

آشنایی با روشهای ارتقای کیفی مراقبت در حوزه سلامت روانی و اجتماعی

**مباحث آموزشی مربوط به حوزه اعتیاد و سلامت اجتماعی (بدرفتاری با همسر – بدرفتاری با کودک)
ویژه پزشکان و کارشناسان سلامت روانی و اجتماعی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه**

تهیه و گردآوری : ثریا حمیدی رزی

کارشناس سلامت اجتماعی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

مقدمه

اختلالات روانی به عنوان یکی از چالشهای اساسی نظام سلامت در جوامع مختلف، به طور فزایندهای مورد توجه قرار گرفته است. با افزایش فشارهای زندگی روزمره، تغییرات اجتماعی و فرهنگی، و بحرانهای اقتصادی، و اپیدمی کووید ۱۹ مبتلایان به این اختلالات، به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. بار اختلالات روانپزشکی چه در ایران و چه در جهان قابل توجه است. این اختلالات شیوع بالایی داشته و با ناتوانی و حتی مرگ می‌توانند همراه باشند.

سازمان جهانی بهداشت برآورد می‌کند که یک نفر از هر چهار نفر در طول زندگی به یکی از اختلالات روانپزشکی مبتلا می‌شود و شیوع این اختلالات بعد از اپیدمی کووید ۱۹- به میزان ۲۵ درصد افزایش یافته است و این امر هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم قابل ملاحظه‌ای را بر جامعه تحمیل کرده است. دانش عمومی و همچنین دانش و مهارت کارکنان بهداشتی در زمینه مشکلات روانی کافی نیست و ابتلا به این اختلالات با انگ و انزوا همراه است. علاوه بر این، سلامت روان معادل نبود اختلال روانی نیست و بسیاری از پدیده‌ها مانند سبک زندگی سالم، کیفیت زندگی با شادمانی و سلامت روان ارتباط تنگاتنگ دارند. طبق نتایج دومین پیمایش ملی سلامت روان کشور، که یازده سال پس از اولین پیمایش (سال ۱۳۹۰) در سال ۱۴۰۰ به اجرا درآمد، وضعیت سلامت روان کشور به شرح ذیل مشخص گردید:

- بر اساس پیمایش ملی سلامت روان، شیوع ابتلا به یک یا چند اختلال روانپزشکی در طول ۱۲ ماه گذشته قبل از مطالعه در افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور، ۲۵/۱ درصد می‌باشد. این رقم در زنان ۲۵/۷ درصد و در مردان ۲۴/۵ درصد است. شایعترین گروه اختلالات روانپزشکی، به ترتیب اختلالات خلقی ۱۶ درصد و اضطرابی ۱۳/۷ درصد است.
- شایعترین اختلال روانپزشکی، اختلال افسردگی اساسی بوده است که شیوع آن در ۱۲ ماه گذشته، در کل نمونه ۱۳/۷ درصد بوده و در زنان ۱۶/۱ درصد و در مردان ۱۱/۶ درصد می‌باشد. پس از آن، اختلال اضطراب منتشر با ۵/۶ درصد و اختلال وسواسی جبری با ۳/۷ درصد شیوع بالاتری داشته‌اند.
- شیوع اختلالات مصرف مواد غیرقانونی در ۱۲ ماه گذشته قبل از مطالعه ۲/۵ درصد و اختلالات مصرف الکل ۱/۹ درصد می‌باشد و در هر دو گروه، شیوع در مردان به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر از زنان بوده است. پس از الکل، شایعترین نوع اختلال مصرف، مربوط به اختلالات مصرف مواد اپیوئیدی با ۱/۸ درصد است.
- طبق مطالعه اخیر مصرف حداقل یک بار الکل در یک سال گذشته قبل از تحقیق، در مورد الکل در ۱۲/۳ درصد (۲۰/۴ درصد مردان و ۳/۲ درصد زنان)، در مورد مواد اپیوئیدی ۶/۴ درصد (۱۰/۹ درصد مردان و ۱/۴ درصد زنان)، حشیش ۱/۳ درصد (۲/۴ درصد مردان و ۲ درصد زنان)، و مواد محرک ۰/۵ درصد (۰/۹ درصد مردان و ۰/۱ درصد زنان) گزارش شد.
- مصرف هر گونه ماده اعتیادآور " در ۱۲ ماه گذشته قبل از مطالعه از فهرست فوق (بعلاوه مواد استروئیدی و استنشاقی، و هم‌چنین بدون سیگار و قلیان و داروهای حاوی کدئین)، ۱۷/۳ درصد (۲۹/۰ درصد مردان و ۴/۵ درصد زنان) گزارش شد. شایعترین این مواد مصرفی، چه در مردان و چه در زنان، در درجه اول الکل و بعد تریاک بوده است.

- "احساس نیاز" برای مراجعه برای مشکل اعصاب و روان در ۱۲ ماه گذشته قبل از مطالعه توسط ۲۷/۷ درصد از کل پاسخگویان ذکر شد که ۲۷ درصد برای مشکلات روانی (غیر از اعتیاد و مصرف مواد و الکل) و ۱/۶ درصد برای مشکلات مرتبط با اعتیاد و مصرف مواد و الکل بوده است.

- احساس نیاز برای مراجعه به مراکز درمانی در ۱۲ ماه گذشته قبل از مطالعه در افرادی که دچار اختلال روانپزشکی هستند ۶۲/۵ درصد بود. یعنی بیش از یک سوم بیماران روانپزشکی نیازی برای مراجعه احساس نمی کنند. ۳۵/۷ درصد از بیماران روانپزشکی از "خدمات بهداشتی-درمانی" در ۱۲ ماه قبل از مصاحبه بهره مند شده اند و ۶۴/۳ درصد خدمتی دریافت نکرده اند (نیاز پاسخ داده نشده).

- بیماران پسیکوتیک بیشترین میزان استفاده از این خدمات (۶۴/۳ درصد) و کمترین، متعلق به اختلالات مصرف مواد یا الکل ۹/۹ درصد بوده است. این میزان در بین بیماران خلقی و اضطرابی به ترتیب ۴۰/۷ و ۳۶/۷ درصد می باشد. شایعترین عوامل مرتبط با عدم مراجعه، عوامل نگرشی و پس از آن عوامل مرتبط با هزینه بودند.

