

بهداشت روانی

مقدمه

عبارت از رشته‌ای تخصصی در بهداشت عمومی است که در زمینه کاستن اختلالات روانی در یک جامعه فعالیت نموده و به عبارت دیگر، بیماریابی و پی‌گیری موارد روان‌پزشکی را به عهده دارد و هدف اصلی آن، کشف علت این اختلالات و ریشه‌کنی آنها می‌باشد. بدین ترتیب بررسی

بهداشت روانی با دو تعریف مورد استفاده قرار می‌گیرد:

در تعریف اول منظور از بهداشت روانی

* مرکز بهداشت روانی و روانپزشکی استان خراسان -
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

انواع مختلف اختلالات روانی و عوامل زیستی-روانی-اجتماعی در این رشته علمی مورد بحث قرار می‌گیرند. به همان ترتیب که در بهداشت عمومی، مثلاً بیماریهای عفونی مورد بررسی واقع می‌شوند و عامل بیماری‌زا و چگونگی ایجاد بیماری و علائم آنها و راه‌های سرایت مورد توجه واقع می‌گیرند تا روش پیش‌گیری مشخص شود، در مورد اختلالات روانی نیز سعی می‌شود تا عوامل بیماری‌زا و طرز بوجود آمدن بیماری مشخص گردد تا طرز پیش‌گیری نیز شناخته شده و بتوان نسبت به از بین بردن این بیماریها در اجتماعات انسانی اقدام نمود. با این دید، منظور از بهداشت روانی بررسی روش‌های پیش‌گیری است.

در این مورد باید توجه داشت که اصول بهداشت روانی به سادگی اصول بهداشت عمومی نیست. مخصوصاً در مورد بیماریهای عفونی، فعالیتهای شبانه‌روزی دانشمندان این رشته،

◦ در مورد اختلالات روانی سعی می‌شود تا عوامل بیماری‌زا و طرز بوجود آمدن بیماری مشخص گردد تا چگونگی پیش‌گیری نیز شناخته شده و بتوان نسبت به از بین بردن این بیماریها در اجتماعات انسانی اقدام نمود.

روشنایی‌های زیادی ایجاد کرده است و در نتیجه پیش‌گیری و درمان این بیماریها را حداقل از لحاظ نظری ساده کرده است و در ممالکی که بهداشت عمومی، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای نموده است، پیدا شدن يك بیمار مبتلا

به تیفوئید موجب شگفتی می‌شود. بوسیله ایجاد آب لوله‌کشی و گسترش آن برای تمام مردم و آموزش راه‌های مبارزه با این بیماری، ریشه‌کشی بیماری به مقدار زیادی تحقق یافته است. مثال دیگر را می‌توان در مورد بیماری مالاریا زد که روزی در تمام جهان و مملکت ما بلای عظیمی به‌شمار می‌آمد و تلفات زیاد و ضررهای اقتصادی فراوان به بار می‌آورد، ولی چون عامل بیماری‌زا و طرز سرایت آن شناخته شد، با توجه به فعالیت سازمان ریشه‌کشی مالاریا واقعاً به حد ریشه‌کشی رسیده است.

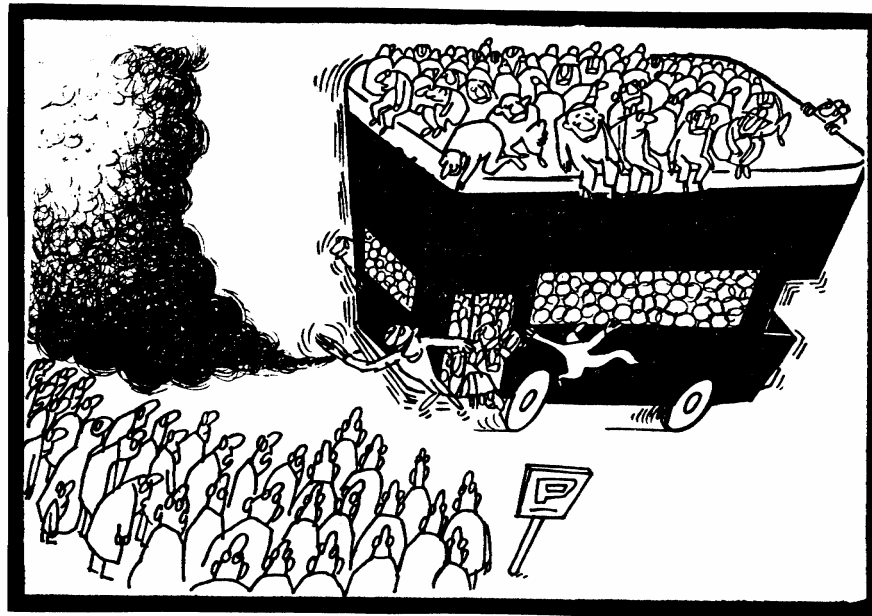
ریشه‌کشی آبله بطور کامل در سرتاسر جهان، که از ده سال قبل تحقق یافت، امکان ریشه‌کشی علیه بیماریها، مخصوصاً بیماریهای عفونی را در دلها زنده کرد. در این مورد باید توجه داشت که در ریشه‌کشی آبله، همه ملتها و دولت‌ها صمیمانه همکاری کردند و این نتیجه درخشان پدید آمد. به احتمال قوی، اگر همکاری و برنامه‌ریزی مشابهی در مورد همه بیماریها صورت گیرد، اگرچه نتوان این بیماریها را بطور کامل ریشه‌کن نمود، ولی می‌توان به کاهش فراوانی آنها کمک ارزنده‌ای کرد.

در مورد بیماریهای روانی هنوز وضع به این روشنی نیست، زیرا در ایجاد بیماریهای روانی چند عامل باید دست به دست دهند تا بیماری ایجاد گردد. خوشبختانه فعالیت‌های زیادی می‌شود تا وضع شبیه به بیماریهای جسمی گردد و با نتایجی که بدست آمده، این امید هست که بتوان به نتایج بیشتر و آینده

درخشانتری امید داشت.

