





HEALTH

اصول خدمات بهداشتی

ارائه کننده:

دکتر مجید حسن زاده

MD-MPH

HASSANZADEH_MAJID@YAHOO.COM



بهداشت روان

- منبع (برای امتحان): کتاب جامع بهداشت عمومی
نوشته دکتر حاتمی و همکاران

بیماری های روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی، از هیچ طبقه اقتصادی اجتماعی خاصی، در مقابل آن ها مصونیت نداشته و خطری است که بشر را همواره تهدید می کند .

بیماری های روانی، قابل پیشگیری بوده و ثانیاً در صورتی که مانند سایر بیماری ها به موقع تشخیص داده و تحت درمان قرار گیرند به همان نسبت از مزمن شدن و عوارض آن ها کاسته خواهد شد .

بهداشت روانی که جزئی از بهداشت عمومی محسوب می شود به پیگیری موارد زیر می پردازد:

- افزایش سطح بهداشت روانی از طریق ارتقاء آگاهی های جامعه در مورد این بیماری ها
- شناسایی و تشخیص زودرس اختلالات روانی و درمان آنها
- پیشگیری از عوارض و عود بیماری و توانبخشی بیماران
- پیشگیری از بروز بیماری های روانی از طریق پیشگیری و درمان بیماری های جسمی

تاریخچه

در حقیقت بهداشت روان را می توان یکی از قدیمی ترین موضوعات به شمار آورد . زیرا بیماری های روانی از زمان های قدیم وجود داشته، بطوری که **بقراط در حدود ۴۰۰ سال قبل** از میلاد عقیده داشته که بیماران روانی را مانند بیماری جسمی باید درمان کرد .

تقریباً از سال ۱۹۳۰ یعنی بعد از تشکیل اولین کنگره بین المللی بهداشت روان بود که این رشته بصورت جزئی از علوم پزشکی درآمد و سازمان های روانپزشکی و مراکز پیشگیری در کشورهای متمدنی یکی بعد از دیگری فعالیت خود را شروع کردند.

تعریف بهداشت روان

□ بهداشت روان، علمی است برای بهتر زیستن و رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی از اولین لحظات حیات جنینی تا مرگ اعم از زندگی داخل رحمی، نوزادی، کودکی تا نوجوانی، بزرگسالی و پیری را در بر می گیرد .

□ بهداشت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می کند تا با ایجاد رو شهایی صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نموده و راه حلهای مطلوب تری را برای حل مشکلاتشان انتخاب نمایند.

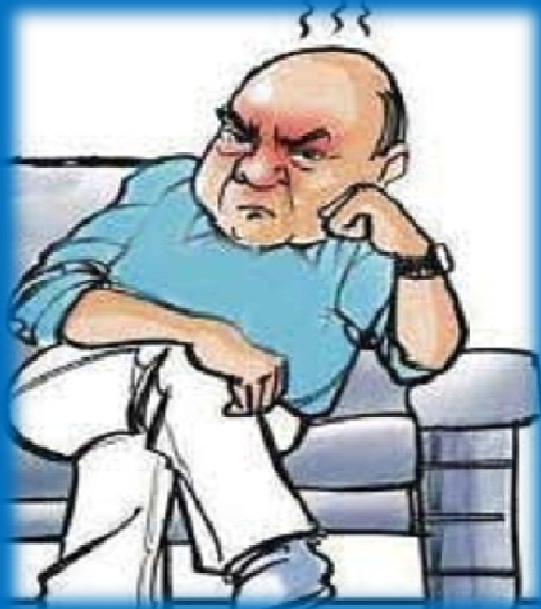
تعریف سازمان جهانی بهداشت

عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب .
نتیجه آنکه مفهوم بهداشت روانی عبارت خواهد بود از **تامین رشد و سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلاء به اختلال روانی، درمان مناسب و بازتوانی آن.**

