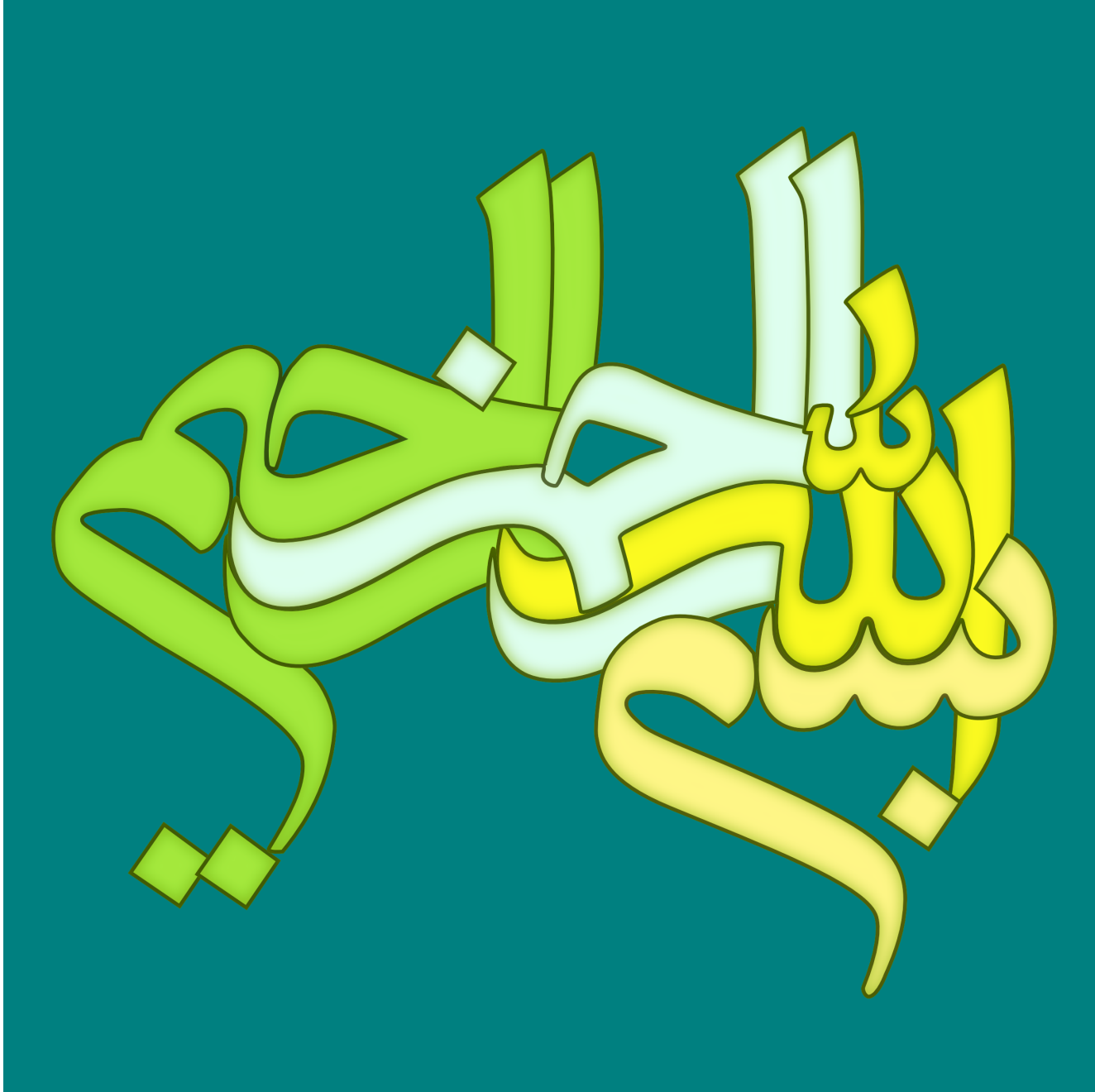




عنوان و نام پدیدآور	راهنمای ارزیابی و درمان سلامت روان / فرید ابوالحسنی شهرضا، احمد حاجبی، ونداد شریفی؛ [برای] دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
مشخصات نشر	تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی، ۱۳۹۵.
مشخصات ظاهری	۱۱۷ص: مصور(رنگی)، جدول(رنگی)، نمودار(رنگی).
شابک	۵-۹۱-۹۳۷-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	: کتابنامه.
موضوع	بیماری‌های روانی -- درمان
موضوع	Mental illness :
موضوع	تشخیص روانی
موضوع	Psychotherapy :
موضوع	روان پزشکی
موضوع	Psychiatry :
شناسه افزوده	ابوالحسنی، شهرضا، فرید، ۱۳۳۹
شناسه افزوده	حاجبی، احمد، ۱۳۴۲
شناسه افزوده	شریفی، ونداد، ۱۳۴۹
شناسه افزوده	ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت بهداشتی
شناسه افزوده	ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
رده بندی کنگره	۱۳۹۵ ر۲۱۵الف/ع۴۵۴ RC
رده بندی دیویی	۶۱۶/۸۹۱ :
شماره کتابشناسی ملی	۴۳۱۱۴۳۳ :

عنوان	راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان
پدیدآوران	دکتر فرید ابوالحسنی شهرضا - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران دکتر احمد حاجبی - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران ونداد شریفی - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
ناشر	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
چاپ و صحافی	طرفه
نوبت چاپ	اول - ۱۳۹۵
شمارگان	۸۰۰۰ نسخه
شابک	۵-۹۱-۹۳۷-۶۰۰-۹۷۸
	کلیه حقوق این اثر برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محفوظ است.

اختلالات روان‌پزشکی صدها میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تاثیر قرار داده‌اند. غفلت از این اختلالات خسارت‌های جدی در سطح فرد، خانواده، و جامعه به دنبال خواهد داشت. هر چند در حال حاضر امکان درمان موفق اختلالات روان‌پزشکی وجود دارد، تنها درصد کمی از افراد نیازمند خدمت، فقط ابتدایی‌ترین درمان‌ها را دریافت می‌کنند. ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت مناسب‌ترین روش جبران شکاف بین خدمات موجود و خدمات مورد نیاز جامعه است. این ادغام شرایطی را فراهم می‌سازد که افراد بتوانند مراقبت‌هایی را که مورد نیاز آنهاست، دریافت کنند. مراقبت‌های اولیه برای سلامت روان مقرون به صرفه است و سرمایه‌گذاری در این حیطه منافع زیادی را به دنبال خواهد داشت.

تحقیقات گسترده‌ی کشوری نشان می‌دهد با وجود آنکه بخش قابل ملاحظه‌ای از افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی برای دریافت خدمات مشاوره‌ای و درمانی احساس نیاز می‌کنند، اما حدود دو سوم افراد مبتلا، از مداخلات سلامت بهره‌مند نمی‌شوند. همچنین، بررسی شاخص حداقل درمان کافی نشان می‌دهد که فقط ۲۰ درصد از کل این بیماران حداقل درمان کافی را دریافت می‌کنند. از سوی دیگر ساکنین شهرها و اقشار کم درآمد کمترین بهره‌مندی را از خدمات سلامت روان داشته‌اند. بنابراین برنامه ریزی دقیق و جدی برای افزایش دسترسی افراد نیازمند به این خدمات و بهبود کیفیت خدمات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

برای ارزیابی، تشخیص، درمان و ارجاع افراد مبتلا به اختلال روان‌پزشکی مهارت‌ها و صلاحیت‌های ویژه‌ای مورد نیاز است. بنا بر این لازم است که کارکنان نظام مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی در حیطه‌ی سلامت روان، به اندازه کافی آموزش ببینند و مورد حمایت واقع شوند. مدل منحصر به فردی که همه کشورها بتوانند به عنوان بهترین مدل عملیاتی از آن استفاده کنند، وجود ندارد. شواهد حاکی از آن است که هنگامی که خدمات سلامت روان در چارچوب‌های سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری مورد توجه قرار گیرد، بهترین نتایج به دست می‌آید، مشروط بر آن که تمام الزامات تبدیل یک سیاست مناسب به برنامه‌های جاری به دقت رعایت شوند.

جمهوری اسلامی ایران از جمله کشورهایی است که از حدود سه دهه پیش خدمات سلامت روان را در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی ادغام کرده است. در سطح روستا بهورز در حوزه‌ی سلامت روان مسئولیت‌های تعریف شده‌ای دارد. پزشکان عمومی مراقبت‌های سلامت روان را، به عنوان بخشی از وظایف کلی خود ارائه می‌دهند. بنا بر این در مراکز مراقبت‌های اولیه، بیماران خدمات سلامت روان را به صورت یک‌پارچه و ادغام یافته با سایر خدمات دریافت می‌کنند. در مواردی که مشکلات بیماران پیچیده باشد، پزشکان عمومی بیماران را به سطح بالاتر ارائه خدمت، که توسط متخصصین سلامت روان (روان‌پزشکان و روان‌شناسان) حمایت می‌شود، ارجاع می‌دهند. وجه غالب و مهم ادغام سلامت روان در ایران، اجرای آن در مقیاس کشوری است.

فرآیند ادغام و ارائه خدمات در شهرها، به علت ضعف زیر ساخت‌های نظام مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت در شهرها، با مشکلاتی روبرو است. طرح تحول نظام سلامت در جهت اصلاح این زیر ساخت‌ها و ارتقاء کمی و کیفی خدمات، گامی بزرگ در شهرها برداشته است. از سال ۱۳۹۳ با توجه به محرومیت و آسیب پذیر بودن حاشیه شهرها، این طرح در مرحله‌ی اول به مناطق حاشیه‌ای پرداخته است، به گونه‌ای که با تکمیل این مرحله بیش از ۱۰ میلیون نفر از ساکنین حاشیه شهرها از مراقبت‌های فعال سطح پایه نظام سلامت، برخوردار می‌شوند.

پزشکان عمومی در نظام ارائه‌ی خدمات سلامت جایگاه ویژه‌ای دارند. توانمند سازی این گروه از کارکنان غیرمتخصص در نظام سلامت، بار ناشی از اختلالات روان‌پزشکی را کاهش می‌دهد. ارتقاء و گسترش برنامه های سلامت روان به فن‌آوری پیچیده نیاز ندارد. آنچه مورد نیاز است افزایش توان و ظرفیت نظام مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی و ارائه بسته‌های آموزشی متناسب با ظرفیت نیروی انسانی و نیاز دریافت کنندگان خدمت است.

راهنمای بالینی پیش رو به عنوان یک ابزار فنی، طیف گسترده‌ای از توصیه‌های درمانی و آموزشی را برای تسهیل در مراقبت‌های با کیفیت بالا و در سطح غیرتخصصی فراهم نموده است. این مجموعه، به منظور تطبیق راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات روان‌پزشکی تدوین شده توسط سازمان جهانی بهداشت، با شرایط ایران تهیه شده است. امید آن دارم که این تلاش سهمی به سزا در ارتقای برنامه‌های سلامت روان در چارچوب طرح تحول سلامت در حوزه‌ی بهداشت ایفا کند.

دکتر علی اکبر سیاری

معاون بهداشت

بر اساس آخرین تحقیقات انجام شده در کشور، می‌توان گفت که تقریباً از هر چهار نفر، یک نفر دچار یک یا چند اختلال روان‌پزشکی است؛ با این حال، دو سوم افراد مبتلا، از مداخلات بهداشتی درمانی بهره‌مند نمی‌شوند و بسیاری از خدمات ارائه شده نیز کیفیت مطلوب ندارند^۱. آخرین مطالعه‌ی بار بیماری‌ها در کشور نیز مشخص کرد که بیماری‌های روان‌پزشکی در مقایسه با سایر بیماری‌ها، مهم‌ترین عامل ناتوانی در سنین ۱۰-۴۰ سالگی هستند^۲. با این حال به خوبی می‌دانیم که درمان‌ها و مداخلات روان‌پزشکی و روان‌شناختی به طور موثری بار ناشی از بیماری‌های روان‌پزشکی را کاهش می‌دهند.

پزشکان عمومی به عنوان خط اول ارائه‌ی خدمت در نظام سلامت کشور، بخصوص در مناطق شهری، می‌توانند با شناسایی به‌هنگام و درمان مناسب بیماری‌های روان‌پزشکی گام بزرگی در کاهش بار ناشی از این بیماری‌ها بردارند. این کار میسر نمی‌شود مگر با به کارگیری راهنمایی که در عین سادگی و اختصار بتواند نیازهای پزشکان را برآورده سازد، منوط بر آنکه پزشکان برای شناسایی و درمان بیماری‌ها بر مبنای این راهنما مورد آموزش و پشتیبانی مناسب قرار گیرند. اکنون استفاده از راهنماهای بالینی در خدمات سلامت، هنجاری پذیرفته شده است. راهنماهای بالینی نه تنها «راهنما»یی برای ارائه خدمات بهتر و مبتنی بر شواهد علمی به روز شده هستند، بلکه هم‌اکنون در بسیاری از مراکز در سطح دنیا، خدمات سلامت صرفاً مبتنی بر این راهنماها ارائه می‌شوند و حتی کیفیت آنها نیز بر مبنای میزان پای‌بندی به راهنماها ارزیابی می‌شود.

راهنمای حاضر (ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان) به منظور استفاده در سطح مراقبت‌های اولیه و برای پزشکان عمومی تهیه شده است. البته تا پیش از این اقداماتی پراکنده در جهت تهیه‌ی راهنمای تشخیصی و درمانی برای ارائه‌ی خدمات سلامت روان در کشور انجام شده، ولی آخرین آن به چندین سال قبل باز می‌گردد. این راهنماها از نظر طراحی نمودارها و ارائه‌ی توصیه‌ها محدودیت‌هایی داشته‌اند. از این رو بر آن شدیم تا راهنمای جدیدی برای پزشکان عمومی تدوین کنیم.

بدین منظور تصمیم بر آن شد که از بین راهنماهای موجود برای پزشکان عمومی، که در کشورهای مختلف طراحی و به کار گرفته شده است، یکی را انتخاب و آن را با نیازها و مقتضیات نظام مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی کشور هماهنگ کنیم. در بین راهنماها، ویراست اول راهنمای مداخلاتی mhGAP را برگزیدیم، که توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) طراحی و در سال ۲۰۱۰ منتشر شده است. این راهنما با یک روش‌شناسی منظم و مبتنی بر شواهد توسط گروهی از صاحب‌نظران بین‌المللی و به سرپرستی تیمی در دپارتمان سلامت روان و سوء مصرف مواد سازمان جهانی بهداشت تهیه و تا کنون در چند کشور دنیا به کار گرفته شده است. در این نسخه که به طور رایگان در دسترس عموم است^۳، به تفصیل فرایند طراحی راهنما بیان شده و قرار است که در سال ۲۰۱۶ ویراست دوم آن نیز منتشر گردد. لازم به ذکر است که نسخه فارسی mhGAP با مجوز سازمان جهانی بهداشت توسط تیمی به سرپرستی دکتر احمدعلی نوربالا ترجمه شده است. اما تیم حاضر به کارگیری mhGAP را با همان شکل اولیه برای استفاده در نظام مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی کشور کافی و جامع نمی‌دانستند و ضرورت داشت تغییراتی در آن داده شود تا: (۱) فهم منطق نمودارها و استفاده از آنها ساده‌تر شود، (۲) ارجاعات، مبتنی بر نظام ارجاع جاری در کشور باشد، و (۳) اطلاعات ارائه شده در راهنما متناسب با فرهنگ و شرایط داخلی کشور باشد.

^۱ رحیمی موقر، آ.، شریفی، و.، امین اسماعیلی، م.، متولیان، ع.، حاجبی، ا.، رادگودرزی، ر.، حفاظی، م. (۱۳۹۱). گزارش نهایی پیمایش ملی سلامت روان، ۱۳۸۹-۱۳۹۰. تهران.

Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Hajebi, A., Motevalian, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., Rahimi-Movaghar, A. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey. *Archives of Iranian Medicine*, 18 (2), 76-84.

^۲ Shahrzaz, S., Forouzanfar, M.H., Sepanlou, S.G., Dicker, D., Naghavi, P., Pourmalek, F., Mokdad, A., Lozano, R., Vos, T., Asadi-Lari, M., Sayyari, A.A., Murray, C.J., Naghavi, M. (2014). Population health and burden of disease profile of Iran among 20 countries in the region: from Afghanistan to Qatar and Lebanon. *Archives of Iranian Medicine*, 17, 336-342

^۳ http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/

برای این منظور، تیمی با مدیریت دکتر فرید ابوالحسنی و همراهی دکتر احمد حاجبی و دکتر ونداد شریفی برای انطباق این راهنما تشکیل شد و از تابستان ۱۳۹۴ شروع به کار طراحی و انطباق راهنمای حاضر کرد. با توجه به تجربه‌ی مراقبت مشارکتی با همکاری پزشکان عمومی در قالب راه اندازی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر^۴ در کشور، در فرآیند انطباق، این تجربه نیز مورد توجه قرار گرفت. البته عموم توصیه‌ها^۵ و چارچوب کلی نمودارها عیناً برگرفته از mhGAP است، ولی توضیحات تکمیلی عموماً توسط تیم تطبیق تهیه شده است. در mhGAP بخشی برای اختلالات اضطرابی وجود نداشت که طراحی و به آن افزوده شد. همچنین از آنجا که در شرایط فعلی، خدمات مرتبط با درمان اختلالات سومصرف مواد در نظام مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی ارائه نمی‌شود، راهنمای حاضر فاقد این بخش است ولی در نظر است در آینده به آن اضافه شود. به‌علاوه، mhGAP به این منظور طراحی شده که هر ارائه‌کننده‌ی خدمتی در سطح مراقبت‌های اولیه (پزشک یا غیر پزشک) بتواند از آن استفاده کند، ولی با توجه به وجود پزشک در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی، راهنمای حاضر برای پزشک عمومی طراحی شده است. نکته‌ی دیگر آنکه، mhGAP عموماً برای نظام‌هایی از خدمات سلامت قابل استفاده است که دسترسی محدودی به متخصص دارند و راهنمای فعلی با این فرض آماده شده است که در چارچوب راه اندازی مراکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر، امکان دسترسی تعریف شده به متخصص فراهم است. ذکر این نکته نیز ضروری است که طراحان mhGAP خود بر ضرورت انطباق آن با نیازهای هر منطقه و کشوری تأکید کرده‌اند. در ترجمه و انطباق متن اصلی با شرایط کشور از اصطلاحات مورد استفاده و پذیرش عموم مردم و پزشکان استفاده شده است. این راهنما در یکی از کارگاه‌هایی که با حضور روان‌پزشکان مراکز سلامت روان جامعه‌نگر برگزار شد، مورد بحث قرار گرفت. غالب بازخوردهای دریافت شده در این کارگاه در متن راهنما اعمال شده است.

در هر جا در این متن به روان‌پزشک اشاره شده، منظور، روان‌پزشک سطح تخصصی، به ویژه روان‌پزشک مرکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر است. منظور از کارشناس سلامت روان نیز، کارشناس مستقر در مرکز سلامت جامعه است که در کنار پزشک عمومی به ارائه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت روان می‌پردازد.

اما همان گونه که در خود mhGAP نیز ذکر شده است تنها تهیه و توزیع راهنما کفایت نمی‌کند و لازم است پزشکان عمومی به طور مستمر تحت آموزش مبتنی بر راهنما قرار داشته باشند و نظامی نیز جهت پشتیبانی تخصصی از آنان طراحی و مستقر شود. یک مدل موفق در جهان که تجربیات آن در کشور نیز موجود است، نظام مراقبت مشارکتی است که در واقع مشارکت سطح عمومی و تخصصی روان‌پزشکی در بهبود شناسایی و درمان اختلالات روان‌پزشکی در سطح پایه است. هرچند این راهنما اساساً برای پزشکان عمومی طراحی شده است ولی مطالعه‌ی آن توسط سایر پرسنل نظام سلامت مانند متخصصان روان‌پزشکی و غیر روان‌پزشکی و نیز روان‌شناسان و سایر کارکنان نیز مفید است.

در خاتمه تیم تدوین راهنما، پیشاپیش، مراتب تقدیر و تشکر خود را از همه‌ی بزرگوارانی که با بازخوردهای خود امکان بهبود طراحی و ارتقای سودمندی این راهنما را فراهم خواهند ساخت، اعلام می‌کند.

تابستان ۱۳۹۵

دکتر فرید ابوالحسنی، دکتر احمد حاجبی، دکتر ونداد شریفی

^۴ نوعی، ز، شریفی، و، ابوالحسنی، ف، موسوی‌نیا، س.ج. راه اندازی اولین مرکز سلامت روان جامعه‌نگر در ایران: تجربه‌ی مراقبت مشارکتی. *اصول بهداشت روانی*، ۱۵ (۱)، ۴۱۹-۴۲۳.

^۵ Recommendations

مقدمه

ارائه‌ی خدمت به بیمار از سه مرحله‌ی جمع‌آوری داده، تصمیم‌گیری و اقدام تشکیل می‌شود. جمع‌آوری داده در قالب اخذ شرح حال از بیمار و مراقبان او، معاینه‌ی بالینی و مرور داده‌های پاراکلینیک که قبلاً برای بیمار درخواست شده است، انجام می‌شود. تصمیم‌گیری به معنای دستیابی به یک قضاوت بالینی در مورد بیمار بر مبنای داده‌های جمع‌آوری شده است. مرحله‌ی اقدام، در قالب فعالیت‌های اقدام بالینی (Procedure)، آموزش بیمار و مراقبان او، تجویز دارو، درخواست بررسی‌های جدید پاراکلینیک، یا ارجاع بیمار، انجام می‌شود. در نمودارهای این مجموعه مراحل ارائه خدمت بالینی به افراد دچار اختلالات روان‌پزشکی، به کمک رسم نمودارهایی نمایش داده شده است. به منظور استفاده‌ی مؤثرتر از این نمودارها منطق طراحی و مفهوم نمادهای به کار گرفته شده در آنها، در این بخش توضیح داده می‌شود.

نمودار مادر

نمودار مادر راهنمای ورود به سایر بخش‌های این مجموعه است. بر مبنای این نمودار مشخص می‌شود که با توجه به تظاهرات بیمار، از نمودارهای کدام بخش از کتاب، به منظور ارزیابی و درمان او باید استفاده کرد. در این نمودار تظاهرات رایج اختلالات روان‌پزشکی با توجه به اختلال ایجادکننده‌ی آنها گروه‌بندی شده‌اند. در صورتی که ارائه‌کنندگان خدمت از قبل این نمودار را به دقت مرور کرده بر تظاهرات ذکر شده در آن مسلط باشند؛ به راحتی می‌توانند به کمک آن، نمودار مناسب را برای ارزیابی و درمان بیمار خود پیدا کنند. در

مقابل کادر در برگزیده‌ی تظاهرات شایع یک اختلال، سه کادر مشاهده می‌شود. در کادر اول نام اختلال، در کادر دوم علامت اختصاری آن و در کادر سوم صفحه‌ای که نمودارهای مربوط به ارزیابی و درمان اختلال در آن شروع می‌شود، مشخص شده است (شکل زیر).



با توجه به آن که نمودارهای ارزیابی و درمان، در قالب نمودارهای آغاز درمان و ادامه‌ی درمان تنظیم شده است؛ در صورتی که بیمار نزد شما پرونده دارد (برای ادامه‌ی درمان مراجعه کرده است)، نمودار مادر شما را مستقیماً به نمودار ادامه‌ی درمان اختلال مربوطه هدایت می‌کند (شکل زیر).



نمودارهای مربوط به هر اختلال

نمودارهای هر اختلال با یک مقدمه‌ی کوتاه در مورد اختلال شروع می‌شود (شکل زیر).



پس از این مقدمه‌ی کوتاه نمودار شروع درمان و به دنبال آن نمودار ادامه‌ی درمان آورده شده است. در مورد دمانس با توجه به آنکه ادامه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا به این اختلال باید توسط متخصص انجام شود؛ نمودار دوم برای آن رسم نشده است. با توجه به اهمیت کنترل تشنج در بیماری که در جریان یک حمله‌ی تشنج نزد شما آورده می‌شود؛ نمودار کنترل تشنج به صورت مجزا ترسیم شده است و پس از آن نمودارهای شروع درمان و ادامه‌ی درمان مانند سایر اختلالات آورده شده است. در مورد سایر شکایات هم با توجه به تنوع موارد بررسی شده در این بخش، امکان رسم نمودار واحدی برای ادامه‌ی درمان وجود ندارد و لذا به یک نمودار بسنده شده است. در ادامه نمادهای به کار گرفته شده برای رسم نمودارهای مربوط به هر اختلال توضیح داده شده است.

نماد جمع‌آوری داده و تصمیم‌گیری

در قالب این نماد، داده‌هایی که باید از بیمار و مراقبان او اخذ شود ذکر و معمولاً در بخش پائینی آن، سؤالی که از طریق پاسخ به آن باید در

مورد شرایط بالینی بیمار قضاوت کنید، به رنگ قرمز نوشته شده است (شکل زیر).

از فرد و مراقب او موارد زیر را سؤال کنید:

- ۱- افکار جاری یا طراحی برای آسیب به خود یا اقدام به خودکشی
- ۲- سابقه فکر کردن به یا طراحی برای آسیب به خود یا خودکشی طی ماه گذشته یا اقدام به آسیب به خود طی سال گذشته

آیا پاسخ به یکی از دو سؤال ۱ یا ۲ مثبت است؟

ممکن است در این نماد شما فقط برای جمع آوری داده هدایت شده باشید. گاهی نیز در قالب این نماد فقط یک سؤال مطرح شده است (شکل زیر).

بله → آیا بیمار در وزنیت قبل ارجاع شده است؟
خیر ↓

در صورتی که این نماد حاوی سؤال باشد، پیوسته از آن دو خروجی بله و خیر خارج می‌شود. در صورتی که فقط یک خروجی از نماد حاوی سؤال خارج شود به معنای آن است که در قبال خروجی دیگر اقدام خاصی مورد نیاز نیست و لذا از رسم خروجی دوم خودداری شده است (شکل زیر).

بله ← آیا تأخیر تکامل به دلیل محیط غیر محرک یا افسردگی مادر است؟
خیر → خانواده را برای آموزش روان‌شناختی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید
• افسردگی مادر را بر مبنای جدول افسردگی بررسی و درمان کنید

نماد فاقد سؤال فقط یک خروجی دارد و در نمادهای بعد سؤال مربوط به قضاوت بالینی پرسیده خواهد شد (شکل زیر).

بیمار را از نظر کنترل علائم، عوارض دارویی و پایبندی به مصرف منظم دارو بررسی و بر اساس جدول زیر اقدام مناسب را شناسایی کنید.



نماد «موارد زیر را بررسی کنید»

در صورت مشاهده‌ی این نماد (شکل زیر)، تمام موارد ذیل آن را، صرف نظر از نتیجه‌ی بررسی اولین مورد، باید بررسی کنید.

موارد زیر را بررسی کنید.

نماد «اقدام»

این نماد در قالب یک کادر آبی با خطوط مشکی و زوایای گرد نمایش داده می‌شود (شکل زیر).

- احتیاطهای زیر را به عمل آورید:
- ✓ ابزارهای آسیب به خود را از دسترس فرد دور کنید
- ✓ محیطی امن و حمایت‌گر ایجاد کنید. در صورت امکان بیمار را به اتاقی آرام و مجزا هدایت کنید.
- ✓ فرد را تنها نگذارید.
- ✓ به منظور تقصین ایمنی فرد یکی از پرسنل شناخته شده و مورد وثوق یا یکی از اعضای خانواده را برای مراقبت از او بگمارد.
- ✓ وضعیت روانی و دیسترس هیجانی فرد را مورد توجه قرار دهید.
- حمایت روانی اجتماعی را عرضه و فعال کنید (SUI 2.2)
- فرد را فوراً به روان‌پزشک در بیمارستان ارجاع کنید.
- بیمار را تحت پیگیری منظم قرار دهید و تماس خود را با او حفظ کنید. (SUI 2.3)

در این نماد اقداماتی که پس از قضاوت بالینی باید برای بیمار انجام شود ذکر شده است. موارد ارجاع به متخصص یا بیمارستان، در این نماد به رنگ قرمز نمایش داده شده است.

نمادهای «در صفحه‌ی بعد» و «از صفحه‌ی قبل»

با توجه به آنکه قالب نمودارها در چند صفحه نمایش داده شده‌اند، برای هدایت شما به صفحه‌ی بعد از نمادهای زیر استفاده شده است:



در صورت مشاهده نماد «در صفحه‌ی بعد»، در صفحه‌ی بعد از نمادی آغاز کنید که نماد «از صفحه‌ی قبل» به آن اشاره می‌کند.

نماد ارجاع به روان‌پزشک/ متخصص

علیرغم آنکه ارجاع یک اقدام محسوب می‌شود؛ با توجه به اهمیت ارجاع به روان‌پزشک/ متخصص، نماد مربوطه در قالب شکل زیر نمایش داده شده است.

ارجاع به روان‌پزشک

جدول تصمیم‌گیری

در مواردی که درمان دارویی از اهمیت خاصی برخوردار است و تصمیم‌گیری در مورد بیمار به سه عامل پای‌بندی به مصرف منظم دارو، عوارض دارویی و کنترل علائم بستگی دارد؛ چارچوب کلی اقدام در مورد بیمار در قالب یک جدول نمایش داده شده است. با توجه به آنکه برای هر یک از سه وجه فوق دو حالت می‌توان در نظر گرفت؛ این جدول دارای ۸ خانه است که در هر خانه اقدام مناسب برای بیمار ذکر شده است (شکل زیر).

کنترل علائم	کنترل عوارض	کنترل است		کنترل نیست	
		عوارض ندارد	عوارض دارد	عوارض ندارد	عوارض دارد
بایک‌بند است	• درمان را ادامه دهید. • اگر پیتی از یک سال بیمار بدون علامت بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبان مطرح کنید. بیمار را جهت تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید. • بیمار را سه ماه دیگر ویزیت کنید.	• در صورت پنهانی، گشایش ایجاد. • اگر پیتی از یک سال بیمار بدون علامت بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبان مطرح کنید. بیمار را جهت تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید. • اگر پیتی از یک سال بیمار بدون علامت بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبان مطرح کنید. بیمار را جهت تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید.	• در صورت امکان، دوز دارو را افزایش دهید و بیمار را به ماه ویزیت کنید. • در صورتی که افزایش دوز دارو امکان‌پذیر نیست، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.	• در صورت امکان، دوز دارو را افزایش دهید و بیمار را به ماه ویزیت کنید. • در صورتی که افزایش دوز دارو امکان‌پذیر نیست، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.	• بیمار را به متخصص ارجاع دهید.
	• بیمار را سه ماه دیگر ویزیت کنید.	• در صورت امکان، دوز دارو را افزایش دهید و بیمار را به ماه ویزیت کنید. • در صورتی که افزایش دوز دارو امکان‌پذیر نیست، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.	• در صورت امکان، دوز دارو را افزایش دهید و بیمار را به ماه ویزیت کنید. • در صورتی که افزایش دوز دارو امکان‌پذیر نیست، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.	• بیمار را به متخصص ارجاع دهید.	• بیمار را به متخصص ارجاع دهید.

پیوست نمودارها

پس از نمودارهای مربوط به هر اختلال، پیوستی که در برگرفته‌ی توضیحات ضروری در مورد نکات ذکر شده در نمودارها است، اضافه شده است (شکل زیر). بخش‌های مختلف این پیوست با شماره‌هایی مشخص شده‌اند. به منظور اشاره به مطالب توضیح داده شده در پیوست، در نمودارها از همین شماره‌ها استفاده شده است (شکل زیر). سه حرف اول، کد اختلال را مشخص می‌کند و شماره‌های پس از آن محل درج توضیح در پیوست را نمایش می‌دهد.

- شیوه برخورد و تعامل با فرد مبتلا به اختلال رفتاری در خانه (BEH2.1)
- شیوه‌ی تعامل با بیمار در مدرسه (BEH2.2)

ارائه دهندگان مراقبت های سلامت باید، در تعامل با افراد جویای مراقبت، از روش های بالینی مناسب استفاده کنند. آنها باید حریم شخصی افراد را رعایت و برای برقراری ارتباط موثر بین آنها و مراقبین شان تلاش کنند. به افرادی که تمایل دارند تحت مراقبت قرار گیرند، بدون قضاوت یا انگ، و حامیانه پاسخ دهند. اقدامات کلیدی زیر را باید در هنگام اجرای راهنمای مداخله در نظر داشت. این موارد در بخش های دیگر تکرار نشده اند.

برقراری ارتباط با افراد جویای مراقبت و مراقبین آنها

- « تمام تلاش خود را برای برقراری ارتباطی روشن و هم دلانه به کار گیرید و به تفاوت افراد از نظر سن، جنس، گویش و فرهنگ حساس باشید.
- « گوش فرا دادن به صحبت های بیمار و سوال پرسیدن، قسمتی از فرآیند درمان محسوب می شود. از این طریق شما به بیمار کمک می کنید تا احساس کند که درک می شود.
- « در هر شرایطی رفتاری دوستانه، محترمانه و بدون قضاوت داشته باشید.
- « از زبان ساده و روشن استفاده کنید.
- « به افشای مسایل خصوصی و اطلاعات ناراحت کننده، نظیر آسیب به خود یا تجاوز جنسی، با حساسیت پاسخ دهید.
- « فرد را از وضعیت سلامت خود، به گونه ای که برای او قابل درک باشد، آگاه کنید.
- « از فرد در مورد برداشتش، از اختلالی که از آن رنج می برد، بپرسید.

ارزیابی

- « تاریخچه ای شکایت فعلی، سابقه ای پزشکی، و تاریخچه ای خانوادگی را، تا آنجا که به مشکل جاری مرتبط است، بررسی کنید.
- « یک معاینه ای فیزیکی کامل از فرد به عمل آورید.
- « بیماری های هم زمان طبی فرد را بررسی و درمان کنید و در صورت نیاز او را ارجاع دهید.
- « مسائل روانی- اجتماعی بیمار را بررسی کنید؛ به موارد اجتماعی و ارتباطی گذشته و حال او دقت کنید؛ شرایط زندگی و وضعیت مالی او را مورد توجه ویژه قرار دهید و به وقایع پرتنشی که در زندگی او جریان دارد با دقت بپردازید.

درمان و پایش

- « تعیین کنید که تا چه اندازه درمان برای فرد مهم است و چقدر برای مشارکت در مراقبتش آمادگی دارد.
- « همه ی روش های درمانی ممکن را برای بیمار مطرح کنید و اجازه دهید او خود ترجیح دهد که از کدام روش درمانی استفاده کند.
- « اهداف درمان بیمار را مشخص و یک برنامه ای درمانی، که در آن تمایلات و ترجیحات بیمار (و همچنین مراقبین او، اگر مناسب باشد) محترم شمرده شده است، تهیه کنید.
- « برای تداوم درمان و پیگیری، از طریق مشورت با فرد، برنامه ای تهیه کنید.
- « شخص را از مدت زمان مورد انتظار برای درمان، عوارض جانبی بالقوه ای درمان، اهمیت پای بندی به برنامه ای درمانی و پیش آگهی مورد انتظار، آگاه سازید.

- « به سوالات و نگرانی های فرد در مورد درمان بپردازید و امیدی واقع بینانه را، برای بهبودی و عملکرد بهتر، به وی انتقال دهید.
- « بطور مستمر آثار و پی آمدهای درمان، تداخلات دارویی (از جمله با الکل، داروهای بدون نسخه و داروهای سنتی)، و آثار نامطوب درمان را پایش و بر مبنای آن اقدامات خود را تعدیل کنید.
- « در صورت هر گونه تردیدی، با متخصص مشورت کنید یا بیمار را به او ارجاع دهید.
- « برای بیمار و همراهان او روشن کنید که با چه فوریتی و حداکثر ظرف چه مدت باید به روان پزشک مراجعه کنند.
- « برای مرتبط کردن شخص با حمایت های اجتماعی تلاش کنید.
- « در هر نوبت ویزیت بیمار، انتظارات وی را از درمان، وضعیت بالینی، درک وی از درمان، و پای بندی به درمان را از نو ارزیابی و هر سوء برداشتی را اصلاح کنید.
- « فرد را نسبت به پایش علائم خود ترغیب کنید و برای او توضیح دهید که تحت چه شرایطی باید فوراً مراجعه کند.
- « جنبه های کلیدی تعامل با فرد و خانواده ای او را در پرونده ای بیمار ثبت کنید.
- « به هر طریق ممکن با افرادی که در موعد مقرر برای پیگیری درمان مراجعه نکرده اند تماس بگیرید.
- « خانم هایی را که به فرزند خود شیر می دهند، باردارند یا خود را برای باردار شدن آماده می کنند، به متخصص ارجاع دهید.
- « کودکان و نوجوانان نیازمند به مراقبت های روان پزشکی را به روان پزشک ارجاع دهید.
- « افراد مسن، خصوصاً آنهایی را که به دلیل بیماری اختیاری زندگی خود را از دست داده اند یا در انزوای اجتماعی به سر می برند، در فواصل کوتاه تر ویزیت کنید.

« مطمئن شوید که افراد، تحت درمانی همه‌جانبه قرار گرفته‌اند. این بدان معنی است که هم نیازهای سلامت روان افراد دارای اختلالات جسمی و هم نیازهای سلامت جسمی افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی در نظر گرفته شده است.

حمایت اجتماعی

« به چالش‌های اجتماعی که فرد ممکن است با آن مواجه شود، حساس باشید و توجه داشته باشید که چگونه این امر می‌تواند سلامت جسمی و روانی و احساس خوب بودن فرد را تحت تأثیر قرار دهد.

« خانواده، دوستان و سایر افراد حمایت‌گر بیمار را در فرایند درمان دخالت دهید. این مسئله به خصوص در مورد فردی که در معرض خودکشی یا آسیب به خود قرار دارد، مهم‌تر است.

« منابع بالقوه‌ی حمایت اجتماعی را در منطقه‌ی شناسایی و بسیج کنید. این منابع مواردی چون حمایت‌های آموزشی، اسکان و اشتغال را در بر می‌گیرد.

« برای کودکان و نوجوانان، در صورت امکان، به منظور جلب حمایت‌های آموزشی و اجتماعی، هماهنگی‌های لازم را با مدارس به عمل آورید.

صیانت از حقوق بیمار

« برای ایجاد شرایطی که بیمار بتواند یک زندگی مستقل و متکی بر اراده و تمایلات خود داشته باشد، تلاش کنید و بیمار و مراقبینش را از انتخاب گزینه‌ی آسایشگاه و مؤسسات مشابه، برای زندگی، بر حذر دارید.

« مراقبت، ضمن احترام به شأن و منزلت فرد و با توجه ویژه به شرایط فرهنگی بیمار، ارائه شود. مراقبت‌ها باید بدون تبعیض و صرفاً بر مبنای نیاز فرد انجام شوند.

« اطمینان حاصل کنید که فرد درمان پیشنهادی را به درستی فهمیده و از سر آگاهی و آزادانه به آن رضایت داده است.

« توجه ویژه‌ای به محرمانه ماندن اطلاعات بیمار و حقوق اشخاص در صیانت از حریم خصوصی خود داشته باشید.

« با رضایت بیمار، مراقبین وی را از وضعیت سلامت و برنامه‌ی درمانش مطلع سازید.

« مانع از انگ زدن، به حاشیه راندن و تبعیض، در مورد بیمار شوید و برای پذیرش اجتماعی او از طریق برقراری ارتباط با بخش‌های اشتغال و آموزش، و امور اجتماعی (نظیر مسکن) تلاش کنید.

توجه به سلامت کلی بیمار

« درمورد فعالیت فیزیکی و حفظ وزن مناسب، توصیه‌های لازم را در اختیار بیمار قرار دهید.

« در مورد مضرات مصرف الکل به بیمار آموزش دهید.

« افراد را نسبت به قطع مصرف دخانیات و مواد مخدر، تشویق کنید.

« در مورد سایر رفتارهای پرخطر (همچون رابطه‌ی جنسی محافظت نشده) به بیمار آموزش دهید.

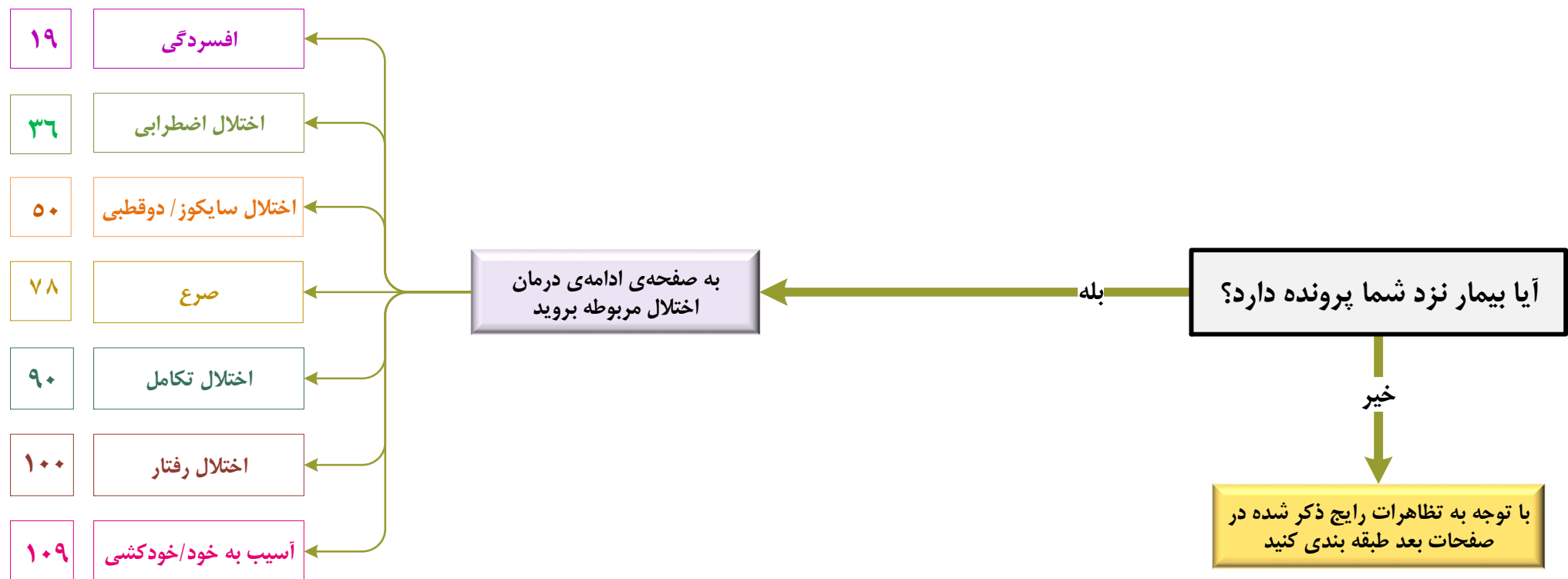
« سلامت جسمی فرد را با بطور منظم بررسی کنید.

« افراد را برای تغییراتی مانند بلوغ و یائسگی آماده و حمایت‌های لازم را برای آنها فراهم کنید.

