

بهداشت روان چيست

مقدمه

بیماری های روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی، از هیچ طبقه اقتصادی - اجتماعی خاصی، در مقابل آن ها مصونیت نداشته و خطری است که بشر را مرتباً تهدید می کند. خوشبختانه نهضت بهداشت روانی در نیم قرن اخیر، افکار غلط و خرافات در مورد این بیماری ها را کنار گذاشته و نشان داده که اولاً بیماری های روانی، قابل پیشگیری بوده و ثانياً در صورتی که مانند سایر بیماری ها به موقع تشخیص داده و تحت درمان قرار گیرند به همان نسبت از مزمن شدن و عوارض آن ها کاسته خواهد شد. در راستای همین ایده، بهداشت روانی که جزئی از بهداشت عمومی محسوب می شود به پیشگیری موارد زیر می پردازد:

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

تاریخچه

در حقیقت بهداشت روان را می توان یکی از قدیمی ترین موضوعات به شمار آورد. زیرا بیماری های روانی از زمان های قدیم وجود داشته، بطوریکه بقراط در حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد عقیده داشته که بیماران روانی را مانند بیماری جسمی باید درمان کرد. تقریباً از سال ۱۹۳۰ یعنی بعد از تشکیل اولین کنگره بین المللی بهداشت روان بود که این رشته بصورت جزئی از

علوم پزشکی درآمد و سازمان های روانپزشکی و مراکز پیشگیری در کشورهای مترقی یکی بعد از دیگری فعالیت خود را شروع کردند.

در سال ۱۹۳۰ اولین کنگره بین المللی بهداشت روان با شرکت نمایندگان پنجاه کشور در واشنگتن تشکیل شد و مشکلات روانی کشورها و مسائلی از قبیل تاسیس بیمارستان ها، مراکز درمان سرپائی، مراکز کودکان عقب مانده ذهنی و نظایر آن مورد مطالعه قرار گرفت. ولی در ۱۸ سال بعد یعنی در سال ۱۹۴۸ در سومین کنگره بین المللی بهداشت روان که در لندن تشکیل شد اساس فدراسیون جهانی بهداشت روان بنیان گذاری شد و در همان سال این فدراسیون به عضویت رسمی سازمان یونسکو و سازمان بهداشت جهانی درآمد بطوریکه سازمان جهانی بهداشت در ژنو نقش رهبری رسمی فدراسیون جهانی بهداشت روان را به عهده گرفت. از آن تاریخ به بعد هر سال یک جلسه بین المللی و هر چهار سال یکبار کنگره جهانی تشکیل شده و می شود. در نتیجه تلاش و کوشش های پیگیر روز ۱۸ فروردین مطابق با هفتم آوریل روز جهانی بهداشت اعلام گردیده در سراسر جهان مسائل بهداشتی کشورها مورد بررسی قرار می گیرد. از مسئولین بهداشتی کشورهای مختلف خواسته شده تا برنامه های بهداشت روانی را جزء برنامه های بهداشت عمومی قرار دهند.

در کشور ایران نیز علیرغم آنکه از زمان محمدبن زکریای رازی و بعد، ابوعلی سینا به بیماران روانی (دیوانگان آن زمان) توجه داشته و برای آنها از دستورات مختلف داروئی و روش های گوناگونی همچون تلقین استفاده می کردند، ولی بطور رسمی در سال ۱۳۳۶ برنامه های روانشناسی و بهداشت روان از رادیوی ایران آغاز شد و در سال ۱۳۳۸ اداره بهداشت روانی در اداره کل بهداشت وزارت بهداری وقت، تشکیل گردید. اگرچه از سال ۱۳۱۹ تدریس بیماری های روانپزشکی دانشگاه تهران آغاز شده بود با قبول استراتژی P.H.C توسط جمهوری اسلامی ایران و ایجاد شبکه های بهداشتی درمانی، در کشور، موضوع بهداشت روان به منزله جزء نهم خدمات اولیه بهداشتی پذیرفته شد و در حال حاضر نیز از موضوعات بسیار ضروری در کشور، مورد توجه قرار دارد.

