

کتاب مدیریت سلامت روان برای پزشکان خانواده

نویسندگان

دکتر سید وحید شریعت

دکتر محمد رضا رهبر

دکتر امیر شعبانی

دکتر امیر حسین جلالی

ویراستار

دکتر سید وحید شریعت

مرکز تحقیقات بهداشت روان

انستیتو روانپزشکی تهران

دانشگاه علوم پزشکی ایران

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۱.....	فصل پنجم: برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان.....
۳.....	مقدمه.....
۴.....	برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان.....
۷.....	راه‌های برقراری ارتباط با مردم.....
۸.....	مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف.....
۸.....	مرحله اول: دسترسی به گروه مخاطب.....
۱۰.....	مرحله دوم: جلب توجه مخاطب.....
۱۰.....	مرحله سوم: فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب.....
۱۱.....	مرحله چهارم: ارتقا و پذیرش تغییر.....
۱۱.....	مرحله پنجم: ایجاد تغییر در رفتار.....
۱۱.....	مرحله ششم: بهبودی و ارتقای سلامت روان.....
۱۲.....	عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمات.....
۱۴.....	مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان.....
۱۴.....	۱- مهارت کمک رسانی.....
۱۵.....	۲- مهارت‌های هدایت و آموزش.....
۱۵.....	۳- مهارت‌های مدیریت و رهبری.....
۱۶.....	۴- مهارت‌های نظارت و سرپرستی.....
۱۶.....	۵- مهارت‌های مباحثه و صحبت.....
۱۶.....	۶- مهارت‌های شنیدن.....
۱۷.....	منابع.....
۱۸.....	فصل ششم: مروری بر اختلالات شایع روانپزشکی.....
۲۰.....	افسردگی.....
۲۰.....	مقدمه.....
۲۰.....	راهنمای تشخیصی افسردگی.....
۲۱.....	پرسش‌های تکمیلی.....
۲۲.....	درمان.....
۲۳.....	شرح وظایف پزشک.....

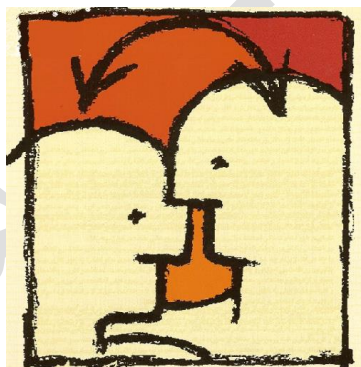
۲۴	نکاتی که باید توسط پزشک به بیمار افسرده و خانواده وی آموزش داده شود
۲۵	موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک
۲۵	موارد ارجاع فوری به روانپزشک
۲۵	موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی
۲۶	پیگیری و مراقبت بیمار افسرده توسط پزشک بعد از بازگشت از ارجاع
۳۲	اختلال دوقطبی
۳۲	مقدمه
۳۳	راهنمای تشخیصی مانیا/ هایپومانیا
۳۴	درمان
۳۵	شرح وظایف پزشک
۳۶	شیوه عمل در موارد غیرفوری
۳۷	موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک
۳۷	موارد ارجاع فوری به روانپزشک
۳۷	موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی
۳۸	موارد ارجاع فوری به بخش داخلی
۳۸	نحوه پیگیری و مراقبت پس از بازگشت بیمار از ارجاع
۳۸	نحوه پیگیری بالینی و آزمایشگاهی مصرف داروها
۳۹	برخورد با عوارض جدی یا مهم
۴۰	اختلالات اضطرابی
۴۰	مقدمه
۴۰	اختلال اضطراب فراگیر
۴۰	اختلال پانیک
۴۱	هراس اجتماعی
۴۱	اختلال وسواسی جبری
۴۱	اختلال استرس پس از سانحه
۴۱	غربالگری و نحوه ارجاع
۴۴	درمان و پیگیری اختلالات اضطرابی
۴۴	درمان اختلال اضطرابی منتشر
۴۴	درمان وسواس
۴۴	درمان هراس اجتماعی
۴۵	درمان اختلال پانیک
۴۵	درمان اختلال استرس پس از سانحه
۴۷	موارد ارجاع فوری

۴۷	موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک دوره دیده
۴۷	نکاتی که پزشک باید به بیمار و خانواده وی آموزش دهد
۴۸	اختلالات سایکوتیک
۴۸	مقدمه و تعاریف
۴۹	موارد ارجاع و نحوه انجام آن
۵۰	کارهایی که پزشک نباید در برخورد با این بیماران انجام دهد
۵۱	درمان، پی‌گیری و مراقبت بیماران
۵۱	قطع درمان
۵۲	عوارض دارویی
۵۲	موارد ارجاع فوری
۵۲	موارد ارجاع غیرفوری
۵۳	موارد آموزش به بیمار
۵۳	آموزش خانواده بیمار مبتلا به پسیکوز
۵۴	اختلالات شبه جسمی
۵۴	مقدمه
۵۵	علل و علائم
۵۶	درمان
۵۶	پی‌گیری، مراقبت و آموزش بیماران
۶۰	صرع
۶۰	مقدمه
۶۱	صرع
۶۳	تب و تشنج
۶۳	نحوه برخورد با تب و تشنج
۶۴	شناسایی و درمان صرع
۶۵	برخورد با عوارض دارویی
۶۶	نکاتی که پزشک باید به بیمار و همراهان وی آموزش دهد
۶۸	پروتکل درمان استاتوس اپی لپتیکوس
	Error! Bookmark not defined. اختلال بیش فعالی و کم توجهی
	Error! Bookmark not defined. مقدمه
	Error! Bookmark not defined. علل و علائم
	Error! Bookmark not defined. نشانه‌های کم توجهی
	Error! Bookmark not defined. نشانه‌های بیش‌فعالی - تکانشگری
	Error! Bookmark not defined. درمان

اصول کلی مشاوره و آموزش.....	Error! Bookmark not defined.
توصیه به آموزگار.....	Error! Bookmark not defined.
پیگیری.....	Error! Bookmark not defined.
خودکشی.....	۶۹
مقدمه.....	۶۹
علل.....	۶۹
غربالگری.....	۷۰
اقداماتی که تا زمان ارجاع باید انجام شود.....	۷۱
پیگیری و مراقبت بیمار بعد از بازگشت از ارجاع.....	۷۲
ویزیت اولیه پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع).....	۷۲
ویزیت‌های بعدی.....	۷۳

فصل پنجم

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در برنامه سلامت روان



عناوین فصل

- مقدمه
- برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان
- راه‌های برقراری ارتباط با مردم
- مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف
- عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمات
- مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان
- منابع

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- اصول برقراری ارتباط با گروه هدف در برنامه سلامت روان را شرح دهید.
- عوامل موثر بر رفتار افراد را طبقه‌بندی نموده و هریک را توضیح دهید.
- مشکلات شایع ناشی از عدم برقراری ارتباط مناسب با گروه‌های هدف را توضیح دهید.
- هریک از مراحل برقراری ارتباط با گروه هدف و فرایندهای اجرایی و ابزارهایی که برای این فرایندها به کار می‌آیند را توضیح دهید.

مقدمه

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف یکی از اصلی‌ترین فرایندها در زنجیره اجرای برنامه سلامت روان است. این فرایند پس از شناسایی گروه هدف موجب می‌شود تا گیرندگان خدمات از برنامه‌های سلامت روان بهره‌مند شوند و در برنامه‌های مورد نظر باقی مانده و از مراقبت‌های مورد نیاز بهره‌مند شوند. ارتباط در سلامت روان به مفهوم به کارگیری راهکارهایی به منظور آگاه‌سازی و تاثیر بر تصمیمات فرد و جامعه برای ارتقای سلامت روان است. در دهه‌های اخیر فضای پیچیده تبادل اطلاعات دچار تغییرات چشم‌گیری شده است. علاوه بر این مسایل و معضلات سلامت روان شکل‌هایی کاملاً متفاوت به خود گرفته اند. در این شرایط در برقراری ارتباط برای سلامت روان باید تمامی تلاش خود را بر این نکته متمرکز نماییم که آنها بتوانند به صورت داوطلبانه و با احساس ایجاد ارزشی افزوده در خود اقدام به ارتقای سلامت نمایند. این موضوع موجب می‌شود تا افراد با کسب آگاهی‌های لازم تمایل پیدا کنند تا از خدمات برنامه بهره‌مند شده و در آن مشارکت کنند. به

تعبیر دیگر برقراری ارتباط به مفهوم بازاریابی اجتماعی و فردی در مداخلات سلامت روان است.



اصولاً برقراری ارتباط با گروه‌های هدف به چند منظور مشخص صورت می‌گیرد:

۱. آگاهی از نیازهای جامعه و گروه‌های هدف

۲. تنظیم صحیح تقاضاهای مردم یا گروه‌های هدف برای دریافت یا بهره‌مندی از خدمات

۳. آرایه خدمات و مراقبت‌ها به گروه‌های هدف و جامعه

۴. ایجاد مشارکت در برنامه‌های سلامت

در مورد هریک از موارد اشاره شده در فوق به تفصیل در ادامه مطالب بحث خواهیم کرد.

برای برقراری ارتباط با گروه‌های هدف باید به دو مفهوم اساسی توجه داشت:

۱. موضوع برقراری ارتباط با گروه‌های هدف اساساً موضوعی مبتنی بر روش‌های آموزش بهداشت است.

تصویر: آرایه‌دهندگان خدمات می-

توانند از هر فرصتی برای

۱۰ ۱۱ ۱۲ ۱۳ ۱۴

۲. برقراری ارتباط با گروه‌های هدف نیازمند انجام اقداماتی سازماندهی شده است. این اقدامات

را می‌توان شامل موارد زیر دانست:

- شناسایی گروه هدف
- دعوت یا ترغیب گروه هدف به بهره‌مندی از خدمت
- ثبت اطلاعات مربوط به گروه‌های هدف
- گروه‌های هدف برای تداوم بهره‌مندی از خدمات و مراقبت‌ها

برقراری ارتباط در آموزش سلامت روان

ارتباط در ساده‌ترین شکل خود متضمن تبادل اطلاعات در بین مردم است. اکثر فعالیت‌های آموزشی شامل نوعی برقراری ارتباط است، اساساً می‌توان گفت، برقراری ارتباط بخش ضروری تمام فعالیت‌های مربوط به ارتقای سلامت روان است. در واقع این مساله که مردم چرا سالم هستند و چرا بیمار می‌شوند، قبل از هرچیز به رفتار خود آنها بستگی دارد. یکی از مسایل مهم در سلامت روان این است که ما رفتارهای مختلف مردم را در مواجهه با مسایل گوناگون بشناسیم و ببینیم کدام رفتارها به طور مستقیم یا غیرمستقیم باعث وقوع یا تشدید اختلال روانی می‌شود و کدام رفتارها به حفظ و ارتقای سلامت روان مردم کمک می‌کند. در واقع آموزش سلامت روان به دنبال ایجاد تغییر رفتار در مردم است. به عبارت دیگر آموزش سلامت روان فرآیندی است که در آن افراد و گروه‌های مردم یاد می‌گیرند رفتاری داشته باشند که موجب ارتقای، حفظ یا بازگرداندن سلامت روان آنان شود. نکته بسیار مهمی که در بحث تغییر رفتار باید به خاطر داشت، تشخیص علل رفتار مردم است. اساساً سه عامل اصلی را می‌توان بر نحوه رفتار مردم موثر دانست. این سه عامل عبارتند از:

۱. عوامل مستعد کننده (Predisposing factors)

۲. عوامل توانمندکننده (Enabling factors)

۳. عوامل تشویق کننده (Reinforcing factors)

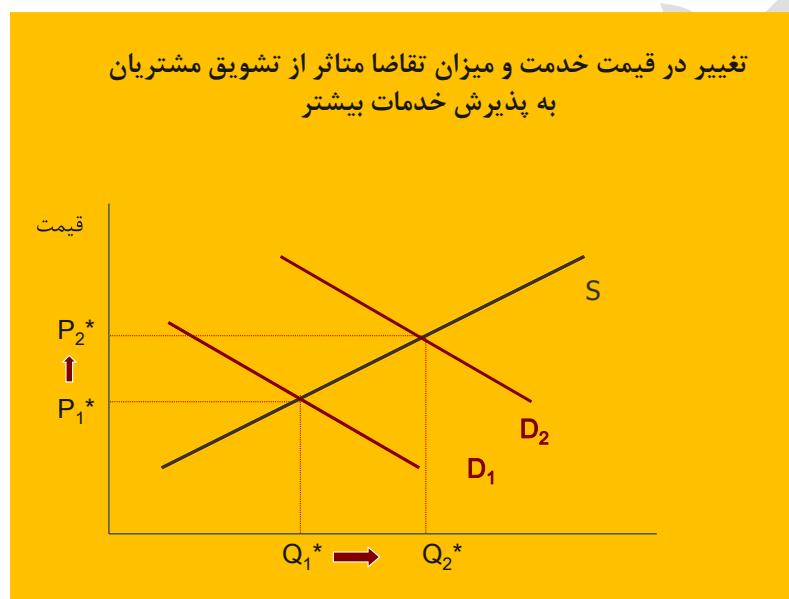
عوامل مستعد کننده موثر بر رفتار افراد را می‌توان شامل مواردی نظیر دانش، اعتقادات، ارزش‌ها، تلقی‌ها، اعتماد به نفس و ظرفیت‌های افراد دانست. عوامل قادرکننده شامل مواردی چون فراهم بودن منابع بهره‌مندی از خدمات، دسترسی مناسب به نیروی انسانی، وجود قوانین مرتبط با ارائه خدمات و ایجاد فراهمی خدمت سلامت روان برای مردم و برخورداری از مهارت‌های مرتبط با سلامت روان در افراد می‌باشد. عوامل تشویق کننده رفتار شامل مواردی چون خانواده، دوستان، مربیان، کارفرمایان، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان، رهبران و تصمیم گیرندگان برای جامعه هستند. مجموعه تمام این عوامل منجر به بروز رفتارهای خاص از سوی مردم می‌شوند، که در نهایت بر سلامت روان آنها تأثیر می‌گذارد. این رفتارها در کنار عوامل ژنتیک و محیطی که افراد در آن زندگی می‌کنند موجب ایجاد سطح مشخصی از سلامت برای آحاد افراد جامعه می‌شود.

در برقراری ارتباط با مردم و گروه‌های هدف می‌بایست به چند نکته اساسی توجه شود. نکته نخست اولویت‌های اعلام شده مردم است که شامل درخواست‌ها و اولویت‌هایی است که معمولاً مردم برای خدمات خاص دارند. موضوع دوم نیازهای طبیعی مردم و نکته سوم فراهم بودن منابع برای ارائه خدمات مشخص سلامت روان است. در واقع در موضوع برقراری ارتباط با گروه‌های هدف باید به سه عامل فوق توجه ویژه داشت.

اساساً هنگامی که نیازهای واقعی مردم برای دریافت خدمات مشخص سلامت روان به صورتی روشن تبیین گردد، اما تسهیلات لازم برای ارائه آن خدمات موجود نباشد امکان برقراری ارتباط موثر با مردم وجود نخواهد داشت. از سوی دیگر چنانچه مردم اولویت‌های نیاز خود را به گونه‌ای متفاوت از آنچه که ارائه‌دهندگان خدمت بدان اعتقاد دارند حس نمایند ارائه‌دهندگان خدمت نخواهند توانست خدمات اساسی و مورد نیاز مردم را که بر مبنای نیازهای حقیقی آنها تدوین گردیده ارائه نمایند. براین اساس می‌توان چنین نتیجه گرفت که تبلیغات آموزش سلامت روان و یا ترغیب گروه‌های هدف برای بهره‌مندی از خدمات مشخص باید با در نظر گرفتن سه عامل فوق صورت گیرد.

در اینجا لازم است به این نکته مهم توجه نماییم که اصولاً تنظیم صحیح تقاضاهای مردم برای بهره‌مندی از خدمات موضوعی خاص و مهم در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف است. این تنظیم اساساً می‌بایست در جهت ایجاد تقاضا برای خدمات دارای اولویت و نیازهای حقیقی باشد. موضوع اخیر در نظام سلامت روان کشور ما در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. همچنین القای تقاضا برای بهره‌مندی از خدمات خاص موضوعی است که در کنترل بخش خصوصی ارایه خدمات می‌بایست به آن توجه کرد.

تصویر:
القای تقاضا
توسط ارایه
دهندگان
خدمات
موضوعی است
که موجب
جابجایی
منحنی عرضه



اصولاً در جوامعی که تقاضا برای برخورداری از خدمات سلامت از تنظیم مناسبی برخوردار نبوده و بازار سلامت ناکارآمد است، القای تقاضا پدیده‌ای غالب در بخش‌های خصوصی ارایه خدمت در جامعه است. این موضوع موجب می‌شود تا مردم بخش بزرگی از هزینه‌های سلامت را از جیب بپردازند و هزینه‌های سلامت در جامعه به سوی رفع نیازهای غیراولویت‌دار سوق پیدا نماید. ارجاع بیماران برای بهره‌مندی از خدمات تشخیصی گران قیمت و فاقد لزوم و یا مداخلات غیرضروری از جمله این موارد است که بر هزینه‌های سلامت جامعه تأثیرات بسیار بارزی می‌گذارد. براین اساس موضوع القای تقاضا برای بهره‌مندی از خدمات توسط ارایه‌دهندگان خدمت به ویژه در بخش‌های خصوصی موضوعی رایج در تمام بازارهای سلامت کنترل نشده دنیاست. اصولاً دولت‌ها و متولیان

بهداشت در هر جامعه‌ای تلاش می‌کنند تا با استفاده از ابزارهای مختلف کنترل بازار سلامت را به نحو مناسبی انجام دهند. از جمله این روش‌ها آموزش بهداشت به مردم و توانمند کردن آنها با هدف افزایش آگاهی‌های آنها برای تشخیص صحیح نیازهای خود برای بهره‌مندی از خدمات سلامت است. از جمله سایر روش‌ها برای کنترل بازار سلامت می‌توان به مواردی نظیر ایجاد نظام ارجاع، خطوط تشخیصی و راهنمای بالینی برای بهره‌مندی از خدمات، استفاده از روش‌های تله‌مدیسین و نیز ایجاد محدودیت در بهره‌مندی از خدمات بیمه‌ای اشاره کرد. این روش‌ها موجب می‌شوند تا بین هزینه‌های اقتصادی سلامت و پیامدهای ناشی از ارایه خدمات تعادلی مناسب بوجود آید.

راه‌های برقراری ارتباط با مردم

ارایه‌دهندگان خدمت می‌بایست بهترین راه دسترسی به مخاطبین مورد نظر خود در جامعه و یا در محیط‌های خاص نظیر درمانگاه، مدرسه، محل کار و اماکن عمومی را انتخاب نمایند. به عنوان مثال دسترسی به مادران اغلب از طریق ارایه خدمات بهداشتی به کودکان، امکان دارد. رسانه‌های گروهی مانند رادیو برای ایجاد دسترسی به جمعیت عمومی و وسیع کاربرد دارند. اما در محیط‌های کوچکتری مانند روستا می‌توان از روش‌های آموزش سلامت یا برقراری ارتباط با گروه‌ها به صورت جمعی و یا روش ارتباط چهره به چهره استفاده نمود. موضوع مهم دیگر در برقراری ارتباط این است که تصمیم بگیریم چه کسی این ارتباط را برقرار کند. در این مورد باید متذکر گردید که همواره برقراری ارتباط توسط ارایه‌دهندگان خدمت یک ضرورت قطعی محسوب نمی‌شود. در بسیاری موارد می‌توان از افرادی مانند معلمین، رهبران مذهبی و تصمیم‌گیرندگان در جامعه روستایی برای برقراری ارتباط با مردم و تشویق آنها برای بهره‌مندی از خدمات سلامت روان استفاده نمود.

مراحل برقراری ارتباط با گروه‌های هدف

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف می‌تواند شامل یک مکالمه معمولی نظیر توضیح یک دیدگاه، طرح یک سوال یا صحبت کردن برای وقت گذراندن باشد. با وجود این در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت روان ما با مقاصد خاصی اقدام به برقراری ارتباط می‌نماییم. به عبارت دیگر ارایه‌دهندگان خدمات سلامت روان تلاش می‌نمایند تا از طریق اصلاح عوامل انسانی، اجتماعی و سایر عوامل موثر بر رفتار افراد اقدام به ارتقای سلامت روان آنان نمایند. برای رسیدن به این هدف، یک ارتباط موفق باید از مراحل مختلفی عبور نماید و در هر مرحله شکست در برقراری ارتباط می‌تواند باعث عدم تحقق پیامد نهایی مورد انتظار شود. این مراحل را می‌توان اساساً به صورت زیر طبقه‌بندی نمود:

۱- دسترسی به گروه مخاطب

۲- جلب توجه مخاطب

۳- فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب

۴- ارتقای وضعیت مخاطب و پذیرش تغییر

۵- ایجاد یک تغییر در رفتار

۶- ارتقا یا بهبودی سلامت روان



مرحله اول: دسترسی به گروه مخاطب

ارایه خدمات سلامت به مردم روستا به صورت فعال صورت می‌گیرد. این بدان معناست که چنانچه افرادی از گروه‌های هدف

جهت دریافت خدمات به خانه بهداشت مراجعه ننمایند، بهورز باید مطابق دستورعمل‌های برنامه‌های

تصویر: برای برقراری ارتباط با گروه‌های هدف می‌توان از

سلامت که به تفکیک ابلاغ گردیده به آنها مراجعه و از آنها برای شرکت در برنامه و بهره‌مندی از خدمات در خانه بهداشت دعوت به

عمل آورد. بدین منظور دفتر ویژه‌ای تحت عنوان دفتر مراقبت و پیگیری بیماران در خانه‌های بهداشت وجود دارد. علاوه بر این بهورزان باید بر طبق برنامه زمانی خاص به منازل سرکشی نموده و وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای آنها را ارزیابی کرده، اقدامات لازم آموزشی را در همان محل به عمل آورند. بنابراین بهورز باید در ابتدای هر روز کاری با مراجعه به دفتر مراقبتی لیستی از افرادی را که باید در آن روز مراقبت شوند در فرم مراقبت و پیگیری روزانه ثبت نماید تا پس از مراجعه افراد به خانه بهداشت آنها را مراقبت نموده و در صورت عدم مراجعه در مهلت زمانی مشخص که در برنامه پیش‌بینی شده است آنها را مورد پیگیری قرار دهد. بر این اساس می‌توان گفت ارایه‌دهندگان خدمات در سطوح مختلف و از جمله در سطوح فوقانی می‌توانند با استفاده از ابزارهای اطلاعاتی موجود در خانه‌های بهداشت اقدام به شناسایی گروه‌های هدف و اعمال مدیریت بر فعالیت‌های خانه‌های بهداشت و نیز ارایه خدمات مورد نیاز مردم نمایند.

بخش دوم فرایند دسترسی به گروه مخاطب، ملاقات با افراد گروه مخاطب است. ممکن است این امر واضح به نظر رسیده و نیاز به توضیح تئوری‌های پیچیده نداشته باشد، اما بسیاری از برنامه‌ها حتی برنامه‌های ساده ممکن است دچار شکست شوند که دلیل شایع آن موعظه کردن ارایه‌دهندگان خدمت است. چنانچه گروهی از افراد نیازمند دریافت خدمات شما هستند، از بهورز بخواهید تا آنها را در زمانی مشخص در خانه بهداشت گردهم آورد. یا اینکه از آنها بخواهد با ترتیب زمانی مشخص برای ایجاد ارتباط چهره به چهره با شما به خانه بهداشت و یا مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند. علاوه بر این با استفاده از سایر ابزارها می‌توانید اقدام به دعوت از افراد گروه هدف برای بهره‌مندی از خدمات نمایید. به عنوان مثال سیاری یک پزشک در روزهای مشخص در خانه‌های بهداشت موجب می‌شود تا گروهی از افراد که نیازمند بهره‌گیری از اقدامات پزشکان هستند در ساعات مشخصی به خانه‌های بهداشت مراجعه نمایند. چنانچه موضوع مورد نیاز برای آموزش شما، نیاز به آموزش گروهی داشته باشد، می‌توانید از قبل آن را به اطلاع بهورز و یا افراد مسئول در روستا برسانید. اگر قصد آن را دارید تا دانش‌آموزان را از آموزش سلامت روان بهره‌مند گردانید، این کار را می‌توانید از

طریق هماهنگی با مدیر مدرسه به انجام برسانید.

مرحله دوم: جلب توجه مخاطب

در برقراری هر ارتباطی توجه مخاطب باید به نحوی جلب شود که فرد علاوه بر گوش کردن و یا خواندن به آن به اندازه کافی توجه کند. مثال‌هایی از شکست ارتباط در این مرحله عبارتند از: رد شدن از کنار پوستر بدون زحمت دادن به خود برای نگاه کردن به آن، توجه نکردن به صحبت‌های بهداشتی یا نمایش‌های عملی در مرکز بهداشتی درمانی که پزشکان برای آموزش بیماران به کار می‌برند. در هر موقعیت زمانی حد وسیعی از اطلاعات از طریق حواس پنج‌گانه به افراد نیازمند بهره‌مندی از خدمات انتقال می‌یابد. تمرکز بر تمام این موارد در یک زمان غیرممکن است. توجه روندی است که به وسیله آن فرد بخشی از این پیام را به دلایلی برای دقت و تمرکز انتخاب می‌کند. این در حالی است که سایر موارد را در همان حال مورد دقت قرار نمی‌دهد. برخی از روندهای روان‌شناسانه که بر جلب توجه مخاطب توسط پیام موثر است در سایر مطالب این فصل مورد بحث قرار گرفته است.

مرحله سوم: فهمیدن پیام یا درک آن توسط مخاطب

پس از توجه مخاطب به پیام آنچه ضروری است درک آن است. به این مرحله از برقراری ارتباط، مرحله درک می‌گویند. درک واژه‌ای است برای فهمیدن پیام بصری. درک تصویری برای فهمیدن تصاویر به کار می‌رود. درک پیام روندی کاملاً ذهنی است و ممکن است مخاطب پیام را به نحوی کاملاً متفاوت از آنچه که فرستنده قصد داشته فهمیده و درک کند. نکته مهم در برقراری ارتباط مناسب و ایجاد درک موثر و صحیح، استفاده از الفاظ و کلمات آشنا و پرهیز از به کارگیری لغات ناآشنا و فنی و پیچیده است. در این شرایط ارایه‌دهنده خدمت می‌تواند با استفاده از تصاویر، جداول و یا سایر ابزارهای آموزشی اقدام به ایجاد درک عمیق در مخاطب خود نماید. استفاده از این ابزار

به‌طور کلی تابع توان مخاطب در فهم درست پیام‌های نهفته در این ابزارهاست.

مرحله چهارم: ارتقا و پذیرش تغییر

در یک ارتباط موثر، پیام نباید فقط دریافت و یا فهمیده شود بلکه باید توسط مخاطب مورد قبول واقع گردیده و گیرنده پیام به آن معتقد شود. میزان دریافت پیام به‌طور کلی تابعی از توانمندی‌های فرد، اعتقادات وی و محیط اطراف اوست. بنابراین در ایجاد یک ارتباط موثر با هدف ارتقا و تغییر، باید به تمامی مسایل و عواملی که در تغییر رفتار افراد تأثیر می‌گذارند توجه نمود.

مرحله پنجم: ایجاد تغییر در رفتار

یک ارتباط موثر ممکن است منتج به تغییر باورها و نگرش‌های فرد شود اما هنوز در رفتار وی تأثیر و نفوذی نداشته باشد. این امر هنگامی می‌تواند رخ دهد که ارتباط با برنامه‌ای سازماندهی شده حاصل نشده باشد. یک فرد ممکن است نگرش دلخواهی داشته باشد و بخواهد اقدامی را انجام دهد مانند استفاده از روش‌های تنظیم خانواده، آوردن کودک برای انجام واکسیناسیون و غیره، اما با این وجود فشار از سوی افراد خانواده یا جامعه ممکن است مانع انجام این اقدامات شود. بنابراین برقراری ارتباط موثر و مشاوره با گیرندگان خدمت با هدف شناسایی و درک عمیق مشکلات آنها موضوعی بسیار مهم برای ایجاد تغییر رفتار نهایی و توانمندسازی افراد است. یک موضوع بسیار مهم که باید ارایه‌دهندگان خدمات سلامت روان به آنها توجه کافی نمایند وضعیت اقتصادی گیرندگان خدمت است. این وضعیت در کنار نقشی که عوامل فرهنگی، اعتقادات، فشارهای اجتماعی و عوامل توانمندساز بر تغییر رفتار افراد دارند باید همواره مورد ارزیابی ارایه‌دهندگان خدمت قرار گرفته و مناسب‌ترین راه برای بهره‌مندی از خدمات ارایه شود.

مرحله ششم: بهبودی و ارتقای سلامت روان

ارتقا در سلامت روان فقط موقعی اتفاق می‌افتد که رفتارها به دقت و درستی انتخاب شده و به نحو صحیحی اجرا شوند. اگر پیام‌های ارایه‌دهنده خدمت بر اساس ایده‌های نادرست یا مبهم باشد مردم آنها را نخواهند پذیرفت و یا این که به درستی به آنها عمل نکرده و سلامتشان ارتقا نخواهد یافت. بر این اساس می‌توان گفت تحقق ارتقای سلامت روان موضوعی است که نیاز به آموزش مهارت‌های لازم به گیرندگان خدمت دارد. این مهارت‌ها شامل مهارت‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت روان مطابق آنچه که ارایه دهنده خدمت مورد توصیه قرار داده است و نیز کنترل سایر عوامل موثر بر سلامت روان توسط گیرنده خدمت است. به طور مثال هنگامی که فرد دچار یک اختلال روانی از دارو استفاده می‌کند، استفاده صحیح از قرص‌ها موجب می‌شود تا از عود بیماری جلوگیری شود. علاوه بر این چنانچه در جریان درمان اختلال فرد بیمار مورد ارزیابی دقیق قرار گرفته و بر اساس وضعیت فرهنگی، اجتماعی و عوامل موثر بر بیماری مورد مشاوره و توانمندسازی قرار گیرد، این امر موجب خواهد شد تا فرد بتواند بر تصمیم خود مبنی بر تداوم استفاده از دارو باقی مانده و اقدام به ترک آن ننماید.

عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمات

به طور کلی میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت روان تابعی است از تمایل مردم به استفاده از یک خدمت و وضعیت دسترسی به آن. پدیده تمایل به استفاده از یک خدمت خود تابعی است از شدت نیاز احساس شده - که خود منجر به تقاضا می‌شود - و تناسب میان قیمت و کیفیت خدمت. از سوی دیگر، عوامل موثر بر دسترسی مردم به خدمات را می‌توان در دسته‌هایی نظیر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، فرهنگی (مثلاً آگاهی از ارزش خدمت) و زمان (فراهمی به هنگام خدمت) خلاصه نمود. در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف باید تمامی مولفه‌های موثر بر بهره‌مندی از خدمات را مدنظر قرار داد. با تحلیل این مولفه‌ها و پیدا کردن راه‌کارهای مناسب برای ایجاد بهره‌مندی موثر می‌توان امید داشت که برنامه سلامت روان به شکلی عادلانه و اثربخش پاسخ‌گوی نیاز مردم بوده است. برخی از

مولفه‌هایی که در این ارزیابی‌ها باید به دقت مد نظر قرار گیرند عبارتند از:

۱- اصولاً هر قدر مردم رخداد نهایی ناشی از مشکل سلامت را دورتر ببینند کمتر به دنبال حل آن خواهند رفت. به عنوان مثال ممکن است تقاضای افزایش دانش و آگاهی والدین در زمینه تربیت سازنده فرزندان کمتر از تقاضای آنها برای درمان سرماخوردگی یا سردرد باشد.

۲- شدت ناتوانی حاصل از یک مشکل سلامت عاملی تأثیرگذار برای مطالبه تقاضاست.

۳- عواملی نظیر مقایسه خود با دیگران، فرهنگ سلامتی موجود در جامعه و آموزش؛ موضوعاتی تأثیرگذار بر تقاضای مردم برای خدماتند.

۴- در بسیاری موارد مردم تجربه و درک مناسب و معتبری از کیفیت خدمات ندارند. بر این اساس در بازار سلامت می‌توانند گرفتار سوداگران تجارت پیشه شوند.

۵- و اما یکی از مهم‌ترین موضوعات وضعیت دسترسی به خدمات است. این موضوع به عنوان شاخصی اساسی فراهمی خدمات را نزد متقاضیان آن ایجاد می‌کند. همان گونه که قبلاً اشاره شد دسترسی مشتمل بر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، زمانی، فرهنگی و ... است.

اصولاً در برقراری ارتباط با گروه‌های هدف تحلیل مولفه‌های فوق و پیدا کردن راهی برای حل مشکل بهره‌مندی نامطلوب برخی از افراد به خدمات از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. این موضوع که فردی که‌نسال به دلیل ناتوانی خود برای حضور در مرکز درمانی قادر به بهره‌مندی از خدمت نیست و یا این که فردی به دلیل احساس نامطلوب ناشی از بیماری اعتیاد به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمی‌کند تا از خدمات آن استفاده نماید، موضوعاتی هستند که در عرصه ارائه عادلانه خدمات باید با استعداد و تعهد ارائه‌دهندگان خدمات و هوشمندی طراحان برنامه برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی به راه حلی مطلوب دست یابند.

مروری بر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان



برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت روان به‌طور معمول بر اساس شیوه‌های رایج برقراری ارتباطات انسانی و با ملاحظه متغیرهای سلامت روان و صفات و ویژگی‌های بیماری‌های روانی صورت می‌گیرد. انتظار بر این است که شما این مهارت‌ها را در طول دو فصل اختصاصی که شامل برقراری ارتباط

با افراد و روش مشاوره و آموزش بهداشت با گروه‌ها فرا گرفته باشید، با این وجود از آنجا که در طول زمان شناسایی گروه‌های هدف نیازمند برقراری ارتباط برای ورود افراد به برنامه هستید لازم است مروری مختصر بر روش‌های برقراری ارتباط با گروه‌های هدف داشته باشیم.

سرفصل اصول برقراری ارتباط با گروه‌های هدف شامل برخورداری از مهارت‌های زیر می‌باشد:

- ۱- مهارت کمک به دیگران
- ۲- مهارت هدایت و آموزش
- ۳- مهارت‌های مدیریت و رهبری
- ۴- مهارت‌های نظارت و سرپرستی
- ۵- مهارت‌های مباحثه و صحبت
- ۶- مهارت شنیدن

بحث در زمینه هر یک از این مهارت‌ها از حوصله مطالب این فصل خارج است، با این وجود برای آن که شما به درکی مناسب از موضوع دسترسی پیدا نمایید، مروری بسیار مختصر بر مهارت‌های فوق نموده و برای آن‌ها مثال‌هایی خواهیم آورد. ذکر این نکته ضروری است که برخورداری کامل از این مهارت‌ها نیازمند دانش، نگرش و مهارت کافی است. تحصیل مهارت در این زمینه نیازمند تمرکز، تمرین و تجربه مکرر است.

۱- مهارت کمک رسانی

افرادی که نیازمند برخورداری از خدمات سلامت روان می‌باشند حالت‌های مختلفی از شرایط جسمی، روانی و اجتماعی دارند. برخی از آن‌ها قادر به بیان احساسات و نگرانی‌های خود نیستند نظیر کودکان یا افراد عقب‌مانده ذهنی اما در مقابل برخی از آن‌ها ممکن است پرحرف بوده و هیجان زیاد و به طرز مبالغه‌آمیزی احساسات خود را بیان نمایند. در هر شرایطی وظیفه ارایه‌دهنده خدمات این است که به گیرندگان خدمت تفهیم نماید که در واحد خدمتش تسهیلاتی فراهم آمده که می‌تواند از آن‌ها برای ارتقای وضعیت خود بهره‌مند شد. اما بیش از این که این تسهیلات برای مشتریان ارایه خدمات کارآمدی داشته باشد احساس و برداشت افراد از خود ارایه‌دهنده خدمت نقشی تعیین کننده دارد. مردم باید به درستی دریابند که ارایه‌دهنده خدمت دارای تعهد، تجربه و دانش کافی برای کمک یا هدایت آنهاست. بنابراین شرایط کمک به افراد در وضعیتی مهیا می‌گردد که ارایه‌دهنده خدمت دارای مهارت‌ها و تعهد لازم برای کمک به دیگران باشد.

۲- مهارت‌های هدایت و آموزش

ارایه‌دهنده خدمت باید بتواند با مهارت خود در زمینه آموزش نقش و اهمیت برنامه سلامت روان و نیازهای گروه‌های هدف را روشن نموده و به حد کفایت به پرسش‌های آن‌ها پاسخ دهد. علاوه بر این ارایه‌دهنده خدمت باید بتواند گیرندگان خدمت را تشویق به یادگیری، ایجاد شرایط رشد و خلاقیت و بهبود رفتارها نماید. بدین منظور امکانات مختلفی نظیر پوستر و پمفلت‌های آموزشی در زمینه سلامت روان در اختیار ارایه‌دهنده خدمت می‌باشد که می‌توان با بهره‌گیری از آنها بر توان و ادراک مردم برای ارتقای سلامت روان و ایجاد مباحثات گروهی آموزشی بهره جست.

۳- مهارت‌های مدیریت و رهبری

مهارت‌های مدیریت در زمینه سلامت روان عبارتند از مهارت در ایجاد تغییر در محیط زندگی مردم و تاثیر برای حل مشکلات آن‌ها، تلاش برای مقابله با عوامل مخرب سلامت روان و ایجاد تعهد

در خود و سایرین برای ارتقای سلامت روان و حل مشکلات موجود، علاوه بر این مدیریت برنامه‌های سلامت روان باید دارای برنامه‌ای سازماندهی شده برای انجام عملیات و تحقق اهداف باشد. در این برنامه‌ها افراد شرکت‌کننده در برنامه موقعیت‌های ویژه‌ای می‌یابند و به نقش و وظایف خود در زمینه حل مشکلات سلامت روان می‌پردازند.

