

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت امور بهداشتی
اداره کل مبارزه با بیماریها

طرح کشوری بهداشت روانی

مهرماه ۱۳۶۵ (۱۹۸۶ میلادی)

با همکاری

- دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دانشگاه علوم پزشکی مشهد

پیش‌نویس برنامه کشوری بهداشت روانی از تاریخ ۲۸
مهر لغایت ۴ آبان ۱۳۶۵ توسط کمیته‌ای از وزارت بهداشت
شامل افراد ذیل در تهران تنظیم شده است:

۱- پروفیسور هاراطون داویدیان	استاد و مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه تهران و رئیس بیمارستان روزبه (رئیس کمیته)
۲- دکتر سیدابوالقاسم حسینی	دانشیار و مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه مشهد
۳- دکتر سیداحمد واعظی	روانپزشک، بیمارستان نواب صفوی تهران
۴- دکتر سیدحسین فخر	مدیرکل نظارت بر مواد اعتیادآور

۵- دکتر محمد صنعتي	۱ ستاديوار دانشگاه علوم پزشکی تهران و روانپزشک بیمارستان روزبه
۶- دکتر فریدون مهرباني	۱ ستاديوار دانشگاه علوم پزشکی ایران
۷- دکتر احمد محیط	مدیر انیستیتو روانپزشکی ایران - دانشگاه علوم پزشکی ایران (دبیر کمیته)
۸- دکتر ناراندرايک	رئیس منطقه ای بهداشت روانی سازمان جهانی بهداشت منطقه مدیترانه شرقی، اسکندریه، مصر

سیاسگزارى

کمیته مراتب قدردانی خود را از توصیه ها و نظرات افراد ذیل که در طول مدت تهیه برنامه کشوری بهداشت روانی همکاری نمودند، اعلام می‌دارد.

۱- دکتر بیژن صدریزاده	معاونت امور بهداشتی
۲- دکتر حسین ملک افضلي	قائم مقام وزیر در امور مراقبتهای بهداشتی ویژه
۳- دکتر محمد یونسی	مدیرکل اداره خدمات بهداشتی ویژه
۴- خانم گوهر رحمانی	وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
۵- دکتر س.ا. ظافر	نماینده سازمان بهداشت جهانی در ایران

کمیته همچنین از دفتر نماینده سازمان جهانی بهداشت در ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و بیمارستان روزبه به خاطر همکاریشان قدردانی می‌نماید.

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

- ۱- مقدمه
- ۲- تجزیه و تحلیل موقعیت
- ۲-۱- حجم مسئله
- ۲-۲- منابع موجود
- ۲-۳- ضرورت يك برنامه جامع در سطح کشور
- ۳- هدفها
- ۴- استراتژي‌هاي برنامه
- ۴-۱- استراتژي‌هاي خدمات بهداشت رواني
- ۴-۲- استراتژي‌هاي آموزشي
- ۴-۳- استراتژي‌هاي اداري
- ۴-۴- استراتژي‌هاي ارتقاء بهداشت رواني
- ۴-۵- استراتژي‌ها جهت بهداشت رواني آسیب‌دیدگان جنگ
- ۵- جزئیات تفصیلي فعالیتها در قالب برنامه
- ۵-۱- فعالیتهاي خدماتي بهداشت رواني
- ۵-۲- فعالیتهاي آموزشي بهداشت رواني
- ۵-۳- فعالیتهاي ارتقاء بهداشت رواني
- ۵-۴- فعالیتهاي تحقيقاتي بهداشت رواني
- ۵-۵- فعالیتهاي تشکيلاتي
- ۶- قدمهاي اساسي پيشنهادي در سال ۱۹۸۷
- ۷- بودجه
- ۸- پايش و ارزشيابي

۱- مقدمه

اصل ۲۹ قانون اساسي جمهوري اسلامي ايران برخورداري از بهداشت و درمان را حق مسلم براي همه مردم اعلام نموده است. کشور ايران يکي از امضاءکنندگان اعلاميه آلتا مي باشد که هدف بهداشت براي همه تا سال ۲۰۰۰ را از طريق خدمات بهداشتي اوليه طرح ريزي نموده است.

سياست هاي بهداشتي کشور که اخيراً در نظام جديد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي تعيين گردیده در جهت اقدام هماهنگ در سطوح مختلف بهداشت عمومي از طريق شبکه هاي بهداشتي درماني کشور است. يکي از زمينه هاي بهداشت عمومي که بايد در برنامه کلي از اهميت زيادي برخوردار شود بهداشت رواني است. بهداشت رواني صرفاً به مراقبت از بيماران رواني اطلاق نمي شود بلکه با بسياري از جنبه هاي بهداشت عمومي و بهزيستي افراد جامعه سروکار دارد.

براساس آمار موجود چنين تخمين زده مي شود که حداقل ۱۵ الي ۲۵ درصد از بزرگسالاني که به درمانگاه ها و مراکز بهداشتي مراجعه مي نمايند چگونه بيماري جسمي ندارند و بطور جدي نيز دچار بيماري رواني نمي باشند، بلکه آنها تحت فشار، ناراحتي، اضطراب، نگراني و افسردگي همراه با مسائل رواني مي باشند. از طرف ديگر با در نظر گرفتن اين حقيقت که ۵۰ درصد از جمعيت کشور در سنين زير ۲۰ سال هستند و دوران بلوغ و نوجواني از جمله سالهاي حساس و بحراني در دوران زندگي محسوب مي شود، مي توان نياز رو به نزديک يك برنامه جامع بهداشت رواني را درك نمود.

جامعه اي که در جريان يك انقلاب عظيم است که بر بسياري از ارزشها اثر گذاشته و شش سال است درگير با جنگي تحميلي مي باشد و مواجه با وجود مهاجرين فراوان داخلي و خارجي است خواه ناخواه شرايط استرس آوري دارد و اين موضوع مجدداً نياز به داشتن يك برنامه قوي و هماهنگ شده بهداشت رواني و طرح کلي در سطح کشور را مورد تأکيد قرار مي دهد.

ما هم چنين در حال حاضر مشغول سازماندهي و توسعه تشکيلات لازم جهت ارائه خدمات بهداشتي از طريق استقرار و توسعه شبکه هاي بهداشتي درماني مي باشيم و طرح بهداشت رواني مي تواند با چنين برنامه اي ادغام شود.

این مطلب نه تنها مورد دخواه است بلکه بطور واقعي
تنها راه عملي تأمين خدمات بهداشت رواني جهت اكثريت
مردم مي‌باشد.

درمان بيماران رواني بطور قابل توجهي در ۲۵ سال
گذشته تغيير كرده است در حال حاضر تأكيد بيشتر بر
درمان بيماران سرپائي و عرضه خدمات در محل زندگي
مي‌باشد تمام تلاش در جهت پيشگيري از بستري‌شدن و برگشت
بيماران تا نزديكترين جا به محل زندگي خدمت‌گيرندگان
مي‌باشد و بدون ترديد اجراي برنامه پي‌گيري در داخل
خانواده و جامعه در مقايسه با بستري شدن‌هاي مكرر نيز
براتب از لحاظ اقتصادي بيشتر مقرون به صرفه است.

يك شبکه بهداشت رواني ادغام شده در تسهيلات و
تجهيزات سيستم بهداشت عمومي تنها راه عرضه چنين خدماتي
اين است. نتيجتاً بهداشت رواني بايد بعنوان يك قسمت
از اساسي‌ترين بخش‌هاي خدمات بهداشت عمومي تلقي شود. از
سوي ديگر بهداشت رواني مقوله‌اي است گسترده كه نه
مي‌توان و نه بايد صرفاً محدود به فعاليتهايي در سطح
يك وزارتخانه گردد. اين امر مشاركت و همكاري تخصص‌هاي
مختلف و شركت فعال افراد يك جامعه را مي‌طلبد.

جامعه انقلابي ما در جهت بالابردن ارزش‌هاي انساني
گام برمي‌دارد. ارزش‌هاي اخلاقي مذهبي ما را موظف
مي‌نمايد كه مردم نيازمنند را حمايت نمائيم.

بالاخره در سال‌هاي اخير يك تغيير مهم در نگرش عمومي
در اجتماع بوجود آمده است و نگرش نادرست و ناصواب
برعليه بيماري‌هاي رواني در حال كاهش است و آمادگي
بيشتر از طرف جامعه نسبت به قبول روش‌هاي نوين در
برخورد با مسائل بهداشت رواني ديده مي‌شود.
بنابراين زمان مناسب ايجاد يك سياست و برنامه جامع
بهداشت رواني در سطح كشور فرا رسيده است.

۲- تجزيه و تحليل موقعيتي

۲-۱- حجم مسائل بهداشت رواني در ايران

۲-۱-۱- بررسي‌هاي ميداني

مطالعات اپيدميولوژيكي كه بوسيله افراد مختلف در
ايران انجام گرفته است نشان‌دهنده ميزان مختلف شيوع
بیماری‌های رواني است. اختلاف در نتایج تحقیقات

باحتمال زیاد به سبب روشهای مختلفی است که بوسیله افراد مختلف به کار رفته است و یا مربوط به دامنه سنی گروه‌های مورد مطالعه می‌باشد.

میزان شیوع در این مطالعات از ۹ درصد در نمونه جمعیتی با کمترین سن ۱۶ سال و میزان ۳۶ درصد در نمونه دیگر که کمترین سن ۱۵ سال است می‌باشد.^۲ در مطالعه‌ای که اخیراً صورت گرفته ۳٪ از بیماران روانی یا ۱/۶ درصد از جمعیت ۱۵ سال به بالا بنحوی شدید بیمار بودند و به درمان جدی روانپزشکی نیاز داشتند در همین مطالعه ۱۵/۳٪ بیماری‌های خفیف روانی و ۲۶/۶٪ مسائل عاطفی مختلف داشته‌اند.

بالاترین گروه اختلالات افسردگی بودند که ۲۴/۳٪ از کل موارد را تشکیل داده، بیماری اسکیزوفرنی ۰/۶ درصد، صرع گراندمال ۰/۴ درصد و عقبماندگی‌های ذهنی نیز ۰/۴ درصد و در آخر میزان معتادین ۱٪ گزارش شده است.

۲-۱-۲- اختلالات روانی در پزشکی عمومی

در مطالعه‌ای که در یکی از درمانگاه‌های سرپایی صورت گرفته است ۳۴/۵٪ بیماران که بوسیله پزشکان عمومی مورد معاینه قرار گرفته بنوعی دچار اختلال روانی بوده‌اند. ۲۵/۱٪ مبتلا به هر دو اختلال جسمی و روانی بودند. بیشترین گروهی که بوسیله روانپزشکان تشخیص داده شده‌اند افسردگی بوده است که ۲۷/۲ درصد تمام موارد مراجعین به درمانگاه را تشکیل می‌دهد.^۳

در مطالعه دیگری که در یکی از بیمارستان‌های عمومی صورت گرفته است فقط ۳۶ درصد از بیمارانی که مورد پذیرش قرار گرفته بودند دارای هیچگونه مسئله روانی نبودند. ۴۱ درصد از مشکلات عاطفی و ۱۰ درصد از اختلالات روان‌تنی و ۱۲ درصد از هر دو اختلال جسمی و روانی در رنج بوده‌اند.

در این مطالعه ۴۳ درصد کل موارد بیماران مبتلا به افسردگی بوده‌اند که بالاترین رقم را تشکیل می‌دهند،

1. Bash, K.W. and j.Bash – Liechti (1969): studies on the epidemiology of neurc – psychiatric disorders among the rural population of the province of Khuzestan, Iran, in social psychiatry (ED. Springer-verlag) New York Bol, 4. P.137-143.

۲. دکتر را طون داویدیان، سیروس ایزدی. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در منطقه دریای خزر (رودسر)، مجله بهداشت ایران، شماره ۴، سال سوم. ۱۳۵۴، ص ۱۴۵-۱۵۶.

۳. دکتر را طون، داویدیان. دکتر منوچهر، نراقی. افسردگی در پزشکی عمومی. پروژه همکاری با سازمان جهانی بهداشت (منتشر نشده)، ۱۳۵۹.

همچنین در میان بیماران پذیرفته شده تحت مطالعه، میزان ابتلاء به اسکیزوفرنی یک درصد، صرع یک درصد و اعتیاد ۲ درصد بوده است.^۱

نتیجه تحقیقات نشان داده است^۲ که ۸۰ درصد بیماران روانی به پزشکان عمومی مراجعه می‌نمایند و ۱۶ درصد به متخصص دیگر به غیر از روانپزشک و فقط ۴ درصد در وهله اول به روانپزشک مراجعه می‌نمایند. همچنین نتیجه مطالعه فوق نشان‌دهنده این حقیقت است که کمبود روانپزشک بخصوص در برخی از استانها دلیل اساسی بر اینکه بیماران پزشکان عمومی را ترجیح داده‌اند نمی‌باشد. ۷۰٪ این بیماران از علائم مهم بدنی شکایت داشته‌اند.

۳-۱-۲- بیماران روانی سرپائی

اگر چنانچه بیماران سرپائی بیمارستان روزبه را که یکی از پرازدحام ترین مراکز در نظر بگیریم آمار و ارقام ذیل را می‌توان عرضه نمود. سالانه حدود ۴۳ هزار بیمار به این درمانگاه مراجعه می‌کنند ۲۰٪ از آنها موارد جدید هستند، ۴۰٪ از استانهای غیر از تهران ارجاع می‌شوند، ۴۵/۳٪ مراجعین مبتلا به اختلالات افسردگی و ۳۹/۱٪ اختلالات عصبی و ۷/۸٪ بیماران اسکیزوفرنیک می‌باشند.^۳

۴-۱-۲- مسائل اختصاصی در ارتباط با مسائل

روانی کودکان

علیرغم آنکه میزان مرگ و میر کودکان در سالهای اخیر بطور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است لیکن هنوز رقمی در حدود ۷۰ در هزار در روستا و ۵۰ در هزار در شهر را تشکیل می‌دهد.^۴ توجه به نتایج نامساعد بیماریهای عفونی بر سیستم عصبی مرکزی که بر توانایی‌های یادگیری و عاطفی اثر می‌گذارد و با توجه به اثر عفونت، ضربه و مشکلات زایمانی بر ایجاد صرع و نقیصه‌های عقلی باید گفت خدمات بهداشتی اولیه نوزادان و کودکان یکی از موضوعات قابل توجه در بهداشت روانی است.

۵-۱-۲- تغییرات جمعیتی و مهاجرت

۱. دکتر م. عشقی. بیماران روانی در بخش‌های پزشکی (مقاله). ۱۳۵۶.

۲. دکتر هاراطون، داویدیان. ارجاع بیماران روانی در طب عمومی. اخبار روانپزشکی، شماره ۳، ۱۳۵۰، ص ۱۲۲-۱۳۳.

۳. پرونده بیماران بیمارستان روزبه ۱۳۶۴.

۴. دکتر حسین، ملک‌افزلی. آمار مربوط به امید به زندگی در ایران. مجله دارو و درمان. شماره ۸، سال سوم، ۱۳۶۵. ص ۴.

در خصوص تغییرات جمعیتی، جمعیت ایران به دو دسته بیحرکت و کوچکنندگان یا گروه عشایر که حرکت و جابجایی آنان براساس تغییرات فصلی و یا شغلی است تقسیم نمود. گروه اخیر ۱۵ در ۱۰۰۰ کل جمعیت را تشکیل می‌دهند. مردمی که بطور دائمی در جابجایی بین شهر و دهات هستند مانند کولی‌ها و دوره‌گردان، ۸ در ۱۰۰۰ کل جمعیت را تشکیل می‌دهند. مهاجرت در داخل کشور سطح بالایی را در حدود ۲۳ درصد تشکیل می‌دهد. دلایل اصلی جهت مهاجرت شامل تغییرات محل استخدام، وظایف نظامی یا کشوری، ازدواج و تحصیلات است. تقریباً ۶۰٪ از مهاجرین کسانی است که باتفاق خانواده‌هایشان نقل مکان می‌نمایند.^۱

در یک مطالعه کنترل شده بر روی گروهی از مهاجرین به تهران اختلالات عمده‌ئی بین دو گروه مهاجرین و غیرمهاجرین دیده نشد، ۳۴٪ مهاجرین بعنوان آنکه هر یک دارای مشکل روانی بودند تشخیص داده شدند، ۴۶/۶٪ آنان و یا ۱۵/۹٪ از کل افراد بنوعی نیاز به مراقبت روانی و درمانی داشتند.^۲

۶-۱-۲- مسائل ناشی از جنگ تمحیلی

این روزها شاهد وقوع انواع بخصوصی از اختلالات روانی در میان سربازان که در جبهه می‌جنگند می‌باشیم، از چگونگی شیوع این اختلالات اطلاع کمی داریم، لیکن موارد ارجاعی بصورت بیماران روانی سرپایی و تعداد معدودی از آنان در بخشهای روانی مورد پذیرش قرار می‌گیرند. اغلب این بیماران چند روز بعد از مراجعه به‌بود می‌یابند. تظاهرات اصلی بیماری آنان بصورت کنفوزیون، سردرد و حالت‌های پرخاشگری تحریکاتی برای مدت کوتاه می‌باشد درصد کمی از این اختلالات مزمن می‌شوند و نتیجتاً به درجه‌ای از کارافتادگی می‌انجامند که در آنها در تغییرات خلقی و سردردهای مداوم وجود دارد. مسائل روانی سربازان معلول و قربانیان جنگ از نظر جسمی و عاطفی یک مسئولیت مهم خدمات بهداشتی است. مسائل ناشی از استقرار مجدد مردمی که بعزت جنگ بی‌خانمان شده‌اند بهمان اندازه مهم است و باید مورد توجه برنامه‌ریزی‌های آینده قرار گیرد.

۷-۱-۲- درمان‌گرهای سنتی

-
۱. سرشماری جمعیت عمومی ایران در سال ۱۳۶۰.
 ۲. دکتر هاراطون، داویدیان. اختلالات روانی در میان مهاجرین به تهران. (منتشر نشده). ۱۳۵۴.

درمان سنتی بیماری‌های روانی در ایران رو به کاهش است اگرچه اعتقاد به زار هنوز بطور متفرق در قالب درمان سنتی در برخی از قسمت‌ها بخصوص در جنوب ایران وجود دارد^۱، در مقایسه با سایر کشورهای منطقه درمان سنتی در ایران کمتر است. احتمالاً تقاضای نوشتن دعا که بوسیله دعانویس انجام می‌شود بیشتر متداول است لیکن این امر قابل توجه است که همزمان با این امر مراجعین توصیه اینکه با یک دکتر مشورت نمایند وجود دارد. گیاهان و سبزیجات بطور معمول در خانواده‌های ایرانی بعنوان هضم‌کننده و یا نیروبخش یا حفظ تعادل «سردی یا گرمی» بکار می‌رود.

۸-۱-۲- مسائل مربوط به مواد مخدر

اعتیاد به تریاک و هروئین یکی از مسائل اصلی و اساسی در ایران بشمار می‌رود. راه عمومی استفاده از این مواد از طریق دود کردن و یا استنشاق است. در مورد اعتیاد به الکل و مواد روانگردان ایران با مسئله مهمی مواجه نیست از سال ۱۹۸۰ کشت خشخاش ممنوع شده است و از آن به بعد معتادان به تریاک و هروئین از طریق قانون در مراکز بازپروری نگهداری می‌شوند و مجبور به ترک می‌گردند. در حال حاضر ۱۶ مرکز جهت این منظور وجود دارد. بهر صورت این تعداد کافی نیست و تسهیلات و تجهیزات بیشتر جهت تکمیل مراکز مورد نیاز است.

۹-۱-۲- نتیجه‌گیری

براساس مطالعات انجام شده می‌توان چنین نتیجه گرفت که مسائل روانی معضل اساسی بهداشتی را تشکیل می‌دهد که بطور متوسط ۲۰ درصد جمعیت بالغین را شامل می‌شود. تعداد زیادی از بیماران روانی به طور سرپایی به پزشکان عمومی و یا بخش‌های پزشکی ارجاع می‌شود. حقیقت اینست که اکثریت بیماران روانی ترجیح می‌دهند بوسیله یک پزشک عمومی درمان شوند و این امر از اهمیت زیادی برخوردار است که در برنامه بهداشت روانی در سطح کشور باید مد نظر قرار گیرد.

یکی از دلایل مهمی که بیماران روانی به متخصص اعصاب و روان مراجعه نمی‌کنند، اصولاً شکایات و علائم

۱. دکتر هاراطون، داویدیان. تجزیه و تحلیل باورهای مردم در زمینه آل و ام‌الصبيان مجله سخن. شماره ۱. سال ۱۶، ۱۳۴۴. ص ۱۹-۳۴.

