

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

# طرح کشوری بهداشت روانی

مهرماه 1365 (1986 میلادی)

با همکاری

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

پیشنویس برنامه کشوری بهداشت روانی از تاریخ 28  
مهر لغایت 4 آبان 1365 توسط کمیته ای از وزارت بهداشت  
شامل افراد ذیل در تهران تنظیم شده است:

1- پروفسور هاراطون داویدیان	استاد و مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه تهران و رئیس بیمارستان روزبه (رئیس کمیته)
2- دکتر سیدابوالقاسم حسینی	دانشیار و مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه مشهد
3- دکتر سیداحمد واعظی	روانپزشک، بیمارستان نواب صفوی تهران
4- دکتر سیدحسین فخر	مدیرکل نظارت بر مواد اعتیادآور

5- دکتر محمد صنعتي	استاديار دانشگاه علوم پزشکی تهران و روانپزشک بیمارستان روزبه
6- دکتر فریدون مهرباني	استاديار دانشگاه علوم پزشکی ايران
7- دکتر احمد محیط	مدیر انیستیتو روانپزشکی ایران - دانشگاه علوم پزشکی ایران (دبیر کمیته)
8- دکتر ناراندرايک	رئیس منطقه ای بهداشت روانی سازمان جهانی بهداشت منطقه مدیترانه شرقی، اسکندریه، مصر

### سپاسگزارى

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

1- دکتر بیژن صدریزاده	معاونت امور بهداشتی
2- دکتر حسین ملک افضلي	قائم مقام وزیر در امور مراقبتهای بهداشتی ویژه
3- دکتر محمد یونسی	مدیرکل اداره خدمات بهداشتی ویژه
4- خانم گوهر رحمانی	وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
5- 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

- 1- مقدمه
- 2- تجزیه و تحلیل موقعیت
  - 2-1- حجم مسئله
  - 2-2- منابع موجود
  - 2-3- ضرورت يك برنامه جامع در سطح کشور
- 3- هدفها
- 4- استراتژی‌های برنامه
  - 4-1- استراتژی‌های خدمات بهداشت روانی
  - 4-2- استراتژی‌های آموزشی
  - 4-3- استراتژی‌های اداری
  - 4-4- استراتژی‌های ارتقاء بهداشت روانی
  - 4-5- استراتژی‌ها جهت بهداشت روانی آسیب‌دیدگان جنگ
- 5- جزئیات تفصیلی فعالیتها در قالب برنامه
  - 5-1- فعالیتهاي خدماتي بهداشت روانی
  - 5-2- فعالیتهاي آموزشی بهداشت روانی
  - 5-3- فعالیتهاي ارتقاء بهداشت روانی
  - 5-4- فعالیتهاي تحقیقاتي بهداشت روانی
  - 5-5- فعالیتهاي تشکيلاتي
- 6- قدمهاي اساسي پيشنهادي در سال 1987
- 7- بودجه
- 8- پایش و ارزشیابی

## 1- مقدمه

اصل 29 قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران برخورداري از بهداشت و درمان را حق مسلم برای همه مردم اعلام نموده است. کشور ایران یکی از امضاءکنندگان اعلامیه آلتا می باشد که هدف بهداشت برای همه تا سال 2000 را از طریق خدمات بهداشتی اولیه طرح ریزی نموده است. سیاست های بهداشتی کشور که اخیراً در نظام جدید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین گردیده در جهت اقدام هماهنگ در سطوح مختلف بهداشت عمومی از طریق شبکه های بهداشتی درمانی کشور است. یکی از زمینه های بهداشت عمومی که باید در برنامه کلی از اهمیت زیادی برخوردار شود بهداشت روانی است. بهداشت روانی صرفاً به مراقبت از بیماران روانی اطلاق نمی شود بلکه با بسیاری از جنبه های بهداشت عمومی و بهزیستی افراد جامعه سروکار دارد.

بر اساس آمار موجود چنین تخمین زده می شود که حداقل 15 الی 25 درصد از بزرگسالانی که به درمانگاه ها و مراکز بهداشتی مراجعه می نمایند چگونه بیماری جسمی ندارند و بطور جدی نیز دچار بیماری روانی نمی باشند، بلکه آنها تحت فشار، ناراحتی، اضطراب، نگرانی و افسردگی همراه با مسائل روانی می باشند. از طرف دیگر با در نظر گرفتن این حقیقت که 50 درصد از جمعیت کشور در سنین زیر 20 سال هستند و دوران بلوغ و نوجوانی از جمله سالهای حساس و بحرانی در دوران زندگی محسوب می شود، می توان نیاز رو به تزاید یک برنامه جامع بهداشت روانی را درک نمود.

جامعه ای که در جریان یک انقلاب عظیم است که بر بسیاری از ارزشها اثر گذاشته و شش سال است درگیر با جنگی تحمیلی می باشد و مواجه با وجود مهاجرین فراوان داخلی و خارجی است خواه ناخواه شرایط استرس آوری دارد و این موضوع مجدداً نیاز به داشتن یک برنامه قوی و هماهنگ شده بهداشت روانی و طرح کلی در سطح کشور را مورد تأکید قرار می دهد.

ما همچنین در حال حاضر مشغول سازماندهی و توسعه تشکیلات لازم جهت ارائه خدمات بهداشتی از طریق استقرار و توسعه شبکه های بهداشتی درمانی می باشیم و طرح بهداشت روانی می تواند با چنین برنامه ای 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 25 سال گذشته تغيير کرده است در حال حاضر تأكيد بيشتر بر درمان بيماران سرپائي و عرضه خدمات در محل زندگي مي‌باشد تمام تلاش در جهت پيشگيري از بستري شدن 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 شبكه 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 نيازمند 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 بيشتري از طرف جامعه نسبت به قبول روشهاي نوين در برخورد با مسائل بهداشت رواني ديده مي‌شود. بنابراین زمان مناسب ايجاد يك سياست و برنامه جامع بهداشت رواني در سطح كشور فرا رسیده است.

## **2- تجزيه و تحليل موقعيتي**

### **2-1- حجم مسائل بهداشت رواني در ايران**

#### **2-1-1- بررسي‌هاي ميداني**

مطالعات اپيدميولوژيكي كه بوسيله افراد مختلف در ايران انجام گرفته است نشان‌دهنده ميزان مختلف شيوع بيماريهاي رواني است. اختلاف در نتايج تحقيقات

با احتمال 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 9 درصد در نمونه جمعیتی با کمترین سن 6 سال و میزان 36 درصد در نمونه دیگر که کمترین سن 15 سال است می‌باشد. در مطالعه‌ای که اخیراً صورت گرفته 3% از بیماران روانی یا 1/6 درصد از جمعیت 15 سال به بالا بنحو شدیدی بیمار بودند و به درمان جدی روانپزشکی نیاز داشتند در همین مطالعه 15/3% بیماریهای خفیف روانی و 26/6% مسائل عاطفی مختلف داشته‌اند.

بالاترین گروه اختلالات افسردگی بودند که 24/3% از کل موارد را تشکیل داده، بیماری اسکیزوفرنی 0/6 درصد، صرع گراندمال 0/4 درصد و عقبماندگی‌های ذهنی نیز 0/4 درصد و در آخر میزان معتادین 1% گزارش شده است.

## 2-1-2- اختلالات روانی در پزشکی عمومی

در مطالعه‌ای که در یکی از درمانگاه‌های سرپائی صورت گرفته است 34/5% بیماران که بوسیله پزشکان عمومی مورد معاینه قرار گرفته بنوعی دچار اختلال روانی بوده‌اند. 25/1% مبتلا به هر دو اختلال جسمی و روانی بودند. بیشترین گروهی که بوسیله روانپزشکان تشخیص داده شده‌اند افسردگی بوده است که 27/2 درصد تمام موارد مراجعین به درمانگاه را تشکیل می‌دهد.

در مطالعه دیگری که در یکی از بیمارستان‌های عمومی صورت گرفته است فقط 36 درصد از بیمارانی که مورد پذیرش قرار گرفته بودند دارای هیچگونه مسئله روانی نبودند. 41 درصد از مشکلات عاطفی و 10 درصد از اختلالات روان‌تنی و 12 درصد از هر دو اختلال جسمی و روانی در رنج بوده‌اند.

در این مطالعه 43 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.

□. دکتر راطون داویدیان، سیروس ایزدی. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در منطقه دریای خزر (رودسر)، مجله بهداشت ایران، شماره 4، سال سوم. 1354، ص 145-156.

□. دکتر راطون، داویدیان. دکتر منوچهر، نراقی. افسردگی در پزشکی عمومی. پروژه همکاری با سازمان جهانی بهداشت (منتشر نشده)، 1359.

همچنین در میان بیماران پذیرفته شده تحت مطالعه، میزان ابتلاء به اسکیزوفرنی یک درصد، صرع یک درصد و اعتیاد 2 درصد بوده است. □

نتیجه تحقیقات نشان داده است □ که 80 درصد بیماران روانی به پزشکان عمومی مراجعه می نمایند و 16 درصد به متخصص دیگر به غیر از روانپزشک و فقط 4 درصد در وهله اول به روانپزشک مراجعه می نمایند. همچنین نتیجه مطالعه فوق نشان دهنده این حقیقت است که کمبود روانپزشک بخصوص در برخی از استانها دلیل اساسی بر اینکه بیماران پزشکان عمومی را ترجیح داده اند نمی باشد. 70% این بیماران از علائم مهم بدنی شکایت داشته اند.

