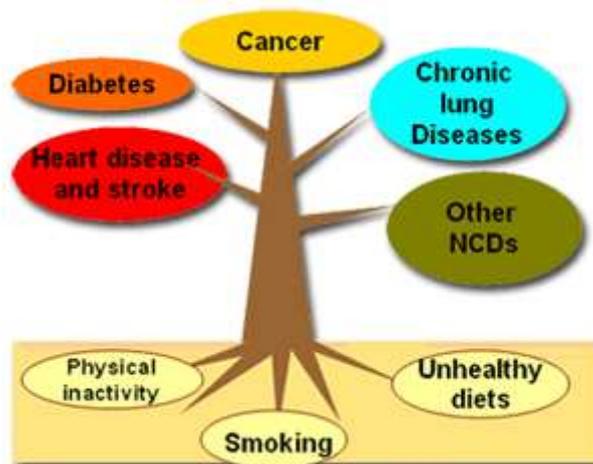




دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد
مرکز بهداشت استان

بیماریهای غیر واگیر (۲)

مجموعه جزوات مراکز آموزش بهورزی



مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

واحد آموزش بهورزی

زمستان ۱۳۹۶

مؤلفین:

بخش بیماریهای غمخوارگیر:

- زهرا بلوچ زاده: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد دو
- سکینه قرایی: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد یک
- عصمت علومی: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان کاشمر
- علی اکبر وظیفه مندی مرکز آموزش بهورزی شهرستان تایباد

بخش سلامت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد:

- زهرا بلوچ زاده: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد دو
- مینا سلطان زاده: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد یک
- ویدا هاشمان: کارشناس واحد آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان

با نظارت:

عشرت فیروزی: کارشناس واحد آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان

دکتر محمد حسن درخشان: مدیر گروه توسعه شبکه و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان مطلب
	بخش اول: بیماریهای غیرواگیر
۳	فصل اول: آشنایی با سرطان های شایع
۳۲	فصل دوم: پیشگیری و کنترل بیماری تالاسمی
	بخش دوم: سلامت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد
۵۵	فصل چهارم: سلامت روان
۱۰۳	فصل پنجم: پیشگیری از سوء مصرف مواد
۱۲۴	ضمیمه

فصل اول: سرطان های شایع

اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

۱. انواع سرطان های شایع را نام ببرند.
۲. عوامل افزایش خطر ابتلا به هر یک از سرطان ها را توضیح دهند.
۳. نحوه غربالگری سرطان کولورکتال را توضیح دهند.
۴. نحوه انجام تست **FIT** را توضیح دهند.
۵. علائم بالینی هر یک از سرطان ها را بیان نمایند.
۶. راه های پیشگیری هر یک از سرطان ها را توضیح دهند.

مقدمه:

سرطان یکی از عوامل اصلی بروز مرگ و میر در جهان امروز است. سرطان بعد از بیماری های قلبی عروقی دومین عامل شایع مرگ و میر در کشور های توسعه یافته و سومین عامل مرگ در کشور های کمتر توسعه یافته است و به تنهایی بیش از بیماری های سل ، ایدز ، مالاریا افراد را به کام مرگ می کشاند ، بر اساس آخرین آمار های سازمان بهداشت جهانی سرطان به طور فزاینده از شایعترین بیماری های جهانی در دهه های آینده و اولین علت مرگ و میر در جهان خواهد بود طوری که بررسی ها نشان می دهد که تعداد بیماران از ۱۱ میلیون و هشتصد هزار نفر در سال ۲۰۰۵ به ۱۸ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر در سال ۲۰۲۰ خواهد رسید که از این تعداد حدود ۶۰ درصد موارد جدید در کشور های کمتر توسعه یافته ایجاد می شوند لذا اگر اقدامات پیشگیرانه انجام نشود در ۱۰ سال آینده شاهد مرگ و میر بیش از ۸۵ میلیون نفر در جهان خواهیم بود.

در حال حاضر سرطان عامل ۶۰ درصد مرگ و میر ها در جهان است که در سال های آینده این روند افزایش خواهد داشت به بیان دیگر تعداد قربانیان بیماری از ۷/۹ میلیون نفر در سال به ۱۳/۱ میلیون نفر مرگ و میر در سال تا سال ۲۰۳۰ می رسد.

در دهه ۱۳۴۰ نزدیک به ۲۵ درصد مبتلایان بیماری های سرطانی در کشور های با درآمد متوسط و پایین گزارش شده بود که در سال ۱۳۸۹ (۲۰۱۰) این نرخ به ۵۵ درصد و در سال ۱۳۹۹ (۲۰۲۰) به ۷۰ درصد به میزان بروزی نزدیک به ۲۰ میلیون نفر می رسد و بیشترین تاثیر را در ساختار جمعیتی فرهنگی و اجتماعی این کشورها خواهد داشت. چرا که با افزایش جمعیت جهان بالا رفتن متوسط سن جمعیت و افزایش امید به زندگی و بهبود وضعیت بهداشت و کنترل نسبی بیماری های واگیر به ویژه کنترل عوامل خطر محیطی با افزایش بروز سرطان ها روبرو خواهیم بود با توجه به نرخ رشد فعلی بروز سرطان اینگونه به نظر می رسد که تا سال ۱۴۰۹ خورشیدی سالیانه ۱۳ میلیون مرگ و میر ناشی از سرطان خواهیم داشت که حداقل ۹ میلیون مورد آن در کشور های در حال توسعه و کمتر توسعه یافته خواهد بود و امکان ابتلا به سرطان برای هر فرد در سال ۱۴۲۹ خورشیدی بین ۵۰ تا ۶۰ درصد خواهد بود.

با این وجود سرطان در تمام دنیا از جمله در کشور ما نیز در حال شیوع است که مهم ترین دلایل برای افزایش بروز سرطان در ایران و جهان عبارتند از:

- افزایش امید به زندگی و تعداد سالمندان (چرا که بروز سرطان با افزایش سن، افزایش می یابد)
- تغییر در شیوه زندگی مانند افزایش مصرف دخانیات، غذاهای چرب و پرکالری و کم تحرکی
- عوامل محیطی مانند افزایش مصرف سوخت های فسیلی





در حال حاضر با وجودی که عدد خام مرگ و میر ناشی از سرطان‌ها افزایش یافته است اما به طور کلی نسبت افرادی که از سرطان فوت می‌کنند با در نظر گرفتن جمعیت و تعداد موارد ابتلا، در مقایسه با سه دهه پیش، کاهش یافته است. نیمی از افرادی که امروز با تشخیص سرطان تحت درمان هستند، پنج سال زنده خواهند بود و بیش از ۴۰٪ بعد از ده سال هنوز زندگی می‌کنند. متوسط میزان بقای ده ساله برای سرطان دو برابر ۳۰ سال گذشته شده است. مهمترین دلیل بهبود در بقای بیماران، علاوه بر درمان‌های موثرتری که پیدا شده است، افزایش آگاهی مردم و ارتقای روش‌های تشخیص زودهنگام است. حتی برای کسانی که احتمال بهبودی آنها کم است، شانس زنده ماندن در زمان تشخیص زودتر، بیشتر خواهد بود. دو جزء اصلی در برنامه تشخیص زودرس سرطان وجود دارد: تشخیص زودهنگام و غربالگری.

منبع: موسسه تحقیقات، درمان و آموزش سرطان

www.ncii.ir



تفاوت تشخیص زودهنگام و غربالگری :

معنای تشخیص زودهنگام این است که ما به عنوان ارائه دهنده خدمات سلامتی در سطح شبکه بهداشتی درمانی کشور، علایم هشداردهنده سرطان را بدانیم تا در زمان ارزیابی‌های دوره ای، اگر فردی را بررسی کردیم و یا در فواصل بین ارزیابی‌ها اگر فردی با این علایم مراجعه کرد، آمادگی شناسایی این علایم و جدا کردن موارد مهم از غیر مهم را داشته باشیم تا در مرحله بعدی موارد مهم را برای اقدامات تشخیصی کامل تر به مراکز سطح بالاتر و مجهزتر معرفی کنیم. این است که در افرادی که هیچ علامت هشدار دهنده‌ای برای سرطان ندارند اما به دلیل شرایط جنسی (مثلا سرطان پستان) یا سنی خاص (مثلا سن بالا) بالقوه در معرض سرطان هستند، اقدامات تشخیصی را انجام دهیم. بسیاری از سرطان‌ها تنها با معاینه پزشکی و آزمایش‌های تکمیلی تشخیص داده می‌شوند که از جمله آنها سرطان‌های پستان، دهانه رحم و روده بزرگ هستند. غربالگری به عنوان بخشی از برنامه تشخیص زودرس است. غربالگری به معنی شناسایی بیماری احتمالی ناشناخته با استفاده از معاینه و آزمایشات ساده در فردی است که هنوز علائم ندارد. در یک برنامه ملی مبارزه با سرطان، بعد از غربالگری، افراد تشخیص داده شده تحت درمان مناسب قرار می‌گیرند. لازم است هم بیمار و هم ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به اهمیت تشخیص زود هنگام از راه آشنایی با علایم مشکوک سرطان همچنین انجام فعالیت‌های غربالگری سرطان پایبند باشند که منجر به بهبود نتیجه و کاهش اتلاف منابع شود. در برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ (کولورکتال)، پستان و دهانه رحم (سرویکس)، هدف شناسایی و ثبت بیماران مشکوک یا مبتلا به این سرطان‌ها و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی همچنین ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

تعریف سرطان

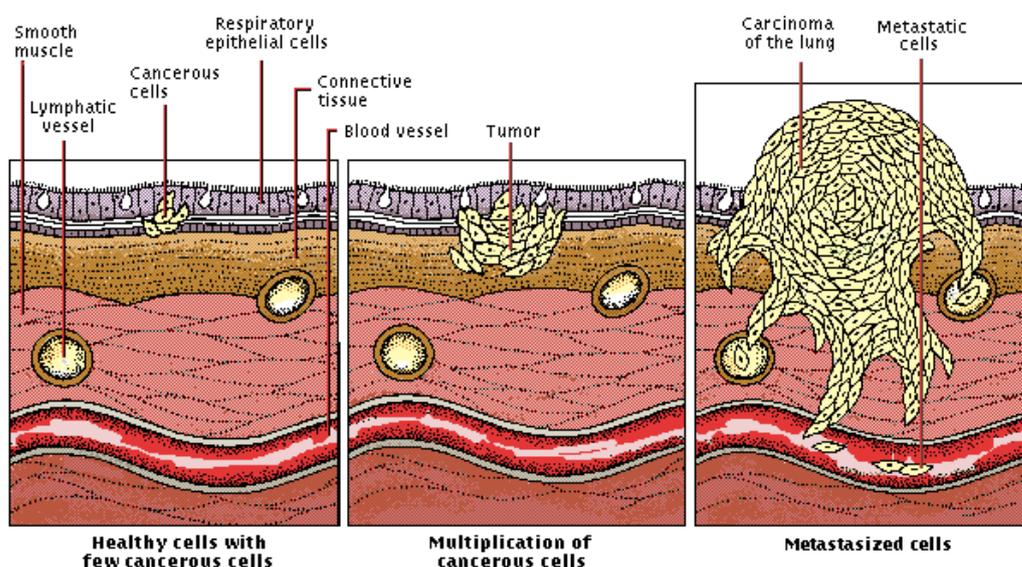
رشد بی‌رویه و خارج از کنترل تعدادی از سلول‌ها موجب بیماری سرطان می‌شود که حدود ۲۰۰ نوع مختلف دارد. سرطان بر اساس منشاء و شکل ظاهری در زیر میکروسکوپ طبقه‌بندی می‌شود. انواع مختلف سرطان از نظر سرعت رشد؛ راه‌های گسترش و پاسخ به انواع مختلف درمان باهم تفاوت دارند. به همین دلیل، افراد به درمان‌هایی نیاز دارند که ویژه نوع خاص آن سرطان باشد. انواع سرطان شامل کارسینوم، سارکوم، لوسمی، لنفوم و سرطان دستگاه اعصاب مرکزی است. برای آگاهی بیشتر از سرطان باید سلول را شناخت. سلول کوچک‌ترین واحد زنده بدن است و بدن انسان از میلیاردها سلول ساخته شده است. به طور معمول این سلول‌ها تا جایی تقسیم می‌شوند و همانند سازی می‌کنند که بدن به آن‌ها نیاز دارد. این تقسیم سلولی برای ترمیم سلول‌های آسیب دیده و جایگزینی سلول‌های جدید به جای سلول‌های فرسوده است که تحت کنترل بدن بوده و سلامت انسان را تأمین می‌کند. در تمام سرطان‌ها، سلول‌های قسمتی از بدن خارج از روال معمول شروع به رشد و تکثیر می‌کنند و به طور غیر عادی زیاد می‌شوند. وقتی تعداد زیادی از سلول‌ها در قسمتی از بدن رشد و تکثیر می‌یابند، توده‌ای به نام تومور به وجود می‌آورند. تومور بر دو نوع است:

تومور خوش خیم

توموری است که به قسمت‌های دیگر بدن انتشار نمی‌یابد و فقط در محل اولیه رشد می‌کند.

تومور بدخیم

در این تومور که سرطان نامیده می‌شود، سلول‌ها توانایی انتشار به قسمت‌های دیگر بدن را دارند که در صورت عدم تشخیص به موقع ممکن است سبب تهاجم و تخریب بافت‌های اطراف شوند. وقتی سلول‌ها به محل جدید راه می‌یابند، به رشد خود ادامه می‌دهند و تومور جدیدی به وجود می‌آورند که به آن تومور ثانویه یا متاستاز گفته می‌شود. وقتی سرطان دوباره در یک فرد درمان شده مشاهده می‌شود، بیماری او عود کرده است.



نمای یک-روند تشکیل یک تومور و متاستاز آن را در نوعی از سرطان ریه نشان می‌دهد.

علائم هشداردهنده سرطان

سرطان‌ها علائم متفاوتی دارند که به محل ضایعه مربوط است. به طورکل، در مواردی که با علائم هشدار دهنده زیر در یک فرد روبه‌رومی‌شوید، به وجود سرطان مشکوک شوید و فرد را برای بررسی بیشتر به پزشک ارجاع دهید.

۱. کاهش وزن توجیه ناپذیر: کاهش بیش از ۱۰٪ وزن بدن طی شش ماه، مثلاً یک فرد ۶۰ کیلویی طی ۶ ماه بیش از ۶ کیلو گرم وزن از دست بدهد و وزن او کمتر از ۵۴ کیلوگرم برسد.

۲. تب توجیه ناپذیر: افزایش دمای بدن بیش از ۳/۳ سانتی‌گراد طول بکشد و بررسی‌های معمول وجود عفونت یا دلایل دیگر را نشان ندهند.

۳. تغییر طولانی مدت اجابت مزاج (بیش از ۳ هفته): وجود این تغییر در افراد مسن و یا وجود خون مخفی در مدفوع خطرناک است.

۴. خونریزی و ترشح غیر طبیعی از مهبل (به غیر از خونریزی ماهیانه): باید به خونریزی از مهبل در زنان خصوصاً پس از چهل سالگی و یائسگی توجه شود.

۵. خونریزی یا فرو رفتگی نوک پستان: فرو رفتگی نوک پستان یا وجود توده در پستان که در حال رشد باشد یا طی دو دوره عادت ماهیانه متوالی ثابت بماند. یا هر نوع ترشح و خونریزی از نوک پستان اهمیت دارد.

۶. وجود غده‌های زیر پوست بدون درد و در حال رشد (بیش از ۲ هفته): این عوامل ممکن است نشانه‌ای از لنفوم (سرطان غدد لنفاوی) باشند.

۷. زخم بهبود نیافته (طی سه ماه): به ویژه وجود این زخم‌ها در نواحی در معرض نور خورشید یا در محل عفونت‌های طولانی مدت یا سوختگی قدیمی حائز اهمیت است.

۸. هر گونه تغییر در اندازه، شکل، رنگ و... خال‌های پوستی باید همواره مورد توجه باشد.

۹. سرفه‌های طولانی مدت با یا بدون خلط خونی: به خصوص وقتی این نشانه‌ها با کاهش وزن همراه باشد.

۱۰. به سیری زودرس و کاهش اشتها به همراه کاهش وزن نیز باید توجه شود.

۱۱. ناهنجاری بی‌دلیل در صدا نیز مهم است. (مثل گرفتگی صدا)

نکته: اگر سرطان‌ها در مراحل اولیه وزود هنگام تشخیص داده شوند، در یک سوم موارد قابل‌معالجه ودرمان هستند.

راه‌های پیشگیری از سرطان

بخش بزرگی از علل سرطان‌ها ناشناخته‌اند، ولی با رعایت چند نکته می‌توان از بروز حداقل ۱/۳ آن‌ها جلوگیری نمود:

۱- خودداری از مصرف دخانیات و الکل

۲- برنامه غذایی مناسب

- مصرف روزانه میوه و سبزی به مقدار کافی
- استفاده کم از غذاهای چرب با منشاء حیوانی
- خودداری از مصرف مواد غذایی دارای نگهدارنده نیتريت مثل سوسیس و کالباس
- خودداری از مصرف مواد غذایی کپک زده، شور، دود اندود و نمک سود (مثل مصرف ترشی‌ها)

۳- متناسب نگهداشتن وزن

۴- ورزش منظم: ورزش ۳۰ دقیقه در روز و ۵ روز در هفته مثل پیاده‌روی

۵- احتراز از عوامل شغلی خطرناک

۶- جلوگیری از مواجهه طولانی با نور خورشید

۷- رعایت بهداشت جنسی و پیشگیری از بیماری های مقاربتی

عوامل پیشگیری از سرطان در مواد غذایی

در اثر آسیب های متعدد به سلول در طولانی مدت سرطان ایجاد می شود که امکاناتی وجود دارد که از ایجاد سلول های سرطانی جلوگیری شود یکی از این امکانات تغییر در برنامه غذایی است بسیاری از خوراکی های طبیعی از جمله میوه ها و سبزی ها و حبوبات حاوی مولکول هایی هستند که می توانند از سرطان پیشگیری کنند این ترکیبات شامل ویتامین ها، مواد معدنی و آنتی اکسیدان ها هستند.

سبزی ها و میوه ها به علل زیر اثر ضد سرطان زایی دارند:

۱. دارای فیبر هستند که باعث افزایش حجم مدفوع و تسریع حرکت مواد غذایی در روده بزرگ می شود که این امر موجب کاهش تماس مواد سرطان زا با دیواره روده می شود و نیز مواد سرطان زا با فیبرها ترکیب و بدون جذب شدن از بدن خارج می شوند.

۲. حاوی آنتی اکسیدان ها هستند که از سلول های روده محافظت می کنند. مواد سرطان زای تولید شده در بدن را از بین می برند و تکثیر سلول های سرطانی را کاهش می دهند.

چاقی با افزایش خطر سرطان همراه است بنابراین برنامه غذایی حاوی مقادیر کم چربی (به خصوص چربی های حیوانی) و فعالیت بدنی مناسب در برنامه روزانه توصیه می شود تأثیر مصرف چربی در بروز سرطان هم به نوع و هم به مقدار چربی مصرفی بستگی دارد. بهتر است بیشتر از نوع گیاهی مثل روغن زیتون استفاده شود. برنامه غذایی غنی از غلات و حبوبات کامل (با پوست) در پیشگیری از سرطان موثر است.

ویتامین ها

در بررسی های متعدد اثر حفاظتی ویتامین های **A-E-C-D** در پیشگیری از سرطان به اثبات رسیده است.

A ویتامین: ویتامین آ و مشتقات آن از عوامل پیشگیری کننده سرطان هستند. منابع غذایی حاوی ویتامین آ عبارتند از جگر- هویج- اسفناج- کدو- زردآلو- شیر- زرده تخم مرغ- پنیر- کره- پرتقال- سیب- مارگارین

E ویتامین: یک آنتی اکسیدان قوی است. منابع غذایی آن عبارتند از: روغن- جوانه گندم- روغن بادام- روغن ذرت- روغن آفتابگردان

C ویتامین: منابع غذایی حاوی این ویتامین عبارتند از: کلم بروکلی- مرکبات- توت فرنگی- کیوی- گوجه فرنگی- کلم- فلفل

D ویتامین: منابع غذایی این ویتامین عبارتند از: روغن کبد ماهی- کره- خامه- زرده تخم مرغ- جگر- ماهی

چند توصیه غذایی را جدی بگیرید:

- غذاها را به شکل سالم تهیه و نگهداری نمایید.
- ✓ روش تهیه مواد غذایی اهمیت زیادی دارد به دلیل این که می تواند باعث ورود عوامل سرطان زا به غذا شود این عوامل به خصوص در هنگام سرخ کردن غذا و یا دودی کردن گوشت و یا استفاده از زغال ایجاد می شود.
- غذاهای فاسد شدنی را در یخچال نگهداری نمایید.

- غذاهای نیم سوخته و سوخته مصرف نکنید (کباب سوخته، جوجه کباب سوخته، نان سوخته، ته دیگ سوخته، سیبزمینی سرخ کرده سوخته، حلوائ سوخته)
- تا حد امکان از مصرف غذای پخته که به مدت زیاد مانده خودداری کنید.
- میوه‌ها و سبزی‌ها را برای حفظ خواص ویتامینی در یخچال نگهداری نمایید.
- انواع گوشت را به طور کامل مغز پخت بپزید یا بخارپز نمایید.
- از روش‌های صحیح پخت مانند بخارپز، پختن ملایم به جای سرخ کردن استفاده کنید.
- از مصرف چای و سایر نوشیدنی‌های بسیار داغ پرهیز کنید.
- انواع غذاهای گیاهی را در برنامه غذایی روزانه خود جای دهید.
- ✓ انواع میوه، آب میوه و سبزی تازه را در برنامه غذایی روزانه خود بگنجانید.
- ✓ از مغزها و حبوبات بیشتر استفاده کنید.
- غذاهای کم چربی و کم نمک میل کنید
- ✓ از انواع لبنیات کم چرب و کم نمک استفاده نمایید.
- ✓ مصرف گوشت قرمز را به کمتر از ۸۰ گرم در روز محدود و مصرف گوشت سفید مثل مرغ و ماهی را جایگزین آن کنید.
- ✓ چربی‌های گیاهی مثل روغن زیتون، کانولا، بادام زمینی را به جای چربی‌های جامد استفاده نمایید.
- ✓ مصرف روغن‌های گیاهی را محدود و کنترل کنید.
- ✓ مصرف غذاهای پر نمک و نمک سفره را کاهش دهید در عوض از انواع چاشنی برای طعم‌دار کردن غذا استفاده کنید.
- مصرف غذاهای صنعتی و فرآوری شده را کاهش دهید.
- ✓ مصرف قند و شکر تصفیه شده را کاهش دهید و به جای آن از کشمش، خرما و توت خشک استفاده کنید.
- ✓ از مصرف زیاد شیرین کننده‌های رژیمی مصنوعی پرهیز کنید.
- ✓ مصرف غذاهای آماده و کنسرو شده را کاهش دهید.
- وزن خود را ثابت نگهدارید و فعالیت بدنی منظم داشته باشید.
- ✓ یک ساعت پیاده‌روی سبک در روز در پیشگیری از سرطان موثر است.
- ✓ از اضافه وزن و لاغری مفرط پرهیز کنید.

✚ اگر سرطان‌ها در مراحل اولیه وزود هنگام تشخیص داده شوند، در یک سوم موارد قابل معالجه و درمان هستند.

سرطان پوست

تعریف پوست

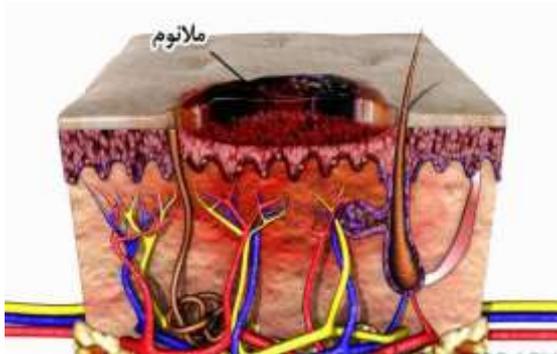
پوست وسیع ترین عضو بدن است که اعضای داخلی را پوشش می دهد و مانند یک سد در برابر برخی عوامل مانند باکتری ها عمل می کند و نیز مانع از دست دادن مقدار زیاد آب و مایعات بدن می شود.

ابتلا به سرطان پوست

ملانوما بدخیم ترین نوع سرطان پوست است و بیشترین مرگ ناشی از سرطان پوست را به خود اختصاص می دهد. نور مستقیم و مستمر خورشید در ایجاد آن مؤثر است.

عوامل افزایش خطر ابتلا به ملانوما

۱. سابقه ابتلا به ملانوما در فرد و خانواده
۲. ضعف سیستم ایمنی به دلیل ابتلا به برخی بیماری ها مانند ایدز و مصرف بعضی داروها (داروهایی که برای پیوند عضو داده می شود).



۳. تعداد زیادی خال های معمولی (بیش از ۵۰ عدد) و خال های غیرطبیعی. این خال ها به تعداد اندک در اکثر افراد وجود داشته و احتمال ملانوما در این گروه خال ها بیشتر است.
۴. اشعه ماورای بنفش و تاول های شدید ناشی از آفتاب سوختگی
۵. رنگ پوست روشن: زیرا این افراد به راحتی دچار کک و مک یا سوختگی می شوند.

تعریف ملانومای بدخیم

- این ملانوما خطرناکترین شکل سرطانی پوست است ممکن است ملانوما از یک خال یا ماه گرفتگی و یا از پوست کک و مکی یا طبیعی شروع می شود. ملانوماها به رنگ های سیاه-قهوه ای و حتی قرمز یا آبی دیده می شود. سطح آن ممکن است پوسته پوسته شود و همراه با خونریزی باشد. چنانچه درمان نشود ممکن است منجر به مرگ شود.

عوامل افزایش خطر

۱. مواجهه زیاد از حد و حفاظت نکردن پوست در مقابل اشعه ماورای بنفش
۲. شغل: رویارویی با برخی ترکیبات مانند آرسنیک یا رادیوم
۳. وراثت
۴. وجود خال های متعدد یا غیر معمول
۵. آفتاب سوختگی های شدید در دوران کودکی

علائم بالینی بیماری

الف) پوسته پوسته شدن، ترشح، خونریزی یا تغییر در ظاهر یک توده یا ندول

ب) انتشار رنگدانه از محل تیره پوست مثل رنگ نقره‌ایی که از لبه خال فراتر رفته
ج) تغییر در محل خارش و درد

د) زخم مزمن یا خال با ویژگی‌های زیر:

۱. وجود هر تغییر در پوست، اندازه یا رنگ خال یا هر جوش یا محل تیره در پوست
۲. یکنواخت نبودن رنگ خال
۳. نامنظم بودن حاشیه خال
۴. قرینه نبودن

۵. اندازه خال بیشتر از ۳/۵ سانتی‌متر (بسیاری از ملانوماها کوچکتر از این اندازه اند بنابراین هر تغییر غیرعادی در خالهای از پیش موجود را به پزشک نشان دهید)

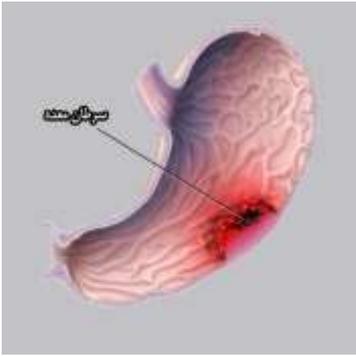
خودآزمایی پوست

به توصیه پزشک پوست خود را به طور مرتب معاینه کنید بهترین زمان معاینه پس از استحمام است پوست خود را زیر نور مناسب اتاق و با استفاده از دو آینه قدی و دستی معاینه کنید ابتدا از مناطقی شروع کنید که خالها و لکه‌های مادرزادی وجود دارند آنها را ببینید و تغییرات جدید به ویژه تغییر در اندازه، شکل، نوع بافت، رنگ خاص و یا وجود زخمی که بهبود نیافته را بررسی کنید:

- روبه‌روی آینه بایستید و صورت، گوش‌ها، گردن و شکم خود را معاینه کنید.
- به پهلو چپ و راست بچرخانید و پهلوها را به دقت نگاه کنید.
- آرنج خود را خم کنید و دست را بالا ببرید و به دقت ناحیه زیر بغل، کف دست، ساعد و بازوها را ببینید.
- در حالت نشسته، به دقت پاهای خود را از ناخن‌های انگشتان پا و فضای بین انگشتان تا ساق پا، زانو و ران نگاه کنید.
- در حالت نشسته، با استفاده از یک آینه دستی پشت، ران و ساق هر دو پا را نگاه کنید.
- در حالت ایستاده، با یک آینه دستی، پشت بدن، باسن و پشت گردن را نگاه کنید.
- استفاده از یک آینه قدی برای مشاهده پشت بدن به کمک یک آینه دستی مفید خواهد بود.

راه‌های پیشگیری

۱. از رویارویی با نور خورشید بین ساعت‌های ۱۱ صبح تا ۴ بعدازظهر خودداری کنید.
۲. در میان روز، حتماً در سایه باشید. زیرا اشعه‌های آفتاب بسیار قوی هستند. زمانی که سایه شما از خودتان کوتاه‌تر است اشعه‌های آفتاب در قوی‌ترین و مخرب‌ترین وضعیت قرار دارند.
۳. با پوشیدن لباس‌های پوشیده و آستین بلند، حتی المقدور از پوست خود محافظت کنید.
۴. با استفاده از کرم‌های ضد آفتاب از پوست خود محافظت کنید و مقدار قابل توجهی از آن «را پس از شنا و تعریق زیاد استفاده کنید. حتی در روزهای مه‌آلود و ابری نیز از ضد آفتاب استفاده کنید.
۵. برای محافظت صورت، گوش‌ها و گردن در برابر نور خورشید از کلاه استفاده کنید.
۶. برای محافظت از چشم‌ها و اطراف چشم‌ها از عینک آفتابی با قدرت جذب ۹۹٪ تا ۱۰۰٪ اشعه ماورای بنفش استفاده کنید.
۷. کاهش چربی برنامه غذایی به کاهش سرطان‌های پوستی منجر می‌شود.



سرطان معده

معده قسمتی از دستگاه گوارش است که به شکل حرف «ل» بوده و از سه لایه تشکیل می‌شود:

۱. لایه مخاطی یا پوشاننده (داخلی‌ترین لایه)
۲. لایه عضلانی (لایه وسطی)
۳. لایه خارجی

سرطان معده از سلول‌های لایه پوشاننده منشأ می‌گیرد و با گسترش به لایه‌های خارجی‌تر پیشروی می‌کند.

عوامل ایجاد کننده و یا افزایش خطر

۱. کمبود ویتامین‌ها به ویژه A و C در برنامه غذایی
۲. برنامه غذایی خاص مشتمل بر غذاهای دودی، گوشت و ماهی نمک سود و ترشیجات
۳. نیتريت و نیترات در گوشت خام، آب آشامیدنی بعضی مناطق و گیاهان خاص
۴. مصرف دخانیات و الکل
۵. اضافه وزن
۶. جنس مذکر
۷. افزایش سن
۸. وراثت
۹. گروه خونی A
۱۰. سابقه جراحی معده مثلاً به علت زخم معده
۱۱. التهاب مزمن معده

علائم بیماری

به علت علائم مهم و غیر اختصاصی اغلب بیماران در مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شوند بیماری‌های دیگر هم ممکن است چنین علائمی را ایجاد کنند.

علائم اولیه

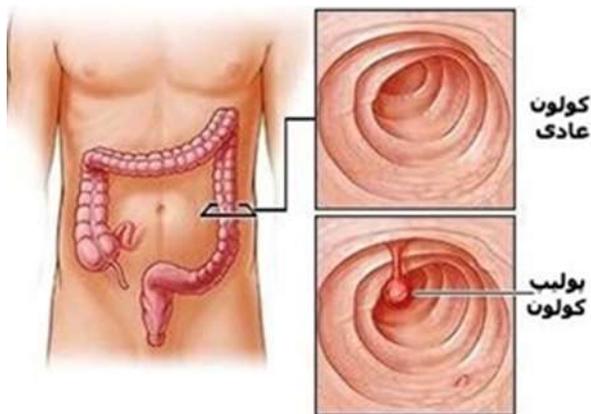
- سوء هاضمه
- تهوع خفیف - کاهش اشتها
- ضعف و خستگی
- احساس نفخ و باد کردن معده پس از غذا
- کاهش وزن
- درد معده
- سوزش سر دل

علائم پیشرفته

- خون در مدفوع
- درد معده
- تجمع مایع در شکم (آسیت)
- کاهش وزن بدون علت توجیه‌پذیر
- استفراغ
- سختی در بلع
- زردی، زرد شدن چشم‌ها و پوست

راه‌های پیشگیری

- حفظ وزن مناسب با ورزش حداقل ۳۰ دقیقه در ۵ روز هفته
- خودداری از مصرف دخانیات و الکل
- استفاده از حداقل ۵ وعده انواع میوه و سبزی در روز (مصرف روزانه این دو ماده خطر سرطان را تا ۵۰٪ کاهش می‌دهد)
- محدودیت مصرف گوشت قرمز یا گوشت‌های فرآوری شده
- استفاده از غلات کامل



سرطان روده بزرگ

بروز سرطان روده بزرگ یک فرآیند چند مرحله ای است و در اثر مجموعه تغییراتی بروز می کند که از غشا یا اپی تلیوم طبیعی داخل روده شروع شده و به سمت تکثیر سلول های غیرطبیعی می رود. در مرحله بعدی زواید قارچ مانند به نام پولیپ آدنوماتوز اتفاق می افتد و سرانجام بدخیمی بروز می کند. چون این فرآیند شامل ایجاد تغییرات ژنتیک متعددی است که

در طول یک دوره چندساله رخ می دهد، برای عوامل مختلف تأثیرگذار بر این فرآیند، فرصت های زمانی زیادی وجود دارد. علت بروز پولیپ و سرطان بیشتر به دلیل شیوه زندگی نامناسب است که ممکن است در یک زمینه ژنتیکی، تأثیرگذاری آنها بیشتر شود اما برخی بیماری های ارثی نیز در درصد اندکی از موارد در ایجاد سرطان روده بزرگ نقش دارند.

اصول خود مراقبتی برای پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان روده بزرگ :

برای آموزش خود مراقبتی به افراد شرکت کننده در برنامه های پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان ها دو اصل مهم باید آموزش داده شود :

۱- راه های پیشگیری از سرطان

- به طور کلی باید به افراد آموزش داده شود که سرطان بر خلاف تصور عام، یک بیماری قابل پیشگیری است به طوری که بیش از ۴۰ درصد سرطان ها قابل پیشگیری اند.
- برای پیشگیری از سرطان روده بزرگ باید بدانیم که علل ایجاد کننده سرطان و راه های دوری کردن از آن کدامند همچنین چه عواملی اثر محافظتی در برابر این سرطان دارند.

۲- علایم هشدار دهنده سرطان

- با شناخت علایم هشداردهنده سرطان روده بزرگ و مراجعه به موقع به خانه ها و پایگاه های بهداشتی می توان ضایعات پیش سرطانی را پیش از تبدیل شدن به سرطان، زودتر تشخیص داد.

عوامل خطر سرطان روده بزرگ و پیشگیری از آن :

یکی از مهمترین اصول اولیه مبارزه با سرطان روده بزرگ، انجام اقدامات پیشگیرانه است بنابراین لازم است در خصوص عوامل خطر ایجاد کننده این سرطان و راه های پیشگیری و کنترل این عوامل آموزش های لازم به بیمار و خانواده وی داده شود.

عوامل خطر سرطان روده بزرگ را می توان به دو دسته غیرقابل اصلاح و قابل اصلاح تقسیم کرد.

عوامل خطر غیرقابل اصلاح عبارتند از:

- افزایش سن
 - سابقه خانوادگی پولیپ یا سرطان روده بزرگ
 - بیماری های ارثی مانند پولیپ های آدنوماتوز فامیلی یا سرطان کولون ارثی بدون پولیپوز
- بنابراین، باید به افراد آموزش داد که اگر فرد مبتلا به سرطان به خصوص در فامیل درجه یک (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان) یا درجه دو (عمه، عمو، خاله، دایی، پدربزرگ یا مادر بزرگ) دارند باید توجه بیشتری به علایم خود داشته باشند و

به ارزیابی های بیشتری از جمله روش های غربالگری نیاز دارند. هر چه تعداد فامیل مبتلا بیشتر و سن ابتلای آنها پایین تر (به خصوص زیر ۵۰ سال) باشد، میزان خطر بیشتر افزایش می یابد.

اما نزدیک به دو سوم افرادی که به سرطان روده بزرگ می شوند، هیچ سابقه خانوادگی ندارند و بسیاری از آنها عوامل خطری دارند که می توان اصلاح کرد به این معنی که یا از این عوامل خطر می توان دوری کرد و یا اگر مانند بیماری التهابی روده بزرگ، اجتناب ناپذیر باشند، می توان با بررسی های دقیق پزشکی، از بروز سرطان روده بزرگ در آنها جلوگیری کرد:

بیماری التهابی روده (IBD):

شامل کولیت اولسراتیو و بیماری کرون، خطر سرطان روده بزرگ را افزایش می دهد و میزان خطر با افزایش طول مدت بیماری التهابی روده بزرگ افزایش می یابد و معمولاً پس از ده سال از شروع بیماری، به بیشترین میزان خود می رسد. با انجام کولونوسکوپی در فواصل مشخص می توان در صورت بروز سرطان در این افراد، آن را زودتر تشخیص داد.



سابقه فردی پولیپ های آدنوماتوز:

در واقع این ضایعات که به نام آدنوم هم نامیده می شوند، پیش زمینه ایجاد سرطان هستند. هر چند بیشتر آدنوماها هیچ وقت بدخیم نمی شوند، اما افرادی که سابقه ای از آدنوماها را دارند، در معرض خطر بالاتر سرطان روده بزرگ هستند. برداشتن این پولیپ ها با کولونوسکوپی، جلوی ایجاد سرطان را می گیرد. اما امکان بروز مجدد پولیپ و حتی سرطان وجود دارد بنابراین باید پس از برداشتن پولیپ، در فواصل منظم کولونوسکوپی تکرار شود.

عوامل خطر قابل اصلاح مربوط به شیوه زندگی :

فعالیت بدنی ناکافی:

هر میزان از فعالیت بدنی می تواند خطر سرطان روده بزرگ را کم کند. ورزش های سنگین مثل دویدن و سبک مثل پیاده روی تند هر دو به سهم خود موثرند حتی اگر در سنین بالای زندگی شروع شوند. ورزش با روش های مختلف از جمله کاهش وزن، کاهش ماندگاری مواد غذایی مضر در دستگاه گوارش، کاهش سطح انسولین خون و در نتیجه کاهش رشد سلول های مخاطی روده، بهبود عملکرد سیستم ایمنی و متابولیسم اسید صفراوی، احتمال سرطان روده بزرگ را کاهش می دهد.

