



راهنمای

فنی ، تخصصی و مدیریتی

حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

ویژه کارشناسان سلامت روان و رفتار

مجتمع ها و مراکز سلامت

معاونت بهداشت

گروه کارشناسان سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

بهار ۱۳۹۵

عناوین این مجموعه ؛

بخش اول:

بسته آموزشی و راهنمای عمل کارشناسان سلامت روان در حوزه سلامت روان

بخش دوم:

بسته مداخلات مختصر کارشناس سلامت روان و رفتار در برنامه های سلامت روان

بخش سوم:

بسته آموزشی و راهنمای عمل کارشناسان سلامت روان و رفتار در حوزه پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل

بخش چهارم:

بسته مداخلات مختصر و گسترش یافته کارشناس سلامت روان و رفتار در برنامه های پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل

بخش پنجم:

بسته آموزشی و راهنمای عمل کارشناسان سلامت روان و رفتار در حوزه سلامت اجتماعی

بخش ششم:

بسته مداخلات مختصر کارشناس سلامت روان و رفتار در برنامه سلامت اجتماعی

بخش هفتم:

بسته آموزشی مهارت های زندگی کودکان و نوجوانان

بخش هشتم:

بسته آموزشی مهارت های زندگی بزرگسالان

عناوین این مجموعه ؛

بخش نهم :

بسته آموزشی مهارت های فرزند پروری

بخش دهم :

بسته آموزشی مهارت های زندگی مشترک

الله أكبر

تقدیم به تمام خادین 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 سبد 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 بار اختلالات 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 موكد 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 طور عام 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.

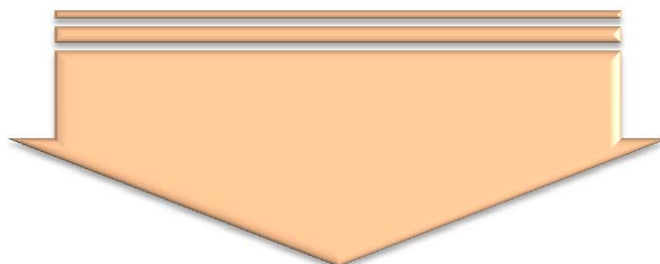
در این راستا مجموعه حاضر به عنوان بخشی از خدمات و مداخلات تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد (ویژه کارشناسان سلامت روان و رفتار) توسط اساتید ارجمند و کارشناسان محترم کشوری و دانشگاههای علوم پزشکی به همت و مدیریت برادر ارجمندم جناب آقای دکتر حاجبی مدیرکل محترم دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت جهت ارائه خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد طراحی، تدوین و انتشار یافته است. همچنین در سازماندهی، تکمیل برخی موارد مورد نیاز و باز نشر این مجموعه همکاران ارجمند بنده در گروه کارشناسان سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت تلاش و کوشش وافر و شایسته ای انجام داده اند که جا دارد از یکایک این عزیزان تشکر و قدردانی نمایم. انتظار دارم روانشناسان عزیز و گرانقدر در کسوت کارشناسان سلامت روان و رفتار که آغازین حضور و مداخلات بالینی را در حوزه مراقبت های اولیه

بهداشتی درمانی تجربه می کنند ضمن مطالعه دقیق این بسته علمی، تخصصی و اجرایی و کسب مهارت های حرفه و بالینی لازم در تسکین آلام و دردهای روانی و اجتماعی جمعیت تحت پوشش و ارتقای سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد در جامعه گام های موثر و ارزنده و ماندگاری برداشته و همه باهم بتوانیم سلامت و نشاط و تندرستی را به مردم خوبمان به ارمغان آوریم. انشاء الله.

دکتر جعفر صادق تبریز

معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز - زمستان ۱۳۹۴

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



بخش اول

**بسته آموزش و راهنمای عمل
در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد**

گرد آورندگان :

دکتر وحید شریعت

دکتر محمد رضا رهبر

دکتر امیر حسین جلالی

دکتر امیر شعبانی

دکتر فهیمه لواسانی

۱۳۹۲ (بازبینی ۱۳۹۴)

سازماندهی و اضافه نمودن دهم و یازدهم مرکز بهداشت استان آذربایجانشرقی (۱۳۹۵)

وهاب اصل رحیمی

اعظم موسوی نژاد

اعظم همتی

با تشکر از همراهی و همکاری همکاران محترم؛

سرکار خانم نیر صادق پور، مینو مهبینی و محبوبه طاهری

عناوین این بخش؛

- مفاهیم و اهمیت سلامت روان
- راهکارهای ارتقای سلامت روان
- آشنایی با چارچوب برنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- شناسایی گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان
- برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان
- اختلالات روانپزشکی شایع
- مداخلات غیردارویی
- آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره
- آموزش سلامت روان با گروه‌ها و ترغیب مشارکت مردمی

باسپاس ویژه از استاد ارجمند

جناب آقای دکتر علی اکبر سیاری

که ما را در تهیه و تدوین این مجموعه یاری نمودند

مقدمه:

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

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

جمهوری اسلامی ایران همگام با سایر کشورهای جهان در جهت پیشبرد سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد، در سال ۱۳۶۷ خدمات سلامت روان را در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ادغام نمود و گسترش آن در کشور صورت گرفت. در سال ۱۳۸۴، با شروع برنامه پزشک خانواده، خدمات سلامت روان در این برنامه ادغام گردید. در سال ۱۳۹۰، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، برنامه جامع ارتقاء سلامت روان کشور مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران را تدوین نمود که در آبان ماه سال ۱۳۹۱ توسط وزیر وقت بهداشت به کلیه دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ و لازم الاجرا گردید.

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

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

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

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

دکتر احمد حاجبی

مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

بخش اول

بسته آموزش و راهنمای عمل در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

فصل اول : مفاهیم و اهمیت سلامت روان

مفهوم سلامت روان.....	۱
بار بیماری‌ها در اختلالات سلامت روان.....	۲
عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان.....	۵
دسته‌بندی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان.....	۶
منابع.....	۶

فصل دوم : راهکارهای ارتقای سلامت روان

ضرورت، مفهوم و اهداف برنامه ریزی راهکارهای برای اختلالات سلامت روان.....	۷
هدف کلی.....	۷
اهداف اختصاصی.....	۷
عوامل چندگانه مؤثر بر بیماری‌های روانی و راهکارهای کنترلی آنها.....	۷
راهکارهای بهبود خدمات سلامت روان افراد و جامعه.....	۸
شواهد علمی در مورد تأثیر برخی آموزشهای بهداشتی در زمینه سلامت روان.....	۹
اجرای راهکارها بر اساس سطوح پیش‌گیری در برنامه‌های سلامت روان.....	۱۰
مروری کوتاه بر مفاهیم پیش‌گیری و کاربرد آن در سلامت روان.....	۱۰
پیش‌گیری مقدماتی (ابتدایی).....	۱۰
پیش‌گیری اولیه.....	۱۱
پیش‌گیری سطح دوم.....	۱۱
پیش‌گیری سطح سوم.....	۱۱
دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به لحاظ سطح پیش‌گیری.....	۱۱
۱- برنامه‌های پیش‌گیری سطح اول.....	۱۱
۲- برنامه‌های پیش‌گیری سطح دوم.....	۱۲
۳- برنامه‌های پیش‌گیری سطح سوم.....	۱۳
منابع.....	۱۴

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل سوم: آشنایی با چارچوب برنامه های سلامت روان

۱۵	مفهوم برنامه‌ی سلامت روان.....
۱۵	هدف برنامه‌های سلامت روان.....
۱۵	فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت.....
۱۶	برنامه‌ی سلامت روان و اجزای موجود در آن.....

فصل چهارم: شناسایی گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان

۱۹	تعریف گروه هدف.....
۱۹	گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان.....
۲۰	طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای ارائه خدمات سلامت روان.....
۲۲	شناسایی گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت.....
۲۲	۱- برنامه‌ی شناسایی جمعیتی زیست محیطی.....
۲۳	۲- پرونده خانوار.....
۲۴	۳- غربالگری اختلالات سلامت روان و دستورعمل تکمیل فرم آن.....
۳۲	۴- ثبت موارد شناخته شده اختلالات سلامت روان در دفتر مراقبت و پیگیری.....

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

۳۳	مفهوم و اهمیت ارتباط برای سلامت.....
۳۴	برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان.....
۳۶	راههای برقراری ارتباط با مردم.....
۳۷	مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف.....
۳۷	مرحله اول: دسترسی به گروه مخاطب.....
۳۸	مرحله دوم: جلب توجه مخاطب.....
۳۹	مرحله سوم: فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب.....
۳۹	مرحله چهارم: ارتقا و پذیرش تغییر.....
۳۹	مرحله پنجم: ایجاد تغییر در رفتار.....
۴۰	مرحله ششم: بهبودی و ارتقای سلامت روان.....
۴۰	عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات.....
۴۱	مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان.....

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
۱- مهارت کمک رسانی.....	۴۲
۲- مهارت‌های هدایت و آموزش.....	۴۲
۳- مهارت‌های مدیریت و رهبری.....	۴۲
۴- مهارت‌های نظارت و سرپرستی.....	۴۲
۵- مهارت‌های مباحثه و صحبت.....	۴۳
۶- مهارت‌های شنیدن.....	۴۳
منابع.....	۴

فصل ششم: اختلالات روانپزشکی شایع

افسردگی.....	۴۵
مقدمه.....	۴۵
راهنمای تشخیصی افسردگی.....	۴۵
درمان.....	۴۶
شرح وظایف کارشناس.....	۴۶
نکاتی که باید به بیمار افسرده و خانواده‌ی وی آموزش داده شود.....	۴۷
باید بر رعایت نکات زیر تاکید کرد.....	۴۷
موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک.....	۴۷
موارد ارجاع فوری به روانپزشک.....	۴۸
موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی.....	۴۸
پیگیری و مراقبت بیمار افسرده بعد از بازگشت از ارجاع.....	۴۸
اختلال دوقطبی.....	۴۹
مقدمه.....	۴۹
راهنمای تشخیصی مانیا/هایپومانیا.....	۴۹
درمان.....	۴۹
نکاتی که در آموزش به بیمار و خانواده باید در نظر گرفته شود.....	۴۹
علایم هشداردهنده عود که باید به بیمار و خانواده آموزش داده شود.....	۵۰
شرح وظایف کارشناس.....	۵۱
موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک.....	۵۱
موارد ارجاع فوری به روانپزشک.....	۵۱

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۵۱	موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی
۵۲	نحوه پیگیری و مراقبت پس از بازگشت بیمار از ارجاع
۵۴	اختلالات اضطرابی
۵۴	مقدمه
۵۴	اضطراب فراگیر
۵۴	اختلال پانیک
۵۴	هراس اجتماعی
۵۴	اختلال استرس پس از سانحه
۵۴	غربالگری و نحوه ارجاع
۵۵	درمان و پیگیری اختلالات اضطرابی
۵۴	هراس اجتماعی
۵۴	هراس اجتماعی
۵۴	هراس اجتماعی
۵۴	غربالگری و نحوه ارجاع
۵۴	درمان و پیگیری اختلالات اضطرابی
۵۶	شرح وظایف کارشناس
۵۶	نکاتی که باید به بیمار و خانواده‌ی وی آموزش داد
۵۷	اختلال وسواسی جبری
۵۷	مقدمه
۵۷	غربالگری و نحوه ارجاع
۵۷	درمان و پیگیری اختلالات وسواسی - جبری
۵۷	شرح وظایف کارشناس
۵۷	نکاتی که باید به بیمار و خانواده‌ی وی آموزش داد
۵۸	اختلالات سایکوتیک
۵۸	مقدمه
۵۸	علل و علائم
۵۸	موارد ارجاع و نحوه انجام آن
۵۹	کارهایی که نباید در برخورد با این بیماران انجام داد
۵۹	درمان، پیگیری و مراقبت بیماران
۵۹	شرح وظایف کارشناس

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۶۰	قطع درمان
۶۰	عوارض دارویی
۶۰	موارد ارجاع فوری
۶۱	موارد ارجاع غیرفوری
۶۱	آموزش خانواده‌ی بیمار مبتلا به پسیکوز
۶۲	اختلالات شبه‌جسمی
۶۲	مقدمه و تعریف
۶۲	علل و علائم
۶۳	پیگیری، مراقبت و آموزش بیماران
۶۳	شرح وظایف کارشناس
۶۴	صرع
۶۴	مقدمه
۶۵	تب و تشنج
۶۵	نحوه برخورد با تب و تشنج
۶۵	درمان صرع
۶۶	برخورد با عوارض دارویی
۶۶	شرح وظایف کارشناس
۶۶	نکاتی که کارشناس باید به بیمار و همراهان وی آموزش دهد
۶۸	ناتوانی ذهنی
۶۸	مقدمه
۶۸	علل
۶۸	موارد ارجاع و نحوه انجام آن
۶۸	پیگیری و مراقبت بیماران آموزش به بیماران و خانواده
۶۹	اختلال بیش‌فعالی و کم توجهی
۷۰	تعریف و علائم
۷۰	درمان
۷۰	شرح وظایف کارشناس
۷۱	اصول کلی مشاوره و آموزش
۷۲	اختلالات رفتارهای ایدایی
۷۲	تعاریف و علائم

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷۲	ارزیابی و درمان.....
۷۲	اصول کلی مشاوره و آموزش.....
۷۳	اوتیسم.....
۷۳	تعریف و مقدمه.....
۷۳	غربالگری و نحوه ارجاع.....
۷۴	درمان و پیگیری.....
۷۴	موارد ارجاع.....
۷۵	اختلالات یادگیری.....
۷۵	تعریف و علایم.....
۷۵	تشخیص و درمان.....
۷۵	اصول کلی مشاوره و آموزش.....
۷۶	اختلال تیک.....
۷۶	تعاریف و علایم.....
۷۶	درمان.....
۷۶	اصول کلی مشاوره و آموزش.....
۷۷	اختلالات دفعی.....
۷۷	تعاریف و علایم.....
۷۷	درمان.....
۷۷	اصول کلی مشاوره و آموزش.....
۷۸	لکنت زبان.....
۷۸	تعاریف و علایم.....
۷۸	درمان.....
۷۸	اصول کلی مشاوره و آموزش.....
۷۹	عادات خاص.....
۷۹	خودکشی.....
۷۹	مقدمه.....
۷۹	غربالگری.....
۸۰	اقداماتی که تا زمان ملاقات با پزشک باید انجام شود.....

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل هفتم: مداخلات غیردروبی

۸۱	مشاوره.....
۸۱	تعریف مشاوره.....
۸۱	اصول اساسی مشاوره.....
۸۳	فرایند مشاوره.....
۸۴	آموزش مهارت‌ها.....
۸۵	انواع مهارت‌ها.....
۸۵	مهارت‌های شناختی.....
۸۹	مهارت‌های اجتماعی.....
۹۵	مهارت‌های مقابله‌ای.....
۱۰۸	بررسی احتمال خودکشی و مقابله با آن.....
۱۰۸	خودکشی و پیش‌گیری از آن.....
۱۰۸	ارزیابی خطر اقدام به خودکشی.....
۱۰۹	مدیریت رفتار خودکشی.....
۱۱۰	بهبود پذیرش دارویی.....
۱۱۱	راهکارهای بهبود پذیرش دارو درمانی.....
۱۱۲	آخرین توصیه‌ها.....
۱۱۲	مشاوره خانواده برای بیماران مبتلا به سایکوز.....
۱۱۳	آموزش روانی خانواده بیمار.....
۱۱۶	فرزندپروری.....
۱۱۶	پدر و مادر بودن چه معنایی دارد؟.....
۱۱۸	اصول کلی تربیت فرزند.....
۱۱۸	ایجاد محیط تربیتی امن.....
۱۱۸	برقراری رابطه مثبت با کودکان.....
۱۱۸	برقراری ارتباط.....
۱۲۰	تأیید و تشویق رفتارهای مثبت.....
۱۲۱	نحوه دستور دادن به کودک.....
۱۲۱	روش‌های آموزش مهارت‌های جدید.....
۱۲۲	راهبردهای مدیریت رفتار نامطلوب.....
۱۲۲	بحث جهت دار.....

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱۲۴	نادیده گرفتن.....
۱۲۴	انتخاب پیامد.....
۱۲۵	روش استفاده از اتاق خلوت.....
۱۲۶	مدیریت رفتار در موقعیت‌های خاص.....
۱۲۶	مراقبت والدین از خودشان.....

فصل هشتم: آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره

۱۲۷	مقدمه- نقش آموزش به افراد در ارتقای توانمندی آنها.....
۱۲۷	آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره.....
۱۲۷	هدف مشاوره.....
۱۲۸	اعضای مشاوره.....
۱۲۸	موضوعات و انواع مشاوره.....
۱۳۰	مشاوره با خانواده.....
۱۳۰	مشاوره با کودکان.....
۱۳۱	اصول مشاوره.....
۱۳۱	الف: ارتباط.....
۱۳۱	ب: تشخیص نیازها.....
۱۳۱	ج: احساسات.....
۱۳۱	د: مشارکت.....
۱۳۲	ه: رازداری.....
۱۳۲	و: عدم توصیه مستقیم.....
۱۳۲	ز: سایر شرایط.....

فصل نهم: آموزش سلامت روان با گروه‌ها و ترغیب مشارکت مردمی

۱۳۳	مقدمه- مروری بر اهداف آموزش برای سلامت.....
۱۳۳	هدف برنامه‌ی آموزش سلامت روان به گروه‌ها.....
۱۳۵	آموزش سلامت روان در گروه‌های غیررسمی.....
۱۳۶	آموزش سلامت روان در گروه‌های رسمی.....
۱۳۶	مراحل اجرای برنامه‌ی آموزش سلامت روان به گروه‌ها.....
۱۳۸	مشارکت گروه‌ها و جامعه در زمینه سلامت روان.....
۱۳۹	مراحل اجرای یک برنامه‌ی مشارکت افراد.....

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
شورای روستا یا محل	۱۴۰
بازاریابی سلامت روان	۱۴۱
عوامل موثر بر بهره مندی از خدمات	۱۴۱
برخی از مولفه هایی که در این ارزیابی ها باید به دقت مد نظر قرار گیرد	۱۴۲
فصل دهم: مروری بر اهداف، راهبردها و فعالیت های کارشناسان سلامت روان و رفتار در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	
برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	۱۴۳
مقدمه	۱۴۳
اهداف برنامه های سلامت روان و اعتیاد	۱۴۴
گروه های هدف برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	۱۴۴
استراتژیهای برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	۱۴۵
فعالیت های مورد انتظار در مجتمع ها و مراکز سلامت	۱۴۵
سطح بندی خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	۱۴۵
ویزیت پایه در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	۱۴۶
ویزیت دوره ای در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	۱۴۶
خدمات مراقبت و پیگیری	۱۴۷
فلوچارت فرآیند ویزیت پایه و غربالگری جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت	۱۴۷
خدمات مورد انتظار در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد برحسب گروههای سنی و مادران	۱۴۸
خدمات مورد انتظار در حوزه پیشگیری از اعتیاد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه	۱۵۰
شرح تفصیلی خدمات تخصصی کارشناس سلامت روان و رفتار در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	۱۵۶
ابزار ارائه خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد و مراقبت گروههای سنی	۱۶۴
شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	۱۷۱
شرح وظایف پزشکان عمومی در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	۱۷۲
شرح وظایف روانپزشکان شاغل در مجتمع های سلامت در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	۱۷۳
شرح وظایف کارشناس سلامت روان و رفتار در مجتمع / مراکز سلامت جامعه	۱۷۴
دستورالعمل ارجاع هم سطح کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان	۱۷۷
ابزار کار روانشناس و کارشناس سلامت روان و رفتار در مجتمع / مراکز سلامت	۱۷۸
فلوچارت های ارائه خدمات در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد به تفکیک مراقب سلامت، پزشک خانواده، روانپزشک و کارشناس سلامت روان	۱۷۹

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

فصل یازدهم: مستند سازی فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار در حوزه سلامت

روانی اجتماعی و اعتیاد

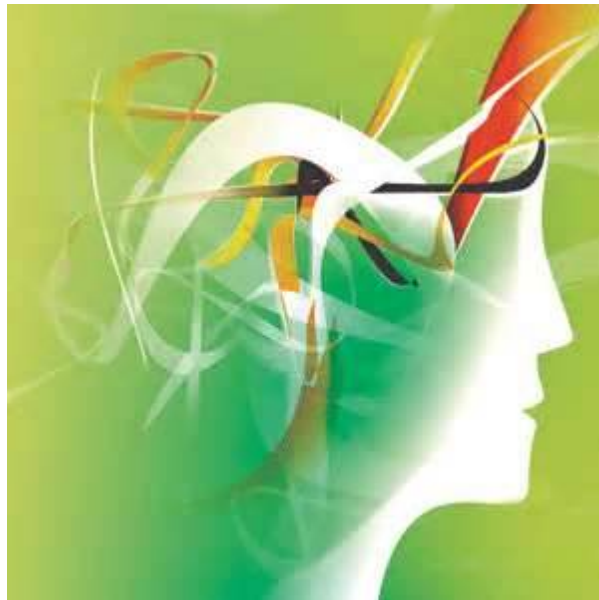
- مستند سازی فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد. ۱۹۷
- ثبت و گزارش فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد ۱۹۸
- دفتر پذیرش مراجعین و موارد ارجاعی و گزارش خدمات کارشناس سلامت روان و رفتار در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد ۲۰۱
- دفتر پیگیری و مراقبت افراد تحت پوشش خدمات سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد ۲۰۴
- دفتر شناسایی، ارجاع، پیگیری و مراقبت از وضعیت آسیب دیدگان اجتماعی و فوریت های روانپزشکی... ۲۰۵
- جمع آوری آمار ماهانه برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (روانی اجتماعی و اعتیاد) ۲۱۴
- فرم گزارش نتایج برنامه های آموزش و ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد ۲۱۸
- برنامه ریزی، مدیریت و گزارش جامع عملکرد کارشناس سلامت روان و رفتار در حوزه سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد ۲۲۱
- چک لیست های پایش و ارزشیابی در حوزه سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد..... ۲۲۴
- چک لیست پایش و ارزشیابی کارشناس مراقب سلامت و دستورالعمل تکمیل ۲۲۴
- چک لیست پایش و ارزشیابی پزشک خانواده و دستورالعمل تکمیل ۲۳۱
- چک لیست پایش و ارزشیابی کارشناس سلامت روان و رفتار و دستورالعمل تکمیل ۲۴۱

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

فصل اول



مفاهیم و اهمیت سلامت روان



اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

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

عناوین فصل

- ❖ مفهوم سلامت روان
- ❖ بار بیماریها در اختلالات حوزه سلامت روان
- ❖ عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان
- ❖ دسته بندی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان
- ❖ منابع

مفهوم سلامت روان

سازمان جهانی بهداشت در دیدگاه نوین خود سلامت را برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی معنی نموده است. در این میان سلامت روان واژه‌ای است که بیانگر توانایی شناختی و عاطفی یک فرد برای برخورداری از یک زندگی بارور است. سلامت روان بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت روان به حالتی از رفاه اطلاق می‌شود که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد و می‌تواند بر تنش‌های روانی معمول در زندگی فایز آمده و به صورتی کارآمد متمرکز باشد.



برنامه‌ی سلامت روان به مجموعه‌ای از فعالیت‌های متنوع و وسیع اطلاق می‌شود که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم موجب ارتقای رفاه روانی اجتماعی افراد می‌شود. رفاه روانی اجتماعی دو جزء از مهم‌ترین اجزای تعریف سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی هستند^۱. در این دیدگاه سلامت عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. این بیان تعریفی آرمانی و عملی دست نیافتنی است،

زیرا نمی‌توان فردی را پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد، ضمن این که در عمل هم نمی‌توان مرزی میان سلامت و بیماری در نظر گرفت. با این وجود این تعریف چشم‌اندازی را به دست می‌دهد که همه افراد باید به سمت آن گام بردارند. علاوه بر این سلامت به معنای برخورداری از ظرفیت و توانایی‌ها در اجتماع به منظور تطابق افراد با تغییرات محیطی و قابلیت مقابله با مشکلات ناشی از این تغییرات تعریف شده است. در سال‌های اخیر تعاریف و رویکردهای دیگری نیز برای سلامت ارائه شده که بر عوامل مؤثر بر ارتقای سلامت افراد در جامعه اشاره دارند. رویکردهای جدید در طراحی برنامه‌های سلامت نیز بر تعاریف ارائه شده جدید تکیه دارند. از جمله این رویکردها می‌توان به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اشاره کرد. براساس موارد فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت که سلامت روان چیزی فراتر از فقدان یا نبود بیماری روانی است. بعد مثبت سلامت روان که سازمان بهداشت جهانی نیز روی آن تکیه دارد. مفهوم سلامت روان شامل رفاه ذهنی، احساس خودتوانمندی، خودمختاری، کفایت، درک هم بستگی بین‌نسلی و توانایی تشخیص استعدادها بالقوه هوشی و عاطفی در خود است. به‌گونه‌ای دیگر می‌توان گفت: سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را باز می‌شناسد و

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

قادر است با استرس‌های 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 بیماری‌های روانی رنج می‌برند. 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 بوده‌اند، مهاجران و پناهندگان، کودکان و نوجوانان، زنانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند و در افراد مسن که مورد غفلت و بی‌توجهی واقع شده‌اند، بیش‌تر دیده می‌شود.

چند نمونه از تعریف‌های گوناگون ارائه شده برای سلامت:

فقدان بیماری

وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی

وضعیت پویایی مثبت

بار بیماری‌ها در اختلالات سلامت روان

در مطالعه بار بیماری‌ها، سلامت و بیماری جامعه با دو شاخص خلاصه اندازه‌گیری می‌شوند که به ترتیب عبارتند از، مجموع سال‌های عمر از دست رفته به علت مرگ زودرس و به علت ناتوانی ناشی از بیماری‌ها و صدمات. هدف نهایی از برآورد بار بیماری‌ها، فراهم آوردن عینی‌ترین شواهد مورد نیاز برای سیاست‌گذاری، طراحی و مدیریت برنامه‌های سلامت، اولویت‌بندی پژوهش‌های راهبردی در حوزه سلامت جمعیت، و توسعه و تخصیص منابع انسانی و مالی و گسترش ظرفیت‌های سازمانی در جهت طراحی، اجرا و ارزشیابی مداخله‌های هزینه - اثر بخش پیش‌گیری، درمانی و توانبخشی می‌باشد.

در سال ۲۰۰۶، حدود ۱۳ درصد از کل بار بیماری‌ها به علت اختلالات روانی ارزیابی شده و این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۱۶ درصد افزایش خواهد یافت. در کل جهان میزان شیوع اختلالات روانی در تمام طول عمر بیش از ۲۵ درصد و شیوع این اختلالات در هر مقطع زمانی حدود ۱۰ درصد در جمعیت بالغ تخمین زده می‌شود. ۱ امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا در هر برهه از زمان از افسردگی رنج می‌برند.

در سال ۲۰۰۴ بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت افسردگی یک قطبی سومین رتبه را در بار بیماری‌ها داشته است. ۲ در تحقیق دیگری ۶.۷٪ از افراد در ایالات متحده در عرض ۱۲ ماه گذشته یک دوره از اختلال افسردگی ماژور را تجربه کرده‌اند. ۳ اختلالات اضطرابی مشتمل بر اختلالات پانیک، اضطراب منتشر، اختلالات پس از تروما، انواع فوبیا و اضطراب ناشی از طلاق

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

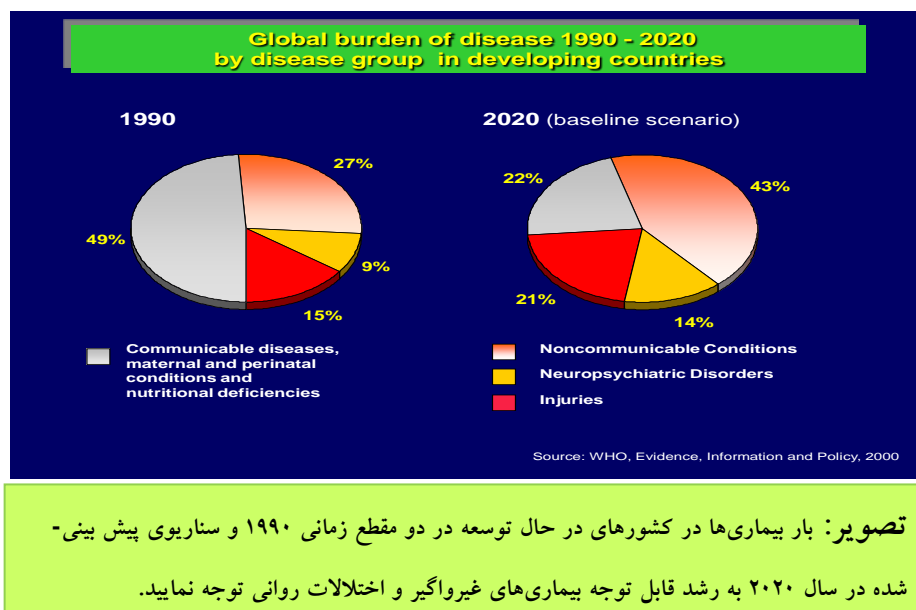
۲- World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2008.

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

شایع‌ترین انواع اختلالات روان در جمعیت عمومی هستند.^۱ علاوه بر این شواهد نشان از آن دارد که با توسعه جوامع بر اختلالات اضطرابی افزوده می‌شود. علاوه بر این پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ آمار اختلال آلزایمر به دلیل پدیده سالمندی دو برابر شود.^۲ این اختلال در حال حاضر ششمین عامل مرگ در ایالات متحده را شامل می‌شود. ۳ حدود ۲۵ میلیون نفر از مردم جهان از اسکیزوفرنیا، ۳۸ میلیون نفر از صرع و بیش از ۹۰ میلیون نفر از یک بیماری وابسته به مصرف الکل و یا سایر مواد رنج می‌برند. در ایالات متحده آمریکا، سالانه ۱۴۸ میلیون دلار صرف هزینه کلیه بیماری‌های روانی می‌شود.

در سال ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷ در انگلستان هزینه بیماری‌های روانی را ۳۲ میلیون پوند برآورده کرده بود که ۴۵ درصد آن به دلیل از دست دادن کارآیی و توانایی سازندگی بود. اسکیزوفرنیا و آلزایمر، از بیماری‌هایی چون آرتریت، آسم، کانسر و نارسایی احتقانی قلب، دیابت، فشارخون و سکنه مغزی، هزینه‌ی درمانی متوسط برای هر بیمار بیشتری دارد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا ۳۵ تا ۴۵ درصد غیبت از محل کار بدلیل مشکلات بهداشت روانی است. به‌طور متوسط تعداد روزهای از دست‌رفته‌ی کاری که به بیماری‌های روانی نسبت داده می‌شود ۶ روز در ماه در هر ۱۰۰ کارگر و تعداد روزهای کم‌کاری ۳۱ روز در ماه در ۱۰۰ کارگر است.

در ایالات متحده ۱/۸ تا ۳/۶ درصد از کارگران از افسردگی اساسی رنج می‌برند و شاغلان افسرده دو برابر بیش‌تر احتمال ناتوانی در کار نسبت به افراد بدون افسردگی دارند.^۴



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

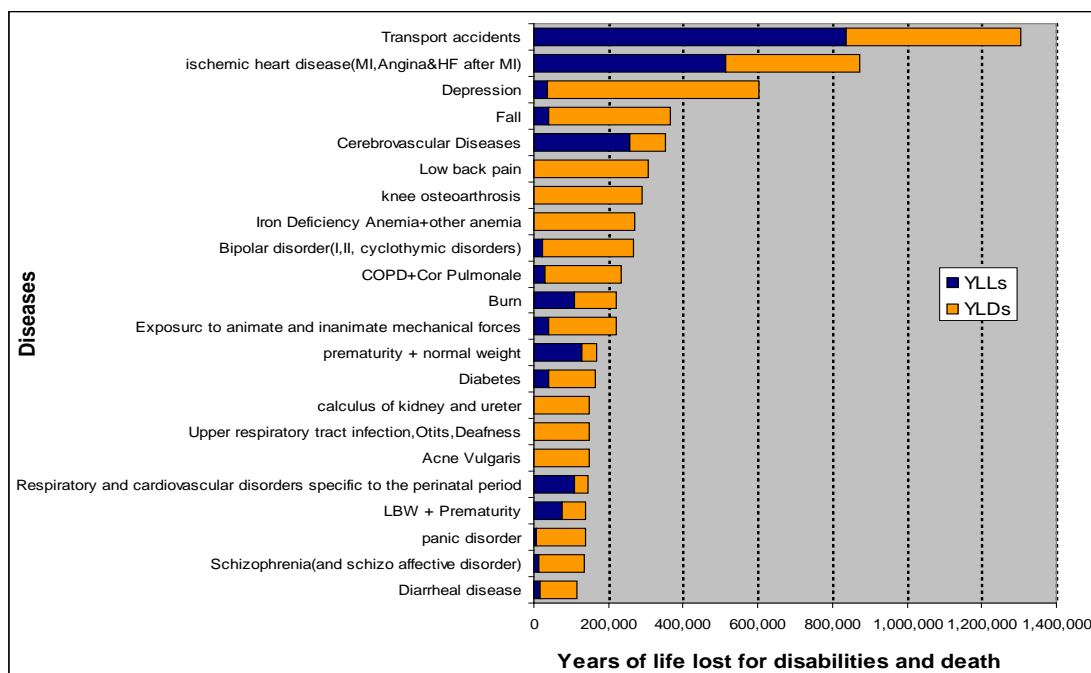
۲- Xu JQ, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. Deaths: final data for 2007. *National Vital Statistics Report* 2010;58(19).

۳- Hebert LE, Scherr PA, Bienas JL, Bennett DA, Evans DA. Alzheimer's disease in the U.S. population: prevalence estimates from the 2000 census. *Arch Neurol* 2003;60:1119-22.

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

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

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



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

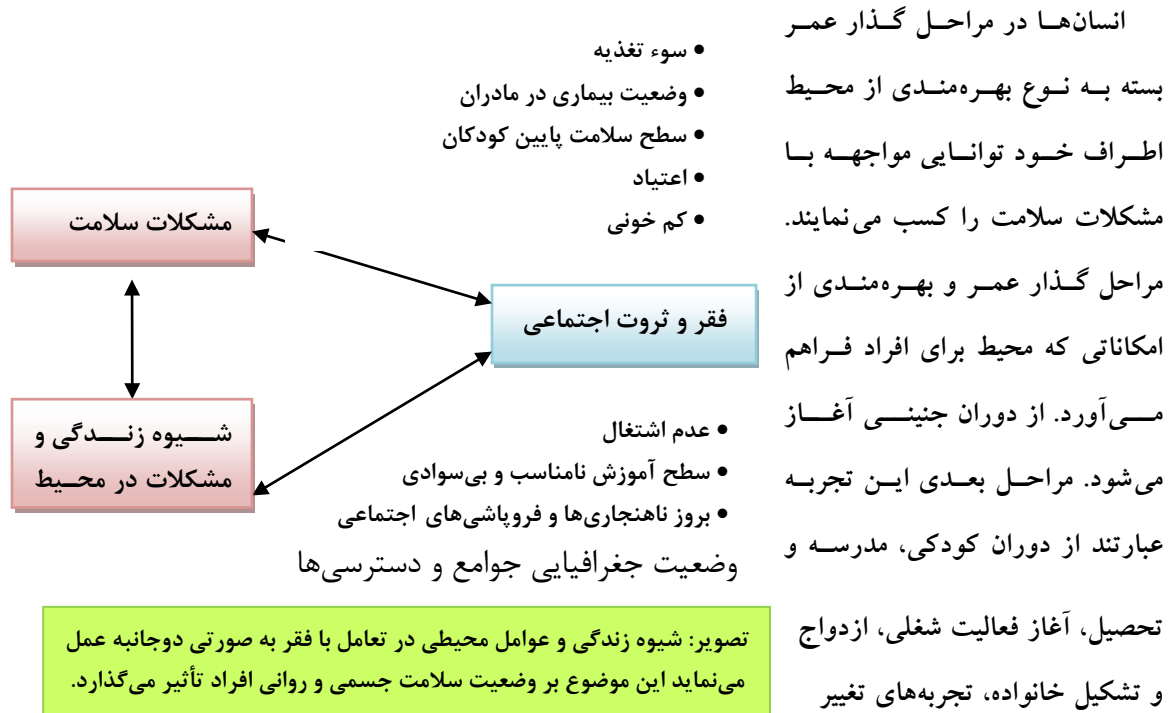
در ایران، شیوع تمام عمر اختلال‌های روانی در جمعیت بالای پانزده سال کشور بیش از ۲۰ درصد برآورد می‌شود که در این میان اختلالات خلقی و اضطرابی بیش‌ترین شیوع را دارند. ۲ شیوع این اختلالات در ایران در هر مقطع زمانی بیش از ۱۰ درصد تخمین زده شده است. مطالعات انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد که اختلالات روانی پس از حوادث به‌طور و بیماری‌های قلبی عروقی جایگاه سوم را به خود اختصاص می‌دهد. در زنان، افسردگی در صدر اختلالات در ایجاد بار کلی بیماری‌ها قرار دارد. در کودکان نیز شیوع اختلالات روانی در هر مقطع زمانی بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود. علاوه بر این، چه در کودکان و چه در بزرگسالان، مشکلات روانی اجتماعی (غیر از اختلالات روانی) مانند خشونت، بزهکاری و افت تحصیلی، شیوعی بیش از ۲۰ درصد دارد. اختلالات روانی با ایجاد هزینه‌های مستقیم (بار مالی اقدامات تشخیصی، درمانی، بازتوانی و پیش‌گیری) و هزینه‌های غیرمستقیم (کاهش توان فردی، کاهش نیروی مولد جامعه، بار خانوادگی) اثرات زیانباری بر جامعه می‌گذارند، به‌طوری که بیش‌ترین علت از کارافتادگی‌ها را در کشور ما تشکیل می‌دهند. از این رو کاهش بار اختلالات روانی از اهداف برنامه‌های توسعه قرار داشته و نیازمند به‌کارگیری جدی راهکارها و منابع مختلف در این راه است.

۱- Source: WHO, Evidence, Information and Policy, 2000

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

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان

سلامت اساساً تابعی است از مواجهه در طول زمان زندگی با عوامل فیزیکی و روانی که منجر به ایجاد تغییراتی در وضعیت افراد می‌شود.



شغل، بچه دار شدن و ... در این میان کسانی که بهره‌مندی نامطلوب از مواهب و رفاه اجتماعی داشته باشند در معرض آسیب‌های بالاتری قرار می‌گیرد. وقوع رخدادهایی نظیر عدم بهره‌مندی از آموزش، از دست دادن شغل و سرپناه، ایجاد تجربه‌های خطرناک نظیر اعتیاد و بزهکاری یا عدم برخورداری از حمایت‌های اجتماعی موجب وقوع مشکلات برای سلامت افراد می‌شود. اصولاً این عوامل را *مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت* می‌نامند. سلامت روان در واقع محصول کارکرد عوامل وسیع اجتماعی است که زیرساخت‌های جامعه بر مبنای آن استوار گردیده است. عواملی نظیر محیط اجتماعی و اقتصادی از طریق اثراتی که بر جسم و روان افراد خواهند داشت همانند ریشه‌هایی در سلامت افراد جامعه مؤثرند. شرایط زندگی، امکانات، تسهیلات آموزشی، نحوه ارتباطات، آگاهی‌ها، وضعیت اشتغال، درآمد، امنیت و سایر موارد همگی به طریقی بر سلامت فرد و بر بروز و شیوع بیماری‌ها تأثیر می‌گذارند. در کل هر قدر طبقه اجتماعی پایین‌تر باشد امید به زندگی کمتر و وقوع بیماری‌ها بیشتر خواهد بود. اساساً سلامت تابعی است از مواجهه در طول زمان زندگی با عوامل فیزیکی و روانی که منجر به ایجاد تغییراتی در وضعیت افراد می‌شود.

دسته‌بندی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان

عوامل گوناگونی را به عنوان مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت جسمی و روانی می‌توان نام برد. این مؤلفه‌ها را می‌توان به صورت زیر طبقه‌بندی کرد:

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

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

منابع

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

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

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

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

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

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

Hebert LE, Scherr PA, Bienas JL, Bennett DA, Evans DA. Alzheimer's disease in the U.S. population: prevalence estimates from the 2000 census. Arch Neurol 2003;60:1119-22.

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

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

WHO, Evidence, Information and Policy, 2000

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

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

Park j.E: preventive and Social Medicine, Nineteenth Banarsidas Bhanot, India, 2005

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

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

بیگل هول، بویتا: مبانی اپیدمیولوژی، ترجمه دکتر محسن جانقربانی و دکتر مطهر بیانپور، انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان، سال ۱۳۷۱

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

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

فصل دوم



راهکارهای ارتقای سلامت روان



اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

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

عناوین فصل

- ❖ ضرورت، مفهوم و اهداف برنامه‌ریزی راهکاری برای اختلالات سلامت روان
- ❖ عوامل چندگانه مؤثر بر بیماری‌ها و راهکارهای کنترلی آنها
- ❖ راهکارهای بهبود خدمات سلامت روان افراد و جامعه
- ❖ اجرای راهکارها بر اساس سطوح پیش‌گیری در برنامه‌های سلامت روان
- ❖ مروری کوتاه بر مفاهیم پیش‌گیری و کاربرد آن در سلامت روان
- ❖ پیش‌گیری مقدماتی (ابتدایی)
- ❖ پیش‌گیری اولیه
- ❖ پیش‌گیری سطح دوم
- ❖ پیش‌گیری سطح سوم
- ❖ دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به لحاظ سطح پیش‌گیری
- ❖ برنامه‌های پیش‌گیری سطح اول
- ❖ برنامه‌های پیش‌گیری سطح دوم
- ❖ برنامه‌های پیش‌گیری سطح سوم
- ❖ منابع

ضرورت، مفهوم و اهداف برنامه‌ریزی راهکاری برای اختلالات سلامت روان

مطالعه انجام‌شده به این نکته اشاره دارد که بار جهانی بیماری‌ها سمت و سوی تازه یافته و از تمرکز بیماری‌ها در گروه بیماری‌های عفونی و واگیردار کاسته شده و بیماری‌های غیرواگیردار با مرگ و میر کمتر اما عوارض بیش‌تر جایگزین آن‌ها می‌شوند. از آنجا که طبق این تحقیق ۵ بیماری افسردگی، الکلیسم، اختلال خلقی دو قطبی، اسکیزوفرنیا و اختلالات وسواس در بین ده بیماری اول مسئول بروز ناتوانی در سطح جهانی جای دارند، لذا ضرورت انجام اقدامات اساسی در راستای پیش‌گیری، درمان اختلالات روانی و ارتقای سطح سلامت روان افراد در جهان بیش از پیش نمایان می‌گردد. برنامه‌ریزی راهکاری فرآیندی است که اعضای هدایت‌گر سازمان در آن چشم-اندازهای آینده سازمان و فرآیندها و اعمال مورد نیاز برای تحقق آن چشم‌انداز را طراحی می‌کنند. ویژگی‌های برنامه‌ی راهکاری این است که باید این برنامه‌ی دراز مدت، با تأثیرات عمیق و مبتنی بر تحقق نتیجه بوده و موجب افزودن قابلیت‌های سازمان و تطابق آن با نیازها و شرایط محیطی شود. بر این اساس و به استناد مطالعات انجام‌یافته در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌توان اهداف کلی و اختصاصی برنامه‌ریزی راهکاری برای ارتقای سلامت روان را به شرح ذیل ترسیم کرد:

هدف کلی

تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت روان آحاد جامعه

اهداف اختصاصی

۱. جایگاه مناسب سلامت روان در مجموعه سیاست‌ها و قوانین کلان و بهداشتی کشور
۲. ظرفیت‌سازی علمی برای تأمین نیازهای کلان سلامت روان کشور
۳. بهبود کمی و کیفی خدمات سلامت روان (درمان و بازتوانی اختلال‌های روانی)
۴. بهبود سلامت روان جامعه

اگرچه از اهداف اختصاصی فوق دو هدف نخست وظیفه سیاست‌گذاران نظام سلامت است، اما در دو هدف باقیمانده واحدهای ارائه خدمات نقشی اساسی ایفا خواهند نمود. برای آشنایی با این نقش لازم است عوامل چندگانه مؤثر بر بیماری‌های روانی و راهکارهای کنترلی آن‌ها را مرور نماییم.

عوامل چندگانه مؤثر بر بیماری‌های روانی و راهکارهای کنترلی آن‌ها

اساساً اختلالات سلامت روان را باید به‌عنوان پیامد حاصل از یک شبکه علیتی با اثرات چندمحوری و پیچیده عوامل درون شبکه دانست. بر این اساس در انتخاب راهکارهای مقابله با مشکلات سلامت روان باید نقش تمامی این عوامل و تأثیرات آن‌ها بر یکدیگر را در نظر گرفت. سطح عوامل تأثیرگذار بر سلامت را می‌توان در یکی از

پله‌های زیر مورد تحلیل قرار داد:

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



روان است.

سطح فردی (Individual - level): این سطح شامل عوامل مرتبط با

اشخاص نظیر رفتار، تجربه‌های محیطی و روانی است.

سطح خرد (Micro-level): این سطح شامل سازمان فیزیولوژیک و

ژنتیک بدن است.

در عمل اغلب مداخلات مورد نیاز دارای حد و مرزهای شناخته شده و منفکی

نبوده و در بسیاری موارد اقدام در یک محور تأثیرگذار بر سایر محورها و یا نیازمند تکمیل آن در دیگر محورهاست.

راهکارهای بهبود خدمات سلامت روان افراد و جامعه

ارتقای سلامت روان وابسته به همکاری‌های وسیع بخش‌های مختلف جامعه است. در دیدگاه سازمان جهانی بهداشت

راهکارهای اختصاصی برای ارتقای سلامت روان عبارتند از:

۱. انجام مداخلات سلامت روان در سنین کودکی
۲. سرمایه‌گذاری بر رشد روانی کودکان و نوجوانان
۳. توانمندسازی زنان
۴. ایجاد شبکه‌های اجتماعی برای حمایت از سالمندان
۵. برنامه‌ریزی برای حمایت از گروه‌های در معرض خطر شامل اقلیت‌های قومی، مهاجرین، آسیب دیدگان ناشی از بلایا و بحران‌ها و سایر گروه‌ها
۶. انجام مداخلات سلامت روان در مدارس
۷. انجام مداخلات سلامت روان در محل‌های کار
۸. اجرای سیاست‌های پیش‌گیری از خشونت

در این میان آموزش جامعه یکی از اثربخش‌ترین راهکارها برای ارتقای سلامت روان است. در سال ۱۹۶۳ یکی

نخستین فعالیت‌های آموزشی سلامت روان با پروژه بهداشت روانی نورث هامپتون معرفی شد. اهداف این پروژه

عبارت بودند از:

۱. آگاهی عمومی از اختلالات روانی به عنوان یک مشکل
۲. گسترش دانش و آگاهی در زمینه سبب‌شناسی اختلالات روانی
۳. نشان دادن پیشرفت‌ها در زمینه درمان و مراقبت از بیماران روانی

۴. ارایه اطلاعات در مورد این که مراقبت جامعه‌نگر چیست و چگونه افراد غیرمتخصص می‌توانند در این زمینه همکاری داشته باشند و بیان اهمیت این همکاری.

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

در ایران در تحقیقی که توسط شادم‌نش و همکاران در زمینه بررسی فرهنگ بهداشتی مردم شهرنشین استان کردستان در سال ۱۳۷۷ انجام شد نشان داده شد که ۶۱٪ آگاهی ضعیفی از مفهوم بهداشت داشتند. ۳۵٪ از مردم معتقد بودند که طب سنتی تأثیر زیادی در درمان بیماری‌های حاد و ۱۲٪ از مردم به دعا نویسی جهت بهبود بیماری اعتقاد داشتند. در خصوص چگونگی بهبود یک بیماری روانی بین نظرات مردم در شهرهای مختلف استان تفاوت وجود داشت.

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

از آنجا که برنامه‌ریزی و اجرای مناسب هر برنامه‌ی بهداشتی مستلزم تشخیص عناصر و مؤلفه‌های اصلی است، با بررسی متون و اقدامات انجام شده به این نتیجه دست یافته‌ایم که آموزش مهارت‌های زندگی نتایج پرباری را با خود به همراه داشته است. برنامه‌ی آموزشی مهارت‌های زندگی بر طبق تحقیقات گسترده قبلی در پیش‌گیری از سوءمصرف مواد (بوتوین و همکاران، ۱۹۸۰ و ۱۹۸۴، پنتز ۱۹۸۶)، پیش‌گیری از بی‌بندوباری جنسی (اولوپس، ۱۹۹۰)، بارداری در نوجوانان (زابین و همکاران، ۱۹۸۶ و شینگ، ۱۹۹۴)، ارتقای هوش (گونزالس، ۱۹۹۰)، پیش‌گیری از ایدز (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴)، آموزش صلح (پراتزمن و همکاران) و ارتقای اعتماد به نفس (تاکید، ۱۹۹۰) مفید و مؤثر بوده است.

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

اجرای راهکارها بر اساس سطوح پیش‌گیری در برنامه‌های سلامت روان

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

مروری کوتاه بر مفاهیم پیش‌گیری و کاربرد آن در سلامت روان

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

۱. پیش‌گیری نخستین، ابتدایی یا ریشه‌ای (primordial)

۲. پیش‌گیری اولیه یا سطح اول (primary)

۳. پیش‌گیری ثانویه یا سطح دوم (secondary)

۴. پیش‌گیری ثالثیه یا سطح سوم (tertiary)

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

پیش‌گیری مقدماتی (ابتدایی)

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

پیش‌گیری اولیه

اصطلاح پیش‌گیری اولیه (primary prevention) به حالتی اطلاق می‌شود که در آن تلاش می‌شود از طریق تأثیرات بر اشخاص و اجتماع مانند حفظ وضعیت بهداشتی محل زیست افراد و ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عفونی

سبب حفظ و ارتقای تندرستی آن‌ها گردید. مقصود از پیش‌گیری سطح اول پیش‌گیری از بیماری با کنترل علل و عوامل خطرزا است. پیش‌گیری سطح اول عمدتاً شامل مداخله در مرحله پیش از وقوع بیماری‌ها یا مسایل بهداشتی یا انحراف‌های سلامتی است. پیش‌گیری اولیه را می‌توان با تدابیر طرح‌شده برای ارتقای بهداشت عمومی، بهزیستی و کیفیت زندگی افراد شامل ایجاد شرایط بهداشتی در منزل، محیط کار و مدرسه، تغذیه خوب، لباس کافی، پناهگاه، استراحت و تفریح و آموزش بهداشت در مسایلی از قبیل آموزش جنسی، راهنمایی والدین در تربیت کودکان و ... انجام داد. این اقدامات در مبحث انواع مداخله شرح داده می‌شود.

پیش‌گیری سطح دوم

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

پیش‌گیری سطح سوم

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

دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به لحاظ سطح پیش‌گیری

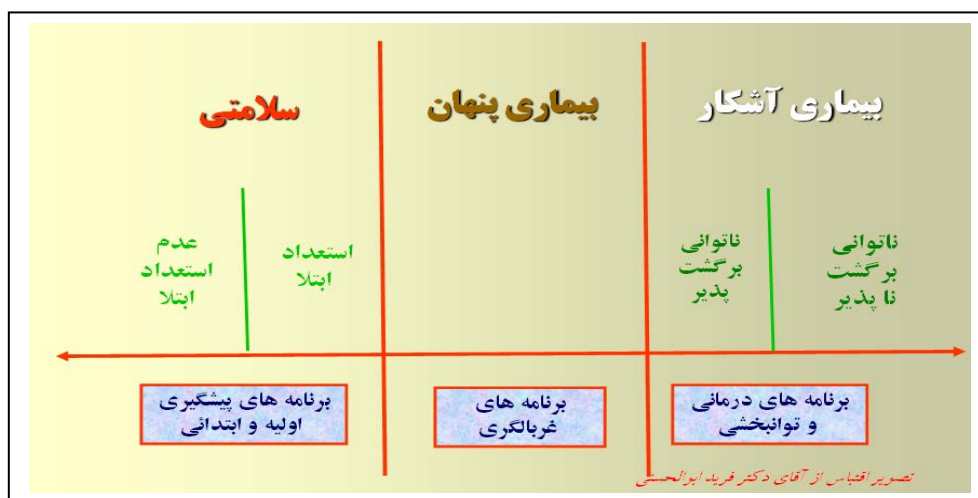
۱- برنامه‌های پیش‌گیری سطح اول

انواعی از برنامه‌ها هستند که هدف آن‌ها حفظ سلامت از طریق تغییر در اشخاص یا محیط آن‌ها است، مانند حفظ وضعیت تغذیه‌ی خوب، آموزش برای ترک سیگار، ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عفونی، بی‌خطر کردن محیط

زیست و کار افراد و ... از این دسته از برنامه‌ها در حیطه سلامت روان می‌توان از برنامه‌های آموزش برای فرزندپروری، آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش سلامت روان در محیط‌های آموزشی و شغلی مانند مهد کودک‌ها، مدارس و کارخانجات و کارگاه‌ها و ... نام برد. مداخله‌های مورد پیش‌بینی در این برنامه در زمانی عمل می‌کنند که یا سیر بیماری شروع نشده (**preordial prevention**) یا این که هنوز به صورت بالینی ظاهر نشده است ولی شالوده‌ی آن با حضور عواملی که به نفع وقوع آن است ریخته شده است (**primary prevention**). خدمت (مداخله‌ی) مورد پیش‌بینی در این نوع از برنامه‌ها سبب کاهش موارد بروز می‌شود.

۲- برنامه‌های پیش‌گیری سطح دوم

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



تصویر؛ طیف تندرستی و برنامه های سلامت

۳- برنامه‌های پیش‌گیری سطح سوم

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

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

منابع

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

Strengthening Performance Monitoring and Evaluation of Reproductive Health and Family Planning Programs In Islamic Republic of Iran MOHME ESCAP UNFPA September 1999 By Dr. F. Abolhassani et al

Park J.E: Preventive and Social Medicine, Nineteenth Banarsidas Bhanot, India, 2005

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

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

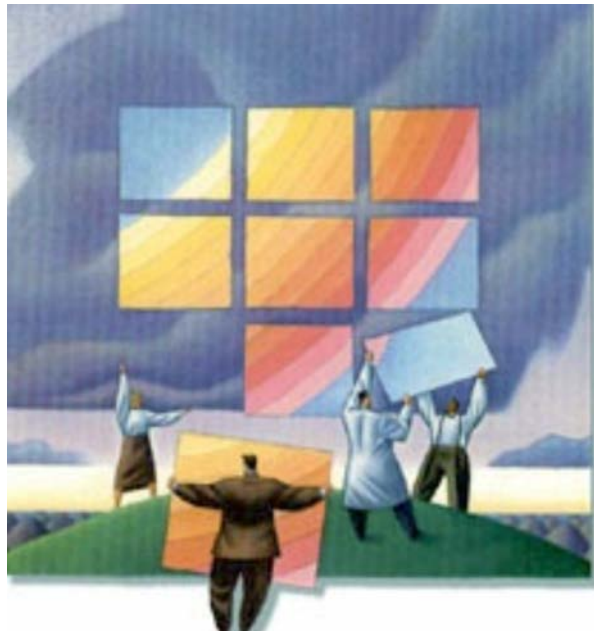
بیگل هول، یونیتا: مبانی اپیدمیولوژی، ترجمه دکتر محسن جانفربانی و دکتر مطهر پیانپور، انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان، سال ۱۳۷۱

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

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

فصل سوم

آشنایی با چارچوب برنامه‌های سلامت روان



اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

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

عناوین فصل

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

مفهوم برنامه‌ی سلامت روان

برنامه عبارت است از فرایندی دارای مراحل مشخص و به هم پیوسته برای تولید یک خروجی منسجم در قالب نظامی هماهنگ از تصمیمات. منظور از برنامه‌ی سلامت روان، فعالیت‌های به هم پیوسته‌ای است که به منظور مقابله با یک یا چند مشکل از مشکلات سلامت روان طراحی و در سطوح مختلف شبکه سلامت ادغام و اجرا می‌شوند. پیش از آن که مفهوم اخیر و جزئیات آن را بیش‌تر مرور نماییم، در فصول قبل با مفاهیمی چند که مرتبط با برنامه‌ی سلامت آشنا شدیم. نخستین این مفاهیم تعریف سلامت و بیماری بود و دوم عوامل مؤثر بر وقوع و سیر بیماری‌ها. با فهم سیر طبیعی مشکلات سلامت می‌توان برخوردهای مختلف در زمینه‌ی پیش‌گیری و کنترل بیماری‌ها در سلامت روان را بهتر درک کرد. مطالب این فصل بر اساس تفهیم این مقدمات سازمان یافته است و در اینجا پس از آن بر محور آشنایی با چارچوب و ساختار برنامه‌های سلامت روان تلاش نموده‌ایم شما را با الگوهای برنامه‌های سلامت روان آشنا نماییم. با درک این الگوها انتظار می‌رود به توان ادراکی و استفهام مناسب‌تری برای فهم و به‌کارگیری برنامه‌های سلامت روان دست یابید.

هدف برنامه‌های سلامت روان

برنامه‌های سلامت روان در جست‌وجوی راهی برای ارتقای سلامت روانی و اجتماعی و کیفیت زندگی گروه‌های هدف در محیط کار و زندگی افرادند. به‌طور کلی اهداف برنامه‌ی سلامت روان در نظام سلامت عبارتند از: پیش‌گیری، شناسایی زود هنگام اختلالات، کنترل بیماری و پیگیری مناسب و مستمر و در نهایت تغییر و اصلاح نگرش افراد جامعه نسبت به بیماری‌های روانی - عصبی.

فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت

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

۱. شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات روانی و رفتاری کودکان شامل: اختلالات یادگیری، اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلالات تیک، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات فراگیر رشد، اضطراب جدایی، اختلالات تغذیه‌ای و دفعی، اختلالات دلبستگی، ناخن جویدن و شست مکیدن، لکنت زبان، اختلال نافرمانی و مقابله‌جویی، صرع.
۲. ارزیابی تکامل کودکان و مشاوره به والدین
۳. ارزیابی روانی/رفتاری در مدرسه، مشکلات تحصیلی و مسایل روانشناختی دوران بلوغ
۴. شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات روانی بزرگسالان شامل: افسردگی، اختلال دوقطبی، اختلالات سایکوتیک حاد، اختلالات سایکوتیک مزمن، اختلالات اضطرابی و سایر اختلالات مهم

برنامه‌ی سلامت روان و اجزای موجود در آن



همان طور که قبلاً گفته شد، منظور از برنامه‌ی سلامت، فعالیت‌های به هم پیوسته‌ای است که به منظور مقابله با یک یا چند مشکل سلامت طراحی و در ساختار شبکه سلامت ادغام می‌شوند، مانند برنامه‌های ایمن‌سازی، پیش‌رشد، سلامت روان و ... برای هر کدام از برنامه‌ها می‌توان مأموریت اصلی، گروه هدف و فرایندهای مشخص پیش‌بینی کرد. فرایندهای انتخاب‌شده برای هر برنامه به گونه‌ای است که برنامه را به صورت

کارآمدی به سوی تحقق هدف اصلی آن پیش برد. هر فرایند به مجموعه‌ای از فعالیت‌های به هم پیوسته اطلاق می‌شود که منجر به تحقق اهداف مرحله‌ای می‌شود. لذا برای مراحل اجرایی هر برنامه می‌توان چند فرایند تعریف کرد. فعالیت‌های اجرایی طی دستورعمل‌ها به نیروی انسانی شاغل در بخش‌های مختلف ابلاغ می‌شوند. این دستورعمل‌ها استانداردهای فعالیت‌های اجرایی را تبیین می‌کنند و اجرای صحیح آن‌ها باید منجر به تحقق اهداف برنامه شود. به افرادی که به خدمات موجود در یک برنامه نیاز دارند و باید آن خدمات را دریافت کنند گروه هدف آن برنامه اطلاق می‌شود.



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

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



۱- شناسایی گروه هدف

۲- برقراری ارتباط با گروه هدف

۳- مداخله سلامت در مورد گروه هدف

۴- مراقبت از گیرندگان خدمات سلامت روان

موارد اشاره شده در فوق در سایر فصول به تفصیل شرح داده شده است.

در اینجا لازم است به مفهوم ادغام در برنامه های سلامت اشاره کنیم. نکته مورد نیاز برای توضیح در این مرحله این است که

اصولاً برنامه های سلامت در مرحله طراحی فرایندهای خدمت و پشتیبان به گونه ای طراحی می شوند تا به استفاده بیشینه از منابع در دسترس اقدام به ارایه حداکثر خدمات نمایند. این موضوع را در اصطلاح "ادغام" می گویند. تحقق موضوع اخیر به طور منطقی تابع رعایت دو اصل کلیدی است. نخست آن که در هنگام مراجعه یا ملاقات با یک فرد از یک گروه هدف تمامی خدمات مورد نیاز به او ارایه گردد. این موضوع را "ادغام در سطح گیرنده خدمت" می گویند. به عنوان مثال هنگامی که کودک زیر ۶ سال به واحد ارایه خدمت مراجعه می کند، ارایه دهنده خدمت می تواند به او خدمات ایمن سازی، پایش رشد، سلامت روان و سایر بررسی های سلامت را ارایه نماید. تحقق این امر در گروهی آن است که برنامه های سلامت در هنگام طراحی استانداردهای ارایه خدمت دارای یک ماتریکس مشتمل بر خدمات و زمان بهره مندی از آنها را داشته باشند. در این شرایط گروه هدف می تواند در زمان های مشخصی خدمات تعریف شده خاصی را دریافت نماید. به مجموعه خدماتی که در هنگام مراجعه یک فرد از گروه هدف در قالب برنامه ای سلامت به وی ارایه می شود "بسته ای خدمت" گفته می شود. خدمات موجود در یک بسته خدمت هر کدام موجب تحقق اهداف سلامت جداگانه ای می شوند. اصل دوم برای استفاده بیشینه از منابع بهره برداری اشتراکی برنامه های سلامت از منابع انسانی و غیر انسانی در دسترس است. این موضوع که از آن می توان با تعبیر ادغام در سطح منابع یاد کرد، به مفهوم آن است که ظرفیت منابع ساختاری برنامه های سلامت باید به گونه ای تنظیم شوند که این منابع قابلیت های بهره برداری برای برنامه های سلامت مختلف را در یک زمان داشته باشند.

برنامه های سلامت روان نیز مانند تمامی برنامه های سلامت دیگر باید الگوی روشنی برای بازاریابی داشته باشند. بحث در مورد مفهوم اخیر در این مجمل نمی گنجد، با این وجود در اینجا ذکر این نکته ضروری است که برنامه های سلامت باید با شیوه هایی کارآ تقاضای مردم را تنظیم نموده و آنها را به سمت نیازهای دارای اولویت سوق دهند.

این موضوع تا حد زیادی تابع نحوه عرضه خدمات سلامت در جامعه است. با این تنظیم می توان به رویکردی کارا، پاسخگو و عدالت محور در برنامه های سلامت دست یافت. واضح است چنانچه برنامه ای سلامت در این مرحله از

الگوهایی اثربخش برخوردار نباشد پوشش مورد نیاز برای تحقق اهداف خود را به دست نخواهد آورد. بخش مهمی از فرایندهای بازاریابی تحت عنوان آموزش بهداشت قابلیت اجرا دارد که دارای الگوهای روشن و شناخته شده علمی است. بخشی از مطالب مرتبط با این موضوع در فصل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در سایر فصول این کتاب تحت عناوین بازاریابی خدمات سلامت و عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات آمده است.

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

فصل چهارم

شناسایی گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان



اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

- ۱- تعریف گروه هدف
- ۲- گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان
- ۳- طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای ارائه خدمات سلامت روان
- ۴- شناسایی گروه‌های هدف در برنامه سلامت

عناوین فصل

- ❖ ویژگی‌هایی که بر اساس آن، گروه هدف در برنامه سلامت روان شناسایی می‌شوند را بیان کنید.
- ❖ روش اجرایی شناسایی و ثبت اطلاعات واجدین شرایط برای ورود به برنامه سلامت روان را توضیح دهید.
- ❖ منابع

تعریف گروه هدف



فعالیت های نخستین سطح ارایه ی خدمات مشتمل بر بهورزان یا کاردانا ن به منظور شناسایی بیماران مبتلا به بیماری روانی و مبتلایان به اختلالات رفتاری را شناسایی گروه هدف می گویند به افرادی که به خدمات موجود در یک برنامه نیاز دارند و باید آن خدمات را دریافت کنند گروه هدف آن برنامه اطلاق می شود. سیاستگذاران بخش سلامت در اولویت بندی برنامه های بهداشتی همواره سعی می کنند برنامه هایی را انتخاب نمایند که از شدیدترین و فراوانترین مشکلات سلامت در جامعه پیش گیری

می کند. بدین لحاظ این برنامه ها همواره مشکلات خاص و گروه هایی ویژه از افراد جامعه را هدف قرار می دهند. شناسایی گروه هدف، نخستین بخش از فعالیت ها در زمینه برنامه ی سلامت روان است. پس از شناسایی افراد واجد شرایط باید تلاش کنیم تا آن ها را به برنامه وارد کرده و تحت خدمات قرار دهیم. اقدام مناسب در دو زمینه ذکر شده سبب ایجاد پوشش تعداد بیش تری از افراد واجد شرایط در برنامه می شود.

گروه های هدف در برنامه ی سلامت روان

سازمان جهانی بهداشت در دیدگاه نوین خود سلامت را برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی معنی نموده است. در این میان سلامت روان واژه ای است که بیانگر توانایی شناختی و عاطفی یک فرد برای برخورداری از یک زندگی بارور است. سلامت روان بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت روان به حالتی از رفاه اطلاق می شود که در آن فرد توانایی های خود را می شناسد و می تواند بر تنش های روانی معمول در زندگی فایز آمده و به صورتی کارآمد متمر ثمر باشد. واضح است این تعریف بیش از هر چیز بر توان شناختی و عاطفی افراد تمرکز دارد و اساساً پیامد کاهش سطح سلامت روان را کاهش کارایی در برخورداری از یک زندگی پربار دانسته است. در چنین شرایطی می توان گفت که هر فرد از افراد جامعه در درجه ای از سلامت روان قرار دارد. بر این اساس گروه های هدف سلامت روان شامل تمامی سنین، هر دو جنس و همه افراد با هر وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و از هر قومیت و اعتقادی خواهند بود؛ هیچ فرد از افراد جامعه را نمی توان پیدا کرد که نیازمند حمایت های اجتماعی برای برخورداری از حداکثر سلامت روان نبوده و هیچ فردی را نمی توان یافت که فاقد نیاز برای رشد و تعالی برای رسیدن به درجات بالاتری از این موضوع نباشد. در اینجا ذکر این نکته حایز اهمیت است که اگر چه در برخی تعاریف یک فرد با سلامت روان را شخصی دانسته اند که فاقد هر گونه اختلال یا بیماری روانی باشد، اما در بسیاری از تعاریف دست یابی به ارزش های اخلاقی و اجتماعی را برای افراد فاقد اختلال به عنوان یکی از اهداف

سلامت روان پیش‌بینی نموده‌اند. در این زمینه گفته می‌شود حتی در شرایطی که فرد فاقد هر گونه اختلال یا بیماری روانی باشد، باز هم می‌توان در جاتی از رشد روانی را برای وی تصور کرد که در آن عواطف فرد از ظرفیت‌های کامل‌تری برای برخورداری از زندگی پربار بهره‌مند بوده و قادر است بر چالش‌هایی هر چند عمیق که در زندگی‌اش پیش می‌آید غلبه نماید. این دیدگاه موضوعاتی نظیر ارزشمندی، قدرت کنترل، هوشمندی‌های عاطفی، قدرت فردی، قابلیت حل مساله، خلاقیت، طبیعت شاد و رضایت‌مندی فردی را مورد توجه قرار می‌دهند.



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

فرزندپروری و آموزش روش‌های غلبه بر استرس می‌توانند اقداماتی از این دست باشند. با این وجود همواره می‌توان در جامعه افرادی را پیدا کرد که به درجات مختلفی از اختلالات روانی متفاوتی رنج می‌برند. گروه‌های اخیر واجد شرایط دریافت خدمات درمانی و توانبخشی هستند. بحث در مورد نحوه خدمت‌رسانی و مداخلات لازم برای این گروه‌ها در فصول مربوطه آمده است. در اینجا ذکر این نکته ضرورت دارد که کار شناسایی و ثبت اطلاعات مربوط به گروه اخیر از طریق فرم‌های غربالگری و دستورعمل‌های مشخصی صورت می‌پذیرد که برای کارکنان سلامت ضوابط آن تبیین و ابلاغ می‌شود.

طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای ارائه خدمات سلامت روان

حال که دریافتیم سلامت روان موضوعی برای تمامی افراد جامعه با هر ویژگی است باید به نکته‌ای دیگر در زمینه ارائه خدمات توجه نماییم. این موضوع طبقه‌بندی افراد با نیازهای مشابه برای دریافت خدمات معین است. در اغلب موارد درک نیاز به خدمات از طریق مشاوره با افراد صورت می‌پذیرد. با این وجود همواره افرادی خاص از جامعه که تحت شرایط ویژه‌ای زندگی می‌کنند در معرض مخاطرات سلامت روان خاص بوده و به خدمات تقریباً یکسانی نیاز دارند. رویکردهای مختلفی برای طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای سلامت روان می‌توان پیدا کرد، اما آنچه که در این کتاب مورد تاکید قرار می‌گیرد انتخاب گروه‌های هدف بر دو مبناست. مبنای نخست طبقه‌بندی گروه‌های هدف بر اساس اختلالات شایع سلامت روان است. این رویکرد در محتوای اصلی فصل شش را دربرگرفته



و شامل طبقه بندی افراد در گروه هایی نظیر مبتلایان به افسردگی و اضطراب، اختلالات دوقطبی، انواع اختلالات روانی و ... است. مبنای دوم انتخاب گروه های هدف بر اساس گروه های سنی است. در این رویکرد گروه های سنی واجد قرار گرفتن در دسته های افراد در معرض مخاطرات و بیماری های روانی خاص تلقی می شوند. این رویکرد برای ارزیابی بسته ای از خدمات ادغام یافته مختلف به یک حیطه سنی همواره مورد نظر ارائه دهندگان خدمات است. به عنوان مثال

می توان تصور کرد که اختلالاتی نظیر بیش فعالی و کمبود تمرکز و شب ادراری در گروه سنی کودکان از بروز بالاتری برخوردار است و در هنگام ارزیابی سلامت روان می توان علایم و نشانه های وقوع این موارد در گیرنده ی خدمت را مورد بررسی قرار داد. رایج ترین نوع این طبقه بندی که در نظام سلامت کشور در اغلب موارد مورد عمل قرار گرفته است، طبقه بندی گروه های هدف بر اساس گروه های سنی است. این طبقه بندی از آنجا دارای کارایی بالایی است که اصولاً گروه های سنی نیازهای پایه یکسانی به مراقبت های اساسی سلامت دارند. با این وجود گروه های هدف را می توان بر اساس ویژگی های دیگری نیز طبقه بندی کرد. این ویژگی ها مبتنی بر نیاز به دریافت خدمات خاص و یا ویژگی های مشترک جغرافیایی، اجتماعی و سایر موارد است. به عنوان مثال گروهی از دانش آموزان که در یک مدرسه تحصیل می کنند ممکن است گروه هدف برخی از برنامه های سلامت خاص باشند. گروه های هدف برنامه های سلامت، به هر نحوی که طبقه بندی شوند، دو ویژگی مشترک دارند. ویژگی نخست، نیاز آن ها به خدمات خاص و ویژگی دوم، امکان ایجاد بهره مندی از خدماتی با ماهیت مشابه برای طیفی از افراد گروه هدف است. طبقه بندی گروه های هدف برای برنامه ی سلامت روان بدان لحاظ ارزشمند است که به ارائه دهندگان خدمات سلامت این امکان را می دهد که با حجم کمتری از فعالیت و پیگیری ها و با رویکردی نظام دار واجدین شرایط برنامه ی سلامت روان را شناسایی نموده و آن ها را تحت پوشش خدمات قرار دهند.

