





انتشارات سازمان بھسیرتی

فدراسیون جهانی سلامت روان

سلامت روان و بیماری های جسمی مزمن نیاز به مراقبت مستمر و تلفیقی

به مناسبت روز جهانی بهداشت روان
(۱۰ اکتبر سال ۲۰۱۰)

مترجمین:

دکتر کیوان دوانگران، بهناز قلمبردزفولی

عنوان و نام پدیدآور: سلامت روان و بیماری های مزمن؛ نیاز به مراقبت مستمر و تلفیقی... / فدراسیون جهانی سلامت روان؛ مترجمین کیوان دواتگران، بهناز قلمبردزفولی
مشخصات نشر: تهران: سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۶
مشخصات ظاهری: ۱۲۸ ص
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۵۶۹-۶۹-۷
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت: کتاب حاضر ترجمه ی مقاله ای تحت عنوان Mental Health and chronic Physical illnesses and integrated care است.

موضوع: بهداشت روانی
موضوع: Mental Health
موضوع: بیماری های مزمن -- جنبه های روان شناختی
موضوع: Psychological aspects - chronic diseases
شناسه افزوده: دواتگران، کیوان، ۱۳۴۷-، مترجم
شناسه افزوده: قلمبردزفولی، بهناز، مترجم
شناسه افزوده: سازمان بهزیستی کشور
شناسه افزوده: فدراسیون جهانی سلامت روان
شناسه افزوده: World Federation For Mental Health
رده بندی کنگره: RA۷۹۰/س۸ ۱۳۹۶
رده بندی دیویی: ۳۶۲/۲
شماره کتابشناسی ملی: ۴۶۷۴۶۷۷
تاریخ درخواست: ۱۳۹۶/۰۱/۲۶
تاریخ پاسخگویی:
کد پیگیری: ۴۶۷۳۹۲۷



انتشارات سازمان اسناد و کتابخانه ملی

سلامت روان و بیماری های جسمی مزمن (نیاز به مراقبت مستمر و تلفیقی)

ناشر: سازمان بهزیستی کشور

اجرا: روابط عمومی و امور بین الملل

مترجمین: دکتر کیوان دواتگران، بهناز قلمبردزفولی

طراحی جلد و صفحه آرایی: آرزو کریمی (OPUB)

چاپ اول: ۱۳۹۷

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

قیمت: اهدایی

تقدیم به همکار و دوست کراتقدیری که خیلی زود
و سبکبار از میان ما رفت،
سرکار خانم دکتر میراعبادی که بازخوانی متن را با پیش‌شناسات ارزنده خود، در هم آمیخت و روانی مطالب
حاصل راهگشایی نامی اوست.

فهرست مطالب

مقدمه	۹
پیش‌گفتار	۱۱
دستور کار فدراسیون جهانی سلامت روان	۱۳
فصل اول	۱۷
بیماری‌های جسمی مزمن و اختلالات روانی	۱۷
بیماری قلبی و افسردگی	۱۹
بیماری قلبی عروقی و بیماری‌های روانی	۲۱
بیماری‌های قلبی عروقی و سلامت روان	۲۳
دیابت و افسردگی	۲۷
دیابت و بیماری‌های روانی	۲۸
افسردگی و دیابت	۳۱
سرطان و بیماری‌های روانی	۳۶
سرطان و هیجانات: آیا افسردگی طبیعی است؟	۴۱
بیماری‌های تنفسی و بیماری‌های روانی	۴۶
چاقی و بیماری‌های روانی	۵۰
فصل دوم	۵۳
بیماری‌های جسمی مزمن و بیماری‌های روانی (نیاز به مراقبت تلفیقی)	۵۵
نقش مراقبت‌های اولیه در بهبود دسترسی به مراقبت برای افرادی با مشکلات سلامت روان و بیماری‌های جسمی مزمن	۵۸
سلامت روان به عنوان یک سرمایه‌گذاری	۶۷
استفاده از اقتصاد در تقویت ساز و کار	۷۰
فصل سوم	۷۳

۷۵.....	راهکار هایی برای بیماران و مراقبین عضو خانواده.....
۷۵.....	بخش اول: ایجاد انعطاف پذیری.....
۷۷.....	ارتقاء انعطاف پذیری در جوانان.....
۸۱.....	۱۰ روش برای ایجاد انعطاف پذیری.....
۸۵.....	بخش دوم: ایجاد سیستم های حمایتی.....
۸۷.....	جلب حمایت اجتماعی.....
۸۹.....	افزایش حمایت اجتماعی.....
۹۲.....	راهکارهای نزدیک تر شدن به افراد.....
۹۵.....	بخش سوم: خودمدیریت.....
۹۷.....	۱۰ اصل مدیریت بیماری مزمن.....
۱۰۳.....	بخش چهارم: مراقبین و حامیان.....
۱۰۶.....	مراقبین عضو خانواده چه چیزی باید در مورد خستگی مفرط بدانند؟.....
۱۰۹.....	بیماری جسمی مزمن تأثیرات آن روی سلامت روان.....
۱۱۳.....	فصل چهارم.....
۱۱۵.....	خدمات مراقبتی تلفیقی.....
۱۱۶.....	نقش بیماران، خانواده ها و عموم مردم.....
۱۱۸.....	نقش در مانگاه ها و ارایه کنندگان خدمات سلامت روان.....
۱۱۹.....	نقش پزشکان مراقبت های اولیه و تخصصی.....
۱۲۱.....	نقش دولت ها و سازمان های مردم نهاد.....
۱۲۵.....	فصل آخر - نتیجه گیری.....

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را صحت کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند و فقط نبودن بیماری یا ناتوانی به تنهایی سلامت تلقی نمی‌شود. بنابراین سلامت روان به رغم تفاوت در تعاریف بین فرهنگ‌ها و نژاد‌های مختلف، به عنوان بخشی کلیدی ناپذیر از سلامت در افراد و جوامع محسوب می‌گردد.

حدود نیمی از اختلالات روانی قبل از سن ۱۴ سالگی شروع می‌شوند و از سویی بیاران مبتلا به اختلالات روانی بیشتر از سایرین به بیماری‌های جسمی، واکیر و غیر واکیر، مبتلا می‌شوند و بیشتر مستعد آسیب هستند، لذا به نظر می‌رسد تغییرات جمعیت‌شناختی و اجتماعی-اقتصادی ضرورت تغییر استراتژی بهداشت روان را در کشور ایجاد نموده است. با توجه به اینکه کشور ما جزء جوان‌ترین کشورهای جهان محسوب می‌شود، در این راستا نیاز به تغییر و ارتقاء سیستم بهداشت روان یک ضرورت می‌ناید.

در تدوین الگوی بهداشت روان کشور، سازمان بهزیستی، همواره بعنوان مهم‌ترین نهاد در عرصه پیشگیری، توانبخشی، درمان و توانمندسازی افراد مبتلا به مشکلات و اختلالات روانی، مطرح بوده و لازم است، توجه ویژه‌ای در زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی با هدف آگاه‌سازی آحاد جامعه را در سیاست‌های اجرایی خود مد نظر قرار دهد. با این دیدگاه کتاب حاضر بعنوان یک راهنمای جامع و در عین حال ساده که برای طیف وسیعی از خوانندگان اعم از مردم عادی، مراقبین بیاران، اعضای خانواده تا سیاست‌گذاران، درمانگران، متخصصین عرصه بهداشت روان توصیه می‌شود.

دکتر انوشیروان محسنی‌بندپی

معاون وزیر و رئیس سازمان بهزیستی کشور

پیشگفتار

در دورانی که به فعالیت های پزشکی و درمانی می پرداختم، همچون سایر همکارانم، همواره مراجعینی با تشخیص بیاری روانی داشتم. اما زمانی که به عنوان رئیس ستاد سلامت‌هی، درمان و توانبخشی پاران روانی مزمن سکندار این امر مهم در سطح سیاست گذاری شدم به سبکی جدی تر و باید گاهی عمیق تر مشکلات این افراد و بخصوص خانواده ما و مراقبین آنها را درک نمودم.

علاوه بر مشکلاتی از قبیل بیکاری، کمبود درآمد، بی خانمانی، گرانی و طولانی بودن دوره درمان و... که همچنان به آن اضاف دارند، دریافتن بسیاری از معضلات کربان کهیر این خانواده ما از قبیل بحث سلامت روان سایر اعضای خانواده، بهداشت روان مراقبین، سلامت فرزندان، بیاری های جسمی همراه بیاری روانی، عوارض دارویی، آسیب پذیری در برابر بیاری های جسمی و بیاری مشکلات دیگر همواره از دید سیاست گذاران عرصه بهداشت و درمان مغفول مانده است.

در همین دوران به مناسبت روز جهانی سلامت روان هر ساله در روز ۱۰ اکتبر مطابق با ۱۹ مهر ماه برنامه های ویژه ای در سطح جهانی برگزار می گردید که فدراسیون جهانی بهداشت روان (WFMH) برنامه ریزی و حمایت از برنامه های نوآورانه سلامت روان و ارتقاء سلامت روان و پیشگیری را عمده دار بود.

لذا بر آن شدم تا استفاده از برنامه های توصیه شده فدراسیون را تا حد امکان در سیاست های اجرایی ستاد نهادینه کنم. هر ساله این فدراسیون شکاری را سر لوحه برنامه ما قرار داده و متناسب با آن جزواتی را در خصوص شیوه اجرای این برنامه ما منتشر می نمود. در این ایام تغییرات در چارت سازمان، بهزیستی منجر به ادغام حوزه پاران روانی مزمن در سایر دفاتر تخصصی معاونت توانبخشی شده و

حذف ستاد را بدنبال داشت. اما توجه به مشکلات پیش گفت، همواره در ذهن من بعنوان یک الویت باقی ماند. بنابراین در اولین فرصت بهکار انم در دفتر توانمندسازی معلولین را به تدوین و ترجمه جزوات فدراسیون سلامت روان مخصوص متون مربوط به مراقبین، خانواده ها و کودکان ترغیب نمودم. که ایشان نیز به حق تلاش نموده و جزوات سال ۲۰۰۹ را در قالب کتاب حاضر در سالروز گرامی داشت سلامت روان سال بعد ترجمه و آماده نشر نموده که طی مراسمی رونمایی شد. علی رغم حلیت مدیران وقت و تنها به دلیل تغییرات مدیریتی و روال بروکراتیک و اداری انتشار کتاب ما در سازمان، این مهم به تعویق افتاد تا اینکه شخصا ضرورت چاپ و انتشار این اثر کاربردی را در سال جاری پیگیری نمودم. امید است تا این جزوه مختصر که از نگارش ساده، قابل فهم و کاربردی برای عموم مردم برخوردار است مورد استفاده خانواده ها، مراقبین، سیاست گذاران، خبرین و... قرار گرفته و مفید واقع گردد.

دکتر حسین نجوی نژاد
معاون امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور

دستور کار فدراسیون جهانی سلامت روان

حرکت گسترده^۱ به سوی سلامت روان

فدراسیون جهانی سلامت روان^۲ (WFMH) به عرضه دیدگاه خود مبنی بر جهانی که در آن سلامت روان برای همه افراد اولویت دارد ادامه می‌دهد. با این که خدمات سلامت روان بسیار حساس تلقی می‌شود، هنوز مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد و منابع و حمایت لازم را دریافت نمی‌کند.

فدراسیون جهانی بهداشت روان پیوسته حامی همایش‌های بین‌المللی در مورد نوآوری‌های سلامت روان و ارتقاء سلامت روان و پیشگیری، اجرای پروژه‌هایی با منافع خاص موضوعی یا منطقه‌ای، هدایت کننده طرح‌هایی با موضوعات خاص مبتلا به روزو مورد علاقه منطقه‌ای مثلاً در مورد ارتباط ایدز و افسردگی، ارتباط دیابت و افسردگی بوده است. همچنین روز جهانی سلامت روان را هماهنگ و حمایت می‌کند. (روز جهانی سلامت روان توسط فدراسیون جهانی بهداشت روان ایجاد شد!).

اخیراً فدراسیون جهانی بهداشت روان، برای دستیابی به دیدگاه خود از طریق ابتکاری که ما آن را حرکت گسترده به سوی سلامت روان می‌نامیم تلاش خود را دوچندان کرده است. فدراسیون جهانی بهداشت روان یک پیمان راهبردی^۳ باعنوان حرکت به سوی سلامت روان جهانی^۴ (MGMH) را تشکیل داده است. این حرکت در مجموعه‌ای از مقالات در نشریه لنست^۵ به بهترین نحو انعکاس داده شده است.

^۱- The Great Push

^۲- World Federation For Mental Health (WFMH)

^۳- Strategic

^۴- The Movement For Global Mental Health (MGMH)

^۵- Lancet

اساساً، این مقالات بیانگر این واقعیت هستند که بیماری‌های روانی بخش قابل توجهی از بار بیماری‌ها^۱ در سطح جهان را تشکیل می‌دهند و اولویت دادن و توجه به مداخله در سلامت روان به طور معنی داری به توسعه اقتصادی و اجتماعی کمک می‌کند. موضوع‌های اصلی این حرکت گسترده عبارتند از: برنامه واحد^۲، دامنه دید^۳، اصلاح وضعیت^۴، بهبودی^۵ و هم‌اکنون طراحی این برنامه در حال شکل‌گیری است.

برخی از فعالیت‌های اصلی که فدراسیون جهانی بهداشت روان در پیش گرفته است عبارتند از: توسعه برنامه‌های ترک اعتیاد به گونه‌ای که سلامت روان در افکار عمومی مردم جهان واضح‌تر دیده شده و از اولویت بیشتری برخوردار گردد، کار با دبیرخانه کشورهای مشترک‌المنافع و تدارک نشست ویژه سازمان ملل متحد در مورد بیماری‌های غیرواگیر که برای سپتامبر ۲۰۱۱ برنامه‌ریزی شده است؛ مشارکت با سازمان ملل در جریان تدوین مجدد اهداف توسعه هزاره، و ارتقاء برنامه حرکت گسترده برای سلامت روان از طریق رسانه‌های سنتی و جمعی.

سازمان بهداشت جهانی اخیراً گزارشی تحت عنوان «سلامت روان و توسعه» ارائه کرده است که بیانگر تلفیق^۶ سلامت روان و اقدامات توسعه می‌باشد. سلامت روان رابطه نزدیکی با بخش‌های اصلی توسعه مثل آموزش^۷ و بهره‌وری^۸ نیروی انسانی دارد. در سال ۲۰۱۰ موضوع روز جهانی سلامت روان رابطه سلامت روان با بیماری‌های جسمی مزمن را مورد تأکید قرار داد. همان‌طور که ما بیماری‌های غیرواگیر مثل بیماری قلبی، دیابت، سرطان و بیماری‌های تنفسی را به

^۱- Disease

^۲- Unity

^۳- Visibility

^۴- Rights

^۵- Recovery

^۶- Integration

^۷- Education

^۸- Productivity

عنوان معضل^۱ جدید می‌شناسیم به همین ترتیب رابطه (این بیماری‌ها) با سلامت روان، اساسی و اجتناب‌ناپذیر است. حقیقت این است که سلامت بدون سلامت روان و توسعه بدون سلامت و سلامت روان وجود ندارد.

در این حرکت گسترده به ما بپیوندید.

فصل اول

بیماری های جسمی مزمن و اختلالات روانی



بیماری قلبی و افسردگی

واقعیت‌ها

- از هر ۵ بیماری سرپایی با بیماری قلبی عروقی^۱ یک نفر و از هر سه بیمار سرپایی با بیماری پرخونی قلب^۲ یک نفر افسرده است، اما اکثر این موارد تشخیص داده نشده‌اند یا به درستی درمان نمی‌شوند.
- اختلال افسردگی شدید یک عامل خطر ساز در حال گسترش شایع در بیماران قلبی عروقی است، که در سلامت به سر می‌برند و حاصل مشکلات عروقی مضر در بیماران قلبی تحت کنترل^۳ است. برای افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی، افسردگی می‌تواند احتمال یک اتفاق نامطلوب قلبی مثل حمله قلبی^۴ یا انعقاد خون^۵ را افزایش دهد. برای افرادی که بیماری قلبی ندارند، افسردگی می‌تواند خطر حمله قلبی و ابتلا به بیماری شریان کرونری را افزایش دهد.
- ۱۵ درصد بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی و ۲۰ درصد بیماران که تحت عمل جراحی پیوند بای پاس قرار گرفته‌اند، افسردگی شدید را تجربه کرده‌اند.
- در یک مطالعه برجسته، وجود افسردگی مستمر بعد از بهبودی، احتمال مرگ را در مدت ۶ ماه بعد از حمله قلبی ۱۷ درصد افزایش داد (در مقابل ۳ درصد مرگ و میر در بیماران حمله قلبی که افسردگی نداشتند).

^۱- Coronary Heart Disease

^۲- Congestive Heart Failure

^۳- Established

^۴- Heart Attack

^۵- Blood Clot

- عادات منفی سبک زندگی مربوط به افسردگی - مثل سیگار کشیدن، مصرف افراطی الکل، کم تحرکی، فقر غذایی و فقدان حمایت اجتماعی - در درمان بیماری قلبی دخالت دارد.
- ثابت شده است که افسردگی عامل خطر در بیماری قلبی است که انجمن قلب آمریکا^۱ (AHA) پیشنهاد کرده است که تمام بیماران قلبی جهت بررسی ابتلا به افسردگی، باید مورد غربالگری قرار گیرند.
- بیماران مبتلا به افسردگی بعد از سکته قلبی، به خصوص بیمارانی با حملات^۲ قلبی، باید به دقت مراقب باشند و به طور جدی درمان شوند زیرا احتمال خطر بروز مشکلات قلبی در آنها بالا و بهبود خودبه خود کم است.

^۱ - American Heart Association (AHA)

^۲ - Episode

بیماری قلبی عروقی و بیماری های روانی

تقریباً از هر پنج نفر یک نفر دوره افسردگی شدید را در زندگی خود تجربه کرده اند. این رقم در بیماران قلبی از حدود یک نفر به دو نفر افزایش می یابد. همچنین احتمال بیماری قلبی در افرادی با سابقه افسردگی دو برابر است. دکتر جفری اف شرر^۱، استاد محقق روان پزشکی در دانشگاه پزشکی واشنگتون و مرکز امور پزشکی سنت لوییس اظهار می کند: "افسردگی، بعد از مطابقت و مقایسه با سایر عوامل خطر، به طور معناداری بیماری قلبی را پیش بینی می کند".

افسردگی در سندروم حاد کرونری^۲ (ACS) رایج است و با احتمال مرگ و میر بالا رابطه دارد. افراد سالم از نظر پزشکی که از افسردگی رنج می برند بطور معناداری در معرض خطر ابتلا به حملات قلبی و سکتته های مغزی در آینده می باشند. (گلاسمن و همکاران - ۲۰۰۷).

سندرم حاد عروق کرونری (ACS) از نظر روان شناسی و فیزیولوژیکی تنش زا است و فرارسیدن افسردگی بعد از این سندرم یک استرس رایج است. فشار روانی و افسردگی تأثیر عمیقی روی بیماری قلبی عروقی دارد و کنترل آنها در بهبودی دخیل است. دین ارنیش^۳، در کتاب خود تحت عنوان "عشق و بقاء: مبنای علمی قدرت شفابخش صمیمیت" می گوید: «در میان بیماران قلبی، افسردگی به اندازه سیگار کشیدن، چاقی یا حمله قلبی پیش بینی کننده مرگ قریب الوقوع است. مطالعات زیادی نشان می دهند که خطر مرگ ناگهانی در افرادی که تنها، افسرده و منزوی هستند سه تا پنج برابر بیشتر از افرادی، است که در زندگی شان رابطه عاطفی دارند».

^۱ - Jeffery F. Scherrer

^۲ - Acute Coronary Syndrome (ACS)

^۳ - Dean Ornish

- تحقیقات رابطه بالای میان افسردگی و افزایش خطر مرگ یا اختلال در بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی کرونری را نشان می‌دهد:
- در بیماری قلبی عروقی، برای بیماران با سابقه سکته قلبی، شیوع افسردگی از ۴۰ تا ۶۵ درصد تخمین زده می‌شود.
 - بیماران قلبی عروقی بدون سابقه حمله قلبی، ممکن است ۱۸-۲۰٪ افسردگی را تجربه کنند.
 - افسردگی شدید قربانیان حمله قلبی را در خطر بیشتری قرار می‌دهد و ظاهراً به ناتوانی ناشی از بیماری قلبی می‌افزاید. افسردگی می‌تواند به وخیم‌تر شدن علائم و رعایت نکردن رژیم‌های درمانی قلبی مربوط شود.
 - در افرادی که بعد از حملات قلبی زنده می‌مانند اما از افسردگی شدید رنج می‌برند خطر مرگ در طی ۶ ماه سه تا چهار برابر افرادی است که افسرده نیستند.

اقدامات عملی

بیماری های قلبی عروقی و سلامت روان

بایگانی روان پزشکی عمومی

محققان در یک مطالعه جدید در هلند، که توسط الیزابت مارتنز^۱ از دانشگاه تیلبورگ^۲ هلند هدایت می شد، دریافتند اختلالات اضطراب ممکن است خطر حمله قلبی، سکته، ایست قلبی و مرگ در افرادی با بیماری قلبی را افزایش دهد. این تحقیق شامل بیش از ۱۰۰۰ نفر با بیماری قلبی عروقی کنترل شده^۳ بود که در ابتدای مطالعه اختلال اضطراب در آنها ارزیابی شد و سپس تقریباً ۵ الی ۶ سال ادامه یافت.

طی این زمان، ۳۷۱ مورد حمله قلبی عروقی (حملات قلبی یا سایر بیماری ها و حوادثی که ممکن است باعث آسیب به قلب شود) مشاهده شد. نرخ سالانه بروز بیماری های قلبی عروقی در ۱۰۶ بیمار با اختلال اضطراب عمومی حدود ۹/۶٪ و در ۹۰۹ بیمار دیگر حدود ۶،۶٪ است. محققان پس از انطباق اختلال اضطراب عمومی با عوامل زیادی (مثل سایر مشکلات بهداشتی، شدت بیماری قلبی و استفاده از دارو) به این نتیجه رسیدند که احتمال خطر بروز بیماری های قلبی عروقی در ارتباط با اختلال اضطراب عمومی تا ۷۴٪ افزایش می یابد.

طبق نظر دکتر مارتنز و همکارانش، ممکن است عوامل زیادی در افزایش احتمال خطر، به حساب بیایند.

^۱- Elisabeth J. Martens

^۲- Tilburg

^۳- Stable

● اضطراب ممکن است با افزایش ترشح کاتکولامین ها که به هورمون های "جنگ یا پرواز" معروف است، ارتباط داشته، بنابراین احتمالاً به خطرات قلبی هم مربوط گردد.

● بیماران مضطرب مبتلا به بیماری قلبی عروقی احتمالاً کمتر به پیگیری مراقبت پیشگیرانه پزشکی که ناشی از اجرای "استراتژی مقابله اجتنابی"^۱ است، علاقه نشان می دهند.

● احتمالاً افراد مبتلا به اضطراب زمانی به دنبال مراقبت‌های پزشکی هستند که دارای علائم بیماری‌های قلبی عروقی باشند (هرچند محققان خاطرنشان کرده‌اند که این امر نرخ بالای مرگ و میر را توجیه نمی کند)؛

● همچنین ممکن است که یک عامل اساسی رایج خطر اضطراب و بروز بیماری‌های قلبی را افزایش دهد.

در بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی^۲ (CHD) کنترل شده^۳ و اختلال اضطراب عمومی^۴ (GAD) احتمال بروز بیماری‌های قلبی عروقی (از قبیل سکته، سکته قلبی و مرگ) بیشتر از بیمارانی است که فقط به بیماری قلبی - عروقی مبتلا هستند. در واقع بعد از، مقایسه چندین متغیر نتیجه گرفته شد، اضطراب عمومی احتمال پیامدهای نامطلوب قلبی عروقی را ۷۴٪ افزایش می‌دهد.

طبق نظر دکتر مارتنز «یک رابطه قوی میان اضطراب و مشکلات قلبی وجود دارد که توسط شدت بیماری، رفتارهای بهداشتی یا واسطه‌های بیولوژیکی قابل توجیه نیست. این یافته‌ها برای کار بالینی و تحقیقاتی کاربرد دارند. گرچه

^۱ - Avoidant Coping Strategy

^۲ - Coronary Heart Disease

^۳ - Stable

^۴ - Generalized Anxiety Disorder

اختلال اضطراب عمومی شایع و قابل درمان است اما می‌تواند عامل خطر مهم در بیماران مبتلا به اختلالات قلبی عروقی باشد».

ترکیب رایج

محققان معتقدند «هرچند ۲۴٪ تا ۳۱٪ بیماران مبتلا به اختلالات قلبی عروقی نیز دارای علائم اضطراب هستند، مطالعات نسبتاً اندکی نقش اضطراب را مورد بررسی قرار داده‌اند، به‌خصوص در مقایسه با مطالب زیادی که در مورد افسردگی این بیماران وجود دارد. مطالعاتی که اضطراب را به عنوان عامل خطر برای بروز اختلالات قلبی عروقی در آینده مورد بررسی قرار داده‌اند، نتایج متناقضی داشته‌اند.»^۱ (آرشیو روان‌پزشکی عمومی، ۲۰۱۰)

دکتر مارتنز شرح می‌دهد که «قبلاً دریافتیم که رابطه بین علائم افسردگی و بروز بیماری‌های قلبی عروقی به‌طور عمده توسط رفتارهای بهداشتی نادرست ایشان، به‌خصوص عدم تحرک جسمی، در بیماران افسرده مبتلا به اختلالات قلبی عروقی، تبیین می‌شود». وی افزود «شرکت در مطالعه‌ای که رابطه بین جسم و ذهن را روشن می‌نماید فرصت بزرگی بود».

محققان ۱۰۱۵ بیمار سرپایی قلبی عروقی کنترل شده در ناحیه سانفرانسیسکو را در یک مطالعه قلب و روان^۲ مورد ارزیابی قرار دادند، تمرکز آنها، روی رابطه بین اختلالات روانی^۳ و بروز بیماری‌های قلبی عروقی بود. تمام بیماران در اولین مشاهده بین سپتامبر ۲۰۰۰ و دسامبر ۲۰۰۲ مورد مصاحبه، آزمایش خون و ادرار، تست تمرین تردمیل، و الکتروکاردیوگرافی قرار گرفتند. مرحله پیگیری تا ۱۸ ماه مه ۲۰۰۹ ادامه یافت.

^۱ - Archives of General Psychiatry, ۲۰۱۰.

^۲ - Heart and Soul

^۳ - Psychological

وجود اضطراب در سال گذشته و اختلال افسردگی شدید^۱ طی آخرین ماه با نسخه کامپیوتری برنامه مصاحبه تشخیصی^۲ تعیین شد. در مجموع ۱۰۶ بیمار ۱۰/۴٪ مبتلا به اضطراب تشخیص داده شدند.

ارتباط اضطراب با افزایش خطر بیماری قلبی عروقی

نتایج نشان داد که ۳۷۱ مورد بیماری قلبی عروقی در بیماران مبتلا به اضطراب بعد از یک میانگین زمانی ۵ الی ۶ سال رخ داد. بعد از تطبیق^۳ آزمودنی ها از نظر سن، نرخ سالانه حملات قلبی عروقی برای بیماران قلبی عروقی مبتلا به اضطراب، ۹,۶٪، در مقایسه با ۶,۶٪ برای افراد فاقد اضطراب^۴ بود.

نویسندگان این تحقیق معتقدند که "بعد از تطبیق آزمودنی ها از نظر ویژگی های جمعیت‌شناسی، بیماری‌های همراه [از قبیل افسردگی شدید]^۵، شدت بیماری قلبی، و استفاده از دارو، اختلال اضطراب عمومی در یافتند اضطراب با یک نرخ بالاتر ۶,۲٪ با حملات قلبی عروقی رابطه داشت^۶.
دکتر مارتنز خاطر نشان ساخت که "علیرغم جستجوی جامع، محققان دلیل مشخصی برای افزایش احتمال خطر بروز نامطلوب قلبی عروقی مرتبط با اضطراب، نیافتند."

پژوهشگران گزارش می دهند "نتایج این مطالعه نشان می دهد که برای تعیین فرآیندهایی که اضطراب را به بیماری قلبی مربوط می سازند، تحقیق

^۱- MDD

^۲- Diagnostic Interview Schedule

^۳- Adjustment

^۴- Hazard Ratio [HR], ۱,۴۳; ۹۵% Confidence Interval [CI], ۱,۰۳ - ۲,۰۰; P = .۰۳

^۵- MDD

^۶- HR, ۱,۶۲; ۹۵% CI, ۱,۱۱ - ۲,۳۷; P = .۰۱

بیشتری مورد نیاز است و مداخلات کاهش خطر باید مورد آزمایش قرار گیرند."

مارتنز و همکارانش در یک کتاب جدید نتیجه‌گیری کردند از آنجایی که ارزشیابی و درمان اضطراب ممکن است، "بخشی از مدیریت جامع بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی تلقی شود" این یافته‌ها برای کار بالینی و تحقیقاتی کاربرد دارد، آنها خاطر نشان کردند که دانشمندان به برنامه‌های تحقیقاتی نیاز دارند تا تأثیر اختلالات اضطراب بر روی پیش‌آگهی پزشکی بیماری‌های قلبی را دریابند و روش‌های مبتنی بر شواهد برای مراقبت از بیمار را طراحی کرده و توسعه دهند.

دیابت و افسردگی

واقعیت‌ها

- برآوردها نشان می‌دهند که از هر ۴ فرد مبتلا به دیابت ۱ نفر از علایم افسردگی رنج می‌برد. احتمال افسردگی پیشرونده و نرخ افسردگی در افراد مبتلا به دیابت دو برابر است.
- افسردگی خطر مرگ و میر در افراد دیابتی را تا ۳۰ درصد افزایش می‌دهد.
- براساس برآورد شیوع جهانی دیابت در سال ۲۰۰۰؛ ۴۳ میلیون فرد دیابتی دارای علایم افسردگی می‌باشند.
- بار اقتصادی دیابت به تنهایی معنادار است. وقتی افسردگی با دیابت همراه باشد هزینه‌های مراقبت بهداشتی بین ۵۰ تا ۷۵ درصد افزایش می‌یابد.

- کسانی که به دیابت و افسردگی با هم، مبتلا هستند، علائم شدیدتری از هر دو بیماری و نرخ‌های بالاتری از ناتوانی شغلی دارند و نسبت به افرادی که فقط دیابت دارند، به خدمات پزشکی بیشتری نیازمندند.
- مطالعات حاکی از این است که افسردگی خطر دیابت پیشرونده نوع ۲ را تا بیش از ۲۰ درصد در افراد جوان افزایش می‌دهد.
- افسردگی می‌تواند منجر به عادات نادرست سبک زندگی مثل تغذیه ناسالم، کم تحرکی، سیگار کشیدن، سوء مصرف الکل و اضافه وزن شود. تمام این‌ها عوامل خطر ساز برای دیابت هستند و کنترل سطح قندخون را مشکل‌تر می‌سازند.
- گرچه رابطه بین دیابت و افسردگی به خوبی مشخص نشده است، اما ترکیب دیابت افسردگی می‌تواند مرگ‌آور باشد. رابطه موجود بین دیابت و افسردگی کنترل هر یک از این دو بیماری را دشوارتر می‌سازد.
- اگر از دیابت رنج می‌برید، از پزشک خود بخواهید افسردگی شما را مورد بررسی قرار دهد. این که افسردگی باعث دیابت می‌شود، مشخص نشده، اما قطعاً افسردگی دیابت را بسیار وخیم‌تر می‌کند.

دیابت و بیماری‌های روانی

طبق نظر فدراسیون بین‌المللی دیابت^۱، «تعداد افرادی که در دنیا از دیابت رنج می‌برند در دو دهه اخیر از ۳۰ میلیون به ۲۳۰ میلیون افزایش یافته است، مواجهه با این مشکل همه‌گیر میلیون‌ها قربانی داشته و به شدت توانایی سیستم‌های مراقبت بهداشتی را تحت فشار قرار داده است». دیابت از نظر روان‌شناسی یکی از مخربترین (طاقت فرساترین)^۲ بیماری‌های مزمن است زیرا

^۱- International Diabetes Federation

^۲- Demanding

به یک برنامه روزمره سخت نیاز دارد. افراد دیابتی معمولاً باید تغییرات زیادی در سبک زندگی خود ایجاد کنند تا بتوانند بیماری خود را به درستی مدیریت کنند و اغلب تنش و احساس منفی زیادی را تجربه می کنند، که تأثیر معناداری روی کیفیت زندگی و توانایی آنها در پیروی از تغییرات سبک جدید زندگی شان می گذارد. این امر خطر بروز عوارض پیش رونده ای مثل بیماری قلبی، نابینایی، سکتة قلبی، بیماری کلیوی، آسیب عصب و کاهش جریان خون که ناگزیر به قطع عضو منجر می شود، را افزایش می دهد.

مطالعات مؤید این مطلب هستند که افراد دیابتی معمولاً دچار اختلالات هیجانی می شوند، نرخ اضطراب در افراد دیابتی سه برابر و نرخ افسردگی در میان آنها حداقل سه تا چهار برابر نرخ افسردگی می باشد که در کل جمعیت عمومی یافت می شود. افرادی که به هر یک از این دو وضعیت دچار شوند، سخت تر می توانند دیابت خود را کنترل کنند. این بیماران معمولاً به بیشتر خوردن، و اغلب غذاهای غیرسالم، روی می آورند که قندخون را افزایش داده و عواقب دیابت را وخیم تر می سازد.

این افراد ممکن است سیگار بکشند. الکل بنوشند یا ورزش را رها کنند، که تمام این کارها باعث وخامت دیابت می شود.

یک گزارش از سازمان بهداشت جهانی و فدراسیون بین المللی دیابت اهمیت سلامت روانی را در افراد مبتلا به دیابت مورد توجه قرار داده است. استقرار^۱ و حفظ^۲ سلامت روانی^۳ یک هدف ارزشمند است، که انتظار می رود وقوع اختلالات و عوارض متابولیک را کاهش دهد. آموزش در زمینه خودتنظیمی^۴ هیجانی ممکن است با وضعیت بالینی دیابت ارتباط داشته باشد

^۱ - Establishment

^۲ - Maintenance

^۳ - Psychological Well Being

^۴ - Self-Regulation

زیرا اختلالات هیجانی و روش های ناکارآمد مواجهه با ضعف کنترل قند^۱ ارتباط معناداری داشته، گزارش در زمینه علائم بالینی دیابت را افزایش داده، کاهش رضایت و افزایش خطر عوارض را به دنبال دارد.

تنش هیجانی می تواند به واسطه اثرات فیزیولوژیکی مستقیم روی تنظیم گلوکز و کاهش رفتارهای مراقبت از خود، با وخامت دیابت رابطه داشته باشد. از سوی دیگر، مطالعات نشان داده اند که رابطه معناداری بین خودکارایی^۲ و مراقبت از خود و اقدامات کنترل قند وجود دارد.

بنابراین، شواهد زیادی ادغام برنامه کاهش اثر استرس و برنامه مداخله مدیریت هیجانی را به عنوان بخش اساسی در مدیریت رژیم دیابت، به وضوح مورد تأیید قرار داده اند. بهترین درمان اغلب یک تلاش گروهی چندمنظوره است که متخصصان زیادی با فرد و خانواده اش مشارکت می کنند: یک پزشک برای مدیریت دیابت، یک درمانگر سلامت روان برای کمک به تبیین و مواجهه با مسائل هیجانی، یک درمانگر خانواده برای کمک به خانواده و یک متخصص تغذیه برای ارائه مشاوره و آموزش تغذیه.

^۱ - Glycemic

^۲ - Selfefficacy

اقدامات عملی

افسردگی و دیابت

انجمن دیابت آمریکا^۱

- احتمال بروز افسردگی در افراد دیابتی بیشتر است.
- کنترل ضعیف دیابت منجر به علائمی مشابه افسردگی می گردد.
- اگر علل جسمانی کنار گذاشته شوند؛ مراجعه به یک متخصص برای درمان سلامت روان، شامل روان درمانی و استفاده از داروی ضد افسردگی، توصیه می شود.
- احساس ناراحتی هر چند وقت یک بار عادی است. اما این احساس ناراحتی در برخی افراد از بین نمی رود. در زندگی امیدی ندارند. تجربه چنین احساسی در اکثر اوقات روز آن هم به مدت دو هفته یا بیشتر نشانه افسردگی حاد است.

آیا دیابت باعث افسردگی می شود؟

اکثر افراد دیابتی افسرده نیستند. اما مطالعات نشان می دهد که احتمال افسردگی در افراد دیابتی بیشتر از افراد غیردیابتی است. پاسخ به این واقعیت آسان نیست.

مدیریت روزانه دیابت می تواند فشاری ایجاد نماید. و به دلیل این کار اضافی (مدیریت دیابت) ممکن است فرد احساس تنهایی کند یا از دوستان و خانواده اش کناره گیری کند.

^۱ - American Diabetes Association

اگر با عوارض دیابت مثل آسیب عصب مواجه هستید، یا اگر با مطلوب نگه داشتن سطح قندخون خود مشکل دارید، شاید احساس کنید که دارید کنترل دیابت خود را از دست می‌دهید. حتی تنش بین شما و پزشک تان ممکن است باعث شود احساس یأس و ناراحتی کنید.

افسردگی، درست مثل انکار، می‌تواند شما را وارد چرخه باطل کند و مانع شود که شما از دیابت خود به خوبی مراقبت کنید. اگر افسرده باشید و انرژی نداشته باشید، انجام تکالیفی مثل تست منظم قندخون از نظر شما بسیار مشکل خواهد بود. اگر خیلی مضطرب باشید نمی‌توانید درست فکر کنید و ادامه یک رژیم غذایی خوب دشوار خواهد بود. شاید اصلاً تمایلی به خوردن نداشته باشید. البته این روی سطح قندخونتان تأثیر می‌گذارد.

تشخیص افسردگی

- اولین مرحله تشخیص افسردگی و دومین مرحله کمک گرفتن است. اگر واقعاً احساس ناراحتی، غمزدگی، یا بی‌حوصلگی می‌کنید، این علائم را چک کنید:
- **فقدان شادی؛** دیگر از کارهایی که از انجام دادنشان لذت می‌بردید، لذت نمی‌برید.
- **تغییر در الگوی خواب؛** به سختی به خواب می‌روید، اغلب در طول شب بیدار می‌شوید، یا می‌خواهید بیش از حد معمول، حتی در طی روز، بخوابید.
- **سرخیزی؛** زودتر از معمول بیدار می‌شوید و نمی‌توانید دوباره بخوابید.
- **تغییر اشتها؛** نسبت به گذشته بیشتر یا کمتر می‌خورید، که منجر به افزایش یا کاهش وزن می‌شود.

- **مشکل در تمرکز؛** نمی‌توانید یک برنامه تلویزیونی را تماشا کنید یا یک مقاله بخوانید زیرا افکار یا احساسات دیگری مزاحم می‌شوند.
- **فقدان انرژی؛** همواره احساس خستگی می‌کنید.
- **عصبی بودن؛** همیشه آن قدر مضطرب هستید که نمی‌توانید آرام و بی‌حرکت بنشینید.
- **احساس گناه؛** فکر می‌کنید «هرگز هیچ کار درستی انجام نمی‌دهید» و نگرانید که سربار دیگران هستید.
- **ناراحتی صبحگاهی؛** صبح‌ها حالتان بدتر از بقیه روز است.
- **فکر خودکشی؛** یا در مورد روش‌های خودآزاری فکر کردن.

اگر سه علامت یا بیشتر از آن را دارید، یا اگر فقط یک یا دو علامت را دارید اما به مدت دو هفته یا بیشتر احساس بدی داشته‌اید، وقت کمک گرفتن است.

درخواست کمک

اگر علائم افسردگی را در خود احساس می‌کنید، آنها را برای خود نگه ندارید ابتدا آنها را با پزشک خود در میان بگذارید. ممکن است افسردگی شما یک دلیل جسمی داشته باشد. کنترل ضعیف دیابت می‌تواند منجر به علائمی شود که شبیه افسردگی است. در طی روز، ممکن است قندخون بالا یا پایین باعث شود احساس خستگی یا اضطراب داشته باشید. سطح پایین قندخون، همچنین می‌تواند منجر به گرسنگی و پرخوری شود. قندخون پایین در شب، ممکن است خواب شما را مختل کند. اگر قندخونتان در شب بالاست، احتمال دارد به کرات برای ادرار کردن از خواب بیدار شوید و در نتیجه در طی روز احساس خستگی می‌کنید.

سایر علل افسردگی عبارتند از:

- سوء مصرف الکل یا مواد مخدر
- اختلالات تیروئیدی
- عوارض جانبی برخی داروها

هیچ دارویی را بدون مشورت با پزشک خود مصرف نکنید. پزشک می‌تواند به شما کمک کند که اگر ریشه احساس ناراحتی شما یک مشکل جسمانی است، آن را بیابید.

درمان سلامت روان

اگر شما و پزشک تان علل جسمی را کنار بگذارید، به احتمال زیاد پزشک شما را به یک متخصص ارجاع می‌دهد. ممکن است شما با یک روانپزشک، روانشناس، روان پرستار^۱ مددکار اجتماعی (بالینی دارای پروانه) یا مشاور تخصصی مشورت کنید. در واقع، این احتمال وجود دارد که پزشک شما در حال حاضر با متخصصان سلامت روان در یک تیم درمان دیابت همکاری کند. تمام این متخصصان سلامت روان می‌توانند شما را در وضعیت سخت افسردگی راهنمایی کنند. به طور کلی دو نوع درمان وجود دارد:

- روان درمانی، یا مشاوره
- داروی ضد افسردگی

روان درمانی

روان درمانی با یک درمانگر کارآزموده به شما کمک می‌کند تا به مشکلاتی که باعث افسردگی می‌شوند توجه کنید. همچنین به شما کمک می‌کند

^۱ - Psychiatric Nurse

روش‌هایی برای از بین بردن مشکلات بیابید. درمان می‌تواند کوتاه‌مدت یا درازمدت باشد. باید اطمینان حاصل کنید که با درمانگری که انتخاب کرده‌اید احساس آرامش می‌کنید.

دارودرمانی

اگر دارویی توصیه می‌شود، باید با یک روانپزشک (پزشکی که آموزش تخصصی در زمینه تشخیص و درمان اختلالات روانی و هیجانی دیده است) مشورت کنید. اگر تصمیم گرفته‌اید یک داروی ضد افسردگی مصرف کنید با روانپزشک و پزشک خود در مورد عوارض آن، یعنی نحوه تأثیر احتمالی آن بر سطح قندخون تان، صحبت کنید. اطمینان حاصل کنید که این پزشکان در صورت لزوم در مورد مراقبت شما با هم مشورت خواهند کرد. بسیاری از افراد از ترکیب دارو و روان درمانی راضی هستند.

اگر علائم افسردگی را دارید، بیش از حد برای کمک گرفتن منتظر نمانید. اگر پزشک تان نمی‌تواند شما را به یک متخصص سلامت روان ارجاع دهد، با انجمن روانپزشکی محل خود یا بخش روانپزشکی یک دانشکده پزشکی یا شعبه محلی سازمان‌های مددکاری روانپزشکی، روانشناسان، یا مشاوران سلامت روان تماس بگیرید.

سرطان و بیماری‌های روانی

واقعیت‌ها

- حدود نیمی از کل بیماران مبتلا به سرطان لاعلاج یا پیشرفته، از ضعف سلامت روانی رنج می‌برند. به‌خصوص، افسردگی، اضطراب، و اختلالات سازگاری^۱ افراد مبتلا به سرطان پیشرفته را آزار می‌دهد. با این که نیمی از بیماران مبتلا به بیماری لاعلاج یا سرطان پیشرفته از افسردگی، اضطراب، و یا یک اختلال سازگاری رنج می‌برند، کمتر از نیمی از آنها خدمات درمان سلامت روان را دریافت می‌کنند.
- نرخ مرگ و میر در بیماران سرطانی که احساس افسردگی می‌کردند حدود ۲۵٪ بیشتر و در بیماران سرطانی که در آنها تشخیص افسردگی داده شده است، ۳۹٪ بیشتر است.
- افسردگی یک بیماری ناتوان‌کننده است که حدود ۱۵٪ تا ۲۵٪ بیماران سرطانی راحت‌تأثیر قرار می‌دهد. افسردگی، زنان و مردان سرطانی را به نسبت برابر تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- رابطه بین سرطان و افسردگی پیچیده است. ممکن است افسردگی با تشخیص سرطان، سایر مسائل مربوط به سرطان و درمان آن، یا تأثیر سرطان روی زندگی فرد، آغاز شود. اما ممکن است افسردگی به‌طور تصادفی اتفاق بیفتد یا به وقایع سخت دیگری، در گذشته یا حال، مربوط باشد که هیچ ربطی به سرطان ندارند، مثل از دست دادن فرد مورد علاقه.

^۱ - Adjustment

- سرطان، به‌خصوص سرطان پستان یا ریه، دومین علت رایج مرگ در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی است، که احتمال مرگ ناشی از سرطان در این افراد ۵۰٪ بیشتر از احتمال مرگ در کل جمعیت می‌باشد.
- توجه ممکن برای این یافته‌ها شامل تأخیر در تشخیص به دلیل کم توجهی بیماران به علائم، مشکل بیماران اسکیزوفرنی در استفاده و پذیرفتن درمان مطلوب می‌باشد.
- شناخت کافی و درمان افسردگی در بیماران سرطانی کیفیت زندگی را ارتقاء می‌بخشد و به بیماران و خانواده‌هایشان کمک می‌کند به بهترین نحو از زمان باقیمانده برای باهم بودن استفاده کنند. از آنجایی که بیماران اغلب تمایلی به توصیف علائم افسردگی ندارند، کسانی که از وی مراقبت می‌کنند باید بدانند که چگونه می‌توان افسردگی را شناسایی کرد.