« با زنان در سنین باروری، در مورد داشتن برنامه برای حاملگی و روش‌های پیش‌گیری از بارداری، بحث و گفت و گو کنید.

قبل از استفاده از نمودار مادر به نکات زیر توجه کنید:

- وجود تظاهرات رایج، نشان‌دهنده‌ی ضرورت ارزیابی است.
- اگر فرد تظاهرات بیش از یک اختلال را داشته باشد، لازم است تمام اختلال‌های مرتبط، بررسی شود.
- همه‌ی این اختلال‌ها برای همه‌ی سنین مورد دارد، مگر این که ارتباط آن‌ها با گروه‌های سنی خاص، مشخصاً ذکر شده باشد.
- مواردی نظیر درد قفسه‌ی صدری، تنگی نفس شدید، فشارخون بالا و کاهش سطح هوشیاری اورژانس‌های طبی هستند و در صورت مشاهده‌ی آنها باید بیمار را به سرعت به اورژانس بیمارستان ارجاع کرد.
- خطر خودکشی یا آسیب به خود یک اورژانس روان‌پزشکی است و یک بخش از این راهنما به آن اختصاص یافته است. بیمار را بر مبنای این بخش بررسی و در مورد او اقدام کنید.
- پرخاش‌گری شدید و خطر آسیب به دیگران هم یک اورژانس روان‌پزشکی است. چنین بیمارانی را جهت اقدام فوری به بیمارستان ارجاع کنید.



تظاهرات رایج:

افتلالی که باید بررسی شود: پرو به: صفحه‌ی:

۱۶	DEP	افسردگی	• انرژی کم، خستگی، مشکلات خواب یا اشتها • خلق افسرده و مضطرب، تحریک پذیری • علاقه یا لذت کم در فعالیتهایی که عموماً جالب و لذت بخش هستند. • وجود نشانگان جسمی چندگانه بدون وجود هیچ علت جسمی واضح: مانند درد و ناراحتی، تپش قلب و بی‌حسی • مشکل در انجام کارهای روزمره‌ی زندگی، مدرسه، مسؤولیتهای درون خانه و وظایف اجتماعی
۳۲	ANX	اختلال اضطرابی	• حملات شدید اضطرابی که می‌تواند بدون علت خارجی مشخص ایجاد شود. • اضطراب شدید و طولانی مدت • رفتارهای تکراری مانند شستن دست و واریسی (وسواس)
۴۸	PSY	اختلال سایکوز / دوقطبی	• رفتار غیر طبیعی یا آشفتگی: به‌عنوان مثال گفتار بی‌ربط و گسسته، غفلت از خود، ظاهر غیر عادی و ژولیده • هذیان: باور یا سوء ظن غلط که بیمار بر درستی آن اصرار می‌ورزد • توهم‌ها: شنیدن صداها یا دیدن چیزهایی که وجود ندارد • غفلت از مسؤولیت‌های معمول مربوط به کار، مدرسه، فعالیت‌های خانوادگی یا اجتماعی • علائم مانیا: چند روز بطور غیر طبیعی خوشحال بودن، بسیار پرانرژی، بیش از حد پرحرف، بسیار تحریک پذیر، بدون خواب، رفتار بی‌پروا

تظاهرات رایج:

صفحه‌ی:	پرو به:	اختلالی که باید بررسی شود:	
۶۶	DEM	دمانس	- کم شدن حافظه یا وجود مشکلاتی در آن (فراموشی شدید) و سردرگمی (آگاهی نداشتن از زمان، مکان و شخص) - مشکلات خلقی یا رفتاری از قبیل بی تفاوتی (بی علاقه به نظر رسیدن) یا تحریک پذیری - از دست دادن کنترل هیجانی: به آسانی ناراحت، تحریک پذیر یا گریان شدن - مشکل در انجام فعالیت‌های روزمره، کارهای خانه و وظایف اجتماعی
۷۴	EPI	صرع	- حملات تشنج - در جریان حمله‌ی تشنج: ✓ از دست رفتن هوشیاری یا هوشیاری مختل ✓ سفتی عضلانی ✓ گاز گرفتن زبان، بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع - پس از حمله: ضعف، گیجی، خواب آلودگی، رفتار غیر طبیعی، سردرد، درد عضلانی، یا ضعف در یک طرف بدن
۸۸	DEV	اختلال تکامل	- تأخیر تکامل: یادگیری بسیار کندتر از سایر کودکان هم‌سال خود در فعالیت‌هایی نظیر خندیدن، نشستن، ایستادن، راه رفتن، صحبت کردن/ برقراری ارتباط و سایر زمینه‌های تکامل نظیر خواندن و نوشتن - اختلال در برقراری ارتباط، رفتار محدود و تکراری - مشکل در انجام فعالیت‌های روزمره که برای سن او طبیعی تلقی می‌شود.

تظاهرات رایج:

اختلالی که باید بررسی شود: پرو به: صفحه‌ی:

- بی توجهی بیش از حد و حواس پرتی، دست کشیدن از کار قبل از به نتیجه رساندن آن و به سوی کار دیگر رفتن
- فعالیت بیش از حد: بیش از حد بدو بدو کردن، به سختی در یک جا نشستن، بیش از حد حرف زدن و بی قرار بودن
- تکانه‌ای بودن (Impulsivity) بیش از حد: غالباً بدون تفکر کارهایی را انجام دادن
- رفتارهای تکراری و مداوم که برای دیگران مزاحمت ایجاد می کند: عصبانیت‌های شدید و مکرر، رفتار بی رحمانه (برای مثال در قبال حیوانات) نافرمانی مداوم و بیش از حد، دزدی
- تغییر ناگهانی در رفتار یا ارتباط با همسالان، شامل خود را با خشم کنار کشیدن

اختلال رفتاری کودک و نوجوان

BEH

۹۶

- اقدام به خودکشی یا آسیب به خود، برنامه ریزی برای آن یا در حال حاضر به فکر آن بودن
- سابقه‌ی افکار، برنامه ریزی یا اقدام به آسیب به خود یا خودکشی

آسیب به خود/خودکشی

SUI

۱۰۶

در یک دوره‌ی معمول افسردگی، فرد مبتلا علائمی را به صورت خلق افسرده، از دست دادن علائق و لذت، و کاهش انرژی که منجر به کاهش فعالیت می‌شود؛ حد اقل به مدت دو هفته تجربه می‌کند. بسیاری از افراد مبتلا به افسردگی از درجاتی از اضطراب و شکایات جسمی، که قابل انتساب به یک بیماری مشخص نیست، نیز رنج می‌برند.

در این مدول افسردگی متوسط تا شدید در تمام دوران زندگی شامل کودکی، بزرگسالی و سالمندی مورد بحث قرار می‌گیرد.

فرد مبتلا به افسردگی متوسط تا شدید مورد نظر این راهنما، به سبب تظاهرات افسردگی در انجام کارهای معمول خود، امور مرتبط با درس خواندن، انجام کارهای خانه یا فعالیت‌های اجتماعی مشکل دارد.

درمان تظاهراتی که در حد افسردگی متوسط تا شدید نیستند در مدول سایر شکایات (OTH) مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

قابل ذکر است که افرادی که در معرض یک واقعه بسیار ناگوار قرار گرفته‌اند غالباً مشکلات روان‌شناختی با تظاهرات افسردگی را تجربه می‌کنند؛ ولی الزاماً مبتلا به افسردگی متوسط تا شدید نیستند. لذا هنگامی که فردی از نظر ابتلا به افسردگی بررسی می‌شود؛ باید علاوه بر وجود علائم، وجود اختلال در عملکرد روزمره‌ی او نیز، به دلیل تظاهرات افسردگی، مورد توجه قرار گیرد.

۱- 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

۲- آیا طی دو هفته‌ی اخیر فرد، حداقل سه مورد از سایر جنبه‌های افسردگی را داشته است؟

- کاهش تمرکز و توجه
- کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس
- احساس گناه و بی ارزش بودن
- نگاه غم انگیز و بدبینانه نسبت به آینده
- افکار آسیب رساندن به خود یا خودکشی
- اختلال خواب
- اختلال اشتها

۳- آیا فرد در انجام کارهای روزمره، وظایف خانوادگی یا فعالیتهای اجتماعی مشکل دارد؟

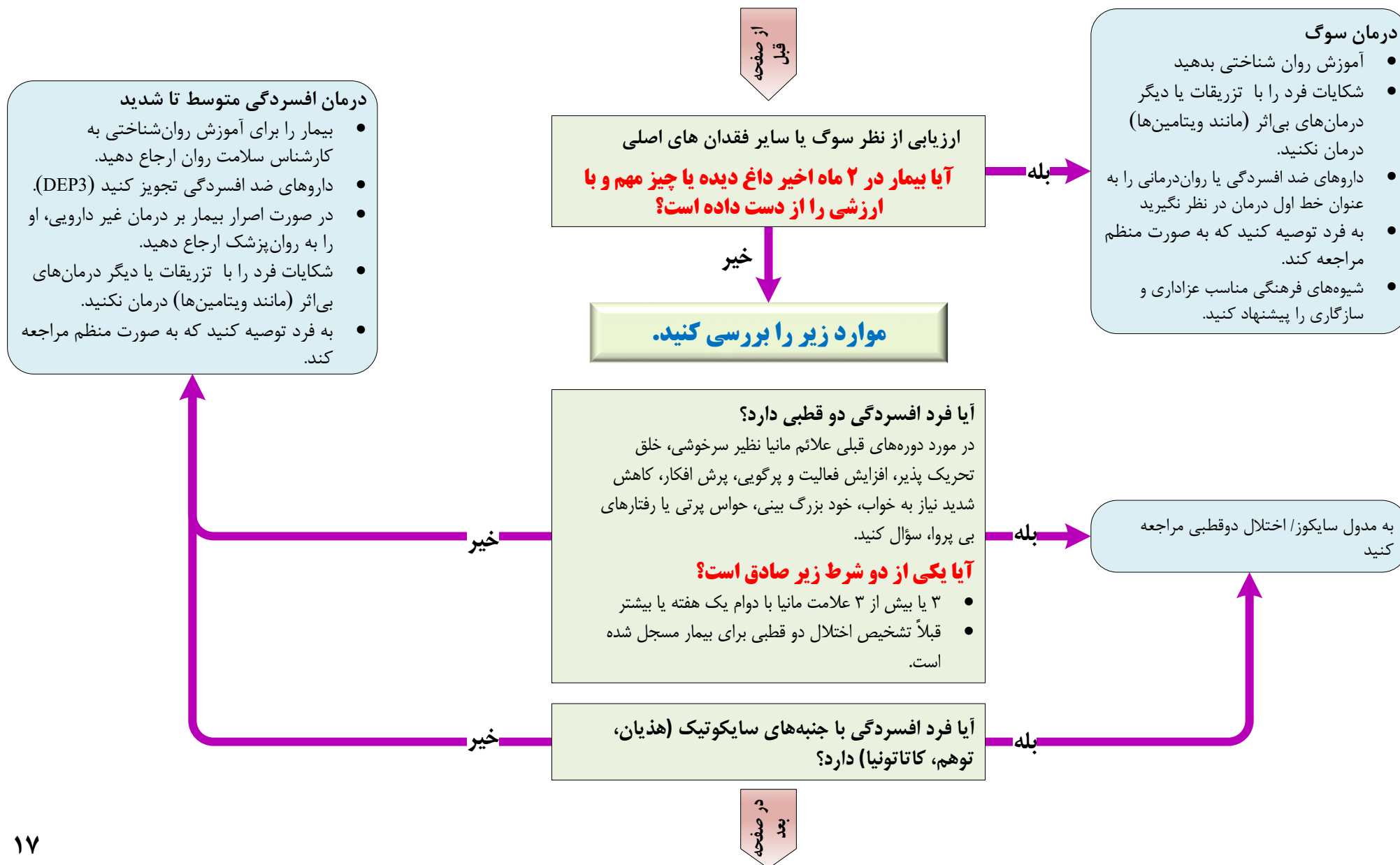
آیا پاسخ به هر سه سؤال مثبت است؟

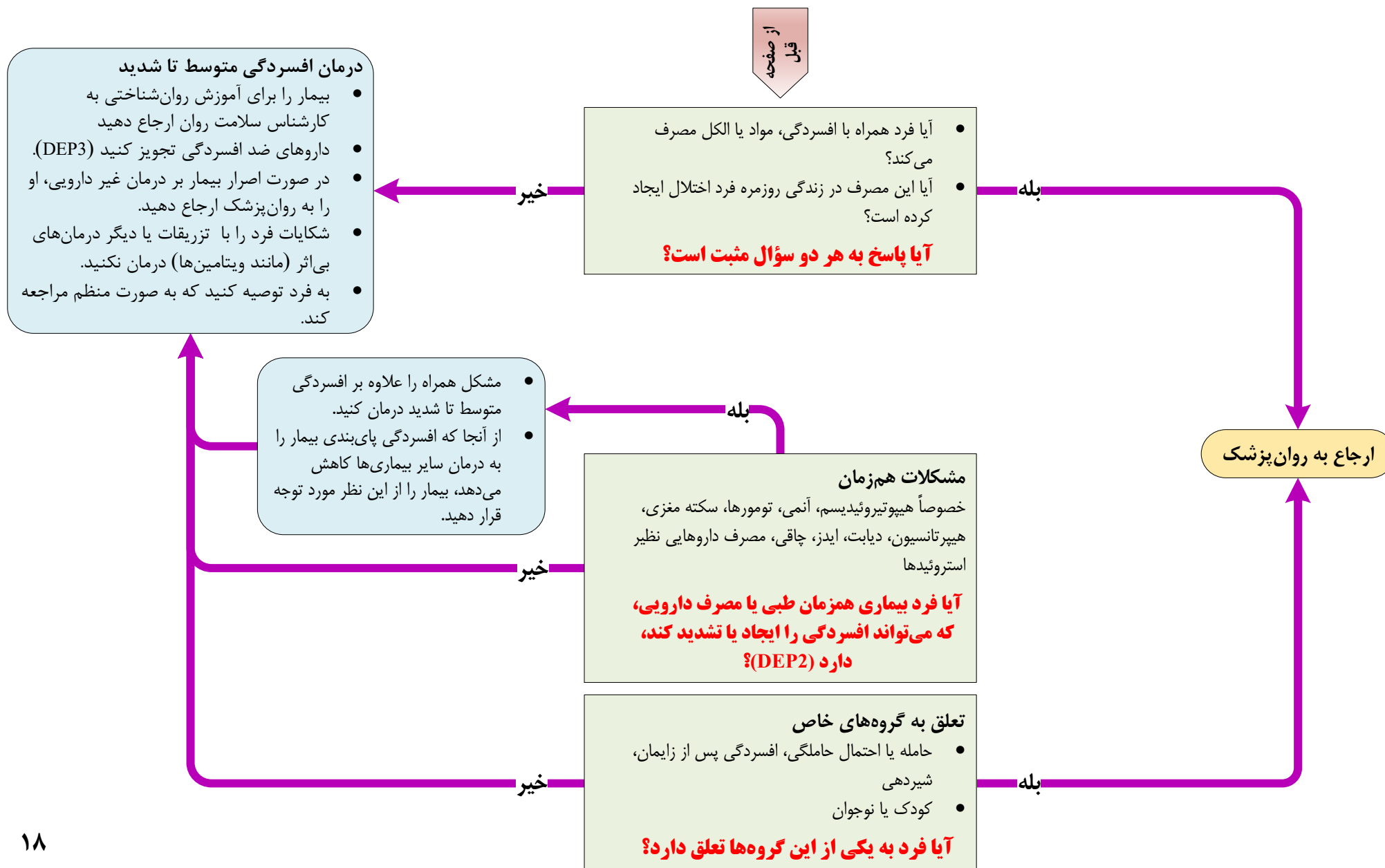
خیر

از این مدول خارج شوید و، با مرور مجدد نمودار مادر، بیمار را از نظر سایر اختلالات روانشناختی (سایر مدول‌ها) یا شکایات جسمی که از نظر طبی توجیهی ندارند (OTH)، بررسی کنید

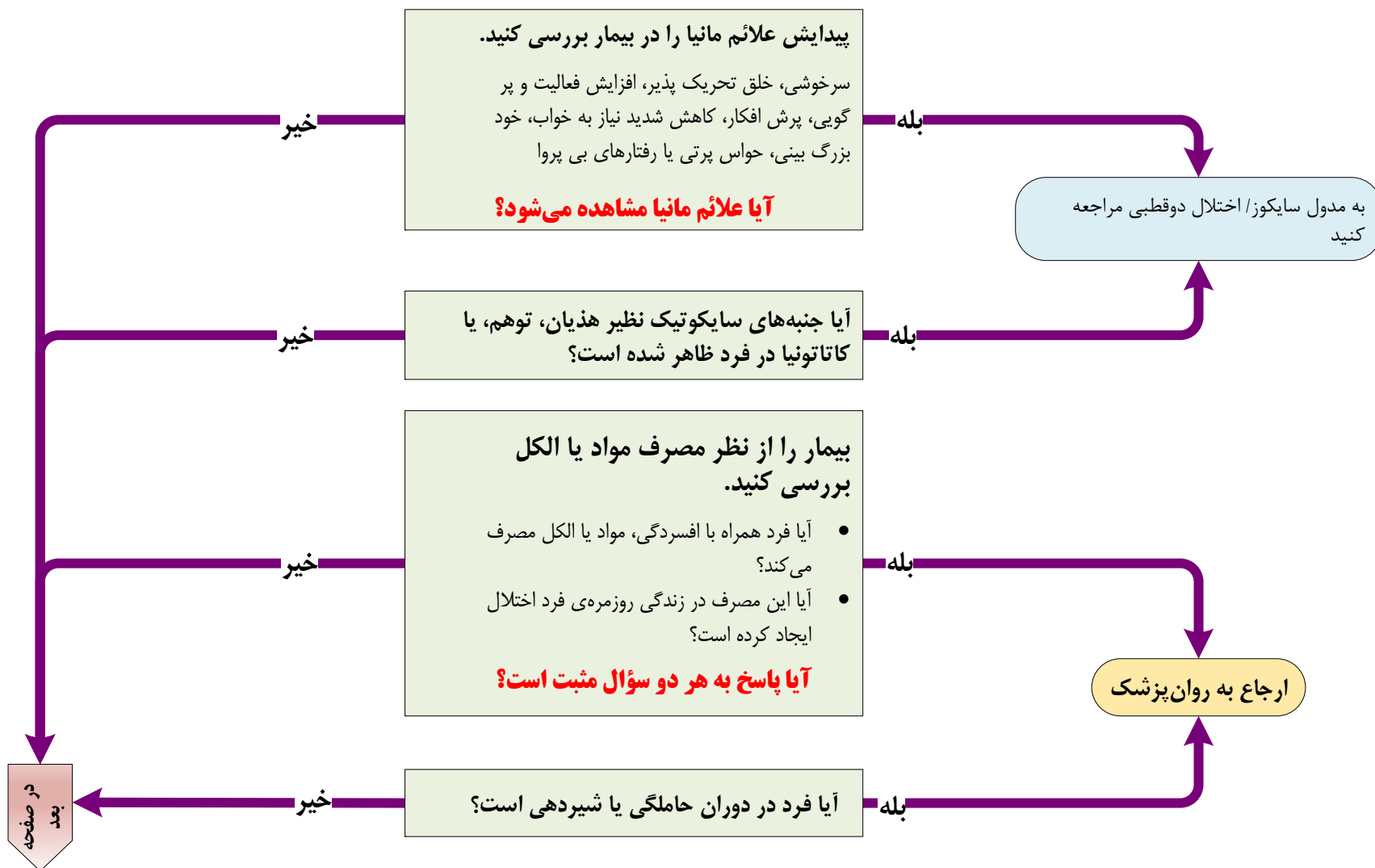
بله

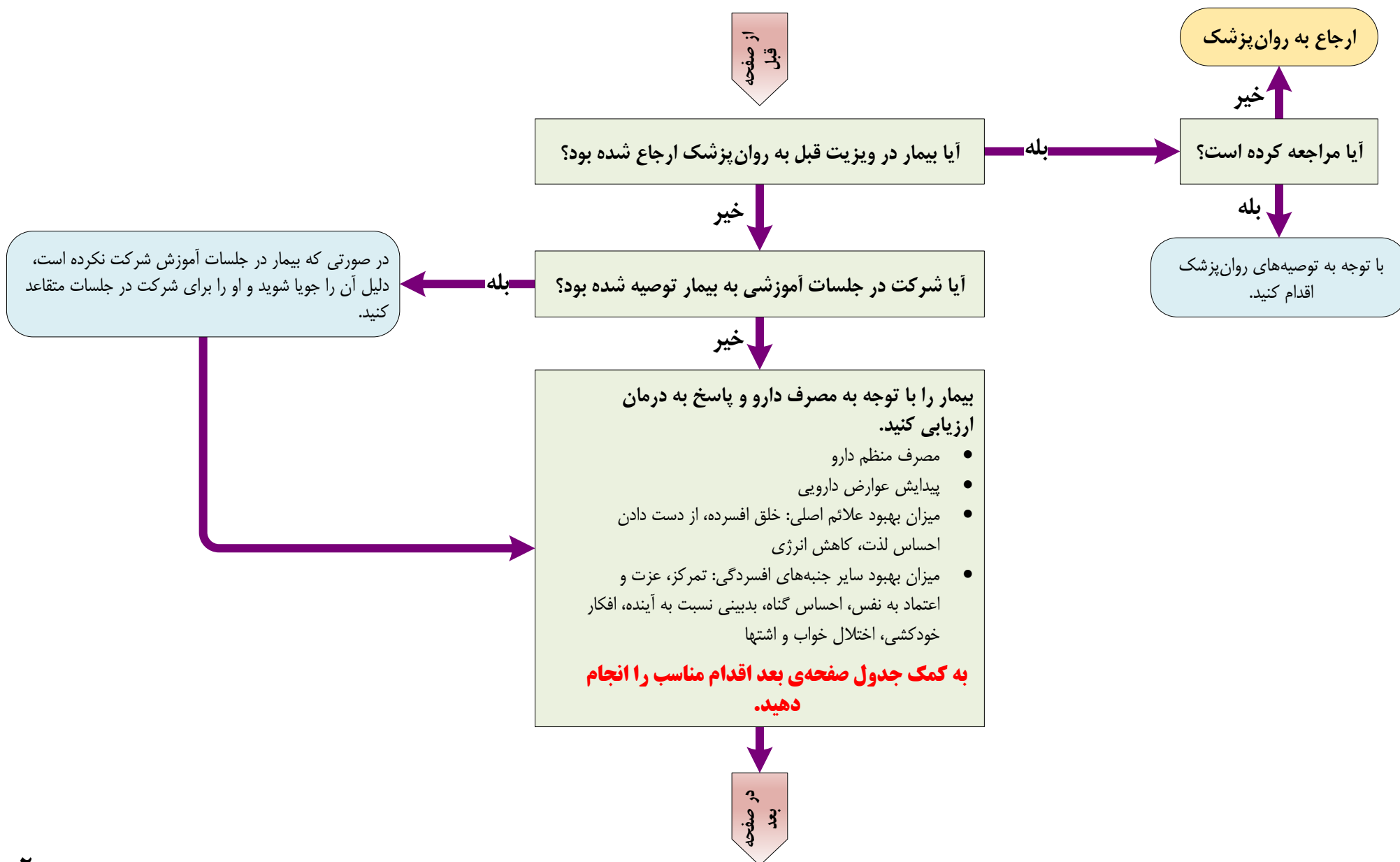
در صفحه





موارد زیر را بررسی کنید.





پاسخ به درمان		پاسخ داده است		پاسخ نداده است	
پای‌بندی به مصرف منظم دارو		عوارض دارویی		عوارض ندارد	
پای بند است		• اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، درمان را ادامه دهید • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6) • در ۶ ماه اول هر یک ماه و پس از آن در فواصل بیشتر، ترجیحاً دو ماه یک بار، بیمار را ویزیت کنید.	• اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/یا عوارض را درمان کنید و ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6)	• بیماری‌های همزمان طبی که افسردگی را ایجاد یا تشدید می‌کند، در صورت وجود، درمان کنید. • به بیماران مسن برای مشاهده‌ی پاسخ فرصت بدهید. • امکان افزایش دوز دارو یا تغییر آن را بررسی کنید. • در صورتی که افزایش دوز/تغییر دارو امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع دهید.	• امکان تغییر دارو را بررسی کنید. • در صورتی که امکان تغییر دارو وجود ندارد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع کنید.
		• علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • ممکن است پای‌بند نبودن به درمان به علت عوارض دارویی باشد و با کاهش دوز دارو و/یا درمان عوارض بیمار به درمان پای‌بند و علائم او کنترل شود. در صورت کاهش دوز دارو، پس از یک ماه بیمار را ویزیت کنید. • اگر مصرف پای‌بند نبودن ناشی از عوارض دارو است و نمی‌توان دوز آن را کاهش داد، تعویض دارو را در نظر بگیرید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	• علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. • اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، تعویض دارو را در نظر بگیرید. • بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	• علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/یا عوارض را درمان کنید و ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6)	• علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. • اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، تعویض دارو را در نظر بگیرید. • بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.

DEP2 بیماری‌های جسمی و داروهای که همراهی آنها با افسردگی شناخته شده است

۱-۲ بیماری‌های جسمی همراه با افسردگی

- « **قلبی عروقی:** بیماری عروق کرونر، فشار خون بالای کنترل نشده، نارسایی احتقانی قلب، سکته‌ی قلبی، کم خونی، دمانس عروقی
- « **سندرم درد مزمن:** فیبرومیالژی، دیستروفی سمپاتیک رفلکسی، درد مزمن لگنی، دردهای استخوانی، کمردرد
- « **دژنراتیو:** پیرچشمی، بیماری پارکینسون، بیماری هانتینگتون، پیرگوشی، بیماری آلزایمر، سایر بیماری‌های تحلیل برنده‌ی اعصاب
- « **ایمنی:** HIV/AIDS، مولتیپل اسکلروزیس (MS)، لوپوس اریتماتوی سیستمیک (SLE)، سارکوئیدوز
- « **عفونت:** بسیاری از بیماری‌های عفونی در این گروه قرار می‌گیرند.
- « **متابولیک/ غدد درون‌ریز:** سوء تغذیه، هیپر یا هیپوتیروئیدی، اختلالات الکترولیت، دیابت شیرین، اختلالات اسید و باز، COPD یا آسم، هیپوکسی، نارسایی کبد (سیروز)
- « **نئوپلاسم:** هر نوع بدخیمی خصوصاً پانکراس یا سیستم عصبی مرکزی

۲-۲ داروهای که نقش شناخته شده‌ای در ایجاد افسردگی دارند.

کلونیدین، آگونیست‌های رهاسازی گونادوتروپین (GnRH Agonists)، پروپرانولول، محرومیت از آمفتامین، محرومیت از کوکائین، اینترفرون‌ها،

رزپرین، سیکلوسرین، لوودوپا، توپیرامات، ضد هیپرلیپیدمی‌ها، دیژیتال، متیل‌دوپا، وراپامیل، بنزودیازپین‌ها، گلوکورتیکوئیدها، متوکلوپرامید، سایمتیدین، رانیتیدین، پیموزاید و سایر آنتی‌سایکوتیک‌ها، ضد حاملگی‌های خوراکی، مهار کننده‌های ACE

DEP3 درمان دارویی ضد افسردگی

هیچ درمان ضد افسردگی به طور مشخصی موثرتر از دیگری نیست و هیچ داروی خاصی به تنهایی برای تمام بیماران بهبودی به ارمغان نمی‌آورد. عوامل مربوط به بیمار و عوارض جانبی دارویی، ممکن است باعث شود یک نوع داروی ضد افسردگی را برای فردی نسبت به داروی دیگر ترجیح دهیم؛ اما تفاوت بارزی در کارایی رده‌های مختلف دارویی وجود ندارد. مهار کننده‌های انتخابی بازجذب سروتوئین (SSRIها) معمولاً داروهای ضد افسردگی خط اول برای بیماران در بخش مراقبت‌های اولیه محسوب می‌شوند، زیرا عوارض آنها کم و استفاده از آنها نیز نسبت به سایر ضدافسردگی‌ها راحت‌تر است. در خط دوم درمان می‌توان از رده‌ی ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای (TCA) استفاده کرد.

۳-۱ در انتخاب داروی ضد افسردگی باید نکات زیر را در نظر گرفت:

- « پزشک باید مشخص کند که چه داروهایی و با چه دوزی قبلاً برای بیمار موثر بوده است. به طور کلی باید داروهایی را به کار برد که عوارض جانبی کمتری دارند. زمانی که داروهایی که آثار جانبی قابل قبول دارند، فایده نداشته باشند. داروهای اثربخش را، صرف نظر از رده‌ی دارویی، باید به عنوان خط اول درمان در نظر گرفت.

« الگوی تظاهرات بالینی بیمار را در هنگام انتخاب دارو در نظر بگیرید. برای مثال در بیماری که افکار خودکشی یا آسیب به خود دارد، SSRIها داروی انتخابی است. مثال دیگر آنکه در انتخاب دارو می‌توانید به پروفایل عوارض دارویی نیز توجه کنید. برای نمونه در بیماری که دچار بی‌خوابی است از فلوکستین استفاده نکنید یا بیماری که افزایش وزن یا خواب دارد، TCA داروی انتخابی برای درمان او نیست.

« دارو بر اساس فهرست عوارض جانبی، سابقه‌ی خانوادگی پاسخ به دارو، نوع افسردگی، بیماری‌های همزمان طبی، داروهای مورد مصرف هم‌زمان و هزینه‌ی دارو انتخاب می‌شود.

« پزشک باید وضعیت بالینی بیمار را در نظر بگیرد. برای مثال در اختلالات معدی-روده‌ای، مثل اسهال مزمن یا بیماری زخم پپتیک، استفاده از رده‌ی ضدافسردگی سه حلقه‌ای (TCA) انتخاب بهتری به نظر می‌رسد.

« قبل از اعلام شکست درمان با یک نوع ضد افسردگی، باید از تجویز مقدار کافی دارو و دستیابی به طیف دوز درمانی مناسب بیمار و بقای کافی بیمار در این طیف (۴ تا ۶ هفته برای جوانان و میان‌سالان و ۶ تا ۱۲ هفته برای سالمندان) اطمینان حاصل کرد.

« قبل از قضاوت در مورد کارایی یک ضدافسردگی بیمار باید درمان با آن دارو را، در طیف دوز درمانی مناسب، حداقل به مدت ۴ تا ۶ هفته ادامه داده باشد.

« در سالمندان حتی‌المقدور از تجویز TCA خود داری کنید.

« درمان سالمندان را باید با دوزهای کمتری نسبت به جوانان و میان سالان آغاز کرد. ولی پاسخ درمانی کافی، ممکن است نیازمند رساندن دارو به دوز نگهدارنده‌ی کامل باشد.

« قبل از شروع هرگونه TCA، باید بیماران را از لحاظ بیماری‌های قلبی که استفاده از این رده‌ی دارویی را غیرمجاز خواهد ساخت، بررسی کنید:

- در بیماران بالای ۴۰ سال انجام یک ECG توصیه می‌شود.
- در بیماران زیر ۴۰ سال، اگر در شرح حال شواهدی از بیماری‌های قلبی وجود ندارد، نیازی به ECG نیست.
- پرسیدن سؤالاتی در مورد ابتلای فرد به بیماری‌های قلب، سنکوپ، تپش قلب، تنگی نفس فعالیتی، درد سینه، سابقه‌ی خانوادگی قوی مبنی بر بیماری‌های قلبی، و خصوصاً بلوک قلبی، ضروری است. در بیمارانی که در معرض خطر بیماری‌های عروق کرونر قلب هستند یا سابقه‌ای از این بیماری‌ها می‌دهند، باید از داروهای ضد افسردگی دیگری استفاده کرد. بیمارانی که قبل از شروع TCA، ECG نرمال داشته‌اند، در دوره‌ی درمان به ECG دیگری نیاز ندارند؛ مگر آنکه علایمی مبنی بر سمیت قلبی، نظیر تنگی نفس، گیجی، تپش قلب، و درد سینه از خود نشان دهند.
- در صورت تجویز TCA به بیماران قلبی عروقی، آنان را از نظر بروز هیپوتانسیون ارتواستاتیک مورد توجه قرار دهید.

۳-۲ ملاحظات کلی در مورد دارو درمانی:

« میزان پاسخ به ضد افسردگی‌ها چیزی در حدود ۷۰-۶۰ درصد گزارش شده است. البته میزان بهبودی کامل، کمتر است.

« برخی علایم هدف افسردگی (مانند اضطراب، بی‌خوابی، کم‌اشتهایی، انرژی پایین، میل جنسی) ممکن است سریع‌تر از بهبود خلق افسرده به درمان دارویی جواب دهد.

« آموزش بیمار و خانواده‌اش در مورد دوره و ماهیت بیماری افسردگی، درمان و عوارض جانبی بالقوه، دوره‌ی زمانی لازم برای شروع بهبودی و اهمیت پذیرش درمان، پایبندی به درمان را ارتقا و احتمال موفقیت را افزایش می‌دهد.

« داروهای ضد افسردگی ممکن است اپیزودهای مانیا را در بیماران دوقطبی، بارز و سایکوز نهفته را در برخی افراد مستعد، فعال کند. پایش دقیق برای چنین علایمی ضروری است.

« قطع ناگهانی هرگونه داروی ضد افسردگی ممکن است باعث بروز علائم نامطلوب یا بازگشت علایم افسردگی شود. قطع درمان نگهدارنده با ضد افسردگی‌ها باید به‌تدریج صورت پذیرد. قطع تدریجی دارو بر اساس نیمه عمر حذف ترکیب اصلی یا متابولیت‌هایش و پایش دقیق علایم افسردگی صورت می‌پذیرد.

تذکر مهم: در این نوشته به تمام عوارض جانبی و مسایل مربوط به تجویز دارو ها اشاره نشده است. حتماً قبل از تجویز هر دارو از عوارض جانبی آن، تداخلات دارویی و دیگر موارد مهم، خصوصاً در بیمارانی که هم‌زمان به سایر بیماری‌ها مبتلا هستند، اطلاع حاصل کنید.

۳-۳ در آغاز درمان موارد زیر را به بیمار و همراهان او آموزش دهید:

« داروهایتان را بدون مشورت با پزشکتان قطع نکنید.

« قطع ناگهانی داروها ممکن است منجر به بروز آثار ناخوشایندی در شما شود.

« حدود ۲ تا ۳ هفته باید از شروع مصرف دارو بگذرد تا علائم بهبودی ظاهر شود.

« دوره‌ی درمان دارویی افسردگی نسبتاً طولانی است (حدود ۱۲ ماه). این داروها هم افسردگی را درمان و هم از عود آن پیشگیری می‌کنند.

« داروهای ضد افسردگی عوارض شایعی دارند که خوشبختانه شدید و دائمی نیستند و با ادامه‌ی درمان از بین می‌روند یا از شدتشان کاسته می‌شود.

« عوارض شدید و خوشبختانه نادر دارو عبارتند از: افت شدید فشار خون، تشنج، تپش قلب شدید، تعریق و نامنظمی ضربان قلب. در صورت پیدایش این عوارض در اسرع وقت با پزشکتان تماس بگیرید.

« در صورت بروز این علائم در اولین فرصت به پزشکتان مراجعه کنید: سرخوشی، خلق تحریک پذیر، افزایش فعالیت و پرگویی، پرش افکار، کاهش شدید نیاز به خواب، خود بزرگ بینی، حواس پرتی یا رفتارهای بی پروا

« در مورد عوارض جانبی داروها یا سایر سؤالات با پزشکتان تماس بگیرید.

« داروهای ضد افسردگی اعتیاد آور نیستند.

۳-۴ فازهای درمان افسردگی

« فاز حاد: زمانی شروع می‌شود که برای بیمار تشخیص افسردگی اساسی گذاشته می‌شود و درمان با ضد افسردگی شروع می‌شود. و

زمانی خاتمه می‌یابد که علایم افسردگی کاملاً بهبود یافته باشد. به طور معمول این فاز درمانی ۲ ماه طول می‌کشد.

❖ **فاز تداوم:** زمانی شروع می‌شود که علایم بیمار به طور کامل بهبود یافته باشند. این فاز معمولاً ۹ ماه به طول می‌انجامد. در این فاز باید در مورد این که نیازی به درمان بیشتر در فاز نگهدارنده وجود دارد یا نه، تصمیم گرفت.

❖ **فاز نگهدارنده:** برای بیماران زیر باید درمان نگهدارنده با ضد افسردگی ها حد اقل به مدت یک سال تجویز شود. درصد بالایی از افرادی که اختلال افسردگی اساسی مکرر دارند، نیازمند درمان با داروهای ضد افسردگی به صورت پیشگیرانه به مدت نامحدود هستند.

- بیمارانی که حداقل ۳ اپیزود افسردگی اساسی داشته‌اند.
- بیمارانی که ۲ اپیزود افسردگی اساسی همراه با حد اقل یکی از عوامل خطر ساز زیر را داشته‌اند:

- سابقه‌ی خانوادگی قوی اختلالات خلقی،
- سابقه‌ی عود افسردگی بعد از قطع درمان موثر،
- سابقه‌ی یک بار یا بیشتر اقدام به خودکشی،
- شروع اولین اپیزود افسردگی قبل از ۲۰ سالگی،
- حد اقل دو اپیزود افسردگی اساسی طی سال گذشته
- دیستایمی همزمان

DEP4 پایش درمان ضدافسردگی: پاسخ به

درمان و عود

بیمارانی که در ابتدای یک دوره درمانی هستند یا بیمارانی که قبلاً تحت درمان با داروی دیگری بوده‌اند، نیازمند ارزیابی از نظر پاسخ به درمان

هستند. علیرغم اینکه در این زمان انتظار بهبود کامل علایم، بسیار زود هنگام به نظر می‌رسد، ولی بسیاری از بیماران بهبودی سریع در علایم افسردگی را تجربه خواهند کرد. مساله بسیار مهم این است که پزشک باید عوارض جانبی شایع دارو های ضد افسردگی را بررسی کند و با بیمار در مورد پایبندی کلی وی به درمان و میزان رضایتش صحبت کند.

در طی ویزیت، بیمار ممکن است سوالاتی را در مورد بیماری و درمان آن مطرح کند. پزشک باید از این فرصت برای برقراری رابطه، ایجاد امید و تشویق بیمار استفاده کند. به دلایل مختلفی ممکن است بیمار از دارودرمانی یا روان درمانی اجتناب کند. برخی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بدون درمان بهبود می‌یابند، ولی تعداد قابل توجهی، احتیاج به مداخله‌ی فعال برای رسیدن به بهبود کامل علایم و عملکرد دارند. به یاد داشته باشید که اختلال عملکرد ناشی از افسردگی، قابل مقایسه با اختلال عملکرد ناشی از تعدادی از بیماری‌های طبیی مزمّن است.

در مراحل اولیه‌ی درمان افسردگی، باید در مورد علایم افسردگی به بیمار آموزش داد تا به طبعی کردن تجربه‌ی بیمار از بیماری‌اش کمک کند. با آغاز بهبودی باید توجه بیمار را به عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی، که در افسردگی‌اش نقش داشته‌اند، جلب کنیم. دادن تکلیف خانه به بیمار در بین ویزیت‌ها به شما کمک می‌کند که نقش مهمی در همراهی با بیمار برای ایجاد تغییرات چشمگیر در میزان استرس‌هایش داشته باشید. نمونه‌هایی از این تکلیف‌ها عبارتند از: کم کردن استرس‌های شغلی، تماس‌های تلفنی با اعضای خانواده یا دوستان، تشویق بیماران به انجام فعالیت‌های ورزشی و سایر فعالیت‌های مثبت اجتماعی. در اغلب موارد، کند و کاو در استنباط‌های بیمار از بیماری‌اش و نگرانی‌های او در مورد درمان، مفید است. بسیاری از بیماران درک نادرستی از ماهیت بیماریشان دارند که باعث می‌شود از قبول درمان خودداری کنند. صحبت کردن با

همسر بیمار یا سایر افراد حامی و مهم (البته با اجازه‌ی خود بیمار) برای جلب حمایت آنان برای انجام درمان بسیار مفید و مهم است.

بسیاری از مطالعات موجود در مورد اثربخشی روش دارو درمانی یا روش روان درمانی یا هر دوی آنها نشان داده‌اند که حداقل یک بهبود نسبی (کاهش ۵۰ درصدی علایم) طی ۴ تا ۶ هفته از شروع درمان دیده می‌شود. پاسخ کامل، که به معنای وجود حداقل علایم یا از بین رفتن تمام علایم است، معمولاً احتیاج به زمان طولانی‌تری دارد و بهبود کامل عملکرد روانی – اجتماعی ممکن است چند ماه طول بکشد.

ممکن است بیماران درمان را، در صورتی که علایم بهتر نشود، یا با فروکش کردن سریع علائم، قطع کنند. در ویزیتی که ۴ هفته پس از شروع درمان از بیمار به عمل می‌آورید، تعدیل‌های لازم درمانی را انجام دهید، به بیمار آموزش‌های لازم را بدهید و میزان پایبندی او را به درمان ارزیابی کنید. این ویزیت فرصت بسیار مناسبی است تا بیمار را در مورد ادامه‌ی درمان متقاعد کنید. در موارد عدم همکاری در مصرف دارو، سعی کنید علت عدم همکاری را مشخص کنید (به عنوان مثال عوارض، هزینه‌ها، اعتقادات فرد در مورد اختلال و درمان)

در مواردی که پاسخ به درمان ناکافی است (علائم بدتر شده یا بعد از چهار تا شش هفته بهتر نشده‌اند)، تشخیص را، با در نظر گرفتن احتمال وجود بیماری‌های همراه، مجدداً بررسی کنید. بررسی کنید که آیا فرد داروها را منظم و با ماکزیمم دوز تجویز شده مصرف کرده است. افزایش دوز را در نظر داشته باشید. چنانچه علائم بعد از ۶-۴ هفته مصرف دوز ماکزیمم هنوز ادامه دارد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

افسردگی اساسی بیماری مزمّن است که نتایج درمانی آن در طبعی از بسیار عالی تا بسیار ضعیف قرار می‌گیرد. تجربه مجدد اپیزود افسردگی، در ۵۰ درصد بیمارانی که یک اپیزود افسردگی اساسی را تجربه کرده‌اند، دیده

شده است و هر قدر تعداد اپیزودها بیشتر باشد، احتمال بروز اپیزودهای آتی افسردگی هم بیشتر است.

DEP5 پایش درمان ضدافسردگی: عوارض

جانبی

عوارض جانبی کوتاه مدت شایع SSRIها که روی میزان پایبندی به درمان تاثیر می‌گذارند عبارتند از: بی‌خوابی، بی‌قراری و اضطراب، کاهش اشتها، سردرد، تهوع و مدفوع شل. اگر رژیم‌های درمانی با دوزهای پایین (مثلاً ۱۰mg فلوکستین) شروع شود، ممکن است شدت عوارض جانبی کاهش یابد. مصرف دارو در صبح‌ها، به بهتر شدن بی‌خوابی کمک می‌کند. SSRIها را می‌توان با ترازدون (Trazodone) (معمولاً دوزهای ۲۵ تا ۱۰۰mg) تجویز کرد تا بی‌خوابی کنترل شود. شایع‌ترین عارضه‌ی جانبی بلند مدت SSRIها، اختلال عملکرد جنسی (کاهش لیبدو، ارگاسم تأخیری با کاهش لوبریکاسیون واژن در زنان) است. توصیه شده است از بوپروپیون یا داروهایی نظیر یوهیمبین (Yohimbine) یا سیپروهپتادین هم استفاده شود تا این عارضه جانبی کاهش یابد. در صورت جدی بودن این عارضه، بیمار به روان‌پزشک ارجاع شود.

چنانچه فردی که SSRIها را مصرف می‌کند، دچار آکاتیژیای (بی‌قراری از درون یا ناتوانایی در آرام نشستن) طول کشیده یا شدید شد، تبدیل دارو را به ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای بررسی کنید. همچنین می‌توانید برای مدت کوتاه (یک هفته) از پروپرانولول، کلردیازپوکساید یا دیاپام (۱۰-۲ میلی‌گرم در روز)، استفاده کنید. در صورت تغییر دارو به TCA، احتمال تحمل کمتر فرد، در مقایسه با SSRIها، و همچنین افزایش خطر

مسمومیت قلبی و مسمومیت در اثر مصرف بیش از حد این داروها را مد نظر داشته باشید.

حتماً دقت کنید که برای قطع یک دارو و شروع داروی بعدی، داروی قبلی را به تدریج قطع کنید. مهم‌ترین علایم نامطلوب قطع ناگهانی دارو شامل منگی، تهوع یا استفراغ، درد، احساس لرز، اضطراب، تحریک پذیری و دوره‌های گریه است. همچنین ممکن است افسردگی عود کند. این علایم معمولاً بین ۱ تا ۳ روز از قطع دارو دیده می‌شود. این حالت در مورد فلوکستین دیده نشده است که ممکن است به علت نیمه عمر بسیار طولانی آن باشد.

نکته‌ی مهم دیگری که باید در مورد آن احتیاط کنید، احتمال بروز سندروم مرکزی سروتونین است که بسیار نادر ولی بالقوه وخیم است و ممکن است در طی تغییر از یک دارو به داروی دیگر بویژه از دسته داروهای SSRIها، روی دهد. علایم آن شامل تعریق، تب، تاکی‌کاردی، هایپرتانسیون، تغییر وضعیت روانی و علایم شدیدتر شامل تب شدید، کلاپس قلبی - عروقی و در نهایت مرگ است. خطر بروز سندروم، زمانی افزایش می‌یابد که دو داروی سروتونرژیک با هم یا با فاصله خیلی کم تجویز شوند. توصیه می‌شود که حداقل به اندازه ۵ برابر نیمه عمر یک دارو یا متابولیت‌هایش صبر کنیم تا بتوانیم درمان را با داروی دوم آغاز کنیم.

DEP6 خاتمه‌ی درمان با ضدافسردگی‌ها

زمانی می‌توان داروهای ضدافسردگی فردی را قطع کرد که اولاً بعد از ۱۲-۹ ماه مصرف داروهای ضدافسردگی، علایم افسردگی نداشته یا علایم به حداقل رسیده باشد؛ و ثانیاً در طول مدت درمان توانسته باشد فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی خود را انجام دهد.

۶-۱ قطع دارو را به صورت زیر انجام دهید:

- « در صورت هر گونه تردید در ارتباط با قطع دارو با روان‌پزشک مشورت کنید.
- « در مورد قطع تدریجی داروها و درمان با فرد صحبت کنید.
- « در مورد TCAها و بیشتر SSRIها (سریع‌تر در مورد فلوکستین): دوز دارو را تدریجاً در عرض یک دوره‌ی حداقل ۴ هفته‌ای کاهش دهید. برای بعضی افراد، ممکن است زمان بیشتری نیاز باشد.
- « به بیمار در مورد احتمال بروز علایم قطع/محرومیت، در زمان کاهش یا قطع داروها تذکر دهید. همچنین یادآور شوید که این علایم اغلب خفیف و خود محدود شونده است، لیکن در بعضی موارد و به ویژه در موارد قطع سریع دارو، می‌تواند شدید باشد.
- « در مورد علایم 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 کنید.
- « پیام‌های مربوط به آموزش روان‌شناختی را تکرار کنید.

۶-۲ علایم ناشی از قطع داروهای ضد افسردگی را پایش

نماید

- « علایم شایع: سرگیجه، خارش، اضطراب، تحریک‌پذیری، خستگی، سردرد، تهوع، مشکلات خواب
- « علایم محرومیت خفیف: ضمن اطمینان‌بخشی به بیمار، علایم را پایش کنید.

جدول شماره ۱- میزان داروی مورد نیاز از SSRI ها #

دارو	دوز برای بزرگسالان	دوز برای سالمندان	توضیحات
سیتالوپرام	شروع: ۱۰-۲۰ mg/day	شروع: ۱۰ mg/day	در مورد نارسایی خفیف تا متوسط کلیه نیازی به تعدیل دوز نیست.
	طیف: ۲۰-۴۰ mg/day		در مورد بیماران دچار نارسایی کبدی و سالمندان تنها زمانی ۴۰ میلی گرم در روز را به کار ببرید که بیمار به ۲۰ میلی گرم در روز پاسخ نداده باشد.
	حد اکثر: ۶۰ mg/day	حد اکثر: ۴۰ mg/day	
فلوکستین	شروع: ۱۰-۲۰ mg/day	شروع: ۱۰ mg/day	دوزهای بیش از ۲۰ میلی گرم در روز را در یک برنامه ی یک بار در روز (صبح) یا دو بار در روز (صبح و بعد از ظهر) به کار ببرید
	طیف: ۲۰-۴۰ mg/day		
	حد اکثر: ۶۰ mg/day	حد اکثر: ۶۰ mg/day	
فلوکسامین	شروع: ۲۵ mg/day	شروع: ۱۰ mg/day	برای بیماران ضعیف دوز سالمندان را به کار ببرید.
	طیف: ۲۵-۱۵۰ mg/day		صبح ها مصرف شود
	حد اکثر: ۲۰۰ mg/day	حد اکثر: ۴۰ mg/day	در فواصل یک هفته ای دوز را به میزان مناسب افزایش دهید.
سرتالین	شروع: ۲۵ mg/day	شروع: ۲۵ mg/day	برای کاهش عوارض گوارشی بهتر است پس از غذا مصرف شود.
	طیف: ۵۰-۱۵۰ mg/day	طیف: ۵۰-۱۵۰ mg/day	
	حد اکثر: ۲۰۰ mg/day	حد اکثر: ۲۰۰ mg/day	

بر اساس تجارب بالینی در کشور ما گاه ضرورت پیدا می کند که دوز شروع و حداکثر، پائین تر از مقادیر یاد شده در جدول فوق باشد.

« علائم محرومیت شدید: داروهای ضدافسردگی را با دوز مؤثر مجدداً تجویز و پس از برطرف شدن علائم محرومیت، با سرعت کمتر و تدریجی تر آن را کاهش دهید.

« در صورت بروز علائم قطع/محرومیت قابل توجه، بیمار را به روان پزشک ارجاع دهید.

۳-۶ بروز مجدد علائم افسردگی در جریان محرومیت از ضد افسردگی ها، 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.

جدول شماره ۲- میزان داروی مورد نیاز از TCA ها #

دارو	دوز برای بزرگسالان	دوز برای سالمندان
نورتریپتیلین	شروع: ۲۵ mg/day	شروع: با دوز پائین تر
	طیف: ۵۰-۲۰۰ mg/day	طیف: ۲۵-۵۰ mg/day *
دزپرامین	طیف: ۷۵-۲۰۰ mg/day	شروع: با دوز پائین تر
		طیف: ۲۵-۱۵۰ mg/day
دوکسپین	شروع: ۲۵-۷۵ mg/day	استفاده از این دارو برای سالمندان توصیه نمی شود
	طیف: ۵۰-۲۰۰ mg/day	
	حد اکثر: ۳۰۰ mg/day	
آمی تریپتیلین	شروع: ۲۵-۱۰۰ mg/day	استفاده از این دارو برای سالمندان توصیه نمی شود
	طیف: ۵۰-۲۰۰ mg/day	
	حد اکثر: ۳۰۰ mg/day	
ایمی پرامین	طیف: ۷۵-۲۰۰ mg/day	استفاده از این دارو برای سالمندان توصیه نمی شود
تری می پرامین	شروع: ۲۵-۷۵ mg/day *	شروع: ۲۵-۷۵ mg/day
	طیف: ۵۰-۱۵۰ mg/day	طیف:
	حد اکثر: ۲۰۰ mg/day	حد اکثر: ۱۰۰ mg/day

بر اساس تجارب بالینی در کشور ما گاه ضرورت پیدا می کند که دوز شروع و حداکثر، پائین تر از مقادیر ذکر شده در این جدول باشد

* در دوزهای منقسم

افسردگی	جزئیات مدافله	DEP
---------	---------------	-----

جدول شماره ۳- عوارض جانبی و احتیاطات مصرف داروهای ضدافسردگی

دارو	عوارض مهم	موارد منع مصرف	موارد استفاده با احتیاط	توصیه های لازم
سیتالوپرام	خواب آلودگی، بی‌خوابی، تهوع، خشکی دهان، تعریق، اضطراب، بی‌اشتهایی، بی‌قراری، خمیاژه، راش، خارش، اختلال عملکرد جنسی، اسهال، سوء هاضمه، استفراغ، شکم درد، افزایش وزن، ترمور، آرترالژی، میالژی، سرخه، رینیت، سینوزیت	حساسیت مفرط به دارو یا ترکیبات مشابه استفاده همزمان از MAOIs یا طی ۲ هفته پس از خاتمه‌ی مصرف آنها، نارسایی شدید کلیوی	بیماران با اختلال کبدی یا کلیوی، بیماران سالمند، استفاده همزمان از داروهای تضعیف کننده‌ی CNS، سابقه‌ی تشنج، سابقه‌ی صدمه مغزی، استفاده از دارو های پایین آورنده‌ی آستانه‌ی تشنج، استفاده‌ی همزمان NSAIDs، ASA یا دیگر داروهای دیگر موثر در انعقاد، شیردهی	اضطراب، عملکرد اجتماعی، حملات هراس، هیپومانیا، مانیا، خصومت، آکاتیزیا و تکانشی شدن پایش شود. از انجام کارهایی که به دقت و احتیاط احتیاج دارند خودداری شود. در نارسایی کبدی از دوز پایین‌تر استفاده شود. برای قطع دارو از روش کم کردن تدریجی استفاده شود. از مصرف الکل پرهیز شود.
فلوکستین	خواب‌آلودگی، بی‌خوابی، سردرد، گیجی، خستگی، خشکی دهان، اسهال، تهوع، انزال دیررس، ضعف، لرز، درد قفسه‌ی سینه، افزایش فشار خون، بی‌قراری، خواب‌های آشفته، خمیاژه، فراموشی، سرگیجه، خارش، کاهش لیبیدو، تپش قلب، بی‌قراری، اضطراب، عصبی شدن، راش، کاهش میل جنسی، یبوست، بی‌اشتهایی، سوء هاضمه، نفخ، استفراغ، کاهش وزن، ترمور، پارستزی، اختلالات بینایی، وزوز گوش، افزایش تعریق، درد شکم، تکرر ادرار، تاری دید، فارتیزیت، سینوزیت، ضعف، ترمور، وازودیلاتسیون، خونریزی، منگی، تفکرات غیر عادی، ناپایداری عاطفه، افزایش وزن، عقیمی، درد گوش، علائم شبه آنفولانزا	حساسیت مفرط به دارو یا ترکیبات مشابه استفاده‌ی همزمان از MAOIs یا طی ۲ هفته پس از خاتمه‌ی مصرف آنها استفاده‌ی همزمان از تیوریدازین یا مزوریدازین	بیماران با اختلال کبدی یا کلیوی، سالمندان، افزایش خطرات درمان با ECT، بیماران دیابتی، حاملگی، بیماران در معرض خطر خونریزی، استفاده از داروهای موثر در انعقاد، سابقه‌ی تشنج، سابقه‌ی ضربه مغزی، الکلیسم، استفاده از داروهای پایین آورنده‌ی آستانه‌ی تشنج، شیردهی	اضطراب، عملکرد اجتماعی، حملات هراس، هیپومانیا، مانیا، آکاتیزیا، تغییرات وزن، تغذیه و خواب پایش شود. از انجام کارهایی که به دقت و احتیاط احتیاج دارند خودداری شود. صبح‌ها مصرف شود. درمان با MAOIs، تیوریدازین و مزوریدازین نباید در فاصله‌ی ۵ هفته پس از قطع این دارو آغاز شود. برای قطع دارو از روش کم کردن تدریجی استفاده شود. از مصرف الکل پرهیز شود.
فلوکسامین	خواب‌آلودگی، بی‌خوابی، سردرد، منگی، تهوع، مانیا، اسهال، خشکی دهان، ضعف، تپش قلب، هیپومانیا، سرگیجه، تفکرات غیرعادی، بی‌قراری، اضطراب، ناخوشی، فراموشی، خمیاژه، برانگیختگی CNS، افسردگی، کاهش لیبیدو، دل درد، استفراغ، سوء هاضمه، یبوست، مزه بد دهان، بی‌اشتهایی، افزایش وزن، انزال دیررس، تکرر ادرار، عقیمی، احتباس ادرار، نرسیدن به ارگاسم، ترمور، تاری دید، تنگی نفس، تعریق	حساسیت مفرط به دارو یا ترکیبات مشابه استفاده‌ی همزمان از MAOIs یا طی دو هفته پس از خاتمه‌ی مصرف آنها استفاده‌ی همزمان از پیموزاید، تیوریدازین، مزوریدازین، سیزاپراید، استمیزول، ترفنادین	بیماران با اختلال کبدی یا کلیوی، سالمندان، بیماران در معرض خطر خونریزی، استفاده از داروهای موثر در انعقاد، سابقه‌ی تشنج، سابقه‌ی ضربه‌ی مغزی، الکلیسم، استفاده از داروهای پایین آورنده‌ی آستانه‌ی تشنج، حاملگی، نارسایی کلیوی یا سایر بیماری‌های زمینه‌ای مثل بیماری‌های قلبی عروقی	اضطراب، عملکرد اجتماعی، حملات هراس، هیپومانیا، مانیا، آکاتیزیا، تغییرات وزن، تغذیه و خواب پایش شود. از انجام کارهایی که به دقت و احتیاط احتیاج دارند خودداری شود. در بیماران دچار نارسایی کبدی و سالمندان دوز کاهش داده شود. دارو در زمان خواب مصرف شود. در دوزهای بالاتر از ۵۰ mg در دوزهای منقسم مصرف شود و بخش عمده هنگام خواب باشد. از مصرف الکل پرهیز شود.

افسردگی	جزئیات مدافله	DEP
---------	---------------	-----

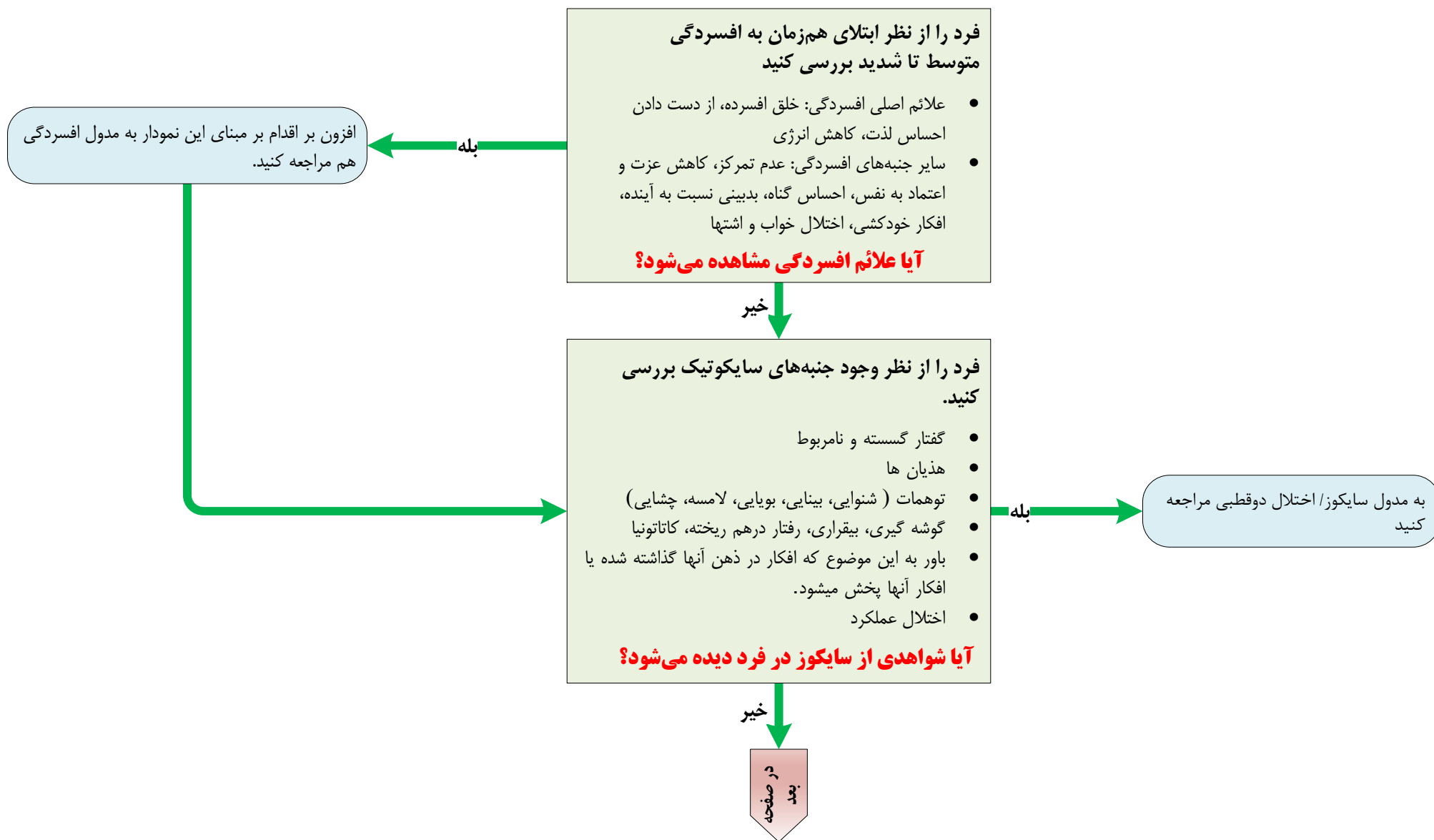
ادامه‌ی جدول ۳- عوارض جانبی و احتیاطات مصرف داروهای ضدافسردگی

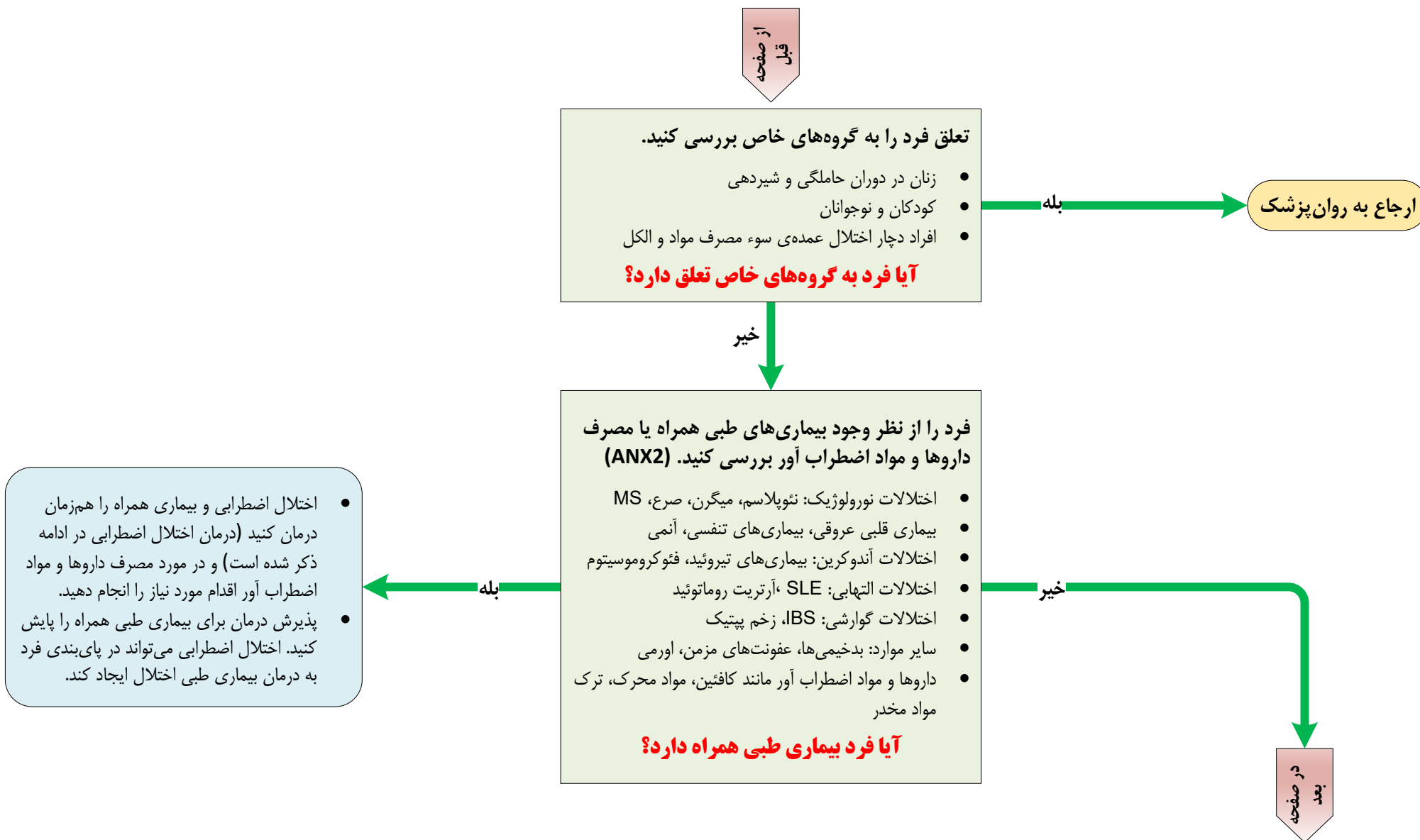
دارو	عوارض مهم	موارد منع مصرف	موارد استفاده با احتیاط	توصیه های لازم
سرترالین	خواب‌آلودگی، بی‌خوابی، گیجی، سردرد، خستگی، خشکی دهان، اسهال، تهوع، اختلال انزال، تپش قلب، بی‌قراری، اضطراب، عصبی شدن، راش، کاهش میل جنسی، یبوست، بی‌اشتهایی، سوء هاضمه، نفخ، استفراغ، افزایش وزن، ترمور، پارسیزی، اختلالات بینایی، وزوز گوش، افزایش تعریق	حساسیت مفرط به دارو یا ترکیبات مشابه، استفاده همزمان از MAOIs یا طی دو هفته پس از خاتمه‌ی مصرف آنها، استفاده‌ی همزمان از پیموزاید	تمایلات خودکشی، سالمندان و افراد ناتوان، افزایش خطرات درمان با ECT، اختلالات همراه با تشنج، نارسایی کلیه و کبد، اختلالات پلاکتی، استفاده‌ی همزمان از داروهای کاهنده‌ی آستانه‌ی تشنج، استفاده‌ی همزمان از داروهای تضعیف کننده‌ی CNS، مصرف همزمان وارفارین، TCA، لیتیم، سوماتریتپتان و سایمیتیدین، مصرف همزمان NSAIDs، ASA یا دیگر داروهای دیگر موثر در انعقاد، شیردهی، حاملگی	در صورتی که تغییرات رفتاری، افکار خودکشی، بی‌قراری و تحریک پذیری پیدا شود، فوراً به پزشک اطلاع داده شود. در بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی ممکن است باعث بروز مانیا یا هیپومانیا شود. ترجیحاً هنگام خواب استفاده شود. از انجام کارهایی که به دقت و احتیاط احتیاج دارند، خودداری شود. از مصرف الکل پرهیز شود. قطع دارو باید به صورت تدریجی صورت گیرد. در صورت نیاز به افزایش دوز، در فواصل حداقل یک هفته‌ای افزایش داده شود.
چند حلقه‌ای‌ها	خواب‌آلودگی، یبوست، خشکی دهان، چاقی و افزایش وزن، تاری دید، افت وضعیتی فشار خون، اختلالات هدایتی قلب، احتباس ادرار، تشدید گلوکوم، اختلالات جنسی، ترمور، عوارض کبدی و راش های جلدی، گاینکوماستی و آمنوره، تهوع و استفراغ	حساسیت مفرط به دارو یا ترکیبات مشابه، استفاده همزمان از MAOIs یا طی دو هفته پس از خاتمه‌ی مصرف آنها	تمایلات خودکشی، سالمندان و افراد ناتوان، افزایش خطرات درمان با ECT، اختلالات همراه با تشنج، شیردهی، حاملگی، نارسایی کبدی و کلیوی، استفاده همزمان از داروهای تضعیف کننده‌ی CNS	در صورتی که تغییرات رفتاری، افکار خودکشی، بی‌قراری و تحریک پذیری پیدا شود، فوراً به پزشک اطلاع داده شود. در بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی ممکن است باعث بروز مانیا یا هیپومانیا شود. در صورت ایجاد خواب‌آلودگی، هنگام خواب استفاده شود. از انجام کارهایی که به دقت و احتیاط احتیاج دارند خودداری شود. از مصرف الکل پرهیز شود. قطع دارو باید به صورت تدریجی صورت گیرد.

اضطراب جزء طبیعی و اجتناب ناپذیری در زندگی هر فرد است. اضطراب یک واژه‌ی کلی و در برگیرنده‌ی تغییرات جسمی، روانی و رفتاری است که در رویارویی با تهدید و خطر، به طور خودکار رخ می‌دهد. این تغییرات شامل احساس منتشر، ناخوشایند و مبهمی از هراس در کنار نشانه‌های اتونوم و همچنین گیجی، تعریق، اسهال، افزایش فشار خون، تپش قلب، گشادی مردمک‌ها، بی‌قراری و لرزش، افزایش ضربان قلب، تکرر و فوریت ادراری به همراه گزگز اندام‌ها و سنکوپ است. اضطراب زمانی به عنوان یک اختلال تلقی می‌شود که در موقعیت‌هایی ایجاد شود که خطر واقعی وجود ندارد، یا تخمین بیش از حدی از خطر وجود دارد و یا اینکه پس از رفع موقعیت مخاطره‌آمیز، بیش از حد معمول طول بکشد.

انواع اختلالات اضطرابی که در این بخش آورده شده‌اند شامل اختلال هراس یا پانیک (حملات اضطرابی تکرارشونده)، اختلال وسواس فکری-عملی (مانند وسواس شست‌وشو یا واریسی)، اختلال اضطراب منتشر (علائم ذهنی و جسمی اضطراب به طور طولانی مدت) و اختلال استرس پس از سانحه (علائم اضطرابی پس از وقایع تروماتیک) است.

اختلالات اضطرابی مزمن می‌تواند میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی را افزایش دهد. این امر منجر به افزایش موربیدیت، استفاده‌ی بیش از حد از خدمات مراقبت سلامت و اختلال عملکرد می‌شود. شناخت زودرس این اختلالات، درمان آنها را تسهیل می‌کند و باعث کاهش فشار، ناتوانی و بار بیماری می‌شود. از این روست که پزشکان باید بتوانند به سرعت، اختلالات اضطرابی را تشخیص دهند و درمان را آغاز کنند. در حال حاضر درمان‌های موجود دارویی و غیردارویی اضطراب در زمره‌ی موثرترین درمان‌ها در روان‌پزشکی هستند.





از صفحه

همه‌ی موارد زیر را بررسی کنید.

آیا فرد دچار حملات اضطرابی تکرار شونده است؟

- حملات شدید اضطرابی که تکرار شونده است و همراه با علائم جسمی و روان‌شناختی است.
- حملات به صورت خود به خود و بدون محرک بیرونی هم رخ می‌دهد.
- بیمار نگران بروز حملات مجدد است یا این حملات باعث اختلال در فعالیت‌های روزمره‌ی فرد شده است

آیا هر سه معیار فوق وجود دارد؟

بله (Panic)

- آموزش روان‌شناختی و مداخلات ساده غیر دارویی: بیمار را به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.
- درمان دارویی با یک داروی مهارکننده‌ی انتخابی سروتونین (SSRI)
- تجویز بنزودیازپین به صورت کوتاه مدت
- تذکر به بیمار که آثار دارو پس از دو تا سه هفته ظاهر می‌شود و دوره‌ی درمان حداقل یک سال است.

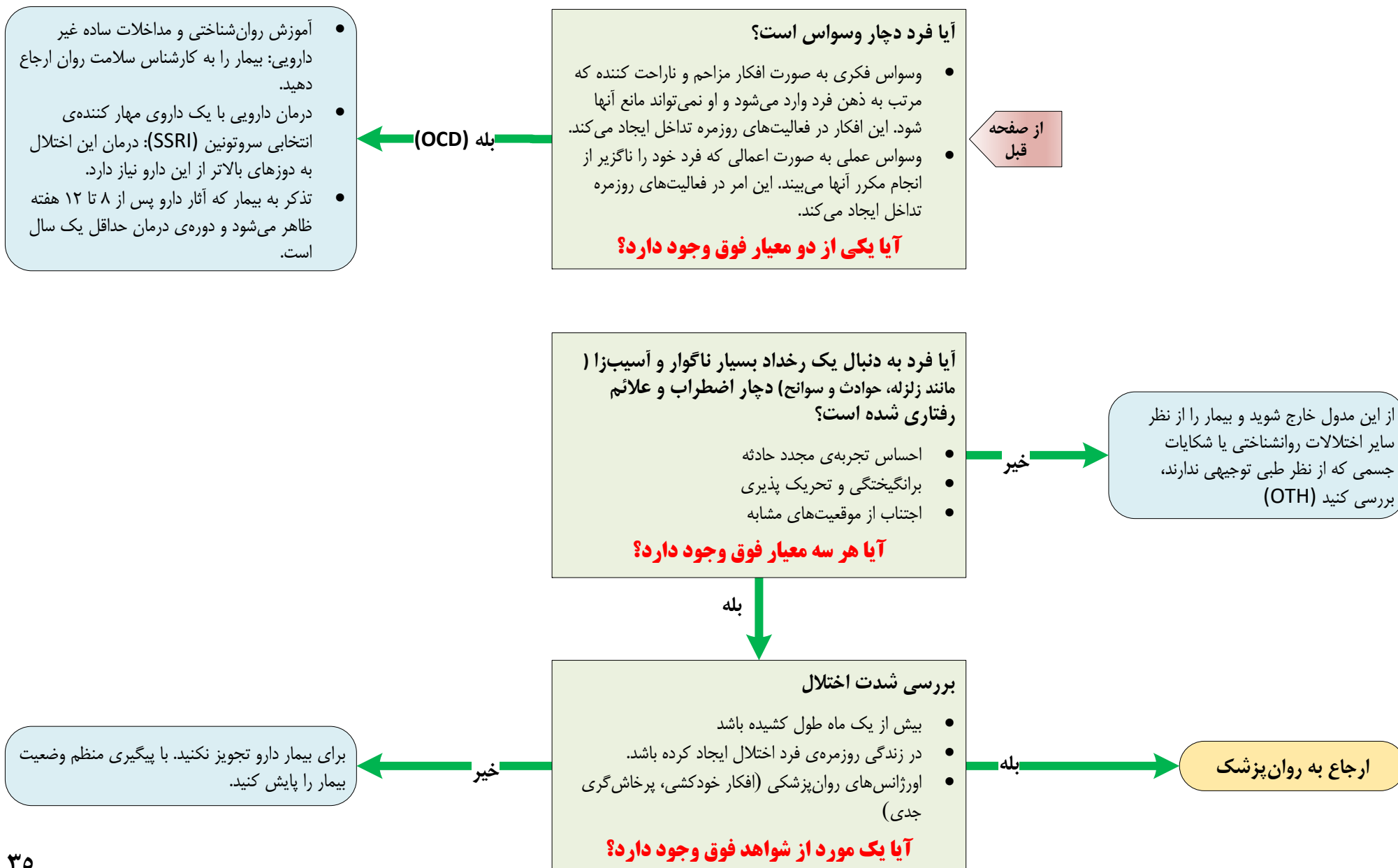
آیا فرد دچار اضطراب‌های طولانی مدت است؟

- نگرانی و اضطراب در مورد مسائل مختلف به مدت ۶ ماه یا بیشتر به گونه‌ای که در فعالیت‌های روزمره فرد اختلال ایجاد کرده باشد.
- وجود علائم جسمی و روانی مانند تپش قلب، بی‌قراری، تحریک پذیری، اختلال خواب، دردهای عضلانی، لرزش

آیا هر دو معیار فوق وجود دارد؟

بله (GAD)

در صفحه



موارد زیر را بررسی کنید.

پیدایش علائم افسردگی را در بیمار بررسی کنید.

- علائم اصلی افسردگی: خلق افسرده، از دست دادن احساس لذت، کاهش انرژی
- سایر جنبه‌های افسردگی: عدم تمرکز، کاهش عزت و اعتماد به نفس، احساس گناه، بدبینی نسبت به آینده، افکار خودکشی، اختلال خواب و اشتها

آیا علائم افسردگی مشاهده می‌شود؟

بله

افزون بر اقدام بر مبنای این نمودار به مدول افسردگی هم مراجعه کنید.

خیر

پیدایش جنبه‌های سایکوتیک را در بیمار بررسی کنید.

- گفتار گسسته و نامربوط
- هذیان‌ها
- توهمات (شنوایی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی)
- گوشه‌گیری، بیقراری، رفتار درهم ریخته، کاتاتونیا
- باور به این موضوع که افکار در ذهن آنها گذاشته شده یا افکار آنها پخش می‌شود.
- اختلال عملکرد

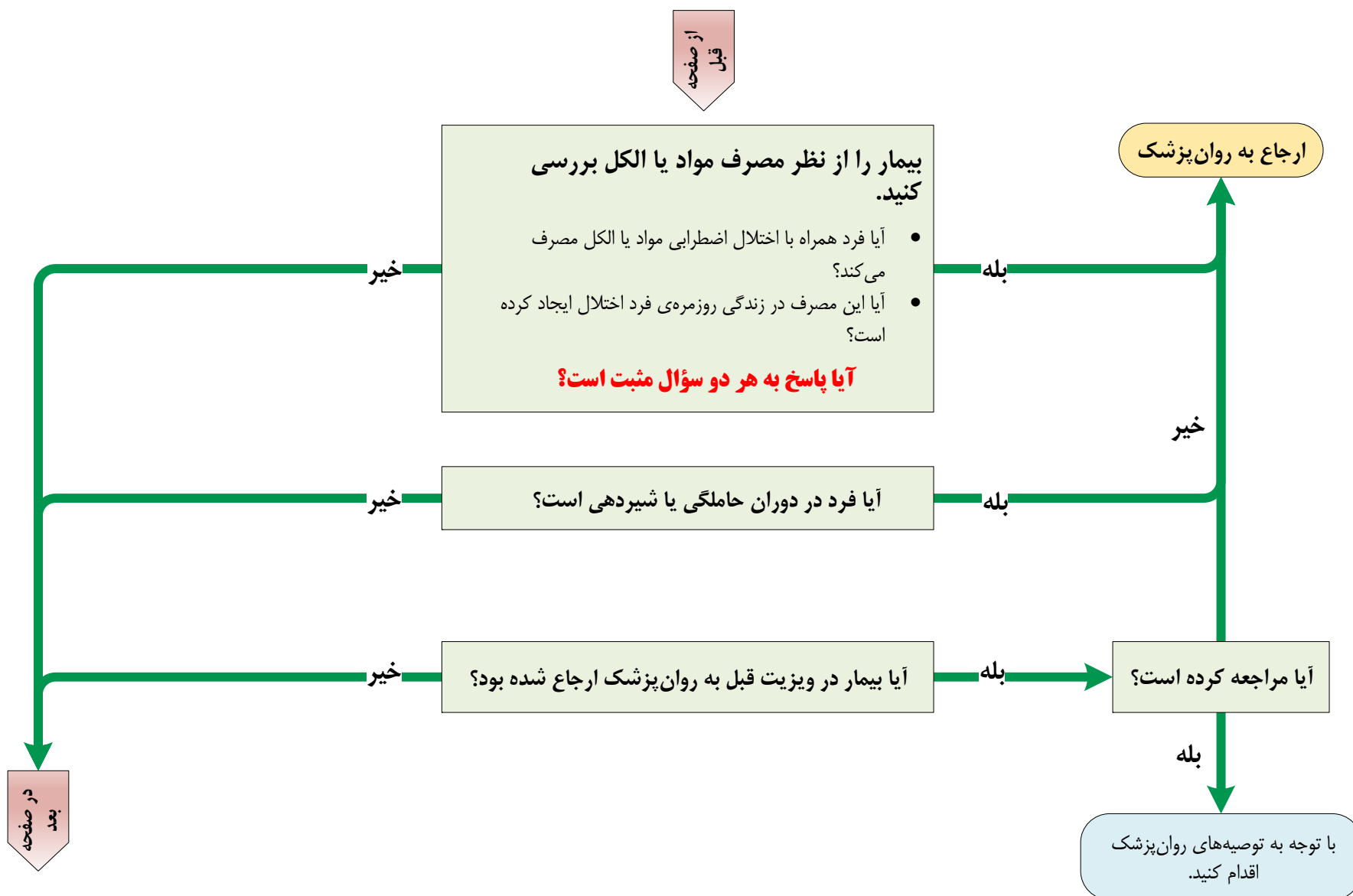
آیا شواهدی از سایکوز در فرد دیده می‌شود؟

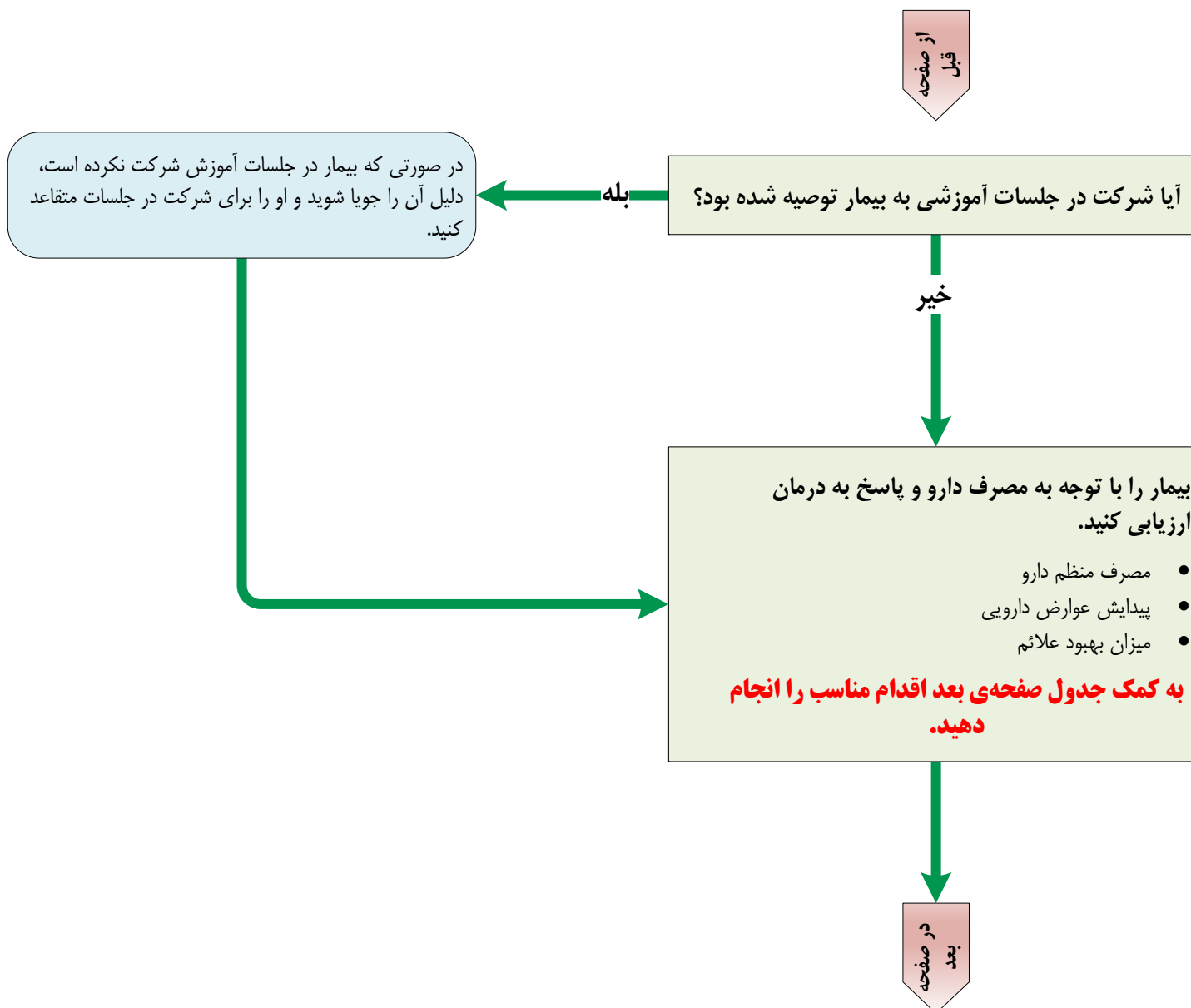
بله

به مدول سایکوز/ اختلال دوقطبی مراجعه کنید

خیر

در صفحه بعد





پاسخ به درمان		پاسخ داده است		پاسخ نداده است	
پای‌بندی به مصرف منظم دارو		عوارض دارویی		عوارض ندارد	
پای بند است		عوارض ندارد	عوارض دارد	عوارض ندارد	عوارض دارد
پای بند نیست		• اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، درمان را ادامه دهید • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6) • در ۶ ماه اول هر یک ماه و پس از آن در فواصل بیشتر، ترجیحاً دو ماه یک بار، بیمار را ویزیت کنید.	• اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6)	• بیماری‌های همزمان طبی که اضطراب را ایجاد یا تشدید می‌کند، در صورت وجود، درمان کنید. • به بیماران مسن برای مشاهده‌ی پاسخ فرصت بدهید. • امکان افزایش دوز دارو یا تغییر آن را بررسی کنید. • در صورتی که افزایش دوز/تغییر دارو امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع دهید.	• امکان تغییر دارو را بررسی کنید. • در صورتی که امکان تغییر دارو وجود ندارد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع کنید.
		• علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • ممکن است پای‌بند نبودن به درمان به علت عوارض دارویی باشد و با کاهش دوز دارو و/یا درمان عوارض بیمار به درمان پای‌بند و علائم او کنترل شود. در صورت کاهش دوز دارو، پس از یک ماه بیمار را ویزیت کنید. • اگر مصرف پای‌بند نبودن ناشی از عوارض دارو است و نمی‌توان دوز آن را کاهش داد، تعویض دارو را در نظر بگیرید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	• علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. • اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، تعویض دارو را در نظر بگیرید. • بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	• علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6)	• علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. • اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، تعویض دارو را در نظر بگیرید. • بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.

