی و حقوق خود در زمینه سلامت است. این آگاه‌سازی عمدتاً از دو محور آموزش‌های فردی و مشاوره و نیز آموزش‌های جمعی به گروه‌های رسمی و غیررسمی فعال در جامعه تحقق می‌پذیرد. در محور آموزش فردی، ارائه‌دهنده خدمات سلامت به عنوان مشاور عمل می‌کند که تلاش می‌نماید با مشارکت مشتری خدمات، مشکل سلامت را موشکافی نموده و راه حلی برای آن پیدا نماید و یا او را به دلیل پیچیدگی خاص مشکل به سطح بالاتری ارجاع دهد. در محور دوم یعنی آموزش سلامت به گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات یکی از دو نقش زیر را ایفا می‌کند:

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

◀ ب- هماهنگی برای استفاده از ظرفیت‌های بالاتر آموزش سلامت برای گروه‌های اجتماعی نظیر استفاده از ظرفیت‌های معتمدین و روحانیون، پزشکان، نهادهای تربیتی و ...

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

ارکان اجرای برنامه آموزش سلامت در این حوزه به گروه‌ها

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

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

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

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

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



مراحل مختلف اجرای برنامه آموزش سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد می‌بایست در درجه نخست رویکردی منطقی و نظام‌دار داشته باشد. این رویکرد نظام‌دار موجب می‌شود تا هر یک از عوامل مختلف به درستی و به طرز مؤثری نقش خود را ایفا نمایند. در این میان نقش کارشناسان مراقب سلامت خانواده به عنوان متولی سلامت، نقشی اساسی و کلیدی خواهد بود.

این نقش بدان جهت کلیدی تلقی می‌شود که کارشناسان مراقب سلامت خانواده در خط مقدم، شاهد مشکلات سلامت و درک عوامل مؤثر بر آن هستند و بیش از هر فرد دیگر قادرند سایر عوامل انسانی را برای تنظیم فعالیت‌ها، هدایت نمایند. در ادامه مطالب با مرور برنامه و ساختار پیشنهادی به درک مناسب تری از این موقعیت برای حل مشکلات سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد پی خواهید برد. **این مراحل به شرح ذیل معرفی می‌شوند:**

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

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

۳- برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف

۴- اجرای برنامه عملیاتی ارتقاء سلامت و اجرای برنامه‌ریزی آموزشی

در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۵- ارزیابی مستمر نتایج برنامه ارتقاء سلامت و آموزش‌های ارائه شده

در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۶- ارزشیابی نتایج برنامه و ارتقاء و توسعه مستمر آن

در ادامه شرح تفصیلی هر یک از مراحل آمده است.



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

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

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

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

ج- وقوع بحران‌ها یا تغییرات خاص در محیط که منجر به بروز مشکلات خاص شود؛ در این زمینه حوادثی نظیر زلزله، تغییرات سریع فرهنگی اجتماعی، منازعات قومی و قبیله‌ای و ... می‌تواند منجر به بروز مشکلات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شود.

در تمامی موارد اشاره شده در فوق، کارمند بهداشتی می‌بایست به منظور ارزیابی مناسب نیازها اقدام به تحلیل آنها نماید. در این توصیف می‌بایست کیفیت مشکل موجود، گستره آن در جامعه، عوامل مؤثر بر بروز مشکل، افرادی که از آن آسیب می‌بینند و تعداد آنها به درستی روشن شود.

یک موضوع بسیار مهم در برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌ها این است که به صورتی روشن اطلاعات گروه هدف معلوم شود. در این شرایط گروه‌های مختلف اجتماعی اطلاعاتی متفاوت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دارند. به عنوان مثال چنانچه در جامعه تحت پوشش با مواردی از آسیب‌های اجتماعی ناشی از اشتغال کودکان مواجه باشیم می‌توانیم چند گروه هدف را آموزش دهیم و یا از آنها برای مشارکت در برنامه‌ای دعوت به عمل آوریم. به طور قطع سطح سواد و اطلاعات اجتماعی صاحبان کار، معلمین روستا، صاحبان حرفه یا صنایع، خانواده کودک و متفاوت است، لذا چنانچه در برنامه‌ریزی جایگاهی را برای آموزش یا مشارکت هر یک از گروه‌های فوق در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد کودکان انتخاب کرده اید می‌بایست

محتوای آموزش خود را به صورت جداگانه و با محتوایی متفاوت تنظیم نمایید. در این شرایط به یاد داشته باشید که ارائه اطلاعات غیر ضروری و نیز اطلاعاتی که در حوزه فهم گروه هدف نبوده و یا خود از آنها آگاه باشند نه تنها ضرورت ندارد بلکه موجب کسالت فراگیران شما از گروه‌های هدف می‌شود.

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

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

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

۲- اطلاعات اطرافیان سالمندان در زمینه نیازهای این گروه

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

با اطلاعات به دست آمده روشن است کارشناس مراقب سلامت خانواده می‌تواند برنامه‌های مختلفی را در جهت

ارتقاء سلامت روانی سالمندان هماهنگ نماید.

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

برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد بیش از سایر

برنامه‌های دیگر برای اجرا نیازمند مشارکت اجتماعی هستند. دلیل این

موضوع آن است که حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به میزان

بالایی تحت تأثیر ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه و

خانواده است. بر این اساس می‌بایست برای ارتقاء سلامت در این

حوزه از مشارکت جامعه و توانمندی‌های موجود در آن بهره جست. این

توانمندی‌ها در گروه‌های رسمی و غیررسمی جامعه وجود دارد. در حال





حاضر نهادهای مختلف رسمی نظیر سازمان‌های دولتی و غیردولتی در زمینه مسائلی نظیر سوء مصرف مواد، خشونت خانگی، کودک آزاری، افسردگی و اضطراب در گروه‌های مختلف هدف جامعه، تبعیض‌های جنسی و حقوق اجتماعی فعالیت می‌نمایند. قوانین و دستورالعمل‌های در دسترس این گروه‌ها و نیز میثاق‌های مختلفی که برای احقاق حقوق اجتماعی و سلامت روانی در دسترس این سازمان‌هاست خود منبعی ارزشمند برای ارتقاء سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی است. از سوی دیگر ارائه‌دهندگان خدمات می‌توانند با استفاده از ظرفیت‌های جامعه تحت پوشش اقدام به استفاده و سازماندهی با بهره‌گیری از گروه‌های غیررسمی نمایند. تشکیل جلسات با معلمین روستا، گروه‌های مختلف زنان، شاغلین کارگاه‌ها و ... می‌تواند ظرفیت‌های جدیدی برای اجرای برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و ارتقاء حقوق اجتماعی ایجاد نماید.

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

داستان یک مشارکت اجتماعی در برنامه سلامت روانی اجتماعی؛

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

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

این مراحل عبارت بودند از:

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

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

۳- برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف:



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

« کارشناس مراقب سلامت خانواده محله حسین آباد در بررسی‌های خود متوجه شد که تعداد قابل توجهی سالمند در محله وجود دارد که برخی از آنها دچار بیماری آلزایمر (زوال عقل) و افسردگی هستند. او در مواجهه با

این افراد در می‌یابد که اصلی‌ترین عامل افسردگی در این گروه، آگاهی از کاهش روزافزون یادآوری خاطرات می‌باشد. که این امر خود موجب کاهش احساس لذت آنها از زندگی می‌گردیده است.

کارشناس مراقب سلامت خانواده محله براساس آموزش‌هایی که دیده است می‌داند که مداخلات اصلی برای

کاهش این مشکل عبارتند از:

۱- آگاه نمودن خانواده و اطرافیان بیمار در زمینه مشکل او

۲- ویزیت پزشک از بیمار و خانواده او و ارائه مشاوره‌ها و اقدامات درمانی مورد نیاز

برای اطمینان از این که کارشناس مراقب سلامت خانواده

به درستی موارد ابتلا به آلزایمر و افسردگی را پیدا کرده

است، در درجه نخست شرایط ملاقات سالمندان با شکایت

فراموشی و افسردگی را با پزشک فراهم می‌کند. در این

ملاقات‌ها فرد سالمند همراه با نزدیک ترین فردی که امکان

مراقبت سالمند را دارد به نزد پزشک مراجعه می‌کند. حال

پس از اطمینان از تشخیص صحیح موارد مبتلا به آلزایمر

کارشناس مراقب سلامت خانواده برنامه را برای آموزش



اطرافیان بیمار سالمند مهیا می‌کند. این برنامه شامل چند جلسه منظم است که در آن کارشناس مراقب سلامت

خانواده، پزشک و یک نفر از کارشناسان سلامت روان مرکز بهداشت شهرستان حضور دارند. کارشناس مراقب

سلامت خانواده می‌تواند برای برخی از جلسات از معتمدین محلی و یا دبیران شاغل در محله که در زمینه سلامت

روانی و اجتماعی آشنایی دارند نیز دعوت به عمل آورد.

شیوه مورد نظر کارشناس مراقب سلامت خانواده در این آموزش گروهی استفاده از روش بحث و گفت و گوی

مشارکتی است. برخی از جلسات با حضور پزشک و برخی دیگر بدون حضور وی انجام می‌شود. در شیوه بحث و

گفت و گوی مشارکتی فراگیران و آموزش‌دهندگان اقدام به تبادل اطلاعات می‌نمایند. در این شرایط کار

آموزش‌دهنده این است که فراگیران را در جهت ارائه پاسخی مناسب به سئوالات مهم و کلیدی و یا سئوالاتی که

جمع مطرح می‌کنند راهنمایی کند.

برای شروع نخستین مباحثه، اولین سئوال را پزشک محله مطرح می‌کند. سئوال این است: «به نظر شما بیماری

آلزایمر چیست؟» افراد فراگیر برداشت‌های متفاوت خود از این بیماری را عنوان می‌کنند. پزشک و کارشناس مراقب

سلامت خانواده نکات کلیدی هر یک از تعاریف را یادداشت و نهایتاً با بهره‌گیری از تعاریف و اصلاح اشکالات آنها

اقدام به تعریف بیماری می‌کنند. این امکان در جریان مباحثه وجود دارد که هر یک از فراگیران اقدام به توصیف

علائم و نشانه‌های بیماری در سالمند خود نمایند. در جریان این مباحثات گاه پیش می‌آید که برخی از اطرافیان بیمار از سختی زندگی با سالمند و رنج‌های او صحبت‌های فراوانی می‌کنند. در این شرایط کارشناس مراقب سلامت خانواده و پزشک می‌دانند که سالمندان مبتلا به بیماری آلزایمر تمایل زیادی برای تحرک ندارند، احساس ارزش نمی‌کنند، عواطف زیادی ندارند، ممکن است زیاد بخوابند یا دچار اختلال جدی در خواب باشند، ممکن است دارای عواطف غیرطبیعی بوده و بی‌جهت عصبانی شوند یا گریه کنند. آنها این علائم را به فراگیران توضیح می‌دهند. فراگیران نیز اطلاعات و تجارب خود در این زمینه مبادله می‌کنند و در این حین پزشک و کارشناس مراقب سلامت خانواده اطلاعات لازم را منتقل می‌کنند. اطلاعاتی که بسیار اساسی و حیاتی است. بخش مهمی از این اطلاعات ایجاد توان سازگاری برای افراد خانواده برای ارائه خدمت به سالمند و نیز مراجعات به موقع به پزشک و کارشناس مراقب سلامت خانواده است.

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

- ۱- زمان مراجعه به پزشک و خود کارشناس مراقب سلامت خانواده و نیازهایی که در این مراجعات مرتفع خواهد شد.
- ۲- آموزش برای داشتن محیطی آرام و با لذت بیشتر برای سالمند، کاهش سروصدا در محیط زندگی سالمند، زندگی با چهره‌های آشنا، داشتن توقعاتی مناسب از سالمند، نحوه تغذیه و پایش مداوم علائم بیماری در وی
- ۳- چگونه مراقبین سالمند از خودشان نیز مراقبت کنند تا خسته نشوند و چگونه از حمایت‌های لازم از سوی سایر افراد و نهادهای جامعه بهره‌مند شوند.

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

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

براساس آنچه که در فوق به آن اشاره شد می‌توان به طور خلاصه مراحل برنامه‌ریزی و

اجرای آموزش را موارد ذیل دانست:

۱- تهیه برنامه آموزشی شامل مراحل، دفعات، موضوعات و اهداف آموزش، افراد فراگیر،

افراد آموزش‌دهنده و تسهیل‌کنندگان آن، محل اجرای آموزش، وسایل و ابزار مورد نیاز

و روش و شیوه‌های آموزش

۲- مستندسازی تمامی موارد فوق به صورت متنی خلاصه شده

۳- تعیین نحوه ارزشیابی فراگیران در مورد آموزش‌ها

۴- تعیین نحوه ارزشیابی تاثیرات آموزش بر زندگی سالمند

۵- ارتقاء مستمر کیفیت و استانداردهای آموزشی

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

واضح است هر یک از مراحل که در فوق آمده نیازمند دانش، تجربه و تمرین است. شما

در طول زمان این فرصت را خواهید داشت که با بهره‌گیری از منابع علمی در دسترس و سایر

کتاب آموزش اقدام به ارتقاء عملکرد خود نمایید. آنچه بیش از هر چیز در چنین تجاربی

ارزش دارد در درجه نخست تمرین و ممارست خود شماست و در درجه دوم ارزشمندی کار

شما و نتایج آن. به طور حتم اگر چنین موضوعاتی به درستی و با بهره‌گیری از منابع علمی و

با مهارتی کامل به اجرا برسد، شما نقش اصلی خود را در تحقق سلامت که همانا رفاه کامل

جسمی، روانی و اجتماعی جامعه است، ایفا کرده‌اید.

خلاصه فصل

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

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

تمرین در کلاس درس

◀ در قالب دو یا سه گروه تقسیم شده و هر کدام با هماهنگی یکدیگر اقدام به ایفای نقش در قالب یک برنامه آموزش گروهی نمایید. در این زمینه شما از فرضیات ذهنی خود در زمینه تحلیل نیازها و سایر مراحل استفاده کنید. در این مورد می‌توانید از قبل با مربی خود مشورت نمایید. در این شرایط همکلاسان می‌توانند به عنوان شنونده به سخنان شما گوش دهند و اشکالات آن را متعاقباً بازگو نمایند.

◀ در قالب یک یا چند گروه اقدام به ایفای نقش در زمینه راه اندازی یک برنامه سلامت روانی، اجتماعی از طریق مشارکت مردم نمایید. در این زمینه همانند تمرین پیشین از فرضیات ذهنی خود در زمینه تحلیل نیازها و سایر مراحل استفاده کنید.

توصیه می‌شود از قبل با مربی خود مشورت نمایید. در این شرایط مشارکت تمامی همکلاسان به عنوان اعضای مختلف تیم ضرورت دارد.

تمرین در خارج از کلاس درس

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

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

فصل نهم

حمایت‌های روانی، اجتماعی در حوادث و بلایا

اهداف فصل

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

واژگان کلیدی

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

عناوین فصل:

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

مقدمه:

ایران یکی از ۱۰ کشور اصلی بلاخیز دنیاست و در سال های اخیر بیش از ۱۸۰۰۰۰ نفر در این بلایا که بطور عمده زلزله بوده است، کشته شده اند. در جریان بلایای طبیعی آسیب های روانی به افراد مثل یک کوه عظیم یخ است که قسمت اعظم آن زیر آب قرار دارد و دیده نمی شود. مرگ و مجروحیت جسمانی در بخش های بیرونی آب قرار گرفته ولی معلولیت و عواقب روانی حوادث که گاهی تا پایان عمر باقی می ماند بدنه اصلی این کوه یخ را تشکیل می دهد و در اکثر مواقع مورد غفلت قرار می گیرد. این زخم های روانی گرچه پنهان هستند ولی موجب رنج و ناتوانی و افت کارکرد بسیاری از انسان ها می شوند. در این فصل از کتاب شما با مفاهیمی که در رابطه با بهداشت روان در بلایای طبیعی وجود دارد و واکنش هایی که افراد مختلف به استرس نشان می دهند آشنا می شوید و در پایان در زمینه مداخلات، توصیه ها، باید ها و نبایدهائی که عموم مردم شایسته است آگاهی داشته باشند، مطالبی ذکر خواهد شد.



تعاریف و مفاهیم

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

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

استرس: هرگاه فشاری بر شخصی وارد می آید و واکنشی در او ایجاد می شود این واکنش علائم جسمانی و روانی دارد که تغییراتی در فرد ایجاد می کند. به این واکنش غیر اختصاصی که نسبت به محرک بوجود می آید استرس می گوئیم.

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

بلا: اختلال زیست محیطی و روانی اجتماعی که از توانایی جامعه برای مقابله با مشکلات فراتر باشد. راه های مختلفی برای طبقه بندی بلایا وجود دارد ولی از نقطه نظر پیشگیری و آمادگی می توان بلایا را به دو گروه تقسیم کرد:

بلایای طبیعی: بلایایی که سبب یا علت وقوع آن خارج از اختیار انسان می باشد و فهرست آن در زیر آمده است.

زلزله، سیل، آتشفشان، طوفان و گردباد، سقوط بهمن، خشکسالی و گرمزدگی، آتش سوزی جنگل ها و...
 بلایای غیر طبیعی (انسان ساخته): بلایایی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم منشاء وقوع آن در کنترل انسان می باشد، مثل: جنگ، تصادفات، سقوط هواپیما، و حوادث هسته ای

مراحل مختلف واکنش های روانی و رفتاری پس از بلایا:

تصور کنید که شما و خانواده تان قربانی یک بلای طبیعی، همچون زلزله، سیل و... هستید. وقتی در مقابل چنین فشار شدیدی قرار می گیرید چه اتفاقی برایتان می افتد؟ در این شرایط چه احساسات و افکاری را تجربه می کنید؟ چگونه رفتار خواهید کرد؟ انسان ها در رویارویی با بلایا و حوادث واکنش هایی را از خود بروز می دهند که می توان آنها را به ۵ مرحله تقسیم کرد.

مرحله تماس یا ضربه؛ این مرحله در چند دقیقه پس از حادثه بروز می کند. اکثر افراد دچار ترس و وحشت شدیدی می شوند.

مرحله قهرمان گرایی؛ در ساعات اولیه وقوع حادثه بروزی کند. در این مرحله بین مردم همبستگی ایجاد می شود. افراد احساس می کنند باید کاری انجام دهند، به طور داوطلبانه درامداد رسانی کمک می کنند.

مرحله شادمانی و فراموش کردن غم؛ یک هفته تا چند ماه پس از حادثه بروز می کند. همزمان با رسیدن نیروهای کمکی افراد امیدوار می شوند و ممکن است حالت آرامش و نشاط، سرخوشی و شادمانی دارند.

مرحله مواجهه با واقعیت؛ ۲ الی ۳ ماه پس از وقوع حادثه بروزی کند. در این مرحله افراد تازه متوجه وسعت خسارات و فقدان هایشان می شوند. مجدداً روحیه خود را از دست می دهند، نا آرام، خسته و درمانده می شوند.

تجدید سازمان؛ که ۶ ماه تا ۱ سال پس از وقوع حادثه بروزی کند. افراد شروع به بازسازی روانی خود و بازسازی زندگی خود می کنند و بتدریج درک می کنند که باید متکی به خود باشند.

واکنش ها و علائم روانی در گروه های آسیب پذیر:

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

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

کودکان:

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

سنین پیش از دبستان (۵-۱ سال):

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

کودکان دبستانی (۱۱-۶ سال):

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

نوجوانی و جوانی (۱۸-۱۴ سال):

◀ علائم بدنی مثل دردهای شکمی، سردرد، ناراحتی‌های پوستی، دردهای نامعلوم، مشکلات خواب و کابوس، نزاع با دیگران و تحریک پذیری، افت تحصیلی، رو آوردن به سیگار یا مواد مخدر، طغیان و

سرکشی در خانه و مدرسه، افسردگی یا غمگینی، از دست دادن علاقه به تفریح یفاعلیت های گروهی بادوستان



زنان:

مرگ و میر زنان در کشورهای در حال توسعه در اثر بلایا از مردان بیشتر است. به طور کلی زنان علائم و واکنش های روانی بیشتری بعد از وقوع بلایا دارند. زنان معمولاً نقش اصلی مراقبت از فرزندان را بر عهده دارند و کمترین احتمال دارد به خاطر فرزندان خود هنگام بروز بلایا، محل حادثه را ترک کنند. پس از وقوع بلایا امنیت آنان بیشتر مورد تهدید قرار می گیرد.

باید تاکید کرد که پس از بلایا فرصت هایی نیز وجود دارد که زنان بتوانند گروه های اجتماعی تشکیل داده و از حمایت های بیشتری برخوردار شوند.



سالمندان:

در صورت بروز بلایا، سالمندان در معرض خطر بیشتری قرار دارند. افسردگی در آنها معمولاً نادیده گرفته می شود

چون علائم آنها با افراد جوان تر فرق دارد، به عنوان مثال فراموش کاری یا حواس پرتی در آنها ممکن است علامتی از افسردگی باشد که گاهی به حساب پیری گذاشته می شود و مورد غفلت قرار می گیرد.



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

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

- اضطراب شدید دارند: (احساس نگرانی، دلشوره، انتظار وقوع حوادث بد در آینده طپش قلب، تنگی نفس)
- افسردگی دارند: (احساس غمگینی و بی علاقتی به زندگی، ناامیدی، لذت نبردن از زندگی، فکر زیاد راجع به مرگ و مردن خود و دیگران ...)
- تجربه مجدد حادثه دارند: (به این صورت که انگار دوباره همان فاجعه دارد تکرار می شود).
- علائم روانپریشی دارند: در افرادی که دارای زمینه مساعد هستند در شرایط پراسترس ممکن است علائم روانپریشی ظاهر شود مثل: توهم و هذیان
- کسانی که دچار علائم محرومیت از مواد هستند یا کسانی که تحت درمان با داروهای آگونست (متادون، بوپرنورفین یا تتنور آپيوم) بوده اند: این افراد در بلایا به دلیل عدم دسترسی به مواد یا دارو دچار علائم و نشانه های محرومیت شده و باید برای دریافت درمان به پزشک ارجاع داده شوند.

توصیه های برای والدین کودکان آسیب دیده

◀ به کودکان فرصت داده شود راجع به احساسات، افکار، نگرانی ها و ترسهای خود با شما حرف بزنند.

- ◀ برای شناخت این ترسها بهتر است هرچه سریعتر با کودک ارتباط برقرار کنیم.
- ◀ به سؤالات کودک صادقانه پاسخ داده و، به نیازهای بهداشتی و تغذیه ای آنان توجه کنیم.
- ◀ رفتارهایی مثل شب ادراری را در ابتدا باید بپذیریم
- ◀ در صورتی که کودک از رفتن به مدرسه یا حضور در جمع کودکان خودداری کند به تیم حمایت روانی- اجتماعی معرفی کنیم.

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

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

با آسیب دیدگان ارتباط صحیح برقرار کنیم، به افراد اطلاعات درست بدهید و از گفتن مطالبی که اطمینان ندارید خودداری کنید، افراد را ازدیدن جنازه عزیزانشان محروم نکنیم بگذارید واقعیت مرگ عزیز خود را بپذیرند. مانع ابراز احساسات افراد نشویم، افراد را تشویق کنیم که در مراسم تشییع جنازه و به خصوص نماز میت شرکت کنند. آنها را به شرکت در فعالیتهای اجتماعی، ورزشی و بازسازی تشویق کنیم. کودکان را از والدین جدا نکنیم. به نیازهای تغذیه ای و بهداشتی کودکان در تمام سنین توجه کنید. امکانات بازی و سرگرمی برای کودکان فراهم کنید.



نکاتی درباره سوگ :

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

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

چگونه باید از خود مراقبت کرد؟

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

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

برای رفع این علائم چه باید کرد؟

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

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

خلاصه فصل

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

تمرین در کلاس درس

با روش ایفای نقش دو نفر نقش تیم سلامت روان را ایفا می کنند و تعداد دیگری حداقل ۸ الی ۱۲ نفر به عنوان گروه کودکان یا بزرگسالان در نقش افراد آسیب دیده در چادر یا کانکس حضور دارند که با هدایت و کمک تیم سلامت روان مراحل مربوط به علایم و نشانه های استرس، واکنش های روانی و روش های کنترل افکار مزاحم را در جلسه تمرین می کنند.

فصل دهم

پیشگیری از خودکشی

اهداف فصل

پس از این مطالعه انتظار می رود بتوانید:

۱. با اهمیت خودکشی در حوزه سلامت روانی اجتماعی و ضرورت پیگیری از آن آشنا شوید.
۲. اهمیت و ضرورت آموزش افراد کلیدی در پیشگیری از خودکشی را تبیین کنید.
۳. گروه‌های آسیب‌پذیر و افراد در خطر و پر خطر اقدام به خودکشی بشناسید.
۴. کیفیت ارتباط با افراد اقدام کننده به خودکشی را توضیح دهید.
۵. باورهای غلط و واقعیت‌های مرتبط با خودکشی را ذکر نمایید.
۶. مدیریت افراد مستعد خودکشی را یاد گرفته و بکار بگیرید.

واژگان کلیدی

- ❖ افراد کلیدی
- ❖ افراد پر خطر
- ❖ پیشگیری از خودکشی
- ❖ ارجاع
- ❖ مدیریت خودکشی

عناوین فصل:

- ❖ مقدمه و اهمیت پیشگیری از خودکشی
- ❖ آموزش افراد کلیدی
- ❖ افراد کلیدی
- ❖ افراد در خطر، پر خطر برای اقدام به خودکشی
- ❖ باورهای غلط و واقعیت خودکشی
- ❖ چگونه شخص مبتلا به خودکشی را شناسایی کنیم.
- ❖ چگونه شخص مستعد خودکشی را مدیریت کنیم.
- ❖ افرادی که اخیراً اقدام به خودکشی کرده اند.

مقدمه:

خودکشی یک مشکل پیچیده روانشناختی و اجتماعی است که در نتیجه تعامل عوامل متعدد زیست شناختی، ژنتیک، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی، و محیطی روی می دهد. مطابق آخرین آمار سازمان جهانی بهداشت نرخ مرگ و میر ناشی از خودکشی در دنیا ۱۲ نفر در هر صد هزار نفر است. در هر ۴۰ ثانیه یک نفر به علت خودکشی فوت می کند، به عبارتی هر سال حدود ۸۰۰ هزار نفر به دلیل اتفاق خودکشی جان خود را از دست می دهند. ۲۰ برابر این تعداد اقدام به خودکشی می کنند که ۷۵ درصد از این تعداد در کشورهای با درآمد پایین و متوسط جان می بازند.

در این میان وضعیت خودکشی در ایران با وجود پایین بودن نرخ آن نسبت به خیلی از کشورها، متأسفانه از روند صعودی برخوردار است. روزانه حدود ۱۱ خودکشی در کشور روی می دهد، هر هفته حدود ۷۷ خودکشی واقع می گردد. بررسی آمار ارائه شده سازمان پزشکی قانونی در سالهای منتهی به ۹۴ نشان دهند روند افزایشی میزان خودکشی است به طوری که در ۹ ماهه سال ۹۲، سه هزار و ۱۲۵ نفر خودکشی کرده اند این در حالی است که در مدت مشابه سال ۹۱ نیز دوهزار و ۷۴۰ نفر خودکشی کردند و این نشان دهنده افزایش آمار خودکشی است.

اگر کمی به عقب تر برگردیم و به آمار خودکشی در سالهای ۸۸ و ۸۹ نیز توجه کنیم، خواهیم دید در سال ۸۸ سه هزار و ۱۲۲ خودکشی و در سال ۸۹، سه هزار و ۶۴۹ خودکشی گزارش شده و خودکشی در سال ۸۹ نسبت به سال ۸۸ افزایش ۱۷ درصدی داشته است. آخرین آماری که پزشکی قانونی درباره آمار خودکشی در ایران در سال ۱۳۹۴ ارائه کرده است حاکی از ثبت مرگ ۴۰۲۰ نفر با عنوان خودکشی است. با این حال بیشتر خودکشی ها قابل پیشگیری هستند.

به این جهت از مسائل مهم در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اورژانس های روانپزشکی به شمار می آید. توجه و رصد علل و عوامل موثر در بروز خودکشی و اقدام در جهت پیشگیری از آن از جمله برنامه های مهم حوزه سلامت روان است. در این راستا تشخیص به موقع اختلالات روانپزشکی مخصوصاً افسردگی و مداخله پیشگیران در مسائل بحران فردی و اجتماعی و نیز توانمند سازی افراد در معرض خطر اقدام به خودکشی از امور مهم و مورد تاکید می باشد.

در جهت پیشگیری از خودکشی اقدامات زیر باید مورد توجه و پیگیری قرار گیرد:

- ◀ آموزش افراد کلیدی جامعه (Gatekeepers)
- ◀ شناسایی افراد در خطر و پرخطر برای اقدام به خودکشی
- ◀ افرادی که اخیراً اقدام به خودکشی کرده اند خودکشی

- ◀ باورهای غلط و واقعیت
- ◀ چگونه شخص با افکار خودکشی را شناسایی کنید
- ◀ چگونه خطر خودکشی را ارزیابی
- ◀ چگونه سؤال بپرسید؟ کی سؤال کنید؟ چه سؤالی بپرسید؟
- ◀ چگونه شخص مستعد خودکشی را مدیریت کنید؟
- ◀ ارجاع دادن فرد مستعد خودکشی
- ◀ چه کارهایی انجام دهید و چه کارهایی انجام ندهید؟

آموزش افراد کلیدی جامعه

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

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

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

برنامه‌هایی که درباره ارتقاء مهارت‌های افراد کلیدی جامعه، سازمان‌ها، و مؤسسات از جمله افراد مذهبی و کسانی که در مدارس، زندان‌ها، بازداشتگاه‌ها و مراکز بهزیستی جوانان، محل‌های کار و خانه‌های سالمندان کار می‌کنند می‌تواند شناسایی و ارجاع افراد در معرض خطر خودکشی را بهبود بخشند.

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

افراد کلیدی جامعه (Gatekeepers)

برنامه‌های پیشگیری از خودکشی برای افراد کلیدی جامعه شامل طیف وسیعی از مداخلات برای جامعه و مراقبین‌سازمان‌ها است که تماسشان با جمعیت آسیب‌پذیر فرصتی را برای شناسایی افراد در معرض خطر فراهم می‌کند و آنها را به سمت ارزیابی و درمان بهتر هدایت می‌کند. این افراد شامل روحانیون، داروسازها، مراقبین افراد مسن، کارمندان و کسانی که در موسسات مثل مدارس، زندان‌ها و ارتش کار می‌کند

آموزش، شامل آگاهی از عوامل خطر، تغییر سیاست برای تشویق افراد برای جستجوی کمک، در دسترس بودن منابع و تلاش برای کاهش استیگمای مرتبط با جستجوی کمک (help seeking) می‌باشد.

برخی از کشورها که برنامه‌های پیشگیری از خودکشی را در مؤسسات اجرا کرده‌اند مثل ارتش نروژ، نیروی هوایی امریکا موفقیت‌های را در کاهش میزان خودکشی گزارش کرده‌اند. علاوه بر آموزش این افراد، این برنامه‌ها همچنین باعث ارتقاء سطح آگاهی سازمان‌ها به طور گسترده در زمینه بهداشت روان و خودکشی و دستیابی آسان به خدمات بهداشت روان می‌شوند. وقتی که نقش افراد کلیدی به طور رسمی مشخص شود و امکانات درمانی مثلاً در ارتش به آسانی در دسترس باشند، آموزش این افراد در جهت کاهش رفتارهای خودکشی کمک‌کننده خواهد بود. در این راستا برنامه‌هایی برای دیگر افراد کلیدی با ارزیابی مواردی مثل میزان ارجاع و میزان درمان روانپزشکی پیامدهای حد وسط (intermediate outcomes) باید اجرا گردد.

افراد در خطر و پرخطر برای اقدام به خودکشی

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

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

۱. قدم اول یافتن مکان مناسبی است که در آن گفتگویی آرام و به طور خصوصی بتواند انجام شود.

۲. قدم بعد اختصاص دادن زمان کافی است. بیماران مستعد خودکشی برای کاهش دردهای درونی خود نیاز به زمان بیشتری دارند و با دادن فرصت بیشتر به آنها باید از نظر ذهنی آماده شوند.

۳. مهمترین کار گوش دادن مؤثر به آنها است. گوش دادن مؤثر قدم مهمی در کاهش دادن ناامیدی آنهاست.

هدف، پرکردن فاصله‌ای است که در اثر ناامیدی ایجاد شده و امید دادن به شخص است که

شرایط او می‌تواند به نحو بهتری تغییر کند.

اینگونه ارتباط برقرار کنید

◀ با توجه به فرد گوش دهید. خونسرد باشید.

◀ احساسات فرد را درک کنید.

◀ با احترام و پذیرش به صحبت‌های فرد گوش کنید.

◀ به ارزش‌ها و عقاید بیمار احترام بگذارید.

◀ با بیانی روشن و قابل اعتماد صحبت کنید.

◀ توجه، علاقه و مهربانی خود را به فرد نشان دهید.

◀ به احساسات فرد دقت کنید.

اینگونه ارتباط برقرار نکنید

◀ مرتباً صحبت‌های فرد را قطع کنید.

◀ هیجانی یا شوک زده شوید.

◀ خودتان را خیلی گرفتار نشان دهید.

◀ به گونه‌ای با بیمار برخورد شود که وی را فاقد عقل، اراده یا تصمیم‌گیری تلقی کنیم.

◀ اظهارات مداخله‌آمیز یا غیر واضح بدهید. **make intrusive or unclear remarks**

◀ بیمار را سؤال پیچ کنید.

برای اینکه ارتباط راحت‌تری با فرد داشته باشید، با وی آرام، باز، با مهربانی و پذیرش و بدون

قضاوت برخورد کنید.

- با مهربانی به فرد گوش دهید
- احترام بگذارید
- همدلی داشته باشید
- با اعتماد به خود، دقت کنید

خودکشی - باورهای غلط و واقعیت

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

چگونه شخص با افکار خودکشی را شناسایی کنید

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

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

- ۱۳- یادداشت درمورد خودکشی
- ۱۴- مشکل در سلامت جسمی، بیماری جسمی
- ۱۵- اشاره‌های مکرر درمورد مرگ یا خودکشی

چگونه خطر خودکشی را ارزیابی کنیم

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

بررسی شوند.

