

فصل پنجم

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

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود که بتوانید:

- ۱- اختلالات و مشکلات شایع حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را نام ببرید.
- ۲- علایم و نشانه های شایع و مهم هر اختلال یا مشکل را نام ببرید.
- ۳- تعریف و توصیفی از هر یک از اختلالات و مشکلات شایع بیان کنید.
- ۴- گروه های در معرض خطر و عوامل مؤثر در پیدایش اختلالات و مشکلات حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را بیان کنید.
- ۵- ضرورت شناسایی و نحوه غربالگری اختلالات و مشکلات شایع را بیان کنید.
- ۶- موارد و نحوه ارجاع افراد شناسایی شده به سطوح بالاتر را بیان کنید.

واژگان کلیدی

اختلالات خلقی
افسردگی
اختلالات دو قطبی
خودکشی
اختلالات سایکوتیک
اختلالات مصرف مواد
خسونت خانگی

فهرست مطالب فصل

- اختلالات خلقی: افسردگی
- اختلالات دوقطبی
- اورژانس های روانپزشکی: خودکشی
- اختلالات اضطرابی
- اختلالات سایکوتیک
- صرع
- عقب ماندگی ذهنی
- 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
 - مواد محرک
 - الکل
 - سایر مواد
- مصرف مواد در بارداری
- کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد
- خشونت خانگی
- سوء رفتار با کودک

اختلالات خلقی:

اختلالات خلقی به طور کلی به دوگروه عمده اختلالات افسردگی و اختلالات دوقطبی تقسیم می گردند. در اختلالات افسردگی در مدت زمانی که چند هفته یا چند ماه طول می کشد، فرد از لحاظ هیجانی و خلقی بیش از حد غمگین، بی علاقه و ناامید است. در اختلالات دوقطبی فرد علاوه بر دوره هایی از افسردگی دوره هایی به نام مانیا را نیز تجربه می کند در حالت مانیا فرد در مدت زمانی که ممکن است چند روز (حداقل ۷ روز) تا چند هفته طول بکشد بیش از حد سرخوش، شاد، پرانرژی یا تحریک پذیر است.

توجه: بیماری که حداقل یک دوره مانیا را تجربه کرده است هر چند در حال حاضر در حالت افسردگی باشد همچنان مبتلا به اختلال دوقطبی محسوب می شود.

افسردگی:

مقدمه و تعاریف:

افسردگی اختلال شایعی است. از نشانه های مهم و کلیدی آن خلق و روحیه افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها و یا بی علاقه و بی لذتی در تقریباً اکثر فعالیت های روزمره است. شخصی که دچار افسردگی بیمارگونه می شود، احساس غمگینی و بی حوصلگی می کند و اغلب کاهش واضح علاقه مندی و لذت بردن از همه یا تقریباً همه فعالیت ها را در اغلب روزها گزارش می کند. بیمار ممکن است بگوید احساس اندوه، ناامیدی یا بی ارزشی می کند. کاهش انرژی و خستگی اغلب موجب می شود که بیماران نتوانند وظایف و کارهای خود را به خوبی گذشته انجام دهند. در موارد شدیدتر افکار آزار دهنده ای چون احساس گناه، تنفر از زندگی، آرزوی مرگ و گاه افکار مربوط به خودکشی در این بیماران مشاهده می گردد. افسردگی معمولاً به دنبال استرس های بیرونی مانند نبود حمایت اجتماعی مناسب، بیکاری، وجود کشمکش های مداوم و تنش زا در زندگی فعلی و خانوادگی آشکار می شود.

نشانه های افسردگی:

بیماران مبتلا به افسردگی، علاوه بر خلق افسرده، دچار کاهش انرژی و علایق و بی حوصلگی نیز می گردند. علایم دیگر 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، علایم

جسمی متعدد مثل سردرد، درد مفاصل و عضلات، سوزش یا درد معده و... که هیچ دلیل یا تشخیص طبی دیگری ندارند و معمولاً در مراجعه به پزشک به عنوان درد های عصبی در نظر گرفته می شود.

توجه:

این نکته حائز اهمیت می باشد که بدانیم در بسیاری از موارد با توجه به شرایط فرهنگی کشور ما، فرد افسرده بیش از افسردگی، از علائم بدنی و جسمانی شکایت دارد که علی رغم مراجعات متعدد به پزشکان بهبودی نیافته است و به عنوان درد های عصبی شناخته می شوند. در زیر تعریف و توضیح بیشتر نشانه های افسردگی شرح داده شده است:

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 جشن ها یا مهمانی ها لذت می برده، اکنون رغبت و علاقه ای به این گونه امور نشان نمی دهد. فرد گوشه گیری از جمع و تنهایی را ترجیح می دهد.
- فرد علاقه ای به انجام تفریحات مورد علاقه خود که در گذشته انجام می داده، نشان نمی دهد.
- چیزی موجب خوشحالی، نشاط و اشتیاق در فرد نمی شود، بازی با بچه ها، گردش، سفر و...

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

خستگی و کاهش انرژی: خستگی زودرس و کسالت در انجام فعالیت های معمول فرد ممکن است بدون انجام کار سنگین نیز احساس بی رمقی و خستگی زیاد نسبت به گذشته احساس کند.

احساس بی ارزشی 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 شدن های مکرر طی خواب، بیدار شدن زودتر از همیشه، خواب آلودگی در طول روز

کاهش توانایی انجام فعالیت های 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.

نشانه های اشاره شده باید در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها وجود داشته باشد تا به عنوان نشانه های افسردگی در نظر گرفته شود. نشانه های اشاره شده باید در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها وجود داشته باشد تا به عنوان نشانه های 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 بیماری های قلبی- عروقی
- افراد دچار سوءمصرف مواد یا الکل
- افرادی که مرگ یا جدایی از همسر، سوگ عزیزان، شکست‌های عاطفی، تحصیلی، شغلی را تجربه کرده- اند.
- 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 می دهد.

ارجاع بیماران:

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

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

درمان افسردگی شامل درمانهای دارویی (نظیر فلوکستین، سیتالوپرام، سرتالین نورتریپتیلین، آمی تریپتیلین، ایمی پرامین و...) و درمان های غیر دارویی (مشاوره، روان درمانی و...) است که توسط پزشک و در مواردی بر حسب صلاحدید پزشک توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و بر اساس راهنمای درمان اختلالات برای بیمار اجرا خواهد شد.

نشانه ها و علایم	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
غمگینی، بی علاقی	افسردگی	افسردگی شدید (قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران)	ارجاع فوری به پزشک
احساس خستگی و کاهش انرژی			
کاهش توانایی انجام فعالیت های 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 نشانه ها و علایم 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.

مراقبت و پیگیری بیماران توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده:

افرادی که در غربالگری کارشناس مراقب سلامت خانواده مشکوک به بیماری روانپزشکی شناسایی شده اند پس از ارجاع به پزشک (پزشک خانواده)، تشکیل پرونده و تایید تشخیص تحت درمان، مراقبت و پی گیری قرار می گیرند.

در مواردیکه علایم از شدت کمتری برخوردار هستند و قصد خودکشی نیز وجود نداشته است، به صورت ماهانه توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده پی گیری و مراقبت انجام خواهد شد. در موارد شدید پی گیری هفتگی در ماه اول توصیه می شد.

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

- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تاکید 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:

- ۱- بیمارانی که افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته اند.
 - ۲- بیمارانی که دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پی گیری ندارند.
 - ۳- شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان.
- کارشناس مراقب سلامت خانواده چنانچه در پی گیری های 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 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 نومیدی، 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 می شود، این اختلال به اسامی دیگری همچون اختلال مانیک- دپرسیو، مانیا، بای پلار Bipolar، شیدایی نیز نامیده می شود. 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 می یابد.

علل و علائم اختلالات دوقطبی:

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 ادامه داشته باشد و مشاهده این حالات در چند ساعت و چند روز نمی تواند بیماری دوقطبی تلقی شود.

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 می دهند. 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، پرحرفی 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.

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
سرخوشی بیش از حد یا تحریک پذیری، عصبانیت و پرخاشگری	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		فقدان توهم و هذیان یا قصد آسیب	ارجاع غیر فوری به پزشک
فعالیت و انرژی زیاد بدون احساس خستگی			

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

۲. 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 علائم را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی:

بیمار مشکوک به اختلال دوقطبی پس از ارجاع به پزشک و تایید تشخیص، ممکن است جهت بررسی های تکمیلی، شروع درمان یا نیاز به بستری در بخش روانپزشکی، توسط پزشک به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود.



چنانچه علائم 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 می گرداند. نوبت اول پی گیری در هفته اول پس از بازگشت از ارجاع توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده انجام می شود. پیگیری های بعدی کارشناس مراقب سلامت خانواده به صورت

اورژانس های 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 می شود. که عدم پیشگیری از آن می تواند اقدام به خودکشی را به همراه داشته باشد. خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد. خودکشی در نتیجه تعامل عوامل متعدد زیست شناختی، ژنتیک، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی، و محیطی بوجود می آید. توضیح این موضوع که چرا برخی افراد تصمیم به خودکشی می گیرند در حالی که برخی دیگر در شرایط یکسان یا حتی بدتر از آن چنین کاری نمی کنند مشکل است. با این حال بیشتر خودکشی ها قابل پیشگیری هستند. اقدام به خودکشی، نشان دهنده ناراحتی شدید هیجانی و یا بیماری روانپزشکی است. خودکشی و اقدام به خودکشی عواقب هیجانی شدیدی بر خانواده و دوستان دارد. 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 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 می‌زند به آن عمل نمی‌کند این فقط یک تهدید یا بلوف است.	حرف خودکشی و تهدید به آن را همیشه جدی بگیرید.
پرسش درباره خودکشی سبب تلقین به خودکشی می‌شود.	پرسش درباره خودکشی سبب کاهش اضطراب بیمار شده و احساس می‌کند که او را درک می‌کنید.

توجه: شناسایی هر مورد فکر یا اقدام به خودکشی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده مستلزم ارزیابی دقیق و تخصصی توسط پزشک یا روانپزشک می‌باشد. 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 می کند:

- 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 راه ها برای پی بردن به افکار خودکشی این است که از خود فرد مستقیماً سوال کنیم. بر خلاف باور عمومی صحبت درباره خودکشی باعث ایجاد افکار خودکشی در شخص نم ی‌شود. 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 می کنید از زندگی کردن خسته شده اید؟ زندگی ارزش زنده ماندن ندارد؟
آیا احساس می کنید می‌خواهید به زندگی خود خاتمه دهید.

