

بسته آموزش و راهنمای عمل ویژه کارشناسان سلامت روان

دکتر وحید شریعت

دکتر محمد رضا رهبر

دکتر امیر حسین جلالی

دکتر امیر شعبانی

دکتر فهیمه لواسانی

۱۳۹۲

بازبینی ۱۳۹۴

الحمد لله
البرحمين
البرحمين

باسپاس ویژه از

استاد ارجمند جناب آقای دکتر علی اکبر سیاری

که ما را در تهیه و تدوین این مجموعه یاری نمودند.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل اول
۳	مفهوم سلامت روان
۴	بار بیماری‌ها در اختلالات سلامت روان
۸	عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان
۹	دسته‌بندی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان
۱۱	منابع
۱۳	فصل دوم
۱۵	هدف کلی
۱۵	اهداف اختصاصی
۱۶	عوامل چندگانه مؤثر بر بیماری‌های روانی و راهکارهای کنترلی آن‌ها
۱۶	راهکارهای بهبود خدمات سلامت روان افراد و جامعه
۱۸	شواهد علمی در مورد تأثیر برخی آموزشهای بهداشتی در زمینه سلامت روان
۱۹	اجرای راهکارها بر اساس سطوح پیش‌گیری در برنامه‌های سلامت روان
۱۹	مروری کوتاه بر مفاهیم پیش‌گیری و کاربرد آن در سلامت روان
۲۰	پیش‌گیری مقدماتی (ابتدایی)
۲۰	پیش‌گیری اولیه
۲۱	پیش‌گیری سطح دوم
۲۱	پیش‌گیری سطح سوم
۲۲	دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان به لحاظ سطح پیش‌گیری
۲۲	۱- برنامه‌های پیش‌گیری سطح اول
۲۲	۲- برنامه‌های پیش‌گیری سطح دوم
۲۳	۳- برنامه‌های پیش‌گیری سطح سوم
۲۵	منابع
۲۶	فصل سوم
۲۸	مفهوم برنامه‌ی سلامت روان
۲۸	هدف برنامه‌های سلامت روان
۲۸	فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت
۲۹	برنامه‌ی سلامت روان و اجزای موجود در آن

فصل چهارم	۳۳
تعریف گروه هدف	۳۵
گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان	۳۵
طبقه‌بندی گروه‌های هدف برای ارائه خدمات سلامت روان	۳۷
شناسایی گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت	۳۹
۱- برنامه‌ی شناسایی جمعیتی زیست محیطی	۳۹
۲- پرونده خانوار	۴۰
۳- غربالگری اختلالات سلامت روان و دستورالعمل تکمیل فرم آن	۴۲
۴- ثبت موارد شناخته شده اختلالات سلامت روان در دفتر مراقبت و پیگیری	۵۰
فصل پنجم	۵۱
مفهوم و اهمیت ارتباط برای سلامت	۵۳
برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان	۵۵
راههای برقراری ارتباط با مردم	۵۸
مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف	۵۸
مرحله اول: دسترسی به گروه مخاطب	۵۹
مرحله دوم: جلب توجه مخاطب	۶۰
مرحله سوم: فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب	۶۱
مرحله چهارم: ارتقا و پذیرش تغییر	۶۱
مرحله پنجم: ایجاد تغییر در رفتار	۶۲
مرحله ششم: بهبودی و ارتقای سلامت روان	۶۲
عوامل مؤثر بر بهره مندی از خدمات	۶۳
مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان	۶۴
۱- مهارت کمک رسانی	۶۵
۲- مهارت‌های هدایت و آموزش	۶۶
۳- مهارت‌های مدیریت و رهبری	۶۶
۴- مهارت‌های نظارت و سرپرستی	۶۶
۵- مهارت‌های مباحثه و صحبت	۶۷
۶- مهارت‌های شنیدن	۶۷
منابع	۶۹

فصل ششم.....	۷۰
افسردگی.....	۷۲
مقدمه.....	۷۲
راهنمای تشخیصی افسردگی.....	۷۲
درمان.....	۷۴
شرح وظایف کارشناس.....	۷۴
نکاتی که باید به بیمار افسرده و خانواده‌ی وی آموزش داده شود.....	۷۵
باید بر رعایت نکات زیر تاکید کرد.....	۷۵
موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک.....	۷۶
موارد ارجاع فوری به روانپزشک.....	۷۶
موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی.....	۷۶
پیگیری و مراقبت بیمار افسرده بعد از بازگشت از ارجاع.....	۷۶
اختلال دوقطبی.....	۷۷
مقدمه.....	۷۷
راهنمای تشخیصی مانیا/هایپومانیا.....	۷۸
درمان.....	۷۹
نکاتی که در آموزش به بیمار و خانواده باید در نظر گرفته شود.....	۷۹
علائم هشداردهنده عود که باید به بیمار و خانواده آموزش داده شود.....	۸۱
شرح وظایف کارشناس.....	۸۱
موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک.....	۸۱
موارد ارجاع فوری به روانپزشک.....	۸۲
موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی.....	۸۲
نحوه پیگیری و مراقبت پس از بازگشت بیمار از ارجاع.....	۸۲
اختلالات اضطرابی.....	۸۴
مقدمه.....	۸۴
اضطراب فراگیر.....	۸۴
اختلال پانیک.....	۸۴
هراس اجتماعی.....	۸۴
اختلال استرس پس از سانحه.....	۸۵

غربالگری و نحوه ارجاع.....	۸۵
درمان و پیگیری اختلالات اضطرابی.....	۸۵
شرح وظایف کارشناس.....	۸۷
نکاتی که باید به بیمار و خانواده‌ی وی آموزش داد.....	۸۷
اختلالات سایکوتیک.....	۸۷
مقدمه.....	۸۸
علل و علایم.....	۸۹
موارد ارجاع و نحوه انجام آن.....	۹۰
کارهایی که نباید در برخورد با این بیماران انجام داد.....	۹۰
درمان، پیگیری و مراقبت بیماران.....	۹۱
شرح وظایف کارشناس.....	۹۱
قطع درمان.....	۹۲
عوارض دارویی.....	۹۲
موارد ارجاع فوری.....	۹۲
موارد ارجاع غیرفوری.....	۹۳
آموزش خانواده‌ی بیمار مبتلا به پسیکوز.....	۹۳
اختلالات شبه‌جسمی.....	۹۴
مقدمه و تعریف.....	۹۴
علل و علایم.....	۹۴
پیگیری، مراقبت و آموزش بیماران.....	۹۶
شرح وظایف کارشناس.....	۹۶
صرع.....	۹۷
مقدمه.....	۹۷
تب و تشنج.....	۹۹
نحوه برخورد با تب و تشنج.....	۹۹
درمان صرع.....	۹۹
برخورد با عوارض دارویی.....	۹۹
شرح وظایف کارشناس.....	۱۰۰
نکاتی که کارشناس باید به بیمار و همراهان وی آموزش دهد.....	۱۰۰

ناتوانی ذهنی.....	۱۰۲
مقدمه.....	۱۰۲
علل.....	۱۰۲
موارد ارجاع و نحوه انجام آن.....	۱۰۳
پیگیری و مراقبت بیماران آموزش به بیماران و خانواده.....	۱۰۳
اختلال بیش‌فعالی و کم توجهی.....	۱۰۴
تعریف و علائم.....	۱۰۴
درمان.....	۱۰۵
شرح وظایف کارشناس.....	۱۰۵
اصول کلی مشاوره و آموزش.....	۱۰۵
اختلالات رفتارهای ایدایی.....	۱۰۶
تعاریف و علائم.....	۱۰۶
ارزیابی و درمان.....	۱۰۶
اصول کلی مشاوره و آموزش.....	۱۰۷
اوتیسم.....	۱۰۷
تعریف و مقدمه.....	۱۰۷
غربالگری و نحوه ارجاع.....	۱۰۸
درمان و پیگیری.....	۱۰۸
موارد ارجاع.....	۱۰۹
اختلالات یادگیری.....	۱۰۹
تعریف و علائم.....	۱۱۰
تشخیص و درمان.....	۱۱۰
اصول کلی مشاوره و آموزش.....	۱۱۱
اختلال تیک.....	۱۱۱
تعاریف و علائم.....	۱۱۱
درمان.....	۱۱۱
اصول کلی مشاوره و آموزش.....	۱۱۲
اختلالات دفعی.....	۱۱۲
تعاریف و علائم.....	۱۱۲
درمان.....	۱۱۳

۱۱۳	اصول کلی مشاوره و آموزش
۱۱۳	لکنت زبان
۱۱۴	تعاریف و علایم
۱۱۴	درمان
۱۱۴	اصول کلی مشاوره و آموزش
۱۱۵	عادات خاص
۱۱۶	خودکشی
۱۱۶	مقدمه
۱۱۶	غربالگری
۱۱۶	اقداماتی که تا زمان ملاقات با پزشک باید انجام شود
۱۱۸	فصل هفتم
۱۲۰	آموزش مهارت‌ها
۱۲۰	انواع مهارت‌ها
۱۴۹	بررسی احتمال خودکشی و مقابله با آن
۱۴۹	خودکشی و پیش‌گیری از آن
۱۵۰	ارزیابی خطر اقدام به خودکشی
۱۵۳	بهبود پذیرش دارویی
۱۵۳	راهکارهای بهبود پذیرش دارو درمانی
۱۵۵	آخرین توصیه‌ها
۱۵۶	مشاوره خانواده برای بیماران مبتلا به سایکوز
۱۶۰	فرزندپروری
۱۶۰	پدر و مادر بودن چه معنایی دارد؟
۱۶۱	اصول کلی تربیت فرزند
۱۶۱	ایجاد محیط تربیتی امن
۱۶۲	برقراری رابطه مثبت با کودکان
۱۶۲	برقراری ارتباط

۱۶۴	..... تأیید و تشویق رفتارهای مثبت
۱۶۵	..... نحوه دستور دادن به کودک
۱۶۶	..... روش‌های آموزش مهارت‌های جدید
۱۶۷	..... راهبردهای مدیریت رفتار نامطلوب
۱۶۷	..... بحث جهت دار
۱۶۷	..... نادیده گرفتن
۱۶۸	..... انتخاب پیامد
۱۶۹	..... روش استفاده از اتاق خلوت
۱۶۹	..... مدیریت رفتار در موقعیت‌های خاص
۱۷۰	..... مراقبت والدین از خودشان
۱۷۱	..... فصل هشتم
۱۷۳	..... مقدمه- مروری بر اهداف آموزش برای سلامت
۱۷۴	..... هدف برنامه‌ی آموزش سلامت روان به گروه‌ها
۱۷۶	..... آموزش سلامت روان در گروه‌های غیررسمی
۱۷۷	..... آموزش سلامت روان در گروه‌های رسمی
۱۷۸	..... مراحل اجرای برنامه‌ی آموزش سلامت روان به گروه‌ها
۱۸۱	..... مشارکت گروه‌ها و جامعه در زمینه سلامت روان
۱۸۱	..... مراحل اجرای یک برنامه‌ی مشارکت افراد
۱۸۳	..... شورای روستا یا محل
۱۸۵	..... عوامل مؤثر بر بهرهمندی از خدمات

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 فلوچارت های ارائه خدمات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد انجام وظیفه نماید.

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

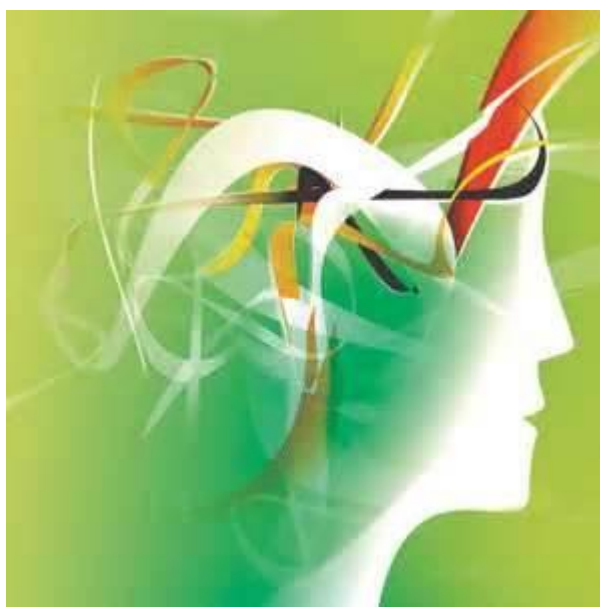
دکتر احمد حاجبی

مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

مجموعه مدیریت سلامت برای کارشناسان سلامت روان

فصل اول

مفاهیم و اهمیت سلامت روان



پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید

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

عناوین فصل

- مفهوم سلامت روان
- بار بیماری‌ها در اختلالات سلامت روان
- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان
- دسته‌بندی 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 متمر ثمر 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 هستند¹. 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 عملاً 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

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

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 بین-نسلی و توانایی تشخیص استعدادهای بالقوه هوشی و عاطفی در خود است. به گونه‌ای دیگر می‌توان گفت: سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را باز می‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و به‌عنوان 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 مازور را تجربه کرده‌اند.^۳ اختلالات اضطرابی مشتمل بر اختلالات پانیک، اضطراب منتشر، اختلالات پس از تروما، انواع فوبیا و اضطراب ناشی از طلاق شایع‌ترین انواع اختلالات روان در جمعیت عمومی هستند.^۴ 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.^۵ این اختلال در حال حاضر ششمین عامل مرگ در ایالات متحده را شامل می‌شود.^۶ 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 کارایی و توانایی سازندگی بود.

^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.

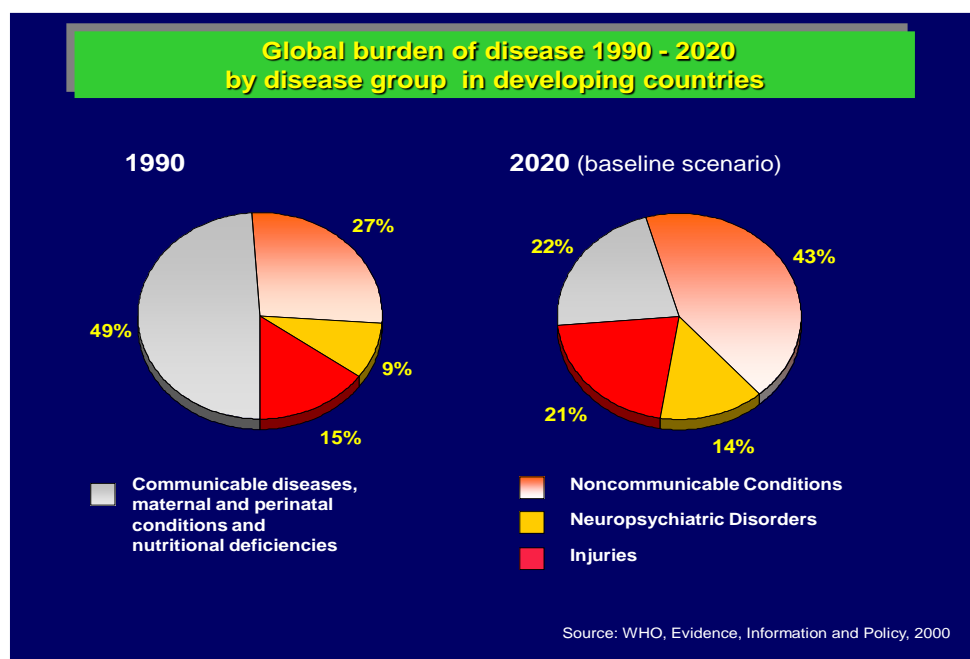
^۳ - Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617-627.

^۴ - 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.

^۵ - Xu JQ, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. Deaths: final data for 2007. *National Vital Statistics Report* 2010;58(19).

^۶ - 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.

اسکیزوفرنیا و آلزایمر، از بیماری‌هایی چون آرتрит، آسم، کانسر و نارسایی احتقانی قلب، دیابت، فشارخون و سکته 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.^۱



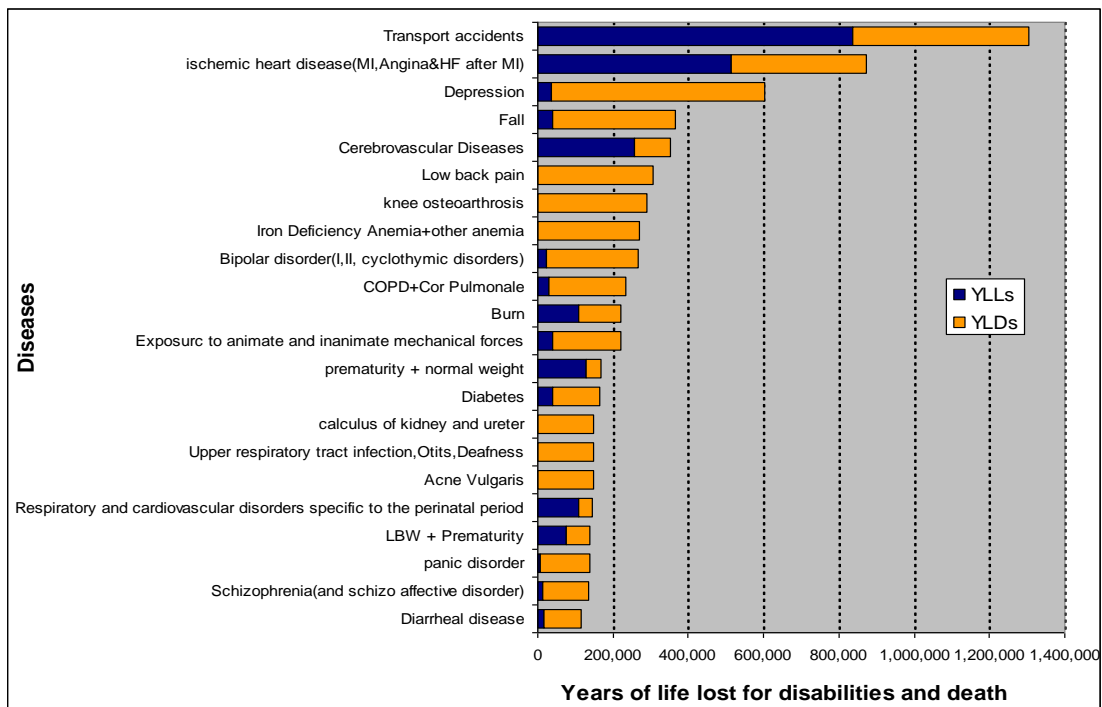
تصویر: بار بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه در دو مقطع زمانی ۱۹۹۰ و سناریوی پیش‌بینی‌شده در سال ۲۰۲۰ به رشد قابل توجه بیماری‌های غیرواگیر و اختلالات روانی توجه نماید.

در تصویر فوق سناریوی آینده وقوع اختلالات روانی در سایر بیماری‌های مزمن به تصویر کشیده

شده است.^۲

^۱ - بهداشت روان چیست؟ دکتر معصومه امین اسماعیلی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - <http://www.iranmentalhealth.hbi.ir/Importance.htm>

^۲ - Source: WHO, Evidence, Information and Policy, 2000



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.

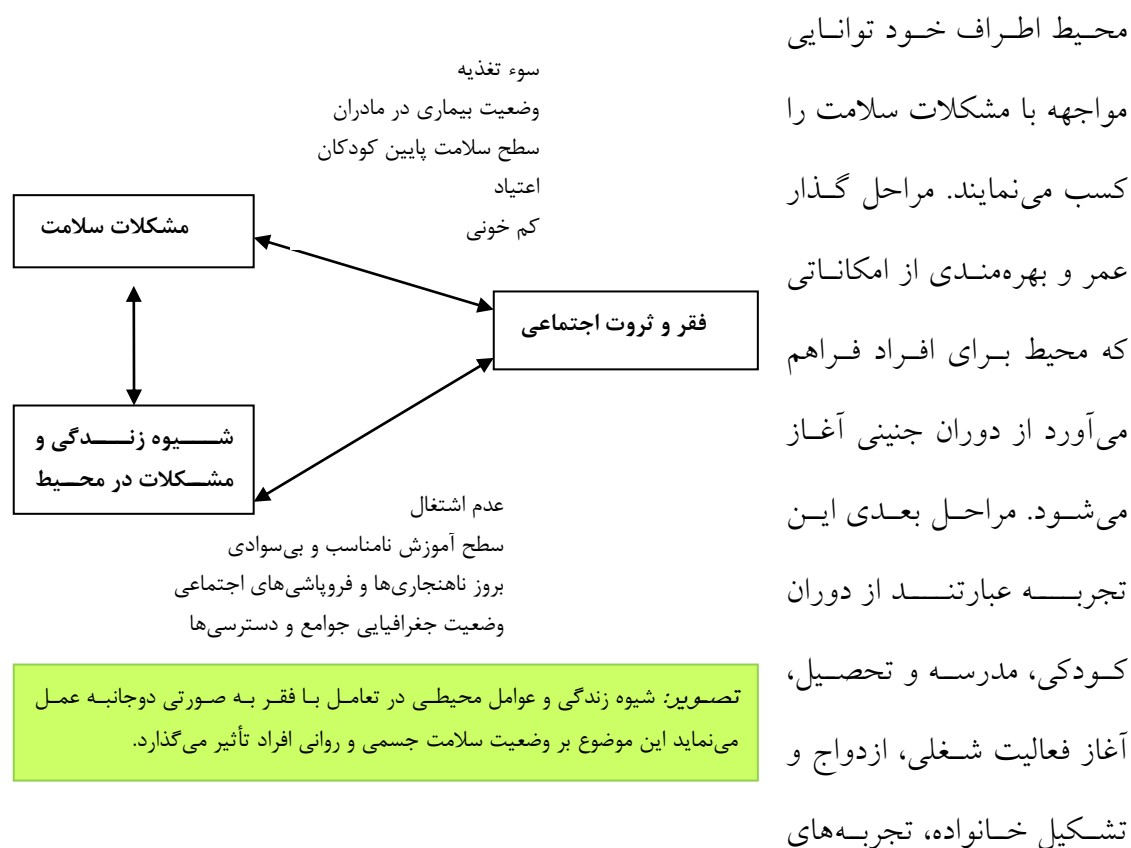
در ایران، شیوع تمام عمر اختلال‌های روانی در جمعیت بالای پانزده سال کشور بیش از ۲۰ درصد برآورد می‌شود که در این میان اختلالات خلقی و اضطرابی بیش‌ترین شیوع را دارند.^۱ شیوع این اختلالات در ایران در هر مقطع زمانی بیش از ۱۰ درصد تخمین زده شده است. مطالعات انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد که اختلالات روانی 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

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

غیرمستقیم (کاهش توان فردی، کاهش نیروی مولد جامعه، بار خانوادگی) اثرات زیانباری بر جامعه می‌گذارند، به طوری 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.