نتیجه دومین پیمایش ملی سلامت روان کشور نشان داد که از هر چهار نفر، یک نفر حداقل به یک اختلال روانپزشکی بررسی شده در این مطالعه مبتلاست. شیوع اختلالات روانپزشکی در این مطالعه نسبت به پیمایش ملی سلامت روان سال ۱۳۹۰ که با روشی مشابه انجام شده بود، افزایش مختصری را نشان می دهد که عمدتاً به دلیل افزایش اختلالات در مردان می باشد. افزایش اختلالات روانپزشکی در مردان، عمدتاً به دنبال اختلالات افسردگی و اختلالات مصرف الکل رخ داده است. این افزایش می تواند به علت عوارض ناشی از اپیدمی کووید ۱۹، مشکلات ناشی از تحریم و یا حوادث طبیعی مانند سیل و زلزله های سالهای گذشته در کشورمان باشد و یا به دلیل سیر طبیعی افزایش اختلالات روانپزشکی همراه با توسعه که در بسیاری از کشورهای جهان گزارش شده باشد.

نظام مراقبتهای اولیه سلامت زیرمجموعه ای از نظام سلامت است که مجموعه گسترده ای از خدمات آموزش سلامت، پیشگیری اولیه، غربالگری، ارزیابی، تشخیص و درمان بیماریها را از طریق جایگاههای سرپایی به افرادی که به صورت خودارجاع به مرکز ارایه خدمات مراجعه نموده اند ارایه می نماید. تمرکز اصلی خدمات در نظام مراقبتهای اولیه سلامت ارایه خدمات آموزش و ارتقای سلامت و پیشگیری اولیه است، اما در کنار آن تشخیص و درمان بیماریهای رایج که نیاز به درمانهای تخصصی ندارند نیز در نظام مراقبتهای اولیه سلامت ارایه می گردد. پزشکان عمومی و کارشناسان سلامت روان در نظام ارائه خدمات سلامت جایگاه ویژه ای دارند. توانمندی سازی این دو گروه می تواند بار ناشی از اختلالات روانپزشکی را کاهش می دهد.

نقش پزشک و کارشناس سلامت روان در برنامه تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات، الکل و

مواد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

بر اساس پنجمین ویرایش طبقه بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5، اختلال مصرف مواد به صورت یک الگوی مشکل آفرین مصرف مواد منجر به نقص یا زجر قابل توجه بالینی، تعریف میشود که با تغییرات رفتاری و فیزیولوژیک همچون نقص در کنترل مصرف، افت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر و وابستگی فیزیولوژیکی در طول ی دوره ۱۲ ماهه مشخص می گردد.

براساس اسناد سازمان جهانی بهداشت، هدف از ادغام خدمات اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، این است که جمعیت عمومی، افراد در معرض خطر و یا بیماران مبتلا به اختلالات مصرف از طریق مراقبت های بهداشتی اولیه به عنوان خط اول ارایه مراقبتها، دسترسی عادلانه، زودهنگام، مؤثر و هماهنگ شده به خدمات مورد نیاز و مبتنی بر شواهد شامل آموزش، پیشگیری، شناسایی، ارزیابی، ارجاع به درمان و پیگیری پیدا کنند.

هدف کلی از ارائه خدمات اختلالات مصرف مواد در نظام شب ه به صورت ادغام یافته با خدمات سلامت روانی، اجتماعی و سایر مراقبتهای جسمی، کاهش بار اختلالات مرتبط با مصرف مواد دخانی، الکل ، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد دیگر از طریق ارتقای دسترسی و پوشش مراقبتهای استاندارد اختلالات مصرف مواد در زمینه پیشگیری اولیه، غربالگری، شناسایی، مداخله زودرس، ارجاع به درمان، کاهش آسیب، پیگیری و آموزش جمعیت های هدف است. از اهداف اختصاص برنامه می توان به کاهش بار اختلالات مرتبط با مصرف مواد دخانی، الکل ، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد دیگر از طریق توانمندسازی افراد در زمینه خودمراقبتی، ارتقای سواد سلامت در زمینه اختلالات مصرف مواد و درک و پذیرش آن به عنوان یک بیماری قابل پیشگیری و درمان- پذیر و ... اشاره کرد.

سطح بندی مراقبتهای اولیه بهداشتی

به منظور داشتن مداخلات مؤثر و مقرون به صرفه به اختلالات مصرف مواد یک نظام سطح بندی شده ارایه خدمات پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد مورد نیاز است:

الف) سطح یک_ مراقبتهای بهداشت اولیه: این سطح، نخستین نقطه تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام بهداشتی کشور است مراقبتهای بهداشت اولیه در این سطح ارائه می شوند در ضمن در همین جاست که بیماران نیازمند به خدمات تخصصی تر، به سطوح بالاتر مراقبت ارجاع میشوند. در سطح یک تیم سلامت متشکل از بهورز/کارشناس مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان و پزشک مسئول ارایه مراقبتهای اختلالات مصرف مواد شامل آموزشهای پیشگیرانه، فرزندپروری، مهارتهای زندگی، غربالگری اولیه و تکمیلی، مداخله مختصر و ارجاع ارایه می شود جایگاه های ارایه مراقبت در سطح یک عبارتند از:

- خانه بهداشت در روستای اصلی و قمر
- پایگاه بهداشت در شهرها

ب) سطح دو_ کاهش آسیب، درمان و بازتوان سرپایی: سطح سرپایی گستره‌های از خدمات از مداخلات کاهش آسیب تا خدمات تخصصی روانپزشکی را در برمی گیرد در این سطح ارزیابی و درمان اختصاصی/تخصصی سرپایی به صورت برنامه ریزی شده و هماهنگ ارایه میشود این مداخلات شام ارزیابی جامع، مداخلات روانشناختی ساختاریافته و مداخلات دارویی با هدف بازگیری با حمایت طبی یا درمان نگهدارنده، پیشگیری از عود، تشخیص و درمان همبودیهای روانپزشکی و ارجاع متناسب به سایر سطوح و خدمات میشود.