جسمانی است. در اغلب این موارد بیمار و اطرافیان وی هستند که درباره بیماری نوعی تشخیص که غالباً منشأ جسمانی بخود می‌گیرد اتخاذ می‌کنند و از این برای بهبود مشکل خویش پزشک عمومی و غیروانپزشک را انتخاب می‌کنند.

بنابراین وظیفه تشخیص اولیه بیمارانی و درمان اکثریت آنان برعهده پزشکان عمومی می‌باشد. از اینرو بهداشت عمومی و روانی باید با هم ادغام شود و پزشکان عمومی رل مهمی را در پیشگیری و درمان و ارتقاء سطح بهداشت روانی ایفا نمایند.

۲-۲- منابع موجود

موقعیت موجود در زمینه خدمات روانی بشرح زیر خلاصه می‌شود:

۲-۲-۱- نیروی انسانی

تعداد روانپزشکان فعال در کشور ۱۹۰-۲۰۰ نفر می‌باشد که $\frac{2}{3}$ آنان در تهران به سر می‌برند. تعداد دکترای روانشناسی بالینی ۱۰ نفر و تعداد کارشناس ارشد ۳۵ نفر کارشناس و تعداد کارشناس ارشد پرستاری روانی ۳۵ نفر است.

۲-۲-۲- تسهیلات و امکانات خدماتی

۱- بخش بهداشتی

تعداد کل تخت‌های بیمارستانی در بخش‌های روانی ۵۳۰۰ تخت، تعداد بیمارستان‌های روانی دولتی ۳۱ باب است. تعداد بخش‌های روانی در بیمارستان عمومی دولتی ۴ باب و در بیمارستان‌های خصوصی ۴ باب می‌باشد. تعداد درمانگاه‌های روانی خصوصی ۳۰ باب می‌باشد.

۲- بخش‌های رفاهی و توانبخشی

تمام فعالیت‌هایی که بنحوی مرتبط با معلولین جسمی و روانی می‌باشد بوسیله سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌گیرد که بطور مستقل فعالیت می‌نمایند. آمار فعالیت‌های آن بعداً در اختیار گذاشته خواهد شد.

۳- امکانات آموزشی

آموزش روانپزشکان در ۶ مرکز صورت می‌گیرد. تعداد فارغ‌التحصیلان سالیانه ۱۲ نفر می‌باشد. اخیراً تغییرات زیادی در تعداد فارغ‌التحصیلان صورت گرفته با

تصميم گيري نسبت به افزايش تعداد دانشجويان پزشي
امكان اينكه تعداد رزيدنت هاي روانپزشكي نيز در ۶
سال آينده به ۵۰-۶۰ نفر در سال برسد وجود دارد.
آموزش دوره پرستاري رواني فقط در يك مركز ميباشد،
آموزش روانشناختي كلنيكي در سه مركز است كه جمع
فارغ التحصيلان ۱۶ نفر است كه احتمال دارد به ۲۰ نفر
افزايش يابد.

۳-۲-۲- ساير امكانات

۱- كاردان هاي بهداشت خانواده كه ۲۵۰۰ نفر در سطح
كشور فعاليت ميكنند از جمله منابع نيروي انساني در
بهداشت رواني ميتوانند بحساب آيند.

۲- مهندكودك اعم از دولتي و خصوصي كه در سطح كشور
بخصوص در نقاط شهري پراكنده ميباشند و مربيان اين
مركز ميتوانند وسيله اي براي ترويج عمومي بخصوص در
ارتباط با كودكان باشند.

۳- مساجد، نمازهاي جماعت و سازمانهاي مذهبي از جمله
منابع مهم بشمار ميآيند.

۴- منابع بهداشت عمومي در حال حاضر تعداد ۵۰۰۰ خانه
بهداشت و ۱۵۰۰ مركز بهداشتي روستايي وجود دارد كه
ميتوان براي ارائه خدمات بهداشت رواني مجهز شوند.

۴-۲-۲- منابع سنتي

هيچ مركز سنتي سازمان يافته بصورت فعلي در ايران
وجود ندارد. فقط نوعي از درمانگران محلي در جنوب
ايران بنام «زار» وجود دارد. سيستم خانواده گسترده
در هرجايي كه موجود است ميتواند بعنوان منبعي براي
بهداشت رواني محسوب گردد.

۳-۲- ضرورت يك برنامه جامع در سطح كشور

همانطور كه روشن است با مروري به مطالب ذكر شده
معلوم ميشود فاصله فاحشي بين مردمی كه نياز به خدمات
فوري بهداشت رواني در ايران دارند و منابع موجود از
حيث نيروي انساني كارآمد و امكانات خدماتي وجود
دارد. با توجه به افزايش اين فاصله بيسرعت بيشتر و
بيشتر ميشود.

يك فوريت ديگر كه به موقعيت اضافه شده است تخييرات
سريع اجتماعي، اقتصادي مهاجرت داخلي و خارجي مسائل
ناشي از جنگ تحميلي است.

با توجه به ضرورتهاي مختلف، مشكلات ناشي از نداشتن يك
سيستم بهداشت رواني ميتواند بار سنگيني را بر كشور

تحمیل نماید. این نکته نیز واضح است که برخورد فعلی که براساس يك برنامه عمودي قرار دارد که بوسیله متخصصین در سطح بالا انجام می‌گیرد موفقیت‌آمیز نمی‌باشد. در حال حاضر استفاده از خدمات بهداشت روانی حتی جمعیت کوچکی از مردم را که اکثر آنان در شهرها اسکان دارند را شامل نمی‌گردد.

در حقیقت اکثریت مردمی که در روستاها زندگی می‌کنند هیچ نوع خدماتی را دریافت نمی‌کنند و باید مسافت زیادی را برای رساندن خود به مراکز بزرگ جهت دریافت کمک طی نمایند.

از این رو نیاز فوری برای نگرشی نو و طرز برخوردی جدید در برنامه ریزی بهداشت روانی وجود دارد. کشور در حال حاضر در جهت هدف بهداشت برای همه از طریق عرضه خدمات بهداشتی قدم برمی‌دارد. لیکن در زمینه بهداشت روانی فعالیت فردی و سازمان‌نایافته است و تأمین این احتیاجات در شکل يك برنامه ملی که بوسیله دولت تأیید می‌شود و از حمایت بخشهای بهداشتی و سایر بخشها بهره‌مند گردد ضروری است.

۳- هدفها

۱- فراهم آوردن خدمات بهداشت روانی اساسی قابل دستیابی برای همه مردم در جمهوری اسلامی ایران در آینده نزدیک با تأکید ویژه بر آسیب‌پذیرترین گروه‌های مردم محروم شهری و روستایی که خدماتی به آنان ارائه نشده و بویژه افرادی که در نقاط دوردست زندگی می‌کنند.

۲- ایجاد الگوی خدمات بهداشت روانی سازگار با ساخت فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران و تشویق مشارکت جامعه در ایجاد خدمات بهداشت روانی.

۳- افزایش آگاهی مردم و مهارت‌های بهداشت روانی در خدمات بهداشت عمومی و تشویق مردم در جهت استفاده وسیعتر اصول بهداشتی بمنظور ارتقاء سلامتی، توسعه رشد اجتماعی، اقتصادی و نهایتاً بهتر شدن کیفیت زندگی.

۴- تنظیم برنامه‌های مناسب برای مراقبت‌های بهداشت روانی برای تمام کسانی که در جنگ تحمیلی فعلی بنحوی آسیب دیده‌اند. (بطور مثال مهاجرین، بی‌خانمان‌ها، معلولین، داغدیدگان و بیماران روانی) و بهمان صورت يك برنامه ریزی بلند مدت برای مواجهه با مسائل بهداشت روانی ناشی از عواقب جنگ در آینده.

۴- استراتژی‌ها برای برنامه

۴-۱- استراتژی‌های خدماتی

۴-۱-۱- ادغام خدمات بهداشت روانی در شبکه‌های بهداشتی

درمانی کشور

۴-۱-۲- شروع خدمات بهداشت روانی در شبکه‌های بهداشتی

درمانی کشور، آموزش لازم برای کادر بهداشتی اولیه توسط کارکنان بهداشتی موجود.

۴-۱-۳- از طریق سیستم ارجاع موارد خدمات بهداشت

روانی از جامعه به خانه‌های بهداشت روستائی، مراکز بهداشتی در مانی شهری، بیمارستانهای مناطق و مراکز آموزشی مرتبط خواهد شد.

۴-۱-۴- افراد فنی بهداشت روانی (روانپزشکان،

روانشناسان بالینی و غیره) مشکل‌ترین مسائل را از مواردی که از محیط اطراف تا مراکز ارجاعی فرستاده می‌شوند انجام خواهند داد. علاوه بر آن، آنها بیشترین زمان را به آموزش و سرپرستی پزشکان عمومی و پرسنل بهداشتی دیگر که در مراکز خدمات اولیه بهداشتی کار می‌کنند و می‌توانند خدمات بهداشت روانی وسیعی را برای مردم تأمین کنند صرف نمایند.

۴-۱-۵- تیم‌های بهداشت روانی در سطوح مناطق تقویت و

تأمین خواهند شد که بتوانند رل جدید را ایفا نمایند.

حداقل کارکنان بهداشت روانی در مرکز منطقه یک روانپزشک و یا پزشک عمومی آموزش دیده در بهداشت روانی با یک کارشناس بهداشت روانی خواهد بود.

۴-۱-۶- داروهای محدود ولی اساسی اعصاب و روان در

کلیه سطوح بهداشتی مهیا خواهد بود.

۴-۱-۷- شروع فوری سه الی چهار پروژه روانی در

مراکز بهداشتی درمانی بوسیله بخشهای آموزشی دانشگاه‌ها در نقاط مختلف کشور این پروژه‌ها شامل یک درمانگاه هفتگی بهداشت روانی در مراکز بهداشتی و درمانی با برنامه‌ریزی آموزش جهت کارکنان بهداشتی خواهد بود.

۴-۲- استراتژی‌های آموزشی

۴-۲-۱- اجرای برنامه‌های آموزشی فوری جهت کارکنان

بهداشتی موجود در سطح خدمات اولیه بهداشتی و همچنین دوره‌های آموزشی کوتاه مدت بهداشت روانی برای پزشکان عمومی.

۲-۲-۴- آموزش گروهی از مربیان که آموزش کارکنان بهداشتی و پزشکان عمومی را در سطوح مختلف کشور بر عهده دارند.

۳-۲-۴- گنجاندن دروس بهداشت روانی در برنامه های آموزشی بهوزان و کاردان های بهداشت خانواده و سرپرستان بهداشتی و پرستاران

۴-۲-۴- آموزش دانشجویان پزشکی بنحوی که آنان در ارتباط با نیازهای جامعه که در برنامه ریزی کلی مورد نظر است قرار گیرند.

۵-۲-۴- آموزش تخصصی برای روانپزشکان، روانشناسان بالینی، پرستاران روانی و مددکاران اجتماعی بنحوی که خود را جهت تأمین نیازهای برنامه بهداشت روانی در سطح کشور تطبیق داده با تأکید بر اهمیت پیشگیری از بیماریهای روانی.

۶-۲-۴- تهیه و تنظیم جزوات آموزشی مناسب برای آموزش گروه های مختلف بهداشتی که فهرست آنان در فوق ذکر شد.

۳-۴- استراتژی های اداری

۱-۳-۴- داشتن يك مسئول در وزارت بهداشت در مان و آموزش پزشکی که مسئول پیاده نمودن برنامه باشد.

۲-۳-۴- تشکیل يك گروه هماهنگی چند بخشی در سطح کشوری شامل نمایندگان وزارت بهداشت و بخشهای دیگر که افراد فني بهداشت روانی را در سطح کشور رهبری و هدایت مینماید.

۳-۳-۴- تأسیس گروه هماهنگی چند بخشی در سطوح استانی

۴-۴- استراتژی های ارتقاء بهداشت روانی

۱-۴-۴- معرفی اصول و مفاهیم اساسی بهداشت روانی در برنامه های آموزشی مدارس و دانشکده ها و آموزش مربیان مدارس

۲-۴-۴- بکاربردن ارزشهای اخلاقی دینی جهت ارتقاء بهداشت روانی و داشتن زندگی سالم

۳-۴-۴- بوجود آوردن دانش و مهارت های اساسی بهداشت روانی و علوم رفتاری جهت کارکنان بهداشت عمومی که بتوانند وظایف خود را اصلاح نمایند. این شامل مهارتهای ساده خواهد بود. نظیر اینکه چطور ارتباط بهتری با بیمار و خانواده او برقرار کنند. چگونه حمایت عاطفی

در بحرانها بعمل آورند و چگونه مسائل رواني اجتماعي را كه با بيماريهاي جسمي همراه مي‌باشند بتوانند تشخيص دهند.

۴-۴-۴- نشر اطلاعات و دانش بهداشت رواني در فعاليتهاي عمراني جامعه از طريق رسانه هاي گروهی و تشكيل كمیته محلي بهداشت رواني جهت توسعه بهداشت رواني.

۵-۴- استراتژيهاي جهت بهداشت رواني آسيبديدگان جنگ

۱-۵-۴- فراهم آوردن خدمات كافي بهداشت رواني براي مهاجرين و قربانيان جنگ

۲-۵-۴- گنجاندن جنبه هاي بهداشت رواني جنگ و فشار و استرسهاي ناشي از آن در مراكز آموزش كليه كاركنان بهداشتي در سطوح خدمات بهداشتي اوليه

۳-۵-۴- انجام تحقيقات در جنبه هاي مختلف ضايعات رواني ناشي از جنگ تحميلي

۵- جزئيات فعاليتها در قالب برنامه

برنامه جهت رسيدن هدفها بايد قدمهاي ذيل را بردارد:

اصول اساسي كه برنامه را هدايت مي‌كند همان است كه در جمهوري اسلامي ايران پايه‌گذاري گرديده و در قانون اساسي كشور گنجانده شده است. برنامه بهداشت رواني بعنوان يك قسمت از خدمات بهداشتي اوليه مي‌باشد و تأكيد بر توسعه خدمات بهداشت رواني در سيستم برنامه هاي شبكه بهداشتي موجود است. هدف برنامه بر اين است كه خدمات بهداشت رواني اساسي براي تمام ايرانيان تا سال ۲۰۰۰ تأمين گردد. اولويت بر عرضه خدمات به مناطق شهري و روستائي محروم و عقبافتاده و جمعيت آسيبپذير خواهد بود.

۱-۵- فعاليتهاي خدماتي بهداشت رواني

فعاليتها برحسب شهري و روستايي بقرار ذيل شرح داده مي‌شود:

۱-۵-۱- مناطق روستايي

۱- در سطح خانه هاي بهداشت - خانه بهداشت اولين مركز بهداشتي در مناطق روستايي است كه به جمعيتي حدود ۱۵۰۰ نفر كه محل سكونت آنها تا خانه حداكثر به مدت يكساعت پياده روي است خدمت مي‌نمايد. اين مراكز معمولاً بوسيله دو نفر يك مرد و يك زن بنام بهورز اداره مي‌شود. سطح سواد آنان ۵ تا ۸ كلاس است و ۲ سال دوره آموزش بهداشت

را طی می‌نمایند. فعالیت‌های ذیل که بوسیله این افراد در خانه‌های بهداشت می‌تواند انجام پذیرد بقرار ذیل است. ضمناً این فعالیت‌ها همگام فعالیت‌های بهداشت عمومی خواهد بود.

الف) آموزش بهداشت روانی در جامعه با استفاده از وسائل مختلف نظیر مسجد، مدرسه و خانواده

ب) آموزش و حمایت خانواده و جامعه در مراقبت از بیماران روانی و کمک به از بین بردن طرز فکر نامناسب نسبت به بیماری‌های روانی

ج) شناسایی بیماران با مسائل روانی مهم نظیر پس‌یکوز، صرع، اعتیاد و عقب‌افتادگی‌های ذهنی

۵) ارجاع بیماران به مرکز بهداشتی - درمانی روستائی و نگهداری پرونده از بیماران جدید و قدیم

۲- در مرکز بهداشتی - درمانی روستائی - در مراکز بهداشتی - درمانی روستائی یک پزشک عمومی مقیم است و سه پرسنل کمکی نیز با وی همکاری می‌نمایند. یک کاردان بهداشت خانواده، یک کاردان مبارزه با بیماری‌ها و یک کاردان بهداشت محیط. این مرکز سرپرستی و نظارت ه خانه بهداشت را برعهده دارد.

وظایف و مسئولیت‌های پزشکان عمومی در قبال بهداشت روانی در سطح مراکز بهداشتی درمانی

الف) پذیرش موارد ارجاعی از خانه‌های بهداشت و برگرداندن گزارش به خانه‌های بهداشت درباره بیمار و نحوه پیگیری درمان وی از طریق کاردان مبارزه با بیماری‌ها

ب) انجام درمان دارویی برای پس‌یکوزیها، صرع و افسردگی و اضطرابات شدید با آشنایی و اطلاع از اثرات و تأثیرات جانبی داروهای اعصاب و روان

ج) ارجاع موارد مسئله‌زا به سطوح بالاتر مرکز بهداشتی درمانی شهری

د) سرپرستی فعالیت‌های کاردان بهداشت خانواده و کاردان مبارزه با بیماری‌ها

وظایف و مسئولیت‌های کاردان مبارزه با بیماری‌ها

الف) سرپرستی مستقیم بهورزان در بیماریابی و دادن اطلاعات آنها با فرم‌های ارجاعی

ب) همکاری با پزشك عمومي در زمینه موارد ارجاعي و ارسال فرم هاي پيگيري به بهورز در سطح دوم به مركز بهداشتي درماني

ج) جمع آوري فرم هاي آماري درباره بيماريهاي رواني و صرع و ارسال آنان به مركز بهداشت شهرستان

وظايف و مسئوليتهاي كاردان هاي بهداشت خانواده

الف) سرپرستي مستقيم بهورزان در برقراري رابطه حمايتي با خانواده ها و جامعه

ب) آماده نمودن بهورزان با آموزش اوليه در مورد بهداشت رواني مدارس - مسائل مادران و کودکان، پيشگيري اوليه از صدمات مغزي و عفونتها

ج) آموزش جامعه اي كه او در آن خدمت مي كند و چگونه از او بايد با كمك بهورز مراقبت نمود.

۳- در سطح مركز بهداشت شهرستان - در اين مركز دو نوع فعاليت انجام مي گيرد:

الف) مركز بهداشت شهرستان يك مركز اداري براي تمام فعاليتهاي خدمات اوليه بهداشتي در منطقه بشمار مي رود.

ب) در اين مركز شعب مختلفي وجود دارد كه هر يك قسمتي از خدمات بهداشتي را سرپرستي مي كند همچنين مركزي است براي يك بيمارستان عمومي با ۴ بخش (پزشكي، جراحي، کودکان و زنان و زايان).

هدف اينست كه حداقل يك روانپزشك در اين سطح وجود داشته باشد ليكن هرجائي كه چنين امكاني عملي نيست مسئوليتهاي بهداشت رواني به پزشك عمومي كه شش ماه الي يك سال در زمینه بهداشت رواني آموزش ديده باشد سپرده مي شود. او با يك كارشناس بهداشت رواني آموزش ديده كار خواهد كرد. پيشنهاد مي شود كه حداقل ه تحت از تخت هاي هر بيمارستان عمومي را به بيماران رواني اختصاص دهند. و هر جا كه امكان پذير است امکاناتي شبیه بيمارستان روزانه و تسهيلات ديگر توانبخشي جهت بيماران رواني اضافه گردد.

وظايف روانپزشكان و يا پزشكان عمومي دوره ديده در قبال بهداشت رواني در سطح شهرستان

الف) سرپرستي كلييه فعاليتهاي بهداشت رواني منطقه

- (ب) پذیرش موارد ارجاعی از مرکز بهداشتی در مانی روستائی
- (ج) سرپرستی بخش تشکیل پرونده ها و آماده نمودن فرم های پیگیری
- (د) انجام درمان برای موارد ارجاعی با داروهای قابل دسترس برای بیماران
- (ه) ترتیب دادن فعالیت های مناسب جهت ارتقاء سطح بهداشت روانی با استفاده از منابع قابل دسترس جامعه
- (و) ارجاع موارد حاد و سخت به مراکز روانپزشکی سطوح بالاتر

وظایف کارشناس بهداشت روانی

- او اولین کمک قابل دسترسی به روانپزشک خواهد بود و در موارد ذیل مسئولیت خواهد داشت:
- (الف) سرپرستی مستقیم و نظارت کاردان بهداشت خانواده و کاردان مبارزه با بیماری ها از طریق تماس های منظم با آنها در مرکز بهداشتی درمانی روستائی
- (ب) کمک به روانپزشک و یا پزشک عمومی در موارد ارجاعی
- (ج) نگهداری پرونده بیماران ارجاعی و برگشت منظم بیماران با برگ های پیگیری به محل اول که ارجاع شده اند.
- (د) کمک به روانپزشک در تشکیل دوره های آموزش لازم جهت کارکنان بهداشتی شاغل در مرکز بهداشتی درمانی
- (ه) سرپرستی بازدیدهای منزل و کمک به راه اندازی فعالیت های بهداشت روانی در جامعه
- تبدیر:** تشکیلات و نیروی انسانی مورد نیاز در سطح پلی کلنیک و بیمارستان عمومی بطور جداگانه تنظیم و به این برنامه پیوست می باشد.