**شخص را هرچه سریعتر به پزشک ارجاع دهید.
با خانواده تماس بگیرید و حمایت آنها را جلب کنید.**

از سایر اورژانس های روانپزشکی به طور خلاصه می توان به حملات اضطرابی حاد(پانیک)، علایم سایکوز حاد، پرخاشگری و مسمویت با داروهای چون لیتیم و... اشاره نمود. در خصوص پرخاشگری به عنوان یک اورژانس روانپزشکی، کارشناسان مراقب سلامت خانواده باید به نکات زیر توجه نمایند:

خطر خشونت را ارزیابی کنید:

بررسی افکار، برنامه یا قصد جدی برای انجام رفتار پرخاشگرانه
قابلیت دسترسی به ابزار خشونت، اجرای طرح و احتمال سوءاستفاده از دیگران برای اجرای خشونت را در نظر بگیرید.

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 پرخطرانه، سوء مصرف مواد، سایکوز

اقدامات فوری در مقابله با بیماران پرخطر:

- 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 پرخطرانه 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. نگرانی حتی در ظاهر این افراد هم مشخص است و در بسیاری از مواقع احساس بی‌قراری هم وجود دارد. فراموشی، زود خسته شدن و عصبانیت هم از دیگر علامت‌های این نوع بیماری اضطرابی است. به این بیماری *اختلال اضطرابی منتشر* گفته می‌شود، چون علایم اضطرابی در بیشتر اوقات همراه بیمار هستند و او را راحت نمی‌گذارند.

بیماری وسواس یکی دیگر از بیماری‌های اضطرابی است که تعداد زیادی از افراد جامعه به آن مبتلا هستند. شایع‌ترین 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 می‌کند. وسواس ممکن است به شکل شک کردن هم بروز کند که بیمار را وادار به چک کردن‌های تکراری و غیرضروری می‌نماید. مثلاً فرد مرتب شک می‌کند که درب را بسته یا نه، یا اینکه نکند

شیر گاز را باز گذاشته باشد، و بعد در اثر این افکار چندین بار می رود و چک می کند ببیند آیا درب بسته است یا شیر گاز به درستی بسته شده یا نه؛ شک بیش از حد در رکعت ها یا سایر جزئیات نماز و دیگر آداب مذهبی هم از این گونه وسواس ها هستند. انواع دیگری از وسواس هم وجود دارد که در اینجا توضیح داده نمی شود، مثل فکرای مزاحم و ناراحت کننده ای که برخلاف میل فرد به ذهن او هجوم می آورند و بیمار نمی تواند از دست آنها رهایی یابد. از جمله این افکار می توان به افکار کفرآمیز یا افکار جنسی یا فکر آسیب زدن به دیگران اشاره کرد.

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. این افراد وقتی بخواهند جلوی افراد ناآشنا حرف بزنند یا کاری انجام دهند بسیار مضطرب می شوند و ممکن است نتوانند این کار را به درستی انجام دهند. به این بیماری *اضطراب اجتماعی* گفته می شود.

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 *اختلال استرس پس از سانحه* 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 علایم این اختلال هستند.

در طبقه بندی قبلی اختلالات روانپزشکی که در شبکه سلامت کشور استفاده می شد، اختلالات اضطرابی در دسته اختلالات خفیف روانی جای می گرفتند. البته این مساله به معنی کم اهمیت بودن این بیماری ها نیست.

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 می توان با پرسیدن سوالات غربالگری اختلالات روانپزشکی شناسایی و اقدامات لازم را مطابق جدول برای ارجاع به پزشک و تشخیص قطعی و شروع درمان انجام داد.

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 می توان از داروها استفاده کرد و هم می توان از روش های غیردارویی کمک گرفت. هر دو نوع درمان در بهبود این اختلالات موثر هستند و بسته به شرایط موجود و صلاحدید پزشک از آنها استفاده می شود.

در برخی موارد از دارو در درمان اختلالات اضطرابی استفاده می شود، ولی بسیاری از بیماران ممکن است نگران باشند که نکند داروهای روانپزشکی اعتیادآور باشند. بنابراین دوست ندارند که از دارو استفاده کنند و به همین دلیل ترجیح می دهند که درمان را رها کنند یا اصلاً برای درمان مراجعه نکنند. باید توجه داشت که این اعتقاد در بیشتر موارد درست نیست و بیشتر این داروها اصلاً باعث وابستگی نمی شوند و در صورتی که تحت نظر پزشک و به درستی استفاده شوند این نگرانی موردی پیدا نمی کند. به علاوه، درمان های غیردارویی هم برای اضطراب وجود دارد که در موارد اضطراب خفیف تر می توانند به درمان کمک کنند.

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

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

آموزش به بیمار و خانواده او درباره بیماری و روش های درمان آن، به درمان این اختلالات نیز کمک می کند. این آموزش توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان انجام می شود. آموزش باعث می شود که بیمار کمتر به فکر قطع کردن خودسرانه داروهای خود بیافتد و همچنین خانواده بیمار یاد بگیرند که چگونه باید با بیمار خود برخورد کنند تا استرس کمتری به او وارد کنند و به بهبود بیمار کمک کند.

بیمار مشکوک به اختلال اضطرابی پس از ارجاع به پزشک، بسته به نوع و شدت بیماری ممکن است توسط پزشک (خانواده) به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود و یا درمان او توسط خود پزشک خانواده آغاز گردد. نوبت اول پیگیری در هفته اول پس از بازگشت از ارجاع توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده انجام می شود. پیگیری های بعدی کارشناس مراقب سلامت خانواده به صورت ماهانه و فعال انجام می گردد.

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

۱. آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پی گیری
 ۲. پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک
 ۳. پیگیری علایم بیماری
 ۴. بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک
 ۵. پیگیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه)
- کارشناس مراقب سلامت خانواده چنانچه در پیگیری های 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.

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 غیرمعمول است و افراد عادی تقریبا هیچ گاه در زندگی خود این حالات را تجربه نمی کنند. مثلا 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. نشانه مهم دیگر این است که 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. مثلا 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 مثلا 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.

رفتارهای بی دلیل و بی هدفی که دلیل انجام آنها غیرقابل فهم است یا بر اساس فرهنگ جامعه نامتناسب به نظر می رسد و همچنین حرف زدن که نامفهوم و بی ربط به نظر می رسد هم از جمله علایم این بیماری ها در نظر گرفته می شود. 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. بیماری های مختلفی ممکن است باعث ایجاد توهم و هذیان شود، بنابراین درمان این بیماران ممکن است با یکدیگر متفاوت باشد.

- 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.

غریبالگری و ارزیابی افراد:

کارشناسان مراقب سلامت خانواده با استفاده از فرم غریبالگری خانوارهای تحت پوشش را مورد ارزیابی قرار می دهند و مطابق جدول اقدامات لازم را انجام می دهند. در صورتی که بیمار دچار هر یک از علایمی باشد که در مقدمه توضیح داده شد، مانند توهم (مثل شنیدن صداهایی که دیگران نمی شنوند) یا هذیان (مثلاً معتقد باشد دیگران دنبال او هستند و قصد آسیب زدن به او را دارند) یا رفتارهای عجیب و غیرمعمولی 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.

علائم 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 می کنند یا پس از مدتی که علایم بیماری فروکش کرد، داروی خود را قطع می کنند. قطع زودهنگام دارو معمولاً باعث می شود که بیماری پس از چند هفته یا چند ماه دوباره عود کند.

آموزش به بیمار و خانواده او درباره بیماری و تداوم درمان آن، به درمان این اختلالات بسیار کمک می کند. توصیه هایی در زمینه تداوم درمان توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و آموزش تکمیلی خانواده و بیماران توسط کارشناس سلامت روان انجام می شود. آموزش باعث می شود که بیمار کمتر به فکر قطع کردن خودسرانه داروهای خود بیفتد و همچنین افراد خانواده بیمار یاد می گیرند که چگونه باید با بیمار خود برخورد کنند تا استرس کمتری به او وارد کنند و به بهبود بیمار کمک کند.

مواردی که کارشناس مراقب سلامت خانواده باید در پیگیری بیماران انجام دهند (علاوه بر موارد کلی ذکر شده

در فصل سوم) عبارتند از:

۱. آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و همچنین رعایت احترام و حقوق انسانی بیمار
۲. پیگیری مراجعه به موقع بیمار به خانه بهداشت و به پزشک
۳. پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک
۴. پیگیری چگونگی کنترل و بهبود تدریجی علائم بیماری
۵. بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت بروز عوارض، ارجاع بیمار به پزشک

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

۱. بیمارانی که افکار خودکشی، آسیب به دیگران یا اقدام به خودکشی دارند.
 ۲. 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 پی گیری ندارند.
 ۳. 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.
- کارشناس مراقب سلامت خانواده چنانچه در پیگیری های 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

صرع

صرع یک نوع حالت حمله و تشنج تکراری است که به دلیل اختلال در کارکرد سلول های مغزی بروز می کند، و یکی از قدیمی ترین، شایعترین و درمان پذیرترین 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 اندام ها ظاهر می شود. با توجه به اینکه عموم مردم اطلاعات نادرست در مورد این بیماری دارند با این اختلال خوش خیم و درمان شونده برخورد درستی نمی شود. این امر موجب خسارت زیادی بر افراد مبتلا و خانواده ها می شود. به خاطر داشته باشیم که افراد مبتلا به صرع در بهره هوشی، حافظه، تحصیل، شخصیت و مهارتهای هنری با دیگران فرقی ندارند و قرار است در این بحث به کسانی کمک کنیم که گاه با یک ارتباط و مشاوره صمیمی، یک آموزش کوتاه و یا تجویز یک قرص در روز به زندگی سالم، شاد و موفقی برگردند.

علل صرع :

صرع به سبب عوامل مختلفی مانند صدمه مغزی ، عفونت و عوامل ارثی، صدمات حین تولد و دوران کودکی، ایجاد می شود. همچنین مننژیت ها و انواع التهاب های عفونی یا ناشی از بیماری فشار خون و نارسایی عروقی مغزی همگی می توانند باعث ایجاد صرع شوند. داشتن اطلاعات لازم در این زمینه می تواند در پیشگیری و درمان صرع مؤثر باشد.

