

## تعریف، زیربناها و اهداف بهداشت روانی جامعه

S.A.Hosseini, M.D.

### Definition, Basics and Targets of Community Mental Health.

**Key words :** *Community Mental Health, Community Psychiatry, Social Psychiatry, Preventive Psychiatry, Prevention (Primary, Secondary, Tertiary). Catchment area, Service Integration, Continuity of care, Case Finding Follow-up. Consumer Participaion*

*Community mental health is termed the third revolution in psychiatry. Characteristics of this approach have been summed up as follows:*

*responsibility to a population, treatment close to the patient, case finding, comprehensive services, multidisciplinary team approach, continuity of care and follow-up, Consumer participation, prevention (Primary, secondary, tertiary)*

*,mental health consultation, standardization, evaluation and research. The terms have been discussed in relative detail.*

این انقلاب، روشهای سنتی و قدیمی را که روان‌پزشکان تمام کوشش خود را صرف شناخت و طبقه‌بندی علائم و درمان «بیمار» می‌نمودند و به عوامل اجتماعی و «عمل جامعه» توجه جدی مبذول نمی‌داشتند مردود می‌داند و بستری کردن بیماران را برای مدت طولانی مورد انتقاد قرار می‌دهد. کلینیکهای پراکنده بهداشت روانی، احتراز از بستری نمودنهای غیر ضروری، استفاده از امکانات جامعه برای مراقبتهای بعد از بستری و توجه به پیش‌گیری از اختلالات روانی از طریق مشاوره و آموزش را از اهداف اصلی خود می‌شمارد.

سولیوان (Sullivan) روان‌پزشکی را مطالعه مناسبات بین افراد می‌داند که در نتیجه رابطه نزدیکی بین روان‌پزشکی و علوم اجتماعی برقرار می‌شود. او معتقد است روان‌پزشکی

## تعریف، زیربناها و اهداف بهداشت روانی جامعه

دکتر سید ابوالقاسم حسینی

استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

بهداشت روانی جامعه و Community Mental Health روان‌پزشکی پیش‌گیری (عناوین Preventive Psychiatry) روان‌پزشکی اجتماعی به نام (Community Psychiatry) مترادفی هستند که در ۱۹۶۰ توسط برن روان (Berne) انقلاب سوم پزشکی نامگذاری شده‌اند و مجموعاً این برداشت را دنبال می‌کنند که تمام سیستمهای اجتماعی باید به عنوان پشتوانه پیش‌گیری و درمان اختلالات روانی مورد استفاده قرار گیرند.

خانواده‌ها، واحدهای درمانی، بیمارستانها، مراکز آموزشی و مراکز تجارتي وجود دارند که همگی باهم در ارتباط می‌باشند. لودویک ون برتالانفی (Ludwig von Bertalanffy) انسان را به عنوان یک سیستم فعال که داخل سیستم بزرگتر (جهان) قرار دارد مطرح می‌نماید. بهداشت روانی جامعه (Community Mental Health) مفهوم عام‌تری است که براساس تعالیم بسیار وسیع فلسفی و روان‌شناختی شکل گرفته و با استفاده از همه امکانات جهانی، پیشگیری (Prevention) و ارتقای سطح سلامتی (Promotion) و رشد (Development) را دنبال می‌کند و هر دو بعد آن اگر از حمایت شایسته جوامع بشری برخوردار گردند، انقلابهای وسیعی را در جوامع بشری به وجود خواهند آورد. چنانچه ذکر شد ریشه‌یابی و استفاده از امکان‌های جامعه به عنوان انقلاب سوم روان پزشکی مطرح شده است و هم اکنون انقلاب بهداشت روانی مثبت (Positive Mental Health Movement) که تکامل جوامع بشری را پی می‌گیرد نیز در حال شکل‌گیری است.

در بعضی موارد عنوان بهداشت روانی جامعه به اشتباه فقط در مورد بخش‌های مختلفی که عملاً جزئی از بهداشت روانی جامعه هستند به کار می‌رود. این واقعیت ممکن است به آسانی موجب اشتباه در ارزیابی این مفهوم و این نوع از خدمات روان پزشکی شود. در یک واحد روان پزشکی اجتماعی، تعداد افرادی که باید از خدمات آن استفاده نمایند باید کاملاً مشخص باشند. این تعداد در بعضی از کشورها از ۳۰/۱۰۰ نفر تجاوز نمی‌نماید. کادر این واحد که به صورت گروهی انجام وظیفه می‌نمایند، مسئولیت ارائه تمام خدمات روان پزشکی را در محدوده خویش دارند و با مسئولین بهداشتی منطقه خود ارتباط بسیار نزدیکی دارند. بیشترین ارتباط این واحد با پزشکان عمومی می‌باشد ولی علاوه بر آن با بیمارستانهای ناحیه، مراکز نگهداری سالمندان، مراکز مراقبت و تمام قسمتها و واحدهای بهداشتی و اجتماعی ناحیه و سایر مراکزی که عملاً در روند پیش‌گیری از اختلالات روانی و نوتوانی و درمان آنها

مطالعه پدیده‌هایی است که بر اثر ارتباط میان دو فرد یا شبکه‌ای مرکب از دو یا چند فرد حاصل می‌شود. بیماری امری اجتماعی است، نه تنها به این علت که در اوضاع اجتماعی پدید می‌آید، بلکه به این دلیل که زیر بنای آن در خود ساختمان اجتماعی قرار دارند.