۲-۱-۵- جامعه شهری

- مراکز بهداشتی درمانی شهری ستون فقرات خدمات بهداشت اولیه شهرهاست، در اینجا بیماران مستقیماً بوسیله پزشکان عمومی دیده می شوند.
- هر مرکز یک کاردان بهداشت خانواده و یک کاردان مبارزه با بیماری ها دارد که وظایف هر یک عیناً مانند مراکز بهداشتی درمانی روستائی است.
- ۱- مرکز بهداشت روانی - هر استان بزرگ حداقل یک مرکز بهداشت روانی و یا یک بیمارستان روانی با یک بخش

رواني مجهز در يك بیمارستان عمومي خواهد داشت. براي شهرهاي بزرگ مانند تهران، مشهد، اصفهان، تبريز و شيراز مراکز بيشتري برحسب جمعيت و اندازه مناطق تحت پوشش تشكيل خواهد شد. امكانات روانپزشكي موجود در شهرهاي بزرگ به دانشكده هاي پزشكي دانشگاه ها ملحق خواهد شد و هر كوششي در جهت استفاده تمام امكانات براي آموزش و ارائه خدمات در هر منطقه بكار گرفته خواهد شد. مركز بهداشت رواني و بیمارستان در هر استاني بالاترين مرجع جهت بيدماراني كه از مراکز شهري و روستائي ارجاع ميشوند مي باشد و سرپرستي، آموزش و نظارت كليده سطوح پائين تر را برعهده مي گيرد و بيدماران ارجاعي را با برگه هاي پيگيري بحال اوليه خود بر مي گردانند. تيم مركز بهداشت رواني عبارت خواهد بود از روانپزشك، روانشناس، كارشناس بهداشت رواني، كاردان مان، تكنسين مدارك پزشكي و غيره كه تشكيلات قطعي آنها برحسب مورد و تعداد تحت تنظيم ميشوند.

۲-۵- فعاليتهاي آموزشي بهداشت رواني

برنامه هاي آموزش در سطوح مختلف تشكيل خواهد شد. هدف عمومي تمام دوره هاي آموزشي آماده نمودن نيروي انساني لازم كارآمد جهت عرضه خدمات در مناطق توصيف شده مي باشد.

۱-۲-۵- آموزش بهورزان

دروس بهداشت رواني بطور اختصاص به كتابهاي موجود بهورزان اضافه خواهد شد احتراز و خودداري از لغات و اصطلاحات فني غيرلازم و اتخاذ روش حل مسئله بصورت ساده و قابل فهم از جمله مسائل مهم در تهيه مطالب جهت بهورزان است.

برنامه كار عملي بهورزان نيز بايد در محل انجام گيرد.

در اين سطح آموزش مربيان بايد با گنجاندن مطالب بهداشت رواني مرتبط در برنامه آموزشي آنان زودتر شروع شود. اين امر بايد با بخش برنامه ريزي شبكه هاي بهداشتي درماني وزارت بهداشت هماهنگ شود. آموزش بايد بصورت غيرمتمركز با بهره گيري از امكانات هر استان صورت گيرد.

۲-۲-۵- آموزش كاردان بهداشت خانواده و

مبارزه با بيماريها

آموزش اين گروه ميتواند با اضافه كردن مطالب مربوط در زمينه بهداشت رواني انجام پذيرد. اين مطالب

و آموزش عملی باید آنها را جهت انجام سرپرستی بهورزان آماده سازد و با مفاهیم ارتقاء بهداشت، بیماری‌های روانی عمده و ارتباطات انسانی نگهداری پرونده ها و جمع‌آوری آمار و ارجاع آشنا باشند.

۳-۲-۵- آموزش پزشکان عمومی

پزشکان عمومی که در برنامه خدمات اولیه بهداشتی کار می‌کنند باید دوره‌های آموزشی لازم را در مرکز بهداشت روانی استان یا یک بیمارستان دانشگاهی که برای این منظور در منطقه در نظر گرفته شده است طی نمایند. هدف آموزش، تشخیص بیماری‌های عمده روانی (نظیر: پسیکوزها، اختلالات عاطفی، صرع) آشنائی با داروهای اساسی اعصاب و روان، کاربرد و موارد عدم تجویز داروها، اثرات جانبی داروها و درمان آن و آشنایی با نحوه اخذ تاریخچه می‌باشد. مضافاً اینکه وی در مشاوره و روان‌درمانی حمایتی و اصول و مفاهیم پیشگیری از بیماری‌های روانی و ارتقاء بهداشت روانی هم آموزش لازم را خواهد دید.

۴-۲-۵- آموزش روانپزشک عمومی شهرستان

این امر در مراکز آموزشی دانشگاه انجام خواهد پذیرفت. یک دوره آموزش ۶ ماهه که شامل اخذ تاریخچه تشخیص روانپزشکی و بیماری‌های روانی عمده، داروهای روانی، سیستم ارجاع، ارتباطات انسانی و آموزش ابتدائی در مدیریت و امور اداری، تکنیکهای مصاحبه و تکنیکهای درمان حمایتی، پیشگیری از بیماریها و ارتقاء سطح بهداشت روانی و همکاری چند بخشی پزشک می‌تواند مسئولیتهای دیگری را هم در درمان و بهداشت عهده‌دار باشد و اصولاً همان پزشک بهداشتی شهرستان است.

۵-۲-۵- آموزش کارشناس بهداشت روانی

کارشناس بهداشت روانی می‌تواند درجه لیسانس مددکاری اجتماعی یا روانشناسی داشته باشد او یک دوره آموزش فوق‌لیسانس یا بالاتر برای انجام وظایفی که برعهده خواهد داشت خواهد گذراند. جزئیات این برنامه باید بوسیله گروهی از کارشناسان از دانشگاه ها و مراکز روانپزشکی ایران طرح‌ریزی گردد.

۶-۲-۵- آموزش دانشجویان پزشکی

این برنامه باید مورد تجدیدنظر قرار گرفته و برنامه آموزشی مناسبی که جهت پیشبرد برنامه مؤثر باشد تنظیم نمود همینطور برنامه‌های آموزشی جهت رزیدنت‌های روانپزشکی روانشناسان بالینی مددکاران اجتماعی و

پرستاران روانی باید مورد تجدیدنظر قرار گیرد. موضوعات بهداشت روانی باید در برنامه آموزشی گنجانده و تقویت شوند.

گروه روانپزشکی دانشکده های پزشکی و انستیتور روانپزشکی تهران اولویت های خود را در این زمینه از جهت آماده نمودن برنامه آموزشی لازم و مطالب درسی و کتابها تعیین می نمایند.

۳-۵- فعالیتهای ارتقاء بهداشت روانی

۱-۳-۵- سطح روستا

تماس مستقیم با خانواده ها، مدرسه، روستا و مسجد که سطوح اولیه در ارتقاء بهداشت روانی هستند از وظایف اساسی بهورزان بشمار می رود. فعالیتهای متشکل بیشتر از طریق مراکز بهداشتی درمانی روستایی رهبری خواهد شد. در مرکز بهداشت شهرستان کارشناس بهداشت روانی با بکاربردن روشهای مختلف عامل اساسی در ارتقاء سطح بهداشت روانی محسوب می شود. این اقدامات از طریق نفوذ بر رهبران جامعه و روحانیون و تماسهای مستقیم با انجمن های اولیاء و مربیان و ارگانهای انقلابی و اسلامی خواهد بود.

در سطح استان، مرکز بهداشت روانی با هماهنگی واحد آموزش بهداشت از طریق تماس با رسانه های گروهی و سازمانهای دولتی و ارگانهای وظیفه راهنمایی و آموزش و تأمین برنامه های ارتقاء بهداشت روانی برای عموم مردم را برعهده خواهند داشت.

در سطح وزارتخانه، اداره بهداشت روانی که از گروه هماهنگی بهداشت روانی الهام و راهنمایی خواهد گرفت با هماهنگی دفتر آموزش بهداشت برای برنامه های آموزشی جهت ارتقاء بهداشت روانی در سطح کشور خواهد بود.

۴-۵- فعالیتهای تحقیقاتی بهداشت روانی

تأکید تحقیقات بهداشت روانی در حال حاضر باید به طرف تحقیقاتی که کاربرد عملی داشته باشد تغییر یابد و از سطح خانه های بهداشت شروع شود برخی از موضوعات بطور مثال میتواند از این قبیل باشد:

۱- در سطح مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، تحقیق میتواند بمنظور بررسی تعداد بیماران باشد که بدون داشتن بیماری جسمی به اینگونه مراکز مراجعه می نمایند. سپس از طریق تکمیل پرسشنامه های استاندارد شده بتوان تشخیص روانپزشکی داد. این امر خود

می‌توانند مقدمه بررسی‌های اپیدمیولوژی محلی و ملی باشد.

۲- ارزشیابی میزان تأثیر برنامه‌های مختلف آموزشی می‌تواند یک پروژه تحقیقاتی مستمر باشد. این امر اطلاعات لازم را برای طرح‌ریزی برنامه‌ها فراهم خواهد نمود.

۳- گروه تحقیقاتی باید چارت استاندارد شده ارجاع و پیگیری آزمونها و پرسشنامه‌های استاندارد شده را آماده نماید.

۴- تمام کوششها باید مبتنی بر این باشد که تحقیق بصورت یک جزئی از فعالیت روزانه در کلیه سطوح بهداشت روانی در آید نه آنکه تحقیق بصورت برج عاج خارج از دسترس افراد عادی شناسانده شود.

۵- نیازهای مردم جامعه نظیر مسائل مربوط به جنگ تحمیلی و بازسازی با تکیه بر ارزشهای والای اسلامی و سنتی اجتماعی از هر برنامه تحقیقی اولویت خواهد داشت.

۵-۵- فعالیت‌های تشکیلاتی

فعالیت‌های سازمانی در سطح اجرایی قبلاً تشریح شده است. در سطح مرکزی قدم‌های ذیل باید برداشته شود.

۱- ۵-۵- تأسیس بخش بهداشت روانی در وزارت

بهداشت

این شامل تعیین یک فرد مناسب فنی و پرسنل اداری لازم است که با همکاری نزدیک گروه هماهنگی ملی و مراکز بهداشت روانی استان و مراکز آموزشی کار کند.

۲- ۵-۵- گروه هماهنگی ملی

بسیاری است در عالیترین سطح برنامه‌ریزی و سیاستگذاری بهداشت روانی، با توجه به پیچیدگی‌های این رشته خاص بهداشتی، گروهی شامل افراد ذیل جهت هماهنگی بین بخشی ضروری است. نحوه این هماهنگی براساس خط مشی و سیاست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق دفتر بهداشت روانی که تشکیل خواهد شد به نظر مقام محترم وزارت و شورای معاونین خواهد رسید که پس از تصویب آن عملی گردد.

نمایندگان از وزارت بهداشت

۱- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۲- معاونت بهداشتی

۳- معاونت آموزشی

۴- معاونت درمان

- ۵- معاونت پژوهشی
- ۶- معاونت برنامه ریزی
- ۷- معاونت اداری و مالی
- ۸- قائم مقام وزیر در امور شبکه
- ۹- مسئول بهداشت روانی

نمایندگان از سازمانهای دیگر

- ۱۰- وزیر آموزش و پرورش
 - ۱۱- اداره بررسی مسائل روانی اجتماعی نخست وزیر
 - ۱۲- کمیسیون بهداشت مجلس
 - ۱۳- بخشهای پزشکی بنیاد شهید
 - ۱۴- بخش پزشکی سپاه
 - ۱۵- بخش پزشکی ارتش
 - ۱۶- بخشهای روانپزشکی دانشکده های پزشکی (سه نماینده)
 - ۱۷- انجمن روانپزشکی ایران
- وظیفه گروه هماهنگی ملی، هماهنگی و طرح ریزی فعالیت های بهداشتی روانی و انجام توصیه های لازم به وزارت بهداشت جهت پیشبرد آن است. وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ریاست گروه و مسئول بهداشت روانی دبیر گروه را بر عهده خواهند داشت. این گروه حداقل یکبار در سه ماه تشکیل خواهند شد.

۳-۵-۵- گروه چند بخشی مشابه نیز در سطح استانی تشکیل خواهد شد.

۴-۵-۵- تأسیس يك كادر جديد كارشناس بهداشت روانی.

یکی از پیشنهادات جدید در این برنامه بوجود آوردن يك گروه كارشناس بهداشت روانی در سطوح مركز بهداشت منطقه بمنظور تقویت تیم بهداشت روانی است. مسئولیت های چنین کادری قبلاً ذکر شده است. این شخص يك مرد یا زن جوان خواهد بود که قبلاً درجه لیسانس خود را اخذ نموده است و يك دوره آموزشی ۲ ساله در زمینه بهداشت روانی خواهد گذراند.

گامهائی باید در سطح دولتی برای انجام چنین برنامه آموزشی و گزینش برخی از افراد در يك پروژه نمونه برداشته شود.

۶- قدمهای اساسی در سال ۱۳۶۶

۱- تعیین يك مسئول در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای پیاده نمودن برنامه و تشکیل يك کمیته

مشورتي مركب از ۴ الي ۵ نفر تحت رياست معاونت بهداشتي جهت شروع برنامه و پيگيري امر در طول ۲ سال اول ۲ تشكيل يك كارگاه آموزشي چند بخشي در سطح كشور مركب از نمايندگان سازمانهاي ذينفع در رفاه اجتماعي و تمام گروه هائي كه بنحوي از انحاء با مسئله بهداشت رواني سروكار دارد بمنظور تأييد و حمايت در برنامه ملي بهداشت رواني

۳ تشكيل يك گروه هماهنگ كننده چند بخشي به منظور برنامه ريزي و پايش برنامه

۴ - اختصاص دادن بودجه لازم از بودجه ملي براي سال ۱۹۸۷ (معادل سال ۱۳۶۶ شمسي)

۵ - شروع پروژه پيشاهنگ و نمونه در مناطق انتخاب شده سه الي چهار ناحيه در ارتباط با شبكه هاي بهداشتي درماني. بطور مثال: مراكز بهداشتي درماني روستائي در مناطق مختلف كشور با همكاري دانشكده هاي پزشكي

۶ تشكيل ۴ دوره آموزشي در بهداشت رواني براي كاركنان پزشكي و ساير كاركنان بهداشتي در مناطق مختلف كشور، دعوت از مربيان و آموزشدهندگان آينده و بكارگيري آنان بعنوان مربي در اينگونه دوره هاي آموزشي.

۷ تشكيل گروه آموزشي جهت آماده نمودن مطالب و جزوات آموزشي جهت گروه هاي مختلف كادر بهداشتي كه بايد در برنامه ملي آموزش ببينند.

۷- بودجه

قسمت اعظم برنامه بار مالي چندانتي از حيث نيروي انساني يا تجهيزات پزشكي يا همكاريهاي خارجي ندارد. برنامه براساس هدف خودكفائي است كه از تشكيلات بهداشتي موجود جهت عرضه خدمات بهداشت رواني و افراد فني بهداشت رواني كه در كشور موجود است جهت آموزش كاركنان بهداشتي استفاده شود.

برخي از سرمايه گذاري هاي مالي اضافه بهر صورت براي مقاصد ذيل ضروري است:

- فعاليتهاي آموزشي در سطوح مختلف
- فراهم آوردن مطالب آموزشي مناسب براي سطوح مختلف كاركنان بهداشتي
- تأمين داروهاي اساسي در كليه سطوح
- تأمين وسايل ايباب و ذهاب جهت سرپرستي
- تقويت خدمات ارجاعي

- افزایش نیروی انسانی بهداشت روانی برای نیاز در حال افزایش برنامه
- تأمین نیروی انسانی کارشناس بهداشت روانی در ۲۰۰ نقطه از مناطق
- هزینه‌های اداری و گروه‌های هماهنگی استانی و کشوری و مسئول برنامه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- انجام تحقیقات عملی

۸- پایش و ارزشیابی

جهت اطمینان از پیشرفت برنامه بهداشت روانی و کاربرد مؤثر آن، تلاش‌ها باید در جهت پیگیری برنامه و فعالیت‌های طرح‌ریزی شده و بررسی نحوه پیشرفت به منظور رفع موانع موجود و حمایت بیشتر از برنامه صورت گیرد. بدین منظور برحسب نیاز زمان و مکان یک چهارچوب زمانی جهت پیاده نمودن فعالیت‌های مشخصی طرح‌ریزی شده است. بطور مثال تا پایان سال ۱۳۶۶ پروژه‌های نمونه برای توسعه خدمات بهداشت روانی در ۴ استان باید تکمیل شود. تعداد قابل توجهی از برنامه‌های آموزشی و تعدادی جلسات در سطوح مختلف پیشنهاد شده است. تمام اینها به منظور کنترل و نظارت برنامه و ارزشیابی مناسب پیشرفت برنامه‌های طرح‌ریزی شده است و تجدیدنظر منظم و سیستماتیک آن عملی و امکان‌پذیر است. گروه هماهنگی کشوری وظیفه اساسی ارزشیابی را برعهده دارد.

۹- خلاصه پیشنهادات

- ۱- اقدامات ذیل در سال ۱۳۵۶ بمنظور پیاده نمودن برنامه بهداشت روانی در سطح کشور ضروری است:
- ۱- تصویب برنامه بهداشت روانی ارائه شده از طرف کمیته ملی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مقامات دولتی ایران.
- ۲- تعیین مسئولی در وزارت بهداشت که مسئولیت پیاده نمودن برنامه و تشکیل کمیته مشورتی مرکب از ۴ الی ۵ نفر تحت ریاست معاون بهداشتی که شروع و پیگیری برنامه را در دو سال اول برعهده گیرند.
- ۳- تشکیل گروه هماهنگی چند بخش در سطح ملی بمنظور کمک در سطح‌ریزی برنامه‌ها
- ۴- اختصاص دادن اعتبار لازم از بودجه کشور در سال ۱۳۶۶
- ۵- شروع پروژه‌های نمونه در ۳ یا ۴ منطقه در نواحی انتخابی در ارتباط با شبکه بهداشتی درمانی کشور بطور

مثال خانه هاي بهداشت روستايي در نواحی مختلف کشور با همکاری دانشگاه هاي علوم پزشکی.

۶ تشکیل ۴ دوره آموزشی در سال ۱۳۶۶ در زمینه بهداشت روانی برای مسئولین پزشکی و سایر پرسنل بهداشتی در نقاط مختلف کشور، دعوت از آموزشدهندگان آینده و بکارگیری آنان بعنوان معلمین و مربیان دوره هاي آموزشی.

۷ تشکیل گروهی از کارشناسان بمنظور آمادہ نمودن جزوات آموزشی و مطالب بهداشتی برای سطوح مختلف پرسنل بهداشتی که باید در برنامه ملی آموزش ببینند.

۸ تشکیل کارگاه آموزشی چند بخشی با حضور نمایندگان آموزش بهداشت، رفاه اجتماعی و کلیه گروه هایی که بنحوی از انحاء با مسئله بهداشت روانی مرتبط میشوند بمنظور تصویب و تأیید و حمایت برنامه بهداشت روانی در سطح کشور.

تشکر

متن حاضر ترجمه مجدد طرح کشوری بهداشت روانی است که توسط کارشناسان گروه بهداشت روانی اداره کل مبارزه با بیماریهای غیرواگیر در خرداد ماه ۱۳۷۱ انجام گرفته است که بدینوسیله از آنان تشکر و قدردانی بعمل می آید.

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت محترم امور بهداشتی
سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان (۲۴)
استان)

همانطور که اطلاع دارید تشکیل کمیته های علمی و اجرایی طرح های پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر از قبیل کمیته بهداشت روان، قلب و عروق، متابولیک و غدد و ... از جمله استراتژی‌های مهم در راستای اجراء برنامه‌های مربوطه می‌باشد.

لذا بمنظور ایجاد هماهنگی و یکپارچگی دستورالعملی مشترک در تشکیل اینگونه کمیته‌ها اقدام به تدوین شرح وظایف و آئیننامه داخلی کمیته استانی مبارزه با بیماریهای غیرواگیر گردید که یک نسخه آن پیوست می‌باشد.