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. انسان‌ها در مراحل گذار عمر بسته به نوع بهره‌مندی از



تغییر 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 طبقه‌ی 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.

1. Health topics- Mental health, Available in http://www.who.int/topics/mental_health/en/index.html
۲. راهنمای مراقبت از بیماری‌های روانپزشکی بزرگسالان (ویژه پزشکان) -۱۳۷۸-وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
3. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2008.
4. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:617-627.
5. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiol Psychiatr Soc 2009;18(1):23-33.
6. Xu JQ, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. Deaths: final data for 2007. National Vital Statistics Report 2010;58(19).
7. Hebert LE, Scherr PA, Bienas JL, Bennett DA, Evans DA. Alzheimer's disease in the U.S. population: prevalence estimates from the 2000 census. Arch Neurol 2003;60:1119-22.
۸. بهداشت روان چیست؟ دکتر معصومه امین اسماعیلی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - <http://www.iranmentalhealth.hbi.ir/Importance.htm>
9. WHO, Evidence, Information and Policy, 2000

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

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

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

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

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

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

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

مجموعه مدیریت سلامت برای کارشناسان سلامت روان

فصل دوم

راهکارهای ارتقای سلامت روان



عناوین فصل

- ضرورت، مفهوم و اهداف برنامه‌ریزی راهکاری برای اختلالات سلامت روان
- عوامل چندگانه‌ی 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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید

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

ضرورت، مفهوم و اهداف برنامه‌ریزی راهکاری برای اختلالات سلامت روان

مطالعه انجام شده 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 دوقطبی، 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 چشم‌اندازهای آینده سازمان و فرآیندها و اعمال مورد نیاز برای تحقق آن چشم‌انداز را طراحی می‌کنند. ویژگی‌های برنامه‌ریزی راهکاری این است که باید این برنامه‌ی درازمدت، 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 ارایه 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. سرمایه گذاری 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. آرایه 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 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 انگ اجتماعی و تبعیضی که بر این گروه از افراد جامعه تحمیل می‌شود، کاهش دهیم.

در ایران در تحقیقی که توسط شادمنش و همکاران در زمینه بررسی فرهنگ بهداشتی مردم شهرنشین استان کردستان در سال ۱۳۷۷ انجام شد نشان داده شد که ۶۱٪ آگاهی ضعیفی از مفهوم بهداشت داشتند. ۳۵٪ از مردم معتقد بودند که طب سنتی تأثیر زیادی در درمان بیماری‌های داشه و ۱۲٪ از مردم به دعا نویس 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 فرد 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

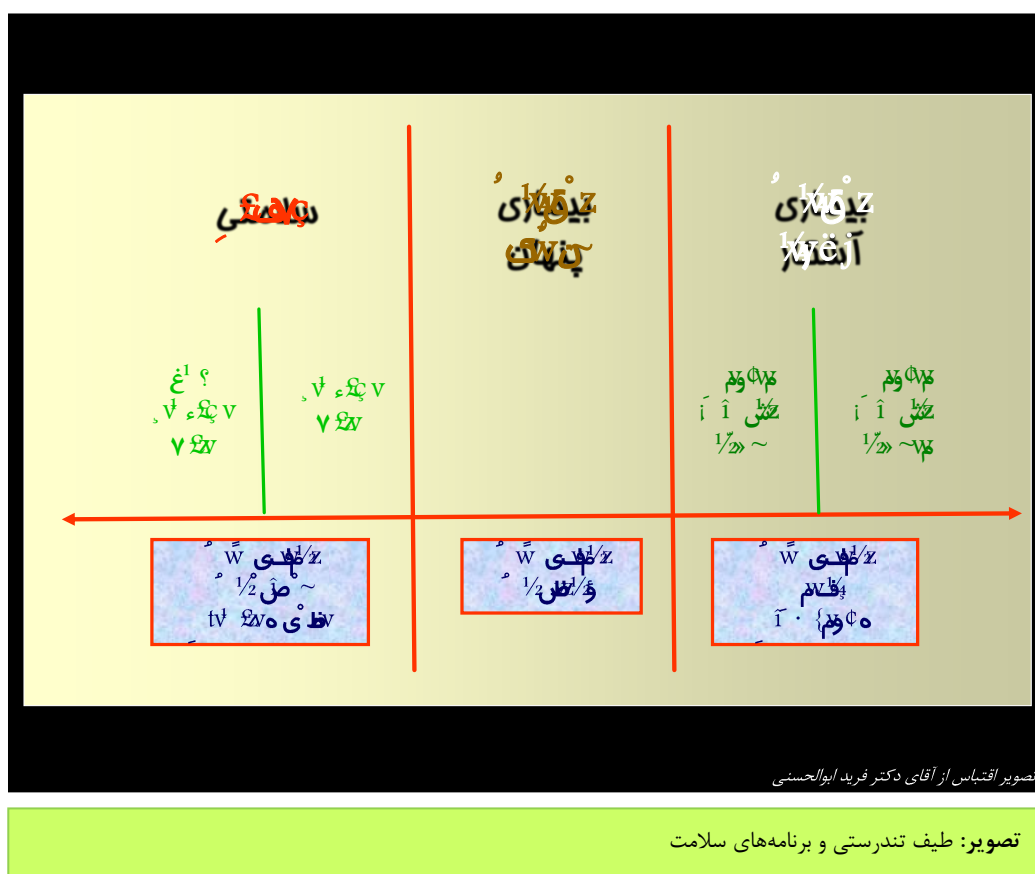
۱- برنامه‌های پیش‌گیری سطح اول

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 (premordial 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 (مداخله-ی) مورد پیش‌بینی در این نوع از برنامه‌ها سبب کاهش موارد بروز می‌شود.

۲- برنامه‌های پیش‌گیری سطح دوم

انواعی از برنامه‌های سلامت هستند که به منظور 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 علائم طراحی شده‌اند، مانند پیدا کردن موارد بیماران کشف نشده‌ی اختلالات اسکیزوفرنیا، اختلالات اضطرابی، عقب‌ماندگی ذهنی و بیش‌فعالی در کودکان در بیماران به ظاهر سالم با استفاده از آزمون‌ها و معاینه‌ها یا سایر رویه‌ها را در اصطلاح غربالگری می‌گویند. آزمون‌های غربالگری به منظور 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.



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.

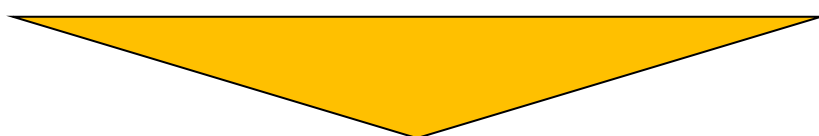
اهمیت شناخت سطح مداخله در برنامه نه تنها موجب فهم مناسب از اقدامات مداخله‌ای می‌شود بلکه موجب درک مناسبی از شاخص‌های ارزشیابی برنامه نیز می‌شود. همان‌طور که گفته شد شاخص ارزشیابی نهایی برای تحقق هدف برنامه‌ی سطح اول کاهش موارد بروز و برای سطح دوم و سوم کاهش شیوع و ناتوانی بیماری است.

منابع

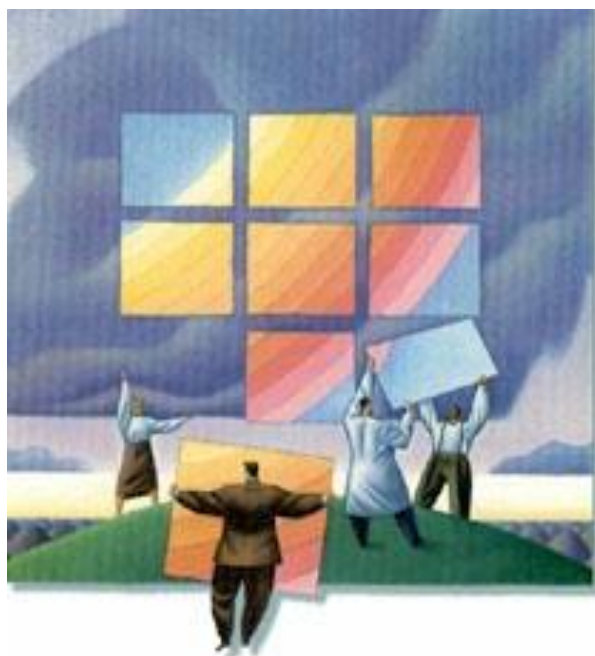
1. Lawrence W. Green, Marxhal W. Kreuter- Health Program Planning- Mc Graw Hill – 1999.
2. Strengthening Performance Monitoring and Evaluation of Reproductive Health and Family Planning Programs In Islamic Republic of Iran MOHME ESCAP UNFPA September 1999 By Dr. F. Abolhassani et al
3. Park J.E: Preventive and Social Medicine, Nineteenth Banarsidas Bhanot, India, 2005
۴. جان م. لست – فرهنگ اپیدمیولوژی – ترجمه دکتر حسین شجاعی تهرانی، دکتر بابک بوب – انتشارات سماط – ۱۳۷۸
۵. دکتر فرید ابوالحسنى – مدیریت برنامه‌های تندرستی – انتشارات «برای فردا» – ۱۳۸۳
۶. بیگل هول، بونیتا: مبانی اپیدمیولوژی، ترجمه دکتر محسن جانقربانی و دکتر مطهر پیانپور، انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان، سال ۱۳۷۱
۷. جودیت س، مازنر، اصول اپیدمیولوژی، ترجمه: دکتر حسین ملک افضلی، دکتر کیومرث ناصری، انتشارات دانشگاه تهران، مرکز نشر دانشگاهی چاپ اول سال ۱۳۶۳،

مجموعه مدیریت سلامت برای کارشناسان سلامت روان

فصل سوم



آشنایی با چارچوب برنامه‌های سلامت روان



عناوین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید

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

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 روان 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 به‌هم‌پیوسته‌ای

است که به‌منظور مقابله با یک یا چند مشکل

سلامت طراحی و در ساختار شبکه سلامت

ادغام می‌شوند، مانند برنامه‌های ایمن‌سازی،

پایش رشد، سلامت روان و ... برای هر کدام

از برنامه‌ها می‌توان مأموریت اصلی، گروه هدف و فرایندهای مشخص پیش‌بینی کرد. فرایندهای

انتخاب‌شده برای هر برنامه به‌گونه‌ای است که برنامه را به‌صورت کارآمدی به سوی تحقق هدف

اصلی آن پیش برد. هر فرایند به مجموعه‌ای از فعالیت‌های به‌هم‌پیوسته اطلاق می‌شود که منجر به

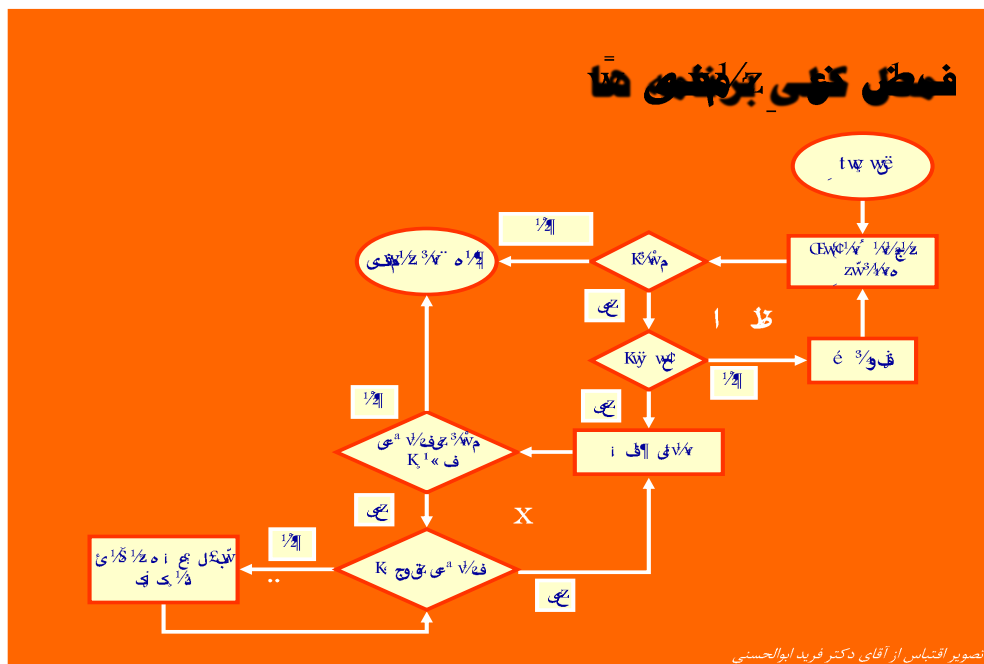
تحقق اهداف مرحله‌ای می‌شود. لذا برای مراحل اجرایی هر برنامه می‌توان چند فرایند تعریف کرد.

فعالیت‌های اجرایی طی دستورعمل‌ها به نیروی انسانی شاغل در بخش‌های مختلف ابلاغ می‌شوند.



این دستورعمل‌ها استانداردهای فعالیت‌های اجرایی را تبیین می‌کنند و اجرای صحیح آن‌ها 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 ذیل 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 برنامه‌های سلامت اشاره کنیم. نکته مورد نیاز برای توضیح در این مرحله این است که اصولاً برنامه‌های سلامت در مرحله طراحی فرایندهای خدمت و پشتیبان به گونه‌ای طراحی می‌شوند تا به استفاده بیشینه از منابع در دسترس اقدام به ارزیه حداکثر خدمات نمایند. این موضوع را در اصطلاح "ادغام" می‌گویند. تحقق موضوع اخیر به‌طور 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 ارزیه گردد. این موضوع را "ادغام در سطح گیرنده‌ی خدمت" می‌گویند. به‌عنوان مثال هنگامی که کودک زیر ۶ سال به واحد ارزیه خدمت مراجعه می‌کند، ارزیه‌دهنده‌ی خدمت می‌تواند به او خدمات ایمن‌سازی، پایش رشد، سلامت روان و سایر بررسی‌های سلامت را ارزیه نماید. تحقق این امر در گروی آن است که برنامه‌های سلامت در هنگام طراحی استانداردهای ارزیه خدمت دارای یک ماتریکس مشتمل بر خدمات و زمان بهره‌مندی از آن‌ها را داشته باشند. در این شرایط گروه هدف می‌تواند در زمان‌های مشخصی خدمات تعریف شده خاصی را دریافت نماید. به مجموعه خدماتی که در هنگام مراجعه یک فرد از گروه هدف در قالب برنامه‌ی سلامت به وی ارزیه می‌شود "بسته‌ی خدمت" گفته می‌شود. خدمات موجود در یک بسته خدمت هر کدام موجب تحقق اهداف سلامت جداگانه‌ای می‌شوند. اصل دوم برای استفاده بیشینه از منابع بهره‌برداری اشتراکی برنامه‌های سلامت از منابع انسانی و غیرانسانی در دسترس است. این موضوع که از آن می‌توان با تعبیر ادغام در سطح منابع یاد کرد، به مفهوم آن است که ظرفیت منابع ساختاری برنامه‌های سلامت باید به گونه‌ای تنظیم شوند که این منابع قابلیت‌های بهره‌برداری برای برنامه‌های سلامت مختلف را در یک زمان داشته باشند.

برنامه‌های سلامت روان نیز مانند تمامی برنامه‌های سلامت دیگر باید الگوی روشنی برای بازاریابی داشته باشند. بحث در مورد مفهوم اخیر در این مجمل نمی‌گنجد، با این وجود در اینجا ذکر این نکته ضروری است که برنامه‌های سلامت باید با شیوه‌هایی کاراً تقاضای مردم را تنظیم نموده و

آن‌ها را به سمت نیازهای دارای اولویت سوق دهند. این موضوع تا حد زیادی تابع نحوه عرضه خدمات سلامت در جامعه است. با این تنظیم می‌توان به رویکردی کارا، پاسخ‌گو و عدالت محور در برنامه‌های سلامت دست یافت. واضح است چنانچه برنامه‌ی سلامت در این مرحله از الگوهای 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.

مجموعه سلامت روان برای کارشناسان سلامت روان

فصل چهارم

شناسایی گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان



عناوین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید

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

اهداف

تعریف گروه هدف



فعالیت‌های نخستین سطح ارایه‌ی خدمات مشتمل بر بهورزان یا کارداناان به منظور شناسایی بیماران مبتلا به بیماری روانی و مبتلایان به اختلالات رفتاری را شناسایی گروه هدف می‌گویند به افرادی که به خدمات موجود در یک برنامه نیاز دارند و باید آن خدمات را دریافت کنند گروه هدف آن برنامه اطلاق می‌شود. سیاستگذاران بخش سلامت در

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

گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان

سازمان جهانی بهداشت در دیدگاه نوین خود سلامت را برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی معنی نموده‌است. در این میان سلامت روان واژه‌ای است که بیانگر توانایی شناختی و عاطفی یک فرد برای برخورداری از یک زندگی بارور است. سلامت روان بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت روان به حالتی از رفاه اطلاق می‌شود که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد و می‌تواند بر تنش‌های روانی معمول در زندگی 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 می‌توان گفت که هر فرد از افراد جامعه در درجه‌ای از سلامت روان قرار دارد. بر این اساس گروه‌های هدف سلامت روان شامل تمامی سنین، هر دو جنس و همه افراد با هر وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و از هر قومیت و اعتقادی خواهند بود؛ هیچ فرد از افراد جامعه را نمی‌توان پیدا کرد که نیازمند حمایت‌های اجتماعی برای برخورداری از حداکثر سلامت روان نبوده و هیچ فردی را نمی‌توان یافت که فاقد نیاز برای رشد و تعالی برای رسیدن به درجات بالاتری از این موضوع نباشد. در اینجا ذکر این نکته حایز اهمیت است که اگر چه در برخی تعاریف یک فرد با سلامت روان را شخصی دانسته‌اند که فاقد هر گونه اختلال یا بیماری روانی باشد، اما در بسیاری از تعاریف دست-یابی به ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی را برای افراد فاقد اختلال به‌عنوان یکی از اهداف سلامت روان پیش‌بینی نموده‌اند. در این زمینه گفته می‌شود حتا در شرایطی که فرد فاقد هر گونه اختلال یا بیماری روانی باشد، باز هم می‌توان درجاتی از رشد روانی را برای وی تصور کرد که در آن عواطف فرد از ظرفیت‌های کامل‌تری برای برخورداری از زندگی پربار بهره‌مند بوده و قادر است بر چالش‌هایی 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 برگزار می‌شود، محلی، سخنرانی در مراکز آموزشی و رفاهی،

ارایه 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 طبقه‌بندی افراد در گروه‌هایی نظیر مبتلایان به افسردگی و اضطراب، اختلالات دوقطبی، انواع اختلالات روانی و ... است. مبنای دوم انتخاب گروه‌های هدف بر اساس گروه‌های سنی است. در این رویکرد گروه‌های سنی واجد قرار گرفتن در دسته‌های افراد در معرض مخاطرات و بیماری‌های روانی خاص تلقی می‌شوند. این رویکرد برای ارائه بسته‌ای از خدمات



ادغام یافته مختلف به یک حیطه سنی همواره مورد نظر ارایه 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 علائم 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 ارایه 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.

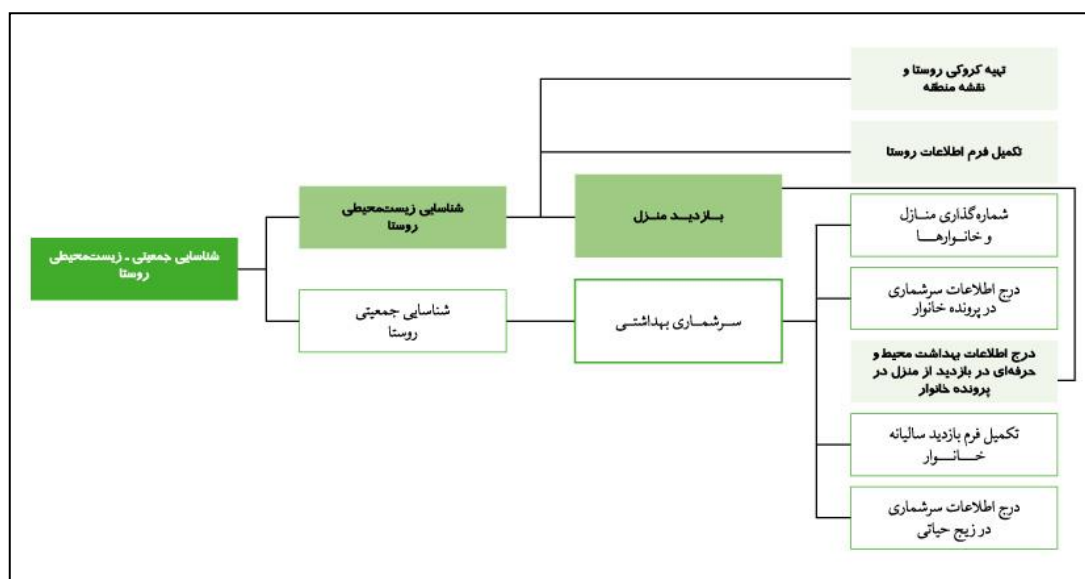
بدین منظور جداول و دستورعمل های مشخص طراحی شده است که با استفاده از آن ها می توان این اقدام را به صورتی سازمان دهی شده و کارآمد انجام داد.