پس تعبیر و تفسیر آن ممکن نیست مگر آنکه این کار بنا بر محیط فرهنگی که بیماری در آن پدید آمده است صورت گیرد. تمام موجودات زنده و از جمله انسان «وابسته» هستند و در کنش و واکنش دائم با محیط اطراف می‌باشند. بنابراین انسان باید در رابطه با نیازهای اجتماعی و روان‌شناختی خود مورد بررسی قرار گیرد، زیرا این عوامل امکانات رشد و تکامل رادراختیار او قرار داده‌اند. عوامل ذکر شده به وسیله سولیوان عوامل طبیعی هستند که می‌توانند در ایجاد و تسهیل رشد و تکامل یا برعکس خنثی کردن و به نتیجه نرسیدن آن مؤثر واقع شوند.

محققین دیگری چون ماکسول جونز (Maxwell Jones) و مین (T.F. Main) مفهوم جامعه درمانی (Therapeutic community) را مطرح ساختند و بر علیه برجسب و داغ‌نگ (Stigma) که در مورد اختلالات روان پزشکی وجود دارد قیام کردند. منظور از جامعه درمانی، کاربرد تمام منابع و امکانات اجتماعی به عنوان یک سیستم ارتباطی باز و آزاد می‌باشد. در نظریه سیستمهای عمومی که بر تمامیت (Wholeness) جهان و روابط بین سیستمهای مختلف تأکید می‌گردد به این واقعیت توجه می‌شود که یک پدیده به طور مستقل و بدون توجه به کل سیستمی که پدیده در آن اتفاق افتاده است قابل فهم نیست.

تغییراتی که در یک سیستم اتفاق می‌افتد در تمام سیستمهای وابسته اثر می‌گذارد. به عنوان مثال بجای آنکه فقط به یک قسمت از انسان، مثلاً فکر او، توجه کنیم، در این نظریه هم فکر و هم بدن و هم محیط مورد توجه واقع می‌شوند. در حقیقت سیستمها یا مجموعه‌های مختلفی چون افراد،

نسبت به سایر مسئولیت‌های خود یا آگاهی ندارند و یا عمداً از انجام آنها سر باز می‌زنند.

در سیستم پزشکی و روان پزشکی اجتماعی که تعهد نسبت به یک جمعیت مشخص از سیاست‌های اصلی آن می‌باشد، مسئولیت برنامه‌ریزی و ملحوظ کردن تمام نیازهای بهداشت روانی جمعیت مورد نظر را خاطر نشان می‌سازد. ارزیابی امکانات موجود برای از بین بردن نیازها، ایجاد یک سیستم مراقبتی با استفاده از تمام امکانات موجود و برنامه‌ریزی برای ایجاد امکانات موجود به منظور ارائه کامل خدمات بهداشت و درمان به جمعیت مورد نظر، همه جزء مسئولیت‌های فوق می‌باشند. در این مورد هم باید از شهروندان عادی و هم نیروهای سیاسی اجتماعی و تخصصی استفاده نمود و به بهداشت و پیش‌گیری، حداقل به میزان درمان اهمیت داد. از این دیدگاه، مسئولیت، شامل تمام افراد جامعه با تأکید بر کودکان، سالمندان، اقلیتها، بیماران مزمن و حاد و جمعیت‌هایی که در مناطق دورافتاده زندگی می‌کنند، می‌شود. خدمات ارائه شده باید با زیربنای فرهنگی جامعه وفق داده شوند و امکانات موجود اعم از دولتی و مردمی برای مردم شناخته شده باشند و در این مورد اطلاعات کافی به آنها داده شود.

۲- تهیه امکانات بهداشت و درمان نزدیک محل اقامت یا کار بیمار

#### Treatment close to the patient

در پزشکی و روان پزشکی اجتماعی، مفهومی به نام حوزه تحت پوشش Catchment area یا Basin وجود دارد. این عنوان در مورد محدوده‌ای که یک رود تحت پوشش دارد دو آنرا سیراب می‌کند اطلاق می‌گردد و اصطلاحاً به محدوده جغرافیائی اطلاق می‌گردد که مسئولیت‌های خدماتی آن به‌عهده یک سازمان مشخص بهداشت و درمان می‌باشد. با این برداشت، لازم است امکانات بهداشت و درمان نزدیک محل اقامت یا کار بیمار به وجود آیند و امکان استفاده از آنها را تسهیل نماید. این سیاست موجب تشخیص زودرس و بیماریابی به موقع می‌گردد و در صورت نیاز به بستری شدن، طول آن کوتاه خواهد بود. مراکز بهداشت روانی جامعه Community mental health مسئولیت ارائه خدمات سرپائی، دخالت در بحران در موارد فوریت، مشاوره و آموزش، خدمات

نقش دارند در ارتباط نزدیک می‌باشند. چنانچه در این ناحیه روان پزشک حتی به صورت خصوصی فعالیت دارد، می‌توان و باید از خدمات او به صورت نیمه‌وقت بهره‌مند شد و به موازات ارائه خدمات در پزشکی خصوصی، مسئولیت‌های نیمه‌وقتی را در این واحدها به او سپرد.