۴- مهارت‌های نظارت و سرپرستی

هدف از نظارت و سرپرستی در برنامه‌های سلامت روان ایجاد جایگاهی به‌منظور کنترل عوامل انسانی و سایر منابع برای ایجاد حداکثر بهره‌مندی در رشد می‌باشد. در این شرایط ارایه‌دهنده خدمات سلامت روان باید به‌نحوی عمل نماید که از منابعی که در اختیار دارد اعم از منابع داخل یا خارج سازمان به درست‌ترین شکل استفاده نموده و با اعمال نظارت و سرپرستی بر منابع به هدفت فوق نایل آید.

۵- مهارت‌های مباحثه و صحبت

مهارت‌های گفت و گو در زمینه سلامت روان موجب می‌گردد تا گیرندگان خدمت بتوانند بر آنچه که به آنها در قالب گفت و گو منتقل می‌شود احاطه کافی پیدا نموده، سوالات خود را مطرح و با احترام در زمینه سوالاتشان آگاهی پیدا نمایند. در چنین شرایطی ارایه‌دهنده خدمت با برخورداری از مهارت‌های گفتگو خواهد توانست شرایط مناسبی برای پیشبرد برنامه‌های خود ایجاد نماید.

۶- مهارت‌های شنیدن

مهارت شنیدن یکی از اساسی‌ترین مهارت‌های مورد نیاز برای اجرای برنامه‌های سلامت روان است. این مهارت موجب می‌شود تا ارایه‌دهندگان خدمات بتوانند به توسعه عمیقی از ارتباط با گیرنده خدمت دسترسی پیدا کنند. برای آن که ارایه‌دهنده خدمت فهمی مناسب از مسایل و مشکلات

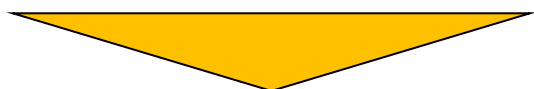
گیرنده خدمت پیدا نماید باید تلاش نماید تا اتفاقات زیر تحقق پذیرد:

- به درستی آنچه که گیرنده خدمت در مورد خود و احساساتش بیان می کند را درک نماید.
- در زمینه آنچه که گیرنده خدمت از او سوال می نماید بدون حاشیه و بدون توجه به مسایل جانبی پاسخی روشن و حتی الامکان کوتاه ارایه نماید.
- از قطع صحبت گیرنده خدمت در حین ارایه احساسات و عواطف خود مگر در شرایطی که منجر به اتلاف وقت می گردد، خودداری نماید.
- در مورد آنچه که نفهمیده است یا برداشت مبهمی دارد از ارایه دهنده خدمت سوال نماید.

منابع

- ۱- دکتر جان هابلی - برقراری ارتباط برای بهداشت - ترجمه سعید پارسی نیا - دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران - ۱۳۷۸
- ۲- جان م. لست - فرهنگ اپیدمیولوژی - ترجمه دکتر حسین شجاعی تهرانی، دکتر بابک بوب - انتشارات سمات - ۱۳۷۸
- 3- Lawrence W.Green, Marxhal W. Kreuter- Health Program Planning- Mc Graw Hill - 1999.
- ۴- دکتر فرید ابوالحسنی - مدیریت برنامه های تندرستی - انتشارات «برای فردا» - ۱۳۸۳
- ۵- دکتر محمد رضا رهبر - مبانی بهداشت و کار در روستا - انتشارات آرویج - ۱۳۷۹

فصل ششم



مروری بر اختلالات شایع روانپزشکی

عناوین فصل

- افسردگی
- اختلال دوقطبی
- اختلالات اضطرابی
- اختلالات سایکوتیک
- اختلالات شبه جسمی
- صرع
- عقب ماندگی ذهنی
- اختلالات کودکان و نوجوانان
- اورژانس های روانپزشکی

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

- علایم و نشانه های اختلالات شایع روانپزشکی را نام ببرید.
- روش غربالگری برای شناسایی این اختلالات را توضیح دهید.
- مداخلات درمانی هر یک از اختلالات را نام ببرید.
- نحوه مراقبت و پیگیری هر یک از اختلالات را توضیح دهید.
- موارد ارجاع فوری و غیرفوری هر یک از اختلالات را نام ببرید.

افسردگی^۱

مقدمه

افسردگی یک اختلال عودکننده و مزمن است که منجر به اختلال عملکرد و ناتوانی می‌گردد؛ به طوری که رتبه دوم بار ناشی از بیماری‌ها را در سنین ۱۵-۴۴ سالگی در هر دو جنس به خود اختصاص داده است. افسردگی به معنای خلق و روحیه افسرده یا بی‌حوصلگی مفرط می‌باشد. بیماران افسرده، هم‌چنین ممکن است دچار کاهش انرژی، اختلال خواب، اختلال اشتها و کاهش اعتماد به نفس باشند و در موارد جدی‌تر، دچار احساس ناامیدی از ادامه زندگی و تمایل به مرگ. آنها ممکن است شکایاتی به ظاهر جسمانی داشته باشند که توجیه طبی دیگری نداشته باشد.

این اختلال را می‌توان در سیستم مراقبت‌های اولیه تشخیص داد و درمان کرد. تأخیر در تشخیص یا درمان می‌تواند به پیامدهای ناتوانی فردی، نابسامانی خانوادگی، تبعات اقتصادی، افزایش مشکلاتی مانند بیماری‌هایی قلبی و افزایش مرگ و میر به دنبال خودکشی بیانجامد. درمان‌های مرسوم افسردگی که در سیستم مراقبت‌های اولیه قابل بهره‌گیری باشند شامل تجویز دارو و انجام اقدامات غیردارویی است که شامل مراحل حاد و نگهدارنده است.

برخی از گروه‌های در معرض خطر افسردگی عبارت‌اند از زنان به ویژه در دوران پس از زایمان، افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده یا والدین کودکان دچار چنین بیماری‌هایی، سوءمصرف‌کنندگان مواد، افرادی که شکست شغلی، مالی یا عاطفی اخیر داشته‌اند، افرادی که اخیراً عزیزی را از دست داده‌اند، و افرادی که طلاق یا جدایی اخیر داشته‌اند.

راهنمای تشخیصی افسردگی

پرشش‌های کلیدی (خلق افسرده، بی‌حوصلگی)

۱- آیا در دو هفته اخیر، احساس غمگینی و غصه دارید؟

¹ depression

۲- آیا در دو هفته اخیر احساس بی‌حوصلگی می‌کنید به شکلی که حوصله انجام دادن کارها را نداشته باشید؟

موارد فوق را می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم پرسید.
در صورت پاسخ مثبت به سؤالات ۱ یا ۲، بقیه سؤالات پرسیده شوند.

پرسش‌های تکمیلی

- ۱- آیا در دو هفته اخیر، میل شما به غذا کاهش یا افزایش یافته است؟ یا وزن شما کاهش یا افزایش یافته است؟
- ۲- آیا در دو هفته اخیر خوابتان نسبت به گذشته کاهش یا افزایش داشته است؟
- ۳- آیا در دو هفته اخیر به‌قدری بی‌قرار بوده‌اید که نتوانید یک جا بند شوید؟ یا برعکس حرف زدن یا حرکات تان کندتر از معمول شده است؟
- ۴- آیا در دو هفته اخیر احساس خستگی می‌کنید یا احساس می‌کنید که توان انجام فعالیت‌های معمول را ندارید؟
- ۵- آیا در دو هفته اخیر خود را فردی بی‌ارزش یا بی‌فایده می‌دانسته‌اید؟
- ۶- آیا در دو هفته اخیر احساس می‌کنید دچار فراموشکاری مفرطی شده‌اید یا تمرکز خود را از دست داده‌اید؟
- ۷- آیا در دو هفته اخیر احساس می‌کنید که از زندگی خسته شده‌اید (پرسش در مورد افکار مرگ)؟
در این روزها به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید (پرسش در مورد فکر خودکشی)؟

مهم: در صورت رسیدن به دست‌کم پنج نشانه افسردگی که حداقل یکی از آنها بر پایه دو پرسش کلیدی بالا به دست آمده باشد، تشخیص افسردگی اساسی مطرح می‌شود. اگر سابقه‌ای از مانیا یا هایپومانیا وجود نداشته باشد درمان با فلوکستین را شروع کنید. در مواردی که نشانه‌هایی از افسردگی وجود دارد ولی ملاک‌های کامل افسردگی اساسی را شامل نمی‌شود، اگر نشانه‌ها به مدت دو سال یا

بیشتر ادامه یافته‌اند باز هم مطابق با دستورعمل درمان افسردگی اساسی عمل کنید.

تذکر: سالمندان بیش از تاکید بر خلق افسرده از علایم جسمی افسردگی (اختلال اشتها، خواب و دردهای بدنی) و بی‌قراری شاکی هستند و نیز گاهی علایم آنها به صورت علایم شبه‌دمانس است (دمانس کاذب). در موارد مشکوک به دمانس کاذب می‌توان یک دوره درمان افسردگی را امتحان نمود؛ در صورت عدم پاسخ، به الگوریتم "دمانس" مراجعه شود.

درمان

داروهای ضدافسردگی و برخی روان‌درمانی‌ها (شناختی-رفتاری و بین فردی) در درمان افسردگی موثر هستند. اما با توجه به دردسترس نبودن روان‌درمانی برای همه بیماران، خط اول درمان دارویی است. برخی اقدامات غیردارویی هم می‌توانند در درمان موثر باشند که این اقدامات توسط کارشناس سلامت روان انجام خواهد شد. "آموزش حل مساله" و "فعال سازی رفتاری" از این دست اقدامات هستند. با توجه به محدودیت امکانات، در حال حاضر این اقدامات تنها برای کسانی که به طور کامل به درمان دارویی پاسخ نداده‌اند یا افسردگی‌های خفیفی که ممکن است نیازی به درمان دارویی نداشته باشند، پیشنهاد می‌شود. آموزش به بیمار و خانواده هم از اصول درمانی کلیه اختلالات است که در مورد افسردگی هم کاربرد دارد.

- در صورتی که بیمار در گذشته به یک داروی ضدافسردگی، خوب پاسخ داده دوباره از همان دارو استفاده کنید.

- پیش از آن‌که یک داروی ضدافسردگی را بی‌اثر بدانید، از این‌که با «دوز کافی» و به «مدت کافی» مصرف شده‌است مطمئن شوید.

- افزایش تدریجی دوز داروهای ضدافسردگی، میزان بروز عوارض جانبی را کم می‌کند و در نتیجه پذیرش درمان از جانب بیمار را افزایش می‌دهد.

- تجویز داروهای مانند فلوکستین بعد از غذا یا همراه با آب، بروز عوارض گوارشی آنها را کاهش می‌دهد.
- در هر بار ویزیت، کمترین مقدار داروی لازم را تجویز کنید.
- موارد ممنوعیت نسبی تجویز داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای (مانند نورتریپتیلین، آمی‌تریپتیلین، ایمی‌پرامین، دزیپرامین و تریمی‌پرامین): وجود آریتمی قلبی، سابقه یا علایم ایسکمی قلب، گلوکوم زاویه بسته، هیپرتروفی پروستات و بیماری‌های عروقی مغز.
- در صورت وجود دلشوره می‌توانید کلردیازپوکساید (۵ تا ۱۰ میلی‌گرم، یک یا دوبار در روز) یا برای کم‌خوابی، لورازپام (نیم تا یک میلی‌گرم، نیم تا یک ساعت پیش از خواب) تجویز کنید.
- اگر افسردگی برای اولین بار در سن بالای ۵۵ سال به ویژه در مردان ظاهر شده باشد، رد مسایل طبی که در رأس آنها اختلالات قلبی - ریوی و بدخیمی‌ها هستند، بسیار مهم است.

شرح وظایف پزشک

- ویزیت موارد ارجاع شده از طرف بهورز
- بررسی علایم افسردگی در کلیه مراجعانی که در معرض خطر افسردگی هستند
- درمان بیماران افسرده طبق الگوریتم درمان افسردگی
- آموزش بیمار در مورد درمان و نحوه مصرف دارو
- ارجاع به سطح تخصصی در صورت لزوم
- دریافت پسخوراند از سطح تخصصی
- پی‌گیری بیمار بعد از برگشت از ارجاع
- نظارت بر عمل کرد بهورز و کارشناس بهداشت روان تیم سلامت

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

- افسردگی یک بیماری شایع است که ممکن است برای هر کسی پیش بیاید و نشانه ضعف اراده یا تنبلی یا تلقین نیست و تنها با توصیه‌های عمومی مانند رفتن به مسافرت برطرف نمی‌شود.
- درمان‌های مؤثری برای افسردگی در دسترس است. اما بهبودی پس از ۳ تا ۴ هفته ظاهر خواهد شد و قبل از آن نباید زیاد انتظار بهبودی داشت.
- اثرات جانبی داروها اغلب به تدریج از میان خواهند رفت و اغلب داروها در صورت مصرف طبق دستور پزشک باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی‌شوند.
- لازم است دارو برای "دست‌کم" یک دوره شش‌ماهه پس از بهبود علائم مصرف شود.
- مصرف منظم دارو خیلی اهمیت دارد. دارو باید هر روز استفاده شود و در صورت امکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.
- قبل از قطع دارو حتماً با پزشک مشورت شود.
- پزشک باید خانواده بیمار افسرده را به همکاری برای ادامه درمان بیمار تشویق کند و از آنها بخواهد تا موارد بهبودی را به وی متذکر شوند.

باید بر رعایت نکات زیر تاکید کرد:

- مهم است تا جای ممکن فعالیت‌هایی که در قبل لذت‌بخش بود را ادامه داد، حتی اگر در حال حاضر دیگر جالب یا لذت‌بخش نباشد.
- مهم است که خواب منظمی داشته باشد (یعنی هر شب ساعت مشخصی به رختخواب برود و سعی کند که به اندازه قبل بخوابد و از خوابیدن بیش از حد خودداری کند).
- منافع فعالیت بدنی منظم تا جای ممکن
- منافع فعالیت‌های اجتماعی منظم مثل شرکت در فعالیت‌های اجتماعی گروهی تا جای ممکن
- شناسایی فکرهای آسیب به خود و خودکشی و مراجعه برای کمک در صورت بروز

- در سالمندان، اهمیت ادامه اقدامات مربوط به مشکلات سلامتی عمومی

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک

- بیمار افسرده‌ای که سابقه‌ای از دوره‌های مانیا یا هیپومانیا داشته باشد.
- بیمار افسرده‌ای که علائم پسیکوتیک داشته باشد.
- بیمار افسرده‌ای که به درمان با فلوکستین و نورتریپ تیلین پاسخی نداده است.
- بیمار افسرده‌ای که پس از پاسخ نسبی به درمان پیشرفت درمانی وی متوقف شده و به افزایش دوز دارو و اقدامات غیردارویی کارشناس سلامت روان پاسخ نداده است.
- بیماری که دچار عوارض دارویی شده و به اقدامات ابتدایی درمانی پزشک پاسخ نداده است.

موارد ارجاع فوری به روانپزشک

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

موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی

- بیماری که طرح یا برنامه جدی برای خودکشی دارد.
- بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.
- بیمار بسیار تحریک پذیر، آژیته یا شدیداً بیقرار که کنترل رفتار وی دشوار است.

پی گیری و مراقبت بیمار افسرده توسط پزشک بعد از بازگشت از ارجاع

ویزیت اول (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

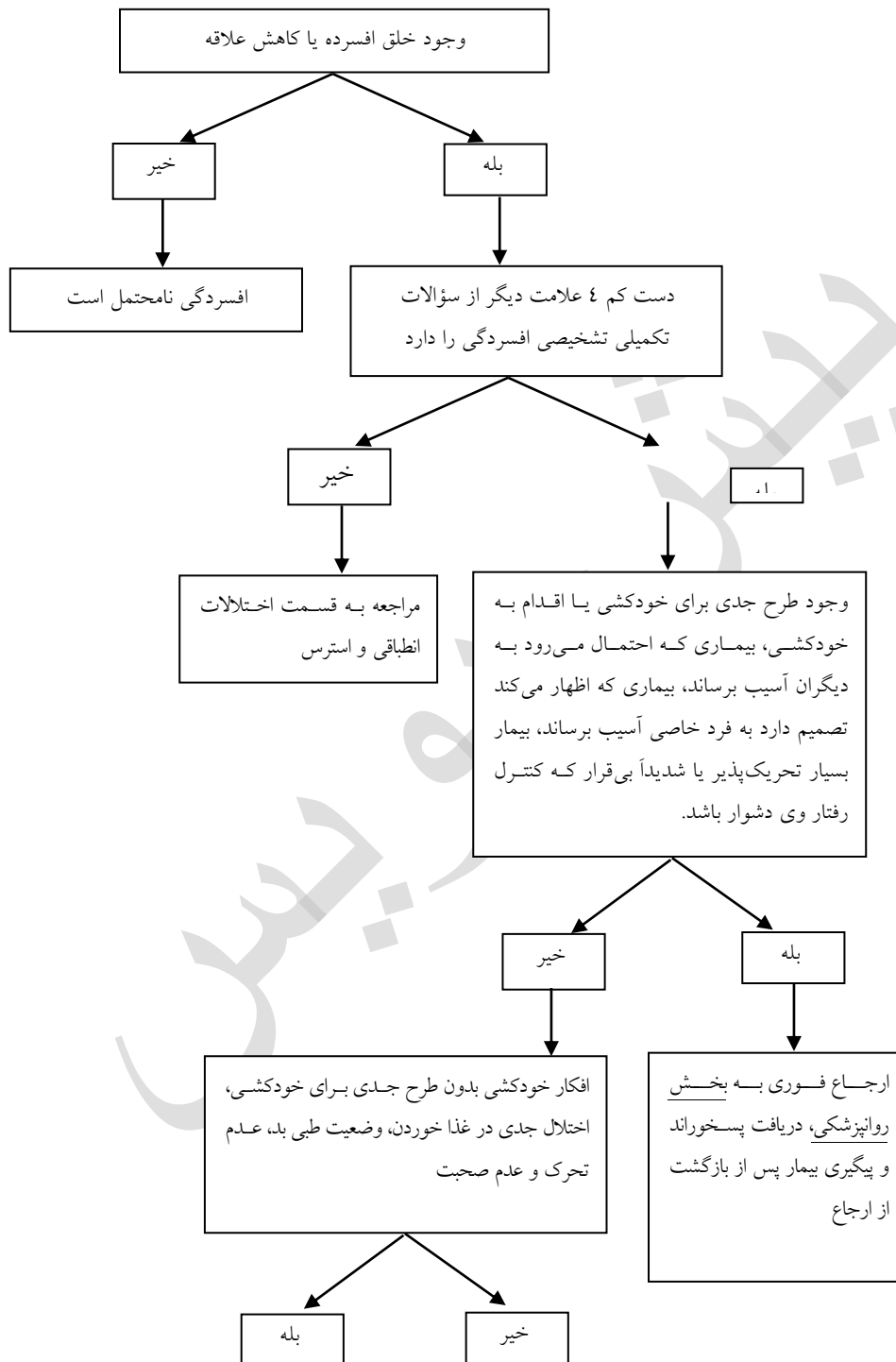
دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و ارجاع همزمان به کارشناس بهداشت روان تیم سلامت؛ سپس ویزیت مجدد یک هفته بعد.

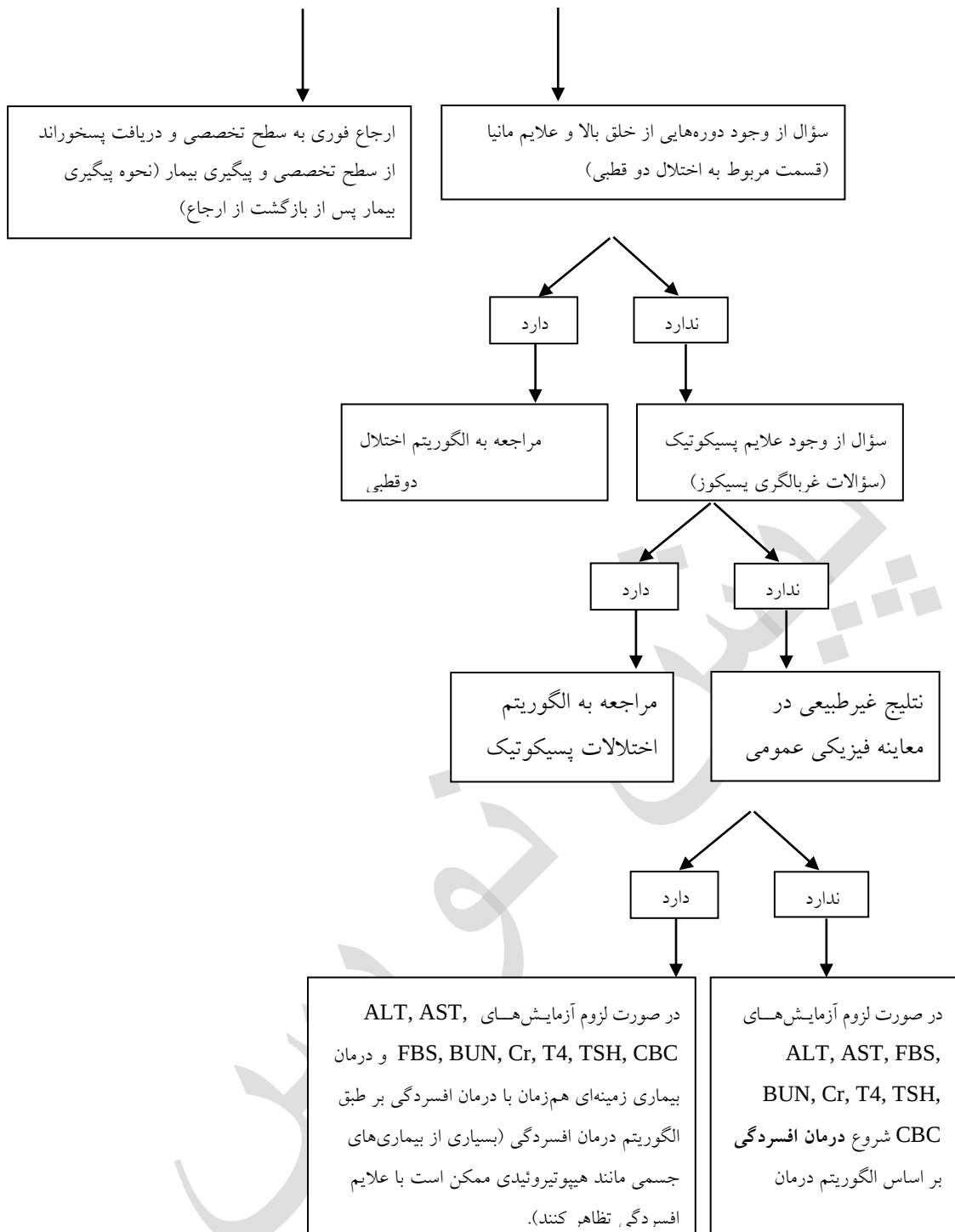
ویزیت های بعدی

پزشک ترجیحاً بیمار را از نظر پاسخ درمانی و عوارض دارویی بر طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ویزیت می کند. در غیر این صورت تا شش ماه پس از بهبودی، بیمار به صورت ماهانه ویزیت می شود. برای قطع درمان، بیمار ترجیحاً به شکل غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع می شود. در صورت عدم امکان ارجاع، پزشک خود می تواند به تدریج دارو را قطع نماید [اگر اولین دوره افسردگی اساسی باشد، از نوع مزمن یا پسیکوتیک نبوده باشد و عامل اصلی محیطی بروز افسردگی برطرف شده باشد].

همزمان با ویزیت پزشک بیمار توسط کارشناس بهداشت روان تیم سلامت نیز مطابق برنامه زمان بندی مربوطه پی گیری می شود.

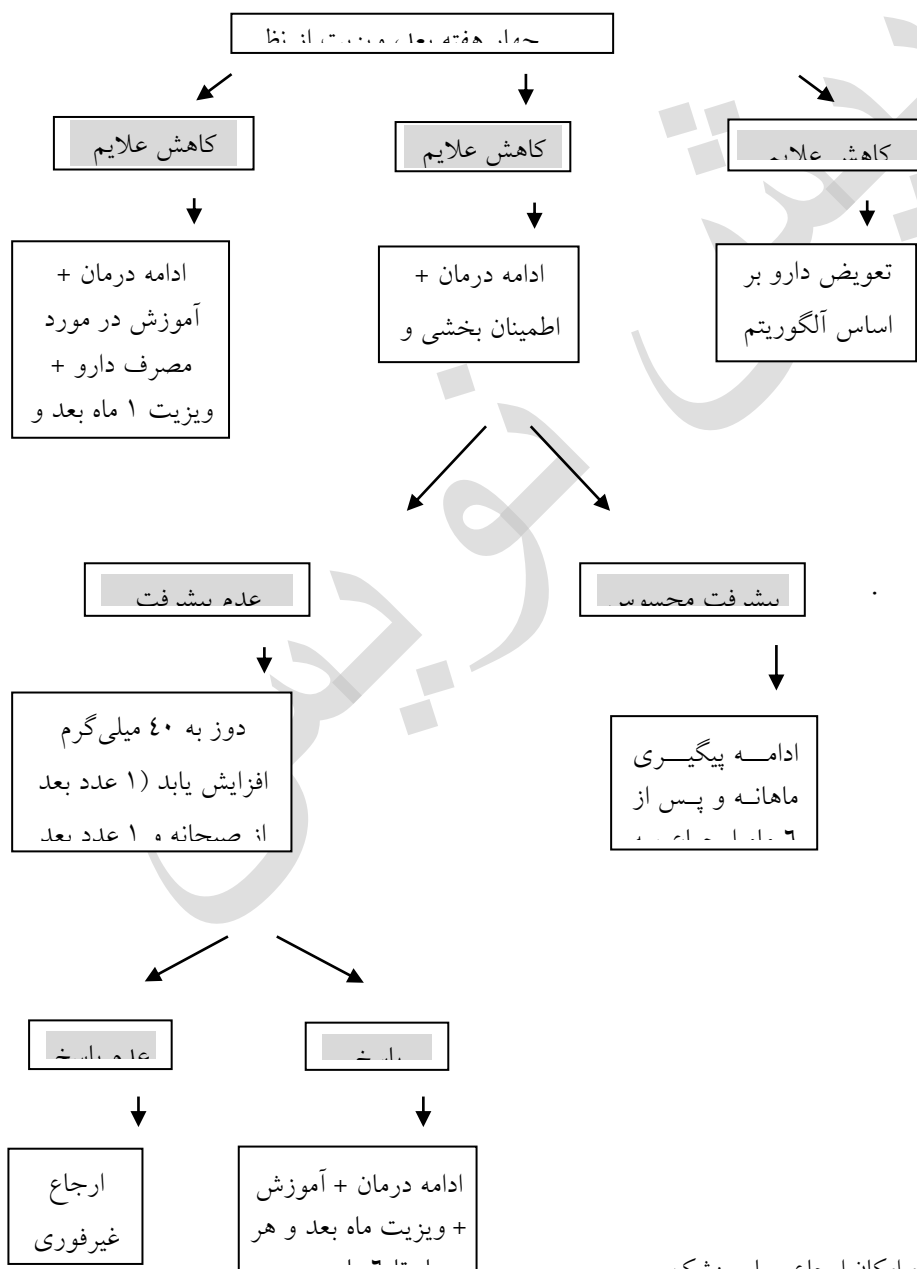
الگوریتم ۱- تشخیص و مدیریت اختلالات افسردگی





الگوریتم درمان دارویی بیمار افسرده

تجویز فلوکستین ۱۰ میلی گرم در روز تا یک هفته و سپس ۲۰ میلی گرم در روز بعد از صبحانه (در افراد سالمند دوز ۱۰ میلی گرم در روز کافی است و در صورت عدم پاسخ پس از ۴ هفته به ۲۰ میلی گرم در روز رسانده شود) و ارجاع همزمان به کارشناس بهداشت روان تیم سلامت جهت ارزیابی و در صورت لزوم انجام مداخلات روان‌شناختی.

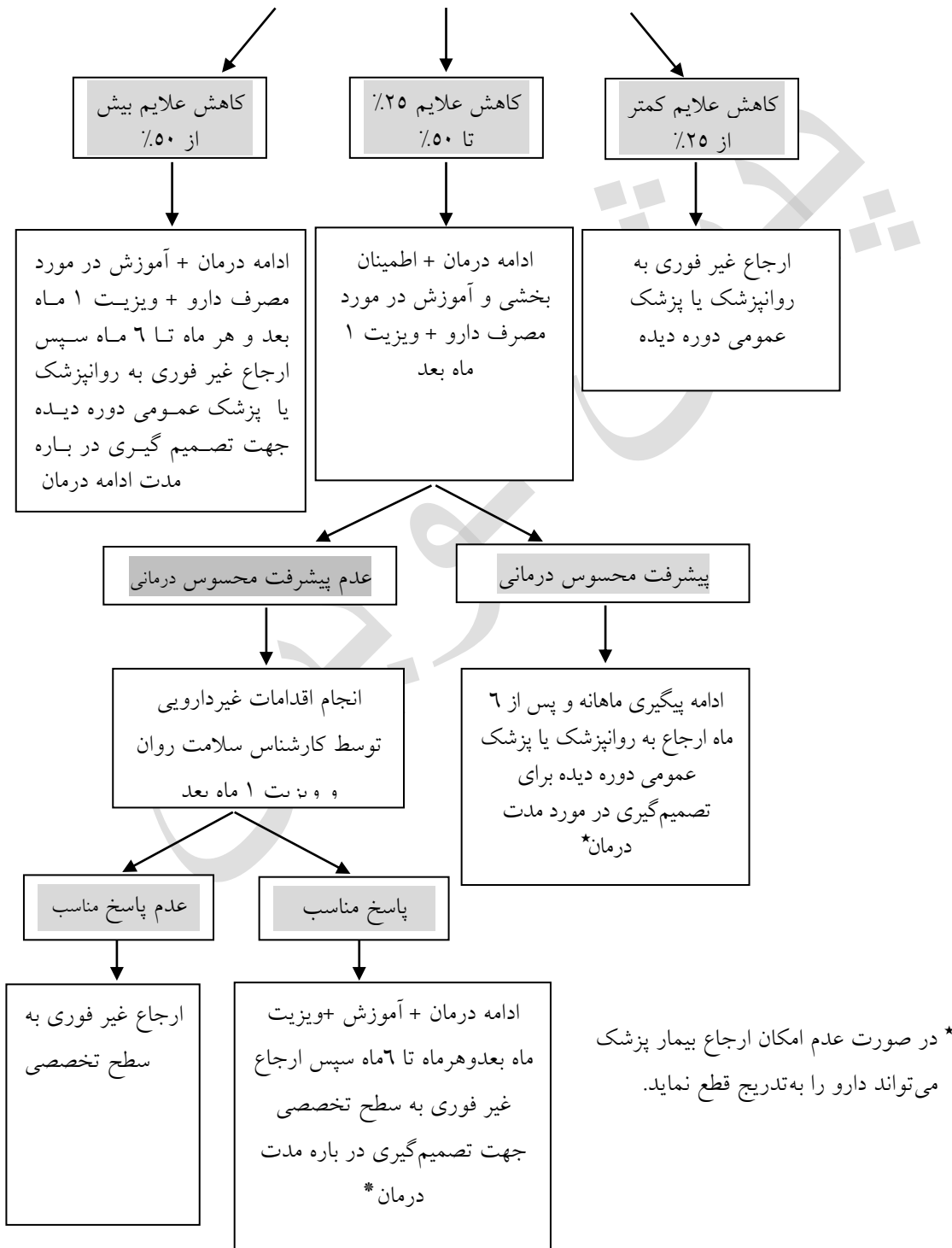


* در صورت عدم امکان ارجاع بیمار، پزشک خود می‌تواند دارو را به تدریج قطع نماید.

الگوریتم نحوه تجویز نورتریپتیلین

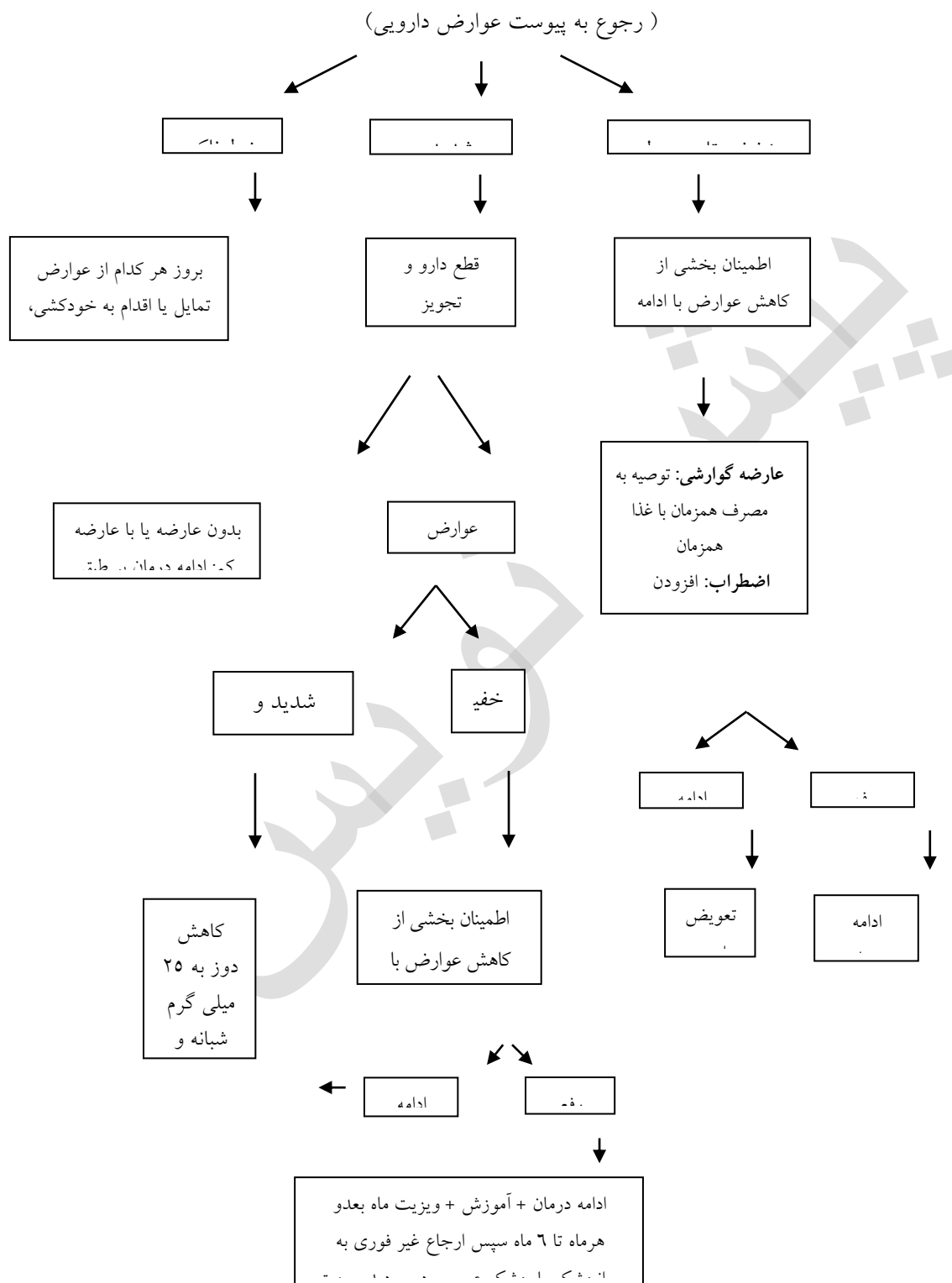
تجویز ۲۵ میلی گرم نورتریپتیلین به صورت ۱ قرص شب و افزایش هر هفته ۱ قرص تا به ۳ قرص در شبانه روز برسد (۱ قرص ظهر و ۲ قرص شب).

چهار هفته بعد، ویزیت از نظر ارزیابی پاسخ به درمان



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

عوارض دارویی فلوکستین از جمله اضطراب، عوارض گوارشی، اختلال عملکرد جنسی و....



اختلال دوقطبی^۱

مقدمه

بسیاری از بیمارانی که با شکایت از افسردگی به مراکز مراقبت‌های اولیه مراجعه می‌کنند، مبتلا به اختلال دوقطبی هستند و سازمان بهداشت جهانی این اختلال را ششمین بیماری منجر به ناتوانی در سنین ۴۴ تا ۵۰ سالگی می‌داند. از آنجا که درمان افسردگی و دوقطبی بسیار متفاوتند، تشخیص درست این اختلالات و توجه کافی به سابقه بیمار برای بررسی افتراق درست افسردگی از اختلال دوقطبی بسیار مهم است. وجه افتراق اختلال افسردگی از اختلال دوقطبی وجود دوره‌های "مانیا" یا "هایپومانیا" در اختلال دوقطبی است. در دوره مانیا یا هایپومانیا فرد دچار خلق بالا یا تحریک‌پذیر است و نیز افزایش فعالیت، پرحرف‌شدن، افزایش اعتماد به نفس، کاهش نیاز به خواب، پرش افکار و افزایش رفتارهای خطرطلبانه دیده می‌شود. اما اختلال افسردگی فاقد این دوره‌هاست. اختلال دوقطبی دارای سیری دوره ای است و با دوره‌های خلقی افسردگی، مانیا، هایپومانیا، مختلط (mixed) و فواصلی با بهبودی کامل یا نسبی مشخص می‌شود. مهم‌ترین جنبه علت‌شناسی اختلال دوقطبی، مبنای ژنتیکی آن است.

اقدام به خودکشی رفتاری شایع در بیماران دوقطبی است و این بیماران در بیشتر دوره‌های خلقی، علایم افسردگی را تجربه می‌کنند و بیشتر با افسردگی مراجعه می‌کنند. بنابراین در برخورد با هر بیمار افسرده، لازم است سابقه مانیا/ هایپومانیا و یا سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی بررسی شود. ملاک‌های تشخیصی دوره‌های افسردگی اساسی در این اختلال، تفاوتی با ملاک‌های آن در MDD ندارد ولی در موارد زیر، افسردگی ممکن است تظاهری از اختلال دوقطبی باشد و باید جستجوی بیشتری در سابقه بیمار از نظر ابتلا به مانیا یا هایپومانیا نمود:

- سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی
- بدتر شدن وضعیت روانی بیمار با مصرف داروهای ضدافسردگی

¹ bipolar disorder

- افسردگی راجعه با عود زیاد
- شروع افسردگی اساسی در دوره کودکی و نوجوانی

راهنمای تشخیصی مانیا / هایپومانیا

پرسش‌های زیر گویه‌های پرسشنامه اختلال خلقی (MDQ) است که در ایران به وسیله شعبانی و همکاران (۲۰۱۰) اعتباریابی شده است.

آیا تا کنون هیچ دوره ای وجود داشته است که شما آن فرد همیشگی نباشید و

۱- ... احساس کنید بسیار خوب یا سرخوش هستید، به طوری که دیگران فکر کنند شما فرد عادی همیشگی نیستید یا به قدری سرخوش باشید که به در دسر بیفتید.

۲- ... به قدری عصبانی یا تحریک پذیر باشید که بر سر دیگران داد بکشید یا شروع به دعوا یا مشاجره نمایید.

۳- ... احساس کنید بسیار بیشتر از معمول، به خود مطمئن هستید و اتکا به نفس دارید.

۴- ... بسیار کمتر از معمول بخوابید و واقعاً کمبود خواب خود را احساس نکنید.

۵- ... بسیار بیشتر یا سریع تر از معمول صحبت کنید.

۶- ... در سرتان افکار از هم سبقت بگیرند یا نتوانید جلوی سرعت کار ذهنتان را بگیرید.

۷- ... چیزهای اطراف، خیلی ساده حواستان را پرت کنند، به طوری که تمرکز کردن یا پی گیری مسایل برایتان سخت باشد.

۸- ... بسیار بیشتر از معمول، انرژی داشته باشید.

۹- ... بسیار بیشتر از معمول، فعال باشید یا کارهای خیلی بیشتری از معمول انجام دهید.

۱۰- ... بسیار بیشتر از معمول، اجتماعی یا معاشرتی باشید، مثلاً نیمه شب به دوستان تلفن بزنید.

۱۱- ... بسیار بیشتر از معمول، به روابط جنسی علاقه مند باشید.

۱۲- ... کارهایی انجام دهید که برای شما غیر معمول باشد یا دیگران فکر کنند که این کارها

افراطی، احمقانه یا خطرناک است.

۱۳- ... خرج کردن پول باعث دردسر شما یا خانواده‌تان شود.

- در صورتی که به بیش از یکی از موارد فوق، پاسخ «بلی» داده شد، آیا تا کنون اتفاق افتاده است که چند تا از این موارد با هم در یک دوره وجود داشته باشد؟

موارد فوق را می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم در مورد او پرسید. در صورت پاسخ مثبت به دست‌کم پنج مورد از ۱۳ مورد بالا، احتمال وجود اختلال دوقطبی مطرح است. حداقل مدت علایم برای تشخیص اپیزود هایپومانیا ۴ روز و برای مانیا ۷ روز است. در مورد مانیا، در صورت شدید بودن پرخاشگری بیمار، با هر مدتی از علایم، تشخیص مانیا گذاشته می‌شود. در اختلال دوقطبی، نشانه‌های مانیا/هایپومانیا ناشی از مصرف مواد یا ابتلا به وضعیت طبی خاصی نیست.

درمان

- تجویز دارو اساس درمان است. داروها برای درمان دوره‌های افسردگی، مانیا، مختلط و نگهدارنده به کار می‌روند. در بیشتر موارد به‌ناچار از ترکیب دارویی استفاده می‌شود. داروهای خط اول شامل لیتیم، والپروات، الانزاپین، کوئتیاپین و لاموتریژین است. همه این داروها قابلیت تجویز در دوره‌های حاد مانیا، مختلط و افسردگی و نیز در درمان نگهدارنده را دارند: «به‌جز لاموتریژین که در درمان حاد اپیزودهای مانیا و مختلط کاربرد ندارد».

- بدون مشورت با روانپزشک از داروهای ضدافسردگی یا آلپرازولام برای این بیماران (حتی در دوره افسردگی) استفاده نکنید.

- هر بیمار افسرده‌ای که به دنبال مصرف داروهای ضدافسردگی، دچار برخی از نشانه‌های مانیا مانند شادی غیرمعمول، عصبانیت شدید، پرحرفی یا بی‌قراری شدید گردید، را برای بررسی اختلال دوقطبی به پزشک عمومی دوره‌دیده یا روانپزشک ارجاع دهید.

- راهکارهای غیردارویی اختلال دوقطبی (شامل آموزش روانی به بیمار و خانواده، آموزش راهکارهای مقابله، آموزش برای بهبود پذیرش دارویی و آموزش علایم هشداردهنده عود است) باید توسط کارشناس بهداشت روان انجام شود.

شرح وظایف پزشک

- ویزیت موارد ارجاع شده از طرف بهورز
- شناسایی موارد جدید اختلال دوقطبی در مراجعان
- ارجاع به سطح تخصصی در صورت لزوم
- پی گیری بیمار پس از ارجاع
- آموزش بیمار در مورد درمان و نحوه مصرف دارو
- نظارت بر عملکرد بهورز و کارشناس سلامت روان

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

- روحیه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در سیر بیماری تغییر می کند. این حالات از دوره های افسردگی شدید تا دوره های بسیار پرانرژی و هیجان زده یا عصبانی متغیر است.
- مهمترین عامل وراثت است و مواجهه با استرس ها می تواند در زمینه ژنتیکی موجود به شروع اختلال بیانجامد.
- نباید بیمار را به دلیل رفتارهای غیرمعمولش در دوره بیماری سرزنش نمود، زیرا نشانه های بیماری هستند.
- بیمار در دوره مانیا نسبت به بیماری خود بیش ندارد و حتما ممکن است از افزایش انرژی و شادی خود لذت ببرد. بنابراین مراقبان باید نقش بیشتری در جلوگیری از عود بیماری داشته باشند.
- ازدواج هیچ نقش درمانی در این بیماری ندارد.

- برای جلوگیری از عود، تا جایی که می‌توان باید کمک کرد که بیمار استرس کمتری را تجربه کند. داشتن خواب منظم (هر شب در ساعت مشخصی به رختخواب برود، میزان خواب مشابه قبل از بیماری باشد و از کم خوابی پرهیز کند) بسیار اهمیت دارد.
- راهکارهای کنارآیی عمومی مثل داشتن یک برنامه شغلی یا تحصیلی منظم، خواب منظم، بهبود سیستم‌های حمایتی اجتماعی و کمک به تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی در نظر گرفته شود
- مصرف مواد مخدر یا محرک می‌تواند باعث تشدید علائم، عدم پاسخ به درمان و افزایش دفعات عود بیماری گردد.
- درمان، طولانی و شامل مراحل حاد و نگهدارنده است.
- بهبودی پس از مصرف دارو، به معنای عدم احتیاج به دارو نیست.
- دارو باید هر روز و طبق دستور پزشک، مصرف شود.
- علائم هشداردهنده عود (مثل کم شدن خواب، ولخرج شدن و پرانرژی تر شدن معمول) به بیمار و خانواده آموزش داده شود تا در این مواقع به سرعت برای درمان مراجعه کنند.
- اطلاعات ضروری در مورد عوارض شایع یا بالقوه خطرناک داروی مصرفی داده شود.
- توصیه در مورد مصرف آب و مایعات کافی به بیماران در حال مصرف لیتیوم، به ویژه در افرادی که در محیط‌های گرم یا زیر نور آفتاب کار می‌کنند و لزوم مشورت در مورد مصرف هرگونه داروی دیگر انجام شود.

شیوه عمل در موارد غیرفوری

پس‌خوراند به بهورز برای ارایه توصیه‌های لازم و پی‌گیری
ارجاع غیرفوری به کارشناس بهداشت روان برای مداخلات لازم

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک

- تمام بیماران مشکوک به اختلال دوقطبی که حایز شرایط ارجاع فوری نیستند.
- بیمارانی که به هر دلیلی از خوردن دارو امتناع می‌کنند.
- بیمارانی که به عوارض دارویی دچار شده و به اقدامات اولیه پزشک پاسخ نداده‌اند.
- بیمارانی که پس از پاسخ نسبی به درمان، پیشرفت درمانی آنها متوقف شده و به اقدامات پزشک طبق پسخوراند پاسخ نداده‌اند.
- بروز علائم عود
- برای قطع درمان
- طبق برنامه پسخوراند یا دست‌کم هر دو ماه یک بار
- مواردی که در بخش «نحوه پی‌گیری بالینی و آزمایشگاهی مصرف داروها» آمده است.
- بیمارانی که چند ماه پس از درمان هنوز نتوانسته‌اند کاملاً به وضعیت قبل از بیماری برگردند (احتمال نیاز به بازتوانی).

موارد ارجاع فوری به روانپزشک

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

موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی

- بیماری که طرح یا برنامه جدی برای خودکشی دارد.
- بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.
- بیمار بسیار تحریک پذیر، آژیته یا شدیداً بیقرار که کنترل رفتار وی دشوار است.

موارد ارجاع فوری به بخش داخلی

- مسمومیت با لیتیوم
- سندرم استیونس-جانسون
- سندرم نورولپتیک بدخیم (به بخش نورولوژی)
- سایر عوارض جدی دارویی

نحوه پی گیری و مراقبت پس از بازگشت بیمار از ارجاع

مراقبت اولیه: (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد نحوه مصرف داروها، ثبت داروها، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها. ویزیت مجدد یک هفته بعد. در این مرحله کلیه بیماران برای اقدامات غیردارویی به صورت غیرفوری به کارشناس بهداشت روان ارجاع می گردند.

ویزیت های بعدی

پزشک بیماری را که یک اپیزود حاد خلقی را پشت سر گذاشته، از نظر بروز علایم عود و عوارض دارویی، ترجیحاً بر طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ویزیت می کند. در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه ویزیت می شود. مسمومیت با لیتیوم در هر ویزیت بررسی می گردد. برای قطع درمان، بیمار به صورت غیرفوری به سطح تخصصی ارجاع می شود.

نحوه پی گیری بالینی و آزمایشگاهی مصرف داروها

لیتیوم

سطح سرمی لیتیوم: هر ۳ تا ۶ ماه به طور معمول بررسی شود و در موارد مشکوک به مسمومیت با لیتیوم به طور اورژانسی ارزیابی شود. سطح سرمی لازم در دوره نگهدارنده ۰/۶ تا ۰/۸ میلی اکی والان بر لیتر است.

سطح TSH سرم: هر سال باید اندازه‌گیری شود و در صورت بالا بودن، ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده انجام شود.

سطح کراتینین سرم: هر ۶ ماه باید اندازه‌گیری شود. در صورت بروز اختلال کلیوی ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده انجام شود.

برخورد با عوارض جدی یا مهم:

پرنوشی یا پرادراری: بررسی عملکرد کلیه لازم است و در صورت مشاهده نتایج غیرطبیعی، ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی جهت اقدامات لازم صورت گیرد.

کم کاری تیروئید: ارجاع غیرفوری به روانپزشک

مسمومیت با لیتیوم: نشانه‌هایی مانند دیزارتری، آتاکسی و ترمور خشن (coarse) ظن وجود مسمومیت با لیتیوم را برمی‌انگیزد. استفاده فوری از تزریق سرم نرمال سالین کمک‌کننده است و بیمار باید فوراً به بخش داخلی ارجاع شود.

والپروات

آزمایشات CBC و آنزیم‌های کبدی: هر ۶ تا ۱۲ ماه انجام شود. در صورت افزایش آنزیم‌های کبدی به بیش از ۳ برابر حد طبیعی

به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده یا متخصص داخلی ارجاع (غیرفوری) شود.

برخورد با عوارض جدی یا مهم

ترومبوسیتوپنی: ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی لازم است.

الانزاپین / کوئتیاپین

وزن بیمار در هر ویزیت ثبت شود. هر ۳ تا ۶ ماه، آزمایشات TG، FBS و کلسترول انجام شود.

لاموتریزین

نیاز به پی گیری آزمایشگاهی ندارد. در صورت بروز هرگونه بثورات جلدی، برای پیش گیری از بروز سندرم استیونس- جانسون دارو قطع و بیمار پی گیری شود و در صورت شک به سندرم استیونس- جانسون یا نکرولیز سمی اپیدرمال ارجاع فوری به متخصص داخلی یا پوست توصیه می گردد.

اختلالات اضطرابی^۱

مقدمه

اختلالات اضطرابی از شایعترین تشخیص های روانپزشکی هستند و اختلال زیادی هم در کارکرد افراد به وجود می آورند. در حال حاضر درمان های موجود (شامل دارویی و غیردارویی) برای اختلالات اضطرابی از جمله مؤثرترین درمان های روانپزشکی به شمار می روند. بنابراین تشخیص و درمان آنها اهمیت زیادی دارد. انواع اختلالات اضطرابی که در این فصل مورد بررسی قرار می گیرند عبارتند از:

اختلال اضطراب فراگیر^۲

افراد مبتلا به این اختلال برای چندین ماه (بیش از شش ماه) در بیشتر اوقات روز اضطراب و دلشوره را تجربه می کنند. این دلشوره ممکن است مربوط به مسایل مختلف روزمره باشد یا این که حتی علت خاصی نداشته باشد. سایر علائم همراه این اختلال عبارتند از زود خسته شدن، بی قراری، مشکل در تمرکز، تحریک پذیری (زود عصبانی شدن)، تنش عضلانی و اختلال خواب.

اختلال پانیک^۳

مشخصه اختلال پانیک وقوع غیرمنتظره و خود به خود حملات پانیک است که شامل حملات و دوره های کوتاهی (معمولاً بین ۱۰ تا ۳۰ دقیقه) از ترس بسیار شدید می باشد. فراوانی بروز آنها از چند حمله در یک روز تا تعداد انگشت شماری در یک سال فرق می کند. نگرانی از مرگ به دلیل مشکل قلبی یا تنفسی ممکن است کانون اصلی توجه بیمار در حین حمله پانیک باشد. بیمار معتقد

¹ anxiety

² generalized anxiety disorder

³ panic disorder

است تپش قلب و درد قفسه سینه نشاندهنده آن است که دارد سکته می‌کند یا می‌میرد.

هراس اجتماعی^۱

بروز اضطراب زمانی که فرد در موقعیت‌های مختلف اجتماعی قرار می‌گیرد، نظیر صحبت کردن در جمع. در این شرایط فرد نگران است به نوعی رفتار کند که منجر به تحقیر شدن یا خجالت کشیدن شود.

اختلال وسواسی جبری^۲

وسواس عبارتست از فکر، احساس، اندیشه یا حسی عودکننده و مزاحم (مثل فکر آلوده یا نجس بودن، یا شک نسبت به بسته بودن در). اجبار رفتاری آگاهانه است برای کاهش احساس ناراحتی ناشی از وسواس، نظیر شستن، واریسی یا اجتناب. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی اجباری معمولاً از غیرمنطقی یا زیاده از حد بودن وسواس‌هایش آگاهی دارد. این وسواس‌ها یا اجبارها سبب اتلاف وقت و اختلال در روند معمول زندگی، یا کارکرد شغلی می‌شوند.

اختلال استرس پس از سانحه^۳

اختلالی است که پس از مواجهه فرد با یک واقعه استرس‌زای بسیار شدید پدید می‌آید. البته همه افراد مواجهه یافته با این گونه استرس‌ها دچار این اختلال نمی‌شوند. علایم اصلی آن عبارتند از تجربه مجدد واقعه آسیب‌زا در خواب یا بیداری؛ تمایل به اجتناب از چیزهایی که یادآوری کننده آن واقعه هستند؛ افزایش برانگیختگی مثل گوش به زنگی با عصبانیت و پرخاشگری

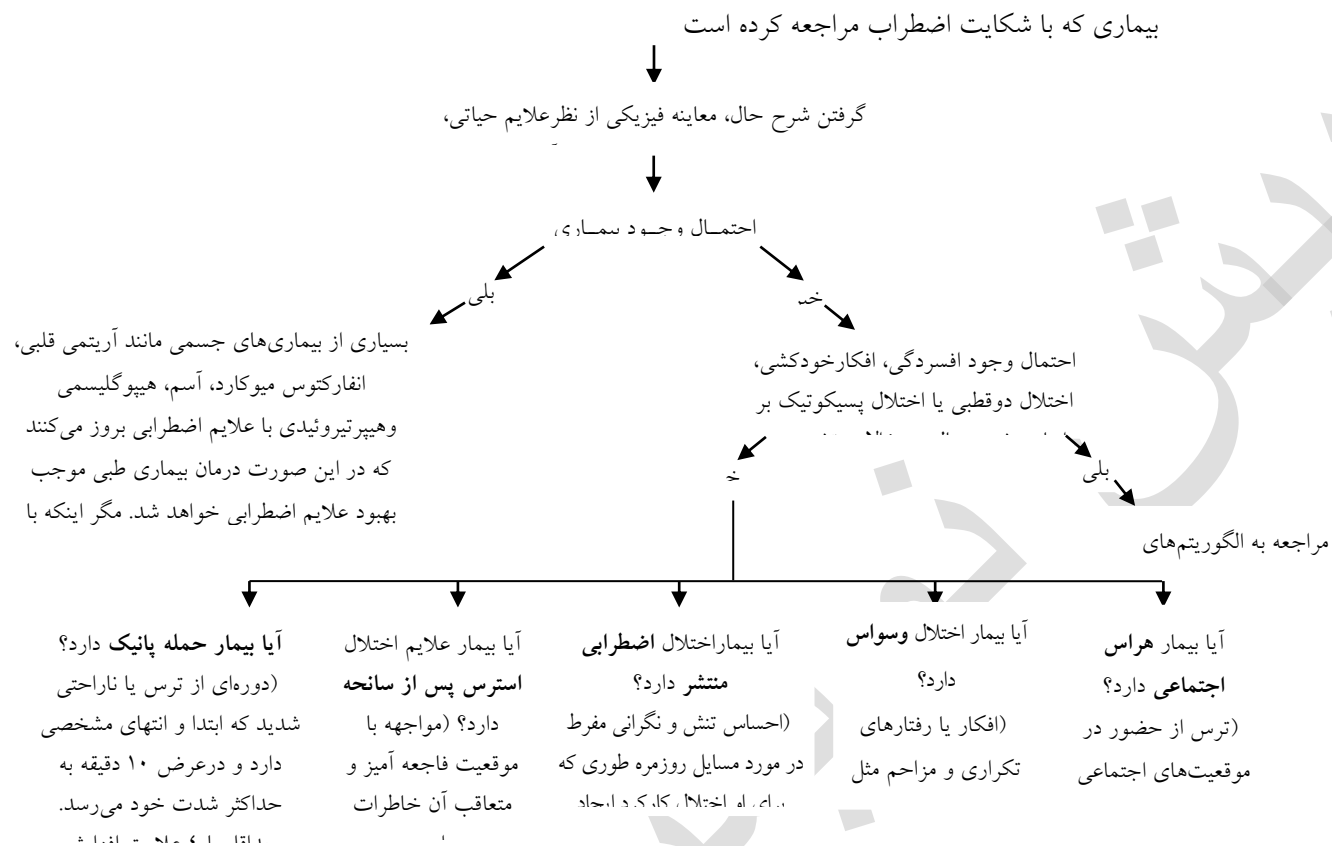
غربالگری و نحوه ارجاع

بر اساس الگوریتم زیر انجام می‌شود.