ANX2 بیماری‌های جسمی که همراهی آنها

با اختلال اضطرابی شناخته شده است

- « **اختلالات نورولوژیک:** نئوپلاسم‌های مغزی، ترومای مغزی، بیماری‌های عروقی مغز، خون‌ریزی ساب‌آراکنویید، میگرن، آنسفالیت، مولتیپل اسکلروزیس، بیماری هانتینگتون، صرع
- « **اختلالات سیستمیک:** هیپوکسی، بیماری قلبی عروقی، آریتمی‌ها، آنمی، نارسایی ریوی
- « **اختلالات آندوکراین:** هیپوگلیسمی، اختلال عملکرد هیپوفیز، اختلال عملکرد تیروئید، اختلال عملکرد پاراتیروئید، اختلال عملکرد آدرنال، فتوکروموسیتوما، ویریلیزاسیون
- « **اختلالات التهابی:** لوپوس اریتماتوی سیستمیک، آرتریت روماتوئید، پلی آرتریت نودوزا، آرتریت تمپورال
- « **سوء مصرف مواد و مسمومیت‌ها:** آمفتامین‌ها، کافئین و محرومیت از کافئین، محرومیت از مواد یا الکل، داروهای سمپاتومیمتیک، پنی‌سیلین، سولفونامیدها، کانایس (حشیش)، جیوه، آرسنیک، فسفر، ارگانوفسفره‌ها، بنزن، سرب
- « **اختلالات گوارشی:** زخم پپتیک، سندرم روده‌ی تحریک پذیر
- « **سایر موارد:** کمبود ویتامین B12، پلاگر، سندرم کارسینوئید، بدخیمی‌های سیستمیک، سندرم قبل از قاعدگی، بیماری‌های تب‌دار و عفونت‌های مزمن، مونونوکلئوز عفونی، اورمی

ANX3 درمان دارویی اختلالات اضطرابی

۱-۳ توصیه‌های کلی

قبل از ورود به بحث درمان اختلالات اضطرابی آگاهی از نکات زیر کمک کننده است:

« از تغییرات مناسب و قابل انجام در شیوه‌ی زندگی فرد غافل نشوید. بسیار مهم است که عامل فشار را در زندگی فرد بیابید و راه‌های کاهش آن را پیدا کنید. تغییرات در شیوه‌ی زندگی می‌تواند خطر وقوع سایر اختلالات اضطرابی را کاهش دهد.

« **گزینه‌های درمانی:** سه گزینه‌ی درمانی برای درمان این اختلالات وجود دارد:

- دارودرمانی
- روان‌درمانی

— ترکیب هر دو روش

توجه: قدم اول درمان دارویی است، سپس امکان اضافه شدن روان‌درمانی وجود دارد.

« به بیماران بگویید که:

- این اختلال بسیار شایع است
- علایم جسمانی که او تجربه می‌کند ناشی از این اختلال است و با درمان، بهبود قابل توجه می‌یابد.
- در صورت عدم درمان، آسیب خواهد دید.

« **دارو درمانی:** در این روش از دارو استفاده می‌شود. انتخاب دارو معمولاً بر اساس سن بیمار، سابقه‌ی قبلی درمان، ایمن بودن در

صورت مصرف بیش از دوز درمانی، عوارض جانبی، بیماری‌های طبی هم‌زمان، سابقه‌ی پاسخ خانوادگی یا شخصی قبلی و هزینه‌ی داروها صورت می‌گیرد.

فواید:

- احتمال پاسخ درمانی اولیه‌ی سریع‌تر وجود دارد.
- بسیاری از بیماران دارو خوردن را به روان‌درمانی ترجیح می‌دهند.

ضعف‌ها:

- داروها باید به طور مداوم و دقیقاً همان‌طور که تجویز شده‌اند، مصرف شوند.
- احتمال ایجاد عوارض جانبی و تداخل وجود دارد.
- نیاز است که دارو ها مدت زمان طولانی مصرف شوند.

« **روان درمانی:** این روش در حیطه‌ی وظایف پزشک عمومی نیست و در صورت نیاز بیمار باید ارجاع شود.

فواید:

- آثار آن ممکن است بیش از دوره‌ی درمان دوام بیاورد.
- فرصتی برای بیمار فراهم می‌شود تا بتواند تغییرات مفید در زندگی‌اش ایجاد کند.

ضعف‌ها:

- بیماران باید در طی یک دوره‌ی زمانی خاص به طور مداوم در جلسات درمانی شرکت کنند.
- ممکن است نتوان در هر موقعیت بالینی به روان‌پزشک و روان‌درمانگر دسترسی پیدا کرد.

— در مرحله‌ی حاد بیماری به تنهایی تأثیر قابل توجهی ندارد.

۲-۳ درمان اختلال هراس (پانیک Panic):

مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI) خط اول درمان هستند، کارایی ثابت شده دارند، عوارض آنها کم و استفاده از آنها راحت‌تر است. در مورد استفاده از این دسته‌ی دارویی در درمان اختلالات اضطرابی به نکات زیر توجه کنید:

« قبل از اعلام شکست درمان با یک نوع دارو، ابتدا از تیتراسیون مناسب دارو و دستیابی به دوز درمانی مورد نظر، اطمینان حاصل کنید و اجازه دهید زمان لازم برای رسیدن به پاسخ طی شود.

« قبل از ارزیابی کارایی یک SSRI، بیمار باید درمان با آن را حداقل ۴ تا ۶ هفته ادامه داده باشد.

« بارزترین عارضه داروهای دسته‌ی SSRI در درمان اضطراب، امکان افزایش گذرای اضطراب در ابتدای درمان است که بر استفاده‌ی بیمار از آنها تأثیر منفی می‌گذارد. برای جلوگیری از این عارضه درمان را با دوزهای پایین شروع کنید.

« برای رسیدن به پاسخ سریع (در صورت نیاز) می‌توان از یک دوره‌ی کوتاه درمان با آلپرازولام یا کلونازپام در کنار SSRI بهره جست. ولی به یاد داشته باشید که این دارو (و به طور کلی بنزودیازپین‌ها بویژه بنزودیازپین‌های کوتاه اثر مانند آلپرازولام) نباید به مدت طولانی استفاده شوند، زیرا احتمال وابستگی به آنها و نیز سوء مصرف آنها وجود دارد. برای جلوگیری از بروز این

احتمالات، برای افرادی که سابقه‌ی سوء مصرف مواد و الکل دارند، تجویز نشوند یا به مدت ۲ تا ۳ هفته استفاده شوند و پس از آن به تدریج کاهش یافته قطع شوند و درمان با SSRI به تنهایی ادامه یابد.

« آموزش به بیمار و خانواده‌اش راجع به ماهیت بیماری و دوره‌ی درمان، عوارض جانبی بالقوه، مدت زمان لازم برای دیدن بهبودی و اهمیت پذیرش درمان، باعث افزایش پای‌بندی به درمان می‌شود و احتمال موفقیت را افزایش می‌دهد.

« داروهای ضدافسردگی ممکن است باعث بروز دوره‌های مانیا در بیماران دو قطبی گردند یا اینکه سایکوز نهفته را در برخی افراد مستعد فعال سازند. پایش دقیق بیماران از جهت بروز این موارد ضروری است.

« قطع ناگهانی دارو ممکن است باعث بروز علائم نامطلوب گردد. قطع دارو باید به تدریج صورت گیرد و اساس آن نیز نیمه عمر حذف ترکیب اصلی یا متابولیت‌های آن و پایش دقیق علائم بیماری است.

« به یاد داشته باشید که در این مطلب به تمام عوارض جانبی و مسایل مربوط به تجویز دارو‌ها اشاره نشده است. حتماً قبل از تجویز هر دارو، از تمام موارد لازم در مورد تجویز آن اطلاع حاصل کنید.

۳-۳ درمان اختلال اضطراب منتشر (GAD):

مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین (SSRI) خط اول درمان هستند، بوسپیرون داروی خط دوم است و بنزودیازپین‌ها در خط سوم قرار دارند. بارزترین عارضه SSRI در درمان اضطراب

افزایش گذرای اضطراب در ابتدای درمان است که بر استفاده‌ی بیمار از آنها اثر منفی می‌گذارد. در مورد استفاده از این دسته‌ی دارویی در این اختلال نیز توصیه‌های ذکر شده در بالا باید مورد توجه قرار گیرد.

خط دوم درمان **بوسپیرون** است:

« شروع اثر این دارو چند هفته طول می‌کشد.

« در کاهش علائم شناختی موثرتر از علائم جسمانی عمل می‌کند.

« تأثیر آن دیرتر از بنزودیازپین‌ها است، ولی در مقابل، ایجاد وابستگی و تحمل نمی‌کند.

« یک رویکرد مناسب برای دستیابی به پاسخ سریع‌تر، استفاده‌ی هم‌زمان از بوسپیرون و یک بنزودیازپین و سپس قطع تدریجی بنزودیازپین بعد از ۲ تا ۳ هفته و ادامه درمان با بوسپیرون است.

خط سوم درمان **بنزودیازپین** است:

« مدت زمان استفاده از این دارو باید محدود باشد، زیرا احتمال ایجاد تحمل و وابستگی وجود دارد. ۲ تا ۶ هفته برای درمان و ۱ تا ۲ هفته برای کم کردن تدریجی در نظر بگیرید و سپس دارو را قطع کنید.

« مشکلات همراه با این دارو زیاد است، تحمل و وابستگی ایجاد می‌کند، فرد را خواب آلوده می‌کند و در ۲۵ تا ۳۰ درصد موارد با شکست مواجه می‌شود. بیمارانی که بنزودیازپین شروع می‌کنند، با قطع آن مشکل دارند، زیرا در قطع آن اضطراب بازگشتی و علائم محرومیت شدید تا متوسط دیده می‌شود. برای جلوگیری از بروز این موارد از راه‌های زیر استفاده کنید:

— دارو را بتدریج قطع کنید.

— قبل از شروع به قطع تدریجی بنزودیازپین کوتاه‌اثر، آن را به نوع بلند اثر تبدیل کنید و سپس شروع به قطع تدریجی آن کنید.

— همراه با این دارو ها از یک SSRI استفاده کنید.

« شایع‌ترین اشتباه، تجویز آنها به مدت نامحدود است. نسخه‌ها را به گونه‌ای بنویسید که فقط برای همان دوره‌ی درمانی استفاده شوند و قابل تجدید کردن نباشند.

۳-۴ درمان اختلال وسواس-اجبار (OCD):

مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI) خط اول درمان هستند، کارایی ثابت شده دارند، عوارض آنها کم است و استفاده از آنها راحت‌تر است. در مورد استفاده از این دسته به نکات زیر توجه کنید:

« قبل از اعلام شکست درمان با یک نوع دارو ابتدا از تیتراسیون مناسب دارو و دستیابی به دوز درمانی مورد نظر، اطمینان حاصل کنید و اجازه دهید زمان لازم برای رسیدن به پاسخ طی شود.

« قبل از ارزیابی کارایی یک SSRI، بیمار باید درمان با آن را حداقل ۸ تا ۱۶ هفته ادامه داده باشد.

« برای درمان اختلال وسواس-اجبار معمولاً به دوزهای بالاتری نسبت به درمان اختلال اضطراب منتشر و اختلال هراس نیاز است.

« آموزش به بیمار و خانواده‌اش در مورد ماهیت بیماری و دوره‌ی درمان، عوارض جانبی بالقوه، مدت زمان لازم برای دیدن

بهبودی و اهمیت پذیرش درمان، باعث افزایش پای‌بندی به درمان می‌شود و احتمال موفقیت را افزایش می‌دهد.

« داروهای ضدافسردگی ممکن است باعث بروز دوره‌های مانیا در بیماران دوقطبی شوند یا اینکه سایکوز نهفته را در برخی افراد مستعد فعال کنند. پایش دقیق بیماران از جهت بروز این موارد ضروری است.

« قطع ناگهانی این دارو ممکن است باعث بروز علایم نامطلوب گردد. قطع این دارو باید به تدریج صورت گیرد و اساس آن نیز نیمه عمر حذف ترکیب اصلی یا متابولیت‌های آن و پایش دقیق علایم بیماری است.

« به یاد داشته باشید که در این مطلب به تمام عوارض جانبی و مسایل مربوط به تجویز دارو ها اشاره نشده است. حتماً قبل از تجویز هر دارو، از تمام موارد لازم در مورد تجویز آن اطلاع حاصل کنید.

ANX4 پایش درمان: پاسخ به درمان

« در مورد اختلال هراس و اختلال اضطراب منتشر، پاسخ به درمان را در یک ماه ارزیابی کنید.

« در مورد اختلال وسواس بطور معمول اثرات درمانی ۴ تا ۶ هفته پس از شروع درمان مشاهده می‌شود، ولی برای مشاهده‌ی حداکثر اثرات درمانی معمولاً به ۸ تا ۱۶ هفته زمان نیاز داریم.

« در صورت بهبودی نسبی یا عدم بهبودی دوز درمان را تنظیم کنید.

« اگر از ابتدا یا پس از تنظیم دوز دارو بهبودی قابل توجهی مشاهده کردید، درمان را تا ۲ ماه دیگر ادامه دهید و بیمار را هر ماه ارزیابی کنید.

« در صورت بهبودی، درمان نگهدارنده را برای ۱۲ ماه ادامه دهید. پیگیری مشتمل بر پیشگیری از تکرار مجدد، آموزش بیمار و خانواده‌ی او است.

« تصمیم در مورد قطع درمان باید پس از مشورت با روان‌پزشک صورت گیرد.

« در صورت شکست در هر یک از موارد فوق ارجاع به روان‌پزشک ضروری است.

ANX5 پایش درمان: عوارض جانبی

« پزشک باید عوارض جانبی شایع داروها را بداند و با بیمار در مورد پای‌بندی به درمان و رضایتش صحبت کند. بیمار ممکن است سوالاتی را مطرح کند. از این فرصت به بهترین نحو برای برقراری رابطه‌ی ایجاد امید و تشویق بیمار استفاده کنید. در صورتی که بیمار به رغم تلاش شما برای پای‌بندی به درمان، تمایلی به ادامه‌ی درمان دارویی ندارد، او را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

« عوارض جانبی کوتاه مدت شایع SSRI ها که روی پای‌بندی به درمان اثر می‌گذارد عبارتند از: بی‌خوابی، بی‌قراری و اضطراب، کاهش اشتها، سردرد، تهوع و مدفوع شل. با شروع رژیم درمانی با دوزهای پایین، می‌توانید تا حد زیادی از این

عوارض جلوگیری کنید. مصرف دارو در صبحها به بهتر شدن بیداری کمک می‌کند.

« شایعترین عارضه جانبی بلند مدت SSRI ها، اختلال عملکرد جنسی (کاهش لیبیدو، ارگاسم تاخیری، و کاهش لوبریکاسیون واژن در زنان) است. استفاده از بوپروپیون یا سیپروهیتادین به کاهش این عوارض و پایداری به درمان کمک می‌کند.

« برای شروع داروی بعدی، حتما داروی قبلی را به تدریج قطع کنید. سندرم قطع، در قطع ناگهانی SSRI ها مشاهده شده است. منگی، تهوع یا استفراغ، درد، احساس لرز، اضطراب، تحریک پذیری و دوره‌های گریه از علائم این سندرم هستند و معمولاً بین ۱ تا ۳ روز از قطع دارو دیده می‌شوند. این سندرم در مورد فلوکستین دیده نشده است که ممکن است به علت نیمه عمر بسیار طولانی آن باشد.

« نکته مهم دیگری که باید در مورد آن احتیاط کنید، احتمال بروز سندرم مرکزی سروتونین است که بسیار نادر ولی بالقوه وخیم است و ممکن است در طی تغییر یک دارو به داروی دیگر، روی دهد. علائم آن شامل تعریق، تب، تاکی کاردی، افزایش فشار خون، تغییر وضعیت روانی و علائم شدیدتر شامل تب شدید، کلاپس قلبی - عروقی و در نهایت مرگ است. خطر بروز سندرم، زمانی افزایش می‌یابد که دو داروی سروتونریک با هم یا با فاصله‌ی خیلی کم تجویز شوند. توصیه می‌شود که حداقل به اندازه‌ی ۵ برابر نیمه عمر یک دارو یا متابولیت هایش صبر کنیم تا بتوانیم درمان را با داروی دوم آغاز کنیم.

ANX6 خاتمه‌ی درمان

زمانی می‌توان داروهای ضد اضطراب فردی را قطع کرد که اولاً بعد از ۹-۱۲ ماه مصرف دارو، علائم اضطراب نداشته یا علائم به حداقل رسیده باشد؛ و ثانیاً در طول مدت درمان توانسته باشد فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی خود را انجام دهد.

۶-۱ قطع دارو را به صورت زیر انجام دهید:

« در صورت هر گونه تردید در ارتباط با قطع دارو با روان‌پزشک مشورت کنید.

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

« دوزها را تدریجاً در عرض یک دوره‌ی حداقل ۴ هفته‌ای کاهش دهید (سریع‌تر در مورد فلوکستین). برای بعضی افراد، ممکن است زمان بیشتری نیاز باشد.

« به بیمار در مورد احتمال بروز علائم قطع/محرومیت، در زمان کاهش یا قطع داروها تذکر دهید. همچنین یادآور شوید که این علائم اغلب خفیف و خود محدود شونده است، لیکن در بعضی موارد و به ویژه در موارد قطع سریع دارو، می‌تواند شدید باشد.

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

« پیام‌های مربوط به آموزش روان‌شناختی را تکرار کنید.

۶-۲ علائم ناشی از قطع دارو را پایش کنید

« علائم شایع: سرگیجه، خارش، اضطراب، تحریک‌پذیری، خستگی، سردرد، تهوع، مشکلات خواب

« علائم محرومیت خفیف: ضمن اطمینان‌بخشی به بیمار، علائم را پایش کنید.

« علائم محرومیت شدید: دارو را با دوز مؤثر مجدداً تجویز و پس از برطرف شدن علائم محرومیت، با سرعت کمتر و تدریجی‌تر آن را کاهش دهید.

« در صورت بروز علائم قطع/محرومیت قابل توجه، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

۶-۳ بروز مجدد علائم اضطراب را در جریان محرومیت از دارو، پایش کنید

« در صورت بروز مجدد علائم، داروی قبلی که مؤثر بوده را با همان دوز مؤثر قبلی، به مدت ۱۲ ماه دیگر تجویز کنید.

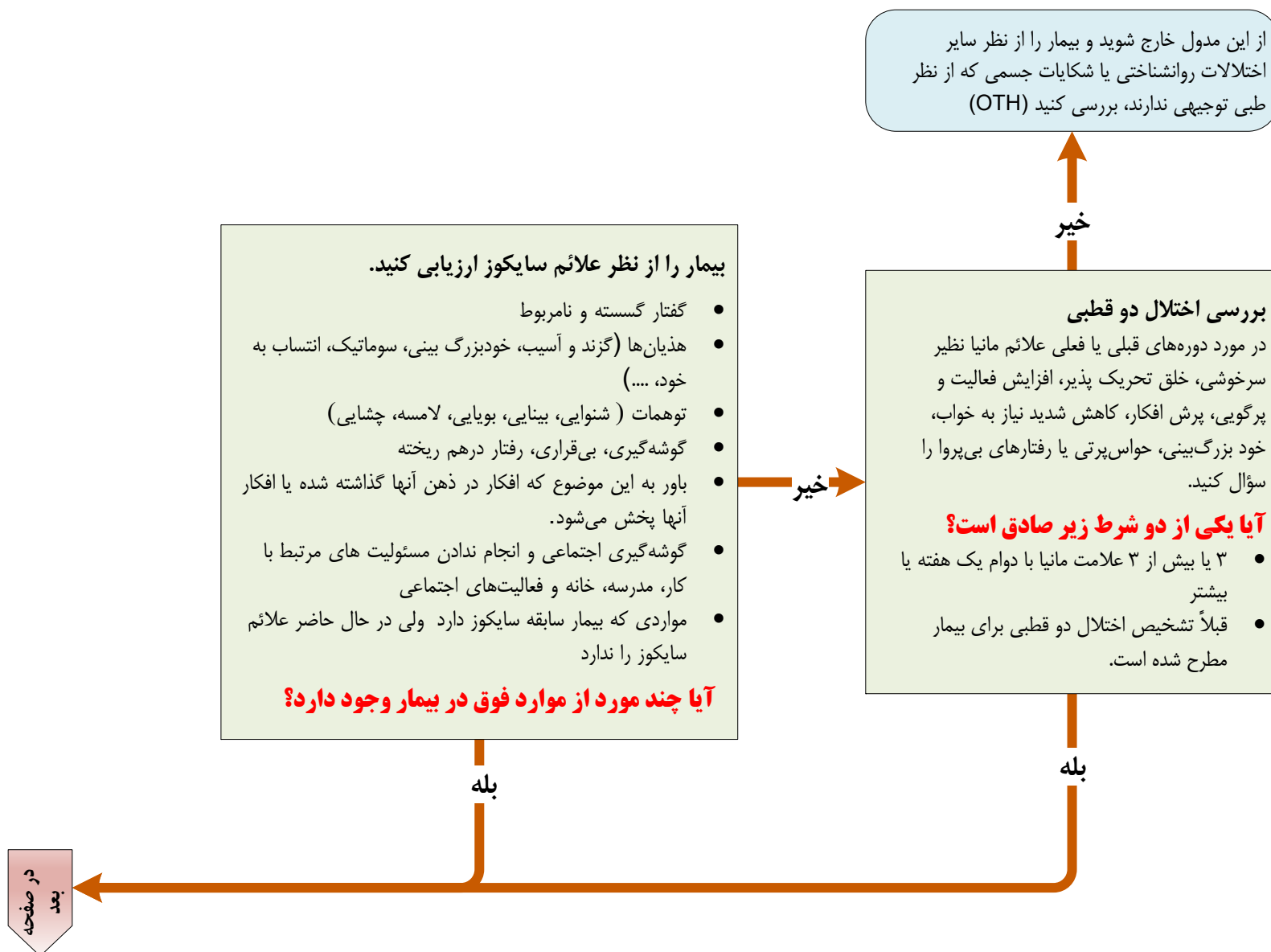
جدول شماره ۱- داروهای مورد استفاده در اختلالات اضطرابی*

توضیحات	دوز برای سالمندان mg/day			دوز برای بزرگسالان mg/day			دارو	
	حداکثر	طیف	شروع	حد اکثر	طیف	شروع		
در مورد اختلال اضطراب منتشر توصیه نمی شود. در مورد اختلال وسواس از دوزهای بالاتر می توان استفاده کرد بعنوان مثال ۸۰ میلی گرم فلوکستین در روز	۲۰۰	۵۰-۱۰۰	۲۵	۲۰۰	۵۰-۱۵۰	۲۵	سرترالین	
	۶۰	۲۰-۶۰	۱۰	۶۰	۲۰-۶۰	۱۰	فلوکستین	
	در صورت عدم پاسخ تا ۴۰ افزایش دهید		۱۰	۶۰	۲۰-۴۰	۱۰	سیتالوپرام	
	با مقادیر پایین شروع کنید و به آهستگی افزایش دهید				۱۰۰ - ۳۰۰ ۲ دوز منقسم	۲۵	فلوکسامین	
عمدتاً در اختلال هراس استفاده می شود. عمدتاً در اختلال اضطراب منتشر استفاده می شود. در اختلال اضطراب منتشر استفاده می شود.	در صورت نیاز به میزان ۰/۱۲۵ افزایش دهید		۰/۲۵ - ۰/۵ ۲ دوز منقسم		۰/۵ - ۶	۰/۷۵ - ۱/۵ سه دوز منقسم	پانیک	بنزودیازپین
					۰/۵ - ۴	۰/۷۵ - ۱/۵ سه دوز منقسم	اضطراب منتشر	
	عمدتاً در اختلال هراس استفاده می شود.		مثل بزرگسالان با مقادیر پایین شروع کنید و بیمار را به دقت پایش نمایید	۳	۰/۵ - ۲	۰/۷۵ سه دوز منقسم	کلونازپام	
	عمدتاً در اختلال اضطراب منتشر استفاده می شود.		استفاده نشود	۱۵-۱۰۰ (۳ تا ۴ دوز منقسم)			کلردiazپوکساید	
در اختلال اضطراب منتشر استفاده می شود.	۶۰	۱۵-۶۰ ۲ دوز منقسم	۱۰ ۲ دوز منقسم	۶۰	۱۵-۶۰ ۲ دوز منقسم	15 ۲ دوز منقسم	بوسپیرون	۳

* بر اساس تجارب بالینی در کشور، گاه ضرورت پیدا می کند که دوز شروع و حد اکثر پائین تر از مقادیر ذکر شده در جدول فوق باشد.

اختلال سایکوز با تغییر شکل تفکر و ادراک و همچنین محدود شدن دامنه و نامتناسب شدن هیجانات مشخص می‌شود. کلام غیر منطقی و نامربوط ممکن است از تظاهرات این اختلال باشد. توهم (شنیدن صداها یا دیدن چیزهایی که وجود ندارد) و هذیان (عقاید غلط و تثبیت شده) یا بدبینی بیش از حد و بی دلیل ممکن است وجود داشته باشد. رفتارهای به شدت غیر عادی نظیر آشفتگی رفتاری، بی‌قراری، برانگیختگی و عدم فعالیت یا فعالیت بیش از حد ممکن است مشاهده شود. اختلال هیجانات مانند آپاتی قابل توجه یا بی ارتباط یا نامتناسب بودن هیجان ابراز شده با تظاهر آن در ظاهر فرد (نظیر حالت چهره یا زبان بدن) نیز ممکن است از تظاهرات این اختلال باشد. حقوق انسانی افراد مبتلا به اختلال سایکوز به شدت در معرض پایمال شدن قرار دارد.

ویژگی اصلی اختلال دوقطبی وجود دوره‌هایی است که در آن خلق و سطح فعالیت فرد به شدت دچار اختلال می‌شود. این اختلال در برخی مواقع با خلق بالا و افزایش انرژی و فعالیت (مانیا)، و در برخی از دوره‌ها با خلق پائین و کاهش انرژی و فعالیت (افسردگی) مشخص می‌شود. بهبودی فرد در بین این دوره‌ها کامل است و نشانه‌ای از خلق بالا و پائین در بیمار دیده نمی‌شود. افرادی که فقط دوره‌های مانیا را تجربه می‌کنند نیز در زمره‌ی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی قرار داده می‌شوند.



از صفحه
قبل

آیا بیمار پیش از این توسط روان پزشک خارج از شبکه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت ویزیت و درمان برای وی آغاز شده است؟

خیر

خیر

آموزش‌های اولیه در مورد سایکوز یا اختلال دوقطبی و همچنین درمان آنها به بیمار و خانواده‌ی وی داده شود.

ارجاع به روان پزشک

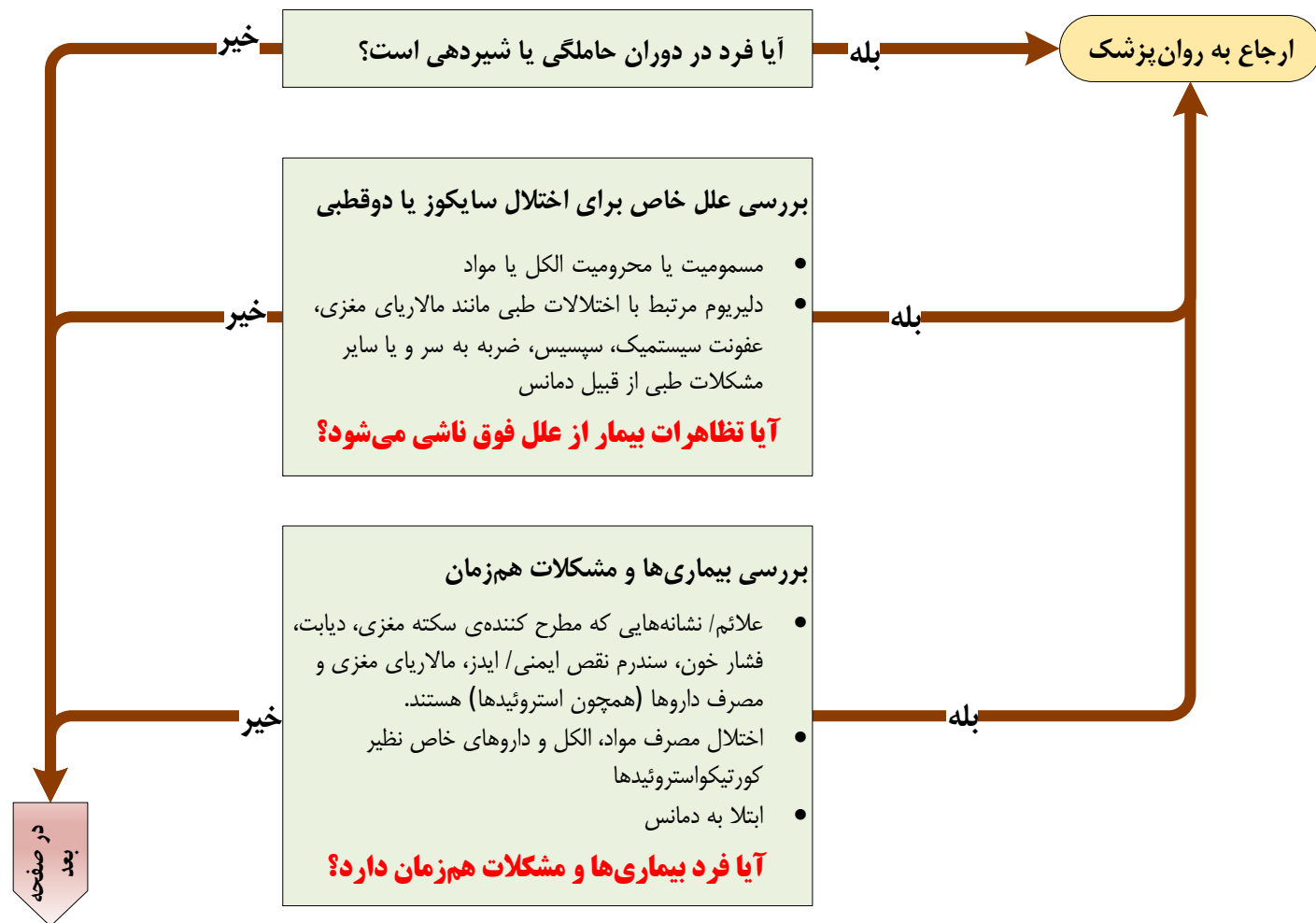
بله

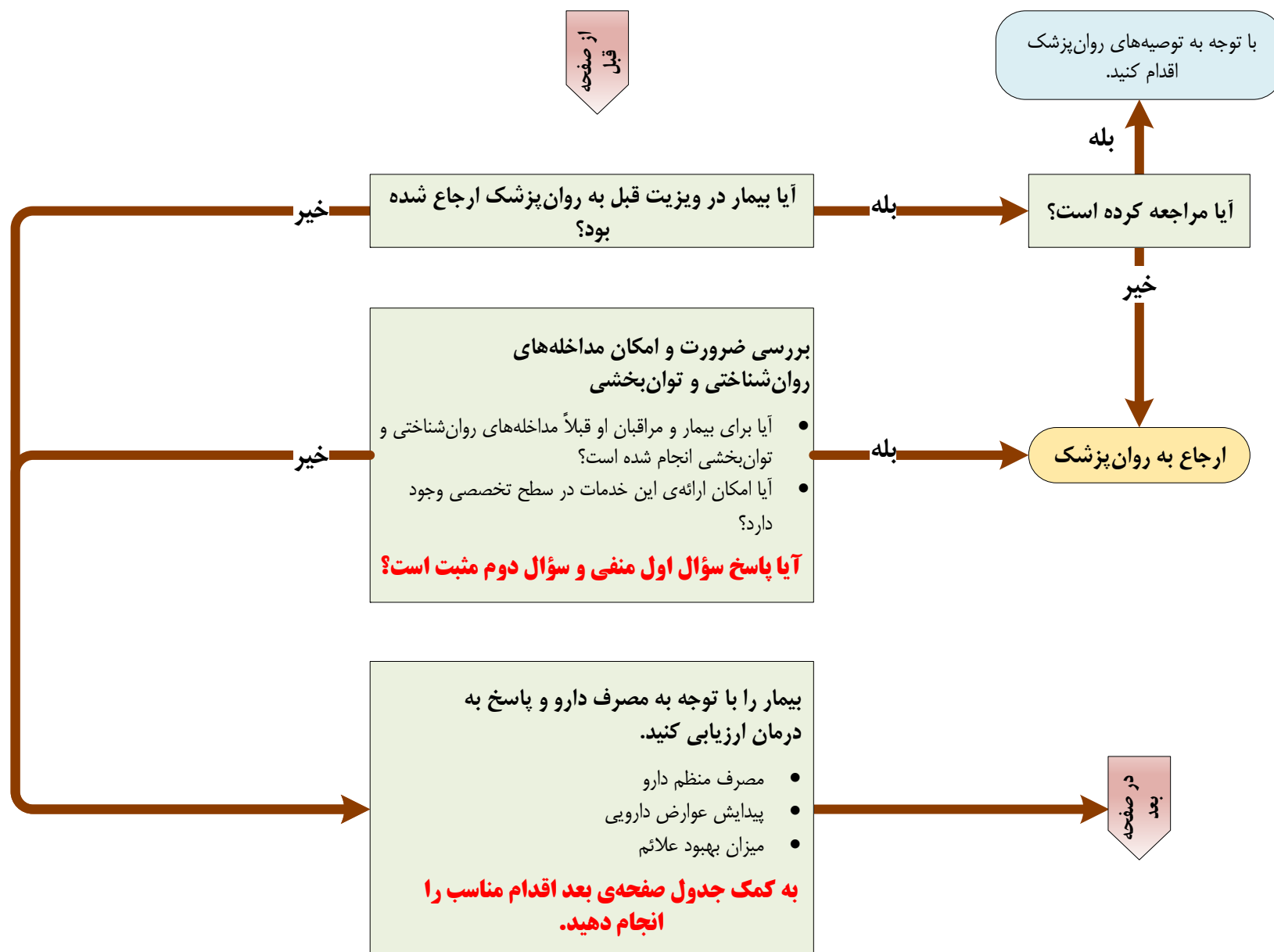
بیمار تمایل دارد تحت نظر پزشک شروع کننده‌ی درمان باقی بماند؟

بله

- بیمار را به روان پزشک شروع کننده‌ی درمان ارجاع دهید
- هر سه ماه ماندگاری او را تحت مراقبت و مصرف منظم دارو کنترل کنید.

موارد زیر را بررسی کنید.





پاسخ نداده است		پاسخ داده است		پاسخ به درمان عوارض دارویی پای‌بندی به مصرف منظم دارو
عوارض دارد	عوارض ندارد	عوارض دارد	عوارض ندارد	
بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.	- علل خاص سایکوز را در بیمار جست و جو کنید: مسمومیت با یا محرومیت از الکل یا مواد، دلیریوم مرتبط با اختلالات طبی، دمانس، سکنته‌ی مغزی، دیابت، فشار خون، ایدز، مصرف داروها (نظیر استروئیدها)، سایر موارد - در صورت امکان، دوز دارو را افزایش دهید. - در صورتی که افزایش دوز دارو امکان پذیر نیست، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.	- در صورت امکان دوز دارو را کم و/ یا عوارض دارویی را درمان کنید. (PSY4.3) - در صورتی که امکان کاهش دوز یا درمان عوارض وجود ندارد بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید. - در صورت عدم ارجاع، بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	- درمان را ادامه دهید - در ۶ ماه اول هر یک ماه و پس از آن در فواصل بیشتر، ترجیحاً دو ماه یک بار، بیمار را ویزیت کنید.	پای بند است
- علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. - ممکن است پای‌بند نبودن به درمان به علت عوارض دارویی باشد و با کاهش دوز دارو و/ یا درمان عوارض بیمار به درمان پای‌بند و علائم او کنترل شود. در صورت کاهش دوز دارو، پس از یک ماه بیمار را ویزیت کنید. - اگر پای‌بند نبودن ناشی از عوارض دارو است و نمی‌توان دوز آن را کاهش داد یا عوارض را درمان کرد؛ بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.	- علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. - اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. - اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید. - در صورت عدم ارجاع، بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	- علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. - در صورت امکان دوز دارو را کم و/ یا عوارض دارویی را درمان کنید. (PSY4.3) - در صورتی که امکان کاهش دوز یا درمان عوارض وجود ندارد بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید. - در صورت عدم ارجاع، بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	- علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. - بیمار را یک ماه دیگر ویزیت کنید.	پای بند نیست

PSY 2 داروها و موادی که نقش شناخته شده

در ایجاد علائم سایکوز دارند:

- « داروهای آگونیست گیرنده‌ی دوپامین و داروهای ضدپارکینسون
- « کورتیکواستروئیدها
- « مسمویت با مواد یا قطع آنها
- « موادی مانند آمفتامینها (شیشه) و حشیش

PSY 3 بیماریهای جسمی که همراه با علائم

سایکوز هستند:

- « بیماریهای دژنراتیو سیستم اعصاب مرکزی: بیماری آلزایمر، بیماری پارکینسون، بیماری هانتینگتون
- « بیماریهای خودایمنی: لوپوس
- « بیماریهای عفونی: HIV/AIDS، آنسفالیت هرپس، نوروسیفلیس
- « اختلالات متابولیک: کمبود ویتامین B₁₂، بیماری ویلسون
- « نئوپلاسم ها، بیماریهای عروقی مغز و تروما (به ویژه در صورت درگیری لوب فرونتال و لیمبیک)
- « صرع (به ویژه صرع لوب تمپورال)

PSY4 درمان سایکوز

۴-۱ داروهای ضد سایکوز

تقریباً تمام بیمارانی که دچار اختلال سایکوتیک هستند از درمان‌های دارویی (جدول ۱) سود می‌برند. علاوه بر این، شروع زودتر درمان دارویی می‌تواند بر پیامد بلندمدت بیماران تأثیر مثبت داشته باشد. معمولاً درمان دارویی با داروهای خوراکی آغاز می‌شود. درمان با چند داروی آنتی‌سایکوتیک در اغلب موارد منطقی نیست. بیمارانی که درمان با داروهای آنتی‌سایکوتیک برای آنها شروع شده است، نیازمند ارزیابی‌های منظم هستند.

داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل اول:

مکانیسم اثر عمده این داروها اثر آنتاگونیستی آنها بر روی گیرنده‌های دوپامینی در مغز است.

داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم:

مکانیسم اثر عمده‌ی این داروها اثر آنتاگونیستی آنها بر روی گیرنده‌های دوپامینی و نیز اثر آگونیستی آنها بر گیرنده‌های سروتونینی در مغز است. این داروها نسبت به داروهای نسل اول اثر بهتری بر علائم منفی اسکیزوفرنی، عوارض خارج هرمی کمتر و اثر بخشی بر طیف بیشتری از علائم بیماری دارند. اثربخشی داروهای آنتی‌سایکوتیک در درمان سایکوز تقریباً برابر است، به جز داروی کلوزاپین که اثربخشی آن از سایر داروها بالاتر است.

جدول ۱- داروهای آنتی‌سایکوتیک

دارو	حداقل دوز برای فاز حاد (mg)	حداقل دوز برای زمان عود یا تشدید (mg)	حداکثر دوز مجاز روزانه (mg)	نسل
هالوپریدول	۲	> ۴	۲۰	اول
کلرپرومازین	۲۰۰	۳۰۰	۱۰۰۰	اول
تری فلوپرازین	۱۰	۱۵	۳۰	اول
ریسپریدون	۲	۳	۱۶	دوم

۴-۲ مراحل درمان سایکوز

درمان سایکوز در دو مرحله‌ی حاد و نگهدارنده انجام می‌شود.

مرحله‌ی حاد:

این مرحله زمانی است که بیماری فعال است و علائم اختلال به طور کامل مشاهده می‌شود. در این مرحله بیماری با افت شدید عملکرد و اختلال در رفتار فرد همراه است. در این مرحله معمولاً بیمار متوجه بیماری خود نیست و توسط همراهان به مرکز درمانی آورده می‌شود. بنابراین ممکن است بیمار برای درمان همکاری نکند و یا رفتارهای پرخطر گراانه و غیرقابل کنترل داشته باشد. در مواردی نیز نیازمند بستری است. در این مرحله، تا زمانی که علائم حاد بیماری کنترل شود، پیگیری‌ها باید در فواصل خیلی کوتاه، حتی روزانه، انجام شود.

در طی ویزیت، باید با احساسات بیمار همدلی و تلاش کرد تا رابطه‌ی درمانی مناسب شکل گیرد و بیمار را به ادامه درمان تشویق شود. پاسخ به درمان معمولاً ظرف ۲ تا ۳ هفته‌ی اول از آغاز درمان دیده می‌شود و در صورتی که در این مدت هیچ تغییری در شدت علائم دیده نشود باید موارد زیر را در نظر داشت:

- « مصرف الکل یا مواد
- « درست مصرف نکردن دارو
- « کافی نبودن دوز دارو
- « اشتباه در تشخیص
- « وجود مشکلات جسمی هم‌زمان

در صورتی که پاسخ به درمان وجود دارد ولی کامل نیست؛ می‌توان دارو را به تدریج تا حداکثر دوز مجاز روزانه یا به اندازه‌ای که بیمار تحمل می‌کند، افزایش داد. برای مشاهده‌ی اثر دارو در دوز جدید باید حدود ۲ تا ۳ هفته صبر کرد. در هر نوبت، در صورتی که درمان موثر باشد باید درمان را با همان دوز موثر ادامه داد. اگر بیمار افزایش دوز دارو را تحمل نمی‌کند و اقدامات درمانی برای کاهش عوارض دارویی موثر نبوده است، برای تغییر دارو، باید بیمار را به روان‌پزشک ارجاع داد. در صورتی که بیمار پای‌بندی به مصرف دارو ندارد، می‌توان با آموزش‌های بیمار و خانواده انگیزه‌ی مصرف دارو را در او افزایش داد.

مرحله‌ی نگهدارنده:

این مرحله از زمانی که علائم از بین می‌رود، شروع می‌شود. هدف از درمان نگهدارنده جلوگیری از برگشت یا تشدید علائم و بهبود عملکرد بیمار است. در این مرحله لازم است بیمار از نظر عود علائم و پای‌بندی

به مصرف دارو ارزیابی شود. ممکن است بیماران به دلیل احساسات بهبودی، داروهای خود را قطع کنند. لازم است در مورد ضرورت ادامه مصرف دارو با هدف پیشگیری از عود بیماری به بیمار آموزش روان‌شناختی داده شود.