#### اهداف کلی بهداشت روانی جامعه

۱- مسئولیت نسبت به جمعیت مشخص

Responsibility to a population

به‌طور سنتی روان پزشکان مسئولیت افرادی را که به آنها مراجعه می‌کنند و برای درمان پذیرفته شده‌اند قبول می‌نمایند. اگرچه بعضی از متخصصین پزشکی خانواده، زن و شوهر را به‌منظور دریافت اطلاعات از سیستم خانوادگی مورد بررسی قرار می‌دهند و در روند درمان از این اطلاعات استفاده می‌کنند، ولی در روند متداول طبی هیچگاه پزشکان مسئولیت جمعیت مشخصی را نپذیرفته‌اند. حتی در مواردی که در یک طرح اختصاصی و در ضمن یک قرارداد، پزشک درمان یک جمعیت مشخص را می‌پذیرد، قرارداد، شامل همه افراد مزبور نمی‌شود و پزشک تنها خود را مسئول درمان مواردی می‌داند که بیمار می‌شوند و برای درمان مرجعه می‌نمایند. در طرحهای پیش‌گیری و آموزش بهداشت که قبلاً در سازمانهای بهداشتی انجام می‌شد، کادرهای دست‌اندرکار، آنرا به عنوان یک کار اضافی تلقی می‌کردند. این روند تاکنون عمومیت داشته است و بیشتر درمانگاهها و بیمارستانهایی که با هزینه‌های عمومی اداره می‌شوند و در حقیقت مسئولیت همه افراد تحت پوشش خود را به‌عهده دارند، عملاً فقط کار خود را در درمان مواردی که از آنها تقاضای کمک می‌نمایند خلاصه می‌کنند.

سازمان تأمین اجتماعی، خدمات درمانی، بیمه نیروهای مسلح و به طور کلی همه سازمانهای بیمه را که در مملکت وجود دارند می‌توان به عنوان مثال ذکر نمود. این سازمانها که واقعاً مسئول بهداشت، درمان، آموزش بهداشت، برنامه‌ریزی برای ریشه‌کنی بیماریهای و تحقیق در زمینه‌های فوق می‌باشند تاکنون فقط کار خود را منحصر به درمان افرادی که به درمانگاه مراجعه می‌نمایند کرده‌اند و

### خدمات درمانگاهی پراکنده

امکانات بستری موقت و محدود Partial hospitalization

خدمات بستری

مشاوره و آموزش.

دربعضی ممالک واحدهای اختصاصی برای کودکان، سالمندان و واحدهای طبقه‌بندی بیماران قبل از بستری، واحد پی‌گیری موارد بستری، امکانات خدماتی اقامتی بعد از ترخیص Transitional housing service و واحدهای اعتیاد‌های داروئی والکلیم نیز در نظر گرفته شده‌اند.

۴- گروه درمانگر متشکل از نظامهای مختلف

Multidisciplinary team approach

انقلاب بهداشت روانی جامعه Community mental health

movement.

از ابتدای شروع به کار خود، لزوم استفاده از یک تیم با نظامهای مختلف Multidisciplinary team approach را مطرح ساخت ولی میزان موفقیت در تمام مراکز بهداشت روانی یکسان نیست. در ارجاع کار به متخصصین مختلف، عده‌ای به این نتیجه رسیده‌اند که تمام کارها را هر کدام از نیروهای تخصصی می‌توانند انجام دهند.

تیم روان پزشکی از اعضای زیر تشکیل می‌گردد:

روان پزشک و روان پزشک اطفال، روان شناس بالینی، مددکار اجتماعی بالینی، متخصص کاردرمانی و پرستار. کادر اداری و دفتری نیز به گروه فوق اضافه می‌شوند.

در حال حاضر تأکید بسیار زیادی نسبت به استفاده از نیروهای غیر تخصصی Paraprofessionals انجام می‌شود. این نیروها شامل افرادی با سواد کم که حتی دوره دبیرستان را تمام نکرده‌اند و از لحاظ اقتصادی نیز در سطح پائینی قرار دارند، تا افرادی که در رشته‌هایی غیر از بهداشت روانی تخصص یافته‌اند می‌گردد. در بعضی کشورها الزاماً مسئولیت درمان به عهده روان پزشک نیست و هر کدام از متخصصین وابسته، مانند روان شناس بالینی، مددکار اجتماعی، روان پرستار مانند روان پزشک می‌توانند مسئولیت قبول کنند. سرپرست مراکز بهداشت روانی نیز قبلاً الزاماً روان پزشک بود و در حال حاضر هر کدام از متخصصین بهداشت روانی و حتی کادرهای اداری می‌توانند انتخاب گردند. باید در نظر داشت با توجه به غلط‌انداز

بستری و بستری کوتاه مدت و محدود Partial hospitalization

در حوزة تحت پوشش خود را به عهده دارند. به این ترتیب بستری شدن تنها به موارد جدی محدود می‌شود. در فاصله، بیمار توسط خانواده مراقبت می‌شود. در بعضی ممالک برای هر ۳۰ هزار نفر یک مرکز جامع بهداشت روانی به وجود آورده‌ند. در مملکت ما از طریق ادغام خدمات بهداشت روانی در بهداشت عمومی، امکان برآورده شدن این نیازها وجود دارد که امیدوار هستیم روند اجرائی آن با همکاری همه نیروهای دولتی و مردمی تسریع شود. نتایج به دست آمده از برداشت فوق، موجب ایجاد اشتیاق و جدیت برای ایجاد و توسعه امکانات و مراکز بهداشت روانی جامع و در نتیجه کاهش نیاز به مؤسسات سنتی روان پزشکی می‌شود.

در شرایط ایده‌آل و مدل‌های اصلی Original model بر لزوم تأسیس امکانات بستری و بخشهای روان پزشکی در بیمارستانهای عمومی تأکید می‌شود. در این حال باید تمام امکانات بهداشت روانی در دسترس باشند.

در سالهای اخیر در اغلب ممالک جهان، بیشتر این تمایل وجود دارد که اعتبارات مالی به مراکز جامع روانی Community based center بیشتر از مراکز بیمارستانی داده شود.