بدین منظور جداول و دستور عمل های مشخص طراحی شده است که با استفاده از آن ها می توان این اقدام را به

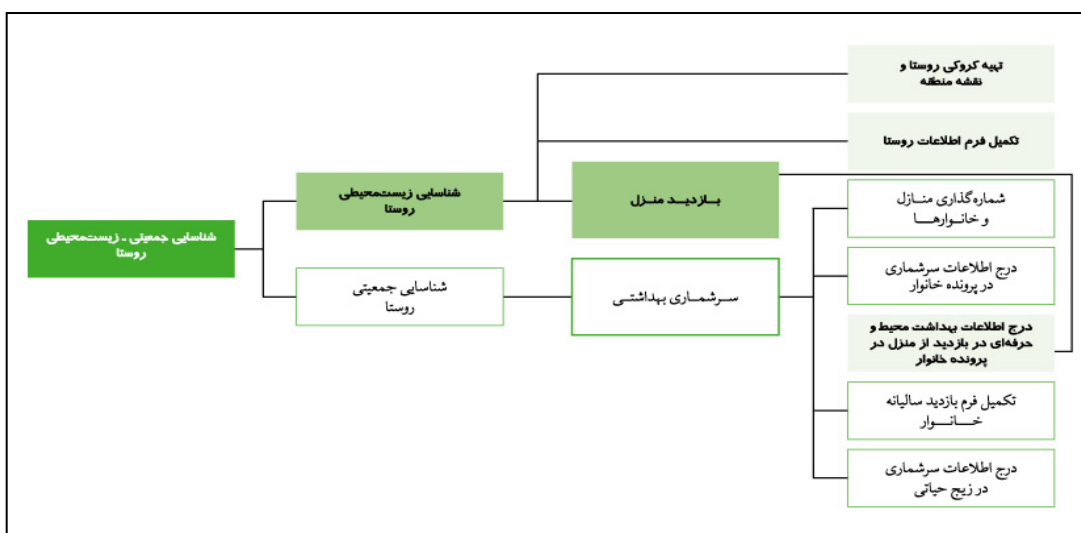
صورتی سازمان دهی شده و کارآمد انجام داد.

شناسایی گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت

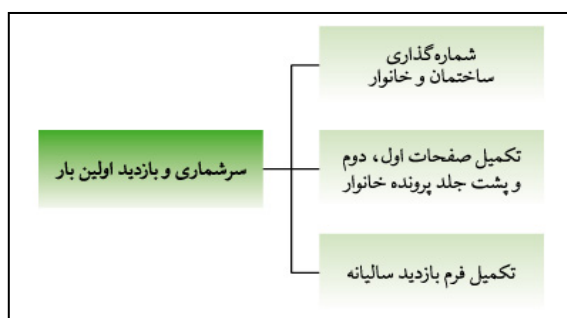
کار شناسایی گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان با ابزارهای زیر صورت می‌پذیرد:

۱- برنامه‌ی شناسایی جمعیتی زیست محیطی

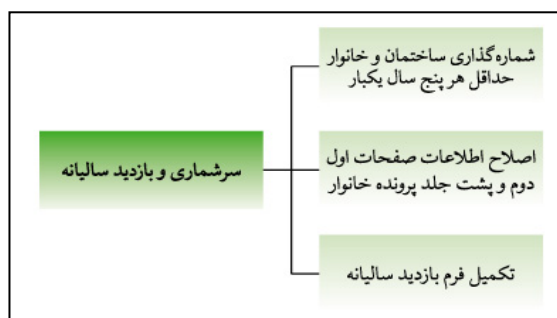
شناخت جمعیتی یکی از وظایف اساسی بهورزان و سایر ارائه‌دهندگان خدمت است. اطلاعات مربوط به شناخت جمعیتی روستا در فرم‌های مختلف در خانه‌ی بهداشت ثبت می‌گردد. ثبت اطلاعات پایه جمعیتی برای ارایه کلیه خدمات سلامت صورت می‌پذیرد و برای ارایه‌دهندگان خدمات سلامت روان به‌عنوان اطلاعات پایه قابل استفاده و دسترسی است. نمودار زیر مراحل مختلف این برنامه در روستا را نشان می‌دهد. همین فرایندها در مناطق شهری نیز به مورد اجرا گذاشته می‌شود.



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



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



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

شناخت جمعیت روستا از طریق سرشماری بهداشتی و بازدید از منازل صورت می‌پذیرد. اساساً هدف از

سرشماری بهداشتی شناسایی وضعیت جمعیتی (دموگرافیک) روستا به تفکیک گروه‌های سنی و جنسی به‌منظور

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

۳- غربالگری اختلالات سلامت روان و دستورعمل تکمیل فرم آن

غربالگری به مفهوم شناسایی بیماران به ظاهر سالم با استفاده از آزمون‌ها، معاینه‌ها یا سایر روش‌ها است. کار غربالگری به‌طور معمول توسط بهورزان در روستا و کاردانان در شهر انجام می‌شود. افراد غربال‌شده می‌باید به‌منظور تشخیص نهایی اختلال توسط ارائه‌دهندگان واجد صلاحیت مورد تایید نهایی قرار گیرند و اطلاعات آن‌ها در فرم‌های ثبت بیماری‌ها وارد شود. با ثبت این اطلاعات ارائه‌دهندگان خدمات قادر خواهند بود تا کلیه اقدامات لازم را در مورد افراد مورد نظر انجام و آن‌ها را پیگیری و مراقبت نمایند. بر این اساس غربالگری به‌طور معمول با هدف پیش‌گیری سطح دوم انجام می‌شود. پیش‌گیری سطح دوم یا (secondary prevention) عبارت است از ایجاد تمهیدات لازم و تدابیر برای افراد و جمعیت‌ها برای شناسایی زودهنگام و مداخله سریع و کارساز برای رفع مشکل سلامت پیش‌آمده. در مورد اختلالات سلامت روان مفهوم پیش‌گیری ثانویه عبارت است از ایجاد نظام‌های مراقبتی برای کشف سریع موارد اختلالات قبل از وقوع علایم خطرناک و پیش‌رفته. بدیهی است پس از کشف موارد ارجاع موارد به پزشک و شروع هر چه سریع‌تر درمان از اهمیت خاصی در سیر بالینی بیمار برخوردار است. در زمینه نحوه ارائه مراقبت به بیماران سلامت روان و خدمات مراقبتی از آنان در سایر فصول به تفصیل سخن خواهیم گفت.

کار غربالگری بیماران دارای اختلال سلامت روان در گام نخست توسط بهورزان صورت می‌پذیرد. به‌منظور درک فعالیت بهورزان در این زمینه مناسب است بر نحوه انجام این فرایند توسط بهورز مروری بر علایم اختلالات که توسط بهورز مورد ارزیابی قرار می‌گیرد آگاهی داشته باشیم.

فرم بیماریابی اختلالات روانی در برنامه‌ی سلامت روان (ویژه بهورز)

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 مات‌زده شده و چند لحظه به جایی خیره می‌شود، لب و زبانش را به حالت غیرارادی 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- دانش‌آموزی 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.
		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 غیرمنطقی دارد، صداهایی را می‌شنود که دیگران نمی‌شنوند، چیزهایی را می‌بیند که دیگران نمی‌بینند، سوءظن دارد، فکر می‌کند دیگران می‌خواهند او را بکشند یا همسرش دارد به او خیانت می‌کند، رفتارهای عجیب و غریب دارد، شکلک در می‌آورد، به در و دیوار خیره می‌شود، با خودش حرف می‌زند یا می‌خندد.
		۸- 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، 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.
		۱۲- فردی که عصبی و پرخاشگر است.
		۱۳- فردی که وسواس دارد.
		۱۴- فردی که بدون وجود بیماری جسمی دچار دردهای پراکنده بدنی است.

منبع: کتاب بهداشت روان برای بهورزان - دکتر جعفر بوالهری - ۱۳۷۴

اختلال کار گره در حوزه های؟ فردی خانوادگی تحصیلی شغلی اجتماعی

علائم، تشخیص ها و درمان های قبلی؟

سابقه مصرف داروها،

سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل؟

سابقه بیماری جسمی؟

تاریخچه خانوادگی؟

عوامل احتمالی سبب ساز بیماری :

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

معاینه جسمی؟

نتیجه بررسی های پاراکلینیک؟

یافته های بیشتر؟

طبقه بندی تشخیصی؟

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> اختلالات سایکوتیک | <input type="checkbox"/> اختلالات اضطرابی | <input type="checkbox"/> اختلالات دو قطبی |
| <input type="checkbox"/> اختلالات اضطرابی | <input type="checkbox"/> اختلال ADHD | <input type="checkbox"/> اختلالات استرس پس از سانحه (PTSD) |
| <input type="checkbox"/> اختلال ADHD | <input type="checkbox"/> دمانس | <input type="checkbox"/> معلولیت ذهنی |
| <input type="checkbox"/> دمانس | <input type="checkbox"/> سوء مصرف یا وابستگی مواد و الکل | <input type="checkbox"/> اختلالات خواب |
| <input type="checkbox"/> سوء مصرف یا وابستگی مواد و الکل | <input type="checkbox"/> خشونت خانگی؛ همسر آزاری، کودک آزاری و سالمند آزاری | <input type="checkbox"/> سایر اختلالات روانپزشکی |

مداخلات درمانی و داروهای تجویز شده؟

تاریخ مراجعه بعدی :

تاریخ تکمیل: نام و نام خانوادگی، مهر نظام پزشکی و اعضای پزشکی :

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

فرم شرح حال که در ۲ صفحه تهیه شده است توسط کارشناس سلامت روان مجتمع / مرکز جامع سلامت برای افرادی که توسط پزشک / مراقب سلامت ارجاع گردیده است تنظیم و طی آن نسبت به غربالگری و ارزیابی تکمیلی وضعیت سلامت روانی اجتماعی و مصرف مواد در مراجعه اقدام می گردد.

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

۱. شماره پرونده؛ شامل شماره پرونده خانواری است که فرد عضو آن می باشد.
۲. تاریخ مراجعه؛ منظور اولین تاریخی است که فرد به کارشناس سلامت روان ارجاع شده / به صورت خودمعرف مراجعه نموده است.
۳. ساعت مراجعه؛ ساعتی که مراجع در اتاق کارشناس سلامت روان حاضر شده است.
۴. سرپرست خانوار؛ نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار است که فرد عضو آن می باشد.
۵. نام و نام خانوادگی؛ اسم و شهرت فرد مراجعه کننده در این قسمت درج می گردد.
۶. کدملی؛ شماره ملی مراجع در این بخش درج می شود.
۷. تاریخ تولد؛ تاریخ تولد فرد به صورت کامل شامل روز- ماه- و سال درج می شود.
۸. جنس؛ جنسیت مراجعه کننده (مذکر/ مونث) درج می شود.
۹. وضعیت تاهل؛ شامل ثبت وضعیت فرد از نظر ازدواج و طلاق و فوت شریک زندگی است.
۱۰. سطح تحصیلات؛ وضعیت سواد و تحصیلات فرد ثبت می گردد. چنانچه فرد دارای تحصیلات حوزه ای است در قسمت آن نقطه چین درج می شود.
۱۱. تعداد فرزندان؛ تعداد فرزندان مراجع کننده درج شود.
۱۲. وضعیت شغلی؛ شامل بیکاری/ اشتغال / عنوان یا نوع شغل / میزان درآمد و منبع آن (حقوق، اجاره منزل، بازنشستگی، مستمری، یارانه و...) در این قسمت تعیین و درج می شود.
۱۳. وضعیت بیمه درمان؛ تحت پوشش بیمه است یا خیر و نوع آن (خدمات درمانی، نیروهای مسلح، تامین اجتماعی و...) درج می گردد.
۱۴. سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی؛ چنانچه فرد سابق بستری در بیمارستان روانپزشکی داشته باشد علت آن/تعداد دفعات و شماره بستری فرد درج می گردد.
۱۵. وضعیت سکونت؛ اینکه فرد در خانه ملکی، استیجاری زندگی می کند و یا بی خانمان است درج شود.
۱۶. متوسط درآمد ماهیانه؛ از فرد سؤال می شود که به طورمتوسط ماهیانه چقدر درآمد دارد و «بلغی که فرد می گوید ثبت می شود.
۱۷. آدرس محل سکونت؛ آدرس پستی فرد درج می گردد.

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

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

۱۹. علت مراجعه و شکایات اصلی؛

در این قسمت ناراحتی عمده فعلی که بیمار بخاطر آن به پزشک / روانشناس مرکز مراجعه کرده سؤال و با عین کلمات خود بیمار یا همراه وی پاسخ را یادداشت نمائید.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۲۳. علائم، تشخیص ها و درمانهای قبلی

- بررسی کنید که آیا بیمار قبلاً بیماری روانپزشکی داشته یا خیر. و در صورتی که از بیماری روانی خاصی رنج میبرده با سؤال کردن از خود بیمار یا همراه وی و در صورت همراه داشتن تشخیص پزشک معالجش، علائم و نوع بیماری قبلی وی را مشخص و یادداشت نمایید. علاوه بر این مشخص نمایید که آیا بیمار قبلاً در بیمارستان

یا بخش روانپزشکی بستری شده است یا خیر و همچنین نوع داروهای مصرفی قبلی « سابقه مصرف دارو» (کلیه داروهای که بیمار در حال حاضر استفاده میکند) را نیز در این قسمت ذکر کنید.

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

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

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

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

۲۸. تشخیص احتمالی؛ در این بخش براساس یافته های شرح حال، تشخیص یا تشخیص های احتمالی را مشخص نمایید و برای ثبت در فرم آمار اختلالات در بخش طبقه بندی تشخیص علامت زده شود.

به عنوان مثال:

• تشخیص اختلال دو قطبی و سایکوز در طبقه اختلالات سایکوتیک علامت زده خواهد شد.

• تشخیص های اختلال اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، وسواس و ...

۲۹. بررسی روند درمان روانپزشک؛ در صورتی که فرد تحت درمان توسط روانپزشک باشد موارد زیر را بررسی و مراقبت کرده و نتیجه را در فرم ثبت کنید؛ کیفیت مصرف داروهای تجویز شده، تاثیر مصرف داروها بر روند درمان و سلامت فرد.

۳۰. یافته های بیشتر؛ چنانچه روانشناس در فرآیند ارزیابی تکمیلی به موارد خاصی و یافته های جدیدی دست یافت در این قسمت درج می کند.

۳۱. درمان اولیه و داروهای تجویز شده: مداخلات غیر دارویی را که در اولین مراجعه برای این بیمار توسط روانشناس انجام گردیده است در این قسمت یادداشت نمائید.

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

توجه و یاد آوری!

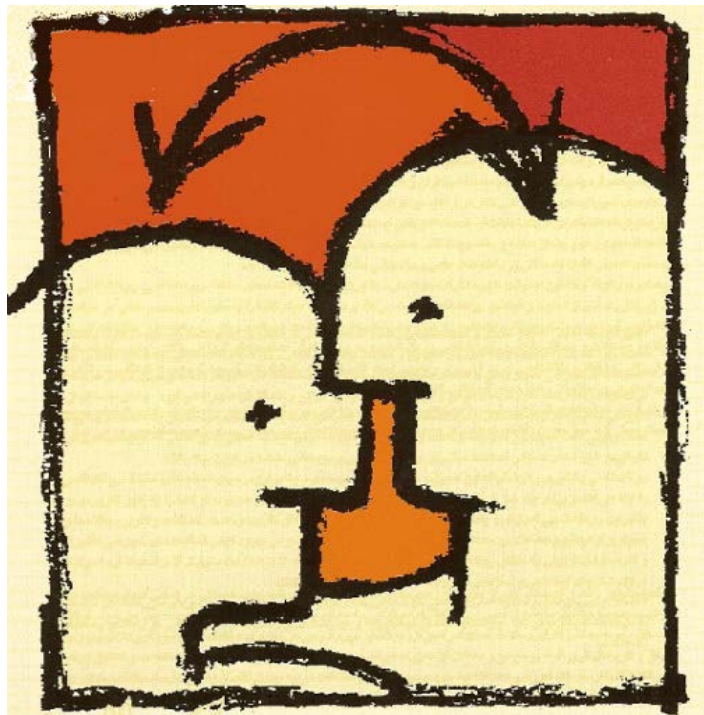
ثبت موارد شناخته شده اختلالات روانی اجتماعی و اعتیاد در دفتر مراقبت و پیگیری

فرایند بعدی پس از غربالگری ثبت موارد مثبت شناسایی شده در دفاتر مراقبت و پیگیری است. این فرایند با هدف ارائه خدمات ممتد به بیماران شناسایی شده صورت می پذیرد. این فرایند با هدف پیشگیری سطح سوم (Tertiary Prevention) صورت می پذیرد. پیشگیری سطح سوم شامل تدابیر در دسترس به منظور کاستن یا از میان بردن نقصها و ناتوانی های دراز مدت و به حداقل رساندن رنج های حاصله از انحراف موجود در تندرستی و ارتقای تطابق بیمار با حالت های درمان ناپذیر است. به این ترتیب مفهوم پیشگیری سطح سوم از درمان اختلالات روان و مراقبت و آموزش اطرافیان تا عرصه بازتوانی گسترش می یابد. اقدام در این مورد وظیفه کادرهای در سطوح مختلف سلامت است.

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

فصل پنجم

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان



اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

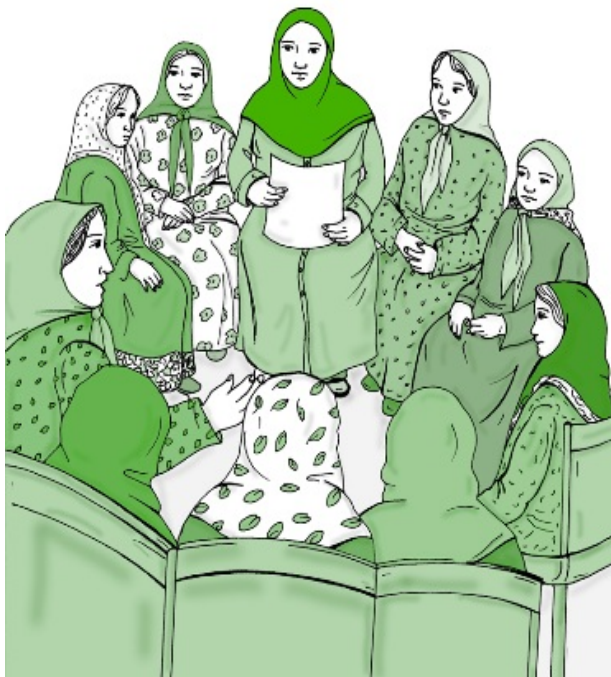
- ۱- مفهوم و اهمیت ارتباط برای سلامت
- ۲- برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان
- ۳- راه‌های برقراری ارتباط با مردم
- ۴- مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف
- ۵- عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات
- ۶- مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان
- ۷- منابع

عناوین فصل

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

مفهوم و اهمیت ارتباط برای سلامت

برای توانمندسازی مردم در مراقبت از سلامت خود، خانواده و اطرافیان، راهی جز توسعه منطقی ارتباط با مردم وجود ندارد. توسعه ارتباط با مردم و محیط‌های کاری می‌تواند در پیشرفت و ارتقای سلامت و کنترل تقاضا، سوق دادن آن به سمت نیازهای واقعی و اولویت‌دار و کاهش هزینه‌های خدمات درمانی بسیار مؤثر باشد. در این میان فرایندهای برنامه‌ریزی و استفاده بهینه از رسانه‌های ارتباط جمعی برای ارتقای سلامت بسیار اثربخش عمل می‌کنند. رسانه‌های گروهی در بالا بردن سطح اطلاعات و آگاهی‌های مردم در یافتن خدمات بهداشتی مؤثر و مناسب و استفاده از آن‌ها نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کنند. با این وجود گام نخست در ایجاد شرایط مناسب ایجاد ارتباط درست و مؤثر با مردم از طریق ارائه دهندگان خدمات است. در این فصل به جنبه‌های مختلف این ارتباط



پرداخته‌ایم. برقراری ارتباط با گروه‌های هدف یکی از اصلی‌ترین فرایندها در زنجیره اجرای برنامه‌ی سلامت روان است. این فرایند پس از شناسایی گروه هدف موجب می‌شود تا گیرندگان خدمات از برنامه‌های سلامت روان بهره‌مند شوند و در برنامه‌های مورد نظر باقی مانده و از مراقبت‌های مورد نیاز بهره‌مند شوند. ارتباط در سلامت روان به مفهوم به کارگیری راهکارهایی به منظور آگاه‌سازی و تأثیر بر تصمیمات فرد و جامعه برای ارتقای سلامت روان است. در دهه‌های اخیر فضای پیچیده تبادل اطلاعات دچار تغییرات چشم‌گیری شده است. علاوه بر این مسایل و معضلات سلامت روان شکل‌هایی کاملاً متفاوت به خود گرفته‌اند. در این

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

شرایط در برقراری ارتباط برای سلامت روان باید تمامی تلاش خود را بر این نکته متمرکز نماییم که آن‌ها بتوانند به-

صورت داوطلبانه و با احساس ایجاد ارزشی افزوده در خود اقدام به ارتقای 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 روان است.

اصولاً برقراری ارتباط با گروه های هدف به چند منظور مشخص صورت می گیرد:

۱. آگاهی از نیازهای جامعه و گروه های هدف
۲. تنظیم صحیح تقاضاهای مردم یا گروه های هدف برای دریافت یا بهره مندی از خدمات
۳. ارزیابی خدمات و مراقبت ها به گروه های هدف و جامعه
۴. ایجاد مشارکت در برنامه های سلامت

در مورد هر یک از موارد اشاره شده در فوق به تفصیل در ادامه مطالب بحث خواهیم کرد.

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

۱. موضوع برقراری ارتباط با گروه های هدف اساساً موضوعی مبتنی بر روش های آموزش بهداشت است.
۲. برقراری ارتباط با گروه های هدف نیازمند انجام اقداماتی سازماندهی شده است. این اقدامات را می توان شامل موارد زیر دانست:

- شناسایی گروه هدف
- دعوت یا ترغیب گروه هدف به بهره مندی از خدمت
- ثبت اطلاعات مربوط به گروه های هدف
- گروه های هدف برای تداوم بهره مندی از خدمات و مراقبت ها

برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان

ارتباط در ساده ترین شکل خود متضمن تبادل اطلاعات در بین مردم است. اکثر فعالیتهای آموزشی شامل نوعی برقراری ارتباط است، اساساً می توان گفت، برقراری ارتباط بخش ضروری تمام فعالیتهای مربوط به ارتقای سلامت روان است. در واقع این مساله که مردم چرا سالم هستند و چرا بیمار می شوند، قبل از هر چیز به رفتار خود آنها بستگی دارد. یکی از مسایل مهم در سلامت روان این است که ما رفتارهای مختلف مردم را در مواجهه با مسایل گوناگون بشناسیم و ببینیم کدام رفتارها به طور مستقیم یا غیرمستقیم باعث وقوع یا تشدید اختلال روانی می شود و کدام رفتارها به حفظ و ارتقای سلامت روان مردم کمک می کند. در واقع آموزش سلامت روان به دنبال ایجاد تغییر رفتار در مردم است. به عبارت دیگر آموزش سلامت روان فرآیندی است که در آن افراد و گروه های مردم یاد می گیرند رفتاری داشته باشند که موجب ارتقا، حفظ یا بازگرداندن سلامت روان آنان شود. نکته بسیار مهمی که در بحث تغییر رفتار باید به خاطر داشت، تشخیص علل رفتار مردم است. اساساً سه عامل اصلی را می توان

بر نحوه رفتار مردم مؤثر دانست. این سه عامل عبارتند از:

۱. عوامل مستعدکننده (predisposing factors)

۲. عوامل توانمندکننده (enabling factors)

۳. عوامل تشویق کننده (reinforcing factors)

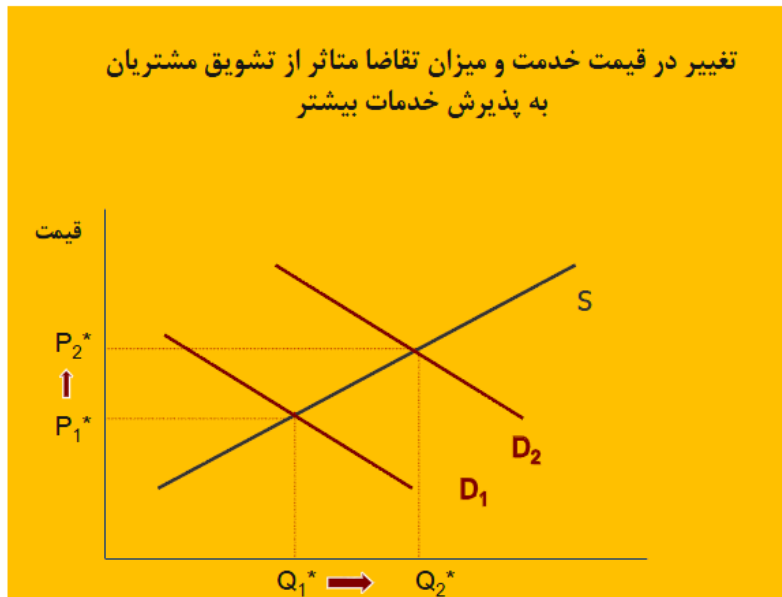
عوامل مستعدکننده مؤثر بر رفتار افراد را می توان شامل مواردی نظیر دانش، اعتقادات، ارزش ها، تلقی ها، اعتماد به نفس و ظرفیت های افراد دانست. عوامل قادرکننده شامل مواردی چون فراهم بودن منابع بهره مندی از خدمات، دسترسی مناسب به نیروی انسانی، وجود قوانین مرتبط با ارائه خدمات و ایجاد فراهمی خدمت سلامت روان برای مردم و برخورداری از مهارت های مرتبط با سلامت روان در افراد می باشد. عوامل تشویق کننده رفتار شامل مواردی چون خانواده، دوستان، مریبان، کارفرمایان، ارائه دهندگان خدمات سلامت روان، رهبران و تصمیم گیرندگان برای جامعه هستند. مجموعه تمام این عوامل منجر به بروز رفتارهای خاص از سوی مردم می شوند، که در نهایت بر سلامت روان آن ها تأثیر می گذارد. این رفتارها در کنار عوامل ژنتیک و محیطی که افراد در آن زندگی می کنند موجب ایجاد سطح مشخصی از سلامت برای آحاد افراد جامعه می شود.

در برقراری ارتباط با مردم و گروه های هدف باید به چند نکته اساسی توجه شود. نکته نخست اولویت های مردم است که شامل درخواست ها و اولویت هایی است که معمولاً مردم برای خدمات خاص دارند. موضوع دوم نیازهای طبیعی مردم و نکته سوم فراهم بودن منابع برای ارائه خدمات مشخص سلامت روان است. در واقع در موضوع برقراری ارتباط با گروه های هدف باید به سه عامل فوق توجه ویژه داشت.

اساساً هنگامی که نیازهای واقعی مردم برای دریافت خدمات مشخص سلامت روان به صورتی روشن تبیین گردد، اما تسهیلات لازم برای ارائه آن خدمات موجود نباشد امکان برقراری ارتباط مؤثر با مردم وجود نخواهد داشت. از سوی دیگر چنانچه مردم اولویت های نیاز خود را به گونه ای متفاوت از آنچه که ارائه دهندگان خدمت بدان اعتقاد دارند حس نمایند ارائه دهندگان خدمت نخواهند توانست خدمات اساسی و مورد نیاز مردم را که بر مبنای نیازهای حقیقی آن ها تدوین گردیده ارائه نمایند. بر این اساس می توان چنین نتیجه گرفت که تبلیغات آموزش سلامت روان و یا ترغیب گروه های هدف برای بهره مندی از خدمات مشخص باید با در نظر گرفتن سه عامل فوق صورت گیرد.

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

تصویر:
 القای تقاضا توسط ارائه دهندگان خدمات موضوعی است که موجب جابجایی منحنی عرضه و تقاضا و کاهش کارایی اقتصادی برنامه های سلامت می شود. به جابجایی منحنی عرضه و تقاضا به سمت راست توجه کنید. این موضوع موجب افزایش هزینه ها و بی عدالتی می شود.



اصولاً در جوامعی که تقاضا برای برخورداری از خدمات سلامت از تنظیم مناسبی برخوردار نبوده و بازار سلامت ناکارآمد است، القای تقاضا پدیده ای غالب در بخش های خصوصی ارائه خدمات در جامعه است. این موضوع موجب می شود تا مردم بخش بزرگی از هزینه های سلامت را از جیب پردازند و هزینه های سلامت در جامعه به سوی رفع نیازهای غیراولویت دار سوق پیدا نماید. ارجاع بیماران برای بهره مندی از خدمات تشخیصی گران قیمت و فاقد لزوم و یا مداخلات غیرضروری از جمله این موارد است که بر هزینه های سلامت جامعه تأثیرات بسیار بارزی می گذارد. بر این اساس موضوع القای تقاضا برای بهره مندی از خدمات توسط ارائه دهندگان خدمت به ویژه در بخش های خصوصی موضوعی رایج در تمام بازارهای سلامت کنترل نشده دنیاست. اصولاً دولت ها و متولیان بهداشت در هر جامعه ای تلاش می کنند تا با استفاده از ابزارهای مختلف کنترل بازار سلامت را به نحو مناسبی انجام دهند. از جمله این روش ها آموزش بهداشت به مردم و توانمند کردن آنها با هدف افزایش آگاهی های آنها برای تشخیص صحیح نیازهای خود برای بهره مندی از خدمات سلامت است. از جمله سایر روش ها برای کنترل بازار سلامت می توان به مواردی نظیر ایجاد نظام ارجاع، خطوط تشخیصی و راهنمای بالینی برای بهره مندی از خدمات، استفاده از روش های تله مدیسین (tele-medicine) و نیز ایجاد محدودیت در بهره مندی از خدمات بیمه ای اشاره کرد. این روش ها موجب می شوند تا بین هزینه های اقتصادی سلامت و پیامدهای ناشی از ارائه خدمات تعادلی مناسب به وجود آید.

راه های برقراری ارتباط با مردم

ارایه دهندگان خدمت باید بهترین راه دسترسی به مخاطبان مورد نظر خود در جامعه و یا در محیط های خاص نظیر درمانگاه، مدرسه، محل کار و اماکن عمومی را انتخاب نمایند. به عنوان مثال دسترسی به مادران اغلب از طریق

ارایه خدمات بهداشتی به کودکان، امکان دارد. رسانه های گروهی مانند رادیو برای ایجاد دسترسی به جمعیت عمومی و وسیع کاربرد دارند. اما در محیط های کوچک تری مانند روستا می توان از روش های آموزش سلامت یا برقراری ارتباط با گروه ها به صورت جمعی و یا روش ارتباط چهره به چهره استفاده نمود. موضوع مهم دیگر در برقراری ارتباط این است که تصمیم بگیریم چه کسی این ارتباط را برقرار کند. در این مورد باید متذکر گردید که همواره برقراری ارتباط توسط ارایه دهندگان خدمت یک ضرورت قطعی محسوب نمی شود. در بسیاری موارد می توان از افرادی مانند معلمان، رهبران مذهبی و تصمیم گیرندگان در جامعه روستایی برای برقراری ارتباط با مردم و تشویق آن ها برای بهره مندی از خدمات سلامت روان استفاده نمود.

مراحل برقراری ارتباط با گروه های هدف

برقراری ارتباط با گروه های هدف می تواند شامل یک مکالمه معمولی نظیر توضیح یک دیدگاه، طرح یک سوال یا صحبت کردن برای وقت گذراندن باشد. با وجود این در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت روان ما با مقاصد خاصی اقدام به برقراری ارتباط می نماییم. به عبارت دیگر ارایه دهندگان خدمات سلامت روان تلاش می نمایند تا از طریق اصلاح عوامل انسانی، اجتماعی و سایر عوامل مؤثر بر رفتار افراد اقدام به ارتقای سلامت روان آنان نمایند. برای رسیدن به این هدف، یک ارتباط موفق باید از مراحل مختلفی عبور نماید و در هر مرحله شکست در برقراری ارتباط می تواند باعث عدم تحقق پیامد نهایی مورد انتظار شود. این مراحل را می توان اساساً به صورت زیر طبقه بندی نمود:



۱- دسترسی به گروه مخاطب

۲- جلب توجه مخاطب

۳- فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب

۴- ارتقای وضعیت مخاطب و پذیرش تغییر

۵- ایجاد یک تغییر در رفتار

۶- ارتقا یا بهبودی سلامت روان

مرحله اول: دسترسی به گروه مخاطب

ارایه خدمات سلامت به مردم روستا به صورت فعال صورت می گیرد. این بدان معناست که چنانچه افرادی از گروه های هدف جهت دریافت خدمات به خانه

تصویر: برای برقراری ارتباط با گروه های هدف می توان از بهورز درخواست کرد تا افراد گروه هدف را در زمان مشخص برای آموزش توسط کارشناس به خانه بهداشت دعوت نماید.

بهداشت مراجعه ننمایند، بهورز باید مطابق دستور عمل های برنامه های سلامت که به تفکیک ابلاغ گردیده به آن ها

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

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

مرحله دوم: جلب توجه مخاطب

در برقراری هر ارتباطی توجه مخاطب باید به نحوی جلب شود که فرد علاوه بر گوش کردن و یا خواندن به آن به اندازه کافی توجه کند. مثال‌هایی از شکست ارتباط در این مرحله عبارتند از: رد شدن از کنار پوستر بدون زحمت دادن به خود برای نگاه کردن به آن، توجه نکردن به صحبت‌های بهداشتی یا نمایش‌های عملی در مرکز بهداشتی درمانی که پزشکان برای آموزش بیماران به کار می‌برند. در هر موقعیت زمانی مقدار زیادی اطلاعات از طریق حواس پنجگانه به افراد نیازمند بهره‌مندی از خدمات انتقال می‌یابد. تمرکز بر تمام این موارد در یک زمان غیرممکن است. توجه روندی است که به وسیله آن فرد بخشی از این پیام را به دلایلی برای دقت و تمرکز انتخاب می‌کند. این

در حالی است که سایر موارد را در همان حال مورد دقت قرار نمی دهد. برخی از روندهای روان شناسانه که بر جلب توجه مخاطب توسط پیام مؤثر است، در سایر مطالب این فصل مورد بحث قرار گرفته است.

مرحله سوم: فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب

پس از توجه مخاطب به پیام آنچه ضروری است درک آن است. به این مرحله از برقراری ارتباط، مرحله درک می گویند. درک واژه ای است برای فهمیدن پیام بصری. درک تصویری برای فهمیدن تصاویر به کار می رود. درک پیام روندی کاملاً ذهنی است و ممکن است مخاطب پیام را به نحوی کاملاً متفاوت از آنچه که فرستنده قصد داشته فهمیده و درک کند. نکته مهم در برقراری ارتباط مناسب و ایجاد درک مؤثر و صحیح، استفاده از الفاظ و کلمات آشنا و پرهیز از به کارگیری لغات نامأنوس و فنی و پیچیده است. در این شرایط ارایه دهنده ی خدمت می تواند با استفاده از تصاویر، جداول و یا سایر ابزارهای آموزشی اقدام به ایجاد درک عمیق در مخاطب خود نماید. استفاده از این ابزار به طور کلی تابع توان مخاطب در فهم درست پیام های نهفته در این ابزارهاست.

مرحله چهارم: ارتقا و پذیرش تغییر

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

مرحله پنجم: ایجاد تغییر در رفتار

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

مرحله ششم: بهبودی و ارتقای سلامت روان

ارتقا در سلامت روان فقط موقعی اتفاق می افتد که رفتارها به دقت و درستی انتخاب شده و به نحو صحیحی اجرا شوند. اگر پیام های ارایه دهنده ی خدمت بر اساس ایده های نادرست یا مبهم باشد مردم آن ها را نخواهند پذیرفت و یا این که به درستی به آن ها عمل نکرده و سلامتشان ارتقا نخواهد یافت. بر این اساس می توان گفت تحقق ارتقای سلامت روان موضوعی است که نیاز به آموزش مهارت های لازم به گیرندگان خدمت دارد. این مهارت ها شامل مهارت های بهره مندی از خدمات سلامت روان مطابق آنچه که ارایه دهنده ی خدمت مورد توصیه قرار داده است و نیز کنترل سایر عوامل مؤثر بر سلامت روان توسط گیرنده ی خدمت است. به طور مثال هنگامی که فرد دچار یک اختلال روانی از دارو استفاده می کند، استفاده صحیح از قرص ها موجب می شود تا از عود بیماری جلوگیری شود. علاوه بر این چنانچه در جریان درمان اختلال فرد بیمار مورد ارزیابی دقیق قرار گرفته و بر اساس وضعیت فرهنگی، اجتماعی و عوامل مؤثر بر بیماری مورد مشاوره و توانمندسازی قرار گیرد، این امر موجب خواهد شد تا فرد بتواند بر تصمیم خود مبنی بر تداوم استفاده از دارو باقی مانده و اقدام به ترک آن ننماید.

عوامل مؤثر بر بهره مندی از خدمات

به طور کلی میزان بهره مندی از خدمات سلامت روان تابعی است از تمایل مردم به استفاده از یک خدمت و وضعیت دسترسی به آن. پدیده تمایل به استفاده از یک خدمت خود تابعی است از شدت نیاز احساس شده - که خود منجر به تقاضا می شود - و تناسب میان قیمت و کیفیت خدمت. از سوی دیگر عوامل مؤثر بر دسترسی مردم به خدمات را می توان در دسته هایی نظیر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، فرهنگی (مثلاً آگاهی از ارزش خدمت) و زمان (فراهمی به هنگام خدمت) خلاصه نمود. در برقراری ارتباط با گروه های هدف باید تمامی مولفه های مؤثر بر بهره مندی از خدمات را مدنظر قرار داد. با تحلیل این مولفه ها و پیدا کردن راه کارهای مناسب برای ایجاد بهره مندی مؤثر می توان امید داشت که برنامه ی سلامت روان به شکلی عادلانه و اثربخش پاسخ گوی نیاز مردم بوده است. برخی از مولفه هایی که در این ارزیابی ها باید به دقت مد نظر قرار گیرند عبارتند از:

۱- اصولاً هر قدر مردم رخدادهایی ناشی از مشکل سلامت را دورتر ببینند کمتر به دنبال حل آن خواهند رفت.

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

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

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

۴- در بسیاری موارد مردم تجربه و درک مناسب و معتبری از کیفیت خدمات ندارند. بر این اساس در بازار

سلامت می توانند گرفتار سوداگران تجارت پیشه شوند.

۵- و اما یکی از مهم ترین موضوعات وضعیت دسترسی به خدمات است. این موضوع به عنوان شاخصی اساسی فراهمی خدمات را نزد متقاضیان آن ایجاد می کند. همان گونه که قبلاً اشاره شد دسترسی مشتمل بر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، زمانی، فرهنگی و ... است.

اصولاً در برقراری ارتباط با گروه های هدف تحلیل مولفه های فوق و پیدا کردن راهی برای حل مشکل بهره مندی نامطلوب برخی از افراد به خدمات از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. این موضوع که فردی که کهنسال به دلیل ناتوانی خود برای حضور در مرکز درمانی قادر به بهره مندی از خدمت نیست و یا این که فردی به دلیل احساس نامطلوب ناشی از بیماری اعتماد به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمی کند تا از خدمات آن استفاده نماید، موضوعاتی هستند که در عرصه ارائه عادلانه خدمات باید با استعداد و تعهد ارائه دهندگان خدمات و هوشمندی طراحان برنامه برای ایجاد حداکثر بهره مندی به راه حلی مطلوب دست یابند.

مروری بر مهارت های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان



برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان به طور معمول بر اساس شیوه های رایج برقراری ارتباطات انسانی و با ملاحظه متغیرهای سلامت روان و صفات و ویژگی های بیماری های روانی صورت می گیرد. انتظار بر این است که شما این مهارت ها را در طول دو فصل اختصاصی که شامل برقراری ارتباط با افراد و روش مشاوره و آموزش بهداشت با گروه ها، فرا گرفته باشید؛ با این وجود از آنجا که در طول زمان شناسایی گروه های هدف نیازمند برقراری ارتباط برای ورود افراد به برنامه هستید، لازم است مروری مختصر بر روش های برقراری ارتباط با گروه های هدف داشته باشیم.

سرفصل اصول برقراری ارتباط با گروه های هدف شامل برخورداری از مهارت های زیر می باشد:

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

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

۱- مهارت کمک‌رسانی

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

۲- مهارت‌های هدایت و آموزش

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

۳- مهارت‌های مدیریت و رهبری

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

۴- مهارت های نظارت و سرپرستی

هدف از نظارت و سرپرستی در برنامه های سلامت روان ایجاد جایگاهی به منظور کنترل عوامل انسانی و سایر منابع برای ایجاد حداکثر بهره مندی در رشد می باشد. در این شرایط ارایه دهنده ی خدمات سلامت روان باید به نحوی عمل نماید که از منابعی که در اختیار دارد اعم از منابع داخل یا خارج سازمان به درست ترین شکل استفاده نماید و با اعمال نظارت و سرپرستی بر منابع به هدف فوق نایل آید.

۵- مهارت های مباحثه و صحبت

مهارت های گفت و گو در زمینه سلامت روان موجب می گردد تا گیرندگان خدمت بتوانند بر آنچه که به آنها در قالب گفت و گو منتقل می شود احاطه کافی پیدا نموده، سوالات خود را مطرح و با احترام در زمینه سوالاتشان آگاهی پیدا نمایند. در چنین شرایطی ارایه دهنده ی خدمت با برخورداری از مهارت های گفت و گو خواهد توانست شرایط مناسبی برای پیشبرد برنامه های خود ایجاد نماید.

۶- مهارت های شنیدن

مهارت شنیدن یکی از اساسی ترین مهارت های مورد نیاز برای اجرای برنامه های سلامت روان است. این مهارت موجب می شود تا ارایه دهندگان خدمات بتوانند به توسعه عمیقی از ارتباط با گیرنده ی خدمت دسترسی پیدا کنند. برای آن که ارایه دهنده ی خدمت فهمی مناسب از مسایل و مشکلات گیرنده ی خدمت پیدا نماید باید تلاش نماید تا اتفاقات زیر تحقق پذیرد:

- به درستی آنچه که گیرنده ی خدمت در مورد خود و احساساتش بیان می کند را درک نماید.
- در زمینه آنچه که گیرنده ی خدمت از او سوال می نماید بدون حاشیه و بدون توجه به مسایل جانبی پاسخی روشن و تا جای ممکن کوتاه ارایه نماید.
- از قطع صحبت گیرنده ی خدمت در حین ارایه احساسات و عواطف خود مگر در شرایطی که منجر به اتلاف وقت می گردد، خودداری نماید.
- در مورد آنچه که نفهمیده است یا برداشت مبهمی دارد از ارایه دهنده ی خدمت سوال نماید.

منابع

- ۱- دکتر جان هابلی- برقراری ارتباط برای بهداشت - ترجمه سعید پارسی‌نیا - دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران - ۱۳۷۸
- ۲- جان م. لست - فرهنگ اپیدمیولوژی - ترجمه دکتر حسین شجاعی تهرانی، دکتر بابک بوب - انتشارات سماط - ۱۳۷۸
- 3- Lawrence W.Green, Marxhal W. Kreuter- Health Program Planning- Mc Graw Hill - 1999.
- ۴- دکتر فرید ابوالحسنی - مدیریت برنامه‌های تندرستی - انتشارات «برای فردا» - ۱۳۸۳
- ۵- دکتر محمد رضا رهبر - مبانی بهداشت و کار در روستا - انتشارات آرویج - ۱۳۷۹

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

فصل ششم

اختلالات روانپزشکی شایع



اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

- ۱- علایم و نشانه‌های اختلالات شایع روانپزشکی را نام ببرید.
- ۲- روش غربالگری برای شناسایی این اختلالات را توضیح دهید.
- ۳- مداخلات درمانی هر یک از اختلالات را نام ببرید.
- ۴- نحوه مراقبت و پیگیری هر یک از اختلالات را توضیح دهید.
- ۵- موارد ارجاع فوری و غیرفوری هر یک از اختلالات را نام ببرید.

عناوین فصل

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

افسردگی

مقدمه

افسردگی یک اختلال عودکننده و مزمن است که منجر به اختلال عملکرد و ناتوانی می‌گردد. افسردگی به معنای خلق و روحیه افسرده یا بی‌حوصلگی مفرط می‌باشد. بیماران افسرده، هم‌چنین ممکن است دچار کاهش انرژی، اختلال خواب، اختلال اشتها و کاهش اعتماد به نفس باشند و در موارد جدی‌تر، دچار احساس ناامیدی از ادامه زندگی‌گیری و تمایل به مرگ داشته باشند. آن‌ها ممکن است شکایاتی جسمانی هم داشته باشند که توجیه طبی نداشته باشد.

این اختلال را می‌توان در سیستم مراقبت‌های اولیه تشخیص داد و درمان کرد. تأخیر در تشخیص یا درمان می‌تواند به پیامدهای ناتوانی فردی، نابسامانی خانوادگی، تبعات اقتصادی، افزایش مشکلاتی مانند بیماری‌های قلبی و افزایش مرگ و میر به دنبال خودکشی بیانجامد. درمان‌های مرسوم افسردگی که در سیستم مراقبت‌های اولیه قابل بهره‌گیری باشند شامل تجویز دارو و انجام روان‌درمانی است که شامل مراحل حاد و نگهدارنده است. برخی از گروه‌های در معرض خطر افسردگی عبارت‌اند از زنان به‌ویژه در دوران حاملگی و پس از زایمان، سالمندان، افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده یا والدین کودکان دچار چنین بیماری‌هایی، سوءمصرف‌کنندگان مواد، افرادی که شکست شغلی، مالی یا عاطفی اخیر داشته‌اند، افرادی که به‌تازگی عزیزی را از دست داده‌اند و افرادی که طلاق یا جدایی اخیر داشته‌اند.

راهنمای تشخیصی افسردگی

پرسش‌های کلیدی (خلق افسرده، بی‌حوصلگی)

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

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

موارد فوق را می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم پرسید. (در صورت پاسخ مثبت به سؤالات ۱ یا ۲، بقیه

سؤالات پرسیده شوند). پرسش‌های تکمیلی

۳. آیا در دو هفته اخیر، میل شما به غذا کاهش یا افزایش یافته است؟ یا وزن شما کاهش یا افزایش یافته است؟
۴. آیا در دو هفته اخیر خوابتان نسبت به گذشته کاهش یا افزایش داشته است؟
۵. آیا در دو هفته اخیر به قدری بی‌قرار بوده‌اید که نتوانید یک جا بند شوید؟ یا برعکس حرف‌زدن یا حرکات تان کندتر از معمول شده است؟
۶. آیا در دو هفته اخیر احساس خستگی می‌کنید یا احساس می‌کنید که توان انجام فعالیت‌های معمول را ندارید؟
۷. آیا در دو هفته اخیر خود را فردی بی‌ارزش یا بی‌فایده می‌دانسته‌اید؟
۸. آیا در دو هفته اخیر احساس می‌کنید دچار فراموشکاری زیادی شده‌اید یا تمرکز خود را از دست داده‌اید؟
۹. آیا در دو هفته اخیر احساس می‌کنید که از زندگی خسته شده‌اید (پرسش در مورد افکار مرگ)؟ در این روزها به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید (پرسش در مورد فکر خودکشی)

مهم: در صورت رسیدن به دست کم پنج نشانه افسردگی که حداقل یکی از آنها بر پایه دو پرسش کلیدی بالا به دست آمده باشد، تشخیص افسردگی اساسی مطرح می‌شود. البته به شرطی که سابقه‌ای از مانیا یا هایپومانیا وجود نداشته باشد. در مواردی که نشانه‌هایی از افسردگی وجود دارد ولی ملاک‌های کامل افسردگی اساسی را شامل نمی‌شود، اگر نشانه‌ها به مدت دو سال یا بیش‌تر (در افراد زیر ۱۸ سال، یک سال یا بیشتر) ادامه یافته‌اند باز هم مطابق با دستورعمل درمان افسردگی اساسی لازم است درمان انجام شود.

تذکر: سالمندان ممکن است بیش از تاکید بر خلق افسرده از علائم جسمی افسردگی (اختلال اشتها، خواب و دردهای بدنی) و بی‌قراری شاکی باشند و نیز گاهی علائم آن‌ها به صورت علائم شبه‌دمانس (مثل فراموشی شدید) باشد.

درمان

هم درمان دارویی و هم برخی روان‌درمانی‌ها (شناختی-رفتاری و بین‌فردی) در درمان افسردگی مؤثر هستند. اما با توجه به در دسترس نبودن روان‌درمانی برای همه بیماران، خط اول درمان دارویی است. برخی اقدامات غیردارویی هم می‌توانند در درمان مؤثر باشند که این اقدامات توسط کارشناس سلامت روان انجام خواهد شد. آموزش "حل مساله"، "فعال‌سازی رفتاری"، "مقابله با غمگینی و افسردگی"، "مهارت ارتباط مؤثر"، "مهارت حل تعارض‌های بین‌فردی" و "مقابله با استرس" از این دست اقدامات هستند که در فصل مداخلات غیردارویی آورده شده است.

با توجه به محدودیت امکانات، در حال حاضر این اقدامات "تنها" برای کسانی که به‌طور کامل به درمان دارویی پاسخ نداده‌اند یا افسردگی‌های خفیف که به تشخیص پزشک نیاز به درمان دارویی ندارند، پیشنهاد می‌شود. لازم به ذکر است که انتخاب یک یا چند نوع از این مداخلات بر اساس مشکلاتی که هر بیمار در زندگی خود دارد صورت می‌گیرد و با همه بیماران به یک صورت برخورد نمی‌شود. تنها "آموزش به بیمار و خانواده" است که از اصول درمانی کلیه اختلالات و از جمله افسردگی است و باید برای کلیه بیماران صورت گیرد.

شرح وظایف کارشناس

- آموزش بیمار در مورد بیماری و درمان آن
- آموزش فرایند حل مساله با در نظر گرفتن مشکلات بیمار
- آموزش فعال‌سازی رفتاری

نکاتی که باید به بیمار افسرده و خانوادگی وی آموزش داده شود

- افسردگی یک بیماری شایع است، نشانه ضعف اراده یا تنبلی یا تلقین نیست و تنها با توصیه‌های عمومی مانند رفتن به مسافرت برطرف نمی‌شود.
- درمان‌های مؤثری برای افسردگی در دسترس است.
- بهبودی در طی ۳ تا ۴ هفته ظاهر خواهد شد و قبل از آن نباید زیاد انتظار بهبودی داشت.
- دارو باید هر روز استفاده شود و تا جای ممکن خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.
- اثرات جانبی داروها اغلب به تدریج از میان خواهند رفت.
- اغلب داروها در صورت مصرف طبق دستور پزشک باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی‌شوند.
- لازم است دارو برای دست‌کم یک دوره‌ی نه ماهه مصرف شود.
- قبل از قطع دارو حتماً با پزشک مشورت شود و هیچ‌گاه دارو ناگهانی قطع نشود.
- قطع خودسرانه یا زودهنگام دارو ممکن است باعث عود بیماری و برگشت حالات اولیه بیماری شود.
- پزشک باید خانوادگی بیمار افسرده را به همکاری برای ادامه درمان بیمار تشویق کند و از آن‌ها بخواهد تا موارد بهبودی را به وی متذکر شوند.

باید بر رعایت نکات زیر تاکید کرد

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

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک

- بیمار افسرده‌ای که سابقه‌ای از دوره‌های مانیا یا هیپومانیا داشته باشد.
- بیمار افسرده‌ای که علائم سایکوتیک داشته باشد.

- بیمار افسرده‌ای که پس از پاسخ نسبی به درمان پیشرفت درمانی وی متوقف شده و به افزایش دوز دارو و اقدامات غیردارویی کارشناس پاسخ نداده است.
- بیماری که دچار عوارض دارویی شده و به اقدامات ابتدایی درمانی پزشک پاسخ نداده است.

موارد ارجاع فوری به روانپزشک

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

موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی

- بیماری که طرح یا برنامه‌ی جدی برای خودکشی دارد.
- بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.
- بیمار بسیار تحریک‌پذیر، آژیته یا شدیداً بیقرار که کنترل رفتار وی دشوار است.

پیگیری و مراقبت بیمار افسرده بعد از بازگشت از ارجاع

ویزیت اول (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

آموزش خانواده و بیمار در مورد بیماری و درمان آن و ضرورت پیگیری درمان بر اساس توصیه پزشک و پاسخ به سوالات احتمالی بیمار یا خانواده در جلسه اول ضروری است. ادامه آموزش‌ها و انجام سایر مداخلات پیشنهادی در بالا در طی چند جلسه بعدی انجام خواهد شد. ویزیت‌های بعدی بسته به شرایط از هفتگی تا ماهانه انجام خواهد شد.

اختلال خلقی دوقطبی

مقدمه

بسیاری از بیمارانی که با شکایت از افسردگی به مراکز مراقبت‌های اولیه مراجعه می‌کنند، مبتلا به اختلال دوقطبی هستند. از آنجا که درمان افسردگی و دوقطبی بسیار متفاوتند، تشخیص درست این اختلالات و توجه کافی به سابقه‌ی بیمار برای بررسی افتراق درست افسردگی از اختلال دوقطبی بسیار مهم است. وجه افتراق اختلال افسردگی از اختلال دوقطبی وجود دوره‌های "مانیا" یا "هایپومانیا" در اختلال دوقطبی است. در دوره‌ی مانیا یا هایپومانیا فرد دچار خلقی بالا یا تحریک‌پذیر است و نیز افزایش فعالیت، پرحرف‌شدن، افزایش اعتماد به نفس، کاهش نیاز به خواب، پرش افکار و افزایش رفتارهای خطرطلبانه دیده می‌شود. اما اختلال افسردگی فاقد این دوره‌هاست. اختلال دوقطبی دارای سیری دوره‌ای است و با دوره‌های خلقی افسردگی، مانیا، هایپومانیا و فواصلی با بهبودی کامل یا نسبی مشخص می‌شود. مهم‌ترین جنبه علت‌شناسی اختلال دوقطبی، مبنای ژنتیکی آن است. اقدام به خودکشی رفتاری شایع در بیماران دوقطبی است و این بیماران در بیش‌تر دوره‌های خلقی، علائم افسردگی را تجربه می‌کنند و بیش‌تر با افسردگی مراجعه می‌کنند. بنابراین در برخورد با هر بیمار افسرده، لازم است سابقه‌ی مانیا/هایپومانیا و یا سابقه‌ی خانوادگی اختلال دوقطبی بررسی شود. در صورتی که هر یک از موارد زیر وجود داشته باشد باید جستجوی بیش‌تری در سابقه‌ی بیمار از نظر ابتلا به مانیا یا هایپومانیا نمود:

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

راهنمای تشخیصی مانیا/هایپومانیا

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

- آیا تاکنون هیچ دوره‌ای وجود داشته است که شما آن فرد همیشگی نباشید و
- (۱) ... احساس کنید بسیار خوب یا سرخوش هستید، به طوری که دیگران فکر کنند شما فرد عادی همیشگی نیستید یا به قدری سرخوش باشید که به دردسر بیفتید.
 - (۲) ... به قدری عصبانی یا تحریک‌پذیر باشید که بر سر دیگران داد بکشید یا شروع به دعوا یا مشاجره نمایید.
 - (۳) ... احساس کنید بسیار بیش‌تر از معمول، به خود مطمئن هستید و اتکا به نفس دارید.

- ۴) ... بسیار کمتر از معمول بخواهید و واقعاً کمبود خواب خود را احساس نکنید.
- ۵) ... بسیار بیش تر یا سریع تر از معمول صحبت کنید.
- ۶) ... در سرتان افکار از هم سبقت بگیرند یا نتوانید جلوی سرعت کار ذهنتان را بگیرید.
- ۷) ... چیزهای اطراف، خیلی ساده حواستان را پرت کنند، به طوری که تمرکز کردن یا پی گیری مسایل برایتان سخت باشد.
- ۸) ... بسیار بیش تر از معمول، انرژی داشته باشید.
- ۹) ... بسیار بیش تر از معمول، فعال باشید یا کارهای خیلی بیش تری از معمول انجام دهید.
- ۱۰) ... بسیار بیش تر از معمول، اجتماعی یا معاشرتی باشید، مثلاً نیمه شب به دوستان تلفن بزنید.
- ۱۱) ... بسیار بیش تر از معمول، به روابط جنسی علاقه مند باشید.
- ۱۲) ... کارهایی انجام دهید که برای شما غیرمعمول باشد یا دیگران فکر کنند که این کارها افراطی، احمقانه یا خطرناک است.
- ۱۳) ... خرج کردن پول باعث دردسر شما یا خانواده تان شود.
- ۱۴) در صورتی که به بیش از یکی از موارد فوق، پاسخ «بلی» داده شد، آیا تاکنون اتفاق افتاده است که چند تا از این موارد با هم در یک دوره وجود داشته باشد؟

موارد فوق را می توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم در مورد او پرسید. در صورت پاسخ مثبت به دست کم پنج مورد از ۱۳ مورد بالا، احتمال وجود اختلال دوقطبی مطرح است. حداقل مدت علایم برای تشخیص ایزود هایپومانیا ۴ روز و برای مانیا ۷ روز است.

درمان

- تجویز دارو اساس درمان است. داروها برای درمان همه دوره های بیماری به کار می روند. در بیش تر موارد به-ناچار از ترکیب چند دارو استفاده می شود. داروهای خط اول شامل لیتیوم، والپروات، الانزاپین، کوئتیاپین و لاموتریژین است.
- راهکارهای غیردارویی اختلال دوقطبی شامل "آموزش روانی به بیمار و خانواده"، آموزش راهکارهای کنارآیی مثل "مهارت های حل مساله" و "حل تعارض های بین فردی" (فصل اقدامات غیردارویی)، "آموزش برای بهبود پذیرش دارویی" (فصل اقدامات غیردارویی)، "آموزش علایم هشداردهنده ی عود"، "برقراری مجدد شبکه های روابط اجتماعی" (فصل اقدامات غیردارویی، بخش مقابله با غمگینی و افسردگی) و بازتوانی (مثل شرکت در فعالیت های اجتماعی، داشتن شغل حمایت شده) است که باید توسط کارشناس بهداشت روان به تمام بیماران ارائه شود.

نکاتی که در آموزش به بیمار و خانواده باید در نظر گرفته شود

- روحیه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در سیر بیماری تغییر می کند. این حالات از دوره های افسردگی شدید تا

- دوره‌های بسیار پرانرژی و هیجان‌زده یا عصبانی متغیر است.
- مهم‌ترین عامل وراثت است و مواجهه با استرس‌ها می‌تواند در زمینه ژنتیکی موجود به شروع اختلال بیانجامد.
- نباید بیمار را به دلیل رفتارهای غیرمعمول‌اش در دوره‌ی بیماری سرزنش نمود، زیرا نشانه‌های بیماری هستند.
- بیمار در دوره‌ی مانیا نسبت به بیماری خود بینش ندارد و حتا ممکن است از افزایش انرژی و شادی خود لذت ببرد. بنابراین مراقبان باید نقش بیش‌تری در جلوگیری از عود بیماری داشته باشند.
- ازدواج هیچ نقش درمانی در این بیماری ندارد.
- برای جلوگیری از عود، تا جایی که می‌توان باید کمک کرد که بیمار استرس کمتری را تجربه کند. داشتن خواب منظم (هر شب در ساعت مشخصی به رختخواب برود، میزان خواب مشابه قبل از بیماری باشد و از کم‌خوابی پرهیز کند) بسیار اهمیت دارد.
- راهکارهای کنارآیی عمومی مثل داشتن یک برنامه‌ی شغلی یا تحصیلی منظم، خواب منظم، بهبود سیستم‌های حمایتی اجتماعی و کمک به تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی در نظر گرفته شود.
- مصرف مواد مخدر یا محرک می‌تواند باعث تشدید علائم، عدم پاسخ به درمان و افزایش دفعات عود بیماری گردد.
- درمان، طولانی و شامل مراحل حاد و نگهدارنده است.
- بهبودی پس از مصرف دارو، به‌معنای عدم احتیاج به دارو نیست.
- دارو باید هر روز و طبق دستور پزشک، مصرف شود.
- علائم هشداردهنده عود (مثل کم شدن خواب، ولخرج شدن و پرانرژی‌تر شدن معمول) به بیمار و خانواده آموزش داده شود تا در این مواقع به‌سرعت برای درمان مراجعه کنند.
- اطلاعات ضروری در مورد عوارض شایع یا بالقوه خطرناک داروی مصرفی داده شود.
- توصیه در مورد مصرف آب و مایعات کافی به بیماران در حال مصرف لیتیوم، به‌ویژه در افرادی که در محیط‌های گرم یا زیر نور آفتاب کار می‌کنند و لزوم مشورت در مورد مصرف هرگونه داروی دیگر انجام شود.

علائم هشداردهنده عود که باید به بیمار و خانواده آموزش داده شود

- کم شدن خواب بیمار در چند شب پیاپی
- پرحرف و پرانرژی‌تر شدن بیمار
- شادی بیش از معمول یا افزایش اعتماد به نفس
- عصبانیت یا پرخاشگری با کم‌ترین محرک
- ولخرجی
- کناره‌گیری از اجتماع، گوشه‌گیری، ترس، بدگمانی

شرح وظایف کارشناس

- آموزش روانی به بیمار و خانواده
- آموزش علایم هشداردهنده عود
- آموزش بیمار در مورد ضرورت درمان و عدم قطع دارو
- سایر اقدامات غیردارویی ذکر شده در بخش درمان (بالا)

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک

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

موارد ارجاع فوری به روانپزشک

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

موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی

- بیماری که طرح یا برنامه‌ی جدی برای خودکشی دارد.
- بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.
- بیمار بسیار تحریک پذیر، آژیته یا شدیداً بیقرار که کنترل رفتار وی دشوار است.
- ناتوانی خانواده در مراقبت از بیمار و نظارت بر درمان وی

نحوه پیگیری و مراقبت پس از بازگشت بیمار از ارجاع

مراقبت اولیه: (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

آموزش خانواده و بیمار در مورد بیماری و درمان آن و ضرورت پیگیری درمان بر اساس توصیه پزشک و پاسخ به سوالات احتمالی بیمار یا خانواده در جلسه اول ضروری است. ادامه آموزش‌ها و انجام سایر مداخلات پیشنهادی در بالا در طی چند جلسه بعدی انجام خواهد شد. ویزیت‌های بعدی بسته به شرایط از هفتگی تا ماهانه انجام خواهد شد.

اختلالات اضطرابی

مقدمه

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی هستند و می‌توانند مشکلات زیادی را برای افراد مبتلا به وجود آورند. اما خوشبختانه درمان‌های مؤثری (شامل دارویی و غیردارویی) برای این اختلالات وجود دارد که از جمله مؤثرترین درمان‌های روانپزشکی به‌شمار می‌روند. انواع اختلالات اضطرابی که در این فصل مورد بررسی قرار می‌گیرند عبارتند از:

اضطراب فراگیر

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

اختلال پانیک

مشخصه اختلال پانیک وقوع غیرمنتظره و خودبه‌خود حملات پانیک است که شامل دوره‌های کوتاهی (معمولاً بین ۱۰ تا ۳۰ دقیقه) از ترس بسیار شدید همراه با اضطراب، تنگی نفس، احساس خفگی و برخی علائم دیگر می‌باشد. فراوانی بروز آن‌ها از چند حمله در یک روز تا تعداد انگشت شماری در یک سال فرق می‌کند. نگرانی از مرگ به دلیل مشکل قلبی یا تنفسی ممکن است کانون اصلی توجه بیمار در حین حمله پانیک باشد. بیمار معتقد است تپش قلب و درد قفسه سینه نشان‌دهنده آن است که دارد سگته می‌کند یا می‌میرد.

هراس اجتماعی

بروز اضطراب زمانی که فرد در موقعیت‌های مختلف اجتماعی قرار می‌گیرد و دیگران او را می‌بینند یا ارزیابی می‌کنند؛ نظیر صحبت کردن در جمع. در این شرایط فرد نگران است به نوعی رفتار کند که منجر به تحقیر شدن یا خجالت کشیدن شود.

اختلال استرس پس از سانحه

اختلالی است که پس از مواجهه فرد با یک واقعه استرس‌زای بسیار شدید پدید می‌آید. البته همه افراد مواجهه یافته با این گونه استرس‌ها دچار این اختلال نمی‌شوند. علائم اصلی آن عبارتند از تجربه مجدد واقعه آسیب‌زا در خواب یا بیداری؛ تمایل به اجتناب از چیزهایی که یادآوری‌کننده آن واقعه هستند؛ افزایش برانگیختگی مثل گوش به زنگی با عصبانیت و پرخاشگری.

غربالگری و نحوه ارجاع

پزشک به کمک مصاحبه و معاینه وضعیت روانی و وضعیت جسمی بیمار، علایم و سیر آن‌ها را بررسی می‌کند و به‌علاوه علل طبی احتمالی را بررسی و رد می‌کند تا به تشخیص اختلال اضطرابی برسد.

درمان و پیگیری اختلالات اضطرابی

درمان اختلال اضطرابی منتشر

بسیاری از اوقات درمان اختلالات اضطرابی با درمان دارویی آغاز می‌شود که مسئولیت این کار با پزشک است. داروهای مهارکننده‌ی بازجذب سروتونین مثل فلوکستین از درمان‌های معمول برای این اختلالات هستند. در برخی موارد اقدامات غیردارویی نیز کمک‌کننده هستند. این اقدامات شامل آموزش مهارت "مقابله با استرس" و مهارت "مقابله با اضطراب" (فصل مداخلات غیردارویی) است که مسئولیت اجرای این موارد با کارشناس سلامت روان است. اگرچه این اقدامات نمی‌توانند اثراتی همانند روان‌درمانی‌ها داشته باشند، ولی می‌توانند با کمک به بیمار در کنترل و کاهش استرس، بهبودی را سرعت ببخشند و یا احتمال عود بیماری را کاهش دهند.

درمان هراس اجتماعی

دارودرمانی و روان‌درمانی درمان‌های اصلی هستند. در موارد خفیف‌تر داروهایی مثل پروپرانولول ۴۰-۲۰ میلی‌گرم نیم تا یک ساعت پیش از قرار گرفتن در موقعیت می‌تواند کمک‌کننده باشد. در موارد شدیدتر پزشک ممکن است داروهایی مثل فلوکستین هم برای بیمار تجویز کند. آموزش روانی به بیمار توسط کارشناس سلامت روان می‌تواند کمک‌کننده باشد.

درمان اختلال پانیک

دارو در آغاز درمان نقش بسیار مهمی دارد. در ادامه درمان اقدامات غیردارویی را هم می‌توان به دارو اضافه کرد. خودآرام‌سازی و مقابله با استرس می‌توانند کمک‌کننده باشند. آموزش روانی به بیمار در آغاز درمان به خصوص در مورد خطرناک نبودن حملات پانیک نقش بسیار مهمی دارد.

درمان اختلال استرس پس از سانحه

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

درمان اختلالات اضطرابی دیگر

ممکن است بیماران دیگری هم برای دریافت اقدامات غیردارویی توسط پزشک به کارشناس سلامت روان ارجاع

شوند که مبتلا به هیچ یک از اختلالات اضطرابی پیش گفت نباشند. منظور اختلالات اضطرابی خفیف تری است که علایم کامل اختلالات ذکر شده را ندارند. برای این افراد می توان از روش "مقابله با استرس" و "مقابله با اضطراب" (فصل مداخلات غیردارویی) استفاده کرد و در صورت مؤثر نبودن مداخلات برای ارزیابی دوباره به پزشک ارجاع داده می شوند.

شرح وظایف کارشناس

- آموزش به بیمار و خانواده
- آموزش مهارت های مقابله با استرس و مقابله با اضطراب به بیماران مناسب این اقدامات
- آموزش هر یک از سایر مهارت های دیگر به بیماران بسته به ارزیابی بالینی و نیاز بیمار

تکاتی که باید به بیمار و خانواده وی آموزش داد

- به بیمار و خانواده یادآور شود که اثرات اولیه داروها معمولاً پس از چند هفته دیده می شود، اما برای کسب حداکثر نفع درمانی ۱۶-۸ هفته زمان نیاز است.
- اختلال پانیک علی رغم شدت آن کشنده یا خطرناک نبوده، درمان پذیر است.
- قبل از قطع دارو حتماً با پزشک مشورت شود.
- در صورتی که دارو زیر نظر پزشک استفاده شود، باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی شود.
- کاهش مصرف کافئین یا اجتناب از مصرف الکل و دخانیات ضروری است.

اختلال وسواسی-جبری

مقدمه

وسواس عبارتست از فکر، احساس، اندیشه یا حسی عودکننده و مزاحم (مثل فکر آلوده یا نجس بودن، یا شک نسبت به بسته بودن در). اجبار رفتاری آگاهانه است برای کاهش احساس ناراحتی ناشی از وسواس، نظیر شستن، واریسی یا اجتناب. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی اجباری معمولاً از غیرمنطقی یا زیاده از حد بودن وسواس‌هایش آگاهی دارد. این وسواس‌ها یا اجبارها سبب اتلاف وقت و اختلال در روند معمول زندگی، یا کارکرد شغلی می‌شوند. در یکی از انواع این اختلال، بیمار افکار عودکننده درباره بدشکلی بدن خود دارد که به این حالت اختلال بدشکلی بدن گفته می‌شود. بیمار در طول زمان ممکن است دوره‌هایی از تخفیف و تشدید علائم را تجربه کند ولی بهبودی خودبخودی تقریباً اتفاق نمی‌افتد.

غربالگری و نحوه ارجاع

پزشک به کمک مصاحبه و معاینه وضعیت روانی و وضعیت جسمی بیمار، علایم و سیر آنها را بررسی می‌کند تا به تشخیص اختلال وسواسی-جبری برسد.

درمان و پیگیری اختلال وسواسی-جبری

مبنای درمان استفاده از دارو یا روان‌درمانی است. با توجه به در دسترس نبودن روان‌درمانی به اندازه کافی، در حال حاضر درمان انتخابی اول دارودرمانی است. آموزش روانی می‌تواند کمک‌کننده باشد ولی به‌نظر نمی‌رسد که خودآرام‌سازی نقشی در درمان داشته باشد.

شرح وظایف کارشناس

- آموزش به بیمار و خانواده
- آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و مقابله با اضطراب به بیماران مناسب این اقدامات

نکاتی که باید به بیمار و خانواده‌ی وی آموزش داد

- به بیمار و خانواده یادآور شود که اثرات اولیه‌ی داروها معمولاً پس از حدود ۴ تا ۶ هفته از شروع دارو دیده می‌شود، و برای کسب حداکثر نفع درمانی ۱۶-۸ هفته زمان نیاز است.
- قبل از قطع دارو حتماً با پزشک مشورت شود.
- در صورتی که دارو زیر نظر پزشک استفاده شود، باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی‌شود.

اختلالات سایکوتیک

مقدمه

مهم‌ترین خصوصیت اختلالات سایکوتیک که آن‌ها را از سایر اختلالات مجزا می‌کند، وجود اختلال در واقعیت-سنجی می‌باشد. به این معنی که بیمار قادر نمی‌باشد واقعیت را از خیال تمایز دهد. هذیان و توهم بارزترین علائم این اختلالات هستند. برخی از شناخته‌شده‌ترین انواع این اختلالات عبارتند از اسکیزوفرنیا، اختلال هذیانی و اختلال سایکوتیک گذرا. اختلالات سایکوتیک را می‌توان از جمله بیماری‌های "شدید روانی" دانست، چرا که اثرات زیادی بر زندگی فرد می‌گذارند و نیازمند پیگیری و توجه خاصی هستند. شیوع این اختلالات در مجموع حدود یک درصد از جمعیت عمومی است. اقدامات تشخیصی و درمان دارویی توسط پزشک و متخصص روانپزشکی صورت می‌گیرد. انجام اقدامات غیردارویی شامل آموزش روانی به بیمار و خانواده و همچنین آموزش راهکار کاهش هیجان ابراز شده است.