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 به‌روزان و سایر ارائه‌دهندگان خدمت است. اطلاعات مربوط به شناخت جمعیتی روستا در فرم‌های مختلف در خانه‌ی بهداشت ثبت می‌گردد. ثبت اطلاعات پایه جمعیتی برای ارائه کلیه خدمات سلامت صورت می‌پذیرد و برای ارائه‌دهندگان 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 به‌مورد 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.



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 به منظور شناسایی گروه‌های هدف نیازمند خدمات سلامت است. در این سرشماری‌ها مشخصه‌های شناسه‌ای افراد، مشتمل بر سن، جنس، شغل، تابعیت، وضعیت زناشویی و نسبت شخص با سرپرست خانوار به دست می‌آید. علاوه بر این در طی بازدید از منازل، اطلاعاتی از وضعیت بهداشتی محل زیست و بیماری‌ها ثبت می‌شود. اطلاعات مرتبط با تندرستی افراد مانند ناتوانی دایمی و بیماری‌های مزمن در واقع موارد دیگری است که در این سرشماری‌ها به دست می‌آید. واحد سرشماری خانوار* است و در آن افراد بر اساس محل اقامت معمول خود ثبت می‌شوند. فرم‌های مورد استفاده در سرشماری، فرم پرونده خانوار و فرم بازدید سالیانه خانوار است که در مورد نحوه تکمیل اطلاعات آن در کتب مختلف بهورزی بحث شده است.

۲- پرونده خانوار

اطلاعات مندرج در پرونده خانوار که بر جلد آن ثبت می‌شود عمدتاً شامل واحدهای مدیریتی و ارائه‌دهنده‌ی خدمت مربوط به آن پرونده خانوار شامل مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشتی

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

درمانی، خانه بهداشت و نیز شماره خانوار و شماره‌ی ساختمان، نشانی افراد ساکن در خانوار، شماره تلفن و تاریخ تشکیل پرونده بهداشتی است. در صفحه دوم پرونده خانوار اطلاعات مرتبط با سرپرست خانوار، همسر سرپرست، فرزندان از بزرگ به کوچک، عروس و داماد سرپرست در صورت عدم استقلال، نوه و نتیجه سرپرست، پدر و مادر سرپرست خانوار، خواهر و برادر سرپرست، سایر خویشاوندان سرپرست و غیرخویشاوندان به ترتیب ثبت می‌گردد. چنانچه خانوار از خانوارهای عشایری و یا خانوارهای غیرایرانی باشند نیز در صفحه دوم پرونده خانوار ثبت می‌شوند.

مشخصات کلی افراد خانوار											
شماره خانوار	نام و نام خانوادگی	نسبت اعضا به سرپرست خانوار	تاریخ تولد		جنس	وضعیت تأهل	میزن سواد	شغل	ملاحظات	تاریخ تولد	
			روز	ماه						سال	روز	ماه	سال

تاریخ تولد کودکان زیر شش سال بر حسب روز و ماه و سال (بر اساس شناسنامه) و برای بقیه سنین بر حسب سال تولد نوشته شود.

آیا خانوار جزو خانوارهای عشایری است؟ بل خیر

آیا خانوار جزو خانوارهای غیرایرانی است؟ بل خیر

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

علاوه بر موارد فوق در خانه‌های بهداشت دفاتر مراقبت و پیگیری برای گروه‌های هدف برنامه‌های مختلف سلامت موجود است. بهورزان اطلاعات مرتبط با گروه‌های هدف و وضعیت

بهره‌مندی آنان از خدمات سلامت را به‌طور مرتب در این دفاتر ثبت می‌کنند. با استفاده از این ابزار
ارایه‌دهندگان خدمات مختلف می‌توانند فهرستی از گروه‌های هدف با وضعیت بهره‌مندی از خدمات
آنها را در دسترس داشته و آنها را برای مقاصد برنامه‌های سلامت مورد بهره‌برداری قرار دهند.

۳- غربالگری اختلالات سلامت روان و دستورعمل تکمیل فرم آن

غربالگری به مفهوم شناسایی بیماران به‌ظاهر سالم با استفاده از آزمون‌ها، معاینه‌ها یا سایر روش‌ها
است. کار غربالگری به‌طور معمول توسط بهورزان در روستا و کاردانا در شهر انجام می‌شود. افراد
غربال شده می‌باید به‌منظور تشخیص نهایی اختلال توسط ارایه‌دهندگان واجد صلاحیت مورد تایید
نهایی قرار گیرند و اطلاعات آنها در فرم‌های ثبت بیماری‌ها وارد شود. با ثبت این اطلاعات ارایه-
دهندگان 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 ارایه 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 می-
پذیرد. 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)

خیر	بله	علامه 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، شکاک 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 بوالهروی - ۱۳۷۴

فرم شرح حال روانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی

شماره پرونده: تاریخ مراجعه: ساعت مراجعه:

۱. مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: نام سرپرست خانوار:

سن: جنس: تاهل: تحصیلات: ستمل:

محل تولد: محل سکونت:

متبع ارجاع و خانه بهداشت: خود بیمار □ خانواده □ پزشک □ سایر مراجع □

۲. تاریخچه بیماری فعلی:

• علت مراجعه و تکایات اصلی:

• زمان شروع بیماری:

• نحوه شروع بیماری: ناگهانی □ تدریجی □ نامشخص □

• علائم شروع بیماری فعلی:

• مروری بر علائم مهم

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> پر حرفی <input type="checkbox"/> پر خستگی فیزیکی <input type="checkbox"/> اختلال در حافظه <input type="checkbox"/> اقدام به خودکشی <input type="checkbox"/> احساس گناه <input type="checkbox"/> عدم لذت بردن از زندگی <input type="checkbox"/> بی قراری روانی حرکتی <input type="checkbox"/> تکایات جسمی <input type="checkbox"/> گوسته گیری <input type="checkbox"/> افزایش تشنگی <input type="checkbox"/> احساس ناامیدی <input type="checkbox"/> توهم | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> سرخوشی و تنادی زیاد <input type="checkbox"/> پر خستگی لفظی <input type="checkbox"/> اختلال در تمرکز <input type="checkbox"/> افکار خودکشی <input type="checkbox"/> کمبود انرژی <input type="checkbox"/> بی میلی جنسی <input type="checkbox"/> بی توجهی به نظافت شخصی <input type="checkbox"/> فقدان بیش نسبت به بیماری <input type="checkbox"/> افزایش نیاز به خواب <input type="checkbox"/> کاهش تشنگی <input type="checkbox"/> احساس قهقیتی <input type="checkbox"/> هذیان | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> فعالیت بیش از حد <input type="checkbox"/> تحریک پذیری <input type="checkbox"/> رفتارهای عجیب <input type="checkbox"/> حرف زدن با خود <input type="checkbox"/> خودزنی <input type="checkbox"/> احساس بی ارزشی <input type="checkbox"/> حرفهای بی ربط <input type="checkbox"/> کندی روانی حرکتی <input type="checkbox"/> کاهش نیاز به خواب <input type="checkbox"/> اختلال جهت‌یابی نسبت به زمان یا مکان یا شخص <input type="checkbox"/> دلشوره عمومی بدون عامل بیرونی <input type="checkbox"/> افکار و اعمال وسوسه‌ی |
|---|--|---|

<p>در صورت وجود حملات تشنج:</p> <p>تاریخ آخرین حمله: تعداد حملات در ماه:</p> <p>وجود بیهوشی پس از حملات <input type="checkbox"/> بی‌اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> بروز حملات در زمان و مکان خاص <input type="checkbox"/></p> <p>حرکت تونیک کلونیک اندام‌ها <input type="checkbox"/> خارج شدن کف از دهان <input type="checkbox"/> گازگرفتگی زبان <input type="checkbox"/></p> <p>بروز حملات در حین خواب <input type="checkbox"/></p>
<p>۳. تاریخچه تکاملی:</p> <p>تأخیر در نشستن <input type="checkbox"/> تأخیر در سخن گفتن <input type="checkbox"/> تأخیر در راه رفتن <input type="checkbox"/> تأخیر در کنترل ادرار و مدفوع <input type="checkbox"/></p> <p>معاویتهای جسمی <input type="checkbox"/> رفتارهای نامناسب با سن <input type="checkbox"/> ناتوانی ذهنی <input type="checkbox"/></p>
<p>۴. اختلال کارکرد در حوزه های: فردی <input type="checkbox"/> خانوادگی <input type="checkbox"/> تحصیلی <input type="checkbox"/> شغلی <input type="checkbox"/> اجتماعی <input type="checkbox"/></p>
<p>۵. علائم، تشخیص ها و درمان های قبلی:</p> <p>سابقه مصرف داروها:</p>
<p>۶. سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل:</p>
<p>۷. سابقه بیماری جسمی:</p>
<p>۸. تاریخچه خانوادگی:</p>

<p>۹. عوامل احتمالی سبب ساز بیماری:</p> <p>سابقه زردی یا سیانوز نوزادی <input type="checkbox"/> سابقه زایمان سخت <input type="checkbox"/> سابقه بیماری تب در تنبید <input type="checkbox"/></p> <p>ابتلا به بیماری جسمی مزمن <input type="checkbox"/> وجود مشکل اقتصادی تنبید <input type="checkbox"/> وجود مشکل در رولط خانواده <input type="checkbox"/> طلاق، جدایی یا فوت نزدیکان درجه یک در یک سال گذشته <input type="checkbox"/></p> <p>وجود فرد مبتلا به معلولیت جسمی یا ذهنی در خانواده <input type="checkbox"/> وجود فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده <input type="checkbox"/></p> <p>وجود فرد زندگی در خانواده <input type="checkbox"/> وجود خشونت خانگی <input type="checkbox"/> بیکاری سرپرست خانواده <input type="checkbox"/></p> <p>وجود فرد بازمانده از تحصیل (زیر ۱۸ سال) در خانواده <input type="checkbox"/></p>	
<p>۱۰. معاینه جسمی:</p>	
<p>۱۱. نتیجه بررسیهای پاراکلینیک:</p>	
<p>۱۱. طبقه بندی تشخیص:</p> <p>الف) اختلال سایکوتیک <input type="checkbox"/> ب) اختلال اضطرابی <input type="checkbox"/> ج) اختلال افسردگی <input type="checkbox"/></p> <p>د) صرع <input type="checkbox"/> ه) معلولیت ذهنی <input type="checkbox"/> و) اختلالات تنبید کودک و توجوان <input type="checkbox"/></p> <p>ج) سوء مصرف یا ولستگی مواد و الکل <input type="checkbox"/></p> <p>سایر: _____</p>	
<p>۱۲. مداخلات درمانی و داروهای تجویز شده:</p>	
<p>تاریخ مراجعه بعدی:</p>	
<p>تام و تام خانواده گمی تکمیل کننده قرم:</p>	
<p>امضاء:</p>	

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

فرم شرح حال که در ۳ صفحه و ۱۳ بخش تهیه شده است و توسط پزشک و کارشناس سلامت روان مرکز جامع سلامت تنظیم می‌گردد.

در صفحه اول، در گوشه سمت چپ بالای فرم شماره پرونده بیمار، تاریخ و ساعت مراجعه را یادداشت نمایید.

بند ۱. مربوط به مشخصات بیمار است که از بیمار یا همراه او پرسیده و یادداشت می‌شود.

بند ۲. تاریخچه بیماری است که موارد ذیل تکمیل می‌گردد:

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 نمایید.

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.

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» علامت بزنید.

علائم شروع بیماری فعلی: در این قسمت علائم بارز مورد شکایت بیمار یادداشت خواهد شد. در این بخش می‌توانید با مروری بر علائم و نشانه‌های مهم بالینی و مورد مصاحبه را علامت بزنید.

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 می‌کند «می‌خواهند او را بکشند» یا «همسرش سعی دارد در غذایش زهر بریزد و او را مسموم کند». منظور از توهم درک حسی اشتباهی است که در عالم خارج برای آن محرکی وجود ندارد، توهم نیز بر چند نوع است. «توهم شنوایی» وقتی تشخیص داده

می‌شود که بیمار صداهایی را می‌شنود که افراد دیگر آن صداها را نمی‌شنوند. «توهم بینایی» بدین ترتیب است که فرد تصاویر، جرقه‌های نورانی یا افرادی را می‌بیند که واقعاً در محیط خارج وجود ندارند.

لازم به ذکر است که منظور از «افکار وسواسی» افکار مزاحم و بیهوده‌ای است که علیرغم تمایل فرد همیشه در ذهن او تکرار می‌شوند و فرد می‌خواهد ولی نمی‌تواند 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.

منظور از «اعمال وسواسی» 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 «وسواس» مطرح می‌باشد. 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.

بند ۳. تاریخچه تکاملی: در این قسمت بر اساس موارد مشخص شده تاخیر تکاملی در رشد مشخص خواهد شد و در صورت وجود موارد دیگر، یادداشت می‌گردد. همچنین در صورت وجود ناتوانی ذهنی، در همین قسمت ذکر گردد.

بند ۴. 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 شخصی‌اش 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 می‌باشد. 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.

بند ۵. علائم، تشخیص‌ها 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 او را در این قسمت ذکر کنید.

همچنین سابقه مصرف دارو (کلیه داروهایی که بیمار در حال حاضر استفاده می‌کند) در این قسمت یادداشت خواهد شد.

بند ۶. سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل: مقدار و دفعات مصرف سیگار، مواد (مخدرها، محرک-ها، روان‌گردان) و الکل بررسی شود.

بند ۷. 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 نمایید. مثلاً سابقه عمل جراحی، ناراحتی کلیه، فشارخون، و ...

بند ۸. 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.»

بند ۹. عوامل احتمالی و سبب ساز بیماری: عواملی هستند که احتمالاً در ایجاد و بروز بیماری دخیل هستند. در صورت وجود چنین عواملی در مربع جلوی هر کدام از آنها علامت بزنید.

بند ۱۰. معاینه جسمی: پزشک باید پس از معاینه عمومی و به ویژه دستگاه عصبی، در صورت وجود علائم غیرطبیعی آنها را ذکر نماید.

بند ۱۱. نتیجه بررسی‌های پاراکلینیکی: نتیجه آزمایشات، رادیوگرافی، الکتروانسفالوگرافی، سی‌تی‌اسکن و غیره را در این قسمت بنویسید.

بند ۱۲. طبقه‌بندی تشخیص: در این بخش براساس یافته‌های شرح حال، تشخیص یا تشخیص‌های احتمالی را مشخص نمایید.

بند ۱۳. درمان اولیه و داروهای تجویز شده: مداخلات درمانی و داروهایی را که در اولین مراجعه برای این بیمار تجویز می‌کنید در این قسمت یادداشت نمایید.

نام و نام خانوادگی مصاحبه کننده درج شده و حتماً امضا گردد.

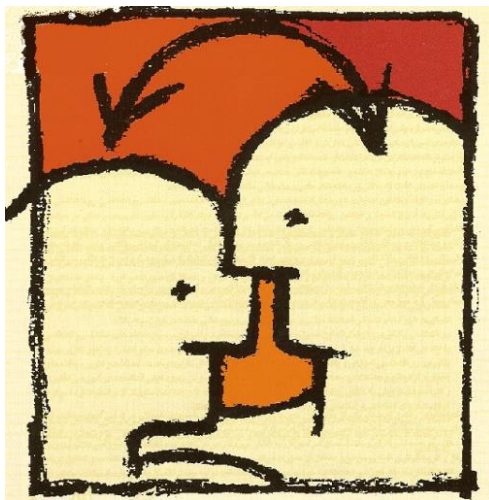
۴- ثبت موارد شناخته شده اختلالات سلامت روان در دفتر مراقبت و پیگیری

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 می‌پذیرد. این فرایند با هدف پیش‌گیری سطح سوم (tertiary prevention) صورت می‌پذیرد. پیش‌گیری سطح سوم شامل تدابیر در دسترس به منظور کاستن یا از میان بردن نقص‌ها و ناتوانی‌های دراز مدت و به حداقل رساندن رنج‌های حاصله از انحراف موجود در تندرستی و ارتقای تطابق بیمار با حالت‌های درمان ناپذیر است. به این ترتیب مفهوم پیش‌گیری سطح سوم از درمان اختلالات روان و مراقبت و آموزش اطرافیان تا عرصه بازتوانی گسترش می‌یابد. اقدام در این مورد وظیفه کادرهای در سطوح مختلف سلامت است.

مجموعه سلامت روان برای کارشناسان سلامت روان

فصل پنجم

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در برنامه‌ی سلامت روان



عناوین فصل

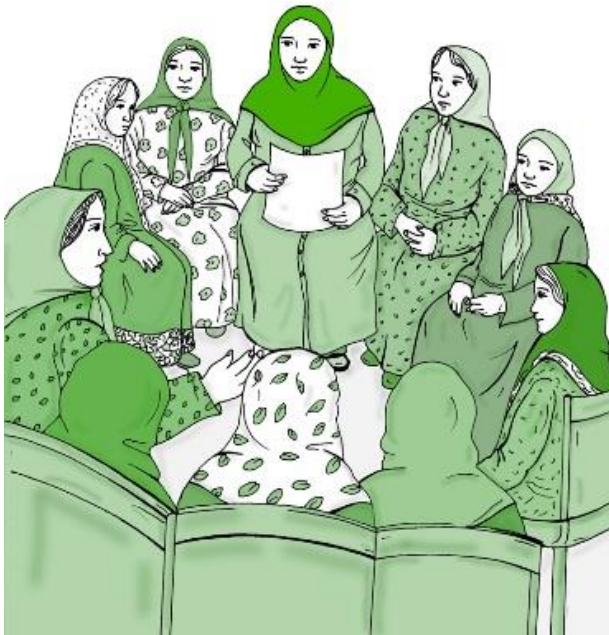
- مفهوم و اهمیت ارتباط برای سلامت
- برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان
- راه‌های برقراری ارتباط با مردم
- مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف
- عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات
- مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان
- منابع

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید

- 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 هر یک را توضیح دهید.
- مشکلات شایع ناشی از عدم برقراری ارتباط مناسب با گروه‌های هدف را توضیح دهید.
- هر یک 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.



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.

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 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 می‌شود تا افراد با کسب آگاهی‌های لازم تمایل پیدا کنند تا از خدمات برنامه بهره‌مند شده و در آن مشارکت کنند. به تعبیر دیگر برقراری ارتباط به مفهوم بازاریابی اجتماعی و فردی در مداخلات سلامت روان است.

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

۱. آگاهی از نیازهای جامعه و گروه‌های هدف
 ۲. تنظیم صحیح تقاضاهای مردم یا گروه‌های هدف برای دریافت یا بهره‌مندی از خدمات
 ۳. ارایه خدمات و مراقبت‌ها به گروه‌های هدف و جامعه
 ۴. ایجاد مشارکت در برنامه‌های سلامت
- در مورد هر یک از موارد اشاره شده در فوق به تفصیل در ادامه مطالب بحث خواهیم کرد.

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

۱. موضوع برقراری ارتباط با گروه‌های هدف اساساً موضوعی مبتنی بر روش‌های آموزش بهداشت است.
۲. برقراری ارتباط با گروه‌های هدف نیازمند انجام اقداماتی سازماندهی شده است. این اقدامات را می‌توان شامل موارد زیر دانست:
 - شناسایی گروه هدف
 - دعوت یا ترغیب گروه هدف به بهره‌مندی از خدمت
 - ثبت اطلاعات مربوط به گروه‌های هدف
 - گروه‌های هدف برای تداوم بهره‌مندی از خدمات و مراقبت‌ها

برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان

ارتباط در ساده‌ترین شکل خود متضمن تبادل اطلاعات در بین مردم است. اکثر فعالیت‌های آموزشی شامل نوعی برقراری ارتباط است، اساساً می‌توان گفت، برقراری ارتباط بخش ضروری تمام فعالیت‌های مربوط به ارتقای سلامت روان است. در واقع این مساله که مردم چرا سالم هستند و چرا بیمار می‌شوند، 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 به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم باعث وقوع یا تشدید اختلال روانی می‌شود و کدام رفتارها به حفظ و ارتقای سلامت روان مردم کمک می‌کند. 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 گروه‌های مردم یاد می‌گیرند 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 می‌توان بر نحوه رفتار مردم مؤثر دانست. این سه عامل عبارتند از:

۱. عوامل مستعدکننده (predisposing factors)

۲. عوامل توانمندکننده (enabling factors)

۳. عوامل تشویق‌کننده (reinforcing factors)

عوامل مستعدکننده مؤثر بر رفتار افراد را می‌توان شامل مواردی نظیر دانش، اعتقادات، ارزش‌ها، تلقی‌ها، اعتماد به نفس و ظرفیت‌های افراد دانست. عوامل قادرکننده شامل مواردی چون فراهم بودن منابع بهره‌مندی از خدمات، دسترسی مناسب به نیروی انسانی، وجود قوانین مرتبط با ارائه خدمات و ایجاد فراهمی خدمات سلامت روان برای مردم و برخورداری از مهارت‌های مرتبط با سلامت روان در افراد می‌باشد. عوامل تشویق‌کننده رفتار شامل مواردی چون خانواده، دوستان، مربیان، کارفرمایان، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان، رهبران و تصمیم‌گیرندگان برای جامعه هستند. مجموعه تمام این عوامل منجر به بروز رفتارهای خاص از سوی مردم می‌شوند، که در نهایت بر سلامت روان آن‌ها

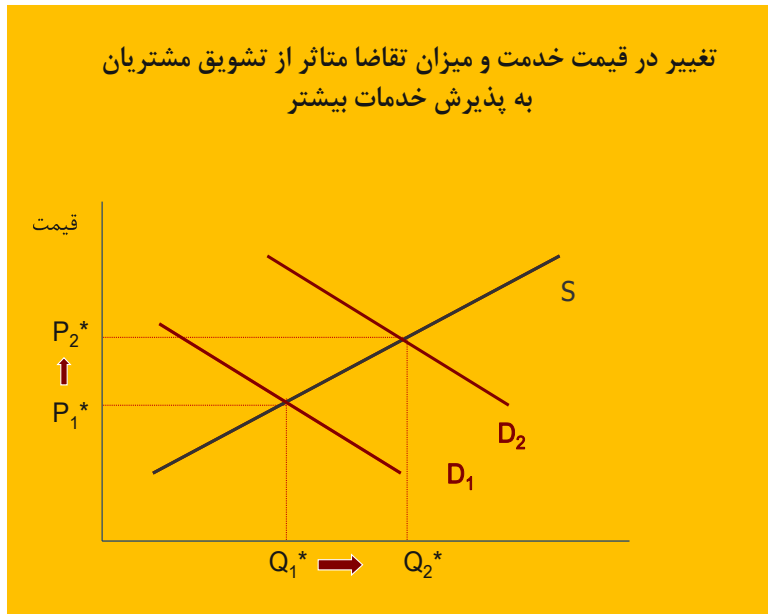
تأثیر می‌گذارد. این رفتارها در کنار عوامل ژنتیک و محیطی که افراد در آن زندگی می‌کنند موجب ایجاد سطح مشخصی از سلامت برای آحاد افراد جامعه می‌شود.

