



مدیریت 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 به‌صورتی کارآمد متمرکز باشد.

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

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. 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 بیماری‌ها داشته است. در تحقیق دیگری ۶.۷٪ از افراد در ایالات متحده در عرض ۱۲ ماه گذشته یک دوره از اختلال افسردگی ماژور را تجربه کرده‌اند. 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. 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. این اختلال در حال حاضر ششمین عامل مرگ در ایالات متحده را شامل می‌شود. 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 دادن کارآیی و توانایی سازندگی بود. اسکیزوفرنیا و آلزایمر، از بیماری‌هایی چون آرتريت، آسم، کانسر و نارسایی احتقانی قلب، دیابت، فشارخون و سکتة 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.

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

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:

پیش‌گیری نخستین، ابتدایی یا ریشه‌ای (primordial)

پیش‌گیری اولیه یا سطح اول (primary)

پیش‌گیری ثانویه یا سطح دوم (secondary)

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

۲- برنامه‌های پیش‌گیری سطح دوم

انواعی از برنامه‌های سلامت هستند که به‌منظور فراهم آوردن تدابیری برای افراد و جمعیت‌ها به منظور شناسایی زودرس و مداخله‌ی سریع و کارساز برای اصلاح مشکلات سلامت در مرحله‌ی قبل از بروز 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 به‌منظور تشخیص قطعی بیماری به کار نمی‌روند و کسانی که یافته‌های مثبت داشته باشند باید برای تشخیص و درمان معاینات دیگری شوند. از جمله این آزمون‌ها می‌توان از آزمون‌های اولیه‌ای که برای اندازه‌گیری ضریب هوشی در دانش‌آموزان در بدو ورود به مدرسه صورت می‌گیرد نام برد. بدیهی است طراحان برنامه‌های تندرستی تنها در شرایطی توصیه به انجام این نوع از مداخلات می‌نمایند که امکان بهبود یا ارتقای سلامت بیماران در یک برنامه‌ی پیش‌گیری سطح سوم موجود باشد. بنابراین اگرچه این نوع از مداخلات موجب پیدا کردن 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.

مداخلات روان شناختی ویژه کارشناسان سلامت روان

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 نویدبخش، 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 آموزش‌ها و درمان‌های روان شناختی را بویژه برای اختلالات اضطرابی و خلقی، کنترل تکانه و مصرف مواد و نیز غربالگری و مداخلات اولیه در کودکان را مورد تأکید قرار می‌دهند. برای پاسخ به این نیاز، مدل‌های مختلفی طراحی و ارائه شده که یکی از نوید بخش‌ترین آنها مدل سلامت رفتاری است. در این خدمت، آموزش‌های روانشناختی و در پاره‌ای موارد مداخلات فشرده و مختصر توسط کارشناس سلامت روان ارائه می‌شود.

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 اختصاصا 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 دسترس ساختن آن برای تعداد بیشتری از افرادی که نیاز به کمک دارند، کاملا 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 اندازه ای متفاوت است ولی همه جلسات از ساختار نسبتا یکسانی پیروی می کنند. جلسات مبتنی بر ارزیابی اولیه مراجع و کسب شرح حال، آموزش های روانشناختی، آموزش تکنیک های آرام سازی و مهارت آموزی خواهد بود که توسط کارشناسان سلامت روان ارائه می گردد. مدت زمان هر جلسه ۳۰ دقیقه در نظر گرفته شده است. و تعداد جلسات یک بار در هفته می باشد.

این رویکرد مداخلاتی در مرحله اول ارائه خدمات روانشناختی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در قالب ۳ ماژول طراحی شده است که در زیر توضیح داده شده است.

۱. ماژول ارزیابی و آموزش روان شناختی

در این قسمت که در واقع جلسه اول مداخلات روانشناختی را تشکیل می دهد ابتدا نوع مشکل یا اختلال بررسی می شود تا براساس آن میزان پیشرفت علائم یا مشکلات در جلسات قابل ارزیابی باشد. سپس در مورد ماهیت اختلال و درمان های موجود ، اطلاعات لازم در اختیار مراجع قرار داده می شود. آموزش روان شناختی مراجع، بخش مهمی از مداخلات روانشناختی برای هر بیماری است. این آموزش به بیمار کمک می کند تا علائم بیماری را به عنوان یک بخشی از بیماری ببیند که می تواند 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 می شود. این آموزش در ماندگاری در درمان و تبعیت درمانی نقش مهمی بازی می کند. مواردی که در آموزش روان شناختی بیمار مورد تاکید قرار می گیرد شامل توصیف شیوع بیماری و ویژگی های جمعیت شناختی آن، علائم و نشانه های بیماری، سیر و پیش آگهی، علل و عوامل موثر بر بروز بیماری و توصیف درمان های موجود و اثربخشی آنها می باشد.