علل و علائم

علت ایجادکننده این اختلالات نامشخص است، ولی نقش عوامل ژنتیک بسیار قابل توجه می‌باشد و سهم عمده-ای در سبب‌شناسی این اختلالات دارد. عوامل محیطی مانند استرس هم به‌طور معمول در آغاز علائم و بروز اختلال مؤثر هستند.

مهم‌ترین علائم این اختلالات عبارتند از:

هذیان (یک اعتقاد نادرست که با اعتقادات و زمینه‌های فرهنگی قابل توجیه نباشد)، مثل هذیان گزند و آسیب که بیمار مبتلا معتقد است او را تعقیب می‌کنند یا قصد جانش را دارند.

• توهم (ادراک محرک‌هایی که در واقع وجود ندارند)، مثل توهم شنوایی یا شنیدن صداهایی که دیگران نمی‌شنوند.

• رفتار یا گفتار آشفته

• علائم منفی، مثل گوشه‌گیری، کاهش ارتباط‌های اجتماعی و کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

پزشک برای بررسی وجود علائم سایکوتیک از سؤال‌های غربالگری سایکوز که در پی آمده است، استفاده می‌کند:

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

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

۳. آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید رفتارها یا حرکات دیگران (حتا کسانی که نمی‌شناسید) به نوعی مربوط به شماست؟

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

۵. آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید مقام مذهبی یا سیاسی خاصی دارید؟

۶. آیا گفتار بیمار به شکلی درهم‌ریخته و آشفته است که اجزای آن فاقد ارتباط منطقی و قابل فهمی با هم باشد؟

۷. آیا رفتار بیمار به شکلی غیرعادی و آشفته است که نتوان برای آن دلیل قابل فهمی یافت؟

نکته:

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

سؤالات ۶ و ۷ را پزشک با مشاهده خود یا با شرح حال خانواده پاسخ می‌دهد.

کارهایی که نباید در برخورد با این بیماران انجام داد

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

۲. مصاحبه با بیمار مسلح

۳. مصاحبه به تنهایی با بیمار عصبانی و خطرناک

۴. پافشاری بر پرسش درباره مواردی که با وجود اطمینان بخشی، بیمار تمایلی به صحبت درباره آن‌ها ندارد.

درمان، پیگیری و مراقبت بیماران

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

شرح وظایف کارشناس

مداخلات کارشناس باید هم در آغاز ورود بیمار به برنامه‌ی درمانی و هم در ادامه سیر درمان انجام شود. آموزش روانی به بیمار و خانواده و به‌خصوص توضیح درباره ضرورت ادامه درمان و عدم قطع داروها از اولین آموزش‌هایی است که داده می‌شود. البته برای این آموزش‌ها باید بیمار آمادگی لازم برای شرکت در جلسات آموزش

را داشته باشد که معمولاً این آمادگی در شرایط حاد بیماری وجود ندارد. اما آموزش به خانواده از همان آغاز شروع می‌شود. این آموزش‌ها ممکن است در بیش از یک جلسه طول بکشد یا خانواده سوالانی داشته باشد که پاسخ به آن‌ها نیاز به صرف وقت بیش‌تری باشد. با توجه به اهمیت زیادی که این آموزش‌ها دارند و تأثیر مثبتی که می‌توانند در سیر بیماری داشته باشند، وقتی که برای آن‌ها صرف می‌شود معمولاً ارزشش را دارد. در صورتی که بیمار در پیگیری برای هر کدام از ویزیت‌ها مراجعه نکند یا تاخیر بیش‌تر از سه روز در مراجعه داشته باشد، به‌روز موظف است ضمن مراجعه به منزل بیمار، علت را بررسی کند و وی را تشویق نماید تا به پزشک مراجعه کند.

- آموزش به بیمار و خانواده (برای کلیه بیماران و خانواده‌ها ضروری است)
- آموزش مهارت‌های اجتماعی
- آموزش سایر مهارت‌ها در صورت لزوم
- کمک به بیمار برای بازیابی فعالیت‌های قبل از بیماری یا نوعی شغل حمایت شده در صورت امکان

قطع درمان

قطع درمان یا کاهش دوز دارو تنها توسط پزشک تخصصی سطح بالاتر یا بر اساس دستور وی و توسط پزشک انجام می‌گردد. همواره کاهش دوز یا قطع درمان "تدریجی" است و نه ناگهانی.

عوارض دارویی

برخی از شایع‌ترین عوارض داروهای ضدسایکوز قدیمی‌تر (مثل هالوپریدول، تری فلوپرازین و پرفنازین) عبارتند از دیستونی (اسپاسم مداوم و شدید عضلات که معمولاً عضلات زیر را درگیر می‌کند: سر و گردن (کج شدن گردن)، عضلات چشم (بالا رفتن یا منحرف شدن چشم‌ها)، عضلات زبان (اشکال در بلع و تکلم))، آکاتیژیا (احساس بی‌قراری و در پی آن راه رفتن مداوم برای رفع این احساس)، پارکینسونیسم (سفت شدن عضلات منحط) و لرزش دست‌ها. دیستونی نیاز به درمان فوری دارد و پزشک با تزریق فوری بیپریدین عضلانی آن را درمان می‌کند.

موارد ارجاع فوری

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

موارد ارجاع غیرفوری

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

آموزش خانواده‌ی بیمار مبتلا به پسیکوز

آموزش‌هایی که می‌توانند طی چند جلسه انجام شوند:

- توضیح در مورد علت ایجاد بیماری شامل نقش زمینه‌ای وراثت و نقش آغازکننده و تشدیدکنندگی استرس
 - عدم دخالت نیروهای ماورای طبیعی
 - قابل درمان و قابل کنترل بودن بیماری و نیاز به درمان پی‌گیرانه و جدی: وجود درمان‌های مؤثر و کم‌عارضه‌ای و لزوم ادامه جدی و مداوم درمان‌ها برای تسریع روند بهبودی
 - قابل درمان بودن عوارض دارو: عوارض همه قابل درمان هستند. لذا لازم است در صورت بروز به سرعت به پزشک گزارش داده شوند
 - احتمال عود بیماری در صورت قطع دارو بدون دستور پزشک
 - نیاز به حمایت و بازتوانی
- عواملی که می‌توانند به تشدید بیماری بیانجامند (قطع خودسرانه درمان، استرس، هیجان ابرازشده زیاد و اجزای آن) و نحوه کاهش این عوامل: اعضای خانواده باید دقت نمایند تا از انتقاد کردن‌های مکرر از بیمار خودداری کنند. این کار استرس زیادی را به بیمار وارد می‌کند و می‌تواند باعث افزایش احتمال عود بیماری شود. همچنین مراقبت بیش از حد از بیمار نیز نقش مخرب دارد، بنابراین افراد نباید به تمام کارهای بیمار شامل کوچک-ترین و جزئی‌ترین امور بیمار نظارت، سرکشی یا دخالت کنند و سعی در کنترل و سرکشی به کلیه رفتار و حرکات بیمار داشته باشند. این رفتارها هم استرس‌زا هستند. بدیهی است که مشاخره، دعوا و درگیری نیز می‌تواند در تشدید بیماری مؤثر باشد.

اختلالات شبه جسمی

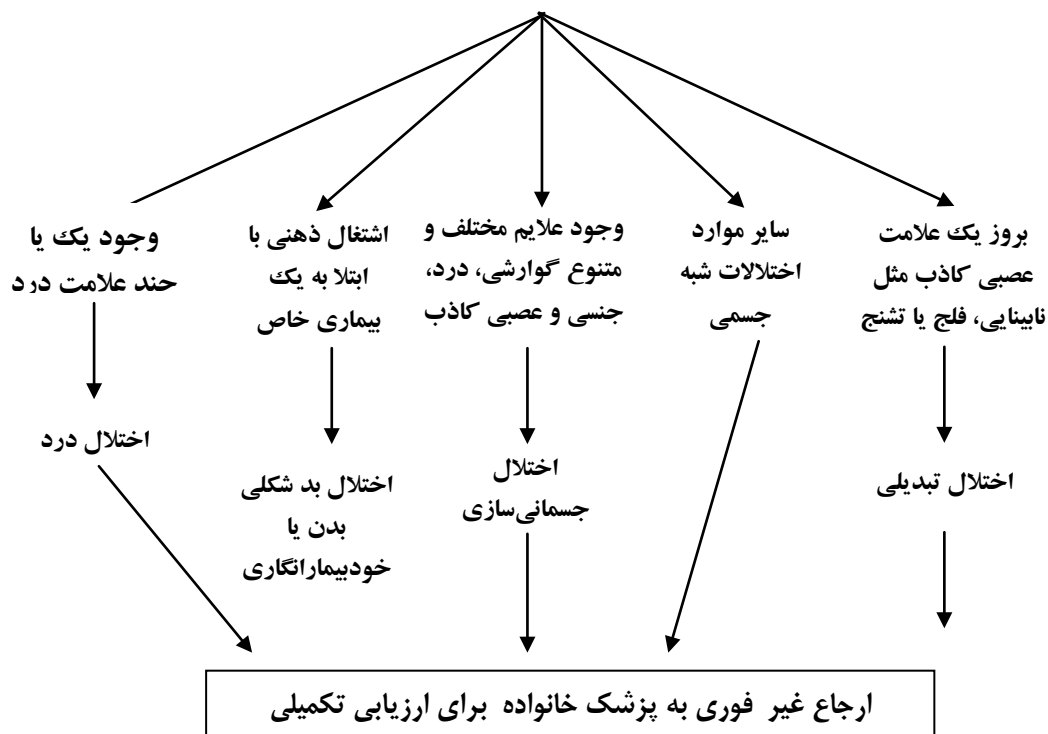
مقدمه و تعریف

در این اختلالات، علائم یک بیماری ظاهر می‌شود یا فرد بر این باور است که یک بیماری یا بدشکلی وجود دارد با وجود این که در واقعیت این گونه نیست. به عبارتی دیگر در این بیماری‌ها، اختلالات روان‌شناختی خود را به صورت علائم بیماری‌های جسمی نشان می‌دهد.

علل و علائم

عوامل روانی - اجتماعی چون سرکوب و واپس زدن خشم نسبت به دیگران به همراه متوجه ساختن آن خشم به سوی خود فرد، همانندسازی با والدینی که الگوی نقش بیمار هستند، در کنار ژنتیک و عوامل زیستی در ایجاد این اختلالات سهم دانسته شده‌اند. اختلالات شبه جسمی با نشانه‌های متفاوتی بروز می‌کند. مبنای دسته‌بندی این اختلالات همین نشانه‌های متفاوت است. در نمودار زیر می‌توانید نحوه رویکرد به نشانه‌های شبه جسمی را مشاهده نمایید.

وجود یک شکایت جسمی که پس از انجام شرح حال و معاینه عمومی با اختلال جسمی خاصی قابل توجیه نمی‌باشد



توجه؛

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

پیگیری، مراقبت و آموزش بیماران

۱. تولید نشانه‌ها در این اختلالات ارادی نمی‌باشد. بنابراین نباید بیمار را مانند کسی که "ادا درمی‌آورد" نگرست.
۲. هیچ زمان با جملاتی مثل «اینها تنها در ذهن شما وجود دارد» با بیمار روبرو نشوید. درد یا فلج برای بیمار واقعی است.
۳. به جای شدت یا کیفیت علایم، آثار آنها را در زندگی بیمار ارزیابی کنید.
۴. شکایات بیمار راهی برای بیان مشکلات روانی اوست. بنابراین همدلی کردن با بیمار و گوش دادن به این شکایات می‌تواند به بهبودی وی کمک کند.
۵. از اهمیت اطمینان‌بخشی غیرقضاوت‌مندانه به بیمار غافل نشوید.
۶. ویزیت‌ها به تعداد خاصی (مثلاً یک بار در ماه) محدود شود و با نظم معینی انجام شود.
۷. به بیمار کمک کنید ارتباط این علایم را با حالات روانی خود درک کند.
۸. در مورد اختلال تبدیلی، نشانه‌ها معمولاً در مدتی کوتاه و طی چند ساعت تا چند روز به‌طور خودبه‌خود از بین می‌رود. با بیمار همدلی کنید و به او اطمینان دهید خطری جدی وی را تهدید نمی‌کند. از قضاوت کردن پرهیزید. در صورت باقی ماندن نشانه‌ها طی مدت ملاقات با بیمار، جهت ارزیابی دقیق‌تر بیمار را به پزشک مرکز ارجاع دهید.

شرح وظایف کارشناس

- آموزش به بیمار و خانواده
 - استفاده از آموزش مهارت‌های مختلف بسته به نیاز مراجع
- کارشناس باید بر اساس شرح حال بیمار و مشکلاتی که در حال حاضر با آن روبروست از مجموعه مهارت‌ها، مواردی که برای شرایط بیمار مناسب می‌باشد (مثل حل مساله، کاهش استرس یا حل تعارض‌های بین‌فردی) را انتخاب کند و آموزش دهد.

صرع

مقدمه

به هر نوع تخلیه الکتریکی غیرطبیعی مغز، با هر نوع تظاهر بالینی، تشنج یا Seizure گفته می‌شود. در بسیاری از موارد این تخلیه الکتریکی خود را به صورت از هوش رفتن و تکان خوردن اندام‌ها نشان می‌دهد. وقتی حملات تشنج، مزمن و تکرارشونده شوند، به آن صرع یا Epilepsy گفته می‌شود. گاه این لغات و اصطلاحات جابجا نیز استفاده می‌شوند.

بنابراین یک تشنج، نتیجه اختلال عملکرد فیزیولوژیک مغز به صورت گذرا می‌باشد که ناشی از تخلیه الکتریکی هماهنگ و هم‌زمان و البته غیرطبیعی قشر مغز است. انواع بسیار متنوعی از حملات تشنج وجود دارند که تظاهرات هر کدام بستگی به این دارد که اولاً اختلال عملکرد از سراسر قشر مغز به طور منتشر آغاز شود یا تنها از یک منطقه شروع شود. ثانیاً عملکرد آن قسمت از قشر مغز به طور فیزیولوژیکی و طبیعی چیست؟ بر این اساس تشنج به دو دسته کلی موضعی (پارشیال یا فوکال) و منتشر (ژنرالیزه) تقسیم می‌شود. نوع موضعی خود دو دسته ساده (simple) و پیچیده (complex) دارد. در تشنج موضعی ساده، حمله محدود به مناطق خاصی از قشر مغز است و بیمار هوشیاری خود را از دست نمی‌دهد ولی بسته به منطقه درگیر در قشر مغز علائم، متفاوت است (حسی، حرکتی، بینایی، شنوایی و ...). در تشنج موضعی پیچیده، علی‌رغم اینکه حمله محدود به قسمت خاصی از مغز (مثل لوب تمپورال) است، بیمار بدون این که به زمین بیفتد، هوشیاری خود را از دست داده و با محیط ارتباط برقرار نمی‌کند. اما در تشنج‌های منتشر حمله در سراسر مغز منتشر می‌شود و فرد هوشیاری خود را از دست می‌دهد و به زمین می‌خورد.

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

۱- تشنج تونیک - کلونیک منتشر (Generalized tonic clonic Seizure - GTCS) یا صرع بزرگ: بیمار به طور ناگهانی هوشیاری خود را از دست داده و می‌افتد و دچار فاز تونیک حمله تشنج می‌شود. در این حالت اندام‌ها و تنه و گردن باز (extend) و سفت می‌شوند و چشم‌ها به سمت بالا انحراف پیدا می‌کنند. ممکن است در این مرحله صدای شبیه جیغ یا فریاد توسط بیمار ایجاد شود. تنفس در این مرحله متوقف و مخاط دهان و گاه پوست کبود می‌شود. مردمک‌ها گشاد و بدون پاسخ به نور می‌شوند. ممکن است در این مرحله یا مراحل بعدی ادرار بیمار نیز بی‌اختیار شود. این مرحله ۲۰-۱۰ ثانیه به طول می‌انجامد و سپس فاز کلونیک شروع می‌شود که حرکات ریتمیک انقباض انبساط عضلات اندام‌ها شروع می‌شوند. این فاز نیز حدوداً ۳۰ ثانیه به طول می‌انجامد. بعد از اتمام تشنج بیمار تا چند دقیقه گیج است و نسبت به زمان و مکان شناخت ندارد (فاز پس از تشنج یا Postictal) و سپس به وضعیت عادی باز می‌گردد.

۲- صرع کوچک یا **absence**: در کودکی و به طور معمول بین ۱۲-۴ سال شروع می شود. بیمار به طور ناگهانی هوشیاری خود را از دست می دهد. و کاری که انجام می داده متوقف می گردد. ولی به زمین نمی افتد. در این حمله، بیمار حالت خیرگی و مات زدگی پیدا می کند که به مدت چند ثانیه به طول می انجامد. بعد از حمله بی درنگ کودک به وضعیت عادی برمی گردد و کاری را که انجام می داده ادامه می دهد. این حملات ممکن است در طی روز به تعداد بسیار زیاد تکرار شود.

۳- صرع لوب تمپورال: حملات از نواحی عمقی لوب تمپورال منشا می گیرد و معمولاً از اواخر کودکی یا سنین نوجوانی شروع می شوند. حملات به شکل زیر می باشد: ابتدا ممکن است بیمار احساس پیش در آمد خاصی داشته باشد. شایع ترین آن ها احساس احشایی (احساس غیرطبیعی در بالای شکم، تهوع) است. سایر این احساس ها به صورت احساس غیرطبیعی نسبت به محیط، تغییر فرم و شکل و اندازه اشیای محیط، احساس بیگانگی با خود یا محیط می باشند. سپس بیمار ارتباط خود با محیط و هوشیاری خود را از دست می دهد و علایم اتوماتیسم مانند ملچ، ملوچ کردن - انجام حرکات تکراری در دست ها مانند کورمال کردن سطح زمین - حرکات پیچیده تر مانند در آوردن لباس - چرخیدن به دور خود یا چرخش دورانی دور چیزی، دویدن، رفتار شبیه به ترس و فرار، از خود نشان می دهد. بعد از اتمام این مرحله، بیمار فاز منگی پس از حمله کوتاهی دارد و سپس هوشیار می شود. ممکن است بیمار در طول حمله، با چندین بار صدا زدن پاسخ محدود بله یا خیر نیز بدهد. بعد از اتمام حمله، بیمار حوادث رخ داده را به یاد نمی آورد. ممکن است گاه یک حمله موضعی پیچیده به یک حمله تونیک کلونیک ژنرالیزه (یعنی از حالت فوکال به منتشر) تبدیل شود.

تب و تشنج

تب و تشنج به تشنج منتشری گفته می شود که در کودکان در طی یک بیماری تب دار سیستمیک، بدون درگیری مغز و پرده های مغزی ایجاد شده باشد.

نحوه برخورد با تب و تشنج

تب و تشنج زیر سن ۱۸ ماه نیاز به ارجاع فوری به نورولوژیست یا متخصص کودکان دارد.
تب و تشنج بالای سن ۱۸ ماه اگر بیش از یک بار تکرار شود یا اگر بیش از ۱۵ دقیقه ادامه یابد، نیاز به ارجاع فوری به نورولوژیست یا متخصص کودکان دارد.

درمان صرع

درمان صرع دارویی است. داروهایی مانند کاربامازپین، والپروات سدیم، فنی توئین و فنوباریتال از معروف ترین داروهای ضد صرع هستند. پزشک درمان موارد مبتلا به صرع را همیشه به صورت تک دارویی آغاز می کند و در

صورت کنترل نشدن حملات به تدریج دوز دارو افزایش می‌یابد. منظور از کنترل حملات این است که بیمار بیش از یک حمله در سال نداشته باشد.

برخورد با عوارض دارویی

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

شرح وظایف کارشناس

- آموزش به بیمار و خانواده
- آموزش هر یک از مهارت‌ها بر اساس شرایط و نیاز بیمار
- ارزیابی سلامت روانی خانواده‌ی بیمار و ارجاع به پزشک در صورت نیاز

نکاتی که کارشناس باید به بیمار و همراهان وی آموزش دهد

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

الف) نکات مربوط به مصرف دارو:

- ۱- دارو باید به طور مرتب و طبق دستور به مدت توصیه شده مصرف شود. مصرف نامرتب دارو شایع ترین علت از کنترل خارج شدن حملات تشنج می باشد.
- ۲- اغلب عوارض دارویی شایع، گذرا بوده و با ادامه درمان و یا پس از قطع دارو بعد از مدت لازم، از بین می رود.
- ۳- قطع ناگهانی دارو خطر دارد و از این رو نباید به طور ناگهانی قطع شود.

ب) اقدامات اساسی حین حمله:

- ۱- خونسردی خود را حفظ کنید و تا اتمام حمله تشنج در کنار بیمار بمانید.
- ۲- بیمار را به پهلو بخوابانید و سر بیمار هم به همان طرف باشد تا بهتر بتواند تنفس کند و ترشحات دهان یا استفراغ وارد ریه اش نشود.
- ۳- اجسام خطرناک و آسیب رساننده را از اطراف بیمار دور نگه دارید.
- ۴- اقدام خاصی مانند نگه داشتن اندامها و گرفتن بیمار یا باز کردن دهان بیمار، مؤثر نیست و حتی خطر آسیب جسمی را برای بیمار دربردارند. بنابراین از این کار خودداری کنید.
- ۵- تا زمانی که بیمار هوشیاری کامل خود را بدست نیاورده است از خوراندن آب، غذا، دارو به بیمار خودداری نمایید.
- ۶- گاهی بیماران قبل از حمله متوجه می شوند که الان تشنج خواهند کرد. در این موارد باید جایی که امن باشد دراز بکشند تا موقع افتادن آسیب نبینند.

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

- ۱- حمله ای که بیش تر از ده دقیقه به طول انجامیده است.
- ۲- دو یا بیش تر حمله که بین حملات فرد هوشیاری خود را بدست نیاورده است.
- ۳- آسیب های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی که حین حمله اتفاق افتاده است.

ناتوانی ذهنی

مقدمه

ناتوانی ذهنی به معنی پایین تر بودن توانایی‌های ذهنی (**intellectual functioning**) فرد نسبت به میانگین سایر افراد است. توانایی ذهنی افراد معمولاً توسط آزمون‌های سنجش هوش اندازه‌گیری می‌شود. نمره‌ی کمتر از ۷۰ در این آزمون‌ها به عنوان شاخص ناتوانی ذهنی در نظر گرفته شده است. پایین بودن توانایی ذهنی منجر به ایجاد اشکال در عملکرد انطباقی (**adaptive functioning**) فرد می‌شود. به این معنی که فرد عقب مانده قادر نیست به درستی از پس کارهایی بر بیاید که از سن او انتظار می‌رود. کارهایی مثل رسیدگی به امور شخصی مثل نظافت، امور جاری منزل، ارتباط برقرار کردن با دیگران، استفاده از خدمات معمول شهری، توانایی‌های تحصیلی، توانایی کار و تفریح.

باید توجه داشت که شروع مشکل حتماً باید "قبل از ۱۸ سالگی" باشد. در عقب ماندگی ذهنی در اکثر شاخص‌های تکاملی مثل رشد حرکتی، زبان، شناخت، بازی، ارتباط اجتماعی تاخیر دیده می‌شود. این کودکان سن عقلی کمتری نسبت به سن تقویمی خود دارند و ممکن است مشکلات رفتاری و هیجانی مختلفی نشان دهند. لازم به ذکر است که میزان بروز سایر اختلالات روانپزشکی مثل اختلالات خلقی، اضطرابی، اختلال رفتارهای ایدایی، اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی در این کودکان "بیش‌تر" از سایر کودکان است. ناتوانی ذهنی بسته به شدت به انواع خفیف، متوسط، شدید و عمیق طبقه‌بندی می‌شود. کودکان دارای نوع خفیف قبل از سنین مدرسه تفاوت فاحشی با سایر کودکان ندارند و ممکن است در این سنین توسط خانواده تشخیص داده نشوند.

علل

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

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

پس از شناسایی اولیه موارد مبتلا به ناتوانی ذهنی یا موارد مشکوک به آن لازم است کلیه موارد برای تایید تشخیص و انجام اقدامات احتمالی ضروری به صورت غیرفوری به سطح تخصصی ارجاع داده شوند. بیماران مبتلا به ناتوانی ذهنی در صورتی که اختلال همزمان دیگری نداشته باشند، معمولاً نیازمند ارجاع مجدد به سطح تخصصی نیستند، مگر این که دچار مشکل روانپزشکی جدیدی مثل اختلالات خلقی، اضطرابی، اختلالات

رفتاری یا غیره شوند. در این صورت نوع ارجاع بر اساس مشکل پیش آمده تعیین می‌گردد و مشابه موارد ارجاع فوری و غیرفوری ذکر شده در مبحث اختلالات کودکان می‌باشد.

پیگیری و مراقبت بیماران آموزش به بیماران و خانواده

نحوه ادامه پیگیری و مراقبت از بیمار پس از بازگشت از ارجاع بر اساس پس‌خوراند سطح تخصصی انجام می‌شود. در کلیه موارد لازم است موارد زیر به خانواده آموزش داده شود:

توانایی‌های کودک محدود است و سرعت یادگیری این کودکان نسبت به کودکان طبیعی کندتر است. آموزش می‌تواند به این کودکان کمک کند ولی این آموزش‌ها باید متناسب با سطح هوشی کودک تنظیم شده باشد. در موقعیت‌های مختلف این کودکان نیاز به حمایت بیش‌تری دارند. بسته به سطح توانایی‌های کودک باید به او مسئولیت‌ها و وظایفی را واگذار کرد و نباید از کلیه امور معاف باشند. درمان معجزه‌آسایی برای این اختلال وجود ندارد ولی درمان‌های حمایتی و آموزش می‌تواند تاحدی وضعیت را بهتر کند.

اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی

تعریف و علائم

این اختلال در سال‌های اخیر مورد توجه بیش‌تری قرار گرفته و بهتر از گذشته تشخیص داده می‌شود و مورد درمان قرار می‌گیرد. اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی اختلالی است که با نشانه‌های بیش‌فعالی (پرتحرکی) چون احساس بی‌قراری و وول خوردن، راه رفتن در مکانی که انتظار می‌رود فرد بنشیند مثلاً کلاس درس، زیاد حرف زدن و تحرک و بازیگوشی بیش از اندازه در کنار تکانشگری و کمبود توجه بروز می‌نماید. کمبود توجه به صورت‌هایی چون فراموش کردن وسایل مدرسه، جاانداختن کلمه در دیکته، عدم توجه به سخنان بزرگترها و پرت شدن حواس به محرک‌های محیطی نامربوط در حین گوش دادن به دیگران یا انجام تکالیف دیده می‌شود. علائم دست‌کم باید به مدت ۶ ماه طول کشیده باشد و برخی از نشانه‌ها قبل از ۱۲ سالگی شروع شده باشد. لازم است این نشانه‌ها حداقل در دو مکان مجزا (مثلاً منزل و مدرسه) اتفاق بیفتند.

البته باید دقت کرد که اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی عموماً به صورت مختلط و ترکیبی از نشانه‌های دو گروه رخ می‌دهد. اما نباید تصور کرد در هر کودک دچار این اختلال حتماً نشانه‌های بیش‌فعالی وجود دارد و اختلال می‌تواند صرفاً با نشانه‌های کمبود توجه بروز کند. برای طرح تشخیص باید دقت کرد که پرتحرکی و رفتارهای تکانشی بیمار باید از حد مورد انتظار برای کودکان هم‌سن و هم‌سطح تکاملی زیادتر باشد.

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

درمان

درمان اصلی این اختلال، استفاده از داروهای محرک است. انواعی از درمان‌های غیردارویی نیز در مورد این اختلال استفاده شده است که از مؤثرترین آن‌ها می‌توان به آموزش مدیریت رفتارهای کودکان به والد‌ها اشاره نمود. در تمام موارد در صورت وجود نشانه‌ها جهت تایید تشخیص و شروع درمان مناسب کودک باید به پزشک مرکز ارجاع شود.

شرح وظایف کارشناس

- آموزش به خانواده
- آموزش والدگری به خانواده در صورت لزوم (آموزش فرزندپروری، فصل مداخلات غیردارویی)

اصول کلی مشاوره و آموزش

در صورت وجود اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی به والدین در خصوص موارد زیر آموزش دهید:

در مورد لزوم درمان طولانی اختلال و این‌که تابستان یا تعطیلات اثری بر روند درمان ندارند توضیح دهید.

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

در مورد مشکلات رفتاری کودک و این‌که برخی از این مشکلات به دلیل وجود این اختلال است به والدین آموزش دهید. این کودکان به تشویق‌هایی که فوری پس از رفتار مثبت بوده و مکرراً تکرار شوند پاسخ می‌دهند. لازم نیست حتماً از یک کالا یا هدیه برای تشویق استفاده نمود. تشویق می‌تواند لفظی یا رفتاری باشد، ولی مهم است که برجسته‌تر از برخورد معمولی بوده و بلافاصله پس از رفتار باشد. این کودکان نسبت به تنبیه بدنی پاسخ مناسبی نداشته و حتا بدرفتاریشان بدتر می‌شود.

اختلالات رفتارهای ایدایی

تعاریف و علائم

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

ارزیابی و درمان

درمان اولیه اختلال نافرمانی مقابله‌ای، انجام مداخله‌های خانوادگی برای تسهیل آموزش والدین در ایجاد مهارت‌های مورد نیاز برای کودک است. درمان اصلی این اختلال غیردارویی است و مبتنی بر تقویت رفتارهای مناسب و نادیده گرفتن یا عدم تقویت رفتارهای نامطلوب است (آموزش فرزندپروری، فصل مداخلات غیردارویی). در صورت هر گونه شک به وجود اختلال سلوک در اولین فرصت ممکن، کودک را جهت ارزیابی و درمان به پزشک مرکز ارجاع دهید.

اصول کلی مشاوره و آموزش

این موارد را به والدین آموزش دهید:

- ۱- رفتارهای کودک یا نوجوان در هر دو اختلال به معنای کودک یا نوجوان بد بودن نیست و نشانه‌های یک اختلال روانپزشکی است.
- ۲- اهمیت یاد گرفتن مهارت‌های والدین در مدیریت رفتار کودک و نوجوان مبتلا را گوشزد کنید.
- ۳- اهمیت درمان را در پیش‌گیری از افزایش شدت اختلال و احتمال پیشرفت به سمت رفتارهایی چون سوءمصرف مواد یا بی‌بند و باری جنسی یادآور شوید.

اختلال طیف اوتیسم

تعریف و مقدمه

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

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

غربالگری و نحوه ارجاع

سه سوالی که برای غربالگری اختلال اوتیسم پرسیده می‌شود عبارتند از:

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

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

درمان و پیگیری

درمان اختلال اوتیسم مثل سایر اختلالات شامل درمان‌های دارویی و غیردارویی است. درمان‌های دارویی معمولاً برای کنترل و کاهش مشکلات همراه، مثل بی‌قراری شدید، پرتحرکی، آسیب به خود و یا نشانه‌های خلقی یا اضطرابی به کار می‌رود. درمان‌های غیردارویی شامل گفتاردرمانی، رفتاردرمانی و برخی مدل‌های درمانی مانند مدل اختلال عملکرد عصب شناختی (شامل آموزش پاسخ‌دهی به دیگران، افزایش انگیزش با تشویق کودک به واریسی اسباب‌بازی‌ها و وسایل آموزشی، انگیزتن رشد شناختی با آموزش مهارت‌های ارتباطی و بیانی به کودک و همچنین تقلید غیرکلامی و آموزش اشکال و سایر موارد). درمان‌های غیردارویی اگر از سن پایین‌تر شروع شوند به‌طور معمول نتیجه بهتری دارند.

کارشناس سلامت روان باید به خانواده آموزش‌های لازم درباره بیماری و علایم آن را بدهد. همچنین درمان‌های موجود را یادآوری کند.

موارد ارجاع

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

اختلالات یادگیری

تعریف و علایم

این دسته از اختلالات عمدتاً به صورت ناتوانی در یادگیری خواندن، نوشتن و درک ریاضیات بروز می‌کند و کودک در آزمون‌های عملکرد تحصیلی ضعیف عمل می‌کند. توانایی تحصیلی و گفتاری این کودکان متناسب با سن آنها نیست. اختلال یادگیری در صورت وجود همزمان ناتوانی ذهنی و اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی باید بیش از حدی باشد که با نقایص هوشی و توجه در این کودکان توجیه می‌شود. از نظر بالینی این کودکان سطح پایین‌تری از عملکرد تحصیلی نسبت به عملکرد هوشی خود دارند.

توانایی خواندن کودکانی که اختلال خواندن دارند در زمینه‌های میزان خواندن، دقت خواندن و درک مطلب پایین است، و اغلب با مشکل در هجی کردن، ضعف نوشتن و تأخیر کلام، همراه است.

اختلال ریاضی با مشکل در محاسبات و منطق ریاضی مشخص می‌شود. این کودکان معمولاً در یادگیری نام اعداد، به خاطر آوردن نشانه‌های جمع و تفریق، یادگرفتن جدول ضرب و انجام جمع اعداد با مشکل روبرو هستند. در اختلال نوشتاری، نقص اساسی در توانایی‌های نوشتن است. این کودکان بدخط هستند. حروف را وارونه می‌نویسند و در نوشتن کلماتی چون خواندن مشکل دارند. اگر در دیکته کودکی به جای خواندن، "خاندن" دیدید باید به این اختلال شک کرد. البته بدیهی است وجود تنها یک اشتباه مطرح‌کننده اختلال یادگیری نیست. اختلالات یادگیری معمولاً در همان سال‌های اولیه دبستان مورد توجه قرار می‌گیرد و در صورت آگاهی کافی تشخیص داده می‌شود.

تشخیص و درمان

این کودکان معمولاً با مشکلات تحصیلی جدی روبرو هستند که ممکن است با همین شکایت مراجعه نمایند. معمولاً این اختلالات از نظر پنهان مانده و کودک سال‌ها مشکل تحصیلی را خواهد داشت. لذا تشخیص زودهنگام و ارجاع به موقع کودک برای انجام مداخلات درمانی می‌تواند از مشکلات بعدی پیش‌گیری نماید. درمان اختلال یادگیری مبتنی بر آموزش و تمرین مداوم است. بازخورد مثبت به کودک زمینه را برای پیشرفت بهتر وی و عملکرد مناسب‌تر اجتماعی و تحصیلی مهیا می‌سازد.

اصول کلی مشاوره و آموزش

به خانواده یادآور شوید که مشکلات تحصیلی کودک ناشی از وجود این اختلال است و آنها را برای اقدام به درمان ترغیب نمایید. همچنین باید بر اهمیت پرهیز از سرزنش کردن کودک تأکید کنید و بخواهید که در مقابل پیشرفت‌های هر چند کوچک به او بازخورد مثبت بدهند. مهم است خانواده بدانند که کودک دچار یک اختلال نیازمند درمان است و عامل مشکل او ارادی و مثلاً ناشی از تنبلی نیست.

اختلال تیک

تعاریف و علائم

تیک‌ها حرکات یا صداهای ناگهانی، بی‌هدف، مکرر و تکرار شونده‌اند، که به‌طور شایعی ناخواسته و یا در پاسخ به یک تمایل درونی قوی انجام می‌پذیرند. فرد ممکن است به‌صورت ارادی بتواند برای مدت کوتاهی مانع انجام آن‌ها شود. تواتر تیک متفاوت و دوره‌های تشدید یا تخفیف دارد و ممکن است به شکل حرکات ارادی یا صدا درآوردن باشد. تیک ساده حرکات یا اصوات ناگهانی، کوتاه و بی‌معنی‌اند، ولی تیک‌های پیچیده می‌توانند به شکل حرکات منظم و هدفمندتر یا اصوات مشخص (مثل ناسزا گفتن) تظاهر نمایند.

درمان

در انواع اختلالات تیک درمان دارویی لازم نیست مگر آن‌که تیک استرس زیادی را بر فرد یا خانواده تحمیل و اختلال عملکرد قابل توجهی ایجاد کرده باشد. مجموعه‌ای از روش‌های رفتاری در درمان این اختلال مورد استفاده قرار می‌گیرد.

اصول کلی مشاوره و آموزش

- در صورت وجود اختلال تیک به والدین در خصوص موارد زیر آموزش دهید:
- این اختلال به‌دلیل نقص در سیستم اعصاب مرکزی است و کودک عمداً این حرکات را تولید نمی‌کند.
 - به والدین در مورد لزوم درمان دارویی توضیح دهید.
 - به والدین آموزش دهید که در طول درمان ممکن است علائم کم و زیاد شود، در نتیجه نباید درمان را بدون اجازه پزشک قطع کرد.
 - به والدین آموزش دهید که به تیک‌های کودک توجه نکنند و به‌خاطر تیک به کودک تذکر ندهند.
 - بسیاری از تیک‌ها گذرا هستند به‌خصوص زمانی که مدت زمان کمی از شروع آن‌ها گذشته باشد در این خصوص به والد اطمینان بخشی کنید.

اختلالات دفعی

تعاریف و علایم

کنترل دفع ادرار و مدفوع به مرور و در جریان تکامل کودک کسب می‌شود. زمانی که این اتفاق در مدت زمان مورد انتظار رخ ندهد تشخیص اختلال دفعی مطرح می‌گردد. این اختلالات به دو دسته شب ادراری و بی‌اختیاری مدفوع تقسیم می‌شود. شب ادراری تا حدود ۵ سالگی طبیعی تلقی می‌شود. بعد از سن ۵ سالگی چنانچه حداقل دو بار در ماه (یا یک بار در ماه در کودک بالای ۷ سال) به مدت ۳ ماه اتفاق افتد یا این که بروز آن باعث رنج و افت عملکرد شدید شود غیرطبیعی تلقی می‌شود. به دفع نامتناسب مدفوع به صورت غیرارادی یا تعمدی در محل‌های نامناسب حداقل یک بار در ماه به مدت ۳ ماه در کودکان بالاتر از ۴ سال اطلاق می‌شود. کودکان دچار این اختلال در ارتباط با همسالان دچار مشکل بوده و اعتمادبه‌نفس پایینی دارند.

درمان

پیش از هر نوع اقدام درمانی باید اختلال‌های طبیی محتمل رد شود. در نتیجه در هر کودکی با شک به این اختلال حتماً کودک را جهت ارزیابی به پزشک مرکز ارجاع دهید. در درمان شب ادراری استفاده از روش‌های شرطی‌سازی نظیر تشکچه و زنگ و استفاده از جدول رفتاری به عنوان درمان غیردارویی کمک‌کننده است. در بی‌اختیاری مدفوع نیز روش‌های شرطی‌سازی و رفتاری بر حسب نوع اختلال مفید است. در مورد بی‌اختیاری مدفوع باید به عوامل استرس‌زای محیطی و اختلالات همراه بیش‌تر توجه نمود.

اصول کلی مشاوره و آموزش

در صورت وجود بی‌اختیاری ادرار به والدین آموزش دهید که:

- این اختلال در اکثر موارد خودمحدودشونده است ولی به دلیل عوارض و تأثیراتش نیازمند درمان است.
- کودک عمداً اقدام به این کار نمی‌کند.
- هرگز کودک را به خاطر این اتفاق تنبیه بدنی نکنند.
- پیگیری درمان و انجام روش‌های رفتاری و دارویی توصیه شده از اهمیت زیادی برخوردار است.
- در مورد بی‌اختیاری مدفوع به والدین آموزش دهید که:
- کودک را به خاطر این رفتار تنبیه بدنی نکنند.
- در صورت وجود نوع احتباسی همراه با یبوست به لزوم استفاده از ملین‌ها در رژیم غذایی تاکید کنید.
- در خصوص پیگیری درمان آموزش دهید.

لکنت زبان

تعاریف و علایم

لکنت زبان به صورت نقص در روانی کلام دیده می‌شود. در لکنت زبان مشکل در حفظ جریان تولید اصوات گفتاری است. لکنت زبان عموماً بین سنین ۱/۵ تا ۹ سالگی آغاز می‌شود. هر چند احتمال شروع در سنین ۲ تا ۳/۵ و ۵ تا ۷ سالگی در دامنه سنی ذکر شده بیش تر است. در برخی کودکان مبتلا دیگر اختلالات زبان و گفتار نیز به صورت همزمان ممکن است وجود داشته باشد. لکنت تقریباً هیچ‌گاه به صورت ناگهانی آغاز نمی‌شود و به مرور و طی هفته‌ها بروز می‌کند و به تدریج فراوانی بروز و شدت آن افزایش می‌یابد. با این وجود حتا در زمان شدت نیز ممکن است در حین فعالیت‌هایی چون روخوانی با آواز خواندن از بین برود.

احتمال وقوع نشانه‌های همراهی چون پیش‌بینی وقوع لکنت، پرهیز از کاربرد اصوات یا واژه‌هایی معین، پرهیز از موقعیت‌هایی که احتمال بروز لکنت در آن می‌رود و یا نشانه‌هایی چون تیک یا لرزش لب و چانه در حین سخن گفتن وجود دارد.

درمان

به طور کلی گفتاردرمانی مؤثرترین روش درمانی در این دسته اختلالات است. در اختلال لکنت در کنار گفتاردرمانی از روش‌های ایجاد آرامش و تمرین تنفس نیز می‌توان کمک گرفت. آموزش والدین و توجه به روابط اجتماعی کودک نیز حایز اهمیت است، چون عدم درمان لکنت منجر به بروز اعتماد به نفس پایین کودک، ضعف خودپنداره و اضطراب اجتماعی در وی می‌شود.

اصول کلی مشاوره و آموزش

در صورت بروز لکنت به والدین آموزش دهید که:

- ۱- گاهی ناروانی کلام بخشی از فرایند رشدی است پس تا مطمئن نشده‌اند از کلمه لکنت استفاده نکنند.
- ۲- در بسیاری موارد لکنت خودمحدودشونده است.
- ۳- با این حال لازم است مشاوره با متخصصان انجام شود.
- ۴- برای صحبت کردن کودک را تحت فشار قرار ندهند.
- ۵- به لکنت کودک توجه نکنند.
- ۶- در زمان صحبت کودک با حوصله به او گوش دهند و از عباراتی مثل زود باش استفاده نکنند.
- ۷- موقع صحبت با اضطراب به او نگاه نکنند بلکه چهره طبیعی داشته باشند.
- ۸- در حین صحبت با کودک اشتباهات تلفظی او را اصلاح نکنند.
- ۹- در حین صحبت هیچ‌گاه به او نگویند چکار کند تا لکنت نداشته باشد.
- ۱۰- هیچ‌گاه برای یافتن کلمه یا ادای آن به کودک کمک نکنند.

عادات خاص

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

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

خودکشی

مقدمه

بر اساس آمار منتشر شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌طور متوسط روزانه ۱۳ مورد خودکشی در کشور با میانگین سنی ۲۹ سال اتفاق می‌افتد. بررسی روند خودکشی در سال‌های گذشته ایران رشد قابل توجهی را نشان می‌دهد به طوری که میزان خودکشی از ۱/۳ در صدهزار نفر در سال ۱۳۶۳ به ۶/۴ در صدهزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۳ رسیده است.

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

غربالگری

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

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

در صورت وجود فکر خودکشی بیمار را به پزشک مرکز ارجاع دهید.

اقداماتی که تا زمان ملاقات با پزشک باید انجام شود

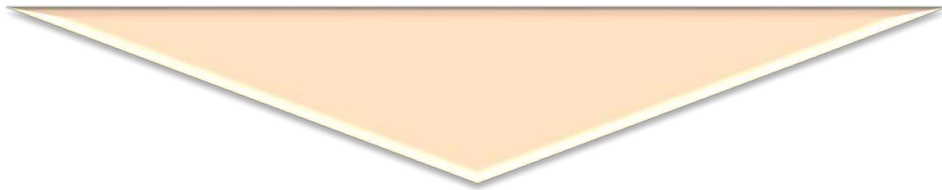
- بیمار را تنها نگذارید.
- اشیای خطرناک، وسایل تیز و برنده، داروها و سموم را دور از دسترس بیمار قرار دهید.
- مراقب احتمال صدمه زدن بیمار به خودش یا اطرافیان باشید.
- به بیمار فرصت دهید افکار و احساسات خود را آزادانه بیان کند و با وی همدلی نمایید.
- از پند و اندرز و قضاوت زودهنگام در مورد بیمار بپرهیزید.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

چند توصیه

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

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

فصل هفتم



مداخلات غیر دارویی



اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

- ۱- اصول و مراحل مشاوره را نام ببرید
- ۲- مهارت‌های شناختی را بشناسید و نحوه آموزش آن‌ها را بدانید
- ۳- مهارت‌های اجتماعی را بشناسید و نحوه آموزش آن‌ها را بدانید
- ۴- مهارت‌های مقابله‌ای را بشناسید و نحوه آموزش آن‌ها را بدانید
- ۵- عوامل خطر خودکشی و نحوه پرسش آن‌ها را بیان کنید
- ۶- عوامل مؤثر در بهبود پذیرش دارویی را نام ببرید
- ۷- نکات لازم برای کاهش هیجان ابرازشده توسط خانواده بیمار مبتلا به سایکوز را بدانید
- ۸- نکات لازم برای آموزش به والدین در زمینه فرزندپروری را توضیح دهید

عناوین فصل

- ❖ مشاوره
- ❖ آموزش مهارت‌ها
- ❖ مهارت‌های شناختی: خودآگاهی، تصمیم‌گیری، حل مساله
- ❖ مهارت‌های اجتماعی: ارتباط مؤثر، حل تعارض‌های بین‌فردی
- ❖ مهارت‌های مقابله‌ای: استرس، خشم، اضطراب، غمگینی و افسردگی
- ❖ بررسی احتمال خودکشی و مقابله با آن
- ❖ بهبود پذیرش دارویی
- ❖ مشاوره خانواده برای بیمار مبتلا به سایکوز
- ❖ فرزندپروری

مشاوره

تعریف مشاوره

مشاوره "عمل هدفمند فراهم کردن هدایت حرفه‌ای و تخصصی است که از روش‌ها و تکنیک‌های روان‌شناختی برای هدایت مراجع در یک جهت سازنده استفاده می‌کند". مشاوره یک مداخله است زیرا مشاور به مراجع کمک می‌کند و یا او را هدایت می‌کند تا تصمیم‌های آگاهانه و سازنده‌ای گرفته و ظرفیت خود را برای شناخت و حل مشکلاتش ارتقا دهد. مهم‌ترین اهداف مشاوره عبارتند از:

- کمک به پذیرش مسئولیت در قبال زندگی خود
- رشد توانایی تصمیم‌گیری آگاهانه و سازنده
- کمک به تغییر رفتار
- فراهم کردن اطلاعات برای تصمیم‌گیری و حل مساله آگاهانه

مشاوره برای اینکه مؤثر باشد باید مراجع محور و مبتنی بر نیازهای مراجع باشد و اهداف مشاوره از طریق مذاکره بین مشاور و مراجع تعیین شود. بنابراین مشاوره یک فرایند تعاملی است که از طریق آن مشاور و مراجع برای رسیدن به اهداف توافق‌شده همکاری می‌کنند. همچنین، مراجعان باید برای حل مشکلاتشان احساس توانمندی کنند. به این منظور مشاوره باید ماهیت تعاملی، مشارکتی و همکارانه داشته باشد. در چنین مشاوره‌ای، مشاور به مراجع کمک می‌کند تا مشکلات خود را شناسایی کند، حق انتخاب‌های موجود را پیدا کند و تصمیم آگاهانه‌ای را درباره بهترین حق انتخاب بگیرد. بدین ترتیب در پایان مشاوره، ظرفیت‌های مراجع برای پذیرش مسئولیت اعمال و پیامدهای آن و حل مشکلاتش افزایش یافته و یک سبک زندگی سالم‌تر و مولدتر خواهد داشت.

اصول اساسی مشاوره

اصول خاصی در انواع مختلف مشاوره وجود دارد که رعایت آن در دستیابی به اهداف مشاوره و ارتقای کیفیت خدمات مشاوره، نقش اساسی بازی می‌کند:

- داوطلبانه بودن - مشاوره داوطلبانه به این معناست که مراجع به اراده‌ی خود به جلسه بیاید. این امر موجب می‌شود که ارتباط درمانی سریع‌تر و راحت‌تر برقرار شود و مراجع پیش‌تر پذیرای کار مشاوره باشد. اگرچه حتی برای مراجع‌هایی که به میل خود به جلسه مشاوره نمی‌آیند و تمایلی به تغییر رفتار خود ندارند، داشتن تجربه مثبت با مشاور می‌تواند احتمال برگشتن آن‌ها را در آینده افزایش دهد.
- رازداری - رازداری در ارتباط مشاور و مراجع نقش مهمی بازی می‌کند. اطلاعات شخصی مراجع باید محرمانه باشد و با کس دیگری خارج از رابطه‌ی حرفه‌ای در میان گذاشته نشود. اگر هم نیاز به مشورت حرفه‌ای وجود

دارد این کار باید با اطلاع مراجع و رضایت وی صورت گیرد. تنها استثنای اصل رازداری زمانی است که مراجع ممکن است خود یا دیگران را در خطر قرار دهد.

• غیرقضاوتی بودن - مشاور باید خنثی بوده و قضاوت نکند و در مورد موضوعاتی که مراجع مطرح می‌کند واکنش نشان ندهد. کار مشاور تعیین درست و غلط و یا بد و خوب نیست. مشاور باید ارزش‌ها، سوگیری‌ها و انتظارات و تصورات قالبی خود را کنار گذاشته، بدون قضاوت، انتقاد و سرزنش گوش دهد تا بتواند فهم بهتری از مراجع بدست آورد و سپس او را در جهت تصمیم‌گیری و حل مساله سازنده هدایت کند. تنها در این صورت است که یک ارتباط همراه با پذیرش و اعتماد شکل گرفته و مشاور می‌تواند تجارب بیمار را درک کرده و بفهمد و به او مشورت بدهد.

• احترام - احترام به این معنی است که مشاور باید صرف‌نظر از نگرش‌ها و باورهای خود یا ویژگی‌های مراجع شامل سن، قومیت، نژاد، مذهب، ظاهر و موقعیت اجتماعی اقتصادی، رفتار یکسانی با همه مراجعان داشته باشد و برای آن‌ها به‌عنوان یک انسان احترام قایل شود. احترام، ارتباط مشاور و مراجع را بهبود می‌بخشد و موجب همکاری بیش‌تر مراجع در فرایند مشاوره و بیان مشکلات واقعی وی می‌شود.

• قابل اعتماد بودن - قابل اعتماد بودن به معنی وقت شناسی، قابل پیش‌بینی بودن و مراقبت‌کننده بودن مشاور است. مشاور باید به‌دقت به حرف‌های مراجع گوش دهد، با او صادق باشد، اطلاعات و تبیین‌های دقیق و روشنی ارائه دهد، رازدار باشد و در صورت نیاز به ارجاع، این کار را انجام دهد.

تأکید بر مسئولیت شخصی مراجع برای بهبود - اگرچه مشاور مراجع را در جهت شناسایی مشکل، بررسی حق انتخاب‌های موجود و انتخاب بهترین راه حل کمک و هدایت می‌کند ولی تغییر، در نهایت توسط خود مراجع است که صورت می‌گیرد.

• ایجاد توازن بین هدایت مراجع و تشویق وی به خود‌هدایتی - مشاوره باید بین هدایت مراجع و تشویق او برای خودمختاری و تصمیم‌گیری مستقل توازن ایجاد کند. برای این منظور مشاور باید به‌ویژه در مراحل اولیه مشاوره، موضوعات مهم را شناسایی و بیمار را هدایت کند تا آن را مورد بررسی قرار داده و در مورد آن تصمیم‌گیری کند. علاوه بر این، خود بیمار نیز تشویق می‌شود تا همین فرایند را در چارچوب موضوع خاصی انجام دهد. البته مشاور در این فرایند او را راهنمایی می‌کند.

• ارتباط با سایر مراکز و سازمان‌های مرتبط و ارجاع - مراجع ممکن است مشکلات متعددی در زمینه‌های مختلف زندگی داشته باشد و بنابراین مشاور باید با سازمان‌ها و مراکز مختلف ارائه‌دهنده‌ی خدمات آشنایی داشته و ارجاع مناسب را انجام دهد.

فرایند مشاوره

مشاوره فرایندی است که با ایجاد ارتباطی شروع می‌شود که ویژگی آن اعتماد و اتحاد کاری است. بر اساس این ارتباط به مراجع کمک می‌شود تا مشکلات خود را شناسایی کند، اهداف درمان را تعیین کند و سپس راهبردهایی را برای غلبه بر این مشکلات طراحی و اجرا کند. کل این فرایند بر اساس یک ارتباط تعاملی و همکاری صورت می‌گیرد. در زیر مراحل مختلف مشاوره توضیح داده شده است.

مرحله اول- ایجاد ارتباط درمانی : یکی از عوامل مؤثر در موفقیت درمان به ارتباط مشاور با مراجع بستگی

دارد. گوش دادن، همدلی و درک موقعیت زندگی مراجع از چشم‌انداز خود وی و قضاوتی نبودن در ایجاد چنین ارتباطی اساسی است. علاوه بر این، پذیرش و احترام به قدرت این ارتباط کمک می‌کند.

جلسات اول و دوم مشاوره معمولاً به جمع‌آوری اطلاعات اختصاص دارد. البته مشاور باید توجه داشته باشد که پرسیدن سوالات خیلی زیاد در جلسات اول ممکن است برای مراجع تهدیدکننده باشد و تا جای ممکن باید از سوالات باز برای بدست آوردن اطلاعات استفاده شود. معمولاً مراجع اول تمایل دارد در مورد موضوعاتی که تهدیدکننده نیست، صحبت کند. اینجاست که ارتباط خوب مشاور و مراجع، پذیرش و غیرقضاوتی بودن مشاور، مراجع را بیش‌تر و بیش‌تر تشویق می‌کند تا در مورد موضوعات شخصی‌تر صحبت کند.

همچنین در جلسه اول، برنامه‌ی درمان توضیح داده می‌شود و از مراجع خواسته می‌شود تا نظر خود را در مورد آن بیان کند و یا اگر ابهامی برای وی وجود دارد سوال کند و نظر خود را در مورد آن بیان کند. در صورت موافقت مراجع، در انتهای این مرحله قرارداد درمانی بسته می‌شود.

مرحله دوم- بررسی مشکل و تهیه فهرست مشکلات^۱: غالباً مشکلی که مراجع برای حل آن به مشاور

مراجعه می‌کند، جنبه‌های مختلف زندگی وی را مانند سلامت جسمی و روانی، تحصیلات، اشتغال، وضعیت مالی و روابط خانوادگی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد. معمولاً خود مراجع از این امر آگاهی کاملی نداشته و یا آن را انکار می‌کند چون ممکن است موجب احساسات منفی و ناخوشایند زیادی شود. ایجاد یک فضای امن و همراه با پذیرش و اعتماد و همدلی، صحبت در مورد این موضوعات را تسهیل می‌کند. در طی این مرحله مشاور به مراجع کمک می‌کند تا مشکلات همراه با شکایت اصلی را تشخیص داده، بپذیرد و آن را به شکل روشن‌تری شناسایی کند. هرچه مراجع بیش‌تر و بیش‌تر در مورد موقعیت‌های مختلف زندگی خود صحبت می‌کند تابلوی مشکلات وی برای خود او و مشاور روشن‌تر می‌شود. بنابراین مشاور باید با استفاده از مهارت‌های مختلف مشاوره مانند کنکاش^۲ و

^۱- problem list

^۲- probing

روشن‌سازی به مراجع کمک کند تا سایر مشکلات را به شکل روشن‌تری بیان کند. البته، مشاور باید انعطاف‌پذیر بوده و کار را با تمرکز روی حوزه‌هایی که مراجع مقاومت کمتری در آن دارد شروع کند و سپس به سایر موضوعات بپردازد. همچنین مراجع ممکن است در مورد مشکلات خود صحبت کند ولی آن را به عوامل بیرونی نسبت دهد. در اینجا نقش مشاور این است که به او کمک کند تا متوجه نقش خود - علاوه بر عوامل بیرونی - در مشکلاتش بشود. در انتهای این مرحله یک لیست از مشکلات مراجع تهیه شده، مراجع ارزیابی نسبتاً واقع‌بینانه‌ای از مشکلات خود داشته و مسئولیت آن را می‌پذیرد و انگیزه لازم را برای کار روی آن‌ها دارد. بدین ترتیب زمینه لازم برای ورود به مرحله سوم یعنی هدف‌گذاری و کار روی مشکل فراهم می‌شود.

مرحله سوم - هدف‌گذاری و کار روی مشکلات: هدف‌گذاری قدم بعدی پس از شناسایی و پذیرش مشکلات است. با وضع اهداف، مراجع می‌فهمد به کجا می‌خواهد برسد و سپس قدم به قدم به سمت آن حرکت می‌کند. علاوه بر این تعیین اهداف به ارزیابی پیشرفت مراجع در طی فرایند مشاوره کمک خواهد کرد و بدین ترتیب اعتماد به نفس وی با هر پیشرفت افزایش خواهد یافت.

اهداف باید روشن و اختصاصی و واقع‌بینانه باشد و بر اساس اهمیت اولویت‌بندی شود. این اولویت‌بندی بر اساس مذاکره مشاور و مراجع صورت می‌گیرد. معمولاً اهداف فوری و کوتاه مدت در اولویت قرار می‌گیرند و در حالی که مشاور به کار روی اهداف کوتاه مدت ادامه می‌دهد، به هدف یا اهداف دراز مدت نیز پرداخته می‌شود. پس از تعیین اهداف، کار روی مشکلات شروع می‌شود. مشاور ممکن است برای حل مشکلات از استراتژی‌های مختلفی استفاده کند ولی یکی از مهم‌ترین این استراتژی‌ها، آموزش مهارت‌ها است. ماهیت این مهارت‌ها با توجه به نوع مشکلات مراجع متفاوت بوده و ممکن است شامل آموزش مهارت‌های ارتباطی، حل تعارض و مذاکره، مقابله با استرس، افسردگی و اضطراب، هدف‌گذاری، تصمیم‌گیری و حل مساله باشد، اگرچه آموزش حل مساله جزء جدایی‌ناپذیر آموزش‌هایی است که در فرایند مشاوره انجام می‌شود. هدف از انجام این آموزش‌ها کمک به حل مشکلات فعلی مراجع و نیز توانمندسازی وی برای حل مشکلات آتی می‌باشد. این آموزش‌ها به روش مشارکتی و با استفاده از تکنیک‌های آموزش فعال مانند نقش بازی کردن در جلسه و تکالیف خانه صورت می‌گیرد.

مرحله چهارم - حفظ تغییر: در این مرحله مشاور پیشرفت مراجع را پایش کرده و به او کمک می‌کند تا موانع موجود را شناسایی و راه‌های غلبه بر آن را پیدا کند و به حرکت در مسیر درست ادامه دهد. علاوه بر این به مراجع کمک می‌شود روی اهدافش متمرکز باقی بماند و انگیزه خود را برای تغییر حفظ کند.

آموزش مهارت‌ها

همان‌طور که ذکر شد مهارت‌آموزی یکی از مهم‌ترین استراتژی‌های حل مشکلات مراجع می‌باشد. در اینجا یک

سری از مهارت‌ها که آموزش آن‌ها در فرایند مداخلات روانی اجتماعی کاربرد بیش‌تری دارد، توضیح داده شده است. آن‌ها یک مجموعه تقریباً کامل از مهارت‌های شخصی و اجتماعی هستند که به افراد کمک می‌کنند تا ارتباط سازنده و سالمی با دیگران برقرار کنند، موقعیت‌های دشوار و چالش‌برانگیز زندگی خود را مدیریت کنند، با استرس‌ها و هیجان‌های منفی خود مقابله‌ی سازنده‌ای داشته باشند، انتخاب‌های سالمی در زندگی داشته باشند و از خود در مقابل خطرات و آسیب‌هایی که با آن مواجه می‌شوند، محافظت کنند. بنابراین آموزش این مهارت‌ها می‌تواند هم برای افرادی که مبتلا به اختلالات مختلف روانپزشکی مثل اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی و اضطراب هستند مفید باشد و هم برای افرادی که به دلایلی دچار مشکلاتی در روابط بین فردی یا مدیریت کارهای روزمره خود شده‌اند راهگشا بوده و آن‌ها را از رفتارهای پرخطر یا آسیب‌زننده به خود و دیگران دور نگاه دارد. البته با توجه به تنوع این مهارت‌ها می‌توان برای افراد مختلف بسته به مشکلی که دارند از یک یا چند مهارت استفاده کرد.

انواع مهارت‌ها

همان‌طور که ذکر شد مهارت‌های زندگی یک مجموعه از مهارت‌های شخصی و اجتماعی است که همه افراد برای داشتن احساس رضایت از زندگی و رفاه و آسایش روانی اجتماعی به آن نیاز دارند. این مهارت‌ها انواع مختلفی دارند ولی می‌توان آن‌ها را به سه دسته مهارت‌های شناختی، اجتماعی و مقابله‌ای تقسیم کرد.

الف - مهارت‌های شناختی

مهارت‌های شناختی که شامل مهارت خودآگاهی، تصمیم‌گیری، هدف‌گذاری و حل مساله است به افراد کمک می‌کند که توانایی‌ها، استعدادها، نقاط ضعف، علایق و اهداف خود را بهتر بشناسند و بر اساس آن اعتمادبه‌نفس واقع‌بینانه‌ای را رشد داده و اهداف مناسبی را برای زندگی خود وضع کنند. علاوه بر این، این دسته از مهارت‌ها به افراد کمک می‌کند که تصمیم‌های درست و سالمی گرفته و مشکلات زندگی خود را به‌صورت سازنده‌ای حل کنند. بنابراین، آموزش این مهارت‌ها به افراد با مشکلات اعتمادبه‌نفس و کسانی که در زمینه هدف‌گذاری در زمینه‌های مختلف زندگی خود مشکل دارند و یا با موقعیت‌های تصمیم‌گیری‌های مهمی در زندگی خود مواجه هستند، مفید خواهد بود. علاوه بر این، آموزش مهارت حل مساله، برای تمام انواع مراجعان کمک‌کننده است، زیرا آن‌ها برای حل مشکل و یا مشکلات خود به مشاور و یا روان‌شناس مراجعه کرده‌اند.

خودآگاهی

خودآگاهی، توانایی شناخت دقیق و کامل خود است. خودآگاهی مهارتی است که به افراد کمک می‌کند تا زندگی و خود را بر اساس توانایی‌ها و استعدادها، اهداف و ارزش‌ها و علایق خود پایه‌ریزی کند و احساس رضایت بیش‌تری در زندگی داشته باشند. خودآگاهی شامل شناخت ابعاد مختلفی است که در زیر به آن‌ها اشاره شده است.

نقاط قوت و ضعف: این بعد از خودآگاهی شامل شناخت توانایی‌ها و استعدادهاى خود در حوزه‌های مختلف تحصیلی، ورزشی، هنری و اجتماعی است. شناخت نقاط قوت و ضعف خود در این زمینه‌ها علاوه بر این که موجب اعتماد به نفس واقع‌بینانه می‌شود، زمینه لازم را برای رشد و تقویت توانایی‌ها و استعدادها نیز فراهم می‌کند.

شناخت خصوصیات مثبت و منفی: هر انسانی ترکیبی از خصوصیات مثبت و منفی است. شناخت دقیق این ویژگی‌ها زمینه لازم را برای تقویت خصوصیات مثبت و برطرف کردن خصوصیات منفی فراهم می‌آورد و از این رو می‌تواند عزت نفس فرد را افزایش دهد.

شناخت حقوق و مسئولیت‌ها: حقوق و مسئولیت‌ها دو روی یک سکه هستند و شناخت دقیق آن‌ها موجب یک زندگی مسئولانه در قبال خود و دیگران خواهد شد. این بخش از خودآگاهی پیش شرط ارتباط مؤثر با دیگران شامل حل سازنده‌ی تعارض و ابراز وجود نیز محسوب می‌شود.

حقوق اساسی	
حق بیان افکار، عقاید و احساسات	حق برآورده شدن نیازهای اساسی مثل غذا و پوشاک
حق گوش داده شدن و جدی گرفته شدن	حق سالم بودن مثل هوای سالم، غذای سالم و دسترسی به امکانات بهداشتی
حق داشتن اولویت‌های خود	حق داشتن ارتباط و مشارکت اجتماعی
حق در خواست کردن چیزهای مورد نیاز	حق داشتن حریم خصوصی
حق نه گفتن بدون احساس گناه	حق با احترام رفتار شدن

شناخت اهداف و ارزش‌ها: شناخت اهداف و ارزش‌ها یکی از مهم‌ترین تکالیف دوره‌ی نوجوانی است که نقشه و مسیر زندگی وی را ترسیم می‌کند. علاوه بر این، این بعد از خودآگاهی موجب می‌شود که فرد تصمیم‌های زندگی خود را بر اساس اهداف و ارزش‌های خود بگیرد و مطابق با آن‌ها زندگی و آینده خود را بسازد.

شناخت علایق: علایق چیزهایی است که فرد نسبت به آن‌ها میل و اشتیاق دارد. شناخت این علایق که می‌تواند در حوزه‌های مختلف علمی، ادبی، هنری، اجتماعی، ورزشی و تفریحی باشد موجب می‌شود که فرد در برنامه‌ریزی‌های خود به آن‌ها توجه بیش‌تری داشته باشد و به این ترتیب احساس رضایت خود را از زندگی افزایش دهد.

شناخت احساسات: انسان‌ها در طول زندگی خود طیف وسیعی از احساسات خوشایند و ناخوشایند مانند شادی، غم، ترس، اضطراب، شرم و غیره را تجربه می‌کنند. شناخت احساسات و عوامل برانگیزنده‌ی آن به فرد کمک می‌کند تا احتمال تجربه‌ی احساسات خوشایند را افزایش و احساسات ناخوشایند را کاهش دهد. علاوه بر این، شناخت احساسات، پیش شرط مهارت مقابله با هیجان‌های منفی است.

تصمیم‌گیری

انسان‌ها خود زندگی خویش را می‌سازند و تصمیم‌گیری ابزاری است که این کار را برای آن‌ها انجام می‌دهد. اگرچه همه افراد تصمیم می‌گیرند ولی همیشه این تصمیم‌گیری‌ها هوشمندانه نیست. وقتی تصمیم‌گیری‌های غلط مربوط به مسایل کوچک و بی‌اهمیت است پیامدهای منفی آن نیز چندان جدی نیست، ولی وقتی مربوط به مسایل مهم زندگی است، پیامدهای ناخوشایند آن جدی بوده و گاه تا آخر عمر باقی می‌ماند. در زیر مراحل سبک تصمیم‌گیری منطقی توضیح داده شده است:

۱. مواجه شدن با موقعیت تصمیم‌گیری؛

برای تصمیم‌گیری منطقی ابتدا فرد باید بپذیرد که در یک موقعیت تصمیم‌گیری قرار دارد. این کار مستلزم باز بودن به اطلاعات درونی و بیرونی است که به وی پیام می‌دهد که در موقعیت تصمیم‌گیری قرار دارد.

۲. تعیین موقعیت تصمیم‌گیری؛

در این مرحله باید موقعیت تصمیم‌گیری به صورت روشن، دقیق و اختصاصی مشخص شود تا فرد به‌طور دقیق بداند که قرار است در مورد چه موضوعی تصمیم بگیرد.

۳. پیدا کردن گزینه‌های مختلف؛

در این مرحله فرد باید با استفاده از بارش فکری ایده‌ها و نیز مشورت با دیگران، گزینه‌های مختلفی را که در موقعیت تصمیم‌گیری وجود دارد، پیدا کند. نکته مهم در این مرحله، کمیت گزینه‌هاست و نه کیفیت آن‌ها.

۴. ارزیابی گزینه‌ها؛

در این مرحله گزینه‌های مختلف بر اساس پیامدهای احتمالی مثبت و منفی برای خود و دیگران ارزیابی می‌شوند. ملاک مثبت بودن پیامدها می‌تواند شامل هماهنگی با اهداف و ارزش‌ها، تأیید دیگران، پاداش‌های محسوس و رفاه و آسایش جسمی و روانی خود و دیگران باشد.

۵. انتخاب بهترین گزینه؛

در این مرحله گزینه‌ای که بیش‌ترین پیامدهای مثبت و کم‌ترین پیامدهای منفی را دارد انتخاب می‌شود. نکته مهم در این قسمت این است که بهترین گزینه بر اساس جمع جبری ساده پیامدهای مثبت و منفی انجام نمی‌شود بلکه وزن یا ضریب مثبت یا منفی بودن هر پیامد است که باید مورد توجه قرار گیرد.

۶. برنامه‌ریزی برای اجرای تصمیم؛

وقتی بهترین گزینه انتخاب شد باید یک نقشه عملی برای اجرای آن ریخته شود و در آن قدم به قدم مشخص شود که چه کارهایی در چه زمانی باید انجام شود.

۷. اجرای تصمیم و ارزیابی آن؛

در این مرحله بر اساس برنامه‌ریزی انجام شده، تصمیم گرفته‌شده اجرا شده و سپس بر اساس پیامدهای واقعی آن

مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

حل مساله

انسان در سرتاسر زندگی خود به‌طور مداوم در حال حل مساله است. برخی از این مسایل کوچک و ساده هستند و نیاز به تجزیه و تحلیل پیچیده‌ای ندارند ولی برخی دیگر، مسایل دشوار و بغرنجی هستند و فعالیت فکری منظم و پیچیده‌ای را می‌طلبند. حل مساله مهارتی است که به افراد کمک می‌کند تا با تفکر منظم و منطقی، مشکلات و چالش‌های زندگی را به‌صورت مؤثر و سازنده‌ای حل کنند.

فرایند حل مساله و تصمیم‌گیری ارتباط نزدیکی با هم دارند و لذا مراحل آن بسیار شبیه هم هستند. در زیر مراحل حل مساله آمده است.

۱. پذیرش مساله

پذیرش مساله شامل (۱) اعتراف به وجود مساله و (۲) متعهد کردن خود به تلاش برای حل آن است. استراتژی‌هایی که می‌توانند تعهد فرد را برای حل مساله افزایش دهند شامل فهرست کردن مزایای حل مشکل، تصور کردن بدترین پیامدهای حل نکردن مشکل و تشخیص و برطرف کردن موانعی است که مانع از ورود به فرایند حل مساله می‌شود.

۲. تعریف مشکل

تعریف مشکل نه تنها چگونگی حل آن بلکه احساس فرد نسبت به قابل حل بودن آن را نیز تعیین می‌کند. تعریف دقیق و اختصاصی مشکل، موجب می‌شود که مشکل قابل حل در نظر گرفته شده و به‌درستی شناخته و حل شود.

۳. پیدا کردن راه‌حل‌های مختلف

در این مرحله باید با استفاده از روش بارش فکری و مشورت با دیگران راه‌حل‌های مختلف برای حل مشکل پیدا شود. نکته مهم در این مرحله آن است که نباید هیچ‌گونه قضاوت و ارزیابی در مورد راه‌حل‌ها صورت بگیرد چون مانع جریان آزاد ایده‌ها می‌شود. ارزیابی مخصوص مرحله بعد است.

۴. ارزیابی راه‌حل‌ها

در این مرحله، راه‌حل‌های مختلف بر اساس پیامدهای مثبت و منفی و میزان مؤثر بودن آنها در حل مساله ارزیابی می‌شوند.

۵. انتخاب بهترین راه‌حل و برنامه‌ریزی برای اجرای آن

راه‌حل انتخابی می‌تواند راه‌حلی باشد که بیش‌ترین فواید و کم‌ترین معایب را دارد و یا می‌تواند ترکیبی از راه‌حل‌های مختلف باشد که مزایای آن بیش‌تر و معایب آن کم‌تر از انتخاب واحد آنهاست.