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

اساساً هنگامی که نیازهای واقعی مردم برای دریافت خدمات مشخص سلامت روان به‌صورتی روشن تبیین گردد، اما تسهیلات لازم برای ارائه آن خدمات موجود نباشد امکان برقراری ارتباط مؤثر با مردم وجود نخواهد داشت. از سوی دیگر چنانچه مردم اولویت‌های نیاز خود را به‌گونه‌ای متفاوت از آنچه که ارائه‌دهندگان خدمت بدان اعتقاد دارند حس نمایند ارائه‌دهندگان خدمت نخواهند توانست خدمات اساسی و مورد نیاز مردم را که بر مبنای نیازهای حقیقی آن‌ها تدوین گردیده‌اند ارائه نمایند. بر این اساس می‌توان چنین نتیجه گرفت که تبلیغات آموزش سلامت روان و یا ترغیب گروه‌های هدف برای بهره‌مندی از خدمات مشخص باید با در نظر گرفتن سه عامل فوق صورت گیرد.

در اینجا لازم است به این نکته مهم توجه نماییم که اصولاً تنظیم صحیح تقاضاهای مردم برای بهره‌مندی از خدمات موضوعی خاص و مهم در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف است. این تنظیم اساساً باید در جهت ایجاد تقاضا برای خدمات دارای اولویت و نیازهای حقیقی باشد. موضوع اخیر در نظام سلامت روان کشور ما در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. همچنین القای تقاضا برای بهره‌مندی از خدمات خاص موضوعی است که در کنترل بخش خصوصی ارائه خدمات 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 برنامه‌های سلامت می‌شود. به جابجایی منحنی عرضه و تقاضا به سمت راست توجه کنید. این موضوع موجب افزایش هزینه‌ها و بی‌عدالتی می‌شود.



اصولاً در جوامعی که تقاضا برای برخورداری از خدمات سلامت از تنظیم مناسبی برخوردار نبوده و بازار سلامت ناکارآمد است، القای تقاضا پدیده‌ای غالب در بخش‌های خصوصی ارائه خدمت در جامعه است. این موضوع موجب می‌شود تا مردم بخش بزرگی از هزینه‌های سلامت را از جیب بپردازند و هزینه‌های سلامت در جامعه به سوی رفع نیازهای غیراولویت‌دار سوق پیدا نماید. ارجاع بیماران برای بهره‌مندی از خدمات تشخیصی گران‌قیمت و فاقد لزوم و یا مداخلات غیرضروری از جمله این موارد است که بر هزینه‌های سلامت جامعه تأثیرات بسیار بارزی می‌گذارد. بر این اساس موضوع القای تقاضا برای بهره‌مندی از خدمات توسط ارائه‌دهندگان خدمت به‌ویژه در بخش‌های خصوصی موضوعی رایج در تمام بازارهای سلامت کنترل‌نشده دنیاست. اصولاً دولت‌ها و متولیان بهداشت در هر جامعه‌ای تلاش می‌کنند تا با استفاده از ابزارهای مختلف کنترل بازار سلامت را به نحو مناسبی انجام دهند. از جمله این روش‌ها آموزش بهداشت به مردم و توانمند کردن آن‌ها با هدف افزایش آگاهی‌های آن‌ها برای تشخیص صحیح نیازهای خود برای بهره‌مندی از خدمات سلامت است. از جمله سایر روش‌ها برای کنترل بازار سلامت می‌توان به مواردی نظیر ایجاد نظام ارجاع، خطوط تشخیصی و راهنمای بالینی برای بهره‌مندی از خدمات، استفاده از روش‌های تله‌مدیسین (tele-medicine) و نیز ایجاد محدودیت در بهره‌مندی از خدمات بیمه‌ای اشاره کرد. این روش‌ها موجب می‌شوند تا بین هزینه‌های اقتصادی سلامت و پیامدهای ناشی از ارائه خدمات تعادلی مناسب

به وجود آید.

راه‌های برقراری ارتباط با مردم

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

مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف می‌تواند شامل یک مکالمه معمولی نظیر توضیح یک دیدگاه، طرح یک 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 می‌نماییم. به عبارت دیگر ارایه‌دهندگان خدمات سلامت روان تلاش می‌نمایند تا از طریق اصلاح عوامل انسانی، اجتماعی و سایر عوامل مؤثر بر رفتار افراد اقدام به ارتقای سلامت روان آنان نمایند. برای رسیدن به این هدف، یک ارتباط موفق باید از مراحل مختلفی عبور نماید و در هر مرحله شکست در برقراری ارتباط می‌تواند باعث عدم تحقق پیامد نهایی مورد انتظار شود. این مراحل را می‌توان اساساً به صورت زیر طبقه‌بندی 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



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

ارایه خدمات سلامت به مردم روستا به صورت فعال صورت می‌گیرد. این بدان معناست که چنانچه افرادی از گروه‌های هدف جهت دریافت خدمات به خانه بهداشت مراجعه نمایند، بهورز باید مطابق دستورعمل‌های برنامه‌های سلامت که به تفکیک ابلاغ گردیده به آنها مراجعه و از آنها برای شرکت در برنامه و بهره‌مندی از خدمات در خانه بهداشت دعوت به عمل آورد. بدین منظور دفتر ویژه‌ای تحت عنوان

دفتر مراقبت و پیگیری بیماران در خانه‌های بهداشت وجود دارد. علاوه بر این بهورزان باید بر طبق 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 ارایه‌دهندگان 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 ارایه 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 ارایه‌دهندگان خدمت است. چنانچه گروهی از افراد نیازمند دریافت خدمات شما هستند، از بهورز بخواهید تا آن‌ها را در زمانی مشخص در خانه بهداشت گردهم‌آورد. 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 نمی‌دهد. برخی از روندهای روان‌شناسانه 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 می‌گویند. درک واژه‌ای است برای فهمیدن پیام بصری. درک تصویری برای فهمیدن تصاویر به کار می‌رود. 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 به‌کارگیری لغات نامأنوس و فنی و پیچیده است. در این شرایط ارزیاب‌دهنده‌ی خدمت می‌تواند با استفاده از تصاویر، جداول و یا سایر ابزارهای آموزشی اقدام به ایجاد درک عمیق در مخاطب خود نماید. استفاده از این ابزار به‌طور کلی تابع توان مخاطب در فهم درست پیام‌های نهفته در این ابزارهاست.

مرحله چهارم: ارتقا و پذیرش تغییر

در یک ارتباط مؤثر، پیام نباید فقط دریافت و یا فهمیده شود بلکه باید توسط مخاطب مورد قبول واقع گردد و گیرنده‌ی پیام به آن معتقد شود. میزان دریافت پیام به طور کلی تابعی از توانمندی‌های 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 می‌گذارند توجه نمود.

مرحله پنجم: ایجاد تغییر در رفتار

یک ارتباط مؤثر ممکن است منتج به تغییر باورها و نگرش‌های فرد شود اما هنوز در رفتار وی تأثیر و نفوذی نداشته باشد. این امر هنگامی می‌تواند رخ دهد که ارتباط با برنامه‌ای سازماندهی‌شده حاصل نشده باشد. یک فرد ممکن است نگرش دلخواهی داشته باشد و بخواهد اقدامی را انجام دهد مانند استفاده از روش‌های تنظیم خانواده، آوردن کودک برای انجام واکسیناسیون و غیره، اما 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 ارایه‌دهندگان 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 ارایه‌دهندگان خدمت قرار گرفته و مناسب‌ترین راه برای بهره‌مندی از خدمات ارایه شود.

مرحله ششم: بهبودی و ارتقای سلامت روان

ارتقا در سلامت روان فقط موقعی اتفاق می‌افتد که رفتارها به دقت و درستی انتخاب شده و به نحو صحیحی اجرا شوند. اگر پیام‌های ارایه‌دهنده‌ی خدمت بر اساس ایده‌های نادرست یا مبهم باشد مردم آن‌ها را نخواهند پذیرفت و یا این که به درستی به آن‌ها عمل نکرده و سلامتشان ارتقا نخواهد یافت. بر این اساس می‌توان گفت تحقق ارتقای سلامت روان موضوعی است که نیاز به آموزش مهارت‌های لازم به گیرندگان خدمت دارد. این مهارت‌ها شامل مهارت‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت روان مطابق آنچه که ارایه‌دهنده‌ی خدمت مورد توصیه قرار داده است و نیز کنترل سایر عوامل مؤثر بر سلامت روان توسط گیرنده‌ی خدمت است. به‌طور مثال هنگامی که فرد دچار یک

اختلال روانی از دارو استفاده می‌کند، استفاده صحیح از قرص‌ها موجب می‌شود تا از عود بیماری جلوگیری شود. علاوه بر این چنانچه در جریان درمان اختلال فرد بیمار مورد ارزیابی دقیق قرار گرفته و بر اساس وضعیت فرهنگی، اجتماعی و عوامل مؤثر بر بیماری مورد مشاوره و توانمندسازی قرار گیرد، این امر موجب خواهد شد تا فرد بتواند بر تصمیم خود مبنی بر تداوم استفاده از دارو باقی مانده و اقدام به ترک آن ننماید.

عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات

به‌طور کلی میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت روان تابعی است از تمایل مردم به استفاده از یک خدمت و وضعیت دسترسی به آن. پدیده تمایل به استفاده از یک خدمت خود تابعی است از شدت نیاز احساس شده - که خود منجر به تقاضا می‌شود - و تناسب میان قیمت و کیفیت خدمت. از سوی دیگر عوامل مؤثر بر دسترسی مردم به خدمات را می‌توان در دسته‌هایی نظیر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، فرهنگی (مثلاً آگاهی از ارزش خدمت) و زمان (فراهمی به هنگام خدمت) خلاصه نمود. در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف باید تمامی مولفه‌های مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات را مدنظر قرار داد. با تحلیل این مولفه‌ها و پیدا کردن راه‌کارهای مناسب برای ایجاد بهره‌مندی مؤثر می‌توان امید داشت که برنامه‌ی سلامت روان به شکلی عادلانه و اثربخش پاسخ‌گوی نیاز مردم بوده است. برخی از مولفه‌هایی که در این ارزیابی‌ها 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. 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 اعتیاد به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمی‌کند تا از خدمات آن استفاده نماید، موضوعاتی مهمند که در عرصه ارایه عادلانه خدمات باید با استعداد و تعهد ارایه‌دهندگان خدمات و هوشمندی طراحان برنامه برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی به راه حلی مطلوب دست یابند.

مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان



برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان به‌طور معمول بر اساس شیوه‌های رایج برقراری ارتباطات انسانی و با ملاحظه متغیرهای سلامت روان و صفات و ویژگی‌های بیماری‌های روانی صورت می‌گیرد. انتظار بر این است که شما این مهارت‌ها را در طول دو فصل اختصاصی که شامل برقراری ارتباط با افراد و روش مشاوره و آموزش بهداشت با گروه‌ها، فرا گرفته باشید؛ با این وجود از آنجا که در طول

زمان شناسایی گروه‌های هدف نیازمند برقراری ارتباط برای ورود افراد به برنامه هستید، لازم است

مروری مختصر بر روش‌های برقراری ارتباط با گروه‌های هدف داشته باشیم.

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

- ۱- مهارت کمک به دیگران
- ۲- مهارت هدایت و آموزش
- ۳- مهارت‌های مدیریت و رهبری
- ۴- مهارت‌های نظارت و سرپرستی
- ۵- مهارت‌های 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- مهارت‌های نظارت و سرپرستی

هدف از نظارت و سرپرستی در برنامه‌های سلامت روان ایجاد جایگاهی به‌منظور کنترل عوامل

انسانی و سایر منابع برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی در رشد می‌باشد. در این شرایط ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت روان باید به‌نحوی عمل نماید که از منابعی که در اختیار دارد اعم از منابع داخلی یا خارج سازمان به درست‌ترین شکل استفاده نماید و با اعمال نظارت و سرپرستی بر منابع به هدف فوق نایل آید.

۵- مهارت‌های مباحثه و صحبت

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

۶- مهارت‌های شنیدن

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

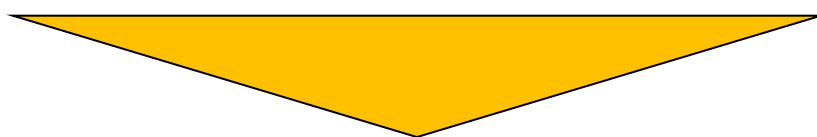
- به درستی آنچه که گیرنده‌ی خدمت در مورد خود و احساساتش بیان می‌کند را درک نماید.
- در زمینه آنچه که گیرنده‌ی خدمت از او سوال می‌نماید بدون حاشیه و بدون توجه به مسایل جانبی پاسخی روشن و تا جای ممکن کوتاه ارائه نماید.
- از قطع صحبت گیرنده‌ی خدمت در حین ارائه احساسات و عواطف خود مگر در شرایطی که منجر به اتلاف وقت می‌گردد، خودداری نماید.
- در مورد آنچه که نفهمیده است یا برداشت مبهمی دارد از ارائه‌دهنده‌ی خدمت سوال نماید.

منابع

- ۱- دکتر جان هابلی - برقراری ارتباط برای بهداشت - ترجمه سعید پارسی نیا - 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 ابوالحسنى - مدیریت برنامه‌های تندرستی - انتشارات «برای فردا» - ۱۳۸۳
- ۵- دکتر محمد رضا رهبر - مبانی بهداشت و کار در روستا - انتشارات آرویج - ۱۳۷۹

مجموعه مدیریت سلامت روان برای کارشناسان سلامت روان

فصل ششم



اختلالات روانپزشکی شایع

عناوین فصل

- افسردگی
- اختلال دوقطبی
- اختلالات اضطرابی
- اختلالات سایکوتیک
- اختلالات شبه جسمی
- صرع
- عقب ماندگی ذهنی
- اختلالات کودکان و نوجوانان
- اورژانس های روانپزشکی

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید

- علایم و نشانه های اختلالات شایع روانپزشکی را نام ببرید.
- روش غربالگری برای شناسایی این اختلالات را توضیح دهید.
- مداخلات درمانی هر یک از اختلالات را نام ببرید.
- نحوه مراقبت و پیگیری هر یک از اختلالات را توضیح دهید.
- موارد ارجاع فوری و غیرفوری هر یک از اختلالات را نام ببرید.

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 زندگی‌گری 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

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

مهم: در صورت رسیدن به دست‌کم پنج نشانه افسردگی که حداقل یکی از آن‌ها بر پایه دو پرسش کلیدی بالا 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 ملاک-های 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: سالمندانممکن است بیش از تاکید بر خلق افسرده از علایم جسمی افسردگی (اختلال اشتها، خواب و دردهای بدنی) و بی قراری شاکی باشند و نیز گاهی علایم آنها به صورت علایم شبه‌دمانس (مثل فراموشی شدید) باشد.

درمان

هم درمان دارویی و هم برخی روان‌درمانی‌ها (شناختی-رفتاری و بین فردی) در درمان افسردگی مؤثر هستند. اما با توجه به در دسترس نبودن روان‌درمانی برای همه بیماران، خط اول درمان دارویی است. برخی اقدامات غیردارویی هم می‌توانند در درمان مؤثر باشند که این اقدامات توسط کارشناس سلامت روان انجام خواهد شد. آموزش "حل مساله"، "فعال‌سازی رفتاری"، "مقابله با غمگینی و افسردگی"، "مهارت ارتباط مؤثر"، "مهارت حل تعارض‌های بین فردی" 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 خانواده‌ی 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 زود هنگام دارو ممکن است باعث عود بیماری و برگشت حالات اولیه بیماری شود.
- پزشک باید خانواده‌ی 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 آسیب به خود و خودکشی و مراجعه برای کمک در صورت بروز
- در سالمندان، اهمیت ادامه اقدامات مربوط به مشکلات سلامتی عمومی

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک

- بیمار افسرده‌ای که سابقه‌ای از دوره‌های مانیا یا هیپومانیا داشته باشد.
- بیمار افسرده‌ای که علائم 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 خلق 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، علایم 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 به وسیله شعبانی و همکاران (۲۰۱۰) اعتباریابی شده است.

۱. 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 دردمند 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 بخوابید و واقعاً کمبود خواب خود را احساس نکنید.
 ۵. ... بسیار بیش‌تر یا سریع‌تر 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 پی‌گیری مسایل برایتان سخت باشد.
 ۸. ... بسیار بیش‌تر از معمول، انرژی داشته باشید.
 ۹. ... بسیار بیش‌تر از معمول، فعال باشید یا کارهای خیلی بیش‌تری از معمول انجام دهید.
 ۱۰. ... بسیار بیش‌تر از معمول، اجتماعی یا معاشرتی باشید، مثلاً نیمه شب به دوستان تلفن بزنید.
 ۱۱. ... بسیار بیش‌تر از معمول، به روابط جنسی علاقه‌مند باشید.
 ۱۲. ... کارهایی انجام دهید که برای شما غیرمعمول باشد یا دیگران فکر کنند که این کارها افراطی، احمقانه یا خطرناک است.
 ۱۳. ... خرج کردن پول باعث دردمند شما یا خانواده‌تان شود.
- 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 می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم در مورد او پرسید. در صورت پاسخ مثبت به دست‌کم پنج مورد از ۱۳ مورد بالا، احتمال وجود اختلال دوقطبی مطرح است. حداقل مدت علایم برای تشخیص اپیزود هایپومانیا ۴ روز و برای مانیا ۷ روز است.

درمان

- تجویز دارو اساس درمان است. داروها برای درمان همه دوره‌های بیماری به‌کار می‌روند. در بیش‌تر موارد به‌ناچار از ترکیب چند دارو استفاده می‌شود. داروهای خط اول شامل لیتیوم، والپروات، الانزاپین، کوئتیاپین و لاموتریژین است.
- راهکارهای غیردارویی اختلال دوقطبی شامل "آموزش روانی به بیمار و خانواده"، آموزش راهکارهای کنارآبی مثل "مهارت‌های حل مساله" و "حل تعارض‌های بین‌فردی" (فصل اقدامات غیردارویی)، "آموزش برای بهبود پذیرش دارویی" (فصل اقدامات غیردارویی)، "آموزش علایم هشداردهنده‌ی عود"، "برقراری مجدد شبکه‌های روابط اجتماعی" (فصل اقدامات غیردارویی، بخش مقابله با غمگینی و افسردگی) و بازتوانی (مثل شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، داشتن شغل حمایت‌شده) است که باید توسط کارشناس بهداشت روان به تمام بیماران ارایه شود.

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

- روحیه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در سیر بیماری تغییر می‌کند. این حالات از دوره‌های افسردگی شدید تا دوره‌های بسیار پرانرژی و هیجان‌زده یا عصبانی متغیر است.
- مهم‌ترین عامل وراثت است و مواجهه با استرس‌ها می‌تواند در زمینه ژنتیکی موجود به شروع اختلال بیانجامد.

- نباید بیمار را به دلیل رفتارهای 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، به معنای عدم احتیاج به دارو نیست.
- دارو باید هر روز و طبق دستور پزشک، مصرف شود.
- علائم هشداردهنده عود (مثل کم شدن خواب، ولخرج شدن و پرانرژی‌تر شدن معمول) به بیمار و خانواده آموزش داده شود تا در این مواقع به‌سرعت برای درمان مراجعه کنند.
- اطلاعات ضروری در مورد عوارض شایع یا بالقوه خطرناک داروی مصرفی داده شود.
- توصیه در مورد مصرف آب و مایعات کافی به بیماران 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 پرانرژی تر شدن بیمار
- شادی بیش از معمول یا افزایش اعتماد به نفس
- عصبانیت یا پرخاشگری با کم ترین محرک
- ولخرجی
- کناره گیری از اجتماع، گوشه گیری، ترس، بدگمانی

شرح وظایف کارشناس

- آموزش روانی به بیمار و خانواده
- آموزش علائم 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 می کنند.
- بیمارانی که به عوارض دارویی دچار شده و به اقدامات اولیه پزشک پاسخ نداده اند.
- بیمارانی که پس از پاسخ نسبی به درمان، پیشرفت درمانی آنها متوقف شده و به اقدامات پزشک طبق پسخوراند پاسخ نداده اند.
- بروز علائم 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 تحریک‌پذیر، آذینه 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 این‌که 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 سخته 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 مواجهه‌یافته با این گونه استرس‌ها دچار این اختلال نمی‌شوند. علایم 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 ۲۰-۴۰ 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 پیش‌گفت نباشند. منظور اختلالات اضطرابی خفیف‌تری است که علایم کامل اختلالات ذکر شده را ندارند. برای این افراد می‌توان 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 می‌شوند.

