

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی کرمان

معاونت بهداشتی

۱

۱

۱

۱

۱

۱

۱

معاونت سلامت

دفتر سلامت روانی اجتماعی

اداره سلامت روان

راهنمای مراقبت از بیماریهای روانپزشکی بزرگسالان

(ویژه پزشکان)

سال ۱۳۸۷

با سپاسگزاری و تشکر از حمایت و همکاری

دکتر محمد باقر صابری زفرقندی، مدیر کل دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
دکتر احمد حاجبی، روانپزشک، رئیس اداره سلامت روان
دکتر آفرین رحیمی موقر، روانپزشک، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر عمران محمد رزاقی، روانپزشک، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

اعضاء تیم تدوین کننده راهنمای مراقبت از بیماریهای روانپزشکی بزرگسالان (ویژه پزشکان):

دکتر سید وحید شریعت، روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر فاطمه خدایی فر، روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر گیتا صدیقی، روانپزشک دانشگاه علوم توانبخشی و بهزیستی
دکتر لاله کوهی حبیبی، روانپزشک
دکتر میترا حفاظی، روانپزشک، کارشناس اداره سلامت روان
دکتر آرش میراب زاده، روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و بهزیستی
دکتر پورطاهریان، نورولوژیست، انجمن صرع

سایر همکاران:

دکتر آفرین رحیمی موقر، روانپزشک، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
سید عباس باقری یزدی، کارشناس بهداشت روان
دکتر معصومه امین اسماعیلی روانپزشک و کارشناس بهداشت روان
دکتر عزیزه ابراهیم پور روانپزشک و کارشناس بهداشت روان
شهناز باشتی کارشناس بهداشت روان
سهیلا امید نیا کارشناس بهداشت روان
علی بهرام نژاد مدیر گروه سلامت روانی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

اعضاء گروه مشاورین:

- | | |
|---|------------------------------------|
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران | ۱- آقای دکتر شاهرخ سردارپور گودرزی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بهزیستی و توانبخشی | ۲- آقای دکتر فرید فدائی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران | ۳- آقای دکتر کاظم ملکوتی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی | ۴- سرکار خانم دکتر فریبا عربگل |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی | ۵- خانم دکتر نرگس بیرقی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی | ۶- آقای دکتر مهدی بینا |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران | ۷- آقای دکتر ونداد شریفی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران | ۸- آقای دکتر مهدی تهرانی دوست |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران | ۹- آقای دکتر همایون امینی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران | ۱۰- آقای دکتر جعفر بوالهروی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران | ۱۱- آقای دکتر ناصر حاجیان |
| مدیر محترم گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران | ۱۲- خانم دکتر مریم رسولیان |
| نورولوژیست | ۱۳- آقای دکتر شهرام ابوطالبی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی | ۱۴- خانم دکتر کتایون رازجویان |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه بهزیستی و توانبخشی | ۱۵- خانم دکتر ربابه مزینانی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه بهزیستی و توانبخشی | ۱۶- خانم دکتر گلناز فیض زاده |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه بهزیستی و توانبخشی | ۱۷- خانم دکتر مرسده سمیعی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران | ۱۹- آقای دکتر احمد حاجبی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران | ۲۰- آقای دکتر وحید شریعت |
| روانپزشک | ۲۱- خانم دکتر فاطمه خدائی فر |
| روانپزشک | ۲۲- خانم دکتر گیتا صدیقی |
| روانپزشک | ۲۳- خانم دکتر لاله کوهی حبیبی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه بهزیستی و توانبخشی | ۲۴- آقای دکتر آرش میراب زاده |
| نورولوژیست | ۲۵- خانم دکتر پروین پور طاهریان |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران | ۲۶- آقای دکتر جواد محمودی قرائی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران | ۲۷- آقای دکتر امیرشعبانی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران | ۲۹- خانم دکتر بنفشه قرائی |

- | | |
|--|-------------------------------------|
| رئیس محترم بیمارستان رازی | ۳۰- آقای دکتر محمدرضا خدائی اردکانی |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی | ۳۱- خانم دکتر رزیتا داوری |
| عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران | ۳۲- آقای دکتر احمد نوربالا |
| دستیار فوق تخصص محترم روانپزشکی کودک و نوجوان | ۳۴- خانم دکتر شکوفه موسوی |

- ۳۵- خانم دکتر زهرا شهرپور
- ۳۶- خانم دکتر محبوبه فیروزکوهی
- ۳۷- خانم دکتر ماریا مطلق
- ۳۹- خانم دکتر فاطمه محرری
- ۴۰- آقای دکتر علی علوی شوشتری
- ۴۱- خانم دکتر مهین اسلامی
- ۴۲- آقای دکتر علی زجاجی
- ۴۳- خانم دکتر الهام شیرازی
- ۴۴- خانم دکتر فیروزه جعفری
- ۴۵- آقای دکتر مهدی حسن زاده
- ۴۶- آقای دکتر عمران محمد رزاقی
- ۴۷- خانم دکتر آفرین رحیمی موقر
- ۴۸- خانم دکتر معصومه امین اسماعیلی
- ۴۹- خانم دکتر عزیزه ابراهیم پور
- ۵۰- خانم دکتر میترا حفاظی
- ۵۱- خانم شهناز باشتی
- ۵۲- خانم سهیلا امیدنیا
- ۵۳- خانم لیلا شریعتی
- ۵۴- خانم دکتر مژگان مستوفیان
- ۵۵- آقای دکتر آرمان مدرس
- ۵۶- آقای علی اسدی
- ۵۷- آقای دکتر علیرضا کلهر
- ۵۸- آقای محمدرضا غفارزاده
- ۵۹- خانم شهلا حقیقت
- ۶۰- خانم دکتر ناهید دوست محمدی
- ۶۱- آقای فاروق وفائی بانه
- ۶۲- خانم دکتر مرضیه مقدم
- ۶۳- آقای دکتر جمال مدرس گرجی
- ۶۴- آقای جواد بهادرخان
- ۶۵- آقای دکتر محمد آذینی
- ۶۶- خانم فریده حیدرلو
- ۶۷- آقای دکتر مهرداد رباطی
- ۶۸- خانم آذرمدخت طاهری
- عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دستار فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان
- دستیار فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان
- دستیار فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان
- دستیار فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان
- دستیار فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان
- روانپزشک
- عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- روانپزشک
- عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- مدیر کل محترم دفتر سلامت روانی، اجتماعی
- رئیس محترم اداره سلامت روان
- (روانپزشک) کارشناس محترم اداره سلامت روان
- (روانپزشک) کارشناس محترم اداره سلامت روان
- (روانپزشک) کارشناس محترم اداره سلامت روان
- کارشناس محترم اداره سلامت روان
- کارشناس محترم اداره سلامت روان
- کارشناس محترم اداره سلامت روان
- روانپزشک مشاور علمی برنامه
- پزشک عمومی
- کارشناس محترم بهداشت روان
- پزشک عمومی
- کارشناس محترم بهداشت روان
- کارشناس محترم بهداشت روان
- پزشک عمومی
- کارشناس محترم بهداشت روان
- روانپزشک مشاور علمی برنامه
- کارشناس محترم بهداشت روان
- کارشناس محترم بهداشت روان
- پزشک عمومی
- کارشناس محترم بهداشت روان
- پزشک عمومی
- کارشناس محترم بهداشت روان

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| روانپزشک مشاور علمی برنامه | ۶۹- آقای دکتر سعید ممتازی |
| پزشک عمومی | ۷۰- خانم دکتر مینا اخلاقی |
| کارشناس محترم بهداشت روان | ۷۲- آقای رضا دواساز ایرانی |
| روانپزشک مشاور علمی برنامه | ۷۳- آقای دکتر سیروس پاک سرشت |
| کارشناس محترم بهداشت روان | ۷۴- خانم فریبا منصوری |
| کارشناس محترم بهداشت روان | ۷۷- خانم شهین بافته چی |
| نورولوژیست | ۷۸- خانم دکتر فاطمه صدیق مروستی |
| نورولوژیست | ۷۹- آقای دکتر احمد نگهی |
| کارشناس بهداشت روان | ۸۰- ناهید کاویانی |

اهمیت اختلالات روانی

در جهان شیوع در تمام عمر اختلالات روانی بیش از ۲۵ درصد و شیوع این اختلالات در هر مقطع زمانی حدود ۱۰ درصد در جمعیت بالغ تخمین زده می‌شود. یکی از هر ۴ خانواده یک عضو مبتلا دارد. در سال ۲۰۰۶، حدود ۱۳ درصد از کل بار بیماری‌ها به علت اختلالات روانی ارزیابی شده و این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۱۶ درصد افزایش خواهد یافت. علت بار قابل توجه اختلالات روانی، شیوع بالا، مدت طولانی، تأخیر در تشخیص و درمان و شدت ناتوانی ایجاد شده است، به طوری که میزان ناتوانی ناشی از این اختلالات به ۳۳ درصد بالغ شده و در صدر ناتوانی ناشی از کل بیماری‌ها و اختلالات قرار می‌گیرد. ۵ تا ۲۰ درصد از دانش‌آموزان دارای مشکلات بهداشت روان بوده و موجب اختلال در پیشرفت تحصیلی آنان نیز می‌شود.

در ایران، شیوع تمام عمر اختلال‌های روانی در جمعیت بالای پانزده سال کشور بیش از ۲۰ درصد برآورد می‌شود که در این میان اختلالات خلقی و اضطرابی بیشترین شیوع را دارد. شیوع در هر مقطع زمانی بیش از ۱۰ درصد است. مطالعه‌ای که در خصوص بار بیماری‌ها در سه استان آذربایجان شرقی، بوشهر و چهارمحال و بختیاری انجام شد، نشان داد که اختلالات روانی ۱۴/۵ درصد از کل بار بیماری‌ها را شامل می‌شوند و پس از حوادث بطور مشترک با بیماری‌های قلبی عروقی جایگاه دوم را به خود اختصاص می‌دهد. همچنین اختلالات روانی، مهمترین علت ناتوانی را در کشور موجب می‌شوند. در زنان، افسردگی در صدر بیماری‌ها در ایجاد بار کلی بیماری‌ها قرار دارد. در مردان، اعتیاد سومین علت بار بیماری‌ها، اختلالات افسردگی هشتمین و اختلالات پسیکوتیک نهمین علت بار بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد. در کودکان نیز شیوع اختلالات روانی در هر مقطع زمانی بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود. علاوه بر این، چه در کودکان و چه در بزرگسالان، مشکلات روانی اجتماعی (غیر از اختلالات روانی) مانند خشونت، بزهکاری و افت تحصیلی، شیوعی بیش از ۲۰ درصد دارد.

اختلالات روانی با ایجاد هزینه‌های مستقیم (بار مالی اقدامات تشخیصی، درمانی، بازتوانی و

پیشگیری) و هزینه‌های غیرمستقیم (کاهش توان فردی، کاهش نیروی مولد جامعه، بار خانوادگی)

اثرات زیان باری بر جامعه می گذارند؛ به طوری که بیشترین علت از کارافتادگی ها را در کشور ما تشکیل می دهند. از این رو کاهش ۱۰ درصدی بار اختلالات روانی از اهداف برنامه چهارم توسعه قرار داشته و نیازمند به کارگیری جدی راهکارها و منابع مختلف در این راه است.

اهمیت بهداشت روان جامعه

بهداشت روان جامعه از دو بعد سلامت روان جمعیت عمومی و بهداشت روانی گروه های خاص مورد توجه است. در بعد سلامت روان جمعیت عمومی اولویت های مورد تأکید شامل تأمین ارزش های بهداشت روان، از جمله احساس شادی و امنیت، مهارت های بکارگیری مکانیسم های انطباقی و وجود حس خودکارآمدی، امید و خوش بینی برای گروه های مختلف سنی، جنسی، شغلی و قومی آحاد جامعه می باشد.

افزایش قابل ملاحظه استرسها و حوادث ناگوار ناشی از زندگی شهرنشینی و مهاجرت از قبیل: ازدحام، آلودگی های محیطی، فقر، تبعیض، گسترش حاشیه نشینی، کاهش حمایت های اجتماعی و بیکاری بر سلامت روان اثرات نامطلوبی می گذارد. ارتقاء سلامت روان جمعیت عمومی سالم ترین شیوه شناخته شده امروزی برای جبران این عواقب و آثار منفی تمدن امروزی است.

از بعد نیازمندی های بهداشت روان برای گروه های خاص مهمترین گروه مورد توجه در ایران جمعیت نوجوان و جوان می باشند. حدود یک میلیون عدم قبولی در کنکور در هر سال، وجود بیش از ۱۰۰ هزار زندانی، بیش از دو میلیون معتاد و تغییرات الگوی مصرف مواد، شیوع بالاتر از ۶ در صد هزار خودکشی، حدود ۳ میلیون بیکار، قرار داشتن حدود ۱۴ درصد از جمعیت زیر خط فقر مطلق، آمار ۴ در صد هزار دختران فراری، نسبت ۱۰ درصدی موارد طلاق به ازدواج، شیوع ۳۰ درصد همسرآزاری و کودک آزاری فیزیکی و وجود ۶۰۰ هزار کودک شاغل و همین میزان کودک خیابانی از شواهد بارز اهمیت و ضرورت توجه به نیاز های بهداشت روان گروه های خاص است.

اهداف

اهداف برنامه بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه عبارتند از:

پیشگیری (اولویت‌بندی آن)

شناسایی زودرس و فعال

کنترل، درمان و پیگیری مناسب و مستمر

کاهش ضرر و زیان ناشی از بیماری‌های روانی-عصبی

افزایش آگاهی جامعه نسبت به اصول و مفاهیم بهداشت روان

تغییر و اصلاح نگرش افراد جامعه نسبت به بیماری‌های روانی-عصبی

فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت

در راستای اهداف فوق، فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت مشتمل بر پیشگیری،

شناسایی زودرس و فعال بیماری‌ها، کنترل، درمان و پیگیری مستمر در گروه‌های سنی کودکان و

نوجوانان، میانسالان و سالمندان به شرح زیر است:

۱- شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات روانی/ رفتاری کودکان شامل: اختلالات یادگیری، اختلال

بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلالات تیک، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات فراگیر رشد،

اضطراب جدایی، اختلالات تغذیه‌ای و دفعی، اختلالات دلبستگی، ناخن جویدن و شست

مکیدن، لکنت زبان، اختلال نافرمانی و مقابله‌جویی، صرع.

۲- ارزیابی تکامل کودکان و مشاوره به والدین.

۳- ارزیابی روانی/ رفتاری در مدرسه، مشکلات تحصیلی و مسائل روانشناختی دوران بلوغ.

۴- شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات روانی بزرگسالان شامل: افسردگی، اختلال دوقطبی،

اختلالات پسیکوتیک حاد، اختلالات پسیکوتیک مزمن، اختلالات اضطرابی (اختلال پانیک،

اختلال هراس اجتماعی، اختلال اضطراب منتشر، سایر اختلالات اضطرابی)، اختلالات انطباقی، اختلالات خواب، اختلالات شبه جسمی، ضعف اعصاب (نورآستنی)، اختلال تبدیلی، اختلالات ناشی از استرس، سوگ، سردرد، اختلالات جنسی.

۵- مداخلات لازم برای سایر مسائل روانی: یائسگی، زایمان و اختلالات روانی بعد از زایمان، استرس و سوگ.

۶- شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات دوران سالمندی شامل: دمانس و دلیریوم، و اختلالات روانی، ارزیابی روانی سالمندان و پیشگیری از اختلالات روانی در سالمندان.

۷- مداخلات لازم برای اورژانسهای روانپزشکی مشتمل بر: خودکشی، خشونت و پرخاشگری، دلیریوم، مسمومیت‌های دارویی، عوارض اکستراپیرامیدال، اختلال تبدیلی، استاتوس اپیلپتیکوس، اختلال سایکوتیک حاد، کودک آزاری.

۸- اقدامات پیشگیری شامل آموزش مهارت‌های زندگی، مسایل روانشناختی مرتبط با ازدواج، مهارت‌های فرزندپروری، مداخله در بحران و بلایا.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
الف.....	مقدمه
۲۶.....	افسردگی
۲۷.....	مقدمه
۲۸.....	مهارت‌هایی که پزشک عمومی برای برخورد با افسردگی به آنها نیاز دارد
۲۸.....	گروه‌های در معرض خطر افسردگی
۴۱.....	پیوست تشخیصی سؤالات افسردگی برای پزشک
۴۱.....	سؤالات کلیدی (خلق افسرده، کاهش علاقه)
۴۱.....	سؤالات تکمیلی
۳۹.....	نکات درمان دارویی در افسردگی
۳۹.....	انتخاب داروی همراه داروی ضدافسردگی در برخی موارد شایع
۳۹.....	پیگیری و مراقبت بیمار افسرده توسط پزشک بعد از بازگشت از ارجاع
۳۹.....	ویزیت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)
۴۰.....	ویزیت‌های بعدی
۴۰.....	نکاتی که باید توسط پزشک به بیمار افسرده و خانواده وی آموزش داده شود
	Error! Bookmark not defined. سؤالات کلیدی تشخیصی افسردگی برای پزشک
	Error! Bookmark not defined. سؤالات مربوط به خلق (خلق افسرده، کاهش علاقه)
۴۱.....	موارد ارجاع فوری به روانپزشک
۴۲.....	موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی
۴۲.....	موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک
۴۳.....	شرح وظایف اعضای تیم سلامت در مورد اختلالات افسردگی
۴۳.....	شرح وظایف بهورز درباره بیمار افسرده
۴۳.....	شرح وظایف پزشک درباره بیمار مبتلا به افسردگی
۴۳.....	شرح وظایف روانشناس
۴۵.....	اختلالات پسیکوتیک
۴۶.....	نحوه برخورد با فرد مشکوک به پسیکوز حاد
۴۸.....	کارهایی که پزشک در برخورد با این بیماران نباید انجام دهد

مراقبت و پیگیری بیمار مبتلا به پسیکوز حاد توسط پزشک پس از بازگشت از

ارجاع ۴۸

۴۸.....	ویزیت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع).....
۴۸.....	ویزیت دوم (دو هفته بعد).....
۴۸.....	ویزیت‌های بعد.....
۵۰.....	قطع درمان.....
۵۰.....	پیوست الف: سؤالات غربالگری پسیکوز.....
.....	Error! Bookmark not defined. پیوست ب: تجویز داروهای آرامبخش در شرایط اضطراری.....
۵۲.....	پیوست ج: پیگیری علایم هدف.....
۵۳.....	پیوست د: نحوه برخورد با مشکل خواب در بیمار مبتلا به اختلال پسیکوتیک.....
۵۴.....	پیوست ه: عوارض داروهای آنتی‌پسیکوتیک.....
.....	آموزش خانواده بیمار مبتلا به پسیکوز توسط کارشناس بهداشت روان تیم
۵۵.....	سلامت.....
۵۷.....	راهنمای درمان بیمار مبتلا به پسیکوز مزمن.....
۵۹.....	موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی.....
۵۹.....	موارد ارجاع فوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده.....
۵۹.....	موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده.....
۵۹.....	وظایف بهورز درباره بیمار مبتلا به پسیکوز.....
۶۰.....	وظایف کارشناس بهداشت روان درباره بیمار مبتلا به پسیکوز.....
۶۰.....	وظایف پزشک درباره بیمار مبتلا به پسیکوز.....
۶۲.....	اختلال دوقطبی.....
۶۳.....	مقدمه.....
.....	گروه‌های در معرض خطر اختلال دوقطبی در موارد زیر به احتمال اختلال
۶۴.....	دوقطبی فکر شود.....
.....	نکاتی که باید توسط پزشک به بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده وی
۶۶.....	آموزش داده شود.....
۶۷.....	نکات درمان دارویی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی.....
.....	پیوست نحوه پیگیری و مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی توسط پزشک
۶۷.....	پس از بازگشت از ارجاع.....
۶۷.....	مراقبت اولیه: (طی هفته اول ویزیت یک ماه پس از بازگشت).....
۶۷.....	ویزیت‌های بعدی.....
۶۸.....	نحوه پیگیری آزمایش‌های مربوط به مصرف دارو.....

لیتیوم..... ۶۸

۶۸.....	والپروات سدیم
۶۸.....	کاربامازپین
۶۹.....	لاموتریژین
۶۹.....	پیوست سؤالات تکمیلی تشخیصی مانیا
۶۹.....	پیوست الف: سؤالات کلیدی تشخیص مانیا
۶۹.....	پیوست ب: سؤالات تکمیلی تشخیص مانیا
۷۰.....	پیوست ج: روش برخورد با عوارض دارویی لیتیوم
۷۱.....	پیوست د: روش برخورد با عوارض دارویی سدیم والپروات
۷۱.....	پیوست ه: روش برخورد با عوارض دارویی کاربامازپین
۷۲.....	پیوست و: روش برخورد با عوارض دارویی لاموتریژین
۷۲.....	نکات درمان دارویی در افراد مسن
۷۳.....	موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی
۷۳.....	موارد ارجاع فوری به روانپزشک
۷۳.....	موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک
۷۴.....	موارد ارجاع فوری به بخش داخلی
۷۴.....	شرح وظایف اعضای تیم سلامت در مورد اختلالات دوقطبی
۷۴.....	شرح وظایف بهورز درباره بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی
۷۴.....	شرح وظایف پزشک درباره بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی
۷۵.....	شرح وظایف کارشناس بهداشت روان درباره بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی
۷۶.....	نیاز به حمایت و بازتوانی
۷۸.....	سردرد
۸۱.....	پیوست علایم و معاینه
۸۱.....	معاینات لازم برای سردرد
۸۱.....	معیارهای سردرد میگرد بدون اورا
۸۲.....	معیارهای سردرد میگرد با اورا
۸۲.....	معیارهای سردرد تنشی
۸۵.....	موارد ارجاع غیرفوری
۸۶.....	موارد ارجاع فوری
۸۶.....	شرح وظایف تیم سلامت در مورد بیمار مبتلا به سردرد
۸۶.....	شرح وظایف بهورز در مورد بیمار مبتلا به سردرد

شرح وظایف پزشک درباره بیمار مبتلا به سردرد ۸۶

شرح وظایف کارشناس بهداشت روان درباره بیمار مبتلا به سردرد.....	۸۷
نکاتی که باید توسط پزشک به بیمار مبتلا به سردرد آموزش داده شود.....	۸۷
پیوست نحوه پیگیری و مراقبت از بیمار مبتلا به سردرد توسط پزشک پس از بازگشت از ارجاع.....	۸۸
موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا نورولوژیست پس از بازگشت از ارجاع.....	۸۸
موارد ارجاع فوری به نورولوژیست یا اورژانس نورولوژی پس از بازگشت از ارجاع.....	۸۸
پیوست دارویی.....	۸۹
اختلالات شبه جسمی.....	۹۲
تعامل اختلالات جسمی و روانی.....	۹۳
نحوه برخورد با بیماران مشکوک به اختلالات شبه جسمی.....	۹۵
نکات کمک‌کننده در افتراق اختلالات تبدیلی از اختلالات نورولوژیک مشابه.....	۹۶
فلج.....	۹۶
نابینایی.....	۹۷
تشنج کاذب.....	۹۷
روش برخورد با اختلال تبدیلی.....	۹۷
سایر موارد اختلالات شبه‌جسمی.....	۹۸
اختلالات ناشی از استرس.....	۱۰۰
استرس.....	۱۰۱
تعریف.....	۱۰۱
رویدادهای استرس‌زا.....	۱۰۱
سوگ.....	۱۰۲
مراحل سوگ طبیعی عبارتند از.....	۱۰۲
سوگ بیمارگونه، عارضه دار یا نابهنجار.....	۱۰۳
سوگ در مقابل افسردگی.....	۱۰۴
پیگیری بیمار پس از بازگشت از ارجاع.....	۱۰۷
ویزیت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع).....	۱۰۷
ویزیت‌های بعدی.....	۱۰۷

اختلال انطباق ۱۰۷

پیگیری بیمار پس از ارجاع.....	۱۱۰
ویزیت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع).....	۱۱۰
ویزیت‌های بعدی.....	۱۱۰
موارد ارجاع فوری.....	۱۱۰
موارد ارجاع غیرفوری.....	۱۱۰
اختلال فشار روانی حاد و اختلال فشار روانی آسیب‌زاد (PTSD).....	۱۱۱
درمان.....	۱۱۲
پیگیری بیمار پس از بازگشت از ارجاع.....	۱۱۴
ویزیت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع).....	۱۱۴
ویزیت‌های بعدی.....	۱۱۴
پیوست سؤالات تشخیصی برای اختلالات واکنش به استرس.....	۱۱۴
پیوست الف: سؤالات تشخیصی برای تشخیص سوگ بیمارگونه یا عارضه‌دار.....	۱۱۴
پیوست ب: سؤالات تشخیصی برای اختلال انطباقی.....	۱۱۵
پیوست ج: سؤالات تشخیصی برای اختلال فشارروانی حاد و فشار روانی آسیب‌زاد.....	۱۱۶
پیوست د: شرح وظایف تیم بهداشت روان.....	۱۱۷
خودکشی.....	۱۲۰
خودکشی.....	۱۲۱
مقدمه.....	۱۲۱
منابع.....	۱۲۴
خودکشی.....	۱۲۷
گروه‌های در معرض خطر.....	۱۲۷
وجود هر یک از عوامل زیر می‌تواند عامل خطری برای اقدام به خودکشی باشد.....	۱۲۷
سؤالات غربالگری افکار خودکشی.....	۱۲۸
پیگیری و مراقبت بیمار دارای افکار خودکشی توسط پزشک بعد از بازگشت از ارجاع.....	۱۲۹
ویزیت اولیه پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع).....	۱۲۹
ویزیت‌های بعدی.....	۱۲۹
توصیه‌های تکمیلی در مورد بیمار با افکار خودکشی.....	۱۳۰
شرح وظایف پزشک تیم سلامت در رابطه با خودکشی.....	۱۳۱
شرح وظایف بهورز.....	۱۳۱
شرح وظایف کارشناس بهداشت روان در رابطه با خودکشی.....	۱۳۱

موارد ارجاع فوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ۱۳۲

موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی	۱۳۲
اختلالات اضطرابی	۱۳۴
اختلالات اضطرابی	۱۳۵
اختلال پانیک	۱۳۵
جمعیت هراسی	۱۳۵
اختلال وسواسی جبری	۱۳۵
شیوع اختلالات اضطرابی	۱۳۶
مطالعات ایران	۱۳۶
نکات لازم در درمان اختلالات اضطرابی	۱۳۸
مطالعات هزینه اثربخشی	۱۳۸
حمله پانیک	۱۴۴
الگوریتم درمان اختلال وسواسی جبری	۱۴۵
الگوریتم درمان اختلال وسواسی جبری	۱۴۶
موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی	۱۴۸
موارد ارجاع فوری به روانپزشک یا پزشک دوره دیده	۱۴۸
موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک دوره دیده	۱۴۸
پیگیری بیمار پس از بازگشت از ارجاع	۱۴۸
ویزیت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)	۱۴۸
ویزیت‌های بعدی	۱۴۸
نکاتی که پزشک باید به بیمار و خانواده وی آموزش دهد	۱۴۹
شرح وظایف اعضای تیم سلامت در مورد اختلالات اضطرابی	۱۵۰
وظایف بهورز درباره بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی	۱۵۰
وظایف کارشناس بهداشت روان درباره بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی	۱۵۰
وظایف پزشک درباره بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی	۱۵۱
نکات خاص دوره سالمندی	۱۵۲
پیوست سؤالات مربوط به شرح حال اختلالات اضطرابی	۱۵۳
سؤالات مربوط به حمله پانیک	۱۵۳
سؤالات مربوط به اختلال اضطرابی خفیف تا متوسط و اختلال اضطراب فراگیر	۱۵۳
سؤالات مربوط به اختلال وسواسی جبری	۱۵۴
سؤالات مربوط به اختلال استرس پس از سانحه	۱۵۴

اختلالات خواب.....	۱۵۶
مقدمه.....	۱۵۷
ارزیابی بیمار مبتلا به اختلالات خواب.....	۱۵۸
بی خوابی.....	۱۵۸
پیوست الف: علل بی خوابی.....	۱۶۰
علل روانپزشکی.....	۱۶۰
علل طبی.....	۱۶۰
مصرف مواد.....	۱۶۰
پیوست ب: بهداشت خواب.....	۱۶۱
پیوست ج: علل شایع پر خوابی.....	۱۶۳
اختلالات اولیه خواب.....	۱۶۳
علل طبی.....	۱۶۳
مصرف مواد.....	۱۶۳
علل روانپزشکی.....	۱۶۳
پرخاشگری.....	۱۶۶
مقدمه.....	۱۶۷
عوامل پیش بینی کننده خشونت قریب الوقوع.....	۱۶۷
خطر خشونت را ارزیابی کنید.....	۱۶۸
تفکر، میل و طرح خشونت.....	۱۶۸
ویژگی های جمعیت شناختی را در نظر بگیرید.....	۱۶۸
سابقه بیمار را در نظر بگیرید.....	۱۶۸
عوامل آ شکار استرس را در نظر بگیرید.....	۱۶۸
اقدامات فوری در مقابله با بیماران پرخاشگر.....	۱۶۹
استفاده از مهار فیزیکی.....	۱۷۱
وظایف بهورز و کارشناس بهداشت و پزشک عمومی در قبال فرد پرخاشگر.....	۱۷۱
دلیریوم.....	۱۷۲
مقدمه.....	۱۷۳
روش برخورد با بیمار مبتلا به دلیریوم.....	۱۷۳
علل ایجادکننده دلیریوم.....	۱۷۵

علل ایترا کرانیال ۱۷۵

علل سیستمیک.....	۱۷۵
نحوه برخورد با بیماری که سندرم دلیریوم برای وی مطرح است.....	۱۷۷
آلزایمر.....	۱۷۸
مقدمه.....	۱۷۹
تشخیص.....	۱۸۰
غربالگری فرد برای تشخیص بیماری دمانس با استفاده از مقیاس MMSE.....	۱۸۱
معاینه مختصر وضعیت شناختی MMSE.....	۱۸۲
جهت یابی.....	۱۸۲
ثبت اطلاعات.....	۱۸۲
توجه و محاسبه.....	۱۸۲
یادآوری.....	۱۸۲
زبان.....	۱۸۲
چند نکته‌ی بالینی.....	۱۸۶
درمان علائم روانپزشکی در بیماران دمانسی.....	۱۸۷
توصیه‌های غیردارویی.....	۱۸۷
صرع.....	۱۹۰
مقدمه.....	۱۹۱
References.....	۱۹۱
Epilepsy صرع.....	۱۹۲
تب و تشنج.....	۱۹۴
نحوه برخورد با تب و تشنج.....	۱۹۵
شناسایی و درمان صرع.....	۱۹۵
انتخاب داروی آنتی‌اپی‌لپتیک.....	۱۹۸
نکاتی که پزشک باید به بیمار و همراهان وی آموزش دهد:.....	۲۰۲
الف) نکات مربوط به مصرف دارو:.....	۲۰۲
ب) اقدامات اساسی حین حمله:.....	۲۰۲
ج) در موارد زیر بیمار باید سریعاً به مراکز درمانی برده شود:.....	۲۰۲
نکاتی که کارشناس بهداشت روان باید به بیمار و همراهان آموزش دهد.....	۲۰۳

۲۰۴	اورژانس ها
۲۰۶	مسمومیت ها
۲۰۷	مسمومیت با بنزودیازپین ها
۲۰۹	مسمومیت با داروهای سه و چهار حلقه ای
۲۱۰	نحوه برخورد با مسمومیت با لیتیوم
۲۱۰	عوامل خطر برای ایجاد مسمومیت با لیتیوم
۲۱۰	علامت و نشانه های مسمومیت با لیتیوم
۲۱۱	درمان
۲۱۲	اختلال پانک
۲۱۳	حمله پانیک
۲۱۶	دلیریوم
۲۱۷	روش برخورد با بیمار مبتلا به دلیریوم
۲۱۸	علل ایجادکننده دلیریوم
۲۱۸	علل ایتر کرائیال
۲۱۸	علل سیستمیک
۲۱۹	نحوه برخورد با بیماری که سندرم دلیریوم برای وی مطرح است
۲۲۰	یک ساعت بعد می توان آنرا تکرار کرد
۲۲۲	اختلال تبدیلی
۲۲۳	روش برخورد با اختلال تبدیلی
۲۲۳	نکات کمک کننده در افتراق اختلالات تبدیلی از اختلالات نورولوژیک مشابه
	Error! Bookmark not defined. فلج
	Error! Bookmark not defined. نایبایی
	Error! Bookmark not defined. تشنج کاذب
۲۲۶	دستونی
۲۲۷	دستونی
۲۲۸	صرع
۲۳۰	داروها
۲۴۲	منابع

افسردگی

مقدمه

افسردگی به معنای خلق و روحیه افسرده می‌باشد. بیماران مبتلا به افسردگی، علاوه بر خلق افسرده، دچار کاهش انرژی و علایق نیز می‌گردند. علایم دیگر افسردگی شامل تمرکز مختل، اختلال خواب، اختلال اشتها، اختلال در عملکرد شناختی، احساس گناه، علایم جسمی متعدد که هیچ توجیه طبی دیگری ندارند و در انواع شدیدتر افکار مرگ و خودکشی می‌باشد. افسردگی یک اختلال رایج و مزمن می‌باشد که باعث اختلال عملکرد و ناتوانی می‌گردد؛ به‌طوری که در سال ۲۰۰۰ رتبه چهارم بار ناشی از بیماری‌ها را در هر دو جنس و در تمام سنین به خود اختصاص داده است و در حال حاضر رتبه دوم را در سنین ۴۴-۱۵ سالگی در هر دو جنس به خود اختصاص داده است. به طور کلی با استفاده از ابزارهای غربالگری شیوع افسردگی به میزان ۸ تا ۲۰ درصد در مطالعات خارجی و ۳/۸ تا ۲۳/۴ درصد در مطالعات ایرانی گزارش شده است. میزان افسردگی اساسی در جمعیت بالای ۱۸ سال در مطالعات خارجی ۰/۸ تا ۹/۵ درصد و در ایران ۲/۸۹ تا ۴/۴ درصد گزارش شده است. به طور کلی شیوع مادام‌العمر افسردگی اساسی در حدود ۱۵ درصد می‌باشد که شاید این میزان در زنان تا حد ۲۵ درصد برسد. سالانه ۸۵۰۰۰۰ نفر به دلیل خودکشی ناشی از افسردگی می‌میرند. این اختلال را می‌توان در سیستم مراقبت‌های اولیه تشخیص داد و درمان کرد. اما کمتر از ۲۵ درصد افراد مبتلا به درمان دسترسی دارند. در ایالات متحده، کوشش می‌شود درمان افسردگی در سطح سرویس‌های مراقبت اولیه تمرکز یابد. مطالعات نشان داده‌اند که آموزش‌های خاص جهت پزشکان عمومی برای درمان افسردگی، از نظر هزینه اثربخشی موثر و مناسب است. نشان داده شده که برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات درمان در سیستم مراقبت‌های اولیه جهت افسردگی، منجر به بهبود کیفیت خدمات درمانی، بهبود رضایت بیماران از خدمات، بهبود عملکرد بیماران و بهبود تولید اقتصادی می‌گردد.

درمان افسردگی مشتمل بر داروهای ضدافسردگی و روان‌درمانی می‌باشد که می‌توان آنها را در سیستم مراقبت‌های اولیه به کار برد. داروهای ضدافسردگی و روان‌درمانی ساختاریافته مختصر در

بهبود ۸۰-۶۰ درصد افراد مبتلا مؤثر می‌باشد. در حدود ۲۵ درصد بیماران در ۶ ماه اول پس از ترخیص از بیمارستان، ۳۰-۵۰ درصد در ۲ سال اول و ۵۰-۷۵ درصد در ۵ سال اول دچار عود می‌شوند. بروز عود در بیمارانی که درمان‌های دارویی و غیردارویی خود را ادامه دهند کمتر از این میزان است. در یک مطالعه مرور سیستماتیک نشان داده شد که ادامه درمان با ضدافسردگی‌ها میزان عود را به نصف کاهش می‌دهد. بررسی سازمان جهانی بهداشت نشان داد که درمان افسردگی با داروهای ضدافسردگی جدید و قدیمی هر دو مقرون به صرفه می‌باشد و با توجه به شرایط اقتصادی در کشور ما درمان با داروهای جدید (مهارکننده‌های اختصاصی سروتونین) مقرون به صرفه به نظر می‌رسد.

مهارت‌هایی که پزشک عمومی برای برخورد با افسردگی به آنها نیاز دارد:

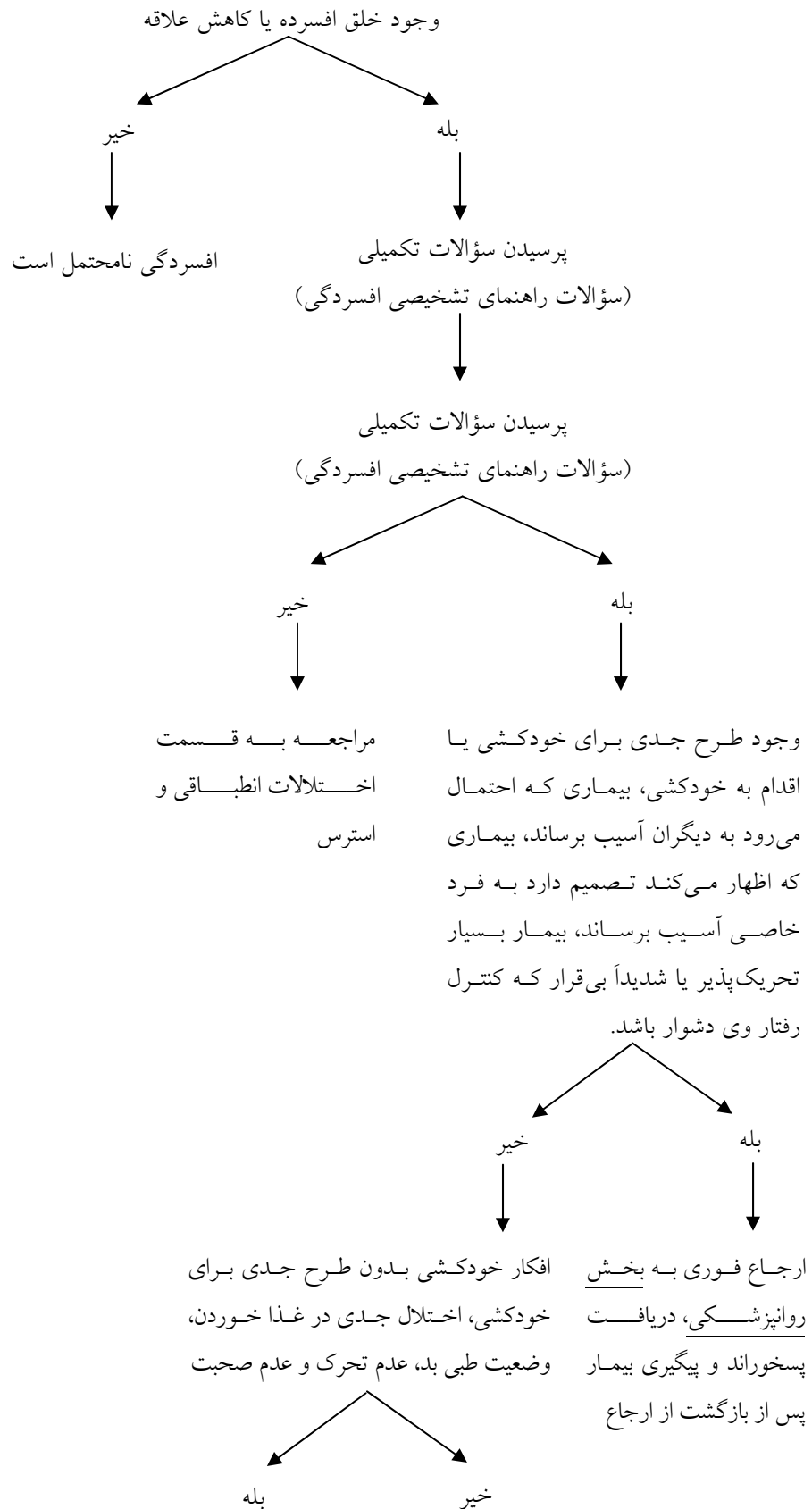
- مهارت ایجاد رابطه همدلانه با بیمار افسرده
- مهارت مصاحبه و یافتن علایم افسردگی
- مهارت در تشخیص افتراقی افسردگی
- مهارت در تشخیص افسردگی تک قطبی از دوقطبی
- آشنایی با داروهای ضدافسردگی رایج و نحوه تجویز آنها
- آشنایی با عوارض دارویی و نحوه کنترل آنها
- مهارت در شناسایی موارد نیازمند به ارجاع
- مهارت آموزش نکات ضروری درباره افسردگی به بیمار و خانواده

گروه‌های در معرض خطر افسردگی

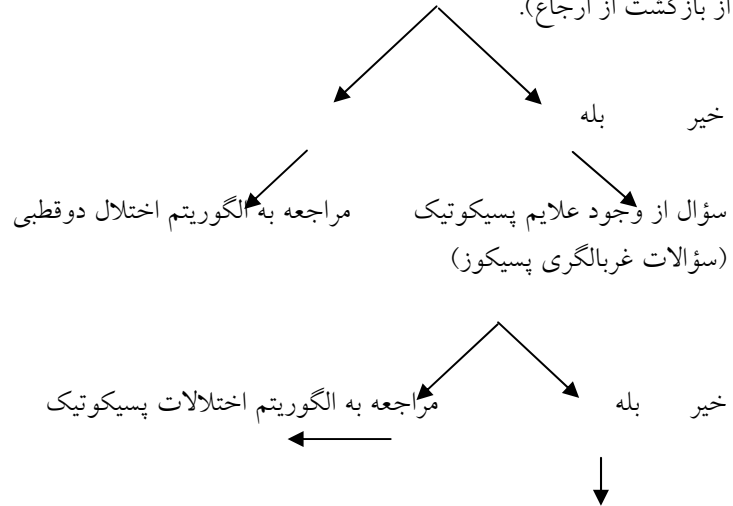
- زنان به ویژه در دوران پس از زایمان
- بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده

- سوء مصرف کنندگان مواد
 - افرادی که شکست شغلی و مالی اخیر داشته اند.
 - افرادی که اخیراً عزیزی را از دست داده اند.
 - افرادی که طلاق یا جدایی اخیر داشته اند.
- در صورت وجود عوامل خطر فوق یا هر یک از عوامل زیر پزشک باید به علایم افسردگی نیز توجه ویژه داشته باشد:
- فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی، سابقه اقدام به خودکشی، شکایات متعدد جسمی، شکست اخیر در روابط عاطفی، والدین کودکان با بیماری‌های مزمن جسمی و روانی

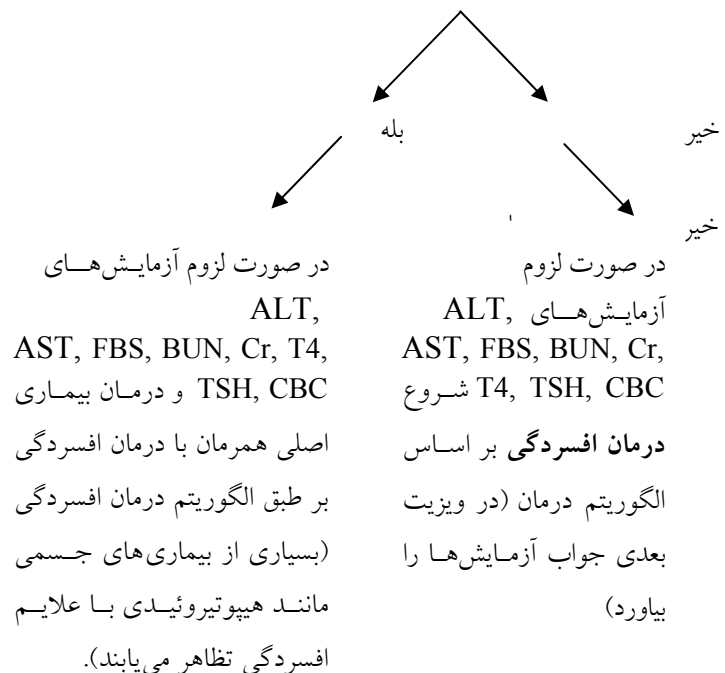
الگوریتم ۱- تشخیص و مدیریت اختلالات افسردگی



سؤال از وجود دوره‌هایی از خلق ارجاع فوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره‌دیده،
بالا و علائم مانیا (قسمت مربوط دریافت پسخوراند از سوی روانپزشک یا پزشک عمومی
به اختلال دو قطبی) دوره دیده و پیگیری بیمار (پیوست نحوه پیگیری بیمار
پس از بازگشت از ارجاع).



نتیج غیر طبیعی در معاینه فیزیکی عمومی

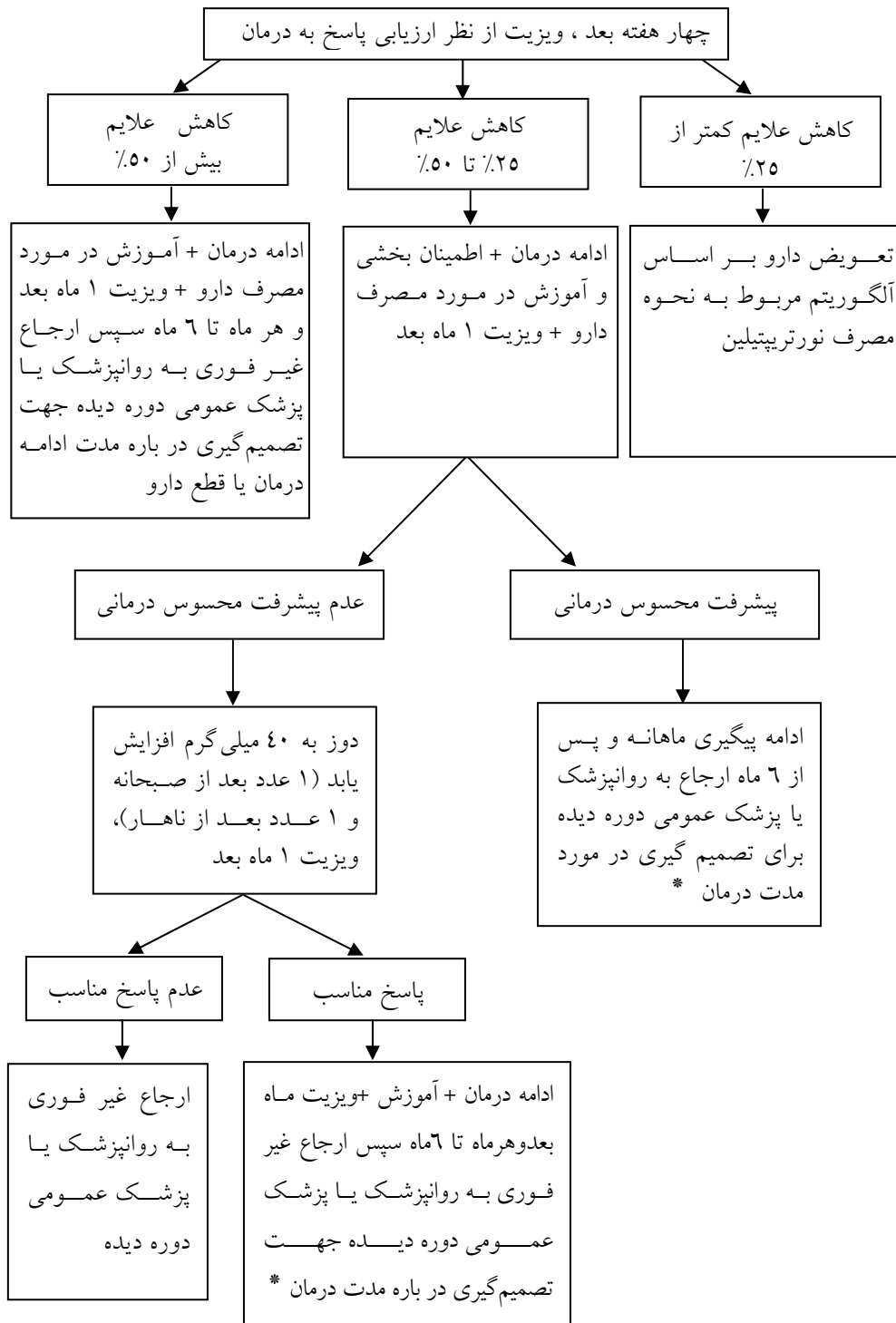


تذکره ۱: اگر افسردگی برای اولین بار در سن بالای ۵۵ سال به ویژه در مردان ظاهر شده باشد، رد مسایل طبی که در رأس آنها اختلالات قلبی-ریوی و بدخیمی‌ها هستند، بسیار مهم است.

تذکره ۲: در شرح حال سابقه مصرف مواد را بپرسید و در صورت وجود سابقه مصرف مواد به بسته خدمتی سوء مصرف مواد مراجعه شود.

الگوریتم درمان دارویی بیمار افسرده:

تجویز فلوکستین ۱۰ میلی‌گرم در روز تا یک هفته و سپس ۲۰ میلی‌گرم در روز بعد از صبحانه (در افراد سالمند دوز ۱۰ میلی‌گرم در روز کافی است و در صورت عدم پاسخ پس از ۸ هفته به ۲۰ میلی‌گرم در روز رسانده شود). و ارجاع همزمان به کارشناس بهداشت روان تیم سلامت جهت ارزیابی و در صورت لزوم انجام مداخلات روانشناختی

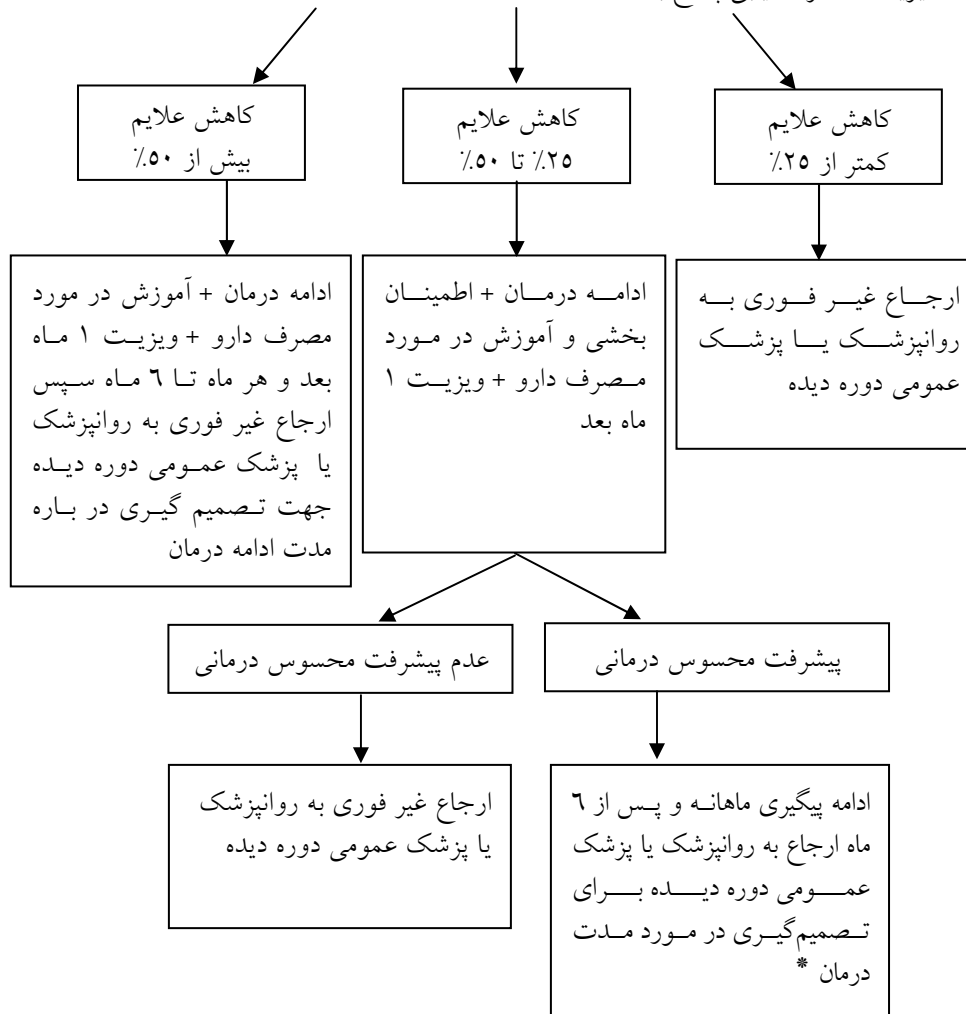


* در صورت عدم امکان ارجاع بیمار پزشک خود می‌تواند دارو را بتدریج قطع نماید.