ج) سطح سه _ درمان و بازتوان اقامت و بستری: سنگ بنای مراقبتهای اختصاصی و تخصصی کاهش آسیب، درمان و بازتوانی اختلالات مصرف مواد جایگاههای سرپای هستند بر این اساس به صورت اولیه درمان اقامتی یا بستری برای افراد درگیر اعتیاد نباید توصیه شود. اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است و درمان آن صرفاً از طریق یک برنامه درمان سرپایی ساختاریافته و طولانی مدت امکان پذیراست. درمان اقامتی و بستری صرفاً باید برای کسانی در نظر گرفته شود که در درمان سرپایی دچار شکستهای مکرر شده اند، محیط بهبودی حمایت کننده ندارند، از مشکلات خانوادگی و فقدان حمایت اجتماعی شدید رنج میبرند و یا مشکلات همبود طبی یا روانپزشکی شدید دارند. سطح سه شام دو زیرسطح کلی است: درمان و بازتوانی اقامتی و درمان بستری.

نظام ارجاع و پیگیری

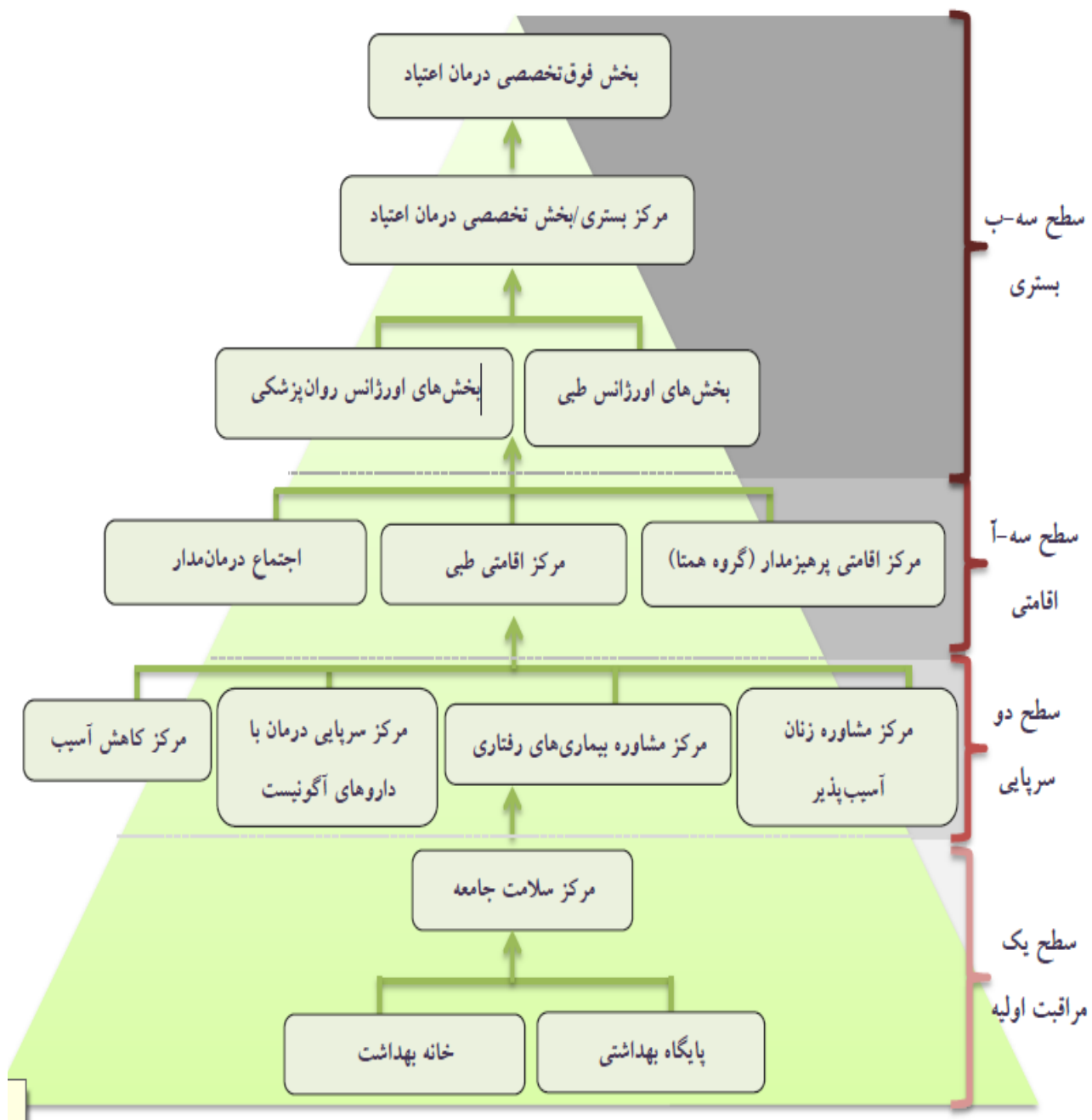
نظام ارجاع یکی از اجزای بنیادین و ضروری ی نظام سطح بندی شده ارایه خدمات اختلالات مصرف مواد است این نظام باید راهی دو سویه برای تبادل اطلاعات و بازگرداندن بیماران به افرادی باشد که آنها را ارجاع کرده اند تا بتوان پیگیری لازم را انجام داد این کار باعث تضمین تداوم مراقبتها شده و به مشتریان درونی سیستم، احساس آرامش می بخشد. شکل ۲-۳ مراکز و جایگاههای ارایه خدمات اختلالات مصرف مواد ذیل هر یک از سطوح ارایه مراقبت را نشان میدهد.

پیگیری نیز یکی از اجزای مهم ارایه مراقبت در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه می باشد. هدف از پیگیری ارتقای پایبندی مراجعان به توصیه های بهداشتی و درمانی ارایه شده به آنها توسط کارکنان تیم سلامت است. پایش بیمار باید ساختاریافته باشد و باید با استفاده از غربالگری تکمیلی در پیگیری سه ماهه انجام شود. پرسشهای غربالگری تکمیلی ابعاد مختلف تأثیرات مصرف مواد مختلف در ایجاد اجبار برای مصرف، اُفت عملکرد در حوزه های سلامتی، مالی، اجتماعی و قانونی، ابراز نگرانی دیگران درباره مصرف، اقدامات ناموفق در ترک و ... را مورد سنجش قرار میدهد.