¹ social phobia

² obsessive compulsive disorder

³ post traumatic stress disorder



درمان و پیگیری اختلالات اضطرابی

درمان اختلال اضطرابی منتشر

تجویز یکی از داروهای SSRI مثل فلوکستین برای درمان این اختلال ضروری است. شروع درمان با ۱۰ میلی گرم فلوکستین (یا ۲۰ میلی گرم یک روز در میان) بعد از صبحانه یا نهار است. پس از یک هفته مقدار دارو به ۲۰ میلی گرم در روز افزایش می‌یابد. به علاوه، استفاده از یک بنزودیازپین طولانی اثر مثل کلردیازپوکساید (۵-۱۰ میلی گرم) هم در هفته‌های آغازین درمان ضروری است. پاسخ به درمان پس از ۴ هفته ارزیابی می‌شود. در صورتی که پس از این مدت بهبودی مشاهده شود، درمان با همین دوز ادامه می‌یابد و فقط بنزودیازپین به تدریج در عرض یک تا دو ماه آینده کاهش می‌یابد و قطع می‌شود. اما در صورتی که بهبودی زیادی حاصل نشود، ابتدا دوز داروی SSRI افزایش داده می‌شود و در صورت عدم بهبود در عرض دو هفته بعد، بیمار به صورت غیرفوری به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده می‌شود. طول مدت درمان معمولاً بیش از ۶ ماه است و تصمیم به قطع درمان همواره توسط سطح تخصصی بالاتر گرفته می‌شود. قطع درمان همواره تدریجی است.

درمان وسواس

درمان با تجویز یکی از داروهای SSRI مثل فلوکستین آغاز می‌شود. هفته اول ۱۰ میلی گرم روزانه یا ۲۰ میلی گرم یک روز در میان، یک هفته بعد ۲۰ میلی گرم هر روز بعد از صبحانه یا نهار و چهار هفته بعد ارزیابی از نظر پاسخ به درمان انجام می‌شود. درمان وسواس معمولاً به دوزهای بالاتری از دارو نیاز دارد بنابراین دوز فلوکستین در ویزیت‌های بعدی می‌تواند به ۴۰ میلی گرم در روز افزایش داده شود. در ادامه درمان، ویزیت ماهانه تا ۶ ماه انجام می‌شود. برای تصمیم‌گیری در مورد قطع درمان ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی صورت می‌گیرد.

درمان هراس اجتماعی

در موارد خفیف تر می‌توان از تجویز یک بلوک کننده بتا آدرنرژیک مثل پروپرانولول ۴۰-۲۰

میلی گرم نیم تا یک ساعت پیش از قرار گرفتن در موقعیت استفاده کرد. اما در موارد شدیدتر و به خصوص مواردی که مشکل فرد تنها محدود به یک یا دو مکان عمومی نیست بلکه در بسیاری از اماکن دچار این حالت می شود استفاده از داروهای SSRI مثل فلوکستین (هفته اول ۱۰ و سپس ۲۰ میلی گرم در روز) لازم است. ادامه درمان و پیگیری: در موارد خفیف تر ویزیت منظمی پیش بینی نمی شود و بیمار در صورت بروز مشکلی برای ویزیت مراجعه می کند. در موارد شدیدتر ویزیت ماهانه تا ۶ ماه و ارجاع غیرفوری به سطح تخصصی برای تصمیم گیری در مورد قطع درمان.

درمان اختلال پانیک

دارو در آغاز درمان نقش بسیار مهمی دارد. با توجه به شدت حملات لازم است که در آغاز با استفاده از داروهای بنزودیازپینی قوی مثل آلپرازولام یا کلونازپام، جلوی عود حملات پانیک را گرفت و همزمان داروی SSRI را با دوز بسیار کم آغاز کرد و به تدریج افزایش داد. با توجه به مشکلاتی که ممکن است در فرایند پیش بیاید توصیه می شود که این بیماران برای آغاز درمان به سطح تخصصی بالاتر ارجاع شوند. در ادامه درمان اقدامات غیردارویی را هم می توان به دارو اضافه کرد.

درمان اختلال استرس پس از سانحه

باز هم دارو و رواندرمانی هر دو در درمان به کار می روند. اقدامات غیردارویی هم در این بیماران می تواند کمک کننده باشد.

مدیریت حمله پانیک

۱ میلی گرمی

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

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

احتمال وجود بیماری جسمی

بله

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

پاسخ نمی‌دهد

تجویز دوز بعدی کلونازپام یا آلپرازولام پس از ۲۰ دقیقه

پاسخ نمی‌دهد

بررسی مجدد بیماری طبی

خیر

تشخیص
حمله پانیک

تجویز کلونازپام (۱mg) یا آلپرازولام (۰/۵mg)

پاسخ می‌دهد

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

موارد ارجاع فوری

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

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک دوره دیده

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

نکاتی که پزشک باید به بیمار و خانواده وی آموزش دهد

- به بیمار و خانواده یادآور شود که اثرات اولیه داروها معمولاً پس از چند هفته (برای اختلال وسواس حتی دیرتر از بقیه اختلالات و حدود ۴ تا ۶ هفته پس از شروع دارو) دیده می‌شود، اما برای کسب حداکثر نفع درمانی ۱۶-۸ هفته زمان نیاز است.
- اختلال پانیک علی‌رغم شدت آن کشنده یا خطرناک نبوده و درمان‌پذیر می‌باشد.
- قبل از قطع دارو حتماً با پزشک مشورت شود.
- در صورت استفاده زیر نظر پزشک دارو باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی‌شود.
- کاهش مصرف کافئین یا اجتناب از مصرف الکل و دخانیات ضروری است.

اختلالات سایکوتیک^۱

مقدمه و تعاریف

اختلالات سایکوتیک مجموعه‌ای از اختلالات روانی هستند که مهم‌ترین خصوصیت آن وجود اختلال در واقعیت سنجی می‌باشد، به شکلی که بیمار قادر نمی‌باشد واقعیت را از خیال تمایز دهد. برخی از شناخته شده‌ترین انواع این اختلالات عبارتند از اسکیزوفرنیا، اختلال هذیانی و اختلال پسیکوتیک گذرا. اختلالات سایکوتیک دسته‌ای از بیماری‌های "شدید روانی" هستند، چرا که اثرات زیادی که بر زندگی فرد می‌گذارند و نیازمند پیگیری و توجه خاصی هستند. شیوع این اختلالات در مجموع حدود یک درصد از جمعیت عمومی است. پزشک باید بتواند در برخورد با افراد مشکوک به سایکوز، سؤالات مربوط به غربالگری را بپرسد و اقدامات اولیه (از جمله مدیریت موارد اورژانس و ارجاع موارد مشکوک به متخصص) را انجام دهد. توجه به این نکته لازم است که از پزشک خانواده انتظار نمی‌رود برای بیمار تشخیص قطعی مطرح نماید، بلکه پیگیری درمان براساس دستور روانپزشک یا پزشک دوره دیده از جمله وظایف وی در قبال این بیماران است.

علل و علائم

علت ایجادکننده این اختلالات نامشخص است، ولی نقش عوامل ژنتیک بسیار قابل توجه می‌باشد و سهم عمده‌ای در سبب شناسی این اختلالات دارد. عوامل محیطی مانند استرس هم به طور معمول در آغاز علائم و بروز اختلال موثر هستند.

مهم‌ترین علائم این اختلالات عبارتند از

- هذیان (یک اعتقاد نادرست که با اعتقادات و زمینه‌های فرهنگی قابل توجیه نباشد)، مثل هذیان گزند و آسیب که بیمار مبتلا معتقد است او را تعقیب می‌کنند یا قصد جاننش را دارند

¹ psychotic disorder

- توهم (ادراک محرک‌هایی که در واقع وجود ندارند)، مثل توهم شنوایی یا شنیدن صداهایی که دیگران نمی‌شنوند
- رفتار یا گفتار آشفته
- علایم منفی، مثل گوشه‌گیری، کاهش ارتباط‌های اجتماعی و کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف.

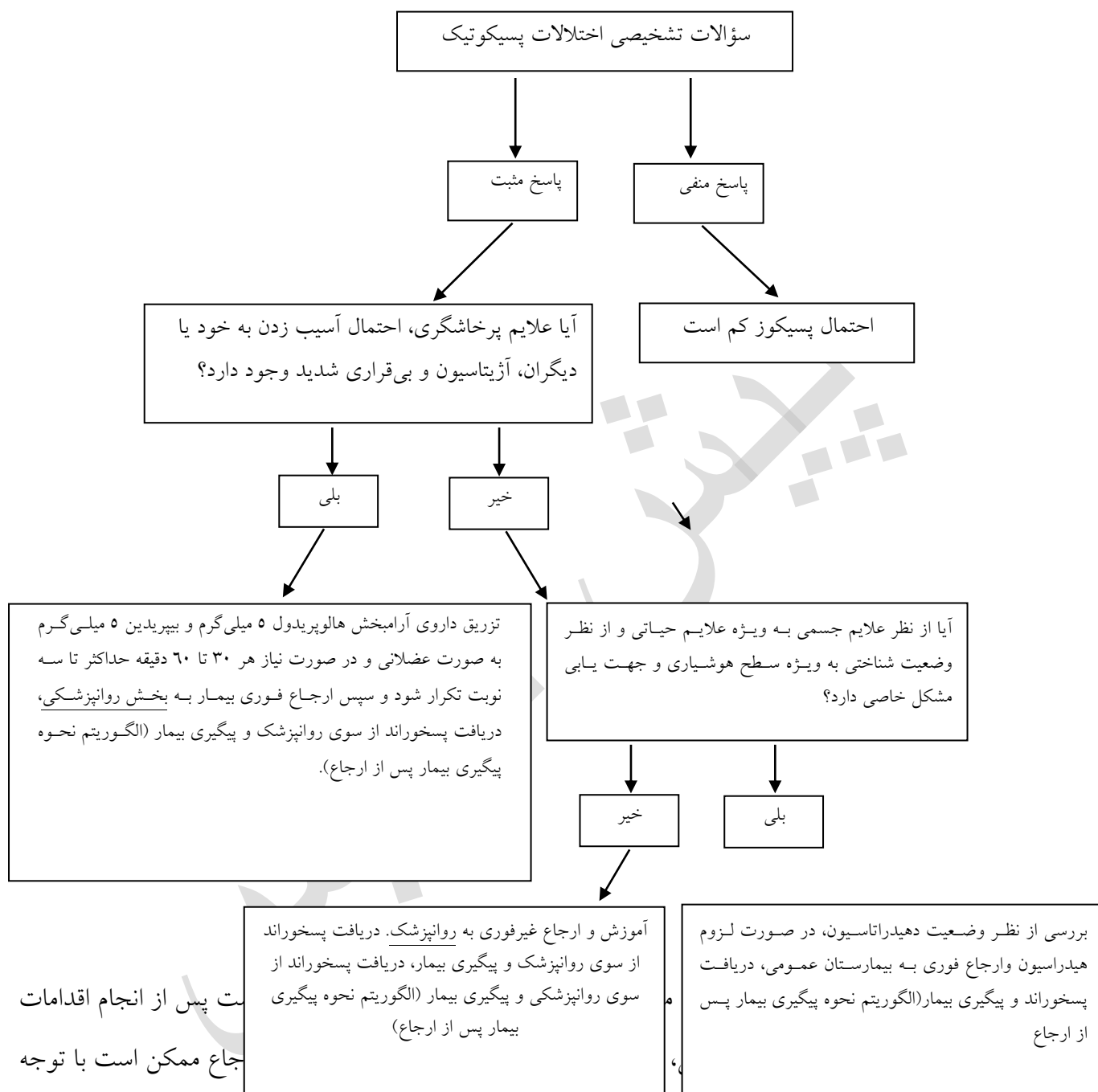
موارد ارجاع و نحوه انجام آن

پزشک باید سؤال‌های مربوط به غربالگری سایکوز را در مورد بیمار مشکوک به سایکوز مطرح کند. این سوالات عبارتند از:

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

نکته:

سوالات ۱-۵ را می‌توان از همراه بیمار نیز پرسید و ارزش آنرا معادل گفته خود بیمار تلقی نمود.
سوالات ۶ و ۷ را پزشک با مشاهده خود یا با شرح حال خانواده پاسخ می‌دهد.



به شرایط به صورت فوری یا غیرفوری انجام شود.

کارهایی که پزشک نباید در برخورد با این بیماران انجام دهد

۱- قضاوت (تأیید یا رد) درباره باورهای هذیانی بیمار یا واقعیت بیرونی داشتن تجربیات توهمی

۲- مصاحبه با بیمار مسلح

۳- مصاحبه به تنهایی با بیمار عصبانی و خطرناک

۴- پافشاری بر پرسش درباره مواردی که علی رغم اطمینان بخشی پزشک، بیمار تمایلی به صحبت درباره آنها ندارد

درمان، پی گیری و مراقبت بیماران

درمان این بیماران معمولاً کوتاه مدت نیست و ممکن است از یک سال تا پایان عمر بیمار طول بکشد. تنها تعداد کمی از بیماران مبتلا به اختلال سایکوتیک گذرا ممکن است به تشخیص پزشک متخصص نیاز به درمان کوتاهی داشته باشند. اساس درمان مبنی بر درمان دارویی و تجویز داروهای ضدسایکوز (مثل هالوپریدول، تری فلوپرازین، پرفنازین، ریسپریدون و الانزاپین) می باشد. با توجه به این که بسیاری از بیماران نسبت به بیماری خود بینش کافی ندارند، متقاعد کردن بیمار برای ادامه درمان می تواند مشکل باشد. قطع درمان از مهم ترین دلایل عود بیماری است که معمولاً چند ماه پس از قطع داروها اتفاق می افتد.

برنامه درمان و زمان ویزیت های بعدی توسط سطح تخصصی مشخص می شود. به طور معمول زمانی که بیماری در دوره فعال است لازم است فاصله ویزیت ها کوتاه تر باشد؛ مثلاً هر هفته یا دو هفته یک بار. ولی وقتی علائم کنترل شده است ویزیت ماهانه هم کافی است. نظارت بر مصرف درست داروها، بررسی از نظر وجود عوارض دارویی، وضعیت خواب و اشتها، پیگیری عود علائم، آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها و بیماری از جمله مداخلات لازم در ویزیت های پیگیری است. در صورتی که بیمار در پی گیری برای هر کدام از ویزیت ها مراجعه نکند یا تاخیر بیشتر از سه روز در مراجعه، بهورز موظف است ضمن مراجعه به منزل بیمار، علت را بررسی کند و وی را تشویق نماید تا به پزشک مراجعه کند.

قطع درمان

قطع درمان یا کاهش دوز دارو تنها توسط پزشک تخصصی سطح بالاتر یا بر اساس دستور وی

انجام می‌گردد. همواره کاهش دوز یا قطع درمان تدریجی می‌باشد.

عوارض دارویی

برخی از شایع‌ترین عوارض داروهای ضدسایکوز قدیمی‌تر (مثل هالوپریدول، تری فلوپرازین و پرفنازین) عبارتند از **دیستونی** (اسپاسم مداوم و شدید عضلات که معمولاً عضلات زیر را درگیر می‌کند: سر و گردن (کج شدن گردن)، عضلات چشم (بالا رفتن یا منحرف شدن چشم‌ها)، عضلات زبان (اشکال در بلع و تکلم)، عضلات حنجره (دیسفونی))، **آکاتیژیا** (احساس بی‌قراری و در پی آن راه رفتن مداوم برای رفع این احساس)، **سندروم نورولپتیک بدخیم (NMS)**، **پارکینسونیسم و ترمور وضعیتی**. دیستونی و NMS نیاز به درمان فوری دارند. دیستونی را باید با تزریق فوری بپیریدین عضلانی درمان کرد اما NMS باید در زودترین زمان ممکن در بیمارستان تخصصی درمان شود. آکاتیژیا و ترمور وضعیتی را می‌توان با تجویز پروپرانولول ۱۰ تا ۲۰ میلی‌گرم سه بار در روز درمان کرد. برای درمان پارکینسونیسم می‌توان از تجویز یا افزایش دوز آنتی کولینرژیک ۱-۲ میلی‌گرم سه بار در روز استفاده کرد.

موارد ارجاع فوری

- بیماری که طرح یا برنامه جدی برای خودکشی دارد:
- بیماری که اظهار می‌کند تصمیم دارد به فرد خاصی آسیب برساند.
- بیمار بسیار تحریک‌پذیر، آژیته یا شدیداً بی‌قرار که کنترل رفتار وی دشوار باشد.
- بروز عارضه سندرم نورولپتیک بدخیم.
- وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت.

موارد ارجاع غیرفوری

- بیمارانی که با وجود آموزش‌ها و مداخلات انجام شده توسط پزشک و کارشناس سلامت روان از

خوردن دارو امتناع می‌کنند.

- بیماران مشکوک به پسیکوز که شرایط ارجاع فوری را ندارند، برای تأیید تشخیص و شروع درمان
- بیماران مبتلا به عوارض دارویی که به اقدامات اولیه پاسخ نداده‌اند.

موارد آموزش به بیمار

- بیماری در صورت درمان قابل کنترل و بهبودی است
- اهمیت ادامه فعالیت‌های معمول اجتماعی، آموزشی و شغلی تا جای ممکن
- درمان می‌تواند رنج و مشکلات را کاهش دهد
- اهمیت مصرف منظم دارو
- حق بیمار در نقش داشتن در تمام تصمیم‌های درمانی
- اهمیت سلامت جسمی (مثل رژیم سالم، فعالیت بدنی، حفظ بهداشت فردی)

آموزش خانواده بیمار مبتلا به پسیکوز

آموزش‌هایی که می‌توانند طی چند جلسه انجام شوند:

- ۱- توضیح در مورد علت ایجاد بیماری شامل نقش زمینه‌ای وراثت و نقش آغازکننده و تشدیدکنندگی استرس
- ۲- عدم دخالت نیروهای ماورای طبیعه
- ۳- قابل درمان و قابل کنترل بودن بیماری و نیاز به درمان پیگیرانه و جدی: وجود درمان‌های مؤثر و کم‌عارضه‌ای و لزوم ادامه جدی و مداوم درمان‌ها برای تسریع روند بهبودی
- ۴- قابل درمان بودن عوارض دارو: عوارض همه قابل درمان هستند. لذا لازم است در صورت بروز به سرعت به پزشک گزارش داده شوند
- ۵- احتمال عود بیماری در صورت قطع دارو بدون دستور پزشک
- ۶- نیاز به حمایت و بازتوانی

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

۸- بیمار ممکن است صداهایی بشنود یا اعتقادهای نادرستی را به شکل راسخی باور داشته باشد

۹- بیمار به‌طور معمول قبول ندارد که بیمار است و گاه ممکن است خصمانه رفتار کند

۱۰- شناسایی علایم برگشت یا تشدید بیماری و مراجعه فوری اهمیت زیادی دارد

۱۱- اهمیت شرکت دادن بیمار در خانواده و سایر فعالیت‌های اجتماعی باید مورد تاکید قرار گیرد

۱۲- خیلی اوقات بیماران سایکوتیک مورد تبعیض قرار می‌گیرند اما باید از حقوقی همانند سایر افراد برخوردار باشند

۱۳- بیمار سایکوتیک ممکن است در شرایط کاری یا محیطی پر استرس دچار مشکل در بهبودی شود

۱۴- مهم است که فرد شغلی داشته باشد یا به‌نوعی مشغول باشد

اختلالات شبه جسمی^۱

مقدمه

در این اختلالات، علایم یک بیماری ظاهر می‌شود یا فرد بر این باور است که یک بیماری یا بدشکلی وجود دارد علی‌رغم این‌که در واقعیت این‌گونه نیست. به عبارتی دیگر در این بیماری‌ها، اختلالات روان‌شناختی خود را به صورت علایم بیماری‌های جسمی نشان می‌دهد.

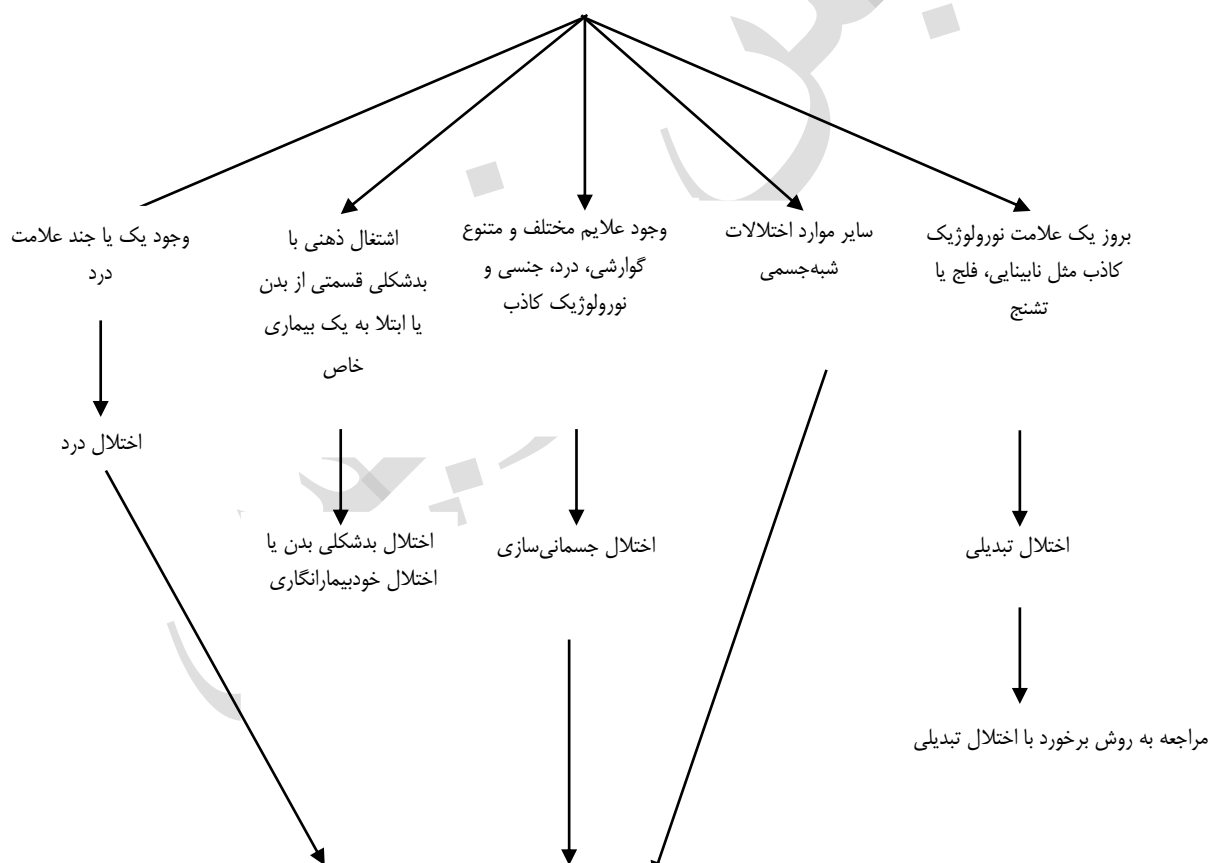
¹ somatoform disorder

علل و علایم

عوامل روانی - اجتماعی چون سرکوب و واپس زدن خشم نسبت به دیگران به همراه متوجه ساختن آن خشم به سوی خود فرد، همانندسازی با والدینی که الگوی نقش بیمار هستند، در کنار ژنتیک و عوامل زیستی در ایجاد این اختلالات سهیم دانسته شده‌اند.

اختلالات شبه جسمی با نشانه‌های متفاوتی بروز می‌کند. مبنای دسته‌بندی این اختلالات همین نشانه‌های متفاوت است. در نمودار زیر می‌توانید نحوه رویکرد به نشانه‌های شبه جسمی را مشاهده نمایید.

وجود یک شکایت جسمی که پس از انجام شرح حال و معاینه عمومی با اختلال جسمی خاصی قابل توجیه نمی‌باشد.



ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده و ارجاع به کارشناس برای درمان غیردارویی پس از برگشت از ارجاع

توجه:

به تفاوت میان نشانه‌های شبه جسمی و اختلال شبه جسمی دقت کنید. به عنوان نمونه نگرانی‌های گذرا در مورد ابتلا به یک بیماری می‌تواند در برخی افراد بهنجار باشد. مدت زمان کافی و ایجاد اختلال در کارکرد روزانه را می‌توان به عنوان معیاری برای افتراق نشانه از اختلال مدنظر قرار داد.

درمان

مداخلات روانشناختی پایه درمان این اختلالات است. درمان دارویی با داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین در درمان اختلالات خودبیمارانگاری^۱ یا بدشکلی بدن^۲ و اختلال درد^۳ مفید است و توصیه می‌شود.

پی‌گیری، مراقبت و آموزش بیماران

- ۱- تولید نشانه‌ها در این اختلالات ارادی نیست. بنابراین نباید بیمار را مانند کسی که "ادا در می‌آورد" نگریم.
- ۲- هیچ زمان با جملاتی مثل «اینها تنها در ذهن شما وجود دارد» با بیمار روبرو نشوید. درد یا فلج برای بیمار واقعی است.
- ۳- به جای شدت یا کیفیت علایم، آثار آنها را در زندگی بیمار ارزیابی کنید.
- ۴- انجام معاینه و آزمایش‌ها تنها در صورت بروز علایم جدید و به صورت مختصر باید صورت گیرد.
- ۵- شکایات بیمار راهی برای بیان مشکلات روانی اوست، بنابراین همدلی کردن با بیمار و گوش دادن به این شکایات می‌تواند به بهبودی وی کمک کند.
- ۶- از اهمیت اطمینان بخشی غیرقضاوت‌مندانه به بیمار غافل نشوید.
- ۷- ویزیت‌ها به تعداد خاصی (مثلاً یک بار در ماه) محدود شود و با نظم معینی انجام شود.
- ۸- به بیمار کمک کنید ارتباط این علایم را با حالات روانی خود درک کند.

^۱ hypochondriasis

^۲ body dysmorphic disorder

^۳ pain disorder

روش برخورد با اختلال تبدیلی

در بیشتر موارد اختلال تبدیلی^۱ در عرض مدتی کوتاه (چند ساعت تا چندروز) با یا بدون مداخله از بین می‌رود. لذا تنها انجام موارد زیر که این سیر را تسریع می‌کند توصیه می‌شود:

- همدلی با بیمار و آرامش دادن به وی
 - تجویز یک داروی آرام‌بخش تزریقی یا خوراکی (مانند پرومتازین یا دیازپام) و توصیه به استراحت
 - در صورت باقی ماندن مشکل پس از انجام این اقدامات اولیه: ارجاع
- توجه: روش‌هایی چون تزریق آب مقطر و سایر اقدامات دردناک به هیچ عنوان توصیه "نمی‌شود".

نکات کمک‌کننده در افتراق اختلالات تبدیلی از اختلالات نورولوژیک

اختلال تبدیلی تقریباً همیشه به دنبال استرسور پدید می‌آید و در خانم‌ها بسیار شایع‌تر است. دو نشانه شایع فلج و تشنج را با راهنمای زیر می‌توانید افتراق دهید.

فلج

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

شبه تشنج

- عدم وجود مواردی چون آسیب دیدن در هنگام سقوط، بی‌اختیاری دفعی و خواب آلودگی و گیجی پس از تشنج
- طولانی‌تر بودن زمان حمله
- وقوع در حضور دیگران
- در حملات مختلف تشنج‌ها الگوهای متفاوتی دارند
- ناله و فریاد در هنگام تشنج
- بستن چشم‌ها و مقاومت در برابر بازکردن آنها

¹ conversion disorder

عقب ماندگی ذهنی^۱

مقدمه

عقب ماندگی ذهنی به معنی پایین تر بودن توانایی‌های ذهنی (intellectual functioning) فرد نسبت به میانگین سایر افراد است. توانایی ذهنی افراد معمولاً توسط آزمون‌های سنجش هوش اندازه گیری می‌شود. نمره ی کمتر از ۷۰ در این آزمون‌ها به عنوان شاخص عقب ماندگی ذهنی در نظر گرفته شده است. پایین بودن توانایی ذهنی منجر به ایجاد اشکال در عملکرد انطباقی (adaptive functioning) فرد می‌شود. به این معنی که فرد عقب مانده قادر نیست به درستی از پس کارهایی بریاید که از سن او انتظار می‌رود. کارهایی مثل رسیدگی به امور شخصی مثل نظافت، امور جاری منزل، ارتباط برقرار کردن با دیگران، استفاده از خدمات معمول شهری، توانایی‌های تحصیلی، توانایی کار و تفریح.

باید توجه داشت که شروع مشکل حتماً باید "قبل از ۱۸ سالگی" باشد. در عقب ماندگی ذهنی در اکثر شاخص‌های تکاملی مثل رشد حرکتی، زبان، شناخت، بازی، ارتباط اجتماعی تاخیر دیده می‌شود. این کودکان سن عقلی کمتری نسبت به سن تقویمی خود دارند و ممکن است مشکلات رفتاری و هیجانی مختلفی نشان دهند.

لازم به ذکر است که میزان بروز سایر اختلالات روانپزشکی مثل اختلالات خلقی، اضطرابی، اختلال رفتارهای ایدایی، اختلال بیش فعالی و نقص توجه در این کودکان بیشتر از سایر کودکان است. عقب ماندگی ذهنی بسته به شدت به انواع خفیف، متوسط، شدید و عمیق طبقه بندی می‌شود. کودکان دارای نوع خفیف قبل از سنین مدرسه تفاوت فاحشی با سایر کودکان ندارند و ممکن است در این سنین توسط خانواده تشخیص داده نشوند.

علل

عقب ماندگی ذهنی یک بیماری یکسان نیست و ممکن است علل و عوامل مختلفی باعث ایجاد

¹ mental retardation

آن شوند که عبارتند از عوامل ژنتیک (مثل سندرم داون و سندرم ایکس شکننده) یا شرایط محیطی مخربی که تاثیر منفی بر رشد و نمو طبیعی مغز دارند (مثل مواجهه با عفونت‌ها یا سموم حوالی تولد، تروما به سر، فقر تغذیه ای و تربیتی) و یا ترکیبی از این عوامل.

موارد ارجاع و نحوه انجام آن

پس از شناسایی اولیه موارد مبتلا به عقب ماندگی ذهنی یا موارد مشکوک به آن لازم است کلیه موارد برای تایید تشخیص و انجام اقدامات احتمالی ضروری به صورت غیرفوری به سطح تخصصی ارجاع داده شوند.

بیماران مبتلا به عقب ماندگی ذهنی در صورتی که اختلال همزمان دیگری نداشته باشند، معمولاً نیازمند ارجاع مجدد به سطح تخصصی نیستند، مگر این که دچار مشکل روانپزشکی جدیدی مثل اختلالات خلقی، اضطرابی، اختلالات رفتاری یا غیره شوند. در این صورت نوع ارجاع بر اساس مشکل پیش آمده تعیین می گردد و مشابه موارد ارجاع فوری و غیرفوری ذکر شده در مبحث اختلالات کودکان می باشد.

پی گیری و مراقبت بیماران

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

آموزش به خانواده

آموزش به خانواده درباره ماهیت اختلال و راهکارهای موجود اهمیت زیادی دارد. تا از یک سو

از پیشرفت و درمان ناامید نشوند و آن را رها نکنند و از سوی دیگر فشار بیش از حدی به کودک نیاورند تا مثل کودکان عادی رشد کند، یا انتظار درمان معجزه‌گونه‌ای برای بهبود کامل کودک خود را نداشته باشند.

- مراقبان باید بیاموزند که چه چیزهایی برای کودک استرس‌آور است و چه چیزهایی او را خوشحال می‌کند؛ او چه نقاط ضعف و چه نقاط قوتی دارد.

- ممکن است این کودکان در موقعیت‌های جدید دچار مشکل شوند.

- برنامه روزانه منظمی را از نظر زمان خوردن، بازی، آموزش و خواب برای کودک تهیه کنند.

- آنها را در زندگی روزمره شرکت دهید و این کار را با کارهای ساده و هر نوبت یک کار آغاز کنید.

- مراقبت بهداشت عمومی‌شان باشید و مراقبت از خود را به آنها بیاموزید.

- پس از کارهای خوب کودک به او پاداش بدهید ولی هنگام رفتار بد به او پاداش ندهید.

- مراقب باشید که مورد سوءرفتار قرار نگیرند.

- به کودک اجازه بدهید که محدوده امنی برای خود داشته باشد (جایی که قابل دیدن باشد) که بتواند در آن راحت باشد، این طرف و آن طرف برود و آزادانه و به میل خود بازی کند.

- با سایر والدیهایی که کودکان مشابه دارند در ارتباط باشید و اطلاعات‌تان را به اشتراک بگذارید.

صرع^۱

مقدمه

بیشتر از ۲/۳ تشنج‌های ناشی از صرع، در دوران کودکی شروع می‌شوند که ۶۵/۵٪ علت ناشناخته (ایدیوپاتیک یا کریپتوژنیک) است، عفونت (۲/۵٪) - دژنراتیو (۳/۵٪) - نئوپلازیک (۴/۱٪) - تروما (۵/۵٪) - مادرزادی (۸٪) و اسکولار (۱۰/۹٪) مطرح هستند. بنابراین در گروه سنی زیر ده سال و

^۱ epilepsy

بالای ۱۸ سال در موارد جدیدی صرع، بایستی بررسی‌های لازم تشخیص انجام شود.

در گروه اپی‌لپسی‌های ایدیوپاتیک، شیوع ۵-۸/۱۰۰۰ می‌باشد. می‌توان بر اساس پروتکل تهیه شده در حد قابل توجهی از مبتلایان به صرع را از ابتدا و بدون ارجاع و با توجه به انتخاب‌های دارویی بر اساس رفتارهای معتبر نورولوژی که در سطح شبکه بهداشت نیز وجود دارند، درمان کرد و درصد کوچکی را بعد از ارجاع و بررسی‌های لازم و بازگشت آنان به نزد پزشک خانواده، درمان نمود.

صرع

اپی‌لپسی به دو دسته کلی موضعی (پارشیال یا فوکال) و منتشر (ژنرالیزه) تقسیم می‌شود. نوع پارشیال خود دو دسته ساده (Simple) و کمپلکس دارد. صرع ساده یا پارشیال، حمله صرع محدود به یک مناطق خاصی از قشر مغز بوده و بیمار هوشیاری خود را از دست نمی‌دهد و بسته به منطقه درگیر در قشر مغز علائم، متفاوت است (حسی-حرکتی-بینایی-شنوایی و). در صرع کمپلکس پارشیال، علی‌رغم اینکه حمله محدود به قسمت خاصی از مغز (لوب تمپورال) است، بیمار هوشیاری خود را از دست داده و با محیط ارتباط برقرار نمی‌کند. در انواع صرع‌های ژنرالیزه بیمار از ابتدا هوشیاری خود را از دست می‌دهد و تظاهرات به صورت منتشر است و عبارتند از افسان، میوکلونیک، تونیک، تونیک-کلونیک، آتونیک.

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

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

ناگهانی هوشیاری خود را از دست داده و می‌افتد و دچار فاز تونیک حمله تشنج می‌شود. در

این حالت اندام‌ها و تنه و گردن Extend و سفت می‌شوند و چشم‌ها به سمت بالا انحراف پیدا

می‌کنند. ممکن است در این مرحله صدای شبیه جیغ یا فریاد توسط بیمار ایجاد شود. تنفس در

این مرحله متوقف و مخاط دهان و گاه پوست سیانوزه می‌شود. مردمک‌ها دیلاته و بدون پاسخ

به نور می‌شوند. ممکن است در این مرحله یا مراحل بعدی ادرار بیمار نیز بی‌اختیار شود. این

مرحله ۲۰-۱۰ ثانیه به طول می‌انجامد و سپس فاز کلونیک شروع می‌شود که حرکات ریتمیک انقباض انبساط عضلات اندام‌ها شروع می‌شوند. این فاز نیز حدوداً ۳۰ ثانیه به طول می‌انجامد. بعد از اتمام تشنج بیمار تا چند دقیقه گیج است و نسبت به زمان و مکان شناخت ندارد (فاز Postictal) و سپس به وضعیت عادی باز می‌گردد.

۲- صرع absence: در دختران شایع‌تر است و به طور معمول بین ۴-۱۲ سال شروع می‌شود. بیمار بطور ناگهانی هوشیاری خود را از دست می‌دهد. و کاری که انجام می‌داده متوقف می‌گردد. ولی تون عضلانی از بین نرفته و نمی‌افتد. در این حمله، بیمار حالت خیرگی و مات زدگی پیدا می‌کند که به مدت چند ثانیه به طول می‌انجامد. بعد از حمله بلافاصله کودک به وضعیت عادی برمی‌گردد و کاری را که انجام می‌داده ادامه می‌دهد. این حملات ممکن است در طی روز به تعداد بسیار زیاد تکرار شود.