شرح وظایف کارشناس

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

نکاتی که باید به بیمار و خانواده‌ی وی آموزش داد

- به بیمار و خانواده یادآور شود که اثرات اولیه‌ی داروها معمولاً پس از چند هفته دیده می‌شود، اما برای کسب حداکثر نفع درمانی ۱۶-۸ هفته زمان نیاز است.
- اختلال پانیک علی‌رغم شدت آن کشنده یا خطرناک نبوده، درمان‌پذیر 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.
- 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، واری 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 می شود. بیمار در طول زمان ممکن است دوره‌هایی از تخفیف و تشدید علائم را تجربه کند ولی بهبودی خودبخودی تقریباً اتفاق نمی افتد.

غربالگری و نحوه ارجاع

پزشک به کمک مصاحبه و معاینه وضعیت روانی و وضعیت جسمی بیمار، علایم و سیر آن‌ها را بررسی می کند 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 می تواند کمک کننده باشد ولی به نظر نمی رسد که خودآرام سازی 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 می شود، 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 نمی شود.

اختلالات سایکوتیک

مقدمه

مهم‌ترین خصوصیت اختلالات سایکوتیک که آن‌ها را از سایر اختلالات مجزا می‌کند، وجود اختلال در واقعیت‌سنجی 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 عمده‌ای 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 جاننش 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 فلورپرازین، پرفنازین، ریسپریدون و الانزاپین) می‌باشد. با توجه به این که بسیاری از بیماران نسبت به بیماری خود بینش کافی ندارند، متقاعد کردن بیمار برای ادامه درمان می‌تواند مشکل باشد. قطع درمان از 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 سوالاتی 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 ویژگی‌ها مراجعه نکند یا تاخیر بیش‌تر از سه روز در مراجعه داشته باشد، بهورز 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 مخبط) 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 تحریک پذیر، آژیته یا به شدت بی قرار 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 انجام شده توسط پزشک و کارشناس سلامت روان از خوردن دارو امتناع می کنند.
- 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 نداده اند.

آموزش خانواده‌ی بیمار مبتلا به سایکوز

آموزش‌هایی که می توانند 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 پی گیرانه و جدی: وجود درمان‌های مؤثر و کم عارضه‌ای 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 می توانند به تشدید بیماری بیانجامند (قطع خودسرانه درمان، استرس، هیجان

ابراز شده 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 کوچک‌ترین 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 مشاجره، دعوا و درگیری نیز می‌تواند در تشدید بیماری مؤثر باشد.

اختلالات شبه‌جسمی

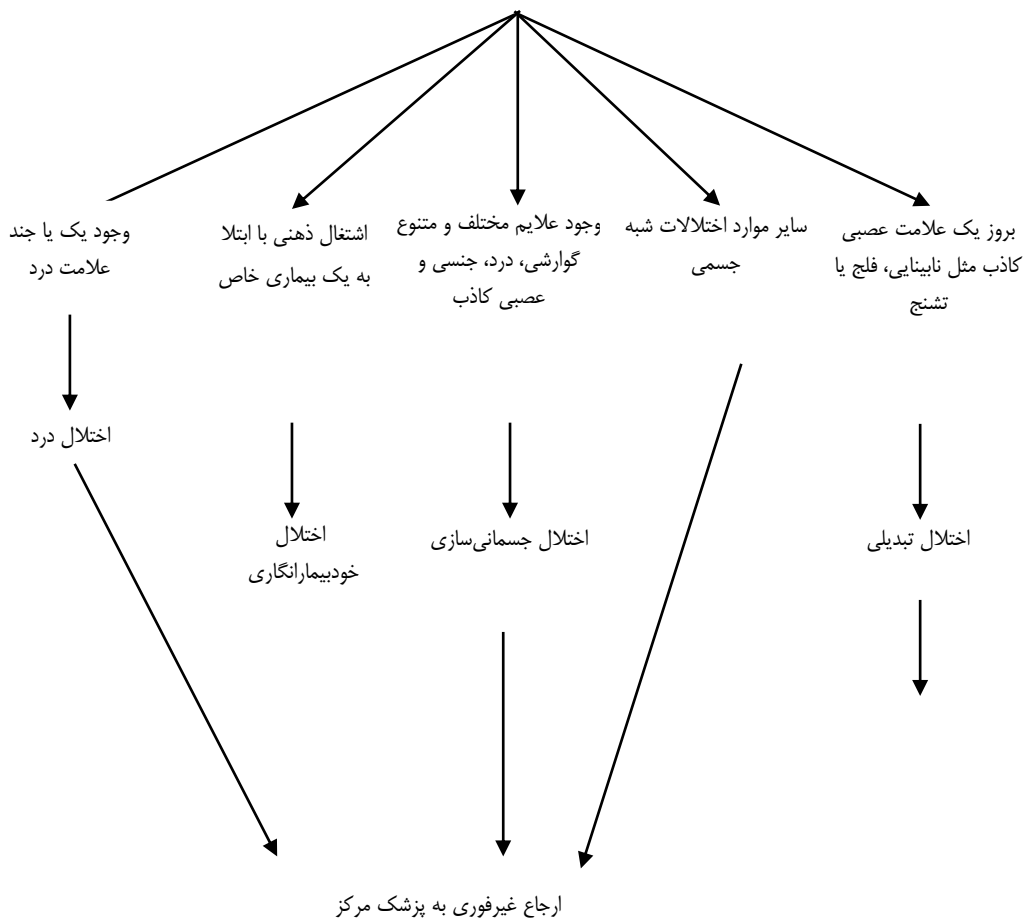
مقدمه و تعریف

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

علل و علایم

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 شبه‌جسمی با نشانه‌های متفاوتی بروز می‌کند. مبنای دسته‌بندی این اختلالات همین نشانه‌های متفاوت است. در نمودار زیر می‌توانید نحوه رویکرد به نشانه‌های شبه‌جسمی را مشاهده نمایید.

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



توجه:

به تفاوت میان نشانه‌های شبه‌جسمی و اختلال شبه‌جسمی 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" نگریم.
۲. هیچ‌زمان 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 علائم، 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 غیرقضاوت‌مندانانه 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 علائم 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 بپرهیزید. 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 جایجا 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 علایم، 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 ۱۰-۲۰ 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 به‌طور معمول بین ۱۲-۴ سال شروع می‌شود. بیمار به‌طور ناگهانی هوشیاری خود را از دست می‌دهد. و کاری که انجام می‌داده متوقف می‌گردد. ولی به زمین نمی‌افتد. در این حمله، بیمار حالت خیرگی و مات‌زدگی پیدا می‌کند که به مدت چند ثانیه به طول می‌انجامد. بعد از حمله بی‌درنگ کودک به وضعیت عادی برمی‌گردد و کاری را که انجام می‌داده ادامه می‌دهد. این حملات ممکن است در طی روز به تعداد بسیار زیاد تکرار شود.

۳- صرع لوب تمپورال: حملات از نواحی عمقی لوب تمپورال منشا می‌گیرد و معمولاً از اواخر کودکی یا سنین نوجوانی شروع می‌شوند. حملات به شکل زیر می‌باشد: ابتدا ممکن است بیمار احساس پیش‌درآمد خاصی داشته باشد. شایع‌ترین آن‌ها احساس احشایی (احساس غیرطبیعی در بالای شکم، تهوع.....) است. سایر این احساس‌ها به‌صورت احساس غیرطبیعی نسبت به محیط، تغییر فرم و شکل و اندازه اشیای محیط، احساس بیگانگی با خود یا محیط می‌باشند. سپس بیمار ارتباط خود با محیط و هوشیاری خود را از دست می‌دهد و علائم اتوماتیسم مانند ملچ، ملوچ کردن - انجام حرکات تکراری در دست‌ها مانند کورمال کردن سطح زمین - حرکات پیچیده‌تر مانند درآوردن لباس - چرخیدن به دور خود یا چرخش دورانی دور چیزی، دویدن، رفتار شبیه به ترس و فرار، از خود نشان می‌دهد. بعد از اتمام این مرحله، بیمار فاز منگی پس از حمله کوتاهی دارد و سپس هوشیار می‌شود. ممکن است بیمار در طول حمله، با چندین بار صدا زدن پاسخ محدود بله یا خیر نیز

بدهد. بعد از اتمام حمله، بیمار حوادث رخ داده را به یاد نمی‌آورد. 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 منتشر می‌گفته می‌شود که در کودکان در طی یک بیماری تبار سیستمیک، بدون درگیری مغز و پرده‌های 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 معروف‌ترین داروهای ضدصرع هستند. پزشک درمان موارد مبتلا به صرع را همیشه به صورت تک دارویی آغاز می‌کند 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 تشنج‌های مکرر است. صرع مسری نیست و در اثر جادو یا ارواح خبیثه ایجاد نمی‌شود.
- درباره ماهیت تشنج و علل احتمالی آن توضیح دهید. صرع یک بیماری مزمن است اما در ۷۵٪ از موارد می‌توان تشنج‌ها را به‌طور کامل کنترل کرد و فرد خواهد توانست باقی زندگی‌اش را بدون دارو سرکند.
- افراد مبتلا به صرع می‌توانند زندگی طبیعی داشته باشند، ازدواج کنند و بچه‌دار شوند.
- هرگز نباید کودکان مبتلا به صرع را از مدرسه رفتن بازداشت.
- افراد مبتلا به صرع می‌توانند بیش‌تر شغل‌ها را داشته باشند. اما باید از کار کردن با ماشین‌های سنگین یا در نزدیکی آن‌ها خودداری کنند.
- افراد مبتلا به صرع باید از آشپزی روی آتش روباز یا شنا کردن به‌تنهایی خودداری کنند.
- افراد مبتلا به صرع باید از مصرف الکل زیاد یا مواد مخدر خودداری کنند. به‌علاوه کم‌خوابی یا در معرض نورهای چشمک‌زن قرار گرفتن برای آن‌ها نامناسب است.

الف) نکات مربوط به مصرف دارو:

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

ناتوانی ذهنی

مقدمه

ناتوانی ذهنی به معنی پایین‌تر 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 به‌عنوان 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 ایذایی، 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، جانداختن 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 به‌صورت مختلط و ترکیبی از نشانه‌های دو گروه رخ می‌دهد. اما نباید تصور کرد در هر کودک دچار این اختلال حتماً نشانه‌های بیش‌فعالی وجود دارد و اختلال می‌تواند صرفاً با نشانه‌های کمبود توجه بروز کند. برای طرح تشخیص باید دقت کرد که پرتحرکی و رفتارهای تکانشی بیمار باید از حد مورد انتظار برای کودکان هم‌سن و هم‌سطح تکاملی زیادتر باشد.

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 حتی بدرفتاریشان بدتر می‌شود.

اختلالات رفتارهای ایدایی

تعاریف و علایم

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 عمدتاً در محیط خانواده دیده می‌شود و ممکن است در خارج از خانه کودک مشکلی نداشته باشد. گاهی مشکل در محیط مدرسه هم بروز می‌کند و در ارتباط با معلمان یا اولیای مدرسه دیده می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال از دید دیگران کودکان لجباز و سرکشی هستند.

در اختلال سلوک علامت اصلی زیر پا گذاشتن قانون و حقوق دیگران است. تخریب اموال دیگران، پرخاشگری، دزدی و فریبکاری جزو علایم 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 سوء مصرف 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. به‌علاوه نمی‌توانند با اسباب‌بازی‌هایشان بازی‌های تخیلی انجام دهند، مثلاً نمی‌توانند یک قوطی کبریت را به‌عنوان ماشین یا یک کتاب را یک آدم تصور کنند. رفتارهای تکراری در تنه و اندام‌ها 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 علائق 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 حیظه از سه حیظه فوق (زبان، برقراری روابط بین فردی و رفتارها و علائق 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 به‌کار 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 واری‌های اسباب‌بازی‌ها و وسایل آموزشی، انگیزش 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 کودکان 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 تاخیر کلام، همراه است. اختلال ریاضی با مشکل در محاسبات و منطق ریاضی مشخص می‌شود. این کودکان معمولاً در یادگیری نام اعداد، به‌خاطر آوردن نشانه‌های جمع و تفریق، یادگرفتن جدول ضرب و انجام جمع اعداد با مشکل روبرو هستند.

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، "خواندن" 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 به‌موقع 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 به دلیل نقص در سیستم اعصاب مرکزی است و کودک عمده 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 به خاطر تیک به کودک تذکر ندهند.
- بسیاری از تیک‌ها گذرا هستند به خصوص زمانی که مدت زمان کمی از شروع آن‌ها گذشته باشد در این خصوص به والد اطمینان‌بخشی کنید.

اختلالات دفعی

تعاریف و علائم

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 اعتماد به نفس پایینی دارند.

درمان

پیش از هر نوع اقدام درمانی باید اختلال‌های طبی 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 به‌عنوان 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 به‌دلیل عوارض و تأثیراتش نیازمند درمان است.
- کودک عمداً اقدام به این کار نمی‌کند.
- هرگز کودک را به‌خاطر 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 به‌خاطر این رفتار تنبیه بدنی نکنند.
- در صورت وجود نوع احتباسی همراه با یبوست به‌لزم استفاده از ملین‌ها در رژیم غذایی تأکید 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 بیش‌تر 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

به‌طور 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 بی‌تفاوت 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 به طور 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.

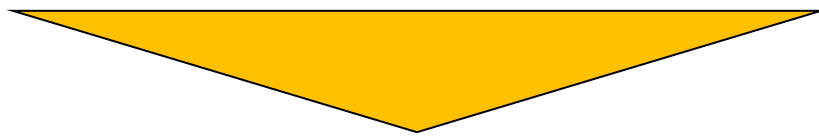
- اشیای خطرناک، وسایل تیز و برنده، داروها و سموم را دور از دسترس بیمار قرار دهید.
- مراقب احتمال صدمه زدن بیمار به خودش یا اطرافیان باشید.
- به بیمار فرصت دهید افکار و احساسات خود را آزادانه بیان کند و با وی همدلی نمایید.
- از پند و اندرز و قضاوت زودهنگام در مورد بیمار بپرهیزید. گاهی تنها گوش دادن به 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.

مجموعه مدیریت سلامت روان برای کارشناسان سلامت روان

فصل هفتم



مداخلات غیر دارویی

عناوین فصل

- 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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید

- مهارت‌های شناختی را بشناسید و نحوه آموزش آن‌ها را بدانید
- مهارت‌های اجتماعی را بشناسید و نحوه آموزش آن‌ها را بدانید
- مهارت‌های مقابله‌ای را بشناسید و نحوه آموزش آن‌ها را بدانید
- عوامل خطر خودکشی و نحوه پرسش آن‌ها را بیان کنید
- عوامل مؤثر در بهبود پذیرش دارویی را نام ببرید
- نکات لازم برای کاهش هیجان ابرازشده توسط خانواده بیمار مبتلا به سایکوز را بدانید
- نکات لازم برای آموزش به والدین در زمینه فرزندپروری را توضیح دهید

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 به‌دلایلی 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 مسأله، 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 استعدادهای 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 به‌نفس 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 این‌رو می‌تواند عزت‌نفس 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 این‌کار 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. این‌کار 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 گرفته شده 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 راه‌حل

در این مرحله میزان مؤثر بودن راه‌حل در حل مشکل مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در صورتی که در انتهای این مرحله مشخص شد که راه‌حل 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 راه‌حل وجود ندارد و راه‌حل انتخابی فقط یک راه‌حل

موقتی و آزمایشی است. بنابراین اگر راه‌حلی مؤثر نبود می‌توان راه‌حل دیگری را انتخاب کرد.

ب- مهارت‌های اجتماعی

مهارت‌های اجتماعی، مهارت برقراری ارتباط مؤثر با دیگران است به‌نحوی 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 بین‌فردی 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 به‌دلیل 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 بین‌فردی 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 گفت‌وگو
- 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 غیرکلامی

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 بین‌فردی 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، هل‌دادن 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:

- شناخت حقوق شخصی - حق با احترام رفتار شدن، بیان عقاید و احساسات شخصی، داشتن اولویت‌های خود و رد کردن تقاضاها و پیشنهادهای دیگران بدون داشتن احساس گناه

- شناخت احساسات، نیازها و خواسته‌ها

- تعیین زمان و مکان مناسبی برای صحبت در مورد موضوع مورد نظر

- 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 شدی".

● 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.

۴. **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.

۵. **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 راه حلی را پیدا کنند که برای هر دو راضی کننده 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 باشند تا بتوانند از خود محافظت کنند. 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 این‌که 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 بین‌فردی

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 به‌خودی‌خود 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 موکول کردن آن به زمانی دیگر ضروری است.
- حل تعارض باید در زمان و مکان مناسب انجام شود.

حل مساله

- تعارض یک مساله یا مشکل بین‌فردی 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.

فوائد 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 پشت-سرمی‌گذارند 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، کم شدن حافظه، تفکر آشفته، تصمیم‌گیری ضعیف، پیش‌بینی اتفاقات بد و فکر کردن زیاد به عامل استرس‌زا
- **نشانه‌های هیجانی** - اضطراب و دلواپسی، بدخلقی، تحریک‌پذیری و زود عصبانی شدن، احساس ناامیدی، ترس و وحشت.
- **نشانه‌های رفتاری** - گوشه‌گیری، بی‌قراری، کم حرفی 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 غذاخوردن، مطالعه یا نگاه کردن به تلویزیون در بستر بپرهیزید.
- ✓ 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 بپرهیزید.
- ✓ 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.

● رؤیاپردازی

● 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 آرام بخش

این وضعیت ناخوشایند است، ولی وحشتناک نیست	قرار نیست این وضعیت تا ابد ادامه داشته باشد
همه چیز روبه راه می شود	از گاه، کوه نساز
اضطراب و نگرانی هیچ کمکی به من نمی کند	می توانم چیزهای ناراحت کننده را تحمل کنم
می دانم آدم ناتوان و درمانده ای نیستم	این حادثه زودگذر است، اوضاع بهتر خواهد شد

- قراردادن موقعیت در چشم انداز- 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 توانایی های خود و کسانی که می توان 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 فعالیت های ورزشی، دیدن فیلم، گوش دادن به موسیقی، نقاشی، مطالعه کتاب و... به کاهش تنش کمک می کند. چون موجب پرت شدن حواس از عامل استرس زا و بهتر شدن خلق می شود
- انجام کارها و فعالیت های روزمره - این فعالیت ها نیز باعث می شود که فرد کمتر به موضوع استرس زا فکر کند و ذهن آرام تر شود.
- اختصاص دادن زمانی به دیگران و کمک به آنها

۳. مقابله ی مساله مدار

هدف مقابله ی مساله مدار این است که مشکلی را که موجب استرس شده برطرف کند و یا 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 به‌عمل بیاورند. موقعیت‌ها و عوامل شایع برانگیزنده خشم عبارت است از:

- ناکامی نیازها و خواسته‌ها
- اختلاف‌ها و تعارض‌های بین‌فردی
- 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 می کند	عصبانی شدن هیچ فایده ای ندارد
این موضوع ارزش این همه عصبانیت را ندارد	می توانم خونسردی ام را حفظ کنم
چرا اوضاع همیشه باید آن طور که من می خواهم پیش برود	چرا همه باید طبق میل من رفتار کنند

نکته مهم در این مرحله آن است که اگر عصبانیت شدید نیست، افراد می توانند 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 پردازند.

مقابله با اضطراب

اضطراب یک احساس ناآرامی، بی قراری و نگرانی است که همه افراد گاهی در زندگی خود تجربه می کنند. بنابراین، اضطراب یک هیجان طبیعی ولی البته ناخوشایند است. افراد به شیوه های مختلف با موقعیت های اضطراب برانگیز مقابله می کنند که برخی از آنها سالم و برخی دیگر ناسالم است. در اینجا روش های درست و سالم مقابله با اضطراب توصیف شده است. در زیر مراحل مقابله ی سالم با اضطراب آمده است:

۱. تشخیص علایم اضطراب

اولین قدم برای مقابله با اضطراب، آشنایی با علایم اضطراب و تشخیص آن است. مهم ترین 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 اضطراب برانگیز

علایم رفتاری: بی قراری، میخکوب شدن، پرحرفی یا کم حرفی، پرخوری یا بی اشتها، 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 تا به حال به صدای درون ذهن خود در چنین موقعیت‌هایی گوش داده‌اید؟ این صداها اضطراب شما را کم می‌کنند یا زیاد؟ جملاتی مثل "می‌دونم خراب می‌کنم، اگه 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	اگه 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 بریبایم	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 پچ پچ 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 بزند. 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 استرس‌ورهای 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 والدها ارزیابی و در صورت لزوم برای درمان ارجاع کنید.
- استرسورهای والدها را شناسایی و تا جای ممکن با کمک خدمات و منابع موجود در جامعه مدیریت کنید.
- احتمال بدرفتاری، نادیده گرفته شدن یا مورد زورگویی واقع شدن را ارزیابی (به طور مستقیم درباره آنها پرسید) 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، باکسی 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 می‌شود (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 به خوبی 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 (حتی ۵ دقیقه)، شروع شده و سپس به تدریج افزایش یابد. فعالیت بدنی به اندازه 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 هستید 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 به طور منظم استفاده می‌کنند. گروه دیگر، فقط بخشی از آن را مصرف می‌کنند. دسته بعدی آنهایی هستند که این کار را به صورت «دوره‌ای» انجام می‌دهند. یعنی فقط در مواقعی که حالشان خوب نیست برای مدت چند ماه به طور 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 به طور 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

- ✓ جزییات 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 یادآوری‌کننده باشد به‌عنوان 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 کمک‌کننده 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 کمک‌کننده 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 می‌گویید 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 دارو درمانی به آن‌ها کمک کرده است؟ برای این کار وی باید به دوره‌هایی که دارو را دقیق مصرف کرده، فکر کند و علائم 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 در میان 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 به میزان زیادی بستگی به این دارد که فرد مبتلا قبل از بیماری چه شخصیتی داشته است. به علاوه 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 این گونه 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 به خاطر 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 روان-پریشی 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

^۱ - psychoeducation

- ✓ 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
- ✓ 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 روان‌پریشی می‌تواند مشکلات زیادی برای خانواده ایجاد کند که مدیریت آن به بهبود وضعیت روانی بیمار و افراد خانواده کمک می‌کند. مهم‌ترین سرفصل‌های آموزشی در این زمینه به شرح زیر است:

- ✓ خانواده باید به‌خاطر داشته باشند که بیماری‌های مزمن به دوره‌ای برای سازگارشدن با بیماری نیاز دارند.