بدیهی است هر زمان که اجراء یکی از طرحهای غیرواگیر در آن راستا مورد نظر باشد، تشکیل کمیته استانی تحت عنوان طرح مورد اجراء چون کمیته استانی بهداشت روان، قلب و عروق ... نیز ضروری خواهد بود.

خواهشمند است دستور فرمائید وصول دستورالعمل را به اداره کل مبارزه با بیماریهای غیرواگیر اعلام دارند.

دکتر سعید
نمکی
معاون امور بهداشتی

شرح وظایف و آئین‌نامه داخلی استانی مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر

با توجه به بهبود شرایط بهداشتی محیط زیست، ارتقاء سطح آگاهی مردم نسبت به بیماری‌های واگیر، برنامه‌های کشوری I، P، E، D، D، C. تربیت ما ما روستا و ارائه خدمات بهداشتی اولیه در قالب سیستم گسترش شبکه، وضعیت بیماری‌های واگیر دگرگون و خوشبختانه به طرفی سوق داده شده است که با یاری پرودگار در سال‌های آینده شاهد کنترل و پیشگیری اکثر اینگونه بیماری‌ها خواهیم بود. این سیر تکاملی از طرفی منجر به با اهمیت جلوه نمودن بیماری‌های غیرواگیر خواهد شد و از طرف دیگر چون اکثر اینگونه بیماری‌ها قابل پیشگیری، کنترل و درمان می‌باشند، لذا موضوع توجه خاص تمامی دست‌اندرکاران اجرایی و عملی، بهداشت و درمان استانها را طلب می‌نماید. بدین منظور لازم است کمیته استانی مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر با اهداف، اعضاء، شرح وظایف و آئین‌نامه به شرح زیر تشکیل گردد.

اهداف

- ۱) برنامه‌ریزی جهت اجرای طرح‌های کشوری مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر
- ۲) نظارت بر حسن اجرای مصوبات کمیته با هماهنگی واحدهای اجرائی ذیربط

اعضاء

- ۱) معاونت امور بهداشتی سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان
- ۲) معاونت امور درمان سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان
- ۳) معاونت امور دارویی سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان
- ۴) معاونت امور اداری و مالی سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان
- ۵) مسئول امور آزمایشگاه‌های استان
- ۶) کارشناس مسئول مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر
- ۷) کارشناس مسئول برنامه‌های بهداشت روان، قلب و عروق، متابولیک، سرطان و ...^۱

۱. نظر به آنکه در حال حاضر طرح‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های روانی، فشار خون و دیابت در آینده سوانح و حوادث، تالاسمی، ثبت اجباری سرطانها در تعداد از شهرستانهای مختلف کشور به مورد

- ۸) کارشناس مسئول برنامه های آموزش بهداشت
- ۹) کارشناس مسئول گسترش شبکه
- ۱۰) نماینده معاونت پرورشی آموزش و پرورش (در کمیته بهداشت روانی)
- ۱۱) نماینده سازمان بهزیستی استان (در کمیته بهداشت روانی)
- ۱۲) يك يا دو نفر از متخصصين بنا به انتخاب و معرفي رياست محترم دانشگاه علوم پزشكي يا مديرعامل سازمان منطقه اي استان
- ۱۳) علاوه بر افراد بالا که اعضای اصلی کمیته هستند برحسب مورد، رئیس مرکز بهداشت استان میتواند از افراد دیگری که حضور آنها عامل مؤثری در نتیجه گیری خواهد بود دعوت بعمل آورد.

اجراء در خواهد آمد. لذا متخصصين بسته به نوع بيماري و کمیته مورد نظر از میان روانپزشکان، قلب و عروق، داخلی، غدد، ارتوپدی، جراحی مغز و اعصاب، ژنتیک اطفال و آسیب شناسی انتخاب و در جلسات حضور خواهند یافت. بنابراین تخصص ردیف ۷ و ۱۲ براساس نوع طرح تغییر می یابد.

وظایف

- ۱) تعیین و تصویب منطقه عملیاتی اجرا، طرحهای جدید غیرواگیر با در نظر گرفتن امکانات اجرایی و توانها بالقوه موجود که از سوی ریاست مرکز بهداشت استان به کمیته پیشنهاد می‌گردد.
- ۲) مشارکت فعال در تهیه و تدوین و حمایت‌های علمی، آموزشی و اجرایی در برگزاری دوره‌های توجیهی پرسنل بهداشتی و درمانی استان در سطوح مختلف
- ۳) تهیه و تدوین و مشارکت فعال در اجراء برنامه بازآموزی پرسنل درگیر در طرحهای مربوطه و برگزاری کارگاه‌ها، سمینارهای آموزشی و غیره
- ۴) تهیه، تصویب و ارسال جزوات، نشریات، پوستر، _____ فیلمهای آموزشی متناسب با شرایط و نیازهای محلی به دفتر هماهنگی برنامه‌های آموزش بهداشت از طریق مرکز بهداشت استان و پیگیری چاپ و تکثیر آن.
- ۵) ارائه پیشنهادات جهت هرگونه تغییر و اصلاح مورد نیاز در مراحل اجرایی طرح، متون آموزشی و ارسال آن به اداره کل مبارزه با بیماریهای غیرواگیر از طریق مرکز بهداشت استان
- ۶) نظارت بر اجرای برنامه‌ها و بررسی کیفی طرحهای در دست اجرا، یافتن نواقص، مشکلات، موانع اجرایی و ارائه راه حل مناسب با در نظر گرفتن امکانات موجود از طریق بازدید گروهی حداقل هر ۳ ماه یکبار از نقاط اجراء طرح.
- ۷) برنامه‌ریزی در زمینه گسترش برنامه‌های آینده.^۱
- ۸) برقراری ارتباط تنگاتنگ با دانشگاه علوم پزشکی در زمینه‌های اجرایی تحقیقاتی پذیرش بیماران ارجاع شده به سطح سوم، تشویق و ترغیب اساتید دانشگاه به حضور در مناطق اجرای طرح و جلب حمایت علمی و عملی آنان در مراحل اجراء.
- ۹) تسریع در تأمین امکانات دارویی، آزمایشگاهی درمانی و اداری و مالی مورد نیاز اجراء طرح.
- ۱۰) بررسی امکانات موجود تحقیقاتی و پژوهشی در راستای اهداف طرح.

۱. با توجه به تجربه موفق بعضی از استانها پیشنهاد می‌گردد در سطح شهرستانهای مجری — کمیته‌های مناسبی ایجاد گردد.

۱۱) جلب حمایت دست‌اندرکاران سایر بخش‌های توسعه از طریق نشان داد فعالیت‌های انجام شده و مقایسه شاخص‌های قبل و بعد از اجراء طرح

۱۲) مرکز بهداشت استان می‌بایست هر ۶ ماه یکبار گزارشی از فعالیت‌های انجام شده از نظر کمی و کیفی به کمیته ارسال و کمیته مربوطه نسبت به تجزیه و تحلیل گزارشات اقدام و بدینوسیله خط‌مشی و برنامه‌ریزی مورد نظر به منظور بهبود شاخص‌های بهداشتی را ارائه نماید.

آئین‌نامه داخلی

- کمیته حداقل هر سه ماه یکبار جلسه خود را تشکیل دهد (بجز موارد اضطراری)
- جلسه با $\frac{2}{3}$ اعضای کمیته رسمیت می‌یابد
- کارشناس مسئول غیرواگیر با همکاری کارشناس گروه بیماری‌های مربوطه مسئول اجرا و پیگیری مصوبات کمیته می‌باشد.
- معاونت امور بهداشتی رئیس جلسه خواهد بود
- کارشناس مسئول غیرواگیر به عنوان دبیر کمیته عمل خواهد نمود.
- کارشناس مسئول هر برنامه (مانند بهداشت روان) مسئولیت پیگیری امور را عهده‌دار خواهد بود.
- دستور جلسه توسط دبیر، همزمان با دعوت‌نامه حداقل دو هفته قبل از تاریخ جلسه به همه اعضاء ابلاغ خواهد شد.
- چنانچه هر يك از اعضاء کمیته دستورکار خاصی را برای طرح در جلسه مدنظر داشته باشد می‌بایست حداقل يك ماه قبل از تاریخ جلسه کتباً به اطلاع دبیر کمیته برساند.
- در شرایط اضطراری بنابه تشخیص و صلاحدید رئیس و دبیر کمیته و کارشناس مربوطه به هر گروه بیماری، از کلیه اعضاء جهت شرکت در جلسه دعوت بعمل خواهد آمد.
- ضروری است صورتجلسه کمیته‌ها به اداره کل مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر ارسال گردد.

مراحل اجرائی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه در یک شهرستان

از آنجائیک بهداشت روانی به عنوان یک قسمت اساسی از خدمات بهداشت عمومی تلقی می‌شود و در حال حاضر ادغام بهداشت روانی در P.H.C از مهمترین استراتژی‌های برنامه کشوری بهداشت روانی است، بنابراین اجرای این برنامه در یک شهرستان به عنوان الگو می‌تواند اولین قدم در دستیابی به اهداف فوق در سطح هر استان محسوب شود که مراحل اجرائی آن در زیر بطور خلاصه توضیح داده می‌شود.

۱- ایجاد تشکیلات استانی

طبق طرح کشوری بهداشت روانی مصوب مورخه ۱۳۶۷/۱۲/۱۳ شورای معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در هر استان لازم است در ابتدا نسبت به انتخاب یک کارشناس مسئول بهداشت روانی استان (ترجیحاً روانشناس) اقدام گردد که این امر در تشکیلات مرکز بهداشت هر استان مدنظر قرار گرفته شده است. قدم بعدی، تشکیل «کمیته بهداشت روانی استان» متشکل از معاون بهداشتی استان (رئیس کمیته)، کارشناس بهداشت روانی استان (دبیر کمیته)، یک نفر روانپزشک (ترجیحاً عضو هیئت علمی و پزشکی اجتماعی دانشگاه محل) به عنوان مسئول فنی و تخصصی برنامه، کارشناس آموزش بهداشت استان، کارشناس ستاد گسترش شبکه‌های بهداشت استان و نماینده معاونت پرورشی اداره کل آموزش و پرورش استان می‌باشد. با توجه به تشکیلات جدید در معاونت امور بهداشتی کارشناس مسئول غیرواگیر استان نیز در این کمیته عضویت خواهند داشت. بدیهی است که با صلاحدید کمیته می‌توان از کارشناسان دیگر نظیر کارشناس بهداشت خانواده و مدارس به شرکت در جلسات دعوت نمود. اعضای کمیته آموزشهای کارشناسی بهداشت روانی را با راهنمایی گروه کارشناسان بهداشت روانی مستقر در اداره کل مبارزه با بیماریهای غیرواگیر گذارنده و با تشکیل جلسات مرتب (حداقل هر ۲-۳ ماه یکبار) کلیه برنامه‌های مربوط به بهداشت روانی در سطح استان منجمله انتخاب منطقه مناسب برای اجرای طرح ادغام، برنامه‌های آموزش بهداشت روانی در سطوح مختلف کارکنان بهداشتی و آموزش جامعه و همچنین گسترش عملیات اجرائی طرح را تدوین و در قبال اطلاعات فوق مسئولیت دارند. رئیس

کمیته بعد از هر جلسه، یک نسخه از صورتجلسه را به گروه بهداشت روانی اداره کل مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر ارسال می‌دارد. با توجه به تجربه موفق بعضی استان‌های پیشنهاد می‌گردد در سطح شهرستان‌های مجری طرح بهداشت روانی نیز کمیته مشابهی ایجاد گردد.

۲- چگونگی انتخاب منطقه برای اجرای برنامه

۱ اجرای برنامه بهداشت روان در یک استان در صورتی بیشترین موفقیت را خواهد داشت که همه جوانب اجرای برنامه با جمع‌آوری اطلاعات دقیق در کمیته بهداشت روان استان مورد بحث و تبادل نظر قرار گیرد و حجم عملیات با توجه به میزان امکانات موجود منطبق باشد. در طول سال‌های گذشته تجارب زیر در این زمینه بدست آمده است:

۱-۲- اجرای برنامه در مناطق روستایی

توصیه می‌شود در ابتدا برنامه ادغام در تمام یا قسمتی از نواحی روستایی یک شهرستان متوسط یا کوچک استان شروع شود بطوریکه ۲ الی ۵ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت وابسته به آن را دربرگیرد و جمعیت تحت پوشش اجرای برنامه بین ۱۰ تا ۳۰ هزار نفر باشد. از آنجائیکه اجرای این مرحله اولین تجربه در استان محسوب شده و به عنوان الگو در سایر مناطق استان مطرح می‌باشد، بنابراین باید توجه اصلی را به کیفیت مطلوب برنامه معطوف کرد و با توجه به دستاوردهای این کار مقدماتی می‌توان در سال‌های بعد با سرعت بیشتر و حجم جمعیتی وسیع‌تر عمل نمود تا به اهداف ۵ ساله در استان دست یافت. هر چه در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت وابسته به آن برنامه ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه موفقیت بیشتری داشته باشد، ادغام بهداشت روانی و ارائه خدمات آن به مردم با موفقیت بیشتری روبرو خواهد بود.

۲-۲- اجرای برنامه در شهر:

اجرای برنامه در شهر نیز تابع شرایط مناطق روستایی می‌باشد و ترجیحاً پس از کسب ۲-۱ سال تجربه در مناطق روستایی به مورد اجرا گذاشته می‌شود.

برای ادغام برنامه در مناطق شهری باید به همکاری و مشارکت مردم اهمیت بیشتری داد و با انتخاب رابط‌های داوطلب بهداشتی و آموزش به آنان می‌توان مسئولیت‌های بیماری‌یابی، ارجاع و پیگیری و احتمالاً آموزش‌های

اجتماعي را به آنها حول نمود. بدیهی است پذیرش بیماران شهری در مرکز تخصصی یا مرکز بهداشت روانی شهرستان بخشی از مشکلات بهداشت روانی شهری را حل نمی‌نماید. این مرکز علاوه بر پذیرش بیماران شهری، بیماران ارجاع شده از مرکز بهداشتی درمانی روستایی را نیز پذیرش می‌نماید. این تجربه در شهرهای شهرضا، بوشهر و سراب موفقیت‌آمیز بوده است.

۳- نیروی انسانی

برنامه کشوری بهداشت روانی نیروی انسانی مورد نیاز خود را عمدتاً از نیروهای موجود در محل تأمین می‌نماید. مسلماً وجود روانشناس و روانپزشک و سرپرست شبکه و پزشک عمومی و سایر کارکنان بهداشتی علاقمند به برنامه های بهداشت روان در یک شهرستان آتیه بهتری را برای برنامه به همراه خواهد داشت. در هر شهرستان باید یک «کلینیک تخصصی بهداشت روانی» ایجاد نمود که در آن یک روانشناس و یک روانپزشک (یا پزشک عمومی با دوره میان مدت) برای یک یا چند روز در هفته خدمات ارائه نمایند. به این ترتیب مشکل سطح سوم شبکه حل می‌گردد. در این کلینیک روانشناس (یا سایر کارشناسان بهداشتی یا درمانی) به صورت استعدادی یا با استفاده از نیروی انسانی سایر سازمانهای دولتی نظیر آموزش و پرورش یا سازمان بهزیستی و یا با اعزام از مرکز استان به صورت یک یا چند روز مأموریت اداری می‌تواند به کار گرفته شود. روانپزشک نیز به عنوان یک عنصر اساسی در کلینیک مذکور به صورت یک یا چند روز در هفته فعالیت می‌کند. در بسیاری از شهرستانها به دلیل نبودن روانپزشک و با توجه به پیشنهاد برنامه کشوری بهداشت روانی و تأیید کمیته کشوری می‌توان از پزشک عمومی دوره دیده (۲-۳ ماه آموزش در مراکز روانپزشکی دانشگاهی کشور) استفاده کرد. در ضمن در بعضی از استانها که رزیدنت روانپزشکی تربیت می‌شود، می‌توان با هماهنگی مسئولین دانشگاه و گروه روانپزشکی از وجود آنان هفته‌ای یک روز استفاده نمود. سایر نیروهای انسانی برنامه عبارتند از پزشکان عمومی و کاردanan مراکز بهداشتی - درمانی و مربیان آموزشگاه بهورزی و بهورزان خانه های بهداشت و کارشناسان ستاد گسترش شبکه بهداشتی - درمانی شهرستان، در ضمن می‌توان ۳ الی ۵ تخت روانپزشکی در بیمارستان عمومی شهرستان در نظر گرفت. باید توجه داشت وجود نیروهای انسانی اخیر شرط لازم

برای شروع برنامه بوده و شرط کافی، وجود روانشناس و روانپزشک می‌باشد.

۴- آموزش

آموزش بهداشت روانی بطور جداگانه به رده های مختلف بهداشتی - درمانی به شرح زیر ارائه می‌گردد:

۱-۴- آموزش مربیان، کاردانیان و کارشناسان

بهداشتی

این گروه ها معمولاً اولین گروه آموزش گیرنده می‌باشند و آموزش آنان به دو علت حائز اهمیت است. اول اینکه در پایان دوره باید برای آموزش به بهورزان آمادگی‌های لازم را کسب نموده باشند و دوم اینکه در طول اجرای طرح، تداوم آموزش و نظارت و ارزشیابی را بتوانند انجام دهند. مدت آموزش يك هفته صبح و عصر یا دو هفته صبحها و در حدود ۳۰ ساعت به روشهای مختلف مانند آموزش نظری و عملی، بحث عمومی و ایفای نقش صورت می‌گیرد. مطالب آموزشی عبارت از آشنایی با طرح کشوری و کلیات بهداشت روانی، بیماریهای شدید و خفیف روانی، صرع و عقبماندگی ذهنی و نحوه ارزشیابی و نظارت است. متن آموزشی، کتابهای بهداشت روانی برای کاردانیان بهداشتی و بهورزان^۱ است. کلاسهای این دوره توسط روانپزشکان و پزشکان عمومی دوره دیده و روانشناسان آشنا به طرح کشوری اداره می‌شود.

۲-۴- آموزش بهورزان

این دوره نیز بمدت یک هفته صبح و عصر یا دو هفته صبح در حدود ۳۰ ساعت در مرکز بهداشت شهرستان یا آموزشگاه بهورزی توسط مربیان و کاردانیان آموزش دیده و با حضور و هدایت کارشناسان بهداشت روانی شهرستان یا استان صورت می‌گیرد. در پایان دوره بهورزان باید قادر باشند که از عهده چهارکار اساسی یعنی آموزش بهداشت روان، بیماریابی، ارجاع و پیگیری برآیند و علائم بیماریهای خفیف و شدید روانی و صرع و عقبماندگی ذهنی را بشناسند و بتوانند آموزشهای بهداشت روانی را به زبان ساده به صورت گروهی یا چهره به چهره به جامعه روستایی خود ارائه نمایند. متن آموزشی

برای بهورزان، کتابچه بهداشت روان برای بهورز و بهداشتیار^۱ می‌باشد.

۳-۴- آموزش پزشکان

در برنامه ادغام بهداشت روانی شهرستان دو گروه از پزشکان عمومی مدنظر قرار دارند:

۲-۳-۴- پزشکان عمومی با دوره میان مدت در

مرکز شهرستان^۲

این گروه از پزشکان بطور انفرادی یا گروهی با گذراندن یک دوره آموزشی کوتاه مدت ۲۰ تا ۳۰ ساعته از راه آموزشهای نظری و عملی مانند معرفی بیمار، ارائه شرح حال، نمایش فیلم، ایفای نقش و همچنین کارآموزی در محل کار پزشک یا در درمانگاه‌های عمومی یا تخصصی و یا در بخشهای روانپزشکی آموزش می‌بینند.

در پایان این مدت پزشکان عمومی باید قادر باشند که از عهده تشخیص و درمان سرپائی حداقل ۵۰ تا ۷۰ درصد بیماران ارجاع شده از خانه‌های بهداشت برآمده و بخوراند لازم را از مراکز تخصصی بالاتر دریافت و به خانه‌های بهداشت ارائه نمایند. به این ترتیب سطح اول و دوم شبکه‌های بهداشتی - درمانی تشکیل می‌شود. متن آموزش جهت این گروه از پزشکان متن انگلیسی (بویژه جهت پزشکان خارجی) کتاب بهداشت روانی برای پزشکان مراقبتهای بهداشتی اولیه با ترجمه فارسی آن^۳ می‌باشد.

آموزش توسط روانپزشکان صورت می‌گیرد و باید با جلسات بازآموزی ماهانه ۲-۳ ساعت تداوم یابد. جزوه بهداشت روان برای کارآموزی بهداشت دانشجویان پزشکی خودآموزی و نکات عملی مفیدی را به پزشکان عمومی ارائه می‌نماید.