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

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

کنیم.

برخلاف باور عمومی سؤال درباره خودکشی باعث کاشته شدن افکار خودکشی در سر شخص

نمی‌شود. در حقیقت این افراد خوشحال میشوند راجع به موضوع خودکشی و سؤالاتی که با آن

دست و پنجه نرم می‌کنند به صورت واضح و مستقیم صحبت کنند.

چگونه سؤال پرسید؟

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

سؤال هدایت کنید.

برخی از سؤالات مفید عبارتند از:

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

کی سؤال کنید؟

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

چه سؤالی پرسید؟

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

سؤالات را پرسید

- تصمیم گرفته‌اید کی به زندگیتان خاتمه دهید؟
- تصمیم دارید کی برای آن برنامه‌ریزی کنید؟

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

چگونه شخص مستعد خودکشی را مدیریت کنید؟

افراد کم خطر

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

کارهایی که باید انجام دهید:

- ◀ از لحاظ هیجانی وی را حمایت کنید
- ◀ با افکار خودکشی کار کنید. هرچه شخص واضحتر راجع به فقدان، تنهایی، و بی‌ارزشی صحبت کند کمتر دچار

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

افراد با خطر متوسط

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

کارهایی که باید انجام دهید

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

افراد پرخطر

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

کارهایی که باید انجام دهید

- شخص را تنها نگذارید، پیش او بمانید.

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

ارجاع دادن فرد مستعد خودکشی

کی ارجاع دهید

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

چگونه ارجاع دهید

- ◀ کارکنان بهداشتی باید باصرف زمان کافی علت ارجاع شخص را توضیح دهند.
- ◀ برای او وقت ملاقات بگیرید.
- ◀ برای فرد توضیح دهید که ارجاع کردن او به این معنا نیست که کارکنان بهداشتی می‌خواهند از دست فرد خلاص شوند یا فراموشش کنند.
- ◀ پس از مشاوره فرد را ملاقات کنید.
- ◀ به صورت دوره‌ای با او ملاقات داشته باشید. (ارتباط خود را با او حفظ کنید)

چه کارهایی انجام دهید و چه کارهایی انجام ندهید؟

چه کارهایی انجام دهید

- ◀ گوش دهید، همدلی نشان دهید و آرام باشید؛

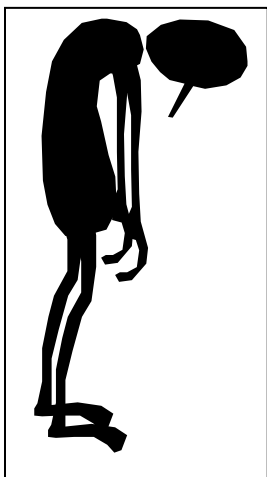
- ◀ حمایت‌کننده و مراقب باشید؛
- ◀ موقعیت را جدی بگیرید و میزان خطر را ارزیابی کنید؛
- ◀ درباره اقدام‌های قبلی خودکشی سؤال کنید؛
- ◀ راه‌های دیگر به غیر از خودکشی را شرح و بسط دهید؛
- ◀ درباره نقشه خودکشی سؤال کنید؛
- ◀ با فرد قرارداد عدم خودکشی ببندید به این ترتیب برای او فرصت زندگی ایجاد کنید؛
- ◀ دیگر حمایت‌ها را شناسایی کنید؛
- ◀ ابزار خودکشی را از میان بردارید؛
- ◀ اقدامی انجام دهید، به بقیه خبر دهید و کمک بگیرید؛
- ◀ اگر خطر بالاست، در کنار او بمانید؛

چه کارهایی انجام ندهید

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

افرادی که اخیراً اقدام به خودکشی کرده‌اند

اقدام به خودکشی لزوماً به معنای این نیست که فرد می‌خواهد بمیرد؛ بلکه در بسیاری از موارد نشانه این است که فرد نمیداند برای حل مشکلاتش چه کاری انجام دهد. پس میتوان با کمک به پیدا کردن راه‌های مناسب فرد را در زنده ماندن و لذت بردن از یک زندگی دلخواه یاری رساند. اگر چه اقدام به خودکشی هم برای خانواده و هم برای خود فرد اقدام‌کننده ترسناک و پریشان‌کننده است، بدون چاره نیست.



پزشکان و کارشناسان می‌توانند به شما کمک کنند برای اقدام‌کننده کارهای لازم را انجام دهید. با بردن اقدام‌کننده به خودکشی نزد پزشک یا کارشناس بهداشت روان به او کمک کنید تا بتواند تصمیم درستی بگیرد و زنده بماند، آنطور که زندگیش را بهتر از قبل بسازد.

در این خدمت هدف پیشگیری از خودکشی مجدد است و گروه هدف افرادی هستند که اقدام به خودکشی کرده‌اند ولی منجر به فوت نشده است.

روش دسترسی به مخاطبین از طریق مراکز بهداشتی و درمانی و درمانگرانی می‌باشد که فرد اقدام‌کننده به خودکشی را برای دریافت خدمات درمانی به انجا مراجعه می‌کند و یا در پاره‌ای از مواقع در فرآیندهای ارائه خدمت به صورت فرصت‌طلبانه توسط کارشناس سلامت روان شناسایی می‌گردد. این افراد بر حسب نیاز و براساس صلاحدید تیم درمانگر در جلسات مشاوره شرکت خواهند کرد کارشناس ارائه‌دهنده خدمت فردی است که معیارهای تعیین‌شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می‌باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایشهای روانشناسی بالینی و یا عمومی است) این کارشناس آموزش‌های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

اقدام به خودکشی یکی از مشکلات نسبتاً شایع در افرادی است که احساس می‌کنند نمی‌توانند برای مشکلات خود راه حل مناسبی پیدا کنند. این افراد بدلیل ناامیدی تصمیم می‌گیرند به زندگی خود خاتمه دهند.

وقتی فردی اقدام به خودکشی می‌کند و زنده می‌ماند، پس از انجام کارهای اولیه پزشکی نیاز به زمان دارد تا بتواند با احساسات خود در مورد کاری که کرده کنار بیاید. این افراد بعد از اقدام به خودکشی احساس سردرگمی، تنهایی، شرم، عصبانیت، گیجی، ناامیدی و ناتوانی می‌کنند. ممکن است هنوز افکار خودکشی داشته باشند، بخصوص به خاطر اینکه دیگران این عمل آنها را محکوم می‌کنند. به یاد داشته باشید که سرزنش و جر و بحث با این افراد فقط مشکل آنان را بدتر می‌کند.

فرد اقدام کننده نیاز به حمایت دارد تا بتواند راه های مناسبی برای حل مشکلاتی که منجر به اقدام به خودکشی شده اند، پیدا کند. خانواده در این میان می تواند کمک مؤثری باشد. اگرچه در بعضی موارد فرد اقدام کننده به خودکشی از خانواده عصبانی است، با این حال بیش از هر زمان دیگری به آنها نیاز دارد. کارهایی که شما به عنوان یکی از اعضای خانواده می توانید برای او انجام دهید از این قرار است:

- ۱- فرد اقدام کننده را تشویق کنید مراجعات منظم به پزشک و کارشناس بهداشت روان داشته باشد.
- ۲- یکی از اعضای خانواده حتماً در ویزیت های پزشک یا کارشناس همراه او برود.
- ۳- اگر بیمار عصبانی است اجازه دهید صحبت کند و حرفهای او را به دل نگیرید.
- ۴- با بیمار جر و بحث نکنید. حل مشکلات احتیاج به زمان دارد.
- ۵- با پزشک و کارشناس همکاری کنید و کارهایی را که آنها می گویند انجام دهید.
- ۶- به خاطر اقدام به خودکشی او را سرزنش نکنید.
- ۷- در صورتی که بیمار با اعضای خانواده مشکلاتی دارد به او اجازه دهید مدت کوتاهی در منزل یکی از بستگان یا دوستانی که خودش می خواهد زندگی کند تا پزشک و کارشناس فرصت داشته باشند روی مشکلات بیمار و خانواده شما کار کنند و بیمار آماده شود دوباره با شما زندگی کند. توجه داشته باشید که این کار یک راه حل موقتی است و فقط برای کمک به بیمار در شرایط بحرانی انجام میشود و همکاری شما در این زمینه تا حد زیادی به بیمارتان کمک خواهد کرد. پس از رفع بحران او متوجه خواهد شد که شما چه کمک بزرگی به او کرده اید.
- ۸- مسئولیت دادن داروی بیمار را- اگر با شما زندگی می کند- خودتان بعهده بگیرید نه بیمار. لازم است هر بار فقط مقداری از دارو را که باید بخورد به او بدهید، مثلاً دو قرص هر روز صبح.
- ۹- هر گونه وسایلی که میتواند برای اقدام به خودکشی به کار رود مثل چاقو، یا مواد سمی مثل حشره کش یا آفت کش، انواع داروها، مواد سوختنی مثل بنزین یا نفت، و یا هر چیزی که ممکن است بیمار از آن برای اقدام به خودکشی استفاده کند از دسترس بیمار دور کنید. لازم این وسایل در جایی باشد که بتوان در آن را قفل کرد.

- ۱۰- آرامش خود را حفظ کنید. تمام آنچه در اینجا به شما گفته میشود برای حمایت و مراقبت از فرد اقدام کننده است و به این معنی نیست که بیمار شما حتماً دوباره اقدام به خودکشی می کند. ولی لازم است تمام نکات ایمنی را به دقت رعایت کنید تا آرامش بیشتری داشته باشید.
- ۱۱- اگر اقدام کننده نمی خواهد در مورد اقدام به خودکشی حرف بزند او را سؤال پیچ نکنید.
- ۱۲- اگر اقدام کننده می خواهد، اجازه دهید در اتاقی تنها باشد اما در اتاق را قفل نکند.
- ۱۳- از جر و بحث در حضور اقدام کننده خودداری کنید.
- ۱۴- در جلسات پزشک و کارشناس شرکت کنید و سعی کنید راه حل مناسبی برای مشکلات پیدا کنید.
- ۱۵- از انداختن تقصیر به گردن همدیگر خودداری کنید. این کار هیچ کمکی به شما یا اقدام کننده نمی کند. هر کسی ممکن است اشتباه کند اما نکته مهم این است که بخواهید واقعاً برای رفع مشکلات خانواده کاری انجام دهید.



- ۱۶- اگر فرد اقدام کننده شما را به خاطر اقدامش به خودکشی سرزنش می کند، با او جر و بحث نکنید. او در وضعیتی نیست که بتواند کاملاً منطقی فکر کند. می توانید نظرات و احساسات خود را در جلسه با پزشک یا کارشناس در میان بگذارید.
- ۱۷- هر سؤالی در مورد مشکلات ایجاد شده داشتید از پزشک و کارشناس پرسید.

- ۱۸- پزشک در صورت لزوم فرد اقدام کننده را بستری می کند. بستری برای کمک به بیمار و اجرای درمان مؤثر است. بنابراین با موافقت کردن با بستری، از بیمارتان حمایت کنید.
- ۱۹- اقدام کننده را تشویق کنید تا درمان را تا آخر ادامه دهد، حتی اگر بعد از مدتی افسردگیش خوب شده باشد. ادامه درمان تا رفع کامل مشکل امری مهم و ضروری است.

خلاصه فصل

باید توجه کرد که خودکشی به عنوان یکی از مشکلات پیچیده روانشناختی و اجتماعی گریبانگیر جوامع مختلف می باشد. بنابر این برنامه ریزی در جهت شناخت عوامل موثر در بروز و شیوع آن از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. نوجوانان و جوانان از جمله گروه های بسیار حساس و در معرض خطر خودکشی هستند که باید ضمن آموزش مهارتهای زندگی و مدیریت استرس در مصون سازی و افزایش تاب آوری آنها اقدام کرد. همچنین شناسایی و مراقبت از افراد پرخطر و مستعد خودکشی یکی از اقدامات بسیار مهم و اساسی در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد می باشد.

در این راستا تشخیص به موقع اختلالات روانپزشکی مخصوصاً افسردگی و مداخله پیشگیران در مسائل بحران فردی و اجتماعی و نیز توانمند سازی افراد در معرض خطر اقدام به خودکشی از امور مهم و مورد تاکید می باشد.

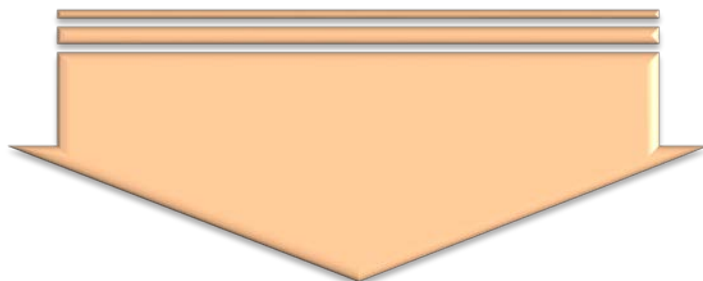
در جهت پیشگیری از خودکشی اقدامات زیر باید مورد توجه و پیگیری قرار گیرد:

◀ آموزش افراد کلیدی جامعه (Gatekeepers)

◀ شناسایی افراد در خطر و پرخطر برای اقدام به خودکشی

◀ افرادی که اخیراً اقدام به خودکشی کرده اند خودکشی

راهنمای فنی، تخصصی و اجرایی کارشناسان مراقب سلامت
در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد



بخش دوم

بسته خدمات بالینی (مراقبتی) کارشناس مراقب سلامت

عناوین این بخش؛

- بسته خدمات غربالگری، مراقبت و پیگیری اختلالات روانپزشکی

- بسته خدمات غربالگری، مراقبت و پیگیری مصرف دخانیات، مواد و الکل

- بسته خدمات سلامت اجتماعی

سلامت روان

اهمیت سلامت روان و تاثیر آن بر عملکرد فردی و اجتماعی اشخاص بر کسی پوشیده نیست. در میانسالان بویژه در زنان میانسال مشکلات عمده سلامت روان شامل افسردگی، اضطراب، اختلال خواب و اختلال عملکرد جنسی است. اختلال حافظه و شناخت در این گروه سنی معمولاً بدنبال اختلال اضطراب و یا افسردگی روی می دهد.

مفهوم سلامت روان شامل رفاه ذهنی، احساس خودتوانمندی، خود مختاری، کفایت، درک هم بستگی بین نسلی و توانایی تشخیص استعداد های بالقوه هوشی و عاطفی در خود است. به گون های دیگر می توان گفت: سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی هایش را باز می شناسد و قادر است با استرس های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و به عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. سلامت روان به همه ما مربوط است نه فقط به کسانی که از بیماری های روانی رنج می برند. هیچ گروهی از بیماری روانی مصون نیست. البته باید اذعان داشت که در افراد بیخانمان، تهیدستان، افراد بیکار و با سطح تحصیلات پایین، کسانی که قربانی خشونت بوده اند، مهاجران و پناهندگان، کودکان و نوجوانان، زنانی که مورد سوء استفاده قرار گرفته اند و در افراد مسن که مورد غفلت و بی توجهی واقع شده اند، بیش تر دیده می شود.

فرد سالم نه تنها باید بیماری جسمی نداشته باشد بلکه باید دارای سلامتی و تعادل در حالات عاطفی، روانی، رفتاری، روابط و شرایط اجتماعی نیز باشد. همچنان که فردی که از نظر جسمی در سلامت کامل بسر می برد توانایی رسیدگی به کار های روزمره خود را دارا می باشد، افراد سالم از نظر روان نیز می تواند از تمامی توانمندی و استعداد های خود به خوبی بهره ببرد، روابط اجتماعی و خانوادگی درستی داشته باشد، با فشار ها و استرس های روزمره زندگی بطور مؤثر کنار بیاید، و دارای کارکرد مناسب در تمامی جنبه های زندگی خود از جمله جنبه های شغلی و تحصیلی باشد.

فرد سالم باید بتواند از زندگی خود لذت ببرد و دارای خلاقیت، شکوفایی، احترام به ارزشهای اجتماعی، صفات اخلاقی و آرامش باشد. سلامت و شادی با یکدیگر ارتباط دارند. فقدان شادمانی استرس زاست و استرس می تواند بیماری های خطرناکی تولید کند.

شناسایی به موقع و زودرس اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی موجب می شود که اقدامات درمانی بهتر و سریعتر به نتیجه برسد. اما اگر در بدو ابتلاء به اختلالات، اختلال فرد شناسایی و درمان نشود، این اختلال مزمن می شود زیرا این اختلال نسبت به درمان مقاوم خواهد شد و شناسایی و درمان دیر هنگام موجب می شود فرد بیمار آسیب های زیاد و جبران ناپذیری را بعلت بیماری خود متحمل شود.

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

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

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

خواهند داد:

- ارائه آموزش های لازم به عموم جامعه و ارتقاء سطح آگاهی آنان،
 - شناسایی گروه های هدف (از طریق فرم های غربالگری اختلالات روانپزشکی، غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد، مشکلات اجتماعی و شناسنامه سلامت گروههای سنی کودکان، نوجوانان و دانش آموزان، جوانان، میانسالان و سالمندان و مادران)،
 - ارجاع افراد شناسایی شده به سطوح بالاتر (کارشناس سلامت روان و پزشک)
 - ارائه آموزش های لازم به مبتلایان به اختلالات روانپزشکی و خانواده آنها،
 - مراقبت و پیگیری بیماران،
 - ثبت و گزارش دهی اطلاعات آماری بیماران
- کارشناس مراقب سلامت می بایست پس از برقراری ارتباط مناسب و مؤثر با افراد تحت پوشش، با استفاده از فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی، فرم غربالگری اولیه درگیری با سیگار، الکل و مواد و توجه به عوامل خطر آسیب های اجتماعی (در پرسشنامه جمعیت شناختی) از میان جمعیت عمومی، افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و همچنین افراد در معرض مشکلات اجتماعی را شناسایی و با آگاه سازی از خدمات موجود؛ بیمار و خانواده او و افراد در معرض آسیب را به پزشک و یا کارشناس سلامت روان ارجاع نمایند. همچنین با جلب اعتماد بیمار و خانواده او همکاری آنها را برای پذیرش دستورات و شروع مداخلات درمانی و آموزشی موجب شود. همان گونه که پیشتر گفته شد، در بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد که آمادگی و انگیزه کافی برای شروع درمان نداشته و از مراجعه درمانی طفره می‌روند، در این موارد اولین قدم ارجاع اعضای خانواده برای دریافت مشاوره اختصاصی به پزشک و یا کارشناس سلامت روان است. گاهی اوقات وضعیت افراد شناسایی شده به گونه‌ای است که نسبت به مشکل خود آگاهی و پذیرش ندارند و خود را بیمار نمی‌دانند و تصور می‌کنند از نظر سلامت در وضعیت مناسبی قرار دارند. در چنین شرایطی لازم است که بیمار به همراه یکی از اعضای خانواده‌اش به پزشک ارجاع داده شود تا

تا حمایت و تشویق لازم از سوی خانواده برای بردن بیمار نزد پزشک صورت گیرد.

نکته مهم:

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

گروه های آسیب پذیر در برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

تعریف گروه های آسیب پذیر:

در میان جمعیت عمومی تحت پوشش مراکز سلامت جامعه، عده ای از افراد جزء گروه های آسیب پذیر محسوب می شوند. برخی افراد در برابر استرس ها و مشکلات آسیب پذیری بیشتری دارند و آمادگی بیشتری برای ابتلاء به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی دارند. این افراد در مقایسه با دیگران در مقابل استرس ها و مشکلات محیطی از توان مقابله و مقاومت کمتری برخوردارند و زودتر دچار اختلالات و مشکلات می شوند. با شناسایی به موقع این افراد و ارائه آموزش های لازم به آنها و خانواده هایشان می توان از بروز اختلالات و مشکلات پیشگیری کرد.

برخی از گروه های آسیب پذیر در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شامل افراد زیر هستند:

- بیماران مبتلا به بیماری های جسمی مزمن،
- افراد معلول که دارای ناتوانی جسمی هستند،
- افرادی که دچار شکست عاطفی، شغلی، تحصیلی یا مالی شده اند،
- زنان باردار یا زنانی که به تازگی زایمان کرده اند،
- خانواده و مراقبین بیماران روانی یا بیماران جسمی مزمن،
- افراد سوگوار که والدین یا یکی از اعضای درجه یک خانواده آنها اخیراً فوت کرده است،
- کودکان و نوجوانان بی سرپرست،
- کارکنان مشاغل پر استرس (پرستاران، فرهنگیان، گروه های امداد و نجات، کارکنان بخش اورژانس بیمارستان)،
- جوانان،
- افرادی که در خانواده پر مشاجره و متشنج زندگی می کنند،
- افراد با وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین،
- افراد با والد یا اعضای خانواده مصرف کننده مواد و ...

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

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

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

غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان:

قبل از پرسشگری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که در این بخش می‌خواهم سوالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی واسترس‌های شما بپرسم:

برای خدمت گیرنده توضیح دهید هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در مراجعین است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند. درخصوص حفظ رازداری اطمینان دهید مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می‌باشد سپس به خدمت گیرنده بگویید سوالاتی که از شما پرسیده می‌شود در مورد حالت‌هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده‌اید. در پاسخ به هر سوال می‌توانید بگویید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.

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

ارزیابی و مراقبت سلامت روانی (۶ تا ۱۵ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>۱. بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، ۱۷ سوال غربالگری را از والدین یا مراقب اصلی بپرسید و امتیازدهی کنید.</p> <p>۲. از فردی که در سوال قبلی احتمال وجود مشکل روانپزشکی دارد، راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید.</p> <p>– آیا هیچ گاه شده است از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟</p> <p>– آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟</p> <p>۳. آیا کودک یا نوجوان شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارد، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟</p>	<p>– برای سوالات ۱ تا ۵: جمع نمره ۵ یا بالاتر از ۵</p> <p>– برای سوالات ۶ تا ۱۰: جمع نمره ۷ یا بالاتر از ۷</p> <p>– برای سوالات ۱۱ تا ۱۷: جمع نمره ۷ یا بالاتر از ۷</p> <p>– پاسخ مثبت فقط به بخش اول سوال ۲</p> <p>– پاسخ مثبت فقط به سوال ۳</p>	مشکل در حوزه سلامت روان	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
	<p>پاسخ مثبت فقط به بخش دوم سوال ۲</p>	احتمال اورژانس روانپزشکی	ارجاع فوری* به پزشک مرکز
<p>۴. آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می شود، بیهوش شده و دست و پا می زند، زبانش را گاز می گیرد و از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی آورد؟</p> <p>۵. در کودکان سنین مدرسه سوال می شود که آیا گاهی اوقات مات زده شده به گونه ای که چند لحظه ای به جایی خیره می شود، لب ها یا زبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می لیسد.</p>	<p>در صورت پاسخ خیر به همه سوالات</p>	عدم احتمال مشکلات در حوزه سلامت روان	اطلاع رسانی در خصوص: – آموزش مهارت های زندگی، آموزش مهارت های فرزندپروری – در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش ها و دارا بودن معیار های دریافت آموزش به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.
<p>۶. در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد.</p> <p>۷. قادر نیست کار های شخصی خود را مانند غذا خوردن،توالت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد.</p> <p>۸. نمی تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند.</p> <p>۹. توانایی یادگیری در حد همسالان خود را ندارد.</p> <p>۱۰. بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است.</p>	<p>پاسخ مثبت به سوال ۴ و ۵ خود اظهاری کودک و یا والدین در مورد ابتلا به بیماری</p>	احتمال ابتلا به صرع	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
	<p>تشخیص قبلی بیماری صرع توسط پزشک معالج</p>	ثبت در پرونده و پیگیری***	
	<p>در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات ۶ تا ۹ (توسط والدین یا اطرافیان)</p>	احتمال تشخیص معلولیت ذهنی	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز

** موارد ارجاع فوری: 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 دارو های روانپزشکی

*** پیگیری بیمارمان مبتلا به اختلالات روانپزشکی که خارج از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه خدمات دریافت می کنند، فقط به صورت هر سه ماه یک بار و جهت اطمینان از ادامه دریافت خدمات می باشد. در صورت مواجهه با عدم پیگیری درمان توسط بیمار لازم است که به پزشک نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ارجاع شود.

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

- قبل از پرسشگری در این بخش به به والدین توضیح دهید که «در این بخش می خواهیم سؤالاتی در زمینه شرایط روانشناختی و استرس های فرزندان پرسم.»
- برای پدر و مادر و یا مراقبین اصلی کودک و نوجوان توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی های اعصاب و روان در کودکان و نوجوانان است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می شوند و بدین ترتیب می توان از بروز ناراحتی های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی فرزندان می باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ میماند.»
- به والدین یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان (کودکان و نوجوانان) انجام می شود.»
- به والدین و یا مراقبین اصلی توضیح دهید: «پاسخگویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز فرزندان کمک می کند.»
- سپس به والدین بگویید: «سؤالاتی که از شما پرسیده می شود، در مورد حالت هایی است که فرزندان (کودکان و نوجوانان) در طول ۳۰ روز گذشته (در طول ماه گذشته) تجربه کرده اند. در پاسخ به هر سؤال می توانید بگوئید هرگز، گاهی، اغلب.»

غربالگری سلامت روان ۷ تا ۱۵ سال

پدر و مادر عزیز

سوالات زیر درباره مسائلی است که ممکن است فرزند شما را در طول یک ماه گذشته آزار داده باشد. لطفاً در مورد هر سوال، در ستونی که به بهترین شکل شدت این آزار را نشان می دهد، علامت × بزنید. لطفاً به تمام موارد پاسخ دهید. نتایج این پرسشنامه محرمانه است و تنها به شما اطلاع داده می شود.

از والدین پرسیده شود:

➤ آیا کودک یا نوجوان شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارد، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟ **بله خیر**

نمره گذاری: نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ های هرگز، گاهی اوقات و اغلب به ترتیب اعداد صفر، ۱ و ۲ تعلق می گیرد.

هرگز	گاهی اوقات	اغلب
صفر	۱	۲

- سوال ها در چند گروه تقسیم شده اند و هر گروه جداگانه نمره گذاری و محاسبه می شود.
- موارد ارجاع بر اساس امتیاز هر گروه نمره ها است.
- جمع نمره سوالات ۱ تا ۵ (اگر نمره، ۵ یا بالاتر از ۵ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید).
- جمع نمره سوالات ۶ تا ۱۰ (اگر نمره، ۷ یا بالاتر از ۷ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید).
- جمع نمره سوالات ۱۱ تا ۱۷ (اگر نمره، ۷ یا بالاتر از ۷ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید).
- جمع نمره کل سوالات ۱ تا ۱۷ (اگر نمره، ۱۵ یا بالاتر از ۱۵ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید).

نام فرزند:			تاریخ تولد:	تاریخ تکمیل پرسشنامه:	نام والد / مراقب:
نسبت تکمیل کننده پرسشنامه با فرزند:					
اغلب	گاهی اوقات	هرگز			
					۱. احساس غمگینی و غصه می کند.
					۲. احساس ناامیدی می کند.
					۳. از دست خودش عصبانی است.
					۴. خیلی نگران است.
					۵. به نظر می رسد که کمتر چیزی خوشحالش می کند.
					۶. وول می خورد و نمی تواند آرام بنشیند.
					۷. خیلی خیالبافی می کند.
					۸. به آسانی حواسش پرت می شود.
					۹. نمی تواند تمرکز کند.
					۱۰. طوری رفتار می کند که انگار موتورش روشن شده است.
					۱۱. با بقیه بچه ها دعوا میکند.
					۱۲. از قوانین پیروی نمی کند.
					۱۳. احساسات دیگران را نمی فهمد.
					۱۴. دیگران را دست می اندازد.
					۱۵. به خاطر مشکلات خودش، دیگران را سرزنش می کند.
					۱۶. نمی گذارد دیگران از وسایلی استفاده کنند.
					۱۷. چیزهایی را بر می دارد که مال او نیست.

مراقبت از نظر سلامت روانی (از ۱۵ سال به بالا) شامل جوانان، میانسالان و مادران

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
۱. بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، ۶ سوال غربالگری را از فرد بپرسید و امتیازدهی کنید.	امتیاز ۱۰ یا بالاتر در پرسشنامه غربالگری ۶ سوالی پاسخ مثبت فقط به بخش اول سوال ۲ و پاسخ مثبت به سوال ۴	احتمال وجود اختلال در حوزه سلامت روان	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
۲. از فردی که در سوال قبلی احتمال وجود مشکل روانپزشکی دارد، راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید.	پاسخ مثبت به بخش دوم سوال ۲	احتمال اورژانس روانپزشکی	ارجاع فوری** به پزشک مرکز
۳. آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال روانپزشکی تحت درمان می باشید؟	پاسخ مثبت به سوال ۳	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری***
۴. آیا شما هیچ مشکل اعصاب و روانی دارید، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟	امتیاز پایین تر از ۱۰ در پرسشنامه غربالگری ۶ سوالی و پاسخ منفی به هر دو بخش سوال ۲ و ۳ و پاسخ منفی به سوالات ۴ و ۵	عدم احتمال اختلال در حوزه سلامت روان	اطلاع رسانی در خصوص: آموزش مهارت های زندگی، آموزش مهارت های فرزندپروری در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش ها و دارا بودن معیار های دریافت آموزش به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.
۵. آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می شود، بیهوش شده و دست و پا می زند، زبانش را گاز می گیرد و از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی آورد؟	پاسخ مثبت به سوال ۵	احتمال ابتلا به صرع	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
۶. در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد.	خود اظهاری خود فرد، والدین و یا اطرافیان در مورد ابتلا به بیماری صرع	تشخیص قبلی بیماری صرع توسط پزشک معالج	ثبت در پرونده و پیگیری***
۷. قادر نیست کار های شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالیت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد.	در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات ۶ تا ۹ (توسط والدین یا اطرافیان)	احتمال تشخیص معلولیت ذهنی	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
۸. نمی تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند.			
۹. توانایی یادگیری در حد همسالان خود را ندارد.			
۱۰. بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است.			

** موارد ارجاع فوری: 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 دارو های روانپزشکی

*** پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی که خارج از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه خدمات دریافت

می کنند، فقط به صورت هر سه ماه یک بار و جهت اطمینان از ادامه دریافت خدمات می باشد. در صورت مواجهه با

عدم پیگیری درمان توسط بیمار لازم است که به پزشک نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ارجاع شود.

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

- قبل از پرسشگری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که: «در این بخش می خواهیم سؤالاتی در زمینه شرایط روانشناختی و استرس های شما بپرسم.»
- برای خدمت گیرنده توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی های اعصاب و روان در مراجعین است به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می شوند و بدین ترتیب می توان از بروز ناراحتی های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می ماند.»
- به خدمت گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می شود.»
- به خدمت گیرنده توضیح دهید: «پاسخگویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز کمک می کند.»
- سپس به خدمت گیرنده بگویید: «سؤالاتی که از شما پرسیده می شود، در مورد حالت هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی، اوقات، به ندرت یا اصلاً.»

نمره گذاری:

- نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ های همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، اصلاً و به ندرت به ترتیب اعداد ۴، ۳، ۲، ۱ و صفر تعلق می گیرد. مجموع امتیازات هر پرسشنامه می تواند از حداقل صفر تا حداکثر ۲۴ باشد.

همیشه	بیشتر اوقات	اوقات گاهی	اصلاً	ندرت به
۴	۳	۲	۱	صفر

- افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می گردد.
- در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه (نمی داند/پاسخ نمی دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.
- پرسشگر گرامی: از آزمودنی سؤالات زیر را بپرسید. بر روی جملاتی که زیر آن خط کشیده شده و کلماتی که برجسته شده اند، تأکید کنید.

➤ پاسخگوی گرامی، سؤالاتی که از شما پرسیده می شود، در مورد حالت هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت یا اصلاً.

سؤالات غربالگری روان

- (۱) چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید، مضطرب و عصبی هستید؟
 (۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۶) نمی داند / پاسخ نمی دهد
- (۲) چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟
 (۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۶) نمی داند / پاسخ نمی دهد
- (۳) چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟
 ۱. همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۶) نمی داند / پاسخ نمی دهد
- (۴) چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟
 ۱. همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۶) نمی داند / پاسخ نمی دهد
- (۵) چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟
 ۱. همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۶) نمی داند / پاسخ نمی دهد
- (۶) چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟
 ۱. همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۶) نمی داند / پاسخ نمی دهد

غربالگری صرع

آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می شود، بیهوش شده و دست و پا میزند، زبانش را گاز می گیرد و از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی آورد؟ بلی خیر

در صورت پاسخ بلی فرد به پزشک ارجاع داده می شود

غربالگری معلولیت ذهنی

- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد. بلی خیر
- قادر نیست کار های شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالیت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. بلی خیر
- نمی تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند. بلی خیر
- توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد. بلی خیر
- بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است بلی خیر

غربالگری خودکشی

در صورت مثبت بودن **حداقل یکی از موارد فوق** برای بررسی معلولیت ذهنی، به پزشک ارجاع شود.