ویژگی های افرادی که از نظر روانی سالم هستند

- ❖ این افراد نسبت به خود آرامش دارند یعنی به طور نسبتاً معقولی احساس امنیت و کفایت دارند
- ❖ توانایی های خود را در حد واقعی، ارزیابی می کنند، نه بیشتر و نه کمتر
- ❖ به خود احترام می گذرانند و کمبودهای خود را می پذیرند (Self-respect)
- ❖ به حقوق دیگران احترام می گذارند
- ❖ می توانند به دیگران علاقمند شوند و آن ها را دوست بدارند
- ❖ می توانند احترام و دوستی دیگران را جلب کنند
- ❖ می توانند نیازهای زندگی خود را برآورده سازند و برای دشواری هایی که در زندگی آنها پیش می آید راه حلی پیدا کنند.
- ❖ آنها قادرند خود بیندیشند و تصمیم بگیرند
- ❖ قادرند مسئولیت های روزمره خود را با برگزیدن اهداف معقول پیش ببرند
- ❖ تحت تاثیر عواطف، ترس، خشم، عشق یا گناه خود بطوری قرار نمی گیرند که زندگیشان پریشان شود.

چند نشانه هشدار دهنده برای ضعف روانی



❖ احساس نگرانی دائمی

❖ ناشادی دائمی به علل ناموجه

❖ از دست دادن آسان تعادل روانی در بیشتر اوقات

❖ بی خوابی مکرر

❖ افسردگی و سرخوشی متناوب بصورت ناتوان کننده

❖ احساس بی علاقه‌گی و تنفر دائمی نسبت به مردم

❖ آشفتگی زندگی

❖ عدم تحمل دائمی فرزندان

❖ همواره خشمگین و بعد دچار پشیمانی شدن

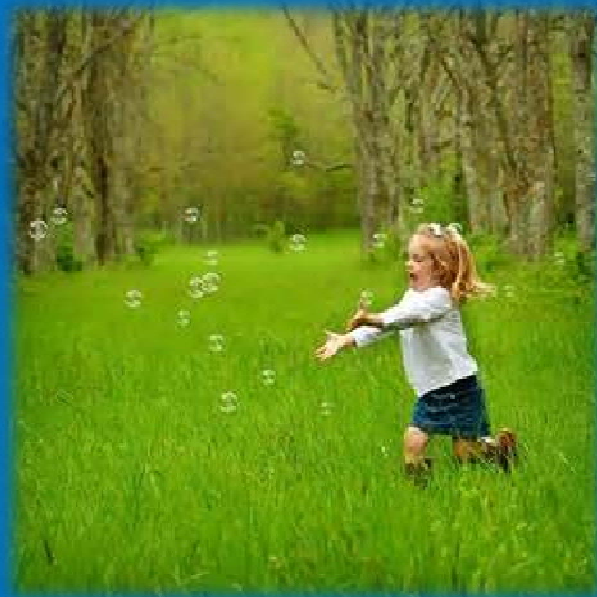
❖ ترس بی جهت دائمی

❖ دائماً حق را به جانب خود دادن و دیگران را ناحق شمردن

❖ احساس درد و شکایت های بی شمار بدنی که علتی برای آن پیدا نمی شود.

اگر شخصی وجود یکی از علائم فوق را در خود قطعی بداند باید به او کمک شود

جمعیت های آسیب پذیر در بهداشت روان



کودکان و نوجوانان،
زنان باردار،
جدا شده و داغدیده،
افراد بی سرپرست،
زندانیان
و مهاجران.

بیماران و معلولین روانی،
عقب ماندگان ذهنی،
بیماران صرعی،
سالمندان،
معتادان،
بیکاران،
نیازمندان اقتصادی،

علل افزایش شیوع بیماری های روانی

- بیماری های روانی مانند بیماری های جسمی کشنده نیستند و در نتیجه، مبتلایان به این نوع بیماری ها روی هم انباشته می شوند و احتیاج بیشتری جهت درمان سرپایی، بستری شدن و تخت بیمارستانی پیدا می کنند
- عدم درک از نحوه شروع و طولانی مدت بودن بیماری در نتیجه عدم اطلاع از بیماری، درمان به موقع انجام نمی شود که همین امر باعث مزمن شدن بیماری گشته و بیماری غیرقابل علاج می گردد
- عدم برنامه صحیح و اطلاع کافی از روش های پیشگیری و درمانی که خود باعث انباشته شدن و ازدیاد این نوع بیماران می گردد
- برحسب برآورد سازمان جهانی بهداشت امروزه ۲۵٪ مردم جهان دچار یکی از انواع اختلالات روانی عصبی رفتاری هستند (به جز اعتیاد به مواد مخدر، الکل و سایر موارد).

