

برنامه کشوری بهداشت روانی و مجروحین روانپزشکی جنگی

دکتر جعفر بوالهری*

چکیده:

در ارائه خدمت به مجروحین روانپزشکی لازم است از اصول شناخته شده در روانپزشکی نظامی و روانپزشکی اجتماعی تبعیت شود. بسیج نظامی و عمومی در جامعه، مشارکت قشر وسیعی از مردم در امور دفاع مقدس و در پی آن طبعاً آسیب دیدگی عمومی جامعه از عوارض روانی جنگ، ضرورت یک برنامه کشوری در زمینه روانپزشکی نظامی هماهنگ و حمایت شده بوسیله طرح بهداشت روانی را تایید می نماید. برنامه کشوری بهداشت روانی که دارای همه مشخصات و اصول روانپزشکی اجتماعی، بهداشت روانی و روانپزشکی نظامی است بخوبی می تواند در راه ایجاد یک تشکیلات نوین روانپزشکی جهت ارائه خدمت به مجروحین روانپزشکی جنگی کمک لازم را بنماید. این مقاله مشخصات برنامه ای را معرفی می نماید که قادر است با حداقل هزینه، حداکثر خدمت را به این معلولین (جانبازان) و مجروحین ارائه دهد.

Andeesheh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۴۲

کلید واژه: بهداشت روانی، برنامه کشوری، مجروحین روانپزشکی جنگی

مقدمه:

مجروحین روانپزشکی نظامی^(۱)، بیماران اعصاب و روان^(۲) و معلولینی هستند که تحت عناوین اختلال پس از استرس تروماتیک^(۳)، نوروژ جنگ^(۴)، نوروژ نبرد^(۵)، موج انفجار^(۶)، واکنش استرس عظیم^(۷)، اختلالات عضوی مغز^(۸)، صرع و سایر اختلالات روانپزشکی طبقه بندی می شوند. از وجوه مشترک این بیماران، علاوه بر آسیب جنگ، خصوصیاتى چون مزمن بودن

بیماری، امید به پاداش ثانوی و غرامت خواهی مورد توجه می باشند (بوالهری، ۱۳۷۲).

ضرورت برنامه ریزی نیاز مبرم به برنامه ریزی صحیح و جامع در حیطة توانبخشی و حتی پیشگیری در زمینه ارائه خدمات به مجروحین روانپزشکی، کاملاً محسوس می باشد. چرا که

* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، کارشناس بهداشت روانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، خیابان طالقانی، نرسیده به خیابان شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

1- traumatic war disorders

2-neuropsychiatry

4-war neurosis

6-shell shock

8-O.M.D

3-PTSD

5-combat neurosis

7-gross stress reaction

این عزیزان آسیب دیده از جنگ، جانبازان انقلاب هستند و مشکلات این قشر ابعاد اجتماعی - سیاسی و حتی نظامی را در بر دارد. از طرفی مسئله تاثیر گرایش‌های غرامت خواهی و توجه به منافع ثانوی نیز در مسیر ارائه خدمات بهداشتی - درمانی مطرح می‌باشد (میرزمانی، ۱۳۷۰).

ویژگیهای ارائه خدمت به مجروحین روانپزشکی جنگی

خدمت به مجروحین روانپزشکی جنگی باید دارای دو ویژگی عمده باشد. ویژگی ارائه خدمت به مجروحین روانپزشکی (اصول اختصاصی) و اصول و ویژگیهای روانپزشکی اجتماعی و نظامی (اصول عمومی).
 ۱- اصول اختصاصی - آرتیس^(۱) در سال ۱۹۶۳ برای رسیدگی به بیماران نوروز جنگ اصولی را ارائه داد که هنوز هم به قوت خود باقی است. او تاکید کرد که لازم است در این گونه موارد سه اصل نزدیکی^(۲)، فوریت^(۳)، و انتظار^(۴)، به خوبی رعایت گردد (آرتیس، ۱۹۶۳). نزدیکی به معنی درمان هر چه نزدیکتر به جبهه یا در پشت جبهه، فوریت به معنی رسیدگی هر چه سریعتر به مجروح و انتظار به معنی آماده نگهداشتن بیمار جهت برگشت به خدمت و انجام وظیفه در جبهه می‌باشد. در نتیجه با توجه به سه اصل فوق، اعزام مجروح به شهرهای پشت جبهه و دور از جبهه کاملاً مردود تلقی می‌شود.

