

برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان

راهنمای مداخله

برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد
در ساختار غیر تخصصی نظام سلامت

آذر ۱۳۹۴



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد



به نام خدا



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ با عنوان

Mental Health GAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings

© سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۰)

سازمان جهانی بهداشت، حق ترجمه و مسئولیت بومی سازی و چاپ کتاب را به زبان فارسی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داده است. در صورت هرگونه ناهمجواری بین نسخه انگلیسی و فارسی، نسخه انگلیسی به عنوان نسخه اصیل محسوب می شود.

عنوان کتاب: برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان - راهنمای مداخله برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد در ساختار غیر تخصصی نظام سلامت

مترجمین: دکتر احمد علی نور بالا، دکتر احمد حاجبی

دکتر سید محمد باقر یزدی، دکتر جعفر بوالهروی
ویراستاران: دکتر احمد علی نور بالا، دکتر احمد حاجبی
شابک:

ناشر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در ترجمه کتاب سمانه کریمان (روانپزشک)، مهناز کلیشادی و هانیه السادات باقری یزدی همکاری داشته اند.
در بومی سازی کتاب افراد مشروحه زیر به عنوان صاحب نظر و در قالب نشست تخصصی مشارکت فعال داشته اند:

دکتر احمد علی نوربالا

(استادروانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران)،

دکتر جعفر بوالهروی

(استادروانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران)،

دکتر احمد حاجبی

(روانپزشک - مدیرکل دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت)،

فاطمه زارعی
(دکترای آموزش و ارتقای سلامت)،

سیدعباس باقری یزدی
(کارشناس ارشد بازنشسته دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت)،

غلامرضا میرسپاسی
(دانشیار بازنشسته روانپزشکی و عضو هیات مدیره انجمن علمی روانپزشکان ایران)،

همایون امینی
(استادروانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران)،

عباسعلی ناصحی (استادیارروانپزشکی موسسه علمی کاربردی جمعیت هلال
احمر جمهوری اسلامی ایران)،

محمدباقر صابری ظفرقندی
(دانشیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران)،

ونداد شریفی
(دانشیارروانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران)،

نیلوفر مهدوی
(استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)،

جواد محمودی قرایی
(دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان)،

مژگان خادمی
(فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان)،

سید مهدی صمیمی اردستانی
(دانشیارروانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)،

مریم نوروزیان
(نورولوژیست، دانشیار نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران)،

مسعود احمدزاد اصل
(استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران)،

رئوفه قیومی
(روانپزشک)،

طاهره کرمانی رنجبر
(روانپزشک - فلو روانتنی)،

فرناز اعتصام
(روانپزشک - فلو روانتنی)،

بابک مویدالدین
(روانپزشک ساکن سوئیس)،

امیر مویدالدین
(روانپزشک کودک و نوجوان ساکن سوئیس)،

مرتضی جعفری نیا
(روانپزشک - فلو روانتنی)،

آروین هدایتی
(روانپزشک - فلو روانتنی)،

مریم علمدار
(روانپزشک - فلوروانتنی)،

محمد قضایی پور
(پزشک عمومی)،

حمیدرضا نحوی زاده
(پزشک عمومی مرکز CMHC)،

پروین حسن زاده
(پزشک عمومی مرکز CMHC)،

جواد جهرومی شیرازی
(پزشک عمومی مرکز CMHC)

شاخص حداقل درمان کافی نشان داد که فقط ۲۰ درصد از کل بیماران روان پزشکی، حداقل درمان کافی را دریافت می کنند. گروه هایی از بیماران که کمترین بهره مندی را از خدمات بهداشت روانی و نازل ترین کیفیت درمان را داشتند ساکنین شهرها و اقشار کم درآمد بودند. بنابراین برنامه ریزی دقیق و جدی برای افزایش دسترسی افراد نیازمند به این خدمات و بهبود کیفیت خدمات از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار است.

برنامه عملیاتی شکاف در خدمات سلامت روان توسط سازمان جهانی بهداشت، با هدف ارتقاء کمی و کیفی خدمات برای افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی، به ویژه در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، طراحی شده است. این برنامه ادعا می کند که با مراقبت های مناسب، مداخلات روانی- اجتماعی و درمان دارویی می توان ده ها میلیون نفر از افراد مبتلا به افسردگی، اسکیزوفرنیا و صرع را درمان کرد و از خودکشی جلوگیری نمود و به افراد کمک کرد تا حتی در کشورهای با منابع محدود، زندگی طبیعی داشته باشند. کتاب حاضر در راستای ارائه خدمت به بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی و همچنین کاهش شکاف بین خدمات موجود و خدمات مورد نیاز جوامع، تدوین شده است و بی شک به عنوان یک راهنمای بالینی برای کارکنان غیر تخصصی از جمله پزشکان عمومی کارگشا خواهد بود.

دکتر احمد حاجبی

مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون متمادی مطرح بوده است اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده عموماً بعد جسمی آن مد نظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد سلامتی بخصوص بعد روانی آن توجه شده است. سازمان جهانی بهداشت، ضمن توجه دادن مسئولین کشورها به تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه، همواره بر این نکته تأکید دارد که هیچ یک از این سه بعد بر دیگری برتری ندارد.

طبق گزارشات سازمان جهانی بهداشت، در طول دهه های آینده جهان شاهد تغییرات عمده ای در زمینه اپیدمیولوژی بیماری ها و نیازهای بهداشتی جامعه خواهد بود، به گونه ای که بیماریهای غیرواگیر همچون بیماری های روانی به سرعت جایگزین بیماریهای عفونی و واگیردار گردیده و در صدر عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگهای زودرس قرار می گیرند. طبق برآوردهای این سازمان، میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است و تمامی جوامع و گروه های سنی را درگیر می کند. از آنجایی که ۱۴٪ از بار کلی بیماری ها به اختلالات روانپزشکی، نورولوژیک و مصرف مواد نسبت داده می شود، بنابراین اکثر مردم به نوعی تحت تاثیر این اختلالات قرار می گیرند. این در حالی است که در برنامه ریزی های توسعه اجتماعی و اقتصادی، پایین ترین اولویت به آنها داده می شود. دلیل این افزایش را تا حدود زیادی می توان وابسته به رشد روزافزون جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی همچون شهرنشینی، فروپاشی خانوارهای گسترده و مشکلات اقتصادی دانست.

هر چند معدود مطالعات اپیدمیولوژیک گسترده و جامع در کشور ما انجام شده است، اما اطلاعات به دست آمده دلالت بر این دارند که در طول دو دهه گذشته میزان شیوع اختلالات روانپزشکی بین ۲۰ تا ۲۵ درصد متغیر بوده و درصد بالایی از آنها نیازمند خدمات سلامت روان هستند. علاوه بر این، ارزیابی میزان دسترسی افراد به خدمات بهداشتی درمانی نشان داد با اینکه بخش قابل ملاحظه ای از بیماران روان پزشکی برای دریافت خدمات مشاوره ای و درمانی احساس نیاز می کنند اما حدود دو سوم افراد مبتلا، از مداخلات بهداشتی درمانی بهره مند نمی شوند. همچنین، بررسی

این کار ملی صمیمانه یاری دادند و در مجموع تعداد زیادی پیشنهادهای اصلاحی و یا حذفی با توجه به شرایط خاص بومی و فرهنگی کشور ایران، برای این راهنما ارائه شد که طی چند بار رفت و برگشت به سازمان بهداشت جهانی، برخی از پیشنهادها مورد قبول و در متن پیش رو اعمال شد.

اینجانب به عنوان فردی که سی سال از عمرم را مرتبط با آموزش، بهداشت و درمان مرتبط با سلامت روان تجربه و آموخته ام واز کم و کیف سیمای قبلی و فعلی سلامت روان ایران و نیز شبکه مستحکم بهداشت و درمان و به ویژه سلامت روان و نیز وجود پزشکان عمومی علاقمند و فراوان را در کشور اطلاع دارم سخت بر این باورم که نظام سلامت ایران، کشور عزیز ما نیز برای پرکردن شکاف سلامت روان باید از این کتاب راهنمای عملی، بهره ای جدی بگیرد و پر واضح است که نقش روانپزشکان برای آموزش، تشخیص گذاری و درمان والیته مشاوره در موارد پیچیده و نیز باز نگری در این سند کماکان ممتاز و منحصر به فرد باقی خواهد ماند.

این کتب نه تنها اصول راهنما برای کادر غیر تخصصی سلامت روان از جمله پزشکان و تیم بهداشت روان لازم و حیاتی است بلکه مطالعه آن برای روانپزشکان شاغل در بخش های دولتی و حتی خصوصی، نیز چون راهنمای عملی تشخیص و درمان به صورت عصاره مهارتی کاربردی، در ارتباط با اختلالات شایع روانپزشکی مفید و ثمر بخش خواهد بود گرچه انتظار می رود برای اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواسی جبری و اختلال استرس پس از سانحه نیز باید در مرحله تکمیلی به این گایدلاین اضافه نمود.

در پایان بر خود فرض می دانم از تمام همکاران علمی و اجرایی و مدیریتی که از آنان نام برده شده و یا نشده است و در تدوین و بومی سازی این سند و کتاب ما را یاری داده اند کمال تشکر و سپاسگزاری را داشته باشم و اعلام نمایم که با امتنان فراوان و خاضعانه از پیشنهاد های اصلاحی و تکمیلی همگان برای چاپ های بعدی استقبال می کنم.

دکتر احمد علی نوربالا

استاد روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

افراد یعنی، ۶۵/۳٪ دارای اختلالات روانپزشکی از خدمات روانپزشکی بهره مند نمی شوند.

باتوجه همین یافته ها که تا حدی جهان شمول است و وضع موجود با وضع مطلوب فاصله و شکاف زیاد دارد. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸، برنامه «شکاف در سلامت روان و راهنمای عملیاتی برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد» را به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط راه اندازی کرد و خواستار اجرایی شدن آن براساس تطابق و سازگاری با شرایط بومی و ملی هر کشور شد.

حقیر این توفیق را داشتم که پس از انتشار سند علمی اجرایی فوق، و با عنایت به شناختی که از شرایط سلامت روان جامعه ایرانی و نیز قوت و ضعف آن نیز اطلاعات نسبتاً جامعی داشتم وهم باور بودم با برداشت دکتر مارگارت چان / مدیر کل وقت سازمان جهانی بهداشت که در مقدمه این سند چنین آورده بود: «این تصور اشتباه است که ارتقاء و پیشرفت برنامه های بهداشت روان نیاز به فن آوری های پیچیده و گران قیمت و تخصص کارکنان دارد. واقعیت ایناست که بسیاری از اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد و بیماری های با شیوع و مرگ و میر بالا را می توان توسط مراقبین بهداشتی غیرمتخصص مدیریت و اداره کرد. آنچه لازم است افزایش دادن ظرفیت سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه و ارائه بسته های آموزشی یک پارچه برای یادگیری نحوه مراقبت، حمایت و نظارت است».

بنا بر این بدنبال بومی و اجرایی شدن آن در ایران بودم تا زمانیکه با پیشنهاد و همراهی و همفکری دوست عزیز، استاد گرانقدر جناب آقای دکتر بوالهروی، موفق شدیم در مرحله اول از طریق موافقت فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، سند مذکور را ترجمه و در کنار آن، شاخص پیشنهادی رصد سلامت روان را در ایران پیشنهاد نمایم و سرانجام در مرحله ای دیگر با پیشنهاد دوست و همکار گرامی، جناب آقای دکتر احمد حاجبی، مدیر کل محترم دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و موافقت دفتر نمایندگی سازمان بهداشت جهانی در ایران، سند ترجمه شده را بازنگری و به صورت بومی شده، آن را برای انتشار آماده نمایم.

قابل ذکر است که همکاران علمی از اساتید صاحب نظر دانشگاه که نام همکاری آنان زینت بخش همکاران در صفحه اول می باشد ما را در اجرای

زمانی که در سال ۱۹۹۶ میلادی، نتیجه پژوهشگران بین المللی در رابطه با بار کلی بیماری ها و سناریوی احتمالی برآورد برای تغییر رتبه بار بیماری ها تا سال ۲۰۲۰ توسط سازمان بهداشت جهانی منتشر شد، نتیجه آن برای بسیاری از صاحب نظران نظام سلامت تا اندازه ای حیرت آور بود، چه که تا آن زمان، بار اختلالات روانی به شدت کمتر از آن چه هست برآورد می شد براساس این گزارش، برخی از اختلالات روانی از جمله افسردگی رتبه دوم بار بیماری ها را در سال ۲۰۲۰ به خود اختصاص خواهد داد و در میان ده علت اول معلولیت در کل جهان در سال ۱۹۹۰، که براساس سال های سپری شده با ناتوانی ارزیابی می شود، پنج علت مربوط به اختلالات روانی بوده است. و به همین جهت در سال ۲۰۰۱ میلادی، شعار روز جهانی سلامت روان سازمان بهداشت جهانی، «غفلت بس است بی محابا اقدام نماید» انتخاب شد. پژوهش های بعدی که برآورد تا سال ۲۰۳۰ میلادی، توسط سازمان جهانی بهداشت، را منتشر نمود موید آن بود که در کشورهای توسعه یافته در سال ۲۰۳۰ رتبه اول بار بیماری ها و در کشورهای در حال توسعه پس از بیماری ایدز، رتبه دوم به اختلال افسردگی اختصاص خواهد یافت. همگی این یافته ها حکایت از اهمیت روزافزون توجه به سلامت روان حداقل تا سال ۲۰۳۰ میلادی در همه دنیا دارد.

در کشور ایران نیز براساس مطالعه ملی بار بیماری ها و آسیب ها که توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطح ملی و برای شش استان توسط دکتر نقوی و همکاران در سال ۱۳۸۲، انجام شده است - دومین مرتبه بار بیماری ها برحسب مجموع سال های به هدر رفته عمر (DALYs) در ایران با سهم ۱۶٪ مربوط به بیماری های روانی و اختلالات رفتاری می باشد و البته در مورد زنان، اختلالات روانی، رتبه اول را به خود اختصاص می دهد.

در مطالعه دیگر بار بیماری ها در ایران مرتبط با سال های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۳ که توسط دکتر فروزانفر و همکاران صورت گرفته است در بین ۱۲ رتبه اول بار بیماری ها در ایران، پنج مورد مربوط به اختلالات روانی است. و نیز یافته های دیگری که روند روبه تزاید اختلالات روانی را در شهر تهران نشان می دهد و نیز نکته مهم آن که براساس پیمایش ملی سلامت روان، مربوط به دکتر رحیمی موقر و همکاران، نزدیک به دو سوم

		۵	پیش گفتار
۲۷	شرح مداخلات افسردگی		
	افسردگی متوسط-شدید	۱۳	مقدمه
۳۷	سایکوز		
۴۱	شرح مداخلات سایکوز	۱۵	دستورالعمل استفاده از راهنما
۴۵	اختلالات دوقطبی		
۵۰	شرح مداخلات اختلالات دوقطبی	۱۹	اصول کلی مراقبت
۵۵	صرع / تشنج	۲۴	چارت اصلی راهنما
۶۲	شرح مداخلات صرع / تشنج		
۶۵	اختلالات تکاملی		
۶۹	شرح مداخلات اختلالات تکاملی		
۷۱	اختلالات رفتاری		
۷۶	شرح مداخلات اختلالات رفتاری		
۷۹	دمانس		
۸۴	شرح مداخلات دمانس		
۸۹	مصرف الکل و اختلالات آن		
۹۵	شرح مداخلات مصرف الکل و اختلالات آن		
۹۹	مصرف مواد و اختلالات آن		
۱۰۴	شرح مداخلات مصرف مواد و اختلالات آن		
۱۰۹	آسیب به خود / خودکشی		
۱۱۵	شرح مداخلات آسیب به خود / خودکشی		
۱۱۷	سایر شکایات مهم غیر قابل توضیح عاطفی یا پزشکی		
۱۲۱	مداخلات پیشرفته روانی اجتماعی		

برای من مایه بسی خوشحالی است که این «برنامه راهنما» به عنوان یک ابزار فنی در اجرای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان از طریق بررسی مدارک و شواهد و نیز در پی مشورتی بین المللی و فرآیندی مشارکتی ارائه می شود و طیف گسترده ای از توصیه ها برای تسهیل در مراقبتهای باکیفیت بالا و در سطح اول و دوم مراقبتهای بهداشتی اولیه غیر تخصصی برای اشخاص یا سازمان های فقیر فراهم کرده است. این راهنما هم چنین مدیریت یک پارچه برای استفاده از پروتکل های دارای اولویت در تصمیم گیری بالینی را ارائه می نماید.

امیدوارم که این راهنما برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، تصمیم گیران و مدیران برنامه در مراقبت از افرادی که دارای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد هستند مؤثر واقع شود. به یاد داشته باشیم که ما باید از دانش کافی در این زمینه برخوردار باشیم و چالش عمده ما در حال حاضر ترجمه و برگردان این راهنما به صورت عملی و رسیدن به نیازهای آن دسته از افرادی است که در این زمینه بیشترین نیاز را دارند.



دکتر مارگارت چان / مدیر کل

سیستم بهداشت و درمان در سراسر جهان با چالش های عظیمی در ارائه خدمات و حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد، روبرو است. منابع در دسترس ناکافی بوده، غیرمنصفانه توزیع شده و بازده آن کم است. به عنوان یک نتیجه گیری باید گفت که گروه کثیری از افراد مبتلا به این اختلالات، هیچ گونه خدماتی را دریافت نمی کنند.

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸، برنامه «شکاف در سلامت روان و راهنمای عملیاتی برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد» را به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط راه اندازی کرد. ۱۴ درصد بار کلی بیماریها مربوط به این اختلالات است. تقریباً سه چهارم از بار این بیماریها مربوط به کشورهای با درآمد کم و متوسط است. منابع موجود در این کشورها ناکافی است و در اکثریت قریب به اتفاق این کشورها ۲ درصد بودجه بهداشتی به سلامت روان اختصاص یافته است. این امر موجب شکاف زیاد در امر درمان در بیش از ۷۵ درصد کشورهای با درآمد کم و متوسط شده است.

اقدام در این زمینه ها یک حس خوب اقتصادی را باعث می شود. مداخله در زمینه اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد با روش های موثر و قابل توجه، توانایی کودکان برای یادگیری و توانایی بزرگسالان برای عمل در خانواده، محل کار و جامعه را بهبود می بخشد. اقدام در این زمینه راهکاری به نفع فقرا است. این اختلالات در جهت عوامل خطر یا عواقب ناشی از بسیاری از انواع مشکلات سلامتی مردم بوده و با فقر و اوضاع نامساعد اجتماعی و حاشیه نشینی ارتباط دارد.

این تصور اشتباه است که ارتقاء و پیشرفت برنامه های بهداشت روان نیاز به فن آوری های پیچیده و گران قیمت و تخصص کارکنان دارد. واقعیت ایناست که بسیاری از اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد و بیماری های با شیوع و مرگ و میر بالا را می توان توسط مراقبین بهداشتی غیرمتخصص مدیریت و اداره کرد. آنچه لازم است افزایش دادن ظرفیت سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه و ارائه بسته های آموزشی یک پارچه برای یادگیری نحوه مراقبت، حمایت و نظارت است.



دهنده خدمات سرپایی و پرستاری می باشند. در این سطح خدمات توسط پزشکان عمومی، دندانپزشکان، کارکنان بالینی، پرستاران، داروسازان و ماماها ارائه می شود. تسهیلات موجود در سطح دوم، شامل بیمارستان می گردد که بعنوان اولین سطح ارجاع مسئولیت ارائه خدمات به افراد در یک شهرستان یا منطقه جغرافیایی با جمعیت تعریف شده بوده و توسط یک سازمان اداری دولتی همچون مرکز بهداشت شهرستان مدیریت می شود. درمانگران یا متخصصین بهداشت روان در سطح شهرستان، فعالیت های سطح اول ارائه خدمات را با ارایه مشاوره و پذیرش موارد ارجاعی حمایت می کنند.

این راهنما به صورتی خلاصه تهیه شده است تا افراد غیرمتخصص شاغل در کشورهای با درآمد کم و متوسط بتوانند این مداخلات را به آسانی ارائه نمایند. جزئیات آنچه را که باید انجام شود شرح داده شده اما نحوه انجام آن را شرح نمی دهد. مهم این است که ابتدا برای اجرای این برنامه کارکنان غیرمتخصص ارائه هنده خدمات در مراقبتهای بهداشتی اولیه آموزش ببینند و سپس با نظارت، برنامه شکاف در سلامت روان برای مراجعینی که دارای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد هستند را بکار گیرند.

هدف این راهنما توسعه پوشش خدمات نمی باشد چرا که در سازمان جهانی بهداشت، اسنادی برای توسعه پوششی خدمات وجود دارد. این راهنما شامل ابزاری برای ارزیابی نظام های سلامت روان، برنامه ها و سیاست های بهداشت روان و ارائه بسته های راهنمای آموزشی و متونی برای ادغام بهداشت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه است. اطلاعات کامل در مورد راهنمای عملیاتی برای برنامه شکاف در سلامت روان در سند زیر از سازمان جهانی بهداشت منتشر شده و نسخه رایگان آن در پایگاه الکترونیک سازمان از زنو در دسترس است:

Mental Health Gap Action programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders

توسعه راهنمای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان

راهنمای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان از طریق یک فرآیند متمرکز مبتنی بر شواهد تهیه شده است. در این راستا بررسی های سیستماتیک به منظور دریافت پیشنهادات مبتنی بر شواهد انجام گردید. این فرایند با نشست گروهی از کارشناسان بین المللیاز دفاتر سازمان جهانی بهداشت که با دبیرخانه سازمان همکاری نزدیک داشتند همراه گردید. آنگاه پیشنهادات با همکاری گروهی از کارشناسان بین المللی به مداخلات گام به گام تبدیل شد. سپس راهنمای تهیه شده بین طیف وسیعی از منتقدان در سراسر جهان قرار گرفت و مشارکت های گوناگونی در جهت ارتقاء آن بکار گرفته شد. این کتاب راهنما براساس دستورالعمل های برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان برای مداخلات روانی، عصبی و اختلالات مصرف مواد تدوین شده است. این برنامه و دستورالعمل های اجرای آن در طول ۵ سال مرور و به روز رسانی خواهد گردید. هر گونه تجدید نظر و به روز رسانی به صورت آنلاین در دسترس خواهد بود.

هدف راهنمای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان

این راهنما برای استفاده در مراکز مراقبت های بهداشتی اولیه غیر تخصصی تدوین یافته است. هدف این راهنما کمک به کارکنان ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی اولیه در سطوح اول و دوم می باشد. این ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی اولیه ممکن است در یک مرکز بهداشتی درمانی و یا بعنوان تیم بالینی در بخشی از یک بیمارستان یا کلینیک مشغول ارائه خدمت باشند. این افراد عبارتند از: پزشکان عمومی، پزشکان خانواده، پرستاران و یا دیگر کارکنان مراقبتهای بهداشتی اولیه. سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی نیز می توانند با تطبیق دادن وظایف خود با این راهنما، از آن استفاده کنند. تسهیلات سطح اول ارائه خدمات شامل مراکز مراقبت های بهداشتی اولیه است که به عنوان اولین نقطه اتصال با جامعه، مردم و نیازمندان خدمات بهداشتی، ارائه

حدود چهار نفر از پنج نفر مردم کشورهای با درآمد کم ومتوسط که نیاز به خدمات روانی، عصبی و مصرف مواد دارند هیچگونه خدمتی دریافت نمی کنند.

حتی زمانی که این خدمات در دسترس هستند اغلب مبتنی بر شواهد نبوده و با کیفیت بالا ارائه نمی شوند. سازمان بهداشت جهانی به تازگی برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان را برای کشورهای با درآمد کم ومتوسط و با هدف افزایش خدمات در زمینه اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد راه اندازی نموده است. این برنامه عملیاتی، به منظور تسهیل در ارائه مداخلات مبتنی بر شواهد، قابل ارائه در مراکز مراقبت های بهداشتی غیر تخصصی ایجاد گردیده است.

غالبا این ایده شایع، لیکن اشتباه وجود دارد که بدلیل پیچیدگی بیش از حد، مداخلات سلامت روان تنها می تواند توسط کارکنان متخصص ارائه گردد.

تحقیقات در سال های اخیر نشان داده اند که امکان ارائه مداخلات روانی اجتماعی و دارویی در مراکز مراقبت های بهداشتی غیر تخصصی وجود دارد. مدل راهنمای حاضر براساس مرور اطلاعات علمی موجود در این زمینه تهیه گردیده و مداخلاتی را در بر می گیرد که قابل استفاده در کشورهای با درآمد کم و متوسط می باشد. این برنامه عملیاتی شامل رهنمودهایی در زمینه مداخلات مبتنی بر شواهد به منظور شناخت و مدیریت برخی موقعیت های دارای اولویت می گردد. موقعیت های دارای اولویت در این برنامه شامل افسردگی، سایکوز، اختلالات دوقطبی، صرع، اختلالات رشدی و رفتاری در کودکان و نوجوانان، دمانس، اختلالات استفاده از الکل و مواد مخدر، خود آزاری یا خودکشی و دیگر شکایات مهم وقابل توجه عاطفی یا پزشکی می باشد. این اولویت ها به دلیل بالا بودن میزان بار ناشی از مرگ ومیر، از کار افتادگی ومعلولیت و همچنین هزینه اقتصادی بالاو مرتبط بودن با نقض حقوق بشر، انتخاب گردیده اند.

اگرچه این راهنمای مداخله برای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان برای افراد غیرمتخصص تهیه گردیده لیکن افراد متخصص نیز می توانند در کار خود بطور مؤثر از آن استفاده کنند.

آنها در آموزش، پشتیبانی و نظارت بر اجرای برنامه نقش کلیدی و اساسی دارند. در برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان، موارد مورد نیاز به ارجاع و دریافت مشاوره از افراد متخصص آورده شده است، لذا زمانی که دسترسی به متخصصان امکانپذیر نیست راه حل های خلاقانه ای باید به کار گرفته شود. برای مثال اگر منابع درمانی و آموزشی کافی نمی باشد، دادن آموزش های بیشتر بهداشت روان به مراقبین بهداشتی غیر متخصص، می تواند به گونه ای سازماندهی شود که آن ها بتوانند برخی از این فعالیت ها را در غیاب متخصصین انجام دهند. افراد متخصص باید در آموزش خدمات بهداشتی و همچنین سایر خدمات سازمانی بکار گرفته شوند. اجرای این راهنما در حالت ایده آل نیاز به اقدام هماهنگ توسط کارشناسان بهداشت عمومی، مدیران خدمات بهداشتی و کارشناسان متخصصاً شنا با بهداشت عمومی دارد.

انطباق راهنمای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان

این راهنما، یک الگوی مداخلاتی برای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان می باشد و برای استفاده در موقعیت های ملی و محلی می بایست تطبیق داده شود. استفاده کنندگان این راهنما، ممکن است زیرمجموعه ای از موقعیت های دارای اولویت و یا مداخلاتی که در برنامه آورده شده را با توجه به میزان شیوع آن در جامعه و در دسترس بودن امکانات، انتخاب و آنها را برای اجرا در جامعه خود تطبیق دهند. انطباق باید صورت گیرد تا اطمینان حاصل شود که با استفاده از این مداخلات، شرایطی که بیشترین تأثیر در بار بیماری ها در یک کشور خاص را دارند، را تحت پوشش قرار می دهد و هم چنین راهنمای مداخله برای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان باید مناسب شرایط محلی بوده و در مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد، در مراکز بهداشتی بطور مؤثر بکار گرفته شود. فرآیند انطباق باید به عنوان یک فرصت به منظور ایجاد توافق عمومی در مورد مسائل تکنیکی در درمان بیماری ها مورد استفاده قرارگیرد؛ این امر مستلزم مشارکت ذینفعان کلیدی ملی است.

انطباق شامل ترجمه زبان و اطمینان حاصل کردن از قابل قبول بودن مداخلات در زمینه های فرهنگی اجتماعی و مناسب بودن آن برای نظام محلی سلامت خواهد بود.

مباحث کلیدی-اجرای راهنمای مداخله برای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان

اجرای برنامه در سطح کشور باید با برگزاری جلسه ای با مسئولین، سنجش نیازها و شناسایی موانع در جهت توسعه آن آغاز شود. این راهنما باید به تهیه یک طرح عملیاتی برای ارتقا، حمایت یابی، توسعه منابع انسانی و تغییر وظایف منابع انسانی، امور مالی و مسائل مربوط به بودجه، توسعه سیستم اطلاع رسانی در شرایط اولویت دارو پایش و سنجش، منجر شود.

اجرای این برنامه در بخشی از کشور، پس از تصمیم گیری در سطح ملی و عملیاتی شدن آن به آسانی قابل اجرا خواهد بود. در ابتدا لازم است مجموعه ای از جلسات هماهنگی در سطح شهرستان تشکیل شود. به همه کارکنان مراقبتهای بهداشتی اولیه آگاهی های لازم و کافی ارائه شود، به خصوص اگر سلامت روان بعنوان برنامه جدید به مسئولیت آن ها اضافه شده باشد. ارائه راهنمای مداخله برای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان، زمانی که کارکنان احساس کنند در بستر کاری آنها قابل اجرا است، موجب آرامش آنها شده و می تواند در نظام سلامت ادغام شود. ظرفیت سازی برای مراقبت های بهداشت روان، نیاز به آموزش اولیه، پشتیبانی مستمر و نظارت دارد. با این حال آموزش برای ارائه راهنمای مداخله در برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان باید به شیوه ای هماهنگ اجرا شود که منجر به قطع ارائه خدمات در حال انجام نگردد.

ارزیابی و مدیریت می باشد. در این بخش مفاهیم درچارچوبی از یک فلوجارت با نقاط تصمیم گیری متعدد ارائه شده است. هر نقطه تصمیم گیری با یک شماره و در قالب یک سوال مشخص می باشد. هر نقطه تصمیم گیری دارای اطلاعاتی است که در قالب سه ستون «ارزیابی، تصمیم گیری و مدیریت» سازماندهی شده اند.

مدیریت

تصمیم گیری

ارزیابی

- ستون سمت راست شامل جزئیاتی برای ارزیابی فرد است. ستون ارزیابی و سنجش کاربران را راهنمایی می کند که چگونه به ارزیابی وضعیت بالینی یک فرد بپردازند. کاربران لازم است همه اجزای این ستون را قبل از حرکت به ستون بعدی در نظر بگیرند.

- ستون میانی مشخص کننده برنامه های مختلفی است که ممکن است ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی با آن مواجه شوند. این ستون تصمیم گیری است.

- ستون سمت چپ، در مورد چگونگی مدیریت مشکل می باشد. این ستون مدیریت است و اطلاعات و پیشنهادات مربوط به یک نقطه تصمیم گیری با ارائه مداخلات روانی- اجتماعی و دارویی فراهم می کند. پیشنهادهای مدیریتی به مداخلاتی می پردازد که جزئیات آن ها دلیل گستردگی قابل ارائه در فلوجارت نمی باشد. جزئیات مداخله مربوطه با کدهایی مشخص شده اند. به عنوان مثال DEP³ به معنی جزئیات مداخله شماره سه ارائه شده در بخش افسردگی متوسط و شدید می باشد.

- راهنمای مداخله برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان، از یک سری مداخلات در ستون های فلوجارت برای برجسته کردن جنبه های خاص ارزیابی، تصمیم گیری و مدیریت استفاده کرده است. لیست علامت ها و توضیحات آنها در بخش نمادها و اختصاها ارائه شده است.

دستورالعمل استفاده از راهنما

چگونه از راهنمای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان استفاده کنیم؟

« راهنمای مداخله برای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان با «اصول کلی مراقبت» آغاز می شود. این راهنما تمرینات بالینی خوبی را برای تعامل ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی با مردم جویای خدمات سلامت روان فراهم می نماید. تمام استفاده کنندگان راهنمای مداخله برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان باید با این اصول آشنا شوند و در حد امکان آن را دنبال کنند.

« راهنمای مداخله برای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان شامل یک نمودار یا چارت اصلی است، که امکان ارائه اطلاعات در زمینه شرایط اولویت رافراهم می نماید. این راهنما باید درمانگر را به سمت بخش های مربوطه راهنمایی کند.

- در صورت بروز **همراهی دوبیماری** (ظهور هم زمان دو اختلال)، برای پزشک حائز اهمیت است که بیماری مشترک را مورد تأیید قرار داده و سپس یک برنامه کامل مدیریتی برای درمان آنها آماده نماید.

- ابتدا باید جدی ترین وضعیت بیماری مدیریت شود. در بازدیدهای بعدی بررسی بایستی در راستای چک کردن این باشد که آیا دیگر علائم و نشانه های شرایط اولویت، بهبود یافته اند. اگر شرایط اضطراری باشد آن بیماری لازم است ابتدا مدیریت شود. برای مثال در صورتی که فرد تشنج دارد، در وضعیت حاد بیماری، قبل از این که شرح حال کامل از تاریخچه وقوع و تکرار حملات صرع از بیمار گرفته شود، اول باید وضعیت حاد بیماری مدیریت شود.

« بخش ها، که با توجه به شرایط اولویت فردی سازماندهی شده اند، بعنوان ابزاری برای مدیریت و تصمیم گیری بالینی بکار برده می شوند. هر بخش با رنگ متفاوت، امکان متمایز کردن آن را از سایر بخش ها آسان می سازد. در ابتدای هر بخش مقدمه ای برای شروع وجود دارد که توضیح می دهد این بخش در برگیرنده کدام بیماری است.

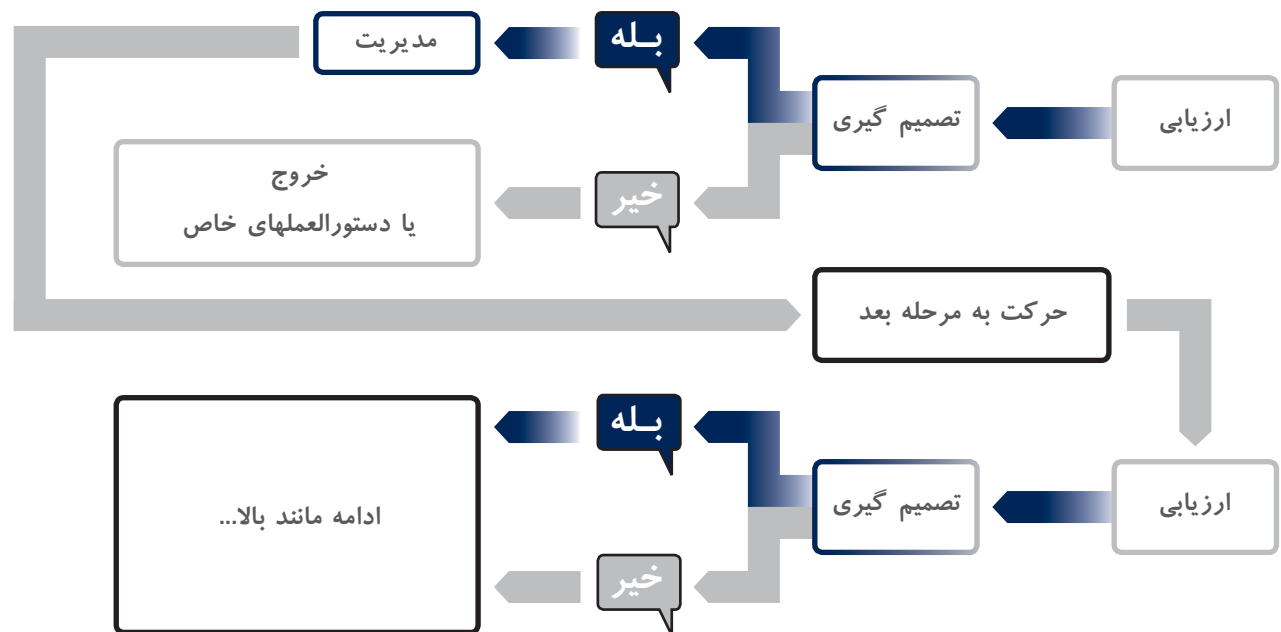
« هر بخش از دو قسمت تشکیل شده است. قسمت اول، بخش

توجه: کاربران راهنمای مداخله برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان، می باید از بخش بالایی فلوجارت یعنی ارزیابی و مدیریت شروع کنند و به سمت ویژگی های تصمیم گیری برای توسعه یک برنامه جامع مدیریتی برای فرد حرکت نمایند.

« قسمت دوم هربخش شامل **جزئیات مداخله** است که اطلاعات بیشتریدرمورد پیگیری، ارجاع و پیش گیری ازعود را با جزئیات فنی بیشتردردردرمان های روانی اجتماعی، دارویی و غیر دارویی و آثار جانبی مهم یا متقابل آن ها تهیه کرده است. جزئیات مداخله در یک قالب کلی ارائه شده و لازم است این بخش ها با زبان و شرایط محلی، و با نمونه هایی از تصاویر به منظور درک مناسب، مقبولیت و جذابیت، تطبیق داده شوند.

« با اینکه راهنمای مداخله برای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان، دردرجه اول بر مداخلات بالینی و درمان تمرکز نموده، برای ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی نیز فرصتهایی را درجهت ارائه مداخلات مبتنی برشواهد برای پیش گیری از اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد در جامعه فراهم کرده است. مربع های **پیش گیری** برای این مداخلات را می تواند در پایان برخی از این شرایط یافت.

« بخش ۵ دربرگیرنده **“مداخلات پیشرفته روانی اجتماعی”** برای اهداف راهنمای مداخلاتی برنامه عملیاتی شکاف در سلامت رواناست. اصطلاح **“مداخلات پیشرفته روانی اجتماعی”** به مداخلاتی اشاره دارد که هم برای آموزش آن به ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتیو هم برای پیاده سازی و اجرای آن معمولاً به بیش از چند ساعت زمان نیازی باشد. چنین مداخلاتی را تنها زمانی می توان در مراکز درمانی غیر تخصصی اجرا کرد که منابع انسانی کافی دردسترس باشند. درداخل فلوجارت بخش ها، این قبیل مداخلات با حروف اختصاری INT مشخص شده اند و بیانگر این هستند که در اینگونه مداخلات نیاز شدیدی به منابع انسانی متمرکز می باشد.



دستورالعمل هایی برای استفاده درست و جامع از فلوجارت

سری منابع موجود در زمینه پیش گیری از خودکشی
http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/index.html

پیش گیری از بیماری های قلبی عروقی: دستورالعمل ارزیابی و مدیریت خطر در بیماری های قلبی عروقی
http://www.who.int/cardiovascular_dis./guidelines/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/index.html

پیش گیری از اختلالات روانی: مداخلات مؤثر و موارد قانونی
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

ارتقاء سلامت روان: مفاهیم، شواهد در حال انجام و عمل
http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

ابزار سازمان جهانی بهداشت برای ارزیابی سیستم های سلامت روان (WHO-AIMS)
http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en

تغذیه نوزاد و کودکان - ابزار و مواد
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/iycf_brochure/en/index.html
 CBR: Community-based rehabilitation*

مدیریت یکپارچه در بیماری های نوجوانان و بزرگسالان IMAI/IMCI
<http://www.who.int/hiv/topics/capacity/en>

مدیریت یکپارچه بیماری های دوران کودکی (IMCI)
http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/en/index.html

چشم انداز جهانی به ادغام بهداشت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه

http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintopriarycare2008_lastversion.pdf

سریهای لانست در سلامت روان جهانی
http://www.who.int/mental_health/en

برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان
http://www.who.int/mental_health/mhGAP/en/
 ((mhGAP

مستندات مرکز راهنمای مداخله برای برنامه شکاف در سلامت روان
http://www.who.int/mental_health/mhgap_evidence/en

درمان های دارویی برای اختلالات روانی در مراقبت های بهداشتی اولیه
http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html

راهنمای تمرین های اساسی در زمینه بارداری، زایمان، پس از زایمان و مراقبت از نوزاد تازه متولد شده
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/index.html

اسناد مرتبط با برنامه که توسط سازمان جهانی بهداشت انتشار یافته را می توان از لینک های زیر دریافت نمود:

ارزیابی اختلالات ناشی از کمبود ید و پایش رفع آن ها : راهنمایی برای مدیران برنامه: چاپ سوم (به روز شده در ۱ سپتامبر ۲۰۰۸)
http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/iodine_deficiency/9789241595827/en/index.html

توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) یک استراتژی برای توان بخشی، برابری فرصت ها، کاهش فقر و پذیرش اجتماعی افراد دارای معلولیت (Joint Position Paper 2004)
http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592389_eng.pdf

مدیریت بالینی مسمومیت های حادکننده: پیش گیری از رفتارهای خودکشانه
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicidepe/sticides_intoxication.pdf

صرع : یک راهنما برای پزشکان و دیگر کارکنان مراقبت های بهداشتی اولیه
http://www.who.int/mental_health/media/en/639.pdf

راهنمای IASC در مورد سلامت روان و حمایت روانی اجتماعی در شرایط اورژانس
http://www.who.int/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_april_2008.pdf
 مراقبت IMCI برای رشد: برای سالم رشد کردن و پیشرفت کودکان
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/imci_care_for_development/en/index.html

بهبود بخشیدن به سیستم ها و خدمات سلامت روان
http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html

| اصول کلی مراقبت |

ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید تمرینات بالینی خوب را در تعاملات خود با مردم جویای مراقبت، به کار گیرند. آن ها باید برای حریم شخصی افرادی که به دنبال مراقبت برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد هستند، احترام قائل شده و ارتباط موثر بین آن ها و مراقبین شان را حمایت و تشویق کنند و به افرادی که تمایل دارند تحت مراقبت قرار گیرند بدون انتقاد یا قضاوت کردن، بدون برچسب زدن و به روشی حمایت گونه پاسخ دهند. اقدامات کلیدی زیر باید در هنگام اجرای راهنمای مداخله برای برنامه شکاف در سلامت روان در نظر گرفته شود. این اقدامات در بخش های دیگر تکرار نشده اند.

۱- برقراری ارتباط با افراد جویای مراقبت و مراقبین آن ها
 « مطمئن شوید که ارتباط روشن و همدلانه بوده نسبت به سن، جنس، تفاوت های گویشی (کلامی) و فرهنگی حساس باشید.
 « در هر شرایطی رفتاری دوستانه، محترمانه و بدون قضاوت داشته باشید.
 « از زبان ساده و روشن استفاده کنید.
 « در مورد افشای مسایل خصوصی و اطلاعات ناراحت کننده (عنوان مثال در مورد آسیب به خود یا تجاوز جنسی) حساس باشید.
 « در مورد وضعیت سلامت افراد اطلاعاتی را ارائه دهید که برای آنها قابل درک باشد.
 « از فرد در مورد درک او از شرایط بپرسید.

۲- ارزیابی
 « تاریخچه پزشکی، سابقه شکایت فعلی و گذشته، تاریخچه خانوادگی مرتبط با بیماری را بگیرید.
 « یک ارزیابی کلی جسمی از فرد بعمل آورید.
 « بطور همراه شرایط و وضعیت پزشکی فرد را ارزیابی، مدیریت کرده و در صورت لزوم او را ارجاع دهید.
 « شرایط روانی اجتماعی را با توجه به مسائل جاری اجتماعی و ارتباط آن با مسائل گذشته زندگی و شرایط مالی و سایر حوادث پراسترس که در زندگی فرد رخ داده اند، ارزیابی کنید.

۳- درمان و پایش
 « اهمیت درمان وهم چنین آمادگی برای مراقبت از خود را برای فرد مشخص کنید.
 « اهداف درمان را برای بیمار مشخص کنید و یک برنامه مدیریتی که در آن به اولویت های مراقبتی احترام گذاشته می شود، تهیه کنید (هم چنین برای کسانی که از فرد مراقبت می کنند).
 « در هنگام مشاوره با شخص، برای ادامه درمان و پیگیری برنامه ای تهیه نمایید.
 « شخص را از مدت زمان مورد انتظار برای درمان، عوارض جانبی، انواع گزینه های درمانی جایگزین، اهمیت پایبندی به برنامه درمانی و پیش آگهی امیدوارکننده آن، آگاه سازید.

« به سوالات و نگرانی های فرد در مورد درمان رسیدگی کنید و امید واقع بینانه برای بهبودی و عملکرد بهتر را به وی انتقال دهید.
 « بطور مستمر بر عوارض درمان و نتایج آن مانند تداخلات دارویی (از جمله الکل، تهیه دارو بدون تجویز پزشک و داروهای مکمل یا سنتی)، نظارت داشته، بکوشید عوارض جانبی درمان را تعدیل نمایید.
 « ارجاع به متخصصین را هر جا مورد نیاز و در دسترس باشند، فراهم آورید.
 « برای پیوستن شخص به حمایت های اجتماعی تلاش کنید.
 « در پیگیری انتظارات فرد از درمان، وضعیت بالینی، درک درست وی از درمان، پایبندی به درمان و اصلاح تصورات غلط را مجدداً ارزیابی کنید.
 « خود نظارتی فرد بر علائم را تشویق کنید و توضیح دهید چه موقع باید جهت دریافت مراقبت فوری اقدام نماید.
 « جنبه های کلیدی تعامل فرد و خانواده او را به طور موردی، ثبت کنید.
 « از امکانات خانوادگی و اجتماعی برای تماس با افرادی که منظم برای پیگیری مراجعه نمی کنند، استفاده کنید.
 « بطور مکرر با زنان باردار یا زنانی که در حال برنامه ریزی برای بارداری هستند، ملاقات داشته باشید و وضعیت آنها را پیگیری نمایید.
 « در هنگام مراقبت، زنان باردار را در مورد خطرات بالقوه داروها بر روی جنین و نوزاد یا تغذیه با شیر مادر، ارزیابی کنید.
 « مطمئن شوید نوزادان زنانی که برای آن ها دارو تجویز شده و از شیر مادر تغذیه می کنند، جهت عوارض جانبی یا نشانه های ترک دارو تحت پایش و نظارت هستند و در صورت نیاز رسیدگی های جمعی در مورد آن ها اعمال می شود.
 « برای افراد مسن دارای شرایط اولویت، درخواست مکرر عیادت و پیگیری داشته باشید و با افرادی که استقلال خود را از دست داده اند و یا در انزوای اجتماعی هستند، در تماس باشید.
 « مطمئن شوید که افراد به شیوه ای جامع تحت درمان قرار گرفته اند، نیازهای سلامت روان افراد دارای اختلالات جسمی و هم چنین نیازهای سلامت جسمی افراد مبتلا به اختلالات روانی را مدنظر داشته باشید.

۴- بسیج و فراهم کردن حمایت اجتماعی
 « به چالش های اجتماعی که فرد ممکن است با آن مواجه شود، حساس باشید و توجه داشته باشید که چگونه این امر می تواند سلامت جسمی و روانی و احساس خوب بودن فرد را تحت تأثیر قرار دهد.
 « در صورت لزوم، مراقب یا یکی از اعضای خانواده را در مراقبت از شخص درگیر نمایید.
 « گروه های درگیر کمک به خود و حمایت فامیلی را در صورت دسترسی، تشویق کنید.
 « منابع و امکانات دسته جمعی و حمایت های اجتماعی موجود در منطقه شامل آموزش و پرورش، مسکن و حمایت های حرفه ای را شناسایی و تجهیز کنید.
 « در صورت امکان، برای کودکان و نوجوانان در جهت تجهیز آموزش و حمایت های اجتماعی با مدارس هماهنگ شوید.

۵- حمایت از حقوق بشر
 « توجه ویژه قوانین ملی و استانداردهای بین المللی حقوق بشر (که در جدول ۱ آورده شده) داشته باشید.
 « استقلال فردی و زندگی بدون وابستگی را در جامعه ارتقاء دهید و موسسه زندگی را ترغیب نکنید.
 « ارائه مراقبت به شیوه ای صورت گیرد که به شأن و منزلت فرد احترام گذاشته شود. مراقبت ها باید نسبت به مسایل فرهنگی حساس و مناسب، عاری از تبعیض نژادی، رنگ، جنس، زبان، مذهب، سیاست و یاد دیگر عقاید ملی، قومی و نژادی، یا منشأ اجتماعی، قدرت، تولد، سن و یا دیگر منزلت های اجتماعی باشد.
 « اطمینان حاصل کنید که فرد هدف درمان را درک کرده و نسبت به فراهم شدن درمان رایگان، آگاه و راضی است.
 « تصمیم گیری در مورد درمان کودکان و نوجوانان باید به گونه ای باشد که با رشد و ظرفیت های تکاملی آن ها سازگار باشد و به آن ها فرصت بحث در مورد نگرانی هایشان را بطور خصوصی بدهد.
 « توجه ویژه ای به محرمانه بودن و هم چنین حقوق اشخاص در حریم خصوصی آنها داشته باشید.

جدول - ۱

استانداردهای کلیدی بین المللی در زمینه حقوق بشر

کنوانسیون ضد شکنجه و مجازات های غیر انسانی یا اهانت آمیز:
 قطعنامه ۳۹/۴۶ مجمع عمومی سازمان ملل متحد، ضمیمه ۳۹، الحاقی
 (شماره ۵۱) که در توضیحات قانون ۱۹۷ سازمان ملل متحد A/۳۹/۵۱
 (۱۹۸۴) در ۲۶ ژوئن ۱۹۸۷ آمده است.
<http://www2.ohchr.org/english/law/cat.htm>

کنوانسیون رفع تمام اشکال تبعیض علیه زنان (۱۹۷۹): مصوب مجمع
 عمومی سازمان ملل متحد، قطعنامه شماره ۳۴/۱۸۰، ۱۸ دسامبر ۱۹۷۹.
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>

کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت و پروتکل های پیشنهادی:
 مصوب مجمع عمومی سازمان ملل در ۱۳ دسامبر ۲۰۰۶.
<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

کنوانسیون حقوق کودک (۱۹۸۹): مصوب مجمع عمومی سازمان ملل
 متحد قطعنامه ۴۴/۲۵ در ۲۰ نوامبر ۱۹۸۹.
<http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی (۱۹۶۶): مصوب قطعنامه
 2200A (xxi) مجمع عمومی سازمان ملل متحد در ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶.
<http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm>

میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶): مصوب
 قطعنامه 2200A (xxi) سازمان ملل و مجمع عمومی در دسامبر ۱۹۶۶.
<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>

« با رضایت شخص، مراقبین وی را از وضعیت سلامت فرد از جمله مسائل مربوط به سنجش، درمان، پیگیری، و هر گونه عوارض جانبی بالقوه، آگاه سازید.

« از برچسب زدن، به حاشیه بردن و تبعیض خودداری کنید و پذیرش اجتماعی افراد دارای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد را در کنار ترویج ارتباط قوی با اشتغال، آموزش، مسائل اجتماعی (از جمله مسکن) و سایر بخش های مربوطه، ارتقاء دهید.

۶- توجه کلی به امر بهزیستی
 « در مورد فعالیت فیزیکی و حفظ سلامتی و تثبیت وزن بدن، اطلاعاتی کنید.

« در مورد مضرات مصرف الکل آموزش دهید.
 « افراد را نسبت به قطع مصرف تنباکو و مواد مخدر، تشویق نمایید.
 « در مورد رفتارهای پرخطر (همچون رابطه جنسی محافظت نشده)، آموزش دهید.

« سلامت جسمی فرد را به طور منظم بررسی کنید.
 « افراد را برای تغییرات زندگی مانند رشد و نمو، بلوغ و یائسگی آماده کنید و حمایت های لازم را برای آنها فراهم نمایید.
 « در مورد داشتن برنامه برای حاملگی و روش های پیشگیری از بارداری، با زنان سنین باروری بحث و گفتگو کنید.

| چارت اصلی راهنمای مداخله برای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان |

چارت اصلی راهنمای مداخله برای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان: کدامیک از شرایط دارای اولویت، باید در ارزیابی مورد نظر قرار گیرد؟

- ۱- وجود تظاهرات رایج، نشاندهنده ضرورت ارزیابی است.
- ۲- اگر فرد ویژگی های بیش از یک شرایط را داشته باشد، لازم است تمام شرایط مرتبط، مورد ارزیابی قرار گیرد.
- ۳- همه این شرایط باید برای همه سنین اعمال شود، مگر این که به گونه ای دیگر مشخص شده باشد.

تظاهرات رایج موردی که باید بررسی شود

بروید به

(موردی که باید بررسی شود)

۲۷

« افسردگی DEP »

- « انرژی کم؛ خستگی؛ مشکلات خواب یا اشتها
- « خلق غمگین و مضطرب؛ تحریک پذیری
- « علاقه یا لذت کم در فعالیت هایی که عموماً جالب و لذت بخش هستند.
- « وجود نشانگان جسمی چندگانه بدون وجود هیچ علت جسمی واضح (بعنوان مثال: درد و رنج های مداوم، تپش قلب، بی حسی)
- « مشکل در انجام کارهای روزمره زندگی، مدرسه، فعالیت های خانوادگی و اجتماعی

۳۷

« سایکوز PSY »

- « رفتار غیرطبیعی یا آشفته (بعنوان مثال گفتار بیربط و گسسته، ظاهر غیر عادی، غفلت از خود، ژولیدگی)
- « هذیان (اعتقاد نادرست یا سوء ظن پایدار)
- « توهم ها (بعنوان مثال: شنیدن صداها یا دیدن چیزهایی که وجود ندارد)
- « غفلت از مسئولیت های معمول مربوط به کار، مدرسه، فعالیت های خانوادگی یا اجتماعی
- « علائم مانیک (چند روز بطور غیر طبیعی خوشحال بودن، بسیار پرانرژی، بیش از حد پرحرف، بسیار تحریک پذیر، بدون خواب، رفتار بی پروا)

۵۵

« تشنج EPI »

- « حرکات غیرقابل کنترل عضلات یا حمله / تشنج صرع /
- « درطول تشنج:
- « از دست دادن هوشیاری و یا اختلال در آگاهی
- « خشکی، سفتی
- « گازگرفتن زبان، آسیب دیدگی، بی اختیاری ادرار یا مدفوع
- « پس از تشنج: خستگی، خواب آلودگی، سستی، گیجی، رفتار غیرطبیعی، سردرد، درد عضلانی، و یا ضعف در یک طرف بدن

۶۵

« اختلالات تکاملی DEV »

کودکان و بزرگسالان 

- « تأخیر در رشد: در یادگیری فعالیت هایی همچون لبخند زدن،
- « نشستن، ایستادن، راه رفتن، صحبت کردن و برقراری ارتباط کودکان و نوجوانان با دیگران
- « همچنین در خواندن و نوشتن کندتر از کودکان همسن خود بودن
- « اختلال در برقراری ارتباط، انزوا، رفتار تکراری
- « مشکل داشتن در انجام فعالیت های روزمره طبیعی برای این سن و سال

۷۱

« اختلالات رفتاری BEH

کودکان و بزرگسالان 

- « بی توجهی بیش از حد و عدم تمرکز، توقف مکرر وظایف قبل از اتمام و تعوض آن ها با فعالیت های دیگر کودکان و نوجوانان
- « فعالیت بیش از حد: بیش از اندازه دویدن به اطراف، مشکلات یک جانشستن و آرام گرفتن، بیش از اندازه صحبت کردن یا بیقراری
- « تکانشگری بیش از حد: اغلب انجام کارها بدون دوراندیشی است
- « رفتارهای تکرارشونده و ادامه دار که باعث مزاحمت و نگرانی دیگران می شود
- « (بعنوان مثال کج خلقی غیر منتظره و شدید، رفتار بیرحمانه، نافرمانی مداوم و شدید، سرقت)
- « تغییرات ناگهانی در روابط و رفتار با همسالان از جمله عقب نشینی و خشم

۷۹

« دمانس DEM

درافراد مسن 

- « کاهش یا مشکلات حافظه (فراموشی شدید)
- « جهت یابی (آگاهی از زمان، مکان و شخص)
- « مشکل خلقی یا رفتاری از قبیل بی تفاوتی (بی علاقه ظاهر شدن، بی توجهی) یا تحریک پذیری
- « از دست دادن کنترل روی احساسات، به آسانی ناراحت، تحریک پذیر یا گریان شدن
- « مشکل در انجام کارهای روزمره، مدرسه، فعالیت های خانگی (خانوادگی) و اجتماعی

۸۹

« اختلالات مصرف الکل ALC

- « تحت تأثیر الکل ظاهر می شود (بعنوان مثال: بوی الکل، به نظرمست و خمار می آید)
- « گوش به زنگ یا در انتظار آسیب بودن
- « علائم جسمانی در ارتباط با مصرف الکل
- « (مانند بی خوابی، خستگی، بی اشتها، تهوع، استفراغ، سوء هاضمه، اسهال، سردرد)
- « مشکل در انجام کارهای روزمره، مدرسه، فعالیت های خانگی (خانوادگی) و اجتماعی

۹۹

« اختلالات مصرف مواد DRU

- « تحت تأثیر مواد مخدر این علائم ظاهر می شود
- « (بعنوان مثال: انرژی کم، آشفتگی، بیقراری، لکنت زبان)
- « نشانه های مصرف مواد مخدر (علامت های تزریق، عفونت پوست، ظاهر ژولیده)
- « درخواست نسخه برای داروهای آرام بخش (قرص های خواب آور، مخدرها)
- « مشکلات مالی یا مشکلات حقوقی مربوط به جرم و جنایت
- « مشکل در انجام کارهای روزمره، مدرسه، فعالیت های خانگی (خانوادگی) و اجتماعی

۱۰۹

« خودکشی SUI

- « افکار کنونی، طرح یا عمل خود آزاری یا خودکشی آسیب به خود
- « تاریخچه افکار، طرح یا عمل خود آزاری یا خودکشی

*بخش اختلال دو قطبی در بخش سایکوزها یا افسردگی قابل سنجش است.

*دیگر شکایات قابل توجه عاطفی یا شکایات غیر قابل توضیح پزشکی در بخش افسردگی ارزیابی می شود.

| Depression افسردگی |

افسردگی متوسط - شدید

در موارد افسردگی تیپیک، فرد حالت هایی را که شامل خلق و خوی افسرده، از دست دادن احساس علاقه و لذت و همچنین افت انرژی منجر به کاهش فعالیت است را حداقل به مدت دو هفته تجربه می کند. بسیاری از افراد مبتلا به افسردگی، از علائم اضطراب و علائم جسمانی غیر قابل توضیح پزشکی نیز رنج می برند.

مطالب این بخش، افسردگی متوسط - شدید را در دوران کودکی، بزرگسالی و سالمندی مورد بحث قرار می دهد.

فردی در این راهنما در گروه افسردگی متوسط - شدید قرار می گیرد که در انجام کارهای روزمره، مدرسه، کارهای خانه یا فعالیت های اجتماعی به دلیل علائم افسردگی دچار مشکل شده باشد.

مدیریت علائمی که با افسردگی متوسط - شدید همخوانی نداشته باشد، در بخش سایر بیماری های جسمی یا عاطفی غیر قابل توجه از نقطه نظر پزشکی "سایر موارد" گنجانده شده است.

باید توجه داشت افرادی که در معرض دشواری های شدید قرار می گیرند اغلب مشکلات روحی و روانی سازگار با نشانه های افسردگی را تجربه می کنند اما آنها الزاماً مبتلا به افسردگی متوسط - شدید نیستند. فردی مبتلا به افسردگی متوسط - شدید است که علاوه برداشتن این علائم، در عملکرد روزمره وی نیز اختلال ایجاد شده باشد.

۱- آیا فرد افسردگی شدید تا متوسط دارد؟

« آیا فرد حداقل به مدت دو هفته، دو علامت اصلی افسردگی را داشته است.

- * خلق افسرده (در بیشتر اوقات روز، تقریباً هر روز)
- (در مورد کودکان و نوجوانان: تحریک پذیری یا خلق افسرده)
- * از دست دادن احساس لذت یا علاقه در فعالیت‌هایی که در حالت عادی لذت بخش هستند.
- * کاهش انرژی یا به آسانی خسته شدن

« آیا فرد در طول دو هفته گذشته، حداقل ۳ ویژگی دیگر افسردگی را داشته است؟

- * کاهش تمرکز و توجه
- * کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس
- * اعتقاد به گناهکار بودن و عدم شایستگی
- * نگاه غم‌انگیز و بدبینانه به آینده
- * فکر آسیب به خود یا اقدام به خودکشی
- * خواب آشفته
- * کاهش اشتها

« آیا فرد در انجام امور شغلی روزمره، مدرسه، منزل یا فعالیتهای اجتماعی مشکل دارد؟

فرد را از نظر داغدیدگی یا سایر فقدان‌های اصلی در ۲ ماه اخیر، مورد ارزیابی قرار دهید

بله

اگر پاسخ به هر سه سؤال مثبت باشد، فرد احتمالاً مبتلا به افسردگی متوسط- شدید است.

خیر

اگر پاسخ به بعضی یا هر سه سؤال نه باشد و اگر هیچ یک از شرایط الویت دار دیگر تعریف شده در راهنمای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان مطرح نیست

« آموزش روانی بدهید (بند ۲,۱ شرح مداخلات افسردگی)

« عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی فعلی را مشخص کنید (بند ۲,۲ شرح مداخلات افسردگی)

« فعال نمودن مجدد شبکه اجتماعی خانوادگی (بند ۲,۳ شرح مداخلات افسردگی)

« تجویز داروهای ضد افسردگی (بند ۳ شرح مداخلات افسردگی) *

« موردنظر داشتن درمان‌های رفتاری یا شناختی- رفتاری در صورت در دسترس بودن (بخش INT)

« موردنظر داشتن درمان‌های مکمل همچون برنامه‌های ساختار یافته فعالیت فیزیکی (بند ۲,۴ شرح مداخلات افسردگی).

« آموزش آرام‌سازی یا حل مسئله (بخش INT)

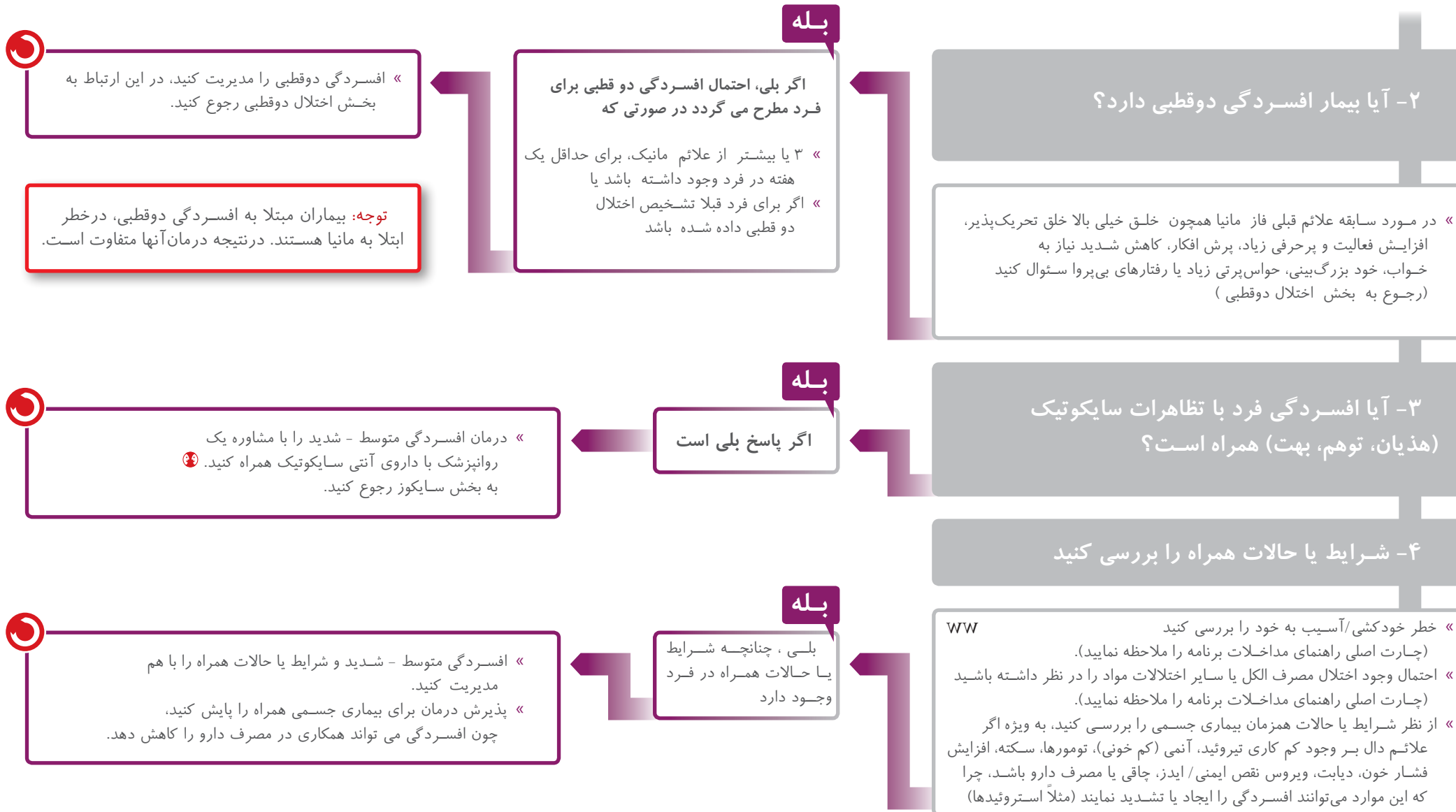
« شکایات فرد را با تزریقات یا دیگر درمان‌های بی اثر (مانند ویتامین‌ها) مدیریت نکنید. *

« توصیه پیگیری‌های منظم (بند ۲,۵ شرح مداخلات افسردگی)

« از این بخش خارج شده و فرد را از نظر سایر بیماری‌های جسمی یا عاطفی غیر قابل توجه از نقطه نظر پزشکی مورد ارزیابی قرار دهید (سایر موارد)

توصیه‌های بالا را مدنظر داشته باشید ولی در اولین مرحله درمان، داروهای ضد افسردگی یا روان‌درمانی را بکار نبرید. * شیوه‌های فرهنگی مناسب عزاداری و سازگاری را پیشنهاد و مورد بحث قرار دهید.

در صورت وجود سابقه داغدیدگی یا فقدان اصلی دیگر





۵- چنانچه زنی در سنین باروری است

بله



بلی،
اگر زن حامله
یا شیرده است

توصیه‌های درمانی مطرح شده فوق برای افسردگی متوسط - شدید را بکار برید، اما

- « در طول حاملگی یا شیردهی حتی الامکان باید از تجویز داروهای ضدافسردگی اجتناب کرد. ❌»
- « چنانچه فرد به درمان‌های روانی - اجتماعی پاسخ ندهد، می‌توان از کمترین دوز موثر ضد افسردگی‌ها استفاده نمود.»
- « با یک متخصص مشاوره نمایید. ❌»
- « در صورت شیردهی، از داروهای طولانی اثر مثل فلوکستین اجتناب کنید.»

موارد زیر را سؤال کنید:

- « حامله بودن یا احتمال حاملگی
- « آخرین دوره قاعدگی، در صورت حاملگی
- « آیا فرد، در حال شیردهی است یا خیر

چنانچه سن فرد
کمتر از ۱۲ سال است

- « داروهای ضد افسردگی تجویز نشود. ❌»
- « آموزش روانی به والدین داده شود. (بند ۱-۲ شرح مداخلات افسردگی)
- « استرس ورهای فعلی روانی - اجتماعی مشخص گردد (بند ۲-۲ شرح مداخلات افسردگی)
- « توصیه پیگیری‌های منظم (بند ۵-۲ شرح مداخلات افسردگی)

چنانچه فرد ۱۲ سال
یا بیشتر دارد باشد.



۶- فرد کودک یا نوجوان است

- « داروهای ضد افسردگی به عنوان خط اول درمان تجویز نشود. ❌»
- « آموزش روانی بدهید (بند ۱-۲ شرح مداخلات افسردگی)
- « استرس‌ورهای فعلی روانی - اجتماعی مشخص شوند (بند ۲-۲ شرح مداخلات افسردگی)
- « در صورت امکان، درمان بین فردی، شناختی رفتاری، فعال‌سازی رفتاری انجام شود. (بخش INT)
- « مدنظر داشتن درمان‌های مکمل همچون برنامه‌های ساختار یافته فعالیت فیزیکی (بند ۴-۲ شرح مداخلات افسردگی)، آموزش آرام سازی یا حل مسأله (بخش INT)
- « در صورت غیر موثر بودن مداخلات روانی - اجتماعی، فلوکستین تجویز شود (اما نه دیگر داروهای SSRLs یا TCAs) (بخش ۳ شرح مداخلات)



شرح مداخلات افسردگی



توصیه ها و درمان های روانی اجتماعی / غیر دارویی

۲,۱ آموزش روانی

- « برای بیمار و خانواده وی به صورتی که مناسب باشد) افسردگی مشکل بسیار شایعی است که ممکن است برای هر فردی اتفاق بیفتد.
- « افراد افسرده دیدگاه‌های غیرواقعی منفی نسبت به خود، زندگی و آینده دارند.
- « درمان مؤثر وجود دارد. برای این که علائم افسردگی با درمان کاهش یابند، حداقل چند هفته زمان لازم است. پذیرش شهر نوع درمان تجویز شده بسیار مهم است.
- « موارد زیر باید تأکید شود:
 - * اهمیت ادامه فعالیت‌های لذت‌بخش، تا حدممکن، بدون در نظر گرفتن این که در حال حاضر از آنها لذت می‌برد یا نه.
 - * اهمیت داشتن یک سیکل خواب منظم (به عنوان مثال: شب‌ها در ساعتی مشخص به رختخواب برود، سعی کند به میزان مشخص مشابه قبل بخوابد، از خوابیدن زیاد اجتناب کند).
 - * مفید بودن فعالیت فیزیکی منظم، هر چقدر بیشتر باشد بهتر است.
 - * مفید بودن فعالیت اجتماعی منظم، شامل شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، هر چقدر بیشتر باشد بهتر است.
 - * توجه به افکار خودکشی یا آسیب به خود و کمک گرفتن در زمان بروز مجدد افکار.
 - * در افراد مسن‌تر، اهمیت کمک گرفتن در مورد مشکلات جسمی.

۲,۲ مشخص کردن عوامل استرس زای روانی اجتماعی کنونی

- « به فرد فرصت صحبت کردن بدهید، ترجیحاً جایی که فضایی خصوصی باشد. در باره درک وی از علت علائم و نشانه‌هایش سؤال کنید.
- « در مورد عوامل استرس زا روانی اجتماعی کنونی فرد سؤال کنید و به میزانی که ممکن باشد مسائل مرتبط اجتماعی و حل مشکلات روانی اجتماعی یا مشکلات ارتباطی را به کمک خدمات و منابع اجتماعی مشخص نمایید.
- « تمامی موقعیت‌های بد رفتاری، سوء رفتار (مثل خشونت خانگی) و غفلت (مثلاً کودکان یا سالمندان) را ارزیابی و مدیریت کنید. با منابع قانونی یا اجتماعی مناسب تماس بگیرید.
- « اعضای حمایت‌کننده خانواده را شناسایی و در حد ممکن آنها را درگیر درمان کنید.
- « در کودکان و نوجوانان *

- * مشکلات روانی، عصبی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و مدیریت کنید (خصوصاً افسردگی) (به چارت اصلی راهنمای برنامه رجوع کنید)
- * تنش‌ها را برای روانی اجتماعی والدین را بررسی کنید و با کمک خدمات اجتماعی تا حدممکن آنها را مدیریت کنید.
- * بد رفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مدیریت کنید (از کودک یا نوجوان مستقیماً پرسید).
- * چنانچه مشکلی در کارآیی کودک در مدرسه وجود دارد، با معلم در مورد چگونگی حمایت از او صحبت نمایید.
- * در صورت امکان، آموزش مهارت‌های والدینی مرتبط با فرهنگ را فراهم آورید (بخش INT).

۲,۳ شبکه اجتماعی خانوادگی را مجدداً فعال کنید

- « فعالیت‌های اجتماعی قبلی فرد چنانچه مجدداً از سر گرفته شوند منجر به حمایت روانی اجتماعی مستقیم یا غیرمستقیم می‌شوند (به عنوان مثال: دور هم جمع شدن‌های خانوادگی، بیرون رفتن با دوستان، دیدار با همسایه‌ها، فعالیت‌های اجتماعی در محل کار، ورزش، فعالیت‌های اجتماعی)
- « توانایی‌ها و نقاط قوت فرد را برای از سرگیری فعالیت‌های قبلی وی، تا حدممکن تقویت و تشویق نمایید.

۲,۴ برنامه ساختار یافته فعالیت جسمی (درمان‌های همراه

برای افسردگی متوسط - شدید)

- « برنامه‌ریزی فعالیت فیزیکی با مدت متوسط (حدود ۴۵ دقیقه) سه بار در هفته.
- « با فرد در مورد فعالیت فیزیکی مورد علاقه وی صحبت کنید و او را در افزایش تدریجی میزان فعالیت فیزیکی تشویق و تقویت نمایید، به عنوان مثال شروع با ۵ دقیقه فعالیت فیزیکی.

۲,۵ توجه به پیگیری منظم

- « به صورت منظم پیگیری کنید (برای مثال در مورد فرد در کلینیک بوسیله تلفن یا توسط کارکنان بهداشتی اجتماعی)
- « ارزیابی مجدد فرد از نظر بهبودی (به عنوان مثال: بعد از ۴ هفته)



داروهای ضد افسردگی



۳,۱ شروع داروی ضد افسردگی

« یک داروی ضد افسردگی را انتخاب نمایید. یک داروی ضد افسردگی را براساس دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت یا دستورالعمل کشوری انتخاب نمایید. فلوکستین (ولی نه سایر مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین) و آمی‌تریپتیلین (یا سایر ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای) داروهایی هستند که توسط سازمان جهانی بهداشت انتخاب و در لیست داروهای ضروری این سازمان آورده شده اند (بند ۳,۵ مداخلات افسردگی).»
 * در انتخاب یک داروی ضدافسردگی برای فرد، الگوی علامتی بیمار، نمایه عوارض دارویی، و اثربخشی درمان‌های ضد افسردگی قبلی را در نظر بگیرید.

* برای شرایط طبی همراه، قبل از تجویز ضد افسردگی‌ها، بیماری‌های ناشی از داروها و تداخلات دارویی را در نظر داشته باشید. به دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی یا کشوری پیرامون آنها رجوع کنید.
 * استفاده از ترکیب ضد افسردگی‌ها با سایر داروهای روانپزشکی، باید تحت نظارت یا مشاوره یک متخصص روانپزشکی باشد. (🚫)

« به بیمار و خانواده وی درباره موارد زیر بگویید

* تأخیر در شروع اثر داروها.
 * عوارض دارویی بالقوه و خطر این عوارض، تا در صورت بروز علائم، در جستجوی کمک برآیند و این که چگونه نشانه‌های مانیا (سرخوشی) را تشخیص دهند.
 * علائم ناشی از قطع دارو/محرومیت، در مواردی که میزان دوزاز دارو فراموش شود و این که این علائم غالباً خفیف و محدود هستند؛ ولی در مواردی به خصوص زمانی که دارو ناگهان قطع شود ممکن است شدید باشند. با این حال، ضد افسردگی‌ها اعتیادآور نیستند.
 * طول مدت درمان، توجه دادن آنها به این که ضدافسردگی‌ها هم

در درمان افسردگی و هم جلوگیری از عود آن مؤثرند.

۳,۲ موارد احتیاط در مصرف داروهای ضد افسردگی

جمعیت‌های خاص !

« افرادی که افکار، نقشه یا اقدام به آسیب به خود یا خودکشی داشته‌اند.

* مهارکننده‌های انتخابی سروتونین، انتخاب اول هستند.
 * مکرراً پایش کنید (مثلاً هفته‌ای یک بار)
 * برای اجتناب از مصرف بیش از حد داروها در بیمارانی که در خطر آسیب به خود/خودکشی هستند، این افراد باید به مقادیر محدودی از داروها دسترسی داشته باشند (مثلاً داروی مورد نیاز برای یک هفته بیمار). بخش آسیب به خود/خودکشی را ببینید. (🚫)

« نوجوانان ۱۲ سال و بالاتر

* زمانی که مداخلات روانی - اجتماعی، مؤثر نباشند، فلوکستین را تجویز کنید (ولی سایر مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین یا ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای تجویز نشود).
 * در جایی که امکان دارد با متخصصین سلامت روان پیرامون درمان نوجوانان با فلوکستین مشورت کنید. (🚫)
 * نوجوانانی که تحت درمان با فلوکستین هستند را (هفته‌ای یک بار) از نظر افکار خودکشی در ماه اول درمان، پایش کنید. به نوجوان و خانواده وی در مورد افزایش خطر افکار خودکشی بگویید. همچنین یادآور شوید که در صورت بروز این افکار، تماس فوری الزامی است.

« بیماران مسن

* از ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای، در صورت امکان اجتناب کنید.
 * اولین انتخاب، مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین هستند.
 * عوارض دارویی را به دقت پایش کنید به خصوص در مورد ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای.
 * خطر افزایش تداخلات دارویی را در نظر داشته باشید و زمان

بیشتری برای گرفتن پاسخ صرف کنید (حداقل ۱۲-۶ هفته قبل از قضاوت در مورد اثربخش نبودن دارو، و چنانچه پاسخ نسبی به درمان داده شده است، ۱۲ هفته زمان بدهید).

« افرادی که بیماری قلبی عروقی دارند

* اولین انتخاب، مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین هستند.
 * در مواردی که بیمار در خطر آریتمی جدی قلبی است یا اخیراً دچار انفارکتوس میوکارد شده است، ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای را تجویز نکنید. (🚫)
 * در تمام موارد قلبی - عروقی، قبل از تجویز ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، فشار خون را اندازه‌گیری کرده و پس از شروع درمان با این داروها، بیمار را از نظر افت فشار خون وضعیتی نیز بررسی کنید.

۳,۳ پایش افراد تحت درمان با ضدافسردگی

« چنانچه در جریان درمان، علائم مانیا ایجاد شدند، سریعاً ضد افسردگی‌ها را قطع کنید و درمان مانیا و اختلال دوقطبی را مورد ارزیابی قرار دهید (رجوع به بخش اختلالات دو قطبی). (🚫)
 * چنانچه فردی که مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین می‌گیرد، دچار آکاتیزیای طول کشیده / مشخص گردید (بی‌قراری درونی یا عدم توانایی در ثابت نشستن)، مصرف این دارو را مورد ارزیابی مجدد قرار دهید. یا دارو را به ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای تغییر داده یا برای مدت کوتاه (یک هفته) از پروپرانولول، کلردیازپوکساید یا مصرف دیازپام (۱۰-۵ میلی‌گرم در روز)، استفاده کنید. در صورت تغییر دارو به ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، احتمال تحمل کمتر فرد در مقایسه با داروهای مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین؛ و همچنین افزایش خطر مسمومیت قلبی و مسمومیت در مصرف بیش از حد این داروها، را مدنظر داشته باشید.

« در موارد عدم همکاری در مصرف دارو، سعی کنید علت عدم همکاری را مشخص نمایید (به عنوان مثال عوارض، هزینه‌ها، اعتقادات فرد در مورد اختلال و درمان)
 * در مواردی که پاسخ درمان ناکافی است (علائم بدتر شده یا بعد

شرح مداخلات افسردگی

از ۴-۶ هفته علائم بهتر نشده‌اند): تشخیص را مجدداً بررسی نمایید (همچنین تشخیص بیماری‌های همراه)، بررسی کنید که آیا فرد داروها را منظم و با حداکثر دوزاژ تجویز شده مصرف کرده یا خیر. افزایش دوزاژ را در نظر داشته باشید. چنانچه علائم بعد از ۴-۶ هفته مصرف دوز حداکثر هنوز ادامه یابند، تغییر درمان را در نظر داشته باشید (به عنوان مثال: درمان‌های روانشناختی؛ یا داروهای دیگر ضد افسردگی (بند ۳،۵ شرح مداخلات افسردگی). تغییر دارو را با احتیاط انجام دهید، به این صورت که: داروی اول را قطع کنید، چنانچه از نظر بالینی امکان داشته باشد، چند روزی را فاصله بگذارید و سپس داروی دوم را شروع کنید. چنانچه دارو را از فلوکستین به ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای‌ها تغییر می‌دهید، این فاصله باید بیشتر باشد، حدود یک هفته.

« چنانچه پاسخی به درمان با دو داروی ضد افسردگی حاصل نشد یا چنانچه فرد به درمان با یک داروی ضدافسردگی و یک دوره روان‌درمانی شناختی رفتاری یا بین فردی پاسخ نداد: با یک متخصص مشورت نمایید. »

۳،۴ خاتمه درمان با ضدافسردگی‌ها

« زمانی می‌توان داروهای ضدافسردگی فردی را قطع نمود که الف) بعد از ۹-۱۲ ماه مصرف داروهای ضدافسردگی، علائم افسردگی نداشته یا علائم به حداقل رسیده باشد؛ و (ب) در طول مدت درمان توانسته باشد فعالیت‌های روزمره زندگی خود را انجام دهد.

« قطع دارو را به صورت زیر انجام دهید:

«در مورد قطع تدریجی داروها و درمان با فرد صحبت کنید.

«در مورد ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای و بیشتر مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین (سریع‌تر در مورد فلوکستین): دوزاژ را تدریجاً در عرض یک دوره حداقل ۴ هفته‌ای کاهش دهید. برای بعضی افراد، ممکن است زمان بیشتری نیاز باشد.

«به بیمار در مورد احتمال بروز علائم قطع / محرومیت، در زمان کاهش یا قطع داروها یادآوری کنید؛ همچنین یادآور شوید که این علائم اغلب خفیف و خود محدود شونده هستند، لیکن در بعضی موارد و بویژه در موارد قطع سریع دارو، می‌توانند شدید باشند.

«در مورد علائم زودرس عود (به عنوان مثال: تغییر در خواب یا اشتها برای بیش از ۳ روز) به بیمار توضیح دهید و زمان مراجعه منظم برای پیگیری را تعیین نمایید.

«پیام‌های مربوط به آموزش روانی را تکرار کنید

(بند ۲،۱ شرح مداخلات).

« علائم محرومیت ناشی از ضد افسردگی‌ها را پایش نمایید (علائم شایع: سرگیجه، خارش، اضطراب، تحریک‌پذیری، خستگی، سردرد، تهوع، مشکلات خواب)

«علائم محرومیت خفیف: به بیمار اطمینان‌بخشی نموده و علائم را پایش کنید.

«علائم محرومیت شدید: در مورد مصرف داروهای ضدافسردگی با دوزاژ مؤثر مجدداً بررسی و با سرعت کمتر و تدریجی‌تر آن را کاهش دهید.

«در صورت بروز علائم قطع / محرومیت قابل توجه، با یک متخصص مشورت کنید. »

« بروز مجدد علائم افسردگی در جریان محرومیت از ضد افسردگی‌ها، را پایش کنید: در صورت بروز مجدد علائم افسردگی، ضد افسردگی قبلی که مؤثر بوده را با همان دوز مؤثر قبلی، به مدت ۱۲ ماه دیگر تجویز کنید.



شرح مداخلات افسردگی

اطلاعات زیر فقط برای ارجاع سریع بوده و راهنمای کامل برای تجویز داروها، دوزاژ دارویی و عوارض آنها نمی‌باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید به «درمان دارویی اختلالات روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۹)» مراجعه نمایید.
(<http://www.who.int/mental-health/management/psychotropic/en/index.html>)

۳,۵ اطلاعاتی در مورد مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین و ضدافسردگی‌های

سه حلقه‌ای

مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (به عنوان مثال: فلوکستین)

عوارض جدی (نادر هستند):

- « آکاتیزیا واضح و طول کشیده (بی‌قراری درونی یا عدم توانایی در ثابت نشستن)
- « خونریزی‌های غیرطبیعی در افرادی که به طور معمول از آسپرین یا سایر داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، استفاده می‌کنند.
- « عوارض شایع (اغلب عوارض بعد از چندروز کاهش می‌یابند، هیچکدام دائمی نیستند)
- « بی‌قراری، عصبیت، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و سایر مشکلات گوارشی، سردرد، اختلال عملکرد جنسی.

موارد احتیاط

- « خطر ایجاد مانیا در افرادی که اختلال دوقطبی دارند.
- « مدت زمان لازم برای پاسخ به درمان پس از شروع دوز کافی دارو ۴-۶ هفته.

تنظیم دوز فلوکستین در بالغین سالم

- « درمان را با دوزاژ روزانه ۲۰ میلی‌گرم شروع کنید (برای کاهش عوارض دارویی که می‌تواند همکاری فرد برای دامنه درمان را کاهش دهد، می‌توان دارو را با دوز ۱۰ میلی‌گرم روزانه شروع کرد (مثلاً نصف قرص) و چنانچه دارو تحمل شد دوز را به ۲۰ میلی‌گرم افزایش دهید).
- « چنانچه در عرض ۴-۶ هفته پاسخی خاص حاصل نشد یا پاسخ نسبی در عرض ۶ هفته داده شد، دوزاژ درمانی را ۲۰ میلی‌گرم افزایش دهید (حداکثر دوزاژ ۶۰ میلی‌گرم)، با در نظر داشتن پاسخ علائم و میزان تحمل فرد.

تنظیم دوزاژ فلوکستین در نوجوانان

- « درمان را با ۱۰ میلی‌گرم روزانه شروع کنید (به عنوان مثال نصف قرص) و سپس بعد از ۲-۱ هفته به ۲۰ میلی‌گرم افزایش دهید (حداکثر دوزاژ ۲۰ میلی‌گرم).
- « چنانچه در عرض ۱۲-۶ هفته پاسخی حاصل نشد یا پاسخ نسبی در عرض ۱۲ هفته ایجاد شد، با یک متخصص مشورت کنید.

تنظیم دوزاژ فلوکستین در افراد مسن‌تر یا کسانی که بیماری طبی دارند

- « درمان را با قرص ۱۰ میلی‌گرمی در روز در صورتی که در دسترس است یا ۲۰ میلی‌گرم، یک روز در میان شروع کنید و به مدت ۲-۱ هفته ادامه دهید و سپس در صورت تحمل تا ۲۰ میلی‌گرم روزانه افزایش دهید.
- « چنانچه در عرض ۱۲-۶ هفته پاسخی ایجاد نشد یا بعد از ۱۲ هفته پاسخ نسبی ایجاد شد، به تدریج دوزاژ را افزایش داده (حداکثر ۶۰ میلی‌گرم) افزایش دوزاژ باید تدریجی‌تر از یک فرد بالغ سالم باشد.

ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای

عوارض جدی (نادر هستند)

آرتمی قلبی

- « عوارض شایع (اغلب عوارض بعد از چند روز برطرف می‌شوند، هیچکدام از عوارض دائمی نیستند)
- « کاهش فشار خون وضعیتی (خطر افتادن)، خشکی دهان، بی‌بوست، دشواری در ادرار کردن، سرگیجه، تاری دید و خواب‌آلودگی.

موارد احتیاط

- « خطر ایجاد مانیا به خصوص در آنهایی که اختلال دو قطبی دارند.
- « اختلال در توانایی انجام کارهای نیازمند مهارت خاص (مثل رانندگی) احتیاط تا زمانی که با دارو تطابق می‌یابد لازم است.
- « خطر آسیب به خود (کشنده‌گی در صورت مصرف بیش از حد)
- « در صورتی که به مصرف کنندگان الکل داده شود، اثربخشی کمتر بوده و خواب‌آلودگی بیشتری ایجاد می‌کند.
- « زمان مورد نیاز برای پاسخ به درمان بعد از شروع دوز کافی
- « ۴-۶ هفته (علائم دردو مشکلات خواب در عرض چند روز بهبود می‌یابند)

تنظیم دوزاژ آمی‌تریپتیلین در بالغین سالم

- « دارو را با دوزاژ ۵۰ میلی‌گرم شب‌ها موقع خواب شروع کنید.
- « افزایش دوزاژ به میزان ۵۰-۲۵ میلی‌گرم هر ۲-۱ هفته، با هدف رسیدن به دوزاژ ۱۵۰-۱۰۰ میلی‌گرم در عرض ۴-۶ هفته بسته به پاسخ و میزان تحمل فرد
- « چنانچه پاسخی در عرض ۴-۶ هفته حاصل نشد یا پاسخ نسبی در عرض ۶ هفته بدهند، دوزاژ را تدریجاً افزایش دهید (دوزاژ حداکثر ۲۰۰ میلی‌گرم) در دوزهای تقسیم شده (یا یک دوز واحد در شب)
- « تنظیم دوزاژ آمی‌تریپتیلین در نوجوانان
- « در نوجوانان این دارو را تجویز نکنید.
- « تنظیم دوزاژ آمی‌تریپتیلین - افراد مسن و یا کسانی که بیماری طبی دارند
- « دارو را با دوز ۲۵ میلی‌گرم در زمان خواب شروع کنید.
- « هفته‌ای ۲۵ میلی‌گرم دوزاژ دارو را افزایش دهید تا به دوزاژ ۷۵-۵۰ میلی‌گرم در عرض ۴-۶ هفته برسد.
- « چنانچه در عرض ۱۲-۶ هفته پاسخی حاصل نشد، یا پاسخ نسبی در عرض ۱۲ هفته حاصل شد، دوزاژ را تدریجاً (حداکثر ۱۰۰ میلی‌گرم) در دوزهای تقسیم شده، افزایش دهید.
- « پایش، از نظر کاهش فشار خون وضعیتی.

| **Psychosis** (سایکوز) روانپزشکی |

روانپزشی (سایکوز)

با اختلال در فکر و ادراک و همچنین محدود یا نامتناسب بودن دامنه هیجانات فرد مشخص می‌شود. احتمال وجود گفتار گسسته یا نامربوط وجود دارد. توهم (مانند شنیدن صداها یا دیدن چیزهایی که وجود ندارند)، هذیان (باورهای غلط و غیر عادی) یا بدبینی بیش از حد، ممکن است وجود داشته باشد. اختلالات شدید رفتاری همچون رفتار آشفته، بی‌قراری، برانگیختگی، و افزایش یا کاهش فعالیت ممکن است دیده شود. گاهی اختلال در هیجانات همچون بی‌احساسی یا عدم ارتباط بین هیجان گزارش شده و عاطفه مشاهده شده (در ظاهر چهره و زبان تن)، وجود دارد. در مورد بیمارانی که روانپزشی دارند این خطر وجود دارد که حقوق انسانی آنها مورد تجاوز قرار گیرد.

۱- آیا فرد سایکوز حاد دارد؟

« گفتار گسسته و نامربوط
« هذیان ها
« توهمات
« گوشه گیری، بیقراری، رفتار درهم ریخته
« باور به این موضوع که افکار در ذهن آنها گذاشته شده یا افکار آنها پخش می‌شود.
« گوشه گیری اجتماعی و انجام ندادن مسئولیت‌های مرتبط با کار، مدرسه، خانه و فعالیت های اجتماعی

از فرد یا مراقب وی بپرسید:
« نحوه شروع دوره چگونه بوده است؟ (ناگهانی یا تدریجی)
« آیا دوره دیگری، قبلاً داشته است؟
« جزئیات درمان‌های فعلی یا قبلی

۲- آیا بیمار سایکوز مزمن دارد؟

بله

چنانچه یک یا چندتا از علایم مطرح شده وجود دارد سایکوز محتمل است.

اگر این دوره:
« اولین فزبیماری است یا
« عود صورت گرفته یا
« علائم سایکوتیک بدتر شده
این یک دوره سایکوز حاد است
این یک حمله حاد سایکوز است

بله

اگر نشانه ها بیش از ۳ ماه باقی بمانند، احتمال سایکوز مزمن مطرح می‌گردد.

علائم سایکوتیک ناشی از موارد زیر را کنار بگذارید:

« مسمومیت یا محرومیت الکل یا مواد (به قسمت اختلالات مصرف الکل) (⊖)
« اختلالات مصرف مواد مراجعه کنید (⊖)
« دلیریوم مرتبط با اختلالات طبی حاد مانند مالاریای مغزی، عفونت سیستمیک/عفونت منتشر خونی، ضربه به سر.

« به فرد و مراقبین وی در مورد سایکوز و درمان آن آموزش دهید (بند ۲،۱ شرح مداخلات سایکوز)
« درمان ضدسایکوز را شروع کنید (بند ۳،۱ شرح مداخلات سایکوز) (⊖)
« در صورت در دسترس بودن، مداخلات اجتماعی و روانشناختی مثل خانواده درمانی یا مهارت‌های اجتماعی را فراهم آورید (رجوع به بخش INT)
« توانبخشی را تسهیل کنید (بند ۲،۲ مداخلات سایکوز)
« پیگیری منظم را تسهیل کنید (بند ۲،۳ مداخلات سایکوز)
« امیدواری واقع بینانه و خوش بینی را ایجاد کنید.
! **توجه:** داروهای آنتی کولینرژیک را به طور معمول برای جلوگیری از عوارض آنتی سایکوتیکها تجویز نکنید. (⊗)

« به فرد و مراقبین وی آموزش دهید (بند ۲،۱ مداخلات سایکوز)
! **چنانچه فرد تحت درمان هیچ دارویی نیست، درمان دوره حاد سایکوز را شروع کنید.**
« وضعیت درمان را مرور کرده از اجرای درست دستورات دارویی اطمینان حاصل کنید.
« اگر فرد به درمان پاسخ مناسب نمی دهد، افزایش دوز دارو یا تغییر آن را در نظر داشته باشید (بند ۳،۱ و ۳،۲ شرح مداخلات سایکوز) (⊖)
« در صورت امکان مداخلات روانشناختی و اجتماعی مثل خانواده درمانی یا آموزش مهارت‌های اجتماعی را فراهم آورید. مداخله‌هایی را که قبلاً برای فرد پیشنهاد نشده مانند درمان شناختی رفتاری را مدنظر داشته باشید (رجوع به بخش INT)
« پیگیری منظم انجام شود (بند ۲،۳ شرح مداخلات)
« امیدواری واقع بینانه و خوش بینی را ایجاد کنید.
« توانبخشی را تسهیل کنید (بند ۲،۲ شرح مداخلات)

۳- آیا بیمار دوره حاد مانیا داشته است؟

موارد زیر را جستجو کنید:

- « وجود موارد زیر به مدت چندین روز:
 - * خلق تحریک پذیر یا بالا
 - * فعالیت و انرژی بیش از حد
 - * صحبت کردن بیش از حد
 - * بی پروایی
 - * کاهش نیاز به خواب
 - * افزایش غیرمعمول اعتماد بنفس
 - * ولخرجی
 - * وجود سابقه قبلی:
 - * خلق افسرده
 - * کاهش انرژی و فعالیت (به جزئیات بخش افسردگی رجوع کنید)

۴- شرایط یا حالات همراه بیماری را بررسی نمایید

- « اختلالات مصرف الکل یا مصرف مواد
- « خودکشی / آسیب به خود
- « دمانس
- « بیماری طبی همزمان: علائم/نشانه‌هایی که مطرح کننده سکنه مغزی، دیابت، فشار خون، سندرم نقص ایمنی / ایدز، مالاریای مغزی یا مصرف داروها (همچون استروئیدها) را در نظر داشته باشد.

آیا بیمار زن در سنین باروری است؟

- « چنانچه زن باردار باشد برای مراقبت‌های لازم با متخصص زنان (یا ماما) و چنانچه در دسترس باشند تماس بگیرید. ☹️
- « خطرات و پیامدهای موجود برای مادر و کودک را برای مادر و خانواده توضیح دهید، این خطرات شامل عوارض مامایی و عود سایکوز (به خصوص در صورت قطع یا تغییر دارو) می باشد.
- « زنان مبتلا به سایکوز، که قصد حاملگی دارند، حامله هستند یا شیر می دهند لازم است با دوز کم هالوپریدول یا کلرپرومازین درمان شوند.
- « از استفاده منظم داروهای آنتی‌سایکوتیک طولانی اثر اجتناب نمایید.

بله

چنانچه پاسخ مثبت باشد، این علائم می‌تواند نشانه اختلال دوقطبی باشد.

از این بخش خارج شوید و به بخش اختلالات دوقطبی بروید

توجه

« افرادی که از دوره های مانیا (بدون افسردگی) رنج می‌برند نیز در گروه اختلال دوقطبی قرار می‌گیرند.
« بهبودی کامل بین دوره ها در اختلالات دوقطبی شایع است.

بله

چنانچه پاسخ مثبت بود

« سایکوز و شرایط همزمان هر دو را مدیریت کنید.



شرح مداخلات سایکوز

مدخلات روانی اجتماعی



۲,۱ آموزش روانی

« پیام های آموزشی زیر را به فرد مبتلا به سایکوز بدهید: »
 * توانایی شخص برای بهبودی
 * اهمیت ادامه فعالیت های معمول اجتماعی، تحصیلی و شغلی تا حدی که ممکن است.
 * رنج و مشکلات فرد، با درمان کاهش می یابد.
 * اهمیت مصرف منظم داروها
 * بیمار حق دارد در هر تصمیم گیری مربوط به درمان خودش، شرکت نماید.
 * اهمیت سالم ماندن (برای مثال رژیم غذایی سالم، فعال ماندن از نظر جسمانی، رعایت بهداشت فردی).

« پیام های اضافی برای اعضای خانواده فرد مبتلا به سایکوز »

* افراد مبتلا به سایکوز، ممکن است صداهایی بشنوند یا به چیزهایی اعتقاد داشته باشند که نادرست هستند.
 * افراد مبتلا به سایکوز، اغلب بیمار بودن خود را قبول نداشته و گاهی پرخاشگری می کنند.
 * اهمیت تشخیص بازگشت / بدتر شدن علائم و مراجعه فوری جهت ارزیابی مجدد تأکید گردد.
 * اهمیت شرکت فرد در فعالیت های خانوادگی و اجتماعی باید مورد تأکید قرار گیرد.
 * اعضای خانواده باید از انتقاد مداوم یا پرخاشگری نسبت به فرد سایکوتیک، اجتناب کنند.
 * افراد سایکوتیک اغلب مورد تبعیض قرار می گیرند در حالی که باید از حقوق مساوی مثل سایر افراد برخوردار باشند.
 * افراد سایکوتیک ممکن است در رابطه با رفع مشکلات و بهبودی عملکردشان در شرایط کاری یا زندگی پراسترس، دچار مشکل گردند

* برای فرد مفید است که شغلی داشته باشد یا به کاری مشغول باشد.
 * در کل، بهتر است که فرد با خانواده یا اعضای اجتماع زندگی کند و در محیطی حمایتی خارج از بیمارستان باشد. از بستری طولانی مدت باید اجتناب کرد.

۲,۲ توانبخشی را در جامعه تسهیل کنید.



بیماران سایکوتیک و مراقبین آنها را در طراحی، اجرا و ارزیابی این مداخلات، مشارکت دهید

« مداخلات را با کارکنان بهداشتی و همکاران در خدمات اجتماعی و سازمانهای حمایتی مانند بهزیستی، هماهنگ نمایید.
 « دست یابی به منابع اجتماعی و بهداشتی را در راستای پاسخگویی به نیازهای روانی، اجتماعی و جسمی خانواده تسهیل نمایید.
 « به صورت فعالانه، فرد را برای ادامه فعالیت های شغلی، تحصیلی و اجتماعی مناسب تشویق نموده و خانواده او را در این مورد آگاه نمایید.
 شرکت فرد در فعالیت های اجتماعی و اقتصادی و استخدام او را در فعالیت های متناسب اجتماعی و فرهنگی حمایت کنید. اغلب افراد مبتلا به سایکوز، مورد تبعیض قرار می گیرند، لذا باید توجه کرد که تعصبات مرتبط با این افراد کنار گذاشته شده و برای کیفیت هر چه بهتر زندگی آنها، تلاش گردد.
 « در حدامکان جهت جلب حمایت دفاتر محلی کاربایی، برای یافتن فرصتهای شغلی و تحصیل براساس نیازهای فرد و سطح مهارت های وی اقدام کنید. حمایت های لازم را از ظرفیت عملکرد فرد و شرایط مناسب سکونت بعمل آورده، با رعایت و در نظر گرفتن حقوق انسانی، تسهیلات لازم را فراهم آورید.

۲,۳ پیگیری

« بیماران سایکوتیک نیازمند پیگیری منظم هستند.
 « پیگیری های اولیه باید در فواصل خیلی کوتاه حتی روزانه باشد تا زمانی که علائم حاد بیماری، تحت کنترل درآید. زمانی که پاسخ به درمان شروع می شود، پیگیری ها ماهیانه یا هر سه ماه یکبار براساس نیاز بالینی و دردسترس بودن امکانات مثل پرسنل، فاصله مکانی و ...، انجام می شوند.
 « دید خوش بینانه و واقع بینانه در طول جریان درمان ایجاد کنید.
 « در هر پیگیری، عوارض دارویی و پیروی و پیروی از درمان را بررسی نمایید. عدم مصرف دارو، رایج بوده و در چنین شرایطی لازم است که مراقبین فرد، مداخله نمایند.
 « شرایط طبی بیماری همراه را ارزیابی و مدیریت کنید.
 « نیاز به مداخلات روانی اجتماعی را در هر بار پیگیری، ارزیابی نمایید.



شرح مداخلات سایکوز

جدول: داروهای آنتی سایکوتیک

نام دارو	هالوپریدول	ریسپریدون	فلوفنازین طولانی اثر
دوز شروع	۳-۵ / ۱ میلی گرم	۱-۵ / ۰ میلی گرم	۱۲/۵ میلی گرم
دوز مؤثر معمولی	۲۰-۳ میلی گرم / روز	۸-۴ میلی گرم / روز	۱۰۰-۱۲/۵ میلی گرم هر ۲-۵ هفته
عمده اثر جانبی			
روش تجویز	خوراکی / عضلانی (برای سایکوز حاد)	خوراکی	تزریق عضلانی عمیق در ناحیه گلو تئال
آرام بخشی	+	+	+
تاخیر در ادرار	+	+	+
افت فشار خون وضعیتی	+	++	+
** عوارض اکستراپیرامیدل	+++	++	+++
*** سندرم نورولپتیک بدخیم	نادر	نادر	نادر
**** تاردیو دیسکینزیا	+	+	+
تغییرات EEG	+	+	+
منع مصرف دارویی	اختلال هوشیاری، کاهش فعالیت مغز استخوان، فتوکروموسایتوما، پورفیریا، بیماری هسته های قاعده ای	اختلال هوشیاری، تضعیف مغز استخوان، فتوکروموسایتوما	کودکان، اختلال هوشیاری، پارکینسونیسم، اترواسکلروز مغزی

۳،۱ شروع داروهای آنتی سایکوتیک

« برای کنترل سریع علائم سایکوز حاد، درمان با داروهای آنتی سایکوتیک به سرعت پس از ارزیابی فرد، شروع شود. تنها در صورت امکانپذیر نبودن درمان خوراکی، درمان را به صورت تزریق داخل عضلانی شروع کنید. از تجویز داروهای تزریقی طولانی اثر برای کنترل علائم سایکوز حاد، پرهیزید.

« از تجویز همزمان چند داروی آنتی سایکوتیک پرهیز نمایید.

« در هر زمان یک داروی آنتی سایکوتیک تجویز نمایید.

« با دوز کم دارو را شروع نمایید و به تدریج آنرا افزایش دهید:

دارو را با کمترین دوز درمانی شروع نمایید (برای جزییات بیشتر به جدول داروهای آنتی سایکوتیک رجوع کنید) و سپس به تدریج افزایش داده به کمترین دوز درمان مؤثر برسید تا عوارض جانبی داروها، به حداقل برسد.

« دارو را به مدت حداقل ۶-۴ هفته با دوز مناسب ادامه دهید قبل از اینکه آنرا غیرمؤثر بدانید.

« مصرف هالوپریدول خوراکی یا کلرپرومازین، به صورت روتین برافراد مبتلا به سایکوز توصیه می شود.

** علائم اکستراپیرامیدال شامل واکنش حاد دیستونیک، لرزش چرخ دنده ای و سفتی عضلانی می گردد.

*** سندرم نورولپتیک بدخیم نادر است ولی اختلال تهدید کننده حیات است که با سفتی شدید عضلانی، افزایش دمای بدن و افزایش بی ثباتی فشار خون، مشخص می شود.

**** تاردیو دیسکینزیا، عارضه ای دراز مدت از آنتی ساکوتیک ها است که با حرکات غیرارادی عضلانی به خصوص صورت، دست ها و تنه، مشخص می شود.

۳,۲ پایش افراد مصرف کننده داروهای آنتی سایکوتیک

✳ اگر پاسخ به درمان با بیش از یک داروی آنتی سایکوتیک، و درمان با یک دارو و با دوزاژ مناسب برای مدت زمان مشخص، کافی نباشد:

✳ تشخیص (و هر تشخیص همراه) را مجدد بررسی کنید.

✳ سایکوز ناشی از مصرف الکل یا مواد روانگردان را رد کنید (حتی اگر در ابتدا رد شده باشند)

✳ از مصرف مرتب دارو اطمینان حاصل نمایید. تزریق آنتی

سایکوتیک‌های طولانی اثر را برای بهبود همکاری در درمان در نظر داشته باشید.

✳ افزایش دوزاژ داروی فعلی یا تغییر دارو را مدنظر داشته باشید.

✳ سایر آنتی سایکوتیک‌ها همچون آنتی سایکوتیک‌های نسل دوم (به استثنای کلوزاپین) را به عنوان جایگزین داروی هالوپریدول یا کلرپرومازین در صورت مناسب بودن قیمت و در دسترس بودن مدنظر داشته باشید. این اقدام باید با ارجاع و مشاوره با روان پزشک صورت گیرد.

✳ در مواردی که فرد به داروهای آنتی سایکوتیک با دوزاژ کافی و مدت زمان مشخص پاسخ نداده باشد، کلوزاپین را مدنظر داشته باشید. کلوزاپین چنانچه قرار است توسط غیرمتخصص، تجویز گردد ترجیحا لازم است تحت نظر یک روانپزشک (متخصص سلامت روان) صورت گیرد. به دلیل خطر ایجاد آگرانوسیتوزیس کشنده، تنها در صورتی می‌توان این دارو را تجویز کرد که انجام آزمایشات روتین در دسترس باشد.

« چنانچه عوارض جانبی اکسترایدمیدال (مثل

پارکینسونیسم یا دیستونی) اتفاق بیافتد:

✳ دوز دارویی آنتی سایکوتیک، را کاهش دهید،

✳ تغییر داروی آنتی سایکوتیک را در نظر داشته باشید (به عنوان مثال تغییر دارو از هالوپریدول به ریسپریدون)

✳ چنانچه این استراتژی‌ها مؤثر نبود یا عوارض حاد، شدید و ناتوان کننده بودند، مصرف کوتاه مدت داروهای آنتی کولینرژیک را مدنظر داشته باشید.

داروهای آنتی کولینرژیک

بی‌پریدین، چنانچه لازم باشد، با دوزاژ یک میلی گرم دو بار در روز شروع و تا دوزاژ ۱۲-۳ میلی گرم در روز بصورت خوراکی یا تزریقی افزایش دهید. عوارض این دارو ها عبارتند از: خواب‌آلودگی، گیجی، اختلال حافظه، به خصوص در افراد مسن. عوارض نادر عبارتند از: گلوکوم زاویه بسته، میاستنی گراو، انسداد گوارشی.

از تری هگزیفنیدیل، می توان به عنوان داروی جایگزین با دوز ۱۲-۴

میلی گرم روزانه استفاده کرد. عوارض جانبی آن شبیه بی‌پریدون است.

۳,۳ قطع داروهای آنتی سایکوتیک

« در موارد سایکوز حاد، درمان با داروهای آنتی سایکوتیک را به مدت ۱۲ تا ۲۴ ماه بعد از بهبودی کامل ادامه دهید.

« برای سایکوز مزمن، در صورتی می‌توان به قطع دارو فکر کرد که حداقل ۵ سال، وضعیت فرد ثابت باشد. البته باید خطر عود علائم را نسبت به عوارض و همچنین نظر بیمار و خانواده وی، مدنظر داشت (سازمان جهانی بهداشت، حداقل یک سال را پیشنهاد می‌کند).

« در صورت امکان با یک متخصص برای تصمیم‌گیری پیرامون قطع داروی آنتی سایکوتیک مشورت کنید. »

| **Bipolar Disorder** اختلال دو قطبی |

اختلال دوقطبی

اختلال دوقطبی با دوره هایی از اختلال واضح در سطح فعالیت و خلق فرد مشخص می شود. این اختلال به صورت بالا رفتن خلق و افزایش فعالیت و انرژی (مانیا) در بعضی مواقع و در سایر موارد پایین آمدن خلق و کاهش انرژی و فعالیت (افسردگی) مشخص می گردد. مشخصاً، بهبودی کامل بین دوره ها وجود دارد. افرادی که فقط دوره های مانیا را تجربه می کنند نیز جزء گروه اختلال دوقطبی طبقه بندی می شوند.

۱- آیا فرد در وضعیت مانیک قرار دارد؟

موارد زیر را جستجو کنید:

- « خلق بالا، بانشاط یا تحریک پذیر
- « افزایش فعالیت، بی‌قراری، تهییج
- « پرحرفی بیش از حد
- « فقدان مهارت‌های اجتماعی رایج
- « کاهش نیاز به خواب
- « عزت نفس بیش از حد
- « حواس پرتی
- « افزایش انرژی جنسی یا بی‌احتیاطی جنسی

موارد زیر را پیرسید:

- « مدت علائم
- « این که آیا علائم با مسؤولیت‌های معمول شغلی، تحصیلی، خانگی و فعالیت‌های اجتماعی فرد تداخل ایجاد کرده است.
- « آیا نیاز به بستری شدن بوده است.

۲- آیا بیمار قبلاً دوره مانیای شناخته شده‌ای داشته است ولی در حال حاضر افسردگی دارد؟
(با توجه به module افسردگی ارزیابی نماید* افسردگی)

بله

اگر پاسخ مثبت است آیا فرد:

- « علائم متعددی دارد
- « که بیش از حداقل یک هفته طول کشیده باشد
- « شدت آن به قدری زیاد بوده است که با فعالیت‌های شغلی و اجتماعی وی تداخل داشته یا نیاز به بستری شدن بوده است
- در اینصورت احتمال مانیا وجود دارد



چنانچه علائم مانیک مرتبط با مسمومیت دارویی باشد به بخش اختلال مصرف مواد رجوع کنید. Ⓢ

بله

چنانچه پاسخ مثبت باشد، احتمال افسردگی اختلال دوقطبی وجود دارد.

- « درمان مانیای حاد را با لیتیوم، والپروات، کاربامازپین یا آنتی‌سایکوتیک‌ها شروع کنید (بند ۳,۱ شرح مداخلات اختلال دوقطبی) Ⓢ
- « استفاده کوتاه مدت از یک بنزودیازپین Ⓢ (مثل دیازپام) را برای اختلالات رفتاری و بی‌قراری مدنظر داشته باشید (بند ۳,۲ شرح مداخلات اختلال دوقطبی)
- « هر نوع ضد افسردگی را قطع کنید (بند ۳,۳ شرح مداخلات اختلال دوقطبی)
- « در مورد اصلاح شیوه زندگی به بیمار توصیه کنید. در مورد اختلال دوقطبی و درمان آن به وی اطلاعات بدهید (بند ۲,۱ شرح مداخلات).
- « پیگیری منظم را فراهم آورید (بند ۲,۴ شرح مداخلات)

- « درمان را با تثبیت‌کننده‌های خلق شروع کنید (بند ۴ شرح مداخلات اختلال دوقطبی) Ⓢ
- « ترکیب ضد داروهای افسردگی را با تثبیت‌کننده‌های خلق برای افسردگی متوسط / شدید با توجه به مراجعه به بخش افسردگی مدنظر داشته باشید (بخش افسردگی) Ⓢ

⚠ **به بیمار در مورد خطر ایجاد مانیا قبل از شروع درمان ضد افسردگی هشدار دهید**

- « در مورد اصلاح شیوه زندگی به بیمار توصیه کنید. در مورد اختلال دوقطبی و درمان آن به وی اطلاعات بدهید (بند ۲,۱ شرح مداخلات)
- « شبکه اجتماعی را مجدداً فعال کنید (بند ۲,۲ شرح مداخلات)
- « در صورتی که در دسترس است، مداخلات روانشناختی را در نظر داشته باشید (بخش INT).
- « باز توانی را با استفاده از سیستم‌های رسمی و غیررسمی، فعالیت‌های مناسب اقتصادی اجتماعی را دنبال کنید (بند ۲,۳ شرح مداخلات)
- « پیگیری منظم را فراهم آورید (بند ۲,۴ شرح مداخلات اختلال دوقطبی)

Bipolar Disorder اختلال دوقطبی BPD1

ارزیابی و راهنمای مدیریت



« اختلال دوقطبی را همراه با بیماری همزمان، هر دو را مدیریت کنید.»

بله

اگر پاسخ بلی است

۳- وجود بیماری همراه را بررسی کنید.


« اختلالات مرتبط با مصرف الکل یا مصرف مواد
« دمانس
« خودکشی / آسیب به خود
« بیماری طبی همزمان به خصوص پرکاری و کم کاری تیروئید، بیماری کلیوی یا قلبی عروقی

بله

۴- بیمار در حال حاضر اختلال مانیک یا افسردگی ندارد ولی سابقه مانیا داشته است؟

اگر پاسخ مثبت است این احتمال برای فرد وجود دارد که مبتلا به اختلال دوقطبی باشد و در حال حاضر بین دوره ها است. در صورتی که موارد زیر در فرد وجود داشته باشد، پیشگیری از عود الزامی است.

« ۲ یا بیشتر از ۲ دوره حاد (به عنوان مثال ۲ دوره مانیا؛ یا یک دوره مانیا و یک دوره افسردگی) یا
« یک دوره مانیک همراه با خطرات و پیامدهای ناگوار داشته است.

« چنانچه بیمار تحت درمان تثبیت کننده خلق قرار ندارد، یک دارو را شروع کنید (بخش ۴ اختلال دوقطبی) »
« توصیه‌هایی برای اصلاح شیوه زندگی داشته باشید، اطلاعاتی در مورد اختلال دوقطبی و درمان آن در اختیار فرد قرار دهید (بند ۲,۱ شرح مداخلات اختلال دوقطبی)
« شبکه اجتماعی را مجدداً فعال نمایید (بند ۲,۲ شرح مداخلات اختلال دوقطبی)
« توانبخشی شامل فعالیت‌های تحصیلی و اقتصادی را با استفاده از سیستم رسمی و غیررسمی، ترغیب نمایید (بند ۲,۳ شرح مداخلات اختلال دوقطبی)
« پیگیری منظم را انجام دهید، عوارض و مصرف منظم دارو را پایش کنید (بند ۲,۴ شرح مداخلات اختلال دوقطبی)

۵- آیا فرد جزء گروه خاص است؟

بله

« اگر فرد حامله
یا شیرده می باشد



بله



« اگر فرد سالمند است



بله

« اگر فرد نوجوان است




« در صورت دسترسی، با یک متخصص مشورت نمایید 
« از شروع درمان با تثبیت کننده های خلق اجتناب نمایید 
« هالوپریدول را با دوزاز کم مدنظر داشته باشید (با احتیاط)
« چنانچه زن حامله ای در حالی که تثبیت کننده خلق می گیرد دچار مانیای حاد گردد،
تغییر دارو به دوز کم هالوپریدول را مورد توجه قرار دهید



« دوزهای کمتری از داروها را استفاده کنید.
« به احتمال خطر تداخلات دارویی توجه داشته باشید.



« علائم موجود ممکن است غیر اختصاصی باشند
« باید مراقبت خاصی از نظر اطمینان از مصرف دارو بعمل آید.
« در صورت امکان، با یک متخصص مشورت نمایید 





Bipolar Disorder اختلال دوقطبی BPD2

شرح مداخلات اختلال دوقطبی

۲,۱ آموزش روانی

پیام‌های زیر را برای افرادی که اختلال دوقطبی دارند (در حال حاضر در فاز فعال مانیک نیستند) و افراد خانواده

آنها بدهید فراهم آورید.

- « توصیف: اختلال دوقطبی یک وضعیت بهداشت روانی است که به صورت خلق بالا تظاهر پیدا می‌کند و می‌تواند از احساس غمگینی شدید و خستگی تا انرژی زیاد، تحریک‌پذیری و هیجان زدگی بیش از حد متغیر باشد.
- « لازم است روشی برای پایش خلق وجود داشته باشد، مثل ثبت روزانه خلق که در آن تحریک‌پذیری، خشم یا شغف زیاد فرد ثبت گردد.
- « داشتن سیکل خواب منظم مهم است (مثلاً این که هر شب سر ساعتی مشخص به رختخواب برود، سعی کند به میزان مشابه قبل از بیماری بخوابد و از خوابیدن خیلی کمتر از معمول، اجتناب نماید)
- « لازم است با تشخیص عود علائم همچون کمتر خوابیدن، بیشتر پول خرج کردن، احساس انرژی بیش از حد معمول، و مراجعه سریع برادرمان تا از برگشت و عود، جلوگیری بعمل آید.
- « فردی که در فاز مانیا قرار دارد، بنیشت کافی نسبت به بیماری خود ندارد و حتی ممکن است از احساس شغف زیاد و افزایش انرژی لذت ببرد، بنابر این کسانی که از فرد مراقبت می‌کنند باید در فرآیند جلوگیری از عود بیماری، تاثیرگذار باشند.
- « از مصرف الکل و سایر مواد روانگردان، باید اجتناب شود.
- « از آن جایی که تغییرات در شیوه زندگی باید تا زمان مورد نیاز، ادامه یابد، باید به گونه‌ای طراحی شوند که بتوان آنها را ادامه دارد.
- « هر فرد باید برای دریافت حمایت بدنیاال وقوع اتفاقات مهم در زندگی (مثلاً داغدیدگی)، تشویق به صحبت با خانواده و دوستانش گردد.

« استراتژی‌های مقابله عمومی همچون برنامه ریزی برای کار یا تحصیل در مدرسه، که از کم خوابی جلوگیری نموده، سیستم‌های حمایت اجتماعی فرد را ارتقاء دهد، و بحث و تبادل نظر پیرامون تصمیمات مهم (به خصوص تصمیمات مالی یا تصمیماتی که تعهد زیاد می‌آورند)، باید تقویت و بکار گرفته شوند.

« نیازهای سلامت روانی، اجتماعی و جسمی خانواده، باید مدنظر قرار گیرند.

« حمایت‌سازی کنید: اعتماد دو طرفه بین فرد و کارکنان بهداشتی برای فردی که اختلال دوقطبی دارد، اهمیت زیادی دارد چون ارتباط خوب درمانی می‌تواند نتایج دراز مدت به خصوص مصرف دارو را بهبود بخشد.

۲,۲ شبکه‌های اجتماعی را مجدداً فعال کنید

« فعالیت‌های اجتماعی قبلی فرد چنانچه از سر گرفته شوند حمایت‌های روانی اجتماعی مستقیم یا غیرمستقیم فرد را افزایش می‌دهند و مثل جمع‌های خانوادگی، بیرون رفتن با دوستان، دیدار همسایه‌ها، فعالیت‌های کاری، ورزشی و اجتماعی، باید شناسایی و مشخص شوند.

« فرد و خانواده او را برای ادامه فعالیت‌های اجتماعی، فعالانه مورد تشویق قرار دهید.

۲,۳ بازتوانی

« با استفاده از سیستم‌های رسمی و غیررسمی در دسترس، فرصت‌هایی برای فرد و مراقبان فراهم آورید تا در فعالیت‌های فرهنگی، اقتصادی و آموزشی متناسب با فرهنگ خود، مشارکت نمایند.

« برای آنهایی که در استخدام شدند یا باقی ماندن در یک شغل مشکل دارند حمایت لازم را از استخدام آنها بعمل آورید.

۲,۴ پیگیری

« پیگیری منظم لازم است. میزان عود بالاست و افراد در فاز مانیا اغلب نیاز به درمان را احساس نمی‌کنند، بنابر این عدم ادامه درمان شایع است و درگیر کردن مراقبین فرد در این دوران، حیاتی است.

« در هر پیگیری، علائم را ارزیابی کرده وضعیت عوارض داروها، میزان مصرف و نیاز به مداخلات روانی اجتماعی را بررسی نمایند.

« فرد مبتلا به مانیا باید جهت بررسی و ارزیابی به طور منظم مراجعه نماید و این ارزیابی‌ها تا زمانی که دوره مانیا تمام شود باید بیشتر صورت گیرد.

« به فرد و مراقبین او، اطلاعاتی در مورد بیماری و درمان آن بدهید. این اطلاعات باید شامل نکاتی پیرامون علائم و نشانه‌های مانیا، اهمیت استفاده منظم از داروها حتی زمانی که علائم از بین رفته‌اند و مشکلاتی که در مورد قبول نیاز به درمان وجود دارد را شامل شود. چنانچه فرد، مراقبی ندارد، فردی از اطرافیان وی مثلاً دوستان یا اقوام را انتخاب نمایید تا به صورت دوره‌ای او را تحت نظر و مراقبت داشته باشد.



شرح مداخلات اختلال دوقطبی

درمان مانیای حاد

۳,۱ لیتیوم، والپورات، کاربامازپین یا آنتی سایکوتیک‌ها

برای درمان فاز حاد مانیا، لیتیوم، والپورات، کاربامازپین یا آنتی‌سایکوتیک‌ها را در نظر داشته باشید. لیتیوم تنها در صورتی استفاده می‌شود که پایش آزمایشگاهی و بالینی مقدور باشد. چنانچه علائم شدید باشند، می‌توان از یک آنتی‌سایکوتیک استفاده کرد که شروع اثربخشی آن از تثبیت‌کننده خلق سریع‌تر باشد.

برای اطلاعات بیشتر درباره دوزاژ دارویی، پایش، عوارض جانبی و سایر موارد به قسمت تثبیت‌کننده‌های خلق در درمان نگهدارنده اختلال دوقطبی و جدول داروهای تثبیت‌کننده خلق مراجعه نمایید (بند ۳ اختلالات دو قطبی)

برای اطلاعات بیشتر در مورد آنتی‌سایکوتیک‌ها، به بخش شرح مداخلات دارویی سایکوز، رجوع کنید (بند ۳ مربوط به سایکوزها).

۳,۲ بنزودیازپین‌ها

فرد مبتلا به مانیا که بیقراری دارد می‌تواند از مصرف کوتاه مدت بنزودیازپین‌ها مثل دیازپام، سود ببرد. از آنجایی که بنزودیازپین‌ها ممکن است باعث ایجاد تحمل شوند، باید به محض بهبودی علائم، تدریجاً قطع گردند.

۳,۳ ضدافسردگی‌ها

چنانچه در فردی که داروی ضد افسردگی مصرف می‌کند، مانیا ایجاد شود، هرچه سریع‌تر یا بطور تدریجی براساس سنجش خطر ایجاد علائم محرومیت در مقابل خطر بدتر شدن علائم مانیا، ضدافسردگی را قطع کنید و به بخش افسردگی، بند مداخلات دارویی مراجعه کنید. افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نباید ضد افسردگی‌ها را به تنهایی دریافت کنند به این علت که خطر ایجاد مانیا وجود دارد. این موضوع به خصوص در مورد ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای صدق می‌کند. این داروها وقتی در ترکیب با لیتیوم، ضد سایکوز یا والپورات داده شوند، خطر ایجاد مانیا کمتر است.

۳,۴ پایش

درمان باید به صورت منظم پایش شده و اثربخشی آن بعد از ۳ یا ۶ هفته ارزیابی شود. چنانچه بیمار بعد از ۶ هفته بهبودی نداشت، دارو را تغییر دهید یا داروی دیگری را به درمان قبلی اضافه نمایید مثلاً یک آنتی‌سایکوتیک در ترکیب یا تثبیت‌کننده خلق. چنانچه درمان ترکیبی اثربخش نبود با متخصص مشاوره نمایید.



درمان نگهدارنده اختلالات دوقطبی



انتخاب یک تثبیت کننده خلق (لیتیوم، والپورات، کاربامازپین)

۴،۱ لیتیوم

« لیتیوم را تنها در صورتی انتخاب کنید که پایش آزمایشگاهی و بالینی در دسترس باشد.

« درمان تک دارویی با لیتیوم، در برابر عود مانیا و افسردگی، هر دو مؤثر است، هر چند تأثیر بیشتر آن به عنوان یک داروی ضد مانیا است.

« قبل از شروع درمان با لیتیوم، تست‌های عملکرد کلیه، عملکرد تیروئید، شمارش کامل سلول‌های خونی، نوار قلب و آزمایش حاملگی، در صورت امکان انجام شود.



توجه کنید: از آنجایی که دوزاژ درمانی لیتیوم با دوزاژ مسموم‌کنندگی آن به هم نزدیک است لذا پایش دقیق سطح سرمی الزامی است، هر ۶-۱۲ ماه، عملکرد تیروئید باید بررسی گردد. در صورت عدم دسترسی به تست‌های آزمایشگاهی از تجویز لیتیوم باید اجتناب شود. عدم مصرف منظم یا قطع لیتیوم، به سرعت خطر عود را بالا می‌برد. در جاهایی که امکان دارد بعد از مدتی مصرف، دسترسی به لیتیوم با دشواری همراه باشد نباید لیتیوم تجویز گردد.

« با دوزاژ کم (۳۰۰ میلی‌گرم در شب) شروع کنید و به تدریج و با پایش غلظت خون، هر ۷ روز دارو را افزایش دهید تا سطح آن به ۱-۰/۶ میلی‌اکی‌والان در لیتر برسد. سطح خونی فرد را هر ۳-۲ ماه یکبار چک کنید.

« حداقل ۶ ماه طول می‌کشد تا اثربخشی کامل لیتیوم به عنوان درمان نگهدارنده در اختلالات دوقطبی، مشخص شود.

« به بیمار توصیه کنید که مایعات زیاد بخورد، به خصوص در مواقعی که تعریق داشته، مدت طولانی بی‌حرکت بوده یا تب داشته باشد.

« در صورت بروز اسهال یا استفراغ، با پزشک خود تماس بگیرد.

« بیماری که لیتیوم می‌گیرد باید از مصرف داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی، اجتناب کند.

« چنانچه مشکلات شدید تنفسی یا متابولیک ایجاد شود، لیتیوم را به مدت ۷ روز متوقف نمایید.

۴،۲ والپورات

« قبل از شروع درمان لیتیوم، در مورد سابقه بیماری قلبی عروقی، کلیوی یا کبدی فرد سؤال نمایید.

« با دوزاژ کم ۵۰۰ میلی‌گرم روزانه، شروع کنید و تا رسیدن به دوزاژ مورد نظر میزان دارو را (براساس تحمل فرد) افزایش دهید.

« پاسخدهی به درمان، عوارض و پذیرش درمان را دقیقاً پایش کنید. علائم و نشانه‌های اختلالات خونی و کبدی را برای بیمار توضیح دهید و از بیمار بخواهید در صورت بروز علائم فوق، سریعاً کمک بگیرد.

« در صورت ادامه عوارض غیرقابل تحمل، دوزاژ دارو را کاهش دهید و چنانچه کاهش دوزاژ مؤثر واقع نشد، داروی ضد مانیای دیگری را شروع نمایید.

۴،۳ کاربامازپین

« در صورتی که لیتیوم و والپورات اثربخش نبودند و یا خوب تحمل نشدند، یا چنانچه یکی از داروهای مورد استفاده در مانیا، در دسترس نباشد، کاربامازپین را مدنظر داشته باشید.

« در طول درمان و قبل از شروع درمان با کاربامازپین، سابقه بیماری کبدی، کلیوی و قلبی عروقی را از سؤال نمایید.

« با دوز کم (۲۰۰ میلی‌گرم روزانه در زمان خواب) شروع کنید و تا رسیدن به دوز روزانه ۱۰۰۰-۶۰۰ میلی‌گرم آن را افزایش دهید.

« کارکنان بهداشتی باید توجه داشته باشند که ممکن است لازم باشد تا بدلیل القای آنزیم‌های کبدی دوزاژ داروها بعد از ۲ هفته مجدداً تنظیم شود.

« دوزاژ داروها را در صورت ادامه عوارض جانبی، کاهش دهید. چنانچه کاهش دوزاژ، کمک‌کننده نبود، نیاز به تغییر دارو به ضد مانیای دیگر را مدنظر داشته باشید.



در زنان حامله از تجویز لیتیوم، والپورات و کاربامازپین اجتناب نموده و در زنان در سن باروری، براساس مقایسه مضرات و فواید آن تصمیم‌گیری نمایید. ۵

چنانچه عودهای مکرر داشته باشد یا عملکرد فرد به صورت مداوم مختل باشد، داروی تثبیت‌کننده خلق را با داروی دیگر جایگزین و یا داروی دیگری از تثبیت‌کننده‌های خلق را به آن اضافه نمایید. با یک متخصص مشورت نمایید. ۶



شرح مداخلات اختلال دوقطبی

درمان نگهدارنده اختلالات دوقطبی



۴,۴ قطع مصرف داروهای تثبیت کننده‌های خلق

« در فردی که در حال حاضر در فاز افسردگی یا مانیا نیست (دوره‌های مابین اختلال دوقطبی)، وضعیت فرد را هر سه ماه یک بار پیگیری کنید. درمان را ادامه داده و از نزدیک عود بیماری را پیش‌نماید. «
 « درمان نگهدارنده با تثبیت کننده‌های خلق را به مدت حداقل ۲ سال بعد از آخرین دوره اختلال دوقطبی، ادامه دهید. ❗ «
 « با این حال، چنانچه فرد دوره شدیدی از علائم سایکوتیک یا عودهای مکرر داشته باشد، با متخصص در مورد تصمیم‌گیری قطع درمان نگهدارنده بعد از ۲ سال، مشاوره نمایید. «
 « دارو را در عرض چند هفته یا چند ماه به تدریج قطع کنید. «
 « در صورت تغییر دارو، داروی جایگزین را ابتدا با داروی اول همراه و بعد از دو هفته مصرف هر دو دارو، داروی اول را بتدریج قطع کنید.

کاربامازپین	والپورات	لیتیوم	نام دارو
۲۰۰	۵۰۰	۳۰۰	دوز شروع (میلی‌گرم)
۴۰۰-۶۰۰	۱۰۰۰-۲۰۰۰	۶۰۰-۱۲۰۰	دوز معمول مؤثر (میلی‌گرم)
خوراکی	خوراکی	خوراکی	روش تجویز
به طور روتین توصیه نمی‌شود	به طور روتین توصیه نمی‌شود	۰/۶-۱ میلی‌اکی وان / لیتر مانیا : ۰/۸-۱ میلی‌اکی وان / لیتر درمان نگهدارنده: ۰/۶-۰/۸ میلی‌اکی وان / لیتر پایش منظم سطح سرم خون حیاتی است.	سطح خونی مطلوب
دوبینی، اختلال در تعادل، ضایعات پوستی، افزایش آنزیم‌های کبدی بندرت: سندرم استونس-جانسون، آنمی آپلاستیک.	در صورت وجود بیماری زمینه‌ای کبدی احتیاط کنید. ریزش مو و ندرتاً پانکراتیت ممکن است با مصرف دارو ایجاد شود	اختلال در تعادل، پراداراری، پرنوشی، مشکلات شناختی، آریتمی قلبی، دیابت بی مزه، کم‌کاری تیروئید	عوارض جانبی مهم
++	++	++	خواب آلودگی
++	++	++	لرزش (ترمور)
++	++	++	افزایش وزن
++	++	-	مسمومیت کبدی
+	+	-	تریبوسا پتوینی
+	+	-	لکوپنی بی‌علامت خفیف

| Epilepsy/ Seizures | صرع / تشنج |

صرع / تشنج

صرع (اپی‌لپسی)، بیماری مزمنی است که با تشنج‌های اولیه و یا بدون انگیزش (unprovoked)، که عللی مانند اختلالات الکترولیتی، عفونی و ...، در مورد آن صدق نمی‌کند، مشخص می‌شود. بیماری صرع علل متفاوتی دارد، علل این اختلال می‌تواند ژنتیکی و یا بر اثر سابقه ضربه به هنگام تولد (آسیب زایمانی)، عفونت مغزی یا آسیب به سر در فرد ایجاد شود. در بعضی موارد علت خاصی قابل تشخیص نمی‌باشد.

تشنجیکه ناشی از دیس شارژهای غیرطبیعی مغز می‌باشد می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد؛ افراد مبتلا به صرع ممکن است بیش از یک نوع حمله را تجربه کنند. دو نوع اصلی این اختلال، می‌تواند با حمله و یا بدون حمله تشنجی همراه باشد. صرع‌های بدون تشنج ویژگی‌هایی همچون تغییر در آگاهی، رفتار، هیجانات و احساسات (مثل حس چشایی، بویایی، بینایی و شنوایی) دارد که شبیه به وضعیت‌های روانی بوده و ممکن است با اختلالات دیگر اشتباه گرفته شوند.

حملات همراه با تشنج، ویژگی‌هایی همچون انقباضات ناگهانی عضلانی دارند که می‌تواند منجر به افتادن فرد شده و به دنبال آن، به تناوب دچار شلی و سفتی عضلانی گردیده و با بی‌اختیاری ادرار و یا بدون بی‌اختیاری ادرار و مدفوع همراه باشد. این فرم تشنج با انگ (استیگما) بیشتری همراه است و میزان مرگ و میر بالاتری دارد.

در این بخش فقط به اپی‌لپسی همراه با تشنج، پرداخته می‌شود.

راهنمای ارزیابی و مدیریت موارد اورژانسی

ارزیابی و مدیریت موارد اورژانس باید به طور همزمان انجام شود.

۱- آیا بیمار در حال تشنج کردن و یا بیهوش است؟

اندازه بگیرید:

- فشار خون، دمای بدن و تعداد تنفس
- بررسی کنید
- نشانه‌های آسیب جدی به مهره‌ها و سر
- مردمک: متسع یا تنگ؟ عدم تقارن؟ عدم پاسخ به نور؟
- نشانه‌های مننژیت
- نقایص موضعی (فوکال)

موارد زیر را سؤال کنید؟

- اگر فرد بیهوش است، از همراه وی بپرسید: «آیا این اواخر تشنج داشته است؟»
- مدت زمان بی‌هوشی / تشنج
- تعداد تشنج‌ها
- شرح حال ترومای سر یا آسیب به گردن
- سایر مشکلات پزشکی، داروها یا سموم (به عنوان مثال ارگانوفسفات‌ها)، مصرف مواد (مثل مسمومیت با محرک‌ها، بنزودیازپین‌ها یا محرومیت از الکل (به بخش الکل و مواد رجوع شود)
- وجود سابقه حمله صرعی

بله

در تمام موارد

بله

چنانچه فرد در حال تشنج کردن است

حاملگی را رد کنید

چنانچه در نیمه دوم حاملگی باشد یا یک هفته بعد از زایمان فرد است

و در صورتی که سابقه قبلی تشنج وجود نداشته باشد

به اکلامپسی شک کنید

بله

اگر به آسیب به سر یا گردن شک دارید یا به عفونت سیستم عصبی مشکوک هستید

- راه های هوایی، تنفسی و جریان خون فرد را چک کنید.
- بیمار را در برابر آسیب محافظت کنید: مطمئن شوید که فرد در جایی است که از آتش یا سایر آسیب‌های احتمالی در امان است.
- فرد را تنها نگذارید در صورت امکان کمک بگیرید. ❌
- فرد را به پهلو بخوابانید تا از خفگی جلوگیری کنید.
- چیزی در دهان بیمار نریزید. اگر فرد دندان مصنوعی دارد آنرا خارج نمایید. ❌

- برای بیمار یک مسیر درون وریدی تعبیه نمایید و از طریق آن، مایعات را با سرعت کم تجویز کنید (۳۰ قطره در دقیقه)
- از طریق وریدی به فرد گلوکز بدهید (۵۰ میلی‌لیتر گلوکز ۵۰٪ برای بالغین، ۵-۲ میلی‌لیتر در کیلوگرم گلوکز ۱۰٪ برای کودکان)
- در صورت امکان ۱۰ میلی‌گرم دیازپام وریدی (کودکان ۱ میلی‌گرم به ازای هر سال سن) یا ۴ میلی‌گرم لورازپام وریدی (۰/۱ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم) را آهسته تزریق کنید.
- چنانچه رگ گرفتن از بیمار دشوار باشد، در صورت دسترسی دیازپام را به صورت رکتال (دوز مشابه بالا) تجویز کنید.

- دیازپام را به صورت عضلانی تجویز نکنید. ❌
- چنانچه تشنج فرد پس از ۱۰ دقیقه تزریق دیازپام قطع نشد دوز دوم دیازپام (دوز مشابه دوز اول)، یا در صورت دسترسی لورازپام بدهید و بیمار را سریعاً به بیمارستان ارجاع دهید. +
- بیش از ۲ دوز دیازپام داده نشود. ❌

- ۱۰ گرم سولفات منیزیم را عضلانی بدهید. ۵ گرم (۱۰ میلی‌لیتر محلول ۵۰٪) را عضلانی و در ۱/۴ فوقانی خارجی باسن هر طرف همراه با یک میلی‌لیتر لیدوکائین ۲٪ را با یک سرنگ تزریق کنید.
- چنانچه فشار خون دیاستولیک بیش از ۱۱۰ میلی‌متر جیوه باشد. ۵ میلی‌گرم هیدرالازین را آهسته (۳-۴ دقیقه) تزریق نمایید. چنانچه تزریق وریدی مقدور نباشد، به صورت عضلانی هم می‌توان تجویز کرد. چنانچه فشار خون دیاستولیک بیشتر از ۹۰ میلی‌لیتر جیوه باقی ماند، دوز بعدی را در فواصل ۳۰ دقیقه‌ای تا زمانی که فشار خون دیاستولیک حدود ۹۰ میلی‌متر جیوه برسد تکرار کنید. در مجموع بیش از ۲۰ میلی‌گرم ندهید.
- بیمار را سریعاً به بیمارستان ارجاع دهید و راهنماهای محلی را برای مدیریت حاملگی، زایمان و مراقبت‌های پس از زایمان دنبال کنید. +

- تشنج فرد را طبق دستورالعمل فوق مدیریت کنید.
- بیمار را سریعاً به بیمارستان ارجاع دهید. +
- آسیب سر یا گردن: گردن را به دلیل احتمال آسیب وارده به نخاع، حرکت ندهید. ❌ وقتی بیمار را جابجا می‌کنید آنرا فیکس نمایید.
- عفونت سیستم عصبی: عفونت را با توجه به دستورالعمل‌های موجود مدیریت کنید.



۲- آیا تشنجه‌ها هنوز ادامه دارد؟

چنانچه تشنجه‌ها

- « بیش از ۳۰ دقیقه طول بکشد یا
- « آندر مکرر رخ بدهد که فرد بین تشنجه‌ها هوشیاری بدست نیاورد یا
- « به دو دوز دیازپام پاسخ ندهد.



به صرع استاتوس
(ممتد) شک کنید



ارزیابی و مدیریت موارد اورژانس باید همزمان انجام شوند!



فرد را سریعاً به بیمارستان ارجاع دهید و بیماری را در بیمارستان مدیریت کنید.

- « راه هوایی، تنفس و جریان خون را چک کنید.
- « اکسیژن تجویز نمایید.
- « نیاز به لوله‌گذاری (انتوباسیون) / ونتیلاسیون را در صورتی که دوزهای متعددی از داروهای مختلف تجویز شده باشند ارزیابی کنید.
- « برای جلوگیری از آسیب‌رسانی، فرد را به پهلو بخوابانید.
- « در جریان تشنج چیزی در دهان فرد نگذارید. ❌

تجویز کنید:

- « ۱۰-۱۵ میلی گرم فنوباریتال به ازای هر کیلوگرم را به صورت وریدی تزریق کنید (با سرعت ۱۰۰ میلی گرم در دقیقه)

یا

- « ۱۵-۱۸ میلی گرم فنی توئین به ازای هر کیلوگرم را در عرض ۶۰ دقیقه وریدی تزریق کنید (از وریدی مجزا از آن که دیازپام را تجویز می کنید). فنی توئین بسیار سوزاننده است و اگر از رگ خارج شود آسیب موضعی شدیدی ایجاد می کند، توصیه می شود فنی توئین در سرم فاقد قند تزریق شود (در صورت وجود امکانات، فنی توئین داخل میکروسست یا در حجم باقیمانده ۱۰۰ سی سی از سرم فاقد قند، رقیق گردد)

چنانچه تشنج ادامه یابد:

- « داروی دیگری را بدهید (چنانچه در دسترس باشد) یا
- « اضافه بر داروی تجویزی، ۱۰ میلی گرم دیگر فنی توئین به ازای هر کیلوگرم را وریدی در عرض ۳۰ دقیقه بدهید (از ورید دیگری غیر از آن که دیازپام داده می شود)
- « بیمار را از نظر دپرسیون تنفسی، پایش کنید.

خیر

« در صورت تکرار اپیزودها، با یک متخصص مشاوره کنید. »
 « بعد از ۳ ماه پیگیری انجام دهید. »

چنانچه فرد ۲ یا کمتر از ۲ ویژگی مطرح شده را تجربه کرده است به حملات غیر تشنجی یا سایر وضعیت‌های پزشکی شک کنید.

بله

« بیماری طبی را درمان نمایید. »
 « درمان نگهدارنده ضد تشنج نیاز نیست. »
 « بعد از ۳ ماه فرد را از نظر وجود اپی لپسی بررسی کنید. »

چنانچه فرد دچار حملات تشنجی و ۲ ملاک مطرح شده دیگر باشد، ممکن است دچار حملات تشنجی با علت حاد باشد یا می تواند بدلیل ناشی از اپی لپسی باشد.

بله

به تشنج کمپلکس ناشی از تب شک کنید.

« برای بستری در بیمارستان ارجاع دهید. »
 « عفونت سیستم عصبی را بررسی کنید (در مناطق با شیوع بالا، مالاریای مغزی را رد نمایید). »

به یک علت حاد شک کنید:
 « عفونت سیستم عصبی (مننژیت / انسفالیت)
 « مالاریای مغزی
 « آسیب سر
 « هیپوگلیسمی یا هایپوناترمی
 « مصرف / محرومیت از مواد



چنانچه پاسخ مثبت است و کودکی ۶ ماه تا ۶ ساله می باشد که تب و تشنج همراه با یکی از سه ویژگی زیر است:

« موضعی - از یک قسمت بدن آغاز می شود
 « طول کشیده - بیشتر از ۱۵ دقیقه
 « تکرار شونده - بیش از یک دوره در جریان بیماری اخیر

چنانچه هیچ یک از ۳ ملاک در کودک تب دار وجود نداشته باشد

« به تشنج ساده ناشی از تب شک کنید
 « تب را مدیریت کنید و علل آن را با توجه به دستورالعملهای موجود جستجو کنید.
 « به مدت ۲۴ ساعت فرد را تحت نظر بگیرید.
 « پیگیری کنید. »

۱- آیا فرد دچار حملات تشنجی است؟

ملاک های زیر را پیرسید:

« کاهش یا از دست دادن هوشیاری
 « سفتی و خشکی که بیش از ۲-۱ دقیقه طول بکشد.
 « حرکات تشنجی که بیش از ۲-۱ دقیقه طول بکشد.
 « گاز گرفتگی زبان یا آسیب به خود.
 « بی‌اختیاری ادرار و یا مدفوع
 « بعد از حرکات غیر عادی: وجود خستگی، خواب آلودگی، گیجی، رفتار غیر طبیعی، سردرد یا درد عضلانی.

۲- چنانچه حملات تشنجی وجود دارند، آیا علت حادی برای آنها وجود دارد؟

موارد زیر را سؤال کرده و جستجو کنید.

« تب، سردرد، نشانه‌های تحریک پذیری مننژ؛ مثل سفتی گردن
 « آیا بلافاصله بعد از ضربه سر ایجاد شده‌اند.
 « اختلالات متابولیک (هیپوگلیسمی (پایین آمدن قند خون)، هایپوناترمی (پایین آمدن سدیم خون)
 « مصرف یا محرومیت از مواد

اگر علت مشخص و دقیقی وجود ندارد

خیر

اگر علت مشخص و دقیقی وجود ندارد

۱- آیا فرد حداقل دو حمله تشنج را در یک سال گذشته در دو روز متفاوت داشته است؟

در رابطه با موارد زیر از او بپرسید

سختی و شدت

*چه میزان اتفاق می افتد؟

*در یک سال گذشته چه میزان حملات تشنج داشته است؟

*آخرین دوره مربوط به چه زمانی است؟

« علت احتمالی تشنج

* (هرگونه پیش زمینه ی خفگی و یا آسیب روحی در دوران تولد، آسیب به ناحیه ی سر، آسیب و یا هرگونه نقص در ناحیه ی مغز، پیش زمینه تشنج در خانواده)

خیر


اگر دلیل واضح و مشخصی وجود ندارد و فرد تنها یک حمله داشته است

فاقد تشنج

« ادامه دادن به مصرف داروهای ضد تشنج لزومی ندارد
« بعد از سه ماه فرد را پیگیری کنید. اگر دیگر رفتارهای غیر طبیعی حاکی از تشنج در فرد نمایان شد تشنج و صرع احتمالی در فرد را مورد بررسی قرار دهید.

بله

اگر جواب بله است تشنج را تشخیص داده و به آن رسیدگی کنید

« مصرف داروی ضد تشنج آغاز می شود (بند ۲،۱ تشنج /صرع) 
« شرایط، سبک زندگی، عوامل حفظ سلامتی و اهمیت رعایت و رسیدگی کردن را گوشزد کنید. (بند ۳،۱ تشنج /صرع)
« وضعیت بیمار را به طور معمول پیگیری کنید.

۴- افراد در یک گروه خاص

در کودکان، وجود معلولیت های ذهنی (به بخش اختلالات تکاملی مراجعه شود) یا اختلالات رفتاری (به بخش اختلالات رفتاری مراجعه شود) همزمان را جستجو کنید.

زنان در سنین باروری

۵- شرایط بیماری همراه را بررسی کنید

احتمال وجود افسردگی، سایکوز یا خودآزاری را بررسی کنید

بله

در صورت وجود معلولیت ذهنی یا اختلالات رفتاری

« در صورت دسترسی به کاربامازپین یا والپروات آنها را تجویز کنید
« (از دادن فنوباربیتال یا فنی توئین خودداری کنید
(بند ۲،۳ شرح جزییات اختلالات تکاملی) ❌
« ناتوانی ذهنی یا اختلالات رفتاری در کودک را مدیریت کنید
(شرح مداخلات اختلالات تکاملی و رفتاری). ❌

بله

اگر زن باردار است

❌ از تجویز والپروات برای زنان باردار خودداری کنید. ❌
« از درمان های چنددارویی برای زنان باردار بپرهیزید. ❌
« توصیه کنید زایمان در بیمارستان انجام گیرد. +
« به هنگام زایمان، یک میلی گرم ویتامین K را به نوزاد به منظور
پیشگیری از خونریزی تزریق نمایید.
« حتی المقدور دارو در دوزهای منقسم به زنان باردار داده شود.

بله

اگر زن شیرده است

« مصرف فنوباربیتال، فنی توئین، کاربامازپین یا والپروات را آغاز کنید. یا در صورتی که قبلا داروهای ضدصرع برای بیمار تجویز شده آنرا ادامه دهید.

بله

اگر بطور همزمان بیماری دیگری وجود دارد

« بیماری صرع و بیماری همراه را هر دو مدیریت کنید ❌



توصیه‌ها و درمانهای دارویی



۲،۱ درمان دارویی ضد تشنج را شروع کنید.

اکثریت حملات صرعی، می‌تواند بوسیله داروهای ضد صرع تحت کنترل قرار گیرد (قطع یا بطور واضحی کاهش یابد)

- « درمان را تنها با یک داروی ضد صرع شروع نمایید.
- « درمان را با دوز کم شروع کرده و به تدریج آن را افزایش دهید تا تشنجه‌ها کاملاً کنترل شوند.
- « هدف از درمان، رسیدن به حداقل دوز نگهدارنده‌ای است که در آن تشنجه‌ها کنترل شوند.
- « به بیمار و خانواده وی درباره:
- « فنوباریتال، فنی توئین، کاربامازپین یا والپروات را در صورت در دسترس بودن تجویز نمایید.
- « تأخیر در شروع اثر و سیر زمانی درمان
- « عوارض بالقوه و خطر این علائم، در صورت بروز سریعاً درخواست کمک کنند.
- « خطر بروز علائم قطع / محرومیت ناگهانی در مواقع فراموش کردن دوزها
- « نیاز به پیگیری منظم

- « از فرد و خانواده وی بخواهید که تشنجه‌ها را روزانه ثبت نمایند.
- « برای اختلالات پزشکی همراه: قبل از تجویز داروهای ضد صرع، توانایی تحمل داروهای تجویزی برای درمان بیماریها و تداخل اثرات داروها را مدنظر داشته باشید. بطور رسمی با مشاورین ملی یا سازمان جهانی بهداشت تماس بگیرید.

۲،۲ پیگیری

- « درباره پاسخ به علائم، عوارض جانبی و پذیرش درمان سؤال کنید.
- « عوارض جانبی می‌تواند بوسیله دوزهای بالای داروهای ضد صرع اتفاق افتد (همچون خواب آلودگی، نیستاگموس، دو بینی و آتاکسی). این عوارض همچنین می‌تواند دلیل اثرات غیر قابل انتظار (همچون واکنش‌های آلرژیک، دپرسیون مغز استخوان، نارسایی کبد) باشد.
- « درمورد جزییات داروهای ضد صرع به بند ۲،۳ صرع، رجوع کنید.
- « دوز مناسب داروی ضد صرع، کمترین دوزی از دارو است که قادر به کنترل حملات صرعی بدون ایجاد عوارض جانبی باشد.
- « اگر با مصرف دارو عوارض جانبی وابسته به دوز ایجاد گردید دوز را دارو را کاهش دهید. در صورت بروز واکنش‌های غیر قابل انتظار، داروی ضد صرع فرد را قطع و داروی ضد صرع دیگری را تجویز نمایید.
- « اگر پاسخ به درمان ضعیف بود (کمتر از ۵۰ درصد کاهش در فراوانی حملات صرع ایجاد شده باشد) علیرغم پذیرش مطلوب دارو، افزایش دارو را تا حداکثر دوز تحمل شده برسانید.
- « اگر پاسخ به درمان همچنان ضعیف بود، تک دارویی را با داروی دیگر آزمایش کنید. داروی دوم را شروع کنید و تا حداکثر دوز تحمل شده مطلوب ادامه دهید. سپس داروی اول را بتدریج و آهستگی قطع نمایید.
- « اگر حملات صرعی خیلی کم اتفاق می‌افتد و دوزهای بالای دارویی ایجاد عوارض جانبی می‌کنند چیزی کمتر از رهایی کامل از حملات، باید هدف اصلی باشد.
- « اگر حملات صرعی با وجود تجویز دو تک دارویی (منوتراپی)، ادامه یابد، تشخیص داده شده از جمله بیماری‌های همراه و پذیرش درمانی را مرور کنید، و اگر لازم باشد با یک متخصص برای ارزیابی بیشتر و درمان مشورت کنید.
- « اگر پاسخ به درمان ضعیف و یا عوارض جانبی وجود داشته باشد پیگیری را ماهانه دنبال کنید.
- « اگر حملات بخوبی کنترل شده اند هر سه ماه پیگیری را ادامه دهید.

چگونه و چه موقع باید داروهای ضد صرع را قطع نمود

- « زمانی که در طول سه سال گذشته هیچ حمله‌ای رخ نداده باشد.
- « تصمیم خود را با فرد و مراقب وی مطرح و خطر شروع مجدد حملات را گوشزد نمایید.
- « در بعضی موارد بیماری، درمان طولانی مدت داروی ضد صرع ضرورت دارد، بعنوان مثال زمانی که حملات صرعی ثانویه به ترومای سر یا عفونت‌های عصبی بوده یا اگر کنترل حملات دشوار باشد.
- « درمان دارویی را در طول شش ماه بتدریج کاهش دهید.



۲,۳ درمان های دارویی



فنونباریتال

« فقط لازم است این دارو یک بار در روز داده شود.
« در موقع خواب دارو داده شود
(برای کاستن خواب آلودگی در طول روز).



بالغین: درمان را با یک میلی گرم / در هر کیلو گرم / در روز
(قرص ۶۰ میلی گرمی) برای دو هفته شروع کنید. اگر پاسخ به درمان
ضعیف بود، دوز را دو تا دو میلی گرم / در هر کیلو گرم / در روز (۱۲۰
میلی گرم) برای دو ماه افزایش دهید. اگر حملات همچنان ادامه داشته
باشند دوز را تا سه میلی گرم / در هر کیلو گرم / (۱۸۰ میلی گرم)
در روز افزایش دهید.



کودکان: درمان را با دو میلی گرم / در هر کیلو گرم / در روز برای دو
هفته شروع کنید. اگر پاسخ به درمان ضعیف بود، دوز دارو را تا سه میلی
گرم / در هر کیلو گرم / در روز برای دو ماه افزایش دهید. اگر حملات
همچنان ادامه داشته باشند دوز دارو را تا حداکثر شش میلی گرم / در هر
کیلو گرم / در روز افزایش دهید.

« مصرف مداوم دارو برای ۲۱-۱۴ روز الزامی است تا به سطح ثابت
فنونباریتال در خون برسیم. لذا بروز صرع در طول این دوران، نباید
شکست دارویی قلمداد شود.

« عوارض جانبی: در عوارض جانبی وابسته به دوز، امکان سرگیجه، بیحالی
و بیش فعالی در کودکان وجود دارد. عوارض غیر قابل انتظار: همچون
ضایعات پوستی، دپرسیون مغز استخوان و نارسایی کبدی دیده می
شود.

کاربامازپین

« کاربامازپین را به آهستگی شروع کنید.

« دارو را دو بار در روز بدهید.

« با مصرف ۸ روزه این دارو، امکان رسیدن به وضعیت ثابت و پایدار
وجود دارد.

« عوارض جانبی: واکنش های آلرژیک پوستی (که می تواند شدید هم
باشد)؛ تاری دید، دو بینی، عدم تعادل در راه رفتن حالت تهوع: علائم
ذکر شده در انتها معمولا در شروع با دوز بالا دارو ایجاد می
شوند.

فنونوئین

« در کودکان: دارو را دو بار در روز بدهید، در بزرگسالان

این دارو را یک بار در روز نیز می توان داد.

« افزایش دارو می تواند تغییرات زیادی را در تمرکز حواس ایجاد کند
لذا باید با دوز کم دارو آنرا افزایش داد.

« عوارض وابسته به دوز: خواب آلودگی، اختلال تعادل و گفتار شل، تکان
های ناگهانی اندام و گیجی، چهره خشن، هیپرپلازی لثه و پرمویی
(بندرت اتفاق می افتد)؛ عوارض غیر قابل انتظار: کم خونی و دیگر
ناهنجاری های خونی، واکنش های آلرژیک بیش از حد همچون ضایعه
پوستی و هپاتیت.

سدیم والپروات

« فرم های مختلف دارو موجود می باشد؛ معمولا این داروها ۲ تا ۳ بار
در روز داده می شود.

« عوارض جانبی: خواب آلودگی و لرزش (بستگی به دوز دارو دارد)،

ریزش موی موقت (رشد مجدد بطور طبیعی در طول ۶ ماه رخ می

دهد)، افزایش وزن بدن، آسیب عملکرد کبدی (عوارض غیر قابل
انتظار).

کودکان

نوجوانان / بالغین

دوز نگهدارنده	دوز شروع	دوز نگهدارنده	دوز شروع	
دوز نگهدارنده ۱۴۰۰-۴۰۰ میلی گرم / در روز	دوز شروع ۲۰۰-۱۰۰ میلی گرم / در روز	دوز نگهدارنده ۳۰-۱۰ میلی گرم / کیلوگرم / در روز	دوز شروع ۵ میلی گرم / کیلوگرم / در روز	کاربامازپین
دوز نگهدارنده ۱۸۰-۶۰ میلی گرم / در روز	دوز شروع ۶۰ میلی گرم / در روز	دوز نگهدارنده ۶-۲ میلی گرم / کیلوگرم / در روز	دوز شروع ۳-۲ میلی گرم / کیلوگرم / در روز	فنونباریتال
دوز نگهدارنده ۴۰۰-۲۰۰ میلی گرم / در روز	دوز شروع ۲۰۰-۱۵۰ میلی گرم / در روز	دوز نگهدارنده ۸-۳ میلی گرم / کیلوگرم / در روز (حداکثر تا ۳۰۰ میلی گرم در روز)	دوز شروع ۴-۳ میلی گرم / کیلوگرم / در روز	فنی توئین
دوز نگهدارنده ۲۰۰۰-۴۰۰ میلی گرم / در روز	دوز شروع ۴۰۰ میلی گرم / در روز	دوز نگهدارنده ۳۰-۱۵ میلی گرم / کیلوگرم / در روز	دوز شروع ۲۰-۱۵ میلی گرم / کیلوگرم / در روز	سدیم والپروات



۲,۱ فراهم آوردن آموزش برای فرد مبتلا به صرع و مراقبین او



برای آنها شرح دهید:

- « صرع / اپیلمسی چیست؟ بعنوان مثال: صرع یک مشکل مربوط به مغز است. صرع یک بیماری است که در آن حملات تکرار شونده تشنج وجود دارد. صرع یک بیماری واگیردار نیست و علت آن ارواح و جادو نیستند.
- « در باره ماهیت حملات و علل احتمالی ایجاد صرع
- « صرع یک بیماری مزمن است، لیکن می تواند حملات در ۷۵ درصد افراد کاملاً کنترل گردد و بعد از قطع دارو، در طول باقیمانده زندگی نیازی به دارو نیست.
- « روش های درمانی مختلفی وجود دارد.
- « دلایل ارجاع (در موارد مورد نیاز)

احتیاطاتی که باید در منزل در طول تشنجات داشت:

- « فرد را روی زمین به حالت دراز کش و به پهلو قرار دهید، برای کمک به تنفس او سرش را به یک سمت قرار دهید تا از بلع مواد استفراغ شده جلوگیری شود.
- « مطمئن شوید فرد به درستی نفس می کشد.
- « تلاش نکنید فرد را ببندید یا با فشار چیزی را در دهان او بریزید.
- « در کنار فرد بمانید تا تشنج خاتمه یافته و فرد به هوش آید.
- « برخی موارد، فرد قبل از شروع حملات احساس می کند و یا درک می کند که قرار است دچار حمله گردد، در این حالت فرد می بایست در محل امنی دراز بکشد تا از خطر افتادن و زمین خوردن حفظ گردد.
- « بخاطر داشته باشید صرع یک بیماری واگیردار نیست، با کمک به یک صرعی، هیچگاه فرد کمک کننده مبتلا به این بیماری نمی شود.
- « افراد با بیماری صرع، قادر به زندگی طبیعی هستند، لذا می توانند ازدواج کنند و بچه دار شوند.
- « والدین دارای بچه های مبتلا به صرع، نباید آنها را از تحصیل در مدرسه بازدارند.
- « افراد مبتلا به صرع، می توانند در بیشتر مشاغل مشغول کار شوند. لیکن آنها باید از کار کردن نزدیک ماشین های سنگینو کار در ارتفاعات، خودداری نمایند.
- « افراد مبتلا به صرع باید از پختن غذا روی آتش در مکانهای باز و تنهایی شناکردن بپرهیزند.
- « افراد مبتلا به صرع، می باید از مصرف بیش از حد الکل و هرگونه مواد مخدر، کم خوابی و رفتن به مکان هایی که دارای چراغ های فلش دار هستند بپرهیزند.
- « قوانین ملی در رابطه با موضوع رانندگی افراد صرعی و تشنج حین رانندگی مدنظر قرار گیرد.
- « روزه داری فرد صرعی، باید طبق نظر روانپزشک، نورولوژیست و یا متخصص بهداشت روان ارائه دهنده خدمت صورت گیرد.

مباحث مربوط به شیوه زندگی

| **Developmental Disorders** اختلالات تکاملی |

اختلالات تکاملی

اختلال تکاملی، واژه‌ای است کلی که ناتوانی‌های ذهنی (هوشی)/عقب‌ماندگی ذهنی و همچنین اختلالات فراگیر رشدی همچون اوتیسم را در برمی‌گیرد. این اختلالات، اغلب در کودکی شروع شده، با اختلال یا تأخیر در عملکردهای مرتبط با تکامل سیستم عصبی مرکزی همراه است و برخلاف خیلی از اختلالات روانیکه سیر بهبودیو عود در آنها وجود دارد، سیری ثابت و بدون بهبودیدارند. باوجود شروع این اختلالات در کودکی، اختلال تکاملی در دوران بزرگسالی هم ادامه می‌یابد. افرادی که به اختلالات تکاملی مبتلا هستند به بیماری‌های جسمی نسبتاً آسیب‌پذیرتر بوده و احتمال ابتلای آنها به مواردی که در بخش سایر «راهنمای برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان» آمده‌اند بیشتر است، به همین دلیل نیاز به توجه بیشتری به این بیماران، از سوی کارکنان بهداشتی وجود دارد.

ناتوانی ذهنی

ناتوانی ذهنی با اشکال در مهارت‌ها در حوزه‌های مختلف تکاملی (شناختی، گفتاری، حرکتی و اجتماعی) در دوره تکامل مشخص می‌شود. هوش پایین‌تر، توانایی تطابق با نیازهای روزمره در زندگی را کاهش می‌دهد. آزمون‌های سنجش هوش در تعیین میزان توانایی‌های فرد کمک‌کننده هستند ولی تنها زمانی قابل استفاده می‌باشند که در جمعیت مورد نظر، اعتباریابی شده باشند.

اختلالات فراگیر رشدی از جمله اوتیسم

تظاهرات این اختلالات عبارتند از اختلال در رفتار اجتماعی، ارتباطات و تکلم، محدود بودن دامنه علایق و فعالیت‌ها که این دو مورد آخر منحصر به فرد بوده و به صورت تکراری انجام می‌شوند. در نوزادی یا اوایل کودکی شروع می‌شوند، اغلب و نه همیشه، درجاتی از ناتوانی ذهنی هم وجود دارد. رفتارهای ذکر شده در بالا در افرادی که ناتوانی‌های ذهنی هم دارند، گاهی دیده می‌شوند.

۱- آیا کودک تأخیری در رشد و تکامل دارد؟

وضعیت تکاملی کودک را با استفاده از جداول محلی مربوط به رشد یا با مقایسه کودکان همسن و سال در همان کشور ارزیابی نمایید

(به عنوان مثال سن لبخند زدن، نشستن، ایستادن بدون کمک گرفتن، راه رفتن، صحبت کردن، فهم دستورات و برقراری ارتباط با دیگران)

برای کودکان در سنین بالاتر، علاوه بر موارد فوق به چگونگی عملکرد آنها در مدرسه و فعالیت‌های روزمره آنها در خانه نیز توجه داشته باشید.

موارد زیر را جستجو نمایید:

- « « موارد عجیب و غریب در برقراری ارتباط (به عنوان مثال، نقص یا اشکال در استفاده از زبان برای برقراری ارتباط و انعطاف‌پذیری اندک در استفاده از زبان)
- « الگوهای محدود و تکرار شونده رفتار، علایق و فعالیت‌ها
- « زمان، ترتیب و سیر تظاهرات فوق
- « از دست دادن مهارت‌هایی که قبلاً بدست آمده‌اند
- « سابقه خانوادگی اختلالات تکاملی
- « وجود اختلال شنوایی و بینایی
- « همراهی صرع با بیماری
- « همراهی علائم اختلال حرکتی یا فلج مغزی با بیماری

بله

چنانچه تأخیر در تکامل یا ضعف در تعاملات اجتماعی یا اشکال در برقراری ارتباط در فرد وجود دارد.

آیا کمبود تغذیه‌ای همچون کمبود ید و یا سایر بیماری‌های پزشکی وجود دارد؟

بله

« مشکلات تغذیه‌ای، شامل کمبود ید یا اختلالات طبی را با استفاده از راهنمای IMCI مدیریت کنید.

در تمامی موارد

- « آموزش خانواده را شروع کنید (بند ۲,۱ مداخلات تکاملی)
- « آموزش مهارت‌های فرزندپروری را در صورتی که امکانش هست در نظر داشته باشید (رجوع به بخش INT)
- « در مورد خدمات اجتماعی و آموزشی در دسترس، اطلاع‌رسانی لازم را انجام داده و با آنها مشارکت کنید.
- « بعد از کسب رضایت از فرد و مراقب وی با مدرسه تماس گرفته و توصیه‌های لازم را انجام دهید (بند ۲,۲ مداخلات تکاملی)
- « سطح فعلی عملکرد تطابقی فرد را با مشاوره متخصص، در صورت امکان ارزیابی کنید. ۴۴
- « مشکلات همراه شامل اختلال بینایی و شنوایی را مدیریت کنید.
- « برای موقعیت‌های قابل انتظار و دشوار زندگی، حمایت‌هایی را فراهم کنید.
- « در استفاده فرد از خدمات بازتوانی مبتنی بر جامعه تسهیل و مشارکت نمایید (بند ۲,۳ مداخلات تکاملی)
- « برای حقوق انسانی کودک و خانواده وی تبلیغ و حمایت نمایید (بند ۲,۴ مداخلات تکاملی)
- « برای مراقبین کودک سیستم‌های حمایتی فراهم آورید (بند ۲,۵ مداخلات تکاملی)
- « برای ارزیابی‌های بیشتر، در صورت امکان، فرد را به متخصص ارجاع دهید.
- « پیگیری‌های منظم را انجام دهید (بند ۲,۶ مداخلات تکاملی)

Developmental Disorders اختلالات تکاملی < DEV1

ارزیابی و راهنمای مدیریت

۲- آیا تأخیر تکاملی فرد ناشی از محیط با سطح محرک‌های پایین یا افسردگی مادر است؟

بله

در صورت عدم وجود محیط محرک یا وجود افسردگی در مادر

« برای خانواده فرد آموزش روانی را فراهم آورید (بند ۲,۱ مداخلات تکاملی) و به والدین چگونگی ایجاد محیط محرک برای کودکان را بیاموزید.

« افسردگی مادر را درمان کنید. فصل افسردگی و همچنین سایر راهنماهای سازمان جهانی بهداشت برای افسردگی مادر و تکامل اولیه کودک را ملاحظه کنید (بخش افسردگی). »

۳- وجود سایر اختلالات روانی، عصبی یا مصرف موادمفرد را بررسی کنید.

بله

در صورت پاسخ مثبت

« باتوجه به بخش مربوط به اختلال، بیماری را درمان کنید:
 *صرع (بخش صرع)
 *افسردگی (بخش افسردگی)
 *اختلالات رفتاری (بخش اختلالات رفتاری)

موارد زیر را به خصوص مورد توجه قرار دهید:

« صرع
 « افسردگی
 « اختلالات رفتاری

! در تجویز داروهای روانپزشکی به بیماران که اختلالات تکاملی دارند احتیاط کنید چون این افراد اغلب به عوارض این داروها حساس ترند.

۴- آیا کودک مشکلات رفتاری دارد؟

بله

در صورت پاسخ مثبت

« هرگونه مشکل حاد جسمی قابل درمان که باعث بدتر شدن مشکلات رفتاری می‌شود را مدیریت کنید.
 « آموزش‌های روانی تکمیلی به خانواده و آموزش مهارت فرزندپروری را برای مشکلات خاص رفتاری مدنظر داشته باشید (رجوع به بخش اختلالات رفتاری و INT) »
 « در صورت وجود متخصص درمان شناختی رفتاری، آن را مدنظر داشته باشید (بخش INT)
 « برای مراقبین بیمار، حمایت‌های بیشتر را فراهم آورید (بند ۲,۵ مداخلات تکاملی)



شرح مداخلات اختلالات تکاملی

درمان‌ها و توصیه‌های روانی اجتماعی



« ۲,۱ آموزش روانی خانواده

آموزش روانی را باید به فرد مبتلا به اختلالات تکاملی و خانواده وی، داد، این آموزش‌ها بستگی به شدت اختلال و در دسترس بودن و اهمیت نقش فرد در خانواده و زندگی روزمره دارد. لازم است والدین و اعضای اصلی خانواده در موارد زیر آموزش ببینند:

- « پذیرش و مراقبت از کودک با اختلال تکاملی
- « یاد گرفتن مواردی که برای کودک استرس‌زا هستند، چیزهایی که او را شاد می‌کند، آنچه باعث رفتارهای مشکل‌دار می‌شود، آنچه از این رفتارها جلوگیری می‌نماید. نقاط ضعف و قوت کودک چیست و این که چگونه بیشترین میزان یادگیری را خواهد داشت.
- « فهم این مسأله که کودکی که اختلال تکاملی دارد ممکن است در مواجهه با موقعیت‌های جدید دچار مشکل شود.
- « زمان‌بندی منظم برای غذا خوردن، بازی کردن، یادگیری و خواب کودک داشته باشند.
- « درگیر کردن کودک به امور روزمره زندگی، که با وارد کردن یک به یک کارهای ساده شروع می‌شود.
- « تا جایی که ممکن است در مدارس معمولی به تحصیل خود ادامه دهند.
- « تحصیل در مدارس معمولی حتی به صورت پاره وقت، ارجح می‌باشد.
- « به بهداشت عمومی کودک خود توجه داشته باشند و به آنها مراقبت از خود را بیاموزند.
- « رفتار خوب کودک را بلافاصله بعد از انجام، پاداش دهند و در صورت بروز رفتار مشکل‌زا، کودک را پاداش ندهند.
- « از آنها در برابر سوء رفتار، مراقبت کنند.
- « به حق کودک برای داشتن یک محدوده امن احترام بگذارند، محدوده‌ای قابل رؤیت، دارای امنیت و راحت، که کودک بتواند در آن بازی کند و این طرف و آن طرف برود.
- « با سایر والدینی که کودکان با مشکلات مشابهی دارند در ارتباط بوده و تبادل اطلاعات نمایند.

« ۲,۲ توصیه‌هایی برای معلمان

برنامه‌های متناسب با نیازهای خاص تحصیلی این کودکان را طراحی کنند و نکات ساده زیر را مورد توجه قرار دهند:

- « از کودک بخواهند که جلوی کلاس بنشیند
- « به کودک برای فهم تکالیف، وقت بیشتری بدهند.
- « تکالیف طولانی را به بخش‌های کوچک‌تری تقسیم کنند.
- « در صورتی که ضعیف‌کشی را مشاهده کردند، اقدامات لازم برای توقف آنرا بعمل آورند.

« ۲,۳ توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR)

تاکید برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه، درگیر کردن جوامع در راستای بهبود کیفیت زندگی افراد ناتوان خانواده‌های آن‌ها، می‌باشد تا نیازهای اساسی آنها فراهم گردیده و از حضور و مشارکت خود در جامعه احساس اطمینان کنند.

توانبخشی مبتنی بر جامعه، این امکان را فراهم می‌آورد تا افرادی که ناتوانی دارند از امکانات توانبخشی موجود در سطح جامعه، خصوصاً از منابع محلی بهره‌مند گردند. این خدمات در خانه، مدرسه و سایر مراکز ارائه می‌شوند. این خدمات با مشارکت کودک مبتلا به اختلال تکاملی، خانواده و جامعه آنها و خدمات بهداشتی، تحصیلی، شغلی و اجتماعی متناسب انجام می‌شود و در فضایی ارائه می‌شوند که در آن افراد به هم احترام می‌گذارند، حقوق افراد ناتوان رعایت می‌شود. جهت توانمندی این کودکان و خانواده آنها، کاهش استرس و افزایش قدرت تطابق با اختلال تکاملی آموزش داده می‌شود. این مداخلات می‌تواند در زمینه فعالیت‌های روزمره زندگی، ارجاع از مدرسه، آموزش شغلی و حمایت از والدین باشد.

« ۲,۴ تشویق و حمایت از حقوق انسانی کودک و خانواده وی

اصول عمومی مراقبت را مرور نمایید. موضوعات مربوط به حقوق و شان انسانی را رصد نمایید. به عنوان مثال:

- « بدون گرفتن رضایت آگاهانه مداخله‌ای انجام ندهید، از بدرفتاری جلوگیری کنید.
- « از مراقبت آنها در مؤسسات نگهداری، اجتناب نمایید.
- « دسترسی به مدارس و سایر انواع آموزش را افزایش دهید.

« ۲,۵ حمایت از مراقبین

انترت روانی اجتماعی وارده به مراقبین را شناسایی نمایید. « نیازهای مراقبین کودک را ارزیابی و در جهت تامین نیازهای ضروری زندگی خانوادگی، اشتغال، فعالیت‌های اجتماعی و بهداشتی آنها اقدام کنید. هر مراقب زمان کوتاهی را به مراقبت پرداخته، استراحت نیز داشته باشد و مسئولیت مراقبت از کودک به دیگر مراقبین قابل اعتماد واگذار گردد.



« درمان‌ها و توصیه‌های روانی اجتماعی

« ۲,۶ پیگیری

- « پیگیری منظم انجام دهید.
- « برای کودکان کم سن و سال از راهنمای IMCI برای پیگیری استفاده نمایید.
- « معیارهای ارجاع:
 - « اگر عدم بهبودی یا بدتر شدن مشکلات تکاملیو یا رفتاری برای کودک وجود دارد.
 - « اگر احتمال وجود خطر برای کودک یا دیگران وجود دارد.
 - « در صورتی که مشکلات جسمی ایجاد شده است (مثل مشکلات تغذیه‌ای)
- « به کجا ارجاع دهید:
 - « چنانچه کودکاً معیارهای ارجاع را داشته باشد و ثانیاً علائم مرتبط با ناتوانی ذهنی، شامل تأخیر کلی در حیطه‌های مختلف شناختی، تکلم، حرکتی و اجتماعی وجود دارد، در اینصورت:
 - « از مراقبت کودک در مؤسسات نگهداری اجتناب کنید.
 - « در صورت امکان، به سرویس‌های سرپایی مخصوص ناتوانی‌های ذهنی ارجاع دهید.
 - « در صورت امکان، به سرویس‌های سرپایی گفتار درمانی جهت درمان اختلالات تکلم/زبان ارجاع دهید.
 - « چنانچه کودکاً معیارهای ارجاع ذکر شده در بالا را داشته باشد و ثانیاً علائم مرتبط با اختلال فراگیر رشدیکه با مشکل در برقراری ارتباط اجتماعی و مشکلات رفتاری (محدود/تکراری)، مشخص می شود وجود دارد در اینصورت:
 - « از مراقبت کودک در مؤسسات نگهداری اجتناب نمایید.
 - « در صورت امکان به سرویس‌های سرپایی مخصوص اختلالات فراگیر رشدی یا اوتیسم ارجاع دهید.

پیشگیری از اختلالات تکاملی

- « مراقبت لازم از زنان باردار را فراهم آورده، از سوء تغذیه و عفونت در آنها پیشگیری و در صورت وجود مشکل آنها را درمان کنید.
- « موجبات زایمان مناسب و مراقبت لازم از نوزاد بعد از تولد را فراهم آورید. از ضربه به سر، عفونت‌های سیستم عصبی و سوء تغذیه در نوزادان و کودکان کم سن و سال جلوگیری نمایید.
- « کودکان مبتلا به سوء تغذیه و کودکانی که مرتباً بیمار می‌شوند و همچنین کودکان در معرض خطر، را شناسایی و مراقبت لازم را به عمل آورید.
- « جلساتی را برای والدین و یا در ویزیت آنها در منزل ترتیب دهید.
- « به والدین آموزش دهید چگونه ارتباط مادر - نوزاد را بهبود بخشند و محرک‌های روانی اجتماعی لازم را برای کودک خود فراهم آورند.
- « در مواردی که مادر مبتلا به افسردگی است، درمان را ترجیحاً با مداخلات روانی اجتماعی شروع کنید.
- « حمایت‌های مضاعف روانی اجتماعی برای مادرانی که افسردگی یا آنهایی که بیماری روانی، عصبی دارند یا به مصرف مواد مبتلا هستند فراهم آورید. این حمایت‌ها عبارتند از ویزیت در منزل، آموزش روانی، افزایش آگاهی مادران در سنین باروری راجع به رشد و تربیت کودک.
- « از آنجایی که مغز در حال رشد حتی در اولین هفته‌های بعد از لقاح، به اثرات الکل بسیار حساس است، به زنان باردار یا آنهایی که تصمیم به باردار شدن دارند توصیه کنید تا از مصرف الکل، خودداری نمایند.

| Behavioral Disorders | اختلالات رفتاری |

اختلالات رفتاری

اختلال رفتاری واژه‌ای است کلی که اختلالاتی اختصاصی‌تر مثل اختلال پرفعالیتی یا اختلال بیش‌فعالی نقص توجه (ADHD) یا سایر اختلالات رفتاری را شامل می‌شود. درجات مختلفی از علائم رفتاری در جمعیت عمومی شایع است. تنها کودکان و نوجوانانی که درجات متوسط تا شدیدی از اختلال عملکرد شغلی یا تحصیلی، اجتماعی و روانشناختی در موقعیت‌های مختلف دارند، تشخیص اختلالات رفتاری می‌گیرند. در بعضی کودکان که اختلالات رفتاری دارند، این اختلال تا بزرگسالی ادامه می‌یابد.

اختلال بیش‌فعالی /

اختلال بیش‌فعالی نقص توجه

تظاهرات اصلی عبارتند از اختلال در توجه و پرفعالیتی، اختلال توجه به صورت قطع کارها و نیمه تمام گذاشتن کارها تظاهر می‌یابد. کودک یا نوجوان معمولاً از کاری به کاری دیگر می‌پرد. اشکال در توجه و تمرکز، دائمی بوده و تنها زمانی به عنوان یک اختلال در نظر گرفته می‌شوند که متناسب با سن و هوش کودک یا نوجوان نبوده (بیشتر باشد) و با عملکرد و یادگیری نرمال او تداخل داشته باشد. پرفعالیتی به صورت بی‌قراری، خصوصاً در موقعیت‌هایی که نیاز به آرامش نسبی وجود دارد تظاهر می‌کند.

نماید، مثل دویدن و پریدن، بلند شدن از جا وقتی که لازم است بنشینند، حرف زدن با سر و صدای بیش از حد، یا بی‌قراری و وول خوردن. این اختلالات در رفتار باید شروع زودرس (قبل از ۶ سالگی) داشته، مدت آنها طولانی (بیشتر از ۶ ماه) و تنها محدود به یک موقعیت نباشد.

سایر اختلالات رفتاری

حملات قشقرق شدید و یا نافرمانی زیاد، ممکن است وجود داشته باشد. اختلالات سلوک با رفتارهای غیراجتماعی، نافرمانی و پرخاشگری تکرارشونده و مستمر، مشخص می‌شوند. چنین رفتارهایی، باید بسیار شدیدتر از شرارت‌های معمول دوران کودکی یا سرکشی‌های دوران نوجوانی باشد. مثال‌هایی از این رفتار عبارتند از: دعوا و قلدری زیاد، بی‌رحمی نسبت به حیوانات یا سایر انسان‌ها، آتش افروزی، تخریب شدید اموال، دزدی، دروغ گفتن‌های تکراری و فرار از مدرسه یا خانه. قضاوت در مورد وجود سایر اختلالات رفتاری باید براساس سطح تکامل کودک یا نوجوان و مدت زمانی باشد که مشکلات رفتاری ادامه دارند (حداقل ۶ ماه).



« به خانواده آموزش‌های روانی لازم را بدهید (بند ۲,۱ مداخلات اختلال رفتاری) »
 « آموزش مهارت‌های فرزندپروری را در صورت امکان، فراهم سازید. (بخش INT) »
 « با معلم کودک تماس بگیرید (در صورتی که فرد مدرسه می‌رود و خود وی و مراقبین رضایت دارند) و او را در برنامه ریزی نیازهای خاص آموزشی این کودکان راهنمایی کنید (بند ۲,۲ مداخلات اختلال رفتاری) »
 « مداخلات روانی اجتماعی مثل درمان رفتاری شناختی و آموزش مهارت‌های زندگی را در صورت امکان فراهم سازید (بخش INT) »
 « خانواده را برای مدیریت مشکلات خانوادگی و اجتماعی که بر رفتار کودک تأثیرگذار هستند، حمایت کنید. در صورت امکان، مهارت حل مساله را آموزش دهید (بخش INT) »
 « مراقبین فرد را از نظر تأثیر اختلالات رفتاری بررسی کرده و برای آنها حمایت‌های لازم برای نیازهای شخصی، اجتماعی و روانی فراهم سازید. (بند ۲,۳ مداخلات اختلال رفتاری) »
 « چنانچه فرد مراقب افسردگی دارد، از بخش افسردگی جهت درمان استفاده کنید (رجوع به بخش افسردگی) »



موارد زیر را رد کنید:

« بیماری‌های طبی یا سایر شرایطی که در اولویت هستند و می‌توانند باعث ایجاد اختلالات رفتاری بشوند (مثل پرکاری تیروئید، افسردگی یا مصرف الکل یا مواد) »

بله

چنانچه

چند علامت وجود داشته باشدو

« در موقعیت‌های مختلف ادامه پیدا کند. »
 « میزان آن در مقایسه با کودکان همسن و سال و سطوح هوشی یکسان، بیشتر باشد. »
 « حداقل ۶ ماه طول کشیده باشد. »
 « قبل از ۶ سالگی شروع شده باشد. »
 « اختلال واضح در عملکرد کودک ایجاد کرده باشد. »
اختلال نقص توجه بیش‌فعالی را در نظر داشته باشد.



« با یک متخصص برای متیل فنیدیت مشورت کنید (بند ۳ مداخلات اختلال رفتاری) »

تنها در صورت:

« عدم موفقیت مداخلات فوق »
 « کودک به خوبی ارزیابی شده باشد »
 « حداقل سن کودک، ۶ ساله باشد »
 « در صورتی که سن کودک کمتر از ۶ سال باشد، متیل فنیدیت نباید تجویز شود. »
 « عوارض جانبی و احتمال بالقوه سوء مصرف را پایش نمایید. »
 « جزئیات تجویز داروها و عوارض جانبی آنها به صورتی منظم و با دقت، در یادداشت‌های مربوط به فرد ثبت کنید. »

۱- آیا فرد مشکلات کم‌توجهی و بیش‌فعالی دارد؟

از فرد و مراقب وی موارد زیر را سؤال کنید:

« بی‌توجهی »
 « کنار گذاشتن زود تکالیف »
 « ناتمام گذاشتن کارها »
 « از کاری به کاری دیگر مشغول شدن »
 « پرحرکتی »
 « بیش‌فعالی (که به نسبت محیط یا شرایط زیاد از حد باشد) »
 « مشکل در نشستن »
 « پرحرفی یا پرسر و صدا بودن »
 « وول خوردن و بی‌قراری »
 « سن شروع و تداوم علائم در موقعیت‌های مختلف: ممکن است با والدین، معلمین، خواهر و برادرها، همسن و سالان و یا در تمام حوزه‌های عملکردی مشکل داشته باشند. چنانچه مشکلات فقط در یکی از حوزه‌ها باشد، علل مربوط به آن حوزه را بررسی نمایید. »

« متناسب بودن علائم را با سطح تکاملی کودک ارزیابی نمایید. »

« اثرات زیر را جستجو کنید:

« عوامل شغلی یا تحصیلی، فامیلی و اجتماعی »
 « مشکلات پزشکی »

Behavioral Disorders اختلالات رفتاری < BEH1

ارزیابی و راهنمای مدیریت

۲- آیا فرد شواهدی از سایر اختلالات رفتاری را نشان می‌دهد؟

موارد زیر سؤال کنید:

- « رفتارهای مکرر و مداوم ضد اجتماعی، خشونت‌آمیز یا سرکش به عنوان مثال:
 - * سطح بالای دعوا یا قلدری
 - * بی‌رحمی و خشونت نسبت به حیوانات یا سایر افراد
 - * تخریب شدید اموال
 - * آتش‌افروزی
 - * دزدی
 - * دروغ‌گویی مکرر
 - * فرار از مدرسه
 - * فرار از خانه
- « حملات قشقرق شدید و مکرر

تناسب علائم را با سطح تکاملی کودک ارزیابی کنید

اثرات موارد زیر را بررسی کنید:

- « عوامل اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی یا شغلی
- « مشکلات پزشکی
- « مصرف مواد یا الکل

موارد زیر را رد کنید:

- « بیماری‌های طبی یا سایر شرایطی که در اولویت هستند و می‌توانند باعث ایجاد اختلالات رفتاری بشوند (مثل پرکاری تیروئید، افسردگی یا مصرف الکل یا مواد)

بله

چنانچه چندین علامت وجود دارد و

- « از شیطنت‌های معمول کودکان یا طغیان‌گری‌های معمول نوجوانان شدیدتر باشد.
 - « حداقل ۶ ماه ادامه داشته باشد.
 - « برای سطح تکاملی کودک نامتناسب باشد.
 - « تنها در پاسخ به عوامل استرس‌زای شدید اجتماعی، خانوادگی یا آموزشی نباشند.
- تشخیص سایر اختلالات رفتاری را مدنظر قرار دهید.**



- « آموزش روانی را به خانواده بدهید (بند ۲,۱ مداخلات اختلالات رفتاری)
- « در صورت امکان، مهارت‌های فرزندپروری را آموزش دهید (بخش INT)
- « با معلم کودک تماس بگیرید (در صورتی که مدرسه می‌رود و رضایت وی و مراقبین وجود دارد) و او را در برنامه ریزی نیازهای آموزشی خاص این کودکان راهنمایی کنید (بند ۲,۲ مداخلات اختلال رفتاری)
- « تغییرات مهم زندگی را پیش‌بینی نمایید (به عنوان مثال بلوغ، شروع مدرسه، یا تولد یک خواهر یا برادر) و حمایت‌های فردی و اجتماعی را ترتیب دهید.
- « مداخلات روانی اجتماعی مثل درمان شناختی رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی را براساس میزان دسترسی به آنها در نظر داشته باشید (بخش INT)
- « مراقبین فرد را از نظر اثراتی که اختلالات رفتاری بر آنها دارد ارزیابی کرده و حمایت‌های لازم برای نیازهای فردی، اجتماعی و رفاه آنها فراهم سازید (بند ۲,۳ مداخلات اختلال رفتاری)
- « برای اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، از دارو درمانی استفاده نکنید. تنها می‌توان متیل‌فندیت را برای اختلالات پرفعالیتی تجویز کرد. ❌

۳- آیا مشکل رفتاری فرد، پاسخی است به ترس یا تروما؟

جستجو کنید:

- « آیا کودک در خارج از منزل آسیب دیده یا مورد آزار واقع شده است؟
- « آیا نگرانی در مورد آسیب یا تهدیدی در خانه وجود دارد؟
- « آیا والدین وضعیتی دارند که برای گرفتن خدمات در اولویت باشند؟ (چارت اصلی راهنمای مداخلات برنامه را مشاهده نمایید)

۴- آیا شرایط اولویت دار دیگری برای کودک وجود دارد؟ (چارت اصلی راهنمای مداخلات برنامه را مشاهده نمایید)

وجود موارد زیر را جستجو کنید:

- « اختلالات تکاملی
- « افسردگی
- « مصرف مواد الکل
- « صرع
- « سایکوز
- « رفتارهای خودکشانه

بله

اگر پاسخ بلی است.

- « با والدین کودک مشاوره کنید.
- « آموزش به خانواده داده و ویزیت در منزل انجام دهید. در موارد خطر شدید یا عدم پاسخ، از سایر منابع در دسترس و متخصص استفاده نمایید.
- « مداخلات قانونی را براساس قوانینی محلی در نظر داشته باشید
- « توصیه های لازم و خدمات در دسترس را برای والدینی که نیازمند خدمات بهداشت روان هستند معرفی کنید و پیگیری کنید تا خدمات را دریافت نمایند.

بله

اگر پاسخ بلی است.

مشکل همزمان را با توجه به بخش مربوط به همان اختلال، مدیریت کنید.

- « اختلال تکاملی (بخش اختلالات تکاملی)
- « افسردگی (بخش افسردگی)
- « اختلال مصرف الکل (بخش مصرف الکل)
- « اختلال مصرف مواد (بخش مصرف مواد)
- « ایپی لپسی / تشنج (بخش صرع)
- « سایکوز (بخش سایکوزها)
- « خودکشی / آسیب به خود (بخش خودکشی)





مداخلات روانی اجتماعی

۲,۱ آموزش روانشناختی خانواده

- « کودک مبتلا به اختلال رفتاری را پذیرفته و از او مراقبت کنید.
- « در مقابل مواردی که کودک اجازه انجام آنها را دارد یا ندارد، قاطع باشید.
- « کودک را بعد از انجام رفتار خوب، تشویق کرده یا پاداش دهید و تنها به رفتارهای مشکل‌داری که اهمیت بیشتری دارند واکنش نشان دهید. روش هایی برای اجتناب از رویارویی با موقعیت‌های شدید پیدا کنید یا موقعیت‌های دشوار را پیش‌بینی نمایید.
- « تغییرات رفتاری را با تمرکز بر رفتارهای قابل مشاهده اندکی که فکر می‌کنید کودک توان تغییر آنها را دارد شروع کنید.
- « دستورات مشخص، ساده و کوتاه بدهید و بیشتر بر آنچه کودک باید انجام دهد، تأکید داشته باشید تا آنچه نباید انجام دهد.
- « هیچ‌گاه کودک را به صورت جسمی یا عاطفی، مورد سوء رفتار قرار ندهید. تنبیه‌ها باید نسبت به تشویق‌ها خفیف‌تر و به دفعات کمتری باشند. به عنوان مثال ازدادن پاداش بعد از انجام رفتار نامناسب امتناع کنید (مثلاً رفتارها یا فعالیت‌های مفرح)
- « به عنوان جایگزینی برای تنبیه، جدا کردن (time-out) را بعد از اینکه کودک رفتار مشکل‌دار نشان می‌دهد، اعمال کنید. اخراج یعنی جداسازی موقت کودک از محیطی پاداش‌دهنده است، این شیوه را به عنوان بخشی از برنامه اصلاح و تغییر رفتار بکار برید. اطلاعات لازم را به والدین در مورد چگونگی انجام این اعمال در صورت نیاز بدهید.
- « بحث کردن با کودک را تا زمانی که آرامش خود را بازیابد، به تعویق بیندازید.

۲,۲ توصیه‌های به معلمان

- « برنامه‌ای طراحی کنید تا نیازهای خاص آموزشی کودک برآورده گردد. توصیه‌های ساده عبارتند از:
- « از کودک بخواهید که جلوی کلاس بنشیند.
- « به کودک برای درک تکالیف زمان بیشتری بدهید.
- « تکالیف طولانی را به قسمت‌های کوچک‌تری تقسیم کنید.
- « موارد زورگویی و قلدری را شناسایی و آنها را با اعمال مناسب متوقف سازید.

۲,۳ حمایت از مراقبین کودک

- « اثرات روانی اجتماعی مراقبت از کودک را برای مراقبین مشخص کنید.
- « نیازهای مراقب کودک را بررسی و حمایت‌های لازم برای زندگی خانوادگی، اشتغال، فعالیت‌های اجتماعی و بهداشتی او فراهم سازید.
- « زمان استراحت کوتاهی را برای مراقب فراهم آورید تا هر از گاهی استراحت نموده و مسئولیت مراقبت از کودک را در زمان استراحت به مراقبت دیگری بدهید.



شرح مداخلات اختلالات رفتاری

مداخلات دارویی متیل فنیدیت



- « امکان تجویز این دارو تنها توسط روانپزشک امکان پذیر می باشد لذا با ارجاع بیمار به روانپزشک، درمان نگهدارنده را زیر نظر و با مشورت با وی، در مراقبت های بهداشتی اولیه انجام دهید. ❌
- « برای اختلالات رفتاری عمومی کودکان و نوجوانان، ❌ متیل فنیدیت تجویز نمی گردد، این دارو تنها برای اختلال پرتحرکی (بیش فعالی) داده می شود آن هم در صورتی که مداخلات روانی اجتماعی با شکست مواجه شده باشند. کودک با دقت ارزیابی شده باشد. همچنین مواردی که استفاده از متیل فنیدیت موجب بدتر شدن شرایط می گردد، رد شده باشند.
- « استفاده از محرک ها، همیشه باید قسمتی از یک برنامه درمانی باشد که همراه با مداخلات تحصیلی، رفتاری و روانشناختی ارائه می گردد.
- « میزان کیفیت اثر، تاریخ تجویز و همچنین میزان پاسخ و عوارض جانبی آن را به طور منظم ثبت کنید.

متیل فنیدیت

۳,۱ شروع درمان با متیل فنیدیت

- « در دسترس بودن: تجویز متیل فنیدیت در بسیاری از کشورها، محدود می باشد. درباره قوانین دولتی مرتبط با تجویز و نگهداری محرک ها، اطلاعات لازم را بدست آورید.
- « فرآورده ها: ترکیباتی که سریع الاثر هستند اغلب به صورت قرص های ۱۰ میلی گرمی در دسترس می باشند. ترکیباتی با فرآورده های آهسته رهش در بعضی کشورها، در دسترس هستند.
- « ارزیابی های قبل از شروع درمان با متیل فنیدیت: علاوه بر توصیه های که برای ارزیابی آن در فلوجارت آمده است، موارد زیر را نیز ارزیابی کنید:

۳,۴ عوارض جانبی

- « عوارض جانبی شایع: بی خوابی، کاهش اشتها، اضطراب و تغییرات خلقی. دوزاژ را کاهش داده و بایک متخصص مشورت نمایید. ❌
- « عوارض جانبی کمتر شایع: درد شکمی، سردرد، تهوع، تأخیر رشدی موقت و وزن کم (وزن و قد را پایش کرده و قطع موقتی درمان را در زمان تعطیلی مدارس برای رسیدن به رشد کافی مدنظر داشته باشید). تغییر در فشار خون و تعداد ضربان قلب (پایش قبل و بعد از تغییر دوزاژ و یک بار در عرض ۳ ماه بعد)، در صورت ادامه تغییرات در طول دو ارزیابی با یک پزشک مشورت کنید، استفرغ (دارو را با غذا بدهید)، تیک.
- « آزمایش روتین خون و گرفتن نوار قلب، الزامی نیست. در صورت وجود کاربرد بالینی، لازم است آزمایشات گرفته شوند.

۳,۵ پیگیری

- « در صورتی که بعد از یک ماه پاسخی دیده نشد، متیل فنیدیت را قطع کنید.
- « وزن کودک را هر ۳ ماه و قد او را هر ۶ ماه یک بار اندازه گیری کنید. چنانچه افزایش وزن یا قد متوقف شد، متیل فنیدیت را قطع کرده و با یک متخصص مشاوره نمایید. ❌
- « چنانچه کودک به متیل فنیدیت پاسخ داد، دارو را به مدت یک سال ادامه داده و سپس برای ادامه مصرف دارو، با یک متخصص مشاوره نمایید. ❌

- « شرح حال از سیستم قلبی عروقی، نبض، فشار خون، معاینه قلبی (در صورت لزوم نوار قلب) بگیریید. متیل فنیدیت در موارد بیماری های قلبی عروقی، منع مصرف دارد.
- « وزن و قد
- « خطر مصرف مواد و سوءمصرف را ارزیابی کنید.
- « بیماری های پزشکی خاص (به عنوان مثال استفاده از متیل فنیدیت باید برای کودکان صرعی و بیش فعال، با احتیاط تجویز گردد).
- « سایر اختلالات روانی، متیل فنیدیت اضطراب را تشدید کرده و در موارد سایکوز، منع مصرف دارد.
- « بدون نظر متخصص، این دارو را تجویز نکنید. ❌

۳,۲ دوزاژ دارویی و روش تجویز

- « فرآورده های سریع الاثر
- « با ۵ میلی گرم یک یار یا دو بار در روز شروع کنید.
- « به تدریج (در طول ۶-۴ هفته) دوزاژ را افزایش دهید (در ۳-۲ دوز منقسم)، تا جایی که دیگر بهبودی حاصل گردد و عوارض جانبی نیز قابل تحمل باشند؛ حداکثر دوزاژ پیشنهادی روزانه ۶۰ میلی گرم (در ۳-۲ دوز منقسم)، می باشد.

- « فرآورده های آهسته رهش: در صورتی که در دسترس هستند، به صورت دوزاژ منفرد روزانه، صبح ها تجویز کنید.

۳,۳ ارزیابی پاسخ

- « علائم و عوارض جانبی را در زمان هر تغییر دوزاژ دارو، ثبت نمایید. چنانچه افزایش فعالیت مجدد در زمان کم شدن اثر دارو دیده شود، می توان دوزها را تقسیم کرد و یک دوز عصر اضافه نمود.

دمانس منجر به کاهش کارکرد ذهنی شده و معمولاً در فعالیت‌های روزمره فرد همچون اختلال در صحبت کردن، محاسبات مالی، پیدا کردن آدرس، شستشو، لباس پوشیدن، خوردن، بهداشت فردی و توالی رفتن، تداخل ایجاد می‌کند.

دمانس

دمانس سندرمی است ناشی از بیماری مغز که ماهیت مزمن و پیشرونده دارد. شرایطی که باعث ایجاد دمانس می‌شوند در توانایی ذهنی فرد، شخصیت و رفتار وی تغییراتی ایجاد می‌کند. افراد مبتلا به دمانس، به طور کلی در ارتباط با حافظه و مهارتهایی که برای فعالیت‌های روزمره زندگی لازم هستند مشکل دارند. دمانس جزئی از فرایند پیرشدن طبیعی نیست، این اختلال در هر سنی می‌تواند اتفاق بیفتد لیکن بروز آن در افراد مسن شایعتر است.

افراد مبتلا اغلب با شکایت از فراموشی یا احساس افسردگی مراجعه می‌کنند. سایر علائم شایع عبارتند از تخریب در کنترل عواطف و احساسات، رفتارهای اجتماعی یا انگیزه فرد. فرد مبتلا ممکن است به کلی از علائم خود بی‌خبر بوده و در جستجوی کمک برنیاید و اغلب این خانواده بیمار است که در جستجوی کمک برمی‌آیند. اعضای خانواده ممکن است متوجه مشکلات حافظه، تغییرات رفتاری یا شخصیتی، گم‌گشتگی، سرگردانی یا بی‌اختیاری شوند. با این حال بعضی افراد مبتلا به دمانس و مراقبین آنها، شدت اختلال حافظه و مشکلات مرتبط ناشی از آن را انکار کرده یا کمتر از میزان واقعی تخمین می‌زنند.

۱- آیا فرد دمانس دارد؟

- « از فرد و همچنین کسی که وی را به خوبی می‌شناسد در مورد مشکلات حافظه، جهت یابی نسبت به زمان، مکان و شخص، گفتار و زبان و اختلال در انجام نقش‌ها و فعالیت‌های کلیدی نسبت به گذشته، سؤال کنید.
- « جهت یابی، حافظه و گویش فرد را بررسی کنید.
- « از بیمار یا مراقب وی در مورد علائم زیر سؤال کنید:
 - * اولین بار چه زمانی متوجه علائم شدند؟
 - * سن بیمار در آن زمان چقدر بود؟
 - * شروع بیماری، تدریجی یا ناگهانی (در عرض چند ماه یا سال) بوده است؟
 - * مدت بیماری چقدر بوده است؟
 - * آیا بیماری در شب بدتر می‌شده است؟
 - * آیا در ارتباط با بیماری دچار گیجی یا اختلال هوشیاری می‌شده است؟
- « آیا از نظر بالینی، تاریخچه بیماری‌های زیر در فرد وجود دارد؟
 - * گواتر، ضربان قلب پایین، خشکی پوست یا کم کاری تیروئید
 - * عفونت‌های منتقله جنسی (STI) یا ویروس نقص ایمنی (HIV)
 - * بیماری قلبی عروقی، دیابت، فشار خون
 - * هیپرکلسترولمی، اختلال عروق کرونر
 - * مصرف ناکافی مواد غذایی، سوء تغذیه و کم خونی؛ سیگار کشیدن

بله

در صورتی که در ارزیابی فرد، اختلال شناختی یا مشکل حافظه:

- « به مدت حداقل ۶ ماه وجود داشته است.
 - « ماهیت بیماری پیشرونده بوده و
 - « با اختلال در کارکرد اجتماعی همراه بوده است
- احتمال دمانس وجود دارد**

خیر

- « چنانچه شروع ناگهانی بوده و مدت بیماری کوتاه باشد (روزها تا هفته‌ها)
 - « چنانچه اختلال شب‌ها شدیدتر بوده و با اختلال هوشیاری مرتبط باشد
 - « چنانچه اختلال جهت یابی نسبت به زمان/مکان وجود داشته باشد.
- احتمال دلیریوم وجود دارد.**

خیر

چنانچه تظاهر غیر معمول دیگری وجود داشته باشد به عنوان مثال:

- « شروع قبل از سن ۶۰ سال
- « کم کاری بالینی تیروئید
- « بیماری قلبی عروقی
- « سابقه قبل عفونی منتقله جنسی یا HIV
- « سابقه ضربه بر سر یا سکته

- « نتایج ارزیابی تایید شده (بند ۳,۱ مداخلات دمانس).
- « درمان‌های روانی اجتماعی را برای علائم و عملکرد شناختی اعمال کنید (بند ۳,۲ مداخلات دمانس).
- « به استقلال فرد کمک کرده و سعی داشته باشید تا کارکرد وی حفظ شود (بند ۳,۳ مداخلات دمانس).
- « پیگیری کنید (بند ۳,۶ مداخلات دمانس)

« از یک متخصص مشاوره بگیرید

« از یک متخصص مشاوره بگیرید

۲- آیا فرد دچار اختلال اولویت دار دیگری می باشد؟

- « افسردگی متوسط تا شدید
- « **توجه:** افسردگی در موارد دمانس شایع است ولی استخراج علایم از فرد دشوار است، بنابراین ممکن است لازم باشد تا به گزارش مراقبین فرد در مورد تغییرات مهم اخیر فرد استناد کرد.
- « **سایکوز** (ارزیابی را بر اساس بخش مربوطه انجام دهید).

