



بهداشت روان
کارآموزان پزشکی عمومی

دکتر سارا ایازیان



بهداشت روان چیست؟

عبارتست از تامین، حفظ و رشد سلامتی روانی فردی و اجتماعی

چه کسی دارای سلامت روانی است؟

✓ فردی که می تواند **فعالیت‌های روزمره** خود را به خوبی انجام دهد و با **استرس‌های معمول زندگی** تطابق حاصل می کند

✓ فردی که با افراد **خانواده و اجتماع ارتباط و سازگاری** مناسبی داشته باشد

✓ فردی که **توانایی‌های خود** را می شناسد و از **زندگی روزمره** لذت ببرد

✓ فردی که **بیماری روانی** نداشته باشد

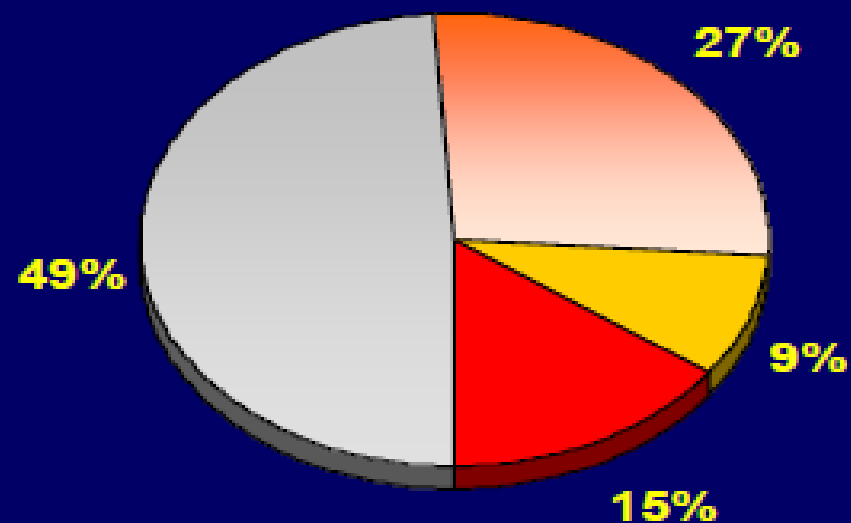
اهمیت اختلالات روانی

- بارزترین چالش حال حاضر سلامت جهانی
- شیوع در تمام عمر اختلالات روانی بیش از ۲۵٪ جمعیت بالغ جهان
- در سال ۲۰۱۶ بیش از یک میلیارد نفر در جهان درگیر شکلی از اختلالات روانی بوده اند.
- افسردگی، خودکشی، اختلالات سوء مصرف مواد و اسکیزوفرنیا از مهمترین این اختلالات هستند.
- تخمین زده می شود به دلیل **پدیده سالمندی** تا سال ۲۰۵۰ فراوانی **آلزایمر** دوبرابر فراوانی کنونی شود (آلزایمر ششمین عامل مرگ در آمریکا است)
- هزینه درمانی متوسط برای هر بیمار مبتلا به **اسکیزوفرنی و آلزایمر**، از هزینه درمان بیماریهایی چون آرتریت، آسم، کانسر و نارسایی احتقانی قلب، دیابت، فشارخون و سکته مغزی، بیشتری است
- در ایران هم با توجه به روند سالمندی بار بیماریهای روانی بعنوان منبع اصلی بار بیماریها خواهد شد که چالش اصلی سیستم بهداشتی-درمانی می شود..
- در جمعیت بالای ۱۵ سال ایران شیوع در تمام عمر اختلالات روانی **بیش از ۲۰٪** برآورد شده است که **اختلالات خلقی و اضطرابی** بالاترین شیوع را دارند.



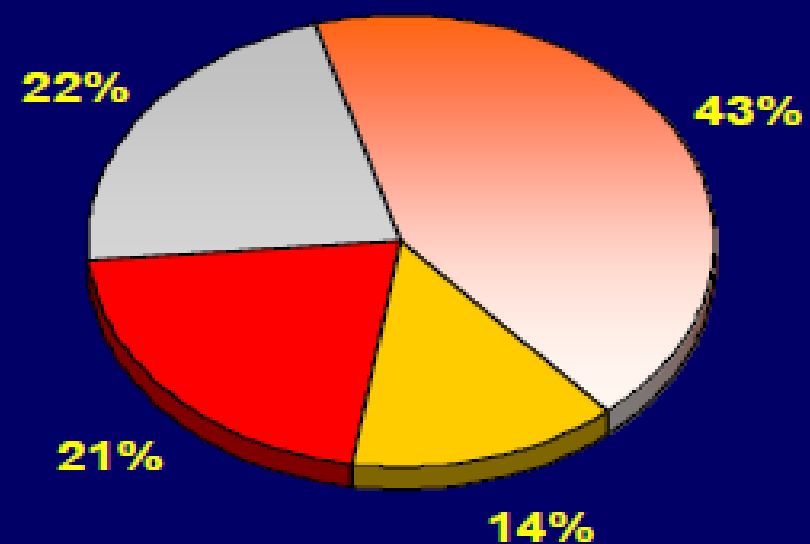
Global burden of disease 1990 - 2020 by disease group in developing countries

1990



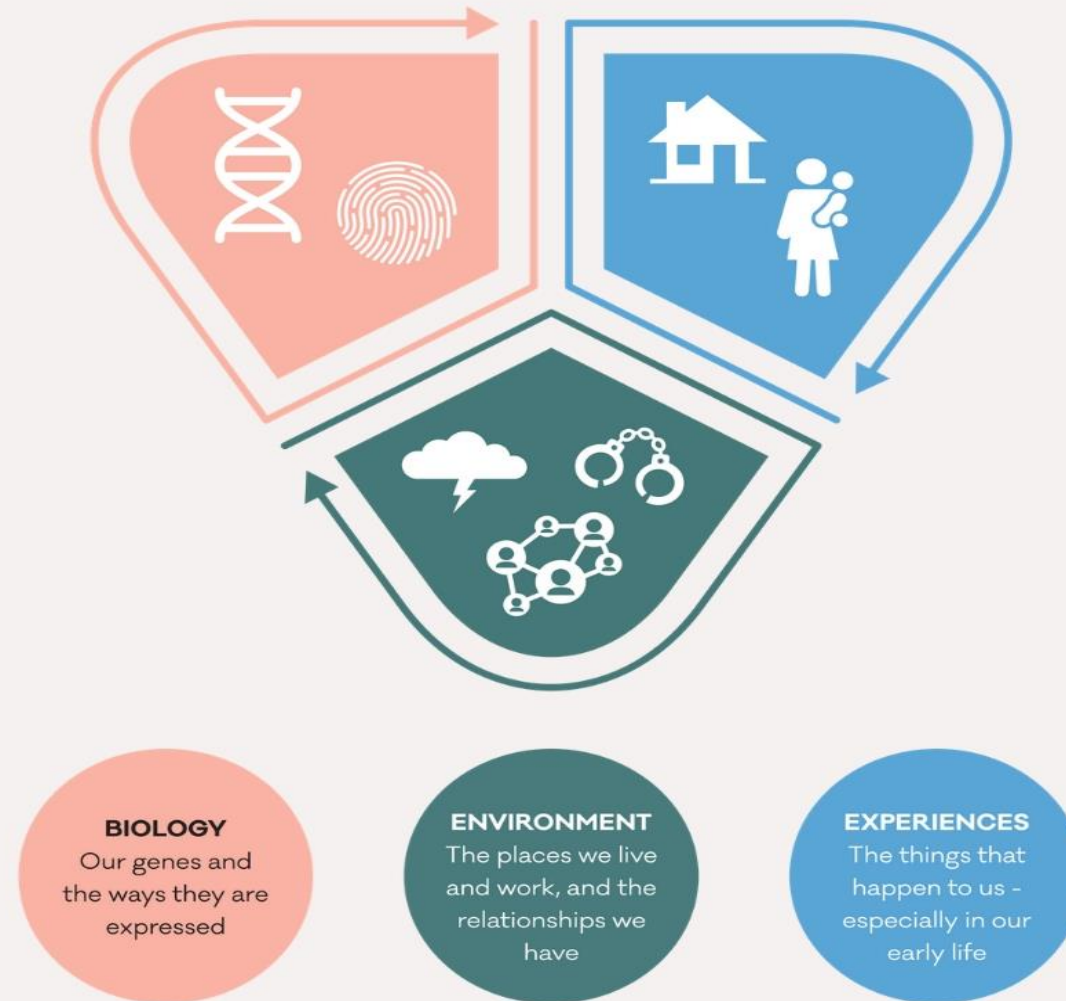
Communicable diseases,
maternal and perinatal
conditions and
nutritional deficiencies

2020 (baseline scenario)



Noncommunicable Conditions
Neuropsychiatric Disorders
Injuries

One integrated model of mental health



Mental Health
Foundation

- بیولوژی فرد

- محیط زندگی فرد

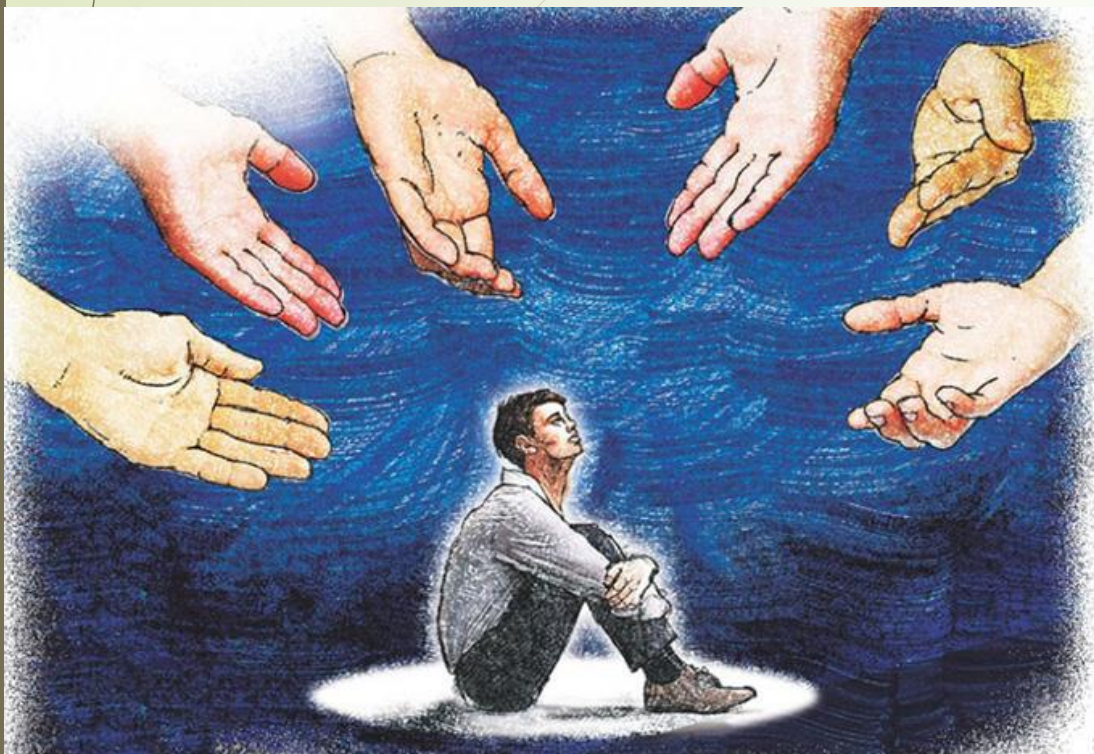
- تجربیات فرد در طول زندگی

راهکارهای ارتقاء سلامت روان

- ❖ انجام مداخلات سلامت روان در کودکی
- ❖ سرمایه گذاری بر رشد روانی کودکان و نوجوانان
- ❖ توانمندسازی زنان
- ❖ ایجاد شبکه های اجتماعی برای حمایت از سالمندان
- ❖ برنامه ریزی برای حمایت از گروههای در معرض خطر مانند مهاجرین، اقلیتهای قومی، آسیب دیدگان ناشی از بلایای طبیعی و ...
- ❖ انجام مداخلات سلامت روان در مدارس
- ❖ انجام مداخلات سلامت روان در محل کار
- ❖ اجرای سیاستهای پیشگیری از خشونت

- در کشور ما به منظور تامین سلامت روان از پتانسیل سیستم فراگیر شبکه های بهداشتی درمانی استفاده شد و با ادغام **خدمات بهداشت روان** در **مراقبتهای بهداشتی اولیه (PHC)** زمینه را برای دستیابی به اهداف بهداشت روان فراهم کردند.
- این طرح برای اولین بار بصورت پایلوت در سال ۱۳۶۷ در منطقه محدودی اجرا شد و بدنبال موفقیت آن بصورت سراسری در کشور به اجرا درآمد.
- برنامه ها و آموزشها برای سطوح مختلف ارائه خدمات در شبکه ی بهداشت و درمان تهیه و تدوین شد

اهداف برنامه بهداشت روان در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه PHC



- پیشگیری
- شناسایی زودرس و فعال
- کنترل، درمان و پیگیری مناسب و مستمر
- کاهش ضرر و زیان ناشی از بیماریهای روانی - عصبی
- افزایش آگاهی جامعه نسبت به اصول و مفاهیم بهداشت روان
- تغییر و اصلاح نگرش افراد جامعه نسبت به بیماریهای روانی - عصبی

خانه بهداشت

بهورز

بیماریابی، ارجاع، ثبت و گزارش دهی، آموزش، پیگیری و مراقبت

مرکز بهداشتی-درمانی روستایی

پزشک عمومی

تشخیص، درمان، ارجاع، آموزش و نظارت

مرکز تخصصی شهرستان (مرکز بهداشتی-درمانی شهری یا

کلینیک بیمارستان عمومی)

روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده

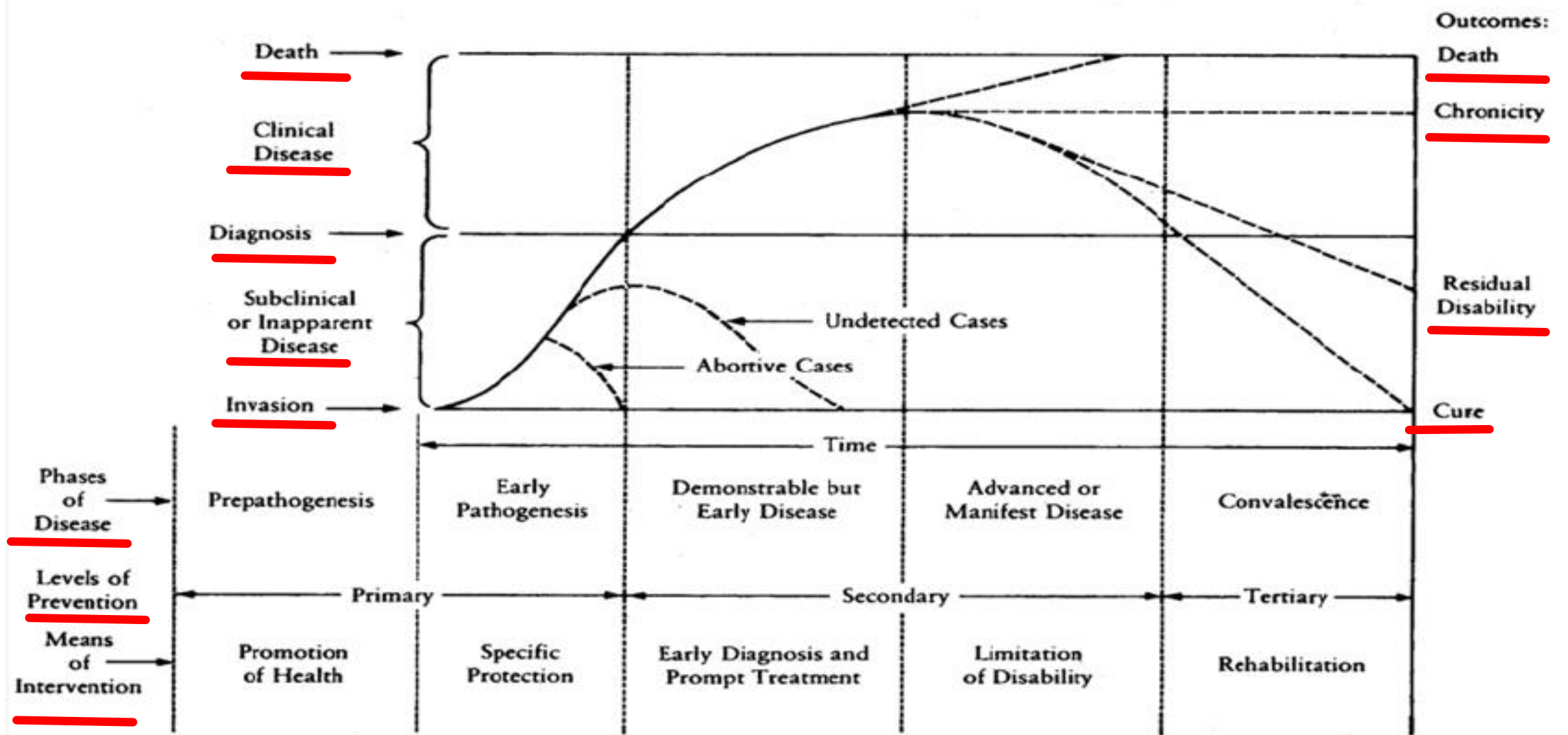
تشخیص، درمان، ارجاع، آموزش و نظارت

مرکز تخصصی استان (بیمارستان تخصصی)

روانپزشک

تشخیص، بستری، ارجاع، خدمات پاراکلینیک، آموزش و نظارت

نمودار ارایه خدمات
برنامه سلامت روان در
سطوح مختلف شبکه
سلامت



تصویر: نمایش فرایند سیر طبیعی بیماری؛ به مراحل وقوع بیماری از سلامت کامل تا مرگ در ردیف‌های افقی و مداخلات پیش‌گیری و تأثیرات آنها در ستون‌های عمودی دقت کنید. درک مفاهیم این تصویر به شما استفهام مورد نیاز برای فهم مبانی طراحی برنامه‌های سلامت را به‌دست می‌دهد.

پیشگیری از بیماریهای روانی - عصبی

پیشگیری اولیه

تمام اقداماتی هستند که برای پیشگیری از بروز بیماری عصبی - روانی صورت می گیرد. پیشگیری از بیماری با کنترل علل و عوامل خطرزا است مانند:

پیشگیری ثانویه

کلیه کارهایی که برای درمان به موقع و مناسب بیماری عصبی - روانی صورت می گیرد با هدف جلوگیری از بروز خسارت و معلولیت بیشتر شناسایی و درمان سریع بیماریها کمک در جهت برگشت به کار و فعالیتهای روزمره فرد خودداری از بستریهای غیر لازم و طولانی

پیشگیری نوع سوم

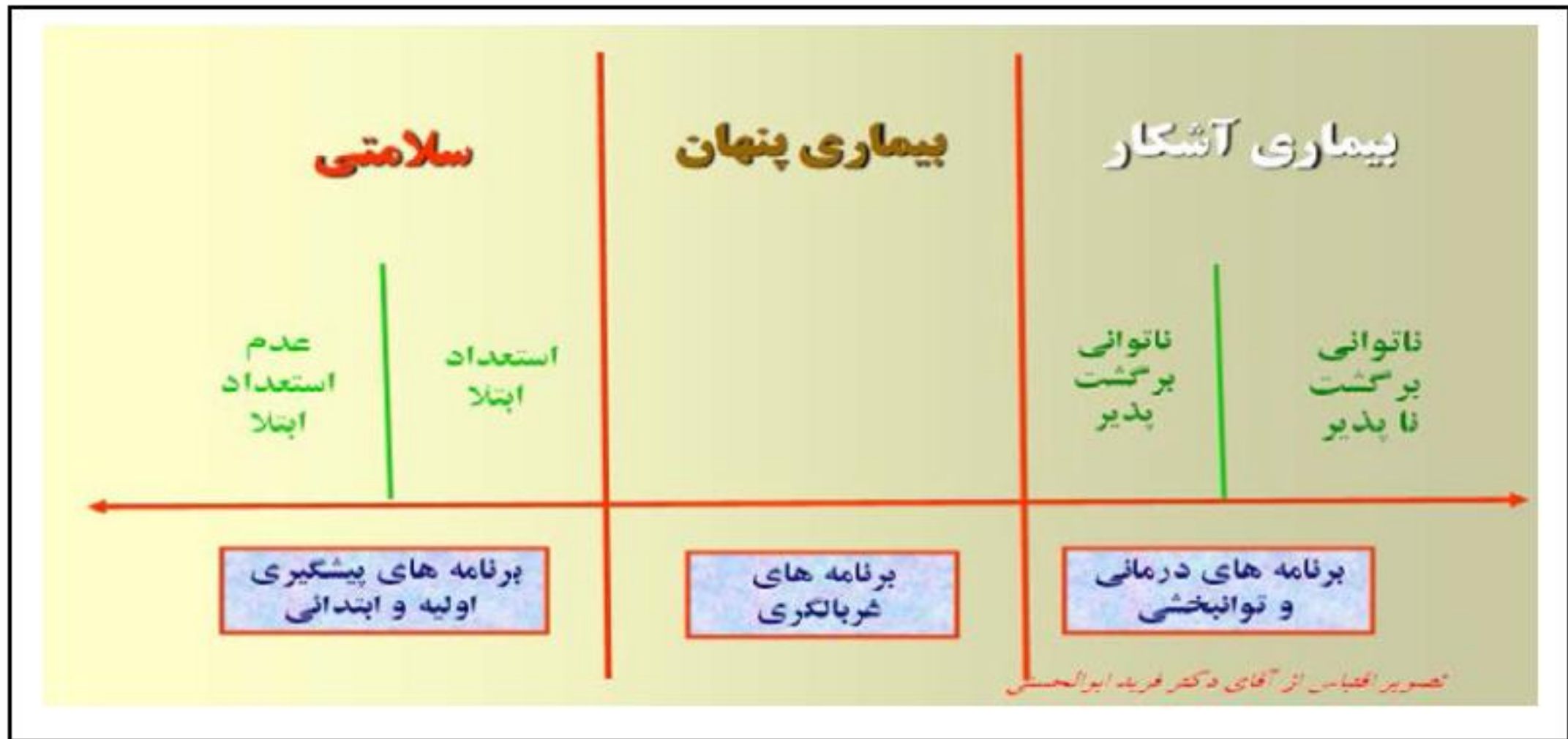
فعالتهایی که باعث توانبخشی روانی معلولین بیماریهای عصبی - روانی می شود

برنامه های پیشگیری سطح اول

- برنامه های آموزش برای فرزند پروری
- آموزش مهارت های زندگی
- آموزش سلامت روان در محیط های آموزشی و شغلی مانند مهدکودکها، مدارس ، کارخانه ها و کارگاهها

برنامه های پیشگیری سطح دوم

- پیدا کردن موارد کشف نشده ی اختلالات اسکیزوفرنی، اختلالات اضطرابی، عقب ماندگی ذهنی و بیش فعالی در کودکان و بزرگسالان به ظاهر سالم با استفاده از آزمونها و معاینات (غربالگری)
- آزمونهای اولیه برای تعیین ضریب هوشی کودکان در بدو ورود به مدرسه
- این نوع مداخلات موجب پیدا کردن تعداد موارد بیشتری از بیماران می شود ولی با انجام مداخلات و بهبود موارد کشف نشده در نهایت از شیوع بیماری ها کاسته خواهد شد



تصویر؛ طیف تندرستی و برنامه های سلامت



در سیستم بهداشت « آموزش بهداشت روان » به مردم اصلی ترین
وظیفه است که می تواند در تمام انواع پیشگیری اعمال شود و به
مردم در هر سه نوع پیشگیری کمک کند

فعاليتها و خدمات بهداشت روان تيم سلامت

۱- شناسايي، درمان و پيگيري اختلالات رواني/رفتاري کودکان

(اختلالات يادگيري - بيش فعالی و کمبود توجه - اختلالات تیک - عقب ماندگی ذهنی و اختلالات فراگیر رشد - اضطراب جدایی - اختلالات تغذیه ای و دفعی - اختلالات دلبستگی - جویدن ناخن و مکیدن شست - لکنت زبان - صرع)

۲- ارزيابی تکامل و مشاوره به والدین

۳- ارزيابی رواني / رفتاري در مدرسه، مشکلات تحصيلی و مسائل روانشناختی دوران بلوغ

۴- شناسايي، درمان و پيگيري اختلالات رواني/رفتاري بزرگسالان

(افسردگی - دوقطبی - اختلالات پسيکوتیک حاد - اختلالات پسيکوتیک مزمن - اختلالات اضطرابی مثل پانیک، هراس اجتماعی، اضطراب منتشر و سایر اختلالات اضطرابی - اختلالات خواب - اختلالات جنسی - سوگ - سردرد)

۵- مداخلات لازم برای سایر مسایل روانی

(یائسگی - زایمان و اختلالات روانی بعد از آن - استرس و سوگ)

۶- شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات روانی/رفتاری دوران سالمندی

(دمانس - دلیریوم و ...)

۷- مداخلات لازم برای اورژانسهای روانپزشکی:

(خودکشی - خشونت و پرخاشگری - مسمومیت دارویی - کودک آزاری)

۸- اقدامات پیشگیری شامل آموزش مهارت‌های زندگی

مسائل روانشناختی مرتبط با ازدواج، مهارت‌های فرزندپروری، مداخله در بحرانها و بلایا

انواع اختلالات روانی - عصبی

مشکلات و اختلالاتی که لازمست توسط بهورز مراقبت شوند:

➤ صرع Epilepsy

➤ عقب ماندگی ذهنی

➤ اختلالات شدید روانی

➤ اختلالات خفیف روانی (اضطراب - افسردگی - وسواس - بیقراری - بی اشتهایی - پرخاشگری)

➤ سایر مشکلات بهداشت روان (شب ادراری - بیش فعالی - اعتیاد - خودکشی یا دگر کشی - همسرآزاری - سکتة قلبی فشار خون بالا و کولیت با منشا اعصاب و روان)

صرع Epilepsy

۶۵٪ موارد ایدیوپاتیک باقی موارد (عفونی، دژنراتیو، نئوپلازیک یا تروما)

به هر نوع تخلیه الکتریکی غیرطبیعی قشر مغز seizure گفته می شود.

به تظاهرات حرکتی (تونیک، کلونیک یا تونیک کلونیک) حمله سیژر یا تشنج convulsion می گویند

وقتی حملات سیژر مزمن و تکرار شونده باشد به آن صرع یا epilepsy می گویند البته گاهی این اصطلاحات جابجا استفاده می شوند.

انواع حمله صرع از نظر منطقه شروع اختلال عملکرد در قشر مغز:
فوکال (ساده یا کمپلکس)
منتشر (ژنرالیزه)

انواع صرع باید شناسایی شوند

صرع مداوم بزرگ که تشنج تمام بدن را می گیرد و فرد بیهوش می شود نیاز به **ارجاع فوری** دارد

تب تشنج

- تشنج ژنرالیزه که در طی یک بیماری تب دار سیستمیک بدون درگیری پرده های مغز ایجاد شود
- غالبا در ۶ ماه تا ۴ سال
- ندرتا در ۶ تا ۷ سال
- این حالت معمولا در شروع بیماری تب دار(افزایش ناگهانی دمای بدن) دیده می شود
- با یک عفونت زمینه ای (اوتیت - فارنژیت - گاستروانتریت - روزئولا اینفنتوم یا واکسیناسیون)
- LP برای افتراق از مننژیت

فرم بیماریابی بیماران صرع و تب تشنج

۱- فردی (کودک/بزرگسال) که هر چند وقت یکبار در بیداری با خواب دچار حمله تشنج یا غش می شود، بیهوش می شود، دست و پا می زند، زبانش را گاز می گیرد از دهانش کف می آید چند دقیقه طول می کشد بعد مدتی به حال عادی بر می گردد و چیزی به خاطر نمی آورد

۲- کودکی که در سن مدرسه گاهی مات زده می شود و چند لحظه به جایی خیره می شود لبها یا دهانش را به حالت غیر ارادی حرکت می دهد یا می لیسد.

۳- کودکی که به دنبال تب شدید دچار تشنج شود

ارجاع غیر فوری - پیگیری ماهیانه
معمولا پیگیری بیمار صرعی ۳ تا ۵ سال طول می کشد تا زمانی که پزشک گواهی
بهبودی صادر کند

عقب ماندگی ذهنی

سن عقلی روانی فرد از سن زمانی عقب تر باشد
ممکنست علت آن آسیب به مغز کودک در دوران بارداری - حین زایمان - پس از تولد - دوران
کودکی باشد.

بررسی نمودار رشد - روان - حرکتی

بیماریابی - ارجاع غیر فوری - پیگیری ماهیانه - آموزش خانواده ها

فرم بیماریابی عقب ماندگی ذهنی

- ۱- کودک ۴ تا ۵ ماهه ای که گردن نگرفته، ۱۰ تا ۱۲ ماهه ای که ننشسته، ۱ تا ۱,۵ ساله ای که راه نیفتاده، ۲ تا ۳ ساله ای که حرف نمی زند و ۳ تا ۴ ساله ای که شبها خودش را خیس می کند.
- ۲- دانش آموزی که از نظر درسی از همه ضعیفتر است، مردود می شود و یا از مدرسه اخراج شده. مشکلات بند ۱ را هم داشته است.
- ۳- فرد جوان یا بزرگسالی که رفتار کودکانه دارد، از نظر عقلی و هوشی از دیگران پایینتر است، شغلی ندارد و قادر به یادگیری کار جدیدی نیست. این مشکلات و مشکلات بند ۱ و ۲ را از کودکی داشته است.



اختلالات شدید روانی

حالت غیر طبیعی در رفتار گفتار و ظاهر
جنون بیشتر در افراد بالای ۱۵ سال
شروع آن گاهی تدریجی و گاهی ناگهانی است
اکثرا نمی دانند بیمار هستند و در نتیجه به پزشک مراجعه نمی کنند معمولا توصیه ها را
هم نمی پذیرند



سؤالات ارزیابی اولیه اختلالات روان پزشکی

وجود هر یک از نشانه‌های زیر به مدت بیش از دو هفته باید پزشکان را به فکر وجود اختلالات سلامت روان در افراد

بیندازد:

- خلق افسرده و اندوهگین
- تمایل به خودکشی
- بی‌حوصلگی و احساس دل‌گرفتگی
- احساس گناه
- تمایل کم به کار کردن
- احساس دلشوره مداوم، تپش قلب، بی‌قراری
- خواب کم یا زیاد
- اشتها کم یا زیاد
- احساس دلهره بی‌دلیل و ناگهانی همراه با ترس از مرگ یا از دست دادن کنترل
- ضعف انرژی
- کاهش یا افزایش وزن
- ناامیدی از زندگی
- موقعیت‌های غیرترسناک
- احساس ترس در مواجهه با حیوانات، تاریکی، حوادث طبیعی،
- اضطراب به دنبال یادآوری یک تجربه تلخ و فاجعه‌بار
- سابقه مصرف دارو یا سوءمصرف مواد
- سابقه بیماری جسمی (تیروئید، مشکلات قلبی، تشنج، ضربه سر....)



شبکه بهداشت و درمان / شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان.....

مجتمع سلامت CH-..... مرکز / پایگاه سلامت مرکز بهداشتی درمانی

فرم شرح حال روانپزشکی در مجتمع ها / مرکز و پایگاههای سلامت و مراکز بهداشتی درمانی

شماره پرونده	تاریخ مراجعه	ساعت مراجعه	سرپرست خانوار	نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد
	/...../.....					
جنس	وضعیت تأهل			سطح تحصیلات:		تعداد فرزند
مذکر ☐ مونث ☐	مجرد ☐ متأهل ☐ مطلقه ☐ همسر فوت شده ☐ ازدواج مجدد ☐ سایر.....			بیسواد ☐ ابتدایی ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ دیپلم ☐ دانشجو ☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐ دکتری و بالاتر.....		
وضعیت شغلی فعلی			وضعیت بیمه درمانی		سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی	
بیکار ☐ شاغل ☐ نوع شغل:..... میزان درآمد:..... منبع درآمد:.....			ندارد ☐ دارد ☐ نوع بیمه:.....		ندارد ☐ دارد ☐ علت:.....	
وضعیت سکونت			متوسط درآمد ماهیانه خانوار:.....		تعداد دفعات بستری:.....	
مالک ☐ مستأجر ☐ توضیح:.....					شماره پرونده:.....	
نشانی محل سکونت:.....			شماره تماس: ثابت:..... همراه:.....			
منبع ارجاع: خانه بهداشت ☐ پایگاه ☐ مرکز سلامت ☐ خود بیمار ☐ خانواده ☐ پزشک ☐ روانشناس ☐ سایر مراجع با ذکر عنوان ☐						

الف، علت مراجعه و شکایات اصلی؛

ب، زمان شروع بیماری / وقوع مشکل؛

ج، نحوه شروع بیماری / وقوع مشکل؛ ناگهانی □ تدریجی □ نامشخص □

د، علائم شروع بیماری / مشکل فعلی

مروری بر علائم مهم :

□ فعالیت بیش از حد

□ تحریک پذیری

□ رفتارهای عجیب

□ حرف زدن با خود

□ خودزنی

□ احساس بی ارزشی

□ حرفهای بی ربط

□ کندی روانی حرکتی

□ کاهش نیاز به خواب

□ اختلال جهت یابی نسبت به زمان یا مکان یا شخص

□ دلشوره عمومی بدون عامل بیرونی

□ افکار و اعمال وسواسی

□ سرخوشی و شادی زیاد

□ پرخاشگری لفظی

□ اختلال در تمرکز

□ افکار خودکشی

□ کمبود انرژی

□ بی میلی جنسی

□ بی توجهی به نظافت شخصی

□ فقدان بینش نسبت به بیماری

□ افزایش نیاز به خواب

□ کاهش اشتها

□ احساس غمگینی

□ هذیان

□ پرحرفی

□ پرخاشگری فیزیکی

□ اقدام به خودکشی

□ احساس گناه

□ عدم لذت بردن از زندگی

□ بی قراری روانی حرکتی

□ شکایات جسمی

□ گوشه گیری

□ افزایش اشتها

□ احساس نا امیدی

□ توهم

در صورت وجود حملات تشنج؛

تاریخ آخرین حمله : تعداد حملات در ماه : وجود بیهوشی پس از حملات □ بی اختیاری ادرار □ بروز

حملات در زمان و مکان خاص □ حرکت تونیک کلونیک اندام ها □ خارج شدن کف از دهان، □ گاز گرفتگی زبان □ بروز حملات در خواب

تاریخچه تکاملی؛ □ تاخیر در نشستن □ تاخیر در سخن گفتن □ تاخیر در راه رفتن □ تاخیر در کنترل ادرار و مدفوع □ معلولیت های جسمی □

رفتارهای نامناسب با سن □ ناتوانی ذهنی

اختلال کار کرده در حوزه های؛ □ فردی □ خانوادگی □ تحصیلی □ شغلی □ اجتماعی □

۱. پیگیری و مراقبت بیمار افسرده

➤ ویزیت اول (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

➤ سپس ویزیت مجدد یک هفته بعد.

➤ ویزیت‌های بعدی طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند در غیر این صورت تا نه ماه پس از بهبودی، بیمار به صورت ماهانه ویزیت می شود.

۲. نحوه پیگیری و مراقبت بیماران دوقطبی

➤ مراقبت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

➤ ویزیت مجدد یک هفته بعد

➤ ویزیت‌های بعدی طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه ویزیت می - شود.

۳. درمان اختلال اضطرابی منتشر

- پاسخ به درمان پس از ۴ هفته ارزیابی می شود.
- در صورتی که پس از این مدت بهبودی مشاهده شود، درمان با همین دوز ادامه می یابد و در صورت عدم بهبود در عرض دو هفته بعد، بیمار به صورت غیرفوری به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده می شود.
- طول مدت درمان معمولاً حداقل یک سال است و تصمیم به قطع درمان همواره توسط سطح تخصصی بالاتر گرفته می شود.

۴. درمان وسواس

- چهار هفته بعد ارزیابی از نظر پاسخ به درمان انجام می شود.
- در ادامه درمان، ویزیت ماهانه تا ۶ ماه انجام می شود. برای تصمیم گیری در مورد قطع درمان ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی صورت می گیرد.

۵. درمان اختلال اضطراب اجتماعی

- در موارد خفیف تر ویزیت منظمی پیش بینی نمی شود و بیمار در صورت بروز مشکلی برای ویزیت مراجعه می کند.
- در موارد شدیدتر ویزیت ماهانه تا ۶ ماه و ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی برای تصمیم گیری در مورد قطع درمان..

۶. درمان، پیگیری و مراقبت بیماران سایکوتیک

◀ درمان این بیماران معمولاً کوتاه مدت نیست و ممکن است از یک سال تا پایان عمر بیمار طول بکشد. برنامه درمان و زمان ویزیت های بعدی توسط سطح تخصصی مشخص می شود. به طور معمول زمانی که بیماری در دوره فعال است لازم است فاصله ویزیت ها کوتاه تر باشد؛ مثلاً هر هفته یا دو هفته یک بار.

◀ وقتی علائم کنترل شده است ویزیت ماهانه هم کافی است. نظارت بر مصرف درست داروها، بررسی از نظر وجود عوارض دارویی، وضعیت خواب و اشتها، پیگیری عود علائم، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و بیماری از جمله مداخلات لازم در ویزیت های پیگیری است.

۷. اختلالات شبه جسمی

◀ ویزیت ها به تعداد خاصی (مثلاً یک بار در ماه) محدود شود و با نظم معینی انجام شود.

۸. کم توان ذهنی

- ◀ نحوه ادامه پیگیری و مراقبت از بیمار پس از بازگشت از ارجاع بر اساس پسخوراند سطح تخصصی انجام می شود.
- در صورتی که اختلال دیگری به طور همزمان وجود داشته باشد، پیگیری بر اساس مدل آن بیماری انجام خواهد شد.
- ◀ این بیماران را می توان هر سه تا شش ماه از نظر بروز مشکل های احتمالی جدید بررسی کرد

۹. صرع

- ◀ در صورت کنترل شدن بیماری، هر دو ماه باید ویزیت ها تکرار شود.
- ◀ در مراجعات و پیگیری های دو ماهه بیمار، بررسی از نظر ۱- کنترل حملات ۲- عوارض دارویی انجام شود و هر سه ماه CBC و آزمون های کبدی چک شود.

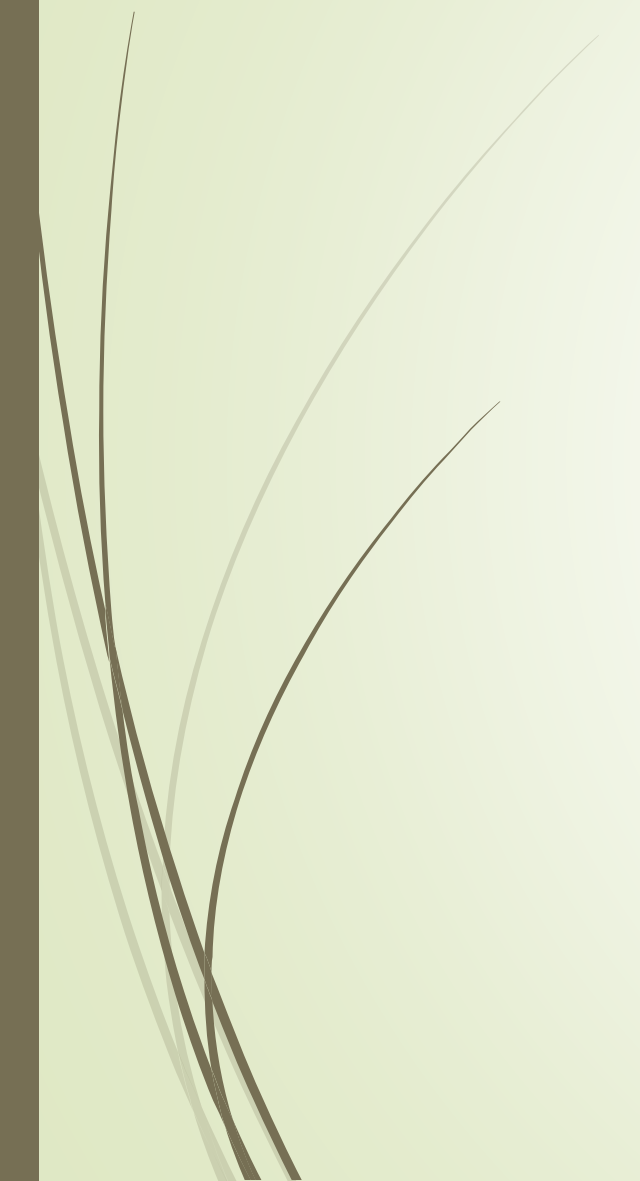
◀ پزشک مراقبت‌های اولیه لازم است در طول درمان وضعیت رشدی و وزن کودک را در فواصل هر ۳ تا ۶ ماه یک‌بار ارزیابی کند. تغییر یا قطع دارو باید با نظر پزشک متخصص انجام شود.

۱۱. خودکشی

◀ ویزیت اولیه پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

◀ دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد تشخیص و علل ایجاد افکار خودکشی، نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و ویزیت مجدد طی دو هفته بعد.

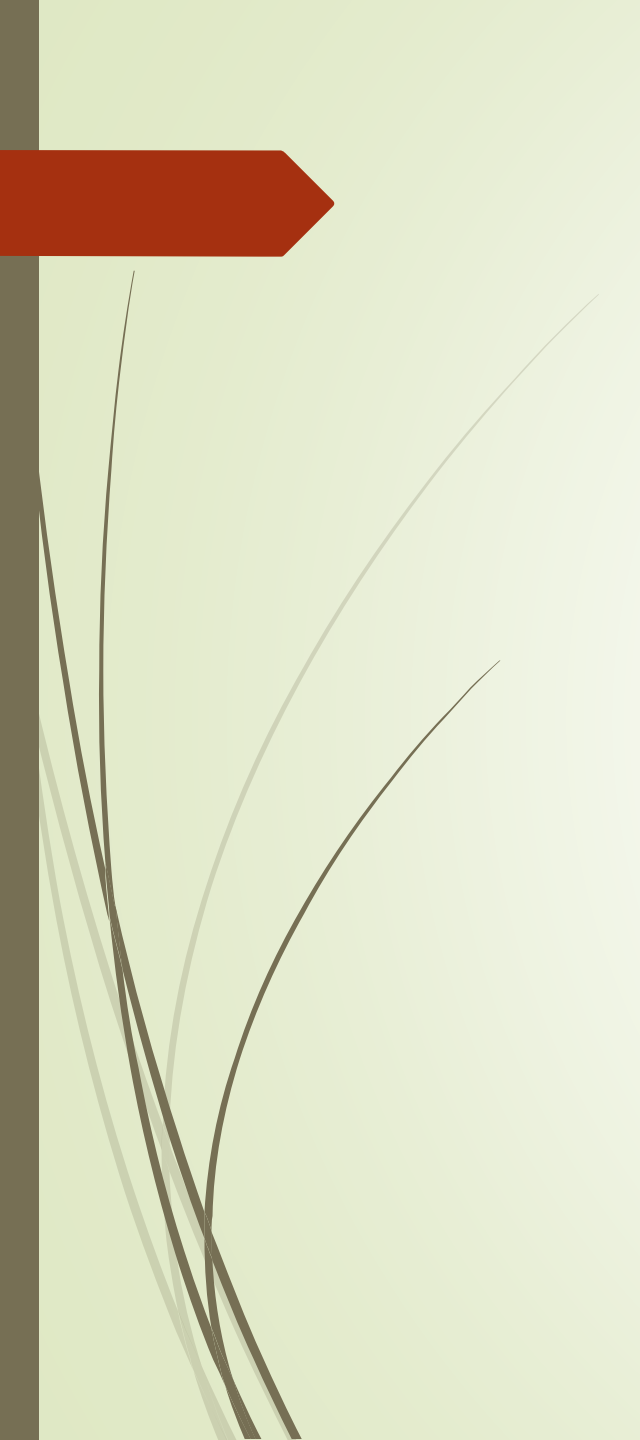
◀ ارجاع غیرفوری به کارشناس بهداشت روان جهت انجام ارزیابی‌های روان‌شناختی و مداخلات درمانی غیردارویی.



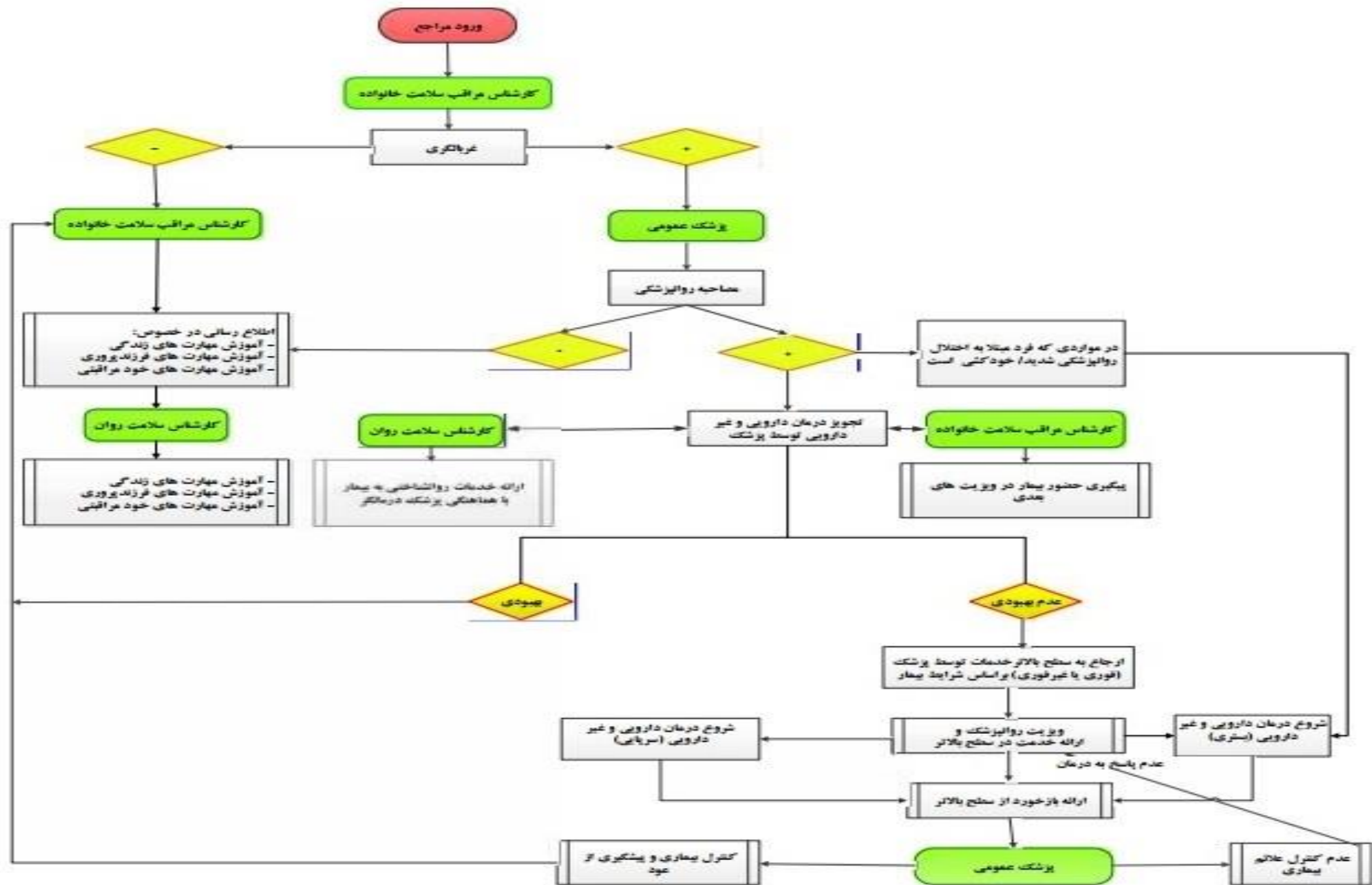
Depression

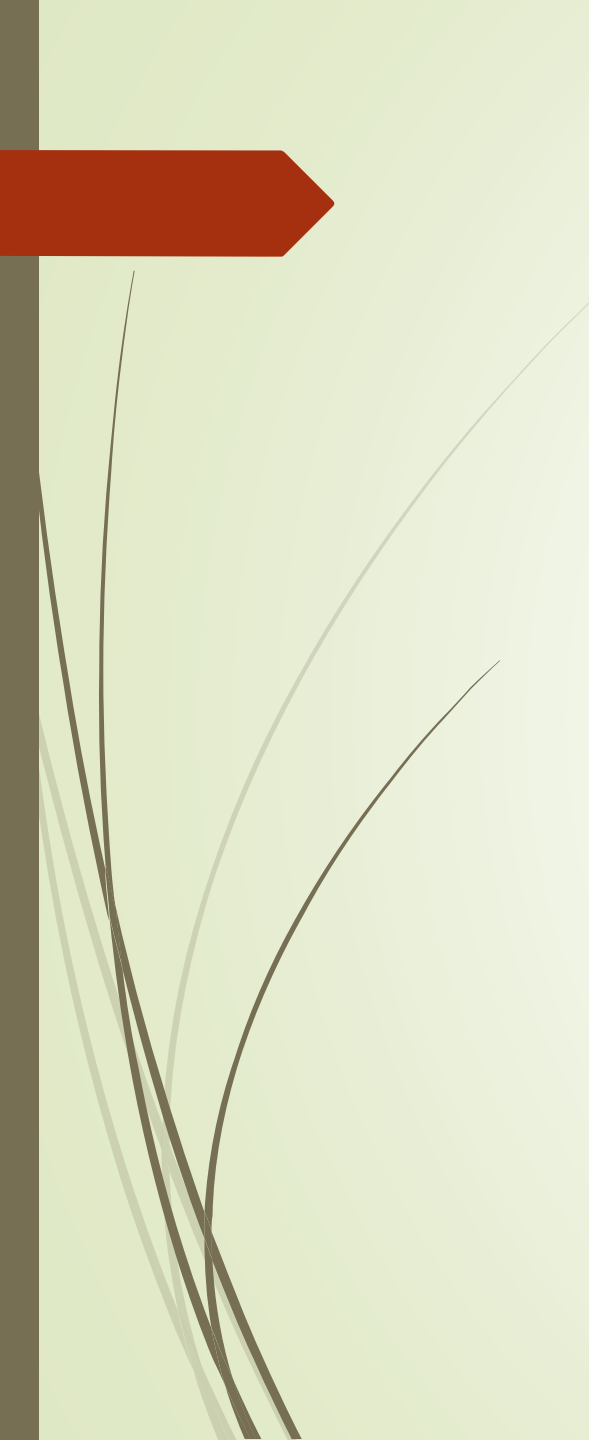
الگوریتم ۱ - تشخیص و مدیریت اختلالات افسردگی





فلوچارت سلامت روان

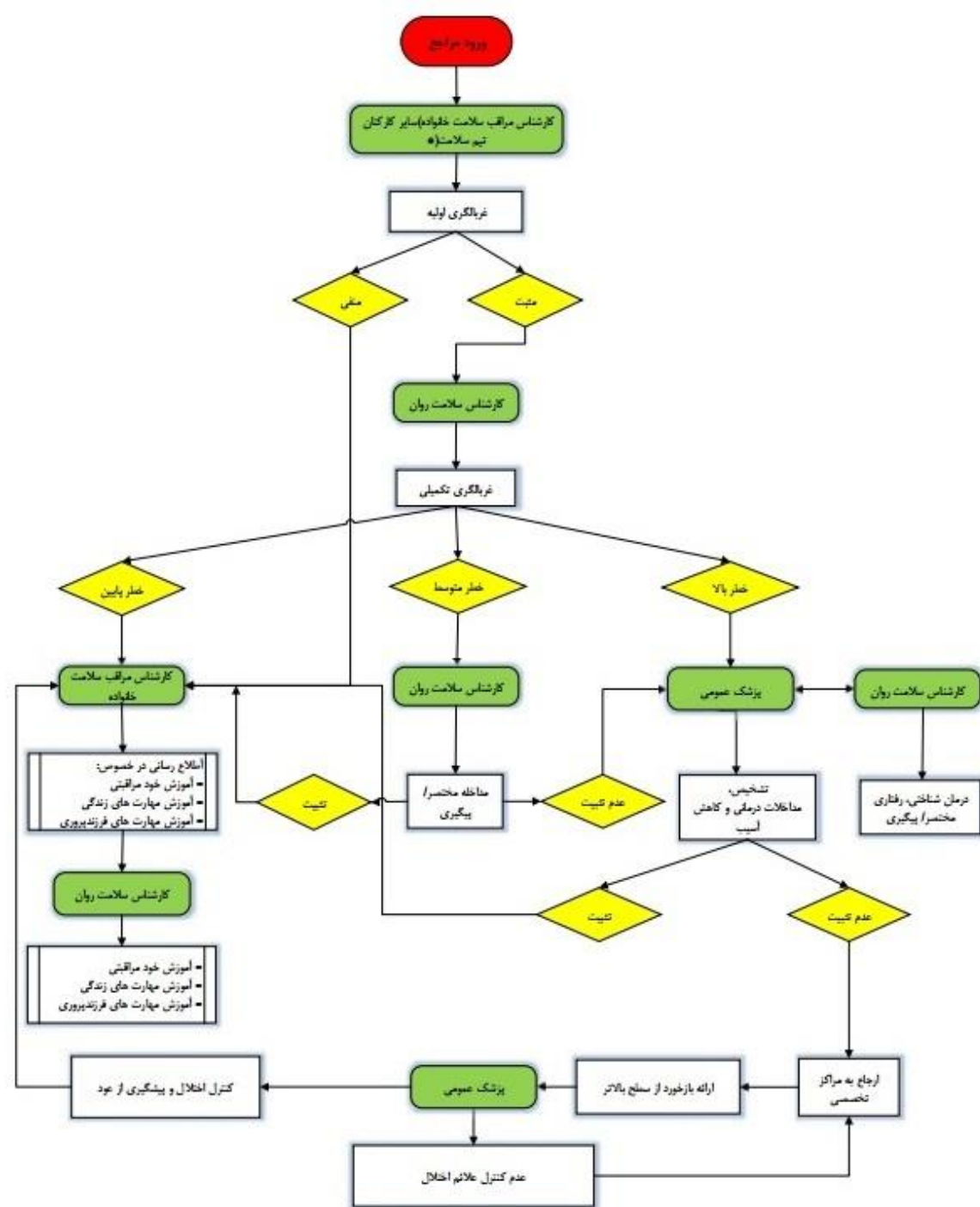




فلوچارت سلامت اجتماعی



فلوچارت پیشگیری از مصرف مواد





پیگیری توسط بهورز

۱. آیا بیمار طبق دستور پزشک بطور مرتب داروهای خود را مصرف می کند؟
۲. بیمار چقدر بهبود یافته است؟
۳. آیا عوارضی از مصرف داروها دارد؟
۴. آیا بیمار مجدد شروع به کار کرده است؟
۵. آیا بیمار برای ادامه درمان به موقع به پزشک مراجعه کرده است؟

پایان