افزایش وزن:

چاقی، به ویژه چاقی دور شکم، یک عامل خطر برای سرطان روده بزرگ محسوب می شود. وزن زیاد با سطوح بالاتری از انسولین و دیگر عوامل رشد مرتبط است که ممکن است در رشد سلول های روده ای، ظهور پولیپ های آدنوماتوز و تغییر

شکل به بدخیمی دخیل باشند. داشتن یک وزن متعادل فواید متعددی را برای سلامتی به همراه دارد. همه افراد باید توصیه شوند که وزنشان را از طریق تعادل در میزان کالری های دریافتی و فعالیت بدنی منظم، کنترل نمایند.

الکل:

حتی اگر روزانه یک بار الکل مصرف شود، خطر سرطان روده بزرگ افزایش می یابد و هر چه میزان مصرف بیشتر شود، خطر سرطان روده نیز بیشتر می شود.

دخانیات:

مصرف دخانیات از جمله سیگار، خطر پولیپ های آدنوماتوز و سرطان روده بزرگ را افزایش می دهد. مواد سرطان زای زیادی در دود سیگار وجود دارند که ممکن است روده بزرگ را از طریق سیستم گردش خون تحت تاثیر قرار دهند و منجر به جهش های سلولی شوند. از زمان شروع مصرف سیگار تا پدیدار شدن افزایش خطر سرطان روده بزرگ، ممکن است سال ها طول بکشد.

گوشت قرمز:

دو مساله در مورد گوشت قرمز می تواند بروز سرطان روده بزرگ را زیاد کند. یکی مقدار مصرف گوشت قرمز است و دیگری نحوه پخت آن. افرادی که روزانه بیش از ۸۰ تا ۹۰ گرم گوشت قرمز مصرف می کنند در مقایسه با مصرف کمتر از ۲۰ گرم در روز، به میزان سی درصد خطر بالاتری برای ابتلا به سرطان روده بزرگ دارند. بنابراین باید تعادل را در مصرف گوشت قرمز رعایت کرد تا ضمن بهره مندی از فواید آن، از ضررهایش دوری کرد. این میزان برای گوشت های فراوری شده مثل سوسیس و کالباس از این هم کمتر است و مصرف بیش از ۵۰ گرم از این گوشت ها خطر سرطان روده بزرگ را افزایش می دهد. یک رژیم غذایی حاوی گوشت قرمز زیاد با تغییر در ترشح اسیدهای صفراوی یا با افزایش غلظت آهن مدفوع و تولید رادیکال های هیدروکسیل خطر سرطان را افزایش می دهد. در مورد نحوه پخت هم، اگر گوشت را در دمای بسیار زیاد آماده کنیم به ویژه در زمان کباب کردن یا درست کردن همبرگر، خطر سرطان بالاتر می رود. مواد سرطان زایی مثل آمین های هتروسیکلیک و هیدروکربن های آروماتیک چند حلقه ای که سرطان زا هستند، در طی پخت گوشت در دماهای بالا تولید می شوند.

مصرف کم میوه و سبزیجات:

سبزیجات نه تنها به محافظت در برابر سرطان کمک می کنند، بلکه خطر دیگر بیماریهای مزمن را نیز کاهش می دهند از جمله بیماری های قلبی و سکتته مغزی. سبزیجاتی مثل کلم بروکلی و گل کلم، اسفناج و کرفس دارای ترکیباتی از جمله آنتی اکسیدان، اسید فولیک و فیبر هستند که می تواند خطر سرطان را کاهش دهد. بعضی از داروها از جمله مصرف آسپرین و داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی نیز اثرات محافظتی در برابر ابتلا به سرطان روده بزرگ دارند.

بنابراین طبق اصول خود مراقبتی، باید به همه افراد حتی افراد با سابقه مثبت خانوادگی، در خصوص عوامل خطر سرطان روده بزرگ و دوری از آنها، آموزش های لازم داده شود.

سرطان روده بزرگ و تشخیص زودهنگام آنها:

دومین اصل خود مراقبتی، شناخت علائم مشکوک سرطان روده بزرگ و توجه به آنهاست. به هر حال عده ای در طی زندگی دچار سرطان روده بزرگ می شوند اما همانطور که گفته شد، از آنجایی که ضایعه پیش سرطانی به نام پولیپ، قبل

از بروز سرطان در روده رشد می کند می توان با شناسایی علائم مشکوک پولیپ و یا حتی سرطان در مراحل اولیه، جلوی بروز این بیماری را گرفت و آن را درمان کرد. پس لازم است در مورد علائم هشدار دهنده بروز سرطان روده بزرگ و نحوه برخورد و اقدامات اولیه در صورت بروز علائم به بیمار و اطرافیان وی آموزش های لازم داده شود.

مهمترین علائم مشکوک سرطان روده بزرگ عبارتند از:

- خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر
 - یبوست در طی یک ماه اخیر (با یا بدون اسهال، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج)
 - منظور از یبوست، سختی و کاهش تعداد دفعات دفع مدفوع و یا دفع مدفوع خشک است که در طی یک ماه اخیر ایجاد شده باشد. ممکن است بیمار احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج را نیز ذکر کند.
 - منظور از اسهال، افزایش در تعداد دفعات مدفوع است که در طی یک ماه اخیر ایجاد شده است که ممکن است به تنهایی یا به صورت متناوب با یبوست باشد.
 - کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه همراه با یکی از علائم فوق
- باید به افرادی که در برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری شرکت می کنند، آموزش داد که اگر در فواصل برنامه های تشخیص زودهنگام و غربالگری نیز، این علائم را داشتند زودتر مراجعه کنند. البته در عین حال باید به افراد آموزش داد که بیشتر افرادی که این علائم را دارند سرطان ندارند ولی باید بررسی های بیشتری انجام دهند.

شیوه های تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ :

انواع روش ها برای تشخیص زودهنگام سرطان روده بزرگ به کار می روند که در اینجا فقط به برخی از آن ها اشاره می شود از جمله آزمایش خون مخفی در مدفوع به روش ایمونوشیمی (IFOBT) و کولونوسکوپی.



آزمایش خون مخفی در مدفوع به روش ایمونوشیمی (FIT یا IFOBT)

پولیپ و سرطان کولون گاهی خونریزی می کنند که سبب ایجاد خون در مدفوع می شود اما این خون آنقدر کم است که با چشم دیده نمی شود بلکه باید با انجام آزمایش آن را تشخیص داد. با آزمایش خون مخفی در مدفوع می توان مقادیر ناچیز و نادیدنی خون را در مدفوع شناسایی کرد که به آن تست خون مخفی در مدفوع (FOBT) گفته می شود اما یکی از مشکلات این آزمایش این است که اگر در طی روزهای پیش از آزمایش، آسپرین یا مواد غذایی مثل چغندر مصرف کرده باشیم ممکن است تست به صورت کاذب مثبت شود. هم چنین این آزمایش را باید سه بار تکرار کرد تا نتیجه مطلوب به دست آید. در عوض تست دیگری وجود دارد به نام تست خون مخفی در مدفوع به روش ایمونولوژیک (iFOBT) که به صورت کاذب با مواد گفته شده مثبت نمی شود، نیاز به سه بار تکرار ندارد و به سادگی در خانه بهداشت، مطب و کلینیک قابل انجام است. مزیت مهم این روش آن است که نتایج بر خلاف روش های قدیمی اندازه گیری خون مخفی یا FOBT تحت تأثیر رژیم غذایی بیمار قرار نمی گیرد.

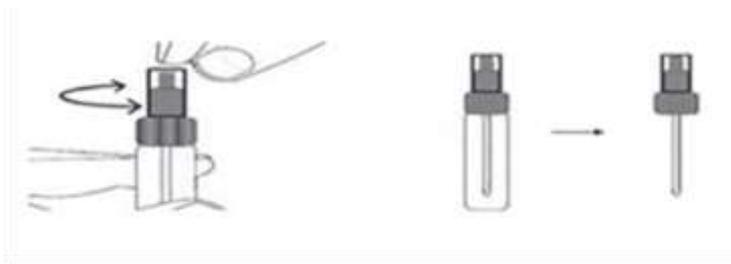
محتویات و شرایط نگهداری :

هر بسته کیت شامل ظرف جمع آوری مدفوع حاوی بافر استخراج، بسته کاست مورد استفاده برای انجام تست (حاوی یک عدد کاست و ماده جاذب رطوبت) و دستورالعمل استفاده از کیت است. تست های بسته بندی شده در دمای اتاق یا

یخچال (۲ تا ۳۰ درجه سانتیگراد) قابل نگهداری هستند. تست‌ها تا تاریخ چاپ شده بر روی بسته بندی پایدار بوده و پس از آن قابل مصرف نیستند. توجه نمایید که از یخ زدن تست‌ها باید جلوگیری شود.

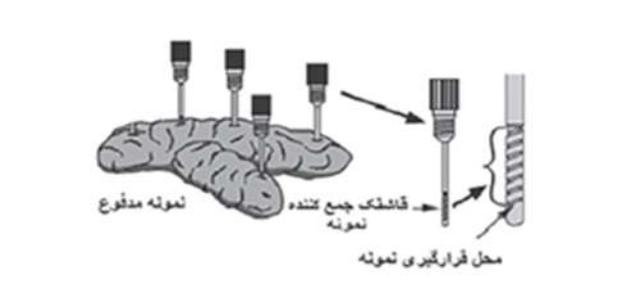
نمونه گیری توسط بیمار (مراجعه کننده) :

- بخش اول این آزمایش توسط خود فرد مراجعه کننده قابل انجام است بنابراین باید برای به دست آمدن بهترین پاسخ، شیوه نمونه گیری توسط بهورز یا مراقب سلامت، به درستی به فرد آموزش داده شود.
- برای جمع آوری درست نمونه، بیمار باید از محل تجمع مدفوع نمونه برداری کند که می تواند از ظرف جمع آوری نمونه باشد (که توسط بهورز یا مراقب سلامت به بیمار ارائه می‌گردد) یا از داخل کاسه توالت. در صورت نمونه برداری از کاسه توالت، کف توالت باید کاملاً شسته و عاری از مواد شوینده و پاک کننده باشد. ترجیحاً بهتر است دو بار سیفون کشیده شود یا مقداری آب قبل از دفع مدفوع ریخته و کاسه توالت شسته شود.
- لوله جم آوری نمونه را بصورت ایستاده نگهداشته و درپوش آن را باز نموده و قسمت میله متصل به درب ظرف (قاشقک درون آن) بیرون آورده شود.



نحوه باز کردن لوله جمع آوری نمونه

- قسمت میله متصل به درب ظرف (قاشقک جمع کننده نمونه) را مطابق شکل زیر دست کم در ۴ جای مختلف از نمونه مدفوع فرو کرده و به اندازه یک عدس از مدفوع را برداشته و به داخل لوله منتقل گردد.



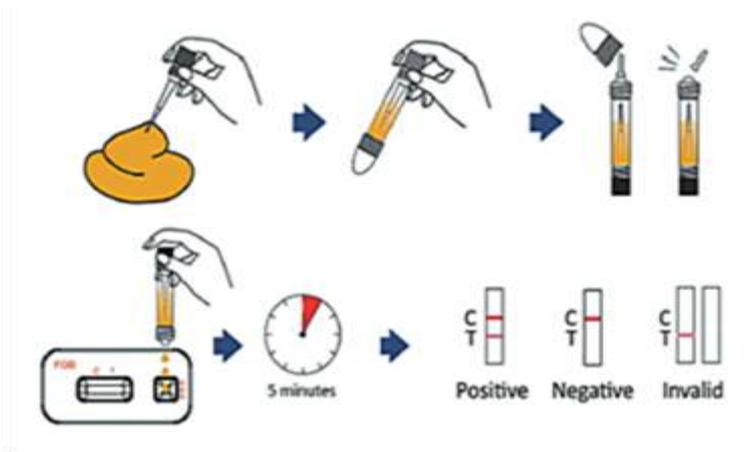
نحوه نمونه برداری از مدفوع

- سپس قسمت میله متصل به درب ظرف را دوباره به جای خود برگردانده و بر روی ظرف می بندد.
- پس از آن ظرف را چند بار تکان می دهد تا نمونه مدفوع با بافر استخراج موجود در لوله به خوبی مخلوط گردد.
- این ظرف توسط بهورز تحویل گرفته می شود.
- نمونه آماده شده را می توان تا ۶ ماه در دمای منفی ۲۰ درجه سانتیگراد نگهداری کرد.

شیوه انجام آزمایش توسط بهورز :

- قبل از انجام آزمایش لازم است دمای کاست تست (کیت)، لوله جمع کننده نمونه و نمونه مورد آزمایش و یا نمونه کنترل به دمای اتاق (۱۵ تا ۳۰ درجه سانتیگراد) برسد.

نکته:



• بهترین نتایج زمانی حاصل می شود که سنجش تا ۶ ساعت بعد از نمونه گیری انجام شود.

• کاست تست (کیت) از بسته بندی خارج گردد.

• بهورز ، قسمت زائده سر ظرف پلاستیکی را می شکنند و از مایع داخل ظرف ۲ قطره بر روی چاهک کاست (کیت) می چکانند.

• در این زمان، تایمر روشن شود. بعد از ۵ دقیقه باید کیت مورد نظر را بررسی کند. در صورتی که کیت بعد از ۱۰ دقیقه بررسی شود ارزشی نخواهد داشت.

تفسیر نتایج آزمایش توسط بهورز :

نمای کیت	نتیجه تست	بعد از ۵ دقیقه	*
	مثبت +	علامت به صورت دو خط در کنار حروف C و T شدت رنگ در ناحیه تست (T) با توجه به غلظت خون (هموگلوبین انسانی) موجود در نمونه متفاوت است، بنابراین وجود هاله‌ای از رنگ نیز در این منطقه مثبت تلقی می‌شود.	۱
	منفی -	علامت به صورت یک خط در کنار حرف C	۲
	نامعتبر X	علامت به صورت یک خط در کنار حرف T	۳

کنترل کیفیت :

• ظهور خط رنگی در ناحیه (C) کنترل داخلی این تست است. تشکیل این خط رنگی نشان دهنده‌ی حجم مناسب نمونه، حرکت صحیح نمونه بر روی غشا و صحت انجام تست است.

- کنترل های استاندارد به همراه تست فراهم شده است. توصیه می شود جهت تایید تست و مراحل انجام آن به صورت ادواری از یک نمونه کنترل مثبت و یک نمونه کنترل منفی استفاده شود.
- نمونه کنترل می بایست در یخچال نگهداری شود و برای مدت یک ماه پایدار است.
- **موارد احتیاط:** پیش از تحویل لوله جمع آوری نمونه، بر چسب روی آن نام و نام خانوادگی مراجعه کننده و تاریخ تحویل ظرف را با استفاده از خودکار یا ماژیک درج نموده و به مراجعه کننده داده شود.
- به مراجعه کنندگان یاد آوری شود که نمونه تهیه شده در کوتاه ترین زمان برای آزمایش تحویل گردد.
- به محض دریافت نمونه مشخصات بیمار در لیست ارائه شده در قالب این برنامه درج گردد.
- حداکثر **زمان نگهداری** نمونه جمع آوری شده در ظرف نمونه گیری **۴۸ ساعت** در دمای **اتاق** است.
- لذا آزمون می بایست ظرف این مدت انجام شده باشد. در غیر اینصورت وجود خون (هموگلوبین) در مقادیر پایین ممکن است به درستی تشخیص داده نشود. بنابراین اگر به هر علت انجام آزمایش به تاخیر بیفتد، لازم است نمونه ها در یخچال (دمای ۲-۸ درجه سانتیگراد) نگهداری شود.
- حداکثر مدت **زمان نگهداری** در **یخچال** تا **۴ روز** است.
- نمونه آماده شده را نیز می توان تا **۶ ماه** در دمای **منفی ۲۰** درجه سانتیگراد نگهداری کرد.
- از کیت بعد از گذشتن تاریخ مصرف مندرج در روی بسته بندی، استفاده نشود.
- کیت سنجش تا هنگام استفاده باید در بسته بندی نگهداری شود.
- ماده جاذب رطوبت بایستی در بسته بندی کاست وجود داشته باشد. در غیر اینصورت از آن کاست برای انجام آزمایش استفاده نشود.
- تمام نمونه ها باید عفونی در نظر گرفته شود و کلیه اصول ایمنی جهت جابجایی، استفاده و حذف آنها رعایت شود.

کولونوسکوپی:

- در بین روش های مختلف غربالگری، کولونوسکوپی بهترین و مطمئن ترین روشی است که اجازه می دهد پزشک متخصص، داخل روده بزرگ را به طور کامل و تا آخر ببیند. قدرت تشخیصی این روش بسیار بالاست و تقریباً همه پولیپ ها و موارد سرطان روده را با کولونوسکوپی می توان تشخیص داد اما همانطور که در ادامه توضیح داده می شود، انجام کولونوسکوپی آسان نیست بنابراین صرفاً در افراد با علائم مشکوک و یا دارای پاسخ مثبت آزمایش **FIT** انجام می شود. پس از اینکه شما فرد مشکوک را مطابق دستورالعمل به پزشک شبکه ارجاع دادید و او نیز تایید کرد فرد در معرض خطر سرطان روده بزرگ است، این فرد به سطح دو خدمت یعنی بیمارستان های عمومی یا مراکز تیپ یک سرطان ارجاع داده می شود و پس از ویزیت متخصص داخلی (گوارش)، تحت کولونوسکوپی قرار می گیرد.

برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ در ایران: سطح یک

- در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت بیماران مشکوک یا مبتلا به سرطان یا ضایعات پیش بدخیم روده بزرگ و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است. مشخصات تمامی افراد ۵۰ تا ۶۹ سال که برای ارزیابی فراخوان شده اند را در فرم ارزیابی اولیه ثبت کنید. در صورتی که سن فردی زیر ۵۰ یا بالای ۶۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل مشکلات گوارشی مراجعه کند، مشخصات او را نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل زیر بررسی کنید:

ارزیابی های زیر را انجام دهید و در سامانه (فرم ارزیابی اولیه) ثبت کنید:

- خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر داشته اید؟
- یبوست طی یک ماه اخیر (با یا بدون اسهال در طی یک ماه اخیر، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج) داشته اید؟
- کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه اخیر داشته اید؟
- آیا سوابق خانوادگی زیر را دارید؟
- سابقه سرطان یا آدنوم روده بزرگ در فامیل درجه یک را دارید؟ (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان)
- سابقه سرطان روده بزرگ در فامیل درجه دو که در سن زیر پنجاه سال بروز کرده باشد را دارید؟ (عمه، عمو، خاله، دایی، مادر بزرگ و پدر بزرگ)
- آیا سابقه فردی بیماری های زیر را دارید؟
- سابقه سرطان روده بزرگ در گذشته
- سابقه آدنوم روده بزرگ در گذشته
- سابقه بیماری التهابی روده بزرگ (IBD) (بیماری کرون یا کولیت اولسروز)
- برای فرد تست خون مخفی در مدفوع را انجام دهید.

تصمیم گیری و اقدام :

- در صورتی که پاسخ هر یک از موارد بالا یا تست خون مخفی در مدفوع مثبت بود به پزشک ارجاع دهید.
- در صورتی که همه موارد و نتیجه تست منفی باشد، توصیه می شود پس از ۲ سال جهت ارزیابی مجدد مراجعه کند.
- در همه موارد اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده می شود. (مطابق بسته آموزشی بهورز)

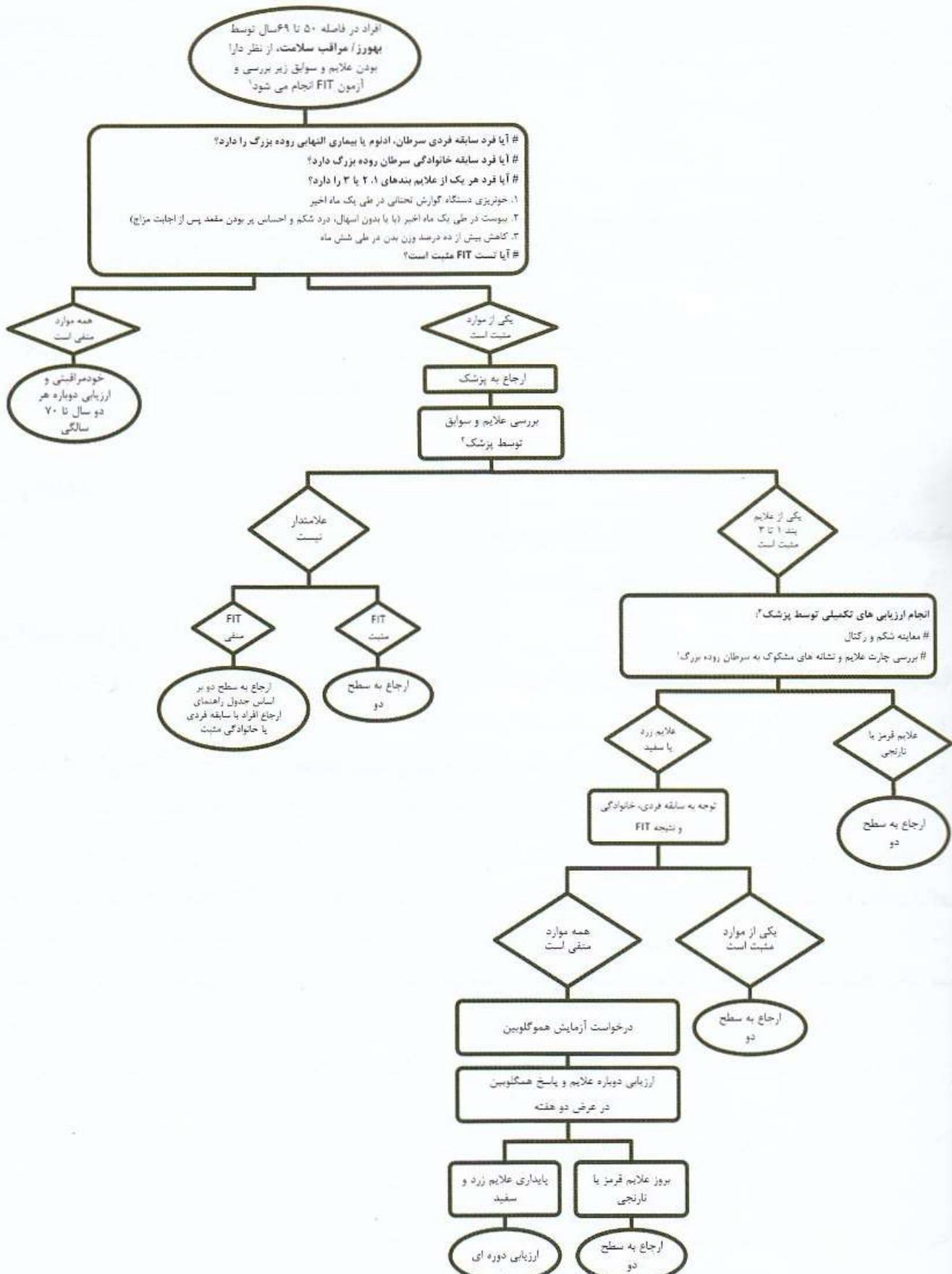
پیگیری و مراقبت بیماران :

- افرادی که به پزشک ارجاع و ارزیابی های کامل تری می شوند برای پیگیری های دوره ای باید مطابق شرایط به صورت دوره ای ارزیابی شوند.
- در صورتی که فردی دارای سابقه فردی یا خانوادگی نبود، علامتدار نبود و تست FIT نیز منفی بود، زمان فراخوان بعدی ۲ سال بعد خواهد بود.
- اگر فرد صرفاً به دلیل تست FIT مثبت به پزشک ارجاع شده باشد، زمان ارجاع بعدی توسط سطح دو مشخص می شود.
- اگر فرد صرفاً به دلیل علائم مثبت به پزشک ارجاع شده باشد، زمان ارجاع بعدی توسط سطح دو و پزشک سطح یک مشخص می شود.
- دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع را پیگیری و پسخوراند آن ها را بررسی کنید.
- مشخصات افراد دارای سرطان روده بزرگ تایید شده را ثبت نمایید.
- گزارش غربالگری طبق دستورالعمل برنامه را ارائه دهید.
- در ارزشیابی و بررسی های مرتبط با بیماری سرطان روده بزرگ همکاری نمایید.

جدول راهنمای برنامه تشخیص زود هنگام و غربالگری روده بزرگ

ارزیابی	طبقه بندی	تصمیم گیری
<p>الف : شرح حال</p> <ul style="list-style-type: none"> • بررسی علائم ۱- خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر داشته اید؟ ۲- یبوست در طی یک ماه اخیر (با یا بدون اسهال در طی یک ماه اخیر، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج) داشته اید؟ ۳- کاهش بیش از ۱۰٪ وزن بدن در طی شش ماه اخیر داشته اید؟ • بررسی سابقه خانوادگی ۱- سابقه خانوادگی سرطان یا آدنوم روده بزرگ در فامیل درجه یک دارید؟ (پدر، مادر، خواهر، برادر یا فرزندان) ۲- سابقه سرطان روده بزرگ در فامیل درجه دو که در سن زیر ۵۰ سال بروز کرده باشد دارید؟ (عمه، عمو، خاله، دایی، مادر بزرگ و پدر بزرگ) • بررسی سابقه فردی ۱- سابقه فردی آدنوم روده بزرگ در گذشته ۲- سابقه بیماری التهابی روده بزرگ (IBD) (بیماری کرون و کولیت اولسر) <p>ب : انجام تست خون مخفی در مدفوع (FIT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • دارا بودن همه موارد زیر : - بدون علامت - سابقه خانوادگی منفی - سابقه فردی منفی - تست خون مخفی در مدفوع (FIT) منفی 	<ul style="list-style-type: none"> - اصول خود مراقبتی به فرد آموزش داده شود. - توصیه شود پس از ۲ سال جهت ارزشیابی مجدد مراجعه کند. - توصیه شود در صورت داشتن مشکلات گوارشی در فواصل معاینات مراجعه کند.
	<ul style="list-style-type: none"> • دارا بودن یکی از موارد زیر : - علامت دار - سابقه خانوادگی مثبت - سابقه فردی مثبت - تست خون مخفی در مدفوع (FIT) مثبت 	<ul style="list-style-type: none"> - فرد به پزشک ارجاع داده شود. - اصول خود مراقبتی به فرد آموزش داده شود.

فلو چارت تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ



توجه :

- -در صورتی که سن فردی زیر ۵۰ سال یا بالای ۶۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل مشکلات گوارشی مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل بررسی شود.
- ۲-پزشک در صورت هرگونه تردید در خصوص نتیجه تست **FIT** که توسط بهورز انجام شده است ، خود باید با کیت مشابه تست را تکرار کند و به آزمایشگاه ارجاع ندهد.
- ۳-اگر فردی آزمایش هموگلوبینی به همراه داشته باشد که در طی یک ماه اخیر انجام شده باشد ، نیازی به تکرار آزمایش هموگلوبین نیست .

سرطان مری

مری لوله‌ای عضلانی است که دهان را به معده وصل و غذا را به معده هدایت می‌کند. دیواره مری چند لایه دارد که سرطان مری از داخلی‌ترین لایه شروع می‌شود و به لایه‌های خارجی‌تر گسترش می‌یابد.

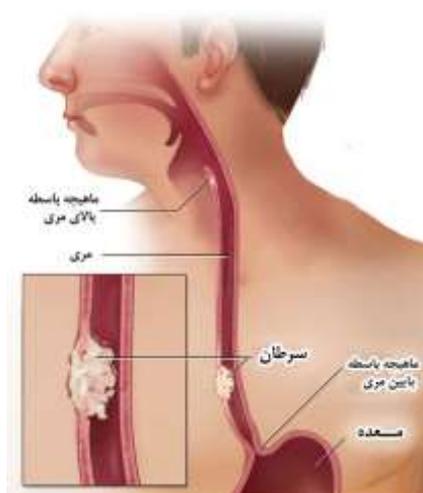
در بالاترین نقطه مری عضله خاصی به نام اسفنکتر برای عبور غذا و مایعات وجود دارد؛ همچنین در پایین‌ترین قسمت مری اسفنکتر دیگری برای ورود غذا از مری به معده و ممانعت از برگشت اسید و مایعات به داخل مری وجود دارد. زمانی که مایعات معده به مری می‌رسد، احساس سوزش سر دل خواهیم داشت که به آن ریفلاکس گفته می‌شود. ریفلاکس طولانی مدت اسید معده به داخل مری باعث تغییر سلول‌های انتهایی مری می‌شود که این سلول‌های تغییر یافته مستعد تبدیل به سلول‌های سرطانی هستند.

عوامل افزایش خطر

علت دقیق ابتلا به سرطان مری مشخص نمی‌باشد ولی بعضی عوامل وجود دارند که احتمال ابتلا به این بیماری را افزایش می‌دهند:

الف) عوامل خطر قابل کنترل:

۱. مصرف دخانیات
۲. مصرف الکل
۳. اضافه وزن
۴. مواد شیمیایی: کاربرد مواد شیمیایی در خشکشویی احتمال ابتلا به این سرطان را بسیار بالا می‌برد.
۵. مواد قلیایی: این مواد در شوینده‌های بسیار قوی وجود دارد که ممکن است سلول‌ها را بسوزاند و تخریب کند.
۶. عادات غذایی نامناسب (پر خوری، نوشیدنی‌های بسیار داغ، آلودگی برخی مواد غذایی، مثل ذرت آلوده به قارچ و مصرف غذاهای دودی و...)



ب) عوامل خطر غیر قابل کنترل:

۱. سن
۲. جنس (مذکر)
۳. نژاد

علائم بالینی

- اختلال بلع: شایع‌ترین علامت سرطان مری است و بیمار احساس می‌کند که غذا در قفسه سینه‌ی او گیر کرده است.
- درد: درد میانه قفسه سینه، احساس فشار یا سوزش و درد موقع بلع
- کاهش وزن: به علت اختلال در بلع و کاهش اشتها ایجاد می‌شود.
- ناهنجاری در صدا، سسکسه و پنومونی

راه‌های پیشگیری

در حال حاضر هیچ روش مطمئنی برای پیشگیری از سرطان مری وجود ندارد و با اجتناب از عوامل خطر قابل کنترل می‌توان خطر ابتلا به آن را کاهش داد.

Prostate Cancer

سرطان پروستات

تعریف پروستات

پروستات غده‌ای است که فقط در مردان وجود دارد. این غده دقیقاً زیر مثانه و جلوی راست روده است. لوله‌ی عبور ادرار (میزنای) از میان پروستات می‌گذرد. پروستات سلول‌هایی دارد که مقداری از مایع منی را می‌سازد با رشد و بلوغ، پروستات هم رشد می‌کند و اگر میزان هورمون مردانه کم باشد به اندازه‌ی کافی رشد نخواهد کرد.

عوامل افزایش خطر

دقیقاً معلوم نیست که چه عواملی منجر به سرطان پروستات می‌شوند، ولی بعضی عوامل خطر، احتمال ابتلا به این

بیماری را افزایش می‌دهند:

۱. افزایش سن: بیشتر در مردان بالای ۶۵ سال دیده می‌شود.
۲. نژاد: مصرف دخانیات
۳. وراثت
۴. عادات غذایی نامناسب

علائم بالینی

در مرحله‌ی اولیه (زودرس): بیمار اغلب هیچ علامتی نداشته و از طریق معاینه داخل مقعدی پی به وجود آن برده می‌شود.

در مرحله‌ی پیشرفته بیماری: بیمار دارای اختلال جنسی (ناتوانی جنسی)، خون در ادرار، درد ستون فقرات، لگن،

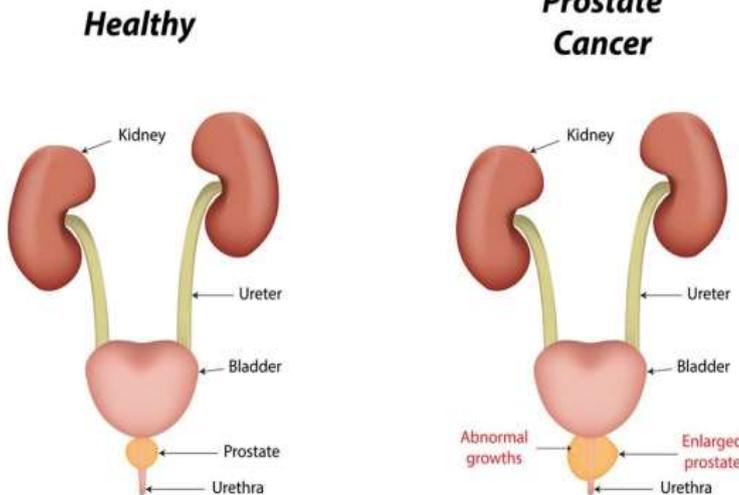
دنده و استخوان‌های دیگر، ضعف، خستگی و بی‌حسی پاها و کف پاها، کاهش کنترل ادرار و مدفوع، اختلال در جریان ادرار مانند: تأخیر در شروع ادرار، تخلیه ناکامل و کاهش جریان ادرار.

البته بیماری‌های دیگر هم می‌توانند چنین علائمی ایجاد کنند و این علائم مختص سرطان پروستات نیست.

راه‌های پیشگیری

یک عامل خطر تغییرپذیر برنامه غذایی است. با خوردن کمتر گوشت و چربی و مصرف بیشتر انواع سبزی و میوه (گوجه

فرنگی، گریپ فروت، هندوانه) و دانه‌ها می‌توان خطر سرطان پروستات را کاهش داد.



سرطان مثانه

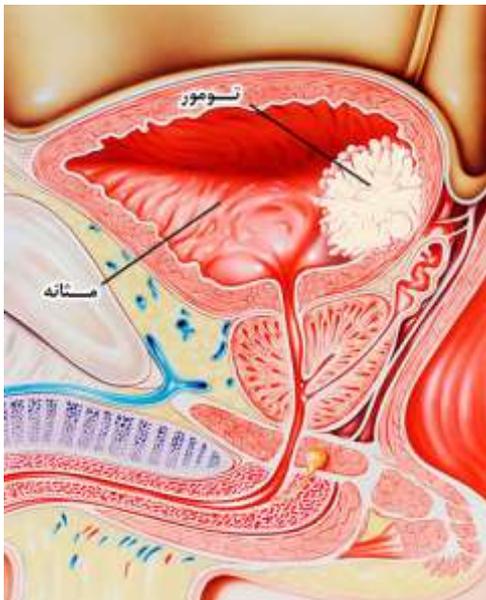
مثانه یک عضو توخالی در پایین شکم است که ادرار و مواد زایدی که از تصفیه خون در کلیه‌ها تولید می‌شود در آن جمع می‌شود. این ادرار از طریق دو کلیه و دو لوله به نام میزنای به مثانه وارد و توسط لوله دیگری به نام پیشابراه از مثانه خارج می‌شود.

نحوه ابتلا به سرطان مثانه

سرطانی که محدود به لایه داخلی مثانه است سرطان سطحی نامیده می‌شود در مواردی که سلول‌های سرطانی از طریق لایه داخلی مثانه گسترش یافته و به دیواره عضلانی مثانه هجوم می‌برند سرطان مهاجم نامیده می‌شوند. سرطان مهاجم ممکن است از دیواره مثانه رشد کند و به اعضای نزدیک مانند گره‌های لنفاوی منتشر شود.

عوامل افزایش خطر

۱. مصرف دخانیات: عامل اصلی ابتلا به این بیماری است.
۲. تماس‌های شغلی: کارگران بعضی مشاغل به علت قرارگرفتن در مجاورت مواد سرطان‌زا امکان زیادی برای ابتلا به سرطان مثانه دارند. خطر ابتلا در کارگران صنایع چرم، ماشین‌سازی، لاستیک‌سازی، نساجی، چاپگرها، نقاشان، شیمی،



رانندگان کامیون و آرایشگران بیشتر دیده می‌شود.

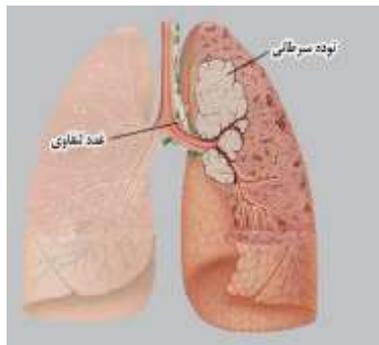
علاوه بر آن عواملی مانند افزایش سن، نقایص مادرزادی مثانه، عفونت‌های مزمن مثانه، وراثت، مصرف کم مایعات، شیمی درمانی و رادیوتراپی و مقادیر بالای آرسنیک در آب آشامیدنی نیز از عوامل مؤثر هستند.

علائم بالینی

۱. وجود خون در ادرار (اندکی کهنه و به رنگ قرمز تیره)
 ۲. درد هنگام ادرار کردن
 ۳. تکرار ادرار یا احساس دفع ادرار بدون ادرار کردن
- وجود این علائم به معنی حتمی سرطان نیست. و بیماری‌های دیگر هم ممکن است این علائم را ایجاد نمایند.

پیشگیری

لازم به یادآوری است که پژوهشگران در جستجوی کشف عامل سرطان مثانه هستند. و در حال حاضر راه پیشگیری برای آن مشخص نشده است.



سرطان ریه

تعریف ریه

ریه اعضای اسفنجی شکل درون قفسه سینه هستند. ریه راست از ریه چپ بزرگتر است (به خاطر فضای اشغال شده توسط قلب در سمت چپ). ریه‌ها هوا را به داخل و خارج بدن هدایت می‌کنند. به این صورت که اکسیژن را جذب و دی‌اکسید کربن را به عنوان ماده‌ی زائد دفع می‌کنند.

چگونگی ابتلا به سرطان ریه

برای ظهور سرطان ریه نیاز به سال‌های زیادی است، ابتدا مکان‌هایی با تغییرات پیش سرطانی ایجاد می‌شود که این تغییرات توده یا تومور نیست و در رادیوگرافی قفسه سینه نیز دیده نمی‌شود. این مکان‌های پیش سرطانی تا تبدیل به سرطان واقعی پیش می‌روند و مواد شیمیایی از خود تولید می‌کنند که به تشکیل عروق خونی جدید در آن اطراف منجر می‌شوند. این عروق مسئول تغذیه سلول‌های سرطانی و شکل‌گیری سرطان می‌شوند. کم‌کم تومور به حدی بزرگ می‌شود که در رادیوگرافی قابل دیدن است و زمانی سرطان ریه اتفاق می‌افتد که سلول‌های سرطانی به سایر نقاط بدن پخش شده اند (متاستاز).

