

وظایف بهورزان
ومراقبان سلامت
در برنامه‌های
سلامت روانی
اجتماعی و اعتیاد

غربالگری مسأله این است

عالیه زرکش

کارشناس مسؤول گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران



سیما جلالی

کارشناس مسؤول آموزش بهورزی و رابط فصلنامه بهورز
معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران



فضه رستمی

کارشناس مسؤول سلامت روان معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



اهداف آموزشی

از خوانندگان محترم انتظاری رود پس از مطالعه این مقاله:

خودکشی را تعریف کنند.

غربالگری را تعریف و گروه‌های هدف در برنامه حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را بشناسند.

روش شناسایی افراد مشکوک به اختلالات روان پزشکی و اورژانس روان پزشکی (خودکشی) را بیان کنند.

فرایند بیماریابی، ارجاع و پیگیری موارد شناسایی در برنامه حوزه سلامت روان را توضیح دهند.

سالانه هشتصد هزار خودکشی در جهان به وقوع می‌پیوندد و تخمین زده می‌شود که در هر مرگ ناشی از خودکشی حداقل شش نفر مستقیماً و ۱۳۵ نفر به شکل غیر مستقیم تحت تأثیر قرار می‌گیرند. عوامل مرتبط با خودکشی و پیشگیری از آن پیچیده و متعددند و همه آن‌ها کاملاً شناخته شده نیستند اما روانشناسان نسل دوم معتقدند خودکشی تلاشی است برای فرار از درد روانی به طوری که فرد احساس می‌کند در دام دردی تحمل‌ناپذیر گیر افتاده است.

غربالگری (بیماریابی) چیست؟

غربالگری عبارت است از شناسایی افراد بدون علامت و نشانه‌های بیرونی با استفاده از آزمون‌ها، معاینات و سایر روش‌ها.

هدف از غربالگری، شناسایی افراد در معرض خطر خودکشی و هدایت آن‌ها به سمت درمان است. باید این نکته را متذکر شد که برخی از مردم به دلیل ترس از انگ بیماری روانی، با نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه همکاری نکرده و برای دریافت خدمات سلامت روان مراجعه نمی‌کنند. در این صورت و بعد از تشخیص بیماری توسط پزشک؛ از وظایف مراقب سلامت/بهورز؛ ترغیب و آگاهی‌بخشی به مبتلایان اختلال روان‌پزشکی یا افراد درگیر مشکلات اجتماعی برای دریافت خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی و عمل به توصیه‌های پزشک خواهد بود.

به‌طور معمول مراقب سلامت / بهورز بر اساس نشانه‌های موجود در فرم غربالگری می‌تواند به شناسایی موارد غربال مثبت دست یابد و بر اساس فلوجارت ارایه خدمت آن‌ها را ارجاع دهد.

روش کار به این شکل است که در زمان فراخوان مراقب سلامت/بهورز سؤالات موجود در فرم غربالگری را از افراد خانوار می‌پرسد و بر اساس دستورالعمل اقدام خواهد کرد. فرم غربالگری می‌بایست علاوه بر افراد به ظاهر سالم و بدون

علامت، برای افرادی که قبلاً به اختلالات روان‌پزشکی یا مصرف مواد مبتلا بوده‌اند یا مشکل اجتماعی را تجربه کرده‌اند و در حال حاضر بهبود یافته‌اند نیز پر شود. در مورد این افراد، احتمال عود اختلال بهبودیافته وجود دارد. علاوه بر این ممکن است این افراد در معرض اختلال یا آسیب دیگری باشند.

گروه‌های هدف در برنامه حوزه سلامت روانی،

اجتماعی و اعتیاد

گروه‌های هدف در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد کسانی هستند که مراقبان سلامت/بهورزان موظفند خدمات تعریف شده این حوزه را به آنان ارایه کنند و در صورت تشخیص اختلال یا مشکل اجتماعی عهده‌دار حفظ و ارتقای سلامت آن‌ها باشند. این گروه‌ها در جمعیت تحت پوشش پایگاه‌های سلامت/خانه‌های بهداشت عبارتند از:

- جمعیت عمومی جهت بیماریابی و آموزش‌های لازم
- مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی، اورژانس‌های روان‌پزشکی و افراد مصرف کننده مواد که در معرض مشکلات اجتماعی قرار دارند.
- خانواده افراد مبتلا به اختلالات و مشکلات اجتماعی
- گروه‌هایی که نیازمند دریافت خدمات پیشگیری اولیه هستند نظیر: گروه‌های آسیب‌پذیر، دانش‌آموزان، جوانان، زنان باردار، مادران شیرده، سالمندان، ساکنان محله‌ها و مناطق حاشیه‌ای و پرخطر شهرها و...

راهکارهای پیشگیری

برای پیشگیری از خودکشی طی نظر روانشناسان نسل دوم باید به سه مرحله توجه داشت:



این عوامل است: دسترسی به ابزار، برنامه و قصد جدی برای خودکشی، رسانه‌های اجتماعی، تکانشگری، حساسیت به درد جسمانی، سابقه اقدام به خودکشی، نترسیدن از مرگ و...