۶. ارزیابی مؤثر بودن راه حل

در این مرحله میزان مؤثر بودن راه حل در حل مشکل مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در صورتی که در انتهای این مرحله مشخص شد که راه حل انتخابی مؤثر نبوده باید به مراحل قبلی برگشت و بررسی کرد که در کدام مرحله، مشکل وجود داشته است. در هر حال نکته مهمی که باید به آن توجه داشت این است که برای حل مشکلات، فقط یک راه حل وجود ندارد و راه حل انتخابی فقط یک راه حل موقتی و آزمایشی است. بنابراین اگر راه‌حلی مؤثر نبود می‌توان راه حل دیگری را انتخاب کرد.

ب- مهارت‌های اجتماعی

مهارت‌های اجتماعی، مهارت برقراری ارتباط مؤثر با دیگران است به نحوی که منطبق بر عرف جامعه بوده، برای هر دو طرف بهره و سود دوجانبه‌ای داشته باشد. مهارت‌های اجتماعی را می‌توان به دو گروه مهارت‌های ارتباطی و مهارت ایجاد و حفظ روابط بین فردی تقسیم کرد. آموزش این مهارت‌ها برای افراد با مشکلات ارتباطی، شخصیت‌های اجتنابی و افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی سودمند بوده و علاوه بر این می‌تواند به افراد کمک کند تا در موقعیت‌های پرخطر تحت تأثیر فشارهای منفی دیگران قرار نگیرند و از سلامت خود محافظت کنند.

مهارت ارتباط مؤثر

ارتباط، فرایند دریافت و ارسال پیام است یعنی فرایندی که از طریق آن افکار، احساسات، خواسته‌ها و شکایت‌های خود را ابراز کرده، افکار و احساسات و نیازهای دیگران را دریافت می‌کنیم. توانایی برقراری ارتباط مؤثر در ارتقای سلامت جسمی، روانی و بهبود کیفیت زندگی نقش مهمی دارد زیرا از یک سو برقراری ارتباط با دیگران به دلیل ماهیت اجتماعی انسان یک منبع مهم لذت و شادکامی محسوب می‌شود و از سوی دیگر روابط اجتماعی خوب موجب برخورداری بیش‌تر از شبکه حمایت اجتماعی می‌شود که نقش آن در ارتقای سلامت جسمی و روانی و پیش‌گیری از آسیب‌های روانی اجتماعی به اثبات رسیده است.

ارتباط شامل دو مؤلفه اساسی ارتباط کلامی و غیرکلامی و نوع خاصی از بیان افکار، احساسات و نیازهاست که ابراز وجود نامیده می‌شود.

الف- ارتباط کلامی

۱. صحبت کردن

صحبت کردن مهم‌ترین شکل ارسال پیام است و انسان‌ها از طریق آن افکار، احساسات و خواسته‌های خود را بیان می‌کنند. استفاده مؤثر از این کانال ارتباطی نقش مهمی در بهبود روابط بین فردی دارد و از سوی دیگر عدم آشنایی با اصول درست صحبت کردن موجب ایجاد سوءتفاهم و تعارض‌های بین فردی می‌شود. اصول و قواعد کلی صحبت کردن در زیر آمده است:

- روشن و واضح صحبت کردن و عدم استفاده از کلمات و عبارات مبهم و دو پهلو
- استفاده از زبان مناسب با سن، تحصیلات و نوع رابطه با طرف مقابل
- صحبت کردن با سرعت و بلندی مناسب صدا
- تمرکز روی یک موضوع و از این شاخه به آن شاخه نرفتن
- متکلم وحده نبودن و دعوت از طرف مقابل برای وارد شدن در گفت و گو
- تماس چشمی در حین صحبت کردن
- عدم استفاده از کلمات و عبارات مسموم شامل طعنه و کنایه، توهین، قضاوت‌های منفی، تهدید، مقایسه منفی، ترور شخصیت یا برچسب زدن و غیره.

۲. گوش دادن

صحبت کردن فقط یک روی سکه است و روی دیگر آن گوش دادن است که بدون آن ارتباط برقرار نخواهد شد. گوش دادن یکی از مهم‌ترین مهارت‌های ارتباطی است که نقش مهمی در ایجاد و حفظ روابط صمیمانه دارد. وقتی افراد به یکدیگر گوش می‌دهند، در واقع به طرف مقابل این پیام را می‌دهند که "من به تو اهمیت می‌دهم و می‌خواهم بدانم تو چه فکر می‌کنی، چه احساسی داری و یا چه نیازی داری". اصول اساسی گوش دادن عبارت است از:

- توجه کردن به صحبت‌های طرف مقابل با اجتناب از محرک‌های درونی و بیرونی که موجب پرت شدن حواس می‌شود.
- تشویق گوینده به صحبت کردن با استفاده از روش‌های مختلف کلامی و غیرکلامی مانند حفظ تماس چشمی، تکان دادن سر، لبخند زدن یا اخم کردن متناسب با موضوع، وضعیت بدنی متمایل به گوینده، بیان کلماتی مثل اووم، آها، بله، خوب و غیره و پرسیدن سؤالاتی در مورد موضوع صحبت.
- سؤال کردن در مواردی که نکته مبهمی در صحبت طرف مقابل وجود دارد.
- بازگویی صحبت‌های طرف مقابل در مواردی که گفت‌وگو تکراری، هیجانی، بی‌هدف و انتقادی شده است.
- گوش دادن برای یادگیری یعنی برای درک نظرات و احساس‌های طرف مقابل و نه به منظور پیدا کردن نکات اشتباه و یا غیرمنطقی در صحبت‌های وی.

ب-ارتباط غیر کلامی

ارتباط نه تنها تحت تأثیر چیزی که گفته می‌شود قرار می‌گیرد بلکه از آنچه که گفته نمی‌شود و یا "زبان بدن" نیز تأثیر می‌پذیرد. کلمات فقط بخشی از پیامی هستند که فرستاده می‌شود و زبان بدن نیز بدون استفاده از کلمات، پیام‌های خود را منتقل می‌کند. در وضعیت ایده‌آل، پیام‌های غیرکلامی با کلامی هماهنگ بوده و یک سری اطلاعات

اضافی در مورد احساسات، هیجان‌ها، تمایلات و مقاصد طرف مقابل در اختیار فرد می‌گذارد ولی گاهی این دو کانال ارتباطی با هم متناقض بوده و این موجب دریافت‌های پیام‌های مخلوط و متناقض از سوی شنونده می‌شود. وقتی چنین اتفاقی می‌افتد احتمالاً پیام غیرکلامی است که درست است چون غالباً ناهشیار بوده و یا کنترل آن دشوارتر است. بنابراین در یک ارتباط مؤثر، پیام‌های کلامی و غیرکلامی با هم هماهنگ بوده و پیام یکسانی را به طرف مقابل ارسال می‌کنند. مؤلفه‌های مختلف ارتباط غیرکلامی شامل فاصله افراد از یکدیگر، تماس چشمی، حالت صورت، وضعیت بدنی، ژست‌ها، ویژگی‌های فرازبانی مثل بلندی، سرعت و آهنگ صدا و سکوت می‌باشد.

پ- ابراز وجود

ابراز وجود، احقاق حقوق شخصی و بیان مستقیم و مناسب باورها، احساسات و خواسته‌ها و نیازهاست که با احترام به حقوق دیگران همراه است. ابراز وجود در رشد روان‌شناختی فرد تأثیر زیادی دارد و موجب افزایش عزت نفس و احساس رضایت شخصی، تصمیم‌گیری مستقل و افزایش احتمال ارضای نیازها و خواسته‌ها می‌شود. این سبک رفتار بین فردی در مقابل رفتار منفعلانه و پرخاشگرانه قرار دارد. در سبک منفعلانه فرد حقوق، افکار، احساسات و خواسته‌های خود را نادیده می‌گیرد و هدف وی فقط جلب رضایت و خشنودی دیگران است. در سبک پرخاشگرانه فرد برای رسیدن به خواسته‌های خود حقوق دیگران را پایمال می‌کند و برای این کار از انواع مختلف رفتارهای پرخاشگرانه استفاده می‌کند.

ویژگی‌های سبک‌های مختلف رفتاری

روش منفعلانه:

عدم تماس چشمی، پایین انداختن سر، یواش و با تردید حرف زدن، من‌ومن کردن، شانه‌های خمیده و افتاده، این پا و آن پا کردن

روش پرخاشگرانه:

نگاه‌های خیره و گستاخانه، اخم کردن، حالت بدنی تهاجمی، مشت‌های گره کرده، با صدای بلند حرف زدن، لحن خصمانه، فریاد زدن، توهین کردن، هل دادن یا حمله فیزیکی

روش قاطعانه:

تماس چشمی، حالت صورت جدی و آرام، راست و محکم ایستادن، واضح، جدی و با اطمینان حرف زدن، آرام و مودبانه صحبت کردن

مراحل آموزش ابراز وجود

ابراز وجود یک مهارت است پس مثل هر مهارت دیگری می‌توان آن را یاد گرفت. اول کار ممکن است کار سختی به نظر برسد ولی هر چه بیشتر تمرین شود، مهارت فرد نیز بیش‌تر خواهد شد. در زیر مراحل ابراز وجود آمده است:

۱. شناخت حقوق شخصی؛

حق با احترام رفتارشدن، بیان عقاید و احساسات شخصی، داشتن اولویت‌های خود و رد کردن تقاضاها و پیشنهادهای دیگران بدون داشتن احساس گناه

۲. شناخت احساسات، نیازها و خواسته‌ها

۳. تعیین زمان و مکان مناسبی برای صحبت در مورد موضوع مورد نظر

۴. بیان افکار و عقاید، احساسات و نیازها؛

این قسمت مهم‌ترین مرحله ابراز وجود است که باید با توجه به اصول و قواعد زیر انجام شود:

- توصیف افکار، احساسات و نیازها با ضمیر "من" - چنین جملاتی حاکی از اعتماد به نفس و پذیرش مسئولیت افکار و احساسات است.
- استفاده از جملات مستقیم و محترمانه - در ابراز وجود معمولاً توضیح و تفسیر و معذرت‌خواهی وجود ندارد ولی در عین حال جملات محترمانه بوده و از کلمات سرزنش‌کننده و توهین‌آمیز استفاده نمی‌شود.
- در مواردی که ارتباط صمیمانه‌ای با طرف مقابل وجود دارد فرد باید به او نشان دهد که متوجه احساسات او هست. برای این منظور، انجام کارهای زیر مفید است:
 - ✓ توضیح کوتاهی در مورد ضرورت ابراز وجود
 - ✓ همدلی با طرف مقابل و بیان آن
 - ✓ معذرت‌خواهی برای ناراحت شدن طرف مقابل - و نه ابراز وجود. می‌توانید به خاطر ناراحت شدن او - ولی نه برای اینکه حرف خود را زدید - معذرت‌خواهی کوتاهی کنید "متأسفم که ناراحت شدم".
- استفاده از زبان بدن قاطعانه مانند قاطعیت و محکم بودن لحن صدا، تماس چشمی، حالت چهره قاطع و در عین حال آرام و وضعیت بدنی محکم.

۵. پرسیدن نظر طرف مقابل؛

وقتی فرد احساسات و خواسته خود را بیان کرد باید از طرف مقابل هم بخواهد تا نظر خود را بیان کند.

۶. تشکر کردن و یا تلاش برای پیدا کردن راه حلی که برای هر دو طرف قابل قبول باشد

اگر طرف مقابل تقاضای فرد را قبول کرد باید از او تشکر شود. ولی اگر تقاضای وی ممکن است به نحوی طرف

مقابل را دچار مشکل کند باید دو طرف سعی کنند راه‌حلی را پیدا کنند که برای هر دو راضی‌کننده باشد.

مهارت امتناع یا "نه" گفتن

مهارت امتناع یا نه گفتن یکی از انواع پاسخ‌های ابراز وجود محسوب می‌شود که در موقعیت‌هایی کاربرد دارد که فرد تحت فشار منفی دیگران برای انجام کاری قرار می‌گیرد که نمی‌خواهد آن را انجام دهد و یا در مورد درستی و نادرستی آن مطمئن نیست. فشار منفی دیگران یکی از عوامل خطر مهم در بروز بسیاری از آسیب‌های روانی اجتماعی مانند مصرف مواد، ارتکاب جرم و روابط جنسی ناسالم و پرخطر است. در چنین مواردی افراد باید به مهارت امتناع یا مقابله با فشارهای منفی مجهز باشد تا بتواند از خود محافظت کند. این مهارت شامل سه مرحله است:

۱. سؤال کردن؛ این مرحله اختصاص به مواردی دارد که پیشنهاد طرف مقابل مبهم بوده و فرد تردید دارد که آیا قبول آن وی را دچار دردسر می‌کند یا خیر. در صورتی که پیشنهاد کاملاً مشخص و روشن است لازم نیست این مرحله طی شود.

۲. بیان مخالفت؛ در این مرحله فرد باید مخالفت خود را قاطعانه بیان کند. ویژگی‌های بیان قاطعانه مخالفت عبارت است از:

- شروع جمله با کلمه "نه" - این کلمه یک پیام مخالفت روشن و مستقیم را به طرف مقابل می‌دهد و لذا احتمال این که وی بخواهد با توسل به روش‌های مختلف، نظر خود را تحمیل کند، کاهش می‌یابد.
- استفاده از ضمیر "من" - ضمیر من نشان می‌دهد که فرد در مخالفت خود جدی و محکم است.
- استفاده از زبان بدن قاطعانه
- اجتناب از بهانه آوردن و معذرت خواهی

ذکر یک دلیل مخالفت؛ این مرحله اختصاص به مواردی دارد که طرف مقابل قصد ترغیب فرد را به کاری که سلامت و آینده وی را به مخاطره می‌اندازد، ندارد.

البته گاهی مواردی پیش می‌آید که با وجود مخالفت، طرف مقابل مرتب پیشنهاد خود را تکرار کرده و سعی می‌کند او را وادار به قبول پیشنهاد خود کند. روش‌های زیر به فرد کمک می‌کند تا در مقابل این فشارها مقاومت کرده و تسلیم نشود:

- تکرار دوباره و دوباره نه
- مخالفت کردن در قالب جملات مختلف
- بی‌اعتنایی

- عوض کردن موضوع صحبت
- بهانه آوردن و پشت گوش انداختن
- ترک موقعیت

نکته مهم

اگر پیشنهاد طرف مقابل کاملاً روشن و واضح است و فرد می‌داند که او قصد دارد وی را ترغیب به کاری کند که ممکن است سلامتی و زندگی وی را به مخاطره بیندازد، لازم نیست مراحل یک، سه و چهار را طی کند. فقط باید قاطعانه نه بگوید، موقعیت را ترک کند و مطمئن باشد که کار درستی را انجام داده است.

مهارت حل تعارض‌های بین فردی

تعارض یک جنبه اجتناب‌ناپذیر و کاملاً طبیعی زندگی اجتماعی محسوب می‌شود. تعارض وقتی اتفاق می‌افتد که اهداف، ارزش‌ها، علایق، خواسته‌ها و نیازهای دو یا چند نفر در مقابل هم قرار می‌گیرد. تعارض به خودی خود بد نیست و در واقع اگر به شکل سازنده‌ای حل و فصل شود سبب تقویت روابط، درک بهتر احساسات، نیازها و عقاید دیگران، افزایش توانایی حل مساله و ارتقای رشد شخصی نیز می‌شود.

مهارت حل تعارض شامل دو مرحله اصلی پذیرش قواعد زمینه‌ای حل تعارض و حل مساله است که در زیر به-
اختصار توضیح داده شده است. برای حل سازنده‌ی تعارض، پذیرش و رعایت برخی قواعد ضروری است. این قواعد شامل موارد زیر می‌شوند:

- تعارض، طبیعی و اجتناب‌ناپذیر است.
- نظرات و نیازهای هر دو طرف به یک اندازه اهمیت دارد.
- برای حل تعارض، کارکردن مثل دو همکار ضروری است.
- راه‌حل خوب برای حل تعارض، راه‌حلی است که برای هر دو طرف قابل پذیرش باشد.
- برای حل تعارض، رعایت اصول ارتباط مؤثر ضروری است.
- وقتی یک یا هر دو نفر علایم عصبانیت را نشان می‌دهند، متوقف کردن بحث و موقوف کردن آن به زمانی دیگر ضروری است.
- حل تعارض باید در زمان و مکان مناسب انجام شود.

حل مساله

تعارض یک مساله یا مشکل بین فردی است و لذا برای حل آن از مهارت حل مساله استفاده می‌شود، با این تفاوت که کلیه مراحل حل مساله باید با همکاری و توافق یکدیگر انجام شود.

قواعد ارتباطی	وقتی در حال گوش کردن هستید:	به طرف مقابل نگاه کنید.
		به حرف‌های او توجه کنید.
		نشان دهید که در حال گوش دادن هستید.
		به نکاتی که در حرف‌های او درست و قابل درک به نظر می‌رسد گوش دهید.
		به احساسات او توجه داشته باشید.
		حرف‌های طرف مقابل را قطع نکنید.
		اگر نکته مبهمی وجود دارد سوال کنید.
	وقتی در حال گفتن نظر خود هستید:	به طرف مقابل نگاه کنید.
		لحن صدایتان مودبانه و غیر خصمانه باشد.
		از زبان بدن آرام و غیرتهاجمی استفاده کنید.
		سرزنش و توهین نکنید.
		تهدید نکنید.
		مسایل قدیمی را پیش نکشید.
		متکلم وحده نباشید و نظر طرف مقابل را هم بپرسید.

ج- مهارت‌های مقابله‌ای

مهارت‌های مقابله‌ای شامل مقابله با استرس‌ها و هیجان‌های ناخوشایند مانند خشم، اضطراب و غمگینی است. این مهارت‌ها به افراد کمک می‌کند تا تنش و برانگیختگی جسمی و روانی ناشی از تجربه استرس‌ها و هیجان‌های منفی را کاهش دهند. آموزش این مهارت‌ها برای افرادی که تحت استرس قرار دارند، افراد با مشکلات خشم و پرخاشگری و نیز افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی کمک‌کننده خواهد بود.

مقابله با استرس

استرس، تنش و برانگیختگی بدنی و ذهنی در واکنش به حوادث و تغییراتی است که سازگاری فرد را برهم می‌زند. عوامل مختلفی می‌تواند موجب استرس شود که می‌توان آن‌ها را به عوامل فیزیولوژیک مثل بیماری‌ها عوامل اجتماعی/ محیطی مثل مشکل با خانواده، محیط کار، فقر و محرومیت اجتماعی، زندگی در محله‌های جرم‌خیز و عوامل روان‌شناختی شامل دیدگاه منفی در مورد خود، دیگران و دنیا تقسیم‌بندی کرد. اگرچه استرس در زندگی همه

انسان‌ها وجود دارد، ولی واکنش‌های افراد نسبت به آن متفاوت است. این تفاوت در نوع مقابله‌ی آن‌ها قرار دارد. کسانی که از مقابله‌های سالم و سازگارانه استفاده می‌کنند، شدیدترین استرس‌ها را نیز با موفقیت پشت‌سرمی‌گذارند ولی کسانی که مقابله‌های ناسازگار و ناکارآمد دارند نه تنها نمی‌توانند استرس را برطرف کرده و یا شدت آن را کم کنند بلکه مشکلی را هم به مشکلات خود اضافه کرده و بدین ترتیب سلامت جسمی و روانی خود را به مخاطره می‌اندازند.

مراحل مقابله با استرس

مقابله با استرس تلاش‌هایی است که برای برطرف کردن، به حداقل رساندن و یا تحمل استرس صورت می‌گیرد. این تلاش‌ها می‌تواند به صورت انجام دادن یک کار یا فعالیت و یا یک عمل ذهنی روانی باشد. در اینجا مراحل مقابله‌ی سالم و مؤثر با استرس توضیح داده شده است:

۱. شناخت نشانه‌های استرس

برای مقابله با استرس، ابتدا باید فرد بداند که تحت استرس قرار دارد. استرس نشانه‌های مختلفی دارد که در زیر به آن‌ها اشاره شده است:

- نشانه‌های بدنی - تپش قلب، تند تند نفس کشیدن، حالت تهوع، خشکی دهان، تکرر ادرار، سرد شدن بدن، تنش و گرفتگی در عضلات بدن به خصوص در گردن و شانه‌ها، سردرد
- نشانه‌های ذهنی - کاهش تمرکز، کم‌شدن حافظه، تفکر آشفته، تصمیم‌گیری ضعیف، پیش‌بینی اتفاقات بد و فکرکردن زیاد به عامل استرس‌زا
- نشانه‌های هیجانی - اضطراب و دلواپسی، بدخلقی، تحریک‌پذیری و زود عصبانی شدن، احساس ناامیدی، ترس و وحشت.
- نشانه‌های رفتاری - گوشه‌گیری، بی‌قراری، کم‌حرفی یا پرحرفی، پرخوابی یا کم‌شدن خواب، شتاب‌زدگی و دست‌پاچگی در انجام کارها، ناخن جویدن.

۲. مقابله‌ی هیجان‌مدار

هدف مقابله‌ی هیجان‌مدار، کاهش تنش و دست یافتن به آرامشی است که استرس آن را برهم زده است. فرد به هنگام استرس تنش و هیجان‌های ناخوشایند زیادی را تجربه می‌کند که علاوه بر این که سلامت روانی وی را تهدید می‌کند، مانع از تفکر منطقی برای برطرف کردن عامل استرس‌زا نیز می‌شود. انواع مقابله‌های هیجان‌مدار سالم در زیر آمده است:

- تنفس عمیق؛ تنفس عمیق یک اثر آرام‌بخش بر کل سیستم بدن دارد و موجب می‌شود که تنش کل بدن کم شود.

تمرین تنفس عمیق

«هوا را به آرامی به درون ریه‌هایتان بفرستید و تا چهار شماره بشمارید: یک، دو، سه، چهار. حالا به آرامی هوا را از ریه‌ها خارج کنید. چند بار این کار را تکرار کنید و هر بار که یک دم و بازدم را انجام می‌دهید کلمه یا عبارتی مثل آرام یا من آرامم را با خود تکرار کنید.»

تمرین‌های آرام‌سازی - آرام‌سازی پادزهر عصبانیت است چون ضربان قلب و فشار خون را پایین می‌آورد، تنفس را کند می‌کند، تنش عضلات را کم می‌کند و به‌طور کلی بدن را در حالت آرامش قرار می‌دهد.

تمرین آرام‌سازی

به پشت دراز بکشید و یا روی یک صندلی راحت بنشینید. به آرامی نفس بکشید و آن‌گاه عضلات مختلف بدن‌تان را به ترتیب شل کنید. از سر شروع کنید و پایین بیایید تا به نوک انگشتان پا برسید. پیشانی‌تان را شل کنید... ابروها... پلک‌ها... زبان و ناحیه گلو... تمام قسمت‌های صورت... گردن... دست‌ها... از قسمت بالای دست تا نوک انگشتان... همچنان به تنفس آرام و منظم خود ادامه دهید... حالا عضلات ناحیه‌ی شکم را شل کنید... نشمین‌گاه... ران... زانو... ساق پا... کف پا... و انگشتان پا... توجه کنید که چطور با هر بار نفس عمیق و شل کردن یک قسمت بدن، به حالت آرامش می‌رسید... به تنفس آرام ادامه دهید.

• ورزش؛ ورزش یک ضد استرس عالی است چون موجب ترشح ماده‌ای در بدن می‌شود که تنش و اضطراب را کم می‌کند و خلق را بالا می‌برد.

• تغذیه و خواب خوب

بهداشت خواب

استرس معمولاً موجب مشکلات خواب می‌شود که وضعیت جسمی و روانی فرد را بیش‌تر تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، مقابله با بی‌خوابی در زمان استرس اهمیت ویژه‌ای دارد. در زیر قواعد بهداشت خواب که به افراد کمک می‌کند تا الگوی خواب خود را بهبود بخشند، آمده است:

- ✓ هر شب در وقت معینی به رختخواب بروید و هر روز در وقت معینی از خواب بیدار شوید.
- ✓ از بستر خود فقط برای خوابیدن استفاده کنید و از غذا خوردن، مطالعه یا نگاه کردن به تلویزیون در بستر پرهیزید.
- ✓ اگر خوابتان نمی‌رود به اتاق دیگری بروید و یک فعالیت آرام‌بخش انجام دهید.
- ✓ عادت نوشیدن قهوه یا الکل، کشیدن سیگار، مصرف داروهای محرک را قبل از خواب کنار بگذارید.
- ✓ از چرت زدن روزانه و خواب بعد از ظهر پرهیزید.
- ✓ به کمک برنامه‌ی تدریجی ورزش صبحگاهی یا در طول روز تناسب جسمانی خود را به دست آورید. قبل از خواب ورزش نکنید.
- ✓ حمام با آب گرم را به مدت ۲۰ دقیقه قبل از خواب امتحان کنید.
- ✓ هر روز تقریباً در ساعت معینی غذا صرف کنید و قبل از خواب، غذای سنگینی میل نکنید.
- ✓ غروب‌ها از روش آرام‌سازی استفاده کنید (مراجعه به دستورعمل آرام‌سازی).
- ✓ شرایط خواب را برای خود راحت سازید و از مکانی که از نظر نور و صدا مناسب باشد برای خوابیدن استفاده کنید.

• رؤیایپردازی

تصویرسازی‌های ذهنی خوشایند

تمرین آرامسازی

تجسم کنید در یک مکان زیبا و آرام‌بخش مثل ساحل دریا، دشت، جنگل و... هستید. به جزئیات این مکان فکر کنید. برای مثال اگر تصور می‌کنید که در طبیعت هستید، سعی کنید خنکی چمنی را که روی آن دراز کشیده‌اید، صدای پرندگان، طعم لذت‌بخش چایی که می‌نوشید و... را تصور کنید.

گفتن جملات آرام‌بخش به خود- زمانی که فرد تحت استرس قرار دارد افکار منفی در ذهنش می‌چرخد که تنش و نگرانی وی را افزایش می‌دهد. پس یکی از روش‌های مؤثر مقابله‌ی هیجان‌مدار این است که افکار درست‌تر و مثبت‌تر جایگزین آن‌ها شود.

جملات آرام‌بخش

این وضعیت ناخوشایند است، ولی وحشتناک نیست	قرار نیست این وضعیت تا ابد ادامه داشته باشد
همه چیز روبه‌راه می‌شود	از کاه، کوه نساز
اضطراب و نگرانی هیچ کمکی به من نمی‌کند	می‌توانم چیزهای ناراحت‌کننده را تحمل کنم
می‌دانم آدم ناتوان و درمانده‌ای نیستم	این حادثه زودگذر است، اوضاع بهتر خواهد شد

- قراردادن موقعیت در چشم‌انداز- فکر کردن به یک، سه، پنج یا ده سال دیگر و پرسیدن این سوال از خود که آیا آن موقع هم این موضوع به همین اندازه برای من مهم خواهد بود؟
- فرافکنی زمان- فکر کردن به زمانی که استرس برطرف شده است.
- عبادت و راز و نیاز با خداوند
- فکر کردن به نقاط قوت و توانایی‌های خود و کسانی که می‌توان روی کمک و حمایت آن‌ها حساب کرد.
- صحبت با یک دوست
- نوشتن افکار و احساسات خود
- انجام کارهای مورد علاقه؛ انجام کارهای مورد علاقه مثل فعالیت‌های ورزشی، دیدن فیلم، گوش دادن به موسیقی، نقاشی، مطالعه کتاب و... به کاهش تنش کمک می‌کند. چون موجب پرت‌شدن حواس از عامل استرس‌زا و بهتر شدن خلق می‌شود.

• انجام کارها و فعالیت‌های روزمره؛ این فعالیت‌ها نیز باعث می‌شود که فرد کمتر به موضوع استرس‌زا فکر کند و ذهن آرام‌تر شود.

• اختصاص دادن زمانی به دیگران و کمک به آن‌ها

۳. مقابله‌ی مساله‌مدار

هدف مقابله‌ی مساله‌مدار این است که مشکلی را که موجب استرس شده برطرف کند و با شدت آن را کاهش دهد. این مقابله همان مهارت حل مساله است که توضیح داده شد.

نکته مهمی که باید به آن توجه داشت این است که گاهی فرد با استرس‌هایی در زندگی مواجه می‌شود که توانایی کنترل یا برطرف کردن آن‌ها را ندارد مانند جدایی والدین، بیماری سخت یکی از اعضای خانواده، بیکاری یا ورشکستگی پدر و از این قبیل. در چنین مواردی تنها راه، پذیرش این موقعیت و استفاده از روش‌های مقابله‌ی هیجان‌مدار برای تحمل آن است تا اثرات منفی استرس روی زندگی فرد کمتر شود. البته فقط باید مراقب بود که گاهی چون فرد تصور می‌کند توانایی و مهارت مقابله با استرس را ندارد و یا شدت حادثه را خیلی زیاد برآورد می‌کند آن را غیرقابل حل ببیند. پس ارزیابی درست و واقع‌بینانه‌ی موقعیت استرس اهمیت زیادی دارد.

مقابله با خشم

خشم یک هیجان طبیعی است که همه انسان‌ها گاهی در زندگی خود تجربه می‌کنند. ولی همین هیجان طبیعی اگر کنترل نشود و به شیوه‌ی درستی ابراز نشود می‌تواند به سلامت جسمی خود فرد و دیگران صدمه بزند، روابط وی را تخریب کند و موجب از دست رفتن شان و جایگاه اجتماعی و فرصت‌های رشد و پیشرفت وی شود. مقابله با خشم شامل یک پیش‌مرحله تصمیم‌گیری برای کنترل خشم و دو مرحله اصلی کنترل خشم و ابراز آن است.

تصمیم‌گیری برای کنترل خشم

برای کنترل خشم، فرد باید ابتدا سبک غالب ابراز خشم خود را شناخته و سپس بر اساس تحلیل فواید و هزینه‌های آن، برای تغییر آن تصمیم‌گیری کند. سبک‌های شایع ابراز خشم عبارتند از:

۱. **سبک پرخاشگرانه:** ابراز عصبانیت در قالب کلمات و رفتارهای پرخاشگرانه

۲. **سبک منفعلانه:** سرکوب عصبانیت و عدم ابراز آن

۳. **سبک منفعل - پرخاشگر:** ابراز غیرمستقیم عصبانیت به صورت قهر، طعنه و کنایه و ...

۴. **سبک قاطعانه:** ابراز عصبانیت با رعایت اصول ارتباط سالم

از بین موارد فوق، سه سبک اول ناسالم و مضر هستند چون یا به خود فرد، یا به دیگران و یا به اموال و دارایی‌های خود و دیگران صدمه می‌زند.

کنترل خشم

هدف از کنترل خشم این است که افراد یاد بگیرند خشم خود را کنترل کنند تا هنگام عصبانیت چیزی نگویند یا کاری انجام ندهند که برای خود و دیگران مشکل و دردسر ایجاد کند. کنترل خشم شامل مراحل زیر می‌شود.

۱. شناخت علایم جسمی، شناختی و رفتاری عصبانیت

برای این که فرد بتواند خشم خود را کنترل کند، اول باید تشخیص دهد که عصبانی است. علاوه بر این، کنترل خشم در مراحل اولیه آن آسان‌تر است. بنابراین، آشنایی با علایم هشداردهنده اولیه خشم، به فرد کمک می‌کند تا قبل از این که خشم شدت بگیرد آن را کنترل کند. علایم خشم عبارتند از:

علایم جسمی - افزایش ضربان قلب، تند شدن تنفس، تعریق، خشکی دهان، داغ شدن، لرزش، تنش عضلانی و دردهای بدنی.

علایم شناختی - اشتغال ذهنی با حرف یا رفتاری که موجب عصبانیت شده، کاهش تمرکز، خودگویی‌های منفی. علایم رفتاری - مشت شدن دست‌ها، فشار دادن دندان‌ها روی هم، بلند شدن تن صدا و خصمانه شدن آهنگ آن، تهاجمی شدن وضعیت بدن.

۲. شناخت عوامل و موقعیت‌های برانگیزنده خشم

شناخت موقعیت‌ها و عواملی که موجب خشم می‌شود به افراد کمک می‌کند تا متوجه شوند معمولاً چه وقت، کجا و از دست چه کسانی عصبانی می‌شوند. این آگاهی به آن‌ها کمک می‌کند تا در موقعیت‌هایی که احتمال عصبانی شدن زیاد است، احتیاط‌های لازم را به عمل بیاورند. موقعیت‌ها و عوامل شایع برانگیزنده خشم عبارت است از:

- ناکامی نیازها و خواسته‌ها
- اختلاف‌ها و تعارض‌های بین فردی
- هیجان‌های دردناکی مثل غم، شرم، اضطراب و احساس حقارت
- بیماری‌ها و دردهای جسمی، فشار کاری، خستگی، گرسنگی
- افکار منفی در مورد دیگران

۳. آرام کردن خود با روش‌های آرام‌سازی ذهن و بدن

- شمارش معکوس
- گوش دادن به موسیقی
- تنفس عمیق
- انجام کارهای مورد علاقه
- آرام‌سازی
- نوشتن احساسات
- قدم زدن
- انجام فعالیت‌های معمول
- ورزش‌های سبک
- خودگویی‌های آرام‌کننده
- صحبت با یک دوست
- تصویرسازی ذهنی خوشایند

جملات آرام بخش	
چند نفس عمیق بکش	آرام باش
عصبانیت فقط اوضاع را بدتر می‌کند	عصبانی شدن هیچ فایده‌ای ندارد
این موضوع ارزش این همه عصبانیت را ندارد	می‌توانم خونسردی‌ام را حفظ کنم
چرا اوضاع همیشه باید آن‌طور که من می‌خواهم پیش برود	چرا همه باید طبق میل من رفتار کنند

نکته مهم در این مرحله آن است که اگر عصبانیت شدید نیست، افراد می‌توانند در همان موقعیتی که هستند خود

را آرام کنند ولی اگر عصبانیت شدید است بهتر است موقعیت را ترک و سپس به آرام کردن خود بپردازند.

مقابله با اضطراب

اضطراب یک احساس ناآرامی، بی‌قراری و نگرانی است که همه افراد گاهی در زندگی خود تجربه می‌کنند. بنابراین، اضطراب یک هیجان طبیعی ولی البته ناخوشایند است. افراد به شیوه‌های مختلف با موقعیت‌های اضطراب-برانگیز مقابله می‌کنند که برخی از آن‌ها سالم و برخی دیگر ناسالم است. در اینجا روش‌های درست و سالم مقابله با اضطراب توصیف شده است. در زیر مراحل مقابله‌ی سالم با اضطراب آمده است:

۱. تشخیص علایم اضطراب

اولین قدم برای مقابله با اضطراب، آشنایی با علایم اضطراب و تشخیص آن است. مهم‌ترین علایم اضطراب عبارت است از:

علایم جسمی: تند شدن ضربان قلب، تند شدن تنفس یا احساس تنگی نفس، تنش و گرفتگی عضلات، عرق

کردن، عرق کردن کف دست، لرزش، لرزش صدا، تکرر ادرار، خشکی دهان

علایم شناختی: کاهش تمرکز، کاهش حافظه، افکار منفی، اشتغال ذهنی با موقعیت اضطراب‌برانگیز

علایم رفتاری: بی‌قراری، میخکوب شدن، پرحرفی یا کم حرفی، پرخوری یا بی‌اشتهایی، مشکل خواب

۲. تشخیص عوامل و موقعیت‌های برانگیزنده اضطراب

شناخت عواملی که معمولاً موجب اضطراب می‌شود به فرد کمک می‌کند تا در موقعیت‌هایی که احتمال می‌دهد

دچار اضطراب شود اقدامات لازم را انجام دهد تا شدت اضطراب در آن موقعیت کمتر شود.

۳. مقابله با اضطراب

روش‌های متعددی برای مقابله با اضطراب وجود دارد. بعضی از این روش‌ها را باید قبل از ورود به موقعیت‌های

اضطراب‌برانگیز استفاده کرد تا اضطراب فرد در آن موقعیت کم شود ولی از تعدادی دیگر می‌توان در خود موقعیت

استفاده کرد.

تنفس عمیق

تنفس عمیق قبل از مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌برانگیز و یا در حین آن می‌تواند موجب کاهش دلشوره و

ایجاد احساس آرامش شود.

تمرین‌های آرام‌سازی

منطق تمرین‌های آرام‌سازی این است که افراد نمی‌توانند همزمان هم در حالت آرامش باشند و هم نگرانی و

اضطراب، پس اگر افراد یاد بگیرند در موقعیت‌های اضطراب‌برانگیز در حالت آرامش باشند دیگر مضطرب و بی‌قرار

نخواهند بود. البته تمرین‌های آرام‌سازی باید ابتدا در یک محیط ساکت و آرام تمرین شده و سپس از آن‌ها در موقعیت‌های اضطراب‌زا استفاده شود.

تمرین آرام‌سازی

- در مکان کاملاً راحتی روی زمین یا یک صندلی راحتی بنشینید

- چشم‌هایتان را ببندید

- از انگشت پا شروع کنید و عضلات بدن‌تان را به ترتیب از پایین به بالا شل کنید، شست پا، کف پا، ساق پا، ران‌ها، شکم، پایین کمر، بالای کمر، قفسه سینه، شانه‌ها، بازوها، گردن، صورت و پیشانی

- چشمان‌تان را به آرامی باز کنید و چند نفس عمیق بکشید

تصویرسازی‌های ذهنی خوشایند

یکی از تکنیک‌های دیگر که به کاهش تنش و اضطراب کمک می‌کند تجسم مکان‌های خوشایندی است که فرد دوست دارد در آنجا باشد. هر چقدر تجسم این مکان‌ها زنده‌تر و با جزئیات بیشتر باشد در کاهش اضطراب مؤثرتر است.

تصویرسازی ذهنی

- خود را در یک مکان کاملاً آرام و لذت‌بخش مثل یک دشت باصفا، جنگل یا ساحل دریا تجسم کنید.

- تصور کنید که در این مکان کاملاً احساس راحتی می‌کنید و هیچ مشکلی ندارید و هیچ چیزی شما را اذیت نمی‌کند

- در حالی که این احساس آرامش و راحتی را حفظ می‌کنید، به محیط واقعی که در آن هستید برگردید.

- به آرامی چشم خود را باز کنید و چند نفس عمیق بکشید

جملات آرام‌بخش

یکی از عواملی که معمولاً موجب افزایش اضطراب می‌شود این است که یک سری افکار منفی و اضطراب‌زا مرتب در ذهن فرد می‌چرخد و آن‌ها را با خود تکرار می‌کند. آیا تابه‌حال به صدای درون ذهن خود در چنین موقعیت‌هایی گوش داده‌اید؟ این صداها اضطراب شما را کم می‌کند یا زیاد؟ جملاتی مثل "می‌دونم خراب می‌کنم، آگه خراب کنم چکار کنم؟ در مورد چی فکر می‌کنند؟" از جمله صداهایی است که فقط وضعیت را بدتر می‌کند.

پس فرد باید قبل از ورود به موقعیت‌های اضطراب‌زا و یا در حین آن، با خود جملات آرام‌بخش را تکرار کند تا اضطراب وی کاهش پیدا کند

جملات آرام‌بخش	
نگران نباش	اگر به ترس فکر نکنم دیگه نمی‌ترسم
همه چیز روبه‌راه می‌شود	اولین قدم را با آرامش بردار
اضطراب و نگرانی هیچ کمکی به من نمی‌کند	اگر دچار اضطراب شدم می‌توانم چند نفس عمیق بکشم
می‌دانم که می‌توانم از عهده این کار بر بیایم	بالاخره این موقعیت می‌گذرد

پرت کردن حواس

ذهن نمی‌تواند همزمان به دو چیز فکر کند پس اگر فرد حواس خود را روی چیزهای دیگری متمرکز کند، افکار اضطراب‌زا کم‌رنگ‌تر و کم‌رنگ‌تر خواهند شد و اضطراب نیز کاهش پیدا می‌کند در زیر چند مورد از تکنیک‌های پرت کردن حواس آمده است.

- شمارش اعداد
- زمزمه کردن یک شعر
- فکر کردن به یک خاطره خوشایند
- حل کردن جدول
- متمرکز کردن توجه خود روی محیط اطراف مثل یک تابلوی نقاشی

تمرین ذهنی

این روش به کاهش اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی مانند صحبت در برابر جمع، یک مصاحبه شغلی و یا گفت‌وگو با یک فرد مهم کمک می‌کند:

۱. ابتدا فرد باید خود را در آن موقعیت مهم تصور کند و در همان حال با روش‌های مختلف، در خود آرامش ایجاد کند.
۲. در ذهن خود تمرین کند که در آن موقعیت چه خواهد گفت و یا چه کاری انجام خواهد داد.
۳. در ذهن خود تمرین کند که با اتفاقاتی که ممکن است پیش بیاید مثل خندیدن و بیخ‌بیخ دیگران چطور برخورد خواهد کرد.
۴. این تمرین را برای موقعیت‌های دشوار آنقدر تکرار کند تا احساس آرامش و راحتی بیش‌تری کند.

مقابله با غمگینی و افسردگی

غمگینی یک هیجان طبیعی است که ممکن است علل مختلفی داشته باشد. شایع‌ترین علل غمگینی شکست در زمینه‌های مختلف تحصیلی، کاری و غیره، مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن، از دست دادن یک فرد مورد علاقه و شکست عاطفی می‌باشد. راه‌های مختلفی برای مقابله با غمگینی وجود دارد که در زیر به مهم‌ترین آن‌ها اشاره شده است. لازم به ذکر است که اگر غمگینی طولانی مدت و یا شدید باشد و منجر به بروز اختلال در زندگی روزمره شود، دیگر طبیعی نیست و باید به عنوان یک اختلال آن را درمان کرد.

پذیرش: پذیرش اتفاقی که موجب غمگینی شده، درد روانی را کمتر می‌کند. البته پذیرش کار سختی است و به زمان احتیاج دارد ولی وقتی در نهایت به‌عنوان واقعیتی که نمی‌توان از آن فرار کرد پذیرفته می‌شود، درد و رنج همراه با آن واقعه نیز کمتر می‌شود.

مقابله با استرس‌های روانی اجتماعی: استرس یکی از عوامل آشکارساز افسردگی است، بنابراین مقابله با

استرس‌هایی که فرد در حال حاضر تجربه می‌کند، به کاهش شدت غمگینی و افسردگی کمک می‌کند.

- برای این کار به فرد فرصت دهید در مکانی خصوصی درباره مشکل خود حرف بزنند. از فرد بخواهید درباره علت‌هایی که فکر می‌کند باعث مشکل فعلی او شده‌اند، صحبت کند.
- درباره عوامل استرس‌زای فعلی بپرسید و تا جای ممکن تلاش کنید با کمک "حل مساله" و همچنین کمک نزدیکان یا خدمات جامعه‌نگر موجود، برای مشکلات بین‌فردی و استرس‌های روانی اجتماعی فرد راه حل مناسب پیدا کنید.
- مسایل مربوط به سوءرفتار، آزار و اذیت (مثل همسرآزاری) و غفلت (در مورد کودکان یا سالمندان) را ارزیابی و مدیریت کنید. در صورت لزوم با خدمات و منابع موجود در جامعه یا مراکز قانونی تماس بگیرید.
- اعضای حمایت‌گر خانواده را شناسایی کنید و تا جای ممکن از ایشان در جای مناسب استفاده کنید.

در کودکان و نوجوانان:

- مشکلات مربوط به مصرف مواد یا اختلالات عصبی و روانی (به خصوص افسردگی) را در والدین ارزیابی و در صورت لزوم برای درمان ارجاع کنید.
- استرس‌های والدین را شناسایی و تا جای ممکن با کمک خدمات و منابع موجود در جامعه مدیریت کنید.
- احتمال بدرفتاری، نادیده‌گرفته شدن یا مورد زورگویی واقع شدن را ارزیابی (به‌طور مستقیم درباره آن‌ها بپرسید) و مدیریت کنید.

- اگر مشکلی در عملکرد تحصیلی وجود دارد، جهت یافتن راهی برای حمایت از کودک، موضوع را با آموزگار کودک مطرح کنید.
- در صورت ممکن به والدها مهارت‌های والدگری را آموزش دهید.

فعال کردن برنامه‌ی روزانه: وقتی افراد دچار غمگینی می‌شوند اغلب دوست دارند در رختخواب دراز بکشند، از خانه بیرون نروند، با کسی حرف نزنند و هیچ کاری انجام ندهند. در این شرایط افراد احساس می‌کنند حال و حوصله و یا توانایی انجام هیچ کاری را ندارند. ولی این کار فقط غمگینی را بیش‌تر می‌کند. سخت است، ولی فرد باید شروع به فعالیت کند آن وقت به تدریج متوجه می‌شود که روز به روز حالش بهتر می‌شود. برای این کار باید دو کار انجام شود:

(۱) فرد باید فهرستی از کارهای مورد علاقه خود را تهیه کند و سعی کند هر روز یکی دو مورد از آنها را انجام دهد. البته ابتدا ممکن است فرد احساس کند دیگر علاقه‌ای به انجام آنها نداشته و از آنها لذت نمی‌برد، ولی اشکالی ندارد این احساس طبیعی است چون یکی از علایم غمگینی این است که علاقه فرد به کارهایی که از آن لذت می‌برده است کمتر می‌شود. پس باید به انجام آنها ادامه دهد، هرچه میزان فعالیت‌های لذت‌بخش در زندگی بیش‌تر شود غمگینی نیز کمتر می‌شو

(۲) فهرستی از کارها و فعالیت‌هایی روزمره خود را تهیه کند و سعی کند هر روز یکی دو کار مهم را انجام دهد. افراد ممکن است در اوایل کار نتوانند آنها را به‌خوبی قبل انجام دهند ولی اشکالی ندارد به تدریج عملکردشان بهتر و بهتر خواهد شد.

ایجاد هیجان‌های مثبت: یکی از راه‌های کاهش هیجان‌های ناخوشایند، ایجاد هیجان‌های مثبت است. فرد باید به کارهایی که در وی احساسات خوبی مثل شادی را بوجود می‌آورد مثل گوش دادن به یک موسیقی شاد، تماشای یک فیلم شاد و... فکر کرده و آنها را انجام دهد.

ورزش و فعالیت فیزیکی: ورزش موجب تولید یک ماده شیمیایی به نام اندورفین می‌شود که یک ضدافسردگی طبیعی است. پس افراد باید ورزش را حتماً در برنامه‌ی روزانه زندگی خود بگنجانند. فعالیت فیزیکی باید با فعالیتی که مورد علاقه فرد بوده و برای مدت زمانی که برای او قابل قبول است (حتا ۵ دقیقه)، شروع شده و سپس به تدریج افزایش یابد. فعالیت بدنی به‌اندازه متوسط (مثل ۴۵ دقیقه) سه بار در هفته می‌تواند اثرات مثبتی داشته باشد.

پرت کردن حواس: هرچه بیش‌تر به اتفاقی که موجب غمگینی شما شده فکر شود غمگینی نیز بیش‌تر می‌شود. پس

افراد نباید آن اتفاق را جلوی چشمان خود آویزان کنند و مرتب آن را مرور کنند. برای این که ذهن از افکار مربوط به آن حادثه خالی شود، روش‌های پرت کردن حواس کمک‌کننده است.

حرف‌های تسکین‌بخش: وقتی افراد غمگین هستند احتمالاً افکاری شبیه این موارد زیاد در سرشان می‌چرخد: "من یک آدم شکست خورده‌ام"، "هیچ‌کس من را دوست ندارد"، "همه من را رها می‌کنند"، "هیچ چیز درست نخواهد شد"، "اشتباه وحشتناکی کردم"، "دیگه برای من همه چیز تموم شد". این افکار فقط غمگینی را بیش‌تر می‌کند. در چنین شرایطی افراد باید با خود فکر کنند که اگر بهترین دوستم وضعیت من را داشت به او چه می‌گفتم تا حالش بهتر شود. پس باید دوست خود باشند و همان حرف‌ها را به خود نیز بزنند.

برقراری مجدد شبکه‌های روابط اجتماعی: معمولاً افراد موقع افسردگی حال و حوصله کسی را ندارند ولی روابط اجتماعی در کاهش شدت احساسات ناخوشایندی مثل غمگینی خیلی مؤثر است. دیگران می‌توانند به احساسات فرد غمگین گوش دهند، او را درک کنند، با وی همدلی کنند، از او حمایت کنند، یا با وی فعالیت‌های لذت‌بخش را انجام دهند و همه این‌ها می‌تواند غمگینی را کم کند. این کار از دو طریق می‌تواند انجام شود: شناسایی فعالیت‌های اجتماعی قبلی که حمایت روانی اجتماعی مستقیم یا غیرمستقیم برای فرد فراهم می‌کرده است (مانند حضور در مراسم و گردهمایی‌های اجتماعی، دیدار از همسایه‌ها، تماس با دوستان). شناخت نقاط قوت و توانایی‌های فرد و تشویق وی برای شروع مجدد فعالیت‌های اجتماعی قبلی

انجام کارهای داوطلبانه و نوع‌دوستانه: وقتی افراد زمانی را به دیگران اختصاص می‌دهند و کارهایی را برای آن‌ها انجام می‌دهند علاوه بر این که توجه‌شان از مشکلاتشان منحرف می‌شود بلکه موجب می‌شود که احساس خوبی نیز در مورد خود پیدا کنند.

پیدا کردن معنایی برای درد و رنج: افراد می‌توانند با توجه به اعتقادات و ارزش‌های مذهبی و معنوی خود سعی کنند معنایی را برای رنج خود پیدا کنند. برای مثال روی جنبه‌های مثبت احتمالی و یا درس‌هایی که می‌توانند از این تجربه بگیرند، تمرکز کنند.

حل مساله: پس از این که فرد از نظر روانی با استفاده از روش‌های فوق، کمی تسکین پیدا کرد و آمادگی ذهنی لازم را پیدا کرد، باید با استفاده از مهارت حل مساله، اتفاق و مشکلی را که موجب غمگینی شده، به شکل سازنده‌ای حل کند.

بررسی احتمال خودکشی و مقابله با آن

بسیاری از اختلالات روانپزشکی از جمله افسردگی احتمال خودکشی و صدمه به خود را افزایش می‌دهد. بنابراین، ارزیابی میزان خطر خودکشی و طراحی اقدامات مناسب برای افراد در خطر از اهمیت زیادی برخوردار است.

خودکشی و پیش‌گیری از آن

افکار و اقدام به خودکشی یکی از مهم‌ترین اورژانس‌های روان‌پزشکی است که مستلزم ارزیابی و مداخله فوری است. کارشناسان بهداشتی باید با ارزیابی و مدیریت رفتار خودکشی آشنایی داشته باشند تا بتوانند اقدامات ضروری را انجام دهند. اگرچه، خودکشی در بیماری افسردگی شیوع بالاتری دارد ولی در سایر بیماری‌ها مانند اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی نیز دیده می‌شود. در زیر روش‌های ارزیابی و مداخلات سریع و فوری برای رفتار خودکشی آمده است.

ارزیابی خطر اقدام به خودکشی

پس از ایجاد ارتباط با بیمار بر اساس اصول اساسی مشاوره، باید خطر اقدام به خودکشی بررسی شود. ارزیابی خطر خودکشی با توجه به موارد زیر انجام می‌شود:

بررسی افکار و قصد خودکشی - سوالاتی که می‌توان با استفاده از آن افکار و قصد خودکشی را در حال حاضر و گذشته ارزیابی کرد، در زیر آمده است:

- آیا اخیراً یک حادثه بسیار استرس‌آور برای شما اتفاق افتاده است؟
- آیا به‌تازگی به این فکر افتاده‌اید که کاش زندگی تمام می‌شد؟
- آیا تا به حال به صدمه زدن به خود فکر کرده‌اید؟
- آیا اخیراً افکاری در مورد پایان دادن به زندگیتان داشته‌اید؟
- آیا در گذشته به پایان دادن به زندگیتان فکر کرده بودید؟
- آیا قصد صدمه زدن به خود را دارید؟
- آیا تا به حال اقدام به خودکشی کرده‌اید؟

نکته: اگر بیمار در حال حاضر افکار خودکشی دارد در خطر بالایی قرار دارد. همچنین اگر در گذشته اقدام به خودکشی کرده و یا قصد پایان دادن به زندگیش را داشته است تا حدودی خطر بیش‌تری دارد.

- **بررسی وجود طرح و نقشه برای خودکشی:** آیا برنامه و نقشه‌ای برای صدمه زدن به خودتان و یا پایان دادن به زندگیتان دارید؟

آیا برای از بین بردن خودتان، روش خاصی را در نظر دارید؟ آیا این روش در دسترس است؟

نکته: بیماری که طرح و نقشه دقیقی را برای خودکشی مطرح می‌کند و به روش‌های مورد نظر خود برای

خودکشی دسترسی دارد، در خطر بسیار بالایی قرار دارد.

• **بررسی وضعیت روانی بیمار** - وجود افسردگی یا روان‌پریشی، اختلالات رفتاری و نیز حالات روانی مانند

ناامیدی، احساس گناه، بی‌قراری شدید، شرم و احساس حقارت و خشم، احساس تنهایی و پوچی و انزوای

اجتماعی احتمال خودکشی را افزایش می‌دهد.

بررسی کارکرد فرد در زمینه‌های تحصیلی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی

• **بررسی اطلاعات جنبی** - پرونده‌های پزشکی و روان‌پزشکی، اطلاعات منبع ارجاع‌دهنده، خانواده و دوستان

مدیریت رفتار خودکشی

در صورتی که ارزیابی خطر خودکشی نشان می‌دهد که فرد در خطر بالایی برای اقدام به خودکشی قرار دارد

باید فوری و بدون اتلاف وقت اقدامات زیر صورت گیرد:

- فرد را در یک محیط امن و تحت نظارت در مرکز قرار دهید و به هیچ‌وجه او را تنها نگذارید.
- وسایلی را که می‌تواند با آن به خود صدمه بزند، از دسترس دور نگه دارید.
- وی را به یک فرد متخصص یا یک مرکز تخصصی به‌منظور انجام اقدامات فوری مانند بستری کردن در بیمارستان ارجاع دهید.
- اگر دسترسی به متخصص ندارید، از خانواده، اقوام و دوستان تقاضا کنید تا در مدت زمانی که خطر خودکشی بالاست، او را تحت نظارت داشته باشند.

در صورتی که خطر اقدام به خودکشی بالا نیست، اقدامات زیر مفید خواهد بود:

- ارجاع به یک متخصص جهت دریافت کمک تخصصی و درمان بیماری روانی زمینه‌ای
- حمایت روانی اجتماعی

✓ حمایت از بیمار از طریق نشان دادن علاقه، فهم و همدلی

✓ بررسی دلایل زنده ماندن

✓ تمرکز روی نقاط قوت و مثبت شخص با یادآوری حل مشکلات قبلی

✓ شناسایی استرس‌های روانی اجتماعی بیمار و کمک به وی برای مقابله‌ی مؤثر با آنها

فعال کردن سیستم حمایت روانی اجتماعی بیمار

✓ آموزش خانواده، دوستان و اقوام برای نظارت دقیق و مستمر بر بیمار تا زمان کاهش خطر خودکشی

- ✓ آموزش خانواده و مراقبت‌کنندگان برای محدود ساختن دسترسی به وسایل خطرناک مانند داروها، سموم، چاقو و ...
- ✓ آموزش خانواده در مورد مدیریت تهدید به خودکشی مانند تماس با اورژانس
- ✓ فعال کردن سیستم حمایت اجتماعی شامل اقوام، دوستان، همکاران، افراد مورد اعتماد و غیره
- ✓ حمایت روانی از افراد خانواده و دوستان بیمار جهت کاهش سطح اضطراب و تنش آنها

پایش و پیگیری

پایش و پیگیری منظم وضعیت بیمار از طریق تماس تلفنی، حضور در منزل بیمار و یا ترتیب دادن جلسات منظم با بیمار در کاهش خطر خودکشی اهمیت زیادی دارد. این پایش و پیگیری در ابتدا با فواصل اندک (مانند هفته‌ای یک بار در دو ماه اول) انجام می‌شود و پس از اینکه خطر خودکشی به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش یافت می‌توان آن را در فاصله زمانی بیش‌تری (هر دو تا چهار هفته یک بار) انجام داد.

نکته مهم:

این مداخلات به هیچ وجه نباید جایگزین درمان روان‌پزشکی شود. وقتی خطر خودکشی وجود دارد، حتماً باید بیمار را به یک متخصص برای بستری کردن وی و یا انجام سایر مداخلات ارجاع داد.

بهبود پذیرش دارویی

الگوهای متفاوتی از مصرف دارو وجود دارد. گروه اول آنهایی هستند که تمام داورهایی که برایشان تجویز شده را به‌طور منظم استفاده می‌کنند. گروه دیگر، فقط بخشی از آن را مصرف می‌کنند. دسته بعدی آنهایی هستند که این کار را به‌صورت «دوره‌ای» انجام می‌دهند. یعنی فقط در مواقعی که حالشان خوب نیست برای مدت چند ماه به‌طور منظم از داروها استفاده می‌کنند و وقتی علائم بیماری کاهش یافت و یا احساس کردند که حالشان خوب است در مصرف دارو تعلل می‌کنند و بالاخره دسته‌ی آخر، آنهایی هستند که به‌طور کلی از مصرف داروی تجویز شده خودداری می‌کنند. از مهمترین دلایلی که باعث کاهش پذیرش دارویی می‌شود می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ✓ فقدان اطلاعات کافی درباره درمان
- ✓ برنامه‌ی روزانه نامنظم
- ✓ باورهای نادرست بیمار و یا خانواده‌ی وی درباره دارودرمانی

راهکارهای بهبود پذیرش دارو درمانی

• افزایش دانش و آگاهی بیمار

اگر بیمار به طور کامل از نوع درمانی که برای او پیشنهاد شده است، آگاهی نداشته باشد و نحوه‌ی استفاده از آن را نداند یا از جنبه‌های مختلف درمان اطلاعی نداشته باشد به احتمال زیاد از مصرف دارو خودداری خواهد کرد. مهم‌ترین اطلاعاتی که باید در این زمینه به بیمار داده شود عبارت است از:

- ✓ نام دارو و موارد استفاده آن
- ✓ فواید دارو
- ✓ جزئیات دقیق مربوط به مصرف دارو
- ✓ عوارض جانبی دارو و روش‌های کاهش آن
- ✓ رژیم غذایی لازم
- ✓ تداخل دارویی

• روش‌های رفتاری

- ✓ استفاده از مواردی که برای فرد یادآوری کننده باشد به عنوان مثال گذاشتن یادداشت جلوی آینه یا تنظیم ساعت برای زمان مصرف دارو.
- ✓ کمک گرفتن از دیگران در یادآوری مصرف دارو و یا کنترل مصرف دارو.
- ✓ نظارت بر خود و خودتنظیمی - بیمار باید در برنامه‌ی روزانه خود مصرف دارو را در اولویت قرار دهد و سعی کند تا جای امکان نظم مصرف دارو را رعایت کند.
- ✓ بیمار باید برنامه‌های درمان خود را در یک جدول بنویسد و موانعی را که با آن‌ها روبرو خواهد شد، در نظر بگیرد و سپس روش‌های غلبه بر این مشکلات را نیز فهرست و بهترین راه را انتخاب نماید.

• راهبردهای شناختی

اگر رویکردهای رفتاری کمک کننده نبود، می‌توان از راهبردهای شناختی برای بهبود پذیرش درمانی استفاده کرد. قدم نخست شناخت دیدگاه‌ها و باورهای منفی و نادرستی است که مانع از مصرف منظم دارو می‌شود و قدم بعدی مقابله با این باورهاست. برای مقابله با باورهای نادرست و ناکارآمد در مورد مصرف دارو، استفاده از راهکارهای زیر کمک کننده خواهد بود:

۱. از بیمار پرسید اگر فردی که برای وی بسیار مهم است و به او علاقه زیادی دارد مبتلا به بیماری شبیه بیماری

وی شود و در مورد مصرف یا عدم مصرف دارو با او مشورت کند، به وی چه خواهد گفت؟ آیا با اطمینان کامل به آن‌ها می‌گویند سعی کنند خودشان مسایل و مشکلات خود را حل کنند و روش درمانی پزشک را نپذیرند؟ اگر جواب آن‌ها خیر است، از آن‌ها سوال کنید چرا کاری را که خود انجام می‌دهند (عدم پذیرش دارو درمانی) به دیگران توصیه نمی‌کنید؟

۲. از بیمار بخواهید تا بررسی کند که آیا دارودرمانی به آن‌ها کمک کرده است؟ برای این کار وی باید به دوره‌هایی که دارو را دقیق مصرف کرده، فکر کند و علایم بیماری را در آن مدت بررسی کند.

۳. آموزش بیمار برای جایگزینی افکار منفی در مورد مصرف دارو با افکار مثبت.

۴. آموزش بیمار برای انجام یک تحلیل هزینه/فایده و یا محاسن و معایب برای مصرف دارو.

۵. آموزش بیمار برای به چالش کشیدن باورهای نادرست در مورد مصرف دارو- این راهکار شامل مراحل زیر است:

✓ شناسایی افکار و باورهای نادرست در مورد مصرف دارو و یادداشت کردن آنها

✓ بررسی دلایل موجود برای درستی و نادرستی این باورها

✓ بررسی شیوه‌های دیگر فکر کردن در مورد مصرف دارو

✓ شناخت راه‌های دیگر بررسی درستی و نادرستی باورهای موجود مانند جمع‌آوری اطلاعات از منابع موثق

آخرین توصیه‌ها

اگر پذیرش دارویی بیمار با استفاده از روش‌های فوق افزایش پیدا نکرد، انجام توصیه‌های زیر به وی مفید خواهد بود:

✓ اگر می‌خواهد داروی خود را قطع کند و یا با دارو مشکلی دارد حتماً این موضوع را با متخصصان درمان بگذارد.

✓ برای حفظ سلامتی و بهداشت روانی خود، دارو را به یکباره و به‌طور ناگهانی قطع نکند. قطع ناگهانی درمان ممکن است باعث افزایش احتمال برگشت بیماری شود.

✓ با پزشک خود صحبت کند تا در صورت امکان به وی اجازه دهد خود بیمار نیز در تصمیم‌گیری برای مصرف دارو نقش فعال داشته باشد.

مشاوره خانواده برای بیماران مبتلا به سایکوز

توانایی خویشاوندان برای کنار آمدن با فرد مبتلا در خانواده به‌میزان زیادی بستگی به این دارد که فرد مبتلا قبل از بیماری چه شخصیتی داشته است. به‌علاوه سن بروز بیماری نیز در برخورد خانواده با بیمار اثر می‌گذارد. بیمارانی

که قبل از ابتلا مهارت‌های شغلی خوبی داشته‌اند و از مهارت‌های اجتماعی مطلوبی برخوردار بوده‌اند در مقایسه با افرادی که فاقد این‌گونه مهارت‌ها بوده‌اند احتمالاً عملکرد بهتری بعد از بیماری خواهند داشت. هنگام ترخیص از بیمارستان بیمار معمولاً به منزل و نزد خانواده‌ی خود برمی‌گردد و عوامل متعددی وجود دارد که توجه به آن‌ها می‌تواند به بهبودی بیمار کمک نماید، اگرچه، باید به‌خاطر داشت که برخی بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی تنها بهبودی نسبی خواهند داشت. در زیر انواع مداخلات در سطح خانواده که می‌تواند به بهبود وضعیت بیمار مبتلا به روان‌پریشی کمک کند، آمده است.

• آموزش روانی^۱ خانواده‌ی بیمار

کارشناس سلامت روان معمولاً در دو تا سه جلسه می‌تواند مطالب مختلفی را در مورد بیماری روان‌پریشی به خانواده آموزش دهد. نکته مهم در این آموزش، گرفتن بازخورد از مطالب آموزش داده شده در هر بخش است تا اطمینان حاصل شود که خانواده مطالب را درست متوجه شده‌اند و درک صحیحی از آن پیدا کرده‌اند. مهم‌ترین مواردی که در آموزش خانواده به آن پرداخته می‌شود عبارت است از:

- ✓ توضیح علت بیماری
- ✓ عدم دخالت نیروهای ماورای طبیعی
- ✓ قابل درمان یا کنترل بودن بیماری و نیاز به درمان پیگیرانه و جدی
- ✓ قابل درمان بودن عوارض دارو
- ✓ احتمال عود بیماری در صورت قطع دارو بدون دستور پزشک
- ✓ علایم هشداردهنده‌ی عود بیماری
- ✓ ضرورت حمایت و بازتوانی بیمار
- ✓ عوامل تشدیدکننده بیماری شامل قطع دارو، استرس و هیجانات ابراز شده شدید
- ✓ راه‌های مقابله با عوامل تشدیدکننده

• آموزش خانواده برای کاهش هیجان ابرازشده

از آنجایی که ابراز هیجان‌های شدید در خانواده‌های بیماران مبتلا به روان‌پریشی شایع بوده و یکی از عواملی است که استرس زیادی به بیمار وارد می‌کند و ممکن است منجر به تشدید و یا عود بیماری شود، آموزش خانواده برای کاهش آن اهمیت زیادی دارد. به این منظور باید آموزش‌های زیر به افراد خانواده داده شود:

- ✓ اجتناب از انتقادهای مکرر از بیمار

^۱ - psychoeducation

- ✓ خودداری از مراقبت بیش از حد و انجام تمام کارهای بیمار
- ✓ اجتناب از نظارت، سرکشی، کنترل و یا دخالت زیاد در کلیه رفتارها و اعمال بیمار

• آموزش خانواده برای کاهش مشکلات ناشی از بیماری

- وجود یک بیمار مبتلا به روان پریشی می تواند مشکلات زیادی برای خانواده ایجاد کند که مدیریت آن به بهبود وضعیت روانی بیمار و افراد خانواده کمک می کند. مهم ترین سرفصل های آموزشی در این زمینه به شرح زیر است:
- ✓ خانواده باید به خاطر داشته باشند که بیماری های مزمن به دوره ای برای سازگارشدن با بیماری نیاز دارند.
- ✓ اگر می خواهند به بیمار آموزشی بدهند به آرامی و روشنی با او صحبت کنند و اگر سؤالی می کنند هر بار یک سؤال بپرسند، زیرا اگر در یک زمان چند سؤال را پرسیده شود ممکن است بیمار گیج شود.
- ✓ از ایجاد سر و صدا و درگیری های هیجانی پرهیز کنند.
- ✓ بیمار را نادیده نگیرند و مورد غفلت قرار ندهند حتی زمانی که به نظر می رسد بیمار به آنچه که گفته می شود، گوش نمی دهد.
- ✓ به وی نشان دهند که او را دوست دارند.
- ✓ سعی نکنند او را متقاعد کنند که باورهایش نادرست است زیرا این کار فقط تنش و ناراحتی بیمار را افزایش می دهد.
- ✓ با تشویق و تقویت او را به رعایت بهداشت شخصی ترغیب کنند.
- ✓ او را برای انجام هر کار مثبت و موفقیتی - هر چند کوچک - تقویت کنند زیرا این کار عزت نفس وی را افزایش می دهد.
- ✓ او را تشویق کنند تا یک برنامه ی روزانه برای خود تنظیم کند و فعالیت های معمول اجتماعی، آموزشی و شغلی خود را تا جای ممکن از سر بگیرد.
- ✓ برای بیمار فرصت هایی برای مشارکت در فعالیت های اجتماعی و اقتصادی فراهم کنند، مثل داشتن یک شغل حمایت شده.
- ✓ بیماران مبتلا به سایکوز ممکن است مورد تبعیض واقع شوند، بنابراین مهم است که بر باورهای نادرست و تبعیض آمیزی که نسبت به این بیماران وجود دارد غلبه کرد و تلاش کرد که کیفیت زندگی این افراد بهتر شود.
- ✓ به او اجازه دهند که تنها بودن و زندگی خصوصی را نیز تجربه کند.
- ✓ بر مصرف مرتب و به موقع داروها وی نظارت داشته باشند.

• آموزش خانواده برای زمان بحران

بحران یا حمله معمولاً زمانی اتفاق می‌افتد که علائم حاد بیماری عود می‌کند. در این وضعیت بیمار ممکن است دچار توهمات شدید، هذیان‌ها، اختلالات فکر و یا اختلالات رفتار و هیجان شود و یا به دلیل شنیدن صداهای تهدیدکننده به شدت وحشت کند و یا احساس کند که چیز ترسناکی در اطرافش در حال وقوع می‌باشد. در چنین مواردی لازم است بلافاصله به پزشک مراجعه شود. البته رعایت موارد زیر توسط خانواده می‌تواند کمک‌کننده باشد:

- ✓ خانواده باید به‌خاطر داشته باشد که در حالت روان‌پریشی حاد نمی‌توان با دلیل آوردن بیمار را متقاعد کرد.
- ✓ مضطرب یا عصبانی نشوند و سعی کنند خود را کنترل کنند و آرام بمانند.
- ✓ سروصدای محیط را کاهش دهند برای مثال تلویزیون و رادیو را خاموش کنند.
- ✓ از کسانی که در منزل میهمان هستند تقاضا کنند آنجا را ترک کنند.
- ✓ با آرامی، روشن و واضح صحبت کنند.
- ✓ به بیمار نشان دهند که وضعیت او را درک می‌کنند.

در صورتی که حمله روان‌پریشی با خشونت همراه است، بهتر است بلافاصله به اورژانس یا پلیس ۱۱۰ تلفن کنند، مشکل را توضیح دهند و از آن‌ها تقاضای کمک کنند. پس از تلفن به اورژانس بهتر است به پزشک معالج بیمار تلفن کرده و از وی راهنمایی بخواهند.

فرزندپروری

توجه به تربیت فرزند از جمله وظایف والدین است. امروزه توجه به این مساله از اهمیت بالایی برخوردار است. در موارد بسیاری ممکن است والدین خود توانایی مدیریت رفتار کودکان و اعمال روش‌های صحیح فرزندپروری را نداشته باشند. در این شرایط گاه ممکن است الگوهای ارایه شده از سوی اطرافیان و یا روش‌های آزمون و خطا چندان کارآمد نباشند. لذا مراجعه به روش‌های علمی می‌تواند چاره‌ساز باشد. در این فصل سعی شده است ضمن ارائه تعریفی از معنی والد بودن برخی روش‌های تربیت فرزند و شکل‌دهی رفتار را بیان کنیم تا کارشناسان بهداشت روان منبعی برای ارائه دستورعمل‌های مناسب در اختیار داشته باشند.

پدر و مادر بودن چه معنایی دارد؟

فرزندپروری فرآیند بزرگ کردن و آموزش و پرورش یک کودک از تولد تا بزرگسالی است. پدر و مادر بودن یکی از مهم‌ترین و درعین حال دشوارترین وظایفی است که هر فردی در طول زندگی‌اش تجربه می‌کند. والدین معمولاً این روش‌ها را از والدین خود، اطرافیان، آموزه‌های دینی و فرهنگی می‌آموزند و یا از طریق آزمون و خطا راه خود را پیدا می‌کنند. با این حال گاه شرایطی پیش می‌آید که والد در تربیت فرزند و انتخاب بهترین شیوهی برخورد با فرزند خود دچار مشکل شود. در این موارد لازم است روش‌های علمی تربیت فرزند را به والدین آموزش داد.

عواملی که بر روش فرزندپروری اثر می‌گذارد عبارتند از:

- سوابق رشدی والد و تجربه‌های شخصی‌اش از دوران کودکی خود
- وضعیت سلامت شخصیت و آرامش روانشناختی والد
- ویژگی‌های کودک که مراقبت از او را دشوارتر یا آسان‌تر می‌سازند
- میزان استرسی که به خانواده وارد می‌شود از یک طرف، و میزان حمایت‌هایی که دریافت می‌کند شامل رابطه‌ی زن و شوهر و شبکه‌ی اجتماعی (روابط شغلی، دوستان، خویشان و ...)
- الگوها، روش‌ها و باورهای درست یا غلط در مورد تربیت فرزند

این حقیقتی است که پدر و مادر بودن، مهارتی است که مثل همه‌ی کارهای دیگر زندگی مستلزم تلاش، صرف وقت، شکیبایی و آموزش است که فرد می‌تواند آنها را فرا گیرد.