آموزش سلامت روان و برخی نکات مهم در صرع:

- ۱- افرادی که مبتلا به صرع هستند و یا آستانه تشنج پائینی دارند (سابقه تشنج دارند) باید به هر پزشکی که برای درمان مراجعه می کنند مشکلات خود را به طور کامل بیان کنند. چرا که با مصرف برخی داروها ممکن است دچار حمله صرع شوند. گاهی واکنش دارویی بین داروهای ضد صرعی که بیمار مصرف می کند و داروهای دیگر و گاهی آنهایی که سطح داروهای ضد صرعی را پائین می آورند ممکن است موجب بروز صرع می شوند.
- ۲- اصل اول و اصلی در درمان صرع مصرف مرتب دارو، خودداری از قطع ناگهانی و خودسرانه دارو و تحمل عوارض خفیف داروهاست.
- ۳- صرع درمان دارد و اغلب بیماران صرعی قادر به ادامه زندگی معمولی، ازدواج، بارداری، و کار هستند.
- ۴- برای آموزش بیماران و خانواده آنها جلب مشارکت افراد صرعی مفید است. آنها برای آموزش الگوی خوبی هستند و نقش موثری دارند. افراد مبتلا به صرع که اعتماد به نفس خوبی دارند، تحصیل کرده اند یا کار و زندگی و ازدواجی موفق دارند بهترین کسانی اند که در آموزش بهداشت روان همیار شما خواهند بود.
- ۵- 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.
- ۶- 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.
- ۷- کودکان را برای نوازش و غیره تکانهای شدید ندهید. مراقب پرتاب شدن، سقوط و به ویژه تصادف در رانندگی باشید. در اتوموبیل با رانندگی محتاطانه و بستن کمربند و گذاشتن کودکان در ساق کودک از

وارد آمدن ضربه به سر و جمجمه کودک با هدف پیشگیری از صرع و ضایعات مغزی دیگر و عقب ماندگی ذهنی جلوگیری نمایید.

۸- استفاده از تمهیدات ایمنی در مشاغل، ایمنی در خانه و به ویژه استفاده از کلاه ایمنی در موتور سواری، دوچرخه سواری، رعایت ایمنی در حین کار در ارتفاع و کارگاه ها و نیز در کوهنوردی و سایر ورزش ها را به همه توصیه نمایید.

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. این داروها مانند سایر داروها عوارضی دارند که اگر تجویز درست پزشک همراه مراقبت دقیق بیمار و کارکنان بهداشتی باشد نباید نگران عوارض دارویی شد. عوارض دارویی مربوط به تمام داروهای ضد صرع نیست و یک داروی خاص ممکن است در فردی هیچ عارضه ای ایجاد نکند. ممکن است یک دارو در فردی مثلاً عارضه پوستی خارش و کهیر بدهد یا اختلال گوارشی پیدا کند، ولی فرد دیگر با همان دارو عارضه ای نداشته باشد. در بعضی موارد شروع مصرف دارو به میزان کم و افزایش تدریجی آن (تا رسیدن به مقدار مناسب) سبب تحمل بدن و یا کاهش بروز عوارض دارویی می شود. در هر صورت اگر پزشک از عوارض دارو مطلع شد ولی باز هم دارو را تجویز کرد مصرف دارو الزامی است و قطع خودسرانه آن می تواند عواقب جبران ناپذیر و خطرناکی داشته باشد. باید توجه داشت که روش اصلی و انتخاب اول در درمان صرع، دارو درمانی است.

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.

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. کودکانی که دچار معلولیت ذهنی هستند معمولا از همان سال های اول عمر از بقیه کودکان قابل تمایز هستند. این افراد رشد کندتری دارند و دیرتر به راه می افتند یا حرف زدن یاد می گیرند. موارد شدید ممکن است هیچ وقت نتوانند به خوبی حرف بزنند. اعضای خانواده معمولا می توانند موارد شدیدتر را حتی قبل از رسیدن به سن مدرسه شناسایی کنند، ولی موارد خفیف تر تنها پس از ورود به مدرسه مشخص می شوند. زمانی که کودک قادر نیست همپای دیگر کودکان مطالب را یاد بگیرد. باید توجه داشت که کودکان مبتلا به معلولیت ذهنی در همه درس ها نسبت به دیگران ضعیف ترند. البته ممکن است در برخی درس ها خیلی ضعیف تر باشند و در برخی دیگر ضعف کمتری داشته باشند. این برخلاف کودکان مبتلا به اختلال یادگیری است که تنها در برخی درس ها ضعف دارند نه همه درس ها.

غربالگری و ارزیابی افراد:

مواردی مثل تاخیر در رشد کودک و یادگیری مهارت های مختلف مثل راه رفتن، حرف زدن، شمردن و غیره که در فرم غربالگری ذکر شده است، احتمال وجود معلولیت ذهنی را مطرح می کند. هر کودکی که از نظر این نکات عقب تر 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 بیماری های 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. باید بدانیم که اگرچه این بیماران دیرتر از بقیه

مطالب را یاد می گیرند ولی در صورتی که آموزش مناسبی دریافت کنند، هنوز قادر هستند بسیاری از مطالب را به خصوص در مورد بهداشت فردی، روابط اجتماعی و سایر احتیاجات روزمره خود بیاموزند. توصیه های آموزشی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و آموزش های تکمیلی توسط کارشناس سلامت روان به خانواده ها ارائه می گردد. متأسفانه معلولیت ذهنی درمانی غیر از آموزش های ذکر شده ندارد. فشار بیش از حد به کودکان برای یادگیری و تنبیه آنان کمکی نمی کند و برعکس باعث ایجاد مشکلات بیشتری می شود.

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. این کودکان به طور مکرر توسط والدین، معلمان و اطرافیان به دلیل رفتارهای ناپخته و تکانشی خود سرزنش می شوند که منجر به تأثیرات سوء بر اعتماد به نفس آنها می گردد. اکثر اوقات زمانی که این کودکان وارد مدرسه می شوند، تشخیص داده می شوند.

این کودکان اکثر اوقات در حال حرکت و جنب و جوش هستند و به نظر می رسد هیچگاه خسته نمی شوند. لحظه ای آرام و قرار ندارند. اگر قرار باشد لحظه ای بنشینند، مرتب وول می خورند، حتی در خواب نیز ممکن است بی قراری و وول خوردن آنها را ببینیم. آنها مرتب در حال دویدن، راه رفتن، بالا و پایین رفتن روی مبلمان و صندلی ها و ... هستند. در مهد کودک آنها نمی توانند روی صندلی آرام نشسته و تکالیف خود را انجام دهند، بلکه وسط کلاس این سو و آن سو می دوند. کودکان بیش فعال در رعایت نوبت و انتظار کشیدن برای رسیدن به چیزی مشکل دارند، وسط صحبت دیگران می پرند و نمی توانند صبر کنند تا صحبت طرف مقابل به اتمام برسد. در نتیجه در کلاس درس نمی توانند حواس خود را به گفته های معلم بدهند. به نظر می رسد اصلاً گوش نمی دهند و زمانی که باید به محتوای صحبت های معلم توجه کنند، مشغول انجام کار دیگری هستند یا با چیزی بازی می کنند. در دروسی مثل دیکته که نیاز به توجه و تمرکز بیشتری دارد، معمولاً مشکلات بیشتری را نشان می دهند.

در صورتیکه علایم درمان نشود افت درسی و عدم پیشرفت تحصیلی، آینده شغلی این کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد. بنا به دلایل فوق، اختلال بیش فعالی - کم توجهی باید درمان شود هدف از درمان کاهش علایم این بیماری است تا حدی که کودک آشفتگی کمتری را در زندگی روزمره خود متحمل گردد و عملکرد تحصیلی و ارتباطی کودک بهبود یابد. درمان این کودکان شامل دو دسته کلی درمان های دارویی و غیر دارویی است.

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.

سهیل پسر بچه ای ۱۲ ساله است که موقتاً از مدرسه اخراج شده و توسط ناظم مدرسه به روانپزشک ارجاع شده و یادداشت زیر را همراه او فرستاده اند:

«راستگویی در وجود سهیل نیست و زمانی که در حین خرافکاری های واقعی گیر می افتد همه چیز را انکار می کند و ظاهر آدمهای مظلوم و بی گناه را به خود می گیرد. او معتقد است که ما به او گیر می دهیم. وقتی که او را از همه چیز محروم می کنیم، برخورد او با ما رقت آور می شود. این پسر شدیداً به کمک احتیاج دارد. در ظاهر او هیچ دوستی ندارد. رفتارهای خشونت آمیز او مانع از این می شوند که سایر دانش آموزان او را دوست داشته باشند. مشاور مدرسه او را مورد آزار مایش قرار داد و نتایج نشان دادند که هوش او معمولی است ولی کارآمدی او در مدرسه فقط در حد کلاس سوم و درجات پایین کلاس چهارم است».

رفتار ضد اجتماعی سهیل از مدرسه ابتدایی آغاز شد و الگویی از دعوا کردن، دروغ گفتن و دزدی کردن در او برای سال ها ادامه داشته است.

راهکارهای درمانی:

درمان اختلال سلوک نیازمند رویکردی جامع است که شامل استفاده از روش های داروئی، روان درمانی، مداخلات خانواده و آموزش شیوه های فرزند پروری می باشد 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 پی گیری های 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: توصیه ها توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و آموزش ها توسط کارشناس سلامت روان ارائه خواهد شد.

۳- سایر اختلالات کودکان :

الف- شب ادراری:

به عدم کنترل ادرار بصورت غیر ارادی یا ارادی نامتناسب باسن 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.

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

در صورت وجود مشکلات دفعی به والد آموزش دهید:

شبه ادراری:

- این اختلال در اکثر موارد خود محدود شونده است اما به دلیل عوارض و تاثیراتش نیازمند درمان است.
- کودک عمدا اقدام به اینکار نمی کند.
- هرگز کودک را بخاطر این اتفاق تنبیه بدنی نکنند.
- پی گیری درمان و انجام روشهای رفتاری و داروئی توصیه شده از اهمیت زیادی برخوردار است.

بی اختیاری مدفوع:

- کودک را بخاطر این رفتار تنبیه بدنی نکند.
- در موارد احتباس مدفوع همراه با یبوست به لزوم استفاده از ملین ها در رژیم غذایی تاکید کنید.
- در خصوص پی گیری درمان آموزش دهید.
- به طور مرتب و منظم، ۲۰ دقیقه پس از صرف هر وعده غذا، کودک به مدت ۱۰ دقیقه روی دستشویی بنشیند تا حرکات روده ای او افزایش یابد.
- از تشویق، پاداش و جایزه های ویژه برای دفع مناسب مدفوع کودک استفاده کنیم.
- از پیامدهای تنبیهی مناسب استفاده کنیم و به روش های نامناسبی چون تنبیه فیزیکی، سرزنش، تحقیر و شماتت و مقایسه کودک با دیگران متوسل نشویم.

دارد تا سن ۱۶ سالگی که بیماری در هر دو جنس به طور کامل ناپدید می شود.

