

رهنمود مداخلوی mhGAP

نسخه دوم

برای رسیدگی به اختلالات روان، اعصاب و
مصرف مواد در تسهیلات صحتی غیر تخصصی



World Health
Organization



کاتالگ انتشارات کتابخانه سازمان صحت جهان

رهنمود مداخلوی mhGAP برای اختلالات روان، اعصاب و مصرف مواد در مراکز صحت غیر تخصصی: نسخه دوم برنامه عمل خدمات صحت روان (mhGAP Version 02)

1. اختلالات روان - پیشگیری و کنترل. 2- امراض سیستم عصبی 3. اختلالات سایکوتیک.
4. اختلالات مرتبط با مصرف مواد. 5- رهنمود I. سازمان صحت جهان

ISBN 978 92 4 154979 0

(طبعة بندی NML - 140 WM)

© سازمان صحت جهان 2016

تمامی حقوق محفوظ است. انتشارات سازمان صحت جهان در وب سایت WHO (<http://www.who.int>) موجود است و یا می توانید از ادرس ذیل خریداری کنید.

World Health Organizations WHO Press 20 ، Avenue Appia 1211 ، Geneva 27 ، Switzerland 41+ (تلفن): +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857;

Email: bookorders@who.int.

درخواست ها برای صدور مجوز جهت تکثیر یا ترجمه نشرات WHO - برای فروش یا برای توزیع غیرتجاری - باید از طریق ویبسایت WHO (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/index) به WHO Press ارسال شود.

نامگذاری های به کار رفته و ارائه مطالب در این نشریه به معنای اظهار نظر سازمان صحت جهان در مورد وضعیت حقوقی هیچ یک کشور، قلمرو، شهر یا منطقه یا مقامات آن یا در مورد تعیین حدود یا مرز های آن نمیباشد. خطوط نقطه چین و دش ها بر روی نقشه ها خطوط مرزی تقریبی را نشان می دهند که ممکن هنوز توافق کاملی برای آنها وجود نداشته باشد.

ذکر نام بعضی شرکت ها یا محصولات بعضی کمپنی ها به این معنی نیست که آنها توسط سازمان صحت جهان نسبت به دیگر کمپنی ها که دارای ماهیت مشابه میباشند در اولویت قرار دارد یا مورد تائید یا توصیه این سازمان میباشند به استثنای اشتباهات و حذفیات، نام محصولات اختصاصی با حروف بزرگ اولیه مشخص می شود.

تمام اقدامات احتیاطی مناسب توسط سازمان صحت جهان برای تأیید مواد و معلومات موجود در این نشریه صورت گرفته است. با این حال، مطالب چاپ و منتشر شده بدون هیچ گونه تضمین صریح یا ضمنی توزیع می شود. مسئولیت تفسیر و استفاده از مطالب این نشریه بر عهده خواننده میباشد و سازمان صحت جهان در هیچ موردی مسئول خسارات ناشی از استفاده از آن نخواهد بود.

چاپ در ایتالیا

رهنمود مداخلوی mhGAP

نسخه دوم

برای رسیدگی به اختلالات روان، عصبی و سوء
مصرف مواد در تسهیلات صحتی غیر تخصصی



World Health
Organization

فهرست عناوین

صفحه	عنوان
iii	مقدمه
iv	سیاسگذاری
1	معرفی
5	اصول عملی برای مراقبت های ضروری
15	ماستر چارت
19	افسردگی
33	سایکوز
51	صرع
69	اختلالات روان و رفتار در اطفال و نوجوانان
93	دیمنشیا
105	اختلالات ناشی از مصرف مواد
131	خود ازاری / خودکشی
141	سایر شکایات مهم صحت روان
151	تطبیق mhGAP-IG
159	تعریف اصطلاحات

مقدمه

نسخه دوم رهنمود mhGAP

اختلالات روان، اعصاب و مصرف مواد (MNS) بسیار شایع هستند و بار بزرگ از امراض، معلولیت و ناتوانی را در سطح جهان تشکیل می‌دهند. خلا‌های وسیع بین ظرفیت و منابع موجود سیستم‌های صحتی و نیز بین نیازهای فوری و منابع که برای کاهش بار امراض در دسترس قرار دارند، وجود دارد. تقریباً از هر 10 نفر 1 نفر دارای اختلالات روان است، اما تنها 1٪ از نیروی کاری مراقبت‌های صحتی در سطح جهان خدمات صحت روان را عرضه می‌کند. اختلالات MNS، بطور اساسی، با توانایی کودکان در قسمت یادگیری و توانایی بزرگسالان در حوصله عملکرد آن‌ها در خانواده، محل کار و به طور کلی در جامعه مداخله می‌کند.

با درک نمودن نیاز عرضه خدمات به افراد مبتلا به اختلالات MNS و مراقبان آنها و برای پر کردن خلا‌ها بین منابع موجود و نیاز شدید به این خدمات، دیپارتمنت صحت روان و مصرف مواد WHO برنامه mhGAP را در سال 2008 راه اندازی کرد. اهداف کلیدی این برنامه تقویت تعهد دولت‌ها، سازمان‌های بین‌المللی و سایر ذینفعان برای افزایش تخصیص منابع مالی و انسانی برای مراقبت‌های اختلالات MNS و دستیابی به سطح پوشش بالاتر با مداخلات کلیدی در کشور‌های با درآمد کم و متوسط، می‌باشد. از طریق این اهداف، برنامه عمل راهنمایی و ابزار مبتنی بر شواهد را برای دستیابی به اهداف پلان جامع عملیاتی صحت روان سال 2013-2020 ارائه می‌نماید.

در سال 2010، رهنمود مداخلات عمل خدمات صحت روان (mhGAP-IG) برای اختلالات MNS در مراکز صحتی غیر تخصصی جهت کمک به تطبیق برنامه عمل خدمات صحت روان ترتیب و توسعه یافت. طی یک ابزار فنی ساده مبتنی بر رهنمودهای mhGAP، رهنمود مداخلات mhGAP مدیریت یکپارچه حالت‌های اولویت‌دار MNS را با استفاده از پروتوکول‌های تصمیم‌گیری کلینیکی، ارائه می‌کند. یک تصور مشترک اما نادرست وجود دارد که همه مداخلات صحت روان پیچیده هستند و فقط می‌توانند توسط کارکنان بسیار متخصص انجام شوند. تحقیقات در سال‌های اخیر امکان‌پذیری عرضه دواها و مداخلات روانی-اجتماعی در مراکز صحتی غیر تخصصی را نشان می‌دهد. از زمان انتشار رهنمود مداخلات mhGAP در سال 2010، این رهنمود بطور گسترده توسط طیفی وسیع از ذینفعان از جمله وزارت صحت

عامه، موسسات تحصیلی، ادارات غیر دولتی و سایر سازمان‌های بشردوستانه و محققان بمنظور افزایش عرضه خدمات صحت روان مورد استفاده قرار گرفته است. نسخه اول این رهنمود در بیش از 90 کشور تحت پوشش WHO استفاده می‌شود و مواد برنامه عمل خدمات صحت روان به بیش از 20 زبان از جمله شش زبان رسمی سازمان ملل ترجمه شده است.

پنج سال بعد از نشر نسخه اول این رهنمود، اصلاحات و مواد جدید به آن بر اساسات تحقیقات و پیشرفت‌های علمی، اضافه گردید و نسخه جدید و اصلاح شده آن در سال 2015 منتشر شد. اکنون خرسند هستیم که نسخه دوم رهنمود مداخلات mhGAP را ارائه می‌نماییم که نه تنها مواد تازه و اصلاحات مورد نظر را منعکس می‌کند بلکه فیدبک گسترده مراکز صحتی را که بیانگر افزایش وضاحت و قابلیت استفاده این رهنمود می‌باشد، نیز با خود دارد.

امیدوار هستیم که این رهنمود به مثابه یک ابزار فنی مهم جهت عرضه مراقبت به افراد مبتلا به اختلالات MNS در سراسر جهان باشد و ما را به رسیدن به هدف پوشش جهانی خدمات صحت یاری کند.

شیکهر سکھسینا

رئیس بخش صحت روان و مصرف مواد سازمان صحتی جهان



World Health
Organization

دیدگاه و مفهوم سازی

شیکهر ساکھسنا، رئیس بخش صحت روان و استفاده مواد سازمان صحتی جهان

هماهنگی و ویرایش پروژه

تارون دوا، نیکلاس کلارک، نیرجا چاوداری، الکساندرا فلیشمن، فهمی هانا، کیارا سرویلی، مارک ون اومرن.

مشارکت

مطالب ارزشمند، کمک و مشاوره از کارکنان فنی مقر WHO، کارکنان دفاتر منطقه ای و کشوری WHO و بسیاری از کارشناسان بین المللی دریافت شد است. این مشارکت برای آپدیت و تجدید راهنمایی های برنامه عمل خدمات صحت روان یا توسعه نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP حیاتی بوده اند.

دفتر مرکزی سازمان صحتی جهان

والنتینا بالتاگ، جان بیرد، الکساندر بوچارت، دن پیشولم، ناتالی درو، جین فرگوسن، بریت کیسلباخ، نیکولا ماگرنی، کریس میکتون، آبروسالم کبد نگوسی، افسر آلانا، آن مارگریت پات، ولادیمیر پوزنیاک، جفری رید، دیوید دانگ، جوتیس واران اموتو والی، ویلسن ویرا.

دفاتر منطقه ای و کشوری WHO

نازنین انور، دفتر منطقه ای جنوب شرق آسیا؛

فلورانس باینگانا، WHO سیرالئون؛ آندریا برونی، دفتر منطقه ای آمریکا؛ اندرسون جیموسورو، سازمان صحتی جهان زیمبابوه؛ مانوئل د لارا، WHO ترکیه؛ باتیگل کاریوا، WHO ترکمنستان؛ ر. کیسفا، WHO لیبیا؛ دورا کستل، دفتر منطقه ای آمریکا؛ لارس فودگارد مولر، دفتر منطقه ای اروپا؛ ماریستول گولدندال مونتیرو، دفتر منطقه ای آمریکا؛ متی موبین، دفتر منطقه ای اروپا؛ جولوس مورون، WHO لیبیا؛ سباستیان داگاما انکومو، دفتر منطقه ای آفریقا؛ خورخه جاسینتو رودریگز، دفتر منطقه ای آمریکا؛ خالد سعید، دفتر منطقه ای مدیترانه شرقی؛ کارولین سی، سازمان صحتی جهان لیبیا؛ یوتارو ستویا، WHO فیجی؛ شیانو سوئل، دفتر منطقه ای غرب اقیانوس آرام؛ سیداح تیلور، WHO لیبیا؛ سلما

تلیلی، WHO گینه؛ زیاندونگ وانگ، دفتر منطقه ای غرب اقیانوس آرام؛ ایاد یانس، سازمان صحتی جهان سوریه.

کارشناسان کلیدی بین المللی

لیندزی آمریکا-سیمز، کنت کارزول، الیزابت سنتنوو- تابلانته، ملیسا هارپر، سوتاپا هاولدر، کاویتا کولایا، لورا پاسیونه، آرچانا آ. پاتل، آلی شارما، ماریکه ون رگترن آلتنا.

پیشتهانی اداری

آدلین لو، سیسیلیا اوفلیا ریانو.

کارآموزان

فرنوش علی، لاکشمی چاندرااسکاران، پل کریستینسن، آنایس کولین، آیسلین فریمن، آنا فروهاف، علی حیدر، هو جارویس، استیون ما، اما میو، الیز پل، شارلوت فیلیپس، پوجا پرادیب، متیو شرایبر.

داوران فنی

نظریات و فیدبک کارشناسان بین المللی ذیل برای انکشاف رهنمود های آپدیت شده برنامه عمل خدمات صحت روان یا نسخه دوم رهنمود مداخلات برنامه عمل صحت روان دریافت شده است.

آلبرت آکپالو، کالج علوم صحتی، پوهنتون گانا و انجمن صرع گانا، گانا؛ سوفیا آخاب*، مرکز همکاری سازمان صحتی جهان، پوهنتون ژنو/ Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)، ژنو، سوئیس؛ ایمیلیانو البیزیا*، مرکز همکاری WHO، پوهنتون ژنو/HUG، ژنو، سوئیس؛ رابرت علی*، خدمات مواد مخدر و الکل استرالیای جنوبی (DASA)، مرکز همکاری WHO برای درمان مشکلات مواد مخدر و الکحول، دانشگاه آدلاید، استرالیا. فردریک آلتیس، پوهنخی طب پوهنتون ییل و پوهنخی صحت عامه، نیوهون، ایالات متحده؛ جیسی آیوسو میتاوس، پوهنتون اتونوما مادرید و CIBER، اسپانیا؛ کورادو باربوی*، مرکز همکاری WHO برای تحقیقات و آموزش صحت روان و ارزیابی خدمات، پوهنتون ورونا، ایتالیا؛ گرچن بیربک، پوهنتون ایالتی میشیگان، میشیگان، ایالات متحده؛ انجا بوسی، دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرایم سازمان ملل متحد، ویانا، اتریش؛ ولادیمیر کارلی*، مرکز ملی تحقیقات خودکشی و پیشگیری از امراض روانی (NASP)، موسسه کارولینسکا، استکهلم، سوئد؛ دیکسون چیباندا، پوهنتون زیمبابوه، پروژه نیمکت دوستی، هرا، زیمبابوه؛ جاننيس کوپر،

مرکز کارتر، لیبریا؛ ویلمس کوجیبرس*، پوهنتون ویرجی، آمستردام، هالند؛ دیوان گائوری، سنگات، گوا، هند؛ کریستوفر داوریک*، موسسه روانشناسی، صحت و جامعه، پوهنتون لیورپول، لیورپول، انگلستان؛ جاشوا دانکن، پروژۀ بازگشت بهتر، CBM، سیرالنون. جولیان ایتون*، CBM International، توگو و پوهنتون صحت و طب استوایی لندن، انگلستان؛ ربیع الچمای، وزارت صحت بیروت، لبنان؛ پیتر هیوز، کالج سلطنتی روانشناسی، انگلستان؛ اسما همایون*، مدیترینا، اسلام آباد، پاکستان؛ گبریل ایوایجارو Wood Street Medical, * Centre لندن، بریتانیه، ناتالی جت*، موسسه مغز Hotchkiss و موسسه صحت عامه اوبراین، پوهنتون کلگری، کانادا؛ لین جونز، خدمات ملی صحت، بریتانیا؛ مارک لاپورتا، گروه روانشناسی، مک گیل مونترال، مرکز همکاری PAHO برای تحقیقات WHO و موسسه پوهنتون صحت روان داگلاس، مونترال، کانادا؛ آنیتا مارینی، موسسه غیر دولتی سیتادوندنزش، ریمینی، ایتالیا؛ فرح متین، شفاخانه صحت عامه ماساچوست، پوهنهی طبی هاروارد، ایالات متحده؛ ژانو مین، شانگهای* مرکز تداوی معتادین، پوهنهی طب، پوهنتون جیانوتنگ شانگهای، شانگهای، چین؛ چارلز نیوتن*، موسسه تحقیقات طبی کنیا، کیلیفی، کنیا؛ اولایینکا اومیگبودون*، مرکز صحت روان کودکان و نوجوانان (CCAMH)، شفاخانه کالج پوهنتون، ایبادان، نیجریه؛ اکوای اوسی*، وزارت صحت، آکرا، گانا؛ آمیتا پاره، داسرا، بمبئی، هند؛ آلفردو پمزان*، Ministerio de Salud، Departamento de Salud Mental، سانتیاگو، شیلی. همیمامالی پریرا، پوهنهی طب، پوهنتون کلمبو، سریلانکا. مایکل فیلیبس، مرکز تحقیقات و پیشگیری از خودکشی و مرکز مشاوره روش‌های تحقیق، مرکز صحت روان شانگهای، پوهنهی طب، پوهنتون جیانوتنگ شانگهای و مرکز همکاری سازمان صحتی جهان برای تحقیق و آموزش در پیشگیری از خودکشی، شفاخانه هولنگوان پکن، پکن، چین. مارتین پرنس*، موسسه صحت روان، روانشناسی و علوم اعصاب، کالج کینگ، لندن، انگلستان؛ عاطف رحمان*، موسسه روانشناسی، صحت و جامعه، دانشگاه لیورپول، لیورپول، انگلستان؛ ریچارد راسون*، پوهنتون کالیفرنیا در لس آنجلس برنامه‌های یکپارچه مصرف مواد، کالیفرنیا، ایالات متحده؛ تهیلا روبیلو، پوهنتون کلمبیا، ایالات متحده؛ راجش ساگار، موسسه علوم صحتی سراسر هند، دهلی نو، هند؛ لی ساندر، موسسه نورولوژی UCL، لندن، بریتانیا؛ آلیسون شفر، ورلد ویژن، نایروبی، کنیا؛ کناکتیل ایس شاجی، پوهنهی طب دولتی، تریسور، هند؛ پراتاپ شاران*، موسسه علوم پزشکی تمام هند، دهلی نو، هند؛ ونداد شریفی سنجانی پوهنتون علوم طبی تهران، تهران، جمهوری اسلامی ایران؛ کولو سیملیوا داسا*، وزارت صحت، لومه، توگو؛ لژلی اسنایدر، صلح در عمل، آمستردام، هلند؛ چیت سرفال، وزارت صحت، کامبوج؛ جسیکا ماریاویولاندا اسپانیلو، پوهنهی صحت عامه، پوهنتون مونترال، مونترال، کانادا؛ امانوئل استریل، مشاور صحت روان عمومی و مصرف مواد، بلژیک؛ اسکات استروپ، کالج دوکتوران و جراحان دانشگاه کلمبیا، موسسه روان‌شناسی ایالت

نیویورک، نیویورک، ایالات متحده آمریکا. آتولا سوماتیپالا، پوهنتون کیل، انگلستان؛ کیران تاکور، بیمارستان جان هاپکینز، بالتیمور، ایالات متحده؛ رنگاسوامی تارا، بنیاد تحقیقات اسکیزوفرنی، هند؛ گراهام تورنیکرافت*، موسسه صحت روان، روانشناسی و علوم اعصاب، کینگز کالج لندن، بریتانیا؛ مارک تاملینسون، پوهنتون استلنبوش، آفریقای جنوبی؛ نیان تون، شفاخانه صحت عامه یانگون، میانمار؛ Carmen Valle، CBM، Freetown، سیرالئون؛ پیتر ونتوگل، کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان، ژنو، سوئیس؛ Inka Weissbecker*، سپاه بین‌المللی طبی، واشنگتن، ایالات متحده؛ محمدتی یاسمی، ژنو، سوئیس؛ *SNEHA، Lakshmi Vijayakumar، مرکز پیشگیری از خودکشی، چنای، هند؛ آبه واسی، گروه روانشناسی، پوهنهی روانشناسی پوهنتون آدیس آبابا و بیمارستان امانوئل، اتیوپی.

* اعضای گروپ توسعه و آبدیت ساختن رهنمود های برنامه عمل خدمات صحت روان

نظریات و پیشنهادات اضافی توسط بازبینان ذیل از طریق مشارکت در آزمایش ها، فیدبک یا بحث های گروپی متمرکز ارائه شد:

هلال الدین احمد، بنگلادش؛ سوزان اکوی اتو، اوگاندا؛ روبینا علمبویا، اوگاندا؛ لطیفه صالح الحربی، عربستان سعودی؛ علاء الدین المصری، اردن؛ لیلا النواز، ترکیه؛ ابتصام الروضان، عربستان سعودی؛ روزلین آپوسو، نیجریه؛ منار عواد، اردن؛ راثول آیالا، مکزیک؛ نمسینموه ایما، جمهوری آفریقای مرکزی؛ مادهور باسنت، نیال؛ گرترو د بایونا، اوگاندا؛ رز بوگراند، سیرالئون؛ تادو بزو، اتیوپی؛ گرورو بتاریا، نیال؛ جیهان بو سلیمان، لبنان؛ برایان بیکواسو، اوگاندا؛ ژول کلود کازومبا، سودان جنوبی؛ آلیس کلمنت، نیجریه؛ گرتل آسودو د پینزون، پاناما؛ بارکون دواه، لیبریا؛ موفومبا امانوئل، اوگاندا؛ اولیویا گابولا، اوگاندا؛ کمال کوتام، نیال؛ رنه گریترن، نیال؛ شری رام گیمیر، نیال؛ سودیپ قیمر، نیال؛ ایجه تر گادوین، نیجریه؛ قبه سیلما کوپودالو، لیبریا؛ تین ک گریس، نیجریه؛ جورجینا گروندی کمپیل، بریتانیا و ترکیه؛ ایسوبالیو هایل، سودان جنوبی؛ تیسیر حسون، سوریه؛ محمود هقازی، ترکیه؛ زینب حجازی، لبنان؛ فرد کانگاو، اوگاندا؛ سیلوستر کاتونتوکا، زامبیا؛ فرد کیوبا، اوگاندا؛ همفری کوفی، غنا؛ موسا کولی، گینه؛ سامر لیلا، ترکیه؛ ریچارد لووالوکا، اوگاندا؛ پل لووولا، اوگاندا؛ اسکویا ماکوما، اوگاندا؛ جاو مرکال گریلو، بریتانیه؛ سو سیسیلیا امبایدووه، نیجریه؛ کولت مک اینرنی، لائوس؛ سعید نادیا، انگلستان؛ روت ناکاچوا، اوگاندا؛ جولیت ناموگانزا، اوگاندا؛ امیلی نامولوندو، اوگاندا؛ مارگارت ناموسوبیا، اوگاندا؛ امده ن دربار، لیبریا؛ شیلان ندیانابانگی، اوگاندا؛ جونل نگبده، نیجریه؛ فرد نکوتامی، اوگاندا؛ زچاریا ننگو، نیجریه؛ ایمیکا ویفوه،

بیبل، ایالات متحده؛ ماریا لونیزا اسکاتونی، Istituto Superiore di Sanità، ایتالیا؛ Suvasini Sharma، کالج طب لیدی هاردینگ و شفاخانه اطفال Kalawati Saran، هند؛ پراتیبا سینگی، موسسه تحصیلات تکمیلی آموزش و تحقیقات طبی، هند؛ لورنزو تارسیانی، پوهنتون پلی کلینیکو اومبرتو ساپینزا رم، ایتالیا؛ ویتسه تول، بنیاد پیتر آدرمن، اوگاندا؛ سارا اسکین، پوهنتون استلنبوش، آفریقای جنوبی؛ منجاری تریپاتی، موسسه علوم طبی تمام هند، هند؛ امبروز اوچینتی هاجین، پوهنتون زوریخ، سوئیس؛ کریس آندرهیل، نیازهای اساسی، بریتانیا؛ آنا ویلیامز، موسسه صحت روان، روانشناسی و علوم اعصاب کالج کینگ، انگلستان.

تیم تولید

طراحی گرافیکی و ترتیب محتویات: اریکا لfstاد

همانگی چاپ: WHO، Frédérique Claudie Rodin، Pascale Broisin، ژنو.

پشتیبانی مالی

سازمان‌های ذیل به توسعه و تولید رهنمود مداخلات کمک مالی کردند:

اوتیسم اسپیکز، ایالات متحده آمریکا؛ CBM; Fountain House Inc. دولت ژاپن؛ دولت جمهوری کوریا؛ دولت سوئیس؛ موسسه ملی صحت روان، ایالات متحده آمریکا؛ سینگیتا

نیجریه؛ فیلیپ اود، نیجریه؛ مری اوگزی، نیجریه؛ مارتا اوکپوتو، نیجریه؛ ساگون بالاو پنت، نیپال؛ مونیکا پورگا، نیجریه؛ مایا ایچ پولوکا، شاهی تونگا؛ ماه رمضان، اردن؛ نیک رز، بریتانیا؛ بریجید رایان، استرالیا؛ جوزف اس. کوئی، لیبریا؛ نیدال سعدون، ترکیه؛ لطیفه صالح، شاهی عربستان سعودی؛ داودا سامبا، گامبیا؛ سیزاریر میتالا شیم، اوگاندا؛ میشل صوفیه، لبنان؛ شادروچ ج صوبرزو II، لیبریا؛ وفیکا تفران، سوریه؛ آنجی تار نیانگون، لیبریا؛ لیلان تقی، ترکیه؛ یونیبو تیر هیمین سی.، نیجریه؛ ننگو تیرسیر، نیجریه؛ سامینگ تاماونگ، لائوس؛ مانوین تیکو، لائوس؛ جاشوا توسابا، اوگاندا؛ چانتالا وینتاسای، لائوس؛ آنا والدر، سیرالئون؛ عبدالواس یوسفی، اتیوپی.

کارشناسان ذیل به عنوان بازبینان خارجی در بازبینی رهنمود های آپدیت شده برنامه عمل خدمات صحت روان مشارکت داشتند:

آتالای عالم، پوهنتون آدیس آبابا، اتیوپی؛ لورا آماتو، گروه بررسی مواد مخدر و الکل کوکیرین، ایتالیا؛ ستیندر انبجا، کالج طبی لیدی هاردینگ، هند؛ پیر باستین، کلینیک بولیو، سوئیس؛ گیل بل، موسسه نورولوژی، کالج یوهنتون لندن، بریتانیا؛ دونا برگن، مرکز طبی پوهنتون راش، ایلینوی، ایالات متحده؛ خوزه برتولوته، پوهنخی طب بوتوکاتو، برزیل؛ ایرنه بیگلی، پوهنتون ورونا، ایتالیا؛ استفانی باروز، مرکز شفاخانه پوهنتون مونترال، کانادا؛ ایریک کاسترو کوستا، FIOCRUZ (بنیاد اسوالدو کروز)، برزیل؛ تونی چارمن، مؤسسه روان شناسی و صحت روان و علوم اعصاب کالج کینگ، بریتانیا؛ مارک چاوارسکی، پوهنخی طب بیبل، ایالات متحده؛ برزیل؛ کارلوس فیلیپ دی اولیویرانجمن ملی پیشگیری از خودکشی، برزیل؛ کایرن اگان، مرکز همکاری WHO برای صحت روان، HUG، سوئیس؛ اریک امرسون، مرکز تحقیقات و سیاست های مربوط به معلولیت، پوهنتون سیدنی، استرالیا. سعید فاروق، بخش روانشناسی، شفاخانه لیدی ریدینگ، پاکستان؛ ملیسا گلدستون، دانشگاه لیورپول، انگلستان؛ شارلوت هانلون، دانشگاه آدیس آبابا، اتیوپی؛ آنجلینا کاکوزا، دانشگاه مکریری، اوگاندا؛ راجش کالاریا، پوهنتون نیوکاسل، انگلستان؛ ایرینی کاریوتاکی، وریجه پوهنتون، هلند؛ مارک کیزر، کالج پوهنتون لندن، بریتانیا؛ نیکول لی، نقطه عطف، استرالیا؛ والنیتا لمی، پوهنتون اقتصاد لندن، بریتانیا؛ هریت مک میلان، پوهنتون مک مستر، کانادا؛ کارلوس مارتینز، وزارت صحت، آرژانتین؛ دانیل مگین، پوهنتون ایلینوی، ایالات متحده؛ سیلویا مینوزی، گروه بررسی دواها و الکهول مشارکتی کاکرین، ایتالیا؛ زوزانا میترووا، گروه بازبینی مواد مخدر و الکهول کوکیرین، ایتالیا؛ جیمز موگیشا، انجمن ملی پیشگیری از خودکشی، اوگاندا؛ آدسولا اوگونی، شفاخانه کالج پوهنتون، نیجریه؛ دنیس پادروچنی، مرکز اطلاعات و آموزش صحت روان و نارکولوژی، بلاروس؛ امریتا پاره، بنیاد صحت عامه هند؛ خارا سائورو، پوهنتون کلگری، کانادا؛ شوبا راجا، نیازهای اساسی، هند؛ برایان ریچو، مرکز مطالعات کودک، پوهنخی طب

معرفی

پس منظر mhGAP

بر اساس اطلس صحت روان سازمان صحتی جهان سال 2014، بیش از 45 درصد از جمعیت جهان در کشوری زندگی می کنند که در آن برای هر 100000 نفر کمتر از 1 متخصص صحت روان و حتی تعداد کمتری از متخصصین امراض عصبی (نیورولوژیست) وجود دارد. واضح است که تکیه صرفاً بالای متخصصان روانی جهت ارائه خدمات به افراد مبتلا به اختلالات روان، اعصاب و سوء استفاده مواد (Mental, Neurological and Substance Use-MNS) باعث می شود تا میلیون ها نفر به خدمات صحتی مورد نیاز دسترسی نداشته باشند یا حتی اگر زمانی این خدمات در دسترس شان نیز قرار داشته باشد، اکثر خدمات صحتی و مراقبت ها مبتنی بر شواهد نبوده و از کیفیت بالا برخوردار نمیباشند. بناءً برنامه عمل خدمات صحت روان (mhGAP) به هدف افزایش سطح خدمات برای افراد روانی، عصبی و سوء استفاده مواد ایجاد شد.

رویکرد برنامه عمل خدمات صحت روان شامل اقدامات و مداخلات برای وقایع و مدیریت اولویت های امراض روانی، عصبی و سوء استفاده مواد نشه آور میباشد که بر اساس شواهد در مورد مؤثریت و امکان پذیری مداخلات برنامه عمل در کشور های با درآمد کم و متوسط شناسایی شده اند. اولویت های متذکره بر اساس معیار هایی که نشان دهنده یک بار بزرگ (از نظر مرگ و میر، معلولیت و معیوبیت) بالای جامعه باشند و منجر به هزینه های اقتصادی زیاد شود یا با نقض حقوق بشر همراه باشد، شناسایی گردیده اند.

این اولویت ها شامل افسردگی، سایکوز، خودآزاری/خودکشی، صرع، زوال عقل (دیمنشیا)، اختلالات ناشی از مصرف مواد و اختلالات روانی و سلوکی در کودکان و نوجوانان میباشد. رهنمود مداخلوی (Mental Health Gap Action Program- mhGAP Intervention Guide or mhGAP-IG) منبعی برای تسهیل نمودن تطبیق دستورالعمل ها و مداخلاتی مبتنی بر شواهد برنامه عمل خدمات صحت روان در مراکز خدمات صحتی غیر تخصصی میباشد.

تائید و مورد استفاده قرار دادن نسخه اول رهنمود مداخلوی mhGAP توسط کشور های عضو سازمان صحتی جهان و سایر شرکا از توجه ویژه برخوردار بوده و به وضوح نیاز به ایجاد چنین ابزار را نشان می دهد. نسخه اول رهنمود مداخلوی mhGAP در سطح کشور به شیوه های مختلف ذیل مورد استفاده قرار گرفته است: معمولاً به

عنوان یک ابزار کلیدی در رویکرد مرحله ای برای افزایش سطح خدمات صحت روان در سطح منطقه ای، ملی و ماتحت ملی؛ به عنوان یک ابزار ظرفیت سازی برای طیف وسیع از متخصصان صحتی و دستیاران خدمات صحتی؛ و به عنوان یک منبع راهنما جهت تدوین و به روز رسانی (آپدیت کردن) برنامه های درسی لیسانس (کارشناسی) و بعد مافوق لیسانس (کارشناسی ارشد) برای متخصصان خدمات صحتی.

ایجاد و توسعه نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP

رهنمود های آپدیت شده برنامه عمل خدمات صحت روان و فیدبک و ارزیابی کاربران نسخه اول و بازنگری و توسعه این نسخه تازه (آپدیت شده) رهنمود مداخلوی mhGAP را شکل داده است. آپدیت نمودن یا به روز رسانی کامل رهنمود های برنامه عمل خدمات صحت روان بعد از طی مراحل پروسه های میتودولوژی ایجاد رهنمود های سازمان صحتی جهان بشمول پروسه بررسی شواهد و ترکیب و توسعه توصیه ها از طریق مشارکت یک پانل بین المللی متشکل از متخصصان و مؤسسات با تجربه در این زمینه از قبیل دوکتوران، محققان، مدیران برنامه، پالیسی سازان و کاربران خدمات، در سال 2015 انجام و منتشر شده است. روش های دقیق و مشروح و توصیه های تازه را می توانید در مرکز منبع شواهد برنامه عمل خدمات صحت روان بدست آرید.

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en.

همچنان فیدبک که از کارشناسان در تمام مناطق سازمان صحتی جهان بدست آمده نشان میدهد که در سه سال گذشته از بسته رهنمود مداخلوی mhGAP برای آموزش متخصصان مراقبت های صحتی و دستیاران خدمات صحتی و نیز برای عرضه خدمات صحت روان، اعصاب و سوء استفاده مواد در چندین سایت (محل) تطبیق کننده برنامه عمل خدمات صحت روان استفاده صورت گرفته است. پیش نویس ابتدایی نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP بر اساس نظریات کارشناسان و متخصصین ساحوی ترتیب و سپس در میان گروه وسیع از بازبینان در سراسر جهان منتشر شده است که این کار امکان تنوع نظریات را در این پروسه بررسی فشرده فراهم نموده است. این پروسه نظریات و فیدبک یک طیف وسیعی از کاربران نهایی چون عرضه کنندگان خدمات صحتی غیر متخصص و افراد

مبتلا به اختلالات روان، اعصاب و مصرف کنندگان مواد نشه آور را در تمام مناطق سازمان صحتی جهان در بر می گیرد. فیدبک کاربران نهایی از طریق یک پرسشنامه جمع آوری شده و نیز بحث های گروهی متمرکز ساحوی توسط سازمان صحتی جهان هماهنگ گردیده است. پاسخ های جمع آوری شده بازبینان طی این پروسه در نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP گنجانیده شده اند.

علاوه بر این، چندین کاربر رهنمود مداخلوی mhGAP تذکر نموده اند که تنها نسخه کاغذی این راهنما باعث محدودیت هایی شده است و پیشنهاد می کنند که نسخه های الکترونیکی تعاملی یا اینترنتی (-e) یا موبایل (-m) ممکن از مزایای بیشتر از جمله افزایش سهولت استفاده از نسخه، عملکرد بیشتر و صرفه جویی در هزینه برخوردار باشد. بنابراین، نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP طوری طراحی و ترتیب شده است که به هر سه شکل یعنی کاغذی، الکترونیکی و موبایلی قابل استفاده باشد. شکل اینترنتی آن تحت کار بوده و به زودی منتشر و مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

با ترکیب نمودن فیدبک های گسترده کاربران، رهنمود های تازه و آپدیت شده نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP سال ۲۰۱۵ و فرصت های جدید ارائه شده توسط نسخه الکترونیکی، موارد تازه و آپدیت شده که در نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP گنجانیده شده است قرار ذیل اند:

- تجدید محتویات بخش های مختلف بر اساس شواهد جدید، فیدبک ها و پیشنهادات و توصیه های کاربران برنامه عمل خدمات صحت روان.
- استفاده از یک مدل الگوریتم عمودی، که امکان ارزیابی کلینیکی کارآمد و ساده را فراهم می کند.
- گنجانیدن الگوریتم جدید برای پیگیری در همه مودیول ها.
- گنجانیدن دو مادیول جدید: کارهای عملی و مراقبت های ضروری (که عبارت از آپدیت کردن فصل اصول عمومی مراقبت ها در نسخه اول میباشد) و مادیول پیاده سازی (اجرا نمودن).
- یک مادیول تجدید شده برای سایکوز (مدغم نمودن سایکوز و اختلال دوقطبی)، اختلالات روان و سلوکی کودکان و نوجوانان (شامل اختلالات رشدی، سلوکی و عاطفی) و اختلالات ناشی از مصرف مواد نشه آور (شامل اختلالات ناشی از الکل و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر).

استفاده از نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP

رهنمود مداخلوی mhGAP یک راهنمای کامل و حیاتی بوده که با در نظر داشت اوضاع صحت روان به سطح ملی یا محلی قابل تطبیق میباشد. کاربران این راهنما ممکن یک گروه از مداخلات یا حالت های اولویت دار صحت روان را جهت سازگاری و تطبیق نظر به تفاوت در شیوع و در دسترس بودن منابع، انتخاب نمایند. توافق و سازگاری با حالات صحت روان مستلزم این است تا اطمینان حاصل گردد حالاتی که بیشترین سهم در ایجاد بار امراض در یک کشور را دارند، تحت پوشش قرار دهد و یا اینکه نسخه دوم این راهنما با حالاتی که در ساحه بالایی تداوی افراد مبتلا به اختلالات روان، اعصاب یا مصرف کنندگان مواد نشه آور در مرکز خدمات صحتی تاثیر گذار هستند، مناسب و مطابقت داشته باشد. پروسه سازگاری باید به عنوان یک فرصت برای ایجاد اجماع در مورد مسائل فنی حالات مرضی مورد استفاده قرار گیرد. این امر مستلزم مشارکت شرکای کاری کلیدی ملی است. سازگاری شامل تفهیم و ترجمه لسان و حصول اطمینان از قابل قبول بودن مداخلات از نظر ملاحظات اجتماعی فرهنگی و مناسب بودن برای سیستم صحتی محلی یا ساحوی میباشد.

گروه کاربر مورد هدف رهنمود مداخلوی mhGAP عبارت از عرضه کنندگان مراقبت های صحتی غیر تخصصی میباشند که در مراکز خدمات صحتی سطح اول و دوم خدمات ارائه می کنند. این نوع عرضه کننده گان خدمات صحتی شامل دوکتوران مراقبت های اولیه صحتی، نرسان (پرستاران) و سایر اعضاء نیرو کاری مراقبت های صحتی هستند. اگر چه نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP قرار است عمدتاً توسط افراد غیر متخصص تطبیق گردد، متخصصان مراقبت های صحت روان نیز ممکن آن را در کار خود مفید دریابند. علاوه بر این، متخصصان نقش اساسی و مهم در آموزش و نظارت حمایتی دارند همچنان رهنمود مداخلوی mhGAP بیان میدارد که دسترسی به متخصصین برای مشاوره یا رجعت دهی افراد جهت بهبود استفاده از منابع نادر لازمی میباشند. متخصصان همچنین از آموزش در مورد جنبه های صحت عامه برنامه و خدمات اداره بهره مند خواهند شد. تطبیق رهنمود مداخلوی mhGAP بطور کامل نیاز به اقدامات هماهنگ کارشناسان و مدیران صحت عامه و متخصصان متعهد با پیشینه صحت عامه دارد. بنابراین، آموزش در مورد استفاده از رهنمود مداخلوی mhGAP بهتر است به عنوان بخشی از یک

رویکرد سیستم که شامل برنامه ریزان خدمات صحتی، مدیران و پالیسی سازان میشود، انجام شود تا مداخلات پیشنهاد شده توسط زیرساخت ها یا منابع لازم مثلاً ادویه جات ضروری حمایت شوند. آموزش (ترنینگ) رهنمود مداخلوی mhGAP همچنان باید به صورت مداوم صورت گیرد و جهت حصول اطمینان میکانیزم های حمایت و پشتیبانی کافی، نظارت و آموزش تجدیدی برای عرضه کنندگان خدمات صحتی در آن گنجانیده شود.

شیوه استفاده از نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP

رهنمود مداخلوی mhGAP یک راهنمای کامل و حیاتی است که با در نظر داشت اوضاع صحت روان به سطح ملی یا محلی قابل تطبیق میباشد. کاربران ممکن یک گروه از مداخلات یا حالت های اولویت دار صحت روان را جهت سازگاری و اجرا نظر به پیشینه وضعیت صحت روان، انتخاب نمایند.

نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP با «مراقبت های اساسی و کار های عملی» آغاز می شود که مجموعه ای از اقدامات کلینیکی خوب و رهنمود های کلی برای تعامل عرضه کنندگان خدمات مراقبت های صحتی با افرادی که دنبال خدمات صحت روان هستند، میباشند. همه کاربران رهنمود مداخلوی mhGAP باید خود را با این اصول آشنا سازند و تا حد ممکن از آنها پیروی کنند.

رهنمود مداخلوی mhGAP یک "ماستر چارت" را نیز احتوا میکند که در مورد تظاهرات معمول حالات اولویت دار معلومات ارائه و داکتران را به مادیول های مربوطه رهنمایی میکند. ابتدا باید جدی ترین حالت را مدیریت کرد. نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP در قسمت ماستر چارت نیز یک افزودنی جدیدی دارد که عبادرت از تظاهرات عاجل و فوری حالات اولویت دار اختلالات روان، اعصاب و مصرف مواد میباشند. این بخش برای کمک به شناسایی حالت های اضطراری و راهنمایی به دستورالعمل های مدیریت این حالات اضافه شده است.

مادیول های که بر اساس حالت های اولویت فرد ترتیب شده اند، ابزاری برای تصمیم گیری کلینیکی و مدیریت هستند. هر مادیول رنگ متفاوتی دارد تا به راحتی از هم فرق شوند. یک مقدمه در ابتدای هر مادیول وجود دارد و توضیح می دهد که مادیول کدام حالت ها را پوشش می دهد و یک مرور کلی سریع را که مراحل کلیدی ارزیابی و مدیریت را تشریح میکند نیز احتوا میکند.

- هر یک از مادیول ها از سه بخش تشکیل شده است:
- ارزیابی
- مدیریت
- پیگیری

بخش (فصل) ارزیابی در چارچوبی چارت های گردشی (فلوچارت) با چندین نکات ارزیابی کلینیکی ارائه شده است. هر مادیول با تظاهرات کلینیکی معمول حالت های مشکوک شروع می شود، که به تعقیب آن یک سلسله سؤالات ارزیابی کلینیکی وجود دارد و باید با بله یا خیر پاسخ داده شود، بدینترتیب کاربر را راهنمایی می کند تا برای دستورالعمل های بیشتر جهت رسیدن به ارزیابی کلینیکی نهایی حرکت کند. مهم این است که کاربران رهنمود مداخلوی mhGAP ارزیابی را از ابتدا آغاز نمایند و تمام نکات تصمیم گیری را تعقیب کنند تا یک ارزیابی کلینیکی و برنامه مدیریت جامع را ایجاد نمایند.

بخش مدیریت شامل جزئیات مداخلات میشود که در مورد نحوه مدیریت حالات ویژه ارزیابی شده معلومات ارائه می کند. این نوع مداخلات شامل مداخلات فنی روانی-اجتماعی و دواپی در صورت که لازم باشد می شود.

بخش پیگیری معلومات کامل و دقیق در مورد چگونگی ادامه رابطه کلینیکی و دستورالعمل های مدیریت پیگیری، ارائه می کند.

- نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP از یک سلسله سمبول ها برای برجسته ساختن جوانب ویژه در مادیول ها استفاده می کند. لست کامل سمبول ها و تشریحات آنها در صفحه بعدی ذکر گردیده است. در سراسر مادیول ها، نکات مهم نیز منحصراً نکات کلیدی کلینیکی برجسته شده اند.
- همچنان نسخه دوم شامل یک مادیول در مورد تطبیق و پیاده سازی رهنمود مداخلوی mhGAP است که مراحل نحوه تطبیق و اجرا کردن این برنامه را بطور مختصر تشریح میکند.
- در پایان راهنما، فهرست از اصطلاحات استفاده شده در نسخه دوم رهنمود مداخلوی mhGAP ارائه شده است.

عناصر و سمبول های بصری



ارزیابی



مدیریت



پیگیری



نوجوانان / اطفال



زنان سنین باروری باردار و شیرده



کاهلان



بزرگ سالان



احتیاط



انجام نشود



معلومات بیشتر



رجعت به شفاخانه



دواها



مداخلات روانی اجتماعی



مشورت متخصص

سلسله مراحل ارزیابی

1

بلی

نخیر

به پروتو کول 1 مراجعه
نمایید.

به بخش دیگر در داخل
مادیول مراجعه نمایید

مادیول را توقف و توقف
نمایید

بعد از رهنمایی ها به الگوریتم مراجعه نمایید

نکات کلینیکی



اصول عملی برای مراقبت های ضروری

Essential Care and Practice (ECP)

الف. اصول کلی

- از مهارت های افهام و تفهیم موثر استفاده کنید.
- رعایت نمودن عزت و وقار فرد

ب. ملزومات مراقبت های کلینیکی صحت روان.

- صحت فیزیکی را ارزیابی کنید.
- ارزیابی MNS را انجام دهید.
- اختلالات MNS را مدیریت کنید.

این مادیول اصول مراقبت های ضروری را برای همه افرادی که دنبال مراقبت های صحی میباشند، از جمله افراد دارای اختلالات MNS و مراقبت کنندگان آنها، تشریح می کند. بخش اول این مادیول اصول کلی مراقبت های کلینیکی را پوشش می دهد و هدف آن رعایت احترام به حریم خصوصی افرادی است که دنبال مراقبت های صحی اختلالات MNS هستند و نیز روابط بین عرضه کننده مراقبت صحی و کاربران این خدمات و مراقبان آنها را تقویت می کند و اطمینان میدهد که این نوع خدمات به شیوه ای بدون هر گونه تبعیض و تحقیر و به گونه بسیار حمایتی ارائه میشود. بخش دوم اصول خدمات کلینیکی صحت روان را پوشش می دهد و هدف آن آموزش عرضه کنندگان خدمات صحت روان با یک تصور کلی از ارزیابی، مدیریت افراد MNS در مراکز صحی غیر تخصصی میباشد.

الف. اصول کلی

۱. استفاده از مهارت های افهام و تفهیم مؤثر

استفاده از مهارت های افهام و تفهیم (ارتباطی) مؤثر به عرضه کنندگان خدمات صحتی اجازه می دهد تا مراقبت های با کیفیت و خوب را به بزرگسالان، نوجوانان و کودکان مبتلا به امراض روانی، اعصاب و سوء استفاده مواد (MNS) عرضه کنند. مهارت ها و نکات عمده ارتباطات ذیل را در نظر بگیرید:

افهام و تفهیم مؤثر- نکته شماره 1

محیطی ایجاد کنید که ارتباط ازاد را تسهیل کند

- در صورت امکان فرد را در یک فضای خصوصی ملاقات کنید.
- استقبال کننده باشید و معرفی را به شیوه مناسب فرهنگی و کلتوری انجام دهید.
- تماس چشم به چشم را حفظ کنید و از حرکات بدن و تظاهر وجهی تان استفاده کنید تا اعتماد بین تان ایجاد و ادامه یابد.
- توضیح دهید که اطلاعات مورد بحث طبی بازدید تان محرمانه خواهد بود و بدون اجازه قبلی به اشتراک گذاشته نخواهد شد.
- در صورت حضور مراقبت کنندگان، پیشنهاد کنید که به تنهایی با فرد صحبت میکنید (به جز کودکان خرد سال) و رضایت (موافقه) شان را برای شریک ساختن معلومات کلینیکی بدست آرید.
- هنگام مصاحبه با یک زن جوان، حضور یک کارمند یا مراقبت کننده زن دیگر را در نظر بگیرید.

افهام و تفهیم مؤثر- نکته شماره 2

فرد را دخیل سازید.

- شخص (فرد) را تا حد امکان (و با رضایت فرد، مراقبتش و خانواده اش) در تمام جنبه های ارزیابی و مدیریت حالت مرضی، شامل سازی. این اشخاص شامل کودکان، نوجوانان و بزرگسالان می شود.

افهام و تفهیم مؤثر - نکته شماره 3

با گوش دادن به صحبت های فرد، بازدید را آغاز کنید.

- بطور فعال به صحبت ها گوش فرا دهید، دلسوز، همدل و حساس باشید.
- به فرد اجازه دهید بدون وقفه صحبت کند.
- اگر تاریخچه مرض روشن نباشد، صبور باشید و بسیار به شیوه دوستانه توضیح بخواهید.
- برای کودکان، از لحن و لهجه ای استفاده کنید که برای کودکان قابل درک باشد. بطور مثال، در مورد علایق آنها (اسباب بازی، دوستان، مکتب و غیره) بپرسید.
- برای نوجوانان نشان دهید که احساسات و حالت آنها را درک می کنید

افهام و تفهیم مؤثر - نکته شماره 4

همیشه دوستانه، محترمانه و بدون قضاوت رفتار کنید.

- همیشه احترام کننده باشد.
- افراد را از روی رفتار و ظاهر شان قضاوت نکنید.
- آرام و صبور باشید.

افهام و تفهیم مؤثر - نکته شماره 5

از مهارت های ارتباط کلامی خوب استفاده کنید.

- از زبان ساده بسیار واضح و مختصر استفاده کنید.
- از سؤالات باز، جملات خلاصه و واضح استفاده کنید.
- نکات کلیدی را خلاصه و تکرار کنید.

- به فرد اجازه دهید در مورد معلومات ارائه شده سوال بپرسد.

افهام و تفهیم مؤثر - نکته شماره 6

هنگامی که افراد تجارب دشوار خود را فاش می کنند (مانند تجاوز جنسی، خشونت یا خودآزاری) با احساس و حساسیت پاسخ دهید.

- با موضوعات دشوار حساسیت بیشتری نشان دهید.
- به فرد یاد آوری کنید که آنچه با شما می گویند محرم باقی خواهد ماند.
- تأیید کنید که افشا اطلاعات و تجارب دشوار برای آنها ممکن اسان نباشد.

II. عزت و وقار را رعایت کنید.

با افراد مبتلا به امراض MNS باید با احترام و عزت به شیوه مناسب فرهنگی رفتار شود. به عنوان یک کارکن خدمات صحتی، تمام تلاش خود را برای احترام گذاشتن و رعایت نمودن اراده و خواست های افراد مبتلا به امراض MNS انجام دهید و آنها و مراقبان شان را به فراگیرترین روش حمایت کنید و دخیل سازید. افراد مبتلا به امراض MNS اکثراً برای نقض حقوق بشر مساعد تر هستند. بناً، ضروری است که کارکنان صحتی در مراکز صحتی حقوق افراد مبتلا به امراض MNS را در تطابق با معیارات بین المللی حقوق بشر در مورد افراد دارای معلولیت (CRPD)* در نظر گرفته رعایت نمایند.

*برای معلومات بیشتر در مورد CRPD:

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

مراجعه نمایید.

نکات که باید اجرا شود:

- با افراد مبتلا به امراض MNS با احترام و عزت رفتار کنید.
- از محرم بودن معلومات افراد مبتلا به امراض MNS محافظت کنید.
- از حریم خصوصی در مرکز صحتی اطمینان حاصل کنید.
- همیشه دسترسی به اطلاعات را فراهم کنید و در صورت امکان خطرات و مزایای تداوی پیشنهادی را به صورت تحریری ارائه کنید.
- اطمینان حاصل نمایید که فرد به تداوی موافقه دارد.
- خود مختاری و زندگی مستقل در جامعه را رعایت و ترویج نمایید.
- برای افراد مبتلا به امراض MNS دسترسی به گزینه های تصمیم گیری حمایت شده را فراهم کنید.

نکات که باید اجرا نشود:

- نسبت به افراد مبتلا به امراض MNS تبعیض قائل نشوید.
- اولویت ها یا خواسته های افراد مبتلا به امراض MNS را نادیده نگیرید.
- به عوض شخص مبتلا به امراض MNS، از طرف او یا به جای او تصمیم نگیرید.
- حین توضیح نمودن تداوی پیشنهادی از زبان بیش از حد فنی و مسلکی استفاده نکنید.

ب. اساسات عملکرد کلینیکی صحت روان

۱. ارزیابی صحت جسمی (فیزیکی)

افراد مبتلا به امراض MNS در معرض خطر مرگ و میر زودرس ناشی از امراض قابل وقایه قرار دارند. بناً همیشه باید ارزیابی صحت جسمی آنها به عنوان بخشی از ارزیابی جامع صورت گیرد. بعد از اخذ تاریخچه مشرح (تاریخچه صحت جسمی و MNS) یک ارزیابی صحت جسمی جهت شناسایی امراض مترافقه و آموزش فرد در مورد اقدامات وقایوی آن، باید صورت گیرد. این اقدامات باید همیشه بعد از رضایت آگاهانه شخص انجام شود.

ارزیابی صحت جسمی

- یک تاریخچه دقیق و مشرح اخذ نمایید و در مورد فکتورهای خطر معلومات بدست آرید.
- عدم فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی نامناسب، تنباکو، مصرف مقدار زیان آورده الکل و/یا مواد مخدر، رفتار پرخطر و امراض مزمن.
- معاینه فیزیکی را انجام دهید.
- تشخیص های تفریقی را مد نظر داشته باشید.

حالت های جسمی و عوامل زمینه ای امراض MNS را توسط تاریخچه، معاینه فیزیکی و معاینات اولیه لابراتواری قابل دسترس، رد یا تأیید کنید.

• امراض مترافقه را شناسایی کنید.

اکثراً یک فرد ممکن به طور همزمان بیش از یک مرض MNS را داشته باشد. ارزیابی و تداوی امراض مترافقه در صورت وقوع آنها بسیار مهم است.

مدیریت صحت جسمی

- امراض مترافقه موجود را همزمان با امراض MNS تداوی کنید. در صورت نیاز به متخصصین مراجعه کنید یا با آنها مشورت کنید.
- افراد را در مورد عوامل خطر قابل اصلاح جهت وقایه از امراض و تشویق به از خود ساختن سبک زندگی سالم، آموزش دهید.
- برای حمایت از صحت جسمی افراد مبتلا به امراض MNS، عرضه کنندگان خدمات صحتی باید:
 - ✓ در مورد اهمیت فعالیت بدنی و رژیم غذایی سالم مشورت دهید.

- ✓ به مردم در مورد مصرف مقدار زیان آور الکل آموزش دهید.
- ✓ تشویق به ترک مواد آور کنید.
- ✓ در مورد سایر رفتار های پرخطر (مثلاً رابطه جنسی محافظت نشده) آموزش دهید.
- ✓ بررسی های منظم صحت جسمی و واکسیناسیون را انجام دهید.
- ✓ افراد را برای تغییرات رشدی زندگی مانند بلوغ و یائسگی (مینوپاز) آماده کنید و حمایت های لازم را انجام دهید.
- ✓ در مورد پلان نمودن بارداری و روش های پیشگیری از بارداری با زنان در سنین باروری بحث کنید.

نکته کلینیکی:

افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید 2 تا 3 برابر بیشتر در معرض خطر مرگ ناشی از امراض قابل پیشگیری مانند انتانات و امراض قلبی و عایی قرار دارند. برای کاهش خطر از طریق آموزش و نظارت، تمرکز کنید



II. ارزیابی MNS را انجام دهید.

انجام دادن ارزیابی امراض MNS شامل مراحل ذیل میشود. ابتدا، شکایت ارائه شده بررسی می شود، بعداً یک تاریخچه جامع بشمول جستجوی معلومات در مورد مسائل مربوط به MNS گذشته، مشکلات حالت عمومی، تاریخچه خانوادگی MNS و تاریخچه روانی-اجتماعی، اخذ میگردد. فرد را مورد مشاهده قرار دهید (معاینه وضعییت روانی)، تشخیص تفریقی را مدنظر گرفته اختلال MNS را شناسایی و تشخیص نمایید. به عنوان بخشی از ارزیابی، یک معاینه فیزیکی را انجام دهید و در صورت نیاز معاینات لابراتواری اجرا نمایید. ارزیابی با رضایت آگاهانه شخص انجام می شود.

اخذ تاریخچه	
(1) شکایات فعلی • عامل یا دلیل اصلی که فرد را وادار به دریافت مراقبت صحتی نموده است. • بپرسید که این شکایات چه وقت، چرا و چگونه آغاز شده اند؟ • در این مرحله جمع آوری اطلاعات تا حد امکان در مورد اعراض و علایم فرد و وضعیت فعلی او بسیار مهم است. (2) تاریخچه MNS در گذشته • در مورد مشکلات مشابه در گذشته، هرگونه بستری شدن در شفاخانه روانی یا دواهای تجویز شده برای امراض MNS و هرگونه اقدام به خودکشی در گذشته بپرسید. • مصرف تنباکو، الکل و مواد مخدر را بررسی کنید. (3) تاریخچه حالت صحتی عمومی • در مورد مشکلات صحت جسمی و دواها بپرسید. • دواهای فعلی فرد را است کنید. • در مورد حساسیت به دواها بپرسید.	(4) تاریخچه خانوادگی امراض MNS • سابقه خانوادگی امراض احتمالی MNS را بررسی کنید و بپرسید که آیا کسی اعراض و علائم مشابهی داشته یا به عنوان یک فرد MNS مورد تداوی قرار گرفته است. (5) تاریخچه حالت روانی-اجتماعی • در مورد عوامل استرس زای فعلی، روش های مقابله با آن و حمایت اجتماعی در این زمینه بپرسید. • در مورد عملکرد اجتماعی - شغلی فعلی (نحوه عملکرد فرد در خانه، محل کار و در روابط با دیگران) بپرسید. • معلومات ابتدایی از جمله محل سکونت فرد، سطح تحصیلات، سابقه کار/اشتغال، حالت مدنی و تعداد/سن فرزندان، عاید و ساختار خانواده/شرایط زندگی را به دست آورید. برای کودکان و نوجوانان، در مورد اینکه آیا مراقبت کننده دارند یا خیر و ماهیت و کیفیت رابطه بین آنها چگونه است بپرسید.

اگر به اختلال اولویت دار MNS مشکوک میشوید، جهت ارزیابی به مادیول مربوطه مراجعه نمایید.

ارزیابی حالات MNS

4. معاینات مهم لابراتواری - در صورت لزوم و امکان معاینات لابراتوار را توصیه نمایید به ویژه برای رد امراض جسمی. 5. امراض MNS را تشخیص نمایید. - با استفاده از مادیول (های) مربوطه، امراض MNS را تشخیص نمایید. - سایر اعراض و علائم MNS و حالت های اولویت دار را ارزیابی کنید (به چارت اصلی مراجعه کنید). - الگوریتم مدیریت لازمه و پروتوکول های تدای را دنبال کنید.	1. معاینه فیزیکی - یک معاینه فیزیکی هدفمند با استفاده از معلوماتی که در طول ارزیابی MNS بدست میاید، انجام دهید. 2. معاینه وضعیت روانی (MSE)* - در مورد ظاهر و رفتار، خلق و خوی و تأثر، محتوای فکری، هرگونه اختلال ادراکی و شناختی فرد بپرسید و مشاهده کنید. برای جزئیات بیشتر به چارت اصلی علائم (MC) مراجعه کنید. 3. تشخیص های تفریقی - تشخیص تفریقی را در نظر بگیرید و شرایطی را که علائم مشابهی دارند را رد کنید نکته کلینیکی: هنگامی که به اختلال MNS مشکوک میشوید، همیشه فرد را از نظر خودآزاری/خودکشی (SUI) ارزیابی نمایید.
معاینه حالت روانی که برای افراد غیر متخصص اقتباس شده است ممکن است شامل موارد ذیل باشد: رفتار و ظاهر = اعراض و علائم که شامل طرز ظاهر یا رفتار شخص است. مزاج و عاطفه = اعراض و علائم که شامل تنظیم و بیان عواطف یا احساسات است. محتوای فکر = اعراض و علائم مربوط به محتوای افکار از جمله هذیان، پارانویا، سوء ظن و افکار خودکشی. اختلال ادراکی = ادراک حسی که در غیاب محرک مناسب (خارجی) رخ می دهد (مثلاً برسامات شنیداری یا بصری). شخص ممکن است بینشی نسبت به ماهیت غیر واقعی ادراک داشته باشد یا نداشته باشد. شناخت = اعراض و علائم و یافته های کلینیکی حاکی از اختلال در توانایی ذهنی و پروسه های مربوط به تمرکز، حافظه، قضاوت، استدلال، حل مسئله، تصمیم گیری، درک و ادغام این کارکردها میباشد.	

III. امراض MNS را مدیریت کنید.

پس از تکمیل ارزیابی، الگوریتم مدیریت اختلالات MNS را در mhGAP-IG دنبال کنید. مراحل کلیدی مدیریت در جدول ذیل تشریح گردیده است:

مراحل مدیریت امراض MNS

اکثر افراد MNS مزمن هستند و نیاز به نظارت و پیگیری طولانی مدت دارند. مدیریت امراض MNS در طول زمان شامل مراحل ذیل است

4. در صورت موجودیت و در دسترس بودن به متخصصین یا شفاخانه مربوطه مراجعه کنید.
5. اطمینان حاصل کنید که برنامه مناسب برای پیگیری تداوی فرد وجود دارد.
6. برای حمایت از فرد مبتلا به اختلال MNS با مراقبت کننده و خانواده او همکاری کنید.
7. روابط قوی برای بدست آوردن اشتغال، آموزش، خدمات اجتماعی (از جمله مسکن) و سایر بخش های مرتبط، ایجاد کنید
8. پلان تداوی افراد جمعیت های ویژه را اصلاح نمایید.

1. یک برنامه معالجه به همکاری فرد و مراقبت کننده او تهیه کنید.

نکته کلینیکی:

برنامه تحریری تداوی باید شامل موارد ذیل باشد:

- مداخلات دوائی (در صورت موجودیت)
- مداخلات روانی-اجتماعی
- رجعت دهی فرد
- طرح پیگیری تداوی فرد
- مدیریت هر گونه حالت جسمی یا سایر اختلالات همزمان MNS



2. همیشه مداخلات روانی - اجتماعی را برای فرد و مراقبانش ارائه کنید.
3. در صورت نیاز، با استفاده از مداخلات دوائی، اختلال MNS را تداوی کنید.

تداوی و مراقبت های اساسی

1. پلان تداوی

- اهداف تداوی فرد را که تمایل و اولویت را رعایت میکنند مورد بحث قرار داده مشخص نماید.
- با گرفتن موافقه فرد، مراقبت کننده او را دخیل سازید.
- فرد را تشویق نمایید که اعراض و علایم خود را نظارت نماید و توضیح دهید که چی زمانی باید فوراً دنبال دریافت مراقبت ها باشد.

2. مداخلات روانی – اجتماعی

الف. آموزش روانی

در مورد اختلالات MNS به خود فرد معلومات ارائه کنید:

- اختلال یا حالت مرضی MNS، سیر مرض و انداز متوقع آن چیست؟
- تداوی های قابل دسترس برای حالت مرضی فعلی و مزایای آن.
- مدت زمان تداوی
- اهمیت پایبندی به تداوی، از جمله کارهایی که فرد می تواند انجام دهد (مثلاً مصرف دوا یا انجام مداخلات روانشناسی مرتبط مانند تمرینات آرامش بخش) و کارهایی که مراقبان می توانند برای کمک به فرد جهت پایبندی به تداوی انجام دهند.
- عوارض جانبی احتمالی (کوتاه مدت و طولانی مدت) هر دوا تجویز شده که فرد (و یا مراقبان او) باید نظارت کنند.
- مشارکت بالقوه کارکنان اجتماعی، مدیران پرونده، کارکنان صحت جامعه یا سایر اعضای مورد اعتماد در جامعه.

- برای معلومات خاص در مورد اختلال فعلی MNS به بخش مدیریت مادیول های مربوطه مراجعه کنید.

ب. کاهش استرس و بهبود حمایت اجتماعی

به استرس های روانی اجتماعی فعلی توجه کنید:

- مسائل روانی-اجتماعی مربوطه را که بر فرد استرس وارد می کند و یا بر زندگی او تأثیر می گذارد، مثلاً مشکلات روابط شخصی و خانوادگی، مسائل مربوط به شغل، محل کار، معاش، مسکن، مسایل مالی، دسترسی به امنیت و خدمات اولیه، تبعیض و حقارت و غیره را شناسایی و مورد بحث قرار دهید.
- با بحث در مورد بعضی روش ها مانند شیوه های حل مشکلات به فرد کمک کنید تا استرس خود را مدیریت کند.
- هر نوع بدرفتاری، سوء استفاده (مانند خشونت خانوادگی) و بی توجهی (مانند کودکان یا افراد مسن) را ارزیابی نموده مدیریت نمایید. در مورد رجعت احتمالی فرد به خانه امن مورد اعتماد یا شبکه امن غیر رسمی با او بحث کنید. در صورت لزوم با منابع قانون گذاری و جامعه تماس بگیرید.
- اعضای خانواده که فرد را حمایت و مراقبت میکنند شناسایی کنید و تا آنجا که ممکن و مناسب است آنها را در برنامه تداوی فرد دخیل سازید.
- حمایت و پشتیبانی اجتماعی را تقویت و سعی نمایید شبکه ها و روابط اجتماعی فرد را دوباره فعال کنید.
- فعالیت های اجتماعی قبلی را شناسایی کنید تا در صورت شروع مجدد آن دیده شود که پتانسیل ارائه حمایت روانی – اجتماعی مستقیم یا غیرمستقیم را دارند یا خیر (مانند گروههایی های خانوادگی، دیدار با همسایگان، فعالیت های اجتماعی، فعالیت های مذهبی و غیره).

- مدیریت استرس مانند تکنیک های آرام سازی را آموزش دهید.

ج. دخیل ساختن فرد در فعالیت های روزمره

- فرد را برای ادامه فعالیت های اجتماعی، آموزشی و شغلی منظم تا حد امکان حمایت کنید.
- مشارکت فرد در فعالیت های اقتصادی را تسهیل کنید.
- در صورت نیاز، آموزش مهارت های زندگی ویا آموزش مهارت های اجتماعی را ارائه کنید.

د. تداوی روانی

تداوی های روانشناسی مداخلاتی هستند که معمولاً به زمان قابل ملاحظه نیاز دارند و توسط متخصصانی که در بخش عرضه خدمات روانی آموزش دیده اند ارائه می شوند. ولی میتوان این نوع خدمات را بطور مؤثر توسط کارمندان صحت غیر متخصص اما آموزش دیده و تحت نظارت با استفاده از خود یاری و برنامه های هدایت شده (مثلاً با استفاده از برنامه های صحت الکترونیکی یا کتاب های خود یاری) ارائه کرد.

مداخلات ذکر شده در ذیل به طور خلاصه در واژه نامه تشریح شده است.

مثال مداخله روانی	اختلال مورد نظر
فعال سازی رفتار	افسردگی
آموزش آرام بخش	افسردگی
تداوی حل مشکلات	افسردگی
تداوی شناختی رفتاری	افسردگی، مصرف مواد، سایکوز
تداوی با مدیریت پیامد ها	مصرف مواد
مشاوره یا تداوی خانوادگی	مصرف مواد، سایکوز
تداوی بین فردی	افسردگی
تداوی تقویت انگیزه	مصرف مواد
آموزش مهارتهای والدین	صحت روان اطفال

3. مداخلات دوايي

- رهنمود های تدای دوايي را در هر مادیول تعقیب کنید.
- در صورت دسترسی به دوا ها و نیز زمانی که در الگوریتم مدیریت و جدول ارائه شده، استطبای دوا ها آن ذکر شده باشد از مداخلات دوايي استفاده کنید.
- در انتخاب دوا های ضروری عوارض جانبی دوا (کوتاه مدت و طولان مدت) اثرات دوايي گذشته، تعامل با دیگر دوا ها و تعامل بین دوا و مرض را مد نظر بگیرید.
- در صورت نیاز با فرمول ملی یا فرمولر WHO مراجعه کنید.
- به فرد در مورد خطرات و مزایای تدای، عوارض جانبی احتمالی، مدت زمان تدای و اهمیت پایبندی به آن را معلومات ارائه کنید.
- هنگام تجویز دوا به گروپ های ویژه مانند افراد مسن، مبتلایان به امراض مزمن، زنان باردار یا شیرده و کودکان/نوجوانان احتیاط کنید. در صورت نیاز با یک متخصص مشورت کنید.

4. راجع ساختن به متخصص یا شفاخانه در صورت نیاز

- حالت هایی نیاز به مراجعه به متخصص و یا شفاخانه را شناسایی نمایید. بطور مثال: عدم پاسخ به تدای، عوارض جانبی جدی با مداخلات دوايي، امراض مترافقه جسمی و یا MNS، موجودیت خطر آسیب رساندن به خود/خودکشی و غیره.

5. پیگیری

- بعد از ارزیابی اولیه یک ملاقات تعقیبی را ترتیب دهید.
- پس از هر بازدید، یک قرار ملاقات بعدی را تعیین کنید و حضور فرد را تشویق کنید. ملاقات را در یک زمان مناسب برای هر دو طرف تنظیم کنید.

- ملاقات های پیگیری اولیه را بیشتر برنامه ریزی کنید تا زمانی که علامت پاسخ به تدای اشکار گردند.
- هنگامی که اعراض و علائم شروع به بهبودی کردند، ملاقات های کمتر اما منظم را برنامه ریزی کنید.
- در هر جلسه بعدی، موارد ذیل را ارزیابی کنید:
 - پاسخ به تدای، عوارض جانبی دواها و پایبندی به دواها و مداخلات روانی – اجتماعی.
 - حالت صحی عمومی (حتماً وضعیت صحت جسمانی را به طور منظم کنترل کنید).
 - مراقبت از خود (مانند رژیم غذایی، بهداشت، لباس) و عملکرد در محیط خود شخص.
 - مسائل روانی – اجتماعی و یا تغییرات در شرایط زندگی که می تواند بر مدیریت مرض تأثیر بگذارد.
 - درک و توقعات فرد و مراقبت کننده وی از تدای. هرگونه تصور غلط را اصلاح کنید.
- در جریان تمام دوره پیگیری:
 - تمام پیشرفت ها در راستای اهداف تدای را تایید و پایبندی به دواها را تقویت کنید.
 - ارتباط منظم خود را با فرد (و مراقبت کننده او در صورت لزوم) حفظ کنید. در صورت موجودیت، یک کارکن اجتماعی یا شخص مورد اعتماد دیگری در جامعه را برای کمک و حمایت از فرد (مانند یکی از اعضای خانواده) تعیین کنید.
 - توضیح دهید که در صورت نیاز، فرد می تواند در هر زمانی بین ملاقات های بعدی (مثلاً برای عوارض جانبی دواها و غیره) به کلینیک مراجعه کند.
 - برای زمانی که فرد در قرار ملاقات حاضر نمی شود، برنامه عمل داشته باشید.

- از روابط خانواده و جامعه برای تماس با افرادی که برای پیگیری منظم مراجعه نکرده اند استفاده کنید.
- در صورت عدم بهبود یا بدتر شدن وضعیت، با یک متخصص مشورت کنید.
- جنبه های کلیدی تعامل با فرد و خانواده را در یادداشت های پرونده (دوسیه) تحریر دارید.
- برای معلومات پیگیری مختص به مرض، به بخش مدیریت مادیول (های) مربوطه مراجعه کنید.

6. دخیل ساختن مراقبت کنندگان فرد

- در صورت لزوم و با رضایت شخص مربوطه، مراقبت کننده یا یکی از اعضای خانواده را در تداوی و مراقبت از فرد شریک سازید.
 - به مراقبت کننده فرد از قبل توضیح دهید که مراقبت از افراد مبتلا به اختلال MNS می تواند برایشان چالش برانگیز باشد.
 - اهمیت احترام به کرامت و حقوق فرد MNS را برای مراقبت کننده فرد توضیح دهید.
 - تأثیر روانی - اجتماعی بر مراقبت کنندگان را شناسایی و توضیح دهید.
 - نیازهای مراقبت کننده فرد را برای حصول اطمینان از حمایت و دسترسی به منابع لازم پیشبرد امور زندگی خانواده، اشتغال، فعالیت های اجتماعی و خدمات صحتی ارزیابی کنید.
 - در صورت امکان، اشتراک در گروپ های خود یاری و حمایت از خانواده را تشویق کنید.
 - با رضایت شخص، مراقبت کنندگان را در مورد وضعیت صحتی فرد، از جمله مسائل مربوط به ارزیابی، تداوی، پیگیری و هر گونه عوارض جانبی احتمالی مطلع سازید.
- ## 7. معرفی به سایر بخش ها
- برای اطمینان از عرضه مراقبت جامع و بر اساس ارزیابی اولیه، فرد را برای دست یافتن به اشتغال، آموزش، خدمات اجتماعی (از جمله مسکن) و سایر بخش های مربوطه معرفی نمایید.

8. جمعیت خاص

کودکان/نوجوانان

بزرگسالان مسن تر

- قرار گرفتن در معرض عوامل نامطلوب مانند خشونت و غفلت که ممکن بر سلامت و رفاه روانی تأثیر بگذارد را بررسی کنید.
- نیاز های مراقبت کنندگان را ارزیابی کنید.
- با نوجوانانی که ممکن است به تنهایی برای کمک بیایند، حتی اگر همراه والدین یا ولی شان نباشند، رفتار درست کنید. کسب رضایت آگاهانه از نوجوان مهم است.
- فرصت هایی را برای کودک/نوجوان فراهم کنید تا نگرانی های خود را در خلوت بیان کنند.
- لحن و لهجه زبان را با سویه درک کودک/نوجوان برابر کنید.
- منابع موجود در خانواده، مکتب و جامعه را بر ملا سازید.

زنائی که باردار یا شیرده هستند

- اگر زن در سن باروری است، درباره موارد ذیل معلومات اخذ نمایید:
 - شیر دادن
 - بارداری احتمالی
 - آخرین عادت ماهوار در صورت بارداری
- برای تنظیم مراقبت این نوع افراد با متخصص صحت مادر ارتباط برقرار کنید.
- در صورت امکان، مشورت با متخصص صحت روان را در نظر بگیرید.
- با مداخلات دوايي احتیاط کنید، سمیت برای جنین و عبور آن به شیر مادر را بررسی کنید. در صورت نیاز با یک متخصص مشورت کنید.

- با توجه به نیاز آنان برای خود مختاری، به استرس های روانی - اجتماعی که مخصوصاً مربوط به فرد میشود، رسیدگی کنید.
- مشکلات صحت جسمی همزمان را شناسایی و تداوی کنید و نقایص حسی (مانند تشوشات بینایی یا شنوایی ضعیف) را با وسایل مناسب (مانند عینک و آله شنوایی) مدیریت کنید.
- از دوز کمتر دواها استفاده کنید.
- افزایش خطر تعامل دوايي را پیش بینی کنید.
- نیازمندی های مراقبت کنندگان فرد را رفع کنید.

ماسٽر چارٽ

مروری بر اختلالات اولویت دار MNS

1. موجودیت اختلالات اولویت دار MNS نیاز به ارزیابی دقیق را نشان می دهد.
2. اگر یک فرد با اعراض و علایم بیشتر از یک مرض مراجعه میکند، باید همه امراض مربوطه مورد ارزیابی قرار گیرند.
3. همه اختلالات متذکره در همه سنین اتفاق میافتند، مگر اینکه برای یک گروه ویژه متخصص باشد.
4. برای اختلالات عاجل، لطفاً به جدول صفحه 18 مراجعه کنید.

تظاهرات معمول MNS

اختلالات اولویت دار

افسردگی

DEP

- ✓ اعراض و علایم فیزیکی مداوم و متعدد بدون علت آشکار.
- ✓ کم انرژی بودن، خستگی، مشکلات خواب.
- ✓ غم و اندوه مداوم یا خلق افسرده، اضطراب.
- ✓ از دست دادن علاقه یا لذت از فعالیت هایی که معمولاً لذت بخش هستند.

سایکوز

PSY

- ✓ تغییرات سلوکی مشخص؛ نادیده گرفتن مسئولیت های معمول مربوط به کار، مکتب، فعالیت های خانوادگی یا اجتماعی.
- ✓ رفتار آشفته، پرخاشگرانه، کاهش یا افزایش فعالیت ها.
- ✓ باور های نادرستی که در فرهنگ مرتبط به فرد موجود نیست و توسط دیگران نیز به اشتراک گذاشته نمیشود.
- ✓ شنیدن صدا ها یا دیدن چیز هایی که وجود ندارند.
- ✓ عدم درک اینکه فرد دارای مشکلات روانی است

صرع (مرگی)

EPI

- ✓ حرکات تشنجی یا اختلاجی.
- ✓ در هنگام اختلاج (حمله صرع): از دست دادن شعور یا اختلال شعور، شخی بدن، دندان گرفتن زبان، وقوع ترضیض، عدم اقتدار ادرار یا تغوط.
- ✓ بعد از اختلاج: خستگی، خواب آلودگی، گیجی، رفتار غیر طبیعی، سردردی، درد عضلی یا احساس ضعیفی در یک طرف بدن.

اگر کودکان و نوجوانانی شکایات ذیل را داشته باشند باید برای ارزیابی مشکلات جسمی یا ارزیابی صحت عمومی معاینه شوند:

- ✓ مشکل در رشد، عاطفه یا سلوک (مانند بی توجهی، فعالیت بیش از حد، نافرمانی مکرر، تابع نبودن و رفتار پرخاشگرانه).
- ✓ عوامل خطر مانند: سوء تغذی، قرار گرفتن مورد سوء استفاده و یا بی توجهی، امراض مکرر، امراض مزمن (مانند HIV/AIDS یا سابقه ولادت های دشوار).
- ✓ مراقبی که با مشاهده موارد ذیل نگران کودک/نوجوان میشود:
 - مشکل در همگامی با همسالان یا انجام فعالیت های روزانه که برای سن طبیعی تلقی می شوند.
 - رفتار (بطور مثال بیش از حد فعال بودن، پرخاشگر، داشتن عصبانیت های مکرر و یا شدید، تمایل بیش از حد به تنهایی، امتناع از انجام فعالیت های معمول یا رفتن به مکتب).

معلمی که با مشاهده موارد ذیل نگران کودک یا نوجوان میشود، به گونه مثال:

- ✓ شاگرد به راحتی حواس خود را از دست میدهد، در صنف اختلال ایجاد می کند، اکثراً دچار مشکل می شود، در انجام دادن کار خانگی مکتب دچار مشکلات میباشد.

کارکن صحتی جامعه یا خدمات اجتماعی که با مشاهده موارد ذیل نگران کودک/نوجوان میشود. مثلاً:

- ✓ رفتار قانون شکنی، پرخاشگری فزینی در خانه یا جامعه.

اختلالات روان و رفتار کودکان و نوجوانان (CMH)

تظاهرات معمول اختلالات عاطفی، رفتاری و رشدی نظر به سن در کودکان و نوجوانان متفاوت میباشد.

دیمنشیا

DEM

- ✓ از دست دادن یا مشکلات حافظه (فراموشی شدید) و جهت یابی (آگاهی از زمان، مکان و شخص).
- ✓ مشکلات مزاجی (مود) یا سلوکی مانند بی تفاوتی (بی علاقه به نظر می رسد) یا تحریک پذیری بیش از حد.
- ✓ از دست دادن کنترول عاطفی (به راحتی ناراحت یا تحریک پذیر میشود یا اشک میریزد).
- ✓ مشکلات در انجام کارهای روزمره، فعالیت های خانوادگی یا اجتماعی.

اختلالات ناشی از مصرف مواد

SUB

از همه افرادی که به مراکز صحتی مراجعه می کنند باید در مورد مصرف دخانیات و الکل از آنها سوال شود.

- یافته های اتفاقی: کم خونی ماکروسیتیک، کاهش سویه ترمبوسایت ها، افزایش حجم کریوات سرخ (MCV).
- تظاهرات عاجل به دلیل ترک مواد نشه آور، مصرف بیش از حد یا مسمومیت مواد نشه آور. فرد ممکن آرام و ساکت یا بیش از حد تحریک شده، آشفته، مضطرب یا گیج به نظر برسد.
- افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد نشه آور ممکن هیچ مشکلی مربوط به مصرف مواد را گزارش نکنند. شما موارد ذیل را جستجو کنید:
- درخواست های مکرر برای دواهای محرک روانی از جمله ادویه ضد درد.
- صدمات.
- انتانات مرتبط با مصرف داخل وریدی مواد مخدر (HIV/AIDS، هپاتیت).

- ✓ تظاهرات اثرات الکل یا مواد نشه آور دیگر (مانند بوی الکل، گفتار نامنظم، خواب آلوده، رفتار نامنظم).
- ✓ اعراض و علائم حاد رفتاری، تظاهرات ترک اعتیاد یا اثرات استفاده طولانی مدت.
- ✓ بدتر شدن فعالیت های اجتماعی (مانند مشکلات در محل کار یا خانه، ظاهر نامنظم).
- ✓ اعراض و علائم امراض مزمن کبدی (آنزیم های کبدی غیر نورمال)، یرقان (زردی) در جلد و چشم ها، کنار های کبدی قابل جس و حساس (در ابتدا امراض کبدی)، حبن (Ascits) (بطن کلان و پر از مایع)، انجیومای عنکبوتی (اوعیه عنکبوت مانند قابل مشاهده بالای سطح جلد) و تغییر حالت شعوری (انسفالوپاتی کبدی).
- ✓ مشکلات تعادل، راه رفتن، حرکات هماهنگ و نیستاگموس.

خود آزاری/خودکشی SUI

- ✓ مایوسی، ناچاری و نا امیدی شدید.
- ✓ افکار فعلی فرد برای طرح ریزی یا اقدام به خود آزاری یا خودکشی یا هم تاریخچه همچو عملکرد ها.
- ✓ هر یک از اختلالات اولویت دار دیگر، درد مزمن، یا ناراحتی عاطفی شدید.

تظاهرات عاجل اختلالات اولویت دار MNS

تظاهرات عاجل	اختلالی که باید مد نظر باشد	مراجعه نمایید به:
- عمل خود آزاری با علائم مسمومیت، خونریزی ناشی از وارد کردن صدمه به خود، از دست دادن شعور یا موجودیت بی حالی شدید. - افکار فعلی فرد برای طرح ریزی یا اقدام به خود آزاری یا خودکشی، سابقه همچو اعمال نزد فردی که اکنون به شدت آشفته، خشن، مضطرب یا فاقد تامین ارتباط است.	اقدام جدی طبی برای خود آزاری	SUI
	خطر قریب الوقوع خود آزاری و خودکشی	
- اختلاج حاد همراه با از دست دادن شعور یا اختلال شعور. - اختلاجات پیهم	صرع حالت مشابه صرع ترک الکهول یا سایر مواد نشه آور	EPI, SUB
سرآسیمه و یا رفتار خشن.		DEM, PSY, SUB
- بوی الکهول در تنفس، تکلم بی مفهوم، رفتار مهار نشده؛ اختلال در سطح شعور، قوه شناخت، ادراک، عاطفه و یا رفتار. - رعشه، تعرق، استفراغ، افزایش نبض و فشار خون، بی قراری، سردردی، حالت تهوع، اضطراب و در موارد شدید تشنج و گیجی. - بدون پاسخ (کوما) یا کم پاسخ، تنفس بطنی، حذقه های متقبض (مانند سر سوزن). - توسع حذقه ها، هیجان زده، افکار غیر منظم و خشن، اختلال در تفکر، رفتار عجیب و غریب، اخیراً مصرف کوکائین یا سایر محرک ها، افزایش نبض و فشار خون، رفتار پرخاشگرانه، نا منظم یا خشونت آمیز.	تسمم حاد الکهول ترک الکهول هذیان از باعث ترک الکهول مصرف بیش از حد یا تسمم دوا های آرام بخش مصرف بیش از حد یا تسمم حاد محرک ها	SUB

افسردگی

Depression (DEP)

افسردگی معمولاً در کنار سایر اختلالات MNS و همچنان اختلالات فیزیکی رخ می دهد. داوی اعراض و علائمی که به طور کامل معیارات افسردگی را پوره نمی کنند در مادیول سایر شکایات صحت روان مهم پوشش داده شده است. به OTH مراجعه نمایید.

افراد مبتلا به افسردگی طیف وسیعی از اعراض و علائم را تجربه می کنند، از جمله خلق و خوی افسرده دوامدار یا از دست دادن علاقه و لذت از امور زندگی برای حد اقل 2 هفته.

افراد مبتلا به افسردگی همانطور که در این مادیول توضیح داده شد است در فعالیت های روزانه خویش از جمله در زمینه امورات شخصی، خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی، شغلی یا سایر موارد مشکلات قابل توجهی دارند.

بسیاری از افراد مبتلا به افسردگی از اعراض و علائم اضطراب و مشکلات جسمی طبی غیر قابل توضیح نیز رنج می برند.

مرور سریع بر افسردگی



مدیریت

- پروتوکول های مدیریت افسردگی
 - افسردگی
 - دوره های افسردگی در امراض دو قطبی
 - جمعیت ویژه
- مداخلات روانی-اجتماعی
- مداخلات دوائی



پیگیری



ارزیابی

- آیا فرد مبتلا به افسردگی است؟
- آیا برای بروز اعراض و علائم کدام دلیلی وجود دارد ؟
 - حالت های فزیکى را رد نمایند
 - تاریخچه مانیا را رد نمایند
- واکنش های عادى در مقابل خسارات اهم را رد نمایند
- فرد را برای اختلالات اولویت دار MNS مودر ارزیابی قرار دهید



تظاهرات معمول افسردگی

- علائم جسمی مداوم چند گانه بدون علت مشخص، فقدان انرژی، خستگی، مشکلات خواب.
- غم و اندوه مداوم یا خلق افسرده، اضطراب.
- از دست دادن علاقه یا لذت از فعالیت هایی که معمولاً لذت بخش هستند.

1

آیا فرد افسردگی دارد؟

آیا فرد حد اقل به مدت 2 هفته یکی از تظاهرات عمده افسردگی ذیل را داشته است؟

- مزاج افسرده مداوم.
- کاهش چشمگیر علاقه یا لذت از فعالیت ها.

بلی

نخیر

افسردگی بعید است

به (سایر - OTH) مراجعه
نمایید



آیا فرد حداقل به مدت 2 هفته چندین مورد از اعراض و علائم اضافی ذیل را داشته است:

- اختلال خواب یا خواب آلودگی
- تغییر قابل توجه در اشتها یا وزن (کاهش یا افزایش)
- باورهای بی ارزشی یا احساس گناه بیش از حد
- خستگی یا از دست دادن انرژی
- کاهش تمرکز
- بلا تکلیفی
- آشفتگی قابل مشاهده یا بی قراری فیزیکی
- صحبت کردن یا حرکت کردن آهسته تر از حد معمول
- ناامیدی
- افکار یا عمل خودکشی

بلی

نخیر

افسردگی بعید است.

به سایر OTH مراجعه نمایید.

آیا فرد در عملکرد های روزانه خویش از جمله در زمینه فعالیت های شخصی، خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی، شغلی یا سایر زمینه ها مشکل قابل توجهی دارد؟

بلی

نخیر

افسردگی بعید است.

به سایر OTH مراجعه نمایید.

افسردگی را مد نظر داشته باشید.

نکته کلینیکی:

فرد مبتلا به افسردگی ممکن علائم سایکوز مانند: هذیان یا پرسمات داشته باشد. در صورت موجودیت همچو تظاهرات، در تدای افسردگی باید تغییرات آورده شود و با یک متخصص باید مشوره صورت گیرد.



2

آیا توضیحات یا عوامل سببی دیگری برای اعراض و علائم فرد وجود دارد؟

آیا تظاهرات هذا بیانگر اختلال حالت فیزیکی است که شبیه حالت افسردگی باشد یا افسردگی را تشدید نماید؟
آیا اعراض و علایمی وجود دارد که حاکی از کم خونی، سوء تغذیه، تفریط فعالیت غده درقیه، تغییرات مزاجی (مود) ناشی از مصرف مواد نشه آور و عوارض جانبی دوا ها باشد (مانند تغییرات مزاجی (مود) ناشی از استروئیدها)؟

نخیر

بلی

اختلال حالت فیزیکی را مدیریت نمایید.

ایا بعد از تداوی اختلال فیزیکی هنوز هم تظاهرات افسردگی وجود دارد؟

بلی

نخیر

به تداوی نیاز ندارد

آیا سابقه مانیا وجود دارد؟

آیا چندین مورد از اعراض و علائم ذیل به طور همزمان رخ دهند، حداقل به مدت یک هفته ادامه داشته باشند، به حدی شدید باشند که به طور قابل ملاحظه در کار و فعالیت های اجتماعی مداخله بکنند یا نیاز به بستری شدن در شفاخانه یا حبس داشته باشند؟

- افراط خلق (مود) و/ یا افزایش تحریک پذیری.
- بیخوابی
- افزایش فعالیت، احساس افزایش انرژی، افزایش پرحرفی یا تکلم سریع.
- رفتار های عجولانه یا بی پروا مانند: خرج کردن بیش از حد، تصمیم گیری های مهم بدون برنامه ریزی و بی احتیاطی جنسی.
- عدم رعایت نباید های اجتماعی عادی که منجر به رفتار های نامناسب می شود.
- به راحتی حواسش را دست میدهد.
- عزت نفس غیر واقعه.

نخیر

بلی

امکان دوره های افسردگی در اختلال دوقطبی وجود دارد.



نکته بالینی:

افراد مبتلا به دوره های افسردگی در اختلال دوقطبی در معرض خطر مانیا قرار دارند. تداوی افسردگی متفاوت است. پروتوکول 2 باید تطبیق شود.

ابتدا به مرحله 3 و بعد به پروتوکول 2 مراجعه نمایید.

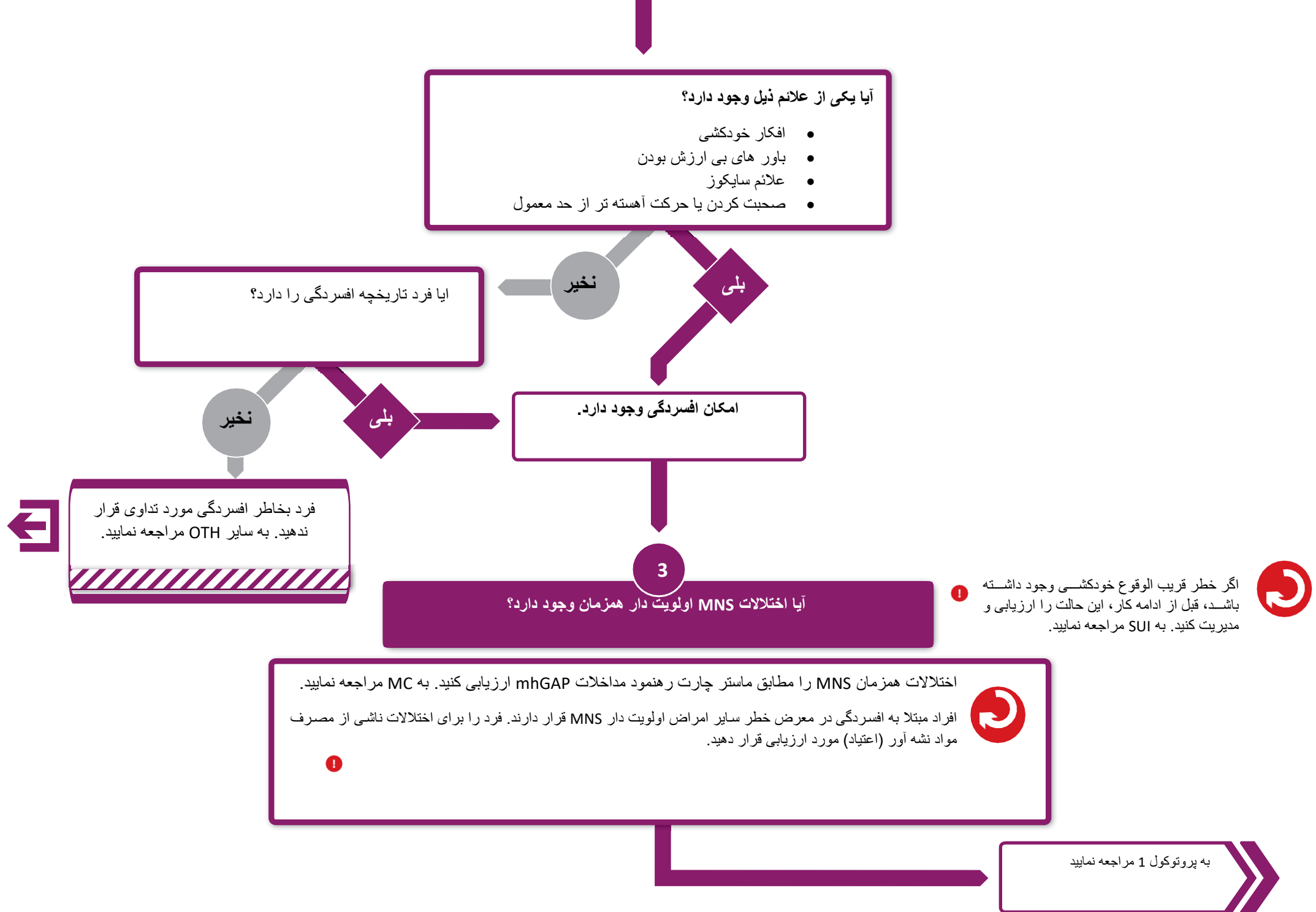
آیا در 6 ماه گذشته از دست دادن عمده ای (مثلاً سوگواری) رخ داده است؟

بلی

نخیر

امکان افسردگی وجود دارد.

ابتدا به مرحله 10 و بعد به پروتوکول 1 مراجعه نمایید.



افسردگی «» مدیریت DEP-02

جمعیت های خاص توجه داشته باشید که مداخلات ممکن برای این جمعیت ها متفاوت باشد	پروتوکول 02	پروتوکول 01
اطفال/نوجوانان	افسردگی در اختلالات دوقطبی	افسردگی
برای مدیریت افسردگی در کودکان/نوجوانان، به CMH مراجعه کنید.	• با یک متخصص مشورت کنید. • اگر متخصص فوراً در دسترس نباشد، تداوی افسردگی را دنبال کنید (پروتوکول 1). با این حال، هرگز دواهای ضد افسردگی را به تنهایی و بدون تثبیت کننده خلق مانند لیتیوم، کاربامازپین یا والپروات تجویز نکنید، زیرا دواهای ضد افسردگی می توانند منجر به مانیا در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی شوند (به PSY مراجعه نمایید). • اگر علائم مانیا ظاهر گردد، به فرد و مراقبت کنندگان وی بگویید که دواهای ضد افسردگی را فوراً قطع کرده و برای کمک مراجعه کنند.	• آموزش روانی به فرد و مراقبان او ارائه کنید. (2.1) • کاهش استرس و تقویت حمایت های اجتماعی. (2.2) • بهبود فعالیت های روزمره و زندگی اجتماعی. (2.3) • دواهای ضد افسردگی را در نظر بگیرید. (2.5) • در صورت امکان، فرد را برای دریافت تداوی مختصر ذیل راجع سازید: تداوی بین فردی (IPT)، تداوی رفتار شناختی (CBT)، فعال سازی رفتار و مشاوره حل مشکلات (2.4) • تظاهرات مرض را با دواهای غیر مؤثر تداوی نکنید. بطور مثال تزریق ویتامین ها. • فرد را بطور منظم پیگیری نمایید.
خاتم باردار یا شیرده		
• درمان افسردگی را تعقیب کنید (پروتوکول 1) اما در صورت امکان از دواهای ضد افسردگی بخصوص در سه ماه اول بارداری خود داری کنید. • در صورت عدم پاسخ به تداوی روانشناسی، با احتیاط از کمترین دوز مؤثر دواهای ضد افسردگی استفاده کنید. • در صورت شیردهی، از توصیه دواهای طولانی اثر مانند فلوکستین خود داری کنید. • در صورت امکان با یک متخصص مشورت کنید.		

مداخلات روانی – اجتماعی

2.1 آموزش روانی: پیام های کلیدی به فرد و مراقبان

- افسردگی یک مرض بسیار شایع است که ممکن برای هر کسی اتفاق بیفتد.
- بروز افسردگی به معنای ضعیف یا تنبل بودن فرد نیست.
- نگرش های منفی دیگران (مثلاً «تو باید قوی تر باشی»، «خودت را جمع کن») ممکن است به این دلیل باشد که بر خلاف کسور یا ترضیضات، افسردگی یک وضعیت قابل مشاهده نیست. همچنان این تصور غلط وجود دارد که افراد مبتلا به افسردگی می توانند به راحتی اعراض و علایم خود را با اراده خود کنترل نمایند.
- افراد مبتلا به افسردگی معمولاً نظریات منفی غیر واقعی درباره خود، زندگی و آینده خود دارند. وضعیت فعلی آنها ممکن بسیار دشوار باشد، اما افسردگی می تواند باعث ایجاد افکار غیر موجه از نا امیدی و بی ارزش بودن شود. این دیدگاه ها پس از بهبود افسردگی اکثراً بهبود می یابند.
- افکار آسیب رساندن به خود یا خودکشی معمول هستند. اگر متوجه این افکار شدند، نباید به آنها عمل کنند، بلکه باید به یک فرد مورد اعتماد بگویند و بلا فاصله برای کمک مراجعه کنند.

2.2 کاهش استرس و تقویت حمایت اجتماعی

- عوامل استرس زا را ارزیابی کنید و سعی کنید آنها را کاهش دهید. (به ECP مراجعه نمایید)
- شبکه اجتماعی قبلی فرد را دوباره فعال کنید. فعالیت های اجتماعی قبلی را که اگر دوباره شروع شوند و به طور بالقوه ممکن سبب حمایت روانی – اجتماعی مستقیم یا غیرمستقیم شوند، شناسایی کنید، به گونه مثال: گروه های خانوادگی، دیدار با همسایه ها و فعالیت های اجتماعی.

2.3 بهبود عملکرد در فعالیت های روزانه و زندگی اجتماعی

- حتی اگر دشوار هم باشد، فرد را تشویق کنید که تا حد امکان سعی کند کارهای ذیل را انجام دهد:
 - ✓ سعی کند فعالیت هایی را که قبلاً لذت بخش بودند، دوباره شروع کند (یا ادامه دهد).
 - ✓ سعی کند زمان خواب و بیداری منظمی داشته باشد.
 - ✓ سعی کند تا حد امکان فعالیت فیزیکی داشته باشد.
 - ✓ سعی کند با وجود تغییر در اشتها به طور منظم غذا بخورد.
 - ✓ سعی کند وقت خود را با دوستان و خانواده قابل اعتماد بگذراند.
 - ✓ سعی کند تا حد امکان در اجتماع و سایر فعالیت های اجتماعی شرکت کند.
- به فرد و مراقبت کننده توضیح دهید که این فعالیت ها همگی می توانند به بهبود خلق و خو کمک کنند.

2.4 تداوی های روانشناسی مختصر برای افسردگی

- ❖ این رهنمود پروتوکول های خاصی را برای اجرای مداخلات روانشناسی مختصر ارائه نمی کند. WHO، در میان سایر ادارات، رهنمود هایی را ایجاد نموده است که استفاده از آن ها برای افسردگی مفید بوده است. بطور مثال، مدیریت مشکلات. به علاوه در لینک ذیل:

http://www.who.int/mental_health/emergenci/es/problem_management_plus/en

استفاده از فعال سازی رفتار، آموزش آرامش اعصاب، مدیریت حل مشکلات و تقویت حمایت های اجتماعی را تشریح می کند. علاوه بر این، کتاب تداوی بین فردی گروهی (IPT) تداوی گروهی برای افسردگی را تشریح میکند.

http://www.who.int/mental_health/mhgap/int/erpersonal_therapy/en

صحتمند فکر کردن،
http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en

استفاده از تداوی شناختی – رفتاری را برای افسردگی قبل از ولادت تشریح میکند.

مداخلات دواایی

2.5 دوا های ضد افسردگی را در نظر بگیرید.

- با فرد صحبت کنید و تصمیم بگیرید که آیا دواهای ضد افسردگی تجویز کنید یا خیر. توضیح دهید که:
 - ✓ دوا های ضد افسردگی اعتیاد آور نیستند.
 - ✓ بسیار مهم است که دوا را هر روز طبق دستور مصرف کنید.
 - ✓ برخی از عوارض جانبی ممکن است در چند روز اول ظاهر شوند اما معمولاً برطرف می شوند.
 - ✓ معمولاً چندین هفته طول می کشد تا بهبود در خلق و خو، علاقه یا انرژی مشاهده شود.
- سن فرد، اختلالات طبی همزمان و پروفایل عوارض جانبی دوا ها را در نظر بگیرید.
- فقط با یک دوا در کمترین دوز ابتدایی آن آغاز کنید.
- دوا های ضد افسردگی معمولاً باید حد اقل 9 تا 12 ماه پس از رفع اعراض و علایم ادامه یابد.
- دواها را هرگز نباید به این دلیل که فرد بهبودی هایی را تجربه می کند متوقف کرد. به فرد در مورد زمان تداوی با دواهای ضد افسردگی آموزش دهید.

احتیاط

- اگر فرد دچار دوره مانیا شد، بلا فاصله دواهای ضد افسردگی را قطع کنید. ممکن باعث ایجاد یک دوره مانیا در اختلال دوقطبی تداوی نشده، شود.
- با سایر دواهای ضد افسردگی ترکیب نکنید، زیرا ممکن باعث سندرم سیروتونین شود.
- دواهای ضد افسردگی ممکن است افکار خودکشی را به خصوص در نوجوانان و جوانان افزایش دهند.

دواهای ضد افسردگی در جمعیت های خاص

نوجوانان 12 سال یا بیشتر

- اگر علایم با وجود مداخلات روانی – اجتماعی ادامه یافت یا بدتر شد، فلوکستین را در نظر بگیرید (اما هیچ مهارکننده انتخابی بازجذب سیروتونین (SSRI) یا ضد افسردگی سه حلقه ای (TCA) را توصیه نکنید).
- اگر فلوکستین تجویز شده باشد، از نوجوانان بخواهید که به هدف نظارت بر افکار یا برنامه های خودکشی، به صورت هفته وار در 4 هفته اول مراجعه کنند.

زنانی که باردار یا شیرده هستند

- در صورت امکان از دواهای ضد افسردگی خودداری کنید.
- در صورت عدم پاسخ به روانی – اجتماعی، دواهای ضد افسردگی را با کمترین دوز مؤثر در نظر بگیرید.
- اگر زن شیر ده باشد، از مصرف دواهای ضد افسردگی طولانی مدت مانند فلوکستین خودداری کنید.
- در صورت امکان با یک متخصص مشورت کنید.

بزرگسالان مسن تر

در صورت امکان از آمی تریپتیلین خودداری کنید.

افراد مبتلا به امراض های قلبی و عایی

- آمی تریپتیلین تجویز نکنید.

بزرگسالان با افکار یا نقشه های خودکشی

- SSRI ها اولین انتخاب هستند. مصرف بیش از حد TCA ها مانند آمی تریپتیلین ممکن است کشنده باشد و بنابراین باید در این گروه از مصرف آن اجتناب شود.
- اگر خطر قریب الوقوع آسیب رساندن به خود یا خودکشی وجود دارد به «SUI» مراجعه نمایید، مقدار محدودی از دواهای ضد افسردگی را به او بدهید (مثلاً هر هفته یکبار دوا عرضه گردد).

- از مراقبت کنندگان فرد بخواهید که دواها را نگه دارند و تحت نظر داشته باشند و برای جلوگیری از مصرف بیش از حد دوا بطور منظم آنها را پیگیری کنند

جدول 1: دوا های ضد افسردگی

دوا	مقدار	عوارض جانبی	مضاد استطباب / احتیاط
آمی تریپتیلین (ضد افسردگی سه حلقه ای (TCA)	25 میلی گرام از طرف شب قبل از خواب شروع کنید. 25-50 میلی گرام در هفته به 100-150 میلی گرام در روز (حد اکثر 300 میلی گرام) افزایش دهید. توجه: حداقل دوز موثر در بزرگسالان 75 میلی گرام است. تأثیرات آرامبخشی ممکن در دوزهای کمتر دیده شود. سالمندان/افراد مزمن داخله: 25 میلی گرام قبل از خواب الی 50 تا 75 میلی گرام در روز (حداکثر 100 میلی گرام) شروع شود. کودکان/نوجوانان: توصیه نکنید.	شایع: آرام بخش، خطر فشار خون ارتواستاتیک (خطر به زمین خوردن)، خیرگی دید، مشکل در ادرار کردن، حالت تهوع، افزایش وزن، اختلال عملکرد جنسی. جدی: تغییرات ECG (بطور مثال طولانی شدن QTc)، آریتمی قلبی، افزایش خطر تشنج.	در افراد مبتلا به امراض قلبی، سابقه اختلاج، فرط فعالیت غده تیروئید، احتباس ادرار، یا گلوکوما با زاویه بسته و اختلال دوقطبی (می تواند باعث مانیا در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تداوی نشده، شود) اجتناب شود. مصرف بیش از حد میتواند منجر به اختلاج، آریتمی قلبی، تفریط فشار خون، کوما یا مرگ شود. سویه آمی تریپتیلین ممکن توسط دواهای ضد مالاریا از جمله کونین افزایش یابد.
فلوکستین (مهارکننده انتخابی جذب دوباره سروتونین (SSRI)	روزانه 10 میلی گرام به مدت یک هفته و سپس 20 میلی گرام در روز شروع کنید. در صورت عدم پاسخ در 6 هفته، به 40 میلی گرام (حد اکثر 80 میلی گرام) افزایش دهید. سالمندان/افراد مزمن داخله: دوز منتخب روزانه 10 میلی گرام شروع کنید، سپس به 20 میلی گرام (حد اکثر 40 میلی گرام) افزایش دهید. نوجوانان روزانه 10 میلی گرام شروع کنید. در صورت عدم پاسخ دهی در 6 هفته روزانه به 20 میلی گرام (حد اکثر 40 میلی گرام) افزایش دهید.	شایع: آرام بخش، بی خوابی، سردردی، سرگیجه، اختلالات جهاز هضمی، تغییر در اشتها و اختلال عملکرد جنسی. جدی: اختلالات خونریزی در کسانی که از آسپرین یا سایر دوا های ضد التهابی غیر استروئیدی استفاده می کنند، سطح سودیم پایین.	در افرادی که سابقه اختلاج دارند احتیاط شود. تداخلات دوائی: از ترکیب آن با وارفارین خود داری کنید. (ممکن است خطر خونریزی را افزایش دهد). ممکن است سطح TCA ها، آنتی سایکوتیک ها و بیتا بلاکرها را افزایش دهد. احتیاط: در ترکیب با تاموکسیفن، کودئین و ترامادول (تاثیر این دواها را کاهش می دهد).



« پیگیری – DEP-03



توصیه هایی در مورد دفعات تماس و ملاقات ها

- قرار ملاقات دوم را ظرف 1 هفته تعیین کنید.
- ابتدا تماس منظم خود را از طریق تلفن، بازدید از منزل، نامه ها یا کارت های تماس بیشتر تامین کنید، بطور مثال ماهانه، برای 3 ماه اول.

1

بهبودی فرد را ارزیابی نمایید

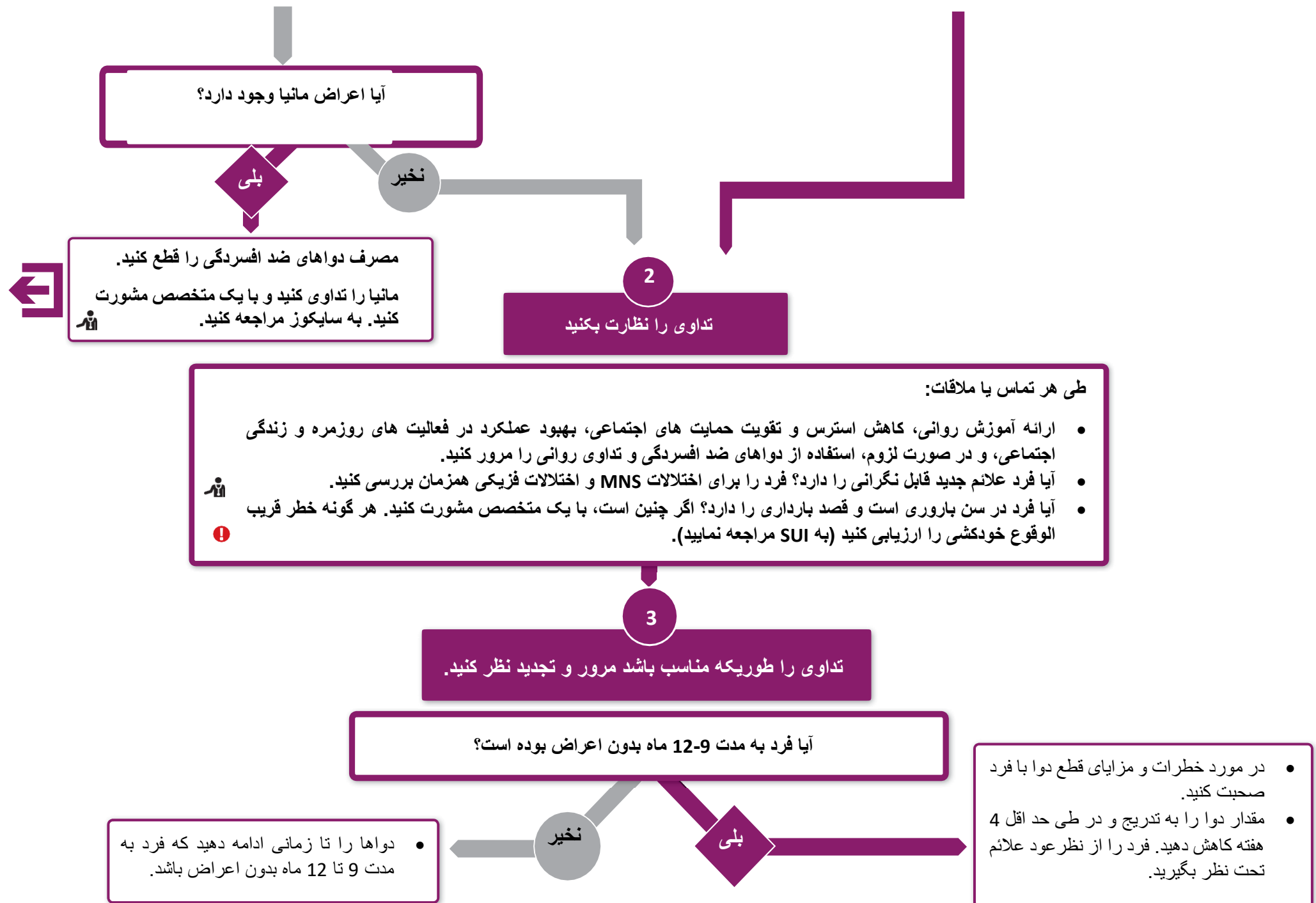
آیا فرد در حال بهبود است؟

نخیر

بلی

- اگر هنوز تداوی روانی دریافت نکرده اند، تداوی روانی را در نظر بگیرید.
- در صورت دریافت تداوی روانی، مشارکت و تجربه تداوی روانی فعلی را ارزیابی کنید.
- اگر هنوز از دوا های ضد افسردگی استفاده نکرده اند، دوا های ضد افسردگی را در نظر بگیرید.
- اگر از دوا های ضد افسردگی استفاده می کنید، موارد ذیل را ارزیابی کنید:
 - ✓ آیا فرد دوا را طبق دستور مصرف می کند؟
 - ✓ اگر نخیر، دلایل چرا آن را بررسی کنید و پایبندی به مصرف دوا را تشویق کنید.
 - ✓ آیا عوارض جانبی وجود دارد؟
 - ✓ اگر بلی، فواید تداوی را ارزیابی و وزن کنید.
 - ✓ در صورت عدم موجودیت عوارض جانبی دوا های ضد افسردگی، دوز را افزایش دهید (جدول 1). پیگیری در 1-2 هفته.
 - ✓ احتیاط با افزایش دوز: به دلیل افزایش احتمالی عوارض جانبی، به پیگیری نزدیک نیاز است.

- فرد را تشویق کنید که به برنامه تداوی فعلی خود ادامه دهد تا زمانی که به مدت 9 تا 12 ماه عاری از اعراض و علائم باشد.
- قرار ملاقات بعدی را در 1-2 هفته ترتیب دهید.
- با بهبود علائم فرد، تماس را کاهش دهید، مثلاً بعد از سه ماه اول در هر 3 ماه یک بار ملاقات نمایید.
- توجه: پیگیری باید تا زمانی ادامه یابد که فرد دیگر علائم افسردگی نداشته باشد.



سایکوز

Psychosis (PSY)

دوقطبی با دوره هایی مشخص می شود که در آن خلق (مود یا مزاج) و سطح فعالیت فرد به طور قابل ملاحظه مختل می باشد. در این اختلال در برخی موارد فرط خلق و افزایش سطح انرژی و فعالیت (مانیا) و در برخی موارد کاهش خلق و کاهش انرژی و فعالیت (افسردگی) موجود می باشد. بهبودی کامل بین دوره های متذکره از خصوصیات آن می باشد. افرادی که فقط دوره های مانیا را تجربه می کنند نیز به عنوان مبتلا به اختلال دوقطبی طبقه بندی می شوند.

مادیول سایکوز مدیریت دو اختلال شدید روانی سایکوز و اختلال دوقطبی را تحت مطالعه قرار می دهد. افراد مبتلا به سایکوز یا اختلال دوقطبی در معرض خطر بالای تحقیر، تبعیض و نقض حقوق زندگی با کرامت قرار دارند.

سایکوز با افکار و ادراک تحریف شده و همچنان احساسات و رفتار های آشفته مشخص می شود. گفتار نامنسجم یا غیر مرتبط نیز ممکن وجود داشته باشد. اعراض مانند برسامات - شنیدن صدا ها یا دیدن چیز هایی که وجود ندارند. هذیان - باور های ثابت و نادرست. ناهنجاری های شدید رفتار - رفتار آشفته، بی قراری، هیجان، عدم تحرکیت یا فعالیت بیش از حد. اختلالات عاطفی - بی تفاوتی واضح، یا قطع ارتباط بین هیجان گزارش شده و هیجان مشاهده شده، مانند حالت چهره و حرکات بدن نیز ممکن شناسایی شود.

مرور سریع سایکوزس



ارزیابی

- دلایل دیگری را برای اعراض فرد جستجو کنید.
 - سایر امراض طبی را بررسی کنید.
 - بطور مثال: دلیریوم، تاثیرات دوائی و اختلالات میتابولیکی را رد کنید.
 - فرد را از لحاظ سایر امراض MNS مربوطه ارزیابی کنید.
- دوره های حاد مانیا را ارزیابی کنید.
- بررسی کنید که آیا فرد سایکوز دارد یا خیر.



مدیریت

- پروتوکول های مدیریت سایکوز
 1. اختلال دوقطبی - دوره های مانیا
 2. سایکوز
 3. جمعیت های خاص: زنان باردار یا شیردهی، نوجوانان و بزرگسالان مسن تر.
- مداخلات روانی - اجتماعی
- مداخلات دوائی
 1. سایکوزس: تداوی توسط دواهای انتی سایکوتیک .
 2. دوره مانیا: تداوی توسط تثبیت کنندگان خلق یا انتی سایکوتیک . از تجویز دواهای ضد افسردگی خود داری کنید.



پیگیری



ارزیابی – سایکوز PSY-01

تظاهرات معمول سایکوز

- تغییرات رفتاری مشخص، نادیده گرفتن مسئولیت های معمول مربوط به کار، مکتب، فعالیت های خانوادگی یا اجتماعی.
- رفتار آشفته، پرخاشگرانه، کاهش یا افزایش فعالیت.
- باور های نادرستی که توسط دیگران در فرهنگ فرد به اشتراک گذاشته نمیشود.
- شنیدن صدا ها یا دیدن چیز هایی که وجود ندارند.
- عدم درک اینکه دارای مشکلات روانی است.

1

آیا کدام دلیل دیگری برای اعراض فعلی وجود دارد؟

فرد را برای سایر امراض مورد ارزیابی قرار دهید

با در نظر داشت تاریخچه، معاینات فیزیکی و یافته های لابراتواری، آیا اعراض و علائمی وجود دارد که نشان دهنده دلیریوم به دلیل یک اختلال حاد جسمی باشد؟ به گونه مثال: انتانات، ملاریای دماغی، دیهایدریشن، اختلالات متابولیک (مانند هیپوگلیسمی یا هیپوناترمی)؛ یا عوارض جانبی دوا، مثلاً به دلیل برخی دوا های ضد ملاریا یا استروئیدها.

اختلال حاد جسمی را ارزیابی و مدیریت کنید و در صورت نیاز به اتاق عاجل یا متخصص راجع کنید.

اگر اعراض پس از تداوی اختلال حاد جسمی باقی ماند، به مرحله 2 مراجعه نمایید

بلی

نخیر

زوال عقل، افسردگی، مسمومیت با مواد مخدر/الکحول یا ترک اعتیاد را ارزیابی کنید.

نخیر

بلی

- برای تداوی امراض همزمان با یک متخصص صحت روان مشورت کنید.
- امراض همزمان را مدیریت کنید و به مادیول های مربوطه آن مراجعه نمایید.

تداوی آشفته‌گی حاد و یا پرخاشگری

اگر فرد با آشفته‌گی حاد و یا پرخاشگری حاد مراجعه کند.

قبل از ادامه تداوی به «مدیریت افراد با رفتار پرخاشگرانه و یا پرخاشگرانه» (جدول 5) در این مادیول مراجعه کنید.



2

آیا فرد دارای دوره (حملات) حاد مانیا است؟

آیا چندین مورد از اعراض و علائم ذیل به طور همزمان رخ میدهند که حد اقل به مدت یک هفته ادامه داشته باشند، به حدی شدید باشند که به طور قابل ملاحظه در کار و فعالیت های اجتماعی مداخله بکنند یا نیاز به بستری شدن در شفاخانه یا حبس داشته باشند؟

- افراط خلق (مود) و / یا افزایش تحریک پذیری.
- بیخوابی
- افزایش فعالیت، احساس افزایش انرژی، افزایش پر حرفی یا تکلم سریع.
- رفتار های عجولانه یا بی پروا مانند: خرج کردن بیش از حد، تصمیم گیری های مهم بدون برنامه ریزی و بی احتیاطی جنسی.
- عدم رعایت نباید های اجتماعی عادی که منجر به رفتار های نامناسب می شود.
- به راحتی حواسش را دست میدهد.
- عزت نفس غیر واقعی.

بلی

نخیر

دوره های مشکوک مانیا اختلال دو قطبی

نکته کلینیکی

افراد مبتلا به اختلال دوقطبی می توانند فقط دوره های مانیا یا ترکیبی از دوره های مانیا و افسردگی را در طول زندگی خود تجربه کنند.

برای یادگیری نحوه ارزیابی و مدیریت دوره افسردگی اختلال دوقطبی، به « DEP مراجعه نمایید.

اگر خطر قریب الوقوع خودکشی وجود داشته باشد، قبل از ادامه کار، در این زمینه فرد را ارزیابی و مدیریت کنید. به SUI مراجعه کنید.



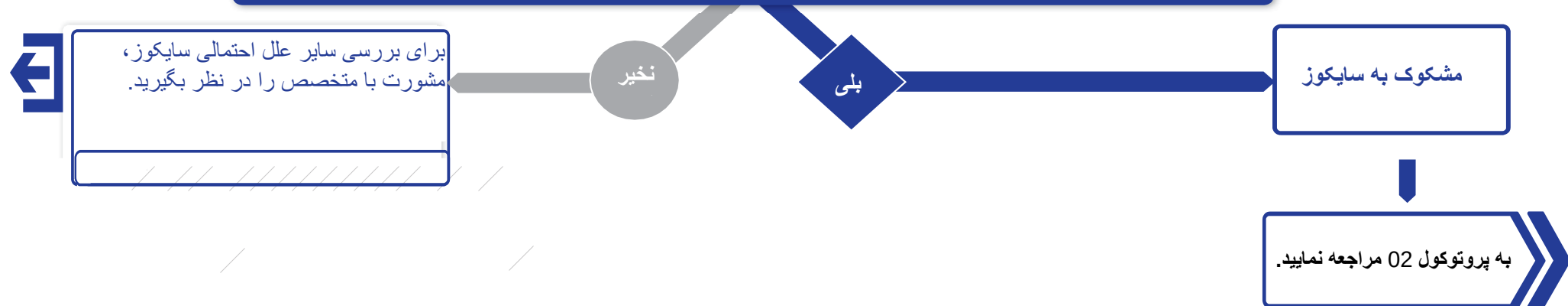
به پروتوکول 01 مراجعه نمایید



آیا فرد مصاب سایکوز است؟

آیا فرد حد اقل دو مورد از موارد ذیل را دارد؟

- هذیان، باور های غلط ثابت شده که در فرهنگ فرد توسط دیگران به اشتراک گذاشته نمیشود.
- برسامات، شنیدن صدا ها یا دیدن چیزهایی که وجود ندارند.
- گفتار و/یا رفتار غیر منظم، به گونه مثال: گفتار نامنسجم/بی ربط مانند زمزمه کردن یا خندیدن با خود، ظاهر عجیب، علایم بی توجهی به خود یا ظاهر نامرتب.



اگر خطر قریب الوقوع خودکشی وجود داشته باشد، قبل از ادامه کار، در این زمینه فرد را ارزیابی و مدیریت کنید. به SUI مراجعه کنید.



مدیریت سایکوز – PSY-02

پروتوکول – 01

دوره های مانیا در اختلال دو قطبی

- آموزش روانی به فرد و مراقبت کنندگان او ارائه کنید. (2.1)
- مداخلات دوائی. (2.6)
- ✓ اگر فرد دواهای ضد افسردگی مصرف می کند، برای جلوگیری از خطر بیشتر مانیا قطع شود.
- ✓ تداوی را با لیتیوم، والپروات، کاربامازپین یا دواهای انتی سایکوتیک آغاز کنید. یک بنزودیازپین کوتاه مدت (حد اکثر 2 تا 4 هفته) را برای اختلالات رفتاری یا بی قراری در نظر بگیرید.
- عملکرد در فعالیت های روزانه را بهبود بخشید. (2.3)
- امنیت شخص و دیگران را تضمین کنید.
- پیگیری منظم را انجام دهید.
- توانبخشی و ادغام مجدد فرد در جامعه را تقویت ببخشید.
- استرس را کاهش دهید و حمایت اجتماعی را تقویت دهید. (2.2)

پروتوکول – 02

سایکوز

- آموزش روانی به فرد و مراقبت کنندگان او ارائه کنید. (2.1)
- دواهای انتی سایکوتیک را آغاز کنید. (2.5)
- ✓ با دوز کم در محدوده معالجه دوا آغاز کنید و آهسته به کمترین دوز موثر آن افزایش دهید تا خطر عوارض جانبی کاهش یابد.
- عملکرد در فعالیت های روزانه را بهبود بخشید. (2.3)
- امنیت شخص و دیگران را تضمین کنید.
- پیگیری منظم را انجام دهید.
- توانبخشی و ادغام مجدد فرد در جامعه را تقویت ببخشید.
- استرس را کاهش دهید و حمایت اجتماعی را تقویت دهید (2.2)

جمعیت ویژه: به یاد داشته باشید که مدیریت سایکوز در این گروه از جمعیت متفاوت است.

نوجوانان	زنان باردار یا شیرده
• مشاوره با متخصص صحت روان را در نظر بگیرید. • در نوجوانان مبتلا به سایکوز یا اختلال دوقطبی، ریسپریدون را می توان به عنوان یک گزینه تداوی تنها تحت نظر یک متخصص در تجویز کرد. • اگر تداوی با ریسپریدون امکان پذیر نباشد، هالوپریدول یا کلرپرومازین را می توان تنها تحت نظارت یک متخصص استفاده کرد.	• برای عرضه مراقبت ها با متخصصان صحت مادر تماس بگیرید. • در صورت امکان مشاوره با متخصص صحت روان را در نظر بگیرید. • خطر عواقب نامطلوب برای مادر و نوزادش، از جمله عوارض جانبی ولادی و عودهای سایکوز، به ویژه در صورت قطع دوار را توضیح دهید. • مداخلات دوايي را در صورت لزوم و قابل دسترس بودن در نظر بگیرید. موارد ذیل را مشاهده کنید:
بزرگسالان • از دوزهای پایین دوا استفاده کنید. • افزایش خطر تداخل (تعامل) دوا – دوا را پیش بینی کنید. احتیاط • دوا های ضد سایکوز خطر حوادث سکته های مغزی و مرگ در افراد مسن مبتلا به سایکوز مرتبط با دیمنشیا را افزایش می دهند.	مداخلات دوايي سایکوز • در زنان مبتلا به سایکوز که قصد بارداری را دارند یا باردار و یا شیرده هستند، هالوپریدول فمی با دوز کم یا کلرپرومازین ممکن در نظر گرفته شود. • آنتی کولینرژیک ها نباید برای زنان باردار به دلیل عوارض جانبی اکس تراپیرامیدال دواهای آنتی سایکوتیک تجویز شود، مگر اینکه در موارد حاد و به کوتاه مدت. • دواهای ذخیره ای (انباری) آنتی سایکوتیک نباید به طور معمول نزد زنان مبتلا به سایکوز که قصد بارداری را دارند یا باردار و یا شیرده هستند تجویز شود زیرا معلومات نسبتاً کمی در مورد مصوْنیت آنها نزد این گروپ جمعیت وجود دارد. دوره مانیا در اختلال دوقطبی • از والپروات، لیتیوم و کاربامازپین در دوران بارداری و شیردهی به دلیل خطر سؤتشکلات ولادی اجتناب کنید. • هالوپریدول با دوز کم را با احتیاط و در صورت امکان با مشورت داکتر متخصص نظر بگیرید. • خطرات و فواید دواها برای زنان در سنین باروری را بسنجید. • اگر یک زن باردار در حین مصرف تثبیت کننده های مزاجی (خلق) دچار مانیا حاد شد، مصرف دوز کم هالوپریدول را در نظر بگیرید.

مداخلات روانی - اجتماعی

2.1 آموزش روانی

پیام های کلیدی برای فرد و مراقبان او:

- توضیح دهید که اعراض فرد ناشی از یک اختلال روانی است، سایکوز و اختلالات دوقطبی قابل تداوی اند و فرد می تواند بهبود یابد. باورهای غلط رایج در مورد سایکوز و اختلال دوقطبی را روشن سازید.
- فرد یا خانواده او را سرزنش نکنید و آنها را به دلیل بروز اعراض متهم نکنید.
- به فرد و اعضای خانواده او آموزش دهید که دواهای تجویز شده را طبق هدایت مصرف کنند و به طور منظم برای پیگیری مراجعه کنند.
- توضیح دهید که بازگشت و یا بدتر شدن اعراض مرض یک امر معمول است ولی مهم این است که این اعراض را زود تشخیص داده و در اسرع وقت به مرکز تداوی مراجعه کنید.
- یک برنامه منظم برای اشتغال یا مکتب برنامه ریزی کنید که از محرومیت از خواب و استرس هم برای فرد و هم برای مراقبان او جلوگیری کند. فرد را تشویق کنید تا در مورد تصمیمات مهم به ویژه تصمیماتی که شامل پول یا مسئولیت های عمده میباشد، مشورت بخواهد.
- توصیه کنید که از الکل، حشیش (چرس) یا سایر دواهای بدون نسخه خود داری کند، زیرا این مواد می توانند اعراض و علائم سایکوز یا اختلال دوقطبی را بدتر کنند.
- فرد را در مورد ایجاد یک سبک زندگی سالم راهنمایی کنید، بطور مثال: رژیم غذایی متعادل، فعالیت بدنی، خواب منظم، حفظ الصحة فردی خوب و بدون استرس. استرس می تواند اعراض سایکوز را بدتر بسازد.

توجه: تغییرات سبک زندگی باید تا زمانی که نیاز باشد، به طور بالقوه به گونه نامحدود ادامه یابد. این تغییرات باید بمنظور پایداری وضعیت صحتی فرد برنامه ریزی گردد و توسعه یابد.

2.2 کاهش استرس و تقویت حمایت های اجتماعی

- در هماهنگی با مراکز صحتی و اجتماعی قابل دسترس نیازمندی های صحت جسمی، اجتماعی و روانی خانواده فرد رفع گردد.
- فعالیت های اجتماعی قبلی فرد را که در صورت شروع مجدد، پتانسیل ارائه مستقیم یا غیرمستقیم حمایت روانی و اجتماعی را دارند، شناسایی کنید، مثلاً: گرد همایی های خانوادگی، گردش با دوستان، دیدار با همسایگان، فعالیت های اجتماعی در محل کار، ورزش و فعالیت های اجتماعی مفید دیگر. فرد را تشویق کنید که این فعالیت های اجتماعی را از سر بگیرد و اعضای خانواده را در این مورد راهنمایی کنید.
- فرد و مراقبت کنندگان او را تشویق کنید تا سیستم های حمایت اجتماعی را بهبود بخشند.

2.3 بهبود عملکرد در فعالیت های زندگی روزمره

- تا حد امکان به فعالیت های اجتماعی، آموزشی و شغلی بطور منظم ادامه دهد. بهترین کار این است که فرد یک شغلی داشته باشد یا به طور معنا داری مشغول باشد.

- مشارکت فرد در فعالیت های اقتصادی، از جمله اشتغال با حمایت مناسب فرهنگی را تسهیل نمایید.
- آموزش مهارت های زندگی و یا آموزش مهارت های اجتماعی را برای تقویت مهارت های زندگی مستقل برای افراد مبتلا به سایکوز و اختلالات دوقطبی و برای خانواده ها و یا مراقبان آنها ارائه کنید.
- در صورت امکان و نیاز، زندگی مستقل و مسکن حمایت شده را که از نظر فرهنگی و رسوم در جامعه مناسب باشد، تسهیل کنید.

2.4 توصیه های عمومی برای مراقبت کنندگان

- سعی نکنید فرد را متقاعد کنید که باورها یا تجارب او نادرست یا واقعی نیستند.
- سعی کنید بیطرف و حمایت کننده باشید، حتی زمانی که فرد رفتار غیرعادی از خود نشان می دهد.
- از ابراز انتقاد یا خصومت مداوم یا شدید نسبت به فرد مبتلا به سایکوز خودداری کنید.
- به فرد آزادی تحرکیت بدهید. از محدود کردن حرکات او خودداری کنید و در عین حال از تامین امنیت اولیه او و دیگران نیز اطمینان حاصل کنید.
- در مجموع بهتر است فرد با اعضای خانواده یا جامعه در محیطی حمایتی خارج از محیط شفاخانه زندگی کند. از بستری شدن طولانی مدت در شفاخانه باید اجتناب شود.

نکته کلینیکی

ایجاد رابطه با فرد

اعتماد متقابل بین فرد و عرضه کننده خدمات صحتی برای اطمینان از پابندی از تداوی و نتایج طولان مدت ضروری است.

نکته کلینیکی

اطمینان حاصل کنید که با افراد مبتلا به سایکوز با احترام و عزت رفتار می شود. برای جزئیات بیشتر به « ECP مراجعه نمایید.

مداخلات دوائی

2.5 سایکوز

- دوا های انتی سایکوتیک باید به طور معمول به فرد مبتلا به سایکوز توصیه شود.
- بلا فاصله دوا های انتی سایکوتیک را شروع کنید. به جدول 1 را مراجعه نمایید.
- هر بار یک ادویه انتی سایکوتیک تجویز کنید.
- برای کاهش خطر عوارض جانبی، با کمترین دوز شروع کنید و آهسته دوز آن را کم نمایید.
- دوا را با دوز موثر برای حد اقل 4-6 هفته قبل از اینکه آن را بی اثر بدانید، امتحان کنید.
- در 4-6 هفته اول تداوی، تا حد امکان به دفعات و در صورت نیاز به نظارت با همان دوز ادامه دهید. اگر هیچ بهبودی بوجود نیامد، به پیگیری و جدول 4 مراجعه کنید.
- در صورت امکان وزن، فشار خون، سویه گلوکوز، کلسترول و ECG را برای افرادی که دوا های انتی سایکوتیک مصرف می کنند، کنترل کنید. (ذیلاً مراجعه نمایید).

احتیاط!

- عوارض جانبی را که باید جستجو کنید:
 - ✓ **عوارض جانبی خارج اهرامی (EPS):** آکاتیزیا، واکنش های دیستونیک حاد، رعشه، حرکات چرخشی، شخی عضلات و دیسکینزی. در صورت نیاز و در دسترس بودن، با دوا های انتی کولینرژیک تداوی کنید (به جدول 2 مراجعه نمایید).
 - ✓ **تغییرات متابولیک:** افزایش وزن، فشار خون بالا، افزایش سویه گلوکوز و کلسترول خون.
 - ✓ **تغییرات ECG (فاصله طولانی QT):** در صورت امکان ECG را کنترل کنید.
 - ✓ **سندرم خبیثه نورولپتیک (NMS):** یک اختلال نادر و بالقوه تهدید کننده حیات است که با شخی عضلات، درجه حرارت بالا و فشار خون بالا مشخص می شود.

2.6 دوره های مانیا در اختلال دوقطبی

- اگر فرد دوا های ضد افسردگی مصرف می کند: برای جلوگیری خطر بیشتر مانیا دوا های ضد افسردگی را قطع کنید.
- **تداوی را با لیتیوم، والپروات، کاربامازپین یا با دوا های انتی سایکوتیک آغاز کنید (به جدول 3 مراجعه نمایید).**
- **لیتیوم:** استفاده از لیتیوم را منحنی خط اول تداوی اختلال دوقطبی تنها در صورت موجودیت نظارت کلینیکی و لابراتواری در نظر بگیرید و فقط تحت نظارت متخصص تجویز نمایید. اگر معاینات لابراتواری در دسترس یا امکان پذیر نباشد، باید از مصرف لیتیوم اجتناب شود، در عوض والپروات یا کاربامازپین در نظر گرفته شود. تطبیق نا منظم یا توقف ناگهانی تداوی با لیتیوم ممکن است خطر عود را افزایش دهد. در مواردی که امکان قطع مکرر منبع لیتیوم موجود باشد، لیتیوم را تجویز نکنید. در صورت امکان قبل از شروع تداوی، فعالیت وظیفوی کلیه و تایروئید، شمارش کامل خون، ECG و تست حاملگی را انجام دهید.
- **والپروات و کاربامازپین:** اگر نظارت کلینیکی یا لابراتواری برای لیتیوم در دسترس نباشد یا اگر متخصصی برای نظارت بر نسخه لیتیوم در دسترس نباشد، این دوا ها را در نظر بگیرید.
- **هالوپریدول و ریسپریدون:** هالوپریدول و ریسپریدون را فقط در صورتی در نظر بگیرید که هیچ نظارت کلینیکی یا لابراتواری برای شروع لیتیوم یا والپروات در دسترس نباشد. در صورت اطمینان از در دسترس بودن، ریسپریدون می تواند به عنوان جایگزینی برای هالوپریدول در افراد مبتلا به مانیا دوقطبی استفاده شود و هزینه آن نیز بالا نیست.

احتیاط

برای زنان باردار یا شیرده از استفاده والپروات، لیتیوم و کاربامازپین خود داری کنید. استفاده از هالوپریدول با دوز کم با احتیاط و در صورت دسترسی تحت نظر داکتر متخصص توصیه شود.

- **بنزودیازپین کوتاه مدت (حد اکثر 2 تا 4 هفته) را برای اختلالات رفتار یا بی قراری در نظر بگیرید:**

- افراد مبتلا به مانیا که بیقراری را تجربه می کنند ممکن از مصرف کوتاه مدت (حد اکثر 2 تا 4 هفته) بنزودیازپین مانند دیازپام سود ببرند.
- بنزودیازپین ها باید به محض بهبود اعراض به تدریج قطع شود، زیرا ممکن تحمل ایجاد شود.
- تداوم تداوی را حد اقل تا 2 سال پس از آخرین دوره دوقطبی ادامه دهید.
- لیتیوم یا والپروات را می توان برای ادامه تداوی اختلال دوقطبی تجویز کرد. اگر تداوی با یکی از این عوامل امکان پذیر نباشد، می توان از هالوپریدول، کلروپرومازین یا کاربامازپین استفاده کرد. تداوم تداوی را در مراکز خدمات اولیه صحت تحت نظارت متخصص ادامه دهید.

جدول - 01: دوا های (انتی سایکوتیک)

دوا	دوز	عوارض جانبی	مضاد استطبیب/احتیاط
هلوپریدول	روزانه به مقدار 3-1.5 میلی گرام تداوی را آغاز کنید. در صورت نیاز افزایش دهید (حد اکثر 20 میلی گرام در روز). طرق تطبیق: فمی (PO) یا عضلی (IM)	معمول: آرام بخشی، سرگیجی، خیرگی دید، خشکی دهن، احتباس ادرار، قبضیت. وخیم: تفریط فشار خون ارتواستاتیک، عوارض جانبی خارج اهرامی (EPS)، تغییرات ECG (فاصله QT طولانی)، افزایش وزن، گلکتوریا، آمنوره، سندرم خبیثه نورولپتیک (NMS).	احتیاط در افراد مبتلا به: امراض کلیوی، امراض کبدی، امراض قلبی، سندرم QT طولانی یا مصرف دواهای طولانی کننده QT. در صورت امکان ECG را بررسی کنید.
ریسپریدون	روزانه 1 میلی گرام شروع کنید. به 2-6 میلی گرام در روز (حد اکثر 10 میلی گرام) افزایش دهید. طرق تطبیق: فمی (PO)	شایع: آرام بخشی، سرگیجی، تاکی کاردی. جدی: تفریط فشار خون ارتواستاتیک، اثرات میتابولیک (افزایش چربی خون، مقاومت به انسولین، افزایش وزن)، EPS، افزایش پرولاکتین، اختلال عملکرد جنسی، NMS.	احتیاط در افراد مبتلا به: امراض قلبی. تداخلات دوايي: کاربامازپین می تواند سویه ریسپریدون را کاهش دهد، در حالی که فلوکستین می تواند سویه آنرا افزایش دهد.
کلورپرومازین	به مقدار 25-50 میلی گرام در روز شروع کنید. به اندازه 300-75 میلی گرام در روز (تا 1000 میلی گرام ممکن برای موارد شدید لازم باشد) افزایش دهید طرق تطبیق: فمی (PO)	شایع: آرام بخشی، سرگیجی، خیرگی دید، خشکی دهن، احتباس ادرار، قبضیت، تاکی کاردی. جدی: افت فشار خون ارتواستاتیک، سنکوپ، EPS، حساسیت به نور، افزایش وزن، گالاکتوره، آمنوره، اختلال عملکرد جنسی، پریاپیسم، NMS، آگرانولوسیتوز، یرقان.	مضاد استطبیب: اختلال شعور، عدم کفایه مخ عظم، فنوکروموسیتوم. احتیاط در افراد مبتلا به: امراض تنفسی، امراض کلیوی، امراض کبد، گلوکوما، احتباس ادرار، امراض قلبی، سندرم QT طولانی یا مصرف دواهای طولانی کننده QT. در صورت امکان ECG را بررسی کنید. تداخلات دوايي: - اثرات دواهای پایین کننده فشار خون را افزایش می دهد. - اگر با اپی نفرین ترکیب شود، فشار خون را کاهش می دهد. - سویه آن ممکن توسط دواهای ضد مالاریا از جمله کنین افزایش یابد.
فلوفنازین انبار/طولانی مدت	به مقدار 12.5 میلی گرام شروع کنید. 12.5-50 میلی گرام هر 4-2 هفته استفاده کنید. طرق تطبیق: IM در ناحیه گلوئتال در زنان باردار یا شیرده خود داری شود. در کودکان و نوجوانان استفاده نشود.	شایع: آرام بخشی، سرگیجی، خیرگی دید، خشکی دهن، احتباس ادرار، قبضیت، تاکی کاردی. جدی: تفریط فشار خون ارتواستاتیک، سنکوپ، EPS، حساسیت به نور، افزایش وزن، گالاکتوره، آمنوره، اختلال عملکرد جنسی، پریاپیسم، NMS، آگرانولوسیتوز، یرقان.	مضاد استطبیب: اختلال شعور، پارکینسونیسم. احتیاط در افراد مبتلا به: امراض قلبی، امراض کلیوی، امراض کبدی. در افراد مسن با احتیاط مصرف شود. تداخلات دوايي: - اثرات دواهای کاهش دهنده فشار خون را افزایش می دهد. - در صورت استفاده با اپی نفرین می تواند فشار خون را کاهش دهد.

جدول - 02: دوا های انتی کولینرژیک

(برای درمان عوارض جانبی خارج اهرامی (EPS) توصیه می گردد: در صورت امکان استفاده آن در زنان باردار یا شیرده خود داری شود.

دوا	دوز	عوارض جانبی	مضاد استطبیب / احتیاط
بایپریدین	به مقدار 1 میلی گرام دو بار در روز شروع کنید. به 3-12 میلی گرام در روز افزایش دهید. طرق تطبیق: فمی یا داخل وریدی.	شایع: آرام بخشی، گیجی و تشوشات حافظه (به ویژه در افراد مسن)، تکی کاردی، خشکی دهن، احتباس ادرار و قبضیت.	احتیاط در افراد مبتلا به: امراض قلبی، کبدی یا کلیوی.

تری هگزی فنیدیل (بنزکسول)	به مقدار 1 میلی گرام روزانه شروع کنید. به 4-12 میلی گرام در روز در 3-4 دوز افزایش دهید (حداکثر 20 میلی گرام در روز). طرق تطبیق: p.o	به ندرت: گلوکوما با زاویه بسته، میاستنی گراویس و انسداد امعا.	تداخلات دوايي: هنگام ترکیب با سایر دوایهای آنتی کولینرژیک احتیاط کنید.
------------------------------	--	--	---

جدول - 03: تثبیت کنندگان مزاج

نزد زنان باردار و شیرده از توصیه آن خود داری گردد.

دوا	دوز	عوارض جانبی	مضاد استطباب / احتیاط
لیتیوم فقط در صورت وجود نظارت بالینی و آزمایشگاهی استفاده شود.	روزانه به مقدار 300 میلی گرام شروع کنید. به تدریج در هر 7 روز تا رسیدن به سطح خون مورد نظر (حد اکثر 600-1200 میلی گرام در روز) افزایش دهید. هر 2-3 ماه یکبار نظارت کنید. طرق تطبیق: فمی سویه مورد نظر در خون: 0.6-1.0 mEq/L در دوره مانیا حاد: 0.8-1.0 mEq/L برای تعیین تاثیرات کامل، تداوم دوايي حد اقل باید 6 نیاز است.	شایع: آرام بخشی، مشکلات شناختی، رعشه، اختلال در هماهنگی، تفریط فشار خون، لکوسیتوز، ازدیاد تبول، پلی دیپسیا، تهوع، اسهال، افزایش وزن، ریزش مو، اندفاعات جلدی. جدی: دیابت بی مزه، تفریط فعالیت غده تیروئید، تغییرات ECG (آریتمی، سندرم سینوس بیمار، تغییرات موجه T). در بیماران مبتلا به امراض شدید قلبی یا کلیوی منع مصرف دارد. کم آبی می تواند سطح لیتیوم را افزایش دهد.	مضاد استطباب: امراض وخیم قلبی و کلیوی. دیهیدریشن سویه لیتیوم در خون را افزایش میدهد. تداخلات دوايي: دوا های ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs)، مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین (مهارکننده ACE)، دیورتیک های تیازیدی، مترونیدازول و تتراسایکلین می توانند سطح لیتیوم را افزایش دهند. سمیت لیتیوم می تواند باعث اختلاج، هذیان، کوما و مرگ شود.
والپروت سدیم	500 میلی گرام در روز شروع کنید. آهسته به 1000-2000 میلی گرام در روز (حد اکثر 60 mg/kg/day) افزایش دهید. طرق تطبیق: فمی انتخاب اولویت: در افراد مبتلا به HIV/AIDS به دلیل تداخلات دوايي ارجحیت داده میشود.	شایع: آرام بخشی، سردردی، رعشه، آتاکسیا، تهوع، استفراغ، اسهال، افزایش وزن، ریزش گزری موی. جدی: تشوشات کبد، ترومبوسیتوپنی، لکوپنی، خواب آلودگی/گیجی، عدم کفایه کبد، پانکراتیت هموراژیک.	احتیاط در افراد مبتلا به: امراض کبدی. در صورت امکان معاینات وظایف کبد و تعداد صفیحات دمویه را کنترل کنید. تداخلات دوايي: سویه والپروت توسط کاربامازپین کاهش و با آسپرین افزایش میابد. تسمم لیتیوم باعث اختلاج، دلیریوم، کوما و مرگ شده میتواند.
کاربامازپین	200 میلی گرام را روزانه شروع کنید. 200 میلی گرام در هفته به 400-600 میلی گرام در روز در دو دوز کسری (حد اکثر 1200 میلی گرام در روز) افزایش دهید. طرق تطبیق: فمی توجه: ممکن دوز دوا بعد از 2 هفته به دلیل القای میتابولیزم خود نیاز به تنظیم دوباره داشته باشد.	شایع: آرام بخشی، سرگیجه، آتاکسی، دوبینی، تهوع، اسهال، لکوپنی سلیم. جدی: تشوشات کبدی، تاخیر انتقال سیاله در قلب، هایپوترنریما، اندفاعات شدید.	احتیاط در افراد مبتلا به: سابقه اختلالات خونی، امراض کلیوی، کبدی یا قلبی منع مصرف دارد. تداخلات دوايي: - ممکن تاثیرات دواهای هورمونی ضد بارداری، دوا های انحطاط دهنده سیستم معافیتی، ضد صرع، دوا های آنتی سایکوتیک، میتادون و برخی دوا های ضد رترو ویروس را کاهش دهد. - سویه خون دوا را می توان با برخی دواهای آنتی فنگل و آنتی بیوتیک ها افزایش داد.

مدیریت (تداوی) سایکوز

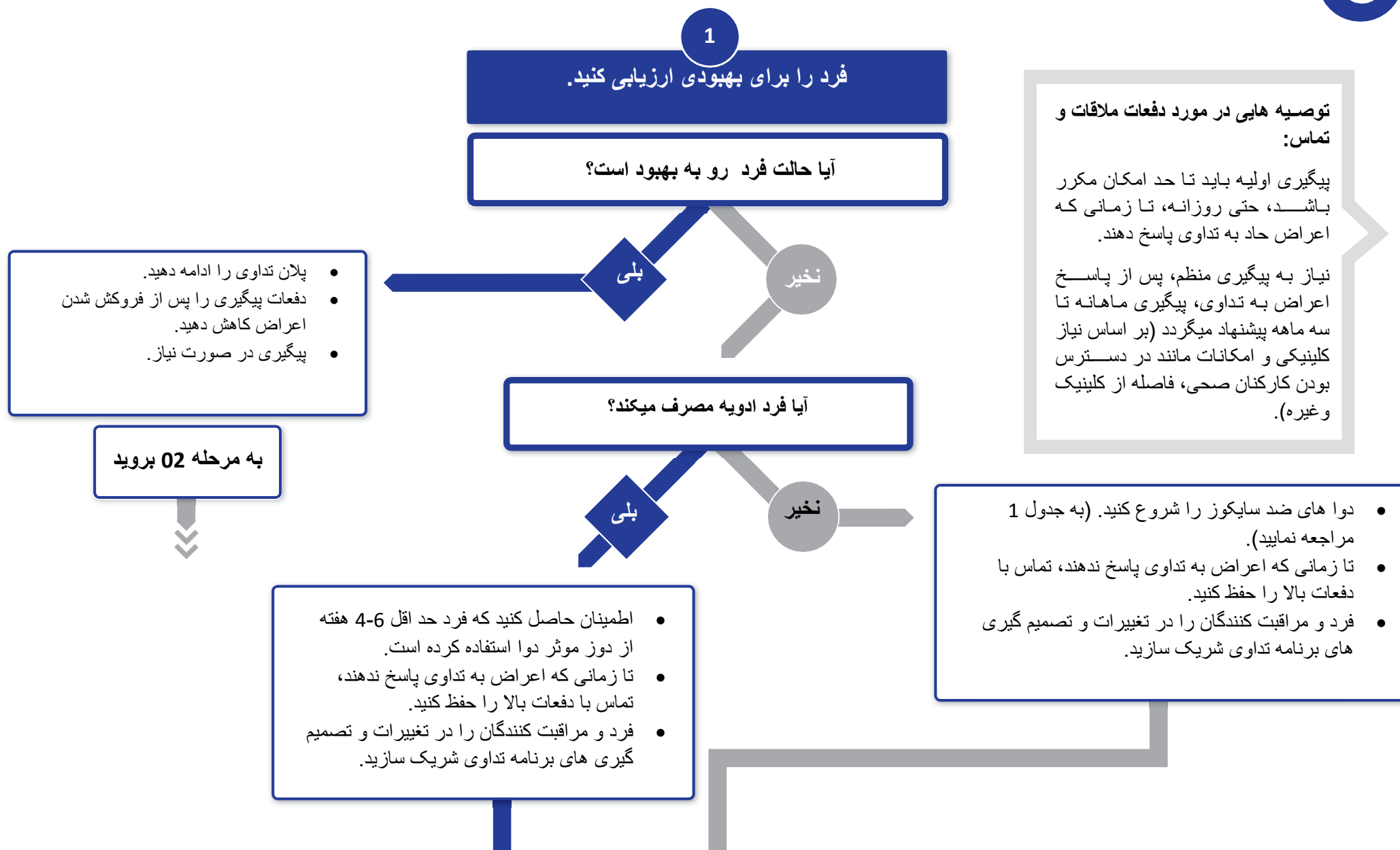
جدول – 04: بررسی پابندی به تداوی، عوارض جانبی و تجویز دوز دوا نظر به حالت یا تظاهرات کلینیکی مرض.

حالت کلینیکی	اقدام
فرد (فرد) دواهای انتی سایکوتیک را تحمل کرده نمیتواند مثلاً فرد دارای عوارض و علائم خارج اهرامی (ایکسترا پایرمیدیل) یا سایر عوارض جانبی جدی است.	- دوز دواهای انتی سایکوتیک را کاهش دهید. - اگر هنوز هم عوارض جانبی باقی ماند، به سراغ دواهای انتی سایکوتیک دیگر بروید. - در صورت که اقدامات فوق نتیجه ندهد یا عوارض و علائم خارج اهرامی شدید باشد، دواهای انتی کولینرژیک را در کوتاه مدت برای تداوی عوارض و علائم خارج اهرامی در نظر بگیرید (جدول 2 را مرور کنید).
پابندی به تداوی رضایت بخش نیست.	- دلایل عدم پابندی به تداوی را با فرد و مراقبت کنندگان آن مورد بحث قرار دهید. - در مورد اهمیت دواها معلومات دقیق ارائه کنید. - پس از بحث در مورد عوارض جانبی احتمالی دواهای فمی نظر به دواهای زرقی ذخیروی (دیپو) و طولانی اثر، دواهای انتی سایکوتیک زرقی طولانی اثر یا ذخیروی را به گونه یک گزینه در نظر بگیرید.
با وجود پابندی به دواها پاسخ و نتیجه تداوی ناکافی است (یعنی عوارض و علائم باقی می مانند یا بدتر می شوند).	- بررسی کنید که فرد مقدار کافی دوا را دریافت می کند یا خیر. اگر دوز دوا کم است، برای کاهش خطر عوارض جانبی، دوز را به تدریج افزایش دهید و به کمترین دوز مؤثر برسانید. - در مورد مصرف الکل یا مواد مخدر بپرسید و اقداماتی را برای کاهش استفاده از آن انجام دهید. به فصل SUB مراجعه نمایید. - در مورد رویداد استرس زاء اخیر که ممکن منجر به بدتر شدن وضعیت کلینیکی شده باشد بپرسید و اقداماتی را برای کاهش استرس انجام دهید. - عوارض و علائم فرد را مرور کنید تا شرایط فیزیکی و/یا سایر حالت های اولویت دار روانی، عصبی و مصرف مواد را رد کنید. به PSY 1 مراجعه کنید، مرحله 1 را مرور کنید. - اگر هزینه و در دسترس بودن منابع محدودیتی ندارند، ریسپریدون را به عنوان جایگزینی برای هالوپریدول یا کلورپرومازین در نظر بگیرید. - اگر فرد به دوز و مدت زمان کافی بیش از یک دواهای انتی سایکوتیک پاسخ ندهد، استفاده از یک دوا در یک زمان نسبت به تداوی ترکیبی انتی سایکوتیک ترجیح داده شود ولی باید هر نوع تغییر کلینیکی و عوارض جانبی آن از طرف متخصص روانی نظارت گردد. - برای استفاده از کلوزاپین در افرادی که به دوز و مدت زمان کافی سایر دواهای انتی سایکوتیک پاسخ نداده اند، با یک متخصص صحت روان مشورت کنید. به دلیل خطر آگرانولوسیتوز تهدید کننده حیات، کلوزاپین را فقط تحت نظارت یک متخصص و تنها در صورت موجودیت نظارت روتین لابراتواری استفاده کنید.

جدول شماره – 05: مدیریت (تداوی) افراد با رفتار آشفته (Agitation) و یا پرخاشگرانه.

ارزیابی	برقراری ارتباط	آرام بخشی و استفاده از دوا ها
• سعی کنید با شخص (فرد) ارتباط برقرار کنید. • ارزیابی عامل مربوطه: ✓ گلوکوز خون را چک کنید. • اگر سویه آن پائین است، گلوکوز بدهید. ✓ علائم حیاتی از جمله درجه حرارت و سویه اکسیجن را بررسی کنید. در صورت نیاز اکسیجن بدهید. ✓ هذیان و علل طبی را رد کنید بشمول تمسم. ✓ مصرف مواد مخدر و الکل را رد کنید. به طور خاص مسمومیت با مواد محرک و یا ترک الکل و دوا های آرامبخش را در نظر بگیرید. • به فصل SUB مراجعه نمایید. ✓ آشفته گی ناشی از سایکوز یا مانیا در اختلال دوقطبی را رد کنید. به ارزیابی PSY 1 مراجعه کنید.	• مصوّن و ایمنی بودن شخص مراقبت کننده اولویت درجه اول است! • آرامش خود را حفظ کنید و فرد را تشویق کنید تا در مورد نگرانی های خود صحبت کند. • از صدای آرام استفاده کنید و سعی کنید در صورت امکان به نگرانی های او رسیدگی کنید. • با دقت گوش کنید و وقت خود را به آن شخص (فرد) اختصاص دهید. • هرگز به آن شخص نخندید. • رفتار تهاجمی نداشته باشد. • سعی کنید علت مشکلات فرد و راه حل هایی برای او پیدا کنید. • مراقبت کنندگان شخص و سایر کارکنان را دخیل سازید. • هر کسی را که ممکن محرک پرخاشگری شخص باشد از ساحه دور کنید. • اگر تمام امکان موجوده بکار گرفته نشود ولی فرد همچنان پرخاشگر باشد، میتوان از دوا های (در صورت موجودیت) برای جلوگیری از آسیب ها استفاده نمود.	• برای جلوگیری از آسیب به مقداری مناسب آرام بخش توصیه کنید. • برای کنترل آشفته گی ناشی از سایکوز یا مانیا، استفاده از هالوپریدول 2 میلی گرام فمی یا عضلی در یک ساعت (حد اکثر 5 دوز یعنی 10 ملی گرام) را در نظر بگیرید. • احتیاط: دوز های بالای هالوپریدول می تواند باعث واکنش های دیستونیک شود. • برای تداوی واکنش های حاد از بیپریدن استفاده کنید. • برای حالت آشفته گی ناشی از بلع مواد، مانند ترک الکل/ آرام بخش ها یا مسمومیت با محرک ها، از دیازپام 10-20 میلی گرام روزانه استفاده کنید. و در صورت نیاز تکرار کنید. به فصل SUB مراجعه کنید. • در موارد خشونت شدید - از پولیس یا سایر کارکنان کمک بگیرید. - از هالوپریدول 5 میلی گرام زرق عضلی استفاده کنید، در صورت نیاز 15 تا 30 دقیقه تکرار کنید (حد اکثر 15 میلی گرام). - با یک متخصص مربوطه مشورت کنید. • اگر فرد همچنان آشفته باشد، سویه اکسجن، علائم حیاتی و گلوکوز را دوباره بررسی کنید. موجودیت درد را در نظر بگیرید. فرد را به شفاخانه راجع سازید. • هنگامی که آشفته گی فروکش کرد، به ماستر چارت (MC) مراجعه کنید و مادیول های مربوطه را برای ارزیابی انتخاب و تعقیب کنید. • جمعیت های خاص: • برای تداوی با یک متخصص مربوطه مشورت کنید.

پیگیری - سایکوز PSY-03



2

به گونه روتین تداوی را نظارت کنید.

- مداخلات روانی – اجتماعی را مرور کنید.
- در صورت مصرف دوا، پابندی، عوارض جانبی و دوز دوا را بررسی کنید (جدول 4).
- وزن، فشار خون و گلوکوز خون را بررسی کنید. اگر فرد شروع به استفاده از دوا های دیگری با تداخل دوايي بالقوه کرد، دوز دوا را بررسی کنید.
- در مورد شروع اعراض، دوره های قبلی و جزئیات تداوی قبلی یا فعلی بپرسید.

3

استفاده از دوا ها را توقف نمایید.

فردی که اعراض سایکوز نزدش بیشتر از 3 ماه ادامه دارد.

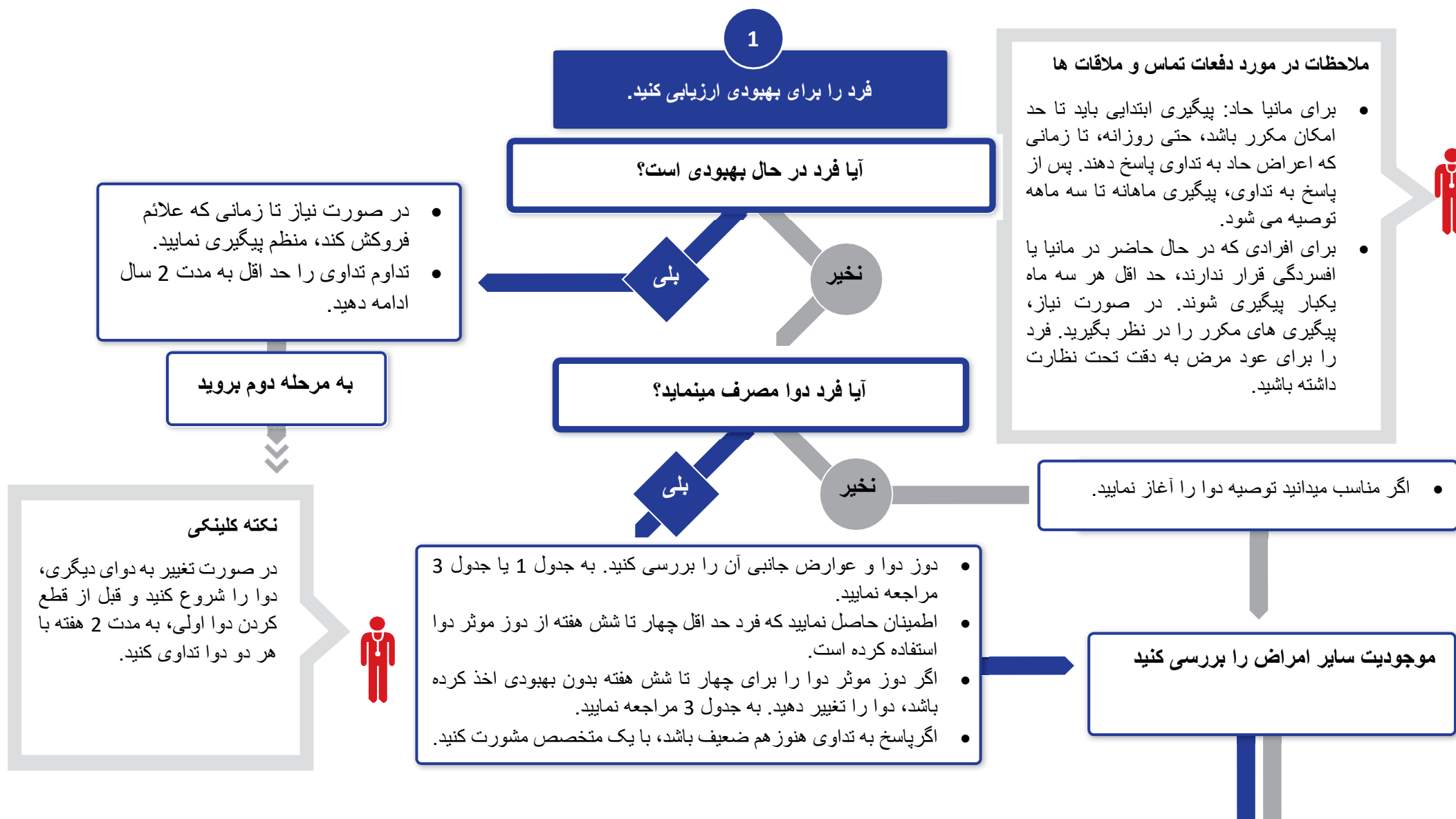
فردی که اولین دوره، عود، یا بدتر شدن اعراض سایکوز را تجربه میکند.

اگر فرد برای چندین سال در حال بهبود کامل اعراض قرار داشته باشد، دوا ها را قطع کنید.

12 ماه پس از برطرف شدن اعراض، قطع دوا ها را در نظر بگیرید.

- درمورد خطر عود اعراض و عوارض جانبی طولانی مدت دوا با فرد و خانواده وی صحبت کنید.
- در صورت امکان با یک متخصص مشورت کنید.
- به تدریج و آهسته دوز دوا را کاهش دهید. هنگامی که دوا ها قطع می شوند، افراد و اعضای خانواده وی باید برای تشخیص اعراض اولیه عود آموزش ببینند. نظارت کلینیکی دقیق توصیه می شود.

سایکوز « پیگیری « دوره های مانیا در اختلال دوقطبی PSY-03



2

تداوی را بصورت روتین ارزیابی کنید.

- بررسی و فراهم کردن مداخلات روانی - اجتماعی .
- در صورت مصرف دوا، پایداری، عوارض جانبی و دوز دوا را بررسی کنید. جدول 4 را مشاهده کنید.
- اگر فرد دواهای دیگری را با احتمال تداخل دوا با دوا شروع کند، دوز دوا را بررسی کنید.

3

استفاده از دوا را متوقف سازید.

آیا فرد حداقل به مدت دو سال در بهبودی کامل از اعراض قرار دارد و هیچ دوره ای از اختلال دوقطبی نداشته است؟

نخیر

بصورت روتین از تداوی پیگیر و نظارت نمایید

بلی

چند نکته در مورد قطع تداوی:

- با فرد یا مراقبت کننده وی در مورد خطر قطع دوا صحبت کنید.
- در مورد تصمیم به توقف تداوم تداوی پس از 2 سال با یک متخصص مشورت کنید.
- دوا ها را به تدریج در طی چند هفته یا ماه کاهش دهید.

صرع (مرگی)

Epilepsy (EPI)

اختلاج ناشی از فعالیت برقی غیر نورمال در دماغ بوده و به دو نوع تشنجی و غیر تشنجی تقسیم شده است. صرع غیر تشنجی دارای ویژگی هایی مانند تغییر وضعیت شعوری میباشد در حالیکه صرع تشنجی دارای ویژگی هایی چون حرکات غیر طبیعی ناگهانی از جمله شخی و لرزش بدن است. مورد دوم با حقارت و تبعیض بیشتر و عوارض و مرگ و میر بیشتر همراه است. این مادیول فقط صرع تشنجی را تحت پوشش قرار می دهد.

صرع یک تشوش مزمن غیر ساری عصبی است که با اختلاجات مکرر و بدون تحریک مشخص می شود. صرع یکی از شایع ترین اختلالات عصبی است که با تداوی مناسب در اکثر افراد به خوبی قابل کنترل میباشد.

صرع دلایل زیادی دارد. ممکن یک تشوش جنتیکی باشد یا ممکن در افرادی رخ دهد که سابقه تروما هنگام ولادت، صدمات مغزی (از جمله ترضیض قحفی و سکتة مغزی) یا انتانات سیستم عصب مرکزی را دارند. در برخی افراد شاید هیچ علتی شناسایی نشود.

صرع: مرور سریع

تظاهر حاد تشنج ایجاب مدیریت عاجل را مینماید.



مدیریت

- پروتوکول مدیریت صرع و جمعیت های ویژه
 1. صرع
 2. جمعیت های ویژه (زنان سنین باروری، کودکان/نوجوانان و افراد مبتلا به HIV)
- مداخلات روانی - اجتماعی
- مداخلات دوايي



پیگیری



ارزیابی

- **حالت های عاجل:**
 - ارزیابی و مدیریت تشنج های حاد
- ارزیابی کنید که آیا فرد اختلاج تشنجی دارد یا خیر.
- ارزیابی یک سبب حاد (مانند: انتان سیستم عصبی، ترضیض و غیره)
- بررسی کنید که آیا فرد مبتلا به صرع است یا خیر و عوامل زمینه ساز (با تاریخچه یا معاینه) وجود دارد.
- سایر حالات همزمان MNS را ارزیابی کنید.

شخص تشنج دارد یا شعور آن مختل و پاسخگویی ندارد
و نیز شخی بدن دارد.

نکته کلینیکی:

ارزیابی فرد و تداوی آن باید به
طور همزمان انجام شود.



1

آیا علایم ترصیض قحفی یا گردن وجود دارد؟

نخیر

بلی

راس و گردن فرد را تثبیت و غیر متحرک حفظ کنید.

2

- در صورت امکان ورید فرد را بمنظور تطبیق مایعات و سایر زرقیات وریدی باز کنید.
- شخص را تنها نگذارید.
- در دهن شخص چیزی را نگذارید.
- برای فردی که امکان ترصیض قحفی نزدش می‌رود یا انتان سیستم عصب مرکزی (تب) دارند، یا نقیصه های موضعی عصبی دارند، چیزی در دهن آن قرار ندهید و فوراً فرد را به شفاخانه راجع سازید.

- طرق تنفسی، تنفس و جریان خون (ABCs) را بررسی کنید.
- اطمینان حاصل کنید که در طرق تنفسی فرد چیزی وجود ندارد، به خوبی تنفس می‌کند و نبض ثابت و پر دارد.
- فشار خون، حرارت بدن و تعداد تنفس فرد را بررسی کنید.
- در صورت امکان، وقت آغاز و دوام تشنج را مشخص کنید.
- مطمئن شوید که فرد در مکان امن قرار دارد و در صورت امکان، او را به پهلو وضعیت دهید تا به تنفس او کمک شود. هر گونه نکتایی یا لباس دور گردن فرد را برطرف کنید، عینک های او را بردارید و چیزی نرم زیر سر او قرار دهید (در صورت امکان)



جمعیت ویژه: بارداری/ بعد از ولادت

3

آیا خانم در نیمه دوم بارداری یا تا یک هفته پس از ولادت قرار دارد و سابقه صرع در گذشته نداشته است؟

نخیر

بلی

مشکوک ایکلامپسیا

4

برای رفع تشنج ادویه ضد تشنج توصیه کنید.

اگر ورید فرد باز باشد

اگر ورید فرد باز نباشد

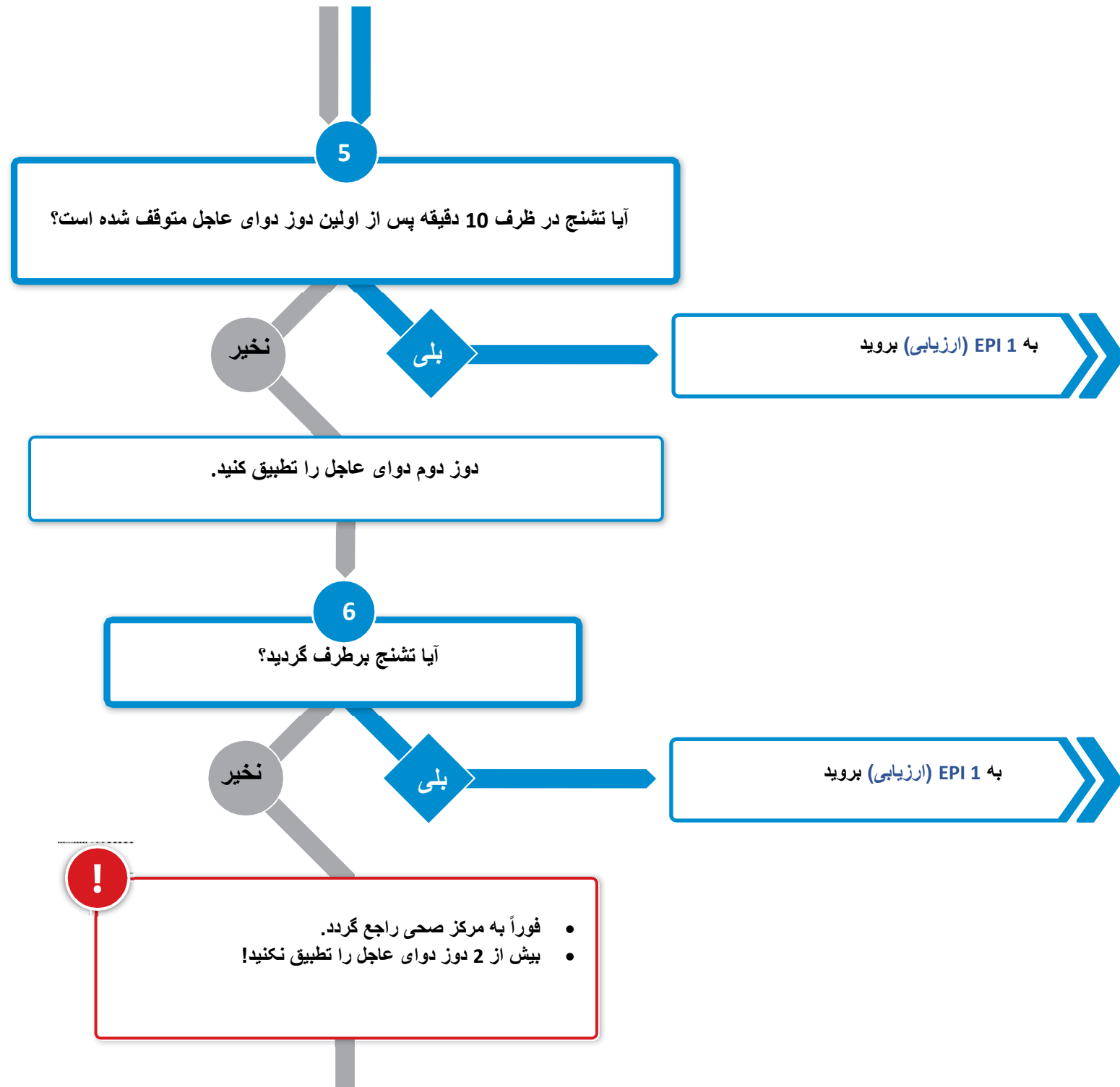


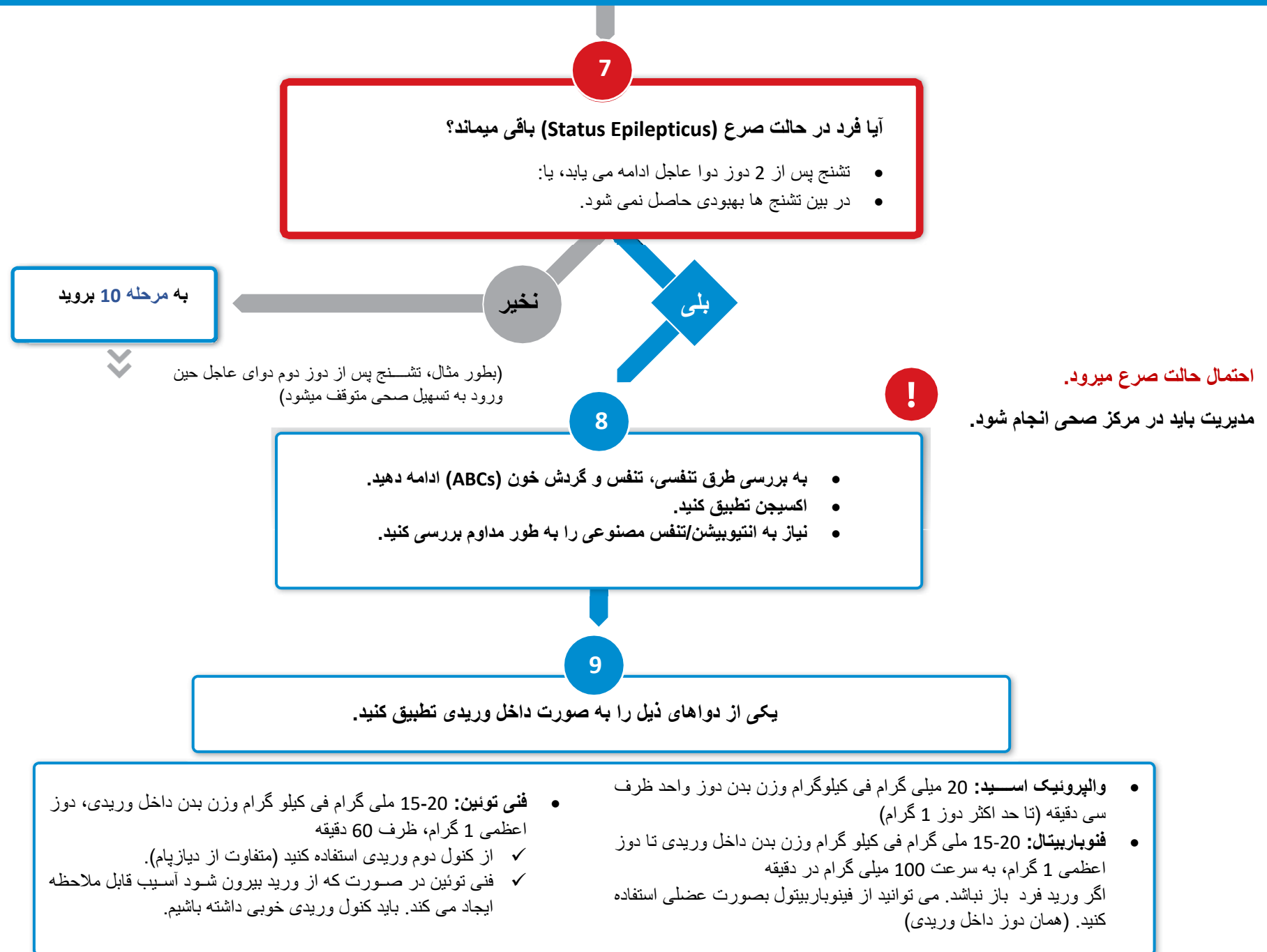
- 10 گرام مگنیزیم سلفات داخل عضلی زرق کنید.
- اگر فشار خون دیاستولیک بیش از 110 میلی متر سیماپ باشد، هیدرالازین 5 میلی گرام داخل وریدی (آهسته ظرف 3-4 دقیقه) تجویز شود و هر 30 دقیقه الی زمانیکه فشار خون دیاستولیک فرد 90 میلی متر سیماپ و یا پایین شود، تکرار کنید. در مجموع بیش از 20 ملی گرام مصرف نکنید.
- فوراً به شفاخانه راجع سازید.

ادویه ذیل را تطبیق کنید:

- دیازپام مقعدی (بزرگسالان 10 میلی گرام، اطفال 1 میلی گرام فی سال سن فرد)
- یا
- میدازولام بوکال/داخل بینی (5-10 میلی گرام برای بزرگسالان، اطفال 0.2 میلی گرام فی کیلوگرام وزن)

- نارمل سلین آهسته وریدی (30 قطره در دقیقه) آغاز گردد.
- گلوکوز داخل وریدی تطبیق گردد (بزرگسالان 25-50 میلی لیتر 50%؛ اطفال 2-5 میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن 10%)
- دواهای عاجل تطبیق گردد:
- ✓ دیازپام 10 میلی گرام داخل وریدی (اطفال 1 میلی گرام در فی سال سن فرد داخل وریدی)
- یا
- ✓ لورازپام 4 میلی گرام داخل وریدی (اطفال 0.1 میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن داخل وریدی)





آیا تشنج توقف نمود؟

بلی

نخیر

- یکی از دواهای دیگر (در صورت موجودیت) را استفاده کنید، یا 10 میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فنی توئین اضافی (در مدت 30 دقیقه) استفاده کنید.
- از انحطاط تنفسی، سقوط فشار خون، آریتمی بطور منظم نظارت کنید.

10

• ارزیابی (و تدای مناسب) علت اصلی تشنج:

- ✓ انتانات سیستم عصب مرکزی (تب، شخی گردن، سردردی، گیجی)
- ✓ مصرف مواد نشه آور (ترک الکھول یا مصرف مواد مخدر)
- ✓ ترضیض
- ✓ تشوشات میتابولیک (هایپرناتریمی یا هیپوگلیسمی)
- ✓ سکنه مغزی (نقیصه موضوعی حسی یا حرکی)
- ✓ تومور (نقیصه موضوعی حسی یا حرکی)
- ✓ صرع شناخته شده (سابقه قبلی تشنج)

آیا تشنج توقف نمود؟

بلی

نخیر

به EPI 1 (ارزیابی) بروید.

برای تشخیص دقیق و ارزیابی بیشتر به متخصص راجع سازید.

صرع «ارزیابی» EPI 01



نکته کلینیکی:

سنکوپ و اختلاج کاذب باید در ارزیابی اولیه و در موارد بی نتیجه بودن تداوی، در نظر گرفته شوند.



✓ حملات سنکوپال (غش) اغلباً با فلاشنگ، تعرق، رنگ پریدگی، و گهگاه احساس خیرگی بینایی قبل از حمله سنکوپ همراه میباشد. لرزش خفیف ممکن در اخیر رخ دهد.

✓ اختلاج کاذب معمولاً با یک محرک استرس همراه میباشد. دوره های آن اغلباً طولانی بوده و می توانند شامل تکان های غیرریتمیک بدن باشند، چشمها ممکن بسته باشند، و احتمالاً رانش قسمت های حوصله رانش (pelvic thrusting) دیده میشود. معمولاً پس از حمله، بازگشت سریع به حالت اولیه وجود دارد. اگر به تشنج کاذب مشکوک هستید، به (سایر- OTH) مراجعه کنید.

تظاهرات معمول صرع

- حرکات تشنجی یا اختلاج یا حرکات اختلاجی:
 - ✓ در جریان اختلاج:
 - ✓ از دست دادن شعور یا اختلال شعور
 - ✓ شخی
 - ✓ دندان گرفتن زبان، جراحت، بی اختیاری تبول یا تغوط
- بعد از تشنج: خستگی، خواب آلودگی، گیجی، رفتار غیر طبیعی، سردردی، درد عضلات یا ضعیفی در یک طرف بدن

1

آیا فرد دچار اختلاج تشنجی است؟

آیا فرد حرکات تشنجی بیشتر از 1-2 دقیقه داشته است؟

بلی

نخیر

اختلاج تشنجی بعید است

- ✓ برای دوره های مکرر با یک متخصص مشورت کنید.
- ✓ در هر سه ماه پیگیری کنید.



آیا فرد حد اقل 2 مورد از اعراض ذیل را در جریان دوره (ها) داشته است؟

- از دست دادن شعور یا اختلال شعور
- شخی
- دندان گرفتن زبان، جراحت بدن
- بی اختیاری تبول یا تغوط
- بعد از تشنج: خستگی، خواب آلودگی، گیجی، رفتار غیر طبیعی، سردردی، درد عضلات یا ضعفی در یک طرف بدن

بلی

نخیر

اختلاج تشنجی بعید است

- ✓ برای دوره های مکرر با یک متخصص مشورت کنید.
- ✓ در هر سه ماه پیگیری کنید.

احتمال اختلاج تشنجی وجود دارد.

2

آیا کدام علت حاد برای حالت تشنجی وجود دارد؟

• آیا انتان سیستم عصب مرکزی یا سایر علل احتمالی تشنج وجود دارد؟ اعراض و علائم ذیل را بررسی کنید:

- | | | |
|----------|---------------------|--|
| ✓ تب | ✓ تخریش مننژ (مانند | ✓ تشوشات میتابولیک (مانند |
| ✓ سردردی | ✓ شخی گردن) | ✓ هیپوگلیسمی/هیپوناتریمی) |
| ✓ گیجی | ✓ ترضیض قحفی | ✓ مسمومیت با الکھول یا مواد مخدر یا ترک اعتیاد |

بلی

نخیر

احتمال صرع وجود دارد

آیا کودک 6 ماهه تا 6 ساله با تب است؟

آیا تشنج ها:

- موضعی است: در یک قسمت بدن شروع می‌گردد
- طولانی مدت است: بیش از 15 دقیقه طول می‌کشد
- تکراری است: بیش از 1 دوره در طول بیماری فعلی

نخیر

بلی

تشنج پیچیده از باعث تب

- برای مدیریت بهتر به شفاخانه راجع گردد

تشنج عادی از باعث تب

- به دنبال علت باشید (به رهنمود مدیریت امراض اطفال (IMCI) مراجعه نمایید).
- برای 24 ساعت تحت مشاهده داشته باشید.
- نیازی به تداوی ضد صرع نیست.

به مرحله 3 بروید

- سایر امراض طبی را ارزیابی و مدیریت نمایید.
- در صورت موجودیت ترضیض قحقی، مننجیت و تشوشات میتابولیک، به شفاخانه راجع سازید.
- دواى ضد صرع نیاز نیست.
- در هر سه ماه برای احتمال صرع ارزیابی و پیگیری نمایید

3

آیا فرد مبتلا به صرع است؟

آیا فرد در سال گذشته حد اقل دو بار در دو روز مختلف اختلاج داشته است؟

نکته کلینیکی

- معلومات ذیل را بدست آرید:
 - ✓ تا حال چند دوره اختلاجی رخ داده است؟
 - ✓ در سال گذشته چند دوره اختلاج رخ داده است؟
 - ✓ آخرین دوره چی وقت بود؟



بلی

نخیر

معیار های صرع را برآورده نمی کند

- ادامه دوا ضد صرع ضروری نیست.
- در 3 ماه برای احتمال صرع مورد ارزیابی و پیگیری قرار دهید.

احتمال صرع وجود دارد.

برای یافتن عامل سبب فرد را مورد ارزیابی قرار دهید. معاینه فیزیکی را انجام دهید.

- آیا یکی از موارد زیر وجود دارد؟
 - سابقه آسفیکسی یا تروما هنگام تولد
 - انتان سیستم عصب مرکزی

- ترضیض قحفی
- سابقه خانوادگی اختلاج

بلی

نخیر

برای ارزیابی بیشتر علت به متخصص راجع گردد.

نکته کلینیکی

معاینه فیزیکی باید شامل معاینه عصبی و ارزیابی هرگونه نقیصه موضعی باشد. مثلاً، هر گونه عدم تناظر در قدرت یا رفلکس ها.



4

آیا امراض همزمان MNS وجود دارد؟

- سایر امراض همزمان MNS را با توجه به ماستر چارت mhGAP-IG (MC) بررسی نمایید.
لطفاً متوجه باشید که افراد مبتلا به صرع بیشتر در معرض خطر افسردگی و اختلالات ناشی از مصرف مواد نشه آور قرار دارند. کودکان و نوجوانان ممکن با تشوشات روانی و رفتاری و تشوشات ناشی از مصرف مواد نشه آور همراه باشند.

به پروتوکول 01 مراجعه نمایید

اگر خطر قریب الوقوع خودکشی وجود دارد آنرا
قبل از ادامه پروتوکول، ارزیابی و مدیریت کنید. به
SUI مراجعه نمایید.



صرع مدیریت EPI-02

پروتوکول – 01

- ارائه آموزش روانی به فرد و مراقبت کنندگان او (2.1)
- تجویز دوا های ضد صرع (2.3)
- بهبود عملکرد در فعالیت های روزانه (2.2)

جمعیت های ویژه

متوجه باشید که تداوی و مداخلات برای صرع در این گروپهای متفاوت است.

فرد مبتلا به HIV	طفل/ نوجوان	زنان سنین باروری
نگرانی: تداخلات دوايي بين دوا های ضد صرع و ضد رترو ویروس وجود دارد.	نگرانی: تأثیر دوا های ضد صرع بالای رشد و یا رفتار طفل ملموس است.	نگرانی: مصرف دوا های ضد صرع برای جنین/کودک مصون نیست
• در صورت امکان، به تداخلات دوايي مخصوص رژیم ضد رترو ویروسی و دواهای ضد صرع مراجعه کنید. • والپروات به دلیل تداخل دوايي کمتر ترجیح داده می شود. • در صورت امکان از فنی تونین و کاربامازپین خود داری کنید.	• برای کسانی که دارای مشکلات رشد هستند، آنرا مدیریت کنید. به CMH مراجعه نمایید. • برای کودکان مبتلا به اختلال رفتار، در صورت امکان از فنوباریتال اجتناب کنید. اختلال رفتار را تداوی و مدیریت کنید. به CMH مراجعه نمایید.	• در تمام زنان در سنین باروری بمنظور جلوگیری از نقص تیوب عصبی (نخاع) فولیک اسید (5 ملی گرام در روز) توصیه گردد. • از توصیه والپروت اجتناب کنید. • احتیاط در زمان بارداری: – از پلی تراپی (توصیه چندین دوا ضد صرع) اجتناب کنید. چندین دوا ترکیبی، خطر تاثیرات تراتوجنیک را در دوران بارداری افزایش می دهند. – در صورت قطع دواها در زمان بارداری، باید همیشه آنها را به تدریج کاهش داد. – ولادت باید در شفاخانه صورت گیرد. – هنگام ولادت، 1 ملی گرام ویتامین K به صورت داخل عضلی به نوزاد جهت جلوگیری از امراض خونریزی دهنده باید تجویز گردد. • در صورت شیردهی، کاربامازپین نسبت به سایر دواها ترجیح داده می شود.

مداخلات روانی - اجتماعی

2.2 بهبود عملکرد در فعالیت های روزمره و زندگی اجتماعی	2.1 آموزش روانی
• برای مداخلاتی که باعث بهبود عملکرد در زندگی روزمره و زندگی اجتماعی می شود، به مراقبت های ضروری و تمرین (ECP) مراجعه کنید. • علاوه بر این، به مراقبان و افراد مبتلا به صرع معلومات ارائه کنید که: ✓ افراد مبتلا به صرع می توانند زندگی عادی داشته باشند. ✓ آنها می توانند ازدواج کنند و فرزند داشته باشند. ✓ والدین نباید کودکان مبتلا به صرع را از مکتب خارج کنند. ✓ افراد مبتلا به صرع می توانند در اکثر مشاغل کار کنند. ✓ با این حال، آنها باید از کارهایی که خطر آسیب به خود یا دیگران دارند (مانند کار با ماشین آلات سنگین) اجتناب کنند. ✓ افراد مبتلا به صرع باید از آشپزی روی آتش و شنا به تنهایی اجتناب کنند. ✓ افراد مبتلا به صرع باید از مصرف زیاد الکل و مواد مفرح، کم خوابی یا رفتن به مکان هایی که چراغ های چشمک زن دارند، پرهیز کنند. ✓ قوانین محلی رانندگی مرتبط با صرع باید رعایت شود. ✓ افراد مبتلا به صرع ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای معلولیت و ناتوانی باشند. ✓ برنامه های اجتماعی برای افراد مبتلا به صرع می تواند در مشاغل و حمایت هم برای فرد و هم برای خانواده کمک کند.	ارائه معلومات در مورد: چگونه مراقبان می توانند تشنج را در خانه کنترل و مدیریت کنند. • فرد را در سطح هموار به یک پهلو قرار دهید و سرش را تا به عقب وضعیت دهید تا به راحتی تنفس کرده بتواند. • چیزی در دهن فرد قرار ندهید یا حرکات فرد را مهار نکنید. • اطمینان حاصل کنید که فرد به درستی تنفس میکند. • تا زمانی که تشنج متوقف شود و فرد کاملاً بیدار شود، با او بمانید. • گاهی اوقات افراد مبتلا به صرع می دانند که تشنج قریب الوقوع است. اگر این احساس را دارند باید در جایی امن دراز بکشند. • صرع مرض ساری نیست. شما با کمک به فردی که دچار تشنج می شود، به این مرض مبتلا نمیشوید. ارائه معلومات در مورد: چی زمانی باید خدمات صحنی را دریافت نمایند؟ • هرگاه فرد مبتلا به صرع به نظر میرسد و در هنگام تشنج دچار مشکل تنفسی می شود، به کمک فوری طبی نیاز دارد. • هنگامی که یک فرد مبتلا به صرع تشنج بیش از 5 دقیقه در خارج از مرکز صحنی داشته باشد، باید به یک مرکز صحنی منتقل شود. • زمانی که فرد مبتلا به صرع بعد از تشنج از خواب بیدار نمی شود، باید به مرکز صحنی منتقل شود.

معلومات در مورد: "تشنج و صرع چیست؟" و اهمیت دواها؟ را فراهم سازید.

- تشنج ناشی از فعالیت برقی بیش از حد در دماغ است - این تشنج ناشی از جادوگری یا ارواح نیست.
- صرع عبارت از تمایل مکرر برای ایجاد تشنج است.
- صرع یک مرض مزمن است، اما اگر دواى خود را طبق دستور مصرف کنید، در اکثر افراد میتوان آن را کاملاً کنترل کرد.
- ممکن فرد به چند نفر نیاز داشته باشد که به او کمک کنند تا حین تشنج خود را مراقبت کرده بتواند. این موضوع را با فرد و مراقبت کنندگان وی بحث نمایید.
- از فرد بخواهید به شما معلومات دهد که آیا به یک طبیب سنتی یا مذهبی مراجعه میکند یا خیر. شما با احترام به این موضوع، بر او تاکید کنید که برای معاینه و تداوی به مرکز صحنی نیاز دارد. همچنین باید به فرد معلومات داده شود که دواها و محصولات گیاهی گاهی اوقات می توانند تداخلات نامطلوب دوايي داشته باشند، بنابراین عرضه کننده گان خدمات صحنی باید در مورد هر چیزی که فرد مصرف می کند معلومات کافی داشته باشد.

نکته کلینیکی:

- تشنج هایی که بیش از 5 دقیقه طول می کشد یک واقعه عاجل طبی را تشکیل میدهند - باید فوراً به دنبال کمک های طبی باشید.
- اکثر افراد مبتلا به صرع می توانند با رعایت خوب درمان، زندگی عادی داشته باشند



مداخلات دواایی

2.3 دوا های ضد صرع را شروع کنید	احتیاط!	
• دواهای را انتخاب کنید که به طور مداوم در دسترس باشد. • برای جمعیت ویژه (کودکان، زنان در سنین باروری، افراد مبتلا به HIV) به بخش مربوطه این مادیول مراجعه کنید. • فقط با یک دوا به کمترین دوز مؤثر تداوی را آغاز کنید. • دوز دوا را به تدریج افزایش دهید تا زمانیکه تشنج کنترل شود. • در صورت امکان، CBC، معاینات بیوشیمیک خون و معاینه وظائف کبدی را اجرا نمایید.	• تداخلات دوا با دوا را بررسی کنید. در صورت استفاده همزمان، دواهای ضد صرع ممکن اثر سایر دواهای ضد صرع را افزایش یا کاهش دهند. دواهای ضد صرع همچنان تأثیرات دواهای ضد بارداری هورمونی، دواهای انحطاط دهنده سیستم معافیتی، دواهای انتی سایکوتیک س، میتادون و برخی دواهای ریترو ویروس را کاهش میدهد. • دواهای ضد صرع ندرتاً باعث انحطاط مخ عظم میشوند. همچنان ممکن باعث واکنش های فرط حساسیت از جمله سندرم استیونز-جانسون و تشوشات متابولیزم ویتامین D و امراض هموراژیک کمبود ویتامین K در نوزادان شود.	• در صورت امکان، به دلیل خطر نقیصه تیوب عصبی، از مصرف سودیم والپروات در زنان باردار خود داری کنید. • تمام دواهای ضد تشنج باید به تدریج قطع شوند زیرا قطع ناگهانی آنها می تواند باعث افزایش تشنج شود.

جدول شماره 1: دوا های ضد صرع

دوا	دوز فمی	عوارض جانبی	مضاد استطباب / احتیاط
کاربامازپین	کاهلان: 100-200 ملی گرام روزانه در 2-3 دوز کسری شروع شود. هر هفته 200 ملی گرام (حد اکثر 1400 ملی گرام در روز) افزایش دهید.	معمول: آرام بخش، کانفیوژن، سرگیجی، اتکسیا، دوبینی، تهوع، اسهال، لیکوپنیا سلیم.	احتیاط: در افراد با سابقه تشوشات خون، امراض کلیوی، کبدی و قلبی.
	اطفال: 5 ملی گرام فی کیلوگرام وزن بدن روزانه در 2-3 دوز کسری آغاز گردد. هر هفته 5 ملی گرام فی کیلوگرام وزن بدن در روز (حد اکثر 40 ملی گرام فی کیلوگرام وزن بدن روزانه یا 1400 ملی گرام در روز) افزایش دهید. برای زنان باردار یا شیرده: با احتیاط مصرف شود.	جدی: سمیت کبدی، تشوشات سیستم انتقالی قلب، هایپونتریما.	به دلیل اندکشن متابولیزم خود، ممکن بعد از 2 هفته نیاز به تنظیم دوز داشته باشد.

جدول شماره 1: دوا های ضد صرع (ادامه)

دوا	دوز فمی	عوارض جانبی	مضاد استتباب / احتیاط
فینوباربیتال	کاهلان: 60 ملی گرام در روز در 1-2 دوز کسری شروع کنید. هفته وار 2.5-5 ملی گرام به تدریج افزایش دهید. (حد اکثر 180 ملی گرام در روز) اطفال: 2-3 ملی گرام فی کیلو گرام وزن بدن در روز در 2 دوز کسری شروع شود. با در نظر داشت تحمل دوايي تا 2 ملی گرام فی کیلوگرام وزن بدن در روز در هفته افزایش دهید. (حد اکثر 6 ملی گرام در روز)	معمول: آرام بخش، ازدیاد فعالیت در کودکان، اتکسیا، نیستاگموس، تشوشات جنسی، افسردگی. جدی: عدم کفایه کبد (فرط حساسیت)، کاهش تراکم منرال های عظم.	در افراد مبتلا به پورفیریا حاد مضاد استتباب است. در افراد مبتلا به امراض کلیوی یا کبدی دوز دوا باید تنظیم گردد.
فینی توین	کاهلان: 150-200 ملی گرام روزانه در دو دوز کسری شروع شود. 50 ملی گرام در روز در هر 3-4 هفته افزایش داده شود. (حد اکثر 400 ملی گرام در روز) اطفال: 3-4 ملی گرام فی کیلو گرام وزن بدن در روز در 2 دوز کسری شروع شود. هر 3-4 هفته یکبار 5 ملی گرام فی کیلو گرام وزن بدن روزانه افزایش داده شود. (حد اکثر 300 ملی گرام در روز) زنان باردار یا شیرده: از توصیه این دوا خود داری کنید. افراد مسن: از دوز های کمتر استفاده کنید.	معمول: آرام بخش، کانفیوژن، سرگیجی، رعشه، انقباض حرکی، اتکسیا، دوبینی، نیستاگموس، لکنت زبان، تهوع، استفراغ، قیضیت. جدی: تشوشات هماتولوژیک، هیپاتیت، پولی نیوروپاتی، هیپرتروفی تانسل ها، جوانی دانه، لنفادینوپاتی، افزایش افکار خودکشی.	دوزهای کمتر برای افراد مبتلا به امراض کلیوی یا کبدی توصیه گردد.
سودیم والپروات	کاهلان: 400 ملی گرام در روز در 2 دوز کسری شروع کنید. هر هفته 500 ملی گرام روزانه افزایش دهید. (حد اکثر 3000 ملی گرام در روز) اطفال: 15-20 ملی گرام فی کیلو گرام وزن بدن روزانه در 2-3 دوز کسری شروع شود. هر هفته 15 ملی گرام فی کیلوگرام وزن بدن در روز افزایش دهید. (حد اکثر 15-40 ملی گرام فی کیلو گرام وزن بدن در روز) زنان باردار: اجتناب کنید. افراد مسن: از دوز های کمتر استفاده کنید.	معمول: آرام بخش، سردردی، رعشه، اتکسیا، تهوع، استفراغ، اسهال، افزایش وزن، ریزش گذری موی. جدی: تشوش وظایف کبد، ترومبوسیتوپنیا، لیکوپنی، خواب آلودگی/گیجی (انسفالوپاتی هیپرامونمیک ناشی از والپروات، علامه سمیت دوا)، عدم کفایه کبد، پانکراتیت هموراژیک.	در صورت موجودیت امراض زمینه ای یا مشکوک به امراض کبدی با احتیاط مصرف شود. تداخلات تدوایی: سطح والپروات توسط کاربامازپین کاهش و با آسپرین افزایش میابد.



توصیه هایی در مورد دفعات تماس و ملاقات ها

- پیگیری باید هر 3-6 ماه یکبار انجام شود.

1

وضعیت و مرض فعلی را ارزیابی کنید.

آیا فرد بیش از 50 درصد کاهش تشنج در حملات اختلاجی دارد؟

بلی

نخیر

- اگر فرد با دوز فعلی بهبود نمی یابد:
 - ✓ پابندی به دوا ها را مرور کنید.
 - ✓ افزایش دوز دوا را در صورت نیاز و عدم موجودیت عوارض جانبی به حد اعظمی دوز برسانید.
- اگر پاسخ به دوا هنوز هم ضعیف باشد:
 - ✓ تعویض دوا را در نظر بگیرید. دواي جدید باید قبل از قطع تدریجی دواي اولی در دوز مؤثر آن باشد.
- اگر پاسخ به دوا هنوز هم ضعیف باشد:
 - ✓ تشخیص را بررسی کنید.
 - ✓ به متخصص مراجعه کنید.
- فرد را مکرر و بیشتر پیگیری کنید

نکته کلینیکی:

- عوارض جانبی (مانند خواب آلودگی، نیستاکموس، دوبینی، آتاکسیا) ناشی از دوزهای بسیار بالای دوا میباشد.
- اگر یک عکس العمل خاص (واکنش آلرژیک، انحطاط مخ عظم، عدم کفایه کبدی) ظاهر گردد، دواي ضد صرع را تعویض کنید.



2

تداوی را نظارت کنید

در جریان هر تماس:

- عوارض جانبی دوا از جمله عوارض جانبی و واکنش های خاص (از نظر کلینیکی و در صورت امکان توسط آزمایش های لابراتواری مناسب) را ارزیابی کنید.
- ارائه آموزش روانی و بررسی مداخلات روانی اجتماعی.
- آیا فرد در سن باروری است و قصد بارداری دارد؟ اگر چنین است، با متخصص مشورت کنید.
- آیا فرد اعراض و علایم جدید قابل نگرانی دارد؟
- هر گونه اعراض جدید افسردگی و اضطراب را با توجه به خطر بالای ابتلا جنبی با مرض صرع، بررسی کنید.
- آیا فرد دواهای جدیدی مصرف می کند که ممکن تداخل دواایی داشته باشند؟ (بسیاری از دوا های ضد اختلاج با سایر دواها تداخل دارند). اگر چنین است، با یک متخصص مشورت کنید.

3

اگر مناسب باشد قطع دوا را مدنظر بگیرید.

آیا فرد برای چندین سال عاری از اختلاج بود؟

بلی

نخیر

- در مورد خطر بروز تشنج (اگر صرع به دلیل ترضیض قحفی، سکنه مغزی یا انتانات عصبی باشد، خطر عود تشنج بدون دوا بیشتر است) و در مورد خطرات و مزایای قطع دوا ها با فرد و مراقبت کننده او صحبت کنید.
- در صورت موافقت، با کاهش دوز دوا در طی 2 ماه و با نظارت دقیق از عود تشنج، به تدریج دوا را قطع کنید.

- اگر هیچ مشکلی با دواها وجود نداشته باشد: ✓ با دوز فعلی ادامه دهید. دوز دلخوا کمترین دوز معالجوی برای کنترل تشنج است، چون که عوارض جانبی نامطلوب را به حداقل می رساند.
- به پیگیری دقیق و بررسی برای قطع احتمالی دواها پس از بین رفتن تشنج به مدت حداقل دو سال ادامه دهید.

اختلالات روان و رفتار در کودکان و نوجوانان

Child and Adolescent Mental & Behavioral Disorders (CMH)

اختلالات عاطفی یکی از عوامل اصلی بار جهانی امراض صحت روان در جوانان پنداشته میشود. این نوع اختلالات با افزایش سطح اضطراب، افسردگی، ترس و اعراض جسمی (فیزیکی) مشخص می شود.

کودکان و نوجوانان اغلباً با اعراض بیشتر از یک حالت مریضی ظاهر می شوند و گاهی اوقات این تظاهرات با هم همپوشانی دارند. محیط آموزشی خانه و جامعه بالای بهبود و عملکرد کودکان و نوجوانان تأثیر می گذارد. بررسی و پرداختن به عوامل استرس زای روانی اجتماعی و ایجاد فرصت ها برای حمایت و پشتیبانی از فرد، از عناصر حیاتی ارزیابی و مدیریت این نوع افراد شمرده میشود.

این مادیول ارزیابی و مدیریت اختلالات رشدی، رفتاری و عاطفی در کودکان و نوجوانان را پوشش می دهد.

اختلال رشد اصطلاحی است که تشوشات مانند ناتوانی ذهنی و همچنان اختلالات طیف اوتیسم را پوشش می دهد. این اختلالات معمولاً در دوران کودکی رخ میدهند و با اختلال یا تأخیر در عملکردهای مرتبط به پختگی سیستم عصبی مرکزی و سیر ثابت (به عوض دوره های بهبودی و عودها که معمولاً مشخصه بسیاری از اختلالات روانی دیگر هستند) مشخص میشود.

اختلالات رفتاری یک اصطلاح کلی است که شامل اختلالات ویژه مانند اختلال فرط فعالیت با نقص توجه (ADHD) و اختلالات سلوک میشود. اعراض و علایم رفتاری با درجات مختلف و شدت های متفاوت در جامعه بسیار شایع است. فقط کودکان و نوجوانانی را که با درجات متوسط تا شدید اختلال روانی، اجتماعی، آموزشی یا شغلی در محیط های مختلف دارند، باید به داشتن اختلالات رفتاری تشخیص داده شوند.

CMH « مرور سریع



ارزیابی

- مشکلات رشد را ارزیابی کنید.
- مشکلات ناشی از بی توجهی یا فعالیت بیش از حد را ارزیابی کنید.
- مشکلات عواطف را ارزیابی کنید.
- اگر فرد یک نوجوان باشد، افسردگی متوسط تا شدید را نزدش ارزیابی کنید
- رفتار بی اعتنایی، نافرمانی و پرخاشگرانه مکرر را ارزیابی کنید
- موجودیت سایر اختلالات برتر MNS را بررسی کنید
- محیط خانه را ارزیابی کنید
- محیط مکتب را ارزیابی کنید



مدیریت

پروتوکول های مدیریت

1. تاخیر و اختلال رشد
2. مشکلات رفتاری
3. اختلال بی توجهی و فعالیت بیش از حد (ADHD)
4. اختلال سلوک
5. مشکلات احساسات
6. اختلالات عاطفه و افسردگی متوسط تا شدید در نوجوانان

مداخلات روانی اجتماعی



پیگیری

جدول 1: تظاهرات معمول اختلالات روان و رفتار کودکان و نوجوانان بر اساس گروپ سنی
این تظاهرات ممکن توسط مراقبت کننده یا خود شخص گزارش شود یا در جریان پروسه ارزیابی آنرا مشاهده کنید.

گروپ سنی	اختلالات رشدی	اختلالات رفتار	اختلالات عاطفی
نوزادان و کودکان خردسال (سن کمتر از پنج سال)	تغذیه ضعیف و نامناسب، رشد نکردن، قدرت حرکی ضعیف، تأخیر در رسیدن به سطح رشد مورد انتظار نظر به سن (مانند لبخند زدن، نشستن، تعامل با دیگران، اشتراک گذاری توجه، راه رفتن، صحبت کردن و آموزش تشناب رفتن).		- گریه زیاد، دلبندی بیش از حد به مراقبت کننده، ساکت ماندن (بسیار ثابت نگه داشتن حرکات بدن و سکوت) و یا عصبانیت - شرم زیاد یا تغییرات در عملکرد (مثلاً تر کردن بستر یا بی اختیاری دفع مدفوع یا مکیدن انگشت شست) - عدم آغاز بازی کردن و تعامل اجتماعی - مشکلات خواب و غذا خوردن
کودک دوران میانسالی (6-12 سالگی)	- تأخیر در خواندن و نوشتن - تأخیر در مراقبت از خود مانند لباس پوشیدن، حمام کردن، مسواک زدن	سنین 4-18 سالگی - فعالیت بیش از حد: دویدن بیش از حد، مشکلات شدید در نشستن، صحبت بیش از حد یا حرکات بی قرار - بی توجهی بیش از حد، غیابت از مکتب، توقف مکرر کارها قبل از اتمام آن و تغییر به فعالیت های دیگر - تکرر بیش از حد: انجام مکرر کارها بدون فکر قبلی - رفتارهای مکرر و مداوم که دیگران را آزار می دهد (مانند عصبانیت های شدید و غیرمعمول، رفتار ظالمانه، نافرمانی شدید و مداوم، دزدی) - تغییرات ناگهانی در رفتار یا روابط با همسالان، از جمله گوشه گیری و عصبانیت	- اعراض جسمی مکرر و غیر قابل توضیح (مانند معده درد، سردرد، حالت تهوع) - بی میلی یا امتناع از رفتن به مکتب - خجالتی شدید یا تغییر در عملکرد (مثلاً تر کردن بستر یا بی اختیاری دفع مدفوع یا مکیدن انگشت شست)
نوجوانان (13-18 سالگی)	- عملکرد ضعیف در مکتب - مشکل در درک و اخذ هدایات - مشکل در تعامل اجتماعی و سازگاری با تغییرات روزمره		- مشکلات خلقی (مزاجی)، اضطراب یا نگرانی (مانند خلق و خوی مخرش، زود آزرده شدن، ناامید یا افسرده شدن، آمدن تغییرات شدید یا سریع و غیرمنتظره در خلق، طغیان های عاطفی)، پریشانی بیش از حد - تغییرات در عملکرد (مانند مشکل در تمرکز، عملکرد ضعیف در مکتب، تمایل به گوشه نشینی یا ماندن در خانه)
همه سنین	- مشکل در انجام فعالیت های روزانه که نظر به سن فرد عادی تلقی می شود. مشکل در درک دستورالعمل ها؛ مشکل در تعاملات اجتماعی و سازگاری با تغییرات؛ مشکلات یا موارد عجیب و غریب در ارتباطات؛ رویه محدود کننده یا تکراری رفتار، علایق و فعالیت ها		- ترس بیش از حد، اضطراب یا اجتناب از موقعیت ها یا اشیاء خاص (مانند جدایی از مراقبت کنندگان، موقعیت های اجتماعی، حیوانات یا حشرات خاص، ارتفاعات، فضاهای بسته، دیدن خون یا جرحه) - تغییر در عادات خواب و غذا خوردن - کاهش علاقه یا مشارکت در فعالیت ها - رفتار مخالف یا توجه جویانه

ارزیابی – CMH-01



تظاهرات معمول اختلالات روانی و رفتاری کودکان و نوجوانان

- **کودک/نوجوانی که بخاطر شکایات فیزیکی یا ارزیابی صحت عمومی مورد معاینه و ارزیابی قرار میگیرد و دارای موارد ذیل باشد:**
 - شکایات معمول اختلالات عاطفی، رفتاری یا رشدی (به جدول 1 مراجعه کنید).
 - عوامل خطر از قبیل سوء تغذیه، مورد سوء استفاده و یا بی توجهی، بیماری های مکرر، امراض مزمن (مانند HIV/AIDS یا سابقه زایمان اختلاطی).
- **نگرانی های مراقبت کنندگان در مورد کودک/نوجوان:**
 - مشکل در همگامی با همسالان یا انجام فعالیت های روزانه که نظر به سن طبیعی تلقی می شوند
 - رفتار (به طور مثال بیش از حد فعال، پرخاشگر، داشتن عصبانیت های مکرر و یا شدید، تمایل بیش از حد به تنهایی، امتناع از انجام فعالیت های منظم یا رفتن به مکتب)
- **نگرانی های معلم در مورد کودک/نوجوان:**
 - مثلاً به راحتی حواس خود را از دست میدهد، در صنف اخلاص ایجاد می کند، معمولاً دچار مشکلات در صنف می شود، مشکل در تکمیل کار خانگی ها
- **نگرانی های کارکن صحتی جامعه یا خدمات اجتماعی در مورد کودک/نوجوان:**
 - به گونه مثال. رفتار قانون شکنی، پرخاشگری فیزیکی در خانه یا جامعه



- به نوجوانان باید همیشه فرصت ملاقات به تنهایی و بدون حضور مراقبان فراهم گردد.
- ماهیت بحث محرمانه را به فرد و مراقبت کننده واضح سازید.
- مشخص کنید که تحت کدام شرایطی به والدین یا سایر بزرگسالان در مورد فرد معلومات داده می شود.
- شکایت ارائه شده را با کودک/نوجوان و مراقبت کننده آن بررسی کنید

1

برای مشکلات رشدی مورد ارزیابی قرار دهید

همه بخشها - عملکرد های حرکتی، شناختی، اجتماعی، ارتباطی و سازگاری فرد را ارزیابی کنید

برای کودکان بزرگتر و نوجوانان:

برای کودکان نوپا و خردسالان:

آیا در مکتب (یادگیری، خواندن و نوشتن)، برقراری ارتباط و تعامل با دیگران، مراقبت از خود و فعالیت های روزمره خانه دچار مشکلات هستند؟

آیا کودک در تمام معیارات رشدی نظر به سن دچار مشکلات است؟

به مرحله 2 بروید

نخیر

بلی

احتمال اختلالات رشدی وجود دارد

آیا اعراض و علایمی وجود دارد که نشان دهنده یکی از موارد ذیل باشد:

- کمبود مواد مغذی، از جمله کمبود آیودین
- سوء تغذیه
- کم خونی
- امراض انتانی حاد یا مزمن، از جمله انتانات گوش و HIV/AIDS

نخیر

بلی

حالت های مربوطه را با استفاده از رهنمود مدیریت جامع امراض دوران طفولیت (IMCI) (www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet) یا سایر رهنمود های موجود بررسی و مدیریت کنید.

کودک را از نظر اختلال بینایی و یا شنوایی مورد ارزیابی قرار دهید

- | | |
|--|--|
| <p>برای ارزیابی بینایی، ببینید آیا کودک در موارد ذیل مشکلات دارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - چرخاندن سر به عقب تا کسی را که پشت سر آنها صحبت میکنند، ببیند - به صدای بلند واکنش نشان دهد - در صورت نوزاد، صداهای مختلف (تاتاء، دادا، بابا) زیاد تولید کند | <p>برای ارزیابی شنوایی، ببینید آیا کودک در موارد ذیل مشکلات دارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - با چشمان شما نگاه کند - یک جسم متحرک را با سر و چشم دنبال کند - یک شی را به دست خود بگیرد - افراد آشنا را تشخیص دهد |
|--|--|

نخیر

بلی

برای ارزیابی بیشتر با یک متخصص مشورت کنید

به پروتوکول 01 مراجعه نمایید

2

برای بی توجهی و فرط فعالیت مورد ارزیابی قرار دهید

آیا کودک/نوجوان:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - به راحتی حواسش پراکنده می شود، آیا در انجام وظایف مشکل دارد؟ - با بی قراری حرکت می کند؟ | <ul style="list-style-type: none"> - بیش از حد فعال است؟ - نمی توانند برای مدت طولانی بی حرکت بمانند؟ |
|--|---|

بلی

نخیر

به مرحله 3 بروید

آیا اعراض معند و شدید هستند و باعث ایجاد مشکل قابل ملاحظه در عملکرد روزانه می شوند؟ آیا همه موارد ذیل درست است؟

- آیا اعراض در چندین محیط متفاوت وجود دارد؟
- آیا حداقل 6 ماه دوام آورده اند؟
- آیا اعراض نظر به سطح رشد کودک و یا نوجوان نامناسب هستند؟
- آیا کارکرد روزانه در زمینه های شخصی، خانوادگی، اجتماعی، آموزشی، شغلی یا دیگر ساحات دچار مشکلات قابل توجه است؟

بلی

نخیر

احتمال ADHD نمیروود

مشکلات رفتار را مدنظر بگیرید

به پروتوکول 2 مراجعه نمایید

به مرحله 3 بروید

احتمال ADHD میروود

مشکلات فیزیکی که می تواند شبیه ADHD باشد، را رد کنید.

آیا کودک/نوجوان دارای یکی از موارد ذیل است:

- امراض تیروئید
- امراض انتانی حاد یا مزمن، از جمله HIV/AIDS
- درد کنترل نشده به طور مثال انتانات گوش، بیماری سلول داسی شکل

نخیر

بلی

مشکلات فیزیکی را مدیریت کنید

به پروتوکول 3 مراجعه نمایید

3

اختلال سلوک (Conduct Disorder) را ارزیابی کنید

آیا کودک/نوجوان رفتارهای پرخاشگرانه، نافرمانی یا سرکشی مکرر از خود نشان می دهد، بطور مثال:

- بحث و مشاجره کردن با بزرگان
- سرپیچی یا امتناع از انجام درخواست آنها یا قوانین
- تحریک پذیری یا عصبانیت شدید
- اوقات تلخی مکرر و شدید
- داشتن مشکل در کنار آمدن با دیگران
- رفتار تحریک آمیز
- سطح بیش از حد دعوا یا قلدری
- ظلم به حیوانات یا مردم
- تخریب شدید اموال، آتش افروزی
- دزدی، دروغگویی مکرر، فرار از مکتب، فرار از منزل



بلی

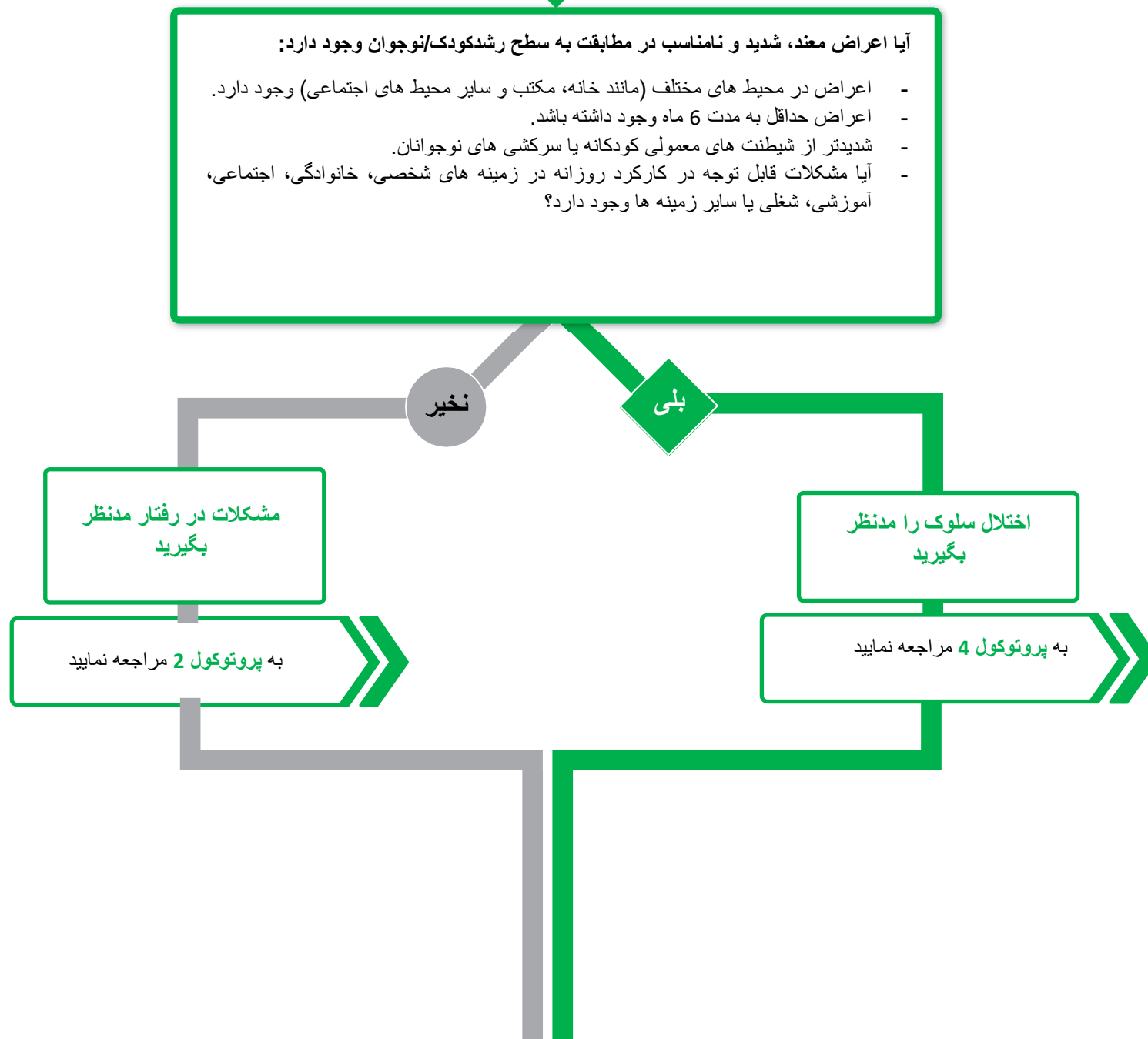
نخیر

اختلال سلوک بعید است

به مرحله 4 بروید

**نکته کلینیکی:** رفتار مخرب یا چالش برانگیز مطابق به سن در کودکان و نوجوانان

کودکان نوپا و خردسال (سن 18 ماه - 5 سال)	- امتناع از انجام کاری که به آنها گفته می شود، زیر پا گذاشتن قوانین، مشاجره، شکایت کردن، اغراق کردن، گفتن چیزهایی که درست نیست، انکار از انجام هر کار اشتباه، پرخاشگری فزینی و سرزنش دیگران برای رفتار نادرست خود. - عصبانیت‌های کوتاه (طغیان‌های مزاجی همراه با گریه، جیغ زدن، کتک زدن و غیره) که معمولاً کمتر از 5 دقیقه و بیشتر از 25 دقیقه طول نمی کشد، معمولاً کمتر از 3 بار در هفته رخ می دهند. عصبانیت‌های معمول رشدی نباید منجر به خودآزاری یا پرخاشگری فزینی مکرر نزد دیگران شود و کودک معمولاً پس از آن می تواند خود را آرام احساس کند.
دوران کودکی میانی (6-12 سالگی)	- پرهیز یا تأخیر در پیروی از دستورالعمل ها، بحث یا مشاجره با بزرگسالان یا سایر کودکان، گهگاه از دست دادن عصبانیت.
نوجوانان (سن 13-18 سالگی)	- آزمودن قوانین و محدودیت ها، گفتن اینکه قوانین و محدودیت ها ناعادلانه یا غیرضروری هستند، گاهی اوقات بی ادبی، نادیده انگاشتن، بحث و جدل یا سرکشی با بزرگسالان.



4

اختلالات عاطفی را ارزیابی نمایید

(پیشانی طولانی مدت و ناتوان کننده شامل غم و اندوه، ترس، اضطراب یا تحریک پذیری)

پرسید که آیا کودک/نوجوان:

- اغلباً احساس تحریک پذیری، به راحتی آزرده شدن، ناراحتی یا غمگین شدن را دارد؟
- علاقه و یا لذت بردن از فعالیت ها را از دست داده است؟
- نگرانی های زیادی دارد یا اکثر اوقات نگران به نظر می رسد؟
- ترس زیادی دارد یا به آسانی می ترسد؟
- معمولاً از سردردی، درد معده یا امراض مزمن شکایت دارد؟
- معمولاً ناراضی، ناراحت یا گریان است؟
- از موقعیت های خاص اجتناب می کند یا به شدید از آنها متنفر است (مانند جدایی از مراقبت کنندگان، ملاقات با افراد جدید یا فضاهای بسته)؟

بلی

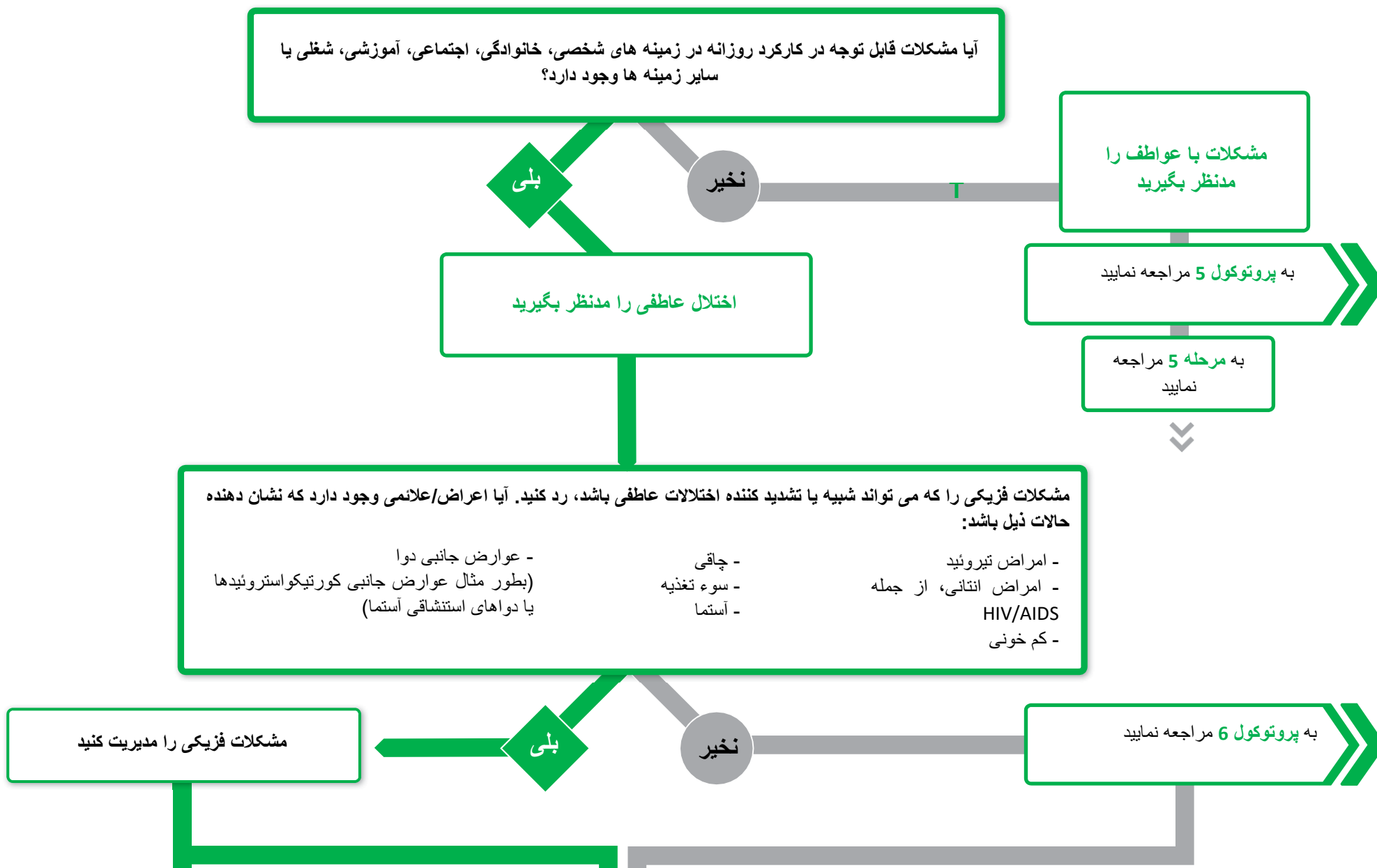
نخیر

به مرحله 5 مراجعه نمایید

نکته کلینیکی: ترس و اضطراب مطابق به سن در کودکان و نوجوانان

نوزادان و کودکان نوپا (سن 9 ماه تا 2 سال)	- ترس از بیگانه ها، ناراحتی هنگام جدا شدن از مراقبان
کودکان خردسال (2 تا 5 سال)	- ترس از طوفان، آتش، آب، تاریکی، کابوس و حیوانات
دوران کودکی میانی (6-12 سالگی)	- ترس از هیولا، ارواح، میکروب ها، آفات طبیعی، امراض جسمی و ترخیص شدید - اضطراب در مورد مکتب یا اجرای برنامه در مقابل دیگران
نوجوانان (13-18 سالگی)	- ترس از رد شدن توسط همسالان، انجام فعالیت در مقابل دیگران، امراض جسمی، اقدامات طبی، فجایع (مانند جنگ، حمله تروریستی، آفات طبیعی)





در نوجوانان افسردگی متوسط و شدید را ارزیابی نمایید.

آیا نوجوان مشکلات مزاجی دارد (احساس تحریک پذیری، ناراحتی یا غمگینی) یا علاقه به فعالیت ها یا لذت بردن از فعالیت ها را از دست داده است؟

بلی

نخیر

به مرحله 5 بروید

آیا نوجوان در 2 هفته گذشته در بیشتر روزها چندین مورد از اعراض اضافی ذیل را داشته است؟

- مختل شدن خواب یا خواب زیاد
- تغییر قابل توجه در اشتها یا وزن (کاهش یا افزایش)
- احساس بی ارزش بودن یا احساس گناه بیش از حد
- خستگی یا از دست دادن انرژی
- کاهش تمرکز
- بلا تکلیفی (عدم تصمیم گیری)
- آشفتگی قابل مشاهده یا بی قراری فیزیکی
- صحبت کردن یا حرکت کردن آهسته تر از حد معمول
- ناامیدی
- افکار یا اعمال خودکشی

آیا مشکلات قابل توجه در کارکرد روزانه در زمینه های شخصی، خانوادگی، اجتماعی، آموزشی، شغلی یا دیگر موارد، موجود است؟

بلی

نخیر

مشکلات با عواطف را مد نظر بگیرید

به پروتوکول 5 مراجعه نمایید

به مرحله 5 بروید

نکته کلینیکی:

هزینات یا برسامات ممکن وجود داشته باشد. در صورت موجودیت آن، تداوی افسردگی باید در تطابق به آن تنظیم شود. با یک متخصص مشورت کنید



افسردگی را مدنظر بگیرید

سابقه دوره های شیدایی (مانیا) و واکنش طبیعی به ضایعات عمده اخیر را رد کنید. به « DEP مراجعه کنید.

به پروتوکول 6 مراجعه نمایید

5

سایر اختلالات برتر MNS را ارزیابی نمایید

اگر خطر قریب الوقوع خودکشی وجود دارد، قبل از ادامه، این خطر را ارزیابی و مدیریت کنید. به « SUI مراجعه نمایید.

آیا همزمان اختلالات دیگر MNS وجود دارد؟ بر اساس ماستر چارت mhGAP-IG ارزیابی نمایید. به « MC مراجعه کنید.

- ارزیابی اختلالات ناشی از مصرف مواد را فراموش نکنید. به « SUB مراجعه کنید.
- برای کودکانی که دچار تاخیر/اختلالات رشدی هستند، ارزیابی صرع را فراموش نکنید. به « EPI مراجعه کنید.

نخیر

بلی

اختلالات همزمان MNS را ارزیابی و مدیریت کنید.

نکته کلینیکی:

حالات هشدار دهنده بدرفتاری با کودکان

حالات کلینیکی

- آزار و اذیت جسمی
 - ترصیضات (مانند کبودی، سوختگی، آثار خفک شدن یا آثار صدمات ناشی از کمر بند، شلاق، چوب زدن یا سایر اشیاء)
 - هرگونه ترصیض جدی یا غیر عادی بدون علت واضح یا با توضیحات نامناسب
- آزار و اذیت جنسی
 - صدمات یا جروح ناحیه تناسلی یا مقعدی که از نظر طبی قابل توضیح نیستند
 - انتانات مقاربتی یا بارداری
 - رفتار تمایل جنسی (مانند داشتن فهم و دانش مسایل جنسی که مناسب سن نباشد)
- بی توجهی
 - پوشاک بیش از حد کثیف و نامناسب
 - علائم سوء تغذیه، حفظ الصحة ضعیف دندانها
- آزار و اذیت عاطفی و سایر اشکال بدرفتاری
 - هر تغییر ناگهانی یا قابل توجهی در رفتار یا وضعیت عاطفی کودک/نوجوان که با علت دیگری بهتر توضیح داده نشود، مانند:
 - ترس غیرمعمول یا پریشانی شدید (مثلاً گریه تسلی ناپذیر)
 - خود آزاری یا کناره گیری اجتماعی
 - پرخاشگری یا فرار از خانه
 - محبت جویی بیش از حد از بزرگسالان
 - ایجاد رفتارهای جدید بی اختیاری دفع مدفوع و تر کردن بستر (تبول)، مکیدن انگشت شست

جنبه های تعامل و رفتار مراقبت کننده با کودک/نوجوان

- رفتار مداوم بدون واکنش، به ویژه نسبت به نوزاد (مثلاً عدم ارائه آرامش یا مراقبت در زمانی که کودک/نوجوان ترسیده، آسیب دیده یا فرد باشد)
- رفتار خصمانه یا رد کننده
- استفاده از تهدیدهای نامناسب (مثلاً رها کردن کودک/نوجوان) یا روش های سخت انضباطی

6

محیط و شرایط خانه را ارزیابی نمایید



آیا مشکلات عاطفی، رفتاری یا رشدی، عکس العملی در مقابل یک وضعیت ناراحت کننده یا ترسناک است یا توسط این وضعیت تشدید می شوند؟

موارد ذیل را ارزیابی نمایید:

- ویژگی های کلینیکی یا هر مورد از تاریخچه کلینیکی که نشان دهنده بدرفتاری یا قرار گرفتن در معرض خشونت باشد (به نکته کلینیکی مراجعه نمایید).
- هر گونه عوامل استرس زای شدید اخیر یا مداوم (مانند مریضی یا مرگ یکی از اعضای خانواده، شرایط دشوار زندگی و مالی، مورد آزار و اذیت قرار گرفتن یا آسیب دیدن).

بلی

نخیر

نکته کلینیکی:

- مستقیماً از کودک/نوجوان درمورد مواجه شدن ها پرسید، مخصوصاً زمانی که از نظر رشدی مناسب و بی خطر باشد (مثلاً در عدم حضور مراقبی که ممکن مرتکب بدرفتاری شده باشد).
- همیشه باید به نوجوانان این فرصت داده شود که بدون حضور مراقبت کننده ملاقات شوند.

- در صورت لزوم به خدمات حفاظت از کودک راجع کنید
- عوامل استرس زا را بررسی و مدیریت کنید
- به عنوان اولویت اول از امنیت و مصونیت کودک/نوجوان اطمینان حاصل نمایید
- به کودک/نوجوان اطمینان دهید که همه کودکان/نوجوانان باید از آزار و اذیت محافظت شوند
- اطلاعاتی در مورد محل جستجوی کمک برای هرگونه سوء استفاده مداوم ارائه دهید.
- کمک و حمایت اضافی از جمله راجع ساختن به متخصص را تنظیم نمایید.
- با منابع قانونی و جامعه، در صورت لزوم و مطابق نیازمندی، تماس بگیرید.
- مداخلات روانی اجتماعی اضافی را در نظر بگیرید.
- از پیگیری منظم اطمینان حاصل نمایید.

نکته کلینیکی:

اختلال افسردگی در مراقبت کنندگان می تواند اختلالات عاطفی، رفتاری یا رشدی را در کودکان/نوجوانان بدتر سازد.



آیا مراقبت کنندگان دارای کدام نوع اختلال برتر MNS که بر توانایی آنها در مراقبت از کودک/نوجوان تأثیر میگذارد، هستند؟
خصوصاً افسردگی و اختلالات ناشی از مصرف مواد را در نظر بگیرید

نخیر

بلی

اختلالات MNS مراقبت کننده را ارزیابی و مدیریت کنید.

به مدیریت 2.6 (حمایت مراقبت کننده) مراجعه نمایید

آیا کودک فرصت های کافی برای بازی و تعامل/ارتباط اجتماعی در خانه پیدا می کند؟
سوالات ذیل را در نظر بگیرید:

- کودک بیشتر وقت خود را با چه کسانی می گذراند؟
- شما/آنها چگونه با کودک بازی می کنید/می کنند؟ چند دفعه؟
- شما/آنها چگونه با کودک ارتباط برقرار می کنید/می کنند؟ چند بار؟

نخیر

بلی

- در مورد تحریک پذیری و فرزندپروری در تناسب با سن توصیه و مشورت ها ارائه کنید. به مراقبت از رشد کودک مراجعه کنید
http://www.who.int/maternal_child_adolescence/documents/care_child_development/en
- نیاز به حمایت اضافی از کودک از جمله ارجاع به خدمات حمایت از کودک در جایی که در دسترس باشد، را در نظر بگیرید

7

محیط مکتب را ارزیابی کنید

آیا کودک/نوجوان شامل مکتب میباشد؟

بلی

نخیر

- در مورد خدمات آموزشی و آموزش مراقبت کننده در باره اهمیت نگه داشتن کودک/نوجوان در مکتب تا حد امکان، معلومات ارائه کنید.

آیا کودک/نوجوان:

- مورد آزار و اذیت، انتقاد یا مورد تمسخر قرار گرفته است؟
- قادر به شرکت و یادگیری نیست؟
- مکتب را نمی خواهند یا از حضور در مکتب امتناع میورزد؟

نخیر

بلی

- پس از کسب رضایت، با معلمان و سایر کارمندان مکتب ارتباط برقرار کنید. به مدیریت (2.7) مراجعه نمایید.
- در صورت غیابت از مکتب، سعی کنید به کودک/نوجوان کمک کنید تا در اسرع وقت به مکتب بازگردد و دلایل غیابت را بررسی کنید.

به CMH 2 (مدیریت) مراجعه نمایید

نکته کلینیکی

- مستقیماً از کودک/نوجوان در مورد مواجه شدن ها پرسید، مخصوصاً زمانی که از نظر رشدی مناسب و بی خطر باشد.





پروتوکول 01	پروتوکول 02	پروتوکول 03
تاخیر/ اختلال در رشد	مشکلات در رفتار	کاهش توجه و اختلال فرط فعالیت
- در مورد بهزیستی اطفال/نوجوانان رهنمایی کنید. (2.1) - آموزش های روانی برای فرد، مراقبت کننده گان و مشوره تربیت اولاد را ارائه کنید. رهنمای در مورد بهبود رفتار فراهم سازید. (2.2 و 2.3) - عوامل استرس زا را ارزیابی و مدیریت کنید، استرس را کم نموده، حمایت اجتماعی را قوت ببخشید. - همراه استادان و دیگر کارمندان اداری مکتب ارتباط برقرار کنید. (2.7) - با دیگر منابع موجود در جامعه ارتباط برقرار کنید. - پیگیری و تعقیب نمایید. - در مورد بهزیستی اطفال/نوجوانان رهنمایی کنید. (2.1) - در رابطه به بهبود رفتار رهنمایی کنید. (2.3) - عوامل استرس زا را ارزیابی و مدیریت کنید، استرس را کم نموده، حمایت اجتماعی را قوت ببخشید. - همراه استادان و دیگر کارمندان اداری مکتب ارتباط برقرار کنید. (2.7) - با دیگر منابع موجود در جامعه ارتباط برقرار کنید. - در صورت امکان، آموزش مهارت های والدین را در نظر بگیرید. (2.8) - در صورت امکان، مداخلات رفتاری را در نظر بگیرید. (2.8) - اگر روش های درمانی فوق الذکر موثر واقع نشد و طفل/نوجوانان هنوز هم علایم از کاهش توجه و اختلال فرط فعالیت داشت؛ در صورتیکه حد اقل ۶ ساله باشند، برای تداوی با میتایل فینیدیت به داکتر متخصص راجع کنید. - مطمئن شدن از پیگیری مناسب در هر سه ماه و یا هم در صورت ضرورت بیشتر از آن.	- در مورد بهزیستی اطفال/نوجوانان رهنمایی کنید. (2.1) - در رابطه به بهبود رفتار رهنمایی کنید. (2.3) - عوامل استرس زا را ارزیابی و مدیریت کنید، استرس را کم نموده، حمایت اجتماعی را قوت ببخشید. - همراه استادان و دیگر کارمندان اداری مکتب ارتباط برقرار کنید. (2.7) - با دیگر منابع موجود در جامعه ارتباط برقرار کنید. - پیگیری و تعقیب نمایید. - در مورد بهزیستی اطفال/نوجوانان رهنمایی کنید. (2.1) - در رابطه به بهبود رفتار رهنمایی کنید. (2.3) - عوامل استرس زا را ارزیابی و مدیریت کنید، استرس را کم نموده، حمایت اجتماعی را قوت ببخشید. - همراه استادان و دیگر کارمندان اداری مکتب ارتباط برقرار کنید. (2.7) - با دیگر منابع موجود در جامعه ارتباط برقرار کنید. - پیگیری و تعقیب نمایید. - در مورد بهزیستی اطفال/نوجوانان رهنمایی کنید. (2.1) - در رابطه به بهبود رفتار رهنمایی کنید. (2.3) - عوامل استرس زا را ارزیابی و مدیریت کنید، استرس را کم نموده، حمایت اجتماعی را قوت ببخشید. - همراه استادان و دیگر کارمندان اداری مکتب ارتباط برقرار کنید. (2.7) - با دیگر منابع موجود در جامعه ارتباط برقرار کنید. - پیگیری و تعقیب نمایید. - در مورد بهزیستی اطفال/نوجوانان رهنمایی کنید. (2.1) - در رابطه به بهبود رفتار رهنمایی کنید. (2.3) - عوامل استرس زا را ارزیابی و مدیریت کنید، استرس را کم نموده، حمایت اجتماعی را قوت ببخشید. - همراه استادان و دیگر کارمندان اداری مکتب ارتباط برقرار کنید. (2.7) - با دیگر منابع موجود در جامعه ارتباط برقرار کنید. - پیگیری و تعقیب نمایید.	- در مورد بهزیستی اطفال/نوجوانان رهنمایی کنید. (2.1) - آموزش های روانی برای فرد، مراقبت کننده گان و مشوره تربیت اولاد را ارائه کنید. رهنمای در مورد اختلال رشدی فراهم سازید. (2.2 و 2.3) - حمایت از مراقبت کنندگان را فراهم کنید. (2.6) - همراه استادان و دیگر کارمندان اداری مکتب ارتباط برقرار کنید. (2.7) - برقراری ارتباط با منابع موجود در جامعه، بطور مثال توانبخشی مبتنی بر جامعه. - در صورت امکان، آموزش مهارت های والدین را در نظر بگیرید. (2.8) - اطفال دارای اختلالات رشدی هستند را برای معاینات بیشتر، مشوره گیری برای تداوی و چگونگی مراقبت های خانگی به داکتر متخصص راجع کنید. - مطمئن شدن از پیگیری مناسب در هر سه ماه و یا هم در صورت ضرورت بیشتر از آن. - تداوی دوايي تجویز نکنید.

پروتوکول 06	پروتوکول 05	پروتوکول 04
اختلال عاطفی یا افسردگی	مشکلات در عواطف	اختلال در سلوک
- تداوی دوابی را بعنوان اولین مرحله تداوی، در نظر نگیرید. - تداوی دوابی را برای اطفال که کمتر از 12 سال سن دارند، تجویز نکنید. - در مورد بهزیستی اطفال/نوجوانان رهنمایی کنید. (2.1) - ارائه آموزش های روانی برای افراد و مراقبت کننده گان. (2.2 و 2.5) - حمایت از مراقبت کننده گان را فراهم کنید. (2.6) - همراه استادان و دیگر کارمندان اداری مکتب ارتباط برقرار کنید. (2.7) - با دیگر منابع موجود در جامعه ارتباط برقرار کنید. - عوامل استرس زا را ارزیابی و مدیریت کنید، استرس را کم نموده، حمایت اجتماعی را قوت ببخشید. - در صورت امکان، آموزش مهارت های والدین را در نظر بگیرید. (2.8) - ارجاع برای مداخله رفتاری یا درمان بین فردی را در نظر بگیرید. - هرگاه مداخلات روانی غیر موثر شوند، در مورد تجویز فلوگزیتین (نه دیگر SSRIs یا TCAs) با یک متخصص مشوره کنید. برای جزئیات ادویه به بخش DEP مراجعه نمایید. - پیگیری مناسب را در ماه یکبار یا بیشتر حسب نیاز در نظر بگیرید.	- در مورد بهزیستی اطفال/نوجوانان رهنمایی کنید. (2.1) - ارائه آموزش های روانی برای فرد، مراقبت کننده گان و مشوره تربیت اولاد. (2.2) - عوامل استرس زا را ارزیابی و مدیریت کنید، استرس را کم نموده، حمایت اجتماعی را قوت ببخشید. - همراه استادان و دیگر کارمندان اداری مکتب ارتباط برقرار کنید. (2.7) - با دیگر منابع موجود در جامعه ارتباط برقرار کنید.	- در مورد بهزیستی اطفال/نوجوانان رهنمایی کنید. (2.1) - ارائه آموزش های روانی برای فرد، مراقبت کننده گان و مشوره تربیت اولاد. (2.2) - در رابطه به بهبود رفتار رهنمایی کنید. (2.3) - عوامل استرس زا را ارزیابی و مدیریت کنید، استرس را کم نموده، حمایت اجتماعی را قوت ببخشید. - حمایت از مراقبت کننده گان را فراهم کنید. (2.6) - همراه استادان و دیگر کارمندان اداری مکتب ارتباط برقرار کنید. (2.7) - در صورت امکان، آموزش مهارت های والدین را در نظر بگیرید. (2.8) - با دیگر منابع موجود در جامعه ارتباط برقرار کنید. - از پیگیری مناسب در هرسه ماه و یا هم در صورت ضرورت بیشتر از آن اطمینان حاصل نمایید. - در صورت امکان، مداخلات رفتاری را در نظر بگیرید. (2.8) - تداوی دوابی تجویز نکنید.

برای تمام مراقبینی که با رفتار فرزند اطفال/نوجوان خود مشکل داشته باشند،
 رهنمایی برای بهبود رفتار آنها ارائه شود
 ، ولو اگر به کدام اختلال رفتاری مشکوک نباشید.



مداخلات روانی اجتماعی

2.1: رهنمایی برای بهبود صحت‌مندی و عملکرد اطفال و نوجوانان:

میتوانید این رهنمایی‌ها را به همه اطفال، نوجوانان،
 مراقبین و حتی برای کسانی که مشکوک به اختلال نباشند
 ارائه نمایید.



مراقبت کنندگان را تشویق کنید تا:

- یک مدت زمان را با اطفال خویش در انجام فعالیت‌های تفریحی و لذت بخش سپری کنند. همراه اطفال و نوجوانان خویش صحبت و تفریح نمایند.
 - نمونه‌های از تفریح و بازی‌ها با اطفال و نوجوانان را میتوانند از لینک ذیل بدست آرید:
- http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/
- سخنان اطفال و نوجوانان خویش را بشنوند و طوری وانمود کنند که آنها را درک نموده و به ایشان احترام قابل هستند.
 - ایشان را از هر نوع بد رفتاری، خشونت و یا قلدری که در خانه، مکتب و یا جامعه در معرض آن قرار میگیرند، محافظت نمایند.
 - تحولات عمده زندگی چون (به سن بلوغ رسیدن، شروع کردن مکتب و یا هم تولد خواهر یا برادر) را پیش بینی کرده و ایشان را حمایت کنید.

اطفال و نوجوانان را تشویق کنید تا:

- به اندازه کافی بخوابند: سعی کنند که به خواب منظم عادت کنند. از اطاق خواب تلویزیون و دیگر وسایل الکترونیکی که اسکرین دارند را دور کنند.
- بطور منظم غذا بخورند: تمام اطفال و نوجوانان ضرورت دارند تا همه روزه در کنار سه وقت غذا (صبح، چاشت و شب) منظم غذای‌های مختصر نیز اخذ نمایند.

- فعالیت فیزیکی داشته باشند: در صورت امکان، اطفال و نوجوانان که بین ۵ الی ۱۷ سال سن دارند همه روزه در جریان فعالیت‌های روزمره شان ۶۰ دقیقه و یا بیشتر از آن فعالیت فیزیکی داشته باشند بطور مثال تفریح و یا سپورت کنند. نمونه‌های از فعالیت‌های فیزیکی را در لینک ذیل مشاهده نمایید:

www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations5_17years

- تا حد امکان در مکتب، جامعه و دیگر فعالیت‌های اجتماعی سهم فعال داشته باشند.
- وقت کافی را با خانواده و دوستان قابل اعتماد خویش سپری کنند.
- از الکل، مواد مخدر و نیکوتین دوری نمایند.

2.2: آموزش روانی برای فرد، مراقبت کننده و مشوره‌ها برای تربیت فرزند (فرزند پروری)

- در صورت لزوم تاخیر و یا اختلال را به مراقبت کنندگان، اطفال و نوجوانان توضیح دهید و ایشان را کمک کنید که نقاط قوت و منابع را تشخیص نمایند.
- مراقبت کنندگان، اطفال و نوجوانان را بخاطر سعی و تلاش شان تحسین و تمجید کنید.
- برای مراقبت کنندگان توضیح دهید که تربیت اطفال و نوجوانان با توجه به تاخیر یا اختلال در عواطف، رفتار و نشو و نما میتواند رضایت بخش باشد اما در عین حال خیلی چالش برانگیز نیز میباشد.
- برای مراقبت کنندگان توضیح دهید، که اشخاص را که مبتلا به اختلالات روان هستند بخاطر داشتن اختلال مقصر نشمارند و سرزنش نکنند. مراقبت کنندگان را تشویق کنید که به بسیاری مهربانی، محبت، عشق و با روحیه همکاری با افراد مبتلا با اختلالات روان برخورد نمایند.
- حقوق انسانی فرد و خانواده او را رعایت و بهبود بخشید و در قسمت رعایت تمامی حقوق بشری و وقار حساس باشید.
- به مراقبت کنندگان توضیح دهید که توقعات واقعی داشته باشند و با مراقبت کنندگان سایر افراد دارای اختلالات مشابه تماس برقرار کنند تا بتوانند که در زمینه رسیدگی به اختلالات افراد، همدیگر را کمک و یاری نمایند.

2.3: رهنمایی برای بهبود رفتار:

مراقبت کننده گان را تشویق کنید تا:

- به اطفال توجه خاص و مملو از محبت داشته باشند، هر روز با ایشان بازیها انجام دهید. برای نوجوانان فرصت دهید تا با شما صحبت کنند.
- در باره تمام موارد که اطفال و نوجوانان اجازه انجام دادن آن را دارند یا ندارند جدی و قاطع باشند. در مورد چیزهایی که اطفال باید انجام دهند و یا ندهند رهنمایی روشن، ساده و کوتاه داشته باشند.
- برای اطفال و نوجوانان هر روز وظیفه دهند که کارهای معمول خانه را که مطابق سطح توانایی آنها باشد انجام دهند و بعد از انجام هر کار ایشان را تحسین نمایند.
- زمانی که از اطفال و نوجوانان کارها و رفتارهای خوب و شایسته را مشاهده کردند، آنها را تقدیر و تشویق نمایند ولی اگر رفتارهای ایشان مشکل ساز باشد در آنصورت تشویق نکنند.
- راه‌های مناسب برای جلوگیری از حالت‌های دشوار و درگیری‌های شدید را جستجو کنند.
- تنها به مشکلات بسیار جدی رفتار واکنش نشان دهند و اندکی مجازات نمایند (بطور مثال عدم پرداخت مکافات و فعالیت‌های تفریحی) ولی در مقایسه با تشویق و تمجید تعداد مجازات را کاهش دهند.
- تا زمانی که آرام و راحت نباشند، بحث و گفتگو با اطفال و نوجوانان را به تعویق بیا نازند. در جریان صحبت از انتقاد کردن، فریاد کردن و گرفتن نام با لحن توهین آمیز خود داری کنند.
- هرگز با اطفال و نوجوانان برخورد فیزیکی نکنند، هیچ وقت ایشان را آزار و اذیت فیزیکی نکنند. تنبیه فیزیکی رابطه میان اطفال و مراقبت کنندگان را خراب میکند؛ این روش نه تنها اینکه زیاد موثر نیست، بلکه از لحاظ رفتار مشکل آفرین نیز میباشد.
- بازی‌های را که برای نوجوانان توصیه میکنند باید در تطابق به سن ایشان باشد (بطور مثال: سپورت، رسامی و غیره)

2.4: آموزش روانی برای تاخیر/اختلال در نشو و نما**مراقبت کنندگان را تشویق نمایید تا:**

- یاد بگیرند که نقاط قوت و ضعف اطفال کدام ها اند و اینکه اطفال چگونه به بهترین شکل یاد میگیرند. چه چیزی برای اطفال استرس زا است، چی چیز ها آنها را خوشمیسازد، کدام چیز ها باعث بروز رفتار های مشکل ساز میشود و کدام چیز ها مانع بروز رفتار های مشکل ساز میشود.
- یاد بگیرند که اطفال چگونه معاشرت میکنند و چگونه پاسخ میدهند (با استفاده از کلمات، حرکات، رفتار ها و بیان غیر کلامی)
- با شرکت در بازی ها و فعالیت های روزمره اطفال ایشان را کمک کنند تا ظرفیت هایشان رشد کند.
- اطفال معمولاً در جریان فعالیت های تفریحی و مثبت خوشر یاد میگیرند.
- اطفال را در زندگی روزمره سهیم سازند، طوریکه از از کارهای بسیار ساده سهل آغاز نمایند و هر بار در انجام یک کار سهیم گردند. فعالیت های مشکل را به چند مرحله ساده تقسیم نمایند تا اطفال آنها را یاد بگیرند و نیز در پایان انجام هر مرحله به اطفال یک جایزه دهند.
- فعالیت های معمول روزمره را طی تقسیم اوقات منظم و قابل پیش بینی ترتیب نمایند. اوقات منظم برای غذا خوردن، تفریح کردن، آموزش و خواب کردن، مشخص نمایند.
- محیط زندگی اطفال را محرک نگهدارند: اجازه ندهند که یک طفل برای ساعت ها در یک گوشه بدون اینکه با کسی صحبت کند تنها بنشیند، ضمناً اوقات دیدن تلویزیون و بازی با گیم های الکترونیکی را محدود کنید.
- هر قدر که میتوانند اطفال را در محیط مکتب نگهدارند، تا روال عادی مکتب رفتن را تعقیب نماید یا هم حتی اگر مکاتب بعد از وقت نیز باشد کوشش نمایند که اطفال بیشتر

وقت را در مکت سپری نمایند.

- اقدامات انضباطی معتدل را در نظر داشته باشند. اطفال و نوجوانان را بخاطر کار های خوب شان جایزه بدهند. کار های را که باید اطفال و نوجوانان انجام ندهند مشخص کنند.
- زمانیکه رفتار اطفال و نوجوانان مشکل ساز میباشد از برخورد فیزیکی و تنبیه فیزیکی خودداری کنند.
- بعضاً امکان دارد، در کنار اینکه یک شخص اختلال در نشو و نما دارد، مشکل رفتار نیز داشته باشد که در آنصورت مدیریت و کنترل آن توسط مراقبت کنندگان مشکل میشود. در (2.3) رهنمایی های لازم برای بهبود رفتار را مشاهده کرده میتوانند.
- حقوق بشری فرد و خانواده را رعایت نموده آنها را ترویج نمایند. در حفظ و رعایت حقوق بشری و کرامت انسانی حساس باشند
- برای مراقبت کنندگان آموزش دهید که از بستری شدن فرد در مراکز مربوطه اجتناب کنند.
- دست رسی به معلومات صحی و خدمات را بهبود بخشند.
- دست رسی به مراکز آموزشی و انواع آموزش ها را بهبود بخشند.
- دسترسی به اشتغال را تسهیل نمایند.
- مشارکت در زندگی خانوادگی و اجتماعی را بهتر سازند.

2.5: آموزش روانی برای مشکلات عاطفی و اختلالات بسمول افسردگی در نوجوانان

- در محیط خانواده به حالت های استرس زا چون اختلاف بین والدین و اختلالات روان آنها پردازید. به کمک استادان شرایط ناسازگار و حالت های ممکنه استرس زا در محیط مکتب را بررسی کنید.

- فرصت های ارزشمند با اعضای خانواده و مراقبین را مساعد سازید.
- اطفال و نوجوانان را همکاری و تشویق کنید که فعالیت های اجتماعی ولذت بخش خویش را ادامه دهند یا (دوباره از سر آغاز کنند).
- اطفال و نوجوانان را تشویق کنید که بطور منظم فعالیت های فیزیکی را انجام داده و بطور تدریجی مدت زمان تمرین خویش را افزایش بخشند.
- برای مراقبت کننده گان، اطفال و نوجوانان تمرین منظم برای انجام تمرینات تنفس، آرام سازی عضلات، و سایر تمرینات در تطابق با مسایل فرهنگی را در نظر بگیرید.
- فعالیت های معمول و قابل پیش بینی را برای صبحگاهی و شب هنگام تنظیم کنید. عادت منظم خواب را ترویج نمایید. فعالیت های معمول روزمره را طی تقسیم اوقات منظم برای غذا خوردن، تفریح کردن، آموزش و خواب کردن تنظیم کنید.
- برای ترس های بیش از حد و غیر واقعی موارد ذیل را در نظر بگیرید:
- اطفال و نوجوانان را هر زمانیکه کوشش میکنند چیزهای تازه را یاد بگیرند و یابا جرأت عمل میکنند با دادن جوایز تشویق و تمجید نمایید.
- اطفال را کمک کنید که تقابل با حالت های مشکل را مرحله وار تمرین کنند (بطور مثال اگر اطفال بخاطر جدایی از مراقبت کنندگان خود بیم داشته باشند، در آنصورت اوقاتی را که طفل در موجودیت مراقبینه تنهایی بازی و سپری میکند، به تدریج افزایش دهید)
- احساسات و نگرانی های اطفال را بپذیرید و آنها را درک کنید، ایشان را تشویق نمایید که رویارویی با اظطراب را تمرین و تجربه نمایند.

• اطفال و نوجوانان را در ساختن یک برنامه برای کنار آمدن با حالت های ترس و اضطراب کمک کنید.

- به آنها توضیح دهید که اختلالات عاطفی یک امر معمول است و امکان دارد که نزد هر فرد رخ دهد. اتفاق افتادن اختلالات عاطفی هر گز به معنی ضعف و یا تنبلی یک فرد نیست.

- اختلالات عاطفی بعضاً باعث میشود که فرد به خود بی باور شده و احساس ناامیدی و بی ارزشی کند. به آنها توضیح دهید که با بهبود اختلالات عاطفی اینگونه باور ها نیز بهبود یافته رفع میشوند.

- برای هر یکی از افراد بفهمانید که هرگاه افکار خود آزاری و یا خودکشی پیدا کردند، در آنصورت باید موضوع را هر چه عاجل با یکی از افراد مورد اعتماد شان شریک نمایند و خواستار کمک و رهنمایی شوند.

2.6: حمایت از مراقبت کنندگان

- تاثیر روانی اجتماعی اختلالات اطفال و نوجوانان را بالای مراقبت کنندگان آنها، ارزیابی کنید. مراقبت کنندگان را در زمینه ضرورت های شخصی، اجتماعی و صحت روانی شان حمایت و یاری کنید.

- حمایت های لازم و منابع مورد نیاز را برای پیشبرد زندگی فامیلی، شغل، فعالیت های اجتماعی و صحت آنها تدارک دیده، فراهم نمایید.

- برای اینکه مراقبت کنندگان اصلی یکمدتی استراحت و وقفه بگیرند، مراقبت کنندگان موقت را در نظر بگیرید مخصوصاً اگر طفل کدام اختلال رشدی داشته باشد.

- خانواده ایشان را در زمینه رسیدگی به مشکلات خانوادگی و اجتماعی شان حمایت و یاری رسانید.

2.7: مشاوره با استادان و دیگر کارمندان مکتب

- بعد از کسب رضایت اطفال، نوجوانان و مراقبت کنندگان، با استادان اطفال و نوجوانان در مکتب تماس برقرار کرده با مشوره وی یک پلان جهت حمایت و چگونگی یادگیری و

- سهیم ساختن آنها در فعالیت های مکتب ترتیب نمایید. توضیح دهید که اختلالات روان اطفال و نوجوانان پروسه آموزش، رفتار و عملکرد های اجتماعی آنها را متاثر مینماید. همین مشکلات را در نظر گرفته استادان اطفال را کمک و حمایت کنند.

- در مورد حالت های استرس زا که تأثیرات منفی بالای عواطف، صحتمندی و آموزش اطفال وارد میکند، سوال کنید. اگر اطفال در مکتب مورد آزار و اذیت قرار میگیرند، در آنصورت به استاد توصیه نمایید که با اقدامات مناسب جلو این کار را بگیرند.

- استراتژی های مختلف را برای سهیم کردن اطفال در فعالیت های مکتب، تسهیل نمودن شمولیت و مشارکت در پروسه یادگیری و آموزش، جستجو نمایید

راهنمایی های ساده:

- برای اطفال فرصت های مناسب فراهم کنید که از مهارت ها و نقاط قوت شان، استفاده نمایند.

- از اطفال خواهش نمایید که در قطار هار اول صنف بنشینند.

- به شاگردان وقت اضافی مهیا کنید تا وظایف درسی (مثلاً کار خانگی) شان را یاد بگیرند و تکمیل نمایند.

- وظایف درسی بزرگ را به چند بخش تقسیم نمایند و برای انجام دادن هر بخش یک وقت مشخص را تعیین نمایند.

- در قسمت اجرای وظایف درسی متعلمین، هر متعلمی را که بیشتر زحمت کشیده است بیشتر تشویق کنید و دست آورد ها او را تمجید نمایید.

- از مجازات فزینی و سرزنش بیش از حد خودداری کنید.

- برای متعلمین که در صنف مشکلات قابل ملاحظه دارند و نمیتوانند به تنهایی یادگیرند، یک داوطلب را استخدام نموده به صنف دعوت کنید تا در قسمت دروس شان بصورت انفرادی با آنها کمک کند یا هم با شاگردان دیگر که در پروسه آموزش آنها را کمک کرده میتوانند هم گروپ سازید .

- اگر اطفال و نوجوانان از مکتب اخراج شده باشند، در آنصورت

با ترتیب یک برنامه ادغام مجدد تدریجی، ایشان را کمک کنید تا هر چه زودتر به مکتب برگردند. در جریان ادغام مجدد، باید شاگردان را ازارزایی ها و امتحانات معاف کنید .

2.8: تدوای کوتاه مدت روانشناسی.

این رهنمود برای تطبیق مداخلات کوتاه مدت روانشناسی از قبیل آموزش مهارت های پرورش فرزند ، تدوای بین فردی و مدیریت رفتار، کدام پروتوکول مشخص را ارایه نمیدارد. سازمان صحتی جهان برای مراقبت از اطفالی که اختلال یا تاخیر در نشو و نما دارند بسته آموزشی مهارت های پرورش اولاد را تهیه نموده و اگر خواسته باشید قابل دسترسی میباشد.

پیگیری CMH-3



1

فرد را برای بهبودی ارزیابی نمایید

آیا وضعیت شخص در حال بهبود است؟
در هر بار ملاقات، اعراض، رفتار و عملکرد اطفال و نوجوانان را
نظارت ارزیابی و بررسی کنید.



نکته کلینیکی

اگر در جریان معاینه مشخص شد که در معرض یک یا چند نوع از بد رفتاری قرار گرفته اند، در آن صورت معروضیت (Exposure) و خطرات آن را بالای اطفال و نوجوانان تحت بررسی قرار دهید.

نخیر

بلی

- تاز منیکها عراضو علایم متوقف میشو ندیا از بینمیروند، تداویرا مطابقا لان ادامه دهید.
- آموزش های روانی و مشاوره های لازم پرورش اولاد را ارائه کنید.
- اگر تحت تداوی دوا یی قرار دارند: با مشوره یک متخصص بصورت تدریجی مقدار دوا ی را که استفاده میکند کاهش دهید.
- اگر تحت تداوی دوا یی قرار ندارند: اگر اعراض کاهش یافته باشد و اطفال و نوجوانان به راحتی فعالیت های روزمره را انجام داده بتوانند در آنصورت تعداد ملاقات های تعقیبی را کاهش دهید.

- اگر مناسب باشد، آموزش های روانی و مشاوره های لازم برای پرورش فرزند را ارائه نمایید
- نظر به ضرورت، مداخلات روانی اجتماعی را مرور کرده بالای پلان تداوی تجدید نظر کنید. اگر مناسب باشد اطفال، نوجوانان و مراقبین را نیز در پروسه تصمیم گیری دخیل سازید.
- تعقیب منظم را توصیه کنید.

اگر تا شش ماه در اعراض و یا عملکرد بهبودی رخ ندهد:

- در صورت قابل دسترس بودن، مداخلات اضافی را انجام دهید.
- نظر به ضرورت مراتب ملاقات های تعقیبه را افزایش دهید.
- اگر قابل دستر باشد، برای ارزیابی و تداوی بیشتر به متخصص راجع شود.

اختلالات رشدی

اگر در کنار اینکه هیچ بهبودی نداشته است، وضعیت اش بیشتر وخیم شده باشد، سایر خطرات برای طفل پیش بینی شود، یا هم صحت جسمی و فیزیکی آنها متاثر شده باشد (چون مشکلات سوء تغذی)

- برای تدای بیشتر یا هم مشوری روی پلان معالجه به متخصص مربوطه راجع شود تدای دواپی را در نظر نگیرید.

اگر طفل که حد اقل ۶ سال سن دارند و حد اقل برای شش ماه تحت تدای روانی اجتماعی قرار گرفته باشند ولی بهبود نیافته باشند

- به متخصص راجع کنید یا در مورد استفاده از میتایل فینیدیت با متخصص مشوره کنید.

اختلالات سلوکی

هرگاه بهبود نداشته باشند و یا هم برای نوجوانان خطرات قابل پیش بینی باشد

- برای تدای بیشتر یا هم مشوری روی پلان معالجه به متخصص مربوطه راجع شود. تدای دواپی را آغاز نکنید.

اختلالات عاطفی

هرگاه اطفال و نوجوانان حد اقل برای شش ماه تحت تدای روانی اجتماعی قرار گرفته باشند ولی بهبود نیافته باشند

- به متخصص مربوطه راجع نمائید. تدای دواپی را آغاز نکنید

افسردگی

هرگاه نوجوانان که ۱۲ سال یا بیشتر از آن سن دارند و حد اقل برای شش ماه تحت تدای روانی اجتماعی قرار گرفته باشند ولی بهبود نیافته باشند

- برای متخصص راجع کنید یا در مورد دادن فلکسیتین (سایر SSRIs و یا TCAs تجویز نگردد) با متخصص مربوطه مشوره کنید.

نکات صحی

سعی کنید طی ملاقات های تعقیبی نوجوانان رابه تنهایی جدا از والدین و مراقبین شان، ملاقات کنید. ماهیت محرم بودن بحث های صحی را توضیح دهید و واضح سازید که در کجا و تحت چی شرایطی معلومات صحی آنها با والدین و سایر بزرگان خانواده شان شریک ساخته میشود.



2

ارزیابی روتین را انجام دهید

در جریان هر ملاقات:

- در اطفال که زیر ۵ سال سن دارند، نشو و نمای (رشد) را نزد شانیبررسی کنید.
- در اطفال بررسی کنید که آیا کدام مشکل جدید و یا اعراض جدید مرتبط به مزاج، رفتار، رشد و یا آموزش آنها بوجود آمده است. در نوجوانان، موجودیت افکار خودکشی و مختل شدن مزاج (تحریک پذیری بیش از حد، زود عصبانی شدن یا نا امید شدن، افسرده و یا غمگین شدن) یا افکار خودکشی را بررسی کنید. برای اختلال خلقی به مرحله 4 تدای و برای افکار خودکشی به (مادیول خودآزاری/خودکشی) مراجعه نمایید.
- عوامل استرس زای روانی اجتماعی را بشمول قرار گرفتن در معرض خشونت و یا سایر اشکال بدرفتاری در خانه، مکتب و یا هم محیط کار بررسی و رسیدگی کنید.
- فرصت های اشتراک اطفال و نوجوانان را در مسایل خانه و زندگی اجتماعی، بررسی کنید.
- نیاز های مراقبین و حمایت قابل دسترس خانواده آنها را بررسی کنید.
- حضری و موجودیت در مکتب را بررسی کنید.
- برنامه تدای را مرور کرده پایبندی به مداخلات روانی اجتماعی را بررسی نمایید.
- اگر تحت تدای دواپی قرار داشته باشند، در آنصورت پایبندی به استفاده از دوا، عوارض جانبی دوا و دوز دوا را بررسی کنید.

3

تداوی دوايي را نظارت كنيد

در صورتیکه طفل میتایل فیندیت گرفته باشد، نظارت اضافی ذیل باید مد نظر باشد.

- نسخه و جزئیات توصیه آن ثبت گردد
- احتمال سوء استفاده و انحراف از تداوی را نظارت کنید.
- در هر سه ماه: قد، وزن، فشار خون، عوارض جانبی گزارش شده، و تغییرات در رفتار را تحت نظارت داشته، ثبت نمایید.
- در صورت بروز عوارض جانبی (چون نگرفتن وزن و قد متوقعه، افزایش فشار خون، عدم تحمل دوايي، اضطراب و بی خوابی شدید) دوا با متخصص مربوطه مشوره نمایید.
- بعد از یک سال تداوی: در مورد تداوم میتایل فیندیت با متخصص مشوره کنید.

در صورتیکه نوجوان فلوگزیتین گرفته باشد، نظارت اضافی ذیل باید مد نظر باشد

- نسخه و جزئیات توصیه آن ثبت گردد
- در ماه اول هر هفته، و بعداً ماه یکبار: عوارض جانبی دوا، تغییر در مزاج و سایر اعراض گزارش شده را نظارت کنید.
- اگر عوارض جانبی شدید دوا یا کدام حادثه ناگوار دیگر (چون افزایش افکار خودکشی یا به میان آمدن افکار جدید خودکشی/خود ازاری، آشفتگی، عصبانیت، اضطراب و بی خوابی) را تشخیص کردید در آنصورت با یک متخصص مشوره کنید.
- برای نوجوانان توصیه کنید که دوا ها را طبق دستور العمل بصورت دوامدار استفاده نمایند و هرگز استفاده از دوا را قطع نکنند، حتی اگر احساس میکنند که بهبود یافته اند. استفاده از دوا بعد از اینکه اعراض اختلال رفع شد نیز باید تا 9 الی 12 ماه ادامه داده شود تا خطر عود اختلال رفع گردد.
- توصیه کنید که هرگز بصورت آنی استفاده از دوا را توقف ندهند
- اگر اعراض در بین 9 الی 12 ماه رفع شد: با مراقبین و نوجوانان در مورد خطرات و مفاد کاهش مصرف دوا صحبت کنید. تداوی را طی 4 هفته بصورت تدریجی کاهش دهید و عود اعراض را از نزدیک تحت نظارت داشته باشید.

« مرور سریع - DEM



ارزیابی

- اعراض دیمنشیا را ارزیابی کنید.
- آیا کدام توضیح دیگر برای اعراض وجود دارد؟
 - دلیریوم را رد کنید.
 - افسردگی را رد کنید (دیمنشیا کاذب)
- سایر مشکلات صحتی را ارزیابی کنید
- اعراض رفتاری و روانی دیمنشیا را ارزیابی کنید
- سایر اختلالات MNS را رد کنید
- ضرورت های مراقبین را بررسی کنید.



تداوی

- پروتوکول های تداوی
 1. دیمنشیا- بدون اعراض روانی یا رفتاری
 2. دیمنشیا- با اعراض روانی و رفتاری
- مداخلات روانی اجتماعی
- مداخلات دوايي



پیگیری

دیمنشیا « ارزیابی DEM-01



نکته کلینیکی:

با معلومات دهنده کلیدی (کسی که شخص را خوب می شناسد) مصاحبه کنید و در مورد تغییرات جدید در تفکر و استدلال، حافظه و جهت یابی معلومات بدست آرید. از دست دادن موقت حافظه در افراد مسن معمول است، ولی سایر مشکلات با آنکه کمتر رخ میدهند می توانند مهم و قابل توجه باشند. بطور مثال بپرسید که آیا فرد فراموشی زیادی دارد و درست نمیداند که چیزها را در کجا گذاشته است؟ آیا آنها بعضاً فراموش میکنند که روز قبل چه اتفاقاتی رخ داده است؟ آیا فرد گاهی اوقات فراموش می کند که در کجا است؟ از معلومات دهنده بپرسید که این مشکلات از چه وقت آغاز گردیده است و آیا در این جریان این اعراض وخیم شده اند؟

تظاهرات معمول دیمنشیا

- مشکلات حافظه (فراموشی شدید) و جهت یابی (زمان، مکان، و شخص)
- مشکلات رفتاری و مزاج مانند بیتفاوتی (اظهار بی علاقگی) یا تحریک پذیری بیش از حد
- از دست دادن کنترل احساسات مانند به اسانی ناراحت شدن، تحریک شدن یا اشک ریختن
- داشتن مشکلات در پیشبرد کارهای معمول از قبیل فعالیت های خانگی یا اجتماعی

نکته کلینیکی:

در صورت امکان با استفاده از ابزار های ارزیابی مطابق به فرهنگ حافظه، جهت یابی و مهارت های لسانی فرد را توسط معاینه عمومی نیورولوژیک مستقیماً ارزیابی نمایید. به ECP مراجعه نمایید

1

علائم دیمنشیا را ارزیابی کنید

آیا مشکلات حافظه و یا جهت یابی وجود دارد؟

(مثلاً فراموش کردن اتفاقات روز گذشته یا ندانستن اینکه فعلاً در کجا موقعیت دارد)

بلی

نخیر

احتمال دیمنشیا بعید است

حالات دیگر MNS را جستجو کنید

آیا فرد در انجام دادن فعالیت های مهم روزمره خود مشکلات دارد؟

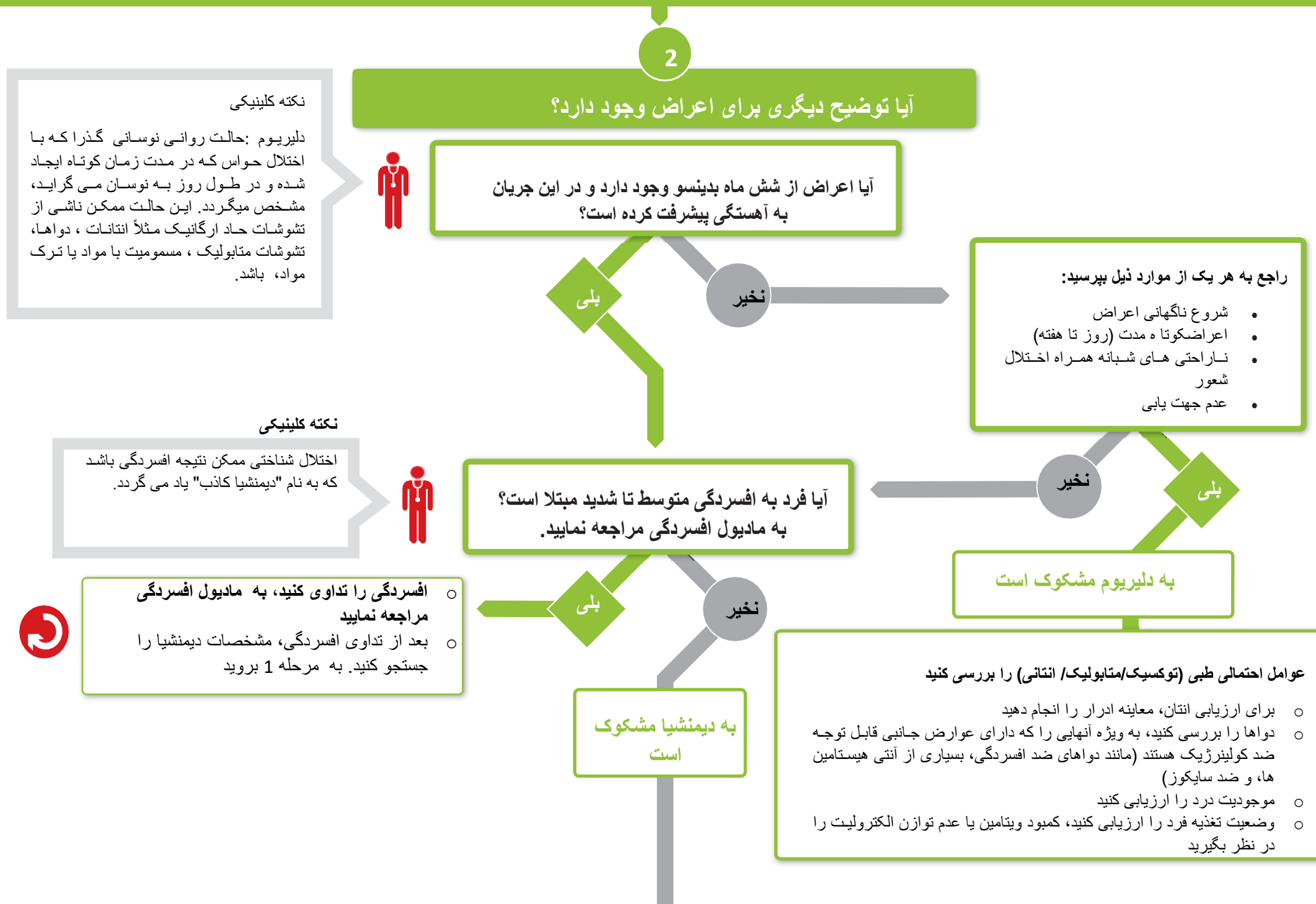
(مثلاً در فعالیت های روزانه مانند خرید کردن، پرداخت بل، پخت و پز و غیره دچار مشکلات میباشد)

بلی

نخیر

احتمال دیمنشیا بعید است

حالات دیگر MNS را جستجو کنید



سایر مشکلات طبی را ارزیابی کنید

آیا فرد یکی از موارد ذیل را دارا است؟

- قبل از آغاز اعراض دارای عمر کمتر از ۶۰ سال
- شروع اعراض با وقوع ترضیضات قحف، سکته مغزی، یا تغییر باز دست دادن شعور
- سابقه کلینیکی جاغور، بطنی بودن نبض، خشکی جلد (کاهش فعالیت تیروئید)
- سابقه انتانات مقاربتی (STI) از جمله HIV/AIDS

بلی

نخیر

تظاهرات کلینیکی غیر معمول.

○ به متخصص مراجعه کنید

آیا فرد دارای رژیم غذایی ضعیف،
سوء تغذیه یا کم خونی است؟

بلی

نخیر

غنی سازی غذا و نظارت بر وزن فرد
ضروری است.

آیا فرد دارای فکتور های قلبی وعایی است؟

- فشارخون بالا
- کلسترول بالا
- دیابت
- سگرت کشیدن
- چاقی
- امراض قلبی (درد قفس سینه، حمله قلبی)
- سکته مغزی یا حمله ایسکمیک گذرا (TIA)

بلی

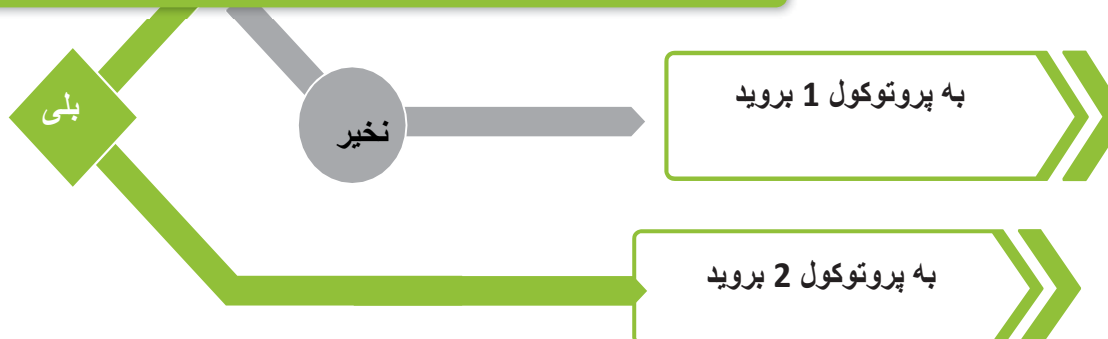
نخیر

- به متخصص مربوطه مراجعه کنید.
- عوامل خطر قلبی وعایی را کاهش دهید:
- فرد را به ترک سگرت تشویق کنید.
- فشار بلند را تداوی کنید.
- برای کاهش چاقی غذای کم چرب توصیه کنید.
- دیابت را تداوی کنید.



آیا فرد دارای یکی از اعراض رفتاری یا روانی ذیل دیمنشیا است؟

اعراض روانی (سایکولوژیک)، بطور مثال	اعراض رفتاری، بطور مثال
• برسامات • هذیان • اضطراب • اختلالات عاطفی غیر قابل کنترل	• سرگردانی • ناراحتی های شبانه • سراسیمگی • پرخاشگری



در صورت موجودیت خطر قریب الوقوع خودکشی، قبل از رفتن و ادامه پروتوکول، مشکل یاد شده را ارزیابی و رسیدگی کنید. به مادیول خودکشی/خودآزاری مراجعه نمایید

اگر فرد همزمان دارای سایر اختلالات MNS باشد، قبل از ادامه پروتوکول، آنرا ارزیابی و تداوی کنید.



مدیریت دیمنشیا - DEM 2



پروتوکول 02 دیمنشیا – با اعراض رفتار و یا روران	پروتوکول 01 دیمنشیا – بدون اعراض رفتار و روران
تعقیب پروتوکول 01 + مدیریت اعراض رفتار و روران	➤ ارائه آموزش روانی به فرد و مراقبت کنندگان (2.1) ➤ مراقبت کنندگان را تشویق کنید تا مداخلاتی را جهت بهبود عملکرد شناختی انجام دهند. (2.4) ➤ عدم وابستگی (مستقل بودن)، عملکرد و تحرکیت فرد را بهبود بخشید (2.3) ➤ از مراقبت کنندگان حمایت کنید. (2.5)
اگر خطر قریب الوقوع متوجه فرد یا مراقبت کنندگان باشد: ➤ در صورت تدوام اعراض یا موجودیت خطر قریب الوقوع آسیب رساندن، دواهای ضد سایکوتیک را در نظر بگیرید. (2.7) ➤ در صورت امکان به متخصص مراجعه کنید.	➤ دوا را زمانی تجویز کنید که تشخیص قطعی الزامی صورت گرفته باشد و در صورت که حمایت و نظارت کافی توسط متخصصان و نظارت بر عوارض جانبی توسط مراقبت کنندگان وجود داشته باشد. (2.6)

مداخلات روانی اجتماعی

2.1 آموزش روانی

- از افرادی که بر مبنای ارزیابی شان مبتلا به دیمنشیا هستند، بپرسید که آیا می‌خواهند که در مورد این تشخیص بدانند و یا اینکه با چه کسانی باید به اشتراک گذاشته شود؟
- برای فرد در مورد تشخیص طوری توضیحات ارائه کنید که معلومات را درک و حفظ کرده بتواند.
- معلومات اولیه و اساسی را ارائه کنید (از ارائه معلومات اضافی خود داری کنید!)

نکات مهم:

- دیمنشیا یک مریضی مغز است که با گذشت زمان حالت وخیم را اختیار می‌کند.
- اگر چه هیچ تداوی برای دیمنشیا وجود ندارد، اما اقدامات و کارهای زیادی را میتوان برای کمک و حمایت از فرد و خانواده او انجام داد.
- بسیاری از نگرانی‌ها و رفتارهای خاص را در صورت بروز می‌توان تداوی نمود. برای راحت شدن فرد میتوان کارهای زیادی را انجام داد و استرس عرضه خدمات و حمایت از فرد را میتوان کاهش داد.

2.2. اعراض رفتار و روران را مدیریت کنید

- مشکلات صحت جسمی را که ممکن بر رفتار تأثیر بگذارد، شناسایی و تداوی کنید. در معاینه فیزیکی درد، انتان و غیره را جستجو نمایید (به ECP مراجعه نمایید) در صورت نیاز به متخصص راجع سازید.
- رویدادها (مثلا خرید در بازار مزدحم) یا عواملی (مثلا بیرون رفتن به تنهایی) را که ممکن از قبل باعث یا افزایش رفتارهای مشکل‌زا شوند شناسایی کنید. در صورت امکان این محرک‌ها را اصلاح نمایید.
- سازگاری‌های محیط زندگی از قبیل محل مناسب برای نشستن، مناطق مصون گشت و گذار و علامه‌ها (مثلا تابلوهای «خروج

ممنوع» در دروازه جاده‌ها یا تابلوی راهنما به بیت الخلا) را در نظر بگیرید.

- ستراتژی‌های تسکین دهنده، آرام بخش یا تغییر توجه و تمرکز را تشویق کنید. فعالیت‌های را پیشنهاد کند که فرد از آن لذت می‌برد (مثلا پیاده روی، گوش دادن به موسیقی، مشارکت در صحبت و گفتگو) به ویژه زمانی که فرد احساس اشفته‌گی بکند.

2.3: بهبود عملکرد در فعالیت‌های روتین زندگی اجتماعی

- برای مداخلاتی که عملکرد در فعالیت‌های روتین زندگی اجتماعی را بهبود میبخشد به مادیول ECP مراجعه نمایید.
- برای فعالیت‌های روتین زندگی اجتماعی طوری برنامه ریزی کنید که فعالیت‌های مستقل را به حد اکثر برساند، عملکرد را افزایش دهد، به انطباق و توسعه مهارت‌ها کمک کند، و نیاز به کمک را به حد اقل برساند. با دخیل ساختن فرد و مراقبت‌کنندگان آنها در پلان‌گذاری و تطبیق این مداخلات، میزان فعال‌سازی و اشتراک فرد در جامعه را تسهیل و افزایش دهید.
- توصیه‌های ارایه کنید که قابلیت رفع حاجت مستقلانه و اخذ و تنظیم مقدار کافی مایعات را افزایش دهد. (اگر قدرت کنترل تغوط و ادرار خود را از دست دهد، قبل از اینکه به دایمی بودن آن متقاعد شوید باید تمام عوامل احتمالی را بررسی و مدیریت‌های ممکن را آزمایش کنید)
- محیط خانه را مصئون نگه دارید تا خطر افتیدن و ترضیضات را کاهش دهید.
- به اعضای خانواده توضیح دهید که برای کاهش خطر افتیدن، مهم است که کف اتاق فرد را بدون به هم ریختگی نگه دارید.
- به پایوآزان توصیه کنید که فضای خانه را مطابق به نیازهای فرد عیار کنند. از جمله، اضافه کردن دستگیرها یا سطح شیب دار می‌تواند مفید باشد. همچنان گذاشتن علائم برای جاهای مهم در خانه چون تشناب، حمام و اتاق خواب با فرد کمک خواهد کرد تا در خانه راه خود را گم نکرده و پریشان نشود.
- فعالیت بدنی و ورزش را برای حفظ تحرکیت و کاهش خطر افتادن توصیه کنید.

- فعالیت‌های تفریحی (متناسب با سطح و شدت دیمنشیا) را توصیه کنید.
- با استفاده از وسایل مناسب (مانند ذره بین، وسایل کمکی شنوایی) تشوشات حسی (مانند کم بینایی یا شنوایی ضعیف) را مدیریت کنید.
- به تداوی شغلی راجع کنید. در صورت موجودیت یا قابل دسترس بودن

2.4 مداخلات برای بهبود عملکرد شناختی

مراقبت‌کنندگان را به موارد ذیل تشویق کنید:

- راجع به تشخیص زمان، مکان، تاریخ و نام افراد بطور منظم یاددهانی کنید تا بیاد وی باقی بماند.
- از موادی مانند روزنامه‌ها، برنامه‌های رادیویی یا تلویزیونی، آلبوم خانوادگی و وسایل خانه برای بهبود ارتباطات، آگاهی از رویدادهای جاری، تحریک خاطرات و توانمندسازی افراد جهت اشتراک‌گذاری و ارزش‌دهی تجارب‌شان استفاده کنید.
- برای واضح بودن ارتباط کلامی از جملات کوتاه و ساده استفاده کنید. سعی کنید صداهای اخلاک‌گرم‌مانند رادیو، تلویزیون یا سایر مکالمات را به حداقل برسانید و با دقت به آنچه که فرد می‌گوید گوش دهید.
- همه چیز را ساده و بسیط نگه دارید و از تغییر آنچه که به طور عادی جریان دارد خوداری کنید و تا حد ممکن از قرار دادن فرد در مکان‌های ناآشنا و گیج‌کننده خودداری کنید

مداخلات روانی اجتماعی... ادامه

2.5: حمایت از مراقبت کننده (مراقب)

- ◀ ضمن بررسی اثرات دیمنشیا بالای مراقبت کنندگان، ضرورت های مراقبت کنندگان را نیز بررسی کنید تا از حمایت لازم و منابع موجود برای پیشبرد امور زندگی فامیلی، شغلی، فعالیت های اجتماعی و صحت وی مطمئن شوید. (به DEM1 مراجعه نمایید)
- ◀ بپذیرید که مراقبت از افراد مبتلا به دیمنشیا خیلی خسته کننده و استرس زا میباشد. مراقبت کنندگان باید تشویق شوند تا به افراد مبتلا به دیمنشیا احترام گذاشته و از خصومت و نادیده گرفتن آنها اجتناب کنند.
- ◀ مراقبت کنندگان را تشویق کنید که اگر در جریان مراقبت از عزیزان شان به مشکل برخوردند در جستجوی کمک و همکاری شوند.
- ◀ در مورد دیمنشیا به مراقبت کنندگان معلومات کافی فراهم کنید، خواست های فرد مبتلا به دیمنشیا را به در نظر بگیرید.
- ◀ در صورت نیاز مهارت های مشخص چون کنترل رفتار های مشکل زا، حمایت و آموزش های لازم را به مراقبت کنندگان ارائه کنید. برای اینکه مؤثریت بیشتر داشته باشد، اشتراک کنندگان را تشویق کنید که مشارکت فعال داشته باشند (مثلاً بازی کردن نقش ها).
- ◀ در صورت امکان، حمایت عملی را در نظر بگیرید؛ بطور مثال مراقبت های مؤقت خانگی. برای اینکه مراقبت کننده اصلی یک دوره استراحت داشته باشد یا هم به فعالیت های دیگر خود رسیدگی بتواند، میشود که مراقبت از فرد مبتلا به دیمنشیا را خانواده دیگر یا مراقبت کننده جدید بعهده بگیرد.

◀ بررسی کنید که آیا شخص واجدالشرایط برای دریافت کمک معیوبین و یا هم دیگر حمایت های اجتماعی و یا مالی است یا خیر (کمک دولتی یا غیر دولتی).

مداخلات دوايي

2.6 برای دیمنشیا که بدون اعراض رفتار و روران است

- ◀ مهار کننده های کولینیستیرز (چون دونیپیزیل، گلانتامین و ریوستیگماین) را در نظر نگیرید. یا هم میمانتاین را بطور معمول برای هر حالت دیمنشیا در نظر نگیرید.
- ◀ ادویه را فقط زمانی تجویز کنید که تشخیص الزایمر قطعی بوده و حمایت و نظارت متخصصین و نظارت از عوارض جانبی و تاثیرات ادویه توسط مراقبت کنندگان، عملی باشد.

اگر مناسب باشد:

- ◀ برای دیمنشیا که مشکوک به آلزایمر باشد، در کنار اینکه از نزدیک نظارت میکنید مهار کننده های کولینیستیرز (چون دونیپیزیل، گلانتامین و ریوستیگماین) را در نظر بگیرید یا هم میمانتاین را در توصیه کنید.
- ◀ میمانتاین را برای دیمنشیا که همراه با امراض وعایی باشد در نظر بگیرید.

2.7 ادویه ضد سایکوز برای اعراض رفتار و/یا روران

- ◀ در ابتدا مداخلات روانی اجتماعی را ارائه کنید
- ◀ هر گاه برای شخص و یا مراقبت کنندگان خطرات قریب الوقوع محسوس باشد، در آنصورت دواهای انتی سایکوتیک را در نظر بگیرید. برای جزئیات تداوی با دواهای انتی سایکوتیک به PSY 02 مراجعه نمایید.
- ◀ در قسمت تجویز دوا اصول ذیل را تعقیب کنید:

- با دوز کم آغاز کنید، و تدریجاً افزایش دهید“ (عیار کنید) و ضرورت ها را بطور منظم مرور کنید (حد اقل ماه یکبار)
- کمترین دوز موثر دوا را استفاده کنید
- در فرد اعراض ایکسترا پیرامیدل (EPS) را تحت نظارت داشته باشید.
- از استفاده وریدی هلوپیرادول اجتناب کنید
- از استفاده دیازپیم اجتناب کنید.



توصیه برای پیگیری

- در هر سه ماه یکبار پیگیری کنید.
- اگر تحت تداوی دوايي قرار داشته باشد، پیگیری ماهانه توصیه می‌گردد

1

فرد را برای بهبودی ارزیابی نمایید

آیا وضعیت صحتی فرد قناعت بخش است (اعراض وخیم وجود ندارد، سطح عملکرد پایین نیامده و اعراض رفتاری و روانی در صورتی که موجود باشد رو به بهبود هستند)

بلی

- برنامه تداوی را ادامه دهید
- در هر سه ماه حداقل یک بار پیگیری کنید.

نخیر

- اگر فرد تحت تداوی دوايي قرار نداشته باشد:
- در صورت لزوم مداخله دوايي را آغاز کنید.
- اگر تحت تداووي دوايي قرار داشته باشد:
- پابیندی، عوارض جانبی و دوز را بررسی کنید و در صورت لزوم، دواهای جایگزین را تنظیم کنید.
- کنینویادر نظر بگیرید.
- مداخلات روانی اجتماعی را ارزیابی کنید.
- مشکلات طبی را ارزیابی کنید.

2

ارزیابی معمول را انجام دهید

در هر ملاقات، به طور معمول موارد ذیل را بررسی و رسیدگی کنید:

- عوارض جانبی دوائی
 - اگر از ادویه ضد سایکوز استفاده می کنند، اعراض خارج هرمی را بررسی کنید. به مادیول سایکوز مراجعه نمایید. در صورت موجودیت عوارض جانبی دوا را قطع یا دوز آن را کاهش دهید.
- امراض مترافقه طبی و سایر اختلالات MNS.
- توانایی اشتراک در فعالیت های روزمره زندگی و هرگونه نیاز برای مراقبت
- در صورتیکه مرض پیشرفت کرده باشد، حفاظت فرد از خطرات (مثلاً محدود کردن رانندگی، پخت و پز و غیره) و اصلاح مشکلات رفتار فرد، را بررسی کنید
- اعراض رفتاری روانی جدید
- برای رسیدگی به اعراض افسردگی (به مادیول افسردگی مراجعه نمایید) یا خطر واضح خود آزاری/خودکشی (به مادیول خودآزاری و خودکشی مراجعه نمایید)
- نیازهای مراقبین

3

مداخلات روانی اجتماعی را عرضه کنید

به بهبود عملکرد و ارائه آموزش روانی اجتماعی ادامه دهید.
برای جزئیات بیشتر به مادیول دیمنشیا 2.1-2.5 و ECP مراجعه کنید.

اختلالات ناشی از مصرف مواد

Disorders Due to Substance Use (SUB)

استفاده مضر عبارت از مصرف مواد روانگردان به طریقه که به صحت آسیب برساند. آسیب های را که به صحت میرساند میتواند که آسیب فیزیکی باشد، بطور مثال تشوشات جگر یا دماغ، و یا هم آسیب روانی اجتماعی باشد، بطور مثال دوره های اختلال افسردگی که اکثراً با پیامد های اجتماعی چون مشکلات شغلی و خانوادگی همراه میباشد.

وابستگی عبارت از مجموعه ای حالت های فزیولوژیکی، رفتاری و شناختی میباشد که در آن برای یک فرد استفاده از مواد روانگردان در مقابل هر نوع رفتار و حالت دیگر بالاترین ارزش و بیشترین اولویت را میداشته باشد. مشخصه وابستگی به یک مواد عبارت از داشتن میل شدید به استفاده از آن میباشد که در وقت مصرف نمیتواند بالای خود کنترل داشته باشد. معمولاً این حالت در نتیجه استفاده بیش از حد مواد و در حالت ترک اعتیاد بعد از توقف مصرف مواد، اتفاق می افتد.

اختلالات ناشی از سوءمصرف مواد شامل اختلالات ناشی از الکل و مواد و بعضی حالت های خاص چون مسمومیت حاد، مصرف بیش از حد مواد و قطع مواد میشود.

مسمومیت حاد یک حالت گذری است که در نتیجه استفاده یک ماده روانگردان بوجود میاید و منجر به اختلال شعور، تشخیص، ادراک، عاطفه و رفتار میشود.

مصرف بیش از حد مواد عبارت از مصرف هر نوع مواد به اندازه که باعث بوجود آمدن تاثیرات سوء حاد و منفی فیزیکی و یا روانی شود.

ترک اعتیاد عبارت از مجموع اعراض ناخوشایند میباشد که بعد از قطع و یا کاهش استفاده مواد روانگردان بوجود می آید؛ چون فرد وابسته برای یک مدت زمان طولانی یک دوز زیاد آنرا استفاده نموده و از لحاظ روانی و فیزیکی به آن عادت کرده میباشد. اعراض ترک اعتیاد اساساً برخلاف و یا در تضاد با اعراض میباشد که مواد روانگردان ایجاد میکند.

مرور سریع SUB-



ارزیابی

➤ ارزیابی حالات عاجل و اضطراری

آیا شخص مشکوک به مسمومیت یا ترک اعتیاد است؟

1. آیا شخص آرام به نظر می رسد؟
2. آیا شخص بیش از حد تحریک شده، مضطرب یا آشفته به نظر می رسد؟

3. آیا شخص گیج به نظر می رسد؟ به نظر می رسد؟

➤ آیا شخص از مواد روان گردان استفاده می کند؟

➤ آیا سو استفاده از مواد وجود دارد؟

➤ آیا وابستگی به مواد وجود دارد



تداوی

➤ پروتوکول های تداوی:

4. استعمال زیان آور
5. اعتیاد
6. ترک الکل
7. ترک اوپیات
8. تداوی تعقیبی تشدید کننده های اوپیات
9. ترک بنزودیازپین

➤ مداخلات روانی اجتماعی

➤ مداخلات دواپی

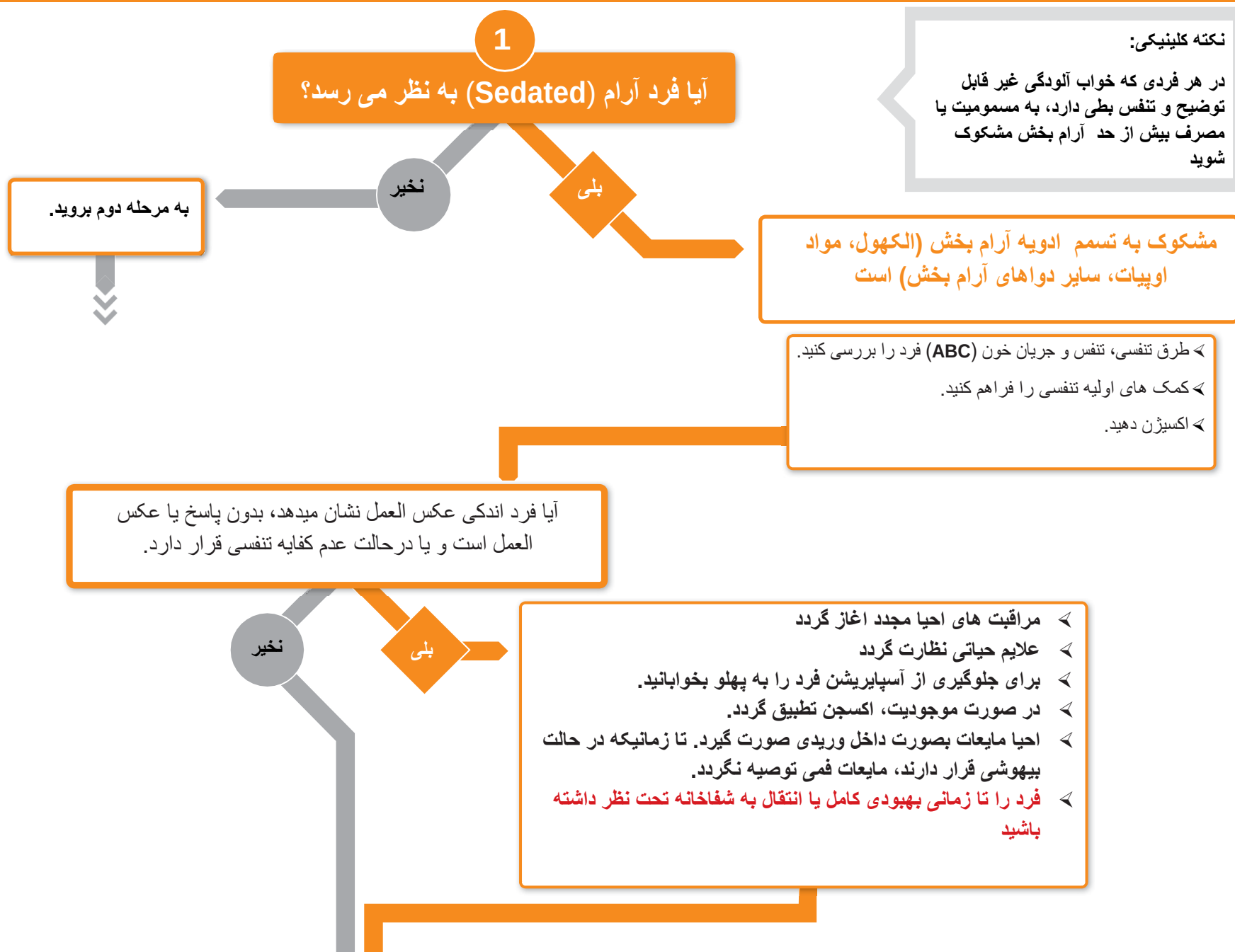


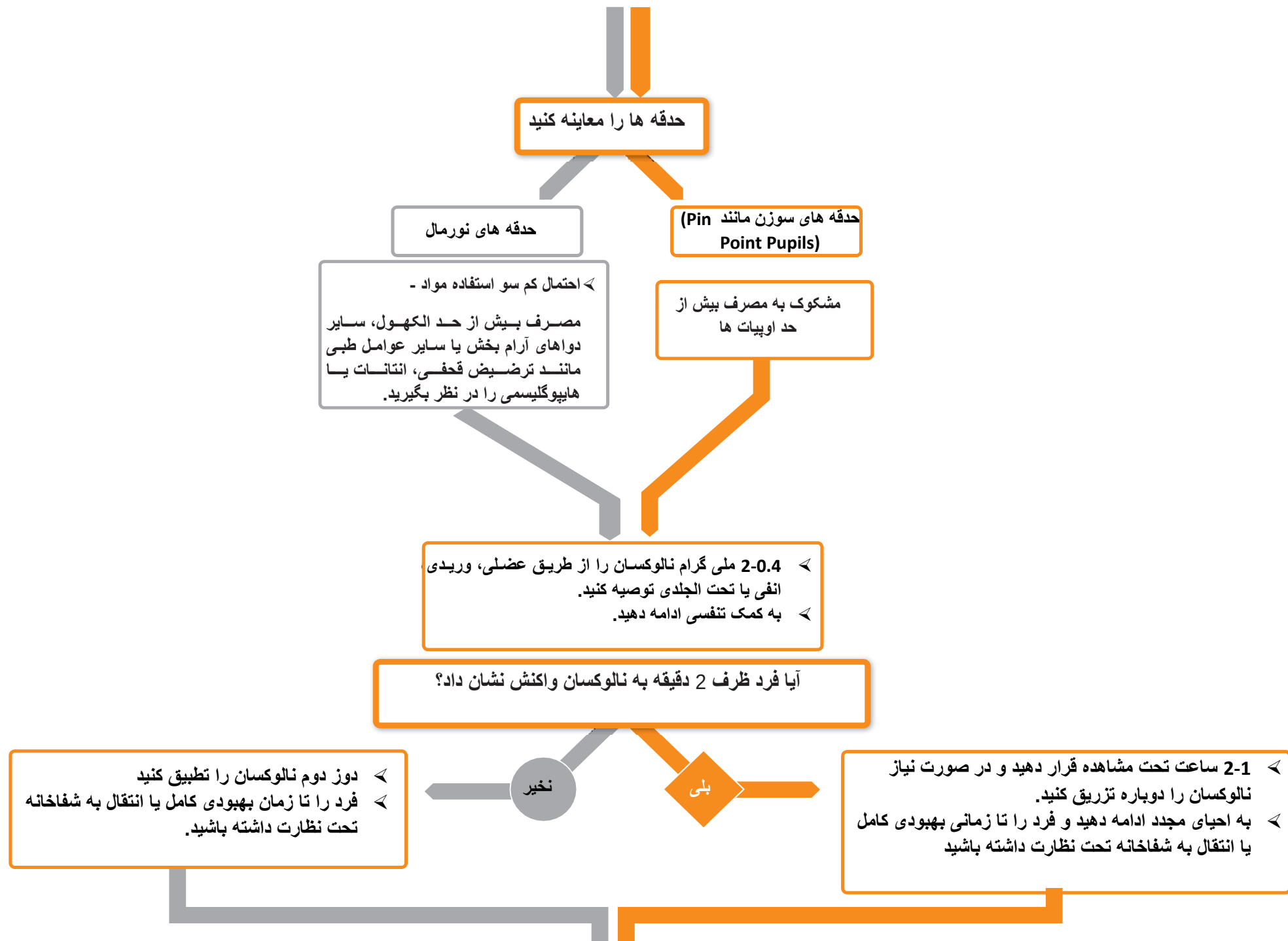
پیکیری

اگر کدام حالت عاجل موجود نباشد به SUB 1، بخش ارزیابی مراجعه نمایید.

اعراض عاجل اختلالات ناشی از سوءمصرف مواد

- **مسمومیت الکول:** بوی الکول در تنفس شخص نکلم ناسنجیده بوده و رفتار های نامناسب مینمایند؛ اختلال در شعور ممکن موجود باشد، در قسمت شناخت و تشخیص، درک، عاطفه و یا رفتار مشکلات دارند.
- **استفاده بیش از حد اوپیات:** فرد معمولاً آرام و ساکت میباشد و یا کم پاسخ میدهد، تنفس بطی دارند و حلقه چشم متقبض (pinpoint pupils) میباشد.
- **ترک الکول و یا سایر دوا های مسکن:** لرزش دست ها، تعرق، دلبدی و استفراغ، ضربان قلب و فرط فشار خون، بی صبری، سردردی، اضطراب؛ پرخاشگری و کانفیوژن.
- **مسمومیت تنبه کننده ها:** توسع حلقه، هیجانان، افکار مسابقه یی، افکار غیر منظم، رفتار عجیب و نامناسب، اخیراً استفاده از مواد روان گردان، تکی کاردیا و فرط فشار خون، دعوای و پرخاشگری و رفتار خشونت آمیز.
- **دلیریوم ناشی سوءمصرف مواد:** کانفیوژن، برسامات، افکار مسابقه یی، اضطراب، آشفتگی و عدم جهت یابی معمولاً به همراه مسمومیت محرکها، ترک اعتیاد الکول و یا سایر مواد مسکن میباشد.





2

آیا فرد بیش از حد تحریک شده، مضطرب یا آشفته به نظر میرسد؟

نخیر

به مرحله سوم بروید.

بلی

حالت های A تا D را بررسی و تداوی کنید.

ترک اعتیاد را مدیریت کنید

- اگر فرد دچار لرزش، تعرق یا تغییرات در علائم حیاتی باشد، 10-20 ملی گرام دیازپیم را از طریق فمی تجویز کنید و در صورت امکان به شفاخانه یا مرکز توکسیکولوژی منتقل کنید.
- در صورت ادامه اعراض و علائم ترک اعتیاد از قبیل لرزه، تعرق، فرط فشار خون و تکی کاردیا، دوز دوا را تکرار و نظارت کنید.
- برای ترک الکهول به مدت پنج روز، روزانه 100 ملی گرام تیامین (ویتامین بی یک) توصیه کنید

در صورت موجودیت موارد ذیل فرد را فوراً به شفاخانه انتقال دهید:

- موجودیت مشکلات جدی طبی مثلاً انسفالویتی کبدی، خونریزی معدی معایی یا ترضیض قحفی.
- اختلاج: ابتدا دیازپیم 10-20 ملی گرام از طریق فمی، زرقی یا مقعدی تطبیق کنید.
- دلیریوم: ابتدا دیازپیم 10-20 ملی گرام از طریق فمی، زرقی یا مقعدی تطبیق کنید. اگر دلیریوم هنوز شدید شد و دیازپیم مؤثر تمام نشد یک دوی ضد سایکوز مثلاً هلوپریدول به مقدار 1-2.5 ملی گرام از طریق فمی یا عضلی توصیه کنید. و تداوی سایر اعراض ترک اعتیاد از قبیل لرزش، تعرق، تغییرات علائم حیاتی را با تطبیق دیازپیم فمی، زرقی یا مقعدی ادامه دهید.

به ترک الکهول، بنزودیازپین یا سایر دواهای آرام بخش مشکوک شوید.

A فرد اخیراً نوشیدن الکهول یا استفاده از دواهای آرام بخش را متوقف کرده است و اکنون یکی از اعراض ذیل را دارد: لرزش، تعریق، استفراغ، فرط فشار خون، تکی کاردیا و بی قراری.

B

اگر فرد دارای اعراض و علائمی چون توسعه حلقه ها، اضطراب، تحریک بیش از حد، هیجانات، افکار مسابقوی، تکی کاردیا و فرط فشار خون باشد این فرد جدیداً از محرک های مانند کوکائین، محرک های نوع آمفتامین (ATS) یا سایر محرک ها استفاده کرده است.

به تسمم حاد محرک ها مشکوک شوید.

- ◀ دیازپیم به مقدار 5-10 ملی گرام از طریق فمی، وریدی یا مقعدی تطبیق گردد تا زمانی که فرد آرام و خفیفاً خواب آلود شود.
- ◀ اگر توسط دیازپیم اعراض سایکوز رفع نشد دواهای ضد سایکوز مانند مثلاً هلوپریدول به مقدار 1-2.5 ملی گرام از طریق فمی یا عضلی تطبیق کنید و تا رفع اعراض به تداوی ادامه دهید. اگر اعراض هنوز هم ادامه داشت برای مدیریت آن به مادیول سایکوز مراجعه کنید.
- ◀ برای تداوی افراد که پرخاشگر و یا آشفتگی دارند به مادیول سایکوز، جدول 5 مراجعه نمایید.
- ◀ اگر فرد دارای درد صدی، تکی اریتمی یا سایر علایم عصبی باشد، باید به شفاخانه منتقل گردد.
- ◀ در مرحله پسا تسمم، در مورد افکار یا اقدام خودکشی بسیار حساس و هوشیار باشید. اگر افکار خودکشی وجود داشته باشد به مادیول خودازاری/خودکشی مراجعه نمایید.

C

اگر فرد جدیداً استفاده اوپیات را متوقف کرده باشد و یکی از علائم ذیل را دارا باشد: توسعه حلقه ها، دردهای عضلاتی، کرمپ های بطنی، سر دردی، دلبدی، استفراغ، اسهال، آبرزش چشم و بینی، اضطراب، آشفتگی.

به ترک حاد اوپیات مشکوک شوید.

- #### مدیریت و تداوی ترک اعتیاد:
- ◀ میتادون 20 ملی گرام در ابتدا، بعداً در صورت لزوم دوز تکمیلی آن 5-10 ملی گرام چهار ساعت بعد تطبیق گردد.
 - ◀ بوپرنورفین 4-8 ملی گرام با دوز تکمیلی آن در صورت لزوم 12 ساعت تطبیق گردد بعد.
 - ◀ در حالات حاد اگر میتادون یا بوپرنورفین در دسترس نباشد می توان از مواد اوپیات مثلاً مورفین سلفات به مقدار 10-20 گرام به حیث دوز ابتدایی و در صورت نیاز یک دوز اضافی 10 ملی گرام دیگر استفاده کرد. همچنان یک آگونست الفادرنرجیک، مانند کلونیدین یا لوفکسیدین را می توان در نظر گرفت.
 - ◀ هنگامی که وضعیت فرد ثابت شد، به SUB 2 مراجعه نمایید.

D

سایر عوامل طبی . اختلال اولویت دار MNS را رد کنید.

3
آیا شخص کانفیوز به نظر می رسد ؟

بلی

نخیر

به مرحله اول ارزیابی SUB-1 بروید.

آیا برای توضیح حالت کانفیوزن کدام علت طبی ذیل وجود دارد؟

- انسفالوپتی کبدی
- انسفالوپتی هاپتوگلاسیمیا
- سکته های مغزی
- نومنیا یا سایر انتانات

نخیر

بلی

اختلال فیزیکی فرد را مدیریت کنید و به شفاخانه راجع سازید.

A - C را ارزیابی و تداوی کنید

A

در صورت که فرد در هفته گذشته نوشیدن الکل را متوقف کرده باشد: گیجی، برسامات، افکار مسابقه ای، اضطراب، تحریک شدن بیش از حد، عدم جهت یابی، معمولاً تسمم محرک ها همراه با ترک الکل یا سایر دواهای آرام بخش را نشان

میدهد.

به دلیریوم ناشی از ترک الکل یا ادویه آرام بخش مشکوک شوید

اگر فرد اعراض ترک الکل یا دواهای آرام بخش (لرزش، تعرق، تغییرات علائم حیاتی) را نشان داد:

- در صورت نیاز با تطبیق دیاگرام به مقدار 10-20 ملی گرام از طریق فمی تداوی کنید
- به شفاخانه راجع نمایید.
- اگر فرد اعراض ترک الکل یا دواهای آرام بخش (لرزش، تعرق، تغییرات علائم حیاتی) را نشان داد:
- در صورت نیاز با تطبیق دیاگرام به مقدار 1-2.5 ملی گرام از طریق فمی یا عضلی تداوی کنید.

B

فرد در چند روز گذشته بیش از حد الکول مصرف کرده است و یکی از علائم ذیل را دارد:

- نیستاگموس (حرکت غیرارادی، سریع و تکراری چشم‌ها)
- اوفتالما پلیتری (ضعف یا فلج یک یا چند عضله کنترل کننده حرکات چشم)
- اتاکسی (حرکات ناهماهنگ)

مشکوک به ورنیک انسفالوپتی است

- برای 3-5 روز تیامین به مقدار 100-500 ملی گرام روز 2-3 بار از طریق زرق عضلی تجویز کنید.
- به **شفاخانه انتقال دهید**

C

در صورت که فرد در چند روز اخیر از مواد محرک استفاده کرده باشد: توسع حدقه، هیجان‌ات، افکار مسابقه‌ای، تفکر غیرمنظم، رفتار عجیب، اخیراً استفاده از مواد روانگردان، تکی کاردیال، فرط فشار خون، رفتار پرخاشگرانه، نامنظم یا خشونت آمیز.

به تسمم محرکها یا مواد هلوسینوجن مشکوک شوید

- دیازیپم به مقدار 5-10 ملی گرام از طریق فمی، وریدی یا مقعدی تطبیق گردد تا زمانی که فرد آرام و خفیفاً خواب آلود شود.
- اگر توسط دیازیپم اعراض سایکوز رفع نشد دواهای ضد سایکوز مانند مثلاً هلوپریدول به مقدار 1-2.5 ملی گرام از طریق فمی یا عضلی تطبیق کنید.
- اگر اعراض سایکوتیک هنوز هم ادامه داشت برای مدیریت آن به مادیول سایکوز مراجعه کنید.

نکته کلینیکی

- از گمانه زنی پرهیزید! از تمام کسانی که به مراکز صحتی مراجعه
- میکنند باید راجع به استفاده از تنباکو و مشروبات الکولی پرسیده شود.



اختلالات ناشی از مصرف مواد « ارزیابی SUB 01

اعراض معمول اختلالات ناشی از سوء استفاده مواد

- ◀ ظاهر شدن اعراض ناشی از تاثیرات الکول یا مواد مخدر دیگر (مانند: بوی الکول، گفتار نامنظم، خواب آلودگی، رفتار نامنظم)
- ◀ اعراض ناشی از مصرف اخیر مواد مخدر (علامت تزریق اخیر، انتانات جلدی)
- ◀ اعراض و علائم اختلالات حاد رفتاری، علائم ترک مواد مخدر یا اثرات استفاده طولانی مدت مواد مخدر (چوکات 1 را ببینید)
- ◀ کاهش عملکرد اجتماعی (مانند: مشکلات در محل کار خانه، سیمای نامنظم)
- ◀ تظاهرات امراض مزمن کبدی از قبیل (انزایم های غیر نورمال کبدی)، زردی جلد و چشم ها، کنار های کبدی قابل جس و دردناک (در مراحل اولیه امراض کبد)، آسیب (بطن متوسع ومملو از مایع)، اوعیه عنکبوتی (اوعیه منشعب و قابل دید بالای جلد) و تغییر وضعیت شعوری (انسفالوپاتی کبدی)
- ◀ مشکلات در حفظ تعادل، راه رفتن، انجام حرکات هماهنگ و موجودیت نیستاگموس
- ◀ دریافت های تصادفی: کمخونی میکروساینتیک، ترمبوسایتوپینیا، افزایش (MCV)
- ◀ تظاهرات عاجل ناشی از مصرف بیش از حد مواد مخدر یا مسمومیت. فرد ممکن آرام، بیش از حد تحریک شده، آشفته، مضطرب یا گیج به نظر برسد.
- ◀ افراد مبتلا به اختلالات ناشی از سوء مصرف مواد ممکن است در مورد مصرف مواد هیچ مشکلی را گزارش ندهند. شما موارد ذیل را جستجو کنید:
- درخواست های مکرر دواهای روانی از جمله مسکن ها
- موجودیت جروحات و ترصیضات
- انتانات مربوط به مصرف دوا های وریدی (HIV/AIDS، هپاتیت C)

جدول 01: مواد روانگردان: اثرات رفتار حاد، اعراض ترک اعتیاد، و اثرات استفاده طولانی مدت

اثرات حاد رفتار	اعراض ترک اعتیاد	اثرات استفاده طولانی مدت مواد مخدر
الکول	لرزش، تکان، تهوع و استفراغ، فرط فشار خون، تکی کاردیا، پرخاشگری، بی قراری، گیچی و برسامات می تواند تهدید برای زندگی باشد	از دست دادن حجم دماغ، کاهش قابلیت شناختی، اختلال در قضاوت، از دست دادن تعادل، فیروز کبد، گاستریت، کم خونی، افزایش خطر مصاب شدن به سرطان و سایر مشکلات طبی
بنزودیازپین	تکلم نامنظم، رفتار مهار نشده، از دست دادن تعادل	اختلال حافظه، در افراد مسن افزایش خطر افتادن به زمین، خطر استفاده بیش از حد مسکن ها
اوپیات ها	توسع حده ها، اضطراب، دلبدی و استفراغ و اسهالات، کرمپ های بطنی، درد عضلات، سردردی، آبریزش چشم و بینی، فاجه کشیدن، ایستاد شدن موهای دست، فرط فشار خون و تکی کاردیا	قبضیت، خطر استفاده بیش از مسکن ها، هایپوکنادیسم، سازگاری در پاسخ های پاداش، یادگیری و استرس.
تتباکو	برانگیختگی، افزایش دقت، تمرکز و حافظه، کاهش اضطراب و اشتها، اثرات مانند محرک ها	امراض ریوی، امراض قلبی و عایی، خطر ابتلا به سرطان و سایر تاثیرات ناگوار صحی
کوکائین، متامفتامین ها و محرک های نوع آمفتامین	توسع حده ها، فرط فشار خون و تکی کاردیا، هیجانی شدن، خوشی بیش از حد، فعال بودن بیش از حد، گفتار سریع، افکار مسابقه ای، اختلال در تفکر، پارانوایا، پرخاشگری، سرگردانی، خشونت آمیز شدن	فرط فشار خون، افزایش خطر سکتة های مغزی، اریتمی، امراض قلبی، اضطراب، افسردگی
پان	بیداری بیش از حد، خوشی کاذب و هیجان خفیف	بی حالی، افسردگی، تحریک پذیری
چرس	حده های نارمل، خوشی کاذب، سرخی منضمه ها، تاخیر در پاسخ گویی،	مصرف کننده گان پان بیشتر وقت خود را صرف جویدن پان میکند که باعث قبضیت و افزایش خطر اختلالات روان چون سایکوزس میشود.
ترامادول	اثرات اوپیات (خواب آلودگی، خوشی کاذب) و به دنبال آن اثرات محرک آمیز (هیجانیت و در دوز های بالا سبب تشنج میگردد)	افزایش خطر اختلالات روان چون اضطراب، پارانوایا و سایکوز، فقدان انگیزه، مشکل در تمرکز کردن، افزایش خطر اسپزم شریانی که منجر به احتشا میوکارد و ستروک میشود
مواد منحل مفر	گنکسی، عدم جهت یابی، خوشی کاذب، سبک سری، افزایش مزاج برسامات، هزیانات، عدم هماهنگی، اختلالات بینایی، اضطراب، خواب آلودگی	وابستگی به اوپیات، خطر تشنج، اختلال در خواب
مولد برسامات (هلوسنجن ها)	تکی کاردیا، فرط فشار خون، تب، کاهش اشتها، دلبدی، استفراغ، عدم هماهنگی، اتساع پاپیلری و برسامات	دیمنشیا و کاهش عملکرد شناختی، نیوروپاتی محیطی، سایر اختلالات عصبی، افزایش اریتمی خطر مرگ آتی را به همراه دارد
MDMA	افزایش اعتماد به نفس، دلسوزی، درک، حس صمیمیت، ارتباط گیری، خوشی کاذب، انرژی	دوره های سایکوتیک حاد و مزمن، بازگشت و یا تجربه دوباره اثرات دوا بعد از اینکه برای یک مدت زمان طولانی از آن استفاده نشده است
	افزایش خطر اختلاج	حالت نیوروتوکسیک منجر به عواقب ناگوار رفتار و فیزیولوژیک میگردد، افسردگی
	اسناد موجود نیست	مشکلات در تمرکز

1

آیا شخص از مواد استفاده میکند؟

در مورد استفاده از تنباکو، الکل، و داروهای تجویز شده روانگردان
بپرسید و با توجه به اعراض راجع به استعمال چرس و دیگر مواد پرسان
کند

نکته کلینیکی

در هنگام اخذ تاریخچه مریضی بپرسید:

- چگونه شخص استفاده مواد مخدر را آغاز کرد؟
- از چه زمانی شروع به استفاده مواد مخدر کردند؟
- در آن زمان در زندگی آنها چه می گذشت؟
- آیا کسی در خانواده یا حلقه اجتماعی وی از مواد مخدر استفاده می کند؟
- آیا سعی کرده است که استفاده از مواد مخدر را کاهش دهند؟
- چرا؟ چه اتفاقی افتاد؟

بلی

نخیر

- بالای مزایایی صحتی عدم استفاده مواد روانگردان تاکید کنید.
- مادیول را ترک نمایید

2

آیا به مقدار زیان آور از مواد استفاده میکند؟

در مورد هر ماده که استفاده میکند موارد ذیل را ارزیابی کنید:

A دفعات و مقدار مصرف مواد: اشاره - بپرسید: چند روز در هفته از این ماده استفاده میکنید؟ چقدر در روز استفاده میکنید؟ (دفعات و مقدار استفاده از مواد)

B رفتار زیان آور: (اشاره: بپرسید: آیا مصرف مواد برای شما مشکلی ایجاد میکند؟)

- | | | |
|--|---|---|
| - صدمات و تصادفات | - فعالیت جنسی در هنگام تسمم که توام با خطر | - خشونت در برابر دیگران |
| - رانندگی در حالت نشه | - بوده و یا بعد از انجام آن پشیمان شده باشید. | - عملکرد ضعیف در آموزش و محل کار |
| - تزییق دوا، استفاده مشترک از سوزن، استفاده دوباره از سوزن | - مشکلات حقوقی یا مالی | - عملکرد ضعیف در انجام مسئولیت های اجتماعی) |
| | - ناتوانی در مراقبت مسئولانه از کودکان | - مانند پرورش اولاد) |

بلی

نخیر

نکته کلینیکی

پاسخ ها را به خاطر بسپارید تا بعداً
هنگام ارزیابی استفاده کرده بتوانید.

3

آیا احتمال وابستگی وجود دارد؟

برای هر ماده استفاده شده در مورد خصوصیات ذیل وابستگی سوال کنید

- مکرراً مصرف زیاد مواد
- میلان شدید برای مصرف مواد
- با وجود اضرار و عواقب وخیم مواد، ناتوانی در کنترل مقدار آن.
- افزایش میزان تحمل و اعراض ترک اعتیاد هنگام کاهش آن

نکته کلینیکی

شیوه های سو مصرف مواد که نشان دهنده وابستگی است شامل:

- **تنباکو:** چندین بار در روز اغلب از صبح شروع میشود
- **الکول:** بیش از 6 نوشیدنی استاندارد در یک زمان و استفاده روزانه
- **تابلیت های تجویز شده:** مصرف دوز بالاتر از دوی تجویز شده و دروغ گفتن هنگام اخذ دوی تجویز شده.
- **چرس:** حد اعقل مصرف یک گرام چرس در روز

نخیر

بلی

به پروتوکول 2 بروید

! در صورت وجود خطر قریب الوقوع خودکشی، قبل از ادامه پروتوکول، وضعیت را ارزیابی و مدیریت کنید
(به مادیول خودآزاری و خودکشی مراجعه نمایی)

آیا سو مصرف مواد به حد زیان
آور است؟

نخیر

بلی

به پروتوکول 1 بروید

در صورت وجود خطر قریب الوقوع خودکشی، قبل از ادامه پروتوکول، وضعیت را ارزیابی و مدیریت کنید
(به مادیول خودآزاری و خودکشی مراجعه نمایی)

- آموزش روانی در مورد میزان خطرات هر ماده استفاده شده را بیان کنید.
- از مادیول خارج شوید

اختلالات ناشی از مصرف مواد « مدیریت SUB-02

پروتوکول

1

استفاده زیان آور

- آموزش روانی را ارائه کنید و تاکید کنید که میزان و شیوه مصرف مواد به صحت آسیب می رساند.
- انگیزه های فرد برای مصرف مواد را بررسی کنید. مصاحبه انگیزشی انجام دهید. به مداخله متخصص روانی- مصاحبه انگیزشی (2.2) مراجعه کنید.
- به فرد توصیه کنید که در صورت امکان مصرف این ماده را به طور کامل توقف دهد یا به مقدار که زیان آور نباشد مصرف کند. تصمیم خود جهت حمایت فرد برای انجام این کار را به صورت شفاهی بیان کنید. از آنها بپرسید که آیا برای انجام این کار آماده هستند یا خیر.
- یک سلسله ستراتیژی ها را برای کاهش یا توقف استفاده مواد مخدر (2.3) و کاهش آسیب مواد (2.5) جستجو کنید
- رفع نیاز های غذا، مسکن و اشتغال
- پیگیری
- اگر فرد نوجوان یا زن در سنین باروری، باردار یا شیرده باشد، به بخش جمعیت های خاص مراجعه کنید.

پروتوکول

2

وابستگی

اگر فرد وابسته به اوپیات ها باشد:

- تداوی تعقیبی (Maintenance Treatment) در مجموع نسبت به سم زدایی (Detoxification) مؤثریت بیشتر دارد.
- شدت وابستگی را ارزیابی کنید و در صورت لزوم، پس از سم زدایی، فرد را برای تداوی تعقیبی آگونیست اوپیات، که به عنوان تداوی جایگزینی اوپیات (OST) نیز شناخته میشود، معرفی کنید.
- به پروتکل 5 (تداوی تعقیبی توسط آگونیست اوپیات) بروید.
- در بقیه موارد، در صورت لزوم، سم زدایی برنامه ریزی شده را ترتیب دهید. به پروتکل 4 (ترک اوپیات) بروید.

اگر شخص به بنزودیازپین ها وابسته باشد:

- قطع ناگهانی آن می تواند منجر به تشنج و دلیریوم شود. کاهش تدریجی دوز بنزودیازپین را با تطبیق دوا تحت نظارت یا کاهش سریعتر در یک مرکز صحتی در داخل بستر را مد نظر بگیرید.
- به پروتکل 6 (ترک بنزودیازپین) بروید.

اگر شخص وابسته به الکل باشد:

- قطع ناگهانی الکل می تواند منجر به اختلاج و دلیریوم شود. اگر فرد خواهان ترک الکل است، در زمینه همکاری کنید. مرکز که فرد بتواند به آسانی برنامه ترک الکل را سپری کند، مشخص و در صورت نیاز برنامه سم زدایی داخل بستر را مهیا کنید. به پروتکل 3 (ترک الکل مراجعه نمایید)
- تطبیق تیمین با دوز روزانه 100 میلی گرام را توصیه کنید
- مداخله دوائی را برای جلوگیری از عود وابستگی به الکل در نظر بگیرید. این دواها شامل آکامپروسات، نالتراکسون و دی سولفیرام هستند. باکلوفن همچنین می تواند مورد استفاده قرار گیرد. با این حال، اثرات خواب آلودگی و خطر سوء مصرف آن باعث می شود که بهترین گزینه برای مراکز تخصصی باشد. این دوا ها هرچند اگر باعث توقف کامل مصرف الکل نگردد، میتواند بطور موثر مقدار و دفعات مصرف الکل را کاهش دهد. به جدول 1 مراجعه نمایید.

اگر فرد وابسته به مصرف سایر مواد باشد:

- توصیه کنید که مواد را به طور کامل متوقف کنند و قصد خود را برای حمایت از فرد در انجام این کار به صورت شفاهی ابراز کنید. آنها را بپرسید که آیا آماده انجام دادن این کار هستند یا خیر.
- در جستجوی استراتژی های کاهش یا ترک استفاده مواد و استراتژی های کاهش اضرار مصرف مواد باشید.
- در صورت امکان، به گروه همکار رفقا یا مراکز معالجوی بازسازی و محل زیست راجع سازید.
- نیاز های غذا، مسکن و البسه فرد را مرفوع سازید
- هر گونه امراض مترافقه صحت جسمی یا روانی را در 2 تا 3 هفته بعد از ترک مواد ارزیابی و تداوی کنید، زیرا برخی از مشکلات با ترک مواد بر طرف میشوند.

در تمام حالات :

- آموزش روانی را ارائه کنید
- خدمات سم زدایی یا تداوی را در صورت امکان در یک مرکز صحتی در داخل بستر انجام دهید.
- اعراض ترک مواد را در صورت نیاز تداوی و مدیریت کنید.
- با استفاده از مصاحبه های انگیزشی برای تشویق فرد به شرکت نمودن اش در تداوی اعتیاد یک ستراتیژی کوتاه مدت بسازید.
- اگر فرد به مداخلات کوتاه مدت اولیه پاسخ ندهد، تداوی روانی اجتماعی طولانی مدت را در نظر بگیرید. مداخلات روان مبتنی بر شواهد برای اختلالات ناشی از مصرف مواد عبارت اند از برنامه های فردی و گروهی سازمان یافته که به 6 تا 12 هفته یا حتی به مدت بیشتر از آن اجرا میشود که شامل روش های مانند تداوی شناختی رفتاری، تداوی تقویت انگیزه، مدیریت واقعات احتمالی، رویکرد تقویت جامعه و تداوی خانوادگی میباشد. رویکرد های حمایت اجتماعی مبتنی بر شواهد شامل حمایت از اشتغال و اسکان میباشد.

پروتوکول

3

اعراض ناشی از ترک

جلوگیری و معالجه ورنک انسفالوپتی :

- مصرف کنندگان زیاد الکول بطور مزمن در معرض خطر ورنک انسفالوپتی قرار دارند. این یک نوع سندروم کمبود تیامین است که با پریشانی، نیستاکموس، اوپتالموپلیژی (مشکل در حرکات چشم) و آتاکسیا (حرکات نا هماهنگ) مشخص میشوند.
- برای جلوگیری از این سندرم، به تمام افراد که سابقه مصرف مزمن الکول را دارند باید 100 میلی گرام تیامین روزانه توصیه شود. برای جلوگیری از تسریع آنسفالوپاتی ورنیک قبل از تطبیق گلوکوز به فرد تیامین عضلی زرق کنید.

نکته کلینیکی

حین ترک برنامه ریزی شده الکول، خطرات تظاهرات شدید ترک مواد را نزد فرد ارزیابی کنید

موارد ذیل را بررسی کنید:

- آیا در گذشته دوره های از اعراض وخیم ترک مواد، از جمله اختلاج یا دلیريوم را داشته است؟
- آیا سایر امراض طبیی یا روانی مهم دیگری وجود دارد؟
- آیا در جریان 6 ساعت بعد از آخرین استفاده از الکول، اعراض ترک اعتیاد رخ میدهد؟
- آیا تلاش های سرپای کاهش اعتیاد قبلا به عدم موفقیت مواجه شده اند؟
- آیا شخص بی خانمان و یا فاقد حمایت اجتماعی است؟
- اگر خطر ترک اعتیاد بالا باشد، سمزدایی داخل بستری بر سمزدایی سرپایی ارجحیت دارد.

- تا حد امکان یک محیط آرام و غیر محرک را برای فرد فراهم کنید. نور کافی در جرین روز و شب باید موجود باشد تا در صورت بیدار شدن از خواب در شب از افتادن فرد به زمین جلوگیری صورت گیرد.
- از مصرف مایعات کافی و الکترولیت ها مانند پوتاشیم و مگنیزیم اطمینان حاصل کنید
- **دیهایدریشن را اصلاح کنید:** مقدار کافی مایعات بشمول مایعات داخل وریدی را تامین کنید. اطمینان حاصل نمایید که تیامین را قبل از تطبیق گلوکوز تطبیق مینمایید تا از بروز آنسفالوپاتی ورنک جلوگیری شود.

مداخلات دوايي:

در صورت لزوم، اعراض و علائم ترک الکول را تداوی کنید. در صورت سم زدایی برنامه ریزی شده، از علائم ترک مواد با استفاده از دیازپام جلوگیری کنید. دوز و مدت زمان تداوی با دیازپام به توجه به وخامت علائم ترک مواد متفاوت است.

دیازپام را با دوز اولیه تا 40 ملی گرام در روز (10 ملی گرام چهار بار در روز یا 20 میلی گرام دو بار در روز) به مدت 3 تا 7 روز، توصیه کنید. به محض بهبود علائم، دوز و یا دفعات مصرف دیازپام را به تدریج کاهش دهید. فرد را به طور مکرر تحت نظر داشته باشید، زیرا هر فرد ممکن به این دوا واکنش متفاوتی نشان دهد.

در محیط شفاخانه در صورت لزوم و بر اساس ارزیابی مکرر علائم ترک مواد و وضعیت روانی شخص، دیازپام را می توان به دفعات بیشتر (یعنی ساعتوار) و به دوز های بالاتر تا 120 ملی گرام در روز برای 3 روز اول تجویز کرد.

در افراد دارای تشوشات میتابولیکی کبد (یعنی افراد دارای اعراض امراض کبدی یا افراد مسن)، ابتدا از دوز کم 5 تا 10 ملی گرام در روز استفاده کنید، زیرا بنزودیازپین ها ممکن مدت اثر طولانی تری در این جمعیت داشته باشد. همچنان میتوانید به عوض دیازپام از یک بنزودیازپین دارای تاثیر کوتاه مدت مانند اگسازپیم استفاده کنید. جدول 1 را مشاهده کنید.

احتیاط

هنگام شروع یا افزایش دوز بنزودیازپین ها بسیار محتاط باشد، زیرا می توانند باعث انحطاط تنفسی شوند. از استفاده این دوا در افراد مبتلا به امراض تنفسی و آنسفالوپاتی کبدی احتیاط کنید.

نکته کلینیکی: اصول کلی که باید حین مدیریت هر گونه ترک مواد باید مدنظر باشد:

- هایدریشن کافی را تامین کنید
- تظاهرات ویژه ترک مواد را به محض ظهور آن مدیریت کنید، یعنی حالت دلبدی را با دواهای ضد استفراغ، درد را با مسکن های عادی و بی خوابی را با آرامبخش ها تداوی کنید.
- به شخص اجازه مرخص شدن از مرکز تداوی دهید اگر تمایل به این کار داشتند.
- تداوی و حمایت را پس از سم زدایی ادامه دهید
- اعراض افسردگی ممکن بعد از مسمومیت در هنگام ترک یا بعد از ترک آن واقع گردد، و یا شخص ممکن افسردگی قبلی داشته باشد. در مورد خطر خودکشی نزد این افراد هوشیار باشید
- بعد از سمزدایی موفقیت آمیز، بدون توجه به محیطی که در آن سمزدایی انجام شده است، به همه افراد توصیه کنید که تداوی، حمایت و نظارت را ادامه دهند

پروتوکول

4

علایم ترک اوپیات ها

- **توصیه میشود که** هنگام آغاز برنامه ترک اوپیات احتیاط را در نظر بگیرید، خصوصاً زمانی که اوپیات زرقی استفاده شده باشد. زمانی که تصمیم ترک اوپیات ها گرفته میشود، به فرد در مورد آنچه که باید انتظار داشته باشد از جمله اعراض و علایم ترک مواد و مدت آنها معلومات ارائه کنید. بطور مثال، ترک باعث کاهش تحمل در برابر اوپیاد ها میگردد. یعنی اگر شخص بعد از ترک آن استفاده اوپیاد ها را با دوز همیشگی وی از سر بگیرد در معرض خطر مصرف بیش از حد (Overdose) قرار دارد. با توجه به همین خطرات، تطبیق برنامه ترک اوپیاد زمانی بهتر گزینه است که برنامه ترک اعتیاد در یک مرکزی که برنامه توانبخشی (Rehabilitation) و حمایت روانی اجتماعی را داشته باشید، عملی گردد. روش دیگر عبارت از جاگزینی اوپیات با میتادون یا دواهای چون بوپرنورفین است. به بخش تداوی تامینی اگونست های اوپیات ها (پروتوکل 5) مراجعه کنید، و یکی از گزینه های دواپی ذیل را برای مدیریت انتخاب کنید:
- **بوپرنورفین:** بوپرنورفین به صورت تحت السانی به مقدار 4-16 میلی گرام در روز به مدت 3-14 روز به هدف ترک اوپیات ها تجویز میشود. قبل از آغاز با بوپرنورفین، مهم است که تا آشکار شدن اعراض و علایم ترک اوپیات ها (حد اقل 8 ساعت بعد از آخرین مصرف هروئین و 24-48 ساعت پس از آخرین مصرف میتادون) منتظر بمانید. در غیر آن، این خطر وجود دارد که بوپرنورفین خود باعث بروز اعراض و علایم ترک شود. برای افرادی که سایر دواهای آرم بخش مصرف می کنند باید مراقبت های ویژه مدنظر باشد.
- **میتادون:** میتادون به صورت فمی با دوز اولیه 15-20 ملی گرام تجویز می شود که در صورت لزوم به 30 میلی گرام در روز افزایش می یابد. بعداً دوز دوا را به تدریج طی 3-10 روز کاهش (Taper) دهید. مانند بوپرنورفین» برای افرادی که از دواهای آرام بخش دیگر استفاده می کنند، باید مراقبت ویژه ای در نظر باشد.
- کلونیدین یا لوفکسیدین: اگر دواهای جایگزین اوپیات ها در دسترس نباشند، می توان از کلونیدین یا لوفکسیدین برای مدیریت برخی از اعراض ترک اوپیادها از جمله برانگیختگی بیش از حد (Hyperarousal) استفاده کرد. این دواها به مقدار 0.1-0.15 میلی گرام 3 بار در روز روزانه بر اساس وزن بدن تجویز می شوند. این دوا ها ممکن باعث سبکی سری و خواب آلودگی گردند. فشار خون را از نزدیک کنترل کنید. سایر اعراض و علایم ترک نیز باید تداوی گردند، یعنی حالت دلبدی با دوا های ضد استفراغ، درد با مسکن های عادی و بی خوابی با آرام بخش های عادی مورد تداوی قرار گیرند.
- **مورفین سولفات:** این دوا 10-20 میلی گرام دوز اولیه و در صورت نیاز با دوز اضافی 10 میلی گرام تجویز میگردد. خواب آلودگی و انحطاط تنفسی که تهدید کننده حیات بوده میتواند از عوارض جانبی این دواها میباشد. استفاده طولانی مدت این دوا می تواند منجر به اعتیاد گردد. برای جزئیات بیشتر به جدول 1 مراجعه کنید.

پروتوکول

5

تداوی تعقیبی آگونیست های اوپیات

- تداوی تعقیبی (Maintenance Treatment) آگونیست اوپیات نیاز به موجودیت یک چارچوب منظم ملی دارد. آگونیست های اوپیات طولانی اثر (یا آگونیست های قسمی)، مانند متادون یا بوپرنورفین، که معمولاً به صورت روزانه و تحت نظارت تجویز میشوند از مشخصات چهارچوب فوق شمره میشود.
- نظارت: دواهای که برای تداوی تعقیبی آگونیست اوپیات استفاده می شوند، آزادانه می توانند در معرض سوء استفاده و انحراف قرار گیرند. از همینرو، برنامه های مختلف حاوی روش های گوناگون جهت محدود کردن خطر انحراف این دواها از جمله مصرف نظارت شده روی کار گرفته شود.
- برای معلومات بیشتر لطفاً جدول 1 را مطالعه کنید.

پروتوکول

6

علایم ترک بنزودیازپین

- ترک بنزودیازپین را می توان با تعویض به دواي بنزودیازپین طولانی مدت که به تدریج دوز آن طی 8- 12 هفته کاهش می یابد و یکجا با حمایت روانی اجتماعی، مدیریت و تداوی کرد. کاهش سریع تر آن فقط در صورت بستری بودن فرد در شفاخانه یا مرکز سمزدایی ممکن است.
- اگر عوارض شدید و کنترل نشده بنزودیازپین به دلیل قطع ناگهانی یا برنامه ریزی نشده ایجاد شد، با یک متخصص یا فرد مسلکی دیگر بمنظور آغاز سریع دوز بالای بنزودیازپین، رژیم آرام بخش و بستری شدن در شفاخانه مشورت کنید. در مورد توزیع بدون نظارت بنزودیازپین ها به مریشان ناشناس احتیاط کنید.



2.1 آموزش روانی

- اختلالات ناشی از مصرف مواد اکثراً میتوانند به طور موثر مدیریت و افراد صحتمند شوند.
- بحث در مورد مصرف مواد می تواند برای بسیاری از افراد احساس خجالت یا شرمندگی ایجاد کند. هنگام صحبت با مردم در مورد مصرف مواد، همیشه از یک رویکرد غیر قضاوتی استفاده کنید زیرا وقتی مردم احساس کنند که مورد قضاوت قرار گرفته شده اند، ممکن کمتر آماده صحبت با شما باشند. سعی کنید در مقابل پاسخ های داده شده تعجب نکنید.
- با اطمینان طوری با فرد گفتگو و محاوره کنید که به اسانی می توانید مصرف آسیب زا یا مضره الکول را کاهش یا متوقف کرد و اگر فرد خواهان ترک الکول باشد فرد را تشویق کنید که برگردد و پیشنهاد کنید که در این مورد بیشتر بحث خواهید نمود.
- احتمال موفقیت شخص در کاهش یا توقف مصرف مواد وقتی بیشتر است که تصمیم از خود شخص باشد.

2.2: مصاحبه انگیزشی (مداخله مختصر)

- مداخلات مختصر با استفاده از مصاحبه انگیزشی عبارت از رویکردی است که در آن به روش غیر قضاوتی در مورد مصرف مواد بحث و گفتگو صورت میگیرد. این روش فرد را تشویق می کند تا در مورد انتخاب های مصرف مواد خود فکر کند. از این روش میتوان به عنوان بخشی از رسیدگی به خطرات یا اضرار مواد استفاده کرد. همچنین می تواند به عنوان بخشی از یک بحث طولانی تر که در چندین جلسه برگزار می شود و به شیوه های وابستگی به مصرف مواد می پردازد، استفاده شود. این روش بنام تقویت انگیزشی نامیده می شود. در طول بحث، مهم است که تمام بخش های پروسه ذیل شامل بحث شود: ابراز همدلی و ایجاد فضای اعتماد، در عین حال به

تناقضات در روایت آنها، و به چالش کشیدن باور های نادرست آنها اشاره کنید. از مشاجره با شخص پرهیزید. آنها باید احساس کنند که متخصص برای حمایت از آنها آنجا اند نه انتقاد کردن. اگر فرد موصوف آماده نیست که این بار به ترک استفاده از مواد تعهد کند، بجای آنکه وی را به گفتن پاسخ مورد پسند خود مجبور سازید، راجع به دلیل این عدم آمادگی بپرسید.

تکنیک ها برای بحث های عمیق تر:

1. در مورد خطرات مربوط به شیوه مصرف مواد، اینکه آیا مصرف مواد باعث استفاده مضر یا وابستگی به مواد گردیده است یا خیر؟ و نیز اینکه اضرار ویژه مواد را خود شخص تجربه میکند و یا باعث آسیب دیگران میشود، فید بک شخصی خود را به فرد ارائه کنید.
2. فرد را تشویق کنید تا از اینکه مصرف موادی را که انتخاب کرده است و انتخاب اینکه آیا از باعث استفاده مواد نیاز به کمک دارد یا خیر، احساس مسئولیت بکنند. این کار را با پرسیدن اینکه به چه اندازه نگران مصرف مواد خود هستند، انجام دهید.
3. دلایل مصرف مواد را از فرد بپرسید از جمله: واکنش به مسایل دیگر چون اختلالات روان و یا عوامل استرس زای خاص یا مزایای حاصل شده از مصرف مواد، حتی اگر در کوتاه مدت باشد.
4. از آنها در مورد عواقب مثبت و منفی استفاده از مواد را بپرسید، و در صورت لزوم هر گونه اغراق در مورد فواید مصرف مواد و کم بیان کردن خطرات یا اضرار مصرف مواد را به چالش بکشید.
5. در مورد اهداف شخصی فرد بپرسید و اینکه آیا مصرف مواد به آنها در رسیدن به این اهداف کمک میکند یا مانع رسیدن به این اهداف می شود.

6. بر اساس اظهارات فرد در مورد استفاده از مواد بشمول، علت استفاده از مواد، پیامد ها و اهداف شخصی آن با فرد بحث کنید، تا امکان این فراهم گردد که ناسازگاری های آشکار بین پیامد های مصرف مواد و اهداف شخص فرد را خوبتر توضیح کرده بتوانید.

7. در مورد گزینه ها ایجاد تغییر بر اساس اهداف واقع بینانه فرد بحث کنید و برای دریافت طرز العمل مورد قبول هر دو طرف تلاش کنید.

8. برای اینکه فرد بتواند تغییرات را در خود اعمال کند، توسط نشان دادن اعتماد خود نسبت به تغییر مثبت در زندگی آنها، با ارائه معلومات در مورد مراحل بعدی ترک اعتیاد (ارزیابی بیشتر، سمزدایی، حمایت روانی-اجتماعی) و در صورت موجودیت با فراهم کردن اسباب مورد نیاز خانه، وی را حمایت و یاری کنید.

نمونه سوالاتی که باید پرسیده شود: به شیوه غیر قضاوتی بیرون کردن افکار خود فر در مورد مصرف مواد مخدر با پرسیدن سوال های ذیل:

1. دلایل آنها برای مصرف مواد (بپرسید: آیا تا به حال به اینکه چرا مواد استفاده میکنید فکر کرده اید؟)
2. به عنوان فایده استفاده از مواد چی حاصل میکنند (بپرسید: مصرف مواد برای شما چی کار میکند؟ آیا برای شما مشکلی ایجاد میکند؟)
3. کدام اضرار بالفعل و بالقوه را در اثر استفاده مواد مشاهده میکنند (بپرسید: آیا استفاده از مواد به شما ضرر رسانده است؟ آیا می توانید حدس بزنید که در آینده باعث آسیب شما می شود؟)
4. آنکه چیست که برای فرد مهم ترین باشد؟ (بپرسید: چه چیز در زندگی برای شما مهم است؟)

2.3 راهکارهای کاهش و توقف استفاده از مواد

مراحل کاهش یا توقف مصرف همه انواع مواد: اگر فرد علاقمند به کاهش مصرف مواد باشد، مراحل ذیل را با او درمیان بگذارد.

- محرک های استفاده از مواد و راه های جلوگیری از این محرک ها را شناسایی کنید. به طور مثال: میخانه هایی که مردم در آن مشروب می نوشند یا مناطقی که فرد از آنجا مواد مخدر تهیه می کرد، و غیره
- اعراض عاطفی برای استفاده مواد و راه های کنار آمدن با آنها (مثلا مشکلات روابط فردی، مشکلات شغلی و غیره) را شناسایی کنید.
- فرد را برای عدم نگهداشتن مواد مخدر در خانه تشویق کنید

2.4 گروه های همکاری دو طرفه

- گروه های همکاری دو طرفه مانند الکولیک های گمنام، معتادان گمنام و یا بازیابی های هوشمند می توانند مراجع مفید برای افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد باشند. آنها معلومات، فعالیت های سازمان یافته و حمایت رفقا را در یک محیط غیر قضاوتی ارائه می کنند. دربابی که کدام گروه های کمک دو طرفه به صورت محلی در دسترس هستند.

2.5 راهکارهای پیشگیری از آسیب ناشی از مصرف مواد مخدر و مدیریت اختلالات مربوطه:

- فرد را تشویق کنید تا سلوک و رفتار کم خطر داشته باشد.
- به فرد توصیه کنید تا هنگام مصرف مواد موثر رانی نکنند
- اگر فرد از اویپات ها استفاده میکند، نالوکسان عضلی یا انفی را برای اعضای خانواده تهیه کنید. اعضای خانواده می توانند آن را نگهداشته و در صورت که شخص بیش از حد دوا مصرف کرد در زمان انتظار برای رسیدن کمک یا مسیر شفاخانه از آن استفاده کنند.

اگر شخص مواد را بطریقه زرقی استفاده می کند:

- در مورد خطرات مصرف داخل وریدی مواد به فرد معلومات دهید که عبارتند از: قرار گرفتن در معرض خطر انتانات بیشتر مانند ایدز/HIV، هپاتیت B و C، انتانات جلدی که می تواند باعث سپتسمی، اندوکاردایتس، آبسه ستون فقرات، مننژیت و حتی مرگ شود.
- با توجه به اینکه ممکن فرد فوراً تزریق مواد مخدر را متوقف نکند، معلومات لازم در مورد شیوه های تزریق با خطر کمتر ارائه کنید. در مورد اهمیت استفاده از سوزن ها و سرنج های معقم در هر بار تزریق و اینکه وسایل تزریق را با دیگران شریک نکنند تاکید کنید.
- در مورد چگونگی دسترسی به برنامه های تعویض سوزن و سرنج، اینکه این برنامه در کجا موجود اند و یا سایر منابع تجهیزات تزریق استریل به فرد معلومات ارائه کنید
- فرد را تشویق نمایید که حداقل هر سال یکبار امراض ویروسی که از طریق خون انتقال میابند، از جمله HIV/AIDS و هپاتیت B و C را چک و معاینه کنند.
 - برای انجام واکسن هپاتیت B شخص را تشویق کنید
 - از در دسترس بودن کاندوم اطمینان حاصل کنید
 - از در دسترس بودن تداوی برای افراد مبتلا به HIV/AIDS و هپاتیت اطمینان حاصل کنید.

مدیریت امراض مترافقه:

- برای کسانی که اختلالات ناشی از سوءمصرف مواد دارند، قدمه پایین معاینات توبرکلوز را در نظر بگیرید.
- بررسی، معاینات و تداوی امراض مقاربتی را در نظر بگیرید

2.6 حمایت از مراقبت کننده

حمایت از خانواده و مراقبت کنندگان:

- در باره تاثیر اختلالات ناشی از مصرف مواد بالای سایر اعضای خانواده، از جمله کودکان همراه با عمارب و مراقبت کنندگان فرد بحث کنید.
- در مورد اختلالات ناشی از سوءمصرف مواد معلومات و آموزش فراهم کنید.

- نیاز های شخصی، اجتماعی و روان وی را بررسی کنید. هر یک از اختلالات اولویت دار روان وی را تداوی کنید.
- در مورد گروپ های حمایتی فامیل ها و مراقبت کنندگان و سایر منابع اجتماعی آگاهی داده زمینه

نکته کلینیکی:

HIV/TB/هپاتیتس و استفاده از مواد

- افرادی که مواد تزریق می کنند در معرض خطر ابتلا به اچ آی وی/ایدز و هپاتیت قرار دارند، به ویژه اگر از تجهیزات تزریق معقم استفاده نکنند یا اینکه در عوض دریافت مواد، تن به مقاربت جنسی غیر مصون میدهند؛ در چنین صورت هرگاه آلوده شود، انداز بسیار خراب خواهد داشت. HIV/AIDS همچنان خطر ابتلا به توبرکلوز را افزایش می دهد و توبرکلوز فعال عامل اصلی مرگ در افراد مبتلا به HIV/AIDS است. افرادی که به شدت از الکول و مواد مخدر استفاده میکنند نیز در معرض خطر ابتلا به توبرکلوز قرار دارند. بنابر این تظاهرات عمومی فرد طوری است که دارای ترکیب از اعراض مصرف مواد، به ویژه مصرف داخل وریدی هیروئین و انتانات همزمان با توبرکلوز، HIV/AIDS و هپاتیت، میباشد.
- مراکز صحتی که افراد معتاد به مواد و الکهول را تداوی میکنند باید بطور منظم افرادی را که برای HIV/AIDS و هپاتیت دوا زرق میکنند آزمایش کنند، و بالای اشخاص که دارای علایم چون سرفه، تب، تعرق شبانه یا کاهش وزن هستند به داشتن توبرکلوز بیشتر مشکوک باشند.
- تداوی HIV/AIDS و توبرکلوز نیاز به مصرف روزانه دوا دارد که هر روز آن مهم است. مراقبت نمودن مستقیم تداوی می تواند متابعت از رژیم تداوی را بهبود بخشد. اگر فرد وابسته به اویپات ها نیز باشد، ارائه تداوی روزانه با متادون یا بپرنورفین در همان زمان و مکان میتواند متابعت از رژیم تداوی را تسهیل کند.
- تداوی هپاتیت روزانه یا هفتوار انجام میشود. مریضان مبتلا به هپاتیت B یا C باید به طور کامل از مصرف الکول خودداری کنند.

دسترسی به آنها را فراهم کنید.

گروپ های خاص

نوجوانان

نوجوانان را چگونه ارزیابی کنیم؟

- ماهیت محرمانه بحث مراقبت های صحی را توضیح نمایند، از جمله اینکه در چه شرایطی با والدین و مراقبت کنندگان نوجوانان این معلومات شریک ساخته میشود.
- بپرسید چه چیز دیگری در زندگی نوجوان می گذرد؟ مهمترین مسائل برای یک نوجوان را شناسایی کنید. به خاطر داشته باشید که نوجوانان ممکن نتوانند به طور کامل آنچه را که آنها را آزار میدهد بیان کنند.
- پرسش های باز ممکن است برای بدست آوردن معلومات در زمینه های ذیل مفید باشد: خانه، تحصیل و اشتغال، غذا خوردن، فعالیت ها، مواد مخدر و الکل، روابط جنسی، مسئولیت و خودکشی یا افسردگی. زمان کافی برای بحث را در نظر بگیرید. همچنان بخاطر موجودیت سایر اختلالات اولویت دار صحت روان فرد را ارزیابی کنید، اگر کدام اولویت صحت روان تشخیص شود به مادیول CMH مراجعه نمایید.

آموزش روانی برای نوجوانان

- به نوجوانان و والدین آنها معلومات در باره اثرات الکل و سایر مواد بالای صحت فردی و عملکرد اجتماعی ارائه کنید.
- عوض تمرکز بالای رفتار نوجوانان به عنوان یک مشکل، آوردن تغییر در محیط و فعالیت های نوجوانان را تشویق کنید. مصروفیت نوجوان در مکتب، کار و سایر فعالیت های که وقت بیشتر نوجوان را صرف میکند، مدنظر بگیرید. نوجوانان را برای مشارکت در فعالیت های گروهی مصئون که باعث اشتراک در جامعه شان میشود، تشویق کنید. این هم مهم است که نوجوانان باید در فعالیت های شرکت کنند که به آنها علاقه دارد.
- والدین و یا مراقبان را تشویق کنید که بدانند نوجوان کجاست، با چه کسی وخت میگزرازد و چه کار میکند، چه

زمانی در خانه باید باشد، و از نوجوان باید انتظار داشته باشند که در قبال فعالیت های خود پاسخگو باشد.

خانمهای که در سنین باروری، باردار و یا شیرده هستند

استفاده الکل

- به خانمهای که باردار هستند یا قصد باردار شدن را دارند توصیه کنید که از مصرف الکل کاملاً خودداری کنند.
- به زنان معلومات دهید که حتی مصرف مقادیر کم الکل در اوایل بارداری می تواند به جنین در حال رشد آسیب برساند و مصرف مقادیر زیاد الکل می تواند منجر به اختلالات وخیم رشد (سندروم الکل جنینی) شود.
- به خانمهای شیرده توصیه کنید که از مصرف الکل خودداری کنند.
- با توجه به مزایای تغذیه انحصاری با شیر مادر (به ویژه در 6 ماه اول)، در صورتی که مادران به نوشیدن الکل ادامه دهند، باید به آنها توصیه شود که مصرف الکل خود را محدود نمایند، تا محتویات الکولی شیر خود را کاهش دهند، مانند: شیردادن قبل از مصرف الکل و ندادن شیر تا زمانی که سطح الکل در خون به صفر برسد (مصرف هر بار نوشیدنی الکل تقریباً 2 ساعت زمان میبرد، یعنی در صورت مصرف 2 نوشیدنی 4 ساعت) و یا با استفاده از شیر دوشیده شده مادر طفل خود را در موقع مصرف الکل تغذیه کید.

احتیاط

به همه مادران مبتلا به مصرف مضره مواد و دارای کودکان خرد سال باید هرگونه خدمات حمایت اجتماعی از جمله ویزیت های اضافی بعد از ولادت، آموزش فرزند پروری و مراقبت از کودک در طول ملاقات های طبی به وی ارائه شود.

استفاده از مواد

- در مورد عادت ماهوار خانم بپرسید و به او معلومات ارائه کنید که مصرف مواد می تواند در سیکل عادات ماهوار

وی اختلال ایجاد کند، و گاهی این تصور نادرست را ایجاد میکند که بارداری اینگونه زنان امکان پذیر نیست.

در مورد اثرات مضر مواد غیر مجاز بالای رشد جنین بحث کنید و اطمینان حاصل کنید که زن به پیشگیری موثر از بارداری دسترسی دارد.

زنان باردار را توصیه و حمایت کنید تا مصرف تمام مواد غیر مجاز را متوقف کنند. در مجموع به زنان باردار وابسته به اویپات ها باید توصیه شود که از آگونیزست اویپات ها مانند متادون استفاده کنند.

نوزاد مادرانی را که اختلالات ناشی از سوءمصرف مواد داشته باشند، بخاطر موجودیت اعراض ناشی از ترک اعتیاد (که به عنوان سندروم ترک اعتیاد نوزادی نیز شناخته می شود) بررسی کنید. سندروم ترک اعتیاد نوزاد ناشی از مصرف اویپاتها توسط مادران باید با دوز های پایین اویپاتها (مانند مورفین) یا باریتورات ها تداوی شود. برای جزئیات بیشتر لطفاً به دستور العمل های مربوط به شناسایی و مدیریت اختلالات مصرف مواد در زمان بارداری مراجعه کنید. این رهنمود در سایت ذیل موجود میباشد

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf.

مادران شیرده را توصیه و کمک کنید تا از هیچ گونه دوی غیرمجاز استفاده نکنند.

به مادران مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد توصیه و از آنها حمایت کنید که طفل خود را حداقل در 6 ماه اول به طور انحصاری شیر بدهند، مگر اینکه توصیه متخصص برای عدم شیر دهی وجود داشته باشد.

مداخلات دوائی

جدول ۱: دواها

صنف/مشخصات	دواها	دوز	عوارض جانبی	مضاد استطباب/ احتیاط
بنزودیازپینها رای مدیریت ترک الکل، مسمومیت با محرک و امراض روانی استفاده میگردد	دiazepam	10-20 میلی گرام برای اعراض قابل مشاهده ترک الکل یا مسمومیت با محرک هر 2 ساعت بعد یکبار تا زمانی که دیگر اعراض ترک الکل یا مسمومیت با محرک قابل مشاهده نباشد یا فرد خواب آلودگی سبک پیدا کند. دوزهای پایین تر (تا 10 میلی گرام چهار بار در روز) برای ترک الکل در مرکز صحتی سرا یا قابل توصیه است.	خواب آلودگی و انحطاط تنفسی که می تواند حیات را تهدید کند. استفاده طولانی می تواند منجر به اعتیاد به این دوا گردد.	به کسانی که Sedate هستند، توصیه نکنید . از ترکیب آن با سایر دواهای آرام بخش جلوگیری کنید. افراد با مصرف این دوا نباید رانندگی کنند. مدت اثر این دوا ممکن است در افراد مبتلا به امراض شدید کبدی طولانی شود. بالای مصرف این دوا نظارت داشته باشید تا خطر انحراف (مانند فروش دوا به شخص دیگری) را کاهش دهید.
انتاگونیست های اوپیات رای تداوی مصرف بیش از حد اوپیات ها توصیه میگردد	نالوکسون	(0.4- 2) میلی گرام داخل وریدی، عضلی، تحت الجلدی یا انفی. در صورت نیاز تکرار کنید.	ناراحتی و یا علایم ترک اوپیات ها ایجاد خواهند شد.	
ویتامین ها رای پیشگیری یا تداوی ورنک انسفالوپتی	تیامین (ویتامین B1)	بخاطر جلوگیری از انسفالوپتی ورنک به مقدار 100 میلی گرام روزانه بمدت 5 روز 100- 500 ملی گرام وریدی یا عضلی روزانه به مدت 3-5 روز برای تداوی ورنک انسفالوپتی		
آگونیست های اوپیات رای تداوی ترک و وابستگی به اوپیات	متادون	ترک اوپیات : دوز اولیه متادون 20 میلی گرام میباشد، با دوز مکمل 5-10 میلی گرام 4 ساعت بعد در صورت لزوم. تداوی تامینی ترک اوپات : دوز اولیه 10-20 میلی گرام با دوز مکمل 10 میلی گرام در صورت نیاز، در هر چند روز دوز روزانه را 5-10 میلی گرام افزایش دهید تا زمانی که شخص اعراض ترک اوپیات را نداشته باشد و از استفاده اوپیات های غیر قانونی خود داری کند . تا آماده شدن برای توقف تداوی با آگونیست اوپیات همین روش تداوی را تامین کنید.	خواب آلودگی ، گیج شدن، دلبدی، استفراغ، قیضیت، تغییرات احتمالی هورمونی، کاهش میل جنسی، تغییرات در ECG مانند طولانی شدن فاصله QT یا براداکاردیا، تفریط فشار خون، انحطاط تنفسی	در افراد مبتلا به امراض قلبی یا تنفسی با احتیاط مصرف شود.
بوپرنورفین		دوز اولیه 4-8 میلی گرام، در صورت نیاز 4-8 میلی گرام در روز افزایش دهید تا زمانی که شخص اعراض ترک اوپیات را نداشته باشد و از استفاده اوپیات های غیر مجاز اجتناب بکند. تا آماده شدن برای توقف تداوی با آگونیست اوپیات همین روش تداوی را تامین کنید.	خواب آلودگی، سرگیجی، آتاکسیا، دلبدی ،استفراغ، قیضیت، انحطاط تنفسی	عدم کفایه احتقانی قلب امراض تنفسی یا امراض کبدی ممکن مورد سوء استفاده قرار گیرد قطع ناگهانی میتواند باعث بروز علایم ترک مواد شود.

سلفات مورفین	10-20 میلی گرام دوز اولیه با 10 میلی گرام دوز اضافی در صورت نیاز	خواب آلودگی و انحطاط تنفس که می تواند حیات را تهدید کند. استفاده طولانی مدت می تواند منجر به اعتیاد به این دوا گردد	در افراد که خواب آلود هستند استفاده نشود از ترکیب آن با سایر دواهای آرام بخش جلوگیری کنید. افراد با مصرف این دوا نباید رانندگی کنند. بالای مصرف دوا نظارت گردد تا خطر انحراف آن را به حد عقل رساند. در صورتیکه قابل دسترس باشند، اویپات های دارای اثرات طولانی (مثلامتادون یا بوپونرفین) یک بار در روز بشکل سرا پا تجویز کنید.
آگونیست های آلفا آدرنژیک	مصرف دوا را به مقدار 0.1 میلی گرام 2-3 بار در روز آغاز کنید. دوز دوا را با در نظر داشت تحمل شخص جهت کنترل اعراض ترک مواد به حداکثر 1 میلی گرام در روز افزایش دهید	خواب آلودگی، سبکی سری، گیجی، سردرد، دلبدی و استفراغ، خشکی دهن، قبضیت، اختلال عملکرد جنسی، افسردگی، بی قراری، فشار پایین خون ، تاکی کاردیا، برادی کاردیای سینوسی و بلاکهای اذینی بطنی.	در امراض قلبی، سکتة های مغزی و تشوشات کبدی به احتیاط توصیه گردد. در امراض کلیوی از دوز های کمتر استفاده کنید. از احتمال سوءاستفاده این دوا نظارت داشته باشید. علایم حیاتی را به دقت کنترل کنید. به طورانی استفاده دوا را قطع نکنید، زیرا ترک ناگهانی می تواند باعث افزایش مجدد فشار خون شود. از مصرف آن در زنان باردار یا شیرده خودداری کنید.
لوفکسپدین	مصرف دوا را با 0.4-0.6 میلی گرام دو بار در روز آغاز کنید، در صورت نیاز دوز دوا را 0.4-0.8 میلی گرام در روز افزایش دهید. حد اکثر دوز واحد 0.8 میلی گرام میباشد. حد اکثر دوز روزانه : 2.4 میلی گرام (در 2 یا 4 دوز کسری) میباشد.	خواب آلودگی، سبکی سری، فشار پایین خون ، تغییرات ECG مانند طولانی شدن فاصله QT و برادی کاردیای سینوسی.	در امراض قلبی، سکتة های مغزی و امراض کلیوی به احتیاط توصیه گردد. در افراد مبتلا به سندرم QT طولانی، تشوشات متابولیک، یا در صورت مصرف هرگونه دواى طولانی کننده QT از مصرف این دوا خودداری کنید. علایم حیاتی را نظارت کنید. به طور ناگهانی استفاده دوا را قطع نکنید، زیرا ترک ناگهانی می تواند باعث افزایش مجدد فشار خون شود.
دواها برای جلوگیری از برگشتن به وابستگی به الکول	استفاده 2 تابلی 333 میلی گرامی را هر 3 بار در روز به مدت 12 ماه توصیه کنید. اگر وزن شخص کمتر از 60 کیلو گرام باشد بمدت 12 ماه، 2 تابلیت 2 بار در روز توصیه کنید.	اسهال، اتساع بطن، دلبدی و استفراغ، درد بطن، افسردگی، اضطراب، تمایل خودکشی، خارش بدن. گاهی اوقات، اندفاعات ماکولوپاپولار ممکن رخ دهد و به ندرت ، واکنش های جلد آبله دار واقع میگردد.	در امراض کمتر وخیم کلیه، دوز کمتر، 333 میلی گرام روزانه 3 بار در روز تجویز کنید. در امراض شدید کلیوی و امراض کبدی از این دوا مصرف نکنید.
برای سرکوبی میل به نوشیدن	نالتراکسون	در ابتدا دوا را برای 6 تا 12 ماه روزانه 50 میلی گرام توصیه کنید. درحالات اعتیاد به اویپات، اطمینان حاصل کنید که در 7 روز گذشته هیچ مصرف اویپات وجود نداشته است (مثلاً با تجویز دوز نالوکسون)	خواب آلودگی، گیجی، دلبدی و استفراغ، درد بطن، بی خوابی، اضطراب، کاهش انرژی، درد مفاصل و عضلات. فعالیت کبد را به دلیل خطر مسمومیت کبدی کنترل کنید.
دی سولفیرام	در ابتدا روزانه 200-400 میلی گرام توصیه کنید.	خواب الودگی، سر گیجی، سردردی، آتشک (Flushing)، تعرق، خشکی دهن، دلبدی و استفراغ، لرزش، بوی ناخوشایند وجود ، اختلالات عملکرد جنسی، به ندرت واکنش های روانی، درماتیت آلرژیک، التهاب عصب محیطی یا افات کبدی ممکن است واقع گردد. واکنش های سریع می تواند منجر به کانفیوژن ،کولپس قلبی و عالی و مرگ شود.	دواهای ضد افسردگی سه حلقه ای (TCAs) ، مهارکننده های مونوآمین اکسیداز (MAOIs) ، دواهای ضد سایکوز، توسع دهنده های وعایی، و آنتاگونیست های آلفا یا بتا آدرنژیک، عکس العمل دی سولفیرام-الکول را جدی تر می میسازد. حساس بودن به الکول حتی اگر در مقادیر کم باشد، 6-14 روز پس از مصرف دی سولفیرام ادامه می یابد. همزمان با الکول استفاده نکنید، زیرا ممکن است واکنش های تهدید کننده حیات یا کشنده ایجاد شود. در زنان باردار یا شیرده استفاده نشود. استفاده از این دوا در افراد مبتلا به فشار خون بالا، امراض قلبی، کبدی یا کلیو، داشتن سابقه سکتة های مغزی، امراض روانی، رفتار تکانشی و یا در تهدید خودکشی قرار دارند استطبیب ندارد.

پیگیری SUB - 03



توصیه ها در مورد دفعات تماس و ملاقات ها

- استفاده مضر مواد: در یک ماه پیگیری کنید. بعداً از آن نظر به ضرورت به پیگیری ادامه دهید.
- وابستگی: در 2 هفته اول چندین بار در هفته پیگیری کنید، بعداً هر هفته در یک ماه اول. پس از بهبود شخص، تکرار بازدید را به ماهوار کاهش داده یا حسب لزوم دید بعداً تصمیم بگیرید.

1

فرد را برای بهبودی ارزیابی کنید

در هر بار ملاقات، موارد ذیل را ارزیابی کنید:

- کمیت و دفعات مصرف مواد، صحت روانی، صحت جسمی، عوامل خطر و محافظتی (مانند: روابط، محل زیست، اشتغال و غیره)
- در مورد عوامل که منجر به مصرف مواد میشوند و پیامدهای مصرف مواد بپرسید.

ترک طولانی مدت مواد یا استفاده غیر مضر مواد

- معاینه وقتاً فوقتاً ادرار را برای تأیید عدم استفاده موادر در نظر بگیرید
- فید بک مثبت ارائه کنید
- اقداماتی چون فراهم کردن سرپناه و اشتغال که خطر عود به بیماری را کاهش میدهد را حمایت کنید.
- سایر مشکلات طبیی فرد را تداوی کنید
- شخص را تشویق کنید تا در گروه های کمک دو طرفه شرکت کند.
- تکرار ملاقات ها را کاهش دهید

جدیداً ترک مصرف مواد یا آغاز استفاده غیر مضر

- برای تأیید خودداری از مواد معاینه ادرار را در نظر بگیرید
- برای تشویق به حفظ ترک یا استفاده غیر مضر مواد، فید بک مثبت ارائه کنید.
- سایر مشکلات طبیی فرد را تداوی کنید
- دواهای پیشگیری از عود اعتیاد الکول و اوبیات را در نظر بگیرید.
- برای پیشگیری از برگشت به اعتیاد تداوی های روانی اجتماعی و گروه های کمک دوطرفه را در نظر بگیرید
- اقداماتی چون فراهم کردن سرپناه و اشتغال که خطر عود به بیماری را کاهش میدهد را حمایت کنید.

در صورت استفاده مداوم مود

- استراتژی های کاهش اضرار مواد ایجاد کنید
- مشکلات صحی فرد را تداوی کنید
- استراتژی های کاهش استفاده مواد ایجاد کنید
- در صورت موافقت فرد، سم زدایی یا تداوی تأمینی را برنامه ریزی کنید
- بررسی و اطلاع رسانی دوامدار و مکرر را انجام دهید

جدول 2: اعراض استفاده مزمن از مواد و معایناتی که باید در نظر گرفته شوند.

علائم مصرف مزمن و سنگین الکل

- تشوشات کبدی: به زردی جلد و چشم ها نگاه کنید، کنارهای کبدی قابل لمس و دردناک (در مراحل ابتدایی التهاب کبد) میباشند، حین (شکم متوسع مملو از مایع) و و اوعیه عنكبوتی(اوعیه های منشعب بالای سطح جلد قابل مشاهده میباشد) و تغییر حالت شعوری (انسفالوپاتی کبدی) موجود میباشد.
- آسیب های دماغ اصغر : مشکلات تعادل، راه رفتن، هماهنگی حرکات و نیساگموس را بررسی کنید

معایناتی که باید در نظر گرفته شوند:

- انزایم های کبدی: افزایش انزایم های کبدی و افزایش امونیا نشان دهنده امراض کبدی است.
- شمارش کامل خون: کم خونی ماکروسیتیک و کم بودن تعداد صفحات دمویه را بررسی کنید.

علائم استفاده مزمن از مواد

- مشکلات در مراقبت کردن از خود، حفظ الصحه ضعیف جوف دهن، انتانات جدی پرازیتی مانند شپش و سکاویز و سوءتغذیه.
- علائم زرق مواد: نشانی های تازه و کهنه زرق مواد را در بازو و پاهای فرد بررسی کنید. از فرد راجع به محل زرق مواد بپرسید و ببینید که منتن نشده باشد.
- اختلالات معمول صحن مصرف زرقی مواد: افرادی که مواد را بشکل زرقی استفاده می کنند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به انتانات مانند HIV/AIDS، هپاتیت B و C و توبرکلوز قرار دارند. آنها همچنان در معرض خطرابتلا به انتانات جدی در محل زرق قرار دارند. در برخی موارد ، این انتانا میتواند به خون سرایت کنند و باعث سپتی سمی، اندوکاردایتس،آبسه ستون فقرات ،مننژیت یا حتی مرگ میشود

معایناتی که باید انجام شوند:

- معاینه موجودیت مواد در ادرار: در موارد اضطراری ، هر زمان که مشکوک به مسمومیت ، علائم ترک مواد یا مصرف بیش از حد مواد باشید، باید معاینه سکرینگ دوا در ادرار انجام دهید ، خصوصا در مواردی که فرد قادر به بیان آنچه که مصرف کرده است نباشد.
- اگر شخص مواد را بصورت زرقی اخذ میکند، برای تشخیص ویروس های که از طریق خون منتقل میشوند، HIV/AIDS و هپاتیت B و C و غیره معاینات سیرولوژیک را اجرا نمایید.
- اگر فرد رابطه جنسی محافظت نشده داشته است، معاینات انتانات مقاربتی از جمله HIV، سیفلیس، کلامیدیا، گونوریا و ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV) را انجام دهید.
- در صورت مشکوک بودن به توبرکلوز، معاینات ویژه برای توبرکلوز، معاینه بلغم و کلیشه قفس سینه را انجام دهید. اعراض و علائم از قبیل سرفه مزمن، تب، لرزه و کاهش وزن را بررسی کنید.

خود آزاری / خودکشی

SELF-HARM/SUICIDE (SUI)

در جریان ارزیابی ابتدایی و بعد از آن بصورت متکرر افکار، برنامه ها و اعمال خود آزاری را در فرد ارزیابی کنید. به حالت روانی و ناراحتی عاطفی فرد توجه کنید.

عمل عمدی برای از بین بردن خود، خودکشی محسوب میشود. خود آزاری اصطلاح گسترده تری است که به مسمومیت یا آسیب عمدی به خود اطلاق میگردد که ممکن قصد یا نتیجه آن خودکشی باشد یا خیر. از هر فرد بالاتر از 10 سال سن که شکایات ذیل را تجربه کرده باشد باید در مورد افکار یا برنامه های خود آزاری در ماه گذشته و در مورد اقداماتی که منجر به خود آزاری در سال گذشته شده باشد، سوال پرسیده شود.

- موجودیت هر یک از حالات اولویت دار MNS، به چارت اصلی (Master Chart) مراجعه کنید
- درد دوامدار
- ناراحتی حاد عاطفی

نکته کلینیکی:

- پرسیدن در مورد خود آزاری شخص را برای اقدام خود آزاری تحریک نمی کند. پرسیدن در این مورد اکثراً اضطراب مربوط به افکار و یا اقدام به خود آزاری را کاهش می دهد و به فرد کمک میکند احساس کند که حالت اش درک شده است. با این حال، قبل از پرسیدن سوالات درباره آسیب رساندن به خود، سعی کنید با فرد ارتباط برقرار کنید. از فرد بخواهید تا دلایل خود را برای آسیب رساندن به خود توضیح دهد.

خود کشی – مرور سریع



مدیریت

- پروتوکول های تداوی
 1. اقدامات فوری طبی برای خود آزاری.
 2. خطر قریب الوقوع خود آزاری یا خودکشی.
 3. خطر خود آزاری یا خودکشی.
- تداوی عمومی و مداخلات روانی – اجتماعی



پیگیری



ارزیابی

- ارزیابی کنید که آیا فرد از نظر طبی اقدام جدی خود آزاری یا خود کشی را انجام داده یا خیر؟
- خطر قریب الوقوع خود آزاری یا خودکشی را ارزیابی کنید.
- فرد را از نظر حالات اولویت دار MNS بررسی کنید.
- موجودیت درد یا امراض مزمن را ارزیابی کنید.
- شدت اعراض عاطفی را در فرد ارزیابی کنید.

در صورتی که فرد یکی از این موارد را تظاهر نماید، برای خود آزاری و یا خود کشی تحقیق کنید:

مایوسی و نا امیدی شدید، افکار/ طرح ها / اقدامات برای آسیب رساندن به خود، اقدام به خودکشی یا داشتن سابقه خود آزاری، عمل خود آزاری همراه با علائم مسمومیت، خونریزی از زخمی که به خود وارد کرده است، از دست دادن شعور و یا بی حالی شدید، و یا

هر یک از حالات اولویت دار MNS، درد و امراض مزمن یا ناراحتی های شدید عاطفی.

1

آیا فرد بخاطر خود آزاری از نظر طبی اقدام جدی کرده است؟

بررسی کنید که آیا شواهد خود آزاری و یا علایمی وجود دارد که به تدای طبی عاجل نیاز داشته باشد، از جمله:

- علایم مسمومیت یا تسمم
- از دست دادن شعور
- خونریزی ناشی از زخمی کردن خود
- بی حالی شدید

نکته کلینیکی:

اگر وضعیت صحتی اش از نظر طبی قناعت بخش باشد، در صورت نیاز تدای مناسب را انجام دهید.

خیر

بلی

اقدام جدی طبی برای خود آزاری که به تدای نیاز دارد.

- به پروتوکل 1 بروید.
- اگر وضعیت صحتی فرد از نظر طبی قناعت بخش باشد، به مرحله 2 مراجعه کنید.

2

آیا خطر قریب الوقوع خود آزاری و یا خودکشی وجود دارد؟

از فرد و مراقبان وی درباره موارد ذیل معلومات بدست آرید:

- افکار فعلی یا برنامه خود آزاری یا خودکشی.
- در فردی که فعلاً به شدت آشفته، خشن، مضطرب یا فاقد ارتباط هست، افکار یا طرح خود آزاری در گذشته یا عمل خود آزاری در گذشته را بپرسید.

نخیر

بلی

خطر قریب الوقوع خود آزاری و یا خودکشی
احتمال دارد.

به پروتوکول 2 بروید، آنرا مدیریت کرده بعداً
وارد مرحله 3 شوید.

آیا تاریخچه افکار یا طرح خود آزاری در ماه گذشته و یا
عمل خود آزاری در سال گذشته وجود دارد؟

بلی

خطر قریب الوقوع خود آزاری / خودکشی بعید است،
اما هنوز هم خطر آن وجود دارد.

به پروتوکول 3 بروید آنرا مدیریت کرده سپس
وارد مرحله 3 شوید.

خطر خود آزاری/خودکشی بعید است.



3

آیا فرد همزمان مبتلا به اختلالات MNS هست؟

- افسردگی
- اختلالات ناشی از مصرف مواد
- اختلالات روان و رفتاری کودکان و نوجوانان
- سایکوز
- صرع

نخیر

بلی

امراض را که همزمان واقع شده را تداوی کنید
مودول های مربوطه را ببینید



4

آیا شخص درد مزمن دارد؟

نخیر

بلی

- درد را مدیریت کنید و هر گونه حالت
طبی مرتبط با آنرا تداوی کنید.

5

آیا اعراض عاطفی فرد آنقدر شدید هستند که نیاز به مدیریت کلینیکی داشته باشد؟

- ناتوانی در انجام کار های عادی، کار های
مکتب، خانه و یا فعالیت های اجتماعی.
- تداوی خود سرانه مکرر برای مشکلات عاطفی
یا اعراض فزینی غیر قابل توضیح.
- زجرت مشخص یا درخواست مکرر
کمک.

نخیر

بلی

به SUI-03 بروید (تعقیب کنید).

- مشکلات عاطفی را مدیریت کنید.
- به مادیول OTH مراجعه کنید.

مدیریت - SUI-02

پروتوکول 3	پروتوکول 2	پروتوکول 1
خطر خودآزاری/خودکشی	خطر قریب الوقوع خود آزاری و یا خود کشی	اقدام جدی طبی برای خود آزاری
• حمایت روانی – اجتماعی را ارائه و بکار گیرید. • در صورت دسترسی با متخصص صحت روانی مشوره کنید. • تماس و پیگیری منظم را حفظ کنید.	• وسایل خود آزاری/خودکشی را دور کنید. • محیط امن و تحت مراقبت را ایجاد کنید، اگر ممکن باشد برای تداوی اطاق جداگانه و آرام را فراهم کنید. • شخص را تنها نگذارید. • برای اطمینان از امن بودن مداوم شخص یک کارمند یا یکی از اعضای فامیل او را موظف و نظارت کنید. • به وضعیت روانی و ناراحتی عاطفی شخص توجه خاص داشت باشید. • برای فرد و مراقبین وی آموزش روانی ارائه کنید. • حمایت روانی – اجتماعی را ارائه و بکار گیرید. • مراقبین فرد را کمک و حمایت کنید. • در صورت دسترسی با متخصص صحت روانی مشوره کنید. • تماس و پیگیری منظم را حفظ کنید.	• در تمام موارد: شخص را در یک محیط امن و تحت مراقبت با امکانات صحی قرار دهید. • شخص را هرگز تنها نگذارید. • جروحات یا مسمومیت ها را از نظر طبی تداوی کنید. در صورت وقوع مسمومیت حاد توسط حشره کش ها، "پروتوکول تداوی مسمومیت با حشره کش ها" را دنبال کنید. • اگر فرد نیاز به بستری شدن داشته باشد، فرد را بخاطر جلوگیری از خود کشی از نزدیک مراقبت کنید. • شخص را از اینکه به خود آسیب نرساند مراقبت کنید. • حمایت روانی – اجتماعی را ارائه کنید. • مراقبان فرد را کمک و حمایت کنید. • در صورت دسترسی با متخصص صحت روانی مشوره کنید. • تماس و پیگیری منظم را حفظ کنید.

2.1: مدیریت مسمومیت ناشی از حشره کش ها

- اگر مرکز مراقبت صحتی دارای حد اقل مهارت ها و منابع لازمه باشد، شخص را با استفاده از رهنمود WHO مدیریت کنید، (تداوی کلینیکی مسمومیت با حشره کش ها) (http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en).

در غیر آن شخص را فوراً به مرکز صحتی که دارای امکانات ذیل باشد انتقال دهید:

- ✓ منابع، مهارت و دانش لازمه برای احیای مجدد و ارزیابی اعراض کلینیکی تسمم با حشره کش ها.
- ✓ مهارت و دانش برای مدیریت طرق تنفسی، به ویژه انتبوشن و ارائه تنفس مصنوعی الی وصل شدن فرد به ماشین وینتلاتور.
- ✓ موجودیت اتروپین و وسایل لازمه برای تطبیق داخل وریدی جهت تداوی و کنترل اعراض کولینرژیک.
- ✓ موجودیت دیازپیم و وسایل تطبیق داخل وریدی برای کنترل و تداوی اختلاجات.
- اگر فرد بیدار باشد بعد از رضایت آگاهانه او در صورتیکه فرد طی یک ساعت بعد از مسمومیت مراجعه نمود باشد، چارکول فعال را از طریق فمی تطبیق نمایید.
- فرد را مجبور به استفراغ نسازید.

- مایعات فمی نباید داده شود.

2.2: مراقبت از فردی که به خود آسیب می رساند.

- فرد را در مرکز صحتی در یک جای امن تحت مراقبت قرار دهید (فرد را تنها نگذارید). اگر قرار باشد که فرد برای تداوی باید در انتظار بماند، وی را در محیطی نگه دارید که فشار روانی آنرا کاهش دهد. اگر امکان داشته باشد جهت حصول اطمینان از صحتمندی مداوم فرد، وی را در اتاق جداگانه و خاموش تحت مراقبت کارکن صحتی از قبل تعیین شده و یا هم عضو خانواده او قرار دهید.
- فرد را اجازه ندهید که به وسایلی که موجب خود آزاری میشود، دسترسی داشته باشد.
- در صورت امکان با متخصص صحت روران مشورت نمایید.
- خانواده، دوستان و سایر اشخاص نگران فرد و نیز منابع اجتماعی موجوده را بسیج نمایید تا از فردی که خطر قریب الوقوع خود آزاری یا خودکشی نزدش وجود دارد، نظارت نمایند (به - حمایت های روانی اجتماعی را فعال - مراجعه نمایید).
- افرادی را که دچار خود آزاری هستند مانند سایر افراد باید مراقبت ها را بسیار بشکل احترامه اخذ نمایند و حریم خصوصی شان رعایت گردد. شما نیز نسبت به اختلال عاطفی فرد در رابطه به خود آزاری یا خودکشی، حساس باشید.
- افرادی که در جریان ارزیابی و تداوی خواهان موجودیت مراقبت کنندگان خود هستند، آنها

(مراقبت کنندگان) را در پروسه ارزیابی و تداوی دخیل نمایید ولی پیشنهاد میگردد که آموزش روانی و مصاحبه باید دو به دو بین کارمند صحتی و فرد صورت گیرد تا در مورد مسایل خصوصی گفتگو و بحث صورت گرفته بتوانید.

- در صورت نیاز به مراقبت کنندگان و یا اعضای خانواده فرد حمایت عاطفی فراهم کنید.
- از ادامه مراقبت اطمینان حاصل کنید.
- بستری شدن فرد در مراکز صحتی عمومی (غیر روانی) بمنظور جلوگیری از خود آزاری یا خودکشی توصیه نمیگردد. ولی اگر لازم باشد که فرد بخاطر مدیریت پیامد های طبی خود آزاری در مرکز خدمات صحتی عمومی داخل بستر گردد، باید برای جلوگیری از آسیب بیشتر به خود، شدیداً تحت نظارت قرار گیرد.
- در صورت تجویز دوا:
 - ✓ برای مداخلات دوائی حالت های همزمان، به مدل های مربوطه در mhGAP-IG مراجعه نمایید.
 - ✓ دوا را انتخاب کنید که اگر فرد عمداً دوا را بیشتر از مقدار معینه اخذ نماید (مقدار مسمومیت)، دارای کمترین خطرات باشند.
 - ✓ دوا درج نسخه فرد را بصورت هفته وار (دوره های کوتاه مدت) در دسترس فرد قرار دهید.

2.3: حمایت روانی – اجتماعی را فعال و ارائه کنید.

- **حمایت را به فرد ارائه کنید:**
 - ✓ دلایل و راه های زنده ماندن را دریابید.
 - ✓ از طریق تشویق فرد به صحبت کردن در مورد چگونگی حل مشکلات قبلی او، بالای نقاط قوت فرد تمرکز کنید.
 - ✓ در صورت موجودیت منابع انسانی کافی، برای کمک به کسانی که سال گذشته تلاش خود آزاری را کرده اند، گزینه های تداوی متمرکز بر حل مساله را در نظر بگیرید. (به مادیول مراقبت های ضروری و عملی کردن مراجعه نمایید).
- **حمایت روانی اجتماعی را فعال سازید**
 - ✓ خانواده، دوستان، سایر افراد مربوطه و منابع موجود دیگر را بسیج نمایید تا اطمینان حاصل گردد که از فردی را که خطر خود آزاری یا خود کشی نزدش ادامه دارد، از نزدیک نظارت کنند.
 - ✓ به شخص و مراقبت کنندگان وی توصیه کنید که دسترسی به وسایل که منجر به خود آزاری/خودکشی (مانند: حشره کش ها/مواد سمی، دوا های تجویز شده، اسلحه و غیره) میشوند را تا زمانی که فرد افکار یا برنامه های خود آزاری/خودکشی دارد، محدود نمایند.
 - ✓ حمایت اجتماعی را از منابع موجود در جامعه به حد مطلوب برسانید. این منابع شامل منابع غیر رسمی مانند: اقارب، دوستان، آشنایان، همکاران و رهبران مذهبی و منابع رسمی جامعه از جمله مراکز مدیریت بحران و مراکز محلی صحت روانی میباشند.

2.4: حمایت مراقبت کنندگان

- به مراقبت کنندگان و اعضای خانواده توضیح دهید که پرسیدن در مورد افکار خود کشی اغلباً به فرد کمک می کند تا احساس آرامش کند، اضطراب نزدش کاهش یابد و قوه درک آن بهتر شود.
- مراقبت کنندگان و اعضای خانواده فردی که در معرض خود آزاری قرار دارد، معمولاً دارای استرس شدید میباشند که در صورت نیاز باید به آنها حمایت عاطفی فراهم گردد.
- به مراقبت کنندگان و اعضای خانواده فرد که در معرض خود آزاری قرار دارد توضیح دهید که حتی در صورت نا امید شدن از فرد باید از برخورد خصومت آمیز و انتقاد شدید نسبت به وی خود داری کنند.

2.5: آموزش روانی

- **پیام های کلیدی برای شخص و مراقبت کنندگان:**
 - ✓ اگر کسی افکار خود آزاری/خودکشی دارد، فوراً از یک عضو قابل اعتماد خانواده، دوست یا از عرضه کننده خدمات صحتی کمک بخواهید.
 - ✓ با فرد در مورد خود کشی صحبت کردن باعث مشکلات نشده و نیز سبب تحریک خود کشی نمیشود.
 - ✓ خود کشی ها قابل پیشگیری اند.
 - ✓ گذراندن یک دوره خود آزاری/خود کشی نشان دهنده اختلال شدید عاطفی در فرد میباشد. برای حل این مشکلات نزد خود فرد راه حل وجود ندارد لهذا کمک و حمایت فوری برای رفع

- اختلال عاطفی و برطرف ساختن عوامل استرس زا مهم پنداشته میشود.
- ✓ وسایل که منجر به خود آزاری میشوند (مانند: حشره کش ها، اسلحه، دوا ها) باید از خانه دور شوند.
- ✓ موجودیت شبکه فعال اجتماعی، از جمله خانواده و سایر افراد مرتبط به شخص، برای ارائه حمایت اجتماعی مهم است.



پیگیری «SUI-03»

1

فرد را برای بهبودی ارزیابی کنید.



ایا شخص در حال بهبود است؟

بلی

نخیر

- با بهبودی فرد، تماس را با وی کاهش دهید.
- پیگیری شخص را تا دو سال ادامه دهید، با در نظر داشت بهبود وضعیت شخص، تماس را با وی کاهش دهید (مثلاً: یک بار در هر 2-4 هفته پس از 2 ماه اول، و دو بار در سال دوم)

توصیه جهت تکرار تماس
ارتباط خود را با شخص حفظ کنید (از طریق تلفون، بازدید از خانه او، نامه ها یا کارت های تماس). در ابتدا بیشتر با شخص در تماس باشید (مثلاً روزانه یا هفته وار) برای دو هفته اول. تا زمانی که خطر خود آزاری/خودکشی ادامه دارد، شخص باید پیگیری شود.

- در صورت لزوم جریان تماس را افزایش دهید.
- در صورت لزوم به متخصص مراجعه کنید.

2

ارزیابی منظم افکار و برنامه های خود آزاری/خودکشی را انجام دهید.

در هر تماس، به طور معمول افکار و برنامه های خودکشی را ارزیابی کنید که آیا خطر قریب الوقوع خود آزاری/خودکشی وجود دارد یا خیر؟ به SUI 1 (ارزیابی) مراجعه نمایید.

سایر شکایات مهم صحت روانی

Other Significant Mental Health Complaints (OTH)

سایر شکایات صحت روانی زمانی جدی و مهم تلقی میشوند که عملکرد های روزمره شخص را خدشه دار بسازند و یا هم زمانیکه شخص مجبور به خواستن کمک و همکاری از دیگران شود. موجودیت سایر شکایات صحت روانی ممکن به دلیل فشار روانی باشد.

در این مادیول رهنمایی اساسی در مورد سایر شکایات مهم صحت روانی گنجانیده شده است که در دیگر بخش های این رهنمود به آنها پرداخته نشده است. بعضی حالات ممکن مشابه به افسردگی باشد، اما معاینات دقیق تر مشخص میسازد که این حالات متفاوت تر از حالت هایی است که در قسمت های دیگر این رهنمود شامل شده است.

- این مادیول نباید برای افرادی که دارای ویژگی های حالت های اولویت دار در ج mhGAP هستند در نظر گرفته شود (به استثنای حالت های خود آزاری)
- این مادیول فقط و فقط بعد از رد تشخیص حالت افسردگی استفاده شود.
- از این مادیول در کمک به سالمندان استفاده کرده میتوانید. در واقعات اطفال و یا نوجوان به مادیول CMH مراجعه کنید.

مرور سریع



تداوی

پروتوکول های تداوی

1. سایر شکایات مهم صحت روانی.
2. سایر شکایات مهم صحت روانی در افرادی که در معرض فشار های روانی شدید قرار دارند.

پیگیری

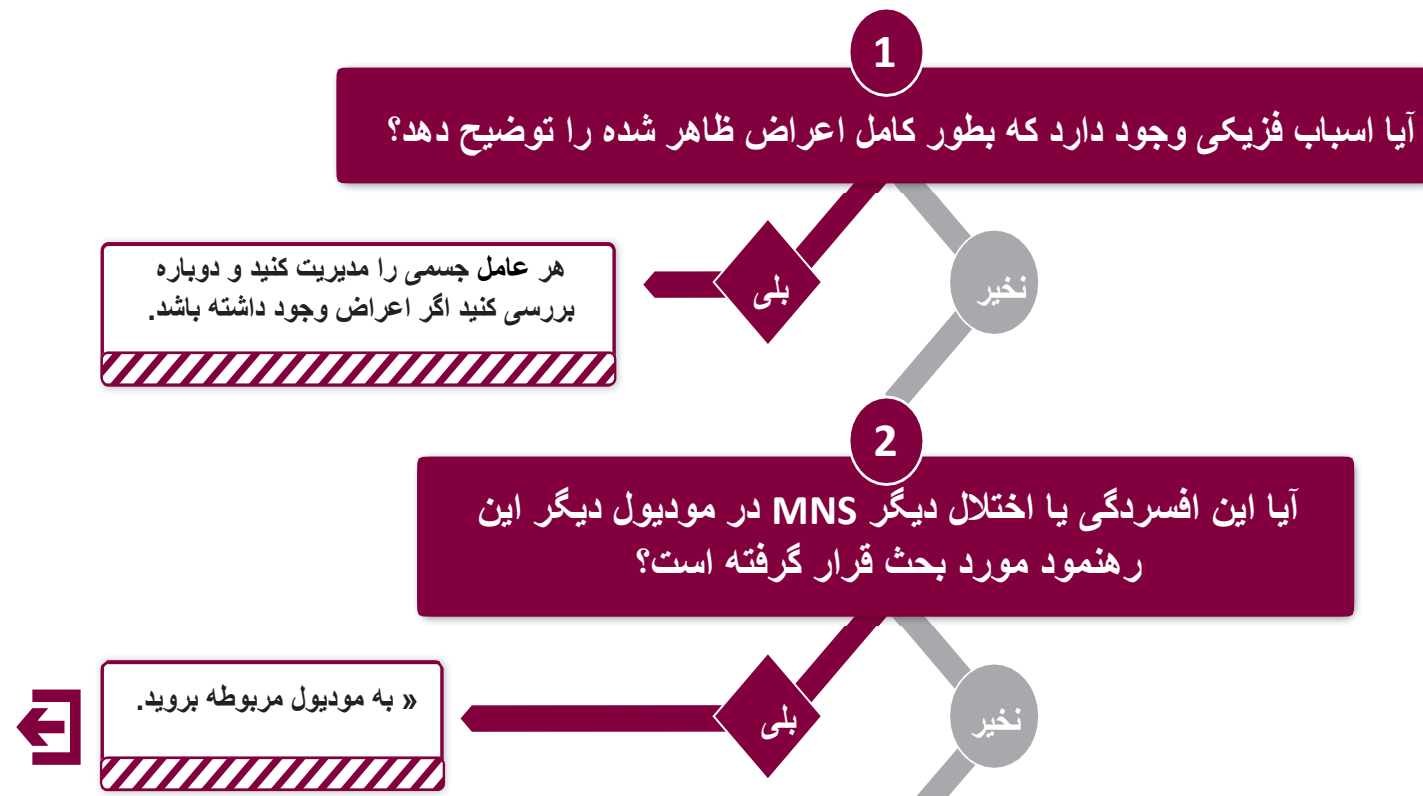


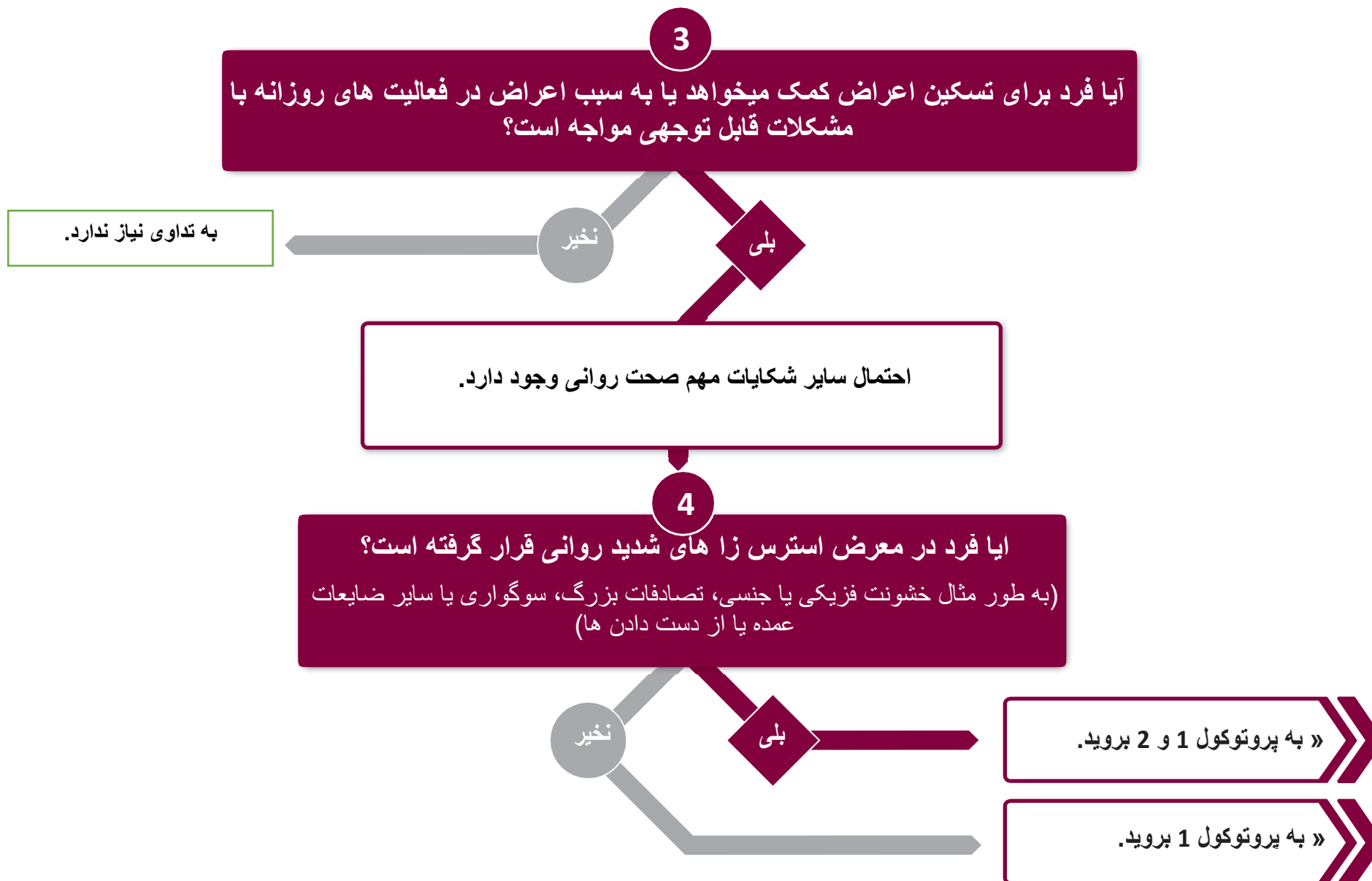
ارزیابی

- عوامل فیزیکی که به طور کامل اعراض را توضیح می دهند را رد کنید.
- افسردگی یا سایر اختلالات MNS را رد کنید.
- بررسی کنید که آیا فرد برای تسکین اعراض کمک میخواهد، یا اینکه در فعالیت های روزمره خود مشکلات قابل ملاحظه دارد.
- بررسی کنید که آیا فرد در معرض فشار های روانی شدید قرار گرفته است یا خیر؟
- ارزیابی کنید که آیا خطر قریب الوقوع خود آزاری/خودکشی وجود دارد یا خیر؟

تظاهرات معمول سایر شکایات مهم صحت روانی

- احساس خستگی شدید، افسردگی، مخزش بودن، اضطراب یا استرس.
- اعراض جسمی غیر قابل توضیح طبی (یعنی اعراض جسمی که عامل فیزیکی شناخته شده که عرض را توضیح دهد، وجود ندارند).





در صورت موجودیت خطر قریب الوقوع خودکشی، قبل از ادامه پروتوکول 1 و 2 فرد را مدیریت کنید. به مادیول SUI مراجعه کنید.



سایر شکایات مهم صحت روانی

پروتوکول 01

- شما دوا های ضد اضطراب و ضد افسردگی را تجویز نکنید (مگر اینکه یک متخصص توصیه کرده باشد).
- از تزریق ویتامین ها و سایر تداوی های غیر موثر خود داری کنید.
- طوریکه در اصول و مراقبت های اساسی توضیح داده شده است، در تمام واقعات، فشار روانی را کاهش داده و حمایت اجتماعی را قوت بخشید.
- ✓ استرس های روانی اجتماعی را رسیدگی کنید.
- ✓ حمایت ها را بهبود بخشید.
- ✓ شیوه های کاهش استرس را آموزش دهید، بطور مثال: روش های استراحت (Relaxation) را در ختم مادیول جدول 1 مشاهده نمایید.
- هرگاه برای اعراض جسمی هیچ اختلال فیزیکی مشخص نشد، در آنصورت اعراض را تصدیق کرده و توضیحات لازم را ارائه کنید.
- ✓ از معاینات لابراتواری و انجام سایر معاینات تشخیصیه اجتناب کنید، مگر در صورتی که اعراض واضح طبیی موجود باشد، بطور مثال علائم حیاتی غیر نورمال.
- ✓ اگر قرار باشد که معاینات لابراتواری بیشتر توصیه گردد، در آنصورت توقعات غیر واقعی را با گفتن اینکه توقع می رود نتایج لابراتوار نارمل باشد، کاهش دهید.

- ✓ فرد را مطلع سازید که کدام مریضی حاد و جدی نزدشان تشخیص نشده است. در مورد دریافت های عادی و معمول کلینیکی و لابراتواری توضیحات ارائه کنید.
- ✓ هر گاه شخص به انجام دادن معاینات دیگر اصرار داشت، در آنصورت برایش بگوئید که انجام دادن معاینات غیر ضروری و اضافی میتواند که خطرناک واقع شود چون باعث ایجاد نگرانی و عوارض جانبی میشود.
- ✓ ضمناً این را هم بپذیرید که اعراض و علائم خیالی و بی دلیل نمیشوند، و هنوز هم میتواند که باعث ایجاد ناراحتی شود بناءً رسیدگی به اعراض مهم و اساسی میباشد.
- ✓ از فرد در مورد دلیل اعراض وضاحت بخواهید، برسید که نگرانی شان چیست. چون وضاحت وی ممکن که سرخ هایی در مورد عامل اصلی نگرانی ها باشد، در ایجاد یک رابطه قابل اعتماد با فرد کوشش کنید، سعی نمائید که پایبندی فرد به تداوی را افزایش دهید.
- ✓ توضیح دهید که ترس و استرس عاطفی باعث اعراض جسمی چون درد معده، کشش عضلاتی و غیره میشود. در مورد ارتباط بالقوه میان اعراض و عاطفه و استرس فرد صحبت کنید.
- ✓ فرد را تشویق کنید که به صورت تدریجی به فعالیت های روزمره برگشته و آنرا ادامه دهند.
- ✓ فراموش تان نشود که تمرین کاهش استرس و قوت بخشیدن حمایت اجتماعی را انجام دهید. به مادیول ECP بروید.

سایر شکایات مهم صحت روانی

در افرادی که در معرض عوامل استرس زای شدید قرار دارند

پروتوکول 2

- ✓ در تمام موارد، بعد از قرار گرفتن در معرض یک عامل استرس زای شدید آیا شخص مشکلات عاطفی، فیزیکی و یا رفتاری داشته است یا خیر، به صحبت های شخص به دقت گوش داده و طوریکه در پروتوکول 1 توضیح داده شد مورد حمایت قرار دهید.
- ✓ شخص را بخاطر اینکه در مورد حادثه صحبت کند تحت فشار قرار ندهید.
- ✓ به نیاز های اجتماعی شخص رسیدگی کنید.
- ✓ از شخص در مورد نیاز ها و نگرانی هایش بپرسید.
- ✓ با شخص در قسمت برآورده شدن نیاز ها، دسترسی به خدمات، تماس با فامیل و دیگر حمایت های لازم اجتماعی همکاری کنید.
- ✓ در صورت نیاز، فرد را از آسیب های بیشتر محافظت کنید.
- ✓ در صورتی که عملی باشد و از لحاظ فرهنگی مناسب باشد، شخص را تشویق کنید تا به فعالیت های معمول قبلی خود برگردد، بطور مثال به فعالیت هایی که در مکتب یا محل کار داشت، در خانه و یا هم اجتماع دارد.
- در مواردی که ضیاع بزرگ رخ داده باشد در آنصورت توضیح دهید که:
 - ✓ در ضیاع بزرگ (از دست دادن ها) سوگواری کردن یک امر عادی است. معمولاً افراد برای از دست دادن یک شخص، یک محل، اپارتمان، و یا هم از دست دادن صحت و آسایش سوگواری میکنند. اندوه تاثیرات روحی و فیزیکی دارد.
 - ✓ معمولاً افراد به روش های مختلف سوگواری میکنند. بعضی از افراد احساسات قوی نشان میدهند در حالیکه بعضی ها این کار را نمیکند. گریه کردن به این معنی نیست که آن شخص ضعیف است. افرادی که گریه نمیکند به عین اندازه درد عاطفی را احساس میکنند ولی آنرا به اشکال دیگر نشان میدهند.
- ✓ در اکثر موارد، با گذشت زمان سوگواری کاهش می یابد. ممکن یک شخص فکر کند که غم، تمایل و دردی را که احساس میکند هرگز از بین نرود، در حالیکه در اکثریت موارد این احساسات با گذشت زمان کاهش می یابند. بعضی اوقات یک شخص شاید برای یک لحظه احساس خوبی و راحتی کند، بعداً یک چیزی وی را به یاد از دست داده اش می اندازد و این باعث میشود که درد و غم را مانند دفعه اول اش احساس کند. برای احساس غم و اندوه هیچ راه درست و غلطی وجود ندارد. گاهی ممکن است یک فرد احساس غمگینی کند، بعضاً بی تفاوت شود و گاهی هم بتواند از خود لذت ببرد. معمولاً این تجارب دوام کمتر پیدا کرده و با گذشت زمان کمتر میشود.
- در صورتیکه یکی از عزیزان خویش را از دست داده باشد، در آنصورت با توجه به پروسه های مناسب فرهنگی و غم شریکی صحبت و حمایت کنید.
 - ✓ بپرسید که آیا مراسم مناسب عزاداری و سوگواری صورت گرفته است و یا برنامه ریزی شده است. هرگاه انجام نشده باشد، در آنصورت در مورد موانع و چگونگی رسیدگی به آن صحبت کنید.
 - اگر به سوگواری طولانی مدت مشکوک باشند، در آنصورت بخاطر تداوی و معاینات بیشتر با متخصص مشوره کنید.
 - ✓ اعراض شخصی که دچار حالت غم و اندوه طولانی مدت باشد عبارت از داشتن مشکل قابل توجه در انجام وظایف روزمره حد اقل برای شش ماه، و داشتن علاقه شدید با فرد متوفی یکجا با درد شدید عاطفی میباشد.

- در مواردیکه واکنش در مقابل مواجه شدن با یک حادثه جدی تروماتیک موجود باشد، در آنصورت توضیح دهید که:

✓ معمولاً بعد از همچو حوادث افراد از خود عکس العمل نشان میدهند. عکس العمل که نشان داده میشود از یک فرد به فرد دیگر متغیر بوده و نظر به گذشت زمان نیز در حال تغییر میباشد.

✓ عکس العمل که نشان داده میشود شامل اعراض جسمی چون تپش قلب، درد و ناراحتی معده، سردردی، و اعراض عاطفی و رفتاری که در برگیرنده اختلال در خواب، اندوه گین شدن، اضطراب، تحریک پذیری و پرخاشگری میشود.

✓ همچو احساسات میتواند که تشدید یابند یا با یاد آوری یک حادثه سترس زا و یا منابع جدید استرس دوباره ظاهر شوند.

✓ در اکثریت موارد با گذشت زمان اعراض کاهش می یابند، مشخصاً هرگاه شخص استراحت لازم نماید، حمایت اجتماعی دریافت کند و برای کاهش استرس اقدام نماید. به **ECP** و **BOX1** مراجعه کنید.

- هرگاه مشکوک به اختلال استرس بعد از حادثه تراوماتیک (PTSD) هستید، در آنصورت برای تداوی و معاینات بیشتر با متخصص مشوره کنید.

✓ بعد از حادثه بالقوه تروماتیک، در صورتیکه شخص اعراض چون داشتن مشکل قابل توجه در انجام فعالیت های روزمره حداقل برای یک ماه، دیدن خواب های تکراری و ترسناک، یاد آوری دوباره حادثه تخریش کننده که یکجا با ترس و وحشت شدید باشد، اجتناب عمدی از یاد آوری رویداد، نگرانی و هوشیاری بیش از حد در مقابل خطرات، به صدا های بلند و حرکت های غیر متوقعه عکس العمل شدید نشان دادن، همه نشان دهنده مصاب شدن به (PTSD) یا اختلال استرس بعد از حادثه تروماتیک میباشد.

پیگیری OTH-03



پیشنهادهای در مورد تکرار تماس ها

- از فرد بخواهید در صورت عدم بهبودی اعراض در 2 تا 4 هفته و یا هر زمانی که اعراض وی بدتر شد، مراجعه کند.

فرد را برای بهبودی ارزیابی نمایید.

ایا فرد در حال بهبود است؟

بلی

برنامه تداوی را ادامه دهید.
در صورت نیاز تعقیب کنید.

نخیر

در صورت که فرد بهبود نیافته باشد و یا مراقب او بالای مدیریت و تداوی بیشتر اصرار بکند:
پروتوکول های 1 و 2 را عملی کنید.
مشورت با یک متخصص را در نظر بگیرید.

جدول 01: تمرین آرام بخش

Relaxation Exercise

در مورد کاری که انجام می‌دهید توضیح دهید.

"من به شما چنان روش نفس کشیدن را آموزش می‌دهم که با آن جسم و روان تان نیز راحت خواهد شد. قبل از اینکه از این روش تنفس بهره کامل بردارید، ولی یکمقدار تمرین نیاز دارد. دلیل اینکه این آموزش بالای تنفس تمرکز دارد اینست که در هنگام سترس تنفس ما سریع گردیده و عمق آن کم میشود و در نتیجه استرس ما را بیشتر می‌سازد. برای کسب آرامش باید شیوه تنفس خود را تغییر دهید. قبل از اینکه آغاز کنیم، نخست بدن خود را آرام می‌سازیم."

آهسته آهسته تمرینات ایجاد آرامش را شروع و شیوه نفس کشیدن را نمایش دهید.

"به آهستگی بازو ها و پاهای خود را تکان داده و شل بسازید. اجازه دهید آویزان و سست شوند. شانه های خود را به عقب نگه داشته و سر تان را به آهستگی به یکطرف و طرف دیگر دور دهید. اکنون یک دست خود را بر شکم و دست دیگر را بر قسمت بالای سینه خود بگذارید. تصور کنید که در معده تان یک بالون وجود دارد و با هر بار نفس که می‌گیرید آنرا پر می‌کنید و معده تان احساس فراخی میکند و زمانی که نفس را بیرون می‌کنید بالون معده تان تخلیه شده و معده هموار میگردد. نخست مرا نگاه کنید. من نخست نفس خود را بیرون می‌کشم تا تمام هوای معده ام تخلیه شود." بیرون و داخل نمودن هوا را به معده نمایش دهید و سعی کنید حرکات آنرا به شدت انجام دهید تا قابل دید و احساس گردد.

بالای روش های تنفس تمرکز کنید.

"سعی کنید با من یکجا از معده نفس بگیرید. به یاد داشته باشید، نخست با نفس کشیدن شروع میکنیم تا تمام هوای معده خارج شود بعداً نفس میگیریم. قدم دوم اینست که تعداد تنفس خود را کاهش دهید. برای مدت سه ثانیه نفس بگیرید، دو ثانیه آنرا نگهدارید و بعد از سه ثانیه نفس خود را بیرون کنید. من با شما شمارش میکنم. شما میتوانید چشم های تانرا ببندید یا باز نگهدارید. به آهستگی نفس بگیرید، یک، دو، نفس خود را بیرون کنید، یک، دو، سه" این تمرین را برای تقریباً یک دقیقه انجام دهید، بعد یک دقیقه وقفه کنید و سپس دو بار دیگر عین تمرین را تکرار کنید.

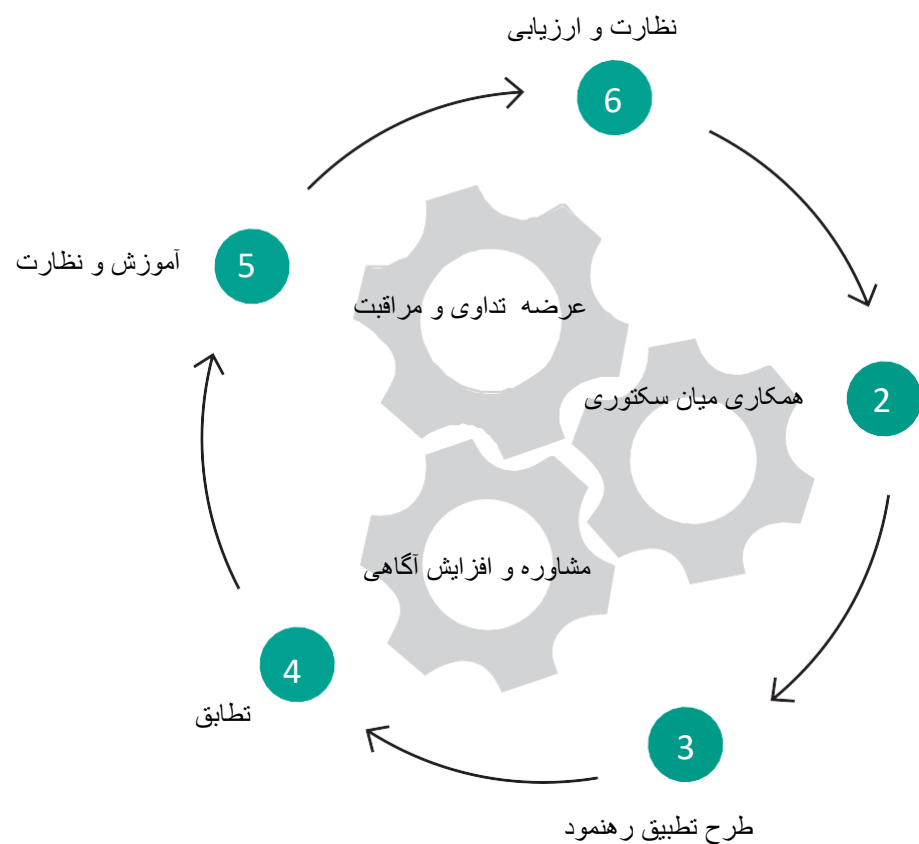
فرد را به تمرین خودی تشویق کنید.

"برای یک دقیقه خود تان تنها امتحان کنید، این کاری است که شما به تنهایی انجام داده میتوانید."

تطبيق mhGAP-IG

پروسه تطبيق mhGAP-IG

برخی از اقدامات برای برنامه ریزان توصیه می شود تا این رهنمود را در مراکز صحتی غیر تخصصی تطبيق کنند. این رهنمود که شامل تعدادی از اقدامات ضروری و فعالیت های مداوم است را می توان در چارت ذیل خلاصه کرد. تصویر ذیل یک نمای کلی از روند تطبيق mhGAP-IG را نشان می دهد.



تحليل وضعیت

1 تیم تطبيق mhGAP-IG را
ایجاد کنید.

1

1. ایجاد تیم تطبیق کننده mhGAP-IG

- جهت تحت پوشش قرار دادن منطقه یا مناطق جغرافیایی ممکن به داشتن یک یا چند تیم نیاز باشد.
- هدف و شرایط کاری تیم های تطبیق کننده را به وضوح مشخص کنید و یک برنامه کاری برای هر یک از عضو یا اعضای تیم ترتیب دهید. یکی از وظایف کلیدی این تیم نظارت بر پروسه تطبیق این رهنمود می باشد.
- به جای تاسیس یک نهاد جدید از امکانات یا گروه های موجود استفاده کنید مانند کمیته صحت یا گروه مشورتی جامعه. بعضی اوقات بیش از یک گروه موجود میباشد. ادغام گروهها یا ایجاد یک گروه جدید با مشارکت اعضای همه آنها می تواند یک راه حل باشد.
- اعضای تیم تطبیق حد اقل باید عضو یکی از دسته های ذیل باشد: جامعه مدنی و استفاده کنندگان خدمات، پالیسی سازان، حامیان یا داورهای مالی و بالقوه، مدیران برنامه، فراهم کنندگان خدمات و مسئولین ارتباطات.
- جهت تمرکز بالای فعالیت های ویژه، گروه های کوچکتر کاری را تشکیل دهید، مانند تشکیل یک گروه کاری برای اجرای فعالیت های آموزشی و دیگری برای اجرای فعالیت های مشاوره و افزایش آگاهی. و همیشه وظایف یک گروه کاری و نقش هر یک از اعضای آن را به وضوح مشخص کنید.

2. تحلیل وضعیت

- هدف اصلی تحلیل وضعیت، ارائه معلومات به پروسه برنامه ریزی، تطابق و پیاده سازی در مورد منابع و نیاز های لازمه برای حالات MNS است.

این پروسه شامل مطالعه کتابخانه ای (Desk Review) می شود، مانند: چک کردن پروفایل کشور های مختلف در اطلس صحت روانی سازمان صحت جهان، گزارش ابزار ارزیابی سازمان صحت جهان برای سیستم های صحت روانی (AIMS) یا ارزیابی های موجود و مصاحبه ها و بحث های گروهی با ذی نفعان برای پاسخ به سوالات ذیل:

- ابتدا ارزیابی کدام نیاز ها و منابع باید انجام شود؟ معلومات موجود چیست؟
- پالیسی های ملی مربوط به صحت روانی، ظرفیت های کارمندان در کشور و منطقه و سازمان های عرضه خدمات صحت روانی چیست؟
- سیستم های اعتقادی و رفتار های مراقبت جویانه پیرامون صحت روانی در کشور یا منطقه چیست؟
- چه موانع بالقوه ای در رابطه به تطبیق mhGAP-IG وجود دارد، مانند ننگ و تبعیض نسبت به افراد مبتلا به اختلالات MNS، اولویت های صحتی ملی که جایگزین حالات MNS می شوند و غیره.

3. طرح تطبیق mhGAP-IG

- بر اساس تجزیه و تحلیل شرایط برای تطبیق mhGAP-IG برنامه ای بسازید که به سوالات ذیل پاسخ دهد:

کجا (WHERE)

- mhGAP-IG در کجا تطبیق خواهد شد مانند تسهیل صحتی، ولسوالی ها، شهرها؟

چه وقت (WHEN)

- هر یک از فعالیت های mhGAP-IG چه زمانی اجرا می شود مانند جدول زمانی برای تطابق،

آموزش مربیان، فعالیت های آموزشی، نظارت و فعالیت های مشورتی؟

چی (WHAT)

- منابع مورد نیاز و موجود برای تطبیق mhGAP-IG منجمله منابع مالی و بشری و زیرساخت ها (مانند امکانات، تامین دوا) چیست؟

کی (WHO)

- چه کسانی آموزش خواهند دید و از قبل چه نوع دانش و مهارت هایی دارند (مانند مهارت ها و دانشی که نرس های PHC و داکتران در حال حاضر دارند) و چه کسی مسئول هر فعالیت خواهد بود مانند چه کسی آموزش و نظارت می کند؟

چگونه (HOW)

- چگونه می توان مسیرهای ارتباطی و سیر رجعت دهی را در سطوح مختلف سیستم بهبود بخشید و در عین حال سرویس جدید را نیز معرفی کرد؟
- چگونه می توان معلومات مربوط به فعالیت های تطبیق mhGAP-IG را جمع آوری و آنرا در شاخص های سیستم معلومات صحتی ادغام کرد؟

4. تطابق:

- تطابق mhGAP-IG عبارت از پروسه تصمیم گیری و ایجاد تغییرات مورد نیاز در رهنمود mhGAP-IG، مواد آموزشی، ابزار نظارت و ارزیابی و سایر وسایل تا با شرایط و اوضاع یک کشور یا یک منطقه مطابقت داشته باشد.

هدف تطابق mhGAP-IG:

تطابق به منظور انجام میشود تا:

- اینکه پروسه عملی شدن این رهنمود بشمول اجزای ارزیابی و مدیریت آن از طریق سیستم صحتی محلی امکان پذیر شود.
- اطمینان از قابل قبول بودن این رهنمود در شرایط محلی و فرهنگی همان محل.
- برای بهبود ارتباط با مراقبت کنندگان و استفاده کننده گان.
- برای روشن شدن مسیر رجعت دهی.
- در صورت لزوم عیار شدن مواد مطابق با دستورالعمل ها و پالیسی های تداوی محلی.
- مساعد شدن زمینه برای توسعه ابزار ها و برنامه های آموزشی مناسب.
- اطمینان از اینکه شاخص های نظارت و ارزیابی در مطابقت با خطوط سیستم محلی صحت تنظیم شده است.

روش تطابق mhGAP-IG

- یک ورکشاپ با حضور مجموع از ذینفعان ترتیب دهید، تا mhGAP-IG، مواد تریننگ و ابزار ارزیابی و نظارت را با شرایط محیطی و محلی تطابق داده سازگار نمایند.
- اعضای ورکشاپ بر علاوه از پالیسی سازان و کاربران خدمات باید متخصصین رشته های مختلف چون متخصص روانی، اعتیاد، اعصاب، اطفال، روانشناس و کارمند اجتماعی باشند. همچنان افرادی که از سطوح مختلف مراقبت های صحتی نمایندگی کنند، چون متخصصین صحت عامه، عرضه کننده گان مراقبت صحتی اولیه، متخصصین طب فامیلی،

نرس ها، فارمسست ها و متخصصین سیستم معلومات صحتی نمایندگی نمایند.

از تجزیه و تحلیل انجام شده در مورد شرایط محلاتی که در آن mhGAP-IG تطبیق خواهد شد استفاده کنید.

مطمئن شوید که پروسه تطابق در هماهنگی با اسناد ملی چون پالیسی ملی صحت، قانون و طرح ها، لست ملی ادویه جات، پروتوکول ها و رهنمود های کلینیکی که در مراقبت عمومی و اولیه صحت استفاده میشود، قرار دارد.

5. آموزش و نظارت mhGAP-IG

یک بخش مهم تطبیق mhGAP-IG، علاوه بر ایجاد میکانیزم حمایت و نظارت دوامدار، آموزش آنعه کارمندان صحتی است که در مراکز غیر تخصصی کار میکنند تا بعنوان افراد خط مقدم مداخلات مربوطه را عرضه کنند. اگر چه رهنمود مداخله طوری عیار شده که اساساً باید توسط افراد غیر متخصص ارایه شود، ولی برای تاثیر مطلوب آن باید هماهنگی نزدیک با متخصصین و مسولین صحت عامه موجود باشد.

هدف آموزش mhGAP-IG آموزش دادن مهارت ها و دانش مورد نیاز برای کارکنان مراقبت های صحتی غیر تخصصی است تا بتوانند افراد مبتلا به اختلالات اولویت دار MNS را ارزیابی و تداوی کنند. مدت زمان آموزش علاوه بر اینکه بستگی به تطابق انجام شده دارد، وابسته به دانش و مهارت های مورد نیاز کارکنان غیر تخصصی عرضه کننده مراقبت های صحتی میباشد. معمولاً آموزش (تریننگ) چند روز پیهم را در بر میگیرد که ممکن

حضور و یا هم بشکل آموزش از راه دور (آنلاین) برگزار شود و بستگی به امکانات دارد.

ساختار آموزش میتواند که از یک طرح پیوسته با دو مرحله را تعقیب کند:

یک ماستر ترینر سایر ترینران را آموزش میدهد که بعد آنها کارکنان صحتی غیر تخصصی را که در خط اول خدمات صحتی را عرضه میدارند، تحت آموزش قرار میدهند.

mhGAP-IG برای ترینر ها آموزش میدهد

هدف این مطمئن شدن از دریافت اعتماد و مهارت لازم ترینر ها برای آموزش دادن کارکنان غیر تخصصی که عرضه کننده مراقبت های صحتی اند و منیث منبع و ماخذ برای کارکنان صحتی غیر تخصصی فعالیت میکنند.

ترینر ها و سوپروایزر های mhGAP-IG باید ویژه گی های ذیل را داشته باشند:

- متخصص مراقبت های صحتی MNS (بطور مثال باید متخصص طب روانی، نرس روانی و یا نیورولوجیست و غیره) متخصصین و نرس مجرب و آموزش دیده (با استفاده از mhGAP-IG) در بخش مدیریت اختلالات MNS، و نظارت کننده های موجود سیستم صحت عامه.
- در بخش های صحت روانی و تداوی اختلالات MNS دارای مهارت کلینیکی و تجربه کافی باشند.
- دارای مهارت و تجربه کافی در بخش های اداری تداوی حالت های MNS چون نگهداری سوابق، تعقیب و رجعت دهی باشند.
- باید یک تسهیل کننده و حل کننده خوب مشکلات باشند.
- برای حمایت و نظارت همیشه قابل دسترس باشند و

ملاقات های منظم نظارتی را انجام دهند.

آجندای تريننگ

از ترينر ها توقع ميرود كه كورس mhGAP-IG را در آينده داير كرده و براي عرضه كننده هاي مراقبت هاي صحتي حمايت و نظارت لازم را انجام دهد. طوريكه در mhGAP-IG توضيح داده شد، جدا از آنچه كه در جريان ارزيابي و تداوي افراد مبتلا به اختلالات MNS آموخته ميشود، ايشان علاوه بر مورد روش هاي آموزش، طرح پلان، و روش هاي نظارت و تضمين كيفيت خواهند آموخت.

حمايت و نظارت mhGAP-IG

معمولاً اشتراك كننده گان كورس آموزشي mhGAP-IG (تريني هاي mhGAP-IG) كاركنان مراقبت هاي صحتي غير تخصصي اند كه در شفاخانه ها و يا كلينيك هاي ابتدايي و ثانوي مراقبت هاي صحتي كار ميكنند. آنها براي انتقال آنچه كه در جريان تريننگ ها آموخته اند نياز به همكاري مداوم دارند. در تداوم آموزش، براي داشتن كاركنان mhGAP عرضه مراقبت هاي صحتي خوب، به نظارت دوامدار نياز است. حمايت و نظارت (نظارت كلينيكي) نه تنها بمنظور همكاري با تريني ها براي بهبود مراقبت هاي صحتي رواني صورت ميگيرد؛ بلكه در كنار آن حمايت لازم در محل كار بخاطر تطبيق mhGAP-IG نيز فراهم ميشود (پروگرام نظارت و اداري).

اهداف مشخص حمايت و نظارت

- همكاري لازم براي انتقال دانش و مهارت هاي ياد گرفته شده از تريننگ mhGAP-IG به كار كلينيكي.
- اطمينان از مداخلات كافي صحت رواني كه در

مطابقت با mhGAP-IG بوده و رسيدگي هاي لازم به ساحات كه براي بهبود مهارت هاي آينده لازم است.

- تشخيص و كمك در حل مشكلات كه تريني هاي mhGAP-IG در جريان مديريت حالت هاي كلينيكي مغلق با آن روبرو ميشوند.

- كاركنان غير تخصصي مراقبت هاي صحتي را همكاري نموده و انگيزه بدهيد تا براي اشخاص كه اختلالات MNS دارند خدمات با كيفيت عرضه نمايند.

- از ايجاد ثبوت و پروسيسر هاي اداري اختلالات MNS (مانند ارجاع و پيگيري) اطمينان حاصل نماييد و نيز مطمئن شويد كه مركز صحتي محلي با سيستم موجود ادغام شده است.

- مطمئن شويد كه تهيه و تدارك دوا، وسايل طبي و ديگر سيستم هاي حمايي براي تطبيق mhGAP-IG بصورت فعالانه صورت ميگيرد.

- رفتار محترمانه، بدون قضاوت و برخورد اخلاقي را كه رعايت حقوق بشر افراد مبتلا به اختلالات MNS را ترويج و تقويت مينمايد، تشويق و ترغيب نماييد.

- حمايت لازم را براي عرضه كننده گان مراقبت هاي صحتي كه استرس را تجربه ميكنند، فراهم كنيد.

6. نظارت و ارزيابي

نظارت و ارزيابي راجع به اينكه آيا يك برنامه تغيير مثبت ايجاد نموده ميتواند و كي ها از آن نفع خواهند برد؟ معلومات فراهم ميكند.

نظارت ميتواند قسمت هايي از برنامه كه مورد هدف قرار دارند يا جنبه هايي از يك برنامه كه نياز به تعديل دارند را شناسايي كند. اطلاعات به دست آمده از نظارت و ارزيابي ميتواند به تطبيق كنندگان و تمويل كنندگان برنامه نشان دهد كه سرمايه گذاري هاي آنها در حال بازدهي است. نظارت و ارزيابي معلومات حياتي را به عنوان بخش از مسئوليت خود براي يادگيري از تجارب گذشته، بهبود ارائه خدمات، برنامه ريزي، تخصيص منابع و نشان دادن نتايج به سهامداران فراهم ميكند. مقوله (هرچه قابل اندازه گيري باشد قابل تطبيق است) اهميت برنامه ريزي و اجراي برنامه توسط نظارت و ارزيابي را خلاصه ميكند.

نظارت و ارزيابي شامل برنامه ريزي، هماهنگي، جمع آوري، تجزيه و تحليل و استفاده از معلومات از سطوح مختلف (ملي، منطقه اي و محلي، از جمله مراكز صحتي و تسهيل كنندگان، كارآموزان و سرپرستان mhGAP-IG) ميشود. بنابر اين، اگر تيم اجرائيوي mhGAP-IG براي برنامه ريزي و اجراي آن يك هماهنگ كننده يا كميته فرعي نظارت و ارزيابي را تعيين كند مفيد خواهد بود.

چند نمونه از شاخص هايي كه مي توان از آنها براي نظارت بر پياده سازي mhGAP-IG استفاده كرد عبارتند از: شاخص ها به سويه مركز صحتي، بطور مثال: تعداد فراهم كنندگان خدمات صحتي غير تخصصي كه در مورد mhGAP-IG آموزش ديده اند، تعداد حمايت و نظارت از هر مركز صحتي كه mhGAP-IG را اجرا مي كنند و شاخص ها به سطح سيستم، بطور مثال: تعداد مراكز صحتي كه براي ارزيابي و مديريت افراد مبتلا به شرايط MNS از mhGAP-IG استفاده ميكنند، تعداد مراكز صحتي با عرضه بي وقفه دواهاي ضروري براي اختلالات MNS اطمينان حاصل نماييد كه شاخص ها بخشي از سيستم معلومات صحتي ملي هستند. جمع آوري معلومات با استفاده

B. داد خواهی (Advocacy) و افزایش آگاهی

برای داد خواهی صحت روانی از معلومات به شکل مستقل و راهبردی جهت تشویق دیگران برای ایجاد تغییر استفاده میکنند. حمایت از صحت روانی شامل بهبود نیازها و حقوق افراد مبتلا به اختلالات روان و همچنان مردم عام میباشد. حمایت با آموزش فرق دارد. آموزش اطلاع رسانی میکند و به ایجاد درک یک موضوع کمک میکند. هدف داد خواهی وادار کردن و متقاعد کردن است. این کار از طریق درخواست ها و تماس ها برای اقدامات خاص انجام میشود. یک اصل اساسی این است که حمایت فقط زمانی که از مخاطب مورد هدف کاری برای انجام خواسته شود مؤثر است. بسیج کردن مردم به معنای درخواست از آنها برای بودن، بخشی از راه حل است.

نمونه هایی از اقدامات داد خواهی

اقدامات حمایتی در بین نفوس عام:

- افراد دارای اختلالات MNS و مراقبت کنندگان آنها را در اقدامات حمایتی شامل و بسیج کنید. اطمینان حاصل کنید که جامعه تماس اجتماعی مستقیم و مثبتی با افراد مبتلا به بیماری MNS دارد.
- برای افزایش آگاهی در باره مسائل صحت روانی از رسانه ها استفاده کنید. بطور مثال: از طریق اطلاعیه های عمومی و نشر کردن در مجلات و نشر اطلاعیه ها در مراکز صحتی و معالجه که بر لزوم گزارش دهی مسئولانه به ویژه در مورد خودکشی تاکید می کند، به مردم آگاهی دهی کنید.
- ارائه آموزش در مورد مسائل صحت روانی در مکان های عمومی (مانند: مکاتب، مراکز صحتی)
- برگزاری محافل عمومی و سخنرانی ها پیرامون

صحتی جهان، رهنمود تدای بین فردی سازمان صحتی جهان، رهنمود تفکر سالم برای افسردگی مادران و رهنمود آموزش مهارت های پرورش اطفال.

دوا های ضروری را می توان برای تدای اعراض اختلالات MNS برای کوتاه کردن سیر بسیاری از اختلالات، کاهش ناتوانی و جلوگیری از برگشت به مصرف مواد استفاده کرد. دوا های ضروری بخشی از مجموعه مدل های دوا های ضروری سازمان صحتی جهان بحساب میرود. دسترسی به دوا های ضروری جزء "حق داشتن برترین استاندارد صحتی" میباشد.

چهار گروه اصلی از دواها وجود دارند تا حالت های اولویت دار MNS را هدف قرار دهند که در این راهنما ذکر شده است.

- دوا های ضد سایکوز برای اختلالات روان.
- دوا های مورد استفاده در اختلالات مزاجی (افسردگی یا دوقطبی).
- دوا های ضد اختلاج و ضد صرع.
- دوا هایی که برای مدیریت ترک مواد، مسمومیت یا وابستگی استفاده میشود.
- تجارب بسیاری از کشور ها نشان میدهد که بهبود شخص با استفاده از دوا امکان پذیر است. دسترسی جمعیت ها به دوا های ضروری با موارد زیر تعیین می شود:
 - انتخاب منطقی دوا ها.
 - کاهش دادن قیمت ها.
 - تضمین تامین مالی پایدار.
 - در دسترس بودن سیستم های قابل اعتماد صحتی و تدارکاتی.

از شاخص ها، در نظارت از mhGAP-IG کمک خواهد کرد و نیز در ارائه گزارش دو ساله وضعیت ملی صحت روانی به اطلس صحت روانی WHO، جهت نظارت از تطبیق پلان عمل صحت روانی برای سال های 2013 الی 2020 کمک خواهد کرد.

فرآیند پیاده سازی mhGAP-IG را ارزیابی کنید، پیشرفت ها و نیاز ها برای بهبود را تشخیص و وضعیت را به روز کنید.

علاوه بر شش اقدامی که در بالا توضیح داده شد، سه فعالیت مسمتر وجود دارد که بخش اساسی اجرای mhGAP-IG را تشکیل میدهد. این موارد در بخش های زیر توضیح داده شده است.

A. تدای و مراقبت

mhGAP-IG تعدادی از مداخلات دواپی و روانشناسی را که توسط عرضه کنندگان مراقبت های صحتی غیر تخصصی تهیه شده است را فراهم میکند. مثلاً: تدای متمرکز بر حل مسئله (PST)، و تدای بین فردی (IPT) را برای افسردگی بزرگسالان توصیه میکند. سازمان صحتی جهان مداخلات روانشناسی را به شکل ساده ساخته است. تعداد این مداخلات قابل شمارش است و ارائه آنها کمتر به منابع بشری متخصص نیاز دارد. این بدان معناست که این مداخلات در مقایسه با مداخلات روانشناسی متغیر و اصلاح شده اند تا از منابع کمتری استفاده کنند و اینکه افراد با یا بدون آموزش قبلی در مورد مراقبت های صحت روانی تا زمانی که تحت آموزش و نظارت قرار داشته باشند، می توانند نسخه های کمتر تخصصی PST و IPT را ارائه کنند. نمونه های رهنمود هدایات مداخلات روانشناسی سازمان صحتی جهان که بخشی از مجموعه mhGAP هستند عبارتند از: رهنمود تدای و مدیریت مسئله سازمان

موضوعات صحت روانی.

اقدامات حمایتی با کارکنان صحت روانی:

- درک اهمیت مراقبت جامعه، مشارکت جامعه و حقوق بشر افراد مبتلا به اختلالات MNS را بهبود بخشید.
- ارائه آموزش و حمایت کافی به کارکنان صحت روانی و خدمات صحت عمومی.

C. ارتباطات و همکاری های میان سکتوری

تطبيق mhGAP-IG نیازمند همکاری بین سکتورهای مختلف و سهامداران میباشد مانند:

- **عرضه کنندگان خدمات و مراقبت های صحت تخصصی و غیر تخصصی** مانند: روانشناسان، کارکنان صحت جامعه، کارمندان اجتماعی، عرضه کنندگان خدمات داخل بستر یا سراپا، کارکنان توسعه مراقبت های صحت.
- **کاربران خدمات** مانند: گروه ها یا افرادی که با حالت مشابه زندگی می کنند، اعضای خانواده که حالت مشابه را دارند یا از فردی با حالت مشابه مراقبت میکنند (پس از کسب رضایت از همه افراد دخیل)
- **خانواده و دوستان:** فعالیت های اجتماعی قبلی فرد را شناسایی کنید که در صورت شروع مجدد توانایی ارائه حمایت روانی و اجتماعی مستقیم یا غیر مستقیم را دارد باشد. (مانند: محافل خانوادگی، گردش با دوستان، بازدید از همسایه ها، فعالیت های اجتماعی در محل کار، ورزش، فعالیت های اجتماعی) و فرد را به از سرگیری این فعالیت ها تشویق کنید.
- **حمایت اجتماعی غیر رسمی:** مانند گروه های معنوی، گروه های نجات، گروه های تفریحی، گروه های زنان، گروه های حمایت از جوانان، گروه های فرهنگی،

گروه های خود یاری، مراجع کمک رسان.

- **تحصیل و اشتغال:** مانند مکاتب، آموزش، برنامه های درآمد زایی یا آموزش حرفه ای. به طور خاص برنامه های پیشگیری از خودکشی در مکاتب که شامل آموزش آگاهی از صحت روانی و آموزش مهارت ها برای کاهش اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از خودکشی در بین دانش آموزان نوجوان می شود.
- **سازمان های غیر دولتی:** طور مثال: کمک های حقوقی، خدمات حمایت از کودکان، برنامه های جلوگیری از خشونت جنسی یا برنامه های حمایت روانی اجتماعی.
- **خدمات دولتی:** به عنوان مثال؛ سیستم های عدالت عامه، رفاه کودکان، بازنشستگی، معلولیت، تخفیف حمل و نقل.
- **برای تسهیل همکاری موثر بین این گروه ها مهم است که:**
- اطمینان حاصل کنید که اعضای تیم عملی سازی mhGAP-IG نقش ها و وظایف واضحی دارند.
- فهرستی از منابع و مزایا برای کمک به کارکنان غیر تخصصی مراقبت های صحت را تهیه کنید تا توسط جمع آوری اطلاعات از تجزیه و تحلیل وضعیت و به روز کردن منظم لیست بر اساس معلومات جدید، روابط معنا دار بین افراد مبتلا به اختلالات اولویت دار mhGAP، مراقبت کنندگان آنها و دیگر اعضای خانواده بسازند.

اصطلاحات

اصطلاح	تعریف	اصطلاح	تعریف
Activities of daily living (ADLs) فعالیت های روزمره	یک مفهوم مربوط به کارایی است- فعالیت های روزمره عبارت از حرکت های است که برای زندگی غیروابسته لازم میباشند مانند خوردن، حمام گرفتن و رفع حاجت. برای اینکه معلوم شود یک فرد فعالیت های روزمره خود را به تنهایی انجام داده میتواند یا خیر روش های ارزیابی متعددی وجود دارند.	Ataxia اتاکسیا	عدم توانایی در حفظ هماهنگی عضلات. کسانی که اتاکسی داشته باشند در هماهنگی حرکات بدن خود مشکل می داشته باشند چون قسمت های از عصب که مسولیت کنترل حرکات و توازن را بعده دارد مافوف شده اند. اتاکسی ممکن است انگشتان، دست ها، بازوها، تنه، سخن گفتن، و حرکات چشم را متاثر سازد.
Agitation آشفته گی	نا آرامی قابل ملاحظه و افزایش حرکات یک فرد را گویند که توام با اضطراب باشد.	Autism spectrum disorders اختلال طیف اوتیزم	یک اصطلاح عمومی است که حالاتی چون اوتیزم، اختلال عدم انسجام کودکی، و سندروم اسپرجر را احتوا میکند.
Agranulocytosis فقدان حشرات گرانولوسایت	یک نوع تشوش خون است که در آن حشرات گرانولوسایت (کریوات سفید خون) موجود نمیشاند. این حالت یک تشوش حاد است که لوکوپنی حاد و خطرناک نیز شامل آن میشود. تشوش متذکره بنام اگرانولوسایتوز ثانوی ناشی از ادویه نیز یاد میگردد.	Autonomy خودمختاری	عبارت از یک حالت شعوری است که فرد میتواند طرز زندگی و رفتار روزانه خود را مطابق قوانین و ترجیحات خود کنترل نموده و تصامیم لازم را اتخاذ نموده بتواند.
Akathisia اکاتیسیا	یکنوع احساس نا آرامی فرد است که بیشتر اوقات توام با افزایش حرکات میباشد (مثلا حرکات ناآگاهانه پاها، گاهی بر یک پا و گاهی بر دیگر پا ایستادن، قدم زدن، در یکجای بطور ایستاده یانشسته قرار نه گرفتن).	Behavioural activation فعال سازی رفتاری	یکنوع تداوی روانشناسی است که جهت بهبودی مزاج یک فرد وی را به کارهای وظیفه-محور و سرگرم کننده مشغول می سازد. این تمرین ممکن است به تنهایی به کار گرفته شود یا هم بعنوان بخشی از تداوی رفتاری-شناختی استفاده شود.
Akinesia فقدان حرکت	فقدان یا نبود حرکات ارادی را گویند. یک حالتی است که فرد قادر به حرکت نیست یا از یک وضعیت به وضعیت دیگر خود را قرار داده نمیتواند چنانچه در امراض پارکینسن عاید میگردد.	Bereavement سوگواری	یک پروسه از دست دادن، به سوگ نشستن و بهبودی است که معمولا بعد از مرگ عزیزان اتفاق میافتد.
Altered mental status تغییر حالت شعوری	یک نوع تغییر در حالت آگاهی یا وضعیت شعوری فرد را گویند که به درجه ضیاع شعور نرسیده باشد. این حالت اکثرا در نتیجه گرفتن مواد نشه آور یا دیگر حالات روانی یا عصبی پیدا میشود. مثالهای آن شامل عدم تشخیص زمان، مکان و فرد میشود. عناوین دلیریوم و کانفیوژن را مطالعه کنید.	Cerebrovascular accident حوادث اوعیه دماغی	یک اختلال آنی وظایف دماغ است که شاید ناشی از بیماری اوعیه مانند ترومبوز، خونریزی یا امبولی باشد. بخش سخته مغزی را مطالعه کنید.
Alzheimer's disease مرض الزایمر	یک آفت تخریبی رشته های دماغی است که در بسیار موارد عامل آن ناشناخته بوده و تاثیرات نیوروپتالوژی و نیوروشیمیک مخصوص را دارد. این اختلال معمولا بصورت پنهانی و غیر قابل حس شروع شده و در طول چند سال آهسته ولی پیوسته پیشرفت میکند.	Cognitive شناخت	عبارت از پروسه های دماغی است که در تفکر دخیل میباشد، مانند استدلال، به حافظه سپردن، قضاوت، حل مشکلات و پلان گذاری.
Anticholinergic side-effects عوارض جانبی ادویه ضد کولینرژیک	ادویه ضد کولینرژیک تاثیرات اسپتال کولین را در آخذه های موسکارین نهی میکند. تاثیرات ضد کولینرژیک شامل خشکی دهن، تکرر ادرار یا احتباس ادرار، تکی کاردیا و تپش قلبی میباشد.	Cognitive Behavioral therapy (CBT) تداوی شناختی رفتاری	یکنوع تداوی روان شناختی است که در آن اجزای شناختی (که هدف آن تفکر متفاوت میباشد، مانند تشخیص و جلوگیری افکار منفی غیر واقعی) با اجزای رفتاری (که هدف آن انجام دادن کارهای متفاوت میباشد، مانند تشویق شخص مورد نظر تا فعالیت های نیک را بیشتر انجام دهد) همزمان مورد استفاده قرار میگیرند.
Aplastic anaemia کمخونی اپلاستیک	یک نوع تشوش هیماتولوژیک است که در آن حشرات مادری خون قادر به تولید حشرات جدید و پخته نمیشاند. یک مشخصه این بیماری کاهش تعداد کرویوات سرخ، کریوات سفید و صفحات دمویه میباشد. این مریضان ممکن است با علایمی چون خسافت وجه، خستگی، گنسیست، افزایش خطر انتان یا افزایش کبودی یا خونریزی مراجعه کنند.	Comorbid, comorbidity امراض مترافقه	به امراض یا اختلالاتی اشاره میکند که بطور همزمان واقع شوند.
Confidentiality محرمت			محافظت از معلومات محرم و پنهانی یک شخص چه در جریان مصاحبه باشد (مانند گفتگوی داکتر و مریض) و یا دوسیه های مربوط به وی.
Contingency management therapy	یک نوع تشوش هیماتولوژیک است که در آن حشرات مادری خون قادر به تولید حشرات جدید و پخته نمیشاند. یک مشخصه این بیماری کاهش تعداد کرویوات سرخ، کریوات سفید و صفحات دمویه میباشد. این مریضان ممکن است با علایمی چون	Confusion, confusional state مغشوشیت شعور/حالت	یک حالت ناقص شعوری است که توام با آفت عضوی حاد یا مزمن دماغ میباشد. از نظر کلینیکی، تشوش دماغی با عدم تشخیص زمان و مکان، آهستگی پروسه های ذهنی، افکار پریشان، بی تفاوتی، عدم ابتکار، خستگی، و توجه ضعیف همراه میباشد. در واقعات خفیف

روش درمان احتمالی/احتیاطی	خسافت وجه، خستگی، گنسیت، افزایش خطر انتان یا افزایش کبودی یا خونریزی مراجعه کنند.	کانفیوژن	پاسخ و رفتار منطقی مریض ممکن است با معاینه تحریک شود ولی در اوقات شدید آن ارتباط فرد با محیط قطع میشود.
Convulsion, convulsive movement تشنج، حرکات تشنجی	عبارت از اختلال کلینیکی با مخفی وظایف قشر دماغ است که در نتیجه تخلیه آنی، غیر نورمال، بیش از حد و غیر منظم حرکات مغز اتفاق میافتد (بخش اختلاج را ببینید). تظاهرات کلینیکی آن شامل حرکات غیرنورمال، وتظاهرات حسی و روانی می شود.	Disorganized behaviour رفتار غیر منظم/بی مقصد	رفتار های همچون گرفتن وضعیت خاص، خرامیدن و هر فعالیتی که غیر قابل پیش بینی بوده یا فاقد مقصد/هدف باشد (بطور مثال بانگ زدن به راهروان کنار جاده).
Delirium هذیان	عبارت از نوسان گزری وضعیت ذهنی یک فرد است که توام با اختلال تمرکز (کاهش توانایی در جهت دهی، تمرکز، حفظ و تغییر دقت) و آگاهی (کاهش آشنایی با محیط) بوده، برای یکمدت کوتاه باقی مانده و در طول روز نوسان میداشته باشد. این اختلال با سایر مشکلات ذهنی مانند مشکلات درک، حافظه، تفکر، عواطف یا حرکی-روانی یکجا میباشد. سبب آن ممکن است بیماری های حاد عضوی باشد مانند انتانات، ادویه، میتابولیزم غیرنورمال، تسمم مواد یا ترک اعتیاد باشد.	Distractibility حواس پرتی	مشکلات در تمرکز یا دقت در وظایف محوله؛ منبهاات خارجی به سادگی توجه و تمرکز وی را برهم میزنند.
Delusion اوهام بافی	عبارت از یک برداشت ثابت از محیط است که با شواهد موجود تناقض داشته باشد. برداشت مذکور با استدلال منطقی قابل تغییر نبوده و مورد قبول سایر اعضای خانواده یا اجتماع شخص قرار نداشته باشد (یک بخش باورهای مذهبی نباشد).	Dystonia عضلی	تقلص دوامدار عضلی یا حرکات غیر ارادی که منجر به یک وضعیت ثابت غیرنورمال گردد. عنوان tardive dyskinesia را نگاه کنید.
Detoxification سم زدایی	عبارت از پروسه ای است که طی آن یک شخص از تاثیرات یک ماده نشه آور رهایی می یابد. با توجه به پروسه ترک اعتیاد باید چنان مصون و موثر تطبیق شود که اعراض ترک اعتیاد به حد اقل رسانیده شود.	Eclampsia اکلامپسیا	هر حالتی که در جریان حمل نزد خانمها عاید گشته و منجر به حملات اختلاج شود. این حالت توام با فرط فشار ناشی از حمل، اختلاج، اضطراب، درد ناحیه اپی گاستریم، سردردی شدید، نگاه مغشوش، پروتین در ادرار، و ادیما میباشد که ممکن است در جریان حمل، ولادت یا بعد از ولادت اتفاق بیافتد.
Disability معطلیت	عبارت از هر نوع محدودیت یا ناتوانی (ناشی از یک نقص) در انجام یک فعالیت به شیوه یا محدوده ای که برای یک انسان نورمال پنداشته میشود. اصطلاح معیوبیت نتایج یک نقص را در مقیاس ظرفیت کاری و فعالیت یک فرد بیان میکند.	Elevated mood مزاج مرتفع	یک حالت مثبت مزاج است که با افزایش انرژی و خود باوری همراه بوده حتی ممکن است احساسات شخص با وضعیت زندگی شخصی وی متناسب نباشد.
Disinhibited behavior, disinhibition ممانعت زدایی	عدم پذیرش محدودیت که ناشی از بی احترامی به عرف اجتماعی، عدم سنجش و ضعف خطر سنجی باشد. این حالت وضعیت حرکی، عاطفی، شناختی و ادراکی یک فرد را متأثر میسازد.	Extrapyramidal side-effects / symptoms (EPS) اعراض/عوارض جانبی خارج هرمی	حرکات غیرنورمال عضلات است که اکثر اوقات ناشی از ادویه ضد سایکوتیک میباشد. این اعراض شامل ارتعاش عضلی، شخی، تقلص آنی و/یا akathisia می شود.
Disorganized / disordered thinking تفکر غیر منظم/از هم گسیخته	عبارت از اختلال در پروسه منسجم تفکر یک فرد است که در نتیجه آن شخص بطور ناگهانی موضوع بحث خود را تغییر میدهد چنانچه که موضوع اول با دومی هیچ ربط ندارد یا بسیار اندک ربط داشته باشد. شخص موصوف هیچ متوجه این عدم ارتباط یا گسستگی تفکر خود نمیشود.	Family therapy درمان فامیلی	جلسات مشاورتی که در طی چند ماه چندین نشست (معمولا بیشتر از شش) داشته باشد. این جلسات باید به خانواده های منفرد یا گروه خانواده ها دایر گردیده و در صورت امکان شخص بیمار ذهنی نیز حضور داشته باشد. این نشست ها اهداف حمایتی و آموزشی یا درمانی میداشته باشد. محتوای این جلسات گاهگاه گفتگو پیرامون حل معضله یا مدیریت بحران می باشد.
Hallucination توهم	درک ناقص از واقعیت را توهم گویند. طور مثال دیدن، شنیدن، احساس، بوییدن یا چشیدن ذایقه چیزی را که در واقع وجود ندارد	Fetal alcohol syndrome سندروم الکولی جنینی	سندروم الکولی جنینی یک سو شکل جنین است که در نتیجه مصرف الکل توسط مادر در زمان حمل عاید می گردد. مشخصات این بیماری شامل نواقص نشو و نما قبل از ولادت و/یا بعد از ولادت و یک مجموعه سوء اشکال خفیف وجهی میباشد که در تمام نژاد ها موجود بوده، در هنگام ولادت قابل تشخیص میباشد و با گذشت عمر از میان نمی روند. اطفال ماوف شده آفات شدید سیستم عصب مرکزی میداشته باشند مانند مایکروسفالی، نواقص شناختی و رفتاری (ناتوانی عقلی، نقص در شناخت عمومی، آموزش و زبان، ظرفیت اجرایی، پروسس دیداری-فضایی، حافظه و توجه).
		Fits اختلاج	واژه مروج برای اختلاج. بخش اختلاج را نگاه کنید.

علامه عصبی که در حرکات بدن قابل دید بوده یا تغییرات جسمی که بیانگر آفت محراقی در سیستم عصبی باشد.	Focal deficits نواقص محراقی	وضعیت غیر نورمال ذهنی مانند خواب آلودگی، تشوش دماغی یا کوما که ناشی از اختلال کبدی باشد.	Hepatic encephalopathy انسفالوپتی کبدی
یک حالت مزاجی است که در آن شخص به تناسب شرایط زندگی اش زود عصبانی گردیده و هیجانی می شود.	Irritability, irritable mood تخریش، مزاج مخرش	یکتعداد ادویه سنتی اند که موثریت آنها صدها سال پیش بطور تجربی ثابت گردیده و ترکیب آن ها کاملاً یا قسمی از گیاه شده است. در فرهنگ های مختلف دانش استفاده از نسخه های گیاهی به دقت نگهداری شده و سینه به سینه بطور شفاهی از یک نسل به نسل دیگر انتقال داده می شود.	Herbal products محصولات گیاهی
بخارهای که شامل مکول (نواحی مدور و غیر قابل جس جلد یا قسمت های که رنگ جلد تغییر کرده باشد) و پیول (داغ های کوچک و برجسته جلدی اند که بیشتر گنبد مانند بوده و قطر آن از 5 ملی متر کمتر است) باشد.	Maculopapular rash بخار های مکولو-پیولر	تخلیه زنگال های شدید و دوامدار اتونوم است که توام با یک حالت دقت و بیداری در مقابل منبهات محیطی میباشد. این چنین حالت بیشتر در اختلالات سترس پسا تراوما دیده شده و گاهی نیز همراه با اعتیاد یا ترک اعتیاد عاید می گردد.	Hyperarousal فرط بیداری
تخریش آن غشاهای که دماغ و نخاع شوکی را پوشانیده است و معمولاً توسط انتان ایجاد می گردد.	Meningeal irritation تخریش سحایایی	عکس العمل های فرط حساسیت در حقیقت عوارض جانبی ترکیبات دوايي (بشمول قسمت فعال یا ضمیمه دوا) اند که از نظر کلینیکی با الرژی شباهت دارد. این عکس العمل مربوط به عکس العمل دوايي نوع B می شود که مطابق تعریف سازمان صهی جهان عبارت از عکس العمل های وابسته به مقدار دوا، غیر قابل پیش بینی، آزار دهنده، و غیر ارادی در برابر مقداری دوايي است که بطور نورمال توسط انسانها استفاده می شود. این عارضه اشکال مختلف کلینیکی دارد که از نظر آغاز و شدت تفاوت دارند.	Hypersensitivity reaction عکس العمل فرط حساسیت
عبارت از التهاب پوش های دماغ و نخاع شوکی است که در نتیجه انتان باکتریایی، ویروسی، فنگسی یا پرازیتی ایجاد میگردد.	Meningitis منجیت	عبارت از یک پاسخ انفرادی، غیر قابل پیش بینی، و غیر وابسته به مقدار یک ماده میباشد: اعراض آن شامل خواب آلودگی یا خوشی کاذب، سرخی توام با حرارت، سپرم بند دست و پا، بیخوابی و غیره می شود.	Idiosyncratic reaction عکس العمل ایدیوسنکریزی
یک درمان ساختار مند (حاوی 4 جلسه یا کمتر) میباشد که جهت کمک با معتادین مواد نشه آور انجام داده می شود. درین روش درمانی، با استفاده از روش های انگیزشی فرد مورد نظر به تغییر وادار میشود، طور مثال، شخص موصوف را در بحث روی مواد اعتیاد آور دخیل ساخته و در روشنی ارزش های که وی به آن معتقد است راجع به منافع احتمالی و زیان های آن بحث می شود تا در پایان شخص معتاد خودش با اراده خویش تصمیم به ترک اعتیاد ا اتخاذ کند.	Motivational enhancement therapy تداوی با کمک افزایش انگیزه	بحث اختلاج (convulsion) را نگاه کنید.	Idiosyncratic reaction عکس العمل ایدیوسنکریزی
یک آفت ناشی از انتقال سیاله های عصبی عضلی است که با ضعف خسته کن عضلات قحفی و اسکلتی توام میباشد. اعراض کلینیکی این مرض شامل دو بینی و سقوط پلک ها بطور نوسانی، و ضعف خسته کننده عضلات وجهی، کاسه چشم، تنفسی، و اطراف نزدیک می شود.	Motor twitching شخی حرکی	عبارت از پروسه ای است که طی آن فرد عرضه کننده خدمات صهی معلومات مناسب را به یک شخص ارایه میکند تا در روشنایی آن راجع به پذیرش یا عدم پذیرش روش درمانی تصمیم آگاهانه اتخاذ کند. در رضایت آگاهانه روی نقاط ذیل بحث صورت می گیرد: ماهیت تصمیم/پروسیجر؛ بدیل های معقول برای مداخله پیشنهاد شده؛ خطر ها، منافع و نقاط مبهم راجع به هر نوع مداخله؛ ارزیابی میزان درک و پذیرش شخص.	Myasthenia gravis میاستنیا گراویس
مواجه شدن جنین با مواد نشه آور در داخل رحم منجر به اعراض ترک اعتیاد نزد وی میشود. اعراض ترک اعتیاد معمولاً عصبی بوده و وظایف نورمال اتونوم را برهم میزنند. تظاهر کلینیکی ترک اعتیاد متفاوت بوده و به فکتور های همانند نوع و مقدار مواد نشه آور، و نرخ متابولیسم و اطراح مواد از بدن مادر و نوزاد مربوط می شود.	Neonatal abstinence syndrome سندورم ترک اعتیاد نوزاد	عبارت از یکنوع تداوی روان شناختی است که بر اعراض افسردگی و مشکلات میان فردی تمرکز بیشتر دارد مخصوصاً مواردی که شامل سوگواری، منازعات،	Myasthenia gravis میاستنیا گراویس
انتانی که دماغ و/یا نخاع شوکی را در بر گیرد.	Neuroinfection انتان دماغی	رضایت آگاهانه	Neonatal abstinence syndrome سندورم ترک اعتیاد نوزاد
عبارت از یکنوع تداوی روان شناختی است که بر اعراض افسردگی و مشکلات میان فردی تمرکز بیشتر دارد مخصوصاً مواردی که شامل سوگواری، منازعات،	Interpersonal therapy (IPT)	رضایت آگاهانه	Interpersonal therapy (IPT)

تداوی میان فردی	تغییر شرایط زندگی و تجرید اجتماعی باشد. این روش همچنان بنام روان درمانی میان فردی یاد میشود.	Neuroleptic malignant syndrome (NMS) سندروم خبیثه نیورولپتیک	یک حالت نادر ولی تهدید کننده حیات است که در نتیجه ادویه ضد سایکوتیک عاید میگردد و اعراض آن شامل تب، هزیان، درشتی عضلات و فشار بلند خون می شود.
Oppositional behavior رفتار متضاد	عبارت از یک رفتار خشن، سرکش، و ضدی است که با غلبه جویی، خشم دوامدار، و مزاج مخرب آشکار گردیده و بسا اوقات با هجمات خشم یا کله شخی، پرخاشگری و رفتار سرکش همراه میباشد.	Pruritus خارش شدید	خارش؛ یک احساس شدید در جلد است که فرد را وادار به خاریدن یا تخریش میکند.
Orthostatic hypotension تفریط فشار اورتوستاتیک	عبارت سقوط آنی فشار خون است که با تغییر وضعیت از حالت افتیده به نشسته یا ایستاده اتفاق میافتد و معمولا سبب سبک سری یا گنگسیت میشود. این حادثه تهدید کننده حیات نیست.	Pseudodementia دیمنشیا کاذب	یک اختلال دماغی است که شبیه دیمنشیا بوده اما باین تفاوت که ناشی از آفت ارگانیک دماغ نبوده و با تداوی قابل ارجاع میباشد؛ این عارضه نزد بعضی مریضان کلان سال بعنوان یک عرض افسردگی نیز نمایان می شود.
Parent Skills Training آموزش مهارت های تربیت اولاد	یک مجموعه از پروگرام های درمانی است که به منظور تغییر رفتار پرورشی و تقویت اعتماد در انتخاب شیوه های موثر پرورشی میگردد. این درمان به والدین شیوه های ارتباط گیری عاطفی و تقویه مثبت را یاد میدهد تا با استفاده از آن رفتار و عملکرد طفل/نوجوان بهبود یابد.	Psychoeducation آموزش روانی	عبارت از پروسه آموزش افراد دارای اختلالات MNS و مراقبت کنندگان/اعضای خانواده آنها میباشد که راجع به ماهیت بیماری، دلایل احتمالی، چگونگی پیشرفت، عواقب، انذار، تداوی و بدیل های آنها بحث صورت می گیرد.
Phaeochromocytoma فیوکروموسایتوما	یک تومور نیورواندوکر این قسمت مغز غدوات ادرینل گرده است که سبب بعضی اعراض (عمدتا سردردی، تکان قلب و عرق بیش از حد) و علایم (عمدتا فشار بلند خون، باختن وزن و دیابت) میگردد که ناشی از تاثیرات اپی نفرین و نوراپی نفرین بالای آخذه های الفا و بیتا ادرینرژیک میباشد.	QT prolongation طویل شدن خط QT	یک عارضه جانبی ناشی از دوا بوده که در جریان آن عضلات بطینی بصورت دوامدار ریپولرایز گردیده و بروی گراف برقی قلب یک قطعه خط طولانی QT رسم می شود. این عارضه ممکن است منجر به اریتمی عرضی بطینی گردیده و خطر توقف ناگهانی قلب را افزایش دهد.
Polyneuropathy پولی نیورپتی	عبارت از یک اختلال و نابسامانی وظیفوی اعصاب محیطی است. تظاهرات آن ممکن است کرختی دستان و پاها، احساس سوزنک، ضعیفی نهاییات، یا ضیاع عضلی، و از دست دادن ریفلکس های وتری عمیق باشد.	Racing thoughts افکار مسابقه ای	تغییرات سریع روند فکر یک شخص را گویند که در نتیجه نظریات خود را به سرعت تغییر داده و اکثرا با مانیا یا دیگر حالت های ذهنی توأم می باشد.
Polytherapy تداوی چندگانه	تجویز چند دوا در عین زمان برای عین مرض را گویند.	Relapse برگشت/عود	برگشت دوباره به استفاده از مشروب یا دیگر مواد نشه آور بعد از یک مدتی پاکی و اجتناب را گویند که بیشتر اوقات با شروع دوباره اعراض اعتیاد همراه میباشد. این اصطلاح به برگشت دوباره اعراض MNS بعد از دوره شفا نیز اطلاق میگردد.
Porphyria پورفیریا	پورفیریا یک گروپ از امراض است که با تظاهرات عصبی-وعایی، آفات جلدی یا ترکیب هر دو مشخص می شوند. علایم کلینیکی این مرض معمولا در سنین جوانی واقع میشود، ولی بعضی آنها در کودکی نیز اتفاق میافتد. تسم عصبی مستقیم یا غیر مستقیم شاید سبب تظاهرات عصبی شود.	Relaxation training آموزش استراحت	شامل آموزش تخنیک های می شود که منجر به تحریک عکس العمل آرامش بخش شود مانند تمرینات تنفس.
Privacy محرمیت	عبارت از حالتی است که فرد از تعدی و تجاوز غیر قانونی مصون باشد. طور مثال، محرمیت اطلاعات شخصی در فعالیت های روزمره (مثلا برای مشتریان تسهیلات رهایشی) یا دوسیه های محرم صحی.	Respiratory depression سرکوبی تنفس	تنفس بطی غیر کافی که منجر به کاهش اکسیجن بدن گردد. عوامل معمول آن شامل جراحت مغز و تسمم (طور مثال ناشی از بنزودیازپین ها) می شود.
Problem-solving counselling مشوره جهت حل مشکل	عبارت از یک تداوی روانشناسی است که در طی جلسات متعدد از روش های تشخیص و حل مساله بطور سیستمی استفاده صورت میگردد.	Respite care مراقبت موقتی	ارایه خدمات مراقبت صحی برای شخصی که معمولا در خانه مراقبت می شود.
Serotonin syndrome سندروم سیروتونین	عبارت از افزایش سویه سیروتونین در سیستم عصب مرکزی است که بشمول اخذ ادویه SSRIs با استفاده از ادویه مختلف ایجاد میشود. سندروم سیروتونین ممکن است منجر به شخی عضلات، حرکات غیر ارادی عضلات، تخریش، مغشوشیت، افزایش درجه حرارت، افزایش ریفلکس ها و همچنان اعراض dysautonomic	Rigidity درشتی	مقاومت در برابر حرکت منفعل یک عضو که در طول محدوده آن باقی میماند. این حالت از عوارض مرض پارکینسن میباشد.

		گردد که مورد اخیر بنوبه خود خطر شاک و کاهش مقاومت او عیه محیطی، اختلاج، کوما، rhabdomyolysis، و/یا تحتر منتشر داخل و عایی را افزایش میدهد.	
Slurred speech تکلم مبهم	عبارت از نوعی تکلم است که تلفظ کلمات واضح نباشد.	Saving group گروپ پس انداز	یک شیوه پس انداز ثروت است که در آن افراد فقیر مقداری پول خود را گرد آوری نموده و مبلغ قابل ملاحظه ای جمع میکنند تا بعدا توسط همه اعضای گروه یا یک تن آنان در یک سرمایه گذاری موثر/مفید به کار انداخته شود.
Social network شبکه اجتماعی	یک مقوله جامعه شناسی تحلیلی است که در آن به منظور شناختن یک فرد بجای تمرکز روی مشخصات فردی وی، ویژه گی های روابط اجتماعی وی با مردم مطالعه میشود.	Seizure اختلاج	حملات سوء وظیفوی دماغ ناشی از اختلال وظیفوی قشر دماغ بوده که منجر به تخلیه زگنال های ناگهانی، غیرنورمال، بیش از حد، و غیر منظم حجرات عصبی می شود. تظاهرات کلینیکی آن شامل حرکات، تظاهرات حسی و روانی غیر نورمال می شود.
Social withdrawal تجريد اجتماعی	عدم توانایی یک فرد در انجام فعالیت های متناسب با سن وی یا آمیزش با همقطاران یا اعضای خانواده وی را گویند.	Self-harm خود آزاری	استفاده آگاهانه از سم یا خودآزاری قصدی را گویند که ممکن است نیت یا نتایج خودکشی بدنبال داشته باشد یا خیر.
Spider naevus	یک مجموعه او عیه نازک و ظریف سرخ رنگ خون است که در زیر جلد قابل دید بوده و بیشتر در هنگام بارداری یا بعنوان یک عرض بعضی بیماری ها (مانند سیروز یا acne rosacea) اتفاق میافتد.	Suicidal thoughts / ideation افکار خودکشی/خیال پردازی خودکشی	عبارت از افکار، نظریات و چرت زدن راجع به احتمال از بین رفتن یک شخص است که از تفکر راجع به اینکه مرگ بهتر از زندگی است شروع و تا طرح نقشه جهت عملی ساختن آن تفاوت میکند.
Spinal abscess آبسه نخاعی	یک بیماری نخاع شوکی است که در نتیجه انتان بکتریایی، ویروسی یا فنگسی واقع میشود. این حالت با تجمع محراقی مواد چرکین در نخاع شوکی مشخص میگردد. درین حالت ممکن است تب، درد کمر، و نواقص عصبی موجود باشد. انتشار بیماری از طریق انتقال خون آلوده به عامل مکروبی صورت میگیرد.	Tardive dyskinesia	یکنوع ضعف عضلی است که با تاب خورده گی و سیزم دوامدار عضلی نواحی سر، گردن، و بعضی اوقات پشت تنه همراه میباشد. این حالت با توقف ادویه ضد سایکوتیک بهبود نمی یابد.
Status epilepticus مرگی ثابت	عبارت از حملات پی در پی کلینیکی و/یا الکتروگرافیک اختلاج یا تکرار حملات اختلاج است که بدون وقفه یا بهبودی (برگشتن به خط ابتدایی) برای 5 دقیقه یا بیشتر از آن دوام داشته باشد؛ ممکن است تشنجی یا غیر تشنجی باشد	Temper tantrum	یک هجمه عاطفی طفل یا کسانای است که اختلال عاطفی داشته باشند.
Stevens-Johnson syndrome سندروم ستیفن جانسن	یک حالت تهدید کننده حیات است که با پوست انداختن دردناک جلد، زخم ها، آبله ها، ساختن ارجق در انساج جلدی مخاطی مانند دهن، لب ها، گلو، زبان، چشم ها، اعضای تناسلی، و تب همراه میباشد. این عارضه بیشتر اوقات به اثر عکس العمل شدید در مقابل ادویه مخصوصا ادویه ضد صرع واقع میشود.	Thrombocytopenia ترومبوسایتوپینی	کاهش غیر نورمال تعداد صفحات دمویه خون را گویند. این بیماری ممکن است با کیودی یا خونریزی یکجا باشد. تایید آن با دریافت تعداد کم صفحات دموی در آزمایش لابراتواری صورت میگردد.
Stigma ننگ	عبارت از یک داغ یا علامه تفریق کننده میان فرد متهم و دیگران میباشد که منجر به سیاه شدن چهره شخص متهم میگردد. ننگی که با بیماری روانی گره خورده است اغلبا سبب گوشه گیری و انزوای شخص گردیده و زمینه را به تبعیض مساعد میسازد و در نتیجه فشار بیشتر را بالای شخص متضرر شده وارد می سازد.	Toxic epidermal necrolysis	یکنوع پوست اندازی خطرناک جلد است که معمولا به اثر عکس العمل در برابر ادویه یا انتان واقع می گردد. تظاهرات این مرض مشابه ولی شدیدتر از سندروم ستیفن جانسن است.
Stroke سکته مغزی	توضیحات مربوط به حادثه دماغی و عایی (CVA) را مطالعه کنید.	Traditional Healing تداوی سنتی	عبارت از یک سیستم روش های تداوی است که با استفاده از تجارب فرهنگ های مختلف راجع به تداوی انجام داده میشود.
Vitamin K deficiency disease of the newborn مرض ناشی از کمبود ویتامین K نزد نوزاد	فقدان ویتامین K سبب خونریزی شدید نزد نوزادان به تعقیب ولادت و یا بعضا تا 6 ماه بعد از ولادت میشود. خونریزی ممکن است جلدی، معدی معایی، داخل قحفی، یا مخاطی باشد. یکی از دلایل آن اخذ ادویه ضد صرع توسط مادر میباشد.	Transient ischemic attack (TIA) حمله گذری اسکیمی	عبارت از یک حمله گذری نقص محراقی عصبی است که در نتیجه اسکیمی محراقی دماغ یا شبکیه بدون علایم ارتشاح حاد در کدام قسمت دماغ واقع میگردد. اعراض آن در ظرف 24 ساعت بطور کامل رفع میگردد.
Wandering سرگردانی	کسانی که به دیمنشیا مبتلا اند اکثرا قدم میزنند و گاهی خانه را ترک میگویند. چون اکثر شان در تشخیص زمان و مکان مشکل دارند بناء بعضا مفقود می گردند.	Tremor ارتعاش	عبارت از حرکت توام با لرزه یا ارتعاش است که معمولا در انگشتان پیدا شده و یک حرکت غیرارادی نوسانی قسمتی از بدن میباشد.

اختلالات روان، اعصاب و مصرف مواد بسیار شایع بوده و یک بخش عمده حجم از امراض و معیوبیت ها را در سطح جهان باعث میشود. بمنظور ایجاد پل و ارتباط دهی میان منابع موجود و نیاز مبرم خدمات، سازمان صحتی جهان برنامه عمل خدمات صحت روانی (mhGAP) را ایجاد کرده است. هدف mhGAP عبارت از افزایش سطح مراقبت و خدمات جهت مراقبت و تداوی حالات اولویت دار MNS با استفاده از مداخلات مبتنی بر شواهد میباشد. نسخه اول رهنمود مداخلات mhGAP برای اختلالات MNS برای خدمات صحتی غیر تخصصی بعنوان یک ابزار ساده تکنیکی در سال 2010 ساخته شده بود تا در تصمیم گیری برای تداوی منسجم حالات اولویت دار MNS کمک کند.

با استقبال در بیش از 90 کشور، نسخه اول mhGAP موفقیت چشمگیری کسب نمود. اینک با کمال مسرت نسخه دوم mhGAP را با راهنمایی های تازه مبتنی بر شواهد، قابلیت کارایی بیشتر، و علاوه نمودن بخش های جدید که استفاده آنها برای عرضه کنندگان خدمات صحتی و همچنان مدیران برنامه گسترش میدهد، به نشر میسپاریم.

امیدواریم تا این رهنمود به ادامه نسخه قبلی آن نقشه راه را برای مراقبت و خدمات به مریضان اختلالات MNS فراهم نموده و راه را برای رسیدن به هدف پوشش همگانی صحت هموار سازد.

اصول اساسی برای مراقبت های ضروری

ماستر چارت

افسردگی

سایکوز

صرع

اختلال روان و رفتار در اطفال و نوجوانان

دیمنشیا

اختلالات ناشی از مصرف مواد

خود آزاری/خودکشی

سایر اختلالات صحت روان

تطبیق mhGAP-IG



World Health
Organization

جهت معلومات بیشتر لطفا به آدرس ذیل تماس بگیرید:

دپارتمنت صحت روان و مصرف مواد

سازمان صحتی جهان

Avenue Appia 20 CH-1211 Geneva
27

سویٹزرلند

ایمیل: mhgap-info@who.int

وبسایت:

www.who.int/mental_health/mhgap



9 789241 549790