گردند و راه‌های دستیابی به آن کشف شوند تا بتوان از طریق آموزش و فراهم آوردن تسهیلات در حد فرد و اجتماع، رشد را به ارمغان آورد. با این برداشت، دستیابی به بهداشت روانی تنها از طریق کشف قوانین و روشهایی است که بتوانند سلامت روانی و رشد انسان را تأمین نمایند و با برداشت فوق، تعریف زیر برای

در تعریف دوم بهداشت روانی «ثابت و برقرار نمودن وضعیتهایی که سلامت روانی مثبت و سازنده را به بار می‌آورد» مورد توجه واقع می‌گردد. به عبارت دیگر، تنها «نبودن بیماری» کافی نیست بلکه سلامت فکر یا سلامت روان و بالا بردن میزان سلامت و رشد به صورت



بهداشت روانی انجام شده است:

«بهداشت روانی عبارتست از بررسی قوانین و روش‌های زندگی که به کار بردن یا قبول آن، موجب سلامت روانی و جلوگیری از ابتلای به بیماریهای روانی می‌شود». به نظر می‌رسد پذیرش هیچ قانونی به تنهایی نتواند سلامت روانی و رشد را به ارمغان آورد و بهتر است تعریف فوق به صورت زیر اصلاح گردد:

روزافزون، از اهداف این بُعد از بهداشت روانی است. با نشان دادن وضع مثبت و سلامت روانی می‌توان نسبت به ایجاد سیستم باارزشی در مورد ایجاد تحرک و پیشرفت و تکامل در حد فردی و بین‌المللی اقدام نمود. هنگامی که سلامت روانی و معیارهای آن شناخته شد، نسبت به دستیابی به آن اقدام می‌شود و راه برای تکامل فردی و اجتماعی گشوده می‌گردد. به این منظور معیارهای سلامت روانی و رشد باید مشخص

جلوگیری از بروز علت و مبارزه با آن است. در مورد بیماریهای عفونی شامل معالجه بیماران و مجزانشان آنها (مخازن انسانی) انهدام برخی مخازن حیوانی، حفظ و رعایت موازین بهداشتی و بالاخره مجزانشان افراد سالم و

بهداشت روانی عبارتست از بررسی قوانین و روشهای زندگی که یادگیری، پذیرش و کاربرد آنها موجب سلامت روانی و جلوگیری از ابتلای به بیماریهای روانی می شود.

واکسیناسیون است (۷-۶). آموزش بهداشت شامل آشنا نمودن مردم به وضع بیماریها، عوامل مؤثر در ابتلای به آنها، تشویق به رعایت نظافت شخصی و محیط می باشد. باید توجه داشت که انجام هر اقدام بهداشتی بدون آماده کردن افکار عمومی مردم غیر ممکن است زیرا در صورت عدم همکاری مردم با برنامه ها، حتی اگر اقدامات بهداشتی بزور انجام شود، نتیجه ای نخواهد داشت.

تکامل روشها در بهداشت روانی:

بررسی بهداشت روانی از نظر تاریخی نشان می دهد که همواره با تغییرات فراوانی همراه بوده است و هر گاه روشی در مورد پیش گیری به وجود آمده است، با پیشرفت و تکامل آن، روشی دیگر جایگزین شده و بیشتر، چندین روش که با هم تداخل داشته اند مورد استفاده قرار گرفته و می گیرند. البته این سیر در طول تاریخ تدریجی بوده و در جوامع مختلف نیز

«بهداشت روانی عبارتست از بررسی قوانین و روشهای زندگی که یادگیری، پذیرش و کاربرد آنها موجب سلامت روانی و جلوگیری از ابتلای به بیماریهای روانی می شود».

نقش عوامل مختلف در اختلالات روانی و لزوم مبارزه با آنها:

هیلی و برونر (Healy & Bronner) از متخصصان بهداشت روانی، بعد از تحقیق درباره جوانهایی که در آستانه سقوط بوده اند به این نتیجه رسیده اند که دلائل مشکلات هیچیک از آنها، کمتر از سه یا چهار دلیل نبوده است (۸).

در مواقع بروز بیماری جسمی وقتی مشخصات میکروب و سموم و عوارض ناشی از آن به مردم القاء شود به علت علاقه ای که به سلامت خود دارند، همکاری خواهند کرد و به عنوان مثال تا آب آشامیدنی آلوده را نجوشانند مورد استفاده قرار نخواهند داد. در مورد بهداشت روانی هم باید سعی کرد تا عوامل بیماریز را که مانند میکروب قابل دید با چشم مسلح نیستند شناخت و آنها را در حد عموم شناساند.

نکته بسیار مهم در آموزش بهداشت روانی، کمک به افراد نسبت به پذیرش واقعیات و طرح برنامه های منطقی برای از بین بردن مشکلات زندگی است. نادیده گرفتن حقایق مسلم و تنها توجه به تمایلات شخصی، یقیناً یک راه حل موقت است و کمکی به از بین بردن مشکلات نخواهد نمود.

اساس کلی در پیشگیری بیماریها،

برحسب قدرت علمی و فرهنگی و اقتصادی نیز این کیفیت تبدیل را به صورت تدریجی مشاهده می‌کنیم. ایده آل آن است که آهنگ تغییر و تکامل روشهای بهداشت روانی سریعتر و در جوامعی که از این امکانات محرومند به صورت خط مستقیم و میانبر انجام شود و کمبودها جبران شوند. میزان انرژی و نیروی انسانی که در این راه صرف می‌گردد، یقیناً با رسیدن به این هدف بستگی مستقیم دارد.

تمرکز فعالیت‌ها بر محیط:

در گذشته، تمرکز اصلی و هدف بهداشت روانی فرد و شخصیت فردی بود و علل به وجود آورنده بیماریهای روانی را مربوط به خود شخص و مخصوصاً تجربیات سالهای اول زندگی او می‌دانستند، بنابراین وظیفه اصلی بهداشت روانی، بررسی فرد و ایجاد تغییراتی در نیروهای روانی او بود.

با تغییراتی که در برداشت‌های روان‌پزشکی به عمل آمد، به جای بیماری، اختلالات روابط

منظور از پیشگیری اولیه بیماریهای روانی، طرح برنامه‌هایی است که با تأثیر بر عوامل بوجود آورنده بیماریهای روانی، از بروز این بیماریها جلوگیری بعمل می‌آورند.