۲. ماژول آرام سازی

از آنجایی که ویژگی مشترک اختلالات اضطرابی، تجربه تنش و اضطراب بوده و علاوه براین، بخش قابل ملاحظه ای از افراد افسرده و افراد مبتلا به بیماری های مزمن جسمی نیز از اضطراب رنج می برند، این بخش از مداخله اختصاص به آموزش تکنیک های آرام سازی دارد. تکنیک هایی که برای این منظور مورد استفاده قرار می گیرد عبارت است از: تنفس عمیق، تن آرامی پیشرونده ماهیچه ای، تنفس خودآگاه و تصویرسازی های ذهنی خوشایند.

۳. ماژول مهارت آموزی

این بخش بیشتر ماهیت پیشگیری از عود دارد. از آنجایی که عامل آشکارساز اغلب مشکلات و اختلالات روان پزشکی، وجود استرس های زندگی است، آموزش مهارت های مقابله با استرس و حل مساله می تواند به پیشگیری از عود کمک کند. علاوه براین، سبک زندگی سالم شامل بهداشت خواب، تغذیه مناسب، تحرک و ورزش، انجام فعالیت های 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 می بخشد، آموزش داده می شود.

موارد اختصاصی

• مشکلات و یا بحران ها

اگرچه مداخلات مختصر، ساختار دقیق و روشنی دارد ولی گاهی مشکلات و بحران هایی در زندگی مراجع پیش می آید که نادیده گرفتن آن ها و تبعیت بی چون و چرا از پروتکل درمان، موجب تضعیف اتحاد درمانی شده و احتمال قطع درمان را افزایش می دهد و یا منجر به بروز مشکلات بیشتری می شود. از جمله این موارد، خطر اقدام به خودکشی و یا خودزنی، صدمه به دیگران، و علائم روان پریشی مانند توهم و هذیان و یا بیماری های 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 می توانید برای این موارد، تماس های تلفنی و یا ملاقات های حضوری کوتاه مدت را تنظیم کنید و یا آنها را برای دریافت درمان های بلندمدت تر به سطح تخصصی خدمات ارجاع دهید. البته، از آنجایی که مدت زمان لازم برای آموزش های رولشناختی و اجرای مهارت آموزی برای هر مراجع، می تواند 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 برنامه ریزی شده به مرکز نمی آید و از قبل هم اطلاع نداده است، باید با آن ها تماس گرفته شود تا علت آن مشخص شود و هرچه سریع تر ترتیب برگزاری یک جلسه دیگر داده شود. وقتی بیمار سرانجام به جلسه می آید، ابتدا باید علل غیبت مورد بررسی قرار گرفته، برای پیشگیری از غیبت های 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 خانواده های آنها انگیزه بیمار و خانواده وی را برای ادامه کار تقویت کند. ولی وقتی علی رغم تمام تلاش های 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.

مدیریت اختلالات روانپزشکی

افسردگی

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.

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 حتی 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 کنارآبی 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 پرانرژی تر شدن معمول) به بیمار و خانواده آموزش داده شود تا در این مواقع به سرعت 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، به ویژه 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 کم‌ترین محرک
- ولخرجی

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)

اختلال دوقطبی

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک

- تمام بیماران مشکوک به اختلال دوقطبی که حایز شرایط ارجاع فوری نیستند.
- بیمارانی که به هر دلیلی از خوردن دارو امتناع می‌کنند.
- بیمارانی که به عوارض دارویی دچار شده و به اقدامات اولیه پزشک پاسخ نداده‌اند.
- بیمارانی که پس از پاسخ نسبی به درمان، پیشرفت درمانی آن‌ها متوقف شده و به اقدامات پزشک طبق پسخوراند پاسخ نداده‌اند.

• بروز علائم عود

• برای قطع درمان

• طبق برنامه‌ی پسخوراند یا دست کم هر دو ماه یک بار

• مواردی که در بخش «نحوه پیگیری بالینی و آزمایشگاهی مصرف داروها» آمده است.