- ✓ اگر می‌خواهند به بیمار آموزشی بدهند به آرامی و روشنی با او صحبت کنند و اگر سؤالی می‌کنند 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 درگیری‌های هیجانی پرهیز کنند.
- ✓ بیمار را نادیده نگیرند و مورد غفلت قرار ندهند حتی زمانی که به نظر می‌رسد بیمار به آنچه که گفته می‌شود، گوش نمی‌دهد.
- ✓ 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 می‌دهد.
- ✓ 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 می‌دهد.
- ✓ او را تشویق کنند تا یک برنامه‌ی روزانه برای خود تنظیم کند و فعالیت‌های معمول اجتماعی، آموزشی و شغلی خود را تا جای ممکن از سر بگیرد.
- ✓ برای بیمار فرصت‌هایی برای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی فراهم کنند، مثل داشتن یک شغل حمایت‌شده.
- ✓ بیماران مبتلا به سایکوز ممکن است مورد تبعیض واقع شوند، بنابراین مهم است که بر باورهای نادرست و تبعیض‌آمیزی 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 به‌موقع 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 صداها یا 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 به خاطر 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 آرایه‌شده 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 ارائه‌ی 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:

- برخورد های 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 سویه است.

در مورد نحوه‌ی برقراری ارتباط با فرزندان به والدین آموزش بدهید:

۱. احترام گذاشتن

- 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.

۲. اختصاص دادن زمان با کیفیت برای کودک

- 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 هردو از آن لذت ببرید.

۳. گوش دادن به کودک و انعکاس احساسات وی

- 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 می‌رسد ... (غمگین/خوشحال/ عصبانی/ خسته) هستی! می‌خواهی بگویی چه شده؟"

۴. در برابر کودک به تندی واکنش نشان ندهید

- با کودک جر و بحث نکنید.
- در برابر عصبانیت کودک عصبانی نشوید:
- اگر عصبانی شوید یعنی کودک توانسته بر شما مسلط شود و یا این‌که باعث می‌شوید کودک بترسد و نتواند با شما ارتباط برقرار کند.

۵. به او نشان دهید که دوست داشتنی است

- به کودک بگویید که دوستش دارید.
- برای دوست داشتن کودک شرط نگذارید. مثلاً اگر مسواک زنی دوست 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).

۶. برای برقراری ارتباط، با کودک خود بازی کنید

- 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.
- 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.
- لازم است جای مناسبی برای بازی در نظر بگیرید. حتی 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.

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، برچسب‌ها، 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 تایید کلامی یا غیر کلامی استفاده کنید و پاداش‌های مادی را برای رفتارهای برجسته تر و مهم‌تر به کار ببرید.
 - متناسب با موقعیت باشد: اگر کودک در جمع دوستانش است و ممکن است از تحسین شدن خجالت بکشد، تایید غیر کلامی به کار ببرید.
 - به رفتارهای مثبت کودک توجه کنید: رفتار مثبت را با لبخند و تکان سر، تایید 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 تاییدآمیز 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 نرده‌ها 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 اتفاقی: 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 نمایید

- 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.

راهنمای 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 بد رفتاری می‌کند. کودکان به دلایل مختلف ممکن است بد رفتاری 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 بد رفتاری 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 بدرفتاری‌اش 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 ناگواری 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 به‌وقوع 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 روش های قبلی مؤثر واقع نشد یا کودک رفتاری خشونت بار دارد، والدین می توانند 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 می برید. 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 سرگرم کننده ای 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 (شانه اش را بگیرید و به سمت اتاق ببرید).
- اعتراض های 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 گذرانند، می تواند از اتاق خارج شود.
- بعد از اتمام زمان مقرر، در مورد اتفاق مربوط حرف نزنید و با این صحبت که "وقت تمام شد!" یا "می توانی بیرون بیایی" زمان نیز تمام می شود.
- مدت حضور در اتاق خلوت، ۱ دقیقه به ازای هر یک سال سن می باشد 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 می شود.
- 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 کوچک ترین رفتار مثبتش او را تحسین کنید.

مدیریت رفتار در موقعیت های خاص

اغلب مشکلات رفتاری کودکان در زمان و حضور در موقعیت های جدید مثل مهمانی ها یا حضور در محیط های عمومی یا فروشگاه ها ایجاد می شوند.

در مورد چگونگی حضور در چنین موقعیت‌هایی به والدین این‌گونه 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 ببرید.
- 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 این‌گونه 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.

مجموعه سلامت روان برای کارشناسان سلامت روان

فصل هشتم

آموزش سلامت روان با گروه‌ها و ترغیب مشارکت مردمی



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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید

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

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 تواناساختن 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



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

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. به منظور تحقق این هدف افراد و گروه‌های مختلف جامعه اعم از گروه‌های رسمی نظیر نهادهای مختلف مستقر در جامعه مانند سازمان‌های تعلیم و تربیت، دهداری، شورای اسلامی و نیز گروه‌های غیررسمی نظیر زنان خانه‌دار،

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 برنامه‌های

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 می‌توان 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.



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.

برای این گروه‌ها می‌توان با توجه به نیازهای



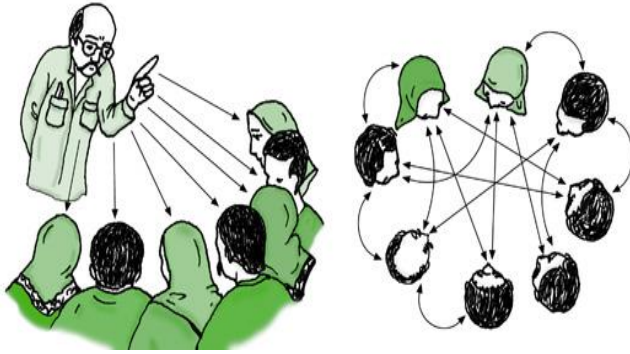
مشترک آنان یک برنامه‌ی آموزشی ترتیب داد و یا این که از مشارکت آن‌ها در یک فعالیت بهداشتی بهره‌مند شد. نکته مهم در برقراری ارتباط با گروه‌های رسمی و غیررسمی پیش‌گیری از بروز رفتارهای مشکل‌ساز و ایجاد رفتارهای مثبت در گروه‌ها است. کار با گروه‌ها در بسیاری موارد ممکن است منجر به بروز اختلاف نظر و مجادله 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. راییه آزادانه نظرات و پیشنهادها
۲. تشویق یکدیگر به صحبت کردن
۳. پاسخ محترمانه به پیشنهادات دیگران
۴. کمک به روشن شدن نظرات
۵. راییه اطلاعات
۶. توجه کردن به یکدیگر
۷. داوطلب شدن برای کمک به کارها
۸. حضور به موقع 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 راییه 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
علائق 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

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.

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.

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 ارائه 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، به- عنوان مثال ممکن است بنا به دلایلی خاص در یکی از مناطق تحت پوشش میزان بروز اعتیاد بالا رفته باشد، در چنین شرایطی ارائه‌دهنده‌ی 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 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 برنامه-ریزی جایگاهی را برای آموزش یا مشارکت هر یک از گروه‌های فوق در برنامه‌ی سلامت روان کودکان انتخاب کرده‌اید باید محتوای آموزش خود را به‌صورت جداگانه و با محتوایی متفاوت تنظیم نمایید. در این شرایط به یاد داشته باشید که ارائه 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 ارائه‌دهندگان 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- ارزیابی 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 به درستی نشناسند 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 به نحوی 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 یاد بگیرند 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- آموزش‌های سلامت روان روش‌هایی 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 ویژگی‌های 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 نکته‌ای بسیار مهم است. چنانچه مساله و مشکل به صورتی باشد که بر کل مردم روستا اثر گذارد در این صورت باید از رهبران گروه‌ها و نمایندگان برنامه‌ریز مهم‌ترین بخش‌ها 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 اندازه‌گیری و به همین ترتیب در پایان هر برنامه باید موفقیت و شکست آن ارزشیابی شود. در اینجا باید از طریق بحث با مردم در زمینه نتایج کار به آن‌ها در جهت یادگیری‌شان کمک کرد.



شورای روستا یا محل

یکی از راه‌های 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 جزییات برنامه‌های سلامت روان

تصویر: شورای روستا یا محل مناسب‌ترین محل برای ترغیب گروه‌های رسمی و غیررسمی و افراد صاحب نفوذ برای برنامه‌ریزی برای توسعه روستا است. از فرصت مباحثات شورا باید برای برنامه‌ریزی‌های سلامت بهره جست. رویکرد برنامه‌ریزی برای سلامت می‌تواند بر تمامی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و نیز عواملی که به طور مستقیم سلامت را تهدید می‌کند استوار گردد.

تشکیل جلسه دهند بسیار مشکل است. همه افراد فرصت صحبت کردن را نخواهند داشت و وقت زیادی صرف خواهد شد تا اطمینان حاصل کنیم که همه افراد موضوع را درک و یا در بحث شرکت

کرده‌اند. بر این اساس معمولاً گروه کوچک‌تری که کمیته یا شورا نامیده می‌شوند انتخاب می‌گردند. در حال حاضر شورای اسلامی در روستاها و نیز شوراهای محل در شهرها تشکیل یافته‌اند و اجرای برنامه‌های سلامت روان با بهره‌گیری از این تشکلهای مردمی به خوبی میسر است. شوراهای در واقع نماینده کلیه مردمند و از آنجا که یکی از اصلی‌ترین وظایف آنها پیدا کردن مشکلات جامعه و تلاش در جهت حل آنهاست به خوبی می‌توان از این شوراهای برای حل مشکلات بهره‌مند شد. بعضی از وظایف کلی که در شوراهای مزبور قابل طرحند را در ذیل متذکر می‌شویم:

- جمع‌آوری اطلاعات در مورد سلامت روان جامعه با مشارکت و راهنمایی پزشک و سایر کارمندان بهداشتی منطقه

- مشخص ساختن مشکلات سلامت روانی جامعه و علل بروز آنها

- طرح برنامه‌ها و راه‌حل‌های لازم

- تصمیم‌گیری در مورد اولویتهای سلامت روان در روستا و تأمین منابع مالی

- تأمین منابع و تجهیز جامعه برای دستیابی به اهداف تعیین شده

- قرار دادن جامعه در جریان پیشرفت‌های تازه و مسایلی که با آن مواجه گردیده است

- بازاریابی سلامت روان

فرایند آرایه خدمت با برقراری ارتباط با گیرنده‌ی خدمت آغاز می‌شود و با قطع ارتباط با او پایان می‌یابد. با این وجود تأثیرات ناشی از آرایه خدمت در طول زمان باقی مانده و سبب تحقق اهداف برنامه می‌شود. نخستین مرحله از تحقق هدف یک برنامه بی‌درنگ پس از آرایه خدمت صورت می‌پذیرد. مادری که رویه مراقبت از کودک عقب‌مانده ذهنی خود را آموخته است، کودک مبتلا به صرع که داروی خود را مصرف می‌کند یا زوجی که پس از مشاوره رویه برخورد با مشکلات در زندگی زناشویی را آموخته‌اند، برون‌داد این مرحله زمانی از فرایند خدمتند.

تحقق این رخدادهای موجب تغییراتی در گیرندگان خدمت می‌شود که سبب ارتقای سطح سلامت روان

آنان می‌گردد. به‌عنوان مثال مادری که اطلاعات مورد نیاز در زمینه رویه مراقبت از کودک عقب‌مانده‌ذهنی خود را آموخته است آن را به کار خواهد بست و فرزند خود را در مقابل مشکلات ناشی از عقب‌ماندگی ذهنی حفظ خواهد کرد.

عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات

به‌طور کلی میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت روان تابعی است از تمایل مردم به استفاده از یک خدمت و وضعیت دسترسی به آن. پدیده تمایل به استفاده از یک خدمت خود تابعی است از شدت نیاز احساس‌شده - که خود منجر به تقاضا می‌شود - و تناسب میان قیمت و کیفیت خدمت. از سوی دیگر، عوامل مؤثر بر دسترسی مردم به خدمات را می‌توان در دسته‌هایی نظیر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، فرهنگی (مثلاً آگاهی از ارزش خدمت) و زمان (فراهمی به هنگام خدمت) خلاصه نمود. در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف باید تمامی مولفه‌های مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات را مدنظر قرار داد. با تحلیل این مولفه‌ها و پیدا کردن راه‌کارهای مناسب برای ایجاد بهره‌مندی مؤثر می‌توان امید داشت که برنامه‌ی سلامت روان به شکلی عادلانه و اثربخش پاسخ‌گوی 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 رخدادهایی 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 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 اعتیاد به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمی‌کند تا از خدمات آن استفاده نماید، موضوعاتی مهمند که در عرصه رایه عادلانه خدمات باید با استعداد و تعهد رایه‌دهندگان خدمات و هوشمندی طراحان برنامه برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی به راه حلی مطلوب دست یابند.

پیوست ها

(پیوست ها شامل معرفی خدماتی است که توسط کارشناس سلامت روان در نظام مراقبت های اولیه ارائه خواهد شد . جهت دستیابی به شرح تکمیلی هر یک از مطالب پیوست به کتاب پشتیبان مراجعه نمایید .)

شرح وظایف کارشناس سلامت روان

فرآیند ارزیابی تکمیلی در حوزه سلامت اجتماعی و مصرف مواد ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت خانواده

ارائه دوره های آموزش مهارت‌های توانمندسازی در گروه‌های هدف

آموزش‌های روانشناختی و مداخلات مختصر ساده به بیماران ارجاع شده از پزشک تیم

انجام مداخلات مختصر در حوزه مصرف مواد

پیشگیری از خودکشی مجدد بر اساس دستورالعمل برای افراد اقدام کننده و خانواده‌های آنها

ارائه مداخلات روانی و اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و بلایا

ارجاع موارد فوری اورژانس‌های حوزه های سلامت روان، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی

تکمیل فرم های ارجاع و بازخورد ارجاع برای پزشک تیم و کارشناس مراقب سلامت جهت درج در پرونده

نظارت بر کارشناس مراقب سلامت خانواده در فعالیتهای حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

ثبت داده‌های آماری و خدمات ارائه شده و ارسال آنها در قالب گزارش‌های دوره‌ای (هر سه ماه) به سطوح بالاتر

آموزش مهارت‌های زندگی در سال ۱۹۷۹ و با اقدامات آقای دکتر گیلبرت بوتوین (gilbert-botvin) آغاز شد. وی در این سال یک مجموعه آموزش مهارت‌های زندگی برای دانش آموزان کلاس هفتم تا نهم تدوین نمود که با استقبال فراوان متخصصان بهداشت روان مواجه گردید. این برنامه آموزشی به نوجوانان یاد می داد که چگونه با استفاده از مهارت‌های رفتار جرات مندانه، تصمیم گیری و تفکر نقاد در مقابل وسوسه یا پیشنهاد سوء مصرف مواد از سوی همسالان مقاومت کنند. هدف بوتوین طراحی یک برنامه واحد پیشگیری اولیه بود. مطالعات بعدی نشان داده آموزش مهارت‌های زندگی در صورتی به نتایج مورد نظر ختم می شود که همه مهارت‌ها به فرد آموخته شود. پژوهش‌ها حاکی از آن بودند که این برنامه در پیشگیری اولیه چندین نوع مواد مخدر از جمله سیگار موفق بوده است. پژوهش‌های متعدد نشان داده اند که خودآگاهی، عزت نفس و اعتماد به نفس شاخص‌های اساسی توانمندی‌ها وضعف‌های هر انسان است. این سه ویژگی فرد را قادر می سازد که فرصت‌های زندگی‌اش را مغتنم شمرده برای مقابله با خطرات احتمالی آماده باشد به خانواده و جامعه‌اش بیاندیشد و نگران مشکلاتی که در اطرافش وجود دارد باشد و به چاره‌اندیشی بپردازد. مهارت‌های زندگی به عنوان واسطه‌های ارتقای سه ویژگی فوق‌الذکر در آدم‌ها، می‌توانند فرد و جامعه را در راه رسیدن به اهداف فوق‌کمک نمایند. مهارت به معنی استفاده ماهرانه و توانمندانه از دانش است. به عنوان مثال بیشتر مردم می‌دانند رفتارهای پرخطرناک، ناکارآمد و بعضاً ویرانگر هستند. بسیاری از ایشان حتی راه‌های کنترل خشم خویش را نمی‌شناسند اما در عمل چند نفر می‌توانند بطور مناسب از این روش‌ها برای کنترل خشم خود استفاده کنند؟ یا به بیان دیگر مهارت استفاده از روش‌های کنترل خشم را دارند؟

دنیای امروز دنیای ارتباطات نامیده می‌شود با گسترش رسانه‌های همگانی از جمله رادیو، تلویزیون و اخیراً اینترنت و ... اطلاعات زیادی در اختیار مردم قرار می‌گیرد بطوریکه بعضاً باعث ایجاد بحران اطلاعات می‌شود. منظور از بحران اطلاعات هجوم بی‌وقفه اطلاعاتی است که متأسفانه درونی نشده و برخلاف گذشته به مهارت تبدیل نمی‌شود. شاید زمانی که مهارت‌ها به زمینه‌های خاص یا موارد تخصصی مربوط می‌شود فقدان آنها آسیب‌چندانی به زندگی شخصی یا جامعه وارد نکند برای مثال اگر کسی فاقد مهارت رانندگی باشد یا نتواند غذای خاصی را طبخ کند، زندگی روزمره وی مختل نخواهد شد. اما هنگامی که صحبت از فشارهای روانی روزمره و بحران‌های زندگی اجتماعی به میان می‌آید نقص مهارت‌های مقابله‌ای سازگاران یا تاخیر در انتخاب مناسب‌ترین راه حل به آسیب‌های جبران‌ناپذیری منجر می‌گردد. برای مثال همه ما در کارهای روزانه شاهد انزوا و تنهایی ناشی از رفتار غیر جرات‌مندانه، لطمه‌های شدید ناشی

از عدم کنترل خشم و یا بحران های ناشی از نداشتن دوست یا عوارض حاصل از دوستی های نامناسب بوده ایم. شاید در دهه های گذشته به دلیل ساده تر بودن و پیش بینی پذیر بودن زندگی اجتماعی (کارآمدی الگوپذیری از والدین و حتی نسل های قبل تر از آن) این مهارتها به سادگی در طی رشد آموخته شده و نیازی به آموزش مستقیم آنها احساس نمی شد. اما امروزه آموزش مستقیم مهارتهای زندگی به عنوان بخش مهم و کلیدی در جامعه پذیری افراد در سراسر دنیا مطرح است.

سازمان جهانی بهداشت مهارتهای زندگی را چنین تعریف نموده است :

توانایی انجام رفتار سازگارانه و مثبت به گونه ای که فرد بتواند با چالشها و ضروریات زندگی روزمره خود کنار بیاید (WHO 1994) بطور کلی مهارتهای زندگی عبارتند از توانایی هایی که منجر به ارتقای بهداشت روانی افراد جامعه، غنای روابط انسانی ، افزایش سلامت و رفتارهای سلامتی در سطح جامعه می گردند. مهارتهای زندگی هم به صورت یک راهکار ارتقای سلامت روانی و هم به صورت ابزاری در پیشگیری از آسیب های روانی - اجتماعی مبتلا به جامعه نظیر اعتیاد ، خشونت های خانگی و اجتماعی ، آزار کودکان ، خودکشی ، ایدز و موارد مشابه قابل استفاده است به طور کلی مهارتهای زندگی ابزاری قوی در دست متولیان سلامت روانی جامعه در جهت توانمندسازی آحاد مردم در ابعاد روانی - اجتماعی است. این مهارتها به افراد کمک می کنند تا مثبت عمل کرده، هم خودشان و هم جامعه را از آسیب های روانی - اجتماعی حفظ کرده و سطح بهداشت روانی خویش و جامعه را ارتقاء بخشند.

به استناد بند د ماده ۹۵ و بند د ماده ۹۷ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در حوزه اجتماعی نیز دولت مکلف به ارائه آموزش مهارتها گردیده است . در این راستا دو وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش به عنوان بدنه اصلی دولت و سایر سازمانها از جمله سازمان بهزیستی کل کشور، سازمان امور جوانان، شهرداریها و به عنوان متولیان ارائه آموزشها در سطح کشور اقدام به فعالیت نموده اند .