۳- مراکز خدماتی جامع Comprehensive services

یکی از نیازهای اصلی بهداشت روانی جامعه که به عنوان یک سیستم کلی و یک واحد اختصاصی عمل می‌نماید می‌باشد. به این وسیله امکانات خدماتی برای رفع تمام نیازهای همه افراد تحت پوشش مورد توجه واقع می‌شوند. در این طرح که می‌تواند انقلابی در روان پزشکی تلقی گردد به جای آنکه بیمار به بیمارستانها یا درمانگاههای سنتی آمد و شد نماید، بر اساس احترام گذاردن به جامعه، امکانات لازم به صورت پراکنده نزدیک محل اقامت و کار افراد به وجود می‌آیند. در این سیستم نهایت کوشش برای درمان بیمار به طور سرپائی و کاهش بستری شدن تا حد ممکن به کار می‌رود.

پنج واحد اصلی در این مرکز در نظر گرفته می‌شوند که عبارتند از:

خدمات و فوریتهای روان پزشکی

درمانگر اختصاصی برای هر بیمار، از تبادل نظر کلی نیز بهره‌مند گردند و در غیر این صورت از نظر ارزیابی و تحقیق اشکالاتی بروز خواهد کرد. مسئولیت نسبت به یک منطقه خاص نیز باید دقیقاً مشخص باشد و تفاوت آن با درمان تعداد محدودی بیمار مورد تأکید قرار گیرد. بعنوان مثال، همانطور که قبلاً ذکر شد داشتن مسئولیت نسبت به یک جمعیت مشخص، از اصول اولیه پزشکی و روان‌پزشکی اجتماعی است و دیدن چند بیمار که به علت شدت مشکلات مراجعه کرده‌اند از ارزش زیادی برخوردار نیست. باید توجه داشت که بعضی اختلالات روان‌پزشکی مانند اسکیزوفرنی سیر پیش‌رونده Progressive دارند و اگر به محض شروع بیماری شناسائی شوند و درمورد تداوم درمان پی‌گیری انجام شود مانع بروز ازکارافتادگی و تلاشی سازمان شخصیت Disorganization می‌شود.

بعضی از مؤلفین اختلالات درک و سایر تظاهراتی را که در ضمن پسیکوزها مشاهده می‌شوند تحت عنوان تلاشی شخصیت Disorganised personality طبقه‌بندی می‌نمایند. مشخصیاتی که لاندین Landin برای مراحل مختلف تلاشی شخصیت ذکر می‌نماید به‌قرار زیر است:

۱- ناهماهنگی Incoordinatoin

۲- نفوذپذیری Interpenetration

۳- تجزیه شخصیت Fragmentation

۴- حاکمیت روند مرضی بر شخصیت Overinclusion

ناماهنگی شخصیت به مواردی اطلاق می‌گردد که اختلال در هماهنگی و به‌موقع انجام دادن کارها به‌وجود آید. در فعالیت‌های فردی که دچار تلاشی شخصیت شده است، افراط یا تفریط جلب توجه می‌نماید. حرکات بیمار هماهنگی خود را از دست می‌دهند. اشکال در انجام اعمال، حالت شک و تردید و اشتباه و عدم هماهنگی در تکلم بیمار نیز بروز می‌کنند. نفوذپذیری Interpenetration از نظر لغوی به معنای درهم نفوذ کردن واز هم گذشتن می‌باشد. منظور از این پدیده، بروز کلمات و یا اعمالی است که به‌طور غیر ارادی و ناخواسته در ضمن گفتار و رفتار عادی فرد جلب توجه می‌نمایند. این گفتار و رفتار معمولاً به موقعیت دیگری مربوط می‌شوند.

تجزیه شخصیت Fragmentation از نظر لغوی به معنای

بودن تشخیص‌ها در روان‌پزشکی، تجربه سایر اعضای تیم بهداشت روانی به اندازه روان‌پزشک نیست و به‌نظر می‌رسد لازم است مسئولیت اصلی درمان به‌عهده روان‌پزشک باشد و هر بیمار حداقل به هنگام مراجعه و تنظیم برنامه درمان، توسط روان‌پزشک یا پزشک عمومی کنترل شود. البته بعد از کنترل اولیه، چنانچه نیاز به روان‌درمانی یا سایر تمهیدات نوتوانی باشد، سپردن او به سایر اعضای تیم بهداشت روانی بدون اشکال است.

#### ۵- تداوم مراقبت

تداوم مراقبت بیمار Continuity of care از وظایف اصلی مراکز بهداشت روانی و روان‌پزشکی می‌باشد و بدون پی‌گیری Follow-up ارزیابی کارائی این مراکز مقدور نیست. آموزش کافی به بیمار و خانواده آنها درمورد اهمیت پی‌گیری و فراهم آوردن تسهیلاتی که عملاً بیمار و خانواده او را به این کار قادر سازد، نهایت اهمیت را دارد. طرح یک درمانگر برای هر بیمار و ایجاد حوزه‌های درمانی، فعالیت‌های مددکاری اجتماعی و بیمارستان روزانه از عواملی هستند که امکان پی‌گیری را بیشتر می‌نمایند. در طرح یک درمانگر برای هر بیمار، مسؤل درمان از ابتدای مراجعه به بخش فوریت یا درمانگاه روان‌پزشکی، بیمار را زیر نظر دار دو درطول بستری شدن، بستری شدن‌های کوتاه مدت و برنامه‌ریزی برای بازگشت به جامعه و مجدداً مراقبت‌های سرپائی و پی‌گیری همواره به امور بیمار رسیدگی می‌نماید. البته درموردی که روند فوق در تمام مراحل امکان‌پذیر نباشد از طریق تبادل اطلاعات جمع‌آوری شده درمورد بیمار و بحث با درمانگر اولیه ممکن است سایر اعضای تیم، درمان را دنبال کنند.