تعریف بهداشت روان

بهداشت روان علمی است برای بهتر زیستن و رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی از اولین لحظات حیات جنینی تا مرگ

اعم از زندگی داخل رحمی، نوزادی، کودکی تا نوجوانی، بزرگسالی و پیری را در بر می‌گیرد. بهداشت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌هایی صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نموده و راه حل‌های مطلوب تری را برای حل مشکلاتشان انتخاب نمایند.

تعریف سازمان جهانی

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

ویژگی‌های افرادی که از نظر روانی سالم هستند

- این افراد نسبت به خود آرامش دارند یعنی به طور نسبتاً معقولی احساس امنیت و کفایت دارند
 - توانایی‌های خود را در حد واقعی خود ارزیابی می‌کنند، نه بیشتر و نه کمتر
 - به خود احترام می‌گذارند (Self-respect) و کمبودهای خود را می‌پذیرند
 - به حقوق دیگران احترام می‌گذارند
 - می‌توانند به دیگران علاقمند شوند و آن‌ها را دوست بدارند
 - می‌توانند احترام و دوستی دیگران را جلب کنند
 - می‌توانند نیازهای زندگی خود را برآورده سازند و برای دشواری‌هایی که زندگی آنها پیش می‌آید راه‌حلی پیدا کنند.
- آنها قادرند خود بیندیشند و تصمیم بگیرند

- قادرند مسئولیت های روزمره خود را با برگزیدن اهداف معقول پیش ببرند
- تحت تاثیر عواطف، ترس، خشم، عشق یا گناه خود بطوری قرار نمی گیرند که زندگیشان پریشان شود.

چند نشانه هشدار دهنده برای ضعف روانی

- احساس نگرانی دائمی
- ناشادی دائمی به علل ناموجه
- از دست دادن آسان تعادل روانی در بیشتر اوقات
- بی خوابی مکرر
- افسردگی و سرخوشی متناوب بصورت ناتوان کننده
- احساس بی علاقگی و تنفر دائمی نسبت به مردم
- آشفتگی زندگی
- عدم تحمل دائمی فرزندان
- همواره خشمگین و بعد دچار پشیمانی شدن
- ترس بی جهت دائمی
- دائما حق را به جانب خود دادن و دیگران را ناحق شمردن

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

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

جمعیت های آسیب پذیر (High Risk) در بهداشت روان

گرچه بهداشت روان به مفهوم گفته شده، خود را در برابر تمام بیماران و همه افراد سالم متعهد می بیند اما گروه ها و جمعیت هایی نیازمندی بیشتری داشته و آسیب پذیری زیادتری از نظر بهداشت روان دارند. این افراد عبارتند از: بیماران و معلولین روانی، عقب ماندگان ذهنی، بیماران صرعی، سالمندان، معتادان، بیکاران، نیازمندان اقتصادی، کودکان و نوجوانان، زنان باردار، جدا شده و داغ دیده، افراد بی سرپرست، زندانیان . . . و مهاجران.

اهمیت بهداشت روان

پیشرفت صنعت و تکنولوژی، قدرت و ثروت را افزایش داده ولی امکان زندگی با آرامش و صلح و اطمینان را از انسان سلب کرده و در حقیقت "کیفیت فدای کمیت" شده و اعتدال و تناسب کنار رفته و بیماری های عصبی - روانی و روان تنی، جانشین آن شده است. بطوریکه آمار نیز حکایت از افزایش شیوع بیماری های روانی دارد و علل مختلفی را برای این افزایش شیوع بر شمرده اند که به مهمترین آنها اشاره می گردد:

علل افزایش شیوع بیماری های روانی

• بیماری های روانی مانند بیماری های جسمی کشنده نیستند و در نتیجه، مبتلایان به این نوع بیماری ها روی هم انباشته می شوند و احتیاج بیشتری جهت درمان سرپائی، بستری شدن و تخت بیمارستانی پیدا می کنند.