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

ارزیابی سلامت روانی سالمندان

		معیار طبقه بندی	طبقه بندی	اقدام	ارزیابی سلامت روان										
اطلاعات مربوط به مراجعه کننده را ثبت کنید. تاریخ مراقبت بعدی را تعیین کنید. در صورت لزوم ارجاع کنید.	آموزش شیوه زندگی و راه های کاهش استرس و خود مراقبتی	کسب امتیاز کمتر از ۱۰	دیسترس روانشناختی منفی		<p>برای ارزیابی دیسترس روانشناختی از مراجعه کننده موارد زیر را سوال کنید و بر اساس پاسخ مراجعه کننده نمره بدهید: (بزار k6)</p> <p>چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید، مضطرب و عصبی هستید؟</p> <p>چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟</p> <p>چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟</p> <p>چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟</p> <p>چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟</p> <p>چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟</p> <table border="1"> <tr> <td>همیشه</td> <td>بیشتر اوقات</td> <td>گاهی اوقات</td> <td>اصلاً</td> <td>ندرت به</td> </tr> <tr> <td>۴</td> <td>۳</td> <td>۲</td> <td>۱</td> <td>صفر</td> </tr> </table>	همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	اصلاً	ندرت به	۴	۳	۲	۱	صفر
	همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	اصلاً		ندرت به									
	۴	۳	۲	۱		صفر									
بررسی تکمیلی توسط پزشک	امتیاز ۱۰ و بالاتر	دیسترس روانشناختی مثبت													
	ارجاع فوری به پزشک	امتیاز ۱۰ و بالاتر + افکار خود کشی			<p>پرونده مراجعه کننده را مشاهده کنید یا سوال کنید که آیا سابقه اختلالات روانی داشته است؟ (در افراد با دیسترس روانشناختی و بیماران تشخیص داده شده قبلی مبتلا به اختلالات روانی از بیمار یا اعضای خانواده او، درباره وجود افکار خودکشی سوال کنید).</p>										
آموزش شیوه زندگی سالم، آموزش خودارزیابی و خود مراقبتی در خصوص بهداشت خواب - آموزش خود مراقبتی برای رفع گرگرفتگی شبانه	وجود پرخواهی، بدخواهی، کم خوابی و یا هرگونه شکایت از خواب	سابقه بیماری یا اختلالات روانی تشخیص داده شده قبلی + افکار خودکشی	اختلال خواب همراه یا بدون اختلال وازوموتور		<p>سوال کنید که آیا مشکلی در فرایند خواب مراجعه کننده وجود دارد؟</p>										

- افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب میگردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می گردد.
- در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه (نمی داند/پاسخ نمی دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.

اختلال خواب

بی خوابی یکی دیگر از مشکلات سلامت روان در میانسالان است. اختلالات خواب عمدتاً به چهار صورت بروز می کنند:

۱. اشکال در به خواب رفتن که فرد در شروع خواب مشکل دارد.
 ۲. بیدار شدن مکرر شبانه.
 ۳. بیدار شدن در ساعات اولیه صبح بدون احساس سیری از خواب و مشکل به خواب رفتن مجدد.
 ۴. احساس خستگی و کسل بودن و نداشتن نشاط با وجود ساعات خواب به اندازه کافی، در بستر بودن و خواب غیر موثر علیرغم ساعات خواب کافی.
- در بسیاری از موارد اختلال خواب بصورت ترکیبی از موارد فوق بروز می کند. اگر این شکایت ها به مدت حداقل یک ماه در فرد وجود داشته باشد نیازمند مداخله پزشک است.

علل بی خوابی:

- الف) بیماری های جسمی: بدلیل هرگونه درد بدنال بیماری معده یا درد قلبی، بی اختیاری و تکرر ادراری (عفونت ادراری) و سایر بیماری ها مثل بیماری تیروئید، بیماری مغزی عصبی و اختلالات تنفسی.
- ب) مصرف مواد و داروها: نظیر قهوه، چای و سایر محرک ها، الکل و برخی داروها.
- ج) ترک موادی مثل سیگار و مواد مخدر
- د) علل روانی مثل اختلالات اضطرابی، افسردگی و وضعیت های فیزیولوژیک طبیعی مثل علائم «وازموتور» ناشی از یائسگی (گرگرفتگی ها)

برای رفع بی خوابی و بهره مندی از یک خواب راحت، رعایت بهداشت خواب را به مراجعه کنندگان آموزش دهید:

۱. از بستر مناسب، بالش و تشک در خوابیدن استفاده شود و شرایط خواب راحت مانند خاموشی و تهویه مناسب فراهم گردد.
۲. عوامل محرک مثل سیگار و الکل قطع شود و از نوشابه های گازدار حاوی کافئین پرهیز گردد.
۳. از مصرف چای یا قهوه در شب ها پرهیز کنند. از چرت زدن های روزانه پرهیز کنند (یا آن ها را به خواب مختصر بعد از ظهر منحصر کنند). زیرا نیاز خواب شبانه را کاهش می دهد. هر وقت احساس خواب آلودگی و چرت زدن به ایشان دست دهد، پیاده روی کنند تا خواب از سرشان بپرد.
۴. با برنامه منظم ورزشی روزانه تناسب جسمانی خود را حفظ کنند.
۵. شب ها به جای تلویزیون از رادیو یا مطالعه استفاده کنند. دیدن برخی صحنه ها در تلویزیون باعث هیجان یا ترس و ... شده که ممکن است خواب را مختل کند.
۶. بیست دقیقه قبل از خواب از حمام یا دوش آب داغ استفاده کنند.
۷. هر روز در ساعت معینی غذا صرف شود و قبل از خواب غذای سنگین میل نشود.
۸. در صورتی که علت بی خوابی بیماری های جسمی یا روانی باشد یا توصیه های انجام شده در مورد بهداشت خواب در رفع بی خوابی موثر واقع نشود، فرد باید جهت تشخیص و درمان به پزشک مراجعه نماید.

رفتارهای پرخطر - ۶ تا ۱۰ سال

ارزیابی مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن			
ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: - آیا هیچ کدام از افراد خانواده یا خویشاوندان در حضور کودک اقدام به مصرف دخانیات می کنند؟ - آیا کودک برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و یا سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده می شود؟ - آیا کودک در در اماکن حاوی دود مواد دخانی قرار گرفته می شود؟	- پاسخ سوالات مثبت است - کودک در معرض مواجهه با دود مواد دخانی (سیگار، قلیان، پپ، چپق و یا سایر مواد دخانی) و یا دود دست سوم در منزل و یا اماکن عمومی قرار دارد.	فرد در معرض خطر آشنایی و شروع مصرف مواد دخانی و خطر ابتلا به بیماری های ناشی از مواجهه با دود دخانیات قرار دارد.	✓ آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات ✓ آموزش در مورد زیان های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی ✓ آموزش به قرار نگرفتن در معرض دود دخانیات سایرین ✓ کمک به والدین برای ترک دخانیات و عدم استعمال دخانیات در حضور کودک ✓ آموزش نحوه ایجاد محیط عاری از دخانیات مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات بهورز
توباکوی قلیان و یا سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده می شود؟ - آیا کودک در در اماکن حاوی دود مواد دخانی قرار گرفته می شود؟	منفی بودن پاسخ سوالات	فرد در معرض خطر ابتلا به بیماری های ناشی از مصرف دخانیات قرار ندارد.	✓ آموزش در مورد مضرات مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن جهت پیشگیری از استعمال دخانیات ✓ ایجاد اماکن عاری از دخانیات ✓ آموزش در مورد اهمیت رفتار مصرف دخانیات والدین بر تاثیر پذیری کودک نسبت به الگو برداری و انجام رفتار پرخطر مصرف دخانیات در سال های آتی ✓ ملاحظات والدین برای پیشگیری از آشنایی با روش های تهیه مواد دخانی انجام گیرد.

ارزیابی رفتارهای پرخطر - از ۱۱ تا ۱۸ سال

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
ارزیابی مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن سوال کنید: - آیا هیچکدام از افراد خانواده یا خویشاوندان در حضور نوجوان اقدام به مصرف دخانیات می کنند؟	نوجوان در معرض دود سیگار، قلیان، چپق، پیپ و سایر مواد دخانی در منزل و یا اماکن عمومی قرار دارد، ولی دخانیات مصرف نمی کند.	فرد در معرض خطر شروع مصرف دخانیات و خطر ابتلا به بیماری های ناشی از مواجهه با دود دخانیات قرار دارد.	✓ آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات * ✓ آموزش در مورد زیان های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی ✓ آموزش به قرار نگرفتن در معرض دود دخانیات سایرین ✓ آموزش نحوه ایجاد محیط عاری از دخانیات مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات بهورز
- آیا نوجوان سیگار، قلیان، پیپ یا مواد دخانی بدون دود شامل مواد دخانی جویدنی مصرف می کند؟ - آیا نوجوان برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و یا سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده می شود؟	نوجوان سیگار، قلیان، پیپ و یا سایر مواد دخانی مصرف می کند.	فرد در معرض خطر ابتلا به بیماری های ناشی از مواجهه با دود دخانیات قرار دارد.	✓ آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی ✓ توصیه و ایجاد انگیزه برای ترک دخانیات ✓ ارائه آموزش های مختصر برای ترک دخانیات ✓ ارجاع غیر فوری به پزشک برای ترک دخانیات
سوال کنید: - آیا سوء مصرف مواد دارد؟ - آیا سابقه مصرف تزریقی مواد دارد؟ - آیا رفتارهای جنسی نا ایمن خارج از چارچوب و محافظت نشده دارد؟	پاسخ همه سوالات منفی است.	فرد در معرض خطر شروع مصرف دخانیات قرار ندارد.	✓ آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی جهت پیشگیری از استعمال دخانیات ✓ توصیه به حضور در اماکن عمومی عاری از دخانیات ✓ آموزش مهارت های فردی در جهت امتناع از پذیرش تعارف سیگار یا قلیان توسط همسالان
- سوء مصرف مواد دارد. - سابقه مصرف تزریقی مواد دارد. - رفتارهای جنسی نا ایمن دارد.	رفتار پرخطر دارد.	رفتار پرخطر دارد.	✓ ارجاع غیر فوری به پزشک ✓ پیگیری و آموزش *
* به راهنمای آموزشی HIV/AIDS و بیماری های آمیزشی ویژه غیر پزشک مراجعه کنید.			

عوارض ناشی از مصرف دخانیات و مواجهه با دود محیطی (استنشاق دود دست دوم و تماس با دود دست سوم)

استعمال دخانیات عامل بروز یا تشدید بسیاری از بیماری های خطرناک از جمله سرطان ها بیماری های قلبی - عروقی، سگته مغزی، دیابت، کاتاراکت، ضایعات شنوایی و فساد دندان ها و ... می باشد. فاصله زمانی نسبتاً طولانی (۱۵- ۲۰ سال) بین شروع مصرف سیگار و ابتلا به بیماری های مذکور موجب کاهش حساسیت افراد نسبت به خطرات این ماده مهلک شده است. در حال حاضر ۶ میلیون نفر در سال جان خود را بر اثر ابتلا به بیماری های ناشی از مصرف دخانیات از دست می دهند که ۶۰۰ هزار نفر آن به دلیل مواجهه با دود دست دوم یا دود محیطی آن می باشد. تقریباً هر ۶ ثانیه ۱ نفر به علت استعمال دخانیات می میرد که مسئول یک مرگ از هر ۱۰ مرگ در جهان است. نهایتاً نیمی از مصرف کنندگان فعلی مواد دخانی به علت ابتلا به یک بیماری مرتبط با استعمال دخانیات خواهند مرد. اگر الگوی موجود استعمال دخانیات با روند جاری ادامه یابد حدود یک میلیارد نفر در قرن بیست و یکم جان خود را از دست خواهند داد که ۸۰٪ این مرگ ها در کشور های در حال توسعه اتفاق می افتد. اثرات استنشاق تحمیلی دود سیگار نیز کمتر از عوارض ناشی از استعمال دخانیات نمی باشد، با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت دود محیطی سیگار از نقطه نظر سلامت هیچ آستانه مجازی ندارد، چرا که نه دستگاه های تهویه و نه تمهید جداسازی مکان های استعمال دخانیات هیچکدام به طور کامل هوایی پاک و عاری از آلاینده را فراهم نمی آورند. بنابراین راه محافظت، قرار نگرفتن در معرض دود سیگار و دخانیات از طریق ایجاد اماکن عاری از دخانیات می باشد. از سوی دیگر طبق تحقیقات اخیر نشان داده شده که حدود ۹۰ درصد نیکوتین تنباکوی دود شده به دیوار، سطوح، وسایل نرم درون خانه مانند فرش و بالش و میلمان و نیز لباس و مو و پوست افراد می چسبند. ذرات سمی ناشی از مصرف دخانیات که روی قسمت های مختلف منزل، خودرو، پوست، موی و لباس افراد می نشینند، تحت عنوان دود دست سوم شناخته شده است. با توجه به اینکه کودکان زمان بیشتری را در منزل سپری می کنند و با سطوح حاوی ذرات دود مواد دخانی در تماس هستند، امکان مبتلا شدن به بیماری و مسمومیت های ناشی از مواجهه با دود دخانیات در آن ها بیشتر است. حتی سطوح کم ذرات دخانیات می تواند با مسمومیت در سیستم عصبی کودکان در آن ها مشکلات شناختی ایجاد نماید.

توصیه های مختصر در مورد ترک دخانیات و اجتناب از مواجهه با دود مواد دخانی

با توجه به تبعات سوء مواجهه با دود مواد دخانی و تماس با بقایای حاصل از مصرف دخانیات (دود دست سوم) ضرورت دارد برای حفاظت از سلامت افراد، توصیه به اجتناب نمودن از مواجهه با دود مواد دخانی بشود. در این خصوص افرادی که در تکمیل اطلاعات اولیه اعلام به قرار گرفتن در معرض مواجهه دود حاصل از مصرف مواد دخانی در منزل، محل کار و یا اماکن عمومی نموده اند، می بایست اطلاعات لازم در مورد خطرات مواجهه در اختیار فرد قرار گرفته و توصیه به دوری از محیط های حاوی دود دخانی بشود به نحوی که فرد غیر مصرف کننده مواد دخانی اقدامات لازم را برای محافظت خود و خانواده خود از مواجهه با دود مواد دخانی انجام دهد.

بسیاری از مصرف کنندگان دخانیات که تا حدودی از خطرات استعمال دخانیات آگاهند مایل به ترک آن هستند و ممکن است تلاش های ناموفقی نیز برای ترک دخانیات انجام داده باشند. مشاوره و دارو درمانی می تواند میزان موفقیت ترک را در سیگاری هایی که اقدام به ترک می کنند تا دو برابر افزایش دهد. ترک سیگار نیاز به زمان دارد. ابتدا باید خواست، تا بعد توانست. در بهترین روش باید ابتدا به آن فکر کرد؛ تصمیم گرفت؛ اراده را تقویت نمود؛ ضرر های سیگار و فواید ترک سیگار را دانست؛ یک روز را برای ترک سیگار انتخاب کرد؛ نحوه سیگار کشیدن را تغییر داد؛ و از توصیه های بهداشتی، روان درمانی و جایگزین نیکوتینی استفاده کرد. توصیه های رفتاری شامل تنفس عمیق، تاخیر، نوشیدن آب و انحراف فکر و یادآوری، گفتن به دیگری، پاداش دادن و امتناع از پذیرش تعارف سیگار می باشد.

ارزیابی رفتارهای پرخطر (از ۱۱ تا ۱۸ سال)
ارزیابی اختلالات مصرف مواد

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی	اختلال مصرف مواد	در صورت پاسخ مثبت به سؤال ۳ برای هر یک از مواد / گروه های مواد / دارو ها	۱. غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد را اجرا کنید. ۲. آیا نشانه های و علائم مطرح کننده اورژانس های مرتبط با مواد وجود دارد؟ • آیا فرد در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف مواد یا در عرض چندین ساعت تا چند روز بعد از قطع مصرف مواد دچار یکی یا بیشتر از حالات زیر شده است؟
ارجاع فوری *** به پزشک مرکز	اورژانس اختلالات القاء شده در اثر مواد	پاسخ مثبت به سؤال ۲	○ کاهش سطح هوشیاری یا اغماء ○ اختلال جهت یابی به صورت ناآگاهی از زمان، مکان یا اشخاص (سرسام یا دلیریوم) ○ تشنج ○ قصد جدی آسیب به خود یا خودکشی ○ پرخاشگری یا قصد آسیب به دیگران ۳. آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان هستید؟
ثبت در پرونده و پیگیری ***	تشخیص قبلی اختلال مصرف مواد تحت درمان	پاسخ مثبت به سؤال ۳	○ تشنج ○ قصد جدی آسیب به خود یا خودکشی ○ پرخاشگری یا قصد آسیب به دیگران ۳. آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان هستید؟
اطلاع رسانی در خصوص: - آموزش مهارتهای فرزند پروری - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش ها و دارا بودن معیار های دریافت آموزش به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع گردد.	عدم احتمال اختلال مصرف مواد	پاسخ منفی به سؤال 3 برای تمام مواد / گروه های مواد / دارو ها	○ تشنج ○ قصد جدی آسیب به خود یا خودکشی ○ پرخاشگری یا قصد آسیب به دیگران ۳. آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان هستید؟
اطلاع رسانی در خصوص: - آموزش مهارت های زندگی و فرزند پروری - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش ها و دارا بودن معیار های دریافت آموزش، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع گردد.	در معرض خطر سوء مصرف مواد	وجود فردی در خانواده که دارای اعتیاد به مواد مخدر بوده یا مصرف کننده تفتنی آن است	- آیا در خانواده وی، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفتنی آن وجود دارد؟

* موارد نیازمند ارجاع فوری: اختلالات القاء شده توسط مواد شامل: مسمومیت با مواد، محرومیت از مواد و اورژانس های روانپزشکی القاء شده توسط مواد نظیر سرسام (دلیریوم) و قصد جدی آسیب به خود یا دیگران

** پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی که خارج از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه خدمات دریافت می کنند، فقط به صورت هر سه ماه یک بار و جهت اطمینان از ادامه دریافت خدمات می باشد. در صورت مواجهه با عدم پیگیری درمان توسط بیمار، لازم است که به پزشک نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ارجاع شوند.

راهنمای ارزیابی اختلالات مصرف مواد

غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد

غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد فرصت منحصر به فردی فراهم می آورد تا:

- درک بهتری از مشکلات سلامتی فرد به دست آورده و بهتر به او خدمات ارائه دهیم،
- به فرد بازخورد ارائه دهیم به این معنا که
- رفتارهای مثبت را تشویق کنیم و
- برای رفتارهای پرخطر به فرد آموزش، توصیه و ارجاع ارائه کنیم.
- فرد را برای غربالگری تکمیلی و خدمات مورد نیاز ارجاع دهیم.

غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد باید با رعایت حریم خصوصی و از طریق مصاحبه با خود فرد تکمیل گردد.

غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد در تمام اعضای بالای ۱۸ سال خانواده در زمان تکمیل پرونده سلامت باید انجام پذیرد.

علاوه بر این غربالگری اولیه در دوران بارداری و همچنین اجرای فرصت طلبانه غربالگری اولیه در افرادی واجد علائم و نشانه های مرتبط با مصرف مواد توسط کارکنان تیم سلامت همچون کارشناس مراقب سلامت خانواده، بهورز، ماما و کاردان بهداشت دهان و دندان مراکز بهداشتی، درمانی توصیه می گردد.

در صورتی که یکی از اعضای خانواده به مرکز مراجعه نموده و مشکل مصرف سیگار، الکل و مواد در یکی دیگر از اعضای خانواده را با کارشناس مراقبت سلامت در میان بگذارد، در آن صورت غربالگری اولیه بر اساس گزارش اولیه تکمیل شده و نتایج غربالگری اولیه به صورت مشکوک و با درج منبع شرح حال در پرونده فرد درج می گردد.

به منظور کاهش حساسیت نسبت به سؤالات در پرسش یک، ابتدا درباره مصرف طول عمر درباره موارد زیر پرسیده می شود.

- سیگار و محصولات تنباکو
- داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف
- داروهای اپیوئیدی، مسکن و ضد اسهال (دیفنوکسیلات، ترامادول، کدئین و ...)
- داروهای آرام بخش و خواب آور (دیازپام، کلونازپام، آلپرازولام و ...)
- الکل

منظور از مصرف طول عمر داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر و طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز نموده، می باشد. در صورتی که مراجع هر یک از این داروها را به دستور پزشک و با دوز و طول مدت تجویزی مصرف می کند، غربالگری او منفی خواهد بود.

صرف نظر از پاسخ مراجع به این پرسشها، بعد از پرسیدن سؤال یک، پرسش دو به صورت باز پاسخ درباره سایر مواد از مراجع سؤال می کند.

غربالگری اولیه مصرف سیگار، الکل و مواد با پرسش از مصرف کلیه مواردی که فرد در طول عمر مصرف نموده در سه ماه اخیر خاتمه می یابد.

پرسشنامه غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد

نام و نام خانوادگی: شماره پرونده: تاریخ تکمیل فرم:..... منبع شرح

حال: خود فرد یکی از اعضای خانواده (نسبت عضو خانواده را مشخص کنید.....)

مقدمه (برای مراجع بخوانید) «در این بخش می خواهیم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف سیگار، الکل و مواد در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسیم. این ارزیابی برای تمام مراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی انجام می شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است. این مواد را می توان به صورت تدریجی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد. (کارت پاسخ را به مراجع بدهید). برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرامبخش، داروهای ضد درد یا ریتالین) در این مصاحبه دارو هایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می کنید ثبت نمی کنیم. اما، اگر شما این دارو ها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید. به شما اطمینان می دهیم اطلاعاتی که در این مورد به ما می دهید، کاملاً محرمانه خواهد بود . پاسخگویی باز و صادقانه به این پرسش ها در ارائه خدمات مورد نیاز به ما کمک می کند، اما در صورت عدم تمایل می توانید به پرسش ها پاسخ ندهید.»

کارت پاسخ غربالگری اولیه	پرسش ۱			عدم تمایل به پاسخگویی	پرسش ۲		
	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخگویی		بله	خیر	عدم تمایل به پاسخگویی
پرسش ۱							
الف - انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)							
ب - دارو های مسکن آپوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)							
ج - دارو های آرامبخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)							
د - الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)							
پرسش ۲							
الف - مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، کراک، هروئین، غیره)							
ب - حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)							
ج - محرک های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)							
د - سایر - مشخص کنید: ..							

دستورالعمل اجرا

- مقدمه غربالگری اولیه را برای مراجع بخوانید. و به صورت خاص بر نکات زیر در مقدمه تأکید فرمایید:
 - پیش از شروع پرسشگری برای خدمت گیرنده توضیح دهید که در این بخش می خواهید پرسش هایی درباره مصرف سیگار، الکل و مواد بپرسید.
 - به خدمت گیرنده یادآور شوید این خدمت به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می شود.
 - برای خدمت گیرنده توضیح دهید: «برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل دارو های آرامبخش، دارو های ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه دارو هایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می کنید ثبت نمی کنیم. اما، اگر شما این دارو ها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید.»
 - در خصوص حفظ راز داری اطمینان دهید.
 - به خدمت گیرنده توضیح دهید پاسخگویی باز و صادقانه به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می کند هر چند مراجعه کننده می تواند در صورت عدم تمایل به این پرسش ها پاسخ ندهد.

پرسش ۱

- پرسش ۱ را برای تمام گروه های مواد پیش بینی شده ذیل آن بپرسید.
- در صورت پاسخ منفی به تمام مواد، بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»
- پاسخ مراجع را در محل پیشبینی شده درج نمایید.
- سپس، پرسش ۲ را بپرسید.

پرسش ۲

- در صورت پاسخ مثبت، پاسخ را برای سایر گروه های مواد پیش بینی شده ذیل پرسش ۲ تکمیل کنید.
- در صورت پاسخ منفی به تمام مواد، بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»
- در صورتی که نام خیابانی مواد مورد مصرف در منطقه شما با مثال های ارایه شده در جدول متفاوت باشد، شما میتوانید با هماهنگی با اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مثال های متناسب با منطقه خود را به جدول اضافه فرمایید.

پرسش ۳

- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از گروه های مواد در پرسش 1 و 2، پرسش 3 را بپرسید.
 - در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد، از مراجع تشکر نموده، بازخورد ارایه داده و او را برای غربالگری تکمیلی به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.
 - در صورت پاسخ منفی به تمام موارد، از مراجع تشکر نموده و بازخورد متناسب ارایه دهید.
- دستیابی به پاسخ های صحیح در غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد نیاز به زمان و ایجاد ارتباط مؤثر و اعتماد بین جمعیت تحت پوشش و کارشناس مراقب سلامت دارد. برای آشنایی با مهارت های مشاوره پایه به کتابچه راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد ویژه کارشناس مراقب سلامت خانواده مراجعه فرمایید.
- هدف اولیه در شروع غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد دستیابی به پاسخ های صحیح و دقیق، بلکه انتقال این پیام به مراجعان است که مصرف مواد پیامد های منفی جدی بر سلامت آن ها داشته و نظام مراقبت های بهداشتی نسبت به آن حساس بوده و آمادگی دارد در این ارتباط به ایشان کمک نماید.

مقدمه سؤالات غربالگری در حوزه اعتیاد

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

پرسش الف - در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)			پرسش اب - صورت پاسخ مثبت به هر یک: در سه ماه اخیر چطور؟	عدم تمایل به پاسخگویی		
خیر	بله	خیر		بله	عدم تمایل به پاسخگویی	
						الف - انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
						ب - ترکیبات آفیونی (تریاک، شییره، سوخته، هرویین، کدین، ترامادول، غیره)
						ج - حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
						د - محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)
						ه - آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
						و - نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره)
					ز - سایر - مشخص کنید:	

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

تاریخ تکمیل فرم:

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

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

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

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

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

◀ در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید.

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

پرسش الف

◀ پرسش الف را برای تمام گروه‌های مواد پیش‌بینی شده در جدول بپرسید.

◀ در صورتی که نام خیابانی مواد مورد استفاده در منطقه شما با مثال‌های ارایه شده در جدول متفاوت باشد، شما می‌توانید با هماهنگی با اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مثال‌های متناسب با منطقه خود را به جدول اضافه فرمایید.

◀ در صورت پاسخ منفی به تمام مواد بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»

◀ در صورتی که باز هم پاسخ منفی بود از مراجع تشکر نموده و بازخورد متناسب ارایه فرمایید.

پرسش اب

◀ در صورت پاسخ مثبت به هر یک از گروه‌های مواد در پرسش الف، پرسش اب را بپرسید.

◀ در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد، از مراجع تشکر نموده و او را برای غربالگری تکمیلی به کارشناس سلامت روان یا پزشک مرکز ارجاع دهید.

◀ در صورت پاسخ منفی به تمام موارد، از مراجع تشکر نموده و بازخورد متناسب ارایه دهید.

غربالگری اولیه در الکل مواد و سیگار

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

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

ارجاع	پیگیری و مراقبت ممتد	اقدام	طبقه بندی	نتیجه بررسی	بررسی استعمال دخانیات و اختلال مصرف دارو و مواد	
ارجاع به پزشک دوره دیده در صورت عدم موفقیت اقدامات، یا تمایل فرد برای ترک دارویی یا وابستگی به نیکوتین	-	ارزیابی دوره ای بعدی	توصیه های آموزشی خود مراقبتی و تشویق مراجعه کننده برای حفظ وضع موجود	عدم استعمال دخانیات/ عدم اختلال مصرف مواد	سیگار یا مواد دخانی دیگر استعمال نمی کند. اختلال مصرف دارو و مواد ندارد.	سوال کنید: آیا سیگار یا قلیان می کشد؟ آیا در سه ماه اخیر مصرف دخانیات داشته است؟ در صورت مصرف دخانیات، نوع، دفعات استعمال روزانه/ هفتگی و طول مدت مصرف (ماه، سال) چگونه است؟ آیا الکل، مواد مخدر و روانگردان مصرف می کند؟ در صورت مصرف نوع، دفعات استعمال روزانه/ هفتگی و طول مدت مصرف (ماه، سال) چگونه است؟ آیا از دارو های روانگردان بدون تجویز پزشک استفاده می کند؟ آیا از نوشیدنی های الکلی استفاده می کند؟ آیا تا کنون و در سه ماه اخیر یکی از انواع مواد مخدر را مصرف کرده است؟
	-	ارزیابی دوره ای بعدی	آموزش اهمیت و نحوه اجتناب از استعمال غیر مستقیم	استعمال غیر مستقیم دخانیات	فرد سیگاری در محیط زندگی یا کار او حضور مستمر دارد.	
	پیگیری ۱ ماه بعد، ۳ و ۶ ماه بعد	توصیه های آموزشی برای تشویق به ترک سیگار - تعیین مرحله تغییر رفتار - SOC کمک به ترک سیگار از طریق مراحل پروتکل	سیگاری (استعمال دخانیات)	حد اقل ۱۰۰ نخ سیگار یا بیش از ۵۰۰ گرم توتون در طول مدت عمر خود مصرف کرده و در حال حاضر هم سیگار یا قلیان یا پیپ یا ... می کشد.		
	پیگیری ۱ ماه بعد، ۳ و ۶ ماه بعد	ارجاع به پزشک/ روانشناس	وابستگی به نیکوتین	استعمال روزانه بیش از ۱۰ سیگار در حال حاضر، استعمال سیگار کمتر از ۳۰ دقیقه پس از بیدار شدن از خواب، وجود علائم ترک نیکوتین سیگار در برنامه ترک قبلی (اشکال در تمرکز، سردرد و سرگیجه، اختلال خواب، سوء هاضمه، لرزش و تعریق، تندخویی و اضطراب)		
	ارجاع به کارشناس سلامت روان و پیگیری باز خورد کارشناس	تعیین نوع ماده مصرفی ارائه کارت ویژه ماده مصرفی، ارجاع	اختلال مصرف دارو اختلال مصرف الکل اختلال مصرف مواد	دارو های روانگردان بدون تجویز پزشک یا بیشتر از تجویز پزشک مصرف می کند. در سه ماه اخیر از نوشیدنی های الکلی یا سایر مواد مخدر استفاده کرده است		

اطلاعات رانیت کنید؛ تاریخ مراجعه بعدی را مشخص کنید

در تعریف سازمان جهانی بهداشت، فرد سیگاری به کسی اطلاق می شود که حد اقل ۱۰۰ نخ سیگار در طول مدت عمر خود مصرف کرده باشد و در حال حاضر هم سیگار می کشد یا در مورد قلیان و چپق و پیپ، ۲۰ اونس (یش از ۵۰۰ گرم) توتون مصرف کرده و در حال حاضر هم مصرف آن را ادامه می دهد.

فرد سیگاری که ۲۴ ساعت با اراده شخصی ماده دخانی را مصرف نکند، فرد ترک کرده محسوب می شود. منظور از دخانیات، انواع دخانیات نظیر سیگار، قلیان، چپق و ... می باشد. مصرف فرد در سه ماه اخیر اهمیت دارد.

مصرف قلیان که متأسفانه رواج زیادی در جامعه یافته است، سلامتی افراد را در معرض خطر قرار می دهد. مقدار نیکوتین موجود در یک وعده کشیدن قلیان با مقدار نیکوتین موجود در یک بسته کامل سیگار برابری می کند. هر پکی که به قلیان زده می شود تقریباً ۴۰ برابر یک پک سیگار، دود به ریه فرد می رساند. دود استنشاق شده از قلیان، نه تنها همه ی مواد سرطان زای دود سیگار را دارا است، بلکه مونوکسیدکربن بیشتری (در حدود ۱۰ برابر) هم دارد.

هدف اول کاهش موارد مصرف انواع دخانیات از جمله کاهش تعداد سیگار مصرفی روزانه و عوض کردن نوع سیگار به سیگار سبک تر و آماده کردن فرد برای ترک استعمال دخانیات می باشد.

استعمال غیر مستقیم دود سیگار که در افراد غیر سیگاری اتفاق می افتد، نیز سلامتی فرد را تهدید می کند. افزایش خطر ابتلا به برخی سرطان ها، بیماری های ریوی، تولد نوزاد کم وزن و زایمان زودرس در زنان باردار از جمله عوارض در معرض دود سیگار بودن است. هم چنین میزان مرگ در این افراد بیشتر می باشد.

پس از بررسی از نظر استعمال دخانیات و اختلال مصرف دارو، الکل و مواد در صورت استعمال دخانیات، پس از تکمیل اطلاعات مربوط به مراجعه کننده، اقدامات لازم برای ایجاد انگیزه ترک را برای مراجعه کننده انجام دهید (متد 5A مطابق جدول صفحه ۱۷۶). به برنامه ریزی او برای ترک توسط خودش (خود مراقبتی) کمک کنید و در صورت لزوم او را برای مشاوره و کمک دارویی ترک به پزشک ارجاع دهید.