آلگوریتم نحوه تجویز نورتریپتیلین:

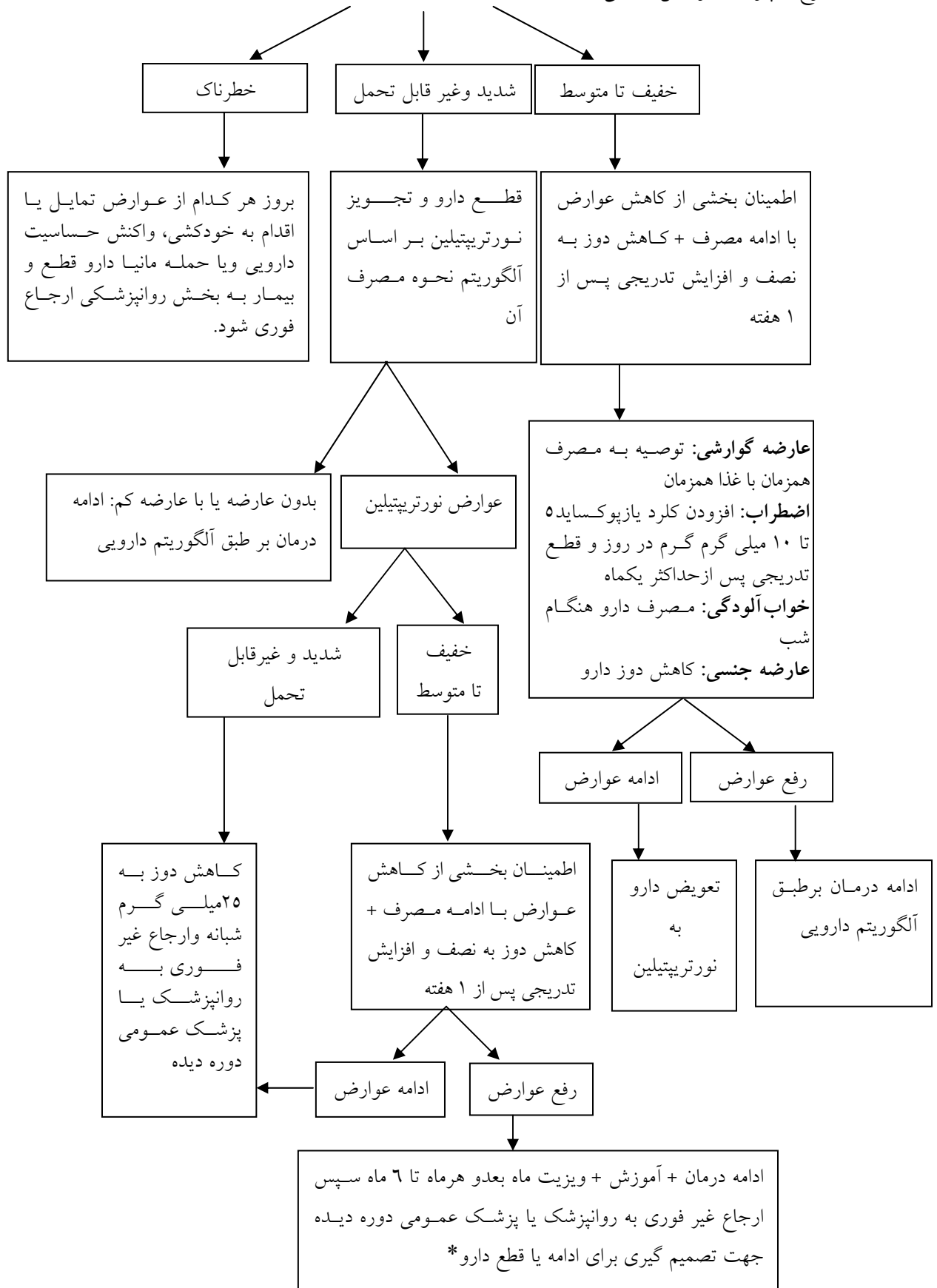
تجویز ۲۵ میلی‌گرم نورتریپتیلین به صورت ۱ قرص شب و افزایش هر هفته ۱ قرص تا به ۳ قرص در شبانه روز برسد (۱ قرص ظهر و ۲ قرص شب).

چهار هفته بعد، ویزیت از نظر ارزیابی پاسخ به درمان



* در صورت عدم امکان ارجاع بیمار پزشک می‌تواند دارو را به تدریج قطع نماید

عوارض دارویی فلوکستین از جمله اضطراب، عوارض گوارشی، اختلال عملکرد جنسی و....
(رجوع به پیوست عوارض دارویی)



*در صورت عدم امکان ارجاع بیمار پزشک می‌تواند دارو را به تدریج قطع نماید.

نکات درمان دارویی در افسردگی

- در صورتی که بیمار در گذشته به یک دارو خوب پاسخ داده دوباره از همان دارو استفاده کنید.
- تا رسیدن به سطح مؤثر دارو به تدریج دوز دارو را افزایش دهید.
- در هر بار ویزیت حداقل مقدار دارو تجویز شود.
- بنا به صلاحدید پزشک به نظر بیمار در مورد انتخاب دارو توجه شود.
- شایع‌ترین عارضه فلوکستین در افراد مسن بی‌قراری و اضطراب است که در اکثر موارد با کاهش دوز دارو برطرف می‌شود.
- موارد کنتراندیکاسیون تجویز داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای توسط پزشکان مراقبتهای بهداشتی اولیه (مثل نورتریپ‌تیلین، آمی‌تریپتیلین، ایمی‌پرامین، دزیپرامین و تریمی‌پرامین):
وجود آریتمی قلبی، سابقه یا علایم ایسکمی قلب، گلوکوم زاویه بسته، هیپرتروفی پروستات و بیماری‌های عروقی مغز

انتخاب داروی همراه داروی ضدافسردگی در برخی موارد شایع

افسردگی همراه با دلشوره و اضطراب و یا مشکل خواب :
کلردیازپوکساید ۱۰-۵ میلی گرم یک یا دو بار در روز یا لورازپام ۱-۰/۵ میلی گرم یک ساعت قبل از خواب

پیگیری و مراقبت بیمار افسرده توسط پزشک بعد از بازگشت از ارجاع

ویزیت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر در مورد نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و ارجاع همزمان به کارشناس بهداشت روان تیم سلامت سپس ویزیت مجدد یک هفته بعد.

ویزیت‌های بعدی

پزشک ترجیحا بیمار را از نظر پاسخ درمانی و عوارض دارویی بر طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ویزیت می‌کند. در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه ویزیت می‌شود. برای قطع درمان، بیمار ترجیحا به صورت غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع می‌شود در صورت عدم امکان ارجاع پزشک خود میتواند به تدریج دارو را قطع نماید. همزمان با ویزیت پزشک بیمار توسط کارشناس بهداشت روان تیم سلامت نیز مطابق برنامه زمانبندی مربوطه پی گیری می شود.

نکاتی که باید توسط پزشک به بیمار افسرده و خانواده وی آموزش داده شود:

- افسردگی شایع می‌باشد و درمان‌های مؤثر و در دسترس وجود دارد.
- افسردگی یک بیماری است نشانه ضعف اراده یا تنبلی نمی باشد و صرفا با توصیه‌های عمومی مانند رفتن به مسافرت برطرف نمی شود.
- افسردگی توانایی انطباق بیمار را تضعیف می‌کند.
- بهبودی در طی ۳-۴ هفته ظاهر خواهد شد و قبل از آن نباید زیاد انتظار بهبودی داشت.
- ممکن است اثرات جانبی داروها ظاهر شوند که اغلب به تدریج از میان خواهند رفت.
- قبل از قطع دارو حتما با پزشک مشورت شود.
- اغلب داروها در صورت مصرف طبق دستور پزشک باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی‌شوند.
- لازم است دارو را برای دست کم یک دوره شش ماهه مصرف نمود.
- دارو باید هر روز استفاده شود و حتی الامکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.
- پزشک باید خانواده بیمار افسرده را به همکاری برای ادامه درمان بیمار تشویق کند و از آنها بخواهد تا موارد بهبودی را به وی متذکر شوند.

- از دست دادن همسر و فقدان حمایت روانی و مالی نقش مهمی در ایجاد و تداوم افسردگی سالمندان دارد.

پیوست سؤالات تشخیصی افسردگی برای پزشک

سؤالات کلیدی (خلق افسرده، کاهش علاقه)

- ۱- آیا در روزهای اخیر، احساس غمگینی و غصه دارید (پرسش در مورد خلق)؟
- ۲- آیا در روزهای اخیر احساس بی‌حوصلگی می‌کنید به شکلی که حوصله انجام دادن کارها را نداشته باشید (پرسش در مورد علاقه)؟
- موارد فوق را می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم پرسید.
- در صورت پاسخ مثبت به سؤالات ۱ یا ۲، بقیه سؤالات پرسیده شوند.

سؤالات تکمیلی

۱. آیا در روزهای اخیر، میل شما به غذا کاهش یا افزایش یافته است؟
۲. آیا خوابتان نسبت به گذشته کاهش یا افزایش داشته است (پرسش در مورد خواب)؟
۳. آیا احساس خستگی می‌کنید یا احساس می‌کنید که توان انجام فعالیت‌های معمول را ندارید (پرسش در مورد انرژی)؟
۴. احساس می‌کنید که از زندگی خسته شده‌اید (پرسش در مورد افکار مرگ)؟
۵. آیا احساس می‌کنید دچار فراموشی شده‌اید یا تمرکز خود را از دست داده‌اید؟
۶. آیا در این روزها به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید (پرسش در مورد فکر خودکشی)؟

توجه: پاسخ مثبت به هر یک از سؤالات ۵ یا ۶ برای معیار «افکار مرگ و خودکشی» کافی است.

تذکر: سالمندان بیش از تاکید بر خلق افسرده از علائم جسمی افسردگی (اختلال اشتها، خواب و دردهای بدنی) و بی‌قراری شاکی هستند و نیز گاهی علائم آنها به صورت علائم شبه‌دمانس است

(دمانس کاذب). در موارد مشکوک به دمانس کاذب می‌توان یک دوره درمان افسردگی را امتحان نمود و در صورت عدم پاسخ به الگوریتم "دمانس" مراجعه شود.

موارد ارجاع فوری به روانپزشک

- بیماری که به هر دلیل فکر (ایده) خودکشی دارد حتی اگر به نظر پزشک واقعی نرسد.
- بیماری که از خوردن آب و غذا امتناع می‌کند.
- وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت.

موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی

- بیماری که طرح یا برنامه جدی برای خودکشی دارد.
- بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.
- بیماری که اظهار می‌کند تصمیم دارد به فرد خاصی آسیب برساند.
- بیمار بسیار تحریک‌پذیر، آژیته یا شدیداً بیقرار که کنترل رفتار وی دشوار است.

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک

- بیمار افسرده‌ای که سابقه‌ای از دوره‌های مانیا یا هیپومانیا داشته باشد.
- بیمار افسرده‌ای که علائم پسیکوتیک داشته باشد.
- بیمار افسرده‌ای که دو هفته پس از افزایش دوز فلوکستین به ۴۰ میلی گرم هنوز هیچ پاسخی به درمان نداده است.
- بیمار افسرده‌ای که پس از پاسخ نسبی به درمان پیشرفت درمانی وی متوقف شده است و به افزایش دوز دارو پاسخ نداده است
- بیماری که دچار عوارض دارویی شده و به اقدامات ابتدایی درمانی پزشک پاسخ نداده است.

شرح وظایف اعضای تیم سلامت در مورد اختلالات افسردگی

شرح وظایف بهورز درباره بیمار افسرده

- غربالگری جمعیت تحت پوشش و ارجاع موارد مشکوک به پزشک
- پیگیری پذیرش دارویی و ادامه درمان از سوی بیماران
- مشخص کردن علت عدم مراجعه، وضعیت مصرف دارو، عوارض، رضایت خانواده و وضعیت رضایت بیمار
- ارائه گزارشی از پیگیری خود به پزشک
- آموزش لازم به خانواده و بیمار
- دریافت پسخوراند از پزشک

شرح وظایف پزشک درباره بیمار مبتلا به افسردگی

- ویزیت موارد ارجاع شده از طرف بهورز
- بررسی علایم افسردگی در کلیه مراجعانی که در معرض خطر افسردگی هستند
- درمان بیماران افسرده طبق الگوریتم درمان افسردگی
- آموزش بیمار در مورد درمان و نحوه مصرف دارو
- ارجاع به سطح تخصصی در صورت لزوم
- دریافت پسخوراند از روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده بهداشت روان
- پیگیری بیمار بعد از برگشت از ارجاع
- نظارت بر عملکرد بهورز و کارشناس بهداشت روان تیم سلامت (روانشناس بالینی)

شرح وظایف کارشناس بهداشت روان تیم سلامت (روانشناس بالینی)

- بررسی موارد ارجاع شده از طرف پزشک.
- انجام مداخلات غیردارویی برای درمان افسردگی مشتمل بر مداخله در بحران، روش‌های حل

مسأله، کنترل استرس و . . .

- آموزش به خانواده، بیمار و بهورز.

- آموزش مهارت‌های زندگی و فرزندپروری

اختلاات پسکوتیک

اختلالات پسیکوتیک مجموعه‌ای از اختلالاتی مانند اسکیزوفرنیا، اختلال هذیانی و اختلال پسیکوتیک گذرا می‌باشند که به علت شدت بیماری و اثرات زیادی که بر زندگی فرد می‌گذارند نیازمند پیگیری و توجه خاصی هستند. این بیماران اختلال در ارزیابی واقعیت‌های خارجی دارند و مهمترین علائم این اختلالات عبارتند از هذیان (یک اعتقاد نادرست ناهمخوان با زمینه‌های فرهنگی)، توهم (ادراک محرک‌هایی که در واقع وجود ندارند)، رفتار و گفتار آشفته، گوشه‌گیری، کاهش ارتباط‌های اجتماعی و کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف. شیوع این اختلالات در مجموع حدود یک درصد از جمعیت عمومی است. انتظار می‌رود که پزشک بتواند در برخورد با افراد مشکوک به پسیکوز، سؤالات مربوط به غربالگری را بپرسد و اقدامات اولیه مذکور در الگوریتم‌های زیر را انجام دهد. توجه به این نکته لازم است که از پزشک خانواده انتظار نمی‌رود برای بیمار تشخیص قطعی مطرح نماید بلکه مدیریت موارد اورژانس و ارجاع موارد برای تشخیص و شروع، پیگیری و خاتمه درمان و پیگیری درمان براساس دستور روانپزشک یا پزشک دوره دیده از جمله وظایف وی در قبال این بیماران است.

تشخیص و مدیریت اختلالات پسیکوتیک

از بیماری که بر اساس قضاوت پزشک و با توجه به علائم مذکور در مقدمه، مشکوک به پسیکوز است یا از طرف بهورز برای ارزیابی بیشتر از نظر پسیکوز ارجاع میشود، سؤالاتی مربوط به غربالگری پسیکوز پرسیده می‌شود.

سؤالات تشخیصی اختلالات پسیکوتیک



کارهایی که پزشک در برخورد با این بیماران نباید انجام دهد

- ۱- قضاوت (تأیید یا رد) یا بحث درباره باورهای هذیانی بیمار یا واقعیت بیرونی داشتن تجربیات توهمی
- ۲- مصاحبه با بیمار مسلح
- ۳- مصاحبه به تنهایی با بیمار عصبانی و خطرناک
- ۴- پافشاری بر پرسش درباره مواردی که علی‌رغم اطمینان بخشی پزشک، بیمار تمایلی به صحبت درباره آنها ندارد

مراقبت و پیگیری بیمار مبتلا به اختلالات پسیکوتیک توسط پزشک پس از بازگشت از ارجاع

ویزیت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع):

دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد تشخیص و نحوه مصرف داروها، پیگیری علایم هدف، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و ارجاع غیرفوری به کارشناس بهداشت روان جهت انجام مداخلات لازم، ویزیت مجدد دو هفته بعد.

ویزیت دوم (دو هفته بعد):

در این ویزیت در خصوص وضعیت عمومی بیمار، رضایت بیمار و خانواده از درمان پرسیده می‌شود و علایم هدف (پیوست ب)، خواب (پیوست ج)، اشتها، عوارض دارویی (پیوست د) و علایم حیاتی بررسی می‌شود.

ویزیت‌های بعد

در این ویزیت‌ها علاوه بر بررسی بیمار از نظر حال عمومی و علایم حیاتی، رضایت از درمان،

علائم هدف، خواب و اشتها، عوارض دارویی، لازم است عملکرد اجتماعی و خانوادگی بیمار هم ارزیابی گردد. در این مرحله حتی اگر بیمار در سیر بهبودی قرار داشته باشد باید تا دو ماه، هر دو هفته توسط پزشک ویزیت شود در پایان ماه اول جهت ویزیت به روانپزشک یا پزشک تخصصی سطح سوم ارجاع داده شود. پس از آن پیگیری توسط پزشک هر ماه یک بار و توسط روانپزشک یا پزشک سطح تخصصی هر سه ماه یک بار خواهد بود. این نحوه پیگیری تا زمانی که پزشک تخصصی سطح سوم مناسب بداند ادامه خواهد داشت.

در صورتی که در هر یک از ویزیت‌ها پزشک متوجه شود که بیمار از مصرف دارو خودداری می‌کند ولی در عین حال مشکل خاصی ندارد لازم است ضمن تاکید به بیمار و خانواده در مورد لزوم ادامه مصرف دارو و خطرات عود بیماری بیمار را جهت آموزش به کارشناس بهداشت روان تیم سلامت نیز ارجاع دهد و در صورتیکه پذیرش دارویی بیمار همچنان مشکل داشته باشد بیمار را به سطح تخصصی ارجاع دهد.

در صورتی که بیمار در پی گیری برای هر کدام از ویزیت‌ها مراجعه نکند یا تاخیر بیشتر از سه روز در مراجعه، بهورز موظف است ضمن مراجعه به منزل بیمار، علت را بررسی کند و وی را تشویق نماید تا به پزشک مراجعه کند.

پیگیری بهورز شامل موارد زیر می باشد:

- تعیین علت عدم مراجعه (بروز عوارض، تشدید بیماری، مخالفت اطرافیان، عدم پذیرش و غیره)
- تعیین وضعیت مصرف دارو
- تعیین وضعیت عوارض دارویی
- تعیین وضعیت رضایت خانواده
- وضعیت رضایت بیمار

- در صورت عدم مصرف یا مصرف نامرتب دارو، بهورز در مورد ضرورت و منافع مصرف دارو و خطرات قطع یا مصرف نامرتب آن آموزش لازم را ارایه می‌کند.
- در صورت بروز عوارض دارویی، بهورز درباره درمان‌پذیر بودن آنها توضیح می‌دهد و بیمار را ترغیب به مراجعه به پزشک می‌نماید.
- در صورت عدم رضایت خانواده یا بیمار، بهورز ضمن اطمینان‌بخشی، آموزش‌هایی را درباره بیماری ارایه می‌کند و از خانواده می‌خواهد در صورت برخورد با هر نوع مشکل خاصی در زمینه بیماری یا نحوه برخورد با بیمار، به مرکز بهداشت مراجعه کنند.
- به علاوه ضروری است بهورز گزارشی از پیگیری خود را به پزشک ارایه کند تا بر اساس علت عدم مراجعه و اقدامات انجام شده توسط بهورز، ضرورت انجام مداخلات بیشتر بررسی شود. یکی از این مداخلات انجام ویزیت در منزل توسط پزشک می‌باشد.

قطع درمان

قطع درمان یا کاهش دوز دارو تنها توسط پزشک تخصصی سطح بالاتر یا بر اساس دستور وی انجام می‌گردد. همواره کاهش دوز یا قطع درمان تدریجی می‌باشد.

پیوست الف: سؤالات تشخیصی پسکوز

- ۱- آیا برای شما پیش آمده صداهایی را بشنوید که دیگران می‌گویند ما نمی‌شنویم؟
- ۲- آیا برای شما پیش آمده چیزهایی را ببینید که دیگران می‌گویند ما نمی‌بینیم؟
- ۳- آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید رفتارها یا حرکات دیگران (حتی کسانی که نمی‌شناسید) به نوعی مربوط به شماست؟
- ۴- آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید دیگران قصد آزار و اذیت یا از بین بردن شما را داشته باشند؟
- ۵- آیا برای شما پیش آمده که احساس کنید مقام مذهبی یا سیاسی خاصی دارید؟
- ۶- آیا گفتار بیمار به شکلی در هم ریخته و آشفته است که اجزای آن فاقد ارتباط منطقی و قابل

فهمی با هم باشد؟

۷- آیا رفتار بیمار به شکلی غیرعادی و آشفته است که نتوان برای آن دلیل قابل فهمی یافت؟

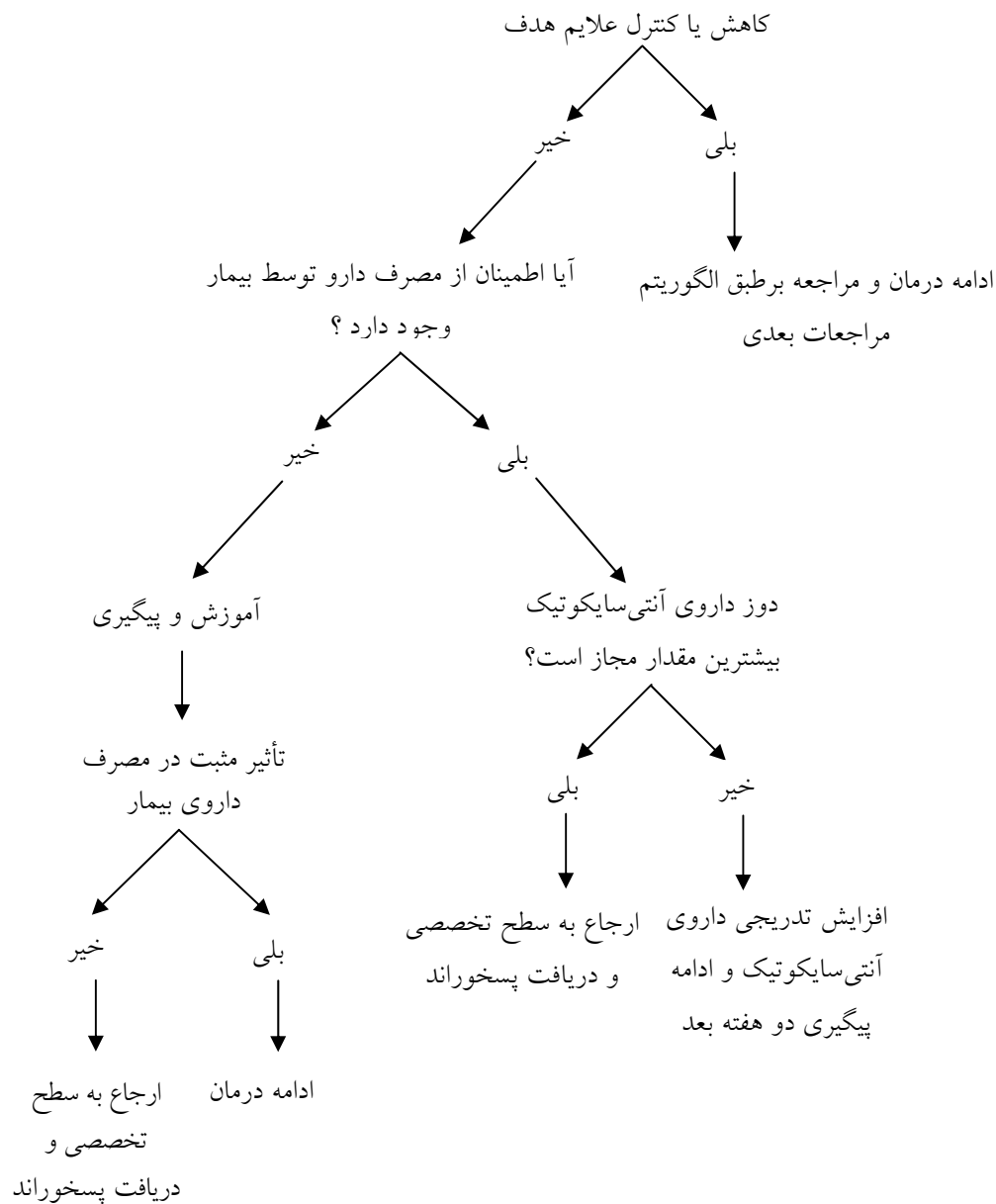
نکته:

سؤالات ۱-۵ را می‌توان از همراه بیمار نیز پرسید و ارزش آنرا معادل گفته خود بیمار تلقی نمود.

سؤالات ۶ و ۷ را پزشک با مشاهده خود یا با شرح حال خانواده پاسخ می‌دهد.

پیوست ب: پیگیری علائم هدف

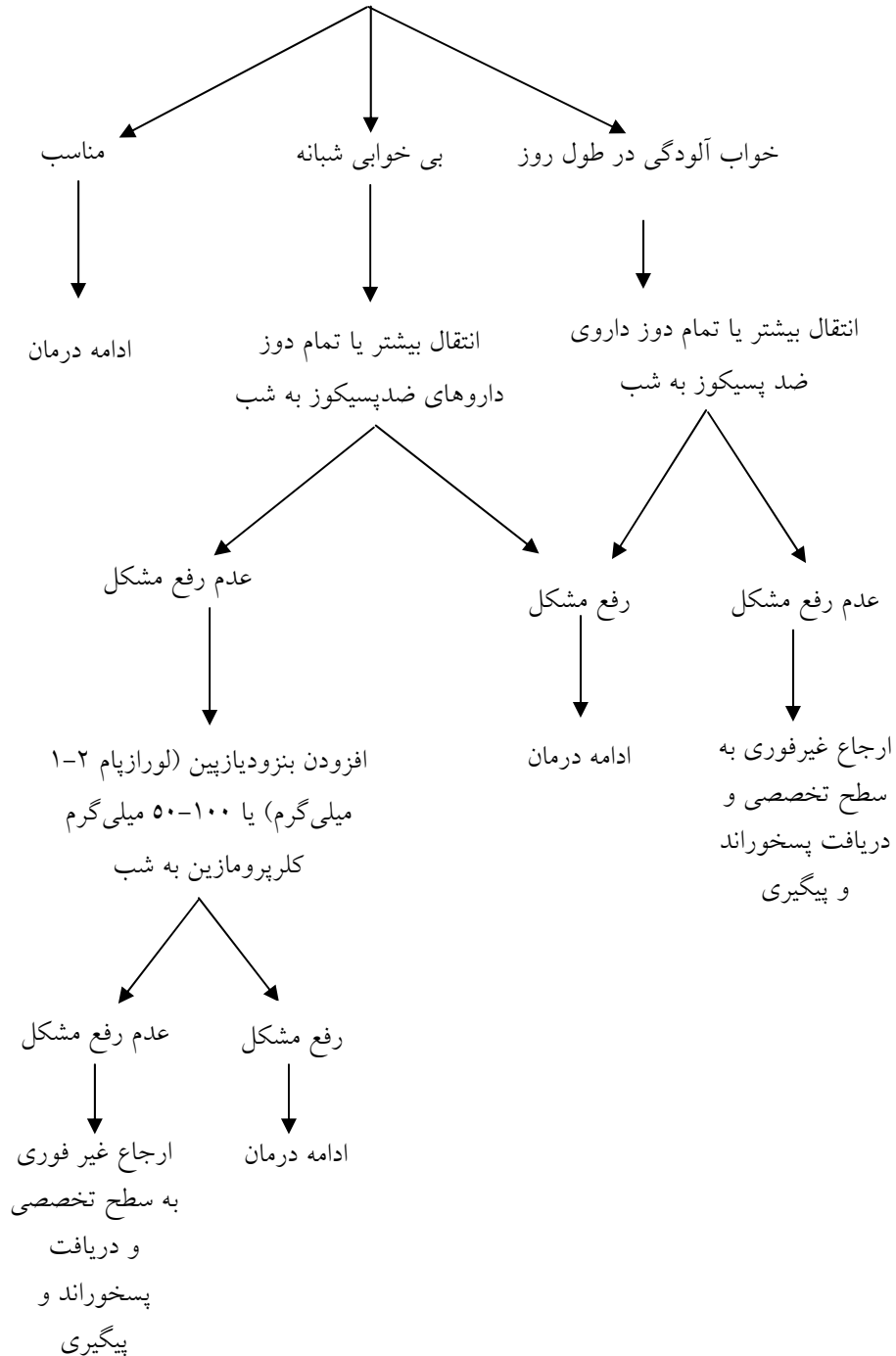
علائم هدف: این علائم شامل علائم موجود در پیوست سؤالات تشخیصی (پیوست الف) و سایر علائمی است که پزشک تخصصی به عنوان علائم سایکوتیک در بیمار شناسایی نموده و در سیر درمان مناسب کاهش می‌یابند. این علائم باید از سوی پزشک تخصصی سطح بالاتر جهت پیگیری درمان مشخص شوند. پیگیری علائم توسط پزشک خانواده انجام می‌شود.



پیوست ج: نحوه برخورد با مشکل خواب در بیمار مبتلا به اختلال پساکوتیک

شکایات مرتبط با خواب یکی از شکایات شایع بیماران مبتلا به پسیکوز می‌باشد که لازم است پزشک نحوه درمان موارد ساده را بداند و اجرا کند.

وضعیت خواب

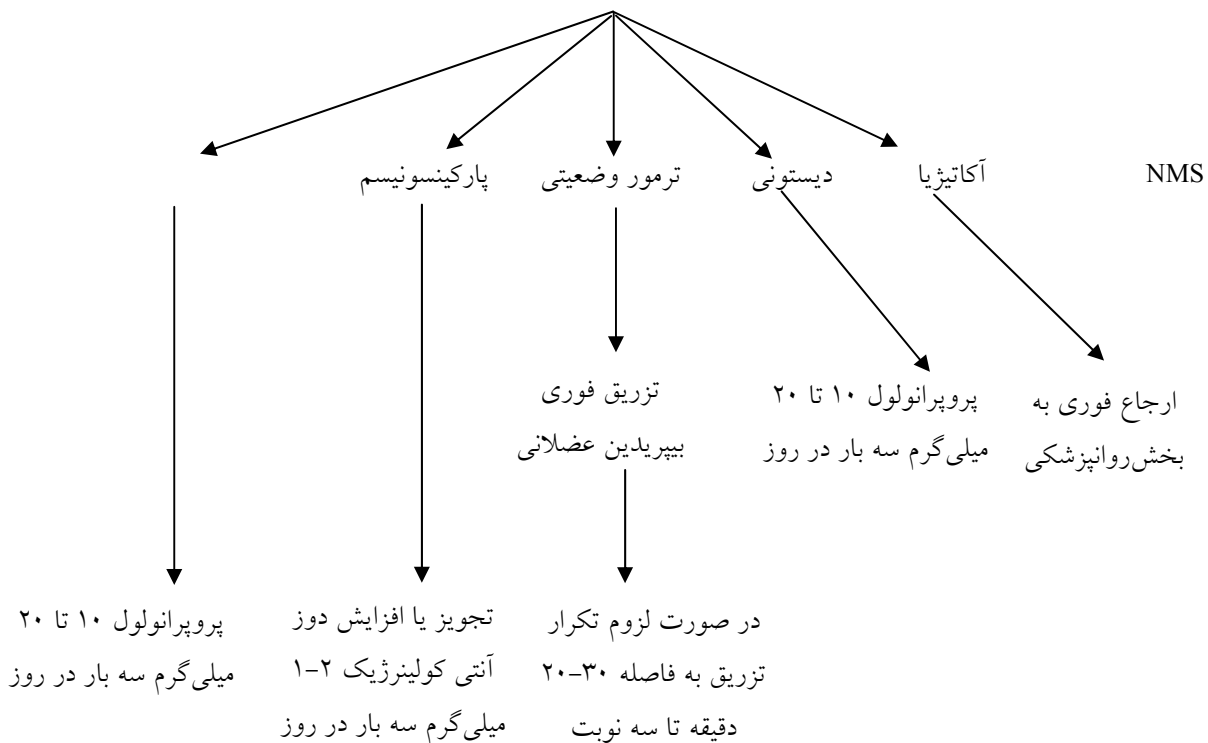


پیوست د: عوارض داروهای آنتی‌پسیکوتیک

الگوریتم نحوه برخورد با عوارض حرکتی داروهای آنتی‌سایکوتیک:

این عوارض عمدتاً با مصرف داروهای آنتی‌سایکوتیک تیپیک (مثل هالوپریدول، تری‌فلوپرازین و پرفنازین) اتفاق می‌افتند. دیستونی^۱ زودرس‌ترین عارضه است و عمدتاً در یک هفته اول پس از آغاز دارو یا افزایش دوز آن ایجاد می‌شود. سایر عوارض عبارتند از سندرم نورولپتیک بدخیم (NMS) آکاتیژیا^۲ و پارکینسونیسم و ترمور وضعیتی.

عوارض حرکتی داروها



۱- اسپاسم مداوم و شدید عضلات که معمولاً عضلات زیر را درگیر می‌کند: سر و گردن (کج شدن گردن)، عضلات چشم (بالا رفتن یا منحرف شدن چشم‌ها)، عضلات زبان (اشکال در بلع و تکلم)، عضلات حنجره (دیسفونی)

۲- احساس بی‌قراری و در پی آن راه رفتن مداوم برای رفع این احساس

در صورت عدم بهبودی هر یک از عوارض با انجام مداخلات ذکر شده یا در صورت بروز عوارض شدید ارجاع به سطح تخصصی انجام شود.

توجه: اگرچه عارضه دیستونی عضلات حنجره نادر است ولی به علت مرگبار بودن آن تجویز بلافاصله بی‌پیریدین و ریدین ضروری است.

پس از وقوع دیستونی، در صورتی که داروی ضدپسیکوز قطع شده باشد، دست کم تا دو روز و در صورتی که داروی ضدپسیکوز ادامه یافته باشد، دست کم تا سه هفته، لازم است درمان خوراکی با بیپیریدین (یا تری‌هگزی‌فنیدیل) ادامه یابد.

پس از این مدت می‌توان دوز داروی آنتی‌کولینرژیک را به تدریج کاهش داد و قطع نمود.

سندرم نورولپتیک بدخیم: این عارضه

آموزش خانواده بیمار مبتلا به پسیکوز توسط کارشناس بهداشت روان تیم سلامت

آموزش‌ها توسط کارشناس طی چند جلسه و مشتمل بر موارد زیر می‌باشد:

۱- توضیح در مورد علت ایجاد بیماری شامل: مهمترین عامل وراثت است و زمینه را برای آغاز

بیماری آماده می‌کند. اگرچه ممکن است سایر افراد خانواده مشکلی نداشته باشند ولی باید توجه

داشت که ژن‌های هر فرد ترکیبی از ژن‌های والدین است و در نتیجه می‌تواند تا حدودی با آنها

متفاوت باشد. افرادی که دارای این آمادگی ژنتیک هستند، در اثر برخورد با استرس‌های مختلف

ممکن است به تدریج یا ناگهانی علایم را از خود بروز دهند. استرس می‌تواند پس از فروکشی

علایم هم باعث تشدید بیماری و عود علایم شود. بنابراین تا جایی که می‌توان باید کمک کرد

که بیمار استرس و تنش کمتری را تجربه کند.

عدم دخالت نیروهای ماوراء الطبیعه

قابل درمان و قابل کنترل بودن بیماری: در صورت درمان مداوم و پیگیرانه می‌توان امیدوار بود

بیماری تا حد زیادی کنترل شود و پس از مدتی به تدریج و با کمک خانواده و همچنین با انجام

برخی اقدامات بازتوانی خواهد توانست مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی خود را بازیابد و در نهایت حتی به سر کار برگردد. البته این مسأله فوری ایجاد نمی‌شود و نیاز به صرف وقت و پیگیری کامل درمان دارد. در مواردی که بیماری چندین بار عود کرده و یا مزمن شده است ممکن است بهبودی کامل اجتماعی و عملکردی صورت نگیرد ولی حتی در این موارد هم می‌توان علائم حاد بیماری را با درمان تحت کنترل درآورد، به شکلی که برای خود یا دیگران مشکلی ایجاد نکند. اگرچه ممکن است برای انجام برخی امور نیازمند کمک دیگران باشد.

نیاز به درمان پیگیرانه و جدی: با توجه به اینکه درمان‌های مؤثر و کم‌عارضه‌ای برای این اختلالات وجود دارد که می‌تواند فرد را به زندگی معمول خود برگرداند باید این درمان‌ها را به طور جدی و مداوم انجام داد تا روند بهبودی را تسریع نماید.

قابل درمان بودن عوارض دارو: تجویز دارو ممکن است با عوارضی همراه باشد که این عوارض همه قابل درمان هستند. لذا لازم است در صورت بروز عوارض، به سرعت به پزشک گزارش داده شوند تا برای درمان آنها اقدام شود.

احتمال عود بیماری در صورت قطع دارو بدون دستور پزشک: عود بیماری در بسیاری از موارد قابل پیشگیری است مشروط بر اینکه درمان به صورت کامل و تحت نظر پزشک صورت گیرد. قطع زودهنگام دارو می‌تواند باعث عود بیماری شود و فشارهای روحی و مالی زیادی را به خانواده تحمیل نماید. به علاوه در صورت چندین بار عود بیماری بهبودی دشوارتر و دیرتر حاصل خواهد شد و ممکن است فرد بیشتر نیازمند کمک دیگران شود.

نیاز به حمایت و بازتوانی: بیشتر علایمی که در دوره حاد بیماری وجود دارند با درمان دارویی فروکش می‌کنند ولی برخی از علایم مثل گوشه‌گیری، عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و شغلی نیاز به کمک خانواده و گروه‌درمانی دارد. در صورتی که خانواده مشاهده کند که چند ماه پس از درمان هنوز بیمار نتوانسته به وضعیت قبل از بیماری برگردد باید این مسأله را با پزشک درمیان بگذارد تا در صورت لزوم وی را به کارشناس ارجاع دهد.

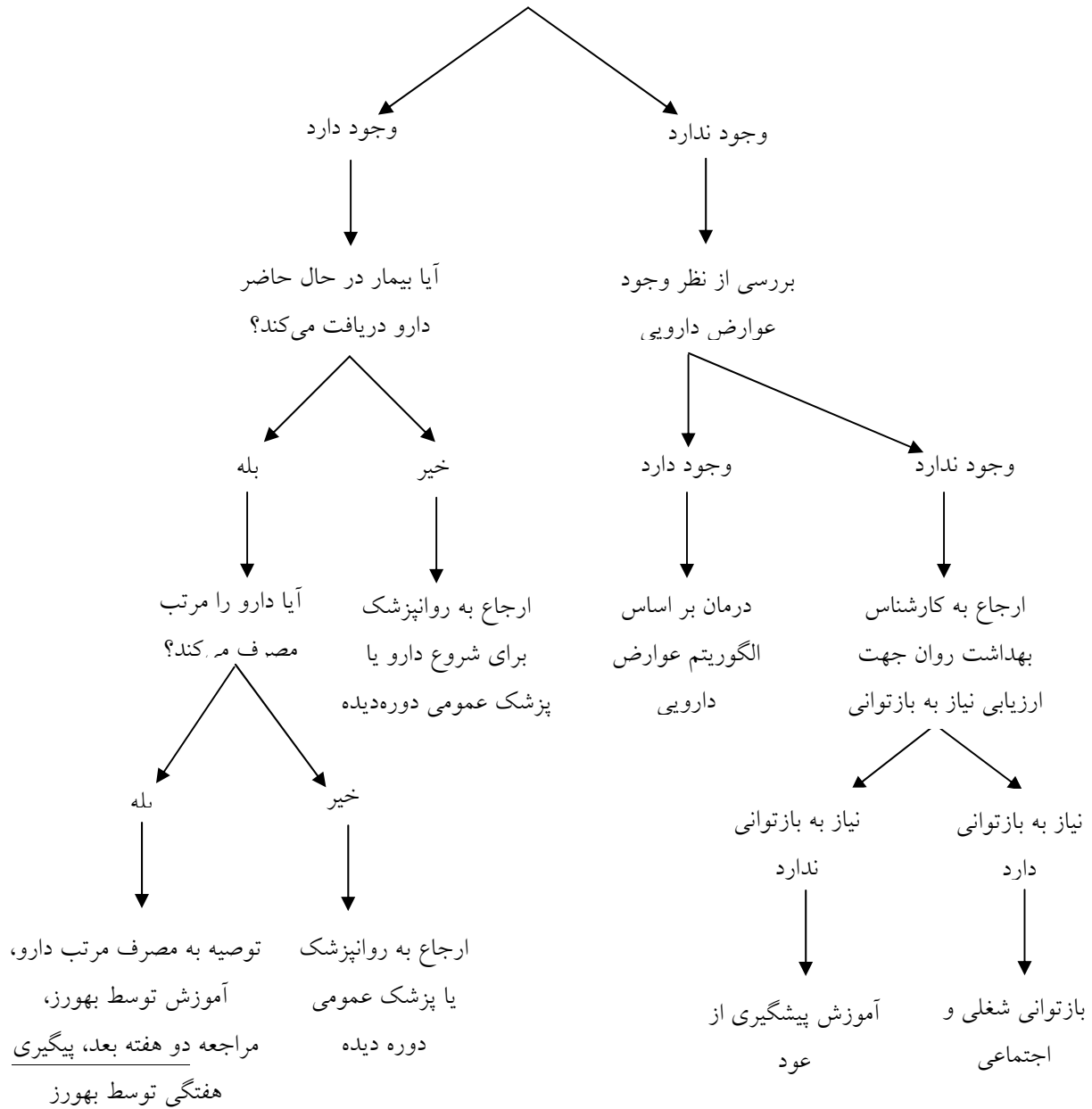
عواملی که می‌توانند به تشدید بیماری بیانجامند (قطع خودسرانه درمان، استرس، هیجان ابراز شده زیاد و اجزای آن) و نحوه کاهش این عوامل: اعضای خانواده باید دقت نمایند تا از انتقاد کردن‌های مکرر از بیمار خودداری کنند. این کار استرس زیادی را به بیمار وارد می‌کند و می‌تواند باعث افزایش احتمال عود بیماری شود. همچنین مراقبت بیش از حد از بیمار نیز نقش مخرب دارد، بنابراین افراد نباید به تمام کارهای بیمار شامل کوچکترین و جزئی‌ترین امور بیمار نظارت، سرکشی یا دخالت کنند و سعی در کنترل و سرکشی به کلیه رفتار و حرکات بیمار داشته باشند. این رفتارها هم استرس‌زا هستند. بدیهی است که مشاخره، دعا و درگیری نیز می‌تواند در تشدید بیماری مؤثر باشد.

راهنمای درمان بیمار مبتلا به پسیکوز مزمن

در اینجا منظور از بیمار مبتلا به پسیکوز مزمن، فردی است که بر اساس سوابق و ویژگی‌های قبلی روانپزشک بیش از یک سال از شروع اختلال وی می‌گذرد و در شش ماهه اخیر دوره‌ای از تشدید بیماری یا عود نداشته است، ولی با این وجود هنوز بهبودی کامل نیافته و به سطح عملکرد قبلی خود برگشته است. در این موارد پیگیری بیمار به صورت ماهانه می‌باشد. طول مدت درمان و تنظیم دوز دارو با سطح تخصصی است، لذا برای تغییر دوز یا تصمیم به قطع درمان حتماً باید با روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده مشورت شود. لازم است این بیماران دست کم هر ۴ ماه یک بار به صورت غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع غیرفوری شوند.

الگوریتم تشخیص و درمان بیمار مبتلا به اختلال پسیکوتیک مزمن

بررسی وجود علایم پسیکوتیک
(پیوست الف الگوریتم پسیکوز حاد)



توجه: در صورت عدم پاسخ به هر یک از اقدامات یا عدم پذیرش دارویی ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده در نظر گرفته شود.

موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی

- بیماری که طرح یا برنامه جدی برای خودکشی دارد:
- بیماری که اظهار می‌کند تصمیم دارد به فرد خاصی آسیب برساند.
- بیمار بسیار تحریک‌پذیر، آژیته یا شدیداً بی‌قرار که کنترل رفتار وی دشوار باشد.
- بروز عارضه سندرم نورولپتیک بدخیم.

موارد ارجاع فوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده

- بیماری که به هر دلیل فکر (دیده) خودکشی دارد حتی اگر به نظر پزشک واقعی نرسد.
- بیماری که احتمال می‌رود به دیگری آسیب برساند.
- وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت.

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده

- بیمارانی که از خوردن دارو امتناع می‌کنند.
- بیماران مشکوک به پسیکوز که شرایط ارجاع فوری را ندارند، برای تأیید تشخیص و شروع درمان
- بیماران مبتلا به عوارض دارویی که به اقدامات اولیه پاسخ نداده‌اند.
- کلیه بیماران مبتلا به پسیکوز حاد هر ۲ ماه یک بار در مرحله پیگیری درمان.
- کلیه بیماران مبتلا به پسیکوز مزمن هر ۴ ماه یک بار در مرحله پیگیری درمان.
- بیمارانی که پیشرفت درمانی آنها متوقف شده و به اقدامات پزشک طبق پسخوراند پاسخ نداده‌اند.

وظایف بهورز درباره بیمار مبتلا به پسیکوز

- پیگیری مواردی که به موقع برای ویزیت پزشک مراجعه نمی‌کنند یا مواردی که پزشک به هر دلیل، از جمله مصرف نامرتب دارو، برای پیگیری بیشتر به بهورز معرفی می‌کند

- مشخص کردن علت عدم مراجعه، وضعیت مصرف دارو، وضعیت عوارض، وضعیت رضایت خانواده و وضعیت رضایت بیمار
- آموزش لازم در مورد ضرورت و منافع مصرف دارو و خطرات قطع درمان یا مصرف نامرتب دارو
- توضیح درباره درمان‌پذیر بودن عوارض و ترغیب بیمار به مراجعه به پزشک
- اطمینان بخشی به بیمار و خانواده وی و آموزش درباره بیماری و مراجعه به مرکز بهداشت در صورت برخورد با هر نوع مشکلی در زمینه بیماری یا نحوه برخورد با بیمار
- ارائه گزارشی از پیگیری خود به پزشک
- غربالگری جمعیت تحت پوشش و ارجاع موارد مشکوک به پزشک به صورت سالانه

وظایف کارشناس بهداشت روان درباره بیمار مبتلا به پسیکوز

- بررسی موارد ارجاع شده از طرف پزشک جهت تعیین نیاز به بازتوانی
- بازتوانی شغلی و اجتماعی موارد نیازمند بازتوانی
- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری و عوامل تاثیرگذار در بهبود و یا تشدید بیماری
- آموزش به خانواده بیمار برای رفع مشکلات ناشی از عدم اطلاع از نحوه برخورد مناسب با بیمار
- انجام آموزش نحوه کاهش هیجان ابرازشده به خانواده بیماران و پایش نحوه اجرای آموزش‌ها توسط خانواده

وظایف پزشک درباره بیمار مبتلا به پسیکوز

- پذیرش افراد مشکوک به اختلال، از جمله موارد ارجاع شده از طرف بهورز، بر اساس الگوریتم و تصمیم‌گیری در مورد نحوه درمان و پیگیری
- آموزش به بهورز و نظارت بر وی
- انجام ویزیت‌های پیگیری و بررسی از نظر بهبود علائم هدف، سیر درمان و نیاز به تغییر درمان،

وجود عوارض، درمان آنها، وضعیت سلامت عمومی و نیاز به درمان‌های طبی

- ارجاع بیمار به سطح مراقبت‌های بالاتر
- تعیین بیمارانی که نیاز به پیگیری بیشتر توسط بهورز دارند
- ارجاع موارد به کارشناس بهداشت روان برای انجام آموزش‌های لازم به بیمار و خانواده وی، و همچنین بررسی از نظر نیاز به بازتوانی
- ارائه پسخوراند به بهورز و کارشناس بهداشت روان

اختلال دوقطبی

مقدمه

اختلال دوقطبی با نوسانات خلقی شامل حملات مانیا، هیپومانیا، افسردگی و مخلوط مشخص می‌شود. حملات مانیا با بالا رفتن خلق به صورت شادی یا تحریک‌پذیری بیمارگونه مشخص می‌شود. دیگر علائم این حمله شامل کاهش نیاز به خواب، پرش افکار، افزایش اعتماد به نفس، افزایش فعالیت‌های بیمار و افزایش رفتارهای خطرطلبانه می‌باشد. بیماران اغلب دوره‌هایی از افسردگی را نیز تجربه می‌کنند. این اختلال مزمن و تکرارشونده بوده و همراه با ناتوانی و زجر فراوان می‌باشد. ۹۰٪ بیماران که یک حمله مانیا داشته‌اند، حمله دیگری را تجربه خواهند داشت. شیوع آن در مطالعات قبلی در حدود ۱٪ ذکر می‌شد اما داده‌های جدید نشان می‌دهند که شاید شیوع طیف اختلالات دوقطبی تا حد ۵٪ بالا باشد. پس پزشکان عمومی به طور شایع با آن برخورد دارند. تا ۳۰٪ بیماران که با شکایت افسردگی به مراکز مراقبت‌های اولیه مراجعه می‌کنند، مبتلا به اختلال دوقطبی هستند. سازمان بهداشت جهانی این اختلال را جزء ششمین بیماری منجر به ناتوانی در سنین ۴۴-۱۵ سالگی می‌داند. ۵۰-۲۵٪ این بیماران اقدام به خودکشی دارند. در تنها مطالعه‌ای که در مورد شیوع این اختلال در ایران انجام شده است، میزان این اختلال بر اساس پرسشنامه SADS ۹۶/۰٪ گزارش شد که میزان آن در زن و مرد تفاوت معناداری نداشت. افتراق افسردگی دوقطبی از افسردگی تک قطبی توسط پزشک عمومی بسیار اهمیت دارد زیرا تجویز ضدافسردگی‌ها در اختلال دوقطبی می‌تواند منجر به بدتر شدن سیر بیماری، حملات مانیا و یا مقاومت به درمان گردد. مطالعات نشان داده‌اند که اختلال دوقطبی در بین بیماری‌های روان از بهترین نیمرخ پاسخ به درمان و به صرفه بودن درمان برخوردار است را دارد.