عوامل ایجاد کننده سرطان ریه

۱. مصرف دخانیات: سیگار کشیدن اصلی‌ترین عامل خطر و علت ۸ تا ۱۰ نوع سرطان ریه است. هرچه تعداد نخ سیگار و مدت زمان کشیدن آن بیشتر باشد خطر ابتلا بیشتر است. اگر فردی پیش از ظهور سرطان ریه اقدام به ترک نماید بافت ریه به آهستگی طبیعی خواهد شد. ترک سیگار در هر سنی خطر ابتلا به سرطان ریه را کاهش می‌دهد.
 ۲. آلودگی هوا: در بعضی شهرها آلودگی هوا خطر سرطان ریه را افزایش می‌دهد ولی خطر آن از سیگار کشیدن کمتر است.

- ۳. آرسنیک
- ۴. آزبستوز
- ۵. رادون: (نوعی اشعه رادیو اکتیو)
- ۶. ماری جوانا
- ۷. اشعه درمانی ریه
- ۸. وراثت
- ۹. برنامه غذایی نامطلوب

علائم بالینی

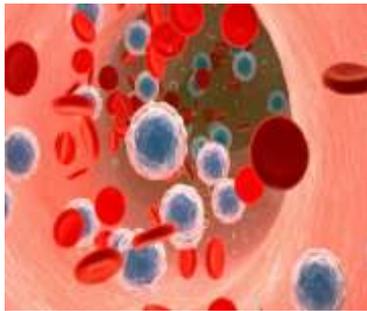
- ۱. سرفه‌های مزمن
- ۲. تنگی نفس
- ۳. ناهنجاری در صدا
- ۴. کاهش وزن
- ۵. کاهش اشتها
- ۶. خلط خونی یا خاکستری
- ۷. درد قفسه سینه که بانفس عمیق، سرفه یا خنده بیشتر می‌شود.
- ۸. عفونت‌هایی مثل برونشیت راجعه و پنومونی مکرر

راه‌های پیشگیری

- بهترین راه پیشگیری ترک سیگار است.
- از قرار گرفتن افراد در هوای آلوده به دود سیگار خودداری شود.
- برنامه غذایی حاوی میوه زیاد و سبزی به پیشگیری کمک می‌کند.

سرطان خون

تعریف مغز استخوان و خون وبافت لنفاوی



مغز استخوان: قسمت داخلی نرم بعضی از استخوان‌ها مانند جمجمه، شانه، دنده‌ها، لگن و استخوان‌های پشت است که از سلول‌های تشکیل دهنده خون، چربی و بافت‌های حمایتی تشکیل می‌شود. سلول‌های اصلی خونساز (هماتوپوئیتیک) در مغز استخوان وجود دارد که به طور مرتب سلول‌های جدید ایجاد می‌کنند سلول‌های خونی ۳ دسته هستند: سلول‌های قرمز خون سلول‌های سفید خون و پلاکت‌ها.

الف) سلول‌های قرمز خون حاوی هموگلوبین هستند که اکسیژن را از ریه‌ها به بافت‌های دیگر بدن و دی‌اکسید کربن را از بافت‌ها به ریه‌ها برمی‌گردانند.

ب) پلاکت‌ها: پلاکت‌ها تکه‌هایی از نوعی سلول مغز استخوان هستند که در ترمیم نواحی آسیب دیده رگ‌های خونی به علت بریدگی یا کبودی اهمیت دارند.

ج) سلول‌های سفید خون: سلول‌های سفید خونی دفاع بدن در مقابل ویروس و باکتری‌ها را به عهده دارند. لنفوسیت‌ها و گرانولوسیت‌ها دو نوع اصلی سلول‌های سفید هستند چند نوع متفاوت سلول در گرانولوسیت‌ها وجود دارند که وظیفه اصلی گرانولوسیت‌ها انهدام باکتری‌ها است. گرانولوسیت‌ها در دوره تکامل چند تغییر را می‌گذرانند که آن‌ها را از سلول‌های نابالغ به سلول‌های بالغ مهاجم در برابر عفونت تبدیل می‌کند.

بافت لنفوئیدی: قسمت اصلی سیستم ایمنی است که از چند نوع متفاوت سلولی که با عفونت‌ها مقابله می‌کنند، تشکیل می‌شوند این بافت در گره‌های لنفاوی، تیموس، طحال، لوزه‌ها، مغز استخوان و به صورت پراکنده در دستگاه گوارش و تنفس وجود دارد سلول‌های اصلی بافت لنفاوی لنفوسیت‌های **T** و **B** هستند.

هر سلول لنفوئید یا هماتوپوئیتیک که در مغز استخوان تشکیل می‌شود، می‌تواند به سلول سرطانی تبدیل شود اگر این اتفاق روی دهد اولین سلول سرطانی تقسیم می‌شود و تعداد زیادی سلول سرطانی ایجاد می‌کند و سرانجام این سلول‌ها سراسر مغز استخوان را می‌پوشانند و به داخل گردش خون نفوذ می‌کنند و در اعضای دیگر بدن مانند گره‌های لنفاوی، کبد، طحال، سیستم عصبی مرکزی و بیضه‌ها گسترش می‌یابند.

عوامل افزایش خطر لوسمی‌ها

در بیشتر مواد عامل خطر شناخته شده‌ای ندارد.

- تماس با اشعه یونیزان - مصرف دخانیات - تماس‌های شغلی به خصوص با ترکیبات بنزین

علائم بالینی لوسمی

- ضعف و خستگی (بیش از ۴ ماه) - کبودی و خونریزی که به آسانی ایجاد می‌شود.

- تب - کاهش وزن

- درد استخوانی - رنگ پریدگی

- بزرگی کبد و طحال - بزرگی غدد لنفاوی

- عفونت‌های مکرر (به ویژه پنومونی)

پیشگیری

روش قطعی برای پیشگیری از لوسمی وجود ندارد.

سرطان دستگاه لنفاوی (مطالعه آزاد)

تعریف دستگاه لنفاوی

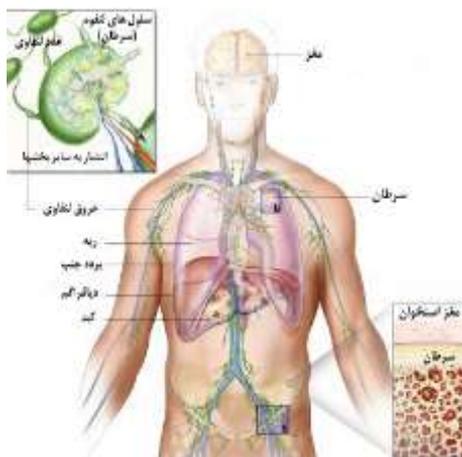
قسمت اصلی سیستم ایمنی است که از چند نوع متفاوت سلول که با عفونت‌ها مقابله می‌کنند، تشکیل می‌شوند. نوع اصلی سلول موجود در بافت لنفاوی، نوعی گلبول سفید به نام لنفوسیت هستند که دو نوع لنفوسیت **B** و **T** داریم که بیشتر لنفوم‌ها (سرطان دستگاه لنفاوی) از سلول‌های **B** می‌باشد.

اعضای تشکیل دهنده بافت لنفاوی

۱. گره‌های لنفاوی: این اعضای لوبیایی شکل درون بدن هستند، اغلب از لنفوسیت‌ها تشکیل می‌شوند و با تعدادی رگ پوشیده شده‌اند که شبیه سیاه رگ ولی به جای خون، لنف درون آن‌ها وجود دارند. عمل این گره‌ها حذف ناخالصی و باکتری‌های موجود در لنف می‌باشد.

- | | | |
|------------|--------------------------------------|----------------|
| ۲. طحال | ۳. غده تیموس | ۴. مغز استخوان |
| ۵. لوزه‌ها | ۶. بافت لنفاوی موجود در مجرای گوارشی | |

انواع لنفوم



۱. لنفوم هوچکین: یک نوع خاص از لنفوم با رشد غیر طبیعی سلول‌ها در دستگاه لنفاوی است. این بیماری در تمام سنین دیده می‌شود ولی شایع‌ترین سن ۲۰ تا ۵۰ سالگی است. بیماری هوچکین در یک منطقه دستگاه لنفاوی و معمولاً در گره لنفی ایجاد می‌شود. اگر بیماری به موقع کشف و درمان نشود در تمام دستگاه لنفاوی پخش می‌گردد. هرچکین باعث درگیری ریه-اعضای داخلی شکم و استخوان‌ها می‌شود و با گسترش بیماری گلبول‌های سفید را کاهش داده و بدن را آماده ابتلا به عفونت‌های گوناگون می‌کند.

۲. لنفوم غیر هوچکین: این سرطان در بافت لنفاوی آغاز می‌شود و زمانی که عفونت به وجود می‌آید گره‌های لنفاوی بزرگتر می‌شوند. یک گره لنفاوی بزرگ و متورم معمولاً دلیل نگرانی نیست. اما شایع‌ترین علامت لنفوم، گره‌های لنفاوی بزرگ و متورم است.

عوامل مستعد کننده و خطر ساز

۱. افزایش سن
۲. قرار گرفتن در معرض بعضی مواد شیمیایی مثل بنزن، سموم آفت کش و حشره کش‌ها
۳. برخی داروهای شیمی درمانی
۴. قرار گرفتن در معرض تابش پرتو (راديو اکتیو)
۵. شرایط سیستم ایمنی ضعیف مثل ایدز

علائم بالینی

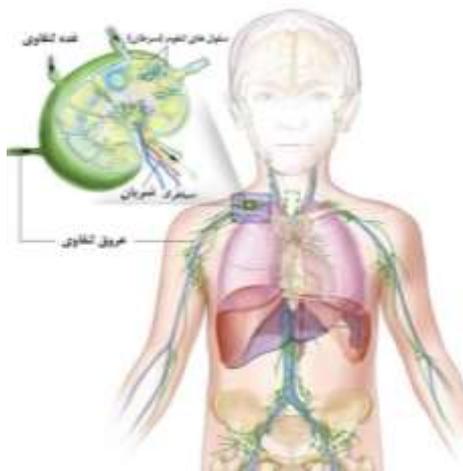
الف) علائم در لنفوم هوچکین:

۱. تب طولانی مدت و بدون علت مشخص
۲. عرق شبانه توجیه ناپذیر که بیمار مجبور به تعویض ملافه می شود.
۳. خارش بدن
۴. کاهش وزن غیرطبیعی
۵. دردهای غیر طبیعی پشت و شکم

ب) علائم در لنفوم غیر هوچکین:

بروز علائم مختلف به محل درگیری بستگی دارد و گاهی تاهنگام بزرگ شدن گره لنفاوی علامتی دیده نمی شود.

- معمولاً اولین علامت پیدا شدن یک غده لنفاوی بزرگ و بدون درد در گردن، زیر بغل یا کشاله ران است که معمولاً در هنگام استحمام یا اصلاح صورت و بدن کشف می شود. غده لنفاوی که بیش از یک ماه بزرگ بماند چه دردناک باشد یا بدون درد باید توسط پزشک معاینه شود.



- تهوع و استفراغ
- کاهش اشتها
- در صورت درگیری شکم: شکم دردناک، حساس و متورم می شود.
- در صورت درگیری سینه: سرفه یا تنگی نفس
- در صورت درگیری مغز: سردرد، اختلال تفکر، اختلال حرکت بخشی از بدن، تغییر شخصیت، تشنج
- در صورت درگیری پوست: خارش پوست، قرمز یا ارغوانی شدن پوست، گره های زیر پوستی

راه های پیشگیری

- جلوگیری از چاقی
- پیشگیری از ابتلا به **HIV/ AIDS**
- جلوگیری از قرار گرفتن در معرض پرتوتابی
- افزایش مصرف انواع میوه، سبزی حداقل ۵ وعده میوه و سبزی در روز
- ورزش منظم
- محدود کردن مصرف گوشت پرچربی، خودداری از مصرف گوشت های فرآوری شده مثل سوسیس، کالباس
- خودداری از مصرف دخانیات و الکل

اصطلاحات

۱. **پولیپ (Polyp):** رشد غیر طبیعی توده‌های خوش‌خیم در جدار اعضای بدن تعریف می‌شود. پولیپ سرطان نیست ولی می‌تواند منشأ آن باشد. مانند پولیپ معده، روده، بینی و غیره.
۲. **لنفوسیت:** نوعی از گلبول‌های سفید خون هستند که در سیستم ایمنی مهره داران نقش دارند. لنفوسیت‌ها چند نوع هستند که دو نوع اصلی آن لنفوسیت‌های نوع **B** و لنفوسیت‌های نوع **T** نامیده می‌شوند.
۳. **پلاسماسل:** سلول‌هایی هستند که از سلول‌های لنفوسیت **B** مشتق می‌شوند. بدین صورت که پس از این که لنفوسیت **B** با آنتی ژن برخورد کرد تحریک و تقسیم می‌گردد و یکی از سلول‌های حاصل از تقسیم به پلاسماسل تبدیل می‌شود.
۴. **لوکوسیت:** سلول‌های سفید خون هستند که عمل آن‌ها محافظت بدن در برابر میکروب‌های بیماری‌زا می‌باشد.
۵. **لنفوم:** نوعی سرطان خون است که حاصل بدخیم شدن سلول‌های لنفوسیت می‌باشد. (بیماری بدخیم دستگاه لنفاوی است)
۶. **ریلکسیشن:** تمدد اعصاب – آرام سازی بدن
۷. **ریفلاکس:** بیماری است که در آن اسید معده به همراه غذا از معده به مری برمی‌گردد. شایع‌ترین علامت آن ترش کردن و سوزش سر دل است.
۸. **ندول:** جوش‌های سفتی هستند که تا قسمت‌های عمیق‌تری در پوست نفوذ می‌کنند.
۹. **کولیت اولسر و کرون:** بیماری التهابی روده هستند که با التهاب در جدار روده‌ها مشخص می‌شوند و علائم آن ایجاد التهاب، زخم، خون‌ریزی و اسهال می‌باشد. بیماری کرون می‌تواند التهاب و زخم در دستگاه گوارش از دهان تا مقعد ایجاد کند.

فصل دوم: پیشگیری و کنترل بیماری بتا تالاسمی ماژور

اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

۱. پراکندگی تالاسمی در جهان و ایران را بیان نمایند.
۲. بیماری تالاسمی را تعریف و تاریخچه آن را شرح دهند.
۳. اساس توارث در بروز بتا تالاسمی ماژور را بیان نمایند.
۴. انواع مهم بتا تالاسمی را توضیح دهند.
۵. علائم بیماری بتا تالاسمی ماژور را شرح دهند.
۶. نحوه انتقال صفت تالاسمی از والدین به کودکان را شرح دهند.
۷. اهمیت پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور را بیان نمایند.
۸. راه های پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور را شرح دهند.
۹. مراحل مقدماتی و تکمیلی تشخیص قبل از تولد را بیان نمایند.
۱۰. انواع استراتژی های برنامه تالاسمی را بیان نمایند.
۱۱. شرح وظایف خانه بهداشت را لیست نمایند.
۱۲. فلوچارت مراقبت از زوج های ناقل تالاسمی را ترسیم نمایند.
۱۳. مراحل تکمیل فرم مراقبت ژنتیک (فرم سامانه) را توضیح دهند.
۱۴. فرم شماره ۸ را به نحو صحیح تکمیل نمایند.

پراکندگی تالاسمی در جهان

بیماری تالاسمی در سراسر جهان و در همه‌ی نژادها دیده می‌شود، ولی شیوع آن در نواحی مدیترانه، خاورمیانه (ایران، ترکیه و سوریه)، آسیا (هندوستان و پاکستان و ناحیه‌ی جنوب شرقی) بیشتر بوده و از جنوب غربی اروپا تا خاور دور امتداد یافته و در نواحی وسیعی از آفریقای مرکزی نیز دیده می‌شود. دلیل این شکل توزیع، بیماری مالاریا بوده که به شکل بومی و برای قرون متمادی در این نواحی شیوع داشته است. انگل مالاریا از راه نیش پشه‌ی آنوفل وارد خون شده و در داخل گلبول‌های قرمز تکثیر می‌یابد. این انگل در گلبول‌های قرمز ناقلین ژن تالاسمی که عمر کوتاه‌تری دارند نمی‌تواند به رشد و تکثیر خود ادامه دهد، در نتیجه بیماری متوقف می‌شود و بیمار از مالاریا نجات خواهد یافت. بنابراین مالاریا در افراد سالم بیش از افراد سالم ناقل (مینور) می‌باشد و در نتیجه مرگ و میر آنان بیشتر است. بنابراین افرادی که یک ژن هموگلوبین طبیعی و یک ژن تالاسمی داشته‌اند (افراد سالم ناقل) در مقابل بیماری مالاریا مقاومت کرده و ژن تالاسمی را به نسل بعد منتقل کرده‌اند.

پراکندگی تالاسمی در ایران

این بیماری در تمام کشور پراکنده است، اما در نواحی حاشیه‌ی دریای خزر (استان‌های گیلان، مازندران و گلستان)، نواحی حاشیه‌ی خلیج فارس و دریای عمان (بوشهر، هرمزگان، سیستان و بلوچستان)، خوزستان، فارس و جنوب کرمان شیوع بیشتری دارد. آمار بروز تالاسمی ماژور هم اکنون بین ۱۴۰ تا ۱۸۰ مورد در سال است که ۸۰٪ موارد بروز در استان سیستان و بلوچستان و جنوب کرمان رخ می‌دهد.

در خراسان بیشترین شیوع بیماری در شهرستان‌های سرخس، تربت جام، خواف و کلات می‌باشد.

تعریف و تاریخچه

تالاسمی یکی از شایع‌ترین اختلال‌ها و بیماری‌های خونی است که به صورت ژنتیک از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود. تالاسمی یک واژه یونانی و مرکب از دو واژه‌ی تالاسا^۱ به معنی دریا و امیا^۲ به معنی خون است. اولین بار در سال ۱۹۲۵ میلادی کولی^۳ و لی^۴ نوعی کم‌خونی را گزارش کردند که با اسپلنومگالی و تغییرات استخوانی همراه بود و به دلیل شیوع زیاد این بیماری در اطراف دریای مدیترانه، تالاسمی نامگذاری شد. البته کولی در حقیقت شکل هموزیگوت بیماری را شرح داده بود که امروزه بتا تالاسمی ماژور نامیده می‌شود.

اساس توارث در بروز بتا تالاسمی ماژور

تمام ویژگی‌ها اعم از رنگ چشم، مو، قد از والدین به ما به ارث می‌رسد و برای انتقال برخی صفات دو عامل به نام ژن لازم است که یکی از پدر و دیگری از مادر به ارث می‌رسد. این دو ژن یا با هم یکسان و یا متفاوت هستند. برای ساخته شدن گلبول

۱- Thalassa

۲- Emia

۳- Cooley

۴- Lee

قرمز دو ژن یکی از پدر و دیگری از مادر به فرزند به ارث می‌رسد، اگر والدین هر دو سالم باشند، ژن‌های سالم را به فرزند خود منتقل می‌کنند، در این صورت، فرزند سالم و دارای گلبول‌های قرمز کامل می‌شود.

انواع مهم بتا تالاسمی

- بتا تالاسمی مینور (سالم ناقل)،
- بتا تالاسمی ماژور (بیماری تالاسمی).

۱- بتا تالاسمی مینور (سالم ناقل)

اگر فردی یک ژن سالم را از یک والد و یک ژن ناسالم را از والد دیگر برای ساختن گلبول‌های قرمز به ارث ببرد، این فرد مبتلا به تالاسمی مینور است و بیمار محسوب نمی‌شود؛ زیرا دارای یک ژن سالم است که درست کار می‌کند. افراد سالم ناقل زندگی عادی دارند. می‌توانند ورزش کنند و به هر کاری که مایل هستند مشغول شوند. فقط در زمان ازدواج باید مراقب باشند و آزمایش‌های زمان ازدواج را با دقت انجام دهند.

۲- بتا تالاسمی ماژور (بیماری تالاسمی)

اگر پدر و مادر هر دو سالم ناقل باشند، در هر بارداری یک چهارم یا ۲۵٪ احتمال وجود دارد که هر دو ژن ناسالم به کودک به ارث برسد و فرزند آن‌ها مبتلا به بیماری تالاسمی (ماژور) شود. به همین دلیل لازم است در هر بارداری، ابتلای کودک به بیماری بررسی شود و تولد یک یا چند فرزند بیمار، دلیلی بر به دنیا آمدن کودک سالم در حاملگی‌های بعدی نیست.

علائم

کودکان مبتلا به بیماری تالاسمی بعد از تولد هیچ فرقی با سایر کودکان ندارند، ولی از حدود ۶ ماهگی تا ۲ سالگی علائم کم‌خونی را از خود نشان می‌دهند و زرد و رنگ پریده می‌شوند. شب‌ها به راحتی نمی‌خوابند، درست غذا نمی‌خورند و ممکن است استفراغ کنند. از علائم دیگر این بیماری ضعف و بی‌حالی است.

تشخیص

به وسیله‌ی آزمایش خون انجام می‌شود. با بزرگ‌تر شدن کودک سایر علائم بیماری به شرح زیر ظاهر می‌شود: تغییر چهره و بزرگی سر، این علامت به راحتی قابل تشخیص و رویت است. بزرگ شدن قلب، اختلال در کار غدد و بزرگ شدن طحال، تشخیص این علائم با تشخیص پزشک و انجام آزمایش‌ها ممکن است.

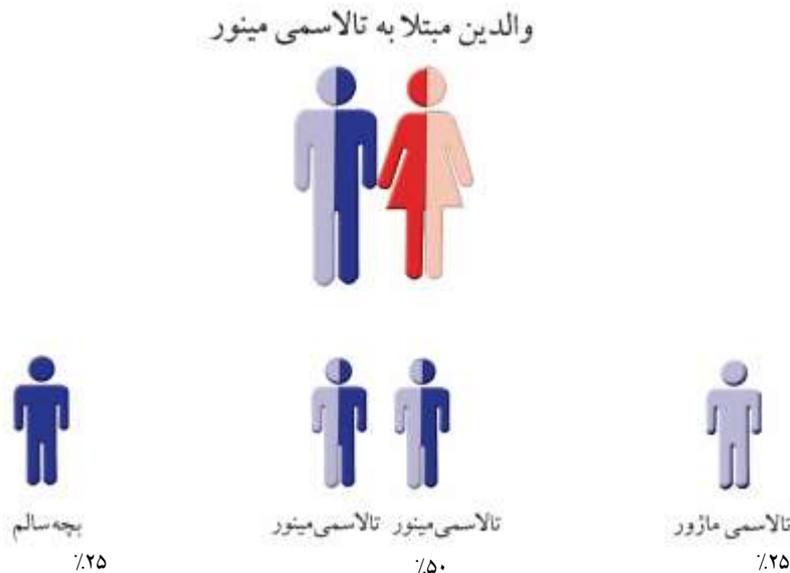
معاینه‌ها و مراقبت‌های خاص کودکان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور

- تزریق مرتب و مداوم خون حداقل هر ماه یک بار به منظور جبران کم‌خونی؛
- تزریق روزانه‌ی داروی دفع‌کننده‌ی آهن (دسفرال) به منظور دفع آهن اضافی بدن؛
- لزوم تزریق واکسن‌ها طبق برنامه‌ی واکسیناسیون؛
- انجام معاینه‌ها و مراقبت‌ها تحت نظر پزشک.

صفت تالاسمی چگونه از والدین به کودکان منتقل می شود؟

باید سه نوع زوج را مدنظر داشته باشیم:

- اگر هیچ کدام از والدین حامل ژن تالاسمی نباشند، امکان انتقال صفت تالاسمی مینور و ماژور را به کودکان خود ندارند و تمام فرزندان خون طبیعی خواهند داشت.
- اگر یکی از والدین سالم ناقل باشد و دیگری ناقل این ژن نباشد، نیمی از فرزندان (۵۰٪) سالم ناقل و نیمی دیگر سالم غیرناقل خواهند بود. نکته‌ی مهم این است که هیچ یک از فرزندان بتا تالاسمی ماژور نخواهند داشت.
- اگر هر دو والد سالم ناقل باشند، ممکن است فرزندان آن‌ها سالم ناقل، بیمار و یا سالم غیرناقل باشند.



علل پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور

مدیریت بهداشت ممکن است نتواند تمام بیماری‌ها را کنترل کند و یا مشکلات سلامت را حل کند، اما با توجه به بعضی از عوارض و شرایط می‌تواند اولویت‌ها را مشخص نماید و نسبت به حل مشکلات مهم اقدام نماید. بعضی از دلایلی که پیشگیری از تالاسمی را توجیه می‌کند به شرح ذیل است:

- متوسط شیوع ژن بتا تالاسمی در کشور حدود ۵٪ تخمین زده می‌شود. به ویژه این بیماری در بعضی از استان‌ها شیوع بالایی دارد. همچنین وجود حدود ۱۵۰۰۰ بیمار تالاسمی ماژور در کشور، شیوع بالای بیماری را نشان می‌دهد. این شیوع بالا لزوم مداخله‌ای مناسب را توجیه می‌کند.
- بیماری بتا تالاسمی ماژور یک بیماری قابل پیشگیری است. همان‌طور که می‌دانید لازمه‌ی تولد یک کودک بتا تالاسمی ماژور وجود صفت تالاسمی مینور در هر دو والد (پدر و مادر) است. بنابراین یا باید دو سالم ناقل با هم ازدواج نکنند یا اگر ازدواج کردند اقدام‌های لازم (PND) را انجام دهند. به هر حال این بیماری قابل پیشگیری است.
- بیماری تالاسمی ماژور یک کم‌خونی کشنده است. اگر چه در حال حاضر روش‌های درمانی ویژه‌ای مثل پیوند مغز استخوان برای درمان بیماران تالاسمی ماژور وجود دارد، ولی به دلیل گرانی، مشکلات تکنیکی و... هنوز کاربرد آن رایج نیست.

- این بیماران در طول عمر خود با عوارض جسمی بیماری مواجه هستند، علاوه بر وجود این مشکلات، عوارض روحی نیز این بیماران را رنج می‌دهد.
- هزینه‌ی نگهداری بیماران بسیار گران است (۱۰۰/۰۰۰ دلار برای ۱۵ سال زندگی هر بیمار). این هزینه‌ها مربوط به تزریق مکرر خون و تزریق دسفرال برای بیماران تالاسمی ماژور می‌باشد.
- روش غربالگری آسان است. روش کنونی غربالگری در برنامه‌ی کشوری پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور، آسان و ارزان است. این مسئله هزینه - اثر بخشی برنامه را توجیه می‌کند (هزینه‌ی غربالگری برای هر فرد ۵ دلار است).
- اجباری شدن آزمایش‌های تالاسمی قبل از ازدواج، زمینه‌ی مناسب جهت اجرای برنامه را فراهم نموده است.
- شبکه‌ی گسترده‌ی آزمایشگاه‌های ژنتیک و تشخیص قبل از تولد وجود دارد. دسترسی زوج‌های ناقل به این خدمات به کنترل تولد کودک مبتلا به بتا تالاسمی ماژور کمک می‌کند.
- استفاده از خدمات بیمه‌ای برای تمام زوج‌های ناقل، دسترسی به امکانات تخصصی و پیشرفته را ممکن ساخته است.
- وجود شبکه‌های گسترده‌ی بهداشتی درمانی در کشور، امکان مراقبت از زوج‌های ناقل و خانواده‌ی بیماران را فراهم ساخته است.
- حمایت و پشتیبانی سیاسی برای اجرای هر چه بهتر برنامه وجود دارد.

راه‌های پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور

امروزه زوج‌های ناقلی که خطر داشتن فرزند مبتلا به بیماری بتا تالاسمی ماژور آن‌ها را تهدید می‌کند، راه‌های متعددی در پیش رو دارند:

- ازدواج نکردن دو فرد سالم ناقل با یکدیگر.
- چنانچه دو فرد سالم ناقل با هم ازدواج کنند:
 - خودداری از بچه‌دار شدن،
 - انتخاب فرزند خوانده،
 - استفاده از خدمات تشخیص قبل از تولد.

تشخیص قبل از تولد (PND)

خدمات تشخیص قبل از تولد این امکان را برای زوج‌ها فراهم کرده تا از سلامت یا بیماری فرزند خود در دوره‌ی جنینی مطلع شوند.

اساس تشخیص قبل از تولد، پیگیری انجام دو مرحله‌ی مقدماتی و تکمیلی است:

مرحله‌ی مقدماتی: بررسی وضعیت ژنتیک زوج‌های ناقل تالاسمی برای تعیین نوع نقص ژن در هر یک از زوج‌ها قبل از بارداری است.

مرحله‌ی تکمیلی: بررسی وضعیت ژنتیک جنین و تشخیص قطعی ابتلا یا سالم بودن آن است.

برای تشخیص قطعی در انجام آزمایش های تشخیص قبل از تولد، گاهی لازم است تعداد زیادی از خویشاوندان (والدین، برادران، خواهران، عمه، خاله، عمو و دایی) بررسی شوند که مستلزم صرف وقت و صبر و حوصله ی کافی و بضاعت مالی است. بهترین زمان برای انجام آزمایش های مرحله ی مقدماتی قبل از بارداری است؛ زیرا در این صورت وقت کافی جهت بررسی وجود خواهد داشت و آزمایش های مرحله ی تکمیلی بعد از بارداری و در هفته ی ۱۰ بارداری با نمونه برداری از جنین انجام می شود. در نمونه برداری، خطر از دست دادن جنین به میزان اندک و خطرات نادری برای مادر وجود دارد. بعد از حصول نتیجه، در صورت ابتلای جنین به بیماری، چنان چه از نظر شرعی و قانونی سن جنین از تاریخ معین نگذشته باشد (حداکثر هفته ی ۱۶ بارداری)؛ مجوز ختم بارداری توسط پزشکی قانونی صادر می شود. بدیهی است برای هر بار بارداری انجام آزمایش های مرحله ی تکمیلی (بررسی وضعیت ژنتیک جنین) ضروری است.

در حال حاضر تعداد کمی از مراکز خصوصی و دولتی در زمینه ی انجام آزمایش های تشخیص پیش از تولد در کشور فعالیت می کنند، هزینه ی انجام این آزمایش ها گران است.

چگونگی غربالگری زوج های متقاضی ازدواج

ثبت ازدواج در ایران به عنوان یک واقعه ی مهم زندگی بسیار مرسوم است. از آن جا که بروز نوزاد مبتلا به تالاسمی ماژور بعد از ازدواج دو ناقل با احتمال آماری معینی ممکن است، می توان از ازدواج به عنوان راهی مطمئن برای ردیابی زوج های ناقل بهره برد.

در برنامه ی کشوری پیشگیری از تالاسمی، زوج ها بعد از مراجعه به دفترخانه برای ثبت ازدواج، به آزمایشگاه های غربالگری زوج های تالاسمی ارجاع داده می شوند. آزمایشگاه بعد از انجام مرحله های ۱، ۲ و ۳ الگوریتم کشوری آزمایش های تالاسمی، نتایج آزمایش های انجام شده را برای تفسیر به مرکز بهداشتی درمانی ویژه ی مشاوره ارجاع می دهد. در تیم مشاوره، پزشک مسئول تفسیر آزمایش ها است و این تفسیر براساس الگوریتم کشوری مراحل انجام تالاسمی صورت می گیرد.

هدف کلی

پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور.

اهداف اختصاصی:

۱. شناسایی زوج های ناقل تالاسمی در سراسر کشور به میزان ۱۰۰٪.
۲. مراقبت ویژه زوج های ناقل تالاسمی شناسایی شده واجد شرایط مراقبت، در سراسر کشور به میزان ۱۰۰٪.

راهبردهای مربوط به هدف اختصاصی اول:

- غربالگری تالاسمی در زوج های متقاضی ازدواج (S1)
- غربالگری والدین بیماران مبتلای به تالاسمی ماژور جهت شناسایی زوج های واجد شرایط مراقبت ویژه ژنتیک (S2)

- غربالگری تالاسمی در زوج هایی که قبلا به هر دلیل (عدم آغاز غربالگری تالاسمی در منطقه، عقد غیر ثبتي، برخی گروههای اجتماعی خاص، افراد مهاجر، افراد خارجی مقیم در کشور و ...) در زمان ازدواج آزمایش های تالاسمی را انجام نداده اند و در حال حاضر بارداری باشند. (S3)

راهبردهای مربوط به هدف اختصاصی دوم (مراقبت ویژه زوج های ناقل تالاسمی شناسایی شده واجد شرایط مراقبت، در سراسر کشور به میزان ۱۰۰ درصد)

- تقویت انجام مراقبت ویژه تنظیم خانواده زوج های ناقل / مشکوک بر خطر تالاسمی
- تلاش در جهت انجام آزمایش های مرحله اول تشخیص تالاسمی پیش از تولد (PND1)
- تلاش در جهت انجام به هنگام آزمایش های مرحله دوم تشخیص تالاسمی پیش از تولد (PND2)

استراتژی های برنامه پیشگیری از بتا تالاسمی ماژور

استراتژی اول (S1): این استراتژی به طور مستمر اعمال شده و با زحمت تمام نیروهای بهداشتی درمانی و مدیریت قابل قبول دانشگاهی و مرکزی موفق به استقرار یک نظام ساختاری برای کنترل موارد بروز در زوج های آتی شده است. این استراتژی آینده نگر است. در دستورالعمل کنونی جهت پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور در این استراتژی، استانداردهای مراقبت و کنترل افزایش یافته است.

استراتژی دوم (S2): این استراتژی گذشته نگر است و هدف آن شناسایی و پیگیری والدین کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور و اینترمدیا می باشد. در واقع عملکرد این استراتژی مبتنی بر قانون معلول به علت است.

استراتژی سوم (S3): این استراتژی گذشته نگر است؛ زیرا زوج هایی که قبل از کشوری شدن برنامه در استان های پرشیوع ازدواج کرده اند و یا به هر دلیلی غربالگری پیش از ازدواج برای آنها انجام نشده است؛ در این استراتژی مورد بررسی قرار می گیرند.

افرادی که در این راهبرد واجد شرایط غربالگری هستند عبارتند از:

* زنان بارداری که قبل از شروع غربالگری در شهرستان ازدواج کرده اند.

* زنان بارداری که به هر دلیل (عقد غیر ثبتي، برخی گروههای اجتماعی خاص، افراد مهاجر، افراد خارجی مقیم در کشور و ... هنگام ازدواج آزمایش های تالاسمی را انجام نداده اند.

بررسی گروههای مشخص شده حداکثر تا پایان سه ماهه اول بارداری باید انجام گردد و جهت شناسایی این افراد لازم است در اولین مراجعه زن باردار سال ازدواج و سابقه انجام آزمایشات تالاسمی سوال شود.

شرح وظایف خانه بهداشت

اولین سطح ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سطح روستا، خانه های بهداشت هستند که وظایف آنها در خصوص پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور درست مانند وظایف مرکز بهداشتی درمانی شهری / پایگاه بهداشتی و به شرح ذیل است:

- آموزش و ارتقای سطح آگاهی عموم مردم با تأکید بر آموزش گروههای هدف.

گروههای هدف شامل:

- دانش آموزان دختر سال سوم راهنمایی و پسر سال سوم متوسطه به عنوان گروه های در آستانه ی ازدواج؛
 - سردفتراران ازدواج، روحانیون و.. به عنوان عوامل مؤثر در موفقیت برنامه؛
 - زوجهای ناقل شناسایی شده از هر سه استراتژی به عنوان زوج های در معرض خطر.
- ترغیب افراد در شرف ازدواج به انجام آزمایش های تالاسمی در آزمایشگاه ویژه ی انجام آزمایشهای تالاسمی قبل از هر اقدام و اطلاع رسانی در خصوص نقش مرکز بهداشتی درمانی ویژه ی مشاوره ی تالاسمی.
 - آموزش عوامل مؤثر بر موفقیت برنامه (سردفتراران، عاقدان محلی و آموزش طلاب در شهرستانهای دارای حوزه علمیه).
 - دعوت از زوجین جدید ناقل/پرخطر تالاسمی جهت ارائه مشاوره و آموزش لازم
 - مراقبت ویژه ی فعال و ماهانه ی زوجهای ناقل / پرخطر در بروز تالاسمی براساس الگوریتم مربوط.
 - تشویق زوجهای ناقل تالاسمی به برخورداری از خدمات بیمه درمانی به منظور کاهش هزینه ی مربوط به آزمایش های تشخیص ژنتیک و تشخیص پیش از تولد.
 - ارجاع زوجهای ناقل تالاسمی به مرکز بهداشتی درمانی ویژه ی مشاوره ی تالاسمی جهت انجام مرحله ی اول و دوم **PND** بر اساس شرایط زوجین.
 - پیگیری سقط جنین تا هفته ی ۱۶ بارداری در زوجهای ناقل تالاسمی که جنین آنها مبتلا به تالاسمی ماژور تشخیص داده شده است.
 - ادامه ی مراقبت ویژه ی بارداری در زوجهای ناقل تالاسمی که براساس نتایج **PND۲** جنین آنها سالم یا تالاسمی مینور تشخیص داده شده است.
 - آموزش رابطین بهداشتی در مراکز خدمات جامع سلامت شهری و پایگاههای بهداشتی به منظور مشارکت آنان در آموزش عموم جامعه با اولویت گروههای در شرف ازدواج، مزدوجین قبل از آغاز غربالگری در شهرستان و پیگیری زوجهای ناقل تالاسمی.
 - آموزش و ترغیب زوجهای ناقل درخصوص اهمیت و ضرورت استفاده از روشهای مطمئن جهت پیشگیری از وقوع حاملگیهای ناخواسته.
 - تشویق به استفاده از روشهای مطمئن و دائمی پیشگیری از بارداری (**VS-TL**) در زوجهایی که دیگر به هیچ وجه تمایل به بارداری دوباره ندارند.
 - شناسایی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور و زوجهای ناقل تالاسمی در اولین بازدید خانوار و انعکاس آن در ستون ملاحظات صفحه ی دوم پرونده ی خانوار.
 - تکمیل فرم پیگیری بیماری برای تمام بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، قرارداد آن در پرونده ی خانوار و مراقبت ماهانه از بیماران تالاسمی ماژور شامل: پیگیری برنامه ی واکسیناسیون به خصوص واکسن هپاتیت **B**، تأکید بر نقش درمان در پیشگیری از عوارض تالاسمی و اطمینان از تزریق به موقع خون و داروهای دفع کننده آهن اضافه مانند دسفرال، بررسی عوارض بیماری تالاسمی و ارجاع در مواقع لازم و ...