<p>Arrange (مراقبت ممتد و پیگیری)</p>	<p>Assist (اقدام و کمک به مراجعه کننده برای ترک)</p>	<p>Assess (برای تعیین مرحله ترک ارزیابی کنید)</p>	<p>Advise (برای تشویق به ترک آموزش دهید)</p>	<p>Ask (وضعیت مراجعه کننده را بررسی کنید)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تشویق بیمار به ترک در هر مراجعه • زمان ویزیت های فالوآپ را معلوم کنید: ۱ تا ۲ هفته بعد، ۱ تا ۲ ماه بعد، ۴ ماه بعد، یک سال بعد برای ارزشیابی • در ویزیت فالوآپ موارد زیر را پیگیری کنید: • تبریک برای موفقیت و تقویت و تشویق فرد موفق • ارائه راهکار های مناسب برای مقابله با موقعیت های برانگیزاننده عود • جلب حمایت بیشتر خانواده برای پیشگیری از موارد عود • کنترل قشار خون و ضربان قلب در هر بار ویزیت • پیگیری وجود علائم ترک در ویزیت هفته ها و ماه های اول - بند ۳ پروتکل • تذکر دهید که از یک زدن به سیگار خودداری کند زیرا سبب عود می شود • در صورت عدم موفقیت یا عود طبق پروتکل ترک سیگار بند ۴ عمل کنید. • در صورت اضافه وزن بعد از ترک مجددا مشاوره و موارد بند ۵ پروتکل را گوشزد کنید. • *در صورت اختلال خواب بعد از ترک به فرد اطمینان دهید که این مسئله طی ۲ هفته از بین می رود • تبریک برای موفقیت و تقویت و تشویق فرد موفق 	<ul style="list-style-type: none"> • کمک برای برنامه ریزی ترک • تعیین تاریخ شروع ترک • اطلاع دادن به اعضای خانواده و دوستان • تقاضا از آنان برای حمایت • برداشتن سیگار و توتون از اطراف و نزدیکی بیمار • حذف یا مقابله با عوامل کمک کننده به کشیدن سیگار بر حسب علت کشیدن سیگار • آموزش پیش بینی، تعدیل و اجتناب از فعالیت مرتبط با کشیدن سیگار • توصیه به نوشیدن مایعات بیشتر و چای و قهوه کمتر • آموزش رفتار های جایگزین مناسب مثل نوشیدن آب، جویدن آدامس، استفاده از خلال دندان، تسبیح چرخاندن، بازی های دستی، انجام کار های دستی مثل نقاشی و بافتنی و.... تخمه شکستن • آموزش راهکارهای مقابله با استرس، خشم و خلق منفی مثل آرمیدگی (Relaxation) • تشویق راه های جایگزین لذت بردن مثل ورزش • تجویز نیکوتین جایگزین در صورت لزوم 	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی علاقه به ترک سیگار و تعیین مرحله SOC • برنامه ریزی برای ترک و خود مراقبتی • اگر راضی به ترک نیست فهرست کردن دلایل ترک از دید مراجعه کننده توسط خودش با استفاده کارت ترک دفترچه خود مراقبتی (بند ۲ پروتکل) • مرور ترک های قبلی و شناسایی موقعیت های مرتبط با عود (متعاقب فعالیت روزمره بر حسب عادت، متعاقب احساس لذت یا برای ایجاد لذت، برای کاهش استرس و خشم یا اضطراب یا کاهش علائم ترک) • تعیین علائق فردی کمک کننده به ترک یا ادامه استعمال دخانیات 	<ul style="list-style-type: none"> • پس از بررسی نشانه های خطر ناشی از استعمال دخانیات و گوشزد نمودن خطرات ویژه در فرد برای ترک سیگار توصیه های زیر را به همه سیگاری ها مطرح کنید(بند ۲ پروتکل): • ترک سیگار مهمترین اقدام برای حفظ سلامتی است • سیگار شایعترین علت قابل پیشگیری مرگ است • احتمال حمله قلبی یا سکته مغزی، ابتلا به سرطان، بیماری مزمن تنفسی، بیماری های دهان و دندان • اکثر آسیب های سیگار پس از ترک قابل برگشت هستند و مرگ و میر کلی ۱۰ الی ۱۵ سال پس از ترک مشابه افراد غیر سیگاری است. • با هر یک عدد سیگار اضافه ۵ میلی گرم نیکوتین وارد بدن می شود، پس ترک از همین حالا باید انجام شود. • با توجه به همراهی بیماری ها یا عوامل خطر دیگر وضعیت را برای فرد روشن کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • شرح حال بگیرید: • سن، شغل و سایر نقش های خانوادگی و اجتماعی و علائق فردی • مراجعه کننده را برای پیدا کردن انگیزه ترک مورد توجه قرار دهید • نوع مصرفی نیکوتین، طول مدت مصرف، تعداد مصرفی روزانه، علت کشیدن سیگار از دید فرد مراجعه کننده (عادت، لذت، خود درمانی) را سوال کنید (بند ۱ پروتکل) • سابقه ترک سیگار و چگونگی آن را سوال کنید • علائم همراه (سرفه، تنگی نفس، درد قفسه سینه، بیماری همراه، سابقه بیماری در بستگان درجه یک (سرطان ها، تنفسی مزمن، قلبی عروقی) • وضعیت عمومی سلامت فرد مانند سلامت دهان و دندان، سلامت ریه ها و قلب توجه کنید • به سایر عوامل خطر تهدید کننده سلامت او مانند فشارخون بالا، دیس لیپیدمی و دیابت و ... توجه کنید

مشاوره برای ترک استعمال دخانیات:

- متد 5A کمک می کند تا مشاوره ترک استعمال دخانیات را با موفقیت انجام دهیم. برای انجام مشاوره ترک مراحل زیر انجام می شود:

۱. تکمیل شرح حال: شرح حال فرد را تکمیل و در شرح حال مراجعه کننده از نظر مصرف دخانیات به نکات زیر توجه کنید تا بتوانید انگیزه های فرد برای استعمال دخانیات را پیدا کنید و انگیزه های ترک را تقویت کنید.

سن شروع مصرف دخانیات، طول مدت مصرف، تعداد مصرفی روزانه، علت کشیدن سیگار از دید فرد مراجعه کننده (عادت، لذت، خود درمانی)

بررسی نشانه های خطر ناشی از استعمال دخانیات، علائم همراه (سرفه، تنگی نفس، درد قفسه سینه، بیماری همراه، سابقه بیماری در بستگان درجه یک (سرطان ها، تنفسی مزمن، قلبی عروقی)

بررسی سابقه ترک سیگار و چگونگی آن، بررسی علاقه به ترک سیگار و برنامه ریزی برای آن، فهرست کردن دلایل ترک از دید مراجعه کننده مرور ترکه های قبلی و شناسایی موقعیت های مرتبط با عود

حمایت خانوادگی

۲. بیان فواید ترک استعمال دخانیات: مدارک بسیار قوی وجود دارند که فایده های ترک سیگار را نشان می دهد، حتی برای افراد مسن و افرادی که در حال حاضر بیماری های مزمن مربوط به سیگار در آنها پیشرفت کرده است. بیان این مزایا برای فرد سیگاری به زدودن باورهای غلط و ایجاد انگیزه برای ترک کمک می کند.

- ترک سیگار مهمترین اقدام برای حفظ سلامتی است.
- سیگار شایعترین علت قابل پیشگیری مرگ است.
- احتمال حمله قلبی یا سکته مغزی، ابتلا به سرطان، بیماری مزمن تنفسی، بیماری های دهان و دندان کاهش می یابد.
- اکثر آسیب های سیگار پس از ترک قابل برگشت هستند و مرگ و میر کلی ۱۰ - ۱۵ سال پس از ترک مشابه افراد غیر سیگاری است.
- افرادی که د روز دویسته سیگار می کشند، اگر سیگار را ترک کنند، بطور متوسط میزان مرگشان از بیماری قلبی و عروقی و سرطان ریه ۴ سال به تعویق می افتد.
- یک سال پس از ترک، فراوانی خطر بیماری کرونر قلب (CHD) ۵۰٪ کاهش می یابد.
- در صورت همراهی بیماری ها یا عوامل خطر دیگر وضعیت را برای فرد روشن کنید.

- ترک سیگار سریعاً سطح منواکسید کربن را در خون کاهش می دهد .
 - سیگار کشیدن تولید خلط، سرفه و تنگی نفس با ترک سیگار سریعاً کاهش می یابد.
 - تحریک گلو از بین می رود.
 - حس بویایی و چشایی فرد افزایش می یابد.
 - چین و چروک صورت را کاهش می دهد.
 - وضع تنفس بهتر می شود.
 - با ترک سیگار در مادران باردار خطر سقط خودبخودی، جفت سرراهی، نوزاد نارس، و نوزاد با وزن تولد پایین و سایر عوارض بعد از تولد را کاهش می یابد.
 - برای برخی افراد، ترک سیگار یک راه مهم برای افزایش اعتماد به نفس است به خصوص در افراد سیگاری که اعتماد بنفس شان پایین است.
 - ترک سیگار والدین می تواند تاثیر مثبتی بر روی فرزندان بگذارد (برای مثال: ترک سیگار والدین مثال خوبی برای فرزندان است که می خواهند کاری را انجام دهند که به نظر آسان نمی رسد و نقش پیشگیری در فرزندان را دارد که در معرض ابتلا به مصرف دخانیات هستند).
 - امکان پس انداز کردن پول فراهم می شود و ...
 - ۳. اعتیاد یا وابستگی به نیکوتین: برخی از مبتلایان به استعمال دخانیات اعتقادی به اعتیاد یا وابستگی به سیگار ندارند و تصور می کنند کنار گذاشتن سیگار در هر حال به راحتی انجام می شود. به افراد سیگاری که مشخصات زیر را دارند گوشزد کنید که اگر علائم زیر را دارند، به ماده نیکوتین وابستگی پیدا کرده اند و باید هرچه سریعتر برای ترک سیگار اقدام کنند. ترک سیگار در این افراد نیازمند اقدام دارویی (تجویز نیکوتین) می باشد.
 - استعمال روزانه بیش از ۱۰ سیگار
 - استعمال سیگار کمتر از ۱۰ دقیقه پس از بیدار شدن از خواب
 - وجود علائم زیر در برنامه ترک سیگار قبلی که نشان دهنده بروز نشانه های ترک نیکوتین (سندرم Withdrawal) بوده و احتمال عود را افزایش می دهد.
- اشکال در تمرکز، سر درد و سر گیجه، اختلال خواب، سوء هاضمه، لرزش و تعریق، تندخویی و اضطراب
۴. تعیین زمان ترک: به مراجعه کننده گوشزد کنید که بهترین زمان ترک همین حالاست. هر روز که بگذرد، آسیب بیشتری به سلامت وارد شده است. زیرا:
 - با کشیدن هر سیگار ۰.۵ میلی گرم نیکوتین وارد بدن می شود پس از همین حالا ترک کنید.

- اکثر آسیب های سیگار پس از ترک قابل برگشت هستند و مرگ و میر کلی ۱۰ - ۱۵ سال پس از ترک، مشابه افراد غیر سیگاری است.
 - ۵. تعیین و ارتقای مرحله تغییر رفتار: در افرادی که به مرحله تفکر برای تغییر نرسیده اند، مزایای ترک و معایب کشیدن سیگار را با توجه به وضعیت فرد توضیح دهید و به عنوان قدم اول مضرات سیگار را برای اطرافیان او توضیح داده و از او بخواهید در حضور افراد خانواده سیگار نکشد.
 - ابراز آمادگی کنید که هر موقع تصمیم به ترک گرفت به او کمک خواهید کرد.
 - بروشور برای ایجاد انگیزه در اختیار وی بگذارید.
 - در هر ملاقات مسئله را پی گیری کنید و از تکرار موضوع خسته نشوید.
 - ۶. کمک به برنامه ریزی خود مراقبتی برای ترک: استفاده از مجموعه خودارزیابی شیوه زندگی، برای برنامه ریزی ترک به مراجعه کننده و ارائه دهنده خدمت کمک می کند. اگر امکان پذیر بود ترک گروهی را سازماندهی کنید.
 - ۷. توجه به زمان استعمال دخانیات: استعمال سیگار اول صبح و پس از بیدار شدن از خواب نشانه وابستگی به نیکوتین و نیاز به درمان دارویی برای ترک می باشد. زمانی که کشیدن سیگار متعاقب فعالیت های روزمره مثل مکالمه تلفنی، رانندگی و اتفاق می افتد. پیش بینی فعالیت مرتبط یا اتخاذ راهبرد رفتاری کاهنده اضطراب یا رفتار های جایگزین کمک کننده است. در صورتی که کشیدن سیگار متعاقب یک فعالیت لذت بخش مثل خوردن غذای مورد علاقه در مهمانی یا برای لذت بردن از یک موقعیت خاص اتفاق بیفتد، لازم است ابزار های دیگر لذت بردن مثل ورزش را جایگزین و برای مقابله با موقعیت های لذت بخش مخاطره آمیز آمادگی ایجاد شود. اگر مصرف سیگار برای از بین بردن خلق منفی ناشی از استرس، غم، خشم، اضطراب یا احساس ولع به دنبال ترک اتفاق می افتد، روش های درمانی مفید شامل نیکوتین جایگزین برای کاهش علائم ترک می باشید. فرد را برای نیکوتین درمانی به پزشک ارجاع دهید.
- مدیریت عوارض ترک: مراجعه کننده ای که برای ترک تصمیم گرفته است، باید آموزش لازم برای علائم ترک را دریافت نموده و با اطلاع از آن آمادگی لازم برای مقابله با
- عوارض را کسب نماید. نشانه های ترک کردن موقتی هستند و زمانی اتفاق می افتند که نیکوتین خون پایین می آید بسته به فرد سیگاری نشانه های مختلفی وجود دارد:
- علائم ترک عبارتند از: میل شدید به نیکوتین سیگار، تنش، تحریک پذیری و تند خویی، اشکال در تمرکز، بیقراری، بیخوابی، کاهش ضربان قلب و فشار خون، افزایش اشتها، سوء هاضمه، افزایش وزن، کاهش عملکرد حرکتی، افزایش تنش عضلانی، سر درد و سر گیجه، لرزش و تعریق معمولاً "این علائم بعد از هفت روز سرعت کاهش

می یابند، ولی گاهی هفته ها پس از ترک هنوز کاملاً از بین نرفته اند. فرد سیگاری که تصمیم به ترک گرفته است باید به علائم ترک و راه های مقابله با آن آشنا باشد و بداند که دو هفته اول ترک بسیار مهم است. اگر چه فرد بعد از گذشت چند هفته نمی تواند ادعای موفقیت کند. ولی ممکن است میل سیگار کشیدن چند ماه بعد از ترک تکرار شود. افراد خصوصاً آنهایی که برای ترک سیگار تحت درمان نیستند باید بدانند که این علائم عادی هستند و معمولاً زمانشان محدود است و در واقع نشانه های حذف ماده مضر نیکوتین از بدن هستند، به این ترتیب افراد تشویق می شوند که این علائم را بهتر تحمل کنند.

آموزش علائم ترک، مقابله با استرس، رژیم غذایی و ورزش، مدت های شناختی رفتاری مثل **RELAXATION** و حمایت خانوادگی و اجتماعی می تواند کمک کننده باشد.

همچنین در افرادی که نگران افزایش اشتها و وزن خود می باشند توضیح دهید که:

- متوسط افزایش وزن بیشتر از ۲ - ۴ کیلو گرم نخواهد بود.
- مضرات کشیدن سیگار را با افزایش مختصر وزن مقایسه کنید.
- نیاز به گرفتن رژیم در دوره ترک نیست و می توان آن را به بعد موکول کرد.
- لطمه ظاهری کشیدن سیگار (بوی بد تنفس، بوی بد لباس، رنگ تیره پوست و مخاط، رنگ زرد دندان) را با اثر ظاهری افزایش مختصر وزن مقایسه کنید.

میل زیاد به سیگار کشیدن حداکثر ۲۰ دقیقه و برای برخی از افراد کمتر از ۵ دقیقه طول می کشد، بنظر می رسد برخی از افراد به موقعیت خاصی مانند نوشیدن یک فنجان قهوه یا خوردن الکل وابسته هستند. به بیماران توصیه می شود که برای مشغول نگه داشتن خودشان برنامه ای داشته باشند تا میل به سیگار کشیدن از بین برود و موقعیت های را بوجود بیاورند که بنظر می رسد آنها را از سیگار کشیدن دورنگه می دارد.

۸. موارد عود و شکست: ترک سیگار کسب یک مهارت است که مانند کسب هر مهارت دیگری ممکن است برای بار اول با موفقیت توأم نباشد.

کمتر از ۲۵ درصد افراد در اولین تلاش خود برای ترک موفق هستند. اغلب افراد ۳ - ۴ بار باید کوشش کنند شرایط زیر مساعد کننده عود و عدم موفقیت ترک پس از ترک سیگار هستند. برخی حوادث، فعالیت ها یا حالت های درونی هستند که باعث افزایش خطر روی آوردن به سیگار یا عود مصرف می شوند. برای پیشگیری از شکست درمان و عود، راه های اجتناب از شرایط فوق و مهارت های سازش یا مقابله با آنها را به مراجعه کننده گوشزد کنید. این شرایط عبارتند از:

- همنشین با سیگاری ها: در حضور افراد سیگاری دیگر در منزل مخصوصاً همسر، یا همکاران سیگاری موفقیت ترک کمتر می شود. افراد باید برای ترک دلایل قوی برای خود مطرح کنند تا با وجود افراد

سیگاری در محیط زندگی و کار بتوانند برنامه ترک را دنبال کنند. ارائه دهنده خدمت باید از وجود افراد سیگاری دیگر مطلع باشد و پیشنهاد ترک را برای آنها نیز مطرح نمایند.

- عدم وجود حمایت خانوادگی و اجتماعی: افراد می توانند فردی را بعنوان یک حامی (مثل: همکار، دوست، یکی از اعضای خانواده مانند همسر یا فرزند) معرفی کنند که آنها را در دوره ترک و بعد از ترک حمایت کند.

- سبک زندگی پر استرس و تحت فشار قرار گرفتن و جر و بحث کردن: شرایط خطر را پیش بینی و در حد امکان از آنها اجتناب کنند.

- حالت های روحی منفی: از متد های آرام سازی استفاده کنند.

- خوردن الکل یا قهوه: فعالیت های رفتاری و شناختی که توجه آنها را از میل سیگار کشیدن منحرف می کند بشناسند مانند پیاده روی بجای قهوه خوردن در زمانهای استراحت

- زندگی بدون تحرک: با تغییراتی در سبک زندگی استرس را کم کنند و کیفیت زندگی را با ایجاد لذت بالا ببرند. (مثل: فعالیت بدنی)

- اختلال خواب: فرد باید تنها زمانی که خسته است به رختخواب برود، در طول روز نخوابد، از خوردن کافئین در آخر روز خودداری کند، اگر در طول ۳۰ دقیقه نتوانست بخوابد از رختخواب خارج شود به مطالعه یا کار دیگری که او را برای خواب آماده می کند بپردازد در طول روز ورزش کند.

در افرادی که عدم موفقیت یا عود وجود دارد، اقدامات زیر را انجام دهید:

- اعتماد به نفس را در فرد تقویت نموده و گوشزد کنید که بسیاری از افراد پس از چند بار تلاش موفق می شوند. خوش بینی ارائه دهنده خدمت به امکان موفقیت ترک در افزایش روحیه و ایجاد اعتماد به نفس در مراجعه کننده نقش دارد.

- به فرد اطمینان دهید که در صورت عدم موفقیت باز هم برای ترک به او کمک خواهید کرد.

- تجربه و موقعیت اولین کشیدن مجدد سیگار را مرور کنید.

- شرایط عدم تکرار موقعیت فوق یا راه های غلبه بر آن را به اتفاق مراجعه کننده بررسی کنید.

- پس از مشاوره در صورت وجود آمادگی برای ترک مجدد، زمان شروع ترک مجدد را تعیین و کمک کنید تا مراجعه کننده با همکاری اعضای خانواده در اجرای برنامه موفق باشد.

مراقبت ممتد مورد نیاز: بررسی ماهانه تا ترک

اختلال مصرف یا وابستگی مواد

اختلال مصرف مواد، یک الگوی آسیب شناختی از رفتارهای مرتبط با مصرف مواد است که با نقص کنترل، اُفت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر، تداوم مصرف علیرغم مواجهه با آسیب های مرتبط با مصرف و تحمل فیزیولوژیک نسبت به مواد مشخص می گردد.

مواد: شامل همه ترکیباتی است که واجد خواص روانگردان بوده و مصرف آنها موجب تغییر در رفتار (مانند عصبانیت)، اختلال درخلق و خوی (افسردگی)، اختلال در قضاوت و شعور فرد (فراموشی و بی توجهی) می شود. مواد در دستجات زیر تقسیم بندی می شوند:

- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کدیین، ترامادول، غیره)
- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
- محرک های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
- آرامبخش ها یا قرص های خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره) بدون تجویز پزشک یا با مقدار و دفعات مصرف بیش از تجویز پزشک

در خصوص مصرف الکل و مواد روانگردان با رعایت احترام و حریم خصوصی مشابه دخانیات عمل شده و در خصوص مصرف آنها در حال حاضر از مراجعه کننده سوال شود. به مراجعه کننده یاد آوری کنید که این ارزیابی برای تمام مراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی انجام می شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است.

هدف از این پرسش، دستیابی به پاسخ های صحیح و دقیق نبوده، بلکه انتقال این پیام به مراجعان است که مصرف مواد پیامد های منفی جدی بر سلامت آنها داشته و نظام مراقبت های بهداشتی نسبت به آن حساس بوده و آمادگی دارد در این ارتباط به آنان کمک نماید.

در صورت اختلال مصرف دارو، الکل و مواد ابتدا نوع ماده مصرفی را تعیین و اطلاعات اولیه را در اختیار فرد مراجعه کننده قرار دهید و سپس فرد مصرف کننده برای دریافت خدمات مشاوره به روانشناس یا پزشک دوره دیده ارجاع گردد.

مادران باردار ۱/

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد در زنان غیرباردار و متأهل در سنین باروری	مصرف سیگار، الکل یا مواد پاسخ مثبت به هریک از سؤالات	اختلال مصرف مواد	<p>مراقبت‌های پیش از بارداری شامل</p> <ul style="list-style-type: none"> اقدامات ذیل غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد بر حسب نوع ماده مصرفی ارزیابی از نظر مشکلات جسمی همبود و ارجاع به پزشک جهت درمان مشکلات طبی همراه شامل کم‌خونی، عفونت‌های منتقله از راه جنسی و... ارزیابی مشکلات سلامت روان و ارجاع به پزشک جهت درمان مشکلات روان‌پزشکی همراه در صورت وجود توصیه به استفاده از یک روش مطمئن پیشگیری از بارداری در شروع درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست به منظور پیشگیری از بارداری برنامه‌ریزی نشده توصیه به تأخیر انداختن بارداری تا زمان تثبیت وضعیت مادر از نظر سلامت جسمی و روانی و وضعیت اجتماعی ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای ارائه حمایت‌های روانی، اجتماعی
علائم و نشانه‌های مسمومیت با مواد	مصرف اخیر مقادیر بالای مواد	مسمومیت با مواد	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری به پزشک ثبت در پرونده و پیگیری ارجاع اقدامات ذیل غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد بر حسب نوع ماده مصرفی
غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد	مصرف سیگار، قلیان و ناس	اختلال مصرف نیکوتین	<ul style="list-style-type: none"> فراهم نمودن فضای خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری برخورد حرفه‌ای نشان دادن همدلی پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول بارداری ایراژ نگرانی درباره مصرف تنباکو در بارداری و توصیه به ترک آن به صورت ناگهانی آموزش تغییرات تنش‌زا در مادر و روش‌های مدیریت آن آموزش درباره اهمیت عدم مصرف سیگار در بارداری و ارائه کارت آموزش‌بیارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان جایگزین با نیکوتین یا بوپروپیون ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی و مداخلات مختصر ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت حمایت‌های روانی، اجتماعی پیگیری دریافت خدمات ترک سیگار زیر نظر پزشک و کارشناس سلامت روان و رفتار پیگیری حمایت‌های روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار
غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد	مصرف سیگار، قلیان و ناس	اختلال مصرف نیکوتین	<ul style="list-style-type: none"> ارائه مراقبت‌های بارداری تقویت شده به عنوان یک باردار پرخطر ارسال گزارش وضعیت مادر به پزشک و کارشناس سلامت روان و رفتار از نظر پایداری به برنامه مراقبت بارداری غربالگری وضعیت سلامت روان و مشکلات اجتماعی در مادران باردار

مادران باردار ۲/

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد	مصرف سیگار، قلیان و ناس	اختلال مصرف نیکوتین	<ul style="list-style-type: none"> فراهم نمودن فضای خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری برخورد حرفه‌ای نشان دادن همدلی پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول بارداری ابراز نگرانی درباره مصرف تنباکو در بارداری و توصیه به ترک آن به صورت ناگهانی آموزش تغییرات تنش زا در مادر و روش‌های مدیریت آن آموزش درباره اهمیت عدم مصرف سیگار در بارداری و ارائه کارت آموزش‌ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان جایگزین با نیکوتین یا بوپروپیون ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی و مداخلات مختصر ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت حمایت‌های روانی، اجتماعی پیگیری دریافت خدمات ترک سیگار زیر نظر پزشک و کارشناس سلامت روان و رفتار پیگیری حمایت‌های روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار ارایه مراقبت‌های بارداری تقویت شده به عنوان یک باردار پرخطر ارسال گزارش وضعیت مادر به پزشک و کارشناس سلامت روان و رفتار از نظر پایداری به برنامه مراقبت بارداری غربالگری وضعیت سلامت روان و مشکلات اجتماعی در مادران باردار فراهم نمودن فضای خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری برخورد حرفه‌ای نشان دادن همدلی پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول بارداری
مصرف مواد افیونی	اختلال مصرف مواد افیونی	اختلال مصرف مواد افیونی	<ul style="list-style-type: none"> ابراز نگرانی درباره مصرف مواد افیونی در بارداری و توصیه به عدم مصرف آن‌آموزش درباره عوارض شدید ناشی از محرومیت از مواد افیونی در صورت قطع ناگهانی مصرف مستمر آن شامل سقط و زایمان زودرس و اهمیت دریافت درمان طبی آموزش درباره اهمیت قطع مصرف مواد افیونی و ارائه کارت آموزشی ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین پیگیری ارجاع به مراکز اختصاصی/تخصصی درمان در سطح دو برای دریافت درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی و مداخلات مختصر ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت حمایت‌های روانی، اجتماعی پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار ارایه مراقبت‌های بارداری تقویت شده به عنوان یک باردار پرخطر توصیه به زایمان در بیمارستان ارسال گزارش وضعیت مادر از نظر پایداری به برنامه مراقبت بارداری غربالگری وضعیت سلامت روان و مشکلات اجتماعی در مادران باردار

مادران باردار / ۳

اقدامات	تشخیص احتمالی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> • برخورد حرفه‌ای • نشان دادن همدلی • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول بارداری • ابراز علاقه و نگرانی درباره سلامت مادر باردار • غربال‌گری وضعیت سلامت روان و مشکلات اجتماعی در مادران باردار • ارجاع غیرفوری به پزشک جهت ارزیابی بیشتر و بررسی از نظر نیاز به انجام آزمایش ادرار از نظر مصرف اخیر مواد برای مورفین و مت‌آمفتامین • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای تکرار غربال‌گری، ارزیابی‌های روانی، اجتماعی بیشتر و ارائه حمایت‌های روانی، اجتماعی • پیگیری مراقبت‌ها زیر نظر پزشک • پیگیری خدمات و حمایت‌های روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار 	<p>اختلالات مصرف مواد</p>	<p>عدم مراجعه منظم برای دریافت مراقبت‌های بارداری مراقبت شخصی پایین تأخیر رشد جنین غیرقابل توضیح و عفونت‌های منتقله از راه جنسی</p>	<p>وجود علائم خطر دیگر به رگم غربال - گری اولیه منفی</p>

زایمان، تولد و شیردهی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
غربالگری اولیه از نظر مصرف سیگار و الکل و مواد در سه ماهه سوم بارداریو دوره شیردهی (نسخه پیگیری)	مصرف سیگار، الکل با مواد/ پاسخ مثبت به سوالات	اختلالات مصرف مواد	<ul style="list-style-type: none"> توصیه‌های عمومی برای موارد مشکوک به اختلالات مصرف مواد در بارداری بر حسب نوع مواد ارجاع غیرفوری به پزشک و کارشناس سلامت روان و رفتار برای بررسی از نظر صلاحیت سرپرستی والدین آموزش مادر درباره چارچوب‌های قانونی در خصوص محافظت از کودک شامل ممنوعیت دادن مواد یا داروهای تجویز شده نظیر متادون به کودک سابقه غفلت از نیازهای کودک، کودک آزاری و فروش نوزاد از موارد نقض صلاحیت سرپرستی مادر و همسرش محسوب می‌شود. دادن مواد غیرقانونی به کودک از مصادیق کودک‌آزاری محسوب می‌گردد. مصرف فعال مواد و عدم پیروی از دستور کارکنان سلامت به قطع مصرف مواد در بارداری بر اساس قانون ناقض صلاحیت سرپرستی والدین محسوب می‌گردد با این وجود خطرات زندگی در کنار والدین مصرف‌کننده باید با منافع ناشی از نگهداری در مراکز نگهداری کودکان اداره کل بهزیستی استان به دقت سنجیده شود. <p>زایمان</p> <ul style="list-style-type: none"> توصیه‌های عمومی برای موارد مشکوک به اختلالات مصرف مواد در بارداری بر حسب نوع مواد آموزش به مادر درباره ضرورت زایمان در بیمارستان آموزش مادر درباره ضرورت تحت نظر گرفتن نوزاد به مدت حداقل ۵ روز در بیمارستان جهت بررسی از نظر علائم سندرم پرهیز نوزادی صرف نظر از آن که مادر درگیر مصرف مواد شیر خود را می‌دهد یا از شیر خشک استفاده می‌کند، تماس پوست به پوست بلافاصله بعد از زایمان بین مادر و نوزاد به منظور توانمند کردن مادر برای پاسخ‌گویی به نیازهای نوزادش باید صورت پذیرد. پیگیری حمایت‌های روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار شامل بیمه و اطمینان‌بخشی درباره هزینه‌های بیمارستان <p>شیردهی</p> <ul style="list-style-type: none"> توصیه‌های عمومی برای موارد مشکوک به اختلالات مصرف مواد در بارداری بر حسب نوع مواد آموزش درباره خطرات مصرف سیگار، الکل و مواد در دوره شیردهی غربالگری وضعیت سلامت روان و مشکلات اجتماعی در مادران شیرده به منظور شناسایی اختلالات روان‌پزشکی پس 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 اج‌آی‌وی 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 اج‌آی‌وی یک کنترااندیکاسیون 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.

نوزادان

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد در مادر باردار	مصرف سیگار، الکل و مواد	اختلالات مصرف مواد	<ul style="list-style-type: none"> توصیه‌های عمومی برای موارد مبتلا به اختلالات مصرف مواد در بارداری بر حسب نوع مواد به مادر باردار توصیه‌های عمومی بخش زایمان، تولد و شیردهی در زمینه محافظت از کودک و صلاحیت سرپرستی والدین ارایه مراقبت‌های نوزادی تقویت شده به عنوان یک نوزاد در معرض خطر
مشکوک به سندرم پرهیز نوزادی	مثبت	سندرم پرهیز نوزادی	<ul style="list-style-type: none"> توصیه‌های عمومی برای موارد مبتلا به اختلالات مصرف مواد در بارداری بر حسب نوع مواد توصیه‌های عمومی بخش زایمان، تولد و شیردهی در زمینه محافظت از کودک و صلاحیت سرپرستی والدین آموزش مادر درباره علائم و ضرورت درمان سندرم پرهیز نوزادی در بیمارستان ارجاع فوری به پزشک برای درمان سندرم پرهیز نوزادی
کاهش سطح هوشیاری، توقف تنفس و سیانوز	مثبت	مسمومیت با مواد مضعف دستگاه اعصاب مرکزی	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری به پزشک جهت درمان مسمومیت اقدامات عمومی در زمینه محافظت از کودک و صلاحیت سرپرستی والدین
<p>نوزادان متولد شده از مادران باردار مصرف‌کننده مواد در معرض خطر افزایش یافته برای ابتلاء به سندرم پرهیز نوزادی هستند که کارکنان مراقبت سلامت باید با علائم آن آشنا بوده و افراد مشکوک را به صورت فوری برای دریافت خدمات درمانی مورد نیاز ارجاع دهند. کودکان متولد شده از کودکان وابسته به مواد افیونی و سایر مواد آرام‌بخش و خواب‌آور دچار علائم سندرم پرهیز نوزادی می‌شوند.</p> <p>زندگی کودک با والدین خصوصاً در سال‌های اول تولد اهمیت بالایی در رشد روانی و اجتماعی سالم کودک دارد، با این حال در صورت وجود خطر بالا برای ایمنی کودک محافظت از کودک باید در اولویت قرار گیرد.</p> <p>در صورت وجود مصرف مواد همراه با مشکلات رفتاری جدی همچون سابقه کودک‌آزاری و فروش کودک ارزیابی برای صلاحیت والدین و جداسازی نوزاد تا زمان احراز صلاحیت والدین باید جداً در نظر گرفته شود.</p> <p>برای کسب اطلاعات بیشتر درباره در این باره به راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد ویژه کارشناس مراقب سلامت خانواده و بهورز (اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد ۱۳۹۴) مراجعه فرمایید.</p>			

کودکان/۱

اقدامات	تشخیص احتمالی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری به پزشک پیگیری ارجاع به پزشک برخورد حرفه‌ای نشان دادن همدلی پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارایه مراقبت‌های معمول کودکان ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز ارزیابی بیشتر از نظر اختلالات مصرف مواد و روان‌پزشکی ثبت در پرونده و پیگیری ارجاع به پزشک ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت حمایت‌های روانی، اجتماعی ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار جهت بررسی وضعیت خانواده از نظر نحوه دسترسی کودک به مواد و صلاحیت سرپرستی والدین ثبت در پرونده و پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار ارایه مراقبت‌های کودکان تقویت شده به عنوان یک کودک در معرض خطر 	<p>مسمومیت با مواد</p>	<p>مصرف اخیر مقادیر بالای مواد</p>	<p>علائم و نشانه‌های مسمومیت با مواد</p> <p>برای اطلاعات بیشتر به کتاب راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد ویژه کارشناس مراقب سلامت خانواده و بهروز مراجعه فرمایید.</p>
<ul style="list-style-type: none"> برخورد حرفه‌ای نشان دادن همدلی پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارایه مراقبت‌های معمول کودکان آگاه‌سازی والدین و کارکنان مؤسسات ارایه دهنده خدمات به کودکان درباره نشانه‌های اقدام آگاه‌سازی والد در خصوص کودک آزاری یا بدرفتاری با کودکان (شامل کودک آزاری جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت) و اثرات آن بر خطر ابتلا به مصرف مواد فرزند آگاه‌سازی والدین درباره مهارت‌های فرزندپروری با تأکید بر دلبستگی و پرهیز از خشونت ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز ارزیابی بیشتر از نظر اختلالات مصرف مواد و روان‌پزشکی ثبت در پرونده و پیگیری ارجاع به پزشک ارجاع والدین و کارکنان مؤسسات ارایه دهنده خدمات به کودکان به کارشناس سلامت روان و رفتار به منظور آموزش 	<p>اختلالات مصرف مواد</p>	<p>تأخیر در رشد جسمی یا سلامت روانی، اجتماعی و/یا گزارش والدین درباره مشکلات رفتاری</p>	<p>رشد جسمی و سلامت روانی، اجتماعی (ASQ) و گزارش والدین یا مراقبان درباره نشانه‌های اقدام</p> <p>راهنمای اقدام به موقع: شناسایی مشکلات سلامت روان و مصرف مواد در کودکان و نوجوانان - راهنمای خانواده‌ها و مدارس</p>