• عدم درک از نحوه شروع و طولانی مدت بودن بیماری در نتیجه عدم اطلاع از بیماری، درمان به موقع انجام نمی شود

که همین امر باعث مزمن شدن بیماری گشته و بیماری غیرقابل علاج می گردد

• عدم برنامه صحیح و اطلاع کافی از روش های پیشگیری و درمانی که خود باعث انباشته شدن و ازدیاد این نوع بیماران می گردد

• برحسب برآورد سازمان جهانی بهداشت امروزه ۲۵٪ مردم جهان دچار یکی از انواع اختلالات روانی - عصبی - رفتاری هستند. (به جز اعتیاد به مواد مخدر، الکل و سایر موارد).

ناتوانی و از کارافتادگی (disability) ناشی از بیماری های روانی، اغلب شدید و طولانی است و بار سنگینی بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می کند. بطور کلی ۱۰/۶٪ بار کلی بیماری ها (Global Burden of Diseases) مربوط به بیماری های روانی است و با محاسبه سال های تقریبی ناتوانی در طول عمر (Disability Adjusted life years: Daly) این رقم به ۲۸٪ افزایش می یابد.

لازم به توضیح است که در مطالعه بار جهانی بیماری ها بر روی میزان ناتوانی ایجاد شده توسط بیماری ها تاکید می گردد. مثلا آیا مرگ و میرها ارزش یکسانی دارند، یعنی مرگ یک فرد ۸۰ ساله با مرگ یک فرد ۲۵ ساله فرق نمی کند؟ آیا فشاری که از طریق بیماری ها بر فرد و خانواده وی وارد می آید یکسان است؟ میزان ناتوانی ایجاد شده توسط یک بیماری چقدر است؟

این بررسی نشان داده که در طول دو دهه آینده بیماری های روانی بعنوان اولویت عمده بهداشتی کشورهای جهان خواهد بود. بطوریکه هم اکنون از ۱۰ بیماری عمده ای که سبب ناتوانی می شوند ۴ بیماری مربوط به اختلالات روانی است: افسردگی یک قطبی (۱۰/۷)، اختلال خلقی دو قطبی (۳٪)، اسکیزوفرنی (۲/۶٪)، وسواس (۲/۲٪) (جدول ۱)

جدول ۱ - ده علت اصلی ناتوانی در سطح جهان

ردیف	علت	فراوانی (به میلیون) درصد
۱	افسردگی یک قطبی	۵۰/۸
		۱۰/۷

۴/۷	۲۲	کم خونی فقر آهن	۲
۴/۷	۲۲	سقوط	۳
۳/۳	۱۵/۸	استفاده از الکل	۴
۳/۱	۱۴/۷	C.O.P.D	۵
۳	۱۴/۱	افسردگی دو قطبی	۶
۲/۹	۱۳/۵	ناهنجاری مادرزادی	۷
۲/۸	۱۳/۳	استئوآرتریت	۸
۲/۶	۱۲/۱	اسکیزوفرنی	۹
۲/۲	۱۰/۲	Obsessive compulsive Disorders	۱۰

میزان شیوع اختلالات روانی در ایران در مناطق مختلف از ۹٪ تا ۳۶٪ متغیر است. طبق مطالعات، ۳٪ از بیماران روانی و ۱۶٪ از جمعیت ۱۵ سال به بالا به نحو شدیدی، از لحاظ روانی بیمار بوده و به درمان جدی روانپزشکی نیاز داشته اند. ۱۵/۳٪ از این گروه سنی بیماری های خفیف روانی و ۲۶/۶٪ مسائل عاطفی مختلف داشته اند.

انواع بیماری های روانی

۱ – بیماری های عمده یا روان پریشی (Psychosis) :

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

۲ – بیماری های غیر عمده :

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

علل بیماری های روانی

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

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

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

سایر عوامل محیطی :

- سمومی مثل جیوه، دی اکسید کربن، منگنز، قلع، ترکیبات سرب و غیره

- داروهایی مثل باربیتورات ها، گریزوفولوپین، الکل و غیره

- مواد تغذیه‌ای مثل کمبود ویتامین و پیریدوکسین، کمبود ید و غیره

- عفونت ها مثل سرخک، سرخجه و عفونت های پیرامون زایمانی که بر تکامل مغزی تاثیر دارند

پرتوتابی در هنگام تکامل عصبی

حوادث و تصادفات

نقش مذهب:

در سال های اخیر مطالعات متعددی در رابطه با مذهب و اهمیت آن در تامین بهداشت روانی در جای جای دنیا صورت گرفته است. طی مطالعه ای که در منطقه **کارولینای شمالی آمریکا** در مورد رابطه تعلق های مذهبی با افسردگی اساسی در گروه های مختلف مذهبی انجام شده، مشخص گردیده است که در گروهی از مسیحیان به نام **پنتاکستال ها** که ظاهراً رفتارهای انزواگرایانه اجتماعی دارند شیوع افسردگی اساسی بیشتر از دیگر گروه های جامعه است. طی مطالعه دیگری در زنان مسن مبتلا به شکستگی لگن مشخص گردید که شیوع و شدت افسردگی و عوارض روانی ناشی از شکستگی لگن در زنانی که دارای اعتقادات مذهبی هستند به مراتب کمتر بوده و وضعیت حرکتی بهتری در این زنان مشاهده می شود. ضمناً در مطالعات غربالگری علائم افسردگی در دانش آموزان دبیرستانی شهرهای مختلف کشور نیز در افراد با درجه بالای عقاید مذهبی و مقید به انجام فرایض دینی، میزان افسردگی به صورت معنی داری کمتر بوده که همگی این مطالعات و بسیاری از پژوهش های دیگر، حاکی از **تاثیر مثبت و آرامبخش ایمان مذهبی متعادل همراه با نگرش مثبت اجتماعی در تامین سلامت روانی و به همراه آن کاهش افسردگی، می باشد.**

اولویت های بهداشت روانی

پیشگیری و مبارزه با بیماری های افسردگی، اسکیزوفرنی، زوال عقل، عقب ماندگی ذهنی، صرع و همچنین مبارزه با خودکشی از اولویت های بهداشت روانی است. به همین دلیل به وضعیت این موارد در ایران اشاره می کنیم:

۱- افسردگی: شیوع افسردگی در ایران حدود ۷/۷٪ جمعیت ۱۵ ساله به بالا است و بنابراین در هر مقطعی از زمان حداقل حدود ۵ میلیون نفر دچار این بیماری هستند.

۲- اسکیزوفرنی: وخیم ترین بیماری روانی محسوب می شود. به ویژه این که این بیماری در سنین نوجوانی و جوانی آغاز می گردد و در اکثر موارد سیر مزمن و مادام العمر دارد. شیوع این بیماری حدود ۱٪ است و بنابراین تعداد این بیماران در ایران حدود ۰/۵ میلیون نفر می باشد.

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

۴- عقب ماندگی ذهنی: شیوع آن حداقل ۲ درصد و تعداد مبتلایان ۱/۲۰۰/۰۰۰ نفر است که حداقل ۱۰٪ آنها دچار عقب ماندگی شدید هستند.

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

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

اهداف بهداشت روان

بطور کلی بهداشت روانی دارای چهار هدف اصلی است:

۱ - **خدماتی:** ارائه خدماتی است، در جهت تامین سلامت فکر و روان افراد جامعه، پیشگیری از ابتلا به اختلالات روانی، بیماریابی، درمان سریع و پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات عصبی روانی به طور سرپائی و یا بستری، کمک های مشاوره‌ای به افرادی که دچار مشکلات روانی، اجتماعی و یا خانوادگی شده اند.

۲ - **آموزشی:** عبارت است از آموزش بهداشت روانی به افرادی که با بیماران روانی سرو کار دارند و همچنین آموزش بهداشت روانی همگانی و آشنا ساختن مردم جهت همکاری و استفاده از سرویس های موجود در صورت مواجهه با استرس ها و مشکلات روانی، ارائه مفاهیم و شناخت اختلالات روانی به دست اندرکاران امر بهداشت در سطوح مختلف است.

۳ - **پژوهشی:** شامل تحقیق در زمینه پیشگیری و نیز علل، نحوه شروع و درمان اختلالات روانی، عقب ماندگی ذهنی، اعتیاد و انواع انحرافات اجتماعی بوده که جایگاه این پژوهشها می توان در مدارس، دانشگاه ها، سربازخانه ها، مراکز قضائی و انتظامی، کارخانجات، درمانگاه های عمومی، مراکز بهداشتی درمانی و نظایر آن باشد.