مراحل اجرای برنامه:

الف: آموزش مربیان مربیان (training of trainers):

کمیته ستادی وزارت بهداشت طی برگزاری کارگاه های منطقه ای اعضاء " کمیته علمی - تخصصی آموزش مهارتها " را که شامل روانپزشکان کودک و نوجوان، روانپزشکان و روانشناسان در مقاطع دکتری / کارشناسی ارشد هستند به عنوان TOT های منطقه ای مهارتها آموزش می دهند . صدور مجوز تدریس در این سطح (TOT) پس از موافقت دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و اطمینان از کسب مهارتهای لازم و توجه به توانایی های فرد صورت می گیرد.

ب : آموزش مربیان (training):

TOT های مهارت ها طی برگزاری کارگاه های استانی موظف به انتقال مهارت‌ها به کارشناسان سلامت روان دانشگاه های علوم پزشکی به عنوان مربی - T - می باشند . مربیان باید حداقل دارای مدارک پزشکی عمومی، کارشناسی ارشد / کارشناسی روانشناسی، روانپزشکی، باشند . صدور مجوز تدریس در این سطح (T) پس از موافقت " کمیته علمی - تخصصی آموزش مهارت‌های زندگی " و اطمینان از کسب مهارت‌های لازم و توجه به توانایی های فرد صورت می گیرد.

ج : آموزش پرسنل بهداشت و درمان :

مربیان موظف می باشند مهارت‌های دریافتی را به کلیه کارشناسان زیر مجموعه دفاتر / گروه های سلامت روان در دانشگاه علوم پزشکی و هم چنین پرسنل شبکه های بهداشت و درمانی و خانه های بهداشت منتقل نمایند . نکته : آموزش گیرندگان بند ب و ج علاوه بر انتقال مهارت‌ها به افراد زیر مجموعه خود، موظف به انتقال مهارت‌ها به گروه های مخاطب، در جامعه تحت پوشش نیز می باشند .

د : برگزاری دوره آموزشی مهارت‌ها به مخاطبین اصلی

با توجه به فراگیرسازی آموزش مهارت‌ها به نظر می‌رسد که اتخاذ یک رویکرد مشترک بین مدرسان، بتواند اهداف آموزش مهارت‌ها را (که همانا پیشگیری از آسیب‌های روانی - اجتماعی و ارتقا توانمندی افراد جامعه است) در دسترس تر کند. به همین منظور دفتر سلامت روان با تعیین گروه های هدف، سرفصل های آموزشی، منابع آموزشی، روش های دستیابی به گروه های هدف و تعیین تحوه برگزاری کارگاه های که بصورت دستورالعمل یکسان ابتدای هر سال به دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ می گردد اقدام به یکسان سازی آموزش ها می نماید .

توضیح: برای مطالعه بیشتر و آشنائی با اصول آموزش مهارت های زندگی به منابع مندرج در جدول ذیل مراجعه فرمایید .

	<p>گروه هدف</p> <p>زنان ۱۸-۴۵ سال جامعه تحت پوشش کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال جامعه تحت پوشش</p>
<p>سرفصل های آموزشی</p>	<p>برای گروه سنی ۱۸-۴۵ سال آموزش مهارت های خودآگاهی، برقراری ارتباط موثر، جرات ورزی، حل مساله برای گروه سنی ۱۰-۱۲ سال</p>
<p>منابع آموزشی</p>	<p>آموزش مهارت های زندگی، دکتر فتی و موتابی، انتشارات دانژه (برای گروه سنی بزرگسال) آموزش مهارت های زندگی، دکتر بینا، چاپ وزارت بهداشت، دفتر امور زنان (برای گروه سنی کودک)</p>
<p>روش های دستیابی به گروه های هدف</p>	<p>استفاده از دانش آموزان و اولیای دانش آموزان مدارس، کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمان ، خانم های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جهت مشاوره ازدواج، اطلاع رسانی عمومی و پایگاه های بسیج و</p>
<p>نحوه برگزاری</p>	<p>برگزاری یک کارگاه ۴ جلسه ای هر جلسه ۳ ساعت _ ۱۲ ساعت _ با حضور ۱۵-۲۰ نفر شرکت کننده اختصاص ۵ ساعت به ارائه مفاهیم و تعاریف و ۷ ساعت به آموزش با استفاده از تکنیک های عملی</p>

مهارت های فرزند پروری

سلامت روان کودکان و نوجوانان بخشی اساسی از سلامت و رفاه عمومی است. هر اقدام جدی برای بهبود بهداشت روان کودکان مستلزم ارزیابی کیفیت تربیت کودک و روابط خانوادگی آنهاست. کیفیت روابط والدین و فرزندان، از عوامل تعیین کننده ی سازگاری است. نحوه ی تعامل والدین با کودک و جو روانی-عاطفی حاکم بر خانواده، خصوصیات شخصیتی و رفتاری کودک را شکل می دهد. روابط نادرست کودک با والدین، عدم توجه به فعالیت ها و پیشرفت ها، فقدان توجه به حقوق و احساسات کودک منابع موثری در رشد نارسا و ناسازگاری فردی می باشد. شیوه های گوناگون فرزندپروری در میان کودکان و نوجوانان رفتارهای متفاوتی به وجود می آورد. منظور از شیوه های فرزندپروری، روش هایی است که والدین برای کنترل فرزندان خود در پیش می گیرند.

شواهد قوی وجود دارد که نشان می دهد روش تربیتی کودک و عوامل خطر مرتبط با خانواده در ایجاد اختلال سلوک در کودکان نقش دارد. (Sanders 2004)

همچنین مطالعات دیگر نشان می دهد سبک تربیتی والدین یک عامل مهم پیش بینی کننده سوء رفتار با کودکان و همچنین عامل اساسی در انتقال و تداوم کودک آزاری از نسلی به نسل دیگر است.

مطالعات متعددی نیز نشان می دهد که آموزش مهارتهای فرزندپروری موجب بهبود رفتار والدین، کاهش سوء رفتار با کودکان (کودک آزاری)، تغییرات مثبت در درک والدین از رفتارهای خود؛ کاهش افسردگی و استرس مادران؛ افزایش رضایت والدین و کاهش تعارض والدین در مورد روش تربیت کودکان می شود.

اداره سلامت روان در سال ۱۳۷۸ به منظور بررسی وضعیت موجود رابطه والد- کودک اقدام به پژوهش در زمینه شیوع کودک آزاری و روشهای مدیریتی والدین در مقابل مشکلات رفتاری کودکان نمود. این مطالعات به چند شیوه مختلف انجام شد که در ذیل به آنها اشاره می شود:

الف: میزان شیوع کودک آزاری

- مطالعه مراجعین بیمارستانی (۳ بیمارستان در تهران) نشان داد که ۱۲٪ کودکان مراجع کننده به بیمارستان مورد آزار فیزیکی واقع شدند و شدت آسیب در آنها به این شرح بوده: ۱۲/۸٪ آسیب شدید، ۸۷/۲٪ آسیب خفیف تا متوسط. در این مطالعه پدران در ۵۱/۲٪ و مادران در ۳۴/۱٪ مسئول آزار فیزیکی کودکان خود بوده اند (اداره سلامت روان وزارت بهداشت؛ ۱۳۷۹).

- نتایج مطالعه سمنان که با مراجعه به منازل و سؤال از والدین و کودکان در مورد تنبیه فیزیکی صورت گرفت نشان داد که:

۶۱/۲٪ کودکان ۱-۵ ساله، ۶۸/۳٪ کودکان ۶-۱۱ ساله و ۶۳/۷٪ کودکان و نوجوانان ۱۲-۱۸ ساله تنبیه

جسمانی می شدند. (اداره سلامت روان وزارت بهداشت؛ ۱۳۸۰)

ب: روشهای مدیریتی والدین در مقابل مشکلات رفتاری کودکان

- در مطالعه ملی دیگر با بررسی ۶ استان کشور معلوم شد که میزان استفاده از تنبیه های فیزیکی توسط والدین بسیار بیشتر از شیوه های تنبیهی کم خطرتر و موثرتر نظیر حبس کوتاه مدت و یا محرومیت محدود / از برنامه های لذتبخش کودک است. پسران بیش از دختران تنبیه فیزیکی می شوند، و بر خلاف نمونه های بیمارستانی که پدران بیشتر اقدام به تنبیه می کردند در نمونه های خانگی مادران بیش از پدران از تنبیه استفاده می کردند، (اداره سلامت روان وزارت بهداشت؛ ۱۳۸۱)

اهداف برنامه مهارتهای فرزندپروری :

✚ انگ زدایی از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان و عادی سازی مراجعه والدین برای دریافت مشاوره در این

زمینه با استفاده از اطلاع رسانی و آگاه سازی عمومی (برنامه ملی)

✚ افزایش دانش و آگاهی والدین در زمینه تربیت سازنده فرزندان شامل:

✚ آشنایی با مراحل رشد طبیعی کودکان

✚ آشنایی با اصول تربیت سازنده فرزندان

✚ آشنایی با مشکلات رفتاری کودکان

✚ آشنایی با برخی اختلالهای هیجانی و رفتاری خاص در کودکان

مراحل اجرای برنامه مهارت های فرزند پروری نیز مانند آموزش مهارت های زندگی از طریق تربیت TOT در ستاد وزارت بهداشت، تربیت T از طریق برگزاری کارگاه های منطقه ای و آموزش مهارت های به گروه های هدف انجام می گردد . در ابتدای هر سال گروه هدف، سرفصل های آموزشی، منابع آموزشی، روش های دستیابی به گروه های هدف و تعیین تحوه برگزاری کارگاه های که بصورت دستورالعمل یکسان به دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ می گردد .

توضیح: برای مطالعه بیشتر و آشنائی با اصول آموزش مهارت های فرزندپروری به منابع مندرج در جدول ذیل مراجعه فرمایید .

والدین کودکان ۲- ۱۲ سال جامعه تحت پوشش	گروه هدف
فرزندپروری یا آموزش اصول مدیریت رفتار کودکان برای والدین علل بروز مشکلات رفتاری کودکان و ارتباط مثبت با کودکان تقویت رفتار های مطلوب کودکان دستور دادن و قانون گذاری مدیریت رفتارهای نامناسب آمادگی برای مدیریت موقعیت های دشوار، برنامه ریزی برای آینده	سرفصل های آموزشی
آموزش مهارت های فرزندپروری برای کودکان ۲-۱۲ سال، انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان	منابع آموزشی
استفاده از اولیای دانش آموزان مدارس، مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی ، اطلاع رسانی عمومی و پایگاه های بسیج و	روش های دستیابی به گروه های هدف
برگزاری یک کارگاه ۶ جلسه ای و هر جلسه ۱.۵ ساعت _ ۹ ساعت _ با حضور ۱۵-۲۰ نفر شرکت کننده بر اساس قوانین برگزاری جلسه برای والدین مندرج در کتاب آموزش مهارت های فرزندپروری برای کودکان ۲ تا ۱۲ سال	نحوه برگزاری

پیشگفتار

ایران جزء ده کشور بلاخیز دنیا است. حوادثی مانند سیل، زلزله، رانش زمین، آتش سوزی های گسترده از رویدادهایی هستند که هر ساله منجر به مرگ و میر و آسیب های جسمی و روانی هزاران انسان می شوند. این حوادث می توانند تنش روانی قابل توجهی برای بازماندگان ایجاد کنند و عوارض روانی جدی و دیرپایی را باقی گذارند. این حوادث در مدت زمان کوتاهی ظاهر می شوند ولی تاثیری که بر روی زندگی افراد می گذارند طولانی مدت خواهد بود. حوادث غیر مترقبه و طبیعی به میزان ۹۶۸۰۸۱ سال عمر مفید بر اساس مطالعه بار بیماری ها (DALYs) در سال ۱۳۸۲ از مردم ما ستانده است که از این میان، ۹۲۵۷۲۸ سال آن یعنی حدود ۹۶٪ در نتیجه زلزله بم ایجاد شده است. با توجه به قرار داشتن کشور ما روی کمربند زلزله و باوجود جاری شدن هرساله سیلاب در بخشهایی از کشور و... برآورد می شود که بدون زلزله ای مانند بم در سال ۱۳۸۲ و زرنده در سال ۱۳۸۳ سالیانه حدود ۴۰ تا ۶۰ هزار سال با ناتوانی و یا مرگ از دست رفته است، که سهم بسیار زیادی از آن را مرگ (YLL) تشکیل می دهد. با توجه به موارد پیش گفت می توان به این نکته اشاره نمود که حوادث عمدی و غیر عمدی بالاترین نسبت DALYs را از بین مجموع بیماریها و آسیبهای شناسایی شده به خود اختصاص داده است که این موضوع ضرورت توجه به بلایا و حوادث را بیش از پیش مطرح می کند.

تحقیقات نشان داده است که DALYs ناشی از بلایا قابلیت کاهش و کنترل دارد. در این راستا برنامه هایی در وزارت بهداشت برای ایجاد آمادگی های لازم برای کاهش عوارض آن در دستور کار بوده است. براین اساس بازبینی متون آموزشی حمایت های روانی اجتماعی در بلایا به عنوان یکی از فعالیتهای مربوط به برنامه حمایت های روانی اجتماعی در سال ۱۳۸۷ تعیین گردید.

مقدمه

بلایای طبیعی سالانه منجر به مرگ، معلولیت جسمی و روانی و تغییر روند و مسیر زندگی میلیون ها نفر و صدمات مالی شدید برای افراد و دولتها می گردند. کمک ها و امدادها از سایر نقاط کشور و سایر نقاط دنیا به دنبال وقوع زلزله به سرعت به منطقه آسیب دیده ارسال می گردد. کمک های بهداشتی یکی از مهمترین و اولین امدادهایی است که به مناطق فاجعه زده می رسد. هر چند تا سال های اخیر سیاست گذاران بهداشتی در برابر وقایع آسیب زا کمتر به عوارض روان شناختی می پرداختند، طی سال های اخیر اهمیت رسیدگی سریع و به هنگام به واکنش های روانی افراد آسیب دیده در طی زلزله بر متولیان بهداشت محرز شده و به همین دلیل پرداختن به واکنش های روانی بازماندگان با هدف عادی سازی واکنش ها و جلوگیری از بروز عوارض دیرپا که منجر به افت کیفیت زندگی و کاهش کار آیی افراد می گردد، از اهم اهداف فعالیت های متخصصین و کارشناسان بهداشت روان اعزامی به مناطق آسیب دیده محسوب می گردد.

امروزه بر پایه مطالعات به انجام رسیده در زمینه مسائل روانشناختی و رفتاری ناشی از فجایع طبیعی، اطلاعات گسترده‌ای در این زمینه وجود دارد. در پژوهش دیوید و همکاران میزان اختلالات روانی در بین بازماندگان گردباد اندرو ۵۱٪ تخمین زده شده است. ۳۶٪ این افراد مبتلا به PTSD (اختلال استرس پس از سانحه)، ۳۰٪ دچار افسردگی اساسی و ۲۰٪ مبتلا به اختلالات اضطرابی بودند. نتایج یک پژوهش طولی بر روی بازماندگان گردباد در سری لانکا نشان داد که تا ۵۰٪ بازماندگان تا یکسال پس از وقوع گردباد دچار اختلالات روانی بوده‌اند. در مطالعه‌ای که به دنبال وقوع زلزله‌ای مخرب در هندوستان در سال ۱۹۹۶ صورت پذیرفت، ۵۹٪ بازماندگان مبتلا به اختلالات روانی قلمداد شدند که از این میزان ۲۳٪ مبتلا به PTSD و ۲۱٪ مبتلا به افسردگی اساسی بودند. هر چند به طور معمول در سال دوم پس از سانحه اختلالات روانی کاهش می‌یابد، ولی در مواردی عوارض به صورت مزمن و پایدار باقی می‌ماند. همراهی چند بیماری روانی در یک زمان شدت آسیب روانی را می‌افزاید. مساله مهم دیگر آسیب پذیری خود افراد و احتمال وجود اختلالات قبلی در این افراد است که مسلماً به بروز واکنش‌هایی شدیدتر می‌انجامد. اختلالی که به طور شایع‌تر پس از زلزله با آن سر و کار داریم، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است، هر چند که در موارد بسیاری این اختلال را همراه با سایر اختلالات می‌یابیم. شایع‌ترین اختلالات همراه عبارتند از افسردگی اساسی، اختلال هراس و اختلال فوبیا. در واقع بیماری‌های روانی پس از سانحه نظیر جراحات چندگانه فرد را مورد تهاجم قرار می‌دهند.

هر چند پژوهش‌های انجام شده در رابطه با اختلالات روانی متعاقب زلزله در ایران اندک هستند، نتایج آن‌ها دور نمایی از آسیب‌های شایع و نیازهای بازماندگان به ما می‌دهند. در پژوهش دژکام و همکاران در رابطه با اختلالات روانی در بین بازماندگان زلزله رودبار به سال ۱۳۶۹، ۶۸٪ افراد مورد مطالعه مبتلا به افسردگی اساسی بودند که از این میان ۳۸٪ از افسردگی شدید رنج می‌بردند. در پژوهش کرمی به سال ۱۳۷۳ که پس از ۳ سال بر روی کودکان منطقه زلزله زده رود بارانجام شد، میزان اختلالات رفتاری در بین کودکان ۶۰٪ برآورد شد که حدوداً ۲/۵ برابر گروه شاهد بود. همچنین ۵۱/۷٪ این کودکان که در سنین ۹-۱۶ سال قرار داشتند مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند. در پژوهش احمدی همه کودکان در چند هفته اول دچار مشکلات مهم خواب بودند و ترس از تاریکی و تنهایی و افکار مزاحم هنگام استراحت و رویاهای وحشتناک داشتند. همگی آن‌ها نسبت به خوابیدن در محل‌های سرپوشیده و استفاده از انواع وسایل حمل و نقل احساس خطر می‌کردند. فراوانی بیماری روانی تا سال‌ها پس از فاجعه در اطفال از شیوعی نظیر بزرگسالان بر خوردار است.

در پژوهش یاسمی و همکاران در سال‌های ۷۷-۱۳۷۶ آسیب‌شناسی روانی در منطقه جنوب خراسان و اردبیل با گروه کنترل مقایسه شد. سایکوپاتولوژی به طور عموم در بین بزرگسالان حدود ۳ برابر و در خردسالان حدود ۲ برابر گروه کنترل بود. ۴۷/۳٪ خردسالان و ۷۶/۵٪ بزرگسالان یک سال پس از زلزله دچار اختلال PTSD با شدت متوسط تا شدید بودند.

در بررسی بعمل آمده در زلزله بم نیز ۸۲ درصد بزرگسالان و ۸۴ درصد کودکان (بر اساس GHQ و Rutter) از مشکلات روانشناختی رنج می‌بردند. درصد افراد بزرگسالی که بر اساس مقیاس واتسون دچار PTSD بودند ۶۵ درصد، و درصد کودکان دچار PTSD بر اساس مقیاس PTSD کودکان ۷۸ درصد بود.

با نگاهی به مطالب فوق ضرورت اقدامات بهداشت روان در بین امدادهای ارسالی به مناطق فاجعه‌زده مشخص می‌گردد. نتایج حاصل از اقدامات مشاوره گروهی به دنبال سوانح در سایر کشورها، کاهش عوارض بعدی ناشی از فاجعه را نشان می‌دهد. چنین اقداماتی نه تنها به ارتقاء سلامت روان بازماندگان کمک می‌نماید بلکه از همین طریق نقشی مثبت در کاهش مشکلات جسمانی و سایکو سوماتیک که در دوران پس از سانحه افزایش می‌یابند دارند.

هدف کلی:

پیشگیری از عوارض مزمن روانی ناشی از بلایا و حوادث غیر مترقبه

اهداف اختصاصی:

- ۱- کاهش بروز عوارض روانی ناشی از بلایا و حوادث غیر مترقبه
- ۲- افزایش توان انطباق و آماده سازی بازماندگان
- ۳- تقویت مهارت های اجتماعی بازماندگان و کمک به جامعه برای سازماندهی مجدد، خودیاری و بازسازی جامعه
- ۴- ارتقاء سطح سلامت روان مثبت در جامعه

اهداف آموزشی:

با مطالعه منبع اصلی فراگیران مطالب زیر را فرا خواهند گرفت:

- بحران و بلایا چیست؟
- واکنشهای روانی در حوادث غیرمترقبه بلایا
- نحوه مدیریت واکنش ها در بلایا و حوادث غیرمترقبه
- آشنایی با انواع تکنیک های بهبودی
- سوگ ونحوه مدیریت آن
- مدیریت سوء مصرف مواد

سرفصل های آموزشی در برنامه حمایتیهای روانی اجتماعی در بلایا:

- اصول کلی حمایت های روانی اجتماعی در بلایا
- بازگویی و روانشناختی
- افکار مزاحم و تکنیک های کنترل آن
- اجتناب و تکنیک های کنترل آن
- کمک های اولیه روانشناختی
- برانگیختگی و تکنیک های کنترل آن
- اصول مداخله در بحران برای کودکان

شرح وظایف تیم سلامت روان:

- ارزیابی اولیه از سطح حادثه در منطقه

- نیاز سنجی از نظر منابع (نیروی کارشناسی ، تجهیزات و امکانات مرتبط با سلامت روان)
- شناسائی چادرها یا محل اسکان آسیب دیدگان
- غربالگری تمام جمعیت آسیب دیده در منطقه
- تکمیل فرم غربالگری (فرم شماره ۱) و ارسال به ستاد در منطقه
- تعیین گروه های سنی که نیاز به مداخلات روانشناختی دارند.
- برنامه ریزی و زمانبندی جهت مداخلات روانشناختی مطابق پرتوکل مربوطه
- تکمیل فرم مداخلات روانشناختی (فرم شماره ۲) و ارسال به ستاد منطقه
- ادامه مداخلات بر اساس پرتوکل مربوطه مطابق مراحل زمانبندی شده
- ارجاع افراد آسیب دیده در صورت نیاز به خدمات تخصصی روانپزشکی
- پیگیری و مداخله در صورت لزوم تا یک سال پس از حادثه
- آموزش جمعیت عمومی در خصوص علائم و عوارض روانی ناشی از حادثه

توضیح: برای مطالعه بیشتر و آشنائی با اصول مداخلات و تکنیک ها به کتاب حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و بلایای طبیعی ویژه کارشناس سلامت روان مراجعه کنید.