بله

اگر افسردگی
متوسط - شدید وجود دارد

بله

اگر سایکوز وجود دارد

- « افسردگی متوسط - شدید را مدیریت کنید.
- « (به بخش افسردگی یا سایکوز رجوع شود)
- « تشخیص دمانس را بعد از درمان موفق افسردگی مرور نمایید.
- « اختلال شناختی ممکن است ناشی از افسردگی شدید باشد
- « تا دمانس بهبودی کامل می‌تواند مطرح کننده افسردگی به عنوان مشکل اولیه باشد.

۳- آیا فرد علایم رفتاری و روانی دمانس را دارد؟

- از مراقب بیمار سؤال کنید:**
- « رفتار: سرگردانی؛ اختلالاتی در شب، بی‌قراری و پرخاشگری
 - « علایم روانشناختی: توهم، هذیان‌ها، خلق افسرده یا مضطرب
 - « علایم کلی چه زمانی و در چه فواصلی اتفاق می‌افتند
 - « آیا علایم برای بیمار یا مراقب وی مشکل ایجاد کرده‌اند.
- عوامل آشکارساز احتمالی را جستجو نمایید:**
- « علل جسمی: مثل درد، یبوست، عفونت ادراری
 - « علل روانشناختی: مانند افسردگی، ترس و اضطراب
 - « علل محیطی: مثل جمعیت زیاد یا هر نوع تغییر محل زندگی
 - « **!** خطر آسیب قریب الوقوع فرد(به عنوان مثال سرگردانی) یا حمله به مراقب (مثلاً رفتار حمله‌ای که مراقب را ترسانده یا به کسی یا به خود آسیب رسانده باشد).


بله

اگر علل روانی و محیطی وجود دارد

بله

در صورت وجود خطر آسیب قریب
الوقوع به خود یا مراقب خود

- « با درمان های روانی اجتماعی مدیریت کنید (بند ۳,۴ مداخلات دمانس)
- « پیگیری نمایید(بند ۳,۶ مداخلات دمانس)

- « درمان های روانی اجتماعی را فراهم آورید (بند ۳,۴ مداخلات دمانس)
- « علاوه بر آن مداخلات دارویی انجام دهید (بند ۴ مداخلات دمانس) 

۴- آیا بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر وجود دارد؟

موارد زیر را ارزیابی کنید:

- « افزایش فشار خون (فشار خون)
- « افزایش چربی خون
- « دیابت؛
- « مصرف سیگار؛
- « چاقی (وزن، نسبت کمر به باسن)
- « بیماری قلبی (آنژین یا انفارکتوس میوکارد)
- « سابقه سکته قلبی و سکته مغزی یا حملات گذرای ایسکمی

بله

اگر بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر وجود دارد

- « عوامل خطر قلبی عروقی را با توجه به راهنمای محلی کاهش دهید.
- « به بیمار توصیه کنید تا سیگار را ترک کند.
- « پر فشاری خون را درمان کنید.
- « در موارد چاقی رژیم‌های کاهش دهنده وزن پیشنهاد کنید.
- « دیابت را درمان کنید.
- « به متخصص مناسب ارجاع دهید. 🚫

۵- آیا فرد از اختلالات جسمی دیگری نیز رنج می برد؟

- « تغذیه، بینایی، شنوایی، وضعیت دندانها، عملکرد مثانه و روده‌ها و درد را بررسی کنید. آزمایش ادرار انجام دهید.
- « داروها را مرور کنید به خصوص آنهایی که عوارض واضح آنتی کولینرژیک دارند (مثل آمی تریپتیلین که یک داروی ضد افسردگی است؛ بسیاری از داروهای ضد حساسیت مانند آنتی هیستامین‌ها؛ آنتی سایکوتیک‌ها؛ بنزودیازپین‌های طولانی اثر؛ و کلیدنیوم سی).

بله

در صورت وجود شرایط جسمی، خصوصاً:

- « وضعیت تغذیه‌ای نامناسب
- « عفونت ادراری
- « یبوست یا اسهال
- « تداخلات دارویی یا عوارض آنها

- « وضعیت‌های جسمی مرتبط را که باعث بهبود شناخت فرد می‌شوند را درمان کنید.
- « به متخصص مناسب ارجاع دهید. 🚫

۶- آیا مراقب در وضعیت دشوار یا نیازمند حمایت است؟

ارزیابی کنید:

- « مراقب اصلی چه کسی است.
- « سایر افرادی که مراقبت‌هایی فراهم می‌کنند چه کسانی بوده و چه مراقبت‌هایی انجام می‌دهند؟
- « آیا مورد به خصوصی که مدیریت آن دشوار باشد وجود دارد؟
- « آیا مراقبین توانسته‌اند سازگاری پیدا کنند؟ آیا در وضعیت تنش هستند؟ آیا آنها افسرده شده‌اند؟
- « آیا با از دست دادن درآمد یا هزینه‌های مضاعف، نیازمند به مراقبت شده‌اند؟

بله

چنانچه مراقب:

- « دچار تنش شده است
- « افسرده است
- « با هزینه‌های زیاد درمان مواجه شده است.

- « برای مراقبین مداخلاتی را فراهم آورید (بند ۳.۵ مداخلات دمانس)
- « مداخلات روانی اجتماعی را بررسی نمایید.
- « حمایت‌های مالی مثل خدماتی برای افراد ناتوان
- « اطلاعاتی در مورد وضعیت فرد
- « مراقبت جایگزین
- « فعال سازی شبکه حمایتی اجتماعی
- « درمان فردی یا خانواده درمانی در صورتی که در دسترس است
- « پیگیری نمایید (بند ۳.۶ مداخلات دمانس) 🚫
- « ارزیابی افسردگی مراقب فرد با مراجعه به بخش افسردگی و مدیریت بر اساس آن (بخش افسردگی) 🚫

شرح مداخلات دمانس

تشخیص دمانس نیازمند:

- « ارزیابی عملکرد شناختی و حافظه با استفاده از آزمونهای ساده؛ و
- « تأیید آن با مصاحبه با یک فرد از خانواده یا فرد دیگری که او را خوب می‌شناسد می‌باشد اینک این مشکلات:

* این اواخر پیشرفت کرده اند؟

* آیا در طول این مدت بدتر شده‌اند و

* آیا مشکلاتی در انجام کارهای روزمره زندگی و فعالیت‌های اجتماعی ایجاد کرده‌اند.

دمانس همچنین می‌تواند با استفاده از هر ابزار مورد تأیید

محلی، ارزیابی شود.

۲,۱ ارزیابی عملکرد حافظه و شناخت

- « حافظه را با سؤال از فرد، سه کلمه غیرمرتبط (سنگ، قهوه ای، عدالت) گفته شود و از او خواسته شود یک بار بلافاصله و یکبار پس از گذشت ۳-۵ دقیقه مجدداً آنها را تکرار کند.
- « جهت یابی نسبت به زمان (ساعت روز، روز هفته، فصل و سال) و مکان (کجا بیمار ارزیابی می‌شود یا نزدیکترین مرکز خرید به خانه وی کجاست) را بررسی کنید.
- « مهارت‌های زبان را با سوال کردن در مورد نام بردن قسمت‌های بدن و توصیف عملکرد اشیاء ارزیابی کنید مثلاً با چکش چه کاری انجام می‌دهید.
- « با وجود پرسشنامه‌های استاندارد همچون FAST، می‌توانید از این پرسشنامه برای ارزیابی عملکرد حافظه و شناخت افراد مبتلا به دمانس حتی در شرایط بی‌سوادی استفاده نمایید.

۲,۲ مصاحبه با یک فرد مطلع

- « در مصاحبه با یک فرد مطلع (کسی که فرد را خوب می‌شناسد) در مورد تغییرات اخیر تفکر و استدلال، حافظه و جهت یابی سؤال کنید. کاهش حافظه گهگاهی در افراد مسن شایع است در حالی که بعضی مشکلات حتی اگر زیاد اتفاق نیفتند نیز اهمیت دارند.
- « به عنوان مثال از فرد بپرسید آیا اغلب فراموش می‌کند که اشیاء را کجا گذاشته است. آیا گاهی فراموش می‌کند که روز قبل چه اتفاقی افتاده است؟ آیا گاهی فراموش می‌کند کجاست؟
- « از شرح حال دهنده در مورد زمان شروع علایم و این که آیا علایم در طول زمان بدتر شده‌اند سؤال کنید. آیا در دوره‌های زمانی مثلاً چند روز، چند هفته یا بیشتر، تفکر و حافظه فرد کاملاً به حالت عادی و نرمال برمی‌گردد.
- « تشخیص مشکلات در فعالیت‌های روزمره، در مواردی که خانواده مشکلات را کمتر جلوه می‌دهند در مواردی که مشکلات جزئی هستند یا چنانچه خانواده حمایت و مراقبت گسترده‌ای از فرد مسن دارند دشوار است. مدیریت کارهای دشوارتر مثل مخارج منزل، خرید و آشپزی زودتر از سایر موارد تحت تأثیر قرار می‌گیرند. کارهای مربوط به مراقبت از خود (کارهای شخصی) مثل لباس پوشیدن، شستشو، خوردن و دستشویی رفتن، تنها در مراحل بعدی تحت تأثیر قرار می‌گیرند.
- « لازم است که راجع به فعالیت‌های معمول افراد مسن در منطقه خود و خانواده بدانید. هر نوع تغییر پیشرونده اخیر را جستجو کنید. آیا فرد در انجام کارها اشتباهاتی دارد یا آنها را کندتر از قبل انجام می‌دهد. آیا کارها به خوبی قبل انجام نداده یا بعضی کارها را انجام نمی‌دهد؟



۳,۱ تایید نتایج ارزیابی

- « سوال کنید آیا فردی که از نظر دمانس بررسی می‌شود تمایل دارد که تشخیص را بداند و این که با چه کسانی می‌توان تشخیص را در میان گذاشت. توضیحات باید متناسب با توانایی درک فرد و ارزیابی اطلاعات باشد.
- « با دادن اطلاعات پایه شروع کنید و فرد را با حجم زیادی از اطلاعات مواجه نسازید. این مطالب می‌تواند گفته شود:
- « دمانس یک بیماری مغزی است و با گذشت زمان بدتر می‌شود.
- « گرچه علاج پذیر نیست ولی برای کمک به بیمار و حمایت از خانواده وی می‌توان اقدامات معقولی انجام داد.
- « موارد و رفتارهای متفاوتی که بروز می‌کند را می‌توان مدیریت کرد. می‌توان کارهای زیادی انجام داد تا بیمار احساس راحتی بیشتری کرده و مراقب وی هم زندگی کم استرس‌تری داشته باشد.
- « حمایت‌ها و کمک‌های واقع بینانه‌ای باید به فرد پیشنهاد کرد و فرد و مراقب وی را از هرگونه خدمات حمایتی در دسترس در سطح جامعه، آگاه سازید.

۳,۲ مداخلات روانی اجتماعی

برای علایم و عملکردهای شناختی

- « اطلاعات جهت یابی را به طور منظم در اختیار فرد قرار دهید (مثلاً روز، تاریخ، آب و هوا، زمان و نام افراد) این کار به فرد کمک می‌کند تا نسبت به زمان، مکان و شخص آگاه باشد.
- « از وسایلی مثل روزنامه، رادیو، تلویزیون، آلبومهای خانوادگی و وسایلی در خانه برای تشویق فرد به ارتباط با دیگران، آگاهی از وقایع اخیر، تحریک حافظه و توانمند نمودن فرد برای تبادل اطلاعات، با ارزش نهادن به تجربیاتش استفاده کنید.
- « برای شفاف سازی ارتباط کلامی، جملات کوتاه و ساده به کاربرید. صداهای مزاحمی مثل رادیو، تلویزیون یا مکالمه سایر افراد را به حداقل برسانید. به آنچه فرد می‌گوید با دقت گوش دهید. صحبت کردن با بیمار باید به صورت چهره به چهره همراه با زبان و تن مناسب باشد.
- « مسائل را ساده نگه دارید، از تغییرات در روال معمول و قرار گرفتن فرد در معرض شرایط و مکان‌های ناآشنا، مگر در موارد ضروری پرهیزید.

۳,۳ ارتقاء استقلال، فعالیت و حرکت بیمار

- « برای فعالیت های روزمره زندگی فرد برنامه ریزی کنید به شیوه ای که حداکثر فعالیت های مستقل را ایجاد نماید، عملکرد او را ارتقاء دهید. به سازگاری او کمک کنید و مهارت‌ها را در او رشد دهید و نیاز به حمایت را در او به حداقل برسانید. در جامعه ای که فرد و مراقبین او در آن زندگی می‌کند، برنامه ریزی و اجرای مداخلات توانبخشی را تسهیل نمایید. در دستیابی به منابع اجتماعی در دسترس کمک کنید.

در حفظ استقلال فرد در مهارت‌های بهداشتی و تغذیه ای،

توصیه های لازم را ارائه دهید

- « به ویژه در زمینه مقدار مایعات دریافتی. (اگر عدم کنترل رخ داد، تمام علل احتمالی باید ارزیابی شود و قبل از اینکه تداوم یابد درمان گردد).
- « اعضای خانواده را در مورد اهمیت ریخت و پاش نبودن کف خانه، به منظور کاهش خطر افتادن فرد آگاه سازید.
- « توصیه کنید سازگاری های لازم را در خانه برای فرد ایجاد کنند به ویژه گذاشتن حفاظ راه پله و سطح شیب دار. محل های کلیدی در خانه (شامل توالت، حمام، اتاق خواب) را علامت گذاری کنید، با این کار می‌توانید اطمینان یابید فرد گیج نخواهد شد یا موقعیت یابی خود را از دست نخواهد داد.
- « فعالیت های فیزیکی و ورزشی را برای نگهداری تحرک و کاهش خطر افتادن توصیه کنید.
- « فعالیت های فوق برنامه را پیشنهاد دهید (متناسب با مراحل دمانس)
- « فرد را به کاردرمانی، در صورت در دسترس بودن ارجاع دهید.
- « نقایص حسی (همچون ضعف بینایی، شنوایی ضعیف) را با وسایل مناسب (همچون عینک های ذره بین، سمعک) مدیریت کنید.

**۳،۴ مداخلات روانی اجتماعی دمانس****۳،۴ مدیریت علایم رفتاری و روانی**

- « مشکلات بهداشت جسمی فرد را که بر رفتار او تاثیر گذار است (درد، عفونت و غیره)، مشخص و درمان کنید.
- « اصلاحات محیط همچون محل نشستن مناسب و امن، علامت گذاری مکان های منزل (همچون علامت خروج ممنوع بر روی درب منزل یا تابلو راهنما برای توالت) را مدنظر داشته باشید.
- « رویدادها (همچون خرید در یک بازار شلوغ، یا عواملی چون تنها بیرون رفتن)، که می توانند باعث تشدید و یا ایجاد مشکلات رفتاری نمایند را مشخص کنید و ببینید می توانید آنها را تغییر دهید.
- « راهبرد های آرام سازی پرت کننده حواس و راحتی (همچون رفتن برای قدم زدن، گوش دادن به موسیقی، گفتگو کردن)، برای لذت بردن فرد از فعالیت های خود، مخصوصا زمانی که تحریک پذیر و آشفته است، را در نظر بگیرید .

از آن جایی که فرد مبتلا به دمانس در خطر آزار و غفلت قرار دارد ارائه دهندگان خدمات بهداشتی باید نسبت به محافظت از افراد مبتلا به دمانس دقت داشته باشند و سیاست های محلی در این رابطه را بکار گیرند.

۳،۵ مداخله برای مراقبان

- « پریشانی روانی و اثرات روانی اجتماعی بر روی مراقبین فرد را مشخص نمایید. نیازهای مراقب را با حمایت و در نظر گرفتن منابع لازم برای زندگی خانوادگی، اشتغال، فعالیت ها و سلامتی ارزیابی کنید.
- « اینکه مراقبت از افراد مبتلا به دمانس کاری پر استرس و توان فرسا بوده و شدیداً ایجاد فرسودگی می کند. مهم این است که مراقب به مراقبت از فرد مبتلا به دمانس ادامه داده از خصومت نسبت به فرد و غفلت از او بپرهیزد. !

۳،۶ پیگیری

- « حداقل هر سه ماه یکبار مروری بر خدمات اجتماعی و پزشکی داشته باشید.
- « در هر پیگیری موارد زیر را ارزیابی کنید
- « بیماری های همراه پزشکی مثل نقص شنوایی و بینایی، درد، بیماری های وابسته به سن (بزرگی پروستات، پوکی استخوان و تحلیل عضلانی) را ارزیابی کنید.
- « پایداری یا پیشرفت علایم دمانس، در جستجوی هرگونه علایم جدید و تغییرات سریع باشید.
- « توانایی شرکت در فعالیت های روزمره زندگی و هر نوع نیاز جدید به مراقبت.
- « خطر های مربوط به سلامتی (مانند رانندگی، مدیریت مالی، مدیریت دارویی، خطر های موجود همچون سیگار کشیدن، احتمال سرگردانی) !
- « وجود و شدت افسردگی
- « وجود و شدت علایم رفتاری و اجتماعی دمانس
- « خطر صدمه بخود
- « اگر فرد تحت درمان دارویی است: پاسخ به درمان، عوارض جانبی و پذیرش دارو، همچنین علایم شناختی و هدف را یادداشت کنید.
- « هرگونه مانعی برای مشارکت در درمان
- « پریشانی و سازگاری مراقب، نیاز به اطلاعات، آموزش و حمایت
- « ارزیابی فعلی و گذشته فرد را مورد مقایسه قرار دهید و در مورد آن با فرد و مراقبش بحث کنید.
- « هرگونه نیاز به حمایت را برای بیمار و مراقبش تعیین کرده و در صورت لزوم آن را تسهیل نمایید.
- « در مورد هر نوع تغییر در برنامه درمانی بحث و موافقت نمایید.

- « مراقبان باید نسبت به احترام گذاردن به تمامیت فرد مبتلا به دمانس تشویق شوند و در حدامکان در تصمیم گیری های زندگی خودشان آنها را دخیل نمایند.
- « به افراد مبتلا به دمانس، هم چنین خانواده و مراقبان او از زمان تشخیص اختلال، آگاهی رسانی کنید. این کار باید با حساسیت و در جهت کمک به فرد و مراقبین وی باشد.
- « آموزش مهارت های خاص و حمایت از فرد (همچون مدیریت رفتار مشکل)، را در صورت لزوم فراهم آورید. در جهت اثربخشی هر چه بیشتر مداخلات، مشارکت فعال مراقبین را به صورت عینی اجراءنمایید. (از طریق نقش بازی).
- « حمایت عملی از فرد را در جایی که امکان ارائه خدمات در منزل وجود داشته باشد تامین کنید. فردی دیگر از اعضای خانواده یا فردی مناسب می تواند نقش نظارتی بر مراقبت از فرد مبتلا به دمانس را بر عهده گیرد. این عمل به مراقب امکان استراحت را داده و او را در انجام فعالیت هایش یاری می رساند.
- « مشخص کنید آیا فرد ظرفیت دریافت هرگونه حمایت مالی یا اجتماعی در ارتباط با مراقبت از معلولین را دارد. این خدمات ممکن است از طریق منابع حمایتی سازمانهای دولتی و یا غیر دولتی ارائه گردد.
- « در صورت امکان، پریشانی روانی مراقبین را از طریق حمایت، مشاوره حل مشکل، یا مداخلات شناختی رفتاری برطرف سازید (مراجعه به بخش افسردگی و ! بخش مداخلات پیشرفته روانی اجتماعی) !
- « برای ارزیابی و درمان افسردگی متوسط - شدید مراقبان اقدام کنید (بخش افسردگی را ببینید). !

مداخلات دارویی 


توجه

بطور روتین منع کننده های استیل کولین استراز (مانند دونپزیل، گلاتتامین و ریواستیگمین) یا ممانتین را برای مبتلایان به دمانس مدنظر قرار ندهید.
زمانی از این داروها استفاده کنید که تشخیص بیماری آلزایمر داده شده است؛ حمایت کافی و نظارت متخصص وجود دارد و پایش توسط مراقب (برای عوارض جانبی) از فرد در دسترس می باشد.

« برای علایم رفتاری و روانی فرد مبتلا به دمانس، داروی آنتی سایکوتیک همچون هالوپریدول یا یک آنتی سایکوتیک آتیپیک را تنها بعد از یک دوره اجرای مداخلات روانی اجتماعی مدنظر داشته باشید. باید این داروها زمانی بکار گرفته شوند که علایم پایدار و یا فرد در خطر حتمی آسیب قرار داشته باشد.

« با یک متخصص مشورت کنید. 

« درمان دارویی را با ۰/۵ میلی گرم هالوپریدول خوراکی یا تزریق عضلانی شروع کنید. از تزریق داخل وریدی هالوپریدول اجتناب کنید و از دادن دیازپام به او اجتناب نمایید.

« با دوز کم شروع و به آرامی ادامه دهید، بطور منظم نیاز دارویی را ارزیابی و مرور کنید (حداقل ماهانه)، عوارض جانبی خاج هر می را ارزیابی کنید، از کمترین دوز دارویی موثر استفاده کنید.
« به بخش سایکوز برای درک جزئیات پیرامون داروهای آنتی سایکوتیک مراجعه کنید (بند ۳ مداخلات سایکوز). 

مصرف الکل و اختلالات آن

موارد ناشی از الگوهای مختلف مصرف الکل عبارتند از مسمومیت حاد با الکل، مصرف آسیب‌رسان با الکل، سندرم وابستگی به الکل، و حالت محرومیت از الکل. مسمومیت حاد، وضعیت اورژانسی کوتاه مدت است که به دنبال مصرف الکل ایجاد می‌شود و با اختلال در هوشیاری، شناخت، ادراک، خلق یا رفتار مشخص می‌شود. مصرف آسیب‌رسان الکل، الگویی از مصرف الکل است که باعث ایجاد آسیب به سلامتی فرد می‌شود. این آسیب می‌تواند جسمی (به عنوان مثال بیماری کبدی) یا روانی (به عنوان مثال دوره‌هایی از اختلال افسردگی) و اجتماعی (مثل مشکلات خانوادگی، یا مشکلات محل کار) باشد. وابستگی به الکل، به مجموعه‌ای از عوارض زیست‌شناختی، رفتاری و شناختی اطلاق می‌شود که در آن مصرف الکل نسبت به رفتارهایی که قبلاً برای فرد مهم و با ارزش بوده‌اند، در اولویت قرار می‌گیرد. حالت محرومیت از الکل، به مجموعه‌ای از علائم ناخوشایند گفته می‌شود که به دنبال قطع مصرف الکل در فردی که مصرف روزانه طولانی مدت داشته است ایجاد می‌گردد.

۱- آیا بیمار مسمومیت حاد با الکل دارد؟

موارد زیر را جستجو کنید:

- « بوی الکل در تنفس فرد
- « تکلم منقطع
- « رفتارهای غیرعادی و خارج از کنترل

موارد زیر را ارزیابی کنید:

- « سطح هوشیاری؛
- « ارزیابی از نظر شناخت و ارزیابی از نظر درک

بله

چنانچه اختلالی در سطح هوشیاری، شناخت، ادراک، خلق یا رفتار فرد به دنبال مصرف اخیر الکل وجود دارد، مسمومیت با الکل محتمل است.

- « راه هوایی و تنفس را ارزیابی کنید.
- « به منظور جلوگیری از ورود مواد به مجاری تنفسی، در مواردی که فرد استفراغ کرده است او را به پهلو بخوابانید.
- « در صورت لزوم به بیمارستان ارجاع دهید. + یا وی را تا از بین رفتن اثرات الکل تحت نظر داشته باشید.
- « در صورت هرگونه شک به مسمومیت با متانول، برای درمان اورژانسی، فرد را به بیمارستان ارجاع دهید. +

۲- آیا فرد علائم محرومیت از الکل را دارد؟

محرومیت از الکل بدنال قطع مصرف الکل (معمولاً در فاصله ۶ ساعت، تا ۶ روز بعد از آخرین مصرف، قابل انتظار است)،

موارد زیر را جستجو کنید:

- « لرزش دست‌ها
- « تعریق
- « استفراغ
- « افزایش ضربان قلب و فشار خون
- « بی‌قراری

موارد زیر را سؤال کنید:

توجه: تشنج و کاهش سطح هوشیاری ممکن است در موارد شدیدتری دهد.

- « سردرد
- « تهوع
- « اضطراب

بله

موارد ذیل شک به محرومیت شدید را بدنال خواهد داشت:

- « دوره قبلی محرومیت از الکل شامل دل‌پیروم و تشنج
- « وجود سایر مشکلات جسمی یا روانی یا وابستگی به بنزودیاژین‌ها
- « علائم شدید محرومیت تنها چند ساعت بعد از قطع مصرف الکل، وجود داشته است.

- « سریعاً با دیاژپام درمان را شروع کنید (بند ۳،۱ مداخلات الکل)
- « در صورت امکان در بیمارستان یا مرکز درمانی، درمان را انجام دهید. +
- « چنانچه محرومیت با دل‌پیروم، همراه است (بند ۳،۱ مداخلات الکل):
- «* محرومیت را با دیاژپام درمان کنید.
- «* در محیطی امن، درمان را انجام دهید.
- «* فرد به خوبی هیدراته شود.
- «* چنانچه دل‌پیروم یا توهّم باوجود درمان ادامه یابد، درمان با آنتی سایکوتیک‌ها مثل هالوپریدول ۵-۲/۵ میلی‌گرم خوراکی، تا سه بار در روز، را مدنظر داشته باشید.
- « چنانچه محرومیت با تشنج همراه باشد، قدم اول این است که تشنج را با دیاژپام کنترل نمایید، استفاده از داروهای ضد تشنج، برای پیشگیری از تشنج بعدی لزومی ندارد.



بله

۳- آیا فرد به صورت حاد دچار کاهش سطح هوشیاری یا اختلال در سطح هوشیاری و آگاهی با سابقه اخیر مصرف الکل شده است؟

آیا آنسفالوپاتی حادورنیکه،
ضربه به سر یا دلیریوم ناشی از محرومیت
الکل وجود دارد؟

« آناکسی و نیستاگوس آنسفالوپاتی ورنیکه را
ارزیابی کنید. در موارد شدید ممکن است
اوفتالموپلژی (فلج عضلات چشمی) رخ دهد.
« نشانه‌های ضربه به سر مثل پارگی یا خونریزی
سر یا گوش‌ها را بررسی کنید.
« مجدداً از نظر دلیریوم ناشی از
محرومیت الکل بررسی نمایید.

انسفالوپاتی حاد ورنیکه

« تمام موارد مشکوک را با ۱۰۰ میلی گرم تیامین وریدی یا
عضلانی، سه بار در روز به مدت ۳-۵ روز درمان کنید.
« بیمار را سریعاً به بیمارستان ارجاع دهید. +

ضربه به سر

« بصورت منظم و با فاصله کوتاه سطح هوشیاری را ارزیابی کنید.
« در اسرع وقت مشاوره جراحی انجام شود. ⚠️

دلیریوم محرومیت از الکل

« دلیریوم ناشی از محرومیت الکل را درمان نمایید
(بند ۳،۱ مداخلات الکل)



سایر علل شایع کاهش سطح هوشیاری
مثل عفونت، هایپوکسی، پایین بودن قند خون،
آنسفالوپاتی کبدی و مشکلات عروق مغز را
بررسی نمایید

۱- میزان و نحوه مصرف الکل و آسیب ناشی از آن را بررسی نمایید.

« از فرد بپرسید که آیا الکل مصرف می‌کند؟

چنانچه پاسخ مثبت است

« بررسی کنید که آیا مصرف الکل به شیوه‌ای است که وی را در معرض خطر قرار دهد:

میزان و دفعات نوشیدن الکل

« در طی ۱۲ ماه، ۵ بار یا بیشتر مصرف مشروبات الکلی داشته باشد.
« به طور متوسط بیش از دو بار در روز مشروبات الکلی مصرف کرده باشد.
« تمام روزهای هفته مصرف الکل داشته باشد.



توجه: یک واحد مصرف استاندارد، مقیاسی است از میزان الکل خالص که مصرف می‌شود. و معمولاً بین ۸ تا ۱۲ گرم است.
در ایران مصرف الکل، غیرقانونی و ممنوع می‌باشد لذا میزان استاندارد مطرح نمی‌باشد.



نکته قابل توجه: اختلالات مصرف الکل را در مراقبت‌های روتین، شناسایی کنید. مصرف خطرناک الکل و اختلالات مصرف الکل شایع هستند، به جز در نواحی که مصرف الکل خیلی پایین است از افرادی که به مراکز بهداشتی مراجعه می‌نمایند باید در مورد مصرف الکل سؤال شود. این کار باید به صورت غیررسمی یا با استفاده از پرسشنامه WHO-AUDIT یا WHO-ASSIST انجام شود.

بله

چنانچه پاسخ بلی است.

« شرح حال دقیق‌تری برای جستجوی مصرف الکل یا وابستگی بگیرید (مورد شماره ۲ را در زیر مشاهده کنید) (بند ۲,۱ مداخلات الکل)

چنانچه وابستگی به الکل وجود ندارد.

« سناریوی بالینی یکی از اینهاست مصرف خطرناک الکل یا مصرف آسیب‌رسان الکل

« نتایج حاصل از ارزیابی‌های مصرف الکل را به صورت مشخص بیان کنید و ارتباط بین این مقدار مصرف الکل، مشکلات بهداشتی فرد و خطرات کوتاه مدت و دراز مدت ادامه مصرف فعلی را شرح دهید.

« در مورد مصرف سایر مواد سؤال کنید

(بند ۲,۱ مداخلات مواد) (🚫)

« صحبت کوتاهی در مورد علل مصرف الکل با فرد داشته باشید.

📌 مداخلات مختصر را ببینید (بند ۲,۲ جزئیات مداخلات الکل)

« به فرد توصیه نمایید زیر نظر پزشک متخصص میزان مصرف الکل را کاهش دهد یا به کلی مصرف آن را قطع کند و به وی بگوید در این مورد به او کمک خواهید کرد.
« در صورتی که فرد تمایل به کم کردن یا قطع مصرف الکل دارد روش‌های رسیدن به این هدف را با وی مطرح نمایید.

« در غیر این صورت به وی بگوید که امکان کاهش یا قطع مصرف الکل برایش وجود دارد و وی را تشویق کنید که در صورتی که تصمیم به این کار گرفت، می‌تواند مجدداً مراجعه نماید.

« فرصت‌های بعدی را پیگیری نمایید.

« برای افرادی که مصرف آسیب‌رسان الکل دارند و به توصیه‌ها و مداخلات مختصر پاسخ نداده‌اند توصیه‌های لازم را از متخصص بگیرید. (🚫)

🚫 چنانچه فرد یک نوجوان است

(بند ۲,۶ مداخلات الکل را ببینید)

🚫 چنانچه خانمی است که حامله می‌باشد یا شیردهی دارد

(بند ۲,۷ مداخلات الکل را ببینید).

Alcohol use and Alcohol Use Disorders مصرف الکل و اختلالات آن

ALC1

ارزیابی و راهنمای مدیریت

۲- آیا فرد وابستگی به الکل دارد؟

« شرح حال دقیقی از مصرف الکل تهیه نمایید
(بند ۲,۱ مداخلات الکل)

موارد زیر را جستجو نمایید:

- « تمایل شدید یا احساس اجبار برای مصرف الکل وجود دارد.
- « اشکال در کنترل مصرف الکل شامل شروع، پایان دادن یا میزان مصرف
- « حالت محرومیت فیزیولوژیک، زمانی که مصرف الکل قطع شده یا کاهش یابد، همان‌طور که سندرم مشخص محرومیت از الکل توصیف شده است، یا استفاده مشابه از مواد با هدف رهایی از علائم محرومیت.
- « شواهد تحمل، مثل افزایش میزان الکل با هدف رسیدن به اثراتی که قبلاً با دوزهای کمتری بدست می‌آمده است.
- « نادیده گرفتن روزافزون سایر لذت‌ها به دلیل مصرف الکل، افزایش زمان لازم برای مصرف الکل یا رهایی از اثرات آن.
- « ادامه مصرف الکل با وجود شواهد واضح عوارض مثل آسیب کبدی، خلق افسرده، اشکال در عملکردهای شناختی.

بله

چنانچه ۳ یا بیشتر مورد وجود داشته باشد.
سناریوی بالینی،
وابستگی به الکل است.

- « نتایج ارزیابی را دقیقاً مشخص نمایید، و خطرات کوتاه مدت و دراز مدت ادامه مصرف الکل را به میزان فعلی، توضیح دهید.
- « گفتگوی کوتاهی در مورد انگیزه فرد برای مصرف الکل انجام دهید. مداخلات کوتاه و مختصر را مشاهده کنید (بند ۲,۲ مداخلات الکل)
- « قطع کامل مصرف الکل را توصیه نمایید.
- « مصرف روزانه «۱۰۰ میلی‌گرم» تیامین را توصیه کنید.
- « چنانچه فرد تمایل به قطع مصرف الکل دارد، این موضوع را تسهیل کنید:
 - * محل و ساختار مناسب برای قطع الکل را مشخص نمایید.
 - * برای قطع الکل، برنامه‌ریزی کنید.
 - * در صورت لزوم سم‌زدایی انجام دهید.
 - * در طول سم‌زدایی، علائم محرومیت را با بنزودیازپین‌ها (کلردیازپوکساید، دیازپام) درمان کنید (بند ۳,۱ مداخلات الکل).
- « بعد از سم‌زدایی برای جلوگیری از عود، در صورت دسترسی و زیر نظر پزشک متخصص، دارو تجویز کنید (نالتروکسان، آکامپروسات یا دی سولفیرام) (بند ۳,۲ مداخلات الکل)
- « هر گونه اختلال همزمان روانپزشکی یا طبی را بعد از ۳-۲ هفته از قطع مصرف ارزیابی و درمان کنید، به این دلیل که بعضی مشکلات با قطع مصرف از بین می‌روند.
- « ارجاع به گروه‌های خودیاری را در نظر داشته باشید (مثلاً گروه‌های بی‌نام)، یا یک سرویس اجتماعی درمانی که بتواند در آن اقامت کند (بند ۲,۳ مداخلات الکل)
- « توجه: تحت عنوان درمان، فرد را تنبیه نکنید.
- « به نیازهای معیشتی فرد توجه نمایید (بند ۲,۴ مداخلات الکل)
- « اطلاعات لازم و حمایت کافی برای بیمار، خانواده و مراقبین وی فراهم آورید (بند ۲,۵ مداخلات الکل)
- « در صورت امکان، مداخلات روانی اجتماعی مثل درمان یا مشاوره خانواده، مشاوره یا درمان حل مسأله، درمان رفتاری شناختی، درمان انگیزشی یا مدیریت، را برای فرد فراهم کنید (بند INT)
- « ارجاع به یک سرویس درمان تخصصی را مدنظر داشته باشید.
- « به میزان مورد نیاز و با فواصل لازم پیگیری نمایید.
- « در صورت لزوم از متخصص کمک بگیرید.

۲.۱ گرفتن تاریخچه مصرف الکل

زمانی که در مورد مصرف الکل سؤال می‌کنید.

« سؤالات را بدون اشاره به پاسخ خاصی بپرسید، و سعی کنید در برابر هر پاسخی که فرد می‌دهد، تعجب زده نشوید.

« در مورد میزان و الگوی مصرف الکل، همچنین هر رفتاری که مرتبط با مصرف الکل بوده یا سلامتی فرد یا خانواده وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (به عنوان مثال، به طور معمول مصرف الکل، کی، کجا و همراه با چه اتفاق می‌افتد، چه چیزی مصرف الکل را باعث می‌شود. فعالیت‌های زمان مسمومیت، پیامدهای مالی، توانایی مراقبت از فرزندان، خشونت نسبت به دیگران).

« در مورد آسیب‌های ناشی از الکل، موارد زیر را سؤال کنید:

« تصادفات، رانندگی هنگام مسمومیت

« مشکلات ارتباطی

« مشکلات جسمی مثل بیماری کبدی/زخم معده

« مشکلات قانونی/مالی

« رابطه جنسی در حال مستی، که بعداً پشیمان شده یا خطرناک شده است.

« در مورد شروع و ایجاد مصرف الکل در ارتباط با سایر حوادث

زندگی، با گرفتن یک شرح حال از زندگی فرد سؤال کنید.

« چنانچه شواهدی از مصرف آسیب‌رسان یا خطرناک مصرف الکل وجود

دارد، وابستگی به الکل را با پرسیدن درمورد ایجاد تحمل، علائم

محرومیت، مصرف به میزان بیشتر یا به مدت طولانی‌تر از آنچه قصد

داشته است، ادامه مصرف الکل باوجود ایجاد مشکلات مرتبط با آن،

دشواری در قطع یا کاهش مصرف الکل، وسوسه برای مصرف آن را

جستجو کنید.

« در مورد ارتباطات و شبکه‌های اجتماعی و الگوی مصرف الکل یا سایر

مواد توسط فرد سؤال کنید.

وقتی فرد را معاینه می‌کنید، موارد زیر را جستجو کنید:

« مشخص کنید آیا بیمار در فاز مسمومیت یا فاز محرومیت قرار دارد

« شواهد مصرف طولانی مدت مقادیر زیاد الکل شامل بیماری کبدی (بزرگی

کبد، علائم محیطی آسیب کبدی)، آسیب عصبی محیطی یا مخچه‌ای.

بررسی‌هایی که در صورت امکان باید انجام شوند:

« آزمون‌های کبدی و بررسی کامل خون

۲.۲ مداخلات مختصر برای کاهش مصرف آسیب‌رسان الکل

« نمونه‌هایی از روش‌هایی که با آنها می‌توان مصرف آسیب‌رسان یا

خطرناک الکل را کاهش داد

« نداشتن الکل در خانه

« نرفتن به محیط‌هایی که در آنجا افراد الکل مصرف می‌کنند.

« گرفتن حمایت از خانواده و دوستان

« درخواست مراجعه بیمار همراه با خانواده یا دوستان برای

تصمیم‌گیری دنبال کردن روش ترک در یک مرکز

« صحبت کردن با فرد در مورد علل مصرف الکل

« وارد کردن بیمار در بحثی که در آن بتواند در مورد معایب و

مزایای مصرف الکل صحبت کند، با توجه به مسائلی که برای فرد

و در زندگی وی خیلی مهم هستند.

« صحبت را به سمت ارزیابی اثرات مثبت و منفی الکل ببرید. روی

مضراتی که فرد با اهمیت و کم ارزش می‌داند تأکید و آن را

بررسی نمایید.

« از بحث کردن و مشاجره با فرد بپرهیزید و چنانچه با جمله‌هایی

مخالف است، سعی کنید آن را به روش دیگری بیان کنید تا

فرد مقاومت کمتری از خود نشان دهد و سعی کنید تا جایی که

ممکن است اثراتی که مصرف الکل تا به حال در زندگی او داشته

است را مشخص کنید.

« بعد از صحبت در مورد مضرات مصرف الکل، فرد را برای تصمیم

گرفتن برای تغییر الگوی مصرف الکل تشویق نمایید.

« چنانچه هنوز فرد برای تغییر یا قطع مصرف الکل آمادگی ندارد، از او

بخواهید تا مجدداً جهت بحث و گفتگو راجع به موضوع مراجعه نماید.

۲.۳ گروه‌های خودیاری

« به افرادی که وابستگی به الکل دارند، توصیه کنید که به گروه‌های خودیاری مثل گروه «الکلی‌های بی‌نام» بپیوندند. ارتباط اولیه را با قرار گذاشتن و همراهی بیمار در اولین جلسه برقرار کنید.

۲.۴ تامین نیازهای شغلی و محل سکونت فرد

« در مواردی که ممکن است با نمایندگی‌های محلی و منابع اجتماعی برای حمایت از زمینه اشتغال برای آنهايي که نیاز است به کارشان برگردند یا کار پیدا کنند همکاری کنید و امکان دسترسی به فرصت‌های اشتغال محلی (یا تحصیلی) را براساس مهارت‌ها و نیازهای فرد فراهم آورید.

« در مواردی که ممکن است، با نمایندگی‌های محلی و منابع اجتماعی برای یافتن محل سکونت یا تسهیلات کمکی زندگی، همچنین زندگی مستقل، در تماس باشید. ظرفیت بیمار، در دسترس بودن الکل یا سایر مواد را در فراهم کردن فرصت‌های محل سکونت، در نظر داشته باشید.

Alcohol use and Alcohol Use Disorders مصرف الکل و اختلالات آن

ALC2

شرح مداخلات مصرف الکل و اختلالات آن

۲,۵ حمایت از خانواده و مراقبین فرد

در مورد اثرات مصرف الکل و وابستگی به آن بر خود فرد و سایر اعضای خانواده از جمله کودکان، با خانواده فرد و کسی که از او مراقبت می‌کند صحبت کنید.

- « ارزیابی نیازه‌های بهداشت روانی، اجتماعی و فردی را به آنها پیشنهاد دهید.
- « در مورد مصرف الکل و وابستگی به آن، اطلاعات بدهید.
- « به فرد کمک کنید تا منشاء استرس‌هایی که با مصرف الکل مرتبط هستند را بشناسد. روش‌های سازگاری را شناسایی و رفتارهای سازگارانه مؤثر را تشویق نمایید.
- « به آنها در مورد گروه‌های حمایتی (مثل گروه‌های خودیاری برای خانواده‌ها و مراقبین) اطلاع داده و کمک نمایید تا با این منابع در تماس باشند.

۲,۶ مصرف مواد در نوجوانان

- « رازداری را در مورد مسائل مرتبط با سلامتی فرد، توضیح داده و شرایطی که در آن به والدین یا سایر افراد، اطلاعاتی در این مورد بایستی داده شود را برایش شرح دهید.
- « مهم‌ترین شرایط زمینه‌ای در مورد نوجوانان را مشخص نمایید و این موضوع را به خاطر داشته باشید که نوجوانان اغلب نمی‌توانند به خوبی در مورد مشکلاتشان صحبت کنند. به همین جهت از آنان سؤالات باز بپرسید. سؤالاتی که به طور خلاصه در مورد خانه، تحصیل / اشتغال / خوردن، فعالیت‌ها، داروها و الکل، مسایل جنسی / امنیت / خودکشی / باشند.
- « گرچه این گروه اغلب با مشکلات خفیف‌تری از مصرف مواد، مراجعه می‌کنند ولی جوانان ممکن است دچار وابستگی شدید شوند. به همان اندازه که در بالغین مهم است در این گروه سنی هم غربالگری از نظر مشکلات مصرف الکل و مواد مهم است.
- « اثرات الکل و سایر مواد را بر سلامتی و عملکرد اجتماعی فرد، برای نوجوان و والدین شرح دهید.

۲,۷ زن باردار یا شیرده

- « به زن باردار یا زنی که قصد بارداری دارد، بگویید که باید از مصرف الکل، کاملاً پرهیزد.
- « به وی بگویید که حتی مصرف مقادیر کم الکل در اوایل بارداری می‌تواند به جنین در حال تکامل آسیب برساند، و مصرف مقادیر بیشتر الکل می‌تواند منجر به سندرمی با مشکلات تکامل شدید تحت عنوان «سندرم جنین الکلی» منجر شود.
- « به زنی که شیردهی می‌کند توصیه کنید که از مصرف الکل، کاملاً پرهیز نماید.
- « با توجه به اهمیت زیاد شیردهی و مزایای آن (به خصوص در ۶ ماه اول تولد کودک)، چنانچه مادری به مصرف الکل ادامه می‌دهد باید مصرف آن را محدود کرده، و میزان الکل موجود در شیر را کاهش دهد، مثلاً قبل از مصرف الکل به بچه شیر بدهد و پس از مصرف الکل تا سطح خونی وی به صفر نرسیده است (تقریباً ۲ ساعت به ازای هر نوشیدنی، مثلاً ۴ ساعت در صورتی که ۲ نوشیدنی مصرف کرده باشد). مجدداً شیردهی نکند، یا از شیرینی که دوشیده شده استفاده نماید.
- « باید مادری که مصرف آسیب‌رسان مواد دارند و بچه دارند، سرویس‌های اجتماعی حمایتی همچون ویزیت‌های بیشتر بعد از تولد، آموزش فرزندپروری و حمایت از کودک در جریان ویزیت‌های پزشکی را دریافت نمایند.

- « تغییر در محیط نوجوان را به جای تمرکز بر خودوی به عنوان مشکل اصلی، تشویق کنید مثلاً وی را به شرکت در مدرسه یا کارو فعالیت‌های بعد از مدرسه / کاری که وقت وی را پر می‌کنند، تشویق کنید و همچنین شرکت وی در فعالیت‌های گروهی را که باعث کسب مهارت و کمک به برقراری ارتباط آنها می‌کند، ترغیب نمایید. مهم است که نوجوان در فعالیت‌هایی که از آنها لذت می‌برد شرکت کند.
- « والدین و / یا مراقبین مسئول نوجوان را ترغیب نمایید بدانند نوجوان کجاست، با چه کسانی است، چه می‌کند، چه وقت به خانه برمی‌گردد و این که از نوجوان بخواهند که در برابر فعالیت‌های خود مسئولیت‌پذیر باشد.
- « والدین را تشویق نمایید تا انتظارات واضحی از نوجوان داشته و آمادگی گفتگو و تبادل نظر با او در مورد این انتظارات را داشته باشند، همچنین با نوجوان در مورد عواقب رفتار و عدم تطابق رفتار او با این انتظارات صحبت کنید.
- « به والدین توصیه کنید رفتارهایی که به کودک آنها در مصرف مواد کمک می‌کند مانند خرید و فراهم کردن الکل یا فراهم کردن پولی که صرف مصرف مواد شود را محدود کنند. همچنین به خاطر داشته باشند که مصرف مواد و الکل توسط خود آنها بر فرزندان آنها اثر دارد.


شرح مداخلات مصرف الکل و اختلالات آن

۳,۱ مدیریت محرومیت از الکل

« نسبت به خطر سندرم محرومیت، هوشیار باشید. به عنوان مثال، فردی که وابستگی به الکل دارد و در بیمارستان محلی تشخیص داده نشده است.

« زمانی که شواهد دال بر وجود سندرم محرومیت دارد (یا در موارد محرومیت برنامه‌ریزی شده قبل از بروز علائم)، درمان را با کلردیازپوکساید ۲۵ میلی‌گرم هر ۴ تا ۶ ساعت در روز شروع کنید؛ یا دیازپام  را با دوز اولیه تا ۴۰ میلی‌گرم در روز (به عنوان مثال ۱۰ میلی‌گرم ۴ بار در روز یا ۲۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز)، به مدت ۷-۳ روز، تجویز کنید. در فردی که مشکل متابولیسم کبدی دارد (مثلاً در افراد مسن، آنهایی که نارسایی کبدی دارند) یک دوز پایین اولیه (۱۰-۵ میلی‌گرم) و قبل از تجویز دوز بعدی، مدت اثر این دوز را مشخص کنید.


توجه: میزان و مدت درمان با دیازپام باید به صورت فرد به فرد و با توجه به شدت محرومیت و وجود یا عدم وجود سایر اختلالات پزشکی، تعیین شود. در بیمارستان، دیازپام را می‌توان در فواصل کمتری (مثلاً هر ساعت) و به میزان بیشتری (مثلاً تا ۱۲۰ میلی‌گرم روزانه تا ۳ روز) تجویز کرد که این باید براساس نیاز و با توجه به ارزیابی فرد باشد.

« تیامین را با دوز ۱۰۰ میلی‌گرم  در روز به صورت خوراکی به مدت ۵ روز (یا بیشتر در صورت نیاز) بدهید. برای جلوگیری از ایجاد سندرم‌های کمبود ویتامین همچون انسفالوپاتی ورنیکه، سایر مکمل‌های ویتامینی را هم در صورت لزوم تجویز نمایید.

« از مصرف میزان کافی مایعات و الکترولیت اطمینان حاصل کنید. سطح پتاسیم و منیزیم را تنظیم کنید.

« نسبت به حمایت مراقب فرد، اطمینان حاصل کنید.

« محیطی فراهم سازید تا حد امکان، ساکت و آرام باشد و همچنین نور خوبی در زمان روز و میزان کافی نور در شب داشته باشد که وقتی فرد شب‌ها از خواب بیدار می‌شود، نیفتد.

« زمانی که فرد، وابستگی شدید به الکل دارد (سابقه فعلی محرومیت شدید از الکل، تشنج یا دلیریوم)، یا بیماری همراه پزشکی یا روانپزشکی دارد و یا از حمایت کمی برخوردار است، از یک متخصص مشورت بگیرید. 

« به سایر مشکلات طبی توجه کرده آنها را درمان کنید (به عنوان مثال انسفالوپاتی ورنیکه، انسفالوپاتی کبد، خونریزی گوارشی، ضربه به سر همراه یا بدون همراه با هماتوم ساب دورال. بنزودیازپین‌ها نباید در افرادی که انسفالوپاتی کبدی یا دپرسیون تنفسی دارند استفاده شود.

کجا باید مصرف الکل را ترک نمود؟

« آیا دوره‌های قبلی علائم شدید محرومیت، تشنج یا دلیریوم وجود دارد؟

« آیا سایر مشکلات روانپزشکی یا پزشکی وجود دارد؟

« آیا علائم واضح محرومیت در عرض ۶ ساعت از آخرین مصرف الکل، اتفاق افتاده است؟


« آیا ترک به صورت سرپایی موفق نبوده است؟


« آیا فرد بی‌خانمان یا فاقد حمایت اجتماعی است؟


! اگر پاسخ به هر یک از سئوالات فوق بلی باشد ترجیحاً بهتر است فرد به صورت بستری ترک داده شود.

دلیریوم محرومیت الکل

« فرد را در محیطی آرام و ساکت که امکان بروز آسیب وجود ندارد، درمان کنید.

« علائم محرومیت الکل را با دیازپام درمان کنید. 

« ۱۰۰ میلی‌گرم تیامین را به صورت وریدی یا عضلانی، ۳ بار در روز به مدت ۵ روز تجویز نمایید. 

« در صورت لزوم و در مدت زمان وجود علائم سایکوتیک، از داروهای آنتی‌سایکوتیک همچون هالوپریدول ۵-۲/۵ میلی‌گرم سه نوبت در روز استفاده کنید. 

« فرد را هیدراته کنید (آب و مایعات کافی به وی برسد)

« از مهار کردن بیمار بپرهیزید، در صورت بیقراری و هیجان شدید نیز از بستن بیمار (فیکس کردن) خودداری کنید.

همیشه سایر علل دلیریوم و توهمات (مثلاً ضربه به سر، هایپوگلیسمی، عفونت (به خصوص پنومونی)، هایپوکسی، انسفالوپاتی کبدی یا مشکلات عروقی مغزی) را در نظر داشته باشید.

ALC3 مصرف الکل و اختلالات آن Alcohol use and Alcohol Use Disorders

شرح مداخلات مصرف الکل و اختلالات آن

۳,۲,۲ داروهای پیشگیری از عود بعد از ترک (محرومیت) الکل

داروهای متعددی در درمان وابستگی به الکل و افزایش احتمال عدم مصرف دوباره الکل، مؤثر هستند. داروهای اصلی عبارتند از آکامپروسات، نالترکسون و دی سولفیرام. تصمیم‌گیری برای استفاده از هر کدام از این داروها باید با در نظر گرفتن تمایل خود فرد و ارزیابی فواید و معایب آن (آیا در صورتی که دارو توسط کارکنان بهداشتی غیرمتخصص تجویز گردد یا در صورتی که فرد بیماری کبدی داشته یا سایر داروها را مصرف نماید خطر زیادی برای فرد وجود دارد) هر سه داروی ذکر شده در دسترس را نباید برای زن حامله یا شیرده، و فردی که اختلال واضح کبدی با کلیوی دارد، تجویز نمود. با این حال، تمام موارد باید فرد به فرد بررسی و تصمیم‌گیری شوند. در مواردی که امکان دسترسی به مرکز تخصصی وجود دارد، می‌توان فرد را برای این درمان و سایر درمان‌ها به آنجا ارجاع داد. با این داروها، پاسخ مؤثر به صورت کاهش میزان و دفعات مصرف الکل است، حتی اگر کاملاً ترک نکنند.

۳,۲,۱ آکامپروسات

در صورت دسترسی به آکامپروسات، از این دارو می‌توان استفاده نمود. آکامپروسات تمایل شدید به مصرف الکل را در فرد وابسته به الکل، متوقف می‌کند. بهترین زمان شروع آن، بلافاصله بعد از ترک الکل است. به صورت دو قرص دو بار در روز (هر قرص حاوی ۳۳۳ میلی‌گرم آکامپروسات)، به جز در بیمارانی که وزن آنها کمتر از ۶۰ کیلوگرم است، تجویز می‌شود. درمان معمولاً به مدت ۱۲ ماه تجویز می‌شود. عوارض مرتبط با آکامپروسات در ۲۰ درصد از بیماران رخ داده و شامل اسهال، تهوع، استفراغ، درد شکمی، خارش، گاهی خارش ماکولوپاپولر و ندرتا واکنش تاولی پوست می‌باشد.

۳,۲,۲ نالترکسون

نالترکسون تمایل شدید به مصرف الکل را متوقف می‌کند. این دارو را می‌توان بعد از ترک الکل با دوزاژ ۵۰ میلی‌گرم روزانه تجویز کرد. سپس با دوزاژ ۱۰۰-۵۰ میلی‌گرم به مدت ۱۲ ماه ادامه داد. مهم این است که بیمار در ۷ روز قبل از شروع دارو، هیچ داروی مخدری مصرف نکرده باشد. باید به بیمار گفته شود که نالترکسون، داروهای مخدر را بلوک می‌کند و در مواردی ممکن است نیاز به مسکن را در آینده افزایش دهد. این موضوع را بدانند، عوارض ناخواسته در ۲۰ درصد بیماران رخ داده و شامل تهوع، استفراغ، درد شکمی، اضطراب، مشکلات خواب، سردرد، کاهش انرژی، درد مفصلی و عضلانی می‌گردد. مسمومیت کبدی با دوزهای بالاتر نالترکسون ممکن است رخ دهد در این صورت لازم است در صورت امکان آزمون‌های عملکرد کبدی به صورت روتین انجام شود (با توجه به احتمال مصرف مواد اویپوئیدی به صورت همزمان با الکل، تمام مراقبت‌های شروع نالترکسون باید رعایت شود و ترجیحاً در مراکز درمانی و زیر نظر متخصص، دارو شروع گردد).

۳,۲,۳ دی سولفیرام

اثر دی سولفیرام بر اساس ترس از عوارض ناخواسته و ناخوشایند آن و واکنش بالقوه خطرناکی که ممکن است با گرگرفتگی صورت، تهوع، استفراغ و تشنج، زمانی که فردی که همراه با مصرف دارو الکل نیز مصرف می‌کند استوار است. باید مکانیسم عمل دارو و نوع واکنش بین دی سولفیرام و الکل را برای فرد توضیح داد. این واقعیت که از هر ۱۵۰۰۰ بیماری که این دارو را مصرف می‌کنند یک نفر بر اثر این واکنش می‌میرد (که این خطر در مقایسه با خطر مرگ ناشی از عوارض درمان نشده الکل کم است). دی سولفیرام باید در بیمارانی تجویز شود که رعایت درمان در آنها توسط اعضای خانواده یا مراقبین آنها یا پرسنل بهداشتی قابل پایش و همچنین پرسنل بهداشتی از عوارض جانبی آن، شامل واکنش بین الکل و دی سولفیرام آگاه باشند. دوزاژ دی سولفیرام معمولاً به صورت روزانه ۲۰۰ میلی‌گرم است. عوارض ناخواسته عبارتند از: گیجی و خواب‌آلودگی، خستگی، تهوع، استفراغ، کاهش میل جنسی، ندرتا واکنش‌های سایکوتیک، درماتیت آلرژیک، نوریت محیطی یا آسیب سلول‌های کبدی.

موارد منع مصرف دی سولفیرام، شامل بیماری کرونر قلب و نارسایی قلبی، افزایش فشار خون، سایکوز، اختلال شخصیت شدید یا خطر خودکشی می‌باشد (با توجه به عوارض جدی دارو، توصیه می‌گردد در صورت استفاده، حتماً باید در مراکز درمانی و زیر نظر متخصص درمان صورت گیرد).

مصرف مواد و اختلالات آن

وضعیت هایی که از الگوهای مختلف مصرف مواد ناشی می شوند عبارتند از مصرف زیاد آرام بخش ها، مصرف زیاد یا مسمومیت حاد با محرک ها، مصرف آسیب رسان یا خطرزای مواد، وابستگی به حشیش، وابستگی به اوبیوئیدها، وابستگی به محرک ها، وابستگی به بنزودپازپین ها و حالت های ناشی از محرومیت از هر کدام از این مواد، همچنین سوء مصرف یا مصرف نابجای ترامادول و مسمومیت با آن.

مصرف آسیب رسان مواد الگویی است از مصرف مواد که باعث آسیب به سلامت فرد می شود. آسیب می تواند جسمی (مانند عفونت های ناشی از مصرف مواد) یا روانی (به عنوان مثال دوره هایی از اختلال افسردگی) و اغلب مرتبط با آسیب به عملکردهای اجتماعی (به عنوان مثال مشکلات خانوادگی، مشکلات قانونی یا مشکلات مرتبط با کار) باشد.

وابستگی به مواد، گروهی از پدیده های فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری هستند که در آنها مصرف مواد برای فرد در اولویت بالاتری نسبت به رفتارهایی که قبلا برای فرد ارزش بیشتری داشتند قرار می گیرد.

وضعیت محرومیت از مواد حالتی است که به بروز گروهی از علائم ناشی از قطع مصرف مواد بعد از دوره ای طولانی مصرف مواد گفته می شود.



۱- آیا فرد مصرف زیاد آرام بخش ها را دارد؟

مصرف بیش از حد اوبیوئیدها یا سایر آرام بخش ها
یا مصرف چند ماده با یا بدون مصرف بیش از حد الکل

- « بدون پاسخ یا با پاسخ اندک به تحریکات
- « سرعت (میزان) آهسته تنفس
- « تنگ شدن مردمک (ته سنجاقی)

۲- آیا فرد در وضعیت حاد مصرف بیش از حد
یا مسمومیت با محرک ها قرار دارد؟

- « مردمک های گشاد
- « برانگیختگی، افکار سریع، اختلالات تفکر، افکار بدبینی
- « مصرف اخیر کوکائین یا سایر محرک ها
- « افزایش فشار خون و ضربان قلب
- « رفتارهای خشن، پرخاشگرانه یا غیرقابل پیش بینی

۳- آیا فرد از محرومیت حاد اوبیوئیدها رنج می برد؟

- « سابقه مصرف اوبیوئیدها، مصرف شدید مواد که در چندروز اخیر قطع شده است
- « دردهای عضلانی، کرامپ های شکمی، سردرد، تهوع، استفراغ، اسهال، مردمک های گشاد؛ افزایش فشار خون و ضربان قلب؛
- « خمیازه کشیدن، آبریزش از بینی و چشم، سیخ شدن موها؛ اضطراب، بی قراری

بله

چنانچه

- « میزان تنفس کمتر از ۱۰
- « اشباع اکسیژن از ۹۲ درصد باشد

بله

مصرف بیش از حد یا
مسمومیت با کوکائین یا
محرک های شبیه آمفتامین

بله

محرومیت از اوبیوئیدها

- « راه هوایی، تنفس و گردش خون را بررسی کنید.
- « نالوکسان ۰/۴ میلی گرم زیرجلدی، تزریق عضلانی یا وریدی (برای مصرف زیاد اوبیوئید، ولی بدون اثر برای افزایش مصرف سایر آرام بخش ها)، در صورت لزوم تکرار نمایید.
- « به مدت ۱-۲ ساعت بعد از تجویز نالوکسان فرد را تحت نظر بگیرید
- « در موارد مصرف زیاد اوبیوئیدهای طولانی اثر، فرد را به بیمارستان منتقل نمایید تا تزریق نالوکسان انجام و حمایت تنفسی برای بیمار فراهم گردد. +



! چنانچه به نالوکسان پاسخ نداد!

« برای فرد راه هوایی و حمایت تنفسی فراهم آورید و او را به بیمارستان منتقل نمایید.

- « دیازپام را با دوزاژ مشخص تا زمانی که فرد آرام و مختصری خواب آلوده گردد تجویز نمایید.
- « چنانچه علائم سایکوتیک به بنزودیازپین ها پاسخ نداد بطور کوتاه مدت از آنتی سایکوتیک ها استفاده کنید.
- « از آنتی سایکوتیک ها به صورت طولانی مدت استفاده نکنید. ✖
- « فشار خون، ضربان قلب، تعداد تنفس و دمای بدن را هر ۲-۴ ساعت کنترل نمایید.
- « چنانچه بیمار از درد قفسه سینه شکایت دارد، چنانچه تاکی آریتمی وجود دارد یا بیمار تهاجمی و غیر قابل کنترل است، بیمار را به بیمارستان منتقل نمایید. +
- « در جریان فاز بعد از مسمومیت، در مورد افکار یا اقدام به خودکشی توجه داشته باشید

- « در صورت استفاده از متادون یا بوپرنورفین، یا داروهای آلفا آدرنرژیک (کلونیدین، لوفکسیدین) تجویز دارو تحت نظارت باشد یا روزانه دارو را کاهش دهید.
- « علائم اختصاصی را بر حسب نیاز درمان کنید (اسهال، استفراغ، درد عضلانی، بی خوابی).
- « شروع درمان نگه دارنده با آگونست اوبیوئید را در نظر داشته باشید.
- « در صورت لزوم مایعات خوراکی یا وریدی تجویز کنید.

DRU1 مصرف مواد و اختلالات آن Drug use and Drug Use Disorders

ارزیابی و راهنمای مدیریت

بله

۱- آیا فرد از مواد (غیر قانونی) یا داروهای غیر نسخه ای به نحوی که برای سلامتی مضر باشد استفاده می کند؟

« درباره مصرف اخیر دارو سؤال کنید (بند ۲,۱ مداخلات مواد)
« آسیب های مرتبط با مواد را جستجو کنید.

« توجه: پرسشنامه های غربالگری مثل WHO- ASSIST می تواند برای غربالگری مصرف مواد و مشکلات مرتبط با آن استفاده شود.

توجه: بیماریابی

شیوع اختلالات مصرف مواد در جاهای مختلف تفاوت های زیادی دارد. در جاهایی که میزان مصرف مواد بالاست، مناسب است که از تمام بیماران درباره مصرف مواد سؤال شود. این کار را می توان به صورت غیررسمی و یا با استفاده از پرسشنامه WHO-ASSIST انجام داد. در سایر جاها زمانی در مورد مصرف مواد سؤال شود که تظاهرات بالینی به نفع وجود اختلال مصرف مواد است. این موارد عبارتند از ظاهر ژولیده، وجود صدمات، عفونت ها و مشکلات سلامت روان.

چنانچه پاسخ مثبت باشد،
برای اختلال وابستگی (به شماره ۲ رجوع کنید) و آسیب های مرتبط با مواد ارزیابی انجام دهید. چنانچه فرد وابستگی به مواد ندارد سناریوی بالینی به صورت زیر است:

مصرف خطرناک مواد
یا
مصرف آسیب رسان مواد

« نتیجه ارزیابی مصرف مواد را به صورت واضح بیان کرده و ارتباط بین این میزان مصرف، مشکلات مربوط به سلامت فرد و خطرات کوتاه مدت و بلند مدت ادامه این میزان از مصرف را توضیح دهید.
« درباره مصرف الکل و سایر مواد سؤال کنید (بند ۲,۱ مداخلات الکل)
« درباره علل مصرف با فرد گفتگوی مختصری داشته باشید.
« به مداخلات مختصر رجوع کنید (بند ۲,۲ مداخلات مواد)
« به فرد به طور واضح پیشنهاد قطع مصرف آسیب رسان ماده را بدهید و تمایل خود را برای کمک به او در جهت قطع آن بیان نمایید.
« * چنانچه خود فرد تمایل به تلاش برای کاهش یا قطع مصرف دارد، در مورد راه های رسیدن به این هدف با وی گفتگو کنید.
« * در غیر این صورت به وی بگویید که امکان کاهش یا قطع مصرف آسیب رسان یا خطرناک مواد وجود دارد و وی را تشویق کنید که در صورتی که تصمیم به این کار گرفت، می تواند مجدداً مراجعه نماید و او را به مراکز درمان با داروهای آگونیسست ارجاع دهید. (بند ۲,۳ مداخلات مواد)
« چنانچه فرد یک نوجوان است، به بخش مربوط به مصرف مواد در نوجوانان مراجعه کنید (بند ۲,۶ مداخلات مواد) (بند ۲,۷ مداخلات مواد)
« اگر فرد خانم باردار یا شیرده است، این قسمت را ببینید.
« در فرصت بعدی پیگیری نمایید.
« در مواردی که افراد با مصرف آسیب رسان مواد به مداخلات مختصر پاسخ نمی دهند، بر حسب نیاز از متخصص کمک بگیرید. (بند ۲,۴ مداخلات مواد)

۲- آیا تظاهرات وابستگی به مواد وجود دارد؟

« ارزیابی دقیقی در مورد مواد انجام دهید (بند ۲,۱ مداخلات مواد)

موارد زیر را جستجو نمایید:

- « تمایل شدید یا احساس اجبار برای مصرف مواد
- « دشواری در کنترل مصرف مواد در شروع، متوقف کردن میزان مصرف مواد
- « وضعیت محرومیت جسمی از مواد زمانی که مصرف مواد کاهش یافته یا قطع شده است، که به صورت سندرم محرومیت مشخص تظاهر می یابد.
- « شواهد وجود تحمل شامل افزایش میزانی از ماده برای رسیدن به اثراتی مشابه که قبلاً در دوزهای کمتر ایجاد می شده است.
- « بی توجهی پیشرونده نسبت به سایر لذت ها یا علائق به دلیل مصرف مواد، افزایش زمان برای به دست آوردن و تهیه یا بهبودی از علائم ناشی از مواد لازم است.
- « ادامه مصرف مواد با وجود شواهد واضح مبنی بر عواقب آسیب رسان مصرف آن ها.

بله

چنانچه ۳ یا بیشتر از ۳ تا از تظاهرات مذکور وجود داشته باشد،

سناریوی بالینی عبارتست از: وابستگی به مواد

- « تشخیص را صریحاً اعلام نمایید و فرد را از خطرات مصرف کوتاه مدت و آسیب های بلند مدت آگاه سازید.
- « با استفاده از تکنیک های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید (بند ۲,۲ مداخلات مواد)
- « به فرد پیشنهاد دهید تا مصرف مواد را به طور کامل قطع نماید، در این رابطه او را به مراکز مجاز درمان سوء مصرف مواد ارجاع دهید.
- « از فرد در مورد آمادگی و تلاش برای قطع مصرف مواد سؤال کنید.

وابستگی به حشیش یا محرک ها

* مداخله مختصر ولی فشرده تری را انجام دهید به عنوان مثال تا ۳ جلسه، هر جلسه ۴۵ دقیقه به طول می انجامد (بند ۲,۲ مداخلات مواد)

* علائم محرومیت را درمان نمایید (بند ۳,۳ مداخلات مواد)،

در صورت لزوم،

* خدمات سم زدایی را فراهم آورید.

وابستگی به اوبیوئیدها

* شدت وابستگی را ارزیابی نمایید.

* براساس پروتکل کشوری درمان های جایگزین، درمان نگهدارنده با آگونیست های اوبیوئیدی را به فرد پیشنهاد دهید (بند ۳,۱ مداخلات مواد)

* در صورت تقاضای فرد، یک برنامه سم زدایی برای وی طراحی کنید. (بند ۳,۱ مداخلات مواد)

وابستگی به بنزودیازپین ها

* کاهش تدریجی بنزودیازپین ها با توزیع همراه با نظارت یا کاهش سریعتر آن ها در زمانی که فرد بستری باشد (بند ۳,۲ مداخلات مواد)

در تمام موارد

- « ارجاع به گروه های خودیاری، توانبخشی / درمانی را مدنظر داشته باشید (بند ۲,۳ مداخلات مواد)
- « نیازهایی مثل مسکن و اشتغال را مدنظر داشته باشید. (بند ۲,۴ مداخلات مواد)
- « برای بیمار، مراقب وی و خانواده اطلاعات و حمایت کافی را فراهم آورید (بند ۲,۵ مداخلات مواد)
- « در صورتی که این امکان وجود دارد، مداخلات روانی اجتماعی، همچون مشاوره یا درمان خانواده، درمان یا مشاوره حل مسأله، درمان شناختی رفتاری، درمان های افزایش انگیزه و مدیریت انجام دهید (بخش INT)
- « استراتژی های کاهش آسیب را برای افرادی که مصرف تزریقی مواد دارند پیشنهاد دهید (بند ۲,۶ مداخلات مواد)

DRU2 مصرف مواد و اختلالات آن

شرح مداخلات مصرف مواد و اختلالات آن

۲.۱ ارزیابی:

گرفتن تاریخچه مصرف مواد

زمانی که در مورد مصرف مواد می پرسید:

- « سؤالات خود در مورد مصرف غیرقانونی مواد را بدون قضاوت بپرسید، شاید بهتر باشد در ابتدا در مورد سیگار، قلیان، الکل و سایر موارد مصرف مواد سنتی سؤال کنید.
- « در مورد میزان و الگوی مصرف مواد و هرگونه رفتار مرتبط با مصرف مواد که سلامتی خود فرد یا دیگران را به خطر می اندازد از وی سؤال کنید (به عنوان مثال تخدیر مواد، تزریق مواد، فعالیت هایی که در زمان مسمومیت با داروها انجام میدهد، مسائل مالی، توانایی مراقبت از فرزندان، خشونت نسبت به دیگران).
- « در مورد شروع مصرف مواد و ارتباط آن با حوادث زندگی با گرفتن یک شرح حال اطلاعات لازم را به دست بیاورید.
- « در مورد آسیب های مصرف مواد شامل موارد زیر بپرسید:
 - * آسیب ها و تصادفات
 - * رانندگی زمانی که مواد مصرف کرده است
 - * مشکلات ارتباطی
 - * تزریق مواد و خطرات مرتبط با آن
 - * مشکلات قانونی / مالی
 - * رابطه جنسی زمانی که تحت تأثیر مواد بوده است که پرخطر بوده و بعداً باعث پشیمانی شده است.
- « برای پی بردن به وجود وابستگی در مورد ایجاد تحمل، علائم محرومیت، مصرف مقادیر بیشتر یا زمان طولانی تر مصرف مواد از آنچه که فرد می خواسته، ادامه مصرف مواد باوجود مشکلات مرتبط با آن، دشواری در قطع یا کاهش مصرف مواد و تمایل و وسوسه مصرف مواد، سوال کنید.

مواردی که باید در معاینه بررسی شود

- « **نشانه های تزریق:** محل های شایع برای تزریق عبارتند از ناحیه جلوی آرنج یا کشاله ران. ممکن است فرد محل تزریق را بگوید. نشانه های تزریق قدیمی عبارتند از پیگماتاسون پوست (تیره شدن پوست)، یا نازک شدن پوست محل تزریق. محل های تزریق اخیر کوچک بوده و اغلب مختصری قرمز و ملتهب هستند. در موارد وابستگی به داروهای تزریقی (مانند هروئین)، باید محل های تزریق قدیمی و جدید هر دو وجود داشته باشند.
- « **وجود مسمومیت و محرومیت**
 - * مسمومیت با اوبیوئیدها: خواب آلودگی، تکلم آهسته، مردمک های تنگ و دپرسیون تنفسی.
 - * محرومیت از اوبیوئیدها: اضطراب، اتساع مردمک ها، کرامپ های شکمی، خمیازه کشیدن، آبریزش بینی، سیخ شدن موها.
 - * مسمومیت با بنزودیازپین ها: خواب آلودگی، تکلم آهسته و منقطع، دپرسیون تنفسی.
 - * محرومیت از بنزودیازپین ها: اضطراب و بی قراری، کرامپ های عضلانی، افزایش ضربان قلب و فشار خون، بی خوابی، و تشنج و دلیریوم (در موارد شدید).
 - * مسمومیت با محرک ها: افزایش فعالیت، تکلم سریع و گشادی مردمک ها.
 - * محرومیت از محرک ها: خستگی ابتدایی، افزایش اشتها، تحریک پذیری، افسردگی و اضطراب.
 - * مسمومیت با حشیش: قرمزی ملتحمه، تأخیر در پاسخدهی و اندازه عادی مردمک.
 - * محرومیت از حشیش: نوسان خلقی، اضطراب و کرامپ (انقباض) عضلانی (ممکن است هیچ تظاهر قابل مشاهده ای وجود نداشته باشد).

- « ظاهر فیزیکی و وضعیت روانی. ظاهر فیزیکی راهنمایی است از میزان توجه فرد به مراقبت از خودش.
- « عواقب شایع مصرف تزریقی مواد: ممکن است شواهدی از آلودگی به ویروس نقص ایمنی (HIV) و بیماریهای مرتبط با آن وجود داشته باشد، هپاتیت B و C، عفونت محل تزریق، یا سل.
- « سایر مشکلات سلامتی مرتبط با مصرف مواد: وضعیت نامناسب دندان ها، عفونت های انگلی پوست (شپش، گال)، بیماری های منتقله جنسی، سوء تغذیه.

بررسی هایی که باید انجام شوند

- « آزمایش ادرار به منظور غربالگری مواد: می تواند روش مفیدی در مشخص کردن مصرف اخیر مواد باشد، به ویژه زمانی که بیمار با نگفتن حقیقت چیزی را بدست می آورد. باید قبل از شروع مواد جایگزین انجام گیرد، و نتیجه آن قبل از دوز سوم آماده شود (برای جلوگیری از مصرف بیش از حد اتفاقی مواد در کسانی که وابستگی به اوبیوئیدها ندارند ولی مواد جایگزین برایشان شروع شده است). آزمایش ادراری میتواند مورد استفاده قرار گیرد گرچه کمتر قابل اطمینان است.
- « بررسی سرولوژی برای ویروس های منتقله خونی (HIV، هپاتیت B و C).
- « آزمایش برای عفونت های منتقله جنسی.
- « آزمایش خلط (زمانی که شک به سل وجود دارد).



شرح مداخلات مصرف مواد و اختلالات آن

۲,۲ تکنیک های مداخله مختصر

روش های گفتگو در مورد مواد

« به گونه ای در مورد مصرف مواد با فرد گفتگو کنید تا بتواند در مواردی که فرد از آن ماده بهره برده و آسیب های ناشی از آن، هر دو صحبت کند و به نکاتی که در زندگی وی مهم بوده است توجه کنید.

« مکالمه را در جهت بحث پیرامون سنجش اثرات مثبت و منفی مواد سوق دهید تا فوایدی که از ماده که به غلط بیشتر تخمین زده می شوند مورد بحث قرار گرفته و توجه به نکات منفی آن بیشتر گردد. در صورتی که فرد مقاومت می کند از بحث کردن با او بپرهیزید و تلاش کنید تا مسائل به زبان ها و روش های مختلفی بیان گردند. با این هدف که فرد متوجه اثرات واقعی مواد بر زندگی خود تا حد امکان شود.

« فرد را تشویق کنید تا برای تغییر الگوی مصرف مواد در صورت تمایل تصمیم بگیرد، به ویژه زمانی که گفتگو در مورد مزایا و معایب الگوی کنونی مصرف مواد انجام می شود.

« چنانچه بیمار هنوز برای کاهش یا قطع مصرف مواد آمادگی ندارد، از او بخواهید تا در فرصتی دیگر همراه خانواده یا دوستان برای گفتگو پیرامون این موضوع بیاید.

»

۲,۳ گروه های خودیاری

به فردی که وابستگی به مواد دارد برای پیوستن او به گروه های خودیاری توصیه نمایید، به عنوان مثال گروه نارکوتیکهای بی نام. ارتباط اولیه را تسهیل نمایید، مثلاً قرار ملاقات بگذارید و فرد را در جلسه اول همراهی نمایید.

۲,۴ مشخص کردن نیاز های مسکن و اشتغال فرد

« در مواردی که ممکن است از طریق تماس با نمایندگی های محلی و منابع اجتماعی برای فراهم کردن حمایت شغلی جهت آن هایی که به منظور برگشتن به کار نیاز به حمایت دارند یا برای یافتن کار تلاش می نمایند، همکاری نمایید. همچنین فرصت های دسترسی به امکانات شغلی یا تحصیلی محلی را بر اساس نیاز فرد و میزان مهارت وی برایش فراهم آورید.

« در مواردی که ممکن است از طریق تماس با نمایندگی های محلی و منابع اجتماعی برای یافتن اسکان فرد یا تسهیلات کمکی زندگی، همچنین تسهیلات زندگی مستقل، همکاری کنید. به ظرفیت بیمار و در دسترس بودن الکل یا سایر مواد توجه داشته و مقدمات زندگی مطلوب را فراهم آورید.

۲,۵ حمایت از خانواده و مراقبین

در مورد میزان اثر مصرف مواد و اختلالات ناشی از مصرف مواد بر فرد و خانواده وی، از جمله کودکان با مراقبین و خانواده فرد، فتگو نمایید. بر اساس بازخورد خانواده:

« سنجش نیازهای فردی، اجتماعی و بهداشت روان فرد را پیشنهاد کنید. اطلاعات و آموزش های لازم در مورد مصرف مواد و اختلالات مرتبط با آن را در اختیار قرار دهید.

« به او کمک کنید تا منابع استرس های مرتبط با مصرف مواد را تشخیص داده، روش های سازگاری را شناخته و رفتارهای سازگارانۀ مؤثر را ترغیب نمایید.

« در مورد گروه های حمایتی (به عنوان مثال گروه های خودیاری یا خانواده و مراقبین) و سایر منابع اجتماعی اطلاعات لازم را داده و کمک نمایید تا به آن ها دسترسی پیدا کنند.



شرح مداخلات مصرف مواد و اختلالات آن

۲,۶ استراتژی های کاهش آسیب

- « خطرات مصرف تزریقی مواد را گوشزد نمایید.
- « به فرد در مورد روش های کم خطر تر تزریق و اهمیت استفاده از وسایل استریل برای تزریق را آموزش دهید.
- « در مورد چگونگی دسترسی به سرنگ و سوزن و سایر وسایل تزریق استریل به فرد اطلاعات بدهید.
- « در صورت امکان، آزمایش هایی را برای بررسی بیماری های منتقله خونی پیشنهاد و فرد را برای انجام آزمایش ها ترغیب نمایید.
- « درمان هایی برای عوارض مصرف مواد و سایر مشکلات پزشکی و روانپزشکی پیشنهاد کنید و حمایت های روانی اجتماعی را فراهم سازید.
- « حتی اگر فرد در این مقطع زمانی تمایل به قطع مصرف مواد ندارد.
- « در طول زمان و وقتی ارتباط با فرد صورت گرفت باید تلاش بیشتری برای تشویق فرد انجام داد تا کسی که مواد تزریقی مصرف می کند برای اختلال مصرف مواد، اقدام به درمان نماید.

۲,۷ زنان، حاملگی و شیردهی

- « در مورد دوره قاعدگی فرد سوال کرده و به وی بگویید که مصرف مواد ممکن است در دوره قاعدگی آنها تداخل ایجاد کند. گاهی این باور غلط را در وی ایجاد کنید که مصرف مواد می تواند از حاملگی آنها جلوگیری نماید.
- « از زنان حامله حمایت کنید تا مصرف تمام مواد روان گردان را قطع نمایند. به طور کلی به زنان حامله ای که به اوبیوئید ها وابسته هستند پیشنهاد استفاده از یک آگونیست اوبیوئیدی مثل متادون را بدهید.
- « کودکان مادرهایی که اختلال مصرف مواد دارند از نظر علایم محرومیت (که سندرم محرومیت نوزادی هم گفته می شود) غربالگری نمایید. سندرم محرومیت نوزادان که ناشی از مصرف اوبیوئیدها در مادر است باید با دوزاژ کمی از اوبیوئید ها (مثل مورفین) یا باربیتورات ها درمان شود.
- « به مادران شیرده گوشزد کنید که نباید هیچ ماده روان گردانی مصرف کنند.
- « به مادران شیرده که اختلال مصرف مواد دارند توصیه کنید که حداقل به مدت شش ماه شیردهی را ادامه دهند؛ مگر در مواردی که متخصص این موضوع را منع کرده باشد.
- « به مادرانی که مصرف آسیب رسان مواد دارند و کودکان کم سن دارند باید خدمات و سرویس های حمایتی اجتماعی موجود مثل ویزیت های بعد از تولد، آموزش فرزند پروری و حمایت کودک در جریان ویزیت های پزشکی، پیشنهاد شود.