کودکان/ ۲

اقدامات	تشخیص احتمالی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> • برخورد حرفه‌ای • نشان دادن همدلی • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول کودکان • آگاه‌سازی والدین و کارکنان مؤسسات ارائه دهنده خدمات به کودکان درباره نشانه‌های اقدام • آگاه‌سازی والد در خصوص کودک آزاری یا بدرفتاری با کودکان (شامل کودک آزاری جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت) و اثرات آن بر خطر ابتلا به مصرف مواد فرزند • آگاه‌سازی والدین درباره مهارت‌های فرزندپروری با تأکید بر دلبستگی و پرهیز از خشونت • ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز ارزیابی بیشتر از نظر اختلالات مصرف مواد و روان‌پزشکی • ثبت در پرونده و پیگیری ارجاع به پزشک • ارجاع والدین و کارکنان مؤسسات ارائه دهنده خدمات به کودکان به کارشناس سلامت روان و رفتار به منظور آموزش درباره نشانه‌ها اقدام • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت حمایت‌های روانی، اجتماعی • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار جهت بررسی وضعیت خانواده از نظر نحوه دسترسی کودک به مواد و صلاحیت سرپرستی والدین • پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار • ارائه مراقبت‌های کودکان تقویت شده به عنوان یک کودک در معرض خطر 	اختلالات مصرف مواد	تأخیر در رشد جسمی یا سلامت روانی، اجتماعی و/یا گزارش والدین درباره مشکلات رفتاری	رشد جسمی و سلامت روانی، اجتماعی (ASQ) و گزارش والدین یا مراقبان درباره نشانه- های اقدام راهنمای اقدام به موقع: شناسایی مشکلات سلامت روان و مصرف مواد در کودکان و نوجوانان- راهنمای خانواده‌ها و مدارس

نوجوانان و مدارس

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
علائم و نشانه‌های مسمومیت با مواد	مصرف اخیر مقادیر بالای مواد	مسمومیت با مواد	<ul style="list-style-type: none"> • برخورد حرفه‌ای • نشان دادن همدلی • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارایه مراقبت‌های معمول کودکان و نوجوانان • ارجاع فوری به پزشک جهت بررسی علائم مسمومیت • پیگیری پس از ارجاع به پزشک • ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز ارزیابی بیشتر از نظر اختلالات مصرف مواد روان‌پزشکی • پیگیری ارجاع به پزشک • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت حمایت‌های روانی، اجتماعی • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار جهت بررسی وضعیت خانواده از نظر نحوه دسترسی کودک به مواد و صلاحیت سرپرستی والدین • پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار • ارایه مراقبت‌های کودکان تقویت شده به عنوان یک کودک در معرض خطر
رشد جسمی و سلامت روانی، اجتماعی و گزارش والدین یا مراقبان درباره تغییرات خلقی، هیجانی و رفتاری	تأخیر در رشد جسمی یا سلامت روانی، اجتماعی و/یا گزارش والدین درباره مشکلات رفتاری	اختلالات مصرف مواد	<ul style="list-style-type: none"> • برخورد حرفه‌ای • نشان دادن همدلی • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارایه مراقبت‌های معمول کودکان • آگاه‌سازی والدین و کارکنان مؤسسات ارایه دهنده خدمات به کودکان درباره نشانه‌های اقدام • ارجاع والدین و کارکنان مؤسسات ارایه دهنده خدمات به کودکان به کارشناس سلامت روان و رفتار به منظور آموزش درباره نشانه‌ها اقدام • ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز ارزیابی بیشتر از نظر اختلالات مصرف مواد روان‌پزشکی • پیگیری ارجاع به پزشک • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت حمایت‌های روانی، اجتماعی • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار جهت بررسی وضعیت خانواده از نظر نحوه دسترسی کودک به مواد و صلاحیت سرپرستی والدین • پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار • ارایه مراقبت‌های کودکان تقویت شده به عنوان یک کودک/نوجوان در معرض خطر

جوانان / ۱

اقدامات	تشخیص احتمالی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری به پزشک پیگیری ارجاع و ثبت در پرونده اقدامات ذیل غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد بر حسب نوع ماده مصرفی 	<ul style="list-style-type: none"> مسمومیت با مواد 	<ul style="list-style-type: none"> مصرف اخیر مقادیر بالای مواد 	<ul style="list-style-type: none"> علائم و نشانه- های مسمومیت با مواد
<ul style="list-style-type: none"> فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری برخورد حرفه‌ای نشان دادن همدلی پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول ابراز نگرانی درباره مصرف تنباکو و توصیه به ترک آن آموزش درباره اهمیت عدم مصرف تنباکو و ارائه کارت 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 ترک سیگار زیر نظر پزشک و کارشناس سلامت روان و رفتار پیگیری خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار 	<ul style="list-style-type: none"> اختلال مصرف نیکوتین 	<ul style="list-style-type: none"> مصرف سیگار، قلیان و ناس 	<ul style="list-style-type: none"> غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد
<ul style="list-style-type: none"> فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری برخورد حرفه‌ای نشان دادن همدلی فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول ابراز نگرانی درباره مصرف مواد افیونی و توصیه به عدم مصرف آن آموزش درباره اهمیت قطع مصرف مواد افیونی و ارائه کارت آموزشی ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان پیگیری ارجاع به مراکز اختصاصی/تخصصی درمان در سطح دو برای دریافت درمان با داروهای آگونیست ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی و مداخلات مختصر پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار 	<ul style="list-style-type: none"> اختلال مصرف مواد افیونی 	<ul style="list-style-type: none"> مصرف مواد افیونی 	<ul style="list-style-type: none"> مصرف الکل، سیگار و مواد

جوانان / ۲

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
	مصرف مواد محرک	اختلال مصرف مواد محرک	<ul style="list-style-type: none"> • فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری • برخورد حرفه‌ای • نشان دادن همدلی • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول • فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری • ابراز نگرانی درباره مصرف مواد محرک و توصیه به ترک آن • آموزش درباره اهمیت عدم مصرف مواد محرک در بارداری و ارائه کارت آموزشی • ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت مداخلات درمانی در سطح دو (درمان سرپایی مفصل با مدل ماتریکس) یا سطح سه (درمان اقامتی یا بستری استاندارد) • پیگیری ارجاع به مراکز اختصاصی/تخصصی درمان در سطح دو یا سه • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی و مداخلات مختصر • پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار
	مصرف الکل	اختلال مصرف الکل	<ul style="list-style-type: none"> • فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری • برخورد حرفه‌ای • نشان دادن همدلی • فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول • ابراز نگرانی درباره مصرف الکل و توصیه به عدم مصرف آن • آموزش درباره اهمیت عدم مصرف مواد الکل و ارائه کارت آموزشی • ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت خدمات درمانی در سطوح بالاتر شامل درمان محرومیت از الکل • پیگیری ارجاع به مراکز اختصاصی/تخصصی درمان در سطوح دو یا سه • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی و تعیین سطح خطر مصرف الکل شامل مصرف مخاطره‌آمیز، مصرف آسیب‌رسان و مصرف در حد وابستگی • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای مداخلات مختصر • پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار

بزرگسالان/۱

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
علائم و نشانه- های مسمومیت با مواد	مصرف اخیر مقادیر بالای مواد	مسمومیت با مواد	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری به پزشک پیگیری ارجاع و ثبت نتیجه پیگیری در پرونده اقدامات ذیل غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد بر حسب نوع ماده مصرفی
غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد	مصرف سیگار، قلیان و ناس	اختلال مصرف نیکوتین	<ul style="list-style-type: none"> فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری برخورد حرفه‌ای نشان دادن همدلی فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول ابراز نگرانی درباره مصرف تنباکو و توصیه به ترک آن آموزش درباره اهمیت عدم مصرف تنباکو و ارائه کارت آموزشی ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان دارویی ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال- گری تکمیلی و مداخلات مختصر پیگیری دریافت خدمات ترک سیگار زیر نظر پزشک و کارشناس سلامت روان و رفتار پیگیری خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار و ثبت نتیجه پیگیری در پرونده
مصرف مواد افیونی	اختلال مصرف مواد افیونی	<ul style="list-style-type: none"> فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری برخورد حرفه‌ای نشان دادن همدلی فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول ابراز نگرانی درباره مصرف مواد افیونی و توصیه به عدم مصرف آن آموزش درباره اهمیت قطع مصرف مواد افیونی و ارائه کارت آموزشی ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان 	

بزرگسالان/۲

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
	مصرف مواد افیونی	اختلال مصرف مواد افیونی	<ul style="list-style-type: none"> • پیگیری ارجاع به مراکز اختصاصی/تخصصی درمان در سطح دو برای دریافت درمان با داروهای آگونیست • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال-گری تکمیلی و مداخلات مختصر • پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار
غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد	مصرف مواد محرک	اختلال مصرف مواد محرک	<ul style="list-style-type: none"> • فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری • برخورد حرفه‌ای • نشان دادن همدلی • فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول • ابراز نگرانی درباره مصرف مواد محرک و توصیه به ترک آن • آموزش درباره اهمیت عدم مصرف مواد محرک در بارداری و ارائه کارت آموزشی • ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت مداخلات درمانی در سطح دو (درمان سرپایی مفصل با مدل ماتریکس) یا سطح سه (درمان اقامتی یا بستری استاندارد) • پیگیری ارجاع به مراکز اختصاصی/تخصصی درمان در سطح دو یا سه • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال-گری تکمیلی و مداخلات مختصر • پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار
	مصرف الکل	اختلال مصرف الکل	<ul style="list-style-type: none"> • فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری • برخورد حرفه‌ای • نشان دادن همدلی • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول • فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری • ابراز نگرانی درباره مصرف الکل و توصیه به عدم مصرف آن • آموزش درباره اهمیت عدم مصرف مواد الکل و ارائه کارت آموزشی

بزرگسالان / ۳

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
	مصرف الکل	اختلال مصرف الکل	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش درباره اهمیت عدم مصرف مواد الکل و ارایه کارت آموزشی • ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت خدمات درمانی در سطوح بالاتر شامل درمان محرومیت از الکل • پیگیری ارجاع به مراکز اختصاصی/تخصصی درمان در سطوح دو یا سه • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربال-گری تکمیلی و تعیین سطح خطر مصرف الکل شامل مصرف مخاطره‌آمیز، مصرف آسیب‌رسان و مصرف در حد وابستگی • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای مداخلات مختصر • پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار
	مصرف سایر مواد	اختلال مصرف سایر مواد	<ul style="list-style-type: none"> • فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربال‌گری • برخورد حرفه‌ای • 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 غربال-گری 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

سالمندان/۱

اقدامات	تشخیص احتمالی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری به پزشک پیگیری ارجاع و ثبت نتیجه پیگیری در پرونده اقدامات ذیل غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد بر حسب نوع ماده مصرفی 	مسمومیت با مواد	مصرف اخیر مقادیر بالای مواد	علائم و نشانه- های مسمومیت با مواد
<ul style="list-style-type: none"> فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری برخورد حرفه‌ای نشان دادن همدلی پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول ابراز نگرانی درباره مصرف تنباکو و توصیه به ترک آن آموزش درباره اهمیت عدم مصرف تنباکو و ارائه کارت 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 ترک سیگار زیر نظر پزشک و کارشناس سلامت روان و رفتار پیگیری خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار و ثبت نتیجه پیگیری در پرونده 	اختلال مصرف نیکوتین	مصرف سیگار، قلیان و ناس	غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد
<ul style="list-style-type: none"> فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری برخورد حرفه‌ای نشان دادن همدلی پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارائه مراقبت‌های معمول ابراز نگرانی درباره مصرف مواد افیونی و توصیه به عدم مصرف آن آموزش درباره اهمیت قطع مصرف مواد افیونی و ارائه کارت آموزشی ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان پیگیری ارجاع به مراکز اختصاصی/تخصصی درمان در سطح دو برای دریافت درمان با داروهای آگونیست ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی و مداخلات مختصر 	اختلال مصرف مواد افیونی	مصرف مواد افیونی	

سالمندان / ۲

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
	مصرف مواد افیونی	اختلال مصرف مواد افیونی	<ul style="list-style-type: none"> • پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار
غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد	مصرف مواد محرک	اختلال مصرف مواد محرک	<ul style="list-style-type: none"> • فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری • برخورد حرفه‌ای • نشان دادن همدلی • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارایه مراقبت‌های معمول • ابراز نگرانی درباره مصرف مواد محرک و توصیه به ترک آن • آموزش درباره اهمیت عدم مصرف مواد محرک در بارداری و ارایه کارت آموزشی • ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت مداخلات درمانی در سطح دو (درمان سرپایی مفصل با مدل ماتریکس) یا سطح سه (درمان اقامتی یا بستری استاندارد) • پیگیری ارجاع به مراکز اختصاصی/تخصصی درمان در سطح دو یا سه • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی و مداخلات مختصر • پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار
	مصرف الکل	اختلال مصرف الکل	<ul style="list-style-type: none"> • فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری • برخورد حرفه‌ای • نشان دادن همدلی • پرهیز از طرد، انگ‌زنی و تبعیض در ارایه مراقبت‌های معمول • ابراز نگرانی درباره مصرف الکل و توصیه به عدم مصرف آن • آموزش درباره اهمیت عدم مصرف مواد الکل و ارایه کارت آموزشی • ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی از نظر نیاز به دریافت خدمات درمانی در سطوح بالاتر شامل درمان محرومیت از الکل • پیگیری ارجاع به مراکز اختصاصی/تخصصی درمان در سطوح دو یا سه • ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی و تعیین سطح خطر مصرف الکل شامل مصرف مخاطره‌آمیز، مصرف آسیب‌رسان و مصرف در حد وابستگی

سالمندان / ۳

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
	مصرف الکل	اختلال مصرف الکل	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای مداخلات مختصر پیگیری دریافت خدمات روانی، اجتماعی زیر نظر کارشناس سلامت روان و رفتار و ثبت پیگیری در پرونده
غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد	مصرف سایر مواد	اختلال مصرف سایر مواد	<ul style="list-style-type: none"> فراهم کردن محیط خصوصی برای بیمار در هنگام غربالگری برخورد حرفه‌ای 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 غربال-گری 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 و ثبت پیگیری در پرونده

پزشک - گروه مادران (قبل، حین و بعد از بارداری)

اقدامات	مشکل احتمالی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی																														
<ul style="list-style-type: none"> • به فرد اطمینان دهید که حریم خصوصی وی رعایت می گردد. • به فرد اطمینان دهید که قربانی همسر آزاری است نه مسئول رخ دادن آن • از وی سوال کنید که آیا مایل به دریافت کمک می باشد، در صورت پاسخ مثبت به کارشناس سلامت روان ارجاع داده شود 	<p>خشونت خانگی(همه سر آزاری)</p>	<p>امتیاز بالاتر از ۱۰</p>	<p>از زنان متأهل سوال شود:*</p> <p>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.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>آیا تاکنون همسر شما:</th> <th>هیچ وقت</th> <th>به ندرت</th> <th>گاهی</th> <th>اغلب</th> <th>همیشه</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>شمارا کتک زده است</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>به شما توهین کرده است.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>شمارا به آسیب تهدید کرده</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>سر شما فریاد زده</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	آیا تاکنون همسر شما:	هیچ وقت	به ندرت	گاهی	اغلب	همیشه	شمارا کتک زده است						به شما توهین کرده است.						شمارا به آسیب تهدید کرده						سر شما فریاد زده					
آیا تاکنون همسر شما:	هیچ وقت	به ندرت	گاهی	اغلب	همیشه																												
شمارا کتک زده است																																	
به شما توهین کرده است.																																	
شمارا به آسیب تهدید کرده																																	
سر شما فریاد زده																																	
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت برخورد با مواردی از قبیل خونریزی غیرقابل کنترل، در رفتگی احتمالی یک مفصل و یا شکستگی احتمالی یک استخوان، عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیرطبیعی، قبل ارجاع به کارشناس سلامت روان، جهت غربالگری تلمیلی و یا مداخلات روانشناختی، ارجاع فوری به پزشک صورت گیرد. 																																	
<ul style="list-style-type: none"> • از مراجع سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هست؟ • در صورت کسب اجازه ارجاع به کارشناس سلامت روان 	<p>طلاق / جدایی / فوت</p>	<p>پاسخ مثبت</p>	<p>از مراجعین زن که سابقه متأهل بودن دارند، سوال شود؟</p> <p>آیا در یکسال اخیر تجربه طلاق، جدایی یا فوت همسر داشته است؟</p>																														
<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به کارشناس سلامت روان 	<p>بیکاری**</p>	<p>پاسخ منفی</p>	<p>از مراجعین سرپرست خانوار سوال شود: آیا شاغل است؟</p>																														
<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به کارشناس سلامت روان 	<p>خانواده آسیب پذیر</p>	<p>پاسخ مثبت به یکی از مشکلات مذکور</p>	<p>از مراجعین سوال شود که آیا در خانواده آنها موارد ذیل وجود دارد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • فرد دارای معلولیت جسمی، روانی*** • فرد مبتلا به بیماری خاص**** • فرد مبتلا به اعتیاد***** • فرد زندانی • فقر***** 																														

توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسر آزاری:

در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیتام از ۱ تا ۵ امتیاز می گیرد "هیچ وقت (۱) بندرت (۲) گاهی (۳) اغلب (۴) و همیشه (۵)". بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ۴ و حداکثر آن ۲۰ می باشد. امتیاز بالا تر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می شود.

**** شاغل:** تمام افرادی که در طول هفته قبل از غربالگری، حداقل یک ساعت کار کرده و یا بنا به دلایلی از قبیل مرخصی به طور موقت کار را ترک کرده باشند، شاغل محسوب می شوند.

شاغلان به طور عمده شامل دو گروه مزد و حقوق بگیران و خود اشتغالان می باشند.

بیکار: افرادی که ۷ روز پیش از غربالگری حداقل یک ساعت کار نکرده اند و دارای شغلی نیز نبوده اند در صورت داشتن دو شرط ذیل بیکار محسوب می شوند:

۱- در ۳۰ روز گذشته برای جستجوی کار، اقدامات مشخصی را نظیر ثبت نام یا پیگیری در موسسات کاریابی، پرس و جو از دوستان، تماس با کارفرمایان، مطالعه آگهی های استخدامی و... انجام داده باشند.

۲- آماده به کار باشند، یعنی طی یک دوره دو هفته ای شامل ۷ روز گذشته و ۷ روز آینده آمادگی شروع کار را داشته باشند، همچنین افراد ذیل بیکار محسوب شده اند:

- درانتظار شروع کار جدید هستند، یعنی برای آنان کاری مهیا شده و قرار است در آینده به آن کار مشغول شوند و نیز آماده به کار هستند.

- در انتظار بازگشت به شغل قبلی و نیز آماده به کار هستند. منظور از "در انتظار بازگشت به شغل قبلی" این است که فرد قبلاً دارای کار بوده و به دلایلی کار خود را از دست می دهد، پیوند رسمی شغلی ندارد ولی در انتظار بازگشت به شغل خود به سر می برد.

کسانی که محصل، دانشجو، سرباز و خانه دار هستند و فاقد معیارهای ذکر شده برای بیکاری می باشند، بیکار محسوب نمی شوند دارای درآمد بدون کار: کسانی که درآمدهای مستمری مانند حقوق بازنشستگی، حقوق وظیفه، درآمد املاک و مستغلات، سود سهام و ... دارند، دارای درآمد بدون کار محسوب می شوند.

****معلولیت جسمی - روانی:** معلولیت عبارتست از محدودیت های دائمی در زمینه های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی - روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت جدی سازد. اشخاص معلول، افرادی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی های ذهنی و یا سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را بوجود می آورد.

****بیماری های خاص به آن دسته از بیماری ها گفته می شوند که صعب العلاج بوده و قابل درمان نمی باشند و لازم است بیماران تا آخر عمر تحت مراقبتهای خاص قرار گیرند و ضرورت دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند. بیماری هایی نظیر MS، دیالیز، هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری ها هستند.**

****اعتیاد:** عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر، محرک یا الکل پیدا می کنند. منظور از اعتیاد استفاده غیر طبی و مکرر دارو یا مواد است که به ضرر خود مصرف کننده با دیگران می باشد

****تعریف فقر:** در اینجا منظور از فقر مواردی است که خانواده تحت پوشش سازمانهای حمایتی از قبیل سازمان بهزیستی،

کمته امداد، نهادهای خیریه و ... می باشند.

غیر پزشک - گروه سنی کودکان تا ۶ سالگی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	مشکل احتمالی	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 همراه با نوع علایم بدنی • وجود کبودیها و علایمی که مدتها از زمان آنها گذشته باشد.	مثبت	کودک آزاری	بعد از برقراری ارتباط با والدین یا سایر همراهان کودک، از والدین یا مراقب کودک سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟ در صورت کسب اجازه والدین: ارجاع به کارشناس سلامت روان
کودکانی که مادران آنها قبلا به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده اند .	مثبت	کودکان شاهد خشونت خانگی	<ul style="list-style-type: none"> در صورت برخورد با مواردی از قبیل خونریزی غیرقابل کنترل، در رفتگی احتمالی یک مفصل و یا شکستگی احتمالی یک استخوان، عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیرطبیعی، قبل ارجاع به کارشناس سلامت روان، جهت غربالگری تکمیلی و یا مداخلات روانشناختی، ارجاع فوری به پزشک صورت گیرد.

* وجود علایم زیر می تواند نشان دهنده سوء رفتار جسمانی با کودک باشد:

- ◀ وجود هرگونه خونمردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال
- ◀ وجود کبودی هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون
- ◀ سوختگی هایی شبیه آتش سیگار
- ◀ ضایعاتی شبیه سوختگی با آب جوش
- ◀ علائم گاز گرفتن
- ◀ تورم و دررفتگی مفاصل
- ◀ وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها
- ◀ آثار ضربات شلاق
- ◀ پارگی لجام لب
- ◀ کبودی چشمان
- ◀ مشاهده صدمات متعدد در مراحل مختلف بهبود

پزشک - گروه سنی نوجوانان و مدارس (۷-۱۸ سالگی)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	مشکل احتمالی	اقدامات
وجود علائم ذیل در کودکان و نوجوانان: <ul style="list-style-type: none"> • علائم سوختگی با آب جوش یا سیگار • کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمتهای مختلف بدن • خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن سایر علائم: <ul style="list-style-type: none"> • عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه با نوع علائم بدنی • وجود کبودیها و علائمی که مدتها از زمان آنها گذشته باشد. کودکان و نوجوانانی که مادران آنها قبلا به علت خشونت خانگی غرابال مثبت شده اند	مثبت	کودک آزاری	بعد از برقراری ارتباط با والدین یا سایر همراهان کودک، از والدین یا همراه کودک و یا نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟ در صورت کسب اجازه: ارجاع به کارشناس سلامت روان
بررسی شود که آیا در خانواده موارد ذیل وجود دارد؟ <ul style="list-style-type: none"> • فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی** • فرد مبتلا به بیماری خاص*** • فرد مبتلا به اعتیاد**** • فرد زندانی • فقر***** 	پاسخ مثبت به یکی از مشکلات مذکور	خانواده آسیب پذیر	<ul style="list-style-type: none"> • از والدین یا مراقب کودک و نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟ • در صورت کسب اجازه والدین، ارجاع به کارشناس سلامت روان
سن مراجع و تعداد سالهای تحصیلی وی پرسیده شود	در صورتی که سن و تحصیلات فرد با هم متناسب نباشد	بازمانده از تحصیل	<ul style="list-style-type: none"> • از والدین یا مراقب کودک و نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟ در صورت کسب اجازه والدین، ارجاع به کارشناس سلامت روان
از زنان نوجوان متأهل 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.	امتیاز بالاتر از ۱۰	خشونت خانگی (همسر آزاری)	<ul style="list-style-type: none"> • به فرد اطمینان دهید که حریم خصوصی وی رعایت می گردد. • به فرد اطمینان دهید که قربانی همسر آزاری است نه مسئول رخ دادن آن • از وی سوال کنید که آیا مایل به دریافت کمک می باشد، در صورت پاسخ مثبت به کارشناس سلامت روان ارجاع داده شود • در صورت برخورد با مواردی از قبیل خونریزی غیرقابل کنترل، در رفتگی احتمالی یک مفصل و یا شکستگی احتمالی یک استخوان، عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیرطبیعی، قبل ارجاع به کارشناس سلامت روان، جهت غربالگری تکمیلی و یا مداخلات روانشناختی، ارجاع فوری به پزشک صورت گیرد.
از نوجوانان ۱۵ سال به بالا که سابقه متاهل بودن دارند، سوال شود: آیا در یکسال اخیر تجربه طلاق / جدایی و فوت همسر را داشته است؟	پاسخ مثبت	طلاق / جدایی / فوت	<ul style="list-style-type: none"> • از نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هست؟ در صورت کسب اجازه ارجاع به کارشناس سلامت روان

آیا تاکنون همسر شما:	آری	خیر	م	ن	م	ن
شما را کتک زده است						
به شما توهین کرده است.						
شما را به آسیب تهدید کرده						
سر شما فریاد زده						

غیر پزشک - گروه سنی جوانان (۱۹-۲۹ سالگی)

اقدامات	مشکل احتمالی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی																														
<ul style="list-style-type: none"> • به فرد اطمینان دهید که حریم خصوصی وی رعایت می گردد. • به فرد اطمینان دهید که قربانی همسر آزاری است نه مسئول رخ دادن آن • از وی سوال کنید که آیا مایل به دریافت کمک می باشد، در صورت پاسخ مثبت به کارشناس سلامت روان ارجاع داده شود 	مشکل زن خانگی (همسر آزاری)	امتیاز بالاتر از ۱۰	<p>از زنان نوجوان و جوان متأهل سوال شود *****:</p> <p>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.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>آیا تاکنون همسر شما:</th> <th>هیچ وقت</th> <th>به ندرت</th> <th>گاهی</th> <th>اغلب</th> <th>همیشه</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>شماره کتک زده است</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>به شما توهین کرده است.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>شماره را به آسیب نه ید کرده</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>سر شما فریاد زده</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	آیا تاکنون همسر شما:	هیچ وقت	به ندرت	گاهی	اغلب	همیشه	شماره کتک زده است						به شما توهین کرده است.						شماره را به آسیب نه ید کرده						سر شما فریاد زده					
آیا تاکنون همسر شما:	هیچ وقت	به ندرت	گاهی	اغلب	همیشه																												
شماره کتک زده است																																	
به شما توهین کرده است.																																	
شماره را به آسیب نه ید کرده																																	
سر شما فریاد زده																																	
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت برخورد با مواردی از قبیل خونریزی غیرقابل کنترل، در رفتگی احتمالی یک مفصل و یا شکستگی احتمالی یک استخوان، عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیرطبیعی، قبل ارجاع به کارشناس سلامت روان، جهت غربالگری تلمیلی و یا مداخلات روانشناختی، ارجاع فوری به پزشک صورت گیرد. 																																	
<ul style="list-style-type: none"> • از مراجع سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هست؟ • در صورت کسب اجازه ارجاع به کارشناس سلامت روان 	طلاق / جدایی / فوت	پاسخ مثبت	<p>از مراجعین زن که سابقه متأهل بودن دارند، سوال شود؟</p> <p>آیا در یکسال اخیر تجربه طلاق، جدایی یا فوت همسر داشته است؟</p>																														
<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به کارشناس سلامت روان 	بیکاری**	پاسخ منفی	<p>از مراجعین سرپرست خانوار سوال شود: آیا شاغل است؟</p>																														
<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به کارشناس سلامت روان 	خانواده آسیب پذیر	پاسخ مثبت به یکی از مشکلات مذکور	<p>از مراجعین سوال شود که آیا در خانواده آنها موارد ذیل وجود دارد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • فرد دارای معلولیت جسمی، روانی*** • فرد مبتلا به بیماری خاص*** • فرد مبتلا به اعتیاد*** • فرد زندانی • فقر*** 																														

*** توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسر آزاری:**

در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیتم از ۱ تا ۵ امتیاز می‌گیرد "هیچ وقت (۱) بندرت (۲) گاهی (۳) اغلب (۴) و همیشه (۵)". بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ۴ و حداکثر آن ۲۰ می‌باشد. امتیاز بالا تر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می‌شود.

**** شاغل:** تمام افرادی که در طول هفته قبل از غربالگری، حداقل یک ساعت کار کرده و یا بنا به دلایلی از قبیل مرخصی به طور موقت کار را ترک کرده باشند، شاغل محسوب می‌شوند.

شاغلان به طور عمده شامل دو گروه مزد و حقوق بگیران و خود اشتغالان می‌باشند.

بیکار: افرادی که ۷ روز پیش از غربالگری حداقل یک ساعت کار نکرده‌اند و دارای شغلی نیز نبوده‌اند در صورت داشتن دو شرط ذیل بیکار محسوب می‌شوند:

۱- در ۳۰ روز گذشته برای جستجوی کار، اقدامات مشخصی را نظیر ثبت نام یا پیگیری در موسسات کاریابی، پرس و جو از دوستان، تماس با کارفرمایان، مطالعه آگهی‌های استخدامی و... انجام داده باشند.

۲- آماده به کار باشند، یعنی طی یک دوره دو هفته‌ای شامل ۷ روز گذشته و ۷ روز آینده آمادگی شروع کار را داشته باشند، همچنین افراد ذیل بیکار محسوب شده‌اند:

- درانتظار شروع کار جدید هستند، یعنی برای آنان کاری مهیا شده و قرار است در آینده به آن کار مشغول شوند و نیز آماده به کار هستند.

- در انتظار بازگشت به شغل قبلی و نیز آماده به کار هستند. منظور از "در انتظار بازگشت به شغل قبلی" این است که فرد قبلاً دارای کار بوده و به دلایلی کار خود را از دست می‌دهد، پیوند رسمی شغلی ندارد ولی در انتظار بازگشت به شغل خود به سر می‌برد.

کسانی که محصل، دانشجوی، سرباز و خانه‌دار هستند و فاقد معیارهای ذکر شده برای بیکاری می‌باشند، بیکار محسوب نمی‌شوند

دارای درآمد بدون کار: کسانی که درآمدهای مستمری مانند حقوق بازنشستگی، حقوق وظیفه، درآمد املاک و مستغلات، سود سهام و دارند، دارای درآمد بدون کار محسوب می‌شوند.

**** معلولیت جسمی - روانی:** معلولیت عبارتست از محدودیت‌های دائمی در زمینه‌های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی - روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت جدی سازد. اشخاص معلول، افرادی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی‌های ذهنی و یا سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را بوجود می‌آورد.

*** بیماری های خاص به آن دسته از بیماری ها گفته می شوند که صعب العلاج بوده و قابل درمان نمی باشند و لازم است بیماران تا آخر عمر تحت مراقبتهای خاص قرار گیرند و ضرورت دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند. بیماری هایی نظیر MS ، دیالیز، هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری ها هستند.

*** اعتیاد: عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر ، محرک یا الکل پیدا می کنند. منظور از اعتیاد استفاده غیر طبی و مکرر دارو یا مواد است که به ضرر خود مصرف کننده با دیگران می باشد.

*** تعریف فقر: در اینجا منظور از فقر مواردی است که خانواده تحت پوشش سازمانهای حمایتی از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد، نهادهای خیریه و می باشند

غیر پزشک - گروه سنی میانسالان (۳۰-۵۹ سالگی)

اقدامات	مشکل احتمالی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی																														
<ul style="list-style-type: none"> • به فرد اطمینان دهید که حریم خصوصی وی رعایت می گردد. • به فرد اطمینان دهید که قربانی همسر آزاری است نه مسئول رخ دادن آن • از وی سوال کنید که آیا مایل به دریافت کمک می باشد، در صورت پاسخ مثبت به کارشناس سلامت روان ارجاع داده شود. 	<p>مشکل احتمالی</p> <p>خشونت خانگی (همسر آزاری)</p>	<p>امتیاز بالاتر از ۱۰</p>	<p>از زنان نوجوان و جوان متأهل سوال شود *****:</p> <p>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.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>آیا تاکنون همسر شما:</th> <th>هیچ وقت</th> <th>به ندرت</th> <th>گاهی</th> <th>اغلب</th> <th>همیشه</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>شما را کتک زده است</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>به شما توهین کرده است.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>شما را به آسیب تهدید کرده</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>سر شما فریاد زده</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	آیا تاکنون همسر شما:	هیچ وقت	به ندرت	گاهی	اغلب	همیشه	شما را کتک زده است						به شما توهین کرده است.						شما را به آسیب تهدید کرده						سر شما فریاد زده					
آیا تاکنون همسر شما:	هیچ وقت	به ندرت	گاهی	اغلب	همیشه																												
شما را کتک زده است																																	
به شما توهین کرده است.																																	
شما را به آسیب تهدید کرده																																	
سر شما فریاد زده																																	
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت برخورد با مواردی از قبیل خونریزی غیرقابل کنترل، در رفتگی احتمالی یک مفصل و یا شکستگی احتمالی یک استخوان، عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیرطبیعی، قبل ارجاع به کارشناس سلامت روان، جهت غربالگری تلمیلی و یا مداخلات روانشناختی، ارجاع فوری به پزشک صورت گیرد. 																																	
<ul style="list-style-type: none"> • از مراجع سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هست؟ • در صورت کسب اجازه ارجاع به کارشناس سلامت روان 	<p>طلاق / جدایی / فوت</p>	<p>پاسخ مثبت</p>	<p>از مراجعین زن که سابقه متأهل بودن دارند، سوال شود؟</p> <p>آیا در یکسال اخیر تجربه طلاق، جدایی یا فوت همسر داشته است؟</p>																														
<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به کارشناس سلامت روان 	<p>بیکاری**</p>	<p>پاسخ منفی</p>	<p>از مراجعین سرپرست خانوار سوال شود:</p> <p>آیا شاغل است؟</p>																														
<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به کارشناس سلامت روان 	<p>خانواده آسیب پذیر</p>	<p>پاسخ مثبت به یکی از مشکلات مذکور</p>	<p>از مراجعین سوال شود که آیا در خانواده آنها موارد ذیل وجود دارد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • فرد دارای معلولیت جسمی، روانی*** • فرد مبتلا به بیماری خاص**** • فرد مبتلا به اعتیاد***** • فرد زندانی • فقر***** 																														

*** توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسر آزاری:**

در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیتم از ۱ تا ۵ امتیاز می گیرد "هیچ وقت (۱) بندرت (۲) گاهی (۳) اغلب (۴) و همیشه (۵)". بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ۴ و حداکثر آن ۲۰ می باشد. امتیاز بالا تر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می شود.