رفتارهای نامناسب و باورهای نادرست رایج در تربیت فرزند:

- **برخوردهای منفی مکرر:**
در این مورد والدین معمولاً از روش‌های منفی مثل سرزنش و نکوهش رفتارهای کودک استفاده می‌کنند و با رفتارهای منفی با تندی و عصبانیت روبرو می‌شوند. این گونه برخورد اگر زیاد تکرار شود منجر به جدال و تنش بیشتر شده و ممکن است حتی رفتار منفی را افزایش دهد.
- **توجه نکردن به رفتار مثبت:**
این زمانی است که والدین به رفتارهای مثبت کودک توجه نمی‌کنند بنابراین رفتارهای مثبت تشویق نشده و به تدریج کاهش می‌یابند.
- **توجه و تشویق ناخواسته رفتار منفی:**
این زمانی است که رفتار منفی کودک به‌طور ناخواسته مورد توجه و تشویق قرار می‌گیرد.
- **انتظار وجود فرزند ایده‌آل:**
این انتظار که فرزند نباید هیچ نقصی داشته باشد غیرواقعی است و باعث احساس ناکامی و شکست می‌شود. همه‌ی بچه‌ها گاهی گریه کرده، نق می‌زنند و نافرمانی می‌کنند، نحوه‌ی برخورد والدین با این مشکلات می‌تواند این مشکلات را کاهش داده یا حفظ نماید.
- **این فکر که همه چیز تقصیر آنهاست:**
گاهی والدین خودشان را مقصر می‌دانند. می‌توان کودک را راهنمایی نمود و مهارت‌ها و ارزش‌های اجتماعی را به آنها آموخت ولی کنترل تمام رفتارها و اتخاذ شیوه‌های برخورد کاملاً استاندارد غیرممکن است.
- **این فکر که همه چیز تقصیر کودک است:**
این فکر باعث می‌شود که والدین رفتار کودک را تعمدی تلقی کرده و واکنشی بیش از آنچه لازم است نشان دهند. این خود باعث بدتر شدن رفتارهای کودک می‌شود.
- **این نگرش که باید تمام وقت خود را به تربیت فرزند اختصاص داد:**
به این معناست که مراقبان خود را وقف تربیت فرزند می‌کنند که باعث می‌شود والد یا مراقب نیازهای اساسی خود را در نظر نگیرد. در نتیجه از زندگی خود لذت نمی‌برد. وظیفه والد بودن زمانی از کیفیت خوبی برخوردار خواهد بود که در آن رعایت تعادل شود و والدین نیازهای خود را هم در نظر بگیرند.
- **این نگرش که مشکلات خودبخود برطرف خواهند شد:**
برخی والدین مشکلات رفتاری کودک را گذرا پنداشته و انتظار دارند که با رشد کودک این مشکلات برطرف شود. در حالی که مشکلات رفتاری نیازمند بررسی در مراحل اولیه است. والدینی که این طرز تفکر را دارند در پیدا کردن علت مشکل، راه حل‌ها، ایجاد تغییرات و استفاده از کمک‌ها دچار مشکل می‌شوند.

اصول کلی تربیت فرزند

ایجاد محیط تربیتی امن

ایجاد محیط امن به معنی فراهم نمودن محیطی است که امنیت جسمی و روانی کودک در آن محیط تامین می‌شود. در مورد کودکان خردسال محافظت کودک در برابر خطرات محیطی مثل سقوط از بلندی، برق‌گرفتگی، سوختگی و مواردی از این قبیل، از طریق امن نمودن محیط منزل و مراقبت در برابر خطرات روانی مثل مواجهه با صحنه‌های خشونت، پرخاشگری و نیز محافظت کودک در برابر آزارهای جنسی و جسمی. در مورد کودکان بزرگتر و نوجوانان ایجاد فضای اجتماعی امن در خانه و مدرسه و انتخاب محیط‌های مناسب برای سکونت و دوست‌یابی به‌نحوی که مواجهه با رفتارهای پرخطر به حداقل برسد.

برقراری رابطه مثبت با کودکان

عبارتست است از ایجاد فضایی که در آن روابط مراقبت‌کننده، با کیفیت و توأم با محبت افزایش یافته و احساس ایمنی، دوست داشته شدن و پذیرش پرورش یابد. لازم است والدین برای کودکان وقت اختصاص در نظر گرفته و توجه خاص به آنها داشته باشند؛ به صحبت‌های آنان گوش دهند و با آنها حرف بزنند. با آنها مهربان باشند و علاقه خود را به صورت کلامی یا غیرکلامی به کودکان ابراز نمایند و در ارتباط خود با کودکان، خودپنداره مثبتی در آنها القا کرده و پرورش دهند. به کودکان خود احترام بگذارند و آنها را دلگرم سازند.

برقراری ارتباط

برقراری ارتباط به معنی انتقال پیام و تعامل مشترک بین والد و کودک است. برقراری ارتباط با کودک به محیطی امن و فضایی مناسب برای گفتگو نیاز دارد. بسیاری از مواقع ارتباط مناسبی بین والد و کودک برقرار نیست یا این‌که این ارتباط یک ارتباط یک سوپه است.

در مورد نحوه برقراری ارتباط با فرزندان به والدین آموزش دهید:

۱- احترام گذاشتن	۲- اختصاص دادن زمان با کیفیت برای کودک
<ul style="list-style-type: none"> • طوری با کودک حرف بزنید که دوست دارید او با شما آن‌گونه حرف بزند. • امتناع از غر زدن، مسخره کردن، تحقیر کردن کودک، متهم کردن. • زود قضاوت نکنید. • از کودک خرده‌گیری نکنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • هر روز زمانی را هر چند کوتاه، واقعاً با کودک باشید طوری که احساس کند در دسترس او هستید. • در این زمان تنها به کودک توجه کنید و کار دیگری انجام ندهید. • با کودک فعالیتی را ترتیب دهید تا هر دو از آن لذت ببرید.

در مورد نحوه‌ی برقراری ارتباط با فرزندان به والدین آموزش بدهید:	
<p>۳- گوش دادن به کودک و انعکاس احساسات وی؛</p> <ul style="list-style-type: none"> • به فرزندتان نگاه کنید. • به حرف‌هایش به‌دقت گوش دهید. • آنچه می‌گوید و احساس او را به او منعکس کنید. به‌عنوان مثال با این عبارت که: " تو گفتی تو احساس ... می‌کنی زیرا...." • از روی حالت چهره و بدنش احساسش را درک کنید. • احساسش را با کلمات برای او بیان کنید. • در مورد هیجان کودک کلمات مبهم (خوب / بد) به کار نبرید. • در عین حال کودک را مجبور نکنید حرف بزند و احساس خود را به شما بگوید. • اگر تمایل داشت حرف بزند بگویید: "دلت می‌خواهد در این مورد بیشتر صحبت کنی؟" و یا بپرسید: "به‌نظر می‌رسه ... (غمگین/خوشحال / عصبانی / خسته) هستی! می‌خواهی بگویی چه شده؟" 	<p>۴- در برابر کودک به تندی واکنش نشان ندهید؛</p> <ul style="list-style-type: none"> • با کودک جر و بحث نکنید. • در برابر عصبانیت کودک عصبانی نشوید: <p>اگر عصبانی شوید یعنی کودک توانسته بر شما مسلط شود و یا این‌که باعث می‌شوید کودک بترسد و نتواند با شما ارتباط برقرار کند.</p>
<p>۵- به او نشان دهید که دوست داشتنی است؛</p> <ul style="list-style-type: none"> • به کودک بگویید که دوستش دارید. • برای دوست داشتن کودک شرط نگذارید. مثلاً اگر مسواک نزدی دوستت ندارم. • رفتار کودک را مورد توجه قرار دهید و نه خود او را. مثلاً "این رفتار تو مناسب نیست" نه اینکه بگویید "تو بچه بدی هستی." همچنین خوب بودن او را هم مشروط به انجام یک رفتار نکنید مثلاً چون مسواک زدی پس بچه خوبی هستی. • سعی کنید بفهمید کودک چه نوع ابراز محبت فیزیکی را می‌پسندد (بوسیدن، نوازش کردن، در آغوش گرفتن). 	<p>۶- برای برقراری ارتباط، با کودک خود بازی کنید؛</p> <p>بازی برای رشد کودک حیاتی است در طول بازی، کودکان مهارت‌های جسمانی، شناختی، اجتماعی و هیجانی خود را گسترش می‌دهند. در عین حال، بازی مفیدترین زمان برای ارتباط مادر یا پدر با کودک است. بازی با کودک وسیله‌ای جهت برقراری رابطه مثبت با کودک و وارد شدن در دنیای او و نیز آموزش کنار آمدن با دیگران، حل مسایل و کنترل رفتار است.</p> <ul style="list-style-type: none"> • حداقل روزی نیم ساعت با کودک بازی کنید. • در بازی با کودک هرم قدرت وجود ندارد یعنی پدر یا مادر در رأس قدرت نیستند. در بازی به کودک اجازه‌ی رهبری دهید. <p>لازم است جای مناسبی برای بازی در نظر بگیرید. حتا سفره‌ی بازی پهن کنید تا بعد از بازی بتوان راحت وسایل بازی را در سطل بزرگ ریخت و سفره را جمع کرد و اتاق را به وضع معمولی بازگرداند.</p>

تأیید و تشویق رفتارهای مثبت

کودکان به تأیید و توجه نیاز دارند. وقتی کودکان تشویق و توجه مثبت در برابر رفتار مناسبشان دریافت می‌کنند میزان همکاری‌شان بیشتر شده و کنترل آنها بسیار آسان‌تر می‌گردد. از طرف دیگر احتمال وقوع دوباره آن رفتار افزایش می‌یابد.

- تقویت‌کننده مثبت به هر نوع پیامد رفتاری می‌گویند که انجام آن باعث افزایش احتمال تکرار آن رفتار می‌گردد.

انواع تقویت‌کننده‌های مثبت عبارتند از:

۱. احساس غرور و افتخار درونی: این حس را می‌توان به طریق ابراز حس افتخار و غرور خود از رفتار خوب کودک به وی منتقل نمود.

۲. آرایه‌ی توجه مثبت به صورت کلامی و غیرکلامی.

مثال جهت تشویق کلامی:

- متشکرم که همان‌طور که خواسته بودم این کار را انجام دادی.

- کارت را خوب انجام دادی.

- کار قشنگی انجام دادی که به خواهرت کمک کردی تکالیفش را تمام کند.

مثال جهت تشویق غیرکلامی:

- چشمک زدن، لبخند زدن، بغل کردن، نوازش کردن، کف زدن

۳. امتیاز دادن به کودک و پاداش‌های اجتماعی مثل رفتن به پارک و سینما، کمک در تهیه دسر یا غذا.

۴. پاداش‌های عینی مثل جایزه‌ها، برجسب‌ها، اسباب بازی، خوراکی‌های خاص.

در مورد نحوه تشویق توجه والدین را به نکات زیر جلب نمایید:

- تشویق متناسب با رفتار باشد: برای رفتارهای روزمره از تأیید کلامی یا غیرکلامی استفاده کنید و پاداش‌های مادی را برای رفتارهای برجسته‌تر و مهم‌تر به کار ببرید.
- متناسب با موقعیت باشد: اگر کودک در جمع دوستانش است و ممکن است از تحسین شدن خجالت بکشد، تأیید غیرکلامی به کار ببرید.
- به رفتارهای مثبت کودک توجه کنید: رفتار مثبت را با لبخند و تکان سر، تأیید کنید.
- در تحسین افراط نکنید: اگر بیش از حد کودک را تحسین کنید فکر می‌کند وظیفه دارد دیگران را خوشحال کند و این تنها راه ارزشمند بودن است؛ یاد می‌گیرد زیاد تحسین بخواهد و اگر تحسین نشود درباره ارزشمند بودن خود به شک می‌افتد؛ و نیز فکر می‌کند تحسین نشدن یعنی انتقاد شدن.
- به تلاش‌های کودک بها دهید: همیشه دنبال نتیجه نباشید.
- به توانمندی کودک اشاره کنید و نشان دهید که به او افتخار می‌کنید.
- جملات تأییدآمیز بگویید:
 - من به کار تو اطمینان دارم.
 - کار دشواری است ولی فکر می‌کنم از عهده آن برمی‌آیی.
 - در کار..... روز به روز بهتر می‌شوی.

نحوه دستور دادن به کودک

گاهی والدین از کودکان انتظار دارند که کارهایی را انجام دهند و لازم است دستوراتی به آنها بدهند. فراموش نکنید دستور دادن به معنای پرخاشگری و عصبانیت نیست. دستور می‌تواند قاطع اما صمیمی باشد.

در مورد شیوه دستور دادن به والدین آموزش دهید و توجه آنها را به نکات زیر جلب نمایید:

- ۱- هنگام دستور دادن در فاصله نزدیک کودک بایستید. نگاهتان به کودک مستقیم باشد و تا جای ممکن سطح نگاه شما با کودک یکسان باشد. اسمش را صدا کنید.
- ۲- دستورات را واضح و روشن بدهید. از دستوراتی که به صورت کلی مطرح می‌شود مثل مواظب باش، نکن، عجله کن و ... پرهیز کنید زیرا این دستورات مفاهیم انتزاعی دارد و کودکان آنها را درک نمی‌کنند پس "به جای مواظب باش" مشخصاً بگویید: "لطفاً دستت را به زردها بگیر".
- ۳- دستورات مثبت بدهید یعنی افعال مثبت به کار ببرید. به کودک بگویید چه کاری را باید انجام دهد نه اینکه چه کاری را انجام ندهد.
- ۴- از دستورات خواهشی و یا سوالی اجتناب کنید. افعال امری به کار ببرید.
- ۵- درباره دستورات بحث نکنید و دلیل تراشی و فلسفه‌بافی نکنید. گاهی کودکان برای فرار کردن از زیر اجرای دستورات دایم سوال "چرا" مطرح می‌کنند. این چراها لازم به پاسخگویی نیست.
- ۶- به کودک فرصت اجرای دستورات را بدهید. پشت سر هم دستور ندهید.
- ۷- دستورات غیر لازم و غیر ضروری ندهید.
- ۸- بر اجرای دستور نظارت داشته باشید.
- ۹- بی‌درنگ بعد از اینکه کودک دستوری انجام داد او را تشویق کنید.
- ۱۰- پیش‌بینی کنید اگر کودک دستور شما را انجام نداد، پیامدی منطقی برایش در نظر بگیرید. اگر کودک دستور شما را اجرا نکرد، ۵ ثانیه صبر کنید. دوباره تکرار کنید و اگر بلافاصله انجام نداد، پیامدی را که درباره‌اش قبلاً هشدار داده بودید اجرا کنید. چانه‌زنی کودک را نپذیرید و پیامد را اجرا کنید.
- ۱۱- کودکان را در وضع قوانین شرکت دهید.
- ۱۲- به جای امر و نهی کردن مرتب به کودک، گزینه‌هایی ایجاد کنید و حق انتخاب دهید.

روش‌های آموزش مهارت‌های جدید

رشد کردن مستلزم یاد گرفتن بسیاری از مهارت‌های جدید و پیچیده می‌باشد مثل مسواک زدن، لباس پوشیدن،

حمام کردن و ... باید والدین به کودکان کمک کنند تا این مهارت‌ها را بیاموزند و یا رفتارهای درست گاه و بیگاه کودک را تثبیت نمایند. روش‌های مؤثر در این خصوص عبارتند از:

۱. **الگو بودن والد برای کودک:** والدین باید الگوی رفتاری باشند که انتظار دارند کودک آن را بیاموزد. می‌توان در حین انجام یک رفتار آن را توصیف نمود و به کودک اجازه داد که رفتار را تقلید نماید. او را برای موفقیت ولو اندک تشویق کنند و او را برای تلاش بیشتر ترغیب کنند.
۲. **آموزش انقایی:** وقتی کودک به طرف والدین می‌آید تا سوالی بپرسد، چیزی بخواهد و ... زمانی است که می‌توانند به او آموزش دهند زیرا در این موقعیت، کودک به برقراری ارتباط با والدین علاقه‌مند است.
۳. **استفاده از جدول رفتاری:** جدول رفتاری یک قرارداد مشخص است بین پدر و مادر با کودک که بر اساس آن کودک برای انجام فعالیتی مشخص و تعریف شده، پاداش‌هایی دریافت می‌کند. از جدول رفتاری می‌توان برای آموزش یک مهارت یا رفتار جدید بهره گرفت.

توجه والدین را در استفاده از جدول رفتاری به نکات زیر جلب نماید

- رفتار مورد نظر خود را به صورت مشخص و روشن برای کودک توضیح دهید.
- برای کودک مشخص کنید که اگر رفتار مورد نظر را انجام دهد چه پاداشی دریافت می‌کند. درباره‌ی جایزه با کودک توافق کنید. از جایزه‌های بزرگ و گران قیمت استفاده نکنید.
- در شروع استفاده از چارت رفتاری ۱ یا ۲ رفتار را در نظر بگیرید. باید در ابتدا رفتارهایی را در نظر بگیرید که کودک اکثراً انجام می‌دهد و شما قصد تقویت آن‌ها را دارید.
- در جدول روزهای هفته و رفتار مورد نظر را بنویسید و به ازای هر بار انجام آن رفتار یک ستاره یا علامت (امتیاز برای بچه‌های بزرگتر) در جدول بگذارید. در پایان هفته به ازای تعداد مشخصی امتیاز (ستاره یا علامت) جایزه مشخصی در نظر بگیرید.
- اگر کودک رفتار نامطلوبی انجام داد از امتیاز (ستاره یا علامت) کم نکنید.
- اگر رفتار مطلوب دیگری به جز رفتار مورد نظر انجام داد به امتیاز (ستاره یا علامت) نیافزاید.
- زمان مفید برای تثبیت یک رفتار حدود ۲ هفته است. بعد از آنکه رفتار مورد نظر تثبیت شد، تشویق‌های اجتماعی را جایگزین کنید و هر از گاهی از تشویق مادی نیز استفاده کنید.
- به تدریج که رسیدن به هدف آسان‌تر می‌شود تدریجاً دستیابی به پاداش را سخت‌تر کنید به طوری که مثلاً برای گرفتن جایزه به تعداد بیشتری امتیاز نیاز باشد.
- به کودک رشوه ندهید. رشوه، پاداشی است که به کودک قبل از انجام کار داده می‌شود. پاداش را بعد از انجام کار به کودک بدهید.

راهبردهای مدیریت رفتار نامطلوب

همه بچه‌ها باید یاد بگیرند که محدودیت‌ها را بپذیرند و احساس سرخوردگی و ناامیدی خود را وقتی نمی‌توانند به خواسته‌هایشان برسند، کنترل کنند. اداره‌ی چنین موقعیت‌هایی برای والدین دشوار است. اما اگر والدین پیامدهایی را بی‌درنگ، پیوسته و قاطع برای رفتار نامطلوب استفاده کنند، کودکان خویشتن‌داری را خواهند آموخت. در ابتدا سعی کنید بفهمید چرا کودک بدرفتاری می‌کند. کودکان به دلایل مختلف ممکن است بدرفتاری کنند:

۱. برای جلب توجه
 ۲. به دست گرفتن کنترل امور و قدرت‌نمایی
 ۳. بیماری، خستگی، یا عصبانیت
 ۴. کودک نمی‌تواند به دلیل مشکلات و بیماری‌ها، رفتار خود را کنترل کند.
- کودکان بدرفتاری را به روش‌های مختلف انجام می‌دهد:
- انجام کاری که شما دوست ندارید، سستی کردن در امور، بی‌تفاوتی، پرخاشگری و آزار خود و دیگران.
 - اگر کودک دستورات شما را انجام نداد یا رفتاری نامطلوب ارایه می‌دهد، می‌توانید از موارد زیر برای کاهش رفتار نامطلوب وی استفاده کنید:

بحث جهت‌دار

وقتی کارآمد است که کودک یکی از مقررات اصلی خانه را گاهی فراموش می‌کند و بیشتر در مورد بچه‌هایی است که همکاری بیشتری دارند.

نحوه استفاده از بحث جهت‌دار:

ابتدا توجه کودک را به خود جلب کنید. سپس مشکلی را برایش توضیح دهید. سپس مختصر توضیح دهید چرا این رفتار مشکل دارد از جمله خبری استفاده کنید. بعد رفتار صحیح را به کودک پیشنهاد دهید و از او بخواهید که آن کار را انجام دهد.

نادیده گرفتن

اگر مشکل رفتاری خفیف باشد و خطر یا ضرری ایجاد نمی‌کند و حقوق دیگران را نیز ضایع نمی‌سازد (مثل زمانی که برای به دست آوردن چیزی، قشقرق راه می‌اندازد یا قصد توجه‌طلبی دارد) از این روش استفاده کنید.

نحوه نادیده گرفتن رفتار

- خونسرد بمانید و عصبانی نشوید.
- به کودک توجه نکنید. به هیچ‌وجه به او نگاه نکنید و حرف نزنید (می‌توانید شروع به خواندن روزنامه کنید تا با کاری سرگرم شوید). هیچ حالت خاصی را در چهره نشان ندهید.
- ممکن است در ابتدا بدر رفتاری اش بیشتر شود. در این زمان اگر به او توجه کنید، تلاش‌تان به هدر رفته است.
- بی‌اعتنایی را تا وقتی ادامه دهید که رفتار آزارنده وجود دارد. به محض اینکه رفتار نامطلوب قطع شد، می‌توانید به اولین رفتار مثبت او توجه کنید.
- در مورد رفتارهایی که خشونت به همراه دارد یا احتمال آسیب به کسی می‌رود، از این روش استفاده نکنید.

انتخاب پیامد

پیامد رفتار می‌تواند رفتار را تقویت یا خاموش سازد. هرگاه رفتاری منجر به پیامدی خوشایند شود آن رفتار تقویت می‌شود و چنانچه پیامد ناگوار در پی داشته باشد رفتار خاموش می‌شود. از این روش برای مشکلات رفتاری شدیدتر استفاده کنید پیامد می‌تواند پیامد طبیعی باشد یا پیامد قراردادی. پیامد طبیعی آن چیزی است که خود به خود در اثر رفتار به وقوع می‌پیوندد. مثلاً دست زدن به اجسام داغ باعث سوختن دست می‌شود. پیامد قراردادی آن چیزی است که ما به‌عنوان قرار داد برای کودک تعیین می‌کنیم. مثلاً اگر کفش‌هایش را کثیف کند باید آنها را بشوید. والدین باید دقت نمایند که از پیامدهای طبیعی خطرناک برای کنترل رفتار استفاده نکنند مثلاً این طور نباشد که اجازه دهند دست کودک را بسوزد، که دوباره سراغ آب جوش نرود!

- گاهی پیامد رفتار به‌صورت اعمال محرومیت است که در این موارد باید به نکات زیر توجه شود:
- محرومیت باید متناسب با رفتار باشد.
- کودک را از فعالیت یا اسباب‌بازی که کانون مشکل است محروم کنید.
- مدت محروم کردن باید کوتاه باشد از ۵ تا ۳۰ دقیقه معمولاً زمان مناسبی است.
- قبل از محروم کردن، حتماً دلیل این کار را برای کودک توضیح دهید:
- بعد از اتمام زمانی که قرار گذاشته‌اید، فعالیت یا اسباب‌بازی مورد نظر را بازگردانید و با توضیح درباره رفتار جایگزین صحیح، بکوشید از تکرار اتفاق قبلی جلوگیری کنید. اگر دوباره اطاعت نکرد این روش را به مدت طولانی‌تری استفاده کنید یا از روش اتاق خلوت استفاده کنید.
- تهدیدهایی که امکان انجام دادن آن وجود ندارد بیهوده است. کودک به سرعت متوجه می‌شود که تهدید شما بی‌اساس است و می‌فهمد که شما احساس ناتوانی می‌کنید.

روش استفاده از اتاق خلوت

استفاده از اتاق خلوت روش دیگری است که برای مدیریت رفتارهای نامطلوب استفاده می شود. در مواقعی که روش‌های قبلی مؤثر واقع نشد یا کودک رفتاری خشونت‌بار دارد، والدین می‌توانند از این روش استفاده کنند. چگونگی استفاده از اتاق خلوت را به والدین آموزش دهید:

در این روش کودک را در اتاق دیگری دور از هر کس دیگری می‌برید. بهتر است در را باز بگذارید اما اگر کودک خواست از اتاق خارج شود، در را ببندید. اتاق خلوت باید مکانی امن و روشن باشد و هوای مناسب داشته باشد. اما وسیله سرگرم‌کننده‌ای در آن نباشد.

ابتدا دستور را واضح و آرام به کودک ارایه دهند. در صورتی که کودک ظرف ۱۵ ثانیه رفتار غلط خود را متوقف نکرد به او بگویند کار اشتباه چه بوده و سپس پیامد آن، یعنی لزوم رفتن به اتاق خلوت را برایش توضیح دهند. اگر اطاعت نکرد پیامد را اجرا کنند.

نکات زیر را در استفاده از اتاق خلوت به والدین گوشزد کنید

- خونسرد و قاطع باشید و عصبانی نشوید.
- در صورت لزوم به صورت فیزیکی او را هدایت کنید (شانه‌اش را بگیرید و به سمت اتاق ببرید).
- اعتراض‌های کودک را نادیده بگیرید و به او توجه نکنید.
- برای کودک سخنرانی، بحث یا غرغر نکنید.
- به کودک تذکر دهید که وقتی مدت زمان مقرر را ساکت گذراند، می‌تواند از اتاق خارج شود.
- بعد از اتمام زمان مقرر، در مورد اتفاق مربوط حرف نزنید و با این صحبت که "وقت تمام شد!" یا "می‌توانی بیرون بیایی" زمان نیز تمام می‌شود.
- مدت حضور در اتاق خلوت، ۱ دقیقه به ازای هر یک سال سن می‌باشد و در سنین ۳ تا ۱۰ سال قابل اجرا است.
- از قبل و در زمانی که آرام و خونسرد هستید به کودک بگویید که چه رفتارهایی به اتاق خلوت منتهی می‌شود.
- بعد از خارج شدن کودک از اتاق، کودک را تشویق کنید به فعالیت دیگری مشغول شود. او را تحت نظر بگیرید و برای اولین و کوچک‌ترین رفتار مثبتش او را تحسین کنید.

مدیریت رفتار در موقعیت‌های خاص

اغلب مشکلات رفتاری کودکان در زمان و حضور در موقعیت‌های جدید مثل مهمانی‌ها یا حضور در محیط‌های عمومی یا فروشگاه‌ها ایجاد می‌شوند.

در مورد چگونگی حضور در چنین موقعیت‌هایی به والدین این گونه آموزش دهید.

- برای موقعیت مورد نظر از پیش برنامه‌ریزی کنید. برنامه‌ریزی شامل شناخت کودک، خلق و خو، مزاج و مهارت‌های او و شناخت چالش‌هایی که در محیط با آنها روبرو می‌شود می‌باشد. بر این اساس فکر کنید چگونه می‌توانید رفتار را مدیریت کنید. مثلاً چنانچه کودک حوصله‌اش از حضور در مطب پزشک و انتظار کشیدن سر می‌رود برای این موقعیت برخی وسایل سرگرم‌کننده همراه خود ببرد.
- انتظارات خود را از کودک مشخص کنید و برایش گام‌هایی مشخص کنید. قوانین را برایش توضیح دهید. مثلاً ۳ یا ۴ رفتاری که انتظار دارید انجام دهد را برای او مشخص کنید.
- اگر کودک درست رفتار کند از قبل پاداشی در نظر بگیرید.
- بگویید اگر درست رفتار نکند چه عواقبی خواهد داشت.
- پیش‌بینی کنید چه مشکلاتی ممکن است پیش آید. در موقعیت‌هایی مثل مهمانی که ممکن است حوصله کودک سر برود. می‌توانید از یک اسباب‌بازی برای سرگرم کردن کودک استفاده کنید. در هنگام خرید محدودیت انتخاب‌های او را مشخص کنید و بر خرید نظارت داشته باشید.

مراقبت والدین از خودشان

فرزندپروری و وظیفه‌ی دشواری است. لازم است که والدین به خود و نیازهایشان توجه کنند و مراقب سلامت روانی و جسمانی خویش باشند. متمرکز کردن زندگی، فقط بر فرزندان نه به نفع والدین است نه به نفع کودکان. پدر یا مادر از حقوقی برخوردار هستند: دوستی‌ها، حفظ فضای خصوصی، زمانی برای خودشان و غیره.

در مورد نحوه‌ی مراقبت از خود به آنها این گونه آموزش دهید:

- هر روز سعی کنید یک فعالیت خوب یا جالب برای خودتان انجام دهید.
- آرام بمانید. تقریباً هر روز زمانی را به آرام‌سازی خود اختصاص دهید.
- خودتان را بپذیرید و دوست داشته باشید. بر نکات مثبت خود تمرکز کنید و به آن توجه نمایید.
- با باورهای نامعقول خود مبارزه کنید. از خود گله نکنید. از گفتن واژه‌های دلسردکننده و مطلق مثل مجبورم، باید و ... اجتناب کنید.
- انتظار واقع‌بینانه از خود داشته باشید. هر کس ممکن است اشتباه کند. هیچ کس کامل نیست.
- به خود اطمینان خاطر بدهید اگر خودتان احساس اطمینان خاطر نداشته باشید، انتقال آن به کودک نیز مشکل می‌شود.

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

فصل هشتم

آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره



اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

- ۱- نقش آموزش سلامت به افراد و جایگاه آن در ارتقای سواد و توانمندی‌های سلامت را توضیح دهید.
- ۲- مشاوره در سلامت روان و اصول آن را توضیح دهید.
- ۳- انواع مشاوره‌هایی را که ممکن است با آن روبرو شوید نام ببرید.
- ۴- مراحل مشاوره را توضیح دهید

عناوین فصل

- ❖ مقدمه- نقش آموزش به افراد در ارتقای توانمندی آنها
- ❖ آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره
- ❖ هدف مشاوره
- ❖ اعضای مشاوره
- ❖ موضوعات و انواع مشاوره
- ❖ اصول مشاوره
- ❖

مقدمه - نقش آموزش به افراد در ارتقای توانمندی آنها

طبق منشور اوتاوا در زمینه ارتقای سلامت برای رسیدن به یک سلامت کامل چه از لحاظ جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی هر فرد یا گروه باید بتواند خواسته‌ها و نیازهای خود را شناخته، آنها را برطرف نموده و با محیط خود کنار آمده یا آن را در جهت خواسته‌های خود تغییر دهد. توانمندسازی افراد و جوامع برای شناخت نیازها، تصمیم‌گیری و اجرای آگاهانه و مسئولانه رفتارهای فردی و جمعی سالم نیازمند توسعه منطقی و مؤثر ظرفیت‌های سازمانی و اجرایی آموزش سلامت در بخش سلامت است. نوع برخورد هر فرد با سلامت، تا حد زیادی به میزان سواد بهداشتی وی بستگی دارد و افزایش سواد بهداشتی اقشار مختلف مردم نیازمند توسعه علمی و منطقی آموزش سلامت در کشور است. آموزش سلامت در جامعه باید دو نقش ایفا کند، یکی این که باید سطح آگاهی‌های عمومی در مورد تأثیر محیط‌های اقتصادی، اجتماعی و انسانی بر سلامت و یا عدم سلامت و نیز نابرابری در توزیع منابع سلامت را بالا برد و همچنین باید بتواند با بالابردن سطح دانش و مهارت‌های افراد، به آنها کمک کند تا در مورد سلامت خود و خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، قادر به تصمیم‌گیری شوند. آموزش سلامت به افراد و مشاوره، امروزه یکی از مهم‌ترین ابزارها برای تحقق این هدف است. در این فصل کوشیده‌ایم جنبه‌های مختلف آموزش سلامت به افراد را بحث کنیم.

آموزش سلامت روان به افراد و روش مشاوره

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

هدف مشاوره

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

که توصیه شما با موقعیت و شرایط فرد سازگار نباشد. از طریق مشاوره افراد تشویق می‌شوند تا در مورد مشکلاتشان فکر کنند، عوامل ایجادکننده آن‌ها را بشناسند و راه حل لازم را پیدا کرده و بر اساس آن اقدام نمایند.

اعضای مشاوره

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

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

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

موضوعات و انواع مشاوره

ارایه‌دهنده‌ی خدمت می‌تواند هر موضوعی از مشکلات سلامت روان را که از دید خود یا مراجعینش حایز اهمیت است به‌عنوان موضوع مشاوره انتخاب نماید. این موضوعات می‌توانند بخشی از مشاوره برای پیش‌گیری اولیه، ثانویه یا پیش‌گیری سطح سوم یا تمامی آن‌ها باشد. به‌عنوان مثال ارایه‌دهنده‌ی خدمت می‌تواند در مورد هر یک از اختلالات خلقی، اسکیزوفرنیا، اختلالات اضطرابی، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات روانپزشکی دوران کودکی نظیر بیش‌فعالی، شب‌ادراری، ناخن جویدن و لکنت زبان اقدام به مشاوره برای پیش‌گیری اولیه نماید. در این صورت مشاوره بیش‌تر بر مواردی نظیر علایم بیماری، طریقه شناسایی، عوامل ایجادکننده و تشدیدکننده بیماری متمرکز می‌شود. اما چنان‌چه بخواهد در زمینه پیش‌گیری سطح دوم و سوم مشاوره نماید باید در زمینه‌های عوارض داروهای آنتی‌سایکوتیک، چگونگی رفتار با بیمار، مراقبت و پیگیری بیماری نیز گفت و گو نماید.

بر اساس موارد فوق می‌توان چنین استنباط کرد که موضوعات مشاوره می‌تواند حیطه‌های بسیار متنوعی از آموزش را در بر گیرد. به‌طور کلی هر گونه مواجهه با گیرنده‌ی خدمت (فرد نیازمند دریافت خدمات) می‌تواند به-صورت یک مشاوره درآید. اجرای این مشاوره نیاز به بهره‌گیری از اصول و قواعد خاصی دارد که در سایر عناوین آمده است (برای توضیحات بیشتر فصل مداخلات غیردارویی را ببینید).

در ذیل یک طبقه‌بندی از این موضوعات پیشنهاد شده است:

الف- مشاوره برای افزایش توانمندی‌های عموم مردم در زمینه‌های مختلف ارتقای سلامت روان:

از این دسته می‌توان به نمونه‌های ذیل اشاره کرد.

- افزایش دانش و مهارت والدین در زمینه تربیت سازنده فرزندانب

- آشنایی با مراحل رشد روانی کودکان، آشنایی با اصول تربیت سازنده فرزندان، آشنایی با مشکلات رفتاری کودکان، آشنایی با برخی اختلال‌های هیجانی و رفتاری خاص در کودکان، تشویق و ایجاد فضای مثبت در خانواده، نادیده گرفتن رفتارهای نامطلوب، ارتقای مهارت‌های ارتباطی، مهارت حل مسایل مشترک با همسالان، شیوه‌های صحیح دستور دادن، مدیریت رفتارهای نامطلوب و افزایش اعتماد به نفس
 - برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی
- ارتباط بین فردی مؤثر و ارتباط در گروه، خودآگاهی و همدلی، تفکر خلاق و تفکر نقاد، تصمیم‌گیری و حل مساله، مدیریت استرس و کنترل هیجانات منفی

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

از این دسته می‌توان به نمونه‌های ذیل اشاره کرد.

- افسردگی
- اختلالات دوقطبی
- اختلالات سایکوتیک
- اختلالات اضطرابی
- اختلالات شبه جسمی
- صرع
- عقب ماندگی ذهنی
- اختلالات کودکان و نوجوانان در مواردی نظیر
 - ❖ اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی
 - ❖ اختلالات سلوک
 - ❖ اوتیسم
 - ❖ اختلال یادگیری
 - ❖ شب ادرای
 - ❖ لکنت زبان
 - ❖ ناخن جویدن
 - ❖ مکیدن انگشت
 - ❖ تیک

مشاوره با هر یک از گروه‌هایی که در فوق نام برده شد بنا به مقتضیات خود می‌تواند به صورت‌های مختلفی

انجام شود. به‌عنوان مثال گاه ضروری است برای حل مشکل، سایر افراد خانواده نیز در مشاوره حضور یابند. این نوع

مشاوره را مشاوره خانواده می‌گویند. مشاوره با کودکان نیز نیازمند رعایت قواعدی خاص است. در اینجا فرصتی وجود دارد که اشاره مختصری به این دو نوع مشاوره نماییم.

◀ مشاوره با خانواده

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



◀ مشاوره با کودکان

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

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



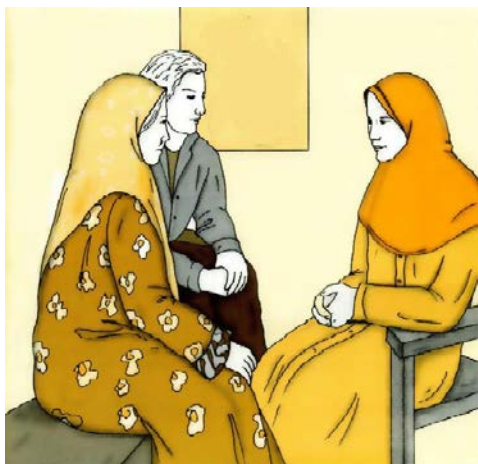
از آنچه که گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که مشاوره یک ارتباط دو طرفه چهره به چهره است که در آن مشاور از طریق دادن اطلاعات مناسب و قابل درک به فرد کمک می‌کند تا با توجه به شرایط و نیازهای خود، بهترین و مناسب‌ترین تصمیم را بگیرد و بر اساس آن عمل کند. بنابراین مشاوره می‌تواند شامل مراحل زیر باشد:

۱- کمک به فرد برای شناسایی و تشخیص مشکل.

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

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

۴- کمک به فرد برای انتخاب بهترین راه حل.



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

اصول مشاوره

الف: ارتباط

مشاور باید حالت توجه و مراقبت از خود نشان داده و از ابتدای مشاوره سعی کند برای کمک به فرد یا افراد ارتباط خوبی با آنان برقرار نماید. در این صورت است که فرد یا افراد مشورت‌کننده به مشاور اعتماد کرده و مشکلاتشان را به راحتی زبان می‌آورند. خوب گوش کردن و احترام گذاشتن یکی از بهترین راه‌های ایجاد ارتباط عمیق است.

ب: تشخیص نیازها

همان‌گونه که گفته شد مشاور سعی می‌کند مشکل را همان‌طور که

افراد می‌بینند درک نماید. افراد باید مشکلاتشان را خودشان تشخیص دهند. به عبارت دیگر مشاور نباید مشکلات را یکی یکی نام ببرد، بلکه باید در جهت شناخت مشکلات سوالاتی را مطرح کند تا فرد بتواند آزادانه اظهار عقیده نماید. در این مرحله فرد مشاوره‌کننده فقط باید به صحبت مشاوره‌شونده گوش دهد. بدین منوال مشاور درخواهد یافت که فرد چه نیازهایی دارد.

ج: احساسات

مشاور باید احساسات افراد را درک کند و با فرد مشاوره‌شونده همدلی نماید. به‌عنوان مثال ممکن است مادری مراجعه کند و از این که فرزندش فعالیت بیش از حد داشته و در یادگیری تمرکز ندارد اظهار نگرانی نماید. مشاور باید احساس نگرانی مادر را درک نموده و آن را تایید نماید. این درک هرگز به معنی همدردی و ایجاد نگرانی در مشاور نیست و فرد مشاور نباید به خاطر این مساله همانند مادر کودک ناراحت باشد.

د: مشارکت

مشاور به فرد کمک می‌کند تا او همه جنبه‌های مشکل خود را در نظر بگیرد، راه‌حل‌های مختلف را پیدا و بهترین

آن‌ها را انتخاب نماید. به‌عنوان مثال ممکن است زنی به دلیل اعتقادات غلط همسر نتواند از پیگیری‌های درمانی فرزندش را نزد روانپزشک انجام دهد و این امر منجر به بروز اختلاف و دعوا شده باشد. در اینجا وظیفه مشاور این است که با رعایت رازداری و با مشارکت فرد اقدام به تعقیب مشکل و پیدا کردن بهترین راه حل نماید.

ه: رازداری

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

و: عدم توصیه مستقیم

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

ز: سایر شرایط

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

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

فصل نهم

آموزش سلامت روان با گروه‌ها و ترغیب مشارکت مردمی



اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

- ۱- اصول آموزش بهداشت به گروه‌ها برای برنامه سلامت روان را به تفکیک گروه‌های رسمی و غیررسمی توضیح دهید.
- ۲- مبانی و مراحل جلب مشارکت گروه‌ها و جامعه را در زمینه سلامت روان توضیح دهید.
- ۳- نقش شورای اسلامی در توسعه برنامه‌ها و حل مشکلات سلامت روان را توضیح دهید.
- ۴- مفاهیم بازاریابی سلامت و عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات را توضیح دهید.

عناوین فصل

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

مقدمه - مروری بر اهداف آموزش برای سلامت



هدف آموزش در مراقبت‌های سلامت عبارت است از ترغیب مردم به این که بخواهند سالم باشند، بدانند چگونه سالم باشند، برای حفظ سلامت فردی و جمعی اقدام نمایند و در موقع لزوم طلب کمک کنند. آموزش بهداشت به منظور تحقق این اهداف و توانا ساختن مردم در یادگیری و به‌کاربردن مهارت‌ها برای ارتقای سلامت نیازمند به اجرای موارد زیر است:

۱. تشویق مردم به مشارکت در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های سلامت.
۲. توجه و درک صحیح از فرهنگ جوامع، شیوه زندگی و مهارت‌های زندگی آن‌ها و پرهیز از پیش داوری و نقش آمرانه قبلی در آموزش بهداشت.
۳. برقراری ارتباط خوب با مردم که تبادل اطلاعات و افکار را میسر سازد.
۴. اتخاذ مناسب‌ترین تکنولوژی آموزشی در برنامه‌های ارتقای سلامت که مشارکت جامعه و اعتماد به نفس را در مردم ترویج دهد.

در این فصل کوشیده‌ایم به بحث در هر یک از زمینه‌های فوق پردازیم. با این مقدمه می‌توان دریافت که استفاده از روش آموزش گروهی فواید زیادی دارد. این نوع آموزش موجب تشویق افراد گروه و حمایت آن‌ها از یکدیگر می‌شود. علاوه بر این در آموزش گروهی شرکت‌کنندگان از تجربیات و مهارت‌های یکدیگر استفاده می‌کنند. بعضی از افراد توانایی‌هایی دارند که به‌تنهایی نمی‌توانند از آن‌ها استفاده کنند در حالی که امکان استفاده از توانایی و مهارت‌ها در گروه به‌راحتی فراهم می‌شود. به این ترتیب آموزش گروهی زمینه مشارکت افراد گروه در فعالیت‌های سلامت مختلف را نیز فراهم می‌آورد.



هدف برنامه‌ی آموزش سلامت روان به گروه‌ها

هدف برنامه‌ی آموزش سلامت روان به گروه‌ها ایجاد فرایندی است که در طی آن افراد و جامعه به توانایی‌هایی دست یابند که بتوانند سلامت روانی و اجتماعی خود را ارتقا دهند. به‌منظور تحقق این هدف افراد و گروه‌های مختلف جامعه اعم از گروه‌های رسمی نظیر نهادهای مختلف مستقر در جامعه مانند سازمان‌های تعلیم و تربیت، دهرداری، شورای اسلامی و نیز

تصویر: آموزش گروهی روشی مؤثر و کارآ برای ارتقای سلامت است. در این آموزش جمعی می‌توان از قابلیت‌های فردی هر یک از فراگیران در جهت توانمندسازی سایرین بهره جست.

گروه‌های غیررسمی نظیر زنان خانه‌دار، دانش‌آموزان، کارگران و کشاورزان باید بتوانند در مراحل ذیل گام بردارند:

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

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

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

ب- هماهنگی برای استفاده از ظرفیت‌های بالاتر آموزش سلامت روان برای گروه‌های اجتماعی

نظیر استفاده از ظرفیت‌های معتمدان و روحانیان، پزشکان، نهادهای تربیتی و ...

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



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

الف: گروه‌های رسمی: این گروه‌ها دارای هدف خاص بوده و اعضای آن یکدیگر را می‌شناسند و مسئول دارند. مقررات خاصی در هر گروه وجود دارد و افراد گروه‌های رسمی به‌صورت سازمان‌یافته عمل می‌کنند. شرکت تعاونی روستایی، معلم‌ان یک مدرسه، دانش‌آموزان اول ابتدایی. شورای اسلامی روستا از جمله گروه‌های رسمی یک روستا هستند. برای گروه‌های رسمی با توجه به اهداف سازمانی و وظایفی که دارند

تصویر: در آموزش برای گروه‌ها باید به این نکته توجه کنید که اصولاً گروه مخاطبان باید واجد ویژگی‌های مشترکی باشند. ورود افراد غیرمرتبط به این جمع از کارایی آموزشی خواهد کاست.

می توان برنامه‌ی آموزشی ترتیب داد و یا این که زمینه مشارکت آن‌ها را در یک فعالیت بهداشتی ایجاد کرد.
ب: گروه‌های غیررسمی: این گروه‌ها هدف خاص و مشترکی ندارند. رهبری نمی‌شوند و از قوانین و مقررات خاصی پیروی نمی‌کنند. ممکن است بتوان در آن‌ها نقاط و منافع مشترکی را پیدا کرد. افراد مراجعه‌کننده به خانه بهداشت، زنان روستا، اطفال زیر ۵ سال، کشاورزان و غیره از جمله گروه‌های غیررسمی هستند.



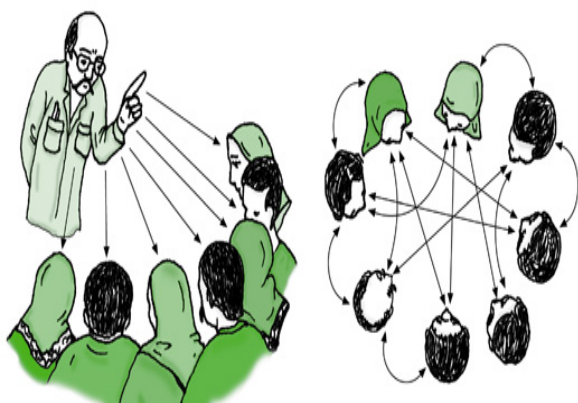
برای این گروه‌ها می‌توان با توجه به نیازهای مشترک آنان یک برنامه‌ی آموزشی ترتیب داد و یا این که از مشارکت آن‌ها در یک فعالیت بهداشتی بهره‌مند شد. نکته مهم در برقراری ارتباط با گروه‌های رسمی و غیررسمی پیش‌گیری از بروز رفتارهای مشکل‌ساز و ایجاد رفتارهای مثبت در گروه‌ها است. کار با گروه‌ها در بسیاری موارد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

شکست آن شوند. برای تحقق اهداف مورد نظر و ایجاد رفتارهای مثبت می‌توان از روش‌های زیر بهره جست:

۱. ارایه آزادانه نظرات و پیشنهادها
۲. تشویق یکدیگر به صحبت کردن
۳. پاسخ محترمانه به پیشنهادات دیگران
۴. کمک به روشن شدن نظرات
۵. ارایه اطلاعات
۶. توجه کردن به یکدیگر
۷. داوطلب شدن برای کمک به کارها
۸. حضور به‌موقع و مرتب در جلسات
۹. تشکر از یکدیگر

آموزش سلامت روان در گروه‌های غیررسمی

برای آموزش به گروه‌ها روش‌های مختلفی وجود دارد. شما با توجه به تجربه ارایه خدمات با این روش‌ها تا حد زیادی آشنا هستید. در اینجا به دو اصل ضروری برای آموزش سلامت روان در گروه‌های غیررسمی اشاره می‌کنیم: نخستین اصلی که باید به آن توجه کرد این است که باید سعی شود گروهی انتخاب شود که در آن‌ها علایق و نیازهای مشترک وجود داشته باشد به‌عنوان مثال: شما می‌توانید زنانی را انتخاب کنید که کودکانی که به مدرسه می‌روند داشته باشند. یکی از موضوعات مورد علاقه مادرانی که کودک دبستانی دارند این است که چگونه باید به کودک خود کمک کنند تا تمرکز بیشتری بر روی درس داشته باشند. شما به‌عنوان یک ارایه‌دهنده‌ی خدمات



سلامت می‌توانید از این فرصت بهره‌برداری نمایید. اصل دوم این است که باید تلاش نمود تا اعضای گروه بیش‌تر با هم آشنا شوند این امر باعث می‌شود که آن‌ها در زمینه آموزش با هم مشارکت بیش‌تری نموده و علایق و نیازهای مشترکشان را به نحو مؤثرتری با هم به نتیجه برسانند.

تصویر: ایجاد ارتباط یک سویه از آموزش‌دهنده به سمت مخاطبین در اغلب موارد منجر به شکست آموزش می‌شود. در عوض ارتباطات چند جانبه گروه آموزش‌گیرنده موجب می‌شود تا از توان تک تک اعضای جمع برای شناخت مشکل و ارائه راه حل استفاده کرد.

آموزش سلامت روان در گروه‌های رسمی

گروه‌های رسمی دارای اهداف و علایق معین و رهبری مشخص هستند که گروه را سازمان می‌دهند. افراد گروه‌های رسمی کاملاً شناخته شده‌اند. با

آموزش بهداشت در گروه‌های رسمی می‌توان مشارکت آن‌ها را در برنامه‌های مختلف سلامت روان جلب کرد.

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

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



مراحل اجرای برنامه‌ی آموزش سلامت روان به گروه‌ها

در ادامه مطالب با مرور برنامه و ساختار پیشنهادی به درک مناسب‌تری از

این موقعیت برای حل مشکلات سلامت روان پی خواهید برد.

این مراحل به شرح ذیل معرفی می‌شوند:

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

۳. برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف

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

۵. ارزیابی مستمر نتایج برنامه‌ی ارتقای سلامت روان و آموزش‌های ارایه شده

۶. ارزشیابی نتایج برنامه و ارتقا و توسعه مستمر آن

در ادامه شرح تفصیلی هر یک از مراحل آمده است.

۱-تحلیل نیازهای سلامت روان جامعه:

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

یکی از موارد ذیل باشند:

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

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

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

ممکن است بنا به دلایلی خاص در یکی از مناطق تحت پوشش میزان بروز اعتیاد بالا رفته باشد، در چنین شرایطی ارایه‌دهنده‌ی خدمات ممکن است یافته‌های خود را در مورد بروز اعتیاد به سطوح بالاتر گزارش نموده و با همکاری آن‌ها اقدام به اجرای برنامه‌هایی خاص نماید.

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

زلزله، تغییرات سریع فرهنگی اجتماعی، منازعات قومی و قبیله‌ای و ... می‌تواند منجر به بروز مشکلات سلامت روان شود.

در تمامی موارد اشاره شده در فوق کارمند بهداشتی باید به‌منظور ارزیابی مناسب نیازها اقدام به تحلیل آن‌ها

نماید. در این توصیف باید کیفیت مشکل موجود، گستره آن در جامعه، عوامل مؤثر بر بروز مشکل، افرادی که از آن آسیب می‌بینند و تعداد آن‌ها به درستی روشن شود.

یک موضوع بسیار مهم در برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌ها این است که به‌صورتی روشن اطلاعات گروه هدف

معلوم شود. در این شرایط گروه‌های مختلف اجتماعی اطلاعاتی متفاوت از سلامت روان دارند. به‌عنوان 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 به‌عمل آوریم. به‌طور قطع سطح سواد و

اطلاعات اجتماعی صاحبان کار، معلمان روستا، صاحبان حرفه یا صنایع، خانواده‌ی کودک و متفاوت است، لذا

چنانچه در برنامه‌ریزی جایگاهی را برای آموزش یا مشارکت هر یک از گروه‌های فوق در برنامه‌ی سلامت روان

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

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

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

۳- برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف:

می‌توان به‌طور خلاصه مراحل برنامه‌ریزی و اجرای آموزش را موارد ذیل دانست:

- ۱- تهیه برنامه‌ی 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- تعیین نحوه ارزشیابی فراگیران در مورد آموزش‌ها.
- ۳- تعیین نحوه ارزشیابی تأثیرات آموزش بر زندگی و سلامت روان افراد.
- ۴- ارتقای مستمر کیفیت و استانداردهای آموزشی.
- ۵- ارایه‌ی گزارش به سطوح بالاتر و سایر نهادها و دریافت کمک‌های آن‌ها

مشارکت گروه‌ها و جامعه در زمینه سلامت روان

پس از بحث در مورد آموزش سلامت روان با افراد و گروه‌ها با اهداف ایجاد مشارکت افراد و نیز مشارکت جامعه در زمینه فعالیت بهداشتی آشنا شده‌اید. در آموزش سلامت روان مشارکت به معنای آن است که شخص، گروه یا اجتماع برای حل مشکلاتشان فعالانه با کارکنان بهداشتی همکاری کنند. این مشارکت باید در جهت تشخیص

مشکل و حل آن صورت گیرد. پس از آنکه با مردم و اجتماع ارتباط برقرار کردید باید فوراً مشارکت آن‌ها را تشویق نمایید. در اینجا باید از مهارت برقراری ارتباط با مردم استفاده نمایید.

مراحل اجرای یک برنامه‌ی مشارکت افراد

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

۱- مشارکت در شناخت مشکلات: اگر پزشکی به مردم روستای خود بگوید که من مسایل و مشکلات اصلی شما را می‌دانم اشتباه کرده است. البته این یک واقعیت است که کارکنان سلامت روان بسیاری از مسایل مردم را می‌دانند و بهتر از دیگران مشکلات سلامت روانی را تشخیص می‌دهند اما تا زمانی که مردم خود مسایل و مشکلاتشان را به‌درستی شناسند به حل آن‌ها تمایل نشان نخواهند داد. اگر شما نشان دهید که تمام مسایل مردم را بهتر از آن‌ها می‌دانید آن‌ها عصبانی خواهند شد. چنانچه مردم را تشویق کنید تا در درجه اول مسایل و مشکلاتشان را بشناسند، برای بحث در مورد این مسایل آماده‌تر خواهند شد. اگر برای کمک به مردم سعی کنید که مشکلات آن‌ها را با دید آنان و به صورتی که آنان می‌بینند، ببینید کمک بزرگی به برقراری ارتباط و به وجود آمدن اعتماد متقابل خواهید کرد.

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

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

۴- تسهیل در مشارکت: در اینجا این سوال مطرح است که برای ایجاد مشارکت در جامعه چه اقدامی باید انجام گیرد؟ هنگامی که برای تقویت مشارکت کوشش می‌کنید باید به سه نکته توجه کنید:

۱- آموزش های سلامت روان روش هایی دارد که برای تشویق و مشارکت مفید است. به عنوان مثال گردهمایی و بحث گروهی که ممکن است از سوی شما به وسیله رییس شورای اسلامی، امام جماعت مسجد و غیره اعلام شود.

۲- در زمان تشویق و مشارکت باید ویژگی های فرهنگ محل را مورد توجه قرار داد. مثلاً ممکن است مشارکت برخی جوانان در انظار عمومی قابل پذیرش نباشد و یا حضور برخی زنان در انظار عمومی قابل پذیرش نباشد و یا این که بعضی مردان مشارکت مستقیم زنان را در حل مساله پذیرا نباشند. در این صورت ممکن است نماینده جوانان یا نماینده زنان به طور خصوصی با بعضی از بزرگان روستا اقدام به مذاکره نمایند.

۳- باید توجه کرد تشویق رهبران محلی برای ایفای نقش خودشان در جامعه نکته ای بسیار مهم است. چنانچه مساله و مشکل به صورتی باشد که بر کل مردم روستا اثر گذارد در این صورت باید از رهبران گروه ها و نمایندگان برنامه ریز مهم ترین بخش ها دعوت به عمل آورد و آنها را تشویق به مشارکت کرد.

۴- ارزشیابی مشارکت: در خلال انجام یک برنامه و در تمام مدت فعالیت باید پیشرفت برنامه اندازه گیری و به همین ترتیب در پایان هر برنامه باید موفقیت و شکست آن ارزشیابی شود. در اینجا باید از طریق بحث با مردم در زمینه نتایج کار به آنها در جهت یادگیری شان کمک کرد.

شورای روستا یا محل



یکی از راه های جلب مشارکت افراد جامعه، تشکیل جلسات برای حل مشکلات سلامت به خصوص مشکلات سلامت روان در جلسات شورای روستا یا محل است. تصور این که پنجاه یا صد نفر از افراد برای طرح جزئیات برنامه های سلامت روان تشکیل جلسه دهند بسیار مشکل است. همه افراد فرصت صحبت کردن را نخواهند داشت و وقت زیادی صرف خواهد شد تا اطمینان حاصل کنیم که همه افراد موضوع را درک و یا در بحث شرکت کرده اند. بر این اساس معمولاً گروه

تصویر: شورای روستا یا محل مناسب ترین محل برای ترغیب گروه های رسمی و غیررسمی و افراد صاحب نفوذ برای برنامه ریزی برای توسعه روستا است. از فرصت مباحثات شورا باید برای برنامه ریزی های سلامت بهره جست. رویکرد برنامه ریزی برای سلامت می تواند بر تمامی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و نیز عواملی که به طور مستقیم سلامت را تهدید می کند استوار گردد.

کوچک تری که کمیته یا شورا نامیده می شوند انتخاب می گردند. در حال حاضر شورای اسلامی در روستاها و نیز شوراهای محل در شهرها تشکیل یافته اند و اجرای برنامه های سلامت روان با بهره گیری از این تشکل های مردمی به

خوبی میسر است. شوراها در واقع نماینده کلیه مردمند و از آنجا که یکی از اصلی ترین وظایف آنها پیدا کردن مشکلات جامعه و تلاش در جهت حل آنهاست به خوبی می توان از این شوراها برای حل مشکلات بهره مند شد.

بعضی از وظایف کلی که در شوراها میزبور قابل طرحند را در ذیل متذکر می شویم:

جمع آوری اطلاعات در مورد سلامت روان جامعه با مشارکت و راهنمایی پزشک و سایر کارمندان بهداشتی منطقه

مشخص ساختن مشکلات سلامت روانی جامعه و علل بروز آنها

طرح برنامه ها و راه حل های لازم

تصمیم گیری در مورد اولویت های سلامت روان در روستا و تأمین منابع مالی

تأمین منابع و تجهیز جامعه برای دستیابی به اهداف تعیین شده

قرار دادن جامعه در جریان پیشرفت های تازه و مسایلی که با آن مواجه گردیده است

بازاریابی سلامت روان

فرایند ارایه خدمت با برقراری ارتباط با گیرنده ی خدمت آغاز می شود و با قطع ارتباط با او پایان می یابد.

با این وجود تأثیرات ناشی از ارایه خدمت در طول زمان باقی مانده و سبب تحقق اهداف برنامه می شود. نخستین

مرحله از تحقق هدف یک برنامه بی درنگ پس از ارایه خدمت صورت می پذیرد. مادری که رویه مراقبت از کودک

عقب مانده ذهنی خود را آموخته است، کودک مبتلا به صرعی که داروی خود را مصرف می کند یا زوجی که پس از

مشاوره رویه برخورد با مشکلات در زندگی زناشویی را آموخته اند، برون داد این مرحله زمانی از فرایند خدمتند.

تحقق این رخدادها موجب تغییراتی در گیرندگان خدمت می شود که سبب ارتقای سطح سلامت روان آنان می -

گردد. به عنوان مثال مادری که اطلاعات مورد نیاز در زمینه رویه مراقبت از کودک عقب مانده ذهنی خود را آموخته

است آن را به کار خواهد بست و فرزند خود را در مقابل مشکلات ناشی از عقب ماندگی ذهنی حفظ خواهد کرد.

عوامل مؤثر بر بهره مندی از خدمات

به طور کلی میزان بهره مندی از خدمات سلامت روان تابعی است از تمایل مردم به استفاده از یک خدمت و

وضعیت دسترسی به آن. پدیده تمایل به استفاده از یک خدمت خود تابعی است از شدت نیاز احساس شده - که

خود منجر به تقاضا می شود - و تناسب میان قیمت و کیفیت خدمت. از سوی دیگر، عوامل مؤثر بر دسترسی مردم به

خدمات را می توان در دسته هایی نظیر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، فرهنگی (مثلاً آگاهی از ارزش خدمت) و زمان

(فراهمی به هنگام خدمت) خلاصه نمود. در برقراری ارتباط با گروه های هدف باید تمامی مولفه های مؤثر بر

بهره مندی از خدمات را مدنظر قرار داد. با تحلیل این مولفه ها و پیدا کردن راه کارهای مناسب برای ایجاد بهره مندی

مؤثر می توان امید داشت که برنامه ی سلامت روان به شکلی عادلانه و اثربخش پاسخ گوی نیاز مردم بوده است.

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

- ۱- اصولاً هر قدر مردم رخداد نهایی ناشی از مشکل سلامت را دورتر ببینند کمتر به دنبال حل آن خواهند رفت. به‌عنوان مثال ممکن است تقاضای افزایش دانش و آگاهی والدین در زمینه تربیت سازنده فرزندان کمتر از تقاضای آن‌ها برای درمان سرماخوردگی یا سردرد باشد.
 - ۲- شدت ناتوانی حاصل از یک مشکل سلامت عاملی تأثیرگذار برای مطالبه تقاضاست.
 - ۳- عواملی نظیر مقایسه خود با دیگران، فرهنگ سلامتی موجود در جامعه و آموزش موضوعاتی تأثیرگذار بر تقاضای مردم برای خدماتند.
 - ۴- در بسیاری موارد مردم تجربه و درک مناسب و معتبری از کیفیت خدمات ندارند. بر این اساس در بازار سلامت می‌توانند گرفتار سوداگران تجارت پیشه شوند.
 - ۵- و اما یکی از مهم‌ترین موضوعات وضعیت دسترسی به خدمات است. این موضوع به‌عنوان شاخصی اساسی فراهمی خدمات را نزد متقاضیان آن ایجاد می‌کند. همان‌گونه که قبلاً اشاره شد دسترسی مشتمل بر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، زمانی، فرهنگی و ... است.
- اصولاً در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف تحلیل مولفه‌های فوق و پیدا کردن راهی برای حل مشکل بهره‌مندی نامطلوب برخی از افراد به خدمات از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. این موضوع که فردی که کهنسال به دلیل ناتوانی خود برای حضور در مرکز درمانی قادر به بهره‌مندی از خدمت نیست و یا این که فردی به دلیل احساس نامطلوب ناشی از بیماری اعتماد به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمی‌کند تا از خدمات آن استفاده نماید، موضوعاتی مهم اند که در عرصه عادلانه خدمات باید با استعداد و تعهد ارائه‌دهندگان خدمات و هوشمندی طراحان برنامه برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی به راه حلی مطلوب دست یابند.

راهنمای فنی، تخصصی و اجرایی کارشناسان سلامت روان و رفتار

در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد



فصل دهم

**مروری بر اهداف، راهبردها و فعالیت های
کارشناسان سلامت روان و رفتار در حوزه
سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد**

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

- ۱- اهداف و استراتژی‌های برنامه‌های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد را توضیح دهید.
- ۲- اصول و ضوابط خدمت و سطح بندی آن را توضیح دهید.
- ۳- خدمات تخصصی کارشناس سلامت روان و رفتار را تبیین نمایید.
- ۴- روند و گردش کار و کیفیت ارائه خدمات را توضیح دهید.

عناوین فصل

- ۱- برنامه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ۲- اهداف و استراتژی‌های برنامه سلامت روان و اعتیاد
- ۳- اصول و ضوابط ارائه خدمات سلامت روان در مراکز و مجتمع‌های سلامت:
- ۴- فعالیت‌های مورد انتظار در مراکز و مجتمع‌های سلامت:
- ۵- سطح بندی خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد در مراکز و مجتمع‌های سلامت:
- ۶- خدمات مورد انتظار در برنامه‌های سلامت روانی اجتماعی به تفکیک گروه‌های هدف
- ۷- فعالیت‌های مورد انتظار در حوزه پیشگیری از اعتیاد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه:
- ۸- خدمات تخصصی کارشناس سلامت روان و رفتار در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ۹- ابزار ارائه خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد غربالگری و مراقبت گروه‌های سنی توسط
- ۱۰- شرح وظایف کارشناس سلامت روان و رفتار در مجتمع / مراکز سلامت جامعه :
- ۱۱- ابزار کار روانشناس و کارشناس سلامت روان و رفتار در مراکز و مجتمع‌های سلامت
- ۱۲- فلوچارت‌های خدمات کارشناس سلامت روان و رفتار در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ۱۳- کیفیت پذیرش و ارائه خدمات و مداخلات روانشناختی به جمعیت تحت پوشش کارشناس سلامت روان و رفتار

برنامه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

مقدمه

سلامت روان در دنیای امروز به دلیل پیچیده های خاص خود از اولویت های مهم و غیر قابل اغماض در سطح بین المللی و ملی و منطقه ای است. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۶، حدود ۱۳ درصد از کل بار بیماری ها 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 بیماری ها در ایران نشان می دهد که اختلالات روانی درصد قابل توجهی از بار بیماری ها را به خود اختصاص می دهد. 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 بوده اند و حدود دوسوم این افراد مبتلا از مداخلات بهداشتی - درمانی لازم بهره مند نمی شوند. در واقع، بخشی از مشکلات سلامت روان مربوط به افرادی است که بیماری آنان تشخیص داده نمی شود یا به دلایل مختلف از دریافت خدمات باکیفیت لازم محروم هستند و در مجموع این اختلالات علاوه بر اثرات منفی مختلف برای فرد بیمار و خانواده اش، باعث تحمیل هزینه های مختلف مستقیم و غیرمستقیم بر خود فرد، خانواده و جامعه می شود. از سوی دیگر، جز مسئله ابتلا به اختلالات روان پزشکی، سلامت روان، ابعاد مختلف اجتماعی و فرهنگی دارد که باید مورد توجه باشد و از عوامل کلان مؤثر بر بروز این مشکلات گرفته تا راه های ارتقای سلامت روان و پیشگیری از اختلالات و نیز پیامدهای اجتماعی این اختلالات و همچنین پدیده هایی مانند اعتیاد، خشونت، کاهش اعتماد اجتماعی و مانند آن را نیز باید در این حیطه مدنظر داشت. طرح تحول سلامت در دولت تدبیر و امید در کنار نگاه همه جانبه خود، سلامت روان را ابعاد مختلف مورد توجه قرار داده است. به طوری که تدوین بسته های خدمت در سطوح مختلف بهورزو مراقب سلامت، پزشک و روانشناس از یک سوی و بکار گماری روانشناس تحت عنوان کارشناس سلامت روان و رفتار از سوی دیگر بیان گر چنین رویکردی است. یکی از گام های اصلی و مجزای طرح تحول سلامت روان به «تحول در نظام سلامت روان» اختصاص یابد. همچنین طراحی و اجرای برنامه های مشخص برای پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اختلالات روانی بعد دیگر این برنامه است که با هدف ارتقای دانش عمومی جامعه و خانواده ها در رابطه با سلامت روان و اختلالات روانی، جلب حمایت و مشارکت سازمان ها و نهادهای مرتبط و مؤثر، مانند آموزش و پرورش و رسانه ملی و توانمندسازی جامعه در ارتباط با سلامت روان مورد توجه قرار می دهد.

اهداف برنامه سلامت روان و اعتیاد

هدف کلی:

تامین، حفظ و ارتقا سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد و الکل در جمعیت تحت پوشش

اهداف راهبردی

- ◀ فرهنگ‌سازی ضرورت مراقبت از بیماری‌های روانی و اجتماعی همانند سایر اختلالات و بیماری‌های جسمی (انگ زدایی از بیماری‌های روانی)
- ◀ توسعه کمی و کیفی برنامه‌های سلامت روانی اجتماعی در سطح یک پیشگیری (به‌ویژه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت) در مناطق شهری
- ◀ تقویت هماهنگی بین بخشی و درون بخشی در ارتقای سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
- ◀ ارتقای کمی و کیفی فرآیند غربالگری، تشخیص، درمان و مراقبت از اختلالات روان‌پزشکی و مشکلات روان‌شناختی در مناطق شهری

اهداف اختصاصی:

- ◀ افزایش برنامه‌های آموزش و ارتقای سواد سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در جمعیت تحت پوشش
- ◀ تسهیل دسترسی جمعیت تحت پوشش به خدمات مشاوره روان‌شناختی و روان‌درمانی
- ◀ ارتقای خدمات سلامت روان در محیط‌های و موقعیت‌ها (محیط‌های کار، تحصیل، محلات و...)
- ◀ ارتقای خدمات روانشناسی بالینی، مشاوره و روان‌درمانی
- ◀ توسعه کمی و کیفی خدمات درمان و کاهش مصرف و وابستگی مواد و الکل
- ◀ ارتقای خدمات سلامت اجتماعی (پیشگیری از خشونت خانگی، رصد به‌موقع و مدیریت مؤلفه‌های اجتماعی سلامت روان)
- ◀ تسهیل و تقویت ارتباط بین خدمات سطح اول و سطوح بالاتر در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ◀ توانمندسازی تیم سلامت (پزشکان و کارشناسان) 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

استراتژی های برنامه:

- ◀ اجرا و توسعه برنامه های ارتقای سواد سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی
- ◀ استقرار نظام مراقبت بیماری های اعصاب و روان
- ◀ ایجاد هماهنگی و جلب همکاری و مشارکت های بین بخشی (بین سازمان های دولتی و غیردولتی محلی)
- ◀ ادغام فعالیت های ارتقای سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی در فعالیت های تیم سلامت
- ◀ جلب مشارکت و حمایت گیری از مردم و تشکل های مردم نهاد در جهت توسعه و ارتقای سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

اصول و ضوابط ارائه خدمات سلامت روان در مراکز و مجتمع های سلامت:

کلید خدمات سلامت روان بر اساس دستورالعمل های ارسالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز با رعایت نظام ارجاع و سطح بندی خدمات سلامت تدارک و ارائه می گردد. خدمات سلامت روان با تمرکز بر پیشگیری اولیه و توانمندسازی جمعیت تحت پوشش با جهت گیری افزایش مهارت خود مراقبتی توسط تیم سلامت (کارشناس مراقبت سلامت، پزشک عمومی، روانشناس و روان پزشک) مطابق سطح بندی زیر ارائه می گردد.

فعالیت های مورد انتظار در مراکز و مجتمع های سلامت:

- ◀ نیازسنجی و اولویت بندی 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 سه گانه
- ◀ برنامه ریزی و اجرای برنامه های غربالگری، بیماریابی، مراقبت اختلالات و بیماری های اعصاب و روان در منطقه تحت پوشش
- ◀ هماهنگی با مراکز آموزشی تربیتی، فرهنگسراها، کتابخانه ها و مراکز مشاوره منطقه تحت پوشش جهت اجرا و توسعه برنامه های سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی
- ◀ شناسایی و جذب مشارکت و همکاری مؤسسات و تشکل های مردم نهاد و معتمدین و خیرین منطقه جهت توسعه و ارتقای برنامه های سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی (هیئات امنای مساجد، شورای شهر و روستا، نمایندگان کسبه محله و مغازه داران، پایگاه های سلامت اجتماعی، کانون های بسیج و سالن های ورزشی و فرهنگی و...)
- ◀ آموزش، آگاه سازی و اطلاع رسانی (حساس سازی، توانمندسازی در جهت توجه به سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی با محوریت توسعه خود مراقبتی)
- ◀ طراحی و اجرای برنامه های مروج سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد (برگزاری نمایشگاه ها، برگزاری دوره های آموزشی و هنری، گردهمایی های محلی، کارگاه ها و همایش های 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 توانمند سازی) 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.