- بیمارانی که چند ماه پس از درمان هنوز نتوانسته‌اند کاملاً به وضعیت قبل از بیماری برگردند (احتمال نیاز به بازتوانی).

موارد ارجاع فوری به روانپزشک

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

موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی

- بیماری که طرح یا 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.
- 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. ویژگی‌های بعدی بسته به شرایط از هفتگی تا ماهانه انجام خواهد شد.

اختلالات سایکوتیک

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

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 به خصوص 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 ویزیت‌ها مراجعه نکند یا تاخیر بیش‌تر از سه روز در مراجعه داشته باشد، به‌رورز 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 مخطط) و **لرزش دست‌ها**. دیستونی نیاز به درمان فوری دارد و پزشک با تزریق فوری بیپریدین عضلانی آن را درمان می‌کند.

موارد ارجاع فوری

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

موارد ارجاع غیرفوری

بیمارانی که با وجود آموزش‌ها و مداخلات انجام‌شده توسط پزشک و کارشناس سلامت روان از خوردن دارو امتناع می‌کنند.

بیماران مشکوک به سایکوز که شرایط ارجاع فوری را ندارند، برای تأیید تشخیص و شروع درمان

بیماران مبتلا به عوارض دارویی که به اقدامات اولیه پاسخ نداده‌اند.

عقب‌ماندگی ذهنی

عقب‌ماندگی ذهنی به‌معنی 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 عقب‌ماندگی 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 عقب‌مانده قادر نیست به درستی از پس کارهایی بربیاید که از

سن او انتظار می‌رود. کارهایی مثل رسیدگی به امور شخصی مثل نظافت، امور جاری منزل، ارتباط برقرار کردن با دیگران، استفاده از خدمات معمول شهری، توانایی‌های تحصیلی، توانایی کار و تفریح.

باید توجه داشت که شروع مشکل حتماً باید "قبل از ۱۸ سالگی" باشد. در عقب ماندگی ذهنی در اکثر شاخص‌های تکاملی مثل رشد حرکتی، زبان، شناخت، بازی، ارتباط اجتماعی تاخیر دیده می‌شود. این کودکان سن عقلی کمتری نسبت به سن تقویمی خود دارند و ممکن است مشکلات رفتاری و هیجانی مختلفی نشان دهند.

لازم به ذکر است که میزان بروز سایر اختلالات روانپزشکی مثل اختلالات خلقی، اضطرابی، اختلال رفتارهای ایدایی، اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی در این کودکان "بیش‌تر" از سایر کودکان است. عقب ماندگی 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.

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

پس از شناسایی اولیه موارد مبتلا به عقب ماندگی 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 عقب ماندگی 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 پیش‌آمده 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.

اصول کلی مشاوره و آموزش

این موارد را به والدین آموزش دهید:

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

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

۳- اهمیت درمان را در پیش‌گیری از افزایش شدت اختلال و احتمال پیشرفت به سمت رفتارهایی چون سوءمصرف مواد یا بی‌بند و باری جنسی یادآور شوید.

اوتیسم

اوتیسم یا در خودفرورفتگی یکی از اختلالاتی است که همانند عقب ماندگی ذهنی از همان سال‌های اول زندگی (قبل از ۳ سالگی) خود را نشان می‌دهد. از اولین نکاتی که در یک کودک اوتیسمی جلب توجه می‌کند این است که کودک به آدم‌ها و چیزهایی که اطرافش هستند توجه زیادی ندارد. 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 علایق خاص غیرطبیعی دارد؟

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

درمان و پیگیری

درمان اختلال اوتیسم مثل سایر اختلالات شامل درمان‌های دارویی و غیردارویی است. درمان‌های دارویی معمولاً برای کنترل و کاهش مشکلات همراه، مثل بی‌قراری شدید، پرتحرکی، آسیب به خود و یا نشانه‌های خلقی یا اضطرابی به کار می‌رود. درمان‌های غیردارویی شامل گفتاردرمانی، رفتاردرمانی و برخی مدل‌های درمانی مانند مدل اختلال عملکرد عصب شناختی (شامل آموزش پاسخ‌دهی به دیگران، افزایش انگیزش با تشویق کودک به واریسی اسباب‌بازی‌ها و وسایل آموزشی، انگیختن 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

چگونه شخص مستعد خودکشی را مدیریت کنید؟

افراد کم خطر

فرد با افکار خودکشی مانند "نمی‌توانم ادامه دهم" یا "یکشام مرده بودم" دارد اما نقشه‌ای برای اینکار نگشوده است. کارهایی که باید انجام دهید:

از لحاظ هیجانی وی را حمایت کنید

با افکار خودکشی کار کنید. هرچه شخص واضحتر راجع به فقدان، تنهایی، و بی‌ارزشی صحبت کند کمتر دچار بحران هیجانی می‌شود. وقتی بحران تمام می‌شود شخص در این فکر فرو میرود که چکار کند. این مراحل بسیار مهم و سرنوشت ساز است، همانطور که هیچ کس انتظار ندارد فردی که تصمیم برای مرگ گرفته بتواند تصمیم خود را عوض کند و مجدداً برای زندگی تصمیم بگیرد

بر توانایی‌های مثبت فرد تاکید کنید از طریق صحبت با او درباره اینکه آن شخص مشکلات قبلی‌اش را چگونه بدون خودکشی حل کرده است .

فرد را به کارشناسان بهداشت روان یا پزشک ارجاع دهید.

در فاصله‌های زمانی منظم با فرد ملاقات داشته باشید.

افراد با خطر متوسط

فرد افکار خودکشی و طرح و برنامه‌ریزی برای اینکار دارد ولی تصمیم فوری برای خودکشی ندارد.

کارهایی که باید انجام دهید

- از لحاظ هیجانی وی را حمایت کنید. با احساسات خودکشی بیمار کار کنید و بر توانایی‌های مثبت فرد تمرکز کنید و مراحل زیر را به ترتیب انجام دهید.
- از دودلی وی استفاده کنید، کارکنان بهداشتی باید بر دودلی فرد تمرکز کنند و تمایل برای زنده ماندن را در وی تقویت کنند.
- راه‌های دیگر به غیر از خودکشی را شرح و بسط دهید حتی اگر آنها راه حل‌های ایده‌آل نباشند به این امید که شخص حداقل به یکی از آنها را توجه کند.
- قراردادی با فرد ببندید و از وی قول بگیرید که وی بدون تماس با کارکنان بهداشتی و برای مدت زمان معینی خودکشی نخواهد کرد (قرارداد عدم خودکشی).
- فرد را به روانپزشک، مشاور یا پزشک ارجاع دهید و هرچه سریعتر برای او وقت ملاقات بگیرید.

- با خانواده، دوستان، و همکاران فرد تماس بگیرید و حمایت آنها را جلب کنید.

افراد پرخطر

فرد برای خودکشی نقشه قطعی دارد، ابزار آن را در اختیار دارد و تصمیم دارد فوراً آن را عملی سازد.

کارهایی که باید انجام دهید

- شخص را تنها نگذارید، پیش او بمانید.
- به آرامی و مهربانی با او صحبت کنید، قرص، چاقو، اسلحه و سموم نباتی را از دسترس او دور کنید (دور کردن ابزار خودکشی).
- با او قراردادی ببندید (قرارداد عدم خودکشی).
- سریعاً با پزشک یا کارشناس بهداشت روان تماس بگیرید، آمبولانس را خبر کنید و شرایط بستری شدن وی را فراهم کنید.
- به خانواده خبر دهید و حمایت آنها را جلب کنید.

ارجاع دادن فرد مستعد خودکشی

کی ارجاع دهید

- وقتی که شخص موارد زیر را داشته باشد
- بیماری روانپزشکی
- سابقه قبلی اقدام به خودکشی
- سابقه فامیلی خودکشی، الکلیسم، یا بیماری روانپزشکی
- بیماری جسمی
- نداشتن حمایت اجتماعی

چگونه ارجاع دهید

- کارکنان بهداشتی باید باصرف زمان کافی علت ارجاع شخص را توضیح دهند.
- برای او وقت ملاقات بگیرید.
- برای فرد توضیح دهید که ارجاع کردن او به این معنا نیست که کارکنان بهداشتی می‌خواهند از دست فرد خلاص شوند یا فراموشش کنند.
- پس از مشاوره فرد را ملاقات کنید.
- به صورت دوره‌ای با او ملاقات داشته باشید. (ارتباط خود را با او حفظ کنید)

چه کارهایی انجام دهید و چه کارهایی انجام ندهید؟

چه کارهایی انجام دهید

- گوش دهید، همدلی نشان دهید و آرام باشید؛
- حمایت‌کننده و مراقب باشید؛
- موقعیت را جدی بگیرید و میزان خطر را ارزیابی کنید؛
- درباره اقدام‌های قبلی خودکشی سؤال کنید؛
- راه‌های دیگر به غیر از خودکشی را شرح و بسط دهید؛

- درباره نقشه خودکشی سؤال کنید؛
- با فرد قرارداد عدم خودکشی ببندید به این ترتیب برای او فرصت زندگی ایجاد کنید؛
- دیگر حمایت‌ها را شناسایی کنید؛
- ابزار خودکشی را از میان بردارید؛
- اقدامی انجام دهید، به بقیه خبر دهید و کمک بگیرید؛
- اگر خطر بالاست، در کنار او بمانید؛

چه کارهایی انجام ندهید

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

افرادی که اخیراً اقدام به خودکشی کرده اند.

اقدام به خودکشی لزوماً به معنای این نیست که فرد می‌خواهد بمیرد؛ بلکه در بسیاری از موارد نشانه این است که فرد نمی‌داند برای حل مشکلاتش چه کاری انجام دهد.

پس میتوان با کمک به پیدا کردن راه حل‌های مناسب فرد را در زنده ماندن و لذت بردن از یک زندگی دلخواه یاری رساند. اگر چه اقدام به خودکشی هم برای خانواده و هم برای خود فرد اقدام کننده ترسناک و پریشان کننده است، بدون چاره نیست. پزشکان و کارشناسان میتوانند به شما کمک کنند برای اقدام کننده کارهای لازم را انجام دهید. با بردن اقدام کننده به خودکشی نزد پزشک یا کارشناس بهداشت روان به او کمک کنید تا بتواند تصمیم درستی بگیرد و زنده بماند، آنطور که زندگیش را بهتر از قبل بسازد.

در این خدمت هدف پیشگیری از خودکشی مجدد است و گروه هدف افرادی هستند که اقدام به خودکشی کرده اند ولی منجر به فوت نشده است .

روش دسترسی به مخاطبین از طریق مراکز بهداشتی و درمانی و درمانگران می باشد که فرد اقدام کننده به خودکشی را برای دریافت خدمات درمانی به آنجا مراجعه می کنند و یا درپاره ای از مواقع درفرآیندهای ارائه خدمت به صورت فرصت طلبانه توسط کارشناس سلامت روان شناسایی میگردد. این افراد برحسب نیازو بر اساس صلاحدید تیم درمانگر درجلسات مشاوره شرکت خواهندکرد کارشناس ارائه دهنده خدمت فردی است که معیارهای تعیین شده برای فعالیت در جایگاه کارشناس سلامت روان رادارا می باشد (دارای حداقل مدرک کارشناسی ارشد در یکی ازگرایش های روانشناسی بالینی ویا عمومی است) این کارشناس آموزش های بدو شروع خدمت را مبتنی برکاریکولوم آموزشی تدوین شده توسط وزارت بهداشت ودرمان وآموزش پزشکی ،طی نموده و موفق به کسب مدرک پایان دوره شده است

اقدام به خودکشی یکی از مشکلات نسبتاً شایع در افرادی است که احساس می کنند نمی توانند برای مشکلات خود راه حل مناسبی پیدا کنند. این افراد بدلیل نا امید ی تصمیم می گیرند به زندگی خود خاتمه دهند.

وقتی فردی اقدام به خودکشی می کند و زنده می ماند، پس از انجام کارهای اولیه پزشکی نیاز به زمان دارد تا بتواند با احساسات خود در مورد کاری که کرده کنار بیاید. این افراد بعد از اقدام به خودکشی احساس سردرگمی، تنهایی، شرم، عصبانیت، گیجی، ناامیدی و ناتوانی می کنند. ممکن است هنوز افکار خودکشی داشته باشند، بخصوص به خاطر اینکه دیگران این عمل آنها را محکوم می کنند. به یاد داشته باشید که **سرزنش و جر و بحث با این افراد فقط مشکل آنان را بدتر می کند**. فرد اقدام کننده نیاز به حمایت دارد تا بتواند راه های مناسبی برای حل مشکلاتی که منجر به اقدام به خودکشی شده اند، پیدا کند. خانوادۀ در این میان می تواند کمک موثری باشد. اگرچه در بعضی موارد فرد اقدام کننده به خودکشی از خانواده عصبانی است، با اینحال بیش از هر زمان دیگری به آنها نیاز دارد. کارهایی که شما به عنوان یکی از اعضای خانواده می توانید برای او انجام دهید از این قرار است:

- ۱- فرد اقدام کننده را تشویق کنید مراجعات منظم به پزشک و کارشناس بهداشت روان داشته باشد.
- ۲- یکی از اعضای خانواده حتماً در ویزیت های پزشک یا کارشناس همراه او برود.
- ۳- اگر بیمار عصبانی است اجازه دهید صحبت کند و حرفهای او را به دل نگیرید.
- ۴- **با بیمار جر و بحث نکنید**. حل مشکلات احتیاج به زمان دارد.
- ۵- با پزشک و کارشناس همکاری کنید و کارهایی را که آنها می گویند انجام دهید.
- ۶- **به خاطر اقدام به خودکشی او را سرزنش نکنید**.
- ۷- در صورتی که بیمار با اعضای خانوادۀ مشکلاتی دارد به او اجازه دهید مدت کوتاهی در منزل یکی از بستگان یا دوستانی که خودش می خواهد زندگی کند تا پزشک و کارشناس فرصت داشته باشند روی مشکلات بیمار و خانوادۀ شما کار کنند و بیمار آماده شود دوباره با شما زندگی کند. توجه داشته باشید که **این کار یک راه حل موقتی است و فقط برای کمک به بیمار در شرایط بحرانی انجام میشود** و همکاری شما در این زمینه تا حد زیادی به بیمارتان کمک خواهد کرد. پس از رفع بحران او متوجه خواهد شد که شما چه کمک بزرگی به او کرده اید.
- ۸- **مسئولیت دادن داروی بیمار را - اگر با شما زندگی می کند- خودتان بعهده بگیرید نه بیمار**. لازم است هر بار فقط مقداری از دارو را که باید بخورد به او بدهید، مثلاً دو قرص هر روز صبح.
- ۹- هر گونه وسایلی که می تواند برای اقدام به خودکشی به کار رود مثل چاقو، یا مواد سمی مثل حشره کش یا آفت کش، انواع داروها، مواد سوختنی مثل بنزین یا نفت، و یا هر چیزی که ممکن است بیمار از آن برای اقدام به خودکشی استفاده کند از دسترس بیمار دور کنید. لازم این وسایل در جایی باشد که بتوان در آن را قفل کرد.
- ۱۰- آرامش خود را حفظ کنید. تمام آنچه در اینجا به شما گفته میشود برای حمایت و مراقبت از فرد اقدام کننده است و به این معنی نیست که بیمار شما حتماً دوباره اقدام به خودکشی می کند. ولی لازم است تمام نکات ایمنی را به دقت رعایت کنید تا آرامش بیشتری داشته باشید.
- ۱۰- اگر اقدام کننده نمی خواهد در مورد اقدام به خودکشی حرف بزند او را سوال پیچ نکنید.
- ۱۱- اگر اقدام کننده میخواهد، اجازه دهید در اتاقی تنها باشد اما در اتاق را قفل نکند.
- ۱۲- از جر و بحث در حضور اقدام کننده خودداری کنید.
- ۱۳- در جلسات پزشک و کارشناس شرکت کنید و سعی کنید راه حل مناسبی برای مشکلات پیدا کنید.

- ۱۴- از انداختن تقصیر به گردن همدیگر خودداری کنید. این کار هیچ کمکی به شما یا اقدام کننده نمی کند. هر کسی ممکن است اشتباه کند اما نکته مهم این است که بخواهید واقعاً برای رفع مشکلات خانواده کاری انجام دهید.
- ۱۵- اگر فرد اقدام کننده شما را به خاطر اقدامش به خودکشی سرزنش می کند، با او جر و بحث نکنید. او در وضعیتی نیست که بتواند کاملاً منطقی فکر کند. می توانید نظرات و احساسات خود را در جلسه با پزشک یا کارشناس در میان بگذارید.
- ۱۶- هر سوالی در مورد مشکلات ایجاد شده داشتید از پزشک و کارشناس بپرسید.
- ۱۷- پزشک در صورت لزوم فرد اقدام کننده را بستری می کند. بستری برای کمک به بیمار و اجرای درمان موثر است. بنابراین با موافقت کردن با بستری، از بیمارتان حمایت کنید.
- اقدام کننده را تشویق کنید تا درمان را تا آخر ادامه دهد، حتی اگر بعد از مدتی افسردگیش خوب شده باشد. ادامه درمان تا رفع کامل مشکل امری مهم و ضروری است.