۴ - **طرح و برنامه ریزی بهداشتی:** شامل برنامه ریزی درباره ایجاد گسترش مراکز جامع روانپزشکی منطقه‌ای، مراکز بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده، مراکز کودکان استثنایی، مراکز ارائه خدمات درمان های روانپزشکی و ایجاد هماهنگی بین برنامه های خدماتی، آموزشی و پژوهشی است.

پیشگیری از بیماری های روانی

۱- پیشگیری اولیه (سطح اول)

پیشگیری اولیه عبارت است از کلیه اقداماتی که منجر به جلوگیری از بروز بیماری می‌شود، مثل واکسیناسیون در طب عمومی، پیشگیری اولیه در روانپزشکی به دلیل چند عاملی بودن اتیولوژی بیماری ها به سادگی امکان پذیر نیست و لذا هدف اصلی پیشگیری در این سطح، مقاوم نمودن افراد جامعه و بویژه اقشار آسیب پذیر در برابر اختلالات روانی از طریق مهار و کنترل ناهنجاری های ژنتیکی، وراثتی، محیطی و خانوادگی است. در حالیکه کلیه افراد جامعه گروه هدف را تشکیل می دهند، اهداف زیر بطور اختصاصی در این مرحله دنبال خواهد شد :

۱ - تاثیر شرایط محیطی و آلودگی های زیست محیطی، شرایط اجتماعی و اقتصادی بر سلامت روان

۲ - نقش عوامل ژنتیکی در بروز اختلالات روانی

۳ - پی آمد های اجتماعی ازدواج های خویشاوندی، زودرس و ازدواج با افراد حامل و ناقل ژن معیوب

۴ - ارتباط بین وضعیت روانی، در دوران بارداری و سلامت روان کودک پس از تولد

۵ - نیازهای انسانی در مراحل مختلف رشد از جمله طفولیت، کودکی، نوباوگی، نوجوانی، میانسالی و سالمندی

۶ - نقش اولیاء و محیط خانواده در سلامت روان کودکان و نوجوانان

۷ - نحوه رویارویی با عوامل اضطراب انگیز محیطی و اجتماعی

اهداف فوق از راه های زیر قابل حصول است :

۱- انجام تحقیقات سبب شناسی به منظور کشف نقش عوامل ژنتیکی، محیطی و خانوادگی در تخریب سلامت روانی افراد در

جامعه

۲ - همکاری بین تخصصی با متخصصین رشته های مختلف و همکاری بین بخشی با ارگان های ذیربط

۳ - آموزش همگانی بهداشت روانی کلیه اقشار

۴ - همکاری مستمر با رهبران مذهبی و سیاسی مردم

۵ - مشاوره های خانوادگی و فردی و گروهی

۶ - جلب همکاری و تشویق افراد جامعه در بهره برداری مطلوب از خدمات بهداشت روان

همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد براساس مطالعات انجام شده در دانش آموزان شهرهای تهران، کرج، یزد و اردکان، مشخص شده است که مذهبی بودن دانش آموزان و خانواده های آنان رابطه معکوس و معنی داری با بروز افسردگی دارد و بنابراین توجه به عقاید معنوی و باورهای مذهبی و التزام به احکام دینی در فضای فرهنگی جامعه و خانواده ها نقش اساسی در پیشگیری اولیه افسردگی و به دنبال آن تامین سلامت روانی دارد و به طور قطع یکی از سازوکارهای این پدیده جمله روح افزای **دل آرام گیرد** به یاد خدای، **مَلَهُمْ** از آیه شریفه قرآن **“أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ”**، می باشد.

۲- پیشگیری ثانویه (سطح دوم)

هدف اصلی در این مقطع جلوگیری از عوارض اختلالات روانی در افراد جامعه با تشخیص به موقع، درمان مناسب و زودرس و پیگیری منظم می باشد.

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

۱ - بیماریابی به منظور تشخیص سریع و به موقع علایم غیرعادی و یا رفتارهای نامتعادل در افراد

۲ - درمان فوری، زودرس و کامل، جهت رفع علایم سبک اختلالات در بین افراد شناسایی شده

۳ - درمان نگهدارنده به منظور پیشگیری از بازگشت عوارض اختلالات تا حصول کامل بهبودی در بین افراد آسیب دیده

جامعه

۴ - پیشگیری از بروز علایم شدید در بین افراد مبتلا و ایجاد سازگاری بین آنها و خانواده

۵- جلوگیری از بالارفتن میزان عود و دفعات بستری

۶- ارائه خدمات مراقبت.

اهداف فوق از طریق زیر قابل حصول می باشد :

۱ - آموزش چهره به چهره افراد جامعه در خصوص نقش پیگیری به خصوص پیگیری الزامی در موارد سایکوز و صرع

۲ - شناسایی افراد در مدارس، خانواده ها و محل کار آن ها جهت تشخیص و درمانی به موقع

۳ - ارائه خدمات درمانی مناسب و به موقع از طریق فراهم آوردن امکانات و شرایط لازم (اورژانی، سرپائی و بستری)

۴ - همکاری بین تخصص های مختلف بهداشتی درمانی

۵ - آموزش های لازم در جهت حذف باورهای غلط و تعصبات نادرست مردم و اصلاح نگرش، دانش، و مهارت آنها در

خصوص تفسیر و تعبیر اختلالات روانی، انتخاب درمان و نحوه برخورد با بیماران روانی، در خانواده، مدرسه، محل کار و اجتماع.

۳ - پیشگیری ثالثیه (سطح سوّم)

هدف اصلی، پیشگیری از تداوم اختلالات روانی مزمن در بین مبتلایان و کاهش ناتوانی های فردی، اجتماعی، شغلی

و خانوادگی ناشی از آن می باشد. برای دستیابی به این هدف رعایت موارد زیر الزامی است :

۱ - شناسایی مبتلایان به اختلالات روانی مزمن

۲ - حمایت از مبتلایان شناخته شده به منظور جلوگیری از عوارض احتمالی ناشی از اختلال، مانند خودکشی، اعتیاد، فرار از

منزل، فحشاء و سایر انحرافات اجتماعی، با درگیر ساختن خانواده ها و سایر مراجع ذیربط

۳ - اقدامات عملی برای بازتوانی مبتلایان از طریق کاربایی، حمایت مالی و اشتغال در مراکز نیمه وقت

۴ - ارائه خدمات مراقبت

۵ - تاسیس واحد های نوتوانی در بخش های روانپزشکی

۶ - آموزش خانواده ها در نحوه برخورد با بیماران خود و مسئولیت پذیری آنها نسبت به بیماران.

برنامه کشوری بهداشت روان

برنامه کشوری بهداشت روان جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۶۵ توسط کمیته‌ای متشکل از کارشناسان و صاحب‌نظران بهداشتی و بهداشت روان کشور و مشاور وقت بهداشت روان منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت تهیه و تنظیم گردید و در سال ۱۳۶۷ بعد از تصویب شورای معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مرحله اجرا گذاشته شد. اهداف این برنامه عبارت بودند از: فراهم آوردن خدمات بهداشت روان برای همه مردم با تأکید بر قشرهای آسیب پذیر و محروم، ایجاد الگوی خدمات بهداشت روان سازگار با ساخت فرهنگی و اجتماعی و تشویق مشارکت جامعه در ارائه خدمات، افزایش آگاهی و مهارت های بهداشت روان در مردم، و تنظیم برنامه های مناسب برای آسیب دیدگان جنگ. این برنامه شامل راهبردهای خدماتی، اجرایی، اداری و ارتقاء بهداشت روان بوده، اما راهبرد محوری همان ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت بهداشتی اولیه (PHC) و به عبارت دیگر، در شبکه های بهداشتی درمانی کشور با ویژگی های زیر بود:

تمرکز زدایی در فعالیت ها، اولویت دادن به پیشگیری، کاربرد سطوح خدماتی و نظام ارجاع، پیگیری مستمر و تأکید بر مراقبت های سرپائی تا بستری در بیمارستان. بدیهی است که برای این منظور مکانیسم های ذیل در نظر گرفته شد: ساده کردن مفاهیم اساسی بهداشت روان، شناخت نظام شبکه بهداشتی کشور، استفاده صحیح از کارکنان بهداشت عمومی، شناخت تأثیر مثبت اجزای بهداشت عمومی بر بهداشت روان و تقسیم وظایف برنامه در سطوح مختلف ارائه خدمات.

در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در مناطق روستایی خانه بهداشت اولین واحد ارائه خدمات است که اداره آن را بهورز بر عهده دارد. بهورزان تحت آموزش بهداشت روان قرار می‌گیرند و وظیفه آموزش، شناسایی بیماران و ارجاع آنان به مرکز بهداشتی درمانی روستایی، پیگیری دستورات داده شده در مورد بیماران ارجاعی و ثبت و گزارش اطلاعات بیماران جدید و قدیم را برعهده

دارند. در مراکز بهداشتی درمانی روستایی که بر چند خانه بهداشت سرپرستی و نظارت دارند، یک پزشک عمومی و چند کاردان آموزش دیده فعالیت می‌کنند. پزشک موارد ارجاعی از خانه های بهداشت را می پذیرد و موارد مشکل را به سطح بالاتر ارجاع می‌دهد که عبارت است از سطح تخصصی شهرستان. در این مرکز که معمولاً در پلی کلینیک بیمارستان عمومی شهرستان واقع است، روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده و کارشناس بهداشت روان، علاوه بر آموزش و نظارت بر مراکز بهداشتی درمانی روستایی، مورد ارجاعی را می‌پذیرد و موارد مشکل را به سطح بالاتر، ارجاع می‌دهد. خدمات سطح تخصصی استان عمدتاً در بیمارستان ها و مراکز روانپزشکی استان و توسط روانپزشکان و روانشناسان، روان پرستاران و مددکاران اجتماعی انجام می‌گیرد و در عین حال، مرکز بهداشت استان، مسئولیت برنامه ریزی، اجرا، نظارت، ارزشیابی و پایش برنامه های بهداشت روان در کلیه شهرستان های استان را بر عهده دارد.

اما در مناطق شهری، اولین واحد ارائه خدمات، مراکز بهداشتی درمانی شهری هستند که در آن پزشکان عمومی بیماران را می پذیرند و در صورت نیاز آنان را به مراکز بالاتر ارجاع می‌دهند.

برای فعال نمودن خدمات شهری، تأسیس پایگاه های بهداشتی و استفاده از رابطین داوطلب بهداشتی پیش بینی شده است این رابطین وظیفه آموزش، شناسایی خانواده ها، جلب مشارکت مردم، تشویق و ارجاع خانواده های دارای بیمار به مراکز و پیگیری وضعیت بیماران تحت پوشش را بر عهده دارند.

پزشکان عمومی و مسأله بهداشت روان

در مناطق شهری اهمیت نقش پزشکان عمومی در شناسائی مسائل روانی مراجعه کنندگان و کم کردن بار بیماری ها، کمتر از نقش پزشکان عمومی مستقر در شبکه نبوده بلکه بیشتر هم می‌باشد. بررسی های بالینی نشان داده است که شکایات اولیه بیش از ۸۰ درصد بیماران روانی، شکایات بدنی است (از قبیل سردرد، تپش قلب، سوء هاضمه، ضعف، بی خوابی و غیره) به همین علت، نخستین مراجعه اکثر بیماران روانی، یعنی نزدیک به ۸۰ درصد آنان به اطبای غیر روانپزشک و ترجیحاً به پزشکان عمومی است. به علاوه حقیقت این است که اکثریت بیمارانی هم که علائم بارز بیماری آن ها علائم روانشناختی است، مراجعه به اطبای عمومی را به مراجعه مستقیم، به روانپزشک ترجیح می دهند از اینرو، نقش پزشکان عمومی در امر تشخیص زودرس و درمان به موقع و به جای اختلالات روانی و در نتیجه نقش آنان در جلوگیری از ایزمان بیماری و کاهش هزینه های غیرضروری و حذف

بستری شدن های بی مورد و مکرر کاملاً مشهود است. لذا مشارکت فعال پزشکان عمومی در پیاده کردن برنامه های بهداشت روانی از اهمیت خاصی برخوردار بوده و در اولویت قرار دارد.