۲-۳-۴- پزشکان عمومی با دوره میان مدت در

مرکز شهرستان

این پزشکان بعنوان جانشین موقتی روانپزشک برای ارائه خدمات در سطح سوم شبکه یعنی در کلینیک تخصصی بهداشت روانی یا روانپزشک تربیت می‌شوند و دوره آموزشی آنان ۲-۳ ماه بطور تمام وقت (صبح و عصر) و همراه با کشیک در بخشهای روانپزشکی می‌باشد. آموزش در

۱.

۲. این پزشکان بعنوان مطالعه اضافی می‌توانند از کتاب چکیده روانپزشکی ترجمه دکتر پورافکاری یا متن انگلیسی آن استفاده نمایند.

۳.

یکی از مراکز روانپزشکی دانشگاهی که با برنامه های ادغام بهداشت روانی در P.H.C آشنایی دارند، صورت می گیرد. آموزش متمرکز بر فراگیری اطلاعات و مهارت های لازم برای پاسخگویی به نیازهای بهداشت روانی شهرستانهای کشور و ارائه خدمات سرپایی بهداشت روانی به حداقل ۸۰ درصد مراجعین و پذیرش موارد ارجاع از مرکز بهداشتی - درمانی - روستایی (یا شهری) و ارجاع موارد مشکل به مرکز تخصصی یا دانشگاهی (سطح چهارم) می باشد.^۱

وجود چنین مرکز تخصصی شهرستان بویژه در شهرهای مرکز استان حتی علیرغم وجود بیمارستانهای روانپزشکی بسیار مفید می باشد، زیرا بیشترین مراجعات پزشکان عمومی در درجه اول شامل افسردگی و اضطراب و دردهای جسمی با منشأ روانی و صرع و عقبماندگی ذهنی^۲ که نیاز به دارو یا درمانهای ساده غیردارویی دارند، می باشد.

ه- بازآموزی و نظارت

لازم است آموزشهای ارائه شده و نحوه ارائه خدمات بهداشت روانی در شهرستان بطور مستمر و در هر سطحی توسط مربی اولیه در حین اجرای برنامه، بازآموزی شده و کیفیت و کمیت اجرای آن مورد نظارت قرار گیرد. بازآموزیها میتواند بصورت دوره ای، یک روزه و در محل خدمت یا در مرکز شهرستان و متمرکز بر نیازهای محل و مشکلات موجود باشد. در تجربه بعضی استانها بازآموزی پزشکان عمومی منطقه در یکی از مراکز روستایی یا بصورت مراجعه ماهیانه پزشک به کلینیک تخصصی در شهرستان انجام شده است. نظارت بر اجرای درست دستورالعملها و بکارگیری مهارت های آموخته شده و کنترل پرونده ها و بیماران بازآموزی خوبی می باشد. کاهش یا قطع رابطه آموزشی و نظارتی با کارکنان خدمات بهداشتی اولیه افت شدید در کارآیی آنان نشان داده و ادامه آموزش به روش بازآموزی و نظارت جدی کارآیی اولیه را به سرعت بالا می برد.

۶- تدارکات

۱. این گروه از پزشکان میتوانند از متن انگلیسی کتاب خلاصه روانپزشکی کاپلان ۱۹۸۸ یا ترجمه فارسی چهار جلدی آن (دکتر پورافکاری) استفاده نمایند.

۲.

تهیه و تدارکات به موقع مواد آموزشی، فرم‌های پرونده‌های بهداشتی، دفاتر و فرم‌های آماری و دارو با برنامه‌ریزی دقیق در اجرای برنامه نقش اساسی دارد:

۱-۶- فرمها و دفاتر

در خانه بهداشت فقط از فرمها و دفاتر موجود استفاده می‌شود و تنها در سالهای اولیه توسط روانشناس و مربیان شهرستان تغییرات مختصری برای اجرای برنامه در فرمها و دفاتر موجود داده می‌شود تا به موقع با هماهنگی ستاد مرکزی گسترش شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور تغییرات جدید صورت گرفته و تجدید چاپ فرمها صورت گیرد. برای سایر فعالیتهای بهداشت روانی در خانه‌های بهداشت می‌توان از فرمها و دفاتر موجود نظیر فرم ارجاع فوری، فرم ارجاع غیرفوری، فرم پیگیری، فرم گزارش ماهیانه بیماریها، دفاتر پیگیری، دفتر مراقبت (انتهای دفتر مراقبت کودکان مناسبتر است) و پرونده خانوار استفاده کرد. در مراکز بهداشتی درمانی و مرکز تخصصی شهرستان هر بیمار دارای یک پرونده می‌باشد که حداقل دارای یک برگ شرح حال تأیید شده واحد بهداشت روانی وزارت و استفاده شده در شهرضا، شهرکرد و دیگر شهرستانها می‌باشد. فرم ارجاع به مرکز تخصصی نیز لازم است در این دو مرکز وجود داشته باشد (فرمهای پیوست)

۲-۶- تأمین ۱۳ قلم داروهای بهداشت روانی

این داروها که مصوب کمیته کشوری بهداشت روانی می‌باشد (لیست پیوست است) جهت کلیه مراکز بهداشتی درمانی که قرار است طرح ادغام در آنجا به اجرا درآید، بسیار مهم بوده و بدون آنها اجرای برنامه امکانپذیر نمی‌باشد. در بسیاری از استانها که امکانات محلی مناسبی در خریداری و توزیع این داروها ندارند این اقلام دارویی حتی به قفسه دارویی ویژه پزشک در خانه‌های بهداشت نیز اضافه شده است. مرکز تخصص بهداشت روانی شهرستان نیاز به کلیه اقلام دارویی روانپزشکی موجود در سطح ژنریک کشور را دارد.

۷- بودجه

اعتبارات و بودجه مورد نیاز اجرای برنامه‌های بهداشت روانی در شهرستانها لازم است در درون بودجه استانی برنامه‌های بهداشتی پیش‌بینی و هزینه گردد. بنابراین در اولین فرصت پس از آماده شدن برنامه اجرایی بهداشت روانی در یک شهرستان لازم است برنامه با معاونت بهداشتی استان هماهنگ تا بودجه لازم برآورد

شده و از طریق سازمان برنامه و بودجه استان در درون بودجه بهداشتی سال آینده منظور گردد.

۸- عملیات اجرایی (ارجاع)

با پایان یافتن برنامه‌های آموزشی و تدارکات دارویی و پرونده‌ای، با کمترین فاصله زمانی فعالیتهای عملی بهورزان با بیمارانی، ارجاع، پیگیری و آموزش اجتماعی بهداشت روانی شروع می‌شود. موارد ارجاعی توسط مرکز بهداشتی در مان‌پذیرفته و بسته به همبستگی قبلی و توازن مرکز بهداشت روانی شهرستان قسمتی و یا فقط موارد مشکل به این مرکز تخصصی ارجاع می‌شود. به همین ترتیب فقط موارد بسیار محدودی از بیماران به مرکز تخصصی بالاتر (عمدتاً برای بستری) ارجاع می‌گردد.

۹- گسترش پنج ساله برنامه

طبق پیش‌بینی ۵ ساله برنامه بهداشت روانی کشور (برنامه اجرایی ۵ ساله بهداشت روانی - ۱۳۶۹) تا پایان سال ۱۳۷۲ قرار است ادغام بهداشت روانی در خانه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی در مان‌در مناطق روستایی تا ۱۰۰٪ و در مراکز شهری تا ۷۰٪ مراکز فعال موجود صورت گیرد. ولی با توجه به شرایط می‌توان این برنامه را تا قبل از پایان برنامه ۵ ساله دوم تکمیل نمود. بنابراین سرعت گسترش برنامه در یک شهرستان باید بصورتی باشد که حداکثر دقت و کیفیت در برنامه رعایت شود.

منابع

- ۱- برنامه کشوری بهداشت روانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۶۵.
- ۲- بهداشت روانی برای کاردانیان بهداشتی، دکتر جعفر بوالهري، انتشارات بشري، ۱۳۷۵.
- ۳- بهداشت روان برای بهورز و بهداشتیار، دکتر جعفر بوالهري، ماهرخ انصاري، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۴- کتاب اختلالات روانی برای پزشکان مراقبتهای بهداشتی اولیه. ن. ویگ. ترجمه دکتر داود شاه‌محمدی، حسن پالاهنگ، معاونت بهداشتی، شهرکرد ۱۳۶۹.
- ۵- ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه در شهرکرد، دکتر داود شاه‌محمدی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، اسفند ۱۳۶۹.
- ۶- برنامه اجرایی ۵ ساله بهداشت روانی، دکتر جعفر بوالهري اداره کل مبارزه با بیماریها، ۱۳۶۸.

۷ جهداشت روان براي کارآموزي بهداشت دانشجويان
پزشکي، دکتر جعفر بوالهري، مرکز روانپزشکي شهيد
اسماعيلی، ۱۳۷۰.

«دستورالعمل آموزش بهداشت روان همگانی»

(الف) مقدمه

هدف بهداشت روانی تأمین سلامت روان است که از طریق ایجاد محیط سالم به منظور برقراری روابط صحیح انسانی و پیشگیری از ابتلاء به بیماریهای روانی (پیشگیری اولیه)، تشخیص زودرس و درمان بموقع و مناسب بیماریهای روانی (پیشگیری ثانویه) و پیشگیری از عوارض ناشی از برگشت بیماریهای روانی و توانبخشی (پیشگیری ثالث) به نتیجه مطلوب میرسد.

این شعار که «پیشگیری مقدم بر درمان است» سرلوحه فعالیتهای کلّیه و واحدهای بهداشتی میباشد و در این راستا عمدتاً بر پیشگیری اولیه تأکید میشود. از جمله مهمترین فعالیتهای در این خصوص ارائه آموزش در زمینههای مختلف امور بهداشتی است.

هدف از آموزش بهداشت روانی ارشاد، راهنمایی و آشنا ساختن مردم به اصول و روابط صحیح انسانی و برحذر داشتن آنها از مخاطراتی است که سلامت روان را تهدید میکند. علاوه بر این آموزش بهداشت روانی یکی از اهداف اساسی برنامه ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه در تغیر و اصلاح نگرش مردم نسبت به مسائل بهداشت روانی و بیماریهای روانی و عصبی میباشد. تحقیقان مختلف نشان داده است که آموزش بهداشت روانی کلیدیترین عامل در تغیر نگرش بحساب میآید.^۱

بر این اساس همه ساله در سراسر کشور هفته آخر مهر ماه مراسمی بعنوان هفته بهداشت روانی برگزار میشود. در این هفته سمینارها، جلسات و برنامههای متنوع آموزشی با حضور مسئولین و کارکنان ردههای مختلف بهداشتی و همچنین عموم مردم برپا میشود. از عمدهترین اهداف این هفته توجه به نقش آموزش در امر ارتقاء و افزایش آگاهی و تغیر و اصلاح معیارهای ارزشی جامعه نسبت به مسائل بهداشتی روانی میباشد. با توجه به اینکه نمیتوان تمامی این برنامهها را در همه نقاط کشور علیالخصوص روستاها برگزار نمود، این اداره کل بر آن شد تا متن آموزشی بهداشت روان همگانی را تهیه و در اختیار حوزههای معاونت بهداشتی سازمانهای منطقه ای بهداشت و درمان استانها قرار دهد تا در طول هفته بهداشت روانی این آموزشها از طریق بهورزان و کاردanan بهداشتی به دورترین نقاط روستایی کشور ارائه شود.

امید است با استمرار این آموزشها در طی سال گام مؤثري در جهت حفظ، تأمین و ارتقاء بهداشت رواني جامعه برداشته شود.

ب) روش اجرا و مراحل آموزش:^۱

لازم است متن آموزشي پيوست که دربرگیرنده شعارها و پیامهاي بهداشت رواني همراه با توضیحاتي حداًالامکان به زبان ساده و گویا میباشد از طریق معاون بهداشتي استان در اختیار مراکز بهداشتي شهرستانهایی که کارشناس بهداشت رواني دارند قرار گیرد و بطریقي که در ذیل آمده است آموزشهاي مذکور به رده هاي مختلف و نهایتاً مردم منتقل شود:

۱- آموزش مربیان بهورزي و کاردانان بهداشتي

ابتدا کارشناس بهداشت رواني شهرستان با هماهنگي کارشناس ستاد گسترش شبکه در جلسه اي متن آموزشي پيوست و نحوه انتقال مطالب را به مربیان آموزشگاه هاي بهورزي و کاردانان بهداشتي آموزش مي دهد.

۲- آموزش بهورزان

بعد از آن مربیان آموزشگاه هاي بهورزي و کاردانان بهداشتي طی جلسه اي متن آموزشي فوق الذکر را به زبان ساده و قابل فهم به کلیه بهورزان خانه هاي بهداشت آموزش مي دهند.

۳- آموزش به مردم

لازم است کلیه کاردانان بهداشتي و بهورزان در طول هفته بهداشت رواني و بعد از آن در حین ارائه خدمات، چه به صورت فردي و چه به صورت گروهی مطالب و پیامهاي آموزشي مورد نظر را به مردم انتقال دهند. امید است کار و تلاش خستگی ناپذیر کلیه رده هاي بهداشتي کشور به بهبود وضع کیفي بهداشت رواني و نحوه مطلوب ارائه خدمات به مردم کمک نماید.

۱. ادغام بهداشت رواني در مراقبتهاي اولیه بهداشتي و بررسی آموزش بهداشت روان بر میزان آگاهی، نگرش، بیماریابی و صحت تشخیص بهورزان در زمینه بیماریهاي رواني و عصبي، دکتر داود شاه محمدی، شهرکرد، ۹-۱۳۶۸.

دستورالعمل آموزش دوره میان مدت بهداشت روانی جهت پزشکان عمومی

هدف

این دوره آموزشی به منظور تربیت پزشکان عمومی در نظر گرفته شده است تا در نبود روانپزشک در سطح سوم شبکه بهداشت و درمان یعنی در پلی‌کلنیک شهرستان به انجام وظایف محوله به شرح زیر مبادرت ورزد:

- ۱- پذیرش موارد ارجاعی از مناطق اجرای برنامه
- ۲- آموزش و بازآموزی پزشکان مراکز بهداشتی درمانی
- ۳- ارزیابی و نظارت بر فعالیتهای پزشکان مراکز بهداشتی درمانی

روش

آموزش پزشکان عمومی مطابق روش آموزش دستیاران روانپزشکی، بصورت عملی و پذیرش مسئولیت درمانی در بدو شروع آموزش است. مبانی نظری از قبل و در ساعات فراغت توسط پزشکان مطالعه می‌گردد و در طول ساعاتی از روز یا هفته و بهنگام معرفی بیمار و جلسات آموزشی و کنفرانسها با اساتید، مورد بحث قرار گرفته و رفع می‌گردد. هر پزشک موظف است در طول دوره آموزشی حداقل ۱۰۰ بیمار روانپزشکی را سرپایی پذیرفته و درمان نماید.

مکان

با توجه به اینکه ۸۰٪ زمان آموزش مربوط به کار در کلینیک سرپایی است، محل اصلی آموزش درمانگاه های روانپزشکی است. ۲۰٪ بقیه به کار در بخش، انجام کشیک، آموزش برنامه ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه (P.H.C) و نحوه نظارت و پایش برنامه در محل شبکه های بهداشت و درمان استان اختصاص دارد.

مدت

جمع ساعات مورد نیاز آموزشی این دوره حداقل ۲۵۰ ساعت، معادل ۵۰ روز فعال اداری یا دو ماه می‌باشد.

مدربان

اساتید این دوره لازم است از روانپزشکان عضو هیئت علمی دانشگاه های کشور که با برنامه های ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه آشنا هستند، باشند.

در موارد ضروري مجوز آموزش ————— از طريق اداره
كل مبارزه با بيماريهاي غيرواگير صادر ميگردد.

محتوي

كتاب اصلي آموزش اين دوره آخرين چاپ و متن انگليسي
يا ترجمه خلاصه روانپزشكي كاپلان (————) ميباشد،
مطالعه كتاب چكيده روانپزشكي (دكتور پورافكاري)، در
ويژه نامه بهداشت رواني مجله دارو و درمان بهمن و اسفند
ماه ۱۳۷۱ و ساير مقالات مربوط به بهداشت رواني نيز
توصيه ميگردد.

ضوابط پذيرش

پزشكاني براي طي دوره پذيرفته ميشوند كه علاوه بر
داشتن صداقت علمي و اخلاقي و علاقه به برنامه هاي بهداشت
رواني، متعهد گردند حداقل به مدت ۱۸ ماه يك يا چند
روز در هفته در اختيار برنامه بهداشت رواني استان
باشند.

بهداشت روان و پزشكان مراقبتهاي بهداشتي اوليه

۱- مقدمه

در چند سال گذشته با به اجرا درآمدن برنامه ادغام
بهداشت روان در مراقبتهاي بهداشتي اوليه در نقاط مختلف
كشور و موظف شدن خانه هاي بهداشت و مراکز بهداشتي
درماني در ارائه خدمات بهداشت روان به جامعه، نياز
به آموزش نوين به پزشكان عمومي و كارورزان
دانشكده هاي پزشكي در مورد بهداشت روان و روانپزشكي
كاربردي در اين مراكز به روشني احساس گرديد.
بموجب برنامه كشوري بهداشت رواني، پزشكان عمومي و
بويژه پزشكان شاغل در مراکز بهداشتي درماني وزارت

بهداشت بار اصلي و ابتدائي ارائه خدمات بهداشت رواني به جامعه را بعهده دارند.^۱ آشنائي با نوشته هاي اين بخش مي تواند پزشكان را در بكارگيري آموخته هاي روانپزشكي و بهداشت رواني ياري نمايد.

۲- وظايف پزشكان عمومي

پزشك عمومي در يك مركز بهداشتي درماني كه موظف به ارائه خدمات بهداشت رواني به جامعه مي باشد. داراي وظايف بهداشت رواني زير مي باشد:

۲-۱- پذيرش بيماران ار جاعي و مراجعات غيرار جاعي روانپزشكي

۲-۲- تشكيل پرونده روانپزشكي، ثبت شرح حال اوليه، دستورات دارويي و يادداشتهاي مراجعات و پيگيريها. ۲-۳- درمان فوريتهاي روانپزشكي، و درمان مراجعات تكراري و نگهدارنده.

۲-۴- ار جاع مواد مشكل به مركز تخصصي بالاتر به منظور مشاوره تشخيصي و درماني ۲-۵- سرپرستي، نظارت و بازآموزي فعاليتهاي بهداشت رواني به بهورزان، مربيان بهورزي كاردانان و داوطلبان بهداشتي.

۲-۶- ارائه آمار ماهانه فعاليتهاي بهداشت رواني مركز و تجزيه و تحليل ابتدائي آن

۲-۷- سرپرستي و شركت در آموزش اجتماعي بهداشت رواني

۳- وظايف بهورزان، كاردانان و مربيان

آشنائي با وظايف و مهارتهاي ساير افراد تيم بهداشتي، بكارگيري آنها و نظارت بر كارشان را ساده تر مي نمايد. بهورزان در برنامه بهداشت روان روستا داراي وظايف بيماريابي، ار جاع، پيگيري و آموزش بهداشت روان مي باشند. بيماريابي در چهار مورد يعني اختلالات شديد رواني، اختلالات خفيف رواني، صرع و عقبماندگي ذهني است. اختلالات خفيف رواني بدليل آنكه در اولويت برنامه بهداشت رواني کشور نمي باشد نياز به بيماريابي و پيگيري فعال نداشته و تنها به كسانيكه مراجعه مي كنند خدمات داده مي شود. در ساير بيماريها بهورز بيماريابي فعال در خانه، مدرسه و اجتماع داشته و بايد موارد كشف و ار جاع را به بالاترين حد ممكن برساند.

۱. دكتور جعفر ابولهي، روانپزشك، عضو هيئت علمي دانشگاه علوم پزشكي ايران، بهار ۱۳۷۰، مركز روانپزشكي شهيد اسماعيلي

بهورزان در چهارچوب آموزشهای کتاب بهداشت روان برای بهورزان^(۲) باید بتوانند بخوبی از شناخت نشانه های چهار گروه بیماریهای فوق برآیند، عوارض دارویی را بشناسند، قادر به دخالت در بحرانهای روانی فردی و خانوادگی باشند و بموقع از مربیان، کاردانهای بهداشتی، پزشکان عمومی و سایر امکانات اجتماعی موجود در روستا در این راستا کمک بگیرند.^(۳) مربیان و کاردانهای بهداشتی شرح وظایفی مشابه بهورزان دارند. کاردانها زمانی که سرپرستی بهورزان و سایر گروه های بهداشتی نظیر داوطلبان بهداشتی را بعهدہ دارند، تنها آنان را بازآموزی تدارک، نظارت و ارزشیابی میکنند و خودشان با اجتماع ارتباط چندانی ندارند. اما اگر مانند اکثر نقاط فعلی شهری و یا مدارس به تنهایی اشتغال داشته باشند لازم است، تشکیل پرونده، بیماریابی، پیگیری، ارجاع، آموزش بهداشت روان و همچنین مشاوره، راهنمایی و توانبخشی روانی اجتماعی مراجعین را بعهدہ داشته باشند.

