

کتاب جامع بهداشت عمومی

جلد ۳ : فصل دوازدهم : بهداشت روان

صفحه	عنوان	گفتار
۲۶۸۰	بهداشت روان (کلیات) دکتر مهدی پاک روان نژاد، دکتر مجید صادقی	اول
۲۶۹۲	سلامت روان در جهان و ایران دکتر محمد تقی یاسمی، دکتر احمد حاجبی، دکتر ونداد شریفی، دکتر علی خردمند، دکتر بهزاد دماری، دکتر علی اسدی	دوم
۲۷۱۴	مشکلات روانپزشکی در کودکان زیر پنج سال دکتر جواد علاقیند راد	سوم
۲۷۲۴	بزهکاری به عنوان آسیب اجتماعی دکتر زهراسادات مشکانی، دکتر سیدمنصور رضوی	چهارم
۲۷۳۸	اعتیاد دکتر مهرداد افتخار اردبیلی	پنجم
۲۷۶۰	اپیدمیولوژی خودکشی دکتر محسن رضائیان	ششم



پیش‌آزمون فصل دوازدهم :

- ۱ - بهداشت روان را تعریف کنید؟
- ۲ - ویژگی‌های مهم افرادی که از نظر روانی، سالم هستند را ذکر کنید؟
- ۳ - سطوح سه‌گانه پیشگیری در بهداشت روان را شرح دهید؟
- ۴ - اهمیت بهداشت روان را توضیح دهید؟
- ۵ - اهمیت ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشور را شرح دهید؟
- ۶ - اقدامات انجام شده مرتبط با پیشگیری اولیه بهداشت روان در ایران را ذکر کنید؟
- ۷ - اهمیت توجه به بهداشت روان کودکان و نوجوانان را بیان کنید؟
- ۸ - مفاهیم سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر را توضیح دهید؟
- ۹ - روند تاریخی سوء مصرف مواد در ایران را شرح دهید؟
- ۱۰ - اپیدمیولوژی سوء مصرف مواد در ایران را شرح دهید؟
- ۱۱ - عوامل خطرزا و محافظت‌کننده در مقابل ابتلاء به مواد مخدر را بیان کنید؟
- ۱۲ - رویکردهای درمانی به اعتیاد را توضیح دهید؟
- ۱۳ - بزهکاری را تعریف کنید؟
- ۱۴ - سطوح پیشگیری از بزهکاری را شرح دهید؟
- ۱۵ - گام‌های طراحی استراتژی‌های موثر بر پیشگیری و درمان بزهکاری را شرح دهید؟
- ۱۶ - استراتژی‌های پیشگیری از بزهکاری در ایران را توضیح دهید؟
- ۱۷ - نحوه ارزیابی روانپزشکی نوزادان و کودکان خردسال را شرح دهید؟
- ۱۸ - علل عمده نوروبیولوژیک اوتیسم را توضیح دهید؟
- ۱۹ - واژه خودکشی را تعریف نموده تفاوت آن را با اقدام به خودکشی، بیان کنید
- ۲۰ - مشکلات موجود در مطالعات اپیدمیولوژیک خودکشی را بیان کنید
- ۲۱ - نقش متغیرهای مربوط به شخص را در اپیدمیولوژی خودکشی، توضیح دهید
- ۲۲ - نقش مکان در میزان و نحوه خودکشی را بیان کنید
- ۲۳ - تفاوت عمده آمار خودکشی در ایران و سایر نقاط جهان را شرح دهید
- ۲۴ - آمار خودکشی در کشورهای اسلامی و غیراسلامی را مقایسه کنید
- ۲۵ - آمار خودکشی در کشورهای معتقد به ادیان توحیدی و لائیسزم را مقایسه کنید
- ۲۶ - نحوه پیشگیری از سطح اول خودکشی را با ذکر مثال توضیح دهید
- ۲۷ - نحوه پیشگیری از سطح دوم خودکشی را با ذکر مثال، توضیح دهید
- ۲۸ - نحوه پیشگیری از سطح سوم خودکشی را با ذکر مثال، توضیح دهید

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۲ / گفتار ۱ / دکتر مهدی پاک روان نژاد، دکتر مجید صادقی

بهداشت روان

فهرست مطالب

۲۶۸۱	اهداف درس
۲۶۸۱	مقدمه
۲۶۸۲	تاریخچه
۲۶۸۲	تعریف بهداشت روان
۲۶۸۳	تعریف سازمان جهانی بهداشت روان عبارت است از
۲۶۸۳	ویژگی‌های افرادی که از نظر روانی سالم هستند
۲۶۸۳	چند نشانه هشدار دهنده برای ضعف روانی
۲۶۸۴	جمعیت‌های آسیب پذیر در بهداشت روان
۲۶۸۴	اهمیت بهداشت روان
۲۶۸۵	انواع بیماری‌های روانی
۲۶۸۶	علل بیماری‌های روانی
۲۶۸۶	اولویت‌های بهداشت روانی
۲۶۸۷	اهداف بهداشت روان
۲۶۸۸	پیشگیری از بیماری‌های روانی
۲۶۸۸	۱- پیشگیری اولیه
۲۶۸۹	۲- پیشگیری ثانویه
۲۶۸۹	۳- پیشگیری ثالثیه
۲۶۹۰	برنامه کشوری بهداشت روان
۲۶۹۱	پزشکان عمومی و مسأله بهداشت روان
۲۶۹۱	منابع

بهداشت روان Mental health

دکتر مهدی پاک روان نژاد، دکتر مجید صادقی
گروه آموزشی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- بهداشت روان را تعریف نموده، تاریخچه آن را توضیح دهد
- ویژگی‌های افرادی که از نظر روانی سالم هستند را بیان کند
- اهمیت بهداشت روان را شرح دهد
- اولویت‌های بهداشت روان را توضیح دهد
- سطوح سه گانه پیشگیری در بهداشت روان را نام برده، با ذکر مثال شرح دهد.

مقدمه

بیماری‌های روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی، از هیچ طبقه اقتصادی - اجتماعی خاصی، در مقابل آن‌ها مصونیت نداشته و خطری است که بشر را همواره تهدید می‌کند. خوشبختانه نهضت بهداشت روانی در نیم قرن اخیر، افکار غلط و خرافات در مورد این بیماری‌ها را کنار گذاشته و نشان داده که اولاً بیماری‌های روانی، قابل پیشگیری بوده و ثانياً در صورتی که مانند سایر بیماری‌ها به موقع تشخیص داده و تحت درمان قرار گیرند به همان نسبت از مزمن شدن و عوارض آن‌ها کاسته خواهد شد. در راستای همین عقیده، بهداشت روانی که جزئی از بهداشت عمومی محسوب می‌شود به پیگیری موارد زیر می‌پردازد:

- افزایش سطح بهداشت روانی از طریق ارتقاء آگاهی‌های جامعه در مورد این بیماری‌ها
- شناسایی و تشخیص زودرس اختلالات روانی و درمان آنها
- پیشگیری از عوارض و عود بیماری و توانبخشی بیماران

- پیشگیری از بروز بیماری‌های روانی از طریق پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمی.

تاریخچه

در حقیقت بهداشت روان را می‌توان یکی از قدیمی‌ترین موضوعات به شمار آورد. زیرا بیماری‌های روانی از زمان‌های قدیم وجود داشته، بطوری که بقراط در حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد عقیده داشته که بیماران روانی را مانند بیماری جسمی باید درمان کرد. تقریباً از سال ۱۹۳۰ یعنی بعد از تشکیل اولین کنگره بین‌المللی بهداشت روان بود که این رشته بصورت جزئی از علوم پزشکی درآمد و سازمان‌های روانپزشکی و مراکز پیشگیری در کشورهای مترقی یکی بعد از دیگری فعالیت خود را شروع کردند.

در سال ۱۹۳۰ اولین کنگره بین‌المللی بهداشت روان با شرکت نمایندگان پنجاه کشور در واشنگتن تشکیل شد و مشکلات روانی کشورها و مسائلی از قبیل تاسیس بیمارستان‌ها، مراکز درمان سرپایی، مراکز کودکان عقب مانده ذهنی و نظایر آن مورد مطالعه قرار گرفت. ولی به فاصله ۱۸ سال بعد یعنی در سال ۱۹۴۸ در سومین کنگره بین‌المللی بهداشت روان که در لندن تشکیل شد اساس فدراسیون جهانی بهداشت روان بنیان گذاری شد و در همان سال این فدراسیون به عضویت رسمی سازمان یونسکو و سازمان جهانی بهداشت درآمد بطوری که این سازمان در ژنو نقش رهبری رسمی فدراسیون جهانی بهداشت روان را به عهده گرفت. از آن تاریخ به بعد هر سال یک جلسه بین‌المللی و هر چهار سال یکبار کنگره جهانی تشکیل شده و می‌شود. در نتیجه تلاش و کوشش‌های پیگیر روز ۱۸ فروردین مطابق با هفتم آوریل روز جهانی بهداشت اعلام گردیده در سراسر جهان مسائل بهداشتی کشورها مورد بررسی قرار می‌گیرد. ضمناً از مسئولین بهداشتی کشورهای مختلف خواسته شده تا برنامه‌های بهداشت روانی را جزو برنامه‌های بهداشت عمومی قرار دهند.

در کشور ایران نیز علیرغم آنکه از زمان محمدبن زکریای رازی و بعد، ابوعلی سینا به بیماران روانی (دیوانگان آن زمان) توجه داشته و برای آنها از دستورات مختلف دارویی و روش‌های گوناگونی همچون تلقین استفاده می‌کردند، ولی بطور رسمی در سال ۱۳۳۶ برنامه‌های روانشناسی و بهداشت روان از رادیوی ایران آغاز شد و در سال ۱۳۳۸ اداره بهداشت روانی در اداره کل بهداشت وزارت بهداشتی وقت، تشکیل گردید. اگرچه از سال ۱۳۱۹ تدریس روانپزشکی در دانشگاه تهران آغاز شده بود با قبول استراتژی P.H.C توسط جمهوری اسلامی ایران و ایجاد شبکه‌های بهداشتی درمانی، در کشور، موضوع بهداشت روان به منزله جزء نهم خدمات اولیه بهداشتی پذیرفته شد و در حال حاضر نیز از موضوعات بسیار ضروری در کشور، مورد توجه قرار دارد.

تعریف بهداشت روان

بهداشت روان، علمی است برای بهتر زیستن و رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی از اولین لحظات حیات جنینی تا مرگ اعم از زندگی داخل رحمی، نوزادی، کودکی تا نوجوانی، بزرگسالی و پیری را در بر می‌گیرد. *بهداشت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌هایی صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نموده و راه حل‌های مطلوب‌تری را برای حل مشکلاتشان انتخاب نمایند.*

تعریف سازمان جهانی بهداشت

عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب. نتیجه آنکه مفهوم بهداشت روانی عبارت خواهد بود از *تامین رشد و سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلاء به اختلال روانی، درمان مناسب و بازتوانی آن.*

ویژگی‌های افرادی که از نظر روانی سالم هستند

- این افراد نسبت به خود آرامش دارند یعنی به طور نسبتاً معقولی احساس امنیت و کفایت دارند
- توانایی‌های خود را در حد واقعی، ارزیابی می‌کنند، نه بیشتر و نه کمتر
- به خود احترام می‌گذارند (Self-respect) و کمبودهای خود را می‌پذیرند
- به حقوق دیگران احترام می‌گذارند
- می‌توانند به دیگران علاقمند شوند و آن‌ها را دوست بدارند
- می‌توانند احترام و دوستی دیگران را جلب کنند
- می‌توانند نیازهای زندگی خود را برآورده سازند و برای دشواری‌هایی که در زندگی آنها پیش می‌آید راه حلی پیدا کنند. آنها قادرند خود بیندیشند و تصمیم بگیرند
- قادرند مسئولیت‌های روزمره خود را با برگزیدن اهداف معقول پیش ببرند
- به طوری تحت تاثیر عواطف، ترس، خشم، عشق یا گناه خود قرار نمی‌گیرند که زندگیشان پریشان شود.

چند نشانه هشدار دهنده برای ضعف روانی

- احساس نگرانی دائمی
 - ناشادی دائمی به علل ناموجه
 - از دست دادن آسان تعادل روانی در بیشتر اوقات
 - بی‌خوابی مکرر
 - افسردگی و سرخوشی متناوب بصورت ناتوان کننده
 - احساس بی‌علاقگی و تنفر دائمی نسبت به مردم
 - آشفتگی زندگی
 - عدم تحمل دائمی فرزندان
 - همواره خشمگین و بعد دچار پشیمانی شدن
 - ترس بی‌جهت دائمی
 - دائماً حق را به جانب خود دادن و دیگران را ناحق شمردن
 - احساس درد و شکایت‌های بی‌شمار بدنی که علتی برای آن پیدا نمی‌شود.
- به عقیده دکتر میننگو اگر شخصی وجود یکی از علائم فوق را در خود قطعی بداند باید به او کمک شود.

جمعیت‌های آسیب پذیر (High Risk) در بهداشت روان

گرچه بهداشت روان به مفهوم گفته شده، خود را در برابر تمام بیماران و همه افراد سالم متعهد می‌بیند اما گروه‌ها و جمعیت‌هایی نیازمندی بیشتری داشته و آسیب پذیری زیادتری از نظر بهداشت روان دارند. این افراد عبارتند از: بیماران و معلولین روانی، عقب ماندگان ذهنی، بیماران صرعی، سالمندان، معتادان، بیکاران، نیازمندان اقتصادی، کودکان و نوجوانان، زنان باردار، جدا شده و داغ‌دیده، افراد بی سرپرست، زندانیان . . . و مهاجران.

اهمیت بهداشت روان

پیشرفت صنعت و تکنولوژی، قدرت و ثروت را افزایش داده ولی امکان زندگی با آرامش و صلح و اطمینان را از انسان سلب کرده و در حقیقت "کیفیت فدای کمیت" شده و اعتدال و تناسب کنار رفته و بیماری‌های عصبی - روانی و روان تنی، جانشین آن شده است. بطوری که آمار نیز حکایت از افزایش شیوع بیماری‌های روانی دارد و علل مختلفی را برای این افزایش شیوع بر شمرده‌اند که به مهمترین آنها اشاره می‌گردد:

علل افزایش شیوع بیماری‌های روانی

- بیماری‌های روانی مانند بیماری‌های جسمی کشنده نیستند و در نتیجه، مبتلایان به این نوع بیماری‌ها روی هم انباشته می‌شوند و احتیاج بیشتری جهت درمان سرپایی، بستری شدن و تخت بیمارستانی پیدا می‌کنند
 - عدم درک از نحوه شروع و طولانی مدت بودن بیماری در نتیجه عدم اطلاع از بیماری، درمان به موقع انجام نمی‌شود که همین امر باعث مزمن شدن بیماری گشته و بیماری غیرقابل علاج می‌گردد
 - عدم برنامه صحیح و اطلاع کافی از روش‌های پیشگیری و درمانی که خود باعث انباشته شدن و ازدیاد این نوع بیماران می‌گردد
 - برحسب برآورد سازمان جهانی بهداشت امروزه ۲۵٪ مردم جهان دچار یکی از انواع اختلالات روانی - عصبی - رفتاری هستند (به جز اعتیاد به مواد مخدر، الکل و سایر موارد).
- ناتوانی و از کارافتادگی (disability) ناشی از بیماری‌های روانی، اغلب شدید و طولانی است و بار سنگینی بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. بطور کلی ۱۰/۶٪ بار کلی بیماری‌ها (Global Burden of Diseases) مربوط به بیماری‌های روانی است و با محاسبه سال‌های تقریبی ناتوانی در طول عمر (Disability Adjusted life years: DALY) این رقم به ۲۸٪ افزایش می‌یابد.
- لازم به توضیح است که در مطالعه بار جهانی بیماری‌ها بر روی میزان ناتوانی ایجاد شده توسط بیماری‌ها تاکید می‌گردد. مثلاً آیا مرگ و میرها ارزش یکسانی دارند، یعنی مرگ یک فرد ۸۰ ساله با مرگ یک فرد ۲۵ ساله فرق نمی‌کند؟ آیا فشاری که از طریق بیماری‌ها بر فرد و خانواده وی وارد می‌آید یکسان است؟ میزان ناتوانی ایجاد شده توسط یک بیماری چقدر است؟
- این بررسی نشان داده که در طول دو دهه آینده بیماری‌های روانی بعنوان اولویت عمده بهداشتی کشورهای

جهان خواهد بود. به طوری که هم اکنون از ۱۰ بیماری عمده‌ای که سبب ناتوانی می‌شوند ۴ بیماری مربوط به اختلالات روانی است: افسردگی یک قطبی (۱۰/۷)، اختلال خلقی دو قطبی (۳٪)، اسکیزوفرنی (۲/۶٪)، وسواس (۲/۲٪) (جدول ۱)

جدول ۱ - ده علت اصلی ناتوانی در سطح جهان

ردیف	علت	فراوانی (به میلیون)	درصد
۱	افسردگی یک قطبی	۵۰/۸	۱۰/۷
۲	کم خونی فقر آهن	۲۲	۴/۷
۳	سقوط	۲۲	۴/۷
۴	استفاده از الکل	۱۵/۸	۳/۳
۵	C.O.P.D	۱۴/۷	۳/۱
۶	افسردگی دو قطبی	۱۴/۱	۳
۷	ناهنجاری مادرزادی	۱۳/۵	۲/۹
۸	استئوآرتریت	۱۳/۳	۲/۸
۹	اسکیزوفرنی	۱۲/۱	۲/۶
۱۰	Obsessive compulsive Disorders	۱۰/۲	۲/۲

میزان شیوع اختلالات روانی در ایران در مناطق مختلف از ۹٪ تا ۳۶٪ متغیر است. طبق مطالعات، ۳٪ از بیماران روانی و ۱/۶٪ از جمعیت ۱۵ سال به بالا به نحو شدیدی، از لحاظ روانی بیمار بوده و به درمان جدی روانپزشکی نیاز داشته‌اند. ۱۵/۳٪ از این گروه سنی بیماری‌های خفیف روانی و ۲۶/۶٪ مسائل عاطفی مختلف داشته‌اند.

انواع بیماری‌های روانی

۱ - بیماری‌های عمده یا روان پریشی (Psychosis)

- **روان گسیختگی (schizophrenia):** شکاف شخصیت و عدم احساس واقعیت
- **افسردگی - سرخوشی (Manic-depressive):** افسردگی ژرف و هیجان شدید نوسان دار
- **سوء ظن شدید و هذیان (paranoia):** سوء ظن بی دلیل به همه چیز در چارچوب توهم

۲ - بیماری‌های غیر عمده

- **روان نژندی یا نوروز:** از دست رفتن توانایی واکنش هنجار در برابر موقعیت‌های گوناگون زندگی
- **اختلالات شخصیتی:** ناشی از تجربیات اسف انگیز دوران کودکی

علل بیماری‌های روانی

بیماری‌های عضوی: آرترواسکلروز عروق مغزی، سرطان‌ها، بیماری‌های متابولیک، برخی بیماری‌های نورولوژیک، بیماری‌های غدد درون‌ریز، بعضی از بیماری‌های مزمن، صرع و ...

وراثت: در کودکی که پدر و مادرش هر دو روان گسیخته‌اند، احتمال ابتلاء به روان گسیختگی ۴۰ درصد بیشتر از کودکانیست که پدر و مادر سالمی دارند.

عوامل محیطی و اجتماعی: نگرانی‌ها، تنش‌های عاطفی، ازدواج‌های اجباری، گسستگی خانواده، فقر، شهرنشینی، صنعتی شدن جامعه، مهاجرت، عدم امنیت اقتصادی، طرد شدن، از یاد رفتن، ظلم و ...

سایر عوامل محیطی :

- سمومی مثل جیوه، دی‌اکسید کربن، منگنز، قلع، ترکیبات سرب و غیره
- داروهای نظیر باربیتورات‌ها، گریزوفولونین، الکل و غیره
- کمبودهای تغذیه‌ای مثل کمبود ویتامین و پیریدوکسین، کمبود ید و غیره
- عفونت‌ها مثل سرخک، سرخجه و عفونت‌های پیرامون زایمانی که بر تکامل مغزی تاثیر دارند
- پرتوتابی در هنگام تکامل عصبی

حوادث و تصادفات : اعم از حوادث و بلایای طبیعی و ساخته دست بشر.

نقش مذهب:

در سال‌های اخیر مطالعات متعددی در رابطه با مذهب و اهمیت آن در تامین بهداشت روانی در جای جای دنیا صورت گرفته است. طی مطالعه‌ای که در منطقه کارولینای شمالی آمریکا در مورد رابطه تعلق‌های مذهبی با افسردگی اساسی در گروه‌های مختلف مذهبی انجام شده، مشخص گردیده است که در گروهی از مسیحیان به نام پنتاکستال‌ها که ظاهراً رفتارهای انزواگرایانه اجتماعی دارند شیوع افسردگی اساسی بیشتر از دیگر گروه‌های جامعه است. طی مطالعه دیگری در زنان مسن مبتلا به شکستگی لگن مشخص گردیده که شیوع و شدت افسردگی و عوارض روانی ناشی از شکستگی لگن در زنانی که دارای اعتقادات مذهبی هستند به مراتب کمتر بوده و وضعیت حرکتی بهتری در این زنان مشاهده می‌شود. ضمناً در مطالعات غربالگری علایم افسردگی در دانش آموزان دبیرستانی شهرهای مختلف کشور نیز در افراد با درجه بالای عقاید مذهبی و مقید به انجام فرایض دینی، میزان افسردگی به صورت معنی داری کمتر بوده که همگی این مطالعات و بسیاری از پژوهش‌های دیگر، حاکی از تاثیر مثبت و آرامبخش ایمان مذهبی متعادل همراه با نگرش مثبت اجتماعی در تامین سلامت روانی و به همراه آن کاهش افسردگی، می‌باشند.

اولویت‌های بهداشت روانی

پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های افسردگی، اسکیزوفرنی، زوال عقل، عقب ماندگی ذهنی، صرع و

همچنین مبارزه با خودکشی از اولویت‌های بهداشت روانی است. به همین دلیل به وضعیت این موارد در ایران اشاره می‌کنیم:

۱- افسردگی: شیوع افسردگی در ایران حدود ۷/۷٪ جمعیت ۱۵ ساله به بالا است و بنابراین در هر مقطعی از زمان حداقل حدود ۵ میلیون نفر دچار این بیماری هستند.

۲- اسکیزوفرنی: وخیم‌ترین بیماری روانی محسوب می‌شود. به ویژه این که این بیماری در سنین نوجوانی و جوانی آغاز می‌گردد و در اکثر موارد سیر مزمن و مادام‌العمری را طی می‌کند، شیوع این بیماری حدود ۱٪ است و بنابراین تعداد این بیماران در ایران بیش از نیم میلیون نفر می‌باشد.

۳- زوال عقل (دمانس): با بالا رفتن سطح بهداشت عمومی و افزایش میانگین سنی جامعه تعداد موارد زوال عقلی به تدریج بالاتر خواهد رفت. در یکی از بررسی‌ها شیوع این اختلال در ایران ۰/۲۵٪ ذکر شده است (حدود ۱۵۰ هزار نفر)

۴- عقب ماندگی ذهنی: شیوع آن حداقل ۲ درصد و تعداد مبتلایان ۱/۲۰۰/۰۰۰ نفر است که حداقل ۱۰٪ آنها دچار عقب ماندگی شدید هستند.

۵- صرع: می‌توان گفت که شیوع بیماری صرع در جوامع مختلف به طور متوسط حدود ۱٪ است که در جوامع در حال توسعه بیشتر از جوامع توسعه یافته گزارش شده است. در گزارشی از یکی از مناطق ایران شیوع صرع گراندمال ۲٪ آمده است.

۶- خودکشی: امروزه خودکشی سومین علت مرگ در سنین ۱۵ تا ۳۰ سالگی را به خود اختصاص داده است و ۹۵٪ افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند مبتلا به بیماری‌های روانی بویژه افسردگی هستند.

اهداف بهداشت روان

بطور کلی بهداشت روانی دارای چهار هدف اصلی است:

۱- خدماتی: ارائه خدماتی است، در جهت تامین سلامت فکر و روان افراد جامعه، پیشگیری از ابتلا به اختلالات روانی، بیماریابی، درمان سریع و پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات عصبی روانی به طور سرپایی و یا بستری، کمک‌های مشاوره‌ای به افرادی که دچار مشکلات روانی، اجتماعی و یا خانوادگی شده‌اند.

۲- آموزشی: عبارت است از آموزش بهداشت روانی به افرادی که با بیماران روانی سرو کار دارند و همچنین آموزش بهداشت روانی همگانی و آشنا ساختن مردم جهت همکاری و استفاده از سرویس‌های موجود در صورت مواجهه با استرس‌ها و مشکلات روانی، ارائه مفاهیم و شناخت اختلالات روانی به دست اندرکاران امر بهداشت در سطوح مختلف است.

۳- پژوهشی: شامل تحقیق در زمینه پیشگیری و نیز علل، نحوه شروع و درمان اختلالات روانی، عقب ماندگی ذهنی، اعتیاد و انواع انحرافات اجتماعی بوده که جایگاه این پژوهشها می‌تواند در مدارس، دانشگاه‌ها، سربازخانه‌ها، مراکز قضائی و انتظامی، کارخانه‌ها، درمانگاه‌های عمومی، مراکز بهداشتی درمانی و نظایر آن باشد.

۴ - طرح و برنامه ریزی بهداشتی: شامل برنامه ریزی در باره ایجاد و گسترش مراکز جامع روانپزشکی منطقه‌ای، مراکز بهداشت مادر و کودک، مراکز کودکان استثنایی، مراکز ارائه خدمات درمان‌های روانپزشکی و ایجاد هماهنگی بین برنامه‌های خدماتی، آموزشی و پژوهشی است.

پیشگیری از بیماری‌های روانی

۱- پیشگیری اولیه (سطح اول)

پیشگیری اولیه عبارت است از کلیه اقداماتی که منجر به جلوگیری از بروز بیماری می‌شود، مثل واکسیناسیون در طب عمومی. پیشگیری اولیه در روانپزشکی به دلیل چند عاملی بودن اتیولوژی بیماری‌ها به سادگی امکان پذیر نیست و لذا هدف اصلی پیشگیری در این سطح، مقاوم نمودن افراد جامعه و بویژه اقشار آسیب پذیر در برابر اختلالات روانی از طریق مهار و کنترل ناهنجاری‌های ژنتیکی، وراثتی، محیطی و خانوادگی است. در حالی که کلیه افراد جامعه گروه هدف را تشکیل می‌دهند، اهداف زیر بطور اختصاصی در این مرحله دنبال خواهد شد:

- ۱ - تاثیر شرایط محیطی و آلودگی‌های زیست محیطی، شرایط اجتماعی و اقتصادی بر سلامت روان
- ۲ - نقش عوامل ژنتیکی در بروز اختلالات روانی
- ۳ - پی‌آمدهای اجتماعی ازدواج‌های خویشاوندی، زودرس و ازدواج با افراد حامل و ناقل ژن معیوب
- ۴ - ارتباط بین وضعیت روانی، در دوران بارداری و سلامت روان کودک پس از تولد
- ۵ - نیازهای انسانی در مراحل مختلف رشد از جمله طفولیت، کودکی، نوباوگی، نوجوانی، میانسالی و سالمندی
- ۶ - نقش اولیاء و محیط خانواده در سلامت روان کودکان و نوجوانان
- ۷ - نحوه رویارویی با عوامل اضطراب‌انگیز محیطی و اجتماعی

اهداف فوق از راه‌های زیر قابل حصول است:

- ۱- انجام تحقیقات سبب‌شناسی به منظور کشف نقش عوامل ژنتیکی، محیطی و خانوادگی در تخریب سلامت روانی افراد در جامعه
- ۲ - همکاری بین تخصصی با متخصصین رشته‌های مختلف و همکاری بین بخشی با ارگان‌های ذیربط
- ۳ - آموزش همگانی بهداشت روانی به کلیه اقشار
- ۴ - همکاری مستمر با رهبران مذهبی و سیاسی مردم
- ۵ - مشاوره‌های خانوادگی و فردی و گروهی
- ۶ - جلب همکاری و تشویق افراد جامعه در بهره برداری مطلوب از خدمات بهداشت روانی همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد براساس مطالعات انجام شده در دانش‌آموزان شهرهای تهران، کرج، یزد و اردکان، مشخص شده است که مذهبی بودن دانش‌آموزان و خانواده‌های آنان رابطه معکوس و معنی داری با بروز افسردگی دارد و بنابراین توجه به عقاید معنوی و باورهای مذهبی و التزام به احکام دینی در

فضای فرهنگی جامعه و خانواده‌ها نقش اساسی در پیشگیری اولیه افسردگی و به دنبال آن تامین سلامت روانی دارد و به طور قطع یکی از سازوکارهای این پدیده جمله روح افزای دل آرام گیرد به یاد خدای، ملهم از آیه شریفه قرآن “ اَلَا بِذِكْرِ اللّٰهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ ”، می‌باشد.

۲- پیشگیری ثانویه (سطح دوم)

هدف اصلی در این مقطع جلوگیری از عوارض اختلالات روانی در افراد جامعه با تشخیص به موقع، درمان مناسب و زودرس و پیگیری منظم می‌باشد.
انتظار می‌رود اهداف زیر در این سطح پیشگیری برآورده شود :

- ۱ - بیماریابی به منظور تشخیص سریع و به موقع علایم غیرعادی و یا رفتارهای نامتعادل در افراد
- ۲ - درمان فوری، زودرس و کامل، جهت رفع علایم سبک اختلالات در بین افراد شناسایی شده
- ۳ - درمان نگهدارنده به منظور پیشگیری از بازگشت عوارض اختلالات تا حصول کامل بهبودی در بین افراد آسیب دیده جامعه
- ۴ - پیشگیری از بروز علایم شدید در بین افراد مبتلا و ایجاد سازگاری بین آنها و خانواده
- ۵ - جلوگیری از بالا رفتن میزان عود و دفعات بستری
- ۶ - ارائه خدمات مراقبت.

اهداف فوق از راه‌های زیر قابل حصول می‌باشد :

- ۱ - آموزش چهره به چهره افراد جامعه در خصوص نقش پیگیری به خصوص پیگیری الزامی در موارد سایکوز و صرع
- ۲ - شناسایی افراد در مدارس، خانواده‌ها و محل کار آنها جهت تشخیص و درمانی به موقع
- ۳ - ارائه خدمات درمانی مناسب و به موقع از طریق فراهم آوردن امکانات و شرایط لازم (فوریت‌ها، سرپایی و بستری)
- ۴ - همکاری بین تخصص‌های مختلف بهداشتی درمانی
- ۵ - آموزش‌های لازم در جهت حذف باورهای غلط و تعصبات نادرست مردم و اصلاح نگرش، دانش، و مهارت آنها در خصوص تفسیر و تعبیر اختلالات روانی، انتخاب درمان و نحوه برخورد با بیماران روانی، در خانواده، مدرسه، محل کار و اجتماع.

۳- پیشگیری ثالثیه (سطح سوم)

هدف اصلی، پیشگیری از تداوم اختلالات روانی مزمن در بین مبتلایان و کاهش ناتوانی‌های فردی، اجتماعی، شغلی و خانوادگی ناشی از آن می‌باشد. برای دستیابی به این هدف رعایت موارد زیر الزامی است:

- ۱ - شناسایی مبتلایان به اختلالات روانی مزمن
- ۲ - حمایت از مبتلایان شناخته شده به منظور جلوگیری از عوارض احتمالی ناشی از اختلال، مانند

خودکشی، اعتیاد، فرار از منزل، فحشاء و سایر انحرافات اجتماعی، با درگیر ساختن خانواده‌ها و سایر مراجع ذیربط

۳ - اقدامات عملی برای بازتوانی مبتلایان از طریق کاربایی، حمایت مالی و اشتغال در مراکز نیمه وقت

۴ - ارائه خدمات مراقبت

۵ - تاسیس واحدهای نوتوانی در بخش‌های روانپزشکی

۶ - آموزش خانواده‌ها در نحوه برخورد با بیماران خود و مسئولیت پذیری آنها نسبت به بیماران.

برنامه کشوری بهداشت روان

برنامه کشوری بهداشت روانی جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۶۵ توسط کمیته‌ای متشکل از کارشناسان و صاحب‌نظران بهداشتی و بهداشت روان کشور و مشاور وقت بهداشت روان منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت تهیه و تنظیم گردید و در سال ۱۳۶۷ بعد از تصویب شورای معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مرحله اجرا گذاشته شد. اهداف این برنامه عبارت بودند از: فراهم آوردن خدمات بهداشت روان برای همه مردم با تأکید بر قشرهای آسیب پذیر و محروم، ایجاد الگوی خدمات بهداشت روان سازگار با ساخت فرهنگی و اجتماعی و تشویق مشارکت جامعه در ارائه خدمات، افزایش آگاهی و مهارت‌های بهداشت روان در مردم و تنظیم برنامه‌های مناسب برای آسیب دیدگان جنگ. این برنامه شامل راهبردهای خدماتی، اجرایی، اداری و ارتقاء بهداشت روان بوده، اما راهبرد محوری همان ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت بهداشتی اولیه (PHC) و به عبارت دیگر، در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور با ویژگی‌های زیر بود:

تمرکززدایی در فعالیت‌ها، اولویت دادن به پیشگیری، کاربرد سطوح خدماتی و نظام ارجاع، پیگیری مستمر و تأکید بر مراقبت‌های سرپایی تا بستری در بیمارستان. بدیهی است که برای این منظور مکانیسم‌های ذیل در نظر گرفته شد: ساده کردن مفاهیم اساسی بهداشت روان، شناخت نظام شبکه بهداشتی کشور، استفاده صحیح از کارکنان بهداشت عمومی، شناخت تأثیر مثبت اجزای بهداشت عمومی بر بهداشت روان و تقسیم وظایف برنامه در سطوح مختلف ارائه خدمات.

در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مناطق روستایی خانه بهداشت اولین واحد ارائه خدمات است که اداره آن را به‌روز بر عهده دارد. به‌روزان تحت آموزش بهداشت روان قرار می‌گیرند و وظیفه آموزش، شناسایی بیماران و ارجاع آنان به مرکز بهداشتی درمانی روستایی، پیگیری دستورات داده شده در مورد بیماران ارجاعی و ثبت و گزارش اطلاعات بیماران جدید و قدیم را بر عهده دارند. در مراکز بهداشتی درمانی روستایی که بر چند خانه بهداشت سرپرستی و نظارت دارند، یک پزشک عمومی و چند کاردان آموزش دیده فعالیت می‌کنند. پزشک موارد ارجاعی از خانه‌های بهداشت را می‌پذیرد و موارد مشکل را به سطح بالاتر ارجاع می‌دهد که عبارت است از سطح تخصصی شهرستان. در این مرکز که معمولاً در پلی کلینیک بیمارستان عمومی شهرستان واقع است، روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده و کارشناس بهداشت روان، علاوه بر آموزش و نظارت بر مراکز بهداشتی درمانی روستایی، مورد ارجاعی را می‌پذیرد و موارد مشکل را به سطح بالاتر، ارجاع می‌دهد. خدمات سطح تخصصی استان عمدتاً در بیمارستان‌ها و مراکز روانپزشکی استان و توسط روانپزشکان و روانشناسان، روان پرستاران و مددکاران

اجتماعی انجام می‌گیرد و در عین حال، مرکز بهداشت استان، مسئولیت برنامه ریزی، اجرا، نظارت، ارزشیابی و پایش برنامه‌های بهداشت روان در کلیه شهرستان‌های استان را بر عهده دارد. اما در مناطق شهری، اولین واحد ارائه خدمات، مراکز بهداشتی درمانی شهری هستند که در آن پزشکان عمومی بیماران را می‌پذیرند و در صورت نیاز آنان را به مراکز بالاتر ارجاع می‌دهند. برای فعال نمودن خدمات شهری، تأسیس پایگاه‌های بهداشتی و استفاده از رابطین داوطلب بهداشتی پیش بینی شده است این رابطین وظیفه آموزش، شناسایی خانواده‌ها، جلب مشارکت مردم، تشویق و ارجاع خانواده‌های دارای بیمار به مراکز و پیگیری وضعیت بیماران تحت پوشش را بر عهده دارند.

پزشکان عمومی و مسأله بهداشت روان

در مناطق شهری اهمیت نقش پزشکان عمومی در شناسایی مسائل روانی مراجعه کنندگان و کم کردن بار بیماری‌ها، کمتر از نقش پزشکان عمومی مستقر در شبکه نبوده بلکه بیشتر هم می‌باشد. بررسی‌های بالینی نشان داده است که شکایات اولیه بیش از ۸۰ درصد بیماران روانی، شکایات بدنی است (از قبیل سردرد، تپش قلب، سوء هاضمه، ضعف، بی خوابی و غیره) به همین علت، نخستین مراجعه اکثر بیماران روانی، یعنی نزدیک به ۸۰ درصد آنان به اطباء غیر روانپزشک و ترجیحاً به پزشکان عمومی است. به علاوه حقیقت این است که اکثریت بیماران هم که علائم بارز بیماری آن‌ها علائم روانشناختی است، مراجعه به اطباء عمومی را به مراجعه مستقیم، به روانپزشک ترجیح می‌دهند از اینرو، نقش پزشکان عمومی در امر تشخیص زودرس و درمان به موقع و به جای اختلالات روانی و در نتیجه نقش آنان در جلوگیری از اِزمان بیماری و کاهش هزینه‌های غیرضروری و حذف بستری شدن‌های بی‌مورد و مکرر کاملاً مشهود است. لذا مشارکت فعال پزشکان عمومی در پیاده کردن برنامه‌های بهداشت روانی از اهمیت خاصی برخوردار بوده و در اولویت قرار دارد.

منابع

1. K Park. Park's Textbook of Preventive and Social Medicine. 20th edition. M/S Banarsidas Bhanot. 2009.
- ۲ - نوربالا احمدعلی: افسردگی. در: عزیزی فریدون، حاتمی حسین، جانقربانی محسن. اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۹۶، صفحات ۹۶-۵۷۷.
- ۳ - سیمای سلامت روان در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۰، دکتر نوربالا و همکاران.
- ۴ - طرح بهداشت روان مناطق شهری، تهیه شده توسط گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- ۵ - کتاب بهداشت روانی، دکتر بهروز میلانی فر، ۱۳۷۰، نشر قومس، تهران.
- ۶ - گزارش اولین کارگاه برنامه ریزی تجدید نظر برنامه ملی بهداشت روان، ۱۳۷۸، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها.
- ۷ - گزارش کارگاه برنامه ریزی پیشگیری اولیه در بهداشت روان، ۱۳۷۶، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها.
- ۸ - گزارش دومین کارگاه برنامه ریزی پیشگیری اولیه در بهداشت روان، ۱۳۷۸، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها.
- ۱۰ - بحثی کوتاه در باره اولویت‌های بهداشت روانی در جمهوری اسلامی ایران، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، گروه علوم بهداشتی و تغذیه.
- ۱۱ - طرح کشوری بهداشت روانی ۱۳۶۷، اداره کل مبارزه با بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۲ / گفتار ۲ / دکتر محمد تقی یاسمی، دکتر احمد حاجبی، دکتر ونداد شریفی،
دکتر علی خردمند، دکتر بهزاد دماری، مهندس علی اسدی

سلامت روان در جهان و ایران

فهرست مطالب

۲۶۹۳	اهداف درس
۲۶۹۳	مقدمه
۲۶۹۴	وضعیت بهداشت روان در جهان
۲۶۹۷	برنامه عملیاتی سلامت روان سازمان جهانی بهداشت (Mental Health Action Plan)
۲۶۹۸	وضعیت بهداشت روان در ایران
۲۶۹۹	دوره‌های تاریخی سلامت روان در ایران
۲۶۹۹	ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه
۲۷۰۰	سایر برنامه‌های مرتبط :
۲۷۰۰	دست آوردهای مهم برنامه‌های ادغام سلامت روان در کشور:
۲۷۰۱	دستاوردهای سال‌های اخیر:
۲۷۰۲	سلامت روان در فوریتهای
۲۷۰۲	رویکردهای نوین:
۲۷۰۲	مراکز سلامت روان جامعه‌نگر
۲۷۰۳	خدمات پس از تریاژ و مطالعات هزینه اثر بخشی آنها
۲۷۰۴	خدمات سلامت روان و مراقبت اجتماعی (سراج)
۲۷۰۴	شهرستان‌های اسکو، بردسیر و قوچان
۲۷۰۴	چرا این طرح اجرا می‌شود ؟
۲۷۰۵	این برنامه توسط کدام سازمان‌ها طراحی و حمایت می‌شود ؟
۲۷۰۵	پیشینه طرح چیست ؟
۲۷۰۶	اهداف طرح چیست ؟
۲۷۰۶	خدمات این طرح چیست ؟
۲۷۰۷	این طرح چگونه ارزشیابی می‌شود ؟
۲۷۰۷	قانون سلامت روان، یک ضرورت به تاخیر افتاده
۲۷۰۸	ارزیابی، پایش و پژوهش‌های کاربردی عمومی در مورد سلامت روان
۲۷۰۹	نیازهای برآورده نشده در زمینه سلامت روان و پیشنهادهایی برای آینده

سلامت روان در جهان و ایران

Current Situation of Mental Health in the World and Iran

دکتر محمد تقی یاسمی^۱، دکتر احمد حاجبی^۲، دکتر ونداد شریفی^۳، دکتر علی خردمند^۱،
دکتر بهزاد دماری^۳، دکتر علی اسدی^۴

۱. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۲. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۳. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۴. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- وضعیت فعلی بهداشت روان در جهان را توضیح دهد
- موقعیت فعلی بهداشت روان در سطح کشور را بیان کند
- اهمیت ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه کشور را متذکر شود
- دست‌آوردهای مهم برنامه‌های ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه را توضیح دهد
- اهمیت توجه به سلامت روان در فوریت‌ها را ذکر نموده و دست‌آوردهای کشوری در اجرای آن را یادآور شود
- رویکردهای جدید کشوری در سلامت روان را توضیح دهد
- ضرورت تصویب قانون سلامت روان و کوشش‌های انجام شده در ایران را بیان کند.

مقدمه

سلامت روان، بخشی جدایی ناپذیر از سلامت همگانی است. اسناد بین‌المللی مرتبط با سلامت از جمله قانون اساسی سازمان جهانی بهداشت بر این واقعیت تاکید کرده اند. این قانون اساسی، سلامت و از جمله سلامت

روان را محدود به فقدان بیماری نکرده! بلکه تندرستی^۱ یا آسودگی^۲ را نیز از ملزومات آن دانسته و در کنار سلامت جسمانی و روانی، سلامت اجتماعی را نیز به عنوان بخشی از تعریف سلامت، مطرح نموده است. در سال‌های اخیر به سلامت معنوی نیز پرداخته شده است و به نحو افزاینده‌ای شواهد علمی در مورد اثربخشی آن در حفظ و ارتقای سایر حیطه‌های سلامت، مورد پژوهش و تایید، قرار گرفته است (فصل ۱۴ گفتار ۱۱ و ۱۴ کتاب حاضر).

در سال‌های پس از جنگ دوم جهانی که وضع اقتصادی و رفاه همگانی در کشورهای غربی رو به بهبود گذاشت، امید به زندگی، افزایش یافت و به شمار جمعیت سالمندان، افزوده گشت، اهمیت ناتوانی و کیفیت زندگی برجسته‌تر شد و ابزارهایی برای اندازه‌گیری علمی آنها ابداع شد. همه گیر شناسان به تدریج علاوه بر مرگ به اندازه‌گیری شیوع و عواقب ناتوانی‌ها و عوامل مرتبط با آنها و بویژه بیماری‌های منجر به ناتوانی بیشتر توجه کردند و تکنیک‌های جدیدی برای اندازه‌گیری آن ابداع نمودند. این رویکردهای نوین، اهمیت سلامت روان را بیش از پیش در جهان آشکار ساخت. سلامت روان از نظر بالینی از زمان باستان، مورد توجه ایرانیان بوده ولی با توجه به محدودیت‌های توسعه یافتگی و مرگ و میر بالا به علت بیماری‌های عفونی و اپیدمیک و سواد روان‌شناختی^۳ پایین در بین مردم و مسولین، تا اواخر دهه ۱۳۵۰ در سطح کلان برنامه ریزی کشوری به آن کم توجهی می‌شد. اکنون سیاست‌گذاری در زمینه سلامت روانی در کشور در سطح قابل توجهی گسترش کمی و ارتقای کیفی پیدا کرده است. ما در این فصل به برخی ابعاد مهم آن خواهیم پرداخت.

وضعیت بهداشت روان در جهان

انتشار نتایج پژوهش‌های مشترک سازمان جهانی بهداشت، بانک جهانی و دانشگاه هاروارد که با رهبری تکنیکی گروه کریس موری در دانشگاه هاروارد انجام شد، به اهمیت بیماری‌های غیر واگیر افزود و بخصوص نقش اختلالات روانی را در سال ۱۹۹۰ به عنوان مهم ترین عامل ناتوانی‌ها با شاخص سال‌های از دست رفته به دلیل ناتوانی^۴ در جهان آشکار ساخت و تاثیر آن در بار کل بیماری‌ها یا وجود مرگ و میر کمتر، قابل توجه بود.

تنها در فاصله زمانی بین ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بار بیماری‌های اختلالات روانپزشکی ۳۷٫۶٪ افزایش یافته که عمدتاً ناشی از افزایش جمعیت و نیز پیر شدن جمعیت بوده است. در شکل ۱ سهم هر یک از اختلالات روانی در سال‌های از دست رفته نشان داده شده است. همانطور که در تصویر نشان داده شده است افسردگی، نقشی اساسی هم در افزایش ناتوانی و هم بار انطباقی کلی^۵ دارد، اما اختلال کم شیوعی مانند اختلال در خوردن بار ناشی از مرگ را افزایش داده است.

شکل ۲ نیز وضعیت این شاخص‌ها را در سال‌های مختلف در جهان نشان می‌دهد شاید حرکت توجه از مرگ و میر صرف به ناتوانی و کیفیت و تغییر در اولویت‌ها، در انتخاب خانم بروتلند، پزشک و نخست وزیر سابق نروژ و

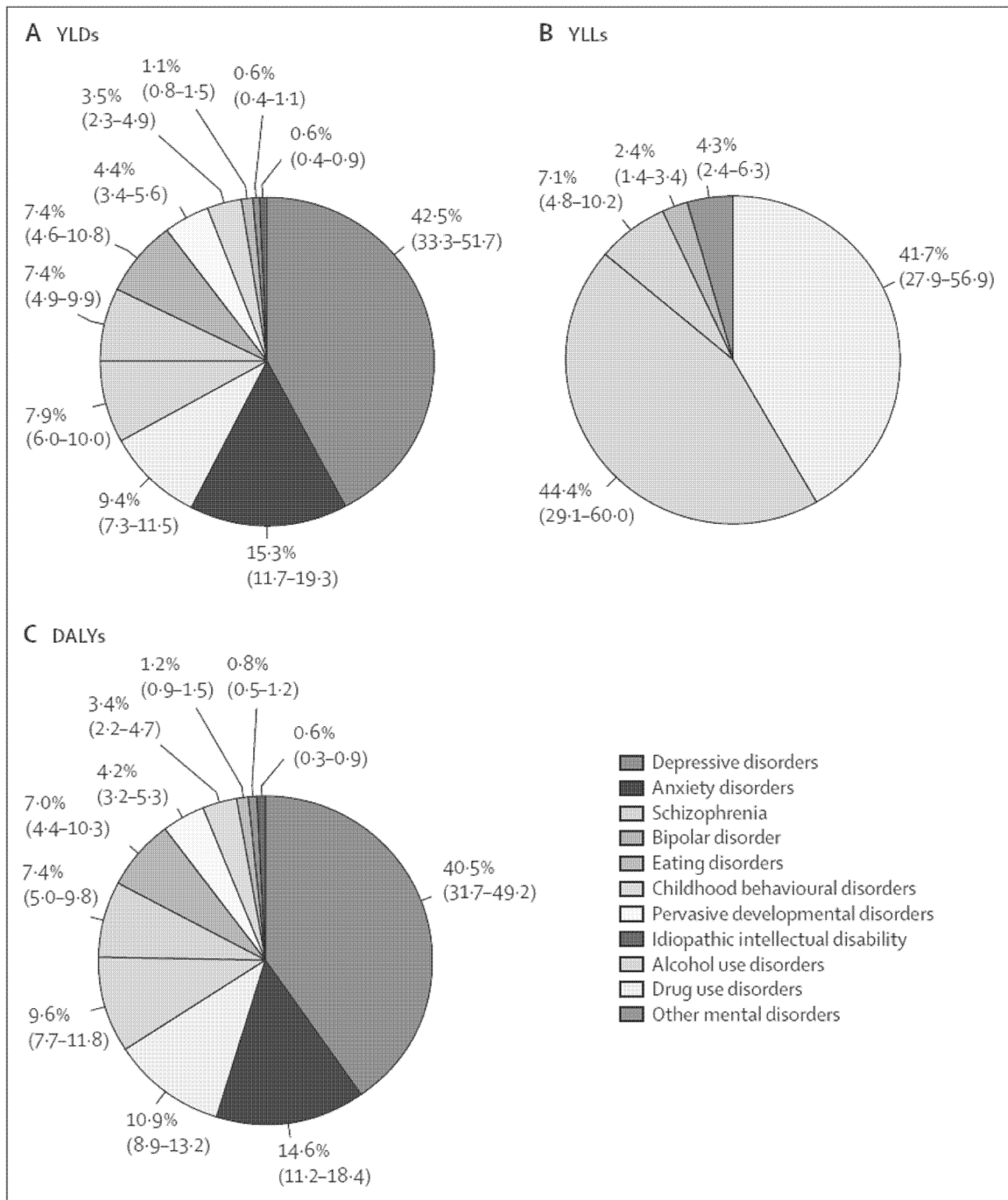
^۱ - wellbeing

^۲ - سلامت به اقلیم "آسودگیست" کزین بگذری، جمله بیهودگیست (حکیم نظامی)

^۳ - psychological literacy

^۴ - YLD

^۵ - DALY

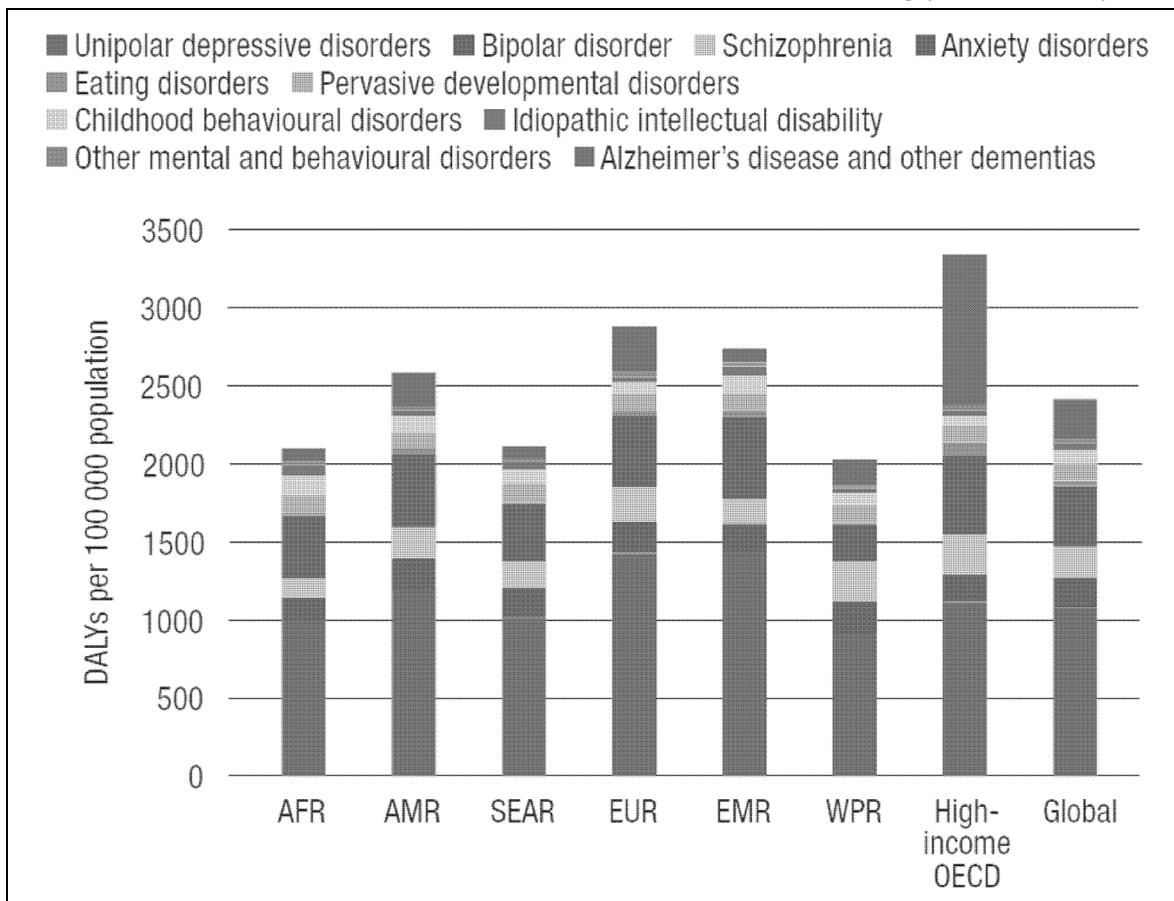


شکل ۱ - سهم هر اختلال در بار ناشی از ناتوانی (A)، مرگ زودرس B و سال‌های انطباقی از دست رفته (DALY).

معرف نظریه توسعه پایدار^۶ به عنوان مدیر کل سازمان جهانی بهداشت بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۳ بی تاثیر

^۶ - sustainable development

نبود. با این تحولات و حضور تیم پایه گذار فنی مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در سازمان جهانی بهداشت، اهمیت سلامت روان به عنوان یک اولویت مهم سلامت غیر قابل انکار به نظر می‌رسید و سال ۲۰۰۱ کوششی جهانی برای توجه به سلامت روان آغاز شد.



شکل ۲ - مقایسه بار انطباقی ادغام یافته (DALY) اختلالات روانی در مناطق مختلف دنیا

شکل ۳ دو وضعیت DALY بار انطباقی ادغام یافته اختلالات روانی را در سال ۲۰۱۲ نشان می‌دهد و نشان می‌دهد که حتی در قاره افریقا نیز قابل توجه است. همچنین مشخص است که بالاتر بودن بار بیماری در کشورهای ثروتمند بیشتر به الزایمر مرتبط است که با بالاتر بودن میانگین سنی در این کشورها ارتباط مستقیم دارد.

با وجود همه شواهد که حاکی از بار بالای اختلالات روانی بود، در آغاز هزاره جدید که اهداف توسعه هزاره^۷ مطرح شد، متأسفانه در نسخه نخست، بیماری‌های غیر واگیر و سلامت روان، مغفول واقع شد. ولی بعداً در نتیجه کوشش‌های سازمان جهانی بهداشت و سایر فعالین بهداشتی دنیا، ابتدا بیماری‌های غیر واگیر به این اهداف

^۷ - Millenium Development Goals

افزوده گشت و در گام بعدی در سال ۲۰۱۸ در جریان تعریف اهداف توسعه پایدار^۸، سلامت روان نیز زیر هدف شماره ۳ بدین شرح، مورد تاکید قرار گرفت: " ... پیش‌گیری و درمان بیماری‌های غیر واگیر، شامل اختلالات رفتاری، تکاملی و نورولوژیک، که چالش عمده‌ای برای توسعه پایدار است".

شایان ذکر است که در اهداف توسعه پایدار (SDG) حداقل در دو هدف به طور مشخص روی سلامت روان تاکید شده است .

۱ - هدف ۳،۴: تا سال ۲۰۳۰ کاستن مرگ و میر از بیماری‌های غیر واگیر از طریق پیش‌گیری و درمان و ارتقای سلامت روان و تندرستی

۲ - هدف ۳،۵: تقویت پیش‌گیری و درمان اعتیاد، از جمله اعتیاد به مواد مخدر و مصرف زیانبار الکل.

برنامه عملیاتی سلامت روان سازمان جهانی بهداشت (Mental Health Action Plan)

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳ برنامه اقدام سلامت روانی را به تایید مجمع جهانی سلامت رساند و اهداف زیر را برای بازه زمانی ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ تعیین نمود:

- تقویت رهبری و حاکمیت موثر در سلامت روان
 - ارائه خدمات سلامت روانی و اجتماعی در عرصه جوامع به شکل همه‌جانبه، ادغام یافته و پاسخگو
 - اجرای استراتژی‌های اجرایی برای پیش‌گیری و ارتقای سلامت روان
 - تقویت نظام‌های اطلاعات، شواهد و پژوهش برای سلامت روان
- برای اطلاع از شاخص‌های تعیین شده جهانی و چگونگی اجرای این طرح‌ها به مرجع‌های ذکر شده در انتهای این گفتار، مراجعه فرمایید.

جدول ۱. مقایسه درصد و درصد رشد سالانه بار بیماری در ایران و جهان برای افسردگی و اضطراب بر حسب سال‌های از دست رفته به علت ناتوانی و سال‌های از دست رفته انطباق یافته برای ۲۰۱۷

DALY		YLD		نوع اختلال روان پزشکی
جهان	ایران	جهان	ایران	
1.72% (1.3%-2.19)	3.88% (2.97%-4.93%)	5.05% (4.05- 6.11)	7.74% (6.25-9.51)	افسردگی
0.28%	1.46%	0.28%	1.46%	افزایش سالانه
1.08% (0.82-1.37)	2.67% (2.08%-0.34%)	3.18% (2.58-3.91)	5.33% (4.34-6.45)	اضطراب
0.19%	0.65%	0.19%	0.65%	افزایش سالانه

Based on IHME data retrieved 28.11.2018 <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

^۸ - Sustainable Development Goals (SDG)

وضعیت بهداشت روان در ایران

شیوع اختلالات روانی، تابع مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است. شیوع اختلالات روانی بخصوص افسردگی در ایران قابل توجه است. طبق آخرین مطالعه همه‌گیرشناسی، شیوع دوره‌ای یکساله در ایران ۲۳٫۶ درصد بوده است. در مطالعات سابق، این میزان اندکی کمتر بوده است. ولی نسبت بار بیماری ناشی از افسردگی و اضطراب و میزان رشد سالانه آن در ایران از میانگین جهانی بالاتر است (جدول ۱). در شکل ۳ تغییرات رتبه اختلالات روانی در میان سایر بیماری‌ها از نظر بار بیماری‌ها در ایران با توجه به سال‌های ازدست رفته به علت ناتوانی مقایسه شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود در مقایسه درون کشوری نیز افسردگی در حال افزایش بوده است.



شکل ۳ - بیماری‌هایی که در ایران بیشترین ناتوانی را ایجاد می‌کنند (مقایسه سال ۲۰۰۷ با ۲۰۱۷)

مطالعات داخل ایران در زمینه سلامت روانی مثبت و شاخص شادمانی^۹ ناکافی است و باید در سال‌های آینده بررسی‌های جدی در این زمینه انجام شود.

مطالعات قابل توجهی در مورد سلامت روان شهروندان تهران و عوامل اجتماعی زمینه ساز آن انجام شده است. تهران شهری پر استرس است و طی یک سال ۸۲٫۳ درصد شهروندانش نوعی استرس شدید داشته اند. در ۴۵٫۶ درصد استرس اقتصادی، در ۳۲٫۳ درصد خانوادگی، در ۲۸٫۸ درصد مرتبط با سلامت و در ۲۵٫۷ درصد مرتبط با آینده بوده است. استرس‌های شایع ولی کم شدت‌تر از این هم بسیار بیشتر بوده است و عمدتاً حول نگرانی از آینده بوده است. بی شک تدبیر چنین شرایطی فقط در چارچوب اقدام‌های متخصصین سلامت روان و بهداشت نمی‌گنجد و نیاز به مداخلات وسیع اقتصادی اجتماعی و سیاسی توسط مسولین و با مشارکت مردم وجود دارد.

^۹ - happiness index

دوره‌های تاریخی سلامت روان در ایران

صرف نظر از دوران باستان و قرون وسطی، می‌توان چهار دوره برای خدمات بهداشت روان در ایران قایل شد:

دوره نخست که تا سال‌های ۱۳۲۰ ادامه یافته و "دارالمجانین‌ها" با شرایط بسیار نامناسب در تهران، همدان، شیراز و اصفهان وجود داشتند.

دوره دوم از سال‌های ۱۳۲۰ یعنی هنگامیکه دانشکده پزشکی در کشور تاسیس و روانپزشکی به عنوان شاخه‌ای از پزشکی مدرن منظور شد، آغاز گردیده است. بیمارستان‌های دانشگاهی جدید به تدریج ایجاد شدند. رشد دپارتمان‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی و شروع آموزش دستیاری روانپزشکی در سال‌های ۱۳۴۰، حداقل در شهرهای بزرگ، منجر به بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه شده برای بخشی از بیماران روانپزشکی کشور شد.

در **سومین** دوره که سال‌های ۱۳۵۰ را شامل می‌شد، تلاش‌هایی در جهت دستیابی به مراقبت‌های بهداشت روان جامع، توسط انجمنی برای توانبخشی معلولین و خدمات بهداشت روان جامعه آغاز شد. این امر به وسیله نخستین معاونت وزارت بهداشت و تامین اجتماعی انجام شد. ابتدا یک سری پژوهش‌های همه‌گیرشناسی انجام شد و تعدادی بیمارستان و مراکز روانپزشکی جدید در نقاط مختلف کشور تاسیس گردید و آموزش سطح بندی شده در روانپزشکی و روانپرستاری آغاز گردید. این برنامه‌های آموزشی و پژوهشی، پس از انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۷، در انستیتو روانپزشکی تهران ادغام شد.

چهارمین دوره از مهر ماه ۱۳۶۵، هنگامی که برنامه ملی بهداشت روان (NPMH) توسط یک تیم متخصصین چندرشته‌ای¹⁰ و بین دانشگاهی طرح و توسط دولت پذیرفته شد. استراتژی اصلی، ادغام فعالیت‌های جدید در یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه کارآمد بود.

زمان شروع **دوره پنجم** را نمی‌توان دقیقاً مشخص نمود. در دهه ۱۳۸۰ توجه به مسایل اجتماعی بیماران و رویکرد همه‌جانبه‌تر به سلامت روان، بیشتر شد. رویکرد اجتماع مدار و روانی - اجتماعی، نقش مهمی پیدا کرد، گسترش برنامه‌های پیش‌گیری و ارتقای سلامت روان به ویژه در سنین پایین، مورد تاکید بیشتر قرار گرفت و پوشش شهری خدمات سلامت روان به ویژه در مناطق شهری افزایش یافت. این خدمات، با تاکید خاص روی مناطق حاشیه شهر از سال ۱۳۹۳ هماهنگ با طرح تحول نظام سلامت گسترش ویژه‌ای یافت. کلیه این برنامه‌ها با سرعت و پوشش متفاوت در حال اجرا هستند و در ادامه این گفتار به جزئیات آنها خواهیم پرداخت. تصمیم‌گیری در مورد این که در محیط نامتجانس کلان شهرها و منابع مالی و نیروی انسانی موجود در آینده، تمرکز بر کدام برنامه‌ها بیشتر شود، به شرایط زمان بستگی خواهد داشت.

ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه

برنامه کشوری بهداشت روان در مهرماه سال ۱۳۶۵ توسط تیمی از متخصصان صاحب نظر تهیه و مورد

¹⁰ - Multidisciplinary

تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت و پایلوت این برنامه از سال ۱۳۶۷ در دو شهرستان شهرضا در استان اصفهان و شهرکرد در چهارمحال و بختیاری آغاز گردید. از سال ۱۳۶۸ ادغام برنامه کشوری آغاز شد و تا کنون ادامه دارد و در حال حاضر بیش از ۳۰ سال از ادغام این برنامه در نظام شبکه می‌گذرد. پژوهش‌ها و ارزیابی‌های مقایسه‌ای، افزایش قابل ملاحظه دانش و نگرش به‌روزان و کارکنان بهداشتی و بهبود مهارت‌های بیماری‌یابی در مقایسه با مناطق شاهد را نشان داد. متعاقب آن، حرکت‌هایی در کشور صورت گرفت که منجر به گسترش سریع‌تر برنامه شد. برخی عوامل که منجر به این تسریع شدند، عبارت بودند از:

- ایجاد واحد سلامت روان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- اعلام بهداشت روان به عنوان نهمین جزء مراقبت‌های بهداشتی اولیه
- تشکیل کمیته مشورتی بهداشت روان کشوری که اعضای آن عمدتاً اعضای هیئت علمی دانشکده‌های پزشکی کشور بودند.
- تهیه دستورالعمل‌های آموزشی برای تمام سطوح ارائه بهداشت (۱۳۶۷).

سایر برنامه‌های مرتبط:

- بازنگری‌های برنامه طی کارگاه‌های مرتبط با باره برنامه کشوری (۱۳۷۰) در نقاط مختلف کشور،
- آموزش متدولوژی تحقیقات بهداشت روان (۱۳۷۲)،
- ارتقاء آگاهی عمومی در مورد بهداشت روان از طریق رسانه‌ها و بزرگداشت سالانه هفته بهداشت روان در مهر ماه از سال ۱۳۶۴،
- ارتقاء آگاهی سایر کارکنان بهداشت از طریق کارگاه‌ها، سمینارها و کنفرانس‌ها. از افتخارات میهن ما در زمینه سلامت روان این است که این برنامه توانست بالاترین پوشش جمعیتی در ادغام سلامت روان را در سطح جهانی حداقل در کشورهای در حال توسعه فراهم نماید.

دست آوردهای مهم برنامه‌های ادغام سلامت روان در کشور:

∠ ادغام برنامه‌های حوزه سلامت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی که در سال ۱۳۶۷ در نظام شبکه آغاز شده بود، تا سال ۱۳۸۴ مناطق روستایی را به طور کامل پوشش داد و در شهرها نیز پوشش قابل توجهی پیدا نموده بود. دستاوردی که در سطح بین‌المللی مهم تلقی شده است.

∠ پیش‌گیری و ارتقای سلامت روان: در همان سال‌ها برنامه‌های نوینی در زمینه پیش‌گیری نیز افزوده شد. مانند برنامه‌های کشوری زیر:

∠ پیشگیری از مصرف مواد و کاهش آسیب اعتیاد

∠ آموزش مهارت‌های زندگی

∠ آموزش مهارت‌های فرزند پروری

◀ پیشگیری از خودکشی

◀ حمایت‌های روانی - اجتماعی در حوادث و بلایا

◀ پیشگیری از خشونت‌های خانگی

◀ پیشگیری از کودک آزاری.

دستاوردهای سال‌های اخیر:

◀ جذب و به کار گیری بیش از ۱۶۳۶ نفر کارشناس سلامت روان در تیم سلامت و استقرار آنها در مراکز خدمات جامع سلامت در طی طرح تحول سلامت

◀ گسترش برنامه سلامت روان در حاشیه شهرها و شهرهای بالای ۵۰ هزارنفر

◀ غربالگری اختلالات سلامت روان، مصرف مواد، دخانیات و خشونت‌های خانگی در مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت توسط کارشناسان مراقب سلامت

◀ ارائه خدمات روانشناختی برای بیماران شناسایی شده در مراکز خدمات جامع سلامت توسط کارشناسان سلامت روان

◀ آموزش جمعیت عمومی با رویکرد مبتنی بر پیشگیری از اختلالات روانی و مصرف مواد با هدف توانمندسازی

◀ ارتقاء و بازنگری برنامه‌های سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

◀ ایجاد ساختار تشکیلاتی سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در دانشگاه‌های علوم پزشکی

◀ ایجاد ساختار مستقل سلامت روان ذیل معاونت بهداشت در قالب دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

◀ تدوین سند سلامت روان و ابلاغ آن به دانشگاه‌های علوم پزشکی

◀ راه اندازی سامانه ثبت اطلاعات مربوط به رفتارهای خودکشی قابل دسترس در دانشگاه‌ها در سال ۸۷ و بازنگری و ارتقای این سامانه در سال ۹۷

◀ راه اندازی ۱۲ مرکز سلامت روان جامعه نگر در ۹ دانشگاه علوم پزشکی

◀ طراحی الگوی پیشگام سلامت روانی اجتماعی در سطح شهرستان و اجرای پایلوت آن در سه شهرستان دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز، مشهد و کرمان

✓ تصویب بخش‌هایی از سند سلامت روان کشور در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
✓ اجرای برنامه "الگوی مداخلات اجتماع محور سلامت اجتماعی" در ۲۶ محله حاشیه‌ای کشور

سلامت روان در فوریت‌ها

ایران سرزمینی است که هم در تاریخ گذشته و هم در دهه‌های اخیر، شاهد حوادث تلخ طبیعت ساخته مانند زلزله و سیل یا در معرض حوادث انسان ساخته نظیر جنگ بوده است. مرگ، مجروحیت و تخریب اموال فقط تاثیر قابل رویت و قله کوه یخ این عوارض را نشان می‌دهد ولی داغی که بر روان بازماندگان، نزدیکان و شاهدین این حوادث می‌ماند بسیار عمیق، ناتوان کننده و اغلب طولانی مدت است.

برنامه کشوری سلامت روان در بلایا در سال‌هایی شکل گرفت که هنوز حتی نهادهای بین‌المللی برای این بخش از اقدامات توافق کافی نداشتند. بنابراین متخصصین سلامت روانی ایران بر مبنای یک سری پژوهش‌های کاربردی که پهلو به نظریه سازی زمینه‌ای¹¹ می‌زد؛ ابتدا بر مبنای پژوهش‌هایی کمی و کیفی در مناطق زلزله زده اردبیل و بیرجند برنامه‌ای برای پایلوت ایجاد کردند که در زلزله آوج قزوین انجام شد و ارتقا یافت و پیش از زلزله بم نه تنها برنامه‌ای کشوری در این زمینه تهیه شده بود بلکه برای مقابله با چنان شرایطی ظرفیت‌سازی و آمادگی همه جانبه وجود داشت و بزرگترین خدمات مبتنی بر شواهد در دنیا بر روی ده‌ها هزار آسیب دیده انجام گردید. برنامه کشوری با تجربیاتی که در زلزله‌ها، سیل‌ها و آتش سوزی‌های سال‌های اخیر به دست آمده است، نیاز به بازبینی مجدد دارد که در دست انجام است.

رویکردهای نوین:

مراکز سلامت روان جامعه‌نگر

کشور ما همگام با تحولی جهانی در راستای توسعه سلامت روان جامعه‌نگر، سعی داشته خدمات خود را از نظامی سنتی و محدود به خدمات بالینی انفعالی به نظامی مبتنی بر سلامت روان جامعه‌نگر تغییر دهد. گرچه برنامه کشوری بهداشت روانی که راهبرد اصلی آن، ادغام خدمات سلامت روان در شبکه‌های

بهداشتی درمانی کشور (نظام مراقبت اولیه) بوده، یکی از دستاوردهای مهم این تحول محسوب می‌شود و در روستاها به موفقیت چشمگیری دست یافت، اما در شهرها و به‌ویژه شهرهای بزرگ، نتایج مطلوبی نداشته است.

¹¹ - grounded theory

ارزیابی‌ها نشان می‌داد که با وجود حضور تعداد زیادی روان‌پزشک و روان‌شناس در شهرها، مسئولیت آنها مشخص نیست و خدمت‌رسانی ناهماهنگ است؛ در واقع، بخش‌های خصوصی، دولتی و خیریه به‌طور جداگانه عرضه‌کننده خدماتی ناکافی و با کارآمدی محدود هستند و مردم، گیرندگان غیر فعال آن می‌باشند و فعالیت‌های پیشگیری و ارتقای بهداشت روان هم بسیار ناکافی است.

هرچند شهرها از نظر منابع خدماتی و نیروی انسانی (شامل متخصصان، کارکنان و خدمات سرپایی و بستری) بسیار غنی‌تر از مناطق روستایی کشور هستند؛ با این وجود، این مناطق عملاً فاقد هرگونه خدمات خارج از بیمارستان‌ها و مطب پزشکان بوده‌اند، پی‌گیری فعال انجام نمی‌شود و اساساً خدمات مبتنی بر جامعه، جایی در این بین نداشته است. از طرفی در کشور ما، همانند اکثر کشورهای توسعه‌یافته و بسیاری از کشورهای در حال توسعه، بیشتر جمعیت در شهرها ساکن هستند و به‌طور روزافزون و بی‌قاعده‌ای بر جمعیت شهرنشین افزوده می‌شود. در کنار این‌ها، پیمایش ملی سلامت روان، نشان داد که تقریباً از هر ۴ نفر، یک نفر دچار نوعی اختلال روان‌پزشکی است؛ با این حال، دو سوم افراد مبتلا، از مداخلات بهداشتی درمانی بهره‌مند نمی‌شوند و بسیاری از خدمات ارائه شده نیز کیفیت مطلوب ندارند. به دلایل یادشده، ارائه سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای ارائه مطلوب خدمات سلامت روان در شهرها، با رویکردی جامعه‌نگر، اهمیت روزافزونی می‌یابد.

در سال ۱۳۸۳، راهبرد تاسیس مراکز سلامت روان جامعه‌نگر^{۱۲} با هدف ایجاد تحول در سلامت روان شهری در اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصویب شد و پس از نیازسنجی و بررسی خدمات و شواهد علمی موجود، ساختار و خدمات این مراکز طراحی شد. نخستین گام عملی در این مسیر راه‌اندازی یک برنامه ویزیت در منزل بود. از سال ۱۳۸۹ و با حمایت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، اولین CMHC در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران راه‌اندازی شد. در این مراکز، خدمات به دو گروه و به دو مدل ارائه می‌شود: مدل مراقبت مشارکتی با جلب همکاری پزشکان عمومی و روانپزشکان برای بهتر نمودن شناسایی و درمان اختلالات روان‌پزشکی شایع (شامل اختلالات افسردگی و اضطرابی) و ارجاع اختلالات شدیدتر؛ و پیگیری تلفنی و ویزیت در منزل همراه با آموزش خانواده برای بیماران دچار اختلالات شدید روان‌پزشکی (شامل اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال دوقطبی). نتایج اجرای این خدمات تا کنون نشان از امکان‌پذیری اجرا، رضایت بیماران از درمان، و برتری عملکرد پزشکان عمومی همکار CMHC در مقایسه با گروه شاهد است. موفق بودن اجرای این خدمات موجب شده تا ارائه خدمات در چارچوب CMHC به نقاط دیگری در کشور گسترش یابد؛ به نحوی که هم‌اکنون مراکز دیگری در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، شهید بهشتی، تبریز، شهید صدوقی یزد، زنجان، مراغه، سنندج، کرمان و ساوه راه‌اندازی شده است.

خدمات پس از ترخیص و مطالعات هزینه اثر بخشی آنها

اختلال‌های شدید روان‌پزشکی، مانند اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی، با آن‌که شیوع کمتری نسبت به بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی دیگر دارند، ناتوانی بسیار زیادی ایجاد می‌کنند و مسئول اکثر بستری‌های

¹² - Community Mental Health Center

روان‌پزشکی هستند. مسئله مهم در مورد بیماران فوق این است که به رغم کنترل بیماری در طی بستری، بسیاری از این بیماران پس از ترخیص درمان خود را رها می‌کنند که همین منجر به بستری مجدد و عواقب فردی، خانوادگی، و اجتماعی می‌شود. در ضمن، بسیاری از این بیماران به عملکرد و کیفیت زندگی مناسبی دست نمی‌یابند. همین مسئله موجب شده است که خدمات فعال پس از ترخیص جزو ارکان مهم خدمات روان‌پزشکی مدرن باشد. در کشور ما تا پیش از دهه ۸۰، این خدمات پراکنده و بسیار نادر و عود و بستری مکرر بیماران امری رایج بود. این را نیز باید مد نظر داشت که کشور با کمبود شدید تخت‌های بستری روان‌پزشکی مواجه بوده است، به نحوی که **ضریب اشغال** اکثر بخش‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی نزدیک یا حتی بیش از صددرصد می‌باشد. از سال ۱۳۸۳، اداره سلامت روان وزارت بهداشت، توسعه خدمات ویزیت در منزل را به عنوان یک مدل فعال مراقبت پس از ترخیص^{۱۳} جزو اولویت‌های خود تعیین کرد. در این مدل، یک پزشک عمومی و یک همکار غیر پزشک (عموماً یک مددکار) زیر نظر روان‌پزشک، بیماران را ماهانه در منزل ویزیت و مراقبت‌های لازم را ارائه می‌کردند. اولین نمونه این خدمات، در همان سال در بیمارستان روزبه راه‌اندازی شد. از سال ۱۳۸۶ با حمایت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و در راستای ارتقاء جامعیت بسته خدمات ویزیت در منزل و مراقبت مستمر، برنامه مراقبت‌های پس از ترخیص برای بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی در کشور طراحی به صورت پایلوت در چند دانشگاه کشور اجرا شد که در آن ویزیت در منزل برای بیمارانی که عودهای مکرر دارند و یا سابقه عدم پیگیری درمان را داشتند و پیگیری تلفنی برای ترغیب سایر بیماران به مراجعه منظم به درمانگاه و پیگیری درمان ارائه می‌شد و در هر دو روش آموزش روان‌شناختی بیماران و خانواده آنها جزو خدمات اصلی بوده است.

نتایج تحقیقات انجام شده در کشور، نشان‌دهنده اثربخشی این مداخله‌ها بخصوص در کاهش عود و بستری مجدد این بیماران (تا بیش از ۴۰٪) بوده است. در ضمن نشان داده شده که این مداخله‌ها هزینه اثربخش نیز هستند. از خدمات موثر دیگر که می‌تواند خطر عود و بستری مجدد پس از ترخیص را کاهش دهد، می‌توان به برنامه‌ریزی ترخیص^{۱۴} و مدیریت مورد^{۱۵} (از طریق خدمات یک رابط درمان مانند پرستار، مددکار یا حتی عضو خانواده آموزش دیده) و پیگیری تلفنی اشاره کرد که تجارب و شواهدی از آنها در کشور وجود دارد.

خدمات سلامت روان و مراقبت اجتماعی (سراج)

شهرستان‌های اسکو، بردسیر و قوچان

چرا این طرح اجرا می‌شود؟

به طور معمول کسانی که دچار اختلالات روانی یا مشکلات و آسیب‌های روانی مانند اعتیاد، خودکشی و خشونت می‌شوند جزو اقشاری هستند که اشتغال کمتر، درآمد پایین‌تر و سواد کمتر هستند و به طور معمول در

¹³ afercare

¹⁴ discharge palnning

¹⁵ case manager

مناطق محروم‌تر شهرها و حتی گاهی در حاشیه شهرها زندگی می‌کنند. این یافته‌ها در سطح جهانی و نیز در ایران مورد تایید قرار گرفته است پیمایش ملی سلامت روان که در ۱۳۸۹-۱۳۹۰ انجام شد، نشان داد که تقریباً از هر ۴ نفر، یک نفر دچار یک یا چند اختلال روان‌پزشکی است (۲۳/۶٪) و شیوع اختلالات شدید روان‌پزشکی از قبیل اسکیزوفرنی نیز حدود یک درصد است؛ با این حال، دو سوم افراد مبتلا، از مداخلات بهداشتی درمانی بهره‌مند نمی‌شوند و بسیاری از خدمات ارائه شده نیز فاقد کیفیت مطلوب هستند؛ و سرانجام مشخص شد که اختلالات روان‌پزشکی هزینه قابل ملاحظه‌ای را به خانواده تحمیل می‌کنند؛ به طوری که برای یک بیمار روان‌پزشکی، تا بیش از ۳۰ درصد از درآمد سرانه خانواده در طی یک سال هزینه می‌شود. آخرین مطالعه بار بیماری‌ها در سطح کشور (۲۰۱۰) نیز مشخص کرد که بیماری‌های روان‌پزشکی در مقایسه با سایر بیماری‌ها مهم‌ترین عامل ناتوانی در سنین ۱۰ تا ۴۰ سالگی هستند و از سوی دیگر در مقایسه با ۱۴ کشور دیگر با درآمد سرانه مشابه، ایران از نظر بار بیماری افسردگی اساسی در رتبه نخست و از نظر بار اختلالات اضطرابی و نیز مصرف مواد در رتبه سوم قرار دارد؛ و سرانجام این که در دو دهه گذشته بار بیماری ناشی از خودکشی، خشونت بین فردی و سو مصرف مواد افزایش داشته است. این طرح با هدف ایجاد الگوی ملی تامین خدمات پیشگیری، درمان و بازتوانی در بُعد سلامت روان ایرانیان طراحی و اجرا می‌شود.

این برنامه توسط کدام سازمان‌ها طراحی و حمایت می‌شود؟

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت و معاونت درمان) با همکاری فنی موسسه ملی تحقیقات سلامت (گروه مولفه‌های اجتماعی سلامت) و نظارت انستیتو تحقیقات روان‌پزشکی و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران متولی اصلی طراحی و نظارت بر اجرای این طرح پیشگام است. در اجرای این طرح و به منظور فراهم آوردن تسهیلات برای مراقبت‌های اجتماعی شهروندان در شهرستان‌های پیشگام حداقل ۸ سازمان ملی و معاونت‌های تابعه همکاری می‌کنند: وزارت کشور، وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور، نیروی انتظامی، سازمان حفاظت از محیط زیست، سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای، بنیاد مسکن انقلاب اسلامی و کمیته امداد امام خمینی (ره). دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، کرمان و مشهد در سطح استان مسئول حمایت و هدایت شهرستان پیشگام را بر عهده دارند. فرمانداری شهرستان‌های اسکو، بردسیر و قوچان مسئولیت اجرای بسته اقدام جامعه را دارد.

پیشینه طرح چیست ؟

سند سیاست سلامت روان در سال ۱۳۹۱ توسط وزیر وقت ابلاغ شد و اولین گام در توجیه مدیران ارشد برای اقدام جامع در ارتقای سلامت روان شکل گرفت، این سند، خود حاصل بیش از دو دهه تجربه در زمینه سیاست‌گذاری و اجرای مداخلات سلامت روان بوده است. ارزشیابی این سند در مقطع ۱۳۹۴ میزان موفقیت حدود ۴۰٪ را نشان داد. یکی از برنامه‌های مندرج در سند طراحی الگوی ادغام مراقبت‌های اجتماعی در

مراقبت‌های اولیه بهداشتی و همچنین ارزشیابی و توسعه مراکز سلامت روان جامعه نگر (که از سال ۱۳۹۰ در تهران شروع شده بود) که در ترکیب با سایر شواهد از جمله نظام نامه ابلاغی وزیر کشور و وزیر بهداشت در مدیریت استانی سلامت (در سال ۱۳۹۲) موجب شد نظام نامه خدمات سلامت روانی و مراقبت اجتماعی شهرستان در سال ۱۳۹۳ تدوین گردد. از سال ۱۳۹۴ بستر اجرای این نظام نامه شامل تدوین سه بسته خدمتی، تجهیز مراکز بهداشتی - درمانی و ایجاد مرکز سلامت روان جامعه نگر، تامین نیروی انسانی مورد نیاز در سطح پایه و تخصصی، آموزش نیروهای انسانی، پیمایش نشانگرهای پایه (قبل از مداخله با ۴۰۰۰ نمونه در سه شهرستان اسکو، بردسیر و قوچان) و حمایت طلبی از فرمانداری‌ها و سازمان‌های ملی در سه شهرستان فراهم شد تا اینکه در ۱۲ بهمن ماه ۱۳۹۴ با ابلاغ مشترک معاون بهداشت و معاون درمان ارایه خدمات در سه شهرستان آغاز شد.

اهداف طرح چیست ؟

هدف این طرح در سال‌های آینده افزایش شاخص بهره مندی عادلانه مردم از خدمات سلامت روانی و مراقبت‌های اجتماعی در سه شهرستان پیشگام است تا با افزایش سواد سلامت روان، اتخاذ رفتارهای روانی و اجتماعی پیشگیرانه، بهبود حفاظت مالی بیماران شیوع اختلالات روانی و آسیب‌های اجتماعی کاهش یابد.

خدمات این طرح چیست ؟

بسته اول (خدمات سلامت روانی اجتماعی پایه

خدمات سلامت روان در این بسته برای ارایه در خانه‌های بهداشتی، پایگاه‌های سلامت و مراکز سلامت جامعه تدارک دیده شده است :

- غربالگری اختلالات روانی و عوامل خطر اجتماعی توسط مراقب سلامت و ارجاع به پزشک و پیگیری‌های آتی
- تشخیص و درمان اختلالات روانی (اختلالات روانی شایع) توسط پزشک عمومی /خانواده ؛ ارجاع موارد مشکوک به سایکوز و مقاوم به درمان به سطح تخصصی
- خدمات کارشناس روان که شامل آموزش چهره به چهره به بیماران معرفی شده از طرف پزشک عمومی/خانواده، آموزش عمومی جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی در اصول و فنون پیشگیری از اختلالات روانی و آسیب‌های اجتماعی و ارجاع اجتماعی نیازمندان به مراکز معین در شهرستان است.

بسته دوم (خدمات تخصصی در قالب مرکز سلامت روان جامعه نگر و بخش روانپزشکی بیمارستان عمومی

تشخیص، درمان و مراقبت از اختلالات سایکوز و بیماران ارجاع شده از پزشک عمومی / خانواده در این

بسته انجام می‌شود اما این بسته خدمات آموزش خانواده‌های بیماران، پیگیری بعد از دریافت خدمات، ویزیت در منزل، کاردرمانی و

زمینه‌های اقدام جامعه در تفاهم نامه :

تکامل کودکی، سواد، درآمد، کار امن و ایمن، امنیت غذایی، تفریحات، حمل و نقل عمومی، خدمات اجتماعی، امنیت اجتماعی، مدیریت بحران، معنویت، حکمرانی، اقدام شورای اسلامی شهر و روستای شهرستان تشکیل خانه مشارکت مردم (رویکرد شبکه‌های اختصاصی مردمی برای مشارکت) و شورای محلات (رویکرد جغرافیایی به مشارکت) و ترویج بسته پیشگیری از اختلالات روانی.

حمایت‌های اجتماعی را هم شامل می‌شود تا چرخه درمان بیماران کامل شود.

بسته سوم (بسته اقدام جامعه

بیش از ۵۰٪ علل موثر در ایجاد اختلالات روانی، ریشه‌های اجتماعی محیطی دارد به همین منظور بسته اقدام جامعه (آج) با هدف سازمان‌دهی همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردم در ارتقای سلامت روانی و اجتماعی شهرستان طراحی شده است تا عوامل خطر اختلالات روانی در شهرستان کاهش یابد و حمایت‌های اجتماعی از افراد دارای اختلالات روانی افزایش و انگ اجتماعی، کاهش یابد. این بسته چهار اقدام دارد:

۱. شورای فرمانداری نسبت به وضعیت سلامت روان، پیامدها و عوامل موثر بر آن حساس شده و تفاهم‌نامه همکاری بین ادارات شهرستان و نمایندگان مردم، امضا می‌شود.
۲. دبیرخانه رصد اقدامات جامعه (راج) در فرمانداری ایجاد می‌شود تا با آموزش رابطان، اقدامات تفاهم‌نامه را پایش و عملکرد ادارات را رتبه‌بندی و تشویق کند
۳. تسهیلات مراقبت اجتماعی از مبتلایان به اختلالات روانی توسط ادارات شهرستان فراهم شود
۴. ترویج هماهنگ پیام‌های ارتقای سلامت روانی و اجتماعی از طریق مبادی در اختیار فرمانداری و میانجیان مردمی.

این طرح چگونه ارزشیابی می‌شود؟

ارزشیابی قبل از مداخلات طی پیمایشی با ۳۸۰۰ نمونه در زمستان ۱۳۹۴ و قبل از ارایه خدمات در سه شهرستان مذکور و سه شهرستان شاهد انجام شده است. مقرر است با گذشت ۱۸ ماه از زمان آغاز خدمات و یا پوشش ۶۰٪ درصد از جمعیت این پیمایش تکرار شده و نتایج تحلیل می‌شود. این پیمایش حاوی پرسش‌هایی است که شیوع اختلالات روانپزشکی، بهره‌مندی از خدمات، وضعیت حمایت اجتماعی، نشاط و سواد سلامت روان را می‌سنجد. روش‌های کیفی برای ارزشیابی نتایج طرح با جمع‌آوری اطلاعات از کارکنان و مدیران شهرستان، استان و سطح ملی است انجام خواهد شد. جمع‌آوری داده‌های ثبتی به صورت ماهانه به منظور پایش روند طرح انجام می‌شود. به منظور گسترش الگو به سراسر کشور پیوست اقتصادی طرح، نظام تامین مالی الگو و امکان سنجی آن انجام شده است. تعمیم طرح به کلیه شهرستان‌های کشور در شهریور ۱۳۹۶ به تصویب شورای ستاد مبارزه با مواد مخدر رسیده و ابلاغ گردیده است. در حال حاضر این الگو در ۹ شهرستان کشور، اجرایی شده است.

قانون سلامت روان، یک ضرورت به تاخیر افتاده

برخی از عرصه‌های سلامت هستند که احتمال نادیده گرفتن حقوق بیمار در آنها بیشتر است. بخصوص بستری اجباری و بدون رضایت بیمار و محدود نمودن بیمار از حق انتخاب در دوران بستری، مسایلی است که بیشتر مورد انتقاد اندیشمندان قرار می‌گیرد. در اوج تمدن اسلامی از جمله در ایران احترام به حقوق بیماران روانی و وجود بخشی در بیمارستان‌های عمومی برای این بیماران گزارش شده است و از درمان‌هایی مانند بوی خوش و موسیقی علاوه بر درمان‌های گیاهی برای بهبود بخشی به آنها استفاده می‌شده است. در اروپا این تحولات دیرتر

آغاز شد و جنبشی که در جریان انقلاب فرانسه به وسیله پینل و دیگران آغاز شد منجر به تغییر شرایط درمان و رفتار با بیماران روانپزشکی شد. حال آنکه در ایران با وجود آن سابقه درخشان تا حدود سی و چند سال پیش در تعداد معدودی از بیمارستان‌ها از زنجیر استفاده می‌شده است. بسیاری از فلاسفه و جامعه‌شناسان معاصر در کشورهای غربی روی حقوق بیماران روانپزشکی تاکید نموده‌اند. در قوانین ما به شکل پراکنده به مسایل حقوقی این بیماران پرداخته شده است اما جا دارد که قوانین مشخصی در این مورد تصویب شود. از ۱۵ سال پیش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تیمی را مامور تهیه این قانون نموده و در سال‌های اخیر، متن آن بارها در کمیسیون‌های مجلس و به وسیله مراجع مختلف صاحب نظر، مورد بحث و تصحیح قرار گرفته است ولی هنوز در معرض قضاوت و تصمیم نهایی مجلس شورای اسلامی قرار نگرفته است.

ارزیابی، پایش و پژوهش‌های کاربردی عمومی در مورد سلامت روان

پایش مداوم فعالیت‌های بهداشت روان از طریق اخذ گزارش منظم و آنالیز آماری و ویزیت‌های دوره‌ای از شبکه توسط متخصصین مسوول در استان‌ها و اداره مرکزی در تهران، صورت می‌گیرد. با این وجود از ارزیابی‌های مستقل نیز استقبال میشود. نخستین ارزیابی مستقل توسط دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در شرق مدیترانه در سال ۱۳۷۴ انجام پذیرفت. این بررسی مشتمل بود بر بازرسی شبکه و جمع آوری اطلاعات از ۲۶۶ بهورز و خانه بهداشت، ۹۱ پزشک عمومی و مراکز بهداشت روستایی و ۷۳۷ خانواده که در مجاورت مناطق روستایی که برنامه‌های بهداشت روان اجرا می‌شد، ساکن بودند این پژوهش همچنین مشتمل بود بر مطالعه‌ای روی اختلالات روانپزشکی در کار پزشکی عمومی و مسیر ورود به درمان. نتیجه این مطالعات نشان داد که از نظر پوشش خدمات روند پیشرفت بسیار خوب بوده است و کیفیت آموزش بخصوص برای بهورزان، نتایج بسیار مناسبی داشته است.

اشکال‌هایی در سیستم ارجاع از سطح دوم به سطوح بالاتر و بخصوص پاسخ به این ارجاعات نشان داده شده است. جالب است متذکر شویم که در نگاهی دیگر به مطالعات درمانی، نشان داده شده که مراجعه به درمانگرهای سنتی بعنوان نخستین گام جهت درمان، از ۴۰/۲ درصد در سال ۱۳۶۹ به ۱۴/۱ درصد در سال ۱۳۷۷ و ۱۵/۶ درصد در سال ۱۳۷۹ تغییر کرده است. گرچه این یافته‌ها مربوط به یک منطقه نبودند، اما میتوانند بازتابی از یک تغییر جهت در مسیر درمانی بسوی درمان به موقع باشد. البته در مورد اخیر باید پژوهش‌های جدیدی صورت گیرد تا نقش گسترش اخیر طب سنتی را بررسی کند.

مطالعه دیگری در استان خراسان مشخص کرد که ۷۲/۲ درصد از بیمارانی که برای نخستین بار در فاز آغازین طرح، غربالگری شدند، از بیماری‌های تشخیص داده نشده‌ای برای حداقل ۳ سال رنج می‌برده‌اند، این امر نشانگر آن است که چنین ادغامی جهت پیشگیری ثانویه چقدر می‌تواند مفید باشد. این نتایج در یک مطالعه دیگر نیز تایید شده است.

در یک ارزیابی دیگر در سال ۱۳۸۸ دانش و نگرش بهورزان در مورد شرح وظایفشان نسبت به پزشکان عمومی وضعیت بهتری داشتند. ولی در مجموع نشان داده شد که برنامه ادغام، موثر و مفید است و به نحو معنی

داری منجر به بیماریابی بهتر اختلالات روانی شده است ولی ادامه ارزیابی پنج ساله داخلی و ده ساله خارجی توصیه شد.

نیازهای برآورده نشده در زمینه سلامت روان و پیشنهادهایی برای آینده

- هنوز در سطح مدیریت کلان سلامت روان نیاز به هماهنگی بیشتر درون بخشی و بویژه برون بخشی وجود دارد. تدبیر مسایل اقتصادی و اجتماعی به شکلی مشارکتی و در سطحی فراتر از وزارت بهداشت در مان و آموزش بهداشت یک ضرورت است.
- تداوم ادغام سلامت روان در شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی وابسته به پیش‌شرط تقویت شبکه بهداشتی است.
- سازوکارهای افزایش دانش و انگیزش در رده‌های مختلف نیروی انسانی در سلامت روان باید بیشتر مورد پژوهش قرار گیرد و مداخلات موثر روی آنها صورت گیرد.
- تخصیص سهم بالاتری از بودجه بهداشتی برای سلامت روان.
- بازبینی و روزآمد کردن متون آموزشی بر مبنای شواهد و تجارب ملی و شواهد و منابع بین‌المللی. خوشبختانه ایران در این زمینه پیشتاز بوده است. اما استفاده از تجارب مبتنی بر شواهد سازمان جهانی بهداشت نیز می‌تواند کمک کننده باشد.
- افزایش تعداد مراکز بهداشت روان جامعه نگر و استفاده بیشتر از خدمات مددکاران اجتماعی و روان پرستاران.
- درگیر نمودن طیف گسترده‌تری از گرایش‌های علمی و تخصصی گوناگون: روانپزشکان، پزشکان عمومی، روانشناسان بالینی و سلامت، روان‌پرستاران، پزشکان اجتماعی، اپیدمیولوژیست‌ها، متخصصین کودکان در برنامه‌های کشوری در فعالیتهای اجرایی، آموزشی و پژوهشی. یکی از امکانات مهم استفاده از بستر تجربه شده پزشک خانواده می‌باشد.
- تهیه راهنماهای بالینی برای تدابیر درمانی اختلالات روانی برای سطوح تخصصی
- حمایت بیشتر از طرح‌هایی مانند "سراج" که به جنبه‌های اجتماعی سلامت، توجه بیشتری می‌کنند.
- توجه بیشتر به طیف وسیع‌تری از پیش‌گیری‌ها و ارتقای سلامت روان¹⁶ و افزایش سلامت روان مثبت از طریق برنامه‌های مشترک و بین بخشی کشوری.
- ارتقای سواد سلامت روان جمعیت عمومی، کاهش انگ نسبت به بیماری‌های روانی
- ارتقای پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت روان توسط بیمه‌ها به ویژه بیمه‌های تکمیلی
- تقویت، گسترش کمی و کیفی برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های اجتماعی

¹⁶ - Mental health promotion

- (در جهت افزایش سرمایه اجتماعی) و مهارت‌های فرزند پروری.
- برنامه‌ریزی برای سلامت روان سالمندان
 - برنامه‌ریزی در زمینه ارتقای سلامت جنسی.
 - توجه ویژه به مشارکت کلیه اقشار جامعه و سازمان‌های مردم‌نهاد در برنامه‌ریزی، پایش و اجرای کلیه برنامه‌های فوق با تاکید ویژه روی قشر جوان کشور.
 - بازبینی برنامه‌های مبارزه با اعتیاد چه در مورد پیشگیری اولیه و چه ثانویه و کاهش آسیب بر مبنای تغییر الگوی داروهای مصرفی و افزایش مصرف محرک‌ها، داروهای نسخه‌ای، الکل و اعتیاد به اینترنت.
 - تقویت برنامه‌های سلامت روان در مدارس و دانشگاه‌ها
 - تهیه و اجرای برنامه کشوری ادغام یافته سلامت روان در محیط کار

منابع

1. WHO. WHO Constitution 1948. Basic Dokuments, Forty-fifth Ed Suppl Oct 2006 [Internet]. 1948;(January 1984):1-18. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
2. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. GBD History | Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. [cited 2018 Nov 19]. Available from: <http://www.healthdata.org/gbd/about/history>
3. Whiteford HA et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382:1575-86.
4. WHO. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva; 2015 [cited 2018 Dec 7]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200009/9789241?sequence=1>
5. Manoel Bertolote J, Epping-Jordan J, Funk M, Prentice T, Saraceno B, Saxena S, et al. The principal writers of this report were Rangaswamy Srinivasa Murthy (edi-tor-in-chief) [Internet]. *The World Health Report*. 2001 [cited 2018 Nov 19]. Available from: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
6. WHO | Millennium Development Goals (MDGs). WHO [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 19]; Available from: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/
7. http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/ retrieved 20.10.2018. 2018;2018.
8. WHO | Mental health included in the UN Sustainable Development Goals. WHO [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 20]; Available from: https://www.who.int/mental_health/SDGs/en/
9. World Health Organisation. Sixty-sixth World Health Assembly: Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. 2013;(May):1-27.
10. World Health Organization. MENTAL HEALTH ACTION PLAN 2013-2020 ' [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 30]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=8DCD30690A9CBB55A424FF3EB32729CB?sequence=1
11. Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian mental health survey, 2011. *Arch Iran Med*. 2015;18:76-84.
12. A.A. N, S.A. BY, M.T. Y, K. M, Noorbala AA, Yazdi SAB, et al. Mental health survey of the

- adult population in Iran. Br J Psychiatry. 2004;
13. Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Abbas S, Yazdi B, Dqg G, et al. Mental Health Survey of the Iranian Adult Population in 2015. 2017;20:128–34.
 14. IHME. Data Visualization, GBD Compare [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 28]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
 15. Noorbala AA, Rafiey H, Alipour F, Moghanibashi-Mansourieh A. Psychosocial Stresses and Concerns of People Living in Tehran: A Survey on 6000 Adult Participants. Iran J Psychiatry [Internet]. 2018 Apr [cited 2018 Dec 6];13:94–102. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29997654>
 16. Yasamy MT, Shahmohammadi D, Bagheri Yazdi SA, Layeghi H, Bolhari J, Razzaghi EM, et al. Mental health in the Islamic Republic of Iran: Achievements and areas of need. East Mediterr Heal J. 2001;
 17. Funk M, Dr W, Ivbijaro G. Integrating mental health into primary care A global perspective [Internet]. [cited 2018 Nov 20]. Available from: http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
 18. Yasamy MT, Zojaji A, Mirabzade A, Bagheri Yazdi SA, Layeghi H, Shojaee AM, Kafi A., Mohammadi N. Moghadam M BM. Determination of appropriate methods of mental health service delivery to survivors of natural disasters. (In Persian). 1997.
 19. MT Yasamy, M Farajpour, SS Gudarzi, SA Bagheri Yazdi, A Bahramnezhad , Y Mottaghipor AZ, M Aminesmaeli, A Mirabzade, A Kafi , M Bina. SA. ADVANCES IN DISASTER MENTAL HEALTH AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT. In: Murthy R, editor. 2006 [cited 2018 Nov 25]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/280491404>
 20. Noorbala AA, Yazdi SAB, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. Br J Psychiatry [Internet]. 2004 Jan 2 [cited 2018 Aug 4];184(01):70–3. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000077138/type/journal_article
 21. شریفی و، یاسمی م، باقری یزدی ع، امین اسماعیلی م. طرح تاسیس مراکز سلامت روان جامعه‌نگر. اداره سلامت روان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳.
 22. م شوافعاً. خدمات مؤثر جامعه‌نگر برای مبتلایان به اختلال‌های روانپزشکی کدامند؟ مروری بر شواهد. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۳۹۲؛ ۱۹: ۷۹–۹۶.
 23. س.ج. ۱. نوعی، ز، شریفی، و، ابوالحسنی، ف، موسوی-نیا، Roozbeh Home Care Program for Severe Mental Disorders : A Preliminary Report. راه اندازی اولین مرکز سلامت روان جامعه نگر در ایران تجربه ی مراقبت مشارکتی اصول بهداشت روانی، ۱۵، ۴۲۳–۴۱۹.
 24. Amini H, Shakiba A, Sharifi V, Shirazi M, Sadeghi M, Abolhasani F, et al. Evaluation of the performance of general practitioners in a collaborative care program by employing simulated patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 21];51:1311–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27155972>
 25. Moinfar Z, Sedaghat M, Abolhassani F, Sharifi V, Moinfar Z, Eftekhari S, et al. A collaborative care program for management of common mental disorders among diabetic patients in a primary healthcare setting. J Public Health (Bangkok) [Internet]. 2016 Aug 22 [cited 2018 Nov 21];24:273–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10389-016-0722-y>
 26. نوعی ز، شریفی و، ابوالحسنی ف، امین اسماعیلی م منس. راه اندازی اولین مرکز بهداشت روان جامعه نگر. اصول بهداشت روانی ۱۳۹۲. ۱۵: ۲۳–۱۵: ۴۱۹.
 27. Noee Z, Abolhassani F, Sharifi V, Amine-Esmaceli M, Mosavineia SJ. Patients Satisfaction of the Role of Case Manager in Community Mental Health Center (CMHC). Iran J Psychiatry Clin Psychol [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 22];19:134–8. Available from: http://ijpep.iuims.ac.ir/browse.php?a_id=2033&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&mb=1

28. Amini H, Sharifi V. Quality of life in bipolar type i disorder in a one-year followup. *Depress Res Treat*. 2012;2012.
29. ملکوتی ک، شریفی و، حاجبی ا میبودآپ. برنامه مراقبت‌های پس از ترخیص برای بیماران مبتلا به اختلال شدید روانپزشکی.
30. Sharifi V, Tehranidoost M, Yunesian M, Amini H, Mohammadi M, Jalali Roudsari M. Effectiveness of a Low-Intensity Home-Based Aftercare for Patients with Severe Mental Disorders: A 12-month Randomized Controlled Study. *Community Ment Health J* [Internet]. 2012 Dec 7 [cited 2018 Nov 23];48:766–70. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10597-012-9516-z>
31. Hajebi A, Sharifi V, Ghadiri Vasfi M, Moradi-Lakeh M, Tehranidoost M, Yunesian M, et al. A multicenter randomized controlled trial of aftercare services for severe mental illness: study protocol. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2013 Dec 1 [cited 2018 Nov 23];13:178. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23816199>
32. Ghadiri Vasfi M, Moradi-Lakeh M, Esmaceli N, Soleimani N, Hajebi A. Efficacy of Aftercare Services for People With Severe Mental Disorders in Iran: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2018 Nov 23];66:373–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25828982>
33. Moradi-Lakeh M, Yaghoubi M, Hajebi A, Malakouti SK, Vasfi MG. Cost-effectiveness of aftercare services for people with severe mental disorders: an analysis parallel to a randomised controlled clinical trial in Iran. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2017 May [cited 2018 Nov 23];25:1151–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28147433>
34. Barfar E, Sharifi V, Amini H, Mottaghipour Y, Yunesian M, Tehranidoost M, et al. Cost-effectiveness Analysis of an Aftercare Service vs Treatment-As-Usual for Patients with Severe Mental Disorders. *J Ment Health Policy Econ* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 23];20:101–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28869209>
35. Malakouti SK, Nojomi M, Mirabzadeh A, Mottaghipour Y, Zahiroddin A, Kangrani HM, et al. A Comparative Study of Nurses as Case Manager and Telephone Follow-up on Clinical Outcomes of Patients with Severe Mental Illness. *Iran J Med Sci* [Internet]. 2016 Jan [cited 2018 Nov 23];41:19–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26722141>
36. Malakouti SK, Nojomi M, Panaghi L, Chimeh N, Mottaghipour Y, Joghatai MT, et al. Case-management for Patients with Schizophrenia in Iran: A Comparative Study of the Clinical Outcomes of Mental Health Workers and Consumers' Family Members as Case Managers. *Community Ment Health J* [Internet]. 2009 Dec 5 [cited 2018 Nov 23];45:447–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19415489>
37. Khaleghparast S, Ghanbari B, Kahani S, Malakouti K, SeyedAlinaghi S, Sudhinaraset M. The effectiveness of discharge planning on the knowledge, clinical symptoms and hospitalisation frequency of persons with schizophrenia: a longitudinal study in two hospitals in Tehran, Iran. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 Aug [cited 2018 Nov 23];23(15–16):2215–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24329909>
38. Towfighi H, Sharifi V, Alaghband -Rad J SB. Hospital Roozbeh in Service Planning Discharge of Implementation and D. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2018;24:56–69.
39. Morasae E, Forouzan A, Majdzadeh R, Asadi-Lari M, Noorbala A, Hosseinpoor A. Understanding determinants of socioeconomic inequality in mental health in Iran's capital, Tehran: a concentration index decomposition approach. *Int J Equity Health* [Internet]. 2012 Mar 26 [cited 2018 Nov 24];11:18. Available from: <http://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-18>
40. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2014 Aug 19 [cited 2018 Nov 24];26:392–407. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25137105>
41. Foundation WHO and CG. *Social Determinants of Mental Health*. Geneva: World Health Organization; 2014.
42. Hosseinpoor AR, Bergen N, Mendis S, Harper S, Verdes E, Kunst A, et al. Socioeconomic

- inequality in the prevalence of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: Results from the World Health Survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 Dec 22 [cited 2018 Nov 24];12:474. Available from: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-474>
43. Damari B, Alikhani S, Riazi-Isfahani S, Hajebi A. Transition of Mental Health to a More Responsible Service in Iran. *Iran J Psychiatry* [Internet]. 2017 Jan [cited 2018 Nov 24];12:36–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28496500>
44. بهزاد دمارى احمد حاجبى ونداد شريفى. شيوه نامه جامع سلامت روانى و اجتماعى شهرستان [Internet]. ۹۷۸. انتشارات طب و جامعه; ۱۳۹۵. Available from: <http://www.ketabcity.com/BookView.aspx?bookid=2021026>
45. بهزاد دمارى احمد حاجبى ونداد شريفى جعفر بوالهبرى. خدمات جامع سلامت روانى و اجتماعى شهرستان : مرورى بر تجربه اقدام پژوهى پيشگام در جمهورى اسلامى ايران. [Internet]. انتشارات طب و جامعه; ۱۳۹۵ [cited 2018 Nov 24]. Available from: <http://www.ketabcity.com/bookview.aspx?bookid=2021028>
46. Moharrery MR. A glance at the history of psychiatry and history of psychiatry in Iran. *Andishe va Raftar*. 1(1,3):27–49.
47. Esfahani MN, Mirsepassi G, Atef-Vahid M-K. Development of mental health law in Iran: work in progress. *BJPsych Int* [Internet]. 2015 Aug [cited 2018 Nov 25];12:68–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29093861>
48. Khadivi R, Shakeri M, Ghobadi S. The Efficiency of Mental Health Integration in Primary Health Care: a Ten-year Study. *Int J Prev Med* [Internet]. 2012 Mar [cited 2018 Nov 24];3(Suppl 1):S139-45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22826756>
49. Bolhari J, Ahmadkhaniha H, Hajebi A, Bagheri Yazdi SA, Naserbakht M, Karimi-Kisomi I, et al. Evaluation of Mental Health Program Integration into the Primary Health Care System of Iran. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* [Internet]. 2012 [cited 2018 Nov 24];17:271–8. Available from: <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1450-en.html>
50. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme, World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-Specialized health settings : mental health gap action programme (mhGAP). Version 2. WHO.; 2018. 164 p.
51. WHO. mhGAP Intervention Guide e version [Internet]. RS Murthy, editor. World Health Organization. 2014 [cited 2018 Nov 25]. Available from: <https://www.paho.org/mhgap/en/>
52. بوالهبرى ج, كيبير ك, حاجبى ا, باقرى يزدي سع, رفيعى ح, احمدزاد اصل م, et al. بازنگرى برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت هاى بهداشتى اوليه و برنامه پزشك خانواده. مجله روانپزشكى و روانشناسى بالينى ايران [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 24];22:134–46. Available from: http://ijpcp.iuims.ac.ir/browse.php?a_id=2603&sid=1&slc_lang=fa

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۲ / گفتار ۳ / دکتر جواد علاقبند راد

مشکلات روانپزشکی در کودکان زیر پنج سال

فهرست مطالب

۲۷۱۵.....	اهداف درس
۲۷۱۵.....	بیان مسئله
۲۷۱۶.....	ارزیابی نوزادان و کودکان خردسال
۲۷۱۸.....	مشکلات شایع در نوزادان و کودکان خردسال
۲۷۱۸.....	مشکلات خواب
۲۷۱۹.....	کابوس‌ها:
۲۷۱۹.....	وحشت شبانه:
۲۷۱۹.....	خوابگردی:
۲۷۱۹.....	سندرم آپنه خواب:
۲۷۱۹.....	مشکلات غذا خوردن
۲۷۱۹.....	تأخیر در رشد Failure to Thrive (FTT)
۲۷۲۰.....	Pica در نوزادی و کودکی
۲۷۲۰.....	حملات ریشه رفتن
۲۷۲۰.....	انگشت مکیدن و ناخن جویدن
۲۷۲۰.....	اختلال دلبستگی
۲۷۲۱.....	یافته‌های بالینی
۲۷۲۱.....	الف) اختلال دلبستگی واکنشی
۲۷۲۱.....	ب) دلبستگی مختل
۲۷۲۲.....	کم توانی ذهنی
۲۷۲۳.....	موارد عمده نورویولوژیک همراه با اختلال اوتیستیک
۲۷۲۳.....	منابع

مشکلات روانپزشکی در کودکان زیر پنج سال

Psychiatric problems in children under five years old

دکتر جواد علاقبند راد

گروه آموزشی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- اطلاعات کلی در باره نحوه ارزیابی روانپزشکی نوزادان و کودکان خردسال را به دست آورد
- مشکلات شایع روانپزشکی در نوزادان و کودکان خردسال را بداند
- علل عمده کم توانی ذهنی را بداند
- با توجه به توانایی‌های افراد مبتلا شدت کم توانی ذهنی را تشخیص دهد
- علل عمده نورویولوژیک در اتیولوژی اوتیسم را بشناسد
- اصول کلی در تشخیص علائم مربوط به رشد طبیعی را از موارد غیرطبیعی بازشناسد.

بیان مسئله

تاکنون مطالعات معدودی درباره نحوه بروز و شیوع مشکلات بهداشت روان در سال‌های اول زندگی، صورت گرفته است. ریچمن (Richman) در سال ۱۹۷۵، تمامی کودکان ۳ ساله منطقه‌ای در شمال لندن را مورد مطالعه قرار داد. نتایج مطالعه حاکی از این واقعیت بود که ۷٪ آنان دارای مشکلات رفتاری متوسط یا شدید و در حدود ۱۵٪ از آن‌ها دچار مشکلات خفیف رفتاری می‌باشند. در مجموع تفاوتی میان دختران و پسران وجود نداشت اگرچه پرتحرکی، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع در پسران و اضطراب و ترس‌های مختلف در دختران، شایع‌تر بود. به نظر می‌رسد که بروز مشکلات رفتاری در این سن به نحوی به خصوصیات بیولوژیک کودک و همچنین رابطه والد - کودک مربوط می‌شود.

ارزیابی نوزادان و کودکان خردسال

روش‌های ارزیابی در نوزادان و شیرخواران ۱-۲ ساله، دارای تفاوت‌هایی نسبت به کودکان دیگر می‌باشد. همانگونه که امده (Emde, 1985) بیان می‌دارد، بیان عواطف در این سنین دارای اهمیت ویژه‌ای است. نوزادان سخن نمی‌گویند. در عوض، گریه می‌کنند، می‌خندند، صداهایی از خود در می‌آورند و از طرق مختلف (که تدریجاً والدین آنان می‌آموزند) ترس، خشم، غم، لذت و امثال آن را انتقال می‌دهند. آنچه از معاینه صرف نوزاد اهمیت بیشتری دارد، مشاهده تعامل میان والدین و کودک است که در این خصوص ارتباط غیر کلامی، واجد اهمیت ویژه‌ای است.

در واقع آنچه ارزیابی می‌شود نه نوزاد، بلکه «نوزاد در متن زمینه‌ای» است که محیط طبیعی وی و معمولاً خانواده می‌باشد. بنابراین حضور هر دو والد ضروری است. بعضاً یکی از والدین (اغلب پدر) مایل به شرکت در جلسات درمانی نیست که در این صورت باید حداکثر تلاش صورت گیرد تا وی در جلسات حضور یابد. به همین ترتیب، حضور دیگر فرزندان خانواده (در صورت وجود) بسیار کمک کننده است.

طبق نظر هیرشبرگ (Hirshberg, 1993) جنبه‌های زیر باید در رابطه والدین و کودک، مورد ارزیابی قرار گیرد:

- رابطه دلبستگی (The attachment relationship): ارزیابی این مطلب که آیا نوزاد، والدین را منبع امنیت و راحتی می‌داند و در این صورت نحوه کسب امنیت و راحتی از طریق والدین چگونه است؟ اکتشاف کنجکاوانه نوزاد نسبت به محیط اطراف تا چه میزان آزادانه صورت می‌گیرد؟ اگر نوزاد در صدد دریافت عواطف مثبت باشد آیا والدینش آن را محقق می‌سازند؟ در آن صورت آیا کودک مجدداً به اکتشافات خویش ادامه می‌دهد؟
- ایمنی و محافظت (Safety and Protection): این موضوع وابسته به آن است که هر یک از والدین تا چه میزان نسبت به ایمنی و محافظت کودک در برابر خطرات هشیار باشند. والدین ممکن است بیش از اندازه حمایت کننده و یا بی‌توجه باشند. واکنش‌های کودک نیز در برابر روش‌های محافظتی والدین باید مشاهده گردند.
- تنظیم فیزیولوژیک: وابسته به مشاهده این موضوع است که والدین در برابر تغییرات فیزیولوژیک کودک چگونه واکنش نشان می‌دهند؛ برای مثال: گرسنگی، سرماخوردن، خواب آلودگی، نیاز به تحرک. سؤال اصلی این است که آیا مداخله والدین برای تأمین خواست‌های فیزیولوژیک کودک مؤثر است؟ و آیا در برابر تلاش‌های کودک به منظور افزایش یا کاهش تحرک پاسخ مناسب دریافت می‌شود؟
- بازی: لازم است موقعیتی فراهم گردد که والدین و کودک برای مدت زمانی با همدیگر بازی کنند. آیا والدین آرامش دارند و با کودک خویش نیز راحت هستند؟ آیا به نحو مناسب به علامت‌های نوزاد، واکنش نشان می‌دهند؟ آیا می‌فهمند که او چه می‌خواهد؟ و آیا در شرایطی که ساختار و سازماندهی مورد نیاز است، بازی را شروع می‌کنند؟
- آموزش و یادگیری: این موضوع به بازی مربوط می‌شود و بستگی به آن دارد که چگونه والدین، به

کودک خویش کمک کنند تا او یادگیری داشته باشد. از این روی، توانایی و خواست والدین در این زمینه و همچنین رویکرد و میزان انعطاف والدین باید مورد بررسی قرار گیرد.

● قدرت و کنترل: آیا والدین در برابر کودک افرادی آرام، مطمئن و مسلط بر خود به نظر می‌رسند ... یا بر عکس منفعل، متزلزل، آشفته و گیج یا احتمالاً دارای تنش و خشمگین هستند.

● تنظیم هیجانات: همانطور که هیرشبرگ (Hirshberg, 1993) اشاره کرده است، ابراز و انتقال هیجانات و تنظیم آنان احتمالاً مهم‌ترین جنبه‌ها در ارتباط بین فردی است. هیجاناتی که در برگزیده تعاملات میان کودک و والدین باشد، به نظر می‌رسد که عاملی کلیدی در سازمان‌دهی تجربیات است و تصور می‌شود که به روابط و تعاملات بعدی شکل می‌دهد. مصاحبه‌گر باید در جریان تعامل کودک و والدین، به میزان عواطف موجود در رابطه مزبور، سهولت ابراز هیجانات و هماهنگی لحن صدا، حالات چهره، ژست‌ها و ارتباطات غیر کلامی توجه نماید. همچنین لازم است که تفاوت‌های موجود میان واکنش‌های پدر و مادر و ارتباطات عاطفی آنها با یکدیگر مورد توجه قرار گیرد. در تکمیل مشاهدات فوق، لازم است که از والدین در باره هر یک از حوزه‌های مزبور، سؤال گردد. بدین منظور می‌توان از هر یک از والدین و اکنش والد دیگر را در هر حوزه پرسید و سپس نظر موافق یا مخالف آن والد را جویا شد. هر گونه اختلاف روش در تعامل با کودک یا اختلاف نظر در تربیت فرزندان نیز باید مورد کنکاش قرار گیرد.

مشاهده مستقیم نوزاد در موقعیت‌های مختلف، واجد اهمیت فراوانی است. برای مثال، گنس باور و هارمون (۱۹۸۱) یک روش ارزیابی جامع را توصیه نموده‌اند که به ترتیب زیر برای کودکان ۹ تا ۲۱ ماهه به کار می‌رود:

۱- اختصاص دادن زمانی برای بازی آزادانه کودک و مادر که در حین آن نوزاد بتواند با اسباب‌بازی یا مادر بازی نماید.

۲- نزدیک شدن یک فرد غریبه و مادر به نوزاد که مشخص می‌سازد تا چه میزان مادر به عنوان منبع امنیت تلقی می‌شود.

۳- بررسی سطح رشدی (برای مثال استفاده از (Bayley Scales of Infant Development)

۴- بررسی تأثیر جدایی با غایب شدن و بازگشت مادر پس از ۳ دقیقه.

علاوه بر موارد فوق، کسب تاریخچه کامل کودک و خانواده، ژنوگرام و معاینه جامع روانپزشکی و بررسی کامل طبی، ضرورت دارد. در ارزیابی نوزادان و خانواده‌هایشان، برقراری اتحاد درمانی و رویکرد همراه با هم‌حسی، حمایت و برخورد مثبت، از لوازم اصلی موفقیت محسوب می‌شود. والدینی که کودک خویش را نزد متخصص بهداشت روانی می‌آورند، طبعاً مضطرب بوده و دارای احساس گناه می‌باشند. نگرانی اصلی آنان نیز این است که مبدا مشکلات فرزند ناشی از اشتباهات آنان باشد. این در حالی است که معمولاً والدین با توجه به سطح اطلاعات در زمینه فرزندپروری، حالات هیجانی و استحکام شخصیتی آنها برای موفقیت فرزندشان حداکثر تلاش خود را به

عمل می‌آورند.

بسیاری از والدینی که در زمینه تربیت فرزندشان دچار مشکل هستند، خودشان تحت تربیت غیرصحیح قرار داشته‌اند و در نتیجه در این زمینه فاقد بینش صحیح می‌باشند. برای بررسی جامع‌تر در حوزه‌های مختلف هیجانی و رفتاری، پرسشنامه‌های متعددی وجود دارد که حسب نیاز مورد استفاده قرار می‌گیرد.

مشکلات شایع در نوزادان و کودکان خردسال

Temper Tantrums در کودکان «نوپا» طبیعی است اما اگر شدید و طولانی باشد و با تمهیدات معمولی والدین بهبود نیابد، ایجاد مشکل می‌نماید در اوایل نوزادی نیازها و خواسته‌های نوزادان (که کمابیش یکی هستند) عموماً بلافاصله برآورده می‌شود و معمولاً در سال دوم زندگی است که محدودیت‌ها برای کودک اعمال می‌گردد. چنین محدودیت‌هایی آن گاه ضروری می‌نماید که کودک شروع به راه رفتن کند و در نتیجه ممکن است به مکان‌هایی سر بزند و کارهایی انجام دهد که خطرناک باشد. Tantrums، واکنش قابل درک نسبت به محرومیت از لذتی است که کودک به آن عادت دارد.

تداوم یا تشدید Tantrums عمدتاً وابسته به نحوه برخورد والدین و افراد نزدیک دیگر با کودک است. مشخص نمودن محدودیت‌ها به صورت قاطع اما صمیمانه در یک محیط گرم و پذیرا معمولاً به بهبودی سریع می‌انجامد. تا آنجا که ممکن است Tantrums باید مورد بی‌توجهی قرار گیرد. کودکان دچار Tantrums می‌گیرند زیرا چیزی را که می‌خواهند به دست نمی‌آورند و یا اجازه پرداختن به کار خاصی به آنها داده نمی‌شود. واکنش مناسب‌تر آن است که اجازه داد تا Tantrums ادامه یابد بدون آنکه در حین آن توجه خاصی به کودک نشان داده شود.

به محض توقف Tantrums، توجه معطوف کودک می‌گردد. اعمال یکنواخت چنین برنامه‌ای کمک می‌نماید که رفتار Tantrums خاتمه یابد (گرچه در ابتدا بیشتر شود) و رفتار مخالف آن تقویت گردد. البته مدیریت این گونه رفتارها همیشه آسان نیست و در واقع، Temper Tantrums کودکانی که در خانواده‌های آشفته و بدون ثبات زندگی می‌کنند مقاوم و مزمن خواهد بود. سرانجام چنین کودکانی تا حد زیادی بستگی به آن دارد که رابطه با والدین تا چه میزان از اهمیت برخوردار باشد و همچنین والدین تا چه اندازه این توانایی و اراده را دارا هستند که در رفتار خود تغییر ایجاد کنند. سرشت ذاتی کودکان نیز عامل بسیار مهمی است، بدین معنی که بعضی از کودکان ذاتاً دشوارتر از بقیه هستند. همچنین، تناسب میان سرشت ذاتی والدین و کودک نیز اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد.

مشکلات خواب

عده کثیری از والدین از روند خواب نوزادان و کودکان خویش ابراز نگرانی می‌کنند که بسیاری از این موارد ناشی از فقدان اطلاعات درباره رشد طبیعی است. نیاز کودکان به خواب بر اساس خصوصیات سرشتی آنان متفاوت می‌باشد. ناتوانی در تداوم یک الگوی منظم خواب ممکن است در خانواده‌های آشفته و بهم ریخته نیز دیده شود. در چنین مواردی هیچگونه قاعده منظم و رایجی برای خواب وجود ندارد. مشکل خواب همراه با گریه، در نوزادان شایع است اما عموماً پس از چند ماه تخفیف می‌یابد.

مواردی از مشکلات خاص خواب نیز وجود دارد که معمولاً از سال سوم زندگی شروع می‌گردد، در پسران شایع‌تر است و طبق تعریف غیر مرتبط با مشکلات رفتاری یا روانپزشکی می‌باشد. مشکلات خاص خواب عبارتند از:

کابوس‌ها:

رؤیاهای ناخوشایند یا ترسناک. این رؤیاهای در جریان خواب سبک (REM) رخ می‌دهند. کودک به دنبال دیدن کابوس‌ها از خواب بر نمی‌خیزد و اگر هم از خواب بیدار شود واکنشی معمولی خواهد داشت و چندان آشفته نخواهد گردید.

وحشت شبانه:

معمولاً در اوایل خواب و در مراحل خواب عمیق (مراحل ۳ و ۴) اتفاق می‌افتد. کودک معمولاً وحشتزده به نظر می‌رسد و در برابر صحبت دیگران واکنشی نشان نمی‌دهد. همچنین به نظر می‌رسد که اشیاء و افراد را نمی‌تواند ببیند. به هنگام بیداری، کودک چیزی را به خاطر نمی‌آورد.

خوابگردی:

این پدیده نیز در خواب عمیق اتفاق می‌افتد و کاملاً با وحشت شبانه ارتباط دارد. خوابگردی، همچون وحشت شبانه ممکن است در جریان یک بیماری تباداری دوران کودکی اتفاق افتد. کودک معمولاً در اوایل خواب بیدار می‌شود و با در دست داشتن یک پتو راه می‌افتد و در حالی که چهره‌ای مبهوت دارد، در برابر تلاش دیگران برای برقراری ارتباط با او واکنشی نشان نمی‌دهد. معمولاً بیدار کردن کودک دشوار است، اما در صورت بیدار شدن (احتمالاً پس از لحظات کوتاه گیجی و فقدان جهت‌یابی) شخص به نظر طبیعی می‌رسد. دوره‌های خوابگردی ممکن است از چند دقیقه تا نیم‌ساعت طول بکشد. در اکثریت موارد هیچ‌گونه اختلال روانپزشکی به صورت همراه وجود ندارد.

سندرم آپنه خواب:

این سندرم ممکن است در هر سنی از نوزادی به بعد اتفاق افتد. از پیامدهای این سندرم، بی‌خوابی مزمن و در نتیجه خواب آلودگی روزانه، خستگی مزمن و در موارد شدید، افت ذهنی، افسردگی، تغییرات شخصیتی و حملاتی از رفتارهای غیر منطقی می‌باشد.

مشکلات غذا خوردن

مشکلات تغذیه‌ای و اشتها در نوزادان ممکن است نشانه‌هایی از اختلالات فیزیکی یا مشکلات هیجانی و ارتباطی در خانواده یا اکثراً مجموعه‌ای این عوامل باشد.

تأخیر در رشد (FTT) Failure to Thrive

این اصطلاح، توصیف نوزادان و کودکانی است که نقص جدی در افزایش وزن از خود نشان می‌دهند. FTT یک علامت است و نه یک اختلال و در نتیجه ممکن است ناشی از عوامل بسیار متعددی باشد. مشکلات

تغذیه‌ای غالباً در زمینه ارتباطات مختل والدین - کودک رخ می‌دهد. مادر بی‌تجربه، مضطرب و احتمالاً نپخته قادر به پاسخ‌دهی در برابر نیازهای نوزاد نمی‌باشند.

Pica در نوزادی و کودکی

پیکا عبارت است از خوردن مداوم غیر خوراکی مانند کاغذ، خاک، چوب، پارچه و ... از نظر آسیب‌شناسی علل متنوعی همچون شرایط نامساعد محیطی، دیسترس هیجانی و مشکلات ارتباطی مطرح می‌باشد. مشکلات همراه در زمینه خواب و رفتار شایع است و خانواده این کودکان آشفتنه و فقیر هستند.

حملات ریسه رفتن

در کودکان پیش دبستانی شایع است و معمولاً قبل از سن دو سالگی شروع می‌شود. این حملات عموماً تا ۶-۵ سالگی متوقف می‌گردند. حملات ریسه معمولاً به دنبال ناراحتی یا نگرانی‌های جزئی رخ می‌دهند. در ابتدا گریه شروع می‌شود که به نظر می‌رسد به دنبال افزایش شدت آن، کودک در یک حالت خشم وارد گردد. سپس تنفس در حالت بازدم قطع می‌شود و با آبی شدن صورت (خصوصاً در اطراف لب‌ها) سیانوز بروز می‌یابد. در مواردی ممکن است تشنج صرعی پیش آید اما در اکثر موارد، ظرف نیم دقیقه کودک شروع به تنفس مجدد می‌کند و از اینرو بهبودی سریعاً رخ می‌دهد. بنابراین سه مشخصه اصلی این حملات عبارتند از:

۱- عامل زمینه‌ساز

۲- گریه کردن خشمگینانه

۳- سیانوز

اگر مشکل همراه دیگری وجود نداشته باشد، پیش‌آگهی مساعد است.

انگشت مکیدن و ناخن جویدن

این رفتارها در نوزادان شایع است اما تدریجاً از سال دوم به بعد، تخفیف می‌یابند. این علامت‌ها از نظر روانپزشکی اهمیت خاصی ندارند و معمولاً نیازمند درمان خاصی نیز نمی‌باشند. درمان در روانپزشکی نوزادان در اکثر موارد معطوف به ارتباط میان کودک و والدین می‌شود. در این زمینه در سال‌های اخیر مطالعات و پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای به دست آمده است، اگر چه مسیری طولانی برای یافتن پاسخ به سئوالات متعدد باقی مانده است.

اختلال دلبستگی

نوزادان طبیعی با این قابلیت به دنیا می‌آیند که به والدین خویش دلبستگی داشته و آنان را به مراقبت از فرزندانشان وادارند. اختلال در این امر و نقایص یا خلل در پاسخ شخص مراقب می‌تواند با واکنش‌هایی همراه باشد؛ نمونه‌های آن عبارتند از اختلال دلبستگی واکنشی، اختلال نشخوار نوزادی، ناتوانی رشد غیر عضوی و کوتولگی روانی اجتماعی. این موارد از نوزادی شروع می‌گردد و اگر اصلاح نشود، رشد ذهنی و اجتماعی بعدی را مختل می‌سازد. مشکلات خواب غالباً در ۲ سال نخستین زندگی شروع می‌گردند. اختلالات پیکا (خاک‌خواری) و دفعی عموماً برای

نخستین بار حد فاصل سنین ۲ و ۵ سالگی تشخیص داده می‌شوند.

یافته‌های بالینی

الف) اختلال دلبستگی واکنشی

این اختلال به معنای ناتوانی نوزاد در تشکیل یک ارتباط طبیعی نسبت به شخص مراقب اصلی می‌باشد. نوزاد یکی از این دو واکنش را به نمایش می‌گذارد:

۱. منزوی از لحاظ اجتماعی، محدود از نظر هیجانی، فاقد انرژی و ظاهراً ناتوان از لذت بردن از تماس اجتماعی یا بازی.

۲. از لحاظ اجتماعی بی‌تفاوت و از لحاظ هیجانی سطحی. هر دو نوع اختلال مرتبط با

Reactive attachment disorder

غفلت والدین یا سوء رفتار آنها یا فرزندپروری در مهد کودکها با مراقبت‌کننده‌هایی که سوء رفتار دارند معمولاً در سبب‌شناسی نقش دارند. نوزادانی که در معرض بدرفتاری قرار داشته‌اند، در سنین نوپایی از خود دلبستگی آشفته بروز می‌دهند و بتدریج دارای رفتارهای ایدایی و پرخاشگرانه یا منزوی از لحاظ اجتماعی می‌گردند.

جدول ۱ - علل عمده کم توانی ذهنی

علت	مثال
کروموزومی	سندرم XXY (سندروم کلین فلچر) تریزومی ۲۱ (سندرم داون) تریزومی ۱۸ تریزومی ۱۳ سندرم ایکس شکننده
توارث مندلی	آکروسفالوسین داکتیلی (سندرم Apert)، غالب نوروفیبروماتوز (بیماری فان رکلین‌ها وزن)، غالب توبروز اسکلروزیس (وجود آدنوم سباسه)، غالب موکوپولی ساکاریدوزیس تیپ I (سندرم هرلر)، اتوزوم مغلوب موکوپولی ساکاریدوزیس تیپ II (سندرم هانتز)، مغلوب وابسته به کروموزوم X
عوامل آسیب‌زای قبل از تولد	سندرم الکل جنینی سندرم هیدانتوئین جنینی سرخچه
عوامل آسیب‌زای پس از تولد	سندرم نوزاد ضربه دیده کرن ایکتروس مننژیت

ب) دلبستگی مختل

در اینجا شخص مهمی که نسبت به او دلبستگی به وجود می‌آید حضور دارد ولی رابطه موجود دچار

اختلال می‌باشد بدین معنی که میان نزدیک شدن و کشف محیط عدم تعادل وجود دارد. این رابطه ۳ شکل مختلف دارد: (۱) همراه با مهار (۲) همراه با Self-endangerment (۳) همراه با وارونه شدن نقش

جدول ۲- اصول راهنما در تشخیص توانایی‌های افراد «کم توان ذهنی»

توانایی	خفیف	متوسط	شدید
در مناطق ناآشنا گم نمی‌شود	+	+	
اسکناس را می‌تواند تبدیل به سکه نماید	+		
مستقلاً می‌تواند از وسایل حمل و نقل عمومی استفاده کند	+		
اخبار را دنبال می‌کند	+		
مستقلاً لباس می‌پوشد و به توالت می‌رود	+	+	+
بدون کمک از لیوان می‌نوشد	+	+	+
با قاشق غذا می‌خورد	+	+	+
محاورات ساده را می‌تواند انجام دهد	+	+	+
دستورات یک مرحله‌ای را انجام می‌دهد	+	+	+
دو نفر را با ذکر نام خطاب می‌کند	+	+	+
از قفل و کلید استفاده می‌کند	+	+	
لباسش را مناسب انتخاب می‌کند	+	+	+
قادر به حفظ دوستی است	+	+	+
مقصودش را با کلام مشخص می‌سازد	+	+	
علائم راهنمایی و رانندگی را می‌شناسد	+	+	+
فعالیت‌های روزانه را برنامه‌ریزی می‌کند	+	+	
در برابر غریبه‌ها رفتار صحیحی دارد	+	+	+
خطرات را پیش‌بینی می‌کند	+	+	
ساعت روز را تشخیص می‌دهد	+	+	
بدون نظارت دیگران غذا می‌پزد	+		
از تلفن عمومی استفاده می‌کند	+	+	
لباس‌هایش را خودش می‌شوید	+	+	
شرایط شغلی	محیط شغلی عادی	محیط شغلی ویژه یا عادی	محیط شغلی ویژه

کم توانی ذهنی

علل عمده و اصول راهنما در تشخیص کم توانی ذهنی در جداول ۱ و ۲ ذکر شده‌اند. بعضی از علل طبیی تسایع

که در اختلال اوتیستیک دیده می‌شوند نیز در جدول ۳ فهرست گردیده است. اختلال اوتیستیک یکی از اختلالات تکاملی است که در سنین خردسالی شروع گردیده و در حوزه‌های متعددی ایجاد اختلال می‌نماید. (عمدتاً در سه محور رشد اجتماعی، رشد تکلم و حرکات کلیشه‌ای).

موارد عمده نوروبیولوژیک همراه با اختلال اوتیستیک

- سرخجهٔ مادرزادی
- سیتومگالوویروس
- صرع
- سندرم ایکس شکننده
- آنسفالیت هرپسی
- سندرم موبیوس
- نوروفیبروماتوزیس
- فنیل کتونوری
- توبروز اسکروزیس

منابع

1. WHO. Mental health: strengthening our response. Fact sheet, March 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [Last Accessed February 2019].
2. Emde RN. (1985) Assessment of infancy disorders. In: Child and Adolescent Psychiatry : Modern Approaches, 2nd ed. M. Rutter and L. Hersov. Oxford; Blackwell.
3. Hirshberg LM. (1993). Clinical interviews with infants and their families. In: Handbook of Infant Mental Health, ed. C.H. Zeanah. New Yourk: Guilford.
4. Richman N, Stevenson, JE. and Graham, P. J. (1975) Prevalence of behavior problem in 3-year-old children : an epidemiological study in a London Borough. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 16, 277-287.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۲ / گفتار ۴ / دکتر زهراسادات مشکانی، دکتر سیدمنصور رضوی

بزهکاری به عنوان آسیب اجتماعی

فهرست مطالب

۲۷۲۵	اهداف درس
۲۷۲۶	تعریف بزه در رویکردهای مختلف
۲۷۲۶	رویکرد حقوقی جرم
۲۷۲۶	رویکرد جامعه‌شناختی
۲۷۲۷	رویکرد جرم‌شناسی
۲۷۲۷	تعریف انواع بزه‌های معمول
۲۷۲۸	رویکردها در مورد علل بزهکاری
۲۷۲۸	رویکرد شکل‌ظاهری
۲۷۲۸	رویکرد ساختار زیستی
۲۷۲۹	رویکرد روانشناختی
۲۷۲۹	رویکرد وضعیت اقتصادی
۲۷۳۰	رویکرد کنترل اجتماعی
۲۷۳۰	رویکرد پیوند افتراقی
۲۷۳۱	رویکردهای التقاطی
۲۷۳۳	پیشگیری از بزهکاری
۲۷۳۳	پیشگیری اولیه: ایجاد یک محیط سالم
۲۷۳۴	پیشگیری ثانویه: کاهش عوامل خطرزا
۲۷۳۴	پیشگیری نوع سوم: کنترل موقعیت خطر
۲۷۳۴	استراتژی‌های پیشگیری از بزهکاری
۲۷۳۴	۱- استراتژی‌های خانواده‌گرا:
۲۷۳۴	۲- استراتژی جامعه‌گرا:
۲۷۳۶	منابع

بزهکاری به عنوان آسیب اجتماعی Delinquency as social harm

دکتر زهراسادات مشکانی، دکتر سیدمنصور رضوی
گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- بزهکاری را از دیدگاه رویکردهای مختلف تعریف نماید
- علل بزهکاری را با توجه به رویکردهای مختلف تحلیل کند
- سطوح پیشگیری از بزهکاری را شرح دهد
- استراتژی‌های پیشگیری از بزهکاری را تفسیر نماید
- استراتژی‌های پایشی و جامعه‌گرا را با هم مقایسه کند
- گام‌های طراحی استراتژی‌های موثر بر پیشگیری و درمان را توضیح دهد
- با توجه به موقعیت اجتماعی - فرهنگی کشور، استراتژی‌های پیشگیری از بزهکاری را پیشنهاد نماید.

تعریف بزهکاری

بزهکاری یک پدیده بسیار پیچیده اجتماعی است که در محیط‌های اجتماعی مختلف به شکل‌های متفاوتی دیده می‌شود. تعریف بزه و رفتار بزهکارانه در هر جامعه‌ای توسط قوانین حقوقی و هنجارهای اجتماعی آن جامعه مشخص می‌شود. اگر چه در بیشتر جوامع، بزه به عنوان رفتاری قابل تنبیه از طرف قانون تعریف شده است، اما صرفاً در تبیین آن، مفهوم حقوقی مسئله کافی نیست. بزهکاری به معنای تعدادی متغیر از اعمال ارتكابی علیه احکام قانونی که می‌تواند ماهیت‌های مختلفی داشته باشد، وجه مشترک تمام جوامع انسانی است. صرف نظر از موضوع اختلاف ماهیت، این اعمال تقریباً همیشه توسط قانون تعریف و پایش بینی می‌شود. در تعریف رفتار بزهکارانه به طور کلی قرن‌هاست اعمالی مانند قتل، دزدی، نزاع، تخریب، کلاهبرداری، تجاوز، غارت، وحشی‌گری

و آتش افروزی به عنوان رفتار بزهکارانه پذیرفته شده است و تقریباً همه جوامع برای آن تعریف مشخصی دارند. تنها تفاوت مشهود در میزان و نوع تنبیهی است که بر اساس قوانین حقوقی آن جامعه تعیین می‌شود. علاوه بر رفتارهای ذکر شده، رفتارهای دیگری هم هستند که بر اساس ارزش‌ها و تغییر در ارزش‌ها یا بر حسب زمان و مکان بزه تعریف می‌شوند و در جرم شناسی، مورد توجه قرار می‌گیرند. مثل قوانین مربوط به رانندگی در حالت مستی که در بعضی از جوامع به طور کلی در طول زمان، دگرگون شده تا امروز به عنوان جرم شناخته شده است و از نظر قانونی و حقوقی مشمول مقررات کیفری می‌باشد. ماهیت این جرائم با جرائمی که در بالا ذکر شد متفاوت است. دورکهمیم (Durkheim) جامعه شناس فرانسوی بزه را چنین تعریف می‌کند "هر عملی وقتی جرم محسوب می‌شود که احساسات قوی و مشخص وجدان جمعی (گروهی) را جریحه دار سازد". بر اساس این تعریف به نظر می‌رسد که برای تعریف بزهکاری همه جوامع نمی‌توانند با یکدیگر هم صدا باشند زیرا قضاوت جامعه در مورد ارزش‌های اجتماعی - فرهنگی باعث می‌شود عملی جرم شناخته شود، نه خصوصیات آن عمل به همین علت تعریف حقوقی بزه و رفتارهای بزهکارانه در اثر تغییر باورها، ارزش‌های یک جامعه می‌تواند دگرگون شود دگرگونی‌هایی که در این موضوع مشاهده می‌شود، طبیعتاً مطالعه بزهکاری را مشکل کرده و در عین حال گسترش میدهد، تا حدی که امروزه بزه شناسی، دامنه مطالعه خود را به پدیده انحراف از هنجارها نیز گسترش داده است. بدین معنا که منحرف ضمن اینکه از نظر قانونی مجرم نیست، اما مجری و مطیع قانون هم نیست از دیدگاه روانشناختی اهمیت موضوع رفتار انحرافی، بیم از رفتار بزهکارانه در آینده را مطرح می‌کند. با توجه به مقدمه فوق به نظر می‌رسد که در رویکردهای مختلف به موضوع بزهکاری به گونه‌ای متفاوت توجه شده است و تعریف بزه از دیدگاه حقوقی، جامعه شناسی و جرم شناسی متفاوت است.

تعریف بزه در رویکردهای مختلف

رویکرد حقوقی جرم

اگر بپذیریم که بزه، تخطی از نظام هنجاری جاری در جامعه است که از طریق قانون جزا می‌تواند قابل پیگرد باشد، می‌توان بزه را هر عملی تعریف کرد که توسط قانون موجب اعمال کیفر از طرف مقام قضایی است. پیروان این رویکرد هر عملی را که بر خلاف اخلاق و عدالت اجتماعی باشد جرم می‌نامند و هدف از تدوین قوانین کیفری را جلوگیری از رفتارهایی می‌دانند که به نحوی به جامعه و افراد آن آسیب می‌رساند و نظم اجتماعی را مختل می‌کند.

رویکرد جامعه شناختی

رویکرد جامعه شناختی بزه عمدتاً بر نظریات دورکهمیم استوار است. اگر چه این نظریات عمدتاً پیچیده هستند اما تأثیر آن‌ها در جرم شناسی، غیر قابل انکار است. بر اساس این نظریه همانطور که قبلاً نیز توضیح داده شد "جرم پدیده طبیعی است و از فرهنگ، تمدن و فضاها می‌نشانی می‌شود". سیر تکاملی فرهنگ‌ها باعث می‌شود مفهوم بزه، نوع و کیفیت آن نیز دگرگون شود و تجدّد گرایی نیز در این میان نقش مهمی پیدا کند به

همین علت این رویکرد در تعریف بزه به هنجارهای اجتماعی توجه میکند و عملی را جرم می‌داند که بر خلاف هنجارهای جامعه باشد و احساسات و وجدان گروهی یا جمعی را متأثر کند.

رویکرد جرم‌شناسی

از دیدگاه جرم‌شناسی، ناسازگاری افراد و عمل ضد اجتماعی، جرم نامیده می‌شود. جرم‌شناسان نه تنها هر عملی را که طبق قانون برای آن مجازات قائل شده‌اند جرم می‌نامند، بلکه معتقدند که اعمالی که در قوانین کیفری برای آنها مجازاتی پیش بینی نشده ولی برای جامعه مضر است، نوعی جرم می‌باشد و نیاز به بررسی دارد. دیدگاه کلی این رویکرد در تعریف بزه به فعل یا ترک فعل که برای جامعه خطرناک باشد اعتقاد دارد، مانند اعتیاد به عنوان فعل و یا عدم رعایت مقررات رانندگی به عنوان ترک فعل.

تعریف انواع بزه‌های معمول

در اکثر جوامع اعمال زیر بر اساس تعریفی که برای آن بیان شده است به عنوان جرم شناخته می‌شود و از نظر قوانین حقوقی مشمول تنبیه هستند.

قتل عمد (Homicide): عملی که بدون دلیل قانونی سبب مرگ دیگری شود.

تجاوز (Rape): انجام اعمال جنسی و غیر قانونی با زور در مورد زنان.

غارتگری (Robbery): برداشت و یا قصد برداشت به زور و یا تهدید آمیز متعلقات دیگران.

نزاع (Assault): قصد غیر قانونی در آسیب رساندن و جریحه دار کردن عواطف مردم از طریق لفظی و یا فیزیکی، نوع شدید آن منجر به ضرب و جرح می‌شود.

تجاوز به حریم (Burglary): ورود غیر قانونی با زور و یا بدون زور به خانه مسکونی، اداره، کارخانه، محل کار و ... به قصد استفاده و دزدی.

دزدی (Larceny theft): برداشت و یا سعی در برداشت غیر قانونی اموال دیگران بدون توسل به زور مثل جیب‌بری.

دزدی وسائط نقلیه (Motor vehicle theft): برداشت و یا سعی در برداشتن غیر قانونی وسائط نقلیه که به دیگران تعلق دارد.

آتش افروزی (Arson): ایجاد خسارت عمدی از طریق آتش زدن اموال شخصی دیگران و یا اموال عمومی مردم کلاهبرداری (Fraud): قصد عمدی در فریب دادن دیگران به منظور نفع شخصی.

وحشی‌گری (Vandalism): غارتگری خصمانه، وارد کردن خسارت به عمد به اموال خصوصی و یا عمومی مثل شکستن شیشه‌های اماکن عمومی و حمله به مردم.

فحشا (Prostitution): انجام رابطه نامشروع و غیر قانونی جنسی و یا تبلیغ آن.

رویکردها در مورد علل بزهکاری

دیدگاه‌های مختلف در مورد علت بزه باعث طرح رویکردهایی به عنوان چارچوب نظری در این مورد شده‌اند که در ذیل به شرح آن‌ها می‌پردازیم:

رویکرد شکل‌ظاهری (Body type theories)

رویکرد شکل‌ظاهری یکی از قدیم‌ترین نظریه‌های بزهکاری است که بر اساس ساختار زیستی و ظاهری بدنی بزهکاری را تبیین نموده است. این رویکرد در مورد بزه، نظری کاملاً متفاوت با رویکردهای دیگر دارد. **شلدون و کراچمر** اندیشه تأثیر ریخت بدنی در پاسخ‌های فرد را نسبت به موقعیت، مطرح نمودند و بر اساس آن سه تیپ شخصیتی اندومرفیک، مزومرفیک و اکتومرفیک را معرفی کرده‌اند. در مطالعات شلدون نشان داده شده است که تیپ‌های شخصیتی تأثیر بسیاری در رفتار بزهکارانه دارند. بعدها مطالعات گلاک (Glueck)، در مورد ۵۰۰ نفر که بزهکاری آن‌ها ثابت شده است در مقابل ۵۰۰ نفر غیر بزهکار، تیپ شخصیت مزومورف را خشمگین‌تر و مساعدتر برای رفتار بزهکارانه تعریف کرده است. اگر چه در مطالعه او چهل و دو عامل فرهنگی اجتماعی نیز با بزهکاری همبستگی داشته‌اند. در ارزیابی این رویکرد **دی موی** می‌نویسد، آنچه در باور این اندیشه امروزه باقیمانده است در نقش‌های شخصیتی هنرپیشگانی است که در فیلم‌های سینمایی و یا تلویزیون مشاهده می‌کنیم. معمولاً نقش‌های خشن و بزهکارانه را افراد زشت صورت ایفا می‌کنند و نقش‌های مثبت توسط افراد جذاب ایفا می‌شود. بعضی از مطالعات نیز در تأیید موضوع به نتیجه قضاوت‌های قضاوت پرداخته‌اند. یافته‌های برخی از آن‌ها نشان می‌دهند تمایل قاضی در تأیید بیگناهی افرادی است که از جذابیت ظاهری بیشتری برخوردارند.

رویکرد ساختار زیستی

این رویکرد به دور از هر ارتباطی بین شکل‌ظاهری و اختلالات ذهنی، بر تأثیر نقش شخصیت زیستی فرد در رفتار بزهکارانه تأکید دارد مثل تأثیر ژن‌ها بر رفتار. در این نظریه‌ها مسئله توارث و ژن‌ها به طور جداگانه بررسی می‌شود. سابقاً مسئله توارث در رفتار بیشتر مورد توجه قرار می‌گرفت در حالیکه در نظریه‌های نوین به مسئله ژن‌ها و بزهکاری به نوعی دیگر نظر دارند. دیدگاه‌های نوین این رویکرد به تغییراتی که در اثر تخریب ژنتیکی در ژن‌ها بوجود می‌آید تأکید می‌کنند. در نظریات جدید زیست‌شناختی تأثیر مستقیم زیستی در رفتار بزهکارانه مورد حمایت نیست، در عوض شرایط زیستی خاص را در فرد که باعث بروز الگوهای رفتاری غیر عادی است پیش می‌کشد. به طور خلاصه می‌توان اذعان کرد رویکرد زیست‌شناختی به تعامل بین عوامل زیستی و محیط اجتماعی بیشتر تأکید دارد تا تأثیرات خالص زیستی. به همین دلیل در دیدگاه‌های جدید این مکتب نظریه‌های زیست‌شناختی تحت عنوان رویکرد زیستی - اجتماعی بیان می‌شود. بررسی جرم از دیدگاه زیستی - اجتماعی عواملی مانند توارث، غدد، سیستم عصبی، ژن‌ها و تغییراتی را که در پاسخ تغییرات محیطی بوجود می‌آید مورد توجه قرار می‌دهند. برای مثال مطالعاتی که در سال‌های ۱۹۸۰ در زمینه جرم و عوامل زیستی انجام شده است. نشان داده‌اند که هیپوگلیسمی با جرائم و رفتارهای ضد اجتماعی در ارتباط است. در چند مطالعه نیز

همبستگی زیادی بین جراحتهای مغزی و رفتار بزهکارانه یافت شده است. تأثیر اختلالات روانی مادر در حاملگی‌های پیچیده نیز در رفتار بزهکارانه فرزندان در بعضی از مطالعات، تایید شده است. در ارزیابی این رویکرد پیشنهاد می‌شود موضوع جرائم و تخلفات از دیدگاه زیست‌شناختی لازم است به صورت رویکردی چند عاملی مورد توجه قرار گیرد. اگر چه ممکن است حضور چند عامل زیستی عامل خطر بزهکار شدن در فرد را تقویت کند اما تعامل مسائل روانشناختی و اثرات عوامل اجتماعی در مسئله بزه باید در نظر گرفته شود (لاندمن: Lundman)

رویکرد روانشناختی

در رویکردهای روانشناختی نیز علاوه بر عوامل زیستی، عوامل موقعیتی در تبیین رفتار بزهکارانه مهم به نظر می‌رسند. به همین جهت بسیاری از پژوهش‌های زیست‌شناختی در مسئله بزهکاری، توسط روانشناسان انجام شده است. برخی از نظریه‌های روانشناختی معتقد است؛ رفتار بزهکارانه ریشه در یادگیری رفتار مشاهده شده دارد موضوعی که در بحث‌هایی که در رویکردهای جامعه‌شناختی رفتار بزهکارانه نیز مطرح است. به طور اختصاصی تر رویکردهای روانشناختی بیشتر جنبه‌های روانپزشکی مسئله را در تبیین بزه مهم می‌دانند تا موضوع زیست‌شناختی را، نظریه‌های این رویکرد عمدتاً عنصر شخصیت را در بررسی رفتارهای بزهکاری؛ آنچه که اصطلاحاً شخصیت ضد اجتماعی نامیده می‌شود را مورد بحث قرار می‌دهند. زمینه تاریخی این نظریه‌ها از اندیشه‌های فروید و دیدگاه‌های فروید نشأت گرفته است. بررسی‌های نوین این رویکرد در پژوهش‌های کاسپی (Caspi) و مافیت (Moffitt) نشان می‌دهد، خشم، اضطراب، بی‌ثباتی شخصیتی، عواطف منفی از عوامل مرتبط و مستعد کننده رفتار بزهکارانه است و افرادی با خصوصیات ذکر شده در مقایسه با افراد معمولی بیشتر در خطر بروز رفتار انحرافی هستند. ارزیابی این رویکرد، بیانگر آن است که افراد دارای شخصیت‌های درونی هستند که با جرم و رفتار بزهکارانه در ارتباط است. اما از طرفی دیگر نگاهی به ماهیت پژوهش‌های روان‌شناختی که عمدتاً از طریق روان‌سنجی انجام میشود خود خالی از اشکال نیست و انتقادات خود را به همراه دارد، به طوری که مشکلات بررسی‌های روان‌سنجی و روانشناختی باعث شده است که جرم‌شناسان با تمام علاقه‌ای که به دیدگاه‌های روانشناختی بزه دارند این پژوهش‌ها را بی‌معنا بدانند. به طور خلاصه می‌توان اظهار داشت که رویکرد روانشناختی، هنوز نتوانسته است به روشنی تأثیر شخصیت را در بزهکاری نشان دهد. شاید پیشنهاد موجه‌تر، بررسی تحلیل موقعیت وقوع رفتار و شخصیت متفقاً رهگشا باشد.

رویکرد وضعیت اقتصادی

در تقابل بین دیدگاه‌های زیست‌شناختی و روانشناختی و در مطالعه بزه عده‌ای نیز عامل اقتصادی را مورد بررسی قرار داده‌اند. در رویکرد تأثیر عامل اقتصادی به موضوع بزهکاری، مسئله فقر و بیماری به طور گسترده مطالعه شده‌اند. موضوع فقر و دلایل ارائه شده از تأثیر آن در بروز رفتار بزهکارانه ایجاب می‌کند که محله‌های فقیر نشین و محله‌های غنی نشین با همدیگر مقایسه شوند تا بتوان ادعا کرد که فقر به عنوان عامل تأثیرگذار شناخته شده است. در مطالعاتی که از سال‌های ۱۹۷۰ به بعد انجام شده است، آمارهای موجود حاکی از آنند که درصد

زیادی از افرادی که در ۴۹ ایالت آمریکا در پایین تر از خط فقر هستند هیچکدام از هفت بزه مهم را که به عنوان شاخص‌های جرم از طرف سازمان FBI تعیین شده، مرتکب نشده‌اند. اما در مقابل به پژوهش‌هایی بر می‌خوریم که میزان درآمد، تحصیلات و تک والدی را در بزهکاری مؤثر شناخته‌اند اما سهم وضعیت اقتصادی را تبیین نکرده‌اند. پژوهش در مورد بیکاری به عنوان یک شاخص درآمد نیز نشان می‌دهد ارتباطی بین بیکاری و بزهکاری نوجوانان یافت شده است (گلاسر و رایس). در ارزیابی رویکرد اقتصادی نیز همانند رویکرد روانشناختی می‌توان ادعا نمود، تأثیر نابرابری‌های اقتصادی در بزه بیشتر از تأثیر عامل فقر است. اگر چه اکثر پژوهش‌ها نشان داده‌اند، ارتباطی بین فقر و بزه وجود دارد؛ لیکن فقر به عنوان عامل اصلی بزه مطرح نشده است، به طوری که با افزایش و کاهش افراد فقیر بزهکاری نیز افزایش و یا کاهش یابد.

رویکرد کنترل اجتماعی

به عقیده هیرشی بزهکاری به عنوان یک مسئله اجتماعی باید در عرصه خانواده، محله، مدرسه، همالان و سایر ارگان‌ها یا مؤسسات اجتماعی که نوجوان به نوعی در آنها عضویت دارد، بررسی گردد. هیرشی معتقد است که بزهکاری وقتی اتفاق می‌افتد که قیود فرد نسبت به اجتماع ضعیف شوند یا به طور کلی از بین بروند. این قیود را تحت چهار مفهوم کلی خلاصه می‌کند:

وابستگی: حساسیتی است که شخص نسبت به عقاید دیگران در باره خود نشان می‌دهد، در حقیقت یک نوع قید و بند اخلاقی است که فرد را ملزم به رعایت هنجارهای اجتماعی می‌کند. این وابستگی را هیرشی همپایه وجدان و یا من برتر می‌داند.

تعهد: میزان مخاطره‌ای است که فرد در تخلف از رفتارهای قراردادی اجتماع می‌کند. بدین معنی فردی که خود را نسبت به قیود اجتماعی متعهد می‌داند از قبول این مخاطرات پرهیز می‌کند. اگر وابستگی را همپای وجدان بدانیم، تعهد همپایه عقل سلیم یا خود است.

درگیر بودن: میزان مشغولیت فرد در فعالیت‌ها مختلف است، که باعث می‌شود او وقت برای انجام کار خلاف نداشته باشد. مثل درگیر شدن در سرگرمی‌های مدرسه، خانه و اشتغال به فعالیت‌های فوق برنامه.

باورها: میزان اعتباری است که فرد برای هنجارهای قراردادی اجتماع قائل است، در حالی که می‌تواند طبق میل خود از آنها تخلف کند، ولی به آن‌ها پایبند باقی می‌ماند، مانند باور به نیکوکاری، حسن شهرت و غیره. در یک آزمون تجربی در نظریه کنترل اجتماعی هیرشی، اطلاعات از طریق پرسشنامه از ۷۲۴ دانش آموز در چهار دبیرستان و سه مرکز اصلاح و تربیت به دست آمد. نتیجه حاکی از این بود که نظر هیرشی وقتی برآورده می‌شود که متغیر دوستان بزهکار در تحلیل وارد شود. یافته‌های این پژوهش بیشتر با نظریه پیوند افتراقی، سازگار بودند تا با نظریه اصلی هیرشی در باره علل بزهکاری.

رویکرد پیوند افتراقی

بنابراین نظریه نزدیکان و همالانی که بزهکار باشند در تشکیل و تقویت نگرش بزهکاری کمک مؤثر می‌کنند و فرد را به سوی بزهکاری سوق می‌دهند. نظریه پیوند افتراقی محتوای اجتماعی بزهکاری را در نظر دارد

و فرد بزهکار را در جایگاه اجتماعی او از حیث رابطه‌اش با خانواده، با محله و رفقا و مصاحبین در نظر می‌گیرد. این نظریه ابتدا از سوی ساترلند و کرسی مطرح گردید و بعدها توسط دوفلور و کوینی به صورت زیر فرمول‌بندی شد :

“انگیزه‌ها، نگرش‌ها و روش‌هایی بزهکارانه‌اند که به طور مؤثر به ارتکاب مکرر جرائم می‌انجامد. پیوستن با بزهکاران یا جدا شدن از غیر بزهکاران (پیوند افتراقی) به فراگیری مطالبی می‌انجامد که موافق تخلف از قوانین است. تکرار و غالب کمی مطالبی که تعاریفی موافق بزهکاری و قانون شکنی ارائه می‌کنند بر فراگرفته‌هایی که ضد بزهکاری‌اند منجر به پذیرش بزهکاری می‌شوند.”

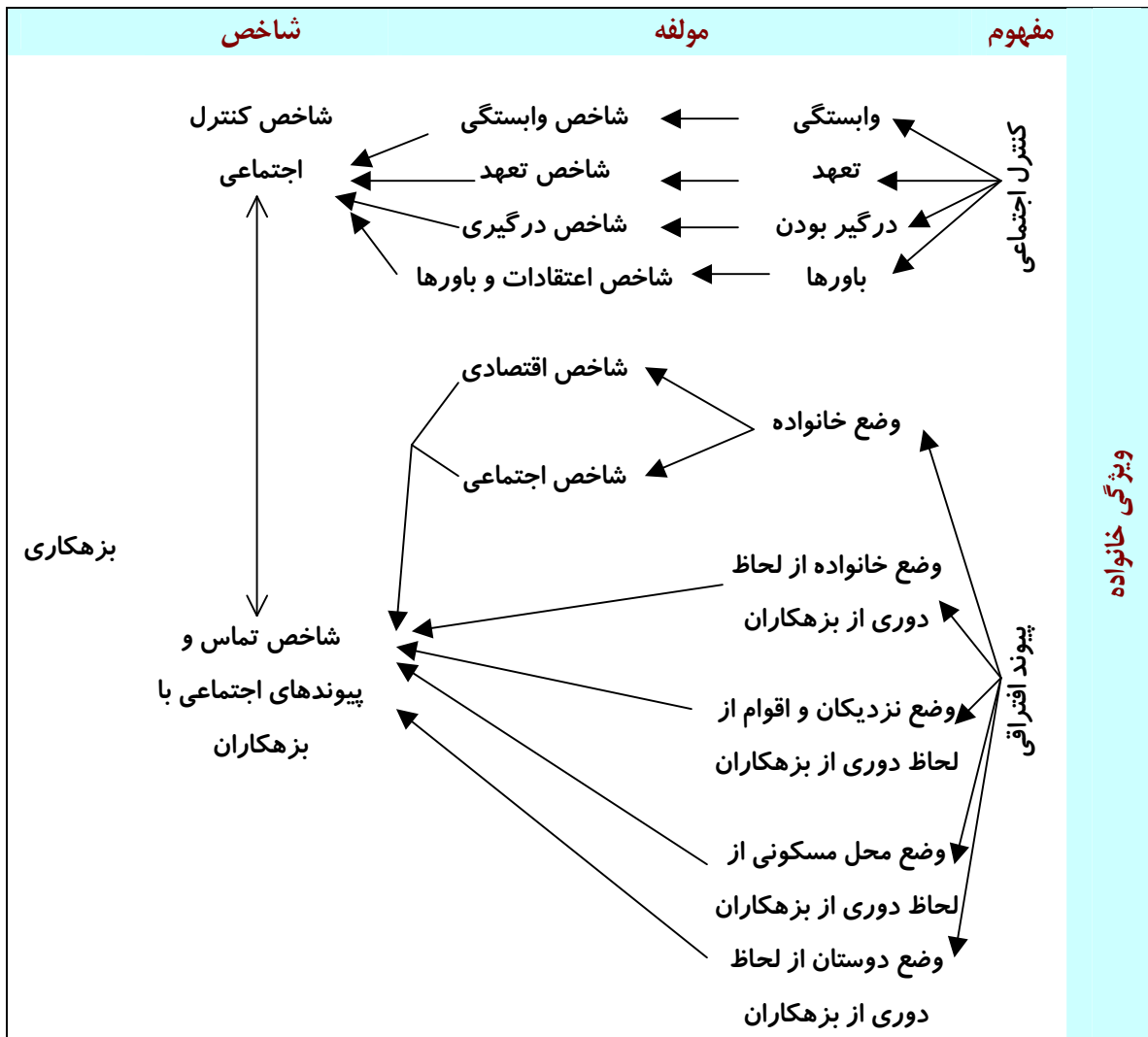
نظریه کنترل اجتماعی با تکیه بر نیروهای درونی فرد و به اصطلاح با تمرکز به حضور روان شناختی افراد صاحب نفوذ در ذهن کودک و نوجوان به تبیین و چگونگی جلوگیری از بزهکاری می‌پردازد. در همین حال از تأثیر نیروهای منفی محیط بیرون غافل می‌ماند. در عوض در نظریه پیوندهای افتراقی با توجه انحصاری به نیروهای بیرونی از تأثیر حفاظتی نیروهای درونی غفلت می‌کنند. طبیعی است که شخص با توجه به توانایی نسبی این نظریه‌ها و پی بردن به نقص آنها، بتواند نظریه‌ای تلفیقی که از ترکیب آن دو پدید می‌آید، بنا نهد. در یک بررسی تجربی دیگر ناظر به آزمون نظریه پیوند افتراقی، پژوهشگر به کاری فراتر از داشتن پیوندهای ارتباط با همالان بزهکار، والدین بزهکار، و تعاریف بزهکاران از اعمال بزهکاری را بررسی می‌کند. بررسی بر روی پرسشنامه‌های گردآوری شده از ۱۵۸۸ دانش آموز غیر سیاهپوست، متغیرهای گوناگونی از قبیل نظارت و حمایت خانواده، دوستان بزهکار و تعداد آنها، محله جرم خیز، شنیدن تعاریف مساعد و نامساعد برای تخلف از قوانین، کیفیت مدرسه از لحاظ وجود دانش آموزان بزهکار و تأثیر آنها بر شدت بزهکاری، مورد تحلیل‌های گوناگون آماری قرار می‌گیرند. یافته‌ها حاکی از عدم کفایت نظر ساترلند و کرسی مبنی بر اینکه زندگی خانوادگی وقتی در بزهکاری اهمیت دارد که الگوهای بزهکاری برای تقلید وجود داشته باشند، می‌باشد. از مطالب فوق پیداست که با مسئله‌ای با این پیچیدگی نمی‌توان به وسیله بررسی‌های ساده و با روش‌های تحلیلی ابتدایی یک متغیره و با ساده نگری صرف روبرو شد. به همین جهت بررسی جامع در مورد مسئله بزهکاری نیاز به یک چارچوب نظری و طراحی اندیشیده شده برای اندازه‌گیری متغیرهای دخیل دارد.

رویکردهای التقاطی

در حالیکه نگرش‌های اختصاصی به موضوع منجر به استفاده از چارچوب نظری خاص آن رویکرد در پژوهش‌ها گردیده است، عده‌ای نیز دیدگاه‌های التقاطی را مورد توجه قرار داده و با دید وسیعتری به موضوع نگریسته‌اند. یکی از مطالعات کلاسیک در این زمینه پژوهشی است که توسط مشکانی و مشکانی انجام شده است. نظریه تلفیقی این پژوهشگران شامل دو مؤلفه است که مجموعاً چارچوب نظری پژوهش را تشکیل می‌دهد و به صورت مدل تحلیلی در الگوریتم ۱ - نشان داده شده است. مؤلفه اول را کنترل‌های خانوادگی، اجتماعی، روابط عاطفی کودک و نوجوان با افراد مهم در زندگی او از قبیل اقوام، معلمان، دوستان صالح و غیره تشکیل می‌دهند که نقش بازدارنده در گرایش به بزهکاری دارند. مؤلفه دوم از نیروهای وارده بر کودک و نوجوان از طرف والدین بزهکار، محله جرم خیز و کسانی که به نحوی گفتار و رفتارشان بر کودک و نوجوان اثر می‌گذارند و او را در جهت

بزهکاری سوق می‌دهند، تشکیل می‌دهد. بدیهی است که بین مؤلفه اول و دوم کشمکشی در بین است و تعامل بین آن دو است که نهایتاً موضع کودک و نوجوان را نسبت به بزهکاری تعیین می‌کند. جمعیت مورد مطالعه در پژوهش ۱۴۰ نوجوان پسر در کانون اصلاح تربیت و ۱۵ دختر در زندان اوین بخش زنان می‌باشد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد نتایجی که از تلفیق دو نظریه پیوند افتراقی و کنترل اجتماعی از این آزمون تجربی حاصل شده است، نشانه یا شاخص مؤلفه وابستگی نوجوان به خانواده و مؤلفه وضع سلامت خانواده با شدت بزهکاری مؤثر است. بدین ترتیب که هر چه پیوندهای عاطفی نوجوان با خانواده بیشتر می‌شود و روابط پدر و مادر با فرزندان سالم تر و امن تر باشد بزهکاری کاهش می‌یابد. *مؤلفه اعتقادات مثل اعتقاد به حلال و حرام و نواب یا گناه و فکر به گناه از شدت بزهکاری می‌کاهد.* مؤلفه‌های مربوط به پیوندهای افتراقی و مؤلفه ارتباط نوجوانان با دوستان و اقوام

الگوریتم ۱ - نمایش مدل تحلیلی بررسی عوامل مؤثر بر بزهکاری نوجوانان



نشان می‌دهد وجود همسایگان خلافکار و محله جرم خیز در بزهکاری مؤثر است.

پیشگیری از بزهکاری

پیچیدگی ماهیت بزهکاری پیشگیری را نیز مشکل می‌کند و رهیافت‌های چندگانه‌ای را که می‌طلبد که کلیه عوامل خطرزا را در نظر بگیرد. از دیدگاه بهداشت عمومی در پیشگیری بزه، استراتژی‌ها و مداخله‌ها در سه سطح کلی همانند سایر مسائل بهداشتی و اجتماعی طبقه بندی می‌شود. این سه سطح شامل **پیشگیری نوع اول** یا **اولیه پیشگیری نوع دوم** یا **ثانویه** و **پیشگیری نوع سوم** یا **ثالثیه** است که بر اساس سطوح مختلف برای هر جامعه‌ای متغیر است.

پیشگیری اولیه (سطح اول): ایجاد یک محیط سالم

در پیشگیری اولیه به ریشه مسئله و عوامل خطرزای محیطی توجه می‌شود. این نوع پیشگیری سعی بر آن دارد که امکان درگیر شدن با مسئله طوری پیش برود که هرگز محلی برای رشد مسئله وجود نداشته باشد. به همین علت استراتژی‌های برنامه ضرورتاً طوری انتخاب می‌شوند که بتوانند عوامل مخاطره آمیز را کاهش دهند، وضع قوانین که بعضی از محدودیت‌ها را ایجاد می‌کنند از آن جمله‌اند. برای مثال در جامعه‌ای که حمل اسلحه آزاد است، این آزادی خود یک عامل خطرزای امکان درگیر شدن با مسئله بزه است. بنابراین منع حمل اسلحه یکی از استراتژی‌ها در آن جامعه خواهد بود. در جدول شماره ۱ نمونه‌ای از استراتژی‌های پیشگیری نوع اول معرفی شده‌اند.

اگر چه تناقضاتی در بعضی از یافته‌های پژوهش در مورد کنترل بزه وجود دارد لیکن اکثر یافته‌ها بیانگر آنند که برنامه‌های پیشگیری مستقیماً تأثیر زیادی در کاهش رفتارهای بزهکارانه نداشته‌اند در مقابل به پژوهش‌هایی نیز بر می‌خوریم که نشان داده‌اند مداخله اولیه جامعه و خانواده متفقاً در کنترل بزهکاری تأثیر دارند. عمده برنامه ریزی‌های این مداخلات بر اساس یافته‌هایی است که نشان می‌دهند عوامل خانوادگی مانند: طلاق، مرگ والدین، کثرت اولاد، فقدان حمایت‌های روانی و بی توجهی به نیازهای عاطفی فرزندان بی انضباطی در خانواده، وجود فرد بزهکار یا ناسازگار اجتماعی، خیانت زن یا شوهر، اختلافات خانوادگی، طرد از خانواده، فقدان زمینه‌های تربیتی مناسب در خانواده، مسکن نامناسب از نظر فضای فیزیکی و فقر در تقویت و یا کنترل بزهکاری نقش دارند. عوامل اجتماعی مانند، بی سوادی، رشد بی رویه جمعیت، صنعتی شدن، اختلافات طبقاتی، قوانین تحمیلی، بی عدالتی اجتماعی، بیکاری، جنگ، محیط اجتماعی نامناسب (زندگی در جوار بزهکاران)، فقدان امکانات تفریحی سالم و قابل دسترس همه طبقات جامعه، زاغه نشینی، زورمداری سیاسی، در کنترل و رشد بزه مؤثرند. به همین جهت استراتژی‌های مداخله‌ای خانواده گرا و جامعه گرا در پیشگیری نوع اول اهمیت پیدا می‌کنند. خلاصه اینکه در **سطح اول پیشگیری عمده مسئولیت به عهده خانواده و جامعه است**. بسیاری از دیدگاه‌های روانشناختی، سن مناسب برای سطح پیشگیری نوع اول را قبل از ۸ سالگی می‌دانند.

پیشگیری ثانویه (سطح دوم): کاهش عوامل خطرزا

در پیشگیری ثانویه هدف کلی دور نگهداشتن فرد از فعالیتهایی است که خطر بر چسب بزه را در فرد تقویت می‌کند. مثل کنترل خشم و خشونت، کنترل‌های خانواده بر رفتارهای ضد اجتماعی و دوری از دوستان بزهکار. پیشگیری نوع دوم نیز مانند پیشگیری نوع اول استراتژی‌های برنامه ریزی خود را بر اساس یافته‌های پژوهش‌ها طرح می‌کند و تأکید زیادی بر فرد و یا ارتباطات فرد دارد. به همین جهت استراتژی‌های پیشگیری نوع دوم از طریق یادگیری مهارت‌های زندگی اجتماعی از یک طرف و محیط اجتماعی و ارتباطات فردی از طرف دیگر تأکید می‌کند. اهمیت این سطح به عنوان سطح پیشگیری کمک به افراد در معرض خطر است.

پیشگیری ثالثیه (سطح سوم): کنترل موقعیت خطر

پیشگیری سطح سوم سعی می‌کند موقعیت مسئله را اصلاح و یا در آن مداخله کند و هدف آن پیشگیری از تکرار فعالیتهایی است که جرم شناخته می‌شود. برای این نوع پیشگیری لازم است درگیر مسائلی مانند تنبیه، جریمه و بازتوانی از طریق نظام حقوقی و قضا شود. پیشگیری نوع سوم برنامه ریزی مداخله‌ای و اداره موقعیت‌های خطرناک (Management Crisis Situation) را بر اساس فعالیتهایی تنظیم می‌کند که ممکن است باعث بزهکاری شوند.

استراتژی‌های پیشگیری از بزهکاری

بهترین تمرین‌ها برای برنامه ریزی پیشگیری با توجه به نو بودن مسئله استفاده از روش‌های مطالعه طولی و طراحی تصادفی است. ارزشیابی‌های زیادی در مورد برنامه‌های پیشگیری در همه سطوح انجام شده است لیکن نتایج این پژوهش‌ها و ارزشیابی‌ها نتوانسته‌اند این ادعا را ثابت کنند که طرح‌های مداخله‌ای موفقند. مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا (Centers for Diseases Control : CDC) استراتژی‌های جامعی را در مقابله با مسئله بزهکاری جوانان پیشنهاد کرده است که عبارتند از:

۱- استراتژی‌های خانواده گرا

این استراتژی‌ها مهارت‌هایی را جهت تمرین آماده کرده است مانند آموزش والدین در مورد روش‌های فرزند پروری، مهارت‌های ارتباطی بین کودک و خانواده و حل مشکلات کودک و خانواده بدون تخلف و تنبیه. ملاقات‌های خانگی (home visit strategies) که قادرند منابع خطرزا را در خانه معرفی کنند و زمینه‌های راهنمایی لازم برای نگهداری و رشد سالم کودکان را در خانه فراهم کنند.

۲- استراتژی جامعه گرا

این استراتژی مهارت‌های لازم برای حل مشکل و مشکلات را فراهم می‌کند به طوریکه کودکان قادر باشند به جای برخورد بزهکارانه و متخلفانه مسئله را به طریق درست حل نمایند.

جدول ۱ - استراتژی‌های پیشگیری از بزهکاری

جامعه	کنترل شخصی	رشد اجتماعی
خانواده	<ul style="list-style-type: none"> قبل از ازدواج : آموزش در مورد اهداف زندگی مشترک. قبل از تشکیل نطفه : ممنوع کردن باروری برای کسانی که در معرض عوامل خطرزای مختلف و چندگانه قرار گرفته‌اند (این موضوع نقض قوانین حقوق بشر است). هنگام تولد : فراهم کردن شرایط مناسب برای وضع حمل به طوریکه تمام عوامل خطر را در نظر داشته باشند. بعد از تولد : ایجاد وابستگی کودک به خانواده 	<ul style="list-style-type: none"> حمایت‌های جامعه در آماده کردن جوانان برای تشکیل خانواده. حمایت‌های مربوط به دوران بارداری . مراقبت‌های حین زایمان توسط پزشک و تیم پزشکی تأمین بهداشت تأمین مسکن مراقبت از خانواده برای ایجاد وابستگی از طریق آموزش افزایش تعداد سازمان‌های حمایتی
همتایان	<ul style="list-style-type: none"> آگاهی از قوانین اجتماعی قطع ارتباط با دوستان بزهکار 	<ul style="list-style-type: none"> درگیر کردن اطفال در فعالیت‌های اجتماعی سالم شناساندن حس همکاری
مدرسه	<ul style="list-style-type: none"> ایجاد نظم و انضباط تقویت رفتارهای مناسب از طریق پاداش دهی افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی و زندگی 	<ul style="list-style-type: none"> مشخص کردن ارزش‌های جامعه توسط مدرسه، خانواده، بچه‌ها درگیر کردن بچه‌ها با تکالیف درسی به صورت پروژه‌های گروهی تعیین تکالیف درسی که بخشی از وقت کودکان به آن اختصاص یابد
کار	<ul style="list-style-type: none"> شرایط ورود به کار طبق قانون تعریف شود (محدودیت‌های مربوط به سن شروع کار رعایت شود). کار نیمه وقت بدون تنظیم قرارداد انجام شود. حقوق زمان بیکاری پرداخت شود.(در مورد افرادی که شرایط احراز را دارند) 	<ul style="list-style-type: none"> کار تمام وقت آزادی صنعتی ادغام کار با مطالعه

جدول ۲ - گام‌های طراحی استراتژی‌های مؤثر پیشگیری و درمان

<p>اولین اقدام در موضع پیشگیری، بررسی کمی و کیفی داده‌های قبلی است که به نوعی شیوع رفتارهای بزهکارانه را در جامعه تایید می‌کند. مقایسه مشکلات، تبیین عوامل خطر، آگاهی از آمار سازمان‌های مختلف بهداشتی تربیتی، نظر سنجی از جامعه و محققینی که در زمینه بزه مطالعه می‌کنند ضرورت دارد.</p>	<p>گام اول تشخیص</p>
<p>بعد از تشخیص رفتار بزهکارانه، جامعه درگیر را برای مداخله مشخص کنید. مطالعه در مورد ویژگی‌های گروه هدف و عوامل زمینه‌ای آن بر اساس برنامه ریزی و مشخص کردن استراتژی‌های مداخله است. توجه داشته باشید که استفاده از برنامه مداخله‌ای باید آسان و قابل دسترس باشد.</p>	<p>گام دوم شناخت گروه هدف</p>
<p>سومین اقدام مشخص کردن هدف‌های برنامه مداخله است. تحلیل هدف‌ها از نظر قابلیت دسترسی و سهولت در دسترس در این مرحله انجام می‌شود.</p>	<p>گام سوم تبیین هدف‌ها و تحلیل آن</p>
<p>این مرحله برای دسترسی به هدف‌ها برنامه ریزی می‌شود. منابع حمایت کننده و درگیر مشخص می‌شوند. آموزش‌های لازم جهت مداخله صورت می‌گیرد و برنامه طراحی شده به اجرا در می‌آید.</p>	<p>گام چهارم طراحی و اجرا</p>
<p>در آخرین مرحله، برای پایش و ارزشیابی طرح مداخله برنامه ریزی می‌شود. نظارت در طول برنامه سبب می‌شود برنامه به همان نحو پیش بینی شده، پیش رفت نماید. عمل ارزشیابی می‌تواند اثر بخشی برنامه و نکات قوت و ضعف را مشخص کند.</p>	<p>گام پنجم نظارت و ارزشیابی</p>

۳ - استراتژی‌های پایشی

بیشتر بر پایه الگوهای تربیتی مثبت بزرگسالان استوار است و می‌تواند خطر رفتار بزهکارانه را کاهش دهد. در تدوین استراتژی‌ها مداخله توصیه‌هایی شده است که در جدول ۲ خلاصه شده است. توجه داشته باشید در برنامه‌های پیشگیری از بزهکاری مدل برنامه پیشگیری پزشکی که شامل تشخیص و درمان باشد چندان کارآیی ندارد. بهترین رهیافت در برنامه ریزی استراتژی‌های هدف‌گرا و جامعه‌گرا است. اگر چه باید توجه داشت که یک برنامه هرگز جوابگوی همه جوامع نیست. اما عناصری از برنامه که لازم است مورد توجه قرار گیرند عمدتاً مشترکند. این نقاط مشترک عبارتند از: توجه به افراد در معرض خطر، توجه چند جانبه در مداخله، توجه و حمایت از مجریان برنامه و ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری.

منابع

1. Ozkan T. Depression and Delinquency: A Review of Research. Acta Psychopathol. 2017, 3:S1. doi: 10.4172/2469-6676.100105. Available from: <https://psychopathology.imedpub.com/depression-and-delinquency-a-review-of-research.php?aid=19390> [Last accessed February 2019].

2. Durkheim, E, (1965), *Delinquency of Labor in Society*, Free Press, New York.
3. Agnew, Robert (1985) *social control theory and delinquency: A longitudinal Test Criminology* 23:47-61.
4. Bookerloper Ann, .(2000). *Female juvenile delinquency: Risk factor and promising interventions: Virginia Department of Criminal services.*
5. Gove, Walter R. and Robert D. Crutch field (1982). *The family and delinquency journal of delinquency. The sociological quarterly* 23: 301-319.
6. Hirschi, Travis (1979). *Separate but unequal is Better*, "journal of Research in Crime and Delinquency 16: 34-38.
7. Kellerman, J., (1999) . *Reflections on violent children*, Ballantine publishing, New York, NY.
8. Lundman , R.J. (1993). *Prevention ad control of juvenile delinquency* New York: Oxford university press.
9. Thompson, W. Bynum, Jack E., (1991). *Juvenile delinquency*, Allyn and Bacon, Boston meschust.
10. Thornton C., Craft, L. Dohlberg, B.Lynch and Bare(2000). *Best practice of youth violence prevention: A source book for Community Action*. Center for Disease Control and prevention, Division of Violence Prevention.
11. Tolan ad Guerra (1994). *What works on reducing adolescent delinquency: An Empirical Review of the field journal of youth violence prevention and Intervention* 82: 141-155.
12. William T. pink, (1991) *Schools, youth and justice*, Allyn and Bacon , Boston.
13. Vold, G. B. Bernard Thomas J. & Snipes J.B. (2001). *Theoretical criminology*, oxford university press.
14. Glueck and Glueck, (1956) < *Physique and Delinquency*, Harper, New York.
15. Moffi H. E. & Casp, (1993), *Life – Course – Persistent and Adolescent – Limited Antisocial Behavior* , *Psychological Review* 100 : 674-701.
16. Defleur, Melvin, Richard Quinney, (1966) , *A Reformulation of Sutherland's Differential Crime and Delinquency*, 3 : 1-11.

۱۷ - مشکانی زهراسادات، ۱۳۷۷ آزمون تجربی نظریه التقاطی در بزهکاری کودکان و نوجوانان تهران بزرگ مجله دانشکده پزشکی - ۵ : ۳ (۸۵ - ۷۸).

۱۸ - سخاوت جعفر. ۱۳۸۱ - جامعه شناسی انحرافات اجتماعی انتشارات دانشگاه پیام نور.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۲ / گفتار ۵ / دکتر مهرداد افتخار اردبیلی

اعتیاد

فهرست مطالب

۲۷۳۹	اهداف درس
۲۷۳۹	بیان مسئله
۲۷۴۰	مفهوم اعتیاد
۲۷۴۱	طبقه‌بندی اختلالات مصرف مواد بر اساس DSM5
۲۷۴۲	ملاکهای تشخیصی اختلال مصرف مواد در DSM-5
۲۷۴۴	مسمومیت با مواد
۲۷۴۴	محرومیت از مواد (ترک)
۲۷۴۵	اختلالات روانی ناشی از مواد
۲۷۴۵	ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب‌رسان در ICD-10
۲۷۴۵	ملاکهای تشخیصی سندرم وابستگی در ICD-10
۲۷۴۶	تاریخچه مصرف مواد مخدر در سطح جهان و ایران
۲۷۵۲	اتیولوژی
۲۷۵۲	یادگیری و شرطی سازی
۲۷۵۳	عوامل خطر ساز (Risk factors)
۲۷۵۴	پیشگیری
۲۷۵۵	برنامه‌های پیشگیری
۲۷۵۶	رویکردهای درمانی
۲۷۵۶	۱- پرهیز کامل
۲۷۵۷	۲- رویکرد کاهش آسیب
۲۷۵۸	منابع

اعتیاد Addiction

دکتر مهرداد افتخار اردبیلی

گروه آموزشی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- مفاهیم سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر را توضیح دهد
- روند تاریخی سوء مصرف مواد در ایران را شرح دهد
- اپیدمیولوژی سوء مصرف مواد مخدر و ارتباط آن با بیماری‌های واگیردار را شرح دهد
- انواع مواد مخدر شایع ایران را نام ببرد
- نقش مسیر پاداشی مغز در اعتیاد را توضیح دهد
- عوامل خطرزا و محافظت کننده ابتلا به اعتیاد را شرح دهد
- راهکارهای پیشگیری اعتیاد را شرح دهد
- رویکردهای درمانی به اعتیاد را توضیح دهد
- رویکردهای "کاهش آسیب" را تعریف کرده، ویژگی‌های آن را توضیح دهد و چند استراتژی آن را نام ببرد.

بیان مسئله

سوء مصرف مواد مخدر یکی از مهمترین مسائل بهداشتی کشور به شمار می‌رود. آمارها بیانگر آنست که ۱/۲ تا ۳/۳ میلیون نفر از جمعیت مبتلا به اعتیاد هستند. این شیوع زیاد بخصوص هنگامی اهمیت بیشتری می‌یابد که به عوارض جسمی و روانی اعتیاد توجه کنیم. هم اکنون مصرف تزریقی مواد به عنوان شایعترین راه انتقال ایدز در کشور به شمار می‌رود. به طوری که حدود ۶۵ درصد از مبتلایان شناخته شده HIV/AIDS مصرف کنندگان

تزریقی مواد هستند. اعتیاد شانس ابتلا به هیپاتیت و توبرکولوز را نیز بالا می‌برد و عوارض روانی فراوانی برای فرد مصرف کننده به دنبال دارد. همچنین پدیده اعتیاد عوارض اجتماعی برای فرد مصرف کننده و جامعه ایجاد می‌کند. برای مثال ۷۵ درصد زندانی شدگان سال ۲۰۰۰ در کشور، جرائم مرتبط با مواد مخدر داشتند. بنابراین پیشگیری و درمان اعتیاد از اهمیت زیادی برخوردار است.

پیشگیری باید شامل رویکردهایی باشد که هم متوجه افراد بوده (کاهش تقاضا) و هم سعی در کاهش دسترسی افراد به مواد مخدر نماید (کاهش عرضه) رویکردهایی که منحصرآ متوجه کاهش عرضه بوده و به کاهش تقاضا توجهی نمی‌کند از موفقیت خیلی کمتری برخوردار است.

مفهوم اعتیاد

مفهوم واژه اعتیاد از چهار عنصر تشکیل شده است: پیشروی (Progression)، اشتغال ذهنی (Preoccupation)، فقدان کنترل تصور شده (Perceived loss of control) و پایداری (Persistence) علیرغم عواقب منفی درازمدت آن. بنابراین رفتار اعتیادی وضعیت پیش رونده‌ای است که در آن فرد به طور فزاینده‌ای وقت و انرژی، صرف کرده و در نتیجه احساس عدم کنترل می‌نماید که تنها از طریق تکیه بر یک عامل بیرونی (دارو، قدرت برتر) می‌تواند بر آن فائق آید. ولی این حالت، علیرغم وجود عواقب منفی ادامه می‌یابد. از نظر سازمان جهانی بهداشت، وابستگی به مواد، واجد نشانگانی است که با الگوی رفتاری مشخصی آشکار می‌شود. برای مثال، با مصرف مواد، سیستم ارزشی فرد تغییر می‌کند و رفتارهایی که با مصرف، ارتباط دارند بر رفتارهایی که فرد قبل از مصرف مواد به آن‌ها ارزش می‌داده است برتری می‌یابد. نشانگان مورد اشاره الزاما به معنی وابستگی مطلق نیست. بلکه پدیده‌ای کیفی است که به درجات مختلف، متجلی می‌شود

انواع وابستگی به مواد:

وابستگی به مواد به دو شکل وابستگی جسمی و وابستگی روانی است:

وابستگی جسمی

به وضعیتی گفته می‌شود که یکی از موارد زیر وجود داشته باشد:

الف) تحمل: عبارت است از نیاز به مقادیر فزاینده‌ای از مواد، برای رسیدن به حالت مسمومیت (یا آثار مطلوب) و یا کاهش بارز اثر مواد با مصرف مداوم مقدار ثابتی از آن.

ب) علائم ترک: تغییر رفتاری ناسازگارانه، توأم با علائم فیزیولوژیکی و شناختی است که بر اثر افت سطح ماده مورد نظر در خون یا بافت‌های کسی که قبلا مقدار زیادی از آن ماده را برای مدت طولانی مصرف کرده است. نشانه‌های ناخوشایند ترک با مصرف مجدد همان ماده برطرف می‌شود

وابستگی روانی

به شرایطی گفته می‌شود که فرد مصرف کننده مواد، علائم وابستگی روانی (اشتیاق و ولع مصرف) را نشان می‌دهند. وابستگی روانی می‌تواند بدون وجود وابستگی جسمی وجود داشته باشد. علائم وابستگی روانی

عبارتند از:

(الف) تمایل دائمی برای قطع یا کنترل ماده مصرفی

(ب) صرف وقت زیاد برای مصرف یا رهایی از عوارض آن

(ج) اختلال جدی یا کاهش همه فعالیت‌های روزمره شامل فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی و تفریحی به دلیل مصرف مواد

بر طبق DSM-5 اختلالات مرتبط با مواد، ۱۰ طبقه مجزای داروها را در بر می‌گیرند: الکل؛ کافئین؛ حشیش؛ مواد توهم‌زا؛ مواد استنشاقی؛ مواد شبه‌افیونی؛ داروهای آرامبخش و خواب‌آور و ضد اضطراب؛ مواد محرک؛ نیکوتین؛ و مواد دیگر (یا نامشخص). تمام داروهایی که بیش از حد مصرف شوند از نظر فعال سازی مستقیم سیستم پاداش مغز، مشترک هستند. سیستم پاداشی مغز در تقویت رفتارها و تولید خاطرات شیرین نقش دارد. فرد وابسته به مواد به قدری سیستم پاداش را فعال می‌کند که دیگر بدون مصرف مواد نمی‌تواند از فعالیت‌های لذتبخش روزمره زندگی انسانی لذت ببرد و به تدریج از فعالیت‌های عادی بازمی‌ماند.

داروهایی که سوءمصرف می‌شوند به جای این که از طریق رفتارهای انطباقی به فعال سازی سیستم پاداش، دست یابند مستقیماً گذرگاه‌های پاداش را فعال می‌کنند. مکانیزم‌های دارویی که هر طبقه از داروها به وسیله آنها پاداش را تولید می‌کنند متفاوت هستند، اما داروهایی که معمولاً این سیستم را فعال کرده و احساسات لذت ایجاد می‌کنند، اغلب نشه‌آور نامیده می‌شوند.

به علاوه، افرادی که خویشتن داری کمی دارند برای مبتلا شدن به اختلالات مصرف مواد، خیلی مستعد می‌باشند، بدین معنی که منشا اختلالات مصرف مواد در برخی افراد را مدت‌ها قبل از شروع عملی مصرف مواد، می‌توان در رفتارها پیدا کرد.

اختلالات مرتبط با مواد به دو گروه تقسیم شده‌اند: اختلالات مصرف مواد و اختلالات ناشی از مواد. اختلالات زیر را می‌توان با عنوان ناشی از مواد طبقه بندی کرد: مسمومیت، ترک، و اختلالات روانی دیگر ناشی از مواد / دارو.

طبقه‌بندی اختلالات مصرف مواد بر اساس DSM5

موادی که در طبقه بندی DSMIV از آنها نام برده شده است عبارتند از: الکل، آمفتامین‌ها، کافئین‌ها، کانابیس، کوکائین، توهم‌زاها (Hallucinogens)، مواد استنشاقی (Inhalants)، نیکوتین، اویپوئیدها، فن سیکلیدین، مواد آرامبخش و خواب‌آور و ضد اضطراب. شایعترین مورد سوء مصرف و وابستگی‌ها در ایران اویپوئیدها هستند. اویپوئیدهای رایج در ایران، شامل تریاک (opium)، شیره (opium residue)، هروئین و کدئین می‌باشند که به صورت خوراکی، استنشاقی و تزریقی استفاده می‌شوند. از دیگر مواد مورد استفاده در ایران، حشیش (از گروه کانابیس)، متیل فنیدیت (با نام تجاری ریتالین Ritalin از گروه آمفتامین‌ها)، اکستازی (Ecstasy یا MDMA از گروه آمفتامین‌ها) کوکائین‌ها و LSD (از گروه توهم‌زا) را می‌توان نام برد.

چهار طبقه اصلی در ویرایش پنجم DSM شامل اختلال مصرف مواد^۱، مسمومیت مواد^۲، محرومیت از مواد^۳ و اختلالات روانی ناشی از مواد^۴ هستند.

بر اساس پنجمین ویرایش طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵، اختلال مصرف مواد به صورت یک الگوی مشکل‌آفرین مصرف مواد منجر به نقص یا زجر قابل توجه بالینی، تعریف می‌شود که با تغییرات رفتاری و فیزیولوژیک همچون نقص در کنترل مصرف، اُفت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر و وابستگی فیزیولوژیک در طول یک دوره ۱۲ ماهه مشخص می‌گردد. در چهارمین ویرایش طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶ اختلالات مصرف مواد از دو طبقه سوءمصرف^۷ و وابستگی مواد^۸ تشکیل شده بود، اما در DSM-5 فقط یک تشخیص اختلال مصرف مواد^۹ برای هر یک از کلاس‌های ده‌گانه مواد (به جز کافئین) در نظر گرفته شده است. ملاک‌های اختلال مصرف مواد در DSM-5 از ادغام ملاک‌های DSM-IV-TR برای تشخیص‌های سوء مصرف و وابستگی تشکیل شده با این تفاوت که ملاک "مشکلات قانونی مکرر" برای سوء مصرف مواد حذف و یک ملاک جدید، یعنی "وجود وسوسه یا میل شدید برای مصرف مواد" افزوده شده است. مطابقت دقیق اختلال مصرف مواد در DSM-5 با سوءمصرف و وابستگی به مواد در DSM-IV-TR مقدور نیست، اما به طور کلی می‌توان گفت سوءمصرف با اختلال مصرف مواد خفیف و وابستگی با اختلال مصرف مواد متوسط و شدید مطابقت دارد.

ملاک‌های تشخیصی اختلال مصرف مواد در DSM-5

یک الگوی غیرانطباقی مصرف مواد منجر به اختلال یا دیسترس قابل توجه که با وجود حداقل ۲ مورد از موارد زیر در طول یک دوره زمانی ۱۲ ماهه تظاهر می‌یابد:

۱ - مصرف راجعه مواد که منجر به شکست در انجام وظایف در کار، مدرسه، یا خانه (برای مثال غیبت مکرر یا عملکرد شغلی ضعیف به دلیل مصرف مواد؛ غیبت یا تعلیق یا اخراج از مدرسه؛ غفلت از بچه‌ها یا در کارهای منزل) شود.

۲ - مصرف راجعه مواد در موقعیت‌هایی که از نظر جسمی مضر است.

۳ - تداوم مصرف مواد علی‌رغم وجود مشکلات پایدار یا راجعه اجتماعی یا بین‌فردی ناشی از و یا تشدید شده توسط اثرات مواد.

۴ - تحمل، که به صورت یکی از موارد زیر تعریف می‌شود:

¹ Substance Use Disorder

² Substance Intoxication

³ Substance Withdrawal

⁴ Substance-Induced Mental Disorder

⁵ DSM-5

⁶ DSM-IV-TR

⁷ substance abuse

⁸ dependence

⁹ Substance Use Disorder

- (الف) نیاز برای افزایش قابل توجه مقادیر مصرف مواد برای دستیابی به مسمومیت یا اثر مطلوب.
- (ب) کاهش قابل ملاحظه اثر با تداوم مصرف مقادیر ثابت آن ماده.
- ۵ - محرومیت، که به صورت یکی از موارد زیر تعریف می‌شود:
- (الف) سندرم محرومیت مشخص آن ماده
- (ب) مصرف آن ماده (یا مواد نزدیک به آن) برای تسکین یا اجتناب از علائم محرومیت
- ۶ - مواد اغلب در مقادیر بیشتر یا در طول یک دوره زمانی طولانی‌تر از آن چه قصد شده مصرف می‌شود.
- ۷ - تمایل پایدار یا تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف مواد وجود دارد.
- ۸ - زمان قابل ملاحظه‌ای در فعالیتهای ضروری برای تهیه، مصرف یا بهبودی از اثرات مواد صرف می‌شود.
- ۹ - فعالیتهای مهم اجتماعی، شغلی یا تفریحی به دلیل مصرف مواد کنار گذاشته می‌شود یا کاهش می‌یابد.
- ۱۰ - تداوم مصرف مواد علی‌رغم داشتن مشکلات جسمی یا روان‌شناختی پایدار یا راجعه که احتمالاً در اثر آن ایجاد یا تشدید شده.
- ۱۱ - وسوسه یا یک میل قوی یا اشتیاق برای مصرف مواد.

مشخص کنید، اگر:

در فروکش زودرس: پس از پر کردن ملاک‌های اختلال مصرف مواد، هیچ کدام از ملاک‌ها (به جز ملاک ۴ «وسوسه یا یک میل قوی یا اشتیاق به مصرف مواد») برای حداقل ۳ ماه اما کمتر از ۱۲ ماه وجود نداشته باشند.

در فروکش طول کشیده: بعد از پر کردن ملاک‌های اختلال مصرف مواد، هیچ یک از ملاک‌های اختلال مصرف مواد (به جز وسوسه) در طول ۱۲ ماه گذشته وجود نداشته باشد.

روی درمان نگهدارنده: این شاخصه افزوده شده زمانی کاربرد دارد که فرد یک داروی آگونیست تجویز شده نظیر متادون یا بوپرنورفین را مصرف می‌کند و هیچ کدام از ملاک‌های اختلال مصرف مواد را برای آن کلاس از مواد (به جز تحمل به، یا محرومیت از داروی آگونیست) را پر نمی‌کند. این طبقه همچنین برای کسانی که روی یک داروی آگونیست نسبی، یک داروی آگونیست/آنتاگونیست یا یک داروی آنتاگونیست کامل همچون نالترکسون یا نالترکسون دیپوت هستند کاربرد دارد.

شاخصه "روی درمان نگهدارنده" به عنوان یک مشخصه برای فروکش زمانی که بیماری فرد در فروکش بوده و روی درمان نگهدارنده است استفاده می‌شود.

در محیط کنترل شده: این شاخصه افزوده شده زمانی استفاده می‌شود که فرد در محیطی است که در آن دسترسی به مواد وجود ندارد.

"در محیط کنترل شده" زمانی به عنوان یک شاخص افزوده شده به فروکش استفاده می‌شود که فرد هم در فروکش اختلال بوده و هم در محیط کنترل شده اقامت دارد. در واقع این شاخص برای توصیف دقیق‌تر وضعیت

فروکش اختلال فرد کاربرد دارد (در فروکش اولیه در محیط کنترل شده یا در فروکش طول کشیده در محیط کنترل شده). مثال‌های این محیط‌ها شامل بازداشتگاه‌ها و زندان‌های تحت نظارت نزدیک، اجتماع‌های درمان‌مدار و بخش‌های بسته بیمارستان‌ها هستند.

شدت فعلی را مشخص کنید:

- **خفیف:** وجود ۲-۳ علامت
- **متوسط:** وجود ۴-۵ علامت
- **شدید:** وجود ۶ علامت یا بیشتر.

مسمومیت با مواد

مسمومیت با مواد به سندرمی گفته می‌شود که با علائم و نشانگان اختصاصی به دنبال مصرف اخیر یک ماده رخ می‌دهد. مسمومیت با مواد در بین کسانی که به اختلال مصرف مواد، مبتلا هستند شایع است، اما غالباً در افراد بدون اختلال مصرف مواد نیز روی می‌دهد. رایج‌ترین تغییرات در رابطه با مسمومیت اختلالات ادراک، بیداری، توجه و تفکر، قضاوت، روانی - حرکتی، و روابط بینافردی هستند. مسمومیت‌های کوتاه مدت یا "حاد" ممکن است علائم و نشانه‌های متفاوت با مسمومیت‌های مستمر یا "مزمن" داشته باشند. مسمومیت ناشی از برخی مواد (همانند مواد افیونی) می‌توانند مرگ‌آفرین باشند و یکی از علل مراجعه مصرف‌کنندگان مواد به اورژانس‌ها است.

محرومیت از مواد (ترک)

سندرم محرومیت از مواد یا **سندرم ترک** به سندرمی که اختصاصی برای همان مواد یا گروه از مواد است گفته می‌شود که به دنبال قطع یا کاهش ناگهانی ماده مصرفی به دنبال مصرف زیاد و درازمدت، رخ می‌دهد و با مصرف همان ماده (یا ماده مشابه) برطرف می‌شود. **علائم اصلی ترک**، شامل تغییر رفتاری مشکل‌آفرین خاص آن ماده همراه با همایندهای فیزیولوژیکی و شناختی است. این علائم و نشانگان خاص مواد، موجب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در زمینه اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد می‌شود. علائم فیزیولوژیکی ترک محسوس که به راحتی اندازه‌گیری می‌شوند در مورد الکل، مواد شبه افیونی، داروهای آرامبخش، خواب‌آور، و ضد اضطراب رایج دیده می‌شوند. علائم و نشانه‌های ترک در مورد مواد محرک (آمفتامین‌ها و کوکائین)، نیکوتین، و حشیش اغلب وجود دارند ولی ممکن است کمتر آشکار باشند. بعد از مصرف مکرر فن سایکلیدین، مواد توهم‌زای دیگر، و مواد استنشاقی، نشانه‌های ترک قابل ملاحظه‌ای در انسان‌ها ثابت نشده است.

اختلالات روانی ناشی از مواد

چنانچه علائم یک اختلال روانی در طی مسمومیت یا محرومیت یک ماده رخ دهد و شواهد کافی وجود داشته باشد که این اختلال روانی یک اختلال مستقل در فرد نیست بلکه به طور مستقیم در اثر مصرف مواد ایجاد شده است و به عبارت دیگر، رابطه علت و معلولی بین آنها قابل اثبات باشد، اختلال روانی ناشی از مواد گفته می‌شود. برای این که شواهد کافی مبنی بر مستقل نبودن این اختلال وجود داشته باشد باید ارتباط زمانی با مسمومیت یا محرومیت ماده داشته باشد و در بازه زمانی حداکثر یک ماه از مسمومیت یا محرومیت، رخ داده باشد. همچنین نباید در گذشته آن فرد، همان اختلال بدون ارتباط با مصرف مواد اتفاق افتاده باشد. این اختلالات شامل اختلالات روان پریشی، دوقطبی و اختلال مربوط، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، وسواس فکری - عملی و اختلال مربوط، اختلال خواب، کژکاری جنسی، دلیریوم و اختلالات عصبی - شناختی هستند.

ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب‌رسان در ICD-10

- (الف): باید شواهد روشنی وجود داشته باشد که مصرف ماده مسؤل (یا نقش اساسی) در آسیب جسمی یا روان - شناختی شامل اختلال قضاوت یا کژکاری رفتاری دارد که می‌تواند منجر به ناتوانی شده یا پیامدهای جانبی در روابط بین‌فردی داشته باشد.
- (ب): ماهیت آسیب باید کاملاً قابل شناسایی (و اختصاصی) باشد.
- (ج): الگوی مصرف باید حداقل به مدت ۱ ماه ادامه داشته یا مکرراً در طول ۱۲ ماه گذشته رخ داده باشد.
- (د): اختلال ملاک‌های سایر اختلالات روانی یا رفتاری مرتبط با آن ماده در آن دوره زمانی را (به جز برای مسمومیت حاد) نداشته باشد

ملاک‌های تشخیصی سندرم وابستگی در ICD-10

- یک تشخیص قطعی باید فقط زمانی گذاشته شود که؛ سه مورد یا بیشتر از موارد زیر به صورت هم‌زمان در طول یک ساله اخیر، وجود داشته باشند:
- (الف) میل قوی یا احساس اجبار به مصرف ماده
- (ب) دشواری در کنترل رفتار مصرف مواد از نظر شروع، خاتمه یا سطح مصرف
- (ج) یک حالت محرومیت فیزیولوژیک، هنگامی که مصرف ماده قطع یا کاهش داده می‌شود، که با علائم سندرم محرومیت برای ماده؛ یا مصرف همان ماده (یا ماده نزدیک به آن) به قصد تسکین یا اجتناب از علائم محرومیت مشخص می‌شود
- (د) شواهد تحمل، همچون نیاز به افزایش دوز ماده به منظور دستیابی به اثرات اولیه تولید شده با دوزهای پایین‌تر (مثال‌های مشخص آن در افراد وابسته به الکل و مواد افیونی دیده می‌شود که ممکن است دوزهای روزانه مصرف‌شان برای ناکارآمد کردن یا کشتن افراد فاقد تحمل کافی باشد)

(ه) غفلت پیش‌رونده از لذت‌ها یا علائق جایگزین به خاطر مصرف مواد، افزایش زمان لازم برای گرفتن یا مصرف مواد یا بهبودی از اثرات آن
 (و) تداوم مصرف مواد علی‌رغم شواهد آشکار پیامدهای آسیب‌رسان بارز همچون آسیب به کبد در نتیجه مصرف بیش از حد، حالات خلقی افسرده متعاقب دوره‌های مصرف سنگین ماده یا نقایص کارکرد شناختی مرتبط با مواد؛ باید تلاش شود تا تعیین شود که مصرف‌کننده عملاً از ماهیت و میزان آسیب آگاه است یا انتظار آن را داشته است.

تاریخچه مصرف مواد مخدر در سطح جهان و ایران

تاریخچه مصرف انواع مخدر به صدها و بلکه هزاران سال قبل باز می‌گردد. **تریاک** از ۳۵۰۰ سال قبل جهت مصارف طبی بکار می‌رفته است. **کانابیس** را می‌توان در کتب درمان‌های گیاهی چین باستان یافت و از شراب حتی قبل از تورات و انجیل، در کتاب اوستا، فرگرد پنجم، بندهای ۵۲ تا ۵۴ نام برده شده است. همچنین در اوستای قدیم، در "گاهان دو بار (یس. ۳۲، بند ۱۴ / یس. ۴۸، بند ۱۰) از هوم یاد شده و آشامیدن افشره آن که مستی می‌آورد و مردمان را به کارهای زشت و ناروا برمی‌انگیزد، به سختی نکوهش شده است". (دیکشنری اوستا، دوستخواه). مردمان بومی مغرب زمین قبل از تماس با اسپانیایی‌ها سیگار می‌کشیدند و **کوکا (coca)** می‌جویدند. شکل سوء مصرف مواد مخدر از اواخر سده نوزدهم اهمیت بهداشتی زیادی پیدا کرد و از اوایل سده بیستم تزریق داخلی وریدی مورفین و هروئین گسترش یافت. سیگار از سده نوزدهم با توسعه روش‌هایی که امکان ساخت سیگارهای ملایم‌تر که بتوان آن‌ها را عمیقاً وارد ریه‌ها کرد گسترش پیدا کرد.

مصرف مواد مخدر در سه دهه ابتدایی قرن بیستم در کشورهای صنعتی شیوع زیادی پیدا کرد. بیشتر قوانین مجازات و سخت‌گیری بر علیه اعتیاد در همین سال‌ها تصویب شد. با شروع دهه ۳۰ میلادی جهان وارد سال‌های طلایی از نظر کنترل اعتیاد شد و تعداد معتادین برای حدود ۳۰ سال در کشورهای صنعتی در حداقل خود باقی ماند. به عنوان مثال در این سال‌ها در انگلستان تعداد معتادین به هروئین در حدود ۱۰۰۰ نفر ثابت ماند. از ابتدای دهه ۶۰ تا حدود سال ۱۹۸۰ جهان صنعتی شاهد افزایش مصرف مواد مخدر بود. استفاده از حشیش و ماری‌جوانا به قدری در دهه ۷۰ رایج بود که در سال ۱۹۷۹ در ارزیابی مدارس در آمریکا ۴/۶۰ درصد به سابقه مصرف این ماده اذعان داشتند. مصرف مواد در دهه ۸۰ ابتدا در مورد حشیش و سپس در مورد هروئین و پس از آن در مورد کوکائین کاهش یافت و پس از سال ۱۹۹۵ افزایش اندک مشاهده شد.

تاریخچه مواد در ایران

تاریخچه مصرف مواد مخدر در ایران الگویی متفاوت از کشورهای صنعتی داشته است. در ایران پیش از اسلام نوشیدن الکل رواج داشت و پس از اسلام با منع مصرف الکل، استفاده از تریاک و حشیش در برخی از نقاط کشور به عنوان داروی اولیه شدت یافت. مصرف تریاک به طور سنتی در ایران معمول بود و بسیاری از مردمی که تریاک مصرف می‌کردند از جامعه طرد نمی‌شدند. مسئله اعتیاد به تریاک از ربع سوم قرن نوزدهم آغاز می‌شود و قبل از آن اگر چه در دسترس بوده ولی اعتیاد به آن از شیوع چندانی برخوردار نبوده است.

در سال‌های نخست دهه ۱۳۳۰ دولت ایران شمار معتادین کشور را بیش از ۱/۵ میلیون نفر برآورد نمود که ۹۸ درصد این افراد را معتادین به تریاک و شیره تشکیل می‌دادند. با توجه به جمعیت ایران در آن سال‌ها که نزدیک به ۲۱ میلیون نفر بوده است، رقم یاد شده ۷ درصد از جمعیت کشور را در برمی‌گرفت. در سال ۱۳۳۳ با اعلام ممنوعیت کشت خشخاش و مصرف تریاک، شمار معتادین کشور تا مرز ۴۰۰۰۰۰ نفر کاهش یافت. این وضعیت دیری نپایید و با ورود مواد مخدر از کشورهای همسایه به ویژه از طریق مرزهای شرقی کشور که ممنوعیتی در آن‌ها وجود نداشت، شمار معتادین کشور رو به افزایش گذاشت و دولت، خط مشی تازه‌ای در سال ۱۳۴۷ در مورد کشت و مصرف تریاک در پیش گرفت. این اقدام به منظور پیش بردن دو هدف درمان معتادین و کنترل اعتیاد به مواد مخدر صورت گرفت. معتادین به دو گروه معتادین ثبت نام شده یا کوپن دار و معتادین غیر قانونی تقسیم شدند. گروه نخست را معتادینی تشکیل می‌دادند که سن بالاتر از ۶۰ سال داشته و گمان می‌رفت شانس کمی برای درمان توانبخشی آن‌ها وجود دارد. برای تامین نیاز این افراد به تریاک، دولت، کشت خشخاش را در نواحی محدودی با نظارت دولت مجاز اعلام کرد.

برابر گزارش سال ۱۹۹۹ کمیته بین‌المللی کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد، پیش از انقلاب اسلامی در ایران، ۲ میلیون نفر (۴٪ کل جمعیت ایران) مصرف‌کننده مواد مخدر وجود داشته است. طی سال‌های ۱۳۵۷ و ۱۳۵۸ به دلیل آنکه نظارت دولت بر کنترل مواد مخدر به پایین‌ترین سطح رسیده بود، تولید و توزیع مواد مخدر در کشور به یکباره رو به فزونی گرفت. بر پایه اذعان مقامات رسمی کشور، ۵ درصد از کل جمعیت کشور در آن هنگام معتاد به مواد مخدر بودند. از این رو مبارزه‌ای جدی بر علیه توزیع و تولید مواد مخدر در سال ۱۳۵۸ آغاز شد و برای قاچاقچیان مواد مخدر، تا مجازات اعدام پیش‌بینی گردید. این اقدام با ایجاد ستاد هماهنگی مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۵۸ با حضور نمایندگان نیروی انتظامی، دادگستری و وزارت بهداشت، تحقق یافت. در سال ۱۳۵۹ نزدیک به یک میلیون معتاد در کشور وجود داشته است. این رقم در گزارشی که در ایران در سال ۱۳۶۴ به کمیسیون بین‌المللی مواد مخدر سازمان ملل در شهر وین ارائه کرد به ۷۰۰ تا ۸۰۰ هزار نفر کاهش یافت. ۴۰ درصد از این افراد معتاد به هروئین بودند و بیشتر آن‌ها را جوانان تشکیل می‌دادند.

وضعیت کنونی - همه‌گیرشناسی سوء مصرف مواد مخدر در ایران

در تمام سال‌های پس از انقلاب (حتی در سال‌های ابتدایی انقلاب و دوران جنگ تحمیلی) میزان مصرف مواد مخدر در کشور افزایش یافته و بیشترین میزان افزایش در سال‌های ۵۲ تا ۵۶ با میزان ۱۶۶ درصد رخ داده است. پس از آن تا سال ۶۶ به تدریج از شدت آن کاسته شده و مجدداً در دوره زمانی سال‌های ۶۷ تا ۷۱ به میزان رشد ۵۹ درصد رسیده است.

گزارش آمار شیوع سوء مصرف مواد مخدر در ایران از ۱/۲ میلیون نفر تا ۳/۳ میلیون نفر متفاوت است. در سال ۱۹۹۷ از مجموع ۹۶۰۰۰۰ نفری که برای ازدواج، مجوز کسب و کار و گواهینامه پایه ۱ مورد آزمایش اپیوئیدها قرار گرفتند حدود ۲/۳۹٪ پاسخ مثبت داشتند. این آمار با توجه به اینکه افرادی که مورد آزمون قرار می‌گرفتند از عواقب پاسخ مثبت، اطلاع داشتند، احتمالاً پایین‌تر از میزان واقعی است. با در نظر گرفتن این‌که

تمامی افراد مورد آزمایش، بالاتر از ۱۵ سال سن داشتند و حدود ۶۰٪ جمعیت ایران در این طیف سنی قرار می‌گیرند، می‌توان تست اوبیوئید مثبت را در کل جامعه، بیش از یک میلیون نفر تخمین زد. قابل ذکر است که در برخی شهرها تا ۱۰ درصد افراد مواد مخدر مصرف می‌کنند و تخمین زده می‌شود که از جمعیت ۱۲ میلیونی تهران ۲۴۰۰۰۰ نفر مواد مصرف می‌کنند که به نظر می‌رسد این تخمین بسیار کمتر از مقدار واقعی است. خلاصه‌ای از شیوع مصرف، مصرف تزریقی مواد و ارتباط آن با عفونت HIV در سال ۲۰۰۱ در جدول ۱ - مشاهده می‌شود. با نگاهی به این جدول و مقایسه آن با وضعیت فعلی مصرف مواد می‌توان به تغییرات اپیدمیولوژیک مصرف مواد در سال‌های اخیر پی برد.

جدول ۱ - وضعیت اعتیاد در کشور ایران (سال ۲۰۰۱)

تعداد تخمینی مصرف کنندگان مواد مخدر	۱/۲-۳/۳ میلیون نفر
تعداد تخمینی مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر	۲۰۰۰۰۰-۳۰۰۰۰۰ نفر
نوع ماده مخدر مصرفی	تریاک، شیره، هروئین، حشیش، کدئین
موادی که به صورت تزریقی، مصرف می‌شوند	هروئین، تریاک
موارد تخمینی HIV/AIDS در معتادان تزریقی	بیش از ۶۴٪

همانطور که مشاهده می‌شود در گذشته شایعترین راه انتقال عفونت HIV در کشور ما مصرف تزریقی مواد مخدر بوده است و علاوه بر این بیش از ۲۷/۳ درصد از مصرف کنندگان مواد مخدر، دچار عفونت‌های منتقله از طریق تماس جنسی و ۱۷/۷٪، هپاتیت، آبسه و توبرکولوز هستند.

یکی از مطالعات مهم در باره اپیدمیولوژی و الگوی مصرف مواد مخدر در ایران مطالعه "ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران" (Rapid assessment of drug abuse situation in Iran) است که با همکاری دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل UNDCP در سال ۱۹۹۸-۹۹ انجام شده است. بر اساس این مطالعه بیشترین گروه معتادین (۶۸٪) را افراد ۲۰ تا ۴۰ ساله تشکیل می‌دادند. اکثریت افراد متاهل (۵۶/۷٪) و ۳۴/۶٪ مجرد و اندکی متارکه کرده و یا همسر مرده بودند. بیشتر افراد تحصیلات در حد ابتدایی و راهنمایی داشتند. از نظر شغلی کارگران در رده اول بودند (۲۴/۴٪). پس از آن بیکاران، مغازه داران و رانندگان به ترتیب در رده‌های بعدی قرار می‌گرفتند. بیشترین ماده مصرفی تریاک بوده است و مردان بیش از ۹۰ درصد و زنان کمتر از ۱۰ درصد از معتادین را تشکیل می‌دادند. میانگین سن شروع مواد در این مطالعه ۲۲/۲ سال بوده است.

یکی از تغییرات مهم اپیدمیولوژیک مصرف مواد در ایران در فاصله انجام مطالعه "ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران" سال ۹۸-۹۹ تا کنون پدیدار شدن مصرف شیشه با الگوی غالب مصرف تدریجی در کشور بود. شیوع و گسترش سریع همه گیری مصرف مت آمفتامین از سال ۱۳۸۷ آغاز شد و این اطلاع مربوط به کشف ۴ آزمایشگاه غیرقانونی تولید مت آمفتامین توسط پلیس ایران بود. در سال ۱۳۸۹، کشفیات ۸۸۳ کیلوگرم مت آمفتامین در ایران نشاندهنده ۵۵ درصد افزایش در مقایسه با سالهای قبل بود.

براساس آخرین گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، تعداد مصرف کنندگان مستمر مواد در کشور ۲ میلیون

و ۸۰۸ هزار نفر هستند (گزارش ستاد سال ۱۳۹۶)، که از این تعداد ۶۶/۸ درصد تریاک، ۱۱/۹ ترکیبات کانابینوئیدی، ۱۰/۶ درصد کراک افغانی و هروئین و ۸/۱ درصد مصرف شیشه دارند. تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد در دامنه ۳۴۳ در هر صد هزار نفر تخمین زده شده است.

۶۵/۴ درصد موارد شناسایی شده عفونت HIV در کشور، کسانی هستند که بصورت تزریقی مواد مصرف می‌کنند و شیوع عفونت HIV در کسانی که مواد تزریق می‌کنند ۱۵ درصد برآورد شده است. (مرکز مدیریت بیماریهای واگیر ۱۳۹۶).

طبق مطالعه گزارش تخمین اندازه جمعیت مصرف کنندگان مواد و الکل و گروه‌های پرخطر جنسی در کشور در سال ۱۳۹۲، که در اردیبهشت ۱۳۹۴ به چاپ رسید، ۲۱۲۲ در صد هزار نفر جمعیت مصرف مستمر تریاک، شیره یا سوخته، ۵۸۵ در صد هزار نفر مصرف مستمر مواد محرک و ۲۷۶ در صد هزار نفر جمعیت، مصرف مستمر به روش تزریق، برآورد شده است.

بر اساس مطالعه همه گیر شناسی اعتیاد ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۰، شیوع اعتیاد (وابستگی) به مواد غیرقانونی در جمعیت سنی ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور، ۲/۶۵٪ معادل ۱/۳۲۵ میلیون نفر گزارش شد. تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین شیوع اعتیاد بین استان‌های مختلف دیده شد که کمترین آن مربوط به استان زنجان با ۰/۹۶٪ و بیشترین آن مربوط به استان کرمان با ۴/۷۵٪ در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله بود. شیوع ماده مصرفی فعلی معتادان به صورت تریاک و سوخته ۵۵/۲٪، مت‌آمفتامین ۲۶٪، کراک هروئین ۱۵/۹۴٪، هروئین ۹/۷۷٪، حشیش ۶/۴۳٪، اکستازی ۳/۰۸٪ و الکل ۲۶/۶۳٪ بود.

برخی یافته‌های دیگر این مطالعه به شرح زیر بود:

- میانگین سن شروع مصرف مواد غیرقانونی ۲۱/۱۹ سال ذکر گردید که در آن نوع ماده غیرقانونی مشخص نشده است.
- ۱۳/۶٪ در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال قرار داشتند.
- ۶۳٪ معتادان متأهل، ۳۲٪ مجرد و ۵٪ متارکه‌کرده، مطلقه یا بیوه بودند.
- درصد معتادان با سطح تحصیلات به ترتیب کارشناسی و بالاتر، کاردانی، متوسطه، راهنمایی، ابتدایی و بی‌سواد در این مطالعه ۲۱/۶٪، ۱۵/۲٪، ۳۷/۹٪، ۱۱/۸٪، ۸٪ و ۵/۷٪ بود.
- ۴۷/۳٪ معتادان بیکار بودند.

بر اساس داده‌های پیمایش ملی سلامت روان ۹۰-۱۳۸۹، ۳/۵ درصد جمعیت بزرگسال حداقل ۵ بار مصرف مواد غیرقانونی در سال گذشته داشتند. در این مطالعه شیوع اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل) بر اساس DSM-IV معادل ۲/۱ درصد و بر اساس DSM-5 معادل ۲/۵٪ بود. شیوع سوء مصرف و وابستگی به مواد غیرقانونی (به جز الکل) به ترتیب ۰/۵ و ۱/۸ درصد بود.

اختلالات مصرف مواد افیونی شایع‌ترین اختلالات مصرف مواد غیرقانونی بود. انواع مواد افیونی مورد استفاده توسط افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی شامل تریاک ۸۲/۳٪، شیره ۲۷/۸٪، متادون ۱۶/۶٪ و هروئین/کراک هروئین ۱۶/۱٪ بوده است.

جدول ۲ - مصرف حداقل یک بار و اختلالات مصرف مواد و الکل در ۱۲ ماه گذشته

کل	مرد	زن	نوع ماده	
%۱/۳	%۲/۴	%۰/۲	مصرف در سال گذشته	
			حشیش	
			مواد افیونی (به جز داروهای آپیوئیدی نسخه‌ای)	
			محرك‌های شبه‌آمفتامینی	
%۵/۳	%۹/۳	%۰/۱	الکل	
			هر گونه ماده غیرقانونی (شامل الکل)	
			سوء مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
			وابستگی به مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
%۱	%۱/۶	%۰/۴	مصرف در سال گذشته	
			اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
			سوء مصرف الکل	
			وابستگی به الکل	
%۵/۷	%۱۰/۲	%۰/۱	اختلالات مصرف الکل	
			هر گونه اختلال مصرف مواد (شامل الکل)	
			سوء مصرف الکل	
			وابستگی به الکل	
%۱۱	%۱۸/۹	%۳/۱	مصرف در سال گذشته	
			اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
			سوء مصرف الکل	
			وابستگی به الکل	
%۰/۵	%۱/۰	%۰/۰۱	مصرف در سال گذشته	
			اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
			سوء مصرف الکل	
			وابستگی به الکل	
%۱/۸	%۳/۳	%۰/۳	مصرف در سال گذشته	
			اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
			سوء مصرف الکل	
			وابستگی به الکل	
%۲/۱	%۳/۸	%۰/۴	مصرف در سال گذشته	
			اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
			سوء مصرف الکل	
			وابستگی به الکل	
%۰/۳	%۰/۷	%۰	مصرف در سال گذشته	
			اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
			سوء مصرف الکل	
			وابستگی به الکل	
%۰/۶	%۱/۲	%۰/۱	مصرف در سال گذشته	
			اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
			سوء مصرف الکل	
			وابستگی به الکل	
%۱	%۱/۸	%۰/۱	مصرف در سال گذشته	
			اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
			سوء مصرف الکل	
			وابستگی به الکل	
%۲/۸	%۵/۲	%۰/۴	مصرف در سال گذشته	
			اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
			سوء مصرف الکل	
			وابستگی به الکل	

جدول ۳ - اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل) در ۱۲ ماه گذشته

اختلال مصرف بر اساس DSM-5	اختلالات مصرف بر اساس DSM-IV	وابستگی	سوء مصرف	بیش از ۵ بار مصرف در سال گذشته	نوع ماده
%۲/۲۳	%۱/۸۴	%۱/۵۶	%۰/۲۸	%۳/۰۲	مواد افیونی
%۰/۵۶	%۰/۵۲	%۰/۳۵	%۰/۱۷	%۰/۸۷	حشیش
%۰/۳۹	%۰/۳۵	%۰/۳۴	%۰/۰۱	%۰/۴۷	محرك‌های شبه‌آمفتامینی
%۰/۱۱	%۰/۰۷	%۰/۰۵	%۰/۰۳	%۰/۱۱	توهم‌زاها
%۰/۰۳	%۰/۰۳	%۰/۰۳	-	%۰/۰۹	مواد استنشاقی
%۰/۱۱	%۰/۰۸	%۰/۰۸	-	%۰/۱۱	کوکائین
%۲/۴۴	%۲/۰۹	%۱/۸۱	%۰/۴۹	%۳/۴۹	هر گونه ماده غیرقانونی (به جز الکل)

در پیمایش ملی سلامت روان ۹۰-۱۳۸۹، شیوع سوء مصرف و وابستگی به الکل بر اساس چهارمین ویرایش طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی انجمن روان‌پزشکی آمریکا به ترتیب %۰/۶ و %۰/۳ جمعیت ۶۴-۱۵ ساله برآورد شد.

آن گونه در در جدول ۲ ملاحظه می‌شود در مطالعه پیمایش ملی سلامت روان، علی‌رغم وجود آنگ اجتماعی مرتبط با مصرف مواد، گزارش شخصی حداقل یک بار مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل) و الکل در

طول سال گذشته غیرشایع نبوده و به ترتیب معادل ۱۱٪ و ۵/۷٪ جمعیت عمومی ۶۴-۱۵ ساله بوده است .
 پیمایش ملی خانوار سوءمصرف مواد مخدر در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله در سال ۱۳۹۴ با حجم نمونه ۶۰ هزار نفری توسط سازمان بهزیستی کشور و ستاد مبارزه با مواد مخدر اجرا شد. بر اساس نتایج این مطالعه تعداد معتادان کشور ۲۸۰۲۸۰۰ نفر برآورد گردید. الگوی مصرف مواد در این مطالعه به شرح زیر بود:

- تریاک و مشتقات آن: ۶۶/۸ درصد
- حشیش، گل، ماری جوانا: ۱۱/۹ درصد
- هروئین و کراک هروئین: ۱۰/۶ درصد
- شیشه: ۸/۱٪

به منظور جمع‌بندی می‌توان گفت که در طی ۱۵ سال اخیر تغییرات زیر در همه‌گیرشناسی مواد مخدر و مشکلات وابسته با آن رخ داده است:

تغییرات ایجاد شده در اپیدمیولوژی مواد مخدر و مشکلات مربوطه

➤ مصرف مواد محرک بخصوص شیشه در دوره‌ای به شدت فزونی یافت و باعث مشکلات جدیدی برای نظام بهداشتی کشور شد. کارگزاران بهداشت روان کشور مجبور شدند با عوارض جدیدی از مصرف مواد که در شیشه دیده می‌شد (همانند سایکوز) مواجه شوند و بخش زیادی از تخت‌های روان‌پزشکی کشور به درمان سایکوز ناشی از شیشه اختصاص یافت. همچنین درمان شیشه برخلاف درمان مواد افیونی فاقد درمان مشخص دارویی است و برای مثال نقشی که متادون یا بوپرنورفین در درمان وابستگی به مواد افیونی دارند در درمان مواد محرک وجود ندارد و پایه اصلی درمان، درمان‌های روانی-اجتماعی است. بنابراین آموزش‌های جدیدی به روان‌پزشکان و روان‌شناسان حوزه اعتیاد لازم شد.

➤ مصرف مواد افیونی تزریقی کاهش یافت و از سوی دیگر برنامه موفق کاهش آسیب در کشور که درمان‌های نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین را در کنار دیگر برنامه‌های کاهش آسیب عرضه می‌کردند انتقال HIV از طریق سرنگ مشترک را بسیار کاهش داد. در عوض مصرف مواد محرک مانند شیشه با رفتارهای پرخطر جنسی ارتباط زیادی دارد و افراد شیشه را برای افزایش لذت جنسی مصرف می‌کنند و رفتار جنسی پس از مصرف شیشه بی‌مهاباتر و پرخطرتر می‌شود. این تغییر الگوی مصرف و رفتارهای پرخطر منطبق منجر به تغییر شایع‌ترین راه انتقال HIV از راه سرنگ آلوده به راه انتقال جنسی شده است.

اتیولوژی

سوء مصرف مواد، پدیده‌ای نامتجانس (هتروژن) با عوامل سببی متفاوتی است و معمولاً مجموعه‌ای از عوامل روانشناختی، اجتماعی، بیولوژیک و داروشناختی (Pharmacologic) در ایجاد اعتیاد و وابستگی به مواد دخیل هستند. عوامل اجتماعی بیشتر در شروع مصرف مواد مخدر و عوامل بیولوژیک بیشتر در ادامه وابستگی به مواد نقش دارند. عوامل اجتماعی و محیطی شامل فاکتورهای فرهنگی، نگرش‌های اجتماعی، رفتارهای همسالان، قوانین، قیمت مواد و در دسترس بودن آنها هستند. معمولاً در شروع مصرف از موادی همانند الکل، سیگار و کانابیس است که مقبولیت اجتماعی بیشتری دارند و این مواد دروازه ورود به دنیای مواد (gateway drugs) شناخته می‌شوند. مطالعات فراوان نشان داده‌اند که مصرف الکل و سیگار و دیگر مواد در جامعه با تغییر قیمت و در دسترس بودن آنها تغییر می‌کند. هنگامیکه فروشگاه‌های عرضه الکل افزایش می‌یابد مصرف الکل نیز به موازات آنها زیاد می‌شود. در هنگامیکه قیمت الکل و سیگار افزایش می‌یابد مصرف آنها کاهش پیدا می‌کند.

یادگیری و شرطی سازی

مصرف مواد با تاثیر بر مسیر پاداشی مغز (Reward Pathway) باعث احساس لذت در فرد می‌شود. مسیر پاداشی مغز مزولیمبیک و حاوی نرون‌های دوپامینی است که از ناحیه تگمنتال قدامی (Ventral Tegmental Area) شروع و به هسته آکومبنس (Nucleus Accumbens) ختم می‌شود. لذت احساس شده از فعالیت‌های لذتبخش همانند دیدن صحنه‌های زیبا، خواندن کتابی جذاب و یا سکس، حاصل فعالیت این نرون‌های دوپامینی است. ویژگی مشترک موادی که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند توانایی افزایش فعالیت نرون‌های دوپامینی مسیر پاداشی مغز است. به عبارت دیگر این مواد بطور مستقیم و از طریق گیرنده‌های شیمیایی باعث فعالیت این مسیر و احساس لذت در فرد می‌شود. این مسیر جزو قسمت‌هایی از مغز است که در حیواناتی که در رده پایین تر تکاملی قرار می‌گیرند نیز وجود دارد. برای مثال چنانچه در قفس موش‌ها علاوه بر غذا کوکائین نیز گذاشته شود، حیوان روزی هزاران بار کوکائین مصرف می‌کند و میل به کوکائین در حیوان به قدری است که ترجیح می‌دهد که به جای غذا نیز کوکائین مصرف کند و پس از مدتی لاغر و رنجور می‌شود. این رفتار حیوانات بسیار شبیه انسان‌هایی است که ساعت‌های بیشتری کار می‌کنند و کمتر غذا می‌خورند تا بتوانند هزینه کوکائین خود را پردازند.

بنابراین مصرف مواد مخدر با احساس لذتی که ایجاد می‌کند بعنوان تقویت کننده مثبت (Positive reinforcer) عمل می‌کند و از طریق شرطی سازی باعث تقویت رفتار می‌شود. این مسئله بخصوص در مورد دفعات اول مصرف اهمیت زیادی دارد. چنانچه در دفعات اول مصرف لذت، آرمیدگی، افزایش انرژی، افزایش تمرکز یا دیگر تجربه‌های مثبت به دست آید احتمال تداوم مصرف و رفتارهای خواستن مواد بیشتر خواهد شد ولی چنانچه تجربه دفعات اول تجربه ناخوشایندی (نظیر سرفه شدید با سیگار و یا تهوع با مصرف مواد افیونی، سرگیجه با الکل ...) احتمال مصرف آن ماده در آینده کاهش خواهد یافت.

همچنین قطع برخی مواد نظیر مواد افیونی (بخصوص هروئین) عملاً محرومیت شدیدی همانند درد،

تهوع، تحریک پذیری، بیخوابی و اسهال ایجاد می‌کند. تجربه این علائم محرومیت خود به عنوان یک تقویت کننده که تقویت کننده منفی (Negative reinforcer) نامیده می‌شود عمل می‌کند. بدین صورت که فرد برای اجتناب از رویارویی با علائم محرومیت به مصرف مواد خود ادامه می‌دهد. در مورد برخی مواد نظیر کوکائین تقویت اثر مثبت و در مورد برخی مواد مانند هروئین اثر تقویت منفی به عنوان عامل قویتر در تداوم اعتیاد عمل می‌کنند. تجربه لذتبخش هرکدام از مواد نیز متفاوت است. برای مثال کوکائین به عنوان سرخوش کننده قوی، افزایش دهنده اعتماد بنفس، هوشیاری و انرژی شناخته می‌شود. نیکوتین ایجاد ترکیبی از آرمیدگی و هوشیاری می‌کند و اثر الکل بسته به شخصیت، انتظارات از الکل و موقعیت متفاوت است و بیشتر همراه با آرمیدگی (Relaxation) است.

عوامل خطر ساز (Risk factors)

عوامل یادگیری شامل شرطی سازی، اثر تقویت کننده مصرف (Reinforcement) و بازدارندگی محرومیت (aversion) به تنهایی توجیه کننده شروع و ادامه مصرف مواد در بیماران نیستند. در برخی شرایط مصرف طولانی مدت مواد، منجر به اعتیاد نمی‌شود. مثلاً شانس اعتیاد به مواد در بیمارانی که در طی بستری در بیمارستان به دلیل درد، مواد مخدر دریافت نموده‌اند بسیار کم است. تنها ۱۲ درصد از سربازان آمریکایی که در ویتنام مصرف کننده هروئین بودند پس از سه سال از بازگشت به کشورشان عود وابستگی به هروئین داشتند. این یافته‌ها بیانگر وجود عوامل خطر ساز است که در کنار عواملی نظیر یادگیری و بیولوژی منجر به سوء مصرف مواد می‌شود. عواملی که باعث افزایش شانس سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر می‌شود عبارتند از:

۱ - عوامل بیولوژیکی

شاید بیشترین مطالعات ژنتیکی سوء مصرف مواد در والدین الکلیک، صورت گرفته باشد. الکلیسم در والدین، پیشگویی کننده سوء مصرف الکل و دیگر مواد، پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی در دوران نوجوانی است. این آسیب پذیری ژنتیکی در مورد دیگر مواد نظیر کانابیس، سیگار و هروئین شناخته شده است.

۲ - ویژگی‌های فردی

- پرخاشگری و کنش نمایی (Acting out) هیجانانگیز .
- اختلال در کارکردهای شناختی نظیر اشکال در برنامه ریزی (Planning) توجه و تمرکز، منطق انتزاعی، آینده نگری، قضاوت (self monitoring) ، برآورد زیاد از سوء مصرف مواد مخدر در جامعه (False consensus) ، نگرش مثبت به مواد.
- فرار از مدرسه .
- وضعیت تحصیلی نامناسب .
- اختلالات خلقی و اضطرابی .

در مقابل، برخی از ویژگی‌ها نظیر موفقیت‌های تحصیلی در مدرسه، اهداف بالای تحصیلی، هوش بالا، توانایی کنترل هیجانات، توانایی برقراری ارتباط مناسب با دیگران، اعتماد به نفس بالا، توانایی حل مسئله، انعطاف پذیری و اعتقادات صحیح مذهبی، به عنوان عوامل محافظت کننده (Protective factors) شناخته می‌شوند.

۳- عوامل خانوادگی

- از دست دادن والدین به دلیل فوت، طلاق و یا زندانی شدن آن‌ها
- حمایت زیاد (overprotection) و یا کنترل زیاد (over controlling) توسط یکی از والدین (معمولاً مادر)
- پدری که از نظر عاطفی سرد باشد و حضور فعال در منزل نداشته باشد (Absent father).
- وابستگی خیلی زیاد به یک خواهر یا برادری که مصرف کننده مواد است.
- مقصر شمردن مرتب کودک به دلیل مشکلات مختلف در خانواده
- مصرف مواد در یکی از والدین از طریق الگو برداری فرزند شانس مصرف مواد را در او افزایش می‌دهد.

۴- عوامل اجتماعی

عوامل اجتماعی از مهمترین عوامل شروع مصرف مواد مخدر شمرده می‌شوند. شیوع بالای مصرف مواد مخدر در جامعه بخصوص در گروه همسالانی که فرد با آن‌ها تقابل دارد می‌تواند از عوامل شروع مصرف مواد باشد. این عوامل از طریق فشار همسالان، تلاش برای همراهی و مطرح نمودن خود در گروه همسالان، در معرض قرار گرفتن و دسترسی آسان به مواد، درک غلط طبیعی (نرم) بودن مصرف مواد اثر می‌کنند. **تاثیر این عوامل در دوران تغییر موقعیت اجتماعی بخصوص ورود به مقاطع جدید تحصیلی راهنمایی و دبیرستان بیشتر است.**

پیشگیری

اعتیاد، منجر به عوارض جسمی، روانی و اجتماعی متعددی میشود. بعلاوه روند درمان اعتیاد مشکل، طولانی، پرهزینه و با موفقیت کم است. دو سوم بیماران که تحت درمان با هدف قطع مصرف مواد افیونی قرار می‌گیرند در عرض ۶ هفته بازگشت به مواد دارند. ۳۳ درصد بیماران مبتلا به وابستگی هروئین که سه سال ترک کامل داشته‌اند در نهایت مجدداً به مصرف هروئین می‌پردازند. به این ترتیب پیشگیری از ابتلاء افراد جامعه به سوء مصرف مواد به معنی جلوگیری از تحمیل هزینه‌های سنگین به اجتماع، ابتلاء افراد به ایدز و بیماری‌های دیگر، کاهش بازدهی در محیط کار، وقوع جرم و جنایت و در معرض خطر قرار گرفتن نسل بعدی است.

۱- مداخلاتی که متوجه "سیستم و محیط" است که این مداخلات عمدتاً کاهش عرضه و دسترسی مواد را هدف قرار می‌دهد. مداخلاتی نظیر ریشه کن کردن محصول، رشد محصولات جایگزین، تعقیب قانونی، آزمایشگاه‌های غیر مجاز، جلوگیری از حمل مواد مخدر در مرزها و کنترل راه‌های دریایی، هوایی و زمینی، ایجاد اختلال در بازار مواد به منظور خلع سلاح گروه‌های درگیر و ردیابی و مصادره اموال قاچاقچیان جهت جلوگیری از تجمع سودهای نامشروع را می‌توان رویکردهایی با این هدف دانست که بر عوامل شکننده چرخه تولید مواد از

منبع تا مصرف کننده تمرکز دارند.

۲- **مداخلاتی که متوجه "افراد" است** و هدف آن تغییر در "خواستن مواد" از طریق تغییر در نگرش، درک و رفتارهای مرتبط با مواد است. در این زمینه نوجوانان و جوانان، به طور ویژه‌ای مورد توجه قرار می‌گیرند چرا که اولاً نوجوانان نسبت به جاذبه‌های ادراک شده (Perceived attraction) مواد آسیب پذیرتر هستند و ثانياً هرچه زمان اولین مصرف به تاخیر بیفتد احتمال شروع مصرف کمتر می‌شود و یا اگر شروع شود با احتمال کمتری به شکل اجبار در می‌آید و اعتیاد حاصله شدت کمتری خواهد داشت. این برنامه‌ها به وسیله یکی از رویکردهای زیر باعث کاهش تقاضا و مواد می‌شوند.

- با عوامل خطر ساز فردی و اجتماعی سوء مصرف مواد مقابله کند.
- باعث افزایش عوامل محافظت کننده فردی، اجتماعی و محیطی شود.
- هر دو رویکرد فوق را مورد استفاده قرار دهد.

برنامه‌های پیشگیری

برنامه‌های پیشگیری هنگامی موفقیت‌آمیز خواهد بود که به صورت برنامه ریزی شده، طولانی مدت و سازمانی (مثلاً در مدرسه) اجرا شود و بهترین سن برای شروع این برنامه‌ها ابتدای دوره نوجوانی (یازده سالگی) است. برنامه‌های پیشگیری در سطوح متفاوتی انجام می‌شوند و شکل‌های گوناگونی دارد این برنامه‌ها را می‌توان در ۵ گروه کلی تقسیم بندی کرد:

۱- رویکردهای اطلاع رسانی (Information dissemination)

۲- رویکردهای آموزش عاطفی (Affective education)

۳- رویکرد جانشین (Alternative)

۴- رویکردهای مهارت‌های مقاومت اجتماعی (Social resistance skills)

۵- رویکردهای بالا بردن حسن رقابت (Competency enhancement Broader)

جدول ۴- رویکردهای مختلف، تمرکز رویکردها و روش‌های مورد استفاده در هر کدام از رویکردها را نشان

می‌دهد:

رویکرد اطلاع رسانی می‌تواند اطلاعات و دانش افراد را در رابطه با مواد مخدر افزایش دهد ولی هنگامی که استراتژی محدود به همین سطح بوده و اقدامات دیگر انجام نگیرد تاثیری بر کاهش مصرف مواد مخدر نخواهد داشت.

موثرترین برنامه‌ها برنامه‌ای است که موقعیت‌های اجتماعی و بین فردی را مورد توجه قرار دهد. برای مثال مداخلاتی که شامل رویکردهای آموزش، مهارت‌های مقاومت باشند قادرند نرخ سیگار کشیدن را بین ۳۵ تا ۴۵ درصد کاهش دهند. کاهش در شروع مصرف الکل و ماری جوانا پس از شرکت در این برنامه‌ها بین ۴۳ تا ۴۷ درصد گزارش شده است.

جدول ۴ - خلاصه رویکردهای برنامه‌های پیشگیری

رویکرد	تمرکز	روش
اطلاع رسانی	افزایش اطلاعات در مورد مواد، عوارض مصرف، گسترش گرایش‌های ضد مواد	آموزش، بحث، نمایش نوارهای ویدئویی، پخش نوارهای صوتی نشان دادن انواع مواد، پوستر، توزیع جزوه، برنامه‌های گروهی مدارس
آموزش عاطفی	افزایش عزت نفس، تصمیم‌گیری مسئولانه، رشد ارتباطات بین فردی، هیچ اطلاعاتی در مورد مواد، داده نمی‌شود.	آموزش، بحث، فعالیت‌های تجربی، تمرین حل مساله گروهی
جانشین	افزایش عزت و اعتماد به خود، معرفی جانشین‌های متفاوت برای مصرف مواد، کاهش احساس کسالت و حس غریبی	تشکیل مراکزی برای جوانان فعالیت‌های تفریحی، شرکت در پروژه‌های خدمات اجتماعی، آموزش شغلی
مهارت‌های مقاومت	افزایش آگاهی از تاثیر اجتماع بر مصرف مواد، ایجاد مهارت‌هایی برای مقاومت در برابر تشویق به استفاده از مواد، افزایش اطلاعات در مورد عواقب منفی فوری	بحث‌های کلاسی، آموزش مهارت‌های مقاومت، تکرار رفتارها، تکالیف تمرین رفتاری، استفاده از رهبران هم سن یا کمی بزرگتر
آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی	افزایش تصمیم‌گیری، تغییر رفتار شخصی، کاهش اضطراب، ارتباطات، مهارت‌های اجتماعی و جرات‌ورزی، کاربرد مهارت‌های عمومی برای مقاومت در برابر تشویق به استفاده از مواد	بحث‌های کلاسی، آموزش مهارت‌های رفتاری شناختی

رویکردهای درمانی

بطور کلی دو رویکرد متفاوت درمانی در اعتیاد وجود دارد، که شامل پرهیز کامل (Abstinence) و رویکرد کاهش آسیب (Harm reduction) است.

۱ - پرهیز کامل

هدف این درمان قطع کامل مصرف مواد مخدر است. این درمان شامل سم زدایی مواد مخدر و پس از آن درمان‌های نگهدارنده و درمان‌های غیر دارویی است. برنامه‌های سم زدایی که در بازگیری بیماران وابسته به مواد افیونی مورد استفاده قرار می‌گیرد شامل درمان با متادون، بوپرنورفین، کلونیدین، سم زدایی سریع (Rapid Detoxification) و سم زدایی فوق سریع (Ultra rapid Detoxification) هستند. پس از سم زدایی از درمان دارویی نگهدارنده نالترکسان (Naltrexone) استفاده می‌شود و بیمار تحت درمان‌های غیر دارویی نظیر روان‌درمانی فردی، گروه‌های خودیاری (Narcotic Anonymous) و درمان اجتماع قرار می‌گیرد.

۲- رویکرد کاهش آسیب

شامل برنامه‌ها یا سیاست‌هایی است که هدف آن‌ها کاهش آسیب ناشی از مواد بدون ضرورت و نیاز به قطع مواد باشد. هر چند رویکرد پرهیز کامل برای بیمارانی که انگیزه زیاد داشته، از ثبات اجتماعی برخوردارند و میزان ماده مصرفی کم است رویکرد مناسبی است، در بسیاری از بیماران امکان دستیابی به پرهیز کامل نیست. بعلاوه برنامه‌های پرهیز کامل از موفقیت زیادی برخوردار نیستند هر چند قطع مصرف مواد مخدر قدم اول کاهش آسیب است. در رویکرد کاهش آسیب، قطع مصرف مواد مخدر، جزء ضروری درمان محسوب نمی‌شود بلکه هدف کاستن و یا از میان بردن عوارض ناشی از مصرف مواد و الگوی نامناسب مصرفی است.

اصول کاهش آسیب عبارتند از

- ۱ - **عمل‌گرایی (Pragmatism)** این رویکرد کاهش آسیب مصرف مواد مخدر را جزء اجتناب ناپذیر جوامع می‌داند. بنابراین بجای اهداف مبهم و ایده‌آل غیر قابل دستیابی، اهداف فوری و عملی در جهت کاهش خطرات را مورد توجه قرار می‌دهد.
 - ۲ - **تکیه بر آسیب‌ها**: آسیب‌ها ممکن است سلامت جسمی (مثلا ایدز و هپاتیت)، روانی و اجتماعی (مثلا رفتارهای ضد اجتماعی برای به دست آوردن مواد و یا غیبت‌های مکرر از کار) باشند.
 - ۳ - **اولویت بندی و تمرکز بر اهداف قابل دسترسی**: برای مثال برای بیماری که مصرف تزریقی مواد دارد، چنانچه بیمار قادر به قطع مصرف مواد نباشد تغییر الگوی مصرف به صورت خوراکی است. چنانچه بیمار در تغییر این الگو نیز حاضر به همکاری نباشد هدف قابل دسترسی در کاهش آسیب، استفاده از سرنگ یکبار مصرف است.
 - ۴ - **انعطاف پذیری**: برای به حداکثر رساندن مداخلات این برنامه‌ها از انعطاف پذیری زیادی برخوردارند. برای مثال برای بیماری که مصرف تزریقی مواد مخدر دارد راه‌های تلاش برای جلوگیری از تزریق مواد، استفاده از سرنگ یکبار مصرف و در نهایت شستشوی سرنگ با آب ژاول راه‌هایی هستند که به ترتیب از آن‌ها استفاده می‌شود.
 - ۵ - **استقلال بیمار (Autonomy)** در این رویکرد بیمار با انتخاب خود وارد درمان می‌شود و در روند درمان فعال است و تمایل او در انتخاب نوع درمان دخیل است.
 - ۶ - **ارزیابی**: این برنامه‌ها باید تعریف مشخصی از آسیبی که می‌خواهند پیشگیری کنند، داشته باشند و در طی روند اجرا باید دقیقاً ارزیابی و مشخص نمایند که تا چه میزان در این کار موفق بوده‌اند.
- از مهمترین برنامه‌های کاهش آسیب "درمان نگهدارنده با متادون" است. درمان نگهدارنده با متادون باعث کاهش مصرف مواد مخدر غیرقانونی، کاهش خطر ابتلا به ایدز و هپاتیت، بهبود روابط اجتماعی و کارکرد شغلی می‌شوند. از دیگر برنامه‌های کاهش آسیب می‌توان به تلاش برای متوقف نمودن تزریق مواد مخدر، استفاده از سرنگ یکبار مصرف، آموزش در جهت کنترل رفتارهای جنسی بی‌مهابا شامل استفاده از کاندوم و روابط جنسی غیر دخولی (non penetrating) واکسینه نمودن بیماران تزریق بر علیه هپاتیت نام برد.

1. Country profile: Islamic Republic of Iran, www.odccp.org.
 2. Walters G. D., The addiction concept, Allyn & Bacon, 1999, 1-11 .
 3. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder, 1994, 175-272 .
 4. Sadock and Sadock, Comprehensive textbook of psychiatry, Williams & Wilkins, 2000.
 5. Razzaghi and et .al, Rapid assessment of drug abuse situation in Iran, Prevention department of Welfare Organization & UNDCP, 1999.
 6. Azarkhsh, Mokri, Brief overview of the status of drug abuse in Iran, Archive of Iranian Medicine, 2002, 5(3), 184-190.
 7. Gray Reid, "Revisiting the Hidden Epidemic" - a situation assessment of drug use in Asia in the context of HIV/AIDS, The Asian Harm Reduction Network, www.ahrn.net .
 8. Rosenzweig M. R., Leiman A. L., Breedlore S. M., Biological Psychology, Sinauer, Second edition, 1999, 98-104 .
 9. Naimah Z. Weinberg and et. al, Adolescent substance abuse, a review of past 10 years, Journal of American Academic of child and adolescence psychiatry, 37.3, march 1998.
 10. Monti P. M., Colby S. M., O'Leary T. A., Adolescents, alcohol, and substance abuse, Guilford, 2001
 11. Lauria L. Krambeer and et. al, Methadone therapy for opioid maintenance, American family physician, volume 63, June 2001, 2404-241 .
 12. Rahimi movaghar A, Razaghi EM, Sahimi-Izadian E, Amin Esmaeili M. (2010). HIV, hepatitis C virus and coinfections among injection drug users in Tehran, Iran, Int J Infect Dis 14(1):e28-33
 13. Sharifi, V, Amin Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: 142 the Iranian Mental Health Survey, 2011. Archives of Iranian Medicine, 18(2), 76-84. 143.
 14. United Nation office on drug and crime (UNODC). (2016). World drug report 2016. Vienna: UNODC publication.
- ۱۵ - حمیدرضا طاهری نخست، روند جهانی سوء مصرف مواد مخدر، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی؛ تابستان و پاییز ۱۳۷۸، ۳۰-۲۸.
- ۱۶ - مجتبی احسان منش و عیسی کریمی، نگاهی به تاریخچه و برخی پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران، فصلنامه اندیشه و رفتار، زمستان ۱۳۷۸، ۶۲-۷۸.
- ۱۷ - حمیدرضا طاهری نخست، روند جهانی سوء مصرف مواد مخدر، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی؛ تابستان و پاییز ۱۳۷۸، ۳۰-۲۸.

۱۸ - مجتبی احسان منش و عیسی کریمی، نگاهی به تاریخچه و برخی پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران، فصلنامه اندیشه و رفتار، زمستان ۱۳۷۸، ۶۲-۷۸.

۱۹ - مشتاق بیدختی، نهاله پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، تابستان و پاییز ۱۳۷۸، ۳۱-۴۱.

۲۰ - آذرخش مگری، بحثی پیرامون رویکردهای مختلف درمانی در سوء مصرف مواد مخدر، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، تابستان و پاییز ۱۳۷۸، ۱۱-۲۱.

۲۱ - راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۱.

۲۲ - ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۳). کتاب سال ۱۳۹۳ ستاد. تهران: ریاست جمهوری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه ریزی و فن آوری اطلاعات.

۲۳ - ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۲). گزارش فعالیتهای ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۹۱. انتشارات دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر.

۲۴ - ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۴). کتاب سال ۱۳۹۴ ستاد. تهران: ریاست جمهوری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه ریزی و فن آوری اطلاعات.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۲ / گفتار ۶ / دکتر محسن رضائیان

اپیدمیولوژی خودکشی

فهرست مطالب

۲۷۶۱	.....	اهداف درس
۲۷۶۱	.....	مقدمه
۲۷۶۲	.....	تعریف خودکشی
۲۷۶۳	.....	مشکلات موجود در مطالعات اپیدمیولوژیک خودکشی
۲۷۶۳	.....	مقایسه خودکشی و اقدام به خودکشی
۲۷۶۵	.....	اهمیت بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی در ایران
۲۷۶۶	.....	اپیدمیولوژی توصیفی خودکشی
۲۷۶۶	.....	نقش شخص
۲۷۶۶	.....	سن و جنس و خودکشی
۲۷۶۸	.....	الگوی سنی و جنسی استفاده از روشهای خودکشی
۲۷۶۹	.....	نژاد، طبقه اجتماعی و خودکشی
۲۷۶۹	.....	طبقه اجتماعی و خودکشی
۲۷۷۰	.....	شغل و خودکشی
۲۷۷۰	.....	مذهب
۲۷۷۰	.....	وضعیت تاهل و خودکشی
۲۷۷۱	.....	نقش زمان
۲۷۷۱	.....	روندهای زمانی درازمدت
۲۷۷۳	.....	روندهای زمانی دوره ای و کوتاه مدت
۲۷۷۳	.....	نقش مکان
۲۷۷۷	.....	مقایسه بین کشورهای مختلف در یک منطقه وسیع جغرافیایی
۲۷۸۱	.....	پیشگیری از خودکشی
۲۷۸۳	.....	منابع

اپیدمیولوژی خودکشی Suicide epidemiology

دکتر محسن رضائیان

دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دانشکده پزشکی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- خودکشی را تعریف نموده تفاوت آنرا با اقدام به خودکشی، بیان کند
- مشکلات موجود در مطالعات اپیدمیولوژیک خودکشی را شرح دهد
- نقش متغیرهای مربوط به شخص را در اپیدمیولوژی خودکشی، شرح دهد
- نقش مکان در میزان و نحوه خودکشی را توضیح دهد
- آمار خودکشی در ایران و سایر نقاط جهان را مقایسه کند
- آمار خودکشی در کشورهای اسلامی و غیراسلامی را مقایسه نماید
- آمار خودکشی در کشورهای متدین (ادیان توحیدی: مسلمان، مسیحی، کلیمی، زردشتی، بودایی) و لائیسزم را مقایسه کند
- پیشگیری سطح اول خودکشی را با ذکر مثال، شرح دهد
- پیشگیری سطح دوم خودکشی را با ذکر مثال، توضیح دهد
- پیشگیری سطح سوم خودکشی را با ذکر مثال، شرح دهد.

مقدمه

اپیدمیولوژی را می‌توان دانشی قلمداد نمود که به مطالعه چگونگی توزیع و دلایل بروز بیماریها و آسیبها در جامعه بشری می‌پردازد. این دانش همچنین سعی مینماید که با بهره‌گیری از نتایج مطالعات به عمل آمده، راهکارهای علمی و عملی در جهت حل مشکلات بهداشتی جوامع را ارائه نماید. بر اساس این تعریف، می‌توان

مطالعات اپیدمیولوژیک را در دو دسته کلی جای داد. نخستین دسته که به بررسی چگونگی توزیع بیماریها و آسیبها میپردازد، تحت عنوان اپیدمیولوژی توصیفی قلمداد می‌گردد. دسته دوم که به دلایل بروز چنین توزیعی میپردازد با عنوان اپیدمیولوژی تحلیلی شناخته میشود. اگرچه اهداف و شیوه‌های مورد استفاده در مطالعات اپیدمیولوژی توصیفی با اپیدمیولوژی تحلیلی متفاوت است اما این دو شاخه از مطالعات اپیدمیولوژیک کاملاً به یکدیگر مرتبط بوده و لازم و ملزوم یکدیگرند.

در واقع، نخستین گام در مطالعات اپیدمیولوژیک را می‌توان مربوط به اپیدمیولوژی توصیفی دانست که در آن چگونگی توزیع یک بیماری خاص در جامعه انسانی را بر اساس سه عامل مهم شخص، زمان و مکان مورد بررسی قرار میدهند. شواهد موجود در زمینه اغلب بیماریها و آسیبها نشان میدهد که توزیع آنها در گروههای سنی مختلف، در دو جنس، در میان طبقات اجتماعی - اقتصادی، مشاغل مختلف، نژادهای گوناگون و حتی مکانها و زمانهای گوناگون، متفاوت است. بر این اساس، اشخاص در درجات متفاوتی از استعداد ابتلاء به بیماریهای مختلف قرار دارند. بنابراین، اگر توزیع بیماریها بر اساس عوامل فوق به دقت تدوین گردد راه برای تدوین فرضیه‌های سبب شناسی هموار می‌گردد.

در گفتار حاضر سعی خواهد شد با استفاده از آخرین مطالعات به عمل آمده، اپیدمیولوژی خودکشی در جهان و ایران گزارش گردد. برای این منظور، ابتدا خودکشی را تعریف نموده و به اختصار در باره تاریخچه مطالعات مربوطه و مشکلات موجود در مطالعات اپیدمیولوژیک این پدیده بحث خواهد شد. سپس، خودکشی با اقدام به خودکشی مورد مقایسه قرار گرفته و به اهمیت بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی در ایران اشاره خواهد گردید. در مرحله بعد و به تفصیل، اپیدمیولوژی توصیفی (شخص، زمان و مکان) خودکشی در ایران و جهان مورد بررسی قرار گرفته و در انتها به راههای پیشگیری از این پدیده اشاره خواهد شد.

تعریف خودکشی

خودکشی (Suicide) را می‌توان به عنوان اقدام آگاهانه در آزار خود که به مرگ منتهی می‌گردد، تعریف نمود. واژه خودکشی در زبان انگلیسی برای اولین بار در سال ۱۶۴۲ میلادی و برپایه کلمات لاتین SUI و CADER به ترتیب به معنای خود و کشتن ابداع گردید. تا اواسط قرن نوزدهم، بحث در مورد خودکشی محدود به فلاسفه، روحانیون و قانونگذاران می‌گردید. اما از آن زمان تا به حال، مورد موشکافی علمی دانشمندان جامعه شناسی مانند دورکهم Dorkhim، آمارگران پزشکی نظیر فار Farr و روانپزشکانی همانند مورسلی Morsely قرار گرفته است. برای نمونه، دورکهم با بررسی دقیق آمار خودکشی در کشورهای اروپایی نه تنها تصویری از خودکشی و عوامل موثر در آن ارائه نمود که حتی امروزه نیز اهمیت خود را حفظ کرده است، بلکه در عین حال، پژوهش‌های وی در باره آمار خودکشی به توسعه دانش جامعه شناسی نیز کمک شایانی نموده است.

دورکهم در مطالعات خود به نقش نیروهای اجتماعی نظیر همبستگی اجتماعی و وجدان اخلاقی در دست یازیدن به خودکشی اشاره نموده و بر این اساس، به شرح چهار نوع خودکشی پرداخته است. به عقیده وی، عدم توازن در همبستگی اجتماعی منجر به دو نوع خودکشی خودخواهانه Egoistic و دگرخواهانه Altruistic می‌شود. همچنین عدم توازن در وجدان اخلاقی نیز منجر به دو نوع خودکشی آنومی Anomy و خودکشی ناشی از تقدیر

Fatalistic می‌گردد.

خودکشی خودخواهانه ناشی از فقدان همبستگی فرد خودکشی کننده با دیگر اعضای جامعه‌اش بوده و مثال بارز این نوع خودکشی را در افراد مجرد می‌توان یافت. **خودکشی دگرخواهانه** که در حالتی متضاد با وضعیتی که موجب خودکشی خودخواهانه می‌شود رخ داده و ناشی از همبستگی بیش از اندازه فرد با اعضای جامعه‌اش می‌باشد. رایج‌ترین شکل خودکشی دگرخواهانه در بین ارتش کشورها دیده می‌شود. همچنین **خودکشی آنومی** زمانی افزایش می‌یابد که نظارت و کنترل جامعه، به علل بحران‌های سیاسی و اقتصادی، بر رفتارها و هنجارها تضعیف یا حذف شود و بالاخره خودکشی ناشی از تقدیر، افرادی (زنان متأهلی که دارای فرزند نمی‌شوند و یا همسران جوان افراد سالخورده) را شامل می‌شود که دارای محدودیت‌های سنگین و همیشگی هستند و زندگی بی‌ثمری دارند.

بی شک بررسی‌های دورکپیم و سایر دانشمندان باعث افزایش دانش جامعه بشری در خصوص پدیده خودکشی گردید و بر این اساس، بعضی از قوانین قدیمی مجازات در مورد افرادی که خودکشی می‌کردند لغو گردید. برای نمونه، تا اوایل دهه ۱۸۵۰ میلادی در انگلستان و ویلز، قضات اختیار مصادره اموال فردی را داشتند که خودکشی می‌کرد. این نکته به این معنی بود که بستگان وی از ارث محروم می‌گردیدند. همچنین، کلیسا اجازه دفن این افراد را در زمین‌های متبرک نمی‌داد. اما امروزه نه تنها به قربانیان خودکشی همانند یک مجرم نمی‌نگرند، بلکه در بسیاری از کشورها توجه ویژه‌ای به این پدیده در مجموعه مراقبت‌های بهداشتی نیز به عمل می‌آید.

مشکلات موجود در مطالعات اپیدمیولوژیک خودکشی

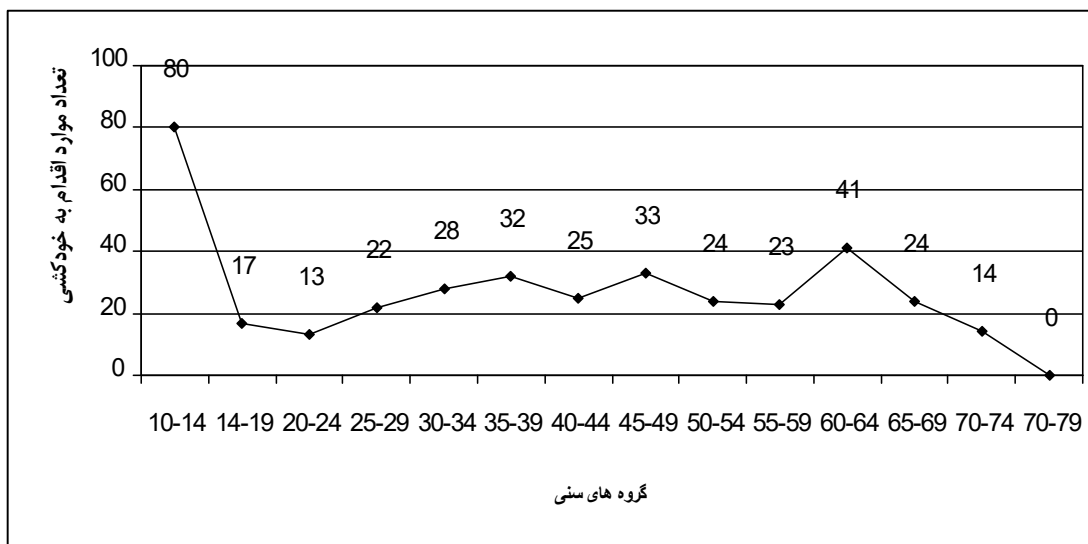
به هنگام بررسی آمارهای مربوط به خودکشی بایستی به این نکته مهم توجه داشت که در اغلب کشورهای جهان، زمانی یک مرگ به عنوان خودکشی ثبت می‌گردد که بتوان برای آن علل طبیعی مرگ، حادثه و یا قتل را رد نموده و یا یادداشتی مبنی بر انجام عمل خودکشی از طرف فرد متوفی به دست آید. بنابراین، ممکن است در اغلب کشورها، برخی از موارد خودکشی به علت عدم امکان رد نمودن سایر دلایل مرگ و به ویژه حادثه، تحت عنوان مرگ‌های مربوط به حوادث، ثبت گردند. از همین رو، آمارهای مربوط به خودکشی در اغلب کشورهای جهان کمتر از مقدار واقعی گزارش می‌گردد و میزان این کم گزارش دهی ممکن است از کشوری به کشور دیگر و یا حتی از شهری به شهر دیگر متفاوت باشد. این مشکلی است که اغلب مطالعات اپیدمیولوژیک مربوط به خودکشی با آن مواجه می‌گردند و خوانندگان این گفتار نیز باید به آن توجه کافی مبذول نمایند.

مقایسه خودکشی و اقدام به خودکشی

باید به این نکته مهم توجه داشت که بر خلاف سایر دلایل مرگ، برای خودکشی نمی‌توان مرحله قابل بررسی را در نظر گرفت که قبل از خودکشی فرد بایستی حتماً از آن مرحله عبور نماید. اگرچه ممکن است این گونه استناد شود که اقدام آگاهانه صدمه به خود (Deliberate Self-Harm (DSH را شاید بتوان در حکم چنین

مرحله‌ای در نظر گرفت، اما از نظر اتیولوژی، اقدام آگاهانه صدمه به خود با خودکشی متفاوت است. اقدام آگاهانه صدمه به خود اصطلاحی است که برای تمام اقدامات غیرکشنده که در آن شخص ماهرانه به خود آسیب می‌رساند یا دارویی را بیش از اندازه می‌خورد، مورد استفاده واقع شده است. تفاوت آن با خودکشی در آن است که در اقدام آگاهانه صدمه به خود فرد خواهان مرگ نبوده بلکه به این وسیله می‌خواهد احساسات خود را بیان داشته و رفتار دیگران را نسبت به خود تغییر دهد. باید توجه داشت که اصطلاحات شبه خودکشی Parasuicide و یا اقدام به خودکشی Attempted suicide مترادف با اقدام آگاهانه صدمه به خود می‌باشند.

اقدام آگاهانه صدمه به خود معمولاً در خانم‌ها و در سنین جوانی بیشتر رخ داده و میزان رخ دادن آن در برخی از کشورهای اروپایی تا بیست برابر خودکشی نیز گزارش شده است. مطابق تخمین‌های سازمان جهانی بهداشت در حالی که در سال ۲۰۰۰ میلادی نزدیک به هشت صد و پنجاه هزار مرگ ناشی از خودکشی در جهان وجود داشته و بیش از ده تا بیست برابر آن اقدام به خودکشی کرده‌اند. برآوردهای اولیه نشان می‌داد که تا سال ۲۰۲۰ میلادی، تقریباً یک میلیون و پانصد و سی هزار نفر در اثر خودکشی، خواهند مرد. با این وجود، با نزدیک شدن به سال ۲۰۲۰ میلادی، مشخص گردید که عدد اعلام شده بسیار بیشتر از عدد واقعی، یعنی حدود هشتصد هزار نفر در سال می‌باشد.



نمودار ۱ - مقایسه دفعات اقدام آگاهانه صدمه به خود به ازای یک مورد خودکشی در ۱۰ استان ایران بر اساس گروه‌های سنی، ۱۳۷۹

نمودار شماره یک نیز به مقایسه دفعات اقدام آگاهانه صدمه به خود به ازای یک مورد خودکشی در ۱۰ استان ایران بر اساس گروه‌های سنی در سال ۱۳۷۹ پرداخته و نشان می‌دهد که در حالی که در گروه سنی ۱۴-۱۰ سال (کوچکترین گروه سنی) ۸۰ فقره اقدام به خودکشی به ازای یک مورد خودکشی رخ داده است، این رقم در گروه سنی ۷۹-۷۰ سال (بزرگترین گروه سنی) به صفر می‌رسد. ارقام مربوط به سایر گروه‌های سنی مابین ۱۳ تا ۴۱ متغیر می‌باشد.

البته باید به این نکته توجه نمود که منبع آمارهای خودکشی در این نمودار و سایر نمودارهای مربوط به ایران در این گفتار، مربوط به برنامه ثبت مرگ برحسب علت، سن، جنس و محل سکونت در سال ۱۳۷۹ در ۱۰ استان کشور مشتمل بر: بوشهر، سمنان، آذربایجان شرقی، چهارمحال و بختیاری، کرمانشاه، کرمان، ایلام، یزد، مرکزی و فارس می‌باشد. همچنین، منبع آمارهای اقدام به خودکشی مربوط به بررسی ویژگی‌های جمعیتی و بهداشتی در ایران در مهرماه ۱۳۷۹ Demographic and Health Survey (DHS) است. در این بررسی، نمونه مورد مطالعه مشتمل بر ۲۰۰۰ خانواده شهری و ۲۰۰۰ خانواده روستایی در هر استان بوده است. کلیه این آمارها در منبع شماره چهارده به چاپ رسیده است.

اهمیت بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی در ایران

بر اساس آمار سال ۱۹۹۸ میلادی میزان خودکشی مردان و زنان در کل دنیا به ترتیب ۲۶/۹ و ۸/۲ در یکصد هزار نفر می‌باشد و این در حالی است که بر اساس آمار ارائه شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۸۰ میزان خودکشی مردان و زنان در کل کشور به ترتیب ۵/۷ و ۳/۱ در یکصد هزار نفر می‌باشد. بنابراین، به نظر می‌رسد در مقایسه با آمار جهانی، خودکشی را در حال حاضر به عنوان یک معضل مهم بهداشتی در کشور نمی‌توان قلمداد نمود. با این وجود، توجه به این نکته حائز اهمیت است که صرف تکیه به چنین ارقام کلی ممکن است تفاوت‌هایی را که در بین برآورد میزان‌های خودکشی در بین گروه‌های گوناگون سنی - جنسی وجود دارد از نظر پنهان نماید.

بررسی میزان‌های سنی جنسی خودکشی در سال ۱۳۷۹ در ۱۰ استان کشور نشان می‌دهد که میزان‌های خودکشی در زنان و مردان ۲۴-۱۵ ساله به ترتیب ۱۵ و ۱۱/۷ در یکصد هزار نفر می‌باشد که تقریباً در مردان دو برابر و در زنان پنج برابر میزان‌های کلی خودکشی می‌باشد. از همین رو، ضروری است که با بررسی الگوهای خودکشی در میان گروه‌های گوناگون سنی - جنسی به ارزیابی میزان‌های خودکشی در این گروه‌ها پرداخته تا نه تنها گروه‌های در معرض خطر را تشخیص داد، بلکه در صورت احتیاج، با به کارگیری موازین موثر نسبت به کاهش خودکشی در این گروه‌ها اقدام نمود.

به منظور درک بیشتر اهمیت بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی در ایران، همچنین ضروری است که تاثیر این پدیده را بر روی سال‌های بالقوه از دست رفته زندگی (YPLL) نیز بررسی نمود. مفهوم سال‌های بالقوه از دست رفته زندگی به تعداد سال‌های بالقوه زندگی اطلاق می‌گردد که در اثر مرگ از بین می‌روند. بررسی نسبت سال‌های بالقوه از دست رفته زندگی در نتیجه علل مختلف مرگ در ۱۰ استان کشور بر اساس گروه‌های سنی در سال ۱۳۷۹ نشان می‌دهد که خودکشی در فاصله سنی ۱۵ تا ۲۴ سالگی نزدیک به چهل درصد این سال‌ها را به خود اختصاص داده است. این رقم نه تنها برای برنامه‌ریزان مراقبت‌های بهداشتی بلکه برای تصمیم‌گران سیاسی کشور نیز در خور تأمل بسیاری می‌باشد. البته با افزایش سن از تاثیر خودکشی بر سال‌های بالقوه از دست رفته زندگی کاسته شده و بر سهم سرطان‌ها و بیماری‌های قلبی و عروقی افزوده می‌گردد.

پایین بودن میانگین سنی خودکشی در بسیاری از کشورهای پیشرفته و همچنین تاثیر زیاد خودکشی بر روی سال‌های بالقوه از دست رفته زندگی در این گروه‌های سنی سبب گردیده است که در اغلب این کشورها آمارهای مربوط به خودکشی دقیقاً مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین، در برنامه‌ریزی‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و به ویژه در بخش بهداشت روانی از این آمارها استفاده شایانی به عمل می‌آید.

برای نمونه، اگرچه در سال ۱۹۹۶ میلادی پدیده خودکشی مسئول ۱/۴٪ از مرگ‌های مردان و ۰/۴٪ از مرگ‌های بانوان انگلیسی بوده است، اما به خاطر پایین بودن سن خودکشی و نقش آن به عنوان یک عامل بسیار مهم در مرگ‌های زودرس، امروزه آمارهای مربوط به خودکشی یکی از اساسی‌ترین آمارهای حکومت انگلستان به منظور برنامه‌ریزی در جهت حفظ و ارتقا سطح سلامت مردم جامعه به ویژه از دیدگاه بهداشت روانی در آمده است. این نکته‌ای است که می‌باید برنامه‌ریزان بهداشتی کشورمان در بخش بهداشت روان به آن توجه ویژه‌ای را مبذول نمایند.

اپیدمیولوژی توصیفی خودکشی

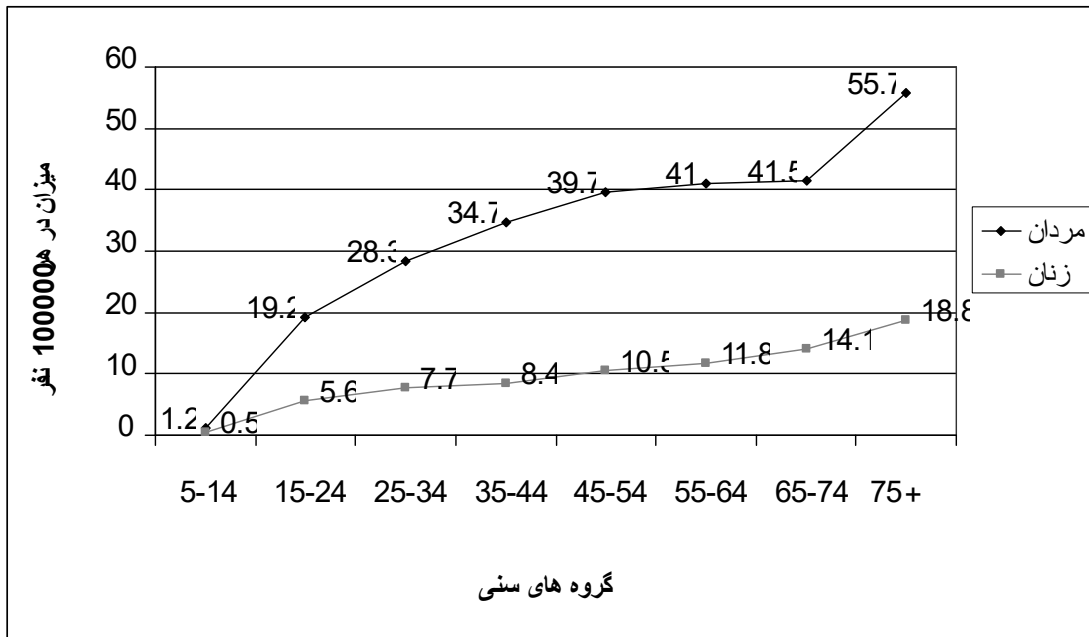
نقش شخص (Person)

مؤلفه‌های اپیدمیولوژی توصیفی در بخش شخص مشتمل بر سن، جنس، نژاد، طبقه اجتماعی و اقتصادی، شغل، مذهب و وضعیت تاهل می‌تواند باشد. این متغیرها می‌توانند به خودی خود و یا در تعامل با سایر متغیرها باعث روی آوردن یک فرد به عمل خودکشی و یا اجتناب وی از این عمل گردند. بنابراین، بررسی الگوهای خودکشی به تفکیک هر یک از متغیرهای فوق می‌تواند الگوهای بسیار جالبی را به نمایش گذارد. همچنین، بر پایه برخی دیگر از مشخصات فردی نظیر وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی نیز می‌توان افراد دیگری را مشخص نمود که در معرض خطر بیشتر خودکشی قرار دارند. بدیهی است شناخت چنین افرادی می‌تواند در برنامه‌ریزی به منظور پیشگیری از پدیده خودکشی بسیار مفید واقع گردد که در ادامه به آن‌ها اشاره خواهد شد.

سن و جنس و خودکشی

الگوهای خودکشی در زنان و مردان و همچنین در گروه‌های سنی مختلف با یکدیگر متفاوت می‌باشد. آنچه که انجام بررسی الگوهای خودکشی در گروه‌های سنی و جنسی و یا سایر مشخصات و ویژگی‌های فردی را جالب توجه می‌سازد، تاثیری است که زمان و مکان، یعنی دو مؤلفه دیگر اپیدمیولوژی توصیفی بر روی این الگوها اعمال می‌نمایند. از همین رو الگوهای خودکشی در گروه‌های سنی و جنسی مختلف نه تنها در مناطق مختلف جغرافیایی بلکه در یک منطقه مشخص جغرافیایی اما در طول زمان نیز می‌تواند متفاوت باشد. بنابراین جدا کردن این مؤلفه‌ها از یکدیگر فقط به منظور سهولت در انجام بررسی‌ها خواهد بود و خواننده باید به پیوستگی این مؤلفه‌ها با یکدیگر توجه کافی را مبذول نماید. آن چه که در ادامه این گفتار می‌آید دلیلی واضح بر این پیوستگی بوده و خواننده از اکنون می‌باید به این نکته مهم توجه داشته باشد که در بخش زمان و مکان دو مرتبه به الگوهای سنی و جنسی در اطراف و اکناف دنیا اشاره خواهد رفت. در این قسمت فقط به دو الگوی سنی و جنسی

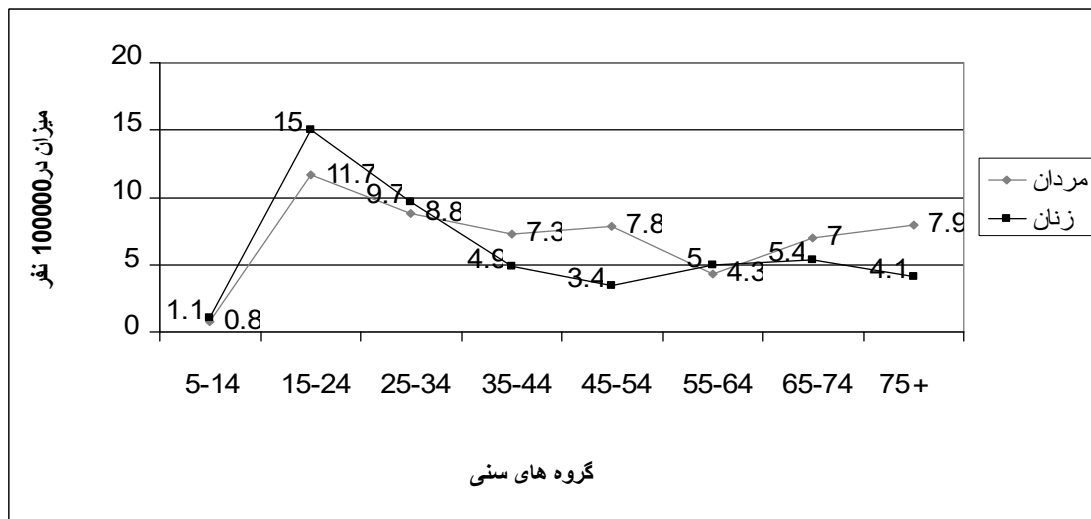
مختلف خودکشی یکی در دنیا و دیگری در ایران اشاره خواهد شد.



نمودار ۲ - مقایسه میزان های سنی و جنسی خودکشی در دنیا در سال ۱۹۹۸ میلادی

همانطور که اشاره شد، بر اساس آمار سال ۱۹۹۸ میلادی میزان خودکشی مردان و زنان در کل دنیا به ترتیب ۲۶/۹ و ۸/۲ در یکصد هزار نفر می باشد. مقایسه میزان های سنی و جنسی خودکشی در همین سال نشان می دهد که در تمام گروه های سنی میزان خودکشی در مردان بالاتر از زنان می باشد. میزان خودکشی در مردان از ۱/۲ در یک صد هزار نفر برای گروه سنی ۱۴-۵ سال شروع شده و با یک سیر صعودی به ۵۵/۷ در یک صد هزار نفر برای گروه سنی ۷۵ سال به بالا می رسد. با کمی تغییر میزان خودکشی در زنان از ۰/۵ در یک صد هزار نفر برای گروه سنی ۱۴-۵ سال شروع شده و با یک سیر صعودی کمتر به ۱۸/۸ در یک صد هزار نفر برای گروه سنی ۷۵ سال به بالا می رسد (نمودار ۲).

همان طور که گفته شد بر اساس آمار ارائه شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۸۰ میزان خودکشی مردان و زنان در کل کشور به ترتیب ۵/۷ و ۳/۱ در یکصد هزار نفر می باشد و این در حالی است که در سال ۱۳۷۹ میزان خودکشی مردان و زنان در ۱۰ استان کشور به ترتیب ۶ و ۶/۴ در یکصد هزار نفر بوده است. مقایسه میزان های سنی و جنسی خودکشی در ۱۰ استان ایران در سال ۱۳۷۹ نشان می دهد که در زنان و مردان ۲۴-۱۵ ساله میزان های خودکشی از سایر گروه های سنی و جنسی بالاتر بوده و به ترتیب ۱۵ و ۱۱/۷ در یکصد هزار نفر می باشد. میزان های خودکشی در سایر گروه های سنی و جنسی مابین ۰/۸ و ۹/۷ در یکصد هزار نفر متغیر بوده، در برخی گروه های سنی نظیر ۴۴-۳۵، ۵۴-۴۵، ۷۴-۶۵ و ۷۵ ساله و بیشتر میزان های خودکشی در مردان بیشتر از زنان و در سایر گروه های سنی الگوی بر عکس می مشاهده می گردد (نمودار ۳).



نمودار ۳ - مقایسه میزان های سنی و جنسی خودکشی در ۱۰ استان ایران در سال ۱۳۷۹

مقایسه نمودار ۲ و ۳ مبین این نکته مهم است که به جز سه گروه اول سنی در زنان که در آنها میزان های خودکشی در ۱۰ استان ایران بیشتر از متوسط جهانی است، در بقیه گروه های سنی و جنسی میزان های خودکشی در ۱۰ استان کشور کمتر از متوسط جهانی است. همچنین، میزان های خودکشی در دنیا و در تمام گروه های سنی و جنسی در مردان بیشتر از زنان بوده، در حالی که در برخی از گروه های سنی جوان و میانسال عکس این روند در ۱۰ استان کشور دیده می شود.

الگوی سنی و جنسی استفاده از روش های خودکشی

یکی از جنبه های بسیار مهم بررسی الگوهای سنی و جنسی در خودکشی، معین نمودن این نکته مهم است که هر یک از دو جنس به طور معمول از چه روشی برای خودکشی استفاده می نمایند. برای نمونه، بررسی روش های خودکشی در انگلستان در سال ۲۰۰۳ میلادی نشان می دهد در حالی که مهمترین روش مورد استفاده در مردان، **حلق آویز** (۴۶/۱٪) بوده است، مهمترین روش استفاده در زنان، **دارو** (۴۳/۹٪) بوده است. این نکته مبین آن است که زنان انگلیسی در مقایسه با مردان کمتر از روش های خشنی مانند دار زدن برای انجام خودکشی استفاده کرده و روش های غیر خشنی مانند استفاده از دارو را ترجیح می دهند. استفاده بیشتر مردان در مقایسه با زنان از روش های خشن تر، در اغلب کشورهای جهان گزارش شده است و این در حالی است که بر اساس آمار سال ۱۳۸۰ سازمان پزشکی قانونی کشور، مهمترین روش مورد استفاده در مردان ایرانی حلق آویز (۵۶/۵٪) و در زنان ایرانی، **خودسوزی** (۶۲/۲۹٪) بوده است. این نکته مبین آن است که زنان و مردان ایرانی هر دو از روش های خشن تری برای انجام خودکشی استفاده می کنند. استفاده زیاد از روش خودسوزی در زنان هندی نیز گزارش شده است.

بررسی نگارنده و همکاران بر روی الگوی پنج ساله (۱۳۷۹-۱۳۸۳) موارد خودکشی ثبت شده در سازمان بهشت زهرای تهران مبین آن است که از میان مردان ۵۱۱ نفر (۸۰/۹٪) و از میان زنان ۶۱ نفر (۸۵/۹٪) از روش

حلق آویز برای خودکشی استفاده کرده‌اند که بیان کننده آن است که در هر دو جنس و به ویژه در زنان، این روش بیشتر از سایر روش‌ها مورد استفاده قرار گرفته است، هرچند که اختلاف موجود بین دو جنس از نظر آماری معنی‌داری نبوده است، اما نکته قابل توجه استفاده، کمتر از روش خودسوزی در زنان تهرانی در مقایسه با کل کشور و استفاده بیشتر آنها از روش حلق آویز می‌باشد. این نکته‌ای است که در مطالعه دیگری هم به آن اشاره شده است.

بالاخره، بررسی روش‌های خودکشی مورد استفاده بر حسب گروه‌های سنی نیز می‌تواند الگوهای بسیار جالبی را نمایان سازد. برای نمونه، نشان داده شده است که افراد مسن معمولاً از روش‌های خشن تری نظیر دار زدن، پریدن از ارتفاع و تیراندازی استفاده می‌کنند که امکان خطای آن‌ها بسیار کمتر می‌باشد. این نکته نشان دهنده آن است که افراد مسن از قاطعیت بیشتری برای کشتن خود برخوردار می‌باشند.

نژاد

میزان خودکشی در بین سفیدپوستان تقریباً دو بار بیشتر از سایر نژادها می‌باشد. این تفاوت نژادی علاوه بر ایالات متحده آمریکا، از کشورهای نظیر زیمبابوه، آفریقای جنوبی، و جمهوری‌های شوروی سابق نظیر ارمنستان و آذربایجان نیز گزارش شده است. اما افزایش تدریجی میزان خودکشی در سیاهپوستان آمریکایی کمی این روند را دستخوش تغییر کرده است. علاوه بر این، نتایج برخی از مطالعات احتمال تفاوت‌های ژنتیکی در ابتلاء به افسردگی و عواقب آن یعنی خودکشی را نیز نشان داده است.

طبقه اجتماعی و خودکشی

طبقه اجتماعی مفهومی است که برای رتبه دادن و یا لایه لایه کردن جمعیت به زیر گروه‌هایی به کار می‌رود که از نظر ثروت، قدرت و منزلت اجتماعی با یکدیگر متفاوتند. معیارهای تعریف طبقه اجتماعی را معمولاً مشتمل بر: شغل، تحصیلات، درآمد و محل سکونت می‌دانند، که به دلیل ملاحظات عملی بر روی شغل بیشتر از سایر معیارها تاکید می‌گردد. بر این اساس، یکی از معدود کشورهایی که در جهان موفق به تعریف طبقه اجتماعی گردیده است، کشور انگلستان می‌باشد که در آن انواع طبقات اجتماعی بر اساس شغل به شرح زیر تعریف گردیده اند:

- ❖ **اول:** متخصصان (حسابداران، مهندسين برق و ...)
- ❖ **دوم:** مدیران (مدیران تولید، فروش و ...)
- ❖ **سوم:** افراد با مهارت غیر یدی (کارمندان بانک ...)
- ❖ **سوم:** افراد با مهارت یدی (رانندگان ...)
- ❖ **چهارم:** افراد نیمه ماهر (دستیاران فروش ...)
- ❖ **پنجم:** افراد غیر ماهر (کارگران ساختمانی، مامورین نظافت ...)

مطالعات به عمل آمده در این کشور نشان می‌دهد که اگرچه افراد طبقه فقیر (پنجم) در معرض خطر

بیشتری از نظر خودکشی قرار دارند، اما خطر خودکشی در افراد طبقه مرفه (اول) نیز اخیراً افزایشی را در مقایسه با سایر طبقات نشان داده است.

شغل و خودکشی

مطالعات به عمل آمده در کشورهای پیشرفته، نشان می‌دهد که دامپزشک‌ها، کارکنان خدمات بهداشت و درمان، داروسازها و کشاورزان، بیشتر از سایر مشاغل در معرض خطر خودکشی قرار دارند. علت این امر را به در اختیار داشتن وسایل خودکشی و همچنین استرس‌های موجود در این مشاغل نسبت می‌دهند. همچنین، مطالعات مختلف نشان داده است که *رابطه معنی‌داری بین افزایش بیکاری و فقر با افزایش میزان‌های خودکشی وجود دارد*. بر اساس یافته‌های این قبیل مطالعات نشان داده شده است که بیکاران ممکن است تا ۲ برابر بیشتر از افراد عادی در معرض خطر خودکشی قرار داشته باشند.

بررسی نگارنده و همکاران بر روی الگوی پنج ساله (۱۳۸۳ - ۱۳۷۹) موارد خودکشی ثبت شده در سازمان بهشت زهراي تهران مبین آن است که بیشترین موارد خودکشی در مشاغل آزاد ۳۵۳ مورد (۵۰/۲٪) و بیکار ۶۳ مورد (۹/۰٪) دیده شده است و این در حالی است که روحانیون، اساتید دانشگاه و قضات از کمترین مقدار برخوردار بودند که شامل ۱ مورد در طی این پنج سال بوده است.

مذهب

بررسی میزان‌های خودکشی در مذاهب رایج، تفاوت آشکاری را بین کشورهای اسلامی و مذاهب توحیدی غیراسلامی از یکطرف و کشورهای مذهبی و لائیک، از طرف دیگر نمایان می‌سازد. در اغلب کشورهای اسلامی مانند کویت، میزان خودکشی نزدیک به ۰/۱ و در ایران ۴/۴ در یکصد هزار نفر می‌باشد. در جوامع هندو مانند هند این میزان ۹/۶ در یکصد هزار و در کشورهای کاتولیک مانند ایتالیا ۱۱/۲ در یکصد هزار نفر، در کشورهای بودایی مانند ژاپن میزان خودکشی از ۱۷/۹ در یکصد هزار نفر بالاتر و در کشورهای لائیک مانند چین میزان خودکشی ۲۵/۶ در یکصد هزار نفر می‌باشد. ضمناً طبق بسیاری از پژوهش‌های انجام شده، افراد با عقاید و التزام مذهبی و معنوی، شیوع کمتر، علائم سبک‌تر و سیر و پیش‌آگهی بهتری در مورد افسردگی نشان داده‌اند. زیرا به نظر میرسد عقاید معنوی و باورهای مذهبی در هضم و جذب و برخورد‌های سازشی و صبر در مقابل حوادث ناخوشایند و داشتن نگرش مثبت توأم با عزت نفس به خود و آینده زندگی و پرهیز از نومییدی، نقش با اهمیتی در کم‌رنگ نمودن عوامل روانی - اجتماعی افسردگی داشته باشد.

وضعیت تاهل و خودکشی

آمارهای موجود در سطح جهان و در سطح کشورهای پیشرفته نشان می‌دهد که افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل در معرض خطر خودکشی قرار داشته در حالیکه بیوه‌ها بیشتر از مجردین و مطلقه‌ها بیشتر از بیوه‌ها در معرض این خطر قرار دارند. نتایج برخی دیگر از مطالعات نیز نشان داده‌اند که *مادر شدن*، اگرچه ممکن است احتمال ابتلاء به افسردگی در زنان را افزایش دهد، اما احتمال ارتکاب به خودکشی را در آن‌ها کاهش میدهد.

بررسی نگارنده و همکاران بر روی الگوی پنج ساله (۱۳۷۹-۱۳۸۳) موارد خودکشی ثبت شده در سازمان بهشت زهرای تهران مبین آن است که افراد متأهل بیشتری (۳۷۷ نفر) در مقایسه با مجردین (۳۲۵ نفر) اقدام به خودکشی کرده‌اند. بیشتر بودن تعداد خودکشی‌ها در افراد متأهل نسبت به مجردین در تحقیقی که در کهگیلویه و بویراحمد انجام شده نیز گزارش گردیده است. این احتمال وجود دارد که به دلیل مسائل اقتصادی اجتماعی ناشی از زناشویی که گریبانگیر متأهلین می‌شود و همچنین به خاطر نا به هنجار دانستن عمل طلاق در جامعه ایرانی، افراد متأهل بیشتری برای رهایی از مشکلات خود تن به خودکشی می‌دهند. برخی از مطالعات در پاکستان و افغانستان نیز نشان داده است که زنان متأهل پاکستانی و افغانی بیشتر از زنان مجرد اقدام به خودکشی می‌کنند که احتمالاً می‌تواند بازتابی از الگوهای فرهنگی موجود در این کشور به خصوص در امر ازدواج باشد.

سایر افراد در معرض خطر

مطالعات مختلف نشان داده است که رابطه معنی‌داری بین ابتلاء به بیماری‌های روانی، سابقه اقدام به خودکشی، اعتیاد به الکل و مواد مخدر، سابقه خودکشی در بستگان، بیماری‌های جسمی ناتوان کننده توام با بیماری‌های روانی، تنهایی و انزوای اجتماعی با افزایش احتمال خودکشی وجود دارد. جمع بندی نتایج برخی از این مطالعات نشان می‌دهد که بیماران روانی (فعلی یا با سابقه قبلی) تا ۱۰ برابر، بیماران روانی که طی ۴ هفته گذشته مرخص شده‌اند تا ۲۰۰ برابر، افراد با سابقه اقدام به خودکشی تا ۳۰ برابر، معتادان به الکل تا ۲۰ برابر، معتادان به مواد مخدر تا ۲۰ برابر و زندانیان تا ۵ برابر بیشتر از افراد عادی ممکن است در معرض خطر خودکشی قرار گیرند.

نقش زمان (Time)

به هنگام بررسی الگوهای هر بیماری و یا آسیب و از جمله خودکشی در طول زمان ممکن است به سه الگو و یا روند جالب توجه برخورد نماییم که عبارتند از:

۱ - روندهای زمانی درازمدت

۲ - روندهای زمانی دوره‌ای

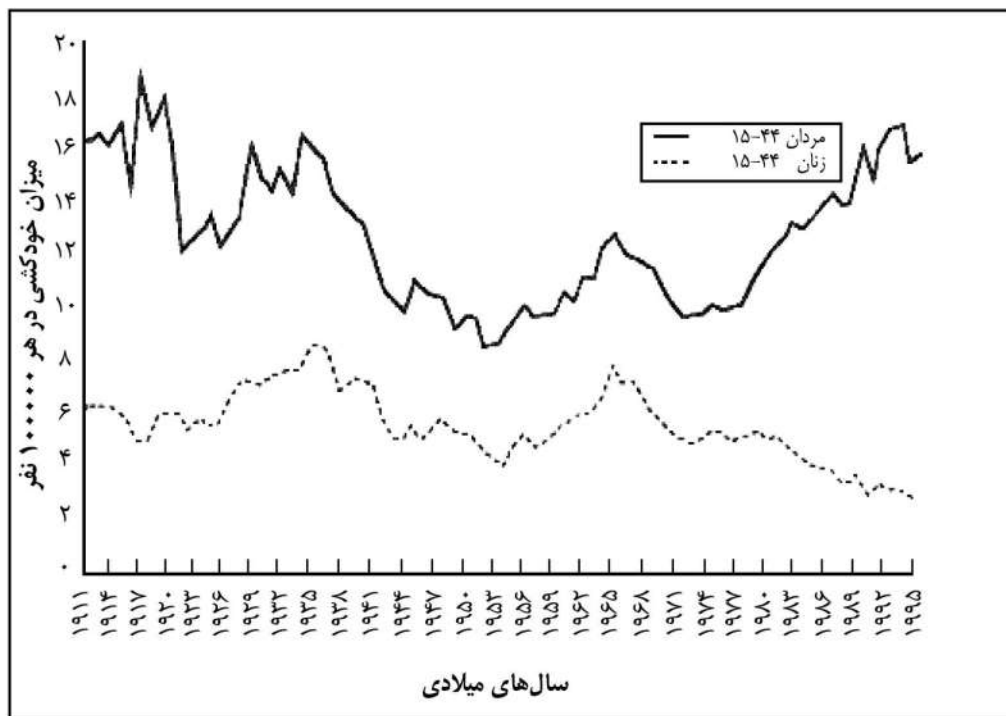
۳ - روندهای زمانی کوتاه مدت

با بررسی دقیق آمارهای خودکشی در طول زمان می‌توان تغییرات موجود را در طی این دوره‌های زمانی بررسی کرده و فرضیه‌های سبب شناسی مرتبطی را مطرح نمود. بنابراین، در این قسمت ضمن ارائه تعریفی برای هر یک از روندهای زمانی، به ذکر مثالی از خودکشی در آن روند زمانی خاص خواهیم پرداخت.

روندهای زمانی درازمدت (Secular Trends)

روندهای زمانی درازمدت شامل تغییراتی در وفور بیماری یا مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی و یا مزمن است که در دوره‌های زمانی طولانی مدت مثل یک یا دو دهه رخ می‌دهد. در صورت در اختیار داشتن آمارهای دقیق و صحیح می‌توان الگوی درازمدت خودکشی در هر جامعه را مورد بررسی قرار داده و از تاثیر عوامل

مختلف اجتماعی، اقتصادی سیاسی و غیره بر روی آمارهای خودکشی، اطلاعات ارزشمندی را به دست آورد. به هنگام بررسی‌های الگوهای زمانی به ویژه در دوره‌های بلند مدت، باید این نکته مهم را همواره مورد نظر قرار داد که الگوهای مشاهده شده در هر سطح و محدوده‌ای می‌تواند غیرواقعی باشد. چنین رابطه‌های غیرواقعی می‌تواند به خاطر مشکلات موجود در شمارش دقیق موارد خودکشی (صورت کسر) و یا مربوط به شمارش جمعیت در معرض خطر (مخرج کسر) در طول زمان باشد. بنابراین، تفاوت تعریف یک مورد خودکشی در زمان‌های مختلف، میزان دقت در ثبت و یا کدگذاری بیماری و عدم شمارش دقیق جمعیت در معرض خطر، باعث می‌گردد که الگوهای زمانی کاذبی به دست آید. از همین رو، ضروری است که در مطالعه روندهای زمانی درازمدت، ابتدا از صحت و سقم اطلاعات جمع آوری شده در طول زمان اطمینان لازم را کسب نمود.



نمودار ۴ - میزان خودکشی در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر از زنان و مردان ۱۵-۴۴ ساله انگلیسی در فاصله سال‌های ۱۹۱۱ تا ۱۹۹۵ میلادی

نمودار شماره ۴ مثالی جالب از یک روند زمانی درازمدت در فاصله سال‌های ۱۹۱۱ تا ۱۹۹۵ میلادی، از میزان‌های خودکشی در هر یک صد هزار نفر از زنان و مردان ۱۵-۴۴ ساله انگلیسی را نشان می‌دهد. بررسی این روند زمانی درازمدت، نکات بسیار آموزنده‌ای را در اختیار محققین قرار داده است که در ادامه به برخی از مهمترین آنها اشاره می‌گردد. اولین نکته قابل تعمق، بالا بودن میزان‌های خودکشی در مردان بوده که تقریباً دو برابر میزان‌های خودکشی در زنان می‌باشد. نکته مهم دیگر موازی بودن الگوی خودکشی در مردان و زنان تا میانه دهه ۱۹۷۰ میلادی می‌باشد که پس از آن، میزان‌های خودکشی در مردان افزایش و در زنان کاهش یافته است. نکته

جالب دیگر افزایش میزان‌های خودکشی در میانه دهه ۱۹۲۰ و اوایل دهه ۱۹۳۰ میلادی می‌باشد. این افزایش مقارن با یک دوره رکود اقتصادی و افزایش میزان‌های بیکاری بوده است. بالاخره افزایش میزان‌های خودکشی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ میلادی را به استفاده بسیار زیاد از دو روش خودکشی با استفاده از قرص‌های باربیتورات و یا خودکشی با استفاده از گاز خانگی نسبت می‌دهند که با کاهش دسترسی به این دو روش، میزان‌های خودکشی از سال ۱۹۶۴ میلادی تا اوایل دهه ۱۹۷۰ میلادی مقداری رو به کاهش گذاشته است.

روندهای زمانی دوره‌ای (Cyclic Changes)

روندهای زمانی دوره‌ای به تغییرات دوره‌ای یا بازگردنده در وفور بیماری یا مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی و یا مزمن اطلاق می‌گردد. دوره‌ها ممکن است سالانه، فصلی و یا حتی هفتگی باشد. برای نخستین بار *مورسلی* و پس از وی *دورکهم* و سپس سایر محققین نشان داده‌اند که در کشورهای غربی، میزان‌های خودکشی در بهار و تابستان افزایش و در زمستان و پاییز کاهش می‌یابد. پژوهشگران علت این پدیده را به دو نکته مهم تاثیر مستقیم طول روز و درجه حرارت بر روی ریتم حیاتی بدن و تفاوت‌های فصلی در شدت فعالیت‌های اجتماعی نسبت داده‌اند. نتایج این مطالعات و برخی دیگر از مطالعات همچنین نشان داده‌اند که در کشورهای غربی بیشترین موارد خودکشی در روز دوشنبه یعنی اولین روز کاری هفته و کمترین موارد خودکشی در روز شنبه یعنی اولین روز تعطیلی هفته رخ می‌دهد.

روندهای زمانی کوتاه مدت (Short-term Fluctuations)

روندهای زمانی کوتاه مدت به تغییرات کوتاه مدت (ساعت، روز، هفته یا ماه) در وفور بیماری یا مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی و یا مزمن اطلاق می‌گردد. اگرچه این تغییرات اغلب در مطالعه همه‌گیرهای بیماری‌های عفونی مشاهده می‌شود، اما مطالعات موجود نشان می‌دهد که حتی پدیده‌ای مانند خودکشی نیز می‌تواند دارای روند زمانی کوتاه مدت باشد. نمونه جالبی از این روند را می‌توان در افزایش میزان‌های خودکشی در انگلستان و ویلز پس از فوت *دایانا (Diana)* شاهدخت ویلز مشاهده نمود. بررسی آمارهای خودکشی در طول یک ماه پس از مرگ این شخصیت معروف انگلیسی نشان داد که میزان‌های خودکشی به طور کلی ۱۷/۴ درصد افزایش یافته است. بیشترین درصد افزایش خودکشی با ۴۵/۱ درصد در زنان ۲۵-۴۴ سال دیده شد که همگروه سنی دایانا را تشکیل می‌دادند.

نقش مکان (Place)

مکان که می‌توان آن را مجموعه‌ای از محیط، روش زندگی و احتمالاً عوامل ژنتیکی دانست، تاثیر به سزایی در پراکندگی میزان‌های ابتلاء و میرایی در سطح جوامع مختلف ایفا می‌نماید. باید توجه داشت که شناخت نقش مهم مکان در سلامت انسان از دیرباز مورد توجه اندیشمندان قرار گرفته است و *بقراط* در بیش از ۲۴۰۰ سال پیش در کتاب خود تحت عنوان *در باره هواها، آبها و مکانها* On Airs, Waters and Places به این نکته

مهم اشاره نموده است که محیط زندگی و شیوه زیستن از تعیین کننده‌های بسیار مهم میزان سلامت مردم در یک جامعه می‌باشند. معمولاً می‌توان مقایسه‌های جغرافیایی را به ترتیب وسعت محدوده مورد نظر، در پنج دسته کلی زیرین جای داد:

- ۱ - مقایسه بین کشورهای مختلف در سطح بین‌المللی.
- ۲ - مقایسه بین کشورهای مختلف در یک منطقه وسیع جغرافیایی.
- ۳ - مقایسه درون یک کشور، مثلاً بین استانهای یک کشور و یا شهرستانهای یک استان و یا مقایسه مابین شهر و روستا.
- ۴ - مقایسه درون یک شهرستان و یا یک شهر، مثلاً مقایسه بین شهرها و روستاهای یک شهرستان و یا مقایسه بین محله‌های یک شهر.
- ۵ - مقایسه درون واحدهای اجتماعی کوچکی نظیر بیمارستان‌ها، مدارس، سربازخانه‌ها و خوابگاههای دانشجویی.

مقایسه بین کشورهای مختلف در سطح بین‌المللی

میزانهای خودکشی در دهه آخر هزاره گذشته در بین کشورهایی که آمار خودکشی خود را به سازمان جهانی بهداشت گزارش می‌نمایند، به میزان خیلی زیادی متفاوت است. بیشترین میزان خودکشی در کشورهای اروپای شرقی دیده می‌شود و این در حالی است که میزانهای پایین خودکشی، عمدتاً در کشورهای آمریکای لاتین و در بعضی از کشورهای آسیایی گزارش شده است. جدول شماره ۱ میزانهای تطبیق شده سنی خودکشی در پانزده کشور منتخب جهان را در دهه آخر هزاره گذشته نشان می‌دهد. بر اساس ارقام مندرج در این جدول، یک اختلاف ۲۴ برابری بین دو کشور لیتوانی با بالاترین میزان خودکشی و کشور فیلیپین با کمترین میزان وجود دارد.

دلایل گوناگونی را می‌توان به منظور بیان تغییرات پیش گفته در میزانهای خودکشی در سطح بین‌المللی اقامه نمود. برای مثال تفاوت‌های موجود در باورهای مذهبی و فرهنگی در خصوص خودکشی ممکن است نقش مهمی را در این زمینه ایفاء نمایند. همچنین، تفاوت‌های موجود در عوامل خطر زمینه‌ساز خودکشی نظیر بیکاری و سوءاستفاده از الکل و دارو در کشورهای مختلف ممکن است یکی دیگر از دلایل احتمالی وجود تفاوت‌های بین‌المللی در میزانهای خودکشی باشد. میزان کشندگی روشهای خودکشی که به طور معمول در کشورهای مختلف، مورد استفاده قرار می‌گیرد، ممکن است بر روی میزانهای خودکشی نیز موثر باشد. برای مثال، خودکشی با استفاده از سلاح گرم که یکی از روشهای کشنده می‌باشد، در کشورهایی که دستیابی به سلاح گرم از سهولت بیشتری برخوردار است بر روی افزایش میزان کلی خودکشی در این کشورها، کاملاً موثر بوده است. بالاخره، همانطور که قبلاً نیز به آن اشاره شد برخی از مطالعات نیز احتمال نقش تفاوت‌های ژنتیکی در بروز خودکشی را مطرح نموده‌اند.

جدول شماره یک، همچنین بیانگر تفاوت فاحش در نسبت جنسی خودکشی (مردان به زنان) در بین کشورهای مختلف است. در بالاترین حد خود کشور **بیلاروس** با نسبت ۶/۷ و در کمترین حد خود کشور **چین** با نسبت ۱ قرار دارد. این که چرا دقیقاً چنین تفاوت‌هایی در کشورهای مختلف دیده می‌شود، هنوز کاملاً مشخص

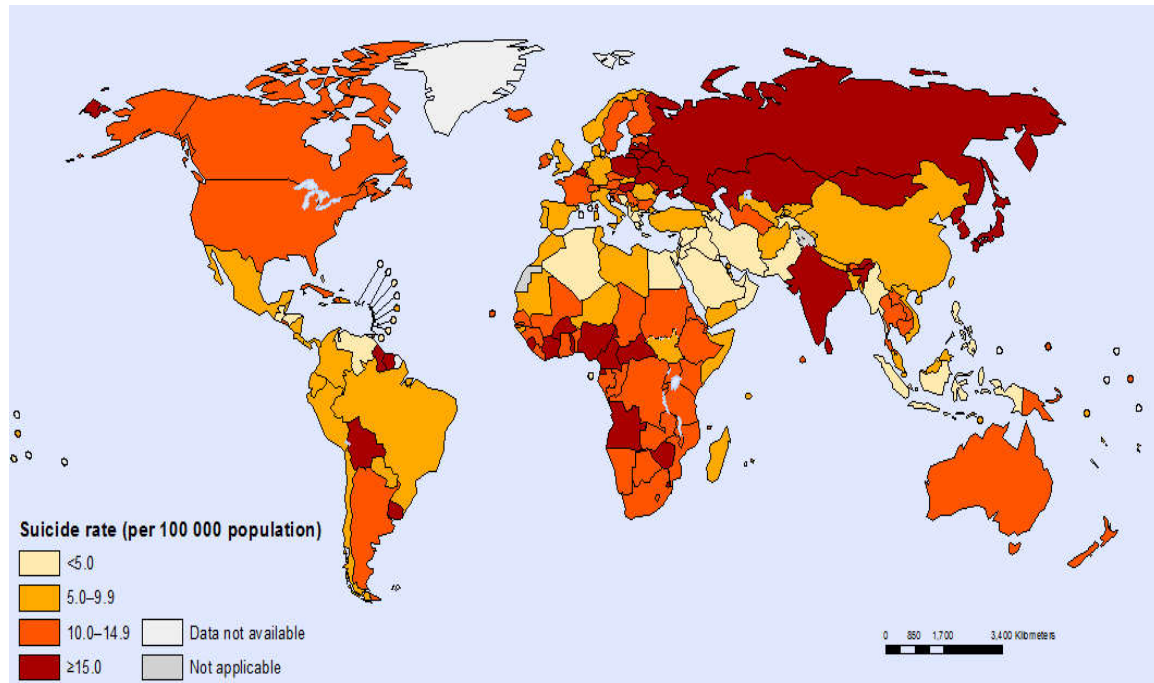
نگریده است، اما به نظر می‌رسد که نقش متفاوت زنان در جوامع مختلف، ازدواج‌های از پیش تعیین شده توسط والدین و بزرگترها و همچنین تفاوت‌های فرهنگی در نگرش به خودکشی در این زمینه موثر باشند. بررسی ما بر روی الگوی پنج ساله (۱۳۸۳-۱۳۷۹) موارد خودکشی ثبت شده در سازمان بهشت زهرای تهران مبین آن است که نسبت جنسی مردان به زنان را ۸/۹ نشان داده است که نسبت بسیار بالایی می‌باشد.

جدول ۱ - میزانهای تطبیق شده سنی خودکشی در پانزده کشور منتخب جهان در دهه آخر هزاره قبل، بر حسب سال بررسی، تعداد خودکشی صورت پذیرفته، و میزانهای خودکشی کلی، به تفکیک هر دو جنس و نسبت خودکشی مرد به زن (منبع WHO)

نام کشور	سال	تعداد موارد خودکشی	میزان خودکشی به ازاء یک صد هزار نفر		
			کلی	مرد	زن
لیتوانی	۱۹۹۹	۱۵۵۲	۵۱/۶	۹۳	۱۵
فدراسیون روسیه	۱۹۹۸	۵۱۷۷۰	۴۳/۱	۷۷/۸	۱۲/۶
بیلاروس	۱۹۹۹	۳۴۰۸	۴۱/۵	۷۶/۵	۱۱/۳
نیوزیلند	۱۹۹۸	۵۷۴	۱۹/۸	۳۱/۲	۸/۹
ژاپن	۱۹۹۷	۲۳۵۰۲	۱۹/۵	۲۸	۱۱/۵
چین (شهر وروستا)	۱۹۹۹	۱۶۸۳۶	۱۸/۳	۱۸	۱۸/۸
سنگاپور	۱۹۹۸	۳۷۱	۱۵/۷	۱۸/۸	۱۲/۷
کانادا	۱۹۹۷	۳۶۸۱	۱۵	۲۴/۱	۶/۱
آلمان	۱۹۹۹	۱۱۱۶۰	۱۴/۳	۲۲/۵	۶/۹
ایالات متحده	۱۹۹۸	۳۰۵۷۵	۱۳/۹	۲۳/۲	۵/۳
ازبکستان	۱۹۹۸	۱۶۲۰	۱۰/۶	۱۷/۲	۴/۴
مکزیک	۱۹۹۷	۳۳۶۹	۵/۱	۹/۱	۱/۴
پاراگوئه	۱۹۹۴	۱۰۹	۴/۲	۶/۵	۱/۸
فیلیپین	۱۹۹۳	۸۵۱	۲/۱	۲/۵	۱/۶

مطالعات گوناگون همچنین نشان می‌دهند که الگوهای مربوط به میزانهای خودکشی در سنین مختلف نیز متفاوت است و این تفاوت در مناطق جغرافیایی مختلف، الگوهای متفاوتی را نشان می‌دهد. برای نمونه، در اغلب مناطق جهان، میزانهای خودکشی با افزایش سن، افزایش می‌یابد و این افزایش در جنس مرد واضح‌تر است. اگرچه میزانهای خودکشی خانمها نیز در اغلب مناطق با افزایش سن، افزایش می‌یابد، اما در بعضی مناطق، نظیر کشورهای با درآمد کم یا متوسط، میزانهای خودکشی خانمها در سنین نوجوانی به حداکثر خود می‌رسد. همچنین،

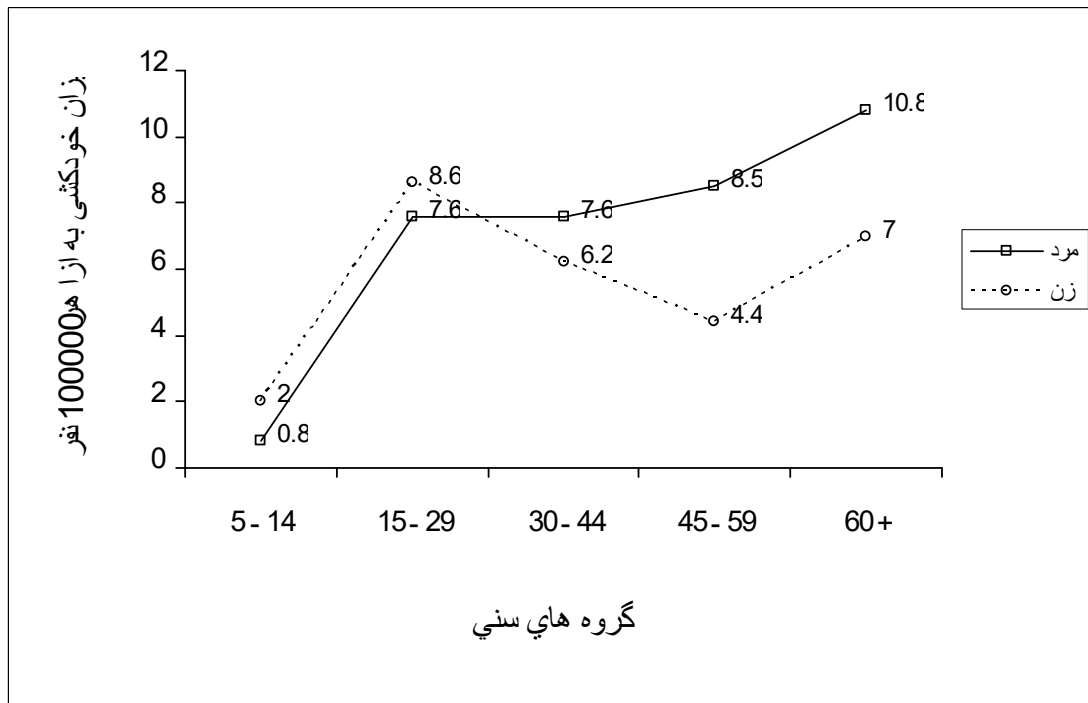
در دهه‌های ۸۰-۱۹۷۰ میلادی، افزایش میزان‌های خودکشی در مردان مسن آمریکای شمالی و مردان جوان ژاپنی گزارش شده است. افزایش میزان خودکشی در مردان جوان روسیه و سایر کشورهای وابسته به بلوک شرق سابق در سال‌های اخیر نمونه‌ دیگری از این دست می‌باشد که آن را با مصرف مشروبات الکلی و فقر مرتبط دانسته اند.



نقشه ۱ - آمار خودکشی گزارش شده به سازمان جهانی بهداشت سال ۲۰۱۵

در نقشه ۱ - نیز که آخرین آمار گزارش شده به WHO را در سال ۲۰۱۵ میلادی منعکس می‌کند، کشورهای عضو به چهار گروه به شرح زیر تقسیم گردیده‌اند: دسته اول کشورهایی که میزان خودکشی در آن‌ها مساوی و یا بیشتر ۱۵ در صد هزار نفر می باشد. دسته دوم کشورهایی که میزان خودکشی در آن‌ها از ۹/۱۴ تا ۱۰ در صد هزار نفر می باشد. دسته سوم کشورهایی که میزان خودکشی در آن‌ها بین ۹/۹ تا ۵ در صد هزار نفر است. دسته چهارم کشورهایی که میزان خودکشی در آن‌ها کمتر از ۵ در صد هزار نفر است.

به هنگام انجام مقایسه‌های بین‌المللی، درست همانند بررسی‌های الگوهای زمانی در دوره‌های بلند مدت، باید این نکته مهم را همواره مدنظر قرار داد که الگوهای مشاهده شده به خاطر مشکلات موجود در شمارش دقیق موارد خودکشی (صورت کسر) و یا مشکلات مربوط به شمارش جمعیت در معرض خطر (مخرج کسر)، می‌تواند غیر واقعی باشد. بنابراین، تفاوت تعریف یک مورد خودکشی در مکان‌های مختلف، میزان دقت در ثبت و یا کد گذاری بیماری و عدم شمارش دقیق جمعیت در معرض خطر، باعث می‌گردد که الگوهای جغرافیایی کاذبی به دست آید. از همین رو، ضروری است که در مقایسه‌های بین‌المللی، ابتدا از صحت و سقم اطلاعات جمع آوری شده در کشورهای مختلف اطمینان لازم را کسب نمود.



نمودار ۵ - میزان های برآورد شده خودکشی در گروه های سنی و جنسی در سال ۲۰۰۰ (EMRO)

مقایسه بین کشورهای مختلف در یک منطقه وسیع جغرافیایی

مقایسه بین کشورهای مختلف در یک منطقه وسیع جغرافیایی نیز می تواند الگوهای بسیار جالبی را از خودکشی نشان دهد. یکی از این گونه مقایسه ها، مقایسه آمار خودکشی در بین مناطق شش گانه سازمان جهانی بهداشت می باشد. بر اساس تخمین های به عمل آمده در سال ۲۰۰۰ میلادی، مرگ های ناشی از خودکشی، بیست و پنجمین عامل مرگ در منطقه مدیترانه شرقی، هفتمین عامل مرگ در منطقه اروپایی، چهل و دومین عامل مرگ در منطقه آفریقایی، بیست و یکمین عامل مرگ در منطقه آمریکایی، شانزدهمین عامل مرگ در منطقه جنوب شرقی آسیا و هشتمین عامل مرگ در منطقه غرب پاسیفیک سازمان جهانی بهداشت قلمداد گردیده است.

نگاهی دقیق تر به آمار مرگ در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی که در سال ۲۰۰۰ میلادی مشتمل بر ۲۲ کشور قبرس، کویت، قطر، امارات متحده عربی، افغانستان، بحرین، جیبوتی، مصر، عراق، جمهوری اسلامی ایران، اردن، لبنان، جمهوری عربی لیبی، مراکش، عمان، پاکستان، عربستان سعودی، سومالی، سودان، جمهوری عربی سوریه، تونس و یمن بوده است نیز الگوی جالب توجهی از خودکشی را نمایان می سازد. بر پایه تخمین های به عمل آمده در مورد میزان های مربوط به خودکشی در این منطقه که در نسخه اول برنامه جهانی بار بیماری ها برای سال ۲۰۰۰ میلادی محاسبه گردیده است، میزان های برآورد شده خودکشی در گروه های اول و دوم سنی، یعنی ۱۴-۵ و ۲۹-۱۵ سال، در زنان بیشتر از مردان بوده و برای سایر گروه های سنی این روند بر عکس می گردد. بیشترین اختلاف در میزان های برآورد شده خودکشی مربوط به گروه چهارم سنی، یعنی ۴۵-۵۹ سال، بوده که میزان مذکور

در مردان (۸/۵ در صد هزار) تقریباً دو برابر همین میزان در زنان (۴/۴ در صد هزار) می‌باشد. همچنین، در زنان، دومین گروه سنی (۸/۶ در صد هزار) و در مردان، آخرین گروه سنی، یعنی ۶۰ سال به بالا، (۱۰/۸ در صد هزار) از بالاترین میزانهای برآورد شده خودکشی برخوردارند (نمودار ۵).

مقایسه‌های درون کشوری

میزانهای خودکشی در داخل یک کشور نیز متغیر می‌باشد. برای مثال، در بریتانیا، میزان اختصاصی سنی خودکشی در بین دولت‌های محلی، دارای تغییرات عمده‌ای است که می‌توان به تغییرات دو تا سه برابری میزان خودکشی در بین آنها اشاره نمود. همچنین، مطالعات اخیر نشان داده است که میزانهای خودکشی در انگلستان و ویلز از یک روند نزولی شمال به جنوب برخوردار است. به عبارت دیگر مناطق شمالی انگلستان از میزانهای بالاتر خودکشی برای هر دو جنس و به تفکیک هر دو جنس در مقایسه با استان‌های جنوبی، برخوردار هستند که قسمت اعظم این روند را می‌توان به تفاوت در شاخصهای اجتماعی - اقتصادی این مناطق نسبت داد، زیرا مناطق شمالی از موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایینتری نسبت به مناطق جنوبی برخوردارند.



نمودار ۶ - مقایسه میزانهای سنی و جنسی خودکشی در ۱۰ استان ایران در سال ۱۳۷۹

همچنین، مطالعات به عمل آمده در ایالات متحده نشان داده است که میزانهای خودکشی در ایالات شمالی و غربی این کشور بالاتر از سایر نقاط بوده که علت آن نه به خاطر تغییرات آب و هوایی، بلکه به دلیل تفاوت‌های فرهنگی موجود در این مناطق نسبت داده شده است. مشابه چنین تغییراتی در کشور کانادا نیز گزارش شده است. در کشور ایران نیز نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که استان‌های همدان، لرستان و ایلام دارای

بالاترین میزان‌های خودکشی در مردان و استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان دارای بالاترین میزان‌های خودکشی در زنان می‌باشند. اما از آنجایی که در مطالعه اخیر، هیچ شاهدهی مبنی بر استفاده از شیوه تطبیق میزان‌ها ارائه نگردیده است، نتایج آن را می‌باید با دقت بیشتری مورد تفسیر قرار داد.

جدول شماره ۲. آمار مربوط به موارد خودکشی در ۲۹ استان کشور در سال ۱۳۸۳

استان	موارد خودکشی	% از کل مرگ	میزان در کل جمعیت	میزان در مردان	میزان در زنان	میزان در شهر	میزان در روستا	سال‌های از دست رفته عمر	میانگین سن هنگام مرگ
آذربایجان شرقی	۱۸۸	۱/۱	۵/۲	۷/۵	۳/۰	۵/۲	۵/۴	۲/۳	۳۴/۲
آذربایجان غربی	۲۰۲	۱/۷	۷/۱	۷/۲	۷/۱	۴/۹	۱۰/۳	۳/۷	۲۸/۸
اردبیل	۸۲	۱/۶	۶/۲	۸/۰	۴/۴	۳/۴	۹/۵	۳/۸	۲۹/۸
اصفهان	۱۲۲	۰/۷	۲/۹	۴/۳	۱/۳	۲/۷	۳/۸	۱/۶	۳۴/۰
ایلام	۹۹	۵/۲	۱۹/۸	۱۹/۰	۲۰/۵	۱۸/۶	۲۱/۲	۱۰/۲	۲۹/۰
بوشهر	۵۲	۱/۵	۶/۱	۵/۵	۶/۷	۴/۷	۸/۶	۲/۹	۲۷/۹
چهارمحال و ...	۶۷	۲/۱	۷/۷	۶/۹	۸/۵	۸/۰	۷/۳	۴/۲	۳۱/۲
خراسان جنوبی	۲۱	۰/۸	۴/۱	۴/۶	۳/۶	۶/۱	۲/۷	۱/۶	۳۳/۳
خراسان رضوی	۱۹۷	۰/۹	۴/۰	۵/۱	۲/۸	۳/۲	۵/۳	۱/۶	۳۰/۵
خراسان شمالی	۳۵	۱/۱	۴/۷	۵/۰	۴/۳	۳/۹	۵/۴	۲/۰	۲۹/۸
خوزستان	۱۷۸	۱/۲	۴/۳	۴/۹	۳/۶	۳/۸	۵/۲	۲/۴	۲۸/۶
زنجان	۴۰	۰/۹	۴/۱	۵/۶	۲/۵	۳/۹	۴/۳	۱/۸	۳۲/۶
سمنان	۲۳	۰/۷	۴/۲	۴/۳	۴/۱	۳/۷	۵/۴	۱/۵	۳۸/۳
سیستان و ...	۳۷	۰/۵	۱/۷	۱/۹	۱/۵	۱/۶	۱/۸	۰/۷	۲۹/۹
فارس	۲۴۳	۱/۲	۵/۶	۶/۴	۴/۷	۴/۷	۶/۹	۲/۵	۲۹/۴
قزوین	۳۰	۰/۶	۲/۷	۳/۷	۱/۷	۲/۱	۳/۹	۱/۳	۲۶/۸
قم	۴	۰/۲	۰/۴	۰/۸	۰/۰	۰/۲	۰/۰	۰/۳	۳۲
کردستان	۸۳	۱/۴	۵/۷	۶/۸	۴/۵	۵/۴	۶/۰	۳/۱	۲۷/۹
کرمان	۱۳۷	۱/۱	۶/۰	۹/۰	۲/۸	۵/۰	۷/۳	۲/۲	۲۷/۳
کرمانشاه	۲۶۷	۲/۷	۱۴/۰	۱۶/۵	۱۱/۴	۱۲/۵	۱۷/۳	۵/۵	۳۱/۳
گلستان	۱۰۱	۱/۶	۶/۱	۸/۰	۴/۳	۳/۹	۸/۲	۳/۳	۲۶/۹
کهگیلویه و ...	۴۹	۲/۴	۷/۹	۷/۳	۸/۶	۲/۹	۱۲/۱	۴/۶	۲۸/۱
گیلان	۱۷۳	۱/۳	۷/۱	۱۰/۶	۳/۶	۷/۰	۷/۲	۳/۱	۳۳/۷
لرستان	۴۰۰	۶/۰	۲۴/۴	۳۳/۵	۱۴/۸	۳۳/۱	۱۱/۵	۱۱/۴	۳۲/۳
مازندران	۶۴	۰/۸	۲/۲	۲/۸	۱/۶	۱/۳	۳/۳	۱/۸	۳۰/۷
مرکزی	۳۲	۰/۵	۲/۵	۴/۴	۰/۵	۱/۵	۴/۳	۱/۲	۳۲/۳
هرمزگان	۹۸	۱/۸	۷/۸	۱۲/۳	۳/۱	۸/۵	۷/۲	۳/۴	۲۷/۳
همدان	۱۳۰	۲/۰	۷/۶	۱۲/۲	۲/۶	۶/۴	۹/۱	۴/۰	۳۳/۶
یزد	۱۶	۰/۳	۱/۷	۲/۵	۹/۰	۱/۹	۱/۱	۰/۷	۳۶/۶

علاوه بر انجام چنین مقایساتی، بررسی مقایسه‌ای میزان‌های خودکشی در جمعیت‌های شهری و روستایی نیز می‌تواند الگوهای جالبی را نمایان سازد. برای نمونه، مقایسه میزان‌های سنی و جنسی خودکشی در ۱۰ استان ایران به تفکیک شهر و روستا در سال ۱۳۷۹ نشان می‌دهد که در شهر و روستا، گروه سنی ۲۴-۱۵

ساله‌ها دارای بالاترین میزان‌های خودکشی می‌باشند که به ترتیب برابر با ۱۱ و ۱۷ در یکصد هزار نفر است. تنها در گروه ۳۵-۴۴ ساله میزان خودکشی در شهر بیشتر از روستا بوده و در سایر گروه‌های سنی یا الگوی برعکس مشاهده می‌گردد و یا میزان‌های خودکشی در شهر و روستا برابر هستند (نمودار ۶).

به علاوه، جدول شماره ۲ نیز آمار مربوط به خودکشی در ۲۹ استان کشور به جز استان تهران، در سال ۱۳۸۳ را نشان می‌دهد. بر اساس این آمار، سه استان لرستان (۲۴/۴ در ۱۰۰۰۰۰ نفر)، ایلام (۱۹/۸ در ۱۰۰۰۰۰ نفر) و کرمانشاه (۱۴/۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر) جملگی در غرب کشور از بالاترین میزان‌های خودکشی در سطح کشور برخوردار بوده و کمترین میزان خودکشی با ۰/۴ در ۱۰۰۰۰۰ نفر مربوط به استان قم می‌باشد. همچنین، استان‌های ایلام، لرستان و بوشهر دارای بالاترین میزان‌های مرگ ناشی از خودکشی با روش خودسوزی هستند. این در حالی است که استان‌های لرستان، همدان و کرمانشاه دارای بالاترین میزان‌های مرگ ناشی از خودکشی با استفاده از دارو و تریاک بوده و استان‌های گیلان، کرمانشاه و کرمان دارای بالاترین میزان‌های مرگ ناشی از خودکشی با استفاده از سموم شیمیایی می‌باشند. بالاخره، پایین بودن میانگین سنی هنگام مرگ در تمامی ۲۹ استان کشور حائز اهمیت فراوان می‌باشد.

مقایسه‌های درون شهری

ممکن است که میزان‌های خودکشی در درون یک شهر، از محله‌ای به محله دیگر متفاوت باشد. برای مثال در شهر *بريستول* کشور انگلستان، میزان خودکشی در مناطق مختلف شهر از تفاوت سه تا چهار برابری برخوردار می‌باشد. نظیر چنین تغییراتی در شهر لندن نیز گزارش شده است. بر اساس مطالعات بومشناسی، علت چنین تغییراتی را در محدوده یک شهر به فقر موجود در برخی محلات نسبت می‌دهند. همچنین، مطالعات بومشناسی بیشتر نشان می‌دهد مناطقی از شهر که دارای میزان‌های خودکشی بالاتری می‌باشند، ممکن است علاوه بر فقر، دچار مسائل دیگر نظیر فقدان ارتباطات اجتماعی و یا افزایش در نسبت افرادی باشد که به طور مجرد زندگی می‌کنند.

مقایسه‌های درون نهادها و واحدهای اجتماعی

مطالعه تجمع خودکشی‌های (Suicide cluster) صورت پذیرفته در درون نهادها و واحدهای اجتماعی کوچکی نظیر مدارس، کلینیک‌ها و بیمارستانها، فصل مهمی از مطالعات اپیدمیولوژی مکانی خودکشی را به خود اختصاص داده است. یک تجمع خودکشی ممکن است به عنوان یک گروه از خودکشی‌های انجام شده در جامعه‌ای تلقی گردد که از نظر زمانی و مکانی، آن قدر به هم نزدیک می‌باشند که عامل شانس نمی‌توانسته باعث پدید آمدن آنها گردد. لازم به توضیح است که بررسی‌های مربوط به چنین تجمعاتی دارای اصول و قواعد خاص خود می‌باشد و تا کنون مطالعات متعددی به بررسی چنین تجمعاتی پرداخته‌اند.

برای نمونه، در یک مطالعه که بر روی ۱۴ خودکشی به عمل آمده در بین بیماران یک بخش روانپزشکی در لندن به عمل آمد، مشخص گردید که این تعداد بیشتر از آن است که عامل شانس سبب رخ دادن آنها گردیده باشد. اگرچه هیچ شاهدهی دال بر قابلیت سرایت خودکشی در بین این افراد دیده نشد، سابقه ابتلاء به بیماری

روانی شدید در بین سیزده نفر از این افراد ثابت گردید. در این مطالعه هیچ دلیل واضحی برای رخ دادن این تجمع غیرعادی یافت نشد، اما این تجمع همزمان با یک دوره عدم اطمینان در باره سرنوشت بخش مورد نظر توام با غیبت و تغییر در بین پزشکان متخصص بخش بوده است.

مطالعه مهاجرین

یکی دیگر از جنبه‌های مهم بررسی نقش مکان بر روی سلامت انسان به مطالعه مهاجرین باز می‌گردد که از یک منطقه به منطقه دیگر و یا از یک کشور به کشوری دیگر مهاجرت می‌نمایند. مطالعات به عمل آمده پیرامون خودکشی در مهاجران، نشان داده‌اند که میزانهای خودکشی در مهاجران، شباهت به کشور مبدا دارد. برای مثال، مجارستانی‌هایی که به کشور آمریکا مهاجرت کرده‌اند دارای بالاترین میزانهای خودکشی در مقایسه با سایر گروه‌های مهاجر به آمریکا بوده که این میزانهای بالای خودکشی مشابه با میزانهای خودکشی در کشور مجارستان می‌باشد. به نظر می‌رسد که تولد و رشد در یک فرهنگ مجارستانی به تنهایی و یا همراه با توارث، از علل این امر باشد.

به هنگام مطالعه مهاجرین باید به این نکته مهم نیز واقف بود که ممکن است تورش‌های متعددی نتایج مطالعه را به مخاطره اندازد. از جمله مهمترین این عوامل می‌توان به احتمال تفاوت در تشخیص، گزارش، و کدگذاری بیماری و یا مرگ در کشور مبدا و مقصد اشاره نمود. به این نکته نیز باید توجه داشت که افراد مهاجرت کننده معمولاً نمونه کامل و جامعی از جامعه مبدا نمی‌باشند. عوامل متعددی نظیر سن، جنس، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و حتی وضعیت سلامت، بر روی مهاجرت افراد تاثیر می‌گذارند. به علاوه مهاجرت توام با برخی فشارهای روانی است که ممکن است در هیچ کدام از دو کشور مبدا و مقصد وجود نداشته و در عین حال باعث استعداد ابتلاء به برخی از بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های روانی گردد.

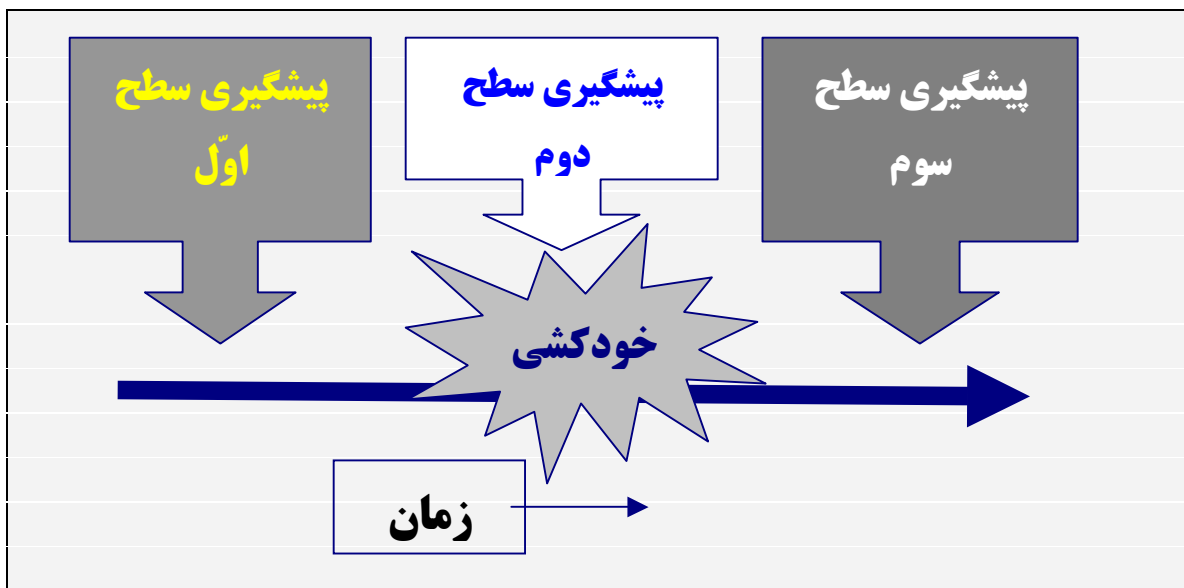
پیشگیری از خودکشی

مطالعات گوناگونی که در این گفتار به برخی از آنها اشاره رفت به خوبی بیانگر این نکته مهم می‌باشند که خودکشی پدیده پیچیده‌ای است که در طول زمان و بر پایه تعامل فرد با عوامل خطر گوناگونی رخ می‌دهد. بنابراین، پیشگیری از این پدیده نیز احتیاج به برنامه‌ریزی دقیقی دارد که به اختصار در پایان این گفتار و بر پایه نگرش اپیدمیولوژیک به آن پرداخته می‌شود. نگرش اپیدمیولوژیک به هر بیماری و یا آسیبی و از جمله خودکشی سبب خواهد شد که پیشگیری از آن پدیده را بر پایه سطوح سه گانه پیشگیری استوار نمود (شکل ۱). هر بیماری و یا آسیب در نگرش اپیدمیولوژیک، ابتدا از مرحله شکل‌گیری و برخورد فرد با عوامل خطر شروع می‌گردد. در خصوص خودکشی، این مرحله را می‌توان به تعامل فرد با برخی از عوامل خطر خودکشی نظیر ابتلاء به بیماری‌های روانی، اعتیاد به مواد مخدر و یا الکل قلمداد نمود. بنابراین، در این مرحله می‌توان با بهره‌گیری از پیشگیری سطح اول، از تعامل فوق تا حد امکان جلوگیری نمود. درمان و کنترل بیماری‌های روانی و یا درمان و کنترل سوء استفاده از مواد مخدر و یا الکل به قصد پیشگیری از سقوط فرد به آستانه خودکشی را نیز می‌توان

بخشی از پیشگیری سطح اول به حساب آورد. شایان ذکر است که اهمیت به عقاید معنوی و باورهای مذهبی و التزام به احکام دینی در فضای فرهنگی جامعه و خانواده‌ها نقش اساسی در پیشگیری از افسردگی و به دنبال آن تامین سلامت روانی دارد و به طور قطع، یکی از سازوکارهای این پدیده، جمله روح‌افزای دل آرام‌گیر به یاد خدای، ملهم از آیه شریفه **أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ** می‌باشد.

در صورت عدم تشخیص چنین فردی، ادامه تعامل وی با عوامل خطر ممکن است به پدیدار شدن افکار خودکشی در وی منجر گردد. چنانچه در این مرحله فرد مورد شناسایی قرار گیرد، می‌توان برای وی **پیشگیری سطح دوم** را به اجرا در آورد که هدف آن رفع مشکلات فرد در صورت امکان و جلوگیری از اقدام به خودکشی می‌باشد. تشخیص به موقع برنامه‌ریزی برای خودکشی از طرف فرد و ارجاع وی به متخصصین روانپزشکی در زمره پیشگیری سطح دوم قرار دارد. همچنین، غربالگری افراد در معرض خطر و محدود نمودن امکان دسترسی به وسایل مورد استفاده در خودکشی نیز می‌تواند در این مرحله جای گیرد.

بالاخره، در سیر طبیعی خودکشی، اگر چنانچه فرد مذکور مورد شناسایی قرار نگیرد، ممکن است افکار بالقوه خود را به فعل درآورده و اقدام به خودکشی نماید. در این مرحله، اگر چنانچه خودکشی با موفقیت صورت پذیرد دیگر پیشگیری سطح سوم بدون معنا خواهد بود. اما در همین مرحله و برای کسانی که اقدام به خودکشی نموده و هدف آنها تنها اعلام خطر بوده و نه انجام خودکشی، می‌توان **پیشگیری سطح سوم** را اجرا نمود. هدف پیشگیری سطح سوم را می‌توان کاهش لطمات ناشی از صدمه آگاهانه وارد شده و یا انجام بازتوانی و رفع مشکلات فرد در جهت کاهش احتمال انجام مجدد اقدام به خودکشی از طرف وی دانست.



شکل ۱. سطوح سه‌گانه پیشگیری از خودکشی

در خاتمه به نظر می‌رسد که به منظور بررسی علمی‌تر خودکشی و پیشگیری از این پدیده در ایران، بهتر خواهد بود که اطلاعات ضروری پیرامون موارد اقدام آگاهانه صدمه به خود و همچنین خودکشی‌های به عمل آمده، توسط ارگان‌های ذیربط به دقت و به شیوه‌ای یکسان جمع‌آوری و طبقه‌بندی گردد. این اطلاعات می‌باید

به روز بوده و برای انجام تجزیه و تحلیل‌های اپیدمیولوژیکی، به آسانی در اختیار محققین قرار داده شوند. نتایج حاصل از چنین مطالعاتی نیز می‌باید توسط ارگان‌های ذیربط برای پیشگیری از خودکشی مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

1. Gordis L. *Epidemiology*. USA: W.B. Saunders Company, 2004.
2. Greenberg RS, Daniels SR, Flanders WD, Eley JW, Boring JR. *Medical Epidemiology*. USA: McGraw-Hill Companies, Inc, 2001.
3. MacMahon B, Trichopoulos D. *Epidemiology principles and methods*. USA: Little Brown and Company, 1996.
4. Amos T, Appleby L. Suicide and deliberate self-harm In Appleby I, Forshaw DM, Amos T, Barker H. *Postgraduate psychiatry: clinical and scientific foundations*, pp 347-357. London: Arnold, 2001.
5. Minois G. *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1999.
6. Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Med J Australia* 1972; 2: 919-923.
7. Shaw M, Dorling D, Mitchell R. *Health, place and society*. Edinburgh: Pearson Education Limited, 2002.
8. Durkheim E. *Suicide: a study in sociology* (translated by Spaulding, J and Simpson G.) London: Routledge, 1952.
9. World Health organization. *World Report on violence and health*. Geneva 2002.
10. Mos cicki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clin Neuroscience Res* 2001; 1: 310-323.
11. Stark C, Smith H, Hall D. Increase in parasuicide in Scotland. *BMJ* 1994; 308: 1569-1570.
12. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. *Br J Psychiatry* 1997; 171 : 556-560.
13. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi* 2002; 7: 2.
14. Gunnell, D, Wehner H, Frankel S. Sex differences in suicide trends in England and Wales. *Lancet* 1999; 353: 556-557.
15. Levi F, La Vecchial C, Saraceno B. Global suicide rates. *European J Public Health* 2003; 13:2 97-98.
16. Jenkins R. Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy. *Acta Psychiatr Scand* 2001: 103: 2-14.
17. Kelly S, Bunting J. Trends in suicide in England and Wales, 1982-96. *Popul Trends* 1998; 92 : 29-41.
18. Lester D. Migration and suicide. *Med J Aut.* 1972; 1 : 941.
19. Lester D. Explaining regional differences in suicide rates. *Soc Sci Med.* 1995; 40: 719-721.
20. Department of Health. *Saving lives: our healthier nation*. London: Stationery Office, 1999.
21. Department of Health. *National Suicide Prevention Strategy for England. Annual Report on progress 2004*. Stationery Office, London: 2005.
22. Rezeian M, Mohammadi M, Akbari M, Maleki M. Five years (2000-2004) *suicide pattern in Tehran*. Seventeenth IEA World Congress of Epidemiology. Thailand, 2005.
23. De Leo D, Ormskerk S. Suicide in the elderly: general characteristics. *Crisis* 1991; 12 : 3-17.
24. Lester D. *Suicide in African Americans*. Commack, NY, Nova Science, 1998.
25. Wasserman D, Varnik A, Dankowicz M. Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984-1990. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1998, 394:5-12.
26. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. In: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. New York, NY, Guilford, 1985:22-35.

27. Roy A, Rylander G, Sarchiapone M. Genetic studies of suicidal behavior. *Psychiatry Clin North Am.* 1997; 20 : 595-611.
28. Mausner JS, Kramer S. *Epidemiology. An introductory text.* USA: W.B. Saunders Company, 1985.
29. Kreitman N, Carstairs V, Duffy J. Association of age and social class with suicide among men in Great Britain. *J Epidemiol Community Health* 1991; 45 : 195-202.
30. Charlton J, Kelly S, Dunnell K, Evans B, Jenkins R, Wallis R. Trends in suicide deaths in England and Wales. *Popul Trends* 1993; 69 : 10-6.
31. suicide, psychiatric admissions, and socio-economic deprivation. *BMJ* 1995; 311 : 226-30.
32. Lewis G, Sloggett A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ* 1998; 317 : 1283-1286.
33. Hawton K, Harriss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell D. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychol Med* 2001; 31(5) : 827-836.
34. Gunnell D, Lopatzidis A, Dorling D, Wehner H, Southall H, Frankel S. Suicide and unemployment in young people: analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *Br J Psychiatry* 1999; 175 : 263-270.
35. Appleby L. Suicide during pregnancy and the first postnatal year. *BMJ* 1991; 302 : 137-140.
36. Sainsbury P, Barraclough. Difference between suicide rates. *Nature.* 1968; 220: 1252.
37. Rezaeian, M. Suicide among young Middle Eastern Muslim females: The perspective of an Iranian epidemiologist. *Crisis* 2010; 31 :36-42.
38. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ* 1999; 318 : 1235-1239.
39. Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 1999; 175 : 322-326.
40. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *Br J Psychiatry* 1997; 170 : 205-228.
41. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47 : 383-392.
42. Schulsinger F et al. A family study of suicide. In: Schou M, Stromgren E, eds. *Origin, prevention and treatment of affective disorders.* London, Academic Press, 1979:227-287.
43. Chi I, Yip PSF, Yu KK. *Elderly suicide in Hong Kong.* Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
44. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Life events and social support in suicide. . *Suicide Life Threat Behav* 1994; 23 : 343-358.
45. Morselli, E., 1881. *Suicide: An Essay on Comparative Statistics.* Kegan Paul, London (original work, *Il Suicidio*, published in Milan, 1879).
46. Massing, W. Angermeyer, M.C. The monthly and weekly distribution of suicide. *Soc Sci Med* 1985; 21 : 433-441.
47. Nayha, S. Short and medium-term variations in mortality in Finland. *J Soc Med* 1980. Suppl. 21.
48. Hawton K, Harriss L, Appleby L, et al. Effete of death of Diana, Princess of Wales on suicide and deliberate self-harm. *Br J Psychiatry* 2000; 177 : 463-466.
49. Elliot P, Best N. Geographical patterns of disease. In Armitage P, Colton T. *International encyclopaedia of biostatistics*, pp 1694-1701, Chichester: John Wiley, 1998.
50. Hippocrates. *On Airs waters, and places.* Tranlated and published in med classics 1938; 3:19-42.
51. La Vecchia C, Lucchini F, Levi F. Worldwide trends in suicide mortality, 1955-1989. *Acta Psychiatr Scand.* 1994; 90: 53-64.
52. Kendall RE. Catalytic converters and prevention of suicide. *Lancet.* 1998; 325: 1525.
53. Killias M. International correlations between gun ownership and rates of suicide and homicide. *Can Med Assoc J.* 1993; 148 : 1721-1725.
54. Shkolnikov V, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet.* 2001; 357: 917-21.

55. Murray CJL et al. *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Geneva: WHO, 2001 (GPE Discussion Paper, No. 36).
56. Bunting J, Kelly S. Geographical variations in suicide mortality, 1982-96. *Popul Trends*. 1998; 93: 7-18.
57. Rezaeian, M. Dunn, G. St. Leger, S. Appleby L. The production and interpretation of disease maps: A methodological case-study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39: 947-954.
58. Rezaeian, M. Dunn, G. St. Leger, S. Appleby L. The ecological association between suicide rates and indices of deprivation in English local authorities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 ; 40: 785-791.
59. Lester D. Completed suicide and latitude. *Psychol Rep*. 1970; 27(3) : 818.
60. Lester D. Completed suicide and longitude. *Psychol Rep*. 1971; 28(2) : 662.
61. Lester D. Variation of suicide and homicide rates by longitude and latitude. *Percept Mot Skills*. 1998; 87(1) 186.
62. Lester D. Suicide and homicide rates: their relationship to latitude and longitude and to the weather. *Suicide Life Threat Behav*. 1986; 16(3) : 356-359.
63. Lester D. Variation in suicide and homicide rates by latitude and longitude in the United States, Canada, and Australia. *Am J Psychiatry*. 1985; 142(4) : 523-524.
64. Haw C.M. A cluster of suicides at a London psychiatric unit. *Suicide Life Threat Behav*. 1994 Fall;24(3):256-66.
65. Gunnell DJ, Peters T, Kammerling RM, Brooks J. Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socio-economic deprivation. *BMJ*. 1995; 311 : 226-30.
66. Congdon P. Suicide and parasuicide in London: a small-area study. *Urban Stud*. 1996; 33 : 137-158.
67. Congdon P. Bayesian models for spatial incidence: a case study of suicide using the BUGS program. *Health Place*. 1997; 3: 229-247.
68. Gunnell D. Commentary: Suicide and income is the risk greater in rich people who develop serious mental illness? *BMJ*. 2001; 322: 334-335.
69. Whitley E, Gunnell D, Dorling D, Smith GD. Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. *BMJ*. 1999; 319: 1034-1037
70. Ashford, JR, Lawrence, PA. Aspects of the epidemiology of suicide in England and Wales. *Int J Epidemiol*. 1976; 5(2): 133-144.
71. Gould M.S., Wallenstein S., Kleinman M. (1987) *A Study of time-space clustering of suicide*. Final report. Atlanta, Georgia: Centres for Disease Control, (contract no. RFP 200-85-0834).
72. Rezaeian, M. Epidemiology of self-immolation. *Burns*. 2013; 39(1): 184-186.
73. Rezaeian, M. Self-immolation in Afghan females. *Burns*. 2015; 41(3) :642-643.

۷۴ - نقوی م. جعفری ن. سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور. انتشارات آرویج. چاپ اول. تیر ۱۳۸۶.

۷۵ - رضائیان محسن. اپیدمیولوژی خودکشی. اراک: انتشارات نویسنده. ۱۳۸۸.

۷۶ - میلر، دی. ال. فارمر، آر. دی. تی. اپیدمیولوژی بیماریها. ترجمه یآوری ب، صادقی حسن آبادی ع. انتشارات علوم دانشگاهی. ۱۳۷۰. ص ص ۵۰۳-۵۰۱.

۷۷ - نقوی م. اکبری م الف. همه گیری شناسی آسیبهای ناشی از علل خارجی (حوادث) در جمهوری اسلامی ایران. انتشارات فکرت. چاپ اول. اسفند ۱۳۸۱.

۷۸ - مرادی س، خادمی ع. بررسی وضعیت خودکشی های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخهای جهانی. مجله علمی پزشکی قانونی. سال هشتم، شماره ۲۷، ۱۳۸۱، ص ص ۲۱-۱۶.

۷۹ - عباسی ع. کامکار ع. بررسی عوامل موثر خودکشی در استان کهگیلویه و بویر احمد (۱۳۷۱-۱۳۷۰). مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج. سال اول. شماره ۳ و ۴. ص ص ۱۹-۱۵. ۱۳۷۵.

۸۰ - نوربالا، احمدعلی. افسردگی، در: عزیزی فریدون، حاتمی حسین، جانقربانی محسن. کتاب اپیدمیولوژی و کنترل بیماری های شایع در ایران، چاپ چهارم، نشر استیاق، سال ۱۳۹۶، صفحات ۹۶-۵۷۷.