شرح مداخلات مصرف مواد و اختلالات آن

درمان دارویی



۳،۱ مدیریت محرومیت از اوپیوئیدها

قبل از شروع محرومیت از اوپیوئیدها، به ویژه در مواردی که مصرف تزریقی وجود داشته، احتیاط لازم است. محرومیت منجر به کاهش تحمل نسبت به اوپیوئیدها می شود و چنانچه از سرگیری مصرف اوپیوئیدها وجود داشته باشد، فرد در خطر افزایش مصرف قرار می گیرد. محرومیت بیش از همه، زمانی مهم است که قرار است فرد در برنامه بازتوانی اقامتی وارد شود. روش دیگر جایگزین، استفاده از درمان نگهدارنده با آگونیست های اوپیوئیدها مثل متادون یا بوپرنورفین است. وقتی تصمیم به شروع محرومیت گرفته می شود باید علائم مورد انتظار و مدت فرآیند محرومیت برای فرد توضیح داده شود و یکی از موارد زیر انتخاب گردد:

- « بوپرنورفین به صورت زیرزبانی و با دوزاز ۱۶ - ۴ میلی گرم در روز تجویز می شود. قبل از شروع درمان با بوپرنورفین، بهتر است صبر کنید تا علائم و نشانه های محرومیت آشکار شوند (حداقل ۸ ساعت بعد از آخرین دوز هروئین یا حداقل ۴۸ - ۲۴ ساعت بعد از آخرین دوز متادون) چون این خطر وجود دارد که سندرم محرومیت به سرعت ایجاد گردد.
- « متادون به صورت خوراکی و با دوز اولیه ۲۰ - ۱۵ میلی گرم شروع و در صورت لزوم تا ۳۰ میلی گرم در روز داده می شود، سپس در مدت ۱۰ - ۳ روز بتدریج قطع می شود. در مواردی که فرد از سایر داروهای آرام بخش استفاده می کند، باید احتیاط شود (برای کسب اطلاعات بیشتر میتوان به پروتکل های موجود در این زمینه در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مراجعه نمود).
- « کلونیدین یا لوفکسیدین با دوزاز ۰/۱۵ - ۰/۱ میلی گرم ۳ بار در روز (بسته به وزن بدن) تجویز می شود. احساس سبکی سر و خواب آلودگی ممکن است اتفاق بیفتد. درمان علامتی باید انجام شود، به عنوان مثال تهوع را با ضد تهوع ها، درد را با مسکن های ضعیف و بی خوابی را با خواب آورهای ضعیف درمان کرد. فشار خون را به طور دقیق پایش کنید.

۳،۲ مدیریت محرومیت از بنزودیازپین ها

محرومیت انتخابی از بنزودیازپین ها نیاز به کم کردن و قطع تدریجی دوز در مدت ۱۲-۸ هفته و تبدیل آن به بنزودیازپین های طولانی اثر همراه با حمایت روانی اجتماعی دارد. در صورتی که محرومیت شدید و کنترل نشده از بنزودیازپین ها (یا مواردی که به صورت برنامه ریزی نشده و ناشی از قطع ناگهانی آنهاست) اتفاق بیفتد با متخصص مشورت نمایید یا با سایر افراد واجد شرایط در مورد شروع آرام سازی با دوز بالای بنزودیازپین ها و بستری فرد، مشورت کنید. ❗

۳،۳ محرومیت از سایر مواد (آمفتامین ها، حشیش، کوکائین)

- « هر علامتی را که بروز می کند درمان کنید. مثلا برای تهوع، داروی ضد تهوع، برای درد، داروی مسکن ضعیف و برای بی خوابی، یک آرامبخش ضعیف بدهید.
- « فرد مایعات کافی دریافت کند.
- « از مهار کردن و بستن فرد بپرهیزید.
- « به فرد اجازه دهید تا در صورت تمایل، محل درمان را ترک نماید.
- « علایم افسردگی ممکن است بعد یا حین دوره محرومیت اتفاق بیفتد و یا ممکن است فرد از قبل افسردگی داشته باشد. نسبت به خطر خودکشی توجه داشته باشید.

۳،۴ ادامه حمایت از فرد بعد از درمان و سم زدایی درمان.

به تمام افراد، ادامه درمان، حمایت و پایش بعد از سم زدایی را بدون در نظر گرفتن جایی که سم زدایی در آن اتفاق افتاده است، پیشنهاد نمایید.

۳،۵ درمان نگهدارنده با آگونیستها (که درمان جایگزین

اوپیوئیدها هم گفته می شود)

درمان نگهدارنده با آگونیستهای اوپیوئیدی نیازمند وجود یک جدول کاری منظم و مشخص می باشد (این داروها نباید بدون وجود دستورالعمل تجویز شوند). این روش به صورت تجویز اوپیوئیدهای طولانی اثر مثل متادون و بوپرنورفین اغلب به صورت روزانه و تحت نظارت می باشد.

شواهد قوی مبنی بر کاهش مصرف غیر قانونی مواد، کاهش مرگ و میر، کاهش جرم و ابتلا به ایدز و بهبود سلامت روانی و جسمی و عملکرد اجتماعی فرد در موارد درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین وجود دارد (برای انجام درمان های جایگزین، پیشنهاد می شود فرد به مراکز مجاز درمان یا داروهای آگونیست ارجاع داده شود تا بر اساس پروتکل های موجود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام گردد).

پایش: احتمال مصرف نادرست از داروهایی که در این روش استفاده می شوند وجود دارد، به همین دلیل در برنامه های درمان روش های مختلفی را برای کاهش احتمال این موضوع، پیشنهاد کرده اند که یکی از آنها مصرف تحت نظارت داروها می باشد.

| **Self-Harm / Suicide** آسیب به خود و خودکشی |

آسیب به خود و خودکشی

خودکشی عمل کشتن خود به صورت عمدانه است. آسیب به خود واژه ای است کلی تر که به آسیب عمدی به خود به صورت جراحی یا مسمومیت گفته می شود، که می تواند با قصد یا نتیجه کشنده همراه باشد یا نباشد.

از هر فردی با سن بالای ۱۰ سال که هر کدام از شرایط زیر را تجربه کرده باشد باید در مورد افکار و اقدامات آسیب به خود در ماه گذشته و اقدام به آسیب به خود در سال گذشته، سؤال شود:

وجود بیماری که در اولویت برنامه باشد
(چارت اصلی راهنمای برنامه را ببینید)
درد مزمن
دیسترس حاد هیجانی

افکار، نقشه ها و اقدام به آسیب به خود را در ارزیابی اولیه و ارزیابی های منظم بعدی بررسی کنید. به وضعیت روانی و پریشانی عاطفی فرد توجه نمایید.



سؤال کردن در مورد آسیب به خود، فرد را به این کار ترغیب نمی کند. این کار اغلب اضطراب مرتبط با افکار یا اقدام به آسیب را کم کرده و به بیمار کمک می کند تا این حس را پیدا کند که درک می شود. با این حال، قبل از اینکه در این مورد از فرد بپرسید بهتر است رابطه بین شما و بیمار شکل گرفته باشد. از بیمار بخواهید تا علتی که می خواهد به خود آسیب برساند را توضیح دهد.

۱- آیا فرد از نظر پزشکی اقدام جدی برای آسیب به خود کرده است؟


شواهد آسیب به خود را بررسی نمایید
موارد زیر را جستجو کنید:

- « نشانه های مسمومیت
- « نشانه ها/علائمی که نیاز به درمان پزشکی فوری دارند مانند:
 - * خونریزی از زخمی که فرد خودش ایجاد کرده است
 - * از دست دادن هوشیاری
 - * خواب آلودگی شدید

مورد زیر را سؤال کنید:
« آیا اخیراً آسیب به خود و یا مسمومیت داشته است؟

بله


چنانچه فرد نیاز به اقدام درمانی پزشکی فوری به دلیل آسیب به خود داشته باشد

- « جراحی یا مسمومیت را از نظر پزشکی درمان نمایید 
- « در موارد مسمومیت حاد با حشره کش ها، مدیریت مسمومیت با حشره کش ها را اجرا نمایید (بند ۲,۳ مداخلات خودکشی)
- « در صورت نیاز به بستری طبی، فرد را به منظور پیشگیری از خودکشی از نزدیک پایش کنید.

خیر

چنانچه پاسخ منفی باشد، خطر جدی آسیب به خود/ خودکشی را بررسی نمایید.

در تمام موارد تا زمانی که ارزیابی انجام شود بیمار را در محیطی امن و حمایتی مرکز بهداشتی درمانی قرار دهید (وی را تنها نگذارید).

- « از بیماری که به خود آسیب رسانده است مراقبت کنید (بند ۲,۱ مداخلات خودکشی)
- « حمایت های روانی اجتماعی را ارائه کرده و فعال سازید (بند ۲,۲ مداخلات خودکشی)
- « در صورت دسترسی با متخصص بهداشت روان مشاوره نمایید. 
- « تماس ها و پیگیری های منظم انجام دهید (بند ۲,۴ مداخلات خودکشی)

۲- آیا خطر قریب الوقوع آسیب به خود/ خودکشی وجود دارد؟

از فرد و مراقب وی موارد زیر را بپرسید:

« افکار یا نقشه فعلی مبنی بر آسیب به خود یا خودکشی
 « سابقه افکار یا نقشه آسیب به خود در ماه گذشته یا اقدام به آسیب خود در سال گذشته
 « دسترسی به وسایلی که می تواند با آن ها به خود آسیب برساند.

موارد زیر را جستجو نمایید:

« پریشانی حاد هیجانی
 « ناامیدی
 « بی قراری شدید
 « خشونت
 « رفتارهای خاموش
 « انزوای اجتماعی

بله

چنانچه

« در حال حاضر افکار یا نقشه برای
 آسیب به خود یا خودکشی دارد

یا

« سابقه افکار یا نقشه برای آسیب به
 خود در ماه گذشته یا اقدام به
 آسیب به خود در سال گذشته
 دارد در فردی که در حال حاضر
 بسیار بی قرار، تهاجمی، پریشان،
 ناامید و ارتباط برقرار نمی کند.

خطر قریب الوقوع آسیب به

خود/ خودکشی وجود دارد.

خیر

چنانچه خطر قابل ملاحظه
 آسیب به خود/ خودکشی وجود
 ندارد ولی سابقه افکار یا نقشه
 آسیب به خود در ماه گذشته
 یا اقدام به آسیب در سال
 گذشته وجود دارد.

« احتیاط های زیر را انجام دهید: !

« وسایل خطرناک را که ممکن است با آن ها به خود آسیب
 برساند از دسترس فرد دور کنید.
 « در صورت امکان محیطی حمایتی و امن برای فرد فراهم آورده و
 در زمان انتظار، بیمار را در اتاقی آرام و مجزا قرار دهید.
 « فرد را تنها نگذارید.
 « برای اطمینان از امنیت فرد یک نفر از پرسنل یا یکی از اعضای
 خانواده وی را برای نظارت بر بیمار تعیین کنید.
 « به وضعیت روانی و پریشانی هیجانی فرد رسیدگی نمایید.
 « حمایت روانی اجتماعی را به فرد ارائه داده و موجبات آن را فراهم آورید.
 « با متخصص سلامت روان در صورت دسترسی مشاوره کنید. ☎
 « تماس های منظم و پیگیری انجام دهید (بند ۲,۴ مداخلات خودکشی)

« به فرد حمایت روانی اجتماعی ارائه دهید و این حمایت ها را برای
 وی فراهم آورید (بند ۲,۲ مداخلات خودکشی)
 « در صورت دسترسی، با متخصص سلامت روان مشاوره کنید. ☎
 « پیگیری و تماس های منظم داشته باشید
 (بند ۲,۴ مداخلات خودکشی)

۳- آیا فرد به طور همزمان، اختلال روانپزشکی، اعصاب یا مصرف موادی که در اولویت باشد دارد؟
(به چارت اصلی برنامه راهنما مراجعه کنید.)

- « افسردگی
- « اختلالات مصرف مواد و الکل
- « اختلال دوقطبی
- « روان پریشی (سایکوز)
- « صرع (اپی لپسی)
- « اختلالات رفتاری

بله

در صورت وجود بیماری همزمانی که در اولویت باشد

بیماری همراه (قسمت مربوطه را ملاحظه کنید) را همزمان با انجام اقدامات فوق مدیریت نمایید.

۴- آیا فرد درد مزمن دارد؟

در صورتی که درد مزمن وجود داشته باشد

درد را مدیریت کرده و هرگونه بیماری طبی مرتبط را درمان نمایید.

بله

۵- آیا بیمار علائم هیجانی شدید که نیاز به مدیریت بالینی داشته باشد دارد؟

در صورت پاسخ مثبت، علایم بالینی هشداردهنده را مدیریت کنید

فصل مربوط به سایر شکایات مهم هیجانی یا شکایاتی که توجهی طبی ندارند را ملاحظه کنید (بخش سایر شکایات)

بله

- « دشواری در انجام کارهای معمول مدرسه، منزل یا فعالیت های اجتماعی
- « پریشانی زیاد یا درخواست کمک مکرر
- « خوددرمانی برای پریشانی هیجانی یا علائم جسمی غیرقابل توجه که مستمر تکرار شده باشد.


Self-Harm/ Suicide آسب به خود و خودکشی SUI2

شرح مداخلات آسب به خود / خودکشی

توصیه و درمان

۲,۱ مراقبت از فردی که آسب به خود دارد

فرد را در محیطی حمایتی و امن قرار داده (وی را تنها نگذارید). چنانچه بیماری که آسب به خود داشته است لازم است برای شروع درمان منتظر بماند، محیطی را فراهم کنید که کمترین میزان پریشانی را برایش داشته باشد، در صورت امکان محیطی مجزا و آرام همراه با نظارت برای او فراهم آورید و فرد مشخصی از پرسنل یا خانواده بیمار را مسئول مراقبت از وی نمایید.

« وسایل آسب رسان را از دسترس وی دور کنید.
 « در صورت دسترسی، با یک متخصص سلامت روان مشاوره کنید. 
 « در دوره زمانی که خطر آسب به فرد قریب الوقوع است، خانواده، دوستان، سایر افراد نگران یا منابع در دسترس جامعه را ترغیب نمایید تا در حمایت و مراقبت از فرد مشارکت نمایند (بند ۲,۲ مداخلات خودکشی)

« با فردی که آسب به خود داشته است مشابه سایر افراد رفتار کرده و به وی احترام گذاشته، حریم خصوصی او را رعایت کرده و نسبت به پریشانی هیجانی محتمل با آسب به خود حساس باشید.
 « در صورتی که فرد در جریان ارزیابی و درمان، تمایل دارد که مراقب وی در کنارش باشد این امکان را برایش فراهم آورید، گرچه ارزیابی روانی اجتماعی اغلب باید به صورت مصاحبه تک به تک بین فرد و کارکنان سلامت انجام شود تا بتوان راحت تر به نگرانی ها و مسائل وی پی برد.
 « برای خانواده/ مراقبین فرد در صورت نیاز، حمایت هیجانی را فراهم آورید.
 « از تداوم مراقبت ها اطمینان حاصل کنید.

« بستری در بخش های غیرروانپزشکی بیمارستان های عمومی (غیرروانپزشکی) با هدف پیشگیری از آسب به خود توصیه نمی گردد. در صورتی که بستری در بیمارستان عمومی برای مدیریت علائم پزشکی آسب به خود، لازم باشد، فرد را از نزدیک و به منظور پیشگیری از آسب های بیشتر در بیمارستان پایش کنید

فعال کردن حمایت های روانی اجتماعی

- « خانواده، دوستان و سایر افراد نگران و همچنین سایر منابع را فعال نمایید تا از پایش کافی فرد تا زمان وجود عوامل خطر، اطمینان حاصل نمایند.
- « به فرد و مراقبین وی گوشزد کنید تا زمانی که فرد افکار، نقشه یا اقدام به آسب به خود دارد دسترسی به وسایل آسب رسان (به عنوان مثال حشره کش ها و سایر مواد سمی، داروها، اسلحه) محدود گردد.
- « منابع حمایت های اجتماعی موجود را در سطح مطلوب فراهم آورید، منابع غیررسمی عبارتند از بستگان، دوستان، آشنایان، همکاران و رهبران مذهبی، یا منابع حمایتی رسمی در جامعه در صورتی که وجود دارند مانند مراکز مداخله در بحران، مراکز سلامت روان منطقه.
- « به مراقبین و سایر اعضای خانواده فرد بگویید که پرسیدن در مورد خودکشی اغلب اضطراب فرد را کمتر کرده، فرد احساس راحتی بیشتری می کند و متوجه می شود که دیگران بهتر وی را درک می کنند.
- « مراقبین افرادی که در خطر آسب به خود هستند اغلب استرس زیادی را تجربه می نمایند. در صورت لزوم حمایت عاطفی لازم را برای مراقبین/ خویشاوندان فرد فراهم آورید.
- « به مراقبین بگویید حتی اگر نسبت به فرد احساس سرخوردگی می کنند از خشونت یا انتقاد شدید، اجتناب نمایند.

« در صورتی که دارو برای بیمار تجویز می شود: 

«از داروهایی که مصرف بیش از حد آن ها، کمترین خطر را دارد استفاده کنید

«دارو را برای مدت کوتاه تجویز نمایید (به عنوان مثال هر بار به میزان یک هفته).

۲,۲ فعال سازی حمایت روانی اجتماعی

حمایت روانی اجتماعی را ارائه دهید

- « فرد را حمایت کنید.
- « روش ها و دلایل زنده بودن را بررسی کنید.
- « بر نقاط قوت با به زبان آوردن مشکلاتی که قبلا فرد آن ها را به خوبی حل کرده، تأکید کنید
- « درمان حل مسأله را برای بیمارانی که در طول سال گذشته رفتار آسب به خود داشته اند در صورت وجود نیروی انسانی کافی انجام دهید (بخش INT)



شرح مداخلات آسیب به خود / خودکشی

توصیه و درمان



۲,۳ مدیریت مسمومیت با حشره کش ها

« اگر یک مرکز بهداشتی، حداقل تسهیلات و منابع و مهارت لازم در مدیریت مشکل را دارا هستند توصیه می شود از بسته موجود سازمان جهانی بهداشت در رابطه با مدیریت مسمومیت حاد حشره کش ها استفاده گردد.

در غیر این صورت، فرد را سریعاً به یک مرکز درمانی دارای منابع زیر انتقال دهید: +

- *مهارت ها و دانش در باره احياء افراد و ارزیابی تظاهرات بالینی مسمومیت با حشره کش ها
- *مهارت ها و دانش در باره باز کردن راه تنفسی، حمایت و فرو بردن لوله جهت تنفس، تا اینکه ونتیلاتور به فرد وصل شود.
- *تزریق آتروپین و وسایل تزریق وریدی آن در صورت توسعه مسمومیت کولینرژیک
- *تزریق دیازپام و وسایل تزریق وریدی آن در صورتی که فرد دچار تشنج شده باشد.

۲,۴ تماس منظم و پیگیری را در دستور کار قرار دهید

« تماس منظم داشته باشید (از طریق تلفن، ویزیت منزل، نامه یا کارت های تماس) در ابتدا تماس ها باید بیشتر باشد (هر هفته برای دو ماه اول) و پس از آن تا زمانی که شخص بهبودی می یابد (یکبار در طول ۲-۴ هفته). در صورت ضرورت تماس ها را می توان بیشتر و طولانی تر برقرار نمود.

« پیگیری را تا زمان وجود خطر خودکشی فراهم آورید. در هر تماس فرد را بطور روتین از نظر افکار و نقشه های خودکشی ارزیابی نمایید. اگر خطر قریب الوقوع است با مراجعه به بخش آسیب بخود / خودکشی این مجموعه و ارزیابی و مدیریت آن به فرد کمک کنید (بخش ۱ مداخلات خودکشی).

۲,۵ پیشگیری از خودکشی

از طریق ارزیابی بالینی و مدیریت موارد دارای اولویت، مسئولین مراکز بهداشتی و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، می توانند اقدامات پیشگیرانه زیر را بمورد اجرا در آورند:

- « محدود کردن دسترسی افراد به وسایل آسیب رسان (حشره کش ها، تفنگ و مکان های بلند)
- *فعالانه در جامعه برای یافتن راه های آسان اجرای مداخلات به منظور کاهش دسترسی به ادوات خودکشی شرکت نمایید.
- *همکاری مابین مراکز بهداشتی و دیگر واحدهای مرتبط را برقرار سازید.
- « سیاست هایی را برای کاهش ضرر مصرف الکل به عنوان جزیی از برنامه پیشگیری از خودکشی به ویژه برای جمعیت هایی که میزان شیوع مصرف الکل در آنها بالاست بکار گیرید.
- « از وسایل ارتباط جمعی به منظور دنبال کردن گزارش های واقعی اقدام بخودکشی حمایت و یاری دهید.
- *از آنها بخواهید از صحبت هایی که در جامعه ایجاد حساسیت می کند؛ یا خودکشی را عملی عادی قلمداد می نماید، یا اینکه آنها را به عنوان یک راه حل مشکل قلمداد می کند بپرهیزد.
- *از نشان دادن تصاویر و توضیحات پیرامون روش مورد استفاده بپرهیزند،
- *اینکه فرد بداند از کجا باید دنبال کمک بگردد را برای او فراهم آورید.

| سایر شکایات |

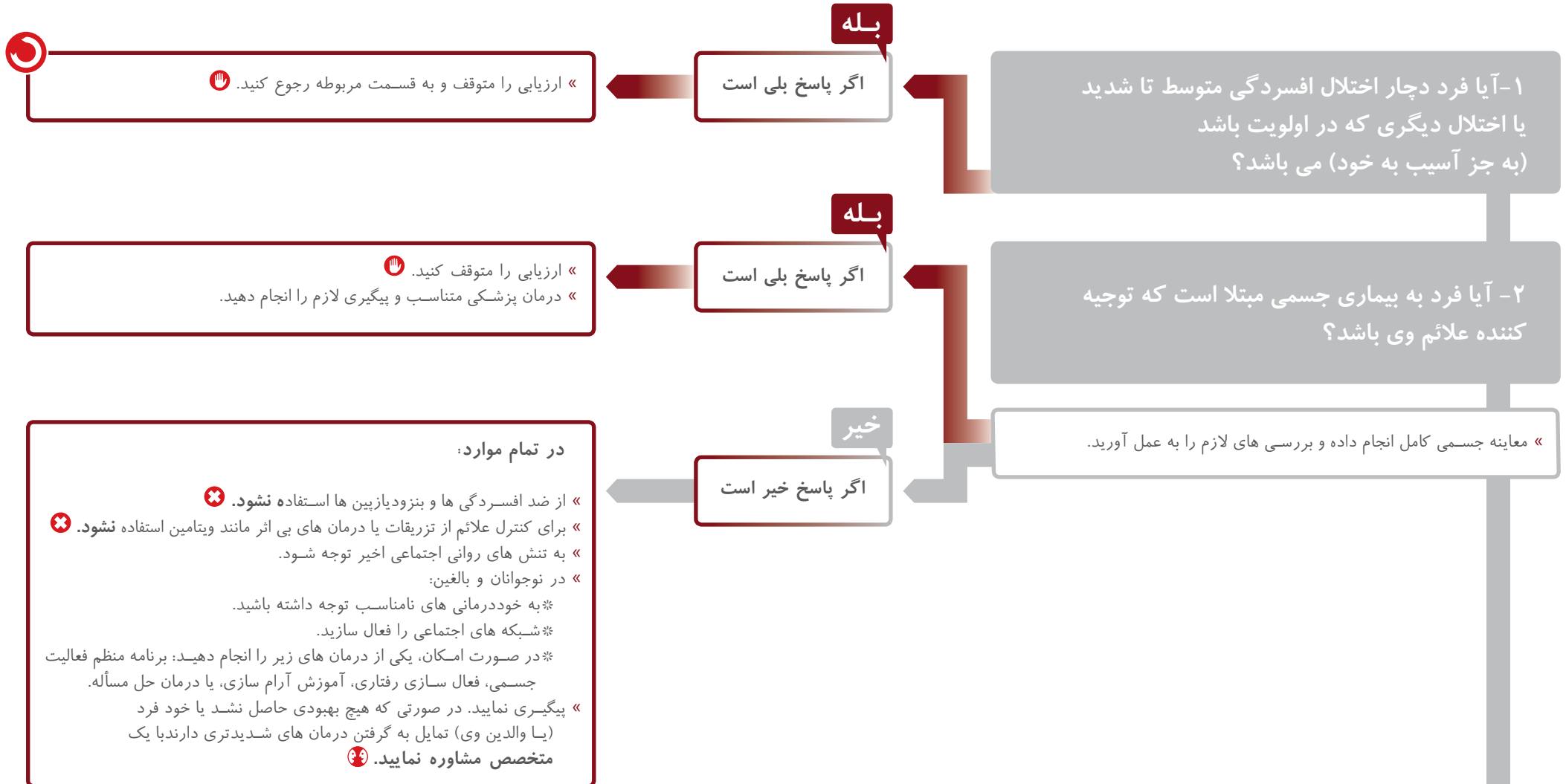
سایر شکایات مهم هیجانی یا پزشکی غیر قابل توجیه

افرادی که بر اساس راهنمای این برنامه در گروه "سایر شکایات هیجانی یا شکایات غیر قابل توجیه از نظر پزشکی" قرار می‌گیرند کسانی هستند که علائم اضطراب، افسردگی یا جسمانی دارند که از نظر پزشکی توجیهی برای این علائم وجود ندارد. این افراد جزء هیچکدام از دیگر شرایط ذکر شده در این سند قرار نمی‌گیرند (به جز احتمال آسیب به خود). افراد در این دسته ممکن است دچار پریشانی عادی یا یک اختلالی که در طبقه بندی این راهنما نیامده است (مانند اختلال شبه جسمی، افسردگی خفیف، افسرده خویی، اختلال هراس (پانیک)، اختلال اضطرابی منتشر، اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا، واکنش حاد به استرس، اختلال سازگاری) باشند.



« این ماژول برای افرادی که دارای معیارهای اختلالات ذکر شده در این کتاب هستند، نباید بکار رود (بجز در مورد آسیب به خود) »
این ماژول فقط باید زمانی بکار رود که تشخیص افسردگی متوسط تا شدید به صراحت رد شده باشد.

مدیریت "سایر شکایات هیجانی یا شکایات غیر قابل توجیه از نظر پزشکی" توسط پزشکان دوره دیده در این برنامه، شامل درمان دارویی نمی‌شود. با این حال ممکن است گروهی از این افراد از درمان پزشکی برای تشخیص این اختلالات آموزش دیده اند و خارج از اختلالات مطرح در این دستورالعمل می‌باشد، سود ببرند.



۳- آیا علائم بارز جسمانی بدون علت پزشکی وجود دارد؟

بله

اگر پاسخ بله است

انجام توصیه های قبل (برای تمام موارد) به علاوه:

« از آزمایش ها و ارجاع های غیر لازم و تجویز دارونما اجتناب کنید. ❌
 « درباره نتایج آزمایش ها/ معاینات گفتگو کنید و بگویید که بیماری جدی و خطرناکی وجود ندارد، اما با این حال لازم است برای علائم آزاردهنده، کاری انجام شود.
 « از بیمار بپرسید خودش چه توضیحی برای علائم جسمانی دارد.
 « درباره امکان ارتباط بین درک های بدنی (درد شکم، گرفتگی عضلات) و تجارب عاطفی توضیح دهید، و از او درباره ارتباط احتمالی بین درک بدنی و احساس او سوال کنید.
 « ادامه (یا بازگشت تدریجی به) فعالیتهای طبیعی را تشویق کنید.
 « بگویید در صورت تشدید و بدتر شدن علائم مجدداً مراجعه کند.»

۴- آیا فرد اخیراً با عامل تنش زای شدید (سوگ، وقایع تروماتیک) مواجه شده است؟

بله

اگر پاسخ بله است

انجام توصیه های قبل (برای تمام موارد) به علاوه:

« درموارد سوگ: از سوگواری و رفتار سازگارانه متناسب با فرهنگ حمایت کنید و شبکه اجتماعی فرد را درگیر نمایید.
 « در موارد استرس حاد به دنبال واقعه تروماتیک: حمایت روانی اولیه را پیشنهاد دهید (کمکهای اولیه روانشناختی) که شامل گوش کردن بدون فشار بر فرد برای صحبت کردن، ارزیابی نیازها و نگرانی ها، اطمینان از توجه به نیازهای اساسی فیزیکی، فراهم کردن حمایت اجتماعی و محافظت از آسیب بیشتر می باشد.
 « از بازگویی روانشناختی اجتناب کنید. (او را تشویق نکنید که به طور خلاصه و سازمان یافته ادراکات، و واکنشهای احساس خود در باره ترومای اخیر را بازگو کند) ❌»

۵- آیا افکار آسیب به خود یا خودکشی در یک ماه اخیر یا اقدام به آسیب به خود در یک سال اخیر وجود داشته است؟

بله

اگر پاسخ بله است

« هر دو مورد شکایات عاطفی یا شکایات غیر قابل توجه از نظر پزشکی (به قسمت بالا رجوع شود) و خطر آسیب به خود را مدیریت نمایید (رجوع به بند ۱ خودکشی)»

| **Advanced Psychosocial Interventions** | مداخلات روانی-اجتماعی پیشرفته

مداخلات روانی-اجتماعی پیشرفته

برای اهداف این راهنما، اصطلاح مداخلات پیشرفته روانی اجتماعی به مداخلاتی اطلاق می‌گردد که چند ساعت وقت ارائه دهندگان خدمات بهداشتی را گرفته تا یاد بگیرند و این خدمات را در طول مدت چند ساعت به نیازمندان ارائه نمایند. چنین مداخلاتی می‌تواند در مراکز خدماتی غیرتخصصی ارائه شود، که منابع و نیروی انسانی کافی در اختیار باشد.

در برنامه راهنمای مداخلاتی شکاف در سلامت روان « مداخله روانی-اجتماعی پیشرفته» به مداخله ای اطلاق می شود که یادگیری و اجرای آن برای فراهم کننده خدمات سلامت روان بیش از چند ساعت وقت می گیرد. این نوع مداخلات در کلینیک های غیر تخصصی، در صورتی که وقت کافی برای آن گذاشته شود، قابل اجرا هستند.

مداخلاتی که در این بخش توضیح داده می شود شامل هر دو نوع مداخلات روانی و اجتماعی زمان بر می باشد. تعدادی از این مداخلات به نام رواندرمانی یا درمانهای روانشناختی شناخته می شوند. در دنیا، این مداخلات توسط متخصصینی که برای انجام آن دوره دیده اند، ارائه می شود. اما می تواند توسط افراد غیر متخصص آموزش دیده و با نظارت نیز ارائه گردد. این درمانهای روانشناختی معمولاً به صورت جلسات هفتگی و در دوره چند ماهه در قالب فردی یا گروهی انجام می شود.

برخی از این مداخلات مثل درمان شناختی-رفتاری، با موفقیت توسط کارکنان خدمات سلامت اجتماعی در کشورهای کم درآمد، در قالب بخشی از برنامه های تحقیقاتی که متضمن زمان کافی برای یادگیری و اجرای آن با نظارت کافی است، به اجرا درآمده است. این نمونه ها نشان داده که این مداخلات با منابع انسانی غیر متخصص نیز می تواند ارائه شود و ارتقا یابد.

ارتقاء مراقبت ها نیازمند سرمایه گذاری است. مدیران سیستم سلامت باید به تخصیص منابع انسانی کافی برای درمان اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد و به منظور در دسترس بودن مداخلات پیشنهاد شده در این فصل توجه کنند.

در ادامه این فصل توضیح خلاصه ای از هر کدام از این مداخلات (به ترتیب حروف الفبا) آمده است. در این طرح مداخلات ذیل تحت عنوان «INT» آمده است، به این معنی که نیازمند منابع انسانی نسبتاً بیشتری می باشد. در حال حاضر نیاز به طراحی پروتکل ها و دستورالعمل هایی برای اجرای این مداخلات در سرویس های غیر تخصصی خدمات سلامت وجود دارد

فعال سازی رفتاری

فعال سازی رفتاری، که جزئی از درمان شناختی-رفتاری برای افسردگی نیز هست، نوعی درمان روانشناختی است که تمرکز آن روی برنامه ریزی برای انجام فعالیت و کاهش اجتناب از فعالیتهای تشویقی است. برنامه راهنمای مداخلاتی شکاف در سلامت روان، این درمان را به عنوان گزینه ای برای افسردگی (شامل افسردگی دوقطبی) و سایر شکایات قابل توجه عاطفی یا شکایات غیرقابل توجه از نظر پزشکی پیشنهاد می کند.

درمان شناختی-رفتاری

درمان شناختی-رفتاری بر پایه این نظریه است که احساسات تحت تاثیر افکار و رفتار است. افراد با اختلالات روانی معمولاً افکار نادرست و غیر واقع بینانه ای دارند که اگر جلو آن گرفته نشود باعث رفتارهای مضر می شود. درمان شناختی-رفتاری شامل یک بخش شناختی (کمک به فرد برای تشخیص و به چالش کشیدن افکار منفی غیر واقعی) و یک بخش رفتاری است. روش درمان شناختی-رفتاری برای انواع مشکلات سلامت روان متفاوت است. برنامه راهنمای مداخلاتی شکاف در سلامت روان آن را به عنوان گزینه ای برای افسردگی (شامل افسردگی دو قطبی)، اختلالات رفتاری، اختلالات مصرف الکل یا اختلالات مصرف مواد، و همچنین به عنوان گزینه ای برای درمان سایکوز پس از مرحله حاد، پیشنهاد می کند.

درمان مدیریت تصادفی (CMT)

درمان مدیریت تصادفی یک درمان ساختارمند برای پاداش دادن به رفتارهای هدف، مثل شرکت در درمان، رفتار متناسب در درمان، و اجتناب از مصرف آسیب رسان مواد است. پاداش برای رفتارهای هدف به تدریج و پس از استقرار آن رفتار کاهش می یابد. برنامه راهنمای مداخلاتی شکاف در سلامت روان این درمان را برای افراد با اختلالات مصرف الکل یا اختلالات مصرف مواد توصیه می کند.

مشاوره خانواده یا خانواده درمانی

مشاوره خانواده یا خانواده درمانی در صورت امکان باید شامل خود فرد هم باشد. این کار مستلزم جلسات برنامه ریزی شده متعدد (اغلب بیش از شش جلسه) طی چند ماه است؛ و به هر خانواده یا گروهی از خانواده ها با هدف حمایتی، آموزشی یا درمانی ارائه می گردد. این درمان اغلب شامل شیوه حل مساله یا کار مداخله در بحران می باشد. برنامه راهنمای مداخلاتی شکاف در سلامت روان آنرا برای درمان افراد مبتلا به سایکوز، اختلالات مصرف الکل، و اختلالات مصرف مواد پیشنهاد می کند.

روان درمانی بین فردی

روان درمانی بین فردی یک درمان روانشناختی است که برای کمک به افراد برای پیدا کردن و حل مشکلات در ارتباط با خانواده، دوستان، همسر و سایر افراد به کار می رود. برنامه راهنمای مداخلاتی شکاف در سلامت روان آن را به عنوان درمانی برای افسردگی شامل افسردگی دوقطبی پیشنهاد می کند.

درمان تقویت انگیزه

درمان انگیزشی، یک درمان ساختاریافته است که به طور معمول چهار جلسه یا کمتر طول می کشد و برای افراد وابسته به مواد بکار می رود. این درمان شامل رویکرد تشویقی برای تغییر، با استفاده از روش مصاحبه انگیزشی که در بخش مداخلات کوتاه توضیح داده شده است، می باشد. برنامه راهنمای مداخلاتی شکاف در سلامت روان آن را برای درمان افراد با اختلالات مصرف الکل یا اختلالات مصرف مواد پیشنهاد می کند.

آموزش مهارت های فرزندپروری به والدین کودکان و نوجوانانی که اختلالات رفتاری دارند

آموزش مهارت ها به والدینی که کودک آن ها اختلال رفتاری دارند باید با تأکید بر تعامل مثبت والد-کودک و ارتباط عاطفی باشد و اهمیت ثبات در فرزندپروری را آموزش داده، از تنبیه های خشن جلوگیری کند و به فرد مهارت های جدیدی برای ارتباط با فرزندش آموزش دهد. گرچه محتوای آموزش باید متناسب با فرهنگ باشد ولی نباید بر اساس قوانین «حقوق اولیه بشر» که مورد قبول جوامع بین المللی است، اجازه خشونت نسبت به کودکان داده شود. برای این که بتوان به والدین مهارت ها را آموزش داد، لازم است که مراقبین بهداشتی خود این آموزش ها را فرا گرفته باشند.

آموزش مهارت های فرزندپروری به والدین کودکان و نوجوانانی که اختلالات تکاملی دارند

آموزش مهارت ها به والدین کودکانی که اختلالات تکاملی دارند، باید بر اساس محتوای متناسب با فرهنگ باشد که به بهبود مشکلات تکاملی فرد، عملکرد و شرکت کودک در برنامه های جامعه و خانواده کمک کند. این آموزش ها شامل تکنیک هایی است که مهارت های خاص اجتماعی، ارتباطی و رفتاری را با استفاده از اصول اخلاقی آموزش می دهد (به عنوان مثال آموزش رفتارهای جدید با پاداش دادن به این رفتارها، یا مشخص کردن رفتاری که دچار مشکل است با تجزیه و تحلیل عاملی که آن را برمی انگیزد) تا به تغییر عوامل محیطی کمک کند. باید از والدین برای به کارگیری این آموزش ها حمایت کرد. والدین کودکانی با میزان ناتوانی هوشی متفاوت و مشکلات رفتاری خاص باید مهارت های مضاعفی را برای سازگاری با کودک خود فرا گیرند. مراقبین بهداشتی نیز لازم است تا آموزش های دیگری بگیرند و آن ها را به والدین بیاموزند.

درمان یا مشاوره حل مسئله

درمان یا مشاوره حل مسئله نوعی از درمان روان شناختی است که در آن حمایت مستقیم و کاربردی ارائه می گردد. درمان گر و بیمار با کمک یک دیگر مسائل اصلی که ممکن است زمینه مشکلات سلامت روان بیمار باشد را شناسایی و مشخص می کنند؛ این مسائل را به اجزای مشخص و قابل حلی تقسیم و برای هر کدام روش حل مسئله و شیوه های تطابق را بررسی می کنند. راهنمای بالینی حاضر این شیوه را به عنوان درمان کمکی در افسردگی (شامل افسردگی دوقطبی) و به عنوان یک انتخاب درمانی اختلالات مصرف الکل و اختلالات مصرف مواد پیشنهاد می کند. همچنین این روش در خودزنی، سایر شکایات قابل توجه عاطفی یا از نظر طبی غیرقابل توضیح، و در کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری پیشنهاد می کند.

آموزش آرام سازی

این مداخله شامل آموزش روش هایی مانند تمرینات تنفسی و رهاسازی عضلات است که باعث برانگیختن پاسخی آرام بخش می-گردد. رهاسازی عضلات به بیمار یاد می دهد گروه های مشخص عضلات را شناسایی و رها کند. درمان معمولاً شامل انجام تمرینات آرام سازی به صورت روزانه برای ۱-۲ ماه است. راهنمای بالینی برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان این روش را به عنوان درمان کمکی برای افسردگی (شامل افسردگی دوقطبی) و به عنوان یک انتخاب درمانی برای سایر شکایات قابل توجه عاطفی یا از نظر طبی غیرقابل توضیح، پیشنهاد می کند.

درمان مهارت های اجتماعی

درمان با مهارت های اجتماعی، تطابق و مهارت در موقعیت های اجتماعی را بازسازی می کند تا احساس تنش در زندگی روزمره کاهش یابد. در این روش از نقش بازی کردن، انجام تکالیف اجتماعی، تشویق و تقویت مثبت اجتماعی برای ارتقاء تعامل و ارتباط اجتماعی استفاده می شود. آموزش مهارت ها می تواند در قالب فردی یا گروهی باشد. درمان معمولاً به صورت جلسات ۹۰-۴۵ دقیقه ای و یک یا دو بار در هفته در سه ماه اول و پس از آن ماهیانه برگزار می گردد. راهنمای بالینی برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان این درمان را به عنوان انتخاب درمانی برای بیماران مبتلا به سایکوز و اختلالات رفتاری پیشنهاد می کند.