۴- بیماریابی

بیماریابی و در مان بموقع و مناسب از فعالیتهای بسیار مفید در پیشگیری نوع دوم است. بیماران بسیاری در جامعه وجود دارند که گروهی هیچگونه درمانی را دریافت نمیدارند و گروه دیگری از آنان درمانهای نادرست یا نامرتبی داشته و لذا تحت کنترل نمیباشند. این گروه بیماران بتدریج مزمن شده، عوارض بیشتر خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی را سبب میشوند و تعدادی از آنان دچار معلولیت روانی میگرددند. پزشک عمومی به اشکال زیر میتواند میزان بیماریابی خود را افزایش دهد.

۴-۱- پذیرش و موارد ارجاع از بهورزان، کاردانهان، داوطلبان بهداشتی و دیگران.

۴-۲- آموزش و تشویق مداوم این کارکنان برای افزایش بیماریابی فعال در جامعه. روشهای مختلفی به این افراد برای بیماریابی در خانواده، مدرسه، و اجتماع آموزش داده شده است.

۴-۳- بیماریابی در بین مراجعین مرکز بهداشتی درمانی، درصد زیادی از مراجعین به پزشکان عمومی بیماریابی روانی با تظاهرات جسمی دارند. لذا آنها را باید جدا نموده، تشکیل پرونده داده و خدمات بهداشت روانی را در فرصت مناسب در اختیارشان قرار داد.

۴-۴- آموزش اجتماعی بهداشت روان در مجالس، گروه ها، مدارس، مساجد، ادارات و تشویق مردم به شناسایی و ارجاع بیماران.

۵- تشکیل پرونده

در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بهداشت روانی لازم است پرونده ای جدا و یا درون پرونده خانوار برگه ای به فعالیت های بهداشت روان اختصاص داده شود. برای هر بیمار لازم است حداقل یک برگه شرح حال روانپزشکی یک برگه پیگیری و ادامه درمان، برگه ای مهم مربوط به بیماری روانپزشکی در پرونده نگهداری شود. در صورت وجود کاردان بهداشتی دوره دیده در بهداشت روان در مرکز تکمیل برگه شرح حال از وظایف وی می باشد و در غیر این صورت پزشک این برگه را پر می نماید. برگه پیگیری و ادامه درمان در هر مراجعه مجدد توسط پزشک و کاردان تکمیل شده در آن سیر بیماری، داروها، آموزشها، سایر خدمات و زمان پیگیری بعدی با خطی خوانا نوشته می شود. (پیوست ۱ و ۲)

۶- ارجاع

پزشک عمومی در چهارچوب شرح وظایف آموخته های خود تنها توانایی پذیرش و اداره گروهی از مراجعین بهداشت روانی را دارد. وی لازم است برای پرهیز از اشتباه و کاهش کارایی خود موارد مشکل را به شرح زیر به مرکز بالاتر یا مرکز تخصصی روانپزشکی شهرستان ارجاع دهد:

- ۶-۱- اشکال در تشخیص، برای تشخیص قطعی.
- ۶-۲- همه موارد مراجعین بار اول با تشخیص احتمالی صرع و سایکوز، برای تشخیص قطعی و بررسی پاراکلینیکی و تخصصی.
- ۶-۳- سایکوزهای تحریکاتی و با احتمال آسیب رسانی بخود و به دیگران، پس از درمانها و اقدامات اولیه بویژه پس از عدم پاسخ درمانی.
- ۶-۴- موارد روانپزشکی که با بیماری های مغزی و داخلی نظیر بیماری های غددی، متابولیکی و قلبی عروقی پیچیده شده باشند.
- ۶-۵- مواردی که نیاز به تشخیص و درمانهای تخصصی نظیر الکتروشوک، الکتروآنسفالوگرافی، رفتار درمانی و داروهای بیشتری داشته باشند.
- ۶-۶- سایر موارد مراجعین تکراری هر ۳، ۶ یا ۱۲ ماه یکبار جهت مشاوره تشخیصی و درمانی مجدد.

۶-۷- بیمارانیکه از دارو و غذا خوردن خودداری کرده و درمان تزریقی هم مفید نمی‌باشد. ارجاع به صورتهای فوری و غیرفوری، با همراه یا بدون همراه صورت می‌گیرد. عدم بصیرت و یا سایر نشانه‌ها و عوارض بیماریهای روانپزشکی مشکلات بسیاری را در مراجعه اینگونه بیماران به پزشک ایجاد می‌کند که ارجاع با همراه بویژه در موارد بیماری کودکان و سایکوز کمک بزرگی می‌نماید.

موارد فوری و یا نیازمند به همراه باید با آمبولانس یا دیگر وسایل نقلیه موجود اعزام گردد. همچنین ارجاع باید با برگه ارجاع صورت گیرد که در آن مشخصات بیمار، نشانه‌ها و تشخیص بیماری و درمانهای صورت گرفته نوشته شده باشد.

برگ پسخوراند ارجاع که توسط مرکز بالاتر و روانپزشک تکمیل شده است وسیله خوبی جهت ادامه درمان و ارزیابی تشخیص و درمان قبلی توسط پزشک عمومی است. لذا پس از برگشت بیمار و مراجعه مجدد به مرکز بهداشتی درمانی و یا بهنگام اولین پیگیری پس از ارجاع بیمار، ابتدا باید به برگ پسخوراند ارجاع توجه نمود و سپس با توجه به تشخیص و توصیه‌های جدید روانپزشک درمان را ادامه داد. در بررسی‌ها و تجارب بدست آمده^(۴)، یک مرکز بهداشتی درمانی در ماه‌های اول تنها باید ۲۰ الی ۳۰٪ مراجعین تکراری بهداشت روانی خود را به مرکز بالاتر ارجاع دهد و ارجاع بیشتر و یا کمتر می‌تواند به دلیل ضعف کارآیی و آموزش پزشکان عمومی باشد. با آموزش و کارآیی بیشتر این ارجاع به ۱۰٪ کاهش می‌یابد.

۷- پیگیری

پیگیری بیماران وظیفه بهورزان، کاردانان و داوطلبان بهداشتی است، اما پزشکان می‌توانند با کنترل و نظارت، تکمیل مرتب و دقیق برگ ارجاع بهورزان و پسخوراند به آنان، و کمک به رفع موانع راه پیگیری، کیفیت و کمیت پیگیری را در حد مورد قبولی نگهدارند. مطابق آموزش بهورزان، کاردانان و داوطلبان بهداشتی پیگیری دستورالعمل و ضوابط ویژه‌ای دارد. پیگیری اختلالات شدید روانی نیاز به پیگیری ندارند. در صرع مداوم پیگیری هر ۲ تا ۶ روز است و صرع کنترل شده یا نشده نیاز به پیگیری ماهانه دارد. عقبماندگی ذهنی در ابتدا نیاز به پیگیری ماهیانه دارد. حداقل مدت پیگیری‌ها ۳ سال است، اما تعدادی تا سالهای طولانی ادامه می‌یابد. گرچه پزشک

عمومي به هنگام ويزيت بيمار زمان مراجعه بعدي وي را مشخص مي‌کند اما کارکنان بهداشتي بايد پيگيري را مطابق برنامه فوق در تاريخهاي پيش بيني شده انجام داده و نتيجه پيگيري را در دفاتر برگهاي ويژه پيگيري و پرونده بيمار ثبت مي‌نمايند. اين يادداشتها براحتي به پزشکان و بازديدکنندگان ديگر امکان مي‌دهد تا بخوبي نظم و دقت پيگيري را کنترل نمايند براي پيگيري آموزشها و فعاليتهاي دقيق بهداشت رواني پيش بيني شده است که لازم است بطور کامل اجرا شود.

۸- آموزش اجتماعي بهداشت روان

آموزش بهداشت مانند بيماريابي و پيگيري وظيفه بهورز، کاردان و داوطلبان بهداشتي است که ارتباط نزديکتر با جامعه و خانواده دارند. اما پزشکان به دليل دانش بيشتر و شخصيت قابل قبول تري که دارند، اگر رابطه خوبي با افراد و گروه ها برقرار نمايند موفقيت خوبي در آموزش پيدا مي‌نمايند - آموزش بهداشت روان بايد به زبان ساده و قابل درک باشد، زمينه هاي فرهنگي و نيازهاي بهداشتي و آموزشي افراد و جامعه را در نظر داشته باشد و بيشتر پرسشهاي مراجع و مردم را در اين موارد پاسخ دهد. گوش کردن به پرسشها، صحبت ها و باورهاي مردم در زمينه بيماريهاي رواني و درمان آنها موضوع آموزشي بهداشت رواني را مشخص مي‌نمايد. مردم بيشتر درباره علت بيماريهاي رواني، عوامل مؤثر در عود اين بيماريها.

روشهاي پيشگيري، آينده آنان، عوارض و اثرات داروها، طول مدت درمان، نقش ارث، غذا و ارتباط جنسي، ازدواج و بارداري بيماران رواني، تنبيه يا محبت به بيماران و ... پرسش مي‌نمايند. آموزش چهره به چهره بويژه به مراجعي که خود يا همراهش به دليل بيماري نيازمند به درمان و کمک مي‌باشد بسيار موفقي است. - همچنين بازآموزي بهورزان، کاردانان و داوطلبان بهداشتي گرچه وظيفه کارشناسان بهداشت رواني و مربيان بهورزي است اما با کمک پزشک توانسته است آموزش را با سرعت بيشتر به بيماران، خانواده آنان، آموزگاران و مادران انتقال دهد.

در پايان يادآوري اين مهم بدنيست که پزشکان عمومي مي‌توانند نقش اساسي در تغيير نگرش، آگاهي و رفتار بهداشتي مردم داشته باشند و حضور در يك مرکز بهداشتي و

درماني و در سرپرستي يك تيم مراقبتهاي بهداشتي اوليه توانايي اجراي اين نقش را افزايش بسياري خواهد داد.

۹- درمان

درمان دارويي و غيردارويي در مركز بهداشتي درماني داراي ويژگيهايي است كه ميتواند كمی متفاوت را روشهاي درماني مرسوم باشد.

درمان دارويي تنها در چهارچوب ۱۳ قلم داروي بهداشت رواني مراقبتهاي بهداشتي اوليه كشور مجاز مي باشد (پيوست شماره ۳). محدود بودن اقلام دارويي به ۱۳ قلم از يك طرف آموزش و مهارت پزشك را در درمان افزايش چشمگيري داده، و از طرف ديگر احتمال مصرف ناجاي اين داروها را كاهش مي دهد.

پژوهشها و تجارب موجود در زمينه بكارگيري دارو هاي مؤثر بر روان در برنامه هاي درمان در منزل و درمان در اجتماع نشان داده است كه با اينگونه درمان در مقايسه با درمان بستري و بيمارستاني در حاليكه دوز كم تري مورد نياز است بيماران پيش آگهي به تري پيدا مي كنند. بنابراین توصيه مي شود در همه موارد دوز دارويي اوليه نگهدارنده كم تر، و افزايش دوز تدريجي تر باشد. با اين روش درمان عوارض دارويي كم تري ايجاد مي شود، اما بهتر است بيمار را در فاصله هاي زماني كوتاه تري مورد كنترل و معاينه مجدداً قرار داد تا در صورت نياز به افزايش سريع تر دوز دارو اقدام گردد. در مراكز بهداشتي درماني بيماران روانپزشكي زيادي مراجعه مي كنند كه تحت درمان پزشكان مختلف قرار داشته و درمانهاي نادرستي مانند دوز نامناسب، داروي نايجا، و بويژه تركيب چند دارويي دريافت مي دارند. اينگونه بيماران حتي اگر تحت درمان متخصصان هم باشند بايد با ارزيابي دقيق تشخيصي، آموزشهاي اوليه بهداشت رواني، و استدلالهاي متناسب با سطح تحصيلات و فرهنگ آنان، و ضمن مشورت با مركز تخصصي بسمت درمان مناسب و استفاده از ۱۳ قلم دارو هدايت شوند. موفقيت بيشتر در درمان روانپزشكي بويژه در بيماران مشكلتر و شديدتر بستگي نزديكي به مراجعات تكراري آنان و پيگيري درمان دارد. در اينگونه بيماران بهتر است مراجعات اوليه هرچند روز يكبار و پس از كنترل نسبي، ماهي يكبار باشد.

در يك مركز بهداشتي درماني كه مراجعات فراوان بيماران جسمي فرصتي را براي درمان مشكل و زمان گير روانپزشكي باقي نمي گذارد، بهتر است براي اين بيماران

زمان خاصی نظیر هفته‌ای یک روز یا ساعتهای خاصی در روز را اختصاص داد که در فرصت بیشتری به مشکل آنان رسیدگی شود.

گرچه درمانهای غیروارویی مانند مشاوره، روان‌درمانی، توانبخشی روانی و مددکاری اجتماعی بنظر می‌رسد برای پزشک عمومی کمی مشکل و غیرعملی باشد، اما با پژوهشهای جدید و متون آموزشی ویژه می‌توان بخشی از اینگونه کمکهای غیروارویی را از طریق پزشک عمومی به نیازمندان رسانید. پزشک می‌تواند برابر آموزشهای گرفته شده و با استفاده از تجارب شخصی در هر جلسه مشکل خاصی را که می‌تواند در بهبود بیمار مؤثر باشد مورد بحث و بررسی قرار داده و برنامه‌ای برای حل آن به کمک بیمار یا سایر کارکنان تیم درمان و امکانات محلی تنظیم نماید.^{(۵۰) (۶)}

گرچه فوریت‌های روانپزشکی در یک مرکز بهداشتی درمانی شایع نیست، اما برخورد مناسب با این بیماران بسیار مهم است. شایعترین فوریت‌های روانپزشکی در یک مرکز بهداشتی درمانی شامل هیستری، دردهای روانزاد، حملات هراس (پانیک)، افسردگی شدید همراه با بی‌قراری یا افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، و بالاخره تحریکات سایکوتیک می‌باشد. کمک‌های اولیه روانپزشکی بصورت دارویی و غیروارویی در فوریت‌های بسیار ضروری است. برخورد مناسب، - همدلی با بیمار، دادن اطمینان بوی، و حمایت از او می‌تواند در کنترل نشانه فوریت‌ها اثر زیادی داشته باشد. استفاده از تخت فوریت‌ها در مرکز و تجویز داروهای آرام‌بخش قبل از ارجاع بیمار بویژه زمانی که موانع جدی، ارتباطی و مالی مانع اعزام وی می‌گردد گاه به کنترل کامل بیمار منجر می‌شود.

مرکز تخصصی شهرستان وظیفه دارد با اعزام پزشک یا کارشناس بهداشت روانی با کنترل پرونده‌ها و مصاحبه با بیماران و خانواده آنان اجرای دقیق آموزشهای فوق را کنترل و گزارش نماید.

۱۰- آمار

اطلاعات و آمار مربوط به بهداشت روانی در یک مرکز بهداشتی درمانی شامل جمع کل مراجعین، موارد مراجعه مستقیم و ارجاع، موارد بار اول و تکراری، انواع بیماری‌ها، موارد تحت کنترل و عود، و موارد ارجاع به و برگشت از مرکز تخصصی، حداقل اطلاعاتی است که لازم است از پرونده‌ها و دفاتر مرکز بهداشتی درمانی بطور

ماهیانه استخراج شود. استخراج ماهیانه این آمار و داشتن تجزیه و تحلیلی در مورد میزان بروز و شیوع بیماریها، توزیع سنی و جنسی آنها، پراکندگی جغرافیایی و زمانی، درصد موارد ارجاع، پیگیری و عود، کمک خوبی به مطالعات اپیدمیکی در محل و مقایسه آن با سایر مناطق کشور و نیز افزایش کارآیی مراقبتهای بهداشتی اولیه بهداشت روانی در مرکز بهداشتی درمانی می‌نماید.

۱۱- نظارت و آموزش کارکنان

پزشک عمومی سرپرست تیم بهداشتی در یک مرکز بهداشتی درمانی است. او لازم است جهت پیشبرد خوب کار بطور مداوم بر کار سایر کارکنان نظارت و کنترل داشته، در هنگام کار و یا در جلسات انفرادی یا گروهی به آموزش و بازآموزی آنان در چهارچوب کتاب بهداشت روان برای کاردان‌های بهداشتی و سایر متون مربوط اقدام نماید.^(۷)

۱- برنامه کشوری بهداشت روانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حوزه معاونت بهداشتی، ۱۳۶۷

۲- بواله‌ری، جعفر و ماهرخ انصاری، بهداشت روان برای بهورزان، انتشارات بشری، ۱۳۷۱

۳- بواله‌ری، جعفر، بهداشت روان برای کارآموزی بهداشت دانشجویان پزشکی، ۱۳۷۰، مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی

۴- شاه‌محمدی، داود و هم‌کاران، ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه شهرکرد، ۱۳۶۹.

۵- بواله‌ری، جعفر، بهداشت روان برای آموزگاران، ۱۳۷۱، مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی

6- Maaual of psychocherapy for Mecical officers,
_____, Bangatorc-Indin, 1990

۷- بواله‌ری، جعفر، بهداشت روان برای کاردان‌های بهداشتی، انتشارات بشری، ۱۳۷۰

«دستورالعمل تکمیل فرم شرح حال روانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی»

فرم شرح حال که در ۲ صفحه و ۴۴ بند تهیه شده است در مراکز بهداشتی درمانی توسط کاردان بهداشتی و از بند ۱۹ به بعد بوسیله پزشک مرکز و در صورت عدم حضور کاردان تماماً توسط پزشک بشرح ذیل تکمیل می‌گردد. در صفحه اول، در گوشه سمت چپ بالای فرم شماره پرونده بیمار و تاریخ مراجعه را یادداشت نمایید.

بند ۱ تا ۸: این قسمت از فرم مربوط به مشخصات اولیه بیمار است که از بیمار یا همراه او پرسیده و یادداشت کنید.

۹- منبع ارجاع: در این قسمت منبعی که بیمار را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع داده مشخص نموده و در مربع جلوی آن علامت ضربدر بزنید.

۱۰- علت مراجعه و شکایات اصلی: در این قسمت ناراحتی عمده فعلی که بیمار بخاطر آن به پزشک مرکز مراجعه کرده سؤال و با عین کلمات خود بیمار یا همراه وی پاسخ را یادداشت نمائید.

۱۱- زمان شروع بیماری فعلی: منظور موقعی است که بیمار برای اولین بار به پزشک مراجعه کرده است. مثلاً از یک هفته قبل یا دو ماه قبل یا دو سال قبل و الی آخر.

۱۲- نحوه شروع بیماری: مشخص نمائید که آیا بیماری بطور ناگهانی و پس از بروز یک مشکل خاص شروع شده است یا اینکه آغاز بیماری کند و تدریجی بوده است. اگر به هر دلیلی نتوانستید چگونگی شروع بیماری را معلوم کنید در مربع جلوی عبارت «نامشخص» علامت ضربدر بزنید.

۱۳- علائم، تشخیص‌ها و درمانهای قبلی: بررسی کنید که آیا بیمار قبلاً بیماری روانی داشته یا خیر. و در صورتی که از بیماری روانی خاصی رنج می‌برده با سؤال کردن از خود بیمار یا همراه وی و در صورت همراه داشتن تشخیص پزشک معالجش، علائم و نوع بیماری قبلی وی را مشخص و یادداشت نمائید. علاوه بر این مشخص نمائید که آیا بیمار قبلاً در بیمارستان یا بخش روانپزشکی بستری شده است یا خیر و همچنین نوع داروهای مصرفی قبلی او را در این قسمت ذکر کنید.

۱۴- عوامل سبب ساز بیماری: عواملی هستند که در ایجاد و بروز بیماری دخیل هستند. در صورت وجود چنین

عواملی در مربع جلوی هر کدام از آنها علامت ضربدر بزنید.

۱۵- سابقه بیماری جسمی: در صورتی که فرد قبلاً و یا در حال حاضر مبتلا به بیماری جسمی مهمی بوده یا می‌باشد نوع آنرا بررسی و ذکر نمائید. مثلاً سابقه عمل جراحی، ناراحتی کلیه، فشارخون، آنفالیس و ...

۱۶- تاریخچه خانوادگی: در این قسمت روابط فامیلی والدین را بررسی کنید. مثلاً اینکه والدین دخترعمو - پسرعمو هستند و در صورتی که روابط خویشاوندی نیز ندارند قید نمائید. علاوه بر این ذکر کنید. مثلاً «پسرخاله بیمار مبتلا به بیماری اسکیزوفرنیا است.»

