



# برنامه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

گروه هدف: مراقب سلامت - ماما - پرستار

ساعت آموزش: ۱/۵ ساعت

واحد تهیه کننده: سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

تاریخ تهیه: خرداد ماه ۱۳۹۷



معاونیت بهداشت

# چرا در طرح تحول، حوزه سلامت روان نیازمند تحولات عمده و توجه ویژه است؟

**تعریف سلامتی:** سازمان جهانی بهداشت سلامتی را حالت رفاه و آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری بیان می کند که هر سه عامل با هم ارتباط متقابل دارند و بر هم تاثیر می گذارند.

## شیوع بالای اختلالات روانپزشکی:

بر اساس اماره های موجود، حدود ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا از یک بیماری روانی رنج می برند.

بر اساس مطالعات همه گیری در کشور، ۲۳.۶ درصد از افراد ۱۵-۶۴ سال به نوعی از اختلالات روانپزشکی مبتلا می باشند که در این میان افسردگی با شیوع ۱۲.۷ درصد و گروه اختلالات اضطرابی با ۱۵.۶ درصد بیشترین شیوع را به خود اختصاص داده اند.

## بار بیماری:

سازمان جهانی بهداشت: افسردگی از نظر بار بیماری ها در سال ۱۹۹۹ در جهان دارای رتبه چهارم بوده و پیش بینی می شود که در سال ۲۰۳۰ رتبه اول را در بین بیماری ها کسب کند. شواهد موجود در کشور: اختلالات روانی با ۱۶ درصد بار بیماری در جایگاه دوم بعد از حوادث قرار گرفته است. در بین علل اختلالات روانی، به ترتیب افسردگی با ۲۶ درصد، اعتیاد ۲۴ درصد و اختلالات دو قطبی با ۱۲ درصد از علل مهم بار بیماری های روانی کشور محسوب می شوند.

بار تحمیل شده بر خانواده بیماران

بار اقتصادی بیماری های روانی: هزینه های درمانی بالا، کاهش کارایی و حفظ شغل در بیماران

## عدم دسترسی به خدمات درمانی:

شواهد نشان می دهد که در حدود دوم سوم افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی از هیچگونه خدمتی برخوردار نبوده اند.

عدم دریافت درمان مناسب و کافی و نگرانی از انگ بیماری روانپزشکی و یا انگ مصرف داروهای روانپزشکی از موانع بعدی دسترسی به خدمات می باشد.

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

# معرفی برنامه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

در سال ۱۳۶۷ برنامه بهداشت روان با هدف تامین، گسترش و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی افراد، در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ادغام گردید. خدمات شامل آموزش جامعه هدف، شناسایی اختلالات روان پزشکی، مراقبت، پیگیری و درمان بوده است.

نتایج ارزیابی از برنامه ادغام سلامت روان، اثر بخشی آن را در شناسایی، درمان و مراقبت اختلالات روان پزشکی و همچنین ارتقاء سلامت روانی عموم جمعیت تحت پوشش به ویژه در مناطق روستایی نشان می دهد.

با این وجود، یکی از مشکلات عمده برنامه ادغام، ضعف خدمت رسانی در مناطق شهری خصوصاً جمعیت حاشیه شهرها (در اولویت ارائه خدمات) بود که نیاز به برنامه ریزی و اتخاذ راهکار داشته است.

در این راستا، در طرح تحول نظام سلامت با ادغام بنیادین و مبتنی بر شواهد علمی برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ارائه خدمات اولیه بهداشتی در سطح شهرها و حاشیه شهرها مورد هدف قرار گرفته است.

کارشناسان مراقب سلامت خانواده در شهرها، همتهای بهورزان در روستاها، به عنوان یک پرسنل بهداشتی چند ظرفیتی به ارائه خدمات سلامت روان می پردازند.

**برنامه سلامت روان خدمات پیشگیری را در سه حیطه زیر انجام می دهد:**

❖ سلامت روان

❖ اعتیاد

❖ سلامت اجتماعی

معاونت بهداشت

# شرح وظایف مراقب سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

**بیماریابی و شناسایی** افراد مشکوک به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و در معرض مشکلات اجتماعی براساس پرسشنامه ها و دستورالعمل های غربالگری اولیه

**ارجاع افراد شناسایی شده به کارشناس سلامت روان** بر اساس فلوچارت های شرح خدمت

**ارجاع گروه های هدف** به کارشناس سلامت روان جهت دریافت آموزش مهارت های توانمندسازی

**ارجاع موارد فوری** به پزشک

تکمیل فرم های ارجاع و **تنظیم فرم های دوره های آموزش عمومی** برگزار شده

**پیگیری بیماران** تشخیص داده شده

**ثبت داده های آماری**، خدمات ارائه شده و ارسال آنها در قالب گزارش های فصلی (سه ماهه) به سطوح بالاتر

**پیگیری** خدمات مورد نیاز بر اساس دستور پزشک و برنامه های آموزشی روانشناختی بر اساس درخواست کارشناس

سلامت روان

در صورت عدم نیاز مراجعین به شرکت در کلاس های آموزشی روانشناس، ارائه **آموزش مختصر** بر حسب نیاز مراجع در

جهت بهبود شرایط

# چارچوب فعالیت‌ها در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

1. شناسایی گروه‌های هدف و ارزیابی خانوار

2. برقراری ارتباط با گروه‌های هدف

3. انجام مداخلات لازم

4. مراقبت و پیگیری بیماران

5. پایش و ارزشیابی برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



معاونت بهداشت

# شناسایی گروه‌های هدف و ارزیابی خانوار

1. افراد مبتلا یا مشکوک به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و همچنین افراد در معرض خطر آسیب‌های اجتماعی (به طور مثال: بیکاری، اخراج از محل کار، ترک تحصیل خشونت و آزار در خانواده، طلاق یا جدایی، زندان و ورشکستگی)

2. خانواده افرادی که در بند قبلی به آنها اشاره گردید.