ناتوانی و از کارافتادگی **disability** ناشی از بیماری های روانی، اغلب شدید و طولانی است و بار سنگینی بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می کند

بطور کلی ۱۰.۶ بار کلی بیماری ها **Global Burden of Diseases** مربوط به بیماری های روانی است. و با محاسبه سال های تقریبی ناتوانی در طول عمر **Disability Adjusted life years: Daly** این رقم به ۲۸٪ افزایش می یابد

جدول ۱ - ده علت اصلی ناتوانی در سطح جهان

ردیف	علت	فراوانی (به میلیون)	درصد
۱	افسردگی یک قطبی	۵۰/۸	۱۰/۷
۲	کم خونی فقر آهن	۲۲	۴/۷
۳	سقوط	۲۲	۴/۷
۴	استفاده از الکل	۱۵/۸	۳/۳
۵	C.O.P.D	۱۴/۷	۳/۱
۶	افسردگی دو قطبی	۱۴/۱	۳
۷	ناهنجاری مادرزادی	۱۳/۵	۲/۹
۸	استئوآرتریت	۱۳/۳	۲/۸
۹	اسکیزوفرنی	۱۲/۱	۲/۶
۱۰	Obsessive compulsive Disorders	۱۰/۲	۲/۲

میزان شیوع اختلالات روانی در ایران در مناطق مختلف از ۹٪ تا ۳۶٪ متغیر است. طبق مطالعات، ۳٪ از بیماران روانی و ۱/۶٪ از جمعیت ۱۵ سال به بالا به نحو شدیدی، از لحاظ روانی بیمار بوده و به درمان جدی روانپزشکی نیاز داشته‌اند. ۱۵/۳٪ از این گروه سنی بیماری‌های خفیف روانی و ۲۶/۶٪ مسائل عاطفی مختلف داشته‌اند.

۱ - بیماری‌های عمده یا روان پریشی (Psychosis)

- روان گسیختگی (schizophrenia): شکاف شخصیت و عدم احساس واقعیت
- افسردگی - سرخوشی (Manic- depressive): افسردگی ژرف و هیجان شدید نوسان دار
- سوء ظن شدید و هذیان (paranoia): سوء ظن بی دلیل به همه چیز در چارچوب توهم

۲ - بیماری‌های غیر عمده

- روان نژندی یا نوروز: از دست رفتن توانایی واکنش هنجار در برابر موقعیت‌های گوناگون زندگی
- اختلالات شخصیتی: ناشی از تجربیات اسف انگیز دوران کودکی

علل بیماری های روانی

بیماری های عضوی: آرتریواسکلروز عروق مغزی، سرطان ها، بیماری های متابولیک، برخی بیماری های نرولوژیک، بیماری های غدد درون ریز، بعضی از بیماری های مزمن، صرع و ...

وراثت: در کودکانی که پدر و مادرش هر دو روان گسیخته اند، احتمال ابتلاء به روان گسیختگی ۴۰ برابر بیشتر از کودکانیست که پدر و مادر سالم دارند.

عوامل محیطی و اجتماعی: نگرانی ها، تنش های عاطفی، ازدواج های اجباری، گسستگی خانواده، فقر، شهرنشینی، صنعتی شدن جامعه، مهاجرت، عدم امنیت اقتصادی، طرد شدن، از یاد رفتن، ظلم و ...

سایر عوامل محیطی:

- سمومی مثل جیوه، دی اکسید کربن، منگنز، قلع، ترکیبات سرب و غیره
 - داروهایی نظیر باربیتورات ها، گریزوفولوین، الکل و غیره
 - کمبودهای تغذیه ای مثل کمبود ویتامین و پیریدوکسین، کمبود ید و غیره
 - عفونت ها مثل سرخک، سرخجه و عفونت های پیرامون زایمانی که بر تکامل مغزی تاثیر دارند
 - پرتوتابی در هنگام تکامل عصبی
- حوادث و تصادفات:** اعم از حوادث و بلایای طبیعی و ساخته دست بشر

اولویت های بهداشت روانی

۱ افسردگی: شیوع افسردگی در ایران حدود ۷.۷٪ جمعیت ۱۵ ساله به بالا است زمان حداقل حدود ۵ میلیون نفر دچار این بیماری هستند.