در هر مرکز باید امکاناتی برای تبادل اطلاعات با لینی در داخل مرکز و همچنین امکاناتی برای تبادل اطلاعات بین مراکز مختلف یک منطقه خاص به‌وجود آید. تداوم مراقبت از نظر ایجاد اطمینان خاطر و اعتماد بیمار و حفظ حقوق اجتماعی او بسیار مفید است. بعضی از مراکز به‌جای ایجاد مسئولیت یک درمانگر، همه‌کادر مرکز را به‌عنوان مسؤل معرفی می‌کنند و معتقدند که به وسیله تبادل نظر و بحث‌های گسترده بین اعضای تیم، روند تشخیص روشن شود. البته این نظر هنگامی قابل دفاع است که در ضمن مشخص بودن یک

شرح حال، دخالت عوامل محیطی مانند مدرسه، محیط کار، روابط دوستانه و گروهی را می‌توان ارزیابی نمود و برحسب مورد به افرادی که به نوعی با روند کسالت ارتباط دارند آموزشهای مقتضی داد. مخصوصاً در مورد لزوم پی‌گیری در روند بیماری لازم است اطرافیان بیمار آموزش کافی دریافت نمایند تا بتوانند در این مورد که جنبه حیاتی دارد همکاری نمایند.

در دهه‌های قبل تصور می‌شد فقط کارکنان حرفه‌ای بهداشتی در موقعیتی هستند که می‌توانند نیاز به آموزش و اولویت‌های آنرا ارزیابی کنند ولی این برداشت اکنون در حال تغییر است. اگرچه نقش فرهنگ، مذهب و جامعه در شکل دادن به رفتار مردم، مورد تأکید سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته، ولی این عوامل به ندرت از توجه دقیقی که لازمه برنامه‌ریزی مؤثر در آموزش بهداشت می‌باشد برخوردار گردیده‌اند و این مطلب در مورد مفهوم مشارکت مردم نیز صادق می‌باشد. با درک این حقیقت که هر جامعه دارای عقل جمعی است و این که مردم در تشخیص و حل مشکلاتشان توانایی تفکر و اقدام سازنده دارند، در حال حاضر آموزش بهداشت، به جای مداخله کارکنان بهداشتی در حل مشکلات بهداشتی جامعه، تأکید خود را بر درگیر شدن جامعه در این مورد گذاشته است. در نتیجه مربی بهداشت به صورت یک یادگیرنده و در عین حال تسهیل کننده و معلم در می‌آید و اعضای جامعه به صورت یادهنده وارد عمل می‌شوند. در ایفای مؤثر این نقشها شکلهای جدیدی از تعلیم و تربیت منطبق بر خطمشی‌های نوین کار با جامعه و مفاهیم جدید آموزشی مورد نیاز می‌باشند.

مردم در حفظ و ارتقای سلامت خویش با ارائه کنندگان خدمات بهداشتی باید مشارکت تام داشته باشند. تداوم فعالیتهای آموزشی به عنوان بهترین روش تشویق مردم برای مشارکت در مراقبتهای بهداشتی و نیز وسیله‌ای برای استفاده از مردم به عنوان عوامل اصلی حفظ، توسعه و ارتقای بهداشت می‌باشد.

توافق عمومی در زمینه بهداشت، مبتنی بر این اصل است که تنها نداشتن بیماری کافی نیست. بهداشت مناسب باید افراد را قادر سازد تا توانائیهای جسمی و روانی خود را به

تکه تکه و پاره پاره شدن می‌باشد. در این پدیده اختلال بیشتری در یکنواختی گفتار و رفتار بیمار جلب توجه می‌نماید که مخصوصاً در تکلم بیمار بهتر می‌توان آنرا مطالعه نمود. در بعضی موارد کیفیت وقفه Blocking به وجود می‌آید.

حاکمیت علائم مرضی بر شخصیت Overinclusion در این مرحله رفتار نامربوط، علامت شاخص می‌باشد و رفتار عادی و سازمان یافته فرد تحت تأثیر اعمال نامربوط و بدون نتیجه قرار می‌گیرد. این کیفیت معمولاً به صورت پیش‌رونده استمرار می‌یابد و رفتار فرد در آن خلاصه می‌شود و به تدریج گفتار و رفتار، مشخصات عادی خود را از دست می‌دهد.

#### ۶- شرکت افراد استفاده کننده از خدمات

##### Consumer participation

در سال ۱۹۷۷ مجمع جهانی بهداشت به اتفاق آراء تصمیمی را به تصویب رساند که در آن تصریح شده است «اهداف مهم اجتماعی دولتها و سازمان جهانی بهداشت در چند دهه آینده باید این باشد که تمامی مردم جهان تا سال ۲۰۰۰ به سطحی از بهداشت دست یابند تا زندگی اجتماعی و اقتصادی باروری را، برایشان ممکن سازد». به منظور دستیابی به هدف فوق براین واقعیت تأکید می‌شود که بهداشت باید کسب شود و نمی‌توان آنرا تحمیل نمود. لذا نخستین عامل دستیابی به بهداشت، تعهد مردم و دولت نسبت به آن است و به طور کلی آموزش کافی برای حصول به چنین تعهدی ضروری است. در اعلامیه آلماتاکا که در ۱۹۷۸ تصویب شده است اعلام شد: «مردم حق و وظیفه دارند که به طور انفرادی و گروهی در برنامه‌ریزی و اجرای مراقبتهای بهداشتی خود شرکت نمایند».