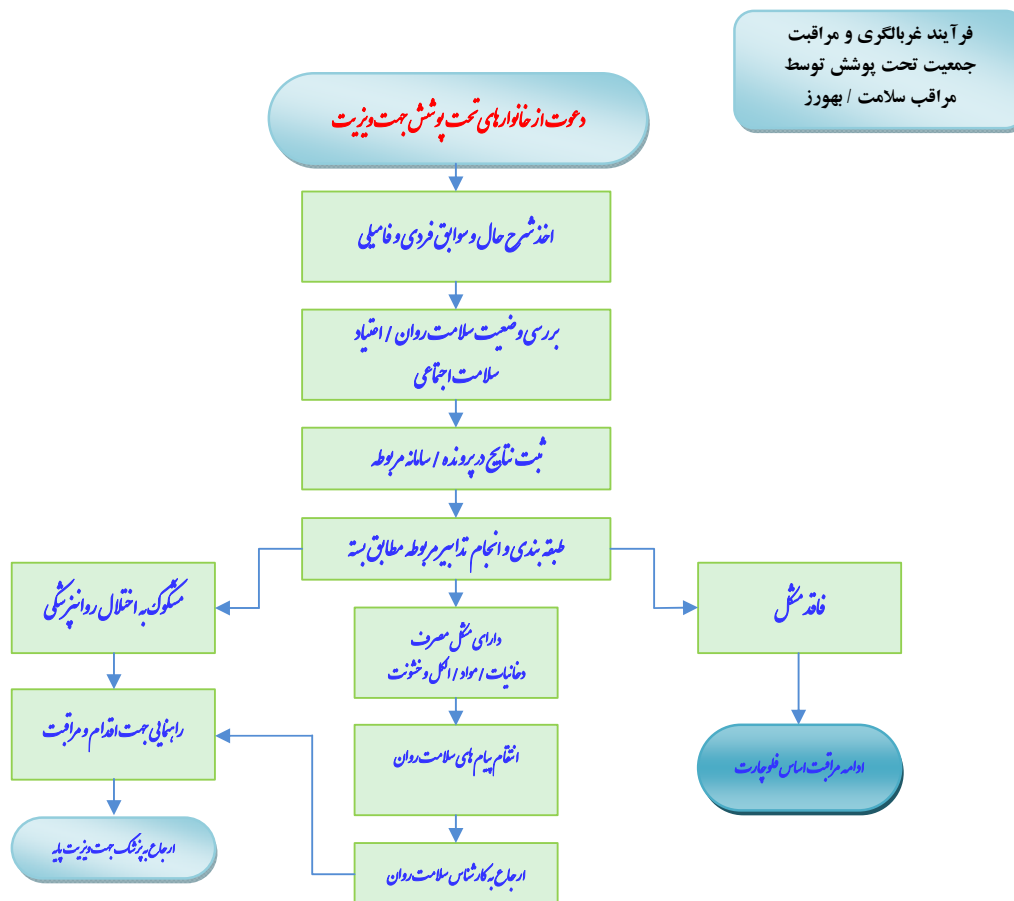
۲. ویزیت دوره‌ای

پس از انجام ویزیت پایه، تیم سلامت مطابق بسته‌های خدمت و بر اساس دوره‌های تعیین شده توسط وزارت بهداشت / دانشگاه علوم پزشکی موظف است مطابق دستورالعمل‌های 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



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، و 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، و 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

فعالیت های مورد انتظار در حوزه پیشگیری از اعتیاد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه:

شناسایی و پوشش گروه های هدف در پیشگیری از مصرف مواد

- ◀ مادران
- ◀ زنان در سنین باروری
- ◀ 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، غربال گری، ارجاع و پیگیری
- مداخلات خاص پیشگیری از:

○ اعتیاد همسر

○ اعتیاد فرزند

گروه هدف: نوجوانان/ دانش آموزان

شرح وظایف:

- آگاه سازی در خصوص:

- ☞ علائم اختلالات روانپزشکی شایع
- ☞ علایم و نشانه های اختلالات مصرف مواد
- ☞ عوامل خطر مثل افت تحصیلی و محافظت کننده نظیر برقراری ارتباط مناسب با دانش آموز، تعهد به مدرسه، سیاست های نگه داشتن دانش آموزان در مدارس
- ☞ تسهیل ارجاع دانش آموز در معرض خطر (اختلالات روانپزشکی: اختلال نقص توجه، بیش فعالی، اختلال خلقی / افسردگی، اختلال سلوک، اختلال یادگیری و مصرف مواد)
- ☞ ارجاع جهت خدمات حمایتی اجتماعی
- ☞ منابع و متون آموزشی لازم:
- ☞ پیشگیری مبتنی بر مدرسه
- ☞ اطلاع رسانی در مورد اعتیاد و مواد
- ☞ دستورالعمل شناسایی، ارجاع و پیگیری
- ☞ اختلالات شایع در مدرسه

شرح وظایف تفصیلی و خدمات تخصصی کارشناس سلامت روان و رفتار در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

۱) در زمینه پیشگیری اولیه و ارتقای سلامت روانی اجتماعی

☞ آموزش مهارت های فرزند پروری:

در این خدمت هدف ارائه آموزش تکنیک های مدیریت رفتاری فرزندان (از قبیل مهارت تشویق، تنبیه، توجه، نادیده گرفتن و ...) به والدین آنها می باشد. گروه مخاطب والدین تا سنین ۴۵ سال (دارای فرزند زیر ۱۸ سال) هستند. روش دسترسی به مخاطبین والدین کودکان از طریق ارجاعات کارشناس مراقب سلامت خانواده، مهد کودک ها، والدین کودکان در مدارس، مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی و درمانی و محل های تجمع والدین (محیط کار، فرهنگسراها و ...) می باشد. طول مدت آموزش سه جلسه و هر جلسه آموزش حدود ۲ ساعت خواهد بود و مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کوریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

آموزش مهارت های زندگی ۱:

در این خدمت هدف ارائه آموزش پنج مهارت زندگی (مهارت خودآگاهی، مهارت برقراری ارتباط موثر، مدیریت هیجانات منفی، مهارت حل مسئله و مهارت جرأت‌مندی) می باشد. گروه مخاطب کودکان، نوجوانان و جوانان سنین ۱۰-۲۰ سال است. روش دسترسی به مخاطبین ارجاعات کارشناس مراقب سلامت خانواده، مدارس، دانشگاه ها، مراکز بهداشتی و درمانی و محل های تجمع (فرهنگسراها، مساجد و ...) می باشد. طول مدت آموزش پنج جلسه و هر جلسه آموزش حدود ۳ ساعت خواهد بود. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

آموزش مهارت های زندگی ۲:

در این خدمت هدف توجیه آموزش مهارت های زندگی برای والدین کودکانی است که تحت پوشش آموزش مهارت های زندگی بوده (از هر خانواده حداقل یک والد) و طبق برنامه پوشش داده می شوند. روش دسترسی به مخاطبین انجمن اولیاء و مربیان در مدارس، مراکز بهداشتی و درمانی و محل های تجمع (فرهنگسراها، مساجد و ...) می باشد. طول مدت آموزش یک جلسه ۲ ساعته خواهد بود. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

آموزش خود مراقبتی:

در این خدمت هدف ارائه آموزش خود مراقبتی متناسب با شرایط مخاطب در سه زمینه عموم جامعه (افرادی که بیماری یا ناخوشی بارز ندارند)، بیماری های مزمن و ناخوشی های جزئی می باشد. گروه مخاطب تمامی گروههای سنی می باشد. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت با همکاری دفتر آموزش سلامت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

پیشگیری از خودکشی (۱):

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

پیشگیری از خودکشی (۲):

در این خدمت هدف شناسایی افراد در معرض خطر و پر خطر برای اقدام به خودکشی و از طریق کارشناس سلامت روان می باشد. سپس از طریق برقراری ارتباط موثر و انجام مشاوره های لازم تلاش می گردد که این افراد برای دریافت خدمت به پزشک مراجعه نموده و خدمات تشخیصی و درمانی دریافت نمایند. گروه مخاطب در برنامه پیشگیری از خودکشی تدوین شده توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تعریف شده است. اطلاعات فنی مورد نیاز برای کارشناس ارائه دهنده خدمت در محتوی آموزشی ضمیمه برنامه پیشگیری از خودکشی موجود می باشد. کارشناس ارائه دهنده خدمت فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

مشاوره های عمومی:

در این خدمت هدف ارائه مشاوره های حرفه ای به افراد ارجاع شده از سایر واحدها (به عنوان مثال بیماری های غیر واگیر، تغذیه، مددکار اجتماعی و ...) است و یا افرادی که بر اساس ارجاع کارشناس مراقب سلامت خانواده و یا نیازهای شخصی درخواست مشاوره در حوزه های تحصیلی، زناشویی، پیش از ازدواج و ... را دارا می باشند. در این خدمت کارشناس سلامت روان بر اساس آموزش هایی که دریافت نموده است به مراجعین و متناسب با نیاز آنها خدمات مشاوره ای ارائه خواهد نمود. گروه مخاطب افراد ارجاع شده به صورت خاص و همچنین عموم جامعه -

می باشند. روش دسترسی به مخاطبین، ارجاع و یا مراجعه داوطلبانه آنها خواهد بود. طول مدت مشاوره به طور متوسط نیم ساعت و تعداد جلسات با توجه به نیاز مراجع خواهد بود. مبنای آموزش محتواهایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده و یا در مواردی در آینده تهیه خواهد شد. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

مداخلات اجتماع محور در مدیریت عوامل خطر سلامت اجتماعی:

هدف این خدمت تسهیل گری در راستای اجرای مدل اجتماع محور مداخلات سلامت اجتماعی در محلات تحت پوشش مرکز است که بر اساس معیارهای تعیین شده تحت پوشش این برنامه قرار می گیرند. روش دسترسی به مخاطبین جلب مشارکت داوطلبین محلی در قالب تشکیل کمیته محلی و جلب مشارکت مسئولین شهری در قالب تشکیل کمیته راهبری می باشد. روش مداخله به صورت فعال و جلب حمایت و مشارکت عمومی، برگزاری نشست ها، جلسات توجیهی، حمایت یابی و کارگاه های آموزشی در محله و سطح جامعه می باشد. مبنای آموزش و ارایه خدمات، محتوی و دستورالعمل هایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. تسهیلگر فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت اجتماعی را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

۲) در زمینه پیشگیری ثانویه

غربالگری تکمیلی و مداخلات مختصر در حوزه سوء مصرف مواد:

در این خدمت هدف اجرای غربالگری تکمیلی در افراد واجد غربالگری اولیه مثبت و ارایه مداخلات مختصر است. در این خدمت کارشناس سلامت روان بر اساس آموزش هایی که دریافت نموده بر حسب نتیجه غربالگری تکمیلی تمرکز مداخله مختصر را تعیین خواهد نمود. در کسانی که در معرض خطر متوسط هستند تمرکز مداخله مختصر یک مشاوره کوتاه به سبک مصاحبه انگیزشی برای کاهش و یا قطع مصرف مواد بوده و در کسانی که در معرض خطر بالا هستند تمرکز مداخله مختصر بر مصاحبه انگیزشی با هدف ارجاع خواهد بود. گروه مخاطب کلیه افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ای خواهند بود که در غربالگری اولیه نتیجه آنها مثبت شده است. روش دسترسی به مخاطبین، در درجه اول به صورت فرصت طلبانه در میان افراد مراجعه کننده به مرکز و در درجه دوم فراخوان خواهد بود. طول مدت غربالگری تکمیلی به

طور متوسط ۱۵ دقیقه و طول مدت مداخله مختصر و پیگیری های بعدی آن برای هر نفر ۳۰ دقیقه است. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

خدمات روانی - اجتماعی در درمان سوء مصرف مواد:

در این خدمت هدف ارائه خدمات روانی، اجتماعی به افراد متقاضی درمان اختلالات مصرف مواد در مراکز بهداشتی، درمانی می باشد. این خدمات بر اساس بسته مداخلات شناختی، رفتاری درمان اختلالات مصرف مواد ارایه خواهد شد. در این خدمت کارشناس سلامت روان بر اساس آموزش هایی که دریافت نموده و در چارچوب طرح درمانی تدوین شده توسط گروه متشکل از مراجع، پزشک و کارشناس سلامت روان خدمات روانی، اجتماعی را در قالب جلسات عمدتاً فردی ارائه خواهد نمود. گروه مخاطب افراد ۶۴-۱۵ مبتلا به اختلالات مصرف مواد متقاضی درمان می باشند. روش دسترسی به مخاطبین، مراجعه داوطلبانه آنها یا ارجاع متعاقب غربالگری و تشخیص خواهد بود. طول مدت خدمات روانی، اجتماعی برای هر مراجع به طور متوسط سه ساعت در ماه (۴ جلسه ۴۵ دقیقه ای) با توجه به نیاز مراجع و همچنین مبتنی بر پکیج خدمتی که برای کارشناس سلامت روان تعریف شده است، خواهد بود. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

مداخلات مختصر روانشناختی برای بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی شایع:

در این خدمت هدف ارائه مداخلات مختصر روانشناختی و غیر دارویی به بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع از قبیل افسردگی، با هدف ارائه خدمات غیردارویی و هم افزایی اثرات درمان دارویی و مداخلات روانشناختی می باشد. گروه مخاطب تمامی افرادی هستند که با تشخیص اختلالات روانپزشکی شایع تحت درمان مرکز می باشند. روش دسترسی به مخاطبین از طریق ارجاع پزشک درمانگر به کارشناس سلامت روان می باشد. طول مدت هر جلسه حدود ۲۰ دقیقه خواهد بود و تعداد جلسات بر اساس نوع اختلال می باشد. مبنای آموزش، محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس مراقب سلامت خانواده را دارا می باشد. (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد

در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

آموزش گروهی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک:

در این خدمت هدف ارائه آموزش های روانشناختی (psychoeducation) به خانواده بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی شامل برقراری ارتباط اولیه، افزایش اطلاعات در رابطه با بیماری و مهارت های انطباق خانواده بیماران و افزایش حمایت برای خانواده بیماران می باشد. گروه مخاطب خانواده افراد مبتلا به بیماری های شدید روانپزشکی (سایکوز) از قبیل بیماران دچار اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و اسکیزوافکتیو می باشند که دارای معیارهای ورود برای دریافت این خدمت هستند. روش دسترسی به مخاطبین از طریق ارجاع پزشک درمانگر به کارشناس سلامت روان می باشد. طول مدت آموزش ۶ جلسه و هر جلسه آموزش حدود ۶۰ دقیقه خواهد بود. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد. (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

ویزیت در منزل بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک:

در این خدمت هدف ارائه خدمات درمانی و مراقبت پیگیرانه پس از ترخیص در منزل بیماران است. گروه مخاطب افراد مبتلا به بیماری های شدید روانپزشکی (سایکوز) از قبیل بیماران دچار اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و اسکیزوافکتیو می باشند که دارای معیارهای ورود برای دریافت این خدمت هستند. روش دسترسی به مخاطبین از طریق ارجاع پزشک درمانگر و مرکز سلامت جامعه به تیم های ارائه دهنده خدمت تحت پوشش سازمان بهزیستی است. فرکانس انجام ویزیت ها در منزل معمولاً ماهانه یک نوبت می باشد. مبنای خدمت محتوایی است که مورد تایید دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت خواهد بود.

پیشگیری از خودکشی مجدد:

در این خدمت هدف پیشگیری از خودکشی مجدد است و گروه هدف افرادی هستند که اقدام به خودکشی کرده اند ولی منجر به فوت نشده است. روش دسترسی به مخاطبین از طریق مراکز بهداشتی و درمانی و درمانگرانی می باشد که فرد اقدام کننده به خودکشی برای دریافت خدمات درمانی به آنجا مراجعه نموده است و یا در پاره ای از مواقع در فرآیندهای ارائه خدمت به صورت فرصت طلبانه توسط کارشناس سلامت روان شناسایی می گردد. این افراد بر حسب

یاز و بر اساس صلاحدید تیم درمانگر در جلسات مشاوره شرکت خواهند نمود. کارشناس ارائه دهنده خدمت فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

حمایت های روانی و اجتماعی در حوادث غیرمترتبه و بلایا:

در این برنامه هدف کاهش میزان عوارض روانشناختی ناشی از بروز حوادث غیر مترقبه و بلایا می باشد. گروه هدف افرادی هستند که یا بازمانده اینگونه حوادث بوده و یا شاهد بروز این حوادث برای سایرین بوده اند. روش دسترسی به این افراد با استفاده از غربالگری و مصاحبه بدنبال بروز حادثه و در رزهای اول پس از آن می باشد و معمولاً با ورود به فیلد حادثه انجام می پذیرد. افرادی که در غربالگری یا مصاحبه مثبت شناسایی شده حداقل در سه جلسه مداخلات درمانی گروهی شرکت می نمایند و در موارد نیاز به مداخلات بیشتر به سطوح بالاتر ارجاع می گردند. کارشناس ارائه دهنده خدمت فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

غربالگری تکمیلی در حوزه سلامت اجتماعی:

در این برنامه برای افرادی که در غربالگری اولیه مثبت شده اند، غربالگری تکمیلی انجام می شود. در این غربالگری تعدادی از عوامل خطر شایع و تاثیر گذار بر سلامت اجتماعی و عوامل محافظتی آن مورد بررسی قرار می گیرد. گروههای هدف اصلی بر اساس عوامل خطر و محافظتی سلامت اجتماعی و اقدامات مرتبط با آنها پس از غربالگری به سه گروه کم خطر، در معرض خطر و پرخطر تقسیم می گردند. روش دسترسی به این افراد، ارجاع در سیستم ارائه خدمت است. مبنای غربالگری محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. غربالگر فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

ارایه حمایت‌های روانی - اجتماعی به بزرگسالان غربال شده از نظر عوامل خطر سلامت اجتماعی:

در این خدمت هدف ارائه حمایت های روانی- اجتماعی به زنان و مردان بالای ۱۸ سال پرخطر (پیشگیری ثانویه) و در معرض عوامل خطر سلامت اجتماعی است. روش دسترسی به گروههای هدف، ارجاع و یا گاهی مشارکت داوطلبانه زنان و مردان در گروههای آموزشی جداگانه می باشد. روش مداخله به صورت گروهی است. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. ارایه دهنده خدمت فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است) است. این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

ارایه حمایت‌های روانی - اجتماعی به کودکان غربال شده از نظر عوامل خطر سلامت اجتماعی:

در این خدمت هدف ارائه حمایت های روانی- اجتماعی به کودکان و نوجوانان (۶-۱۸ سال) پرخطر(پیشگیری ثانویه) و در معرض عوامل خطر سلامت اجتماعی است. روش دسترسی به مخاطبین ارجاع و یا مشارکت داوطلبانه کودکان و نوجوانان با رضایت والدین آنها می باشد. روش مداخله به صورت گروهی است. مبنای آموزش محتوایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. خدمت دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های روانشناسی بالینی یا عمومی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

۳) در زمینه پیشگیری ثالثیه

آموزش های روانشناختی در کاهش آسیب اعتیاد:

در این خدمت هدف ارایه آموزش های روانشناختی کاهش آسیب اعتیاد به آن گروه از افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد است که الگوی مصرف مواد پرخطر داشته و در حال حاضر انگیزه یا آمادگی کافی برای ورود به برنامه های درمانی را ندارند. در این خدمت کارشناس سلامت روان بر اساس آموزش هایی که دریافت نموده است به مراجعین و متناسب با نیاز آنها خدمات آموزشی ارائه خواهد نمود. این آموزش ها در کنار توزیع وسایل و مطالب آموزشی مکتوب عرضه می- شود. گروه مخاطب افرادی هستند که مبتلا به اختلالات مصرف مواد و واجد الگوی مصرف پرخطر هستند و در حال حاضر تعهد کافی برای ورود به درمان نشان نمی دهند. روش دسترسی به مخاطبین، مراجعه داوطلبانه آنها یا ارجاع متعاقب غربالگری تکمیلی خواهد بود. طول مدت آموزش ها به طور متوسط ۱ ساعت (دو جلسه ۳۰ دقیقه ای) متناسب با نیاز مراجع و همچنین مبتنی بر پکیج خدمتی که برای کارشناس سلامت روان تعریف شده است، خواهد بود.

مبنای آموزش محتواهایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تهیه شده است. مربی آموزش دهنده فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان را دارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی در یکی از گرایش های روانشناسی است). این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی بر کاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است.

ابزار ارائه خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد 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 صفحات بعد قابل ملاحظه و استفاده است.

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 ۶۰ سال به بالا

مشخصات فردی					
نام خانوادگی	نام				
جنسیت:	مرد	زن	نام	تاریخ تولد	کد ملی
تحصیلات:	شاغل	بازنشسته	بیکار	تلفن ثابت	تلفن همراه
وضعیت شغل:	بیمه پایه: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد بیمه تکمیلی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد تحت پوشش سازمان های حمایتی و خیریه: <input type="checkbox"/> بلی (ذکر نام)..... <input type="checkbox"/> خیر				
اطلاعات اختصاصی					
همراهان زندگی:	تنها	همسر	همسر و فرزندان	فرزندان	اقوام و دوستان
وضعیت تاهل:	متاهل	مجرد	جدا از همسر	فوت همسر	دوری بیش از شش ماه
تن سنجی و اندازه گیری					
قد(سانتی متر)	فشارخون نشسته:				
وزن(کیلوگرم)	فشارخون ایستاده:				
نمایه توده بدنی (وزن تقسیم بر مجذور قد)	افت فشارخون وضعیتی: دارد ندارد				
تغذیه (MNA)					
آیا مصرف غذا طی ۳ ماه اخیر بعزت از دست دادن اشتها، مشکلات گوارشی ، اختلالات جوییدن یا بلع کاهش یافته است؟	آیا کاهش شدید مصرف غذا				
آیا کاهش وزن طی ۳ ماه گذشته داشته است؟	بیش از ۳ کیلوگرم کاهش وزن ۱ نمی داند ۲ بین ۱ تا ۳ کیلوگرم کاهش وزن ۳ بدون کاهش وزن				
میزان تحرک او چقدر است؟	۰ وابسته به تخت یا صندلی ۱ قادر به ترک کردن تخت یا صندلی اما قادر به بیرون رفتن نیست ۲ بیرون می رود				
آیا طی ۳ ماه اخیر استرس روانی یا یک بیماری حاد به او وارد شده است؟	۰ بلی ۲ خیر				
آیا مبتلا به مشکلات عصبی-روانی است؟	۰ فراموشی یا افسردگی شدید ۱ فراموشی خفیف ۲ فاقد مشکل روانشناختی				
نمایه توده بدنی سالمند چقدر است؟	کمتر از ۱۹ یا ۳۵ و بیشتر ۲۰/۹ تا ۲۴/۹ یا ۲۲/۹ تا ۲۹/۹ یا ۲۳ تا ۲۶/۹				
در صورتی که تعیین نمایه توده بدنی امکان پذیر نیست سوال زیر را جایگزین بررسی نمایه توده بدنی نمایید.	اندازه دورعقله ساق پا: کمتر از ۳۱ سانتی متر ۳ ۳۱ سانتی متر یا بیشتر				
امتیاز کل:	۰ تا ۷ (مبتلا به سوء تغذیه) ۸ تا ۱۱ (در معرض خطر سوء تغذیه) ۱۲ تا ۱۴ (وضعیت تغذیه طبیعی)				
فعالیت بدنی					
ندارد (علت)	دارد				
طبق دستور پزشک	نوع				
مشکل حین فعالیت بدنی(نوع مشکل قید شود)	پایاده روی ورزش و تفریحات ورزشی شغل همراه با فعالیت بدنی				
سایر					
استعمال دخانیات /وابستگی یا سوء مصرف مواد					
ماده مخمری	ندارد				
دخانیت(سیگار،قلیان،چپق)	ندارد				
انکل ،مواد مخدر و اعتیاد آور	ندارد				
ایمن سازی					
موضوع	ندارد				
نیاز به واکسیناسون	نوع واکسن مورد نیاز دوگانه آنفولانزا				
سابقه حساسیت شدید به تخم مرغ یا واکسن آنفولانزا	تزریق واکسن.....انجام شد				
مواجهه با عوامل زیان آور شغلی	نوع عامل شیمیایی فیزیکی نام عامل.....				
ارزیابی شکایات و بیماریها/عوامل خطر /علائم و نشانه ها/آزمونهای تشخیصی					
سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری و مصرف دارو	شکایت یا بیماری	بیماری کنونی	سابقه	مصرف دارو	
	فشار خون بالا				
	چربی خون بالا				
	دیابت				
	سکته یا آتروین قلبی /سکته مغزی				
	بیماریهای روانی				
	یانسگی زودرس				
استئوپروز /آرتروز /شکستگی استخوان					
دمانس					
علائم و نشانه ها					

بیماری مربوط به سلامت روانی تشخیص داده شده

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:	که ملی:	سن:	جنس: مرد □ زن □	وضعیت تاهل: مجرده □ متاهل □ متارکه □ طلاق گرفته □ مسر فوت شده □
سطح تحصیلات: بی سواد □ ابتدایی □ دیپلم □ لیسانس □ بالاتر از لیسانس □ تعداد فرزندان: بدون فرزند □ ۱ فرزند □ ۲ فرزند □ ۳ فرزند □ بالای ۳ فرزند □ وضعیت مسکن: ۱- مسکن شخصی □ ۲- استیجاری □ ۳- مسکن غیر شخصی و غیر استیجاری □						
الف- ارزیابی وضعیت اضطرابی و خلقی						
چقدر در ۳۰ روز گذشته	اصلاً	بندرت	گاهی اوقات	پیشتر اوقات	همیشه	پاسخ نمی دهد
۱ احساس می کردید مضطرب و عصبی هستید؟	۰	۱	۲	۳	۴	
۲ احساس ناامیدی می کردید؟	۰	۱	۲	۳	۴	
۳ احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟	۰	۱	۲	۳	۴	
۴ احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟	۰	۱	۲	۳	۴	
۵ احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟	۰	۱	۲	۳	۴	
۶ احساس بی ارزشی می کردید؟	۰	۱	۲	۳	۴	
ب- ارزیابی وضعیت سلامت روانی						
ردیف						
۱- مشکلات روانپزشکی شدید (سایکوتیک)						
۱	فردی که نوبه و هذیان و کنتر غیروطنی دارد، صداهایی را می شنود که دیگران نمی شنوند، چیزهایی را می بیند که دیگران نمی بینند، سوپران دارد، فکر می کند دیگران می خواهند او را بکشند یا همسرش دارد به او خیانت می کند (برای این افکار هیچ گونه شواهدی موجود نیست)، رفتارهای عجیب غریب دارد، شکاف در می آورد، به در و دیوار خیره می شود، یا خودش حرف می زند یا می خنند.					
۲	فردی که بدون دلیل خوشحال و پر جرف و پر نلرک است، بی خوابی شدید دارد، کارهای زیاد بی هدفی انجام می دهد، هیچ وقت از بی خوابی و پرکاری خسته نمی شود، خود را مهم می داند، مدام آواز و شعر می خواند، خیلی زود عصبانی یا خندان یا گریان می شود.					
۳	فردی که خیلی شکنج و بی حوصله است، ناپایی را دوست دارد، کربه می کند، مشکلات خواب و اشتها دارد، گاهی اوقات نمی تواند کارهایی را انجام دهد، افت تحصیلی دارد، از مدرسه نیست می کند.					
۴	از زندگی ناامید است، افکار خودکشی دارد یا به خودکشی اقدام می کند.					
۲- مشکلات اضطرابی						
۵	به طور مدام و بی دلیل دچار نوبش، دایره و تکرانی می شود.					
۶	فرزند زیر دست به اعمال تکراری می زند و آن ها را با وسایل و حساسیت زیاد انجام می دهد؛ نظافت و شستشو، شمارش اعداد و سایل، مرتب کردن وسایل و نظم دادن به آنها، چک کردن بسته بودن شیراز و درب منزل					
۷	فیلاد دچار خنده ای شده است که اکنون از یادآوری صحنه های آن دچار وحشت می شود یا راجع به آن گپوس می بیند.					
۸	از موارد زیر دچار احساس ترس و وحشت می شود: تاریکی، ارتفاع، آب، حیوانات، مکانهای بسته، صحبت کردن در جمع					
۳- ارزیابی مشکلات روانپزشکی کودکان (کج رفتاری بیش فعالی ...)						
۱۰	فرزند خانواده کارهای زیر را انجام می دهد: آزار حیوانات، تخریب وسایل، زدنی، دروغگویی، فرار از مدرسه یا منزل، آتش افروزی، زورگویی، کتک کاری، پر خاشاکی و خونسوزی، ناخن جویدن					
۱۱	فرزند شما کودکی هست که دائم بی قرار است، وسط حرف دیگران می پرد، حواس پرت بوده و از تالوایی در تمرکز در رنج است.					
۱۲	فرزند شما لکنت زبان یا تیک دارد.					
۱۳	فرزند خانواده (بعد از ۳ سالگی) ادرار و مدفوع خود را کنترل نمی کند.					

غربالگری وضعیت سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد در ویزیت پایه جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی / خانه / پایگاه بهداشت تاریخ غربالگری:

ردیف						
۴- ارزیابی مشکلات رشد و تکامل، توانایی های ذهنی و حرکتی						
۱۴	کودک در ۴ تا ۵ ماهگی کردن نمی نهد ، در ۱۰ تا ۱۲ ماهگی نمی نشیند ، در ۱ تا ۱/۵ سالگی راه نمی رود ، در ۲ تا ۳ سالگی حرف نمی زند ، در ۳ تا ۴ سالگی خودی خود را نشناختن می کند.					
۱۵	دانش آموزی که از نظر درسی از همه ضعیف تر است ، مرتب مرود می شود و یا از مدرسه اخراج شده است ، مشکلات بند ۴ را هم داشته است.					
۱۶	فرد بزرگسالی که رفتار کودکان دارد ، هوش او کمتر از دیگران است ، شغل ندارد ، قادر به یادگیری کار جدیدی نیست ، مشکلات بند های ۱۴ و ۱۵ را داشته است.					
۱۷	آیا در خانواده شما فرد سالمندی هست که فراموشکار شده است، راه منزل را کم می کند ، مرتب وسایل خود را کم می کند، زمان و مکان را فراموش می کند (عطیرم اینکه در یادآوری مطالب و خاطرات گذشته مشکلی ندارد.)					
۵- ارزیابی اختلالات عصبی						
۱۸	فردی که در چند وقت یکبار در بیماری یا خواب دچار حمله تشنج یا غش می شود ، بیوش شده ، دست و پا می زند و گفت از دهانش خارج می شود.					
۱۹	کودکی که در سن مدرسه کلمی مات زده شده و چند لحظه به جای خیره می شود ، آب و زلفش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می فید.					
۲۰	کودکی که به دنبال لب شدید دچار تشنج می شود.					
ج- ارزیابی وضعیت رفتارهای مرتبط با دخانیات ، اعتیاد و الکل						
در طول عمر، خود یا یکی از اعضای خانواده کدامیک از مواد زیر را مصرف کرده اید؟						
الف	انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)					
ب	ترکیبات آبیونی (توپاک، شیره، سوخته، هروین، کراک، آمبول نورجیز که نمجیزگه، مورفین، متادون، بوپروفونین، کدین، ترامادول، غیره)					
ج	حشیش (سیگاری، ماری جوانا، جونت، کراس، بنگ، غیره)					
د	محرکهای آنتیمنی (نشینه، آکستازی، اکی، ریتالین، کریستال، غیره)					
ه	آرامبخش ها یا فرس های خواب (دیازپام، والیوم، لورازپام، آپیوزولام، فلوپازین، غیره)					
و	نوشیدنی های الکلی (آبجو، شراب، غرق، الکل سفید، غیره)					
ز	سایر موارد را مشخص کنید					
د- ارزیابی وضعیت آسیب های اجتماعی						
کدامیک از موارد زیر در مورد شما صدق می کند؟						
ردیف	مورد قابل بررسی					
۱	بیماری خود فرد یا سرپرست خانوار	۶	اصلاً	خوشونت نسبت به شما در خانواده	۷	طلاق یا جدایی
۲	اخراج از کار خود فرد یا سرپرست خانوار	۸	سابقه زندان در خانواده	۹	ورسختگی فرد یا خانوار فعلی	۱۰
۳	ترک تحصیل					
۴	انتقال به کار اجباری در کودک (کودک کار)					
۵	خوشونت و آزار از طرف همسر					

نام و نام خانوادگی / سمت و امضای غربالگری کننده :

شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت:

۱. برنامه ریزی جهت اجرای برنامه های مراقبت از جمعیت تحت پوشش (فراخوانی، شناسایی و ارزیابی وضعیت سلامت روانی اجتماعی خانوارها و گروههای هدف) مبتنی بر مراقبت های ادغام یافته گروههای سنی و برنامه های سلامت روان و اعتیاد به شرح زیر:
 - ✓ ارزیابی اولیه وضعیت روانشناختی متناسب با گروههای سنی، مادران باردار و مادران پس از زایمان
 - ✓ ارزیابی اولیه وضعیت سوء مصرف مواد و الکل متناسب با گروههای سنی
 - ✓ ارزیابی اولیه ریسک فاکتورهای آسیبهای اجتماعی در فرد و خانواده
۲. ارائه پیامهای مهم بهداشتی در زمینه فرزند پروری به والدین (به ویژه مادران دریافت کننده 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 (غریبال مثبت) موارد مشکوک به اختلال" در ارزیابی اولیه وضعیت روانشناختی) به پزشک مرکز و پیگیری آنها و غریبال 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. غریبالگری 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 (همه‌هنگ با تیم ارائه‌دهنده خدمات روانی- اجتماعی بعد از حوادث غیرمترقبه و بلایا)
۱۰. ارجاع جمعیت تحت پوشش به دریافت مشاوره بر حسب نیاز (مشاوره در زمینه تربیت فرزندان، تحصیلی، ازدواج، زناشویی، ...) به کارشناس سلامت روان

۱۱. پیگیری تلفنی بیماران مبتلا به اورژانس های روانپزشکی برای تداوم مراجعه و دریافت خدمات که در جمعیت تحت پوشش کارشناس مربوطه شناخت 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 پزشک عمومی

۱. شرکت در جلسات آموزشی ابلاغی
۲. مطالعه و بکارگیری دستورالعمل ها و راهنماهای آموزشی در اجرای فرآیندهای سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
۳. انجام ویزیت پایه و بیماریابی اختلالات روانپزشکی، اعتیاد و نورولوژی (جدید و مزمن) در گروه های سنی جمعیت تحت پوشش و مراجعان سرپایی بر اساس راهنما (فلوچارتها)
۴. اقدام به مراقبت بیماران شناسایی شده و ارجاعی از کارشناس مراقب سلامت و کارشناس سلامت روان و رفتار
۵. انجام مداخلات درمانی اولیه، ارجاع به روانپزشک، روانشناس، پیگیری پس خوراند ارجاع به سطوح تخصصی، اقدام درمانی مطابق آن. پیگیری روند درمان، آموزش و مشاوره و... مطابق دستورالعمل و بسته های خدمت
۶. درمان و مراقبت بیمار منطبق با استانداردهای تعیین شده شامل:

- تجویز دارو بر اساس راهنمای درمان
- پیگیری تلفنی بیمار در صورت نیاز

- ویزیت مجدد بیمار در فواصل زمانی مشخص شده
 - انجام مشاوره تلفنی در صورت نیاز
 - ارجاع بیمار بر اساس راهنمای درمان
 - خاتمه درمان بر اساس راهنما
 - تلاش برای جلب رضایت بیمار
 - رعایت موازین اخلاق حرفه ای نظیر رعایت حریم بیمار و حفظ اسرار او
۷. ارائه و پیگیری خدمات ویزیت و مراقبت در منزل بیماران روانپزشکی مزمن مطابق دستورالعمل
۸. ثبت اقدامات تشخیصی مراقبتی در پرونده بیماران و دفتر ثبت و مراقبت بیماریها به تفکیک هر بیماری بر اساس راهنما (فلوچارتها)
۹. ورود داده ها به نرم افزار/ سامانه/ ثبت دفاتر، تکمیل و ارسال به موقع فرم های آماری
۱۰. آموزش و توانمندسازی چهره به چهره بیماران دارای پرونده و خانواده آنها و افزایش مهارتهای خود مراقبتی شان در مدیریت بیماری و عوارض آن (انجام مشاوره یا ارجاع)
۱۱. آموزش و توانمند سازی گروههای هدف مطابق تقویم آموزشی و دستورالعمل مربوطه
۱۲. همکاری با تیم سلامت روان (کارشناس مراقب سلامت ، کارشناس سلامت روان و رفتار و روانپزشک و مددکار اجتماعی) در اجرای کامل و صحیح دستورالعمل ها و برنامه ها
۱۳. نظارت بر فعالیت کارشناس مراقب سلامت و توانمند سازی او
۱۴. ارسال گزارش های مورد نیاز
۱۵. همکاری در جریان نظارت تیم پایش ستاد مجتمع و شبکه بهداشت و درمان
۱۶. ارائه بازخورد و پیشنهاد به منظور ارتقای برنامه
۱۷. تلاش برای ارتقای فردی در زمینه مهارت های مرتبط با تشخیص و درمان بیماران روانپزشکی و نورولوژی و اعتیاد

شرح وظایف روانپزشکان شاغل در مجتمع سلامت در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

۱. شرکت در جلسات آموزشی ابلاغی
۲. مطالعه و بکارگیری دستورالعمل ها و راهنماهای تشخیصی درمانی ابلاغی
۳. آموزش پزشکان عمومی ، روانشناسان و کارشناسان مراقبت سلامت
۴. ارائه مشاوره فنی تخصصی مورد نیاز به پزشکان عمومی و روانشناسان
۵. پذیرش ارجاع از سوی پزشکان عمومی و ارائه پس خوراند کاربردی جهت مدیریت کارآمد روند بیماری و درمان بیماران

۶. ارائه خدمات درمان و مراقبت تخصصی بیماران تحت نظر و ارجاعی مراکز سلامت
۷. درمان بیمار منطبق با استانداردهای تعیین شده شامل:
 - تجویز دارو بر اساس راهنمای درمان
 - پیگیری روند درمان یا بستری بیماران در صورت نیاز
 - ویزیت تخصصی مجدد بیمار در فواصل زمانی مشخص شده
 - انجام مشاوره تلفنی در صورت نیاز
 - ارجاع بیمار بر اساس راهنمای درمان به مراکز فوق تخصصی و بستری
 - خاتمه درمان بر اساس راهنما
 - تلاش برای جلب رضایت بیمار
 - رعایت موازین اخلاق حرفه ای نظیر رعایت حریم بیمار و حفظ اسرار او
۸. همکاری با پزشک عمومی در فرآیند ویزیت منزل در صورت نیاز و درخواست
۹. ثبت اقدامات تشخیصی مراقبتی در پرونده بیماران و دفتر ثبت و مراقبت بیماریها به تفکیک هر بیماری بر اساس راهنما (فلوچارتها)
۱۰. مشارکت در برنامه های آموزش و توانمند سازی گروههای هدف مطابق دستورالعمل مربوطه
۱۱. نظارت و پایش روند تشخیص، درمان و مراقبت بیماران توسط پزشکان عمومی و روانشناسان
۱۲. تهیه و ارسال گزارش های مورد نیاز
۱۳. همکاری در جریان نظارت تیم پایش ستاد مجتمع و شبکه بهداشت و درمان
۱۴. ارائه بازخورد و پیشنهاد به منظور ارتقای برنامه

شرح وظایف کارشناس سلامت روان و رفتار در مجتمع / مراکز سلامت جامعه :

الف/ آموزش و توانمند سازی فنی و تخصصی :

۱. خود آموزی و شرکت در برنامه های آموزشی ستاد شهرستان و استان
۲. آموزش و توانمند سازی فنی و حرفه ای کارکنان مرکز/ مجتمع سلامت (پزشکان عمومی، کارشناسان مامایی، کارشناسان مراقبت سلامت و روانشناسان) در زمینه فرآیند های فنی و تخصصی و آشنایی با بیماریها و اختلالات روانی، اجتماعی و اعتیاد، فرآیند بیماریابی، ارجاع و مراقبت اختلالات اعصاب و روان، نحوه آموزش مسائل روانی به جمعیت تحت پوشش

ب/ آموزش و توانمند سازی جامعه و گروههای هدف :

۱. بررسی و تعیین اولویت بندی نیازهای آموزش سلامت روانی اجتماعی در منطقه و جمعیت تحت پوشش
۲. تدوین برنامه آموزشی مبتنی بر نیازهای منطقه و جمعیت تحت پوشش و تقویم آموزش همگانی
۳. آموزش سواد سلامت روانی اجتماعی به جمعیت تحت پوشش (آموزش خودمراقبتی، مهارتهای فرزندپروری، مهارتهای زندگی، بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی و کاهش آسیب اعتیاد)

ج/ مداخلات روانشناختی و سلامت روانی اجتماعی؛

۱. پذیرش و پیگیری موارد مشکوک به اختلالات روانی و رفتاری توسط کارشناسان مراقب سلامت و پزشکان :
 - ◀ بررسی وضعیت سلامت روانی اجتماعی و مصرف مواد و الکل فرد(با توجه به ارزیابی روانشناختی) و بسته های خدمت
 - ◀ ارزیابی و تعیین اندیکاسیون ارجاع و اقدامات درمانی مورد نیاز
 - ◀ ارجاع به پزشک/ روانپزشک جهت تداوم بررسی های تکمیلی و انجام درمان های دارویی
 - ◀ همکاری با پزشک و روانپزشک در اجرای پروتکل های درمانی و پیشگیری مطابق بسته خدمت
 - ◀ برنامه ریزی و اداره ویزیت منزل(ویزیت و مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک و آموزش گروهی بیماران و خانواده مبتلایان
 - ◀ ارائه و ارسال پسخوراند ارجاع به سطح ارجاع دهنده
۲. تدارک و ارائه مداخلات مختصر و آموزش روانپزشکی و سلامت روان مطابق بسته های خدمت
۳. مداخله ی روانشناختی فردی و گروهی و خانوادگی مطابق بسته خدمت
۴. پیگیری و مراقبت از بیماران دارای اختلال روانپزشکی مطابق بسته های خدمت

د/وظایف مدیریتی؛

۱. حمایت طلبی
 - برنامه ریزی جهت جلب همکاری و مشارکت های داوطلبانه (شبکه مردمی سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی)
 - شناسایی و جلب مشارکت و همکاری سازمانها و ادارت ذیربط منطقه در جهت توسعه، تقویت و تعمیق برنامه های سلامت روان منطقه
 - برنامه ریزی و پیگیری ایجاد شبکه مردمی سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی از طریق شناسایی، جذب، توانمند سازی و بکارگیری داوطلبین مردمی (همیاران سلامت روان) از میان فارغ التحصیلان رشته های تحصیلی مرتبط با سلامت روان و آسیب های اجتماعی(روانشناسی، جامعه شناسی، مددکاری، مشاوره و علوم تربیتی)
 - شناسایی، هماهنگی و جلب مشارکت و همکاری ظرفیت های بالقوه و بالفعل خدمات سلامت روان و پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی در منطقه

۲. برنامه عملیاتی و اجرایی سالانه؛

- بررسی و تعیین اولویت بندی مشکلات سلامت روان و آسیب های اجتماعی و نیازهای آموزشی (وجود خشونت های خانگی مانند همسرآزاری ، کودک آزاری و یا سالمندآزاری ، شیوع مصرف مواد مخدر و الکل، وضعیت بیماریها و اختلالات اعصاب و روان، خودکشی، طلاق و...) در منطقه و جمعیت تحت پوشش
- اولویت بندی مشکلات برنامه و مداخله برای ارتقا شاخصها

• تهیه و تدوین برنامه عملیاتی و زمان بندی فعالیت ها و اجرای آن مطابق برنامه عملیاتی گروه سلامت روانی اجتماعی شهرستان

• پیگیری نیاز تجهیزات و مواد مصرفی، فرم ها و دستورالعمل ها و بسته های آموزشی مورد نیاز مراکز و پایگاههای سلامت و تلاش در جهت تامین آن

• تهیه، نگهداری و بکارگیری دستورالعمل ها و بسته های خدمت

• پایش و ارزشیابی فعالیت و عملکرد عوامل فنی و اجرایی ذریبط در برنامه های سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی مراکز سلامت

۳. گزارش دهی؛

• مدیریت آمار و اطلاعات برنامه های سلامت روان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی در منطقه و جمعیت تحت پوشش (جمع آوری، جمع بندی، تجزیه و تحلیل و استخراج شاخص ها و... " فرم های آماری ") مطابق پنل سلامت روان و دستورالعمل مربوطه

• تکمیل و بازنگری اطلاعات پنل سلامت روان و به روز رسانی آن

• مدیریت آمار و اطلاعات آموزش های اجرا شده مطابق تقویم آموزش همگانی

۴. ابتکار و خلاقیت؛

• مشارکت در تدوین برنامه مداخلاتی مناسب برای ارتقای سلامت روان پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد و الکل در منطقه و جمعیت تحت پوشش

• طراحی و تدوین بسته مداخلات آموزشی و اجتماعی مبتنی بر نیاز های جمعیت تحت پوشش

۵. رضایت سنجی مشتریان؛

• کسب نظر از مراجعین در مورد توجه و احترام به مراجعین (پذیرش بی قید و شرط و حسن برخورد، مسئولیت پذیری و پاسخگویی به موقع، آموزش و راهنمایی کافی و قابل فهم)

• پیگیری روند درمان و مراقبت مراجع

• کسب میزان رضایت و تمایل مراجعین از دریافت خدمات

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 بد رفتاری 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
توجه مخاطبین شناسایی شده از طریق اطلاع رسانی، ارائه پیام و آشنایی با خدماتی که در سطح اول نظام ارائه خدمات در راستای توانمندسازی افراد ارئه می گردد .

ثبت اسامی داوطلبین دریافت آموزش و تشکیل گروه های حتی الامکان همگن^۱

مکاتبه با مسئول مرکز سلامت جامعه منطقه مورد نظر جهت اطلاع رسانی به کارشناس سلامت روان

^۱ گروه های همگن به گروه های اطلاق می گردد که از نظر سطح تحصیل، سن و شرایط اجتماعی در شرایط یکسان می باشند .

ابزار کار روانشناسی و کارشناس سلامت روان و رفتار در مراکز و مجتمع های سلامت

الف / اتاق کار و تجهیزات مربوطه :

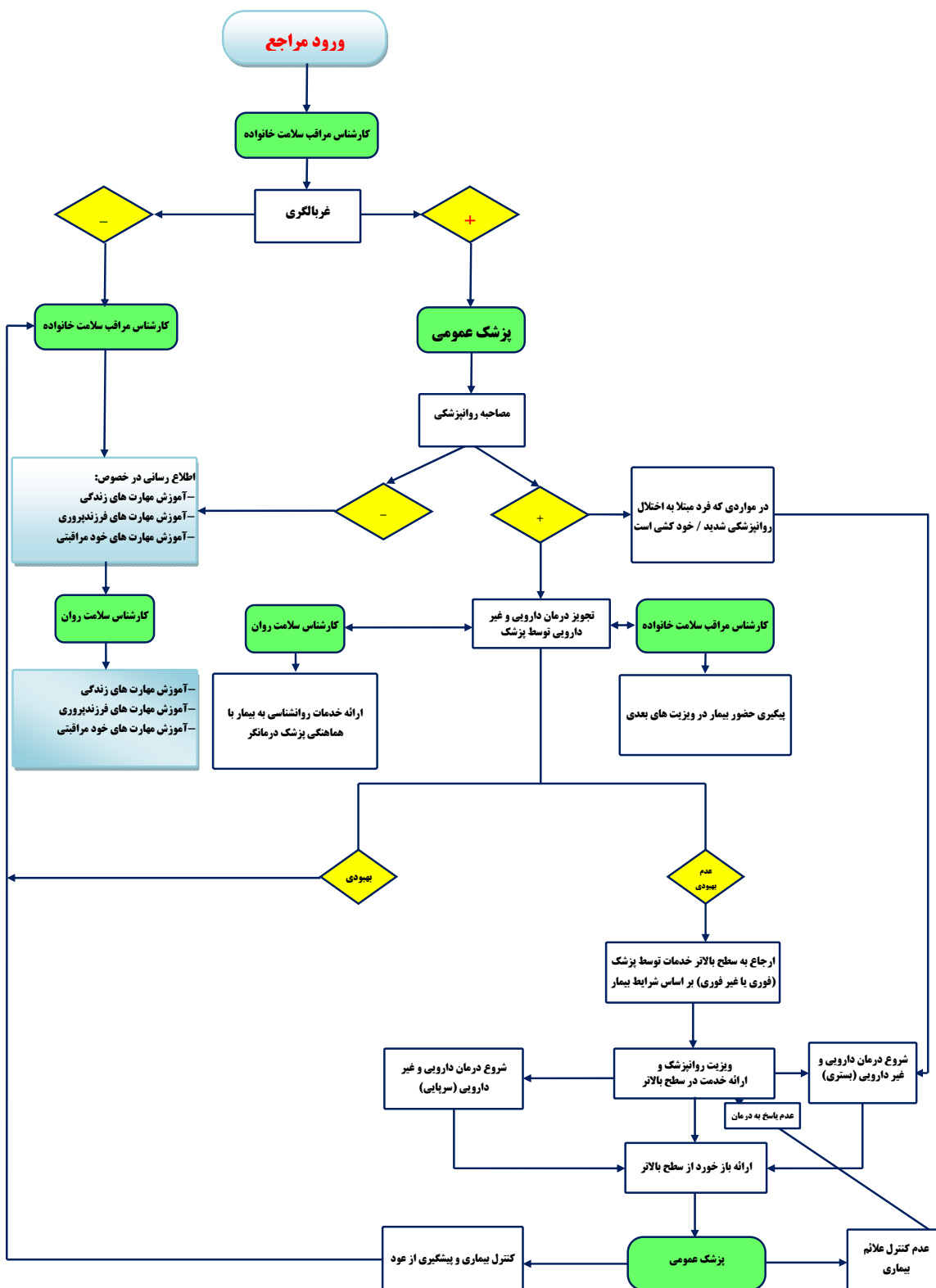
طبق استانداردهای سازمان نظام روانشناسی و مشاوره و مطابق با وظایف محوله و مورد انتظار از کارشناس ارشد روانشناسی و مشاوره در جهت ارائه خدمات سلامت روان یک اتاق حدود ۸ مترمربع با وسایل و تجهیزات زیر تدارک و پیش بینی قرار گیرد:

- میز کار
- وسایل میز کار متناسب با نیاز کارشناس
- صندلی گردان
- صندلی راحتی یا مبل
- میز عسلی دو نفره
- کامپیوتر (ترجیحاً لپ تاب)
- پرینتر
- کمد کتابخانه
- وایت برد
- ساعت دیواری
- رخت آویز
- فایل پرونده
- مجموعه آزمون های روانشناختی مطابق دستورالعمل و نامه های ابلاغی وزارت و دانشگاه علوم پزشکی و معاونت بهداشت
- کتاب های مورد نیاز مطابق دستورالعمل و نامه های ابلاغی وزارت و دانشگاه علوم پزشکی و معاونت بهداشت
- بسته های فنی، آموزشی و اجرایی
- دفتر ثبت و گزارش خدمات تخصصی کارشناس سلامت روان و رفتار در مراکز سلامت جامعه و مجتمع های سلامت

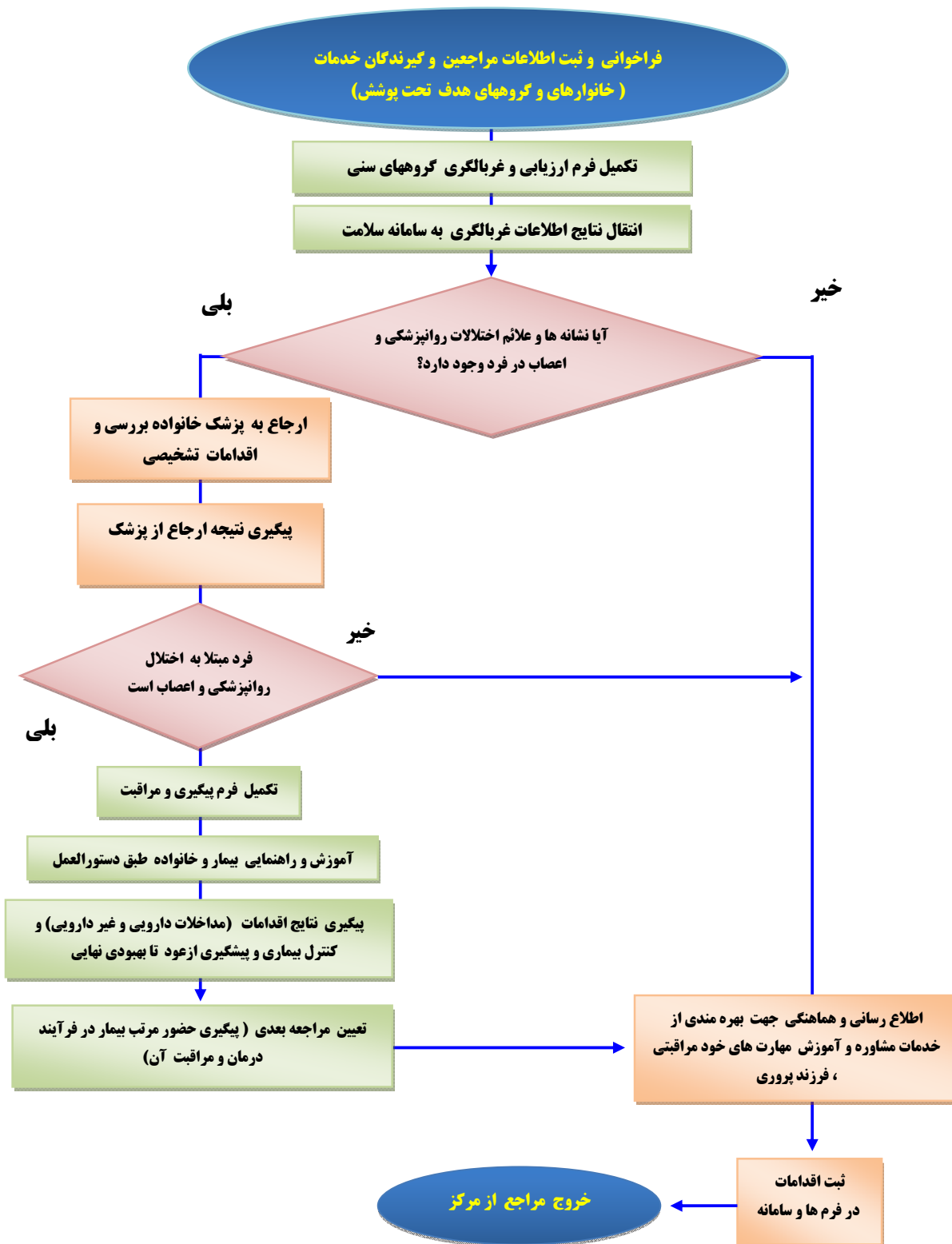
ب/ وسایل اجرایی و مصرفی

- فرم های عملیاتی و اجرایی مطابق دستورالعمل های ارسالی
- دسترسی به اینترنت پر سرعت
- خط اختصاصی تلفن ثابت جهت انجام مشاوره و پیگیری های تلفنی
- پوشه و زونکن های مورد نیاز
- وسایل و نوشت افزار لازم (خودکار، مداد، مداد پاک کن ، ماژیک وایت برد، کاغذ، مقوا و...)
- وسایل بازی (مداد رنگی، دفتر نقاشی، جورچین ، پازل، چند مورد عروسک)

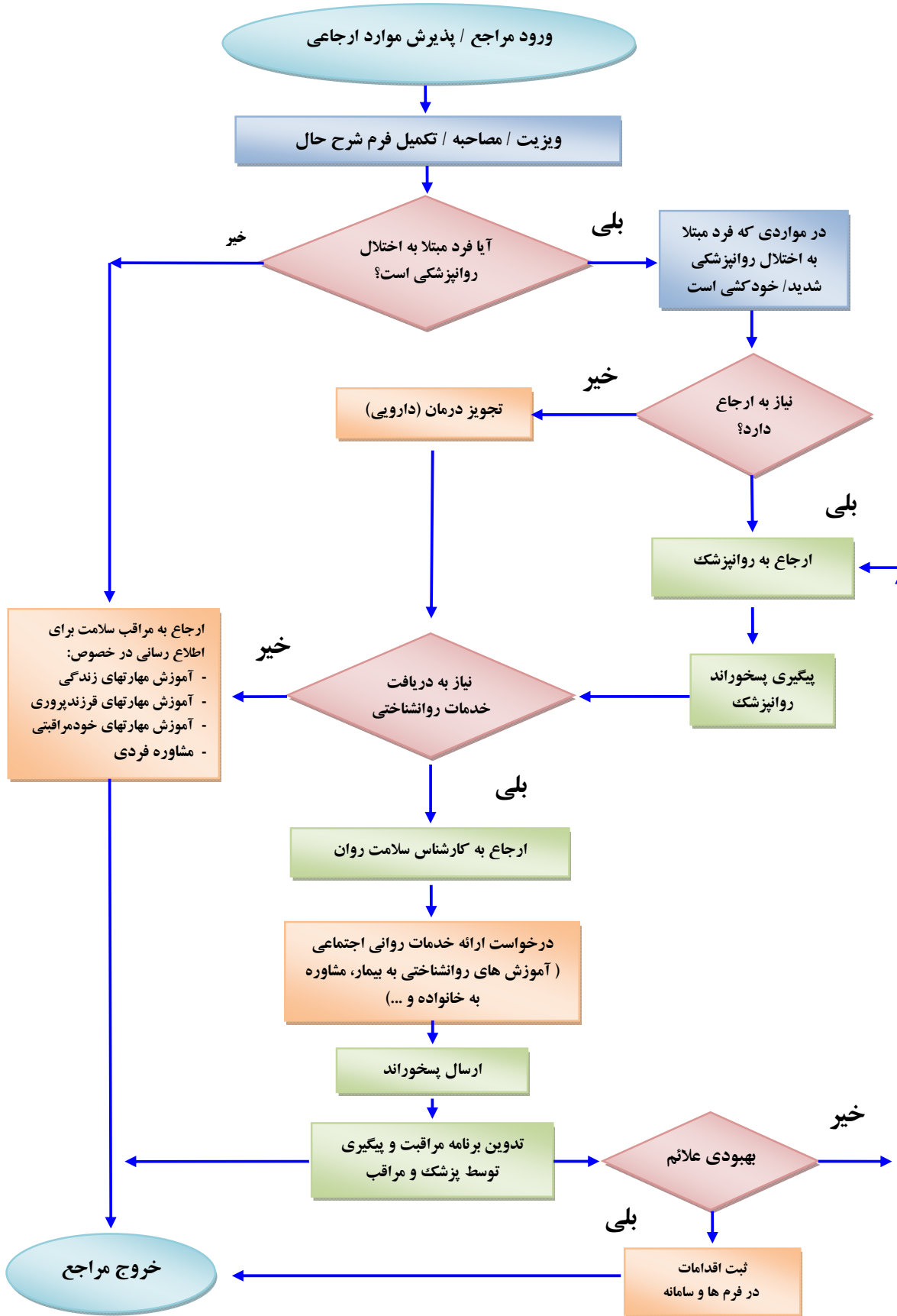
فلوچارت کامل برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی



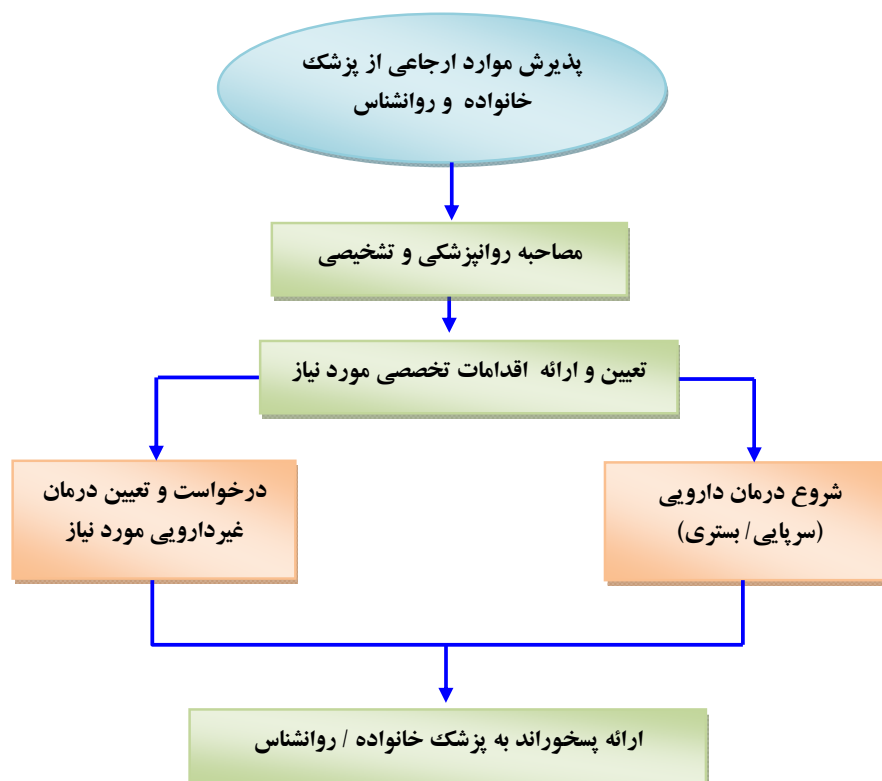
فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی - مراقب سلامت



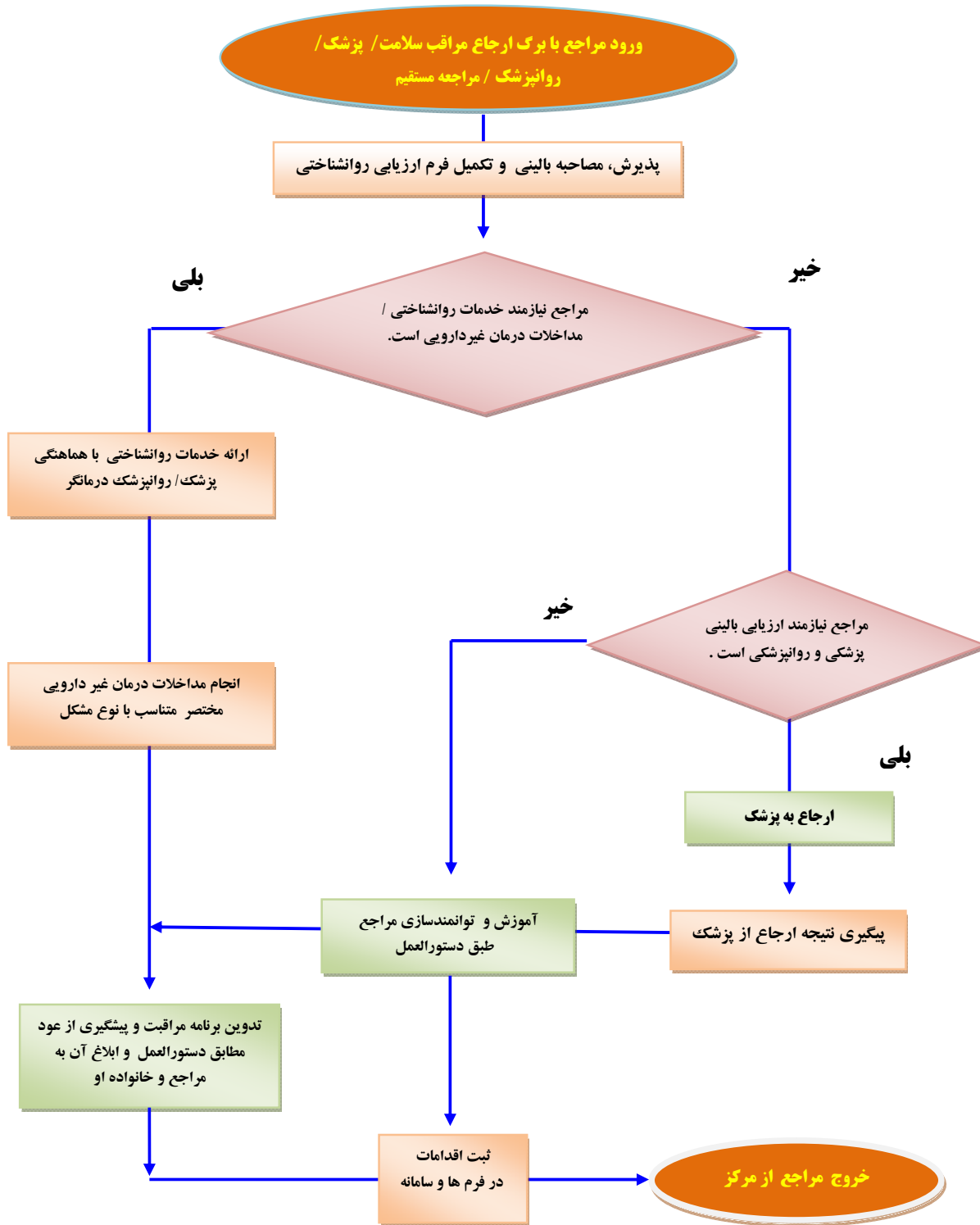
فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی و اعصاب - پزشک خانواده



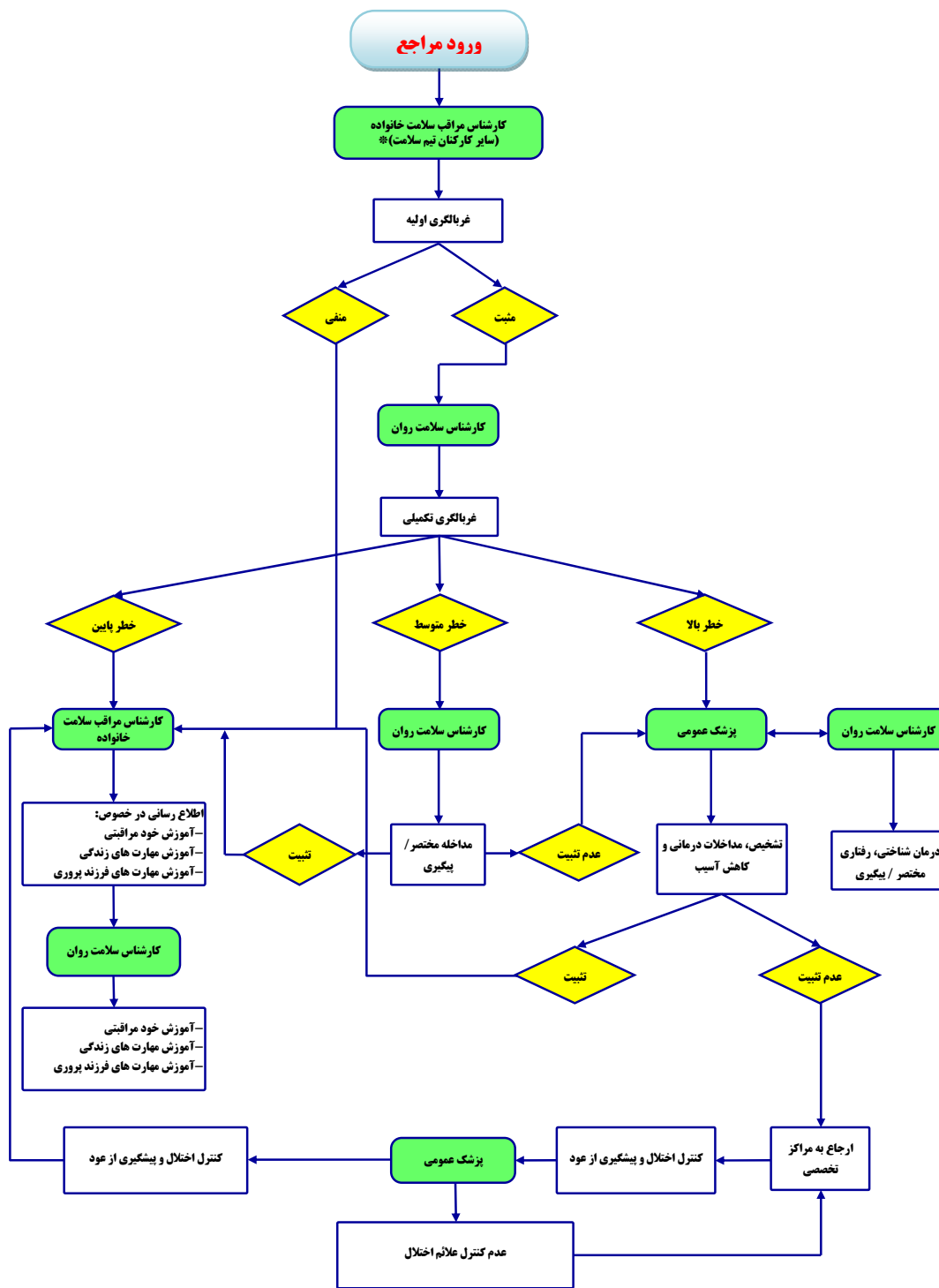
فلوجارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی - روانپزشک



فلوچارت برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی - کارشناس سلامت روان و رفتار

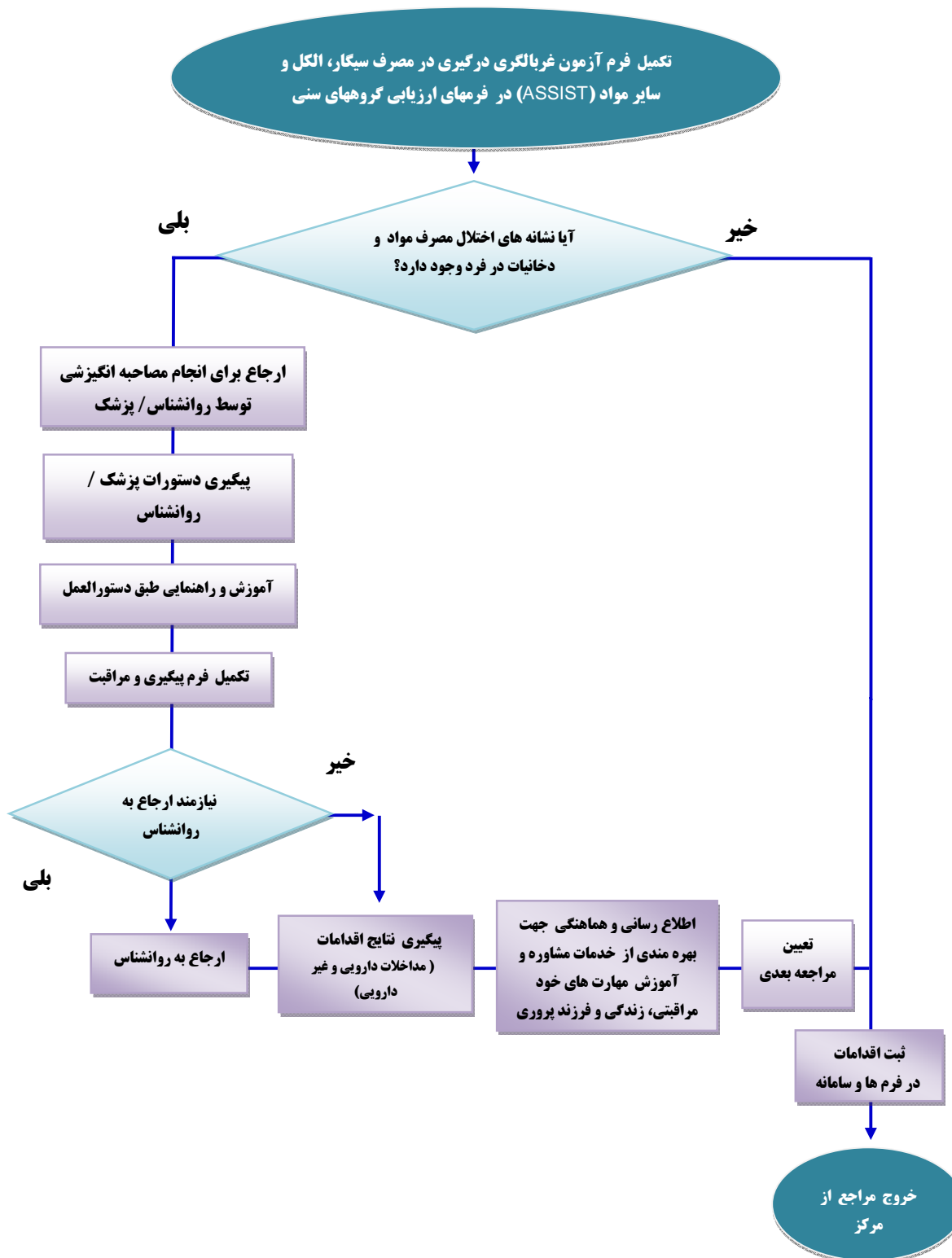


نمودار جریان فرایند پیشگیری و درمان مصرف دخانیات، مواد و الکل در مجتمع ها و مراکز سلامت