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

کودکان در سنین مختلف ممکن است رفتارهای عاداتی خاصی را نشان دهند از جمله این رفتار می توان به جویدن و یا کندن 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 نشان دهنده اختلال خاصی نمی باشد و مشابه سایر رفتارهای عاداتی باید در مورد آنها برخورد نمود.

در مورد اینکه این رفتار نوعی عادت است به والدین آموزش دهید

- به والدین آموزش دهید که موقعیت های بروز رفتارها را شناسائی نموده و از پیش برای کاهش رفتار برنامه ریزی نمایند.
- در مورد رفتار به کودک تذکر ندهند و رفتار عاداتی را نادیده بگیرند.
- بصورت غیر مستقیم با تغییر موقعیت دفعات بروز رفتار را کاهش دهند.
- کودک بخاطر رفتار مورد تنبیه، سرزنش یا تحقیر قرار ندهند.
- رفتارهای جایگزینی را در نظر گرفته و در صورت انجام آنها کودک را مورد تشویق قرار دهند.
- در صورتیکه رفتار همچنان ادامه یافت با متخصصین حوزه روان پزشکی مشورت نمایند.

اختلالات مصرف مواد:

اختلالات مرتبط با مواد به دو دسته کلی طبقه بندی می شوند:

- اختلالات القاء شده توسط مواد
- اختلالات مصرف مواد

منظور از اختلالات القاء شده توسط مواد، علایم و نشانه های جسمی یا روان پزشکی 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 می کند. این اختلالات شامل موارد زیر می شوند:

- 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
- منظور از اختلال مصرف مواد یک الگوی مشکل‌آفرین مصرف مواد است به طوری که منجر به اُفت کارکرد یا زجر قابل توجه بالینی برای فرد می‌شود. در طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی ۱۰ کلاس برای مواد روان‌گردان پیش‌بینی شده که شامل موارد زیر می‌شوند:

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

بر حسب درگیری با هر یک از کلاس‌های مواد (به جز کافئین) یک اختلال مصرف مواد مطرح می‌شود. خصوصیت اصلی اختلال مصرف مواد از دست دادن کنترل بر روی مصرف و تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با مشکلات سلامتی، خانوادگی، شغلی و قانونی مرتبط است. در اختلال مصرف مواد، مصرف مواد به اولویت اصلی زندگی فرد تبدیل می‌شود. در واقع می‌توان گفت در اعتیاد مصرف مواد تبدیل به تنها منبع کسب لذت و رضایت در زندگی فرد می‌شود. مواد در مغز از طریق سیستم‌هایی اثر خود را اعمال می‌کند که در اصل برای پاسخ به محرک‌هایی طراحی شده‌اند که کارشان حفظ بقای گونه محسوب می‌شود. در اختلال مصرف مواد رفتارهای موادجویانه برای فرد به صورت غیرعادی «ارزش بقاء» پیدا می‌کند. این موضوع فرد را به لغزش و عود تا مدت‌ها پس از قطع مصرف مواد آسیب‌پذیر می‌کند و اساس طبیعت مزمن و عودکننده اختلال مصرف مواد را تشکیل می‌دهد.

طبیعت مزمن و عودکننده این اختلال باعث شده این بیماری با سایر بیماری‌های طبی عودکننده همچون افسردگی، آسم، فشار خون و دیابت مقایسه شود. شباهت‌های این بیماری‌ها جالب توجه هستند. در تمام این بیماری‌ها ژنتیک،

انتخاب شخصی و عوامل محیطی نقش مشابهی در سبب‌شناسی و سیر بیماری دارند. میزان‌های عود و پایبندی به دستورات درمانی در تمام آن‌ها مشابه هستند. در تمام این بیماری‌ها درمان قطعی وجود ندارد و میزان موفقیت در درمان ارتباط مستقیم با میزان پایبندی به درمان دارد. بیماران دارای سن بالاتر، شغل، خانواده و روابط بین‌فردی پایدار با احتمال بالاتری از دستورات درمانی پیروی می‌کنند. بهترین نتایج درمانی زمانی حاصل می‌گردد که درمان‌های دارویی با مداخلات روانی، اجتماعی ترکیب شوند.

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
 - 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. آن گونه که پیشتر گفتیم غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد (فصل ۳ را ببینید) با استفاده از یک رویکرد همدلانه (فصل ۴ را ببینید) به شناسایی افرادی که مصرف اخیر مواد (۳ ماه گذشته) داشته‌اند کمک می‌کند.

کارشناس مراقب سلامت خانواده لازم است علایم و نشانه‌های اختلالات مصرف مواد را بداند تا در صورت مشاهده علائم در مراجعه‌کنندگان، غربال‌گری اولیه را انجام و در صورت نیاز فرد را جهت انجام غربال‌گری تکمیلی و خدمات مربوط به اختلال مصرف مواد به پزشک یا کارشناس سلامت روان ارجاع دهد. کارشناس مراقب سلامت خانواده همچنین باید با عوارض سلامتی، خانوادگی و اجتماعی مصرف مواد آشنا باشد 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.

بر اساس شیوع و اهمیت، اختلال مصرف نیکوتین، مواد افیونی، مواد محرک و الکل در ادامه به تفصیل معرفی می‌شوند.

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 می کنند در معرض خطر افزایش یافته مجموعه ای از مشکلات مثل عفونت های تنفسی، آلرژی و آسم هستند. زنان بارداری که سیگار می کشند در معرض خطر بالاتر سقط، زایمان زودرس و تولد فرزند با وزن کم هستند. گرچه بیش تر مردم تنباکو را به صورت تدخینی مصرف می کنند، استفاده از انواع تنباکو به روش هایی به غیر از تدخین مثل جویدن یا انفیه همچنین با خطر افزایش یافته بیماری همراه است. نهایتاً، مواجهه با دود تنباکو در محیط (سیگار کشیدن منفعلانه) همچنین خطر این مشکلات سلامت را در میان کسانی که خودشان سیگار نمی کشند افزایش می دهد.

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

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

مواد افیونی:

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

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

- دردهای استخوانی و عضلانی
- دل پیچه و اسهال
- آبریزش از چشم و بینی
- بی خوابی

- بیقراری
- عصبانیت
- خمیازه های فراوان

مواد افیونی مضعف دستگاه اعصاب مرکزی هستند. مواد افیونی غیرقانونی شایع مورد مصرف شامل تریاک، شیر، سوخته، هروئین و... می شوند. گرچه ترکیبات افیونی همچنین می تواند توسط پزشک و عموماً برای درمان درد تجویز شود. داروهای افیونی همچون کدئین، دیفنوکسیلات، ترامادول و... اگر با مدت بیشتر یا دوز بیشتر از آنچه پزشک تجویز نموده مصرف شوند، می توانند منجر به اختلال مصرف مواد افیونی شوند.

مواد افیونی را می توان به صورت تدخینی، تزریق عضلانی یا وریدی، خوراکی، زیرزبانی یا به صورت شیاف مقعدی استفاده نمود. تزریق منجر به ورود ناگهانی ماده و شروع سریع اثرات ماده افیونی می شود. این حالت با خطر بالا بیش مصرفی (اُوردوز) کشنده یا غیرکشنده همراه است. علاوه بر این تزریق مواد افیونی در کشور ما شایع ترین راه انتقال عفونت هایی همچون اچ آی وی و هپاتیت سی بوده و یک معضل بهداشتی مهم محسوب می شود.

خطرات همراه با مصرف مواد افیونی (به ترتیب از شدت کم تر تا شدت بیش تر) عبارتند از:

خارش، تهوع و استفراغ
خواب آلودگی، بیبوست، خرابی دندان
دوره های قاعدگی نامنظم
دشواری در تمرکز و به یاد آوردن چیزها
افسردگی، کاهش میل جنسی، ناتوانی جنسی
مشکلات مالی و درگیری با قانون
دشواری های ارتباطی
مشکل در حفظ شغل و زندگی خانودگی
تحمل و وابستگی، علائم محرومیت
عفونت های منتقله از راه خون مثل اچ آی وی و هپاتیت سی
بیش مصرف و مرگ ناشی از نارسایی تنفسی

مواد محرک:

شایع ترین ماده محرک مورد مصرف در کشور ما مت آمفتامین با نام خیابانی شیشه است. مصرف مواد محرک دیگر نظیر قرص اکستیزی و کوکائین با شیوع کمتری دیده می شود. این دسته از مواد اثرات محرک روانی بر دستگاه اعصاب مرکزی داشته و مصرف آن ها می تواند منجر به طیف وسیعی از مشکلات سلامت جسمی و روانی شود.

شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که مصرف محرک‌های آمفتامینی به سلول‌های مغز آسیب می‌رسانند. به علاوه، مصرف طولانی مدت دوز بالای آمفتامین یک عامل خطر برای سوءتغذیه است که آن نیز می‌تواند منجر به آسیب دایمی به سلول‌های مغز شود.

بر خلاف این باور غلط نزد برخی مصرف‌کنندگان، مصرف مواد محرک نیز همچون مواد افیونی اعتیادآور است به این معنا که مصرف آن بعد از مدتی منجر به اجبار به مصرف می‌گردد و فرد علی‌رغم مواجهه با مشکلات جسمی، روان‌پزشکی، خانوادگی و اجتماعی ناشی از مصرف نمی‌تواند مصرف خود را قطع کند.

یکی از بارزترین عوارض ناشی از مصرف مواد محرک حالات جنون (سایکوز) القاشده ناشی از مصرف است که خود را با علائم مثبت جنون مثل هذیان و توهم نشان می‌دهد.

مصرف مواد محرک با خطر افزایش یافته رفتارهای پرخطر جنسی همراه است به طوری که احتمال ابتلاء به عفونت‌های منتقله از راه جنسی همچون سوزاک، سیفلیس و اچ‌آی‌وی را چندین برابر افزایش می‌دهد.

مصرف محرک‌های آمفتامینی همچنین با شیوع بالای مشکلات اجتماعی شامل مشکلات ارتباطی، مشکلات مالی، مشکلات مرتبط با کار و تحصیل همراه است. نوسان‌های خلقی همچنین با مصرف مستمر محرک‌های آمفتامینی همراه است و برخی مصرف‌کنندگان بدتر شدن مشکلات سلامت روان مثل افسردگی و تحریک‌پذیری را در طول زمان گزارش می‌کنند.

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

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

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.

مصرف الکل‌های آلوده به متانول عوارض و پیامدهای شدید سلامتی نظیر نابینایی، نارسایی کلیه و مرگ به دنبال دارد. این موضوع اهمیت پرهیز از مصرف الکل در هر سطحی را مطرح می‌نماید.