بین فردی، و به جای بررسی مسائل فردی، بررسی مسائل فرد در محیط، مورد توجه قرار گرفت، و واحدهای بزرگ اجتماعی در بهبود مسائل بهداشت روانی دست‌اندر کار شدند. این

واحدها از يك خانواده كوچك شامل يك زن و شوهر و يا خانواده بزرگ شروع و به تدریج، شامل همسایگان و تمام اجتماع می‌شوند. به این ترتیب، فعالیتها بیشتر بر روی محیط متمرکز می‌شوند و نه بر روی فرد، و با بهتر کردن وضع بهداشت روانی محیطی که فرد در آن زندگی، کار و بازی می‌کند، بهداشت روانی فرد را بهبود می‌بخشند. بنابراین بعضی از کارهایی که تحت عنوان بهداشت روانی انجام می‌گیرند با روش‌های گذشته متفاوتند. این فعالیتها اعم از اینکه تحت عنوان‌های بهداشت روانی و یا رفاه اجتماعی انجام شوند، بدون شك در بهزیستی گروه‌های عظیمی از مردم، مؤثر خواهند بود. استانفورد (Stanford) معتقد است که نسل کنونی درمان‌کنندگان روانی آخرین گروهی هستند که فعالیتهای خود را در درجه اول به بخش خصوصی اختصاص داده‌اند. اگرچه در آینده نیز تشخیص بیماریهای فردی و درمان آن نیز مورد توجه خواهد بود ولی مسئولین درمان‌های روانی باید در آینده افق دید خود را وسیعتر نموده و بیشتر در حد اجتماعی فعالیت نمایند و معلومات خود را به منظور ایجاد رفاه عمومی برای همه طبقات به کار ببرند (۱).

برنامه‌ریزیهای جامع:

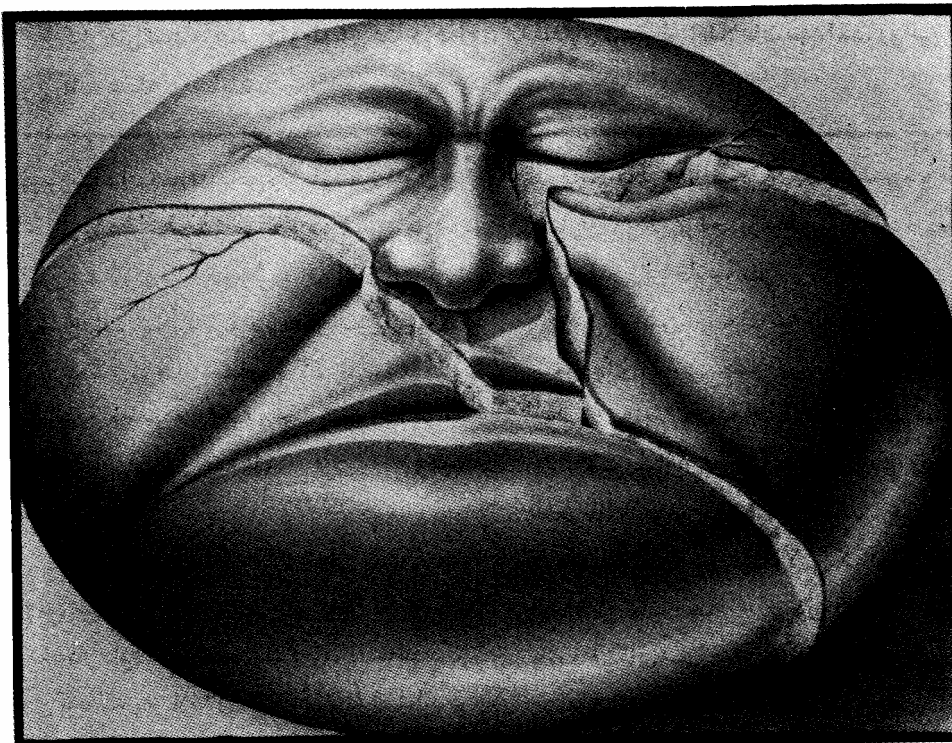
واحدهای مختلف روانپزشکی و بهداشت روانی هر کدام در بهبود بهداشت روانی نقشی دارند. بیمارستانها، درمانگاهها، کارگاههای روانپزشکی و سایر تأسیسات رفاهی، بهداشتی و اجتماعی را می‌توان در این دسته نام برد. وسعت

این واحدها در نقاط مختلف متفاوت است و در بعضی مناطق به هیچ وجه وجود ندارند. در بعضی مناطق واحدهای مختلفی فعالیت می نمایند که بعضی خصوصی و بعضی دولتی هستند. اینک نیاز فراوان به یک دستگاه برنامه ریزی جامع می باشد تا نیازهای هر منطقه را بررسی نمایند و بین

اجتماع بیشتر خواهد نمود.

همکاری مردم عادی:

افزایش تمایل عمومی به فعالیتهای بهداشتی روانی، میزان کمک و آمادگی برای همکاری های داوطلبانه را وسعت داده است. اینک



واحدهای موجود هماهنگی ایجاد کنند. تمایل عمومی بر این است که به جای واحدهای کوچک، واحدهای جامعی به وجود آیند تا جوابگوی تمام نیازهای اجتماع باشند و از اتلاف وقت و انرژی و دوباره کاری جلوگیری بعمل آورند. یقیناً برنامه ریزی های جامع، بازدهی تأسیسات موجود را نیز برای فرد و

در بسیاری از جوامع سعی می گردد تا به میزان حد اکثر از این داوطلبان استفاده بعمل آید و از کمک دهندگان غیر حرفه ای نیز کمک گرفته شود. در حال حاضر روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران اجتماعی و سایر کادر بهداشت روانی قادر نیستند نیازهای بهداشت روانی را بر آورند. روش های گروه درمانی و درمانهای کوتاه مدت

در این مورد می‌توانند جبران این کمبود را بنمایند. تربیت داوطلبان کمک به بهداشت روانی نیز به عنوان وسیله‌ای دیگر می‌تواند مورد قبول واقع شود. همکاری افراد عادی با کادر درمانی قرار گرفت و معمولاً بیماران را از اجتماع خارج و به مؤسسات روانی می‌فرستادند. این مؤسسات امکان درمانی زیادی نداشتند و بیشتر مراقبت‌های بدنی از بیمار بعمل می‌آمد.

○ آموزش را باید اساسی‌ترین روش پیش‌گیری اولیه دانست و به این منظور متخصصین بهداشت روانی با همکاری سایر گروه‌ها، مانند افرادی که در خدمات عمومی کار می‌کنند و حتی داوطلبان غیر حرفه‌ای، به منظور گسترش اطلاعات بهداشت روانی باید همکاری نمایند.