**** شاغل:** تمام افرادی که در طول هفته قبل از غربالگری، حداقل یک ساعت کار کرده و یا بنا به دلایلی از قبیل مرخصی به طور موقت کار را ترک کرده باشند، شاغل محسوب می شوند.

شاغلان به طور عمده شامل دو گروه مزد و حقوق بگیران و خود اشتغالان می باشند.

بیکار: افرادی که ۷ روز پیش از غربالگری حداقل یک ساعت کار نکرده اند و دارای شغلی نیز نبوده اند در صورت داشتن دو شرط ذیل بیکار محسوب می شوند:

۱- در ۳۰ روز گذشته برای جستجوی کار، اقدامات مشخصی را نظیر ثبت نام یا پیگیری در موسسات کاریابی، پرس و جو از دوستان، تماس با کارفرمایان، مطالعه آگهی های استخدامی و... انجام داده باشند.

۲- آماده به کار باشند، یعنی طی یک دوره دو هفته ای شامل ۷ روز گذشته و ۷ روز آینده آمادگی شروع کار را داشته باشند، همچنین افراد ذیل بیکار محسوب شده اند:

- درانتظار شروع کار جدید هستند، یعنی برای آنان کاری مهیا شده و قرار است در آینده به آن کار مشغول شوند و نیز آماده به کار هستند.

- در انتظار بازگشت به شغل قبلی و نیز آماده به کار هستند. منظور از "در انتظار بازگشت به شغل قبلی" این است که فرد قبلاً دارای کار بوده و به دلایلی کار خود را از دست می دهد، پیوند رسمی شغلی ندارد ولی در انتظار بازگشت به شغل خود به سر می برد.

کسانی که محصل، دانشجوی، سرباز و خانه دار هستند و فاقد معیارهای ذکر شده برای بیکاری می باشند، بیکار محسوب نمی شوند

دارای درآمد بدون کار: کسانی که درآمدهای مستمری مانند حقوق بازنشستگی، حقوق وظیفه، درآمد املاک و مستغلات، سود سهام و دارند، دارای درآمد بدون کار محسوب می شوند.

****معلولیت جسمی - روانی:** معلولیت عبارتست از محدودیت های دائمی در زمینه های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی - روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت جدی سازد. اشخاص معلول، افرادی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی های ذهنی و یا سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را بوجود می آورد.

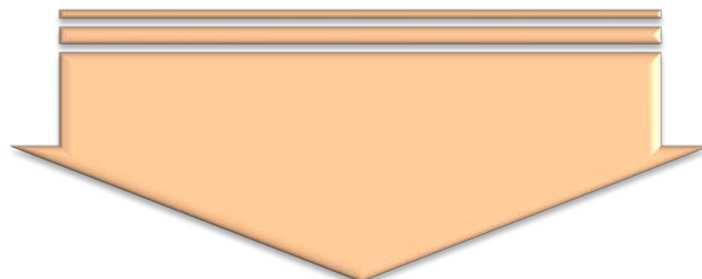
*** بیماری های خاص به آن دسته از بیماری ها گفته می شوند که صعب العلاج بوده و قابل درمان نمی باشند و لازم است بیماران تا آخر عمر تحت مراقبتهای خاص قرار گیرند و ضرورت

دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند. بیماری هایی نظیر MS ، دیالیز، هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری ها هستند.

*** اعتیاد: عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر ، محرک یا الکل پیدا می کنند. منظور از اعتیاد استفاده غیر طبی و مکرر دارو یا مواد است که به ضرر خود مصرف کننده با دیگران می باشد

*** تعریف فقر: در اینجا منظور از فقر مواردی است که خانواده تحت پوشش سازمانهای حمایتی از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد، نهادهای خیریه و می باشد.

راهنمای فنی، تخصصی و اجرایی کارشناسان مراقب سلامت
در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد



بخش سوم

**مروری بر اهداف، راهبردها و فعالیت های
مراقب سلامت در حوزه سلامت روانی
اجتماعی و اعتیاد**

عناوین این بخش؛

- برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- اهداف و استراتژیهای برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- فعالیت های مورد انتظار در مراکز و مجتمع های سلامت
- سطح بندی خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد در مراکز و مجتمع های سلامت
- ویزت پایه و دوره ای
- خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد به تفکیک گروههای سنی
- شرح وظایفکارشناس مراقب سلامت در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ابزارهای ارائه خدمات مراقب سلامت
- فلوجارت های ارائه خدمات در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

برنامه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

مقدمه

سلامت روان در دنیای امروز به دلیل پیچیده‌های خاص خود از اولویت‌های مهم و غیر قابل اغماض در سطح بین‌المللی و ملی و منطقه‌ای 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 در صد 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 (۱۳۸۹-۱۳۹۰) نیز نشان داده است که ۲۳٫۶ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور ۱۲ ماه پیش از انجام پیمایش دچار یک یا چند اختلال روانی بوده‌اند و حدود دوسوم این افراد مبتلا از مداخلات بهداشتی - درمانی لازم بهره‌مند نمی‌شوند. در واقع، بخشی از مشکلات سلامت روان مربوط به افرادی است که بیماری آنان تشخیص داده نمی‌شود یا به دلایل مختلف از دریافت خدمات باکیفیت لازم محروم هستند و در مجموع این اختلالات علاوه بر اثرات منفی مختلف برای فرد بیمار و خانواده اش، باعث تحمیل هزینه‌های مختلف مستقیم و غیرمستقیم بر خود فرد، خانواده و جامعه می‌شود. 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 راه‌های ارتقای سلامت روان و پیشگیری از اختلالات و نیز پیامدهای اجتماعی این اختلالات و همچنین پدیده‌هایی 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 همه‌جانبه خود، سلامت روان را ابعاد مختلف مورد توجه قرار داده است. به طوری که تدوین بسته‌های خدمت در سطوح مختلف به‌رورز مراقب سلامت، پزشک و روانشناس از یک سوی و بکارگماری روانشناس تحت عنوان کارشناس سلامت روان و رفتار از سوی دیگر بیان‌گر چنین رویکردی است. یکی از گام‌های اصلی و مجزای طرح تحول سلامت روان به «تحول در نظام سلامت روان» اختصاص یابد. همچنین طراحی و اجرای برنامه‌های مشخص برای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اختلالات روانی بعد دیگر این برنامه است که با هدف ارتقای دانش عمومی جامعه و خانواده‌ها در رابطه با سلامت روان و اختلالات روانی، جلب حمایت و مشارکت سازمان‌ها و نهادهای مرتبط و مؤثر، مانند آموزش و پرورش و رسانه ملی و توانمندسازی جامعه در ارتباط با سلامت روان مورد توجه قرار می‌دهد.

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) در زمینه 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

✓ دانش‌آموزان، 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 حمایت‌گیری 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 (حساس‌سازی، 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 در زمینه‌های 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 - 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 بسته‌های خدمت در حوزه سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مصوب (آموزش، پیشگیری اولیه، ویزیت پایه، مراقبت بیماری‌های 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 می‌شود.

۱. ویزیت پایه؛

ویزیت پایه به عنوان اولین مداخله سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در جهت شناسایی و غربالگری اختلالات و مشکلات جسمی روانی جمعیت تحت پوشش توسط مراقبین سلامت و پزشکان خانواده انجام می‌گیرد. 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 توانمندسازی) نسبت به ارجاع، درمان و ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی در سطوح مختلف پیگیری و اقدام می‌گردد.

در طی 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 نشانه‌های وجود اختلال/ مشکل احتمالی اقدام و در صورت نیاز مطابق بسته‌های خدمت گروه‌های سنی نسبت به ارجاع، پیگیری و مراقبت و توانمندسازی فرد هماهنگی و پیگیری می‌کند.

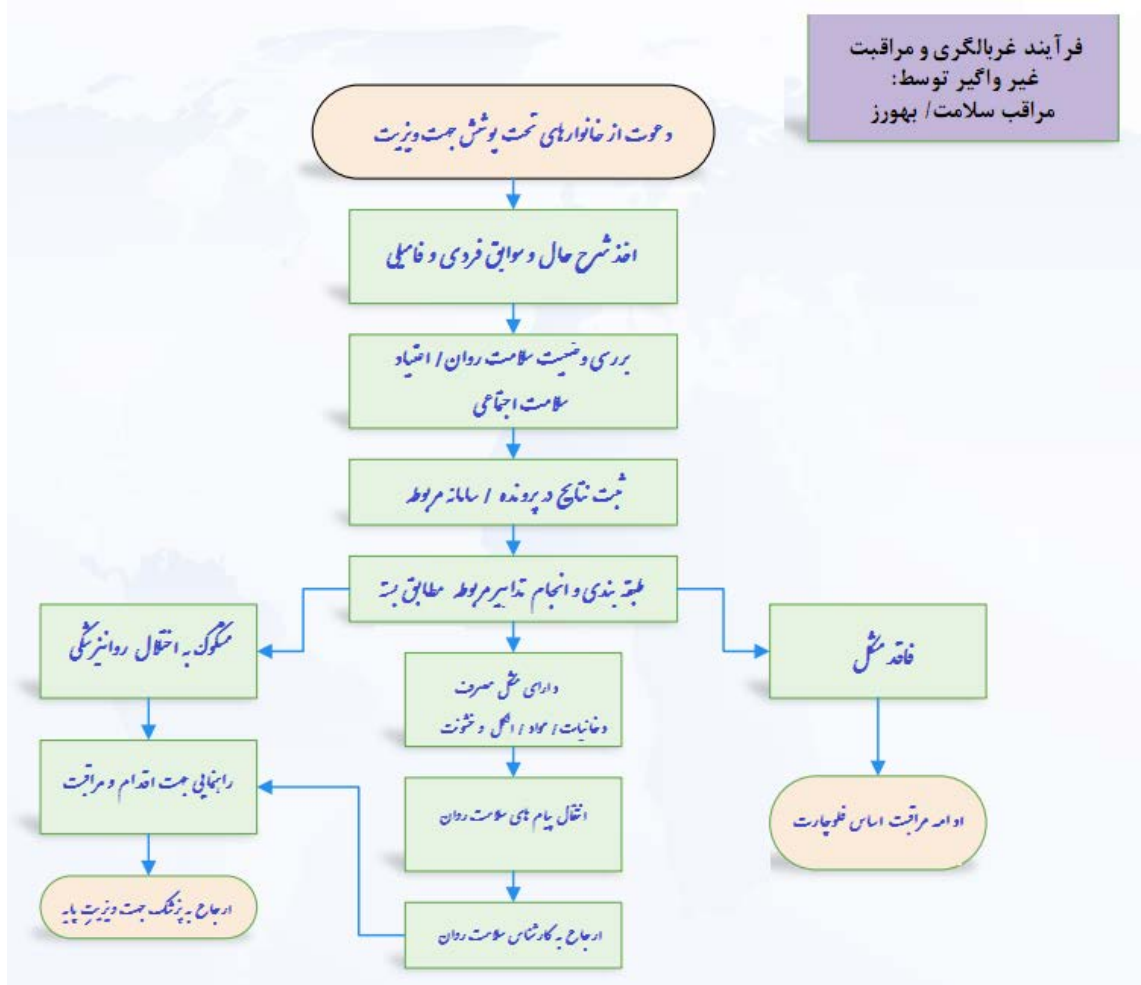
۲. ویزیت دوره ای

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 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.

فلوجارت فرآیند ویزیت پایه و غربالگری جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت توسط مراقب 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 سوء مصرف 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 پنجسال

- 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 ۱۸-۶ سال

- انجام ویزیت پایه
- ارزیابی مستمر وضعیت سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از بیماریها و رفتارهای پرخطر در سنین ۶ سالگی، ۸ سالگی، ۱۰ سال، ۱۲ سال، ۱۵ سال، ۱۸ سال و انجام 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 آسیب سوء مصرف مواد و الکل
- ◀ آموزش مهارت‌های فرزند پروری برای والدین دارای کودکان و نوجوانان (در سنین ۶ سالگی، ۸ سالگی، ۱۰ سال، ۱۲ سال، ۱۵)

گروه سنی جوانان ۱۸-۲۹ 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) و انجام 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، پیشگیری، درمان و کاهش آسیب 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 و انجام مراقبت های مورد نیاز
- ◀ آموزش و پیشگیری از بیماریها و رفتارهای پرخطر و آسیب های اجتماعی
- ◀ آموزش سبک زندگی سالم و خودمراقبتی
- ◀ آموزش مهارت‌های همسراری، 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، پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد و الکل
- ◀ سایر خدمات ابلاغی

گروه سنی سالمندان (بالاتر از ۶۰)

- ◀ 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
- ◀ پیشگیری، تشخیص و درمان افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات خواب
- ◀ سایر خدمات ابلاغی

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 مهارت های فرزند پروری

۳. ارائه پیامهای مهم بهداشتی در زمینه مهارت های زندگی متناسب با گروههای سنی مختلف و توصیه به شرکت در جلسات آموزش مهارت های زندگی

۴. 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

۶. 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 (همانگ با تیم ارائه دهنده 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 می شوند.
۱۲. تدارک و تسهیل دسترسی معتادین پرخطر به خدمات درمان و کاهش آسیب به افراد پرخطر (DIC و Outreach) و...
۱۳. ارزیابی کانون های خطر بلایا و حوادث و تدارک پاسخ ها و خدمات مورد نیاز در برنامه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا
۱۴. 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 های خانواده محور
۱۶. 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 اختصاصی کارشناس مراقب سلامت 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
- « گروه های سنی شامل نوزادان (بارداری تا پایان یک ماهگی)
- « کودکان (دو ماهگی تا پایان ۶ سالگی)
- « نوجوانان (۷ سالگی تا پایان ۱۸ سالگی)
- « جوانان (۱۹ سالگی تا پایان ۲۹ سالگی)
- « میانسالی (۳۰ سالگی تا ۵۹ سالگی)
- « سالمندان (۶۰ 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 محافظت 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 مشارکت های 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، غربالگری، 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**

ابزار ارائه خدمات مراقب سلامت در غربالگری و مراقبت گروههای سنی توسط

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 پیوست قابل ملاحظه و استفاده است.

الف / شناسنامه غربالگری و مراقبت گروه سنی کودکان و نوجوانان (۶ تا ۱۸ سال) و دانش آموزان

فرم مراقبت دوره ای سلامت گروه سنی ۱۸ تا ۶ سال

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره کارت ملی	شماره پرسنل	شماره پرونده	تاریخ مراجعه
نام خانوادگی: ...	تاریخ تولد: ...	شماره کارت ملی: ...	شماره پرسنل: ...	شماره پرونده: ...	تاریخ مراجعه: ...

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره کارت ملی	شماره پرسنل	شماره پرونده	تاریخ مراجعه
نام خانوادگی: ...	تاریخ تولد: ...	شماره کارت ملی: ...	شماره پرسنل: ...	شماره پرونده: ...	تاریخ مراجعه: ...

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره کارت ملی	شماره پرسنل	شماره پرونده	تاریخ مراجعه
نام خانوادگی: ...	تاریخ تولد: ...	شماره کارت ملی: ...	شماره پرسنل: ...	شماره پرونده: ...	تاریخ مراجعه: ...

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره کارت ملی	شماره پرسنل	شماره پرونده	تاریخ مراجعه
نام خانوادگی: ...	تاریخ تولد: ...	شماره کارت ملی: ...	شماره پرسنل: ...	شماره پرونده: ...	تاریخ مراجعه: ...

روانی اجتماعی و اعتیاد

فرم مراقبت دوره ای سلامت گروه سنی ۱۸ تا ۶ سال

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره کارت ملی	شماره پرسنل	شماره پرونده	تاریخ مراجعه
نام خانوادگی: ...	تاریخ تولد: ...	شماره کارت ملی: ...	شماره پرسنل: ...	شماره پرونده: ...	تاریخ مراجعه: ...

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره کارت ملی	شماره پرسنل	شماره پرونده	تاریخ مراجعه
نام خانوادگی: ...	تاریخ تولد: ...	شماره کارت ملی: ...	شماره پرسنل: ...	شماره پرونده: ...	تاریخ مراجعه: ...

روانی اجتماعی و اعتیاد

فرم مراقبت دوره ای سلامت گروه سنی ۱۸ تا ۶ سال

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره کارت ملی	شماره پرسنل	شماره پرونده	تاریخ مراجعه
نام خانوادگی: ...	تاریخ تولد: ...	شماره کارت ملی: ...	شماره پرسنل: ...	شماره پرونده: ...	تاریخ مراجعه: ...

روانی اجتماعی و اعتیاد

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 خانوادگی		نام		جنسیت:		مرد		زن	
کد ملی		تاریخ تولد		تحصیلات:		بازنشسته		بیکار	
تلفن ثابت		تلفن همراه		وضعیت شغل:		شاغل		تلفن همراه	
بیمه تکمیلی:		بیمه پایه:		تحت پوشش سازمان های حمایتی و خیریه:		بلی (ذکر نام):		خیر	
اطلاعات اختصاصی									
همراهان زندگی:		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)		وزن(کیلوگرم)		فشارخون نشسته:		فشارخون ایستاده:		افت فشارخون وضعیتی:	
								دارد ندارد	
تغذیه (MNA)									
آیا مصرف غذا طی ۳ ماه اخیر بعلت از دست دادن اشتها، مشکلات گوارشی، اختلالات جویدن یا بلع کاهش یافته است؟		کاهش شدید مصرف غذا		کاهش متوسط مصرف غذا		کاهش نیافتن مصرف غذا		امتیاز	
آیا کاهش وزن طی ۳ ماه گذشته داشته است؟		بیش از ۳ کیلوگرم کاهش وزن		۱ تا ۲ کیلوگرم کاهش وزن		۳ تا ۴ کیلوگرم کاهش وزن		بدون کاهش وزن	
میزان تحرک او چقدر است؟		بسیار کم		کمتر از ۱۹		۱۹ تا ۲۶		بیشتر از ۲۶	
آیا طی ۳ ماه اخیر استرس روانی یا یک بیماری حاد به او وارد شده است؟		بله		خیر					
آیا مبتلا به مشکلات عصبی-روانی است؟		فراموشی یا افسردگی شدید		افراموشی خفیف		۲ فاقد مشکل روانشناختی			
نمایه توده بدنی سالمند چقدر است؟		کمتر از ۱۹		۱۹ تا ۲۴		۲۴ تا ۲۹		بیشتر از ۲۹	
در صورتی که تعیین نمایه توده بدنی امکان پذیر نیست سوزا زیر را جایگزین بررسی نمایه توده بدنی نمایید.		کمتر از ۳۱ سانتی متر		۳۱ تا ۳۳ سانتی متر		بیشتر از ۳۳ سانتی متر			
امتیاز کل:		۰ تا ۷ (مبتلا به سوء تغذیه)		۸ تا ۱۱ (در معرض خطر سوء تغذیه)		۱۲ تا 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		مدت در روز (دقیقه)		تعداد روزها در هفته	
طبق دستور پزشک		پیاده روی		مدت در روز (دقیقه)		تعداد روزها در هفته		مدت در هفته (دقیقه)	
مشکل حین فعالیت بدنی(نوع مشکل قید شود)		ورزش و تفریحات ورزشی		مدت در روز (دقیقه)		تعداد روزها در هفته		مدت در هفته (دقیقه)	
سایر		شغل همراه با فعالیت بدنی		مدت در روز (دقیقه)		تعداد روزها در هفته		مدت در هفته (دقیقه)	
استعمال دخانیات / وابستگی یا سوء مصرف مواد									
ماده مصرفی		ندارد		ماده مصرفی		مدت در روز (دقیقه)		تعداد روزها در هفته	
دخانیت(سیگار، قلیان، چوق)		ندارد		ماده مصرفی		مدت در روز (دقیقه)		تعداد روزها در هفته	
الکل، مواد مخدر و اعتیاد آور		ندارد		ماده مصرفی		مدت در روز (دقیقه)		تعداد روزها در هفته	
ایمن سازی									
موضوع		ندارد		موضوع		مدت در روز (دقیقه)		تعداد روزها در هفته	
نیاز به واکسیناسیون		ندارد		موضوع		مدت در روز (دقیقه)		تعداد روزها در هفته	
سابقه حساسیت شدید به تخم مرغ یا واکسن آنفولانزا		ندارد		موضوع		مدت در روز (دقیقه)		تعداد روزها در هفته	
مواجهه با عوامل زیان آور شغلی		ندارد		موضوع		مدت در روز (دقیقه)		تعداد روزها در هفته	
ارزیابی شکایات و بیماریها/عوامل خطر /علائم و نشانه ها/آزمونهای تشخیصی		ندارد		موضوع		مدت در روز (دقیقه)		تعداد روزها در هفته	
شکایت یا بیماری		شکایت یا بیماری		شکایت یا بیماری		شکایت یا بیماری		شکایت یا بیماری	
فشار خون بالا		فشار خون بالا		فشار خون بالا		فشار خون بالا		فشار خون بالا	
چربی خون بالا		چربی خون بالا		چربی خون بالا		چربی خون بالا		چربی خون بالا	
دیابت		دیابت		دیابت		دیابت		دیابت	
سکته یا آترواسکروزی قلبی/سکته مغزی		سکته یا آترواسکروزی قلبی/سکته مغزی		سکته یا آترواسکروزی قلبی/سکته مغزی		سکته یا آترواسکروزی قلبی/سکته مغزی		سکته یا آترواسکروزی قلبی/سکته مغزی	
بیماریهای روانی		بیماریهای روانی		بیماریهای روانی		بیماریهای روانی		بیماریهای روانی	
یائسگی زودرس		یائسگی زودرس		یائسگی زودرس		یائسگی زودرس		یائسگی زودرس	
استئوپروز/آرتروز/شکستگی استخوان		استئوپروز/آرتروز/شکستگی استخوان		استئوپروز/آرتروز/شکستگی استخوان		استئوپروز/آرتروز/شکستگی استخوان		استئوپروز/آرتروز/شکستگی استخوان	
دمانس		دمانس		دمانس		دمانس		دمانس	
علائم و نشانه ها		علائم و نشانه ها		علائم و نشانه ها		علائم و نشانه ها		علائم و نشانه ها	

بخش مربوط به 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 <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	وضعیت ناهل، مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> همسر فوت شده <input type="checkbox"/>
سطح تحصیلات: بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> بالاتر از لیسانس <input type="checkbox"/>		وضعیت اشتغال: شاغل <input type="checkbox"/> خانه‌دار <input type="checkbox"/> محصل <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> از کار افتاده <input type="checkbox"/>				
تعداد فرزندان: بدون فرزند <input type="checkbox"/> ۱ فرزند <input type="checkbox"/> ۲ فرزند <input type="checkbox"/> ۳ فرزند <input type="checkbox"/> بالای ۳ فرزند <input type="checkbox"/>		میزان درآمد زیر یک میلیون تومان <input type="checkbox"/> زیر دو میلیون تومان <input type="checkbox"/> زیر ۳ میلیون تومان <input type="checkbox"/> ۳ تا ۴ میلیون تومان <input type="checkbox"/> بالای ۴ میلیون تومان <input type="checkbox"/>				
وضعیت سکن: ۱- تنگ شخصی <input type="checkbox"/> ۲- اشتجاری <input type="checkbox"/> ۳- ملک غیر شخصی و غیر اشتجاری <input type="checkbox"/>		نوع پوشش سازمانی: بی‌پوشی <input type="checkbox"/> کتبه امداد (اماره) <input type="checkbox"/> سایر سازمانهای حمایتی <input type="checkbox"/>				
الف- ارزیابی وضعیت اضطرابی و خلقی						
۳	چقدر در ۳۰ روز گذشته	اصلاً	بندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه
۱	احساس می‌کردید مضطرب و عصبی هستید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۲	احساس ناامیدی می‌کردید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۳	احساس ناآرامی و بی‌قراری می‌کردید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۴	احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۵	احساس می‌کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟	۰	۱	۲	۳	۴
۶	احساس بی‌ارزشی می‌کردید؟	۰	۱	۲	۳	۴
ب- ارزیابی وضعیت سلامت روانی						
ردیف	مورد بررسی					
۱- مشکلات روانپریشی (سایکوتیک)						
۱	فردی که توهم و هذیان و گفتار غیر منطقی دارد، صداهایی را می‌شنود که دیگران نمی‌شنوند، چیزهایی را می‌بیند که دیگران نمی‌بینند، سوپن‌ها دارد، فکر می‌کند دیگران می‌خوانند او را یا بکشند یا همسرش دارد به او خیانت می‌کند (برای این افکار هیچ گونه شواهدی موجود نیست)، رفتارهای عجیب غریب دارد، شکاف در می‌آورد، بد در و دیوار خیره می‌شود، با خودش حرف می‌زند یا می‌خندد.					
۲	فردی که بدون دلیل خوشحال و پر خرف و پر تحرک است، این خوابی شدید دارد، کارهای زیاد می‌دهد، هیچ وقت از بی‌خوابی و پرکاری خسته نمی‌شود، خود را مهم می‌داند، مدام آواز و شعر می‌خواند، خیلی زود صبحانه یا خندان یا گریان می‌شود.					
۳	فردی که خیلی غمگین و بی‌حوصله است، تنهایی را دوست دارد، گریه می‌کند، مشکلات خواب و اشتها دارد، گاهی اوقات نمی‌تواند کارهایش را انجام دهد، آلت تنبلی دارد، از مدرسه غیبت می‌کند.					
۴	از زندگی ناامید است، افکار خودکشی دارد یا به خودکشی اقدام می‌کند.					
۲- مشکلات اضطرابی						
۵	به طور مداوم و بی‌دلیل دچار تنبلی، دل‌درد و تکرانی می‌شود.					
۶	در موارد زیر دست به اعمال تکراری می‌زند و آن‌ها را با وسوسا و حساسیت زیاد انجام می‌دهد: نظافت و شستشو، شمارش اعداد و وسایل، مرتب کردن وسایل و نظم دادن به آنها، چک کردن بسته بودن شیرکاز و درب منزل.					
۷	بی‌لذت‌تر شدن ای شده است که اکنون از یادآوری صحنه‌های آن دچار وحشت می‌شود یا راجع به آن کابوسی می‌بیند.					
۸	از موارد زیر دچار احساس ترس و وحشت می‌شود: تارنگی، ارتفاع، آب، حیوانات، مکانهای بسته، صحبت کردن در جمع.					
۳- ارزیابی مشکلات روانپریشی کودکان (اج رضای، بیش‌فعالی و...)						
۱۰	فرزند خانواده کارهای زیر را انجام می‌دهد: آزار حیوانات، تخریب وسایل، خردی، دروغ‌گویی، فرار از مدرسه یا منزل، آتش‌افروزی، زورگویی، کتک کاری، پرخاشگری و خونسردی ناخن جویدن.					
۱۱	فرزند شما کودکی هست که دائم بی‌قرار است، وسط حرف دیگران می‌پرد، حواس پرت بوده و از قانونی در نظر گرفته شده فراموش می‌کند.					
۱۲	فرزند شما لکنت زبان یا تیک دارد.					
۱۳	فرزند خانواده (بعد از ۳ سالگی) ادرار و مدفوع خود را کنترل نمی‌کند.					

غربالگری وضعیت سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد در ویزیت پایه جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی / خانه / پایگاه بهداشت تاریخ غربالگری:

ردیف	مورد بررسی					
۴- ارزیابی مشکلات رشد و تکامل، توانایی‌های ذهنی و حرکتی						
۱۴	کودک در ۴ تا ۵ ماهگی کردن نمی‌تواند، در ۱۰ تا ۱۲ ماهگی نمی‌تواند راه نهد، در ۲ تا ۳ سالگی حرف نمی‌زند، در ۳ تا ۴ سالگی جای خود را بنشیند نمی‌تواند.					
۱۵	دانش آموزی که از نظر درسی از همه ضعیف‌تر است، مرتب مردود می‌شود 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 ۱۴ و ۱۵ را داشته است.					
۱۷	آیا در خانواده شما فردی هست که فراموشکار شده است، راه منزل را گم می‌کند، مرتب وسایل خود را گم می‌کند، زمان و مکان را فراموش می‌کند (معمولاً اینکه در یادآوری خاطرات گذشته مشکلی ندارد).					
۵- ارزیابی اختلالات عصبی						
۱۸	فردی که هر چند وقت یکبار در بیداری یا خواب دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بی‌هوش شده، دست و پا می‌زند و گداز دهانش خارج می‌شود.					
۱۹	کودکی که در سن مدرسه گاهی مات زده شده و چند لحظه به جایی خیره می‌شود، لب و زبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می‌بندد.					
۲۰	کودکی که به دنبال آب شدید دچار تشنج می‌شود.					
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 کرده‌اید؟						
الف	انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)					
ب	ترکیبات آبیونی (تریاک، شیره، سوخته، هروین، کراک، آمپول نورجیز که تمجیز که، مورفین، متادون، بوپروپرون، کدین، ترامادول، غیره)					
ج	حشیش (سیگاری، ماری‌جوآنا، چوبسته، کراس، پنکه، غیره)					
د	مهرکهای آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، کریستال، غیره)					
ه	آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، الوپام، لورازپام، آبرازولام، فنوباریتال، غیره)					
و	نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، قرق، الکل سفید، غیره)					
ز	سایر موارد را مشخص کنید					
د- ارزیابی وضعیت آسیب‌های اجتماعی						
کدامیک از موارد زیر در مورد شما صدق می‌کند؟						
ردیف	مورد قابل بررسی					
۱	بیکاری خود فرد یا سرپرست خانوار	۶	ردیف	مورد قابل بررسی		
۲	اخراج از کار خود فرد یا سرپرست خانوار	۷	طلاق یا جدایی			
۳	ترک تحصیل	۸	سابقه زندان در خانواده			
۴	اشتغال به کار اجباری در کودک (کودک کار)	۹	ورزش‌کنندگی فرد یا خانوار فعلی			
۵	خشونت و آزار از طرف همسر	۱۰	اعتیاد در خود فرد یا خانواده درجه اول			

نام و نام خانوادگی / سمت و امضای غربالگری کننده:

دستورالعمل ارجاع هم سطح از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان

موارد ارجاع از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان :

❖ افراد واجد شرایط دریافت آموزش مهارت های فرزندپروری :

۱- کلیه والدین (پدر و مادر) کودکان زیر ۲ سال که برای ارزیابی یا دریافت یکی از خدمات به پایگاه مراجعه نموده اند .

۲- والدینی که در مراجعه به پایگاه موارد بدرفتاری با کودک، تنبیه فیزیکی، خشونت در رفتار آنها نسبت به کودکشان مشاهده شده است .

۳- والدینی که از رفتار کودک خود به نوعی شکایت دارند .

❖ کاندیداهای دریافت آموزش مهارت های زندگی :

۱ - کودکان ۶-۱۸ سال

۲ - بزرگسالان ۱۹-۶۰ سال

که در رفتار آنها خشم، عدم توانایی در حل مسائل شخصی و یا خانوادگی، مشکل در تصمیم گیری، عدم توانایی در مدیریت استرس، مشکل در برقراری ارتباط بین فردی ملاحظه شود.

نحوه ارجاع :

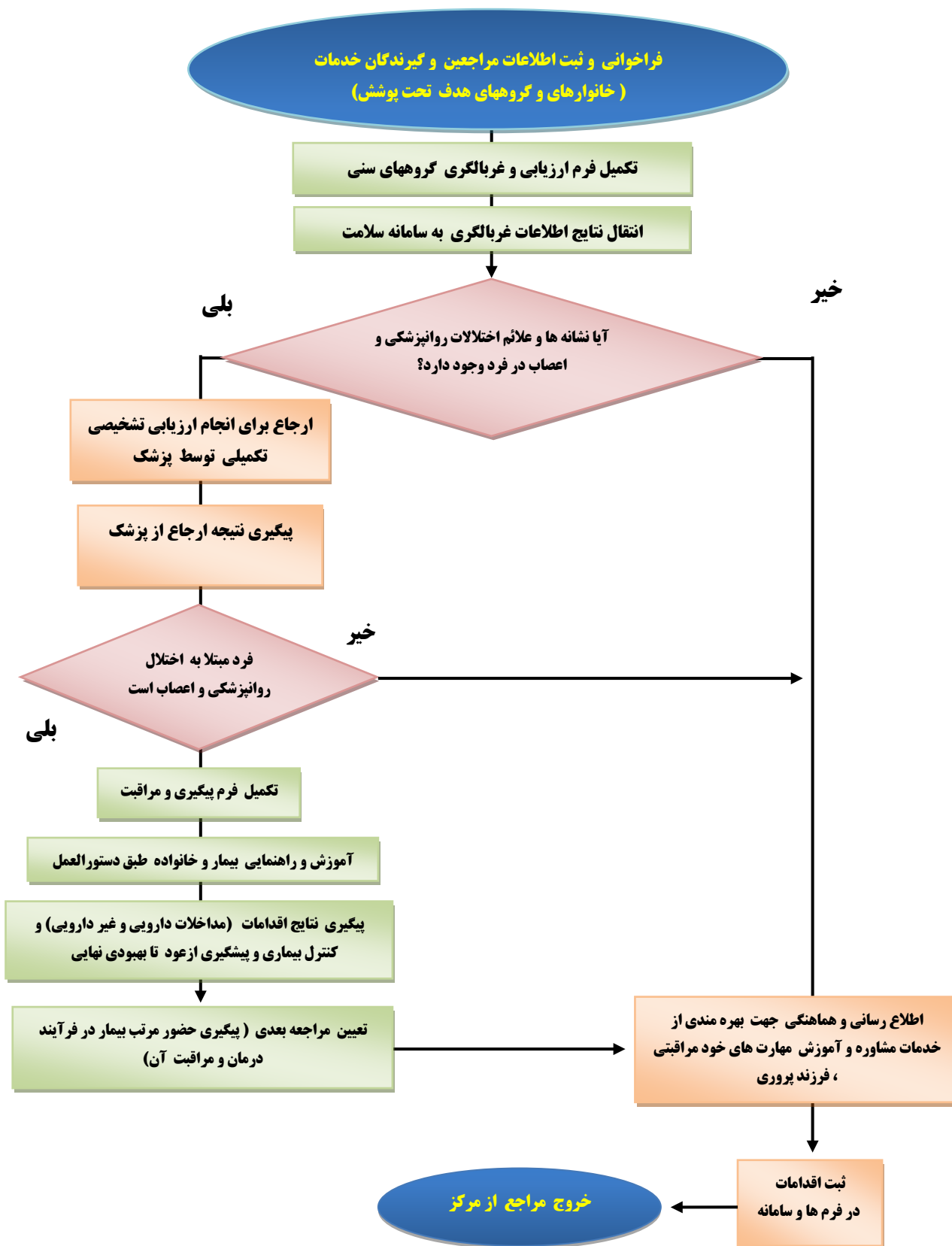
اقدامات کارشناس مراقب سلامت :

شناسایی افراد نیازمند دریافت آموزش مهارت های فرزندپروری و یا مهارت های زندگی
توجیه مخاطبین شناسایی شده از طریق اطلاع رسانی، ارائه پیام و آشنایی با خدماتی که در سطح اول نظام ارائه خدمات در راستای توانمندسازی افراد ارائه می گردد .