### **3-1-2- بیماران روانی سرپائی**

اگر چنانچه بیماران سرپائی بیمارستان روزبه را که یکی از پر ازدحام ترین مراکز در نظر بگیریم آمار و ارقام ذیل را می توان عرضه نمود. سالانه حدود 43 هزار بیمار به این درمانگاه مراجعه می کنند 20% از آنها موارد جدید هستند، 40% از استانهای غیر از تهران ارجاع می شوند، 45/3% مراجعین مبتلا به اختلالات افسردگی و 39/1% اختلالات عصبی و 7/8% بیماران اسکیزوفرنیک می باشند. □

### **4-1-2- مسائل اختصاصی در ارتباط با مسائل**

#### **روانی کودکان**

علیرغم آنکه میزان مرگ و میر کودکان در سالهای اخیر بطور قابل ملاحظه ای کاهش یافته است لیکن هنوز رقمی در حدود 70 در هزار در روستا و 50 در هزار در شهر را تشکیل می دهد. □ توجه به نتایج نامساعد بیماریهای عفونی بر سیستم عصبی مرکزی که بر تواناییهای یادگیری و عاطفی اثر می گذارد و با توجه به اثر عفونت، ضربه و مشکلات زایمانی بر ایجاد صرع و نقیصه های عقلی باید گفت خدمات بهداشتی اولیه نوزادان و کودکان یکی از موضوعات قابل توجه در بهداشت روانی است.

### **5-1-2- تغییرات جمعیتی و مهاجرت**

---

□. دکتر م. عشقی. بیماران روانی در بخشهای پزشکی (مقاله). 1356.

□. دکتر هاراطون، داویدیان. ارجاع بیماران روانی در طب عمومی. اخبار روانپزشکی، شماره 3، 1350، ص 122-133.

□. پرونده بیماران بیمارستان روزبه 1364.

□. دکتر حسین، ملک افضلی. آمار مربوط به امید به زندگی در ایران. مجله دارو و درمان. شماره 8، سال سوم، 1365. ص 4.

در خصوص تغییرات جمعیتی، جمعیت ایران به دو دسته بی‌حرکت و کوچ‌کنندگان یا گروه عشایر که حرکت و جابجائی آنان براساس تغییرات فصلی و یا شغلی است تقسیم نمود. گروه اخیر 15 در 1000 کل جمعیت را تشکیل می‌دهند. مردمی که بطور دائمی در جابجائی بین شهر و دهات هستند مانند کولی‌ها و دوره‌گردان، 8 در 1000 کل جمعیت را تشکیل می‌دهند. مهاجرت در داخل کشور سطح بالائی را در حدود 23 درصد تشکیل می‌دهد. دلایل اصلی جهت مهاجرت شامل تغییرات محل استخدام، وظایف نظامی یا کشوری، ازدواج و تحصیلات است. تقریباً 60% از مهاجرین کسانی است که باتفاق خانواده‌هایشان نقل مکان می‌نمایند. □

در يك مطالعه کنترل شده بر روی گروهی از مهاجرین به تهران اختلالات عمده‌ئی بین دو گروه مهاجرین و غیرمهاجرین دیده نشد، 34% مهاجرین بعنوان آنکه هر يك دارای مشکل روانی بودند تشخیص داده شدند، 46/6% آنان و یا 15/9% از کل افراد بنوعی نیاز به مراقبت روانی و درمانی داشتند. □

### 6-1-2- مسائل ناشی از جنگ تمییلی

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 سرپائی 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 يك مسئولیت مهم خدمات بهداشتی است. مسائل ناشی از استقرار مجدد مردمی که بعلت جنگ بی‌خانمان شده‌اند بهمان اندازه مهم است و باید مورد توجه برنامه‌ریزی‌های آینده قرار گیرد.

### 7-1-2- درمان‌گرهای سنتی

---

□. سرشماری جمعیت عمومی ایران در سال 1360.  
□. دکتر هاراطون، داویدیان. اختلالات روانی در میان مهاجرین به تهران. (منتشر نشده). 1354.



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<sup>□</sup>، 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.

### 8-1-2- 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 دودکردن و یا استنشاق است. در مورد اعتیاد به الکل و مواد روانگردان ایران با مسئله مهمی مواجه نیست از سال 1980 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 16 مرکز جهت این منظور وجود دارد. بهر صورت این تعداد کافی نیست و تسهیلات و تجهیزات بیشتر جهت تکمیل مراکز مورد نیاز است.

### 9-1-2- نتیجه‌گیری

براساس مطالعات انجام شده می‌توان چنین نتیجه گرفت که مسائل روانی معضل اساسی بهداشتی را تشکیل می‌دهد که بطور متوسط 20 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

---

□. دکتر هاراطون، داویدیان. تجزیه و تحلیل باورهای مردم در زمینه آل و ام‌الصبيان مجله سخن. شماره 1. سال 16، 1344. ص 19-34.

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 بیماران روانی 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.

## **2-2- منابع موجود**

موقعیت موجود در زمینه خدمات روانی بشرح زیر خلاصه می‌شود:

### **1-2-2- نیروی انسانی**

تعداد روانپزشکان فعال در کشور 200-190 نفر می‌باشد که  $\frac{2}{3}$  آنان در تهران به سر می‌برند. تعداد دکترای روانشناسی بالینی 10 نفر و تعداد کارشناس ارشد 35 نفر کارشناس و تعداد کارشناس ارشد پرستاری روانی 35 نفر است.

## **2-2-2- تسهیلات و امکانات خدماتی**

### **1- بخش بهداشتی**

تعداد کل تخت‌های بیمارستانی در بخش‌های روانی 5300 تخت، تعداد بیمارستان‌های روانی دولتی 31 باب است. تعداد بخش‌های روانی در بیمارستان عمومی دولتی 4 باب و در بیمارستان‌های خصوصی 4 باب می‌باشد. تعداد درمانگاه‌های روانی خصوصی 30 باب می‌باشد.

### **2- 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.

### **3- امکانات آموزشی**

آموزش روانپزشکان در 6 مرکز صورت می‌گیرد. تعداد فارغ‌التحصیلان سالیانه 12 نفر می‌باشد. اخیراً تغییرات زیادی در تعداد فارغ‌التحصیلان صورت گرفته با

تصمیم‌گیری نسبت به افزایش تعداد دانشجویان پزشکی امکان اینکه تعداد رزیدنت‌های روان‌پزشکی نیز در 6 سال آینده به 50-60 نفر در سال برسد وجود دارد. آموزش دوره پرستاری روانی فقط در یک مرکز می‌باشد، آموزش روانشناسی کلینیکی در سه مرکز است که جمع فارغ‌التحصیلان 16 نفر است که احتمال دارد به 20 نفر افزایش یابد.

### 3-2-2- سایر امکانات

- ۱- کاردان‌های بهداشت خانواده که 2500 نفر در سطح کشور فعالیت می‌کنند از جمله منابع نیروی انسانی در بهداشت روانی می‌توانند بحساب آیند.
- ۲- مهدکودک اعم از دولتی و خصوصی که در سطح کشور بخصوص در نقاط شهری پراکنده می‌باشند و مربیان این مرکز می‌توانند وسیله‌ای برای ترویج عمومی بخصوص در ارتباط با کودکان باشند.
- ۳- مساجد، نمازهای جماعت و سازمانهای مذهبی از جمله منابع مهم بشمار می‌آیند.
- ۴- منابع بهداشت عمومی در حال حاضر تعداد 5000 خانه بهداشت و 1500 مرکز بهداشتی روستایی وجود دارد که می‌توان برای ارائه خدمات بهداشت روانی مجهز شوند.

### 4-2-2- منابع سنتی

هیچ مرکز سنتی سازمان‌یافته بصورت فعالی در ایران وجود ندارد. فقط نوعی از درمانگران محلی در جنوب ایران بنام «زار» وجود دارد. سیستم خانواده گسترده در هرجایی که موجود است می‌تواند بعنوان منبعی برای بهداشت روانی محسوب گردد.

### 3-2- ضرورت یک برنامه جامع در سطح کشور

همانطور که روشن است با مروری به مطالب ذکر شده معلوم می‌شود فاصله فاحشی بین مردمی که نیاز به خدمات فوری بهداشت روانی در ایران دارند و منابع موجود از حیث نیروی انسانی کارآمد و امکانات خدماتی وجود دارد. با توجه به افزایش این فاصله بسرعت بیشتر و بیشتر می‌شود.

یک فوریت دیگر که به موقعیت اضافه شده است تغییرات سریع اجتماعی، اقتصادی مهاجرت داخلی و خارجی مسائل ناشی از جنگ تحمیلی است.

با توجه به ضرورت‌های مختلف، مشکلات ناشی از نداشتن یک سیستم بهداشت روانی می‌تواند بار سنگینی را بر کشور

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 سازمان‌نیافته 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.

### **3- 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 برنامه‌ریزی بلندمدت برای مواجهه با مسائل بهداشت روانی ناشی از عواقب جنگ در آینده.

## **4- استراتژی‌ها برای برنامه**

### **4-1- استراتژی‌های خدماتی**

4-1-1- ادغام خدمات بهداشت روانی در شبکه‌های بهداشتی

درمانی کشور

4-1-2- شروع خدمات بهداشت روانی در شبکه‌های بهداشتی

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

4-1-3- از طریق سیستم ارجاع موارد خدمات بهداشت

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

4-1-4- 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.

4-1-5- 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.

4-1-6- داروهای محدود ولی اساسی اعصاب و روان در

کلیه سطوح بهداشتی مهیا خواهد بود.

4-1-7- 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.

### **4-2- استراتژی‌های آموزشی**

4-2-1- اجرای برنامه‌های آموزشی فوری جهت کارکنان

بهداشتی موجود در سطح خدمات اولیه بهداشتی و همچنین

دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت بهداشت روانی برای پزشکان

عمومی.

2-2-4- آموزش گروهی از مربیان که آموزش کارکنان بهداشتی و پزشکان عمومی را در سطوح مختلف کشور بر عهده دارند.