برداشت‌های خاصی موجب تصمیم به طرد بیماران روانی از اجتماع شده بود که می‌توان آنها را در زیر خلاصه نمود:

۱- این کیفیت به علت عدم شناسایی بیماری‌های روانی بود و در نتیجه به بیماران روانی با سوءظن و عدم اعتماد نگاه می‌کردند.

۲- بیماران روانی برای خود و دیگران خطرناک شمرده می‌شدند و معتقد بودند که با توجه به مزاحمت و اشکالاتی که این بیماران ایجاد می‌نمایند خارج کردن آنها از اجتماع به نفع همگان است.

۳- این افراد را مبتلا به بیماری شدید و احتمالاً غیرقابل برگشت می‌دانستند که کار زیادی برای آنها نمی‌شد انجام دهند و در نتیجه بهتر بود که آنها را از اجتماع خارج سازند و منابع اجتماعی را در موارد امیدوارکننده‌ای مورد استفاده قرار دهند.

۴- بیماران روانی را معمولاً فاقد عواطف نسبت به محیط خود می‌دانستند و از آنجا که آنها را دیوانه می‌خواندند، برایشان مهم نبود که

بیمارستانها سابقه تاریخی نیز دارد و اکنون این جنبش بیشتر به چشم می‌خورد و اگر سعی شود این همکاری با آموزش و مراقبت این افراد پاسخ داده شود می‌توانند نقش مؤثری را در روش‌های درمانی به عهده گیرند. تربیت این افراد در بعضی موارد موجب شده که بتوانند بطور تمام وقت در جنبه‌های درمانی انجام وظیفه نمایند.

آرکوف (Arcoff) در این زمینه آموزش دو ساله بهداشت روانی را در مورد زنان خانه‌دار داوطلب که مدرک دیپلم داشته‌اند ذکر می‌کند که پس از آن، این افراد توانسته‌اند در کلینیک‌های آموزشگاهی نقش درمانی داشته باشند. در طرح دیگر، این افراد برای راهنمایی مادرانی که کودکانی در سالهای قبل از مدرسه داشته‌اند، تربیت شده‌اند (۱).

درمان علامت:

با پیشرفت بهداشت روانی در طول تاریخ، ابتدا کنترل بیماران روانی شدید مورد توجه

چگونه با این افراد رفتار نمایند و معتقد بودند که درمانهای خشن باید نتایج بهتری داشته باشند.

پیشرفتهای اخیر، نظر عمومی را نسبت به کنترل این بیماران تغییر زیادی داده است. اطلاعات بیشتری در مورد بیماریهای روانی به دست آمده و نسبت به افرادی که به نام بیمار روانی طبقه بندی می شوند، با ترس و سوء ظن کمتری برخورد می شود. اگرچه این افراد بار زیادی از مشکلات را به دوش می کشند ولی از افراد دیگر متفاوت نیستند. اشکال اساسی آنها، آموزش های ناجور در رفتار است و چنانچه به آنها کمک شود به زمینه های بهتر رفتار تغییر خواهند یافت (۱).

۲- روش های پیش گیری ثانویه
۳- روش های پیش گیری نوع سوم.

پیش گیری اولیه:

منظور از پیش گیری اولیه، طرح



برنامه هایی است که با تأثیر بر عوامل به وجود آورنده بیماریهای روانی، از بروز این بیماریها جلوگیری بعمل می آورند. این برنامه ها معمولاً در مورد تمام افراد اجتماع و یا گروه کثیری از مردم يك منطقه مورد عمل قرار می گیرند. این روش در بعضی موارد بر روی گروه های آسیب پذیر اجتماع مانند آنها که در معرض بروز جرم، جنایت و یا بیماریهای روانی قرار دارند، پیاده می شوند.

روش پیش گیری اولیه به منظور کاهش تظاهرات هیجانی در جامعه از طریق مبارزه با عوامل استرس زا و حالاتی که بالقوه منجر به عوارض روانی می شوند، انجام می شود. در مواردی که تظاهرات روانی بوجود آمده باشند، دخالت فوری نیز نوعی پیش گیری اولیه محسوب می گردد بدین ترتیب در مورد

روش های پیشگیری از بیماریهای روانی:

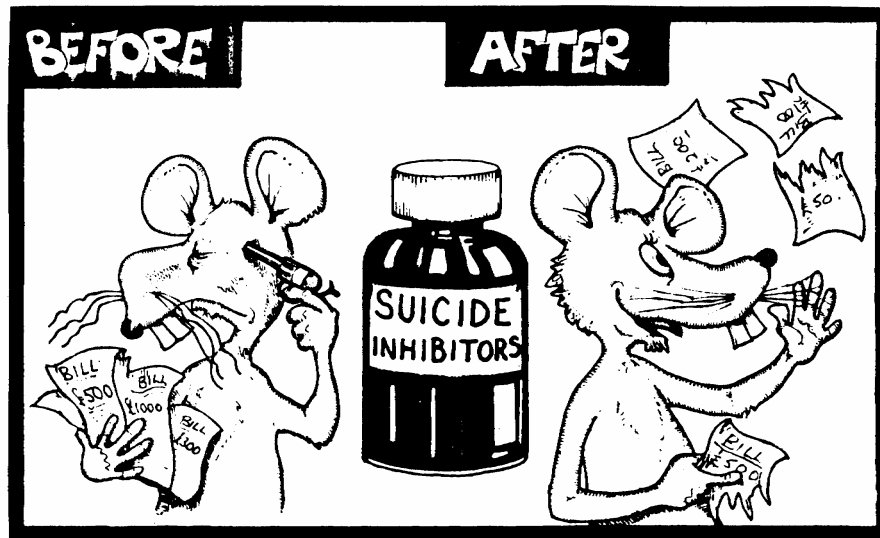
همانطور که ذکر شد، پیشرفت بهداشت روانی از جنبه نگهداری به اصلاح علائم گرائیده است و اینک ضمن اصلاح علائم، به پیش گیری از بوجود آمدن بیماری نیز توجه می شود. یقیناً هیچکس نمی تواند ارزش پیش گیری را انکار نماید ولی با توجه به محدودیت منابع بهداشت روانی باید دید که چه تعداد از این منابع باید به اصلاح علائم و چه تعداد به پیش گیری اختصاص یابد و چه نوع پیش گیری باید مورد توجه قرار گیرد؟

لانگسلی (Langsley) روش های پیش گیری از بیماریهای روانی را بطور کلی به سه دسته تقسیم می نماید (۳).