راهکارهای پیشگیرانه در این مرحله شامل: کاهش دسترسی مردم به ابزار خود آسیب رسان، ایجاد محدودیت در درج اخبار خودکشی برای رسانه‌ها، وجود برنامه‌های مراقبت‌های روانشناختی برای افراد در معرض خطر و افراد با سابقه خودزنی و خودکشی

خدماتی که مراقب سلامت/ بهورز موظف به ارائه در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد است:

- ارائه آموزش‌های لازم به عموم جامعه و ارتقای سطح آگاهی آنان
- شناسایی گروه‌های هدف از طریق فرم‌های غربالگری اختلالات روان‌پزشکی، اورژانس روان‌پزشکی، غربالگری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل، دخانیات و مشکلات اجتماعی و شناسنامه سلامت دانش‌آموزی
- ارجاع افراد شناسایی شده به سطوح بالاتر (کارشناس سلامت روان و پزشک)

۱. مرحله پیش‌انگیزی

۲. مرحله انگیزی

۳. مرحله ارادی و رفتار

۱. مرحله پیش‌انگیزی: عوامل پیش‌زمینه‌ای و رویدادهای محرک و محیط از جمله محرومیت‌های ساختاری، سوابق اجتماعی، اقتصادی، ناملايمات و آسیب‌های دوران کودکی از جمله خشونت جسمی، جنسی، طلاق، سبک دلبستگی ناایمن و...

راهکارهای پیشگیرانه در این مرحله شامل ارتقای سطح اقتصادی و اجتماعی و رفاه جامعه، آموزش مهارت‌های زندگی و فرزند پروری، آموزش مهارت‌های ارتباطی به زوجین و... است.

۲. مرحله انگیزی: مرحله انگیزی منجر به ظهور افکار خودکشی گرایانه و اقدام به خودکشی می‌شود مانند احساس سرشار بودن روی دوش دیگران، داشتن افکار مثبت اندک برای آینده، برخورداری اندک از حمایت‌های اجتماعی، ناامیدی ناشی از گیر افتادن در یک بحران و...

راهکارهای پیشگیرانه در این مرحله شامل: رشد مهارت‌ها و حمایت‌ها و سرمایه اجتماعی در بین مردم است.

۳. مرحله ارادی: مرحله عبور از پرتگاه افکار خودکشی گرایانه به رفتار خودکشی که شامل

- ارایه آموزش‌های لازم به مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده آن‌ها
- مراقبت و پیگیری بیماران
- ثبت و گزارش‌دهی اطلاعات آماری بیماران

روش‌شناسایی افراد مشکوک به اختلالات

روان‌پزشکی

اولین مراجعه (فراخوان)

در زمان سرشماری، مراقب سلامت/بهورز باید ضمن اولین ملاقات با خانواده، سؤالات فرم غربالگری اختلالات روان‌پزشکی، غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد و همچنین اطلاعات جمعیت شناختی (عوامل خطر مشکلات اجتماعی) را از تک تک اعضای خانوار سؤال کند. اگر در میان افراد خانواده کسانی هستند که مستقیماً قادر به درک سؤالات مربوط و پاسخ‌گویی نباشند، مانند کودکان کم سن، افراد کم سواد، عقب ماندگان ذهنی و... سؤالات مربوط به آن‌ها، از یک فرد آگاه و پاسخگو در خانواده پرسیده می‌شود.

گروه‌های آسیب‌پذیر در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

در میان جمعیت عمومی تحت پوشش، عده‌ای از افراد، جزو گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند. برخی افراد در برابر استرس‌ها و مشکلات آسیب‌پذیری بیشتری دارند و آمادگی بیشتری برای ابتلاء به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی دارند. این افراد در مقایسه با دیگران در مقابل استرس‌ها و مشکلات محیطی از توان مقابله و مقاومت کمتری برخوردارند و زودتر دچار اختلالات و مشکلات می‌شوند. با شناسایی بموقع این افراد و ارایه آموزش‌های لازم به آن‌ها و خانواده‌های شان می‌توان از بروز اختلالات و مشکلات پیشگیری کرد. برخی از گروه‌های آسیب‌پذیر در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شامل افراد زیر هستند:

کودکان و نوجوانان، سالمندان، بیماران مبتلا به

بیماری‌های جسمی مزمن، افراد معلول که دارای ناتوانی جسمی هستند، افرادی که دچار شکست عاطفی، شغلی، تحصیلی یا مالی شده‌اند، زنان باردار یا زنانی که بتازگی زایمان کرده‌اند، خانواده و مراقبان بیماران روانی یا بیماران جسمی مزمن، افراد سوگوار که والدین یا یکی از اعضای درجه یک خانواده آن‌ها اخیراً فوت کرده است، کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست، کارکنان مشاغل پر استرس مانند پرستاران، فرهنگیان، گروه‌های امداد و نجات، کارکنان بخش اورژانس بیمارستان، جوانان، افرادی که در خانواده پرمشاجره و متشنج زندگی می‌کنند، افراد با وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، افراد با والد یا اعضای خانواده مصرف‌کننده مواد و ...