۲- اصول عمومی - بدیهی است که رعایت اصولی که برای ارائه خدمت به کلیه بیماران روانپزشکی در روانپزشکی نظامی، روانپزشکی اجتماعی و بهداشت روانی ذکر گردیده است، در مورد خدمت به مجروح روانپزشکی جنگی نیز باید رعایت گردد. به دلیل اهمیت موضوع به همه این ویژگیها و اصول اشاره ای می‌گردد:
 - مسئولیت در برابر جمعیت مشخص

- درمان در مجاور بیمار
- خدمات جامع^(۵)
- کار تیمی و چند جنبه‌ای^(۶)
- تداوم مراقبت^(۷)
- مشارکت مردمی^(۸)
- پیشگیری^(۹)

- مشاوره بهداشت روانی
- خودداری از بستری کردن غیر ضروری
- هماهنگی با بهداشت عمومی و سایر خدمات اجتماعی

- ارزشیابی و پژوهش^(۱۰)

یادآوری می‌نماید که گلاس^(۱۱)، ابتدا در سال ۱۹۵۵ و سپس در سال ۱۹۷۱ این اصول را برای درمان مجروحین و سازماندهی روانپزشکی نظامی ارائه داد، که امروز به عنوان ویژگیهای روانپزشکی اجتماعی قابل پذیرش است (کاپلان، ۱۹۸۵).

مشخصات یک برنامه کشوری روانپزشکی نظامی

اهمیت مسئله و وسعت شیوع اختلالات و مشکلات بهداشت روانی مجروحین نظامی و غیر نظامی جنگی از یک طرف و ضرورت پاسخگویی به مشکلات سایر مراجعین روانپزشکی و نورولوژیک از طرف دیگر، ایجاد یک برنامه کشوری بهداشت روانی یا روانپزشکی نظامی را ایجاب می‌نماید. حداقل ویژگیهای این برنامه باید به این شرح باشد:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1-Artiss | 2-proximity |
| 3-immediacy | 4-expectancy |
| 5-comprehensive | |
| 6-multidisciplinary team approach | |
| 7-continuity of care | 8-consumer participation |
| 9-prevention | 10-evaluation and research |
| 11-Glass | |

۱- دارا بودن اصول و ویژگیهای اختصاصی و عمومی ارائه خدمت به مجروحین روانپزشکی، که شرح آن گذشت.

۲- ارائه خدمت به همه مراجعین و نیازمندان به خدمت روانپزشکی.

۳- هماهنگی با برنامه کشوری بهداشت روانی، به منظور بهره‌گیری از امکانات سراسری در سطح کشور.

معرفی برنامه کشوری بهداشت روانی

برنامه کشوری بهداشت روانی در سال ۱۳۶۴ تنظیم و در سال ۱۳۶۷ به تصویب اساتید و صاحب‌نظران روانپزشکی کشور و شورای معاونین وزارت بهداشت رسید (وزارت بهداشت، ۱۹۸۶). هدف اصلی این برنامه فراهم آوردن خدمات بهداشت روانی اساسی و قابل دستیابی برای همه مردم در جمهوری اسلامی ایران است. در اهداف این برنامه "تنظیم برنامه‌های مناسب جهت تأمین مراقبتهای بهداشت روانی برای کسانی که در جنگ تحمیلی به نحوی آسیب دیده‌اند"، به عنوان اصلی‌ترین خط مشی طرح و نیز ادغام^(۱) خدمات روانپزشکی و بهداشت روانی در بهداشت عمومی مورد توجه است. این برنامه مشارکت پزشکان عمومی، کاردانان بهداشتی و بهورزان و بهداشتیاران روستایی را کلید مهمی در حل مشکلات بهداشت روانی جامعه تلقی و برنامه‌های آموزشی و اجرایی خاصی برای آنان پیش بینی می‌نماید. طبق این برنامه خدمات بهداشت روانی به سه سطح تقسیم و مسئولیت هر سطح به عهده گروه خاصی محول می‌گردد:

۱- سطح اول - شامل مراقبتهای اولیه بهداشت روانی است. این مراقبتها در حیطه خدماتی که عبارت از بیماریابی، ارجاع بیماران به پزشکان عمومی، پیگیری بیماران و آموزش بهداشت روانی به بیمار، خانواده او و جامعه است که توسط بهورزان و بهداشتیاران در روستاها، و کاردانان بهداشتی در شهر ارائه می‌گردد.

۲- سطح دوم - شامل مراقبتهای نیمه تخصصی است. این مراقبتها در برگیرنده درمانهای اولیه، درمانهای نگهدارنده، آموزش و مشاوره است که توسط پزشکان عمومی تأمین می‌گردد.

۳- سطح سوم - شامل مراقبتهای تخصصی است. تشخیص، درمان، توانبخشی، آموزش و نظارت روانپزشکی، خدماتی است گروهی، که به عهده تیم درمانی روانپزشکی می‌باشد. به این ترتیب سطح بندی خدمات و محول نمودن مسئولیتها به گروههای مورد نظر که متشکل از کارکنان پزشکی می‌باشند تشکیلات سراسری جدیدی را پی می‌ریزد که قادر خواهد بود در اقصی نقاط کشور خدمات روانپزشکی را به مردم ارائه نماید.

بنابراین تشکیلات استانی بهداشت روانی که شبکه بهداشت روانی استان را تشکیل می‌دهند متشکل از مجموعه‌ای است شامل خانه‌های بهداشت روستایی، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری، پلی‌کلینیکها و بیمارستانهای عمومی شهرستانها که در رأس و سرپرستی آنان بیمارستانها یا مراکز جامع بهداشت روانی یک استان قرار گرفته است.