3-2-4- گنجاندن دروس بهداشت روانی در برنامه‌های آموزشی به‌ورزان و کاردان‌های بهداشت خانواده و سرپرستان بهداشتی و پرستاران

4-2-4- آموزش دانشجویان پزشکی بنحوی که آنان در ارتباط با نیازهای جامعه که در برنامه‌ریزی کلی مورد نظر است قرار گیرند.

5-2-4- 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.

6-2-4- تهیه و تنظیم جزوات آموزشی مناسب برای آموزش گروه‌های مختلف بهداشتی که فهرست آنان در فوق ذکر شد.

### **3-4- استراتژی‌های اداری**

1-3-4- داشتن يك مسئول در وزارت بهداشت درمان و

آموزش پزشکی که مسئول پیاده نمودن برنامه باشد.

2-3-4- تشکیل يك گروه هماهنگی چند بخشی در سطح

کشوری شامل نمایندگان وزارت بهداشت و بخشهای دیگر که افراد فنی بهداشت روانی را در سطح کشور رهبری و هدایت می‌نماید.

3-3-4- تأسیس گروه هماهنگی چند بخشی در سطوح استانی

### **4-4- استراتژی‌های ارتقاء بهداشت روانی**

1-4-4- معرفی اصول و مفاهیم اساسی بهداشت روانی در برنامه‌های آموزشی مدارس و دانشکده‌ها و آموزش مربیان مدارس

2-4-4- بکاربردن ارزشهای اخلاقی دینی جهت ارتقاء

بهداشت روانی و داشتن زندگی سالم

3-4-4- بوجود آوردن دانش و مهارت‌های 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 روانی اجتماعی را که با بیماریهای جسمی همراه می‌باشند بتوانند تشخیص دهند.

4-4-4- نشر اطلاعات و دانش بهداشت روانی در فعالیتهای عمرانی جامعه از طریق رسانه‌های گروهی و تشکیل کمیته محلی بهداشت روانی جهت توسعه بهداشت روانی.

## **5- 4- استراتژی‌های جهت بهداشت روانی**

### **آسیب‌دیدگان جنگ**

- 1-4-5- فراهم آوردن خدمات کافی بهداشت روانی برای مهاجرین و قربانیان جنگ
- 2-4-5- گنجاندن جنبه‌های بهداشت روانی جنگ و فشار و استرس‌های ناشی از آن در مراکز آموزش کلیه کارکنان بهداشتی در سطوح خدمات بهداشتی اولیه
- 3-4-5- انجام تحقیقات در جنبه‌های مختلف ضایعات روانی ناشی از جنگ تمیلی

## **5- جزئیات فعالیتهای در قالب برنامه**

برنامه جهت رسیدن هدفها باید قدم‌های ذیل را

بردارد:

اصول اساسی که برنامه را هدایت می‌کند همان است که در جمهوری اسلامی ایران پایه‌گذاری گردیده و در قانون اساسی کشور گنجانده شده است. برنامه بهداشت روانی بعنوان یک قسمت از خدمات بهداشتی اولیه می‌باشد و تأکید بر توسعه خدمات بهداشت روانی در سیستم برنامه‌های شبکه بهداشتی موجود است. هدف برنامه بر این است که خدمات بهداشت روانی اساسی برای تمام ایرانیان تا سال 2000 تأمین گردد. اولویت بر عرضه خدمات به مناطق شهری و روستایی محروم و عقب‌افتاده و جمعیت آسیب‌پذیر خواهد بود.

### **1-5- فعالیتهای خدماتی بهداشت روانی**

فعالیتها برحسب شهری و روستایی بقرار ذیل شرح

داده می‌شود:

#### **1-1-5- مناطق روستایی**

۱- در سطح خانه‌های بهداشت - خانه بهداشت اولین مرکز بهداشتی در مناطق روستایی است که به جمعیتی حدود 1500 نفر که محل سکونت آنها تا خانه حداکثر به مدت یکساعت پیاده روی است خدمت می‌نماید. این مراکز معمولاً بوسیله دو نفر یک مرد و یک زن بنام بهورز اداره می‌شود. سطح سواد آنان 5 تا 8 کلاس است و 2 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

## **5) 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 5 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 بیماری‌یابی و دادن اطلاعات آنها با فرم‌های ارجاعی



ب) همکاری با پزشک عمومی در زمینه موارد ارجاعی و ارسال فرم‌های پیگیری به بهورز در سطح دوم به مرکز بهداشتی درمانی

ج) جمع‌آوری فرم‌های آماری درباره بیماری‌های روانی و صرع و ارسال آنان به مرکز بهداشت شهرستان

### **وظایف و مسئولیتهای کاردانی‌های بهداشت**

#### **خانواده**

الف) سرپرستی مستقیم بهورزان در برقراری رابطه حمایتی با خانواده‌ها و جامعه

ب) آماده نمودن بهورزان با آموزش اولیه در مورد بهداشت روانی مدارس - مسائل مادران و کودکان، پیشگیری اولیه از صدمات مغزی و عفونتها

ج) آموزش جامعه‌ای که او در آن خدمت می‌کند و چگونه از او باید با کمک بهورز مراقبت نمود.

### **3- در سطح مرکز بهداشت شهرستان - در این**

#### **مرکز دو نوع فعالیت انجام می‌گیرد:**

الف) مرکز بهداشت شهرستان یک مرکز اداری برای تمام فعالیت‌های خدمات اولیه بهداشتی در منطقه بشمار می‌رود.

ب) در این مرکز شعب مختلفی وجود دارد که هر یک قسمتی از خدمات بهداشتی را سرپرستی می‌کند همچنین مرکزی است برای یک بیمارستان عمومی با 4 بخش (پزشکی، جراحی، کودکان و زنان و زایمان).

هدف اینست که حداقل یک روانپزشک در این سطح وجود داشته باشد لیکن هرچائی که چنین امکانی عملی نیست مسئولیتهای بهداشت روانی به پزشک عمومی که شش ماه الی یک سال در زمینه بهداشت روانی آموزش دیده باشد سپرده می‌شود. او با یک کارشناس بهداشت روانی آموزش دیده کار خواهد کرد. پیشنهاد می‌شود که حداقل 5 تخت از تخت‌های هر بیمارستان عمومی را به بیماران روانی اختصاص دهند. و هر جا که امکان‌پذیر است امکاناتی شبیه بیمارستان روزانه و تسهیلات دیگر توانبخشی جهت بیماران روانی اضافه گردد.

#### **وظایف روانپزشکان و یا پزشکان عمومی دوره**

#### **دیده در قبال بهداشت روانی در سطح شهرستان**

الف) سرپرستی کلیه فعالیت‌های بهداشت روانی منطقه

- ب) پذیرش موارد ارجاعی از مرکز بهداشتی درمانی 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

- ا) 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 بیماریها 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 برگه 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
- تبصره:** تشکیلات و نیروی انسانی مورد نیاز در سطح پلی کلینیک و بیمارستان عمومی بطور جداگانه تنظیم و به این برنامه پیوست می باشد.

### 2-1-5- 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 بیماریها دارد که وظایف هر یک عیناً مانند مراکز بهداشتی درمانی روستائی است.
- 1- مرکز بهداشت روانی - هر استان بزرگ حداقل یک مرکز بهداشت روانی و یا یک بیمارستان روانی با یک بخش

روانی مجهز در یک بیمارستان عمومی خواهد داشت. برای شهرهای بزرگ مانند تهران، مشهد، اصفهان، تبریز و شیراز مراکز بیشتری برحسب جمعیت و اندازه مناطق تحت پوشش تشکیل خواهد شد. امکانات روانپزشکی موجود در شهرهای بزرگ به دانشکده‌های پزشکی دانشگاه‌ها ملحق خواهد شد و هر کوششی در جهت استفاده تمام امکانات برای آموزش و ارائه خدمات در هر منطقه بکار گرفته خواهد شد. مرکز بهداشت روانی و بیمارستان در هر استانی بالاترین مرجع جهت بیمارانی که از مراکز شهری و روستایی ارجاع می‌شوند می‌باشد و سرپرستی، آموزش و نظارت کلیه سطوح پائین‌تر را برعهده می‌گیرد و بیماران ارجاعی را با برگه‌های پیگیری بحال اولیه خود بر می‌گردانند. تیم مرکز بهداشت روانی عبارت خواهد بود از روانپزشک، روانشناس، کارشناس بهداشت روانی، کاردرمان، تکنسین مدارک پزشکی و غیره که تشکیلات قطعی آنها برحسب مورد و تعداد تحت تنظیم می‌شوند.

## **2-5- فعالیتهای آموزشی بهداشت روانی**

برنامه‌های آموزش در سطوح مختلف تشکیل خواهد شد. هدف عمومی تمام دوره‌های آموزشی آماده نمودن نیروی انسانی لازم کارآمد جهت عرضه خدمات در مناطق توصیف شده می‌باشد.

### **1-2-5- آموزش بهورزان**

دروس بهداشت روانی بطور اختصاص به کتابهای موجود بهورزان اضافه خواهد شد احتراز و خودداری از لغات و اصطلاحات فنی غیرلازم و اتخاذ روش حل مسئله بصورت ساده و قابل فهم از جمله مسائل مهم در تهیه مطالب جهت بهورزان است.

### **برنامه کار عملی بهورزان نیز باید در محل**

#### **انجام گیرد.**

در این سطح آموزش مربیان باید با گنجاندن مطالب بهداشت روانی مرتبط در برنامه آموزشی آنان زودتر شروع شود. این امر باید با بخش برنامه‌ریزی شبکه‌های بهداشتی درمانی وزارت بهداشت هماهنگ شود. آموزش باید بصورت غیرمتمرکز با بهره‌گیری از امکانات هر استان صورت گیرد.

## **2-2-5- آموزش کاردان بهداشت خانواده و**

### **مبارزه با بیماریها**

آموزش این گروه می‌تواند با اضافه کردن مطالب مربوط در زمینه بهداشت روانی انجام پذیرد. این مطالب

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

### **3-2-5\_ 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 آشنائی 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.

### **4-2-5\_ آموزش روانپزشک عمومی شهرستان**

این امر در مراکز آموزشی دانشگاه انجام خواهد پذیرفت. یک دوره آموزش 6 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.

### **5-2-5\_ 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 دانشگاه‌ها و مراکز روانپزشکی ایران طرح‌ریزی گردد.

### **6-2-5\_ 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 دانشکده‌های پزشکی و انستیتور روانپزشکی تهران اولویت‌های خود را در این زمینه از جهت آماده نمودن برنامه آموزشی لازم و مطالب درسی و کتابها تعیین می‌نمایند.

### **3-5- فعالیتهای ارتقاء بهداشت روانی**

#### **1-3-5- سطح روستا**

تماس مستقیم با خانواده‌ها، مدرسه، روستا و مسجد که سطوح اولیه در ارتقاء بهداشت روانی هستند از وظایف اساسی بهورزان بشمار می‌رود. 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 می‌شود. این اقدامات از طریق نفوذ بر رهبران جامعه و روحانیون و تماسهای مستقیم با انجمن‌های 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 رسانه‌های گروهی و سازمانهای دولتی و ارگانها وظیفه راهنمایی و آموزش و تأمین برنامه‌های 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 برنامه‌های آموزشی جهت ارتقاء بهداشت روانی در سطح کشور خواهد بود.

#### **4-5- 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 خانه‌های 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 بیمارانی باشد که بدون داشتن بیماری جسمی به اینگونه مراکز مراجعه می‌نمایند. سپس از طریق تکمیل پرسشنامه‌های استاندارد شده بتوان تشخیص روانپزشکی داد. این امر خود

می‌تواند 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 مبرم 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.

## **5-5- فعالیتهای تشکیلاتی**

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

### **1-5-5- 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.

### **2-5-5- گروه هماهنگی ملی**

بدیهی 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 شورایی 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.

### 3-5-5- گروه چند بخشی مشابه نیز در سطح

استانی تشکیل خواهد شد.

### 4-5-5- تأسیس يك كادر جديد كارشناس بهداشت

#### روانی.

یکی از پیشنهادات جدید در این برنامه بوجود آوردن يك گروه کارشناس بهداشت روانی در سطوح مرکز 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 2 ساله در زمینه بهداشت روانی خواهد گذراند.

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

### 6- قدمهای اساسی در سال 1366

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

مشورتي مركب از 4 الي 5 نفر تحت رياست معاونت بهداشتي جهت شروع برنامه و پيگيري امر در طول 2 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 1987 (معادل سال 1366 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 4 دوره آموزشي در بهداشت رواني براي كاركنان پزشكي و ساير كاركنان بهداشتي در مناطق مختلف كشور، دعوت از مربيان و آموزش دهندگان 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.

## 7- 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 گذاريهاي 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 كلية سطوح
- تأمين وسايل اياب 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 200 نقطه از مناطق
- هزینه‌های اداری و گروه‌های هماهنگی استانی و کشوری و مسئول برنامه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- انجام تحقیقات عملی

## 8- 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 1366 پروژه‌های نمونه برای توسعه خدمات بهداشت روانی در 4 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.

## 9- خلاصه پیشنهادات

- 1- اقدامات ذیل در سال 1356 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 4 الی 5 نفر تحت ریاست معاون بهداشتی که شروع و پیگیری برنامه را در دو سال اول برعهده گیرند.
  - ۳- تشکیل گروه هماهنگی چندبخش در سطح ملی بمنظور کمک در سطح‌ریزی برنامه‌ها
  - ۴- اختصاص دادن اعتبار لازم از بودجه کشور در سال 1366
  - ۵- شروع پروژه‌های نمونه در 3 یا 4 منطقه در نواحی انتخابی در ارتباط با شبکه بهداشتی درمانی کشور بطور

مثال خانه‌های بهداشت روستایی در نواحی مختلف کشور با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی.

۶ تشکیل 4 دوره آموزشی در سال 1366 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 دوره‌های آموزشی.

۷ تشکیل گروهی از کارشناسان بمنظور آماده 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 گروه‌هایی 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 1371 انجام گرفته است که بدینوسیله از آنان تشکر و قدردانی بعمل می‌آید.

جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت محترم امور بهداشتی  
سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان (24)  
(استان)

همانطور که اطلاع دارید تشکیل کمیته‌های علمی و اجرایی طرح‌های 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 بکارگیری 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 عرقو، متابولیک، سرطان و ...<sup>□</sup>

---

□. 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 برنامه‌های 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<sup>9</sup>)
- ۱۲) یک یا دو نفر از متخصصین بنابه انتخاب و معرفی ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی یا مدیرعامل سازمان منطقه‌ای 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 نتیجه‌گیری خواهد بود دعوت بعمل آورد.

---

اجراء در خواهد آمد. لذا متخصصین بسته به نوع بیماری و کمیته مورد نظر از میان روانپزشکان، قلب و عروق، داخلی، غدد، ارتوپدی، جراحی مغز و اعصاب، ژنتیک اطفال و آسیب‌شناسی انتخاب و در جلسات حضور خواهند یافت. بنابراین تخصص ردیف 7 و 12 براساس نوع طرح تغییر می‌یابد.

## وظایف

- ۱) تعیین و تصویب منطقه عملیاتی اجراء، طرحهای جدید غیرواگیر با در نظر گرفتن امکانات اجرائی 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 اجراء، یافتن نواقص، مشکلات، موانع اجرایی و ارائه راه‌حل مناسب با در نظر گرفتن امکانات موجود از طریق بازدید گروهی حداقل هر 3 ماه یکبار از نقاط اجراء طرح.
- ۷) برنامه‌ریزی در زمینه گسترش برنامه‌های آینده. □
- 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 اجرایی 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.

---

□. 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 6 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 خط مشی 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 اعضای ابلاغ خواهد شد.
- چنانچه هر يك از اعضای 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 اعضای 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 يك شهرستان

از آنجائیک بهداشت روانی به عنوان يك 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 يك 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.

### 1- ایجاد تشکیلات استانی

طبق طرح کشوری بهداشت روانی مصوب مورخه 1367/12/13 شورای معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در هر استان لازم است در ابتدا نسبت به انتخاب يك 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)، يك 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 صلاحیت کمیته می‌توان از کارشناسان دیگر نظیر کارشناس بهداشت خانواده و مدارس به شرکت در جلسات دعوت نمود. اعضاء 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 2-3 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.

## **2- چگونگی انتخاب منطقه برای اجرای برنامه**

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:

### **1-2- 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 2 الی 5 مرکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت وابسته به آن را دربرگیرد و جمعیت تحت پوشش اجرای برنامه بین 10 تا 30 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 5 ساله در استان دست یافت. هرچه 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.

### **2-2- اجرای برنامه در شهر:**

اجرای برنامه در شهر نیز تابع شرایط مناطق روستایی می‌باشد و ترجیحاً پس از کسب 1-2 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 بیماریابی، ارجاع و پیگیری و احتمالاً آموزشهای

اجتماعي را به آنها حول نمود. بدیهي است پذیرش بیماران شهري در مرکز تخصصي یا مرکز بهداشت رواني شهرستان بخشي از مشکلات بهداشت رواني شهري را حل مي‌نماید. این مرکز علاوه بر پذیرش بیماران شهري، بیماران ارجاع شده از مرکز بهداشتي درماني روستايي را نیز پذیرش مي‌نماید. این تجربه در شهرهاي شهرضا، بوشهر و سراب موفقیت‌آمیز بوده است.

### 3- نیروي انساني

برنامه كشوري بهداشت رواني نيروي انساني مورد نیاز خود را عمدتاً از نیروهاي موجود در محل تأمین مي‌نماید. مسلماً وجود روانشناس و روانپزشك و سرپرست شبکه و پزشك عمومي و ساير كاركنان بهداشتي علاقمند به برنامه‌هاي بهداشت روان در يك شهرستان آتیه بهتري را براي برنامه به همراه خواهد داشت. در هر شهرستان باید يك «كلينيك تخصصي بهداشت رواني» ایجاد نمود که در آن يك روانشناس و يك روانپزشك (یا پزشك عمومي با دوره میان‌مدت) براي يك یا چند روز در هفته خدمات ارائه نمایند. به این ترتیب مشکل سطح سوم شبکه حل مي‌گردد. در این كلينيك روانشناس (یا ساير كارشناسان بهداشتي یا درماني) به صورت استخدومي یا با استفاده از نيروي انساني ساير سازمانهاي دولتي نظیر آموزش و پرورش یا سازمان بهزيستي و یا با اعزام از مرکز استان به صورت يك یا چند روز مأموریت اداري مي‌تواند به كار گرفته شود. روانپزشك نیز به عنوان يك عنصر اساسي در كلينيك مذکور به صورت يك یا چند روز در هفته فعالیت مي‌کند. در بسياري از شهرستانها به دليل نبودن روانپزشك و با توجه به پیشنهاد برنامه كشوري بهداشت رواني و تأیید کمیته كشوري مي‌توان از پزشك عمومي دوره دیده (2-3 ماه آموزش در مراکز روانپزشكي دانشگاهي کشور) استفاده کرد. در ضمن در بعضي از استانها که رزیدنت روانپزشكي تربیت مي‌شود، مي‌توان با هماهنگي مسئولین دانشگاه و گروه روانپزشكي از وجود آنان هفته‌اي يك روز استفاده نمود. ساير نیروهاي انساني برنامه عبارتند از پزشكان عمومي و كاردانان مراکز بهداشتي - درماني و مربیان آموزشگاه بهورزي و بهورزان خانه‌هاي بهداشت و كارشناسان ستاد گسترش شبکه بهداشتي - درماني شهرستان، در ضمن مي‌توان 3 الي 5 تخت روانپزشكي در بیمارستان عمومي شهرستان در نظر گرفت. باید توجه داشت وجود نیروهاي انساني اخير شرط لازم

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

#### **4- آموزش**

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

#### **4-1- آموزش مربیان، کاردانان و کارشناسان**

##### **بهداشتی**

این گروه‌ها 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 30 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 کاردانان بهداشتی و بهورز<sup>□</sup> است. کلاسهای این دوره توسط روانپزشکان و پزشکان عمومی دوره دیده و روانشناسان آشنا به طرح کشوری اداره می‌شود.

#### **4-2- آموزش بهورزان**

این دوره نیز بمدت یک هفته صبح و عصر یا دو هفته صبح در حدود 30 ساعت در مرکز بهداشت شهرستان یا آموزشگاه بهورزی توسط مربیان و کاردانان 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<sup>□</sup> می‌باشد.

### **3-4\_ آموزش پزشکان**

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

#### **2-3-4\_ پزشکان عمومی با دوره میان‌مدت در**

##### **مرکز شهرستان<sup>□</sup>**

این گروه از پزشکان بطور انفرادی یا گروهی با گذراندن یک دوره آموزشی کوتاه‌مدت 20 تا 30 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 50 تا 70 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<sup>□</sup> می‌باشد. آموزش توسط روانپزشکان صورت می‌گیرد و باید با جلسات بازآموزی ماهانه 2-3 ساعت تداوم یابد. جزوه بهداشت روان برای کارآموزی بهداشت دانشجویان پزشکی خودآموزی و نکات عملی مفیدی را به پزشکان عمومی ارائه می‌نماید.

#### **2-3-4\_ 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 2-3 ماه بطور تمام وقت (صبح و عصر) و همراه با کشیک در بخشهای روانپزشکی می‌باشد. آموزش در

□.

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

□.

یکی از مراکز روانپزشکی دانشگاهی که با برنامه‌های ادغام بهداشت روانی در P.H.C آشنایی دارند، صورت می‌گیرد. آموزش متمرکز بر فراگیری اطلاعات و مهارت‌های لازم برای پاسخگویی به نیازهای بهداشت روانی شهرستانهای کشور و ارائه خدمات سرپایی بهداشت روانی به حداقل 80 درصد مراجعین و پذیرش موارد ارجاع از مرکز بهداشتی - درمانی - روستایی (یا شهری) و ارجاع موارد مشکل به مرکز تخصصی یا دانشگاهی (سطح چهارم) می‌باشد. □

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

## 5- 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 دوره‌ای، 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 مهارت‌های آموخته شده و کنترل پرونده‌ها و بیماران بازآموزی خوبی می‌باشد. 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 می‌برد.

## 6- تدارکات

---

□. این گروه از پزشکان می‌توانند از متن انگلیسی کتاب خلاصه روانپزشکی کاپلان 1988 یا ترجمه فارسی چهار جلدی آن (دکتر پورافکاری) استفاده نمایند. □

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:

## **1-6- 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)

## **2-6- تأمین 13 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.

## **7- 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.

## 8- عملیات اجرائی (ارجاع)

با پایان یافتن برنامه‌های آموزشی و تدارکات دارویی و پرونده‌ای، با کمترین فاصله زمانی فعالیتهای عملی به‌روزان با بیماریابی، ارجاع، پیگیری و آموزش اجتماعی بهداشت روانی شروع می‌شود. موارد ارجاعی توسط مرکز بهداشتی درمانی پذیرفته 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.

## 9- گسترش پنج ساله برنامه

طبق پیش‌بینی 5 ساله برنامه بهداشت روانی کشور (برنامه اجرائی 5 ساله بهداشت روانی - 1369) تا پایان سال 1372 قرار است ادغام بهداشت روانی در خانه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی در مناطق روستایی تا 100% و در مراکز شهری تا 70% مراکز فعال موجود صورت گیرد. ولی با توجه به شرایط می‌توان این برنامه را تا قبل از پایان برنامه 5 ساله دوم تکمیل نمود. بنابراین سرعت گسترش برنامه در یک شهرستان باید بصورتی باشد که حداکثر دقت و کیفیت در برنامه رعایت شود.

## منابع

- 1- برنامه کشوری بهداشت روانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 1365.
- 2- بهداشت روانی برای کاردanan بهداشتی، دکتر جعفر بوالهری، انتشارات بشری، 1375.
- 3- بهداشت روان برای بهورز و بهداشتیار، دکتر جعفر بوالهری، ماهرخ انصاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- 4- کتاب اختلالات روانی برای پزشکان مراقبتهای بهداشتی اولیه. ن. ویگ. ترجمه دکتر داود شاه‌محمدی، حسن پالاهنگ، معاونت بهداشتی، شهرکرد 1369.
- 5- ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه در شهرکرد، دکتر داود شاه‌محمدی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، اسفند 1369.
- 6- برنامه اجرائی 5 ساله بهداشت روانی، دکتر جعفر بوالهری اداره کل مبارزه با بیماریها، 1368.

۷ جهداشت روان براي كارآموزي بهداشت دانشجويمان  
پزشكي، دكتر جعفر بوالهري، مركز روانپزشكي شهيد  
السماعيلي، 1370.



## «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 کلیه واحدهای بهداشتی می‌باشد و در این راستا عمدتاً بر پیشگیری اولیه تأکید می‌شود. از جمله مهمترین فعالیت‌ها 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 تغییر 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 تغییر نگرش بحساب می‌آید. □

بر این اساس همه ساله در سراسر کشور هفته آخر مهرماه 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 تغییر 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 منطقه‌ای 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:**

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

### **1- آموزش مربیان بهورزي و کاردانان بهداشتي**

ابتدا کارشناس بهداشت رواني شهرستان با هماهنگي کارشناس ستاد گسترش شبکه در جلسه‌اي متن آموزشي پيوست و نحوه انتقال مطالب را به مربیان آموزشگاه‌هاي بهورزي و کاردانان بهداشتي آموزش می‌دهد.

### **2- آموزش بهورزان**

بعد از آن مربیان آموزشگاه‌هاي بهورزي و کاردانان بهداشتي طی جلسه‌اي متن آموزشي فوق‌الذکر را به زبان ساده و قابل فهم به کلیه بهورزان خانه‌هاي بهداشت آموزش می‌دهند.

### **3- 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 خستگی‌ناپذیر کلیه رده‌هاي بهداشتي کشور به بهبود وضع کیفی بهداشت رواني و نحوه مطلوب ارائه خدمات به مردم کمک نماید.

---

□. ادغام بهداشت رواني در مراقبتهاي اولیه بهداشتي و بررسی آموزش بهداشت روان بر میزان آگاهی، نگرش، بیماری‌بای و صحت تشخیص بهورزان در زمینه بیماری‌هاي رواني و عصبي، دکتر داود شاه‌حمدي، شهرکرد، 9-1368.

# دستورالعمل آموزش دوره میان‌مدت 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 پلی‌کلینیک 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 100 بیمار روانپزشکی را سرپایی پذیرفته و درمان نماید.

## مکان

با توجه به اینکه 80% زمان آموزش مربوط به کار در کلینیک سرپایی است، محل اصلی آموزش درمانگاه‌های روانپزشکی است. 20% 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 شبکه‌های بهداشت و درمان استان اختصاص دارد.

## مدت

جمع ساعات مورد نیاز آموزشی این دوره حداقل 250 ساعت، معادل 50 روز فعال اداری یا دو ماه می‌باشد.

## مدرسین

اساتید این دوره لازم است از روانپزشکان عضو هیئت علمی دانشگاه‌های کشور که با برنامه‌های 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 پورافكري)، در ويژهنامه بهداشت رواني مجله دارو و درمان بهمن و اسفند ماه 1371 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 برنامههاي بهداشت رواني، متعهد گردند حداقل به مدت 18 ماه يك يا چند روز در هفته در اختيار برنامه بهداشت رواني استان باشند.

## **بهداشت روان و پزشكان مراقبتهاي بهداشتي اوليه**

### **1- مقدمه**

در چند سال گذشته با به اجرا درآمدن برنامه ادغام بهداشت روان در مراقبتهاي بهداشتي اوليه در نقاط مختلف کشور و موظف شدن خانههاي بهداشت و مراکز بهداشتي درماني در ارائه خدمات بهداشت روان به جامعه، نياز به آموزش نوين به پزشكان عمومي و کارورزان دانشكدههاي پزشكي در مورد بهداشت روان و روانپزشكي کاربردي در اين مراکز به روشني احساس گرديد. بوجب برنامه کشوري 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.<sup>□</sup> آشنائي با نوشته هاي اين بخش مي تواند پزشکان را در بکارگيري آموخته هاي روانپزشكي و بهداشت رواني ياري نمايد.

## 2- وظايف پزشکان عمومي

پزشک عمومي در يك مرکز بهداشتي درماني که موظف به ارائه خدمات بهداشت رواني به جامعه مي باشد. داراي وظايف بهداشت رواني زير مي باشد:

2-1- پذيرش بيماران ارجاعي و مراجعات غيرارجاعي

روانپزشكي

2-2- تشکيل پرونده روانپزشكي، ثبت شرح حال اوليه،

دستورات دارويي و يادداشتهاي مراجعات و پيگيريها.

2-3- درمان فوريتهاي روانپزشكي، و درمان مراجعات

تکراري و نگهدارنده.

2-4- ارجاع مواد مشکل به مرکز تخصصي بالاتر به

منظور مشاوره تشخيصي و درماني

2-5- سرپرستي، نظارت و بازآموزي فعاليتهاي بهداشت

رواني به بهورزان، مربيان بهورزي کاردانان و داوطلبان بهداشتي.

2-6- ارائه آمار ماهانه فعاليتهاي بهداشت رواني

مرکز و تجزيه و تحليل ابتدائي آن

2-7- سرپرستي و شرکت در آموزش اجتماعي بهداشت رواني

## 3- وظايف بهورزان، کاردانان و مربيان

آشنائي با وظايف و مهارتهاي ساير افراد تيم بهداشتي،

بکارگيري آنها و نظارت بر کارشان را ساده تر مي نمايد.

بهورزان در برنامه بهداشت روان روستا داراي وظايف

بيماريابي، ارجاع، 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 دليل آنکه در اولويت

برنامه بهداشت رواني کشور نمي باشد نياز به بيماريابي

و پيگيري فعال نداشته و تنها به کسانی که مراجعه

مي کنند خدمات داده مي شود. در ساير بيماريها بهورز

بيماريابي فعال در خانه، مدرسه و اجتماع داشته و

بايد موارد کشف و ارجاع را به بالاترين حد ممکن

برساند.

---

□. دکتر جعفر ابولهي، روانپزشک، عضو هيئت علمي دانشگاه علوم پزشکی ايران، بهار 1370، مرکز روانپزشكي شهيد اسماعيلي

بهورزان در چهارچوب آموزشهاي كتاب بهداشت روان براي بهورزان<sup>(2)</sup> بايد بتوانند بخوبي از شناخت نشانه هاي چهار گروه بيماريهاي فوق برآيند، عوارض دارويي را بشناسند، قادر به دخالت در بحرانهاي رواني فردي و خانوادگي باشند و بموقع از مربيان، كاردانهاي بهداشتي، پزشكان عمومي و ساير امكانات اجتماعي موجود در روستا در اين راستا كمك بگيرند.<sup>(3)</sup> مربيان و كاردانهاي بهداشتي شرح وظايفي مشابه بهورزان دارند. كاردانها زمانيكه سرپرستي بهورزان و ساير گروه هاي بهداشتي نظير داوطلبان بهداشتي را بعهده دارند، تنها آنان را بازآموزي تدارك، نظارت و ارزشيابي مي كنند و خودشان با اجتماع ارتباط چنداني ندارند. اما اگر مانند اكثر نقاط فعلي شهري و يا مدارس به تنهائي اشتغال داشته باشند لازم است، تشكيل پرونده، بيماريابي، پيگيري، ارجاع، آموزش بهداشت روان و همچنين مشاوره، راهنمايي و توانبخشي رواني اجتماعي مراجعين را بعهده داشته باشند.

#### **4- بيماريابي**

بيماريابي و درمان بموقع و مناسب از فعاليتهاي بسيار مفيد در پيشگيري نوع دوم است. بيماران بسياري در جامعه وجود دارند كه گروهی هيچگونه درماني را دريافت نمي دارند و گروه ديگري از آنان درماني نادرست يا نامرتبي داشته و لذا تحت كنترل نمي باشند. اين گروه بيماران بتدريج مزمن شده، عوارض بيشتر خانوادگي، اجتماعي و اقتصادي را سبب ميشوند و تعدادي از آنان دچار معلوليت رواني مي گردند. پزشك عمومي به اشكال زير مي تواند ميزان بيماريابي خود را افزايش دهد.

4-1- پذيرش و موارد ارجاع از بهورزان، كاردانان، داوطلبان بهداشتي و ديگران.

4-2- آموزش و تشويق مداوم اين كاركنان براي افزايش بيماريابي فعال در جامعه. روشهاي مختلفي به اين افراد براي بيماريابي در خانواده، مدرسه، و اجتماع آموزش داده شده است.

4-3- بيماريابي در بين مراجعين مركز بهداشتي درماني، درصد زيادي از مراجعين به پزشكان عمومي بيماري رواني با تظاهرات جسمي دارند. لذا آنها را بايد جدا نموده، تشكيل پرونده داده و خدمات بهداشت رواني را در فرصت مناسب در اختيارشان قرار داد.

4-4- آموزش اجتماعی بهداشت روان در مجالس، گروه‌ها، مدارس، مساجد، ادارات و تشویق مردم به شناسایی و ارجاع بیماران.

## 5- تشکیل پرونده

در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بهداشت روانی لازم است پرونده‌ای جدا و یا درون پرونده خانوار برگه‌هایی به فعالیتهای بهداشت روان اختصاص داده شود. برای هر بیمار لازم است حداقل یک برگه شرح حال روانپزشکی یک برگه پیگیری و ادامه درمان، برگه‌های 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 می‌باشد و در غیر اینصورت پزشک این برگه را پر می‌نماید. 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 می‌شود. (پیوست 1 و 2)

## 6- ارجاع

پزشک عمومی در چهارچوب شرح وظایف آموخته‌های 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:

- 6-1- اشکال در تشخیص، برای تشخیص قطعی.
- 6-2- همه موارد مراجعین بار اول با تشخیص احتمالی صرع و سایکوز، برای تشخیص قطعی و بررسی پاراکلینیکی و تخصصی.
- 6-3- سایکوزهای تحریکاتی و با احتمال آسیب‌رسانی بخود و به دیگران، پس از درمانها و اقدامات اولیه بویژه پس از عدم پاسخ درمانی.
- 6-4- موارد روانپزشکی که با بیماریهای مغزی و داخلی نظیر بیماریهای غددی، متابولیکی و قلبی عروقی پیچیده شده باشند.
- 6-5- مواردی که نیاز به تشخیص و درمانهای تخصصی نظیر الکتروشوک، الکتروآنسفالوگرافی، رفتار درمانی و داروهای بیشتری داشته باشند.
- 6-6- سایر موارد مراجعین تکراری هر 3، 6 یا 12 ماه یکبار جهت مشاوره تشخیصی و درمانی مجدد.

6-7- 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<sup>(4)</sup>، یک مرکز بهداشتی درمانی در ماه‌های اول تنها باید 20 الی 30% 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 10% کاهش می‌یابد.

## 7- 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 2 تا 6 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 3 سال است، اما تعدادی تا سالهای طولانی ادامه می‌یابد. گرچه پزشک



عمومی به هنگام ویزیت بیمار زمان مراجعه بعدی وی را مشخص می‌کند اما کارکنان بهداشتی باید پیگیری را مطابق برنامه فوق در تاریخهای پیش‌بینی شده انجام داده و نتیجه پیگیری را در دفاتر برگهای ویژه پیگیری و پرونده بیمار ثبت می‌نمایند. این یادداشتهای برآحتی به پزشکان و بازدیدکنندگان دیگر امکان می‌دهد تا بجوبی نظم و دقت پیگیری را کنترل نمایند برای پیگیری آموزشها و فعالیتهای دقیق بهداشت روانی پیش‌بینی شده است که لازم است بطور کامل اجرا شود.

## 8- آموزش اجتماعی بهداشت روان

آموزش بهداشت مانند بیماریابی و پیگیری وظیفه بهورز، کاردان و داوطلبان بهداشتی است که ارتباط نزدیکتری با جامعه و خانواده دارند. اما پزشکان به دلیل دانش بیشتر و شخصیت قابل قبولتری که دارند، اگر رابطه خوبی با افراد و گروه‌ها برقرار نمایند موفقیت خوبی در آموزش پیدا می‌نمایند - آموزش بهداشت روان باید به زبان ساده و قابل درک باشد، زمینه‌های فرهنگی و نیازهای بهداشتی و آموزشی افراد و جامعه را در نظر داشته باشد و بیشتر پرسشهای مراجع و مردم را در این موارد پاسخ دهد. گوش کردن به پرسشها، صحبتها و باورهای مردم در زمینه بیماریهای روانی و درمان آنها موضوع آموزشی بهداشت روانی را مشخص می‌نماید. مردم بیشتر درباره علت بیماریهای روانی، عوامل مؤثر در عود این بیماریها.

روشهای پیشگیری، آینده آنان، عوارض و اثرات داروها، طول مدت درمان، نقش ارث، غذا و ارتباط جنسی، ازدواج و بارداری بیماران روانی، تنبیه یا محبت به بیماران و ... پرسش می‌نمایند. آموزش چهره به چهره بویژه به مراجعی که خود یا همراهش به دلیل بیماری نیازمند به درمان و کمک می‌باشد بسیار موفق است. - همچنین بازآموزی بهورزان، کاردانان و داوطلبان بهداشتی گرچه وظیفه کارشناسان بهداشت روانی و مربیان بهورزی است اما با کمک پزشک توانسته است آموزش را با سرعت بیشتری به بیماران، خانواده آنان، آموزگاران و مادران انتقال دهد.

در پایان یادآوری این مهم بدنیست که پزشکان عمومی می‌توانند نقش اساسی در تغییر نگرش، آگاهی و رفتار بهداشتی مردم داشته باشند و حضور در یک مرکز بهداشتی و

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

## 9- درمان

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

درمان دارويي تنها در چهارچوب 13 قلم داروي بهداشت رواني مراقبتهاي بهداشتي اوليه کشور مجاز مي‌باشد (پيوست شماره 3). محدود بودن اقلام دارويي به 13 قلم از يك طرف آموزش و مهارت پزشك را در درمان افزايش چشمگيري داده، و از طرف ديگر احتمال مصرف ناجاي اين داروها را کاهش مي‌دهد.

پژوهشها و تجارب موجود در زمينه بكارگيري داروهاي مؤثر بر روان در برنامه‌هاي درمان در منزل و درمان در اجتماع نشان داده است كه با اينگونه درمان در مقايسه با درمان بستري و بيمارستاني در حاليكه دوز كمتر مورد نياز است بيماران پيش‌آگهي بهتري پيدا مي‌كنند. بنابراین توصيه مي‌شود در همه موارد دوز دارويي اوليه نگهدارنده کمتر، و افزايش دوز تدريجي‌تر باشد. با اين روش درمان عوارض دارويي كمتر ايجاد مي‌شود، اما بهتر است بيمار را در فاصله‌هاي زماني كوتاهتري مورد كنترل و معاينه مجدد قرار داد تا در صورت نياز به افزايش سريعتر دوز دارو اقدام گردد. در مراكز بهداشتي درماني بيماران روانپزشكي زيادي مراجعه مي‌كنند كه تحت درمان پزشكان مختلف قرار داشته و درمانهاي نادرستي مانند دوز نامناسب، داروي ناجا، و بويژه تركيب چند دارويي دريافت مي‌دارند. اينگونه بيماران حتي اگر تحت درمان متخصصان هم باشند بايد با ارزيابي دقيق تشخيصي، آموزشهاي اوليه بهداشت رواني، و استدلالي متناسب با سطح تحصيلات و فرهنگ آنان، و ضمن مشورت با مركز تخصصي بسمت درمان مناسب و استفاده از 13 قلم دارو هدايت شوند. موفقيت بيشتري 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 زمان‌گير روانپزشكي باقي نمي‌گذارد، 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 غیردارویی 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 غیردارویی 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.<sup>(5)(6)</sup>

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 غیردارویی در فوریتهای بسیار ضروری است. برخورد مناسب، - همدلی با بیمار، دادن اطمینان بوی، و حمایت از او می‌تواند در کنترل نشانه فوریتهای اثر زیادی داشته باشد. استفاده از تخت فوریتهای 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.

## 10- 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.

## 11- 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 کارکنان‌های بهداشتی و سایر متون مربوط اقدام نماید.<sup>(7)</sup>

- 
- ۱ برنامه کشوری بهداشت روانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حوزه معاونت بهداشتی، 1367
  - ۲ جواله‌ری، جعفر و ماهرخ انصاری، بهداشت روان برای بهورزان، انتشارات بشری، 1371
  - ۳ جواله‌ری، جعفر، بهداشت روان برای کارآموزی بهداشت دانشجویان پزشکی، 1370، مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی
  - ۴ شاه‌محمدی، داود و همکاران، ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه شهرکرد، 1369.
  - ۵ جواله‌ری، جعفر، بهداشت روان برای آموزگاران، 1371، مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی
- 6\_ Maaual of psychocherapy for Mecical officers, \_\_\_\_\_, Bangatorc-Indin, 1990
- ۷ جواله‌ری، جعفر، بهداشت روان برای کارکنان‌های بهداشتی، انتشارات بشری، 1370

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

فرم شرح حال که در 2 صفحه و 44 بند تهیه شده است در مراکز بهداشتی درمانی توسط کاردان بهداشتی و از بند 19 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 1 تا 8:** این قسمت از فرم مربوط به مشخصات اولیه بیمار است که از بیمار یا همراه او پرسیده و یادداشت کنید.

**9- 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.

**10- 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.

**11- 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.

**12- 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.

**13- 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 قلبی 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.

**14- عوامل سبب‌ساز 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.

### **15- 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 ...

### **16- 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.»

### **17- اختلال در کارکردها:** ممکن است بیمار در هر یک

از کارکردهای فردی، خانوادگی، تحصیلی، شغلی و یا اجتماعی اش دچار اختلال باشد. اختلال در کارکردهای فردی بدین معنی است که فرد نمی‌تواند کارهای شخصی اش را از قبیل: نظافت، شستشو، غذا خوردن و غیره انجام دهد. اختلال در کارکرد خانوادگی به ناسازگاریهای فرد با اعضای 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 همکاری 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.

### **18- 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 درك 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، شك و تردید یا وجود افکار کفرآمیز در ذهن يك 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.

**19- 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 ...
- 20- 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.
- 21- نتیجه بررسی‌های پاراکلینیک:** نتیجه آزمایشات، رادیوگرافی، الکتروانسفالوگرافی، سی‌تی‌اسکن و غیره را در این قسمت بنویسید.
- 22- 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 پی‌می‌برید. 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.
- 23- درمان اولیه و داروهای تجویز شده:** داروهای را که در اولین مراجعه برای این بیمار تجویز می‌کنید در این قسمت یادداشت نمائید.
- 24- 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 نصرتا ... پورافكاري

۳ - «بهداشت روان براي كاردانان و مراقبين بهداشتي مدارس» ترجمه و تاليف دكتور جعفر بوالهرري.

شماره پرونده :  
تاریخ مراجعه  
بعدي:

## «فرم شرح حال روانپزشکی در مراکز بهداشتی درماني»

- 1- نام و نام خانوادگی  
2- نام سرپرست خانوار  
3- سن  
4- جنس  
5- محل تولد  
6- محل سکونت  
7- شغل  
8- تحصیلات  
9- منبع ارجاع و خانه خود  
10- علت مراجعه و شکایات اصلی:  
11- زمان شروع بیماری فعلی:  
12- نحوه شروع بیماری ناگهانی تدریجی نامشخص فعلی:  
13- علائم، تشخیصها و درمانهای قبلی:  
14- عوامل سبب ساز ضربه مغزی  
بیماری:  
شدید  
زردی یا سیانوز  
مشکلات شغلی و مالی  
بیماری جسمی  
شدید  
مصرف مواد مخدر  
سایر عوامل  
15- سابقه بیماری جسمی:  
16- تاریخچه خانوادگی:  
17- اختلال در کارکردها  
18- علائم و نشانه ها:  
فعالیت بیش از حد  
سرخوشی و شادی زیاد  
پرحرفی  
حرفهای بیربط  
خشونت  
بی خوابی  
قطع ارتباط و گوشه گیری  
19- (الف)  
افکار یا اقدام به خودکشی  
بی میلی جنسی  
بی توجهی به خود  
رفتارهای عجیب و غریب  
هذیان و گزند و آسیب  
سایر هذیانها  
توهم شنوایی  
توهم بینایی  
اختلال حافظه  
اختلال جهت یابی  
فقدان بینش  
20- (ب)  
دلهره و نگرانی  
طپش قلب  
خشکی دهان  
لرزش دستها  
سردرد و سرگیجه  
دردهای پراکنده  
غمگینی و ناامیدی  
ضعف یا خستگی پذیری  
21- (ج)  
بی خوابی  
بیهوشی  
کاهش یا افزایش اشتها  
غیرمنطقی  
افکار وسواسی  
اعمال وسواسی  
حملات در زمان و مکان خاص  
هنگام غش

حرکت تونیک خارج شدن کف از تاریخ آخرین  
 کلونیک دهان حمله \_\_\_\_\_  
 گازگرفتگی زبان حملات غش در حین تعداد حملات در  
 خواباً ماه \_\_\_\_\_  
 (د) تأخیر در نشستن تأخیر در سخن رفتارهای نامناسب و  
 گفتن کودکانه  
 تأخیر در راه رفتن تأخیر در کنترل ادرار و معلولیت‌های  
 مدفوع جسمی  
 (ه) سایر علائم و نشانه‌ها \_\_\_\_\_

نام و نام خانوادگی تکمیل  
 کننده فرم:  
 امضاء:

19- علائم مثبت و خلاصه شرح حال:

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

21- نتیجه بررسی‌های پاراکلینیکی:

22- تشخیص:  
 (د) عقبماندگی ذهنی: (د) عقبماندگی ذهنی: متوسط شدید عمیق  
 خفیف  
 (الف) پسیکوز تا افسردگی مانیک، پسیکوز عضوی پسیکوز  
 سکیزوفرنیا شدید دیرسیو حلد  
 (ب) نوروژ: 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: .....

23- 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 هماهنگ این امر، فرم‌هایی تحت شماره‌های 1، 2 و 3 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<sup>1</sup> امتیاز، خوب 2 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 1

این فرم جهت نظارت بر فعالیت پزشک عمومی مرکز بهداشت درمانی روستایی است که توسط روانپزشک یا پزشک عمومی با آموزش میان مدت هر 6 ماه یکبار از تمام مراکز تشکیل خواهد شد.

#### سؤال 3: با توجه به تعداد متوسط ویزیت روزانه

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

#### سؤال 4: منبع اطلاعات اختلالات روانی برای پزشکان

مراقبت‌های اولیه بهداشتی است.

#### سؤال 6: 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 9: 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 12:** این پرسش بعد از بازدید از خانه بهداشت تابعه تکمیل می‌شود.

**سؤال 13:** 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 3، 6 یا 12 ماه یکبار جهت مشاوره تشخیصی و درمانی مجدد.
  - بیمارانی که از دارو و غذا خوردن خودداری کرده و درمان تزیقی هم مفید نمی‌باشد.
- سؤال 14:** پزشک موظف است به استثنای موارد سؤال 13 را سرویس دهد که رقمی در حدود 60 درصد از مراجعین خواهد بود.

## فرم شماره 2:

این فرم جهت نظارت بر فعالیت کاردان مرکز بهداشتی درمانی روستایی تنظیم شده است که توسط کارشناس بهداشت روان استان و شهرستان هر 3 ماه یکبار تکمیل خواهد شد.

**سؤال 3:** منبع اطلاعات کتاب بهداشت روان جهت استفاده مراقبین بهداشت مدارس و کلیه کاردانهای بهداشتی است.

**سؤال 6:** پاسخ این پرسش با مشاهده فرمهای تکمیل شده شماره 3 و همچنین دفتر بازدید خانه بهداشت مشخص خواهد شد.

## فرم شماره 3:

این فرم جهت ارزیابی فعالیت بهورز در خانه بهداشت است که توسط کاردان حداقل هر 2 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 2:** منبع اطلاعات، متن بهداشت روان برای بهورز است که اهم مطالب آن علائم بیماریها، عوارض دارویی و آموزش بهداشت روان به بیماران و خانواده‌ها می‌باشد.