۲ اسکیزوفرنی: وخیم ترین بیماری روانی محسوب می شود. به ویژه این که این بیماری در سنین نوجوانی و جوانی آغاز می گردد و در اکثر موارد سیر مزمن و مادام العمر دارد، شیوع این بیماری حدود ۱٪ است و بنابراین تعداد این بیماران در ایران حدود نیم میلیون نفر می باشد.

۳ زوال عقل (دمانس): با بالا رفتن سطح بهداشت عمومی و افزایش میانگین سنی جامعه تعداد موارد زوال عقلی به تدریج بالاتر خواهد رفت ۰در یکی از بررسی ها شیوع این اختلال در ایران ۲۵٪ ذکر شده است (حدود ۱۵۰ هزار نفر)

۴ عقب ماندگی ذهنی: شیوع آن حداقل ۲ درصد و مبتلایان یک میلیون و دویست هزار نفر است که حداقل تعداد ۱۰٪ آنها دچار عقب ماندگی شدید هستند.

۵ صرع: می توان گفت که شیوع بیماری صرع در جوامع مختلف به طور متوسط حدود ۱٪ است که در جوامع در حال توسعه بیشتر از جوامع توسعه یافته گزارش شده است. در گزارشی از یکی از مناطق ایران شیوع صرع گراندمال ۲٪ آمده است.

۶ خودکشی: امروزه خودکشی سومین علت مرگ در سنین ۱۵ تا ۳۰ سالگی را به خود اختصاص داده است و ۹۵٪ افرادی که اقدام به خودکشی می کنند مبتلا به بیماری های روانی بویژه افسردگی هستند.

اهداف بهداشت روان



بطور کلی بهداشت روانی دارای چهار هدف اصلی است:

۱. خدماتی
۲. آموزشی
۳. پژوهشی
۴. طرح و برنامه ریزی بهداشتی



پیشگیری از بیماری های روانی



۱- پیشگیری اولیه (سطح اول)

روان

۱ تاثیر شرایط محیطی و آلودگی های زیست محیطی

۲ نقش عوامل ژنتیکی در بروز اختلالات روانی

۳ پی آمد های اجتماعی ازدواج های خویشاوندی

معیوب

۴ ارتباط بین وضعیت روانی، در دوران بارداری و

کی و

۵ نیازهای انسانی در مراحل مختلف رشد از جمله

سالمندی

۶ نقش اولیاء و محیط خانواده در سلامت روان کودکان

۷ نحوه رویارویی با عوامل اضطراب انگیز محیطی و اجتماعی

اهداف فوق از راه های زیر قابل حصول است :

۱. انجام تحقیقات سبب شناسی به منظور کشف نقش عوامل ژنتیکی، محیطی و خانوادگی در تخریب سلامت روانی افراد در جامعه
۲. همکاری بین تخصصی با متخصصین رشته های مختلف و همکاری بین بخشی با ارگان های ذیربط
۳. آموزش همگانی بهداشت روانی کلیه اقشار
۴. همکاری مستمر با رهبران مذهبی و سیاسی مردم
۵. مشاوره های خانوادگی و فردی و گروهی
۶. ۶ جلب همکاری و تشویق افراد جامعه در بهره برداری مطلوب از خدمات بهداشت روان

۲ پیشگیری ثانویه (سطح دوّم)

هدف اصلی در این مقطع جلوگیری از عوارض اختلالات روانی در افراد جامعه با تشخیص به موقع،

درمان مناسب و زودرس و پیگیری منظم می باشد.