نظام خدماتی مطرح شده در برنامه کشوری بهداشت روانی، یکی از پیشرفته ترین نظامهای ارائه خدمت در کشورهای جهان سوم و بعضی از کشورهای پیشرفته است. قابل تاکید است که یکی از وجوه چشمگیر پیشرفت در کشورهای توسعه یافته، حاصل سعی و میزان موفقیت در رعایت هر چه تمامتر اصول روانپزشکی اجتماعی و بهداشت روانی می‌باشد. این برنامه می‌تواند با حداقل هزینه و امکانات، خدمات گسترده‌ای را در سراسر کشور به محروم ترین قشرهای جامعه ارائه دهد. برنامه کشوری بهداشت روانی به منظور ارزیابی کارایی آن، تا به حال در دو استان، در شهرستانهای شهرضا و شهرکرد، به صورت آزمایشی و پژوهشی به مورد اجرا

1-integration

درآمده و موفقیت چشمگیری حاصل کرده است (حسن زاده، ۱۳۷۱؛ شاه محمدی، ۱۳۷۲)، و به دنبال اطمینان از موفقیت قطعی آن، این برنامه در سراسر کشور، در همه استانها، و در هر استان در چندین شهرستان به اجرا درآمده است.

تشکیلات نو در ارائه خدمت به مجروحین روانپزشکی نظامی

با توجه به وسعت شیوع اختلالات روانپزشکی نظامی و سایر اختلالات و مشکلات بهداشت روانی در نیروهای نظامی و خانواده آنان، پراکندگی اختلالات روانپزشکی جنگی در نیروهای مردمی و سراسر جامعه، خدمات ارائه شونده مستلزم تشکیلاتی است برخوردار از مشخصات زیر:

الف- بخش نظامی - شامل قسمتهای زیر:

- ۱- واحد مرکزی بهداشت روانی، برای برنامه ریزی، نظارت، پیگیری و هماهنگی در امور.
- ۲- مراکز جامع بهداشت روانی، شامل تخت بستری، کلینیک سرپایی، مشاوره، مددکاری، فوریتهای..... به صورتی مستقل و یا ادغام شده در بیمارستانهای عمومی نظامی.

۳- کلینیک روانپزشکی در بیمارستانهای عمومی نظامی کوچکتر مجهز به تعدادی تخت بستری جهت مجروحین روانپزشکی.

۴- درمانگاه عمومی - شامل درمانگاههای پادگانها، شهرکها یا مجتمعهای مسکونی نظامی و اورژانسهای جبهه.

۵- پایگاههای کمکهای اولیه (پستهای امدادی).

از واحدهای فوق به جز واحد مرکزی بهداشت روانی که لازم است در سطح فرماندهی کل بهداشتی نیرو مستقر گردد، بقیه واحدها متناسب با یگانهای تحت امر در نقاط مختلف برقرار می گردند.

ب- بخش غیر نظامی - بخش غیر نظامی ارائه خدمت به مجروحین روانپزشکی جنگی در اصل همان تشکیلات کشوری بهداشت روانی است که از دورترین روستاها تا بزرگترین شهرها گسترش دارد.

این شبکه کشوری بهداشت روانی، در تمام مناطقی که نیروهای نظامی، سربازان ترخیص شده و بسیجیان حضور دارند خدمات لازم را تأمین می نماید. بنابراین به نظر می رسد تنها فعالیت گسترده و هماهنگ این بخش و بخش نظامی و غیر نظامی است که شاید بتواند خدمت کوچکی را به مجروحین و جانبازان ارائه نماید.

منابع

بوالهری، جعفر (۱۳۷۲). اقدامات اولیه در مجروحین روانپزشکی جنگی. مجله علمی پژوهشی بسیج. شماره پائیز.

حسن زاده، سید مهدی و اسدالهی، قربانعلی (۱۳۷۰). گزارش جامع بررسی ادغام خدمات بهداشت روانی در نظام ارائه خدمات اولیه بهداشتی در شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهرضا، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

شاه محمدی، داوود (۱۳۷۲). گزارش پژوهشی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه (PHC) در روستاهای شهرکرد، در دست انتشار.

میرزمانی، سید محمود (۱۳۷۰). کاربرد مقیاسهای F, K پرسشنامه MMPI در گروهی از افراد مبتلا به PTSD. رساله
کارشناسی ارشد انستیتو روانپزشکی تهران.

Kaplan, H., & Sadock, B. (1985). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore: Williams & Wilkins.

Artiss, K. L. (1963). Human behavior under stress: From combat to social psychiatry. *Military Medicine*, 128, 10-14.

Health Ministry (1986). *National mental health programme*. Islamic Republic of Iran.

Andeeshch
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۴۶

رضایت از زندگی،

تلاش برای بهبود آن

و

امیدواری به آینده،

نشانه سلامت فرد است.