- پیگیری و مراقبت خانواده های بیماران شناسایی شده ی جدید براساس فلوجارت مراقبت.
- ارجاع والدین بیماران تالاسمی فوت شده به تیم مشاوره ی ژنتیک که در حال حاضر فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور نداشته و تمایل به داشتن فرزند دارند.
- درخواست آزمایش (MCV , MCH) CBC& برای تمام زوج های واجد شرایط باردار زوجینی که به هر دلیل در زمان ازدواج آزمایش های تالاسمی را انجام نداده اند(مراجعه کننده و یا ارجاع شده از سایر بخش ها از قبیل متخصصان زنان و زایمان، پزشکان عمومی، ماماها ی بخش خصوصی) و ارسال پسخوراند مناسب.
- ارجاع زوجهایی که براساس الگوریتم شناسایی زوجهای ناقل تالاسمی مزدوج قبل از آغاز غربالگری (همچنین زوجینی که به هر دلیل در زمان ازدواج آزمایش های تالاسمی را انجام نداده اند) در شهرستان ، زن و مرد هر دو مشکوک به تالاسمی مینور(سالم ناقل) هستند به مرکز بهداشتی درمانی ویژه ی مشاوره تالاسمی.
- جمع بندی مشکلات و ارائه ی راه حل و پیشنهادات به مرکز بهداشت شهرستان.
- نگهداری و بایگانی تمام کتابها، جزوه ها، دستورالعمل ها و نامه های مدیریتی دریافتی در آرشیو خانه بهداشت.

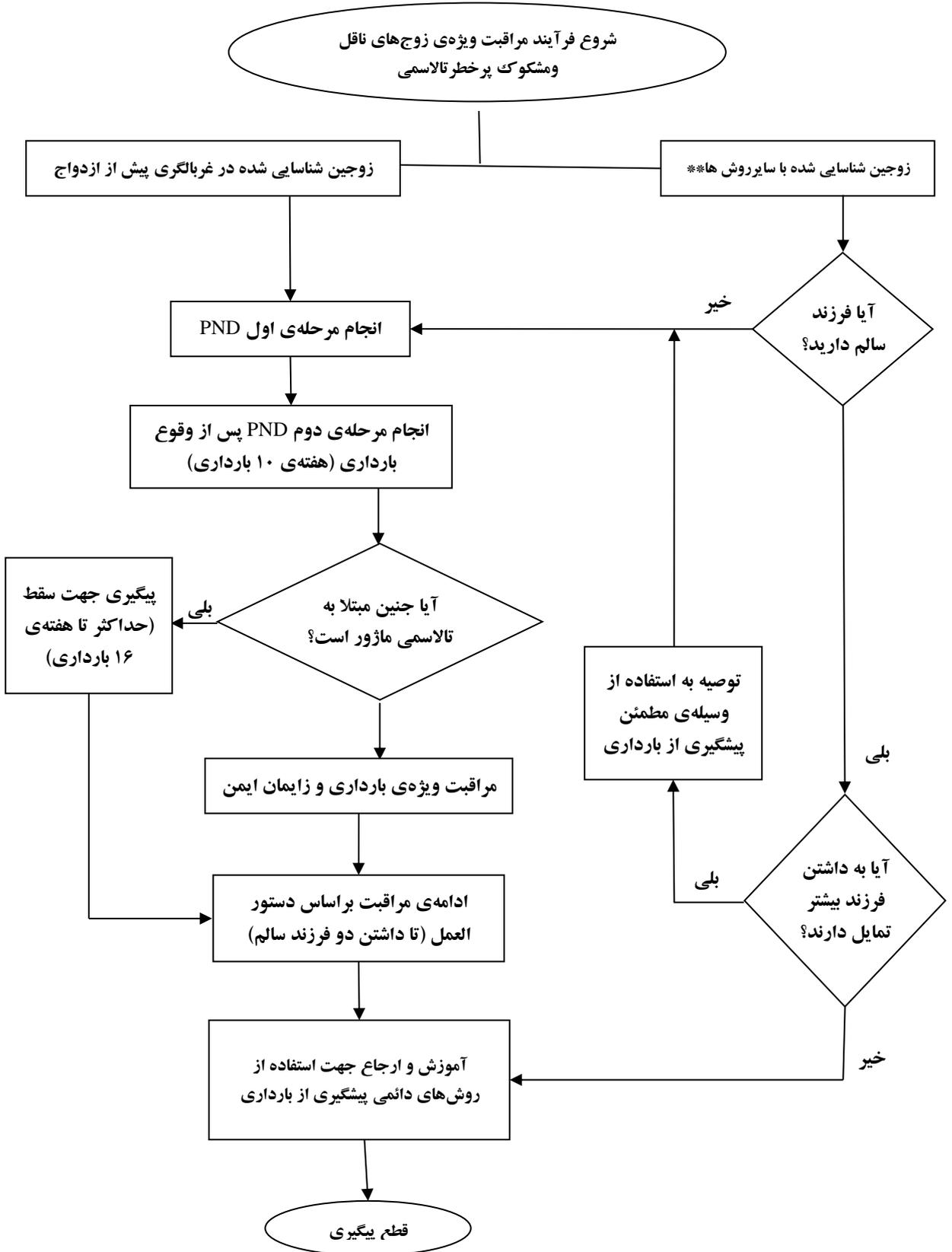
توجه:

۱. قبل از هر اقدام برای ازدواج یعنی بلافاصله پس از اولین جلسه آشنایی (بر اساس عرف محلی) حتی قبل از اطلاع دادن به بزرگان فامیل، آشنایان و دوستان یا برگزاری مراسم نامزدی یا هر گونه اقدام دیگر، آزمایش های تالاسمی باید انجام گیرد.
 ۲. والدین بیماران اینترمدیا زوج ناقل تالاسمی هستند و باید مراقبت شوند.
- پیگیری موارد غیبت از درمان
 - ارجاع والدین بیمارانی که فرزند بیمار آن ها فوت شده (فعلاً فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور نداشته و تمایل به فرزنددار شدن دارند) به تیم مشاوره مستقر در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی .
 - ارجاع زوج هایی که بر اساس الگوریتم شناسایی زوج های ناقل تالاسمی در استراتژی سوم، زن و مرد هر دو مشکوک به تالاسمی مینور (سالم ناقل) هستند، به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی.
 - جمع بندی مشکلات و ارائه راه حل ها و پیشنهادها به مرکز بهداشت شهرستان.
 - نگهداری و بایگانی تمام کتابها، جزوه ها، دستورالعمل ها و نامه های مدیریتی دریافتی در آرشیو قسمت مربوط.

در خانه های بهداشت:

مسئولیت حسن اجرای برنامه به عهده ی پزشک و وظیفه ی نظارت با مشارکت کارشناسان و کاردان های بهداشتی درمانی مراکز روستایی بوده و انجام فعالیت ها به عهده ی بهورز است.

فلوجارت مراقبت از زوج های ناقل /مشکوک پرخطر تالاسمی



در صورتی که زوج معرفی شده به تیم مراقبت، به هر دلیلی شناسایی نشده و یا زوجین همکاری لازم را نداشته باشند مراتب به سطح بالاتر گزارش می گردد.

***زوجین شناسایی شده به روشهای زیر:

- زوجین شناسایی شده با بروز بیماری در فرزندان
- زوجین شناسایی شده بر اساس الگوریتم شناسایی زوج های ناقل تالاسمی در زوجینی که به هر دلیل در زمان ازدواج آزمایش های تالاسمی را انجام نداده اند.

زوج های مشکوک پرخطر نیز تحت مراقبت قرار می گیرند. بنابراین ضمن توصیه به لزوم استفاده از یکی از وسایل مطمئن پیشگیری از بارداری، پیگیری لازم و ارجاع به تیم مشاوره و ویژه تالاسمی جهت انجام آزمایش تکمیلی صورت می گیرد. پس از انجام آزمایش های تکمیلی و با توجه به نتیجه، ممکن است احتمال ناقل بودن زوج ها (یکی یا هر دو) رد شود و نیاز به پیگیری بعدی نباشد و یا ممکن است براساس نتیجه ی آزمایش های تکمیلی در زوج ها، هر دو ناقل تالاسمی تشخیص داده شوند که در آن صورت به عنوان زوج های ناقل تالاسمی تحت مراقبت ویژه ای قرار می گیرند.

تذکر: در صورتی که زوج های مشکوک قبل از انجام آزمایش های تکمیلی و یا زوج های ناقل تالاسمی قبل از انجام مرحله ی اول PND باردار شوند، باید بلافاصله به مرکز بهداشتی درمانی ویژه ی مشاوره ی تالاسمی (جهت معرفی به آزمایشگاه ژنتیک و تشخیص پیش از تولد) ارجاع شوند.

فرم های برنامه تالاسمی در خانه بهداشت:

فرم مراقبت بیماری های ژنتیک (فرم سامانه) و فرم شماره ۸ می باشند.

فرم سامانه به دو دلیل تکمیل و ارسال می شود:

۱. معرفی زوجین نیازمند مراقبت ویژه.
 ۲. اعلام عدم پیگیری و مراقبت زوجهای ناقل / مشکوک پرخطر تالاسمی به هر دلیل.
- که در ادامه مبحث به معرفی و دستورالعمل نحوه تکمیل هر یک از فرم ها می پردازیم.

مراقبت بیماریهای ژنتیک

تاریخ دریافت فرم اعلام وضعیت مراقبت

*** اجباری**

معرفی شده از

عنت مراقبت ژنتیک

*** اجباری**

نام سایر بیماریهای ژنتیک

انتخاب کنید

سابقه تولد نوزاد بیمار

دارد ندارد

نوع بیماری

انتخاب کنید

آیا PND مرحله اول/تشخیص ژنتیک انجام شده است؟

*** اجباری**

بله خیر

عنت عدم انجام آزمایش

انتخاب کنید

تاریخ انجام آزمایش

محل انجام آزمایش

انتخاب کنید

آیا خانم باردار است

*** اجباری**

بله خیر

روش فعلی پیشگیری از بارداری

روش

انتخاب کنید

سن بارداری (LMP)

هفته

روز

آیا PND مرحله دوم را انجام داده است؟

*** اجباری**

بله خیر

تاریخ انجام PND مرحله دوم

انتخاب کنید

نتیجه آزمایش

عنت عدم انجام آزمایش

انتخاب کنید

درج سایر ظن

نتیجه بارداری

انتخاب کنید

آیا خانم در مراقبت قبلی باردار بوده است؟

بله خیر

عنت قطع مراقبت

انتخاب کنید

نشانی مقصد در صورت مهاجرت

راهنمای تکمیل فرم مراقبت ژنتیک :

نکات قابل توجه :

۱) این فرم از فرم های مشترک در برنامه جامع ژنتیک است . مراقبت از زوج های ناقل / مشکوک پر خطر / تالاسمی / مشکوک نهایی تالاسمی و زوجین ناقل فنیل کتونوری بر اساس فلوجارت مراقبت مربوط به دستور العمل هر بیماری انجام می شود و پیگیری های لازم به صورت ماهانه توسط بهورز و مراقب سلامت در خانه های بهداشت و مراکز و پایگاههای جامع سلامت انجام شده و برای هر بیماری یک فرم ثبت میگردد.

۲) فقط اطلاعات زنان ناقل / مشکوک تالاسمی و **PKU** در این فرم ثبت میگردد.

۳) در صورتی که برنامه غربالگری سندرم داون نیز در سیستم بهداشتی و درمانی ادغام گردد اطلاعات این بیماری نیز در این فرم قابل ثبت خواهد بود.
دستور العمل تکمیل فرم :

در بالای فرم در قسمت تاریخ دریافت فرم اعلام وضعیت مراقبت : تاریخ دریافت فرم شماره ۵ ارجاع شده از مرکز مشاوره ژنتیک ثبت می گردد.

در قسمت معرفی شده از مرکز ، نام مرکز مشاوره ژنتیک که زوجین را معرفی نموده اند ثبت میگردد .

ردیف ۱ (تحت مراقبت ژنتیک): در این ردیف باید مشخص شود که زوج مورد نظر برای کدام بیماری تحت پوشش مراقبت می باشد .

ردیف ۲ (سابقه تولد فرزند بیمار) : در این ردیف سابقه تولد فرزند بیمار در زوج مشخص می گردد . (برای افرادی که سابقه تولد فرزند بیمار دارند ولی بیمار فوت نموده نیز بیماری مربوطه انتخاب میگردد.)

ردیف ۳ (**PND** مرحله اول / تشخیص ژنتیک انجام شده است ؟) در صورتی که پاسخ بلی می باشد تاریخ انجام **PND** مرحله اول در این قسمت ثبت و هر ماه تکرار میگردد.

ردیف ۴ (اقدام به پیشگیری از بارداری) : در این قسمت آخرین وضعیت مراقبت زوجه ثبت میگردد.

ردیف ۵ (بارداری خانم) : در خانم های باردار تا زمانی که خانم باردار است وضعیت **PND2** برای او در این فرم ثبت میگردد و پس از اعلام نتیجه بارداری دیگر نیازی به گزارش این قسمت نمی باشد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۸ : فرم بررسی زنان باردار بدون سابقه انجام غربالگری در زمان ازدواج

این فرم در دانشگاههایی که استراتژی سوم را اجرا می نمایند در مراکز جامع سلامت شهری و پایگاههای بهداشتی توسط کارشناس یا کاردان بهداشت خانواده و در خانههای بهداشت توسط بهورزان تکمیل می گردد و به منظور شناسایی زوجهای ناقل تالاسمی در زوجین بدون سابقه انجام غربالگری تهیه شده است. همچنین قسمت بالای فرم براساس اطلاعات منطقه ای و زمان فعالیت تکمیل می شود.

ستون ۱: شماره ردیف در این ستون ثبت می شود.

ستون ۲: نام و نام خانوادگی زن ثبت می شود.

ستون ۳: شماره ملی زن ثبت می شود.

ستون ۴: تاریخ ارجاع به پزشک (به منظور انجام آزمایش CBC در زن) ثبت می شود.

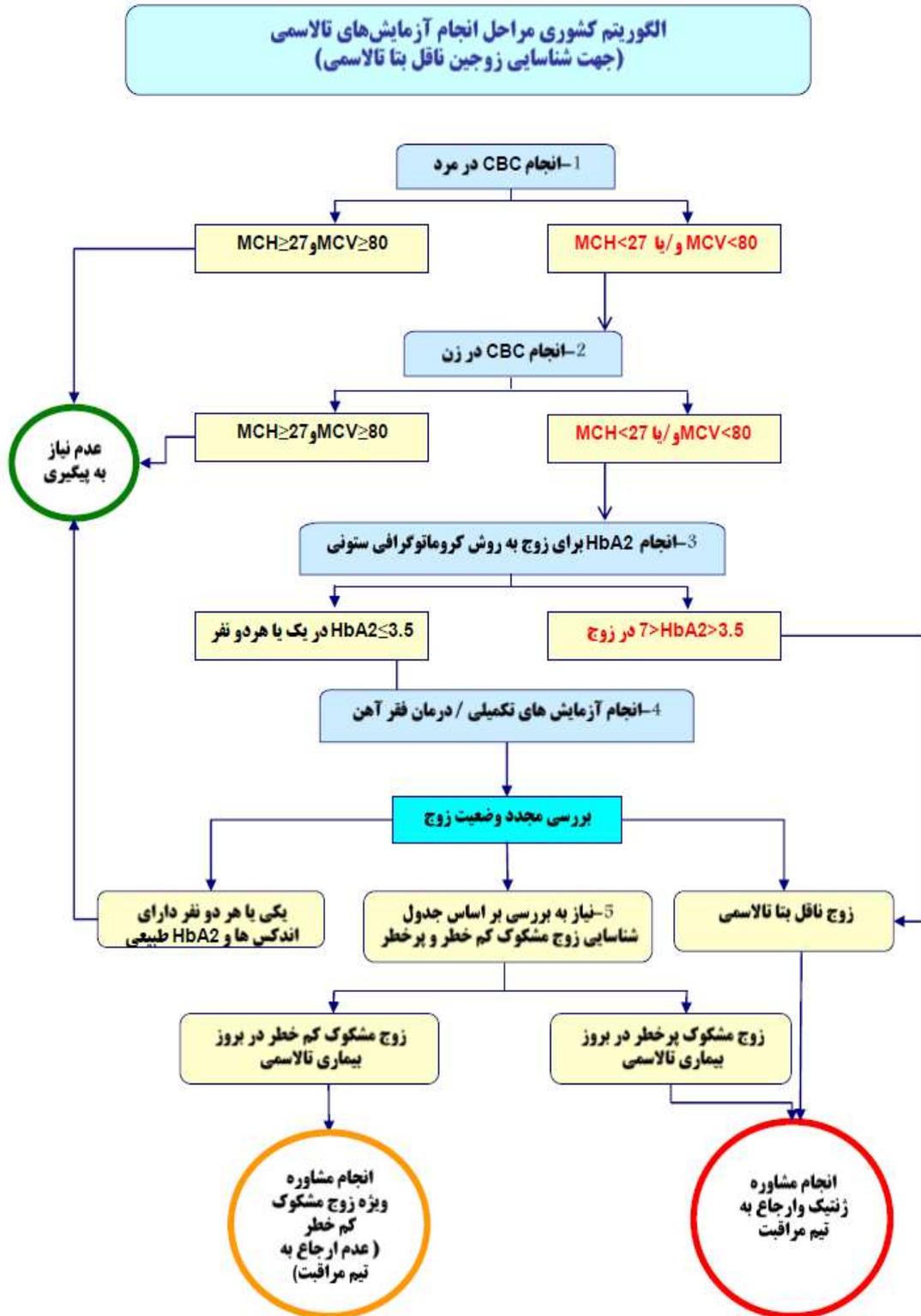
ستون ۵ (نتیجه ی ارجاع به پزشک): شامل دو قسمت است:

قسمت الف) در صورتی که نتیجه ی آزمایش CBC در زن طبیعی باشد ($MCV \geq 80$ و $MCH \geq 27$) ستون «ندارد» به معنی این است که نیاز به اقدام دیگری نیست و با «علامت گذاری می شود»

قسمت ب) در صورتی که نتیجه ی آزمایش CBC در زن طبیعی نباشد ($MCV < 80$ و/ یا $MCH < 27$)، آزمایش CBC برای شوهر او درخواست می شود. در این صورت نسبت به ثبت نام و نام خانوادگی مرد و تاریخ ارجاع به پزشک در ستون و ردیف مربوط اقدام می شود و چنانچه نتیجه ی آزمایش CBC در مرد طبیعی باشد ($MCV \geq 80$ و $MCH \geq 27$) در قسمت «نیاز به پیگیری بعدی ندارد» علامت «زده می شود» در غیر این صورت ($MCV < 80$ و/ یا $MCH < 27$) تاریخ ارجاع زوجها به مرکز بهداشتی درمانی ویژه ی مشاوره ی تالاسمی جهت اقدام های بعدی، در ستون و ردیف مربوط ثبت می شود.

پس از دریافت پس خوراند از مرکز بهداشتی درمانی ویژه ی مشاوره ی ژنتیک از طریق فرم شماره ی ۵، نتیجه در این ستون ذکر می شود. برای مثال: قطع پیگیری به دلیل زوج ناقل نبودن، شروع مراقبت ویژه براساس فلوجارت مراقبت.

مراحل انجام آزمایش های تالاسمی جهت شناسایی زوج های ناقل



*نکته: زوجین با شرایط ذکر شده در شماره 5 الگوریتم "مشکوک نهایی" تلقی می شوند.

مراحل انجام آزمایش های تالاسمی (جهت شناسایی زوج های ناقل تالاسمی) طبق الگوی کشوری

مرحله اول:

ابتدا از مرد آزمایش CBC به عمل می آید:

اگر $MCV \leq 80$ و $MCH \leq 27$ باشد، نیاز به اقدام دیگری نبوده و صدور گواهی ازدواج مانعی ندارد. در صورتی که $MCV > 80$ و یا $MCH > 27$ باشد، آزمایش CBC در زن انجام می شود.

مرحله دوم:

آزمایش CBC درزن:

چنان چه $MCV \leq 80$ و $MCH \leq 27$ باشد، نیاز به اقدام دیگری نبوده و صدور گواهی ازدواج مانعی ندارد.

چنان چه $MCV > 80$ و یا $MCH > 27$ باشد، میزان HbA_2 به روش کروماتوگرافی ستونی در مرد وزن (هر دو) اندازه گیری می شود.

مرحله سوم:

اندازه گیری میزان HbA_2 در مرد و زن:

اگر در مرد و زن هر دو $HbA > 72 < 3/5$ باشد در این صورت هر دو ناقل تالاسمی بوده، بنابراین مشاوره ویژه تالاسمی انجام می شود.

بدیهی است در صورت تمایل به ازدواج بهتر است بعد از انجام مرحله اول تشخیص قبل از تولد، مجوز ازدواج صادر شود.

اگر در یکی یا هر دو $HbA_2 \geq 3/5$ باشد، باتوجه به شرایط موجود برای فرد یا هر دو در خصوص آزمایش های تکمیلی یا آهن درمانی برای فرد تصمیم گیری می شود.

مرحله چهارم:

بر اساس نتایج آزمایش های تکمیلی و در صورت نیاز انجام آهن درمانی (قبل یا بعد از انجام آزمایش های

تکمیلی) و سپس مجددا وضعیت زوجین بررسی می گردد.

تبصره: زوج هایی که از پذیرش درمان فقر آهن به دلیل عجله در ازدواج امتناع می ورزند پزشک می تواند گواهی ازدواج را صادر و همزمان آهن درمانی را انجام دهد. این در صورتی امکان پذیر است که طرفین حتی با وجود تالاسمی ناقل بودن خواهان ازدواج با یکدیگر باشند.

نتیجه بررسی زوج:

۱. یکی یا هر دو فرد سالم می باشند که در این صورت اقدام دیگری لازم نبوده و گواهی ازدواج صادر می گردد.

۲. هر دو ناقل بتا تالاسمی می باشند که در این صورت مشاوره ویژه تالاسمی انجام می گردد.

۳. نیاز به بررسی بر اساس جدول شناسایی زوج مشکوک کم خطر و مشکوک پرخطر

مرحله پنجم:

بررسی بر اساس جدول شناسایی زوج مشکوک کم خطر و مشکوک پرخطر

□ در صورتی که یکی یا هر دو فرد در گروه بندی جدول مذکور در گروه کم خطر در بروز تالاسمی قرار گیرند مشاوره ویژه در خصوص وضعیت زوج صورت گرفته و به زوجین توضیح داده می شود که احتمال بروز تالاسمی در فرزندان آنها پایین می باشد و در صورت تمایل زوجین، بررسی های ژنتیک برای آنها انجام شده و نیاز به اعلام این زوج به تیم مراقبت نمی باشد. گواهی انجام مشاوره برای زوج تکمیل و در مرکز بایگانی می گردد.

□ در صورتی که زوج در گروه بندی جدول مذکور در گروه مشکوک پر خطر در بروز تالاسمی قرار گیرند مشاوره ویژه تالاسمی صورت گرفته و همانند زوجین ناقل تالاسمی اقدام و زوج با فرم شماره ۵ به تیم مراقبت معرفی می گردد.

نکته مهم:

در صورتی که زوجین مشکوک کم خطر آزمایش های ژنتیک را انجام داده و زوج ناقل بتا تالاسمی تشخیص داده شوند زوج به تیم مراقبت معرفی میشوند. لازم به ذکر است زوج کم خطر از تسهیلات ویژه برای انجام آزمایش های ژنتیک برخوردار نمی شوند.

لازم به ذکر است آزمایش های تکمیلی شامل:

۱. فریتین.

۲. HbF به روش الکتروفورز می باشد.

جدول شناسایی زوج مشکوک کم خطر و پرخطر در بروز بیماری بتا تالاسمی مازور

نکته بسیار مهم: این جدول فقط برای تفسیر وضعیت زوج های مشکوک نهایی کاربرد دارد. زوج مشکوک نهایی زوجی است که مرحله ۴ الگوریتم را گذرانده و همچنان اندکس های آنها به شرح زیر می باشد: زن و مرد هر دو یا یکی دارای $MCV < 80$ و / یا $MCH < 27$ و $HbA2 \leq 3.5$

خصوصیات مرد									
۴	۳	۲	۱	جدول (الف)					
ناقل بتا تالاسمی	$HbF > 3$	$MCV < 75$ و / یا $MCH < 26$ و / یا $HbA2 > 3.2$	$MCV \geq 75$ و $MCH \geq 26$ و $HbA2 \leq 3.2$				خصوصیات زن		
* زوج مشکوک کم خطر	زوج مشکوک کم خطر	زوج مشکوک کم خطر	زوج مشکوک کم خطر	$MCV \geq 75$ و $MCH \geq 26$ و $HbA2 \leq 3.2$	۱				
زوج مشکوک پرخطر	زوج مشکوک پرخطر	زوج مشکوک پرخطر	زوج مشکوک کم خطر	$MCV < 75$ و / یا $MCH < 26$ و / یا $HbA2 > 3.2$	۲				
زوج مشکوک پرخطر	زوج مشکوک پرخطر	زوج مشکوک پرخطر	زوج مشکوک کم خطر	$HbF > 3$	۳				
** ناقل تالاسمی	زوج مشکوک پرخطر	زوج مشکوک پرخطر	* زوج مشکوک کم خطر	ناقل بتا تالاسمی	۴				

* در این قسمت در صورتی که مرد یا زن ناقل تالاسمی بوده و طرف مقابل سابقه بیماری تالاسمی در خویشاندان نزدیک داشته باشد زوج بعنوان پرخطر طبقه بندی می گردد.

** زوج ناقل تالاسمی هستند که قبلا در مراحل ۳ و ۴ الگوریتم برای آنها تصمیم گیری شده است.

اقدامات تیم مشاوره ژنتیک در خصوص گروههای مشکوک پرخطر و کم خطر در بروز تالاسمی

زوجین مشکوک پرخطر در بروز تالاسمی:

همانند زوجین ناقل تالاسمی اقدام می گردد که شامل: مشاوره ویژه تالاسمی- تکمیل تعهد نامه- تشکیل پرونده- معرفی به تیم مراقبت با فرم شماره 5، ارجاع به PND1 در زمان مناسب، PND2 و ... است.

زوجین مشکوک کم خطر در بروز تالاسمی:

شامل: مشاوره ویژه زوجین کم خطر در بروز تالاسمی - تکمیل فرم گواهی انجام مشاوره - عدم معرفی به تیم مراقبت است. با توجه به اندک بودن خطر بروز بیماری در این گروه پیگیری نهایی وضعیت زوج در این گروه به عهده خود زوجین بوده و برای این افراد از تسهیلات ویژه نیز استفاده نمی گردد.

شرح وظایف خانه‌ی بهداشت

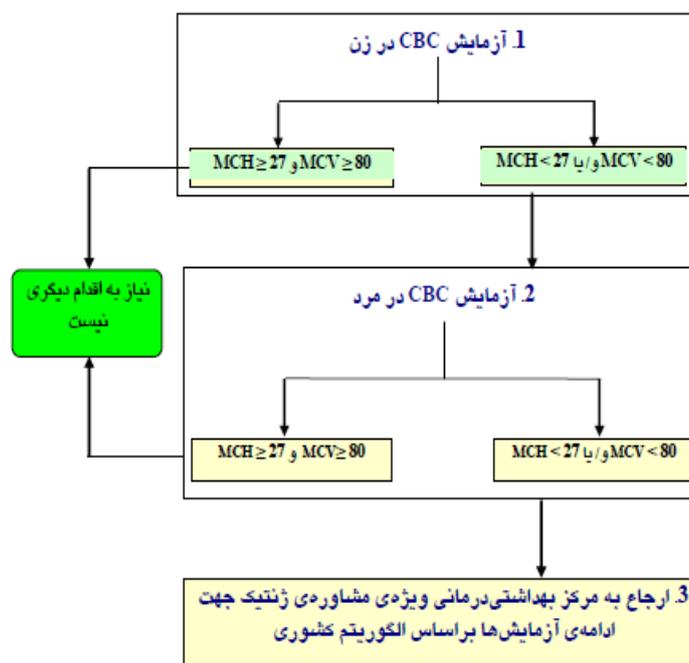
اولین سطح ارائه‌ی خدمات بهداشتی‌درمانی در سطح روستا خانه‌های بهداشت هستند که وظایف آنها درخصوص پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور مشابه وظایف مرکز بهداشتی‌درمانی شهری / پایگاه بهداشتی است.

در خانه‌های بهداشت مسئولیت حسن اجرای برنامه به‌عهده‌ی پزشک مرکز و وظیفه‌ی نظارت با مشارکت کارشناسان و کارکنان‌های بهداشتی مراکز روستایی بوده و انجام فعالیت‌ها به‌عهده‌ی بهورز است.

الگوریتم شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی در زوجینی که به هر دلیل

(عدم شروع غربالگری در شهرستان، عقد غیر ثبتی، برخی گروه‌های اجتماعی خاص، افراد مهاجر، افراد خارجی مقیم در کشور و ...)

در زمان ازدواج آزمایش‌های تالاسمی را انجام نداده اند



1. تمام زنان شوهردار که به هر دلیل در زمان ازدواج آزمایش‌های تالاسمی را انجام نداده و در حال حاضر باردار هستند باید در هفته‌های اول بارداری (قبل از 16 هفته‌گی) به پزشک مرکز بهداشتی‌درمانی ارجاع شوند و پزشک برای آنها درخواست CBC نماید. پس از دریافت نتیجه‌ی CBC در صورتی که اندکس‌ها در زن ($MCH < 27$ و $MCV < 80$) باشد، نیاز به اقدام دیگر نیست؛ ولی در صورتی که یکی یا هر دو اندکس کمتر از حدود طبیعی باشد ($MCH < 27$ و/یا $MCV < 80$)، ضروری است شوهر نیز بررسی شود. ارائه‌ی پس‌خوراند جهت اطلاع و پیگیری بعدی ضروری است.
2. در صورتی که در CBC انجام‌شده‌ی مربوط به شوهر، اندکس‌ها هر دو در حدود طبیعی باشد ($MCH \geq 27$ و $MCV \geq 80$)، نیاز به اقدام دیگری نیست؛ ولی در صورتی که یک یا هر دو اندکس مذکور در شوهر کمتر از حدود طبیعی باشد ($MCH < 27$ و/یا $MCV < 80$)، باید در اسرع وقت جهت ادامه‌ی بررسی برابری الگوریتم کشوری مراحل انجام آزمایش‌های تالاسمی به مرکز مشاوره ژنتیک شهرستان ارجاع شوند.
3. در تمام مواردی که نیاز به ارجاع زن یا شوهر و یا هر دو باشد، در مناطق روستایی از فرم ارجاع موجود در نظام شبکه استفاده و در مناطق شهری به روال جاری اقدام می‌شود.

تذکر: متخصصان زنان و زایمان، پزشکان عمومی و ماماها می‌توانند ضمن آموزش مستقیم (در زوجینی که به هر دلیل در زمان ازدواج آزمایش‌های تالاسمی را انجام نداده اند)، آنها را به نزدیک‌ترین واحد بهداشتی محل سکونت زوج‌ها ارجاع‌نموده و یا در صورت تمایل تمام فعالیت‌های مذکور را انجام‌دهند و در صورت نیاز نسبت به ارجاع زوج به مرکز مشاوره ژنتیک شهرستان اقدام نمایند.

مشاوره ژنتیک چیست ؟

تاکنون حدود ۱۶ هزار بیماری ژنتیکی شناخته شده است بیماریهای ژنتیکی در کشورها و مناطق مختلف تنوع گسترده ای داشته و در کشور ما نیز بعلاوه تعدد ازدواج های فAMILI و قومی از شیوع بسیار بالایی برخوردار است . در نتیجه مشاوره ژنتیکی بعنوان یکی از اولویت ها مطرح است . رکن اصلی شروع مشاوره ژنتیک وجود تشخیص دقیق بیماری است و نیاز به همکاری نزدیک متخصصین رشته های مختلف از جمله ژنتیک ، زنان ، اطفال ، اعصاب پرستاران ، بهورزان و پزشکان خانواده را دارد . با داشتن تیم تخصصی مشاوره ژنتیکی می توان مشاوره ژنتیک را برای اقشار گسترده مردم ارائه داد . از آنجا که بسیاری از معلولیت ها و بیماریهای خاص بوسیله انجام مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج و بارداری قابل پیشگیری است و اکثر بیماریهای ارثی پس از تولد حتی با صرف هزینه های کلان قابل درمان نیستند لذا پیشگیری از این امر با مشاوره پزشکی ژنتیک از لحاظ اقتصادی نیز بسیار مقرون به صرفه می باشد .

چه کسانی باید به مشاوره ژنتیک مراجعه نمایند ؟

مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج ، قبل از بارداری ، در دوران بارداری و برای افراد دارای فرزند مبتلا به موارد زیر توصیه می شود :

- عقب ماندگی ذهنی در فرد یا افراد خانواده فردی (تا نسل سوم شجره)
- افرادی که قصد ازدواج فAMILI دارند
- افرادی که در خود یا افراد خانواده خود نقایص متعدد مادرزادی دارد .
- افرادی که دچار کوتولگی و اختلال رشد هستند و یا افرادی که در خانواده خود دچار این گونه نقایص هستند .
- کسانی که دارای اختلالات متابولیک می باشد و یا در افراد خانواده خود سابقه بیماری را دارد .
- افرادی که دارای شکل و قیافه غیر طبیعی هستند و یا در خانواده خود این گونه ابهامات را دارند .
- افرادی که دارای ابهام تناسلی در خود و یا در افراد خانواده خود هستند .
- افرادی که دارای نازایی ، سقط مکرر ، عقیمی و یا مرده زایی در خود یا افراد خانواده خود هستند .
- حاملگی در سن بالای ۳۵ سال
- تماس با مواد پر خطر مانند مواد شیمیایی ، اشعه ، اعتیاد ، الکل و مواد عفونی
- بیماریهای عصبی مزمن در فرد یا افراد خانواده فرد
- سرطان در فرد یا افراد خانواده فرد
- دیابت در فرد یا افراد خانواده فرد
- بیماریهای قلب در فرد یا افراد خانواده فرد

مدارک لازم برای مشاوره ژنتیک

- اطلاعات کامل پزشکی از افراد خانواده درجه اول ، دوم و سوم
- کلیه مدارک پزشکی و آزمایشات انجام شده مربوط به افرادی که قصد مشاوره ژنتیک دارند
- اطلاعات کامل پرونده پزشکی و نام بیماری افراد مبتلا به بیماری در خانواده
- نام و مشخصات کامل همکاران ارجاع دهند به همراه مدارک پزشکی.

سلامت روان و سوء مصرف مواد

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
با همکاری انستیتو روانپزشکی تهران

1391

اصلاح شده:

۱۳۹۶

فصل چهارم: سلامت روان

اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

- ۱- ارتقاء در سلامت روان را شرح دهد.
- ۲- چارچوب برنامه سلامت روان را بداند.
- ۳- گروه های هدف را شناسایی نماید و خانوار را ارزیابی کند.
- ۴- اختلالات روانپزشکی شایع را شناسایی کند.
- ۵- مراقبت و پیگیری در برنامه سلامت روان را شرح دهد.

مقدمه

در کشور ما و بسیاری از کشورهای جهان سلامت روان یکی از ابعاد مهم سلامت در نظر گرفته شده است . سلامت روان به عنوان جزء نهم نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در این نظام ادغام یافته است و خدمات آن از طریق این سیستم به مردم ارائه می شود .

سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانائی هایش را باز می شناسد ، قادر است با استرس های معمول زندگی مقابله کند، می تواند از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و ارتباط اجتماعی صحیحی با دیگران برقرار نماید. سلامت روان به همه ما مربوط است نه فقط به کسانی که از اختلالات روانی رنج می برند .

پیشگیری از اختلالات روانی و حفظ سلامت روان افراد جامعه عمده ترین هدف برنامه ادغام سلامت روان است. ارتقاء سلامت روان فرآیندی است که مردم را قدر می سازد تا کنترل بیشتری بر سلامت شان داشته باشند و کیفیت زندگی خود را بالا ببرند و فرصت هایی را برای سالم تر زیستن به دست بیاورند .

با توجه به میزان شیوع بالای اختلالات روانی و رقم بالای بار این اختلالات در کشورمان و همچنین با در نظر گرفتن اینکه اختلالات روانی هزینه های زیادی را به طور مستقیم و غیر مستقیم بر جامعه تحمیل می کند و نهایتاً اثرات زیانباری را در کار آیی نیروهای مولد جامعه به دنبال دارد، برنامه سلامت روان یک اولویت در جامعه محسوب می شود. در این راستا برنامه سلامت روان در برنامه های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی از اهمیت و جایگاه خاصی برخوردار می باشد و مسئولین و سیاستگذاران این برنامه خود را موظف به ارتقاء کیفیت این برنامه می دانند.

ارتقاء در سلامت روان

سلامت جسم و سلامت روان:

در چند دهه گذشته نه تنها روز به روز بر اهمیت سلامت روانی و اجتماعی افزوده شده است، در دهه گذشته داشتن سلامت و بهزیستی معنوی نیز برای سلامت افراد لازم شمرده شده است. در این تعریف جامع، تنها نبود بیماری جسمی دلیل داشتن سلامتی نیست، بلکه سلامت یک وضعیت چند وجهی است. فرد سالم نه تنها باید بیماری جسمی نداشته باشد باید دارای سلامتی و تعادل در حالات عاطفی، روانی، رفتاری، روابط و شرایط اجتماعی نیز باشد. همچنانکه فرد سالم از نظر جسمی می تواند به کارهای روزمره خود برسد، فردی که از نظر روانی سالم است می تواند از تمامی توانمندی و استعداد های خود به خوبی بهره ببرد، روابط اجتماعی و خانوادگی درستی داشته باشد، با فشارها و استرس های روزمره زندگی بطور موثر کنار بیاید، و دارای کارکرد مناسب در تمامی جنبه های زندگی خود از جمله جنبه های شغلی و تحصیلی باشد. فرد سالم باید بتواند از زندگی خود لذت ببرد و دارای خلاقیت، شکوفایی، احترام به ارزشهای اجتماعی، صفات اخلاقی، و آرامش دینی و معنوی باشد.

جسم و روان بعنوان دو جنبه از وجود انسان همواره بر یکدیگر تأثیر متقابل می گذارند و وضعیت یکی از آنها می تواند تعیین کننده وضعیت دیگری باشد. بیماریهای جسمی دشوار و مزمن، می تواند سلامت روان فرد را به خطر بیندازد و موجب ضعف اعتماد به نفس و افزایش استرس در فرد شود. از سوی دیگر اختلالات روانی نیز می توانند به دلیل استرس بالایی که برای فرد ایجاد می کنند، سلامت جسمی او را به خطر بیندازند و فرد را مستعد ابتلاء به بیماریهای جسمی نمایند.

بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن جسمی و صعب العلاج، به دلیل وضعیت دشوار و ناکام کننده بیماری خود دچار اختلالات و مشکلات روانی متعددی می شوند که از جمله مهمترین و شایع ترین آنها اضطراب و افسردگی است.

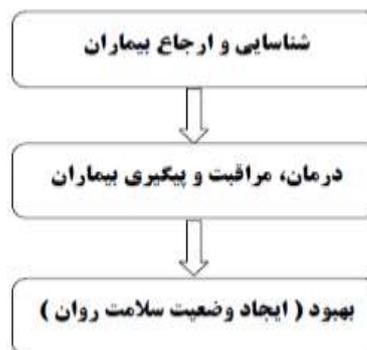
افراد افسرده مبتلا به بیماریهای مزمن جسمی ممکن است برنامه های درمانی برای بهبود بیماری جسمی خود را نپذیرند و دستورات درمانی مربوطه را رعایت نکنند و این مساله باعث مقاومت دارویی شده و عوارض جدی بر روی سلامت عمومی جامعه می گذارد و از طرفی این افراد بیشترین استفاده کنندگان خدمات مراقبتهای بهداشتی و درمانی هستند و هزینه مضاعفی را بر جامعه وارد می کنند.

با توجه به تأثیر متقابل وضعیت جسمی و وضعیت روانی انسان بر یکدیگر، افراد مبتلا به بیماریهای مزمن جسمی سعی کنند تا خود را از ابتلاء به اختلالات روانی محافظت نمایند و افراد خانواده و مراقبین آنها تمام تلاش خود را در پیشگیری و کنترل اختلالات روانی این بیماران بنمایند. زیرا ابتلاء بیماران مزمن جسمی به اختلالات و مشکلات روانی، روند بیماری جسمی آنها را پیچیده تر و وخیم تر می کند و درمان بیماری جسمی آنها را با دشواریهای زیادی مواجه می نماید. در بخش بهداشت روان نیز شما با برنامه هایی آشنا خواهید شد که خدمات سلامت روان را به صورت فعالیت های بهداشت روان به نیازمندان سلامت روان ارایه خواهد داد که هدف و نتیجه آن تامین سلامت روان است. نمای شماره ۱ در سطر اول ویژگی ها و هدف بهداشت روان، و در سطرهای بعدی نمونه ای از این برنامه را نشان داده است.

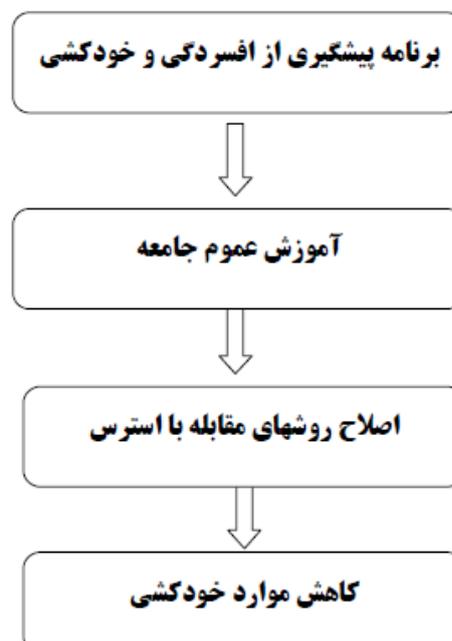
نمای شماره ۱- اهداف برنامه سلامت روان



نمای شماره ۲- خدمات و فعالیتهای برنامه سلامت روان



نمای شماره ۳- نمونه ای از برنامه سلامت روان



تعاریف و مفاهیم:

سلامت روان: در تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت، سلامت روان به عنوان یکی از اجزای مهم سلامت بیان شده است. در این تعریف آمده است که: "سلامت، حالت بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و صرفاً به مفهوم فقدان بیماری یا ناتوانی نیست". بنابراین سلامت روان چیزی بیش از "فقدان بیماری روانی" است. سلامت روان عبارت است از "حالتی از بهزیستی که در آن فرد، تواناییهای خودش را می شناسد، میتواند با فشارهای معمول زندگی مقابله کند، میتواند به شیوه ای پربار و مؤثر کار کند و به جامعه خود خدمت نماید."

برنامه سلامت روان برنامه ای مبتنی بر جامعه(جامعه نگر) است به طوری که هدف آن تأکید بیشتر بر عرضه خدمات در محل زندگی است. تمام تلاش در درمان به صورت سرپایی و پیشگیری از بستری طولانی مدت و بازگشت بیماران به محل زندگی و محل کارشان است.

پیشگیری: کلیه تلاشهایی است که برای جلوگیری از بروز بیماریها و کاهش پیامدهای شدیدتر بیماری صورت میگیرد. پیشگیری مبتنی بر این اصل است که "در بلندمدت، پیشگیریها مقرون به صرفه تر و موثرتر از درمان است، پیشگیری در سه سطح صورت میگیرد:

۱) پیشگیری سطح اول: فرایندی است که از طریق کاهش شرایط منفی، موجب کاهش خطر ابتلا به بیماری

روانی و جلوگیری از بروز آن میشود. نمونه های پیشگیری سطح اول یا پیشگیری اولیه عبارتند از :

مراقبت دوران بارداری بهبود برنامه های آموزشی مدارس، برنامه های کاهش تبعیض، آموزش مهارتهای فرزندپروری، مهارتهای زندگی، حمایتهای روانی اجتماعی از آسیب دیدگان بحران ها و بلاها، کمک به کودکان تک سرپرست، آموزش پیشگیری از همسرآزاری، مشاوره ازدواج، مشارکت های بین بخشی بهداشت و آموزش و پرورش و رابطین بهداشتی، مشارکت مادران در برنامه های بهداشتی.

۲) پیشگیری سطح دوم: این نوع پیشگیری شامل برنامه هایی میشود که تشخیص زودهنگام مشکلات روانی و درمان آنها در

همان مراحل اولیه را در دستور کار خود دارند. ایده اصلی در پیشگیری سطح دوم، حمله به مشکلات در زمانی است که قابل مهارند یعنی پیش از آن که در مقابل تغییر و مداخله، مقاوم شوند. غالباً در این نوع پیشگیری غربالگری توصیه میشود. این غربالگری توسط افراد مختلفی میتواند صورت بگیرد از جمله توسط پزشکان، معلمان، مددکاران اجتماعی و بهروزان.

ارجاع مناسب، پس از ارزیابی اولیه صورت میگیرد. کشف زودهنگام افرادی که مشکلات شدید و مخربی در

رابطه با سوء مصرف مواد دارند، شناسایی خانه به خانه موارد جدید بیماری روانی، و انجام آزمون هوش در دانش آموزان سه نمونه از پیشگیری ثانویه هستند.

۳) پیشگیری سطح سوم: هدف از پیشگیری در این سطح، کاهش مدت و تاثیرات اختلالات روانی پس از وقوع است. در

نتیجه، پیشگیری ثالث از این جهت با پیشگیری سطح اول و دوم فرق دارد که هدفش کم کردن تعداد مورد های جدید اختلالات روانی نیست بلکه تاثیرات اختلالات روانی را پس از تشخیص، کم میکند. محو اصلی بسیاری از برنامه این نوع پیشگیری، توانبخشی است که دامنه وسیعی دارد. روشهای مورد استفاده در آن هم مشاوره، آموزش شغلی و مواردی از این قبیل است. کمک به کودک مبتلا به صرع که از مدرسه اخراج و خانه نشین شده (ناتوان یا معلول تحصیلی) برای برگشت به مدرسه، کمک به اشتغال یک نوجوان عقب مانده ذهنی برای کار در مزرعه یا کارگاه، آموزش همسر داری یا فرزند پروری به پدر یا مادری که به دلیل

بیماری روانی شدید گوشه گیر و طرد شده است، همگی نمونه هایی از پیشگیری سطح سوم یا نوتوانی و توانبخشی روانی اجتماعی است که اصولی مانند توانبخشی جسمی دارد.

شناسایی عوامل موثر بر سلامت روان:

سلامت روان و بیماریهای روانی تحت تاثیر عوامل مختلفی چون عوامل اجتماعی، روانشناختی و زیستی هستند و نباید فکر کنیم که یک عامل به تنهایی آنها را به وجود میآورد. مثلاً سطح پایین سواد، مشکل مسکن و درآمد، عوامل خطری برای سلامت روان هستند.

عوامل خطر ساز: به عواملی گفته میشود که احتمال وقوع یک بیماری و شدت آن را بیشتر می کنند و مدت آن را طولانی تر میکنند.

عوامل محافظت کننده: عواملی هستند که مقاومت فرد را نسبت به عوامل خطر ساز و بیماریها بالا برده واز سلامتی محافظت میکنند.

هم عوامل خطر ساز و هم عوامل محافظت کننده میتوانند مربوط به فرد یا خانواده باشند و هم ناشی از شرایط محیط بیرونی، شرایط اجتماعی و اقتصادی باشند.

عوامل اجتماعی - اقتصادی و محیطی: در زمینه عوامل اجتماعی - اقتصادی و عوامل محیطی وسیع، نیاز به راهبردهایی در سطح کلان جامعه وجود دارد تا سیاستها و قوانین کشور در مسیری قرار بگیرند که تغییرات اساسی در سلامت روان افراد جامعه به وجود آید. در جدول زیر به برخی از این عوامل اشاره میشود.

برخی از عوامل اجتماعی، محیطی و اقتصادی تعیین کننده سلامت روان	
عوامل خطر ساز	عوامل محافظت کننده
فقر	خدمات اجتماعی
تغذیه نامناسب	مسئولیت پذیری و تحمل اجتماعی
فقدان آموزش کافی، وسایل حمل و نقل و مسکن	وحدت گروه های قومی
دسترسی آسان به الکل و مواد مخدر	روابط مثبت با دیگران
جنگ	حمایت های اجتماعی مثل بیمه
استرس شغلی	مشارکت مردمی
بیکاری	
زندگی در شهر	

عوامل فردی و خانوادگی: این عوامل میتوانند زیستی، هیجانی، شناختی و رفتاری باشند یا به محیط خانواده مرتبط باشند. این عوامل در دوره های حساس رشد فرد، میتوانند تاثیر عمیقی داشته باشند در جدول زیر به برخی از این عوامل خطر ساز و محافظت کننده از سلامت روان اشاره می شود.

برخی از عوامل فردی و خانوادگی تعیین کننده سلامت روان	
عوامل خطرسان	عوامل محافظت کننده
شکست تحصیلی	توانایی مقابله با استرس
کودک آزاری و بی توجهی به نیازهای کودک	سازگاری
سوء مصرف مواد	استقلال
اختلاف و ناسازگاری خانوادگی	ورزش
احساس تنهایی	احساس امنیت
وزن کم هنگام تولد	فرزندپروری مناسب
مشکلات روانی والدین	سواد خواندن و نوشتن
نقص های حسی و جسمی	مهارت های حل مسئله
رویدادهای استرس زای زندگی	اعتماد به نفس
سوء مصرف مواد در دوران حاملگی	مهارت های زندگی
مراقبت از بیمار مزمن	مدیریت استرس
بدرفتاری با افراد مسن	حمایت اجتماعی از جانب خانواده و دوستان
	ارتباط مثبت والدین و کودک

برخی از عوامل فردی و خانوادگی تعیین کننده سلامت روان	
عوامل خطرسان	عوامل محافظت کننده
شکست تحصیلی	توانایی مقابله با استرس
کودک آزاری و بی توجهی به نیازهای کودک	سازگاری
سوء مصرف مواد	استقلال
اختلاف و ناسازگاری خانوادگی	ورزش
احساس تنهایی	احساس امنیت
وزن کم هنگام تولد	فرزندپروری مناسب
مشکلات روانی والدین	سواد خواندن و نوشتن
نقص های حسی و جسمی	مهارت های حل مسئله
رویدادهای استرس زای زندگی	اعتماد به نفس
سوء مصرف مواد در دوران حاملگی	مهارت های زندگی
مراقبت از بیمار مزمن	مدیریت استرس
بدرفتاری با افراد مسن	حمایت اجتماعی از جانب خانواده و دوستان
	ارتباط مثبت والدین و کودک

۱۰ راهکار برای کاهش آسیب و ارتقاء سلامت روان عبارتند از :

۱. بهبود تغذیه
۲. تهیه مسکن
۳. افزایش دسترسی به آموزش
۴. کاهش نا امنی اقتصادی
۵. کاهش عوامل استرسزا و بالا بردن تاب آوری
۶. کاهش آسیب های ناشی از مصرف مواد
۷. تقویت شبکه های اجتماعی
۸. کاهش کودک آزاری و غفلت از کودکان
۹. مقابله با بیماری روانی والدین
۱۰. مقابله با فقدان در خانواده

آشنایی با چارچوب برنامه سلامت روان

نقش خانه های بهداشت در برنامه سلامت روان:

خانه های بهداشت به عنوان نخستین سطح ارائه خدمات در روستاها یکی از مهم ترین وظائف را در تحقق اهداف فوق دارند. به طور کلی وظائف بهورز در تحقق اهداف اختصاصی فوق شامل موارد زیر است:

- ۱- برقراری ارتباط با گروههای هدف
- ۲- بیماریابی (شناسایی بیماران روانی)
- ۳- ارجاع بیماران به پزشک مرکز بهداشتی درمانی
- ۴- مراقبت و پیگیری بیماران
- ۵- ثبت و گزارشدهی اطلاعات آماری
- ۶- آموزش اصول سلامت روان به گروه های هدف

شناسایی گروه های هدف و ارزیابی خانوار:

گروه هدف در برنامه ادغام سلامت روان که بهورز وظیفه کار با آنها را دارد شامل سه دسته از افراد هستند:

- ۱- بیماران روانی
 - ۲- خانواده بیماران روانی
 - ۳- گروه های در معرض خطر در جامعه
- بهورز در زمان شناسایی جمعیت تحت پوشش، باید ضمن برقراری ارتباط مناسب با اعضای خانوارها، بابه کار گیری فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی افراد مشکوک به اختلالات روانی را شناسایی و به پزشک ارجاع دهد.
- بخشی از جمعیت تحت پوشش را گروه های آسیب پذیر تشکیل می دهند که به دلیل وضعیت خاصی که دارند بیشتر از سایر افراد جامعه در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانپزشکی قرار دارند. لذا بهورز باید نسبت به این افراد توجه و دقت بیشتری داشته باشد و در انجام مداخلات لازم آنها را در اولویت قرار دهد.

برقراری ارتباط و آموزش به گروه های هدف:

یکی از مداخلات اثر بخش برای افراد گروه هدف، آموزش سلامت روان به آنهاست. این آموزش در قالب مشاوره چهره به چهره و آموزشگروهی انجام می شود. موضوعات زیر که در این فصل های دیگر این کتاب به طور مجزا و به تفصیل آمده است اما با توجه به اهمیت آموزش در ادامه مختصری به آن اشاره شده است. بهورز می تواند آموزشهای لازم را در خصوص برخورد صحیح با بیمار ونحوه مراقبت از او ارائه کند. مباحث عمده و مهم در آموزش بیماران و خانواده آنها عبارتند از:

- رفتار و برخورد صحیح با بیمار روانی
- مراقبت از بیمار روانی
- تداوم درمان (مصرف داروها طبق دستور پزشک و عدم قطع خود سرانه دارو، تداوم مراجعه به پزشک در موعد مقرر)

همچنین لازم است بهورز برای ارتقاء آگاهی عموم جامعه و آشنا نمودن آنها با اصول سلامت روان و روشهای پیشگیری و مقابله با اختلالات روانی جلسات آموزشی گروهی برگزار کند. از جمله مباحثی که در آموزش همگانی باید به مردم ارائه شود عبارتند از:

- اصول و مبانی سلامت روان
- علائم و نشانه های اختلالات روانی
- عوامل مؤثر در بروز اختلالات روانی
- روشهای پیشگیری از بروز اختلالات روانی
- راههای مقابله با مشکلات و اختلالات روانی
- مهارتهای زندگی
- شیوه های صحیح فرزند پروری

انجام مداخلات لازم:

پس از آنکه بهورز گروه هدف را با استفاده از سؤالات فرم غربالگری شناسایی کرد، باید فرد شناسایی شده را جهت تشخیص قطعی و دریافت خدمات درمانی به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهد و پس از بازگشت بیمار از مرکز (بازخورد ارجاع)، مشخصات بیمار را بر اساس تشخیص و توصیه های پزشک در فرم آمار اختلالات روانپزشکی، فرم پیگیری بیماران، فرم ثبت مراجعات بیمار و فرم ارجاع و مراقبت بیماران ثبت نماید. بر این مبنا اساساً کار بهورز در برنامه سلامت روان غربالگری و مراقبت است. بدیهی است مداخلات درمانی در این زمینه مربوط به پزشکان و سطوح بالاتر است و بهورز باید در مورد اختلال روانی تشخیص داده شده به وسیله پزشک اقدام به مراقبت نماید.

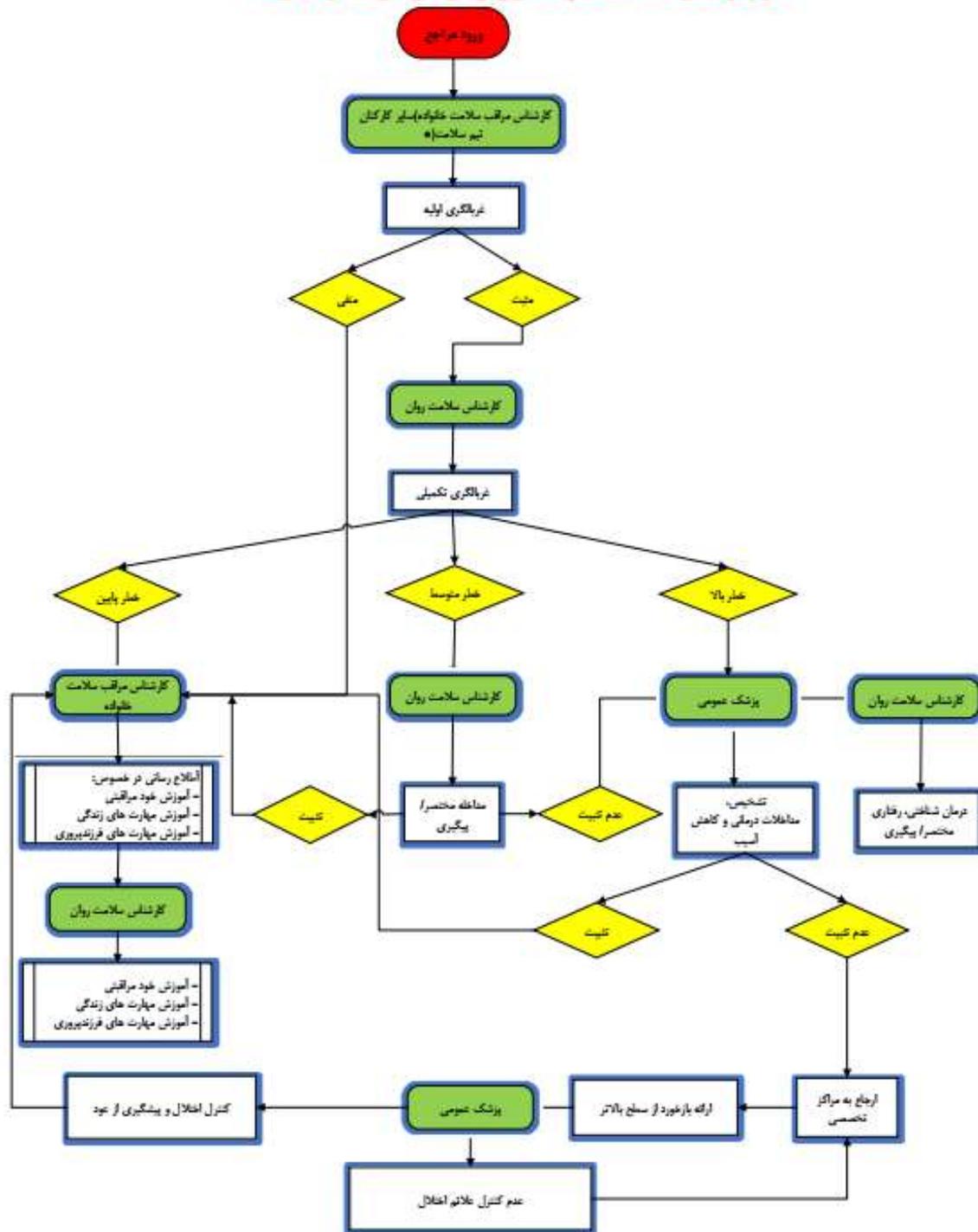
مراقبت و پیگیری بیماران:

پس از شناسایی بیماران و شروع دوره درمان توسط پزشک، بهورز باید بیماران تحت درمان را مورد پیگیری و مراقبت قرار دهد و وضعیت آنها را از جنبه های زیر بررسی کند:

- استمرار درمان و مراجعه به پزشک در موعد تعیین شده
- عدم قطع دارو بدون نظر پزشک
- روند بیماری از نظر بهبود یا وخامت
- ابتلاء به اختلال توأم

در خصوص بیماران بهبود یافته بهورز باید وضعیت آنها را از نظر اطمینان یافتن از عدم عود بیماری تحت مراقبت قرار دهد همچنین بیماران مبتلا به عقب ماندگی ذهنی را از نظر بروز اختلال توأم، پیگیری کند.

فلوجارت ارائه خدمات پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد



• غربالگری اولیه نباید با توجه به اینکه به صورت فرصت طلبانه انجام می شود می تواند توسط کلیه پرسنل بهداشتی و درمانی مرکز شامل کارشناس مراقب سلامت خانواده، پزشک، دندانپزشک، ماما و ... انجام شود
 • غربالگری روئین برای زنان باردار

شناسایی گروه های هدف و ارزیابی خانوار

مقدمه:

شناسایی به موقع و زودرس اختلالات روانی موجب می شود که اقدامات درمانی بهتر و سریعتر به نتیجه برسد. اما اگر در بدو ابتلاء به اختلال روانی، اختلال فرد شناسایی و درمان نشود، این اختلال تبدیل به اختلال روانی مزمن می شود و درمان آن دشوار تر خواهد بود.

تعریف غربالگری (بیماریابی) (غربالگری عبارت است از شناسایی بیماران به ظاهر سالم با استفاده از آزمونها، معاینه ها یا سایر روشها).

به دلایل زیر برخی از افراد جامعه تمایل ندارند که جهت درمان اختلال و مشکلات روانی خود به پزشک (بخصوص روانپزشک) مراجعه کنند:

۱. ترس از انگ اجتماعی اختلال روانی
۲. نگرانی از عوارض داروهای روانپزشکی
۳. باورها و نگرشهای خرافی در مورد راههای درمان اختلالات روانی
۴. عدم پذیرش اختلال توسط بیمار روانی (برخی از بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک معتقدند که بیمار نیستند و تصور می کنند از نظر روانی سالم هستند).

تعریف انگ بیمار روانی:

انگ بیمار روانی به معنی برچسب و لقب اجتماعی است که مردم ناآگاه بر بیمار روانی می گذارند. عموم جامعه فرد بیمار را با لقب بیمار روانی یا دیوانه یا روانی مورد خطاب قرار می دهند و او را به صورت یک فرد خطرناک می بینند. این برچسب برای بیماران ناراحت کننده و رنج آور است و موجب کناره گیری آنان از اجتماع، سرخوردگی و پایین آمدن اعتماد به نفس در آنان می شود.

روش شناسایی افراد مشکوک به اختلالات روانی:

بهورز شناسایی بیمار روانی را از طریق زیر انجام می دهد:

۱- سرشماری اولین بار:

در زمان سرشماری اولین بار، بهورز باید ضمن مراجعه به درب منازل خانوارها، سؤالات فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی را از تک تک اعضای خانوارها سؤال کند. اگر در میان افراد خانواده کسانی هستند که مستقیماً قادر به درک سؤالات شما و پاسخگویی نیستند (مانند کودکان کم سن، افراد بی سواد، عقب ماندگان ذهنی و...) سؤالات مربوط به آنها از یک فرد آگاه و پاسخگو در خانواده پرسیده می شود.

۲- مراجعین به خانه بهداشت:

در مورد افرادی که به هر دلیل در طول سال شکایاتی می شوند و بهورز در مورد آنها مشکوک به بروز اختلال روانی می شود و یا افراد جدید که به روستا وارد می شوند و یا در مورد افرادی که بامسائل دیگر به خانه بهداشت مراجعه می کنند بهورز باید سؤالات فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی را از آنها بپرسد و در صورتی که آنها را بعنوان مشکوک به اختلال روانی شناسایی کرد آنها را به پزشک ارجاع دهد.

۳- تکرار سرشماری دوره ای هر ۵ سال یک بار برای ترمیمی اطلاعات:

از آنجا که افراد مشکوک به اختلالات روانی را یک بار در نخستین غربالگری، شناسایی نموده و ازسوی دیگر افراد جدید ورود به روستا و افراد مشکوک به اختلالات روانی در طول زمان به بهورزمراجعه می نمایند. انتظار بر این است که در طول سال و سال های بعد کلیه افراد در روستا تحت پوشش قرار گرفته باشند. با این وجود با توجه به این که در برخی موارد افراد مبتلا به اختلالات روانی از مراجعه به پرسنل بهداشتی و پزشکان خودداری می کنند و یا این که نسبت به مشکل خودبینش و پذیرش ندارند، برخی موارد از افراد نیازمند به مراقبت در برنامه سلامت روان، شناسایی نمی شوند به همین منظور کار غربالگری مجدد اختلالات روانی را باید هر ۵ سال یک بار تکرار نمود.

اهمیت شناسایی (غربالگری) بیماران روانی:

در بسیاری از موارد بیماران روانی و خانواده آنها واقف نیستند که فرد به بیماری روانی مبتلاست. بنابراین خانواده این افراد آنها را جهت درمان به مراکز درمانی نمی برند. در اکثر مواقع بیماران روانی با دردها، علائم و شکایات جسمانی به مراکز درمانی مراجعه می کنند و تصور می کنند که بیماری آنها جسمانی است اما در اصل ممکن است بیماری آنها روانی باشد و بیماری روانی آنها خود را به شکل علائم جسمانی نشان می دهد زیرا استرس و اضطراب برروی جسم تأثیر می گذارند و می توانند موجب بروز دردها و ناراحتی های جسمانی (از جمله مشکلات گوارشی، آسم، آلرژی، میگرن، دردهای عضلانی و مفصلی) ... شوند.

در این موارد علت بیماری جسمی فرد، اختلال روانی است و علت جسمانی برای دردها و مشکلات جسمانی فرد وجود ندارد. افرادی که به طور مداوم به دلیل شکایات جسمانی متعدد به بهورز یا پزشک مراجعه میکنند احتمال دارد به اختلال روانی مبتلا باشند و اختلال روانی آنها خود را به ظاهر به شکل مشکلات جسمانی نشان می دهد اما دلیل اصلی بروز این بیماریهای جسمانی ممکن است اختلالات روانی باشد.

داستان ۱:

مریم از اهالی روستای خلیل آباد یک خانم ۲۱ ساله مجرد است. او خیلی زیاد حرف می زند، زیاد می خندد و بیش از حد شاد است. مدام در حال انجام کارهای مختلف در منزل است از کار کردن هیچوقت خسته نمی شود. انرژی خیلی زیادی دارد. شبها دیروقت می خوابد و صبح خیلی زود از خواب بیدار می شود. مریم خیلی ولخرج است و دوست دارد به خرید برود و چیزهایی که خیلی مورد نیازش نیست و حتی با قیمت گران خریداری کند. او لباسهایی با مدلها و رنگهای عجیب و جلب توجه کننده می پوشد. گاهی اوقات پرخاشگر می شود و با مادر و برادرش دعوا می کند. در زمان غربالگری خانوارها و تکمیل فرم غربالگری برای افراد خانواده مریم، بهورز متوجه علائم اختلالات روانی در مریم شده است. بهورز به مریم گفت که روز دوشنبه که پزشک در خانه بهداشت حضور دارد به خانه بهداشت مراجعه کند تا توسط پزشک ویزیت شود. پزشک پس از انجام مصاحبه روانپزشکی با بیمار و بررسی علائم او، تشخیص داد که مریم به اختلال دوقطبی مبتلاست. پزشک داروهای لازم را به بیمار تجویز کرد و به او گفت که یک ماه دیگر مجدداً جهت ویزیت پزشک مراجعه کند.

ارجاع بیماران:

بهورز پس از شناسایی بیماروضعیت او را در فرم ارجاع ثبت می کند و او را همراه فرم ارجاع به پزشک عمومی مرکز بهداشتی درمانی روستایی ارجاع می دهد. پزشک پس از بررسی وضعیت بیمار، اختلال او را تشخیص می دهد و نوع اختلال وی، داروهای

تجویز شده ، دوز داروها و زمان مراجعه بعدی بیمار را در پایین فرم ارجاع ثبت میکنند و بیمار را همراه این فرم به بهورز بازگشت ارجاع می دهد و بهورز را از بازخورد ارجاع مطلع می کند (بازخورد ارجاع).

ارجاع تنها به مفهوم فرستادن مراجع به یک منبع دیگر نیست بلکه ارجاع یک رابطه دو طرفه است یعنی پس از ارجاع ، بهورز باید منتظر بازخورد ارجاع باشد و نتیجه را پیگیری کند .

بهورز باید تمام مواردی را که بعنوان مشکوک به ابتلاء اختلالات روانی شناسایی می کند به پزشک ارجاع دهد. بهورز مجاز به درمان هیچ یک از اختلالات روانی نیست و این کار فقط باید توسط پزشک و یا در صورت نیاز به درمان غیر دارویی توسط روان درمانگر انجام شود .

موارد ارجاع فوری (فوریت‌های روانپزشکی):

چنانچه در مورد عموم جامعه یا بیماران روانی یکی از حالت‌های زیر مشاهده شود بهورز باید فرد را به پزشک ارجاع فوری دهد:

۱. اختلالات سایکوتیک ۲. خشونت و پرخاشگری به طوری که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود

۳. افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی ۴. صرع مداوم ۵. عوارض شدید داروهای روانپزشکی

داستان ۲

در روستای فردوس سرپرست یکی از خانوارها ، به نام رحمت که ۵۳ ساله است و ۳ فرزند دارد به اختلال سایکوتیک مبتلاست . او خیلی بدبین است و به همه سوء ظن دارد . او فکر می کند که دیگران قصد آزار دادن و اذیت کردن او را دارند . بهورز در زمان غربالگری خانوارها ، او را بعنوان مشکوک به اختلال روانی شناسایی کرد و به پزشک ارجاع داد . پزشک در این بیمار اختلال سایکوتیک راتشخیص داد و برایش دارو تجویز کرد و به او گفت که یک ماه دیگر مجدداً مراجعه کند . اما رحمت بیماری خود را قبول ندارد و علائم و افکار خود را طبیعی می داند و معتقد است که این افکار واقعیت دارند و بیمارگونه نیستند . رحمت حاضر نیست به پزشک مراجعه کند و دارو مصرف نماید . او معتقد است که بیماری روانی ندارد و لازم نیست دارو بخورد . او از عوارض دارویی می ترسد و فکر می کند داروها حال او را بدتر می کنند . همسر رحمت به دلیل نگرانی از انگ بیمار روانی ، می ترسد که اقوام و آشنایان شوهر او را دیوانه یا بیمار روانی خطاب کنند به این دلیل او مایل نیست که برای درمان همسرش و ارجاع او به پزشک کاری انجام دهد و ترجیح می دهد او را نزد دعانویس

روستا ببرد و از این طریق می خواهد بیماری همسرش را بهبود ببخشد . او نگران است که اگر همسرش را نزد پزشک ببرد همه اهالی روستا و اقوام می فهمند که رحمت بیمار روانی است و آبرویشان می رود .

فرم بیماریابی اختلالات روانی در برنامه سلامت روان برای بهورزان

علائم اختلالات	بله	خیر
۱- فردی که هر چند وقت یکبار در بیداری یا خواب دچار حمله تشنج یا غش می شود ، بیهوش شده ، دست و پا می زند و کف از دهانش خارج می شود.		
۲- کودکی که در سن مدرسه گاهی مات زده شده و چند لحظه به جایی خیره می شود ، لب وزبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می لیسد.		
۳- کودکی که به دنبال تب شدید دچار تشنج می شود.		
۴- کودک در ۴ تا ۵ ماهگی گردن نمی گیرد ، در ۱۰ تا ۱۲ ماهگی نمی نشیند ، در ۱ تا ۱٫۵ سالگی راه نمی رود ، در ۲ تا ۳ سالگی حرف نمی زند ، در ۳ تا ۴ سالگی جای خود را شبها خیس می کند.		
۵- دانش آموزی که از نظر درسی از همه ضعیف تر است ، مرتب مردود می شود و یا از مدرسه اخراج شده است ، مشکلات بند ۴ را هم داشته است.		
۶- فرد بزرگسالی که رفتار کودکانه دارد ، هوش او کمتر از دیگران است ، شغل ندارد ، قادر به یادگیری کار جدیدی نیست ، مشکلات بند های ۴ و ۵ را داشته است.		
۷- فردی که توهم و هذیان و گفتار غیر منطقی دارد ، صداهایی را می شنود که دیگران نمی شنوند ، چیزهایی را می بیند که دیگران نمی بینند ، سوء ظن دارد ، فکر می کند دیگران می خواهند او را بکشند یا همسرش دارد به او خیانت می کند ، رفتارهای عجیب و غریب دارد ، شکلک در می آورد ، به درو دیوار خیره می شود ، با خودش حرف می زند یا می خندد.		
۸- فردی که خیلی غمگین و بی حوصله است ، تنهایی را دوست دارد ، گریه می کند ، مشکلات خواب و اشتها دارد ، گاهی اوقات نمی تواند کارهایش را انجام دهد ، افت تحصیلی دارد ، از مدرسه غیبت می کند.		
۹- از زندگی ناامید است ، افکار خودکشی دارد یا به خودکشی اقدام می کند.		
۱۰- فردی که بدون دلیل خوشحال و پرحرف و پرتحرک است ، بی خوابی شدید دارد ، کارهای زیادی هدفی انجام می دهد ، هیچوقت از بی خوابی و پر کاری خسته نمی شود ، خود را مهم می داند ، مدام آواز و شعر می خواند ، خیلی زود عصبانی یا خندان یا گریان می شود.		
۱۱- فردی که اضطراب دارد و بیقرار است.		
۱۲- فردی که عصبی و پرخاشگر است.		
۱۳- فردی که وسواس دارد.		
۱۴- فردی که بدون وجود بیماری جسمی دچار دردهای پراکنده بدنی است.		

نمونه ای دیگر از سوالات بیماریابی اختلالات روانپزشکی برای بهورزان جهت مطالعه بیشتر:

۱- به طور مداوم و بی دلیل دچار تشویش، دلهره و نگرانی می شود ؟

- ۲- از موارد زیر دچار احساس ترس و وحشت می شود :
- تاریکی، ارتفاع ، آب ، حیوانات ، مکانهای بسته، صحبت کردن در جمع
- ۳- در موارد ذیل دست به اعمال تکراری میزنید و آنها را با وسواس و حساسیت زیاد انجام می دهد :
- نظافت و شستشو ، شمارش اعداد و وسایل ، مرتب کردن وسایل و نظم دادن به آنها ، چک کردن بسته بودن شیر گاز و درب منزل
- ۴- قبلاً دچار حادثه ای شده است که اکنون از یادآوری صحنه های آن دچار وحشت می شود یا راجع به آن کابوس می بیند ؟
- ۵- به دردها ، مشکلات و بیماریهای جسمانی مبتلا است که پزشکان علت جسمی برای آن نیافته اند و علت آن را عصبی می دانند ؟
- ۶- احساس غمگینی ، اندوه و ناامیدی می کند ؟ زیاد گریه می کند ؟
- ۷- گوشه گیر است و با کسی ارتباط برقرار نمی کند ؟
- ۸- بی دلیل و بیش از حد خوشحال است ؟ زیاد حرف می زند و زیاد می خندد ؟
- ۹- عصبی و پرخاشگر است ؟
- ۱۰- به خودکشی فکر می کند ؟
- ۱۱- قبلاً به خودکشی اقدام کرده است ؟
- ۱۲- دست به رفتارهای خشونت آمیز می زند که موجب آسیب به خود یا آسیب به دیگران می شود ؟
- ۱۳- با خودش حرف می زند ؟
- ۱۴- صدهایی را میشنود که دیگران نمی شنوند یا چیزهایی را می بیند که دیگران نمی بینند ؟
- ۱۵- معتقد است که دیگران او را تعقیب می کنند و قصد کشتن او و یا آسیب رساندن به او را دارند ؟
- ۱۶- معتقد است که رئیس جمهور ، امام ، پیغمبر یا شخص مهمی است ؟
- ۱۷- قادر نیست امور شخصی خود را انجام دهد ؟ (غذا خوردن ، نظافت کردن خود ، لباس عوض کردن و..)
- ۱۸- تا کنون دچار حمله تشنج شده است که به دنبال آن غش کند و بیهوش شود (حمله صرع)؟
- ۱۹- تا کنون پیش آمده که فرزند خردسال برای چند لحظه حالت بهت زدگی داشته باشد و به یک نقطه خیره بماند و هشیاری خود را در آن لحظات از دست بدهد ؟
- ۲۰- فرزند خردسال از نظر مراحل رشد (سینه خیز رفتن ، چهار دست و پا رفتن ، راه رفتن ، حرف زدن) مطابق با سن خود و مانند همسالان خود است ؟
- ۲۱- فرزند خانواده بیش از اندازه پر انرژی و فعال است و مدام جست و خیز می کند ؟
- ۲۲- فرزند خانواده کارهای زیر را انجام می دهد :
- آزار حیوانات ، تخریب وسایل ، دزدی ، دروغگویی ، فرار از مدرسه یا منزل ، آتش افروزی، زورگویی ، کتک کاری ، پرخاشگری و خشونت ، ناخن جویدن
- ۲۳- فرزند شما لکنت زبان یا تیک دارد ؟
- ۲۴- فرزند خانواده (بعد از سن ۳ سالگی) ادرار و مدفوع خود را کنترل می کند ؟

برقراری ارتباط با گروه

های هدف دربرنامه

سلامت روان (مطالعه آزاد)



مقدمه: ارتباط در سلامت روان

ارتباط در سلامت روان به مفهوم به کارگیری راهکارهایی به منظور آگاه سازی و تاثیر بر تصمیمات فرد و جامعه برای ارتقاء سلامت روان است. در دهه های اخیر فضای پیچیده تبادل اطلاعات دچار تغییرات چشم گیری شده است. علاوه بر این مسائل و معضلات سلامت روان شکل هایی کاملاً متفاوت به خود گرفته اند. در این شرایط در برقراری ارتباط برای سلامت روان باید تمامی تلاش خود را بر این نکته متمرکز نماییم که آنها بتوانند به صورت داوطلبانه و با احساس ایجاد ارزشی افزوده در خود اقدام به ارتقاء سلامت نمایند. این موضوع موجب می شود تا افراد با کسب آگاهی های لازم تمایل پیدا کنند تا از خدمات برنامه بهره مند شده و در آن مشارکت کنند. به تعبیر دیگر برقراری ارتباط به مفهوم بازاریابی اجتماعی و فردی در مداخلات سلامت روان است.