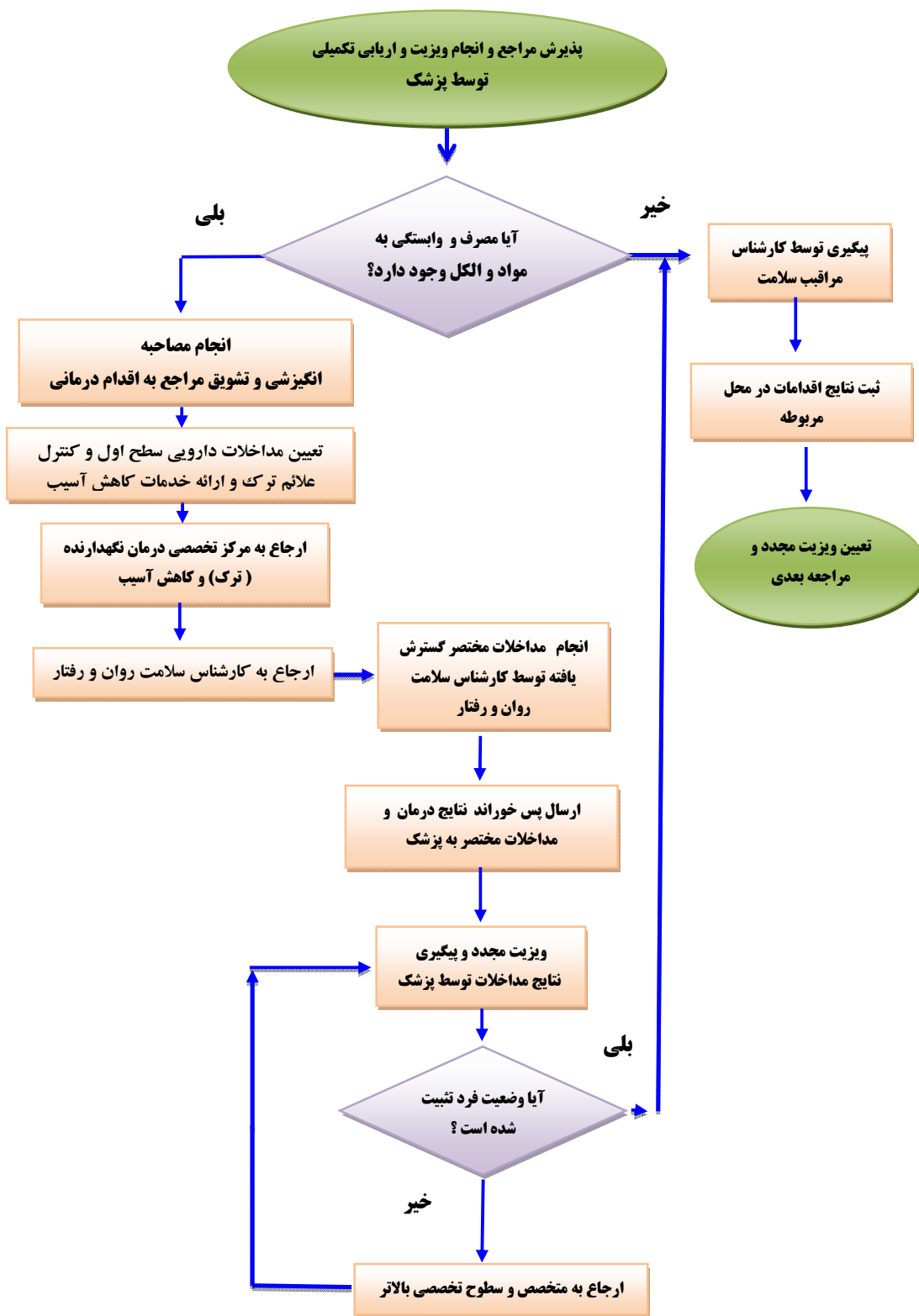


※ غربالگری اولیه یا توجه به اینکه به صورت فرصت طلبانه انجام می شود میتواند توسط کلیه پرسنل بهداشتی و درمانی شامل کارشناس مراقب سلامت خانواده، دندانپزشک، ماما و ... انجام شود
 ※ غربالگری رونین برای زنان باردار

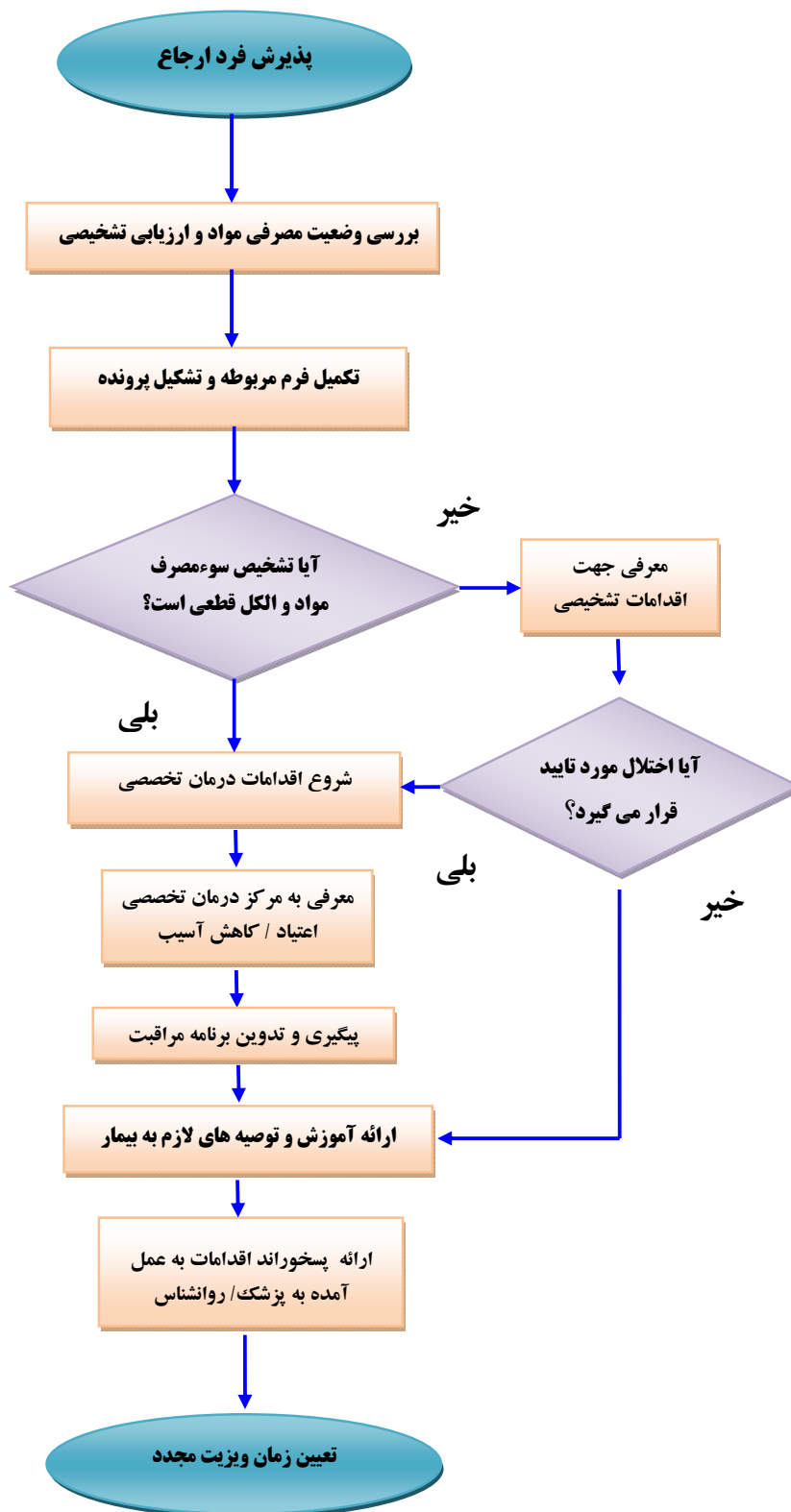
نمودار جریان فرایند پیشگیری، درمان و مراقبت فعال مصرف دخانیات، مواد و الکل - مراقب سلامت



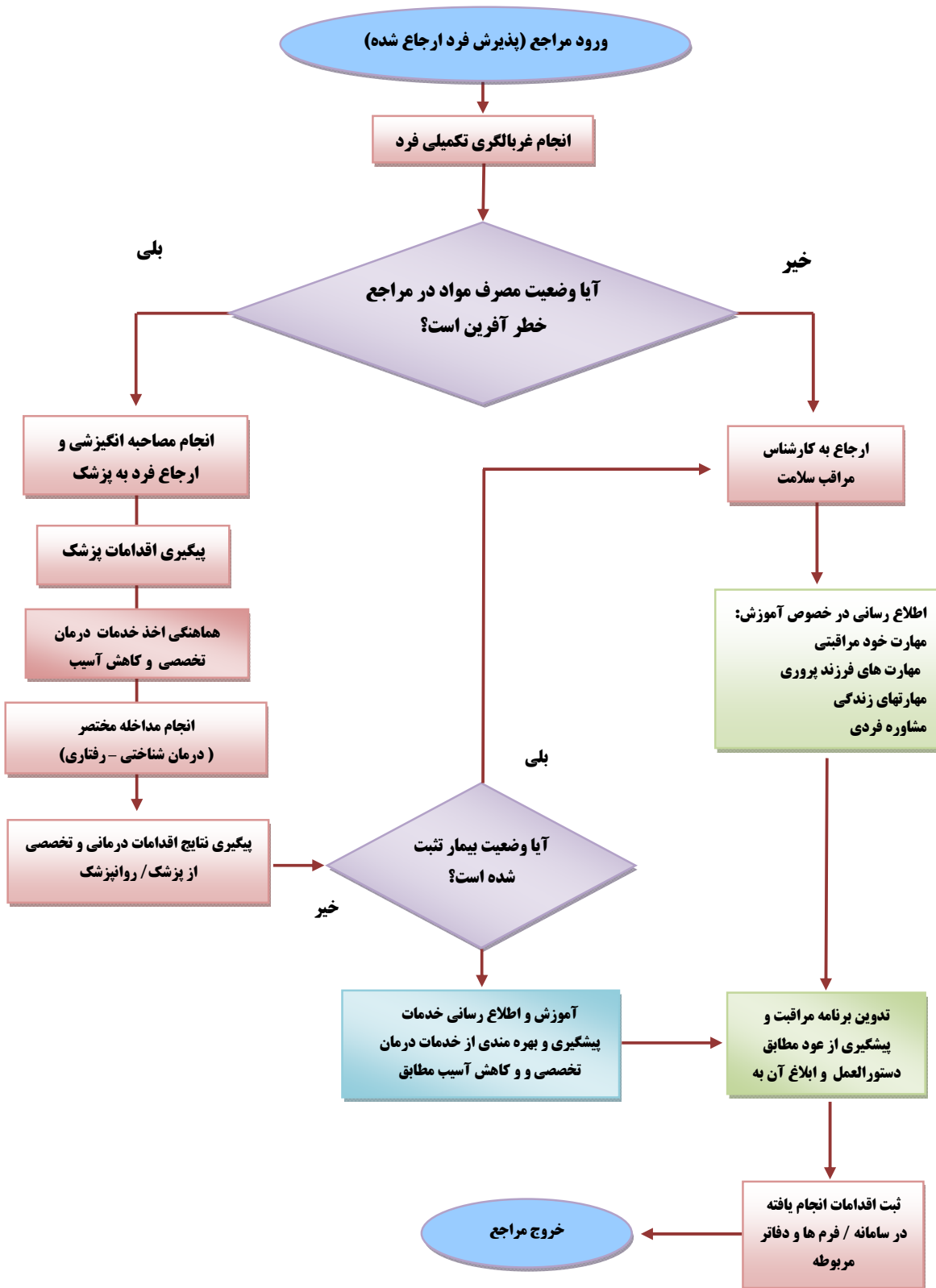
نمودار جریان فرایند پیگیری، درمان و مراقبت فعال مصرف دخانیات، مواد و الکل - پزشک



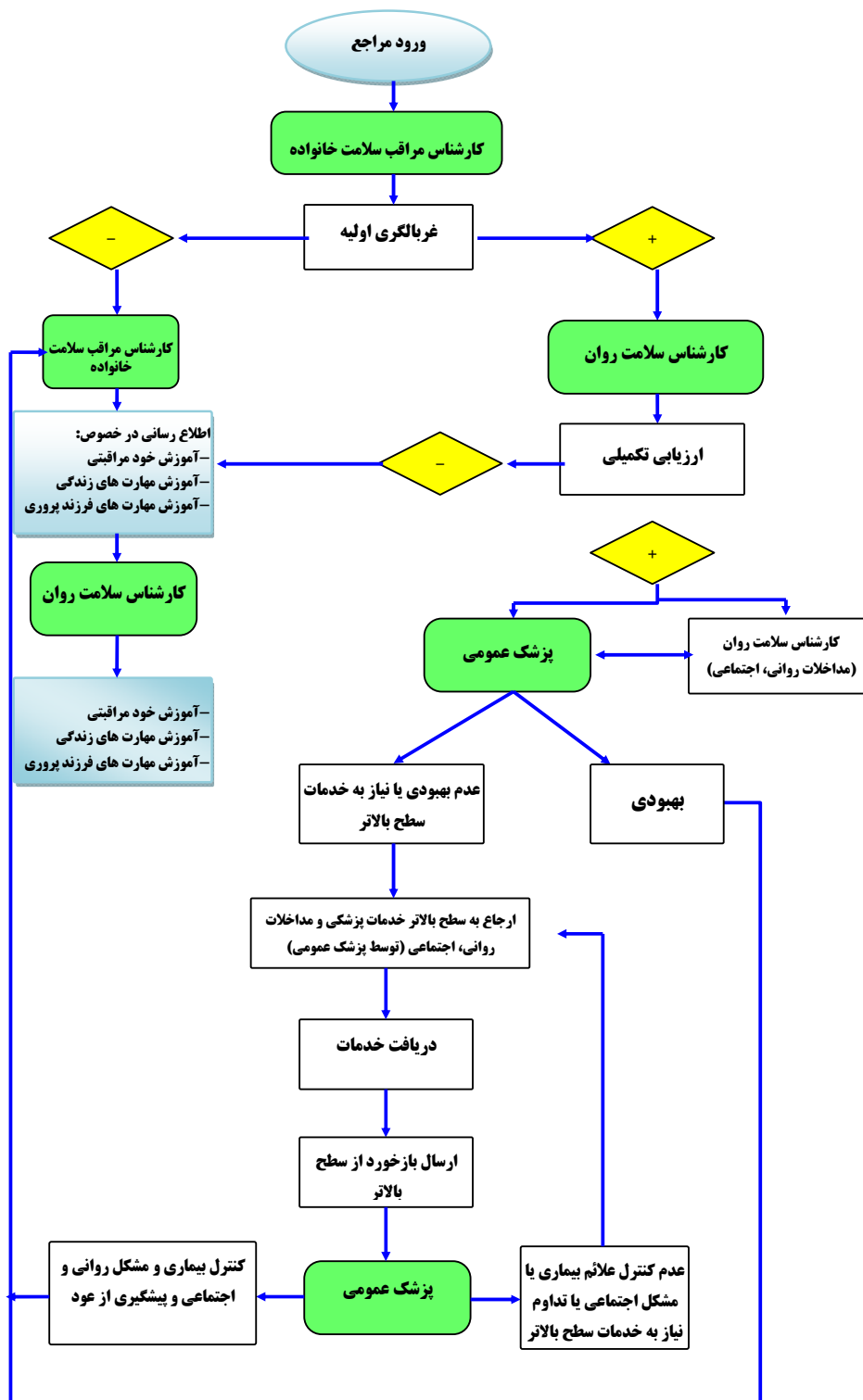
نمودار جریان فرایند بیماریابی و مراقبت سوء مصرف مواد و الکل - روانپزشک



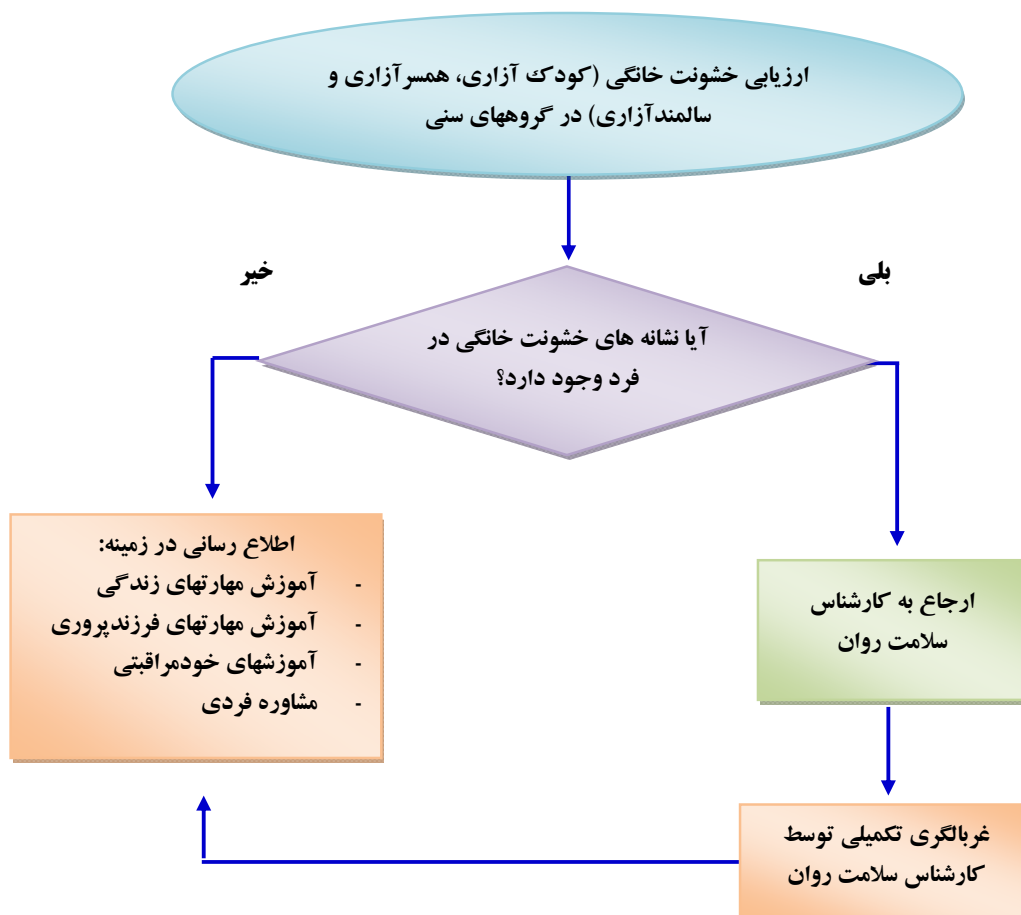
نمودار جریان فرایند پیشگیری درمان و مراقبت فعال مصرف دخانیات، مواد و الکل - کارشناس سلامت روان و رفتار



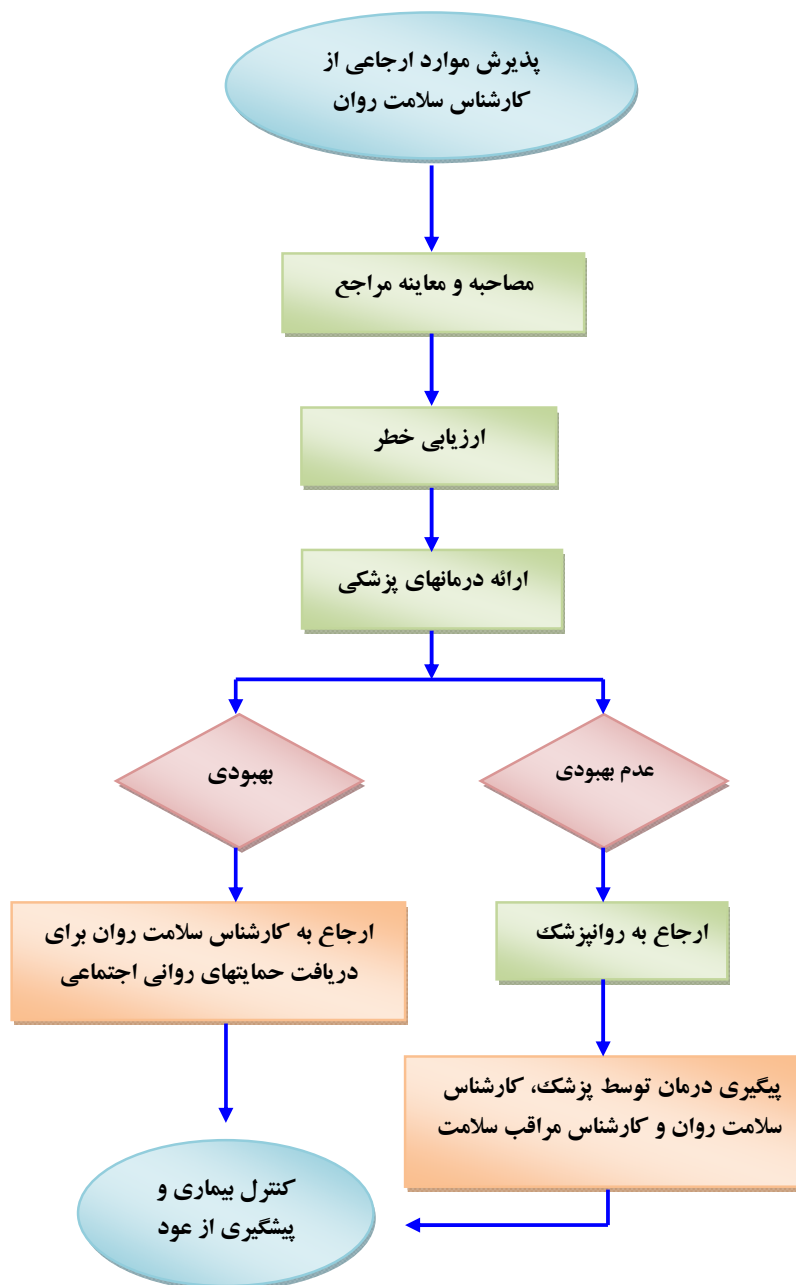
نمودار کامل جریان فرآیند ارائه خدمات سلامت اجتماعی



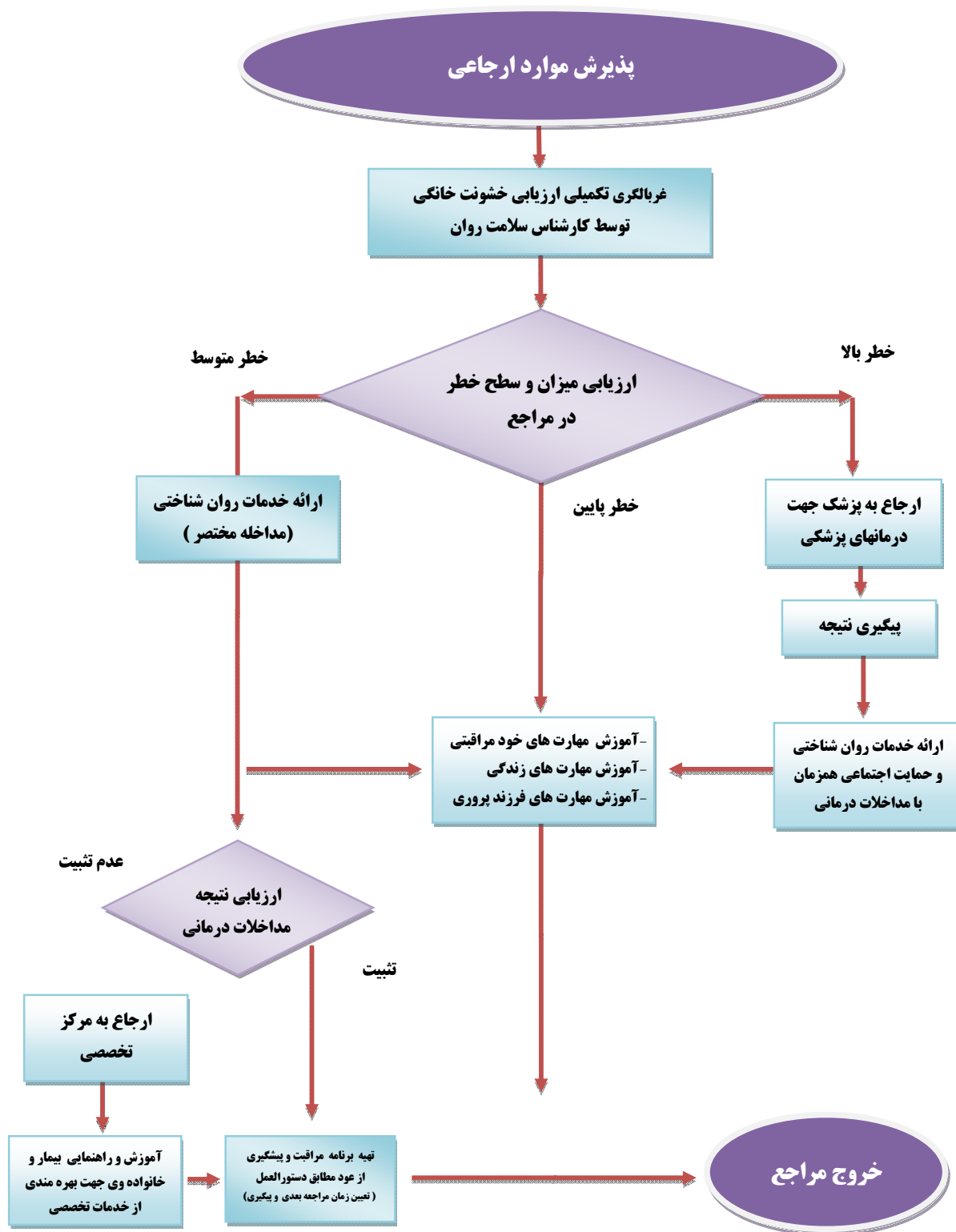
نمودار جریان فرآیند شناسایی، ارجاع و مراقبت خشونت خانگی توسط مراقب سلامت



نمودار جریان فرآیند شناسایی، ارجاع و مراقبت خشونت خانگی توسط پزشک



نمودار جریان فرآیند شناسایی، ارجاع و مراقبت خشونت خانگی - کارشناس سلامت روان و رفتار



کیفیت پذیرش و ارائه خدمات و مداخلات روانشناختی به جمعیت تحت پوشش کارشناس سلامت روان و رفتار همانطوری که در مباحث قبلی عنوان شد هر یک از مجتمع های سلامت و مراکز سلامت جامعه دارای یک یا دو روانشناس هستند و خدمات مورد انتظار را مطابق بسته های خدمت در دو بخش تخصصی و فنی مدیریتی برای جمعیت تحت پوشش خود (۳۰ تا ۵۰ هزار نفر) تدارک و ارائه می دهند. این خدمات مطابق فلوجارت های خدمتی ارائه می گردد. طبق فلوجارت های مزبور جمعیت تحت پوشش پس از فراخوانی توسط مراقب سلامت و ثبت اطلاعات خانوارهای آنها در سامانه سلامت تحت برنامه ویزیت پایه قرار می گیرند و توسط مراقبین سلامت و پزشکان خانواده از نظر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مورد ارزیابی قرار گرفته و موارد دارای مشکل و اختلال غربالگری، درمان و مراقبت می شوند.

با توجه به این که اختلالات روانی اجتماعی از جمله مشکلاتی است که علاوه بر مداخلات دارویی نیازمند مداخلات و مراقبت های غیردارویی (شناختی- رفتاری و اجتماعی) بوده و باید توسط روانشناس تحت پوشش و مراقبت قرار گیرند، ترتیبی اتخاذ شده است تا چنین مواردی پس از اقدامات پزشک و مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان و رفتار و نسبت به انجام مداخلات لازم بر اساس بسته های خدمتی اقدام و پیگیری گردد. کارشناس سلامت روان و رفتار موظف است تا ضمن پذیرش مراجعین و موارد ارجاعی، خدمات مصوب وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی را تدارک و ارائه نماید. مراجعین کارشناس سلامت روان به دوشکل زیر می باشد:

۱. **مراجعین آزاد و متفرقه:** ممکن است افرادی از جمعیت تحت پوشش بخواهند مستقیماً به کارشناس سلامت روان و رفتار مراجعه و متقاضی خدمت باشند. کارشناس سلامت روان در وهله اول موظف است این گونه موارد را پذیرش و حداقل خدمات را ارائه نماید، اما ادامه بهره مندی از خدمات را به ثبت نام در سامانه سلامت و ویزیت پایه نموده و فرد را در این جهت هدایت و راهنمایی کند.

۲. **موارد ارجاعی:** کلیه افراد و خانوارهایی که در برنامه ویزیت پایه ثبت نام و تحت پوشش قرار گرفته باشند را شامل می گردد. افراد پس از ویزیت پایه چنانچه مشکل / اختلال روانپزشکی داشته باشند ابتدا باید توسط پزشک خانواده ضمن ارزیابی تکمیلی و درمان دارویی و روانپزشکی و در صورت تشخیص پزشک / روانپزشک جهت بهره مندی از خدمات روانشناختی با تکمیل فرم ارجاع به کارشناس سلامت روان ارجاع می شوند.

یادآوری: سایر موارد از قبیل افراد مبتلا به مصرف دخانیات، مواد و الکل و نیز در معرض یا قربانی خشونت خانگی پس از غربالگری اولیه مستقیماً به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع و مورد پیگیری قرار می گیرند. کارشناس سلامت روان و رفتار پس از پذیرش، با فرد مصاحبه بالینی انجام داده و در-

صورت نیاز نسبت به تکمیل پرونده تخصصی سلامت روان (مطابق فرمت زیر) اقدام و کلیه خدمات و مراقبت های لازم را براساس آن انجام می دهد.

<p>فرم پس‌خوراندن ارجاع</p> <p>شماره پرونده: _____</p> <p>تاریخ ارسال پس‌خوراندن: _____</p> <p>شماره برگه: _____</p> <p>همکار ارجاع دهنده: جناب آقای / سرکار خانم _____</p> <p>با سلام و احترام،</p> <p>از آقای / خانم _____ در تاریخ _____ ویزیت و مراقبت های لازم بعمل آمد.</p> <p>اقدامات بعمل آمده:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>تاریخ، مهر و امضاء روانپزشک ارجاع دهنده:</p>	<p>فرم ارجاع به روانپزشک / روانشناس</p> <p>شماره برگه: _____</p> <p>تاریخ ارجاع: _____</p> <p>همکار ارجاع دهنده: سرکار خانم / جناب آقای _____</p> <p>با سلام و احترام،</p> <p>خانم آقای _____ یا شماره پرونده _____ با</p> <p>احتمال / تشخیص _____ معرفی می گردد.</p> <p><u>خلاصه شرح حال و خدمات مورد نیاز:</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>نام و نام خانوادگی، سمت و مهر و امضای ارجاع دهنده:</p>	<p>فرم ارجاع به روانپزشک / روانشناس</p> <p>شماره برگه: _____</p> <p>نام و نام خانوادگی: _____</p> <p>سن: _____</p> <p>تشخیص: _____</p> <p>علت ارجاع: _____</p> <p>تشخیص <input type="checkbox"/></p> <p>مراقبت <input type="checkbox"/></p> <p>پزشک ارجاع دهنده: _____</p> <p>ارجاع به: _____</p> <p>روانپزشک <input type="checkbox"/></p> <p>روانشناس <input type="checkbox"/></p> <p>تاریخ ارجاع: _____</p>
---	---	--





سازمان بهداشت
تعمیر بهداشت و درمان شهرستان ...
مجمع سلامت

پرونده ثبت

خدمات تخصصی سلامت روانی اجتماعی مراجع

مرکز سلامت / خانه بهداشت

فرم شماره: _____

تاریخ: _____

تاریخ: _____





وظیفه مادر 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 مسؤلیت پذیر است.

راهنمای فنی، تخصصی و اجرایی کارشناسان سلامت روان و رفتار

در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد



فصل یازدهم

مستند سازی فعالیت های

کارشناس سلامت روان و رفتار در حوزه

سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

- ۱- کیفیت برنامه ریزی ریزی و اجرای برنامه های آموزشی و مداخلات آموزشی و توانمندسازی را توضیح دهید.
- ۲- روند ارجاع، مراقبت و پیگیری اختلالات روانپزشکی و آسیب های اجتماعی را توضیح دهید.
- ۳- روش های جمع آوری و گزارش فعالیت های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد را تبیین نمایید.

عناوین فصل

- ۱- ثبت و گزارش فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
 - آموزش گروههای هدف
 - صورت جلسات آموزش گروهی
- ۲- دفتر پذیرش مراجعین و موارد ارجاعی و گزارش خدمات کارشناس سلامت روان و رفتار در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
- ۳- دفتر پیگیری و مراقبت افراد تحت پوشش خدمات سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
- ۴- دفتر شناسایی، ارجاع، پیگیری و مراقبت از وضعیت آسیب دیدگان اجتماعی و فوریت های روانپزشکی
 - ثبت اطلاعات موارد اورژانس های اجتماعی
 - پیگیری و مراقبت افراد قربانی مصرف مواد مخدر
 - هماهنگی و تسهیل دریافت خدمات حمایتی و مراقبتی
 - پیگیری و مراقبت موارد اقدام به خودکشی
 - دفتر پیگیری تلفنی موارد خاص
- ۵- جمع آوری آمار ماهانه برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (روانی اجتماعی و اعتیاد)
- ۶- فرم گزارش نتایج برنامه های آموزش و ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

مستند سازی فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

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، 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 تخصصی کارشناس سلامت روان و رفتار
در مراکز سلامت جامعه و مجتمع های سلامت آذربایجان شرقی

نام شهرستان: _____ نام مرکز سلامت جامعه / مجتمع سلامت: _____

این دفتر به صورت محرمانه و فوراً از دسترس 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 ها، ضمن بررسی و انطباق با برنامه های استراتژیک استان آن ها را در قالب دفتر ثبت و گزارش خدمات تخصصی کارشناس سلامت روان و رفتار در مراکز سلامت جامعه و مجتمع های سلامت طراحی و تدوین کرده است. این دفتر از ۵ بخش تشکیل شده است که عبارت است از:

۱. ثبت و گزارش فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
 - آموزش گروههای هدف
 - صورت جلسات آموزش گروهی
۲. دفتر پذیرش مراجعین و موارد ارجاعی و گزارش خدمات کارشناس سلامت روان و رفتار در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
۳. دفتر پیگیری و مراقبت افراد تحت پوشش خدمات سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
۴. دفتر شناسایی، ارجاع، پیگیری و مراقبت از وضعیت آسیب دیدگان اجتماعی و وفوریت های روانپزشکی
 - ثبت اطلاعات موارد اورژانس های اجتماعی
 - پیگیری و مراقبت افراد قربانی مصرف مواد مخدر
 - هماهنگی و تسهیل دریافت خدمات حمایتی و مراقبتی
 - پیگیری و مراقبت موارد اقدام به خودکشی
 - دفتر پیگیری تلفنی موارد خاص
۵. جمع آوری آمار ماهانه برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (روانی اجتماعی و اعتیاد)
۶. فرم گزارش نتایج برنامه های آموزش و ارتقای سواد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

بود. لذا نوع مداخلات شناختی و آموزشی حوزه سلامت روانی اجتماعی ایجاب می کند تا جلسات در هردو شکل طراحی و اجرا گردد. چنانچه جلسه با هدف تغییر و اصلاح رفتار باشد توصیه می گردد به شکل محدود و روش های فعال مانند مشاوره گروهی اجرا گردد.

۵. **زمان و مدت اجرا**، هر جلسه آموزشی بسته به هدف و نوع مداخله آموزشی متفاوت است. چنانچه جلسات با هدف حساس سازی و اطلاع رسانی است زمان جلسه هر چه محدود تر باشد بهتر است. اما در صورتی که هدف جلسه مداخله شناختی- رفتاری است باید بین ۴۵ دقیقه تا ۱.۵ طراحی و اجرا گردد.

۶. **بسته / رسانه آموزشی**: بسته آموزشی عبارت از محتوای آموزشی مورد تایید وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی است که در قالب جزوه، کتابچه، تراکت، بروشور و پمفلت یا CD تهیه و منتشر گردیده و در اختیار کارشناسان سلامت روان و رفتار قرار گرفته است تا بر اساس آن آموزش داده و در صورت نیاز آن را در اختیار مراجع قرار دهند.

۷. **تعداد شرکت کنندگان**: تعداد کل افرادی که در جلسه / همایش / کارگاه آموزشی / مشاوره گروهی شرکت نموده اند در این قسمت ثبت نوشته می شود.

۸. **اطلاعات شرکت کنندگان**: در این قسمت نام و نام خانوادگی، شماره تماس شرکت کنندگان در برنامه آموزش / مشاوره ثبت گردیده و امضای شود (این قسمت به عنوان صورتجلسه آموزشی است).

۲. دفتر پذیرش مراجعین و موارد ارجاعی و گزارش خدمات کارشناس سلامت روان و رفتار در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و پشتیبانی از اعتیاد

- گزارش فصلی وضعیت غربالگری و مراقبت اولیه

این فرم جهت جمع بندی وضعیت غربالگری برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد (مراقبین سلامت) توسط کارشناس سلامت روان و رفتار در پایان هر فصل مورد استفاده قرار می گیرد. برای هر مرکز سلامت تحت پوشش یک برگ تکمیل می گردد و یک برگ نیز برای کل مجتمع/ مرکز سلامت جامعه تهیه می شود و در آن مجموع فعالیت تمام مراکز تحت پوشش ثبت می شود.

دستورالعمل تکمیل:

۱. وضعیت پوشش در پایان هر فصل؛ به ترتیب اطلاعات کل جمعیت (صرفاً فصل اول)، جمعیت سرشماری شده، ویزیت/غربالگری شده در این ستون ثبت می گردد.
۲. ویزیت پایه/ غربالگری اولیه؛ مطابق دستورالعمل و بسته های خدمات و مبتنی بر گروههای سنی از جمعیت فراخوانی و ویزیت می شوند و بسته به گروه سنی مربوطه این ستونها تعداد مواردی که در هر فصل مورد ویزیت قرار گرفته است ثبت می گردد.
۳. نتیجه غربالگری؛ تعداد مواردی که به عنوان غربال مثبت (موارد مشکوک به اختلال / مشکل) مورد شناسایی شده اند در این قسمت ثبت می شود.
۴. ارجاع به؛ تعداد مواردی که مراقب سلامت پس از شناسایی و غربال مثبت به پزشک خانواده و کارشناس سلامت روان ارجاع داده است.
۵. نتیجه ارجاع؛ مواردی که پس از ارجاع کارشناس مراقب سلامت، توسط پزشک خانواده/کارشناس سلامت روان مورد تایید و برای آنها پرونده مراقبت و پیگیری تشکیل شده است در این قسمت ثبت می گردد.
۶. پیام رسانی؛ تعداد مواردی که مطابق دستورالعمل و متناسب با اختلال/مشکل روانی اجتماعی توسط مراقب سلامت مورد اطلاع رسانی قرار گرفته و پیام های مربوطه را دریافت نموده اند به تفکیک جمع بندی و نتایج آن در این ستون ها ثبت می گردد.

مداخلات مختصر/ گسترش یافته برای افراد نیازمند(دارای اختلالات روانپزشکی، اعتیاد و آسیب های اجتماعی) تدارک و ارائه می گردد.

- **مداخله مختصر:** مطابق بسته های مداخلات مختصر انجام می گردد. شامل ارائه آموزش و توصیه های اجمالی در جهت آشنایی، کنارآمدن و مدیریت مشکل توسط کارشناس سلامت روان انجام می پذیرد که جلسات آن حداقل آن ۵ دقیقه تا ۳۰ دقیقه می تواند تنظیم گردد. هدف این نوع مداخلات درمان کامل نیست بلکه کمک به مراجع در جهت سازگاری و مدیریت و کاهش بار آن و ایجاد انگیزه برای درمان است.
- **سایر:** اگر غیر موارد مزبور خدمات دیگری (مددکاری و...) انجام شده است ثبت شود.

۸. **تاریخ مراجعه بعدی:** تاریخ مراجعه بعدی و اهمیت آن در ادامه درمان و اخذ نتیجه درمانی به مراجع اعلام و در دفتر ثبت می شود.

۹. **تلفن پیگیری:** در صورتی که برای اطلاع از روند مداخله، درمان و مراقبت و پیگیری آن نیاز به تماس وجود داشته باشد اخذ و ثبت شماره تماس ضروری است.

۴. دفتر شناسایی، ارجاع، پیگیری و مراقبت از وضعیت آسیب دیدگان اجتماعی و فوریت های روانپزشکی

- ثبت اطلاعات مواد اورژانس های اجتماعی

یکی از وظایف اساسی در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد شناسایی، مراقبت و ارجاع آسیب دیدگان اجتماعی است. در این خدمت بر اساس ویزیت پایه و ویزیت های دوره ای و بررسی کانون های خطر و آسیب در محدوده جغرافیایی مجتمع / مرکز سلامت جامعه و جمعیت تحت پوشش آن ضمن شناسایی و غربالگری افراد قربانی آسیب اجتماعی و ارائه خدمات و تدابیر اولیه (آموزش و توانمندسازی) نسبت به ارجاع این افراد به مراکز و سازمانهای حمایتی اقدام و پیگیری می گردد. برای ثبت روان این خدمات فرم زیر طراحی و تدوین گردیده است.

شبکه بهداشت و درمان / شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان

مجمع سلامت H.C. سال

دفتر شناسایی ارجاع و مراقبت افراد در معرض خطر عوامل اجتماعی و اختلالات مصرف مواد (تسهیل دریافت خدمات اورژانس های اجتماعی)

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	کد ملی	جنسیت	وضعیت تاهل		وضعیت اشتغال		وضعیت مسکن		وضعیت تحصیلات		وضعیت درمان		وضعیت اجتماعی		توضیحات
					متاهل	متاهل نیست	اشتغال	بیکار	مسکن	مسکن نیست	تحصیلات	درمان	درمان نیست	وضعیت اجتماعی	وضعیت اجتماعی		

تذکرات: ۱- در صورتی که فرد دارای بیماری مزمن باشد، در ستون بیماری ذکر شود. ۲- در صورتی که فرد دارای بیماری حاد باشد، در ستون بیماری ذکر شود. ۳- در صورتی که فرد دارای بیماری مزمن و حاد باشد، در ستون بیماری ذکر شود. ۴- در صورتی که فرد دارای بیماری مزمن و حاد باشد، در ستون بیماری ذکر شود. ۵- در صورتی که فرد دارای بیماری مزمن و حاد باشد، در ستون بیماری ذکر شود. ۶- در صورتی که فرد دارای بیماری مزمن و حاد باشد، در ستون بیماری ذکر شود. ۷- در صورتی که فرد دارای بیماری مزمن و حاد باشد، در ستون بیماری ذکر شود. ۸- در صورتی که فرد دارای بیماری مزمن و حاد باشد، در ستون بیماری ذکر شود. ۹- در صورتی که فرد دارای بیماری مزمن و حاد باشد، در ستون بیماری ذکر شود. ۱۰- در صورتی که فرد دارای بیماری مزمن و حاد باشد، در ستون بیماری ذکر شود. ۱۱- در صورتی که فرد دارای بیماری مزمن و حاد باشد، در ستون بیماری ذکر شود.

دستورالعمل تکمیل:

۱. ردیف؛ ترتیب افراد از شماره شروع و ادامه می یابد.
۲. نام و نام خانوادگی مراجع (بیمار) درستون مربوطه ثبت می گردد.

۳. سن فرد، به سال نوشته می شود.

۴. کد ملی؛ شماره ملی فرد بر اساس کارت ملی نوشته می شود.

۵. جنسیت؛ جنسیت فرد در این قسمت با درج علامت مثبت مشخص می گردد.

۶. وضعیت تاهل؛ در این قسمت در ستون های مربوطه وضعیت فرد را بر اساس مجرد، متاهل، مطلقه، متارکه و فوت همسر با علامت+ مشخص می شود.

۷. وضعیت بارداری؛ در این قسمت در ستون های مربوطه وضعیت فرد را با علامت+ مشخص می کنیم.

۸. تعداد فرزندان؛ در این ستون تعداد فرزندان فرد را ثبت می کنیم.

۹. وضعیت اشتغال؛ در این قسمت در ستون های مربوطه وضعیت اشتغال فرد بر اساس بیکار، شاغل (تمام وقت و پاره وقت) و نوع شغل نیز بر اساس محصل، دانشجوی، طلبه، خانه دار، بازنشسته، مستمری بگیر، سربازو یا تحت پوشش سازمان حمایتی با ثبت علامت + تعیین می گردد.

۱۰. وضعیت تحصیلات؛ در این قسمت در ستون های مربوطه وضعیت سواد و تحصیلات فرد را بر اساس بیسواد، سواد خواند (نهضت)، دبستان، دبیرستان، دیپلم، تحصیلات دانشگاهی، بازمانده از تحصیل (زیر ۱۸ سال) با علامت+ مشخص می شود.

۱۱. وضعیت مسکن؛ در این ستون وضعیت فرد را از جهت سکونت و کیفیت آن بر اساس اجاره ای، شخصی،

بی سرپناه مشخص می کنیم.

۱۲. وضعیت خانوادگی - سکونتی؛ در این ستون وضعیت فرد را از نظر اینکه در حال حاضر در خانواده با چه

کسی زندگی می کند بر اساس زندگی خانواده، با دوستان/ همکاران، مراکز شبانه شبانه روزی (خوابگاه/ سربازخانه و...) و یا به تنهایی (کارتن خواب و...) با علامت + مشخص می شود.

۱۳. وضعیت آسیب اجتماعی؛ وضعیت ابتلای فرد به آسیب های اجتماعی مانند اختلال مصرف مواد (مصرف

مخاطره آمیز، مصرف زیان آور یا وابستگی مواد و الکل مطابق موارد درج شده در باکس پایین فرم و کد مربوطه در آن) و نیز مواجه بودن با خشونت (در معرض/ مرتکب) و سایر آسیب ها نیز مانند طلاق، انحرافات جنسی و... با علامت + مشخص و یا ثبت می شود.

۱۴. اقدامات انجام شده؛ پس از شناسایی و غربالگری افراد دارای اعتیاد و آسیب های اجتماعی، کارشناس

سلامت روان و رفتار موظف است نسبت به مراقبت های لازم از افراد آسیب دیده اقدام و پیگیری کند. این اقدامات شامل ارجاع به مددکار، معرفی به سازمان های حمایتی، ارجاع به متخصصین مربوطه مانند روانپزشک/ پزشک و... جهت اقدامات تخصصی است.

۱۵. نتیجه اقدام؛ پس از ارجاع باید نتیجه آن مورد پیگیری قرار گرفته و از بهره مندی و تحت پوشش قرار

گرفتن فرد مطمئن و در صورت وجود مشکل تا اخذ نتیجه مورد پیگیری قرار داد.

۷. نحوه بیماریابی؛ روند غربالگری و بیماریابی فرد مطابق فلوجارت غربالگری مواد و الکل مبتنی بر ویزیت پایه، دوره ای است. با این حال ممکن است در برخی موارد افراد به صورت مستقیم به مرکز سلامت مراجعه کنند و یا توسط خانواده شان جهت ارزیابی و درمان معرفی شوند. بر این اساس بسته به نوع بیماریابی در ستون مربوطه با علامت + علامت زده می شود. مواردی که از طریق ویزیت پایه / دوره غربالگری می شوند در ستون سایر کلمه پایه / دوره ای درج می گردد.

۸. سن شروع مصرف؛ منظور اولین سنی است که فرد مصرف مواد را برای اولین بار تجربه و یا مصرف کرده است.

۹. نوع مصرف؛ روش مصرف مواد توسط مراجع بر اساس اینکه تزریقی، تدخینی، خوردن، استنشاقی و یا سایر روش ها در این قسمت تعیین می شود.

۱۰. دارای رفتار پرخطر؛ داشتن تزریق مشترک و استفاده مشترک از سرنگ، رابطه جنسی مشکوک و خارج از چارچوب همسر قانونی، رابطه جنسی با شرکای متعدد، تن فروشی، خالکوبی

۱۱. ماده مصرفی غالب؛ در این ستون با توجه به اظهارات و پرونده ارزیابی تکمیلی مراجع، نام ماده مخداری که با دوز و تعداد بیشتر توسط مراجع مورد استفاده قرار می گیرد در این قسمت ثبت می گردد.

۱۲. خدمات ارائه شده؛ پس از بیماریابی باید فرد تحت پوشش خدمات درمانی و مراقبتی قرار گیرد این خدمات شامل ارجاع به مرکز درمان تخصصی، آموزش و مداخلات مختصر / گسترش یافته، آموزش کاهش آسیب، تحویل ارقام کاهش آسیب، کاندوم و بسته های آموزشی است. هر مورد ارائه این خدمات با علامت + مشخص می گردد.

۱۱. تاریخ مراقبت و پیگیری؛ مطابق مواردی که قبلاً عنوان گردید این فرم برای بیماران اورژانس روانپزشکی مورد استفاده قرار می گیرد که نیازمند مراقبت بیشتر و هفتگی هستند. لذا روند مراقبت و پیگیری به صورت هفتگی تعیین و بر اساس آن اقدام و در دفتر ثبت می شود.

۱۲. علت قطع پیگیری؛ چنانچه فرد روند درمان و مراقبت همکاری نمی کند و یا به دلایلی مراقبت اش قطع شده است در این قسمت با ذکر دلیل مانند عدم همکاری / مهاجرت / یا فوت ثبت می شود.

۱۳. تلفن پیگیری؛ در صورتی که برای اطلاع از روند مداخله، درمان و مراقبت و پیگیری آن نیاز به تماس وجود داشته باشد اخذ و ثبت شماره تماس ضروری است.

۱۴. قطع پیگیری؛ چنانچه فرد در روند درمان و مراقبت همکاری نمی کند و یا به دلایلی مراقبت اش قطع شده است در این قسمت با ذکر دلیل مانند عدم همکاری / مهاجرت / یا فوت ثبت می شود

توانمند سازی فرد مدد جو که به صورت فردی یا گروهی انجام می گیرد، پیگیری ویزیت و مراقبت پزشک و روانپزشک، معرفی به سازمان حمایتی و پیگیری بهره مندی از خدمات مورد نیاز تا اخذ نتیجه و سایر اقدامات مورد نیاز دیگر

۸. تاریخ مراقبت و پیگیری؛ با توجه به اهمیت پیگیری سلامت و توانمند سازی مددجویان تا بهبود وضعیت زندگی فردی و اجتماعی شان که نیازمند مراقبت بیشتر و هفتگی هستند. لذا روند مراقبت و پیگیری به صورت هفتگی تعیین و بر اساس آن اقدام و در دفتر ثبت می شود.

۹. علت قطع پیگیری؛ چنانچه فرد در مراقبت همکاری نمی کند و یا به دلایلی مراقبت اش قطع شده است در این قسمت با ذکر دلیل مانند عدم همکاری/ مهاجرت/ یا فوت ثبت می شود.

۱۰. تلفن پیگیری؛ برای اطلاع از روند مداخله، درمان و مراقبت و پیگیری آن نیاز به تماس وجود داشته باشد اخذ و ثبت شماره تماس ضروری فرد یا یکی از بستگان اولازم و مورد تاکید است.

پیکری و مراقبت موارد اقدام به خودکشی

کارشناس سلامت روان و رفتار ضمن آموزش و توجیه مراقبین سلامت و بهورزان و ابلاغ دستورالعمل پیشگیری از خودکشی به پزشکان خانواده، شناسایی و ارجاع موارد در معرض خودکشی و یا اقدام کننده به خودکشی را از آنها مورد پیگیری قرار می دهد. این موارد را مطابق دستورالعمل مورد ارزیابی قرار داده و نسبت به انجام مداخلات و مراقبت های لازم اقدام و پیگیری قرار می دهد. و نتایج این روند را در فرم زیر ثبت می کند.

شبکه بهداشت و درمان / شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان

مجتمع سلامت HC- سال

دفتر ثبت و مراقبت افراد اقدام به خودکشی

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد (روز - ماه - سال)	وضعیت تاهل	وضعیت اشتغال	شماره تماس	لرزه قلم	مرکز ارائه خدمات بهداشت روانی	سابقه بیماری		سابقه اقدام به خودکشی		نتیجه اقدام
									بیماری	تاریخ شروع	تاریخ اقدام	تاریخ اقدام	

مرکز ارائه کننده خدمات: خانه بهداشت (۱)، مرکز بهداشتی درمانی (۲)، شبکه سلامت (۳)، مرکز سلامت جامعه (مجتمع سلامت) (۴)، بهارستان (۵)، اورژانس اجتماعی (۶)، زنگنه (۷)، ساسان (۸) / روش خودکشی: سموم یا دارو (۱)، سموم یا مواد مخدر (۲)، سلاح گرم (۳)، سنج (۴)، خودسوزی (۵)، دارو زدن (۶)، برتاب از بدن (۷)، شکر (۸)، شکر (۹)، شکر (۱۰) / علت خودکشی: فقر (۱)، بیماری (۲)، مشکلات خانوادگی (۳)، مشکلات تحصیلی (۴)، مشکلات شغلی (۵)، مسائل اجتماعی (۶)، فقر (۷)، بیماری (۸)، مسائل اجتماعی (۹)، فقر (۱۰) / آدرس: محل سکونت

دستورالعمل تکمیل:

۱. ردیف؛ ترتیب افراد از شماره ۱ شروع و ادامه می یابد.
۲. نام و نام خانوادگی مراجع؛ در ستون مربوطه ثبت می گردد
۳. کد ملی مراجع؛ شماره ملی مراجع بر اساس کارت ملی نوشته می شود.
۴. کد ملی سرپرست خانوار؛ شماره ملی سرپرست خانوار بر اساس کارت ملی نوشته می شود.
۵. تاریخ تولد؛ تاریخ تولد فرد برحسب روز/ ماه و سال در این ستون درج می گردد.
۶. جنسیت؛ جنسیت فرد برحسب زن/ مرد با علامت + در این ستون ها ثبت می گردد.
۷. وضعیت تاهل؛ در این قسمت در ستون های مربوطه وضعیت فرد را بر اساس مجرد، متأهل، مطلقه، متارکه و فوت همسر (نامشخص) با علامت+ مشخص می شود.
۸. وضعیت اشتغال؛ در این قسمت در ستون های مربوطه وضعیت اشتغال فرد براساس بیکار، شاغل (تمام وقت و پاره وقت) و نوع شغل نیز براساس محصل، دانشجو، طلبه، خانه دار، بازنشسته، مستمری بگیر، سربازو یا تحت پوشش سازمان حمایتی با ثبت علامت + تعیین می گردد.

۹. **وضعیت تحصیلات؛** در این قسمت در ستون های مربوطه وضعیت سواد و تحصیلات فرد را براساس بیسواد، سواد خواند (نهضت)، دبستان، دبیرستان، دیپلم، تحصیلات دانشگاهی، دکتری و فوق دکتری و سایر (با ذکر مورد) با علامت + مشخص می شود.
۱۰. **شماره تلفن تماس؛** جهت اطلاع از روند مداخلات و نتیجه درمان و پیگیری آن اخذ و ثبت شماره تماس ضروری فرد یا یکی از بستگان اولازم و مورد تاکید است.
۱۱. **تاریخ اقدام به خودکشی؛** تاریخ اقدام برحسب روز/ ماه و سال در این ستون درج می گردد.
۱۲. **مرکز ارائه کننده خدمات روانپزشکی / پزشکی؛** مرکزی که مددجو برای اخذ و مراقبت های لازم برای اولین بار به آن مراجعه و خدمات روانپزشکی یا پزشکی را خذ کرده است (مطابق باکس پایین فرم) در این ستون ثبت می گردد.
۱۳. **سابقه بیماری جسمی / روانی** چنانچه فرد قبلاً به بیماری خاصی اعم از جسمی و روانپزشکی (مخصوصاً صعب العلاج و مزمن، افسردگی، دوقطبی یا سایکوتیک) مبتلا بوده است در این ستون درج می گردد.
۱۴. **سابقه اقدام به خودکشی؛** چنانچه فرد قبلاً در موارد دیگری به خودکشی اقدام کرده است تعداد آن درج گردد. همچنین اگر در خانواده فرد اقدام کننده قبلاً کسی به خودکشی اقدام کرده درج و نسبت فرد نیز مشخص گردد.
۱۵. **روش اقدام به خودکشی؛** روش اقدام به خودکشی مطابق موارد مندرج درباکس پایین فرم در این ستون ثبت می گردد.
۱۶. **علت خودکشی؛** علت اقدام به خودکشی مطابق موارد مندرج درباکس پایین فرم در این ستون ثبت می گردد.
۱۷. **نتیجه اقدام به خودکشی؛** نتیجه اقدام به خودکشی برحسب اینکه فرد فوت شده، یا احیا و نجات یافته است در ستون های مربوطه درج و فرد جهت انجام اقدامات و مداخلات روانشناختی و درمانی تکمیلی به سطوح تخصصی ارجاع شود.

- پیگیری تلفنی موارد خاص

این فرم برای مداخلات روانشناختی، پیگیری و مراقبت مستمر آن دسته از مراجعین و بیماران روانپزشکی و سایکوتیک و مزمن است که در بیمارستان بستری گردیده و نیازمند خدمات تکمیلی و مراقبتی (پیگیری روند درمان دارویی و مداخلات شناختی رفتاری) هستند. که برحسب فرم ارجاع پزشک خانواده / روانپزشک نیازمند مراقبت هفتگی و کوتاه مدت هستند، تهیه و تدوین گردیده است.

شبکه بهداشت و درمان / شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان												
مجموع سلامت - HC - مرکز سلامت												
دفتر پیگیری تلفنی موارد دارای مشکلات روانپزشکی												
توضیحات	منبع ارجاع										شماره تلفن	
	شماره پرونده	نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	سن	مرکز ارجاع	مرکز ارجاع	شخصی	شماره تلفن	تاریخ	تاریخ		تاریخ

دستورالعمل تکمیل:

۱. ردیف؛ ترتیب افراد از شماره ۱ شروع و ادامه می یابد.
۲. شماره پرونده؛ منظور شماره ای است که کارشناس برای پرونده های مراقبت و پیگیری در نظر می گیرد.
۳. نام و نام خانوادگی؛ اسم و شهرت مراجع به صورت کامل در این قسمت ثبت می گردد.
۴. سن: سن به سال نوشته شود
۵. منبع ارجاع؛ در این قسمت به ترتیب مرکز و همکار (پزشک / مراقب سلامت) که مراجع را ارجاع داده است
۶. تشخیص؛ منظور تشخیص نهایی است که توسط پزشک خانواده / روانپزشک / روانشناس داده شده و به خاطر آن نیازمند مراقبت و پیگیری است.
۷. تلفن پیگیری؛ در صورتی که برای اطلاع از روند مداخله، درمان و مراقبت و پیگیری آن نیاز به تماس وجود داشته باشد اخذ و ثبت شماره تماس ضروری است.
۸. تاریخ مراقبت و پیگیری؛ مطابق مواردی که قبلاً عنوان گردید این فرم برای بیماران اورژانس روانپزشکی مورد استفاده قرار می گیرد که نیازمند مراقبت بیشتر و هفتگی هستند. لذا روند مراقبت و پیگیری به صورت هفتگی تعیین و بر اساس آن اقدام و در دفتر ثبت می شود.
۹. توضیحات؛ چنانچه در روند مراقبت به موارد خاصی برخورد شده است که نیازمند توجه و دقت در مراحل بعدی پیگیری است در این قسمت ثبت می شود.

الف؛ نحوه تکمیل فرم در خانه های بهداشت؛

جمع آوری و ثبت اطلاعات اولیه براساس اطلاعات لیست ارجاع و مراقبت بیماریهای روانپزشکی و سوء مصرف مواد و الکل توسط بهورز ثبت و تکمیل می گردد. فرمهای تکمیل شده از خانه های بهداشت توسط مربی جمع آوری می شود، پس از بررسی و رفع اشکالات، ضمن تطبیق با دفتر پیگیری و مراقبت پزشک و انجام اصلاحات مورد نیاز به تایید و مهر و امضای پزشک مربوطه رسیده و پس از آن به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.

ب؛ نحوه تکمیل فرم در مراکز بهداشتی درمانی شهری/مراکز سلامت؛

در مناطق شهری و مجتمع های سلامت نیز اطلاعات این فرم براساس اطلاعات لیست ارجاع و مراقبت بیماریهای روانپزشکی و سوء مصرف مواد و الکل توسط کارشناس بهداشت خانواده و یا کارشناس مراقب سلامت ثبت و تکمیل می گردد. پس از آن پزشک مرکز ضمن تطبیق فرم با اطلاعات دفتر پیگیری و مراقبت پزشک آن را تایید و مهر و امضا نموده و جهت اقدامات بعدی به کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع و یا کارشناس سلامت روان ستاد شهرستان ارسال می نماید.

زمان جمع آوری و ارسال فرم آماری؛

این فرم به صورت ماهانه تکمیل گردیده و از خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی به ستاد شهرستان حداکثر تا پنجم ماه بعد ارسال خواهد شد.

دستورالعمل تکمیل:

۱. ثبت و تکمیل اطلاعات ساختاری واحدهای ارائه کننده خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ؛

در قسمت بالای فرم سمت راست نام شهرستان، نام مرکز بهداشتی درمانی / مجتمع سلامت، نوع مرکز (شهری، شهری-روستایی و روستایی) مشخص می شود ، و در سمت چپ سال ، ماه و تاریخ تکمیل فرم و نام پایگاه و یا خانه بهداشت ثبت می گردد. در انتهای فرم نام و نام خانوادگی و امضای تکمیل کننده، نام و نام خانوادگی و امضای مربی / کارشناس و نام و نام خانوادگی و امضای پزشک ثبت می شود.

۲. ثبت و تکمیل اطلاعات جمعیت تحت پوشش و گزارش وضعیت غربالگری ؛

در قسمت دوم اطلاعات ساختاری تعداد افراد جمعیت تحت پوشش به تفکیک گروههای سنی (گروه هدف) و تعداد کل جمعیت در ابتدای سال ثبت می گردد. سایر اطلاعات ساختاری از قبیل تعداد افراد غربالگری شده و تعداد بیمار جدید شناسایی شده به تفکیک گروه بیماری و زن و مرد به صورت ماهانه ثبت می گردد. کل موارد جدید ثبت شده در ستون تعداد بیمار جدید شناسایی شده نباید بیشتر از کل موارد جدید به تفکیک نوع اختلال و جنس باشد.

۳. شرح اختلالات

در ستون سلامت روان به ترتیب اختلالات سایکوتیک (شدید روانی شامل اسکیزوفرنی، اختلال هذیانی، اسکیزوافکتیو،

اسکیزوفرنیفرم، سایکوز گذرا و ...)، اختلالات افسردگی (افسردگی دوره کودکی، افسردگی اساسی، دیس تایمی، ملال پیش از قاعدگی و...)، اختلالات دوقطبی (اختلال 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، آمفتامین، ریتالین، خات، روان گردان ها مثل اکستازی، ال اس دی، مواد استنشاقی مانند چسب، اتر، بنزین، استن و ...)، اختلال مصرف الکل (شامل: مصرف شراب، آب جو، ویسکی و الکل طبی و... و ستون سلامت اجتماعی، خشونت خانگی (شامل کودک آزاری، همسرآزاری و سالمندآزاری و...) می باشد.

یادآوری: نوع اختلال مطابق شرح حال روانپزشکی، تشخیص پزشک و براساس اطلاعات لیست ارجاع و مراقبت بیماریهای روانپزشکی و سوء مصرف مواد تکمیل می گردد.

۴. بیماران موجود در جمعیت تحت پوشش شامل: موارد جدید شناسایی شده و تعداد کل بیماران موجود می باشد.

۵. تعداد موارد جدید شناسایی شده: شامل کلیه مواردی است که همان ماه، توسط پزشک برای آنها فرم شرح حال روانپزشکی تکمیل و مشخصات آنها در دفتر ثبت، ارجاع، پیگیری و مراقبت از اختلالات روانپزشکی و سوء مصرف مواد یا دفتر مراقبت و پیگیری پزشک ثبت گردیده است. موارد جدید باید به تفکیک نوع اختلال، جنس و سن در آمار همان ماه ثبت گردد.

۶. تعداد بیماران موجود:

موارد دارای پرونده فعال قبلی: شامل کلیه بیمارانی است که تا زمان تکمیل فرم به شرح زیر توسط کارکنان بهداشتی و تیم سلامت (بهورز، کارشناس بهداشت خانواده و مراقب سلامت و پزشک) مورد شناسایی قرار گرفته اند بیماران شناسایی شده دارای پرونده فعال (بیماران تحت مراقبت و پیگیری) همان موارد تکراری می باشد، بیمارانی که مستقیماً تحت نظر و مراقبت پزشک عمومی / خانواده مرکز بهداشتی درمانی هستند.

متفرقه: افرادی که بیمار بوده ولی بنا به دلائلی خارج از سیستم بهداشتی مورد درمان و مراقبت قرار می گیرند (به صورت مستقیم تحت نظر متخصص، یا پزشک عمومی خارج از سیستم بهداشتی درمانی هستند).

بازگشت مجدد: شامل بیمارانی است که بعد از بهبودی مجدد با همان بیماری مراجعه کرده اند.

ستون "کل" در قسمت تعداد بیماران موجود: این ستون حاصل جمع موارد جدید و دارای پرونده فعال قبلی، متفرقه، بازگشت مجدد در ماه جاری می باشد.

مادران باردار: به دلیل اهمیت مراقبت از سلامت روانی مادران باردار، اطلاعات مادران باردار که دارای اختلال روانپزشکی بوده و نیازمند خدمات خاص و پیگیری می باشند، علاوه بر اینکه در گروههای سنی مربوطه درج می گردد در این ستون نیز به صورت اختصاصی ثبت و گزارش می گردد.

۷. **تعداد مراقبت شده (خدمات ارائه شده):** در این ستون تعداد مراقبتهای پزشک/غیرپزشک به تفکیک نوع اختلال به شرح زیر ثبت و گزارش می گردد.

غیرپزشک: تعداد موارد مراقبت شده توسط بهورز، کاردان/کارشناس/ مراقب سلامت و روانشناس به تفکیک نوع بیماری ثبت می گردد.

پزشک: درمان دارویی و مراقبت توسط پزشک به تفکیک نوع بیماری ثبت می گردد.

۸. **ارجاع به متخصص:** بیمارانی که بنا به دلایل ذیل به مرکز تخصصی/ متخصص و بستری ارجاع داده می شود

سایکوز بار اول، بیمارانی صرعی و کم توان ذهنی بار اول، موارد اقدام به خودکشی و ...

۹. **موارد قطع پیگیری:** موارد قطع پیگیری شامل موارد بهبود، فوت و سایر موارد می باشد.

بهبود: بیمارانی که بنا به تشخیص پزشک و یا متخصص نیاز به مصرف دارو ندارند، بهبودی محسوب شده و در این قسمت ثبت می گردد.

فوت: بیمارانی که در همان ماه فوت نموده اند، 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 می یابد، علاوه بر ثبت در قسمت سایر دلایل، به عنوان مورد جدید بر اساس نوع اختلال و گروه سنی در قسمت موارد جدید نیز گزارش می شود.

ج) بیمارانی که از ادامه درمان دارویی و غیر دارویی امتناع کرده و علیرغم پیگیری (در مدت زمان تعیین شده مطابق دستورالعمل) حاضر به همکاری نیستند. این وضعیت شامل موارد ارجاع داده شده به مراکز تخصصی نیز می شود و در صورتی که پس از ارجاع برای دریافت خدمات به سیستم مراجعه نکند قطع پیگیری خواهند بود.

۶. 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

۱. ثبت و تکمیل اطلاعات ساختاری واحدهای ارائه کننده خدمات سلامت روان ؛

در قسمت بالای فرم سمت راست نام شهرستان، نام مرکز بهداشتی درمانی / مجتمع سلامت، نوع مرکز (شهری، شهری-روستایی و روستایی) مشخص می شود ، و در سمت چپ سال ، ماه و تاریخ تکمیل فرم و نام پایگاه و یا خانه بهداشت ثبت می گردد. در انتهای فرم نام و نام خانوادگی و امضای تکمیل کننده، نام و نام خانوادگی و امضای مربی / کارشناس و نام و نام خانوادگی و امضای پزشک ثبت می شود.

۲. ثبت و تکمیل اطلاعات جمعیت تحت پوشش و گزارش نتایج فعالیت های آموزشی ؛

- موضوع آموزشی که شامل؛ مهارت های خود مراقبتی در حوزه سلامت روان، مهارت های زندگی، مهارت های فرزند پروری، آشنایی با ویژگی های بیماریهای روانپزشکی، مدیریت استرس، مدیریت خشم، پیشگیری از مصرف مواد و الکل و سایر موارد می باشد.

۳. اطلاعات شرکت کنندگان ؛ شامل موارد زیر است

- **جلسه آموزشی؛** هر گونه جلسه آموزشی که در ارتباط با موضوع مربوطه تشکیل گردیده است (با حداقل ۵ نفر)
- **کارگاه آموزشی؛** هر فعالیت آموزشی که با حضور کارشناس سلامت روان در ارتباط با موضوع خاص برگزار و طی آن شرکت کنندگان حداقل ۸ و حداکثر ۳۰ نفر به صورت فعال و کارگروهی و پرسش و پاسخ تحت آموزش قرار گرفته اند.
- **همایش؛** هر جلسه ای که بیش از ۵۰ نفر در آن شرکت نموده و طی برگزاری یک یا چند سخنران پیرامون موضوع مربوطه سخنرانی و اطلاع رسانی کرده است.
- **توزیع رسانه آموزشی / کمک آموزشی؛** هرگونه برشور/ پمفلت و رسانه ای که برای مخاطبین در ارتباط با موضوع آموزشی (اعم از اینکه در جریان کارگاه/ جلسه/ همایش یا خارج از آن) توزیع گردید به تعداد درج می گردد.
- **تعداد شرکت کننده؛** تعداد افرادی که در جلسه/ کارگاه/ همایش آموزشی شرکت کرده اند به تفکیک زن و مرد و گروه هدف درج می گردد.

۴. 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.