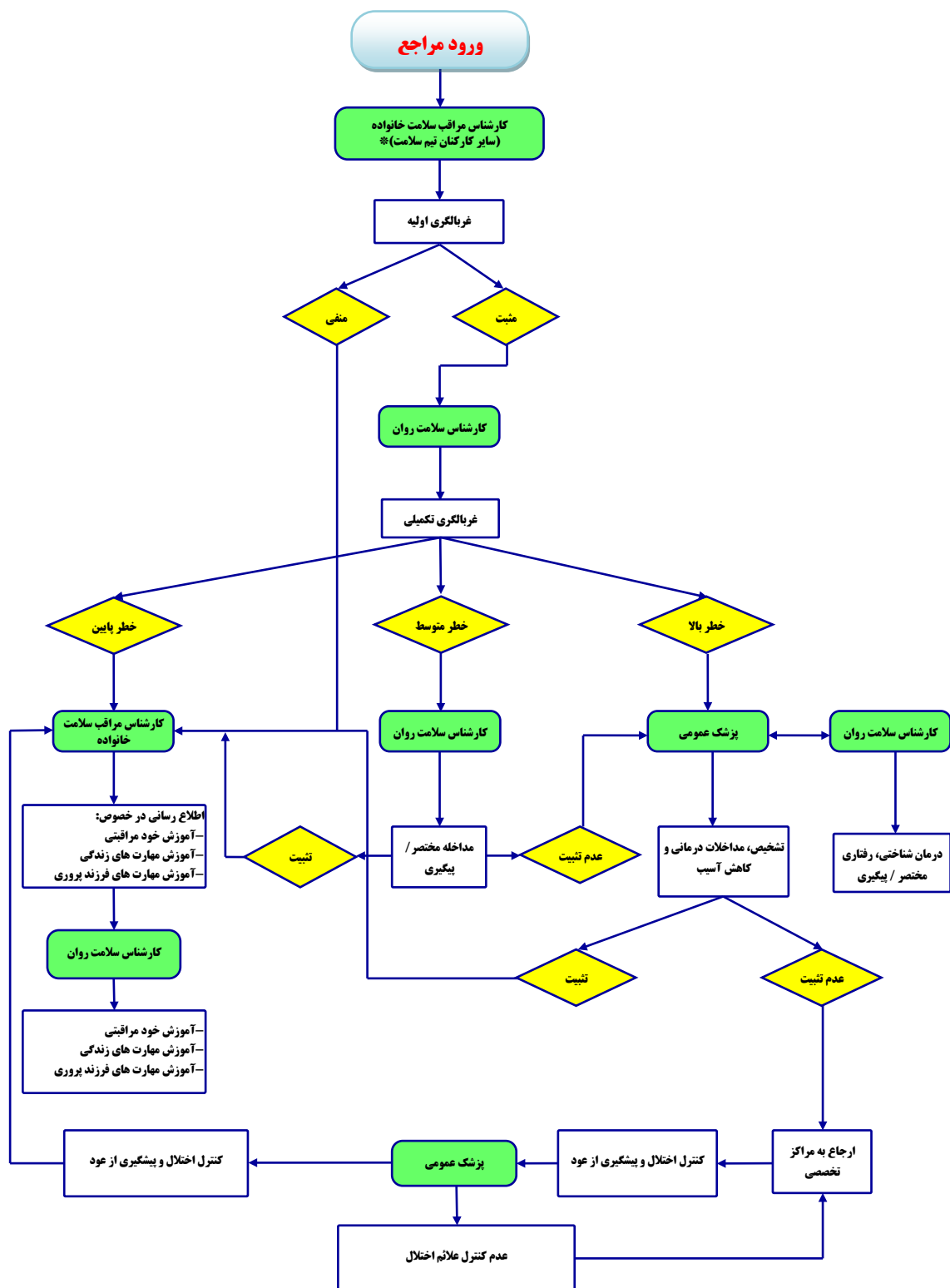
ثبت اسامی داوطلبین دریافت آموزش و تشکیل گروه های حتی الامکان همگن^۱
مکاتبه با مسئول مرکز سلامت جامعه منطقه مورد نظر جهت اطلاع رسانی به کارشناس سلامت روان

^۱ گروه های همگن به گروه های اطلاق می گردد که از نظر سطح تحصیل، سن و شرایط اجتماعی در شرایط یکسان می باشند .

فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی - مراقب سلامت

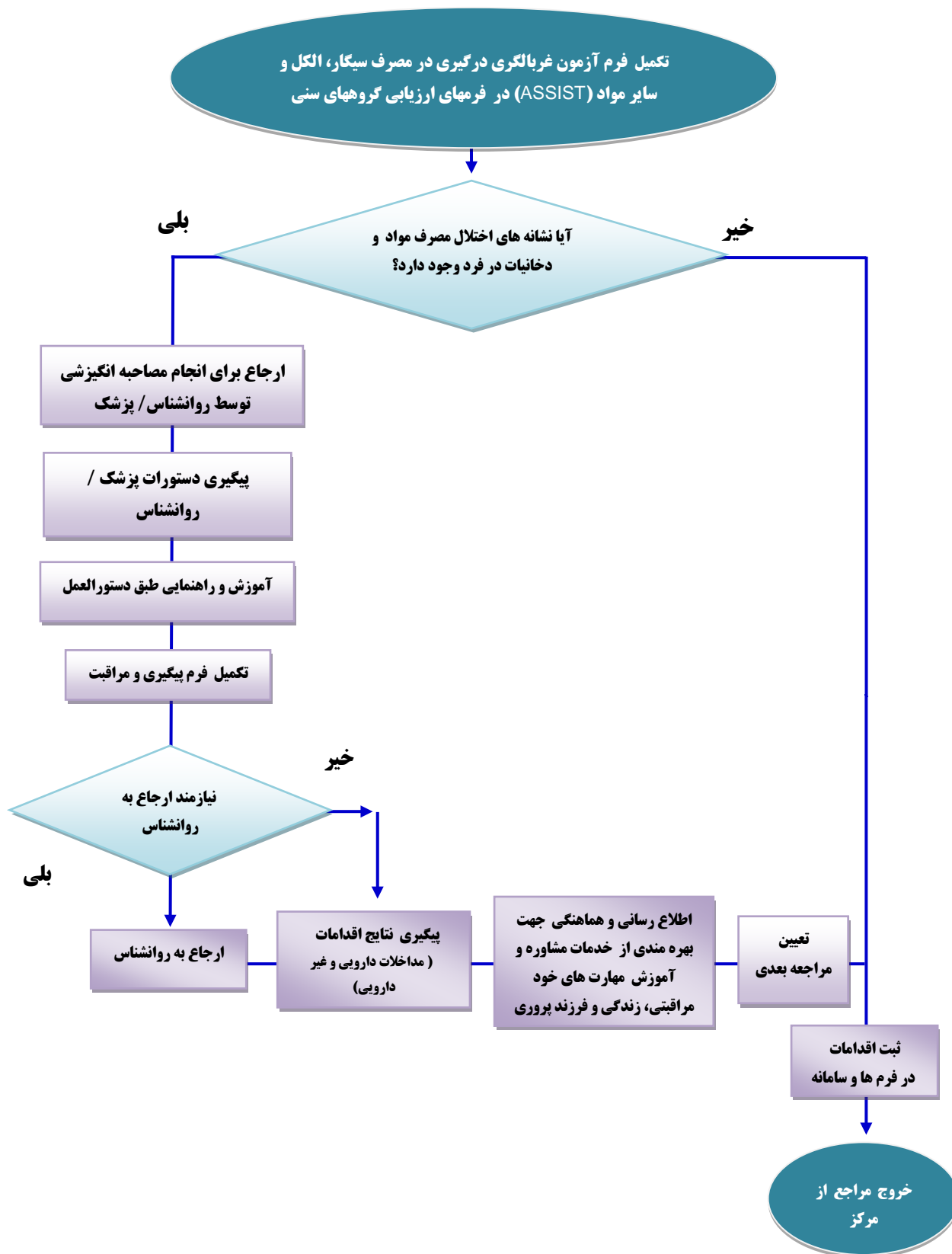


نمودار جریان فرایند پیشگیری، و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل در مجتمع ها و مراکز سلامت

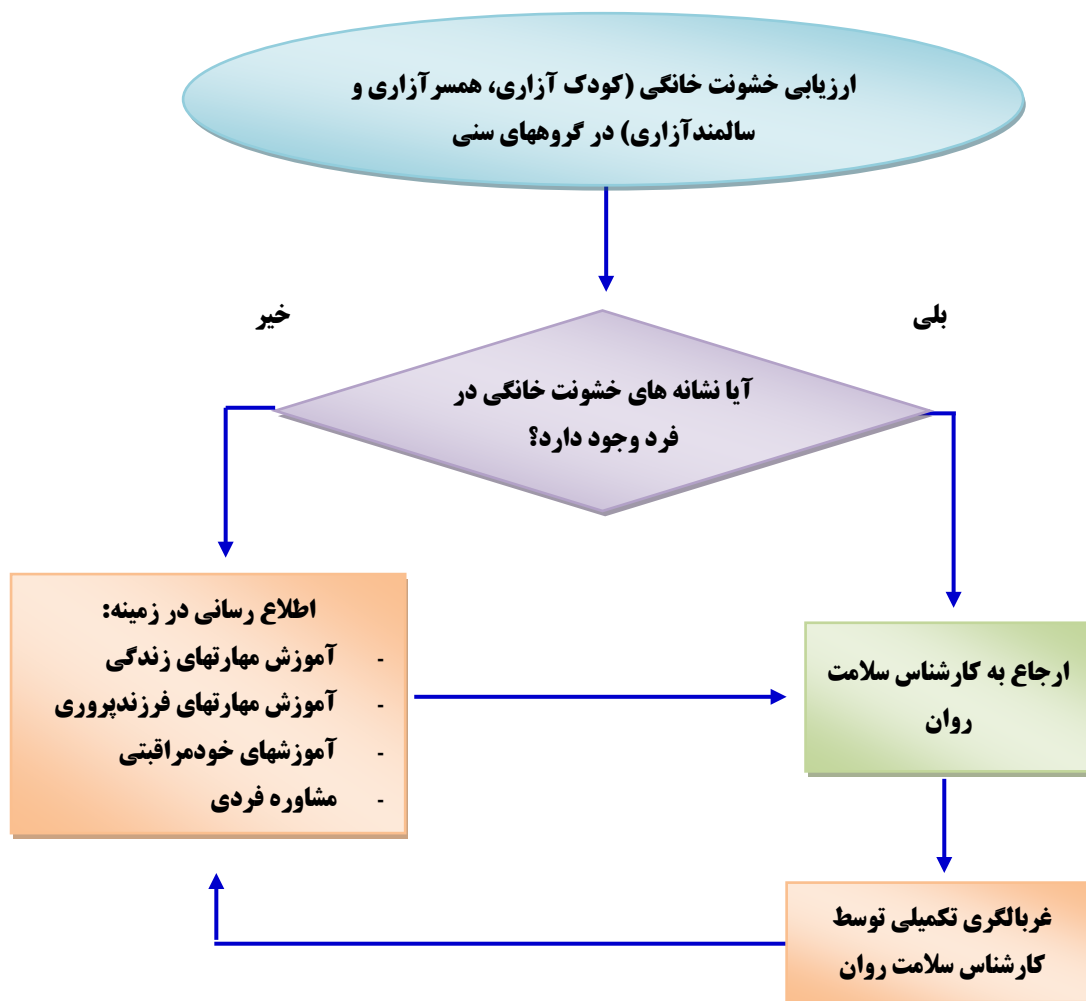


* غربالگری اولیه با توجه به اینکه به صورت فرصت طلبانه انجام می شود میتواند توسط کلبه پرسنل بهداشتی و درمانی مرکز شامل کارشناس مراقب سلامت خانواده، دندانپزشک، ماما و ... انجام شود
* غربالگری روتین برای زنان باردار

نمودار جریان فرایند پیشگیری، درمان و مراقبت فعال مصرف دخانیات، مواد و الکل توسط مراقب سلامت



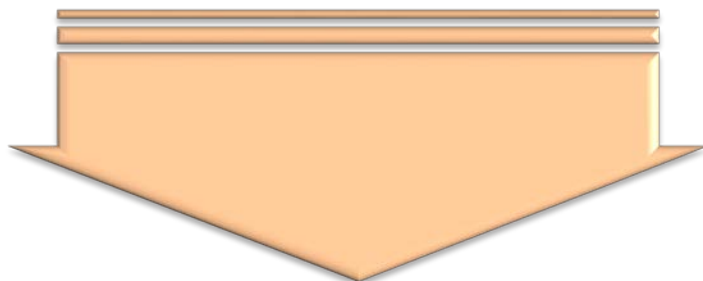
نمودار جریان فرآیند شناسایی، ارجاع و مراقبت خشونت خانگی توسط مراقب سلامت





وظیفه‌ما 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 مسئولیت‌پذیر است.

راهنمای فنی، تخصصی و اجرایی کارشناسان مراقب سلامت
در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد



بخش چهارم

مستند سازی فعالیت های

مراقب سلامت / بهورز در حوزه سلامت روانی

اجتماعی و اعتیاد

عناوین این بخش؛

- ثبت گزارش روزانه وضعیت غربالگری برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ثبت روند پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی و روانشناختی
- شناسایی، ارجاع و مراقبت افراد در معرض خطر عوامل اجتماعی و اختلالات مصرف مواد
- دفتر پیگیری تلفنی موارد دارای مشکلات روانپزشکی
- فرم ثبت و گزارش آموزش گروهی ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
- فرم ثبت نام و معرفی جهت شرکت در کلاس / کارگاههای ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
- فرم پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی و سوء مصرف و وابستگی الکل و اعتیاد توسط کارکنان بهداشتی
- فرم ثبت و گزارش خدمات تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (روانی اجتماعی و اعتیاد)
- فرم گزارش نتایج برنامه های آموزش و ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

مستند سازی فعالیت های کارشناس مراقب سلامت در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

مراقبین سلامت و بهورزان در ارائه خدمات سلامت به آحاد مردم به عنوان اولین سطح تماس مردم و بخش سلامت از جایگاه بسیار مهم و موثری برخوردار هستند. حوزه سلامت به صورت عام و برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد به طور خاص از نظر تدارک و ارائه خدمات دارای تنوع و تعدد بسیار زیادی است. لذا برنامه ریزی و سازماندهی و مستند سازی این حجم از برنامه ها با هدف تسهیل دسترسی گروههای هدف و ارتقای کمی و کیفی آن مهم و ضروری است. در این راستا دفتر سلامت روانی اجتماعی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بر اساس مجموعه برنامه ها و فعالیت های مورد انتظار از مراکز سلامت فرم های اجرایی و فنی لازم را طراحی و تدوین کرده است.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
معاونت بهداشت - گروه کارشناسان سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

دفتر ثبت و گزارش خدمات سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد در مراکز سلامت و خانه های بهداشت

نام شهرستان: _____ مجتمع سلامت: _____ نام مرکز سلامت / خانه بهداشت: _____

این دفتر به صورت محرمانه و فور از دسترسی مراجعین و افراد غیر مسئول نگهداری گردد.

به تبع آن، گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد مرکز بهداشت استان جهت انسجام بخشی و سازماندهی منطقی فعالیت، ضمن بررسی و انطباق با برنامه های استراتژیک استان آن ها رادرقالب دفتر ثبت و گزارش خدمات سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد در مراکز سلامت و خانه های بهداشت طراحی و تدوین کرده است. این دفتر از ۷ بخش تشکیل شده است که عبارت است از:

۱. ثبت گزارش روزانه وضعیت غربالگری برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
۲. ثبت روند پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی و روانشناختی
۳. شناسایی، ارجاع و مراقبت افراد در معرض خطر عوامل اجتماعی و اختلالات مصرف مواد
۴. دفتر پیگیری تلفنی موارد دارای مشکلات روانپزشکی
۵. فرم ثبت و گزارش آموزش گروهی ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
۶. فرم ثبت نام و معرفی جهت شرکت در کلاس/ کارگاههای ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
۷. فرم پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی و سوء مصرف و وابستگی الکل و اعتیاد توسط کارکنان بهداشتی

۱. ردیف؛ شماره ردیف ها در ستون مربوطه ثبت می گردد.
 ۲. نام و نام خانوادگی مراجع (بیمار) در ستون مربوطه ثبت می گردد.
 - ۳.
 ۴. در ستون شماره خانوار، شماره موجود در پرونده سلامت در مراکز، پایگاهها و خانه های بهداشت ثبت می گردد.
 ۵. کد ملی بیمار ثبت می شود.
 ۶. تاریخ تولد دقیق مراجع (بیمار) به روز و ماه و سال در ستون های مربوطه ثبت می گردد.
 ۷. در ستون تاریخ تشخیص و ارجاع، تاریخی را که پزشک برای بیمار فرم شرح حال روانپزشکی و مراقبت تکمیل نموده است (پرونده روانپزشکی تشکیل شده)، ثبت می گردد.
 ۸. در ستون نوع اختلال، نوع اختلال که در قسمت تشخیص فرم شرح حال روانپزشکی توسط پزشک مشخص شده است، ثبت می گردد.
- یادآوری:** اگر فردی به طور همزمان مبتلا به دو نوع اختلال روانی می باشد، مشخصات کامل بیمار در دو ردیف جداگانه ثبت می گردد. به طور مثال اگر اختلال هم عقب ماندگی ذهنی و هم مبتلا به صرع می باشد، در یک ردیف مشخصات کامل بیمار برای عقب ماندگی ذهنی و در ردیف دیگر مشخصات کامل همان بیمار برای اختلال صرع تکمیل می گردد.
۹. تاریخ مراقبت و ویزیت: پیگیری و مراجعه بعدی همکاران غیر پزشک (مراقبین بهداشت و بهورزان) در ستون مراقبت غیرپزشک، ویزیت و مراجعه بعدی پزشک در ستون مراقبت پزشک درج می گردد.
- یادآوری ۱:** علاوه بر مواردی که توسط همکاران غیرپزشک (مراقبین بهداشت و بهورزان) یا پزشک عمومی بیمار یابی شده و مورد مراقبت قرار می گیرند، چنانچه افرادی از جمعیت تحت پوشش به صورت مستقیم تحت نظر متخصص (روانپزشک، مغز و اعصاب و...) می باشند، باید نسبت به درج اطلاعات این افراد در این فرم اقدام گردد.
- یادآوری ۲:** بیمارانی که تحت نظر متخصص می باشند، علاوه بر ثبت مشخصات آنها در فرم در یکی از ستونهای مراقبت پزشک به «تحت نظر متخصص» اشاره گردد.
- یادآوری ۳:** مراقبت و ویزیت اختلالهای روانی همکاران غیر پزشک و پزشک به این ترتیب انجام می گیرد: اختلال صرع و شدید روانی هر دو ماه یک بار، ویزیت و مراقبت اختلال خفیف روانی هر سه ماه یک بار، عقب ماندگی ذهنی هر شش ماه یک بار و ویزیت و مراقبت سایر موارد بنابر تشخیص پزشک و حداقل ۴ بار در سال.
- یادآوری ۴:** در صورت وجود موارد عود، مشخصات کامل بیمار ثبت و در قسمت ثبت اولین تاریخ ویزیت پزشک و بهورز به مورد «عود» اشاره گردد.
۱۰. موارد قطع پیگیری در ستونهای مربوطه ثبت می گردد.
- یادآوری:** اگر اختلال به دلایلی حاضر به همکاری با پزشک و مراقب/ بهورز نبوده و از مراجعه به خانه و یا مرکز و مصرف دارو امتناع می کند، بعد از یکسال پیگیری مراقب/ بهورز و پزشک، در قسمت قطع پیگیری با عنوان سایر دلایل ثبت گردد.

۳. دفتر شناسایی، ارجاع و مراقبت افراد در معرض خطر عوامل اجتماعی و اختلالات مصرف مواد

در این فرم لیست و مشخصات افراد در معرض آسیبهای اجتماعی که می تواند اختلال مصرف مواد و الکل، و یا قربانی یا مرتکب خشونت خانگی باشد، ثبت می گردد.

شبکه بهداشت و درمان / شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان _____
 مجتمع سلامت HC- _____ سال _____

دفتر شناسایی، ارجاع و مراقبت افراد در معرض خطر عوامل اجتماعی و اختلالات مصرف مواد (نیازمند خدمات اورژانس های اجتماعی)

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	کد ملی	وضعیت تاهل	وضعیت بارداری	وضعیت اشتغال	وضعیت تحصیلات	وضعیت مسکن	وضعیت حقوقی / امنیت	وضعیت آسیب اجتماعی		انحرافات انجام شده	توجه لازم
										خوابگاه	خوابگاه		

اختلالات مصرف مواد عبارتند از: ۱- وابستگی به تریاک، ۲- وابستگی به هروئین، ۳- وابستگی به آمفتامین، ۴- وابستگی به کوکائین، ۵- وابستگی به مواد مخدر غیر تریاک، ۶- وابستگی به استامینوفن، ۷- وابستگی به سولفورامید، ۸- وابستگی به الکل، ۹- وابستگی به مواد مخدر روانگردان، ۱۰- وابستگی به مواد مخدر صنعتی، ۱۱- وابستگی به مواد مخدر صنعتی، ۱۲- وابستگی به مواد مخدر صنعتی، ۱۳- وابستگی به مواد مخدر صنعتی، ۱۴- وابستگی به مواد مخدر صنعتی، ۱۵- وابستگی به مواد مخدر صنعتی، ۱۶- وابستگی به مواد مخدر صنعتی، ۱۷- وابستگی به مواد مخدر صنعتی، ۱۸- وابستگی به مواد مخدر صنعتی، ۱۹- وابستگی به مواد مخدر صنعتی، ۲۰- وابستگی به مواد مخدر صنعتی.

۱. ردیف، شماره ردیف ها در ستون مربوطه ثبت می گردد.
۲. نام و نام خانوادگی مراجع (بیمار) در ستون مربوطه ثبت می گردد
۳. کد ملی ثبت می شود.
۴. جنسیت فرد مشخص می شود
۵. وضعیت تاهل بر اساس مجرد، متأهل، مطلقه، متارکه و فوت همسر تیک زده می شود
۶. وضعیت بارداری مشخص می شود
۷. تعداد فرزندان نوشته می شود
۸. وضعیت اشتغال: بر اساس بیکار، شاغل (تمام وقت، پاره وقت)، محصل، دانشجو/طلبه، خانه دار، بازنشسته مستمری بگیر، سرباز، تحت پوشش حمایتی تیک زده می شود
۹. وضعیت تحصیلات به صورت بیسواد، سواد خواندن (نهضت)، دبستان، دبیرستان، دیپلم، تحصیلات دانشگاهی، بازمانده از تحصیل (زیر ۱۸ سال) مشخص می شود
۱۰. وضعیت مسکن: اجاره ای، شخصی، بی سرپناه است، تیک زده می شود.

۱۱. **وضعیت خانوادگی / سکونت:** با خانواده زندگی می کند/ با دوستان و همکاران/ در صورت خانه های شبانه روزی (خوابگاه/ سربازخانه)/ به تنهایی زندگی می کند، تیک زده می شود.
۱۲. **وضعیت آسیب اجتماعی:** اختلال مصرف مواد /الکل دارد یا خشونت یا سایر

اختلالات مصرف مواد عبارتند از:

- ۱-۱؛ وابستگی به تنباکو،
- ۱-۲؛ وابستگی به داروهای اوپوئیدی نسخه ای،
- ۱-۳؛ وابستگی به داروهای آرام بخش و خواب آور،
- ۱-۴؛ وابستگی به الکل،
- ۱-۵؛ وابستگی به مواد افیونی غیر قانونی،
- ۱-۶؛ وابستگی به مت آمفتامین،
- ۱-۷؛ وابستگی به سایر مواد
- ۲-۱؛ مصرف زیان آور تنباکو،
- ۲-۲؛ مصرف زیان آور داروهای اوپوئیدی نسخه ای،
- ۲-۳؛ مصرف زیان بار داروهای آرام بخش و خواب آور،
- ۲-۴؛ مصرف زیان بار الکل،
- ۲-۵؛ مصرف زیان بار مواد افیونی غیر قانونی،
- ۲-۶؛ مصرف زیان بار مت آمفتامین،
- ۲-۷؛ مصرف زیان بار سایر مواد
- ۳-۱؛ مصرف مخاطره آمیز تنباکو،
- ۳-۲؛ مصرف مخاطره آمیز داروهای اوپوئیدی نسخه ای،
- ۳-۳؛ مصرف مخاطره آمیز داروهای آرام بخش و خواب آور،
- ۳-۴؛ مصرف مخاطره آمیز الکل،
- ۳-۵؛ مصرف مخاطره آمیز مواد افیونی غیر قانونی ،
- ۳-۶؛ مصرف مخاطره آمیز مت آمفتامین،
- ۳-۷؛ مصرف مخاطره آمیز سایر مواد

خشونت: در معرض و قربانی خشونت است یا مرتکب خشونت

۱۳. **اقدامات انجام شده:** می تواند ارجاع به مددکار/ معرفی به سازمان حمایتی/ ارجاع به روانپزشک و پزشک/ سایر اقدامات بر حسب نیاز و امکان باشد.

۱۴. **نتیجه اقدام:** به صورت تشکیل پرونده مددکاری، پذیرش و تحت پوشش خدمات اجتماعی و سایر خواهد بود.


- ✓ بیمارانی که به بیمارستان ارجاع شده اند. در این گروه از طریق پیگیری تلفنی باید از مراجعه بیمار به بیمارستان و بستری شدن او اطمینان حاصل کرد.
- ✓ بیمارانی که کاندید ویزیت در منزل هستند، پس از مدتی با تایید پزشک تیم می توانند تحت درمان سرپایی قرار گیرند. برای چنین بیمارانی پیگیری تلفنی انجام می شود تا در صورت عدم مراجعه حضوری دوباره به برنامه ویزیت در منزل برگردند.
- ✓ پیگیری تلفنی ۲ روز قبل از زمان مقرر برای مراجعه بیمار، جهت یادآوری و برای بیمارانی که تحت مراقبت روانپزشک نیستند، یک روز بعد از آن جهت اطمینان از مراجعه و اطلاع از وقت بعدی بیمار، انجام و در پرونده بیمار ثبت می شود. در صورتی که در تماس تلفنی پس از زمان مقرر برای مراجعه مشخص شود که بیمار مراجعه نکرده است؛ برای ترغیب او به مراجعه اقدام می شود.
- ✓ در صورت عدم مراجعه بیمار در وقت مقرر تا دو بار برای بیمار وقت ملاقات جدید تعیین و به او اطلاع داده می شود. در صورتی که بعد از سه بار بیمار جهت ویزیت مراجعه نکند، در صورت ابتلای وی به بیماری شدید روانی با صلاحدید روانپزشک مجتمع به تیم ویزیت در منزل معرفی می شود.

۵. فرم ثبت و گزارش آموزش گروهی ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

آموزشهای برگزار شده در خصوص موضوعات سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد بر اساس تقویم آموزشی در این فرم ثبت می شود.

مرکز بهداشت شهرستان _____
 مجتمع سلامت CH- _____ مرکز سلامت _____

فرم ثبت و گزارش آموزش گروهی ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد



عنوان / موضوع :														
رسانه آموزشی ^۱		زمان و مدت اجرا			روش آموزش / مشاوره									
					گروه هدف ^۱	سمت	نام و نام خانوادگی	مدل ارائه خدمت	گروه	بست	سخنرانی	ورش و پاسخ	مشاوره گروهی	سازگاری	کارگاه	تاریخ برگزاری جلسه	ساعت	خاتمه	شروع
اطلاعات شرکت کنندگان														
ردیف	نام و نام خانوادگی	تلفن تماس	امضاء	ردیف	نام و نام خانوادگی	تلفن تماس	امضاء	ردیف	نام و نام خانوادگی	تلفن تماس	امضاء	ردیف		

۱. گروههای هدف می تواند شامل بیماران، خانواده بیماران، مادران باردار، مادران کودکان و نوجوانان دارای کودک زیر ۱۸ سال، نوجوانان و جوانان، میانسالان و سالمندان باشد (اعم از خانوارها و افراد مستقر در مجتمع ها مانند مدارس، کارگاهها و کارخانجات، مهدهای کودک

۲. لیست وسایل کمک

۱. عنوان / موضوع آموزشی در بالای فرم نوشته می شود.

۲. قسمت اول اطلاعات مربوط به برنامه آموزشی است و شامل موارد زیر می باشد؛

- نام و نام خانوادگی و سمت کارشناس آموزش دهنده، گروه هدف (گروههای هدف می تواند شامل بیماران، خانواده بیماران، مادران باردار، مادران کودکان و نوجوانان دارای کودک زیر ۱۸ سال، نوجوانان و جوانان، میانسالان و سالمندان باشد) نوشته می شود.
- روش آموزش که می تواند به صورت کارگروهی، بحث گروهی، سخنرانی، پرسش و پاسخ، مشاوره گروهی و سایر باشد.
- زمان و مدت اجرا: تاریخ برگزاری جلسه، ساعت شروع و خاتمه و مدت زمان به دقیقه نوشته می شود
- رسانه آموزشی: لیست وسایل کمک آموزشی (به طور مثال می تواند ترک، پمفلت، پوستر، کتابچه و ... باشد) استفاده شده و یا توزیع شده مشخص می شود.

۳. قسمت دوم:

اطلاعات شرکت کنندگان: شرکت کنندگان نام و نام خانوادگی و تلفن تماس را نوشته و امضاء می کنند.

۷. فرم پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی و سوء مصرف و وابستگی الکل و اعتیاد توسط کارکنان بهداشتی

کلیه افرادی که پس از ویزیت پایه/ دوره ای توسط پزشک خانواده / دارای اختلال تشخیص داده می شود و برای آنها فرم شرح حال روانپزشکی تکمیل می گردد باید توسط مراقبین سلامت موذد پیگیری و مراقبت قرار گیرند. روند این مراقبت و پیگیری براساس دستور پزشک به صورت هفتگی/ماهانه/دوماه یکبار/فصلی / سالی دوبار خواهد بود. روند این پیگیری و مراقبت باید در فرم زیر به طور دقیق ثبت و درج گردد.

فرم پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی / مصرف و وابستگی مواد/ الکل و آسیب های اجتماعی توسط مراقب سلامت و بهورز

نام بیمار: نوع بیماری فرد: تاریخ تشکیل پرونده: شماره خانوار (پرونده): شماره تماس:

تاریخ مراقبت بعدی	تاریخ مراجعت بعدی	مراقبت های بعمل آمده		نحوه مراقبت یا پیگیری			دلیل عدم مراجعه در صورت قطع برنامه
		آموزش و توصیه های ارائه شده به بیمار و خانواده	مراقبت های انجام یافته	بهداشتی	داخلی	خارجی	

۱- در ابتدا نام بیمار، نوع اختلال فرد، تاریخ تشکیل پرونده و شماره خانوار (پرونده) و شماره تماس جهت پیگیری ثبت می گردد.

۲- تاریخ مراقبت یا پیگیری در ستون مربوطه ثبت می گردد.

۳- نحوه مراقبت یا پیگیری مشخص می شود داخل واحد بهداشتی (فرد به واحد بهداشتی مراجعه می کند) یا خارج از واحد بهداشتی انجام می شود.