۱- روش های پیش گیری اولیه

اولیه کودکی ادامه می‌یابد. در دوران بارداری این روش‌ها به صورت جلوگیری از تولد کود کان نارس، جلوگیری از بیماری‌های مادر که ممکن است تولید ضایعات مغزی در کودک نماید و جلوگیری از تظاهرات هیجانی

پیش‌گیری اولیه باید تمام نیروهایی که اجتماع را بوجود می‌آورند تجهیز گردند و با همکاری یکدیگر در پیش‌گیری‌های روانی بکار روند. در این مورد نقش فعالیت گروه‌های اجتماعی، مدرسه، روحانیون، پزشکان، مسئولین امور



در مادر، که از طریق مشاوره فوری روانپزشکی در صورت بروز عوامل استرس‌زا، انجام می‌گیرد.

راهنمایی مستقیم پزشک عمومی و یا بحث‌هایی که به وسیله مسئولین امور رفاهی و اجتماعی انجام می‌شود، سطح اطلاعات والدین را بالا می‌برد و پی می‌برند که تکامل سالم فرزندشان به مقدار زیاد با قدرت آنها نسبت به ارضای نیازهای اساسی او بستگی دارد. ایده آل این است که این بحثها بیشتر در مورد تمایل به استقلال و وابستگی که به طور متناقضی در کودک در حال رشد و در مراحل مختلف تکامل او وجود دارد، متمرکز شوند.

بهداشتی دولت و مهمتر از همه خانواده فرد و افراد مهم دیگری که در زندگی او نقشی دارند، باید به حساب آیند. در حقیقت پیش‌گیری اولیه موضوع جدیدی است که به روانپزشکی اضافه شده و تنها با فعالیت گروه‌های وابسته به مرحله عمل درمی‌آید. همکاری نیروهای ذکر شده در زمینه بهداشت عمومی، رفاه، آموزش امور منزل و نوسازی شهری یقیناً به کیفیت و بازدهی بهداشتی خواهد افزود.

روش‌های پیش‌گیری اولیه در تمام مراحل زندگی قابل اجرا می‌باشند. این روشها از مراقبتهای زن باردار شروع و به صورت مراقبت از کودک در محیط خانواده و مدرسه در سنین

«آموزش» اساسی‌ترین روش پیش‌گیری اولیه :

«آموزش» را باید اساسی‌ترین پیش‌گیری اولیه دانست و به این منظور متخصصین بهداشت روانی با همکاری سایر گروه‌ها، مانند افرادی

• پیشگیری نوع سوم اختلالات روانی شامل درمان بوسیله بستری شدن است و هدفش اینست که از مزمن شدن این اختلالات پیشگیری نماید و فرد را قادر سازد تا هر چه زودتر به خانه و اجتماع خود برگردد.

که در خدمات عمومی کار می‌کنند و حتی داوطلبان غیر حرفه‌ای، به منظور گسترش اطلاعات بهداشت روانی باید همکاری نمایند.

از طرف دیگر، شرکت در فعالیتهای پیش‌گیری اولیه موجب ایجاد محبت و گسترش آموزش در این گروه خواهد شد که در پیشبرد و تسریع فعالیتهای پیش‌گیری نیز مؤثر خواهد افتاد. این فعالیتهای بطور غیرمستقیم به پیش‌گیری درجه دو و نوع سوم نیز کمک خواهد نمود.

آلبی (Albee) از متخصصین بهداشت روانی معتقد است که «هر چیز را که موجب بهبود وضع بشر گردد و بازدهی بیشتری ایجاد نماید و معنای بهتری به زندگی انسان بدهد، می‌توان به عنوان جزئی از روش‌های پیش‌گیری اولیه از اختلالات هیجانی به حساب آورد (۵)». بر این اساس، مخصوصاً می‌توان از فرهنگ غنی اسلامی حداکثر استفاده را نمود. آموزش‌های اسلامی که به‌طور منطقی و واقع‌بینانه طرح‌ریزی شده‌اند، در انسانها زیربنای فطری دارند و در صورتی که به‌خوبی

توجه گردند توسط انسانهایی که توانسته‌اند بر تمایلات غریزی خویش غلبه نمایند، مورد پذیرش قرار می‌گیرند و عملاً هم در پیش‌گیری از اختلالات روانی واکنشی، و هم در ایجاد رشد در حد فرد و اجتماع می‌توانند مؤثر باشند.

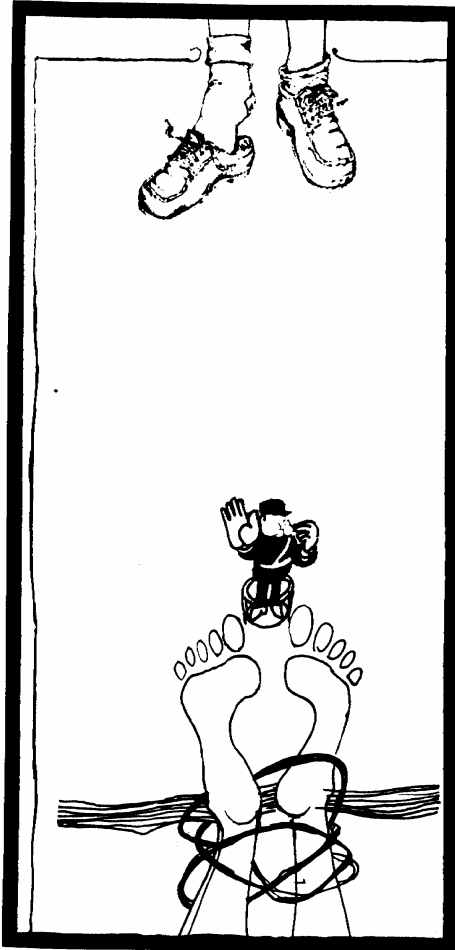
پیش‌گیری ثانویه:

پیش‌گیری ثانویه به برنامه‌هایی گفته می‌شوند که شامل تشخیص سریع و وادار نمودن به درمان و اصلاح رفتارهایی که با تطابق غلط با افراد خانواده یا جامعه به‌وجود آمده‌اند، می‌باشد. به این منظور تعیین وقوع بیماریها که



عبارت از کشف مواردی است که اولین بار مبتلا شده‌اند، نهایت اهمیت را دارد. مداخله در بحرانها و موارد حاد نیز در این محدوده قرار می‌گیرند. بررسی‌های علمی نشان داده‌اند که