انتظار می رود اهداف زیر در این سطح پیشگیری برآورده شود:

- ۱ بیماریابی به منظور تشخیص سریع و به موقع علائم غیرعادی و یا رفتارهای نامتعادل در افراد
- ۲ درمان فوری، زودرس و کامل، جهت رفع علائم سبک اختلالات در بین افراد شناسایی شده
- ۳ درمان نگهدارنده به منظور پیشگیری از بازگشت عوارض اختلالات تا حصول کامل بهبودی در بین افراد آسیب دیده جامعه
- ۴ پیشگیری از بروز علائم شدید در بین افراد مبتلا و ایجاد سازگاری بین آنها و خانواده
- ۵ جلوگیری از بالا رفتن میزان عود و دفعات بستری
- ۶ ارائه خدمات مراقبت.

اهداف فوق از راه های زیر قابل حصول می باشد :

- ۱ آموزش چهره به چهره افراد جامعه در خصوص نقش پیگیری به خصوص پیگیری الزامی در موارد سایکوز و صرع
- ۲ شناسایی افراد در مدارس، خانواده ها و محل کار آن ها جهت تشخیص و درمانی به موقع
- ۳ ارائه خدمات درمانی مناسب و به موقع از طریق فراهم آوردن امکانات و شرایط لازم (فوریت ها، سرپایی و بستری)
- ۴ همکاری بین تخصص های مختلف بهداشتی درمانی
- ۵ آموزش های لازم در جهت حذف باورهای غلط و تعصبات نادرست مردم و اصلاح نگرش، دانش، و مهارت آنها در خصوص تفسیر و تعبیر اختلالات روانی، انتخاب درمان و نحوه برخورد با بیماران روانی، در خانواده، مدرسه، محل کار و اجتماع.

پیشگیری ثالثیه (سطح سوم)

هدف اصلی، پیشگیری از تداوم اختلالات روانی مزمن در بین مبتلایان و کاهش ناتوانی های فردی، اجتماعی، شغلی و خانوادگی ناشی از آن می باشد. برای دستیابی به این هدف رعایت موارد زیر الزامی است :

- ۱ شناسایی مبتلایان به اختلالات روانی مزمن
- ۲ حمایت از مبتلایان شناخته شده به منظور جلوگیری از عوارض احتمالی ناشی از اختلال،
- ۳ خودکشی، اعتیاد، فرار از منزل، فحشاء و سایر انحرافات اجتماعی، با درگیر ساختن خانواده ها و سایر مراجع ذیربط
- ۳ اقدامات عملی برای بازتوانی مبتلایان از طریق کاريابي، حمايت مالي و اشتغال در مراکز نیمه وقت
- ۴ ارائه خدمات مراقبت
- ۵ تاسیس واحد های نوتوانی در بخش های روانپزشکی
- ۶ آموزش خانواده ها در نحوه برخورد با بیماران خود و مسئولیت پذیری آنها نسبت به بیماران.

اعتیاد

□ ۱.۲-۳.۳ میلیون نفر از جمعیت ایران مبتلا به اعتیاد هستند

□ مصرف تزریقی مواد به عنوان شایعترین راه انتقال ایدز در کشور به شمار می رود ۶۶.۴ درصد از مبتلایان شناخته شده HIV/AIDS مصرف کنندگان تزریقی مواد هستند .

□ ۷۵ درصد زندانی شدگان سال ۲۰۰۰ در کشور، جرائم مرتبط با مواد مخدر داشتند .

جدول ۳ - وضعیت اعتیاد در کشور ایران (سال ۲۰۰۱)

تعداد تخمینی مصرف کنندگان مواد مخدر	۱/۲-۳/۳ میلیون نفر
تعداد تخمینی مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر	۲۰۰۰۰۰-۳۰۰۰۰۰ نفر
نوع ماده مخدر مصرفی	تریاک، شیره، هروئین، حشیش، کدئین
موادی که به صورت تزریقی، مصرف می‌شوند	هروئین، تریاک
موارد تخمینی HIV/AIDS در معتادان تزریقی	بیش از ۶۴٪

□ یکی از مطالعات مهم در باره اپیدمیولوژی و الگوی مصرف مواد مخدر در ایران در سال ۹۹-۱۹۹۸.

□ بیشترین گروه معتادین (۶۸٪) را افراد ۲۰ تا ۴۰ ساله تشکیل می دادند .

□ اکثریت افراد متاهل ۵۶.۷٪ و ۳۴.۶٪ مجرد و اندکی متارکه کرده و یا همسر مرده بودند

□ بیشتر افراد تحصیلات در حد ابتدایی و راهنمایی داشتند .

□ از نظر شغلی کارگران در رده اول بودند ۲۴.۴٪. پس از آن بیکاران، مغازه داران و رانندگان به ترتیب در رده های بعدی قرار می گرفتند .

□ بیشترین ماده مصرفی تریاک بوده است

□ مردان بیش از ۹۰ درصد و زنان کمتر از ۱۰ درصد از / معتادین را تشکیل می دادند.

□ میانگین سن شروع مواد در این مطالعه ۲۲.۲ سال بوده است.

اتیولوژی

عوامل روانشناختی، اجتماعی، بیولوژیک و داروشناختی در ایجاد اعتیاد و وابستگی به مواد دخیل هستند.

۱ عوامل بیولوژیکی

۲- ویژگی های فردی

- هیجانات پرخاشگری
- اختلال در کارکردهای شناختی نظیر اشکال در برنامه ریزی
آینده نگری، قضاوت
- نگرش مثبت به مواد. ،
- • فرار از مدرسه .
- • وضعیت تحصیلی نامناسب .
- • اختلالات خلقی و اضطرابی

۲- عوامل خانوادگی

- از دست دادن والدین به دلیل فوت، طلاق و یا زندانی شدن آن ها
- حمایت زیاد (**overprotection** و یا کنترل زیاد) (**over controlling**) توسط یکی از والدین معمولاً
- پدری که از نظر عاطفی سرد باشد و حضور فعال در منزل نداشته باشد
- وابستگی خیلی زیاد به یک خواهر یا برادری که مصرف کننده مواد است.
- مقصر شمردن مرتب کودک به دلیل مشکلات مختلف در خانواده
- مصرف مواد در یکی از والدین از طریق الگو برداری فرزند شانس مصرف مواد را در او افزایش می دهد.

۴ - عوامل اجتماعی

پیشگیری

- ۱ مداخلاتی که متوجه "سیستم و محیط" است
- ۲ مداخلاتی که متوجه "افراد" است

جدول ۴ - خلاصه رویکردهای برنامه‌های پیشگیری

رویکرد	تمرکز	روش
اطلاع‌رسانی	افزایش اطلاعات در مورد مواد، عوارض مصرف، گسترش گرایش‌های ضد مواد	آموزش، بحث، نمایش نوارهای ویدئویی، پخش نوارهای صوتی نشان دادن انواع مواد، پوستر، توزیع جزوه، برنامه‌های گروهی مدارس
آموزش عاطفی	افزایش عزت نفس، تصمیم‌گیری مسئولانه، رشد ارتباطات بین فردی، هیچ اطلاعاتی در مورد داده نمی‌شود.	آموزش، بحث، فعالیت‌های تجربی، تمرین حل مساله گروهی
جانشین	افزایش عزت و اعتماد به خود، معرفی جانشین‌های متفاوت برای مصرف مواد، کاهش احساس کسالت و حس غریبگی	تشکیل مراکزی برای جوانان فعالیت‌های تفریحی، شرکت در پروژه‌های خدمات اجتماعی، آموزش شغلی
مهارت‌های مقاومت	افزایش آگاهی از تاثیر اجتماع بر مصرف مواد، ایجاد مهارت‌هایی برای مقاومت در برابر تشویق به استفاده از مواد، افزایش اطلاعات در مورد عواقب منفی فوری	بحث‌های کلاسی، آموزش مهارت‌های مقاومت، تکرار رفتارها، تکالیف تمرین رفتاری، استفاده از رهبران هم سن یا کمی بزرگتر
آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی	افزایش تصمیم‌گیری، تغییر رفتار شخصی، کاهش اضطراب، ارتباطات، مهارت‌های اجتماعی و جرات‌ورزی، کاربرد مهارت‌های عمومی برای مقاومت در برابر تشویق به استفاده از مواد	بحث‌های کلاسی، آموزش مهارت‌های رفتاری شناختی