پزشک باید پس از ارزیابی تشخیصی نتیجه معاینه خود را به کارشناس سلامت روان و کارشناس مراقبت سلامت/ بهورز پسخوراند دهد. به صورت مشابه، در فرآیند غربالگری تکمیلی یا شناسایی افراد مصرف کننده مواد از مسیرهای دیگر، کارشناس سلامت روان باید نتیجه ارزیابی خود را به کارشناس مراقبت سلامت/ بهورز پسخوراند دهد. در صورت مثبت بودن غربالگری اولیه کارشناس مراقب سلامت/ بهورز مراجع را برای غربالگری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع و مراجعه و سیر مراقبتهای او را در فواصل ۱ هفته، ۱، ۳، ۶ و ۱۲ ماه پیگیری می نماید. در صورتی که متعاقب غربالگری تکمیل فرد مصرف مخاطره آمیز/ آسیب رسان یا وابستگی به مواد داشته باشد، در فواصل زمانی ۳ ماهه پیگیری میشود در

صورتی که فرد در دو ارزیابی پیاپی سه ماهه در دامنه خطر پایین قرار داشته باشد، پیگیری بعدی ۶ ماه بعد انجام خواهد شد.

شکل ۲-۳- مراکز ارایه مراقبت‌های اختلالات مرتبط با مواد



غربالگری اولیه ، غربالگری تکمیلی ، مداخلات روانشناختی و ثبت بیماری مرتبط با مصرف مواد، الکل و

دخانیات در نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی

غربالگری اولیه (سریع) درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد در مراقبتهای معمول توسط کارشناس مراقب سلامت/ بهورز هنگام تشکیل پرونده و سپس در دوره های زمانی ۳ ساله برای به روز رسانی پرونده الکترونیک سلامت فرد و در زنان باردار هر سه ماه یک بار اجرا میشود. علاوه بر این کلیه کارکنان تیم سلامت شامل پزشک باید در صورت شک به مصرف مواد در حین ارایه مراقبت های دیگر به صورت فرصت طلبانه غربالگری اولیه را انجام داده و در صورت مثبت شدن فرد را برای غربالگری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهند. نقش پزشک در ارتباط با فعالیت غربالگری اولیه ارایه آموزش و حمایت از کارکنان تیم سلامت به منظور اجرای بهتر این فعالیت و اجرای آن به صورت فرصت طلبانه در میان مراجعان می شود. غربالگری تکمیلی برای تمام مواد (به جز الکل) با استفاده از آزمون غربالگری درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد توسط کارشناس سلامت روان انجام میشود این آزمون از ۸ پرسش تشکیل شده است که به تفکیک برای گروههای مختلف مواد پرسیده میشود خطر متوسط و خطر بالا در غربالگری تکمیلی به ترتیب پیش بینی کننده تشخیصهای مصرف آسیب رسان و سندرم وابستگی در طبقه بندی بین المللی بیماریها ICD-10 هستند. بسته به نوع ارزیابی، مداخلاتی نظیر مداخلات مختصر روانشناختی و درمان شناختی رفتاری مختصر برای افراد درگیر با مصرف مواد و دخانیات و الکل انجام می شود. در دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت در سال ۱۴۰۴، شاخص مورد ارزیابی دانشگاههای علوم پزشکی در زمینه غربال اولیه، شناسایی موارد مثبت و غربال تکمیلی به شرح ذیل است:

درصد شناسایی موارد مثبت غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات (توسط کارشناس مراقب/بهورز)

شاخص مورد انتظار : حداقل ۷ درصد از جمعیت غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات

درصد افراد مصرف کننده مواد، الکل و دخانیات(موارد شناسایی شده از طریق غربالگری تکمیلی) ، که تحت پوشش مداخله روانشناختی قرارگرفته اند (توسط کارشناس سلامت روان)

شاخص مورد انتظار : ۹۰ درصد موارد شناسایی شده در غربالگری تکمیلی

تشخیص اختلالات مرتبط با مواد و الکل توسط پزشک: تشخیص اختلالات روانپزشکی شامل اختلالات مرتبط با مواد در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه توسط پزشک انجام می پذیرد، لذا لازم است پزشکان شاغل در سیستم مراقبتهای اولیه با ملاکهای تشخیصی اختلالات مصرف مواد خصوصا موارد شایع و مهم آشنا باشند در بسته تخصصی ویژه پزشکان ملاکهای عمومی تشخیص اختلالات مرتبط با مواد آورده شده و پس از آن در بخش مراقبتهای اختصاصی هر یک از مواد ملاکهای تشخیصی اختصاصی برای اختلالات مهم مورد بحث قرار میگیرد. در پنجمین نسخه کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی، در طبقه اختلالات مرتبط با مواد تشخیصهای سوءمصرف و وابستگی حذف و یک تشخیص اختلال مصرف مواد جایگزین شده است علاوه بر این، برای اولین بار علاوه بر اختلالات مرتبط با مواد، اختلال قمار نیز وارد شده است.

اختلالات مرتبط با مواد در پنجمین ویرایش طبقه بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی یا DSM-5 به دو دسته کلی تقسیم بندی می شود:

- **اختلالات مصرف مواد**

- **اختلالات القاء شده توسط مواد (مسمومیت، محرومیت و سایر اختلالات روانی القاء شده با مواد/داروها)**

در دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت، شاخص مورد ارزیابی پزشکان شاغل در نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی در زمینه تشخیص اختلالات مرتبط با مصرف الکل و مواد به شرح ذیل است:

تعداد بیماران دریافت کننده خدمات درمان دارویی ترک دخانیات (پزشک)

شاخص مورد انتظار : حداقل 5 درصد افزایش نسبت به سال قبل

نقش پزشک و کارشناس سلامت روان در برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک

برنامه پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک با هدف توانمندسازی کارشناسان و کارکنان مراکز بهداشتی در زمینه شناسایی و پیگیری موارد بدرفتاری با کودک و همچنین توانمند سازی اجتماعی مردم در زمینه اصلاح نگرش و باورها می باشند. همچنین از اهداف دیگر این برنامه تغییر رفتارهای وابسته به خشونت در خانواده های درگیر و به تبع آن، ارتقاء کیفیت زندگی افراد می باشد. گروه هدف این برنامه کلیه کودکان آزار دیده و شاهد خشونت خانگی و والدین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی می باشد. این برنامه به منظور پیشگیری، کاهش و کنترل خشونت فیزیکی و روانی (کودک شاهد خشونت خانگی) در کودکان تدوین و اجرا گردیده است. اهداف کلی و اختصاصی برنامه در کشور عبارت است از:

- ایجاد پوشش مراقبتی برای کودکان مورد بدرفتاری خانگی و شاهد خشونت خانگی، شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه
- کاهش خشونت خانگی مجدد در کودکان مورد بدرفتاری خانگی و شاهد خشونت خانگی، شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضور/ غیر حضوری) پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضور/ غیر حضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد مواردی که جان کودک در خطر است با استفاده از ضوابط موجود قانونی برای حفظ جان کودک اقدام شود و کلیه اقدامات ثبت شود. در دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت، شاخصهای مورد ارزیابی دانشگاههای علوم پزشکی در زمینه برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک به شرح ذیل است:

• درصد غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل

داده اند. (توسط بهورز/مراقب سلامت) : شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪

• درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در آنها مثبت

شده است. (توسط کارشناس سلامت روان/پزشک در مناطق روستایی) : شاخص مورد انتظار ۴۰٪

ارزیابی بدرفتاری با کودک:

بررسی کنید

- ۱- وجود هرگونه خونمردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال
- ۲- وجود کبودی هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون
- ۳- سوختگی هایی شبیه آتش سیگار
- ۴- ضایعاتی شبیه سوختگی با آب جوش
- ۵- علامت گاز گرفتن
- ۶- شکستگی های ماریچی (که با رادیوگرافی قابل مشاهده می باشد)
- ۷- تورم و دررفتگی مفاصل
- ۸- وجود مناطق طلایی در سر ناشی از کشیده شدن موها
- ۹- شکستگی متعدد دنده ها (که با رادیوگرافی قابل مشاهده می باشد)
- ۱۰- بروز هماتوم زیر سخت شامه ناشی از تکان دادن شدید کودک (که تشخیص با سی تی اسکن میسر می باشد)
- ۱۱- اثر ضربات شلاق
- ۱۲- اثر مسموم ساختن
- ۱۳- پارگی لب
- ۱۴- کبودی چشمان
- ۱۵- مشاهده صدمات متعدد در مراحل مختلف بهبود
- ۱۶- وجود صدمات جدی و تهدید کننده حیات مثل ضربات وارده بر جمجمه، عدم هوشیاری و عدم ثبات علائم حیاتی
- ۱۷- کودکان آسیب پذیری (کودکان نارس، ناتوان ذهنی) که برای چندمین بار مراجعه کرده اند
- ۱۸- علامت شک به سوراخ شدگی احشاء توخالی و یا پارگی اعضاء سفت مثل طحال و کبد کودک
- ۱۹- علامت شک به شکستگی های جمجمه (گاه اولین علامت فقط گیجی و منگی جزئی است)
- ۲۰- تاریخچه صدمات تکراری در کودک
- ۲۱- اظهارات خود کودک در مورد بد رفتاری با او
- ۲۲- وجود گزارشات مبهم از سوی والدین و یا سایر افراد خانواده درباره علت آسیب یا اتفاقی قلمداد نمودن آسیب از سوی والدین یا مسئولیت آسیب را بر عهده دیگران انداختن
- ۲۳- تأخیر در رساندن کودک جهت درمان
- ۲۴- عدم همکاری والدین با تیم درمان
- ۲۵- عدم تمایل به دادن اطلاعات

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> وجود هرگونه خونمردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال شکستگی های ماریچی (که با رادیوگرافی قابل مشاهده می باشد) تورم و دررفتگی مفاصل شکستگی متعدد دنده ها (که با رادیوگرافی قابل مشاهده می باشد) هماتوم زیر سخت شامه ناشی از تکان دادن شدید کودک (که تشخیص با سی تی اسکن میسر می باشد) اثر مسموم ساختن پارگی لب کبودی چشم ها وجود صدمات جدی و تهدید کننده حیات مثل ضربات وارده بر جمجمه، عدم هوشیاری و عدم ثبات علائم حیاتی علامت شک به سوراخ شدگی احشاء توخالی و یا پارگی اعضاء سفت مثل طحال و کبد کودک علامت شک به شکستگی های جمجمه (گاه اولین علامت فقط گیجی و منگی جزئی است) 	احتمال بد رفتاری شدید با کودک (کد ۱۹)	<ul style="list-style-type: none"> انجام معاینه بالینی، شروع درمان و تثبیت وضعیت کودک در صورت کفایت درمان و ثبات وضعیت حیاتی کودک ارجاع به کارشناس سلامت روان در صورت عدم کفایت درمان ارجاع به بیمارستان و درخواست پیگیری کودک توسط کارشناس سلامت روان ۲۲ ساعت بعد در صورت وجود خطر جانی کودک تماس با اورژانس اجتماعی و همزمان تماس با پلیس ۱۱۰ و اورژانس ۱۱۵
<ul style="list-style-type: none"> وجود کبودی هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون سوختگی های شبیه آتش سیگار ضایعاتی شبیه سوختگی با آب جوش علامت گاز گرفتن وجود مناطق طلایی در سر ناشی از کشیده شدن موها اثر ضربات شلاق مشاهده صدمات متعدد در مراحل مختلف بهبود کودکان آسیب پذیری (کودکان نارس، ناتوان ذهنی) که برای چندمین بار مراجعه کرده اند تاریخچه صدمات تکراری در کودک اظهارات خود کودک در مورد بد رفتاری با او وجود گزارشات مبهم از سوی والدین و یا سایر افراد خانواده درباره علت آسیب یا اتفاقی قلمداد نمودن آسیب از سوی والدین یا مسئولیت آسیب را بر عهده دیگران انداختن تأخیر در رساندن کودک جهت درمان عدم همکاری والدین با تیم درمان عدم تمایل به دادن اطلاعات 	احتمال بد رفتاری با کودک (کد ۱۹)	<ul style="list-style-type: none"> انجام معاینه بالینی و درمان ارجاع به کارشناس سلامت روان ۲۴ ساعت بعد توسط کارشناس سلامت روان پیگیری شود
هیچ یک از علائم و نشانه ها را ندارد	احتمال بد رفتاری با کودک ندارد	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع والدین به کارشناس سلامت روان برای دریافت آموزش های فرزند پروری، خود مراقبتی و مهارت های زندگی