چنانچه در مورد عامل بیماری زا و مکانیسم انتقال و انتشار بیماریهای مسری تحقیق شود و جنبه های مزبور کشف گردند، تحت کنترل در خواهند آمد. به عنوان مثال انجام بررسی های همه گیرشناسی در مورد تشخیص سریع و



ریشه کن کردن سیفیلیس در بعضی از کشورهای غربی ذکر می شود. مطالعات همه گیرشناسی همچنین می توانند در مورد شیوع مواردی که از تطابق ناجور رنج می برند

اطلاعات لازم را کشف نمایند و در اختیار محقق قرار دهند. به عنوان مثال، این مطالعات نشان داده اند کسانی که از دانشگاه اخراج شده اند، کسانی که اخیراً طلاق گرفته اند، افراد بیوه و افرادی که عقیم هستند، افرادی که از نظر فکری ضعیف هستند، افراد پیری که تنها زندگی می کنند، گروه های در معرض خطر جدی می باشند و شیوع اختلالات روانی در آنها شایع تر می باشد.

مطالعات همه گیرشناسی مشخص می نمایند که به «چه چیز» و به «کجا» توجه کنیم. وظیفه بعدی ما توجه کردن به این موارد و نقاط می باشد.

تنوع امکانات بهداشت روانی و طبقه بندی بیماران بر حسب نوع و شدت اختلال روانی موجب برگشت سریع تر بیماران به اجتماع می شود. مثلاً بستری شدن کوتاه مدت برای یک روز یا یک شب در بخشهای فوریت روان پزشکی شبانه روزی، ضمن برطرف کردن نیازهای موقعیتی بیماران، امکان بازگشت سریع آنها را به جامعه فراهم می آورد.

«مراکز جامع مراقبتهای بهداشت روانی» امکان شرکت فعال افراد عادی جامعه را در طرح ریزی برنامه درمانی و پیش گیری فراهم می سازند و این خود، بهترین برخورد با نیازهای اجتماعات مختلف می باشد. این افراد می توانند به عنوان داوطلبان غیر حرفه ای خدمات خود را ارائه دهند. جوابگویی به مشکلات و واکنشهای موقعیتی زودگذر کودکان نیز در این محدوده قرار می گیرد.

به‌عنوان مثال، کنترل و مراقبت از کودکانی که به‌علت طلاق یا جدایی والدین از یکدیگر، دچار ضربه روانی شده‌اند و یا دچار کشمکشهای ناشی از اختلالات قومی و تبعیضات

که مشکلات مشابهی دارند نیز جواب خود را دریافت می‌نمایند.

باید توجه داشت که به‌طور کلی ما نمی‌توانیم از تمام بحرانها جلوگیری کنیم و از

• آموزش‌های اسلامی که بطور منطقی و واقع‌بینانه طرح‌ریزی شده‌اند، در انسانها زیربنای فطری دارند و در صورتی که به‌خوبی توجه گردند توسط انسانهایی که توانسته‌اند بر تمایلات غریزی خویش غلبه نمایند، مورد پذیرش قرار می‌گیرند و عملاً هم در پیشگیری از اختلالات روانی و اکنسی، و هم در ایجاد رشد در حد فرد و اجتماع می‌توانند مؤثر باشند.

نژادی هستند را نیز می‌توان ذکر نمود.

ایجاد واحدهای اضطراری برای طیف وسیعی از مشکلات روانی و هیجانی مورد توجه واقع شده و در بعضی از ممالک بوجود آمده‌اند. این واحدها را نه تنها در مراکز بهداشت روانی، بلکه در بیمارستانهای عمومی می‌توان دایر نمود. این واحدها از طریق تهیه امکان تماس تلفنی می‌توانند نسبت به راهنمایی و کمک به افرادی که با مشکلات اقتصادی، روانی، اجتماعی مختلف درگیر هستند وارد عمل شوند. اشکالات در ارتباطات بین فردی، کشمکش‌های خانوادگی، مسائل قانونی، تنهایی، دلتنگی، سقط جنین و به‌طور کلی تمام مسائل بحرانی که به‌نوعی سلامت روانی و بازدهی فرد را در معرض خطر قرار دهند، همگی مسائلی هستند که می‌توانند در این تماسهای تلفنی مطرح شوند و متخصصین مختلف راهنمایی لازم را بنمایند. در بعضی ممالک این واحدها به‌وسیله رادیو تحت پوشش قرار می‌گیرند. در این حال، تمام مکالمات تلفنی از طریق رادیو نیز پخش می‌شود و افرادی

تمام فشارهای هیجانی و کشمکشهای روانی اجتناب‌ناپذیر می‌نمایند. مهار موفقیت‌آمیز کشمکشها و بحرانها به رشد فردی و گروهی نیاز دارد. از طرف دیگر، کوتاهی نسبت به توجه کافی به بحرانها می‌تواند منجر به ازهم‌پاشیدن سازمان شخصیتی و نهادهای اجتماعی و کاهش بازدهی در رده‌های مختلف شود. بنابراین مداخله و کنترل بحرانها باید به‌عنوان یک جنبه جدی در پیش‌گیری ثانویه در نظر گرفته شود.

پیش‌گیری نوع سوم:

علیرغم دخالت در بحرانها و دیگر روش‌های پیش‌گیری ثانویه برخی از افراد برای کنترل اختلالات روانی و اضطرابی شدید نیاز به بستری شدن دارند. پیش‌گیری نوع سوم شامل درمان به‌وسیله بستری شدن است و هدفش این است که از مزمن شدن اختلالات روانی پیش‌گیری نماید و فرد را قادر سازد تا هرچه زودتر به خانه و اجتماع خود برگردد. در بسیاری از موارد بستری شدن می‌تواند در مراکز