فرآیند بیماریابی و ارجاع موارد شناسایی شده در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

● غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان (گروه هدف ۱۵ تا ۶۰ سال)

اولین سطح ارایه خدمات در شهرستان، خانه‌بهداشت و پایگاه سلامت است. مراقب سلامت/بهورز در زمان فراخوان افراد به پایگاه، براساس فرم‌های غربالگری افراد مورد نظر را شناسایی می‌کند و سپس افراد مشکوک به اختلال یا در معرض مشکلات اجتماعی را بر اساس فرم‌های غربالگری و عوامل خطر موجود در فرم جمعیت شناختی برای دریافت خدمت به مرکز سلامت جامعه ارجاع می‌دهد.

● ارجاع بیماران

مراقب سلامت/بهورز پس از شناسایی بیمار وضعیت او را در فرم ارجاع ثبت می‌کند و او را پس از شناسایی به کارشناس سلامت روان یا پزشک ارجاع می‌دهد. در این مرحله با توجه به نیاز افراد در مورد مراجعه به روان‌شناس و دریافت خدمات مشاوره یا تشخیص نوع اختلال توسط پزشک، داروهای تجویز شده، دُز داروها و زمان مراجعه بعدی بیمار را در فرم ارجاع ثبت و بیمار به مراقب سلامت/بهورز ارجاع مجدد داده می‌شود. بدین ترتیب مراقب سلامت/بهورز از بازخورد ارجاع

مطلع خواهد شد.

● بازخورد ارجاع

ارجاع تنها به مفهوم فرستادن مراجع به یک منبع دیگر نیست بلکه ارجاع یک رابطه دوطرفه است، بدین معنی که، مراقب سلامت/بهورز می‌بایست منتظر بازخورد ارجاع بیمار به پزشک یا کارشناس سلامت روان باشد و نتیجه را پیگیری کند.

● مواردارجاع فوری

چنانچه در مورد مراجعان یکی از حالت‌های زیر مشاهده شود، فرد ارجاع فوری به پزشک می‌شود:

● توهم و هذیان

● خشونت و پرخاشگری به طوری که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود.

● افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی

● تشنج

نتیجه‌گیری

برای دستیابی به شاخص مقرون به صرفه در برنامه پیشگیری از اختلالات و اورژانس‌های روان‌پزشکی مانند خودکشی، باید از ادغام وسیع خدمات بهره برده شود. به نحوی که ارایه خدمات جامع با پوشش بیماری‌های شایع و مهم روان‌پزشکی امکان‌پذیر باشد. غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان و به دنبال آن ارزیابی افکار خودکشی و مدیریت رفتار خودکشی یکی از اقدامات مهم و اساسی در برنامه کشوری پیشگیری از رفتار

خودکشی است که این مهم توسط تیم سلامت اعم از مراقب سلامت /بهورز، پزشک، روان‌شناس در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در حال انجام است. این تیم نقش حساس و کلیدی در شناسایی، مراقبت، پیشگیری از اختلالات و اورژانس روان‌پزشکی (خودکشی) و همچنین حفظ و ارتقای سلامت روان جامعه به‌عهده خواهد داشت.

پیشگیری از خودکشی یک وظیفه ملی است و تمام سازمان‌ها و ارگان‌ها در جهت پیشگیری از آن وظیفه دارند و در برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی که در سال ۱۴۰۰ به دستگاه‌ها ابلاغ شد و برای ادارات و وظایف تعیین شد که بایستی مطابق با آن وظایف اقدام کنند.

پیشنهادها

- با توجه به اهمیت غربالگری، شناسایی افراد در خصوص اختلالات و اورژانس‌های روان‌پزشکی و هدایت آن‌ها به سمت درمان، توجه بیشتر به جایگاه سلامت روان در مدیریت روان‌پزشکی از سوی مدیران و سیاستگذاران مورد انتظار است.
- با توجه به نقش کلیدی خدمات بهورزان، مراقبان سلامت و پزشکان در مدیریت اختلالات و اورژانس روان‌پزشکی تا حصول نتیجه، پیشنهاد می‌شود ضمن تأکید بر اهمیت موضوع و جنبه‌های قانونی آن به ارزشگذاری این خدمت به عنوان خدمت مهم نیز پرداخته شود.

منابع

- بسته آموزشی و راهنمای عمل کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد آذرماه ۱۳۹۴
- برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهریور ماه ۱۴۰۱
- پیشگیری از خودکشی مجموعه منابع زیر نظر دکتر احمد حاجبی - مهر ماه ۱۳۹۸
- اوکانر روری، تاریک ترین لحظه‌ها، مترجم شیدا علی پور، چاپ اول، تهران: اندیشه مولانا، ۱۴۰۲
- Joiner TE Jr, Pfaff JJ, Acres JG. A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. Behav Res Ther. 2002;40:471-481.
- Oyama H, Koida J, Sakashita T, Kudo K. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. Community Ment Health J. 2004;40:249-
- World Health Organization. Figures and facts and facts about suicide. Geneva. 1999