برقراری ارتباط برای ارتقاء سلامت روان:

برای درک عمیق شیوه ها و اهداف برقراری ارتباط برای سلامت روان در درجه نخست باید اقدام به ارائه تعریفی دقیق، جامع و کاربردی از سلامت روان نمود. با درک این تعریف می توان دریافت که اساساً موضوع ارائه خدمات سلامت روان چه افرادی را به چه منظور، با چه شیوه ای، با استفاده از چه امکاناتی و با چه هدفی تحت پوشش قرار می دهد و ارائه این خدمات از چه ارزشی برخوردار است.

مروری دوباره بر تعریف سلامت روان:

سازمان جهانی بهداشت در دیدگاه نوین خود سلامت را برخوردار بودن از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی معنی نموده است. در این میان سلامت روان واژه ای است که بیانگر توانایی شناختی و عاطفی یک فرد برای برخوردار بودن از یک زندگی بارور است. سلامت روان براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت روان به حالتی از اطلاق می شود که در آن فرد توانایی های خود را می شناسد و می تواند بر تنش های روانی معمول در زندگی فائق آمده و به صورتی کارآمد مثمرتر باشد.

گروه های هدف در برنامه سلامت روان:

واضح است این تعریف بیش از هر چیز بر توان شناختی و عاطفی افراد تمرکز دارد و اساساً پیامد کاهش سطح سلامت روان را کاهش کارایی در برخوردار بودن از یک زندگی پربار دانسته است. در چنین شرایطی می توان گفت که هر فرد از افراد جامعه در درجه ای از سلامت روان قرار دارد. بر این اساس گروه های هدف سلامت روان شامل تمامی سنین، هر دو جنس و همه افراد با هر وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و از هر قومیت و اعتقادی خواهند بود؛ هیچ فردی از افراد جامعه را نمی توان پیدا کرد که نیازمند حمایت های اجتماعی برای برخوردار بودن از حداکثر سلامت روان نبوده و هیچ فردی را نمی توان یافت که فاقد نیاز برای رشد و تعالی برای رسیدن به درجات بالاتری از این موضوع نباشد.

در اینجا ذکر این نکته حائز اهمیت است که اگر چه در برخی تعاریف یک فرد با سلامت روان را شخصی دانسته اند که فاقد هر گونه اختلال یا بیماری روانی باشد، اما در بسیاری از تعاریف دست یابی به ارزشهای اخلاقی و اجتماعی را برای افراد فاقد اختلال به عنوان یکی از اهداف سلامت روان پیش بینی نموده اند. در این زمینه گفته می شود حتی در شرایطی که فرد فاقد هر گونه اختلال یا بیماری روانی باشد، باز هم می توان درجاتی از رشد روانی را برای وی تصور کرد که در آن عواطف فرد از ظرفیت های کامل تری برای برخوردار بودن از زندگی پربار بهره مند بوده و قادر است بر چالشهایی هر چند عمیق که در زندگی اش پیش می

آید غلبه نماید. این دیدگاه موضوعاتی نظیر ارزشمندی، قدرت کنترل، هوشمندی های عاطفی، قدرت فردی، قابلیت حل مسئله، خلاقیت، طبیعت شاد و رضایت مندی فردی را مورد توجه قرار می دهند.

بینش اسلامی دیدگاهی کل نگر به مفهوم سلامت دارد و اساساً سلامت جسم، روان و روح را کاملاً پیوسته و وابسته به یکدیگر دانسته و بر ضرورت ایجاد محیطی امن و عاری از پلیدی ها برای تحقق رشد روانی اعتقاد دارد.

طبقه بندی گروه های هدف برای ارائه خدمات سلامت روان:

حال که دریافتیم سلامت روان موضوعی برای تمامی افراد جامعه با هر ویژگی است باید به نکته ای دیگر در زمینه ارائه خدمات توجه نماییم. این موضوع طبقه بندی افراد با نیازهای مشابه برای دریافت خدمات معین است. در اغلب موارد درک نیاز به خدمات از طریق مشاوره با افراد صورت می پذیرد. با این وجود همواره افرادی خاص از جامعه که تحت شرایط ویژه ای زندگی می کنند در معرض مخاطرات سلامت روان خاص بوده و به خدمات تقریباً یکسانی نیاز دارند. رویکردهای مختلفی برای طبقه بندی گروه های هدف برای سلامت روان می توان پیدا کرد، اما آنچه که در این کتاب مورد تاکید قرار می گیرد انتخاب گروه های هدف بر دو مبناست. مبنای نخست طبقه بندی گروه های هدف براساس اختلالات شایع سلامت روان است. این رویکرد شامل طبقه بندی افراد در گروه هایی نظیر مبتلایان به افسردگی و اضطراب، اختلالات دو قطبی، حالت های عصبیت، انواع اختلالات روانی و ... است. مبنای دوم انتخاب گروه های هدف براساس گروه های سنی است. در این رویکرد گروه های سنی واجد قرار گرفتن در دسته های افراد در معرض مخاطرات و بیماریهای روانی خاص تلقی می شوند. این رویکرد برای ارائه بسته ای از خدمات ادغام یافته مختلف به یک حیطه سنی همواره مورد نظر ارائه دهندگان خدمات است. به عنوان مثال می توان تصور کرد که اختلالاتی نظیر عدم تمرکز و بیش فعالی، شب ادراری و کابوسهای شبانه در گروه سنی کودکان از بروز بالاتری برخوردار است و در هنگام ارزیابی سلامت روان می توان علائم و نشانه های وقوع این موارد در گیرنده خدمت را مورد بررسی قرار داد.

طبقه بندی گروه های هدف برای برنامه سلامت روان بدان لحاظ ارزشمند است که به ارائه دهندگان خدمات سلامت این امکان را می دهد که با حجم کمتری از فعالیت و پی گیری ها و با رویکردی نظام دار واجدین شرایط برنامه سلامت روان را شناسایی نموده و آنها را تحت پوشش خدمات قرار دهند.

بدین منظور جداول و دستورعمل های مشخص طراحی شده است که با استفاده از آنها می توان این اقدام را به صورتی سازمان دهی شده و کارآمد انجام داد.

مروری بر مهارت های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقاء سلامت روان:

برقراری ارتباط برای ارتقاء سلامت روان به طور معمول براساس شیوه های رایج برقراری ارتباطات انسانی و با ملاحظه متغیرهای سلامت روان و صفات و ویژگی های بیماری های روانی صورت می گیرد. انتظار بر این است که شما این مهارت ها را در طول دو فصل اختصاصی که شامل برقراری ارتباط با افراد و روش مشاوره و آموزش بهداشت با گروه ها فراگرفته باشید، با این وجود از آنجا که در طول زمان شناسایی گروه های هدف نیازمند برقراری ارتباط برای ورود افراد به برنامه هستید لازم است مروری مختصر بر روشهای برقراری ارتباط با گروه های هدف داشته باشیم.

سرفصل اصول برقراری ارتباط با گروه های هدف شامل بر خورداری از مهارت های زیر می باشد:

۱ - مهارت کمک به دیگران

۲- مهارت هدایت و آموزش

۳- مهارت های مدیریت و رهبری

۴- مهارت های نظارت و سرپرستی

۵- مهارت های مباحثه و صحبت

۶- مهارت گوش دادن

بحث در زمینه هر یک از این مهارت ها از حوصله مطالب این فصل خارج است، با این وجود برای آن که شما به درکی مناسب از موضوع دسترسی پیدا نمایید مروری بسیار مختصر بر مهارت های فوق نموده و برای آن ها مثال هایی خواهیم آورد. ذکر این نکته ضروری است که برخورداری کامل از این مهارت ها نیازمند دانش، نگرش و مهارت کافی است. تحصیل مهارت در این زمینه نیازمند تمرکز، تمرین و تجربه مکرر است.

۱- مهارت کمک رسانی:

افرادی که نیازمند برخورداری از خدمات سلامت روان می باشند حالت های مختلفی از شرایط جسمی، روانی واجتماعی دارند. برخی از آن ها قادر به بیان احساسات و نگرانی های خود نیستند نظیر کودکان یا افراد عقب مانده ذهنی اما در مقابل برخی از آن ها ممکن است پرحرف بوده و هیجان زیاد و به طرز مبالغه آمیزی احساسات خود را بیان نمایند. در هر شرایطی وظیفه ارائه دهنده خدمات این است که به گیرندگان خدمت تفهیم نماید که در واحد خدمتش تسهیلاتی فراهم آمده که می تواند از آن ها برای ارتقاء وضعیت خود بهره مند شد. اما بیش از این که این تسهیلات برای مشتریان ارائه خدمات کارآمدی داشته باشد احساس و برداشت افراد از خود ارائه دهنده خدمت نقشی تعیین کننده دارد. مردم باید به درستی دریابند که ارائه دهنده خدمت دارای تعهد، تجربه و دانش کافی برای کمک یا هدایت آنهاست. بنابراین شرایط کمک به افراد در وضعیتی مهیا می گردد که ارائه دهنده خدمت دارای مهارت ها و تعهد لازم برای کمک به دیگران باشد.

۲- مهارت های هدایت و آموزش:

ارائه دهنده خدمت باید بتواند با مهارت خود در زمینه آموزش نقش و اهمیت برنامه سلامت روان و نیازهای گروه های هدف را روشن نموده و به حد کفایت به پرسشهای آن ها پاسخ دهد. علاوه بر این ارائه دهنده خدمت باید بتواند گیرندگان خدمت را تشویق به یادگیری، ایجاد شرایط رشد و خلاقیت و بهبود رفتارها نماید. بدین منظور امکانات مختلفی نظیر پوستر و پمفلت های آموزشی در زمینه سلامت روان در اختیار ارائه دهنده خدمت می باشد که می توان با بهره گیری از آنها بر توان و ادراک مردم برای ارتقاء سلامت روان و ایجاد مباحثات گروهی آموزشی بهره جست.

۳- مهارت های مدیریت و رهبری:

مهارت های مدیریت در زمینه سلامت روان عبارتند از مهارت در ایجاد تغییر در محیط زندگی مردم و تاثیر برای حل مشکلات آن ها، تلاش برای مقابله با عوامل مخرب سلامت روان و ایجاد تعهد در خود و سایرین برای ارتقاء سلامت روان و حل مشکلات موجود، علاوه بر این مدیریت برنامه های سلامت روان می بایست دارای برنامه ای سازماندهی شده برای انجام عملیات و تحقق اهداف باشد. در این برنامه ها افراد شرکت کننده در برنامه موقعیت های ویژه ای می یابند و به نقش و وظایف خود در زمینه حل مشکلات سلامت روان می پردازند.

۴- مهارت های نظارت و سرپرستی:

هدف از نظارت و سرپرستی در برنامه های سلامت روان ایجاد جایگاهی به منظور کنترل عوامل انسانی و سایر منابع برای ایجاد حداکثر بهره مندی در رشد می باشد. در این شرایط ارائه دهنده خدمات سلامت روان باید به نحوی عمل نماید که از منابعی که در اختیار دارد اعم از منابع داخل یا خارج سازمان به درست ترین شکل استفاده نموده و با اعمال نظارت و سرپرستی بر منابع به هدفت فوق نائل آید.

۵- مهارت های مباحثه و صحبت:

مهارت های گفت و گو در زمینه سلامت روان موجب می گردد تا گیرندگان خدمت بتوانند بر آنچه که به آنها در قالب گفت و گو منتقل می شود احاطه کافی پیدا نموده، سئوالات خود را مطرح و با احترام در زمینه سئوالات شان آگاهی پیدا نمایند. در چنین شرایطی ارائه دهنده خدمت با برخورداری از مهارت های گفتگو خواهد توانست شرایط مناسبی برای پیشبرد برنامه های خود ایجاد نماید.

۶- مهارت های گوش دادن:

مهارت گوش دادن یکی از اساسی ترین مهارت های مورد نیاز برای اجرای برنامه های سلامت روان است. این مهارت موجب می شود تا ارائه دهندگان خدمات بتوانند به توسعه عمیقی از ارتباط با گیرنده خدمت دسترسی پیدا کنند. برای آن که ارائه دهنده خدمت فهمی مناسب از مسائل و مشکلات گیرنده خدمت پیدا نماید می بایست تلاش نماید تا اتفاقات زیر تحقق پذیرد:

- به درستی آنچه که گیرنده خدمت در مورد خود و احساساتش بیان می کند را درک نماید.
- در زمینه آنچه که گیرنده خدمت از او سؤال می نماید بدون حاشیه و بدون توجه به مسائل جانبی پاسخی روشن و حتی الامکان کوتاه ارائه نماید.
- از قطع صحبت گیرنده خدمت در حین ارائه احساسات و عواطف خود مگر در شرایطی که منجر به اتلاف وقت می گردد، خودداری نماید.
- در مورد آنچه که نفهمیده است یا برداشت مبهمی دارد از ارائه دهنده خدمت سؤال نماید.

مروری بر اختلالات روانپزشکی شایع



اختلالات خلقی:

اختلالات خلقی به طور کلی به دو گروه عمده اختلالات افسردگی و اختلالات دو قطبی تقسیم می گردند.

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 علائقی و بی لذتی در تقریباً اکثر فعالیت های روزمره است. شخصی که دچار افسردگی بیمارگون میشود، احساس غمگینی و بی حوصلگی میکند و اغلب کاهش واضح علاقه مندی 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 میگردد. افسردگی معمولاً به دنبال استرسهای 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 علائق و بی حوصلگی نیز میگردند. علائم 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، علائم 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 میشود.

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 علیرغم 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 فوق 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 روانی به ویژه افسردگی هستند.

نشانه ها و علائم	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
غمگینی، بی علائقی	افسردگی	افسردگی شدید(قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران)	ارجاع فوری به پزشک
احساس خستگی و کاهش انرژی			
کاهش توانایی انجام 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 نشانه‌ها و علائم افسردگی را دارد حتما راجع به افکار خودکشی به همراه قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران سؤال کنید:

آیا هیچ‌گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ آیا اخیرا به خودکشی فکر کرده‌اید؟
چنانچه پاسخ مثبت است این علامت را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید

مواردی که باید در پیگیری بیماران افسرده توسط بهورزان اجرا شود:

- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پیگیری
- پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک،
- پیگیری علائم 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 بروز کند).
- پیگیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه)

نکاتی که بهورزان باید به خانواده و بیمار آموزش دهند:

- افسردگی بیماری شایع و قابل درمانی است به گونه‌ای که بعضی به آن سرماخوردگی اعصاب می‌گویند.
- افسردگی یک بیماری است نشانه ضعف اراده یا تنبلی نبوده و صرفا با توصیه‌های عمومی مانند مسافرت رفتن یا تفریح کردن برطرف نمی‌شود.
- بهبودی از افسردگی به تدریج و گاه در طی یکی دو هفته 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.
- شایع‌ترین عوارض داروها در اوایل مصرف عبارتند از خواب آلودگی خفیف، سوءهاضمه، اسهال که با ادامه درمان و مصرف دارو همراه غذا تدریجا بهبود می‌یابد.
- قبل از قطع داروها حتما باید با پزشک مشورت شود.
- گاهی لازم است برای جلوگیری از عود مشکل حداقل برای یک دوره شش ماهه دارو مصرف شود.
- دارو باید هر روز استفاده شود و حتی الامکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.
- فرد افسرده را نباید تنها گذاشت، باید به کارهای ساده و روزمره سرگرم شود و مورد توهین و انتقاد قرار نگیرد و اگر افکار نومییدی، پوچی، خودکشی، و بیقراری و شرایط نگران‌کننده‌ای 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، بای پلار، 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 علایم 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 گفته می شود. به این حالت "مانیا" گفته می شود. در عین حال همین بیمار ممکن است در زمان های دیگری به شدت احساس غمگینی و افسردگی داشته و حوصله انجام هیچ کاری را نداشته باشد که این حالت همان "افسردگی" است. بیماران دوقطبی بین این دو حالت مانیا و افسردگی تغییر حالت می دهند. و دوره ای نیز ممکن است بهبودی کامل داشته باشند و به زندگی سالم خود با یا بدون دارو ادامه دهند.

سایر علایم اختلال دوقطبی (حالت مانیا)

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

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

نشانه ها و علائم	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
سرخوشی بیش از حد یا تحریک پذیری، عصبانیت و پرخاشگری	احتمال اختلال دوقطبی (مانیا)	قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران	ارجاع فوری به پزشک
بی خوابی		توهم یا هذیان	ارجاع فوری به پزشک
پرحرفی		فقدان توهم یا هذیان یا قصد آسیب	ارجاع غیرفوری به پزشک
فعالیت و انرژی زیاد بدون احساس خستگی			

توهم: ادراک بدون وجود محرک شامل: شنیدن صداهایی که دیگران آنها را نمی شنوند و دیدن چیزهایی که دیگران آنها را نمی بینند.

هذیان: فکر یا باور غلط که فرد به آن اعتقاد دارد و برای او قابل تردید نیست و منطبق بر زمینه تحصیلی، فرهنگی و اجتماعی او نیست. شامل: 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 حتما 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.

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 پرخاشگرانه، سوء مصرف مواد، سایکوز

اقدامات فوری در مقابله با بیماران پرخاشگر:

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

اختلالات اضطرابی

مقدمه و علایم:

همه انسان ها به طور طبیعی گاه اضطراب را در زندگی خود تجربه می کنند. اضطراب اگر در حد طبیعی باشد حتی خوب هم هست چرا که باعث افزایش آمادگی و جنب و جوش و در نهایت پیشرفت فرد می شود، ولی اگر شدید شود مثلا با علایمی مثل تپش قلب، وحشت و بی قراری همراه باشد و در نتیجه فرد را به دردسر بیندازد و برای او مشکل درست کند، غیرطبیعی است و نیاز به توجه و درمان دارد.

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

بیماری وسواس یکی دیگر از بیماری های اضطرابی است که تعداد زیادی از افراد جامعه به آن مبتلا هستند. شایع ترین نوع از این بیماری وسواس به آلودگی یا نجاست است که در اثر این وسواس بیمار شروع به شستن یا آب کشیدن بیش از اندازه می کند. وسواس ممکن است به شکل شک کردن هم بروز کند که بیمار را وادار به چک کردن های تکراری و غیرضروری می نماید. مثلا فرد مرتب شک می کند 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 مثل فکرهای 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 روانی 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.

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

پیگیری و مراقبت:

برای درمان اختلالات اضطرابی هم می توان از داروها استفاده کرد و هم 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.

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 سایکوتیک

مقدمه و علائم :

این اختلالات در دسته بندی که قبلا در شبکه سلامت کشور به کار می رفت بخشی از اختلالات شدید را تشکیل می دادند. فرد 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.

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 زدنی که نامفهوم و بی ربط به نظر می رسد هم از جمله علایم این بیماریها در نظر گرفته میشود. 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. معمولا افراد مبتلا به اختلالات سایکوتیک خود را بیمار نمیدانند و معتقدند که کاملا 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.

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

پیگیری و مراقبت :

درمان اصلی اختلالات سایکوتیک درمان دارویی است و معمولا 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 علائم 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.

پیگیری 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 پیگیری ندارند.

۳) شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان که با وجود پیگیری و آموزش بهبود نیافته است.

بهورز 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. افراد مبتلا به صرع در بهره هوشی، حافظه، تحصیل، شخصیت و مهارتهای هنری با دیگران فرقی ندارند.

تاریخچه صرع:

در روزگاران قدیم مردم عقیده داشتند، کسی که دچار این حالات می شود جن یا شیطان در جسم او حلول کرده است. بر مبنای این عقاید خرافی برای درمان کوشش می شد از راه های مختلفی شیطان از درون او بیرون رانده شود. گاهی بیرون کشیدن ارواح خبیثه از بدن این افراد با روش های بسیار ظالمانه انجام می گرفت، آنان را شکنجه می کردند و با ابزارهایی مانند سنگهای تیز، جمجمه هایشان را سوراخ می کردند یا به سحر و جادو متوسل می شدند. به نقل از پیامبر اسلام نیز آمده است که تشنج برخلاف فکر عوام دیوانگی نیست بلکه بیماری است.

علل صرع:

امروزه بر همه روشن شده است که صرع یک بیماری نیست، بلکه فقط نشانه ای است که خبر می دهد قسمتی از مغز کار خود را با نظم همیشگی و به خوبی انجام نمی دهد. وقتی مغز به طور طبیعی کار کند یک سری امواج الکتریکی از خود ایجاد می کند که این امواج مانند جریان ملایم و منظم الکتریسیته در مسیر اعصاب مغزی عبور می کنند. در حالت تشنج یک جرقه الکتریسیته مانند انتشار برق در آسمان ایجاد می شود که ایجاد و انتشار این جرقه و طوفان الکتریکی بسته به محل و مسیر

خود در مغز علائم و نوع تشنج و صرع را تعیین می کند. اپی لپسی یا صرع حالتی است که یک سری از این تشنج ها و طوفان های الکتریکی در مغز به طور مرتب و با فاصله زمانی به طور خودبخود ایجاد می شوند. تشنج ممکن است به دلایل مختلف مانند کم یا زیاد بودن قند، کلسیم، نمک، آب و دیگر مواد خون؛ ورم و ضربه سر و موارد بسیار دیگر رخ دهد که با درمان آنها به زودی تشنج بهبود می یابد و بیمار تشخیص صرع نمی گیرد.

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.

۱- علل قبل از زایمان:

صدمات قبل یا حین زایمان که موجب کاستی در اکسیژن رسانی و آسیب بافت مغزی می شود از علل شایع تشنج ها در دوره نوزادی و کودکی است. خوشبختانه امروزه با به کارگیری روش های مناسب مراقبت های بهداشتی اولیه و مراقبت های خاص دوره حاملگی و زایمان از این عوارض بسیار کاسته شده است. ولی هنوز هم گفته می شود که ۲۰ درصد علل صرع ناشی از این موارد کمبود اکسیژن مغز در دوره جنینی و یا در حین زایمان است.

۲- ضربه های مغزی:

ضربه های مغزی ۱۰ الی ۱۵ درصد علل حملات صرع را تشکیل می دهد که شامل مجموع صدماتی است که بر اثر ضربه به مغز وارد می آید. تصادفات اتومبیل و موتور، سقوط از بلندی و ضربه اشیاء سخت به سر از این موارد است. تشنج ناشی از ضربه های مغزی ممکن است با فاصله کوتاهی از ضربه مغزی و یا مدت ها پس از آن اتفاق بیفتد. بیهوشی پس از ضربه به سر به معنی آسیب زا بودن ضربه است و هر قدر مدت زمان بیهوشی ناشی از ضربه مغزی طولانی تر باشد، شانس وقوع تشنج نیز بیشتر است. همه کسانی که دچار ضربه مغزی می شوند، مبتلا به صرع نمی شوند. زمین خوردن معمولی و ضربه های کوچک به سر و صورت در کودکان لازمه رشد آنان و گاهی اجتناب ناپذیر است و والدین نباید تشنج های احتمالی آینده را به این ضربه های مختصر و بی اهمیت نسبت دهند. چرا که تشنج پس از آن دسته از ضربه های مغزی که همراه بیهوشی نمی باشند، بسیار نادر است.

۳- علل عفونی و سایر بیماری ها :

صرع ممکن است، به علت بیماریهای مختلفی ایجاد شود، مانند انواع عفونت های مغزی یا التهاب های آن و نیز دیابت، بیماری عروقی و فشار خون کنترل نشده که از علل شایع بروز تشنج اند. بیماریهای دیگری مانند گرفتار شدن مغز توسط کیست و تومورهای سرطانی مناطق دیگر بدن نیز می تواند ایجاد تشنج کند و در صورت درمان نشدن به صرع تبدیل شود. اختلالات میزان قند خونی، بیماری کلیوی، بیماری کبدی نیز از علل مهم و شایع تشنج هستند. این علل قابل درمان بوده و پس از درمان آن صرع فرد نیز بهبود می یابد. سکتة های مغزی، علت اولیه صرع در بیماران ۶۰ سال به بالا است و در جوامعی که متوسط سن افراد به این سن و سال می رسد، وقوع بیشتری از صرع ها را در این رابطه مشاهده می کنیم.

۴- داروها، مواد و حشره کشها:

مسمومیت با حشره کش ها ، مصرف داروهای ضد افسردگی و ضد جنون و بسیاری از مواد اعتیادآور مثل حشیش، کراک، کوکائین موجب حمله تشنجی و در مواردی صرع می شوند. قطع ناگهانی برخی داروها که به طور طولانی مصرف شده اند نیز، ممکن است موجب حمله صرع شود.

آموزش سلامت روان و برخی نکات مهم در صرع:

۱- افرادی که مبتلا به صرع هستند و یاسابقه 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 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- بسیاری از مشاهیر جهان مانند ناپلئون، تولستوی، داستایوسکی و حسینعلی راشد واعظ شهیر دوران معاصر صرع داشتند. بنابراین با هوش و سلامت شخصیت بارزی که در بیشتر بیماران صرعی دیده می شود می توان در جهت انگ زدایی از آنان و کمک به ادامه زندگی فعال و خلاق آنها کمک کنیم.

۵- 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.

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

۷- 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.

۸- کودکان را برای نوازش و غیره تکانهای شدید ندهید. مراقب پرتاب شدن، سقوط و به ویژه تصادف در رانندگی باشید. در اتومبیل با رانندگی محتاطانه و بستن کمربند و گذاشتن کودکان در ساک 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.

۹- 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 ونیز در کوهنوردی وسایر ورزشها را به همه توصیه نمایید.

داروهای ضد صرع (فنی توئین ، فنوباریتال ، کاربامازپین) 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 مثلا 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.

کم توانی ذهنی

مقدمه و علایم:

همه ما با این اختلال آشنا هستیم و در طول عمر خود افرادی را دیده ایم که کم توانی 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 شکل دارند. کم توانی ذهنی ممکن است خفیف، متوسط یا شدید باشد. شناسایی کم توانی ذهنی متوسط یا شدید اصلا کار دشواری نیست چون این افراد نسبت به دیگران توانایی های بسیار پایین تری دارند و به سادگی شناسایی می شوند اما شناسایی موارد خفیف تر به این سادگی نیست و نیاز به انجام آزمون های هوشی دارد. کودکانی که دچار کم توانی 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 شدید و متوسط را حتی قبل از رسیدن به سن مدرسه شناسایی کنند، ولی موارد خفیف 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 کم توانی 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 دروسها ضعف دارند نه همه دروسها.

پیگیری و مراقبت:

از آنجا که بسیاری از افراد مبتلا به کم توان 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. متأسفانه کم توانی 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

۱- 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 علائم 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.

عده ای از این کودکان با رسیدن به سن ۱۲ سالگی علائم آنها بهبود می یابد. در صورتیکه علائم 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 علائم 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.

۲- 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، دروغگویی مستمر، گستاخی، قلدری کردن، تهدید یا ترساندن دیگران، فرار از منزل یا مدرسه.

هادی 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 هادی نیست و زمانی که در حین خلافاکاریهای 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 رادوست داشته باشند. مشاور مدرسه او را مورد آزمایش 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 هادی از مدرسه ابتدایی آغاز شد و الگویی از دعوا کردن، دروغ گفتن و دزدی کردن در او برای سال ها ادامه داشته است.

آنچه باید 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 .
- والدین را وادار کنید تا روشهای انضباطی مانند تنبیه بیش از حد یا تنبیه بدنی را متوقف کنند .
- به والدین توصیه کنید که بر دوستی های نوجوانان نظارت داشته و با والدین دوستان فرزندشان در تماس باشند

نشانه های اوتیسم چیست؟



اوتیسم یا در خود فرورفتگی یکی از اختلالاتی است که همانند کم توانی ذهنی از همان سال های اول زندگی خود را نشان می دهد و در صورتی که به علایم آن توجه شود، قابل تشخیص می باشد. از اولین علایم کودکی که اوتیسم دارد این است که به آدم ها و چیزهایی که اطرافش هستند توجه زیادی ندارد. مثلا کودکان عادی به صورت مادرشان و سایر افرادی که نزدیکشان می شوند نگاه می کنند و وقتی فرد آشنایی نزدیک می شود دستانشان را به شکلی بالا می برند که بغلشان کنند. ولی عجیب است بدانیم که کودکان مبتلا به اوتیسم به چشم های دیگران نگاه نمی کنند و علاقه ای به بغل شدن یا مورد

توجه قرار گرفتن هم ندارند. وقتی هم که بزرگتر می شوند با هم سن و سالان خود نمی جوشند و تمایلی به انجام کارهای دسته جمعی ندارند.

از طرف دیگر کودکان مبتلا به اوتیسم در یادگیری زبان و ارتباط برقرار کردن با دیگران هم مشکل دارند. این کودکان نمی توانند همانند دیگر بچه ها تکلم را یاد بگیرند و دیرتر به حرف می افتند یا اینکه هیچوقت نمی توانند به خوبی حرف بزنند و کلامشان ممکن است کلیشه ای و تکراری باشد. علاوه بر این ممکن است رفتارهای دیگر و بازی های این کودکان هم تکراری و کلیشه ای باشد. مثلا فقط به اسباب بازی های محدودی علاقه نشان می دهند و بازی های تکراری انجام می دهند. به علاوه نمی توانند با اسباب بازی هایشان بازی های تخیلی انجام دهند، مثلا نمی توانند یک قوطی کبریت را به عنوان ماشین یا یک مداد را یک آدم تصور کنند.

مشکل اصلی این کودکان عدم توانایی آنها در برقراری ارتباط با دیگران است. شیرخواران مبتلا به اوتیسم تماس چشمی مناسبی نداشته برای برقراری مکالمه علاقه ای به صداهای انسانی ندارند. ممکن است از نظر عاطفی بی تفاوت به نظر رسیده گاهی ممکن است والدین تصور نمایند که کودک ناشنوا است. معمولا رابطه شان با والدین دارای ارتباط عاطفی نیست رفتارهای تکراری مثل جلو عقب دادن تنه، چرخیدن دور خود و حرکات چرخشی و تکراری دستها یا انگشتان و اداهائی در

چهره یا تکرار برخی جملات یا سؤالات ممکن است دیده شوند. تکرار بی معنی کلام دیگران و گرامر ناقص یا غیر عادی در کلام و کاربرد تلگرافی جملات دیده شود .

غربالگری و ارزیابی افراد: برای شناسایی کودکان مبتلا به اوتیسم باید همان سوالات مربوط به تشخیص کم توانی ذهنی پرسیده شود. تشخیص کم توانی ذهنی از اوتیسم دشوار است و نیاز به کار تخصصی دارد. بنابراین بیمارانی که مشکوک به هر کدام از این اختلالات باشند باید به پزشک ارجاع داده شوند تا پس از بررسی لازم اقدامات درمانی آغاز شود.

پیگیری و مراقبت:

درمان این بیماران هم دارویی و هم غیردارویی است. برای کم کردن مشکلات رفتاری که همراه با این اختلال است استفاده از دارو ممکن است لازم باشد. اگرچه این اختلال درمان قطعی ندارد و نمی توان کاری کرد تا کودک کاملاً بهبود یابد، ولی به این معنی نیست که نمی توان برای آنها کاری کرد. درمان ها می توانند تا حدودی علایم را کاهش دهند و اگر درمان های غیردارویی لازم برای آنها توسط کارشناس بهداشت روان انجام گیرد، تا حدودی مهارت های بیشتری پیدا می کنند.

۴- اختلالات یادگیری

این کودکان از هوش کلی خوبی برخوردار هستند ولی در یک زمینه خاص مثل خواندن، نوشتن یا ریاضیات دچار ضعف می باشند. معلمین از جمله اولین کسانی هستند که متوجه اینگونه دانش آموزان می شوند. این دسته از اختلالات عمدتاً بصورت ناتوانی از یادگیری خواندن، نوشتن و درک ریاضیات دیده می شوند و کودک در تستهای عملکرد تحصیلی ضعیف عمل می کند. در این کودکان توانائی تحصیلی و گفتاری شان متناسب با سن آنها نیست. رضا علیرغم هوش نرمال و گاه بالای خود، در انجام تکالیف مدرسه مانند خواندن، نوشتن، ریاضیات و... دچار مشکل است. او هر روز به هر بهانه ای می خواهد از مدرسه رفتن، سر باز زند. هنگامی که از او می خواهید از روی متن درس جدید برایتان بخواند، هزار بهانه می آورد و سرانجام با فشار و مکث های بیش از حد، دست و پا شکسته متن را با غلط های فراوان می خواند. بارها او جدول ضرب را اشتباه می کند، حروف الفبا را به ترتیب با شعر یاد می گیرد، اما اگر بپرسید بعد از مثلاً "ص" چه حرفی است؟ نمی تواند مستقیماً جواب دهد و باید از اول حروف الفبا را برای خود بگوید. به سادگی برای شما فیلمی را که دیده تعریف می کند، اما اگر از او بخواهید در مورد فیلم دو خط برایتان بنویسد، از این کار سر باز می زند...

آنچه باید والدین بدانند:

- با حمایت درست و مداخله مناسب این کودکان می توانند در مدرسه موفق شده و در بزرگسالی نیز انسانی موفق گردند.
- نقاط قوت و استعداد های او را بشناسید و جهت پرورش آنها، او را تشویق کنید .
- تلاش های او را برای رسیدن به موفقیت ارج بنهید و حمایت کنید
- اهداف و انتظارات خود را واقع بینانه کنید.
- با معلمین و اعضای مدرسه همکاری کنید.
- زمانی که کودک شما می خواهد حرف بزند، به او گوش دهید .

به عدم کنترل ادرار بصورت غیر ارادی یا ارادی نامتناسب باسن اطلاق 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 دوبار 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 تعددی 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 زمان هایی که کودک مدفوع خود را کنترل داشته و آن را در محل مناسبی دفع کرده است، استفاده شود. علاوه بر موارد فوق توجه به نکات زیر در کنترل مدفوع این کودکان مهم است. اوج بهبودی برای پسران در سن ۶ سالگی و برای دختران در سن ۸ سالگی می باشد از این سنین به بعد کاهش تدریجی بیماری وجود دارد تا سن ۱۶ سالگی که بیماری در هر دو جنس به طور کامل ناپدید می شود.

در صورت وجود مشکلات دفعی به والد آموزش دهید:

شب ادراری:

این اختلال در اکثر موارد خود محدود شونده ۱ 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 دارویی 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 رود ه 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 روشهای نامناسبی چون تنبیه فیزیکی، سرزنش، تحقیر و شماتت و مقایسه کودک با دیگران متوسل نشویم.

۱. منظور از اختلالات خود محدود شونده، مشکلات سلامتی هستند که به خودی خود بهبود می یابند

ج- اختلالات گفتاری:

اختلالات گفتار می تواند به صورت اختلال در تلفظ صحیح کلمات و اختلال در روان صحبت کردن اشاره نمود.

اختلال در تلفظ: این اختلال شایع ترین نوع مشکلات ارتباطی است که کودک نمی تواند آنگونه که بر اساس سن او انتظار می رود تلفظ شمرده و صحیحی از کلمات را ارائه دهد. کودک ممکن است نوک زبانی صحبت کند، یا بعضی از حروف و صداها را حذف کند مثلاً "به جای کلمه عروسک می گوید عوسک، یا به جای نادر می گوید نار، یا شیرینی را شینی تلفظ کند یا ممکن است حرفی را جایگزین حرف دیگر کند مثلاً "به جای گربه بگوید دربه. بسیاری از موارد فوق در طی فرآیند رشد طبیعی کودکان نیز دیده می شود اما بتدریج که سن کودک افزایش می یابد، انتظار می رود تکلم او برای دیگران بیشتر قابل فهم باشد. اما در این اختلال، مشکل کودک پس از طی دوره طبیعی رشد، باز هم ادامه می یابد این بیماری معمولاً در ۴ سالگی شروع می شود زمانی که انتظار می رود تکلم کودک قابل فهم باشد. در مورد بچه های زیر ۳ سال زمانی تشخیص این اختلال گذاشته می شود که تکلم حتی برای اعضای خانواده نیز غیرقابل فهم باشد. اشکال خفیف تر ممکن است تا زمان ورود به مدرسه تشخیص داده نشود. این بیماری در پسران شایع تر از دختران است. این کودکان در معرض اختلالات یادگیری و مشکلات تحصیلی هستند.

لکنت زبان: در این بیماری سلیس و روان بودن تکلم از بین رفته است. ممکن است صداها بلوک شوند و کودک بخواهد حرف بزند ولی صدایی از گلپیش خارج نشود و در نتیجه سکوت و یا وقفه ای در کلام رخ دهد، ممکن است تکلم با مکث های طولانی، تکرار یک حرف (مثل: گ - گ - گ - گل (یا یک سیلاب) مثل: وی - وی - وی ویدیو) یا طولانی شدن و کش آمدن یک حرف (مثل: م م م م م مریض) خود را نشان دهد، ممکن است تلاشهای رفتاری زیادی را در زمان تکلم کودک ببینیم مثل پلک زدن، تکان دادن دست ها و سر، آداهای خاص روی صورت و ... این، بیماری معمولاً بین ۷-۲ سالگی شروع می شود که اوج آن ۳-۴ سالگی است. شیوع آن یک درصد (۱٪) می باشد. این اختلال معمولاً در دوره نوجوانی رو به بهبود می گذارد و شیوع آن کاهش می یابد. لکنت زبان در پسران شایع تر از دختران است. پسران سه برابر دختران به این بیماری مبتلا می شوند زمانی که این کودکان برای حرف زدن تحت فشار قرار می گیرند یا استرس و اضطرابی به آنها وارد می شود، لکنت زبان آنها شدت می یابد. در نتیجه لکنت زبان بیماری است که شدت آن از یک موقعیت به موقعیت دیگر متفاوت است. کاهش استرس در زمان صحبت کردن به کاهش حملات لکنت زبان کمک می کند اما استفاده از داروهای ضد اضطراب تأثیر اصلی در درمان ندارد. گفتاردرمانی در این کودکان هم به روان و سلیس صحبت کردن کمک می کند و هم کمک می کند تا کودک با اضطراب و تنش کمتری وارد مکالمه و گفتگو گردد.