مهارت‌هایی که پزشک عمومی برای برخورد با اختلال دوقطبی لازم دارد:

- مهارت انجام مصاحبه و استخراج علائم مانیا و افسردگی
- مهارت تشخیص افتراقی افسردگی تک قطبی از دوقطبی

- مهارت برقراری رابطه همدلانه با بیمار
- مهارت کنترل بیمار بی‌قرار یا پرخاشگر
- مهارت شناخت عوارض دارویی و برخورد با آنها
- مهارت شناسایی موارد نیازمند ارجاع

گروه‌های در معرض خطر اختلال دوقطبی در موارد زیر به احتمال اختلال دوقطبی فکر شود:

در موارد زیر افسردگی می‌تواند تظاهراتی از اختلال دوقطبی باشد:

ابتلا به افسردگی یا هر گونه اختلال روان در دوره پس از زایمان (غیر از غمگینی گذرای پس از

زایمان)

وجود سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی

شروع افسردگی یا اختلال خلقی در دوره کودکی و نوجوانی

بدتر شدن وضعیت روانی بیمار با داروهای ضدافسردگی

افسردگی راجعه با عود زیاد

هیپومانیا دارویی

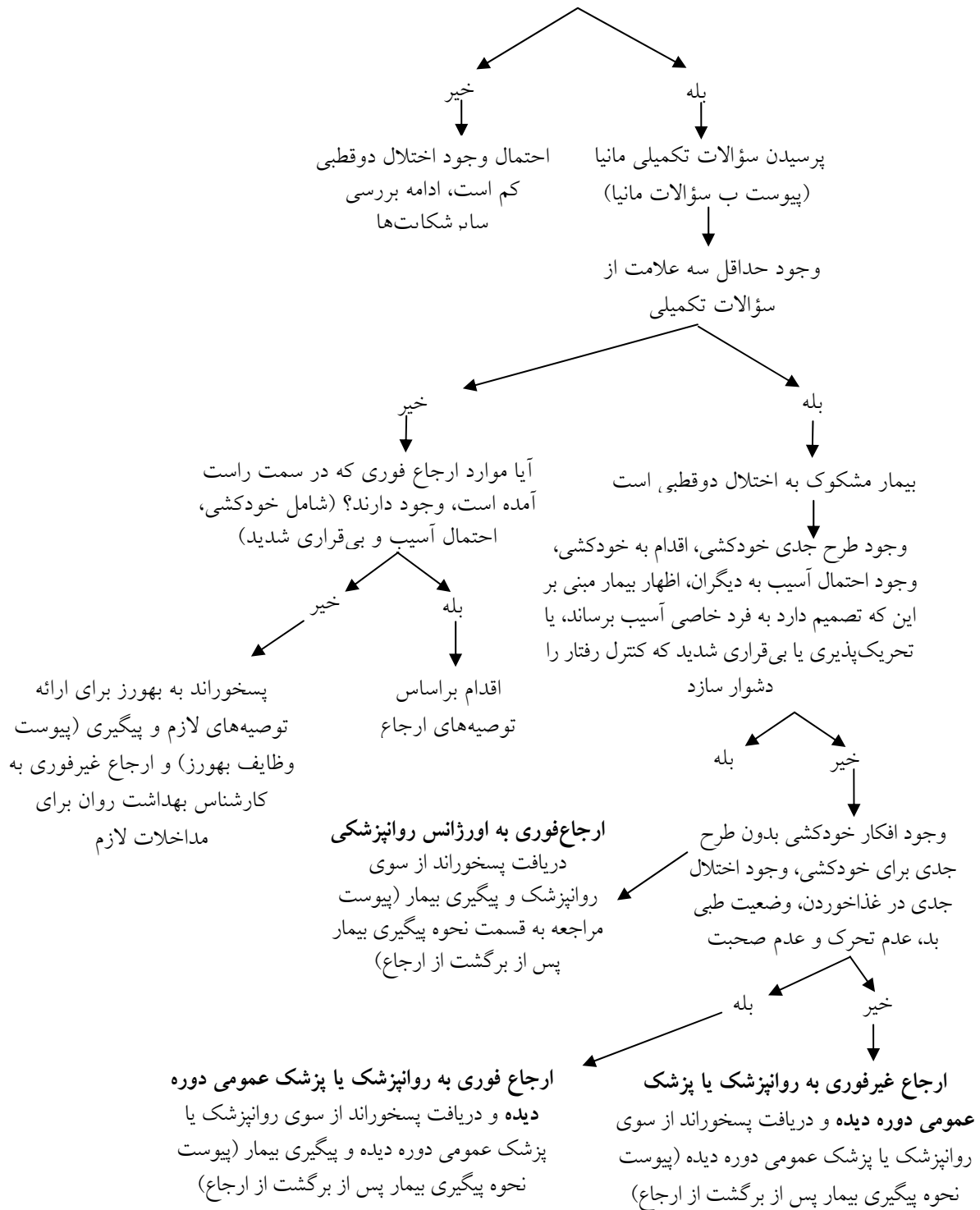
شروع ناگهانی افسردگی

وجود ویژگی‌های پسیکوتیک و یا افسردگی آتیپیک

الگوریتم تشخیص و مدیریت اختلال دوقطبی

نکته: اکثر موارد اختلال دوقطبی با افسردگی مراجعه می‌کنند، بنابراین در برخورد با هر بیمار افسرده، سابقه اختلال دوقطبی در گذشته و یا سابقه خانوادگی در نظر گرفته شود.

پرسش در مورد علائم مانیا و هیپومانیا: آیا بیمار به مدت حداقل ۴ روز در حال حاضر یا در گذشته دچار عصبانیت یا احساس شادی به میزان غیر معمول یا درحالی که باعث اختلال عملکرد گردیده، شده است؟



تذکر: اخذ شرح حال سوءمصرف مواد مخدر از بیمار لازم می‌باشد و در صورت مصرف مواد مخدر، جهت انجام اقدامات لازم به قسمت مربوط به سوءمصرف و پیشگیری از مواد رجوع شود.

نکاتی که باید توسط پزشک به بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده وی آموزش داده شود

- دارو باید هر روز و طبق دستور پزشک، مصرف شود
- بهبودی پس از مصرف دارو، به معنای عدم احتیاج به دارو نیست
- تاکید بر عدم مصرف سرخود و بدون تجویز پزشک
- به خانواده در جهت بیمار بودن فرد آموزش داده شود
- علایم هشداردهنده عود به بیمار و خانواده آموزش داده شود
- اطلاعات ضروری در مورد عوارض شایع یا بالقوه خطرناک داروی مصرفی (پیوست عوارض دارویی) داده شود.
- توصیه در مورد مصرف آب و مایعات کافی به بیماران در حال مصرف لیتیوم، به ویژه در افرادی که در محیط‌های گرم یا زیر نور آفتاب کار می‌کنند و لزوم مشورت در مورد مصرف هر گونه داروی دیگر انجام شود
- اکثر داروها در صورت نظارت پزشک باعث وابستگی نمی‌شوند
- بدون مشورت با پزشک دارو قطع نشود
- ازدواج هیچ نقش درمانی در این بیماری ندارد و حتی گاهی در حمله حاد باعث تشدید بیماری می‌گردد. بنابراین به بیمار و خانواده او تذکر داده شود که در حمله حاد برای ازدواج تصمیم‌گیری نشود.
- آموزش به بیمار در مورد چگونگی کنار آمدن با بیماری

نکات درمان دارویی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

- هیچگاه بدون مشورت با روانپزشک از داروهای ضدافسردگی یا آلپرازولام برای این بیماران (حتی در دوره افسردگی) استفاده نکنید.
- هر بیمار افسرده‌ای که در طی درمان با ضدافسردگی‌ها یا آلپرازولام، علائم شادی بیش از حد، عصبانیت یا بی‌قراری پیدا کند را با تشخیص احتمالی اختلال دوقطبی، به پزشک عمومی دوره دیده یا روانپزشک ارجاع دهید.
- راهکارهای غیردارویی اختلال دوقطبی باید توسط کارشناس بهداشت روان و طبق پسخوراند روانپزشک انجام شود.

پیوست نحوه پیگیری و مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی توسط پزشک پس از

بازگشت از ارجاع

مراقبت اولیه: (طی هفته اول ویزیت یک ماه پس از بازگشت)

دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها ویزیت مجدد یک هفته بعد.

ویزیت‌های بعدی

پزشک ترجیحاً بیمار را از نظر بروز علائم عود (علائم قبلی بیمار یا علائم جدید روانی) و عوارض دارویی بر طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ویزیت می‌کند. در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه ویزیت می‌شود. مسمومیت با لیتیوم در هر ویزیت بررسی گردد. برای قطع درمان، بیمار به صورت غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع می‌شود.

برای مداخلات غیردارویی به صورت غیرفوری به کارشناس بهداشت روان ارجاع می‌گردد.

نحوه پیگیری آزمایش‌های مربوط به مصرف دارو

لیتیوم

- سطح سرمی لیتیوم: هر ۶-۳ ماه به طور معمول بررسی شود و در موارد مشکوک به مسمومیت با لیتیوم به طور اورژانسی ارزیابی شود. سطح سرمی لازم در دوره نگهدارنده ۰/۸-۰/۴ میلی‌اکی‌والان در لیتر است.
- سطح TSH سرم هر سال ۶-۱۲ ماه باید اندازه‌گیری شود و در صورت بالا بودن، ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده انجام شود.
- اندازه‌گیری سطح کراتینین سرم و آزمایش ادرار سالانه هر ۶ ماه. در صورت بروز اختلال کلیوی ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده انجام شود.

والپروات سدیم

- انجام LFT و CBC هر ۶ تا ۱۲ ماه تا. در صورت افزایش آنزیم‌های کبدی به بیش از ۳ برابر حد طبیعی به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده یا متخصص داخلی ارجاع شود.

کاربامازپین

- ماهانه هر ۳ ماه تا ۶ ماه آزمون‌های CBC, SGOT, SGPT, ALP انجام شود و سپس هر ۶-۱۲ ماه چک شود. در صورت مشاهده هر کدام از موارد زیر با یک متخصص داخلی یا بیماری‌های خون مشاوری شود.
- شمارش سلول‌های سفید خون کمتر از ۳۰۰۰ در میلی‌متر مکعب، تعداد گلبول قرمز کمتر از ۴ میلیون در میلی‌متر مکعب، تعداد نوتروفیل کمتر از ۱۵۰۰ در میلی‌متر مکعب، هماتوکریت کمتر از ۳۲ درصد، هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم در ۱۰۰ میلی‌لیتر، تعداد پلاکت کمتر از ۱۰۰۰۰۰ در میلی‌متر مکعب، تعداد رتیکولوسیت کمتر از ۰/۳ درصد و افزایش بیش از ۳ برابر آنزیم‌های کبدی از مقدار طبیعی.

لاموترین

- نیاز به پیگیری آزمایشگاهی ندارد

پیوست سؤالات تکمیلی تشخیصی مانیا

توجه: این سؤالات را می‌توان هم از بیمار و هم از همراهان وی به صورت سوم شخص پرسید

پیوست الف: سؤالات کلیدی تشخیصی مانیا

آیا تاکنون در طی دوره‌ای حداقل ۴ روزه، به طور غیرمعمول خوشحال شده‌اید به شکلی که خانواده و دوستان نگران شما شده باشند؟

آیا تاکنون در طی دوره‌ای حداقل ۴ روزه، به طور غیرمعمول ایرادگیر شده‌اید که با مردم بحث کنید یا سر آنها داد بکشید؟

پیوست ب: سؤالات تکمیلی تشخیصی مانیا

آیا در طی این دوره آنقدر تند صحبت می‌کردید که مردم نمی‌توانستند متوجه صحبت‌های شما شوند یا احساس می‌کردید که مدام صحبت می‌کنید؟

آیا در طی این دوره فعال‌تر از معمول بوده‌اید یا اینکه کمتر می‌توانستید یک جا بنشینید؟

آیا در طی این دوره خواب شما کم شده بود به نحوی که اصلاً نخوابید یا کمتر بخوابید و در عین حال احساس خستگی نکنید؟

آیا در طی این دوره مرتب حواستان پرت می‌شد و یا اینکه زیاد برنامه‌هایتان را عوض می‌کردید؟ یا از این کار به آن کار می‌پریدید؟

آیا در طی این دوره رفتارهای پرخطر شما بیشتر شده بود (رانندگی بی‌مهابا، رابطه جنسی بی‌بندوبار، مصرف مواد مخدر، ولخرجی)؟

آیا در طی این دوره اعتماد به نفس شما افزایش یافته بود و به طوری که معتقد باشید نیرو یا ویژگی منحصر به فردی دارید؟

آیا تغییر غیر عادی در عقاید و رفتارها ایجاد شده است؟

پیوست ج: روش برخورد با عوارض دارویی لیتیوم

شایع‌ترین عوارض لیتیوم عبارتند از افزایش تشنگی، پرادراری، مشکلات گوارشی، افزایش وزن، ترمور، خستگی و اشکالات شناختی خفیف که در ادامه به توضیح موارد و درمان برخی از آنها پرداخته شده است.

- لرزش دست: در صورت عدم وجود علائم مسمومیت با لیتیوم (پیوست دارویی) می‌توان پروپرانولول به میزان ۱۲۰-۳۰ میلی‌گرم در روز به صورت منقسم تجویز نمود. منقسم کردن دوز روزانه لیتیوم، کاهش مصرف کافئین و درمان اضطراب همراه نیز مؤثر می‌باشد.
- عوارض گوارشی: در صورت عدم وجود علائم مسمومیت با لیتیوم، منقسم کردن دوز روزانه و تجویز دارو با غذا مؤثر است. در صورت وجود اسهال از داروهای ضداسهال کمک بگیرید.
- پرنوشی یا پرادراری: بررسی عملکرد کلیه لازم است و در صورت مشاهده نتایج غیرطبیعی، ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی جهت اقدامات لازم صورت گیرد. انتقال بیشتر دوز دارو به شب نیز می‌تواند کمک‌کننده باشد.
- خواب آلودگی: بیشترین دوز دارو را به شب منتقل کنید.
- افزایش وزن: محدود کردن کالری دریافتی و ورزش می‌تواند مفید باشد.
- کم کاری تیروئید: ارجاع غیرفوری به روانپزشک
- مسمومیت با لیتیوم: به قسمت مسمومیت‌های دارویی مراجعه شود.

پیوست د: روش برخورد با عوارض دارویی سدیم والپروات

- علائم گوارشی در غیاب مشکل کبدی را می‌توان با تجویز دارو همراه با غذا و نیز رانیتیدین یا سایمتیدین درمان کرد.
- لرزش دست: می‌توان پروپرانولول به میزان ۱۲۰-۳۰ میلی‌گرم در روز به صورت منقسم تجویز نمود. منقسم کردن دوز روزانه، کاهش مصرف کافئین و درمان اضطراب همراه نیز مؤثر می‌باشند.
- ریزش مو: فرآورده‌های ویتامینی که حاوی روی، سلنیوم و ویتامین ب ۱ هستند، کمک‌کننده می‌باشند.
- افزایش وزن: محدود کردن کالری دریافتی و ورزش مؤثر است.
- افزایش آنزیم‌های کبدی: اگر افزایش این آنزیم‌ها کمتر از سه برابر بالاترین حد طبیعی باشد و علائم بالینی مشکل کبدی موجود نباشد، هیچ درمانی لازم نیست. در صورت بالاتر رفتن آنزیم‌ها از حد مذکور، قطع والپروات و ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده لازم است.
- ترومبوسیتوپنی: قطع دارو و ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی لازم است.

پیوست ه: روش برخورد با عوارض دارویی کاربامازپین

- هپاتیت: اگر افزایش آنزیم‌های کبدی کمتر از سه برابر بالاترین حد طبیعی باشد و علائم بالینی مشکل کبدی وجود نداشته باشد، هیچ اقدام خاصی لازم نیست. در صورت بالاتر رفتن آنزیم‌ها از حد مذکور یا وجود علائم اختلال عملکرد کبدی یا افزایش بیلروبین و یا آلكالین فسفاتاز، قطع کاربامازپین و ارجاع فوری به متخصص داخلی لازم می‌باشد.
- علائم گوارشی: در غیاب اختلال عملکرد کبدی می‌توان با تجویز دارو همراه با غذا و نیز تجویز رانیتیدین این علائم را درمان کرد.
- گیجی، ضعف شدید، تشنج یا سردرد: بررسی میزان الکترولیت‌های خون جهت بررسی

- هیپوناترمی ناشی از دارو لازم است. در صورت وجود هیپوناترمی پس از قطع دارو و تثبیت وضعیت الکترولیتی بیمار، او را به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع دهید.
- عوارض خونی: اختلال انعقادی شامل خونریزی زود به زود، پتشی و غیره، بثورات پوستی، گلودرد و تب می‌تواند علایم دیسکرازی خونی باشد که لازم است ابتدا دارو قطع و ارجاع فوری به متخصص داخلی انجام شود.
- راش خارش دار: کاربامازپین را قطع و بیمار را پیگیری نمایید.

پیوست و: روش برخورد با عوارض دارویی لاموتریژین

- بثورات پوستی: در صورت بروز هرگونه بثورات پوستی، لاموتریژین را قطع کنید و در موارد بثورات پوستی از گردن به پایین به علاوه بیمار را تا بهبودی پیگیری نمایید و در صورت شک به سندرم استیونس-جانسون یا نکرولیز سمی اپیدرمال ارجاع فوری به متخصص داخلی یا پوست توصیه می‌گردد.
- سایر عوارض این دارو گذرا و خفیف است و اغلب با کاهش دوز برطرف می‌شود.

نکات درمان دارویی در افراد مسن

- احتمال مسمومیت با لیتیوم در افراد مسن بیشتر از افراد جوان است و باید در هر ویزیت به علایم مسمومیت با لیتیوم دقت ویژه شود (پیوست دارویی و الگوریتم مسمومیت‌های دارویی).
- با توجه به اینکه افراد مسن معمولاً تحت درمان با داروهای دیگری هم می‌باشند، مراقب تداخلات دارویی باشید (پیوست دارویی).
- اگر اختلال دوقطبی برای اولین بار در سن بالا ظاهر شده است، رد مسایل طبی که در رأس آنها بدخیمی‌ها هستند، بسیار مهم است.

موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی

- بیماری که طرح یا برنامه جدی برای خودکشی دارد.
- بیماری که اظهار می‌کند تصمیم دارد به فرد خاصی آسیب برساند.
- بیمار بسیار تحریک‌پذیر، آژیته یا شدیداً بی‌قرار که کنترل رفتار وی دشوار است.
- بروز عارضه سندرم نورولپتیک بدخیم (به قسمت عوارض داروهای ضد پسیکوز مراجعه شود).

موارد ارجاع فوری به روانپزشک

- بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.
- بیماری که به هر دلیل فکر (ایده) خودکشی دارد حتی اگر به نظر پزشک واقعی نرسد.
- وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت.
- وجود بیماری جسمی شدید در بیمار مسن مبتلا به اختلال دوقطبی.

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک

- تمام بیماران مشکوک به اختلال دوقطبی که حایز شرایط ارجاع فوری نیستند.
- بیمارانی که به هر دلیلی از خوردن دارو امتناع می‌کنند.
- بیمارانی که به عوارض دارویی دچار شده‌اند و به اقدامات اولیه پزشک پاسخ نداده‌اند.
- بیمارانی که پس از پاسخ نسبی به درمان، پیشرفت درمانی آنها متوقف شده است و به اقدامات پزشک طبق پسخوراند پاسخ نداده‌اند.
- بروز علایم عود
- برای قطع درمان
- طبق برنامه پسخوراند یا دست کم هر دو ماه یک بار
- افزایش سطح TSH یا کراتینین سرم در بیماری که لیتیوم مصرف می‌کند

موارد ارجاع فوری به بخش داخلی

- مسمومیت با لیتیوم
- سندرم استیونس – جانسون
- نکرولیز سمی اپیدرم
- هپاتیت
- آگرانولوسیتوز

شرح وظایف اعضای تیم سلامت در مورد اختلالات دوقطبی

شرح وظایف بهورز درباره بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی

- غربالگری جمعیت تحت پوشش هر سال یک بار و ارجاع موارد مشکوک به پزشک.
- پیگیری پذیرش دارویی و ادامه درمان از سوی بیماران.
- مشخص کردن وضعیت مصرف دارو، عوارض، رضایت خانواده، وضعیت رضایت بیمار و در صورت عدم مراجعه، بررسی علت عدم مراجعه.
- ثبت و ارایه گزارش پیگیری‌های انجام شده به پزشک.
- آموزش در مورد ضرورت و منافع مصرف دارو و خطرات قطع درمان یا مصرف نامرتب دارو به خانواده و بیمار.
- ارجاع بیمارانی که از خوردن دارو و یا مراجعه به پزشک امتناع می‌کنند.
- دریافت پسخوراند از پزشک.

شرح وظایف پزشک درباره بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی

- ویزیت موارد ارجاع شده از طرف بهورز
- بررسی وجود اختلال دوقطبی و برخورد با آن بر اساس الگوریتم اختلال دوقطبی

- شناسایی موارد جدید اختلال دوقطبی در مراجعین
- ارجاع به سطح تخصصی در صورت لزوم
- پیگیری بیمار پس از ارجاع
- آموزش بیمار در مورد درمان و نحوه مصرف دارو
- نظارت بر عملکرد بهورز

شرح وظایف کارشناس بهداشت روان درباره بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی

- بررسی موارد ارجاع شده از طرف پزشک، روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده و ارایه پسخوراند
- انجام مداخلات غیردارویی برای درمان نگهدارنده افسردگی و مانیا مشتمل بر مداخله در بحران، روش‌های حل مسأله، مدیریت استرس و کنترل خشم
- انجام مداخلات پیشگیرانه در مورد افراد در معرض خطر اختلال دوقطبی و کاهش عود شامل آموزش مهارت‌های زندگی
- آموزش به خانواده، بیمار و بهورز شامل موارد زیر:

توضیح در مورد علت ایجاد بیماری

باید به خانواده آموزش داده شود که مهمترین عامل وراثت است و زمینه را برای آغاز بیماری آماده می‌کند. ارثی بودن بیماری به معنای لاعلاج بودن آن نیست. اگرچه ممکن است سایر افراد خانواده مشکلی نداشته باشند ولی ژن‌های هر فرد ترکیبی از ژن‌های والدین است که در نتیجه با آنها تا حدودی متفاوت است. افرادی که دارای این آمادگی ژنتیک هستند، در اثر برخورد با استرس‌های مختلف ممکن است به تدریج یا ناگهانی علایم را بروز دهند. استرس می‌تواند پس از فروکشی علایم هم باعث تشدید بیماری و عود علایم شود. بنابراین تا جایی که می‌توان باید کمک کرد که بیمار استرس و تنش کمتری را تجربه کند.

نیروهای ماوراء الطبیعه نقشی در ایجاد این بیماری ندارند بیماری قابل انتساب به عوامل ماورای

طبیعی نیست و بنابراین با مراجعه به دکانویس درمان نمی شود.

توضیح درمورد ماهیت علایم بیماری

- اختلال دوقطبی، یک اختلال در خلق و روحیه بیمار است که به دوره‌هایی از خلق بالا (شاد یا عصبانی) و خلق افسرده مشخص می‌شود. هر دو نوع دوره نیاز به درمان دارند تا از عود حملات کاسته شود. بیمار ممکن است در دوره مانیا دست به کارهایی بزند که برای خود و خانواده‌اش باعث مشکل یا سرافکندگی شود. نباید بیمار را به دلیل انجام آن کارها سرزنش نمود زیرا علامتی از بیماری هستند.
- ازدواج هیچ نقش درمانی در این بیماری ندارد و حتی می‌تواند با افزایش استرس وارد شده بر بیمار باعث تشدید بیماری گردد.
- قابل درمان بودن عوارض دارو.
- در صورت بروز هرگونه عارضه به پزشک گزارش داده شود تا برای درمان آنها اقدام شود.
- احتمال عود بیماری در صورت قطع دارو بدون دستور پزشک.
- حتی با درمان مناسب هم احتمال عود بیماری به صفر نمی‌رسد اما بسیار کمتر می‌شود و کیفیت زندگی بیمار بسیار بهتر خواهد شد.

نیاز به حمایت و بازتوانی

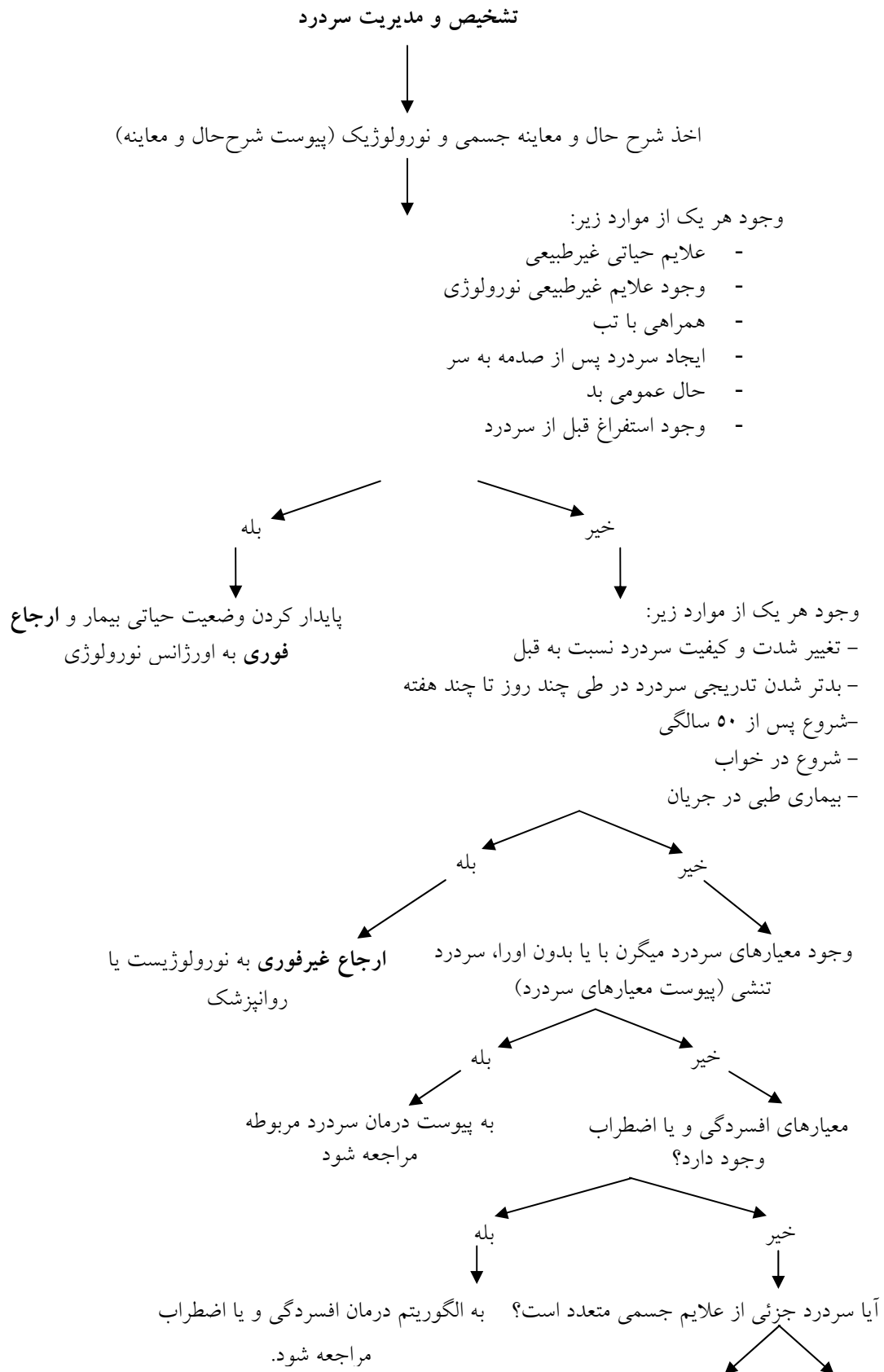
بیشتر علایمی که در دوره حاد بیماری وجود دارند با درمان دارویی فروکش می‌کنند ولی برخی از علایم مثل گوشه‌گیری، عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و شغلی نیاز به کمک خانواده و گروه درمانی دارد. در صورتی که خانواده مشاهده کند که چند ماه پس از درمان هنوز بیمار نتوانسته به وضعیت قبل از بیماری برگردد باید این مسأله را با پزشک درمیان بگذارد تا در صورت لزوم وی را به کارشناس ارجاع دهد.

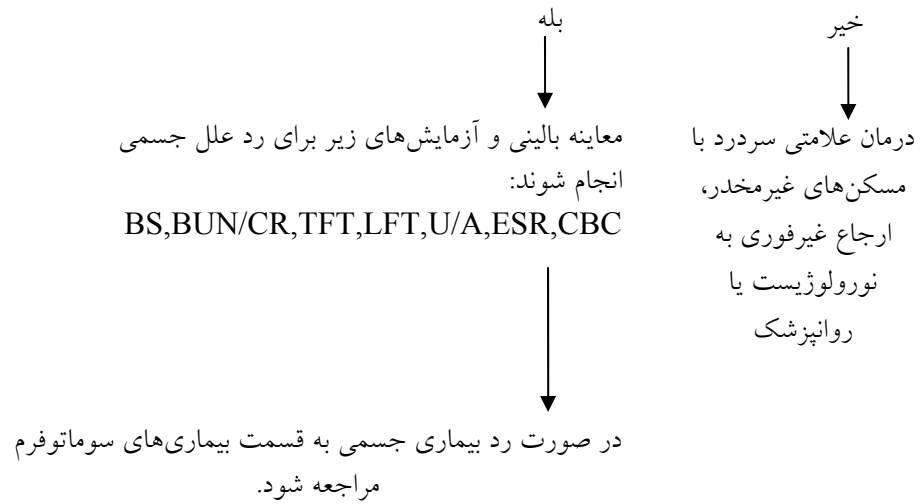
عواملی که می‌توانند به تشدید بیماری بیانجامند: قطع خودسرانه درمان، استرس، هیجان ابراز شده

(شامل اجزا و نحوه کاهش آن) و مواد مخدر.

مواد مخدر می‌توانند باعث تشدید علائم، عدم پاسخ به درمان و افزایش دفعات عود بیماری گردند. قابل درمان و کنترل بودن بیماری: در صورت درمان مداوم و پیگیرانه می‌توان امیدوار بود بیماری تا حد زیادی کنترل شود و پس از مدتی به تدریج و با کمک خانواده و همچنین انجام برخی اقدامات بازتوانی بتواند مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی خود را بازیابد. نیاز به درمان پیگیرانه و جدی: با توجه به اینکه درمان‌های مؤثر و کم‌عارضه‌ای برای این اختلالات وجود دارد که می‌توانند فرد را به زندگی معمول خود برگردانند، این درمان‌ها باید به طور جدی و مداوم انجام داد تا روند بهبودی را تسریع نمایند.

سردرد





پیوست علایم و معاینه

معاینات لازم برای سردرد

معاینه عمومی و بررسی علایم حیاتی

دیدن ته چشم به منظور شواهد افزایش فشار مغز یا خونریزی

معاینه میدان بینایی

معاینه گردن برای یافتن رودور

گرفتن رفلکس‌های وتری

معاینه قدرت عضلات

معاینه حسی

مشاهده نحوه راه رفتن بیمار

معیارهای سردرد میگردن بدون اورا

الف: وجود سردرد که حداقل دو تا از معیارهای "ب" تا "د" را پر کند.

ب: طول مدت سردرد ۷۲-۴ ساعت (بدون درمان یا با درمان غیر موفق)

ج: سردرد حداقل دو خاصیت زیر را داشته باشد:

- یک طرفه

- کیفیت ضربان دار

- شدت متوسط تا شدید

- توسط فعالیت‌های روزمره تحریک شود یا باعث اجتناب از فعالیت‌های روزمره گردد

د: در طی سردرد حداقل یکی از شرایط زیر موجود باشد:

- تهوع و یا استفراغ

- ترس از نور و صدا

ر: اختلال به بیماری دیگری مربوط نباشد.

معیارهای سردرد میگرن با اورا

الف: وجود حداقل دو سردرد که معیارهای "ب" تا "د" را پر کند.

ب: اورا شامل حداقل یک علامت زیر بدون ضعف حرکتی

- علایم کاملاً قابل برگشت بینایی شامل مشخصه‌های مثبت (جرقه‌های نور، نقاط یا خطوط) و یا

مشخصه‌های منفی (فقدان بینایی)

- علایم کاملاً قابل برگشت حسی، شامل مشخصه‌های مثبت (احساس میخ یا سوزن) و یا

مشخصه‌های منفی (گزگز شدن، بیحسی)

- اختلال کاملاً قابل برگشت تکلم

ج: حداقل دو علامت زیر:

- علایم بینایی هومونیموس و یا علایم حسی یک‌طرفه

- حداقل یک علامت اورا که به تدریج در طی ۵ دقیقه یا بیشتر پیشرفت می‌کند و یا علایم متعدد

اورا که در طی ۵ دقیقه یا بیشتر پیشرفت می‌کند.

- هر علامت حداقل ۵ دقیقه و حداکثر ۶۰ دقیقه طول می‌کشد.

د: سردرد با معیارهای "ب" تا "د" برای میگرن بدون اورا، در طی اورا یا ۶۰ دقیقه پس از اورا

شروع می‌شود.

ر: اختلال به بیماری دیگری مربوط نباشد.

معیارهای سردرد تنشی

سردردی که حداقل دو تا از علایم زیر را داشته باشد:

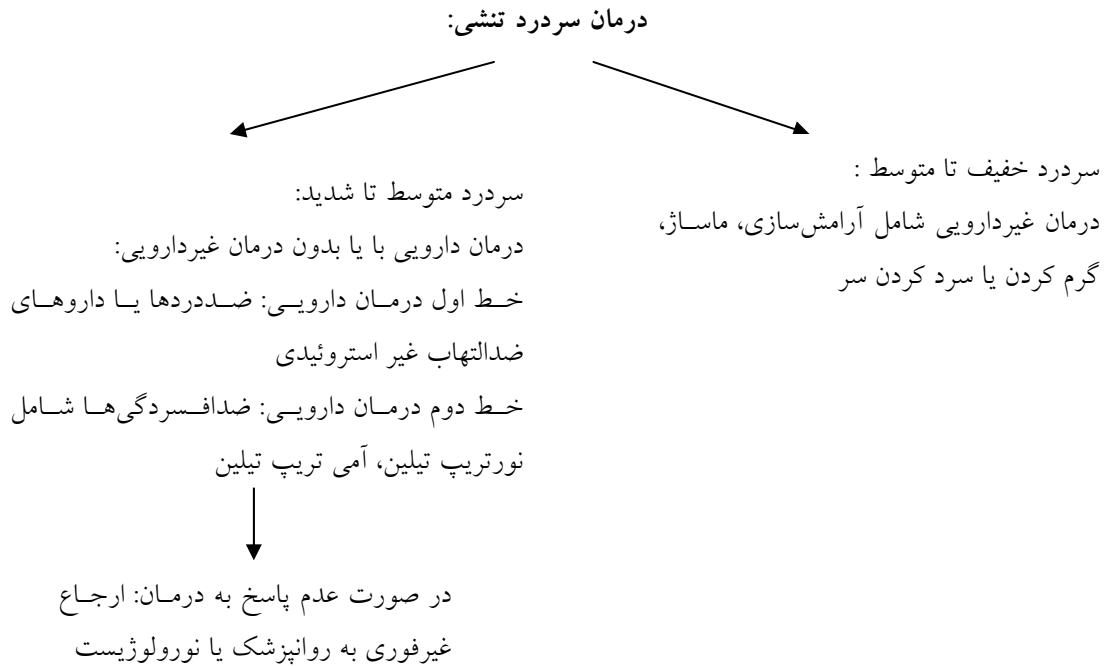
- دو طرفه

- کیفیت کوبنده یا فشارنده (غیر ضرباندار)
 - شدت خفیف تا متوسط
 - با فعالیت‌های طبیعی روزمره مثل راه رفتن تحریک نمی‌شود
- وجود هر دو علامت زیر:
- بدون تهوع یا استفراغ (ممکن است بی‌اشتها شود)
 - فقدان ترس از نور و صدا
- تبصره:** در انواع مزمن یک علامت از علایم فوق نیز کافی است به شرطی که بند یک فقط تهوع خفیف باشد. طول مدت سردرد از ۳۰ دقیقه تا روزها می‌باشد.



تذکر:

- درمان پیشگیرانه در موارد زیر مد نظر قرار می‌گیرد:
 - اگر درمان علامتی بیش از ۳-۲ روز در هفته لازم می‌شود.
 - بیمار به دلیل سردرد ساعات زیادی از کار یا تحصیل را از دست بدهد
 - وجود افسردگی، اضطراب و یا صرع
 - عدم پاسخ به درمان حاد
 - ۲ یا ۳ حمله در ماه داشته باشد
 - الگوی سردرد به صورت مزمن و روزانه درآید.
- نکته اول:** در مورد میگرن همی‌پلژیک، بازیلار، اورای طولانی، انفارکت‌های مربوط به میگرن، تغییر در الگوی سردرد، درمان پیشگیرانه توسط نورولوژیست صورت می‌گیرد.
- نکته دوم:** ترکیبات ارگوتامین در مورد میگرن همی‌پلژیک، بازیلار، اورای طولانی یا انفارکت‌های مربوط به میگرن توصیه نمی‌شود.



موارد ارجاع غیرفوری

- عدم پاسخ بیمار به درمان‌های توصیه شده توسط پزشک عمومی
- وجود هر یک از موارد زیر:
- تغییر شدت و کیفیت سردرد نسبت به قبل
- بدتر شدن تدریجی سردرد در طی چند روز تا چند هفته
- شروع پس از ۵۰ سالگی
- شروع در خواب
- بیماری طبی در جریان
- سردرد کلاستر

موارد ارجاع فوری

وجود هر یک از موارد زیر:

- علایم حیاتی غیرطبیعی
- وجود علایم غیرطبیعی نورولوژی
- همراهی با تب
- ایجاد سردرد پس از صدمه به سر
- حال عمومی بد
- وجود استفراغ قبل از سردرد

شرح وظایف تیم سلامت در مورد بیمار مبتلا به سردرد

شرح وظایف بهورز در مورد بیمار مبتلا به سردرد

- غربالگری جمعیت تحت پوشش هر سال یک بار و ارجاع موارد مشکوک به پزشک
- پیگیری پذیرش و ادامه درمان از سوی بیماران
- مشخص کردن وضعیت مصرف دارو، عوارض، وضعیت رضایت بیمار و علت عدم مراجعه
- ثبت و ارائه گزارش پیگیری های انجام شده به پزشک
- آموزش در مورد ضرورت و منافع مصرف دارو و خطرات قطع درمان یا مصرف نامرتب دارو به بیمار
- دریافت پسخوراند از پزشک

شرح وظایف پزشک درباره بیمار مبتلا به سردرد

- ویزیت موارد ارجاع شده از طرف بهورز
- بررسی وجود سردرد و برخورد با آن بر اساس الگوریتم مربوطه

- ارجاع به سطح تخصصی در صورت لزوم
- پیگیری بیمار پس از ارجاع
- آموزش بیمار در مورد درمان و نحوه مصرف دارو
- نظارت بر عملکرد بهورز و کارشناس بهداشت روان

شرح وظایف کارشناس بهداشت روان درباره بیمار مبتلا به سردرد

- بررسی موارد ارجاع شده از طرف پزشک، روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده و ارائه پاسخورانند
- انجام مداخلات غیردارویی برای درمان افسردگی، اضطراب مشتمل بر مداخله در بحران، روش‌های حل مساله، مدیریت استرس و کنترل خشم و آموزش روش‌های آرامش‌سازی

نکاتی که باید توسط پزشک به بیمار مبتلا به سردرد آموزش داده شود

- دارو باید طبق دستور مصرف پزشک مصرف شود.
- دادن اطلاعات ضروری درمورد عوارض دارویی (پیوست داروها)
- عدم قطع دارو بدون مشورت با پزشک
- آموزش درمورد خطر مصرف خودسرانه مسکن‌ها
- آموزش درمورد دلایل سردرد و راهکارهای پیشگیری از سردرد

پیوست نحوه پیگیری و مراقبت از بیمار مبتلا به سردرد توسط پزشک پس از بازگشت از ارجاع

پزشک موظف است بر اساس پسخوراند بیمار را ویزیت و درمان کند.

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا نورولوژیست پس از بازگشت از ارجاع

- طبق برنامه پسخوراند
- عود بیماری به نحوی که پزشک قادر به درمان آن نباشد.
- عوارض دارویی که به اقدامات پزشک پاسخ نداده است.
- برای قطع درمان

موارد ارجاع فوری به نورولوژیست یا اورژانس نورولوژی پس از بازگشت از ارجاع

وجود هر یک از موارد زیر:

- علایم حیاتی غیر طبیعی
- وجود علایم غیر طبیعی نورولوژی
- همراهی با تب
- ایجاد سردرد پس از صدمه به سر
- حال عمومی بد
- وجود استفراغ قبل از سردرد

پیوست دارویی

دوز ونحوه تجویز داروها در سردرد میگرن یا تنشی

نام دارو	عوارض شایع یا قابل توجه	احتیاط ویژه	دوز مصرفی
ناپروکسن (قرص ۲۵۰ و ۵۰۰ میلی گرمی و شربت ۵۰۰ میلی گرم دره سی سی)	طولانی شدن زمان انعقاد، تهوع، درد ایپی گاستر، دیس پپسی، خونریزی گوارشی و پرفوراسیون، ادم محیطی، سردرد، سرگیجه	در بیماری کلیه، زخم گوارشی، گاستریت ها منع مصرف نسبی دارد. مصرف این دارو باعث افزایش سطح سرمی لیتیم می گردد.	ابتدا ۵۰۰ میلی گرم از راه خوراکی و سپس ۲۵۰ میلی گرم هر ۸-۶ ساعت بر حسب نیاز. حداکثر دوز روزانه ۱/۲۵ گرم است.
ایبuprofen (قرص ۲۰۰ و ۴۰۰ میلی گرمی و شربت ۱۰۰ میلی گرم دره سی سی)	طولانی شدن زمان انعقاد، تهوع، درد ایپی گاستر، دیس پپسی، خونریزی گوارشی و پرفوراسیون، ادم محیطی، سردرد، سرگیجه	در بیماری کلیه، زخم گوارشی، گاستریت ها منع مصرف نسبی دارد. مصرف این دارو باعث افزایش سطح سرمی لیتیم می گردد.	۲۰۰-۸۰۰ میلی گرم از راه خوراکی، سه تا چهار بار در روز
ایندومتاسین (کپسول ۲۵ میلی گرمی، قرص های آهسته رهش ۷۵ و ۸۰ میلی گرمی، شیف های ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرمی)	طولانی شدن زمان انعقاد، تهوع، درد ایپی گاستر، دیس پپسی، خونریزی گوارشی و پرفوراسیون، ادم محیطی، سردرد، سرگیجه	در بیماری کلیه، زخم گوارشی، گاستریت ها منع مصرف نسبی دارد. مصرف این دارو باعث افزایش سطح سرمی لیتیم می گردد.	۲۵ میلی گرم ۳-۲ بار در روز همراه با غذا، یا ۵۰ میلی گرم از راه رکتال ۴ بار در روز
آسپیرین (قرص های ۸۰، ۳۲۵، ۵۰۰، ۱۰۰ و شیف های ۳۲۵)	وزوز گوش، تهوع، خونریزی گوارشی، طولانی شدن زمان خونریزی	در بیماری کلیه، زخم گوارشی، گاستریت ها منع مصرف نسبی دارد.	۳۲۵-۶۵۰ هر ۶ ساعت بر حسب نیاز
استامینوفن (قرص های ۳۲۵، ۵۰۰ میلی گرمی، شیف های ۳۲۵ میلی گرمی)	درد شکم، اسهال، نفخ	در بیماری کلیه، زخم گوارشی، بیماری عروق محیطی و سیروز کبدی منع مصرف نسبی دارد.	۳۲۵-۶۵۰ میلی گرم از راه خوراکی یا رکتال هر ۴ ساعت در صورت نیاز
ارگوتامین ها (قرص ارگوتامین سی و قرص زیر زبانی ارگوتامین تارترات)	بیحسی در انگشتان، تکیکاردی، برادیکاردی، تهوع، استفراغ، درد شکم	در موارد تهوع یا استفراغ بارز، بیماری عروق کرونر، بیماری عروق محیطی و فشارخون کنترل نشده منع مصرف نسبی دارد.	با ایجاد اولین علامت شروع سردرد ۲ قرص مصرف می شود و سپس در صورت نیاز هر ۳۰ دقیقه یک قرص (حداکثر دوز ۴ در هر حمله ۶ قرص است). در درد حاد ابتدا نوع زیرزبانی ۲ میلی گرم زیرزبانی که می توان بر حسب نیاز هر ۳۰ دقیقه تکرار شود (حداکثر دوز ۶ میلی گرم در هر حمله یا ۲۴ ساعت است)
نام دارو	عوارض شایع یا قابل توجه	احتیاط ویژه	دوز مصرفی
پروپرانولول (قرص های ۱۰، ۴۰، ۸۰ میلی گرمی، آمپول ۱ میلی گرم دره سی سی)	افت فشار خون، برادیکاردی، بیماری عروق محیطی، نارسایی احتقانی قلب، ریه های واضح، هیپوگلیسمی بدون تکیکاردی، برونکواسپاسم، ناتوانی جنسی	در آسم، افسردگی، نارسایی قلبی، پدیده رینود و دیابت منع مصرف نسبی دارد. در بلوک دهلیزی بطنی منع مصرف مطلق دارد.	ابتدا روزانه ۸۰ میلی گرم در دوزهای منقسم، دوز نگهدارنده ۲۴۰-۱۶۰ میلی گرم در روز در ۴-۲ دوز منقسم
آنتولول (قرص های ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرم)	خستگی، سرگیجه، برادیکاردی، بیماری عروق محیطی، نارسایی احتقانی قلب، ناتوانی جنسی	در آسم، افسردگی، نارسایی قلبی پدیده رینود و دیابت و هیپرتیروئیدی منع مصرف نسبی دارد. در بلوک دهلیزی بطنی منع مصرف مطلق دارد.	۲۰۰-۵۰ میلی گرم در روز در یک دوز واحد

نورتریپ‌تیلین (قرص‌های ۲۵، ۱۰ میلی گرمی)	خواب آلودگی، سرگیجه، افت فشار، تاکیکاردی، خشکی دهان، بی‌هوشی، احتباس ادراری، تاری دید	در موارد نارسایی قلبی یا بلوک قلبی، احتباس ادراری، ایلئوس پارالیتیک، بزرگی پروستات، گلوکوم زاویه بسته، تا ۱۴ روز پس از قطع مصرف مهارکننده‌های آنزیم منوآکسیداز و دراختلال دوقطبی منع مصرف نسبی دارد.	۱۵۰-۵۰ میلی گرم در روز، منقسم یا یک دوز هنگام خواب
آمی‌تریپ‌تیلین (قرص‌های ۱۰، ۲۵، ۵۰، ۱۰۰ میلی گرمی)	خواب آلودگی، سرگیجه، افت فشار، تاکیکاردی، خشکی دهان، بی‌هوشی، احتباس ادراری، تاری دید	در موارد نارسایی قلبی یا بلوک قلبی، وجود بزرگی پروستات، گلوکوم زاویه بسته، ایلئوس پارالیتیک، هپروتروئیدی، بی‌هوشی، تا ۱۴ روز پس از قطع مصرف مهارکننده‌های آنزیم منوآکسیداز و اختلال دوقطبی منع مصرف نسبی دارد.	۱۵۰-۱۰ میلی گرم در روز، منقسم یا یک دوز هنگام خواب
سدیم والپروات (قرص ۲۰۰ میلی گرم، شربت ۲۰۰ میلی گرم در ۵ سی سی)	تهوع، سوزش معده، افزایش آنزیم‌های کبدی، ترومبوسیتوپنی، ریزش مو، افزایش وزن، خواب آلودگی، اختلال انعقادی/نادر، پانکراتیت هموراژیک/نادر	در بیماران با نارسایی کبد یا با افزایش آنزیم‌های کبد تجویز نشود. در صورت هرگونه درد شکمی، راش‌های پوستی و کبودشدگی بیمار به پزشک مراجعه کند. به بیمار در مورد مراجعه فوری در هنگام بروز بثورات پوستی در زمان مصرف همزمان والپروات و لاموتریژین هشدار داده شود. عملکرد کبد سالیانه چک شود.	۶۰۰-۵۰۰ میلی گرم در روز در سه دوز منقسم
نام دارو	عوارض شایع یا قابل توجه	احتیاط ویژه	دوز مصرفی
فلوکستین (کپسول ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی، شربت ۲۰ میلی گرم در ۵ سی سی)	تهوع، استفراغ، اسهال، خشکی دهان، سردرد، عصبی شدن، اضطراب، لرزش دست، اختلال عملکرد جنسی	در اختلال دوقطبی منع مصرف نسبی دارد.	۲۰-۱۰ میلی گرم روزانه در یک یا دو دوز منقسم
وراپامیل (قرص‌های ۴۰، ۸۰ قرص آهسته رهش ۲۴۰ میلی گرمی و آمپول ۵ میلی گرم در ۲ سی سی)	سرگیجه، افت فشار خون، سردرد، برادیکاردی، ادم ریه، آسیستول	در بی‌هوشی و افت فشارخون منع مصرف نسبی دارد.	۸۰-۴۰ میلی گرم سه بار در روز
سوماترپیتان		در افزایش فشارخون، بیماری عروق کرونر، بیماری عروق محیطی منع مصرف نسبی دارد.	
نارکتیک‌ها (مرفین)	خواب آلودگی، بی‌قراری، لرزش دست، تشنج، برادیکاردی، افت فشارخون، ادم ریه، دپرسیون تنفسی	در موارد سوءمصرف یا وابستگی به مواد، بیماری‌های ریه، دیس‌ریتمی فوق بطنی، اختلالات همراه با تشنج منع مصرف نسبی دارد.	در درد شدید ۱۵-۴ میلی گرم از راه زیرجلدی یا عضلانی

اختلافات

شبه جسمی

تعامل اختلالات جسمی و روانی

بیماری‌های روانی و جسمی ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند. وجود مشکلات روانی می‌تواند باعث تشدید علائم و بدتر شدن سیر بیماری‌های جسمی مانند بیماری‌های گوارشی و قلبی شود (بیماری‌های پسیکوسوماتیک، روان‌تنی). به علاوه، اختلالات روانشناختی نیز ممکن است خود را به صورت علائم بیماری‌های جسمی نشان دهد (اختلالات شبه جسمی).

بنابراین پزشکان باید چه در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی و چه در افرادی که با شکایات جسمی مراجعه می‌کنند همواره احتمال وجود مشکلات روانشناختی را در نظر داشته باشند.

بیماری‌های دسته نخست یا اختلالات روان‌تنی (که در آن ممکن است برخی بیماری‌های جسمی شناخته شده از عوامل روانی متأثر شوند) شناخت و کنترل مشکلات و استرسورهای روانی می‌تواند به درمان مؤثرتر و بهبود سیر بیماری جسمی منجر شود. لذا لازم است به خصوص در بیماری‌هایی مانند بیماری‌های مزمن گوارشی (IBS، IBD، زخم‌های گوارشی و ریفلاکس)، بیماری‌های قلبی عروقی (بیماری‌های ایسکمیک، فشارخون)، بیماری‌های ریوی (آسم)، بیماری‌های روماتولوژیک (SLE، RA) و دیابت نگران وجود عوامل روانی تأثیرگذار بود و برای کمک به کاهش استرس و درمان اختلالات احتمالی روانشناختی برنامه‌ریزی نمود.

لذا توصیه می‌گردد در برخورد با این بیماری‌ها سؤالات غربالگری زیر پرسیده شود و در صورت مثبت بودن دو تا از سؤالات فرم شرح حال و معاینه روانپزشکی تکمیل گردد:

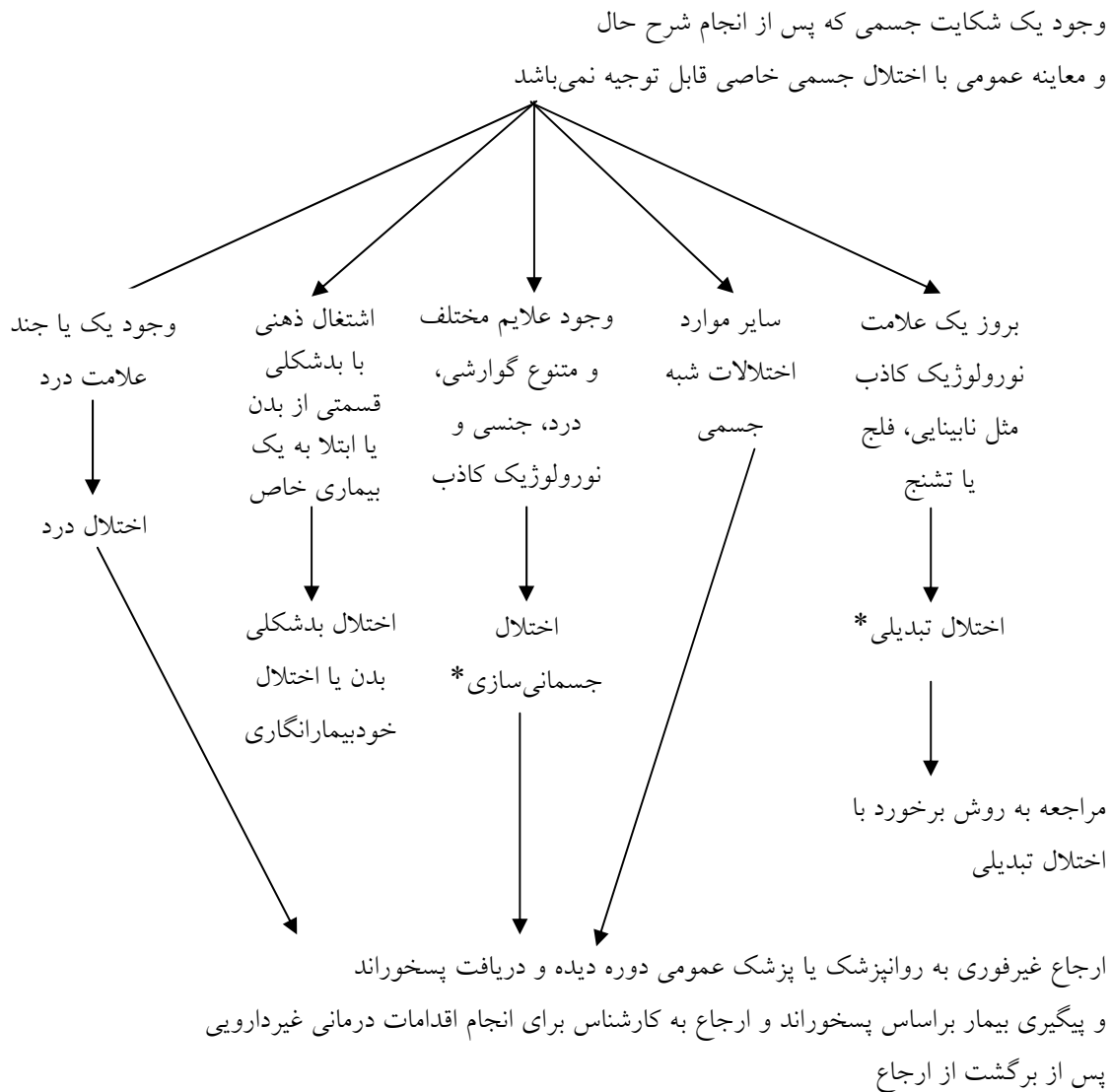
- هنگامی که به هر دلیل با مشکلی روبرو یا دچار استرس می‌شوم علائم بیماری‌ام تشدید می‌شود
- هنگام آرامش خیال احساس می‌کنم خود به خود بیماری‌ام مقداری بهتر می‌شود
- متوجه شده‌ام که بین شروع، تشدید یا عودهای بیماری‌ام با تجربه فشارهای روحی ارتباط زمانی واضحی وجود دارد

در صورتی که با انجام شرح حال و معاینه، اختلال دیگری مانند اضطراب یا افسردگی تشخیص داده شد، برای درمان آن به بخش مربوطه مراجعه شود. در غیر این صورت بیمار برای آموزش روش‌های آرام‌سازی به کارشناس بهداشت روان ارجاع گردد. کارشناس بسته به مورد علاوه بر آموزش آرام‌سازی، از روش‌هایی مانند آموزش روش‌های حل مسأله نیز استفاده خواهد کرد.

بیماری‌های دسته دوم یا اختلالات شبه‌جسمی (که در آن اختلالات روانشناختی خود را به صورت علائم بیماری‌های جسمی نشان می‌دهد) از این نظر حائز اهمیت هستند که علاوه بر شروع درمان مناسب شناسایی آنها باعث جلوگیری از انجام اقدامات تشخیصی و درمانی غیرضروری و بالقوه خطرناک می‌شود.

نحوه برخورد با بیماران مشکوک به اختلالات شبه جسمی

بیماران دارای شکایات جسمی که شکایات آنها با یافته‌های بالینی و پاراکلینیک قابل توجیه نیست و به علاوه عوامل روانشناختی با شروع یا تشدید علایم ایشان ارتباط دارد



* در گذشته در متون علمی برای اختلالات تبدیلی و جسمانی‌سازی از واژه هیستری استفاده می‌شد

در برخورد با بیماران مبتلا به اختلالات شبه‌جسمی (شامل اختلال جسمانی سازی، اختلال بدشکلی بدن، اختلال خودبیمارانگاری و اختلال درد)، با توجه به تخصصی بودن درمان این بیماران توصیه می‌شود بعد از انجام معاینات جسمی لازم، ارجاع غیرفوری به روانپزشک صورت گیرد.

در مورد این بیماران باید موارد زیر را رعایت نمود:

- ۲- پرهیز از گفتن اینکه این علائم خیالی یا غیرواقعی است و اینکه فرد بیماری ندارد و سالم است
- ۳- پذیرفتن این نکته که بیمار واقعاً این حالات را احساس می‌کند
- ۴- کمک به بیمار در درک ارتباط این علائم با حالات روانی
- ۵- ویزیت‌ها به تعداد خاصی (مثلاً یک بار در ماه) محدود شود
- ۶- شکایات بیمار راهی برای بیان مشکلات روانی اوست نه فقط علائم جسمانی مطرح‌کننده بیماری جسمی، بنابراین همدردی کردن با بیمار و گوش دادن به این شکایات می‌تواند به بهبودی کمک کند
- ۷- انجام معاینه و آزمایش‌ها تنها در صورت بروز علائم جدید و به صورت مختصر صورت گیرد
- ۸- علائم در اختلال تبدیلی ارادی و آگاهانه نمی‌باشد لذا بیمار بر آنها کنترل ارادی ندارد. لذا نباید بیمار را به چشم کسی که "ادا در می‌آورد" نگریست.
- ۹- حتماً باید بیمار از نظر وجود اختلالات روانپزشکی همراه مانند افسردگی همزمان بررسی شود.

نکات کمک‌کننده در افتراق اختلالات تبدیلی از اختلالات نورولوژیک مشابه

تقریباً همیشه به دنبال استرسور پدید می‌آید. اختلال تبدیلی در خانم‌ها بسیار شایعتر است.

فلج

- باقی ماندن رفلکس‌های وتری عمقی
- در فلج دست، با رها کردن دست بالای صورت، دست روی صورت نمی‌افتد و پهلوی آن می‌افتد

- در فلج پا، با بلند کردن مستقیم پای سالم، معاینه‌گر فشاری را زیر پای فلج بر روی دست خود احساس می‌کند

نابینایی

- بیمار هنگام راه رفتن به موانع برخورد نمی‌کند
- با تاباندن ناگهانی نور شدید چشمش را می‌بندد
- با دستور "به دستانت نگاه کن" این کار را نمی‌کند در حالیکه انتظار می‌رود فرد نابینا بتواند این دستور را انجام دهد.

تشنج کاذب

- عدم آسیب دیدن در هنگام سقوط
- عدم بی اختیاری ادرار و مدفوع
- طولانی‌تر بودن زمان حمله
- عدم وجود دوره خواب آلودگی و گیجی پس از تشنج
- وقوع در حضور دیگران
- در حملات مختلف تشنجه‌ها الگوهای متفاوتی دارند
- ناله و فریاد در هنگام تشنج
- بستن چشم‌ها و مقاومت در برابر بازکردن آنها

روش برخورد با اختلال تبدیلی

در بیشتر موارد اختلال تبدیلی در عرض مدت کوتاهی (چند روز) خود بخود از بین می‌رود. لذا تنها انجام موارد زیر که این سیر را تسریع می‌کنند توصیه می‌شود:

هم دلی با بیمار و آرامش دادن به وی، تجویز یک داروی آرام‌بخش تزریقی یا خوراکی (مانند پرومتازین، دیازپام) و توصیه به استراحت.

انجام تزریق آب مقطر و سایر اقدامات دردناک به هیچ عنوان توصیه نمی‌شود. در صورت باقی ماندن مشکل پس از انجام این اقدامات اولیه، بیمار به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع شود.

سایر موارد اختلالات شبه جسمی

شامل انواع مختلفی از اختلالات است که یکی از شایعترین آنها سندرم هیپرونتیلیسیون است. در این حالت فرد به سرعت نفس‌های عمیقی می‌کشد و در عین حال احساس تنگی نفس، اضطراب، خفگی و سبکی سر می‌کند. با گذشت یکی دو دقیقه فرد دچار احساس گزگز شدن دست‌ها و دور دهان می‌شود و به تدریج اسپاسم کارپوپدال نیز ظاهر می‌گردد که ثانویه به آکالوز تنفسی و هیپوکسمی ناشی از آن است. در نهایت فرد ممکن است به علت اسپاسم عروق مغزی ثانویه به این حالت، دچار سنکوپ شود. این حالت معمولاً به دنبال استرس پدید می‌آید و با وادار کردن بیمار به تنفس در یک کیسه کاغذی می‌توان باعث افزایش فشار دی اکسید کربن خون شد و حمله را متوقف کرد.

اختلالات ناشی از استرس

استرس

تعریف

واکنش غیراختصاصی بدن به هرگونه خواسته و نیازی است که به وسیله شرایط ناخوشایند یا لذت‌بخش ایجاد شده باشد. استرس بنابراین تعریف شامل هر چیزی اعم از واقعی یا نمادین یا تصویری است که بقای فرد را با خطر و تهدید مواجه کند.

رویدادهای استرس‌زا

توماس هولمز^۳ و ریچارد راهه^۴ یک مقیاس انطباق مجدد اجتماعی تنظیم کرده‌اند که حاوی ۴۳ رویداد زندگی است که با مقادیر متفاوت آشفتگی و استرس در زندگی معمول همراهند.

مهمترین رویدادهای استرس آور از این قرارند:

مرگ همسر، طلاق، جدایی از همسر، بازداشت در زندان یا سایر مؤسسات، مرگ عضو نزدیک خانواده، بیماری یا صدمه شدید شخصی، ازدواج، اخراج از کار، پیوند دوباره با همسر، بازنشستگی، تغییر عمده در تندرستی یا رفتار یکی از اعضای خانواده.

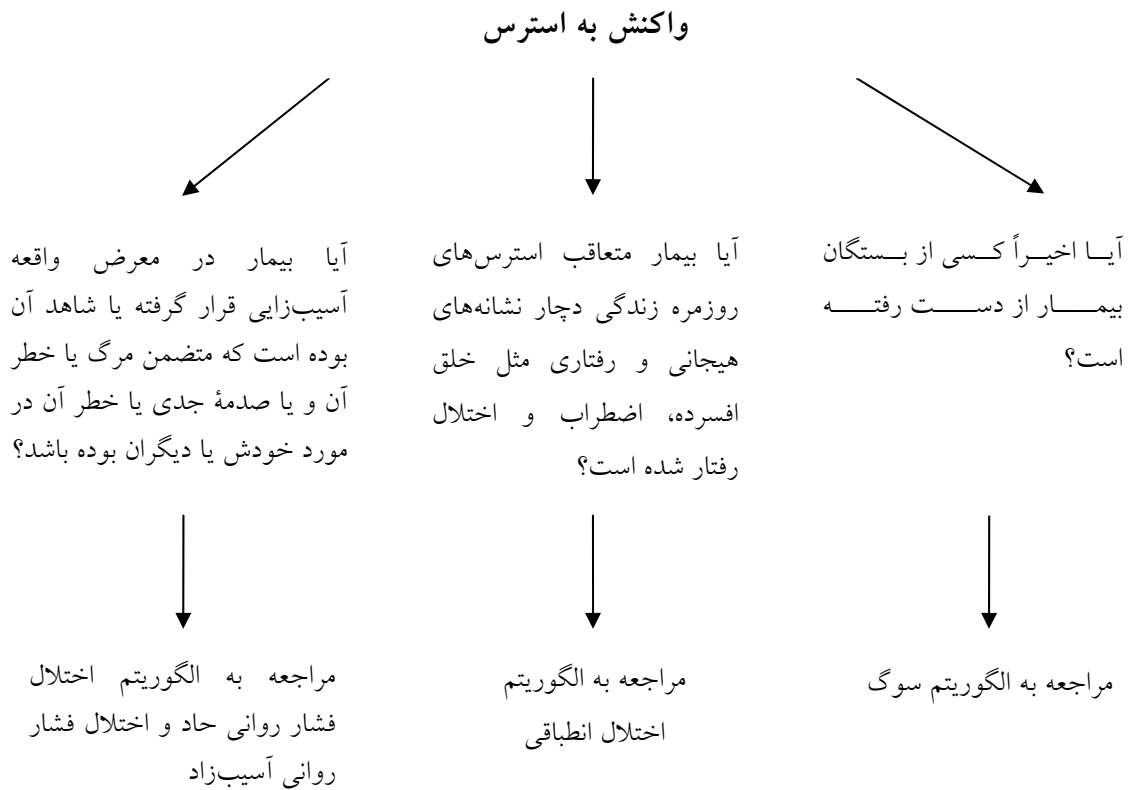
عوامل استرس آور اغلب باعث اختلالات روانپزشکی می‌شوند. این عوامل همچنین باعث ایجاد واکنش‌های هیجانی می‌شوند که ناراحت‌کننده هستند ولی آنقدر شدید نیستند که به اختلالات افسردگی یا اضطرابی منجر شوند.

در این فصل به بحث درباره تشخیص و درمان چهار مورد از شایعترین اختلالات روانپزشکی که متعاقب وقایع استرس‌آور (فوت بستگان، استرس‌های روزمره زندگی نظیر آغاز تحصیل، ازدواج، طلاق، پدر یا مادر شدن، نرسیدن به اهداف حرفه‌ای و وقایع آسیب‌زایی که متضمن مرگ یا صدمه واقعی و یا خطر آن باشند) ایجاد می‌شوند می‌پردازیم.

^۳- Thomas Holmes

^۴-Richard Rahe

الگوریتم تشخیص اختلالات واکنش به استرس



سوگ

سوگ، سوگواری و داغ‌دیدگی اصطلاحاتی هستند که به واکنش‌های روانی بازماندگان یک فقدان بزرگ اطلاق می‌شوند. ابراز سوگ بسته به هنجارها و توقعات فرهنگی و شرایط فقدان (مرگ غیرمنتظره در مقابل مرگ کاملاً قابل انتظار) طیف وسیعی از هیجانات را دربرمی‌گیرد. قبل از مراجعه به الگوریتم سوگ، لازم است علایم و نشانه‌های سوگ طبیعی مورد توجه قرار گیرد. سوگ بدون عارضه از لحاظ قابلیت پیش‌بینی نشانه‌ها و سیر آن یک واکنش بهنجار تلقی می‌شود.

مراحل سوگ طبیعی عبارتند از

۱- شوک و ناباوری (چند دقیقه تا چند روز یا هفته) رفتارهای جستجو، گریه و زاری، اعتراض

۲- ناراحتی حاد (چند هفته تا چند ماه): ناراحتی‌های جسمی، کناره‌گیری، اشتغال ذهنی، خشم،

احساس گناه، بی‌قراری، سراسیمگی، بی‌هدفی، بی‌انگیزگی، همانندسازی با فرد متوفی

۳- (ماه‌ها تا سال‌ها): بازگشت به کار

از آنجا که تظاهرات سوگ در افراد مختلف تفاوت‌های زیادی نشان می‌دهد، علائم، نشانه‌ها و مراحل سوگواری معمولاً به تدریج فروکش می‌کنند. طول و شدت سوگ به خصوص در مراحل حاد به میزان ناگهانی بودن مرگ بستگی دارد. اگر مرگ بدون هشدار روی دهد، شوک و ناباوری ممکن است مدتی دراز طول بکشد اما اگر مرگ از مدت‌ها قبل قابل پیش‌بینی بوده باشد، بخش عمده‌ای از فرایند سوگواری تا وقوع مرگ روی داده است. سوگ به طور سنتی حدود ۶ ماه تا یکسال طول می‌کشد. برخی علائم و نشانه‌های سوگ ممکن است بیش از ۲-۱ سال طول بکشد و شخص بازمانده احساسات، نشانه‌ها و رفتارهای مربوط به سوگ را در تمام طول عمر تجربه کند. اما سوگ طبیعی بالاخره حل می‌شود و شخص به زندگی سازنده و راحتی نسبی باز می‌گردد. به طور کلی نشانه‌های حاد سوگ به تدریج فرومی‌نشیند و ظرف یک تا دو ماه شخص سوگوار می‌تواند به عملکرد عادی خود بازگردد. در برخی از موقعیت‌ها تجویز یک داروی آرامبخش خفیف مانند دیازپام می‌تواند برای خواب مفید باشد. تجویز ضدافسردگی‌ها و ضداضطراب‌ها در سوگ طبیعی ضرورت ندارد چون فرایند سوگ طبیعی را به تاخیر می‌اندازد.

سوگ بیمارگونه، عارضه دار یا نابهنجار

در برخی افراد سیر سوگ و سوگواری نابهنجار است. سوگ بیمارگونه ممکن است به اشکال گوناگونی تظاهر کند. افرادی که بیشتر در معرض خطر واکنش سوگ نابهنجار قرار دارند عبارتند از کسانی که به طور ناگهانی یا از طریق حوادث وحشتناک با فقدان مواجه شده‌اند، افرادی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند، کسانی که خود را مسؤول (واقعی یا خیالی) مرگ می‌دانند، افرادی که سابقه فقدان‌های آسیب‌زا دارند و کسانی که رابطه‌ای وابسته یا همراه با دوگانگی احساس با شخص از

دست رفته داشته‌اند.

* همانندسازی با فرد متوفی مثلاً اتخاذ برخی از صفات مورد تحسین یا جمع کردن برخی وسایل او امری طبیعی است. اما اگر شخص بازمانده اصرار داشته باشد که در اتاق متوفی همیشه باید بسته باشد و به هیچ یک از وسایل او نباید دست زده شود یا معتقد باشد که خودش مرده یا به همان دلیلی که شخص از دست رفته فوت کرده است در حال مرگ می‌باشد و در واقع چنین چیزی صحت نداشته باشد این واکنش نابهنجار است.

* شنیدن صدای شخص فوت شده به صورت گذرا طبیعی است اما توهّمات شنوایی پیچیده و مزاحم طبیعی نیست.

- انکار برخی وجوه مرگ واکنشی بهنجار است اما انکاری که طی آن شخص معتقد است فرد از دست رفته هنوز زنده است نابهنجار است.

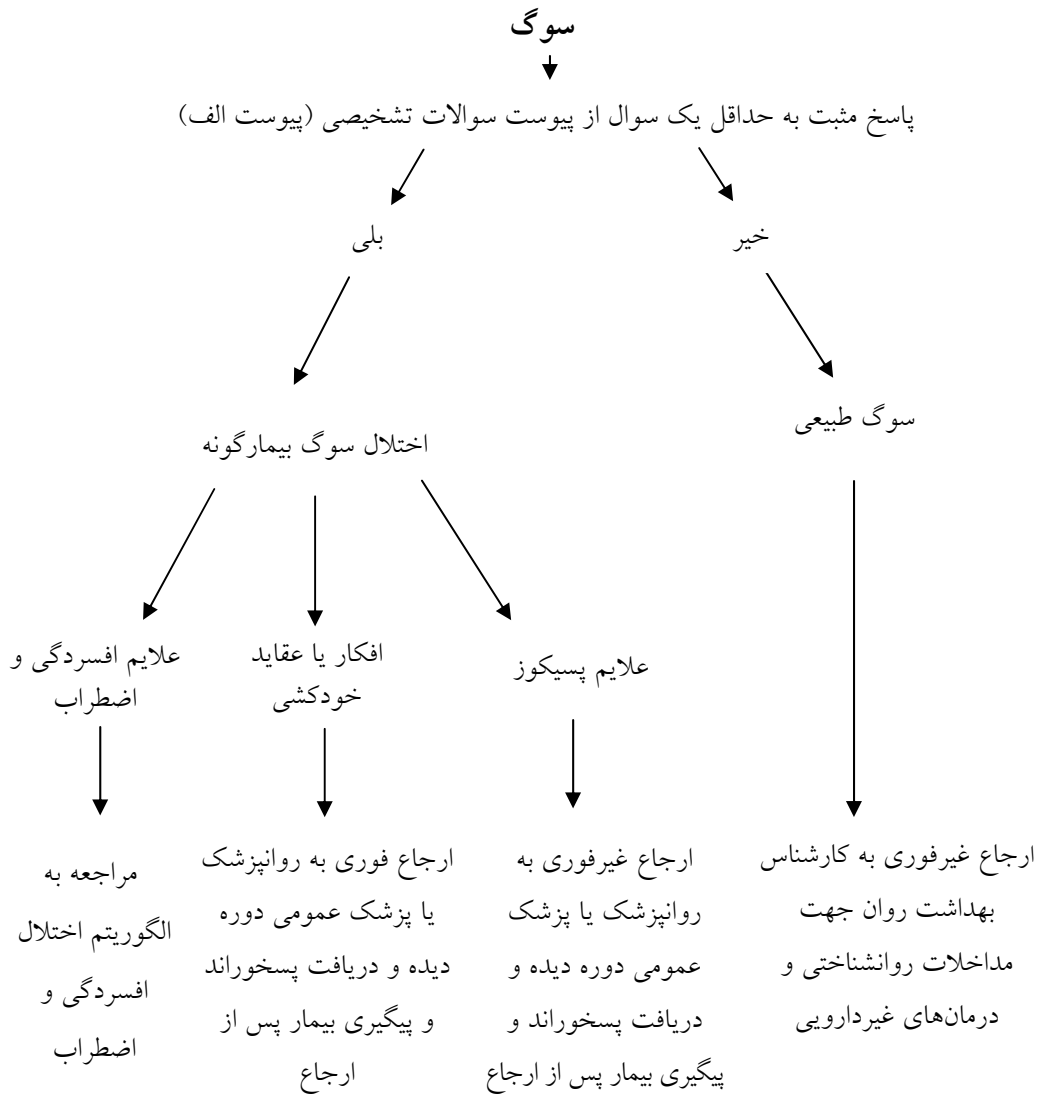
* انسان‌ها در جریان سوگ طبیعی به ندرت در جستجو و یاری روانپزشک برمی‌آیند زیرا واکنش‌ها و رفتار خود را به عنوان رویه‌ای مناسب می‌پذیرند. به همین ترتیب پزشک معالج نباید مرتباً توصیه کند که شخص داغدیده با روانپزشک ملاقات کند، مگر اینکه واکنش فرد نسبت به فقدان کاملاً غیرمعارف باشد مثلاً اقدام به خودکشی داشته باشد.

سوگ در مقابل افسردگی

سوگ و افسردگی در بسیاری از خصوصیات با هم تشابه دارند و غمگینی، گریه، بی‌اشتهایی، اختلال خواب، و کاهش علاقه در فعالیت‌های روزمره در هر دوی این حالات مشاهده می‌شود. به هر حال تفاوت این دو به حدی است که روانپزشکان آنها را دو سندرم مجزا تلقی می‌کنند. جدول زیر افتراق علایم سوگ و افسردگی را نشان می‌دهد.

سوگ	اختلال افسردگی عمده
نشانه‌ها ممکن است واجد ملاک‌های حمله افسردگی عمده باشند اما به ندرت در بازمانده احساس مرضی کتاه و بی‌ارزشی، فکر خودکشی، یا کندی روانی حرکتی دیده می‌شود	نشانه‌ها واجد ملاک‌های افسردگی عمده است (به بخش افسردگی مراجعه شود)
احساس ناراحتی معمولاً بر اثر فکر کردن درباره فرد متوفی یا برخورد با آثار او آغاز می‌شود	احساس ناراحتی اغلب خود به خود ایجاد می‌شود و ربطی به فکر کردن درباره فرد متوفی یا برخورد با آثار وی ندارد
معمولاً ظرف ۲ ماه نخست داغ دیدگی شروع می‌شود	ممکن است در هر زمانی شروع شود
علامت افسردگی کمتر از ۲ ماه طول می‌کشد	افسردگی اغلب به صورت مزمن، متناوب یا حمله‌ای بروز می‌کند
اختلال عملکرد موقت و خفیف است	از نظر بالینی ناراحتی یا اختلال عملکرد قابل توجهی وجود دارد
اختلال افسردگی عمده در فرد یا اعضای خانواده وجود ندارد	سابقه اختلال افسردگی در فرد یا خانواده وجود دارد

الگوریتم تشخیص و مدیریت سوگ



پیگیری بیمار پس از بازگشت از ارجاع

ویزیت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها، ویزیت مجدد یک هفته بعد.

ویزیت‌های بعدی

پزشک ترجیحاً بیمار را از نظر پاسخ درمانی و عوارض دارویی بر طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ویزیت می‌کند. در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه ویزیت می‌شود. برای بررسی از نظر امکان قطع درمان، بیمار به صورت غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع می‌شود.

اختلال انطباق

اختلالات انطباق، واکنش‌های غیرانطباقی کوتاه مدت نسبت به موضوعاتی هستند که شخص عادی آن را یک مصیبت شخصی و روانپزشک آن را یک استرس روانی-اجتماعی می‌داند. انتظار می‌رود که اختلال انطباق مدت کوتاهی پس از رفع عامل استرس‌زا برطرف شود و یا اگر پایدار می‌ماند سطح جدیدی از سازگاری حاصل شده باشد. علایم این اختلال باید ظرف ۳ ماه پس از شروع عامل استرس‌زا ایجاد شود. ماهیت و شدت استرس‌زاها مشخص نشده‌اند. با این حال این استرس‌زاها اکثراً رویدادهای روزمره‌ای هستند که به کرات دیده می‌شوند و شامل حوادث نادر و فاجعه‌آمیز (مثل بلایای طبیعی و جنایات خشونت بار) نمی‌شوند. شدت علایم نباید در حد سایر اختلالات روانپزشکی باشد. نشانه‌های اختلال ظرف مدت ۶ ماه برطرف می‌شود. هرچند اگر عامل استرس‌زا مزمن یا دارای عواقب طولانی مدت باشد، ممکن است نشانه‌ها بیش از ۶ ماه طول بکشد. اختلالات انطباق یکی از شایعترین تشخیص‌های روانپزشکی در بیمارانی است که به دلیل مشکلات جراحی و طبی بستری شده‌اند. میزان شیوع این اختلال از ۲-۸ درصد در جمعیت عمومی تخمین زده

می‌شود. شیوع آن در زنان دو برابر مردان است. عوامل استرس‌زای زمینه‌ساز شایع عبارتند از مشکلات تحصیلی، مسایل زناشویی، طلاق، انتقال به محیط تازه و مشکلات مالی، بیماری جسمی و بازنشستگی. بعضی از اشخاص در معرض خطر بیشتری برای بروز رویدادهای ناگوار زندگی و ابتلا به بیماری‌های متعاقب آن قرار دارند. زنان در معرض خطر بیشتری هستند. عوامل خانوادگی و ژنتیکی در بروز علائم نقش دارند.

نشانه‌های این اختلال تنوع زیادی دارد و ویژگی‌های افسردگی و اضطرابی و مختلط در بزرگسالان بیشتر شایع است. در کودکان و سالمندان نشانه‌های جسمی شایع‌تر است. ولی این نشانه‌ها ممکن است در هر گروه سنی رخ دهد. تظاهرات دیگر این اختلال عبارتند از: رفتار تهاجمی، رانندگی بی‌احتیاط، افراط در مصرف الکل، تقلب در مسئولیت‌های قانونی و انزوا طلبی، اشکال در خواب و اشتها و رفتار خودکشی.

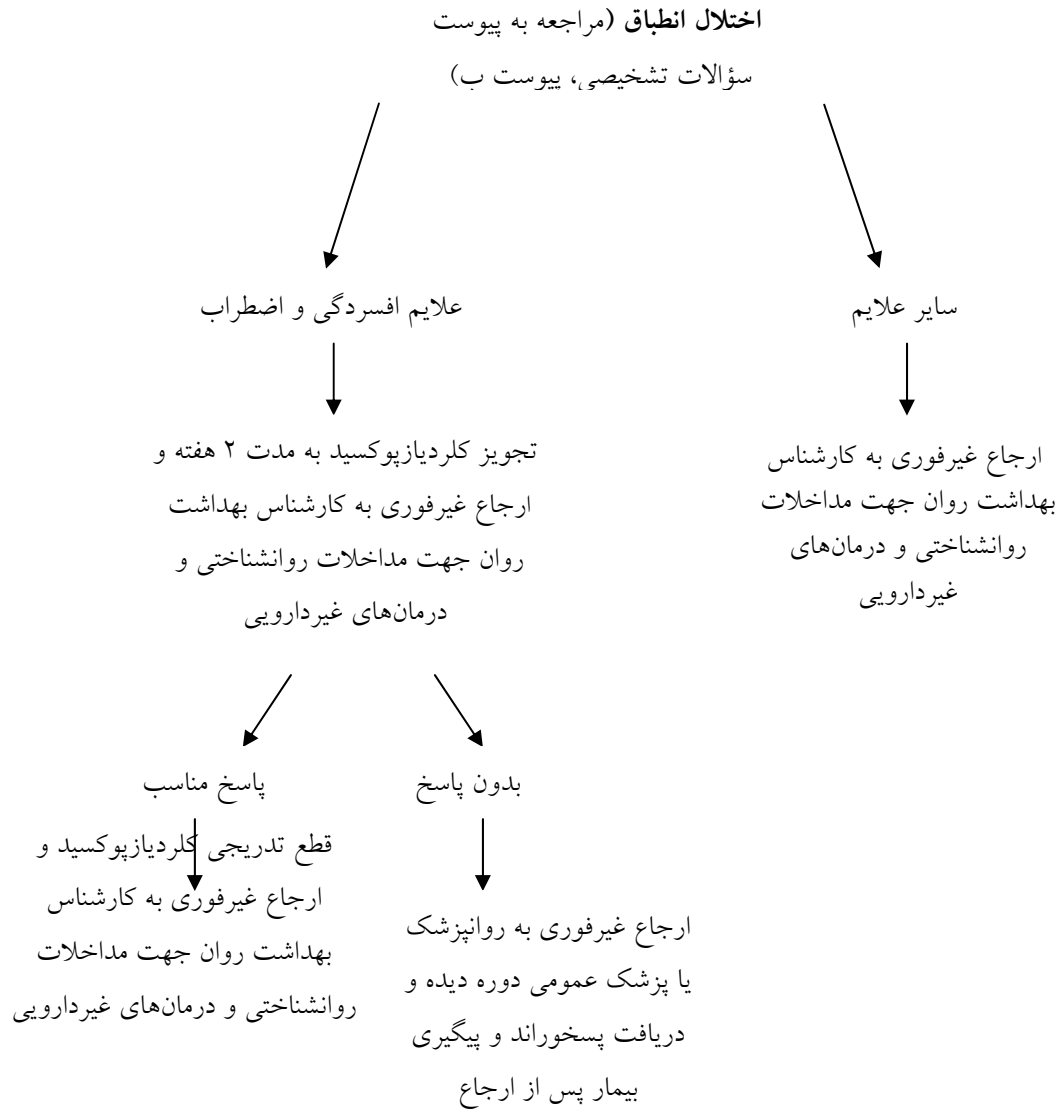
نشانه‌ها همیشه به محض توقف عامل استرس‌زا فروکش نمی‌کند.

اگر عامل استرس‌زا تداوم یابد، اختلال ممکن است به صورت مزمن درآید

اگر طول مدت علائم کمتر از ۶ ماه باشد. اختلال حاد و اگر بیش از ۶ ماه باشد اختلال مزمن

محسوب می‌گردد.

الگوریتم تشخیص و مدیریت اختلال انطباق



پیگیری بیمار پس از ارجاع

ویزیت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و ویزیت مجدد یک هفته بعد.

ویزیت‌های بعدی

پزشک ترجیحاً بیمار را از نظر پاسخ درمانی و عوارض دارویی بر طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ویزیت می‌کند. در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه ویزیت می‌شود. برای قطع درمان بیمار به صورت غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع می‌شود.

موارد ارجاع فوری

- ۴- بیمارانی که افکار خودکشی دارند یا اقدام به خودکشی کرده‌اند
- ۵- بیمارانی که علائم ناتوان‌کننده یا شدید دارند طوری که کلیه فعالیت‌های روزمره آنها مختل شده است.
- ۶- بیمارانی که علائم غیرقابل کنترل پرخاشگری، تحریک‌پذیری یا بی‌قراری دارند.

موارد ارجاع غیرفوری

- ۱- بیماران با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه
- ۲- اختلال فشار روانی حاد
- ۳- اختلال سوگ بیمارگونه
- ۴- جهت قطع درمان
- ۵- هر ماه یکبار تا ۶ ماه

اختلال فشار روانی حاد و اختلال فشار روانی آسیب‌زاد (PTSD)

اختلال فشار روانی آسیب‌زاد^۵ مجموعه‌ای از علائم است که در پی مواجهه با عامل آسیب‌زای بسیار شدید ایجاد می‌شود.

میزان شیوع مادام‌العمر آن در مطالعه National comorbidity survey با استفاده از ابزار DSM-III-R و CIDI ۸٪ جمعیت عمومی به دست آمده است (زنان ۱۲-۱۰٪ و مردان ۶-۵٪) (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵).

در ایران شیوع این اختلال با استفاده از پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا SADS ۰/۹۸ به دست آمده است (زن ۱/۲۰، مرد ۰/۷۷) (محمدی و همکاران، ۱۳۸۰).

در تهران شیوع این اختلال با استفاده از پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا SADS ۰/۳۰ بوده است (زن ۰/۳۱، مرد ۰/۲۹) (محمدی و همکاران، ۱۳۸۰).

این اختلال بیش از همه در این افراد اتفاق می‌افتد:

مجرد، طلاق گرفته یا بیوه

افراد منزوی از اجتماع

سطح اجتماعی اقتصادی پایین

سابقه آسیب‌های دوران کودکی

تغییرات پر استرس اخیر در زندگی

آسیب‌پذیری ارثی به بیماری‌های روانی

- در صورتی که علائم باعث اختلال در کارکردهای اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم زندگی شده باشد، اختلال محسوب می‌شود.

- در صورتی که مدت علائم حداقل یک ماه باشد تشخیص اختلال استرس پس از سانحه و در صورتی که مدت علائم کمتر از یک ماه باشد تشخیص اختلال فشار روانی حاد مطرح می‌گردد.

⁵- Post Traumatic Stress Disorder

- اختلال حاد وقتی است که مدت علایم کمتر از ۳ ماه طول بکشد.
- اختلال مزمن وقتی است که مدت علایم بیش از ۳ ماه طول بکشد.
- این اختلال ممکن است تا ماه‌ها و سال‌ها پس از حادثه آشکار نشود که اگر علایم پس از ۶ ماه از بروز واقعه آسیب‌زا شروع شود اختلال با شروع تأخیری محسوب می‌گردد.
- اگر عامل استرس‌زا منشأ انسانی داشته باشد (نظیر تجاوز) اختلال شدیدتر و طولانی‌تر از مواردی است که عامل استرس‌زا منشأ غیر انسانی دارد (نظیر سیل)

درمان

دارودرمانی: مهارکننده‌های بازجذب سروتونین خط اول هستند.

روان‌درمانی: روان‌درمانی سایکودینامیک، رفتاردرمانی، شناخت درمانی، هیپنوز، گروه درمانی،

خانواده درمانی، stress management

بدون درمان ۳۰٪ کاملاً بهبود می‌یابند، ۴۰٪ علایم خفیف و ۲۰٪ علایم متوسط دارند.

بعد از یکسال ۵۰٪ از بیماران بهبود می‌یابند.

الگوریتم تشخیص و مدیریت اختلال فشار روانی حاد و آسیب‌زاد

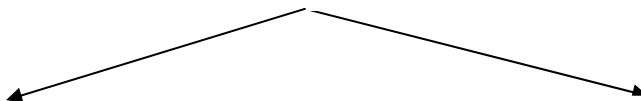
مراجعة به پیوست سؤالات تشخیصی اختلال فشار روانی حاد و

فشار روانی آسیب‌زاد (پیوست ج)



پاسخ مثبت به دو مورد بند یک و حداقل یک مورد از بندهای دو،

سہ و چہار



خیر (پاسخ مثبت به خداقل یک سوال)



اختلال فشار روانی ساب کلینیکال



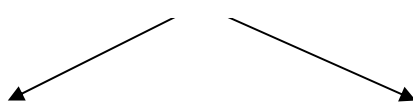
1



احتمال اختلال فشار روانی حاد یا آسیب‌زاد



علايم بى قرارى و پر خاشگري شديد



خیر



بله



تجویز هالوپریدول ۵ میلی گرم عضلانی +
۵ میلی گرم بی پریدین عضلانی و سپس
ارجاع فوری به روانپزشک یا پزشک
عمومی دوره دیده و دریافت پسخوراند و
پیگیری بیمار پس از بازگشت از ارجاع

ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا
پزشک عمومی دوره دیده و
دریافت پسخوراند و پیگیری بیمار
پس از بازگشت از ارجاع

ارجاع غیرفوری به کارشناس
بهداشت روان جهت مداخلات
روانشناختی و درمان‌های غیردارویی

پیگیری بیمار پس از بازگشت از ارجاع

ویزیت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها، ویزیت مجدد یک هفته بعد.

ویزیت‌های بعدی

پزشک ترجیحاً بیمار را از نظر پاسخ درمانی و عوارض دارویی بر طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ویزیت می‌کند. در صورتی که در پسخوراند برنامه ویزیت‌های بعدی مشخص نشده باشد تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه ویزیت می‌شود. برای قطع درمان بیمار به صورت غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع می‌شود.

پیوست سؤالات تشخیصی برای اختلالات واکنش به استرس

پیوست الف: سؤالات تشخیصی برای تشخیص سوگ بیمارگونه یا عارضه‌دار

آیا اخیراً کسی از اعضای خانواده یا دوستان شما از دست رفته است؟

۱- آیا پس از گذشت ۲ ماه از آن رویداد دچار احساس غمگینی بیش از حد درباره فرد متوفی

شده‌اید طوری که فعالیت‌های روزمره شما مختل شده باشد؟

۲- آیا پس از گذشت ۲ ماه از آن رویداد خواب و اشتهاى شما هنوز مشکل دارد؟

۳- آیا پس از آن رویداد افکار خودکشی یا اقدام به آن برای شما ایجاد شده است؟

۴- آیا خودتان را مسؤول مرگ فرد متوفی می‌دانید و آیا در این رابطه احساس گناه می‌کنید؟

۵- آیا با گذشت مدت بیش از ۲ ماه از آن رویداد هنوز حالات غمگینی و بیقراری روزهای اول

برای شما باقی مانده است؟

۶- آیا حداکثر تا ۲ ماه پس از آن رویداد توانسته‌اید به زندگی عادی و راحتی نسبی بازگردید؟

۷- آیا پس از آن رویداد مرتباً صداهایی به گوش شما می‌رسد طوری که دیگران قادر به شنیدن آنها نیستند؟

سؤالاتی که از خانواده بیمار باید پرسیده شود

۱- آیا بیمار پس از آن رویداد تاکنون دچار حالات شدید غمگینی، بی‌قراری، گریه زیاد (بیش از حدی که برای یک سوگواری معمول انتظار می‌رود) شده، طوری که قادر به انجام فعالیت‌های معمولش نمی‌باشد؟

۲- آیا بیمار شما واقعه مرگ فرد از دست رفته را به طور مستمر انکار می‌کند یا دائماً اظهار می‌کند که فرد متوفی زنده است؟

۳- آیا بیمار شما اعتقاد دارد که به همان دلیل مرگ شخص متوفی، خودش در حال مرگ می‌باشد؟

۴- آیا بیمار مرتباً اظهار می‌کند که صداهایی می‌شنود یا چیزهایی می‌بیند که بقیه قادر به دیدن آنها نیستند؟

۵- آیا واکنش بیمار نسبت به مرگ فرد از دست رفته به گونه‌ایست که می‌خواهد همواره کلیه وسایل متوفی به همان صورتی که هست حفظ شده و حتی دست به هیچ یک از وسایل یا لباس‌های او گذاشته نشود و یا در اتاق متوفی برای همیشه بسته بماند؟

پیوست ب: سؤالات تشخیصی برای اختلال انطباقی

۱- آیا اخیراً (از ۳ ماه گذشته تاکنون) رویدادی مثل مشکلات خانوایی، شغلی، اقتصادی، تحصیلی، ازدواج، طلاق بازنشستگی، بیماری جسمی، و غیره در زندگیتان رخ داده است؟

۲- آیا پس از آن رویداد دچار ناراحتی، غمگینی، دلشوره و نگرانی بیش از حد شده‌اید؟

۳- آیا پس از آن رویداد، خواب و اشتهاى شما تغییری کرده است؟

۴- آیا پس از آن رویداد بیش از حد خشمگین و عصبانی شده‌اید؟

سایر سؤالاتی که بهتر است از خانواده بیمار پرسیده شود

- ۱- آیا بیمار دچار رفتارهایی مثل فرار از مدرسه، ولگردی، رانندگی بی احتیاط و نزاع با دیگران شده است؟
- ۲- آیا بیمار شما دچار بیماری جسمی شده که نسبت به آن واکنش‌هایی مثل انکار مطلق و عدم همکاری با دستورات درمانی و کناره گیری از اجتماع نشان دهد؟

پیوست ج: سؤالات تشخیصی برای اختلال فشار روانی حاد و فشار روانی آسیب‌زاد

(۱) سؤالات مربوط به واقعه آسیب‌زا

- ۱- آیا اخیراً با واقعه‌ای روبرو شده یا شاهد آن بوده‌اید که خطر جدی (مرگ یا آسیب یا خطر آن) شما یا دیگران را تهدید کند؟
 - ۲- وقتی آن واقعه اتفاق افتاد چه واکنشی داشتید؟ (خیلی وحشت کردید یا احساس درماندگی کردید)؟
- توجه : از لحاظ سیر زمانی علایم مربوط به سؤالات قسمت دو، سه و چهار باید پس از رخ دادن واقعه آسیب‌زا باشد.

(۲) سؤالات مربوط به تجربه مجدد واقعه

- ۱- با آنکه نمی‌خواستید فکر آن واقعه زیاد ذهنتان را مشغول می‌کند؟
- ۲- خواب آن واقعه را می‌بینید؟
- ۳- هیچ وقت جوری عمل یا احساس می‌کنید انگار که دوباره در همان موقعیت قرار گرفته‌اید؟
- ۴- وقتی چیزی شما را به یاد آن واقعه می‌اندازد، خیلی ناراحت می‌شوید؟

(۳) سؤالات مربوط به اجتناب از محرک‌های مرتبط با واقعه آسیب‌زا

- ۱- تلاش می‌کنید که از فکر کردن یا صحبت درباره آن واقعه اجتناب کنید؟
- ۲- از چیزها یا افرادی که شما را یاد آن واقعه می‌اندازند دوری می‌کنید؟

- ۳- آیا احساس می‌کنید بخش‌های مهمی از آن واقعه را فراموش کرده و نمی‌توانید به خاطر بیاورید؟
- ۴- آیا پس از آن واقعه احساس می‌کنید علاقه شما نسبت به فعالیت‌هایی که قبلاً برایتان مهم بوده کمتر شده است؟ (مثل معاشرت با دوستان، مطالعه کتاب یا تماشای تلویزیون)
- ۵- آیا پس از آن واقعه هیچ وقت بوده که خود را از دیگران دور احساس کنید و نسبت به دیگران بی‌تفاوت باشید؟
- ۶- آیا فکر می‌کنید آدم بی‌احساسی شده‌اید یا انگار که احساسات خود را نسبت به چیزهایی که دوستشان داشته‌اید از دست داده‌اید؟
- ۷- آیا متوجه تغییر در طرز فکر یا برنامه‌تان برای آینده شده‌اید؟ (تصور کوتاه شدن آینده مثل عدم انتظارشغل، ازدواج، داشتن فرزند یا طول عمر طبیعی)

۴) سؤالات مربوط به افزایش برانگیختگی

- ۱- آیا خواب شما دچار مشکل شده است؟ (مشکل در به خواب رفتن یا تداوم خواب)
- ۲- آیا زود عصبانی و خشمگین می‌شوید؟
- ۳- آیا تمرکزتان دچار مشکل شده است؟
- ۴- آیا بی‌دلیل و مداوم مواظب و مراقب اطرافتان هستید؟
- ۵- آیا باصداهای ناگهانی خیلی زود از جا می‌پرید؟
- ۶- این مشکلات (علائم اختلال فشار روانی آسیب‌زاد) باعث ایجاد ناراحتی قابل توجه در زمینه‌های شغلی، اجتماعی یا سایر عملکردها شده است؟

پیوست د: شرح وظایف تیم بهداشت روان

وظایف بهورز درباره بیمار مبتلا به هریک از اختلالات واکنش به استرس

- شناسایی موارد مشکوک به اختلال
- ارجاع موارد مشکوک به پزشک مرکز بهداشتی درمانی

- پیگیری مواردی که به موقع برای ویزیت پزشک مراجعه نمی‌کنند یا مواردی که پزشک به هر دلیل، از جمله مصرف نامرتب دارو، برای پیگیری بیشتر به بهورز معرفی می‌کند
- مشخص کردن علت عدم مراجعه، وضعیت مصرف دارو، وضعیت عوارض، وضعیت رضایت خانواده و وضعیت رضایت بیمار
- آموزش بهداشت روان: گوش کردن با احترام به صحبت‌های مراجعین، دادن ارزش و معنویت به زندگی، تقویت ایمان و اعتقاد و عشق ورزیدن، محبت کردن، توضیح در مورد ضرورت و منافع مصرف دارو و خطرات قطع درمان یا مصرف نامرتب دارو
- توضیح درباره نحوه صحیح مصرف دارو، درمان‌پذیر بودن عوارض، تشویق بیمار به مراجعه به پزشک
- اطمینان بخشی به بیمار و خانواده وی و آموزش درباره بیماری و مراجعه به مرکز بهداشت در صورت برخورد با هر نوع مشکلی در زمینه بیماری یا نحوه برخورد با بیمار
- شناسایی علل و عوامل احتمالی همکاری نکردن با درمان و به کار گرفتن امکانات موجود جهت رفع آنها
- ارایه گزارشی از پیگیری خود به پزشک

وظایف کارشناس بهداشت روان درباره بیمار مبتلا به هر یک از اختلالات واکنش به استرس

- نظارت بر وظایف بهورز
- پیگیری برنامه درمانی ارایه شده توسط پزشک و اطمینان از پیشرفت صحیح کار درمان
- کشف موقعیت‌های بیرونی که استرس آورند و ایجاد تغییرات در محیط و استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی
- انجام تکنیک‌های آرام‌سازی برای کلیه اختلالات واکنش به استرس
- انجام تکنیک‌های مقابله با افکار مزاحم و اجتناب در صورتی که توسط پزشک ارجاع داده شود
- آموزش درباره ادامه مصرف دارو حتی پس از بهبودی طبق دستور پزشک و رفع باورهای غلط در

مورد داروها

- تقویت حفظ آرامش و صمیمیت در فضای خانه، محیط کار و اجتماع و آموزش مهارت‌های زندگی سالم و حل مشکل
- مشاوره فردی و گروهی برای بیماران
- بازتوانی شغلی و اجتماعی موارد نیازمند بازتوانی
- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری و عوامل تأثیرگذار در بهبود و یا تشدید بیماری
- آموزش به خانواده بیمار برای رفع مشکلات ناشی از عدم اطلاع از نحوه برخورد مناسب با بیمار
- ترغیب بیماران ارجاع شده از طرف بهورز برای مصرف دارو
- انجام مداخلات غیردارویی شامل ارزیابی روانشناختی، رفتاردرمانی، شناخت درمانی

وظایف پزشک درباره بیمار مبتلا به هریک از اختلالات واکنش به استرس

- ویزیت افراد مشکوک به اختلال، از جمله موارد ارجاع شده از طرف بهورز، بر اساس الگوریتم و تصمیم‌گیری در مورد نحوه درمان و پیگیری
- نظارت بر عملکرد بهورز و کارشناس بهداشت روان
- انجام ویزیت‌های پیگیری و بررسی از نظر بهبود علایم هدف، سیر درمان و نیاز به تغییر درمان یا ارجاع بیمار

- انجام ویزیت‌های پیگیری و بررسی از نظر وجود عوارض، درمان آنها یا ارجاع بیمار
- انجام ویزیت‌های پیگیری و بررسی از نظر وضعیت سلامت عمومی و نیاز به درمان‌های طبی
- انجام ویزیت‌های پیگیری و بررسی از نظر پذیرش دارویی بیمار و درخواست از بهورز برای پیگیری بیشتر

- ارجاع فوری یا غیرفوری بیماران به سطح تخصصی و دریافت پسخوراند
- انجام ویزیت‌های پیگیری ماهانه پس از ارجاع بیمار به سطح تخصصی

خودکشی

خودکشی

مقدمه

طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، خودکشی در کشورهایی که اطلاعات آنها در دسترس است در زمره ۱۰ علت اصلی مرگ می‌باشد و در برخی از این کشورها در گروه سنی ۳۴ سال، خودکشی سومین علت مرگ را تشکیل می‌دهد.

بر اساس آمارهای منتشره از سوی این سازمان، هر ساله بیش از ۴۰۰۰۰۰ نفر در جهان خودکشی می‌کنند ولی به نظر می‌رسد که این تعداد شامل همه موارد نمی‌گردد و به دلیل شرایط اجتماعی، فرهنگی و نگرش‌های مذهبی غالب در کشورها، درصد بالایی از موارد گزارش نمی‌شوند. طبق این آمارها، بالاترین میزان خودکشی مربوط به کشورهای مجارستان، سریلانکا و فنلاند به ترتیب با ۳۸/۶، ۳۵/۸ و ۲۹/۸ در صد هزار جمعیت بوده و کمترین میزان مربوط به کشور مکزیک با ۲/۳ در صد هزار جمعیت بوده است. میزان خودکشی در ایالات متحده ۱۲/۲ در صد هزار گزارش گردیده است.

در کشورهای اروپایی به ازای هر مورد خودکشی، ۱۰ مورد اقدام به خودکشی اتفاق می‌افتد. آمار ارائه شده فقط در مورد کسانی است که جهت درمان به مراکز درمانی مراجعه کرده و به ثبت رسیده‌اند. لیکن درصد بسیار بالایی از آنها به دلیل عدم مراجعه به مراکز درمانی گزارش نمی‌گردند.

مداخلات معطوف به کاهش نرخ خودکشی در دهه اخیر از اولویت‌های بهداشتی سازمان بهداشت جهانی و کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه بوده است (۱). آمار جهانی نشان می‌دهند خودکشی در دهه‌های اخیر رو به افزایش بوده و الگوی سنی آن در حال تغییر است (۲ و ۳). نتایج تحقیقات نشان داده میزان خودکشی از صفر نفر در کشورهای اسلامی (۴) تا ۲۸ در صد هزار نفر در اسلونی (۵) متغیر است.

در مطالعات ملی میزان خودکشی ۶ تا ۸ در صد هزار نفر برآورد شده است (۶، ۷، ۸). در مطالعه‌ای نرخ فکر، برنامه، و اقدام به خودکشی در شهر کرج به ترتیب برابر ۱۴، ۶ و ۳ در صد در طول عمر و همین موارد در یکسال گذشته به ترتیب برابر ۶، ۳ و ۱/۲ در صد در سطح جمعیت

عمومی به دست آمد (۹).

در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی، شناسایی عوامل خطر (risk factors) رفتارهای خودکشی حائز اهمیت بسیار است. مطالعات انجام شده در ایران نشان داده‌اند مردان مجرد، زنان تازه ازدواج کرده، دختران و پسران دانش‌آموز و نوجوان، مردان بیکار، و زنان خانه‌دار در معرض خطر بالاتر برای اقدام قرار دارند (۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲). در اقدام‌کنندگان ایرانی از لحاظ ارتباط زمانی با اقدام، مشکلات روانی-اجتماعی از جمله اختلافات خانوادگی، اختلاف با همسر، در بزرگسالان و نیز تعارض با والدین در نوجوانان شایع‌ترین عوامل فشارزای روانی نزدیک، و مشکلات مالی، و شغلی شایع‌ترین عوامل فشارزای روانی دور است (۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵).

مشکلات روانشناختی و بررسی تشخیص روانپزشکی اقدام‌کنندگان، موضوعی است که در مطالعات داخلی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است (۱۶). مطالعات خارجی نشان داده‌اند که بیش از ۹۰٪ اقدام‌کنندگان حداقل یک تشخیص روانپزشکی در محور یک یا دو دارند. از میان تشخیص‌های روانپزشکی، افسردگی اساسی شایع‌ترین بیماری عصبی-روانی مشاهده شده در اقدام‌کنندگان است (۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰).

نظر به اینکه عوامل متعدد روان-خانوادگی-اجتماعی در بروز رفتارهای خودکشی نقش دارند، کنترل تمامی این عوامل در پیشگیری از خودکشی کاری دشوار و تقریباً غیرممکن است. هر یک از رویکردهای پیشگیری از خودکشی متناسب با ریسک فاکتورهای مربوطه، اهداف مختلفی را در نظر گرفته‌اند. تشخیص و درمان بیماری‌های عصبی-روانی از رویکردهایی بوده است که اثربخشی آن در مطالعات خارجی نشان داده شده است (۲۱).

نظر به اینکه نه تنها در بیماران افسرده، بلکه همچنین در کسانی که علت اقدام به خودکشی خود را مشکلات خانوادگی، شغلی، و مالی عنوان می‌کنند، نشانه‌های افسردگی دیده می‌شود، درمان افسردگی در پیشگیری از خودکشی می‌تواند رویکرد مناسبی در هزینه کردن اعتبارات این بخش از برنامه‌های بهداشت روانی تلقی شود.

در ایران نظام‌های متعدد بیمه درمانی، از پرداخت هزینه‌های درمانی افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند خودداری می‌کنند. این امر موجب آن می‌گردد که تعداد خودکشی‌های منجر به فوت و یا اقدام به آن، به میزان بسیار کمتر گزارش شود.

بر اساس آمار منتشر شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌طور متوسط روزانه ۱۳ مورد خودکشی در کشور با میانگین سنی ۲۹ سال اتفاق می‌افتد. طبق این آمار نسبت خودکشی مردان به زنان ۲/۵ به یک و گاه ۴/۵ به یک است. هر چند که آمار خودکشی در ایران نسبت به بسیاری از کشورها در رده پایین‌تری قرار دارد اما مقایسه این آمار با آمار ثبت شده سال‌های گذشته در ایران رشد قابل توجهی را نشان می‌دهد به‌طوری که میزان خودکشی از ۱/۳ در صد هزار نفر در سال ۱۳۶۳ به ۶/۴ در صد هزار نفر جمعیت رسیده است.

در بررسی انجام گرفته در سال ۱۳۸۰ در خصوص "سیمای مرگ و میر در هجده استان کشور"، که داده‌های آن از ۱۹۵ شهرستان کشور گرفته شده، خودکشی در مردان با ۷/۶ در صد هزار نفر نهمین علت مرگ و میر و در زنان با ۵/۱ در صد هزار نفر دهمین علت مرگ و میر بوده است. پژوهش‌های جهانی و بررسی‌های محدود داخلی بر این نکته تأکید دارند که پیشگیری از خودکشی امکان‌پذیر می‌باشد. در پژوهشی که در کشور سوئد انجام شد نشان داده شده است که آموزش پزشکان عمومی در جهت تشخیص افسردگی و درمان بیماران دارای تمایل خودکشی، میزان بروز خودکشی را در جامعه کاهش می‌دهد و این تأثیر تا ۲ سال ادامه دارد. در پژوهشی نیز که در شهر بابل صورت گرفت اقدامات مشابهی انجام شد و توانست یک اپیدمی را که مراحل آغازین خود را می‌گذراند کنترل کند.

اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۸، در راستای انجام وظایف محوله خویش اقدام به تدوین برنامه ادغام پیشگیری اولیه از خودکشی در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه با تأکید بر درمان افسردگی نمود، این برنامه با اهداف کلی زیر انجام گردید:

۱- فراهم آوردن خدمات بهداشت روان و قابل دستیابی برای بیماران افسرده و افرادی که قصد

اقدام به خودکشی داشته و یا اقدام نموده‌اند.

۲- کاهش موارد اقدام به خودکشی و کاهش مرگ و میر ناشی از آن.

در راستای استراتژی‌های اداری، گروه هماهنگی چندبخشی با حضور نمایندگان از ارگان‌های درگیر در مسایل اجتماعی و فرهنگی همچون استانداری و بهزیستی در وزارت بهداشت تشکیل گردید و برنامه اجرایی نهایی شد.

متون آموزشی مناسب پیشگیری از خودکشی با تاکید بر درمان افسردگی برای گروه‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی شامل بهورز، رابط، کاردان، کارشناس، پزشک عمومی، کادر بخش اورژانس بیمارستان‌ها و پرستاران بخش‌های مرتبط تهیه گردید و با برگزاری کارگاه‌های آموزشی ارائه خدمات توسط آنها به افراد نیازمند فراهم گردید.

این برنامه از سال ۱۳۸۰ در چهار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، کاشان، ایلام و کرمانشاه به‌مورد اجرا درآمد و با توجه به گزارشات طرح مبنی بر موفقیت‌آمیز بودن آن، از سال ۱۳۸۳ این برنامه در ۴ دانشگاه علوم پزشکی فارس، مازندران، چهارمحال و بختیاری و کرمان نیز گسترش یافته است که برنامه‌های آموزشی، اجرایی و خدماتی این دانشگاه‌ها به‌مورد اجرا درآمده و امید می‌رود گزارش جامعی از فعالیتهای مداخلاتی این دانشگاه‌ها نیز تا پایان سال ۱۳۸۴ تهیه و تدوین گردد.

منابع

۱- موسوی فاطمه، شاه‌محمدی داود، کفاشی، احمد. بررسی همه‌گیرشناسی خودکشی در مناطق روستایی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۹؛ شماره ۳، ص ۱۰-۴.

۲- Centers for disease control and prevention. Self-reported frequent mental distress among adults. JAMA 1998; 279: 1772-3.

۳- National Institute of Mental health. Suicide research consortium. The surgeon General's call to action to prevent suicide, 1999-at a glance: suicide among special

- population 2004. Internet.
- ۴- Marusic A. suicide in Slovenia: Lessons for cross cultural psychiatry. International Review of Psychiatry 1999; 11: 212-18.
- ۵- جمشیدزاده فرخ‌لواء. بررسی روند تغییرات برخی ویژگیهای موارد خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام طی سالهای ۸۰-۱۳۷۳. پایان نامه کارشناسی ارشد و پیشگیری از آسیبهای اجتماعی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. ۱۳۸۱.
- ۶- کلدی علیرضا و گراوند اردشیر. بررسی علل خودکشی در شهرستان کوهدشت. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. ۱۳۸۱. شماره ۶، سال دوم، ص ۲۹۱-۲۷۵.
- ۷- مرادی سعدا... و خادمی علی. بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخهای جهانی. مجله پزشکی قانونی. ۱۳۸۱. شماره ۲۷، سال هشتم
- ۸- نقوی محسن و اکبری محمد اسماعیل. همه‌گیرشناسی آسیب‌های ناشی از علل خارجی (حوادث) در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، انتشارات فکرت. ۱۳۸۱.
- ۹- حیدری پهلویان، احمد. وضعیت روانی - اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان. فصلنامه اندیشه و رفتار. ۱۳۷۶. شماره ۱ و ۲. سال سوم.
- ۱۰- حسن‌زاده مهدی و رجالی علی. بررسی دویست مورد خودکشی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. ۱۳۶۳. شماره ۲۲، سال ششم، ص ۵۹-۴۷.
- ۱۱- محمدیان فتح‌ا.... بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی، استرس و شیوه‌های مقابله با خودکشی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی در شهر ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران. ۱۳۷۸.
- 12- Bertolote JM, Fleishmann A, Leo DD, Bolhari J, Botega N, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites : the WHO SUPRE-MISS Psychological Medicine , 2005;35:1457-1465

۱۳- ظهور علیرضا و افلاطونیان محمدرضا. فراوانی اقدام به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به بخش اورژانس شهر جیرفت در سال ۱۳۸۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۸۲. شماره ۳۸، ص

۹۱۳-۱۹.

14- Zarghami M, Khalilian A, Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. Burns 2001; 26: 115-19.

15- Cheng, ATA., Lee, CS., Suicide in Asia and the far east in the International Handbook of Suicide and Attempted Suicide; 1998: 29-48.

۱۶- احمدی‌زاده شاکر. بررسی مقدماتی برداشتها و آگاهیهای مردم شهر ایلام نسبت به خودکشی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران. ۱۳۷۳.

17- Balazs L, Lecrabier Y, Csiszier N, et al. Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: Importance of depressive disorders and of bipolar to diagnosis. Journal of Affective Disorders 2003; 76: 113-19.

18- Schnyder U, Valach L. Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. General Hospital Psychiatry 1997; 19: 119-29.

19- Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Youth suicide in Norway, 1990-1992: A comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls. Suicide & Life-threatening Behavior 1997; 27: 250-3.

20- Rihmer S. Relationship between recognized depression and suicide in Hungary. European Psychiatry 1996; 11: 181-8.

21- Gruffadd A, Lenkins P. psychological autopsy in psychiatric patients who attempted deliberate self-harm (preliminary results). European psychiatry 1996; II: 288-9.

خودکشی

خودکشی یک اورژانس روانپزشکی است که سالانه جان یک میلیون نفر را می‌گیرد برای خودکشی علل مختلفی ذکر گردیده و عوامل متعددی را در اقدام به آن مؤثر دانسته‌اند. مهمترین این عوامل عبارتند از:

علل روانی: بیماری‌های روانی به ویژه افسردگی، اعتیاد، پسیکوز، اختلال دوقطبی و (بیماری‌های شدید روانی).

علل جسمی: بیماری‌های جسمی مزمن (مثل سرطان، صرع، ایدز، بیماران دیالیزی).

علل اجتماعی: مثل تنها زندگی کردن، فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی و همچنین عوامل فشارزا

(مانند طلاق، بیکاری، فقر، از دست دادن نزدیکان، شکست در کار یا تحصیل، ازدواج تحمیلی و...).

پزشک خانواده باید کلیه موارد شناسایی و ارجاع شده توسط بهورز و کلیه مراجعان خود را که از

گروه‌های در معرض خطر خودکشی هستند، ویزیت کرده و طبق الگوریتم مداخله در خودکشی اقدامات مربوطه را انجام دهد.

گروه‌های در معرض خطر

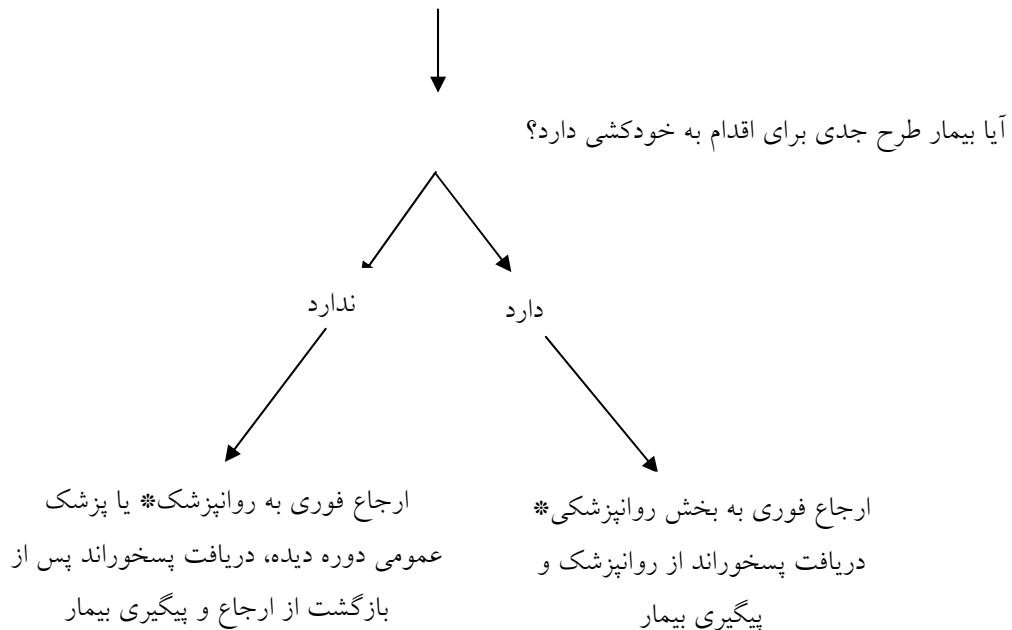
وجود هر یک از عوامل زیر می‌تواند عامل خطری برای اقدام به خودکشی باشد:

- افسردگی به ویژه افسردگی اساسی (ماژور)
- وجود یا سابقه پسیکوز، اختلال دوقطبی
- سابقه اقدام به خودکشی قبلی
- سابقه اقدام به خودکشی در یکی از اعضای خانواده
- سوء مصرف مواد و الکل
- مشکلات عاطفی اخیر یا طلاق
- ناامیدی، تنهایی یا انزوا

- تمایلات پرخاشگرانه یا تکانه‌ای (impulsive)
- شکست شغلی، مشکلات مالی و بیکاری
- مبتلایان به بیماری‌های جسمی مزمن و ناتوان‌کننده
- کسانی که از خودکشی صحبت می‌کنند یا طرح جدی برای خودکشی دارند

سؤالات غربالگری افکار خودکشی

- ۱- آیا در حال حاضر احساس می‌کنید از زندگی سیر شده‌اید؟
آیا در حال حاضر آرزو می‌کنید که کاش زندگی شما به پایان می‌رسید؟
آیا به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید؟
در صورت پاسخ مثبت به هریک از سؤالات فوق احتمال خطر خودکشی وجود دارد.



*اقداماتی که تا زمان ارجاع باید انجام شود:

- ۱- بیمار را تنها نگذارید.
- ۲- اشیاء خطرناک، وسایل تیز و برنده، داروها و سموم را دور از دسترس بیمار قرار دهید.
- ۳- مراقب احتمال صدمه زدن بیمار به خودش یا اطرافیان باشید.
- ۴- به بیمار فرصت دهید افکار و احساسات خود را آزادانه بیان کند و با وی همدلی نمایید.

- ۵- از پند و اندرز و قضاوت زودهنگام در مورد بیمار بپرهیزید. گاهی تنها گوش دادن به صحبت‌های بیمار می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.
- ۶- به خانواده جهت حمایت و نظارت نزدیک اطلاع دهید.
- ۷- در تمام موارد ارجاع به طور مشروح تشخیص، علت و اقدامات درمانی خود را ذکر نمایید.
- ۸- بیمارانی که به‌تنهایی قادر به اداره خود یا دادن اطلاعات کافی نیستند را به همراه یکی از بستگان مطلع ارجاع دهید.
- ۹- زمان و مکان ارجاع را به گونه‌ای تنظیم نمایید که بیمار دچار سردرگمی نشود.
- ۱۰- در صورت امکان سوابق درمانی و پاراکلینیکی بیمار ضمیمه فرم ارجاع گردد.

پیگیری و مراقبت بیمار دارای افکار خودکشی توسط پزشک بعد از بازگشت از ارجاع

روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده با بیمار ارجاع شده به یکی از طرق زیر عمل خواهد کرد:

الف- ادامه درمان تا کنترل بیماری و سپردن ادامه درمان بعد از کنترل به پزشک ارجاع دهنده

ب- ارائه رهنمود کلی و تعیین زمان ارجاع بعدی

ویزیت اولیه پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

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

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

ویزیت‌های بعدی

پزشک ترجیحاً بیمار را مطابق پس‌خوراند روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ویزیت می‌کند. در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه یک بار ویزیت می‌شود. برای قطع درمان ترجیحاً بیمار به صورت غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع می‌شود.

توصیه‌های تکمیلی در مورد بیمار با افکار خودکشی

- افسردگی یکی از شایع‌ترین علل خودکشی است، بدین ترتیب شناسایی به موقع افراد افسرده و درمان مناسب و کامل این افراد می‌تواند اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن را به میزان زیادی کم کند (به الگوریتم تشخیص و درمان افسردگی مراجعه کنید).
- این باور که بیماران با افکار خودکشی آن را عملی نمی‌کنند نادرست است و هر بیماری که تمایل به خودکشی را عنوان می‌کند باید به دقت ارزیابی و تحت نظر قرار گیرد.
- به بیمار و مراقبین وی بگویید گاه افکار خودکشی دوباره برمی‌گردد. تأکید کنید که در صورت برگشت افکار خودکشی سریعاً به شما مراجعه نمایند.
- پرسش در مورد خودکشی موجب افزایش خطر اقدام به خودکشی نمی‌شود و در مواردی که فرد در معرض خطر است حتماً باید از نظر خودکشی ارزیابی شود.
- از طریق خانواده، دوستان و همکاران بیمار را مورد حمایت قرار دهید.
- به بیمار فرصت دهید تا در مورد رنج‌ها و ناراحتی‌های خود حرف بزند، بیمار را حمایت کنید و از سرزنش و پند و اندرز اجتناب کنید.
- موقعیت‌های مثبت زندگی بیمار را به وی نشان دهید، به بیمار کمک کنید تا ارزش زندگی‌اش را برای خود و دیگران دریابد برای مثال اینکه فرزندان وی تا چه حد به وی نیازمندند.
- بر موقتی بودن احساس غیرقابل تحمل بیمار تأکید کنید؛ به‌خصوص اگر در گذشته دوره‌های مشابهی داشته که بهبود یافته است.
- از جمله عواملی که می‌تواند میزان خودکشی را افزایش دهد، پخش خبر مربوط به خودکشی یک نفر در بین مردم آن محل یا منطقه می‌باشد. پخش خبر خودکشی و نحوه اقدام به آن موجب می‌شود کسانی که دچار افسردگی هستند و در معرض خطر خودکشی قرار دارند، ترغیب شوند که خودشان را از بین ببرند. بنابراین به عنوان یک اقدام پیشگیرانه هم خودتان خبر خودکشی را پخش نکنید و هم به دیگران توصیه کنید از پخش این خبر خودداری کنند.

شرح وظایف پزشک تیم سلامت در رابطه با خودکشی

- پذیرش موارد ارجاع شده از سوی بهورز
- ارجاع فوری بیماران با افکار خودکشی به روانپزشک یا بخش روانپزشکی
- ارائه پسخوراند به بهورز در مورد پیگیری بیماران
- ارجاع غیرفوری به کارشناس بهداشت روان جهت انجام ارزیابی‌های روانشناختی و مداخلات درمانی غیردارویی پس از بازگشت بیمار از سطح تخصصی
- پیگیری برنامه درمانی توصیه شده توسط پزشک تخصصی سطح سوم
- آموزش بیمار و خانواده وی در مورد علل احتمالی، درمان و پیگیری بر حسب تشخیص
- نظارت بر عملکرد بهورز و کارشناس بهداشت روان

شرح وظایف بهورز

- شناسایی و غربالگری افراد در معرض خطر
- ارجاع به موقع افراد در معرض خطر و افرادی که اقدام به خودکشی داشته‌اند.
- پیگیری برنامه درمانی تعیین شده از سوی پزشک
- آموزش انفرادی به افراد مهم خانواده
- گزارش‌دهی منظم خودکشی
- ثبت و نگهداری اطلاعات به صورت محرمانه

شرح وظایف کارشناس بهداشت روان در رابطه با خودکشی

- بررسی موارد ارجاع شده از طرف پزشک و انجام ارزیابی‌های روانشناختی لازم.
- انجام مداخلات غیردارویی برای درمان خودکشی مشتمل بر مداخله در بحران، روش‌های حل مسئله، کنترل استرس و غیره

- انجام مداخلات پیشگیرانه در مورد افراد در معرض خطر خودکشی (پروتکل پیشگیری از خودکشی).
- آموزش به خانواده، بیمار و بهورز.

موارد ارجاع فوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده

- بیماری که به هر دلیل فکر خودکشی دارد.
- بیماری که به هر دلیل فکر خودکشی دارد یا این گونه وانمود می‌کند حتی اگر به نظر پزشک این مسأله واقعی یا جدی نباشد.
- بیماری که از خوردن آب و غذا امتناع می‌کند.
- وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت.

موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی

- بیماری که برای خودکشی برنامه یا نقشه مشخصی دارد
- بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند
- بیمار بسیار تحریک‌پذیر، آژیته یا شدیداً بی‌قرار که کنترل رفتار وی دشوار است

اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی از شایعترین تشخیص‌های روانپزشکی هستند. به علاوه مطالعات حاکی از آن بوده‌اند که این اختلالات مشکلات و عوارض زیادی را سبب می‌شوند. و مقادیر بالایی از خدمات بهداشتی را صرف خود می‌کنند و اختلال زیادی در کارکرد افراد به وجود می‌آورند. مطالعات جدید نیز نشان داده‌اند که اختلال اضطرابی مزمن می‌تواند میزان مرگ و میر مرتبط با عوارض قلبی عروقی را افزایش دهد. بنابراین بالینگران باید بتوانند اختلال اضطرابی را به سرعت و دقت تشخیص داده و درمان آن را شروع کنند. در حال حاضر درمان‌های موجود برای اختلالات اضطرابی از جمله مؤثرترین درمان‌های روانپزشکی به شمار می‌روند. درمان‌های دارویی و غیر دارویی همگی برای مقابله با اختلالات اضطرابی موثر شناخته شده‌اند. در بسیاری از موارد مثل اختلال پانیک اکثر بیماران می‌توانند انتظار داشته باشند که پس از مدت نسبتاً کوتاهی درمان، بهبود قابل توجهی در علایم آنها ایجاد شود. انواع اختلالات اضطرابی که در این فصل مورد بررسی قرار می‌گیرند عبارتند از:

اختلال پانیک

مشخصه اختلال پانیک وقوع غیرمنتظره و خود به خود حملات پانیک است که شامل حملات و دوره‌های مجزای ترس شدید می‌باشد و فراوانی بروز آنها از چند حمله در یک روز تا صرفاً تعداد انگشت شماری در یک سال فرق می‌کند.

جمعیت هراسی

جمعیت هراسی ترس مفرط از تحقیر شدن یا خجالت کشیدن در موقعیت‌های مختلف اجتماعی نظیر صحبت کردن در جمع یا غذا خوردن در کنار جمع می‌باشد.

اختلال وسواسی جبری

اختلال وسواسی جبری وجود وسواس‌ها یا اجبارهای مکرر و شدیدی است که رنج و عذاب قابل

ملاحظه‌ای برای فرد به بار می‌آورند. این وسواس‌ها یا اجبارها سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال قابل ملاحظه‌ای در روند معمول و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می‌کنند.

وسواس عبارتست از فکر، احساس، اندیشه یا حسی عودکننده و مزاحم. اجبار رفتاری آگاهانه، معیارمند و عودکننده است، نظیر شمارش، واریسی یا اجتناب. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی اجباری معمولاً از غیرمنطقی بودن وسواس‌هایش آگاهی دارد.

شیوع اختلالات اضطرابی

از هر ۴ نفر ۱ نفر واجد ملاکهای تشخیصی لاقبل یک اختلال اضطرابی است و میزان شیوع ۱۲ ماهه این اختلالات ۱۷/۷٪ است. زنان با شیوع مادام‌العمر ۳۰/۵٪ در مقایسه با مردان با شیوع ۱۹/۲ درصد ممکن است دچار اختلالات اضطرابی شوند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵).

مطالعات ایران

شیوع اختلالات اضطرابی در جمعیت بزرگسال شهر تهران با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی و پرسشنامه اضطراب بک بیش از ۱۵٪ و در کل ایران ۸/۳۱ درصد گزارش شده است (محمدی و همکاران، ۱۳۸۰).

جدول شیوع اختلالات اضطرابی ایران و جهان

نام اختلال	شیوع			مادام‌العمر			مادام‌العمر			نام اختلال
	WHO-all sites 18-65 ICD-10 CIDI	National comorbidity survey DSM-III-R CIDI	مطالعه اپیدمیولوژیک	اسکیزوفرنیا (SADS)	اسکیزوفرنیا (SADS)	تهران : پرسشنامه	اسکیزوفرنیا (SADS)	اسکیزوفرنیا (SADS)	تهران : پرسشنامه	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	زن	مرد	کل	زن	مرد	کل	زن	مرد	کل	
اختلال پانیک	۱/۱	۱/۵	۹/۱	۵/۳	۱۹/۲	۰/۷۹	۴۹/۱	۳۲/۲	۲۸/۱	۱/۸
وسواس	۸/۲	۷/۱	۲/۳	۸۲/۲	۰/۷۳	۷۶/۱	۵۶/۲	۴۸/۰	۴۹/۱	۹۱/۱
اختلال اضطرابی فراگیر	۹/۷	۶/۶	۶/۳	۵/۱	۹۴/۱	۰/۷۳	۳۳/۱	۶۷/۱	۱۰/۱	۳۷/۱
جمعیت‌هراسی	-	۵/۱۵	۱۱	۱۳	-	-	-	-	-	-
اختلال فوبی خاص	-	۷/۱۵	۷/۶	۳/۱۱	۲۲/۳	۰/۸۹	۲/۰۵	۸۶/۱	۱۰/۱	۴۷/۱
جمع		۵/۱۲	۱۷/۴	۳۱/۸	۴۳/۹	۳۹/۴	۸۳/۶			

نکات لازم در درمان اختلالات اضطرابی

به دلیل شیوع بالا و عوارض اختلالات اضطرابی در تمام گروه‌های سنی، مؤثرترین درمان مورد نیاز است.

مداخلات درمانی موجود برای درمان اختلالات اضطرابی از این قرارند:

۲- بنزودیازپین‌ها

درمان‌های دارویی (آنتی‌دپرسان‌های قدیم یا TCA، آنتی‌دپرسان‌های جدید یا SSRI)

درمان‌های روانی اجتماعی

درمان‌های روانی اجتماعی + دارودرمانی

بر اساس منابع موجود اگرچه شناخت درمانی درمان مؤثری است، بسیاری از بیماران هستند که به این درمان پاسخ مناسبی نمی‌دهند یا اصلاً پاسخ نمی‌دهند و بسیار گران می‌باشد. بنابراین نیاز به درمانی غیر از شناخت درمانی وجود دارد. موری استاین درمان‌های سوماتیک را به طور وسیعی در این زمینه مورد مطالعه قرار داد.

بتا بلوکرها میزان موفقیت بالایی در درمان اضطراب صحبت در جمع دارند (حدود ۵۰٪). درمان دیگر بنزودیازپین کوتاه اثر می‌باشد.

بنزودیازپین به خاطر ایمنی بالا و اثربخشی خیلی خوب، و عوارض جانبی کم درمان خوبی می‌باشند.

داروهای SSRI خیلی خوب تحمل می‌شوند.

شناخت درمانی پیشنهاد اول نیست و درمان روتین آن غیرضروری است.

مطالعات هزینه اثربخشی

برای افراد با افسردگی و اضطراب سایکوتراپی به اندازه داروهای ضدافسردگی جدید به صرفه است. مؤثرترین درمان برای بیماری‌های شایع روانپزشکی مثل اختلال پانیک به صرفه‌ترین آنهاست

(هزینه‌های برگشت داده شده هر سال عمر از دست رفته DALY averted costs، کمتر از متوسط درآمد سرانه در یک سال است).

علاوه بر کاهش عوارض روانپزشکی بیماری‌ها منافع دیگری نیز وجود دارد از جمله کاهش بار خانواده، ارایه مراقبت‌ها در منزل، کاهش جرم و رفتارهای ضداجتماعی در سطح جامعه. با هدف پوشش ۵۰٪ جمعیت، سال‌های سلامتی که در هر سال با درمان بیماری‌های دوقطبی و اختلال پانیک به دست می‌آید ۴۰۰-۱۵۰ در هر میلیون جمعیت است.

برای بیماری‌های شایعی که در مراقبت‌های اولیه درمان می‌شوند مؤثرترین استراتژی به کاربردن داروهای ضدافسردگی قدیم به علت قیمت کمتر آنها در مقایسه با داروهای ضدافسردگی جدید است. ولی به علت اینکه مرز بین قیمت این دو دسته دارو در حال کاهش می‌باشد داروهای جدید هم به صرفه هستند.

برای بیماری که با شکایت اضطراب مراجعه کرده یا توسط غربالگری به عنوان فرد مشکوک به اختلال اضطرابی ارجاع داده شده است، لازم است شرح حال کامل روانپزشکی و طبی، معاینه فیزیکی عمومی و معاینه علایم حیاتی و در صورت لزوم نوار قلب، آزمایشات CBC، Cr، T4، TSH، FBS، ALT، AST و بررسی از نظر سوءمصرف مواد و سایر داروهای مصرفی انجام شود.

در صورت طبیعی بودن معاینات و آزمایش‌ها به الگوریتم‌های تشخیصی و درمانی مراجعه شود. در غیر این صورت درمان اختلال طبی عمومی یا سوءمصرف مواد طبق پروتکل مربوطه و به همراه درمان اختلال اضطرابی انجام می‌شود.

بیماری که با شکایت اضطراب مراجعه کرده است

↓
گرفتن شرح حال، معاینه فیزیکی از نظر علائم حیاتی، وضعیت قلب،
ریه، هیپوگلیسمی و انجام آزمایش های لازم با توجه به شرح حال

↓
احتمال وجود بیماری جسمی

بلی

بسیاری از بیماری های جسمی مانند آریتمی قلبی، انفارکتوس
میوکارد، آسم، هیپوگلیسمی و هیپرتیروئیدی با علائم
اضطرابی بروز می کنند که در این صورت درمان بیماری طبی
موجب بهبود علائم اضطرابی خواهد شد. مگر اینکه با درمان
بیماری طبی علائم اضطرابی برطرف نشوند که در این
صورت لازم است درمان اضطراب مطابق الگوریتم درمان
اختلالات اضطرابی مربوطه انجام شود

خیر

احتمال وجود افسردگی، افکار خودکشی، اختلال
دوقطبی یا اختلال پسیکوتیک
بر اساس شرح حال و سؤالات تشخیصی مربوطه

بلی

مراجعه به الگوریتم های تشخیصی و
درمانی هریک از اختلالات

خیر

آیا بیمار حمله پانیک دارد؟

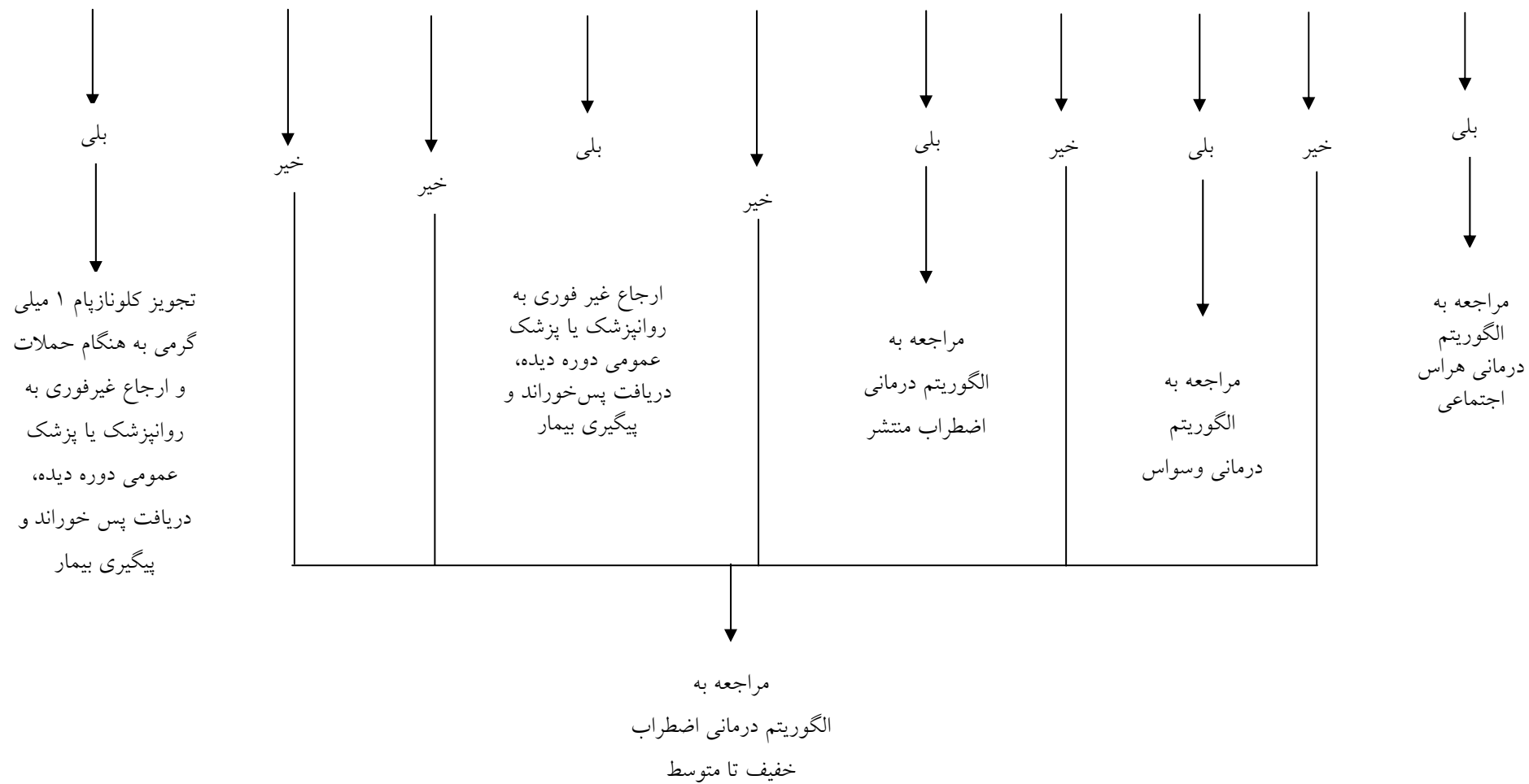
(دوره ای از ترس یا ناراحتی شدید که
ابتدا و انتهای مشخصی دارد و در عرض
۱۰ دقیقه به حداکثر شدت خود می رسد.
حداقل با ۴ علامت افزایش ضربان قلب،
تعریق، لرزش، احساس کوتاه شدن
تنفس، احساس خفقتان، ناراحتی یا درد
قفسه سینه، تهوع) (پیوست الف)

آیا بیمار علائم اختلال
استرس پس از سانحه
دارد؟ (مواجهه با موقعیت
فاجعه آمیز و متعاقب آن
خاطرات مزاحم،
تحریک پذیری، مشکل
خواب، فوران خشم، مشکل
تمرکز حواس)

آیا بیمار اختلال اضطرابی منتشر دارد؟
(احساس تنش و نگرانی مفرط در مورد
مسائل روزمره طوری که برای او اختلال
کارکرد ایجاد نماید، همراه با یکی از
علائم زود خسته شدن، بی قراری، مشکل
تمرکز، تحریک پذیری، تنش عضلانی و
کاهش خواب)

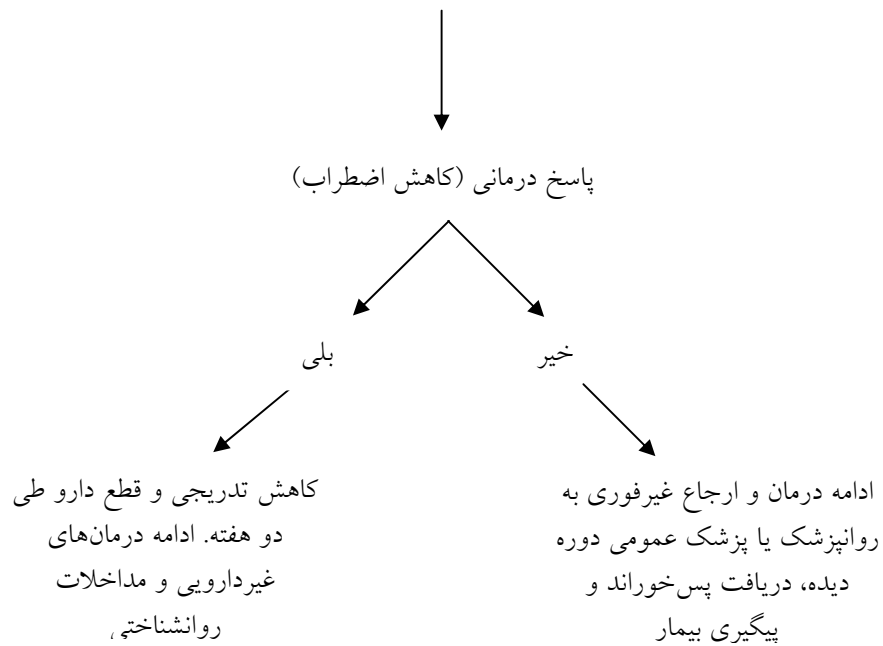
آیا بیمار اختلال وسواس دارد؟
(افکار یا رفتارهای تکراری
و مزاحم مثل شستشو،
وارسی یا چک کردن زیاد
از حد)

آیا بیمار هراس اجتماعی دارد؟
(ترس از حضور در
موقعیت های اجتماعی مثل
صحبت کردن در جمع یا
ترس از اینکه کانون توجه
واقع شود)

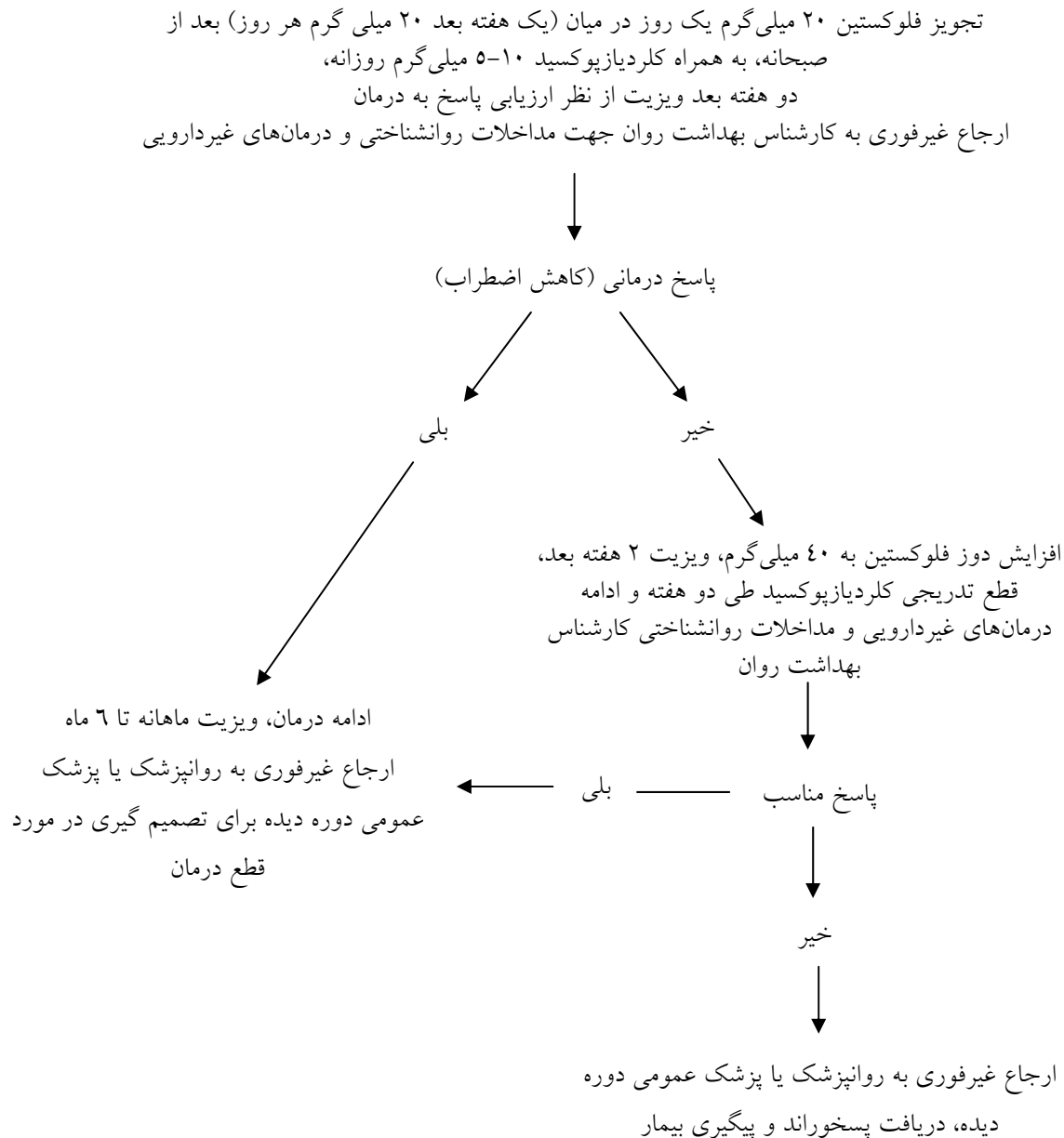


الگوریتم درمان اختلال اضطرابی خفیف تا متوسط

شروع درمان دارویی با یک بنزودیازپین مثل کلردیازپوکساید ۵ میلی گرم دو بار در روز یا نصف قرص اکسازپام فقط در مواقعی که احساس اضطراب زیاد باشد (حداکثر دوز روزانه ۱۵ میلی گرم). ارجاع به کارشناس بهداشت روان جهت درمان‌های غیردارویی و مداخلات روانشناختی و ارزیابی مجدد دو هفته بعد



الگوریتم درمان اختلال اضطرابی منتشر



حمله پانیک

حمله پانیک دوره‌ای از ترس یا ناراحتی شدید است که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و در عرض ۱۰ دقیقه به حداکثر شدت خود می‌رسد. حداقل با ۴ علامت افزایش ضربان قلب، تعریق، لرزش، احساس کوتاه شدن تنفس، احساس خفقان، ناراحتی یا درد قفسه سینه و تهوع همراه است.

نخستین حمله پانیک اغلب کاملاً خود به خود است. اما گاهی نیز حمله‌های پانیک در پی برآشفتگی، فعالیت بدنی یا جنسی، یا آسیب هیجانی متوسطی ممکن است روی دهد. وقتی حمله پانیک شروع می‌شود اغلب علایمش در عرض ۱۰ دقیقه به سرعت تشدید می‌شود. علایم روانی عمده آن عبارتند از ترس مفرط و احساس قریب الوقوع بودن مرگ و نابودی. بیمار اغلب نمی‌تواند علت ترس خود را بیان کند. و به علاوه ممکن است دچار اغتشاش شعور شود و در تمرکز اشکال پیدا کند. نشانه‌های جسمی حمله پانیک عبارت است از افزایش ضربان قلب، احساس تپش قلب، تنگی نفس و تعریق. بیمار اغلب می‌کوشد در هر جایی هست، آنجا را ترک کند تا از کسی کمک بگیرد. حمله عموماً ۳۰-۲۰ دقیقه و ندرتاً بیش از ۱ ساعت طول می‌کشد. اگر در حین حمله پانیک وضعیت روانی بیمار به طور معمول معاینه شود، نشخوار ذهنی، اشکال در صحبت کردن، و مختل شدن حافظه دیده می‌شود. علایم پانیک ممکن است به سرعت یا به تدریج برطرف شود. بیمار در فاصله حملات ممکن است از اینکه دچار حمله دیگری شود دچار اضطراب انتظاری شود. افتراق میان اضطراب انتظاری و اختلال اضطرابی فراگیر ممکن است دشوار باشد. ولی بیماران دچار اختلال پانیک که اضطراب انتظاری پیدا می‌کنند، می‌توانند علت اضطراب خود را بیان کنند.

نگرانی از مرگ به دلیل مشکل قلبی یا تنفسی ممکن است کانون اصلی توجه بیمار در حین حمله پانیک باشد. بیمار ممکن است معتقد باشد تپش قلب و درد قفسه سینه نشاندهنده آن است که دارد می‌میرد. بسیاری از این بیماران یعنی حدود ۲۰ درصد، واقعاً در حین حمله پانیک دچار حمله‌های سنکوپ می‌شوند. اینها افراد جوان ۳۰-۲۰ ساله‌ای هستند که به بخش فوریت‌ها مراجعه می‌کنند و با اینکه از نظر جسمی سالم هستند، اصرار می‌کنند که دچار حمله قلبی شده‌اند و دارند می‌میرند. در این

شرایط پزشک بخش فوریت‌ها باید به تشخیص پانیک فکر کند. نفس نفس زنی می‌تواند آکالوز تنفسی و سایر علایم را ایجاد کند. درمان قدیمی نفس کشیدن در داخل کیسه کاغذی گاه مفید است، چون شدت آکالوز را کم می‌کند.

مدیریت حمله پانیک

(دوره‌ای از ترس یا ناراحتی شدید که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و در عرض ۱۰ دقیقه به حداکثر شدت خود می‌رسد. حداقل با ۴ علامت افزایش ضربان قلب، تعریق، لرزش، احساس کوتاه شدن تنفس، احساس خفقان، ناراحتی یا درد قفسه سینه و تهوع همراه است).

گرفتن شرح حال، معاینه فیزیکی از نظر علایم حیاتی، وضعیت قلب، ریه، هیپوگلیسمی و انجام آزمایشات لازم با توجه به شرح حال

احتمال وجود بیماری جسمی

بله

بسیاری از بیماری‌های جسمی مانند آریتمی قلبی، انفارکتوس قلبی، آسم، هیپوگلیسمی و هیپرتیروئیدی با علایم مشابه حمله پانیک بروز می‌کنند که در این صورت درمان بیماری طبی موجب بهبود علایم اضطرابی خواهد شد. اگر با درمان بیماری طبی علایم اضطرابی برطرف نشوند لازم است درمان اضطراب مطابق الگوریتم درمان اختلالات اضطرابی مربوطه انجام شود.

خیر

تشخیص
حمله پانیک

تجویز کلونازپام ۱ میلی گرمی

پاسخ نمی‌دهد

تجویز دوز بعدی کلونازپام ۱ میلی گرمی پس از ۲۰ دقیقه

پاسخ نمی‌دهد

بررسی مجدد بیماری طبی

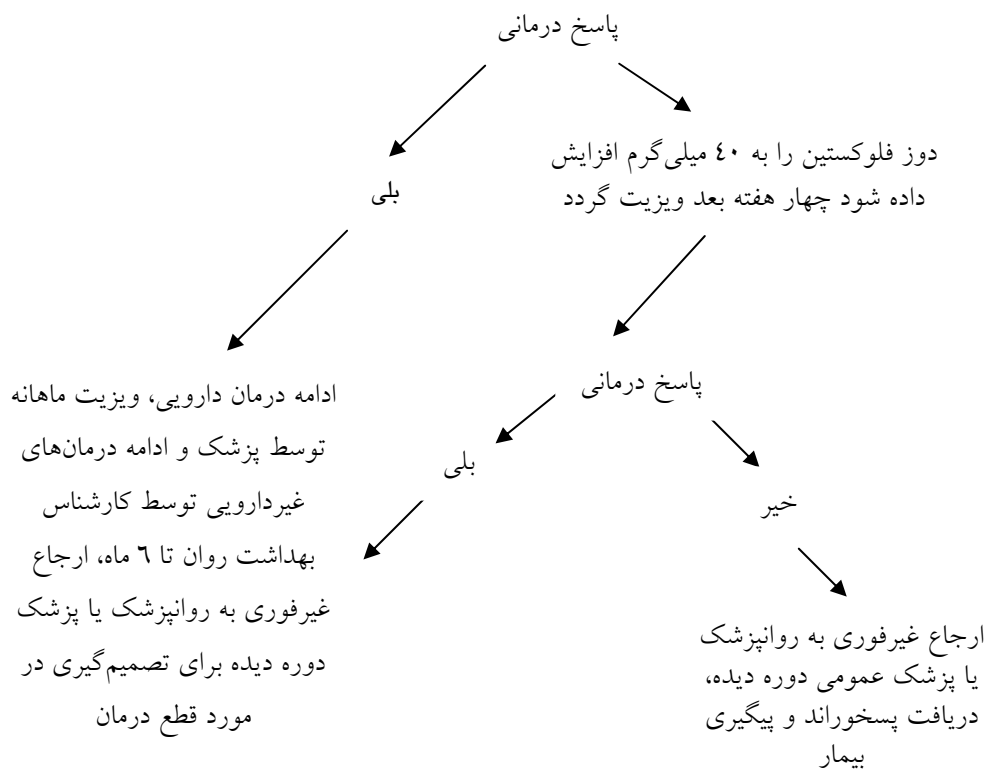
پاسخ می‌دهد

ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی
دوره دیده و دریافت پسخواند و پیگیری بیمار

الگوریتم درمان اختلال وسواسی جبری

تجویز فلوکستین ۲۰ میلی‌گرم یک روز در میان، یک هفته بعد ۲۰ میلی‌گرم هر روز بعد از صبحانه، چهار هفته بعد ویزیت از نظر ارزیابی پاسخ به درمان.

همچنین ارجاع غیرفوری به کارشناس بهداشت روان جهت مداخلات روانشناختی و درمان‌های غیردارویی.



تذکر:

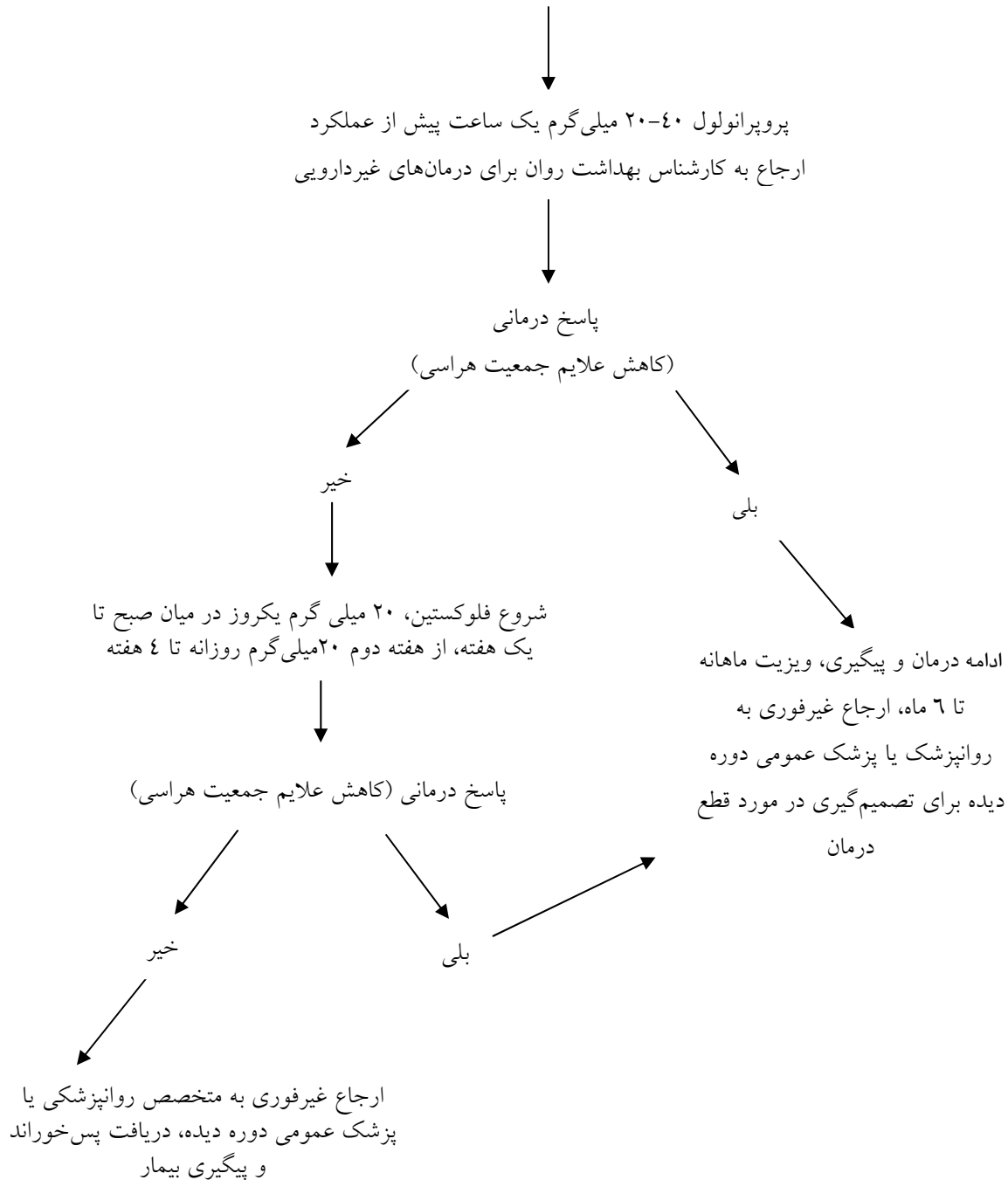
اثرات اولیه داروها عموماً پس از ۶-۴ هفته دیده می‌شود، اما برای کسب حداکثر نفع درمانی ۱۶-۸ هفته زمان لازم است.

برای تصمیم‌گیری در مورد ادامه درمان پس از ۱۶ هفته، جهت تنظیم دوز، بیمار به روانپزشک ارجاع شده و پیگیری درمان پس از ارجاع انجام شود.

پاسخ درمانی در ابتدا به صورت کاهش اضطراب و بهبود عملکرد و در نهایت به صورت کاهش

فکر یا رفتار وسواسی می‌باشد (درمان با فلوکستین ممکن است در ابتدا اضطراب بیمار را زیاد کند که موقتی بوده و طی یکی دو هفته اول برطرف می‌شود).

الگوریتم درمانی اختلال جمعیت هراسی



موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی

- بیمارانی که قصد یا برنامه‌ای برای خودکشی دارند حتی اگر به نظر پزشک واقعی نرسد، یا بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند.
- بیمارانی که علائم غیرقابل کنترل پرخاشگری، تحریک‌پذیری و بی‌قراری دارند.
- بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.

موارد ارجاع فوری به روانپزشک یا پزشک دوره دیده

- بیمارانی که علائم ناتوان‌کننده یا شدید دارند طوری که کلیه فعالیت‌های روزمره آنها مختل شده است.
- وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت.
- بیمارانی که افکار خودکشی دارند بدون قصد یا اقدام به خودکشی.

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک دوره دیده

- بیمارانی که تشخیص اختلال پانیک دارند.
- بیمارانی که تشخیص اختلال استرس پس از سانحه دارند
- بیمارانی که پس از یک دوره درمان، پاسخ نسبی نداده‌اند

پیگیری بیمار پس از بازگشت از ارجاع

ویزیت اولیه (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و ویزیت مجدد یک هفته بعد.

ویزیت‌های بعدی

پزشک ترجیحاً بیمار را بر طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند روانپزشک یا پزشک عمومی دوره

دیده از نظر پاسخ درمانی و عوارض دارویی ویزیت می‌کند. در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه ویزیت می‌شود. برای تصمیم‌گیری جهت قطع درمان بیمار به صورت غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع می‌شود.

نکاتی که پزشک باید به بیمار و خانواده وی آموزش دهد

- به بیمار و خانواده یادآور شود که اثرات اولیه داروها برای اختلال وسواس عموماً بعد از ۶-۴ هفته دیده می‌شود، اما برای کسب حداکثر نفع درمانی ۱۶-۸ هفته زمان نیاز است.
- بنزودیازپین‌ها بیشتر از ۲ هفته مداوم مصرف نشود.
- عوارض شایع داروها برای بیمار و خانواده توضیح داده شود (عوارض در پیوست داروها موجود است).
- اختلال پانیک علی‌رغم شدت آن کشنده یا خطرناک نبوده و درمان‌پذیر می‌باشد.
- قبل از قطع دارو حتماً با پزشک مشورت شود.
- دارو باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی‌شود.
- استرس و نگرانی هم اثرات جسمانی و هم روانی دارد. -
- جهت کاستن از اثرات استرس می‌توان از روش آرام‌سازی به صورت روزانه استفاده کرد.
- کاهش مصرف کافئین یا اجتناب از مصرف الکل و دخانیات ضروری است.
- حمایت خانواده از بیمار ضروری است.
- سعی شود بیمار رابطه بین نشانه‌های بیماری و مشکلات را بفهمد و راه حل‌هایی که به نظرش می‌رسد ارائه دهد.

شرح وظایف اعضای تیم سلامت در مورد اختلالات اضطرابی

وظایف بهورز درباره بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی

- غربالگری جمعیت تحت پوشش هر سال یک بار و ارجاع موارد مشکوک به پزشک
- پیگیری پذیرش و ادامه درمان از سوی بیماران
- ارجاع موارد مشکوک به پزشک
- پیگیری مواردی که به موقع برای ویزیت پزشک مراجعه نمی‌کنند یا مواردی که پزشک به هر دلیل، از جمله مصرف نامرتب دارو، برای پیگیری بیشتر به بهورز معرفی می‌کند.
- مشخص کردن علت عدم مراجعه، وضعیت مصرف دارو، وضعیت عوارض، وضعیت رضایت خانواده و وضعیت رضایت بیمار.
- توصیه به مصرف دارو و تذکر در مورد خطرات قطع درمان یا مصرف نامرتب دارو.
- توضیح درباره نحوه صحیح مصرف دارو، درمان‌پذیر بودن عوارض، تشویق بیمار به مراجعه به پزشک.
- اطمینان‌بخشی به بیمار و خانواده وی و آموزش درباره بیماری و مراجعه به مرکز بهداشت در صورت برخورد با هر نوع مشکلی در زمینه بیماری یا نحوه برخورد با بیمار.
- شناسایی علل و عوامل احتمالی همکاری نکردن در درمان و به کار گرفتن امکانات موجود جهت رفع آنها.
- ارائه گزارشی از پیگیری‌های انجام شده به پزشک.
- ثبت مشخصات بیماران و پیگیری‌های انجام شده و تکمیل فرم‌های مربوطه.
- دریافت پسخوراند از پزشک.

وظایف کارشناس بهداشت روان درباره بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی

- پیگیری برنامه درمانی ارائه شده توسط پزشک و اطمینان از پیشرفت صحیح کار درمان.

- کشف موقعیت‌های بیرونی که سبب تشدید بیماری می‌شود و انجام مداخلات درمانی لازم در صورت امکان.
- آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی برای اختلالات اضطرابی.
- آموزش تکنیک‌های مقابله با افکار مزاحم و اجتناب، در صورتی که توسط پزشک ارجاع داده شود.
- آموزش درباره ادامه مصرف دارو و رفع باورهای غلط در مورد داروها.
- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری و عوامل تأثیرگذار در بهبود و یا تشدید بیماری.
- ترغیب بیماران ارجاع شده از طرف بهورز برای مصرف دارو.
- انجام مداخلات غیردارویی شامل ارزیابی روانشناختی، رفتاردرمانی و شناخت درمانی.

وظایف پزشک درباره بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی

- ویزیت افراد مشکوک به اختلال، از جمله موارد ارجاع شده از طرف بهورز، بر اساس الگوریتم و تصمیم‌گیری در مورد نحوه درمان و پیگیری.
- نظارت بر عملکرد بهورز و کارشناس بهداشت روان.
- انجام ویزیت‌های پیگیری و بررسی از نظر بهبود علائم هدف، سیر درمان و نیاز به تغییر درمان یا ارجاع بیمار.
- انجام ویزیت‌های پیگیری و بررسی از نظر وجود عوارض و درمان آن یا ارجاع بیمار.
- انجام ویزیت‌های پیگیری و بررسی از نظر وضعیت سلامت عمومی و نیاز به درمان‌های طبی.
- انجام ویزیت‌های پیگیری و بررسی از نظر پذیرش دارویی بیمار.
- ارجاع فوری یا غیرفوری بیماران به سطح تخصصی و دریافت پسخوراند.
- انجام ویزیت‌های پیگیری ماهانه پس از برگشت بیمار از ارجاع به سطح تخصصی.

نکات خاص دوره سالمندی

- اختلالات اضطرابی در سالمندان غیرشایع نیست و اغلب با دیگر اختلالات روانپزشکی و بیماری‌های طبی همبودی دارد.
- شیوع کلیه اختلالات اضطرابی در سالمندان کمتر از میانسالان است بجز اختلال اضطراب منتشر و اختلالات فوبی که به اندازه میانسالان می‌باشد.
- ۳- مهمترین تشخیص افتراقی اختلالات اضطرابی در سالمندان، بیماری‌های طبی و عوارض دارویی است.
- ۴- نظر به اینکه غالباً اضطراب در سالمندان با افسردگی همراه می‌باشد، از این رو بررسی افسردگی خفیف و در صورت تایید اجرای پروتکل درمان افسردگی برای این بیماران پیشنهاد میشود.
- ۵- در صورت تأیید بیماری اضطرابی تجویز داروهای ضدافسردگی بر ضداضطرابی ارجحیت دارد.
- تفاوت ویژه‌ای در راهکار درمانی اختلالات اضطرابی سالمندان با بالغین وجود ندارد.
- دوز شروع دارو در سالمندی یک چهارم تا نصف دوز مورد نظر بالغین است.
- استفاده کمتر از بنزودیازپین‌ها در سالمندان یک اصل است زیرا باعث: ۱. سقوط بیمار ۲. افزایش اختلال حافظه میشود. در صورتی که مجبور به استفاده از این دسته دارویی شویم، لازم است به نکات زیر توجه کنیم:
- استفاده از داروهای با نیمه عمر پایین‌تر
- دوره درمان کوتاه‌تر
- دوز پایین‌تر
- قطع آهسته‌تر
- استفاده از داروهای ضدپسیکوز به صورت اولیه در اختلالات اضطرابی سالمندان جایگاهی ندارد.

پیوست سؤالات مربوط به شرح حال اختلالات اضطرابی

سؤالات مربوط به حمله پانیک

- ۱- آیا ناراحتی یا ترس شدیدی داشته‌اید که به صورت حمله‌ای با ابتدا و انتهای مشخص بوده و حداقل چند دقیقه طول بکشد؟
- ۲- آیا در طول این دوره احساس تعریق، لرزش، تپش قلب، خشکی دهان، احساس خفگی، تند نفس کشیدن، درد و ناراحتی در قفسه سینه، حالت تهوع یا دل‌شوبه به صورت ناگهانی داشته‌اید؟
- ۳- آیا در طول این دوره به صورت ناگهانی احساس سرگیجه، عدم تعادل، ضعف یا منگی برای شما ایجاد می‌شود؟
- ۴- آیا در طول این دوره احساس ترس از مردن یا دیوانه شدن یا از هوش رفتن برای شما اتفاق افتاده است؟
- ۵- آیا در طول این دوره احساس کرختی یا مورمور شدن بدن برای شما رخ داده است؟
- ۶- آیا در طول این دوره احساس سرمازدگی یا گرگرفتگی می‌کنید؟

سؤالات مربوط به اختلال اضطرابی خفیف تا متوسط و اختلال اضطراب فراگیر

- ۱- آیا احساس تنش و نگرانی در مورد مسایل روزمره دارید؟
- ۲- آیا برای شما اتفاق افتاده که احساس کنید مغزتان کار نمی‌کند یا حواسپرت شده اید؟
- ۳- آیا اخیراً زود از کوره در می‌روید یا زود عصبانی و خشمگین می‌شوید؟
- ۴- آیا اخیراً به دلیل نگرانی دیر به خواب می‌روید؟
- ۵- احساس بی‌قراری، دلواپسی یا دلشوره دارید؟

سوالات مربوط به اختلال وسواسی جبری

- ۱- دچار افکار، تصورات دائمی مزاحم و تکراری شده‌اید طوری که باعث آزار و اذیت شما شوند و بخواهید از شر آنها خلاص شوید؟
- ۲- آیا رفتارهای تکراری مثل شست‌وشو یا شک کردن زیاد که به دنبال آن واریسی انجام دهید دارید؟
- ۳- آیا فکر می‌کنید که این فکرها و کارهای تکراری افراطی و نامعقول هستند؟

سوالات مربوط به اختلال استرس پس از سانحه

- آیا اخیراً با واقعه‌ای روبرو شده یا شاهد آن بوده‌اید که خطر جدی (مرگ یا آسیب یا خطر آن) شما یا دیگران را تهدید کند؟
- واکنش شما در مقابله با این حادثه چگونه بوده است (ترس، وحشت و درماندگی)؟
- آیا آن واقعه را به شکل تصور یا افکار مزاحم یا کابوس‌هایی که باعث رنج و عذاب شما شود به یاد می‌آورید؟
- آیا احساس می‌کنید که واقعه برای شما دوباره در حال تکرار شدن است؟
- آیا مواردی که یاد آور آن حادثه هستند برای شما عذاب آور است؟
- آیا تلاش می‌کنید که از هر سرنخی (افکار، احساسات، یا فعالیت‌ها یا مکان‌ها) که آن حادثه را به یاد شما می‌آورد دوری کنید؟
- آیا احساس می‌کنید بخش‌های مهمی از آن حادثه را فراموش کرده و نمی‌توانید به خاطر بیاورید؟
- یا احساس می‌کنید علاقه شما نسبت به امور مهم زندگی کم شده است؟
- آیا احساس می‌کنید با دیگران غریبه‌اید؟
- آیا احساس می‌کنید مثل گذشته نمی‌توانید احساس مهر و محبت داشته باشید؟
- آیا احساس می‌کنید همه چیز برای شما بعید است (مثلاً ازدواج کردن، بچه‌دار شدن یا عمر

معمول داشتن)

- آیا خواب شما مختل شده است (مشکل در به خواب رفتن یا تداوم خواب)؟
- آیا زود عصبانی و خشمگین می‌شوید؟
- آیا با کوچکترین صدایی از جا می‌پرید؟
- آیا حواسپرت شده‌اید؟

اختلاّت خواب

مقدمه

خواب حالتی منظم و تکرار شونده است که به آسانی قابل برگشت است. کنترل دقیق خواب بخشی از کار مهم بالینی است. خواب با سلامت روانی ارتباط نزدیک دارد. اختلالات اولیه و مقاوم خواب که شایع هستند می‌توانند سبب عوارض مهم روانشناختی در یک فرد سالم از سایر جنبه‌های روانی گردد.

اختلالات خواب انواع مختلفی دارد که یکی از انواع مهم و شایع آنها بی‌خوابی می‌باشد. بی‌خوابی علاوه بر خستگی روزانه می‌تواند سبب اثرات مهمی روی خلق و رفتار و کارایی فرد شود. بعضی از تحقیقات نشان می‌دهد که بی‌خوابی ممکن است در برخی از بیماران افسرده علت ایجادکننده آن باشد. نشان داده‌اند که بی‌خوابی می‌تواند منجر به تخریب سطح سلامتی افراد از نظر کمی و کیفی به اندازه نارسایی قلبی یا افسردگی گردد. بی‌خوابی مزمن در سطح جمعیتی شایع می‌باشد (تا ۱۰ درصد). پر خوابی هم مانند بی‌خوابی می‌تواند سبب ایجاد مشکلات عمده در فعالیت اجتماعی فرد گردد. اختلالات خواب مربوط به تنفس به صورت قطع مکرر روند خواب به علت اختلال در تهویه در حین خواب تظاهر می‌یابد. این اختلال شایع است و شیوع آن ۴ درصد در مردان میانسال، ۲ درصد زنان بزرگسال و ۱ درصد در کودکان است. این بیماری می‌تواند سبب موربیدیتی عمده قلبی عروقی و سیستم عصبی گردد.

حمله خواب آنگونه که زمانی تصور می‌شد نادر نیست. برآورد می‌شود که این اختلال در ۰/۰۲ تا ۰/۱۶ درصد بزرگسالان روی می‌دهد و تا حدی زمینه خانوادگی دارد.

با توجه به تأثیر اختلالات خواب در زندگی افراد که به آن اشاره شد و از آنجا که مصرف بی‌رویه و خودسرانه داروهای خواب‌آور به میزان قابل توجهی بالا است چون خیلی از مشکلات مربوط به خواب به راحتی و با رعایت مسایل مربوط به بهداشت خواب رفع می‌گردد توجه به این اختلال در اکثر کشورهای دنیا افزایش یافته است.

ارزیابی بیمار مبتلا به اختلالات خواب

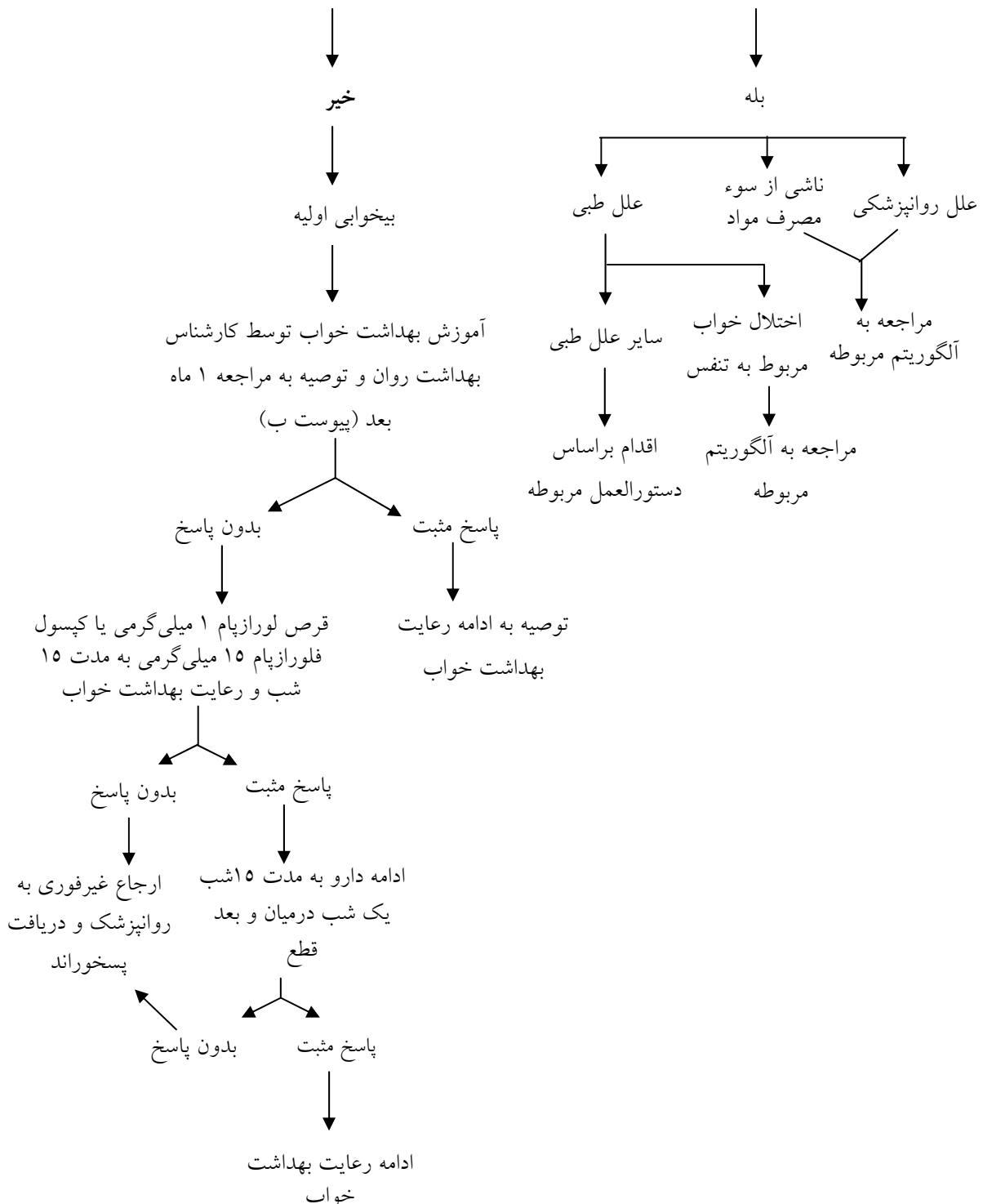
بی‌خوابی

شکایت مراجع از یکی از موارد زیر به مدت حداقل یک ماه:

- ۱- اشکال در به خواب رفتن
- ۲- بیدار شدن مکرر شبانه
- ۳- بیدار شدن در ساعات اولیه صبح و مشکل در به خواب رفتن مجدد
- ۴- احساس خستگی و کسلی و نبودن نشاط با وجود ساعات خواب کافی

اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی

بی خوابی ناشی از بیماری‌های طبی یا اختلال روانپزشکی، اختلالات وابسته به سوء مصرف مواد می‌باشد.
(مراجعه به پیوست الف)



پیوست الف: علل بی‌خوابی

علل روانپزشکی

- اختلالات اضطرابی
- افسردگی
- مانیا
- اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک

علل طبی

- وضعیت‌های همراه با درد (بدخیمی‌ها/آرتریت/ریفلاکس/اختلالات قلبی تنفسی)
- ناکتوریا (Nocturia) ناشی از پروستاتیس یا عفونت‌های ادراری
- اختلال اندوکراین یا متابولیک (بیماری‌های تیروئید/نارسایی کبد یا کلیه)
- ضایعات سیستم عصبی مرکزی (ترومای سر/ضایعات عروقی مغز)
- اختلالات خواب مربوط به تنفس

مصرف مواد

- قهوه، چای و سایر محرک‌ها
- الکل
- داروهای طبی و روانپزشکی از قبیل محرک‌ها
- ترک مصرف یا سوءمصرف برخی مواد
- سیگار

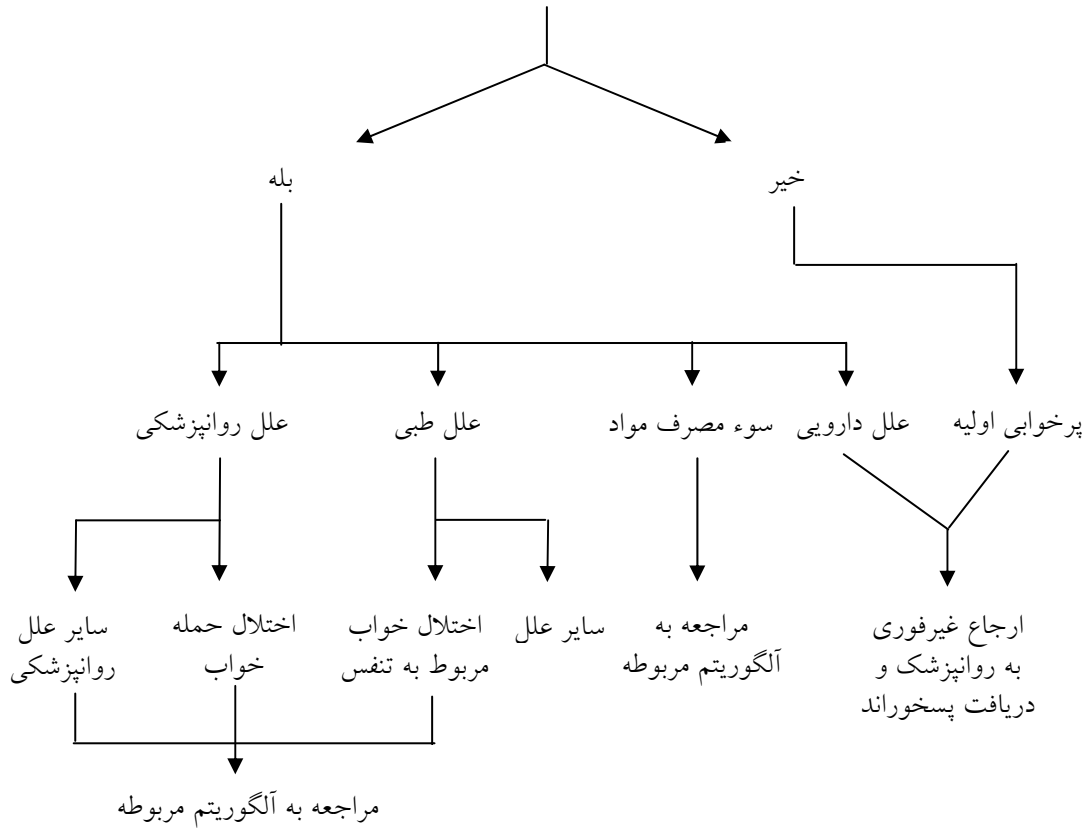
پیوست ب: بهداشت خواب

- ۱- هر شب در وقت معینی به رختخواب بروید و هر روز در وقت معینی از خواب بیدار شوید.
- ۲- از بستر فقط برای خوابیدن استفاده کنید.
- ۳- مصرف داروهایی مثل کافین، نیکوتین، الکل و محرک‌ها را به ویژه قبل از خواب متوقف کنید.
- ۴- از چرت زدن روزانه پرهیزید.
- ۵- به کمک برنامه تدریجی ورزش صبحگاهی تناسب جسمانی خود را به دست آورید.
- ۶- حمام با آب گرم و به مدت ۲۰ دقیقه قبل از خواب را امتحان کنید.
- ۷- هر روز در ساعت معینی غذا صرف کنید و قبل از خواب غذای سنگینی میل نکنید.
- ۸- غروب‌ها از روش آرام‌سازی استفاده کنید.
- ۹- شرایط خواب را برای خود راحت سازید.

پر خوابی

شکایت از خواب‌آلودگی به صورت دوره‌های طولانی خواب یا خواب‌آلودگی روزانه که حداقل ۱ ماه طول کشیده باشد
اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی

خواب‌آلودگی ناشی از علل طبی یا روانپزشکی یا سوء مصرف مواد یا سایر اختلالات خواب مثل
بی‌خوابی اولیه می‌باشد (پیوست ج)



پیوست ج: علل شایع پر خوابی

اختلالات اولیه خواب

- پر خوابی اولیه
- اختلالات ریتم خواب
- اختلال حمله خواب

علل طبی

- انسفالیت‌ها و مننژیت
- سکته مغزی، ضربه به سر، توده‌های اشغال‌کننده فضا در مغز
- وضعیت‌های دژنراتیو نورولوژیک
- اختلالات توکسیک، متابولیک یا هورمون
- اختلالات خواب مربوط به تنفس

مصرف مواد

- الکل و سایر مواد مخدر
- داروهای تجویز شده (مثل آنتی‌پسیکوتیک‌ها، بنزودیازپین‌ها، ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای)
- سندرم ترک مواد محرک
- ثانویه به بی‌خوابی یا محرومیت خواب

علل روانپزشکی

- انواع آتیپیک افسردگی
- دلیریوم

حمله خواب

شکایت از حملات غیرقابل مقاومت خواب همراه با فقدان ناگهانی قوام عضلانی و یا توهم یا ناتوانی در تکان دادن عضلات در زمان بیداری در شروع خواب یا بیداری پس از پایان دوره‌های خواب



احتمال حمله خواب مطرح است



توصیه به پرهیز از داروهای رخوت‌زا و پرهیز از کارهایی که به تمرکز بالا نیاز دارند مثل رانندگی و کار با دستگاه‌ها
ارجاع غیرفوری به روانپزشک و دریافت پسخوراند

اختلال خواب مربوط به تنفس

شکایت بیمار از بیدار شدن‌های مکرر شبانه همراه با سردرد صبحگاهی بدون مشکل در به خواب رفتن و یا شکایت هم‌اتاقی‌ها از خرخر پر سر و صدا و خواب ناآرام فرد



احتمال اختلال خواب مربوط به تنفس مطرح است



توصیه به پرهیز از مصرف داروهای رخوت‌زا و الکل
ارجاع غیرفوری به روانپزشک و دریافت پسخوراند

پر خاشگری

مقدمه

رفتار پرخاشگرانه در انسان به صورت اعمال خشونت‌بار به منظور صدمه به خود یا دیگران تظاهر می‌کند و آنها نیز ممکن است از چنین برخوردهایی اجتناب یا با آن مقابله کنند. پرخاشگری و خشونت در موقعیت‌های بالینی متعددی روی می‌دهد. هرگاه تعادل بین تکانه‌ها و تسلط درونی از هم بپاشد خشونت بروز می‌کند. افراد ممکن است افکار خشونت‌باری داشته باشند اما تا تسلط خود را از دست نداده‌اند این افکار به عمل در نمی‌آید.

هر وضعیتی که در زمینه کاهش تسلط موجب افزایش تکانه‌های پرخاشگرانه شود ممکن است به اعمال خشونت بار بیانجامد. موقعیت‌هایی که در آنها ترکیبی از این عوامل وجود دارد عبارتند از: سوءمصرف مواد و اختلالات عضوی، معلولیت‌های رشدی، سایکوز، اختلال سلوک، اختلالات خلقی، اختلالات شخصیتی و فشارهای فلج‌کننده روانی و محیطی.

فراوانی برخی از انواع پرخاشگری شامل آدم‌کشی، کتک کاری، حمله با سلاح یا تجاوز توسط مردان به وضوح از زنان بیشتر است.

با توجه به عواقبی که ناتوانی در شناسایی و نحوه برخورد و اداره فرد پرخاشگر می‌تواند داشته باشد و احتمال خطراتی که هم برای فرد پرخاشگر و هم کادر درمانی و اطرافیان فرد وجود دارد پرداختن به این مبحث در مقوله بهداشت روان لازم است.

عوامل پیش‌بینی‌کننده خشونت قریب‌الوقوع

اعمال خشونت اخیر از جمله خسارت زدن به اموال

تهدید کلامی و فیزیکی

حمل اسلحه یا سایر اشیایی که ممکن است به عنوان اسلحه از آنها استفاده شود

بی‌قراری یا عصبانیت شدید

مسمومیت با الکل یا سایر مواد

خصوصیات پارانوئید

توهمات شنیداری آمرانه

مانیای شدید

اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی یا پارانوئید

خطر خشونت را ارزیابی کنید

تفکر، میل و طرح خشونت

قابلیت دسترسی به ابزار خشونت، اجرای طرح و احتمال سوءاستفاده از دیگران برای اجرای خشونت را در نظر بگیرید.

ویژگی‌های جمعیت شناختی را در نظر بگیرید

جنس (مرد)، سن (۲۴-۱۵)، وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، حمایت اجتماعی اندک

سابقه بیمار را در نظر بگیرید

خشونت، رفتارهای پرخاشگرانه ضداجتماعی، عدم کنترل تکانه (مانند سوءمصرف مواد، خودکشی یا آسیب به خود و سایکوز)

عوامل آشکار استرس‌زا را در نظر بگیرید

مانند تعارضات زناشویی، فقدان، احساس تبعیض یا ناکامی

اقدامات فوری در مقابله با بیماران پرخاشگر

تمام مداخلات زیر باید فوری و همزمان صورت گیرد:



تشخیص افتراقی و درمان دارویی خشونت

اپی لپسی :

بنزودیازپین‌ها شامل لورازپام ۱ تا ۲ میلی گرم به صورت خوراکی، دیازپام ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم به صورت خوراکی و در صورت لزوم دیازپام ۱۰ میلی گرم به صورت تزریق عضلانی یا وریدی

توجه: تزریق وریدی دیازپام باید با احتیاط صورت گیرد و به دپرسیون تنفسی توجه شود.

علل کارکردی و مربوط به

سوء مصرف مواد:

هالوپریدول ۵ میلی گرم و
بیپریدين ۵ میلی گرم به
صورت عضلانی تزریق شود
و در صورت نیاز هر ۳۰ تا
۶۰ دقیقه حداکثر تا سه نوبت
تکرار شود.

ادامه درمان هر کدام از بیماران پس از کنترل پرخاشگری بر اساس تشخیص مطرح شده الگوریتم صورت می‌پذیرد.

استفاده از مهار فیزیکی

با توجه به آنکه مهار فیزیکی نیازمند امکانات لازم و افراد آموزش دیده است و از آنجا که در سطح پزشک خانواده فراهم نمودن آن امکان پذیر نیست در صورت نیاز به آن بیمار باید به سطح بالاتر ارجاع شود .

وظایف بهورز و کارشناس بهداشت و پزشک عمومی در قبال فرد پر خاشگر

لازم به ذکر است که همکاری برای مداخلات محیطی و رفتاری باید توسط تمامی گروه درمان و مداخلات مربوط به اخذ شرح حال و اقدامات دارویی توسط پزشک عمومی صورت پذیرد.

د پړیوم

مقدمه

دلیریوم یک اختلال در عملکرد کلی مغز می‌باشد که یک بیماری ارگانیک زمینه‌ای باعث ایجاد آن می‌شود. علائم به صورت ناگهانی شروع و در زمان کوتاهی تکمیل می‌شوند. در طول روز نیز شدت علائم نوسان پیدا می‌کند. اغلب تحقیقات در مورد اپیدمیولوژی دلیریوم به مطالعه افراد مسن پرداخته‌اند در حالی که نوزادان و کودکان کم سن نیز مستعد ابتلا به این اختلال هستند.

شیوع این اختلال در بیماران پیر بستری در حدود ۲۵ تا ۴۰ درصد می‌باشد و بین ۱۰ تا ۱۵ درصد از بیماران بالای ۶۵ سال در هنگام پذیرش دلیریوس می‌باشند. بیماران مبتلا به دمانس ریسک بالاتری برای ابتلا به دلیریوم دارند و در حقیقت بیش از دو سوم موارد دلیریوم در مبتلایان دمانس اتفاق می‌افتد.

مورتالیتی این اختلال به طور متوسط ۲۵ تا ۴۰ درصد می‌باشد و پزشکان معمولاً فقط ۳۰ تا ۵۰ درصد مبتلایان را تشخیص می‌دهند. با توجه به اینکه در صورت شناسایی به موقع و رفع عامل سببی نشانه‌های دلیریوم معمولاً ظرف ۳ روز تا یک هفته فروکش می‌کنند و حتی احتمال بهبودی بیمار از دلیریومی که هفته‌ها طول کشیده وجود دارد اهمیت توجه به تشخیص به موقع این اختلال و اقدامات لازم جهت رفع علت زمینه‌ای بیش از پیش مشخص می‌گردد.

روش برخورد با بیمار مبتلا به دلیریوم

دلیریوم نوعی اختلال شناختی است که شروع حادی دارد و در طی آن بیمار دچار نوعی اختلال هوشیاری و کاهش توانایی توجه می‌شود. اختلالات ادراکی (مثل توهم بینایی)، اختلال دوره خواب و بیداری، اختلال جریان فکر و اختلالات رفتاری می‌شود.

کلیه بیماری‌های حاد و شدید، مسمومیت‌ها و بیماری‌های درگیرکننده CNS می‌توانند باعث دلیریوم شوند. دلیریوم همیشه یک علت عضوی دارد که باید آنرا شناسایی و درمان کرد. نشانه‌های آن عبارتند از: الف. وجود تیرگی هوشیاری (یعنی کاهش وضوح آگاهی) همراه با کاهش توانایی برای تمرکز،

حفظ یا تغییر توجه

ب. اختلال شناختی که به دو صورت زیر تظاهر می‌کند:

۱. تخریب حافظه فوری همراه با سالم ماندن نسبی حافظه دور

۲. عدم وقوف به زمان، مکان یا شخص

ج. حداقل یکی از موارد اختلالات روانی حرکتی زیر:

۱. تغییر سریع و غیرقابل پیش‌بینی، از کم تحرکی به بیش فعالی

۲. افزایش زمان واکنش

۳. افزایش یا کاهش جریان کلام

۴. تقویت واکنش از جا پریدن

د. اختلال خواب یا چرخه خواب و بیداری که حداقل با یکی از موارد زیر تظاهر می‌کند:

۱. بی‌خوابی که در موارد شدید ممکن است موجب فقدان کلی خواب شود یا بدون چرت

زدن روزانه یا معکوس شدن چرخه خواب و بیداری

۲. تشدید شبانه علایم

۳. کابوس و رؤیاهای ناراحت‌کننده که ممکن است پس از بیداری نیز به صورت توهم یا

خطای حسی ادامه داشته باشد

۴. علایم شروع سریعی داشته و در طول روز نوسان دارند

و. شواهد عینی حاصل از شرح حال و معاینه جسمی و عصبی یا آزمون‌های آزمایشگاهی حاکی

از وجود بیماری سیستمیک یا مغزی زمینه‌ای یا اختلالات وابسته به مصرف مواد است که

می‌توان آن را مسئول تظاهرات بالینی مذکور دانست.

در بیمار با علایم مذکور سندرم دلیریوم مطرح است و علل زیادی دارد که همه آنها موجب بروز

الگوی مشابهی از نشانه‌های مربوط به سطح هوشیاری و تخریب شناختی می‌شوند.

علل ایجادکننده دلیريوم

علل اینترا کرانیال

نورودژنراتیو: دمانس

توده‌های اشغال‌کننده فضا: تومورها - کیست‌ها - آبسه‌ها - همتوم‌ها - ترومای سر

عفونت‌ها: مننژیت - انسفالیت

اپی‌لپسی

اختلالات عروقی مغز:

حملات گذرای ایسکمیک

ترومبوز یا آمبولی سربال

خونریزی ساب‌آراکنوئید یا داخل مغزی

انسفالوپاتی هیپرتانسیو

واسکولیت‌ها

علل سیستمیک

توکسیک: مصرف الکل

داروها (مصرف یا ترک):

آنتی‌کولینرژیک‌ها - ضدتشنج‌ها - ضدافسردگی‌ها - داروهای آنتی‌هایپرتانسیو - داروهای

ضدپارکینسون - آنتی‌سایکوتیک‌ها - حشیش - سایمتیدین - دیسولفیرام - دیگوکسین - انسولین -

اپیات‌ها - فن‌سیکلیدین - سالیسیلات‌ها - استروئیدها - سداتیوها (بنزودیازپین‌ها)

اختلالات متابولیک و اندوکراین:

اختلالات الکترولیتی

اورمی

انسفالوپاتی کبدی

پورفیری

هیپوگلیسمی

هیپر یا هیپوتیروئیدی

هیپر یا هیپوپارا تیروئیدی

عفونت‌ها و سپتی سمی

آنوکسی: نارسایی تنفسی – نارسایی قلبی

نحوه برخورد با بیماری که سندرم دلیریوم برای وی مطرح است

هدف اولیه در درمان دلیریوم رفع علت زمینه‌ای است و جهت رفع آن بستری کردن بیمار ضروری است.

اقدامات لازم تا زمان بستری شدن بیمار جهت کاهش دیسترس وی :

معاینه فیزیکی شامل علائم حیاتی و نورولوژیک و بررسی علل اورژانس ایجاد کننده
دلیریوم شامل هیپوگلیسمی، مسمومیت با اپیوم، بیماری‌های
همراه با تب بالا، دهیدراتاسیون



انجام اقدامات ضروری و تثبیت علائم حیاتی در ارتباط با علل یاد شده



تدارک حمایت فیزیکی، حسی و محیطی



الف) حمایت فیزیکی از این نظر ضروری است که بیمار دلیریومی در موقعیتی قرار نگیرد که دچار سانحه شود.
ب) بیمار مبتلا به دلیریوم باید نه محرومیت حسی داشته باشد و نه در معرض تحریک محیطی مفرط قرار داشته باشد.
معمولاً می‌توان با حاضر کردن یک دوست یا یکی از بستگان بیمار دلیریومی و یا حضور یک هم‌نشین همیشگی به او کمک کرد. تصاویر و دکوراسیون آشنا، وجود یک ساعت یا تقویم و یادآوری مکان و زمان به احساس آرامش بیمار کمک می‌کند. در افراد مسن پس از عمل کاتاراکت و پوشاندن چشم‌ها ممکن است دلیریوم ظاهر شود. برای کمک به چنین بیمارانی می‌توان به منظور ایجاد تحریک نوری مختصر سوراخ‌های ریزی روی چشم بند ایجاد کرد.

ج) درمان دارویی: دو نشانه عمده دلیریوم که ممکن است مستلزم درمان دارویی قبل از اعزام به بیمارستان باشند شامل سایکوز و بی‌خوابی می‌باشد. در صورت وجود یکی از این دو نشانه اقدام زیر را انجام دهید:



تزریق آمپول هالوپریدول ۲/۵ میلی گرم به صورت عضلانی، در صورت تداوم برآشفته‌گی بیمار
یک ساعت بعد می‌توان آنرا تکرار کرد

آلزاير

مقدمه

درصد سالمندان در جمعیت جهان رو به افزایش است، به طوری که در حال حاضر سالمندان حدود ۱۰ درصد از جمعیت کل جهان را تشکیل می‌دهند. این میزان در برخی از جوامع به ۳۰ درصد نیز بالغ می‌گردد. در کشور ما نرخ کلی رشد جمعیت برای تمام سنین ۱/۶ درصد است، در حالی که نرخ رشد جمعیت سالمندی بالاتر از آن و حدود ۲/۵ درصد است.

دمانس یکی از شایع‌ترین و نیز ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های روانپزشکی دوران سالمندی است. از بین انواع دمانس، بیماری آلزایمر شیوع بیشتری دارد. حدود ۵۰ تا ۶۰٪ از موارد زوال عقل در سنین بالای ۶۰ سال را بیماری آلزایمر تشکیل می‌دهد و شیوع آن بعد از سن ۶۵ سالگی نیز هر ۵ سال دو برابر می‌گردد. حدود ۱۵٪ از موارد دمانس از نوع عروقی است و در ۱۵٪ از موارد نیز دمانس عروقی همراه با آلزایمر است. شیوع سایر موارد دمانس نیز حدود ۵ تا ۱۰٪ گزارش شده است. به طور معمول و به دنبال تثبیت پاتولوژی بیماری دمانس، روند پیشرفت آن قابل توقف نیست و تنها حدود ۵٪ از موارد دمانس قابل برگشت است. متأسفانه هنوز آمار دقیقی از میزان شیوع دمانس در ایران وجود ندارد.

بیماری آلزایمر یک اختلال تحلیل برنده عصبی، با شروع تدریجی و بی‌سروصداست که سیر پیشرونده دارد و با مشخصه‌های اختصاصی بافتی و خصوصیات کلینیکی ویژه نظیر اختلال پیشرونده در وضعیت شناختی، فعالیت‌های روزمره زندگی، رفتار و کیفیت زندگانی مشخص می‌شود. بیماران مبتلا به این بیماری به تدریج توانایی اداره‌ی زندگی مستقل را از دست می‌دهند و قادر به انجام امور ساده‌ی روزمره‌ی زندگی خود نخواهند بود، لذا برای ادامه‌ی حیات در زمینه‌های فردی و اجتماعی باید تحت مراقبت‌های ۲۴ ساعته‌ی افراد دیگر قرار گیرند که خود بار شدیدی را بر خانواده تحمیل می‌کند. گذشته از آن در مراحل پایانی بیماری، پسرفت شدید در تمام حیطه‌های عملکردی، ممکن است منجر به نگهداری در مؤسسات و آسایشگاه‌ها گردد که خود هزینه‌ی زیادی را بر سبد مخارج خانواده و نیز نهادهای بهداشتی جامعه تحمیل می‌کند و حتی در غیر این صورت موجبات ابتلا به

انواع علایم و اختلالات روانپزشکی را در مراقبین فراهم می‌کند.

درمان‌های موجود بیشتر در جهت کند کردن سیر بیماری عمل می‌کنند ولی شناخت صحیح و تشخیص به موقع انواع دمانس و به دنبال آن مداخله‌ی فوری و مناسب درمانی، علاوه بر کاهش سرعت پیشرفت بیماری، از نقطه نظر علامتی نیز می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران و مراقبین آنها، به حداکثر رساندن توانایی زندگی مستقل بیماران و در نهایت کاهش میزان دریافت خدمات درمانی و مراقبتی شود.

بعد از تشخیص گذاری دمانس، لازم است پزشک خانواده نسبت به طراحی مدیریت درمانی اقدام نماید که شامل موارد ذیل است: پیگیری درمان اختلالات شناختی، درمان بیماری‌های جسمانی همراه، درمان علایم رفتاری و خلقی توأم و در نهایت مداخلات خانوادگی.

تشخیص

بیماری آلزایمر یکی از شایع‌ترین بیماری‌های دوره‌ی سالمندی است و دارای چهار مشخصه‌ی زیر است:

۱- اختلال حافظه

۲- اختلال شناختی حداقل به صورت یکی از موارد زیر:

- آفازی (اشکال در یادآوری نام اشیاء، افراد و نیز اشکال در یافتن لغات در حین صحبت کردن)
- آپراکسی (کاهش توانایی اجرای اعمال حرکتی هماهنگ مثل لباس پوشیدن و غذا خوردن)
- آگنوزی (ناتوانی در تشخیص محرک‌های حسی، به عنوان مثال نمی‌تواند کلیدی را در کف دست خود تشخیص دهد)

- اختلال در عملکرد اجرایی (نقص عملکرد در حل مسایل پیچیده، طراحی، برنامه‌ریزی و تفکر انتزاعی (آشپزی، کشاورزی، خرید روزانه، تفسیر ضرب المثل ساده و ...).

۳- اختلال قابل ملاحظه در عملکرد شغلی و بین فردی

۴- فقدان علائم و نشانه‌های نورولوژیک فوکال و یا هر بیماری زمینه‌ای دیگر که منجر به هر یک از موارد فوق شده باشد.

غربالگری فرد برای تشخیص بیماری دمانس با استفاده از مقیاس MMSE

این مقیاس را می‌توان به دو دلیل انجام داد:

۱- غربالگری

۲- مراجعه یا ارجاع فردی به درمانگاه به دلیل اختلال حافظه

تکمیل این مقیاس با انجام مصاحبه توسط پزشک یا کارشناس آموزش دیده با بیمار صورت گیرد.

معاینه مختصر وضعیت شناختی MMSE

جهت یابی

۵ نمره () در چه سال، فصل، ماه، روز ماه و روز هفته هستیم؟

یک نمره برای هر یک از پاسخ‌های صحیح

۵ نمره () کجا هستیم: کشور، شهر، محله، بیمارستان، طبقه؟

یک نمره برای هر یک از پاسخ‌های صحیح

ثبت اطلاعات

۳ نمره () این سه شیء را نام ببرید: سیب، میز، کفش

یک نمره برای هر یک از پاسخ‌های صحیح

توجه و محاسبه

۵ نمره () از عدد صد، هفت تا هفت تا کم کنید. پس از پنج بار متوقف شوید.

یا لیوان را برعکس هجی کنید.

یک نمره برای هر یک از پاسخ‌های صحیح

یادآوری

۳ نمره () سه شیء قبلی را نام ببرید.

یک نمره برای هر یک از پاسخ‌های صحیح

زبان

۲ نمره () اشاره به ساعت و قلم و درخواست نام بردن آنها.

۱ نمره () این جمله را تکرار کنید: تاجر تجارت توپ می‌کند.

۳ نمره () این سه کار را پشت سر هم تکرار کنید:

مداد را بردارید، بگذارید روی کتاب و بعد هر دو را بگذارید روی زمین.

یک نمره برای هر یک از پاسخ‌های صحیح

۱ نمره () این نوشته را بخوانید و انجام دهید: "چشم‌تان را ببندید"

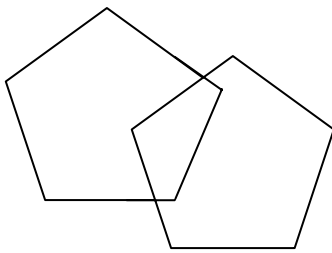
{در بیسوادان تصویری را نشان دهید که در آن دو چشم باز بسته می‌شوند و سپس از

او بخواهید همان کار را انجام دهد}

۱ نمره () یک جمله بنویسید.

{در بی‌سوادان بخواهید تا تصویری را بکشد}

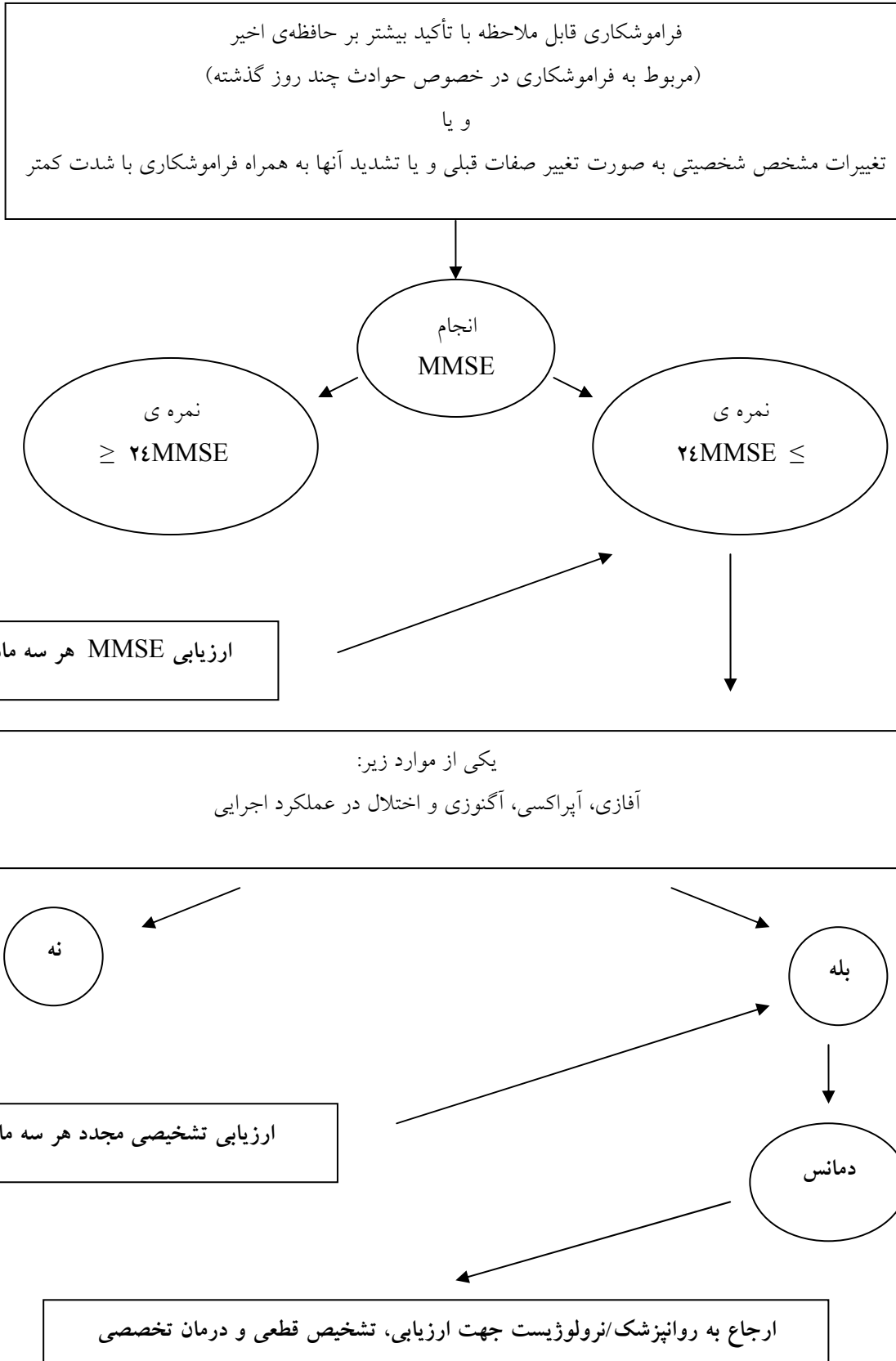
۱ نمره () این تصویر را کپی کنید:



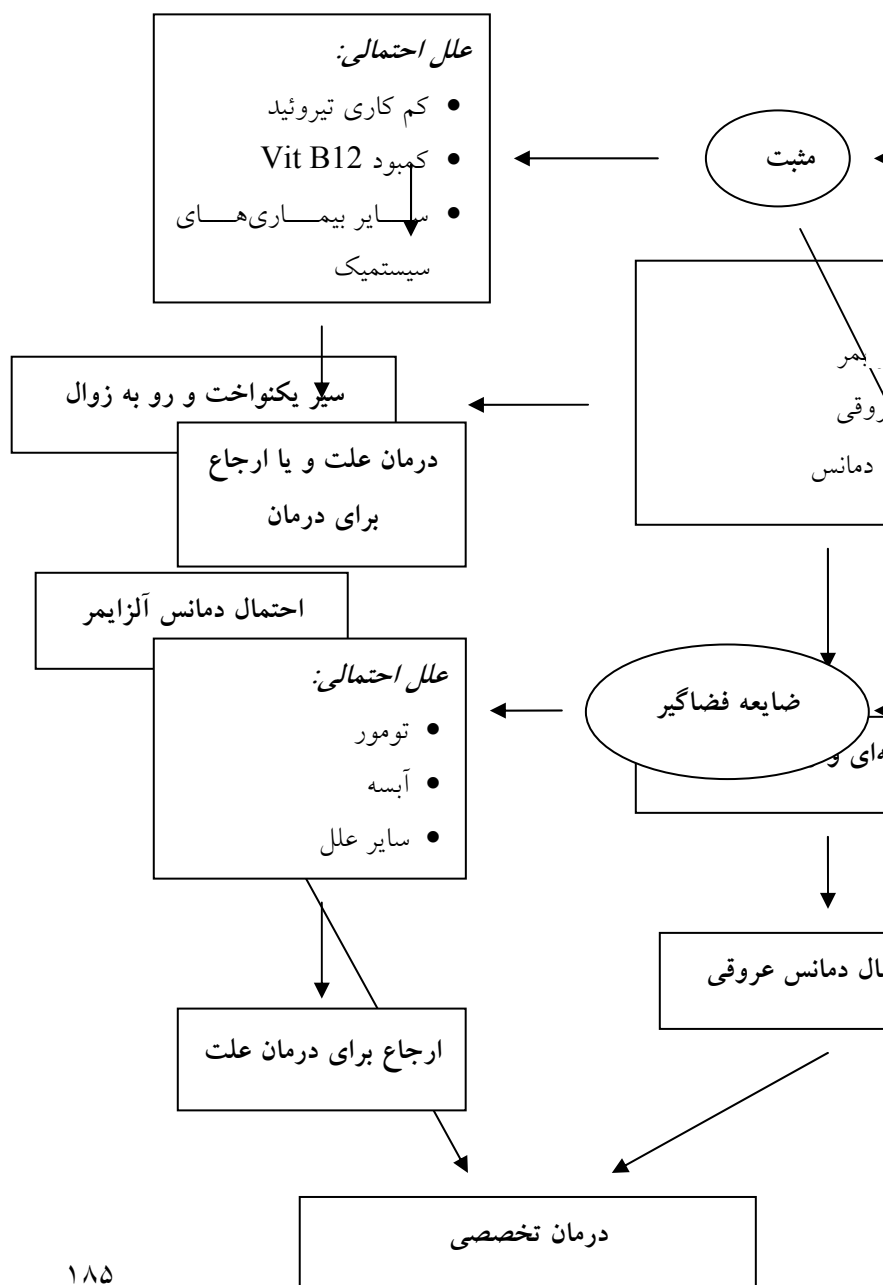
نمره کل: -----

در صورتیکه نمره حاصل از این مقیاس برابر یا کمتر باشد، بیمار مشکوک به دمانس خواهد بود و لازم است به روانپزشک یا نورولوژیست معرفی شود.

هر فرد سالمند بالای ۶۵ سال که خود و یا خانواده‌ی او از علایم زیر شاکی باشند و یا پزشک در معاینات خود متوجه علایم بالینی شود، باید از نظر وجود دمانس مورد بررسی قرار گیرد



الگوریتم تشخیصی با هدف آموزشی تنظیم شده است.



چند نکته‌ی بالینی

- اگر بیماری در هر کدام از مراحل آلازیمر تشخیص داده شد، باید برای تشخیص قطعی و شروع داروهای مهارکننده‌ی کولین استراز به روانپزشک و یا نورولوژیست ارجاع داده شود.
- داروهای مهارکننده‌ی کولین استراز موجود در ایران عبارتند از:
 - ۱- ریواستیگمین، کپسول‌های ۱/۵، ۳، ۴/۵ و ۶ میلی گرمی که برای بیمار روزی دو کپسول ۱/۵ میلی گرم تجویز می‌شود و بر حسب ضرورت می‌توان دوز آن را تا ۶ میلی گرم روزی دو بار اضافه نمود.
 - ۲- دانپزیل، قرص‌های ۵ و ۱۰ میلی گرم یک بار در روز.
 - ۳- از داروهای رایج دیگر می‌توان به گالانتامین و ممانتین نیز اشاره نمود.
- از عوارض شایع این داروها می‌توان به اختلالات گوارشی مانند تهوع و استفراغ، احساس ضعف، بی‌قراری و سرگیجه اشاره کرد.
- داروهای آنتی کلین استراز برای درمان بیماران آلازیمری با شدت خفیف تا متوسط مؤثرند و اثربخشی درمانی آنها در حد متوسط است و انتظار ما از آنها کندکردن سرعت پیشرفت علایم است. از میان داروهای مذکور ممانتین برای موارد شدید نیز تجویز میگردد.

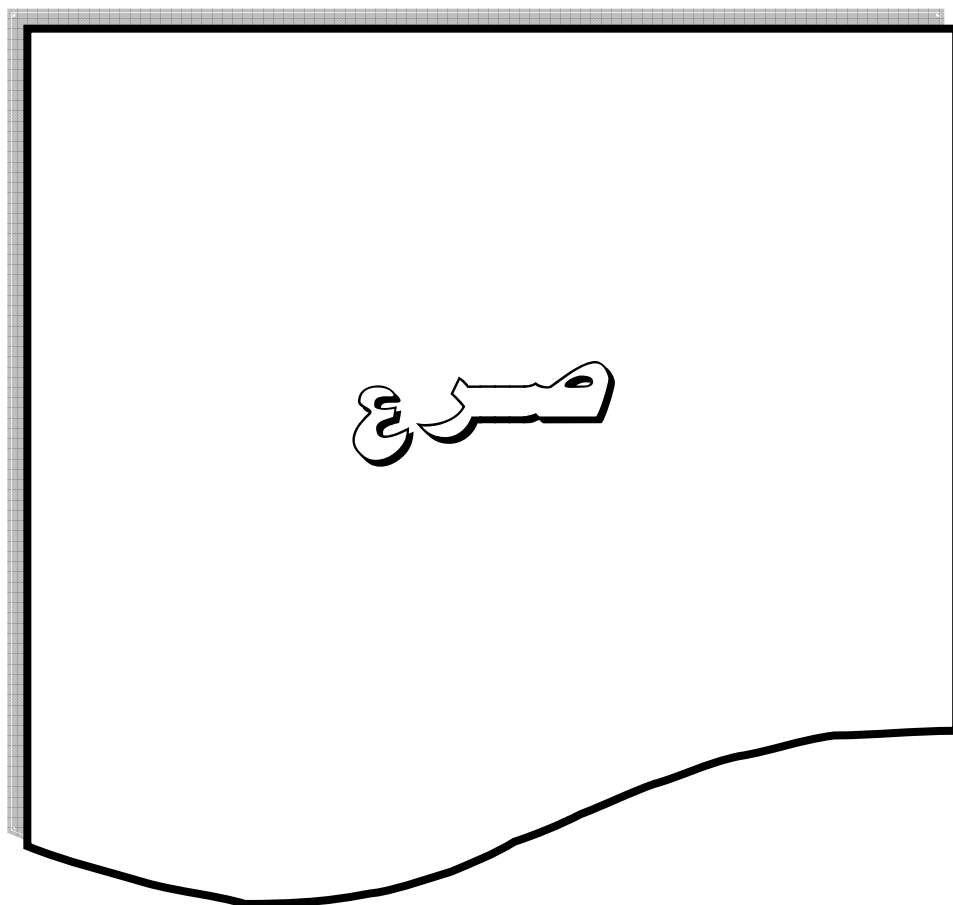
درمان علایم روانپزشکی در بیماران دمانسی

- علایم روانپزشکی و اختلالات روانی به طور متوسط در ۶۰٪ موارد دیده میشود.
- سایکوز: برای کنترل حملات علایم سایکوز می‌توان از داروهای ضدپسیکوز مثل هالوپریدول و ریسپریدون با دوز کم استفاده کرد.
- افسردگی: درمان افسردگی در آلزایمر مطابق پروتکل درمان اختلالات خلقی است.
- بی‌قراری و پرخاشگری: علایم بی‌قراری/ پرخاشگری علاوه بر داروهای ضدپسیکوز ذکر شده در بالا می‌توان از داروهای ضدتشنج مانند والپروات سدیم و کاربامازپین استفاده نمود.
- بی‌خوابی: لورازپام، اگزاپام، ترازودون
- میزان دوز دارو در هر کدام از موارد فوق حداقل نصف دوز سالمندان بدون آلزایمر و یا یک چهارم دوز بالغین با تشخیص مشابه است.

توصیه‌های غیردارویی

- بی‌خوابی: فعالیت در طول روز.
- بی‌قراری: کنترل درد/ یبوست، فضای کافی برای فعالیت فیزیکی
- کنترل دهیدراتاسیون
- افزایش فعالیت ذهنی/ حافظه: از طریق یادآوری خاطره‌ها، در صورت امکان مطالعه، نوشتن مطالب، افزایش برقراری ارتباط با دیگران
- لازم است تشخیص و پیش‌آگهی بیماری را با اعضای خانواده و مراقبین بیمار و همچنین با بیمارانی که از وضعیت مناسب‌تری برخوردارند، در میان گذاشت و حتی در مورد مسایل حقوقی و وصیت‌نامه قبل از پیشرفت دمانس اقدام نمود.

- اعضای خانواده باید اطلاع داشته باشند که فرآیند رو به وخامت بیماری با درمان فروکش نمی‌کند ولی درمان مناسب سیر بیماری را کند می‌کند. لذا هشدار به موقع و مناسب به آنها کمک می‌کند تا این مسأله را بپذیرند و با آن کنار بیایند.
- توصیه می‌شود هر شش ماه یک بار مراقب سالمند از نظر سلامت روانی مورد بررسی قرار گیرد.



مقدمه

بیشتر از ۲/۳ تشنج‌های ناشی از صرع، در دوران کودکی شروع می‌شوند و در این گروه سنی تظاهرات صرع از تنوع بیشتری برخوردار است^۱ بطور کلی بر اساس اتیولوژی صرع، در تمام افرادی که بیماری تازه شروع و تشخیص داده شده است، ۶۵/۵٪ علت ناشناخته (ایدیوپاتیک یا کریپتوژنیک) است. در ۳۴/۵٪ باقی مانده، عللی مانند عفونت (۲/۵٪) - دژنراتیو (۳/۵٪) - نئوپلازیک (۴/۱٪) - تروما (۵/۵٪) - مادرزادی (۸٪) و اسکولار (۱۰/۹٪) مطرح هستند. بنابراین بیشترین موارد صرع، ایدیوپاتیک هستند و با توجه به علل مطرح شده و شیوع موارد فوق در گروه‌های سنی خاص، گروه سنی زیر ده سال و بالای ۱۸ سال در موارد جدیدی صرع، بایستی بررسی‌های لازم تشخیص انجام شود.^۲

در گروه اپی‌لپسی‌های ایدیوپاتیک، شیوع ۵-۸/۱۰۰۰ می‌باشد. در کودکی شیوع ۱٪ است و به تدریج زیاد می‌شود. در ۶۰-۲۰ سال، به کفه (پلاتو) رسیده و سپس بالای ۶۰ سال به شدت افزایش می‌یابد. (۳٪). بروز اپی‌لپسی ۰۰۱/۰۰۰ در سال می‌باشد که از این میان، پارشیال ساده یا Simple partial (۱۲/۸) - کمپلکس پارشیال (۱۰/۴) - مولتی فوکال (۷/۲) - تونیک کلونیک ژنرالیزه (۱۲/۵) - انواع ژنرالیزه ناقص همراه یا بدون حملات تونیک کلونیک (۶/۱) افسانوس (۳/۴) و سایر موارد (آتونیک، میوکلونیک و) (۴/۵) بروز دارند.^۳

بر اساس مطالب فوق، می‌توان بر اساس پروتکل تهیه شده در حد قابل توجهی از مبتلایان به صرع را از ابتدا و بدون ارجاع و با توجه به انتخاب‌های دارویی بر اساس رفرانس‌های معتبر نورولوژی که در سطح شبکه بهداشت نیز وجود دارند، درمان کرد و درصد کوچکی را بعد از ارجاع و بررسی‌های لازم و بازگشت آنان به نزد پزشک خانواده، درمان نمود.

References

- 1- Adams and victor's principles of neurology/2005
- 2-Merritts textbook of neurology/2004

صرع Epilepsy

به هر نوع تخلیه الکتریکی غیرطبیعی مغز، یا هر نوع تظاهر بالینی، Seizure گفته می‌شود. به تظاهرات حرکتی (مانند تونیک یا کلونیک یا تونیک کلونیک) حمله سیژر، تشنج یا Convulsion گفته می‌شود. وقتی حملات سیژر، مزمن و تکرارشونده شوند، به آن صرع یا Epilepsy اطلاق می‌شود. گاهی این لغات و اصطلاحات جابجا نیز عنوان می‌شوند.

یک تشنج اپی‌لپتیک، نتیجه اختلال عملکرد فیزیولوژیک مغز به صورت گذرا می‌باشد که ناشی از تخلیه الکتریکی هماهنگ و همزمان و البته غیرطبیعی قشر مغز است. انواع بسیار متنوعی از حملات تشنج وجود دارند که تظاهرات هر کدام بستگی به این دارد که اولاً اختلال عملکرد از سراسر قشر مغز به طور منتشر آغاز شود یا تنها از یک منطقه شروع شود. ثانیاً عملکرد آن قسمت از قشر مغز به طور فیزیولوژیک و طبیعی چیست؟ بر این اساس اپی‌لپسی به دو دسته کلی موضعی (پارشیال یا فوکال) و منتشر (ژنرالیزه) تقسیم می‌شود. نوع پارشیال خود دو دسته ساده (Simple) و کمپلکس دارد. صرع ساده یا پارشیال، حمله صرع محدود به یک مناطق خاصی از قشر مغز بوده و بیمار هوشیاری خود را از دست نمی‌دهد و بسته به منطقه درگیر در قشر مغز علائم، متفاوت است. (حسی-حرکتی-بینایی-شنوایی و) در صرع کمپلکس پارشیال، علی‌رغم اینکه حمله محدود به قسمت خاصی از مغز (لوب تمپورال) است، بیمار هوشیاری خود را از دست داده و با محیط ارتباط برقرار نمی‌کند. در انواع صرع‌های ژنرالیزه بیمار از ابتدا هوشیاری خود را از دست می‌دهد و تظاهرات به صورت منتشر است و عبارتند از ابسانس-میوکلونیک-تونیک-تونیک، کلونیک-آتونیک.

در زیر چند نوع صرع که شایع‌ترین می‌باشند، توضیح داده می‌شوند:

۱- تشنج تونیک - کلونیک ژنرالیزه (Generalized tonic clonic Seizure - GTCS) بیمار در

هر وضعیتی که باشد به طور ناگهانی هوشیاری خود را از دست داده و می‌افتد و دچار فاز تونیک

حمله تشنج می‌شود. در این حالت اندام‌ها و تنه و گردن Extend و سفت می‌شوند و چشم‌ها به سمت بالا انحراف پیدا می‌کنند. ممکن است در این مرحله صدای شبیه جیغ یا فریاد توسط بیمار ایجاد شود.

از آنجایی که عضلات تنفسی نیز دچار اسپاسم می‌شوند، تنفس در این مرحله متوقف می‌شود. لذا مخاط دهان و گاه پوست سیانوزه می‌شود. مردمک‌ها دیلاته و بدون پاسخ به نور می‌شوند. ممکن است در این مرحله یا مراحل بعدی ادرار بیمار نیز بی‌اختیار شود. این مرحله ۲۰-۱۰ ثانیه به طول می‌انجامد و سپس فاز کلونیک شروع می‌شود که حرکات ریتمیک انقباض انبساط عضلات اندام‌ها شروع می‌شوند. این فاز نیز حدوداً ۳۰ ثانیه به طول می‌انجامد. بعد از اتمام تشنج بیمار تا چند دقیقه گیج است و نسبت به زمان و مکان شناخت ندارد (فاز Postictal) و سپس به وضعیت عادی باز می‌گردد.

۲- صرع absence: این نوع صرع معمولاً در دختران شایع‌تر است و معمولاً بین سنین ۱۲-۴ سال شروع می‌شود. در این نوع صرع بیمار بطور ناگهانی هوشیاری خود را از دست می‌دهد. و کاری که انجام می‌داده متوقف می‌گردد. ولی تون عضلانی از بین نرفته و بیمار نمی‌افتد. در این حمله، بیمار حالت خیرگی و مات زدگی پیدا می‌کند که به مدت چند ثانیه به طول انجامیده و خاتمه می‌یابد. ممکن است حرکات خفیف پلک و انگشتان دست‌ها نیز همزمان دیده شود. بعد از اتمام حمله بلافاصله کودک به وضعیت عادی برمی‌گردد و کاری را که انجام می‌داده ادامه می‌دهد. این حملات ممکن است در طی روز به تعداد بسیار زیاد تکرار شود.

۳- صرع لوب تمپورال یا کمپلکس پارشیال سیزر (Complex partial Seizure): حملات از نواحی عمقی لوب تمپورال منشا می‌گیرد و معمولاً از اواخر کودکی یا سنین نوجوانی شروع می‌شوند. حملات به شکل زیر می‌باشد: ابتدا ممکن است بیمار اورای خاصی داشته باشد. شایع‌ترین آنها اورای احشایی (احساس غیرطبیعی در اپی‌گاستر، تهوع.....) است. سایر اوراها احساس غیرطبیعی نسبت به محیط، تغییر فرم و شکل و اندازه اشیاء محیط، احساس بیگانگی با خود یا محیط، می‌باشند.

سپس بیمار ارتباط خود با محیط و هوشیاری خود را از دست می‌دهد و علائم اتوماتیسم مانند ملچ، ملوچ کردن -انجام حرکات تکراری در دست‌ها مانند کورمال کردن سطح زمین- حرکات پیچیده‌تر مانند در آوردن لباس- چرخیدن به دور خود یا چرخش دورانی دور چیزی، دویدن، رفتار شبیه به ترس و فرار، از خود نشان می‌دهد. بعد از اتمام این مرحله، بیمار فاز Postictal کوتاهی دارد و سپس هوشیار می‌شود. ممکن است بیمار در طول حمله، با چندین بار صدا زدن پاسخ محدود بله یا خیر نیز بدهد. بعد از اتمام حمله، بیمار حوادث رخ داده را به یاد نمی‌آورد. ممکن است گاهی یک حمله کمپلکس پارشیال سیژر به یک حمله تونیک کلونیک ژنرالیزه (یعنی از حالت فوکال به منتشر) تبدیل شود.

۴- صرع حساس به نور (Photosensitive): در واقع این نوع صرع شایع‌ترین نوع رفلکس اپی لپسی می‌باشد. این نوع صرع‌ها در پاسخ به تحریکات (نور و صدا، تحریک لمسی) ایجاد می‌شوند. علی‌رغم شیوع صرع حساس به نور سایر انواع این نوع صرع‌ها بسیار بسیار نادر هستند. بیمار به دنبال تحریک نوری متناوب (مانند چراغ‌های چشمک زن) و یا دیدن تلویزیون (خصوصاً صفحه برفک تلویزیون) دچار حمله تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه می‌شود.

۵- صرع میوکلونی جوانان (Juvenile myoclonic epilepsy): این صرع در سنین نوجوانی و جوانی و بطور تبیین ۱۵ سالگی شروع می‌شود. و مشخص می‌شود با حملات تشنج میوکلونیک (پرش‌های ناگهانی و نامنظم و غیر ریتمیک و بسیار کوتاه) به علاوه حملات تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه. مشخصاً هر دو نوع تشنج بعد از بیدار شدن از خواب صبح، بیشتر دیده می‌شود. این نوع تشنج زمینه خانوادگی دارد و به درمان پاسخ خوبی می‌دهد ولی احتمال عود بعد از درمان زیاد است.

تب و تشنج

تب و تشنج به تشنج ژنرالیزه‌ای گفته می‌شود که در طی یک بیماری تب‌دار سیستمیک، بدون درگیری مغز و پرده‌های مغزی ایجاد شده باشد. این تشنج اغلب در کودکان بین سنین ۶ ماه تا ۴ سال و

به‌ندرت تا ۶-۷ سال دیده می‌شود. تب و تشنج اغلب در شروع بیماری تب‌دار و به خصوص وقتی درجه تب به طور ناگهانی بالا می‌رود دیده می‌شود و در معاینه اغلب یک علت عفونی زمینه‌ای مانند اوتیت، فارنژیت، گاستروانتریت، روزئولا انفونتم یا به دنبال واکسیناسیون دیده می‌شود. با این وجود هرگونه شک به مننژیت انجام LP را الزامی می‌کند. باید توجه داشت که در شیرخواران علائم تیپیک تحریک مننژ مانند سفتی گردن علائم ثابت و قابل اعتمادی نیستند. تب و تشنج به دو نوع ساده و پیچیده تقسیم می‌شود. نوع ساده، کوتاه مدت است، یک بار حمله دارد بدون تظاهرات موضعی عصبی است. اگر تشنج بیش از ۱۵ دقیقه ادامه یابد، یا در عرض ۲۴ ساعت چندین بار تکرار شود پیچیده یا کمپلکس نامیده می‌شود.

نحوه برخورد با تب و تشنج

تب و تشنج از نوع پیچیده نیاز به ارجاع فوری به نورولوژیست یا متخصص کودکان دارد.

تب و تشنج از نوع ساده زیر سن ۱۸ ماه نیاز به ارجاع فوری به نورولوژیست یا متخصص کودکان دارد.

تب و تشنج از نوع ساده بالای سن ۱۸ ماه اگر بیش از یک بار تکرار شود نیاز به ارجاع فوری به نورولوژیست یا متخصص کودکان دارد.

شناسایی و درمان صرع

۱- بیماران مبتلا به تشنج‌های مولتی فوکال، فوکال از جمله صرع لوب تمپورال یا کمپلکس پارشیل سیزر تشنج از چندین نوع، تشنج‌های زیر ده سال و بالای ۱۸ سال و بیمارانی که معاینه نورولوژیک غیرطبیعی یا **Mental Retardation** دارند از ابتدا به نورولوژیست ارجاع داده شوند، تا بررسی‌های اولیه از نظر ضایعات ساختمانی و انجام شود، سپس در صورت نیاز به درمان دارویی صرف، تحت نظر پزشک خانواده درمان ادامه یابد و تنها در موارد توصیه شده توسط

نورولوژیست، ارجاع داده شود.

۲- در صرع‌های زیر، درمان توسط پزشک خانواده شروع شود و در صورت نیاز (طبق الگوریتم درمان دارویی) بیمار ارجاع داده شود.

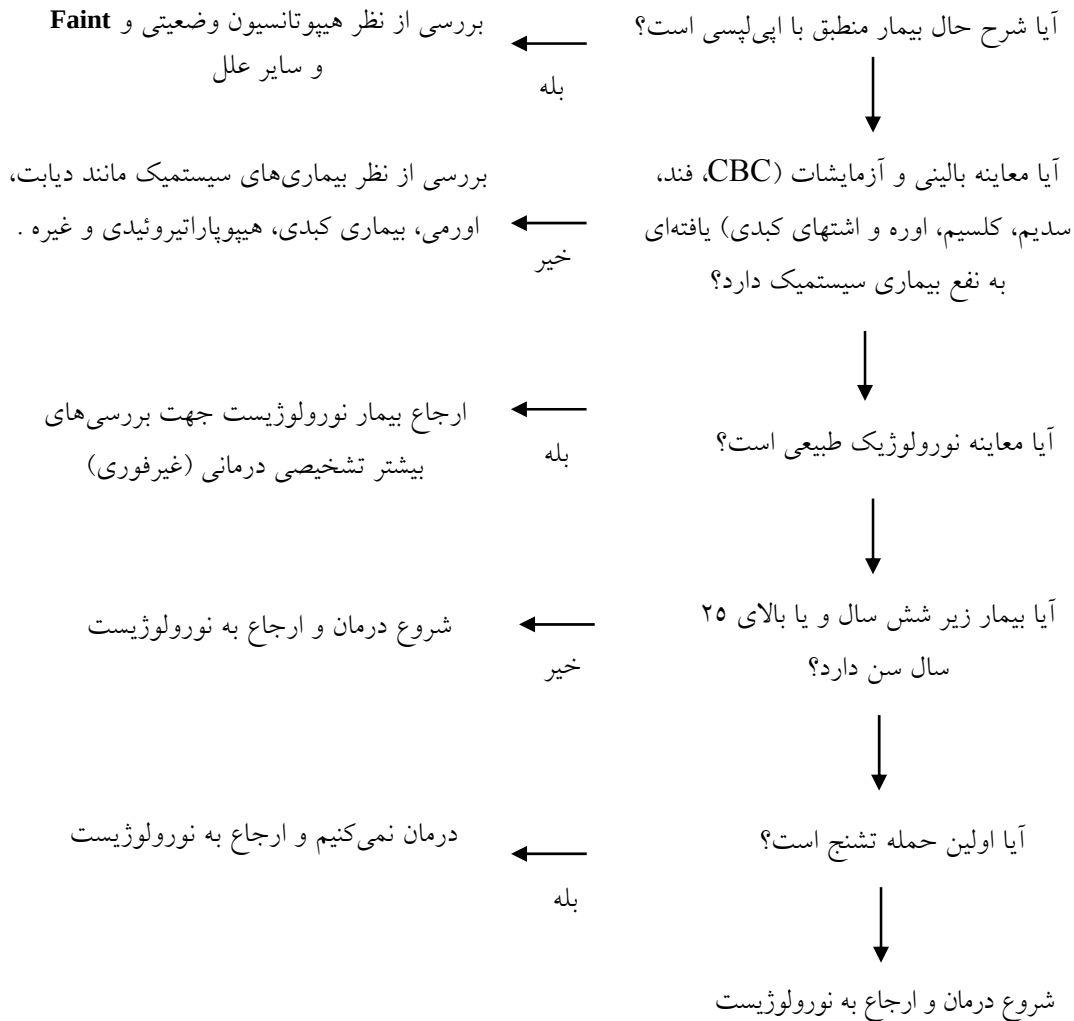
الف) صرع ابسانس (**absence**) ← داروی انتخابی، سدیم والپروئیت یا اتوسوکسماید، با دوز پیوست به این پروتکل

ب) صرع میوکلونی جوانان (**Juvenile myoclonic epilepsy**) ← داروی انتخابی سدیم والپروئیت

ج) صرع فتوسنسیتیو (**photosensitive**) ← داروی انتخابی کاربامازپین.

۳- در مورد تشنج‌های تونیک کلونیک ژنرالیزه (**GTCS**) یا **grandmal**، طبق الگوریتم‌ها و پروتکل پیوستی توسط پزشک خانواده اقدام شود.

الگوریتم تشخیص حمله تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه



انتخاب داروی آنتی‌اپی‌لپتیک

فنی‌توئین، کاربامازپین و سدیم والپروئیت هر سه در تشنج‌های تونیک کلونیک زنرالیزه موثر هستند.

فنوباریتال نیز از داروهای بسیار موثر است ولی به دلیل عوارض جانبی CNS (خواب‌آلودگی - کندی ذهن و) به عنوان داروی رده اول استفاده نمی‌شود. انتخاب بین سه داروی فوق بر اساس سن و جنس بیمار (با توجه به عوارض طولانی مدت داروی فوق انجام گیرد)

- دوز درمانی فنی‌توئین: 4-7 mg/kg (300-400mg/day در اطفال)

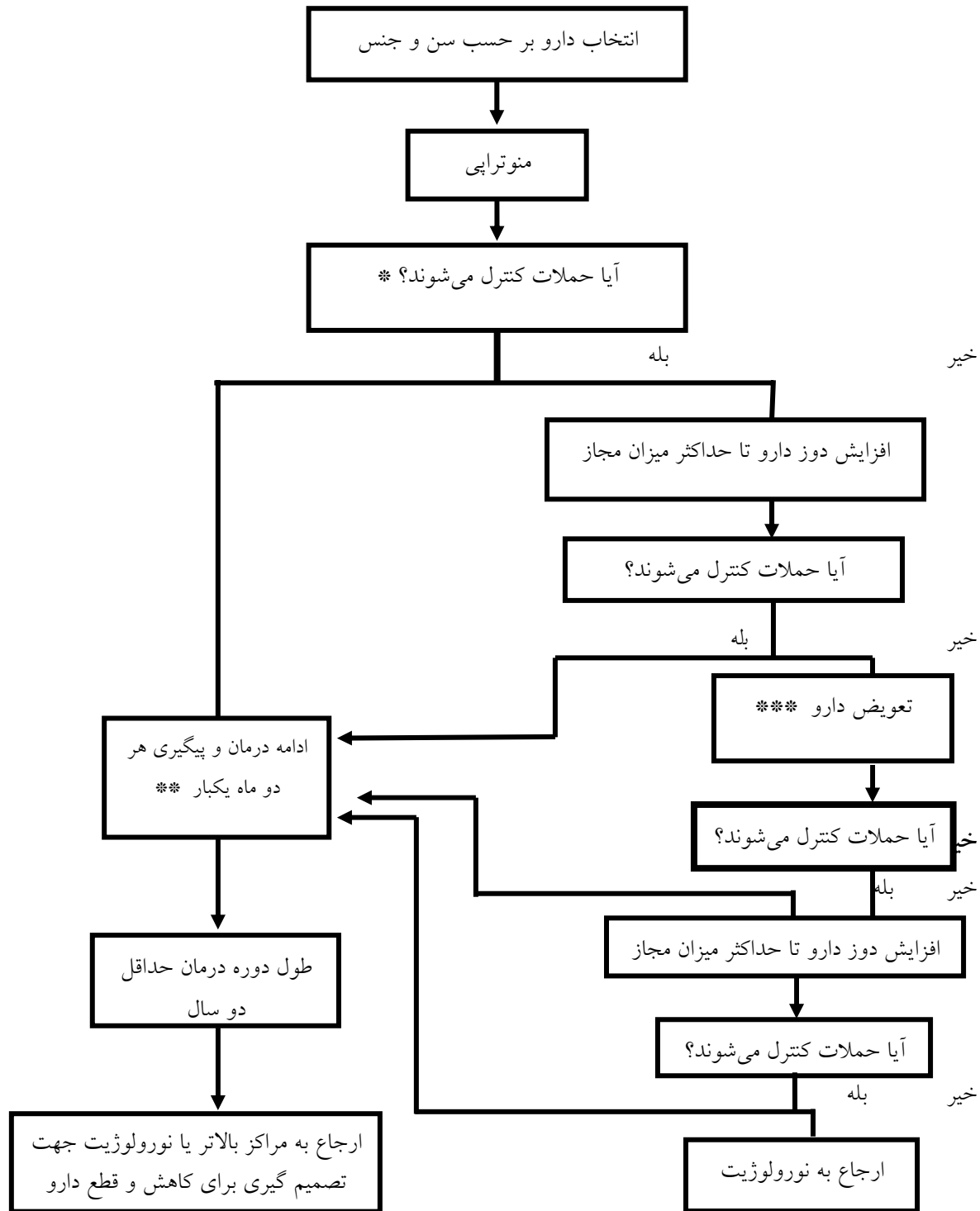
- دوز درمانی کاربامازپین: 20-30 mg/kg (600-1200mg/day در اطفال)

- دوز درمانی سدیم والپروئیت: 30-60 mg/kg (1000-3000mg/day در اطفال)

- دوز درمانی فنوباریتال: 3-5 mg/kg (90-200mg/day در اطفال)

● فنی‌توئین و فنوباریتال را می‌توان بصورت Single dose استفاده کرد ولی کاربامازپین و سدیم والپروئیت باید سه بار در روز (در سه دوز منقسم) تجویز شوند.

الگوریتم درمان حملات تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه



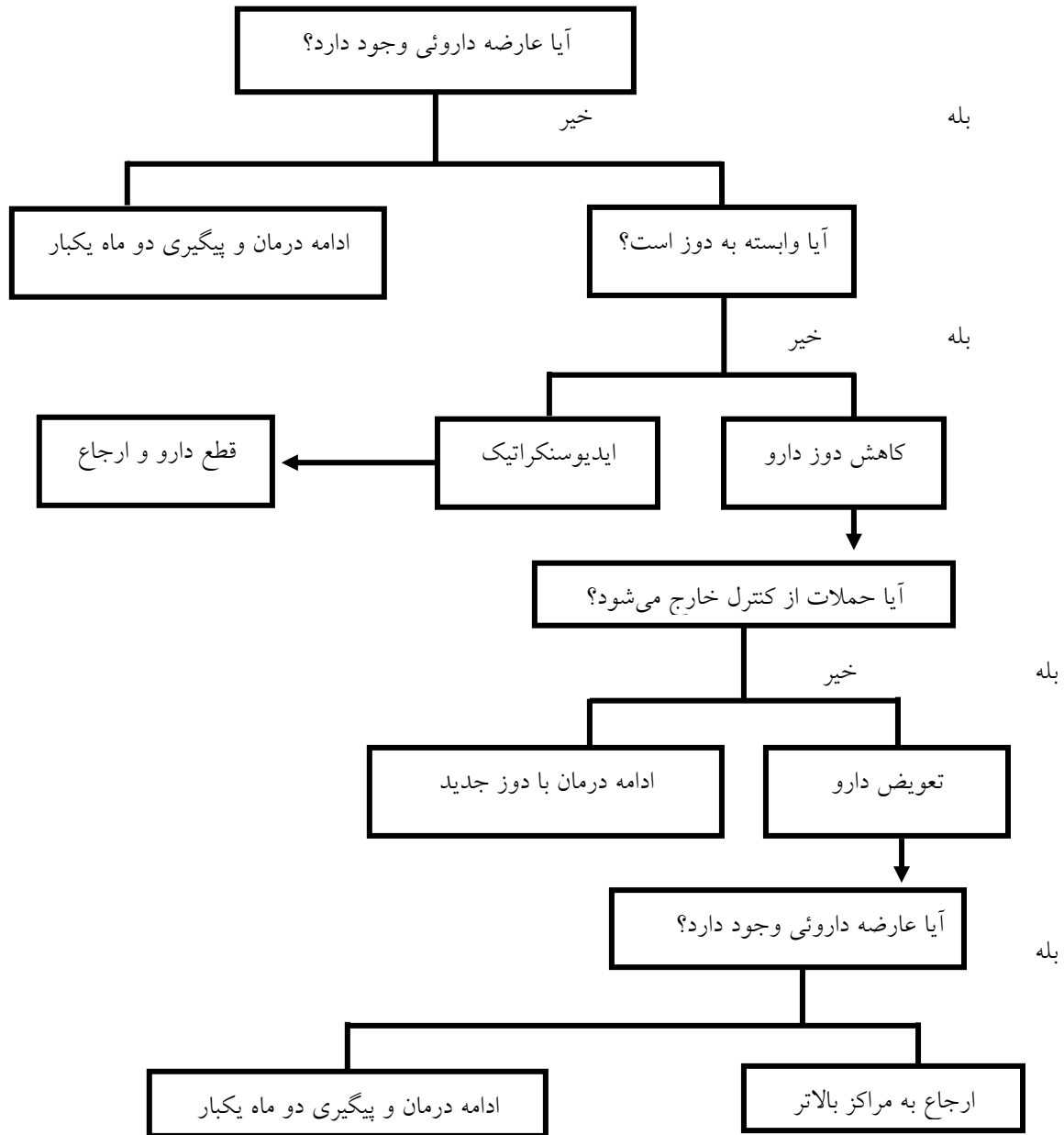
* منظور از کنترل حملات این است که بیمار بیش از یک حمله در سال نداشته باشد.

** در مراجعات و پیگیری‌های دو ماهه بیمار، بررسی از نظر ۱- کنترل حملات ۲- عوارض دارویی (بالینی و در صورت لزوم آزمایشگاهی) انجام شود و هر سه ماه CBC و تست‌های کبدی چک شود.

*** جهت تعویض دارو بایستی داری انتخابی جدید اضافه شده و پس از رسانیدن به دوز لازم،

داروی قبلی تدریجاً قطع شود.

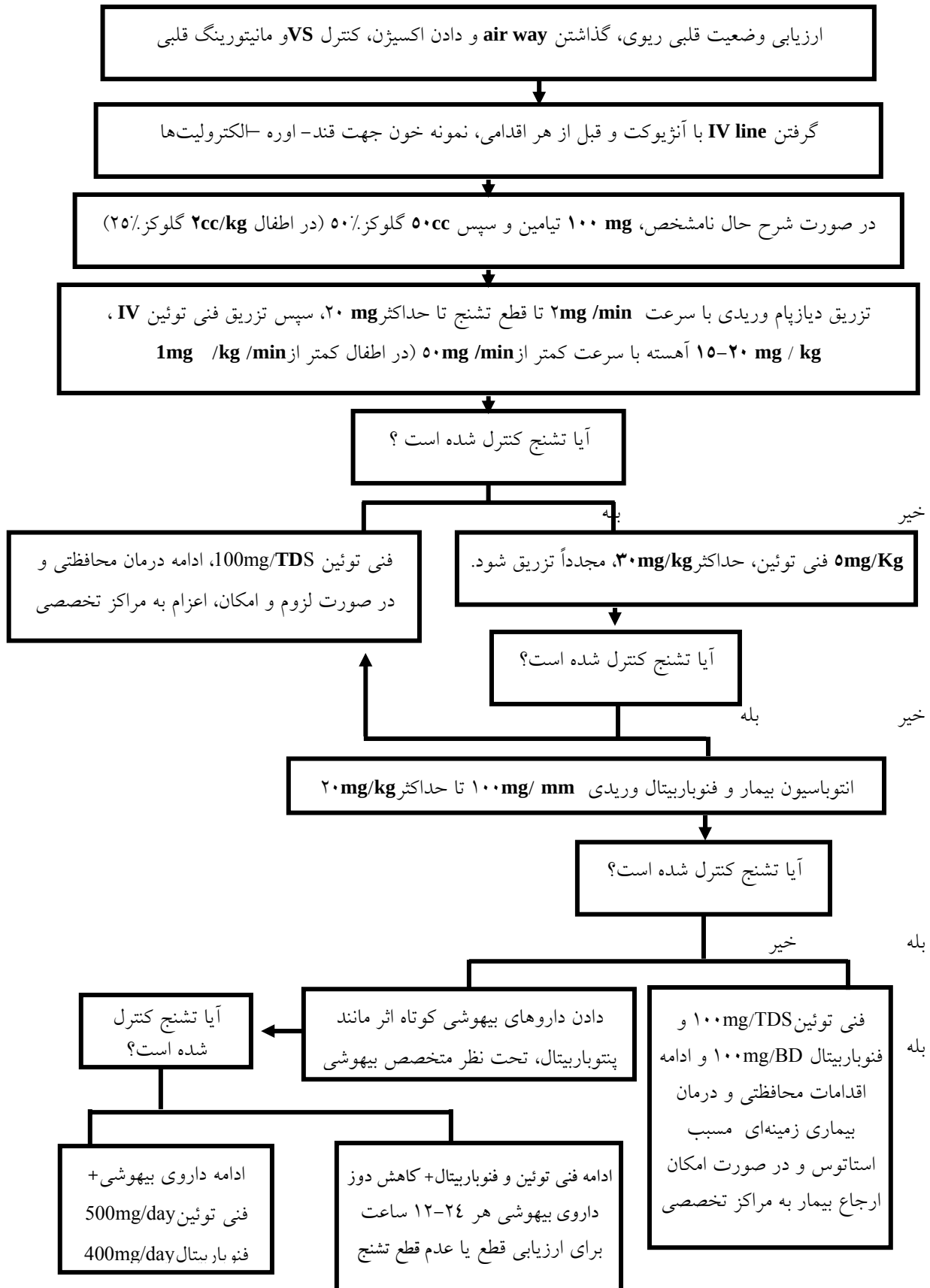
الگوریتم management عوارض دارویی



نکته : تقریباً تمام داروهای آنتی‌ایپسیتیک، عوارض سیستمیک (مانند عوارض گوارشی) و عوارض CNS (مانند اختلال تعادل، سرگیجه، گیجی، منگی، لرزش، کندی حافظه) را دارند و در صورتی که شدید نباشند یا ادامه درمان تخفیف یافته و یا برطرف می‌شوند و نیاز به مداخله ندارند ولی در صورتی که شدید باشند و باعث تغییر فعالیت روزانه و روند جاری زندگی فرد شوند، بایستی تصمیم‌گیری شود. عوارض ایدیوسنکراتیک داروهای ضد تشنج عبارتند از عوارض پوستی مخاطی (راش، درماتیت Exfoliative، اریتم مولتی‌فرم، سندرم استیونس جانسون) در مصرف همه داروهای ضد تشنج آگرانولوسیتوز و آنمی آپلاستیک (کاربامازپین)، نارسایی کبدی ناشی از هپاتیت و پانکراتیت (سدیم

والپروات)، بیماری‌های بافت همبند (فنی توئین) سندرم سودولینفوم (فنی توئین و فنوباریتال) و ترومبوسیتوپنی.

پروتکل management در استاتوس اپی لپتیکوس



نکاتی که پزشک باید به بیمار و همراهان وی آموزش دهد:

الف) نکات مربوط به مصرف دارو:

- ۱- دارو بایستی بطور مرتب و طبق دستور به مدت توصیه شده مصرف شود. مصرف نامرتب دارو شایعترین علت از کنترل خارج شدن حملات تشنج می‌باشد.
- ۲- اغلب عوارض دارویی شایع، گذرا بوده و با ادامه درمان و یا پس از قطع دارو بعد از مدت لازم، از بین می‌روند.
- ۳- قطع ناگهانی دارو خطر استاتوس اپی لپتیکوس را دراد و از این رو نبایستی بطور ناگهانی قطع شوند.

ب) اقدامات اساسی حین حمله :

- ۱- خونسردی خود را تا اتمام حمله تشنج حفظ کنید.
- ۲- اجسام خطرناک و آسیب‌رساننده را از اطراف بیمار دور نگه دارید.
- ۳- اقدام خاصی مانند نگه‌داشتن اندام‌ها و گرفتن بیمار - باز کردن دهان بیمار، موثر واقع نمی‌شوند و حتی خطر آسیب جسمی را برای بیمار دربردارند. بنابراین از این کار خودداری کنید.
- ۴- تا زمانی که بیمار هوشیاری کامل خود را بدست نیاورده است از خوراندن آب، غذا، دارو به بیمار خودداری نمایید.

ج) در موارد زیر بیمار باید سریعاً به مراکز درمانی برده شود:

- ۱- حمله‌ای که بیشتر از ده دقیقه به‌طول انجامیده است.
- ۲- دو یا بیشتر حمله که بین حملات فرد هوشیاری خود را بدست نیاورده است.

۳- آسیب‌های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی، که حین حمله اتفاق افتاده است.

نکاتی که کارشناس بهداشت روان باید به بیمار و همراهان آموزش دهد

حمایت‌های روحی روانی در جهت شناساندن صحیح بیماری به بیمار و اطرافیان و زدودن افکار غلط در رابطه با بیماری، آموزش پذیرش بیماری و زندگی با آن، افزایش اعتماد به نفس، پیشگیری از عوارض عاطفی مانند اضطراب و افسردگی و احساس شرم، آموزش استفاده از توان‌مندی‌های فردی، در اختیار قرار دادن بروشورهای آموزشی و در صورت تعداد بیش از چند نفر مصروعان، برگزاری کلاس‌های آموزشی، وظایف و مسائلی هستند که کارشناسان بهداشت روان انجام می‌دهند.

اور ڈانس

مسو مپت ها

مسمومیت با بنزودیازپین‌ها

بنزودیازپین‌ها را در طبقه داروهای رخوت‌زا و خواب آور قرار می‌دهند. بنزودیازپین‌ها در مقادیر بالا خواب آور و در مقادیر پایین اضطراب‌زدا یا رخوت‌زا هستند. بنزودیازپین‌ها در درمان اضطراب و سراسیمگی داروهای انتخاب اول هستند. به دلیل خطر وابستگی، از مصرف طولانی مدت آنها باید اجتناب گردد.

شایعترین عارضه بنزودیازپین‌ها خواب آلودگی است که تقریباً در ۱۰٪ از همه بیماران دیده می‌شود. فراموشی پیش‌گستر نیز همراه با بنزودیازپین‌ها به ویژه بنزودیازپین‌های پر قدرت دیده می‌شود. حساسیت‌های واکنشی به این داروها نادر است.

علائم مسمومیت با بنزودیازپین‌ها عبارتند از رخوت‌زایی، خواب آلودگی و آتاکسی، افت فشارخون و هیپوتونی.

فلومازنیل برای خنثی کردن عوارض روانی حرکتی، فراموشی، و رخوت ناشی از بنزودیازپین‌ها به کار می‌رود.

الگوریتم درمانی مسمومیت با بنزودیازپین‌ها

علائم مسمومیت: تضعیف سیستم اعصاب مرکزی از خواب آلودگی گرفته تا اغما. تکلم جویده جویده، ناهماهنگی حرکات، اغتشاش شعور، کاهش رفلکس‌ها، افت فشار

خون، هیپوتونی

القای استفراغ و شستشوی معده، مسهل‌های نمکی، و زغال فعال، مراقبت حمایتی، مراقبت از علائم حیاتی، باز نگهداشتن راه هوایی، تجویز مایعات به صورت داخل وریدی و نوراپی نفرین را می‌توان برای کاهش فشار خون به کار برد. می‌توان با احتیاط و فقط در بیماران بستری فلومازنیل را به کار برد.

نحوه تجویز فلومازنیل

تزریق داخل وریدی فلومازنیل ۲.۰ میلی گرم در مدت ۳۰ ثانیه و سپس ۳۰ ثانیه انتظار

پاسخ نمی‌دهد

پاسخ می‌دهد

تزریق داخل وریدی فلومازنیل ۰.۲ میلی گرم در مدت ۳۰ ثانیه و سپس ۳۰ ثانیه انتظار

پاسخ نمی‌دهد

تزریق داخل وریدی فلومازنیل ۰.۳ میلی گرم در مدت ۳۰ ثانیه و سپس ۱ دقیقه انتظار

پاسخ نمی‌دهد

تزریق داخل وریدی فلومازنیل ۰.۵ میلی گرم در مدت ۳۰ ثانیه به فواصل ۱ دقیقه‌ای تا مقدار تجمعی ۳ میلی گرم

پاسخ نمی‌دهد

تزریق داخل وریدی فلومازنیل ۰.۵ میلی گرم در مدت ۳۰ ثانیه به فواصل ۱ دقیقه‌ای تا مقدار تجمعی ۵ میلی گرم و سپس ۵ دقیقه انتظار

پاسخ نمی‌دهد

علت اصلی رخوت ربطی به بنزودیازپین‌ها ندارد و باید علل دیگر کاهش سطح هشیاری بررسی گردد

کنترل و مراقبت بیمار تا ۲۴ ساعت

در برخی بیماران کاهش سطح هشیاری ممکن است برگردد که می‌توان با دادن مقادیر مکرر فلومازنیل در فواصل ۲۰ دقیقه‌ای از آن پیشگیری یا آن را درمان کرد. برای تکرار درمان نباید در هر نوبت بیش از ۱ میلی گرم (هر دقیقه ۰.۵ میلی گرم) و در هر ساعت بیش از ۳ میلی گرم داده شود.

مسمومیت با داروهای سه و چهار حلقه‌ای

مقدار سمی یا کشنده	نشانه‌ها یا علائم	درمان
4g. 1-7. 0: مسمومیت	تحریک ابتدایی سیستم عصبی	شستشوی معده با زغال فعال، ایجاد
8g. 1-2. 2: کشنده	مرکزی، اغتشاش شعور،	استفراغ توصیه نمی‌شود، مراقبت
5g. 0: حداقل مقدار شناخته شده	سرآسیمگی، توهم، افزایش دمای	علامتی و حمایتی، و نشانه‌های
کشنده آمی تریپتیلین	بدن، نیستاگموس، هیپررفلکسی	حیاتی، حفظ راه ECG پایش
30mg/kg: دوز متوسط کشنده	نشانه‌های پارکینسونی، میدریاز	هوایی، حداقل بیمار را به مدت
ایمی پیرامین	تشنج، ضعف سیستم عصبی	شش ساعت تحت نظر گرفتن با
	مرکزی متعاقب تحریک آن،	مونیتورینگ قلبی، دیازپام برای IV
	کاهش دمای بدن، دپرسیون	برای تشنج، سدیم بیکربنات IV:
	تنفسی، هیپوتانسیون، آریتمی،	در محدوده pH حفظ 7. 45-7.
	(میزان طولانی شدن QRS	55 برای کمک به درمان آریتمی،
	شدت مسمومیت را نشان	هیپرونتیلیسیون همراه یا بدون
	می‌دهد).	داروهای ضدآریتمی مثل لیدوکائین
	اختلال در توانایی انقباض قلب	ممکن است لازم شود، استفاده از
	استفراغ، پلی رادیکولونوروپاتی	داروهای ضدآریتمی 1A و 1C
	خواب آلودگی، استوپور، کما	کتر اندیکه است. به جز موارد
		مقاوم و تهدیدکننده مسمومیت
		آنتی‌کلینرژیکی توصیه نمی‌شود.

نحوه برخورد با مسمومیت با لیتیوم

مسمومیت با لیتیوم یک اورژانس طب است، زیرا می‌تواند باعث صدمه دائم نوروئی و مرگ گردد.

عوامل خطر برای ایجاد مسمومیت با لیتیوم

دوز بالاتر از حد توصیه شده، کاهش دفع لیتیوم به دلیل اختلال کلیه، رژیم کم نمک، تداخل دارویی؛ و کم آبی.

علائم و نشانه‌های مسمومیت با لیتیوم

مسمومیت خفیف تا متوسط (سطح سرمی لیتیوم بین ۲-۱/۵ میلی اکی‌والان در لیتر)

- گوارشی: استفراغ، درد شکم، خشکی دهان
- نورولوژیک: آتاکسی، سرگیجه کاذب، لکنت زبان، نیستاگموس، بی‌حالی یا تهییج، ضعف عضلانی

مسمومیت متوسط تا شدید (سطح سرمی لیتیوم بین ۲/۵-۲ میلی اکی‌والان در لیتر)

- گوارشی: بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ مداوم
- نورولوژیک: تاری دید، فاسیکولاسیون عضلانی، حرکات کلونیک اندام، افزایش رفلکس‌های وتری عمقی، حرکات کره-آتوئید، تشنج، دلیریوم، سنکوپ، تغییرات نوار مغز، بهت، اغما، نارسایی دستگاه گردش خون (افت فشار خون، بی‌نظمی قلب، اختلالات هدایتی قلب)

مسمومیت شدید (سطح سرمی لیتیوم بالاتر از ۲/۵ میلی اکی‌والان در لیتر)

- تشنج‌های منتشر
- اولیگوره و نارسایی کلیه
- مرگ

درمان

- قطع لیتیوم
- رفع کم آبی بدن
- ایجاد استفراغ
- لاواژ معده با یک لوله با دهانه گشاد. تجویز پولی‌استیرن سولفونات (کی اکسالات) یا محلول پلی‌اتیلن‌گلیکول و نه ذغال فعال، مفید است.
- در اکثر موارد شدید دیالیز خونی مؤثرترین راه است. به دلیل توزیع مجدد لیتیوم از بافت‌ها به خون، ممکن است تکرار دیالیز لازم باشد.
- اگر مسمومیت به دلیل کمبود نمک است: تزریق محلول سدیم کلراید ۰/۹٪، اگر عدم تعادل آب و الکترولیت به اقدامات محافظتی جواب نداد: انجام همودیالیز به مدت ۸-۱۲ ساعت توصیه می‌گردد.
- تکرار دیالیز در موارد زیر توصیه می‌شود: اگر سطح سرمی لیتیوم < 3 میلی‌اکی‌والان در لیتر است یا اگر سطح آن ۲-۳ میلی‌اکی‌والان در لیتر می‌باشد اما بیمار در حال بدتر شدن است، یا اگر سطح آن پس از ۶ ساعت به اندازه ۲۰٪ پایین نیامده است؛ هدف، رسیدن به سطح کمتر از ۱ میلی‌اکی‌والان در لیتر ۸ ساعت پس از اتمام دیالیز می‌باشد. اوره، مانیتول و آمینوفیلین ترشح کلیوی لیتیوم را افزایش می‌دهند.