۵. 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)

۷. برنامه ریزی، مدیریت و گزارش جامع عملکرد کارشناس سلامت روان و رفتار در حوزه سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

کارشناس سلامت روان و رفتار مطابق مجموعه شرح وظایف و انتظارات فنی و تخصصی و اجرایی موظف است با برنامه ریزی منظم نسبت به اجرای برنامه ها و فعالیت های مورد انتظار اقدام نموده و ضمن مدیری فعالیت های مورد انتظار از مراکز سلامت با تهیه، آماده سازی و انتشار گزارشات به روز و جامع در جهت جلب حمایت های همه جانبه سطوح مختلف مدیریتی و سازمانی و مخاطبین اقدام نماید. در این راستا فرم های برنامه ریزی و گزارش عملکرد به شرح زیر در قالب دفتر برنامه ریزی، مدیریت و گزارش جامع عملکرد کارشناس سلامت روان و رفتار در حوزه سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد طراحی و ارائه می گردد:



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



دانشگاه پزشکی و دندانپزشکی تهران
مرکز سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

دفتر برنامه ریزی، مدیریت و گزارش جامع عملکرد کارشناس سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد مجتمع سلامت / مرکز سلامت جامعه

نام مجتمع / مرکز سلامت جامعه:

نام کارشناس سلامت روان و رفتار:

تاریخ شروع فعالیت:

برنامه هفتگی کارشناس سلامت روان و رفتار مرکز سلامت جامعه / مجتمع سلامت

ملاحظات	فعالیت کلی	تاریخ	مقام هفتگی
	فرزنگ پردی		شنبه
	مهارتهای زندگی	آموزش	
	مدیریت استرس و کنترل خشم		
	پایش و ارزشیابی مراکز سلامت		
	همانگی بین بخش	فعالیت های سادی	یکشنبه
	آموزش و توانمندسازی پرسنل		
	امور جاری اداری		
	خود مراقبتی		
	آموزش روانشناختی	آموزش	دوشنبه
	پیشگیری از اعتیاد		
	مشاوره فردی		
	مشاوره گروهی	مشاوره	سه شنبه
	پایش و ارزشیابی مراکز سلامت		
	همانگی بین بخش	فعالیت های سادی	چهارشنبه
	آموزش و توانمندسازی پرسنل		
	امور جاری اداری		
	مشاوره فردی		
	مشاوره گروهی	مشاوره	پنجشنبه

مطابق این فرم، کارشناس سلامت روان و رفتار برای طول هفته برنامه های خود را عنوان بندی و بر اساس آن فعالیت های خود را تنظیم و اجرا می کند.

گزارش روزه فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت / مرکز سلامت جامعه

خلاصه فعالیت های انجام شده

روز	تاریخ
شنبه	
یکشنبه	
دوشنبه	
سه شنبه	
چهارشنبه	
پنجشنبه	

این فرم مخصوص ثبت اهم فعالیت و اقدامات روزانه کارشناس سلامت روان و رفتار است. لازم است برای اینکه حجم کار و فعالیت کارشناس مستند سازی شود این فعالیت ها در این فرم ثبت گردد.

جمع گزارش فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت / مرکز سلامت چاقه در سال

ماه	ماهنامه خدمت	فهرست		فهرست		فهرست		فهرست		فهرست		فهرست		فهرست		فهرست		فهرست	
		تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع
۱	چشمه / کلاس																		
۲	کارگاه																		
۳	شروکت کنده																		
۴	موزه انجام شده																		
۵	نمونه پیش																		
۶	چشمه / کلاس																		
۷	کارگاه																		
۸	شروکت کنده																		
۹	موزه انجام شده																		
۱۰	نمونه پیش																		

بر اساس این فرم کلیه فعالیت های آموزشی و ستادی که توسط کارشناس سلامت روان و رفتار انجام می شود به صورت ماهانه جمع بندی و ثبت می گردد. جمع بندی و ثبت منظم این فعالیت ها موجب کاهش استرس ناشی از بازدیدهای غیر قابل پیش بینی است.

جمع گزارش فصولی فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت / مرکز سلامت چاقه در سال

فصل	ماه	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع
اول	چشمه / کلاس																		
	کارگاه																		
	شروکت کنده																		
دوم	موزه انجام شده																		
	نمونه پیش																		
	چشمه / کلاس																		
سوم	کارگاه																		
	شروکت کنده																		
	موزه انجام شده																		
چهارم	نمونه پیش																		
	چشمه / کلاس																		
	کارگاه																		

در این فرم اطلاعات مربوطه به خدمات پوشش ویزیت پایه و غربالگری جمعیت جمع بندی می گردد. در بخش دوم این فرم روند بیماریابی کل مجتمع / مرکز سلامت جامعه و گزارش اختلالات روانپزشکی در آن جمع بندی و گزارش می گردد.

جمع گزارش فصلی روند غربالگری و مراقبت اختلالات روانپزشکی مرکز سلامت / مرکز سلامت چاقه در سال

فصل	ماه	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع
اول	چشمه / کلاس																		
	کارگاه																		
	شروکت کنده																		
دوم	موزه انجام شده																		
	نمونه پیش																		
	چشمه / کلاس																		
سوم	کارگاه																		
	شروکت کنده																		
	موزه انجام شده																		
چهارم	نمونه پیش																		
	چشمه / کلاس																		
	کارگاه																		

از این فرم برای هر مرکز سلامت یک صفحه اختصاص داده و به صورت مستمر و فصلی روند فعالیت های حوزه سلامت روان در امر تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی را ثبت و رصد می کنیم. مطابق آن میزان پیشرفت فعالیت ها را مدیریت می نمایم.

برنامه عملیاتی کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت / مرکز سلامت چاقه در سال

شرح فعالیت های مورد انتظار برای ارتقا یافتن فرآیند	استاندارد فعالیت	استاندارد زمان	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع	تاریخ	موضوع
آموزش و توانمند سازی مراقبین سلامت	فهرست در سال	فهرست در سال																
خدمات بهداشتی بازرسی و مراقبت سلامت	فهرست در سال	فهرست در سال																
شناسایی جمعیت ها و مراقبت های پرخطر	فهرست در سال	فهرست در سال																
توانمندی سلامت	فهرست در سال	فهرست در سال																
بهداشتی با سادها و مراقبت و مداخلات	فهرست در سال	فهرست در سال																
آزمایش و ویزیت در مراکز سلامت و ارائه پیشرواند و مداخلات فرم	فهرست در سال	فهرست در سال																
برگزاری کارگاه های آموزشی و گروهی در مراکز سلامت	فهرست در سال	فهرست در سال																
اجرای کارگاه های آموزشی در زمینه بهداشت روانی	فهرست در سال	فهرست در سال																
اجرای کارگاه های آموزشی در زمینه بهداشت روانی	فهرست در سال	فهرست در سال																
بازرسی	فهرست در سال	فهرست در سال																
اجرای برنامه های پیشگیری از ابتداء و کاهش آسیب در جمعیت آسیب دیده و در معرض خطر	فهرست در سال	فهرست در سال																
آموزش جامع های توانمندی در باجا و موارد	فهرست در سال	فهرست در سال																
آموزش و توانمندسازی سلامت اجتماعی	فهرست در سال	فهرست در سال																
آموزش اختلالات شایع روانپزشکی	فهرست در سال	فهرست در سال																
تکمیل شبکه مشاوران سلامت روان در منطقه	فهرست در سال	فهرست در سال																
تعمیر و ارتقاء وضعیت شخصی های سلامت روانی	فهرست در سال	فهرست در سال																
اجتماعی و ابتداء و برنامه ریزی جهت بهبود ارتقاء شخصی ها	فهرست در سال	فهرست در سال																
بهداشتی و جمع بندی آمار و اطلاعات برنامه های سلامت روان و ابتداء به صورت ماهانه	فهرست در سال	فهرست در سال																
برنامه ریزی و پیگیری اجرای برنامه وزارت در منزل	فهرست در سال	فهرست در سال																
بهبود زمین روانی جهت پیشگیری	فهرست در سال	فهرست در سال																

کارشناس سلامت روان و رفتار موظف است مطابق این فرم برنامه سالانه خود را مورد توجه و پیگیری قرار داده و نسبت به اجرای مفاد آن مبتنی بر استاندارد و فعالیت های مورد انتظار اهتمام و اقدام نماید.

۸. چک لیست های پایش و ارزشیابی در حوزه سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

الف. چک لیست پایش و ارزشیابی کارشناس مراقب سلامت

دانشگاه علوم پزشکی : شهرستان : نام و نام خانوادگی ؛ خانم / آقای :		شهر / روستا: مرکز / پایگاه : ماه سال	
ردیف	سئوالات	استاندارد	امتیاز کل امتیاز مکتسبه
۱	آیا کارشناس در دوره های آموزشی توجیهی بدو خدمت بر نامه ها شرکت داشته است؟ (نکته مهم: صرفاً برای اولین دوره پایش)	- شرکت در دوره های آموزشی کامل (۲امتیاز) - دریافت بسته آموزشی (۲امتیاز)	۴
۲	آیا کارشناس در دوره های بازآموزی بر نامه 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	آیا 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	آیا موارد 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 ۲امتیاز)	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	آیا نسبت به انجام و ثبت روند مراقبت از موارد دارای اختلال/ مشکل سلامت روانی تایید شده توسط پزشک/روانشناس مطابق دستورالعمل اقدام شده است؟	- بررسی روند ارجاع و پیگیری نتیجه آن به تفکیک از هر گروه 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 اختلالات روانپزشکی (هر پرونده کامل ۱ امتیاز)	۶
۶	در مواجهه با موارد فوریت های روانپزشکی و مشکلات اجتماعی، آیا پیگیری براساس دستورالعمل انجام شده است؟	- ثبت دفتر شناسایی ارجاع و مراقبت افراد در معرض عوامل اجتماعی و اختلالات مصرف مواد (۳امتیاز) - تکمیل فرایند پیگیری: ۲ بار در هفته های دوم به بعد بصورت هفتگی (۳ امتیاز)	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)	

دانشگاه علوم پزشکی : شهرستان : نام و نام خانوادگی ؛ خانم / آقای :				
شهر / روستا: مرکز / پایگاه : ماه سال				
ردیف	سئوالات	استاندارد	امتیاز کل	مورد ندارد
۷	آیا مراقبت بیماران سایکوتیک پس از ترخیص از بیمارستان انجام می شود؟	- بررسی دفتر پیگیری تلفنی موارد دارای مشکلات روانپزشکی (سایکوتیک) (۲امتیاز) - بررسی پرونده موارد موجود (۲امتیاز)	۴	
۸	آیا فرایند تکمیل لیست ثبت نام و پیگیری صورت جلسات آموزش گروهی در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد بصورت ماهانه انجام می شود؟	- تکمیل فرم ثبت و گزارش آموزش گروهی (۲/۵امتیاز) - ارائه فرم فعالیت های آموزشی به ستاد مجتمع سلامت / مرکز بهداشتی درمانی در پایان هر فصل (۲/۵امتیاز)	۵	
۹	آیا فرمهای ثبت آمار و خدمات ماهانه در برنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد بطور کامل و به موقع تحویل داده شده است؟	- ثبت صحیح و کامل اطلاعات و آمار: بررسی فرم آماری ۳ ماه اخیر (در صورت هم خوانی اطلاعات فرمهای مربوطه و با آمار ماه قبل برای هر ماه (۳امتیاز)	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 (۲امتیاز) 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:				
نام و نام خانوادگی پایش کننده:			امضا	

راهنمای چک لیست مراقب سلامت

با اجرایی شده طرح تحول نظام سلامت و با هدف ارائه خدمات تخصصی و عادلانه در مدیریت و ارتقاء بهداشت عمومی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد خصوصاً در حاشیه شهرها، کارشناس مراقب سلامت خانواده به عنوان نیروی متخصص در سطح اول ارائه خدمات؛ وظایف غربالگری، آموزش خودمراقبتی، ارجاع و پیگیری در این حوزه را بر اساس شرح وظایف و فلوچارتها بر عهده خواهد داشت. محتوی این چک لیست جهت پایش و ارزشیابی عملکرد کارشناس مراقب سلامت خانواده تهیه و تدوین شده و مشتمل بر ۱۰ سوال و ۱۰۰ امتیاز است. در ذیل استانداردها و معیار هر سوال به تفصیل بیان شده است.

مشخصات کلی و نحوه محاسبه امتیازها

❖ ستون امتیاز کل

عدد نهایی هر امتیاز بر اساس استاندارد / معیار تعیین شده را نشان میدهد.

❖ ستون امتیاز مکتسبه

پایش کننده بر اساس رویت مستندات مربوط به هر سوال و مطابق با تعریف استاندارد امتیاز روانشناس را محاسبه کرده و در این ستون درج میکند.

❖ ستون مورد ندارد

این ستون در مواردی که پیش نیاز انجام خدمات تامین نبوده و یا پرسنل مرتبط با آن همکاری نداشته اند (به عنوان مثال عدم برگزاری دوره های آموزشی توسط ستاد) علامت زده شده و در انتها فرم از عدد کل امتیاز کسر خواهد شد. بدین ترتیب امتیاز نهایی از عدد ۴۸ با توجه به مواردی که مورد نداشته کسر می شود. یا مثلاً در صورتی که طی سه ماه گذشته موارد اورژانس از ارجاع به پزشک و یا پیگیری ارجاع پزشک توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده وجود نداشته باشد «ستون مورد ندارد» برای سوال ۶ علامت زده شده و از امتیاز کل کسر خواهد شد.

❖ سوال اول و دوم

آیا کارشناس در دوره های آموزشی توجیهی بدو خدمت برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شرکت داشته است؟

امتیاز این سوال بر اساس موقعیت پایش شونده شامل اولین پایش از زمان اجرای طرح نظام تحول و در مراحل بعد در مورد پایش های دوره ای است.

اولین پایش: کل سوال ۴ امتیاز

◀ امتیاز کامل (دو امتیاز) برای شرکت در دوره های آموزش سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد و دریافت گواهی معتبر که بر اساس کوریکولوم توسط ستاد دانشگاه علوم پزشکی انجام شده باشد.

رویت گواهی آموزشی کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در درج امتیاز ضروری است.

◀ دریافت بسته های آموزشی شامل کتاب و فایل های الکترونیک در صورت وجود کامپیوتر (دو امتیاز)

پایشهای دوره ای: کل سوال ۴ امتیاز

◀ امتیاز کامل (۲ امتیاز) برای شرکت در دوره های آموزش سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد در طول یک سال گذشته و دریافت گواهیهای معتبر که بر اساس کوریکولوم توسط ستاد دانشگاه علوم پزشکی انجام شده باشد. رویت گواهی آموزشی کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در درج امتیاز ضروری است.

◀ وجود بسته های آموزشی شامل کتاب و فایل های الکترونیک در صورت وجود کامپیوتر (دو امتیاز)

❖ سوال سوم

آیا مراجعین به پایگاه بهداشت و مرکز جامع خدمات سلامت، غربالگری سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شده اند؟ (کل امتیاز ۱۲)

بر اساس شرح وظایف، کارشناسان مراقب سلامت خانواده موظف به غربالگری سلامت روان و ارجاع به پزشک و غربالگری اولیه در حوزه های سلامت اجتماعی و اعتیاد و ارجاع به روانشناس خواهد بود.

◀ انجام ویزیت پایه و ثبت نتایج آن در فرم گزارش روزانه غربالگری مراقب سلامت (۸ امتیاز)

◀ انجام غربالگری سالانه ۱۶ درصد جمعیت تحت پوشش مورد انتظار می باشد به ازای هر فصل در صورت تحقق غربالگری (شناسائی موارد دارای اختلال) به میزان ۴ درصد کل امتیاز داده شود: (۶ امتیاز)

◀ بررسی ۲ پرونده در هر گروه سنی (کودکان و نوجوانان - جوانان - میانسالان - مادران) که غربالگری در حوزه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد انجام شده باشد (هر پرونده کامل ۱ امتیاز): کل سوال ۱۰ امتیاز

❖ سوال چهارم

آیا موارد غربالگری مثبت ارجاع داده می شود؟ کل سوال ۲۰ امتیاز

فرآیند غربالگری سلامت روان و غربالگری تکمیلی در حوزه سلامت اجتماعی و حوزه پیشگیری از مصرف مواد و الکل، بر اساس دستورالعمل و فلوچارت ارائه خدمات از طریق برگه های ارجاع انجام می پذیرد.

◀ بررسی روند ارجاع و پیگیری نتیجه آن به تفکیک از هر گروه سنی (کودکان - نوجوانان - جوانان - میانسالان) و مادران ۲ پرونده بصورت راندم در برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (هر پرونده کامل ۱ امتیاز، کل سوال ۱۰ امتیاز)

- ◀ بررسی روند ارجاع و پیگیری نتیجه آن به تفکیک از هر گروه سنی و مادران ۱ پرونده بصورت راندم در برنامه تشخیص و مراقبت سوء مصرف مواد و الکل (هر پرونده کامل ۱ امتیاز، کل سوال ۵ امتیاز)
- ◀ بررسی روند ارجاع و پیگیری نتیجه آن به تفکیک از هر گروه سنی و مادران ۱ پرونده بصورت راندم در برنامه شناسایی و مدیریت سلامت اجتماعی (هر پرونده کامل ۱ امتیاز، کل سوال ۵ امتیاز)
- ◀ نکته: رویت برگه ارجاع بعد از غربالگری تکمیلی و برگه های پسخوراند ارجاع و همچنین دفتر ثبت نتایج غربالگری و پیام رسانی سلامت ضروری است.

❖ سوال پنجم

آیا نسبت به انجام و ثبت روند مراقبت از موارد دارای اختلال/مشکل سلامت روانی تایید شده توسط پزشک/ روانشناس مطابق دستورالعمل اقدام شده است؟ (کل سوال ۱۲ امتیاز)

کارشناس مراقب سلامت با پیگیریهای خود باعث تداوم ارائه خدمت می گردد و این امر خود منجر به ارتقاء خدمات و رضایت بیشتر گیرندگان خدمت می شود.

- ◀ بررسی کیفیت ثبت موارد در دفتر ثبت روند پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی (۲ امتیاز)
- ◀ بررسی روند مراقبت (فرم مراقبت تکمیل شده در پرونده خانوار) به تفکیک از هر گروه سنی و مادران ۲ پرونده بصورت راندم در برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (هر پرونده کامل ۱ امتیاز کل سوال ۱۰ امتیاز)

❖ سوال ششم

آیا در مواجهه با موارد فوریت های روانپزشکی و مشکلات اجتماعی ۱ پیگیری براساس دستورالعمل انجام شده است؟ کل سوال ۹ امتیاز

موارد پیگیری اورژانسه های روانپزشکی از اولویتهای وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده به شمار می آید و مسئولیت پیگیری بیماران در نبود کارشناس سلامت روان در مرکز سلامت جامع و در پایگاههای بهداشت بر عهده کارشناس مراقب سلامت خواهد بود.

بر این اساس با انتخاب ۱ مورد اورژانس به صورت تصادفی از میان پرونده های ثبت شده در سه ماه گذشته:

- ◀ ثبت موارد فوریت ها با رنگ قرمز در دفاتر و فرمهای مربوط به آمار (۳ امتیاز)
- ◀ تکمیل فرایند پیگیری ۲ بار در هفته اول و در هفته های دوم به بعد بصورت هفتگی (۳ امتیاز)

^۱ - شامل خشونت و پرخاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید داروهای روانپزشکی

◀ ارجاع فوری موارد اورژانس روانپزشکی به پزشک در صورت مراجعه مستقیم به کارشناس مراقب سلامت/ بهورز (۳ امتیاز)

نکته مهم: به دلیل اهمیت موارد اورژانسهای روانپزشکی، عدم پیگیری غیر موجه ۱۰۰٪ موارد بر اساس شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده و مطابق با دستورالعمل؛ امتیازی تعلق نمی گیرد و نیمی از کل امتیاز سوال شماره ۵ کسر خواهد شد.

❖ سوال هفتم

آیا مراقبت بیماران سایکوتیک پس از ترخیص از بیمارستان انجام می شود؟ (کل سوال ۴ امتیاز)

◀ بررسی دفتر پیگیری تلفنی، در صورت ثبت موارد دارای مشکلات روانپزشکی (سایکوتیک) (۲ امتیاز)

◀ بررسی پرونده موارد موجود، در صورت تکمیل دقیق پرونده (۲ امتیاز)

❖ سوال هشتم

آیا فرایند تکمیل لیست ثبت نام و پیگیری صورت جلسات آموزش گروهی در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد بصورت ماهانه انجام می شود؟ (کل سوال ۵ امتیاز)

از کارشناس مراقب سلامت انتظار می رود در جریان غربالگری موارد منفی با ارائه راهنمایی های خودمراقبتی در حوزه برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و تشریح امکان استفاده شرکت در کلاسهای آموزش گروهی مهارتهای زندگی و فرزندپروری، اقدام به ثبت نام از افراد گروه هدف داوطلب نماید.

◀ در فرم مخصوص خدمات گروهی، داوطلبان ثبت نام و برای شرکت در زمان مناسب پیگیری خواهند شد. همچنین کارشناس مراقب سلامت خانواده پایان هر جلسه را در دفتر آموزش سلامت ثبت نموده و فرم ثبت و گزارش آموزش گروهی بصورت دقیق تکمیل می گردد. (۲/۵ امتیاز)

◀ ارائه فرم فعالیت های آموزشی به ستاد مجتمع سلامت/ مرکز بهداشتی درمانی در پایان هر فصل (۲/۵ امتیاز)
نکته: فرم تکمیل شده ثبت نام از داوطلبان در اختیار روانشناس تیم قرار خواهد گرفت و پس از هماهنگی و برنامه ریزی با مرکز جامع سلامت و یا پایگاههای بهداشتی افراد برای شرکت در جلسه ها پیگیری خواهند شد.

❖ سوال نهم

آیا فرمهای ثبت آمار و خدمات ماهانه در برنامه های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد بطور کامل و بموقع تحویل داده شده است؟ (کل سوال ۱۲ امتیاز)

فرمهای ثبت آمار و ارائه خدمات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به صورت ماهانه توسط کارشناس مراقب سلامت به مسئول مرکز جهت ارائه به ستاد مجتمع سلامت/ ستاد شهرستان ارسال خواهد شد.

◀ ثبت صحیح و کامل اطلاعات و آمار (اختلالات روانپزشکی-خودکشی- اختلالات مصرف مواد و مشکلات اجتماعی): بررسی فرم آماری ۳ ماه اخیر (در صورت هم خوانی اطلاعات فرمهای مربوطه و با آمار ماه قبل برای هر ماه ۳ امتیاز): کل سوال ۹ امتیاز

◀ ارسال فرم های تکمیل شده تا پنجم هر ماه به ستاد شهرستان (برای هر ماه ۱ امتیاز) کل سوال ۳ امتیاز

❖ سوال دهم

ثبت کامل و به روز شده پانل اطلاعات آماری برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و تسلط بر تحلیل آن (کل سوال ۶ امتیاز)

◀ نصب پانل (۲ امتیاز)

◀ ثبت و تحلیل وضعیت موجود (۴ امتیاز)

ب، چک لیست ارزشیابی پزشک خانواده

مورد ندارد امتیاز مکسبده		امتیاز کل	استاندارد / معیار	سئوالات	ردیف
<p>دانشگاه علوم پزشکی : شهرستان : نام و نام خانوادگی ؛ خانم / آقای :</p> <p>شهر / روستا: مرکز / پایگاه : ماه سال</p>					
		۴	<ul style="list-style-type: none"> - شرکت در دوره های آموزشی سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد حداقل ۱۲ ساعت (۲امتیاز) - وجود بسته های آموزشی (۲امتیاز) 	<p>آیا پزشک در دوره آموزشی- توجیهی بدو خدمت برنامه ها شرکت داشته است؟ نکته مهم: (صرفاً برای اولین دوره باشد)</p>	۱
		۳	<ul style="list-style-type: none"> - شرکت در دوره های بازآموزی حداقل به مدت ۶ ساعت در طول یکسال گذشته (۲امتیاز) - وجود بسته آموزشی روان، اعتیاد و اجتماعی (۱امتیاز) 	<p>آیا پزشک در دوره های بازآموزی برنامه ها شرکت داشته است؟</p>	۲
		۸	<ul style="list-style-type: none"> - مشاهده مستندات (دفتر آموزش)، فصلی یک جلسه آموزشی برای پرسنل (۴امتیاز) - مشاهده مستندات برگزاری جلسه آموزشی گروهی خانواده بیماران هر ۳ ماه یک جلسه و ثبت در فرم مراقبت پزشک (۴امتیاز) 	<p>برگزاری جلسات آموزشی توسط پزشک (مطابق با شرح وظایف)</p>	۳
		۴۵	<ul style="list-style-type: none"> - ثبت لیست بیماران روانپزشکی و سوء مصرف مواد و الکل در دفتر پیگیری و مراقبت - بررسی ۵ پرونده از نظر وجود موارد زیر: - تکمیل فرم شرح حال روانپزشکی، تکمیل فرم ثبت مراقبت، ثبت تشخیص قطعی در فرم شرح حال و فرم پسخوراند ارجاع، وجود ته برگ ارجاع به روانشناس و مراقب سلامت، ارجاع به سطوح تخصصی (اولین ویزیت بیماران سایکوتیک و اورژانسی) بر اساس فلوجارت (هر مورد ۵ امتیاز) - بیماریابی موارد جدید از میان مراجعین براساس گزارش خود پزشک؛ (شاخص مورد انتظار درصد بیماریابی جمعیت غربالگری شده در شهر و روستا: ۱۶ درصد می باشد): ✚ در صورتی که طبق شاخص حد انتظار بیماریابی ۱۶ درصد باشد، امتیاز کامل: (۱۰ امتیاز) 1 ✚ 2 بیماریابی (۶ امتیاز) 1 ✚ کمتر از 2 بیماریابی (۳ امتیاز) ✚ عدم بیماریابی: (صفر) - مراقبت به موقع و مرتب بیماران ✓ حد انتظار میانگین بار مراقبت سالیانه اختلالات افسردگی، اضطراب، اختلالات وسواس، اختلالات کودکان، سایر اختلالات روانپزشکی ۴ بار در سال است. ✓ حد انتظار میانگین بار مراقبت سالیانه اختلالات سایکوتیک، اختلالات دو قطبی، صرع: ۶ بار در سال است. ✓ حد انتظار میانگین بار مراقبت سالیانه کم توان ذهنی: ۲ بار است ✓ در صورتی که میانگین بار مراقبت کامل باشد امتیاز کامل و اگر ۵۰ درصد شاخص میانگین اجرا شده باشد ۵۰ درصد امتیاز در غیر این صورت صفر امتیاز (امتیاز کل این قسمت از سوال ۱۰ می باشد) 	<p>فرایند مدیریت بیماری توسط پزشک به درستی انجام می گیرد؟</p>	۴

دانشگاه علوم پزشکی : شهرستان : نام و نام خانوادگی ؛ خانم / آقای : شهر / روستا: مرکز / پایگاه : ماه سال				
ردیف	سئوالات	استاندارد / معیار	امتیاز کل	مورد ندارد
۵	بررسی پایش و نظارت از خانه های بهداشت / مرکز سلامت توسط پزشک مطابق با برنامه زمانبندی	پایش عملکرد سطوح محیطی و بررسی روند عملکرد بهورز / مراقب سلامت حداقل هر سه ماه یکبار (هر فصل ۲ امتیاز)	۸	
۶	نظارت بر ثبت صحیح و ارسال به موقع آمارها	- مطابقت دفتر پیگیری و مراقبت پزشک با دفتر ثبت روند پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی بهورز / مراقب سلامت (۳ امتیاز) - مطابقت فرم گزارش تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی با پانل (۳ امتیاز)	۶	
۷	تکمیل و تحلیل پنل اطلاعات آماری برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	تکمیل پنل به تفکیک مراکز و خانه های تحت پوشش (۶ امتیاز) تحلیل وضعیت موجود بر اساس رنگ های سبز، آبی، زرد و قرمز و تبیین علت هر کدام و برنامه پزشک در جهت بهبود رواند مشکل یا تثبیت روند مثبت (۴ امتیاز)	۱۰	
۸	نظارت بر وضعیت داروهای روانپزشکی مورد نیاز در مراکز	- ثبت داروهای تجویزی برای بیماران روانپزشکی در پرونده (۴ امتیاز) - بررسی و تایید درخواست داروهای روانپزشکی در زمانی که هنوز حداقل ۵۰٪ از هر قلم دارو در درخواست قبلی در مرکز موجود باشد. (۴ امتیاز) - نظارت بر تحویل رایگان داروهای بیماران روانپزشکی در مراکز روستایی (۲ امتیاز) - وجود اقلام داروهای روانپزشکی در مرکز سلامت / خانه بهداشت	۱۰	
۹	آیا پیگیری موارد فوریت های روانپزشکی و اجتماعی انجام شده است؟	براساس لیست ارجاع فوریت های پزشکی در مرکز جامع سلامت ؛ - پیگیری و پاسخوراند ۱۰۰٪ موارد فوریت روانپزشکی به روانشناس و مراقبت سلامت (۳ امتیاز) - ارجاع به سطوح تخصصی (۳ امتیاز) در صورتی که ۱۰٪ موارد پیگیری نشده باشد امتیازی تعلق نمی گیرد و ۵۰٪ امتیاز سوال شماره ۴ کسر خواهد شد.	۶	
مجموع امتیاز ارزیابی عملکرد در حوزه برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد				
تحلیل کلی و گزارش اجمالی				
اشکالات فنی و کارشناسی مشاهده شده				
اقدامات فنی مورد انتظار:				
نام و نام خانوادگی پایش کننده: امضا				

راهنمای چک لیست پزشک خانواده

محتوی این چک لیست جهت پایش و ارزشیابی پزشک تیم سلامت تهیه و تدوین شده و مشتمل بر ۹ سوال با جمع امتیازات ۱۰۰ در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد است. در ذیل استانداردها و معیار هر سوال بر اساس دستورالعملها و شرح وظایف پزشک در مرکز جامع خدمات سلامت و مطابق با فرآیند ارائه خدمات بر اساس فلوجارت برنامههای سلامت روان، سلامت اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد و الکل به تفصیل بیان شده. مشخصات کلی و نحوه محاسبه امتیازها

❖ ستون امتیاز کل

عدد نهایی هر امتیاز بر اساس استاندارد/ معیار تعیین شده را نشان می دهد.

❖ ستون امتیاز مکتسبه

پایش کننده بر اساس رویت مستندات مربوط به هر سوال و مطابق با تعریف استاندارد امتیاز پزشک را محاسبه کرده و در این ستون درج می کند.

❖ ستون مورد ندارد

این ستون در مواردی که پیش نیاز انجام خدمات تامین نبوده و یا پرسنل مرتبط با آن همکاری نداشته اند (به عنوان مثال عدم برگزاری دوره های آموزشی توسط ستاد (علامت زده شده) و در انتها فرم از عدد کل امتیاز کسر خواهد شد. بدین ترتیب امتیاز نهایی از عدد ۱۰۰ با توجه به مواردی که مورد نداشته کسر می شود. یا در صورتی که طی سه ماه گذشته هیچ مورد اورژانسی در مرکز شناسایی نشده باشد. ستون مورد ندارد برای سوال نهم علامت زده شده و امتیاز کل برای پزشک از عدد نهایی ۹۲ محاسبه خواهد شد).

❖ سوال اول و دوم

آیا پزشک در دوره آموزشی توجیهی بدو خدمت برنامه ها شرکت داشته است؟ نکته مهم: (صرفاً برای اولین دوره پایش) امتیاز این سوال بر اساس موقعیت پایش شونده شامل اولین پایش از زمان اجرای طرح نظام تحول و در مراحل بعد در مورد پایش های دوره ای است.

مرحله اول در اولین پایش (کل سوال ۴ امتیاز):

◀ امتیاز کامل (دو امتیاز) برای شرکت در دوره های آموزش سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد حداقل ۶ ساعت و دریافت گواهی معتبر که بر اساس کوریکولوم توسط روانپزشک انجام شده باشد. رویت گواهی پزشک در درج امتیاز ضروری است.

◀ وجود بسته های آموزشی شامل کتاب و فایل های الکترونیک در صورت وجود کامپیوتر (دو امتیاز)

پایش های دوره ای (کل سوال ۳ امتیاز):

◀ امتیاز کامل (دو امتیاز) برای شرکت در دوره های آموزش سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد حداقل ۶ ساعت در طول یک سال گذشته و دریافت گواهی ای معتبر که بر اساس کوریکولوم توسط روانپزشک انجام شده باشد. رویت گواهی پزشک در درج امتیاز ضروری است.

◀ وجود بسته های آموزشی شامل کتاب و فایل های الکترونیک در صورت وجود کامپیوتر (یک امتیاز)

❖ سوال سوم

برگزاری جلسات آموزشی توسط پزشک (مطابق با شرح وظایف) کل سوال ۸ امتیاز

پزشک تیم سلامت موظف است هر سه ماه یکبار برای اعضای تیم سلامت زیر مجموعه خود در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در موارد بیماریابی، روند پیگیری ها، نحوه ارجاع، مدیریت بیماران و بررسی روند کار تیمی، جلسه آموزشی برگزار نماید.

◀ مشاهده مستندات (دفتر آموزش)، فصلی یک جلسه آموزشی برای پرسنل (۴ امتیاز)

همچنین برگزاری جلسات آموزش گروهی برای خانواده بیماران حداقل هر ۳ ماه یک جلسه و برای هر یک از گروه های هدف (خانواده های دارای بیمار معلول ذهنی، بیماران سایکوتیک، مبتلایان به صرع و ...) با محتوی آشنایی با نوع اختلال نحوه مراقبت های دارویی و آشنایی با عواض دارویی، شناسایی علائم خطر و نحوه همکاری با تیم سلامت (۴ امتیاز)

◀ مشاهده مستندات (دفتر آموزش)، فصلی ۱ جلسه آموزش گروهی خانواده های بیماران (۴ امتیاز)

❖ سوال چهارم

فرآیند مدیریت بیماری توسط پزشک به درستی انجام می گیرد؟ کل سوال ۴۵ امتیاز

فرآیند مدیریت بیماری مطابق با شرح وظایف پزشک بر اساس بررسی نحوه تکمیل پرونده سلامت بیماران و رویت مستندات شامل:

با انتخاب ۵ پرونده به صورت تصادفی موارد زیر بررسی شود (به هر پرونده ۵ امتیاز تعلق می گیرد):

◀ تکمیل فرم شرح حال روانپزشکی (۱ امتیاز)،

◀ تکمیل فرم ثبت مراقبت (۱ امتیاز)،

◀ ثبت تشخیص قطعی در فرم شرح حال و فرم پسخوراند ارجاع (۱ امتیاز)،

◀ وجود ته برگ ارجاع به روانشناس و مراقب سلامت (۱ امتیاز)،

◀ ارجاع به سطوح تخصصی (اولین ویزیت بیماران سایکوتیک و اورژانسی) بر اساس فلوجارت (۱ امتیاز)،

درصد شاخص میانگین اجرا شده باشد ۵۰ درصد امتیاز در غیر این صورت صفر امتیاز (امتیاز کل این قسمت از

سوال ۱۰ می باشد)

- ◀ ثبت لیست بیماران روانپزشکی و سوءمصرف مواد و الکل در دفتر پیگیری و مراقبت
- ◀ بیماریابی موارد جدید از میان مراجعین براساس گزارش خود پزشک؛
- (شاخص مورد انتظار درصد بیماریابی جمعیت غربالگری شده در شهر و روستا، ۱۶ درصد می باشد)
- ✚ در صورتی که طبق شاخص حد انتظار بیماریابی ۱۶ درصد باشد، امتیاز کامل: (۱۰ امتیاز)
- ✚ $\frac{1}{2}$ بیماریابی (۶ امتیاز)
- ✚ کمتر از $\frac{1}{2}$ بیماریابی (۳ امتیاز)
- ✚ عدم بیماریابی : صفر

مراقبت به موقع و مرتب بیماران

در صورتی که میانگین بار مراقبت کامل باشد امتیاز کامل و اگر ۵۰ درصد شاخص میانگین اجرا شده باشد ۵۰ درصد امتیاز در غیر این صورت صفر امتیاز (امتیاز کل این قسمت از سوال ۱۰ می باشد)

پیگیری و مراقبت بیمار افسرده

- ◀ ویزیت اول (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)
- ◀ سپس ویزیت مجدد یک هفته بعد.
- ◀ ویزیت های بعدی
- ◀ طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند در غیر این صورت تا نه ماه پس از بهبودی، بیمار به صورت ماهانه ویزیت می شود.
- هم زمان با ویزیت پزشک بیمار توسط کارشناس بهداشت روان تیم سلامت نیز مطابق برنامه زمان بندی مربوطه پیگیری می شود.

نحوه پیگیری و مراقبت بیماران دوقطبی

- ◀ مراقبت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)
- ◀ ویزیت مجدد یک هفته بعد
- ◀ ویزیت های بعدی
- ◀ طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه ویزیت می شود.

درمان اختلال اضطرابی منتشر

- ◀ پاسخ به درمان پس از ۴ هفته ارزیابی می شود.

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

درمان وسواس

- ◀ چهار هفته بعد ارزیابی از نظر پاسخ به درمان انجام می‌شود.
- ◀ در ادامه درمان، ویزیت ماهانه تا ۶ ماه انجام می‌شود. برای تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی صورت می‌گیرد.

درمان اختلال اضطراب اجتماعی

- ◀ در موارد خفیف‌تر ویزیت منظمی پیش‌بینی نمی‌شود و بیمار در صورت بروز مشکلی برای ویزیت مراجعه می‌کند.
- ◀ در موارد شدیدتر ویزیت ماهانه تا ۶ ماه و ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی برای تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان..

درمان، پیگیری و مراقبت بیماران سایکوتیک

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

اختلالات شبه جسمی

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

کم توان ذهنی

- ◀ نحوه ادامه پیگیری و مراقبت از بیمار پس از بازگشت از ارجاع بر اساس پسخوراند سطح تخصصی انجام می‌شود. در صورتی که اختلال دیگری به‌طور همزمان وجود داشته باشد، پیگیری بر اساس مدل آن بیماری انجام خواهد شد.

این بیماران را می توان هر سه تا شش ماه از نظر بروز مشکل های احتمالی جدید بررسی کرد

صرع

- در صورت کنترل شدن بیماری، هر دو ماه باید ویزیت ها تکرار شود.
- در مراجعات و پیگیری های دو ماهه بیمار، بررسی از نظر ۱- کنترل حملات ۲- عوارض دارویی انجام شود و هر سه ماه CBC و آزمون های کبدی چک شود.

بیش فعالی و کمبود توجه

- پزشک مراقبت های اولیه لازم است در طول درمان وضعیت رشدی و وزن کودک را در فواصل هر ۳ تا ۶ ماه یکبار ارزیابی کند. تغییر یا قطع دارو باید با نظر پزشک متخصص انجام شود.

خودکشی

- ویزیت اولیه پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)
- دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد تشخیص و علل ایجاد افکار خودکشی، نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و ویزیت مجدد طی دو هفته بعد.
- ارجاع غیرفوری به کارشناس بهداشت روان جهت انجام ارزیابی های روانشناختی و مداخلات درمانی غیردارویی.
- ویزیت های بعدی پزشک ترجیحاً بیمار را مطابق پسخوراند روان پزشک ویزیت می کند. در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه یک بار ویزیت می شود. برای قطع درمان ترجیحاً بیمار به صورت غیرفوری به روان پزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع می شود.
- در صورتی که میانگین بار مراقبت کامل باشد امتیاز کامل و اگر ۵۰ درصد شاخص میانگین اجرا شده باشد ۵۰ درصد امتیاز در غیر این صورت صفر امتیاز (امتیاز کل این قسمت از سوال ۱۰ می باشد)
- نکته: به موارد جدید بیماریابی از میان مراجعین بر اساس گزارش خود پزشک و خارج از روند غربالگری کارشناس مراقب سلامت، یک امتیاز تشویقی تعلق می گیرد.

❖ سوال پنجم

بررسی پایش و نظارت از خانه های بهداشت/ مرکز سلامت توسط پزشک مطابق با برنامه زمانبندی: کل سوال ۸ امتیاز
از آنجایی که مسئولیت بیماران و مدیریت مرکز جامع سلامت بر عهده پزشک است در کنار برگزاری جلسات آموزشی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد برای تیم سلامت، پزشک موظف است روند عملکرد کارشناس مراقب سلامت و روانشناس تیم را هر سه ماه یکبار و به طور فصلی مورد بررسی قرار داده و موانع و مشکلات را

جهت رفع به ستاد شهرستان گزارش دهد.

- ◀ پایش عملکرد سطوح محیطی و بررسی روند عملکرد بهورز/ مراقب سلامت (رویت مستندات گزارش پایش عملکرد کارشناس مراقب سلامت) حداقل هر سه ماه یکبار (هر فصل ۲ امتیاز)

❖ سوال ششم

نظارت بر ثبت صحیح و ارسال به موقع آمارها: کل سوال ۶ امتیاز

فرم های ثبت آمار و ارائه خدمات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به صورت ماهانه توسط کارشناس مراقب سلامت جهت جمع آوری به ستاد شهرستان ارسال خواهد شد. از آنجاییکه ثبت موارد تشخیص اختلالات بعد از تایید پزشک صورت می گیرد. مسئولیت بررسی ارسال آمار و ارائه خدمات تخصصی روانشناس بر اساس شرح وظایف بر عهده پزشک خواهد بود.

- ◀ بررسی ثبت صحیح فرمهای ثبت اختلالات روانپزشکی، سلامت اجتماعی و اعتیاد و فرم گزارش عملکرد فصلی خدمات روانشناس مطابقت دفتر پیگیری و مراقبت پزشک با دفتر ثبت روند پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی بهورز/ مراقب سلامت/ روانشناس (۳ امتیاز)

- ◀ مطابقت فرم گزارش تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی با پانل (۳ امتیاز)

- ◀ نکته: ثبت اختلال دمانس صرفا پس از غربالگری و تشخیص توسط پزشک امکان پذیر می باشد.

❖ سوال هفتم

تکمیل و تحلیل پنل اطلاعات آماری برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد کل سوال ۱۰ امتیاز

تسلط بر تحلیل پنل اطلاعات آماری برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در مرکز تابلوی مدیریت اطلاعات سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مبین عملکرد اعضای تیم سلامت در بیماریابی و مراقبت از اختلالات روانپزشکی و مصرف مواد همچنین مشکلات اجتماعی خواهد بود. فرمت این تابلو از طریق ستاد شهرستان در اختیار مراکز قرار خواهد گرفت و شاخص های عملکردی را شامل می شود. مراکز خدمات سلامت موظف خواهند بود نسخه عملکرد حوزه خود را از به صورت تابلوی آماری از مجموع خدمات در هر سه ماه در اتاق پزشک نصب کنند.

- ◀ تکمیل پنل به تفکیک مراکز و خانه های تحت پوشش (۶ امتیاز)

- ◀ تسلط بر تحلیل وضعیت موجود توسط پزشک (۴ امتیاز)

❖ سوال هشتم

نظارت بر وضعیت داروهای روانپزشکی مورد نیاز در مراکز کل سوال ۱۰ امتیاز

پزشک تیم سلامت موظف است با ارزیابی صحیح از وضعیت مبتلایان به اختلالات روانپزشکی و مصرف مواد،

مبتلایان به اختلال صرع و همچنین داروهای خاص در مداخلات اورژانس روانپزشکی بخصوص برای گروههای پرخطر (بیماران سایکوتیک، موارد مسمومیت مواد، مادران باردار و ... (از ذخیره دارویی و داروهای مورد نیاز مطلع باشد و مسئولین فنی داروخانه مراکز را در جریان نیازها قرار دهد.

- ◀ ثبت داروهای تجویزی برای بیماران روانپزشکی در پرونده (۳ امتیاز)
 - ◀ بررسی و تایید درخواست داروهای روانپزشکی در زمانی که هنوز حداقل ۵۰٪ از هر قلم دارو در درخواست قبلی در مرکز موجود باشند. (۳ امتیاز)
 - ◀ نظارت بر تحویل رایگان داروهای بیماران روانپزشکی در مراکز روستایی مصاحبه (حضور یا تلفنی) با دونفر بیمار مبتلا به اختلال روانپزشکی (۴ امتیاز)
 - ◀ وجود اقلام داروهای روانپزشکی در مرکز سلامت/ خانه بهداشت طبق دستورالعمل
- نکته: مسئولیت عدم وجود داروی روانپزشکی در مرکز (با وجود فرم تکمیل شده درخواست دارو توسط پزشک) بر عهده مسئول فنی داروخانه خواهد بود.

لیست داروهای مصوب بیماران اعصاب و روان مطابق نامه شماره ۹/۲۶۷۸۴ مورخ ۱۳۹۴/۱۲/۰۸

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	قرص آمی تریپتیلین	۱۶	قرص کلرپرومازین
۲	قرص ایمی پرامین	۱۷	قرص کلردیازپوکساید
۳	قرص الازاپین (متخصص روانپزشک و مغز و اعصاب)	۱۸	قرص کلونازپام
۴	قرص بی پردین	۱۹	قرص کلومیپرامین
۵	قرص بوسپیرون	۲۰	قرص لیتیوم کربنات
۶	قرص پرفنازین	۲۱	قرص لاموتریزین (متخصص روانپزشک و مغز و اعصاب)
۷	قرص پروپرانولول	۲۲	قرص نورتریپتیلین
۸	قرص تری فلونوپرازین	۲۳	قرص والهروات سدیم
۹	قرص تیوریدازین	۲۴	قرص هالوپریدول
۱۰	قرص تری هگزای فنیدیل	۲۵	کپسول فلورازپام (متخصص روانپزشک و مغز و اعصاب)
۱۱	قرص دیازپام	۲۶	کپسول فلوکستین
۱۲	قرص ریسپریدون	۲۷	کپسول فنی توئین
۱۳	قرص فنوباریتال	۲۸	آمیپول بی پردین
۱۴	قرص فنی توئین کمپا ند	۲۹	آمیپول فلونفازین دکانات
۱۵	قرص کاربامازپین	۳۰	قرص سیتالوپرام

❖ سوال نهم

آیا پیگیری موارد فوریت های روانپزشکی و اجتماعی انجام شده است؟: کل سوال ۶ امتیاز

اورژانسهای روانپزشکی شامل خشونت و پرخاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید داروهای روانپزشکی که توسط کارشناس مراقب سلامت و یا مراجعه به مرکز سلامت جامع اتفاق میافتد از اولویت های مداخله پزشک تیم سلامت است و پزشک ضمن مداخله تخصصی موظف به انجام فرآیند ارجاع به سطوح تخصصی و پیگیری بازخورد ارجاع و مدیریت بحران خواهد بود.

بر اساس لیست ارجاع فوریت های پزشکی در مرکز جامع سلامت؛

◀ ارجاع به سطوح تخصصی برای مداخله بر اساس دستورالعمل (۳ امتیاز)

◀ پیگیری و پاسخوراند ۱۰۰٪ موارد فوریت روانپزشکی به روانشناس و مراقبت سلامت/ بهورز (۳ امتیاز)

نکته: در صورتی که ۱۰۰٪ موارد پیگیری نشده باشد امتیازی تعلق نمی گیرد و ۵۰٪ امتیاز سوال شماره ۴ کسر خواهد شد.

ج، چک لیست پایش و ارزشیابی کارشناس سلامت روان و رفتار

با اجرایی شدن طرح تحول نظام سلامت و با هدف ارائه خدمات تخصصی و عادلانه در مدیریت و ارتقاء بهداشت عمومی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد کارشناس سلامت روان به عنوان عضو تخصصی در این حیطه حذب تیم سلامت شده و بر اساس شرح وظایف ارائه خدمات خواهد داشت. محتوی این چک لیست جهت پایش و ارزشیابی عملکرد روانشناس تهیه و تدوین شده و مشتمل بر ۱۰ سوال و ۱۰۰ امتیاز است. در ذیل استانداردها و معیار هر سوال بر اساس دستورالعملها و شرح وظایف روانشناس در مجتمع / مرکز سلامت جامعه و مطابق با فرآیند ارائه خدمات بر اساس فلوجارت برنامه های سلامت روان، سلامت اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد و الکل به تفصیل بیان شده است.

ردیف	سئوالات	استاندارد / معیار	امتیاز کل	امتیاز مکسبه	مورد ندارد
چک لیست ارزیابی کارشناس سلامت روان و رفتار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز شهرستان: نام و نام خانوادگی: خانم / آقای: شهر / روستا: مرکز / پایگاه: ماه: سال:					
۱	آیا کارشناس در دوره های آموزشی-توجیهی بدو خدمت برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شرکت داشته است؟ (کنته مهم: صرفه برای اولین دوره پایش)	- شرکت در دوره های آموزشی ۱۵۰ ساعت (ارائه گواهی مربوطه ۳ امتیاز) - وجود بسته های آموزشی (۲ امتیاز)	۵		
۲	آیا کارشناس در دوره های بازآموزی برنامه ها شرکت داشته است؟	- شرکت در دوره های آموزشی حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در طول یک سال گذشته (۳ امتیاز) - وجود بسته آموزشی روان، اعتیاد و اجتماعی (۲ امتیاز)	۵		
۳	آیا جلسات آموزشی روانشناختی برای گروههای هدف در ۳ ماه گذشته طبق دستورالعمل برگزار شده است؟	- تکمیل دفتر ثبت و گزارش مداخلات آموزش و... (۴ امتیاز) - هر ماه یک دوره آموزش مهارت فرزند پروری (هر جلسه ۱ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز) - هر ماه یک دوره آموزش مهارت های زندگی (هر جلسه ۱ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز) - هر ماه دو جلسه آموزش پیشگیری از مصرف مواد (هر جلسه ۲ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز) - هر سه ماه یک جلسه آموزش مداخلات در بلایا (هر جلسه ۲ امتیاز) - هر سه ماه یک جلسه توانمند سازی سلامت اجتماعی (هر جلسه ۲ امتیاز) - هر ماه دو جلسه آموزش اختلالات شایع روانپزشکی (هر جلسه ۱ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز)	۲۰		
۴	آیا آموزش روان شناختی برای خانواده بیماران مطابق دستورالعمل انجام می شود؟	- ثبت مطابق مندرجات فرم پیگیری مراجع در پرونده مراقبت تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد - بررسی ۳ پرونده در سلامت روان - وجود حداقل جلسه آموزش خانواده در هر پرونده (هر جلسه ۱ امتیاز) - بررسی ۳ پرونده در اختلالات مصرف مواد- وجود حداقل جلسه آموزش خانواده در هر پرونده (هر جلسه ۱ امتیاز) - بررسی ۲ پرونده در سلامت اجتماعی - وجود حداقل جلسه آموزش خانواده در هر پرونده (هر جلسه ۱ امتیاز)	۸		
۵	آیا نسبت به غربالگری تکمیلی و مراقبت برای ارجاعات مراقب سلامت و پزشک در حوزه سلامت اجتماعی، مصرف مواد و سلامت روان اقدام صورت گرفته است؟	- تشکیل پرونده مراقبت تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد (۲ امتیاز) - تکمیل گزارش خدمات کارشناس سلامت روان و رفتار ... (۲ امتیاز) - تکمیل دفتر شناسایی، ارجاع و مراقبت افراد در معرض خطر عوامل اجتماعی و اختلالات مصرف مواد (۲ امتیاز) - تکمیل ثبت روند شناسایی، ارجاع، پیگیری و مراقبت مصرف و وابستگی مواد و الکل (۲ امتیاز) - تکمیل دفتر ثبت روند پیگیری پوشش خدمات حمایتی در اورژانسهای اجتماعی (۲ امتیاز) - بررسی ۳ پرونده در سلامت روان (هر پرونده ۱ امتیاز) - بررسی ۲ پرونده در سلامت اجتماعی (هر پرونده ۱ امتیاز) - بررسی ۳ پرونده در اختلالات مصرف مواد (هر پرونده ۱ امتیاز)	۱۸		

چک لیست ارزیابی کارشناس سلامت روان و رفتار					
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز شهرستان: نام و نام خانوادگی؛ خانم / آقای: شهر / روستا: مرکز / پایگاه: ماه: سال:					
ردیف	سئوالات	استاندارد / معیار	امتیاز کل	امتیاز مکتسبه	مورد ندارد
۶	آیا پیگیری موارد فوریت های روانپزشکی (خودکشی) انجام شده است؟	<ul style="list-style-type: none"> - تکمیل دفتر ثبت و مراقبت افراد اقدام به خودکشی (۲ امتیاز) - تکمیل دفتر پیگیری تلفنی موارد دارای مشکلات روانپزشکی (۲ امتیاز) - تشکیل پرونده مراقبت تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد (۲ امتیاز) - تکمیل فرایند پیگیری: ۲ بار در هفته اول و در هفته دوم و هفته های بعد بصورت هفتگی (۲ امتیاز) - اطلاع رسانی و پیگیری حضور خانواده بیمار (ثبت در فرم مراقبت پیگیری روانشناس ۲ امتیاز) - انجام مداخله برای افراد براساس دستورالعمل (ثبت در پرونده تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ۴ امتیاز) 	۱۴		
۷	آیا پایش عملکرد کارشناس مراقب سلامت در مورد روند غربالگری و نحوه پیگیری در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد صورت می گیرد؟	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پایش ها در ۳ ماه گذشته (حد انتظار بازدید هر ماه یکبار - پایش هر سه ماه) ۳ امتیاز - رویت مستندات و پسخوراند هر گزارش بازدید و پایش (۳ امتیاز) 	۶		
۸	آیا کارشناس سلامت روان در برنامه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه بر اساس دستورالعمل عمل کرده است؟	<ul style="list-style-type: none"> - قبل از بحران - آموزش کارکنان در خصوص حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (۱ امتیاز) - تهیه تجهیزات و وسایل مورد نیاز (۱ امتیاز) - بعد از بحران - حضور موثر در مدیریت در بحران در صورت وجود حادثه (۱ امتیاز) - غربالگری افراد (۱ امتیاز) - مداخلات روانشناختی و آموزش مهارت های مقابله ای (۱ امتیاز) - پیگیری افراد و یا خانواده های در معرض خطر و یا آسیب دیده به مدت چهار هفته (۱ امتیاز) 	۶		
۹	آیا مدیریت و برنامه ریزی فعالیتها انجام شده است؟	<ul style="list-style-type: none"> - تکمیل دفتر برنامه ریزی و مدیریت کارشناس سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد مجتمع سلامت (۱ امتیاز) - برنامه هفتگی کارشناس سلامت روان و رفتار مرکز سلامت جامعه (۱ امتیاز) - گزارش روزانه فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۱ امتیاز) - گزارش ماهانه فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۱ امتیاز) - گزارش فصلی فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۱ امتیاز) - گزارش فصلی روند غربالگری و مراقبت اختلالات روانپزشکی توسط کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۱ امتیاز) - برنامه عملیاتی کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۲ امتیاز) - شناسایی، جذب و بکارگیری همیاران سلامت روان (رابطین تخصصی) (۱ امتیاز) - تکمیل پائل و تحلیل شاخص های آن (۱ امتیاز) 	۱۰		
۱۰	نظارت بر ثبت و ارسال به موقع آمارها انجام می گیرد؟	<ul style="list-style-type: none"> - نظارت بر ثبت صحیح آمار و خدمات مراقبت: - فرم ماهانه گزارش تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (۳ امتیاز) - فرم ماهانه ثبت خودکشی (۳ امتیاز) - فرم سه ماهه گزارش فعالیت های آموزش (۲ امتیاز) 	۸		
مجموع امتیاز ارزیابی عملکرد در حوزه برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد					
تحلیل کلی و گزارش اجمالی					
اشکالات فنی و کارشناسی مشاهده شده:					
اقدامات فنی مورد انتظار:					
نام و نام خانوادگی پایش کننده:					
امضا					

راهنمای چک لیست ارزیابی کارشناس سلامت روان و رفتار

با اجرایی شده طرح تحول نظام سلامت و با هدف ارائه خدمات تخصصی و عادلانه در مدیریت و ارتقاء بهداشت عمومی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد کارشناس سلامت روان به عنوان عضو تخصصی در این حیطه حذب تیم سلامت شده و بر اساس شرح وظایف ارائه خدمات خواهد داشت.

محتوی این چک لیست جهت پایش و ارزشیابی عملکرد روانشناس تهیه و تدوین شده و مشتمل بر ۱۰ سوال و ۱۰۰ امتیاز است. در ذیل استانداردها و معیار هر سوال بر اساس دستورالعملها و شرح وظایف روانشناس در مرکز جامع خدمات سلامت و مطابق با فرآیند ارائه خدمات بر اساس فلوجارت برنامه های سلامت روان، سلامت اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد و الکل به تفصیل بیان شده است.

مشخصات کلی و نحوه محاسبه امتیازها

❖ ستون امتیاز کل

عدد نهایی هر امتیاز بر اساس استاندارد / معیار تعیین شده را نشان می دهد.

❖ ستون امتیاز مکتسبه

پایش کننده بر اساس رویت مستندات مربوط به هر سوال و مطابق با تعریف استاندارد امتیاز روانشناس را محاسبه کرده و در این ستون درج می کند.

❖ ستون مورد ندارد

این ستون در مواردی که پیش نیاز انجام خدمات تامین نبوده و یا پرسنل مرتبط با آن همکاری نداشته اند (به عنوان مثال عدم برگزاری دوره های آموزشی توسط ستاد) علامت زده شده و در انتها فرم از عدد کل امتیاز کسر خواهد شد. بدین ترتیب امتیاز نهایی از عدد ۱۰۰ با توجه به مواردی که مورد نداشته کسر می شود.

مثال: در صورتی که طی سه ماه گذشته لیست داوطلبان دریافت آموزش های گروهی و حد نصاب تعیین شده از سوی کارشناس مراقب سلامت خانواده ارائه نگردد و یا مکان مناسب آموزشی از نظر ساختار فیزیکی وجود نداشته باشد «ستون مورد ندارد» برای سوال سوم علامت زده شده و امتیاز کل برای روانشناس از عدد نهایی ۸۰ محاسبه خواهد شد.

❖ سوال اول و دوم

آیا کارشناس در دوره های آموزشی توجیهی بدو خدمت برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شرکت داشته است؟
امتیاز این سوال بر اساس موقعیت پایش شونده شامل اولین پایش از زمان اجرای طرح نظام تحول و در مراحل بعد در مورد پایش های دوره ای است.

مرحله اول در اولین پایش: کل سوال ۵ امتیاز

◀ امتیاز کامل (سه امتیاز) برای شرکت در دوره های آموزش سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد ۱۵۰ ساعت و دریافت گواهی معتبر که بر اساس کوریکولوم توسط ستاد دانشگاه علوم پزشکی انجام شده باشد. رویت گواهی آموزشی روانشناس در درج امتیاز ضروری است.

◀ وجود بسته های آموزشی شامل کتاب و فایل های الکترونیک در صورت وجود کامپیوتر (دو امتیاز)
مرحله دوم مربوط به پایش های دوره ای: کل سوال ۵ امتیاز

◀ امتیاز کامل (سه امتیاز) برای شرکت در دوره های آموزش سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد در طول یک سال گذشته و دریافت گواهی معتبر که بر اساس کوریکولوم توسط ستاد دانشگاه علوم پزشکی انجام شده باشد. رویت گواهی آموزشی روانشناس در درج امتیاز ضروری است.

◀ وجود بسته های آموزشی شامل کتاب و فایل های الکترونیک در صورت وجود کامپیوتر (دو امتیاز)

❖ سوال سوم

برگزاری جلسات آموزش روانشناختی برای گروه های هدف در ۳ ماه گذشته؟ کل سوال امتیاز ۲۰

بر اساس شرح وظایف، کارشناسان سلامت روان موظف به برگزاری جلسات آموزشی گروهی برای موارد غربالگری منفی از بین جمعیت عمومی و داوطلبان برای دریافت آموزش در حوزه های تعریف شده خدمات سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد هستند. برگزاری این جلسات بر اساس دستورالعمل هر برنامه و بر اساس فرم گزارش ثبت داوطلبان و اجرای آموزش گروهی توسط کارشناس مراقب سلامت انجام خواهد پذیرفت.

◀ تکمیل دفتر ثبت و گزارش مداخلات آموزش و... (۴ امتیاز)

◀ رویت مستندات برگزاری حداقل یک دوره آموزش مهارت فرزند پروری در هر ماه (هر جلسه ۱ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز)

◀ رویت مستندات برگزاری حداقل یک دوره آموزش مهارت های زندگی در هر ماه (هر جلسه ۱ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز)

◀ رویت مستندات برگزاری حداقل دو جلسه آموزش پیشگیری از مصرف مواد در هر ماه (هر جلسه ۲ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز)

◀ رویت مستندات برگزاری حداقل یک جلسه آموزش مداخلات در بلایا در هر سه ماه (هر جلسه ۲ امتیاز)

◀ رویت مستندات برگزاری حداقل یک جلسه توانمند سازی سلامت اجتماعی در هر سه ماه (هر جلسه ۲ امتیاز)

◀ رویت مستندات برگزاری حداقل دو جلسه آموزش اختلالات شایع روانپزشکی در هر ماه (هر جلسه ۱ امتیاز- امتیاز کل ۳ امتیاز)

❖ سوال چهارم

آیا آموزش روان شناختی برای خانواده بیماران مطابق دستورالعمل انجام می شود؟ کل سوال ۸ امتیاز
حضور نیروی متخصص روانشناس در تیم سلامت برای کمک به پیشگیری و تکمیل فرآیند درمان پس از تشخیص پزشک صورت می پذیرد. بر همین اساس و مطابق دستورالعمل در هر برنامه روانشناس موظف خواهد بود با بیمار ملاقات داشته و خدمات تخصصی را در چهارچوب شرح وظایف و آموزشها ارائه نماید.

- ◀ ثبت مطابق مندرجات فرم پیگیری مراجع در پرونده مراقبت تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ◀ بررسی ۳ پرونده سلامت روان - وجود حداقل جلسه آموزش خانواده در هر پرونده (هر جلسه ۱ امتیاز)
- ◀ بررسی ۳ پرونده اختلالات مصرف مواد- وجود حداقل جلسه آموزش خانواده در هر پرونده (هر جلسه ۱ امتیاز)
- ◀ بررسی ۲ پرونده سلامت اجتماعی - وجود حداقل جلسه آموزش خانواده در هر پرونده (هر جلسه ۱ امتیاز)

❖ سوال پنجم

آیا نسبت به غربالگری تکمیلی و مراقبت برای ارجاعات مراقب سلامت و پزشک در حوزه سلامت اجتماعی، مصرف مواد و سلامت روان اقدام صورت گرفته است؟ (کل سوال ۱۸ امتیاز)
فرآیند غربالگری تکمیلی در حوزه سلامت اجتماعی و مصرف مواد از ارجاع کارشناس مراقب سلامت خانواده در مرحله غربالگری اولیه مثبت بر عهده کارشناس سلامت روان است. بدین ترتیب روانشناس موظف است با غربالگری تکمیلی موارد بر اساس دستورالعمل شناسایی و بر حسب نیاز ارجاع به پزشک و ارائه خدمات تخصصی حوزه روانشناختی انجام گیرد.

- ◀ تشکیل پرونده مراقبت تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد (۲ امتیاز)
- ◀ تکمیل گزارش خدمات کارشناس سلامت روان و رفتار (۲ امتیاز)
- ◀ تکمیل دفتر شناسایی، ارجاع و مراقبت افراد در معرض خطر عوامل اجتماعی و اختلالات مصرف مواد (۲ امتیاز)
- ◀ تکمیل ثبت روند شناسایی، ارجاع، پیگیری و مراقبت مصرف و وابستگی مواد و الکل (۲ امتیاز)
- ◀ تکمیل دفتر ثبت روند پیگیری پوشش خدمات حمایتی در اورژانسهای اجتماعی (۲ امتیاز)
- ◀ بررسی ۳ پرونده سلامت روان: کامل بودن برگه غربالگری تکمیلی، ارجاع به پزشک، راهنمایی و ارجاع به مراکز تخصصی، برنامه ریزی بر اساس دستورالعمل برنامه (هر پرونده ۱ امتیاز)

- ◀ بررسی ۲ پرونده سلامت اجتماعی: کامل بودن برگه غربالگری تکمیلی، ارجاع به پزشک، راهنمایی و ارجاع به مراکز تخصصی، برنامه ریزی بر اساس دستورالعمل برنامه سلامت اجتماعی جهت آموزشهای روانشناختی و پسخوراند ارجاع به کارشناس مراقب سلامت (هر پرونده ۱ امتیاز)
- ◀ بررسی ۳ پرونده اختلالات مصرف مواد: کامل بودن برگه غربالگری تکمیلی، ارجاع به پزشک، برنامه ریزی بر اساس دستورالعمل جهت مداخله مختصر و پسخوراند ارجاع به کارشناس مراقب سلامت (هر پرونده ۱ امتیاز)
- ◀ نکته: رویت برگه ارجاع بعد از غربالگری تکمیلی و برگه های پسخوراند ارجاع ضروری است.

❖ سوال ششم:

آیا پیگیری موارد فوریت های روانپزشکی (خودکشی) انجام شده است؟ کل سوال ۱۴ امتیاز

اورژانسهای روانپزشکی شامل خشونت و پرخاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید داروهای روانپزشکی که توسط پزشک ارجاع شده و یا در مراجعه به مرکز سلامت جامعه اتفاق می افتد از اولویت های مداخله روانشناس تیم سلامت است و مداخله بر اساس تشخیص پزشک خواهد بود. به دلیل حساسیت موضوعات اورژانس روانپزشکی و یا مشکلات اجتماعی پیگیری این موارد به صورت ویژه بر عهده روانشناس و در تعامل با پزشک صورت می پذیرد.

- ◀ تکمیل دفتر ثبت و مراقبت افراد اقدام به خودکشی (۲ امتیاز)
- ◀ تکمیل دفتر پیگیری تلفنی موارد دارای مشکلات روانپزشکی (۲ امتیاز)
- ◀ تشکیل پرونده مراقبت تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد (۲ امتیاز)
- ◀ تکمیل فرایند پیگیری: ۲ بار در هفته اول و در هفته دوم و هفته های بعد بصورت هفتگی (۲ امتیاز) (به موارد پیگیری خارج از برنامه زمانبندی امتیازی تعلق نمی گیرد).

◀ اطلاع رسانی و پیگیری حضور خانواده بیمار (ثبت در فرم مراقبت پیگیری روانشناس ۲ امتیاز)

◀ انجام مداخله برای افراد بر اساس دستورالعمل (ثبت در پرونده تخصصی سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ۴ امتیاز)

نکته مهم: به دلیل اهمیت موارد اورژانسهای روانپزشکی، عدم پیگیری غیر موجه ۱۰۰٪ موارد بر اساس شرح وظایف روانشناس و مطابق با دستورالعمل؛ امتیازی تعلق نمی گیرد و نیمی از کل امتیاز سوال شماره ۴ کسر خواهد شد. در صورت وجود پرونده اقدام به خودکشی ناموفق و یا اورژانس روانپزشکی مادرباردار بررسی پرونده اولویت دارد.

❖ سوال هفتم

آیا پایش عملکرد کارشناس مراقب سلامت در مورد روند غربالگری و نحوه پیگیری در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و

اعتیاد صورت می گیرد؟ (کل سوال امتیاز ۶)

- ◀ رویت مستندات و پسخوراند هر گزارش بازدید و پایش (۳ امتیاز)

◀ بررسی پایش ها در ۳ ماه گذشته (حد انتظار بازدید هر ماه یکبار - پایش هر سه ماه) ۳ امتیاز
فرآیند غربالگری و بیماریابی و همچنین پیگیری اختلالات و مشکلات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد از موارد تخصصی و نوپا در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه به شمار می آید و با وجود آموزشهای ویژه کارشناس مراقب سلامت به دلیل حساسیت موضوع و نگاه با تردید جامعه به دریافت کنندگان خدمات سلامت روان و اعتیاد تعامل ویژه و پشتیبانی آموزشی در این حوزه جزء وظایف روانشناس بوده و تعامل به صورت پایش هر ماه یک بار از روند اجرا و ثبت اختلالات بر اساس دستورالعملها و فلوچارتها بر عهده کارشناس سلامت روان مرکز است. بدین ترتیب برنامه ریزی و امکانات بازدید از پایگاههای سلامت پیش نیاز عملکرد روانشناس بوده و انتظار می رود تمام پایگاههای تحت پوشش مرکز در طول سه ماه مورد بازدید قرار گرفته باشند.

نکته: پایش روانشناس از محدوده وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، مربوط به روند غربالگری و بررسی کیفیت از نظر چگونگی ارائه خدمت بوده و جنبه آموزشی و پشتیبانی در تعامل با کارشناس مراقب سلامت خواهد داشت. به عنوان مثال بررسی موارد خاص مراجعین مانند اورژانسهای روانپزشکی که مدیریت آنها نیاز به رفتار تیمی برنامه ریزی شده دارد.

❖ سوال هشتم

آیا کارشناس سلامت روان در برنامه حمایتهای روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه بر اساس دستورالعمل عمل کرده است؟ (کل سوال ۶ امتیاز)

از مجموع مهارتهای آموخته شده کارشناس سلامت روان شاغل در تیم سلامت، سرفصلهای مربوط به برنامه حمایتهای روانی اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و بلایا است. همچنین مدیریت بحرانهای مربوط به فوریتهای بهداشتی (مانند همه گیری در بیماریهای واگیر، تصادفات زنجیره ای، حوادث بزرگ آتش سوزی و یا انفجار، هشدارهای خط اول معاونت بهداشت و موارد مربوط به بسیج عمومی در ارائه خدمات است) عملکرد روانشناس تیم سلامت در مداخله بحران بر اساس دستورالعمل ارزیابی خواهد شد.

قبل از بحران

◀ آموزش کارکنان در خصوص حمایتهای روانی اجتماعی در بلایا (۱ امتیاز)

◀ تهیه تجهیزات و وسایل مورد نیاز (۱ امتیاز)

◀ بعد از بحران

◀ حضور موثر در مدیریت در بحران در صورت وجود حادثه (۱ امتیاز)

◀ غربالگری افراد (۱ امتیاز)

◀ مداخلات روانشناختی و آموزش مهارت های مقابله ای (۱ امتیاز)

◀ پیگیری افراد و یا خانواده های در معرض خطر و یا آسیب دیده به مدت چهار هفته (۱ امتیاز)

نکته: در مواردی که اجرای وظایف مداخله در بحران در طول سه ماه گذشته وجود نداشته باشد؛ ستون مورد ندارد علامت زده شده و امتیاز آن از عدد امتیاز نهایی ۱۰۰ کسر خواهد شد.

❖ سوال نهم

آیا مدیریت و برنامه ریزی فعالیتها انجام شده است؟ (کل سوال ۱۰ امتیاز)

فرم گزارش ثبت عملکرد و ارائه خدمات کارشناس سلامت روان در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و سوءمصرف مواد در برنامه نظام تحول سلامت به صورت هر سه ماه یکبار و تا پایان روز پنجم از پایان هر فصل به کارشناس ستاد شهرستان جهت جمع آوری و ارسال به ستاد دانشگاه تحویل داده می شود. این فرم جمع بندی خدمات به صورت دو جدول عملکردی آموزشی و مراقبتی است:

- ◀ تکمیل دفتر برنامه ریزی و مدیریت کارشناس سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد مجتمع سلامت (۱ امتیاز)
- ◀ برنامه هفتگی کارشناس سلامت روان و رفتار مرکز سلامت جامعه (۱ امتیاز)
- ◀ گزارش روزانه فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۱ امتیاز)
- ◀ گزارش ماهانه فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۱ امتیاز)
- ◀ گزارش فصلی فعالیت های کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۱ امتیاز)
- ◀ گزارش فصلی روند غربالگری و مراقبت اختلالات روانپزشکی توسط کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۱ امتیاز)
- ◀ برنامه عملیاتی کارشناس سلامت روان و رفتار مجتمع سلامت (۲ امتیاز)
- ◀ شناسایی، جذب و بکارگیری همیاران سلامت روان (رابطین تخصصی) (۱ امتیاز)
- ◀ تکمیل پانل و تحلیل شاخص های آن (۱ امتیاز)

❖ سوال دهم

نظارت بر ثبت و ارسال به موقع آمارها انجام می گیرد؟ (کل سوال ۸ امتیاز)

فرمهای ثبت آمار و ارائه خدمات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به صورت ماهانه توسط کارشناس مراقب سلامت جهت جمع آوری به ستاد شهرستان ارسال خواهد شد. از آنجایی که ثبت موارد تشخیص اختلالات بعد از تایید پزشک صورت می گیرد. با توجه به تسلط موضوعی کارشناس سلامت روان بررسی ثبت آمار اختلالات و نحوه ثبت خدمات مراقبت بر عهده ایشان است

نظارت بر ثبت صحیح آمار و خدمات مراقبت:

- ◀ فرم ماهانه گزارش تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی (۳ امتیاز)
- ◀ فرم ماهانه ثبت خودکشی (۳ امتیاز)
- ◀ فرم سه ماهه گزارش فعالیت های آموزش (۲ امتیاز)