۱۷- اختلال در کارکردها: ممکن است بیمار در هر یک از کارکردهای فردی، خانوادگی، تحصیلی، شغلی و یا اجتماعی‌اش دچار اختلال باشد. اختلال در کارکردهای فردی بدین معنی است که فرد نمیتواند کارهای شخصی‌اش را از قبیل: نظافت، شستشو، غذا خوردن و غیره انجام دهد. اختلال در کارکرد خانوادگی به ناسازگاریهای فرد با اعضاء خانواده و دعوا و بگومگو یا ناتوانی در ایفای نقش پدری یا مادری اشاره دارد. منظور از اختلال در کارکردهای تحصیلی این است که فرد در محیط مدرسه و مسائل درسی مشکل دارد یا دچار افت تحصیلی می‌باشد. اگر فردی نتواند به مدت زیادی در یک شغل دوام آورد و مرتباً مجبور به عوض کردن شغلش شود و یا با همکارانش ناسازگاری داشته یا اینکه مکرراً در کارش غیبت کند به نوعی در کارکردهای شغلی دچار اختلال است. اختلال در کارکردهای اجتماعی شامل مواردی از این قبیل می‌باشد: ناسازگاری با دوستان و اطرافیان، نداشتن دوست، عدم رفت و آمد با آشنایان و همسایگان. در صورت وجود هر کدام از این اختلالات در مربع جلوی هر مورد علامت ضربدر بزنید.

۱۸- علائم و نشانه‌ها: این بند به پنج بخش الف، ب، ج، د، ه تقسیم شده است.

الف) این بخش بیشتر به علائم و نشانه‌های بیماران پسیکوتیک (روانی شدید) مربوط می‌شود. با بررسی این علائم نوع بیماری روانی شدید فرد مشخص می‌شود. مثلاً اگر فردی زیاد فعالیت می‌کند، سرخوش و شاد بوده، زیاد حرف می‌زند و اکثر حرفهایش بی‌ربط است و علاوه بر اینها دچار بی‌خوابی بوده و احتمالاً دست به خشونت هم می‌زند، در این مورد تشخیص بیماری مانیک - دپرسیو مطرح می‌باشد. یا فردی که قادر به ارتباط با دیگران

نیست و دچار گوشه‌گیری، هذیان، توهم، بخصوص توهم شنوایی نیز می‌باشد و رفتارهای عجیب و غریب هم نشان می‌دهد و حرفه‌ای بی‌ربط می‌زند به احتمال زیاد دچار بیماری اسکیزوفرنیا است. لازم به یادآوری است که منظور از هذیان عقیده باطلی است که بیمار قویاً به آن ایمان دارد و نمی‌توان با ذکر شواهد، استدلال و مخالفت ورزیدن، آنرا از بین برد. هذیان انواع مختلفی دارد که یکی از موارد شایع آن «هذیان گزند و آسیب» است که بیمار فکر می‌کند «می‌خواهند او را بکشند» یا «همسرش سعی دارد در غذایش زهر بریزد و او را مسموم کند». منظور از توهم درک حسی اشتباهی است که در عالم خارج برای آن محرکی وجود ندارد، توهم نیز برچند نوع است. «توهم شنوایی» وقتی تشخیص داده می‌شود که بیمار صداهایی را می‌شنود که افراد دیگر آن صداها را نمی‌شنوند. «توهم بینایی» بدین ترتیب است که فرد تصاویر، جرقه‌های نورانی یا افرادی را می‌بیند که واقعاً در محیط خارج وجود ندارند.

ب) علائم این بخش بیشتر مربوط به علائم اختلالات نوروتیک (روانی خفیف) می‌باشد و با وجود آنها در حالیکه همزمان علائم نورانی شدید وجود ندارد به یکی از تشخیص‌های لازم در این زمینه دست می‌یابید. در صورتی که علاوه بر وجود علائم و نشانه‌های روانی شدید (بخش الف) علائم نوروتیک هم در فرد دیده می‌شود فقط همان تشخیص‌های پسیکوتیک مطرح می‌باشند.

اگر فردی از دلهره و نگرانی، طپش قلب، لرزش دستها و خشکی دهان رنج می‌برد دچار «اضطراب» است. یا بیماری که بیشتر ناراحتی‌هایش مبتنی بر ترسهای غیرمنطقی است مانند ترس از صحبت کردن در جلوی جمع، ترس از غذا خوردن در مهمانیها و جلوی دیگران یا ترس بیرون رفتن از منزل، در این صورت دچار «فوبیا» می‌باشد. همچنین فردی که از غمگینی و ناامیدی، کاهش یا افزایش اشتها، درد‌های پراکنده بدنی و ضعف و خستگی‌پذیری شکایت دارد، دچار بیماری افسردگی (خفیف) می‌باشد.

لازم به ذکر است که منظور از «افکار وسواسی» افکار مزاحم و بیهوده‌ای است که علیرغم تمایل فرد همیشه در ذهن او تکرار می‌شوند و فرد می‌خواهد ولی نمی‌تواند در مقابل آنها مقاومت کند، — مانند فکر صدمه زدن به کسی، تفکرات مکرر و دائمی در مورد کثافت و آلودگی، شک و تردید یا وجود افکار کفرآمیز در ذهن یک فرد مذهبی.

منظور از «اعمال وسواسی» اعمالی است که فرد علیرغم میل باطنی و با وجود مقاومت در مقابل آنها دست به آن کارها می‌زند. مثل «شستن و آب کشیدن مکرر دستها، بدن یا لباسهای خود و یا چک کردن مکرر قفل درب و اجاق گاز.» در صورت وجود این علائم تشخیص «وسواس» مطرح می‌باشد.

ج) علائم این قسمت مربوط به بیماران صرعی و غش‌های هیستریک می‌باشد. در صورتی که شخص علائم مشخص صرع از قبیل بیهوشی، حرکات تونیک - کلونیک یا به زمین خوردن و دست و پا زدن، آمدن کف از دهان و گازگرفتگی زبان در بعضی مواقع عدم کنترل ادرار را داشته باشد مبتلا به «صرع بزرگ» است. ولی اگر بیمار یک یا چند علامت مهم صرع بزرگ بخصوص «گاز گرفتگی زبان» را نداشته باشد و همیشه در مکانها و زمانهای بخصوصی غش نماید احتمالاً مبتلا به غش هیستریک می‌باشد. تشخیص قطعی بین صرع و هیستری نیاز به بررسی دقیقتر و بیشتر دارد.

ضمناً تاریخ آخرین حمله و متوسط تعداد حملات صرعی در ماه را بررسی نموده و در جلوی هر مورد یادداشت نمائید.

د) علائم و نشانه‌های این بخش مربوط به عقبماندگی ذهنی می‌شود و لازم است که بیماری مورد معاینه قرار گرفته و از همراه بیمار نیز (حدالامکان مادر) سؤالات دقیق راجع به مراحل رشد وی بعمل آید تا نهایتاً به تشخیص عقبماندگی و درجه شدت آن پی ببرید.

ه) اگر مراجعه‌کننده‌ای علائم و نشانه‌هایی دارد که در تقسیم‌بندی فوق نمی‌گنجد، مهمترین علائمش را در اینجا یادداشت کنید. از قبیل علائم و نشانه‌های اختلالات رفتاری کودکان، پارکینسون و غیره ...

تذکر: به منظور تشخیص قطعی بیماری وجود یک یا دو علامت کافی نبوده و ضمناً لازم هم نیست که بیمار تمامی علائم یک طبقه تشخیصی را داشته باشد تا در آن طبقه جای گیرد. لذا مبنای تشخیص بیماری، علائم و نشانه‌های موجود در فرم شرح حال و آموزشهای قبلی در این زمینه می‌باشد.

۱۹- علائم مثبت و خلاصه شرح حال: پزشک پس از مصاحبه با بیمار لازم است شرح حال و علائم و نشانه‌های بارز و مثبتی را که در او تشخیص داده در اینجا ذکر نماید. خلاصه‌ها باید جامع اما کوتاه باشد. باید به فرم تلگرافی و مختصر نوشته شود که دیگران بخصوص پزشکان براحتی بتوانند به اطلاعات مورد نیاز دست یابند. مثلاً

- «بیمار فکر می‌کند زنش می‌خواهد در غذایش سم بریزد و او را مسموم کند و نسبت به همه بدبین است.»
- علائم مثبت:** هذیان گزند و آسیب، توهم شنوایی، حرفهای بیربط، رفتارهای عجیب و غریب، فقدان بینش و ...
- ۲۰- معاینه جسمی (از جمله دستگاه عصبی):** در اینجا پزشک باید پس از معاینه عمومی و بویژه دستگاه عصبی، در صورت وجود علائم غیرطبیعی نوع آنها را ذکر نماید.
- ۲۱- نتیجه بررسی‌های پاراکلینیک:** نتیجه آزمایشات، رادیوگرافی، الکتروانسفالوگرافی، سی‌تی‌اسکن و غیره را در این قسمت بنویسید.
- ۲۲- تشخیص:** این قسمت با توجه به تقسیم‌بندی علائم و نشانه‌ها به پنج بخش الف، ب، د، ه تقسیم شده است. در هر بخش چند نوع تشخیص ذکر شده است که با توجه به علائم و نشانه‌های هر بیمار به یکی از تشخیص‌های لازم پی می‌برید. در صورتی که نوع بیماری فرد در تقسیم‌بندی‌های چهارگانه فوق نمی‌گنجد، از قبیل پارکینسون، شب ادراری، اختلالات رفتاری کودکان و غیره، تشخیص خودتان را در بخش «ه» سایر موارد تشخیصی یادداشت کنید.
- ۲۳- درمان اولیه و داروهای تجویز شده:** داروهای را که در اولین مراجعه برای این بیمار تجویز می‌کنید در این قسمت یادداشت نمائید.
- ۲۴- ثبت مراجعات بیمار:** برگ ثبت مراجعات بیمار که ضمیمه فرم شرح حال می‌باشد از دومین مراجعه به بعد به طریقی که در ذیل توضیح داده شده مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- **تاریخ مراجعه:** منظور تاریخ مراجعه فعلی بیمار است که هر بار باید نوشته شود.
 - **سیر بیماری:** در این قسمت علائم و نشانه‌های فعلی بیمار و عوارض جانبی داروهای مصرف شده را در هر بار مراجعه یادداشت نمائید.
 - **داروهای تجویز شده:** اسامی داروهای را که هر بار مراجعه بیمار تجویز می‌کنید، در این قسمت ذکر کنید.
 - **تاریخ مراجعه بعدی:** لازم است با توجه به وضعیت بیمار نوع و سیر بیماری و همچنین میزان داروهای تجویز شده تاریخ مراجعه بعدی را در این قسمت یادداشت کنید.
- منابع جهت مطالعه بیشتر:**

- ۱ «اختلالات رواني براي پزشكان مراقبتهاي اوليه بهداشتي»، ترجمه آقاي حسن پالاهنگ زير نظر دكتور داود شاه محمدي.
- ۲ «خلاصه روانپزشكي (چهار جلد)»، ترجمه دكتور نصرت... پورافكري
- ۳ «بهداشت روان براي كاردانان و مراقبين بهداشتي مدارس» ترجمه و تأليف دكتور جعفر بوالهري.

شماره پرونده : تاریخ مراجعه بعدي :		«فرم شرح حال روانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی»	
۱- نام و نام خانوادگی	۲- نام سرپرست	۳- سن	۴- محل تولد
۵- محل سکونت	۶- تحصیلات	۷- شغل	
۸- منبع ارجاع و خانه			
۹- منبغ ارجاع و خانه			
۱۰- علت مراجعه و شکایات اصلی:			
۱۱- زمان شروع بیماری فعلی:			
۱۲- نحوه شروع بیماری ناگهانی			
۱۳- علائم، تشخیصها و درمانهای قبلی:			
۱۴- عوامل سبب ساز ضربه مغزی بیماری جسمی			
۱۵- سابقه بیماری جسمی:			
۱۶- تاریخچه خانوادگی:			
۱۷- اختلال در فردی خانوادگی تحصیلی شغلی اجتماعی			
۱۸- علائم و نشانه ها:			
(الف) حد سرخوشي و شادي افکار یا اقدام توهم بینایی زیاد به خودکشی پر حرفی بی میلی جنسی اختلال حافظه حرفهای بیربط بی توجهی به خود اختلال جهت یابی خشونت رفتارهای عجیب و فقدان بینش غریب بی خوابی هذیان و گزند و آسیب قطع ارتباط و سایر هذیانها گوشه گیری			
(ب) دلهره و نگرانی سردرد و سرگیجه کاهش یا افزایش اشتها تپش قلب دردهای پراکنده ترسهای بدنی غیرمنطقی خشکی دهان غمگینی و افکار وسواسی ناامیدی لرزش دستها ضعف یا اعمال وسواسی خستگی پذیری (ج) بیهوشی بی اختیاری ادرار حملات در زمان و مکان هنگام غش خاص			

حرکت تونیک خارج شدن کف از تاریخ آخرین
 کلونیک دهان حمله
 گازگرفتگی زبان حملات غش در حین تعداد حملات در
 خواب ماه

(د) تأخیر در نشستن تأخیر در سخن رفتن های نامناسب و
 گفتن کودکانه
 تأخیر در راه رفتن تأخیر در کنترل ادرار و معلولیت های
 مدفوع جسمی

(ه) سایر علائم و نشانه ها _____

نام و نام خانوادگی تکمیل
 کننده فرم:
 امضاء:

۱۹- علائم مثبت و خلاصه شرح حال:

۲۰- معاینه جسمی (از جمله طبیعی غیرطبیعی علائم غیرطبیعی ذکر شود
 دستگاه عصبی):

۲۱- نتیجه بررسی های پاراکلینیک:

۲۲- تشخیص:

(د) عقبماندگی ذهنی: (د) عقبماندگی ذهنی: متوسط شدید عمیق
 خفیف خفیف

(الف) پسیکوز تا افسردگی مانیک، پسیکوز عضوی پسیکوز
 سکیزوفرنیا شدید دیرسیو حلد

(ب) نورو: اضطراب افسردگی هیستری فوبیا وسواس

(ج) صرع: صرع بزرگ صرع کوچک صرع روانی تشنج همراه با
 حرکتی تب عمیق

(د) عقبماندگی ذهنی: متوسط شدید عمیق
 خفیف

(ه) سایر موارد تشخیصی:

۲۳- درمان اولیه و داروهای تجویز شده:

دستورالعمل تکمیل فرم ارزیابی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی و خانه بهداشت

تحت پوشش برنامه بهداشت روان

با توجه به اهمیت و اثر ارزیابی و پایش فعالیتهای مربوط به برنامه بهداشت روان در مراکز بهداشتی درمانی و خانه بهداشت در افزایش کارآیی کارکنان و پیشبرد برنامه و بنابر ضرورت انجام هماهنگی این امر، فرمهایی تحت شماره های ۱، ۲ و ۳ تنظیم شده است تا هر یک از سطوح طبق دستورالعمل مورد ارزیابی قرار گیرد. فرمهای تکمیل شده در واحد مربوطه نگهداری خواهد شد. پس از ارزیابی ضروری است با توجه به اشکالات موجود در هر یک از موارد، پیگیری لازم انجام شود. ضمناً جهت مشاهده وضعیت کلی به هر یک از پاسخهای بلی و متوسط ۱ امتیاز، خوب ۲ امتیاز و خیر صفر امتیاز داده شود. جهت تکمیل دقیق فرم و ارزیابی یکنواخت توضیحات ذیل در مورد فرمهای فوقالذکر و برخی از سؤالات آن ارائه میگردد.

فرم شماره ۱

این فرم جهت نظارت بر فعالیت پزشک عمومی مرکز بهداشت درمانی روستایی است که توسط روانپزشک یا پزشک عمومی با آموزش میان مدت هر ۶ ماه یکبار از تمام مراکز تشکیل خواهد شد.

سؤال ۳: با توجه به تعداد متوسط ویزیت روزانه

تکمیل منظم فرم شرح حال و برگ ثبت مراجعات بیمار تاریخ مراجعه بعدی بیمار پرسش از پزشک میتواند موضوع را مورد ارزیابی قرار داد.

سؤال ۴: منبع اطلاعات اختلالات روانی برای پزشکان

مراقبتهای اولیه بهداشتی است.

سؤال ۶: تمام خدماتی که در مراجعات تکراری به

بیمار ارائه میشود شامل وضعیت بیمار، داروهای تجویز شده و تاریخ مراجعه بعدی باید در فرم ثبت مراجعات بیمار (که به فرم شرح حال اولیه پیوست است) درج شود.

سؤال ۹: منظور از دوز مناسب، علاوه بر تجویز مناسب

دارو درصد و معالجات. اقدام جهت افزایش دوز دارو به حداکثر مجاز به صورت عدم پاسخ به درمان اولیه و توجه به درمانهای نگهدارنده است.

سؤال ۱۲: این پرسش بعد از بازدید از خانه بهداشت تابعه تکمیل می‌شود.

سؤال ۱۳: موارد مشکل که نیاز به ارجاع به سطح تخصصی دارند عبارت است از:

- اشکال در تشخیص، برای تشخیص قطعی
- سایکوزهای تحریکاتی با احتمال آسیب‌رسانی به خود و به دیگران، پس از درمانها و اقدامات اولیه و به ویژه پس از عدم پاسخ درمانی.

- موارد روانپزشکی که با بیماریهای مغزی و داخلی نظیر بیماریهای غددی، متابولیکی و قلبی همراه شده باشند.

- مواردی که نیاز به تشخیص و درمانهای تخصصی نظیر الکتروشوک، الکتروآنسفالوگرافی، رفتار درمانی و داروهای بیشتری داشته باشند.

- سایر موارد مراجعین تکراری هر ۳، ۶ یا ۱۲ ماه یکبار جهت مشاوره تشخیصی و درمانی مجدد.

- بیمارانی که از دارو و غذا خوردن خودداری کرده و درمان تزریقی هم مفید نمی‌باشد.

سؤال ۱۴: پزشک موظف است به استثنای موارد سؤال ۱۳ را سرویس دهد که رقمی در حدود ۶۰ درصد از مراجعین خواهد بود.

فرم شماره ۲:

این فرم جهت نظارت بر فعالیت کاردان مرکز بهداشتی درمانی روستایی تنظیم شده است که توسط کارشناس بهداشت روان استان و شهرستان هر ۳ ماه یکبار تکمیل خواهد شد.

سؤال ۳: منبع اطلاعات کتاب بهداشت روان جهت استفاده مراقبین بهداشت مدارس و کلیه کاردانهای بهداشتی است.

سؤال ۶: پاسخ این پرسش با مشاهده فرمهای تکمیل شده شماره ۳ و همچنین دفتر بازدید خانه بهداشت مشخص خواهد شد.

فرم شماره ۳:

این فرم جهت ارزیابی فعالیت بهورز در خانه بهداشت است که توسط کاردان حداقل هر ۲ ماه یکبار تکمیل می‌گردد. لازم به توضیح است که مدت تعیین شده جهت تکمیل فرم بوده و کاردان موظف است طبق برنامه تنظیمی به نظارت مستمر فعالیتهای بهداشت روان اقدام نماید.

سؤال ۲: منابع اطلاعات، متن بهداشت روان برای بهورز است که اهم مطالب آن علایم بیماریها، عوارض دارویی و آموزش بهداشت روان به بیماران و خانواده ها میباشد.

سؤال ۴: در پرونده بیمار مشاهده شود که آیا تعداد دفعات ارجاع ثبت شده در فرم پیگیری بیماری با تعداد فرمهای ارجاع مطابقت دارد؟

سؤال ۶: پیگیری بیماران باید در دو مورد انجام شود؟
الف) عدم مراجعه بیمار در تاریخی که پزشک مشخص نموده است.

ب) به ازای هر ماه یکبار باید به بیماران روانی شدید و عقبمانده ذهنی و صرعی که نیاز به مراجعه ندارند به خانواده آنها آموزشهای لازم طبق متن بهداشت روان برای بهورز ارائه شود و در فرم پیگیری بیماری ثبت گردد.

سؤال ۷: مروری است مطالبی که در قسمت آموزش بهداشت روان متن بهورزی اشاره شده است. بنابر مورد به بیمار و خانواده او آموزش داده شود و در فرم پیگیری بیماری ثبت گردد.