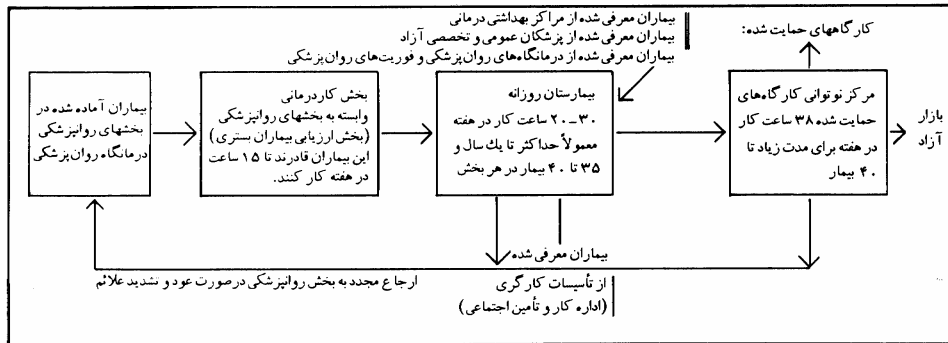
بهداشت روانی منطقه‌ای یا یک بیمارستان عمومی انجام شود. حتی هنگامی که افراد نیاز به درمان در یک بیمارستان روان پزشکی منطقه‌ای دولتی را دارند «به بستری شدن کوتاه مدت و مراقبت و پی‌گیری با برنامه درازمدت» تأکید می‌شود. مسئولیت پی‌گیری در این موارد به‌طور مشترک به عهده خانواده بیمار و کادرهای بهداشت روانی می‌باشد. هدف اصلی این فعالیت، «بازگشت مجدد فرد به جامعه و کار با صرف حداقل وقت» می‌باشد.

واحدهای وابسته به بخش روان پزشکی:

در شمای شماره ۱، طرز کار واحدهای وابسته به بخش روان پزشکی و ارتباط آنها با یکدیگر خلاصه شده است. به این ترتیب، وقتی بیماری به بخش روان پزشکی معرفی شد، پس از فروکش کردن دوره حاد بیماری که به نوع

ساعت در هفته برسد. در طول بستری شدن، متخصص کار درمانی وضع عمومی بیمار را کنترل و به روانپزشک گزارش می‌نماید. چنانچه در مدت بستری بودن بیمار در بخش روان پزشکی که معمولاً بین یک تا سه ماه متغیر است شخص قادر شود که به کار خود ادامه دهد، از بیمارستان مرخص و ضمن اشتغال به کار در محیط اجتماع به‌طور سرپایی تحت مراقبت روانپزشک خواهد بود.

در صورتی که بیمار قادر به کار در محیط معمولی اجتماع نباشد، به بیمارستان روزانه معرفی می‌شود. این بیمارستانها عبارت از کارگاه‌هایی هستند که معمولاً در کنار بیمارستانهای روانی ولی بطور مستقل به کار خود ادامه می‌دهند. در این کارگاه‌ها انواع کارهای معمولی وجود دارند و بسته به میزان استعداد و کار قبلی و تمایل بیمار و همچنین با

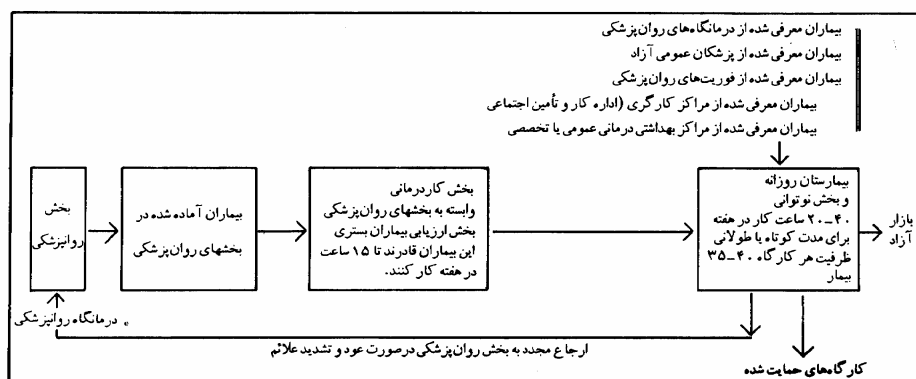


شمای شماره ۱- واحدهای وابسته به بخش روان پزشکی

بیماری بستگی دارد، بیمار به بخش کار درمانی معرفی می‌شود و این بخشها به‌عنوان ارزیابی بیماران بستری به کار می‌روند. به تدریج میزان ساعات کار افزایش می‌یابد تا به میزان ۱۵ ساعت در هفته برسد. در ضمن بستری بودن در بخش روان پزشکی و در کارگاه کار درمانی بخش روان پزشکی از بیمار شده است، کاری به او ارجاع می‌شود.

جدیددی به نام مرکز نوتوانی نیست و گسترش بیمارستان های روزانه روان پزشکی عملاً می توانند کار مراکز نوتوانی را انجام دهند. چنانچه بیمار نیاز به دریافت دارو دارد می تواند

کار بین ۲۰ تا ۳۰ ساعت در هفته متغیر است و معمولاً در هر کارگاه ۳۵ تا ۴۰ نفر به کار اشتغال دارند. علاوه بر بیماران معرفی شده از بخش روان پزشکی، بیماران بخش فوریت های



شعای شماره ۲- واحدهای وابسته به بخش روان پزشکی (طرح خلاصه شده)

داروی خود را از این مراکز دریافت نماید و چنانچه نیاز به دریافت دارو ندارد، فقط از طریق اشتغال به کار و سرگرمی تحت نوتوانی قرار خواهد گرفت. کارگاه های حمایت شده واحدهای دیگری هستند که هرگاه بیمار قدرت کار بیشتری پیدا کرده است، می تواند در آنجا اشتغال یابد. در این کارگاه ها تسهیلات بیشتری از کارگاه های معمولی وجود دارند و با توجه به محدودیت های بیمار، کار متناسب به او ارجاع می گردد. در تمام موارد، در صورتی که بیمار قدرت کار در بازار آزاد را بیابد، توسط مددکار اجتماعی برای او کاریابی می شود. به هر علت که علائم بیماری عود یا تشدید یابد، کنترل روان پزشکی بیشتری صورت خواهد پذیرفت و به صورت سرپائی یا بستری

روانپزشکی، درمانگاه های روانپزشکی و نیز معرفی شدگان توسط پزشکان عمومی و مسئولین بهداشتی و اداره کار به این کارگاه ها معرفی می گردند. مسئولیت اداره و نظارت بر این کارگاه ها به عهده یک روانپزشک می باشد و روانشناس بالینی و متخصصین کار درمانی و پرستار روانی و مددکار اجتماعی نیز با او همکاری می نمایند. در بعضی از ممالک از جمله در انگلستان تا مدتی پیش چنانچه بیمار بیش از یک سال نیاز به نوتوانی داشت، او را به واحد دیگری به نام مرکز نوتوانی معرفی می کردند و در صورت لزوم، بیمار تا پایان عمر در این واحد تحت پی گیری قرار می گرفت (شمای شماره ۲). بررسی های انجام شده نشان داد که نیازی به ایجاد واحد

علائم مهار خواهند شد و مجدداً بیمار از سیکل فوق استفاده خواهد نمود. در این سیستم، نیازها، محدودیت‌ها و امکانات بیمار به‌طور واقع‌بینانه مورد توجه قرار می‌گیرند و در صورت بروز



هر گونه تغییر وضع، برنامه معقول و منطقی برای او در نظر گرفته می‌شود. در کارگاه‌های نوتوانی، بیماران مزد دریافت می‌دارند و خانواده آنها توسط مددکار اجتماعی بررسی می‌شود و در صورتی که مزد بیمار تکافوی مخارج آنها را ننماید، از طریق مراکز رفاهی به آنها کمک می‌شود و آسایش فکری بیمار و خانواده‌اش تأمین می‌گردد.