سرطان و بیماری‌های روانی

حدود یک نفر از هر چهار نفر فرد مبتلا به سرطان، شامل بزرگسال، کودک و نوجوان بعد از تشخیص سرطان افسردگی را تجربه می‌کنند. علائم عبارتند از: کمبود خواب؛ فقدان علاقه در زندگی؛ اضطراب؛ عصبانیت؛ فقدان توجه؛ و در موارد شدید، فکر خودکشی که تمام این علائم منجر به کاهش کیفیت کلی زندگی می‌شود. متأسفانه، تعداد زیادی از افراد سرطانی و خانواده‌هایشان معتقدند که افسردگی یا ناراحتی در صورت تشخیص سرطان کاملاً طبیعی است؛ گاهی اوقات این بیماران «سزاوار»^۱ افسردگی هستند. اما بیماران سرطانی هرگز سزاوار رنج بردن از افسردگی شدید نیستند. دکتر میشل ریباً^۲ مدیر

^۱- Appropriate

^۲- Michelle Riba

برنامه سایکو - انکولوژی^۱ (روان تومور شناسی) در مرکز سرطان دانشگاه میشیگان می‌گوید: «اغلب بیماران می‌گویند که مواجهه با هیجانات سرطان در واقع سخت‌تر از مقابله با سایر مشکلات پزشکی است.» مطالعات اخیر نشان می‌دهد که بیماری‌های روانی درمان نشده می‌توانند طول مدت و تعداد دفعات بستری شدن را افزایش داده، مانع درمان مؤثر شوند، و در نهایت شانس زنده ماندن را کاهش دهند.

ایجاد ابزاری برای ارزیابی افسردگی در بیماران سرطانی به منظور کمک به آنها برای یافتن درمان جنبه‌های هیجانی مقابله با بیماری بسیار حایز اهمیت است. دکتر ریبا اظهار می‌دارد که بیماران و خانواده‌هایشان باید مخصوصاً با پزشکشان در مورد احساساتشان صحبت کنند.

اگر احساس افسردگی، اضطراب، یا گیجی می‌کنید و به طور کلی خودتان را دوست ندارید، باید خود و خانواده‌تان در مورد علت و درمان این علائم پرس و جو کنید. برای پزشکان و پرستاران نیز مهم است که از بیماران در مورد سطح افسردگی بپرسند و بیماران باید احساس کنند که می‌توانند بدون تعصب به این پرسش‌ها پاسخ دهند.

ارزیابی افسردگی در افراد سرطانی باید شامل این موارد باشد:

«یکی از ناتوان کننده‌ترین اثرات جانبی سرطان افسردگی است که با آن همراه می‌شود. متأسفانه افسردگی یکی از ناشناخته‌ترین حالت‌ها در افرادی است که با سرطان مبارزه می‌کنند»^۱

- ارزیابی دقیقی افکار فرد در مورد تشخیص؛
- تاریخچه پزشکی؛
- تاریخچه فردی یا خانوادگی افسردگی یا خودکشی؛
- وضعیت روانی فعلی؛
- وضعیت جسمانی؛
- اثرات جانبی درمان و بیماری؛

^۱ - Psycho-Oncology

- استرس های دیگر در زندگی فرد؛
- حمایت موجود برای بیمار.

طبق نظر محققان، یک فرد مبتلا به سرطان و افسردگی می تواند درمان روانی دریافت کند که کمک بزرگی به جسم می کند. یک مطالعه توسط دانشگاه استنفورد^۲ که توسط دیوید اسپیگل^۳، هدایت می شد، نشان داد که زنان مبتلا به سرطان پیشرفته پستان که در یک گروه حمایتی هفتگی شرکت می کردند تقریباً دو برابر بیشتر از افراد مشابهی که گروه حمایتی نداشتند عمر کردند. دکتر اسپیگل اظهار می دارد که درمان افسردگی در افراد سرطانی نه تنها علائم درد، تهوع، و خستگی را کاهش می دهد بلکه ممکن است به آنها کمک کند که زندگی طولانی تر و باکیفیت بهتری داشته باشند.

برای دستیابی به بهترین نتیجه، واضح است که سرطان، از هر نوعی که باشد، نباید در انزوا درمان شود. نگرانی های سلامت روان باید توسط پزشک، بیمار و خانواده و دوستان نزدیک که برای فرد حمایت اولیه فراهم می کنند به دقت بررسی شوند.

^۱ - [Http://www.Cancercenter.Com](http://www.Cancercenter.Com)

^۲ - Stanford

^۳ - David Spiegel

اقدامات عملی

سرطان و هیجانات: آیا افسردگی طبیعی است؟

مواجهه با هیجانات همراه سرطان اغلب بسیار دشوارتر از مواجهه با سایر مشکلات پزشکی است. عجیب نیست که حدود ۵۰٪ بیماران سرطانی در مرحله‌ای از دوره مراقبتشان نوعی اختلال روان پزشکی قابل تشخیص دارند. مؤسسه سرطان دانا - فاربر^۱ و بیمارستان بریگهم^۲ و زنان در بوستون^۳ دریافتند که حداقل ۵۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته یا لاعلاج از اضطراب، افسردگی یا اختلال سازگاری رنج می‌برند. متأسفانه، کمتر از نیمی از این افراد کمک لازم را دریافت می‌کنند.

محققان نیاز به ترکیب کردن مراقبت‌های سلامت روان با طرح‌های درمانی برای بیماران را مورد تأکید قرار می‌دهند، زیرا افسردگی و اضطراب می‌توانند کیفیت زندگی فرد را، شاید بیش از درد جسمانی آنها، به خطر بیندازند. همچنین اشاره می‌کنند که انکولوژیست‌ها و پزشکان می‌توانند بیماری روانی را در بیماران سرطانی مورد بررسی و آزمایش قرار دهند و بیماران را برای درمان و شرکت در گروه‌های حمایتی ارجاع دهند.

رده بندی مشکلات روانی در بیماران سرطانی:

- مشکلات سازگاری
- افسردگی
- اضطراب

^۱- Dana - Farber

^۲- Brigham

^۳- Boston

- روان آشفتگی^۱ (دلیریوم)

- سوء مصرف مواد

ممکن است مشکلات روانی ناشی از این مشکلات باشد:

- مدیریت درد

- مشکلات با خانواده

- مشکلات شغلی

- مسایل مالی

- نگرانی در مورد فرزندان

چالش‌های تشخیص و درمان:

- انگ^۲ مشاهده شده در مراقبت‌های روانپزشکی

- دشواری (سختی) اضافه شدن یک مشکل دیگر، به یک تشخیص پزشکی

پیچیده

- گاهی اوقات بیماران از اینکه ناراحت یا مضطرب هستند شرمند و

خجالت زده می‌شوند.

- ترس از اینکه پزشک آنها را در وضعیت بدی ببیند.

- ممکن است برای پزشک مشکل باشد که مسایل احساسی مربوط به

سلامت روان را مطرح کند.

عوامل خطر خاص مشکلات روانپزشکی در بیماران سرطانی:

- نوع و مرحله سرطان، سرطان پانکراس (لوزالمعده) و انواع خاصی از

سرطان ریه و مراحل پیشرفته سرطان در زمان تشخیص، حاکی از بروز

مشکلات روانپزشکی بیشتری است.

- بیماران بسیار جوان یا بسیار مسن

- افراد مجرد یا بدون حامی

^۱- Delirium

^۲- Stigma

- افرادی که دوستی ندارند و عضو هیچ انجمن یا گروه مذهبی نیستند.
- بیماران دارای پیشینه مشکلات روانپزشکی
- بیمارانی با مشکلات پزشکی که همزمان رخ می دهند.

علائم افسردگی شدید:

- تغییر اشتها
 - مشکلات به خواب رفتن یا خوابیدن
 - حالت افسردگی
 - احساس ناامیدی یا درماندگی
 - احساس خودکشی
 - کاهش انرژی
 - کاهش قابلیت لذت بردن
 - مشکل تمرکز
 - آشفتگی یا کندی روانی حرکتی^۱
- اگر بیماران چندین علامت را حداقل به مدت دو هفته داشته باشند، زمان ارزیابی توسط یک متخصص فرارسیده است.

توصیه ها:

- بررسی مشکلات روانپزشکی (روانی) باید بخشی از مراقبت معمولی در تمام معاینه ها برای بیماران سرطانی باشد. شبکه جامع ملی سرطان^۲ (NCCN) دستورالعمل هایی برای ارزیابی فشار روانی^۳ مطرح کرده است که به بیماران و پزشکانی که چنین بررسی هایی را انجام می دهند کمک می کند.

^۱ - Psychomotor

^۲ - National Comprehensive Cancer Network

^۳ - Distress

- گزینه‌های درمانی زیادی برای این نوع مسایل هیجانی وجود دارد. بعد از یک ارزیابی خوب روانپزشکی و تشخیص، گزینه‌های مراقبتی پیگیری خواهند شد. گزینه‌های درمانی عبارتند از:
- روان درمانی (درمان حمایتی؛ رفتاری ساختی؛ روان پویشی^۱ بین فردی؛ رفتاری استدلالی^۲ و غیره)، شامل زوج درمانی و خانواده‌درمانی.
- داروهای ضد افسردگی و عواملی که می‌توانند به رفع مشکلات خلقی^۳ و خواب کمک کنند.
- گروه درمانی می‌تواند نسبتاً مفید باشد، خواه به صورت درمان حمایتی یا حمایتی بیانی^۴ که انواعی از این نوع درمان هستند.

در نظر گرفتن جنبه‌های هیجانی مراقبت از سرطان بسیار حایز اهمیت است. اولین مرحله بررسی و شناسایی می‌باشد. بیماران و خانواده‌ها باید مخصوصاً با پزشکانشان در مورد هیجانانگیزان صحبت کنند. که احساس اضطراب، افسردگی، مستأصل بودن و سایر موارد نباید طبیعی تلقی شود. اگر واقعاً افسرده، مضطرب، یا سردرگم هستید و به طور کلی خودتان را دوست ندارید، خود و خانواده‌تان باید در مورد علت و درمان این علایم جویا شوید. برای پزشکان و پرستاران مهم است که از بیماران در مورد سطح فشار روانی بپرسند و برای بیماران مهم است که احساس کنند می‌توانند بدون تعصب به این پرسش‌ها پاسخ دهند اگر این علایم را دارید، باید به یک متخصص سلامت روان مراجعه کنید که برای ارزیابی مشکلات روانپزشکی آموزش دیده است (روانپزشک؛ روانشناس؛ مددکار؛ و غیره) و یک طرح درمانی مناسب را مورد بررسی قرار دهید. اعضاء خانواده باید برای مشارکت در پیشبرد و اجرای

^۱- Psychodynamic

^۲- Dialectic Behavioral

^۳- Mood

^۴- Expressive

طرح درمانی ترغیب شوند. شرکت های بیمه و ارایه دهنده خدمات مراقبتی^۱ امیدوارانه طرح درمانی را مورد حمایت قرار می دهند تا سلامت بهینه بیمار را تضمین کنند. بیماران سرطانی اگر نیازهای هیجانی و روانی شان مورد توجه قرار گیرد از نظر پزشکی بهتر پیشرفت خواهند کرد.

^۱- Managed Care Companies

بیماری‌های تنفسی و بیماری‌های روانی

واقعیت‌ها

- بیماری انسداد مزمن ریه^۱ (COPD)، که حدود ۱۱,۴ میلیون نفر در ایالات متحده و میلیون‌ها انسان دیگر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند، یک علت عمده ناتوانی و مرگ است.
- بیست درصد بیماران مبتلا به آسم و انسداد مزمن ریه از افسردگی شدید و یا اضطراب (اضطراب عمومی، حملات وحشت زدگی^۲ و ترس مرضی^۳)، رنج می‌برند، که این نرخ شیوع بسیار بیشتر از نرخ شیوع این اختلالات در کل جمعیت عمومی است.
- افسردگی و اضطراب با وخامت علائم تنفسی بیماران و کاهش عملکرد ریه رابطه دارد.
- ظاهراً، اختلال وحشت زدگی، حملات ترس، اختلالات اضطراب عمومی و ترس مرضی، اختلالات اضطرابی هستند که رابطه ای قوی با آسم دارند.
- افسردگی امکان پیروی از رژیم‌های درمانی را برای بیماران مبتلا به بیماری تنفسی مشکل می‌سازد.
- مطالعات تحقیقاتی حاکی از افزایش میزان سیگار کشیدن در افراد مبتلا به انسداد مزمن ریه است که دارای اختلالات اضطراب نیز هستند. سیگار کشیدن به‌خصوص در جوانان مبتلا به آسم مشکل‌ساز است، که منجر به افزایش علائم و مقاومت به درمان می‌شود.

^۱ - Chronic Obstructive Pulmonary Disease

^۲ - Panic

^۳ - Phobia

- محققان دریافته‌اند که افسردگی مانع تطبیق سبک زندگی می‌شود که برای افزایش نرخ زنده ماندن (بقاء) و بهینه سازی کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری تنفسی لازم است.
- مطالعات حاکی از این است که مداخلات دارویی^۱ و روانشناسی ممکن است کنترل آسم را بهبود بخشند.

بیماری های تنفسی و بیماری های روانی

بعد از بیماری های قلبی عروقی، بیمارهای تنفسی، مثل آسم و انسداد مزمن ریه، مرگ بارترین بیماری ها در سطح جهان هستند. بیش از ۴۰ بیماری تنفسی مختلف وجود دارد که بسیاری از آنها سیر پیشرونده دارند و چالش های جدیدی که در هر مرحله از بیماری بروز می کند سازگاری با بیماری را، دشوارتر می سازد. تغییر تدریجی و پیوسته در عملکرد ریه می تواند انجام فعالیت های روزمره را سخت تر و هولناک تر کند. این بیماری می تواند روی فعالیت های اجتماعی، جسمانی و فردی تأثیر بگذارد. تمام این تغییرات می توانند تأثیر عمیقی روی دیدگاه روانی و هیجانی فرد داشته باشند.

بنیاد ریه استرالیا اظهار می دارد که، «توانمند کردن بیماران، با مهارت های بهتر مواجهه با موارد چالش برانگیز جسمانی و روانی - اجتماعی، حایز اهمیت است. اگر مراقبت از بیماری های تنفسی با نگرانی در مورد پاسخ های روانی و احساسی ادغام نشود، احتمالاً احساس های منفی مثل اضطراب، عصبانیت، تنش^۲، سرخوردگی^۳، ناامیدی و افسردگی رخ می دهند و باعث وخیم شدن وضعیت سلامت بیماران می شود. دامنه شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران

^۱ - Psychopharmacological

^۲ - Tension

^۳ - Frustration

انسداد مزمن ریه، در مقایسه با جمعیت طبیعی که حدود ۸ تا ۲۰ درصد است، بین ۴۰ تا ۹۰ درصد می باشد».

هر چند کارشناسان زیادی خاطرنشان کرده‌اند که رابطه‌ای بین بیماری‌های ریوی، مثل بیماری انسداد مزمن ریه، و افسردگی و اضطراب وجود دارد، مطالعات جدید حاکی از این است که احتمالاً اختلالات روانی بیماری انسداد مزمن ریه را وخیم‌تر می‌کند و باعث افزایش بستری شدن می‌شود. مدیر تحقیقاتی مقاله، ژان بوربو^۱، پزشک، مدیر واحد تحقیقات بالینی تنفسی اپیدمیولوژی دانشگاه مک‌گیل^۲ مونترال^۳ اظهار می‌دارد که «یافته مهم و گویا این است که افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه باید به عنوان عوامل خطر ساز بالقوه و مهم از نظر بالینی درمان شوند، نه به عنوان بیماری‌های همراه ساده که به دلیل انسداد مزمن ریه رخ می‌دهند».

تأثیر حالات هیجانی روی عملکرد ریوی در آسم مورد مطالعه گسترده‌ای قرار گرفته است. یافته‌های اخیر نشان می‌دهند که مسیر هوا، به حالات روانی، عکس‌العمل نشان می‌دهد و تاریخچه فرد مؤید این مطلب است که تغییرات در حالات روحی منجر به وخامت آسم می‌شود.

در بسیاری از بیماران، درمان اختلال روانی می‌تواند باعث پیشرفت وضعیت سلامت جسمی کلی در افراد شود، به بهبود کیفیت زندگی کمک می‌کند و به فرد این امکان را می‌دهد که از طرح‌های درمانی، تغییرات سبک زندگی و محدودیت‌های جسمانی بوجود آمده، پیروی کند.

در سال‌های اخیر، رابطه بین بیماری‌های تنفسی و اختلالات اضطراب و افسردگی در میان جوانان بسیار مورد توجه قرار گرفته است. مطالعات حاکی از این است که علایم اولیه مشکلات تنفسی به افزایش نرخ اختلالات روانی میان

^۱ - Jean Bourbeau

^۲ - Mc Gill

^۳ - Montreal

جوانان مربوط می‌شود و این رابطه با استفاده از نمونه‌های بالینی و مبتنی بر جامعه به اثبات رسیده است. شانس کودکان و جوانان دارای علایم و بیماری تنفسی در ابتلا به اختلالات روانی در آینده دو تا چهار برابر بیشتر از افراد سالم است. رابطه بین بیماری‌های تنفسی و اختلالات روانی بین جوانان حتی بعد از انطباق آنها با خود بیمارانگاری^۱، اختلال^۲ عملکردی، و سیگار کشیدن باقی می‌ماند.

خودمدیریتی^۳ آسم می‌تواند چالش‌برانگیز باشد، و افسردگی به عنوان عاملی برای کاهش تأثیر خودمدیریتی و پذیرش بیماری آسم شناخته شده است. احتمال تبعیت بیماران مبتلا به بیماری مزمن و افسردگی از درمان پزشکی سه برابر بیشتر از این احتمال در افراد غیر افسرده است.

مطالعات حاکی از یک «چرخه بازخورد»^۴ بین آسم و افسردگی است. افسردگی که افراد آسمی تجربه می‌کنند ممکن است نتیجه آسم باشد، زیرا آسم دلیل افسردگی است و این رابطه دوطرفه به یک چرخه پیوسته می‌انجامد که منجر به وخامت سلامت جسمانی و روانی می‌شود.

امید است که با درمان افسردگی در بیماران مبتلا به آسم، اثرات منفی وجود همزمان این دو بیماری به حداقل برسد. هرچند ممکن است درمان افسردگی، پیروی از درمان پزشکی، خودمدیریتی مؤثرتر آسم را، افزایش دهد، و حتی میزان مرگ و میر ناشی از آسم را کاهش دهد، درمان افسردگی احتمالاً کیفیت زندگی را بسیار بهبود می‌بخشد.

^۱- Hypochondria

^۲- Impairment

^۳- Self-Management

^۴- Feedback Loop

چاقی^۱ و بیماری‌های روانی

واقعیت‌ها

- رابطه بین چاقی، افسردگی و اضطراب رابطه ساده ای نیست.
- افسردگی و اضطراب با رفتارهای ناسالم، مثل رژیم غذایی نامناسب، عدم تحرک جسمی، و سبک زندگی کم تحرک و مصرف زیاد الکل رابطه دارد. بسیاری از این رفتارهای ناسالم با افزایش استعداد چاقی ارتباط دارند.
- چاقی و افسردگی علایم مشترک مشابهی مثل مشکلات خواب، رفتارهای کم تحرک و کنترل ضعیف روی مصرف غذا دارند؛ اما در اکثر موارد به عنوان مشکلات سلامت به طور جداگانه درمان می‌شوند، و اغلب منجر به نتایج ضعیف درمانی می‌شود. احتمال چاق شدن افراد مبتلا به افسردگی معمولی^۲ یا افسردگی مزمن^۳ ۶۰٪ بیشتر از افرادی است که پیشینه افسردگی ندارند.
- احتمال چاقی در افراد دارای پیشینه اضطراب مزمن ۳۰٪ بیشتر از افرادی است که اضطراب در آنها تشخیص داده نشده است. مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری^۴ (CDC) گزارش می‌کنند که چاقی با بیماری‌های مزمن شدید مثل بیماری قلبی عروقی، سکتته و التهاب مفاصل^۴ رابطه دارد، که این امر درمان مؤثر چاقی را مهم‌تر می‌کند.
- چاقی به خصوص در زنان به همراه افسردگی و اختلال هراس^۵ (پانیک) طول عمر را با خطر مواجه می‌سازد.

^۱ - Obesity

^۲ - Current

^۳ - The Centers for Disease Control and Prevention

^۴ - Osteoarthritis

^۵ - Panic

• برخی مطالعات تحقیقاتی نشان می‌دهد که چاقی در نوجوانی می‌تواند منجر به افسردگی در دوران بلوغ شود، اما مطالعات دیگری حاکی از این هستند که افسردگی در نوجوانی منجر به چاقی در بلوغ می‌گردد.

چاقی و بیماری‌های روانی

سازمان بهداشت جهانی معتقد است که چاقی یک مشکل همه‌گیر جهانی است و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ چاقی بزرگ‌ترین و تنها عامل مرگ در کره زمین خواهد بود. اختلالات روانی که ممکن است در اثر چاقی به وجود آیند عبارتند از افسردگی، اختلالات خوردن، تصویر ذهنی تحریف شده از بدن خود و عزت نفس کم. درک رابطه بین چاقی و اختلالات روانی، مثل افسردگی، موضوع مهم بهداشت عمومی است زیرا هر یک از این بیماری‌ها به طور جداگانه عوارض قابل توجهی روی سیستم‌های مراقبت بهداشتی در سراسر جهان دارند و سهم قابل توجهی از بار بیماری در جهان را تشکیل می‌دهند. شواهد مطالعه روی افراد چاق در سوئد نشان می‌دهد که ابتلا به افسردگی به طور معناداری در افراد بسیار چاق، سه تا چهار برابر بیشتر از افراد مشابهی است، که چاق نیستند.

نویسندگان این تحقیق، پروفسور ماریان سالیوان^۱ و تیمش از بیمارستان دانشگاه سالگرنسکا^۲ سوئد در یک مقاله اظهار داشتند «افسردگی در سطحی که نشان دهنده علائم بیماری روانی است اغلب در افراد چاق مشاهده شد». آنها گزارش کردند که نمرات افسردگی افراد چاق به اندازه افراد مبتلا به درد مزمن، یا بدتر از نمرات آنهاست. افسردگی درمان نشده می‌تواند دلیل یا نتیجه چاقی باشد. دیوید فاسلر^۳، سرپرست انجمن روانپزشکی آمریکا^۱ (APA) و

^۱ - Marianne Sullivan

^۲ - Sahlgrenska

^۳ - David Fassler

روانپزشک کودکان و نوجوانان از برلینگتون ورمونت^۲ اشاره می‌کند که «به عنوان یک روانپزشک کودک، رابطه واضحی بین چاقی و اختلالات افسردگی و اضطراب در کودکان و نوجوانان می‌بینیم».

مطالعه اخیر دانشگاه مینسوتا نشان می‌دهد که کودکانی که به خاطر اضافه وزن مورد تمسخر قرار می‌گیرند احتمالاً تصویر ذهنی ضعیفی از بدن خود، عزت نفس کم، و علائم افسردگی دارند. در این مطالعه دریافتند که ۲۶ درصد نوجوانانی که در مدرسه و خانه مورد تمسخر قرار می‌گیرند به خودکشی فکر کرده‌اند، و ۹ درصد به خودکشی مبادرت نموده‌اند. خودکشی سومین دلیل اصلی مرگ در بین نوجوانان است. افسردگی و چاقی با عوارضی عمده برای بهداشت عمومی، به خصوص افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، به طور گسترده شیوع یافته‌اند، و مطالعات اخیر رابطه بین افسردگی و چاقی را مورد تأیید قرار داده‌اند. افسردگی تا ۱۸٪ احتمال چاق شدن را افزایش می‌دهد.

مطالعات حاکی از این است که افسردگی و چاقی به طور متقابل با هم ارتباط دارند. رابطه طولی و دوطرفه بین افسردگی و چاقی از نظر بالینی مهم است. از آنجایی که افزایش وزن می‌تواند نتیجه افسردگی باشد، پزشکان باید وزن افراد افسرده را کنترل کنند. همچنین، در بیماران بسیار چاق یا چاق، وضعیت روانشناختی نیز باید کنترل شود. این آگاهی می‌تواند منجر به پیشگیری، تشخیص در مراحل اولیه، و گروه درمانی افراد در معرض خطر؛ و در نهایت کاهش بار ناشی از هر دو مشکل شود.

^۱- American Psychiatric Association (APA)

^۲- Burlington, Vermont

فصل دوم

**بیماری های جسمی مزمن و بیماری های
روانی: نیاز به مراقبت های تلفیقی**

بیماری های جسمی مزمن و بیماری های روانی: نیاز به مراقبت های تلفیقی

مقدمه

دکتر مایکل ريبا^۱

خلاصه: خدمات مراقبت های اولیه نیازمند بهبود روش های غربالگری^۲ افسردگی، مربوط به بیماری های خاص مزمن، مثل بیماری های قلبی یا دیابت می باشند. چندین روش وجود دارد که می توان از این راه خدمات توسط متخصصان سلامت روان را با مراقبت های اولیه ادغام کرد. نیازی شدید برای ایجاد این ارتباط وجود دارد، که باید رعایت آن، در بهداشت عمومی، الزامی شود.

سلامت بدون سلامت روان وجود ندارد.

شواهد نشان می دهد، بهبود شناخت و درمان مسایل سلامت روان در اقدامات اولیه و تخصصی بالینی مورد نیاز، ضروری می باشد. افسردگی یک بیماری مزمن و ناتوان کننده است که با کیفیت بد زندگی، محدودیت های عملکردی، رفتارهای نامطلوب مراقبت از خود و هزینه ها بالاتر مراقبت های بهداشتی در بین بیماران مبتلا به بیماری های مزمن همراه مثل دیابت و بیماری های قلبی ریوی رابطه دارد.

امروزه پزشکان در بخش مراقبت های اولیه زمانی، می توانند افسردگی و اضطراب را تشخیص دهند که بیماران شکایت های روانی - اجتماعی داشته

^۱- Dr Michelle Riba

^۲- Screening

باشند نه شکایت‌های جسمانی (کیرمایر و همکاران-۱۹۹۳)^۱، اغلب علایم جسمانی مهم‌ترین یا تنها شکایت بیماران افسرده و مضطرب می‌باشند. (سیمون و همکاران-۱۹۹۹)^۲

وقتی بیماری‌های جسمی با دارودرمانی روانی^۳، سبک زندگی کم تحرک، رژیم‌های غذایی مدرن، و بیماری‌های روانی همراه باشند همگی می‌توانند در شدت بیماری و مرگ زودهنگام سهیم باشند. بنابراین شناسایی و تشخیص این بیماری‌ها و عوامل خطر، گسترش مدل‌های گروهی و فرآیندهای آموزشی برای مدیریت منظم این موقعیت‌های بالینی پیچیده، با درمان مبتنی بر شواهد ضروری است.

خدمات مراقبتی اولیه، به اصلاح روش‌های غربالگری نیازمندند.

دو موقعیت جدی بیماری مزمن از قبیل: دیابت و بیماری‌های قلبی و عروقی و افسردگی همراه، روی تأثیر این روابط مهم تأکید می‌کنند. علی‌رغم نرخ بالای افسردگی شدید همراه در بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس^۴، اغلب افسردگی، در بین حدود دو سوم بیماران مبتلا، به هر دو بیماری تشخیص داده نمی‌شود و درمان نمی‌گردد. بیش از ۸۰٪ بیماران مبتلا به دیابت و افسردگی در یک دوره زمانی پنج ساله، عود علایم افسردگی را تجربه می‌کنند. افسردگی در بیماران دیابتی، موجب عدم رعایت روش‌های مراقبت از خود، از قبیل عدم پیروی از محدودیت‌های رژیم غذایی، دستورات دارویی و بررسی گلوکز خون، و در نتیجه وخامت پیامدهای بالینی دیابت شده، و تأثیر منفی می‌گذارد. (کتن^۵-۲۰۰۸)

^۱ - Kirmayer et al, ۱۹۹۳

^۲ - Simon et al, ۱۹۹۹

^۳ - Psychotropic Medications

^۴ - Mellitus

^۵ - Katon.

تحقیقات نشان داده که ۴۰-۳۰٪ بیماران قلبی، علایم بالینی مهم افسردگی را تجربه می کنند. (تامبس و همکاران-۲۰۰۸)^۱ اختلال افسردگی شدید در ۲۰٪ بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی وجود دارد و حتی بعد از کنترل سایر عوامل خطر ساز، با پیامدهای نامطلوب قلبی عروقی رابطه دارند. افسردگی به شروع بیماری قلبی مربوط می شود، و با افزایش هزینه های پزشکی، کاهش کیفیت زندگی بیماران رابطه دارد و احتمال عدم رعایت رژیم های درمانی پزشکی را سه برابر می کند. در واقع پیش آگهی قلبی عروقی به شدت علایم افسردگی مربوط می شود. خطر با شدت علایم افزایش می یابد خواه بیمار علائم تشخیصی اختلال افسردگی را داشته باشد یا نداشته باشد. افسردگی موفقیت در بهبود عوامل خطر قلبی و مداخلات توانبخشی قلبی را کاهش می دهد، و با افزایش استفاده از مراقبت های بهداشتی و هزینه ها، رابطه دارد و کیفیت زندگی را به شدت کاهش می دهد.

هرچند هنوز بحث در مورد بهترین نوع ابزار غربالگری^۲ برای گروه های خاصی از بیماران ادامه دارد، به نظر می رسد جامعه پزشکی مترصد و پذیرای ترکیب کردن انواع مصاحبه و پرسشنامه، در مراقبت های بالینی می باشد. (لیچمن و همکاران-۲۰۰۸)^۳ بنابراین باید روش هایی برای ترغیب، حمایت و ایجاد انگیزه برای پزشکان و بیماران شکل داد تا غربالگری استاندارد و عادی علایم روان پزشکی، مثل افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد و خودکشی بیماران در فواصل منظمی از مراقبت، مطرح شوند. الگوها و روش های ارجاع بیماران به متخصصان سلامت روان باید ایجاد شوند. یکی از مدل های موفق، مستقر کردن متخصصان سلامت روان در محل کار پزشکان است. سایر مدل ها شامل استفاده از تلفن، صندوق پست الکترونیک^۴ یا شبکه اینترنتی است تا

^۱- Thombs et al, ۲۰۰۸

^۲- Screening

^۳- Lichtman et al, ۲۰۰۸

^۴- Email

پزشکان مراقبت‌های اولیه، به متخصصان سلامت روان یا کلینیک‌های روان‌شناسی، یا روانپزشکی دسترسی داشته باشند. برقراری ارتباط، همکاری، و مراقبت مبتنی بر شواهد عوامل اصلی موفقیت هستند. می‌دانیم که این مشکل بزرگی است؛ و بی‌شک باید درسیستم بهداشت عمومی، الزامی گردد. ما باید راه‌های جدید تعیین میزان مشکلات سلامت روان و روش‌های نرم افزاری ارزیابی، مدیریت و درمان این بیماری‌های روان‌پزشکی، در بیمارانی که بیماری‌های پزشکی همراه دارند، را توسعه دهیم.^۱

نقش مراقبت‌های اولیه در بهبود دسترسی به مراقبت برای افرادی با مشکلات سلامت روان و بیماری‌های جسمی مزمن

دکتر گابریل ایبجارو^۲

خلاصه: افراد زیادی به طور همزمان بیماری‌های روانی و جسمانی را تجربه می‌کنند. اغلب، در صورت امکان، درمان با تجهیزات مجزا، ارابه می‌گردد. در بسیاری از کشورها با درآمد کم و متوسط، ارابه مراقبت‌های بهداشت روان بسیار محدود است. با آموزش مناسب، می‌توان برای سلامت روان و جسم مراقبت‌هایی را در یک محیط مراقبت اولیه، ارابه نمود تا خدمات به بیماران، بهبود یابد.

بیماری‌های روانی و جسمی با هم عجین شده‌اند. بسیاری از بیمارانی که از بیماری روانی رنج می‌برند یا در نتیجه درمانی که دریافت می‌کنند یا به صورت بخشی از پیچیدگی خودبیماری، بیماری جسمی نیز دارند. بسیاری از سیستم‌های مراقبت سلامت روش تلفیقی برای مراقبت بهداشت جسمانی و

^۱- Reference : Michelle Riba is Professor of Psychiatry, Dept of Psychiatry, University of Michigan, USA. Her Email Address is: Mriba@umich.edu.

^۲- Gabriel Ivbijaro

روانی آرایه نمی‌کنند. اغلب بیماران، مراقبت بهداشت روانی را از یک سازمان و مراقبت بهداشت جسمانی را از سیستم دیگری دریافت می‌کنند. در برخی موارد، ممکن است فقط یک بیماری فرد مورد مراقبت قرار گیرد. نتیجه مراقبت ناپیوسته یا ناقص این است که، فرد مراقبت کامل مناسب دریافت نمی‌کند، و در نتیجه، ممکن است امید به زندگی در فرد و کیفیت زندگی وی کاهش یابد. بسیاری از افرادی که به بیماری روانی جدی مبتلا هستند، از مشکلات جسمی درازمدت دیگر یا بیماری‌های روانی که همزمان با این بیماری رخ می‌دهند نیز رنج می‌برند و اثرات داخلی هر بیماری اغلب پیامدهای وخیم‌تری بر روی سلامت عمومی دارد.

در سال ۲۰۱۰، تأکید روز جهانی سلامت روان روی رابطه بین بیماری‌های جسمانی مزمن و بیماری‌های سلامت روان بوده و بدین ترتیب این فرصت به ما داده شد، تا در مورد موقعیت فعلی خود تأمل کنیم و درباره روش پیش رو بیندیشیم.

درک نیاز به تمرکز روی رابطه بین ذهن و جسم موضوع جدیدی نیست. در بخش مکاتبه‌ای مجله پزشکی بریتیش^۱ در تاریخ ۱۰ ژوئن، ۱۹۳۳، دکتر بیلینگتون^۲ در اظهار نظر در مورد یک مقاله در مجله این طور نوشت: «از چندین سال قبل ارگانسیم انسان درست مثل یک موش یا یک خوکچه هندی در آزمایشگاه تلقی شده است. یقیناً زمان آن رسیده، که در کار و فرضیه‌هایمان در مورد بیماری، قبول کنیم که بیمارانشان ذهن دارند، و در واقع این بخش تأثیر بسیار زیادی روی بدن آنها دارد.» دکتر بیلینگتون اشاره کرده است که پزشکان عمومی در کار روزمره‌شان با این واقعیت انکارناپذیر مواجه هستند، و پیشنهاد کرد که حرفه پزشکی به طور کلی باید رابطه غیرقابل تفکیک بین

^۱- British Medical

^۲- C M. Bilington

ذهن و جسم را به حساب بیاورد. پزشکی برخی کشورها، مثل چین، تبت و هند، رابطه بین ذهن و جسم را از قرن‌ها پیش اذعان کرده است.

متأسفانه افرادی که طرفدار جدایی ذهن و جسم هستند، از طریق توجه به لزوم طراحی سیستم‌های بهداشتی با تأکید بر تخصصی شدن درمان بیماری‌ها، یا از طریق طرح این مشکل که تسهیلات سلامت جسمی و روانی از نظر جغرافیایی دور هستند، ظاهراً در جدایی رابطه ذهن و جسم موفق بوده‌اند.

«شعار بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸: مراقبت اولیه، اکنون بیشتر از گذشته» نیاز مبرم به تأکید مجدد سیستم‌های سلامت روی مراقبت‌های اولیه را خاطر نشان ساخته است. هدف سرمایه‌گذاری اغلب تخصصی شدن است و خطراز بین رفتن رابطه ذهن و جسم وجود دارد. این گزارش حاکی از این بود که ارزش‌های اصلی مراقبت‌های اولیه که در بیانیه سال ۱۹۷۸ در آما آتا^۱ ذکر شد هنوز معتبر و برای ارایه سلامتی به همه افراد لازم می‌باشند. این بیانیه همچنین نیاز به سیاست و رهبری مستحکمی دارد تا بتوانیم سیستم‌های مراقبت بهداشتی را شکل دهیم، سیستم‌هایی که قادر به تأمین اهداف و مزایای مراقبت‌های بهداشتی اولیه خواهند بود.

درست مثل سال‌های قبل از بیانیه آما آتا، هنوز روی خدمات درجه دو و سه بیش از حد، تأکید شده، که منجر به تفکیک خدمات بهداشتی محلی می‌گردد.

بیماران دارای وضعیت سلامت روانی مزمن اغلب مشکل خود را در مراقبت‌های اولیه مطرح می‌کنند، مراقبت‌های اولیه برای اکثر بیماران نخستین مکان برای کمک خواستن است.

^۱ - Alma - Ata

این اتکاء بیش از حد به بیمارستان‌ها برای ارایه مراقبت بهداشتی اکثراً در ارایه پیامدهای مطلوب سلامت موفق نبوده است، زیرا این مؤسسات اغلب نمی‌توانند روی فرد به صورت کل‌نگرانه^۱ تمرکز کنند، به‌خصوص در حوزه سلامت روان که اغلب بیماران فقط یک بیماری ندارند بلکه مبتلا به چند بیماری با هم می‌باشند. وضعیت سلامت روان اغلب با مراقبت های درازمدت جسمی بیماران مرتبط است و مراقبت های دراز مدت جسمی هم اغلب با مشکلات سلامت روان در ارتباط می باشد.

بیماران دارای وضعیت سلامت روانی مزمن اغلب مشکل خود را در مراقبت‌های اولیه مطرح می‌کنند، مراقبت‌های اولیه برای اکثر بیماران اولین مکان برای کمک خواستن است. خدمات مراقبت اولیه معمولاً در نزدیکی خانه ارایه می‌شوند، که می‌تواند منجر به کاهش انگ شود. در مراکز مراقبت‌های جامع که به خوبی سازماندهی شده‌اند، مراقبت، بخوبی تداوم می‌یابد.

علیرغم این یافته‌ها، سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۰۸ خاطرنشان ساخته است بسیاری از افرادی که از وضعیت بهداشت روان رنج می‌برند، خدمات سلامت جسمی و روانی لازمی، که به آن نیاز دارند، یا مستحق آن هستند را دریافت نمی‌کنند.

در کشورهایی با درآمد بالا، نسبت روانپزشکان به کل جمعیت ۱۰,۵ نفر در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در کشورهایی با درآمد متوسط ۲,۷ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر و در کشورهای کم درآمد تنها ۰,۰۵ تا ۱,۰۵ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر است. نسبت روانشناسان به کل جمعیت در کشورهایی با درآمد بالا ۱۴ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر، ۱,۸ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در کشورهای با درآمد متوسط و ۰,۰۴ تا ۰,۰۶ در هر ۱۰۰,۰۰۰ در کشورهای کم درآمد است. نسبت روان پرستاران به کل جمعیت ۳۲,۹۵ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در کشورهایی با درآمد بالا، ۵,۳۵ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در کشورهای با درآمد متوسط و ۰,۱۶ تا ۱,۰۵ در هر

^۱- Holistic

۱۰۰,۰۰۰ نفر در کشورهای کم درآمد است. نسبت مددکاران به کل جمعیت در کشورهای درآمد بالا ۱۵,۷ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر، ۱,۵ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در کشورهای با درآمد متوسط؛ و ۰,۰۴ تا ۰,۲۸ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در کشورهای کم درآمد است. این داده‌ها نشان می‌دهند که منابع موجود برای تأمین سلامت روان از طریق بیمارستان و خدمات مراقبت‌های ثانویه در جهان ناکافی است.

ما به نیروی کار آماده و مقرون به صرفه‌ای نیاز داریم که در مورد وضعیت سلامت روانی و جسمی آموزش دیده باشند. این نیروی کار مشتاقانه آماده مراقبت‌های اولیه است. استارفیلدو دستیارانش (۲۰۰۳)^۱ به درصد بالای بیماری‌های همراه در جامعه اشاره و پیشنهاد کرده است که سیستمی که برای مدیریت یک بیماری خاص است از عهده چند بیماری همراه بر نمی‌آید. پزشکان مراقبت‌های اولیه، به نسبت بیشتری مراقبت عمومی را به جمعیت ارایه می‌کنند و بنابراین برای مواجهه با بیماری‌های همراه آمادگی بهتری دارند. مراقبت‌های اولیه خوب باعث تداوم مراقبت می‌شود زیرا بیماران و تیم (مراقبتی) یکدیگر را می‌شناسند. این امر موجب کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشت عمومی می‌شود. شواهد نشان می‌دهند که بیماران از خدمات مراقبت‌های اولیه راضی هستند و پیامدهای مراقبت‌های اولیه در سطح مراقبت عمومی، بهتر از پیامدهای بهداشتی، تخصصی شدن یک بیماری هستند زیرا مراقبت‌های اولیه برای مواجهه با بیماران به صورت کلی‌نگرانه بهتر تجهیز شده است.

مطالعات زیادی نشان دهنده مرگ و میر بیش از حد در میان بیماران مبتلا به بیماری روانی می‌باشند. حدود ۵۰٪ افراد مبتلا به بیماری شدید روانی دارای وضعیتی از سلامت جسمی هستند که بیماری همراه در آنها قابل تشخیص می‌باشند. تقریباً ۳۵٪ ممکن است دارای اختلالات پزشکی (جسمی) تشخیص

^۱- Starfield et al (۲۰۰۳)

داده نشده باشند و حدود ۲۰٪ مشکلات پزشکی دارند که می تواند باعث وخامت وضعیت روانپزشکی آنها شود. وضعیت های مربوط به بیماری روانی درازمدت عبارتند از آسم، بیماری انسداد مزمن ریه، دیابت، بیماری قلبی عروقی، التهاب مفاصل، برخی تومورها و سرطان های خاص، وضعیت های پوستی از جمله، پسوریازیس^۱ و برخی بیماری های مربوط به مصرف دخانیات. وقتی افراد مبتلا به مشکلات سلامت روانی به مشکلات سلامت جسمی مبتلا می شوند، هزینه مراقبت تا ۷۰٪ افزایش می یابد.

یک بررسی اخیر در اروپا نشان داد که مشکلات سلامت روانی و جسمی هم هزینه منابع انسانی و هم هزینه مالی دارد، و تخمین زده شد که سالانه حدود ۴۳۶ میلیارد یورو صرف مشکلات مربوط به کاهش سطح پایین سلامت روانی می شود. این هزینه تقریباً معادل ۲۰۰۰ یورو برای هر خانوار است. وقوع مشکلات سلامت جسمی در افراد دارای مشکلات سلامت روانی هزینه مراقبت را تا ۷۰٪ دیگر افزایش می دهد. این گزارش همچنین نشان دهنده تعامل مثبت بین سلامت روانی و جسمی و مدافع نیاز به بهبود دسترسی به خدمات سلامت روانی از طریق مراقبت های اولیه و بهبود آموزش تیم های مراقبت اولیه از سوی اتحادیه اروپا بود. افراد زیادی در مورد توانایی مراقبت اولیه برای ارابه مدیریت شایسته مراقبت سلامت روانی و جسمی تردید دارند. در سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی پزشکان خانواده^۲ و سازمان بهداشت جهانی شواهدی از سراسر جهان ارابه نمودند که نشان می داد تیم های مراقبت اولیه از کشورهایی با درآمد بالا، متوسط و پایین می توانند خدمات سلامت روان کلی نگرانه را با نتیجه خوب، مقرون به صرفه و توأم با رضایت بیماران فراهم نمایند. اما کارایی این استانداردها را نمی توان به طور کلی تضمین کرد.

^۱ - Psoriasis

^۲ - The World Organization of Family Doctors

آموزش مناسب مراقبت‌های اولیه به نیروی کار می‌تواند مزایایی داشته باشد اما پزشکان عمومی^۱ باید در مورد درک رابطه ذهن و جسم آموزش ببینند. در سال ۲۰۰۷ سازمان جهانی پزشکان خانواده و فدراسیون جهانی سلامت روان به «اقدامات بدون مرز» پیوستند و یک مطالعه مشترک آن لاین^۲ در فرانسه، آلمان، مکزیک، برزیل و استرالیا انجام دادند. این مطالعه به منظور دستیابی به درک مشترک بین پزشکان عمومی و بیمارانشان در مورد رابطه ذهن و جسم طراحی شد.

در مجموع ۲۵۲ فرد بالغی که برای درمان افسردگی حداقل یک نسخه از پزشک خود دریافت کرده بودند، و ۵۰۱ پزشک عمومی مشغول به طبابت مورد مطالعه قرار گرفتند.

برخی یافته‌ها نشان داد که:

- ۷۸٪ پزشکان عمومی موافق بودند که رابطه ذهن و جسم وجود دارد.
- ۸۵٪ پزشکان عمومی موافق بودند که درک رابطه ذهن و جسم در تشخیص به آنها کمک کرد.
- ۹۳٪ پزشکان عمومی موافق بودند که این درک به آنها در مدیریتشان کمک کرد.
- ۸۴٪ پزشکان عمومی موافق بودند که پزشکان عمومی باید در مورد رابطه ذهن و جسم آموزش ببینند.
- ۶۲٪ افرادی که برای درمان افسردگی خود حداقل یک نسخه دریافت کرده بودند در مورد رابطه احتمالی ذهن و جسم موافق بوده و با پزشک عمومی خود در این مورد گفتگو کرده‌اند.

^۱ - General Practitioners (GPs)

^۲ - On-line

افرادی که برای درمان افسردگی حداقل یک نسخه دریافت کرده و موافق بودند که بین ذهن و جسم رابطه وجود دارد، به طور متوسط ۶۸ هفته زودتر از افرادی که برای درمان افسردگی حداقل یک نسخه دریافت کرده، اما معتقد بودند که بین ذهن و جسم رابطه‌ای وجود ندارد، به پزشک عمومی معرفی شدند. این مطالعه نیاز به آموزش پزشکان عمومی و خانواده و تیم‌های آنها در مورد وجود رابطه ذهن و جسم را مورد تأکید قرار داد.

نگرش سنتی اتکا به مراقبت ثانویه برای مواجهه با حجم بیماری‌های همراه وضعیت سلامت جسمی و روانی کافی نخواهد بود. اکنون می‌دانیم که مراقبت‌های اولیه در بهبود پیامدهای سلامت عمومی روانی و جسمی مؤثر است. باید به تلفیق مراقبت‌های سلامت روانی و جسمانی در سطح جهان ادامه دهیم، تا موانع باور اهمیت سلامت روان که در تمام جوامع دنیا وجود دارد برطرف شود. این شکاف را نمی‌توان فقط از طریق مراقبت‌های اولیه مورد توجه قرار داد. مراقبت‌های اولیه باید به طور مؤثر با مراقبت‌های ثانویه، کاربران خدمات و خانواده‌هایشان همسو باشند و باید به مردم ناتوان امکان دهد حمایت‌های غیررسمی مراقبت‌های بهداشتی، که در هر جامعه‌ای موجود است، را مورد استفاده قرار دهند.