در رویکرد جدید به آموزش بهداشت در مراقبتهای بهداشتی اولیه تأکید می‌گردد که هیچ‌یک از جنبه‌های مراقبتهای بهداشتی حالت ایستا ندارند. برای مؤثر کردن آموزش بهداشت ضروری است آنرا با نیازهای بهداشتی که از طریق نیروهای حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای برآورده می‌شود، هماهنگ نمود. به عنوان مثال آموزش بهداشت روانی به بیمار و خانواده او ممکن است در ضمن مراجعات درمانگاهی یا به هنگام بستری شدن در بیمارستان انجام پذیرد. در ضمن گرفتن

پذیرند. این روندی است که آموزش بهداشت توان ارتقای آنرا دارد. همچنین مشارکت جامعه به این معنا است که باید مکانیسمهایی به وجود آیند یا تقویت گردند تا اطمینان حاصل شود که افراد و جوامع می توانند نظراتشان را درباره سیاست بهداشتی کشورشان بیان دارند و نقشی فعال در برنامه ریزیهای بهداشتی ایفا نمایند و ترکیب اولویتهای ملی و محلی را تعیین نمایند.

ارائه کنندگان مراقبتهای بهداشتی باید از فرهنگ بهداشتی جامعه و چگونگی تأثیرپذیری آن از فشارهای اجتماعی، نظیر دینامیسیم تحول اجتماعی فرهنگی و نیز ساختار سیاسی اقتصادی جامعه درک بهتری داشته باشند.

درک مشکلات بهداشتی مختلف از نقطه نظرهای فرهنگی، عکس العمل جامعه در قبال این مشکلات و عادات گوناگون جامعه سه جزء اساسی مؤثر می باشند که به فرهنگ بهداشتی جامعه ویژگیهای خاص خود را می بخشد. تکنولوژی بهداشتی مردمی، یک دگرگونی بنیادی را در ارتباط اجتماعی و ارائه کنندگان مراقبتهای بهداشتی طلب می کند. مردم دیگر نباید در یک چهارچوب از پیش تعیین شده مراقبتهای بهداشتی قرار گیرند بلکه اعضای جامعه باید نقش فعال تری در طرح و برنامه ریزیهای مراقبتهای بهداشتی داشته باشند. آگاهی مردم نسبت به نیازهای بهداشتی خود، پذیرش و استفاده آنها از تکنولوژیهای گوناگون مراقبتهای بهداشتی که خود نیز تحت تأثیر عوامل اجتماعی - فرهنگی و اقتصادی هستند باید مورد مطالعه قرار گیرند.

به طور خلاصه می توان سیستم اجرائی واحدهای پزشکی و روان پزشکی را به دو دسته اصلی تقسیم کرد:

۱- هیئت های مشورتی اجتماعی Community advisory board

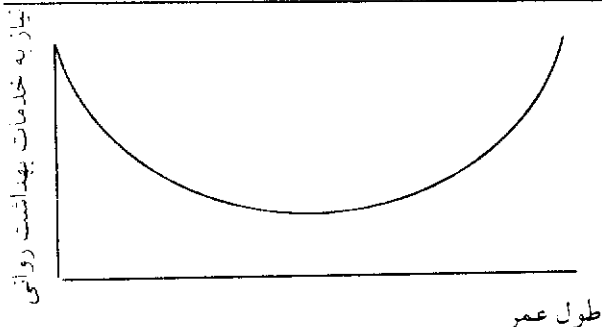
۲- هیئت های اداره کننده جامعه Community governance board

هیئت های مشورتی موظف هستند که از طریق همکاری بانبروهای تخصصی و مشخص کردن نیازها، برنامه ریزی و تعیین اولویتهای را برای پیاده کردن طرحهای مختلف به عهده گیرند.

حداکثر رسانند و زندگی اجتماعی - اقتصادی بارور و هماهنگ با محیط داشته باشند. علیرغم این هدف کلی، رویکرد آموزش بهداشت اغلب پدرمآبانه و آمرانه باقی مانده است. بسیاری از مدیران هنوز بر این باورند که تماشای یک فیلم، دیدن یک پوستر و یا گوش دادن به یک سخنرانی فرد را به راه راست هدایت خواهد کرد. آنان با یادآوری موفقیت بسیجهای همگانی در ارتباط با کنترل بیماری اصرار در به کار گرفتن روشهای پیشین دارند و زمانی که کاری از پیش نمی برند، آموزش بهداشت را مقصر قلمداد می کنند. امروزه مسائل، بسیار پیچیده تر هستند. رویکرد اجباری که اغلب برای همه گیریها با بیماریهای انگلی مورد استفاده قرار می گرفت، در مورد بهداشت فردی، تغذیه با شیر مادر، استعمال دخانیات، الکلیسم، پرخوری، مصرف بی رویه داروها و مخصوصاً مسائل بهداشت روانی عملی نیست.

بسیاری از کارکنان بهداشتی به جای تلاش برای درک نیازهای افراد جوامع و یاری آنان در جهت نیل به اهداف انتخابی آنها، مردم را به خواستن چیزی که خود تصور می کنند تشویق می نمایند. این برداشت موجب ایجاد فاصله بین کارکنان حرفه ای و دریافت کنندگان خدمات به وجود می آورد. هدف کلی آموزش بهداشت و از جمله بهداشت روانی باید ترویج ارتباط متقابل پویا بین کارکنان بهداشتی و عامه مردم باشد. تناسب تکنولوژی پیشنهادی به مردم و ارتباط بین جامعه و خدمات بهداشتی باید مورد توجه قرار گیرد. باید به هر جامعه امکان و اجازه داد تکنولوژی بهداشتی مناسب را که خود ترجیح می دهد انتخاب نماید. متخصصین بهداشت و بهداشت روانی باید تغییرات ضروری و چگونگی دستیابی به آنها را برای حفظ و ارتقای سلامت کشف نمایند. مردم نه تنها حق بلکه وظیفه دارند به صورت فردی و گروهی در برنامه ریزی و اجرای مراقبتهای بهداشتی شرکت نمایند. علاوه بر این، همه دست اندرکاران آموزش بهداشت موظفند به مردم کمک کنند تا به نحو احسن انجام وظیفه نمایند.