3. گروه‌های در معرض خطر در جامعه برای کارشناس مراقبت سلامت

4. سایر مراجعان به مراکز سلامت شهری که درخواست خدمات سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دارند

کارشناس مراقب سلامت خانواده در زمان شناسایی جمعیت تحت پوشش، باید ضمن برقراری ارتباط مناسب با اعضای خانوارها، با به کارگیری فرم‌های غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و عوامل خطر آسیب‌های اجتماعی، افراد مشکوک را در هر حیطه شناسایی و به پزشک یا کارشناس سلامت روان ارجاع دهد.

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

# گروه‌های آسیب‌پذیر در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

**گروه‌های آسیب‌پذیر:** افرادی هستند که در شرایط دشوار و استرس‌زا بیشتر دچار آسیب می‌شوند و زودتر مقاومت خود را از دست می‌دهند.

## گروه‌های آسیب‌پذیر عبارتند از:

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

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

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

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

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

# آموزش به گروه های هدف

یکی از مداخلات اثربخش کارشناس مراقب سلامت آموزش حفظ و ارتقاء سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد برای گروه هدف می باشد. این آموزش در قالب مشاوره چهره به چهره و آموزش های گروهی به منظور پیشگیری از بروز بیماری ها انجام می شود.

کارشناس مراقب سلامت با آموزش به بیماران و خانواده آنها، در بهبودی بیماری و پیشگیری ثانویه موثر می باشد. از مباحث عمده این آموزش عبارت است از:

- رفتار و برخورد صحیح با بیمار مبتلا به اختلال روان پزشکی، مصرف مواد و در معرض خطر مشکلات اجتماعی
- مراقبت از بیماران و افراد دارای مشکل
- تداوم درمان (مصرف داروها طبق دستور پزشک و عدم قطع خودسرانه دارو، تداوم مراجعه به پزشک یا سایر کارکنان ارائه دهنده خدمت در موعد مقرر)



## انجام مداخلات لازم

پس از آنکه کارشناس مراقب سلامت گروه هدف را با استفاده از سؤالات فرم های غربالگری شناسایی کرد، باید فرد شناسایی شده را جهت ارزیابی بیشتر، تشخیص قطعی و دریافت خدمات درمانی و بر حسب مورد به پزشک مرکز سلامت شهری و یا کارشناس سلامت روان ارجاع دهد

پس از بازگشت بیمار از مرکز (بازخورد ارجاع)، مشخصات بیمار را بر اساس تشخیص و توصیه های پزشک در فرم آمار اختلالات روانی، فرم پیگیری بیماران، فرم ثبت مراجعات بیمار و فرم ارجاع و مراقبت بیماران ثبت نماید.

بر این مبنا اساساً کار کارشناس مراقب سلامت در حوزه برنامه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد **غربالگری و مراقبت** است. بدیهی است **مداخلات درمانی** در این زمینه مربوط به **پزشکان و در مواردی کارشناس سلامت روان** (تحت نظر پزشک) خواهد بود. کارشناس مراقب سلامت خانواده باید در مورد اختلال روان پزشکی و مصرف مواد تشخیص داده شده به وسیله پزشک پیگیری ها را انجام می دهد.

# مراقبت و پیگیری بیماران

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

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

- پیگیری و عدم قطع دارو بدون نظر پزشک

- روند بیماری از نظر بهبود یا وخامت

- بررسی ابتلاء به اختلال توأم

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



معاونت بهداشت

# پایش و ارزشیابی برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد:

کارکنان سطوح بالاتر خدمات (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشت استان، ستاد کشوری سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد) دانش، مهارت و عملکرد کارشناسان مراقب سلامت خانواده را در تمام جنبه‌های مربوط به وظائفش مورد پایش و ارزشیابی قرار می‌دهند.

## مواردی که باید مورد پایش قرار گیرد به قرار زیر است:

سطح آگاهی و دانش کارشناس مراقب سلامت در حیطه‌ی سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

نحوه برقراری ارتباط وی با گروه‌های هدف

کمیت و کیفیت بیماریابی

نحوه آموزش

ارجاع بیماران

پیگیری و مراقبت بیماران

ثبت در فرم مراقبت و پیگیری بیماران



# مروری بر اختلالات شایع روان پزشکی



معاونت بهداشت

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

**افسردگی** اختلال شایع و قابل درمانی است به گونه ای که بعضی به آن سرماخوردگی اعصاب می گویند.

از نشانه های مهم و کلیدی آن **خلق و روحیه افسرده** در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها و **بی علاقه** و **بی لذتی** در تقریباً اکثر فعالیت های روزمره است.. کاهش انرژی و خستگی اغلب موجب می شود که بیماران نتوانند وظایف و کارهای خود را به خوبی گذشته انجام دهند.

■ **نکته مهم:**

از فردی که نشانه ها و علائم افسردگی را دارد حتماً راجع به **افکار خودکشی** به همراه قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران سؤال کنید:

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

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

- افسردگی بیماری شایع و قابل درمانی است به گونه ای که بعضی به آن سرماخوردگی اعصاب می گویند.

- افسردگی یک بیماری است که نشانه ضعف اراده یا تنبلی نبوده و صرفاً با توصیه‌های عمومی مانند مسافرت رفتن یا تفریح کردن برطرف نمی شود.

- بهبودی از افسردگی به تدریج ظاهر خواهد شد.

- مصرف داروهای ضد افسردگی با تجویز پزشک خطر جدی برای بیمار ندارد.

- مصرف داروهای ضد افسردگی اعتیاد آور نیست و عوارض ماندگاری برای بیمار در بر نخواهد داشت.

- شایع ترین عوارض داروها در اوایل مصرف عبارتند از خواب آلودگی خفیف، سوءهاضمه، اسهال که با ادامه درمان و مصرف دارو همراه غذا تدریجاً بهبود می یابد.

- قبل از قطع داروها حتماً باید با پزشک مشورت شود.

- گاهی لازم است دارو برای جلوگیری از عود مشکل حداقل برای یک دوره شش ماهه مصرف شود.

- دارو باید هر روز استفاده شود و حتی الامکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.

- فرد افسرده را نباید تنها گذاشت، باید به کارهای ساده و روزمره سرگرم شود و مورد توهین و انتقاد قرار نگیرد و اگر افکار نومییدی، پوچی، خودکشی، و بیقراری و شرایط نگران کننده ای داشت لازم است به پزشک ارجاع فوری شود.

# اختلالات دوقطبی:

اختلال دوقطبی یک بیماری روانپزشکی است که باعث نوسانات شدید در خلق و روحیه فرد می شود. در این اختلال دوره هایی از افسردگی و مانیا (حالت سرخوشی و تحریک پذیری) وجود دارد.

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

سایر علایم اختلال دوقطبی (حالت مانیا):

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



**توجه: همه این علایم یک دوره یک تا چند هفته ای باید داشته باشد و این حالات در چند ساعت و چند روز نمی تواند بیماری دوقطبی تلقی شود.**

# اختلال دو قطبی :

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

**توهم:** ادراک بدون وجود محرک (مانند شنیدن صداهایی که دیگران آنها را نمی شنوند و دیدن چیزهایی که دیگران آنها را نمی بینند).

**هذیان:** فکر یا باور غلط که فرد به آن اعتقاد دارد و برای او قابل تردید نیست و منطبق بر زمینه تحصیلی، فرهنگی و اجتماعی او نیست؛ (مانند اینکه فرد معتقد است که یک مقام رده بالای کشوری یا جهانی است یا فکر می کند اشخاصی او را تعقیب می کنند و می خواهند به او صدمه بزنند).

**توجه:**

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



# اورژانس های روانپزشکی

خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خود فرد است. اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی میگوییم. پدیده افکار خودکشی در بسیاری از اقشار مردم از جمله (جوانان، مردان، زنان و افراد مسن) دیده می شود. که عدم پیشگیری از آن می تواند خودکشی را به همراه داشته باشد.

برای خودکشی علل مختلفی ذکر گردیده و عوامل متعددی را در اقدام به آن مؤثر دانسته اند. مهم ترین این عوامل عبارتند از:

**علل روانی:** بیماری های روانی به ویژه افسردگی، اعتیاد، سایکوز، اختلال دوقطبی (بیماری های شدید روانپزشکی). علل روانشناختی مانند شکست عاطفی، تحصیلی یا هر شکست دیگر، استرس ها

**علل جسمی:** بیماری های جسمی مزمن (مثل سرطان، صرع، ایدز، بیماران دیالیزی).

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

درمان کافی بیماری های روانپزشکی می تواند از خودکشی پیشگیری کند و برخی درمانها برای اختلالات روانپزشکی با کاهش رفتارهای خودکشی همراه هستند.

## اختلالات اضطرابی

فرد مبتلا برای مدتی طولانی (چند ماه) احساس دلشوره و نگرانی دارد. احساس دلشوره و نگرانی علامت اصلی این نوع اختلال است و افراد مبتلا در بیشتر اوقات شبانه روز بدون دلیل خاصی از احساس هایی مثل دلشوره، تشویش، نگرانی و اضطراب شکایت دارند. نگرانی حتی در ظاهر این افراد هم مشخص است و در بسیاری از مواقع احساس بی قراری هم وجود دارد. فراموشی، زود خسته شدن و عصبانیت هم از دیگر علامت های این نوع بیماری اضطرابی است. به این بیماری اختلال اضطرابی منتشر گفته می شود، چون علائم اضطرابی در بیشتر اوقات همراه بیمار هستند و او را راحت نمی گذارند.

**بیماری وسواس.** شایع ترین نوع از این بیماری وسواس به آلودگی یا نجاست است که در اثر این وسواس بیمار شروع به شستن یا آب کشیدن بیش از اندازه می کند. وسواس ممکن است به شکل شک کردن هم بروز کند که بیمار را وادار به چک کردن های تکراری و غیر ضروری می نماید.

**اضطراب اجتماعی** یا ترس از صحبت کردن در جمع هم یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که بیشتر در نوجوانان و جوانان دیده می شود.

**اختلال استرس پس از سانحه** نوع دیگری هم از اختلال اضطرابی وجود دارد که در اثر بروز یک حادثه بسیار شدید و خطرناک مثل زلزله، جنگ یا تصادف ایجاد می شود که به آن می گویند. برای مثال در جریان دفاع مقدس و همچنین در زلزله بم این اختلال در بسیاری از هموطنانمان ایجاد شده است. در این موارد بیمار برخلاف میل خود، مرتب به یاد آن حادثه می افتد و بسیار ناراحت و مضطرب می شود. عصبانیت، پرخاشگری و اضطراب زیاد از علائم این اختلال هستند.

# اختلالات سایکوتیک

افرد مبتلا به این اختلالات دچار رفتارها و حالت های خاصی می شوند که برای سایرین عجیب و غیرمعمول است و افراد عادی تقریباً هیچ گاه در زندگی خود این حالات را تجربه نمی کنند. مثلاً این بیماران ممکن است صدای فرد یا افرادی را بشنوند که وجود ندارند و دیگران آنها را نمی شنوند یا چیزها یا کسانی را ببینند که افراد عادی آنها را نمی بینند. به این حالت "توهم" گفته می شود.

بیماری که توهم دارد ممکن است با خودش حرف بزند یا بی دلیل و بیهوده بخندد یا کارهایی انجام دهد که توهمش به او می گوید. بنابراین خیلی وقت ها رفتار این بیماران عجیب و غیرمعمول به نظر می رسد. مثلاً ممکن است آشغال جمع کنند، لباس خود را جلوی دیگران یا در جای نامناسبی در بیاورند یا به دیگران حمله کنند. همچنین ممکن است این افراد اعتقادات نادرست و گاه عجیب و باورنکردنی داشته باشند. مثل اینکه کسی بی دلیل معتقد باشد فرد یا گروهی قصد کشتن یا صدمه زدن به او را دارند یا به قصد صدمه زدن یا کشتن او را تعقیب می کنند (هذیان بدبینی یا سوءظن هذیانی)؛ یا مثلاً معتقد باشد که دیگران درباره او حرف می زنند یا او را مسخره می کنند؛ بگوید با خدا و پیغمبر و بزرگان مذهبی رابطه نزدیکی دارد یا قدرت و مقام خاصی به او داده شده است (هذیان بزرگ منشی). به این اعتقادات نادرست که فرد بدون دلیلی به آنها باور دارد و برای شما و دیگران هم قابل قبول نیست، "هذیان" گفته می شود. البته هذیان انواع دیگری هم دارد ولی شایعترین موارد آن همین انواع هستند.

گاهی اوقات هم ممکن است این بیماران گوشه گیر، کم حرف و به همه چیز بی توجه باشند و حتی به نظافت و کارهای شخصی خود هم دقت نکنند. معمولاً افراد مبتلا به اختلالات سایکوتیک خود را بیمار نمی دانند و معتقدند که کاملاً سالم هستند. بنابراین هر کسی که هر یک از علایم توهم، هذیان را داشته باشد یا رفتار و گفتارش عجیب و نامفهوم به نظر برسد باید از نظر وجود اختلالات سایکوتیک بررسی شود. وجود این علایم بسیار مهم است و نشان می دهد که بیمار نیاز به بررسی و درمان جدی دارد و هر چه زودتر باید برای تشخیص و درمان او را نزد پزشک فرستاد. در صورتی که مشکل بیمار مورد توجه و درمان قرار نگیرد ممکن است شدیدتر شود و بیمار و اطرافیان را دچار عوارض زیادی نماید. به همین دلیل است که این بیماری یکی از انواع اختلالات شدید روانی محسوب می شد.

معاونت بهداشت

• توهم و هذیان از علایم اصلی این بیماری ها هستند.

• رفتار بی دلیل و بی هدف و گفتار آشفته هم از نشانه های این اختلالات هستند.

• تمام این بیماران نیاز به بررسی و درمان فوری و جدی دارند.

• معمولاً درمان این بیماران درازمدت است.

• قطع زودهنگام داروها باعث عود بیماری می شود.

## سایر اختلالاتی که در برنامه بهداشت روان نیاز ضروری به شناسایی و مراقبت دارند

**صرع:** صرع یک نوع حالت حمله و تشنج تکراری است که به دلیل اختلال در کارکرد سلول های مغزی بروز می کند. اصل اول و اصلی در درمان صرع مصرف مرتب دارو، خودداری از قطع ناگهانی و خودسرانه دارو و تحمل عوارض خفیف داروهاست. در پیگیری افراد مصروع لازم است همه آموزش های بهداشت روان، آموزش بهداشت روان در صرع و موارد پیگیری کلی در برنامه بهداشت روان به اجرا در آید.

**معلولیت ذهنی:** شناسایی معلولیت های ذهنی شدیدتر اصلا کار دشواری نیست، چون این افراد نسبت به دیگران توانایی های بسیار پایین تری دارند، اما شناسایی موارد خفیف تر به این سادگی نیست و نیاز به انجام آزمون های هوشی دارد. توصیه های آموزشی به والدین در خصوص نحوه ارتباط با این افراد و توانمند سازی آنها توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و آموزش های تکمیلی توسط کارشناس سلامت روان به خانواده ها ارائه می گردد.

**اختلالات کودکان و نوجوانان:** شامل اختلال بیش فعالی و کم توجهی اختلال سلوک شب اداراری و بی اختیاری مدفوع و عادات خاص شست مکیدن، ناخن جویدن و... می باشد. در صورت مشاهده موارد مشکوک اختلالات رفتاری ارجاع به پزشک صورت می گیرد.

**وظایف مراقب سلامت**

**در برنامه ارزیابی رفتارهای پر خطر استعمال دخانیات و  
مواجهه با دود آن ، اختلالات مصرف دارو ، الکل و مواد**

SHIRAZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

معاونت بهداشت

## مقدمه

### شیوع مصرف مواد:

اعتیاد به مواد یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر و از مهمترین دغدغه های فکری و یکی از ناگوارترین آسیبهای اجتماعی در حال حاضر است .  
اعتیاد نه تنها منجر به آسیب های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد می گردد، بلکه آسیبهای اجتماعی نظیر افزایش طلاق ، بزهکاری و بیکاری را نیز دربردارد .  
در جهان ، یک نفر از هر ۲۰ نفر جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله یا ۲۵۰ میلیون نفر مواد غیرقانونی ( به جز الکل ) مصرف می کنند .  
آمارهای بین المللی بیان می کنند که در ایران ۱/۷ تا ۲/۸ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال کشور، مصرف کننده مواد مخدر هستند .  
ستاد مبارزه با مواد مخدر ، آخرین آمار رسمی معتادان را در سال ۱۳۹۲ یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر اعلام کرده است .

### عناوین مراقبت ها در حیطه مصرف مواد

- ۱- ارزیابی اختلالات مصرف مواد برای گروه های سنی  
۱۸-۱۶ سال - ۲۹-۱۹ سال - ۵۹-۳۰ سال
- ۲- ارزیابی رفتارهای پرخطر - مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن برای گروه های سنی  
۱۰-۵ سال - ۱۸-۱۱ سال - ۲۹-۱۹ سال - ۵۹-۳۰ سال

# ۱- برنامه شناسایی و مراقبت اختلال مصرف مواد

اختلالات مرتبط با مواد به دو دسته کلی طبقه‌بندی می‌شوند:

**اختلالات مصرف مواد:** سوء مصرف مکرر و اجباری مواد، علیرغم آگاهی از پیامدهای منفی آن **اعتیاد** نام دارد

در طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی ۱۰ طبقه برای مواد روان‌گردان پیش‌بینی شده که شامل الکل، تنباکو، حشیش، داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، کافئین، مواد استنشاقی، مواد افیونی، مواد توهم‌زا و مواد محرک می‌باشد.

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

**علائم و نشانه‌های اختلال مصرف مواد در چهار دسته قابل طبقه‌بندی است:**

ناتوانی فرد برای کنترل رفتار مصرف مواد

- افت کارکرد اجتماعی
- تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با مشکلات جسمی و روان‌شناختی
- وابستگی جسمی به صورت تحمل (نیاز به مصرف مقادیر بیشتر ماده برای رسیدن به اثر قبلی) و محرومیت (تجربه حالات خماری در صورت کاهش یا قطع مصرف ماده)

تشخیص اختلال مصرف مواد یک تشخیص بالینی بوده که بر اساس مصاحبه تشخیصی توسط پزشک گذاشته می‌شود

# پیش نیاز های مراقب سلامت در اجرای برنامه

آشنایی با علایم و نشانه های اختلالات مصرف مواد تا بتواند غربالگری را به خوبی انجام دهد .

آشنایی با عوارض سلامتی، خانوادگی و اجتماعی مصرف مواد تا بتواند پس از غربالگری اولیه در صورت مثبت شدن ، بازخورد متناسب با شرایط فرد ارایه و مراجع را جهت مراجعه به کارشناس سلامت روان برای غربالگری تکمیلی ترغیب نماید.

معاونت بهداشت



# روش شناسایی موارد احتمالی در معرض ابتلاء و مبتلاء به اختلالات مصرف مواد توسط کارشناس مراقب :

## ۱. غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد

غربالگری موثرترین روش برای شناسایی به موقع افراد در معرض خطر ناشی از مشکلات مصرف مواد، به شمار می‌رود. این غربالگری باید برای تمام افراد تحت پوشش و در افراد مبتلاء به مشکلات سلامت روان و برخی از مشکلات اجتماعی به صورت موردی انجام گردد.

مراقب سلامت غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد را با استفاده از یک رویکرد همدلانه به منظور شناسایی افرادی که مصرف اخیر مواد (۳ ماه گذشته) داشته‌اند انجام می‌دهد.

## ۲. درخواست کمک از طرف خود فرد

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

## ۳. درخواست کمک از طرف خانواده

در مواردی اعضای خانواده به مرکز سلامت مراجعه نموده و برای درمان یک عضو خانواده مبتلاء که از مراجعه درمانی امتناع می‌نماید، درخواست کمک می‌نماید.

مشاوره‌های اختصاصی برای اعضای خانواده می‌تواند در راغب‌سازی فرد مبتلاء به مراجعه مؤثر واقع گردد.

در این گونه موارد کارشناس مراقب سلامت خانواده باید فرم غربال- گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار یا مواد را برای فرد تکمیل یا به روز نماید و در فرم مربوطه قید نماید که منبع شرح حال اعضای خانواده بوده‌اند.

همچنین اعضای خانواده باید برای ارزیابی بیشتر به کارشناس سلامت روان مرکز ارجاع گردند. متناسب با نتایج ارزیابی، کارشناس سلامت روان مرکز، مداخلاتی را ارائه خواهد داد و یا اعضای خانواده را به پزشک ارجاع خواهد نمود.

## ۲- برنامه ارزیابی مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن

❖ استعمال دخانیات عامل بروز یا تشدید بسیاری از بیماری های خطرناک از جمله سرطانها بیماری های قلبی-عروقی، سکته مغزی، دیابت، کاتاراکت، ضایعات شنوایی و فساد دندان ها و ... می باشد.

❖ فاصله زمانی ( ۱۵ تا ۲۰ سال ) بین شروع مصرف سیگار و ابتلا به بیماری های مذکور موجب کاهش حساسیت افراد نسبت به خطرات این ماده مهلک شده است.

❖ در حال حاضر ۶ میلیون نفر در سال جان خود را بر اثر ابتلا به بیماری های ناشی از مصرف دخانیات از دست می دهند که ۶۰۰ هزار نفر آن به دلیل مواجهه با دود دست دوم یا دود محیطی آن می باشد.

❖ اگر الگوی موجود استعمال دخانیات با روند جاری ادامه یابد حدود یک میلیارد نفر در قرن بیست و یکم جان خود را از دست خواهند داد که ۸۰٪ این مرگها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد .

❖ غربالگری برای گروه سنی کودکان، نوجوانان، جوانان و میانسالان انجام می گیرد و هر گروه سنی سوالات ویژه خود را دارند . در اسلاید بعد به عنوان نمونه غربالگری گروه سنی نوجوان ارائه می گردد .

## مصرف دخانیات و عوارض ناشی از دود آن :

**دود دست اول :** استنشاق مستقیم مواد شیمیایی و مضر دود سیگار یا مواد دخانی دیگر توسط فرد مصرف کننده دود دست اول نام دارد ، که علاوه بر عوارض ناشی از آن ، دود دست دوم و دود دست سوم نیز بر سلامت افراد غیر مصرف کننده بسیار تاثیر گذار می باشد :

**دود دست دوم :** استنشاق غیر ارادی دود سیگار یا مواد دخانی دیگر توسط افراد غیر مصرف کننده را دود دست دوم می گویند . که اثرات آن کمتر از عوارض ناشی از استعمال دخانیات نمی باشد

با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت ، دود محیطی سیگار از نقطه نظر سلامت هیچ آستانه مجازی ندارد و تنها راه محافظت، قرار نگرفتن در معرض دود سیگار و دخانیات از طریق ایجاد اماکن عاری از دخانیات می باشد.

### دود دست سوم

طبق تحقیقات اخیر نشان داده شده که حدود **۹۰ درصد** نیکوتین تنباکوی دود شده به دیوار، سطوح، وسایل نرم درون خانه مانند فرش مبلمان و نیز لباس و مو و پوست افراد می چسبد که این ذرات، تحت عنوان دود دست سوم شناخته شده است. حتی سطوح کم این ذرات دخانیات می تواند با مسمومیت در سیستم عصبی **کودکان** در آن ها مشکلات شناختی ایجاد نماید .

با توجه به عوارض ناشی از مصرف دخانیات و تاثیر آن بر سلامتی فرد مصرف کننده و اطرافیان، **شناسایی** و ارائه خدمات پیشگیری الزامی می باشد .

## ۳- برنامه مصرف مواد در دوران بارداری

### دنیا

سازمان بهداشت جهانی: ۵ تا ۱۰ درصد در دوران بارداری مواد مصرف می کنند  
سرشماری ملی سال ۲۰۰۵-۲۰۰۶ در آمریکا: ۱۰ درصد زنان باردار مصرف کننده هستند  
مراجعین به درمانگاه های فقیر نشین انگلیس: ۱۶ درصد بارداران مصرف کننده هستند  
ایران

در سال ۲۰۱۲ شیوع مصرف مواد در بارداری ۰.۵٪ گزارش شده. ( صالح و همکاران)  
بیشترین شیوع: اوبیویدها بعد کراک و سپس شیشه

در گزارش وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۰ از خانمهای باردار در ایران:

در شهرها: ۲.۱٪ مصرف دخانیات- ۲.۱٪ مصرف مواد مخدر و ۰.۱٪ هردو

در روستاها: ۲.۵٪ مصرف دخانیات- ۲.۶٪ مصرف مواد مخدر و ۰.۱٪ هردو.



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

## ۴- برنامه کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد:

منظور از کاهش آسیب مجموعه سیاست‌ها، برنامه‌ها و مداخلاتی است که هدف آن کاهش آسیب‌های سلامتی یا اجتماعی ناشی از مصرف مواد بوده، بدون آنکه لزوماً بر قطع مصرف مواد متمرکز باشد.

### اصول کاهش آسیب:

- ❖ می‌پذیرد که مصرف مواد مخدر مجاز و غیر مجاز بخشی از جهان ما است و تصمیم می‌گیرد به جای نادیده گرفتن یا محکوم کردن این مواد، برای به حداقل رساندن اثرات مضر آنها اقدام کند.
- ❖ مصرف مواد مخدر را یک پدیده پیچیده و چند وجهی می‌داند که شامل رفتارهایی از استعمال شدید تا پرهیز کامل است و اذعان می‌کند که برخی از روش‌های مصرف مواد مخدر از روشهای دیگر ایمن‌ترند.
- ❖ خواستار ارائه خدمات و منابع غیرقضاوت‌گرایانه و غیر اجباری به افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند و جوامعی که در آن زندگی می‌کنند می‌باشد تا به آنها در کاهش آسیب کمک کند.
- ❖ مراقب است که مصرف‌کنندگان مواد مخدر و افرادی که سابقه استعمال مواد مخدر دارند، حق دخالت مستمر در توسعه برنامه‌ها و سیاست‌هایی که برای خدمت به آنها طراحی می‌شوند را داشته باشند.

### اهداف برنامه‌های کاهش آسیب

- کاهش خطرانتقال بیماری‌ها از راه خون (hiv، هپاتیت C و....)
- آگاه‌سازی فرد معتاد یا دارای رفتارهای پرخطر جنسی از خطرات عملکردش و ارائه ابزارهای مناسب برای کاهش عوارض این خطرات
- کنترل کامل رفتارهای پرخطر از طریق آموزش (روش‌های تزریق سالم و رفتار سالم جنسی)
- پیشنهاد به درمان‌های جایگزین
- کاهش احتمال مصرف بیش از حد (overdose)

هدایت مصرف‌کنندگان از بازار غیر قانونی به مواد قانونی مانند متادون

هدایت مصرف‌کنندگان از مواد قابل تزریق به مواد غیر تزریقی [تدخینی، دودی، خوراکی] یا درمان نگهدارنده با متادون

در راستای اهداف کاهش آسیب ، مراکز گذری کاهش آسیب یا «DIC»، راه اندازی گردید و به معتادان تزریقی ، پرخطر و در معرض ابتلا به بیماری های عفونی نظیر ایدز و هپاتیت ، خدمات رایگان کاهش آسیب من جمله توزیع سرنگ، سرسوزن، پد الکلی، کاندوم ، پانسمان زخم و جراحات سطحی مراجعان ، خدمات حمایتی ( تغذیه ، حمام ، پوشاک) ، انجام آزمایش HIV ، برنامه های آموزشی و مشاوره و ارائه خدمات دارویی با آگونیست آستانه پایین ارایه می نماید .

**کارکنان نظام سلامت باید در نظر داشته باشند که تماس با کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند، هرچند کوتاه مدت یک فرصت مناسب برای برقراری ارتباط و انتقال اطلاعات و آموزش ها است.**

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

□ در اولین قدم تشویق به درمان و ارجاع به پزشک انجام می گردد .

□ در صورت نداشتن انگیزه درمان ، آگاه کردن بیمار از خطرات ناشی از تزریق و تشویق به تغییر روش مصرف

□ در صورتی نداشتن انگیزه تغییر روش مصرف ، آگاه کردن بیمار از خطرات استفاده از سرنگ مشترک و تشویق به استفاده از روش های تزریق ایمن تر

□ در صورتی سابقه رابطه جنسی مشکوک و یا استفاده از سرنگ مشترک ارجاع به پزشک برای انجام آزمایش های ضروری

□ همچنین ارجاع بیمار و خانواده برای دریافت خدمات مشاوره تخصصی به مراکز مشاوره رفتاری موجود در شهرستان و یا استان

# راهنمای تزریق ایمن

## • اگر همسر شما مواد را به صورت تزریقی مصرف می کند:

- ✓ همسران را تشویق به استفاده از وسایل تزریق ایمن کنید
- ✓ در روابط جنسی خود حتما از کاندوم استفاده کنید
- ✓ جهت انجام تست ابتلا به ایدز به مرکز بهداشتی و درمانی مراجعه کنید.
- ✓ جهت انجام خدمات مشاوره تخصصی به پزشک یا کارشناس سلامت روان مراجعه کنید.

همیشه از وسایل تزریق تمیز استفاده کنید.

همیشه از وسایل تزریق نو استفاده کنید.

وسایل تزریق را با دیگران به صورت اشتراکی استفاده نکنید.

محل تزریق را تمیز کنید.

دست‌های خود را بشویید.

محل تزریق را بشویید.

هر بار در یک محل جدید تزریق کنید.

آرام تزریق کنید.

وسایل تزریق را بعد از استفاده در سiftی باکس بریزید.

از تزریق در محل‌هایی که اگر بیش‌مصرف کردید کسی نیست به کمک‌تان بیاید اجتناب کنید.

در ارتباط با دیگران علاوه بر آن که باید همیشه از وسایل تزریق استفاده شده توسط دیگران اجتناب کرد، نباید وسایل خود را در اختیار سایر مصرف‌کنندگان مواد قرار داد

بهترین کمکی که شما می‌توانید به یک مصرف‌کننده تزریقی بدهید کمک به او برای تهیه وسایل تزریق استریل و ارائه آموزش‌های برای مصرف ایمن‌تر است.



معاونت بهداشت



# وظایف مراقب سلامت در برنامه سلامت اجتماعی



معاونت بهداشت



## مقدمه

'سلامت اجتماعی عبارت است از وضعیت رفتارهای اجتماعی (مورد انتظار و هنجار) فرد که اثرات شناخته شده و مثبتی بر سلامت جسمی و روانی فرد دارد و موجب ارتقای سازگاری اجتماعی و تعامل فرد با محیط پیرامون و در نهایت ایفای نقش موثر در تعالی و رفاه جامعه می شود.' "حیطه سلامت اجتماعی شامل:

**کاهش خشونت خانگی:** عبارت است از خشونتی که بین افراد خانواده و شرکای زندگی رخ می دهد که اغلب و نه همواره در درون منازل اتفاق می افتد. خشونت خانگی شامل کودک آزاری، همسرآزاری است.

**همسرآزاری** به صورت های مختلفی مانند خشونت روانی و کلامی، خشونت اقتصادی، خشونت جنسی و خشونت جسمانی اعمال می شود.

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

**پیشگیری از کودک آزاری:**

**عناوین مراقبت ها در حیطه سلامت اجتماعی:**

رضیابی از نظر سلامت اجتماعی ۵ تا ۱۸ سال- غیرپزشک

مراقبت از نظر سلامت اجتماعی - جوان غیرپزشک

خشونت خانگی- غیرپزشک



در حیطه سلامت اجتماعی، در صورتی که نتیجه غربالگری مثبت باشد ارجاع به روانشناس صورت می پذیرد.

# شرح وظایف مراقب سلامت در برنامه سلامت اجتماعی

**شناسایی:** (غربالگری) مراقبت از افراد تحت پوشش بر اساس گروه های سنی و فرم های موجود در سلامت اجتماعی، مراقب باید جمعیت تحت پوشش خود را غربالگری کند و تمامی غربالگری های انجام شده را در سامانه سیب ثبت نماید.

**ارجاع:** در صورت مثبت بودن غربالگری، مراجع به کارشناس سلامت روان ارجاع شود و در سامانه سیب ثبت گردد و در صورت آسیب جسمی به پزشک خانواده هم ارجاع شود.

**مراقبت:** با توجه به مدت تعیین شده در سامانه سیب اقدام ها انجام شود و در صورت آسیب جسمی به پزشک خانواده هم ارجاع شود. مراقب سلامت موظف است که پس از ارجاع بیمار به سطوح بالاتر، پیگیری های لازم را انجام دهد و بیمار باید پس از مراجعه پسخوراند تحویل دهد.

**آموزش:** طبق دستورالعمل و اقدامات تعیین شده در سامانه آموزش های لازم داده شوند.

# چگونه زنانی را که مورد همسر آزاری قرار دارند شناسایی کنیم؟

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

آسیب‌هایی که با توضیح بیمار در مورد نحوه‌ی ایجادشان هم‌خوانی ندارد مثل کبودی پای چشم در اثر برخورد به درب  
آسیب‌های نواحی صورت، سر و گردن، گلو، قفسه‌ی سینه، شکم و ناحیه‌ی تناسلی  
آسیب‌هایی که بیشتر در مرکز بدن قرار دارند خصوصاً نقاطی که با لباس پوشیده می‌شوند  
کبودی‌هایی که در مراحل مختلف بهبودی‌اند (با رنگ‌های مختلف)  
بیمار با دلایل مختلف به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کند  
ندادن شرح حال درست یا طفره رفتن از معاینه  
اشاره به خُلق و خوی تند یا خشم شوهر  
از صحبت در حضور همسر در مورد علت مراجعه خودداری می‌کند  
هرگونه صدمه در دوران بارداری (یک‌سوم صدمات در بارداری به صورت سقوط یا افتادن است)  
بیمار درمان‌های طبی خود را پیگیری نمی‌کند

# اهداف مراقبت و پیگیری از افراد مبتلا به مشکلات اجتماعی

افراد دارای مشکلات اجتماعی از قبیل خشونت علیه همسر، نیاز به پیگیری منظم دارند ولی تواتر و فواصل این پیگیری بسته به مورد و با تشخیص کارشناس سلامت روان یا پزشک مربوطه می باشد.

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

توجه به وضعیت بیمار و یا قربانی خشونت از نظر بهبود و یا وخامت

بررسی انجام توصیه های درمان گر توسط بیمار، قربانی خشونت و فرد مرتکب خشونت در صورت درمان های غیردارویی و مشاوره

آموزش به خانواده ها در مورد رفتار و برخورد صحیح آن ها با بیمار یا فرد قربانی یا اعمال کننده خشونت

معاونت بهداشت

# بشگیری از بدرفتاری با کودکان

آزار کودکان مسئله‌ای همه‌گیر است. هر چند در اکثر فرهنگ‌ها وجود دارد اغلب مواقع شناسایی نمی‌شود.

کودک آزاری چه عمدی و چه غیرعمدی مشکل مهم و عمده‌ای در همه دنیاست. تخمین‌های جدید WHO نشان می‌دهد که سالیانه ۴۰ میلیون کودک ۱۴-۰ ساله از کودک آزاری رنج می‌برند.

شیوع کودک آزاری در استان فارس بین ۲۲ تا ۳۶ درصد می‌باشد.

## انواع بدرفتاری با کودک

**کودک آزاری و غفلت:** هر فردی ممکن است با وارد کردن آسیب و یا عدم اقدام برای دور کردن آسیب از کودک او را مورد آزار یا غفلت قرار دهد. کودک آزاری به وسیله افراد آشنا و به ندرت توسط غریبه‌ها صورت می‌گیرد.

**کودک آزاری جسمی:** آزار بدنی شامل رفتارهایی از قبیل کتک زدن، تهدید کردن، پرت کردن، مسموم کردن، سوزاندن، با آب جوش سوزاندن، در آب فرو بردن، خفه کردن و دیگر انواع آسیب رساندن به کودک است.

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

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

# منابع

بسته خدمتی کارشناس مراقب سلامت در حوزه سلامت روان

سامانه سیب

بوکلت چارت ویژه مراقبین سلامت



معاونت بهداشت