اختلال پانک

حمله پانیک

حمله پانیک دوره‌ای از ترس یا ناراحتی شدید است که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و در عرض ۱۰ دقیقه به حداکثر شدت خود می‌رسد. حداقل با ۴ علامت افزایش ضربان قلب، تعریق، لرزش، احساس کوتاه شدن تنفس، احساس خفقان، ناراحتی یا درد قفسه سینه، تهوع همراه است.

نخستین حمله پانیک اغلب کاملاً خود به خود است. اما گاهی نیز حمله‌های پانیک در پی بر آشفتگی، فعالیت بدنی، یا جنسی، یا آسیب هیجانی متوسطی ممکن است روی دهند. حمله پانیک اغلب وقتی شروع می‌شود علایمش در عرض ۱۰ دقیقه به سرعت تشدید می‌شود. علایم روانی عمده‌اش عبارتند از ترس مفرط و احساس قریب الوقوع بودن مرگ و نابودی. بیمار اغلب نمی‌تواند علت ترس خود را بیان کند. ممکن است دچار اغتشاش شعور شود و در تمرکز اشکال پیدا کند. نشانه‌های جسمی حمله پانیک اغلب عبارت است از افزایش ضربان قلب، احساس تپش قلب، تنگی نفس، و تعریق. بیمار اغلب می‌کوشد در هر جایی هست، آنجا را ترک کند تا از کسی کمک بگیرد. حمله عموماً ۳۰-۲۰ دقیقه و ندرتاً بیش از ۱ ساعت طول می‌کشد. اگر در حین حمله پانیک وضعیت روانی بیمار به طور معمول معاینه شود، نشخوار ذهنی، اشکال در صحبت کردن، و مختل شدن حافظه دیده می‌شود. علایم پانیک ممکن است به سرعت یا به تدریج برطرف شود. بیمار در فاصله حملات ممکن است از اینکه دچار حمله دیگری شود دچار اضطراب انتظار شود. افتراق میان اضطراب انتظار و اختلال اضطرابی فراگیر ممکن است دشوار باشد. ولی بیماران دچار اختلال پانیک که اضطراب انتظار پیدا می‌کنند، می‌توانند علت اضطراب خود را بیان کنند.

نگرانی جسمی از مرگ به دلیل مشکل قلبی یا تنفسی ممکن است کانون اصلی توجه بیمار در حین حمله پانیک باشد. بیمار ممکن است معتقد باشد تپش قلب و درد قفسه سینه نشاندهنده آن است که دارد می‌میرد. بسیاری از این بیماران یعنی حدود ۲۰ درصد، واقعاً در حین حمله پانیک دچار حمله‌های سنکوپ می‌شوند. اینها افراد جوان ۲۰-۳۰ ساله‌ای هستند که به بخش فوریت‌ها مراجعه می‌کنند و با اینکه از نظر جسمی سالم هستند، اصرار می‌کنند که دچار حمله قلبی شده‌اند و

دارند می‌میرند. پزشک بخش فوریت‌ها بهتر است به تشخیص پانیک فکر کند. نفس نفس زنی می‌تواند آکالوز تنفسی و سایر علائم را ایجاد کند. درمان قدیمی نفس کشیدن در داخل کیسه کاغذی گاه مفید است، چون شدت آکالوز را کم می‌کند.

مدیریت حمله پانیک

(دوره‌ای از ترس یا ناراحتی شدید که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و در عرض ۱۰ دقیقه به حداکثر شدت خود می‌رسد. حداقل با ۴ علامت افزایش ضربان قلب، تعریق، لرزش، احساس کوتاه شدن تنفس، احساس خفقان، ناراحتی یا درد قفسه سینه، تهوع همراه است).

گرفتن شرح حال، معاینه فیزیکی از نظر علائم حیاتی، وضعیت قلب، ریه، هیپوگلیسمی و انجام آزمایشات لازم با توجه به شرح حال

احتمال وجود بیماری جسمی

بله

بسیاری از بیماری‌های جسمی مانند آریتمی قلبی، انفارکتوس قلبی، آسم، هیپوگلیسمی و هیپرنیروئیدی با علائم مشابه حمله پانیک بروز می‌کنند که در این صورت درمان بیماری طبی موجب بهبود علائم اضطرابی خواهد شد. مگر اینکه با درمان بیماری طبی علائم اضطرابی برطرف نشوند که در این صورت نیازمند درمان اضطراب مطابق الگوریتم درمان اختلالات اضطرابی مربوطه خواهند بود.

خیر

تشخیص
حمله پانیک

تجویز کلونازپام ۱ میلی گرمی

پاسخ نمی‌دهد

تجویز دوز بعدی کلونازپام ۱ میلی گرمی پس از ۲۰ دقیقه

پاسخ نمی‌دهد

بررسی مجدد بیماری طبی

پاسخ می‌دهد

ارجاع به روانپزشک یا پزشک عمومی ۲ ماهه دوره دیده و دریافت پسخواند و پیگیری بیمار

دلیریوم

روش برخورد با بیمار مبتلا به دلیریوم

دلیریوم نوعی اختلال شناختی است که شروع حادی دارد و در طی آن بیمار دچار نوعی اختلال هوشیاری و کاهش توانایی توجه می‌شود. اختلالات ادراکی (مثل توهم بینایی)، اختلال دوره خواب و بیداری، اختلال جریان فکر و اختلالات رفتاری می‌شود.

کلیه بیماری‌های حاد و شدید، مسمومیت‌ها و بیماری‌های درگیرکننده CNS می‌توانند باعث دلیریوم شوند. دلیریوم همیشه یک علت عضوی دارد که باید آنرا شناسایی و درمان کرد. نشانه‌های آن عبارتند از:

الف. وجود تیرگی هوشیاری (یعنی کاهش وضوح آگاهی) همراه با کاهش توانایی برای تمرکز، حفظ یا تغییر توجه

ب. اختلال شناختی که به دو صورت زیر تظاهر می‌کند:

۱. تخریب حافظه فوری همراه با سالم ماندن نسبی حافظه دور

۲. عدم وقوف به زمان، مکان یا شخص

ج. حداقل یکی از موارد اختلالات روانی حرکتی زیر:

۱. تغییر سریع و غیر قابل پیش‌بینی، از کم تحرکی به بیش فعالی

۲. افزایش زمان واکنش

۳. افزایش یا کاهش جریان کلام

۴. تقویت واکنش از جا پریدن

د. اختلال خواب یا چرخه خواب و بیداری که حداقل با یکی از موارد زیر تظاهر می‌کند:

۱. بی‌خوابی که در موارد شدید ممکن است موجب فقدان کلی خواب شود یا بدون چرت

زدن روزانه یا معکوس شدن چرخه خواب و بیداری

۲. تشدید شبانه علایم

۳. کابوس و رؤیاهای ناراحت‌کننده که ممکن است پس از بیداری نیز بصورت توهم یا

خطای حسی ادامه داشته باشد

. علایم شروع سریعی داشته و در طول روز نوسان دارند
و. شواهد عینی حاصل از شرح حال و معاینه جسمی و عصبی یا آزمون‌های آزمایشگاهی حاکی از
وجود بیماری سیستمیک یا مغزی زمینه‌ای یا اختلالات وابسته به مصرف مواد است که می‌توان
آن را مسؤول تظاهرات بالینی مذکور دانست.
در بیمار با علایم مذکور سندرم دلیریوم مطرح است و علل زیادی دارد که همه آنها موجب بروز
الگوی مشابهی از نشانه‌های مربوط به سطح هوشیاری و تخریب شناختی می‌شوند.

علل ایجادکننده دلیریوم

علل اینترا کرانیال

نورودژنراتیو: دمانس

توده‌های اشغال‌کننده فضا: تومورها - کیست‌ها - آبسه‌ها - همتوم‌ها - ترومای سر

عفونت‌ها: مننژیت - انسفالیت

اپی‌لپسی

اختلالات عروقی مغز:

حملات گذرای ایسکمیک

ترومبوز یا آمبولی سربال

خونریزی ساب‌آراکنوئید یا داخل مغزی

انسفالوپاتی هیپرتانسیو

واسکولیت‌ها

علل سیستمیک

توکسیک: مصرف الکل

داروها (مصرف یا ترک)

آنتی‌کولینرژیک‌ها - ضد تشنج‌ها - ضد افسردگی‌ها - داروهای آنتی‌هایپرتانسیو - داروهای
ضد پارکینسون - آنتی‌سایکوتیک‌ها - حشیش - سایمتیدین - دیسولفیرام - دیگوکسین - انسولین -
اپیات‌ها - فن‌سیکلیدین - سالیسیلات‌ها - استروئیدها - سداتیوها (بنزودیازپین‌ها)

اختلالات متابولیک و اندوکراین:

اختلالات الکترولیتی

اورمی

انسفالوپاتی کبدی

پورفیری

هیپوگلیسمی

هیپر یا هیپوتیروئیدی

هیپر یا هیپوپارا تیروئیدی

عفونت‌ها و سپتی‌سمی

آنوکسی: نارسایی تنفسی - نارسایی قلبی

نحوه برخورد با بیماری که سندرم دلیریوم برای وی مطرح است

هدف اولیه در درمان دلیریوم رفع علت زمینه‌ای است و جهت رفع آن بستری کردن بیمار ضروری

است.

اقدامات لازم تا زمان بستری شدن بیمار جهت کاهش دیسترس وی

معاینه فیزیکی شامل علایم حیاتی و نورولوژیک و بررسی علل اورژانس ایجاد کننده
دلیریوم شامل هیپوگلیسمی، مسمومیت با اپیوم، بیماری‌های
همراه با تب بالا، دهیدراتاسیون



انجام اقدامات ضروری و تثبیت علایم حیاتی در ارتباط با علل یاد شده



تدارک حمایت فیزیکی، حسی و محیطی



الف) حمایت فیزیکی از این نظر ضروری است که بیمار دلیریومی در موقعیتی قرار نگیرد که دچار سانحه شود.
ب) بیمار مبتلا به دلیریوم باید نه محرومیت حسی داشته باشد و نه در معرض تحریک محیطی مفرط قرار داشته باشد.
معمولاً می‌توان با حاضر کردن یک دوست یا یکی از بستگان بیمار دلیریومی و یا حضور یک هم‌نشین همیشگی به او کمک کرد. تصاویر و دکوراسیون آشنا، وجود یک ساعت یا تقویم و یادآوری مکان و زمان به احساس آرامش بیمار کمک می‌کند. در افراد مسن پس از عمل کاتاراکت و پوشاندن چشم‌ها ممکن است دلیریوم ظاهر شود. برای کمک به چنین بیمارانی می‌توان به منظور ایجاد تحریک نوری مختصر سوراخ‌های ریزی روی چشم بند ایجاد کرد.

۳. درمان دارویی: دو نشانه عمده دلیریوم که ممکن است مستلزم درمان دارویی قبل از اعزام به بیمارستان باشند شامل سایکوز و بی‌خوابی می‌باشد. در صورت وجود یکی از این دو نشانه اقدام زیر را انجام دهید.:



تزریق آمپول هالوپریدول ۲/۵ میلی گرم به صورت عضلانی، در صورت تداوم برآشفته‌گی بیمار
یک ساعت بعد می‌توان آنرا تکرار کرد

اختلال تبدیلی

روش برخورد با اختلال تبدیلی

در بیشتر موارد اختلال تبدیلی در عرض مدت کوتاهی (چند روز) خود بخود از بین می‌رود. لذا تنها انجام موارد زیر که این سیر را تسریع می‌کنند توصیه می‌شود:

هم دلی با بیمار و آرامش دادن به وی، تجویز یک داروی آرام‌بخش تزریقی یا خوراکی (مانند پرومتازین، دیازپام) و توصیه به استراحت.

انجام تزریق آب مقطر و سایر اقدامات دردناک به هیچ عنوان توصیه نمی‌شود.

در صورت باقی ماندن مشکل پس از انجام این اقدامات اولیه، بیمار به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع شود.

نکات کمک‌کننده در افتراق اختلالات تبدیلی از اختلالات نورولوژیک مشابه

تقریباً همیشه به دنبال استرسور پدید می‌آید. اختلال تبدیلی در خانم‌ها بسیار شایع‌تر است.

فلج

- باقی ماندن رفلکس‌های وتری عمقی
- در فلج دست، با رها کردن دست بالای صورت، دست روی صورت نمی‌افتد و پهلوی آن می‌افتد
- در فلج پا، با بلند کردن مستقیم پای سالم، معاینه‌گر فشاری را زیر پای فلج بر روی دست خود احساس می‌کند

نابینایی

- بیمار هنگام راه رفتن به موانع برخورد نمی‌کند
- با تاباندن ناگهانی نور شدید چشمش را می‌بندد
- با دستور "به دستان نگاه کن" این کار را نمی‌کند در حالیکه انتظار می‌رود فرد نابینا بتواند این

دستور را انجام دهد.

تشنج کاذب

- عدم آسیب دیدن در هنگام سقوط
- عدم بی اختیاری ادرار و مدفوع
- طولانی‌تر بودن زمان حمله
- عدم وجود دوره خواب آلودگی و گیجی پس از تشنج
- وقوع در حضور دیگران
- در حملات مختلف تشنجه‌ها الگوهای متفاوتی دارند
- ناله و فریاد در هنگام تشنج
- بستن چشم‌ها و مقاومت در برابر بازکردن آنها

دستونی

دستونی

دستونی عبارت است از اسپاسم مداوم و شدید عضلات که معمولاً عضلات زیر را درگیر می‌کند: سر و گردن (کج شدن گردن)، عضلات چشم (بالا رفتن یا منحرف شدن چشم‌ها)، عضلات زبان (اشکال در بلع و تکلم)، عضلات حنجره (دیسفونی)

توجه: اگرچه عارضه دستونی عضلات حنجره نادر است ولی به علت مرگبار بودن آن تجویز بلافاصله بی‌پیریدین وریدی ضروری است.

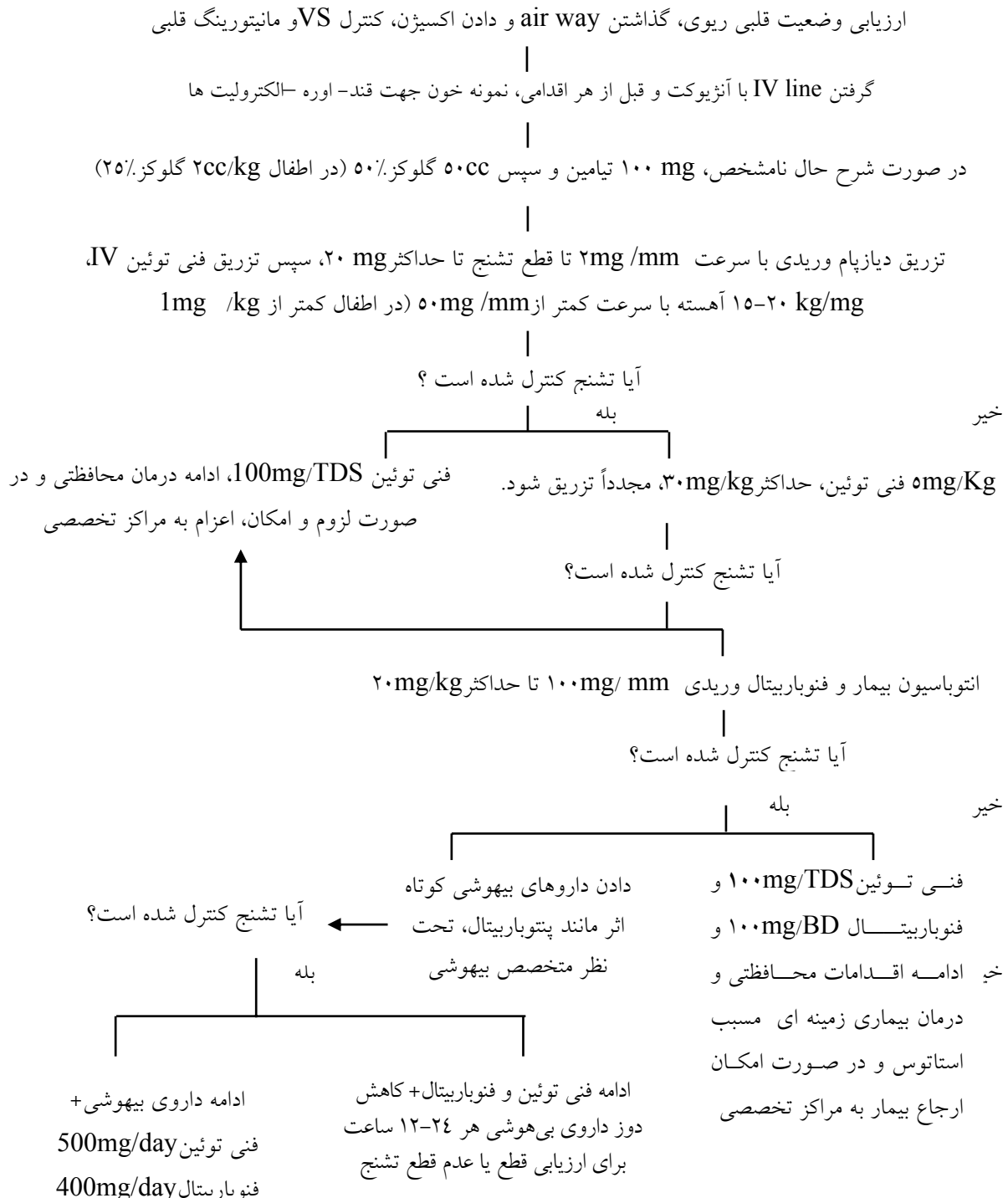
پس از وقوع دستونی، در صورتی که داروی ضدپسیکوز قطع شده باشد، دست کم تا دو روز و در صورتی که داروی ضدپسیکوز ادامه یافته باشد، دست کم تا سه هفته، لازم است درمان خوراکی با بیپریدین (یا تری‌هگزی‌فنیدیل) ادامه یابد.

پس از این مدت می‌توان دوز داروی آنتی‌کولینرژیک را به تدریج کاهش داد و قطع نمود. سندرم نورولپتیک بدخیم: این عارضه اگر چه شایع نیست ولی به علت کشنده بودن، شناسایی به موقع آن و انجام مداخلات درمانی ضروری است. سفتی شدید عضلانی و افزایش درجه حرارت بدن مهم‌ترین علائم این عارضه هستند که معمولاً همراه با بعضی از علائم دیگر مثل تعریق، لرزش، کاهش سطح هوشیاری. تاکی‌کاردی، دیس‌فاژی دیده می‌شوند.

در این شرایط باید بلافاصله داروی آنتی‌پسیکوتیک را قطع کرد و ضمن هیدراتاسیون و خنک کردن بدن بیمار و کنترل علائم حیاتی وی را بلافاصله به بخش روانپزشکی یا بیمارستان ارجاع نمود.

ص ٤٤

الگوریتم مراقبت از بیمار مبتلا به استاتوس اپی لپتیکوس



داروها

پیوست دارویی داروهای مورد مصرف در اختلال دوقطبی

دارو	عوارض شایع	احتیاط ویژه	دوز مصرفی
لیتیوم کربنات (قرص‌های ۱۰۰ میلی گرم)	پرنوشی، پر ادراری، افزایش وزن، خواب آلودگی، کم کاری تیروئید، اختلال عملکرد کلیه، لرزش دست. علائم مسمومیت: اسهال و استفراغ، لرزش شدید دست، لکنت زبان، علائم منخچه‌ای	- به بیمار در مورد اشتن رژیم غذایی و ورزش منظم توصیه کنید. - توصیه به مصرف کافی آب و نمک انجام شود. - در صورت بروز علائم مسمومیت، مراجعه فوری به پزشک صورت گیرد و بیمار را به مراکز مسمومیت ارجاع دهید. - داروهای مدر (به جز گزانتین‌ها و استازولامید) و ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی (به جز آسپرین) همراه با لیتیوم مصرف نشوند، زیرا باعث مسمومیت با لیتیوم می‌گردند. - هر سال عملکرد کلیه و تیروئید را ارزیابی کنید.	دوز شروع در بالغین ۳۰۰ میلی گرم در روز (۱۰۰ میلی گرم سه بار در روز) در افراد مسن: ۱۰۰ میلی گرم یک یا دو بار در روز دوز معمول: ۹۰۰-۱۲۰۰ میلی گرم در روز
سدیم والپروات (قرص ۲۰۰ میلی گرم شربت ۲۰۰ میلی گرم در ۵ سی سی)	تهوع، سوزش معده، افزایش آنزیم‌های کبدی، ترومبوسیتوپنی، ریزش مو، افزایش وزن، خواب آلودگی، انعقادی/نادر، پانکراتیت هموراژیک/نادر	- در بیماران با نارسایی کبد یا با افزایش آنزیم‌های کبد تجویز نشود. - در صورت هر گونه درد شکمی، راش‌های پوستی و کبودشدگی بیمار به پزشک مراجعه کند. - به بیمار در مورد مراجعه فوری در هنگام بروز بثورات پوستی در زمان مصرف همزمان والپروات و لاموتریژین هشدار داده شود. - عملکرد کبد سالیانه چک شود.	دوز شروع: ۲۰۰ میلی گرم سه بار در روز دوز معمول: ۱۵۰۰-۱۲۰۰ میلی گرم در روز
کاربامازپین (قرص ۲۰۰ میلی گرم) و فرم آهسته رهش ۲۰۰ میلی گرم (تگرتول)	خواب‌آلودگی، تاری دید، سرگیجه، عدم تعادل، عوارض ایدیوسنکراتیک، آگرانولوسیتوز، سندرم استیون جانسون، نارسایی کبد، پانکراتیت	- در بیماران با نارسایی کبد یا افزایش آنزیم‌های کبدی تجویز نشود. در صورت بروز بثورات تاولی دارو قطع گردد. دوز شروع بسیار کم و آهسته افزایش یابد. در بیماران مصرف‌کننده وارفارین، سطح سرمی وارفارین را کاهش می‌دهد.	دوز شروع: از ۱۰۰ میلی گرم در روز و به تدریج برحسب تحمل بیمار افزایش داده تا برسد به ۶۰۰ میلی گرم در روز) دوز معمول: ۶۰۰-۱۲۰۰ میلی گرم
لاموتریژین (قرص‌های ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرم)	سردرد، خواب‌آلودگی، سندرم استیون جانسون در هنگام مصرف با والپروات: احتمال سندرم استیون جانسون بیشتر می‌شود.	- در صورت بروز هر گونه راش در حین درمان با لاموتریژین، لاموتریژین قطع شود و در اسرع وقت به پزشک مراجعه شود.	۵۰-۲۵ میلی گرم در روز و بر حسب وجود دارو همراه تنظیم می‌گردد. حداکثر دوز به تنهایی: ۴۰۰ میلی گرم در روز، حداکثر دوز در ترکیب با والپروات: ۲۰۰ میلی گرم در روز، حداکثر دوز در ترکیب با کاربامازپین: ۶۰۰ میلی گرم در روز

پیوست داروها

نام دارو	اشکال دارویی	دوز معمول	عوارض شایعتر	احتیاطات
Chlorpromazine	قرص ۱۰، ۲۵، ۱۰۰ میلی گرمی، آمپول ۲۵ میلی گرمی	۸۰۰-۳۰۰ خوراکی، ۲۵ تزریقی	خواب آلودگی، عوارض آنتی کولینرژیک، عوارض قلبی، افت وضعیتی فشار خون، افزایش وزن، عوارض جنسی	مصرف همزمان با سایر داروهای خواب آور، پایین آورنده فشار خون، طولانی کننده QT، گلوکوم در حاملگی و شیردهی ممنوع
Flupenthixol	قرص ۰/۵ میلی گرمی، آمپول ۲۰ میلی گرمی	طولانی اثر	مثل هالوپریدول	مثل هالوپریدول
Fluphenazine	قرص ۱، ۲/۵ میلی گرمی، آمپول ۲۵ میلی گرمی	خوراکی ۲۰-۱ در روز، تزریقی ۱۲/۵-۱۰۰ در ماه	مثل هالوپریدول	مثل هالوپریدول
Haloperidol	قرص ۰/۵، ۵ میلی گرمی، قطره ۲ میلی گرم در ۱cc، آمپول ۵ میلی گرمی، آمپول ۵۰ میلی گرمی	قرص ۲۰-۶ خوراکی در روز، ۵-۱۰ تزریقی، طولانی اثر: ۱۰۰-۲۰۰ در ماه	پارکینسونیسم، دیستونی، آکاتیژیا، خواب آلودگی، عوارض جنسی، افزایش وزن	مصرف همزمان با سایر داروهای خواب آور احتیاط در حاملگی و شیردهی
Olanzapine	قرص ۵ میلی گرمی	۱۵=۵	افزایش وزن، قند خون	بیماری کبدی، در حاملگی و شیردهی ممنوع
Perphenazine	قرص ۲، ۴، ۸ میلی گرمی، آمپول ۵ میلی گرمی	۴۰-۸ خوراکی ۵-۱۰ تزریقی	مثل هالوپریدول	مثل هالوپریدول
Pimozide	قرص ۴ میلی گرمی	۱-۱۰	مثل هالوپریدول	مثل هالوپریدول
Risperidone	قرص ۱، ۲، ۳، ۴ میلی گرمی	۶-۲	عوارض خارج هرمی خواب آلودگی، افزایش وزن	در حاملگی و شیردهی ممنوع
Thioridazine	قرص ۱۰، ۲۵، ۱۰۰ میلی گرمی	۷۰۰-۲۰۰	مثل کلرپرومازین	مثل کلرپرومازین
Thithixene	کپسول ۵ میلی گرمی	۳۰-۶	مثل هالوپریدول	مثل هالوپریدول
Trifluoperazine	قرص ۱، ۲، ۵ میلی گرمی، آمپول ۱ میلی گرمی	۲۰-۶ خوراکی ۱-۲ تزریقی	مثل هالوپریدول	مثل هالوپریدول

مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین

نام ژنریک	اندازه مصرف روزانه و شکل دارو	عوارض جانبی	تداخلات دارویی
فلوکستین [موارد مصرف عمده در افسردگی، اختلالات اضطرابی، وسواسی-اجباری، بولیمیا]	۸۰-۲۰ میلی گرم کپسول‌های ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی محلول مایع ۵ سی سی سی ۲۰/ میلی گرم	عوارض سیستم عصبی مرکزی: سر درد، عصبانیت، بی‌خوابی، خواب آلودگی و اضطراب عوارض گوارشی: تهوع، اسهال، بی‌اشتهایی، سوءهاضمه، اختلالات جنسی، کاهش غلظت گلوکز خون بیش مصرف: بی‌قراری، ترمور تشنج	ایجاد سندرم سروتونینی مرگبار در مصرف توأم این داروها با مهارکننده‌های منوآمین‌اکسیداز، احتیاط در مصرف همزمان با لیتیم بدلیل ایجاد تشنج و سندرم سروتونینی مرگبار، داروهای این گروه ممکن است غلظت دزی پیرامین را ۴-۳ برابر کنند
سیتالوپرام [موارد مصرف عمده در افسردگی، اختلالات اضطرابی، وسواسی-اجباری]	۸۰-۲۰ میلی گرم قرص‌های ۲۰ و ۴۰ میلی گرمی	تهوع، خشکی دهان، خواب آلودگی، تعریق، ترمور، اسهال، اختلال جنسی، سرگیجه	تداخلات دارویی با داروهای ذکر شده در مورد فلوکستین و سیتالوپرام سطح سرمی متوپرولول را تا ۲ برابر افزایش می‌دهد. افزایش سطح سرمی در مصرف توأم با سایمیتیدین
سرترالین [موارد مصرف عمده در افسردگی، اختلالات اضطرابی، وسواسی-اجباری]	۲۰۰-۵۰ میلی گرم قرص‌های ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرمی	عوارض گوارشی شامل درد معده، اسهال و تهوع، سرگیجه، ترمور، خواب آلودگی، افزایش تعریق، خشکی دهان و اختلالات جنسی	تداخلات دارویی با داروهای ذکر شده در مورد فلوکستین و افزایش سطح وارفارین آزاد و افزایش زمان پروترومبین سایمیتیدین غلظت آنرا افزایش می‌دهد
فلوکسامین [موارد مصرف عمده در افسردگی، اختلالات اضطرابی، وسواسی-اجباری]	۳۰۰-۵۰ میلی گرم قرص‌های ۵۰ میلی گرمی	تهوع، سوءهاضمه، اختلال جنسی، آشفته‌گی‌های خواب و سردرد	تداخلات دارویی با داروهای ذکر شده در مورد فلوکستین و نباید همراه با ترفنادین، استمیزول و کتوکونازول مصرف شود. افزایش نیمه عمر آلپرازولام و دیازپام افزایش غلظت تتوفیلین و وارفارین افزایش غلظت واحتمالا فعالیت کلوزاپین، کاربامازپین، ایندرال، متادون و دیلتیازم

* قاعده کلی [اجتناب از هر دارویی در حاملگی] را در مورد این داروها هم باید مراعات کرد

* همه این داروها در شیر مادر ترشح می‌شوند لذا مادران شیرده نباید آنها را مصرف کنند

* در بیماران کبدی باید احتیاط نمود

داروهای ضد افسردگی سه و چهار حلقه‌ای

نام ژنریک	موارد مصرف	مقدار مصرف روزانه و شکل دارو	عوارض جانبی	تداخلات دارویی
آمی تریپتیلین (گروه شیمیائی سه حلقه‌ای)	تمام داروهای این گروه: بطور عمده افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواسی اجباری	۳۰۰-۷۵ میلی گرم قرص‌های: ۱۰ و ۲۵ و ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرمی	تمام داروهای این گروه: عوارض آنتی کلینرژیکی خشکی دهان، یبوست، تاری دید، رتانسیون ادراری، سایر عوارض مثل افزایش وزن، خواب آلودگی، تشنج، هیپوتانسیون وضعیتی، عوارض قلبی از جمله بلوک قلبی و آریتمی، ناتوانی جنسی	تمام داروهای این گروه: تشدید عوارض سداسیون و آنتی کلینرژیکی در مصرف همزمان با داروهای که اثرات مشابه دارند
ایمی پیرامین (گروه شیمیائی سه حلقه‌ای)		۳۰۰-۷۵ میلی گرم قرص‌های ۱۰ و ۲۵ و ۵۰ میلی گرمی و فرم تزریقی ۲ سی سی / ۲۵ میلی گرم	در بیماران مبتلا به گلوکوم، هیپرتروفی پروستات، انفارکتوس اخیر، آریتمی‌ها، بیماری‌های دید کبدی و آگرانولوسیتوز و حملات مانیا نباید تجویز شوند	مصرف همزمان با داروهای مقلد سمپاتیک عوارض جدی قلبی ایجاد می‌کند
کلومپیرامین (گروه شیمیائی سه حلقه‌ای)	کلومپیرامین بیش از سایر داروهای این گروه روی اختلال وسواسی-اجباری	۲۵۰-۱۵۰ میلی گرم قرص‌های ۱۰ و ۲۵ و ۵۰ و ۷۵ میلی گرمی	در بیماران صرعی و بیماران وسالمدان باید احتیاط نمود	ممانعت در واکنش بدن به داروهای ضد فشارخون بالا
داکسپین (گروه شیمیائی سه حلقه‌ای)		۳۰۰-۱۵۰ میلی گرم کپسول‌های ۱۰ و ۲۵ میلی گرمی	این داروها وارد شیر مادر می‌شوند و می‌توانند عوارض جدی در طفل شیرخوار ایجاد کنند	افزایش سطح پلاسمائی این داروها و داروهای آنتی - سایکوتیک در مصرف توأم آنها

ادامه داروهای ضدافسردگی سه و چهار حلقه‌ای

نام ژنریک	موارد مصرف	مقدار مصرف روزانه و شکل دارو	عوارض جانبی	تداخلات دارویی
دزی پیرامین (گروه شیمیائی آمین‌های ثانویه)		۳۰۰-۱۵۰ میلی گرم قرص ۲۵ میلی گرمی	در بیماران کبدی و کلیوی باید با احتیاط مصرف شوند	افزایش سطح سرمی این داروها با مصرف همزمان با آسپرین، سایمیتیدین، فلوکستین و مدرهای تیازیدی و کاهش سطح سرمی آنها با مصرف همزمان با لیتیم، پریمیدون، باربیتورات‌ها و تدخین سیگار
نورتیپتیلین (گروه شیمیائی آمین‌های ثانویه)		۱۵۰-۵۰ میلی گرم قرص‌های ۲۵ و ۱۰ میلی گرمی	در بیماران کبدی و کلیوی باید با احتیاط مصرف شوند	افزایش سطح سرمی این داروها با مصرف همزمان با آسپرین، سایمیتیدین، فلوکستین و مدرهای تیازیدی و کاهش سطح سرمی آنها با مصرف همزمان با لیتیم، پریمیدون، باربیتورات‌ها و تدخین سیگار
ماپروتیلین (گروه شیمیائی چهار حلقه‌ای)		۲۲۵-۱۵۰ میلی گرم قرص‌های ۲۵ و ۷۵ میلی گرمی	ماپروتیلین بیش از سایر داروهای این گروه باعث تشنج می‌شود	

پیوست دارویی داروهای تثبیت‌کننده خلق

داروهای مورد مصرف در اختلال دوقطبی:

دارو	عوارض شایع	احتیاط ویژه	دوز مصرفی
لیتیوم کربنات (قرص‌های ۳۰۰ میلی گرم)	پرنوشتی، پر ادراری، افزایش وزن، خواب آلودگی، کم کاری تیروئید، اختلال عملکرد کلیه، لرزش دست، علائم مسمومیت: اسهال و استفراغ، لرزش شدید دست، لکنت زبان، علائم مخچه‌ای	- به بیمار در مورد داشتن رژیم غذایی و ورزش منظم توصیه کنید - توصیه به مصرف کافی آب و نمک انجام شود - در صورت بروز علائم مسمومیت، مراجعه فوری به پزشک صورت گیرد و بیمار را به مراکز مسمومیت ارجاع دهید - داروهای مدر (به جز گزانتین‌ها و استازولامید) و ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی (به جز آسپرین) همراه با لیتیوم مصرف نشوند، زیرا باعث مسمومیت با لیتیوم می‌گردند - هر سال عملکرد کلیه و تیروئید را ارزیابی کنید	دوز شروع در بالغین ۹۰۰ میلی گرم در روز (۳۰۰ میلی گرم سه بار در روز) در افراد مسن: ۳۰۰ میلی گرم یک یا دو بار در روز دوز معمول: ۹۰۰-۱۲۰۰ میلی گرم در روز
سدیم والپروات (قرص ۲۰۰ میلی گرم، شربت ۲۰۰ میلی گرم در ۵ سی سی)	تهوع، سوزش معده، افزایش آنزیم‌های کبدی، ترومبوسیتوپنی، ریزش مو، افزایش وزن، خواب آلودگی، انعقادی/نادر، پانکراتیت هموراژیک/نادر	- در بیماران با نارسایی کبد یا با افزایش آنزیم‌های کبد تجویز نشود - در صورت هر گونه درد شکمی، راش‌های پوستی و کبودشدگی بیمار به پزشک مراجعه کند - به بیمار در مورد مراجعه فوری در هنگام بروز بثورات پوستی در زمان مصرف همزمان والپروات و لاموتریزین هشدار داده شود - عملکرد کبد سالیانه چک شود	دوز شروع: ۲۰۰ میلی گرم سه بار در روز دوز معمول: ۱۵۰۰-۱۲۰۰ میلی گرم در روز
کاربامازپین (قرص ۲۰۰ میلی گرم) و فرم آهسته رهش ۲۰۰ و ۴۰۰ میلی گرم (تگرتول)	خواب‌آلودگی، تاری دید، سرگیجه، عدم تعادل، عوارض ایدیوسنکراتیک (آگرانولوسیتوز، سندرم استیون جانسون، نارسایی کبد، پانکراتیت)	- در بیماران با نارسایی کبد یا افزایش آنزیم‌های کبدی تجویز نشود - در صورت بروز بثورات تاوولی دارو قطع گردد - دوز شروع بسیار کم و آهسته افزایش یابد - در بیماران مصرف‌کننده وارفارین، سطح سرمی وارفارین را کاهش می‌دهد	دوز شروع: از ۱۰۰ میلی گرم در روز و به تدریج برحسب تحمل بیمار افزایش داده تا برسد به ۶۰۰ میلی گرم در روز دوز معمول: ۶۰۰-۱۲۰۰ میلی گرم

ادامه پیوست دارویی داروهای تثبیت‌کننده خلق مورد مصرف در اختلال دوقطبی:

دارو	عوارض شایع	احتیاط ویژه	دوز مصرفی
لاموتریزین (قرص‌های ۵۰ و ۱۰۰ میلی‌گرم)	سردرد، خواب‌آلودگی، سندرم استیوس جانسون، در هنگام مصرف با والپروات: احتمال سندرم استیوس جانسون بیشتر می‌شود	- در صورت بروز هر گونه راش در حین درمان با لاموتریزین، لاموتریزین قطع شود و در اسرع وقت به پزشک مراجعه شود	۲۵ میلی‌گرم در روز و بر حسب وجود دارو همراه تنظیم می‌گردد. هر دو هفته می‌توان ۲۵ میلی‌گرم اضافه کرد. حداکثر دوز به تنهایی: ۴۰۰ میلی‌گرم در روز، حداکثر دوز در ترکیب با والپروات: ۲۰۰ میلی‌گرم در روز، حداکثر دوز در ترکیب با کاربامازپین: ۶۰۰ میلی‌گرم در روز

پیوست دارویی: دوز ونحوه تجویز داروها در سردرد میگرن یا تنشی

نام دارو	عوارض شایع یا قابل توجه	احتیاط ویژه	دوز مصرفی
ناپروکسن (ص ۲۵۰ و ۵۰۰ میلی گرمی و شربت ۵۰۰ میلی گرم سی سی)	طولانی شدن زمان انعقاد، تهوع، درد اپی گاستر، دیس پیسی، خونریزی گوارشی و پرفوراسیون، ادم محیطی، سردرد، سرگیجه	در بیماری کلیه، زخم گوارشی، گاستریت‌ها منع مصرف نسبی دارد.	ابتدا ۵۰۰ میلی گرم از راه خوراکی و سپس ۲۵۰ میلی گرم هر ۶-۸ ساعت بر حسب نیاز. حداکثر دوز روزانه ۱/۲۵ گرم است.
ایبوپروفن (قرص ۲۰۰ و ۴۰۰ میلی گرمی و شربت ۱۰۰ میلی گرم سی سی)	طولانی شدن زمان انعقاد، تهوع، درد اپی گاستر، دیس پیسی، خونریزی گوارشی و پرفوراسیون، ادم محیطی، سردرد، سرگیجه	در بیماری کلیه، زخم گوارشی، گاستریت‌ها منع مصرف نسبی دارد.	۸۰۰-۲۰۰ میلی گرم از راه خوراکی، سه تا چهار بار در روز
ایندومتاسین (کپسول ۲۵ میلی گرمی قرص‌های آهسته رهش ۷۵ و ۸۰ میلی گرمی شیاپ‌های ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرمی)	طولانی شدن زمان انعقاد، تهوع، درد اپی گاستر، دیس پیسی، خونریزی گوارشی و پرفوراسیون، ادم محیطی، سردرد، سرگیجه	در بیماری کلیه، زخم گوارشی، گاستریت‌ها منع مصرف نسبی دارد.	۲۵ میلی گرم ۲-۳ بار در روز همراه با غذا، یا ۵۰ میلی گرم از راه رکتال ۴ بار در روز
آسپیرین (قرص‌های ۸۰، ۳۲۵، ۵۰۰ و ۱۰۰ میلی گرمی شیاپ‌های ۳۲۵)	وزوز گوش، تهوع، خونریزی گوارشی، طولانی شدن زمان خونریزی	در بیماری کلیه، زخم گوارشی، گاستریت‌ها منع مصرف نسبی دارد.	۳۲۵-۶۵۰ هر ۶ ساعت بر حسب نیاز
استامینوفن (قرص‌های ۳۲۵، ۵۰۰ میلی گرمی شیاپ‌های ۳۲۵ میلی گرمی)	درد شکم، اسهال، نفخ	در بیماری کلیه، زخم گوارشی، بیماری عروق محیطی و سیروز کبدی منع مصرف نسبی دارد.	۳۲۵-۶۵۰ میلی گرم از راه خوراکی یا رکتال هر ۴ ساعت در صورت نیاز
ارگوتامین‌ها (قرص ارگوتامین سی و قرص زیر زبانی ارگوتامین تارترات)	بیحسی در انگشتان، تکیه‌کاری، برادیکاردی، تهوع، استفراغ، درد شکم	در موارد تهوع یا استفراغ بارز، بیماری عروق کرونر، بیماری عروق محیطی و فشار خون کنترل نشده منع مصرف نسبی دارد.	با ایجاد اولین علامت شروع سردرد ۲ قرص مصرف می‌شود و سپس در صورت نیاز هر ۳۰ دقیقه یک قرص (حداکثر دوز ۶ قرص است). در درد حاد ابتدا نوع زیر زبانی ۲ میلی گرم زیر زبانی که می‌توان بر حسب نیاز هر ۳۰ دقیقه تکرار شود (حداکثر دوز ۶ میلی گرم در هر حمله یا ۲۴ ساعت است)

ادامه پیوست دارویی: دوز ونحوه تجویز داروها در سردرد میگرن یا تنشی

نام دارو	عوارض شایع یا قابل توجه	احتیاط ویژه	دوز مصرفی
پروپرانولول (قرص‌های ۴۰، ۱۰، ۸۰ میلی گرمی، آمپول ۱ میلی گرم در ۱ سی سی)	افت فشار خون، برادیکاردی، بیماری عروق محیطی، نارسایی احتقانی قلب، رویاهای واضح، هیپوگلیسمی بدون تکیکاردی، برونکواسپاسم، ناتوانی جنسی	در آسم، افسردگی، نارسایی قلبی، پدیده رینود و دیابت منع مصرف نسبی دارد. در بلوک دهلیزی بطنی منع مصرف مطلق دارد.	ابتدا روزانه ۸۰ میلی گرم در دوزهای منقسم، دوز نگهدارنده ۱۶۰-۲۴۰ میلی گرم در ۲-۴ دوز منقسم
آتنولول (قرص‌های ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرم)	خستگی، سرگیجه، برادیکاردی، بیماری عروق محیطی، نارسایی احتقانی قلب، ناتوانی جنسی	در آسم، افسردگی، نارسایی قلبی، پدیده رینود و دیابت و هیپرتیروئیدی منع مصرف نسبی دارد. در بلوک دهلیزی بطنی منع مصرف مطلق دارد.	۲۰۰-۵۰ میلی گرم در روز در یک دوز واحد
نورتریپ (قرص‌های ۲۵، ۱۰ میلی گرمی)	خواب‌الودگی، سرگیجه، افت فشار، تکیکاردی، خشکی دهان، یبوست، احتباس ادراری، تاری دید	در موارد نارسایی قلبی یا بلوک قلبی، احتباس ادراری، ایلتوس پارالیتیک، بزرگی پروستات، گلوکوم زاویه بسته، تا ۱۴ روز پس از قطع مصرف مهارکننده‌های انزیم منوآمین اکسیداز و دراختلال دوقطبی منع مصرف نسبی دارد.	۱۵۰-۵۰ میلی گرم در روز، منقسم یا یک دوز هنگام خواب
آمی تریپ (قرص‌های ۲۵، ۱۰، ۵۰ میلی گرمی)	خواب‌الودگی، سرگیجه، افت فشار، تکیکاردی، خشکی دهان، یبوست، احتباس ادراری، تاری دید	در موارد نارسایی قلبی یا بلوک قلبی، وجود بزرگی پروستات، گلوکوم زاویه بسته، پارالیتیک، هیپرتیروئیدی، یبوست، تا ۱۴ روز پس از قطع مصرف مهارکننده‌های انزیم منوآمین اکسیداز و اختلال دوقطبی منع مصرف نسبی دارد.	۱۵۰-۱۰ میلی گرم در روز، منقسم یا یک دوز هنگام خواب
سدیم والپروات (قرص ۲۰۰ میلی گرم، شربت ۲۰۰ میلی گرم در ۵ سی سی)	تهوع، سوزش معده، افزایش آنزیم‌های کبدی، ترومبوسیتوپنی، ریزش مو، افزایش وزن، خواب‌الودگی، انعقادی/نادر، پانکراتیت هموراژیک/نادر	در بیماران با نارسایی کبد یا با افزایش آنزیم‌های کبد تجویز نشود. در صورت هر گونه درد شکمی، راش‌های پوستی و کبودشدگی بیما به پزشک مراجعه کند. به بیمار در مورد مراجعه فوری در هنگام بروز ثورات پوستی در زمان مصرف همزمان والپروات و لاموتریزین هشدار داده شود. عملکرد کبد سالیانه چک شود.	۶۰۰-۵۰۰ میلی گرم در روز در سه دوز منقسم

ادامه پیوست دارویی: دوز ونحوه تجویز داروها در سردرد میگرن یا تنشی

نام دارو	عوارض شایع یا قابل توجه	احتیاط ویژه	دوز مصرفی
فلوکستین (کپسول ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی، شربت ۲۰ میلی گرم در ۵ سی سی)	تهوع، استفراغ، اسهال، خشکی دهان، سردرد، عصبی شدن، اضطراب، لرزش دست، اختلال عملکرد جنسی	در اختلال دوقطبی منع مصرف نسبی دارد.	۲۰-۱۰ میلی گرم روزانه در یک یا دو دوز منقسم
وراپامیل (قرص‌های ۴۰، ۸۰، قرص آهسته رهش ۲۴۰ میلی گرمی و آمپول ۵ میلی گرم در ۲ سی سی)	سرگیجه، افت فشار خون، سردرد، برادیکاردی، ادم ریه، آسیستول	در پیوست و افت فشار خون منع مصرف نسبی دارد.	۸۰-۴۰ میلی گرم سه بار در روز
سوماتریپتان		در افزایش فشار خون، بیماری عروق کرونر، بیماری عروق محیطی منع مصرف نسبی دارد.	
نارکوتیک‌ها (مرفین)	خواب‌آلودگی، بی‌قراری، لرزش دست، تشنج، برادیکاردی، افت فشار خون، ادم ریه، دپرسیون تنفسی	در موارد سوء مصرف یا وابستگی به مواد، بیماری‌های ریه، دیس ریتمی فوق بطنی، اختلالات همراه با تشنج منع مصرف نسبی دارد.	در درد شدید ۱۵-۴ میلی گرم از راه زیر جلدی یا عضلانی

تابع

- احمدعلی نوربالا، کاظم محمد، سیدعباس باقری یزدی، بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران، حکیم، زمستان ۱۳۷۸، جلد ۲، شماره ۴، صفحات ۲۱۲ الی ۲۲۳
- آیت الهی سید محمدتقی، داراب زند توسکا. میزان شیوع سردرد های تشیی و میگرنی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان. دوره ششم. شماره ۱۳۷۸، ۳. صفحات ۱۴۸-۱۴۱.
- حمزه‌ای مقدم اکبر، بهرام پور عباس، مبشر مینا. بررسی شیوع میگرن و واسطه آن با برخی عوامل دموگرافیک در کارمندان شهر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۷. دوره ۵. شماره ۲. صفحات ۹۱-۸۴.
- کاویانی حسین، نظری هدایت، هرمزی کوروش، احمدی ابهری سید علی، شیوع اختلال‌های افسردگی در شهر تهران، دانشکده پزشکی (دانشگاه علوم پزشکی تهران)، ۱۳۸۰، جلد ۶۰، ص ۳۹۹-۳۹۳.
- یوسفی مهران. بررسی شیوع میگرن در دانشجویان پزشکی و پزشکان دانشگاه علوم پزشکی زنجان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان. بهار و تابستان ۷۹. شماره ۳۱-۳۰. صفحات ۲۲-۱۸.
- Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, et al. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. J Affect Disord. 2000;59(Suppl 1):S5-S30.
- Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. Br J Psychiatry. 2004; 184: 526-533.
- Cameron, Bloye, Davies, Psychiatry, second edition, 2004.
- Diagnosis and management of patients with bipolar disorder in primary care. Michael Berk, Seetal Dodd, et al. Br J Gen Pract. 2005 September 1; 55(518): 662-664.
- Geddes JR, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in

- depressive disorders: a systematic review. The Lancet, 2003, 361(9358):653–661.
- Gijsman HJ, et al. Antidepressants for bipolar depression (Protocol for a Cochrane Review). Chichester, John Wiley & Sons, Ltd., 2000.
 - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>
 - http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
 - Jeffrey M Pyne, Kathryn M Rost, Mingliang Zhang, D Keith Williams, Jeffrey Smith and John Fortne. Cost-effectiveness of a primary care depression intervention. J Gen Intern Med. 2003 June; 18(6): 432–441.
 - Kaplan and Sadock, Comprehensive Textbook of psychiatry ,2004.
 - Kaplan and Sadock.Synopsis of psychiatry.2003.9th ed.p 535.
 - Kaplan and SADOCK’S Synopsis of psychiatry , eight edition, 2003.
 - Kaplan and sadocks.Synopsis of psychiatry.9 th ed.2003.
 - Kathryn Rost, Jeffrey M. Pyne, L. Miriam Dickinson and Anthony T. LoSasso. Cost-Effectiveness of Enhancing Primary Care Depression Management on an Ongoing Basis.Annals of Family Medicine. 2005.3:7-14.
 - Mohammad-Reza Mohammadi, Haratoon Davidian, Ahmad Ali Noorbala, Hossein Malekafzali, Hamid Reza Naghavi, Hamid Reza Pouretamad, Seyed Abbas Bagheri Yazdi, Mehdi Rahgozar, Javad Alaghebandrad, Homayoon Amini, Emran Mohammad Razzaghi, Bita Mesgarpour, Hamid Soori, Mohammad Mohammadi, and Ahmad Ghanizadeh. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran.Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005; 1: 16.
 - Mohammad-Reza Mohammadi, Haratoon Davidian, Ahmad Ali Noorbala, Hossein Malekafzali, Hamid Reza Naghavi, Hamid Reza Pouretamad, Seyed Abbas Bagheri Yazdi, Mehdi Rahgozar, Javad Alaghebandrad, Homayoon Amini, Emran Mohammad Razzaghi, Bita Mesgarpour, Hamid Soori, Mohammad Mohammadi, and Ahmad Ghanizadeh. An epidemiological survey of psychiatric disorders in

Iran.Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005; 1: 16.

- Randolph B.Schiffer,Stephen M. Rao,Barry S.Fogal.Neuropsychiatry 2003. 2th ed. Lippincott Williams & Wilkins. pp 1132-1144.
- World Health Organization,Economic Aspects of the Mental Health System,2006.
- World Health Organization. Economic Aspects of The Mental Health System: Key Messages to Health Planners and Policy- Makers.2006

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
دفتر سلامت روانی اجتماعی
اداره سلامت روان

**راهنمای مراقبت از بیماری‌های روانپزشکی بزرگسالان
(ویژه پزشکان)**

جلد اول

پاییز ۱۳۸۶