تکامل روانی به‌عنوان هدف بهداشت روانی:

در صفحات قبل، پیشرفت بهداشت روانی را از نگهداری تا اصلاح و اصلاح تا جلوگیری

بررسی کردیم. حال باید دید که در مورد بهداشت روانی به معنای تکامل و بلوغ روانی، چه برنامه‌ای باید اجرا نمائیم.

در تعریف دوم روانی گفتیم که در این برداشت، بهداشت روانی به‌منظور نشان دادن وضع مثبت و سلامت فکر و ایجاد سیستم باارزشی در مورد ایجاد تحرک در حد ملی و بین‌المللی بکار می‌رود. در این مورد معیار سلامت فکر و بلوغ روانی مورد توجه قرار می‌گیرد و با ارائه این معیارها افراد را، وادار می‌نمایند تا همواره نسبت به تکامل خود بکوشند و از عوامل بیماریزا دوری گیرند.

با توجه به محدودیتهایی که در منابع بهداشت روانی وجود دارد باید دید که چه مقدار از این منابع باید در مورد اصلاح علائم، چه مقدار برای پیش‌گیری و چه مقدار به تکامل روانی اختصاص یابند. بعضی از دست‌اندرکاران بهداشت روانی نسبت به کوشش‌های زیاد و امیدهای زیاد اخطار می‌کنند. به‌عنوان مثال آیزنبرگ (Eisenberg) رسیدن به سلامت فکر همگانی را مورد تردید قرار داده و

○ اگر ما نتوانیم دست‌آوردهای فوری در مورد کنترل کشمکشهای روانی خود ایجاد کنیم، بشریت هیچ آینده‌ای نخواهد داشت.

می‌نویسد: اگر هدفهای خود را به‌عنوان محدودی اختصاص ندهیم خود را محکوم به خودفریبی کرده‌ایم که وعده‌های بزرگ بدهیم و تنها مختصری قابل‌اجراء باشند که در نتیجه

شك و ناامیدی را، به دنبال خود خواهد داشت (۱). دست‌اندرکاران دیگر معتقدند که ما نباید در اهداف خود دست کم را مورد توجه قرار دهیم. به عنوان مثال مرفی (Murphy) معتقد است که به منظور زندگی ساده، باید طبیعت انسان را تکامل بخشیم و ظرفیت او را برای ارتباطات اجتماعی بالا ببریم و اضافه می‌نماید: «دید واقع‌بینانه نسبت به امکانات بشر به سمتی که نیازهای او راهنمایی می‌شود بستگی دارد و در این مورد باید قدرت یادگیری افراد و امکانات عملی تکامل فرهنگی به یک میزان مورد توجه قرار گیرند. در هزار سال گذشته میزان ارضای انسان از نظر علمی و زیبایی‌شناسی به حدی رسیده که طبیعت او را نسبت به آنچه در قرون وسطی بود متفاوت ساخته است ولی هنوز این شروع کار است. این مقدار از تکامل، در جنبه‌های روابط بین فردی به سختی شروع شده است و روانشناسی جدید که روانکاوی نیز جزء آن است مطالب زیادی در مورد کشمکش‌های روانی و جنبه‌های انهدامی بشر به ما آموخته است، ولی در مورد آموزش جنبه‌های تکاملی و احساسات مثبت پیش نرفته است. اگر ما نتوانیم دست‌آوردهای فوری در مورد کنترل کشمکش‌های روانی خود ایجاد کنیم، بشریت هیچ آینده‌ای نخواهد داشت، ولی اگر چنین دست‌آوردی ایجاد شود، تکامل آینده توأم علم و تمایلات زیبایی‌شناسی که با افزایش تکامل ظرفیت انسان نسبت به روابط بین فردی همراه خواهد بود، آینده نوین انسان را خیالی و غیر عملی جلوه نخواهد داد، بلکه خود مقدمه‌ای

برای بروز امکانات بیشتر تکاملی خواهد بود (۱).

به نظر می‌رسد در این مورد ادیان الهی در شکل دست‌نخورده و تحریف نشده خود بتوانند کمک جدی بنمایند.

در شماره‌های آینده در مقاله دیگری تحت عنوان «بررسی نقش فرهنگ بر بهداشت روانی» بطور اجمالی به این بحث پرداخته خواهد شد.

ماخذ:

1. Arcoff: Adjustment and mental health. McGraw-Hill pp 271.

2. Bernard H.W. Mental Health in classroom. McGraw-Hill pp 17, 1970.

3. Harold I. Kaplan and Benjamin J. Sadok: Comprehensive text-book of psychiatry IV. Williams & Wilkins. 1985 vol 2. pp 1885-1888.

4. Hawke: Prevention, it is desirable, but is it possible? W.H.O. publication. 1978.

5. Leaveł H.R. Clark E.G. Preventive medicine for doctor in his community McGraw-Hill, 394-422, 1958.

۶- دکتر حیدر امین. اصول اپیدمیولوژی. از انتشارات علمی دانشکده بهداشت و مؤسسه تحقیقات بهداشتی سال تحصیلی ۵۶-۱۳۵۵.

۷- دکتر حیدر امین. اپیدمیولوژی و حوادث. طرز پیش‌گیری. از انتشارات علمی دانشکده بهداشت و مؤسسه تحقیقات بهداشتی. سال تحصیلی ۵۶-۱۳۵۵.

۸- اتو کلاین برگ. روان‌شناسی اجتماعی (ترجمه علی محمد کاردان)، نشر اندیشه، ج ۲، ص ۴۶۵-۴۴۷، ۱۳۵۵.