سلامت روانی مطلوب فقط زمانی می‌تواند اتفاق بیفتد که دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی جسمی وجود داشته باشد. همچنین سلامت جسمی مطلوب نیازمند دسترسی به مراقبت سلامت روان می‌باشد. مدت زیادی است که مراقبت بهداشتی ذهن و جسم از هم جدا بوده‌اند که به ضرر بیماران است. روز جهانی سلامت روان در سال ۲۰۱۰ به ما امکان را داده تا تأکید مجددی روی این عامل مهم مراقبت بهداشتی داشته باشیم، تا سلامت برای همه به واقعیت بپیوندد

سلامت روان به عنوان یک سرمایه گذاری

صرفه‌جویی در هزینه‌ها و بهبود کیفیت مراقبت

دکتر دیوید مک داید^۱

خلاصه: مباحث اقتصادی می‌توانند مسأله تلفیق مراقبت‌های بهداشت روانی و جسمانی را تقویت کند شواهد کشورهای با درآمد بالا نشان می‌دهد که با درمان اختلالات همراه بیماری‌ها به طور معناداری در هزینه‌ها صرفه‌جویی می‌شود. مباحث اقتصادی عبارتند از کاهش هزینه‌های پزشکی، کاهش غیبت از کار، کاهش بازنشستگی پیش از موعد، ضرورت کمتر خانواده برای مراقبت، و هزینه‌های رفاهی کمتر، البته شواهد بیشتری در مورد هزینه‌ها و مزایای اقتصادی، از کشورهایی با درآمد متوسط و کمتر لازم است.

اهمیت رابطه بین مشکلات جسمی مزمن و سلامت جسمی مورد تأکید قرار گرفته است، اما در مورد عواقب این بیماری‌های همراه چه می‌دانیم؟ آیا هزینه‌های سیستم بهداشت و غیربهداشت را در کشورهای مختلف تشدید می‌کند؟ چه تأثیری روی مشارکت در تحصیل یا کار دارد؟ آیا مانع پیشرفت دستیابی به اهداف توسعه هزاره می‌شود؟ تأمین خدمات تلفیقی بهتر و هماهنگ تا چه اندازه به جلوگیری و / یا کاهش برخی از این هزینه‌ها کمک می‌کند؟ چگونه می‌توان بر موانع ارابه مداخلات مؤثر فایق آمد؟

ارابه پاسخ‌های جامع به این پرسش‌ها می‌تواند به سیاستگذاران و طراحان در تصمیم‌گیری در مورد نحوه استفاده بهینه از منابع‌شان، در سیستم مراقبت سلامت و خارج از آن، کمک کند. زمانی که کشورهای زیادی با رکود اقتصادی مواجه هستند، اطلاعاتی که نشان می‌دهد سرمایه‌گذاری در پرداختن به بیماری‌های همراه بیانگر ارزش زیاد پول است حایز اهمیت می‌باشند.

^۱ - David Mc Daid

تأثیرات چندگانه

اکنون شواهد بسیار زیادی در مورد عواقب عمیق فردی، اجتماعی و اقتصادی ضعف سلامت روان وجود دارد. در اتحادیه اروپا، بطور مثال کل هزینه‌های سالانه زندگی با یک مشکل پایدار سلامت روان، اگر یک وضعیت دیگر سلامت جسمانی را هم به آن اضافه کنیم، برای هر خانوار اروپایی بیش از ۲۰۰۰ یورو تخمین زده شده است. فقط حدود یک سوم این هزینه بر عهده سیستم بهداشتی است و سهم بیشتری از هزینه‌ها به غیبت از کار، بازنشستگی پیش از موعد و اخراج نیروی کار تعلق دارد. در حالی که اعضای خانواده، از جمله فرزندان نیز ممکن است فرصت کار یا تحصیل را به دلیل وظایف مراقبتی از دست بدهند.

وضعیت اقتصادی، می تواند روی زندگی فرد، با بیماری جسمی و مشکلات روانی همراه و خانواده اش، به طور معناداری تأثیر بگذارد.

سایر تأثیرات فردی از قبیل احتمال طرد شدن توسط خانواده و بی‌خانمان شدن یا تماس با سیستم‌های تبهکارانه، ممکن است منجر به تأثیرات پایدار شود. ضعف سلامت روانی کودک می‌تواند عواقب درازمدت عمیقی به جا بگذارد که فرصت‌های زمان بزرگسالی را محدود می‌کند. تمام این تأثیرات انسانی، اجتماعی و اقتصادی می‌تواند در کشورهایی با درآمد کم و متوسط سخت‌تر باشد زیرا شبکه‌های اجتماعی حفظ ایمنی حداقل هستند و سطح انگ‌ناشی از بیماری بسیار بالاست.

شواهد زیادی نشان می‌دهد که این هزینه‌ها با مشکلات سلامت جسمی همراه افزایش می‌یابد. افسردگی و بیماری جسمی همراه، هزینه‌های فردی، صرفاً مراقبت‌های بهداشتی را تا ۵۰٪ در کشورهای با درآمد بالا افزایش

^۱- Stigma

می‌دهد. هزینه برخی بیماری‌ها ممکن است بیشتر باشد. مثلاً هزینه مراقبت‌های بهداشتی دیابت همراه افسردگی ۴,۵ برابر بیشتر از هزینه مراقبت دیابت ساده است. هزینه‌های اضافی بیماری قلبی عروقی همراه و ضعف سلامت روانی ممکن است ۱۵٪ تا ۴۰٪ بیشتر باشد. ضعف سلامت روانی و اختلالات اسکلتی - عضلانی^۱ عامل اصلی غیبت نیروی کار می‌باشد؛ بیماری‌های همراه این هزینه‌ها را افزایش می‌دهد. افسردگی مادر با افزایش احتمال مشکلات سلامت جسمی و سیستم ایمنی^۲ ناقص کودک رابطه دارد. در کشورهای با درآمد کم و متوسط، ممکن است ضعف سلامت روانی نیز کارایی اقدامات جلوگیری از شیوع بیماری‌های واگیردار مثل ایدز و سل را کاهش دهد. ممکن است عوامل زیادی با این هزینه‌های اضافی رابطه داشته باشند. ضعف سلامت روانی احتمال پیروی افراد از هر توصیه، رژیم درمانی، مدیریت هر مشکل سلامت جسمی را نیز کاهش دهد. افرادی که دارای مشکلات سلامت روانی هستند نیز ممکن است به دلیل ترس از آنگ ناشی از بیماری مایل نباشد با خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه یا دیگر خدمات مراقبت‌های بهداشتی تماس برقرار کنند. متخصصان مراقبت‌های بهداشتی اولیه و تخصصی که مشکلات سلامت جسمی مزمن را درمان می‌کنند ممکن است نتوانند مشکلات سلامت روانی را شناسایی کنند و برعکس. شاید در خود سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی نیز موانع سازمانی بین خدمات مراقبت بهداشت روانی و سلامت عمومی وجود داشته باشد که مانع پیشبرد روش مراقبت کلی‌نگرانه تلفیقی می‌شود.

^۱ - Musculoskeletal Disorders

^۲ - Mmunization

استفاده از اقتصاد در تقویت سازوکار^۱

ترغیب سرمایه‌گذاری در سازوکارهای مؤثر برای حل مشکلات سلامت روان و بیماری‌های همراه مربوط، یک چالش است. ثابت شده است مداخلات مختلفی در کمک به جلوگیری و درمان مشکلات سلامت روان مقرون به صرفه بوده، حتی در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط که دارای منابع محدود هستند.

تأکید روی هزینه رفع مشکلات بالقوه سلامت جسمانی می‌تواند سرمایه‌گذاری در چنین مداخلاتی را در تمام محیط‌ها مستحکم‌تر کند. افزایش سرمایه‌گذاری در سیستم مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند نتایج اقتصادی مثبتی در سایر بخش‌ها نیز داشته باشد، مثلاً از طریق بهبود مشارکت کاری، که بهره‌وری ملی و مالیات بر درآمد را افزایش می‌دهد. بنابراین مشورت با سیاستگذاران، کارفرمایان و افرادی که در پس سیستم سلامت قرار دارند حایز اهمیت است.

توجه به آنچه در مورد مقرون به صرفه بودن سازوکارها می‌دانیم برای رفع یا پیشگیری از مشکلات بیماری‌های همراه سلامت روانی در افرادی که به بیماری جسمی مزمن مبتلا هستند نیز حایز اهمیت است. تقویت مستندات، به‌خصوص، در کشورهای با درآمد کم و متوسط، نیز می‌تواند استدلالی قوی برای خیرین بین‌المللی و سازمان‌های امدادی باشد. پرداختن به سلامت روان نیز می‌تواند وسیله مؤثر دیگری برای دستیابی به اهداف کاهش تأثیر بیماری‌های مسری باشد. در کشورهایی با درآمد بالا می‌توان اقدامات مقرون به صرفه را شناسایی کرد. برخی روی شناخت و مدیریت افسردگی در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن تأکید دارند، مثل مراقبت گروهی و دوره ای^۲ برای

^۱- Action

^۲- Spteped

همراهی دیابت و افسردگی در آمریکا. برآورد مقرون به صرفه بودن این روش‌ها در جاهای دیگر چالش برانگیز است.

بررسی منظم سلامت جسمی افراد با مشکلات سلامت روان، به همراه اقدامات ارتقاء سلامت، نیز ممکن است در جای خودبه نوعی سرمایه‌گذاری باشد. عامل اصلی ارزش پول در چنین روشی درک بهتر عوامل مؤثر در میزان تأمین مداخلات است. به عنوان مثال، تحقیقات می‌تواند نقش دلایل مختلف مالی و غیرمالی در، بررسی منظم سلامت جسمی در محیط‌های مراقبت اولیه و کمک به ترغیب افراد به حفظ تغییرات رفتار سالم را مورد تحلیل قرار دهد. به‌طور خلاصه، اقتصاد در سازوکار امیدوارکننده است. چالش امروز تقویت بیشتر شواهد در مورد آنچه مفید است و هزینه آن در محیط‌های مختلف می‌باشد تا استدلال محکمی برای پرداختن به بیماری‌های همراه روانی و جسمی ارایه شود.

فصل سوم

راهکارهایی برای بیماران و مراقبین
عضو خانواده



راهکارهایی برای بیماران و مراقبین عضو خانواده

بخش اول: ایجاد انعطاف پذیری^۱

افراد با وقوع هر تغییری یا مشکلی در زندگی، دوره‌ای از سازگاری را تجربه می‌کنند و به فراگیری در مورد بیماری‌شان و نحوه تطبیق با وضعیت جدید زندگی‌شان می‌پردازند. برخی افراد خیلی زود به وضع عادی برمی‌گردند و بلافاصله توجه خود را از درمان به زندگی روزمره معطوف می‌سازند، اما برخی دیگر این مسیر را سخت‌تر طی می‌کنند. ایجاد انعطاف‌پذیری می‌تواند عامل مهمی در کیفیت زندگی فرد باشد و این چیزی نیست که بطور غیرارادی اتفاق بیفتد؛ برخی افراد باید بیاموزند که چگونه انعطاف‌پذیرتر باشند. انجمن روانشناسی آمریکا اظهار می‌دارد که، «انعطاف‌پذیری ویژگی نیست که افراد واجدان باشند یا نباشند. شامل رفتارها، افکار، و کارهایی است که می‌توان آنها را آموخت و پرورش داد...»

دکتر ویجی شارما^۲، در مقاله مستند خود، "کنترل روانشناختی بیماری مزمن خود"، توصیه‌های مهمی ارائه می‌کند: «اگر یک بیماری، همراه همیشگی شما شد، هرچه برای مدیریت آن مصمم‌تر باشید، بیشتر می‌توانید کیفیت زندگی خود را بهبود بخشید. چه التهاب مفاصل، دیابت، بیماری قلبی، سرطان، آمفیژم^۳ داشته باشید، یا هر بیماری مزمن دیگری، می‌توانید در آنچه برایتان رخ می‌دهد تغییر ایجاد کنید. می‌توانید بیاموزید که چگونه نقش فعال‌تری داشته باشید، از عهده مشکلات بهتر برآیید، و کنترل بیشتری روی پیامد بیماری و قابلیت خود برای عملکرد در زندگی داشته باشید. وقتی در بیماری خود کارشناس می‌شوید، بهتر مدیریت می‌کنید. هرچه می‌توانید در مورد

^۱- Resilience

^۲- Jijai P. Sharma

^۳- Emphysema

وضعیت خود بیاموزید. این کار به شما ایده می‌دهد که چه اقداماتی باید انجام دهید تا ناتوانی و عوارض بیماری خود را به حداقل برسانید. در درمان و توانبخشی خود یک شریک فعال باشید و به پزشک خود کمک کنید. پرسش‌های ذیل را از خود بپرسید، و در صورت امکان پاسخ‌های خود را بنویسید:

۱. چه چیزی وضعیت مرا بدتر یا بهتر می‌کند؟
۲. وقتی علایم بیماری‌ام عود می‌کند من و خانواده‌ام چه کار باید بکنیم؟
۳. باید مواظب چه نشانه‌های هشداردهنده‌ای برای اقدام به دریافت کمک تخصصی یا مراقبت اضطراری باشیم؟
۴. چه انتظاری می‌توانم از تیم پزشکی خود داشته باشم و خودم چه کاری باید انجام بدهم؟»

انعطاف‌پذیری اغلب، ترکیبی از ویژگی‌های درونی و رفتارهای اکتسابی است و از طریق عوامل بیرونی مثل سیستم‌های حمایت اجتماعی و روابط خوب فرد با تیم پزشکی قابل پرورش است. آنجلا کارتر^۱ در مقاله خود با عنوان، «انعطاف‌پذیری: آیا بعد از بیماری ظرفیت بازگشت به وضعیت عادی را دارید؟» اظهار می‌دارد که حمایت اجتماعی یعنی شما دوستان، خانواده یا شبکه‌ای از افراد دیگر دارید که حمایت‌های مختلفی به شما ارائه می‌نمایند.

فائق آمدن بر چالش‌های روانی و احساسی یک بیماری مزمن نیازمند رویکردی واقع‌بینانه و خوش‌بینانه می‌باشد. تطبیق با موقعیت خود یا احساس خوبی در مورد آینده داشتن ظاهراً در ابتدا غیرممکن به نظر می‌رسد اما قابل انجام است. مطالعه جدیدی روی بیماران کلیوی که هر هفته تحت درمان‌های دیالیزی متعددی قرار گرفته بودند نشان داد که وضعیت خلقی و رضایت از زندگی آنها در مقایسه با گروه گواه^۲ یعنی افراد سالم فرقی نداشت.

^۱ - Angela L. Carter

^۲ - Control group

یک روانشناس واجد شرایط می تواند به شما در ایجاد انعطاف پذیری احساسی لازم برای هدایت مشکلات بیماری مزمن تان کمک کند. روانشناس با همکاری با پزشکتان و سایر متخصصان می تواند به ایجاد راهکارهای مناسب مواجهه کمک کند، راهکارهایی که نه تنها برنامه درمانی شما را تقویت می کند بلکه به شما در رضایت از زندگی، بدون توجه به محدودیت های جسمانی، کمک می کنند.

چند توصیه برای مقابله با بیماری های مزمن

- ارتباط های خود را حفظ کنید. روابط خوبی با دوستان و خانواده ایجاد کرده و آنها را حفظ کنید. بسیاری از سازمان های بهداشتی نیز گروه های حمایتی متشکل از افرادی که مشکلات مشابهی دارند را مورد حمایت مالی قرار می دهد. این گروه ها نه تنها به سلامت و رفاه شما کمک می کنند، بلکه فرصت های ارزشمندی برای کمک به دیگران نیز فراهم می نمایند.
- مراقب خود باشید. نگذارید نگرانی در مورد بیماری مانع تغذیه صحیح، استراحت، ورزش و تفریح شما شود.
- تا حد امکان، روال روزمره ای برای برنامه های کاری، کارهای خانه و سرگرمی های خود حفظ کنید. این امر در میان شلوغی های روزمره (روزمرگی) و تردیدها و بی ثباتی های بیماری، به شما احساس ثبات می دهد.

ارتقاء انعطاف پذیری در جوانان

با اینکه امید به زندگی در جوانان مبتلا به بیماری های مزمن به طور چشمگیری بهبود یافته است، توجه کمی به ارتقاء پیشرفت روانی - اجتماعی جوانان و خانواده هایشان صورت گرفته است. در اکثر موارد، تأکید مداخلات فقط

روی ناتوانی است و مسایل مراقبت‌های بهداشتی نوجوانان و نیازهای طبیعی رشد نادیده گرفته می‌شود. اما متخصصان مراقبت بهداشتی، به خصوص به دلیل اینکه در حال حاضر با جوانانی با بیماری‌های مزمن در تماس هستند، بر روی مسایل کلیدی مشغول به کار می‌باشند که می‌تواند روی پیامدهای بهداشت جسمی و روانی تأثیرگذار باشد.

تحقیق در مورد انعطاف‌پذیری جوانان و خانواده‌هایشان حاکی از این است که از راهکارهای خاصی می‌توان برای ارتقاء عملکرد سالم^۱ استفاده کرد. این واقعیت که جوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده و اعضاء خانواده‌شان با خطر دوجانبه مشکلات سلامت روان مواجه هستند^۲، اهمیت ادغام راهکارهایی برای ارتقاء سلامت روانی مثبت در خدمات مراقبت بهداشتی برای این گروه از جامعه را مورد تأکید قرار می‌دهد. به علاوه مراقبت‌های بهداشتی برای نوجوانان با نیازهای مراقبت بهداشتی خاص باید با توجه آگاهانه به بافت خانواده ارایه شود زیرا خانواده در رشد و مراقبت روزانه جوانان نقش اساسی دارد. پزشکان باید مراقبتی ارایه نمایند که عملکرد سالم خانواده را مورد حمایت قرار دهد و از راهکارهایی که عملکرد خانواده را تضعیف می‌نمایند جلوگیری کند (مثلاً طراحی پروتکل‌های درمانی ثابت و تصمیم‌گیری برای خانواده‌ها، نه همراه خانواده‌ها).

سه توصیه ذیل برای طرح‌های درمانی، انعطاف‌پذیری را در جوانان با وضعیت مزمن و خانواده‌هایشان ارتقاء می‌بخشد.

^۱ - Healthy functioning

^۲ - Gortmaker, Walker, Weitzman, & Sobol, ۱۹۹۰; Lavigne & Faier-Routman, ۱۹۹۲

۱- نوجوان و خانواده اش را در طرح های درمانی به حساب آورید.

مسلماً جوانان و خانواده هایشان نقش اصلی در مدیریت روزانه بیماری مزمن دارند. در نتیجه، تأمین کنندگان^۱ طرح های درمانی باید تأثیر بیماری مزمن روی زندگی روزمره را درک کنند تا بتوانند طرح های درمانی واقع بینانه را در نظر بگیرند. مشکلات وقتی به وجود می آیند که بافت اجتماعی که جوان در آن زندگی می کند، را در طرح های درمانی لحاظ نکنند. طرح های درمانی باید حداقل وقفه را در زندگی روزمره ایجاد کند و رشد سالم جوانان را ارتقاء بخشد. تأمین کنندگان می توانند خانواده را به حساب بیاورند حتی اگر آنها در ملاقات ها حضور فیزیکی نداشته باشند. مثلاً، می توان از جوانان اطلاعاتی در مورد خانواده شان کسب کرد. هدف، درک جوان در بافت خانواده است.

۲- طرح های درمانی را بر مبنای قدرت و توانایی نوجوانان ایجاد کنید.

شناسایی قدرت و قابلیت ها به تأمین کنندگان طرح ها کمک می کند تا مداخلاتی طراحی کنند تا توانمندی هایی در نوجوانان با بیماری مزمن ایجاد شود. به علاوه، جوانان به اطلاعات خاصی در مورد توانایی ها و محدودیت های ویژه خود نیاز دارند تا بتوانند طرح های واقع بینانه ای برای زندگی آینده و برنامه ریزی هایی تحصیلی و زندگی داشته باشند. در مقابل، خدمات و برنامه هایی که فقط بر مبنای کمبودها هستند می توانند استعداد جوانان را محدود کنند، به خصوص که تأمین بودجه برای خدمات به اندازه و درجه آسیب بستگی دارد.

^۱ - Providers

۳- نیازهای رشد طبیعی جوانان و خانواده‌هایشان را لحاظ کنید.

معمولاً وضعیت پزشکی مرکز توجه تأمین کنندگان خدمات قرار می‌گیرد و سهم سلامت روان اغلب نادیده گرفته می‌شود. از آنجایی که شباهت جوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن با همسالان سالم خود بیشتر از تفاوت آنهاست، نگرانی‌های مشترک جوانان در مورد مراقبت‌های بهداشتی باید لحاظ شوند. این جوانان سزاوار مراقبت کاملی هستند که سلامت (خاص دوره جوانی) و مسایل مربوط به ناتوانی آنها در برنامه لحاظ شده باشد. به علاوه، والدین و سایر مراقبین عضو خانواده، باید وقتی نوجوان به بلوغ می‌رسد روش‌های جدیدی برای مدیریت بیماری مزمن وی بیابند. تأمین کنندگان می‌توانند این انتقال (از نوجوانی به بلوغ) را با گنجاندن تدریجی اطلاعات و آرایه آموزش در جلسات معاینه در مطب، که از سن کم شروع می‌شوند، تسهیل کنند. طرح‌های درمانی نیازمند ارزشیابی دوره‌ای هستند تا اطمینان حاصل شود که مناسب مرحله رشد و قابلیت‌های فرد جوان می‌باشند. مسایل رشدی باید در طرح‌های درمانی ادغام شوند تا عملکرد سالم جوان و خانواده‌اش پرورش یابد.

۱۰ روش برای ایجاد انعطاف پذیری

انجمن روانشناسی امریکا^۱

رابطه برقرار کنید. رابطه خوب با اعضاء خانواده، دوستان، یا سایر افراد اهمیت دارد. پذیرفتن کمک و حمایت از افرادی که به فکر شما هستند و به حرف های شما گوش می کنند انعطاف پذیری شما را تقویت خواهد کرد. برخی افراد درمی یابند که فعال بودن در گروه های شهری، سازمان های قابل اعتماد، یا سایر گروه های محلی، حمایت اجتماعی فراهم می کند و امید به زندگی را بهبود می بخشد. کمک به دیگران وقتی به یاری نیاز دارند می تواند برای فرد کمک دهنده هم مفید باشد.

به بحران ها به عنوان مشکلات غیر قابل حل نگاه نکنید. شما نمی توانید این واقعیت را نادیده بگیرید که وقایع تنش زا اتفاق می افتند، اما می توانید نحوه تعبیر و واکنش به این وقایع را تغییر دهید. سعی کنید فراتر از حال را ببینید. اینکه چگونه شرایط آینده ممکن است کمی بهتر باشد. به تمام روش های زیرکانه ای که ممکن است هنگام مواجهه با موقعیت های دشوار در شما احساس بهتری به وجود آورند توجه کنید.

بپذیرید که تغییر بخشی از زندگی است. ممکن است در نتیجه موقعیت های نامطلوب، نتوان به اهداف خاصی دست یافت. پذیرفتن شرایط غیرقابل تغییر به شما کمک می کند به شرایط قابل تغییر فکر کنید.

به سوی اهدافتان حرکت کنید. اهداف واقع بینانه وضع کنید. یک کار را به طور منظم انجام دهید. حتی اگر ظاهراً موفقیت کوچکی باشد - که به شما امکان می دهد به سمت هدفتان حرکت کنید. به جای تمرکز روی کارهایی که

^۱ - American Psychological Association <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.

ظاهراً دست نیافتنی هستند، از خودتان بپرسید، «چه کاری را امروز می‌توانم انجام دهم که به من در جهتی که می‌خواهم حرکت کنم کمک می‌کند؟»

کارهای سرنوشت ساز انجام دهید. تا می‌توانید روی موقعیت‌های نامطلوب کار کنید. کارهای سرنوشت ساز انجام دهید، نه اینکه به طور کامل از مشکلات و تنش‌ها جدا شوید و آرزو کنید که مشکلات از بین برود.

دنبال فرصت‌هایی باشید که بتوانید خود را کشف کنید. افراد اغلب چیزهای مهمی را از خودشان می‌آموزند، از این رو در نتیجه مبارزه با شکست‌های خود رشد می‌کنند. بسیاری از افرادی که مصیبت یا سختی را تجربه کرده‌اند، روابط بهتر، حس قدرت بیشتر حتی در هنگام آسیب‌پذیری، حس خودارزشمندی، علاقه به معنویات و علاقمندی بیشتری به زندگی از خود نشان می‌دهند.

دید مثبت در مورد خود را پرورش دهید. اعتماد به توانایی‌های خود برای حل مشکلات و اطمینان به استعدادهای خود به شما در ایجاد انعطاف‌پذیری کمک می‌کند.

دورنمای کارها را ببینید. حتی وقتی با وقایع بسیار دردناک مواجه هستید، سعی کنید موقعیت تنش‌زا را در بافت وسیع‌تری ببینید و دورنمای درازمدتی داشته باشید. و از بزرگ جلوه دادن وقایع بپرهیزید.

نگرش امیدبخشی داشته باشید. نگرش خوش‌بینانه به شما امکان می‌دهد که انتظار داشته باشید چیزهای خوب در زندگی‌تان اتفاق بیفتد. سعی کنید آنچه را که می‌خواهید تصور کنید، و نگران آنچه از آن می‌ترسید نباشید.

مراقب خود باشید. به نیازها و احساسات خود توجه کنید. به فعالیت‌هایی که از انجام آنها لذت می‌برید و برای شما آرام‌بخش است بپردازید. به طور منظم ورزش کنید. مراقبت از خود به شما کمک می‌کند تا ذهن و جسم خود را آماده مواجهه با موقعیت‌هایی کنید که نیازمند انعطاف‌پذیری می‌باشد.

راه‌های دیگری نیز ممکن است برای تقویت انعطاف‌پذیری مفید باشد. مثلاً، برخی افراد در مورد عمیق‌ترین افکار و احساسات خود و رابطه باضربه روحی^۱ یا سایر وقایع تنش‌زای زندگی خود می‌نویسند. مراقبه^۲ و ادای تکالیف مذهبی به برخی افراد کمک می‌کند روابطه ای برقرار کنند و امید خود را باز یابند. نکته اصلی تعیین روش‌هایی است که احتمالاً به عنوان بخشی از راهکار شخصی خودتان برای پرورش انعطاف‌پذیری مفید خواهد بود.

^۱- Trauma

^۲-Meditation

راهکارهایی برای بیماران و مراقبین عضو خانواده

بخش دوم: ایجاد سیستم های حمایتی

از اولین گام ها بعد از تشخیص بیماری مزمن، یافتن حمایت و یادگیری مدیریت بیماری است. با اینکه افراد پیرامون شما می توانند حمایت عاطفی و جسمانی اولیه ای که به آن نیاز دارید را برای شما فراهم می کنند، شما باید بزرگ ترین حامی و مدافع خودتان باشید. داشتن نقش فعال در بیماری خود و وجود سیستم حمایتی پیرامون، طرح مستحکمی برای سفر پیش رو به وجود خواهد آورد. برای کمک به بیماران برای انجام این کار، باید تغییراتی در سیستم های مراقبت بهداشتی و جامعه، برای حمایت از این بیماران به وجود بیاوریم تا نقش فعال تری در مدیریت بیماری شان ایفا کنند.

برنامه جدیدی که خیلی مورد توجه قرار گرفته است، ایجاد سیستم های حمایتی خودمدیریتی^۱ می باشد. مؤسسه مراقبت بیمارمبنتی بر شیوه خانواده محوری^۲، حمایت از خودمدیریت را این گونه شرح می دهد «به افراد دارای بیماری مزمن، آموزش و منابعی ارایه می شود و به گونه ای مورد حمایت قرار می گیرند که حس اطمینان و صلاحیت در زمینه مدیریت وضعیت شان، در آنها ایجاد می شود. ارایه کنندگان مراقبت های بهداشتی^۳ با بیماران و خانواده هایشان به طور مشترک کار می کنند تا در مورد مراقبت آنها تصمیم گیری کنند. برای بیماران مزمن، حمایت از خودمدیریت یعنی تغییرات در سبک زندگی و پیروی از رژیم های درمانی و دارویی. برای ارایه کنندگان مراقبت های بهداشتی، این حمایت به معنی مشارکت با بیمار و خانواده اش برای ایجاد برنامه مراقبتی می باشد.

^۱ - Self-Management

^۲ - The Institute for Patient and Family Centered Care

^۳ - Health Care Providers

سیستم حمایت از خودمدیریت، الگوی ارابه مراقبت را از الگوی سنتی سیستم ارابه مراقبت به یک رویکرد بیمار - خانواده محور تغییر داده است. بیماران، خانواده‌هایشان، و ارابه‌کنندگان رابطه احترام‌آمیز متقابلی ایجاد می‌کنند که همه به تخصص و مهارت یکدیگر احترام می‌گذارند، اطلاعات را صادقانه با هم در میان می‌گذارند، درک مشترکی از اهداف، اولویت‌ها، ارزش‌ها، و نیازهای بیماران و اعضا خانواده وی به وجود می‌آید».

این افراد با هم طرحی به وجود می‌آورند که مراقبت در محیط بالینی و خانه را هدایت می‌کند.

زمینه مهم دیگری که باید به آن توجه شود، نیاز به ایجاد چرخه‌ای از منابع، حمایت‌های اجتماعی، خانواده علاقمند به مراقبت، گروه‌های حمایتی، و سایر افراد مؤثر پیرامون شما، می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد که بدون یک سیستم حمایتی قوی، بسیاری از افراد نمی‌توانند بیماری خود را به صورت مؤثر مدیریت کنند، و در نتیجه به نتایج ضعیف‌تر و افزایش دفعات بستری، هزینه‌های بیشتر برای فرد و سیستم منجر می‌شود. یک روش مقرون به صرفه حمایتی، تشکیل گروه‌های حمایتی افراد با مشکلات مشابه^۱ است. این گروه‌ها بیماران را توانمند می‌کنند؛ به آنها امکان تماس با سایر افراد با بیماری مشترک می‌دهند، و مکانی برای مکالمه راحت در مورد هر بخشی از سفرشان فراهم می‌شود. این گروه‌ها برای اعضاء خانواده نیز بسیار مفید هستند.

در سال ۲۰۰۶، فدراسیون مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا سندی را منتشر کرد که ۷ الگو برای موفقیت در ایجاد برنامه‌های حمایتی بیماران مزمن با مشکلات مشابه را شرح می‌دهد. متن کامل سند موجود می‌باشد.^۲

برای هر فردی مهم است که مسیر، و افرادی که می‌خواهند به وی کمک کنند، را بیابد؛ افرادی که برای نیازها، بیماری و شخصیت وی مناسب باشد.

^۱ - Peer

^۲ - <http://www.familydocs.org/files/Building/۲۰Peer/۲۰Support/۲۰Programs/۲۰CHCF.pdf>.

برخی فقط از خانواده‌شان بهره می‌گیرند، اما برخی دیگر به سیستم‌های حمایتی اتکا می‌کنند که شامل گروه‌های با مشکلات مشابه، درمان فردی، دوستان، گروه‌های اجتماعی، وبلاگ‌ها و وبسایت‌ها می‌باشد. یافتن آنچه که کمک می‌کند شخصاً احساس حمایت کنید و فراگرفتن چگونگی زندگی کردن و کنار آمدن با بیماری‌تان، حایز اهمیت است.

جلب حمایت اجتماعی

مرکز خدمات بهداشت روان امریکا

منابع جامعه خود را بررسی کنید. آیا برای مشکل شما، گروه حمایتی وجود دارد؟ اکثر روزنامه‌های محلی، ایستگاه‌های رادیو و تلویزیون مجموعه‌ای از وقایع را با توجه به امکانات مالی (منابع) جامعه منتشر می‌کنند. آیا می‌دانید بیمارستان‌های محلی، آژانس‌های خدمات اجتماعی، یا بخش سلامت چه کار مفیدی می‌توانند برای شما انجام دهند؟ شاید کتابخانه محلی کتاب‌هایی در مورد وضعیت پزشکی شما داشته باشد؛ از کتابدار بخواهید به شما در پیدا کردن اطلاعات کمک کند.

مرکز خدمات بهداشت روان امریکا «کتابچه راهنمای مدیریت بیماری و بهبودی» را تهیه کرده است که شامل جزوه‌ای در مورد «جلب حمایت اجتماعی» که گزیده آن در ذیل می‌آید. تمرکز این جزوه، روی روش‌های افزایش حمایت اجتماعی در زندگی فرد است، لطفاً برای دریافت جزوه و کتابچه کامل به وب سایت مراجعه کنید.

«حمایت اجتماعی» به ایجاد روابط مفید، غنی و مؤثر اطلاق می‌شود. روابط وقتی حمایتی تلقی می‌شوند که روی موارد مثبت تمرکز کرده و دارای حداقل درگیری و مشاجره باشند.

اختلاف نظر در هر رابطه‌ای طبیعی است و روابط حمایتی می‌توانند گاهی اوقات با اختلاف نظر همراه باشند. اما اختلاف نظر در روابط حمایتی را معمولاً می‌توان به صورت آرام و مؤثر حل کرد.

حمایت اجتماعی می‌تواند نتیجه رابطه با افراد مختلف، نظیر اعضاء خانواده، دوستان، افراد همانند، همسر، دوست پسر / دوست دختر، همکاران، اعضاء گروه‌های مذهبی یا معنوی، هم‌کلاسی‌ها، پزشکان سلامت روان، و اعضاء گروه‌های حمایتی افرادی با مشکلات مشابه باشد. سیستم‌های حمایت اجتماعی در فرهنگ‌های مختلف، تفاوت عمده دارند.

افراد در مورد حمایتی بودن یک رابطه نظرات شخصی خود را دارند. همچنین در مورد آنچه از روابط خود می‌خواهند و رضایت از کمیت و کیفیت آن، دیدگاه‌های خودشان را دارند.

ممکن است پرسش‌های ذیل در ارزیابی معنای حمایت اجتماعی به شما کمک کند:

- چه کسانی در زندگی شما را مورد حمایت قرار می‌دهند؟
- افراد چه کارهایی انجام می‌دهند که از نظر شما حمایتی است؟
- از کدام جنبه‌های رابطه خود راضی هستید؟
- مایل به تغییر کدام جنبه‌های رابطه خود هستید؟
- از چه روش‌هایی افراد دیگر را مورد حمایت قرار می‌دهید؟
- آیا از روش حمایت خود از افراد دیگر راضی هستید؟
- آیا مایل هستید حمایت اجتماعی بیشتری در زندگی داشته باشید؟

افزایش حمایت اجتماعی

افراد اغلب به افزایش حمایت اجتماعی خود و بهبود روابط خود با دیگران علاقه مند هستند.

دو راهکار عمومی که می توان به کار برد:

- می توانید تعداد افرادی که با آنها رابطه دارید را افزایش دهید.
- می توانید کیفیت رابطه خود را با افرادی که با آنها تماس مستمر دارید بهبود بخشید.
- برای اکثر افراد تلفیق هر دو راهکار بسیار مفید است.

مکان های مطلوب برای ملاقات با افراد

می توانید افراد را همه جا ملاقات کنید. مهم نیست کجا هستید، همواره آماده ملاقات یک نفر باشید. هرچند ممکن است افراد را در جاهای مختلفی ملاقات کنید، اما جاهایی وجود دارند که ممکن است ملاقات با افراد را آسان تر کنند. این نقاط امکان عمومی هستند که معمولاً افراد برای تفریح، پیگیری یک علاقه یا پرداختن به کسب و کار در آنجا دور هم جمع می شوند. برخی نمونه ها عبارتند از:

- سازمان های محلی مثل کتابخانه ها یا انجمن های شهری
- مدرسه یا کلاس
- گروه های حمایتی
- محل کار
- جاهایی که افراد برای فعالیت های مذهبی یا معنوی دور هم جمع می شوند (کلیسا، کنیسه، معبد، مسجد و غیره)
- مراکز عمومی و حمایتی از گروه های بامشکلات مشابه

- باشگاه‌های ورزشی
- پارک‌ها
- موزه‌ها
- کنسرت‌ها
- گروه‌های علایق خاص مثل سیاست، سرگرمی، ورزش، حفاظت از محیط زیست یا تفریح
- کتاب فروشی‌ها، کافی‌شاپ‌ها
- برنامه‌های داوطلبانه

توصیه‌هایی برای شروع مکالمه

برای شناخت یا شناخت بهتر یک فرد، اینکه قادر به آغاز مکالمه باشید، مفیداست. شروع و ادامه مکالمات لذت‌بخش شامل تلفیق برخی مهارت‌ها است. این مهارت‌ها عبارتند از: انتخاب فردی که شنونده مکالمه باشد، داشتن موضوع جالبی برای مطرح کردن، و علاقه مندی خود را، به طرف مقابل نشان دادن.

برخی توصیه‌های خاص برای مکالمه در ذیل می‌آید:

- فردی را بیابید که مشغول نباشد.
- فردی را انتخاب کنید که خیلی مشغول نباشد. اگر فردی در حین انجام کاری باشد، ممکن است نخواهد کاری را که مشغول انجام آن است به خاطر صحبت با شما متوقف کند.
- یک موضوع جالب انتخاب کنید.
- موضوعی که انتخاب می‌کنید می‌تواند مربوط به کاری باشد که هنگام شروع مکالمه مشغول انجام آن هستید. مثلاً اگر در یک نمایشگاه هنری هستید، می‌توانید مکالمه‌ای را در مورد نقاشی که مشغول تماشای آن

هستید آغاز کنید. می‌توانید موضوع دیگری را نیز انتخاب کنید. مثل آب و هوا، وقایع اخیر یا ورزش. اگر فرد ناآشناست، می‌توانید مکالمه را با معرفی خود شروع کنید. اما در حین این کار، باید به موضوع بعد از معرفی نیز فکر کنید.

● به فرد طرف مکالمه نگاه کنید.

● تماس چشمی هنگام مکالمه با افراد مهم است زیرا به آنها نشان می‌دهد که شما به آنچه آنها می‌خواهند بگویند علاقمند هستید.

● اگر نگاه کردن در چشمان کسی برایتان آزاردهنده است، می‌توانید به جایی نزدیک چشمانشان، مثل پیشانی یا بینی، نگاه کنید.

● لبخند بزیند و سرتان را تکان دهید تا نشان دهید که در حال گوش دادن هستید.

بگذارید فرد (مقابل) بداند که دارید به حرف او گوش می‌دهید و به آنچه می‌گوید علاقمند هستید. علاقه نشان دادن به فرد دیگر حاکی از این است که نمی‌خواهید با زیاد صحبت کردن در مکالمه غالب باشید و اینکه پذیرنده نظرات و دیدگاه‌های طرف مقابل هستید.

● به آنچه می‌شنوید واکنش نشان دهید.

سؤال پرسیدن در مورد آنچه فرد دیگری می‌گوید و پاسخ دادن به نظرات وی باعث می‌شود بداند که به دیدگاهش علاقمند هستید. اگر فرد بی‌علاقه به نظر می‌رسد، موضوع را عوض کنید یا با احترام مکالمه را به اتمام برسانید.

● چیزهای خیلی خصوصی خود را بازگو نکنید.

وقتی می‌خواهید با فردی فقط آشنا شوید، از گفتن اطلاعات خیلی شخصی در مورد خودتان اجتناب کنید. چنین اطلاعاتی گاهی اوقات خیلی زود در مکالمه باعث می‌شود فرد احساس آزاردهنده‌ای پیدا کند و برقراری ارتباط با وی سخت‌تر شود. وقتی می‌خواهید فرد را بهتر بشناسید،

با وی در مورد موضوع‌های شخصی صحبت کنید تا بیشتر احساس آرامش کند.

راهکارهای نزدیک‌تر شدن به افراد

نزدیک‌تر شدن به دیگران، شامل برقراری دوستی و روابط نزدیک، هدف مهم خیلی از افراد است. ارزشمندترین روابط نزدیک، روابطی هستند که در آنها هر کس به دیدگاه و سلامت فرد دیگر اهمیت می‌دهد. برای نزدیک شدن به افراد مهم است که توانایی مطرح کردن مسایل خصوصی در مورد خودتان را داشته باشید و با دیگران صادق باشید. تا آنها بتوانند مسایل خصوصی خود را با شما مطرح کنند. مشتاق بودن برای کمک به فرد دیگر مهم است.

خلاصه نکات مهم در مورد جلب حمایت اجتماعی

- حمایت اجتماعی یعنی داشتن روابط مثبت، ارزشمند و مفید
- روابط بین فردی بخش مهمی از زندگی افراد هستند.
- روابط حمایتی می‌توانند به افراد کمک کنند تا استرس و عود کردن بیماری خود را کاهش دهند.
- حمایت اجتماعی را می‌توان با ارتباط با افراد بیشتر و بهبود کیفیت روابط موجود افزایش داد.
- مکان‌های مختلف زیادی برای ملاقات با افراد جدید وجود دارد.
- برای شروع یک مکالمه: فردی را بیابید که مشغول نباشد، یک موضوع جالب انتخاب کنید، و به آنچه فرد دیگر می‌گوید علاقه نشان دهید.
- نشان دادن به فرد مقابل که به وی اهمیت می‌دهید جزیی از رابطه نزدیک است.

- برای برقراری روابط نزدیک‌تر، که به بیان احساس‌های مثبت کمک می‌کند، از افراد سؤال‌هایی در مورد خودشان بپرسید، و به تدریج در مورد خودتان با آنها صحبت کنید.
- برای برقراری روابط نزدیک‌تر با افراد، که به درک نقطه‌نظرات دیگر کمک می‌کند، کارها را با هم انجام دهید، با هم به توافق برسید، و وقتی به شما نیاز دارند آماده کمک به آنها باشید.
- روابط نزدیک شامل افزایش تدریجی سطح دیده شدن بین مردم است.
- ایجاد یک سیستم حمایتی که برای شما، مثل یک فرد عمل می‌کند، حایز اهمیت است.

راهکارهایی برای بیماران و مراقبین عضو خانواده

بخش سوم: خودمدیریت^۱

در اکثر وضعیت‌های مزمن، بخش عمده‌ای از مدیریت روزانه بیماری بر عهده بیماران و خانواده‌هایشان است. با توجه به تعداد زیاد افرادی که در حال حاضر از یک بیماری مزمن رنج می‌برند و کمبود پزشکان موجود برای تمام این بیماران، یادگیری ابزارهای مدیریت خود راه حل احتمالی نجات‌بخشی برای بسیاری از بیماران خواهد بود. خودمدیریت عبارتی است که امروزه معمولاً برای توصیف تصمیم‌ها و اقدامات بیمار یا اعضاء خانواده‌اش، برای مواجهه با بیماری یا بهبود سلامت عمومی بیمار، به کار می‌رود. خودمدیریت می‌تواند شامل مدیریت جنبه‌های شخصی‌تر وضعیت خودتان، مثل درد، خستگی و معالجه، و ادغام تغییرات سبک زندگی سالم در رژیم غذایی، ورزش و کاهش استرس باشد.

حمایت از خودمدیریت از آموزش سنتی بیمار فراتر است، اما می‌توان تمرین‌هایی برای ایجاد مهارت‌های قوی‌تر حل مسأله، بهبود حس خودارزشمندی^۲، و افزایش توانایی بیمار برای کنترل موقعیت‌های واقعی خود در نظر گرفت تا استرس و فشار افراد کاهش یابد. این رویکرد جدید می‌تواند شامل تغییر سیستم در محیط مراقبت‌های اولیه باشد. پزشکان عمومی می‌توانند مدیریت بیمار از خود را، بوسیله ایجاد رابطه بهتر با بیمار برای شناسایی مشکلات از دیدگاه وی و تأمین این اطلاعات بر مبنای فردی یا از طریق منابع محلی مورد حمایت قرار دهند. آموزش بیمار معمولاً توسط یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ می‌شود؛ متخصصان مراقبت‌های

^۱- Self-Management

^۲- Self-Worth

بهداشتی، کارکنان اداره حمایت، سرگروه های بیماران با مشکلات مشابه، و سایر سیستم‌های حمایت اجتماعی می‌توانند مدیریت خود را آموزش داده و حمایت کنند.

به عنوان یک بیمار، مزیت افزایش اطلاعات در مورد بیماری، به فرد احساس کنترل بهتر، مالکیت و قدرت رویارویی با بیماری می‌دهد و مهارت‌های مواجهه فرد و ثبات هیجانی وی را افزایش می‌دهد. دانش منجر به توانمندی شخصی می‌شود.

چهار درس مهمی که افراد دارای بیماری‌های مزمن باید درک کنند عبارتند از:

۱. **بیماری‌شان جدی است.** هنوز افرادی وجود دارند که معتقدند دیابت‌شان خیلی جدی نیست. اگر اعتقاد نداشته باشند که مشکلی وجود دارد، هیچ تغییری برای بهبود سلامت خود انجام نخواهد داد.
۲. **خودشان می‌توانند وضعیت‌شان را مدیریت کنند.** هر تصمیمی که بیمار در طی روز می‌گیرد، از آنچه می‌خورد تا اینکه پیاده برود یا با اتوبوس، روی سلامت‌ش تأثیر می‌گذارد. به بیماران بگویید که خودشان مهم‌ترین افراد برای مدیریت بیماری‌شان هستند.
۳. **آنها حق انتخاب دارند.** برای درمان یک وضعیت به‌ندرت یک روش کامل وجود دارد. مثلاً، در مورد دیابت بیماران را می‌توان با رژیم غذایی و ورزش، داروی خوراکی، انسولین و غیره درمان کرد. بیماران باید بدانند که گزینه‌های درمانی مختلفی وجود دارند و باید ترغیب شوند تا هزینه‌های فردی و مزایای هر یک را مورد بررسی قرار دهند.
۴. **آنها می‌توانند رفتار خود را تغییر دهند.** به ندرت اتفاق می‌افتد که بیماران مطب دکتر را ترک و بلافاصله تغییرات توصیه شده را اعمال

کنند. واقعیت این است که تغییر اغلب باید به گروه‌ها یا مراحل مختلفی تقسیم شود. به بیماران بیاموزید که تغییرات رفتاری معنادار (چشم‌گیر) را می‌توان با تعیین اهداف، برداشتن اولین گام، و شکل دادن آنچه در طول مسیر در مورد خود می‌آموزند، ایجاد کرد.

۱۰ اصل مدیریت بیماری مزمن

سینتیا پرکینز^۱

خودمدیریت بیماری یعنی قبول مسئولیت اقدامات لازم برای مواجهه و زندگی به بهترین نحو ممکن با وجود محدودیت‌های معقول. مدیریت بیماری، فرد را برای بهبود کیفیت زندگی، کاهش ناامیدی و درماندگی و ارتقاء اعتماد به نفس و عزت نفس توانمند می‌سازد.

مراحل زیادی برای مدیریت بیماری وجود دارد و این مراحل ممکن است از یک هفته به هفته دیگر، یا از یک فرد به فرد دیگر تغییر زیادی داشته باشند. اما بدون توجه به تشخیص، اصول اساسی متعددی برای هر مسیر مراقبت بهداشتی وجود دارد.

این اصول عبارتند از:

۱- تغذیه صحیح

شما تحت تأثیر چیزی هستید که می‌خورید. آنچه می‌خورید تأثیری عمیق روی سلامت روانی و جسمانی شما دارد. خوردن غذای سالم برای عملکرد بهینه و معالجه نقش اساسی دارد. بسته به بیماری خاصتان، رژیم غذایی شما

^۱ - Cynthia Perlins

ممکن است شامل گنجاندن غذاهای جدید در رژیم غذایی یا حذف برخی غذاهای مورد علاقه‌تان باشد.

شما باید حداقل چیزهایی مثل شکر، کافئین، غذاهای تصفیه شده، و چربی‌های غیرسالم را حذف و این مواد را با غذاهای کامل مثل سبزیجات، غلات کامل، مغزها و دانه‌ها، میوه‌ها و گوشت قرمز و گوشت مرغ تازه یا یخ‌زده جایگزین کنید. رژیم غذایی شما ترجیحاً باید فاقد مواد شیمیایی، توکسین (سم) موجود در حشره‌کش‌ها، علف‌کش‌ها، افزودنی‌ها، رنگ‌ها و نگهدارنده‌ها، باشد.

معالجه و حداکثر عملکرد در بدنی که با غذاهای ناسالم تغذیه می‌شود نمی‌تواند اتفاق بیفتد.

۲- ورزش

گنجاندن ورزش در زندگی برای ذهن، جسم و روح مهم است. انتشار اندورفین، که با ورزش اتفاق می‌افتد، پیشرفت زیادی در روحیه و کاهش درد دارد.

ورزش علاوه بر کاهش بیماری قلبی، پرورش استخوان‌ها و عضلات سالم و مدیریت وزن، روش بسیار خوبی برای کاهش افسردگی، خشم، استرس و اضطراب و تقویت عزت نفس و اعتماد به نفس می‌باشد.

ورزش منظم سطح انرژی را بهبود می‌بخشد و کمک می‌کند بهتر و عمیق‌تر بخوابید، به سلامت روده‌ها کمک و سیستم ایمنی را تقویت می‌نماید.

۳- تغذیه روان

غذای روان درست به اندازه غذایی که وارد معده‌تان می‌شود اهمیت دارد. روش‌هایی برای تغذیه و نو کردن روان خود پیدا کنید. در فعالیت‌هایی شرکت

کنید که باعث می شوند احساس سلامت، سرزندگی و یکی شدن با دنیا داشته باشید. به فراموشی سپردن معنویات باعث فقدان شادی و رضایت از زندگی می شود.

یوگا، مراقبه، دعا (نماز) خلوت کردن با طبیعت، موسیقی، هنر، نوشتن، راه رفتن یا روابط معنادار عمیق منابع عظیم غذای روح می باشند.

۴- نقش فعالی در مراقبت های بهداشتی خود داشته باشید.

باید در مراقبت های بهداشتی خودتان نقش اصلی را ایفا کنید. به جای تبعیت منفعلانه از دستورهای پزشک، با تأمین کننده مراقبت های بهداشتی خود همکاری داشته باشید.

در طی روز ۲۴ ساعت با بدن خود هستید، بنابراین هیچ کس بهتر از خودتان نمی داند که بیماری یا رویکرد درمانی چه تأثیری روی شما و زندگی تان می گذارد.

در رویکردهای درمانی مشارکت فعال داشته باشید. تمام راه های ممکن را پیگیری کنید و گزینه ها را با پزشک تان در میان بگذارید.

۵- برقراری ارتباط

ارتباط مستقیم و صادقانه داشتن با تأمین کنندگان مراقبت های بهداشتی، دوستان، خانواده و غیره برای سلامت روانی و جسمانی به اندازه کیفیت روابط، مهم حیاتی است. اگر پزشکتان در مورد علائم بیماری شما و نحوه تأثیر بیماری و درمان روی شما مطمئن باشد، شما بهترین درمان ممکن را دریافت خواهید کرد.

افراد وقتی نیازهایشان به طور مؤثر برآورده می‌شود که درک متقابلی وجود داشته باشد و این امر با ارتباط اتفاق می‌افتد. برقراری ارتباط مانع بروز سوء تفاهم و تقویت احساس نزدیکی می‌شود.

۶- به خود آموزش بدهید.

هر چه می‌توانید در مورد بیماری و راه‌های درمان بیاموزید. با پزشکان، متخصصان تغذیه، تأمین‌کنندگان طب جایگزین^۱، سایر افراد دارای وضعیت خودتان مشورت کنید.

به کتابخانه یا کتابفروشی بروید و هر چه موجود است را بخوانید؛ در اینترنت جستجو کنید. ذهن خود را با معلومات در مورد تمام جنبه‌های وضعیت خود اشباع کنید تا بتوانید تصمیم‌های آگاهانه بگیرید. خودآگاهی، حس قدرت شخصی را بازمی‌گرداند.

۷- خود را هماهنگ^۲ کنید.

با توجه به زمان و انرژی خود اولویت‌ها را تعیین کنید. وظایف و فعالیت‌های خود را به دسته‌های سخت و آسان تقسیم و آنها را طبق اولویت لیست کنید.

ابتدا کارهای ضروری و مهم‌تر را، و سپس کارهای دیگر را، در زمانی که می‌توانید انجام دهید. اهداف درازمدت را به چندین هدف کوتاه‌مدت تقسیم کنید. سعی کنید با گام‌های کوچک به اهداف خود برسید نه به یکباره. همیشه در صورت لزوم به خود امکان استراحت بدهید و لیست را ناتمام بگذارید.

^۱- Alternative Health Providers

^۲- Pace

انعطاف پذیر باشید و محدودیت های خود را بپذیرید. وقتی در فعالیتی شرکت کرده اید و نیروی تان تحلیل رفته است به خود زمان بدهید تا سلامتی تان را بازیابید.

۸- شوخی و هیجان

شوخی و هیجان برای روح و سیستم ایمنی مفید است و به ما کمک می کند همه چیز را سر جای خود و به دور از نگرش منفی نگه داریم. شوخی و هیجان روحیه را بهبود می بخشد و زندگی را کمی آرام تر و قابل کنترل تر می کند. هر روز خود را با شوخی و هیجان تغذیه کنید.

نقل قول ها، تصاویر طبیعت یا لطیفه ها را در فضای روزانه خود نگه دارید و مرتب به آنها نگاه کنید؛ اگر به اینترنت دسترسی دارید، می توانید نقل قول یا لطیفه های روز را در صندوق پست الکترونیکی^۱ خود دریافت کنید. می توانید فیلم های خنده دار تماشا کنید، کاریکاتورها را ببینید و مجله ها یا کتاب های هیجان انگیز بخوانید.

۹- روابط اولیه را پرورش دهید.

همه به عشق و حمایت نیاز دارند و برای افراد دارای بیماری مزمن این موضوع بسیار مهم است و در فرآیند پذیرفتن و انطباق و مواجهه به آنها کمک می کند؛ روابط به زندگی ارزش می بخشد هیچ چیزی رضایت بخش تر از دوست داشتن و دوست داشته شدن نیست.

مسلماً بیماری مزمن به روابط آسیب و تنش وارد می کند و اگر چک نشوند، قابلیت تحلیل یا از بین بردن روابط را دارند. لازم است تلاش آگاهانه ای برای

^۱ - Email Box

تقویت روابط صورت گیرد. روابط بسیار مهم را در اولویت خود قرار دهید و زمان زیادی را به آنها اختصاص دهید. انتقال صادقانه احساسات را ترغیب کنید. با تأثیر بیماری روی روابطتان به طور مستقیم و صادقانه برخورد کنید. مردم تمایل دارند از جریحه‌دار کردن احساسات یکدیگر چشم‌پوشی کنند و سعی می‌کنند این کار را با اجتناب از بحث کردن انجام دهند؛ هرچند ممکن است در آن لحظه احساس ناراحتی نکنند، اما این مسئله در درازمدت، مخرب رابطه است. دوستانی پیدا کنید که حامی بوده و شما را بفهمند.

۱۰- استرس (تنش) را کاهش دهید.

زندگی تنش‌زاست و هیچ راهی برای حذف تنش وجود ندارد، حداقل ننگه داشتن و یافتن روش‌های حل و فصل مؤثر تنش بر یک مبنای روزانه برای جلوگیری از سنگینی بار آن روی توانایی‌های محدود جسمانی و هیجانی لازم است.

در صورت امکان، مسئولیت‌ها و کارها را به افراد دیگری در زندگی‌تان بسپارید. در صورت لزوم مدت ملاقات‌ها و فعالیت‌ها را کوتاه کنید. در فعالیت‌های آرامش‌بخش و تسکین‌دهنده مثل ماساژ، مراقبه، دعا و ورزش، شرکت کنید.

نگذارید مسابقه بی‌رحم زندگی شما را با تلاش برای زندگی طبق انتظارات دیگران درگیر کند. اکثر افراد جامعه سرعت زندگی بسیار ناسالمی دارند.

زندگی را آسان بگیرید؛ از چیزهای ساده زندگی لذت ببرید.

راهکارهایی برای بیماران و مراقبین عضو خانواده

بخش چهارم: مراقبین و حامیان

اگر فردی که به او عشق می‌ورزید مبتلا به سرطان، دیابت یا بیماری باشد که زندگی اش را تهدید می‌کند، ممکن است احساس ناامیدی و عجز کامل کنید. اما نباید این طور باشد.

تحقیقات نشان می‌دهد که خانواده و دوستان می‌توانند نقش زیادی در کمک به بیماران برای مواجهه با یک بیماری مزمن ایفا کنند. وقتی فردی از یک بیماری مزمن رنج می‌برد، مهم است که احساس کند واقعاً به او اهمیت داده می‌شود. مهم‌ترین موضوع نحوه تعامل با فرد بیمار است در اینجا به روش‌هایی که بیماران و خانواده‌هایشان می‌توانند حمایت مورد نیازشان را از دیگران دریافت کنند، اشاره می‌شود:

■ اسرار خانوادگی را کنار بگذارید. به عبارت دیگر، صداقت بهترین سیاست است. اغلب سعی می‌کنیم خانواده‌مان و افرادی را که دوستشان داریم از خبرهای بد حفظ کنیم، اما مخفی کردن بیماری جدی یک فرد از بقیه افراد خانواده می‌تواند نتیجه عکس داشته باشد. به طور مستقیم ارتباط برقرار کنید و با اعضای خانواده صادق باشید.

■ بچه‌هایتان را به حساب بیاورید. گرچه ممکن است درک بچه‌ها از موقعیت محدود باشد، آنها وقایع پیرامونشان را می‌فهمند. گاهی اوقات کودکان، خود را علت مشکلات یا وقایع اصلی که در اطرافشان رخ می‌دهد، تلقی می‌کنند. ممکن است فکر کنند بیماری پدر یا مادرشان نتیجه آن چیزی است که آنها انجام داده‌اند. صریح و صادق باشید و به کودکان بگویید که سؤال پرسیدن ایرادی ندارد. این کار به کاهش

اضطراب آنها کمک خواهد کرد. به خاطر داشته باشید، یک کودک می‌تواند منبع عظیمی از شادی، شور و اشتیاق برای فرد بیمار باشد.

- انتخاب کننده باشید. لزومی ندارد همه افرادی که زیر سقف آسمان هستند در مورد بیماری شما یا فرد مورد علاقه‌تان مطلع شوند. فردی را که می‌خواهید خبرهایتان را با وی در میان بگذارید به دقت انتخاب کنید. برخی روابط پیشرفت خواهند داشت و برخی روابط آسیب خواهند دید. آنچه مهم است این است که شما احساس کنید در میان گذاشتن اطلاعات با یک نفر، حس حمایت و قدرت بیشتری به شما می‌دهد.
- در مورد نحوه کمک خانواده و دوستان شفاف‌سازی کنید. مردم می‌خواهند احساس مفید بودن بکنند. از کمک یا مساعدت خواستن، مثلاً برای غذاپختن یا رساندن به مدرسه، خجالت نکشید.

هر چند در بسیاری از موقعیت‌ها کار مراقبین یا افراد حامی بیشتر منحصر به حمایت عاطفی یا رساندن به مطب دکتر است؛ آنها اغلب مسئول جنبه‌های جسمانی، احساسی و مالی روزانه یک عضو خانواده هستند که به واسطه بیماری نمی‌تواند از خودش مراقبت کند. همانطور که انتظار می‌رود، معمولاً اکثر توجه معطوف به فردی می‌شود که بیماری مزمن دارد و اغلب سایر اعضای خانواده یا افراد حامی برای مواجهه با مسئولیت‌ها و تغییرات جدید به حال خود رها می‌شوند.

تأثیرات بیماری مزمن روی زندگی خانوادگی عبارتند از:

- ممکن است کارهای روزمره تغییر کنند زیرا محدودیت‌های فرد بیمار و نیازهای درمانی ایجاب می‌کنند که سایر اعضای خانواده بیشتر در دسترس باشند.
- ممکن است لازم باشد مسئولیت‌های آرایه مراقبت در خانواده تقسیم شوند؛ این کار باعث می‌شود تمام اعضای خانواده در سلامت یک فرد

مورد علاقه مشارکت کنند و همچنین از خستگی مراقبی که عضو خانواده است، جلوگیری می شود.

ممکن است اعضاء خانواده احساسات قوی، مثل احساس گناه، خشم، ناراحتی، ترس، اضطراب، حالت افسردگی داشته باشند. اینها واکنش های طبیعی به استرس هستند. صحبت کردن در مورد این احساسات در خانواده مفید است.

ممکن است عضو بیمار خانواده بخواهد با توجه به محدودیت های ناشی از بیماری روش هایی برای مستقل شدن تاحد امکان پیدا کند.

علیرغم مقتضیات بیماری، ممکن است لازم باشد خانواده ها، برای حفظ حس داشتن یک زندگی «عادی»، سخت کار کنند. این امر به نفع فرد بیمار است، و شاید به وی کمک کند با زندگی خانوادگی بیشتر درگیر (قاطی) شود و احساس گناه در بیمار را کاهش می دهد زیرا بیماری مقتضیاتی برای کل خانواده ایجاد می کند.^۱

واضح است که گاهی اوقات مراقبین درست به همان اندازه فردی که بیماری مزمن دارد دچار آشفتگی هیجانی می شوند. بنابراین بسیار مهم است که مراقبین و افراد حامی به گسترش یک سیستم حمایتی بزرگ تر کمک کنند، سیستمی که به مراقبین مجال مراقبت از خود را بدهد، و به گونه ای آنها را توانمند سازد تا هر زمان که لازم باشد به صورت جسمانی و احساسی در دسترس باشند. از مقتضیات مراقبت این است که می تواند این حس وظیفه، مراقب را از پا درآورد و به اصطلاح «می سوزد» این موقعی است که مراقب نتواند به مدت طولانی به وظیفه خود عمل کند. نقش مراقب می تواند تنش زا باشد و برای فرد مراقب کمک گرفتن به منظور ادامه حمایت خوب برای افرادی که با بیماری دست و پنجه نرم می کند حایز اهمیت می باشد.

^۱ - American Association of Marriage & Family Therapy - http://www.Therapistlocator.net/families/Consumer_Updates/ChronicIllness.asp

تونی فوک^۱ رییس هیأت مدیره و بخش مراقبت خانوادگی فدراسیون جهانی سلامت روان، با مطلب فوق موافق است و می‌افزاید، "در سراسر جهان استرس به عنوان عامل مهمی که می‌تواند منجر به ابتلا به یک بیماری روانی شود، شناخته شده است و فردی که به نحوی از فرد دیگری که بیماری جسمی مزمن دارد مراقبت و حمایت می‌کند، اغلب در موقعیت تنش‌زایی قرار می‌گیرد. و اگر این موقعیت ادامه یابد، باید قبل از اینکه مراقب به یک بیماری روانی مبتلا شود، به طور مطلوبی حل و فصل شود تا مراقب به نحوی توانمند شود که بتواند به نقش خود ادامه دهد. یک روش برای تأمین این کار، تدارک وقفه مناسب یا «زمان استراحت» است این کار را اغلب می‌توان با تقسیم کار با فرد دیگری که رابطه نزدیکی با فرد بیمار دارد انجام داد. اما اگر این کار ممکن نبود، مراقبت کوتاه‌مدت بیمار با امکانات هدفمند می‌تواند جایگزین احتمالی باشد. متأسفانه، ممکن است مراقبین در موقعیتی قرار بگیرند که امکان وقفه و زمان استراحت وجود نداشته باشد و بنابراین باید برای مدیریت استرس خود به دنبال کمک باشند."

مراقبین عضو خانواده چه چیزی باید در مورد خستگی مفرط بدانند؟

ارایه مراقبت برای یکی از اعضاء خانواده، قرن‌هاست که نشانه محبت، عشق و وفاداری می‌باشد. و از آنجایی که امید به زندگی افزایش یافته است و درمان‌های پزشکی پیشرفت کرده‌اند، افراد بیش از پیش در فرایند مراقبت مشارکت می‌کنند. (خواه به عنوان آرایه دهنده مراقبت، دریافت کننده مراقبت یا احتمالاً هر دو)

^۱ - Tony Fowke

متأسفانه، اگر مراقبین حمایت لازم را دریافت نکنند، مراقبت می تواند عوارض سنگینی داشته باشد. مراقبت شامل تنش های زیادی می باشد: تغییر در پویایی خانواده، وقفه در کارهای خانه، فشار مالی، و کار زیاد. مزایای مراقبت - اگر وجود داشته باشند نامحسوس و خیلی دور هستند، و اغلب امیدی به پیامد خوب وجود ندارد.

علائم رایج و هشدار دهنده خستگی مفرط مراقب عبارتند از:

- نسبت به گذشته انرژی بسیار کمتری دارد.
- به نظر می رسد به هر سرماخوردگی یا انفولانزایی که در اطراف وی است مبتلا می شود.
- مدام احساس خستگی می کند، حتی بعد از خواب یا استراحت
- نیازهای خود را نادیده می گیرد، خواه به دلیل اینکه خیلی مشغول است یا اصلاً اهمیت نمی دهد.
- زندگی وی حول مراقبت می چرخد، اما احساس رضایت نمی کند.
- به سختی می تواند استراحت کند، حتی وقتی کمک در دسترس باشد.
- نسبت به کسی که از او مراقبت می کند بسیار بی حوصله و زودرنج می شود.
- احساس شرمندگی، عجز و ناامیدی می کند.

وقتی مراقب می شوید، دیگر برای رسیدگی به خود زمانی پیدا نمی کنید، اما خودتان باید زمانی بیابید. بدون این زمان، ممکن است قدرت روانی یا جسمانی حل و فصل استرس به عنوان مراقب را نداشته باشید. به خود امکان استراحت و انجام کارهای لذت بخش روزمره را بدهید تا مراقب بهتری باشید.

توصیه‌هایی برای مراقبت از خود:

- فعالیت‌هایی که شما را خوشحال می‌کند انجام دهید حتی اگر واقعاً آنها را دوست ندارید. به موسیقی گوش کنید، باغبانی کنید، کار تفننی انجام دهید. هر کاری که از انجام آن لذت می‌برید.
- به خودتان برسید یک دوش آب ولرم بگیرید و از روشنایی شمع استفاده کنید. زمانی را به آرایش یا ماساژ اختصاص دهید.
- غذاهای متعادل بخورید تا بدنتان پرورش یابد. زمانی برای ورزش بیاورید حتی اگر زمان کوتاهی برای پیاده‌روی روزانه باشد. تلاش کنید حداقل ۷ ساعت در شب بخوابید.
- خنده واقعاً بهترین درمان است یک کتاب خنده‌دار بخرید یا یک فیلم کمدی اجاره کنید. هر وقت توانستید، سعی کنید در موقعیت‌های روزمره چیزهای خنده‌دار پیدا کنید.
- یادداشت‌های روزانه داشته باشید. افکار و هیجانات خود را بنویسید. این کار به شما کمک می‌کند دورنمایی از موقعیت خود داشته باشید و روش مهمی برای رها کردن هیجاناتتان است.
- تماس تلفنی با یک عضو خانواده، دوست یا داوطلب از کلیسا یا مرکز نگهداری از سالمندان برنامه‌ریزی کنید تا هر روز یک نفر به شما زنگ بزند و مطمئن شود که همه چیز خوب است. این فرد می‌تواند با تماس با سایر افراد خانواده وضعیت را به روز کند یا به آنها بگوید که شما به چه چیزی نیاز دارید سعی کنید بعدازظهر یا غروب زمانی را به بیرون رفتن اختصاص دهید. از دوستان و خانواده بخواهید که به شما کمک کنند تا زمانی را بیرون از خانه سپری کنید. اگر بیرون رفتن سخت است، برای دیدن دوستان و خانواده آنها را دعوت کنید. با هم چای یا قهوه بنوشید. تعامل با دیگران مهم است.

بیماری جسمی مزمن – تأثیر آن روی سلامت روان: اطلاعاتی برای والدین، مراقبین و کسانی که با کودکان کار می کنند^۱

مقدمه

احتمال ابتلا به مشکلات هیجانی یا اختلالات رفتاری، در کودکان مبتلا به بیماری جسمی به مدت طولانی، دوبرابر است. این امر به خصوص در مورد بیماری های مغزی، مثل صرع یا فلج مغزی، صدق می کند.

چرا مشکلات سلامت روان خیلی شایع هستند؟

بیماری جدی یا ناتوانی می تواند باعث زحمت و استرس زیادی برای همه افراد خانواده، به خصوص والدین شود. کودکان بیمار، تجارب تنش زای بسیار بیشتری نسبت به کودکان سالم دارند. اکثر کودکان، از این موضوع ناراحت می شوند. گاهی اوقات این احساسات و رفتار آشفته می تواند ادامه یابد و این موضوع با دشوارتر کردن زندگی این کودکان، بر مشکلات بهداشتی آنها می افزاید.

بیماری جسمی مزمن چه تأثیری روی کودک و خانواده اش می گذارد؟
اکثر والدین و کودکان، بعد از تشخیص یک بیماری بسیار جدی و درازمدت، با آن کنار می آیند.

اثرات درازمدت

ممکن است کودکان بیمار، فرصت های کمتری برای یادگیری مهارت های روزمره، رسیدن به علائق و سرگرمی های خود داشته باشند. مشکلات آموزشی نیز رایج هستند.

^۱ - Royal College of Psychiatrists, UK.

- ممکن است کودک شما از مدرسه عقب بماند و مشکلات خاصی در یادگیری داشته باشد.
 - حتماً با معلم کودک‌تان به طور منظم در تماس باشید. ممکن است کودک شما در مدرسه به کمک بیشتری نیاز داشته باشد.
 - ممکن است کودک شما خود را متفاوت از کودکان دیگر ببیند، و از این موضوع متنفر باشد.
 - برخی کودکان افسرده می‌شوند.
 - برخی کودکان در برابر افراد قوی تر آسیب پذیر می‌گردند.
- برای شما به عنوان والدین حمایت اضافی از کودک‌تان آسان است. ممکن است «نه» گفتن (در این شرایط) سخت‌تر از حالت عادی باشد، و این کار کنترل وی را برایتان دشوار می‌کند و سخت‌تر می‌توان به آنها اجازه داد «پستی بلندی‌های» کودکی را مدیریت کنند. گاهی اوقات مواجهه با تمام پزشکان مختلف، و سایر متخصصان درگیر در بیماری کودک‌تان می‌تواند سخت و گیج‌کننده باشد. این کار می‌تواند برای هر کسی تنش‌زا باشد.
- گاهی اوقات برادرها و خواهرها احساس می‌کنند فراموش شده‌اند، یا به واسطه برادر یا خواهرشان احساس شرمندگی می‌کنند. شاید در قبال آنها احساس مسئولیت کنند. آنها ممکن است از مدرسه و زندگی اجتماعی عقب بمانند مورد آزار و اذیت قرار گیرند و دوستانشان را از دست بدهند.