مشارکت یا به عبارت صحیح تر درگیر شدن، فرایندی است که در آن افراد و جوامع خود را وابسته به حرکتی تکاملی بدانند و همراه با کارکنان بهداشتی و سایر افراد علاقمند، در تصمیم گیریهای برنامه ریزی و انجام فعالیتهای، مسئولیت



دیاگرام شماره ۱ - میزان نیاز به اقدامات بهداشتی و بهداشت روانی در سالهای مختلف زندگی

### ۳- تقسیم بندی مسئولیتها و نیازهای پرسنلی

هاردینگ T.W.Harding یکی از متخصصین بهداشت روانی سازمان بهداشت جهانی، طبقه بندی زیر را برای نیازهای پرسنلی واحدهای بهداشت روانی ارائه می نماید. نامبرده برحسب میزان پیچیدگی وظایف و آموزش کادرهای بهداشت روانی ۵ سطح ارجاع را مطرح می نماید. سطح اول First level به عنوان وظایف پایه ای Basic tasks یا وظایف اولیه Primary task نامیده می شود. این وظایف به وسیله بستگان بیمار، افراد عادی و در بعضی موارد توسط خود بیمار قابل اجرا می باشند و فقط به آموزش و نظارت مختصر نیاز دارد.

آموزشهای لازم در این مورد را می توان در جلساتی که در مرکز بهداشتی درمانی برگزار می شود، در بازدید منازل یا در ضمن پذیرش بیمار در بیمارستان داد. در بیشتر موارد آموزش به منظور اصلاح برخوردها و واکنشهای بیمار که کمکی به او نمی نمایند و غیر منطقی هستند به کار می رود. به عنوان مثال ترس از حملات تشنجی صرعی، مراقبت افراطی از یک کودک عقب مانده هوشی، یا عدم توانایی در پذیرش کاهش قدرت کار در یک بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی را می توان ذکر کرد.

سطح دوم Second level که شامل وظایف ساده و حمایت کننده می باشد. این وظایف را می توان به کارکنان بهداشتی یا سایر کارکنان نهادهای اجتماعی مانند پلیس، معلمان یا روحانیان سپرد. در بعضی موارد بستگان (مانند والدین یک کودک مبتلا به ضربه مغزی یا همسر یک بیمار مبتلا به پسیکوز) می توانند با قدرت این وظایف را انجام دهند. این وظایف را می توان براساس تجربیات شخصی آنها یا تماس منظم با کارکنان بهداشتی برای آنها توجیه نمود. در این مورد بعضی آموزشهای رسمی مورد نیاز می باشند که می توان در ضمن یک

بدیهی است که همکاری مردم همواره در تعیین و تشخیص نیازها و روشهای برآوردن آنها می تواند مؤثر و مفید بوده باشد و آموزش جامعه در مورد نیازها و امکانات موجود توسط افراد مطلع، خود می تواند وسیله همکاری بیشتری را فراهم آورد.

### ۷- پیش گیری

یکی از اهداف اصلی فعالیتهای پزشکی و روان پزشکی اجتماعی دستیابی به پیش گیری به عنوان یک خدمت غیر مستقیم همزمان با درمان به عنوان یک خدمت مستقیم می باشد. روشهای پیش گیری به سه دسته تقسیم می شوند: روش پیش گیری اولیه که شامل از بین بردن عواملی است که منجر به بیماری می گردند. روش پیش گیری ثانویه شامل بیماریابی به محض بروز بیماری و درمان سریع. روش پیش گیری نوع سوم شامل نوتوانی و از بین بردن میزان ازکارافتادگی بعد از دوره حاد بیماری است. در مورد پیش گیری به چند اصل باید توجه داشت که به طور خلاصه مطرح می شوند.

لزوم استفاده از تمام نیروهایی که بالقوه و بالفعل می توانند در روندهای پیش گیری و درمانی کمک مؤثر نمایند. متخصصین بهداشت روانی باید شرح صدر و انعطاف پذیری کامل داشته باشند. بنابه نظر آلبی Albee که یکی از متخصصان بهداشت روانی است، هرچیز که هدفش بهتر کردن وضع زندگی بشر باشد و زندگی را کارآمدتر و بامعنی تر نماید، باید به عنوان بخشی از پیش گیری اولیه از اختلالات روانی و هیجانی تلقی گردد.

بیشترین میزان نیاز به اقدامات پیش گیری و بهداشت روانی در سالهای مختلف زندگی انسان، در شروع و انتهای زندگی است. بنابراین فعالیتهای بیشتر برای شناخت دقیق نیازها و برآوردن آنها در این دو دوره اصلی زندگی در کودکان و سالمندان باید از اولویت برخوردار باشد و امکانات کافی در این موارد به وجود آیند (دیاگرام شماره ۱).