نقش پزشک و کارشناس سلامت روان در برنامه بهبود روابط در خانواده (پیشگیری از همسرآزاری) در

نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

این برنامه با هدف توانمندسازی کارشناسان و کارکنان مراکز بهداشتی در زمینه شناسایی و پیگیری موارد همسرآزاری و همچنین توانمند سازی اجتماعی مردم در زمینه اصلاح نگرش و باورهای فرهنگی مروج خشونت خانگی می باشند. همچنین از اهداف دیگر این برنامه تغییر رفتارهای وابسته به خشونت در خانواده های درگیر و به تبع آن، ارتقاء کیفیت زندگی افراد می باشد. گروه هدف این برنامه کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که حداقل یک بار ازدواج کرده اند و مرتکبین خشونت در صورت تمایل به شرکت در برنامه هستند. این برنامه به منظور پیشگیری، کاهش و کنترل خشونت فیزیکی در زنان متاهل تدوین و اجرا گردیده است. اهداف کلی و اختصاصی این برنامه در کشور عبارت است از:

- ایجاد و حفظ پوشش مراقبتی برای افراد متأثر از همسر آزاری شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه
 - کاهش خشونت فیزیکی مجدد در افراد متأثر از همسر آزاری شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه
 - صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/ غیرحضوری) برنامه پیشگیری از همسرآزاری شرکت نمایند.
 - صددرصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/ غیر حضوری) برنامه پیشگیری از همسرآزاری شرکت نمایند.
- توجه گردد که وظیفه اصلی پزشکان مراکز بهداشتی در این برنامه آموزش، بیمار یابی فعال، ثبت خشونت اخیر و ارجاع به فرد مسئول است. در دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت، شاخصهای مورد ارزیابی دانشگاههای علوم پزشکی در برنامه بهبود روابط در خانواده به شرح ذیل است:

درصد غربالگری اولیه "اختلال در روابط خانواده" در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند:

شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪

درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه "اختلال در روابط خانواده" آنها مثبت شده است:

شاخص مورد انتظار ۵۰٪

مداخلات اولیه در همسر آزاری

الف. تشکر از بیمار برای آشکارسازی خشونت

ب. پرداخت به وضعیت جسمانی و روانی مراجع: قربانیان خشونت اغلب از صدمات حاد و عواقب کتک خوردن طولانی مدت رنج می برند. پزشک باید برای ارزیابی جسمانی، عاطفی و روانی فرد باید مراحل زیر را رعایت کند:

- ارزیابی اثرات جسمانی و روانی خشونت بر بیمار و معاینه صدمات اخیر و قدیمی
- ثبت دقیق صدمات در پرونده پزشکی و فرم ثبت خشونت
- ارزیابی بارداری و بیماریهای مقاربتی

- ارائه ی آموزش و درمان مناسب
- ارجاع بیمار به سطوح بالاتر در صورت لزوم

ج. ارزیابی خطر

د. آموزش اقدامات محافظت کننده

ه. آموزش شیوه برخورد با مرتکب خشونت

شیوه ارجاع

پزشکان می بایست بیماران شناسایی شده را در مرکز خود به فرد مسئول پیگیری قربانیان خشونت ارجاع دهد و در صورت نیاز قربانی به خدمات تخصصی درمانی، مشاوره ای، مداخله در بحران و آموزشی، وی را طبق دستورالعمل نظام شبکه ارجاع فوری یا غیر فوری دهد.

منابع حمایتی

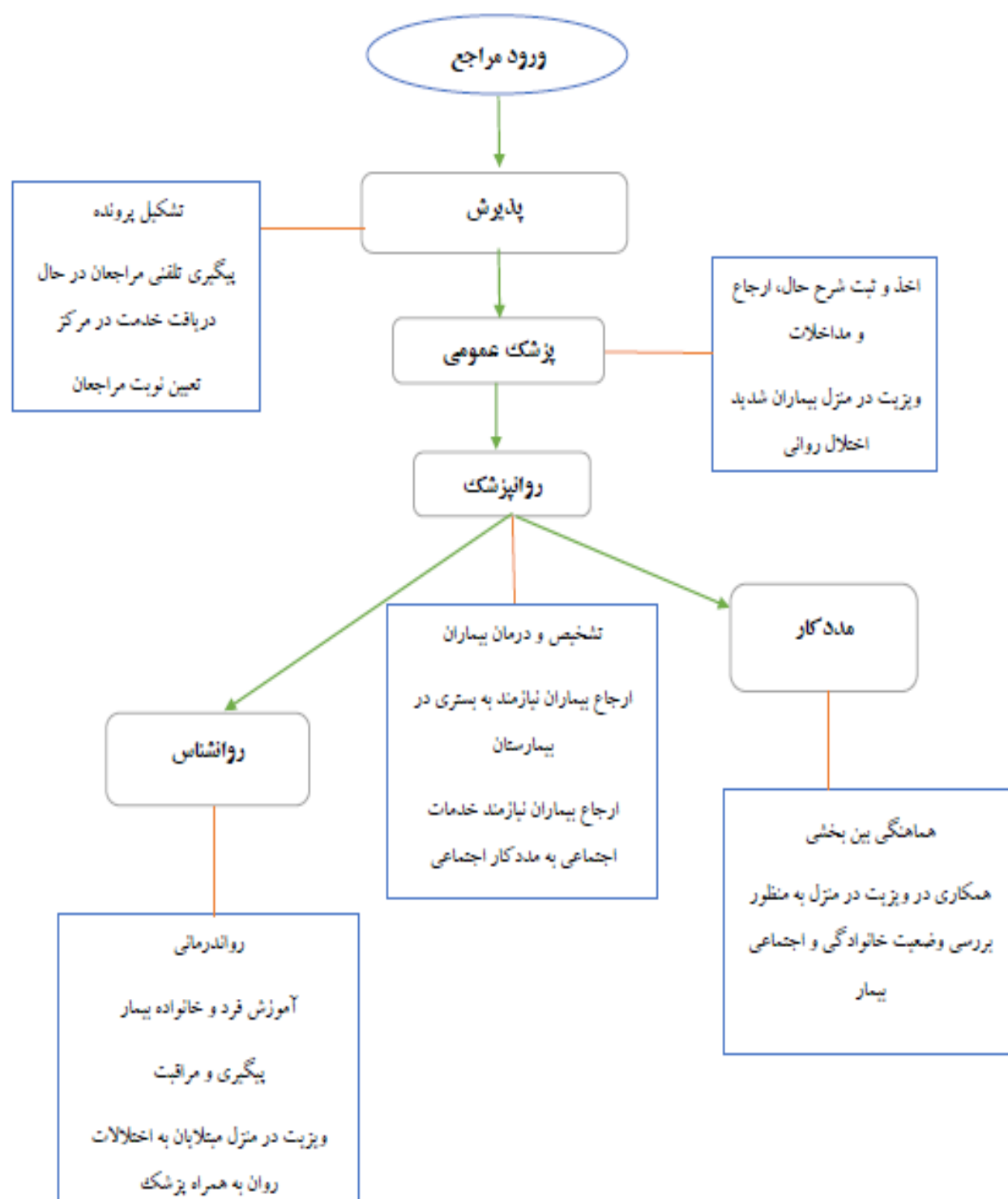
موارد زیر منابع حمایتی روانی، اجتماعی و دینی- معنوی مناسبی هستند که در صورت وجود خشونت میتوان از آنها کمک گرفت:

- ۱- فرزندان مستقل خانواده، اقوام، دوستان و همسایگانی که مورد احترام و اعتماد طرفین هستند.
- ۲- معتمدین ، روحانیون ملل و افرادی که مورد اعتماد طرفین هستند.
- ۳- خط تلفنی صدای مشاور سازمان بهزیستی کشور ۱۲۳ و ۱۴۸ ، خط مشاوره قوه قضائیه ۱۲۹، خط مشاوره نیروی انتظامی ۱۱۰ و مشاوره تلفنی با روانپزشکان و روانشناسان و مشاوران خانواده مراکز مشاوره دولتی و خصوصی مورد اعتماد که فهرست آنها در مراکز موجود می باشد.
- ۴- مراکز روانپزشکی و روانپزشکان در دسترس، مراکز مشاوره، مشاوره خانواده و مداخله در بحران، سازمان ها و مراکز مددکاری اجتماعی که معتمد و کارا بودن آنان به اثبات رسیده باشد.

نقش پزشک و کارشناس سلامت روان در مراکز سراج (سلامت روانی و اجتماعی جامعه نگر)

مراکز سراج (مراکز سلامت روان جامعه نگر) واحدهایی در داخل جامعه در یک شهرستان و خارج از بیمارستانهای روانپزشکی هستند که مسئول اصلی ارائه خدمات تخصصی سرپایی به بیماران ارجاع شده از مراکز بهداشتی می باشند. بسته های خدمات این مجموعه عبارتند از: (۱) خدمات روزانه مرکز (۲) مراقبت پس از ترخیص شامل ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی (۳) مراقبت مشارکتی. خدمات بستری در بیمارستانهای مرتبط با سراج (عمومی یا تک تخصصی) نیز قابل ارائه می باشد. فلوچارت ارائه خدمات تخصصی در مراکز سراج به شرح ذیل می باشد:

فلوچارت مرکز سلامت روانی - اجتماعی (سراج)



نقش پزشک و کارشناس سلامت روان در برنامه پیشگیری از خودکشی

خودکشی یک پدیده پیچیده زیستی روانی اجتماعی است و عوامل تنش آفرین در زندگی می توانند باعث ایجاد خلق افسرده و افکار خودکشی شوند. در سبب شناسی خودکشی، اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی اساسی در صدر علل قرار دارند و در رده های بعدی، اختلالات مرتبط با مصرف مصرف مواد، اختلالات شخصیت، و یا دوره های افسردگی شدید اختلال دوقطبی قرار دارند. خودکشی به طور کلی دهمین علت فوت در تمام گروه های سنی می باشد و سومین علت فوت در جمعیت ۱۵ تا ۲۴ سال است. میزان اقدام به خودکشی با افزایش سن کاهش، اما از طرفی خطر فوت ناشی از اقدام به خودکشی با افزایش سن بیشتر می شود. میزان اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است، لیکن خطر فوت ناشی از خودکشی در مردان بیشتر است.

هدف کلان برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی، کاهش میزان اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در جمعیت عمومی است که از طریق اجرای فعالیت هایی هماهنگ از طریق دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور و با محوریت پیشگیری از طریق آموزش و توانمندسازی و افزایش ظرفیت پاسخ دهی نظام سلامت و تلاش فعالانه در جهت تقویت همکاری های بین بخشی در این زمینه صورت می پذیرد.

در حال حاضر، بر اساس فلوچارت های ابلاغ شده برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی، از هر فرد مراجعه کننده به خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت که در غربالگری اولیه، دارای دیسترس روانشناختی شناخته شده باشد، در مورد افکار خودکشی پرسیده می شود که در صورت نیاز، ارجاع به پزشک صورت بگیرد. هدف از این فرآیند، کاهش میزان اقدام به خودکشی به عنوان مهم ترین پیش گویی کننده فوت بعدی ناشی از خودکشی است. همچنین، تلاش برای شناسایی و درمان به موقع اختلال روانپزشکی نیز در نهایت منجر به کاهش اقدامات خواهد شد. همچنین، بر اساس این برنامه، حوزه معاونت بهداشت موظف به جمع آوری، تجمیع و ثبت کلیه موارد شناسایی شده اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در سامانه ثبت رفتارهای خودکشی وزارت بهداشت می باشند. مهمترین شاخصهای برنامه پیشگیری از خودکشی عبارتند از:

- کاهش میزان اقدام به خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش

شاخص مورد انتظار: ۲٪ کاهش نسبت به سال قبل

- میزان مداخله روانشناختی کارشناس سلامت روان روی موارد اقدام به خودکشی ارجاعی از بیمارستان

شاخص مورد انتظار: ۳۰٪

شاخصهای برنامه پیشگیری از خودکشی در مراکز خدمات جامع سلامت در سال ۱۴۰۴ که به تازگی وارد برنامه شده اند:

- درصد افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت/

بهورزان/کارشناسان سلامت روان (به صورت فرصت طلبانه) که حداقل یک بار توسط پزشک ویزیت شده باشند.