سؤال ۸: نسبت بیماران شناسایی شده به جمعیت، با توجه به آموزش و توانایی بهورز و عملکرد چند ساله اخیر در استانها عبارت از روانی شدید ۲/۵ در هزار، ————— ۳ در هزار عقبمانده ذهنی ۳ در هزار و روانی خفیف ۴ در هزار میباشد که در صورت وجود تفاوت بین میزانهای مزبور و میزانهای بدست آمده اعم از کاهش یا افزایش نیاز به بررسی علت است. محاسبه طبق فرمول مندرج در فرم میتواند بهداشتی درمانی صورت گیرد و براساس میزان به دست آمده امتیاز داده شود. لازم به ذکر است که بیماری روانی خفیف، به این دلیل که بهورز موظف به پیگیری نمیشود. در عین حالیکه مورد بررسی قرار خواهد گرفت از امتیازی برخوردار نخواهد بود.

سؤال ۹: تعداد بیماران برحسب مورد (تحت درمان، قطع پیگیری و ...) باید با تعداد چوبخطهای روی فرم مساوی باشد.

سؤال ۱۱: تجارب نشان میدهد که به دلایلی بهورز موفق به ارجاع ۱۰۰٪ افراد شناسایی شده به پزشک نمیشود لذا با توجه به عملکرد و آمار استانها ارجاع تا سطح ۹۰٪ مجموع بیماران روانی شدید،

صرع و عقبماندگی ذهنی قابل قبول است. نیازی به
محاسبه در مورد بیماران روانی خفیف نمی‌باشد.

مرکز بهداشت استان _____

مرکز بهداشت شهرستان _____

ارزیابی فعالیتهای مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش

برنامه بهداشت روانی

فرم شماره ۱

نام مرکز بهداشتی، درمانی نام و سمت بازدیدکنندگان

جمعیت تحت پوششش تاریخ بازدید _____

خیر	بلی	
		۱- مرکز پزشک ثابت دارید؟
		۲- پزشک مرکز دوره آموزش بهداشت روان را گذرانده است؟
		۳- پزشک مرکز وقت کافی برای مصاحبه با بیمار صرف میکند؟
ضعیف	متوسط	۴- اطلاعات پزشک در زمینه بهداشت روانی شامل موارد زیر چگونه است؟
		خوب
		PHC برنامه کشوری ادغام بهداشت روان در
		علامت _____ و تشخیص بیماریهای روانی
		داروهای برنامه بهداشت روان و عوارض آن
خیر	بلی	
		۵- پزشک فرم شرح حال را تکمیل مینماید؟
		۶- پزشک شرح مراجعات بعدی را یادداشت مینماید؟
		۷- داروهای تجویز شده با تشخیص نوع بیماری تناسب دارد؟
		۸- پزشک حتی الامکان مونوتراپی را در مورد هر دسته دارویی رعایت میکند؟
		۹- پزشک از دوز مناسب دارو و درمان استفاده نموده است؟
		۱۰- دارو به مدت کافی جهت ارزیابی نتیجه درمان داده شده است؟
		۱۱- قسمت پائین فرم ارجاع توسط پزشک (یا کاردان) تکمیل و به خانه بهداشت منعکس میشود؟

		۱۲- پزشك به هنگام ويزيت بيماري بيماران رواني و صرعي شناسايي شده را مورد معاينه قرار مي‌دهد؟
		۱۳- پزشك از ارجاع بي‌مورد خودداري نموده است؟
	خوب (۱۶- (۲۰ متوسط (۱۱-۱۵) ضعيف (۵- (۱۰	وضعيت برحسب مورد:

مرکز بهداشت استان _____
 مرکز بهداشت شهرستان _____
 ارزیابی فعالیتهای مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش
 برنامه بهداشت روانی
 فرم شماره ۲
 نام مرکز بهداشتی، درمانی نام و سمت بازدیدکنندگان
 جمعیت تحت پوشش تاریخ بازدید _____

بلی	خیر	
		۱- مرکز کاردان ثابت مبارزه با بیماریها دارد؟
		۲- کاردان مرکز دوره آموزش بهداشت روان را گذرانده است؟
ضعیف	متوسط	۳- اطلاعات کاردان در زمینه بهداشت روان شامل موارد زیر چگونه است؟
		خوب
		- علائم بیماریهای روانی
		- داروهای برنامه بهداشت روان و عوارض آن
		- آموزش بهداشت روان به بهورزان
بلی	خیر	
		۴- کاردان با پزشک مرکز در اجرای برنامه بهداشت روانی همکاری دارد؟
		۵- کاردان جهت بیماران روانی فرم شرح حال را تنظیم مینماید؟
		۶- کاردان به هنگام بازدید از خانه بهداشت فعالیتهای بهداشت روان را نیز مورد ارزیابی قرار میدهد؟
		۷- چند قلم از داروهای بهداشت روان در مرکز موجود است؟
		خوب (۱۱) متوسط (۸) ضعیف (۵) (۱۳) (۱۱) (۷)
جمع امتیاز		
کمبودها ذکر شود		
		خوب (۱۰) (۱۳)

وضعیت برحسب نمره :	متوسط (۶-۹) ضعیف (۰-۵)
-----------------------	------------------------------

مرکز بهداشت استان _____
مرکز بهداشت شهرستان _____
ارزیابی فعالیتهای مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش
برنامه بهداشت روانی
فرم شماره ۳
نام مرکز بهداشتی، درمانی نام و سمت بازدیدکنندگان
جمعیت تحت پوششش تاریخ بازدید _____

بله	خیر	
		۱- بهورز در زمینه اجرای برنامه بهداشت روان آموزش دیده اند؟
متوسط	ضعیف	خوب
		۲- اطلاعات بهورز در زمینه بهداشت روان چگونه است؟
بله	خیر	
		۳- فرمهای ارجاع تکمیل شده (فوری - غیرفوری) جهت بیماران در خانه موجود است؟
		۴- تعداد برگهای ارجاع با تعداد کل دفعات ارجاع مطابقت دارد؟
		۵- فرم پیگیری بیماری (۱۵/۱۶) جهت بیماران روانی در پرونده خانوار آنها موجود است؟
		۶- پیگیری بیماران روانی بطور منظم انجام میگیرد؟
		۷- بهورزان به امر آموزش بهداشت روانی خانوادهها توجه دارند؟
		۸- فرم گزارش ماهانه بیماریهای غیرواگیر (در مقیاس بزرگ) بر روی خانه بهداشت نصب شده است؟
		۹- آمار بیماران روانی بطور روزانه در فرم گزارش ماهانه بیماریهای غیرواگیر ثبت میشود؟

		۱۰ - نسبت بیماران روانی شدید، مصروع و عقبمانده ذهنی شناسایی شده به جمعیت تحت پوشش چقدر است؟
		تعداد بیماران مصروع شناسایی شده تعداد بیماران روانی شناسایی شده
		تعداد بیماران مصروع شناسایی شده تعداد بیماران روانی شناسایی شده
		$\frac{\text{مجموع بیماران شدید روانی مصروع، عقب مانده ذهنی جمعیت تحت پوشش}}{\times 1000} = \text{---} \times 1000 = \text{---}$
		خوب (۷-۸) در متوسط (۲-۶) در ضعیف (۰-۴) در (هزار) (هزار) (هزار)
		$\frac{\text{بیماران خفیف روانی جمعیت تحت پوشش}}{\times 1000} = \text{---} = \text{---}$
	امتیاز:	
		نسبت مجموع بیماران روانی شدید، صرع و عقبمانده ذهنی که توسط بهورز ارجاع شده‌اند به تعداد موارد شناسایی شده است؟
		بیماران مصروع ارجاع شده تعداد بیماران روانی شدید ارجاع شده عقب مانده ذهنی ارجاع شده
		$\frac{\text{مجموع بیماران روانی شدید، مصروع، عقب مانده ذهنی ارجاع شده}}{\text{مجموع بیماران روانی شدید، مصروع و مانده عقب مانده ذهنی شناسایی شده}} \times 100 = \text{---} = \text{---}$
		خوب (۷۵-۷۶) متوسط (۷۴-۷۵) ضعیف (۰-۵۹) (۹۰) (۶۰)
مجموع امتیاز		
	وضعیت برحسب نمره: خوب (۱۱-) (۴) متوسط (۷-۱۰) ضعیف (۰-) (۶)	

«دستورالعمل تکمیل فرم گزارش ماهانه پیگیری بیماریهای غیرواگیر»

فرم مزبور از سری فرمهای گزارشات ماهانه خانه بهداشت و مرکز بهداشتی، درمانی شهری و روستایی میباشد که پس از اجرای طرحهای کشوری پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر تکمیل و به مراکز بالاتر ارسال میشود.

در حال حاضر این فرم صرفاً مربوط به مناطقی است که برنامه بهداشت روانی و کنترل و پیشگیری فشارخون و دیابت در آنها به مورد اجراء درآمده است. لذا در آینده پس از اینکه طرحهایی از قبیل پیشگیری اطلاعات مربوطه در همین فرم و پس از افزودن به ستون گروه بیماری ثبت خواهند شد. لازم است فرم در مقیاس بزرگتر در کنار ——— حیاتی و مابقی فرمهای گزارش ماهانه بر روی دیوارخانه بهداشت نصب و به روش چوب خطی ثبت و در پایان ماه پس از جمع‌بندی به مرکز بهداشتی، درمانی روستایی ارسال گردد. قبل از آنکه به نحوه تکمیل فرم بپردازیم توضیحات زیر را ضروری میدانیم:

۱ در فرم پیگیری بیماریها، در قسمت مربوط به نوع بیماری، می‌بایست بیماران روانی به تفکیک روانی شدید، روانی خفیف، صرع و عقبماندگی ذهنی و سایر موارد^۱ و پس از شناسایی بهورز و تأیید پزشک مرکز مشخص گردد. بدیهی است این فرم در پرونده خانوار نگهداری خواهد شد.

۲ کلیه اطلاعات مندرج در این فرم به استثنای دو ستون آخر (ارجاع به مراکز تخصصی و موارد بستری) را میتوان از فرم پیگیری بیماری استخراج نمود.

۳ چنانچه فردی به دو نوع از بیماریهای روانی مبتلا باشد (توأم)، هر دو نوع بیماری در فرم ثبت میشود و با گذاردن ستاره (II) در پائین فرم نوع دوم بیماری ذکر میگردد. برای مثال اگر ۲ مورد بیمار

۱. منظور از سایر موارد، بیماریهای روانی و عصبی است که تشخیص آن به اسناد ——— پزشک معالج در چهار گروه دیگر نمی‌گنجد
لکنت زبان، بارکسیسون و

به بیماری صرع و همچنین به عقبماندگی ذهنی مبتلا باشد. ۲ مورد صرع و ۲ مورد عقبماندگی ذهنی شمارش و در صورت گذاردن ستاره بر روی کلمه صرع در پائین فرم توضیح داده شود که ۲ مورد از بیماران صرعی به عقبماندگی ذهنی نیز مبتلا هستند. تکمیل فرم به شرح زیر است:

۱- در گوشه سمت راست و چپ بالای این فرم نام خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی متبوع آن خانه و در صورت تکمیل فرم در مراکز بهداشتی، درمانی شهری نام مرکز مذکور نوشته شود.

۲- در وسط فرم نام استان و شهرستان متبوع و در زیر آن ماه و سال گزارش نوشته شود.

۳- موارد تحت درمان: آن تعداد از بیماران که در این ماه تحت درمان بوده اند، این قسمت برحسب مورد به سه گروه تقسیم می شوند:

الف/ جدید: بیمارانی هستند که برای اولین بار به منظور درمان این بیماری مراجعه کرده باشد. در این قسمت تعداد نفراتی که در طول ماه بعنوان بیمار مراجعه کردند منظور می شود نه تعداد دفعات مراجعه آنها، مثلاً اگر بیماری برای اولین بار در این ماه مراجعه کرده است و دوبار دیگر نیز برای همین بیماری مراجعه کرده باشد یک مورد گزارش می شود و در ماه ها و سالها بعد مورد، عود و یا تکراری محسوب خواهد شد. این ستون به گروه های سنی تقسیم شده که به تفکیک مرد و زن برحسب ابتلاء به هر کدام از بیماریها مشخص می شوند.

ب/ عود: به مواردی گفته می شود که قبلاً برای درمان این بیماری مراجعاتی داشته و پزشک مرکز تأیید نموده که بهبودی نسبی حاصل شده بطوریکه نیاز به مصرف دارو و مراجعه مجدد نمی باشد. اما بعد از مدتی مجدداً بعلت برگشت تدریجی یا ناگهانی اکثر علائم قبلی مراجعه نمایند، این ستون نیز به دو قسمت مرد و زن تفکیک می گردد.

ج/ تکراری: بیماری است که قبلاً برای درمان این بیماری تحت عنوان جدید یا عود به خانه بهداشت مراجعاتی داشته است و در این ماه نیز مراجعه اش ادامه داشته است. مثلاً اگر فردی که بیمار جدید نیست ————— فشارخون در هان ماه سه بار مراجعه نموده در

حاسبه یکبار شمارش خواهد شد. پس ستون به دو قسمت مرد و زن تفکیک می‌گردد.

۴- موارد تحت مراقبت: آن گروه از بیماران را شامل می‌گردد که با توجه به عدم وجود علائم و بهبودی نیاز به درمان دارویی ندارند ولی به منظور جلوگیری از بازگشت بیماری می‌بایست تحت کنترل قرار گیرند. مراقبت در مورد بیمار روانی شدید، عقبماندگی ذهنی یکبار در ماه خواهد بود. در خصوص مابقی بیماریها طبق دستورالعمل‌های مربوط به هر بیماری عمل شود.

در مواردی چون عقبماندگی ذهنی که بهبودی مفهوم ندارد منظور از مراقبت توجه به وضعیت فرد و ارائه آموزشهای لازم به اطرافیان طبق متون آموزشی است.

۵- موارد قطع پیگیری بدلیل: چنانچه بیمار به هر دلیلی از جمله بهبودی، فوت، مهاجرت ... پیگیری نشده باشد، برحسب مورد در ستون مربوطه شمارش خواهد شد. به دلیل عدم امکان بهبودی در بیمارانی چون عقبماندگی ذهنی کلمه بهبودی معنی و مفهومی نداشته و لذا قسمت فوق با خط تیره (-) مشخص خواهد شد.

۶- ارجاع: پس از ارجاع بیمار از سوی مراکز بهداشتی، درمانی به پلی‌کلینیک تخصصی و بازگشت بیمار از مرکز فوق و حصول اطمینان خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری از مراجعه بیمار به پلی‌کلینیک تخصصی یا بستری، دو ستون مربوطه تکمیل شود.

منظور از حصول اطمینان این است که علاوه بر بازگرداندن قسمت تحتانی فرم ارجاع، کسب اطلاع شفاهی مشروط بر اطمینان نیز کفایت می‌کند.

۷- در سمت راست پائین جدول جمعیت تحت پوشش در مناطق روستایی، تعداد افرادی است که براساس آمارگیری اول سال در محدوده آن واحد بهداشتی زندگی می‌کنند و در مناطق شهری جمعیت واقعی تحت پوشش مرکز براساس آخرین سرشماری است.

۸- نام و نام خانوادگی و امضاء تکمیل کننده فرم و تاریخ ارسال گزارش در سمت چپ پائین فرم ثبت می‌شود.

۹- خانه های بهداشت — — — فرم گزارش ماهانه پیگیری بیماریهای غیرحاجز را حداکثر تا تاریخ سوم ماه بعد به مراکز بهداشتی، درمانی تابعه ارسال نمایند.

۱۰- مرکز بهداشتی درمانی روستایی فعال در برنامه، کلیه آمارهای رسیده از خانه بهداشت تابعه خود را کنترل و در صورت صحت، بدون هیچگونه تغییری حداکثر تا پنجم آن ماه به مرکز بهداشت شهرستان گزارش نماید. در

صورت وجود نقص در آمار ارسالی از خانه بهداشت، مأمور و کاردان مرکز بهداشتی، درمانی مربوطه باید فوراً در محل خانه بهداشت موضوع را بررسی کرده و آمار صحیح را ثبت نماید. لازم به یادآوری است که اینگونه مراکز نیازی به ادغام و استخراج و ارائه گزارشات در یک فرم ندارند.

۱۱- مرکز بهداشت استان موظف است گزارشات رسیده را کنترل و در فرم مشابه استخراج نموده و حداکثر تا تاریخ دوازدهم ماه به مرکز بهداشت استان ارسال دارد.

۱۲- مرکز بهداشت استان موظف است آمارهای ارسالی از مرکز بهداشت شهرستان را کنترل و در فرم مشابه استخراج نموده و حداکثر تا بیستم آن ماه به اداره کل مبارزه با بیماریهای غیرواگیر ارسال نماید.

توضیحات مهم:

۱- این فرم صرفاً مربوط به بیماریهای روانی ازدیاد فشار خون و دیابت مناطقی می‌باشد که برنامه‌های بهداشت روانی، کنترل و پیشگیری بیماری‌های افزایش فشارخون و دیابت در آن به مورد اجراء درآمده است. ارسال فرم گزارش ماهانه موارد بیماری و گزارش ماهانه پیگیری بیماری‌ها برای سایر بیماری‌ها در اینگونه مناطق و همچنین در سایر مناطق که طرحهای غیرواگیر اجراء نگردیده کما فی‌السابق انجام خواهد شد.

۲- مراکز بهداشتی درمانی شهری - روستایی که طرحهای غیرواگیر در مناطق تحت پوشش آن مرکز به مورد اجراء گذاشته شده است، باید گزارشات هر ماه خود را به صورت دو گزارش مستقل «گزارش فعالیتهای شهری» و «گزارش فعالیتهای روستایی» به مرکز بهداشت شهرستان ارسال نمایند. روستاهای حاشیه شهر اگر تحت پوشش خانه بهداشت و یا بطور مستقیم تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی می‌باشد جزء جمعیت روستایی و چنانچه مستقیماً تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری هستند جزء جمعیت شهری محسوب خواهند شد.

۳- _____ چنانچه در مرکز بهداشتی درمانی مستقر شده باشند و طرحهای غیرواگیر در جمعیت‌های تحت پوشش اینگونه _____ مورد اجراء درآمده باشند، می‌بایست گزارش خود را تا سوم ماه بعد به مرکز بهداشتی درمانی ارائه نمایند تا از آن طریق همراه با گزارش خانه بهداشت به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد و چنانچه هنوز مستقیماً تحت نظر مرکز بهداشت

می‌باشد حداکثر تا پنج ماه بعد گزارش را به مرکز
بهداشت شهرستان ارائه نمایند.
۴- آمار فعالیتهای روستایی، شهری و تیم سیار
ضروری است به تفکیک به اداره کل مبارزه با
بیماریهای غیرواگیر ارسال گردد.

«فرم ثبت اختلالات روانپزشکی در مناطق روستایی»

سال

نام دانشگاه علوم پزشکی

ماه

نام شهرستان

نام مرکز بهداشتی درمانی روستایی

نام خانه بهداشت

تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی

تعداد خانه های بهداشت

نوع بیماری		جنس	موارد تحت درمان															تحت مراقبت	دلایل قطع پیگیری				ارجاع	
			تکراری	عود	جدید																			
					کمتر از یکسال	۱-۴ سال	۵-۱۴ سال	۱۵-۲۴ سال	۲۵-۳۴ سال	۳۵-۴۴ سال	۴۵-۵۴ سال	۵۵-۶۴ سال	۶۵ سال و بالاتر	جمع						بهبود	فوت	سایر دلایل	مرکز تخصصی	بستری
روانی شدید	مرد																							
	زن																							
روانی خفیف	مرد																							
	زن																							
صرع	مرد																							
	زن																							
عقب ماندگی ذهنی	مرد																							
	زن																							
سایر موارد	مرد																							
	زن																							
جمعیت تحت پوشش روستایی	مرد																							
	زن																							

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

تاریخ:

«فرم ثبت اختلالات روانپزشکی در مناطق شهری»

تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری

نام دانشگاه علوم پزشکی

سال

نام شهرستان

ماه

نام مرکز بهداشتی درمانی شهری

ارجاع		دلایل قطع پیگیری			تحت مراقبت	موارد تحت درمان											جنس	نوع بیماری		
						تکراری	عود	جدید												
								جمع	۶۵ سال و بالاتر	۵۵ - ۶۴ سال	۴۵ - ۵۴ سال	۳۵ - ۴۴ سال	۲۵ - ۳۴ سال	۱۵ - ۲۴ سال	۵-۱۴ سال	۱-۴ سال			کمتر از یکسال	
بستری	مرکز تخصصی	سایر دلایل	فوت	بهبود													مرد	روانی شدید		
																	زن			
																	مرد	روانی خفیف		
																	زن			
																	مرد	صرع		
																	زن			
																	مرد	عقب ماندگی ذهنی		
																	زن			
																	مرد	سایر موارد		
																	زن			
																	مرد	جمعیت تحت پوشش روستایی		
																	زن			

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

تاریخ: