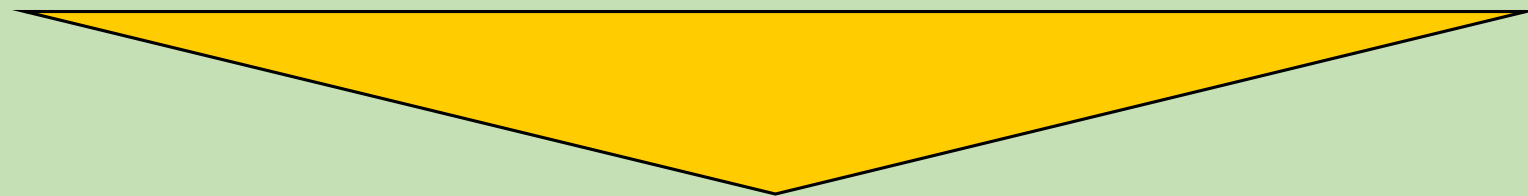


بِه نام خدا

مرکز بهداشت استان زنجان

فصل پنجم



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

اهداف فصل

• پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود که بتوانید:

1. اختلالات و مشکلات شایع حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را نام ببرید.

2. علایم و نشانه‌های شایع و مهم هر اختلال یا مشکل را نام ببرید.

3. تعریف و توصیفی از هر یک از اختلالات و مشکلات شایع بیان کنید.

4. گروه‌های در معرض خطر و عوامل مؤثر در پیدایش اختلالات و مشکلات حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را بیان کنید.

5. ضرورت شناسایی و نحوه غربالگری اختلالات و مشکلات شایع را بیان کنید.

6. موارد و نحوه ارجاع افراد شناسایی شده به سطوح بالاتر را بیان کنید.

عناوین فصل

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

اختلالات خلقی:

- اختلالات خلقی به طور کلی به دوگروه عمده اختلالات افسردگی و اختلالات دوقطبی تقسیم می‌گردند. در اختلالات افسردگی در مدت زمانی که چند هفته یا چند ماه طول می‌کشد، فرد از لحاظ هیجانی و خلقی بیش از حد غمگین، بی‌علاقه و ناامید است.

افسردگی:

- مقدمه و تعاریف:

- افسردگی اختلال شایعی است. از نشانه‌های مهم و کلیدی آن خلق و روحیه افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها و یا بی علاقه‌گی و بی لذتی در تقریباً اکثر فعالیت‌های روزمره است. شخصی که دچار افسردگی بیمارگونه می‌شود، احساس غمگینی و بی حوصلگی می‌کند و اغلب کاهش واضح علاقه مندی و لذت بردن از همه یا تقریباً همه فعالیت‌ها را در اغلب روزها گزارش می‌کند. بیمار ممکن است بگوید احساس اندوه، ناامیدی یا بی ارزشی می‌کند. کاهش انرژی و خستگی اغلب موجب می‌شود که بیماران نتوانند وظایف و کارهای خود را به خوبی گذشته انجام دهند.

نشانه‌های افسردگی:

- بیماران مبتلا به افسردگی، علاوه بر خلق افسرده، دچار کاهش انرژی و علايق و بی حوصلگی نیز می‌گردند. علايم ديگر افسردگی شامل: اختلال در خواب مثل کاهش یا افزایش خواب، اختلال در اشتها مثل پرخوری یا کم خوری، اختلال در حافظه و تمرکز، اختلال عملکرد جنسی (بی میلی یا ناتوانی جنسی)، احساس گناه، علايم جسمی متعدد مثل سردرد، درد مفاصل و عضلات، سوزش یا درد معده و... که هیچ دليل یا تشخیص طبي دیگری ندارند و معمولاً در مراجعه به پزشک به عنوان دردهای عصبی در نظر گرفته می‌شود.

نشانه‌های افسردگی :

- خلق افسرده: احساس غمگینی، بی حوصلگی، پوچی، زود گریه کردن، کاهش واضح علاقه یا لذت از اموری که قبلاً مورد علاقه فرد بوده است، مثال ها:
- ◀ فردی که قبلاً از شرکت در جشن‌ها یا مهمانی‌ها لذت می‌برده، اکنون رغبت و علاقه‌ای به این گونه امور نشان نمی‌دهد. فرد گوشه گیری از جمع و تنهایی را ترجیح می‌دهد.
- ◀ فرد علاقه‌ای به انجام تفریحات مورد علاقه خود که در گذشته انجام می‌داده، نشان نمی‌دهد.
- ◀ چیزی موجب خوشحالی، نشاط و اشتیاق در فرد نمی‌شود، بازی با بچه ها، گردش، سفر و...

نشانه‌های افسردگی :

- خستگی و کاهش انرژی: خستگی زودرس و کسالت در انجام فعالیت‌های معمول فرد ممکن است بدون انجام کار سنگین نیز احساس بی رمقی و خستگی زیاد نسبت به گذشته احساس کند.
- احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه: کاهش اعتماد به نفس، سرزنش خود، احساس گناه شدید و عذاب وجدان بدون علت واضح یا منطقی.
- کاهش یا افزایش خواب: مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن‌های مکرر طی خواب، بیدار شدن زودتر از همیشه، خواب آلودگی در طول روز
- کاهش توانایی انجام فعالیت‌های روزمره: افت واضح کارایی و توانایی فرد در فعالیتهای شغلی، تحصیلی، اجتماعی که منجر به غیبت از کار، تحصیل، گوشه گیری از جمع یا ناتوانی از انجام امور منزل یا شخصی فرد شود.

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

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

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

◀ زنان به ویژه پس از زایمان (افسردگی پس از زایمان)

◀ سالمندان

◀ افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن مثل دیابت، صرع و بیماری‌های قلبی - عروقی

◀ افراد دچار سوءمصرف مواد یا الکل

◀ افرادی که مرگ یا جدایی از همسر، سوگ عزیزان، شکست‌های عاطفی، تحصیلی، شغلی را تجربه کرده‌اند.

◀ افرادی که دارای سابقه خانوادگی بیماری روانپزشکی به ویژه افسردگی هستند.

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار:

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

ارجاع بیماران:

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

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

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

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

« آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟

« چنانچه پاسخ مثبت است، این علامت را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

مراقبت و پیگیری بیماران توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده:

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

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

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

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

1. بیمارانی که افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته اند.
2. بیمارانی که دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پیگیری ندارند.
3. شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان.
4. کارشناس مراقب سلامت خانواده چنانچه در پی گیری‌های خود موارد فوق را شناسایی نمود ضمن آموزش به بیمار و خانواده تلاش خواهد نمود که بیمار سریع تر و زودتر از موعد مقرر توسط پزشک مربوطه ویزیت شود.

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

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

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

اختلالات دوقطبی:

• مقدمه و تعاریف:

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

علل و علائم اختلالات دوقطبی:

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

سایر علایم اختلال دوقطبی (حالت مانیا):

◀ تحریک پذیری، عصبانیت و پرخاشگری

◀ پر حرفی

◀ 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 هفته‌ای باید ادامه داشته باشد و مشاهده این حالات در چند ساعت و چند روز نمی‌تواند بیماری دوقطبی تلقی شود.

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار:

- کارشناسان مراقب سلامت خانواده با استفاده از فرم غربالگری فرد یا اعضاء خانوار را مورد ارزیابی قرار داده و مطابق جدول اقدامات لازم را انجام می‌دهند. چنانچه فردی اخیراً دچار سرخوشی و نشاط غیر عادی، عصبانیت و پرخاشگری بیش از حد شده است و سایر علایمی همچون بی خوابی شدید همراه با افزایش انرژی، پر حرفی و افزایش فعالیت‌های فرد به مدت حداقل یک هفته وجود داشته باشد و به گونه‌ای باشد که در زندگی و کارهای فرد ایجاد اختلال نموده و از نظر اطرافیان نیز پدیده‌ای عادی و همیشگی برای آن فرد تلقی نشود احتمال اختلال دوقطبی (مانیا) مطرح است.

علايم و نشانه ها	تشخيص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
سرخوشي بیش از حد یا تحريك پذیری، عصبانیت و پر خاشگري	احتمال اختلال دوقطبی (مانیا)	قصد آسیب جدی به خود یا دیگران	ارجاع فوری به پزشک
بی خوابی		توهم ۱ یا هذیان ۲	ارجاع فوری به پزشک
پر حرفی فعالیت و انرژی زیاد بدون احساس خستگی		فقدان توهم و هذیان یا قصد آسیب	ارجاع غیر فوری به پزشک

1. توهم: ادراک بدون وجود محرک (مانند شنیدن صداهایی که دیگران آنها را نمی‌شنوند و دیدن چیزهایی که دیگران آنها را نمی‌بینند) .

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

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی:

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

اورژانس‌های روانپزشکی

• خودکشی :

• خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خود فرد است. اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی می‌گوییم. پدیده افکار خودکشی در بسیاری از اقشار مردم از جمله (جوانان، مردان، زنان و افراد مسن) دیده می‌شود. که عدم پیشگیری از آن می‌تواند اقدام به خودکشی را به همراه داشته باشد. خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد.

مهم‌ترین عوامل :

- **علل روانی:** بیماری‌های روانی به ویژه افسردگی، اعتیاد، سایکوز، اختلال دوقطبی (بیماری‌های شدید روانپزشکی).
علل روانشناختی مانند شکست عاطفی، تحصیلی یا هر شکست دیگر، استرس‌ها
- **علل جسمی:** بیماری‌های جسمی مزمن (مثل سرطان، صرع، ایدز، بیماران دیالیزی).
- **علل اجتماعی:** مثل تنها زندگی کردن، فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی و همچنین عوامل فشارزا (مانند طلاق، بیکاری، فقر، از دست دادن نزدیکان، شکست در کار یا تحصیل، ازدواج تحمیلی و اختلافات زناشویی..).
- **درمان کافی** بیماری‌های روانپزشکی می‌تواند از خودکشی پیشگیری کند و برخی درمان‌ها برای اختلالات روانپزشکی با کاهش رفتارهای خودکشی همراه هستند.

باورهای غلط درباره خودکشی:

باور غلط	باور درست
کسی که حرف خودکشی را می زند به آن عمل نمی کند این فقط یک تهدید یا بلوف است.	حرف خودکشی و تهدید به آن را همیشه جدی بگیرید.
پرسش درباره خودکشی سبب تلقین به خودکشی می شود.	پرسش درباره خودکشی سبب کاهش اضطراب بیمار شده و احساس می کند که او را درک می کنید.

توجه:

• شناسایی هر مورد فکر یا اقدام به خودکشی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده مستلزم ارزیابی دقیق و تخصصی توسط پزشک یا روانپزشک می باشد. بیمار پس از ارجاع به سطح تخصصی و دریافت پسخوراند از متخصص، توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و پزشک خانواده بر اساس تشخیص و اختلال زمینه ای پی گیری می شود.

نکات کلی در برخورد با فردی که از خودکشی صحبت می‌کند:

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

پیگیری و مراقبت :

- یکی از بهترین راه‌ها برای پی بردن به افکار خودکشی این است که از خود فرد مستقیماً سؤال کنیم. بر خلاف باور عمومی صحبت درباره خودکشی باعث ایجاد افکار خودکشی در شخص نم‌یشود. در حقیقت این افراد تمایل دارند راجع به موضوع خودکشی به صورت واضح و روراست صحبت کنند.
- سوال کردن درباره افکار خودکشی آسان نیست. بهتر است به تدریج فرد را به سمت موضوع سؤال هدایت کنید. برخی از سئوالات مفید عبارتند از:
 - آیا احساس می‌کنید از زندگی کردن خسته شده اید؟ زندگی ارزش زنده ماندن ندارد؟
 - آیا احساس می‌کنید می‌خواهید به زندگی خود خاتمه دهید.
- **شخص را هرچه سریعتر به پزشک ارجاع دهید.**
- **با خانواده تماس بگیرید و حمایت آنها را جلب کنید.**

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

◀ جنس مذکر

◀ سن ۱۵ تا ۲۴ سال

◀ وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین

◀ سابقه قبلی رفتارهای پرخاشگرانه، سوء مصرف مواد، سایکوز

اقدامات فوری در مقابله با بیماران پرخاشگر:

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

اختلالات اضطرابی

- مقدمه و علایم:

- همه انسان‌ها به طور طبیعی گاه اضطراب را در زندگی خود تجربه می‌کنند. اضطراب اگر در حد طبیعی باشد حتی خوب هم هست چرا که باعث افزایش آمادگی و جنب و جوش و در نهایت پیشرفت فرد می‌شود، ولی اگر شدید شود مثلاً با علایمی مثل تپش قلب، وحشت و بی‌قراری همراه باشد و در نتیجه فرد را به دردسر بیاندازد و برای او مشکل درست کند، غیرطبیعی است و نیاز به توجه و درمان دارد. در یکی از انواع اضطراب، فرد مبتلا برای مدتی طولانی (چند ماه) احساس دلشوره و نگرانی دارد. احساس دلشوره و نگرانی علامت اصلی این نوع اختلال است و افراد مبتلا در بیشتر اوقات شبانه روز بدون دلیل خاصی از احساس‌هایی مثل دلشوره، تشویش، نگرانی و اضطراب شکایت دارند.

غربالگری و ارزیابی افراد :

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

غربالگری و ارزیابی افراد :

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

پیگیری و مراقبت:

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

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

- ◀ اختلالات اضطرابی بسیار شایع هستند و انواع مختلفی دارند.
- ◀ هم دارو و هم روان درمانی در درمان اختلالات اضطرابی مؤثرند.
- ◀ بیماران نگران وابسته شدن به داروها هستند.
- ◀ بیشتر داروهای روانپزشکی اعتیادآور نیستند و با مصرف درست آنها زیر نظر پزشک وابستگی اتفاق نمی افتد.

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

1. آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تأکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پیگیری
2. پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک
3. پیگیری علایم بیماری
4. بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک
5. پیگیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه)

اختلالات سایکوتیک

• مقدمه و علایم:

• این اختلالات در دسته بندی که قبلا در شبکه سلامت کشور به کار می رفت بخشی از اختلالات شدید را تشکیل می دادند. البته غیر از اختلالات سایکوتیک اختلالات دیگری هم در دسته اختلالات شدید طبقه بندی می شد که در سایر قسمت های کتاب به آنها پرداخته می شود. افراد مبتلا به این اختلالات دچار رفتارها و حالت های خاصی می شوند که برای سایرین عجیب و غیر معمول است و افراد عادی تقریبا هیچ گاه در زندگی خود این حالات را تجربه نمی کنند.

اختلالات سایکوتیک

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

غربالگری و ارزیابی افراد:

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

غربالگری و ارزیابی افراد:

علایم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
توهم	احتمال اختلال سایکوتیک	قصد آسیب جدی به خود یا دیگران	ارجاع فوری به پزشک
هذیان		پرخاشگری شدید	ارجاع فوری به پزشک
رفتارهای بی هدف و عجیب و غریب		فقدان قصد آسیب یا پرخاشگری شدید	ارجاع غیر فوری به پزشک
تکلم بی ربط و نامربوط			

پیگیری و مراقبت :

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

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

1. آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تأکید بر اهمیت و ضرورت درمان و همچنین رعایت احترام و حقوق انسانی بیمار
2. پیگیری مراجعه به موقع بیمار به خانه بهداشت و به پزشک
3. پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک
4. پیگیری چگونگی کنترل و بهبود تدریجی علایم بیماری
5. بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت بروز عوارض، ارجاع بیمار به پزشک

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

1. بیمارانی که افکار خودکشی، آسیب به دیگران یا اقدام به خودکشی دارند.
2. بیمارانی که با وجود چند جلسه پیگیری و آموزش هنوز هم دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پی‌گیری ندارند.
3. شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان که با وجود پیگیری و آموزش کارشناس مراقب سلامت خانواده بهبود نیافته است.

صرع

• صرع یک نوع حالت حمله و تشنج تکراری است که به دلیل اختلال در کارکرد سلول‌های مغزی بروز می‌کند، و یکی از قدیمی‌ترین، شایع‌ترین و درمان‌پذیرترین اختلالات عصبی شناخته شده در جهان و از جمله کشور ماست. صرع به اشکال مختلف مانند کم شدن یا از بین رفتن ناگهانی هوشیاری، مات زدگی، افتادن، تشنج و حرکات تکراری و کوتاه مدت اندام‌ها ظاهر می‌شود. با توجه به اینکه عموم مردم اطلاعات نادرست در مورد این بیماری دارند با این اختلال خوش خیم و درمان‌شونده برخورد درستی نمی‌شود.

علل صرع :

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

آموزش سلامت روان و برخی نکات مهم در صرع:

- افرادی که مبتلا به صرع هستند و یا آستانه تشنج پائینی دارند (سابقه تشنج دارند) باید به هر پزشکی که برای درمان مراجعه می‌کنند مشکلات خود را به طور کامل بیان کنند.

- اصل اول و اصلی در درمان صرع مصرف مرتب دارو

1. صرع درمان دارد و اغلب بیماران صرعی قادر به ادامه زندگی معمولی، ازدواج، بارداری، و کار هستند.

- برای آموزش بیماران و خانواده آنها جلب مشارکت افراد صرعی مفید است.

1. در پیگیری موارد مصروع اگر صرع مداوم باشد و یا همراه عوارض جسمی و روانی شدید، لازم است پیگیری هفتگی و در غیر این صورت پیگیری ماهیانه صورت پذیرد.

- کودکان را برای نوازش و غیره تکانهای شدید ندهید.

- استفاده از تمهیدات ایمنی در مشاغل، ایمنی در خانه

درمان دارویی:

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

معلولیت ذهنی:

• مقدمه و علایم:

• همه ما با این اختلال آشنا هستیم و در طول عمر خود افرادی را دیده ایم که دچار عقب ماندگی ذهنی هستند. توانایی ذهنی این افراد نسبت به متوسط هم سن و سالان خود پایین تر است، بنابراین در زمینه های مختلفی مثل یادگیری مطالب درسی، برقراری رابطه با دیگران، توانایی های حرکتی و مهارت های عادی روزمره مشکل دارند.

غربالگری و ارزیابی افراد:

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

پیگیری و مراقبت:

- از آنجا که بسیاری از افراد مبتلا به معلولیت ذهنی، دچار بیماری‌های جسمی یا روانی دیگری هم هستند لازم است از این نظر هم مورد توجه و در صورت لزوم درمان قرار گیرند. به علاوه خانواده این افراد نیاز به آموزش و حمایت دارند تا بدانند چگونه باید با کودکان خود برخورد کنند.

اختلالات کودکان و نوجوانان:

• اختلال بیش فعالی و کم توجهی:

• اختلال بیش فعالی و کم توجهی، یکی از شایع ترین اختلالات دوران کودکی است که تقریباً ۵ درصد کودکان سنین مدرسه را تحت تأثیر قرار می دهد. ویژگی های عمده این اختلال شامل تحرک و فعالیت بیش از حد، و مشکل توجه و تمرکز می باشد. گرچه موارد فوق رفتارهایی است که تمامی کودکان، مواقعی آنها را نشان می دهند، اما کودکان بیش فعال به درجه ای علایم فوق را نشان می دهند که با عملکرد طبیعی آنها در منزل، مدرسه و ارتباط با همسالان و اطرافیان تداخل ایجاد می کند.

اختلالات کودکان و نوجوانان:

• اختلال سلوک:

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

راهکارهای درمانی:

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

آنچه باید به والدین آموزش داده شود:

- به والدین در مورد ضرورت پی‌گیری‌های درمانی و مداخلات دارویی آموزش دهید
- به والدین در ایجاد قواعد، حد و مرزهای روشن و واضح برای کودکان آموزش دهید.
- به والدین توصیه کنید تا روشهای انضباطی مانند تنبیه بیش از حد یا تنبیه بدنی را متوقف کنند.
- به والدین توصیه کنید که بر دوستیهای نوجوانان نظارت داشته و با والدین دوستان فرزندشان در تماس باشند.

• نکته: توصیه‌ها توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و آموزش‌ها توسط کارشناس سلامت روان ارائه خواهد شد.

سایر اختلالات کودکان :

• الف - شب ادراری:

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

سایر اختلالات کودکان :

• ب- بی اختیاری مدفوع:

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

سایر اختلالات کودکان :

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

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

اختلالات مصرف مواد:

• اختلالات مرتبط با مواد به دو دسته کلی طبقه‌بندی می‌شوند:

◀ اختلالات القاء‌شده توسط مواد

◀ اختلالات مصرف مواد

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

◀ مسمومیت

◀ محرومیت

◀ اختلالات روانی القاء شده در اثر مواد شامل اختلالات سایکوتیک، دوقطبی و اختلالات مرتبط، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، وسواس-اجبار و اختلالات مرتبط، اختلالات خواب، کژکارکردی‌های جنسی، دلیریوم و اختلالات عصبی، شناختی

در طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی ۱۰ کلاس برای مواد روان‌گردان پیش‌بینی شده که شامل موارد زیر می‌شوند:

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

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

◀ ناتوانی فرد برای کنترل رفتار مصرف مواد

◀ اُفت کارکرد اجتماعی

◀ تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با مشکلات جسمی و روان‌شناختی

نیکوتین

• استفاده از محصولات تنباکو عامل اصلی بیماری و مرگ مرتبط با مواد و یک مشکل اصلی سلامت عمومی است. تدخین مستمر انواع تنباکو عامل خطرزا برای شماری از مشکلات سلامت جدی و طولانی مدت مثل فشار خون بالا، دیابت و آسم است. کودکان کسانی که انواع تنباکو را تدخین می‌کنند در معرض خطر افزایش یافته مجموعه‌ای از مشکلات مثل عفونت‌های تنفسی، آلرژی و آسم هستند. زنان بارداری که سیگار می‌کشند در معرض خطر بالاتر سقط، زایمان زودرس و تولد فرزند با وزن کم هستند.

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

- ◀ هنگام تولد در زنان باردار
- ◀ بیماری کلیوی
- ◀ بیماری انسداد مزمن راه هوایی شامل آمفیزم
- ◀ عفونت تنفسی و آسم
- ◀ بیماری قلبی، سکته، بیماری عروقی
- ◀ سرطان‌ها
- ◀ فشار خون بالا، دیابت
- ◀ سقط، زایمان زودرس و کودکان با وزن کم
- ◀ پیری زودرس، چین و چروک صورت
- ◀ سلامت پایین‌تر و دیر خوب شدن
- ◀ سرماخوردگی

مواد افیونی:

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

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

◀ دردهای استخوانی و عضلانی

◀ دل پیچه و اسهال

◀ آبریزش از چشم و بینی

◀ بی‌خوابی

◀ بی‌قراری

◀ عصبانیت

◀ خمیازه‌های فراوان

خطرات همراه با مصرف مواد افیونی (به ترتیب از شدت کم‌تر تا شدت بیش‌تر) عبارتند از:

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

مواد محرک:

- شایع‌ترین ماده محرک مورد مصرف در کشور ما مت‌آمفتامین با نام خیابانی شیشه است. مصرف مواد محرک دیگر نظیر قرص اکستیزی و کوکائین با شیوع کمتری دیده می‌شود. این دسته از مواد اثرات محرک روانی بر دستگاه اعصاب مرکزی داشته و مصرف آن‌ها می‌تواند منجر به طیف وسیعی از مشکلات سلامت جسمی و روانی شود.

خطرات همراه با مصرف محرک‌های آمفتامینی (به ترتیب از شدت کم‌تر تا شدت بیش‌تر) عبارتند از:

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

الکل:

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

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

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

مصرف تزریقی

- مصرف تزریقی مواد با خطر بالای آسیب همراه است. در واقع تزریق مواد خطرناک‌ترین طریقه مصرف مواد به حساب می‌آید. آسیب‌های ناشی از تزریق مواد شامل موارد زیر است:
- تزریق مواد، خطر وابستگی را افزایش می‌دهد. تزریق هروئین با خطر افزایش یافته بیش‌مصرفی (اُوردوز) همراه است. برخی مصرف‌کنندگان مواد شیشه، آن را به صورت تزریقی استفاده می‌کنند. تزریق مواد محرک خطر جنون (سایکوز) ناشی از آن را به صورت قابل ملاحظه‌ای بالا می‌برد.
- تزریق مواد به پوست و رگ‌ها آسیب می‌رساند. تزریق مواد باعث ایجاد زخم، خون‌مردگی، التهاب و آبسه در محل تزریق می‌گردد. تزریق در گردن ممکن است منجر به سکته مغزی شود.
- اشتراک وسایل تزریق (سرنگ، سرسوزن، ملاقه، فیلتر و...) باعث انتقال عفونت‌های منتقله از راه خون مثل اچ‌آی‌وی، هپاتیت بی و سی می‌شود.

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

• - غربالگری اولیه درگیری با مصرف الكل، سیگار و مواد

• درخواست کمک از طرف خانواده

• درخواست کمک از طرف خود فرد

پیگیری و مراقبت

- پس از ارجاع موارد احتمالی در معرض خطر یا مبتلاء به اختلال مصرف مواد پیگیری افراد مبتلاء به منظور مراجعه به کارشناس سلامت روان یا پزشک جهت غربالگری تکمیلی باید به صورت هفتگی انجام گردد.
- بازخورد نتیجه غربالگری تکمیلی باید از طرف کارشناس سلامت روان به کارشناس مراقب سلامت خانواده منتقل گردد.
- پیگیری در ماه اول به صورت هفتگی و سپس هر دو هفته یک بار در ماه‌های دوم و سوم و سپس ماهانه تا پایان سال اول توصیه می‌گردد.

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

1. تاکید بر پیگیری طولانی مدت درمان حداقل به مدت یک سال
2. توصیه به مشاوره درباره مراجعه به پزشک در هنگام بروز عوارض داروها
3. تاکید بر پرهیز از ارتباط با دوستان مصرف‌کننده مواد
4. تشویق به مشارکت در فعال‌سازی رفتاری
5. توصیه به خانواده برای حمایت از درمان طولانی مدت
6. توصیه به خانواده برای مراجعه به مراکز درمانی در هنگام بروز عوارض و فوریت‌های مرتبط با درمان اختلالات مصرف مواد

مصرف مواد در بارداری

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

غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد در بارداری

• غربال‌گری و آموزش زنان باردار باعث بالا رفتن میزان آگاهی ایشان از خطرات ناشی از مصرف مواد می‌شود و ممکن است از احتمال مصرف مواد در حاملگی‌های بعدی پیشگیری کند. حتی در زنانی که مشکل مصرف ندارند، پرسش و آموزش در این مورد، فرصت خوبی برای انتقال آموزش‌های پیشگیرانه درباره مصرف مواد فراهم می‌آورد.

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

- با پرهیز از نگرش و برخورد قضاوت‌گرایانه سعی کنیم مشکل فرد را درک نموده و با آن همدلی نماییم.
- بدانیم مواد از سایر عوامل روانی، اجتماعی و اقتصادی جدا نیست.
- کارکنان مراقبت بارداری متعهد هستند که خدمات مراقبت را به طور یکسان به همه مراجعان ارائه نمایند.
- توجه داشته باشیم که اختلال مصرف مواد یک مقوله مرتبط با بیماری و سلامتی است، نه مقوله‌ای ارزشی و اجتماعی، بنابراین در مراقبت بارداری نیز باید به آن به عنوان یک مشکل سلامتی نگریسته شود.
- محیطی امن که متضمن حفظ اسرار بیمار است را برای زن باردار فراهم کنیم.
- به احساسات و درک مراجع احترام بگذاریم.
- درک کنیم که در میان گذاشتن مشکل مصرف مواد برای مادر باردار امری دشوار است.
- بسیاری از زنان مصرف‌کننده مواد مشکلات و محدودیت‌های اجتماعی متعددی دارند که کم‌سوادی می‌تواند یکی از آنها باشد. بنابراین تمام اطلاعات علاوه بر شکل نوشتاری باید شفاهاً برای زنان (و همسران یا شرکای جنسی آنها) توضیح داده شود تا مطمئن باشیم که اطلاعات را فهمیده است.

در زنان باردار با نتیجه غربال‌گری اولیه منفی:

◀ بازخورد مثبت ارایه دهید.

◀ منافع پرهیز از مصرف مواد و خطرات مصرف مواد در دوران بارداری را مرور کنید.

◀ غربال‌گری را در پایان هر سه ماهه، بعد از زایمان و در دوران شیردهی تکرار کنید.

• در زنان باردار واجد غربال‌گری اولیه مثبت

◀ افراد شناسایی شده و یا مشکوک به مصرف مواد را به پزشک مرکز ارجاع دهید.

◀ در صورتی که احتمال خطر جدی و یا مسمومیت فرد با مواد وجود داشته باشد لازم است ارجاع فوری داده یا با پزشک مرکز تماس گرفته شود.

پیگیری و مراقبت مادر باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد:

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

در صورت شناسایی مادر باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد ارایه آموزش‌های زیر در پیگیری‌های کارشناس مراقب سلامت خانواده یا ماما توصیه می‌گردد:

◀ به وی بگویید که سلامت او و فرزندش برای شما اهمیت دارد.

◀ به او بگویید که می‌دانید و معتقدید که هر مادری می‌خواهد که فرزندش سالم باشد و او نیز می‌تواند با قطع مصرف مواد، به سلامت فرزندش کمک کند.

◀ تأکید کنید بلافاصله پس از پرهیز مصرف مواد، فواید پرهیز آغاز می‌شوند و هر چه زودتر اقدام به قطع مصرف مواد نماید پرهیز مواد برایش آسان‌تر خواهد بود. هیچ وقت برای پرهیز مصرف مواد دیر نیست.

◀ در صورت اختلال مصرف مواد افیونی، او را از مزایای درمان نگهدارنده آگاه سازید.

در صورت شناسایی مادر باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد ارایه آموزش‌های زیر در پیگیری‌های کارشناس مراقب سلامت خانواده یا ماما توصیه می‌گردد:

- ◀ بارداری و بچه دار شدن باعث بروز تغییراتی مهم و گاه تنش زا می‌شود که می‌تواند مادران مصرف‌کننده‌ی مواد را مستعد قبول درمان و آموزش‌های پیشگیرانه برای مادر و کودک نماید.
- ◀ در این دوران، آگاه سازی مادر از ضرورت دریافت آموزش مهارت‌های فرزند پروری، به عنوان یک اقدام پیشگیرانه دارای اهمیت بسیار است.
- ◀ باید توجه داشت این مادران برای تاب‌آوری بهتر در برابر مصرف مواد و پرهیز از خشونت‌های رفتاری و نیز تأمین امنیت عاطفی و روانی نوزاد، نیازمند آموزش و حمایت اجتماعی و توجه ویژه هستند.
- ◀ مادرانی که در دوران بارداری تحت درمان نگهدارنده بوده اند باید بدانند منافع تغذیه نوزاد با شیر مادر از مضرات آن بیشتر است.

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

کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد:

- منظور از کاهش آسیب مجموعه سیاست‌ها، برنامه‌ها و مداخلاتی است که هدف آن کاهش آسیب‌های سلامتی یا اجتماعی ناشی از مصرف مواد بوده، بدون آن که لزوماً بر قطع مصرف مواد متمرکز باشد. براساس گزارش‌های دوره‌ای وزارت بهداشت، از بین کل موارد ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی که از سال ۱۳۶۵ تاکنون به ثبت رسیده است، بیش از ۶۷٪ به علت اعتیاد تزریقی مبتلا شده‌اند. مصرف تزریقی مواد با عوارض شدید سلامتی همچون مرگ ناشی از بیش‌مصرفی (اُوردوز)، عفونت‌های منتقله از راه خون، عفونت محل تزریق، شدت بالاتر اعتیاد، تخریب گسترده‌تر در کاردهای فردی، بین‌فردی و اجتماعی و... همراه است.

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

1. اگر معتاد انگیزه و آمادگی کافی برای ورود به درمان دارد، او و خانواده‌اش را تشویق کنید موضوع را با پزشک مرکز درمان گذارند.
2. اگر انگیزه و آمادگی کافی برای ورود به درمان ندارد، بیمار را از خطرات ناشی از تزریق مواد آگاه کرده و او را تشویق کنید به جای تزریق از سایر روش‌های مصرف مواد نظیر مصرف تدریجی یا خوراکی استفاده کند.
3. در صورتی که فرد آمادگی و انگیزه کافی برای کنار گذاشتن تزریق را نداشته باشد، خطرات استفاده از سرنگ مشترک همچون ابتلا به عفونت-های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را به بیمار یادآور شوید و آنها را تا آنجا که ممکن است به استفاده از روش‌های تزریق ایمن‌تر تشویق کنید.
4. در صورتی که قبلاً رابطه جنسی مشکوک داشته و یا از سرنگ مشترک استفاده کرده است او را برای آزمایش‌های ضروری به پزشک مرکز سلامت جامعه ارجاع دهید چرا که ممکن است به هپاتیت یا ایدز مبتلا شده باشد.
5. بیمار و خانواده او را با مشورت و موافقت پزشک مرکز بهداشتی درمانی تشویق کنید برای دریافت خدمات مشاوره تخصصی به مراکز مشاوره رفتاری موجود در شهرستان و یا استان مراجعه کنند.

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

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

✎ اگر تزریق می‌کنید:

✓ همیشه از وسایل تزریق تمیز استفاده کنید.

✓ همیشه از وسایل تزریق نو استفاده کنید.

✓ وسایل تزریق را با دیگران به صورت اشتراکی استفاده نکنید.

✓ محل تزریق را تمیز کنید.

✓ دست‌های خود را بشویید.

✓ محل تزریق را بشویید.

✓ هر بار در یک محل جدید تزریق کنید.

✓ آرام تزریق کنید.

✓ وسایل تزریق را بعد از استفاده در سiftی باکس بریزید.

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

- اگر مواد محرک مصرف می‌کنید، نکات زیر خطرات سایکوز ناشی از مت‌آمفتامین را کاهش می‌دهد.
- ✓ از تزریق و تدخین اجتناب کنید.
- ✓ از مصرف هر روزه اجتناب کنید.
- اگر شما مواد افیونی خصوصاً مواد افیونی کوتاه اثر مثل هروئین مصرف می‌کنید، نکات زیر به شما کمک می‌کند خطر بیش مصرف را کاهش دهید.
- ✓ از مصرف هم‌زمان مواد دیگر خصوصاً آرام‌بخش‌ها و خواب‌آورها اجتناب کنید.
- ✓ مقدار کمی مصرف کنید. همیشه وقتی یک ماده جدید می‌خرید اول یک مقدار اندک از ماده را تست کنید تا از مقدار خلوص و قدرت آن اطلاع پیدا کنید.
- ✓ در جایی مواد مصرف کنید که دیگران هم حضور داشته باشند.
- ✓ از تزریق در محل‌هایی که اگر بیش مصرف کردید کسی نیست به کمک‌تان بیاید اجتناب کنید.

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

- شماره تلفن اورژانس را حفظ باشید. در ارتباط با دیگران
- ✓ علاوه بر آن که باید همیشه از وسایل تزریق استفاده شده توسط دیگران اجتناب کرد، نباید وسایل خود را در اختیار سایر مصرف کنندگان مواد قرار داد
- ✓ شاید شما تصور کنید قرض دادن سرنگ، سرسوزن یا سایر وسایل تزریق، کمک به دیگران به حساب می‌آید اما باید توجه داشته باشید که قرض دادن وسایل تزریق دسته دوم می‌تواند عفونت‌های باکتریایی و ویروسی را به دیگران منتقل نماید
- ✓ به هیچکس اجازه ندهید از وسایل تزریق مصرف شده توسط شما استفاده کند.
- ✓ بهترین کمکی که شما می‌توانید به یک مصرف‌کننده تزریقی بدهید کمک به او برای تهیه وسایل تزریق استریل و ارائه آموزش‌های برای مصرف ایمن تر است.
- اگر همسر شما مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کند:
- ✓ 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.

پیشگیری اولیه از مصرف مواد :

- راهبردهای کلان پیشگیری از مصرف مواد شامل دو بخش است، یک: جلوگیری از ورود و عرضه مواد به داخل کشور (کاهش عرضه) دو: پیشگیری از گرایش به مصرف مواد (کاهش تقاضا).

برحسب نوع و سطوح مداخله و عوامل خطر آفرین، مؤثرترین
راهبردهای مداخله‌ای در چهار حیطه قرار می‌گیرند. این حیطه‌ها
عبارتند از:

۱۰ - فرد

۲۰ - خانواده

۳۰ - گروه همسال

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

عمده‌ترین اهداف پیشگیری اولیه از مصرف مواد کدامند؟

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

- ۱ - شناخت علل مصرف مواد و تدوین یک برنامه مداخله‌ای برای رفع آن
- ۲ - کاهش عوامل مخاطره‌آمیز و پرخطر
- ۳ - آگاه‌سازی افراد جامعه، خصوصاً افراد در معرض خطر از خطرات و مضرات مصرف مواد
- ۴ - افزایش مقاومت فرد در مقابل وسوسه‌های مواد از طریق آموزش مهارت‌های زندگی نظیر مهارت خودآگاهی، حل مسئله و کنترل هیجانات منفی، تفکر نقاد، امتناع ورزی و ارتباط اجتماعی

عمده‌ترین اهداف پیشگیری اولیه از مصرف مواد کدامند؟

- در مباحث نظری و ادبیات پیشگیری از مصرف مواد، مهم‌ترین اهداف پیشگیری اولیه از مصرف مواد عبارتند از:
- ۵ - تقویت فعالیت‌های جایگزین مصرف مواد، به منظور ارضای نیازهای روانی - اجتماعی افراد مانند تقویت برنامه‌های تفریحی و ورزشی برای رقع نیازهای هیجان طلبی و لذت جویی
- ۶ - مشاوره و مداخله حین بحران و حوادث تنش زای زندگی از جمله مشکلات دوران انتقالی زندگی مانند زمان بلوغ، فشارهای عاطفی، اقتصادی، طلاق والدین و مهاجرت
- ۷ - ارتقاء سطح آگاهی فرهنگی، تقویت باورهای معنوی و اعتقادات مذهبی و اخلاقی در جامعه
- ۸ - وضع، اصلاح و تقویت قوانین و مقررات کارآمد و مؤثر در مبارزه با مواد
- ۹ - درمان وابستگی به مواد با هدف جلوگیری از اشاعه و سرایت مصرف مواد و پیامدهای آن در اطرافیان و جامعه

چگونه برای پیشگیری از مصرف مواد برنامه ریزی کنیم؟

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

- الف - مداخلات پیشگیری باید بر چه کسانی تمرکز یابند؟
- ب - مداخلات پیشگیرانه باید بر چه موضوعاتی تمرکز نمایند؟
- ج - مداخلات پیشگیری از مصرف مواد چه زمانی باید اعمال شوند؟
- د - مداخلات پیشگیری از مصرف مواد در چه محیط‌هایی باید انجام شوند؟
- ه - مداخلات پیشگیری مصرف از مواد چگونه باید اعمال شوند؟

برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر خانواده

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

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

• نخستین تعاملات کودک در خانواده و پیش از رفتن به دبستان آغاز می‌شود. رشد مهارت‌های زبانی خاص سن و دیگر کارکردهای رفتاری و ادراکی مانند خود کنترلی، میل به تعامل و مهارت‌های اجتماعی، بیش از هر جا در خانه و با حمایت خانواده امکانپذیر است.

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

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

۲- آموزش مهارت‌های فرزندپروری:

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

برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مدرسه

• ۱- برنامه بهبود محیط کلاس درس:

• این برنامه که در دوره ابتدایی اجرا می‌شود، دارای شواهد اثربخشی قراوانی در مصونیت این کودکان از انواع آسیب‌ها در دوران نوجوانی است

برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مدرسه

۲۰- آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی به دانش آموزان

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

برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مدرسه

• ۳- سیاست‌گذاری در مدرسه

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

برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر اجتماع

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

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

خشونت خانگی

- تعریف خشونت خانگی و انواع آن:

- خشونت خانگی عبارت است از خشونتی که بین افراد خانواده و شرکای زندگی رخ می‌دهد که اغلب و نه همواره در درون منازل اتفاق می‌افتد. خشونت خانگی شامل کودک آزاری، همسرآزاری و آزار سالمندان است. در این متن تنها به خشونت علیه همسر (همسرآزاری) پرداخته می‌شود.
- همسرآزاری به صورت‌های مختلفی مانند خشونت روانی و کلامی، خشونت اقتصادی، خشونت جنسی و خشونت جسمانی اعمال می‌شود.
- همسرآزاری جسمانی به اشکال مختلف از جمله پرتاب اشیاء به سمت همسر، حمله‌ی فیزیکی به اشکال مختلف (سیلی، مشت، لگد، کمربند و ...) یا جلوگیری از دستیابی همسر به خدمات بهداشتی، در میان خانواده‌ها رایج است.

چرخه‌ی همسرآزاری و مراحمی که قربانی خشونت طی
می‌کند

افزایش تنش
در خانه

عذرخواهی
مرتکب

بروز رفتار
خشونت آمیز
(همسر آزاری)

چرخه‌ی خشونت خانگی

- قربانی خشونت نیز از لحاظ آمادگی برای تغییر، سه مرحله را طی می‌کند و کارکنان بهداشتی باید مشخص کنند قربانی در کدام مرحله است:
- **مرحله‌ی اول :** قربانی، شرمندگی، تنفر از خود و انکار را تجربه می‌کند. در این مرحله کارکنان بهداشتی باید هویت و جایگاه انسانی زن را به او یادآوری کنند تا آگاهی جدیدی در او شکل بگیرد.
- **مرحله دوم:** قربانی واقعیت خشونت را پذیرفته است، در این مرحله کارکنان بهداشتی می‌توانند دسترسی او به منابع موجود را تسهیل کنند .
- **مرحله سوم :** یعنی پذیرش مداخله و درمان، که امکان برنامه‌ریزی طرح درمانی وجود دارد.

پیامدهای همسر آزاری در خانواده:

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

◀ علائم افسردگی : مانند احساس بی ارزشی و ناامیدی، کاهش اعتماد به نفس.

◀ علائم اضطرابی: ترس از فضای بسته یا گذرهراسی، حمله پانیک، اختلال استرس پس از سانحه

◀ رفتارهای آسیب‌زننده به خود مانند اقدام به خودکشی

◀ گرایش به سوءمصرف مواد یا داروها

◀ اشکال در روابط اجتماعی، دوست‌یابی و اعتماد به دیگران

◀ شکل‌گیری رفتارهای انفعالی - پرخاشگرانه: احساس اجبار برای خشنود کردن دیگران، تسلیم‌پذیری و پرهیز از هرگونه مقابله، عدم بیان خواسته‌ها و نیازهای خود.

پیامدهای همسر آزاری در خانواده:

- همسر آزاری علاوه بر اثرات سوء بر قربانی خشونت، فرزندان را هم دچار مشکلات جدی می‌کند.
- فرزندان
 - ◀ ترس، استرس، بی‌خوابی، شب‌ادراری، اختلالات انطباقی و اضطرابی، نقص‌های شناختی و عاطفی، مشکلات تحصیلی، کمبودهای اجتماعی و رفتارهای تهاجمی.
 - ◀ ۲۰-۴۰٪ نوجوانانی که رفتارهای خشن تکرارشونده دارند، در خانه‌هایی رشد کرده‌اند که مادر کتک می‌خورده است.
 - ◀ افزایش احتمال ارتکاب همسر آزاری در پسران و خشونت پذیری دختران در بزرگسالی

موانع آشکارسازی همسرآزاری توسط زنان:

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

- ◀ تحمل به خاطر فرزندان
- ◀ علاقه به همسر و زندگی مشترک
- ◀ ترس از همسر و تشدید خشونت
- ◀ عذرخواهی خشونت‌کننده بعد از خشونت
- ◀ امید به بهبود خودبخودی اوضاع
- ◀ ترس از آبروریزی و واکنش دیگران
- ◀ جلوگیری از دخالت دیگران در زندگی مشترک

موانع آشکارسازی همسرآزاری توسط زنان:

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

- ◀ نداشتن استقلال مالی یا اجتماعی
- ◀ باور به اینکه با مدارا و محبت می‌توان رفتار خشن همسر را تغییر داد
- ◀ نداشتن حامی و پشتیبان و عدم اطلاع از وجود منابع حمایتی در جامعه
- ◀ نگرانی از قضاوت کارکنان بهداشتی در مورد آنها
- ◀ عدم اعتماد به نظام بهداشتی در مورد رازداری و توانایی در کمک به آنان
- ◀ سؤال نکردن کارکنان نظام بهداشتی در مورد همسرآزاری از مراجعین

شناسایی موارد همسر آزاری

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

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

چگونه زنانی را که مورد همسرآزاری قرار دارند شناسایی کنیم؟

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

➤ آسیب‌هایی که با توضیح بیمار در مورد نحوه‌ی ایجادشان هم‌خوانی ندارد مثل کبودی پای چشم در اثر برخورد به درب

➤ آسیب‌های نواحی صورت، سروگردن، 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 خلق‌وخوی 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

شیوه برخورد با قربانیان همسرآزاری:

- باید توجه داشت که صحبت در مورد خشونت برای قربانیان کار بسیار مشکلی است و نیاز به فراهم شدن فضای مناسب دارد.
- از دیدگاه زنان خشونت‌دیده، برقراری ارتباط، همدلی (درک موقعیت و احساس آنان) و شنیده شدن حرف‌هایشان در اولویت قرار دارد.
- هنگام مصاحبه بهتر است ضمن گوش دادن به صحبت‌های مراجع و توجه به شکایات او، با تکان دادن سر و استفاده از عباراتی مانند “خیلی اذیت شدید”، “می‌فهمم”، ... ارتباط مناسب را برقرار کنید.
- می‌توانید از جملات حمایت‌کننده زیر استفاده کنید:
- خوشحالم که موضوع را با من در میان گذاشتید؛ می‌خواهم کمکتان کنم؛ نگران سلامتیتان هستم؛ شما مقصر نیستید؛ و من می‌توانم شما را به متخصصینی معرفی کنم که راهنمایی‌تان کنند.
- جملاتی که در این موقعیت‌ها نباید به کار بُرد:
- سهم شما در این دعوا چه بود؟ شما که می‌دانستید عصبانی است چرا با او جروب‌بحث کردید؟ چرا زودتر به من نگفتید؟ چرا همان بار اولی که کتکتان زد، ترکش نکردید؟

نباید زن کتک خورده را در ایجاد خشونت مقصر دانست.

بایدها:

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

نبایدها:

- ◀ نباید راز بیمار را برملا کنید
- ◀ نباید خطر خشونت را ناچیز شمرده و دست کم گرفت: نباید تصور کنیم حال که سالهاست در چنین وضعی زندگی کرده، پس موضوع چندان هم جدی نیست
- ◀ نباید قربانی را با سؤالاتی نظیر «چرا ترکش نمی‌کنی؟ چرا در این رابطه مانده‌ای؟ چرا به او اجازه می‌دهی چنین رفتاری با تو داشته باشد؟ چرا زودتر به من نگفتی؟» سرزنش کرد و مقصر دانست.
- ◀ نباید به استقلال و آزادی قربانی بی‌توجهی کنید: توصیه‌هایی نظیر طلاق، ترک خانه، استقلال او را زیر سؤال می‌برد و نباید انجام شود.
- ◀ نباید قربانی بودن را عادی جلوه دهید، مثلاً بگویید، همه زنان کتک می‌خورند.
- ◀ نباید با مرتکب خشونت برخورد کرد و یا قربانی را به درگیری با او تشویق کرد.

شیوهی ارجاع

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

پیگیری موارد

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

پیشگیری از بدرفتاری با کودکان

• تعریف بدرفتاری با کودک :

• آزار کودکان مسئله‌ای همه‌گیر در نسل‌های متوالی جامعه‌ی بشری است. هر چند این مشکل در اکثر فرهنگ‌ها وجود دارد اغلب مواقع شناسایی نمی‌شود. مطالعات در مورد میزان و شیوع کودک آزاری ناکافی است. کودک آزاری چه عمدی و چه غیرعمدی مشکل مهم و عمده‌ای در همه دنیاست.

انواع بدرفتاری با کودک :

• کودک آزاری و غفلت

• هر فردی ممکن است با وارد کردن آسیب و یا عدم اقدام برای دور کردن آسیب از کودک او را مورد آزار یا غفلت قرار دهد. این وضعیت ممکن است در خانواده، مؤسسات نگهداری و یا در موقعیتهای مختلف اجتماعی رخ دهد. کودک آزاری به وسیله افراد آشنا و به ندرت توسط غریبه‌ها صورت می‌گیرد.

انواع بدرفتاری با کودک :

• کودک آزاری جسمی

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

انواع بد رفتاری با کودک :

• 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.

انواع بدرفتاری با کودک :

• کودک آزاری جنسی

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

مداخلات

- مداخلات تمامی جنبه‌های اولیه - ثانویه و ثالثیه مربوط به پدیده کودک آزاری را شامل می‌شود.
- پیشگیری اولیه تلاش برای متوقف کردن رخ داد کودک آزاری توسط مداخلاتی است که تمام جامعه را در بر می‌گیرد (برای مثال آموزش فرزندپروری)
- پیشگیری ثانویه طراحی مداخلات برای افرادی است که بیشتر در خطر آزار دیدن قرار دارند (والدینی که خودشان در کودکی آزار شده‌اند).
- پیشگیری ثالثیه: مداخلاتی است که پس از کودک آزاری صورت می‌گیرد تا دوباره این اتفاق نیفتد (برای مثال آموزش مراقبت از والدینی که فرزندشان مورد آزار قرار گرفته است).

نحوه ارجاع موارد شناسایی شده:

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

تمرین در کلاس درس

• با اجرای ایفای نقش شناسایی اختلالات و مشکلات شایع را به کمک فرم غربالگری تمرین کنید. (در هر بار ایفای نقش، گروهی از همکلاسیان می‌توانند ناظر ایفای نقش بوده و اشکالات را پس از اجرای آن بازگو نموده و دوباره ایفای نقش با گروهی دیگر تکرار شود).

➤ نحوه ارجاع بیماران به پزشک (فوری یا غیر فوری) را تمرین کنید.

➤ نحوه مراقبت و پیگیری هریک از اختلالات و مشکلات شایع به عنوان مثال در مورد یک بیمار افسرده تمرین شود.

➤ آموزش‌های بیمار و خانواده در مورد اختلالات و مشکلات شایع حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به روش ایفای نقش تمرین شود.

تمرین در خارج از کلاس

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