۴- موارد پیگیری ثبت می شود که می تواند موارد زیر باشد:

- پیگیری مراجعه به پزشک
- پیگیری عدم مراجعه به واحد بهداشتی
- پیگیری مصرف مرتب داروها
- پیگیری عوارض دارویی
- پیگیری نتیجه ارجاع پزشک به سطح تخصصی
- پیگیری موارد بستری / نگهداری در موسسات و مراکز حمایتی و توانبخشی....
- آموزشهای داده شده به بیمار و یا خانواده ارائه می گردد و در ستون مربوطه ثبت می گردد
- پیگیریها و آموزش های مورد نیاز برای فرد / خانواده بیمار می تواند مطابق جدول زیرتدارک و ارائه شود.
- تاریخ مراقبت بعدی ثبت می گردد.
- در صورت عدم مراجعه بیمار دلیل آن مشخص می شود: بهبود- مرگ و مهاجرت

جدول موارد قابل پیگیری و آموزش بیمار و خانواده(۱)

افسردگی						
دوره مراقبت		هفتگی		ماهانه		عناوین مواردی که باید پیگیری شود
ماهانه	هفتگی					
-	*	-				- در صورتی که علائم از شدت کم تری برخوردار است و قصد خودکشی در بین نیست.
		*				- در موارد شدید در ماه اول
						<p>موارد پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> در صورت مصرف دارو اطمینان از مصرف مرتب دارو و بهتر شدن علائم اطمینان از عدم وجود عوارض دارویی در صورت درمان غیر دارویی بررسی روند سیر اختلال و بهبودی یا عدم بهبودی
						<p>آموزش بیمار و خانواده</p> <ul style="list-style-type: none"> افسردگی بیماری شایع و قابل درمانی است به گونه ای که بعضی به آن سرماخوردگی اعصاب می گویند. افسردگی یک بیماری است که نشانه ضعف اراده یا تبدلی نبوده و صرفاً با توصیه های عمومی مانند مسافرت رفتن یا تفریح کردن برطرف نمی شود. بهبودی از افسردگی به تدریج ظاهر خواهد شد. مصرف داروهای ضد افسردگی با تجویز پزشک خطر جدی برای بیمار ندارد. مصرف داروهای ضد افسردگی اعتیاد آور نیست و عوارض ماندگاری برای بیمار در بر نخواهد داشت. شایع ترین عوارض داروها در اوایل مصرف عبارتند از خواب آلودگی خفیف، سوءهاضمه، اسهال که با ادامه درمان و مصرف دارو همراه غذا تدریجاً بهبود می یابد. قبل از قطع داروها حتماً باید با پزشک مشورت شود. گاهی لازم است دارو برای جلوگیری از عود مشکل حداقل برای یک دوره شش ماهه مصرف شود. دارو باید هر روز استفاده شود و حتی الامکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد. فرد افسرده را نباید تنها گذاشت، باید به کارهای ساده و روزمره سرگرم شود و مورد توهین و انتقاد قرار نگیرد و اگر افکار نومیدی، پوچی، خودکشی، و بیقراری و شرایط نگران کننده ای داشت لازم است به پزشک ارجاع فوری شود.
اختلال دوقطبی						
-	-	*				- پیگیری پس از بازگشت از ارجاع در هفته اول
-	*	-				- پیگیری فعال
						<p>موارد پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> اطمینان از مصرف مرتب دارو و بهتر شدن علائم و در صورت بهتر نشدن علائم ارجاع فوری اطمینان از عدم وجود عوارض دارویی
						<p>آموزش بیمار و خانواده</p> <ul style="list-style-type: none"> درباره اختلال دوقطبی و علائم آن به فرد و خانواده آموزش دهید. درمان به موقع و تداوم آن را به فرد و خانواده یا اطرافیان بیمار آموزش و توضیح دهید که کمک از متخصص و اجرای درست دستورات درمانی کنترل بیماری و نتیجه درمان را بهتر خواهد کرد. به خانواده بیمار تاکید کنید که به فرد مبتلا اطمینان دهند که او برای شان مهم و عزیز است اگر نیاز به درد دل، تشویق یا کمک در امر درمان داشته باشد، پدر، مادر، برادر یا همسر و فرزند شان در کنار او خواهند و هر کاری از دست شان بیاید دریغ نخواهند کرد. تاکید کنید که انتظار بهبودی سریع یا علاج کامل نداشته باشند. مدیریت اختلال دوقطبی روندی است که در تمام عمر جریان دارد در دوره بهبودی صبور باشند و خودشا را برای مشکلات یا عودهای احتمالی آماده کنید. تاکید کنید که محدودیت بیمار را درک کنند و توجه داشته باشند که فرد مبتلا نمی تواند خلق خود را کنترل کند (بیمار در دوره افسردگی نمی تواند به خود انگیزه دهد و در دوره شیدایی نیز نمی تواند خود را کنترل کند)، لذا از انگ زدن (دیوانه شدی، رفتار دیوانه را داری و...) خود داری کنند. به اطرافیان بیمار تاکید کنید که وظیفه آنها راهنمایی، همراهی و حمایت بیمار است تا: <ul style="list-style-type: none"> دستورات و تکالیف درمانی را به درستی انجام دهد. استرس های محیط زندگی فرد را شناسایی و نسبت به کاهش و مدیریت درست آن اقدام کنند. برنامه روزانه زندگی فرد را به شکل منظم طراحی و پیگیری کنند (زمان منظم برای غذا خوردن، بیدار شدن از خواب و به خواب رفتن). آموزش دهید تا در حد امکان تشویق کنند که فرد وظایف و مسؤلیت های خود را خودش انجام دهد و در مواردی که احساس می شود انجام کارها موجب افزایش استرس و اضطراب او می گردد او را کمک، همراهی و حمایت کنند.

جدول موارد قابل پیگیری و آموزش بیمار و خانواده(۲)

اختلالات اضطرابی			
دوره مراقبت			عناوین مواردی که باید پیگیری شود
ماهانه	هفتگی	روزانه	
-	-	*	- هفته اول پس از بازگشت از ارجاع
-	*	-	- پیگیری فعال
			آموزش بیمار و خانواده
<p>موارد پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک ▪ پیگیری علایم بیماری و روند کنترل آن ▪ بررسی عوارض جانبی داروها (اطمینان از عدم وجود عوارض دارویی) و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک ▪ پیگیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه) ▪ در صورت درمان غیر دارویی بررسی روند سیر اختلال و بهبودی یا عدم بهبودی 			
			آموزش بیمار و خانواده
<p>آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تأکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ دادن اطمینان به بیمار و خانواده او که استفاده از داروهای ضد اضطراب اصلاً باعث وابستگی نمی‌شوند و در صورتی که تحت نظر پزشک و به درستی استفاده شوند این نگرانی موردی پیدا نمی‌کند. ▪ آموزش به بیمار و خانواده او در مورد اینکه علاوه، درمان‌های غیردارویی هم برای اضطراب وجود دارد که در موارد اضطراب خفیف تر می‌توانند به درمان کمک کنند. ▪ تأکید بر اینکه اختلالات اضطرابی کوتاه مدت نیستند، بنابراین درمان آنها هم کوتاه مدت نخواهد بود. قطع زودهنگام درمان منجر به عود بیماری و افزایش مشکلات بیمار می‌گردد. ▪ آموزش به بیمار و خانواده او مورد اهمیت اجرای درست دستورات دارویی، تداوم مصرف و خودداری از قطع کردن خودسرانه داروهای خود ▪ آموزش بهبود روابط با بیمار توسط خانواده جلوگیری از ایجاد استرس در زندگی فردی و خانوادگی او 			
اختلالات سایکوتیک			
-	-	*	- بیمارانی که افکار خودکشی، آسیب به دیگران یا اقدام به خودکشی دارند.
-	-	*	- بیمارانی که با وجود چند جلسه پیگیری و آموزش هنوز هم دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پی‌گیری ندارند.
-	-	*	- هفته اول پس از بازگشت از ارجاع
-	*	-	- مراقبت فعال
			آموزش بیمار و خانواده
<p>موارد پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ پیگیری مراجعه به موقع بیمار به خانه بهداشت / مرکز سلامت / پزشک ▪ پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک ▪ پیگیری چگونگی کنترل و بهبود تدریجی علایم بیماری و در صورت بهتر نشدن علائم ارجاع فوری بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت بروز عوارض، ارجاع بیمار به پزشک 			
			آموزش بیمار و خانواده
<p>آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تأکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پیگیری و تأکید بر اینکه اختلال روانی هم مانند اختلال جسمی با مصرف دارو و تحت نظر پزشک درمان می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ اگر خانواده پذیرای بیمار باشد و به او کمک کند تا داروهایش را مرتب مصرف نماید، زودتر درمان می‌شود و عود اختلال نیز به تاخیر می‌افتد. ▪ در صورت عدم بهبودی بیمار ازدواج نه تنها به بهبودی او کمک نمی‌کند بلکه مشکلات زندگی زناشویی ممکن است وضع اختلال او را بدتر کند. ▪ کار کردن برای بیماران روانی نوعی درمان به حساب می‌آید و همیشه سعی بر آن است که این بیماران به کار بازگردند. <p>آموزش و تأکید بر رعایت احترام و حقوق انسانی بیمار و بهبود روابط با بیمار توسط خانواده جلوگیری از ایجاد استرس در زندگی فردی و خانوادگی او</p>			

جدول موارد قابل پیگیری و آموزش بیمار و خانواده (۳)

صرع			
دوره مراقبت			عناوین مواردی که باید پیگیری شود
ماهانه	هفتگی		
-	-	*	- اگر صرع مداوم باشد و یا همراه عوارض جسمی و روانی شدید
-	*	-	- در سایر موارد پیگیری فعال
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک ▪ پیگیری علایم بیماری و روند کنترل آن ▪ بررسی عوارض جانبی داروها (اطمینان از عدم وجود عوارض دارویی) و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک ▪ پیگیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه) ▪ در صورت درمان غیر دارویی بررسی روند سیر اختلال و بهبودی یا عدم بهبودی
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ صرع در صورت تشخیص به موقع اختلال و مصرف مرتب دارو با تجویز پزشک بخوبی کنترل می شود. ▪ تاکید بر مصرف مرتب و منظم دارو و تحمل عوارض خفیف دارو و اینکه در موارد زیادی پس از مدت ۳-۵ سال مصرف مرتب دارو احتمال درمان کامل اختلال وجود دارد. ▪ تاکید بر خودداری از قطع ناگهانی و خودسرانه دارو ▪ هنگامی که بیمار دچار صرع می شود باید خونسرد باشید، سر او را به یک طرف بچرخانید تا کف و ترشحات حلق باعث خفگی او نشود، اطراف او را خلوت کنید، به زور دهان او را باز نکنید، آب در دهانش نریزید، او را بلند نکنید، دست و پای او را نگیرید و مانع دست و پا زدن بیمار نشوید. ▪ تاکید بر تداوم زندگی معمولی وعدم منع تحصیل، کار، ازدواج، بارداری مبتلایان. (کار کردن باعث می شود تا روحیه بیمار بهتر شود). ▪ بیماران مبتلا به صرع نباید کارهای زیر را انجام دهند: <ul style="list-style-type: none"> ▪ کار با لوازم تیز و برنده ▪ کار در کنار کوره، تنور و آتش ▪ کار در ارتفاع مثل پشت بام، داربست و غیره ▪ سوار شدن بر روی چهار پایان مثل اسب و غیره ▪ رانندگی ▪ آموزش موارد زیر ضروری است: <ul style="list-style-type: none"> - کودکان را برای نوازش و غیره تکانهای شدید ندهید. - مراقب پرتاب شدن، سقوط و به ویژه تصادف در رانندگی باشید. - در هنگام رانندگی داشتن احتیاط، بستن کمربند، گذاشتن کودکان در ساک کودک مخصوص صندلی، محافظت از وارد آمدن ضربه به سر و جرمه کودک با هدف پیشگیری از صرع و ضایعات مغزی دیگر و عقب ماندگی ذهنی مورد تاکید باشد. - استفاده از تمهیدات ایمنی در مشاغل، ایمنی در خانه و به ویژه استفاده از کلاه ایمنی در موتور سواری، دوچرخه سواری، رعایت ایمنی در حین کار در ارتفاع و کارگاهها و نیز در کوهنوردی و سایر ورزشها را به همه توصیه نمایید.

آموزش بیمار و خانواده

جدول موارد قابل پیگیری و آموزش بیمار و خانواده(۴)

عقب ماندگی ذهنی			
دوره مراقبت			عناوین مواردی که باید پیگیری شود
فصلی	ماهانه	هفتگی	
*	-	-	- پیگیری فعال
			<p>موارد پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> - پیگیری وضعیت تغذیه و بهداشت فردی - انجام به موقع واکسیناسیون و سایر مراقبتهای بهداشتی درمانی فرد - مراقبت از مشکلات و اختلالات رفتاری - مراقبت از حوادث احتمالی در زندگی کودک
			<p>آموزش بیمار و خانواده</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ از داشتن چنین کودکی احساس ناراحتی نکنند و خجالت نکشند. ▪ کودک را تحقیر و تنبیه نکنند و اجازه ندهند دیگران او را مسخره کنند یا به او آزار برسانند. ▪ به تغذیه ، واکسیناسیون و بهداشت عمومی کودک مانند سایر کودکان خود توجه کنند . ▪ انتظار زیادی از دانش آموزان عقب مانده نداشته باشند و در آموزش آنها سعی و کوشش بیشتری نمایند . ▪ افراد بزرگسال عقب مانده را تشویق کنند که کار و حرفه ساده ای بیاموزند . ▪ در ایجاد عقب ماندگی ذهنی علاوه بر عوامل ارثی این موارد (ازدواجهای فامیلی ، عفونتهای مادر در دوره بارداری مانند سرخچه - سیفلیس ، زایمانهای طولانی یا دشوار ، ضربه های مغزی - تب و تشنج های زیاد در دوران کودکی) موثر هستند. ▪ برای پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی مادران باید در دوران حاملگی موارد زیر را مورد توجه قرار دهند : ▪ قبل از ۲۰ و پس از ۳۵ سالگی باردار نشوند . ▪ بدون اجازه پزشک ، هیچ دارویی مصرف نکنند . - از وارد شدن ضربه به شکم و عکسبرداری با اشعه X خودداری کنند . - واکسیناسیون لازم دوران بارداری را به موقع تزریق کنند . - فشارخونشان را مرتب کنترل کنند . - از حاملگی های پشت سر هم و مکرر خودداری کنند . - تحت شرایط بهداشتی زایمان کنند. - چون آموزش این کودکان بیشتر از کودکان طبیعی طول می کشد باید صبر و حوصله داشته باشند . - به تکالیفی مثل غذا خوردن ، لباس پوشیدن و انجام نظافت شخصی آنان توجه بیشتری بکنند . - در آموزش آنها باید کارها را به چند قسمت تقسیم کرد و از آموزش کارهای ساده شروع نمود و تا وقتی کودک ، مرحله ساده تری را یاد نگرفته است نباید به مراحل سخت تر پرداخت . - آنان را اذیت و مسخره نکنیم و با بکار گرفتن آنها در کارهای ساده مشغولشان کنیم . - در صورت ازدواج باید با آموزش و توصیه مکرر از بچه دار شدن آنها جلوگیری کرد . - در خانواده هایی که عقب مانده ذهنی وجود دارد نباید قبل از مشورت پزشک و متخصص بچه دار شوند و بایستی به آنها توصیه کرد تا فرزندانشان با افراد فامیل ازدواج نکنند .
اختلالات کودکان و نوجوانان- بیش فعالی و کم توجهی			
*	*		<p>پیگیری فعال</p>
			<p>موارد پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ارجاع کودکان دارای علائم به پزشک و پیگیری آن ▪ پیگیری دستورات دارویی و مصرف منظم آن و نیز پیگیری اقدامات روانشناس / کارشناس سلامت روان
			<p>آموزش بیمار و خانواده</p> <ul style="list-style-type: none"> - به والدین در مورد ضرورت پی گیری های درمانی و مداخلات دارویی و غیر دارویی آموزش دهید ▪ . از تشویق کردن بیشتر کردن زمان فعالیت های آموزشی کودک و رفتارهای شایسته او استفاده کنند. ▪ از تنبیه بدنی اجتناب کنند. ▪ با حوصله و تکرار آموزش های متناسب با سن کودک را با او تمرین کنند. ▪ زمان آموزش را متناسب با صبر کودک تنظیم کرده ، تنوع در برنامه ایجاد کنند. - برای بهتر شدن وضعیت تحصیلی از برنامه ریزی استفاده کنند - به والدین توصیه کنید در کارگاههای فرزند پروری شرکت و مهارت های فرزند پروری را کسب کنند

جدول موارد قابل پیگیری و آموزش بیمار و خانواده(۵)

اختلالات کودکان و نوجوانان- اختلال سلوک			
دوره مراقبت			عناوین مواردی که باید پیگیری شود
فصلی	ماهانه	هفتگی	
-	*	-	<p>پیگیری فعال روند درمان مراقبت مطابق دستورات پزشکی / روانشناس</p> <p>خانواده آموزش بیمار و</p> <p>موارد پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> ارجاع کودکان دارای علائم به پزشک و پیگیری آن پیگیری دستورات دارویی و مصرف منظم آن و نیز پیگیری اقدامات روانشناسی / کارشناس سلامت روان <p>به والدین در مورد ضرورت پی گیری های درمانی و مداخلات دارویی آموزش دهید</p> <p>به والدین در ایجاد قواعد، حد و مرزهای روشن و واضح برای کودکان آموزش دهید.</p> <p>به والدین توصیه کنید تا روشهای انضباطی مانند تنبیه بیش از حد یا تنبیه بدنی را متوقف کنند.</p> <p>به والدین توصیه کنید که بر دوستیهای نوجوانان نظارت داشته و با والدین دوستان فرزندشان در تماس باشند.</p>
اختلالات رفتاری کودکان - شب ادراری			
-	*	-	<p>پیگیری فعال روند درمان مراقبت مطابق دستورات پزشکی / روانشناس</p> <p>خانواده آموزش بیمار و</p> <p>موارد پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> ارجاع کودکان دارای علائم به پزشک و پیگیری آن پیگیری دستورات دارویی و مصرف منظم آن و نیز پیگیری اقدامات روانشناسی / کارشناس سلامت روان <p>این اختلال در اکثر موارد خود محدود شونده است اما به دلیل عوارض و تأثیراتش نیازمند درمان است.</p> <p>کودک عمدا اقدام به اینکار نمی کند.</p> <p>هرگز کودک را بخاطر این اتفاق تحقیر / تنبیه بدنی نکنند.</p> <p>پی گیری درمان و انجام روش های رفتاری و دارویی توصیه شده از اهمیت زیادی برخوردار است.</p> <p>تشویق و جایزه دادن برای هر یک شبی که کودک ادرار نمی کند مفید است .</p> <p>جای کودک گرم باشد و از دادن مایعات در شب جلوگیری شود .</p> <p>باید از کودک بخواهند که قبل از خواب ادرار بکنند .</p> <p>یک ساعت پس از خوابیدن کودک یا در اواسط شب او را برای ادرار بیدار کنند</p>
اختلالات رفتاری کودکان - بی اختیاری مدفوع			
-	*	-	<p>پیگیری فعال روند درمان مراقبت مطابق دستورات پزشکی / روانشناس</p> <p>خانواده آموزش بیمار و</p> <p>موارد پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> ارجاع کودکان دارای علائم به پزشک و پیگیری آن پیگیری دستورات دارویی و مصرف منظم آن و نیز پیگیری اقدامات روانشناسی / کارشناس سلامت روان <p>کودک را بخاطر این رفتار تنبیه بدنی نکند.</p> <p>در موارد احتباس مدفوع همراه با یبوست به لزوم استفاده از ملین ها در رژیم غذایی تاکید کنید.</p> <p>در خصوص پی گیری درمان آموزش دهید.</p> <p>به طور مرتب و منظم، ۲۰ دقیقه پس از صرف هر وعده غذا، کودک به مدت ۱۰ دقیقه روی دستشویی بنشیند تا حرکات رودهای او افزایش یابد.</p> <p>از تشویق، پاداش و جایزه های ویژه برای دفع مناسب مدفوع کودک استفاده کنیم.</p> <p>از پیامدهای تنبیهی مناسب استفاده کنیم و به روش های نامناسبی چون تنبیه فیزیکی، سرزنش، تحقیر و شماتت و مقایسه کودک با دیگران متوسل نشویم.</p>
اختلالات رفتاری کودکان - لکنت زبان			
-	*	-	<p>پیگیری فعال روند درمان مراقبت مطابق دستورات پزشکی / روانشناس</p> <p>خانواده آموزش بیمار و</p> <p>موارد پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> ارجاع کودکان دارای علائم به پزشک و پیگیری آن پیگیری دستورات دارویی و مصرف منظم آن و نیز پیگیری اقدامات روانشناسی / کارشناس سلامت روان <p>از طرز صحبت کردن کودک ابراد بگیرند.</p> <p>با کودک با حوصله و محبت رفتار کنند و با رفتار خود باعث شوند کودک بدون عجله صحبت کند. از تحقیر ، تمسخر و تنبیه بدنی کودک در خانه و مدرسه خودداری کنند .</p> <p>عواملی که اضطراب و ترس را در کودک بوجود می آورد رفع کنند</p> <p>کودک را تشویق کنند و او را مطمئن سازند که مشکلی بزودی حل خواهد شد</p>

جدول موارد قابل پیگیری و آموزش بیمار و خانواده(۶)

اختلالات رفتاری کودکان - ناخن جویدن						
دوره مراقبت		ماهانه		هفتگی	روزانه	عناوین مواردی که باید پیگیری شود
ماهانه	روزانه					
-	*	-	پیگیری فعال روند درمان مراقبت مطابق دستورات پزشکی / روانشناس			
		موارد پیگیری		آموزش بیمار و خانواده		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ ارجاع کودکان دارای علائم به پزشک و پیگیری آن ▪ پیگیری دستورات دارویی و مصرف منظم آن و نیز پیگیری اقدامات روانشناس / کارشناس سلامت روان 				
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ به والدین آموزش دهید که موقعیت‌های بروز رفتارها را شناسایی نموده و از پیش برای کاهش رفتار برنامه‌ریزی نمایند. ▪ در مورد رفتار به کودک تذکر ندهند و رفتار عادی را نادیده بگیرند. ▪ بصورت غیر مستقیم با تغییر موقعیت دفعات بروز رفتار را کاهش دهند. ▪ کودک بخاطر رفتار مورد تنبیه، سرزنش یا تحقیر قرار ندهند. ▪ کودک را بخاطر بلند شدن ناخن یا کوتاه کردن ناخنایش تشویق کنند. ▪ در اوقات فراغت کودک را به کارهای دستی مثل نقاشی و کاردستی مشغول کنند. ▪ ناخن و انگشت کودک را تمیز کنند تا از بروز اختلالات انگلی و عفونی در او جلوگیری شود. ▪ رفتارهای جایگزینی را در نظر گرفته و در صورت انجام آنها کودک را مورد تشویق قرار دهند. ▪ در صورتیکه رفتار همچنان ادامه یافت با متخصصین حوزه روان پزشکی / روانشناس مشورت نمایند. 				
اختلالات استرس پس از سانحه						
-	*	-	پیگیری فعال روند درمان مراقبت مطابق دستورات پزشکی / روانشناس			
		موارد پیگیری		آموزش بیمار و خانواده		
		<ul style="list-style-type: none"> اطمینان از مصرف مرتب دارو، توصیه و تشویق جهت مراجعه به روان درمانی بررسی روند سیر اختلال و بهبودی یا عدم بهبودی علائم 				
		<p>ترس فرد را بی اهمیت جلوه ندهند.</p> <p>محیط زندگی را تا حد ممکن آرام و کم استرس کنند.</p>				

۸. فرم ثبت و گزارش خدمات 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 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.

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 -

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.

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.

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 دوقطبی ۱، اختلال دوقطبی ۲، 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، اختلالات شایع دوران کودکی (اوتیسم، اختلال سلوک، اختلالات تیک، ناخن جویدن و ...)، سایر اختلالات روانپزشکی و اعصاب (شامل اختلالات شبه جسمی، اختلالات تجزیه ای و اختلالات شخصیت و اختلالات خواب 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، شیر، کراک، هروئین، مرفین، متادون، بوپرونورفین، تمجیزک، نورجیزک، محرک ها مانند شیشه، آفتمین، 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.

بیماران موجود در جمعیت تحت پوشش شامل: موارد جدید شناسایی شده و تعداد کل بیماران موجود می باشد.

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.

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 دلایلی 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.

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.

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 ...

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، در این 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 می‌شود.

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 موارد ارجاع داده شده به مراکز تخصصی نیز می‌شود و در صورتی که پس از ارجاع برای دریافت خدمات به سیستم مراجعه نکند قطع پیگیری خواهند بود.

۹. 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

- مدیریت 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 هر فصل جمع بندی و در فرم گزارش نتایج برنامه های آموزش و ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از درج و به ستاد شهرستان ارسال می گردد.

دستورالعمل تکمیل فرم گزارش نتایج برنامه های آموزش و ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

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.

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.

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.

- 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 (مهارت های فرزند پروری؛ مهارت های زندگی، مدیریت استرس و...) در قالب جلسات ساختارمند طراحی و اجرا می کنند.

- اطلاعات گروههای هدف

- **گروه هدف عام** شامل تمام گروههای سنی (کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان) و مادران (مادران باردار و شیرده 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/ مجمع سلامت:
 نام مرکز: شهرت 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		تعداد کل جلسه برگزار شده و افراد شرکت کننده به تفکیک زن و مرد		تعداد به تفکیک گروه های هدف		گروه های هدف نام												تعداد افراد آموزش دیده			
						گروه های در معرض خطر						گروه های هدف نام									
						خانواده بهاران دانشی	بهاران دانشی	خانواده بهاران دانشی	بهاران دانشی	خانواده بهاران دانشی	بهاران دانشی	میانسالان	جوانان	کودکان و نوجوانان	مادران	پرستار و مشاوره	یوتوب			روزنامه	موبایل/ آموزش	مرد	زن
بهاران های زندگی	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن	میانسالان	جوانان	کودکان و نوجوانان	مادران	پرستار و مشاوره	یوتوب	روزنامه	موبایل/ آموزش	مرد	زن	بهاران های زندگی	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن
بهاران های فرزند پروری	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن	میانسالان	جوانان	کودکان و نوجوانان	مادران	پرستار و مشاوره	یوتوب	روزنامه	موبایل/ آموزش	مرد	زن	بهاران های فرزند پروری	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن
سواد سلامت دانش (آشنایی با پدیده های روانی)	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن	میانسالان	جوانان	کودکان و نوجوانان	مادران	پرستار و مشاوره	یوتوب	روزنامه	موبایل/ آموزش	مرد	زن	سواد سلامت دانش	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن
خود مراقبتی	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن	میانسالان	جوانان	کودکان و نوجوانان	مادران	پرستار و مشاوره	یوتوب	روزنامه	موبایل/ آموزش	مرد	زن	خود مراقبتی	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن
مدیریت استرس	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن	میانسالان	جوانان	کودکان و نوجوانان	مادران	پرستار و مشاوره	یوتوب	روزنامه	موبایل/ آموزش	مرد	زن	مدیریت استرس	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن
مدیریت خشم	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن	میانسالان	جوانان	کودکان و نوجوانان	مادران	پرستار و مشاوره	یوتوب	روزنامه	موبایل/ آموزش	مرد	زن	مدیریت خشم	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن
پیشگیری از سوء مصرف مواد و اعتیاد	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن	میانسالان	جوانان	کودکان و نوجوانان	مادران	پرستار و مشاوره	یوتوب	روزنامه	موبایل/ آموزش	مرد	زن	پیشگیری از سوء مصرف مواد و اعتیاد	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن
سواد	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن	میانسالان	جوانان	کودکان و نوجوانان	مادران	پرستار و مشاوره	یوتوب	روزنامه	موبایل/ آموزش	مرد	زن	سواد	جلسه / کارگاه آموزشی	توزیع پمفلت / مایوسه	تعداد افراد	مرد	زن

نام و نام خانوادگی مسئول واحد:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:

در این ستون جمع هر ردیف ثبت خواهد شد

چک لیست ارزیابی کارشناس مراقب سلامت در حوزه برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

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	ایا کارشناس در دوره های آموزشی توجیهی بدو خدمت برنامه ها شرکت داشته است(تکته مهم:صرفا برای اولین دوره باین)	- شرکت در دوره های آموزشی کامل (۲امتیاز) - دریافت بسته آموزشی (۲امتیاز)	۴		
۲	ایا کارشناس در دوره های بازآموزی برنامه ها شرکت داشته است؟	- شرکت در دوره های بازآموزی طول یک سال گذشته حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد (۲امتیاز) - وجود بسته آموزشی روان، اعتیاد و اجتماعی (۲امتیاز)	۴		
۳	ایا مراجعین به پایگاه بهداشت و مرکز جامع خدمات سلامت، غربالگری سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شده اند؟	- انجام ویزیت پایه و ثبت نتایج آن در فرم گزارش روزانه غربالگری مراقب سلامت	۱۲		
		- انجام غربالگری سالانه ۱۶ درصد جمعیت تحت پوشش مورد انتظار می باشد به ازای هر فصل در صورت تحقق غربالگری (شناسایی موارد دارای اختلال) به میزان ۴درصد کل امتیاز داده شود.	۶		
۴	ایاموارد غربالگری مثبت طبق دستورالعمل ارجاع و مورد پیگیری قرار گرفته است؟	- 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 ۱۲امتیاز)	۱۲		
		- بررسی روند ارجاع و پیگیری نتیجه آن به تفکیک از هر مورد سنی و مادران ۲ پرونده بصورت راندم در برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (هر پرونده کامل ۱ امتیاز)	۶		
		- 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)	۶		
۵	ایا نسبت به انجام و ثبت روند مراقبت از موارد دارای اختلال/مشکل سلامت روانی تایید شده توسط پزشک /روانشناس مطابق دستورالعمل 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)	۶		
۶	درمواجهه با موارد فوریت های روانپزشکی و مشکلات اجتماعی،ایا 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)	۶		
		- 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)			
۷	ایا 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)	۴		
۸	ایا فرایند تکمیل لیست ثبت نام و پیگیری صورت جلسات آموزش گروهی در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد بصورت ماهانه انجام می شود؟	- تکمیل فرم ثبت و گزارش آموزش گروهی (۲/۵امتیاز) - ارائه فرم فعالیت های آموزشی به ستاد مجتمع سلامت امرکز بهداشتی درمانی در پایان هر فصل (۲/۵ امتیاز)	۵		

دانشگاه علوم پزشکی : شهرستان : نام و نام خانوادگی ؛ خانم / آقای :
 شهر / روستا: مرکز / پایگاه : ماه سال

ردیف	سئوالات	استاندارد	امتیاز کل	امتیاز مکسیمه	مورد ندارد
۹	ایا فرمهای ثبت امارو خدمات ماهانه در برنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد بطور کامل و بموقع تحویل داده شده است؟	- ثبت صحیح و کامل اطلاعات و امار: بررسی فرم اماری ۳ ماه اخیر (در صورت هم خوانی اطلاعات فرمهای مربوطه و با امار ماه قبل برای هر ماه ۳ امتیاز)	۹		
		- ارائه فرمهای تکمیل شده تا پنجم هر ماه (برای هر ماه 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 (۲ امتیاز) ثبت و تحلیل وضعیت موجود (۴ امتیاز)	۶		
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:

امضا

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

منابع برای مطالعه بیشتر

- ۱- تکنیک های فرزندپروری، دکتر سعید جهانشاهی فرد، انتشارات کتاب ارجمند،
- ۲- اصول و روش های کاربردی در فرزندپروری (دوران شیرخواری و خردسالی)، انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان با همکاری انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر
- ۳- با کودک بدقلق چه کنیم؟، دوگانجی و کندل، ترجمه سولماز جوکار و یاسمن بانکی، انتشارات ارجمند و نسل فردا
- ۴- راهنمای جامع والدین در تربیت سالم کودک، ریچارد ابدین، ترجمه دکتر انوشه امین زاده، نشر ارجمند و نسل فردا
- ۵- مجموعه کتاب های سفید (بچه ها و مهارت های زندگی)، ترور رومین، ترجمه شهرزاد فتوحی، انتشارات فنی ایران
- ۶- آموزش مهارت های زندگی (ویژه دانشجویان)، دکتر فتی، دکتر موتابی و همکاران، انتشارات دانژه
- ۷- متن آموزشی در زمینه شناسایی، پیشگیری و درمان سوء رفتار جسمانی در کودکان (برای پزشکان عمومی) . دکتر بهروز جلالی و سید عباس باقری یزدی
- ۸- متن آموزشی در زمینه کودک آزاری جسمانی (برای کارشناسان و کاردانان بهداشتی). دکتر کتابون خوشایبی و سید عباس باقری یزدی
- ۹- متن آموزشی پیشگیری از خودکشی برای کارکنان آموزش و پرورش (مدیران ، کارشناسان، پرسنل). دکتر سید مهدی حسن زاده دکتر لاله حبیبی کوهی دکتر میترا حفاظی عیسی کریمی کیسمی، معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان) .
- ۱۰- متن آموزشی پیشگیری از خودکشی برای پزشکان عمومی، کارشناس و کاردان مراقبت های اولیه بهداشتی، بهروز و رابطین بهداشتی . دکتر سید مهدی حسن زاده، دکتر لاله حبیبی کوهی، دکتر میترا حفاظی، عیسی کریمی کیسمی . معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان) .

۱۱- متن آموزشی پیشگیری از خودکشی برای عموم مردم . دکتر سید مهدی حسن زاده، دکتر لاله حبیبی کوهی، دکتر میترا حفاظی، عیسی کریمی کیسمی . معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان) .

۱۲- متن آموزشی پیشگیری از خودکشی برای مدیران رسانه های گروهی دکتر سید مهدی حسن زاده، دکتر لاله حبیبی کوهی، دکتر میترا حفاظی، عیسی کریمی کیسمی . معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان) .

۱۳- نحوه برخورد پرسنل اورژانس با بیمار اقدام کننده به خودکشی . دکتر سید مهدی حسن زاده، دکتر لاله حبیبی کوهی، دکتر میترا حفاظی، عیسی کریمی کیسمی . معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان) .

۱۴- دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد. توانمندسازی والدین، آموزش مهارت های زندگی با تمرکز بر پیشگیری از مصرف مواد در خانواده، ۱۳۹۰.

۱۵- محمدخانی شهرام، نوری ربابه. پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر خانواده، ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، ۱۳۹۱.

۱۶- استانداردهای برنامه های پیشگیری از مصرف مواد، دفترمقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد. وین، اتریش (UNODC,2013)

۱۷- محسنی تبریزی، علیرضا و همکاران ، استراتژی های تحقیق محور پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر ، مرکز آموزشی و پژوهشی سوءمصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، ۱۳۹۰

۱۸- طارمیان، فرهاد ، حقایقی درباره زندگی سالم و بدور از مواد(نکات علمی) وزارت علوم تحقیقات و فناوری دفتر مرکزی مشاوره با همکاری معاونت دانشجویی و فرهنگی مرکز مشاوره دانشجویی، ۱۳۸۹

۱۹- نوری ، ربابه ، باورهای شایع و اشتباه در مورد اعتیاد و مواد، مرکز مشاوره دانشگاه تهران با همکاری دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در ایران، ۱۳۸۴.

۲۰- رادفر رامین ، زارعی ربابه، پیشگیری از سوء مصرف مواد در کودکان و نوجوانان، سازمان بهزیستی استان اصفهان، مرکز تخصصی پیشگیری از اعتیاد روزه