مداخلات روان شناختی ویژه کارشناسان سلامت روان

مقدمه

بر اساس نتایج جدیدترین پیمایش ملی سلامت روان، ۲۳.۶ درصد از افراد ۶۴-۱۵ سال کشور دچار یک یا چند اختلال روان پزشکی در ۱۲ ماه قبل از بررسی بودند. علاوه بر این، ارزیابی میزان دسترسی افراد به خدمات بهداشتی درمانی نشان داد با اینکه بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماران روان پزشکی برای دریافت خدمات مشاوره‌ای و درمانی احساس نیاز می‌کنند اما حدود دو سوم افراد مبتلا، از مداخلات بهداشتی درمانی بهره‌مند نمی‌شوند. همچنین، بررسی شاخص حداقل درمان کافی نشان داد فقط ۲۰ درصد از کل بیماران روان پزشکی، حداقل درمان کافی را دریافت می‌کنند. گروه‌هایی از بیماران که کمترین بهره‌مندی را از خدمات بهداشت روانی و نازل‌ترین کیفیت درمان را داشتند ساکنین شهرها و اقشار کم درآمد بودند (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۰). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد به رغم تلاش‌هایی که در دهه‌های اخیر برای توسعه کمی و کیفی خدمات بهداشت روانی صورت گرفته، ولی همچنان برنامه‌ریزی دقیق و جدی برای افزایش دسترسی افراد نیازمند به این خدمات و بهبود کیفیت خدمات از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است.

اختلالات روان پزشکی و نظام سلامت

اختلالات روان پزشکی، در همه کشورها، در سطوح مختلف اقتصادی اجتماعی و محیط‌های شهری و روستایی دیده می‌شود. بررسی بار کلی بیماری‌ها نشان می‌دهد که اختلالات روان پزشکی و مصرف مواد یکی از مهمترین علل ناتوانی بوده و ۶ مورد از ۲۰ علل اصلی ناتوانی، قابل اسناد به مشکلات و اختلالات روانی است (هورتون، ۲۰۱۲، سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴). در صورتی که این اختلالات به موقع تشخیص داده نشود و درمان نشوند، هزینه‌های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی به همراه خواهند داشت. بنابراین، فراهم آوردن خدمات بهداشت روانی، یک الویت اساسی در سرتاسر دنیاست و دسترسی به آن اهمیت قابل ملاحظه‌ای پیدا می‌کند. ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)، موثرترین استراتژی برای تضمین ارائه مراقبت‌های بهداشت روانی به افراد نیازمند به این خدمات است (کولینز و همکاران، ۲۰۱۰). این ادغام یکی از مهمترین توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت بوده و استراتژی نوپدیدبخش، پایا و اثربخشی است که موجب کاهش استیگما و تبعیض، بهبود دسترسی به مراقبت، کاهش ازمان و بهبود برگشت به اجتماع و پیامدهای کلی سلامت در نظام مراقبت بهداشتی اولیه می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸).

به لحاظ سنتی، مدلی که برای ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه مورد استفاده قرار می‌گیرد به این شکل است که پزشکان، خدمات بهداشت روانی اصلی شامل تشخیص و تجویز داروها را انجام داده و پرستار و یا مددکار توصیه‌های رفتاری ساده و پی‌گیری‌های تلفنی را انجام می‌دهند. در این مدل، ادغام خدمات روان شناختی

در PHC به شکل محدودی صورت گرفته و این درحالی است که مطالعات متعدد، لزوم دسترسی فزاینده به آموزش ها و درمان های روان شناختی را بویژه برای اختلالات اضطرابی و خلقی، کنترل تکانه و مصرف مواد و نیز غربالگری و مداخلات اولیه در کودکان را مورد تاکید قرار می دهند. برای پاسخ به این نیاز، مدل های مختلفی طراحی و ارائه شده که یکی از نوید بخش ترین آنها مدل سلامت رفتاری است. در این خدمت، آموزش های روانشناختی و در پاره ای موارد مداخلات فشرده و مختصر توسط کارشناس سلامت روان ارائه می شود. هدف اینگونه مداخلات آموزش های روانی و آموزش انواع مختلف استراتژی ها و مهارت های خودمدیریتی به بیماران است که با تکلیف منزل و پایش های تلفنی همراه می شود (کولینز و همکاران، ۲۰۱۰).

اغلب مداخلات مختصری که در نظام مراقبت های اولیه برای مدیریت اختلالات روان پزشکی طراحی و اجرا می شود مبتنی بر مهارت آموزی، آموزش های روانشناختی و رویکرد شناختی رفتاری مختصر است. در این رویکرد که به منظور افزایش کارایی، هزینه اثربخشی و قابلیت دسترسی به مراقبت های روانشناختی شکل گرفته است، تعداد جلسات ارائه خدمت کاهش یافته و تمرکز جلسات اختصاصاً روی آموزش روانشناختی، مهارت آموزی و شناسایی و تغییر رفتارهایی است که مسئول مشکل فعلی هستند. این مختصر سازی مداخلات علاوه بر مزایای روشن آن از جمله قابل دسترسی ساختن آن برای تعداد بیشتری از افرادی که نیاز به کمک دارند، کاملاً با ملاحظات زمانی و مکانی مراکز مراقبت اولیه تناسب دارد. مطالعاتی که اثربخشی رویکرد مداخلات مختصر را مورد ارزیابی قرار داده اند، اثربخشی آن را در افسردگی، اختلالات اضطرابی شامل اختلال اضطراب فراگیر، پانیک و اضطراب اجتماعی، اعتیاد و خشم نشان داده اند و علاوه بر این یافته ها، حاکی از رضایت بالای مراجعان و درمانگران است (باند و دریدن، ۲۰۰۲؛ رولمن و همکاران، ۲۰۰۵؛ سیمون و همکاران، ۲۰۰۴؛ نیوسما و همکاران، ۲۰۱۰؛ روی برن و همکاران، ۲۰۰۵؛ یانگ و همکاران، ۲۰۱۴).

ساختار و محتوای مداخلات روانشناختی برای اختلالات روان پزشکی

مداخلات روانشناختی برای نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در ابتدا بر آموزش های روانشناختی، تکنیک های آرام سازی و آموزش مهارت ها متمرکز خواهد بود. در مراحل بعدی و در بازبینی مداخلات، با هدف ارتقاء کمی و کیفی خدمات و بر اساس نتایج حاصل از پایش و ارزشیابی، رویکرد مداخلات روانشناختی گسترده تر شده و رویکردهای رفتاری و شناختی در قالب مداخلات مختصر به آن اضافه خواهد شد. در این مداخلات گروه هدف، بیماران مبتلا به مشکلات یا اختلالات روان پزشکی خفیف تا متوسط بوده که پزشک مرکز آنها را ویزیت کرده و ممکن است تحت درمان دارویی نیز باشند. این اختلالات شامل موارد زیر می شود:

- افسردگی
- اختلال اضطراب فراگیر (GAD)
- اختلال پانیک
- اختلال وسواسی - جبری (OCD)

علاوه بر موارد فوق، مداخله ای نیز برای ارزیابی خطر خودکشی و مدیریت شرایط بحرانی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه طراحی شده است.

اگرچه محتوای درمان برای هر مشکل یا اختلال روان پزشکی تا اندازه‌ای متفاوت است ولی همه جلسات از ساختار نسبتاً یکسانی پیروی می‌کنند. جلسات مبتنی بر ارزیابی اولیه مراجع و کسب شرح حال، آموزش‌های روانشناختی، آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی و مهارت‌آموزی خواهد بود که توسط کارشناسان سلامت روان ارائه می‌گردد. مدت زمان هر جلسه ۳۰ دقیقه در نظر گرفته شده است. و تعداد جلسات یک بار در هفته می‌باشد. این رویکرد مداخلاتی در مرحله اول ارائه خدمات روانشناختی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، در قالب ۳ ماژول طراحی شده است که در زیر توضیح داده شده است.

۱. ماژول ارزیابی و آموزش روان‌شناختی

در این قسمت که در واقع جلسه اول مداخلات روانشناختی را تشکیل می‌دهد ابتدا نوع مشکل یا اختلال بررسی می‌شود تا براساس آن میزان پیشرفت علائم یا مشکلات در جلسات قابل ارزیابی باشد. سپس در مورد ماهیت اختلال و درمان‌های موجود، اطلاعات لازم در اختیار مراجع قرار داده می‌شود. آموزش روان‌شناختی مراجع، بخش مهمی از مداخلات روانشناختی برای هر بیماری است. این آموزش به بیمار کمک می‌کند تا علائم بیماری را به عنوان یک بخشی از بیماری ببیند که می‌تواند در مورد آن کاری انجام دهد. چنین نگرشی از یک طرف موجب اصلاح باورهای غلط مراجع در مورد بیماری شده و از طرف دیگر نسبت به درمان آن امیدوار می‌شود. این آموزش در ماندگاری در درمان و تبعیت درمانی نقش مهمی بازی می‌کند. مواردی که در آموزش روان‌شناختی بیمار مورد تأکید قرار می‌گیرد شامل توصیف شیوع بیماری و ویژگی‌های جمعیت شناختی آن، علائم و نشانه‌های بیماری، سیر و پیش‌آگهی، علل و عوامل موثر بر بروز بیماری و توصیف درمان‌های موجود و اثربخشی آنها می‌باشد.

۲. ماژول آرام‌سازی

از آنجایی که ویژگی مشترک اختلالات اضطرابی، تجربه تنش و اضطراب بوده و علاوه بر این، بخش قابل ملاحظه‌ای از افراد افسرده و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی نیز از اضطراب رنج می‌برند، این بخش از مداخله اختصاص به آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی دارد. تکنیک‌هایی که برای این منظور مورد استفاده قرار می‌گیرد عبارت است از: تنفس عمیق، تن آرامی پیشرونده ماهیچه‌ای، تنفس خودآگاه و تصویرسازی‌های ذهنی خوشایند.

۳. ماژول مهارت‌آموزی

این بخش بیشتر ماهیت پیشگیری از عود دارد. از آنجایی که عامل آشکارساز اغلب مشکلات و اختلالات روان پزشکی، وجود استرس‌های زندگی است، آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و حل مساله می‌تواند به پیشگیری از عود کمک کند. علاوه بر این، سبک زندگی سالم شامل بهداشت خواب، تغذیه مناسب، تحرک و ورزش، انجام فعالیت‌های تفریحی و مورد علاقه و گسترش شبکه حمایت اجتماعی نیز که هم به پیشگیری از عود کمک کرده و هم کیفیت زندگی مراجع را بهبود می‌بخشد، آموزش داده می‌شود.

موارد اختصاصی

• مشکلات و یا بحران‌ها

اگرچه مداخلات مختصر، ساختار دقیق و روشنی دارد ولی گاهی مشکلات و بحران‌هایی در زندگی مراجع پیش می‌آید که نادیده گرفتن آن‌ها و تبعیت بی‌چون و چرا از پروتکل درمان، موجب تضعیف اتحاد درمانی شده و احتمال قطع درمان را افزایش می‌دهد و یا منجر به بروز مشکلات بیشتری می‌شود. از جمله این موارد، خطر اقدام به خودکشی و یا خودزنی، صدمه به دیگران، و علائم روان پریشی مانند توهم و هذیان و یا بیماری‌های جسمی جدی است. در چنین مواردی، با توجه به ماهیت بحران، مراجع باید به متخصص یا مرکز مناسب ارجاع داده شده و سپس بر اساس نقطه نظرات سطح تخصصی، ارائه خدمات ادامه یابد.

• جلسات اضافی و یا افزایش زمان جلسات

برخی از مراجعان به جلسات اضافی احتیاج دارند و شما باید به این نیاز پاسخ بدهید. شما می‌توانید برای این موارد، تماس‌های تلفنی و یا ملاقات‌های حضوری کوتاه مدت را تنظیم کنید و یا آنها را برای دریافت درمان‌های بلندمدت‌تر به سطح تخصصی خدمات ارجاع دهید. البته، از آنجایی که مدت زمان لازم برای آموزش‌های رول‌نمایی و اجرای مهارت‌آموزی برای هر مراجع، می‌تواند متفاوت باشد، ولی امکان افزایش مدت زمان هر جلسه و نیز تعداد جلسات با توجه به ملاحظات زمانی مرکز و کارشناس سلامت روان، وجود دارد.

• غیبت

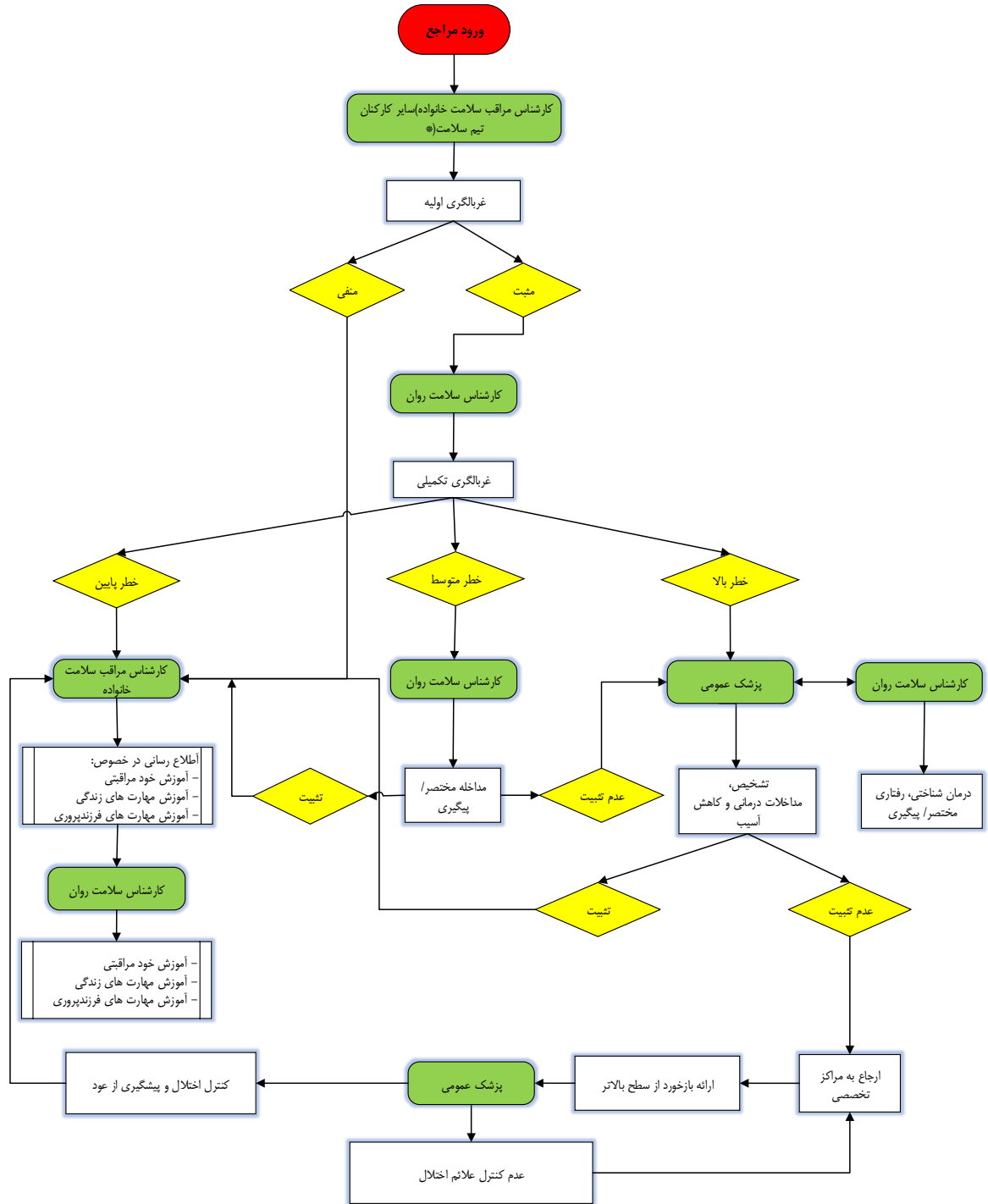
اگر بیمار طبق جدول زمانی برنامه‌ریزی شده به مرکز نمی‌آید و از قبل هم اطلاع نداده است، باید با آن‌ها تماس گرفته شود تا علت آن مشخص شود و هرچه سریع‌تر ترتیب برگزاری یک جلسه دیگر داده شود. وقتی بیمار سرانجام به جلسه می‌آید، ابتدا باید علل غیبت مورد بررسی قرار گرفته، برای پیشگیری از غیبت‌های آتی حل مساله انجام شود و پس از آن به دستور جلسه معمول پرداخته شود.

• خاتمه زودهنگام مداخلات

یکی از دلایل خاتمه زودهنگام مداخله، عدم تمایل مراجع برای ادامه کار است، در چنین مواردی، کارشناس سلامت روان باید زمانی را به این موضوع اختصاص داده و در آن با استفاده از آموزش بیماران و ویا خانواده‌های آنها انگیزه بیمار و خانواده وی را برای ادامه کار تقویت کند. ولی وقتی علی‌رغم تمام تلاش‌های فوق، مراجع باز هم اصرار بر عدم ادامه درمان دارد، بهتر است جلسات خاتمه پیدا کند ولی در عین حال به وی گفته شود که هر وقت نظرش عوض شد و یا آمادگی شرکت در جلسات را پیدا کرد، شما خدمات لازم را به او ارائه خواهید داد.

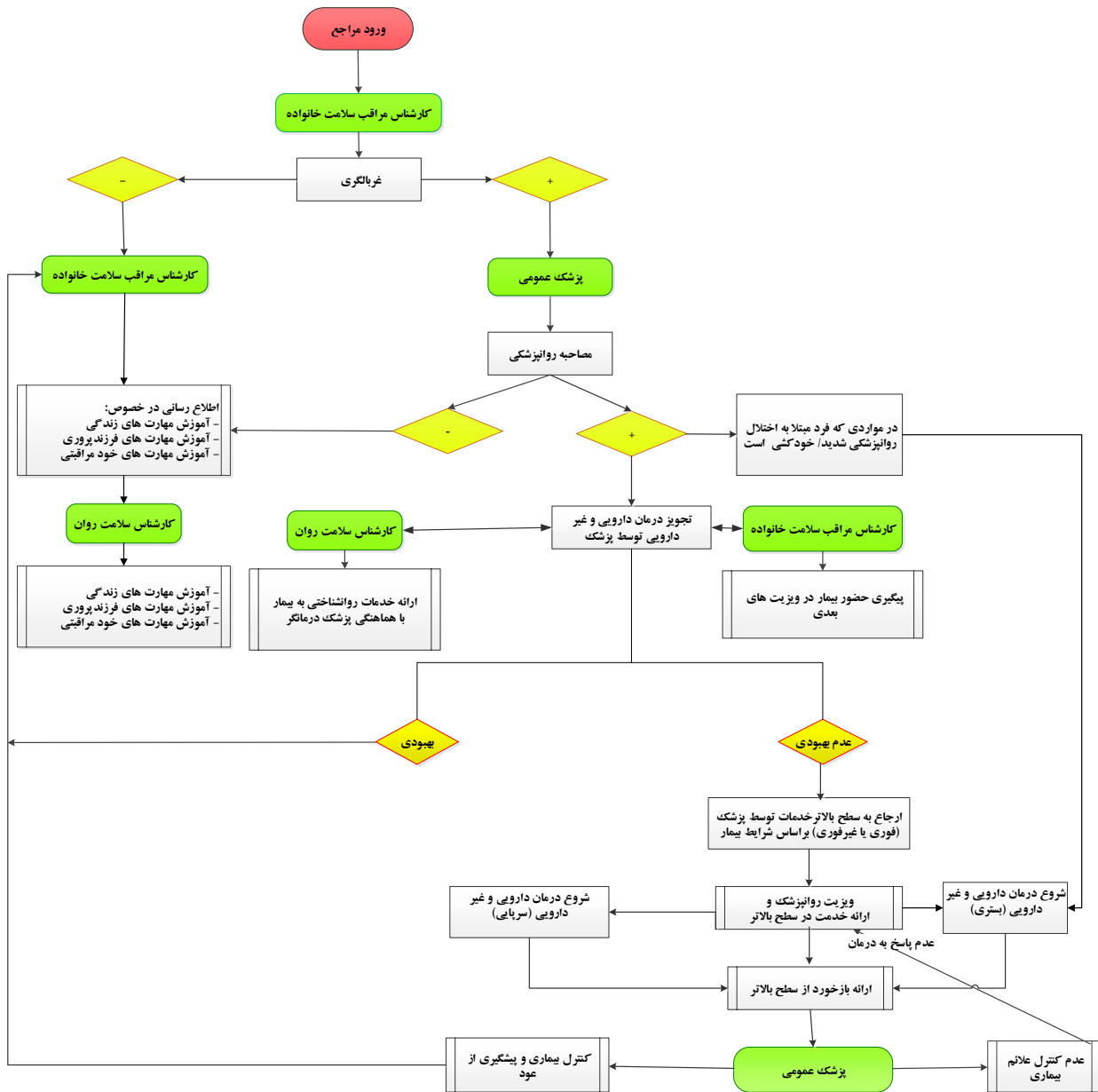
توضیح: برای مطالعه بیشتر به بسته مداخلات روانشناختی تهیه شده توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مراجعه فرمایید.

فلوجارت ارائه خدمات پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد



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

فلوجارت ارائه خدمات سلامت روان



فلوجارت ارائه خدمات سلامت اجتماعی