آنچه باید والدین در مورد لکنت بدانند:

- گاهی ناروانی کلام بخشی از فرایند رشدی است پس تا مطمئن نشده اند از کلمه لکنت استفاده نکنند.
- در بسیاری موارد لکنت خود محدود شونده است. با اینحال لازم است مشاوره با متخصصین انجام شود.
- برای صحبت کردن کودک را تحت فشار قرار ندهند.
- به لکنت کودک توجه نکنند .
- در زمان صحبت کودک با حوصله به او گوش دهند و از عباراتی مثل زود باش استفاده نکنند.

- موقع صحبت با اضطراب به او نگاه نکنید بلکه چهره طبیعی داشته باشند.
- در حین صحبت با کودک اشتباهات تلفظی او را اصلاح نکنند.
- در حین صحبت هیچگاه به او نگوئید چه کار کند تا لکنت نداشته باشد.
- هیچگاه برای یافتن کلمه یا ادای آن به کودک کمک نکنند.

د- اختلال تیک:

تیک ها حرکات یا صداهای ناگهانی، بی هدف و تکراری هستند که به طور غیر ارادی انجام می پذیرند ولی فرد ممکن است بتواند بمدت کوتاه مانع انجام آنها شود. تیک دوره های تشدید یا تخفیف دارد برخی اختلالات با اختلال تیک مرتبط بوده قبل و یا همراه آن دیده می شوند. این اختلالات عبارتند از:

- اختلالات اضطرابی
 - افسردگی
 - مشکلات یادگیری
 - اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز
 - اختلال وسواسی-جبری
- کودکانی که اختلال تیک دارند ممکن است مشکلات رفتاری نظیر لجبازی و بدخلقی داشته باشند. همچنین تیک ممکن است با دوره هائی از افزایش یا کاهش شدت همراه باشد.

در صورت وجود اختلال تیک به والدین در خصوص موارد زیر آموزش دهید:

این اختلال به دلیل نقص در سیستم اعصاب مرکزی است و کودک عمدا این حرکات را تولید نمی کند. به والد در مورد لزوم درمان دارویی توضیح دهید. به والد آموزش دهید که در طول درمان ممکن است علائم کم و زیاد شود در این صورت درمان را قطع نکند. به والد آموزش دهید که به تیک های کودک توجه نکند و بخاطر تیک به کودک تذکر ندهند. بسیاری از تیک ها گذرا هستند بخصوص زمانی که مدت زمان کمی از شروع آنها گذشته باشد در این خصوص به والد اطمینان بخشی کنید.

اضطرابی و افسردگی. با اینحال در بسیاری از مواقع این رفتارها صرفا عادت بوده و نشان دهنده اختلال خاصی نمی باشد و مشابه سایر رفتارهای عادتى 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 عادتى 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.

مراقبت و پیگیری در برنامه سلامت روان

تعریف مراقبت:

مراقبت عبارت است از پاسخ به تمام جنبه های جسمی ، ذهنی و روانی یک فرد در طول دوره درمان و رسیدگی مستمر به همه جنبه های مختلف افراد تحت پوشش یک برنامه سلامت. طبق این تعریف بیماران تحت درمان و نیز آنها که بهبود نسبی یافته اند باید تحت مراقبت قرار گیرند . بهبود نسبی بخشی از دوره درمان محسوب می شود که جهت پیشگیری از عود بیماری، فرد باید تحت مراقبت قرار گیرد. پیگیری و آموزش بخشی از مراحل مراقبت است .

مراقبت و پیگیری بیماران روانی:

برخی از بیماریهای روانی دوره درمان طولانی دارند مانند بیماریهای روانی مزمن، بیماریهای سایکوتیک، صرع. پیگیری و مراقبت این بیماران در طی مدت درمان که شاید سالها طول بکشد ضروری است. بیماران روانی لازم است هر چند وقت یکبار مطابق با دستور پزشک به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنند. آنها باید داروهای خود را طبق نظر پزشک مصرف کنند و به طور خودسرانه داروی خود را قطع یا کم نکنند.

❖ دفعات زمانی مناسب برای مراقبت و پیگیری بیماران روانی به شرح زیر است

- ۱- اختلال سایکوتیک، اختلالات کودکان و نوجوانان، اورژانس های روانپزشکی موارد ارجاع فوری: در ماه اول شناسایی ، هفته ای یک بار و از آن پس ماهی یکبار
- ۲- اختلال اضطرابی، اختلال خلقی ، اختلال شبه جسمی ، صرع ، سایر اختلالات روانی: ماهی یکبار
- ۳- کم توان ذهنی: در ماه اول شناسایی یک بار و از آن پس هر ۶ ماه یکبار

اهداف مراقبت و پیگیری بیماران روانی:

الف - برای بیماران روانی تحت درمان :

- افرادی که پزشک تشخیص بیماری روانی را برای آنها داده است و تحت درمان پزشک یا روانپزشک یا روان شناس قرار دارند تا زمان بهبود کامل باید توسط بهورز تحت مراقبت و پیگیری مستمر باشند و خدمات زیر را دریافت نمایند :
- ۲- ارائه آموزش سلامت روان به بیمار و خانواده وی
 - ۳- نظارت بر مصرف دارو طبق زمان و میزان تعیین شده توسط پزشک
 - ۴- بررسی عوارض دارویی
 - ۵- توجه به نحوه مصرف دارو(دقت در زمینه عدم قطع دارو یا تغییر مقدار مصرف آن بدون نظر پزشک)
 - ۶- توصیه به بیمار برای مراجعه به پزشک در موعد تعیین شده
 - ۷- استمرار درمان و همکاری با بهورز و پزشک
 - ۸- توجه به وضعیت بیماری از نظر بهبود و یا وخامت
 - ۹- توجه به اختلالات توأم

- ۱۰- انجام توصیه های درمانگر توسط بیمار، در صورت درمان های غیر دارویی
- ۱۱- تشویق بیمار به انجام فعالیتهای روزمره و کمک به حفظ کارکرد وی
- ۱۲- آموزش به خانواده بیمار در مورد رفتار و برخورد صحیح آنها با بیمار

ب - برای بیماران بهبود یافته :

این بیماران بلافاصله پس از تشخیص بهبودی توسط پزشک، از نظام مراقبت حذف نمی شوند بلکه بیمار بهبود یافته تا مدتی پس از بهبودی - مدتی که پزشک تعیین می کند- باید توسط بهورز تحت مراقبت قرار گیرد تا از عدم عود بیماری وی و بهبودی کامل اطمینان حاصل شود. در مدت مراقبت بهورز باید به وضعیت بیمار توجه داشته باشد و چنانچه متوجه بازگشت علائم در او شد او را به پزشک ارجاع دهد. بهورز باید برای این بیماران پیگیری و مراقبت را با اهداف زیر انجام دهد:

- ۱- ارائه آموزشهای لازم به بیمار و خانواده او
- ۲- کنترل علائم به لحاظ آگاهی از عود اختلال

ج - برای بیماران امتناع کننده از درمان:

برخی از بیماران از مصرف دارو، ادامه درمان، همکاری با پزشک و بهورز و درمانگر خود امتناع میکنند و حاضر به پذیرش و ادامه درمان نیستند. این بیماران افرادی هستند که توسط بهورز غربالگری شده اند و اختلال آنها توسط پزشک تشخیص داده شده و در خانه بهداشت مشخصات اختلال آنها در پرونده خانوار و فرمهای مربوطه ثبت گردیده است و جزء بیماران تحت پوشش خانه بهداشت محسوب می شوند.

عود بیماری روانی:

- گاهی اوقات به دلایل زیر بیماری روانی فرد بهبود یافته مجدداً عود می کند و پس از طی یک دوره بهبود، دوباره علائم همان بیماری قبلی در فرد ظاهر می شود:
- ۱- دوره درمان برای بهبود کامل فرد کافی نبوده است و باید مدت بیشتری تحت درمان قرار می گرفت.
 - ۲- مقدار دارو برای بیمار کافی نبوده یا نوع دارو برای درمان بیماری او مناسب نبوده است.
 - ۳- فرد بهبود یافته در معرض شرایط استرس زا و اضطراب آور شدید قرار می گیرد و این شرایط موجب کاهش توان مقابله او شده و بیماری روانی اش دوباره عود می کند.

بیمار روانی تحت درمان:

منظور از درمان یعنی درمان دارویی و درمان غیردارویی (روان درمانی). بنابراین بیماری که فقط درمانهای غیر دارویی دریافت می کند باز هم تحت درمان محسوب میشود. در واقع ملاک تحت درمان بودن، فقط مصرف دارو نیست. در نتیجه پیگیری و مراقبت و آموزش باید برای بیمارانی که تحت درمان غیر دارویی هستند نیز انجام شود.

داستان :

بهورز روستای سپیدار یک روز برای مراقبت از یک بیمار که ۲ ماه قبل بهبود یافته بود به منزل او رفت. این بیمار یک کودک ۹ ساله به نام سعید است که به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه مبتلا بود. او به مدت یک سال تحت نظر پزشک قرار داشت. پس از مصرف مرتب داروهای تجویز شده توسط پزشک حال او بهبود پیدا کرد و بنا بر تشخیص پزشک دیگر نیازی به مصرف دارو نداشت. اما چون به تازگی اختلال او بهبود یافته است طبق دستور پزشک باید مدتی پس از بهبود، تحت مراقبت باشد تا بیماریش عود نکند. مدت سه ماه بود که علائمی از بیماری وی توسط اعضای خانواده او مشاهده نشده بود. اما یک روز که بهورز به منزل بیمار رفت تا وضعیت بهبود او را ارزیابی کند متوجه شد که علائم اختلال او مجدداً بروز کرده است به طوری که کودک بیقرار بود، مدام حرکت می کرد، آرام و قرار نداشت و نمی توانست حتی برای مدت کوتاه در یک جا بنشیند. مادر سعید هم این موضوع را تأیید کرد و گفت که چند روز است که دوباره علائم بیماریش ظاهر شده و سعید آرام و قرار ندارد و مدام در حال شیطنت و بازی است و کمی هم پرخاشگری می کند. به درس و مشق اهمیت نمی دهد و نمی تواند روی یک موضوع تمرکز داشته باشد و مدام حواسش پرت می شود. بهورز با مشاهده این وضعیت، ضمن ارائه آموزشهای لازم، از مادر سعید می خواهد که سعید را در اولین فرصت نزد پزشک ببرد.

اورژانسهای روانپزشکی

خودکشی :

خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خود فرد است. اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی می گوئیم. پدیده افکار خودکشی در بسیاری از اقشار مردم از جمله (جوانان، مردان، زنان و افراد مسن) دیده میشود. که عدم پیشگیری از آن میتواند اقدام به خودکشی را به همراه داشته باشد. خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد 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 میگیرند در حالی که برخی دیگر در شرایط یکسان یا حتی بدتر از آن چنین کاری نمیکنند مشکل است. با این حال بیشتر خودکشیها قابل پیشگیری هستند. اقدام به خودکشی، نشان دهنده ناراحتی شدید هیجانی و یا بیماری روانی 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. مهمترین این عوامل عبارتند از: علل روانی: بیماریهای روانی به ویژه افسردگی، اعتیاد، سایکوز (بیماریهای شدید روانی) اختلال دوقطبی علل روانشناختی مانند شکست عاطفی، تحصیلی یا هر شکست دیگر، استرس ها علل جسمی: بیماریهای جسمی مزمن مثل سرطان، صرع، ایدز، بیماران دیالیز. 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.
خودکشی سبب تلقین به خودکشی درباره میشود..	پرسش درباره خودکشی سبب کاهش اضطراب بیمار شده و احساس میکند که او را درک می کنید.

توجه: شناسایی هر مورد فکر یا اقدام به خودکشی توسط بهورز مستلزم ارزیابی دقیق و تخصصی توسط پزشک روانپزشک می باشد. بیمار پس از ارجاع به سطح تخصصی و دریافت پسخوراند از متخصص، توسط بهورز و پزشک خانواده بر اساس تشخیص و اختلال زمینه ای پیگیری 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.

فصل پنجم: پیشگیری از سوء مصرف مواد

اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

- ۱- اهمیت مشکل اعتیاد و لزوم پیشگیری از آن را بیان کنند
- ۲- پیشگیری و درمان اعتیاد را آموزش دهند.
- ۳- شایع ترین مواد مورد مصرف در ایران را نام ببرند.
- ۴- عوامل موثر در بروز اعتیاد را شناسایی و آن ها را به خانواده ها و افراد در معرض خطر آموزش دهند
- ۵- علائم و نشانه های مصرف مواد مخدر و حشیش و دخانیات را به خانواده ها آموزش دهند.
- ۶- پیامدهای اعتیاد؛ سوء مصرف مواد و الکل را تشخیص و آن ها را به خانواده ها و افراد در معرض خطر آموزش دهند.
- ۷- وظایف خود در برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد را به صورت صحیح انجام دهند.
- ۸- فعالیتهای انجام شده را ثبت و گزارش نمایند.
- ۹- مهارتهای اجتماعی به خانواده ها و افراد در معرض خطر آموزش دهند.

مقدمه

سوء مصرف مواد به عنوان یکی از مشکل‌های بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد معتاد می‌شود بلکه آسیب‌های اجتماعی مانند افزایش طلاق، بزهکاری و بیکاری را نیز به دنبال دارد.

مصرف مواد مخدر به خصوص تریاک در ایران، سابقه‌ای چهارصد ساله دارد. همجواری کشور ما با دو کشور اصلی تولید کننده مواد مخدر یعنی افغانستان و پاکستان موجب شده است تا خاک ایران راه عبور این مواد به کشورهای اروپایی باشد و در این نقل و انتقال‌ها است، مقداری از این مواد نیز در ایران توزیع شود.

در سال‌های اخیر، استفاده از سرنگ آلوده توسط معتادان تزریقی و همچنین افزایش بیماری ایدز و دیگر مشکلات اجتماعی ناشی از اعتیاد، موجب گردید تا ضرورت توجه به برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد بیش از پیش احساس شود و در شرایط جدید که معتادان در حال ترک، بیمار محسوب می‌شوند نسبت به اجرای طرح ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در شبکه اقدام شود.

مشکلات مرتبط با مصرف مواد

کارکنان مراقبت سلامت باید آگاه باشند که دلایل متعددی برای مصرف مواد وجود دارد. برخی افراد مواد را به دلیل اثرات لذت بخش یا مطلوب ایجاد شده برای مصرف کننده مصرف می‌کنند^۱ در حالیکه برخی دیگر ممکن است برای از بین بردن درد جسمی یا روان شناختی آن را مصرف کنند یک دلیل اصلی دیگر استفاده به منظور تقویت برخی کارکردها یا مقاصد است. برای مثال مصرف کنندگان مواد محرک ممکن است این مواد را برای افزایش کارکرد خود برای بیدار ماندن یا کاهش وزن استفاده کنند.

مشکلات مصرف مواد می‌تواند در اثر مسمومیت حاد^۱ مصرف مستمر یا وابستگی و طریقه مصرف مواد ایجاد شود و ممکن تمام این مشکلات به صورت هم زمان در یک فرد ایجاد شود.

مسمومیت حاد

مشکلات مرتبط با مسمومیت حاد می‌تواند در نتیجه یک نوبت مصرف مواد اتفاق افتد و می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- اثرات سمی حاد شامل آتاکسی؛ استفراغ، تب و تیرگی شعور (confusion)
- بیش مصرف (overdose) یا از دست دادن هوشیاری
- تصادفات و آسیب
- تهاجم و خشونت
- رابطه جنسی قصد نشده و رفتارهای جنسی غیر ایمن
- رفتار غیر قابل پیش بینی

مصرف مستمر

مجموعه ای از مشکلات می تواند در اثر مصرف مستمر مواد رخ دهد که در طیفی از مشکلات جسمی تا مشکلات اجتماعی و سلامت روان قرار دارد. انواع مشکلات مرتبط با مصرف مستمر شامل موارد زیر است:

- مشکلات اختصاصی سلامت جسمی و سلامت روان
- تحمل و محرومیت
- اضطراب، افسردگی و نوسان های خلقی
- مشکلات خواب
- مشکلات مالی
- مشکلات قانونی
- مشکلات ارتباطی
- برخی مشکلات مرتبط با نظم در کار یا تحصیل
- مشکلات شناختی مرتبط با حافظه و توجه

وابستگی

مشکلات برخاسته از مصرف یک ماده در حد وابستگی می تواند مشابه مشکلات مشاهده شده در مصرف مستمر، اما شدیدتر باشد. وابستگی معمولاً با مصرف مکررتر یک ماده و دوزهای بالاتر در مقایسه با قبل همراه است. مشکلات همراه شامل موارد زیر است:

- تحمل و محرومیت قابل توجه
- مشکلات سلامت جسمی و روانی شدید
- افت عملکرد فزاینده در زندگی روزمره
- وسوسه و افزایش میل به مصرف
- عدم ایفای وظایف معمول
- قطع شدن روابط
- دشواری برای قطع مصرف علی رغم مشکلات
- علائم ترک احتمالی در صورت پرهیز

تداوم مصرف علی رغم شواهد دال بر آن که مصرف در حال آسیب زدن به افراد است.

علائم محرومیت بسته به نوع ماده مصرفی متفاوت است، اما عموماً شامل وسوسه (تمایل شدید برای مواد روان گردان و اثرات آن) اضطراب، تحریک پذیری، ناراحتی گوارشی، روده ای و مشکلات خواب می شود.

علائم محرومیت برخی مواد از برخی دیگر شدیدتر است. محرومیت از ترکیبات افیونی، بنزودیازپین ها و الکل می تواند نیاز به درمان طبی داشته باشد، در حالی که محرومیت بدون عارضه از سایر مواد می تواند معمولاً با مراقبت حمایتی مدیریت شود.

خطرات تزریق

تزریق هر ماده همچنین یک عامل خطر قابل توجه است و با افزایش احتمال موارد زیر همراه است:

- وابستگی
- بیش مصرف
- پسیکوز (در تزریق محرک ها)
- خراب شدن رگ ها
- عفونت (موضعی؛ اَبسه ها و زخم ها) (سیستمیک؛ اِچ آی وی، اِچ سی وی)

“کاهش آسیب”: هر اقدامی است که موجب تغییر و یا اصلاح رفتار فرد معتاد می شود و خطر و ضرر فردی، خانوادگی و اجتماعی را کمتر می کند مانند تبدیل تزریق مواد به مصرف خوراکی آن ها که موجب کاهش آسیب اجتماعی و مبتلا نشدن به ایدز می گردد.

مواد مخدر طبق اثراتی که بر سیستم مغز و اعصاب می گذارند به ۳ دسته تقسیم می شوند:

۱. کند کننده ها
۲. محرک ها
۳. توهم زاها

۱. کند کننده ها

موجب کاهش فعالیت سیستم عصبی شده و عضلات را شل کرده باعث کاهش اضطراب و تسکین درد می شود.

انواع آن: الکل، مواد افیونی (تریاک، هروئین، مرفین)، آسپرین، باربیتورات ها

۲. محرک ها

فعالیت سیستم عصبی را تحریک و به طور موقت موجب هشیاری و هیجان و کم شدن خستگی می شود.

انواع آن: کوکائین، کراک، کافئین و شیشه - کریستال

۳. توهم زاها

سیستم عصبی را مختل کرده و درک مصرف کننده را از واقعیت مختل می کند.

انواع آن: LSD، ماری جوانا، حشیش، اکستازی

علائم و نشانه های مصرف مواد مخدر

در ابتدای شروع مصرف، نمی توان از روی مشخصات ظاهری به اعتیاد افراد پی برد، ولی با ادامه مصرف مواد، رفتارهایی در فرد ایجاد می شود که ممکن است ما را به اعتیاد او مشکوک کند. دانستن این نشانه ها، خانواده ها را در شناسایی اعتیاد اطرافیان یاری می دهد. هیچ گاه نباید با یک علامت، برچسب اعتیاد به افراد زد، بلکه بهتر است خانواده ها مراقبت بیشتری از فرد به عمل آورند و پس از دیدن چند مورد از رفتارهای زیر، موضوع را با پزشک مرکز بهداشتی درمانی در میان بگذارند.

۱- انواع تنباکو



استفاده از محصولات تنباکو عامل اصلی بیماری و مرگ مرتبط با مواد و یک مشکل اصلی سلامت عمومی است. تدخین مسمتر 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 بیشتر مردم تنباکو را به صورت تدخینی مصرف می کنند ،استفاده از انواع تنباکو به روش غیر تدخینی مثل جویدن یا انغیه همچنین ، با خطر افزایش یافته بیماری همراه است. نهایتا مواجه 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 وچروک صورت
- سلامت پایین تر و دیر خوب شدن سرماخوردگی
- عفونت تنفسی و آسم
- فشار خون بالا ، دیابت
- سقط ،زایمان زودرس وکودکان با وزن کم هنگام تولد در زنان باردار
- بیماری کلیوی
- بیماری انسداد مزمن راه هوایی شامل آمفیزم
- بیماری قلبی،سکته، بیماری عروقی
- سرطان ها

۲- مواد افیونی:

تریاک و مشتقات آن، که از گیاه خشخاش به دست می آیند و شامل تریاک، شیره و سوخته تریاک، هروئین، مرفین و کدئین می شود: نشانه های بالینی شامل: تسکین، چرت زدن، تغییرات خلقی به دنبال استفاده از ۵ تا ۱۰ میلی گرم از آن به وجود



می آید. علائم دیگر شامل احساس گرما، سنگینی دست و پا و خشکی دهان است. صورت و به خصوص بینی ممکن است به خارش بیفتد.

مواد افیونی مضعف دستگاه اعصاب مرکزی هستند. انواع مواد افیونی خیابانی شامل تریاک، شیره ،هروئین وکراک هروئین می شود. داروهای افیونی همچنین ممکن است توسط پزشک و عموما برای درمان درد تجویز شود. مصرف مواد افیونی تجویز نشده و

خیابانی می تواند مشکلات متعددی برای مصرف کنندگان ایجاد کند، خصوصاً اینکه این مواد گاه به صورت تزریقی مصرف می شوند که می تواند مشکلات بیشتری را برای مصرف کننده ایجاد کند.

داروهای افیونی تجویز شده نیز می تواند برای مصرف کنندگان مشکل آفرین شود اگر به صورت مکررتر با دوزهای بالاتر یا مدت زمان بیشتر از تجویز پزشک مصرف شوند.

داروهای افیونی تجویز شده شامل: مورفین، کدیین، متادون، بوپرنورفین، پتدین، ترامادول و... می باشد.

مواد افیونی را می توان به صورت تدخینی (کراک، هرویین و تریاک)، تزریق عضلانی یا وریدی (کراک و هروئین)، خوراکی (تریاک و شیره)، زیر زبانی یا به صورت شیاف مقعدی (مواد افیونی دارویی) استفاده نمود. مصرف تزریقی هروئین یا کراک منجر به شروع سریع اثراتی می شود که مخصوصاً در ترکیب با سایر مواد مثل الکل یا بنزودیازپین ها، می تواند منجر به بیش مصرف (کشنده یا غیر کشنده) شود.

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

- خارش، تهوع استفراغ
- خواب آلودگی، یبوست، خرابی دندان، دوره های قاعدگی نامنظم
- خرابی دندانها
- دشواری در تمرکز و به یاد آوردن چیزها
- افسردگی، کاهش میل جنسی، ناتوانی جنسی
- دشواری های ارتباطی
- مشکل در حفظ شغل و زندگی خانوادگی
- تحمل و وابستگی، علائم محرومیت
- بیش مصرف و مرگ ناشی از نارسایی تنفسی

رفتارها و نشانه های مصرف تریاک و مشتقات آن

الف: نشانه های جسمانی

۱. اثر سوختگی در انگشتان، اثر تزریق بر دستها
۲. بی اشتهاپی و بی نظمی در غذا
۳. استشمام بوی تریاک و مشتقات آن از شخص
۴. حالت خواب آلودگی و خواب دیر هنگام
۵. شکایت های فراوان جسمانی مانند یبوست و شکایت از ناتوانی جنسی

ب: نشانه های رفتاری

۱. تغییر رفتار فرد مثل قفل کردن در اتاق به هنگام خروج از خانه و غیبت یا ترک کردن بی دلیل خانه و محیط
۲. درخواست مکرر پول از افراد به بهانه و دروغ های مختلف
۳. خرج کردن پول زیاد در مدت کوتاه و گم شدن پول، طلا و وسایل منزل

۴. طولانی شدن مدت ماندن در دستشویی
۵. کم توجهی و بی توجهی به وضع ظاهری تا حد آشفته بودن سر و وضع
۶. تمایل به کناره گیری از بستگان و ایجاد رابطه با دوستان ناباب
۷. کاهش احساس مسئولیت، وقت شناسی و غیبت از محل کار یا تحصیل و همچنین کاهش کارآیی در خانه، مدرسه و محل کار
۸. افزایش استفاده سرخود از داروهای آرامبخش و درخواست بی‌رویه داروهای مسکن

مصرف زیاد تریاک و مشتقات آن، موجب مسمومیت می‌شود که ممکن است کم شدن تعداد تنفس، بیهوشی و بالاخره مرگ را به همراه داشته باشد.

۳- حشیش:

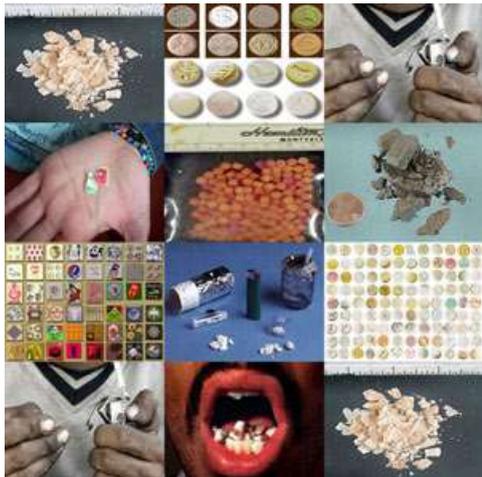
در جهان، حشیش شایعترین ماده غیر قانونی مورد مصرف به حساب می‌آید. گرچه تجربه بیش مصرف و مسمومیت با حشیش محتمل مرگ به علت مسمومیت با حشیش به تنهایی بسیار پایین است. هرچند ترکیب با سایر مواد می‌تواند منجر به بیش مصرف و مرگ شود. گرچه مصرف حشیش همراه با پیامدهای سلامت منفی متعدد است و مصرف حشیش در بارداری اثرات مشابه تدخین تنباکو بر روی مادر و جنین دارد و میتواند شدت و عوارض وضعیت های بیماری فعلی مثل فشارخون بالا، بیماری قلبی، بیماریهای تنفسی و سرطان های خاص را افزایش دهد.



خطرات همراه با مصرف حشیش (به ترتیب از شدت کمتر تا شدت

بیشتر) عبارتند از:

- مشکلات توجه وانگیزش
- اضطراب، بدبینی، هول و افسردگی
- کاهش توانایی حافظه و حل مسئله
- فشارخون بالا
- آسم، برونشیت
- سایکوز در افراد با تاریخچه فردی و خانوادگی اسکیزوفرنی
- بیماری قلبی و بیماری انسداد مزمن ریوی
- سرطان های راه هوایی فوقانی و گلو



۴- محرک های آمفتامینی:

محرک های آمفتامینی شامل آمفتامین ، دکس آمفتامین ، مت آمفتامین و اکستیس (شیشه) (اکستازی) می شوند. مصرف این مواد می تواند منجر به طیف وسیعی از مشکلات جسمی و روانی شود. شواهد فزاینده ای وجود که برخی محرک های آمفتامینی به سلول های مغز آسیب می رسانند. به علاوه مصرف طولانی مدت دوز بالای آمفتامین یک عامل خطر برای سوءتغذیه است که آن نیز می تواند منجر به آسیب دائمی به سلولهای مغز شود.

مصرف محرکهای آمفتامینی همچنین با شیوع بالای مشکلات اجتماعی شامل مشکلات ارتباطی ، مشکلات مالی ، مشکلات مرتبط با کار و تحصیل همراه است.

نوسان های خلقی همچنین با مصرف مستمر محرک های آمفتامینی همراه است و برخی مصرف کنندگان بدتر شدن مشکلات سلامت روان مثل افسردگی و تحریک پذیری را بعد از گذشت مدتی از مصرف گزارش می کنند.

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

- دشواری خواب ، از دست دادن اشتها و کاهش وزن ، دهیدراسیون ، کاهش مقاومت به عفونت
- قفل شدگی فک ، سردرد ، درد عضلانی
- نوسانات خلقی-اضطراب ، افسردگی ، بی قراری ، شیدایی ، هول ، بدبینی
- لرزش ، ضربان قلب ، کوتاهی نفس
- دشواری در تمرکز و به خاطر آوردن چیزها
- رفتاری تهاجمی و خشن
- جنون بعد از مصرف مکرر دوزهای بالا
- آسیب دائمی به سلول های مغز
- آسیب کبدی ، خون ریزی مغزی ، مرگ ناشی از مشکلات قلبی ، عروقی

۵- آرام بخش ها و قرص های خواب آور

آرام بخش ها و قرص های خواب آور شامل بنزودیازپین ها و ترکیبات مرتبط با آن هستند، اما آنتی هیستامین ها و آنتی سایکوتیک ها را شامل نمی شوند. آن ها جزء داروهای نسخه ای هستند، هرچند می توانند برای مصرف کنندگان ، خصوصا در صورت مصرف مکررتر با دوزهای بیشتر مشکلاتی ایجاد کنند.

عموما بنزودیازپین ها برای درمان مشکلات خواب ، اضطراب یا سایر اختلالات خلقی ، تروما ، عمل های جراحی ، ترک مواد خاص ، تشنج و درد عضلانی تجویز می شوند.

آرام بخش هاو قرص های خواب شامل دیازپام ،آلپرازولام ،کلونازپام،فلورازپام،اکسازپام، نیترازپام، میدازولام، فلونیترازپام، فنوباربیتال است.

تحمل و وابستگی به آرام بخش ها و قرص های خواب می تواند پس از یک دوره کوتاه مصرف ایجاد و ترک از این داروها می تواند بسیار ناخوشایند باشد.

علائم ترک شامل :

اضطراب شدید وهول،بی خوابی ،افسردگی، سردرد،تعریق و تب ،تهوع واستفراغ وتشنج است.

احتمال بیش مصرف ناشی از بنزدیازپین ها بسیار نامحتمل است، حتی اگر با دوزهای بسیار بالا مصرف شوند.

گرچه در صورت مصرف آن ها با سایر مواد مثل الکل، استامینوفن با مواد افیونی ، خطر بیش مصرف و مرگ به صورت قابل توجهی افزایش می یابد.

خطرات همراه با مصرف آرام بخش ها و قرص های خواب (به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر) عبارتند از:

- خواب آلودگی ، گیجی و تیرگی شعور
- دشواری در تمرکز و به خاطر آوردن چیزها
- تهوع، سردرد، عدم تعادل در راه رفتن
- دشواری در خواب
- اضطراب و افسردگی
- تحمل و وابستگی بعد از دوره کوتاهی از مصرف
- علائم محرومیت شدید
- بیش مصرف و مرگ در صورت مصرف با الکل ، ترکیبات افیونی و سایر مواد سرکوب کننده

۶- الکل

مصرف الکل یک عامل خطرزا برای طیف وسیعی از مشکلات سلامتی بوده و یک علت اصلی بیماری ، افت کیفیت زندگی و مرگ زودرس است.

مشکلات اجتماعی همچنین مکررا با مصرف الکل پرخطر و در حد وابستگی همراه است و شامل قطه روابط خانواده و دوستان و دشواری در حفظ تحصیل و کار می شود.

زنانی که در طول بارداری الکل مصرف می کنند ، در معرض خطر داشتن کودکان دفومیتی، مشکلات یادگیری و رفتاری و نقص تکامل مغزی هستند.

تحمل و وابستگی ممکن است متعاقب مصرف مقادیر بالا به صورت مزمن ایجاد شود ومصرف کنندگان وابسته ممکن است در صورت کاهش یا قطع الکل دچار علائم محرومیت شوند.ترک حاد الکل با



دلیریم ترمنس (کاهش هوشیاری) عارضه دار می شود که یک اورژانس طبی محسوب می شود. علایم ترک شامل: لرزش، تعریق، اضطراب، تهوع، استفراغ و اسهال، بی خوابی، سر درد، فشار خون بالا، توهم و تشنج می شوند.

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

- خماری hangover، رفتار تهاجمی و خشن، تصادفات و آسیب
- کاهش عملکرد جنسی، پیری زودرس
- مشکلات گوارشکی، زخم معده، ورم لوزالمعده، فشار خون بالا
- اضطراب و افسردگی، دشواری های ارتباطی، مشکلات مالی و شغلی
- دشواری در به خاطر آوردن چیزها و حل مسئله
- دفورمیتی و آسیب مغزی در کودکان متولد شده از زنان باردار
- سکنه، آسیب دائمی مغز، آسیب عصب و عضله
- بیماری کبدی و بیماری لوزالمعده
- سرطان دهان، گلو و سینه، خودکشی

۷- مواد استنشاقی:

مواد استنشاقی تمام موادی هستند که به صورت استنشاقی مصرف می شوند. گرچه خود این مواد اثرات داروشناختی مختلفی دارند. مواد فراری که به صورت شایع مصرف می شوند شامل:

بنزین حلال ها، چسب ها، اسپری ها، جلادهنده های حاوی بنزن و چسپ یا تینر های رنگ حاوی تولوئن است. شایع ترین روش استفاده از آن ها مصرف مشامی آن ها از ردون یک ظرف است، گرچه برخی ممکن است آن ها را از درون یک کیسه تنفس کنند.

اثرات کوتاه مدت شامل تهوع، استفراغ، سردرد و اسهال است. دوزهای بالاتر می تواند منجر به تکلم جویده جویده، اختلال جهت یابی، تیرگی شعور، هذیان، ضعف، لرزش، سردرد و توهم بینایی است. نهایتاً مصرف می تواند در اثر سکنه قلبی منجر به اغما یا مرگ شود.

عموماً مواد استنشاقی به علت دسترسی آسان توسط جوانان به قصد تجربه استفاده می شود و ممکن است در طولانی مدت مصرف مداوم یابد. گرچه گروه هایی وجود دارند که مواد استنشاقی را تا دوران بزرگسالی، گاهی به علت فقدان

دسترسی به سایر مواد و فشار فرهنگی ادامه می دهند. مواد

استنشاقی خاصیت وابستگی آور بالایی ندارند که به این معنا است

که احتمال اندکی وجود دارد که مصرف کنندگان آن از نظر

جسمی به آن وابسته شوند. گرچه مصرف مواد استنشاقی با طیفی

از اثرات شدید حاد و مزمن همراه است.



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

- گیجی و توهم، تهوع، خواب آلودگی، اختلال جهت یابی، تاری دید
- علائم شبه سرماخوردگی، سینوزیت، خون ریزی بینی
- تهوع و استفراغ، سوءهاضمه، زخم معده، اسهال
- سردرد، تصادفات و آسیب، رفتار خطرناک و غیرقابل پیش بینی
- از دست دادن حافظه، تیرگی شعور، افسردگی، تهاجم، خستگی شدید
- دشواری های هماهنگی، کندی واکنش ها، هیپوکسی
- سرسام، تشنج، اغما، آسیب اعضا (قلب، ریه ها، کبد، کلیه)
- مرگ در اثر نارسایی قلبی

۸- کوکائین:

مصرف کوکائین با طیف وسیعی از مشکلات سلامت جسمی و روانی همراه است. خطر عوارض سمیت و مرگ ناگهانی معمولاً به علت اثرات کوکائین بر روی سیستم قلبی، عروقی قابل توجه است. مصرف کوکائین با رفتار پرخطر شامل تزریق پرخطر و رفتار جنسی غیرایمن همراه است که مصرف کنندگان و شرکای جنسی آن ها را در معرض خطر قابل توجه ابتلا به طیفی از بیماریهای منتقل شونده از راه جنسی و ویروس های منتقل شونده از راه خون قرار می دهد. کوکائین شروع سریع دارد و اثرات آن نسبتاً سریع از بین می رود که می تواند منجر به تمایل برای مصرف مکرر ماده در یک نوبت توسط منفرد توسط مصرف کنندگان آن شود. کوکائین همچنین وابستگی روان شناختی یا وسوسه قوی ایجاد می کند، که می تواند حتی بعد از چند بار مصرف ماده ایجاد شود.

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

- دشواری خواب، تندی ضربان قلب، سردرد، کاهش وزن
- بی حسی، سوزن سوزن شدن پوست، پوست سرد، خراشیدن یا کندن پوست
- وسوسه شدید، استرس ناشی از سبک زندگی
- تصادفات و آسیب ها، مشکلات مالی
- نوسانات منطقی - اضطراب، افسردگی، شیدایی، بدبینی
- افکار غیرمنطقی، دشواری در به خاطر آوردن چیزها
- رفتار تهاجمی و خشن
- جنون بعد از مصرف مکرر دوزهای بالا
- مرگ ناگهانی ناشی از مشکلات قلبی، عروقی

۹- استروئیدها (نیروزها)

برخی از قرص های استروئید آنابولیک استفاده می کنند یا آن را به صورت تزریقی به بدنشان وارد می کنند تا بر سرعت رشد عضلاتشان افزوده شود که سبب بروز عوارض متفاوت در زن و مرد می شود.

۱۰- سایر مواد:

این گروه موادی هستند که به سادگی درهیچ یک از طبقات دیگر داروشناختی قرار نمی گیرند...سایر مواد مثل کاوا، داتورا، خات، نات مگ و مصرف کافیین بیش از حد همچنین می تواند در این طبقه قرار گیرد. گاما هیدرو بوتیرات (فانتزی) در ابتدا به عنوان یک داروی بیهوشی ساخته شد و بعد به عنوان یک ماده تفریحی با خواص مشابه الکل و یک مکمل غذایی برای بدن سازی ها محبوبیت پیدا کرد. گرچه به علت سوء مصرف استفاده از آن به عنوان داروی بیهوشی در بسیاری از کشورها ممنوع شده است. مصرف گاما هیدرو بوتیرات با خطر افزایش یافته بیش مصرف در مقایسه با سایر مواد همراه است زیرا دوز مورد نیاز برای دستیابی به اثرات مطلوب سرخوشی آور بسیار به دوز بیش مصرف نزدیک است. به علت شروع اثر سریع و خواص آرام بخشی و فراموشی آور ، این ماده در مواردی برای تجاوز استفاده می شود که در آن قربانی بدون آن که بداند گاما هیدرو بوتیرات محلول در یک نوشیدنی را مصرف می کند.

مصرف مزمن گاما هیدرو بوتیرات می تواند تحمل و وابستگی و یک سندروم ترک ایجاد کند که مشابه سندروم ترک الکل و بنزودیازپین ها با اضطراب، بی خوابی، لرزش، تعریق، بی قراری، تیرگی شعور، سایکوز مشخص می شود. کاوا یک ترکیب مشتق شده از ریشه بوته پایپر متیستیکوم است که در بسیاری از جزایر اقیانوس آرام کاشته می شود. کاوا برای قرن ها توسط ساکنان جزایر اقیانوس آرام به دلایل آیینی ، مذهبی ، پزشکی و اجتماعی مصرف می شده است.

ریشه کاوا خرد شده (به صورت سنتی از طریق جویدن) در آب ریخته شده و برای تولید یک مایع خاکستری رنگ با طعم بسیار ناخوشایند صاف می شود و به عنوان یک نوشیدنی مصرف می شود.

اثرات کاوا شامل بی حسی و سوزن سوزن شدن دهان ، سرخوشی خفیف، کاهش اضطراب، آرامیدگی، تقویت حسی و افزایش اجتماعی بودن می شود. در دوزهای بالاتر آرام بخشی و عدم هماهنگی رخ می دهد.

اثرات طولانی مدت مصرف کاوا شامل مشکلات گوارشی ، روده ای خفیف، اختلال دید و بثورات پوستی خشک در پشت دست ها ، کف پاها، روی ساق، روی و پشت ساعد می شود.

خات یک گیاه طعم دهنده مخصوص مناطق گرمسیری آفریقای شرقی و شبه جزیره عربستان است. این گیاه حاوی یک محرک آمفتامینی است که سرخوشی و کاهش اشتها ایجاد می کند. مصرف طولانی مدت آن می تواند مشکلات گوارشی و قلبی - عروقی و پوسیدگی دندان ایجاد کند.

ویژگی‌های مواد مخدری که در ایران مصرف می‌شود

نام ماده	رنگ و شکل	روش مصرف	اثر بر سیستم عصبی
تریاک و مشتقات آن	تریاک	قهوه‌ای روشن یا تیره	کشیدن (دود کردن) - خوردن - تزریق
	سوخته تریاک	قهوه‌ای سوخته و براق	کشیدن (دود کردن) - خوردن - تزریق
	شیره تریاک	قهوه‌ای مایل به سیاه	کشیدن (دود کردن) - خوردن - تزریق
	هرویین	پودر سفید	کشیدن (دود کردن) - تزریق و استنشاق
	مرفین	پودر بلوری به رنگ سفید یا قهوه‌ای روشن	تزریق
کدیین	سفیدرنگ به صورت شربت سینه یا قرص‌های مسکن	خوردن	کند کننده
کراک	بلوری شکل	تزریق و استنشاق	محرک
حشیش (بنگ یا علف)	سبز مایل به خاکستری یا قهوه‌ای مایل به سیاه	کشیدن (دود کردن) - خوردن	توهم‌زا
پان پراگ	آدامس - پاستیل - پودرهای خوشبو کننده	جویدن	توهم‌زا
کریستال	خاکستری - سبز آبی شفاف	تزریق - تدخین - بلعیدن	محرک
شیشه	پودر سفید شفاف	خوردن	محرک
اکستازی	گرد و کپسول مایع به شکل‌های مختلف	کشیدن (دود کردن) - خوردن - تزریق	توهم‌زا
الکل	مایع	نوشیدن	کند کننده
استروئیدها	قرص و آمپول	خوردن تزریق	نیروزا

علل ایجاد اعتیاد و سوء مصرف مواد

۱. نداشتن آگاهی: آگاهی نداشتن فرد، خانواده و جامعه از عوارض مصرف مواد مخدر و الکل

۲. باورهای غلط

- این تصور غلط که برای کاهش درد و درمان بیماری‌ها می‌توان از مواد مخدر استفاده کرد. مردم فکر می‌کنند تریاک فشار خون یا دیابت را کنترل و ناتوانی جنسی را درمان می‌کند حال آن‌که ممکن است این گرفتاری‌ها را شدیدتر سازد.
- این تصور غلط که مصرف تفریحی مواد باعث اعتیاد نمی‌شود و فرد هرگاه بخواهد می‌تواند مواد را مصرف نکند.
- این تصور غلط که می‌توان با افراد معتاد دوستی کرد و معتاد نشد.
- این تصور غلط که اعتیاد درمان پذیر نیست.

۳. مشکلات فردی، خانوادگی و محیطی

الف) مشکلات فردی

- بیماری‌های جسمی مزمن مانند دیابت و کمردرد
- بیماری‌های روانی مانند افسردگی و بیماری شدید روانی
- خود کم بینی و کمبود اعتماد به نفس، ناتوانی در دادن جواب رد به درخواست دوستان معتاد برای مصرف مواد و گاه خودنمایی و جلب توجه دیگران
- مشکل‌های شغلی و تحصیلی مانند بیکاری و اخراج شدن از مدرسه
- باور غلط درباره مواد مثل این باور که مصرف مواد نشانه بزرگی و احترام است
- عدم پایبندی فرد به مسایل اخلاقی، معنوی و دینی، بی‌بند و باری و بی‌توجهی به ارزش‌ها و قوانین اجتماعی.
- عدم آشنایی با روش‌های مقابله با استرس
- نیاز به طولانی کار کردن یا نخوابیدن با وجود شرایط پرخطر مثلاً نبود پدر و مادر.
- شخصیت‌های تنوع طلب و هیجان خواه

ب- مشکلات خانوادگی

- داشتن والدین و یا بستگان معتاد
- وجود درگیری و طلاق در خانواده
- وجود والدین سختگیر و یا سهل انگار در تربیت فرزندان
- پایبند نبودن خانواده به مسایل اخلاقی، معنوی و دینی
- تجارب دوران کودکی (در معرض مواد بودن، خود درمانی والدین با مواد و...)
- اختلافات والدین و ارتباط ضعیف والدین و کودک
- عدم آموزش صحیح ارتباطات جنسی

ج - مشکلات محیطی

- دسترسی آسان به مواد در جامعه
- فقر و مشکلات اقتصادی در جامعه
- تغییرهای محیط زندگی مانند مهاجرت از روستا به شهر
- داشتن محیط آلوده و دوستان مصرف کننده مواد
- کمبود مراکز تفریحی سالم برای گذراندن اوقات فراغت
- فشار گروهی و همسالان بخصوص در مراسمات عروسی و سوگواری
- وجود فرهنگ اعتیاد در محله یا روستا (نگرش مثبت به مواد مخدر)

آموزش جامعه

از جمله وظایف بهروزان در برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، آموزش جمعیت تحت پوشش به منظور پیشگیری از ابتلای آنها به اعتیاد می باشد. این آموزش ها عبارتند از:

الف) آموزش جوانان و نوجوانان: آموزش جوانان و نوجوانان، به عنوان گروه های در معرض خطر می باید به شیوه غیر

مستقیم، بدون سرزنش و طرد و به صورت انفرادی (چهره به چهره) و یا گروهی داده شود. این آموزش ها عبارتند از:

۱. خطرات و پیامدهای سوء مصرف مواد و الکل را به آنها آموزش دهید.
۲. آنان را به دوری گزیدن از موقعیتهایی که امکان مصرف مواد در آن وجود دارد توصیه کنید مثل نرفتن به میهمانی و محلی که در آنجا الکل و تریاک مصرف می شود.
۳. آنان را به مصرف نکردن مواد مخدر و الکل حتی برای درمان دردها و مشکلات جسمی و روانی تشویق کنید.
۴. آنان را تشویق کنید که مواد را بر خود حرام کنند واز مصرف آنها حتی برای یک بار و یا برای تفریح خودداری ورزند.
۵. آنان را به شرکت در تفریحات سالم و ورزش روزانه، عبادت، توجه به معنویت و شرکت در مراسم دینی تشویق کنید.
۶. آموزش مهارت های جرأت مندی و نه گفتن، مهارت تصمیم گیری و مدیریت استرس و...
۷. دعوت از بیماران بهبود یافته دراعتیاد در جمع جوانان و بیان عوارض و مشکلات مواد.

ب) آموزش خانواده ها: به منظور آموزش افراد خانواده، کافی است این آموزش ها به صورت فردی و یا گروهی به والدین

و یا یکی از افراد ۱۵ ساله و بالاتر خانواده داده شود. این آموزش ها عبارتند از:

۱. خطرات و پیامدهای مصرف مواد و الکل را به آنها آموزش دهید.
 ۲. آنها را با نشانه های اعتیاد به مواد مخدر آشنا کنید.
- از تبعیض بین فرزندان پرهیز شود، چرا که احساس حقارت و حسادت، سبب سرخوردگی فرد از محیط خانواده شده، او را جلب گروه های منحرف می سازد.

برای پر کردن اوقات فراغت فرزندان، برنامه های مناسب و مفید در نظر گرفته شود.

بر رفت و آمد و معاشرت‌های آن‌ها نظارت مناسبی صورت پذیرد (نه به طور مستقیم و با کنترل شدید). (معاشرت با افراد ناباب عامل ۶۳٪ از اعتیاد افراد است).

به فرزندان اجازه داده شود تا نظرات خود را در امور منزل بیان کرده، در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت یابند و به آن‌ها مسؤولیت داده شود.

از تحقیر و توهین آن‌ها خودداری شود و به طور کلی برای شخصیت فرزندان ارزش و احترام قایل شوند.

پول توجیبی در حد احتیاجات لازم (نه بسیار کم و نه بیش از حد) در اختیار آن‌ها گذاشته شود.

والدین، علاقه خود را به فرزندانشان نشان دهند و به او اطمینان بخشند که همه جا پشتیبان او هستند.

از عواقب افرادی که دچار اعتیاد (حتی با شروع مصرف سیگار) شده‌اند برای آن‌ها بگویند و آن‌ها را به مطالعه کُتب سودمند در این راستا تشویق کنند.

از بحث و نزاع و دامن زدن به اختلافات پرهیز شود. گاه والدین آن‌قدر درگیر مسایل و تعارضات فیمابین هستند که نسبت به وجود مشکلات فرزندان خود، غافل می‌گردند.

والدین، ارتباط مناسب و مستمری با مدرسه و محل تحصیل فرزندان خود داشته باشند. تا از وضعیت درسی، اخلاقی، رفتاری و دوستی‌های او اطلاع یابند و در صورت لزوم از معلمان و مسؤولین مدرسه یا دانشگاه کمک گیرند.

به تغییرات رفتاری، افت تحصیلی، وجود مشکلات خُلقی مثل افسردگی یا اضطراب آن‌ها توجه شود چرا که این‌ها هم مسبب روی آوردن به مواد و هم ناشی از آن است و جهت رفع و درمان آن‌ها با مراجعه به مشاورین و روان‌شناسان اقدام نمایند.

از درگیری و تنشج در محیط خانواده پرهیز کنند.

در صورتی که عضوی از خانواده، اعتیاد به مواد مخدر دارد لازم است برای درمان اعتیاد خود اقدام کند تا الگوی سالمی برای سایر افراد خانواده باشد.

با مراجعه به پزشک مرکز بهداشتی درمانی امکان درمان اعتیاد وجود دارد.

۱. پس از شروع درمان خانواده باید همچنان توجه و همکاری خود با فرد معتاد را حفظ کند و در پیدا کردن شغل مناسب، کمکش کنند.

۲. داروهایی مثل اکسپکتورانت کدیین، دیازپام، اکسازپام و موارد مشابه را باید فقط با تجویز پزشک مصرف کرد و به طور جدی باید از مصرف خودسرانه داروها پرهیز کرد.

۳. آموزش خانواده درخصوص این‌که بیماری اعتیاد یک بیماری مزمن می‌باشد در صورت عود نباید مورد توهین و سرزنش قرار گیرد بلکه باید مجدداً به او کمک کرد.

۴. آموزش و شناخت انواع درمان‌های اعتیاد به خصوص درمان‌های نگهدارنده

فرد معتاد تا شش ماه حالت‌های کسلی و احتمال عود بیماری را دارد از این رویچ‌گاه نباید در این دوران بدون درمان فرد را به حال خود رها کرد و یا توقع فعالیت زیادی از او داشت.

ج) بالا بردن توانایی افراد برای مقابله سالم با مشکلات زندگی: یکی از نشانه‌های سلامت روان، داشتن مهارت‌های زندگی سالم به ویژه داشتن مهارت‌های اجتماعی است.

مهارت‌های اجتماعی در زندگی، یعنی قابلیت‌ها و توانایی‌هایی که فرد را برای برخورد مناسب و درست با مسائل و موقعیت‌های زندگی یاری می‌دهند. این مهارت‌ها باعث می‌شوند تا انسان رابطه‌ای صمیمی و موثر با دیگر انسان‌ها داشته باشد و در زمان روبه‌رو شدن با فشارهای روانی، اثرات زیانبار آن را به حداقل برساند. مهارت‌های زندگی به ما کمک می‌کند تا خوب زندگی کنیم و زندگی شادی داشته باشیم.

مجموعه‌ای از توانایی‌هایی که باعث انطباق و سازگاری فرد با محیط و شکل‌گیری رفتارهای مثبت و مفید او می‌شوند در انتهای جزوه جهت مطالعه آزاد عنوان شده است.

در برنامه‌های آموزشی خود با خانواده‌ها از آن‌ها بخواهید مهارت‌های جرأت‌مندی، رد قاطعانه، بیان قاطعانه، درخواست قاطعانه و مهارت حل مسئله را تمرین کنند.

وظایف بهورزان در برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد

۱. آموزش جامعه، جوانان و نوجوانان و خانواده آن‌ها درباره خطرات و عارضه‌های اعتیاد به منظور پیشگیری از آن
۲. بالا بردن توانایی افراد برای مقابله سالم با مشکلات زندگی
۳. تشویق خانواده‌ها به این که اگر معتادی در خانه دارند یا به وجود آن شک دارند با پزشک مرکز خدمات جامع سلامت مشورت نمایند.
۴. ارجاع معتادان داوطلب درمان (ترک اعتیاد) به مراکز خدمات جامع سلامت و پیگیری درمان آن‌ها
۵. گزارش فعالیت‌های انجام شده در برنامه به مراکز خدمات جامع سلامت.

ارجاع و پیگیری

در صورت مراجعه داوطلبانه فرد معتاد، او را به **پزشک مرکز ارجاع** دهید. **ارجاع** مواردی که اعتیاد تزریقی دارند و یا به دلیل مصرف یا عدم مصرف مواد وضع جسمی و روانی وخیمی دارند **فوری** و بقیه **غیرفوری** است. اقدامات و فعالیت‌های انجام شده در پیگیری را در **فرم پیگیری بیماری‌ها در پرونده خانوار** بیمار ثبت نمایید.

در بدو شروع درمان، ضمن رعایت اصول رازداری، وضعیت درمان بیمار را طبق برنامه زیر پیگیری کنید:

(الف) ماه اول، هفته‌ای یک بار

(ب) تا ۶ ماه، هر دو هفته یک بار

(ج) از ۶ ماه تا پایان دو سال، ماهی یک بار

توانایی‌هایی که باعث انطباق و سازگاری فرد با محیط و شکل‌گیری رفتارهای مثبت و مفید او می‌شوند:

مهارت‌های زندگی متعدد می‌باشد اما مهم‌ترین آن‌ها به شرح زیر می‌باشد:

۱. مهارت خود آگاهی
۲. مهارت همدلی
۳. مهارت تفکر خلاق
۴. مهارت حل مسئله
۵. مهارت ارتباط
۶. مهارت روابط بین فردی
۷. مقابله با استرس و هیجانات
۸. مهارت تصمیم‌گیری

آموزش این مهارت‌ها موجب ارتقاء رشد شخصی، اجتماعی و محافظت از حقوق انسان‌ها و پیشگیری از مشکلات روانی-اجتماعی می‌شود.

از جمله مهارت‌های اجتماعی می‌توان **داشتن مهارت قاطعیت، جرأت‌مندی و مهارت حل مسئله** را نام برد.

مهارت جرأت‌مندی



معمولاً افراد بر اثر رودربایستی، خجالت یا برای پرهیز از تحقیر شدن به کارهایی که به طور معمول انجام نمی‌دهند وادار می‌شوند. مانند قبول اولین سیگار از دوست. بهترین روش کسب مهارت در برابر فشارگروه، تمرین آن قبل از بروز شرایط ناخواسته است.

روش‌هایی برای نه گفتن (جهت تمرین در کلاس درس)

فقط گفتن «نه»	نه یا نه متشکر
گفتن «نه» همراه با توضیح	«نه» متشکر من سیگار نمی‌کشم
بهانه آوردن	«نه» متشکر من الان عجله دارم
پشت گوش انداختن	نه متشکر شاید یک وقت دیگر
عوض کردن موضوع	گفتن نه و سپس درباره موضوع دیگر صحبت کردن - نه متشکر راستی فیلم دیشب را دیدی
روکم کنی	تکرار «نه» با شیوه بار متفاوت «نه» نه علاقه‌ای ندارم
دور شدن	گفتن «نه» سپس دور شدن
بی‌اعتنایی	نادیده گرفتن شخص مقابل
اجتناب از موقعیت	اجتناب از هر موقعیتی که شما در آن احتمال می‌دهید به کشیدن سیگار ترغیب شوید

مهارت قاطعیت: مهارت قاطعیت یعنی ایستادگی بر نظرات شخصی. شخصی که قاطع است نظر و اعتقاد درست خود را به سادگی تغییر نمی‌دهد، تسلیم دیگران نمی‌شود و بدون توهین به دیگران مخالفتی نظر خود را ابراز می‌کند.

انواع مهارت قاطعیت

الف) رد قاطعانه: در این رفتار فرد درخواست‌های غیر منطقی فرد مقابل را رد می‌کند مثلاً اگر دوستی او را برای کشیدن سیگار و مصرف مواد دعوت کرد می‌گوید.

"خیر، من موافق نیستم و درخواست تو را قبول نمی‌کنم."

ب) بیان قاطعانه: این که فرد احساسات مثبت خود را نسبت به دیگران بیان دارد یا از دیگران در جای مناسب قدردانی کند مانند "چه اراده قوی‌ای دارید"، "چه خوب این خطرها را فهمیدید"، و بتواند احساسات منفی خود را در صورت لزوم در قالب جملات مودبانه و بدون ابراز خشم به فرد دیگر منتقل کند مثلاً "این کار درست نیست و یا این کار خلاف است".

ج) درخواست قاطعانه: توانایی بیان و مطرح کردن درخواست‌هایی از دیگران یا کمک خواستن از دیگران است مانند "امروز با مشکل جدی روبه‌رو هستم می‌خواهم مشکلم را با تو در میان بگذارم تا بتوانی کمکم کنی"، "از تو می‌خواهم این موضوع را سریع به پدرت بگویی."

مهارت حل مسئله

از دیگر مهارت‌های مهم در پیشگیری از اعتیاد "مهارت حل مسئله" است. افراد باید بدانند وقتی در زندگی با مشکلی روبه‌رو می‌شوند باید با روش منطقی آن را حل کنند.

مراحل حل مسئله



۱. مسئله را خوب بشناسند.
۲. به راه حل‌های مختلف و فواید و ضررهای هر راه حل فکر کنند.
۳. با دیگران مشورت کنند.
۴. از بین راه حل‌ها، راه حل مناسب را انتخاب کنند.
۵. برای اجرای آن زمان و فرصت کافی بگذارند.
۶. اگر با اجرای راه حل اول نتیجه حاصل نشد نومید نشوند راه بعدی را شروع کنند. بسیاری از افراد معتاد، به جای حل مشکل و مسئله، می‌خواهند با مصرف مواد از مشکل خود فرار کنند.

مقابله عاطفی روشی است که فرد برای تامین آرامش درونی خود در رویارویی بامشکلات به کار می‌برد.

مقابله غلط	مقابله صحیح
<ul style="list-style-type: none"> - انتظار حل شدن ناگهانی مشکل (فال‌گیری، انتظار معجزه) - واکنش غیرمنطقی وافراطی ویی تابی و گریه زاری، عصبانیت و پرخاشگری خیال پردازی - فرار از واقعیت (استفاده از مواد مخدر والکل، اقدام به خودکشی) 	<ul style="list-style-type: none"> - صحبت کردن، درد دل کردن با افراد مناسب، دوست، والدین، خواهر و برادر، مشاور ومعلم و... - بکارگیری اعتقادات مذهبی وانجام فرائض (نماز خواندن، مطالعه قرآن، دعا، زیارت و...)

مقابله عملی فعالیتی است که فرد برای کاهش یا از بین بردن مشکل انجام می‌دهد.

مقابله غلط	مقابله صحیح
<ul style="list-style-type: none"> - استفاده از روش‌های غیرقانونی مثل (زورگیری، تهدید) - استفاده از روش‌های غیرقانونی و دزدی وتقلب 	<ul style="list-style-type: none"> - استفاده از مهارت حل مشکل - مشورت با افراد معتمد وآگاه - برنامه‌ریزی

تشویق خانواده‌ها برای شناسایی افراد در معرض خطر

در زمینه شناسایی افراد در معرض خطر آموزش‌ها و اقدامات زیر را انجام دهید:

۱. با آموزش نشانه‌های مصرف مواد مخدر و عوامل خطرزا به خانواده‌ها، آن‌ها را در شناسایی افراد در معرض خطر یاری دهید.
۲. خانواده‌ها را تشویق کنید در صورت وجود اعتیاد در یکی از افراد خانواده، هر چه سریع‌تر برای درمان به پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند.
۳. هیچ‌گاه به‌طور مستقیم با افراد معتاد اگر مایل نیستند در مورد اعتیادشان صحبت نکنید بلکه در آموزش‌های گروهی خود در مورد عوارض و خطرات مصرف مواد مخدر صحبت کنید و به آن‌ها اطمینان دهید اعتیاد قابل درمان است.
۴. در صورت مراجعه فرد معتاد، اقدامات زیر را انجام دهید:
 - به او اطمینان دهید هیچ‌کس دیگری از علت مراجعه او مطلع نخواهد شد.
 - با او بدون حضور دیگران صحبت کنید و همه اصول مربوط به ارتباط با بیمار را رعایت کنید.
 - مکرر بر رازداری خود و محرمانه ماندن گفت و گو تاکید داشته باشید و به این تاکید عمل کنید.
 - بسیار محترمانه فرصت بیان نگرانی‌ها و احساسات را به او بدهید.
 - او را از ضررها و پیامدهای مصرف مواد آگاه کنید.
 - او را به درمان و مراجعه به پزشک مرکز تشویق کنید.
۵. در صورتی که فرد پس از درمان، دوباره شروع به مصرف مواد کرد او را برای درمان مجدد به پزشک خدمات جامع سلامت ارجاع دهید و از خود طرد نکنید.

توصیه‌هایی جهت پیشگیری از عود

۱. همه توصیه‌های مربوط به پیگیری در بهداشت روان به ویژه مصرف دارو و عوارض آن‌ها را به خانواده‌ها انجام دهید.
۲. بیمار را تشویق کنید تا از دوستان معتاد و موقعیت‌هایی که موجب عود اعتیاد در وی می‌شوند دوری کند.
۳. افراد خانواده و اطرافیان را به حمایت از مصرف منظم داروها توسط بیمار تشویق کنید.
۴. به بیمار اطمینان دهید حال که درمان را آغاز کرده است دوستان بیشتر و با محبت‌تری خواهد داشت.
۵. بیمار را تشویق کنید در طول مدت ترک، فعالیت‌ها و سرگرمی‌های خود همچون رفتن به تفریح با دوستان سالم یا سایر افراد خانواده را افزایش دهد.
۶. هر چند بار که بیمار برای درمان اعتیاد مراجعه کند او را بپذیرید و به صرف این‌که قبلاً درمان شده و دوباره رو به مواد آورده او را از خود نرانید.
۷. چون یکی از علل عود بیماری استرس‌ها و فشارهای عصبی است تلاش شود محیط خانواده آرام و با نشاط باشد.
۸. در صورت مشاهده لغزش و یا شک به مصرف مواد توسط بیمار با او برخوردی آرام و منطقی و قبل از آن با پزشک مشاوره گردد.

۹. صحبت نکردن در مورد این که قبلاً مواد مصرف می کردی چه بودی والان چه شدی زیرا در فرد ایجاد احساس گناه و افسردگی می کند و این خود باعث عود بیماری می گردد.
۱۰. آموزش به خانواده در خصوص زیان های وسوسه در بیمار و روش های کمک فوری از قبیل دوش آب ولرم طولانی مدت ، قدم زدن در محیطی دلنشین، ایجاد یک کار یا سرگرمی خوشایند.
۱۱. عدم شک کردن به بیمار و تحت فشار قرار دادن زیرا محدود کردن فرد و شک و سوء ظن یکی از علل عود اعتیاد است.
۱۲. تشویق بیمار توسط خانواده به شرکت در جلسات NA و گروه درمانی و مشاوره روانشناس.

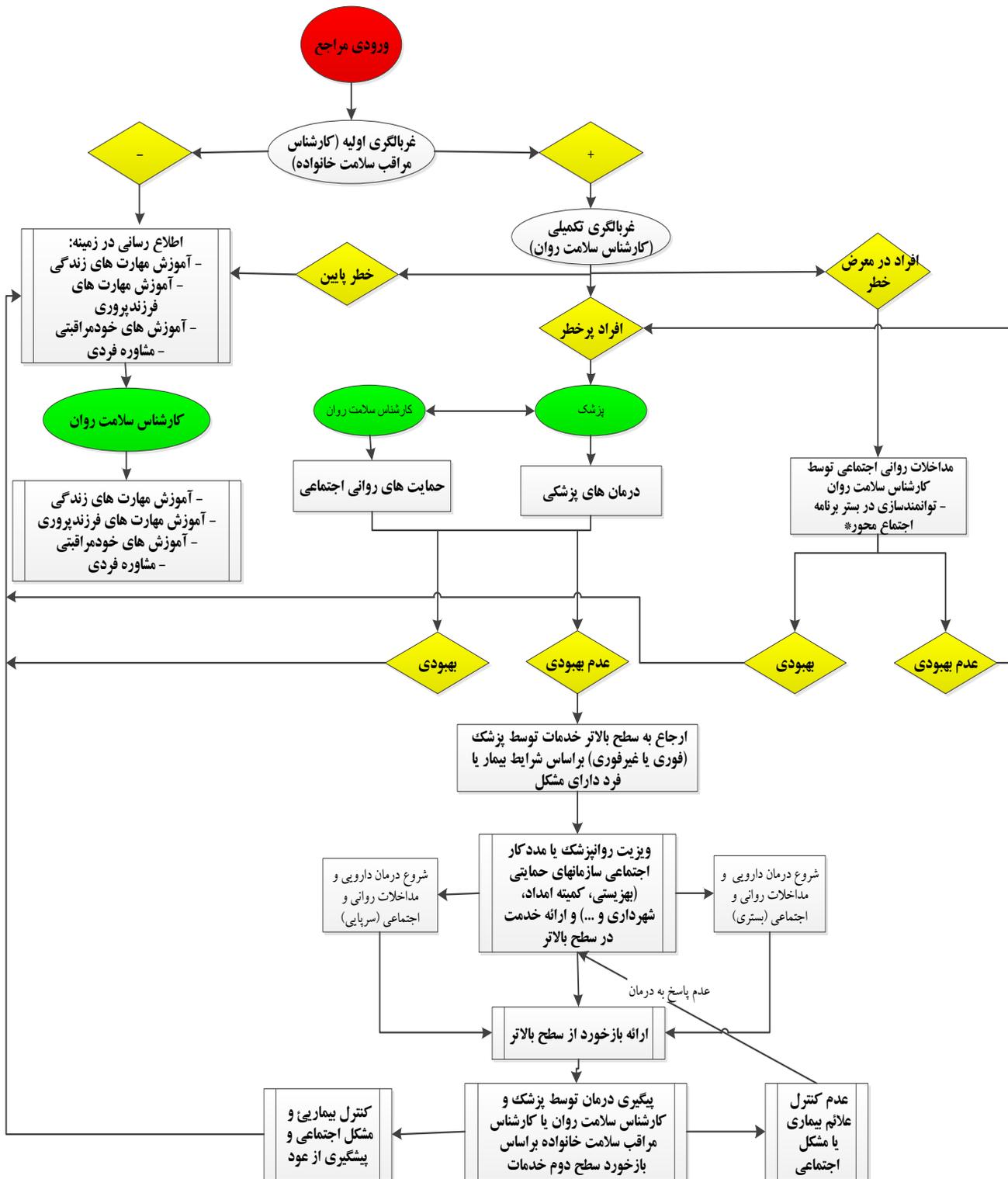
در مورد معتادان تزریقی، اقدامات زیر را به فوریت انجام دهید:

۱. اگر علاقمند به درمان است، بیمار و خانواده وی را تشویق کنید موضوع را با پزشک مرکز در میان گذارند.
۲. اگر علاقه مند به درمان نیست، بیمار را از خطرات هپاتیت و ایدز آگاه کرده او را تشویق کنید به جای استفاده از تزریق از سایر روش های مصرف مواد استفاده کند.
۳. در صورتی که مایل به کنار گذاشتن تزریق نیست، ضررهای استفاده از سرنگ مشترک همچون ابتلا به بیماری هپاتیت و ایدز را به بیمار یادآور شوید و از او بخواهید تا جای ممکن از سرنگ یک بار مصرف تمیز استفاده کند.
۴. بیمار و خانواده او را با مشورت و موافقت پزشک مرکز خدمات جامع سلامت تشویق کنید برای دریافت خدمات مشاوره تخصصی به مراکز مشاوره رفتاری موجود در شهرستان و یا استان مراجعه کنند.
۵. در صورتی که قبلاً رابطه جنسی مشکوک داشته و یا از سرنگ مشترک استفاده کرده است او را برای آزمایش های ضروری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید چرا که ممکن است به هپاتیت یا ایدز مبتلا شده باشد.
۶. به همسر این افراد و کلیه کسانی که در معرض خطر قرار دارند توصیه کنید در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده کنند.

در این رابطه مسئولیت توصیه به معتادان تزریقی و مردان در معرض خطر به عهده بهورز مرد خانه بهداشت خواهد بود.



فلوچارت ارائه خدمات سلامت اجتماعی - ضمیمه ۱



* در مرحله هایی که برنامه اجتماع محور به مرحله اجرا درآمده است فرد در بستر خدمات ایجاد شده در مرحله، خدمات توانمندسازی دریافت می کند

ضمیمه ۲

الف- آزمون غربالگری درگیری با الکل، سیگار و مواد

سازمان جهانی بهداشت (ASSIST-WHO) نسخه ۳/۰

بله	خیر	در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)
۳	۰	الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۳	۰	ب- ترکیبات افیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک، آمپول نورجیوک، تسجیزک، مورفین، ستادون، بوپره‌نورفین، کدیین، ترامادول، غیره)
۳	۰	ج- حشیش (سیگاری، ماری جوانا، جوینت، گراس، بنگ، غیره)
۳	۰	د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، کریستال، غیره)
۳	۰	ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، والیوم، لورازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۳	۰	و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، الکل سفید، غیره)
۳	۰	ز- مواد استنشاقی (چسب، بنزین، تینر، غیره)
۳	۰	ح- توهم‌زاها (ال‌اس‌دی، گرد فرشته، غیره)
۳	۰	ط- کوکائین (کوک، غیره)
۳	۰	ی- سایر - مشخص کنید:

پرسش ۱- در طول عمر خود کدام یک از مواد زیر را مصرف کرده‌اید؟

(پاسخ‌ها = «بله» یا «خیر»)

پرسش یک درباره مصرف طول عمر مواد است. منظور آن موادی است که بیمار تاکنون استفاده کرده است، حتی اگر فقط یک بار باشد. یک روش خوب شروع به صحبت درباره سابقه مصرف مواد فرد است بدون آن که چندان حالت غیرمنتظره برای فرد داشته باشد. این کار تصویری کلی از سوابق مصرف فرد به شما می‌دهد.

پرسش ۱ یک پرسش فیلترکننده است، به این معنی که پاسخ‌های مثبت شده، تعیین می‌کنند که در پرسش‌های بعدی چه چیزهایی باید مورد سؤال قرار گیرند. اگر مراجع به پرسش درباره هر یک از مواد پاسخ «خیر» بدهد، مصاحبه‌کننده باید یک سؤال کنکاشی بپرسد: «حتی زمانی که نوجوان/در مدرسه بودید؟» اگر پاسخ برای تمام موارد همچنان «خیر» باشد مصاحبه باید خاتمه یابد. اگر مراجع به پرسش درباره هر یک از مواد (برای مثال مواد استنشاقی) پاسخ «خیر» بدهد، کارکنان مراقبت سلامت دیگر درباره آن ماده (برای مثال مواد استنشاقی) در مصاحبه ASSIST سؤال مطرح نمی‌کنند.

نکاتی که باید هنگام طرح پرسش ۱ به خاطر داشت:

- هنگامی در حال پرسیدن هر یک از گروه‌های مواد هستید، به مراجع یادآوری کنید که چه موادی در آن طبقه وجود دارند (برای مثال محرک‌های آمفتامینی شامل آمفتامین‌ها، شیشه و اکستیزی می‌شوند) و همچنین نام‌های محلی و اصطلاحات خیابانی مواد کدامند.
- برای هر ماده دور صفر (خیر) یا ۳ (بله) را دایره بکشید
- در طول مصاحبه از واژه‌ها و اصطلاحات آشنا برای مراجع استفاده کنید
- در مورد «سایر مواد» مثال‌هایی بزنید مثلاً گاماهیدروپوتیرات، فانتزی، کارا، داتورا، خات
- در فضای در نظر گرفته شده نام سایر مواد را درج نمایید
- اگر یک ماده هرگز استفاده نشده باشد، دیگر در مورد آن در طول مصاحبه سؤالی پرسیده نمی‌شود (تمام پاسخ‌ها برای این ماده صفر خواهد بود)

اگر پاسخ مراجع به هر یک از مواد پرسش یک مثبت باشد، بایستی همراه فرم به سطح بالاتر ارجاع گردد.

فرم مراقبت و پیگیری در برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیادورژن ۳ - ضمیمه ۳

اطلاعات بیمار	
نوع مراقبت	پیگیری تلفنی <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> مراقبت حضوری
آخرین اختلال روانپزشکی تشخیص داده شده :	۴۳۲- دوره افسردگی
مراقبت و پیگیری مراقب سلامت	
آیا خانواده بیمار آموزش دیده اند؟	بلی <input type="radio"/> خیر <input checked="" type="radio"/>
اگر بلی آموزش را ثبت کنید	
آموزش رعایت رژیم غذایی و مصرف مرتب دارو ها داده شد	
آیا بیمار آموزش دیده است؟	بلی <input type="radio"/> خیر <input checked="" type="radio"/>
اگر بلی آموزش را ثبت کنید	
آموزش رعایت رژیم غذایی و مصرف مرتب دارو ها داده شد	
آیا نحوه مصرف دارو صحیح است؟	بلی <input type="radio"/> خیر <input checked="" type="radio"/>
توضیحات	قرص قلووکسا مین وپرمیتازین وماپرولتیلین
آیا بیمار جهت شرکت در جلسات آموزشی روانشناختی معرفی شده است؟	بلی <input type="radio"/> خیر <input checked="" type="radio"/>
سایر موارد با ذکر توضیحات	

راهنمای فرم

مراقبت و پیگیری مراقب سلامت / بهورز

این فرم جهت انجام مراقبت و پیگیری بیمار است ، به دنبال تکمیل فرم شرح حال روانپزشکی همزمان نیز این فرم پر شده و در ماههای بعد برای انجام مراقبت و پیگیری نیز از این فرم استفاده می شود

آخرین اختلال تشخیص داده شده : براساس سر برگ تشخیص نوع اختلال انتخاب می گردد

نوع خدمت ارائه شده به بیمار علامت زده شود و توضیحات مرتبط با آن در باکس مورد نظر ثبت می گردد.

نحوه مراقبت و پیگیری در بیماران اعصاب و روان

کارشناس مراقب سلامت

خدمات	زمان مراقبت	نوع مراقبت
۱- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تأکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پی گیری نظارت بر مصرف دارو طبق زمان و میزان تعیین شده توسط پزشک	در ماه اول شناسایی، هفته ای یک-بار و از آن پس ماهی یکبار	اختلال سایکوتیک، اختلالات کودکان و نوجوانان، اورژانس های روانپزشکی
۲- بررسی عوارض دارویی	ماهی یکبار	اختلال اضطرابی، اختلال خلقی، اختلال شبه جسمی، صرع، سایر اختلالات روانپزشکی
۳- توجه به نحوه مصرف دارو (دقت در زمینه عدم قطع دارو یا تغییرمقدار مصرف آن بدون نظر پزشک)	در ماه اول شناسایی یک بار و از آن پس هر ۶ ماه یک بار	معلولیت ذهنی
۴- پی گیری و توصیه به بیمار برای مراجعه به پزشک در موعد تعیین شده		
۵- استمرار درمان و همکاری با کارشناس سلامت روان و پزشک		
۶- بررسی انجام توصیه های درمان گر توسط بیمار، در صورت درمان های غیر دارویی و مشاوره	پیگیری بر حسب سطح درگیری (متوسط یا بالا) با نظر کارشناس سلامت روان و پزشک تعیین می گردد	
۷- تشویق بیمار به انجام فعالیتهای روزمره و کمک به حفظ کارکرد وی		افراد دارای اختلال مصرف مواد
۸- آموزش به خانواده ها در مورد رفتار و برخورد صحیح آنها با بیمار		

نوع مراقبت	خدمت
اورژانس‌های روانپزشکی (خودکشی، خشونت)	شخص را هرچه سریعتر به پزشک ارجاع دهید. و با هماهنگی پزشک با خانواده تماس بگیرید و حمایت آنها را جلب کنید.

نوع مراقبت	خدمت
برای بیماران یا افراد بهبود یافته :	افراد و بیماران بهبود یافته تا مدتی پس از بهبودی (مدتی که پزشک یا روانشناس تعیین می‌کنند) باید توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده تحت مراقبت قرار گیرد تا از عدم عود بیماری وی و مشکل اجتماعی و همچنین بهبودی کامل اطمینان حاصل شود

نوع مراقبت	خدمت
برای بیماران و افراد امتناع کننده از درمان	کارشناس مراقب سلامت خانواده باید تلاش کند تا آموزش‌های لازم را به بیماران، افراد دارای مشکل و خانواده‌های آنها بدهد و مشارکت آنها را برای ادامه درمان و دریافت مراقبت جلب نماید. با توجه به این که برای این دسته از افراد خدمات آموزشی، مراقبت و پیگیری ارائه می‌شود بنابراین جزء بیماران تحت پوشش پایگاه سلامت شهری محسوب می‌شوند و در آمار ماهیانه ثبت می‌گردند