۴-۳ پایش درمان:

پایش درمان از طریق بررسی پاسخ به درمان و همچنین ارزیابی عود علائم سایکوز صورت می‌گیرد. در جلسات پایش درمان لازم است که به علائمی که بیمار در جلسات قبلی ویزیت داشته است، از قبیل توهم، هذیان، رفتارهای آشفته و یا کلام آشفته، تمرکز نموده از تداوم نیافتن یا بهبودی آنها مطمئن شد. علاوه بر این لازم است که بیمار را از نظر علائم جدیدی که گاهی انتظار می‌رود در فرآیند بیماری بروز کند، بررسی کرد.

از موارد دیگری که لازم است در جلسات پایش درمان مورد توجه قرار گیرد، چگونگی عملکرد بیماران در حوزه‌های مختلف عملکردی، از قبیل عملکرد شغلی، تحصیلی، بین فردی و اجتماعی است. این عملکرد با توجه به شرایط سنی بیماران، شغل آنها و موقعیت اجتماعی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. برای نمونه در یک خانم خانه‌دار در هنگام ارزیابی عملکرد باید به توانایی بیمار در انجام امور خانه تمرکز کرد. یا در یک دانشجو باید میزان موفقیت او را در امر تحصیل بررسی کرد. در هنگام ارزیابی پیشرفت درمان باید از خانواده یا سایر همراهان بیمار در مورد پایداری علائم و میزان عملکرد سوال کرد.

عوارض دارویی از دیگر مواردی است که در ویزیت‌های پایش درمان، باید مورد توجه قرار گیرد. (جدول شماره‌ی ۲)

با توجه به اثرات متابولیک داروهای آنتی سایکوتیک، لازم است که بیماران تحت درمان از نظر تغییرات متابولیک ناشی از مصرف داروها و براساس دوره‌های زمانی مشخص ارزیابی شوند. بعضی از این موارد در جدول شماره‌ی ۳ آمده است.

یکی دیگر از مواردی که در جلسات پایش درمان مورد توجه قرار می‌گیرد، بررسی میزان پای‌بندی بیمار به مصرف دارو است. اهمیت این موضوع هنگامی بیشتر است، که پایش اثربخشی درمان نشان دهد که بیمار سیر بهبودی علائم را طی نکرده است. در این موارد، در صورت برخورد با عدم پذیرش درمان توسط بیمار یا خانواده‌ی او، لازم است که پزشک عمومی پیگیری کننده‌ی درمان بیمار، آموزش‌های روانشناختی اولیه را برای بیمار و خانواده‌ی وی ارائه و سپس آنان را، جهت دریافت آموزش‌های بیشتر، به سطح تخصصی ارائه خدمات ارجاع کند.

جدول شماره ۲- عوارض شایع دارویی و نحوه درمان آن

علامت		توصیف	توضیحات	درمان
عوارض خارج هرمی	آکاتیژیا	احساس ذهنی بی‌قراری و حرکات ناشی از آن که عموماً در پاهاست		کاهش دوز دارو، پروپرانولول
	دیستونی حاد	گرفتگی ممتد یا متناوب عضلات	در اوایل درمان و افراد جوان و در جنس مذکر بیشتر دیده می‌شود	استفاده از داروهای آنتی کولینرژیک
	پارکینسونیسم	لرزش، سفتی عضلات، کاهش حرکات خودبخودی	وابسته به دوز است، با داروهای نسل ۱ بیشتر دیده می‌شود	کاهش دوز دارو، استفاده از داروهای آنتی کولینرژیک
دیسکینزی تاردیو		حرکات مکین و چوبین در دهان، بیرون آمدن زبان، حرکات کرهای دست‌ها	در زنان و در سن بالا بیشتر دیده می‌شود	ارجاع به روانپزشک
سیالوره		ریزش بزاق از دهان		استفاده از داروهای آنتی کولینرژیک
عوارض متابولیک		افزایش وزن، دیس لیپیدی، مقاومت به انسولین و دیابت نوع ۲		به جدول بررسی های متابولیک و بالینی مراجعه شود
سندرم نورولپتیک بدخیم* (NMS)		تب، سفتی عضلات، تعریق و کاهش سطح هوشیاری	NMS یک وضعیت اورژانس است	ارجاع به اورژانس بیمارستان

* سندرم نورولپتیک بدخیم: در هر بیماری که تحت درمان با داروهای آنتی‌سایکوتیک است و با علائم تب و تعریق، سفتی عضلات، اختلال سطح هوشیاری و تغییر در فشارخون مراجعه می‌کند باید احتمال سندرم نورولپتیک بدخیم را در نظر داشت. در ورد این بیماران ضروریست داروی آنتی‌سایکوتیک قطع و بیمار بلافاصله به اورژانس بیمارستان اعزام گردد.

جدول شماره ۳- بررسی‌های متابولیک و بالینی در بیمارانی که با داروی آنتی‌سایکوتیک درمان می‌شوند

بررسی متابولیک یا بالینی	فواصل بررسی	اقدامات لازم	توضیحات
Kidney Function Tests / Electrolytes	در ابتدای درمان و سالانه		
CBC	در ابتدای درمان و سالانه	در صورت $PMN < 1000$ ، قطع درمان و ارجاع فوری	در مورد بیمارانی که با کلوزاپین درمان می‌شوند، فواصل آزمایش متفاوت است.*
Lipid Profile	در ابتدای درمان، سه ماه بعد و سپس سالانه	توصیه به تغییر سبک زندگی، درمان با استاتین	به ویژه در مورد داروهای آتپیک
وزن	در ابتدای درمان، هر سه ماه در سال اول و سپس سالانه	توصیه به تغییر سبک زندگی	بیشترین افزایش وزن با کلوزاپین و الاتزاپین دیده می‌شود.
FBS/BS	در ابتدای درمان، ماه ۶ و سپس سالانه	توصیه به تغییر سبک زندگی، ارجاع به متخصص داخلی	
ECG	در ابتدای درمان و در زمان تغییر دوز	در صورت وجود تغییر یا علامت غیر طبیعی، ارجاع به متخصص	به ویژه به QT_c توجه شود
Blood Pressure	در ابتدای درمان و به صورت مکرر در ویزیت‌ها		کلوزاپین، کلرپرومازین و کوتیپاین بیش از بقیه داروها افت فشار خون وضعیتی ایجاد می‌کنند.
Liver Function Test	در ابتدای درمان و سالانه	در صورت افزایش آنزیمها بیش از سه برابر، قطع دارو و ارجاع به متخصص داخلی	

* انجام CBC در تجویز کلوزاپین: در ۶ ماه اول درمان به صورت هفتگی، در ۶ ماه دوم هر دو هفته یک بار، در سال دوم به صورت ماهانه

در صورت $WBC < 2000$ یا $Granulocyte < 1000$ درمان قطع و بیمار به متخصص داخلی ارجاع فوری شود.

۴-۴ داروهای تزریقی بلند اثر

در بیمارانی که خودشان این داروها را ترجیح می‌دهند و در بیمارانی که نگرانی از پای‌بند نبودن به مصرف دارو وجود دارد؛ می‌توان از فرم‌های تزریقی بلنداثر استفاده کرد (جدول شماره ۴). اثربخشی داروهای تزریقی بلنداثر با یکدیگر و نیز با اشکال خوراکی دارو برابر است. از آنجایی که این داروها دارای عوارض حرکتی حاد نیستند، تزریق همزمان داروی آنتی کولینرژیک با آنها منطقی نیست.

جدول شماره ۴- داروهای تزریقی بلنداثر، دوز درمانی و فواصل تزریق آنها

نام دارو	دوز درمانی (mg)	فواصل تزریق (هفته)	توضیحات
فلوپنتیکسول	۱۲/۵-۴۰۰	۲-۴	
فلوفنازین	۶/۲۵-۵۰	۲-۵	این دارو در قیاس با سایر داروها EPS بیشتر و افزایش وزن کمتری دارد.
هالوپریدول	۱۲/۵-۷۵	۴	

PSY5 آموزش‌های روان‌شناختی به بیمار و خانواده

خانواده

در آموزش به بیمار و خانواده‌ی وی محورهای زیر را در نظر داشته باشید:

۱-۵ آگاهی نسبت به بیماری:

مهم‌ترین بخش آموزش روان‌شناختی به بیمار و خانواده‌ی وی معرفی بیماری و کمک به آنها برای پذیرش آن است. در این بخش باید متناسب با سطح درک بیمار و خانواده‌ی وی در مورد بیماری، علت، نشانه‌ها و پیامدهای آن توضیح داد.

« به بیمار و خانواده‌ی او توضیح دهید که بیماری روان‌پزشکی ناشی از ناکارآمدی مغز است. می‌توان با بیان مثال‌هایی از بیماری‌های جسمی فهم این پدیده را برای آنها آسان‌تر کرد.

« باورهای نادرست خانواده در خصوص بیماری را بشناسید و اصلاح کنید. تاکید کنید که ابتلا به بیماری روان‌پزشکی، عیب محسوب نمی‌شود و نشانه‌ی ضعف شخصیت یا حاصل روش‌های نادرست تربیتی نیست. توضیح اینکه بیماری‌های روان‌پزشکی در اثر جادوگری یا نیروهای ماوراء طبیعت ایجاد نمی‌شوند و با توسل به اینگونه مسائل نیز نمی‌توان آنها را درمان کرد.

« به نقش استرس در بروز نشانه‌های بیماری یا تشدید آنها اشاره کنید.

« تاکید کنید که بیان کلمات آزاردهنده توسط بیمار با هدف آزار اعضای خانواده نیست و باید آن را به حساب بیماری فرد گذاشت.

« به علت بیماری تمام مسؤولیت‌های بیمار را از وی سلب نکنند و به او کمک کنند تا بر اساس توانایی‌اش برخی از کارها را بر عهده بگیرد.

« برخی باور دارند که ازدواج و تشکیل زندگی مشترک می‌تواند به بهبود بیمار کمک کند. به خانواده و بیمار تاکید کنید که ازدواج منجر به بهبود بیماری نمی‌شود و حتی در مواردی استرس ناشی از آن می‌تواند به تشدید بیماری بیانجامد. در خصوص امکان اشتغال، ازدواج و تحصیل هر بیمار باید به طور فردی و براساس شرایط بیمار تصمیم‌گیری کرد. اگر در این موارد برای پاسخ به سوالات خانواده‌ی بیمار و یا خود او تجربه لازم را ندارید، آنان را به مراکز تخصصی خدمات سلامت روان ارجاع دهید.

۲-۵ پای‌بندی به مصرف دارو

« به بیمار و خانواده‌ی او توضیح دهید که درمان دارویی بخش اصلی درمان بیماری است و کنترل بیماری بدون مصرف دارو ممکن نیست. شایع‌ترین علت عود بیماری و بستری بیمار، پای‌بند نبودن به مصرف منظم دارو یا قطع آن است. پای‌بند نبودن به مصرف دارو دلایل متعددی دارد و ممکن است دلیل آن برای هر بیمار متفاوت باشد. اما یکی از دلایل شایع برای پای‌بند نبودن، باورهای نادرست در مورد مصرف دارو است. صحبت با بیمار در مورد آثار هریک از داروهای تجویز شده و نیز بررسی عوارض دارویی و روش‌های کنترل آن و آموزش روش

صحیح مصرف داروها می‌تواند به بهبود پای‌بندی به مصرف آنها کمک کند.

« به بیمار و خانواده‌ی او بگویید که بیماری او ماهیت عود کننده دارد. عود بیماری ممکن است علیرغم مصرف مرتب داروها هم اتفاق افتد. اما بیمارانی که داروهای خود را به طور مرتب مصرف می‌کنند، عودهای کمتر و خفیف‌تری را تجربه می‌کنند. در اغلب موارد لازم است داروها به مدت طولانی، برای مثال چند سال، مصرف شوند.

« می‌توان به بیمار روش‌هایی را برای کاهش فراموشی مصرف داروها آموزش داد. ادغام مصرف دارو در فعالیتهای روزمره (مثلاً مصرف دارو پس از هر بار مسواک)، استفاده از یادآورها و اپلیکیشن‌ها، و کمک گرفتن از یکی از اعضای خانواده، مثال‌هایی از این روش‌ها هستند.

« در مورد ضرورت مصرف دارو لازم است حتماً به خانواده‌ی بیمار نیز آموزش داده شود. گاهی اعضای خانواده با دادن نظراتی مثل اینکه فرد باید خودش مشکلش را حل کند؛ یا اینکه با خوردن داروها وضع بدی پیدا کرده است (مثلاً به خاطر داروها چاق شده)، بیمار را از ادامه‌ی درمان دل‌سرد می‌کنند.

« در مجموع تأکید بر جنبه‌های زیست‌شناختی بیماری می‌تواند به بهتر شدن پای‌بندی به مصرف دارو کمک کند. به آنان توضیح دهید که بیماری ناشی از اشکال در کارکرد بخش‌هایی از مغز است و دارو به بازگشت عملکرد مغز کمک می‌کند.

« بسیاری از بیماران تمایل دارند که روش‌های طب جایگزین را امتحان کنند. در این مورد خوبست به آنها در خصوص مفهوم

«درمان آزمایش شده» و «روش درمانی علمی» در مقابل «درمان آزمایش نشده» و «روش درمانی غیر علمی» توضیح داده شود.

« به همه‌ی بیماران خانم باید تأکید کرد که به دلیل اثرات تراتوژن برخی داروها، در صورت تصمیم به بارداری، حتماً با روان‌پزشک خود مشورت کنند.

۳-۵ اجتناب از مصرف مواد

« مصرف مواد می‌تواند باعث افزایش دفعات عود و بستری بیمار شود. در مورد سیگار خوبست به بیماران توصیه شود که مصرف خود را کم و قطع کنند ولی این توصیه باید در زمانی باشد که علائم بیماری کاملاً کنترل شده است.

۴-۵ توجه به علائم هشدار و علائم عود بیماری

« بیمار و خانواده‌ی وی باید نخستین نشانه‌های عود بیماری را بشناسند و به آن توجه کنند. تشخیص زودهنگام موارد عود بیماری و مداخله‌ی سریع می‌تواند شدت و طول دوره‌ی اپیزودهای بیماری را کاهش دهد. برخی از این نشانه‌ها عبارتند از: اختلال خواب، بی‌قراری، کاهش انرژی، اختلال در تمرکز، کم‌حرفی یا پرحرفی. به بیمار و خانواده‌ی او تأکید کنید که بهترین اقدام در زمان بروز این نشانه‌ها، مراجعه به پزشک است.

۵-۵ تغییر در سبک زندگی

« تغییر سبک زندگی شامل خواب منظم و کافی، فعالیت بدنی مناسب و آموزش مهارت‌های زندگی است. (در مورد آموزش مهارت‌ها به بیمار، مرکز سلامت روان جامعه نگر از شما حمایت می‌کند).

۶-۵ باورهای نادرست درباره‌ی استفاده از داروها

بیش از ۶۰ سال از ورود داروهای روان‌پزشکی به عرصه‌ی درمان اختلالات روان‌پزشکی می‌گذرد. استفاده از درمان‌های دارویی، تحول شگرفی در وضعیت بسیاری از مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی ایجاد کرده، سرنوشت بسیاری از آنان را، که تا پیش از آن محکوم به سپری کردن عمر در آسایشگاه‌ها و مراکز نگهداری بودند، تغییر داده است. با این وجود هنوز نگرش‌ها، دیدگاه‌ها و باورهای گوناگونی در بین مردم درباره‌ی استفاده از این داروها وجود دارد و برخی باورهای نادرست منجر به محروم ماندن گروهی از بیماران از زندگی سالم‌تر، آرام‌تر و کارآمدتر شده است. در ادامه به بررسی برخی از این باورها می‌پردازیم:

« **داروهای روان‌پزشکی اعتیاد آورند:** فقط گروه کوچکی از داروهای روان‌پزشکی پتانسیل وابستگی دارند. البته حتی در مورد این داروها نیز، مصرف صحیح زیر نظر پزشک منجر به وابستگی نمی‌شود. نیاز به مصرف طولانی مدت دارو به معنای وابستگی به دارو نیست. درمان‌های بلندمدت در بسیاری از بیماری‌ها ضرورت دارد و حتی طول دوره‌ی درمان در بسیاری از بیماری‌ها مانند دیابت، فشار خون و کم‌کاری تیروئید مادام‌العمر است. در اختلالات روان‌پزشکی نیز اغلب لازم است

بیماران داروهای خود را برای کاهش خطر بازگشت بیماری به مدت چند ماه یا بیشتر مصرف کنند.

« **داروهای روان پزشکی عوارض خطرناکی دارند:** آیا تنها داروهای روان پزشکی اثرات جانبی دارند؟ با اثرات جانبی داروهایی که برای درمان سرطان، فشارخون بالا، سردرد و ... استفاده می‌شوند تا چه حد آشنایی دارید؟ آیا داروهای دیگر خود را نیز به دلیل نگرانی از اثرات جانبی مصرف نمی‌کنید؟ حقیقت این است که هیچ دارویی بدون اثرات جانبی نیست و همیشه بر اساس ارجحیت منافع دارو بر اثرات ناخواسته‌ی آن، دارو انتخاب و تجویز می‌شود. مطالعات نشان داده است که با وجود اینکه برخی از بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی، اثرات جانبی داروها را تجربه می‌کند، ولی به دلیل منافع درمان و بهبودی علائم، کیفیت زندگی آنها افزایش می‌یابد. اثرات جانبی اغلب داروهای روان پزشکی، قابل تحمل و گذراست و خطرناک نیست. ضمن اینکه پزشک معالج می‌تواند با تغییر دوز دارو، زمان مصرف، توصیه‌هایی برای تغییر سبک زندگی یا تجویز داروی دیگر این عوارض را کنترل کند.

« **داروهای روان پزشکی فقط آرام‌بخش هستند و جنبه درمانی ندارند:** بسیاری از داروهای روان پزشکی بر مبنای تحقیقات عصب‌شناسی، که تغییرات مغز در جریان بیماری روان پزشکی را نشان داده است، ساخته شده‌اند. بنابراین با اثر بر مکانیسم ایجاد اختلال، کاملاً آثار درمانی دارند. یکی از دلایلی که بسیاری از افراد این باور را درباره داروهای روان پزشکی دارند، این است که با قطع درمان برخی علائم باز می‌گردند. مهمترین علت بازگشت بیماری، قطع خودسرانه‌ی مصرف دارو، زودتر از

زمانی که پزشک صلاح می‌دانسته، است؛ درست مثل زمانی که اگر فردی درمان آنتی‌بیوتیکی خود را کامل نکند، ممکن است عفونت به صورت شدیدتر و حتی مقاوم‌تر به درمان، بازگردد. ضمن اینکه برخی اختلالات روان پزشکی ماهیت عود کننده دارند و به دوره‌های طولانی‌تر درمان نیازمندند.

« **مصرف داروی روان پزشکی یعنی من روانی هستم و این باعث خجالت است:** اختلالات روان پزشکی طیف وسیعی از اختلالات را در بر می‌گیرد. از بیماری‌های خفیف تر مثل اضطراب، افسردگی و مشکلات خواب تا بیماری‌های شدیدتر مثل اختلال خلقی دوقطبی و اسکیزوفرنی. مشکلات مربوط به سلامت روان بسیار شایع هستند؛ ابتدا به بیماری روان پزشکی نشان دهنده‌ی ضعف شخصیتی یا اعتقادی نیست و می‌توان گفت هیچ کس از ابتدا به آنها مصون نیست.

BPD2 داروهای که تاثیر شناخته شده در ایجاد علائم مانیا دارند:

- « ال دوبا
- « مهارکننده های ACE
- « دیورتیک های تیازیدی
- « برخی داروهای شیمی درمانی مثل پروکاربازین
- « داروهای سرکوب کننده ی سیستم ایمنی به خصوص کورتیکواستروئیدها
- « مصرف موادی مانند آمفتامینها (شیشه) و حشیش

BPD3 بیماری های جسمی که می توانند علائم مانیا ایجاد کنند:

- « بیماری های اندوکراین (سندروم کوشینگ، پرکاری تیروئید)
- « تومور مغزی، به ویژه توده های سوپراتنتوریال
- « بیماری های التهابی مغز (لوپوس)

BPD4 درمان اختلال خلقی دوقطبی:

همه ی بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی از درمان دارویی یا داروی تثبیت کننده ی خلق سود می برند. درمان این اختلال بدون دارو ممکن نیست. درمان به موقع نه تنها در کاهش عود بیماری و ارتقای کیفیت زندگی موثر است، بلکه باعث افزایش طول عمر بیماران نیز می شود.

۴-۱ مراحل درمان:

درمان اختلال دوقطبی در دو مرحله ی حاد و نگهدارنده انجام می شود.

مرحله ی حاد:

در مرحله ی حاد علائم بارز خلقی وجود دارد. هدف از درمان در این مرحله کنترل علائم بیماری است. در این مرحله بیماری فعال است و علائم اختلال به طور کامل مشاهده می شود. عملکرد بیمار به شدت افت می کند، بیمار متوجه بیماری خود نیست و احتمالاً توسط همراهان به مرکز درمانی آورده می شود. بنابراین ممکن است بیمار برای درمان همکاری نکند و رفتارهای پرخاش گرانه و غیرقابل کنترل داشته باشد. در مواردی نیز نیازمند بستری است. در این مرحله، تا زمانی که علائم حاد بیماری کنترل شود، پیگیری ها باید در فواصل خیلی کوتاه، حتی روزانه، باشد. در طی ویزیت، باید با احساسات بیمار هم دلی کرد، او را به ادامه ی درمان تشویق و تلاش کرد تا رابطه ی درمانی مناسب شکل بگیرد.

پاسخ به درمان معمولاً ظرف ۲ هفته ی اول از آغاز درمان دیده می شود و در صورتی که در این مدت هیچ تغییری در شدت علائم دیده نشود باید موارد زیر را در نظر داشت:

- مصرف الکل یا مواد
- درست مصرف نکردن دارو
- کافی نبودن دوز دارو
- اشتباه در تشخیص
- وجود مشکلات جسمی هم زمان

مرحله ی نگهدارنده:

در این مرحله بیمار علائم بارز خلقی ندارد. هدف از درمان در این مرحله پیشگیری از عود بیماری و حفظ عملکرد بیمار است. مسئله پای بندی به درمان (Compliance) یکی از مسائل مهم در درمان این گروه از بیماران در این مرحله است. لازم است به بیمار و خانواده ی وی در مورد اهمیت مصرف مرتب دارو آموزش داده شود.

۴-۲ داروهای تثبیت کننده خلق که بیشتر مورد استفاده می گیرند عبارتند از:

- « لیتیوم
- « داروهای ضد تشنج: سدیم والپروات، کاربامازپین
- « آنتی سایکوتیک ها

لیتیوم

لیتیوم به صورت قرص های ۳۰۰ میلی گرمی ترکیب لیتیوم کربنات در بازار وجود دارد. در بیمارانی که تحت درمان با لیتیوم هستند، لازم است سطح خونی دارو پایش شود. سطح خونی مناسب برای فاز نگهدارنده $0.75 - 0.9 \text{ mmol/L}$ است. دوز متوسط روزانه برای رسیدن به این سطح خونی ۹۰۰ - ۱۲۰۰ میلی گرم در روز است. در صورتی که با

جدول شماره ۲- بررسی های ضروری حین درمان با لیتیوم

بررسی آزمایشگاهی یا بالینی	فواصل انجام بررسی
سطح سرمی دارو	در فاز نگهدارنده‌ی درمان هر ۳ تا ۶ ماه (در شروع درمان و در زمان تغییر دوز دارو با فواصل کمتر چک شود)
عملکرد کلیه (GFR)	۶ ماه
عملکرد تیروئید	۶ ماه
وزن و BMI	به طور مرتب

لیتیوم یک داروری ترانژن است. بنابراین در خانم‌های در سن باروری، از باردار نبودن بیمار و داشتن روش مناسب جلوگیری از بارداری، اطمینان حاصل کنید.

سدیم والپروات

سدیم والپروات به تنهایی و در ترکیب با داروهای دیگر در درمان اختلال خلقی دوقطبی به کار می‌رود. ترکیبات موجود در بازار عبارتند از قرص‌های تندر هس ۲۰۰ میلی گرمی و فرم‌های آهسته‌رهش ۲۰۰ و ۵۰۰ میلی گرمی.

دوز مورد نیاز برای درمان اختلال خلقی دوقطبی ۳۰ - ۲۰ mg/kg/day است. دوز دارو براساس علائم بالینی و تحمل بیمار تنظیم می‌شود. حداقل سطح خونی موثر دارو ۵۰ mg/L است.

جدول شماره ۳- تداخلات دارویی مهم با لیتیوم

نام دارو	نوع تداخل	توضیحات
ACEIs	افزایش سطح سرمی لیتیوم	معمولاً ظرف چند ماه ایجاد می‌شود
دیورتیک های تیازیدی	افزایش سطح سرمی لیتیوم	معمولاً ظرف ماه اول دیده می‌شود
NSAIDs	افزایش سطح سرمی لیتیوم	زمان بروز اثر متغیر است (آسپرین با لیتیوم تداخل دارویی ندارد)

جدول شماره ۴- عوارض شایع والپروات سدیم و درمان آن

عارضه	اقدامات درمانی	توضیحات
عوارض گوارشی	مصرف دارو همراه با غذا یا در شب تجویز H ₂ blocker	
افزایش وزن	تغییر سبک زندگی	رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی
ریزش مو	مکمل روی و سلنیوم	

به دلیل اتصال بالا به پروتئین و مهار آنزیم‌های CYP، احتمال تداخلات دارویی وجود دارد. والپروات سدیم معمولاً باعث افزایش سطح سرمی داروهای دیگر که به طور هم‌زمان مصرف می‌گردد، می‌شود. در

مصرف مرتب دارو بر اساس دوز تجویز شده، دارو به سطح خونی مناسب نرسد، لازم است بیمار به روان‌پزشک ارجاع شود. عوارض دارو معمولاً وابسته به دوز است.

جدول شماره ۱- عوارض شایع لیتیوم و درمان آن

علامت	اقدام درمانی	توضیحات
لرزش خفیف	پروپرانولول	
ناراحتی خفیف گوارشی	تجویز دارو در دوزهای منقسم	عوارض گوارشی اغلب خفیف است.
پرنوشی و پرادراری	تقسیم دارو به صورت دوبار در روز	
کم کاری تیروئید	تیروکسین	در صورت بروز کم کاری تیروئید نیازی به قطع لیتیوم نیست.

مسمومیت لیتیوم

معمولاً علائم مسمومیت با لیتیوم در سطح خونی بالاتر از ۱/۵ mmol/L دیده می‌شود. در صورت بروز علائم شدید گوارشی (تهوع، اسهال و بی اشتها)، یا علائم عصبی (ضعف، خواب آلودگی، آتاکسی و لرزش شدید)، باید به مسمومیت لیتیوم شک کرد. در این مورد باید دارو قطع و بیمار فوراً به مرکز اورژانس ارجاع شود.

ویزیت‌های بیمار حتما باید درباره‌ی مصرف داروهای دیگر از بیمار سوال کرد.

جدول شماره ۵- بررسی های آزمایشگاهی و بالینی ضروری

حین درمان با والپروات سدیم

بررسی	فواصل انجام بررسی	توضیحات
FBS	هر ۶ ماه	
عملکرد کبد	چند نوبت در ۶ ماه اول و سپس هر ۶ ماه	در صورتی که افزایش آنزیم ها بیش از سه برابر باشد یا بیمار علامت دار باشد، دارو قطع و بیمار ارجاع شود.
وزن و BMI	به طور مرتب در ویزیت‌ها	

کاربامازپین

کاربامازپین داروی خط سوم در درمان اختلال خلقی دوقطبی است. فرم‌های معمولی و آهسته‌رهش دارو در دوزهای ۲۰۰ و ۴۰۰ میلی گرم موجود است. فرم‌های معمولی به صورت دوبار در روز و فرم‌های آهسته‌رهش به صورت یک تا دو بار در روز تجویز می‌شود. حداقل دوز روزانه‌ی مورد نیاز ۴۰۰ mg است. سطح خونی درمانی ۷-۱۲ mg/L است، البته اندازه‌گیری سطح خونی به طور معمول توصیه نمی‌شود.

کاربامازپین اثر تراژون شناخته شده دارد و در خانم‌های در سن باروری، در هر ویزیت باید از باردار نبودن بیمار و به کارگیری روش مناسب پیشگیری از بارداری اطمینان حاصل کرد.

عوارض شایع:

عوارض نورولوژیک (گیجی، خواب‌آلودگی، دوبینی، آتاکسی) در مصرف کاربامازپین شایع است. در صورتی که این نشانه‌ها شدید باشد، باید به مسمویت دارویی شک و بیمار را به سرعت به مرکز اورژانس اعزام کرد.

جدول شماره ۶- بررسی های آزمایشگاهی و بالینی ضروری

حین درمان با کاربامازپین

بررسی بالینی یا آزمایشگاهی	فواصل انجام بررسی
FBS	هر ۶ ماه
عملکرد کبد	چند نوبت در ۶ ماه اول و سپس هر ۶ ماه
الکترولیتها	هر ۶ ماه
وزن و BMI	مکرر

به علت اثر قوی کاربامازپین در القای آنزیم‌های سیتوکروم در کبد، احتمال تداخلات دارویی بالاست. کاربامازپین معمولا باعث کاهش سطح سرمی سایر داروهایی می‌شود که همزمان با آن مصرف می‌شود. در ویزیت‌های بیمار حتما باید درباره مصرف داروهای دیگر سوال کرد.

آنتی سایکوتیک‌ها

داروهای آنتی سایکوتیک نسل ۱ و ۲ در درمان علائم بیماری در مرحله حاد به کار می روند. داروهای نسل دوم (اولانزپین، کوئتپین، آریپیپرازول و ریسپریدون) در درمان نگهدارنده و برای پیشگیری از عود بیماری نیز کاربرد دارند.

بنزودیازپین‌ها

داروهای بنزودیازپینی مثل کلونازپام و لورازپام برای کنترل بی قراری بیمار در مرحله‌ی حاد بیماری و نیز به طور کوتاه مدت برای بهبود خواب کمک کننده است.

یکی از مواردی که در ویزیت‌های پیگیری بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی باید مورد توجه باشد، وضعیت سلامت جسمی آنان است. باید به وضعیت سلامت جسمی بیماران با توجه به داروهای مصرفی، دقت کرد.

BPD5 پایش درمان

پایش درمان از طریق بررسی پاسخ به درمان و همچنین ارزیابی عود علائم خلقی و یا علائم سایکوز صورت می‌گیرد. در جلسات پایش درمان لازم است که به علائمی که بیمار در جلسات قبلی ویزیت داشته است، از قبیل علائم خلقی یا سایکوز تمرکز کرد و از تداوم نیافتن یا بهبودی این علائم مطمئن شد. علاوه بر این لازم است بیمار از نظر علائم جدیدی که گاهی انتظار می‌رود در فرآیند بیماری بروز کند، بررسی شود.

در ویزیت بیماران باید به وجود علائم افسردگی هم دقت کرد. افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی شایع و ناتوان کننده است. در

درمان علائم افسردگی نباید از داروهای ضد افسردگی استفاده کرد. در صورتی که بیمار علیرغم مصرف مرتب دوز کافی از داروی تثبیت کننده خلق دچار علائم افسردگی شده است، وی را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

خطر خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی ۲۵ برابر جمعیت عمومی است و لازم است در صورتی که بیمار علائم افسردگی دارد، وجود افکار خودکشی مستقیماً مورد پرسش قرار گیرد.

از موارد دیگری که لازم است در جلسات پایش درمان مورد توجه قرار گیرد، چگونگی عملکرد بیماران در حوزه های مختلف عملکردی، از قبیل عملکرد شغلی، تحصیلی، بین فردی و اجتماعی است. این عملکرد با توجه به شرایط سنی بیماران، شغل و موقعیت اجتماعی آنان مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. به عنوان مثال در یک خانم خانه دار در هنگام ارزیابی عملکرد باید بر توانایی بیمار در انجام امور خانه‌داری تمرکز کرد. یا در یک دانشجو باید میزان موفقیت بیمار را در فرآیند تحصیل بررسی کرد. در هنگام ارزیابی پیشرفت درمان باید از خانواده و سایر همراهان بیمار در مورد پایداری علائم و میزان عملکرد سوال کرد.

عوارض دارویی از دیگر مواردی است که در ویزیت‌های پایش درمان، مورد توجه قرار می‌گیرد. در هنگام برخورد با عوارض دارویی باید بر اساس نوع عارضه ایجاد شده، برخورد کرد.

با توجه به اثرات متابولیک داروهای بکار گرفته شده در درمان اختلال خلقی دوقطبی، لازم است که بیماران از نظر تغییرات متابولیک ناشی از مصرف داروها و وضعیت جسمی براساس دوره‌های زمانی مشخص، ارزیابی شوند (جدول شماره ۲، ۵، ۶ و ۷).

یکی دیگر از مواردی که در جلسات پایش درمان مورد توجه قرار می‌گیرد، بررسی میزان پای‌بندی بیمار به مصرف درست دارو است. این امر موقعی از اهمیت بیشتر خوردار می‌شود که پایش اثربخشی درمان نشان دهد که بیمار سیر بهبودی علائم را طی نکرده است. در این موارد در صورت برخورد با عدم پذیرش درمان از سوی بیمار یا خانواده‌ی وی لازم است که پزشک مسؤول پیگیری او آموزش‌های روان‌شناختی اولیه را برای بیمار و خانواده‌ی او ارائه و سپس آنان را جهت دریافت آموزش‌های بیشتر به سطح تخصصی ارجاع کند. اگر بیمار یا خانواده‌ی او تاکنون آموزش‌های روان‌شناختی دریافت نکرده‌اند و مرکز تخصصی ارائه دهنده‌ی این خدمات (بیمارستان تخصصی روان‌پزشکی یا مرکز سلامت روان جامعه نگر) در دسترس است، بیمار و خانواده وی را ارجاع دهید.

BMD6 آموزش‌های روان‌شناختی به بیمار و

خانواده

به PSY5 مراجعه کنید.

جدول شماره‌ی ۷- بررسی‌های جسمی برای بیماران مبتلا به اختلالات خلقی دوقطبی

تست	آنتی سایکوتیک‌ها	لیتیوم	والپروات	کاربامازپین
عملکرد تیروئید		هر ۶ ماه و با فواصل کمتر در صورتی که شک بالینی کم‌کاری تیروئید وجود دارد.		
عملکرد کبد	در ابتدای درمان و سالانه		در ابتدای درمان و هر ۶ ماه	در ابتدای درمان و هر ۶ ماه
عملکرد کلیه		هر ۶ ماه و با فواصل کمتر در صورتی که شک بالینی وجود دارد.		هر ۶ ماه
CBC	در ابتدای درمان و سالانه		هر ۶ ماه	هر ۶ ماه
قند خون	در ابتدای درمان، ماه ۶ و سپس سالانه			
پروفایل چربی	در ابتدای درمان، ماه ۶ و سپس سالانه			
EKG	در ابتدای درمان و در زمان تغییر دوز	در ابتدای درمان		در ابتدای درمان
وزن	در ابتدای درمان، ماه ۳، ماه ۱۲ و سپس سالانه	در ابتدا و بعد از آن در صورت افزایش وزن	در ابتدای درمان و سپس هر ۶ ماه	در ابتدای درمان و سپس هر ۶ ماه

دمانس سندرمی ناشی از بیماری مغز با سیر مزمن و پیش‌رونده است. بیماری‌هایی که سبب دمانس می‌شوند تغییراتی در توانایی‌های ذهنی، شخصیت و رفتار فرد ایجاد می‌کنند. افراد مبتلا به دمانس معمولاً مشکلاتی را در ارتباط با حافظه و مهارت‌های مورد نیاز برای انجام امور روزمره، تجربه می‌کنند. دمانس جزئی از سیر طبیعی سالمندی نیست. گرچه دمانس در هر سنی ممکن است واقع شود، ولی در افراد مسن شایع‌تر است.

افراد مبتلا به دمانس اغلب با شکایات فراموشی و احساس افسردگی مراجعه می‌کنند. سایر تظاهرات شایع آن مواردی از قبیل اختلال در کنترل هیجانی، رفتار اجتماعی و انگیزش را شامل می‌شود. افراد مبتلا به دمانس ممکن است کاملاً از چنین تغییراتی غافل باشند و برای یافتن راه حل استمداد نکنند. گاهی اوقات این افراد خانواده هستند که رسیدگی طلب می‌کنند. افراد خانواده ممکن است متوجه مشکلات حافظه، تغییر شخصیت یا رفتار، گیجی، سرگردانی یا بی‌اختیاری ادرار و مدفوع در فرد شوند. برخی افراد مبتلا به دمانس یا مراقبان آنها ممکن است از دست دادن حافظه و مشکلات همراه آن را انکار کنند یا شدت آنها را کم جلوه دهند.

دمانس منجر به کاهش عملکرد ذهنی فرد می‌شود و معمولاً در فعالیت‌های مرتبط با زندگی روزمره نظیر شست‌وشو، پوشیدن لباس، خوردن، نظافت شخصی و کنترل ادرار و مدفوع اختلال ایجاد می‌کند.

ابتلای فرد به اختلالات شناختی را بررسی کنید.

- از بیمار، و همچنین از کسی که او را به خوبی می‌شناسد، در باره‌ی مشکلات حافظه، سردرگمی، گفتار و زبان و مشکلاتی که ممکن است در انجام وظایف و فعالیت‌های کلیدی داشته باشد، سؤال کنید.
- به کمک از مومن مناسب اختلال شناختی را بررسی کنید. (DEM 2.1)
- از بیمار و/ یا مراقبین او موارد زیر را پرس‌وجو کنید:
 - ✓ کی، برای اولین بار، این مشکلات توجه شما را به خود جلب کرده است؟
 - ✓ بیمار در آن زمان چند ساله بوده است؟
 - ✓ آیا شروع بیماری ناگهانی یا تدریجی بود (ظرف چند ماه یا چند سال)؟
 - ✓ چند وقت است که فرد از این مشکلات رنج می‌برد؟
 - ✓ آیا شب‌ها بدتر می‌شود؟
 - ✓ آیا همراه با این مشکلات خواب آلودگی یا اختلال هشیاری دارد؟
 - ✓ آیا شروع بیماری با ضربه به سر، از دست رفتن موقت هشیاری، یا سکته‌ی مغزی مرتبط است؟
- آیا سابقه‌ی موارد زیر وجود دارد؟
 - ✓ افسردگی شدید
 - ✓ گواتر، نبض کند، پوست خشک (کم‌کاری تیروئید)
 - ✓ بیماری مقاربتی یا HIV
 - ✓ بیماری‌های قلبی عروقی
 - ✓ سوء تغذیه، کم خونی

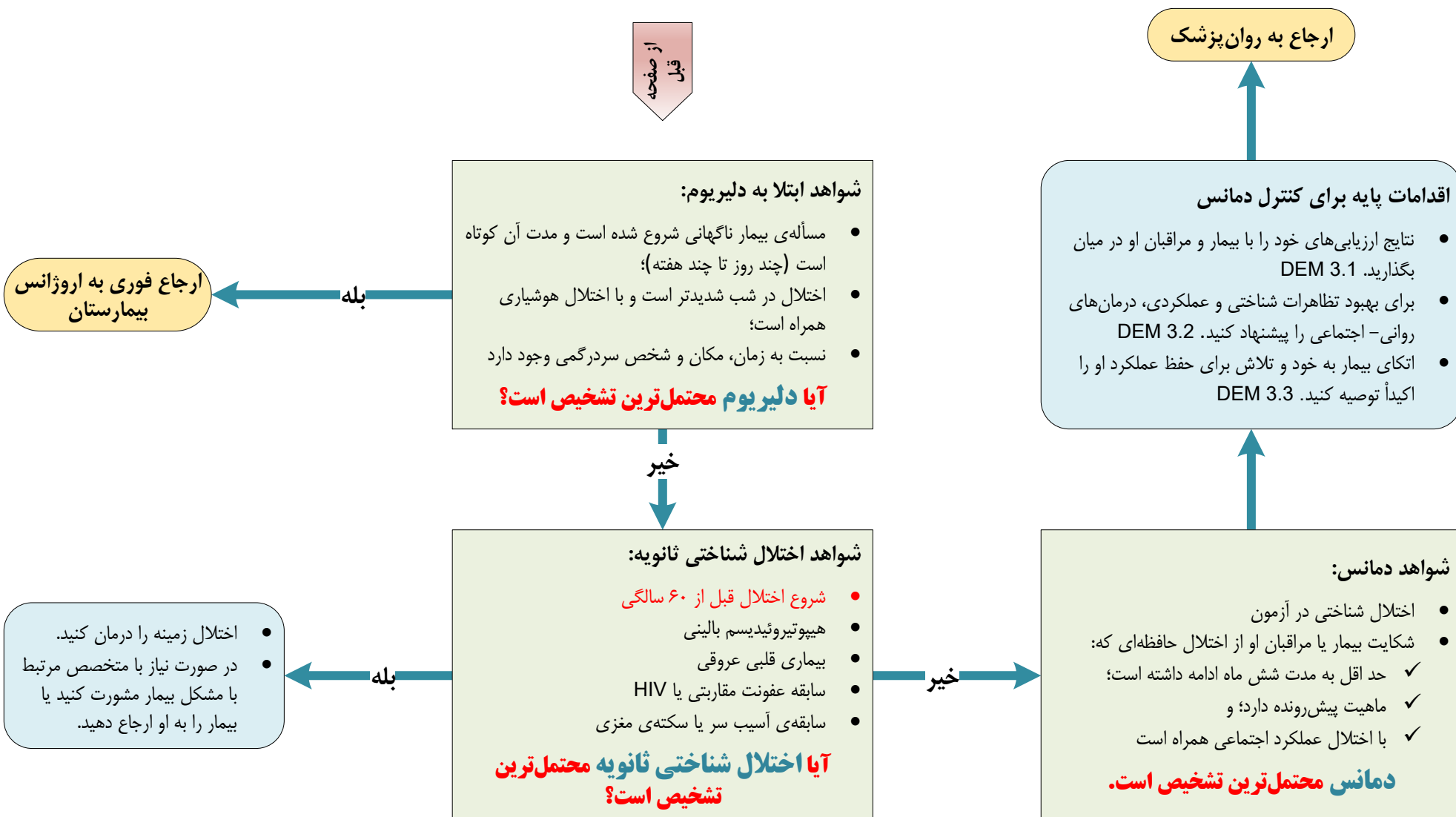
آیا شواهدی از اختلال شناختی وجود دارد؟

بله



خیر

از این مدول خارج شوید و با توجه به نمودار مادر مسیر دیگری را برای بررسی مسأله‌ی بیمار انتخاب کنید.



DEM 2: تشخیص دمانس

به منظور تشخیص دمانس باید:

- « حافظه و عملکرد شناختی بیمار را به کمک تست‌های ساده ارزیابی و از طریق مصاحبه با یکی از اعضای خانواده یا فرد دیگری که بیمار را به خوبی می‌شناسد، از وجود موارد زیر اطمینان حاصل کرد:
- مشکل اخیراً ایجاد شده است
- به مرور بدتر شده است و
- در انجام کارهای روزانه، وظایف درون خانه و فعالیت‌های اجتماعی کراراً مشکل ایجاد می‌کند.

۲-۱ حافظه و عملکرد شناختی را ارزیابی کنید

- « ارزیابی حافظه: از بیمار بخواهید که سه لغت معمولی را تکرار کند، ۳ تا ۵ دقیقه بعد بخواهید که آن سه لغت را مجدداً تکرار کند.
- « ارزیابی درک زمان و مکان: از بیمار بپرسید که در چه وقتی از روز، چه روزی از هفته، و چه فصلی از سال قرار داریم. همچنین از او بپرسید که الان کجاست، یا نزدیک‌ترین بازار یا مغازه به خانه‌ی آنها کجا قرار دارد.
- « ارزیابی مهارت‌های زبانی: از بیمار بخواهید که اجزای بدن خود را نام ببرد. همچنین از او بخواهید که به سؤالی نظیر این که «شما با قیچی چه کار می‌کنید؟» پاسخ دهد.

۲-۲ مصاحبه با یک فرد مطلع

- « در مصاحبه با یک فرد مطلع (کسی که به خوبی بیمار را می‌شناسد)، در مورد تغییرات اخیر در فکر کردن، شیوه‌ی استدلال، حافظه و درک زمان و مکان سؤال کنید. فراموشی‌های گاه و بی‌گاه در افراد مسن دور از انتظار نیست، با این وجود برخی مسائل را، حتی اگر خیلی هم تکرار نشوند، باید جدی گرفت.
- « برای مثال سؤال کنید که آیا بیمار محل قرار دادن اشیاء را فراموش می‌کند. آیا گاهی حوادث روز گذشته را فراموش می‌کند؟ آیا بیمار گاهی اوقات فراموش می‌کند که کجاست؟
- « از فرد مطلع بپرسید که این مسائل از چه زمانی شروع شده است و آیا به مرور بدتر شده است یا نه. آیا دوره‌هایی (چند روز، چند هفته یا بیشتر) وجود داشته است که فکر کردن و حافظه‌ی بیمار کاملاً به حالت طبیعی بازگشته باشد.
- « اگر این مشکلات نسبتاً خفیف باشند، یا خانواده بنای بر مراقبت و حمایت گسترده از افراد مسن را داشته باشد؛ فهمیدن این که در فعالیت‌های روزانه بیمار مشکلاتی وجود دارد یا نه، ممکن است به آسانی امکان پذیر نباشد. وظایف پیچیده‌تر نظیر رسیدگی به خرج و دخل خانه، خرید کردن یا پخت و پز، زودتر از افت توانایی‌های بیمار متأثر می‌شود. فعالیت‌های مراقبت از خود نظیر لباس پوشیدن، شست و شو، غذا خوردن و به دست‌شویی رفتن دیرتر دچار اختلال می‌شود.
- « شما باید از «فعالیت‌های معمول» افراد مسن در منطقه‌ی خود یا این خانواده‌ی خاص مطلع باشید. کنکاش کنید که آیا اخیراً

تغییرات پیش‌رونده‌ای وجود داشته است. آیا فرد وظایف خود را همراه باخطا، به کندی و با کیفیت پائین انجام می‌دهد یا ممکن است اصلاً از انجام آنها منصرف شود.

DEM 3: مداخله‌های روانی-اجتماعی

۳-۱ انتقال نتایج ارزیابی

از افرادی که با احتمال دمانس بررسی شده‌اند بپرسید که آیا می‌خواهند تشخیص را بدانند و اینکه چه فرد دیگری را باید در جریان قرار داد. توضیح باید متناسب با توان بیمار برای درک و به خاطر سپاری اطلاعات باشد.

با ارائه‌ی اطلاعات پایه شروع کنید، ولی بیش از ظرفیت بیمار به او اطلاعات ندهید. می‌توان از موارد زیر برای شروع استفاده کرد:

- « دمانس بیماری مغز است و با مرور زمان تمایل به بدتر شدن دارد.
- « گرچه درمانی برای آن وجود ندارد، ولی برای کمک به بیمار و خانواده کارهای زیادی می‌توان انجام داد.
- « بسیاری از نگرانی‌ها و رفتارهای خاص را، در صورت بروز، می‌توان درمان کرد. برای ارتقای آسایش بیمار و کاهش استرس مراقبان او کارهای زیادی می‌توان انجام داد.
- در مورد کمک و حمایتی که شما قادر به ارائه‌ی آن هستید پیشنهادی واقع بینانه به بیمار و مراقبان او ارائه کنید و آنان را از سایر انواع حمایتی که در جامعه وجود دارد آگاه کنید.

۲-۳ مداخله‌های روان‌شناختی برای تظاهرات شناختی و

عملکرد

« به صورت منظم اطلاعات مرتبط با زمان (روز هفته، تاریخ)، مکان، وضعیت آب و هوا و نام افراد را در اختیار افراد مبتلا به دمانس قرار دهید تا آنان درک روشنی از زمان و مکان و افراد داشته باشند.

« با استفاده از روزنامه، رادیو، تلویزیون، و آلبوم‌های خانوادگی ارتباط با بیمار را تقویت کنید تا نسبت به وقایع جاری هوشیار و حافظه‌ی او تقویت شود و بتواند برای تجارب خود ارزش قائل شده آنها را با دیگران در میان بگذارد.

« به منظور وضوح ارتباط کلامی از جملات کوتاه استفاده کنید. در هنگام برقراری ارتباط صداهای مزاحم نظیر رادیو و تلویزیون را به حد اقل برسانید. به دقت به آنچه که بیمار باید بگوید گوش دهید.

« همه چیز را ساده برگزار کنید. از ایجاد تغییر در شرایط معمول و روزه‌ی بیمار خودداری کنید و اگر ضروری نیست، او را با شرایط و مکان‌های نامأنوس و گیج کننده مواجه نکنید.

۳-۳ اتکای به خود، تحرک و عملکرد بیمار را تقویت کنید

برای فعالیت‌های زندگی روزانه‌ی بیمار برنامه ریزی کنید؛ به گونه‌ای که رفتارهای مستقل او را به حد اکثر برساند، عملکرد او را تقویت کند، به تطابق و کسب مهارت او کمک کند، و نیاز به حمایت از او را به حداقل برساند. بازتوانی در جامعه را از طریق درگیر کردن بیمار و مراقبان او در برنامه‌ریزی و اجرای چنین مداخله‌هایی تسهیل کنید و در برقراری ارتباط با منابع اجتماعی به یاری آنان بشتابید.

موارد زیر را به صورت ویژه مورد توجه قرار دهید:

« توصیه کنید که مهارت انجام مستقل امور شخصی، نظیر شست و شو و پوشیدن لباس، در بیمار حفظ شود.

« مراقبان باید مصرف مایعات بیمار را تنظیم و در زمان مقتضی او را به نوشیدن مایعات ترغیب کنند.

« در صورت وقوع بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع، قبل از دائمی تلقی کردن آن، تمام علل احتمالی را بررسی و گزینه‌های درمانی را امتحان کنید.

« به اعضای خانواده گوشزد کنید که کف خانه‌ی بیمار هموار و بدون دست‌انداز باشد تا خطر به زمین خوردن او کاهش یابد.

« ایجاد تغییراتی در خانه‌ی بیمار می‌تواند کمک کننده باشد. ایجاد دستگیره در کنار دیوارها یا سطح شیب‌دار، رفت و آمد بیمار را در محیط خانه تسهیل می‌کند. نصب نشانه برای نقاط کلیدی خانه نظیر توالی، حمام، و اتاق خواب می‌تواند از سردرگمی بیمار در خانه جلوگیری کند.

« به منظور حفظ تحرک و کاهش خطر زمین خوردن، فعالیت فیزیکی را مورد تأکید قرار دهید.

« فعالیت‌های شادی‌آفرین را متناسب با پیشرفت دمانس توصیه کنید.

« در صورت امکان بیمار را به کار درمانی ارجاع دهید.

« مشکلات بینایی یا شنوایی را به کمک عینک، ذره بین و سمعک اصلاح کنید.

۳-۴ درمان تظاهرات رفتاری و روان‌شناختی

« مشکلات جسمی بیمار را، که می‌تواند بر رفتار تأثیر داشته باشد، شناسایی و درمان کنید (نظیر درد، عفونت و غیره)

« متناسب با شرایط بیمار، تغییرات مورد نیاز را در محیط خانه ایجاد کنید. برای مثال مکان مناسبی برای نشستن بیمار مهیا کنید، مسیرهای تردد بیمار را ایمن کنید یا با استفاده از تابلوهای راهنما (نظیر «خارج نشوید» یا «به طرف توالی») مانع از خروج بیمار از منزل یا سردرگمی او در محیط خانه شوید.

« عواملی که رفتارهای مسأله‌ساز بیمار را زمینه‌سازی، آغاز یا تشدید می‌کنند، شناسایی و برای تغییر و تعدیل آنها تلاش کنید. خرید از یک بازار شلوغ یا به تنهایی از خانه خارج شدن مثال‌هایی از این عوامل هستند.

« به کمک روش‌های مناسب، نظیر پیشنهاد به بیمار برای رفتن به پارک یا گوش دادن به موسیقی یا درگیر کردن او در گپ و گفت، برای آرام کردن او، خصوصاً هنگامی که نا آرام و به هم ریخته است، تلاش کنید

از آنجا که افراد مبتلا به دمانس در معرض بی‌توجهی و خشونت هستند، ارائه کنندگان خدمت باید هوشیارانه در جهت مراقبت از بیمار در قبال چنین رفتارهایی تلاش و بدین منظور از تمام امکانات موجود استفاده کنند.

۳-۵ مداخله برای مراقبان

- « به دنبال کشف فشار روان‌شناختی بر مراقبان باشید. نیازهای مراقبان را به تضمین حمایت و منابع کافی برای زندگی خانوادگی، اشتغال، فعالیت‌های اجتماعی و خدمات سلامت بررسی کنید.
- « به سخت و قابل‌تقدیر بودن مراقبت از افراد مبتلا به دمانس اذعان کنید. اینکه مراقبان، ضمن اجتناب از خشونت و بی‌توجهی، به مراقبت از بیمار مبتلا به دمانس ادامه دهند حائز اهمیت فراوان است. باید مراقبان را ترغیب کرد تا شأن بیمار را رعایت کنند و تا آنجا که مقدور است او را در تصمیم‌گیری در باره‌ی زندگیش دخالت دهند.
- « از زمان تشخیص، اطلاعات کافی در اختیار بیمار، خانواده و همچنین مراقبان غیررسمی او قرار دهید. این کار باید با حساسیت تمام و با توجه به آرزوهای بیمار و مراقبان او انجام شود.
- « در مورد مهارت‌های خاص (نظیر روش برخورد با رفتارهای سخت بیمار) مراقبان را تحت آموزش و حمایت خود قرار دهید. به منظور افزایش تأثیر این آموزش‌ها از تکنیک‌هایی نظیر ایفای نقش، که مشارکت فعال فراگیر را ایجاد می‌کند، استفاده کنید.
- « به فکر حمایت عملی از مراقبان باشید. برای مثال، در صورت امکان، به دنبال فردی بگردید که بتواند برای ساعاتی (ترجیحاً در محل خانه‌ی بیمار) از او مراقبت کند تا مراقب اصلی بتواند استراحت کند یا به امور شخصی خود بپردازد.

- « بررسی کنید که آیا بیمار واجد شرایط دریافت مساعدت‌های مالی و اجتماعی هست یا نه. منشأ این مساعدت‌ها می‌تواند دولتی یا غیردولتی باشد.
- « در صورت امکان تلاش کنید که تنش روان‌شناختی مراقب را از طریق حمایت از او، مشاوره‌ی حل مسأله یا مداخله‌های شناختی-رفتاری کاهش دهید.
- « مراقب را از نظر ابتلا به افسردگی متوسط تا شدید بررسی و در صورت نیاز او را درمان کنید.

صرع یک بیماری مزمن است که با تشنجهای راجعه‌ای بدون محرک خارجی مشخص می‌شود. دلایل آن متعدد است. ممکن است ژنتیک باشد یا در افرادی که سابقه‌ی ترومای زایمانی، عفونت مغز یا آسیب به سر دارند دیده شود. در برخی موارد هیچ علت خاصی برای آن یافت نمی‌شود. تشنج در نتیجه‌ی فشارژ غیر طبیعی مغز رخ می‌دهد و ممکن است به اشکال مختلف دیده شود. افراد مبتلا به صرع ممکن است بیش از یک نوع تشنج را تجربه کنند. دو شکل اصلی تشنج حرکتی و غیر حرکتی هستند. صرع غیر حرکتی از وجوهی چون تغییر آگاهی، رفتار، هیجانات یا حواس (نظیر چشایی، بویایی، بینایی یا شنوایی) مشابه بیماری‌های روان‌شناختی برخوردار است و لذا ممکن است با آنها اشتباه شود. صرع حرکتی با انقباض ناگهانی عضلانی، که سبب سقوط و سفتی فرد می‌شود، آغاز می‌شود. به دنبال آن عضلات به تناوب دچار انقباض و استراحت می‌شوند و ممکن است بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع در فرد مشاهده شود. این نوع صرع با استیگما (انگ)، ناتوانی و مرگ بیشتر همراه است. در این مدول، فقط صرع حرکتی مورد بحث قرار گرفته است.

بیمار در حال تشنج یا بیهوش است

- فشار خون، درجه‌ی حرارت و تعداد تنفس را اندازه‌گیری کنید.
- موارد زیر را بررسی کنید:
 - ✓ شواهد آسیب جدی به سر یا ستون مهره‌ها
 - ✓ مردمک‌ها: متسع یا تنگ (pinpoint)، غیر مساوی، عدم پاسخ به نور
 - ✓ شواهد منژیت
 - ✓ علائم فوکال نورولوژیک
- در باره‌ی موارد زیر پرس‌وجو کنید:
 - ✓ اگر بیمار هوشیار نیست از همراه او در باره‌ی وقوع تشنج اخیر سؤال کنید.
 - ✓ مدت زمان اختلال هوشیاری یا تشنج
 - ✓ دفعات تشنج
 - ✓ سابقه‌ی آسیب به سر یا گردن
 - ✓ سایر مشکلات طبی، داروهای مصرفی یا مسمومیت احتمالی (مانند مسمومیت با ارگانوفسفره‌ها)، سوء مصرف مواد (نظیر مسمومیت با محرک‌ها، بنزودیازپین یا محرومیت از الکل)
 - ✓ سابقه‌ی صرع
 - ✓ در مورد خانم‌های در سن بارداری بررسی کنید که آیا بیمار در نیمه‌ی دوم بارداری یا هفته‌ی اول پس از زایمان است.

اقدام‌هایی که در تمام بیماران باید انجام شود:

- راه هوایی، وضعیت تنفس و گردش خون را کنترل کنید.
- از بیمار در قبال آسیب محافظت کنید: اطمینان حاصل کنید که بیمار در یک جای امن و به دور از آتش یا سایر مواردی است که ممکن است به او آسیب برساند.
- **بیمار را تنها نگذارید.** در صورت نیاز کمک بخواهید.
- به منظور پیش‌گیری از آسپیراسیون، بیمار را به پهلو بخوابانید
- چیزی در داخل دهان بیمار قرار ندهید.



قبل از صفحه

اگر بیمار در حال تشنج است:

بررسی احتمال اکلامپسی

- خانم در نیمه‌ی دوم بارداری یا هفته‌ی اول پس از زایمان و
- بدون سابقه‌ی صرع

آیا اکلامپسی محتمل است؟

موارد زیر را بررسی کنید.

کنترل عمومی تشنج

- برای بیمار یک مسیر درون وریدی برقرار 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 به ازاء هر کیلوگرم از 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 به سرعت به بیمارستان ارجاع دهید.
- بیش از ۲ دوز دیازپام داده نشود.

کنترل تشنج در اکلامپسی

- ۱۰ گرم سولفات منیزیم را عضلانی بدهید. ۵ گرم (۱۰ میلی‌لیتر محلول ۵۰٪) را عضلانی و در یک چهارم فوقانی خارجی باسن هر طرف همراه با ۱ میلی‌لیتر لیدوکائین ۲٪ با یک سرنگ تزریق کنید.
- چنانچه فشارخون دیاستولیک بیش از ۱۱۰ mmHg باشد، ۵ میلی‌گرم هیدرالازین را آهسته (۳-۴ دقیقه) تزریق کنید. چنانچه تزریق وریدی ممکن نباشد به صورت عضلانی هم می‌توان تجویز کرد. چنانچه فشار خون دیاستولیک بیشتر از ۹۰ mmHg باقی ماند، دوز بعدی را در فواصل ۳۰ دقیقه‌ای تا زمانی که فشار خون دیاستولیک به حدود ۹۰ mmHg برسد تکرار کنید. در مجموع بیش از ۲۰ میلی‌گرم تجویز نکنید.
- **بیمار را به سرعت به بیمارستان ارجاع دهید.**

خیر

آسیب به سر و گردن

بله

- روش کنترل عمومی تشنج را به کار گیرید.
- گردن را به دلیل احتمال آسیب وارده به نخاع، حرکت ندهید
- **بیمار را به سرعت به بیمارستان ارجاع دهید.**

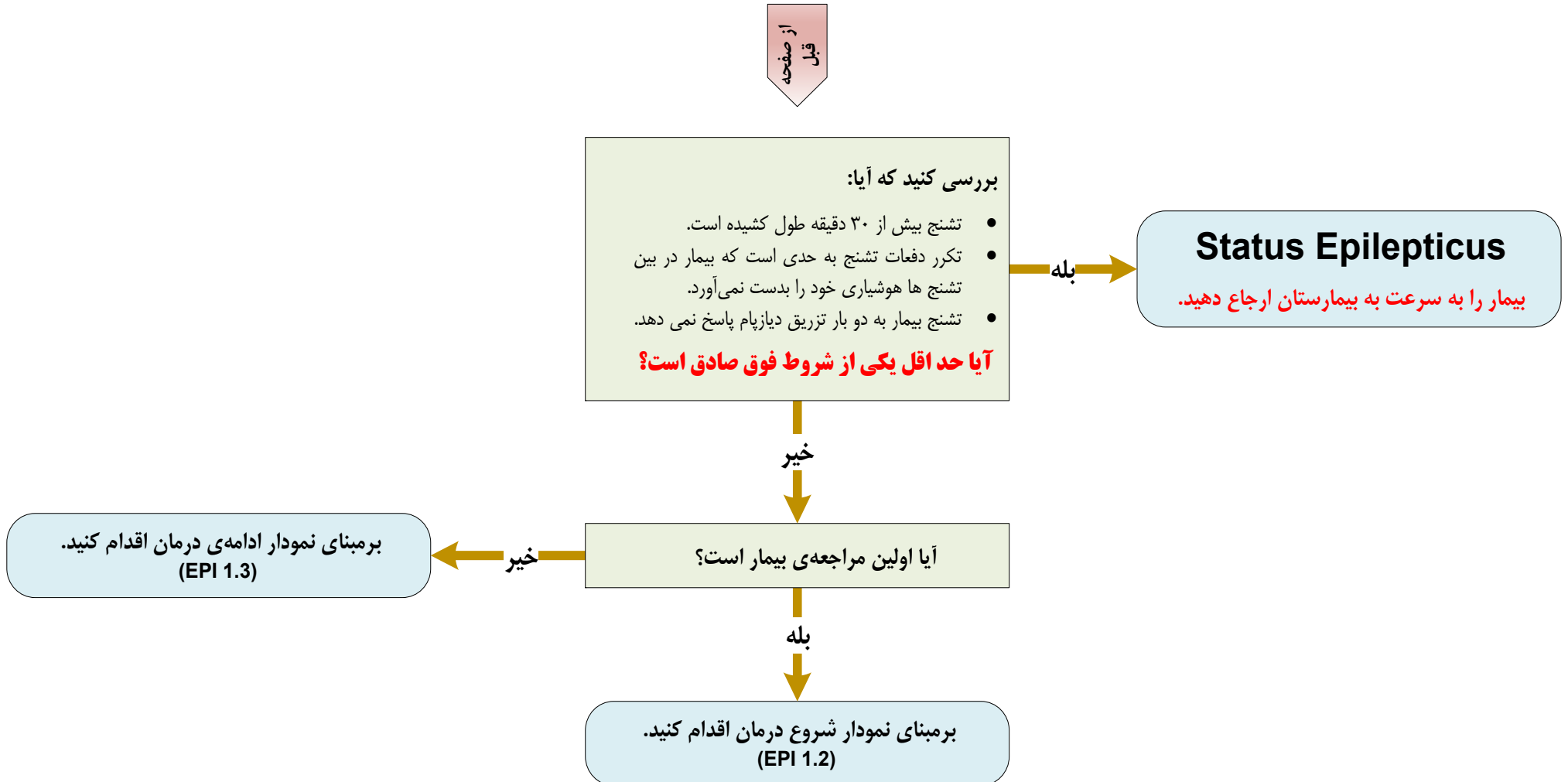
خیر

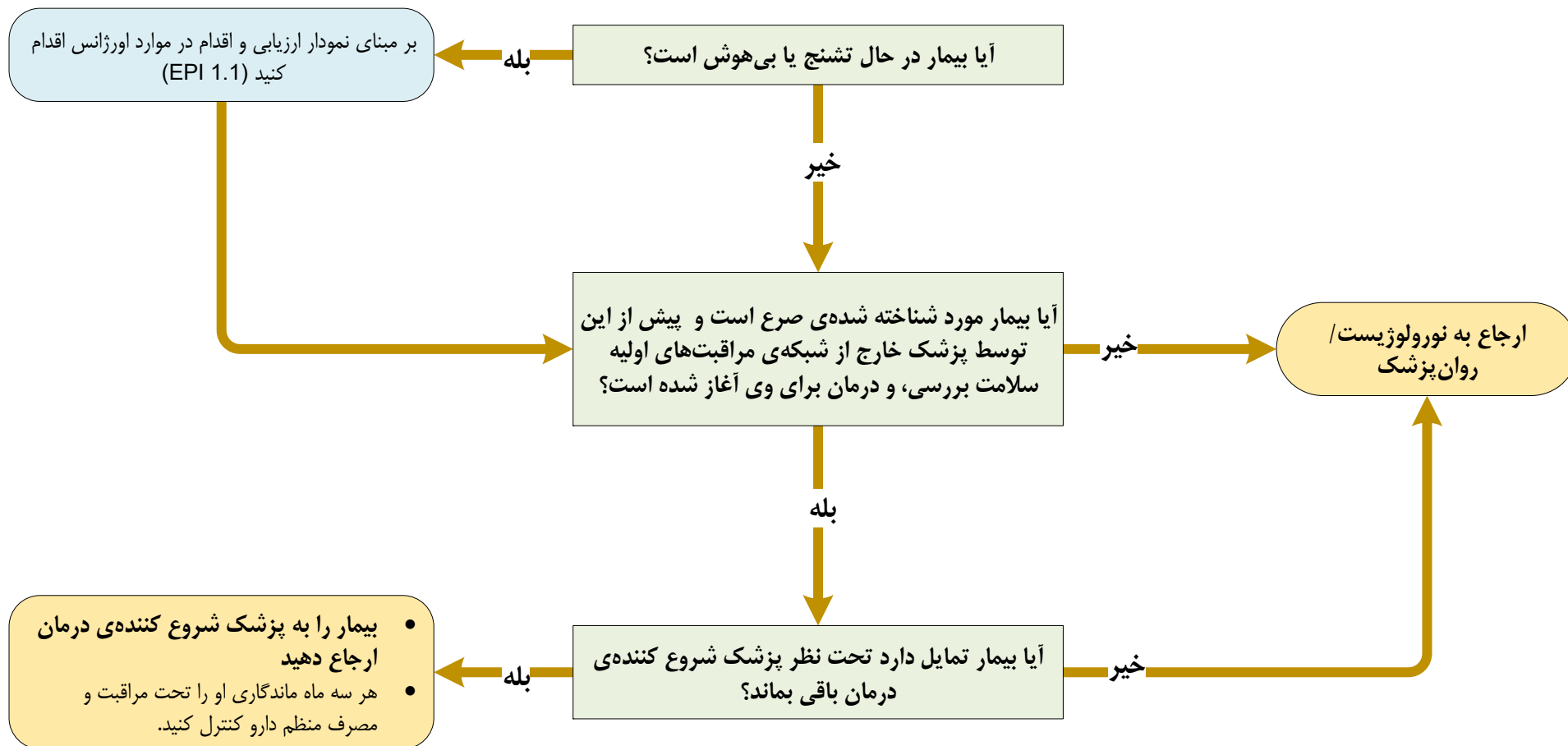
عفونت دستگاه عصبی مرکزی

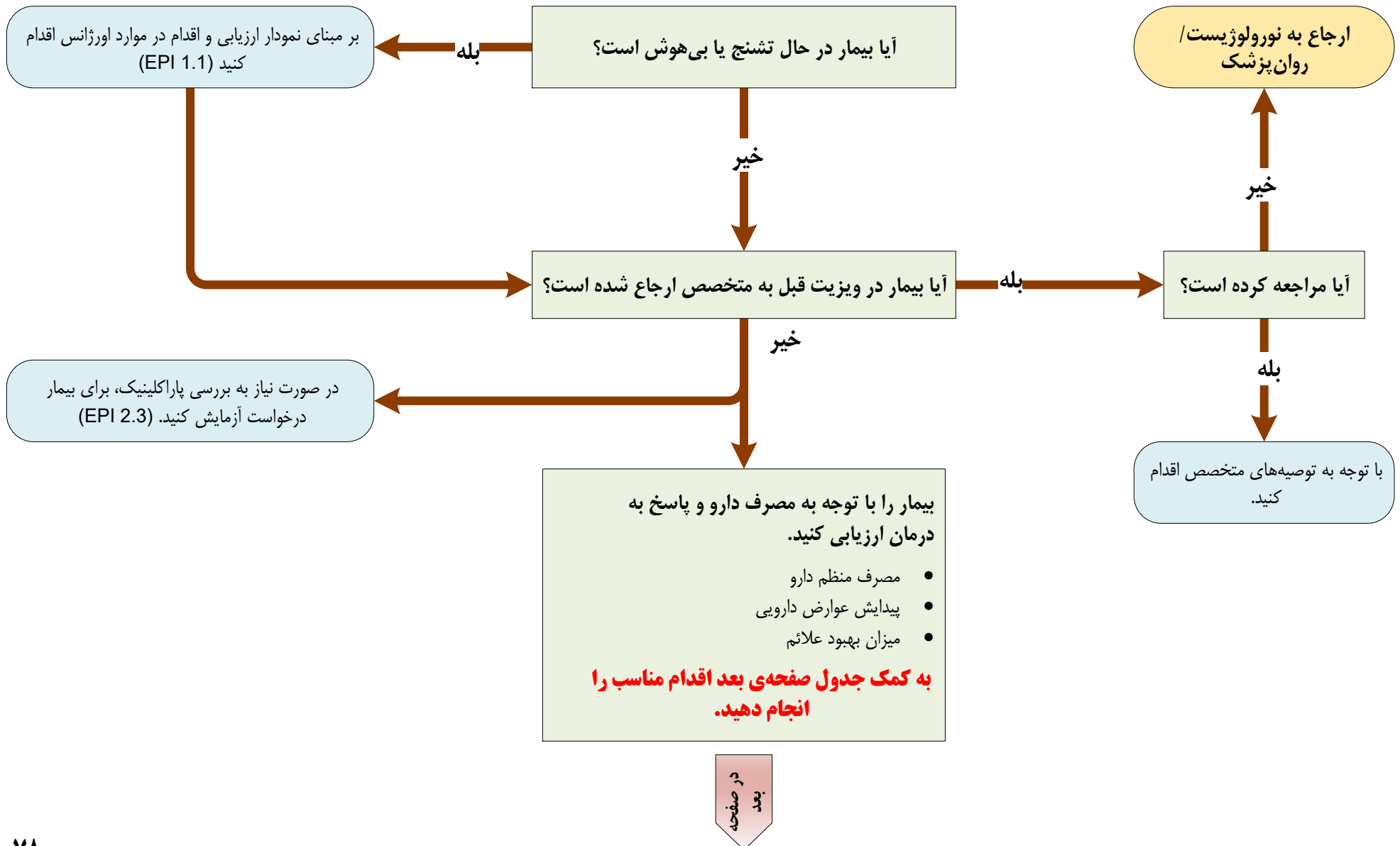
بله

- روش کنترل عمومی تشنج را به کار گیرید.
- **بیمار را به سرعت به بیمارستان ارجاع دهید.**

بعد از صفحه







کنترل تشنج		کنترل تشنج		کنترل تشنج	
عوارض دارویی		عوارض دارویی		عوارض دارویی	
پای‌بندی به مصرف منظم دارو		پای‌بندی به مصرف منظم دارو		پای‌بندی به مصرف منظم دارو	
پای بند است		پای بند است		پای بند است	
- درمان را ادامه دهید - اگر بیش از ۲ سال بیمار بدون تشنج بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. در صورت تمایل به قطع درمان بیمار را به متخصص ارجاع دهید. - بیمار را سه ماه دیگر ویزیت کنید		- در صورت امکان، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. - در صورتی که کاهش دوز دارو امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع دهید. - اگر بیش از ۲ سال بیمار بدون تشنج بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. در صورت تمایل به قطع درمان بیمار را به متخصص ارجاع دهید.		- در صورت امکان، دوز دارو را افزایش دهید و ویزیت کنید. - در صورتی که افزایش دوز دارو امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع دهید.	
پای بند نیست		پای بند نیست		پای بند نیست	
- علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. - اگر بیش از ۲ سال بیمار بدون تشنج بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. در صورت تمایل به قطع درمان، بیمار را به متخصص ارجاع دهید. - بیمار را سه ماه دیگر ویزیت کنید		- علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. - در صورت امکان، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. - اگر بیش از ۲ سال بیمار بدون تشنج بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. در صورت تمایل به قطع درمان، بیمار را به متخصص ارجاع دهید.		- علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. - اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. - اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، بیمار را به متخصص ارجاع دهید. - بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	

علت صرع استاتوس در گروه‌های سنی مختلف فرق می‌کند، ولی تمام علل تشنج می‌توانند صرع استاتوس نیز ایجاد کنند. پس از اقدامات اولیه بیمار را هر چه سریعتر به بیمارستان اعزام کنید.

جدول شماره ۱- داروهای درمان تک دارویی صرع

نام دارو	دوز معمول درمانی		اندیکاسیون اصلی درمانی	نیمه عمر (ساعت)
	کودکان mg/kg	بزرگسالان mg/d		
والپروات سدیم	30-60	1000-3000	تونیک-کلونیک جنرالیزه، پارشیال، افسنس، میوکلونیک	6-15
فنی توئین	4-7	300-400	تونیک-کلونیک جنرالیزه، پارشیال، افسنس، میوکلونیک	12-36
کاربامازپین	20-30	600-1200	تونیک-کلونیک جنرالیزه، پارشیال	14-25
فئوباریتال	3-5 (8 for infants)	90-200	تونیک-کلونیک جنرالیزه، پارشیال	40-120

*سطح خونی موثر به معنای سطح خونی‌ای از داروست که حداکثر کنترل تشنج و حداقل عوارض دارویی را دارد. در مجموع درمان هر بیمار باید به صورت فردی برای خود او انجام شود.

EPI2 درمان دارویی صرع

پایه‌ی اصلی درمان صرع، درمان دارویی است. برخی از داروها برای برخی از انواع صرع موثرترند. درمان همیشه با یک دارو آغاز و دوز دارو تا کنترل تشنج‌ها و رسیدن به سطح خونی درمانی افزایش داده می‌شود. در صورت اثربخش نبودن یک دارو، داروی دیگری جایگزین می‌شود. در مجموع تغییر مکرر دارو توصیه نمی‌شود. قطع ناگهانی داروی ضد صرع می‌تواند باعث تشدید حملات صرع و حتی صرع استاتوس شود. در موارد مقاوم به درمان، از دو دارو و ندرتاً بیش از دو دارو استفاده می‌شود. وقتی درمان ضد صرع آغاز می‌شود، باید تا سال‌ها ادامه پیدا کند. در مواردی که علت زمینه‌ای، مانند ضایعه‌ی مغزی، برای آن وجود دارد؛ درمان طولانی مدت خواهد بود.

دوز درمانی مناسب برای هر بیمار بر اساس پاسخ بالینی و در بعضی موارد سطح سرمی دارو تعیین می‌شود. دوز دارو نباید آنقدر بالا باشد که بیمار را کند و گیج کند، به گونه‌ای که عوارض دارو برای او ناتوان کننده‌تر از خود حملات تشنج باشد. اندازه گیری سطح سرمی برای تنظیم دوز دارو، بررسی میزان پای‌بندی به درمان، و همچنین در موارد مسمویت کمک کننده است.

۱-۲ درمان صرع استاتوس (Status Epilepticus)

صرع استاتوس به تشنجی گفته می‌شود که بیش از ۳۰ دقیقه طول بکشد یا تکرار تشنج‌ها به گونه‌ای باشد که بین آنها هوشیاری بیمار باز نگردد. در این وضعیت خطر مرگ و میر بسیار بالاست (۲۰-۳۰ درصد) و خطر عوارض نورولوژیک پایدار نیز وجود دارد.

۲-۲ درمان اکلامپسی

این سندرم در نیمه دوم حاملگی و اوایل پس از زایمان دیده می‌شود. افزایش فشار خون و تشنج از نشانه‌های آن است. درمان قطعی اکلامپسی ختم بارداری و کنترل انسفالوپاتی هایپرنتسیو است. از سولفات منیزیم برای پیش‌گیری از بروز تشنج یا تکرار آن استفاده می‌شود.

« ۱۰ گرم سولفات منیزیم را عضلانی تزریق کنید. ۵ گرم (۱۰ ml) محلول ۵۰٪ را همراه با ۱ ml لیدوکائین ۲٪ با یک سرنگ در ۱/۴ فوقانی خارجی باسن هر طرف تزریق کنید.

« چنانچه فشارخوب دیاستولیک بیش از ۱۱۰ mmHg باشد، ۵ میلی‌گرم هیدرالازین را آهسته (۳-۴ دقیقه) تزریق نمایید. چنانچه تزریق وریدی ممکن نباشد، به صورت عضلانی هم می‌توان تجویز کرد. چنانچه فشار خون دیاستولی بیش از ۹۰ mmHg باقی ماند، دوز بعدی را در فواصل ۳۰ دقیقه‌ای تا زمانی که فشار خون دیاستولی به حدود ۹۰ mmHg برسد تکرار کنید. در مجموع بیش از ۲۰ mg تجویز نکنید.

« بیمار را به سرعت به بیمارستان ارجاع دهید.

۳-۲ عوارض شایع و مهم داروهای ضد صرع و درمان آن

پیش‌گیری و مدیریت عوارض داروهای ضد صرع، یکی از چالش‌های مهم در درمان آن است. اغلب عوارض داروهای ضد صرع قابل پیش‌بینی و وابسته به دوز است. عوارض وابسته به دوز را، که تاثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران دارد، اغلب با تنظیم دوز دارو

می‌توان کنترل کرد و معمولاً نیازی به قطع آنها برای کنترل عوارض نیست.

نوع دیگر عوارض دارویی، عوارض ایدیوسینکراتیک^۱ است. این عوارض برخلاف عوارض نوع قبلی، بدون پیش‌بینی بروز می‌کنند و مکانیسم شناخته شده‌ای ندارند. عوارض ایدیوسینکراتیک در ۶٪ موارد درمان ضد صرع رخ می‌دهد و یکی از علل مهم مورتالیتی و موربیدیتی در این بیماران است. در همه‌ی موارد عوارض ایدیوسینکراتیک باید دارو قطع و بیمار فوراً به مرکز تخصصی ارجاع شود.

عوارض وابسته به دوز و ایدیوسینکراتیک در جدول شماره‌ی ۳ با یکدیگر مقایسه شده‌اند.

« والپروات سدیم

- والپروات سدیم آثار ثابت شده‌ی تراتوژنیک دارد. در بیماران زن در سن باروری، از باردار نبودن بیمار و استفاده از روش مناسب جلوگیری اطمینان حاصل کنید.
- در صورتی که بیمار کاندید عمل جراحی است، آزمایش‌های انعقادی انجام شود.
- تداخلات دارویی با والپروات سدیم وجود دارد و در مصرف هم‌زمان داروها باید به آن دقت کرد.
- اهم عوارض والپروات سدیم در جدول زیر ذکر شده است.

عارضه	نحوه‌ی کنترل
خواب آلودگی	مصرف دارو در شب
احساس ناراحتی گوارشی	مصرف دارو همراه با غذا افزایش آهسته دوز دارو تجویز H ₂ Blocker مصرف فرم‌های آهسته‌رهش
افزایش وزن	تغییر سبک زندگی
ریزش مو	مکمل روی و سلنیوم
سمیت کبدی	چک آنزیم‌های کبدی هر ۶ ماه و قطع دارو در صورت افزایش آنزیم‌ها بیش از سه برابر یا وجود نشانه‌های بالینی**
ترومبوسیتوپنی	چک CBC هر ۶ ماه

* در شش ماه اول احتمال ایجاد مسمومیت کبدی بالاتر است. در این مدت بهتر است با فواصل کمتری آنزیم‌های کبدی چک شود.

** احتمال ایجاد مسمومیت کبدی در کودکان زیر دو سال بالاست و در این گروه دارو باید با احتیاط زیاد مصرف گردد. با افزایش سن، احتمال مسمومیت کبدی به تدریج کم می‌شود. نشانه‌های مسمومیت کبدی اغلب غیر اختصاصی و شامل عدم کنترل مناسب تشنج‌ها، احساس ناخوشی، ضعف، خواب آلودگی، ادم صورت، بی‌اشتهایی، زردی و استفراغ است.

¹ idiosyncratic

صرع	جزئیات مدافله	EPI
-----	---------------	-----

جدول شماره‌ی ۳- مقایسه عوارض دارویی ایدیوسینکراتیک و وابسته به دوز

علت تمایز	ایدیوسینکراتیک	وابسته به دوز
مکانیسم ایجاد	واکنش‌های غیرمعمول دارو با بدن بیمار، اغلب به واسطه‌ی آثار ایمونولوژیک و سایتوتوکسیک دارو	نتیجه‌ی مکانیسم‌های اثر شناخته شده دارو
قابل پیش‌بینی بودن	اغلب غیر قابل پیش‌بینی؛ برخی ریسک فاکتورهای بروز شناخته شده است مثل سابقه واکنش‌های دارویی با داروهای دیگر	اغلب قابل پیش‌بینی
میزان بروز و ارتباط با دوز	ناشایع (کمتر از ۱۰٪) و تهدیدکننده حیات (کمتر از ۱٪). برخی عوارض با دوز و سرعت تیتراسیون ارتباط دارد.	شایع یا نسبتاً شایع (بروز بیش از ۱۰٪) و شدت با افزایش دوز بیشتر می‌شود.
سیر زمانی	اغلب در چند هفته‌ی اول درمان ایجاد می‌شود.	در ابتدای درمان یا در زمان افزایش دوز شایع‌تر است و اغلب با کاهش دوز دارو بر می‌گردد؛ برخی عوارض مثل افزایش وزن آهسته تر ایجاد می‌شود و سخت‌تر برمی‌گردد.
شدت	عارضه‌ی ساده‌ای مثل بثورات جلدی تا واکنش‌های تهدیدکننده‌ی حیات را در بر می‌گیرد.	باعث کاهش کیفیت زندگی بیمار می‌شود ولی تهدید کننده‌ی حیات نیست
اقدامات برای پیش‌گیری	قطع دارو عدم تجویز داروهای خاص در گروه پر خطر افزایش آهسته‌ی دوز	اغلب با تنظیم دوز دارو کنترل می‌شود. از ابتدا می‌بایست دارویی با پروفایل عوارض متناسب با شرایط بیمار انتخاب کرد.
مثال‌هایی از عوارض	DRESS* راش پوستی شامل استیونس جانسون و TEN** سودولیمفوما آگرانولوسیتوز، آنمی آپلاستیک سمیت کبدی	خواب‌آلودگی، گیجی، خستگی، عدم تعادل، اختلال شناختی، تغییرات خلقی (تمام داروها) کمبود Vit D، اختلالات اندوکراین، تداخلات دارویی (کاربامازپین، فنی‌توئین، فنوباربیتال، پریمیدون) هایپوناترمی (کاربامازپین، اکس‌کاربازپین) اسیدوز متابولیک، پارستری و سنگ کلیه (توپیرامات و زونبسامید)

* Drug-related rash with eosinophilia and systemic syndromes

** Toxic Epidermal Necrolysis

« لاموتریزین

عارضه پوستی: راش پوستی شدید که نیازمند قطع درمان و بستری باشد با مصرف لاموتریزین گزارش شده است. بروز راش شامل سندرم استیونس-جانسون، حدود ۱٪ در افراد زیر ۱۶ سال و ۰/۳٪ در بزرگسالان است. موارد نادری از TEN^۲ یا مرگ ناشی از راش گزارش شده است. چون در جمعیت زیر ۱۶ سال احتمال بروز راش پوستی با لاموتریزین بیشتر است، این دارو در این گروه سنی فقط برای کنترل موارد صرع در سندرم لنوکس-گشتالت و صرع پارشیال تایید شده است. احتمال بروز عارضه‌ی پوستی در این شرایط بیشتر می‌شود:

۱. همراهی تجویز لاموتریزین با والپروات سدیم
 ۲. شروع دارو با دوز بالاتر از دوز پیشنهادی
 ۳. تجویز دارو در دوزهای بالاتر از دوز پیشنهادی
- تقریباً تمام موارد راش‌های تهدید کننده‌ی حیات، ظرف ۲ تا ۸ هفته‌ی اول درمان بروز می‌کند. راش‌های خوش خیم نیز در درمان با لاموتریزین دیده می‌شود. اما از آنجایی که نمی‌توان با اطمینان آنها را از هم افتراق دارد لازم است تا با مشاهده اولین نشانه‌ی راش، دارو قطع شود. قطع ناگهانی دارو می‌تواند باعث تشدید حملات صرع شود. جز در موارد ضرورت، دارو باید حداقل طی ۲ هفته قطع شود. تداخلات دارویی با لاموتریزین وجود دارد و در مصرف هم‌زمان داروها باید به آن دقت کرد.

« فنی توین

مانند سایر داروهای ضدصرع، قطع ناگهانی دارو می‌تواند باعث تشدید حملات صرع و حتی صرع استاتوس شود. واکنش‌های حساسیتی به فنی توین ناشایع نیست و می‌تواند به صورت تب، راش، درد مفاصل یا لنفادنوپاتی بروز کند. با توجه به اثر دارو بر اتوماتیسمی بطنی، در موارد برادی کاردی بطنی، بلوک سینوسی-دهلیزی، بلوک درجه دو و سه دهلیزی-بطنی نباید تجویز شود. به علت آثار خونی (کاهش گلبولهای سفید)، کبدی و اثر بر روی قند خون، این موارد باید در فواصل منظم (هر ۶ ماه) در بیماران چک شود.

« کاربامازپین

عارضه‌ی شایع در مصرف کاربامازپین علائم نورولوژیک (گیجی، خواب آلودگی، دوبینی، آتاکسی) است. در صورتی که این نشانه‌ها شدید باشد، باید به مسمومیت دارویی شک و بیمار را به سرعت به مرکز اورژانس ارجاع کرد. بررسی‌های ضروری آزمایشگاهی و بالینی حین درمان با کاربامازپین در جدول زیر نمایش داده شده است. به علت اثر قوی کاربامازپین در القای آنزیم‌های سیتوکروم در کبد، احتمال تداخلات دارویی بالاست. کاربامازپین معمولاً باعث کاهش سطح سرمی سایر داروهایی می‌شود که هم‌زمان با آن مصرف می‌شود. در ویزیت‌های بیمار حتماً باید درباره مصرف داروهای دیگر سؤال کرد.

« اکس کاربازپین

این دارو آنالوگ داروی کاربامازپین است. عوارض کمتری نسبت به کاربامازپین دارد. در ۳٪ موارد هایپوناترمی با دارو گزارش شده است. در صورت وجود خواب آلودگی یا تشدید حملات صرع در حین درمان باید به این عارضه شک کرد. در صورتی که در آزمایش، سدیم پایین گزارش شود بیمار را باید فوراً به مرکز تخصصی ارجاع کرد.

« فنوباریتال

مانند سایر داروهای ضدصرع، قطع ناگهانی دارو می‌تواند باعث تشدید حملات صرع و حتی صرع استاتوس شود. بیمارانی که فنوباریتال مصرف می‌کنند باید از نظر وجود علائم روانی (افسردگی، وجود افکار خودکشی) ارزیابی شوند. تست‌های CBC، عملکرد کبد و کلیه باید به صورت دوره‌ای (هر شش ماه) در بیماران چک شود.

بررسی بالینی یا آزمایشگاهی	فواصل انجام بررسی
FBS	هر ۲-۵ سال
تست‌های عملکرد کبد	هر ۲-۵ سال
الکترولیت‌ها	هر ۲-۵ سال
وزن و BMI	در هر ویزیت
سطح Vit. D و تست‌های متابولیسم استخوانی	هر ۲-۵ سال

² Toxic Epidermal Necrolysis

« لو تیراستام

احساس خواب آلودگی، ضعف و اختلال در هماهنگی حرکات در هفته‌های اول درمان دیده می‌شود. علائم روان‌پزشکی (مانند سایکوز، افسردگی و وجود افکار خودکشی، اضطراب، دپرسونالیزیشن، نوسانات خلقی) در بیماران باید مورد توجه باشد و در هر ویزیت بیمار از این نظر ارزیابی شود.

EPI3 پیگیری

در هر ویزیت، پاسخ به درمان، پذیرش دارویی و وجود عوارض دارویی را ارزیابی کنید. در هر بیماری که هنوز صرع به طور کامل کنترل نشده یا رژیم دارویی او اخیراً تغییر کرده است، ویزیت به صورت ماهیانه و در بیماران با وضعیت پایدار ویزیت‌ها هر سه ماه یک بار انجام شود. تمام بیماران را به طور سالانه به متخصص مغز و اعصاب یا روان‌پزشک ارجاع دهید.

EPI4 آموزش بیمار و خانواده

- « اصل اول و پایه در درمان صرع، مصرف مرتب دارو، خودداری از قطع ناگهانی و خودسرانه دارو و تحمل عوارض خفیف داروهاست.
- « صرع درمان دارد و اغلب بیماران مبتلا به صرع قادر به ادامه زندگی معمولی، ازدواج، بارداری، و کار مانند سایر افراد هستند.
- « مصرف طولانی مدت داروهای ضد صرع اثر نامطلوب بر عملکرد شناختی مغز ندارد. و برعکس، با کنترل حملات تشنج، توانایی ذهنی بیماران بهتر می‌شود.

- « استفاده از تمهیدات ایمنی در مشاغل، ایمنی در خانه و به ویژه استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواری، دوچرخه سواری، رعایت ایمنی در حین کار در ارتفاع و کارگاه‌ها و نیز در کوهنوردی و ... به همه افراد توصیه می‌شود. در مورد اینکه چه فعالیت‌های کاری و ورزشی برای بیماران مجاز است، حتماً با پزشک متخصص مشورت کنید.
- « درمان دارویی صرع طولانی مدت است و لازم است بیماران به مدت چندین سال دارو مصرف کنند. تصمیم برای قطع درمان توسط پزشک معالج گرفته می‌شود.
- « مصرف داروهای گیاهی جایگزین داروهای ضدصرع نیست و نباید با آنها جایگزین شود. احتمال تداخل داروهای گیاهی با داروهای ضدصرع وجود دارد، بنابراین لازم است حتماً قبل از مصرف با پزشک معالج خود مشورت کنند.
- « داروهای ضد صرع نیز مانند تمام داروهای دیگر عوارضی دارند که اگر تجویز درست پزشک همراه با مراقبت دقیق بیمار و ارتباط منظم با پزشک باشد، نباید نگران عوارض داروها بود. داروهای ضدصرع را نباید ناگهانی قطع کرد زیرا می‌تواند باعث عود بیماری شود. عوارض دارویی مربوط به تمام داروها نیست و یک داروی خاص ممکن است در یک نفر هیچ عارضه‌ای ایجاد نکند. در بسیاری موارد شروع دارو با مقدار کم و افزایش تدریجی آن باعث تحمل بدن و کاهش بروز عوارض دارویی می‌شود.
- « در صورتی که عوارضی مانند عارضه‌ی پوستی، خارش، کهیر، تب، احساس ضعف و خواب‌آلودگی، ورم، بی‌اشتهایی شدید یا

زردی وجود دارد، بلافاصله به پزشک معالج یا مرکز درمانی مراجعه نمایید.

« بیماران باید دفتری برای ثبت مصرف داروها و نیز حملات تشنج (زمان، شدت و شکل حمله) داشته باشند تا پیگیری پاسخ به درمان آنها دقیق‌تر باشد.

« زنانی که مبتلا به صرع هستند نسبت به جمعیت عمومی در خطر بالاتری برای عوارض بارداری و زایمان قرار دارند. در صورت مصرف برخی داروهای ضدصرع، بیمار باید روش مطمئنی برای جلوگیری از بارداری داشته باشد. از طرفی برخی داروهای ضد صرع (کاربامازپین، فنی‌توئین و فنوباریتال) باعث کاهش اثربخشی داروهای خوراکی ضدبارداری می‌شوند. بنابراین باید از روش‌های دیگر یا داروهای با دوز بالای هورمون استفاده کرد.

« افرادی که مبتلا به صرع هستند یا سابقه تشنج دارند باید به هر پزشکی که برای درمان مراجعه می‌کنند مشکلات خود را به طور کامل بیان کنند. چرا که ممکن است با مصرف برخی داروها دچار حمله تشنج شوند. همین‌طور ممکن است بین داروهای ضدصرع و داروهای دیگر تداخل دارویی ایجاد شود.

اختلال تکامل اصطلاحی است که گروهی از اختلالات نظیر ناتوانی / عقب ماندگی ذهنی و همچنین اختلالات گسترده‌ی تکاملی شامل اوتیسم را در بر می‌گیرد. این اختلالات معمولاً در دوران کودکی آغاز می‌شوند، با اختلال یا تأخیر در فعالیت‌های مرتبط با دستگاه عصبی مرکزی مشخص می‌شوند، و بر خلاف بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی، که دوره‌های عود و بهبود دارند، از روند ثابتی برخوردارند. علیرغم شروع در دوران کودکی، اختلالات تکاملی تا دوران بزرگسالی ادامه می‌یابند. افراد مبتلا به اختلالات تکاملی بیشتر در معرض بیماری‌های جسمی قرار دارند و اختلالات روان‌پزشکی نیز در آنان بیشتر دیده می‌شود و از این جهت به توجه بیشتری نیازمندند.

ناتوانی ذهنی

ناتوانی ذهنی با اختلال مهارت در حوزه‌های متعدد تکاملی (مانند شناخت، زبان، حرکتی و اجتماعی) در جریان دوره‌ی تکامل مشخص می‌شود. بهره‌ی هوشی پایین‌تر، توانایی فرد را برای تطبیق با اقتضائات زندگی روزمره کاهش می‌دهد. به کمک تست‌های ضریب هوشی می‌توان به برداشتی از شدت ناتوانی‌های فرد دست یافت؛ ولی فقط در صورتی که این تست‌ها برای جمعیتی که تست در آن به کار گرفته می‌شود اعتبارسنجی شده باشد باید از آنها استفاده کرد.

اختلالات تکاملی نافذ از جمله اوتیسم

اختلال رفتار اجتماعی، برقراری ارتباط و زبان و دامنه‌ی محدود علائق و فعالیت‌هایی که خاص فرد است و کراراً انجام می‌شوند از وجوه اصلی این اختلال است. این مشکلات از دوران شیرخوارگی و ابتدای کودکی آغاز می‌شود. معمولاً، ولی نه همیشه، درجاتی از ناتوانی ذهنی در این افراد دیده می‌شود. رفتارهای فوق‌الذکر اغلب در افرادی که ناتوانی‌های ذهنی دارند نیز دیده می‌شود.

ابتلای کودک را به تأخیر تکامل (رشد و نمو) بررسی کنید

- کودک را با همسالان خود در همان جامعه مقایسه کنید و ببینید که آیا رفتارهایی نظیر خندیدن، نشستن، به تنهایی ایستادن، راه رفتن، حرف زدن، درک کارهایی که از او خواسته می‌شود و برقراری ارتباط با دیگران را با تأخیر انجام داده است یا نه.
- در مورد کودکان سنین بالاتر علاوه بر موارد فوق بررسی کنید که آنها وظایف مرتبط با مدرسه یا کارهای روزانه را در خانه با چه کیفیتی انجام می‌دهند.
- شواهدی از موارد زیر را جست‌وجو کنید:
 - ✓ رفتارهای عجیب و نامأنوس در برقراری ارتباط: نظیر عدم استفاده‌ی اجتماعی از مهارت‌های زبانی یا انعطاف ناپذیری در به‌کارگیری زبان
 - ✓ رفتارهای محدود، قالبی و تکرار شونده (Stereotyped):
 - ✓ زمان، توالی و سیر این رفتارها را مشخص کنید.
 - ✓ از دست دادن مهارت‌هایی که قبلاً کسب شده است.
 - ✓ سابقه‌ی خانوادگی اختلال تکاملی
 - ✓ اختلال بینایی و شنوایی
 - ✓ صرع همراه
 - ✓ علائم همراه از انواع اختلال حرکتی یا فلج مغزی

آیا شواهدی از تأخیر تکامل یا رفتارهای عجیب و نامأنوس وجود دارد؟

خیر

از این مدول خارج شوید و با توجه به نمودار مادر مسیر دیگری را برای بررسی مسأله‌ی بیمار انتخاب کنید.

بله

- بیمار و خانواده‌ی او را برای آموزش‌های روان‌شناختی به کارشناس سلامت روان ارجاع کنید.
- در مورد خدمات آموزشی و اجتماعی در مورد اختلالات تکاملی اطلاع‌رسانی و از خانواده برای بهره‌مندی از این خدمات حمایت کنید.
- با مدرسه‌ی کودک پس از کسب رضایت او و خانواده‌اش تماس بگیرید و توصیه‌های لازم را به آنان ارائه کنید. (DEV3)
- **کودک را برای بررسی بیشتر و شروع اقدامات درمانی به متخصص ارجاع کنید.**
- در مورد مشکلات همراه، نظیر اختلالات بینایی و شنوایی، اقدامات مورد نیاز را انجام دهید.
- برای موقعیت‌های دشوار مورد انتظار در زندگی کودک، حمایت‌های مورد نیاز را از او و خانواده‌اش به عمل آورید.
- شرایط برقراری خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه را برای بیمار فراهم و با دست‌اندرکاران این خدمات همکاری کنید. (DEV4)
- برای صیانت از حقوق انسانی کودک و خانواده‌اش تلاش کنید. (DEV5)
- مراقبان کودک را مورد حمایت ویژه قرار دهید. (DEV6)
- به صورت منظم کودک را ویزیت کنید. (DEV7)

موارد زیر را بررسی کنید.

از صفحه
قبل

بررسی اختلالات همراه قابل درمان

- سوء تغذیه و کمبود ریز مغذی‌ها نظیر ید و آهن
- بیماری‌های همراه نظیر عفونت ادراری

آیا کودک اختلال همراه قابل درمان دارد؟

بله

- تغذیه‌ی کودک را اصلاح و در صورت نیاز مکمل تجویز کنید.
- بر مبنای راهنمای "مانا" بیماری همراه را درمان کنید.

آیا تأخیر تکامل به دلیل محیط غیر محرک یا افسردگی مادر است؟

بله

- خانواده را برای آموزش روان‌شناختی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.
- افسردگی مادر را بر مبنای مدول افسردگی بررسی و درمان کنید

بررسی سایر اختلالات روان‌شناختی و نورولوژیک در کودک

- صرع
- افسردگی
- اختلالات رفتاری

آیا شواهدی از اختلالات رفتاری و روان‌شناختی در کودک وجود دارد؟

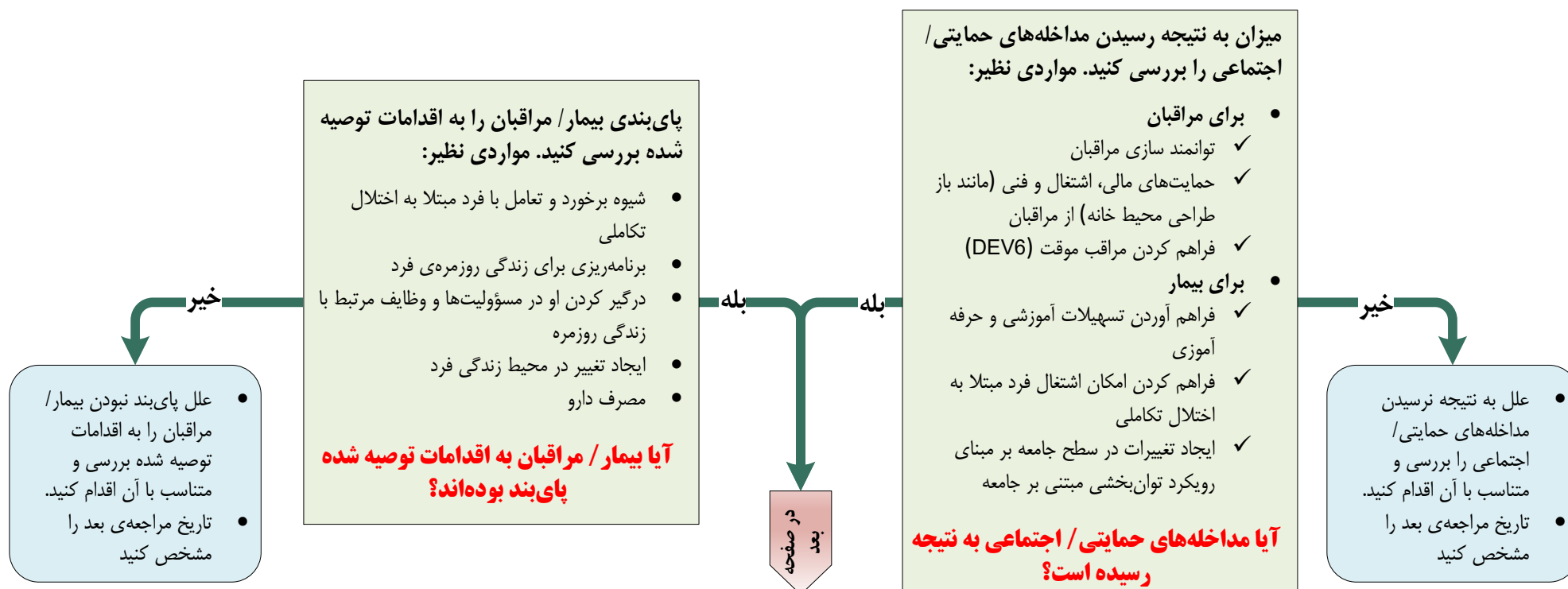
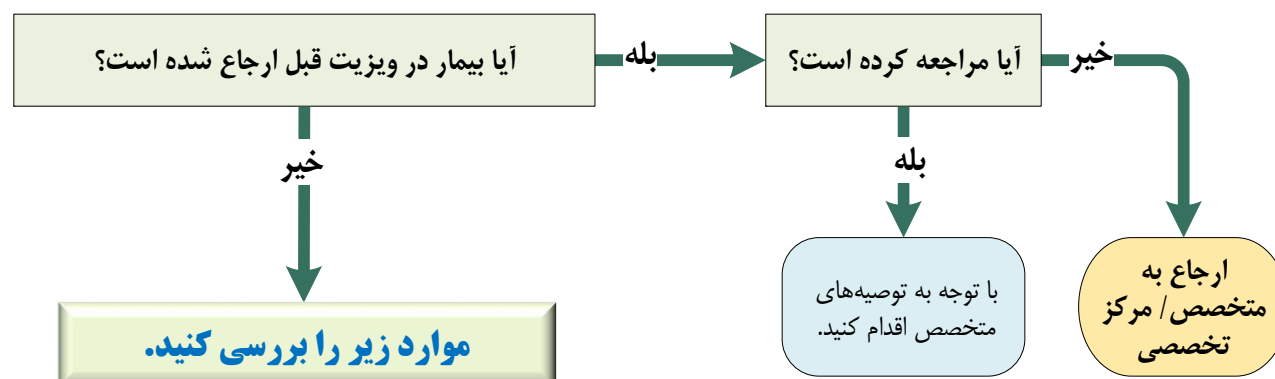
بله

- بر مبنای مدول‌های مربوطه کودک را بررسی و درمان کنید.
- افراد مبتلا به اختلالات تکاملی به عوارض داروهای روان‌پزشکی حساس‌ترند. لذا در صورت تجویز این داروها از بیمار مراقبت بیشتری به عمل آورید.

- مشکلات جسمی قابل درمان زمینه را که می‌تواند مشکلات رفتاری را تشدید کند درمان کنید
- بیمار و خانواده را برای آموزش‌های روان‌شناختی بیشتر به کارشناس سلامت روان ارجاع کنید.
- **بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید**
- مراقبان را تحت حمایت بیشتر قرار دهید. (DEV6)

آیا کودک رفتارهای مشکل‌آفرین دارد؟

بله





میزان دستیابی به اهداف مداخله‌ها را بررسی کنید.
مواردی نظیر:

• در مورد مراقبان

- ✓ پذیرش زندگی با فرد مبتلا به اختلال تکامل و آمادگی برای ایفای نقش به عنوان یک مراقب کارآمد
- ✓ وضعیت روانی با ثبات در مراقب: بررسی شواهد افسردگی و خستگی مفرط
- ✓ وضعیت با ثبات از نظر شغل و درآمد
- ✓ مدیریت کارآمد زندگی روزمره و بازگشت زندگی به روال عادی

• در مورد بیمار

- ✓ توانمندی‌های بیمار در زمینه‌های برقراری ارتباط، انجام وظیفه در زندگی روزمره‌ی خانواده، فعالیت اجتماعی، تحرک فیزیکی، وضعیت تحصیلی، حرفه‌آموزی، اشتغال
- ✓ رفتارهای مشکل آفرین
- ✓ وضعیت فیزیکی: تغذیه، رشد، ابتلا به بیماری‌های جسمی

آیا میزان دستیابی به اهداف مداخله‌ها قابل قبول است؟

خیر

ارجاع به
متخصص / مرکز
تخصصی

بله

- متناسب با شرایط بیمار و خانواده امکان حرکت به سوی مراحل بعدی درمان را بررسی کنید...
- تاریخ مراجعه‌ی بعدی را مشخص کنید.

DEV2 آموزش روان‌شناختی خانواده

آموزش روان‌شناختی، فرد مبتلا به اختلال تکاملی و خانوادگی او را، بسته به شدت اختلال و در دسترس بودن و اهمیت عضو خانواده در زندگی روزمره‌ی بیمار، در بر می‌گیرد. والدین، یا عضو مؤثر خانواده، باید مهارت‌های زیر را کسب کنند:

- « کودک مبتلا به اختلال تکاملی را بپذیرند و از او مراقبت کنند.
- « موارد زیر را شناسایی کنند:
 - موارد استرس‌زا برای کودک و آنچه که او را خوشحال می‌کند؛
 - آنچه که سبب رفتارهای مشکل‌آفرین یا پیش‌گیری از آنها می‌شود؛
 - نقاط قوت و ضعف کودک و این‌که او تا چه اندازه می‌تواند یاد بگیرد
- « این را درک کنند که افراد مبتلا به اختلالات تکاملی در صورت مواجهه با موقعیت‌های جدید ممکن است به مشکلاتی دچار شوند.
- « برنامه‌ی منظمی برای صرف غذا، بازی کردن، یادگیری و خواب در طی روز تهیه کنند.
- « با واگذار کردن یک وظیفه‌ی ساده در هر نوبت، کودک را در امور زندگی روزمره درگیر کنند.
- « تا آنجا که ممکن است او را در مدرسه نگاه دارند. حضور در مدارس عادی، حتی اگر نیمه وقت باشد، ترجیح دارد.

- « مراقب بهداشت عمومی کودک باشند و به او برای خودمراقبتی آموزش دهند.
- « به رفتارهای خوب کودک، پس از آنکه آنها را انجام داد، پاداش دهند و هنگامی که این رفتارها مشکل‌آفرین است از پاداش امتناع کنند.
- « از آنان در قبال کودک‌آزاری محافظت کنند.
- « حق او را برای داشتن یک محدوده‌ی امن، با مرزهای قابل رؤیت، که در آن احساس راحتی و امنیت داشته باشد و بتواند آزادانه و آن‌گونه که دوست دارد در آن حرکت و بازی کند، محترم بشمارند.
- « با سایر والدینی که کودکان با اختلالات مشابه دارند ارتباط برقرار و با آنان تبادل اطلاعات کنند.

DEV3 توصیه به آموزگاران

- « برای پرداختن به نیازهای خاص آموزشی کودک برنامه‌ریزی کنید. چند نکته‌ی ساده در این مورد عبارتند از:
 - از کودک بخواهید که در جلوی کلاس بنشیند.
 - به کودک برای اینکه متوجه تکالیف بشود وقت بیشتری بدهید.
 - تکالیف بزرگ را به اجزای کوچک‌تر تقسیم کنید.
 - بررسی کنید که آیا کودک از سوی دیگران مورد ارباب و آزار قرار می‌گیرد و برای توقف آن اقدام درخور انجام دهید.

DEV4 توان‌بخشی مبتنی بر جامعه (CBR)^۱

درگیر کردن جوامع در ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به ناتوانی‌ها و خانوادگی آنها، برآوردن نیازهای پایه و تضمین پذیرش و مشارکت آنان در جامعه، از نقاط اصلی تمرکز توان‌بخشی مبتنی بر جامعه است. در قالب این رویکرد، بازتوانی در محیطی که فرد به آن تعلق دارد، با استفاده از منابع عمدتاً محلی، در دسترس افراد مبتلا به ناتوانی قرار می‌گیرد. این شیوه‌ی توان‌بخشی در خانه، مدرسه و سایر مکان‌های مورد استفاده‌ی افراد ناتوان اجرا می‌شود. برای پیاده کردن آن باید اطفال مبتلا به اختلالات تکاملی، خانوادگی آنان و جوامع، همراه با متولیان خدمات سلامتی، آموزشی، فنی و حرفه‌ای، و اجتماعی با یکدیگر همکاری کنند. از طریق این رویکرد فضایی ایجاد می‌شود که در آن به افراد ناتوان احترام گذاشته و حقوق آنان رعایت می‌شود، کودکان تحت آموزش قرار می‌گیرند، خانواده‌ها توانمند می‌شوند، از استرس آنان کاسته می‌شود و سازگاری آنان با اختلالات تکاملی بیشتر می‌شود. مداخله‌های توان‌بخشی مبتنی بر جامعه امور متنوعی چون زندگی روزمره، فرستادن کودک به مدرسه، آموزش فنی و حرفه‌ای و حمایت از والدین را در بر می‌گیرد.

DEV5 صیانت از حقوق کودک و خانوادگی او

- « اصول کلی مراقبت را مرور کنید. در مورد حقوق و شأن کودک و خانوادگی او به شدت مراقب و حساس باشید. برای مثال:

^۱ Community Based Rehabilitation

هیچ مداخله‌ای را بدون رضایت آگاهانه شروع نکنید؛ زمینه‌های برخورد نامناسب، خشن و غیر محترمانه را از بین ببرید.

از نگهداری کودک در مراکز شبانه روزی اجتناب کنید.
دست‌رسی کودک به مدرسه و سایر انواع آموزش را تقویت کنید.

DEV6 از مراقبان حمایت کنید

آثار روانی اجتماعی مراقبت از کودک مبتلا به اختلال تکاملی را بر مراقبان شناسایی کنید.

نیازهای مراقبان را ارزیابی کنید و حمایت‌ها و منابع مورد نیاز آنان را برای زندگی خانوادگی، اشتغال، فعالیت‌های اجتماعی و سلامت تأمین کنید. شرایطی را فراهم کنید که فرد یا افراد دیگری متناوباً بتوانند، برای چند ساعت، از کودک مراقبت کند تا مراقبان اصلی فرصتی برای استراحت و رسیدگی به امور شخصی خود پیدا کنند.

DEV7 پیگیری

به صورت منظم و از طریق کارشناس مراقب سلامت/کارشناس سلامت روان پیگیری کنید.

برای دوران کودکی، به منظور پیگیری از «مانا» استفاده کنید.

در موارد زیر کودک را ارجاع دهید:

اگر پیشرفتی مشاهده نمی‌شود یا سیر تکاملی و رفتار کودک بدتر می‌شود؛

اگر کودک یا دیگران را در معرض خطر می‌بینید؛
اگر سلامت جسمی کودک تحت تأثیر قرار می‌گیرد (نظیر مشکلات تغذیه‌ای)

به کجا باید ارجاع کرد؟

اگر فرد علائمی سازگار با ناتوانی ذهنی (که با تأخیر فراگیر در چند حوزه تکاملی چون توانایی‌های شناختی، زبان، توانایی‌های حرکتی و اجتماعی مشخص می‌شود) دارد:

از نگهداری او در مراکز شبانه‌روزی اجتناب کنید.
او را به مراکز تخصصی خدمات سرپایی ناتوانی‌های ذهنی ارجاع دهید.

او را به خدمات گفتار درمانی سرپایی ارجاع دهید.

اگر فرد علائمی سازگار با اختلال تکاملی نافذ مانند اوتیسم (که با مشکلاتی در تعاملات اجتماعی، برقراری ارتباط و رفتارهای محدود و تکراری مشخص می‌شود) دارد:

از نگهداری او در مراکز شبانه‌روزی اجتناب کنید.
او را به مراکز تخصصی خدمات سرپایی مرتبط با اختلالات تکاملی نافذ یا اوتیسم ارجاع دهید.

DEV8 پیش‌گیری از اختلالات تکاملی

از مادران باردار مراقبت و سوء تغذیه و بیماری‌های عفونی دوران بارداری را درمان کنید. شرایط زایمان ایمن را فراهم کنید و از نوزاد پس از زایمان مراقبت کنید. از آسیب به سر، عفونت دستگاه عصبی مرکزی، و عفونت در دوران شیرخوارگی و کودکی پیش‌گیری کنید.

کودکانی را که سوء تغذیه دارند، کراراً بیمار می‌شوند و در معرض خطر هستند؛ را شناسایی کنید و آنان را تحت مراقبت قرار دهید. والدین این کودکان را از نزدیک ببینید یا از خانه‌ی آنان دیدن کنید.

والدین را برای دریافت آموزش‌های فرزند پروری به کارشناس مرکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر ارجاع دهید.

اگر مادر افسرده است او را تحت ارزیابی و درمان قرار دهید.

مادران دچار مشکلات روان‌پزشکی، ذهنی، عصبی، اجتماعی یا مصرف‌کننده‌ی مواد را مورد حمایت ویژه قرار دهید. ویزیت در منزل، آموزش‌های روان‌شناختی و ارتقای مهارت‌های مادر در حوزه‌ی فرزند پروری از مصادیق این حمایت‌ها هستند.

خانم‌های باردار یا آنهایی که قصد بارداری دارند، باید اکیداً از مصرف الکل خودداری کنند. مغز در حال تکامل، حتی در چند هفته‌ی اول بارداری، به شدت نسبت به الکل حساس است.

اختلال هیپرکینتیک / بیش‌فعالی اختلال توجه (ADHD)

اختلال توجه و بیش‌فعالی وجوه اصلی این اختلال هستند. اختلال توجه خود را به صورت رها کردن وظایف و نیمه‌کاره رها کردن فعالیت‌ها نشان می‌دهد. کودک یا نوجوانان به کرات از یک کار به سراغ کار دیگری می‌رود. نقص در تداوم یک کار و استمرار توجه، باید فقط هنگامی به عنوان یک اختلال در نظر گرفته شود که با توجه به سن و هوش کودک یا نوجوانان بیش از حد باشد و در عملکرد عادی و یادگیری او ایجاد اختلال کند. بیش‌فعالی به معنای بی‌قراری بیش از حد، خصوصاً در شرایطی که فرد باید آرام باشد، است. چنین فردی در حال دویدن و پریدن مداوم است، هنگامی که باید سر جای خود بنشیند از جا بلند می‌شود، بیش از حد حرف می‌زند و سر و صدا می‌کند، یا اندام‌ها و بدن او در حال لرزش و پیچش و حرکتهای بدون هدف است. این اختلالات رفتاری باید قبل از ۶ سالگی شروع شده باشد، حد اقل شش ماه به طول انجامیده باشد و محدود به یک شرایط خاص نباشد.

سایر اختلالات رفتاری

خشم و عصبانیت مکرر و شدید (قشقرق) و نافرمانی مداوم و شدید معمولاً مشاهده می‌شود. اختلالات رفتار ممکن است با الگوهای تکراری و ثابت رفتار ضد اجتماعی، تهاجمی و سرپیچانه مشخص شود. چنین رفتاری، هنگامی که در فرد به اوج خود می‌رسد، باید بسیار شدیدتر از رفتارهای شیطنت‌آمیز و همراه با لجابت و سرکشی معمول در اطفال و نوجوانان باشد. مثالهایی از این رفتارها عبارتند از: آتش افروزی، تخریب شدید مایملک خانواده، رفتارهای بی‌رحمانه نسبت به حیوانات و سایر افراد، دزدی، دروغ‌گویی مکرر و فرار از خانه و مدرسه. به منظور قضاوت در مورد ابتلای فرد به سایر اختلالات رفتاری باید سطح تکامل کودک یا نوجوان و مدت زمان مشکلات رفتاری (حداقل ۶ ماه) را در نظر گرفت.

“اختلالات رفتاری” چتری است که اختلالات خاص، نظیر اختلالات هیپرکینتیک یا ADHD یا سایر اختلالات رفتار را در بر می‌گیرد. تظاهرات رفتاری با شدت‌های متفاوت بسیار شایع هستند. ولی فقط اطفال و نوجوانانی که از درجات متوسط تا شدید اختلالات روان‌شناختی، اجتماعی، آموزشی و شغلی برخوردارند باید تشخیص اختلال رفتاری برای آنان در نظر گرفته شود. در برخی از اطفال مبتلا به اختلالات رفتاری، مشکل تا دوران بزرگسالی ادامه می‌یابد.

شواهد بی توجهی و بیش فعالی را جست و جو کنید:

- بی توجهی
- کارها را نیمه کاره رها کردن
- مکرر از این شاخه به آن شاخه پریدن (تغییر کار و فعالیت)
- هیپرکینزی:
- ✓ بیش فعالی (با توجه به شرایط و زمینه بیش از حد بودن)
- ✓ برای آرام نشستن مشکل داشتن
- ✓ بیش از حد صحبت یا سر و صدا کردن
- ✓ حرکت بیش از حد بدن و اندامها (مانند فردی که مضطرب است یا از درد به خود می پیچد)
- ایجاد زحمت برای اطرافیان شامل والدین، معلمان، خواهر و برادر، و همسالان

الزامات تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD)

- وجود چند مورد از تظاهرات فوق
- مقایسه‌ی با رفتار کودکان هم‌سال و هم استعداد: در ADHD تظاهرات فوق به وضوح بیش از آن چیزی است که در سایر کودکان دیده می‌شود.
- وابستگی شواهد فوق به شرایط و زمینه‌ی خاص: در ADHD این تظاهرات پیوسته و بدون ارتباط با شرایط محیطی وجود دارد.
- ارتباط مشکل با حیطه‌ی عملکرد: در ADHD در تمام حیطه‌های عملکرد مشکل وجود دارد. اگر مشکل فقط در یک حیطه مشاهده می‌شود باید علل خاص آن حیطه را بررسی کرد.
- سن شروع: ADHD قبل از ۶ سالگی شروع می‌شود.
- چه مدت از شروع تظاهرات می‌گذرد؟ برای در نظر گرفتن ADHD باید حد اقل شش ماه از شروع تظاهرات گذشته باشد.
- اختلال در عملکرد: ADHD در عملکرد فرد اختلال قابل توجه ایجاد می‌کند.

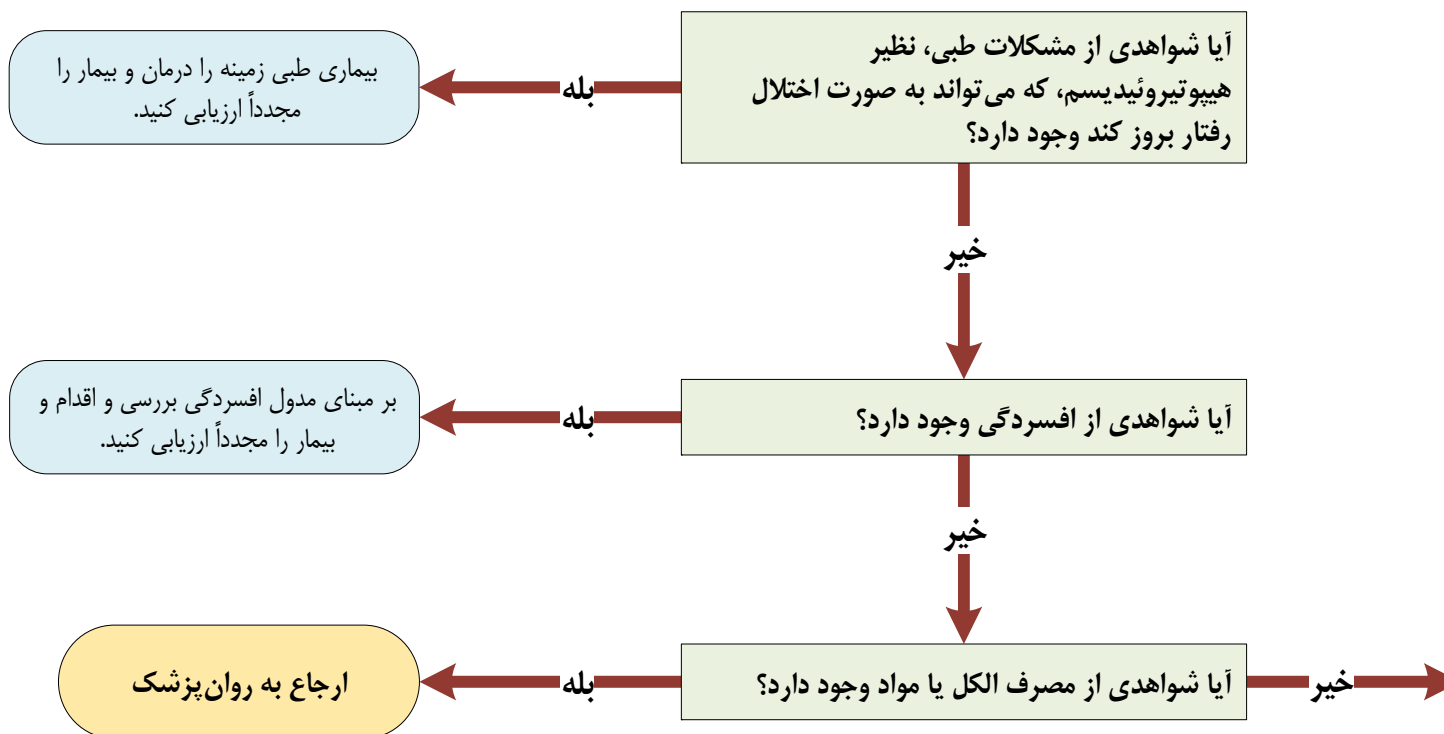
آیا همه‌ی الزامات تشخیصی ADHD در فرد وجود دارد؟

بله

در صفحه
بعد

خیر

سایر اختلالات رفتاری
را در فرد بررسی کنید.
(صفحه‌ی ۹۸)



- بیمار و خانواده‌ی او را برای آموزش‌های روان‌شناختی به کارشناس سلامت روان ارجاع کنید.
- **بیمار را برای بررسی نیاز به روان‌درمانی و دارودرمانی به روان‌پزشک ارجاع دهید.**
- اگر کودک به مدرسه می‌رود، در صورت رضایت او و مراقبان، با معلم او تماس بگیرید و توصیه‌های لازم را ارائه و برای نیازهای خاص آموزشی برنامه‌ریزی کنید. (BEH 2.2)
- خانواده را به منظور حل مشلات خانوادگی و اجتماعی که بر رفتار کودک تأثیر می‌گذارد، مورد حمایت قرار دهید. روش‌های حل مسأله را به خانواده آموزش دهید.
- تأثیر اختلال رفتاری بیمار را بر مراقبان بررسی کنید و با توجه به نیازهای شخصی، اجتماعی، و سلامت روان آنان، اقدامات مورد نیاز را انجام دهید. (BEH 2.3)
- اگر مراقب دچار افسردگی است، با توجه به مدول افسردگی او را مورد بررسی و درمان قرار دهید.

شواهد سایر اختلالات رفتاری را جست و جو کنید:

- رفتارهای مستمر و مکرر ضداجتماعی، تهاجمی و از سر نافرمانی و مقاومت، نظیر موارد زیر، را جست و جو کنید.
 - ✓ دعوا و درگیری بیش از حد و تهدید دیگران
 - ✓ رفتارهای بی‌رحمانه در قبال حیوانات و سایر افراد
 - ✓ رفتارهای به شدت مخرب در قبال دارایی‌های فیزیکی (ساختمان، اتومبیل، لوازم منزل، ...)
 - ✓ آتش افروزی
 - ✓ دزدی
 - ✓ دروغ‌گویی مکرر
 - ✓ گریز از مدرسه
 - ✓ فرار از خانه
 - ✓ عصبانیت‌های بسیار شدید و تکرار شونده (temper tantrum) یا قشقرق
 - ✓ نافرمانی و لجبازی مستمر
- سن شروع و مدت علائم را مشخص کنید.

الزامات تشخیص سایر اختلالات رفتاری

- وجود چند مورد از تظاهرات فوق
- مقایسه با رفتار افراد هم‌سال و در شرایط مشابه: رفتارها باید بسیار شدیدتر از آن چیزی باشد که با لجبازی‌های معمول کودکان یا سرکشی‌های معمول دوران بلوغ قابل توجیه باشد.
- تناسب با سطح تکامل کودک: رفتارها باید نامتناسب با سطح تکامل کودک باشد تا بتوان اختلالات رفتاری را مطرح کرد.
- چه مدت از شروع تظاهرات می‌گذرد؟ برای در نظر گرفتن سایر اختلالات رفتاری باید حد اقل شش ماه از شروع تظاهرات گذشته باشد.
- ارتباط با استرسورهای اجتماعی، خانوادگی یا تحصیلی: تظاهرات نباید صرفاً با این استرسورها قابل توجیه باشند.

آیا تمامی الزامات تشخیص سایر اختلالات رفتاری در فرد وجود دارد؟

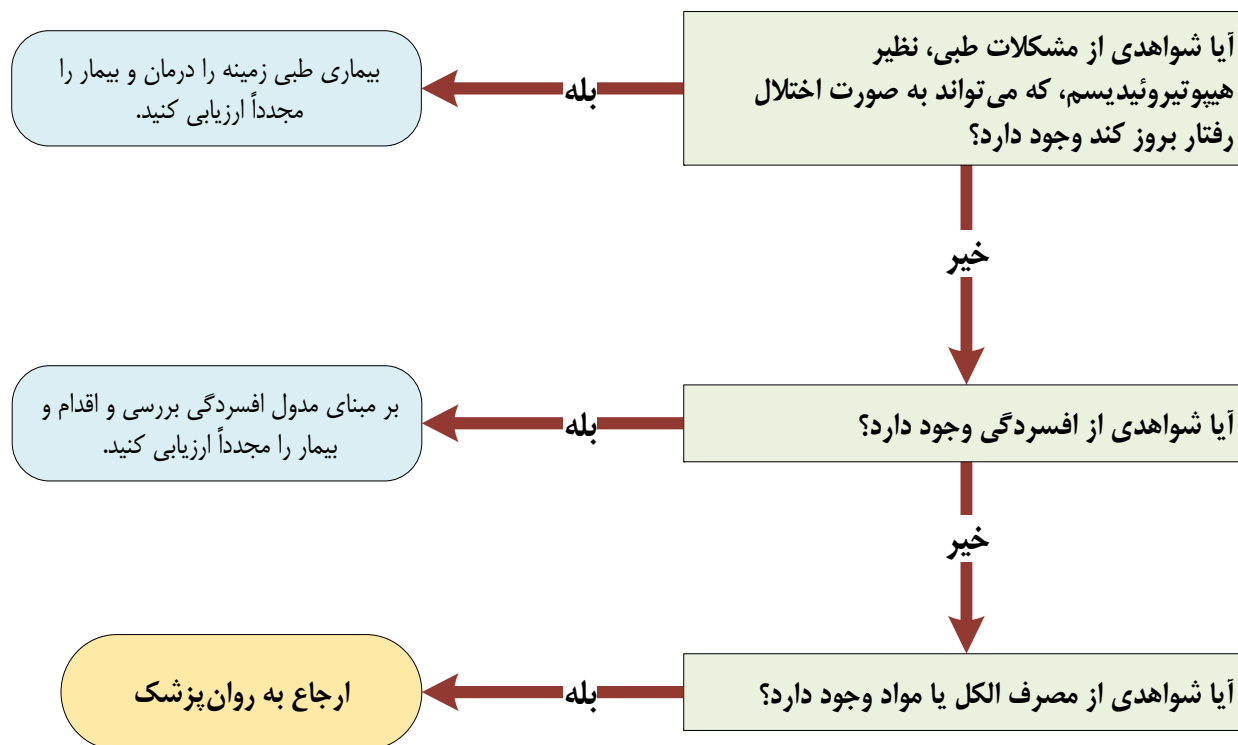
بله

در صفحه بعد

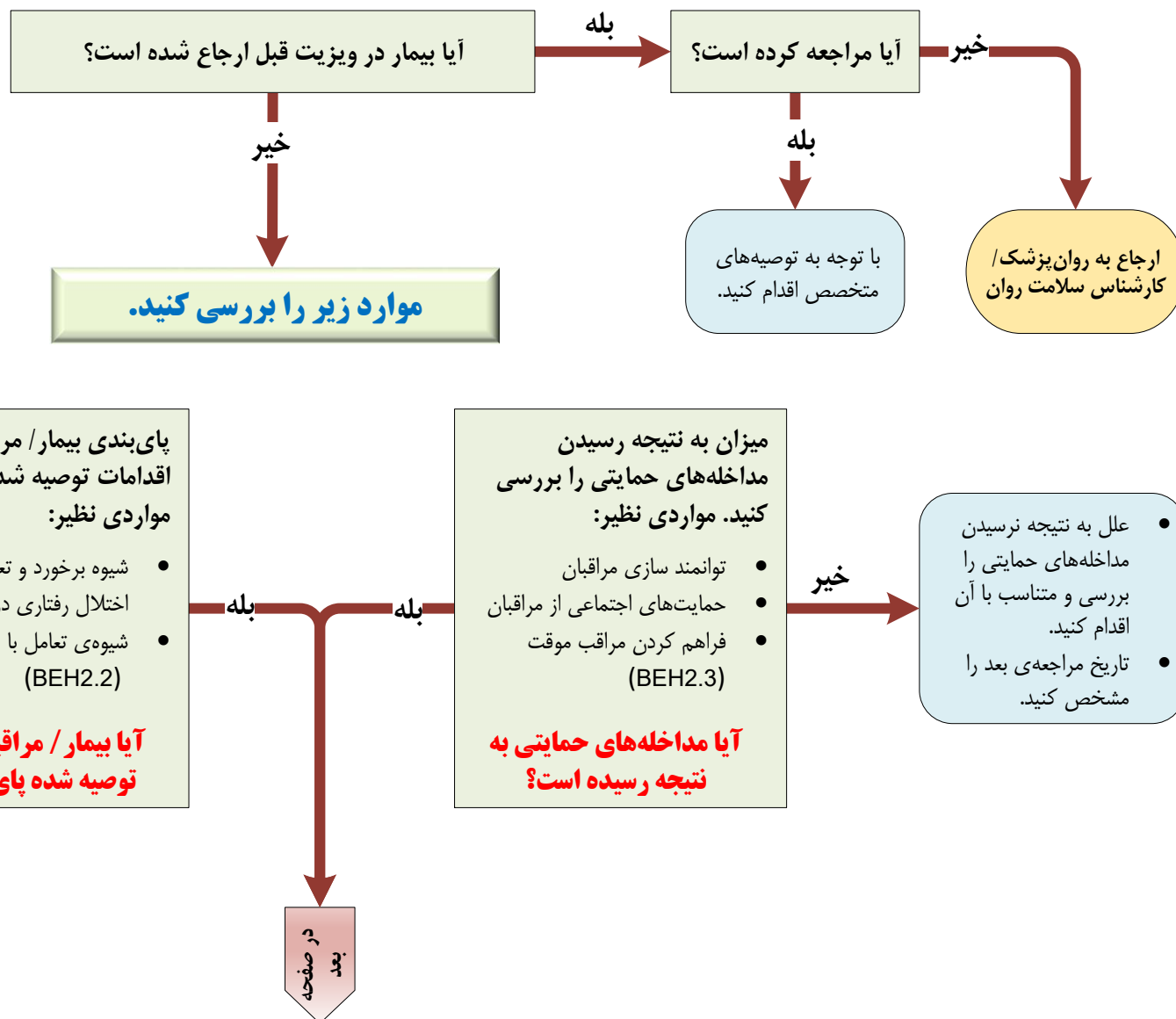
خیر

از این مدول خارج شوید و بیمار را مجدداً به کمک نمودار مادر ارزیابی کنید.

از صفحه



- بیمار و خانواده‌ی او را برای آموزش‌های روان‌شناختی به کارشناس سلامت روان ارجاع کنید.
- **بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.**
- اگر تغییرات مهم و قریب‌الوقوعی (نظیر بلوغ، شروع مدرسه یا تولد خواهر با برادر) در زندگی در پیش است؛ حمایت‌های فردی و اجتماعی را تدارک ببینید.
- اگر کودک به مدرسه می‌رود، در صورت رضایت او و مراقبانش، با معلم او تماس بگیرید و توصیه‌های لازم را ارائه و برای نیازهای خاص آموزشی برنامه‌ریزی کنید. (BEH 2.1)
- خانواده را به منظور حل مشلات خانوادگی و اجتماعی که بر رفتار کودک تأثیر می‌گذارد، مورد حمایت قرار دهید. روش‌های حل مسأله را به خانواده آموزش دهید.
- تأثیر اختلال رفتاری بیمار را بر مراقبانش بررسی کنید و با توجه به نیازهای شخصی، اجتماعی، و سلامت روان آنان، اقدامات مورد نیاز را انجام دهید. (BEH 2.3)



از صفحه
قبل

آیا بیمار تحت درمان دارویی قرار گرفته است؟

خیر

- در صورتی که مداخله‌های غیر دارویی مؤثر بوده است، آنها را ادامه دهید و سه ماه دیگر بیمار را ویزیت کنید
- در صورت مؤثر نبودن مداخله‌های غیر دارویی، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

بله

بیمار را با توجه به مصرف دارو و پاسخ به درمان ارزیابی کنید.

- مصرف منظم دارو
- پیدایش عوارض دارویی
- میزان بهبود علائم

به کمک جدول صفحه‌ی بعد اقدام مناسب را انجام دهید.

بله

در صفحه
بعد

کنترل نیست		کنترل است		کنترل علائم عوارض دارویی پای‌بندی به مصرف منظم دارو
عوارض دارد	عوارض ندارد	عوارض دارد	عوارض ندارد	پای بند است
بیمار را به متخصص ارجاع دهید.	- در صورت امکان، دوز دارو را افزایش دهید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. - در صورتی که افزایش دوز دارو امکان‌پذیر نیست، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.	- در صورت بیخوابی، کاهش اشتها، اضطراب، تغییر خلق و توقف رشد دوز دارو کاهش دهید و بیمار را به روان‌پزشک ارجاع کنید. - در مورد سایر عوارض دوز دارو را کاهش دهید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. - اگر بیش از یک سال بیمار بدون علامت بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. بیمار را جهت تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید.	- درمان را ادامه دهید - اگر بیش از یک سال بیمار بدون علامت بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. بیمار را جهت تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید. - بیمار را سه ماه دیگر ویزیت کنید	
- علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. - ممکن است پای‌بند نبودن به درمان به علت عوارض دارویی باشد و با کاهش دوز دارو بیمار به درمان پای‌بند و علائم او کنترل شود. در صورت کاهش دوز دارو، پس از یک ماه بیمار را ویزیت کنید. - اگر کاهش دوز دارو گزینه‌ی مناسب نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید.	- علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. - اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. - اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجیه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید. - بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید.	- علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. - در صورت امکان، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و او را پس از یک ماه ویزیت کنید. - اگر بیش از یک سال بیمار بدون علامت بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. بیمار را جهت تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید.	- علل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. - اگر بیش از یک سال بیمار بدون علامت بوده است؛ امکان قطع درمان را با او و مراقبانش مطرح کنید. بیمار را جهت تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان به روان‌پزشک ارجاع دهید. - بیمار را سه ماه دیگر ویزیت کنید	پای بند نیست

BEH2 مداخله‌های روانی اجتماعی

۲-۱ آموزش روان‌شناختی خانواده

- « بپذیرید که فرزندان به اختلال رفتاری مبتلا است و از او مراقبت کنید.
- « در مورد آنچه که کودک مجاز به انجام آن است و آنچه که نباید انجام دهد رفتاری با ثبات داشته باشید.
- « پس از آن که رفتار مناسبی را از کودک مشاهده می‌کنید؛ او را تحسین کنید و به او پاداش و فقط در قبال رفتارهای مهم مشکل‌آفرین از خود واکنش نشان دهید. راه‌هایی را بیابید تا از تقابل در موقعیت‌های دشوار قابل پیش‌بینی اجتناب کنید.
- « تغییر رفتار را با تمرکز بر تعداد اندکی از رفتارهای قابل مشاهده، که فکر می‌کنید کودک قادر به انجام آنها است، شروع کنید.
- « از فرمان‌های روشن، ساده و کوتاه، که آنچه را که کودک باید انجام دهد، نه آنچه را که نباید انجام دهد، مورد تأکید قرار می‌دهد، استفاده کنید.
- « هرگز کودک را به صورت فیزیکی یا روانی مورد تنبیه و تحقیر قرار ندهید. در قیاس با تحسین، تنبیه باید خفیف باشد و ندرتاً انجام شود. برای مثال اگر رفتار کودک مناسب نیست از دادن پاداش خودداری کنید.
- « به عنوان جایگزینی برای تنبیه، از «وقفه»ی کوتاه و با محدوده‌ی کاملاً مشخص، در صورت بروز رفتارهای مشکل‌آفرین، استفاده کنید. مقصود از «وقفه» جدا کردن موقت کودک از یک محیط مطلوب، به عنوان بخشی از یک برنامه

طراحی و ثبت شده برای تغییر رفتار، است. والدین را در مورد چگونگی به کارگیری این روش توجیه کنید.

« تا وقتی که آرام نشده‌اید با کودک بحث نکنید.

۲-۲ توصیه به معلمان

برای اینکه چگونه به نیازهای خاص آموزشی کودک بپردازید؛ برنامه‌ای تهیه کنید. چند نکته‌ی ساده بدین منظور:

- « از کودک بخواهید که در جلوی کلاس بنشیند.
- « به کودک برای درک تکالیف وقت اضافه بدهید.
- « تکالیف بزرگ و مفصل را به قطعات کوچک‌تر تقسیم کنید.
- « ببینید که آیا کودک مورد تهدید و ارباب قرار دارد یا نه و برای متوقف کردن آن اقدام مناسب را انجام دهید.

۲-۳ حمایت از مراقبان

- « پی‌آمدهای روانی اجتماعی را، که مراقبان را تحت تأثیر قرار داده‌اند، جست و جو کنید.
- « نیازهای مراقبان را ارزیابی کنید و حمایت‌ها و منابع مورد نیاز آنان را برای زندگی خانوادگی، اشتغال، فعالیت‌های اجتماعی و سلامت تأمین کنید. شرایطی را فراهم کنید که فرد یا افراد دیگری متناوباً بتوانند، برای چند ساعت، از کودک مراقبت کنند تا مراقبان اصلی فرصتی برای استراحت و رسیدگی به امور شخصی خود پیدا کنند.

BEH3 مداخله‌های دارویی

Methylphenidate

« متیل‌فنیدات ضرورتاً باید توسط روان‌پزشک تجویز شود و شروع این دارو توسط پزشک عمومی مجاز نیست.

« این دارو را نباید برای اختلالات رفتاری عمومی، بجز ADHD، تجویز کرد.

« درمان دارویی باید جزئی از یک برنامه‌ی جامع درمانی (در برگیرنده‌ی مداخله‌های روان‌شناختی، رفتاری و آموزشی) باشد.

« مقدار و زمان تجویز، پاسخ به درمان و عوارض دارویی باید به دقت در پرونده‌ی بیمار ثبت شود.

« متیل‌فنیدات ممکن است مورد سوء مصرف واقع شود. به همین سبب باید زمینه‌ی گرایش بیمار به سوء مصرف مواد، قبل از تجویز این دارو ارزیابی شود.

۳-۱ دوز و تجویز (تنها توسط روان‌پزشک مجاز است)

« ترکیبات تندرّهش:

- با ۵ mg یک یا دو بار در روز شروع می‌شود.
- تدریجاً (طی ۴ تا ۶ هفته) دوز دارو افزایش می‌یابد (در دو یا سه دوز منقسم) تا هنگامی که پیش‌رفت بیمار متوقف شود و عوارض آن قابل تحمل باشد. دوز دارو نباید از ۶۰ mg در روز تجاوز کند.

« ترکیبات آهسته‌رهش: به صورت یک دوز واحد صبح‌ها تجویز می‌شود.

۳-۲ ارزیابی پاسخ به درمان

علائم بیمار و عوارض جانبی دارو را در هنگام هر تغییر دوز ثبت کنید. اگر بیش‌فعالی با از میان رفتن تدریجی اثر دارو باز می‌گردد؛ می‌توان دوز دارو را تقسیم و یک دوز شبانه نیز تجویز کرد.

۳-۳ عوارض جانبی

« عوارض معمول دارو: بی‌خوابی، کاهش اشتها، اضطراب و تغییر خلق

– دوز دارو را کاهش دهید و بیمار را به روان‌پزشک ارجاع کنید.

« عوارض غیر معمول: درد شکم، سردرد، تهوع، تأخیر موقت رشد و کم‌وزنی (قد و وزن را پایش کنید، دارو را در روزهای تعطیل قطع کنید تا کاهش دریافت بیمار جبران شود)، تغییر فشار خون و ضربان قلب (قبل و بعد از تغییر دوز دارو و پس از آن هر سه ماه یک‌بار این موارد را کنترل کنید).

« بررسی‌های آزمایشگاهی و ECG به صورت روتین موردی ندارد، مگر آنکه شرایط بالینی بیمار آنها را ایجاب کند.

۳-۴ پیگیری

« وزن را هر سه ماه و قد بیمار را هر شش ماه اندازه‌گیری کنید. اگر افزایش وزن و قد متوقف شده است، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

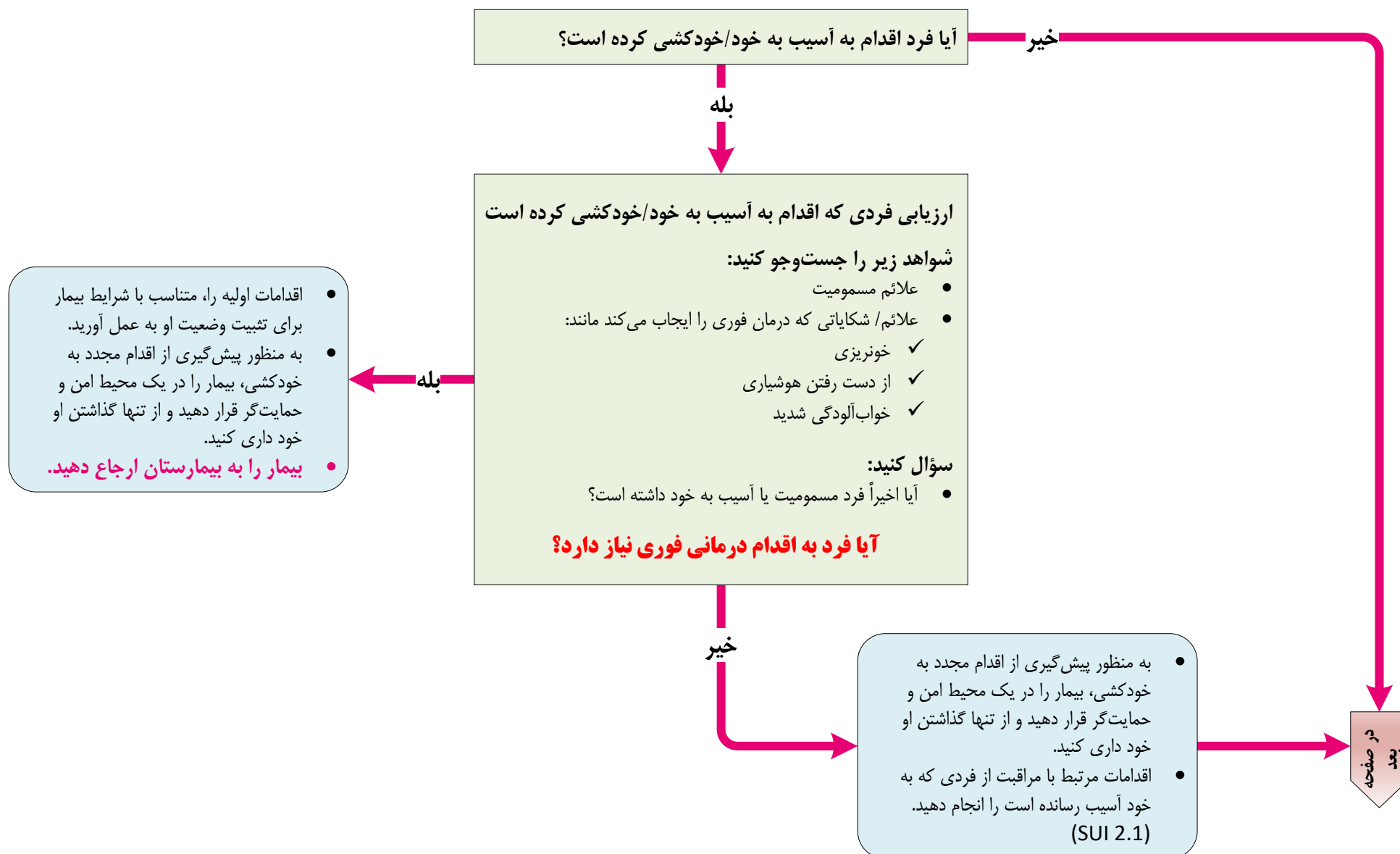
« در صورت پاسخ، درمان دارویی را باید تا یک سال ادامه داد. پس از این، بیمار را برای تصمیم‌گیری در مورد قطع دارو به روان‌پزشک ارجاع دهید.

خودکشی خود را آگاهانه و عامدانه کشتن است. آسیب به خود اصطلاحی وسیع‌تر است که در برگیرنده‌ی صدمه زدن به خود از طریق مسموم کردن یا ضرب و جرح است که ممکن است نیت یا پی‌آمد مرگ را همراه داشته یا نداشته باشد. هر فرد بالای ۱۰ سال سن که یک مورد از شرایط زیر را داشته باشد باید در مورد افکار یا طرح و نقشه برای آسیب به خود، طی یک ماه گذشته، یا اقدام به آسیب به خود، طی یک سال گذشته، مورد سؤال قرار گیرد:

- هر یک از اختلالات مهم روان‌پزشکی که در نمودار مادر این راهنما مشخص شده‌اند
- درد مزمن
- دیسترس حاد روان‌شناختی

افکار، طرح و نقشه و اقدام به آسیب به خود را در ارزیابی اولیه، و پس از آن به صورت منظم، در صورت نیاز، بررسی کنید. وضعیت و دیسترس روان‌شناختی فرد را مورد توجه ویژه قرار دهید.

سؤال کردن در مورد “آسیب به خود”، اقدام به “آسیب به خود” را در فرد بر نمی‌انگیزد؛ بلکه سبب می‌شود که اضطراب همراه با افکار یا اقدام آسیب به خود کاهش یابد و به اینکه فرد احساس کند که او را درک کرده‌اند کمک می‌کند. اما قبل از پرسیدن چنین سؤالی برای برقراری ارتباط با فرد تلاش کنید. از فرد بخواهید که دلایل خود را برای آسیب به خود توضیح دهد.



از صفحه
قبل

فرد را از نظر خطر قریب الوقوع آسیب به خود/خودکشی
بررسی کنید.

از فرد و مراقب او موارد زیر را سؤال کنید:

- ۱- وجود فکر یا نقشه‌ای برای آسیب به خود/خودکشی در حال حاضر
- ۲- سابقه فکر کردن به یا داشتن طرح و نقشه برای آسیب به خود یا خودکشی طی ماه گذشته یا اقدام به آسیب به خود طی سال گذشته
- ۳- دسترسی به ابزارهای آسیب به خود

آیا پاسخ به یکی از دو سؤال ۱ یا ۲ مثبت است؟

خیر

بله

موارد زیر را جست‌وجو کنید:

- دیسترس شدید هیجانی
- ناامیدی
- بی‌قراری شدید
- خشونت
- عدم برقراری ارتباط و همکاری
- انزوای اجتماعی

آیا از لیست فوق مواردی در فرد مشاهده می‌شود؟

خیر

- حمایت روانی اجتماعی را عرضه و فعال کنید. (SUI 2.2)
- **فرد را به روان‌پزشک ارجاع کنید.**
- بیمار را تحت پیگیری منظم قرار دهید و تماس خود را با او حفظ کنید. (SUI 2.3)

در صفحه

- احتیاط‌های زیر را به عمل آورید:
 - ✓ ابزارهای آسیب به خود را از دسترس فرد دور کنید.
 - ✓ محیطی امن و حمایت‌گر ایجاد کنید. در صورت امکان بیمار را به اتاقی آرام و مجزا هدایت کنید.
 - ✓ فرد را تنها نگذارید.
 - ✓ به منظور تضمین ایمنی فرد یکی از پرسنل شناخته شده و مورد وثوق یا یکی از اعضای خانواده را برای مراقبت از او بگمارید.
 - ✓ وضعیت روانی و دیسترس هیجانی فرد را مورد توجه قرار دهید.
- حمایت روانی اجتماعی را عرضه و فعال کنید. (SUI 2.2)
- **فرد را فوراً به روان‌پزشک در بیمارستان ارجاع کنید.**
- بیمار را تحت پیگیری منظم قرار دهید و تماس خود را با او حفظ کنید. (SUI 2.3)

بله

از صفحه

بررسی ابتدای فرد به یک اختلال روان پزشکی، عصبی، یا سوء مصرف مواد

- افسردگی
- سوء مصرف مواد یا الکل
- اختلال دوقطبی
- سایکوز
- صرع
- اختلالات رفتاری

آیا فرد به مواردی از این اختلالات مبتلاست؟

بله

بر مبنای مدول مربوطه فرد را بررسی و اقدام مورد نیاز را انجام دهید.

آیا بیمار درد مزمن دارد؟

بله

- درد بیمار و بیماری زمینه مولد آن را مورد بررسی و اقدام مقتضی قرار دهید.
- در صورت نیاز و امکان بیمار را به متخصص/مرکز تخصصی مربوطه ارجاع دهید.

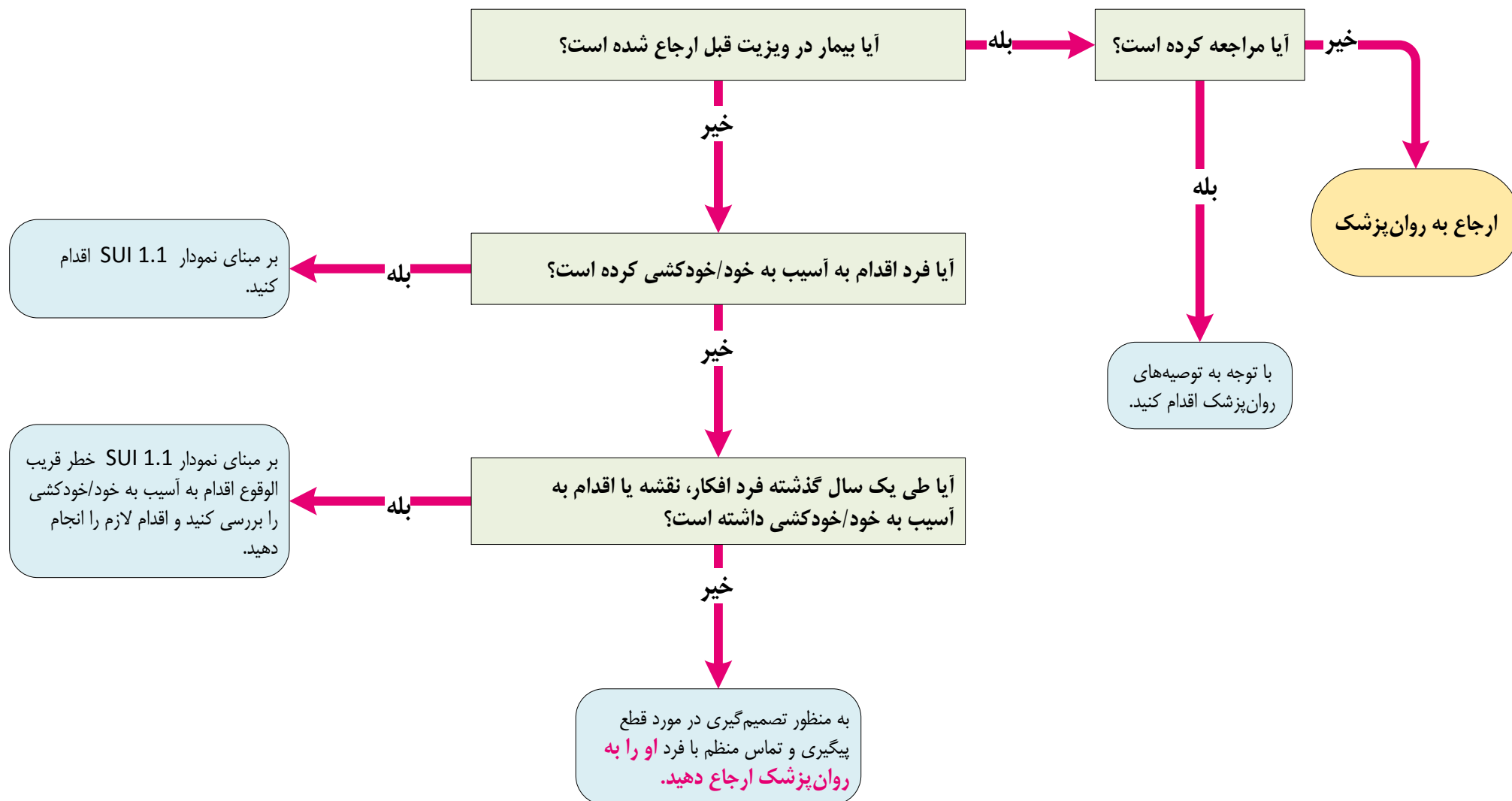
سایر نشانه‌های روان‌شناختی که نیازمند درمان است

- مشکل در انجام کارهای روزمره، تحصیل، کار خانه یا فعالیت‌های اجتماعی
- دیسترس قابل توجه یا کراراً طلب کمک کردن
- خود درمانی مکرر برای نشانه‌های روان‌شناختی یا تظاهرات جسمی بدون توجه

آیا فرد تظاهرات شدید هیجانی نیازمند درمان دارد؟

بله

به مدول "سایر شکایات هیجانی شایان توجه یا بدون توجهی طبی" مراجعه کنید. (OTH)



SUI2 راهنمایی و درمان

۱-۲ مراقبت از فردی که به خود آسیب رسانده است:

فرد را در یک محیط امن و حمایت‌گر قرار دهید و او را تنها رها نکنید. اگر فردی که به خود آسیب رسانده است باید برای درمان منتظر بماند، مکانی مجزا، آرام و تحت نظارت را، که دیسترس او را به حداقل برساند، در اختیار او قرار دهید. به منظور تضمین ایمنی فرد، مسؤولیت تماس منظم با وی را به یک پرسنل شناخته شده و مورد وثوق یا یکی از اعضای خانواده بسپارید.

« ابزارهای آسیب به خود را از دسترس فرد خارج کنید.

« فرد را به روان‌پزشک ارجاع کنید.

« خانواده، دوستان، سایر افرادی که نگران وضعیت بیمار هستند و همچنین منابع در دسترس جامعه را برای مراقبت از فرد و حمایت از او در دوره‌ای که خطر بیشتری او را تهدید می‌کند، بسیج کنید.

« در جریان مراقبت از فردی که به خود آسیب رسانده است، به همان اندازه که به سایر بیماران احترام می‌گذارید و حریم آنان را رعایت می‌کنید با این فرد نیز رفتار کنید و به دیسترس هیجانی که همراه آسیب به خود وجود دارد، حساس باشید.

« گرچه ارزیابی روانی اجتماعی معمولاً باید در قالب یک مصاحبه‌ی یک به یک بین بیمار و خدمتگر انجام شود؛ اگر بیمار حمایت مراقبان خود را طلب می‌کند؛ آنان را در فرآیند ارزیابی و درمان درگیر کنید.

« در صورت نیاز از مراقبان حمایت هیجانی به عمل آورید.

« تداوم مراقبت را تضمین کنید.

« بستری بیمار در بخش‌های غیر روان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی با هدف جلوگیری از آسیب رساندن بیمار به خود توصیه نمی‌شود. اگر برای حل مسائل طبی و جراحی بیمار ناگزیر از بستری کردن او در یک بیمارستان عمومی هستید؛ به منظور پیش‌گیری از آسیب رسانی مجدد به خود، فرد را از نزدیک تحت مراقبت و مواظبت قرار دهید.

« در صورت تجویز دارو:

– از داروهایی استفاده کنید که در صورت مصرف بیش از حد کمترین خطر را برای فرد ایجاد کند.

– دارو را برای دوره‌های کوتاه نسخه کنید (برای مثال یک هفته)

۲-۲ حمایت روانی اجتماعی را عرضه و فعال کنید

حمایت روانی اجتماعی را عرضه کنید

« فرد را در معرض حمایت قرار دهید.

« به دنبال دلایل و راه‌هایی برای زنده ماندن بگردید.

« با صحبت در مورد این‌که مسائل آنها قبلاً چگونه حل شده است؛ قابلیت‌های مثبت فرد را مورد تمرکز و تأکید قرار دهید.

« «حل مسئله درمانی» را برای افرادی که طی یک سال گذشته به خود آسیب رسانده‌اند در نظر بگیرید.

حمایت روانی اجتماعی را فعال کنید.

« خانواده، دوستان، سایر افرادی که نگران وضعیت بیمار هستند و همچنین منابع در دسترس جامعه را برای مراقبت از فرد و حمایت از او، مادامی که خطر آسیب به خود وجود دارد، بسیج کنید.

« به فرد و مراقبان توصیه کنید که مادامی که او افکار، نقشه‌ها یا اقداماتی برای آسیب به خود دارد؛ دست‌ریش را به ابزارهای آسیب به خود محدود کنند.

« از حمایتی که از منابع اجتماعی می‌توان کسب کرد، بیشترین بهره را ببرید. اهم منابع عبارتند از: اقوام، دوستان، آشنایان، همکاران، روحانیان، و نهادهای رسمی نظیر مراکز سلامت روان.

« مراقبان و سایر اعضای خانواده را بر این نکته واقف کنید که سؤال در مورد خودکشی اغلب اضطرابی را که پیرامون احساس فرد شکل گرفته است؛ کاهش می‌دهد. او ممکن است احساس کند که بهتر شده و دیگران بیشتر او را درک کرده‌اند.

« مراقبان افراد در معرض آسیب به خود، اغلب استرس شدیدی را تجربه می‌کنند. اقوام و مراقبان را، در صورت نیاز، مورد حمایت قرار دهید.

« به مراقبان گوشزد کنید که گرچه ممکن است نسبت به فرد احساس یأس و سرخوردگی داشته باشند ولی از انتقاد شدید و مخالفت با فردی که در معرض آسیب به خود قرار دارد اجتناب کنند.

۲-۳ پیگیری و حفظ تماس منظم

- « تماس منظم خود را با فرد حفظ کنید (از طریق تلفن، ویزیت در منزل، نامه و . . .). این تماس‌ها در ابتدا باید بیشتر باشد (برای مثال هر هفته طی دو ماه اول) و سپس با بهبودی فرد از آن کاسته شود (هر دو تا چهار هفته یک بار). در صورت نیاز تماس‌ها را به تعداد بیشتر و برای مدت طولانی‌تری حفظ کنید.
- « به پیگیری مادامی که خطر خودکشی وجود دارد ادامه دهید. در هر تماس افکار و نقشه‌های خودکشی را بررسی کنید. اگر خطر فوری است؛ بر اساس نمودار خطر قریب‌الوقوع آسیب به خود/خودکشی اقدام کنید.

۲-۴ پیشگیری از خودکشی

ورای ارزیابی و درمان اختلالات مهم روان‌پزشکی، مسؤولین سلامت یک جمعیت می‌توانند اقداماتی را برای پیشگیری از خودکشی به شرح زیر انجام دهند:

« محدود کردن دسترسی به ابزارهای آسیب به خود نظیر سموم دفع

آفات نباتی، سلاح گرم و نقاط مرتفع

- جامعه را برای یافتن راه‌های عملی به منظور کاهش دسترسی به ابزارهای خودکشی فعالانه درگیر کنید.
- با سایر بخش‌های اجتماعی بدین منظور همکاری کنید.

« رسانه‌ها را ترغیب کنید که روش‌های مسؤولانه‌ای را در مورد گزارش

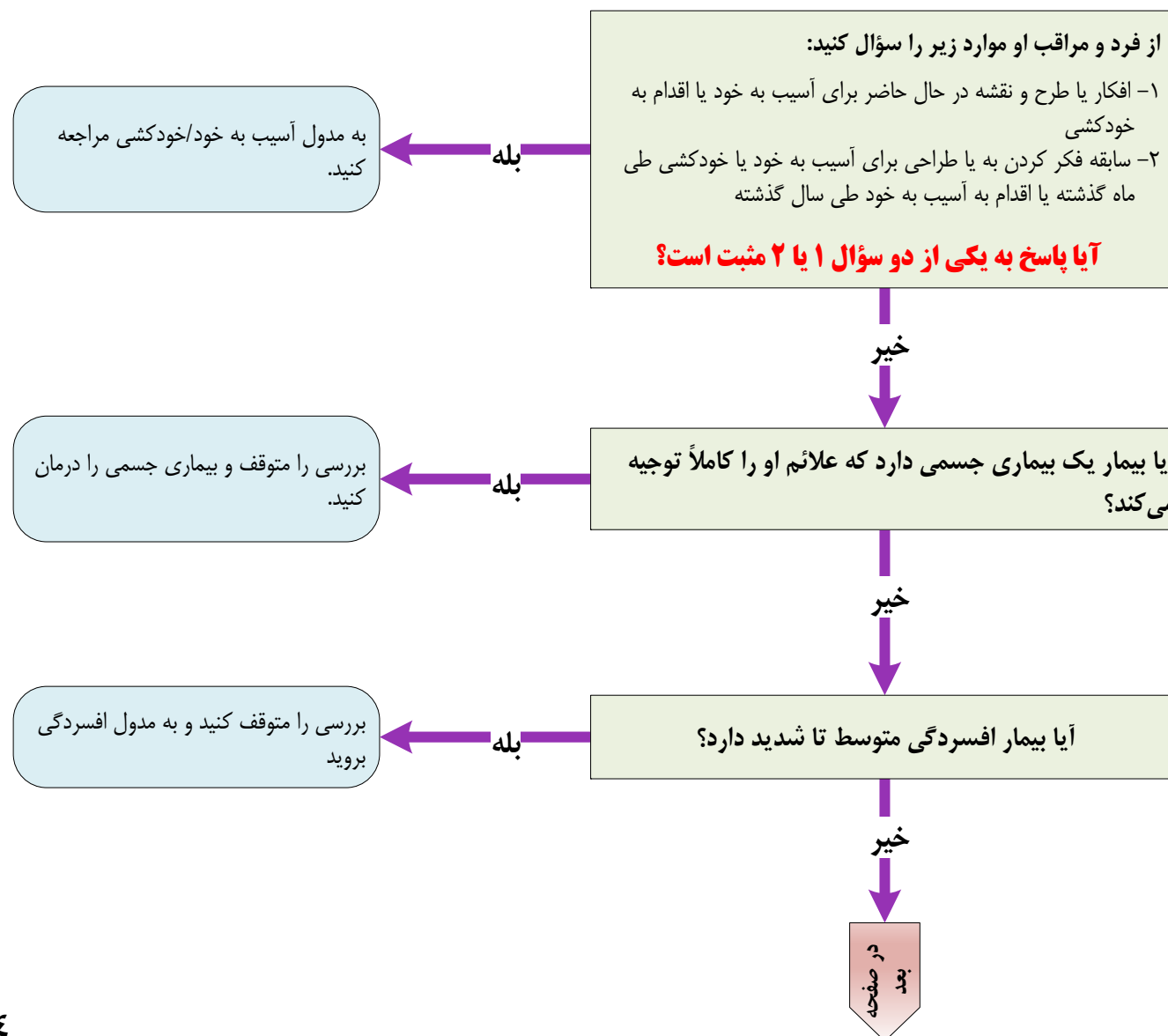
روش‌های خودکشی اتخاذ کنند.

- از به کار بردن زبانی که سبب جذاب شدن اخبار خودکشی می‌شود، آن را طبیعی جلوه می‌دهد یا آن را به عنوان راهی برای حل مسائل معرفی می‌کند، اجتناب کنند.
- از درج تصاویر و توصیف دقیق روش به کار گرفته شده خودداری کنند.
- مخاطبان خود را در مورد این که در چنین شرایطی از کجا کمک بخواهند؛ راهنمایی کنند.

افرادی که در این گروه طبقه بندی شده‌اند از اضطراب، افسردگی یا شکایاتی که توجیه طبی ندارد رنج می‌برند. آنها به هیچیک از اختلالاتی که در این راهنما مورد بحث قرار گرفته است مبتلا نیستند (احتمالاً به جز آسیب به خود). افراد این گروه ممکن است در حال تجربه کردن یک دیسترس عادی باشند یا از یک اختلال روان‌پزشکی، که در این راهنما مورد بحث قرار نگرفته است، رنج ببرند (نظیر اختلال سوماتوفرم، افسردگی خفیف، دیستایمی، واکنش حاد به استرس، اختلال انطباقی).

در درمان این افراد نباید از داروهای روان‌پزشکی استفاده کرد. اگر فرد به اقدامات توصیه شده در این راهنما پاسخ ندهد باید برای بررسی بیشتر و احتمالاً استفاده از دارو به روان‌پزشک ارجاع گردد.

- این مدول نباید برای افرادی که معیارهای سایر اختلالات بحث شده در این راهنما (بجز آسیب به خود) را دارند در نظر گرفته شود.
- فقط هنگامی باید از این مدول استفاده کرد که افسردگی متوسط تا شدید به روشنی رد شده باشد.





آیا بیمار اخیراً در معرض استرسورهای شدید (از دست دادن کسی یا چیزی یا وقایع تروماتیک) قرار داشته است؟

بله

- در صورت سوگ، با توجه به بستر فرهنگی، به کمک روش‌های عزاداری یا رویکردهایی که به پذیرش مسأله از سوی فرد کمک می‌کند، به بیمار کمک کنید. (OTH 2)
- در صورت دیسترس حادی که پس از وقایع تروماتیک اخیر رخ داده است، بر مبنای مدول اختلالات اضطرابی (PTSD) عمل کنید.

خیر

آیا بیمار علائم قابل توجه بدون توجیه طبی دارد؟

بله

- از درخواست آزمایش‌های غیر ضروری، ارجاع بیمار و تجویز پلاسبو اجتناب کنید.
- بپذیرید که علائم بیمار خیالی نیست
- در صورت وجود نتایج آزمایش به بیمار اطمینان دهید که از یک بیماری خطرناک رنج نمی‌برد ولی در عین حال باید برای شکایات آزار دهنده‌ی او فکر شود.
- از فرد بخواهید که توجیه خود را برای علائم جسمیش بیان کند.
- برای فرد توضیح دهید که چگونه ناراحتی‌های جسمی می‌تواند با هیجانات مرتبط باشد و از او بپرسید که آیا می‌تواند بین علائمی که احساس می‌کند با هیجاناتش ارتباطی برقرار کند.
- او را ترغیب کنید که به فعالیت‌های عادی خود بازگردد یا آنها را ادامه دهد.
- به فرد توصیه کنید که اگر علائم بدتر شد مجدداً مراجعه کند.

خیر

از این مدول خارج شوید و بیمار را مجدداً مورد بررسی قرار دهید.

- داروهای ضد افسردگی یا بنزودیازپین‌ها را تجویز نکنید.
- شکایات بیمار را با تزریق داروهای غیر مؤثر نظیر ویتامین‌ها درمان نکنید
- به استرسورهای فعلی روانی اجتماعی توجه کنید. (OTH 2)
- در نوجوانان و افراد بالغ:
 - ✓ به خود درمانی نامناسب توجه کنید
- شبکه‌های اجتماعی را فعال کنید (OTH 3)
 - ✓ در صورت امکان یکی از درمان‌های زیر را توصیه کنید:
 - فعالیت فیزیکی ساختارمند (OTH 4)
 - فعال سازی رفتاری، آموزش Relaxation.
 - حل مسأله درمانی
- اگر با اقدامات فوق تغییری در علائم فرد دیده نمی‌شود او را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

OTH 2 به استرسورهای روانی اجتماعی

پرداختن

« فرصتی برای صحبت کردن راه، ترجیحاً در یک مکان خصوصی، در اختیار فرد قرار دهید. از او بپرسید که فکر می‌کند علت علائم و شکایات او چیست.

« در باره‌ی استرسورهای جاری روانی اجتماعی از او سؤال کنید و، تا آنجا که ممکن است، به مسائل اجتماعی مرتبط بپردازید و سعی کنید که استرسورهای روان‌شناختی یا مشکلات ارتباطی را به کمک خدمات و منابع اجتماعی حل کنید.

« بررسی کنید که آیا فرد تحت خشونت یا بدرفتاری قرار دارد یا نه (خصوصاً در مورد اطفال و سالمندان). در صورت نیاز با مراجع قانونی و امدادی به منظور حل این موارد تماس بگیرید.

« اعضای حامی خانواده را شناسایی و در حد امکان آنان را در مدیریت مسأله درگیر کنید.

« در کودکان و نوجوانان:

– اختلالات روان‌شناختی، عصبی و سوء مصرف مواد را بررسی کنید و اقدام لازم را به عمل آورید.

– استرسورهای روان‌شناختی بیمار را ارزیابی و، در حد امکان و با کمک خدمات و منابع اجتماعی، اقدام لازم را برای حل آنها به عمل آورید.

– وجود بدرفتاری، انزوا یا تهدید و ارباب راه، با سؤال مستقیم از کودک یا نوجوان، ارزیابی و برای حل آنها اقدام کنید.

- اگر در عملکرد آموزشی بیمار اختلالی وجود دارد؛ در مورد اینکه چگونه می‌توان به کودک یا نوجوان در این موارد کمک کرد، با معلم او بحث کنید.
- با ارجاع والدین به کارشناس سلامت روان، آنان را تحت آموزش فرزند پروری قرار دهید.

OTH 3 شبکه‌های اجتماعی را بازفعال کنید

« فعالیتهای اجتماعی قبلی بیمار راه، که اگر دو برقرار شوند بالقوه بیمار را تحت حمایت مستقیم و غیر مستقیم روانی اجتماعی قرار می‌دهند، شناسایی کنید (مانند اجتماعات خانوادگی، بیرون رفتن با دوستان، به دیدن همسایه‌ها رفتن، فعالیتهای اجتماعی، ورزش).

« بر نقاط قوت فرد تکیه کنید و، تا آنجا که ممکن است، او را به از سرگیری فعالیتهای اجتماعی قبلی ترغیب کنید.

OTH 4 فعالیتهای فیزیکی ساختارمند

- « فعالیت فیزیکی با زمان متوسط (۴۵ دقیقه) سه بار در هفته
- « با کمک فرد کشف کنید که چه نوع فعالیت فیزیکی برای او جذاب است. سپس برای آنکه این فعالیت را شروع کند و تدریجاً آن را افزایش دهد او را مورد ترغیب و حمایت قرار دهید.