چگونه می‌توان کمک کرد؟

- بسیار مهم است که به خاطر داشته باشیم که علیرغم مشکلاتی که بیماری طولانی مدت به‌وجود می‌آورد، اکثر کودکان و خانواده‌هایشان به خوبی از عهده آن برمی‌آیند و تنها تعداد اندکی با مشکل مواجه می‌شوند.
- تا حد امکان عادی زندگی کنید.
 - با کودک‌تان در مورد مشکلاتش صادق باشید.

- حتی المقدور کودک تان را خیلی کم محدود کنید.
- با خانواده هایی که تجارب مشابهی دارند ملاقات کنید.
- در صورتی که احساس می کنید از عهده کارها بر نمی آید کمک بخواهید.

کارهای زیادی می توان برای جلوگیری از گسترش مشکلات انجام داد. والدینی که تأثیرهیجانی بیماری روی کودک، و بقیه خانواده را درک می کنند، بهتر می توانند مشکلات را در مراحل اولیه تشخیص و کاری در مورد آنها انجام دهند.

از کجا می توانم کمک بگیرم؟

کسب اطمینان از وجود کمک و حمایت کافی بسیار مهم است. علاوه بر حمایت از سوی خانواده و دوستان سعی کنید:

- با یک وب سایت خانوادگی
 - پزشک عمومی تان
 - خدمات اجتماعی
 - مدرسه
 - ملاقات کننده بهداشتی یا پرستار مدرسه تماس بگیرید.
- اگر علائمی وجود دارد که نشان می دهند مشکلات احساسی یا رفتاری در کودک شما در حال شکل گیری هستند، پزشک عمومی می تواند شما را به خدمات محلی بهداشت روان کودک و نوجوان، برای توصیه تخصصی ارجاع دهد. ممکن است آنها توصیه کنند که کار خانوادگی می تواند مفید باشد. همچنین، ارتباط با سایر متخصصانی که در مراقبت از بیماری کودک شما دخیل هستند، اغلب مفید است. این کار به شما کمک می کند که هر مشکلی که در مورد درمان وجود دارد را حل و فصل کنید و به شما اطمینان می دهد که همه با هم همکاری مؤثری دارید.

درباره این جزوه^۱

این جزوه یکی از مجموعه جزوات برای والدین، معلم‌ها و کودکان تحت عنوان «بهداشت روان و رشد^۲» می‌باشد. هدف این مجموعه آرایه اطلاعات عملی و به روز در مورد مشکلات سلامت روان (اختلالات هیجانی، رفتاری و روانی) است که می‌تواند کودکان و نوجوانان را تحت تأثیر قرار دهد. این جزوه ها تأثیرات بیماری جسمی مزمن روی سلامت کودک را بررسی می‌کنند و توصیه‌هایی در مورد نحوه شناسایی و حل و فصل این مشکلات آرایه می‌کنند.

^۱ - Leaflet

^۲ - Mental Health and Growing Up

فصل چہارم

خدمات مراقبتی تلفیقی

خدمات مراقبتی تلفیقی

پیشرفت‌های اخیر در علوم زیستی و تحقیقات بالینی نشان می‌دهند که جسم و ذهن چگونه در سلامت و بیماری با هم تعامل مستقیم دارند. واضح است که علاوه بر وجود همزمان یا بروز همزمان مشکلات پزشکی و جسمانی؛ میان ذهن و جسم در پیشرفت بیماری یک همبستگی وجود دارد. اما این دانش و درک جدید، برای پزشکان سیستم‌های مراقبت بهداشتی و بیماران، چالش‌های جدیدی به وجود می‌آورد. ما باید این دانش را در زندگی روزمره بیمار و مراقبت بالینی وی اجرا کنیم. هرچه بیشتر بدانیم، کارهای بیشتری باید انجام دهیم. کار در دست اقدام، اطلاع‌رسانی به مراقبین، بیماران، و عموم مردم در مورد رابطه مهم و گسترده بین بیماری جسمانی و روانی است. یک رویکرد، ارائه برنامه‌های روز جهانی سلامت روان با لحاظ کردن ارتباط میان جسم و روان، تدارک برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی به عنوان فرصتی برای فکر کردن به افراد مبتلا به بیماری روانی و افراد ارائه دهنده مراقبت‌های بالینی و حمایتی است. همان طور که می‌بایست دیدگاه‌های مفهومی بیماری و آسیب را ادغام کرد، این برنامه‌ها نیز، به همین صورت، افراد دخیل، مقررات و سیستم‌های مراقبتی را به هم مربوط می‌سازند.

این که تصدیق کنیم ۹۹٪ بیماری به وسیله افراد (بیمار) و خانواده‌هایشان؛ در خانه، محل کار و مدرسه مدیریت می‌شود، خطاست. اما سیستم‌های بهداشتی ما هنوز به گونه‌ای رفتار می‌کنند که گویی متخصصان، کلینیک‌ها، و بیمارستان‌ها هستند که بیماری را مدیریت می‌کنند.

نورین کلارک، دارای درجه دکتری، مرکز مدیریت بیماری‌های مزمن

نقش بیماران، خانواده‌ها و عموم مردم

روبرت ام لوین

خلاصه: *ارایه آموزش عمومی در مورد اختلالات جسمی و روانی حایز اهمیت است، گزینه‌های زیادی برای شکل دادن برنامه‌های مناسب وجود دارد. روز جهانی سلامت روان، برای امداد در جوامع محلی و آموزش کارکنان ارایه دهنده مراقبت‌های بهداشتی، فرصت مناسبی است.*

موضوع رابطه بین اختلالات پزشکی و روانی باید به اطلاع عموم مردم برسد. بالا بردن آگاهی عموم مردم در مورد، مثلاً، نحوه تأثیر افسردگی و اضطراب عمومی روی متغیرهای کیفیت کلی زندگی، و در مورد عوامل خطر مخفی (خاموش)، از قبیل رابطه بین اختلالات اضطراب و فشارخون بالا، حایز اهمیت است. حتی برای افراد «سالم» و بدون بیماری‌های پزشکی حاد و مزمن، اقدامات پیشگیرانه غربالگری وجود دارد و می‌توان در مورد اثرات ظریف و نامحسوس اما معنادار اختلالات رایج روانی روی سلامت جسمی و طول عمر، آموزش ارایه نمود.

طرح‌هایی برای برنامه‌ها و مداخلات

در بررسی برنامه‌های خاص روز جهانی سلامت روان، گزینه‌های مختلفی برای افزایش آگاهی در مورد رابطه بین بیماری جسمی و روانی و هماهنگ کردن افراد دخیل وجود دارد. با توجه به گسترده بودن موضوع، انتخاب تمرکز خاص و مخاطبان به مکان و محل فرد بستگی دارد.

یک فرصت، با توجه به موضوع روز جهانی سلامت روان، آموزش افراد مبتلا به بیماری روانی و خانواده‌هایشان و به طوری کلی عموم مردم، در مورد افزایش احتمال بیماری پزشکی می‌باشد. این آموزش می‌تواند شامل برنامه‌ای برای

لحاظ کردن مسایل سبک زندگی، نحوه استفاده از سیستم پزشکان و درمانگاه های محلی، و اثرات جانبی داروهای روانپزشکی باشد.

یک برنامه برای بیماران، اعضاء خانواده شان و مؤسسات حمایت از سلامت روان می تواند بحث و گفتگو با پزشکان بهداشت روانی و جسمی و پرستاران و متخصصان تغذیه باشد. موضوع های مربوط عبارتند از: رژیم غذایی و تغذیه مناسب؛ اثرات پزشکی لیتیوم، داروهای ضدافسردگی، ضد روان پریشی، و تثبیت کننده های خلق؛ خطرات پزشکی الکل، تنباکو، و بیماری هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می شوند؛ اهمیت معاینات منظم پزشکی؛ چگونگی دریافت مراقبت در سیستم بهداشت محلی؛ و بحث های اولیه در مورد بیماری های پزشکی رایج در بیماران روان پریش، مثل دیابت، فشار خون بالا، و بیماری ریوی، و نحوه شناسایی آنها.

اینترنت محل ارزشمند دیگری برای انتشار اطلاعات است. اینترنت و برنامه های مبتنی بر وب (شبکه جهانی)، اگر موجود باشند، برای افرادی که نمی توانند در جوامع خود اطلاعات کسب کنند و نگران انگ شرکت در برنامه های مربوط به مبتلایان به اختلالات روانی هستند، امکان دسترسی فراهم می نماید. این برنامه ها می توانند برای سالمندان هم مفید باشند. مثلاً، وب سایت های مخصوص سالمندان در چین محبوبیت کسب کرده اند. با توجه به افزایش تعداد افراد سالمند در بسیاری از کشورها، و اینکه تعداد زیادی از آنها وابسته به خانه هستند یا منابع محلی محدودی دارند، اینترنت می تواند روش مؤثری برای دستیابی به این منابع باشد.

نقش درمانگاه ها و ارایه کنندگان^۱ خدمات سلامت روان

ارایه کنندگان خدمات سلامت روان می توانند برنامه‌ای برای کارکنان بالینی خود در مورد اهمیت وضعیت‌های پزشکی در بیمارانشان ترتیب دهند. این برنامه‌ها برای کارکنان بدون پیشینه پزشکی، مثل مددکاران اجتماعی و مسئولین پذیرش (افرادی که بیماران را، به درمانگران متناسب با مشکل آنها، ارجاع می دهند)^۲، بسیار مفید خواهد بود زیرا آنها اغلب با خود بیمار در خدمات بالینی تماس دارند و در هماهنگ کردن مراقبت‌های مربوط به بیماری روانی بیمارانشان نقش مهمی دارند.

این گفتمان را می توان با پزشکان، پرستاران، متخصصان تغذیه و داروسازان و با تأکید روی شرایط پزشکی مربوط، و در مورد آنچه باید در بیماران جستجو کرد و زمان و نحوه ارجاع به جامعه پزشکی محلی انجام داد.

موضوع این مکالمه‌ها می توانند شامل بیماری‌های پزشکی رایج مربوط به اختلالات روانی؛ علائم جانبی جسمانی و نورولوژیکی (عصبی) داروهای مربوط به بیماری روانی مثل تعریق، خشکی دهان، بی قراری حرکتی^۳، رعشه؛ مسایل مربوط به رژیم غذایی، سوء مصرف مواد، رابطه جنسی پرخطر و خطرات داروها هنگام حاملگی یا شیردهی می باشد.^۴

^۱ - Providers

^۲ - Case managers

^۳ - Akathisia

^۴ - Dr Robert Levin is at Harvard Medical School

نقش پزشکان مراقبت‌های اولیه و تخصصی^۱

پزشکان مراقبت‌های اولیه و تخصصی رابطه بین بهداشت و سلامت جسمی بیماران و بهداشت و سلامت روانی آنها را درک می‌کنند. ما از پیامدهای بیماری جسمی روی بهداشت روانی بسیاری از بیماران آگاه هستیم. افسردگی، به‌خصوص، بیماری همراه رایجی برای بسیاری از افراد دارای وضعیت‌های بهداشتی مزمن، مثل سرطان، بیماری قلبی، دیابت، ایدز و سل است. همچنین از نحوه تأثیر بیماری مزمن روی سلامت روانی بیماران آگاهییم.

این موضوع به خصوص روی بیماران دارای اختلال ذهنی و وضعیت‌های بهداشت روانی مزمن تأثیر می‌گذارد.

اثر مشترک سازمان جهانی بهداشت و سازمان جهانی پزشکان خانواده^۲ که در سال ۲۰۰۸ منتشر شد، اهمیت ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه را مورد تأکید قرار داد و نشان داد که این امر کارآمدترین راه برای اطمینان حاصل کردن از اینکه تمام افراد مراقبت‌های بهداشت روانی را، که به آن نیاز دارند، دریافت می‌کنند. در واقع در کار تمام پزشکان، خواه در مراقبت‌های اولیه مشغول باشند یا مراقبت‌های تخصصی، ادغام بهداشت روان مهم است.

این فراخون عمومی برای برقراری سلامت روان نیازمند ایجاد آگاهی و تغییر درک عمومی از این موضوع است. این فراخوان باید در مورد مسایل بهداشت روان در همه مردم حساسیت ایجاد کند.

این فراخوان نیازمند تعهد برای آموزش و تعلیم، با تأکید روی اهمیت لحاظ کردن مسایل بهداشت روانی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن، می‌باشد. این

^۱- Professor Michael Kidd and Dr Patrick Coker

^۲- The World Organization of Family Doctors (Wonca)

اقدام شامل آموزش دانشجویان پزشکی و پزشکان تازه کار و به عنوان بخشی از ادامه پیشرفت تخصصی مداوم تمام پزشکان می‌باشد.

این فراخوان روی نقش رهبری و حمایتگر پزشکان، در سطوح مراقبت‌های اولیه و تخصصی، در هر کشوری که نیاز به مدیریت مراقبت‌های جسمی و روانی هر یک از بیماری‌هایی که وضعیت نگران‌کننده‌ای در مورد بهداشت آن وجود دارد، تأکید می‌کند.

این فراخوان برای فعال شدن نیازمند این است که، حمایت ملی، محلی و گروهی، از قبیل اصلاح سرمایه‌گذاری را تقویت نماید، تا اطمینان حاصل شود که مراقبت‌های روانی با جسمی، برای افرادی که در پی دریافت مراقبت‌های اولیه و تخصصی هستند، تلفیق شده است.

این فراخوان نیازمند افزایش سرمایه‌گذاری برای تحقیقات بیشتر در جهت گسترش روش‌های مبتنی بر شواهد می‌باشد، روش‌هایی که در آنها مراقبت‌های بهداشت روان را می‌توان عملاً در مدیریت روزانه بیماری‌های جسمانی مزمن ادغام کرد. تحقیقات باید تأثیر بهداشت روانی بر روی بهداشت و سلامت جسمی را لحاظ کنند.^۱

^۱- WHO/Wonca. Integrating mental health into primary care: a global perspective. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). ۲۰۰۸.

نقش دولت‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد^۱

دکتر جان بوویس^۲، و دکتر دیومک دید^۳

خلاصه: دولت‌ها باید سیاست‌هایی اتخاذ کنند تا نیازهای اصلی مراقبت‌های بهداشتی شهروندانشان یعنی مراقبت‌های بهداشت روانی که با مراقبت‌های بیماری جسمی تلفیق شده‌اند در آن لحاظ شوند. سازمان‌های مردم‌نهاد در حیطه‌های تخصصی بهداشتی متفاوتی باید به هم بپیوندند تا مراقبت‌های هماهنگ را مورد تأکید قرار دهند.

برای حمایت از اقدامات دولت و سازمان‌های غیردولتی می‌توان استدلال‌های قوی‌تری در مورد ضعف سلامت روانی ارائه نمود. حدود ۴۵۰ میلیون نفر در دنیا با اختلالات عصبی یا روانی زندگی می‌کنند.

تنها ۱۲۱ میلیون نفر از ما با افسردگی سر می‌کنند (سه نفر از هر ۱۰۰ نفر در هر سال) هر سال یک میلیون خودکشی و ده میلیون تلاش برای خودکشی انجام می‌شود. با اینکه ممکن است یک نفر از هر سه نفر از ما که به ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه مراجعه می‌کند مشکلات بهداشت روانی داشته باشد، فقط یک مورد از شش مورد (دارای مشکلات روانی) تشخیص داده می‌شوند. آیا زمان آن نرسیده است که سیاستگذاران برای بیماری‌های روانی و بهداشت (سلامت) روانی اولویتهای شایسته‌تری قایل شوند؟

می‌توانیم احتمال برچسب زده شدن، مورد حمایت قرار گرفتن، تحقیر شدن، ترس، و تا حد زیادی یا کمتری، منزوی شدن از جامعه، از خانواده، محل کار، بازی و حتی از خدمات بهداشتی و اجتماعی را نیز مورد توجه قرار دهیم. قطعاً زمان آن فرا رسیده است که به افراد دارای مشکلات سلامت روان

^۱- NGOs

^۲- John Bowis

^۳- David MC Daid

همان احترام، همدردی و مراقبتی را اختصاص دهیم که اگر مشکلشان جسمی بود بدون تردید از آنها دریغ نمی‌کردیم.

اگر این بحث‌ها به اندازه کافی قانع‌کننده نباشند، هیچ پیشرفتی در حل مشکلات اجتناب‌ناپذیر سلامت جسمی، مربوط به افراد دارای اختلالات روانی صورت نمی‌گیرد. این احتمالات مدت بسیار زیادی است که در سیاست‌گذاری و در عمل به فراموشی سپرده شده‌اند، حتی اگر روی امید به زندگی، در بیماران مبتلا به بیماری جسمی همراه و اختلالات روانی، با سال‌های زیادی از عمر که غیرضروری به هدر رفته است تأثیر شدید داشته باشد. همچنین می‌توان کارهای بیشتری برای حمایت از نیازهای سلامت روان در افراد دارای وضعیت‌های مزمن، مثل سرطان، دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و تنفسی انجام داد. آیا زمان آن نرسیده است که اقدامی برای کاهش خطرات بروز همزمان مشکلات سلامت جسمی و روانی صورت گیرد؟

دولت و سازمان‌های مردم‌نهادنه تنها باید به نحوه کمک به عموم مردم برای درک اختلالات روانی، و ارزش کمک و حمایت به زندگی اجتماعی مستقل ایشان رسیدگی کنند، بلکه باید آگاهی از خطرات سلامت جسمی در افراد دارای مشکلات سلامت روانی را افزایش دهند. عموم مردم هم باید درک بهتری داشته باشند که افراد دارای مشکلات سلامت جسمی در معرض ضعف سلامت روانی هستند.

چه خدماتی باید ارایه شوند؟ پزشکان مراقبت‌های اولیه برای پرداختن به سلامت جسمی روانی به نحو مطلوبی انتخاب شوند. اما گسترش این رویکرد مستلزم همکاری و اعتماد بیشتر بین کاربران خدمات، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، خانواده‌ها و ارایه‌دهندگان خدمات، سازمان‌های مردم‌نهاد، صنعت و دانشمندان می‌باشد. آیا زمان آن فرا نرسیده است که تجارب و مهارت‌های منحصر به فرد مربوط به افرادی که با اختلالات جسمی و روانی

زندگی می‌کنند، به عنوان عوامل حیاتی (ضروری) طرح درمان فردی و برنامه‌ریزی خدمات شناخته شوند؟

آیا دلیل اقتصادی قانع‌کننده‌ای برای اقدام دولت‌ها وجود دارد؟ وضعیت اقتصاد جهانی دو واقعیت متناقض را نشان می‌دهد. افراد بیشتری در معرض مشکلات سلامت روانی، به خصوص افسردگی، قرار دارند. همزمان، فشار چالش‌های اقتصادی فردی یا ملی ممکن است فشارهای بیشتری روی بودجه‌های مراقبت بهداشتی وارد کند؛ و بودجه‌های سلامت روان کاهش خواهند یافت. به طور بالقوه فقط در اتحادیه اروپا می‌توان، از طریق مراقبت بیشتر، بهتر، مستمر و ادغام یافته برای افرادی که در معرض مشکلات همزمان سلامت جسمی و روانی هستند، به اندازه ۵۰ میلیون یورو در سال در هزینه‌های اقتصادی صرفه‌جویی کرد.

دولت‌ها اقداماتی برای مقابله با انگ^۱ ناشی از بیماری روانی انجام داده‌اند، تا سطح خودکشی را کاهش دهند، تا اصلاحات بهداشت روان را افزایش و مورد حمایت قرار دهند و سلامت روان را ارتقاء بخشند. صدور تفاهم نامه اروپایی اتحادیه اروپا در مورد بهداشت و سلامت روان نمونه‌ای از رویکردی است که در آن تمرکز و اولویت مشخصی برای اقدام در طول زندگی وجود دارد برای همه ما مهم است که به این ابتکارات اعتماد کنیم و دست به اقداماتی برای پیشگیری یا کاهش عواقب نامطلوب همزمانی مشکلات جسمی و روانی بزنیم.

ممکن است دولت‌ها در سطح ملی و محلی مزایای اقتصادی و بهداشتی پیشگیری از این بیماری‌های همراه را در نظر بگیرند؛ ممکن است به دنبال روش‌هایی برای کمک به افزایش آگاهی در این مورد در مراقبت‌های اولیه باشند، خواه این روش آموزش و راهنمایی در مورد موضوع باشد، یا ترغیب سیستم برای بررسی کل‌نگرانه نیازهای بیماران، آنها همچنین باید آنچه را که ممکن است، انگیزه‌های ایجاد رابطه بین متخصصان بهداشت (سلامت)

^۱ - Stigma

جسمی و روانی را تشویق کند، در نظر بگیرند. سازمان‌های مردم‌نهادی که مشکلات بهداشت روان یا مشکلات بهداشتی مزمن را به مردم معرفی می‌کنند، می‌توانند روش‌های کارگروهی را بیشتر در نظر بگیرند تا شرایطی برای اقدام و کمک به یکجا جمع کردن متخصصان رشته‌های مختلف بهداشتی فراهم شود تا در رویکرد مشترکی در مورد سلامت روان به توافق برسند. ما چالش‌های پیش‌رویمان را می‌شناسیم. پیامدهای انسانی، اجتماعی و اقتصادی ضعف سلامت روانی چشمگیر است، و با ضعف سلامت جسمی تشدید می‌شوند. زمان آن فرارسیده است که سیاستگذاران به تعهدات موجود برای اصلاح بهداشت روانی عمل کنند و موضوع سرمایه‌گذاری برای پیشگیری و کاهش اختلالات روانی در افراد دارای مشکلات بهداشتی مزمن را در نظر بگیرند. اگر افراد به مشکلات سلامت روانی مبتلا شوند، ممکن است به آسیب‌پذیرترین افراد جامعه تبدیل شوند. آنها به اقدامات دولت و سازمان‌های مردم‌نهاد برای حمایت از بهداشت روانی و جسمی‌شان اتکاء می‌کنند. آنها به کس دیگری نمی‌توانند اطمینان کنند. آیا زمان آن نرسیده است که این روال را متوقف کنیم؟^{۱۰}

^{۱۰} John Bowis is Former ME, MEP, UK Health Minister/Mental Health. His Email Address is: johnbowis@aol.com.
David McDaid is at the London School of Economics & Political Science in the UK. His Email Address is: d.Mcdaid@lse.ac.uk.

فصل آخر

نتیجه گیری

نتیجه گیری

مراقبت بهینه از بیماران، نیازمند تلفیق مفاهیم مختلفی در مورد سلامت و بیماری، و درگیر شدن مردم و ارایه کنندگان (خدمات) در نظام های متعددی می باشد.

برای درمان و پیشگیری از بیماری باید بر تمایل قابل درک در نظر گرفتن وضعیت های پزشکی و روانی به صورت جداگانه و نامرتبط فایق آییم، روز جهانی سلامت روان به ما این فرصت را می دهد که بیماران، پزشکان، سیستم های مراقبت بهداشتی و عموم مردم را یکجا جمع کنیم. ما می توانیم اطلاعات ملموسی برای افراد و پزشکان در مورد تأثیر متقابل بیماری روانی و بیماری جسمی فراهم و برای هماهنگی و ادغام سیستم های موجود ارایه دهنده مراقبت، تلاش کنیم.