۳- صرع لوب تمپورال یا کمپلکس پارشیال سیژر (Complex partial Seizure): حملات از نواحی عمقی لوب تمپورال منشأ می‌گیرد و معمولاً از اواخر کودکی یا سنین نوجوانی شروع می‌شوند. حملات به شکل زیر می‌باشد: ابتدا ممکن است بیمار اورای خاصی داشته باشد. شایع‌ترین آنها اورای احشایی (احساس غیرطبیعی در اپی‌گاستر، تهوع.....) است. سایر اوراها احساس غیرطبیعی نسبت به محیط، تغییر فرم و شکل و اندازه اشیای محیط، احساس بیگانگی با خود یا محیط می‌باشند. سپس بیمار ارتباط خود با محیط و هوشیاری خود را از دست می‌دهد و علائم اتوماتیسم مانند ملچ، ملوچ کردن - انجام حرکات تکراری در دست‌ها مانند کورمال کردن سطح زمین - حرکات پیچیده‌تر مانند در آوردن لباس - چرخیدن به دور خود یا چرخش دورانی دور چیزی، دویدن، رفتار شبیه به ترس و فرار، از خود نشان می‌دهد. بعد از اتمام این مرحله، بیمار فاز Postictal کوتاهی دارد و سپس هوشیار می‌شود. ممکن است بیمار در طول حمله، با چندین بار صدا زدن پاسخ محدود بله یا خیر نیز بدهد. بعد از اتمام حمله، بیمار حوادث رخ داده را به یاد نمی‌آورد. ممکن است گاه یک حمله کمپلکس پارشیال به یک حمله تونیک

کلونیک ژنرالیزه (یعنی از حالت فوکال به منتشر) تبدیل شود.

۴- صرع حساس به نور (Photosensitive): بیمار به دنبال تحریک نوری متناوب (مانند چراغ‌های چشمک زن) و یا دیدن تلویزیون (خصوصاً صفحه برفک تلویزیون) دچار حمله تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه می‌شود.

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

تب و تشنج

تب و تشنج به تشنج ژنرالیزه‌ای گفته می‌شود که در طی یک بیمای تب‌دار سیستمیک، بدون درگیری مغز و پرده‌های مغزی ایجاد شده باشد. تب و تشنج به دو نوع ساده و پیچیده تقسیم می‌شود. نوع ساده، کوتاه مدت است، یک بار حمله دارد بدون تظاهرات موضعی عصبی است. اگر تشنج بیش از ۱۵ دقیقه ادامه یابد، یا در عرض ۲۴ ساعت چندین بار تکرار شود پیچیده یا کمپلکس نامیده می‌شود.

نحوه برخورد با تب و تشنج

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

تب و تشنج از نوع ساده بالای سن ۱۸ ماه اگر بیش از یک بار تکرار شود نیاز به ارجاع فوری به

نورولوژیست یا متخصص کودکان دارد.

شناسایی و درمان صرع

بیمارانی که هر یک از این حالات را داشته باشند باید به شکل غیرفوری به نورولوژیست ارجاع داده شوند: تشنج‌های فوکال از جمله صرع لوب تمپورال یا کمپلکس پارشیل سیژر، تشنج از چندین نوع، تشنج‌های زیر ده سال و بالای ۱۸ سال و بیمارانی که معاینه نورولوژیک غیرطبیعی یا عقب ماندگی ذهنی دارند. در صورتی که این افراد نیاز به درمان دارویی داشته باشند، برای ادامه درمان به پزشک خانواده ارجاع می‌شوند.

در صرع‌های زیر، درمان توسط پزشک خانواده شروع می‌شود و در ادامه درمان در صورت نیاز بیمار به سطح تخصصی ارجاع داده می‌شود.

الف) صرع ابسانس (absence) ← داروی انتخابی، سدیم والپروات یا اتوسوکسماید

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

ج) صرع فتوسنسیتیو (photosensitive) ← داروی انتخابی کاربامازپین

د) در مورد تشنج‌های تونیک کلونیک ژنرالیزه (GTCS) یا grandma هر سه داروی فنی‌توئین، کاربامازپین و سدیم والپروات موثر هستند. فنوباریتال نیز از داروهای بسیار موثر است ولی به دلیل عوارض جانبی CNS (خواب‌آلودگی - کندی ذهن و) به عنوان داروی رده اول استفاده نمی‌شود. انتخاب بین سه داروی فوق بر اساس سن و جنس بیمار (با توجه به عوارض طولانی مدت داروی فوق انجام گیرد).

- درمان همیشه به صورت تک دارویی آغاز می‌شود و در صورت کنترل نشدن حملات به تدریج دوز دارو تا حداکثر میزان مجاز افزایش می‌یابد (منظور از کنترل حملات این است که بیمار بیش از یک حمله در سال نداشته باشد).

- در صورتی که باز هم مفید نباشد، دارو را تغییر می‌دهیم (برای تعویض دارو باید داروی

جدید اضافه شده و پس از رسانیدن به دوز لازم، داروی قبلی به تدریج قطع شود). اگر داروی دوم هم با بیشترین دوز مجاز در کنترل بیماری موثر نبود، بیمار را به صورت غیرفوری به نورولوژیست ارجاع می‌دهیم.

• در صورت کنترل شدن بیماری، هر دو ماه باید ویزیت‌ها تکرار شود. در مراجعات و پیگیری‌های دو ماهه بیمار، بررسی از نظر ۱- کنترل حملات ۲- عوارض دارویی انجام شود و هر سه ماه CBC و تست‌های کبدی چک شود.

- دوز درمانی فنی توئین: 300-400mg/day، (4-7 mg/kg در اطفال)
 - دوز درمانی کاربامازپین: 600-1200mg/day، (20-30 mg/kg در اطفال)
 - دوز درمانی سدیم والپروات: 1000-3000mg/day، (30-60 mg/kg در اطفال)
 - دوز درمانی فنوباریتال: 90-200mg/day، (3-5 mg/kg در اطفال)
- فنی توئین و فنوباریتال را می‌توان به صورت تک دوز استفاده کرد ولی کاربامازپین و سدیم والپروات باید سه بار در روز (در سه دوز منقسم) تجویز شوند.

برخورد با عوارض دارویی

تقریباً تمام داروهای آنتی‌اپی‌لپتیک، عوارض سیستمیک (مانند عوارض گوارشی) و عوارض CNS (مانند اختلال تعادل، سرگیجه، گیجی، منگی، لرزش، کندی حافظه) را دارند و در صورتی که شدید نباشند با ادامه درمان تخفیف یافته و یا برطرف می‌شوند و نیاز به مداخله ندارند ولی در صورتی که شدید باشند و باعث تغییر فعالیت روزانه و روند جاری زندگی فرد شوند، باید در ابتدا دوز دارو را کاهش داد. اما اگر با این کاهش حملات تشنج عود کند، باید دارو را تغییر داد. در صورت بروز عوارض ایدیوسنکراتیک داروهای ضد تشنج باید دارو را قطع کرد و بیمار را ارجاع داد. این عوارض عبارتند از عوارض پوستی مخاطی (راش، درماتیت Exfoliative، اریتم مولتی‌فرم، سندرم استیونس جانسون)، آگرانولوسیتوز و آنمی آپلاستیک و مشکل کبدی.

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

- تفاوت تشنج و صرع را توضیح دهید. تشنج مشکلی مربوط به مغز است. صرع یک بیماری است که شامل تشنجهای مکرر است. صرع مسری نیست و در اثر جادو یا ارواح خبیثه ایجاد نمی‌شود.
- درباره ماهیت تشنج و علل احتمالی آن توضیح دهید. صرع یک بیماری مزمن است اما در ۷۵٪ از موارد می‌توان تشنجهای را به‌طور کامل کنترل کرد و فرد خواهد توانست باقی زندگی‌اش را بدون دارو سرکند.

- افراد مبتلا به صرع می‌توانند زندگی طبیعی داشته باشند، ازدواج کنند و بچه‌دار شوند.
- هرگز نباید کودکان مبتلا به صرع را از مدرسه رفتن بازداشت.
- افراد مبتلا به صرع می‌توانند بیشتر شغل‌ها را داشته باشند. اما باید از کار کردن با ماشین‌های سنگین یا در نزدیکی آنها خودداری کنند.
- افراد مبتلا به صرع باید از آشپزی روی آتش روباز یا شنا کردن به تنهایی خودداری کنند.
- افراد مبتلا به صرع باید از مصرف الکل زیاد یا مواد مخدر خودداری کنند. به علاوه کم خوابی یا در معرض نورهای چشمک زن قرار گرفتن برای آنها نامناسب است.

الف) نکات مربوط به مصرف دارو:

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

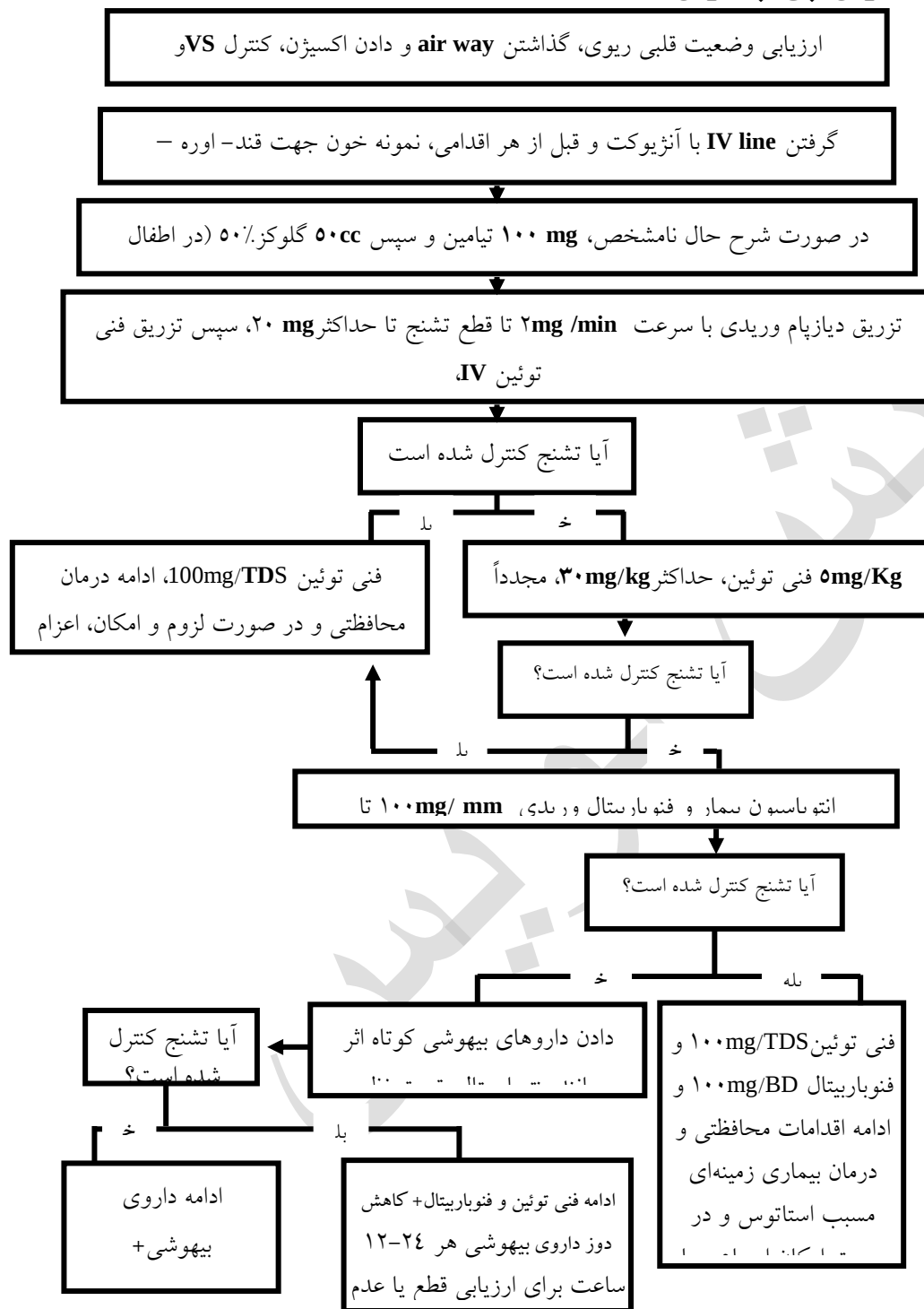
ب) اقدامات اساسی حین حمله:

- ۱- خونسردی خود را حفظ کنید و تا اتمام حمله تشنج در کنار بیمار بمانید.
- ۲- بیمار را به پهلو بخوابانید و سر بیمار هم به همان طرف باشد تا بهتر بتواند تنفس کند و ترشحات دهان یا استفراغ وارد ریه اش نشود.
- ۳- اجسام خطرناک و آسیب‌رساننده را از اطراف بیمار دور نگه دارید.
- ۴- اقدام خاصی مانند نگه‌داشتن اندام‌ها و گرفتن بیمار - باز کردن دهان بیمار، موثر نیست و حتی خطر آسیب جسمی را برای بیمار دربردارند. بنابراین از این کار خودداری کنید.
- ۵- تا زمانی که بیمار هوشیاری کامل خود را بدست نیاورده است از خوراندن آب، غذا، دارو به بیمار خودداری نمایید.
- ۶- گاهی بیماران قبل از حمله متوجه می‌شوند که الان تشنج خواهند کرد. در این موارد باید جایی که امن باشد دراز بکشند تا موقع افتادن آسیب نبینند.

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

- ۱- حمله‌ای که بیشتر از ده دقیقه به‌طول انجامیده است.
- ۲- دو یا بیشتر حمله که بین حملات فرد هوشیاری خود را بدست نیاورده است.
- ۳- آسیب‌های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی، که حین حمله اتفاق افتاده است.

پروتکل درمان استاتوس اپی لپتیکوس



خودکشی

مقدمه

طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، خودکشی در کشورهایی که اطلاعات آنها در دسترس است در زمره ۱۰ علت اصلی مرگ می‌باشد. در مطالعات ملی میزان خودکشی ۶ تا ۸ در صد هزار نفر برآورد شده است. بر اساس آمار منتشرشده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌طور متوسط روزانه ۱۳ مورد خودکشی در کشور با میانگین سنی ۲۹ سال اتفاق می‌افتد. بررسی روند خودکشی در سال‌های گذشته ایران رشد قابل توجهی را نشان می‌دهد به‌طوری که میزان خودکشی از ۱/۳ در صد هزار نفر در سال ۱۳۶۳ به ۶/۴ در صد هزار نفر جمعیت رسیده است.

در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی، شناسایی عوامل خطر (risk factors) رفتارهای خودکشی حایز اهمیت بسیار است. مطالعات انجام شده در ایران نشان داده‌اند مردان مجرد، زنان تازه ازدواج کرده، دختران و پسران دانش‌آموز و نوجوان، مردان بیکار، و زنان خانه‌دار در معرض خطر بالاتر برای اقدام قرار دارند. افسردگی یکی از شایع‌ترین علل خودکشی است، بدین ترتیب شناسایی به‌موقع افراد افسرده و درمان مناسب و کامل این افراد می‌تواند اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن را به میزان زیادی کم کند.

علل

خودکشی علل و عوامل متعددی دارد. مهم‌ترین این عوامل عبارتند از:

- ۱- علل روانی: بیماری‌های روانپزشکی به ویژه افسردگی، اعتیاد، پسیکوز و اختلال دوقطبی
- ۲- توجه: علل روانی تنها محدود به اختلالات شدید نیست و خودکشی می‌تواند در اثر اختلال انطباقی نیز رخ دهد.

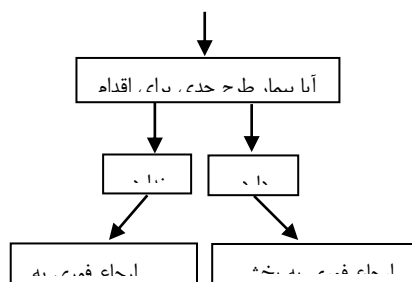
- ۳- علل جسمی: بیماری‌های جسمی مزمن مثل سرطان، صرع، ایدز و بیماران دیالیزی
- ۴- علل اجتماعی: مثل تنها زندگی کردن، فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی و همچنین عوامل فشارزا مانند طلاق، بیکاری، فقر، از دست دادن نزدیکان، شکست در کار یا تحصیل، ازدواج تحمیلی و

غربالگری

افکار خودکشی را با استفاده از سوالات زیر ارزیابی نمایید. از فکر خودکشی باید با صراحت و مستقیم پرسید.

- ۱- آیا در حال حاضر احساس می‌کنید از زندگی سیر شده‌اید؟
- ۲- آیا در حال حاضر آرزو می‌کنید که کاش زندگی شما به پایان می‌رسید؟
- ۳- آیا به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید؟

در صورت پاسخ مثبت به هریک از سؤالات فوق احتمال خطر خودکشی وجود دارد.



اقداماتی که تا زمان ارجاع باید انجام شود:

- بیمار را تنها نگذارید.
- اشیای خطرناک، وسایل تیز و برنده، داروها و سموم را دور از دسترس بیمار قرار دهید.
- مراقب احتمال صدمه زدن بیمار به خودش یا اطرافیان باشید.
- به بیمار فرصت دهید افکار و احساسات خود را آزادانه بیان کند و با وی همدلی نمایید.
- از پند و اندرز و قضاوت زودهنگام در مورد بیمار بپرهیزید. گاهی تنها گوش دادن به صحبت‌های بیمار می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.
- به خانواده جهت حمایت و نظارت نزدیک اطلاع دهید.
- در تمام موارد ارجاع به‌طور مشروح تشخیص، علت و اقدامات درمانی خود را ذکر نمایید.
- زمان و مکان ارجاع را به‌گونه‌ای تنظیم نمایید که بیمار دچار سردرگمی نشود.
- در صورت امکان سوابق درمانی و پاراکلینیکی بیمار ضمیمه فرم ارجاع گردد.

چند توصیه

- این باور که بیماران با افکار خودکشی آن را عملی نمی‌کنند، نادرست است و هر بیماری که تمایل به خودکشی را عنوان می‌کند باید به دقت ارزیابی و تحت نظر قرار گیرد.
- به بیمار و مراقبان وی بگویید گاه افکار خودکشی دوباره برمی‌گردد. تأکید کنید که در صورت برگشت افکار خودکشی سریع به شما مراجعه نمایند.
- پرسش در مورد خودکشی موجب افزایش خطر اقدام به خودکشی نمی‌شود.
- بر موقتی بودن احساس غیرقابل تحمل بیمار تأکید کنید؛ به‌خصوص اگر در گذشته دوره‌های مشابهی داشته که بهبود یافته است.
- از جمله عواملی که می‌تواند میزان خودکشی را افزایش دهد، پخش خبر مربوط به خودکشی یک نفر در بین مردم آن محل یا منطقه می‌باشد. پس هم خودتان خبر خودکشی را پخش نکنید و هم توصیه کنید دیگران از این کار خودداری کنند.

پیگیری و مراقبت بیمار بعد از بازگشت از ارجاع

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

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

ب- ارایه رهنمود کلی و تعیین زمان ارجاع بعدی

ویزیت اولیه پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)

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

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

ویزیت‌های بعدی

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