الکتروانسفالوگرام یا انجام روان درمانی های مترکم (Intensive psychotherapy) باید توجه داشت وظایفی که به صورت فوق مطرح شدند کامل نیستند. این برداشت محدوده های بالقوه مراقبتهای بهداشت روانی را مشخص می سازد. در بعضی موارد می توان این مراقبتها را در وظایف ساده همراه با انجام نظارت و مراقبت پیاده نمود. وظایف پیچیده تر نیاز به آموزشهای تکنیکی دارد و بالقوه می توانند خطرناک هم باشند. به عبارت دیگر انجام وظایف ساده تر در بیشتر موارد براساس فهم درست از موقعیت اقتصادی - فرهنگی جامعه قرار دارد. کادرهایی که به افراد یک جامعه نزدیک می باشند و رسوم، ضوابط و سازمانهای آنها بهتر می شناسند نسبت به فرد تربیت شده ای که به میزان بالائی تربیت تخصصی دریافت کرده ولی از جامعه دور است، کارائی و قدرت عمل بیشتری دارند. نتیجه قابل توجهی که از این برداشت حاصل می شود این است که در برنامه ریزی مراکز مراقبتهای بهداشت روانی جامعه Community mental health care center باید به کار افرادی که از خود جامعه برمی خیزند اطمینان داشت. نکته عملی بسیار مهم دیگر که در کارائی یک مرکز جامع مراقبتهای بهداشت روانی وجود دارد علاقمندی شخصی کارکنان بهداشتی می باشد.

بنابراین با آموزش کم یا نبودن آموزشهای رسمی، کارکنان جانبی بهداشت می توانند اطلاعات قابل توجهی در مورد مشکلات جامعه خود پیدا نمایند و بتوانند به طور کارآمدی در این موارد دخالت نمایند.

همین برداشت در مورد بیماران نیز صحیح است. بعضی بیماران می توانند به دیگران کمک کنند بنابراین چنانچه دست اندرکاران حرفه ای بهداشت روانی بتوانند این نیروهای را کشف و برای همکاری در امور مربوطه و مراقبتهای بهداشت روانی تشویق نمایند، بسیار مفید می باشد.

دوره تماس با بیمار همراه با کتابچه و دستورالعملهای مدون آنها انجام داد. در این سطح وظایف اصلی شامل آرام کردن یک بیمار تحریکی به وسیله طرز برخورد، شناخت یک حالت اضطرابی حاد، راهنمایی در مورد مراقبت از کودک مثلاً انتخاب کار مناسب برای یک کودک مبتلا به عقب ماندگی هوشی، انتشار اطلاعات در مورد موضوعهای مربوط به بهداشت عمومی مانند استعمال الکل می باشد.

سطح سوم Third level که شامل وظایف واسطه ای Intermediate tasks می شود و شامل وظایفی است که به وسیله کارکنان بهداشتی انجام می شود و خود نیاز به مقداری آموزشهای رسمی و نظارت دارد. این وظایف شامل تجویز تعداد محدودی از داروها، عیادت بیمار در منزل، ارزیابی علائم و انجام اعمال اجتماعی بیمار، نگهداری اطلاعات ساده راجع به بیمار، گزارش اطلاعات، کشف عوارض ثانویه شایع داروها و کمک به بیماری که علائم عضوی را نشان می دهد برای حضور در یک درمانگاه روان پزشکی می باشد. در این سطح درجاتی از کنترل و ایجاد استانداردهای خاص باید به کار رود. سطح سوم طبقه بندی هاردینگ با سطح اول شبکه بهداشت و درمان ما مطابقت دارد.

سطح چهارم Fourth level که شامل وظایف پیچیده می باشد. انجام این وظایف به آموزشهای طولانی تر نسبت به سطح قبل که در یک دوره آموزشی نسبتاً کوتاه قابل اجراء بود نیاز دارد. به عنوان مثال می توان تشخیص و درمان موارد روشن یک حالت افسردگی را ذکر کرد. کاربرد روشهای الکتروشوک سریانی، تنظیم درمان دارویی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و صرع، نظارت کارکنان جانبی امور بهداشتی، انجام وظایف این سطح به مقدار بیشتری از آموزش و احتیاط نیاز دارد.

احتمال بروز عواقب خطرناک در این سطح بیشتر از سطح وظایف ساده و وظایف واسطه ای می باشد.

سطح پنجم Fifth level که شامل وظایف بسیار پیچیده می باشد. انجام این وظایف به آموزشهای تخصصی و تجاربی که با مراقبت باید همراه باشد نیاز دارد. آموزشهای تخصصی این دوره به نوعی می باشند که افراد تربیت شده در جنبه های دیگر آمادگی کمتری دارند. به عنوان مثال تفسیر یک

## REFERENCES

- 1 . T.A. Baasher, J.E. Cooper, H.D. Davidian, A.J. Jablensky: Epidemiology and Mental Health Services: Principles and applications in developing countries. Munkgaard 1982. pp. 5-16
  - 2 . Harold I. Kaplan and Benjamin J. Sadock: Comprehensive textbook of Psychiatry. Williams and Wilkins, 1995. Vol 2. pp. 2663-2689.
  - 3 . D.V. Hawks: Prevention- it is desirable. But is it posible? Pub. Division of Mental Health. World Health Organization, 1978.
  - 4 . Lundin R.W.: Principles of psychopathology. pp 371-419. Meril 1965.
  - 5 . Tsung- hi Lin and G.C. Standley: The scope of Epidemiology in Psychiatry.Public Health Papers. World Health Organization (16) 1982. pp. 14.
- ۶ - کمیته تخصصی سازمان جهانی بهداشت:  
 رویکرد جدید به آموزش بهداشت در مراقبتهای  
 بهداشتی اولیه (ترجمه سیمین حکمت و همکاران)  
 دفتر هماهنگی برنامه‌های آموزش بهداشت، ۱۹۸۳  
 ص ۲۲-۸.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 پرتال جامع علوم انسانی