**سؤال 4:** در پرونده بیمار مشاهده شود که آیا تعداد دفعات ارجاع ثبت شده در فرم پیگیری بیماری با تعداد فرمهای ارجاع مطابقت دارد؟

**سؤال 6:** 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 7:** 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 8:** نسبت بیماران شناسایی شده به جمعیت، با توجه به آموزش و توانایی بهورز و عملکرد چند ساله اخیر در استانها عبارت از روانی شدید 2/5 در هزار، \_\_\_\_\_ 3 در هزار عقبمانده ذهنی 3 در هزار و روانی خفیف 4 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 نمی‌باشد. در عین حالیکه مورد بررسی قرار خواهد گرفت از امتیازی برخوردار نخواهد بود.

**سؤال 9:** تعداد بیماران برحسب مورد (تحت درمان، قطع پیگیری و ...) باید با تعداد چوبخه‌های روی فرم مساوی باشد.

**سؤال 11:** تجارب نشان می‌دهد که به دلایلی بهورز موفق به ارجاع 100% افراد شناسایی شده به پزشک نمی‌باشد لذا با توجه به عملکرد و آمار استانها ارجاع تا سطح 90% 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 1  
 نام مرکز بهداشتی، درمانی نام و سمت بازدیدکنندگان  
 جمعیت تحت پوشش  
 تاریخ بازدید

خیر	بلی	
		1- مرکز پزشک ثابت دارید؟
		2- پزشک مرکز دوره آموزش بهداشت روان را گذرانده است؟
		3- پزشک مرکز وقت کافی برای مصاحبه با بیمار صرف میکند؟
ضعیف	متوسط	4- اطلاعات پزشک در زمینه بهداشت روانی شامل موارد زیر چگونه است؟
	خوب	برنامه کشوری ادغام بهداشت روان در PHC
		علامت _____ و تشخیص بیماریهای روانی
		داروهای برنامه بهداشت روان و عوارض آن
خیر	بلی	
		5- پزشک فرم شرح حال را تکمیل مینماید؟
		6- پزشک شرح مراجعات بعدی را یادداشت مینماید؟
		7- داروهای تجویز شده با تشخیص نوع بیماری تناسب دارد؟
		8- پزشک حتی الامکان مونوتراپی را در مورد هر دسته دارویی رعایت میکند؟
		9- پزشک از دوز مناسب دارو و درمان استفاده نموده است؟
		10- دارو به مدت کافی جهت ارزیابی نتیجه درمان داده شده است؟
		11- قسمت پائین فرم ارجاع توسط پزشک (یا کاردان) تکمیل و به خانه بهداشت منعکس میشود؟

		12- پزشك به هنگام ويزيت بيماري بيماران رواني و صرعي شناسايي شده را مورد معاينه قرار مي دهد؟
		13- پزشك از ارجاع بيمورد خودداري نموده است؟
	خوب ( 16- ( 20 متوسط ( 11-15) ضعيف ( 5- ( 10	وضعيت برحسب مورد:

**مرکز بهداشت استان**  
**مرکز بهداشت شهرستان**  
**ارزیابی فعالیتهای مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش**  
**برنامه بهداشت روانی**  
**فرم شماره 2**  
**نام مرکز بهداشتی، درمانی نام و سمت بازدیدکنندگان**

تاریخ بازدید

جمعیت تحت پوشش

	بلی	خیر	
			1- مرکز کاردان ثابت مبارزه با بیماریها دارد؟
			2- کاردان مرکز دوره آموزش بهداشت روان را گذرانده است؟
	متوسط	ضعیف	3- اطلاعات کاردان در زمینه بهداشت روان شامل موارد زیر چگونه است؟
			- علائم بیماریهای روانی
			- داروهای برنامه بهداشت روان و عوارض آن
			- آموزش بهداشت روان به بهورزان
	بلی	خیر	
			4- کاردان با پزشک مرکز در اجرای برنامه بهداشت روانی همکاری دارد؟
			5- کاردان جهت بیماران روانی فرم شرح حال را تنظیم مینماید؟
			6- کاردان به هنگام بازدید از خانه بهداشت فعالیتهای بهداشت روان را نیز مورد ارزیابی قرار میدهد؟
			7- چند قلم از داروهای بهداشت روان در مرکز موجود است؟
			خوب (11- ) متوسط (8- ) (ضعیف 5- ) (13) (11) (7)
	جمع	امتیاز	
کمبودها ذکر شود .....			
			خوب ( 10- ) (13)

وضعیت برحسب نمره :	متوسط (6-9) ضعیف ( 0-5)
-----------------------	-------------------------------

**مرکز بهداشت استان \_\_\_\_\_**  
**مرکز بهداشت شهرستان \_\_\_\_\_**  
**ارزیابی فعالیتهای مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش**  
**برنامه بهداشت روانی**  
**فرم شماره 3**  
**نام مرکز بهداشتی، درمانی نام و سمت بازدیدکنندگان**  
**جمعیت تحت پوشش \_\_\_\_\_**  
**تاریخ بازدید \_\_\_\_\_**

خیر	بلی	
		1- بهورز در زمینه اجرای برنامه بهداشت روان آموزش دیده اند؟
ضعیف	متوسط ط	خوب
		2- اطلاعات بهورز در زمینه بهداشت روان چگونه است؟
خیر	بلی	
		3- فرمهای ارجاع تکمیل شده (فوری - غیرفوری) جهت بیماران در خانه موجود است؟
		4- تعداد برگهای ارجاع با تعداد کل دفعات ارجاع مطابقت دارد؟
		5- فرم پیگیری بیماری (15/16) جهت بیماران روانی در پرونده خانوار آنها موجود است؟
		6- پیگیری بیماران روانی بطور منظم انجام میگیرد؟
		7- بهورزان به امر آموزش بهداشت روانی خانوادهها توجه دارند؟
		8- فرم گزارش ماهانه بیماریهای غیرواگیر (در مقیاس بزرگ) بر روی خانه بهداشت نصب شده است؟
		9- آمار بیماران روانی بطور روزانه در فرم گزارش ماهانه بیماریهای غیرواگیر ثبت میشود؟

		10- نسبت بیماران روانی شدید، مصروع و عقبمانده ذهنی شناسایی شده به جمعیت تحت پوشش چقدر است؟
تعداد بیماران روانی شناسایی شده.....	تعداد بیماران روانی شناسایی شده.....	
تعداد بیماران روانی شناسایی شده.....	تعداد بیماران روانی شناسایی شده.....	
$\frac{\text{عومجم ناراهپ پیش یناور، عورصم بقع ینام ین مذ}}{\text{بیجمع تج ششپ}} \times 1000 = \text{-----} \times 1000 =$		
خوب (7-8 در هزار)	متوسط (2-6 در هزار)	ضعیف (0-4 در هزار)
$\frac{\text{ناراهپ فپیخ یناور}}{\text{بیجمع تج ششپ}} \times 1000 = \text{-----} =$		
امتیاز:		
نسبت مجموع بیماران روانی شدید، صرع و عقبمانده ذهنی که توسط بهورز ارجاع شده اند به تعداد موارد شناسایی شده است؟		
بیماران مصروع ارجاع شده ..... تعداد بیماران روانی شدید ارجاع شده ..... عقب مانده ذهنی ارجاع شده .....		
$\frac{\text{عومجم ناراهپ یناور پیش، عورصم، بقع ینام ین مذعاجرا هش}}{\text{عومجم ناراهپ یناور پیش، عورصم و ینام بقع ینام ین مذ بیپلش هش}} \times 100 = \text{-----}$		
خوب (75-)	متوسط (74-)	ضعیف (0-59)
(90)	(60)	
مجموع امتیاز		
وضعیت برحسب نمره:	خوب ( 11- ) ( 4 متوسط ( 10-7 ) ضعیف ( 0- ) ( 6	

## «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<sup>□</sup> 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 2 مورد بیمار

---

□. 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. 2 مورد صرع و 2 مورد عقبماندگی ذهنی شمارش و در صورت گذاردن ستاره بر روی کلمه صرع در پائین فرم توضیح داده شود که 2 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 می‌شوند:

**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 می‌شود 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 می‌شود و در ماه‌ها و سال‌ها بعد مورد، عود و یا تکراری محسوب خواهد شد. این ستون به گروه‌های سنی تقسیم شده که به تفکیک مرد و زن برحسب ابتلاء به هر کدام از بیماریها مشخص می‌شوند.

**ب/ عود:** به مواردی گفته می‌شود 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 نمی‌باشد. 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 می‌گردد.

**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

- محاسبه یکبار شمارش خواهد شد. پس ستون به دو قسمت مرد و زن تفکیک می‌گردد.
- 4- 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.
- 5- موارد قطع پیگیری بدلیل:** چنانچه بیمار به هر دلیلی از جمله بهبودی، فوت، مهاجرت ... پیشگیری 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.
- 6- 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 بازگردانیدن قسمت تحتانی فرم ارجاع، کسب اطلاع شفاهی مشروط بر اطمینان نیز کفایت می‌کند.
- 7-** 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.
- 8-** نام و نام خانوادگی و امضاء تکمیل کننده فرم و تاریخ ارسال گزارش در سمت چپ پائین فرم ثبت می‌شود.
- 9-** خانه‌های بهداشت \_\_\_\_\_ فرم گزارش ماهانه پیشگیری بیماریهای غیرحاجز را حداکثر تا تاریخ سوم ماه بعد به مراکز بهداشتی، درمانی تابعه ارسال نمایند.
- 10-** 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 پنج 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 را ندارند.

- 11-** 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.
- 12-** 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 بیماری 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 کمافی‌السابق 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 پنجم 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»

تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی .....  
تعداد خانه های بهداشت .....

نام دانشگاه علوم پزشکی .....  
نام شهرستان .....  
نام مرکز بهداشتی درمانی روستایی .....  
نام خانه بهداشت .....

سال .....  
ماه .....

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: .....

## «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: .....