شاخص مورد انتظار ۸۰٪

- درصد افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی ویزیت شده توسط پزشکان عمومی که حداقل یک جلسه مداخله روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نموده باشند:

شاخص مورد انتظار ۶۰٪

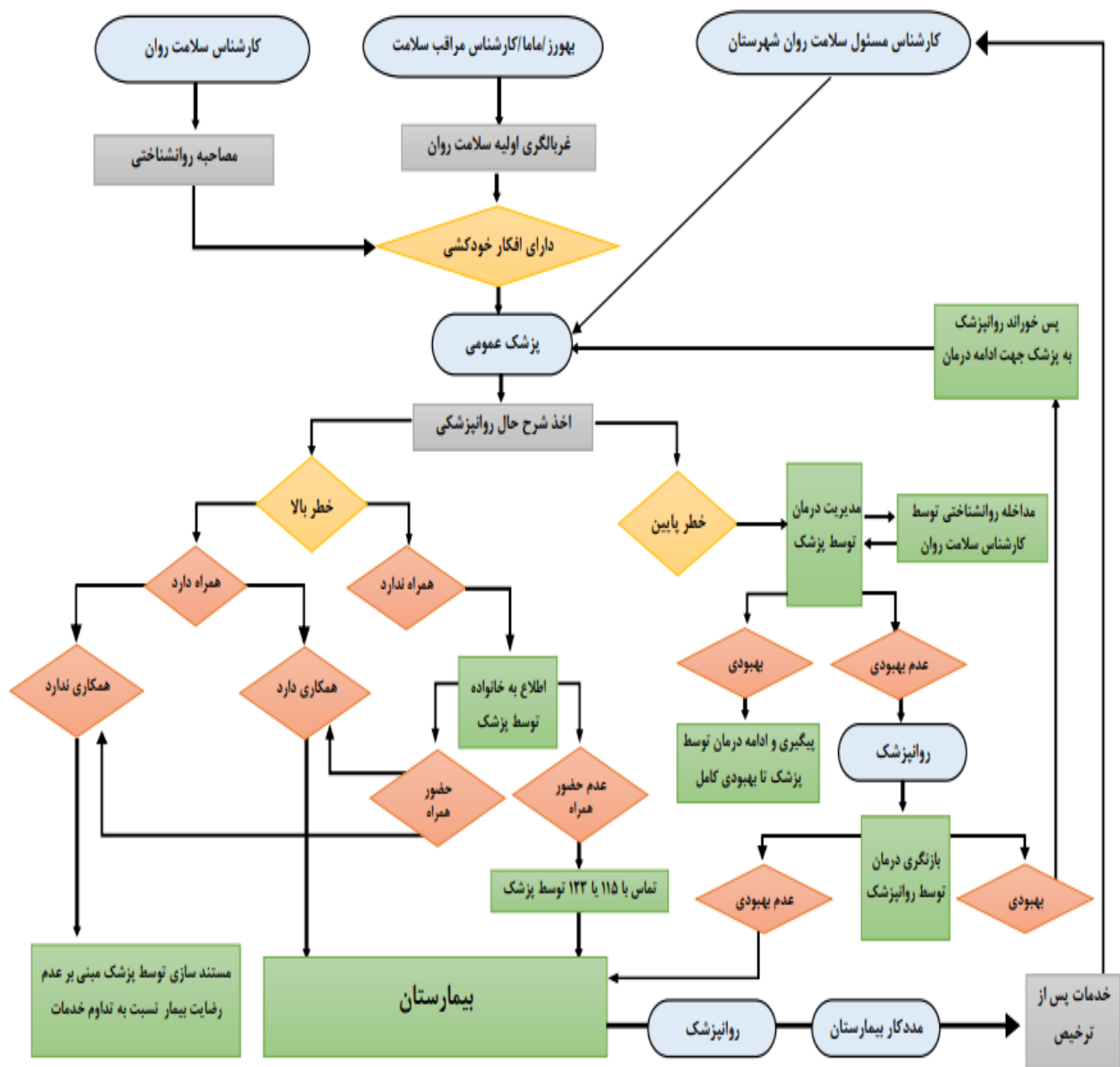
- درصد افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از بیمارستان شهرستان که جهت پیگیری به مراکز بهداشت ارجاع شده اند و حداقل یک جلسه مداخله روانشناختی برای افراد اقدام کننده به خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نموده باشند: شاخص مورد انتظار ۳۰٪

- درصد افراد فوت شده ناشی از خودکشی که اعضای درجه یک خانواده آنها هر یک حداقل یک جلسه مداخله

روانشناختی برای بازماندگان افراد فوت شده به دنبال خودکشی توسط کارشناسان سلامت روان را دریافت نموده باشند:

شاخص مورد انتظار ۲۰٪

فرآیند ارائه خدمات بهداشتی درمانی مربوط به پیشگیری از خودکشی در نظام سلامت (نسخه شهریور ۱۴۰۱)



- ۱- پیمایش ملی سلامت روان ۱۴۰۱-۱۴۰۰ /مجری پیمایش آفرین رحیمی موقر؛ نویسندگان سید عباس متولیان و دیگران. به سفارش معاونت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ دانشگاه علوم پزشکی تهران. انتشارات مغز ۱۴۰۴.
- ۲- طرح پیشگیری از همسرآزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی و کارشناس بهداشتی. سپیده حبیب، رسولیان مریم. اداره سلامت اجتماعی دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت وزارت بهداشت. ۱۳۹۲.
- ۳- بسته مراقبت ادغام یافته کودک سالم ویژه پزشک
- ۴- راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان ویژه پزشکان عمومی در طرح تحول نظام سلامت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- ۵- بسته و راهنمای آموزشی سلامت اجتماعی. امیدنیا، سهیلا. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی، ۱۳۹۵.
- ۶- برنامه ها و شاخصهای مورد انتظار حوزه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد سال ۱۴۰۴ ، ابلاغی وزارت بهداشت.