در صورت بروز وابستگی فیزیولوژیک متعاقب مصرف مستمر الکل فرد در سطح قطع مصرف دچار علائم و نشانه‌های محرومیت می‌شود. علائم محرومیت از الکل شامل لرزش، تعریق، اضطراب، تهوع، استفراغ و اسهال، بی‌خوابی، سردرد، فشار خون بالا، توهم و تشنج می‌شوند. در برخی افراد محرومیت از الکل با عوارض شدید همچون تشنج و بروز حالت سرسام (دلیریوم) خاصی همراه است که به آن دلیریوم ترمنس گفته می‌شود. به دلیل این عوارض شدید محرومیت از الکل می‌تواند کشنده باشد.

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

سردرد و کسالت صبح روز بعد، رفتار تهاجمی و خشن، تصادفات و آسیب

کاهش عملکرد جنسی، پیری زودرس

مشکلات گوارشی، زخم معده، ورم لوزالمعده، فشار خون بالا

اضطراب و افسردگی، دشواری‌های ارتباطی، مشکلات مالی و شغلی

مشکلات خانوادگی، اجتماعی و قانونی

دشواری در به خاطر آوردن چیزها و حل مسائل

ناهنجاری و آسیب مغزی در کودکان متولدشده از زنان باردار

سکته، آسیب دایمی مغز، آسیب عصب و عضله

سیروز کبدی و التهاب لوزالمعده (پانکراتیت)

نابینایی، نارسایی کلیه و مرگ در اثر مصرف الکل آلوده به متانول

سرطان دهان، گلو و سینه، خودکشی

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 شیشه‌ای، 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 سکتة مغزی شود. اشتراک وسایل تزریق (سرنگ، سرسوزن، ملاقه، فیلتر و...) باعث انتقال عفونت‌های منتقله از راه خون مثل اچ‌آی‌وی، هپاتیت بی و سی می‌شود.

غربال‌گری و ارزیابی افراد

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 الکل، سیگار و مواد
- غربال‌گری موثرترین روش برای شناسایی به موقع افراد در معرض خطر ناشی از مشکلات مصرف مواد، به شمار می‌رود. کارشناس مراقب سلامت خانواده پس از انجام غربال‌گری اولیه درگیری با سیگار، الکل و مواد، در صورتی که پاسخ به سوال ۱ب مراجع نیز مثبت باشد، موارد زیر را ملحوظ نمایند:
- به او اطمینان دهید که علت مراجع وی کاملاً محرمانه خواهد ماند.
- با او بدون حضور دیگران صحبت کنید و همه اصول مربوط به حقوق بیمار را در ارتباط با وی رعایت کنید.
- فرصت بیان نگرانی‌ها و احساسات را به فرد بدهید.
- با استفاده از مطالب ارائه شده در این فصل در خصوص عوارض مصرف سیگار، الکل و مواد وی را آگاه نمایید.
- او را به مراجعه به پزشک/کارشناس سلامت روان تشویق کنید.

غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد در صورتی که با رعایت مهارت‌های پایه مشاوره، حریم خصوصی و رازداری انجام شود، می‌تواند افراد مصرف‌کننده اخیر را به تفکیک نوع ماده شناسایی کند. این غربال‌گری باید در فراخوان‌های دوره‌ای (هر پنج سال) و در افرادی مبتلاء به مشکلات سلامت روان و برخی از مشکلات اجتماعی به صورت موردی انجام گردد (فصل ۳ را ببینید).

در صورت مثبت شدن غربال‌گری اولیه مراجع باید برای غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.

درخواست کمک از طرف خانواده

در مواردی اعضای خانواده به مرکز سلامت شهری 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 غربال‌گری 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. سپس 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.

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 به‌روزرسانی فرم غربال‌گری اولیه او را بر اساس نتیجه و فلوچارت ارائه خدمت ارجاع نماید.

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 پیگیری از عود باید به بیمار و خانواده ارائه گردد:

۱. تاکید بر پیگیری طولانی مدت درمان حداقل به مدت یک سال
 ۲. توصیه به مشاوره درباره مراجعه به پزشک در هنگام بروز عوارض داروها
 ۳. تاکید بر پرهیز از ارتباط با دوستان مصرف‌کننده مواد
 ۴. تشویق به مشارکت در فعال‌سازی رفتاری
 ۵. توصیه به خانواده برای حمایت از درمان طولانی مدت
 ۶. توصیه به خانواده برای مراجعه به مراکز درمانی در هنگام بروز عوارض و فوریت‌های مرتبط با درمان
- اختلالات مصرف مواد

پیگیری افرادی که سابقه مصرف اخیر مواد به صورت تزریقی دارند اهمیت بالایی دارد. هدف اولیه برای این افراد راغب‌سازی برای دریافت مداخله درمانی و قطع مصرف تزریقی مواد است، اما در صورتی که در پیگیری‌ها بیمار موفق به قطع مصرف تزریقی نشده باشد، باید آموزش‌های کاهش آسیب لازم ارایه و دسترسی به وسایل کاهش آسیب از طریق کارشناس مراقب سلامت خانواده تسهیل گردد.

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.

اولین تماس مادر باردار با نظام مراقبت سلامت به هر شکل و هر جایی که رخ دهد، حتی در اورژانس و اتاق زایمان، فرصت مناسبی برای ارائه خدمات سلامت به وی است. غربالگری و اطلاع‌رسانی به تنهایی ممکن است برای مادر باردار وابسته به مواد کافی نباشد. لیکن کیفیت ارتباط بین فرد باردار و سیستم بهداشتی، درمانی عامل مهمی برای نگهداری او در نظام مراقبت است.

همان گونه که پیشتر گفتیم یکی از خصوصیات اصلی اختلال مصرف مواد آن است که در اثر آن مصرف مواد تبدیل به اولویت اصلی زندگی فرد می‌شود و فرد به سایر جنبه‌های مهم و واجد اولویت زندگی خود همچون سلامتی و... بی‌توجه می‌شود. اغلب زنان باردار از یک سو به علت الگوی بیماری خود و از سویی دیگر ترس از تبعات منفی ناشی از فاش شدن مصرف مواد، از خدمات مراقبت بارداری استفاده نمی‌کنند. اختلال مصرف مواد اثرات منفی جدی بر سیر بارداری و سلامت نوزاد دارد و یکی از عوامل دخیل در مرگ و میر دوران بارداری محسوب می‌گردد.

برخی زنان وابسته به مواد افیونی نشانه‌های اولیه بارداری شامل خستگی، سردرد، تهوع و استفراغ را به علائم ناشی از پرهیز مواد افیونی نسبت می‌دهند. در نتیجه، شروع بارداری می‌تواند باعث شود این بیماران مصرف مواد افیونی خود را افزایش داده تا علایمی را که به پرهیز نسبت می‌دهند، تخفیف دهند و با این کار جنین را در معرض سطوح افزایش یافته این مواد قرار می‌دهند.

زنان باردار مصرف‌کننده مواد در معرض خطر بالای سوء تغذیه هستند، اغلب مراقبت بارداری کافی نمی‌گیرند و در محیط پر از خشونت و استرس زندگی می‌کنند. در میان زنان بارداری که مواد را به صورت تزریقی استفاده می‌کنند خطر عوارض پزشکی مثل بیماری‌های عفونی، اندوکاردیت، آبسه و بیماری‌های منتقله از راه جنسی افزایش می‌یابد.

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.

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

در زنان باردار با نتیجه غربال‌گری اولیه منفی:

- بازخورد مثبت ارائه 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 الکل، سیگار و مواد باید به پزشک مرکز ارجاع شوند.

پزشک مرکز در صورت نیاز برای درمان اختلال مصرف مواد درمان لازم را ارایه داده و یا بیمار را برای دریافت خدمات درمانی به جایگاه‌های اختصاصی یا تخصصی درمان اختلالات مصرف مواد ارجاع می‌دهد. در هر کدام از این حالات ارجاع هم‌ارز به کارشناس سلامت روان توسط پزشک مرکز انجام می‌شود. کارشناس سلامت روان مرکز غربالگری تکمیلی برای تعیین سطح درگیری اختصاصی با هر یک از مواد و همچنین تعیین طریق مصرف (تزریقی/غیرتزریقی) را انجام می‌دهد. کارشناس سلامت روان همچنین ارزیابی تکمیلی از نظر حمایت‌های اجتماعی و صلاحیت سرپرستی را انجام و نتایج ارزیابی را برای انجام ارجاعات لازم به پزشک مرکز منتقل می‌نماید.

در این گونه موارد پیگیری هفتگی برای مراجعه به پزشک و سپس پیگیری برای دریافت برنامه درمانی بر اساس بازخورد ارجاع دریافت شده از جانب پزشک توصیه می‌گردد.

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.

- بارداری و بچه دار شدن باعث بروز تغییراتی مهم و گاه تنش زا می شود که می تواند مادران مصرف کننده ی مواد را مستعد قبول درمان و آموزش های پیشگیرانه برای مادر و کودک نماید.
- در این دوران، آگاه سازی مادر از ضرورت دریافت آموزش مهارت های فرزند پروری، به عنوان یک اقدام پیشگیرانه دارای اهمیت بسیار است.
- باید توجه داشت این مادران برای تاب آوری بهتر در برابر مصرف مواد و پرهیز از خشونت های رفتاری و نیز تأمین امنیت عاطفی و روانی نوزاد، نیازمند آموزش و حمایت اجتماعی و توجه ویژه هستند.

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

- مادرانی که در دوران بارداری تحت درمان نگهدارنده بوده اند باید بدانند منافع تغذیه نوزاد با شیر مادر از مضرات آن بیشتر است.

شیردهی می تواند در ایجاد پیوند میان مادر و کودک مفید باشد و بصورت بالقوه شدت سندرم پرهیز نوزادی را کاهش دهد.

▪ کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد:

منظور از کاهش آسیب مجموعه سیاست ها، برنامه ها و مداخلاتی است که هدف آن کاهش آسیب های سلامتی یا اجتماعی ناشی از مصرف مواد بوده، بدون آن که لزوماً بر قطع مصرف مواد متمرکز باشد. براساس گزارش های دوره ای وزارت بهداشت، از بین کل موارد ابتلا به عفونت اچ آی وی که از سال ۱۳۶۵ تاکنون به ثبت رسیده است، بیش از ۶۷٪ به علت اعتیاد تزریقی مبتلا شده اند. مصرف تزریقی مواد با عوارض شدید سلامتی همچون مرگ ناشی از بیش مصرفی (اُوردوز)، عفونت های منتقله از راه خون، عفونت محل تزریق، شدت بالاتر اعتیاد، تخریب گسترده تر در کاردهای فردی، بین فردی و اجتماعی و... همراه است. 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 می‌کنند یک رویکرد سلسله مراتبی به شرح زیر باید پیگیری شود:

۱. اگر معتاد انگیزه و آمادگی کافی برای ورود به درمان دارد، او و خانواده‌اش را تشویق کنید موضوع را با پزشک مرکز درمانی گذارند.

۲. 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 تدخینی یا خوراکی استفاده کند.

۳. در صورتی که فرد آمادگی و انگیزه کافی برای کنار گذاشتن تزریق را نداشته باشد، خطرات استفاده از سرنگ مشترک همچون ابتلا به عفونت‌های 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.

۴. 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.

۵. 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.

بنابراین در برخورد با کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند، کارشناس مراقب سلامت خانواده باید آنها را برای دریافت خدمات درمانی برای قطع مصرف تزریقی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهد. در صورتی که علی‌رغم ارجاع و پیگیری مراجع به رفتار پرخطر تزریق خود ادامه دهد، کارشناس مراقب سلامت خانواده باید پیام‌های کاهش آسیب را به فرد ارایه نموده و دسترسی او را به وسایل کاهش آسیب تسهیل نماید.

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 سبستی پاکس بریزید.
- 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 بیش‌مصرف 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 بیش‌مصرف کردید کسی نیست به کمک‌تان بیاید اجتناب کنید.
- 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 مصرف‌کنندگان 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 عفونت های 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 آموزش های 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 حتماً 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).

با وجود تلاش‌های فراوانی که در دهه‌ها اخیر، توسط سازمان‌های بین‌المللی و ملی در کشورهای مختلف در زمینه کاهش عرضه مواد در ابعاد گوناگون انجام شده، به نظر می‌رسد که به طور کلی پیشگیری از اعتیاد از طریق کاهش عرضه با توفیق چندانی همراه نبوده است.

چنانکه براساس گزارشات سازمان ملل متمدن (۲۰۱۱)، سالانه مقامات امنیتی، نظامی و انتظامی کشورها تنها موفق به کشف و ضبط ۲۰ تا ۳۰ درصد مواد مخدر تولید شده در سطح جهان شده‌اند. این گفته بدان معنا است که سوداگران مرگ ۷۰ تا ۸۰ درصد از محصولات تولیدی خود را همچنان به دست مصرف‌کنندگان می‌رسانند. لذا تاکید می‌گردد، باید به سیاست‌های کاهش تقاضا و پیشگیری اولیه توجه بیشتری گردد.

از سوی دیگر، تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که مصرف زودهنگام هرگونه ماده ای می‌تواند برای مصرف‌های بعدی و ظهور رفتارهای ضد اجتماعی در آینده یک عامل خطر جدی به حساب آید، حال آنکه پیشگیری اولیه به جوامع فرصت می‌دهد که مشکلات مربوط به مواد را پیش از آنکه آغاز شوند، متوقف سازند و رفتارهای سالم را مورد حمایت قرار دهند.

از زمانی که مصرف مواد به عنوان رفتاری چندعاملی شناخته شده است، این موضوع به عنوان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر به نظر رسیده است که راهبردهای پیشگیرانه متعدد و متنوعی نیز برحسب هر یک از وضعیت‌ها، خاستگاه‌ها و خط سیرهایی که رفتار اعتیادی در آن نمود و بروز می‌نماید، مورد توجه و کاربرد قرار گیرد.

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

۱- فرد

۲- خانواده

۳- گروه همسال

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

نتایج تحقیقات اخیر نشان داده‌اند، زمانی که برنامه‌های پیشگیری بیش از یک حوزه را در یک برنامه ی جامع تحت پوشش قرار می‌دهند، مداخلات کارآمدی بیشتری خواهند داشت.

عمده ترین 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 مداخله ای برای رفع آن

۲- کاهش عوامل مخاطره آمیز و پرخطر

۳- آگاه سازی افراد جامعه، خصوصاً افراد در معرض خطر از خطرات و مضرات مصرف مواد

۴- افزایش مقاومت فرد در مقابل وسوسه های مواد از طریق آموزش مهارت های زندگی نظیر مهارت خودآگاهی، حل

مسئله و کنترل هیجانات منفی، تفکر نقاد، امتناع ورزی و ارتباط اجتماعی

۵- تقویت فعالیت های جایگزین مصرف مواد، به منظور ارضای نیازهای روانی – اجتماعی افراد مانند تقویت برنامه

های تفریحی و ورزشی برای رفع 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 موثر 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؟

- افراد و گروههایی که به روشنی تعریف شده باشند.

مداخلات پیشگیری زمانی مؤثر خواهند بود که بر جمعیتی متمرکز گردند که به روشنی با سن، جنس، نژاد، قومیت، ملیت، فرهنگ، میزان درآمد و مکان جغرافیایی تعریف شده باشند. این تعریف مشخص به مداخلات امکان می‌دهد تا مهم‌ترین عوامل خطر محافظت کننده مصرف مواد و نیازهای خاص جمعیت هدف را مورد هدف قرار دهند و این کار را به طریقی سازماندهی نمایند که برای گروه مخاطب قابل درک، قابل پذیرش و متناسب باشد و بدین ترتیب این مداخله کارآمد خواهد بود.

- مداخلات پیشگیری از مصرف مواد زمانی موثر و کارآمد واقع می‌شوند که بیشترین تمرکز خود را بر افراد جوان جامعه (از کودکی تا جوانی) قرار دهند

- **خطرناکترین دوره برای آسیب پذیری جوانان** در برابر مصرف مواد مراحل انتقالی بزرگ و تغییر مقاطع تحصیلی (ورود به راهنمایی، دبیرستان، دانشگاه و گاه یک محیط کار پرخطر) است.

- یک مداخله پیشگیرانه باید علاوه بر جمعیت هدف (به عنوان مثال نوجوان) گروه همسال، خانواده بویژه والدین و سایر بزرگسالان تأثیرگذار مانند معلم و مربی ورزش را نیز مخاطب قرار دهد تا کارآمدی آن افزایش می‌یابد.

ب - مداخلات پیشگیرانه باید بر چه موضوعاتی تمرکز نمایند؟

۱ - انواع عمده مصرف مواد

مداخلات پیشگیری بهتر است به منظور جامعیت بیشتر و کنترل بهتر، اشکال متعدد مصرف مواد که ممکن است در جمعیت هدف رایج باشد، را مورد هدف قرار دهند. به عنوان مثال یک مداخله جهت کنترل و پیشگیری از مصرف مواد مخدر ممکن است این ماده را کاهش دهد، اما مواد جایگزینی مانند مواد محرک و الکل در جمعیت هدف مورد غفلت قرار گرفته باشند.

۲ - عوامل خطر ساز و عوامل محافظت کننده

مداخلات پیشگیری زمانی کارآمدتر خواهند بود که در هر سطحی که اجرا می‌گردند (همگانی Universal ، انتخابی Selective و یا موردی indicative) بر مهمترین عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده جمعیت هدف تمرکز یابند.

تحقیقات نشان داده‌اند که عوامل خطر و محافظت کننده در حوزه‌های مختلف فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع ویژگی تعاملی و تجمعی دارند. یعنی هر چه تعداد آنها در جمعیت هدف بیشتر باشد، آسیب‌زایی یا حفاظت کنندگی آنها بیشتر می‌گردد. لذا توجه به این عوامل می‌تواند در افزایش کارآمدی مداخلات پیشگیرانه مؤثر واقع شود.

۱- انتظارات و نیازهای جسمی و روانی فرد از مصرف مواد

نیازهای افراد، انگیزه‌ها و انتظارات آنها ممکن است نقش مهمی در مصرف مواد در جهت هدف داشته باشند که توجه به آنها کارآمدی مداخلات را افزایش می‌دهند.

به عنوان مثال ممکن است افراد به انتظار آنکه مواد اختلالات و احساسات ناخوشایند آنها مثل تنش، اضطراب، افسردگی، تنهایی، چاقی و کمرویی را کاهش می‌دهد، به مصرف مواد روی می‌آورند و یا انتظارات آنها از مصرف مواد این باشد که احساسات خوشایندی مثل لذت، خلاقیت، تهیج، تمرکز و رهایی ذهنی از مشکلات در آنها ایجاد می‌کند.

این قبیل نیازها، انتظارات و انگیزه‌ها بدون شک به طور پیچیده‌ای با عوامل خطر یا عوامل محافظت کننده تعامل می‌نمایند و لذا توجه به آنها و معرفی جایگزین‌های مناسب، مداخلات روانشناختی و یا درمانهای روانپزشکی برای برآورده ساختن آنها ضروری است.

۲- اطلاعات درست درباره پیامدهای مصرف مواد

مداخلات پیشگیرانه می‌توانند با ارائه اطلاعات صحیح، مناسب، علمی، دارای تناسب فرهنگی و سنی با نیازها و انگیزه‌های آنان از مصرف مواد و داروها پیشگیری نمایند. این اطلاعات به اشکال گوناگون (تیزر، پوستر، کلاس‌های بحث آموزشی و سخنرانی) و به گروه‌های مختلف (خانواده، محله، گروه همسالان و ...) ارائه می‌گردد.

۳- نگرش‌ها و هنجارهای ضد مواد

گاه دادن اطلاعات به تنهایی برای پیشگیری از سوءمصرف ماد کافی نیست، بلکه باید سعی در تغییر نگرش، ارزش‌ها و هنجارهای فرد، خانواده‌ها، گروه همسالان و جامعه نمود، تا به افزایش کارآمدی برنامه‌های پیشگیری منتهی گردد. این مسئله به ویژه در آغاز شیوع یک ماده جدید و تغییر الگوی مصرف از یک ماده مخدر به ماده محرک و الکل به عنوان یکی از مهمترین مداخلات پیشگیرانه مورد تاکید است.

۴ - مهارت های اجتماعی

اما ایجاد ارزش‌ها و نگرش‌های ضد مواد نیز به خودی خود برای پیشگیری مصرف مواد کافی نیستند. یک رویکرد کاملاً اثبات شده در زمینه پیشگیری از مصرف مواد، آموزش و تقویت همگام مهارت های زندگی در ارتباط با افزایش اعتماد به نفس، توانایی کنترل هیجانات منفی، برقراری ارتباط، حل مسأله و تعارضات، و تکنیک‌های رد مواد می‌باشد. اینها ابزارهایی هستند که به نوجوان امکان می‌دهد، رفتارهایش را بویژه زمانی که با موقعیت‌های پرخطر روبرو می‌شود، ساماندهی کند.

ج - مداخلات پیشگیری از مصرف مواد چه زمانی باید اعمال شوند؟

۱ - به اندازه کافی مقدماتی و پیشگیرانه باشند.

مداخلات پیشگیرانه زمانی کارآمدتر خواهند بود که خیلی زودتر از آنکه مصرف مواد بخواهد شکل بگیرد، اعمال شوند. بنابراین براساس گروه هدف این مداخلات می‌توانند از خیلی مقدماتی مثل مراقبت‌های پیش از تولد (برای نوزادی که مادر معتاد دارد) تا مقدماتی مثل مداخلات در محیط های بهداشتی، مهدکودک ها و دبستان برای کودکان و نوجوانانی که در ریسک کمتری از مصرف مواد قرار دارند، اعمال گردند.

۲ - به اندازه کافی پایایی داشته باشند:

به نظر می‌رسد مداخلات پیشگیری زمانی کارآمد خواهند بود که به اندازه کافی و طی زمانهای مختلف تقویت شوند. یک مداخله کوتاه مدت ممکن است از مصرف مواد پیشگیری نماید، اما نمی‌تواند نوجوانان را برای مدت طولانی در برابر مصرف مواد واکسینه نماید.

عوامل محیطی متعددی مثل در دسترس بودن مواد در محله، فشار از سوی دوستان، همچنین عوامل فردی مثل خطرپذیری نوجوانان و میل به تجربه مواد و سایر عوامل می‌توانند مقاومت نوجوان را در برابر مواد علیرغم آنچه آموخته است بشکنند. بنابراین مداخلات پیشگیری باید مستمر و مداوم باشد.

د - مداخلات پیشگیری از مصرف مواد در چه محیط‌هایی باید انجام شوند؟

فعالیت‌ها و موقعیت‌های سالم و عاری از مواد می‌توانند به نوجوانان کمک نماید که به سوی مصرف مواد نروند. این فعالیت‌ها معمولاً با افرادی مثل خانواده، گروه همسال، همکاران و سایر بزرگترها صورت می‌گیرد و معمولاً در موقعیت‌هایی مثل مراکز خدمات بهداشتی-درمانی، مدارس، اجتماعات دینی و تفریحی، محل کار و سالنهای ورزشی اجرا می‌شوند. یعنی با عاری نمودن این موقعیت‌ها از مواد و آگاهی بخشی به خانواده، جوانان و نوجوانان و نیز آموزش و تقویت مهارت‌های فرزندپروری خانواده و مهارت‌های اجتماعی افراد را حمایت می‌کنند تا به مصرف مواد گرایش پیدا نکنند.

ه - مداخلات پیشگیری مصرف از مواد چگونه باید اعمال شوند؟

۱ - تعاملی (Interactive)

تحقیقات نشان داده‌اند که رویکردهای یکطرفه و پندآموز اثربخشی کمتری نسبت به رویکردهایی که بر مشارکت و تعاملی دارند. نوجوانان زمانی که می‌توانند با معلم، والدین، پلیس، دکتر و ... و یا همسالانی که سعی دارند دانش، نگرش و رفتار ضد مواد را در آنها تقویت نمایند، در یک بحث و گفتگوی تعاملی و با برنامه مشارکتی پیشگیرانه

مانند برگزاری چشمنواره و یا نمایشگاه فعالیت می کنند، به احتمال بیشتری یاد می گیرند و آنچه یاد می گیرند را پذیرفته و به آن عمل می کنند. به عبارت دیگر رویکردهایی که مستلزم تعامل و مشارکت نوجوانان است بیشتر آنها را قانع می سازد تا از مصرف مواد اجتناب کنند.

۲- چند وجهی (multimodal)

مداخلات پیشگیری زمانی که از استراتژیهای چندگانه مثل سخنرانی (که البته تنها برای گروه های بزرگ بصورت کوتاه مدت با هدف آگاهی بخشی انجام گیرد)، کارگاه آموزشی، بحث گروهی، نمایش و نقد فیلم های ویدئویی و توزیع پمفلت و سی دی آموزشی در سطوح و راهبردهای مختلف استفاده می کنند، کارآمدتر از آنهایی هستند که تنها یک رویکرد را بکار می گیرند.

۳- توأم با خطمشی های اجتماعی

با استفاده از انواعی از خطمشی های اجتماعی ضد مواد مثل وضع قوانین، مصوبات، هنجارهای رسمی و غیررسمی و اجرای سختگیرانه آنها که کل جامعه را در بر می گیرد، می توان از مصرف مواد پیشگیری نمود. تحقیقات نشان داده که مداخلات پیشگیرانه ای که بر فرد یا گروه های در معرض خطر تأکید دارند به تنهایی نمی توانند در این زمینه مؤثر باشند. بلکه زمانی کارآمدی آنها افزایش می یابد که با این قبیل خطمشی های اجتماعی توأم گردند و از سوی جامعه نیز مورد حمایت قرار گیرند.

برنامه های پیشگیری مبتنی بر خانواده

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

شواهدی وجود دارد که نشان می دهد اختلال در مسیر تکامل رشدی بویژه در دوران نوزادی و اولیه کودکی خطر بروز رفتارهای مخرب بسیار بالا می برد، مگر اینکه مداخلات مثبتی انجام می گیرد.

نخستین تعاملات کودک در خانواده و پیش از رفتن به دبستان آغاز می شود. رشد مهارت های زبانی خاص سن و دیگر کارکرد های رفتاری و ادراکی مانند خود کنترلی، میل به تعامل و مهارت های اجتماعی، بیش از هر جا در خانه و با حمایت خانواده امکانپذیر است.

به تاکید سنداستانداردهای پیشگیری (UNODC, 2011) اولویت تدوین این برنامه برای خانواده های مناطق حاشیه نشین و دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی پایین جهت دستیابی به تکامل رشدی و شایستگی روانی اجتماعی متناسب با سن این کودکان است.

برنامه های اثر بخش در دوران اولیه کودکی دارای ویژگی های ذیل هستند:

- باعث بهبود مهارت های ادراکی، اجتماعی و زبانی کودکان می شوند.
- جلسات آموزشی والدین به طور متوالی برگزار می شوند.
- توسط مربیان آموزش دیده ارائه گردد.
- به خانواده ها در حل دیگر مسائل اجتماعی-اقتصادی کمک می کنند.

۲- آموزش مهارت های فرزندپروری:

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

مهمترین اهداف آموزش مهارت های فرزندپروری

➤ ایجاد فضای امن عاطفی

➤ وضع مقررات برای رفتار قابل قبول

- پایش اوقات فراغت فرزندان و الگوی دوستیابی فرزندان
- کمک به آن‌ها در کسب مهارت اخذ تصمیم‌های منطقی
- ارائه الگوهای رفتاری برای فرزندان در برابر مصرف مواد و دیگر رفتارهای پر خطر

ویژگی‌های یک برنامه اثربخش فرزندپروری

- سازماندهی به گونه‌ای است که حضور در کلاس‌ها برای والدین راحت و خوشایند باشد.
- جلسات متعدد باشد (حدود ۱۰ جلسه یا بیشتر).
- شامل فعالیت‌هایی مستقل برای والدین، فرزندان و مشترک برای تمام خانواده باشد.
- ارائه آن توسط افراد آموزش دیده باشد.

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 (UNODC, 2011).

یک برنامه اثربخش بهبود کلاس درس باید ویژگی‌های ذیل را داشته باشد:

- تقویت توانایی معلمان در مدیریت و نظم دادن به کلاس
- حمایت از کودکان در ایفای نقش اجتماعی خود به عنوان دانش‌آموز
- دارای راهبردهایی برای برخورد با رفتارهای نامطلوب هستند.

- دارای راهبردهایی برای تایید رفتارهای مطلوب هستند.
- معلمین به انتظارات بازخورد می دهند.
- شامل مشارکت فعال دانش آموزان هست.
- کاهش رفتارهای پرخطرانه و ایذائی زود هنگام را موجب می شود.

۲- آموزش مهارت های فردی و اجتماعی به دانش آموزان

- حمایت از رشد مهارت های اجتماعی در کلاس درس می تواند باعث پیشگیری از مصرف مواد قانونی و غیر قانونی در طول دوره کودکی میانه و نوجوانی شود. بر اساس شواهد آموزش مهارت های تاب آوری ارائه شده به کودکان ۱۰ ساله یا کمتر می تواند باعث کاهش رفتارهای ناهنجار شود.
- این برنامه جهت اثربخشی باید به ویژگی های ذیل را داشته باشد:
- این آموزش ها باید بر عوامل محافظی چون تعهد به مدرسه، بهبود عملکرد تحصیلی، عزت نفس، سلامت ذهنی، مهارت تاب آوری تاثیرگذار باشد.
 - باعث بهبود مهارت های فردی و اجتماعی متعدد می شود.
 - به شکل مجموعه ای از جلسات ساختارمند ارائه شده و اغلب در طی چندین سال، جلسات مکمل نیز به آنها اضافه می شود.
 - توسط آموزش دهندگان یا تسهیلگران آموزش دیده ارائه می شوند.
 - جلسات عمدتاً به صورت تعاملی برگزار می شوند.

۳- سیاست گذاری در مدرسه

- سیاست های مقابله با غیبت دانش آموزان از مدرسه
- شمول همگانی برنامه ها 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 سیاست ها شامل اقدامات تشویقی برای تبعیت از مقررات و سیاست ها
- افزایش فعالیتهای جذاب و علاقمندی دانش آموز به مدرسه و کارکنان آن

- برنامه های پیشگیری مبتنی بر اجتماع

برنامه های اجتماع محور جزو اثربخش برترین برنامه ها است. اولین قدم ها 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 می شود.
- مشارکت اجتماع محلی و حمایت طلبی از دینفعان جلب می شود.

- بر مبنای استراتژی های برنامه های پیشگیرانه مبتنی بر پژوهش، برنامه ها و اهداف کوتاه مدت تدوین می شود.
- اهداف بلندمدت را بر اساس برنامه ها و منابع موجود در آینده طرح ریزی می شود.
- پایش و ارزشیابی در طول برنامه و همراه با پیشرفت برنامه وجود داشته باشد.
- حمایت از اعمال سیاست های مربوط به محدودیت دسترسی به سیگار، مواد و الکل
- با مشارکت خانواده ها و مدارس
- همکاری مراجع علمی در اجرا، پایش و ارزشیابی برنامه های مبتنی بر شواهد
- ارائه آموزش ها 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 می دهد که اغلب و نه همواره در درون منازل اتفاق می افتد. خشونت خانگی شامل کودک آزاری، همسرآزاری و آزار سالمندان است. در این متن تنها به خشونت علیه همسر (همسرآزاری) پرداخته می شود.

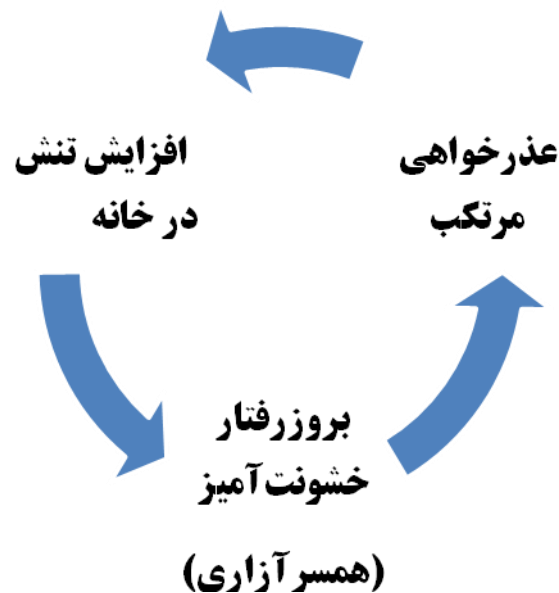
همسرآزاری به صورت های مختلفی مانند خشونت روانی و کلامی، خشونت اقتصادی، خشونت جنسی و خشونت جسمانی اعمال می شود.

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

چرخه‌ی همسرآزاری و مراحلی که قربانی خشونت طی می‌کند

خشونت خانگی معمولاً چرخه‌ی مشخصی را طی می‌کند:

۱. افزایش تدریجی تنش در خانه. ۲. بروز همسرآزاری ۳. عذرخواهی مرتکب و اطمینان دادن به قربانی در جهت عدم تکرار خشونت. ولی پس از مدتی باز تنش بالا می‌گیرد و چرخه تکرار می‌شود.



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 همسرآزاری 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.

ب. فرزندان

- ترس، استرس، بی‌خوابی، شب‌ادراری، اختلالات انطباقی و اضطرابی، نقص‌های شناختی و عاطفی، مشکلات تحصیلی، کمبودهای اجتماعی و رفتارهای تهاجمی.
- ۴۰-۲۰٪ نوجوانانی که رفتارهای خشن تکرارشونده دارند، در خانه‌هایی رشد کرده‌اند که مادر کتک می‌خورده است.
- افزایش احتمال ارتکاب همسرآزاری در پسران و خشونت‌پذیری 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 خشونت‌دیده 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
- 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 همسرآزاری:

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 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

شیوه برخورد با قربانیان همسر آزاری:

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”، “می‌فهم”، ... 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 جروب‌چت 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 نمی‌باشد.

نبایدها:

- نباید راز بیمار را برملا کنید

- نباید خطرخشونت 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 نمی کنی؟ چرا در این رابطه مانده‌ای؟ چرا به او اجازه می دهی چنین رفتاری با تو داشته باشد؟ چرا زودتر به من نگفتی؟» سرزنش کرد و مقصر دانست.
- نباید به استقلال و آزادی قربانی بی توجهی کنید: توصیه‌هایی نظیر طلاق، ترک خانه، استقلال او را زیر سؤال می برد 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 پرسشی و آرایه 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. تخمین‌های جدید WHO نشان می‌دهد که سالانه ۴۰ میلیون کودک ۱۴-۰ ساله در تمام دنیا از کودک آزاری رنج می‌برند و نیاز به توجه و مراقبت بهداشتی و اجتماعی دارند. بالا رفتن آگاهی و دانش در مورد رشد طبیعی کودک و همچنین اثرات منفی کودک

آزاری بر شخص، خانواده، و اجتماع توجه بیشتری را به این مسئله جلب کرده است. این تظاهرات و نشانه‌های رفتاری، جسمی، و هیجانی در کودکان بر اساس دوره رشدی آنان و شدت کودک آزاری متفاوت است.

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.

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)

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

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 سطحی‌تر است مانند فعالیت‌های غیر تماسی مثل مجبور کردن کودک برای تماشای و یا تولید هرزه‌نگاری و با تماشای کردن یک فعالیت جنسی. روش دیگر وادار کردن کودک برای رفتارهای جنسی غیر معمول است.

غفلت

غفلت نوعی کوتاهی مداوم در بر آوردن نیازهای جسمی یا روان‌شناختی کودک است به گونه‌ای که منجر به اختلال جدی در وضعیت سلامت و رشد کودک شود. این وضعیت می‌تواند مراقبی را شامل گردد که از فراهم کردن غذای کافی، لباس و محافظت کودک ناتوان است و یا در آن کوتاهی می‌کند. و یا زمانی که در دسترسی کودک به مراقبت‌های طبی مناسب نقص وجود داشته باشد.

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).

به طور کلی مداخلات زود هنگام موفقیت‌آمیزتر، و نتایج مثبت در پیشگیری اولیه و ثانویه نسبت به انواع ثالثیه بیشتر است.

مداخلات به شرطی مؤثرند که مداوم و چند جانبه طراحی و اجرا شوند.

هنگام کار با کودک و خانواده باید:

➤ به کودکان با دقت گوش داد و نظر آنان را درک کرد

➤ اجازه داد والدین و سایر افراد خانواده به صورت عملی در مورد سلامتی کودکان درگیر باشند

➤ از آن جایی که تجارب اولیه منفی والدین ارتباط بعدی آنان را با دست‌اندرکاران تحت تأثیر قرار می‌دهد،

بنابراین یک برنامه ساختار یافته برای مداخلات آتی طراحی کرد

➤ بسیاری از خانواده‌ها از اینکه بیان کردن مشکلات به درگیری‌های قانونی منجر می‌شود

می‌ترسند. بنابراین یک تصویر مثبت (البته واقعی) از خدمات ارائه کرد تا آنها را تشویق کند به

خواسته‌ها، کمک‌ها و نیازها دسترسی داشته باشد. خانواده‌ها نیازمند آنند که اطلاعات کاملی داشته

باشد از این که چطور می‌توانند به خدمات دسترسی یابند و وقتی درخواست کمک دارند چه انتظاری داشته باشد.

در ارزیابی وضعیت کودک آزاری باید کلیت مشکل را در نظر بگیریم نه فقط آنچه به صورت یک واقعه رخ داده است. موضوع کلی‌تر سلامتی و رشد کودک، شرایط خانواده گسترده و محیط اجتماعی اوست که اهمیت دارد

روش های شناسایی بدرفتاری جسمی :

نکات زیر بهنگام گرفتن شرح حال کودک می تواند ما را در شناسایی کودک آزاری جسمانی یاری دهد :

- ❖ نامتناسب بودن و تغییر یافتن صحبت اطرافیان درباره علت جراحت
- ❖ مبهم بودن صحبت اطرافیان
- ❖ وجود سابقه جراحت مکرر در گذشته
- ❖ عدم تناسب جراحت با شرح حال ارائه شده از سوی اطرافیان بخصوص از نقطه نظر تعداد زخمها، شدت، وسیله مورد استفاده و
- ❖ وجود آثار کبودی در بدن بدون ارائه توضیح منطقی درباره علت ایجاد آن
- ❖ سوختگی های ناشی از گذاشتن سیگار روی بدن کودک
- ❖ تاخیر بی دلیل در مراجعه جهت دریافت خدمات درمانی بخصوص در مورد شکستگی ها، دررفتگی ها و یا سوختگی ها
- ❖ انکار یا کوچک جلوه دادن درد و علایم کودک حتی با وجود ضربه مغزی، کودک غالباً زمانی به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی آورده می شود که دچار تشنج شده باشد
- ❖ وجود بحران در خانواده، وجود موقعیت های بحرانی همچون از دست دادن عزیزی در خانواده، جدایی والدین از یکدیگر، بیکاری، ورشکستگی و مقروض بودن خانواده، از جمله عواملی هستند که می توانند قبل از وقوع کودک آزاری در خانواده وجود داشته باشند .
- ❖ وجود عوامل محرک، همچون رفتارهای خاص کودکان که فضای خانواده را برای اعمال خشونت آماده می کند نظیر گریه های طولانی مدت در شب، نخوردن غذا، شب ادراری و در کودکان بزرگتر دزدی یا دروغگویی
- ❖ وجود تاریخچه کودک آزاری در والدین : اکثریت والدین کودک آزاده در دوره کودکی توسط پدر یا مادر خود مورد کودک آزاری قرار گرفته و اغلب آن خاطرات فراموش شده یا سرکوب شده اند .
- ❖ داشتن انتظارات غیرواقعی از کودک همراه با عدم آگاهی از دوران رشد و تکامل کودک . والدین غالباً از کودکان خود انتظار عشق و محبت را دارند . وقتی کودک گریه می کند یا غذا نمی خورد، آنها احساس می کنند از طرف کودک خود طرد و تنبیه می شوند .

- ❖ شیوه های فرزندپروری سخت و بدون انعطاف که خود موجب افزایش استرس و تنش در خانواده می گردد .
 - ❖ انزوای اجتماعی و عدم معاشرت با اقوام و دوستان . در این خانواده وقتی کودک آزاری اتفاق می افتد، والدین معمولاً اجازه کشف این مسایل را به کسی نمی دهند .
 - ❖ نسبت دادن مسائل به عوامل خارجی . والدین کودک آزار معمولاً مشکلات خود را به عوامل خارجی نسبت می دهند تا عوامل درونی
 - ❖ وجود سطح بالای اضطراب در والدین
 - ❖ وقوع اتفاقات مکرر برای کودک و سابقه بستری شدن در ماه های اولیه زندگی
- اغلب این اطلاعات از منبع دیگری غیر از والدین کسب می گردد . زیرا بیشتر والدین کودک آزار، مشکل کودک را کوچکتر جلوه داده و خود را مسئول نمی دانند .
- 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 .

خلاصه فصل

در این فصل ضمن مرور اختلالات و مشکلات شایع حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، طبقه بندی، علایم و نشانه های شایع آنها مطرح شد. در مورد هر اختلال توضیحات مختصری ارائه گردید و شرایط ارجاع بیماران به سطوح بالاتر شرح داده شد. با مرور این مطالب شما نگرش مناسب تری نسبت به غربالگری، مداخلات و مراقبت از افراد دارای اختلالات و مشکلات کسب کردید.

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 می توانند 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.
- آموزش های 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 فرم های مربوط ثبت نمایید. در جلسه حضوری بعدی مراجعات و نحوه انجام خدمات مربوطه تشریح می شود و نظرات گروه در مورد عملکرد کارشناس مراقب سلامت خانواده مورد بحث و بررسی قرار می گیرد.