



برنامه سلامت روانی اجتماعی

گروه هدف: پزشکان خانواده

ساعت آموزش: ۲:۳۰ ساعت

واحد تهیه کننده: گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

تاریخ تهیه: خرداد ۹۷

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۵ تا ۱۸ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<ol style="list-style-type: none"> 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؟ ۴. آیا تاکنون فکر کرده‌اید که چگونه خود را از بین ببرید؟ ۵. آیا تا کنون اقدامی نیز کرده‌اید؟ ۶. آیا نشانه‌های ۱. دیسترس حاد هیجانی ۲. ناامیدی ۳. بی‌قراری شدید ۴. خشونت ۵. عدم برقراری ارتباط ۶. انزوای اجتماعی وجود دارد؟ ۷. افکار خودکشی دارد ۸. طرح و برنامه خودکشی ۹. اقدام به خودکشی کرده است 	مثبت	<p style="text-align: center;">اورژانس روانپزشکی (خودکشی)</p>	<p>چنانچه فرد نیاز به اقدام درمانی پزشکی فوری به دلیل آسیب به خود داشته باشد، اقدامات درمانی برای جراحات یا مسمویت انجام شده و بیمار ارجاع فوری به مرکز اورژانس شود.</p> <p>در صورتی که فرد اقدام به خودکشی کرده ولی مشکل جسمی ندارد و یا اقدامی نکرده ولی خطر جدی آسیب به خود وجود دارد: ارجاع فوری به روانپزشک</p> <p>در صورتی که خطر جدی آسیب به خود وجود ندارد، ولی سابقه افکار یا نقشه آسیب به خود در ماه گذشته یا اقدام به آسیب در سال گذشته وجود دارد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>تا زمانی که ارزیابی انجام شود بیمار را در محیطی امن و حمایتی مرکز بهداشتی درمانی قرار دهید (وی را تنها نگذارید)</p> <p>احتیاط‌های زیر را انجام دهید:</p> <p>وسایل خطرناک را که ممکن است با آن‌ها به خود آسیب برساند از دسترس فرد دور کنید. در صورت امکان محیطی حمایتی و امن برای فرد فراهم آورده و در زمان انتظار، بیمار را در اتاقی آرام و مجزا قرار دهید.</p> <p>فرد را تنها نگذارید. برای اطمینان از امنیت فرد یک نفر از پرسنل یا یکی از اعضای خانواده وی را برای نظارت بر بیمار تعیین کنید.</p> <p>پیگیری منظم انجام دهید.</p>

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۵ تا ۱۸ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>1. آیا نگرانی زیاد و نامتناسب درباره مسائل مختلف زندگی دارید؟</p> <p>2. آیا دچار حملات ناگهانی و شدید اضطراب همراه با علائم جسمی و ترس از مرگ میشوید؟</p> <p>3. آیا خود را وادار به انجام کارهایی می کنید و نمی توانید جلوی انجام آن ها را بگیرید (شستن چند باره دست ها، واریسی چند باره چیزها)؟</p> <p>4. آیا تا کنون برای شما یا اطرافیانتان حادثه بسیار بدی افتاده است که مکررا آن را به خاطر بیاورید و دچار استرس شوید؟</p> <p>5. آیا از هر نشانه ای که باعث یادآوری آن حادثه شود، اجتناب می کنید؟</p> <p>6. وسواس به صورت اجبارهای رفتاری و یا مشغولیت های ذهنی که سبب اتلاف وقت و اختلال در روند معمول زندگی، یا کارکرد شغلی می شوند.</p> <p>7. خجالتی بودن در حد شدید و اضطراب در محیط های اجتماعی، نگرانی درباره مسائل متعدد که با وجود آگاهی به نامتناسب بودن قادر به کنترل آن نیست، تجربه علائم جسمانی مثل تپش قلب و تنگی نفس، حملات مکرر اضطرابی</p> <p>8. تجربه مجدد رخداد تروماتیک، اجتناب از عوامل یادآورکننده حادثه، خلق پایین، خلق پایین، برانگیختگی، گوش به زنگی</p> <p>9. آیا زود عصبانی می شوید و با دیگران مکررا دعوا و زد و خورد می کنید؟ (پرسش از خود فرد یا اطرافیان)</p> <p>10. دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران</p>	مثبت	<p>_ اختلال اضطراب منتشر / اختلال پانیک / اختلال اضطراب اجتماعی</p> <p>_ اختلال وسواس - جبری</p> <p>_ اورژانسی روانپزشکی (پرخاشگری)</p>	<p>برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی برای بیمار و والدین: ارجاع به کارشناس سلامت روان</p> <p>اختلالات روانپزشکی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و در صورت نیاز درمان کنید.؛</p> <p>بدرفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مداخلات لازم را مد نظر قرار دهید (از کودک یا نوجوان مستقیما پرسید).</p> <p>چنانچه مشکلی در عملکرد تحصیلی کودک در مدرسه وجود دارد، با معلم در مورد چگونگی حمایت از او صحبت نمایید.</p> <p>در صورت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، وجود حالت های متوسط تا شدید اختلالات دیگر یا عدم پاسخ به مداخلات غیر دارویی و نیاز به درمان دارویی: ارجاع غیرفوری به روانپزشک</p> <p>در صورت پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، و پرخاشگری ناشی از مصرف مواد: ارجاع فوری به روانپزشک.</p> <p>در صورت سایر موارد قابل مدیریت توسط پزشک یا خانواده: ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه ها</p>

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۵ تا ۱۸ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<ol style="list-style-type: none"> 1. آیا در دو هفته اخیر، احساس غمگینی و غصه دارید؟ 2. در دو هفته اخیر احساس بی حوصلگی می کنید به شکلی که حوصله انجام دادن کارها را نداشته باشید؟ موارد فوق را می توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم پرسید. (در صورت پاسخ مثبت سوالات تکمیلی بر اساس پروتکل کتاب "مدیریت سلامت روان برای پزشکان" پرسیده شود) 3. گریه، کسالت، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناآیست و مهارگسیخته 4. تغییر در خواب و اشتها 5. اختلال در تمرکز 6. آرزوی مرگ، افکار خودکشی یا اقدام به آن 	مثبت	افسردگی	<p>در صورت تشخیص افسردگی اساسی: برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی برای بیمار و والدین: ارجاع به کارشناس سلامت روان اختلالات روانپزشکی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و در صورت نیاز درمان کنید.</p> <p>بدرفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مداخلات لازم را مد نظر قرار دهید (از کودک یا نوجوان مستقیماً پرسید).</p> <p>چنانچه مشکلی در عملکرد تحصیلی کودک در مدرسه وجود دارد، با معلم در مورد چگونگی حمایت از او صحبت نمایید.</p>

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۵ تا ۱۸ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>۱. آیا رفتار و تکلم او آشفته است؟ (رفتارهای نامتناسب با شرایط مثل پوشیدن چند لایه لباس در هوای گرم، جمع آوری آشغال، در آوردن لباس در محل های غیرمتعارف؛ تغییر در جریان فکر بیمار به نحوی که درک کلام او برای مخاطب دشوار می شود).</p> <p>۲. آیا واقعیت سنجی وی مختل شده است و توهم و هذیان دارد؟ (دشواری درک اینکه چه چیزی واقعی و چه چیزی غیر واقعیست. مثل احساس احاطه شدن توسط صداها و تصاویر یا باور به عقایدی که واقعیت ندارد.) (سوالات تکمیلی بر اساس پروتکل کتاب "مدیریت سلامت روان برای پزشکان" پرسیده شود)</p> <p>۳. آیا گستاخ شده و رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته نشان می دهد؟</p> <p>۴. آیا دچار سرخوشی زیاد، پرحرفی و پرفعالیتی شده است؟</p> <p>۵. آیا عصبانیت و تحریک پذیری شدید که مکررا باعث آغاز مشاجره و دعوا شود وجود دارد؟</p> <p>۶. هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه گیری، کاهش ارتباطهای اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجانها و عواطف)</p> <p>۷. سرخوشی یا تحریک پذیری بیش از حد، پرخاشگری، فعالیت وانرژی زیاد، بیخوابی، پرحرفی، اعتماد به نفس بالا، تمایل به کارهای هیجان آور با پیامدهای بالقوه خطرناک (رانندگی بی مهارت، رفتارهای جنسی نسنجیده، ولخرجی)</p>	مثبت	<p>سایکوز اختلال دو قطبی</p>	<p>در صورت امتناع از خوردن آب و غذا، وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت، وجود خطر خودکشی، احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید: ارجاع فوری به روانپزشک</p> <p>در صورت دارا بودن سابقه دوره های مانیا یا هیپومانیا، علایم پسیکوتیک، نیاز به درمان دارویی، نیاز به مداخلات تخصصی غیردارویی و رواندرمانی یا عوارض جدی دارویی: ارجاع غیرفوری به روانپزشک</p> <p>شکایات فرد را با تزریقات یا دیگر درمان های بی اثر (مانند ویتامینها) درمان نکنید.</p> <p>در صورت وجود سابقه داغدیدگی: توصیه های بالا را مدنظر داشته باشید ولی در اولین مرحله درمان، داروهای ضدافسردگی یا رواندرمانی را به کار نبرید. شیوه های فرهنگی مناسب عزاداری و سازگاری را پیشنهاد و مورد بحث قرار دهید...</p>

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۵ تا ۱۸ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>۱. آیا دچار حملاتی به مدت چند دقیقه به صورت از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک-کلونیک اندامها، و خروج کف از دهان شده است؟</p> <p>۲. آیا پیش از این توسط پزشک تشخیص صرع مطرح شده است؟</p> <p>۳. حملات دوره ای از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک کلونیک اندامها، خروج کف از دهان، بالا رفتن چشمها؛ به خاطر نیاموردن حمله بعد از بازگشت به حالت عادی</p>	مثبت	صرع	<p>صورت مواجهه با صرع استاتوس یا وجود آسیبهای بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی و ... که حین حمله به وجود آمده است: ارجاع فوری به مرکز اورژانس (پیش از ارجاع، اقدامات برای صرع استاتوس کتاب پشتیبان انجام گیرد)</p> <p>در صورتی که تشخیص صرع پیش از این مطرح شده است: اطمینان از مصرف منظم دارو، در صورت نیاز، افزایش دوز دارو، تغییر دارو یا درمان ترکیبی (مطابق کتاب پشتیبان)</p> <p>برای آموزش روانی: ارجاع به کارشناس سلامت روان</p> <p>در صورتی که برای اولین بار تشنج اتفاق افتاده یا به رغم اقدامات انجام شده صرع کنترل نشده است، جهت بررسی تشخیصی و درمان: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p>

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۵ تا ۱۸ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>۱. ناتوانی از درک صحیح صحبت های دیگران و پاسخ مناسب به آن، ناتوانی در برقراری ارتباط مناسب و فعال با همسالان، ناتوانی در یادگیری در حد همسالان، ناتوانی در انجام کارهای شخصی مثل غذا خوردن و لباس پوشیدن</p> <p>۲. نقص توجه، بیش فعالی و تکانشگری نامتناسب با میزان رشد کودک</p> <p>۳. رفتارهای مکرر و مداوم ضد اجتماعی، رفتارهای خشونت آمیز یا سرکشی، مقابله جویی و نافرمانی نامتناسب با میزان رشد کودک</p>	مثبت	<p>– اختلال سلوک</p> <p>_ اختلال پیش فعالی</p> <p>_ نقص توجه</p> <p>_ عقب مانده ذهنی</p>	<p>جهت انجام بررسی تشخیصی و مداخلات دارویی در موارد شک به اختلال بیش فعالی- نقص توجه یا اختلالات شدید رفتاری- سلوک: ارجاع به روانپزشک برای درمان اختلالات رفتاری کودک یا نوجوان</p> <p>از دارو استفاده نکنید مگر با تجویز روانپزشک</p> <p>در صورتی که مشکل رفتاری کودک یا نوجوان پاسخی به ترس یا تروما (مانند آزارهای جسمی و جنسی) است: با والدین کودک یا نوجوان مشورت کنید.؛</p> <p>مداخلات قانونی را در نظر داشته باشید.</p> <p>برای مداخلات غیردارویی و آموزش: ارجاع به کارشناس سلامت روان</p>

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۱۹ تا ۲۹ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<ol style="list-style-type: none"> ۱. افکار خودکشی ۲. آیا در حال حاضر احساس می کنید از زندگی سیر شده اید؟ ۳. طرح و برنامه خودکشی ۴. آیا در حال حاضر آرزو می کنید که کاش زندگی شما به پایان می رسید؟ ۵. اقدام به خودکشی ۶. آیا به این فکر می کنید که خود را از بین ببرید؟ ۷. آیا در صورت فکر کردن به از بین بردن خود، به نحوه انجام آن نیز فکر کرده اید؟ ۸. آیا تا کنون اقدامی نیز کرده اید؟ ۹. آیا نشانه های ۱. دیسترس حاد هیجانی ۲. ناامیدی ۳. بی قراری شدید ۴. خشونت ۵. عدم برقراری ارتباط ۶. انزوای اجتماعی وجود دارد؟ 	مثبت	<p>اورژانس روانپزشکی (خودکشی)</p>	<p>چنانچه فرد نیاز به اقدام درمانی پزشکی فوری به دلیل آسیب به خود داشته باشد، اقدامات درمانی برای جراحی یا مسمویت انجام شده و بیمار ارجاع فوری به مرکز اورژانس شود.</p> <p>در صورتی که فرد اقدام به خودکشی کرده ولی مشکل جسمی ندارد و یا اقدامی نکرده ولی خطر جدی آسیب به خود وجود دارد: ارجاع فوری به روانپزشک</p> <p>درمان دارویی با یک داروی مهار کننده انتخابی سروتونین (SSRI) و در صورت نیاز، به صورت کوتاه مدت، بنزودیازپین نیز همراه آن می تواند تجویز گردد. نکته: دارو با دوز کم شروع و به آهستگی افزایش یابد.</p> <p>پیگیری پاسخ دارویی پس از ۴ هفته.</p>

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۱۹ تا ۲۹ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>۱. آیا زود عصبانی می شوید و با دیگران مکرراً دعوا و زدو خورد می کنید؟ (پرسش از خود فرد یا اطرافیان)</p> <p>۲. تحریک پذیری و پرخاشگری</p>	مثبت	<p>اورژانس روانپزشکی (پرخاشگری)</p>	<p>ارجاع فوری تمام موارد جدید، موارد پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، و پرخاشگری ناشی از مصرف مواد</p> <p>ضمن ارجاع در صورت ناتوانی در کنترل بیمار: تزریق آمپول هالوپریدول ۵ میلیگرمی و آمپول بیپریدین ۵ میلیگرمی به صورت عضلانی</p> <p>سایر موارد قابل مدیریت توسط پزشک یا خانواده: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه های متخصص</p>

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۱۹ تا ۲۹ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<ol style="list-style-type: none"> 1. گریه، کسالت، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته 2. آیا در دو هفته اخیر، احساس غمگینی و غصه دارید؟ 3. تغییر در خواب و اشتها 4. آیا در دو هفته اخیر احساس بی حوصلگی می کنید به شکلی که حوصله انجام دادن کارها را نداشته باشید؟ موارد فوق را می توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم پرسید. (در صورت پاسخ مثبت سوالات تکمیلی بر اساس پروتکل کتاب "مدیریت سلامت روان برای پزشکان" پرسیده شود) 5. اختلال در تمرکز 6. خلق افسرده، بی حوصلگی و کاهش علائق 7. آرزوی مرگ، افکار خودکشی یا اقدام به آن 	مثبت	<p>افسردگی</p>	<p>در صورت تشخیص افسردگی اساسی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در حالت متوسط تا شدید: درمان دارویی با یک مهارکننده انتخابی سروتونین (SSRI) یا ضدافسردگی سه حلقه ای (مطابق کتاب پشتیبان)؛ • پیگیری پاسخ دارویی پس از ۴ هفته؛ • برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان • در صورت دارا بودن سابقه دوره های مانیا یا هیپومانیا، علائم پسیکوتیک، عدم پاسخ به درمان دارویی، نیاز به مداخلات تخصصی غیردارویی و روان درمانی یا عوارض جدی دارویی، ارجاع غیرفوری به روانپزشک • شکایات فرد را با تزریقات یا دیگر درمان های بی اثر (مانند ویتامین ها) مدیریت نکنید • در صورت وجود سابقه داغدیدگی: توصیه های بالا مدنظر داشته باشید ولی در اولین مرحله درمان، داروهای ضدافسردگی یا روان درمانی را به کار نبرید. شیوه های فرهنگی مناسب عزاداری و سازگاری را پیشنهاد و مورد بحث قرار دهید • پذیرش درمان برای بیماری جسمی همراه را پایش کنید، چون افسردگی می تواند همکاری در مصرف دارو را کاهش دهد. • در صورتی که اختلال افسردگی یا اضطرابی وجود دارد مطابق راهنما درمان گردد (بخش های قبلی)؛ • همدلی کردن با بیمار، گوش کردن به شکایات و اطمینان بخشی غیر قضاوت‌مندانانه و توجه به استرسورهای اخیر • انجام معاینه و آزمایش ها تنها در صورت بروز علائم جدید <p>• در صورت پایداری علائم و عدم کنترل آن: ارجاع غیرفوری به روانپزشک</p> <p>نکته: در موارد سوگ از سوگواری و رفتار متناسب با فرهنگ حمایت کنید و شبکه اجتماعی فرد را درگیر نمایید</p> <p>نکته: در موارد استرس حاد به دنبال واقعه تروماتیک، حمایت روانی اولیه را پیشنهاد دهید (کمک‌های اولیه روانشناختی) که شامل گوش کردن بدون فشار بر فرد برای صحبت کردن، ارزیابی نیازها و نگرانی ها، فراهم کردن حمایت اجتماعی و محافظت از آسیب بیشتر می باشد.</p>

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۱۹ تا ۲۹ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>1. آیا نگرانی زیاد و نامتناسب درباره مسائل مختلف زندگی دارید؟</p> <p>2. آیا خود را وادار به انجام کارهایی می کنید و نمی توانید جلوی انجام آن ها را بگیرید (شستن چند باره دست ها، واریسی چند باره چیزها)؟</p> <p>3. آیا تا کنون برای شما یا اطرافیانتان حادثه بسیار بدی افتاده است که مکررا آن را به خاطر بیاورید و دچار استرس شوید؟</p> <p>4. آیا در صورت بروز حادثه ای بسیار بد برای شما و اطرافیانتان، از هر نشانه ای که باعث یادآوری آن شود، اجتناب می کنید؟</p> <p>5. آیا دچار حملات ناگهانی و شدید اضطراب همراه با علائم جسمی و ترس از مرگ میشوید؟</p> <p>6. وسواس به صورت اجبارهای رفتاری و یا مشغولیت های ذهنی که سبب اتلاف وقت و اختلال در روند معمول زندگی، یا کارکرد شغلی می شوند.</p> <p>7. خجالتی بودن در حد شدید و اضطراب در محیط های اجتماعی، نگرانی درباره مسائل متعدد که با وجود آگاهی به نامتناسب بودن قادر به کنترل آن نیست، تجربه علائم جسمانی مثل تپش قلب و تنگی نفس، حملات مکرر اضطرابی</p> <p>8. تجربه مجدد رخداد تروماتیک، اجتناب از عوامل یادآورکننده حادثه، خلق پایین، خلق پایین، برانگیختگی، گوش به زنگی</p>	مثبت	<p>_ اختلال اضطراب منتشر / اختلال پانیک / اختلال اضطرابی اجتماعی</p> <p>_ اختلال وسواس - جبری</p> <p>_ اختلال استرس پس از سانحه</p>	<p>در صورت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه و در مورد سایر اختلالات، عدم پاسخ پس از یک دوره درمان : ارجاع غیر فوری به روانپزشک .</p>

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۱۹ تا ۲۹ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>۱. سرخوشی یا تحریک پذیری بیش از حد، پرخاشگری، فعالیت وانرژی زیاد، بیخوابی، پرحرفی، اعتماد به نفس بالا، تمایل به کارهای هیجان آور با پیامدهای بالقوه خطرناک (رانندگی بی مهابا، رفتارهای جنسی نسنجیده، ولخرجی)</p> <p>۲. رفتار و تکلم آشفته (مانند رفتارهای عجیب و غریب با صحبتی که درک آن برای مخاطب دشوار باشد)</p> <p>۳. بررسی احتمال خودکشی، پرخاشگری و یا بیقراری شدید، امتناع از خوردن آب و غذا، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت</p> <p>۴. واقعیت سنجی مختل و توهم یا هذیان (مثلا صداهایی می شنود یا چیزهایی می بیند که وجود ندارند یا اعتقاد به باورهای غیرطبیعی یا عجیب دارد)</p> <p>۵. هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه گیری، کاهش ارتباطهای اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجانها و عواطف)</p>	مثبت	اختلال دوقطبی	در صورت امتناع از خوردن آب و غذا، وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت، وجود خطر خودکشی، احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید ارجاع فوری به روانپزشک

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۱۹ تا ۲۹ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>۱. آیا نشانه‌های جسمی (مثل درد، مشکلات گوارشی، بی حسی اندام) وجود دارد که در بررسی‌های انجام شده هیچ علت عضوی برای آن پیدا نشده است؟</p> <p>۲. بروز علائم بیماری علی‌رغم وجود شواهد پزشکی به عبارتی گزارش علائم بیماری که در معاینه بالینی با اختلال جسمی خاصی قابل توجیه نمی‌باشد</p>	مثبت	اختلال شبه جسمی	

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۱۹ تا ۲۹ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>۱. صرع استاتوس یا وجود آسیب های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی و... که حین حمله به وجود آمده است</p> <p>۲. آیا دچار حملاتی به مدت چند دقیقه به صورت از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک-کلونیک اندامها، و خروج کف از دهان شده است؟</p> <p>۳. آیا پیش از این توسط پزشک تشخیص صرع مطرح شده است؟</p> <p>۴. حملات دوره ای از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک کلونیک اندامها، خروج کف از دهان، بالا رفتن چشمها؛ به خاطر نیاوردن حمله بعد از بازگشت به حالت عادی</p>	مثبت	صرع	در صورت مواجهه با صرع استاتوس یا وجود آسیبهای بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی و ... که حین حمله به وجود آمده است: ارجاع فوری به مرکز اورژانس

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۱۹ تا ۲۹ سال) (پزشک)

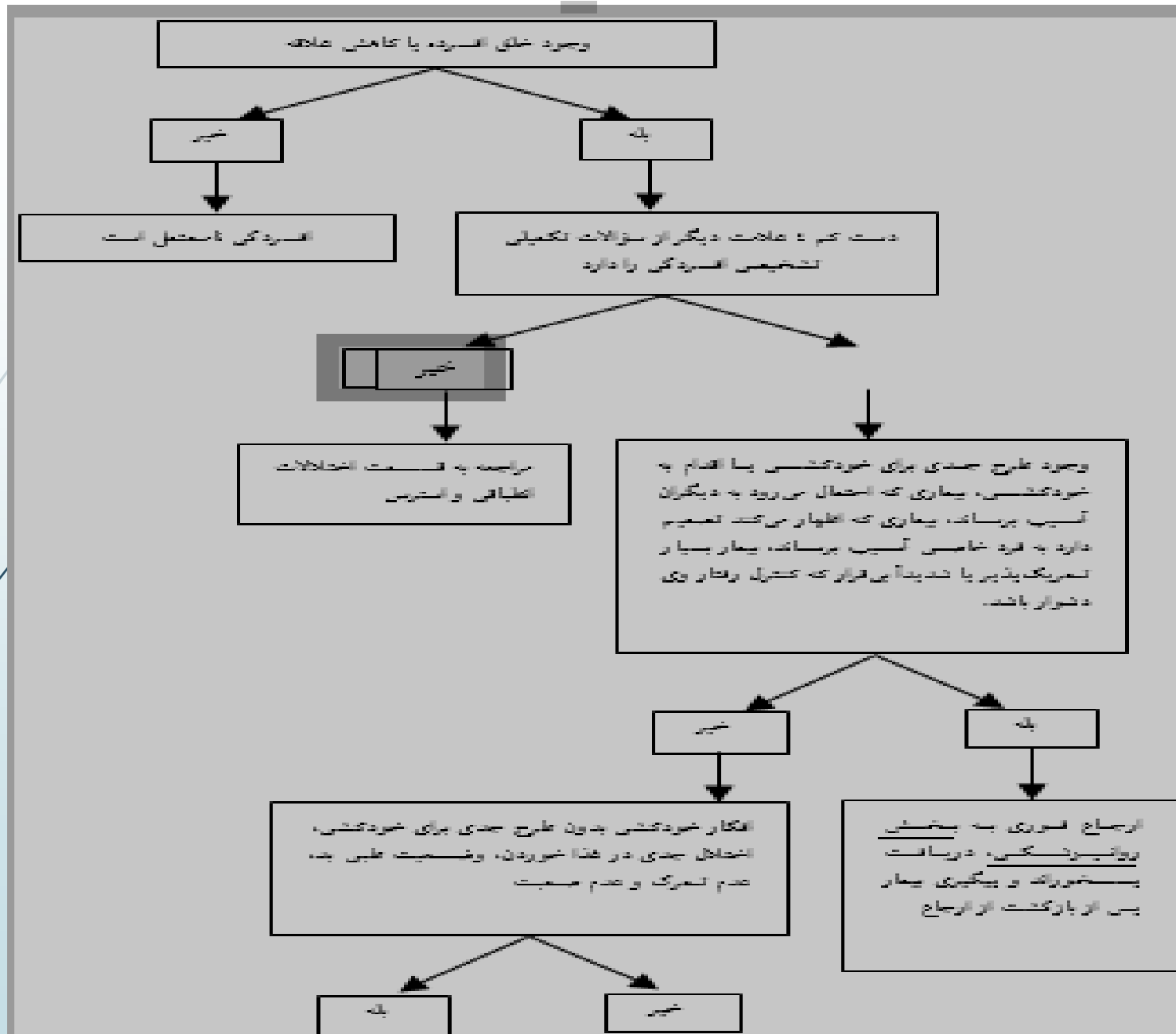
ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>1. ناتوانی در یادگیری یا انجام کارهای شخصی</p> <p>2. ارتباطات اجتماعی کم و نامتناسب با سن</p> <p>3. ناتوانی از درک صحیح صحبت های دیگران و پاسخ مناسب به آن، ناتوانی در برقراری ارتباط مناسب و فعال با همسالان، ناتوانی در یادگیری در حد همسالان، ناتوانی در انجام کارهای شخصی مثل غذا خوردن و لباس پوشیدن</p>	مثبت	معلولیت ذهنی	پیگیری در ماه اول شناسایی یک بار و از آن پس هر ۳ یا ۶ ماه یک بار بر اساس تشخیص پزشک

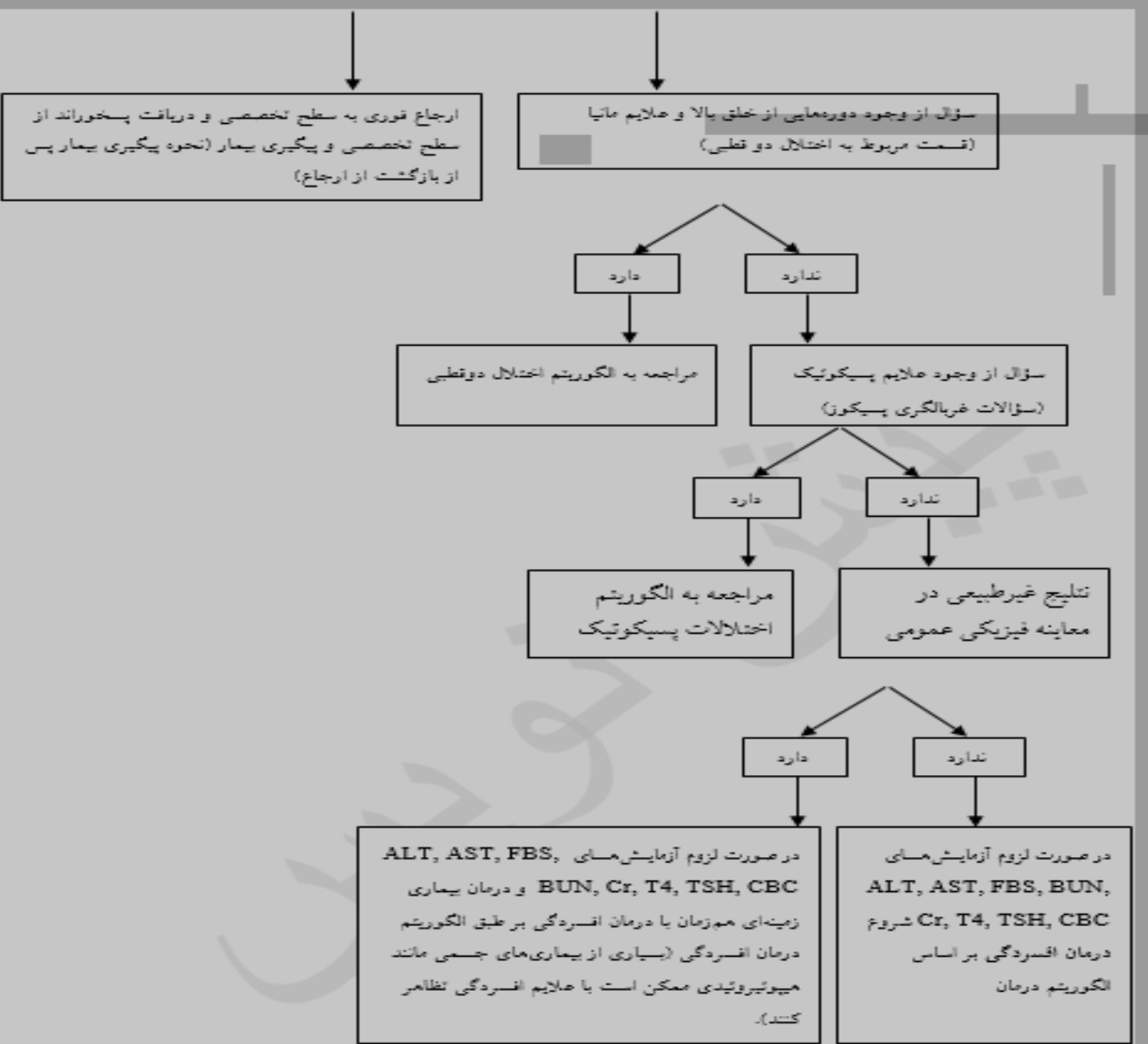
ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۳۰ تا ۵۹ سال) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>هر یک از علائم بیش از دو هفته</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. ضعف انرژی ۲. کاهش یا افزایش وزن ۳. نا امیدي از زندگی ۴. تمایل به خودکشی ۵. احساس گناه ۶. افکار خودکشی یا دیگر کشی ۷. توهم ۸. کاهش وزن شدید ۱۰. هذیان ۱۱. گوشه گیری 	مثبت	اختلالات افسردگی (افسردگی شدید)	<p>– ارجاع فوری به متخصص</p> <p>– مطابق دستور پزشک متخصص بیمار را پیگیری کنید</p> <p>– پس از ۳ ماه پیگیری مجدد شود و مطابق جدول پیگیری بررسی شود.</p>

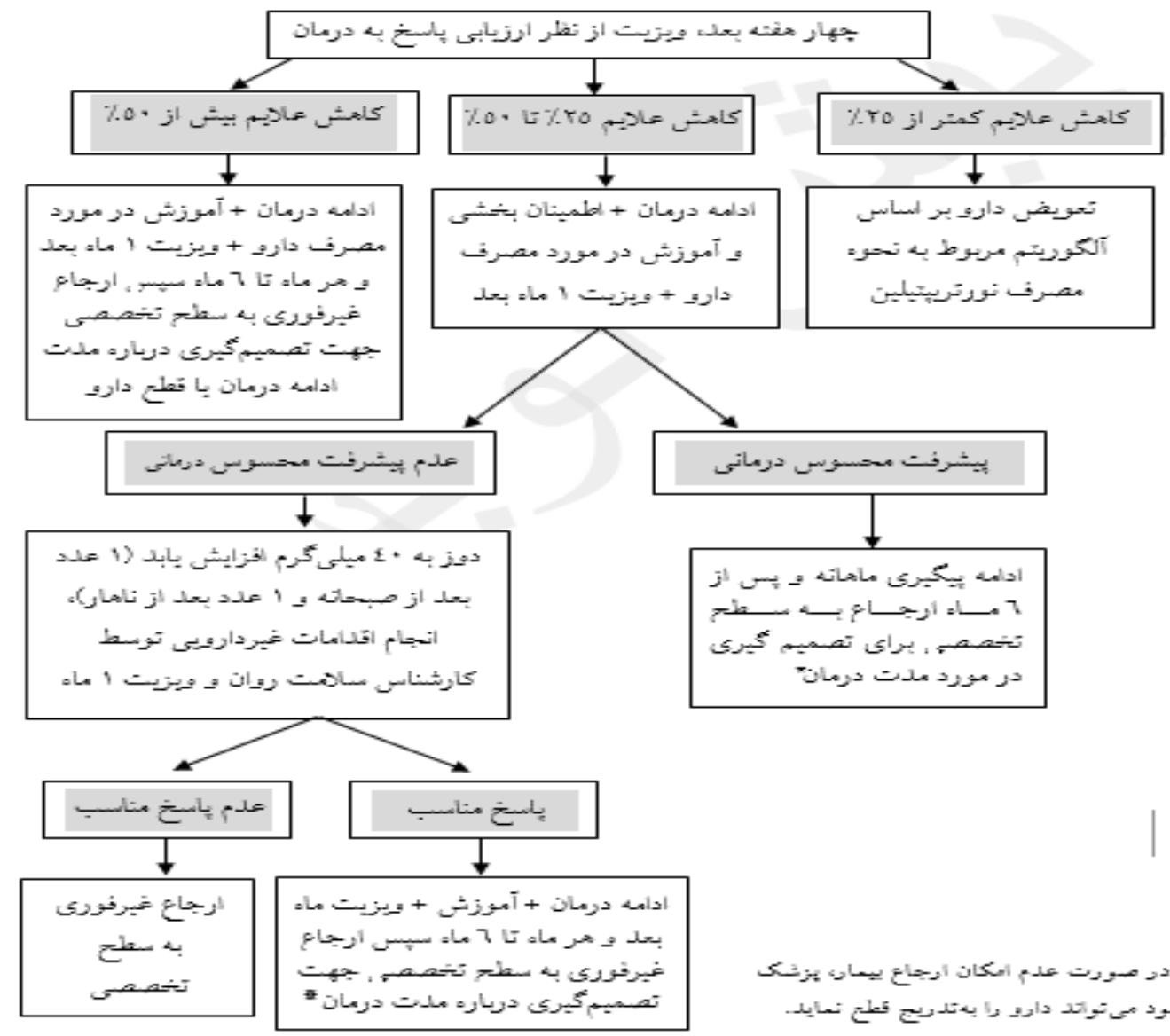
ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (۶۰ سال به بالا) (پزشک)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<ol style="list-style-type: none"> 1. امتناع از خوردن آب و غذا یا وجود اختلال جدی در غذا خوردن 2. وضعیت طبی بد 3. عدم تحرک شدید 4. عدم صحبت 5. فکر آسیب به خود یا اقدام به خودکشی 6. بی قراری شدید و تحریک پذیری 7. رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته 8. پرخاشگری 9. احتمال آسیب به دیگران 	مثبت	افسردگی شدید	<p>در صورت تشخیص افسردگی اساسی: در صورت امتناع از خوردن آب و غذا ، وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت، وجود خطر خودکشی ، احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید ارجاع فوری به روانپزشک خانواده سالمند را در مورد وضعیت سالمند توجیه نمایید.</p>

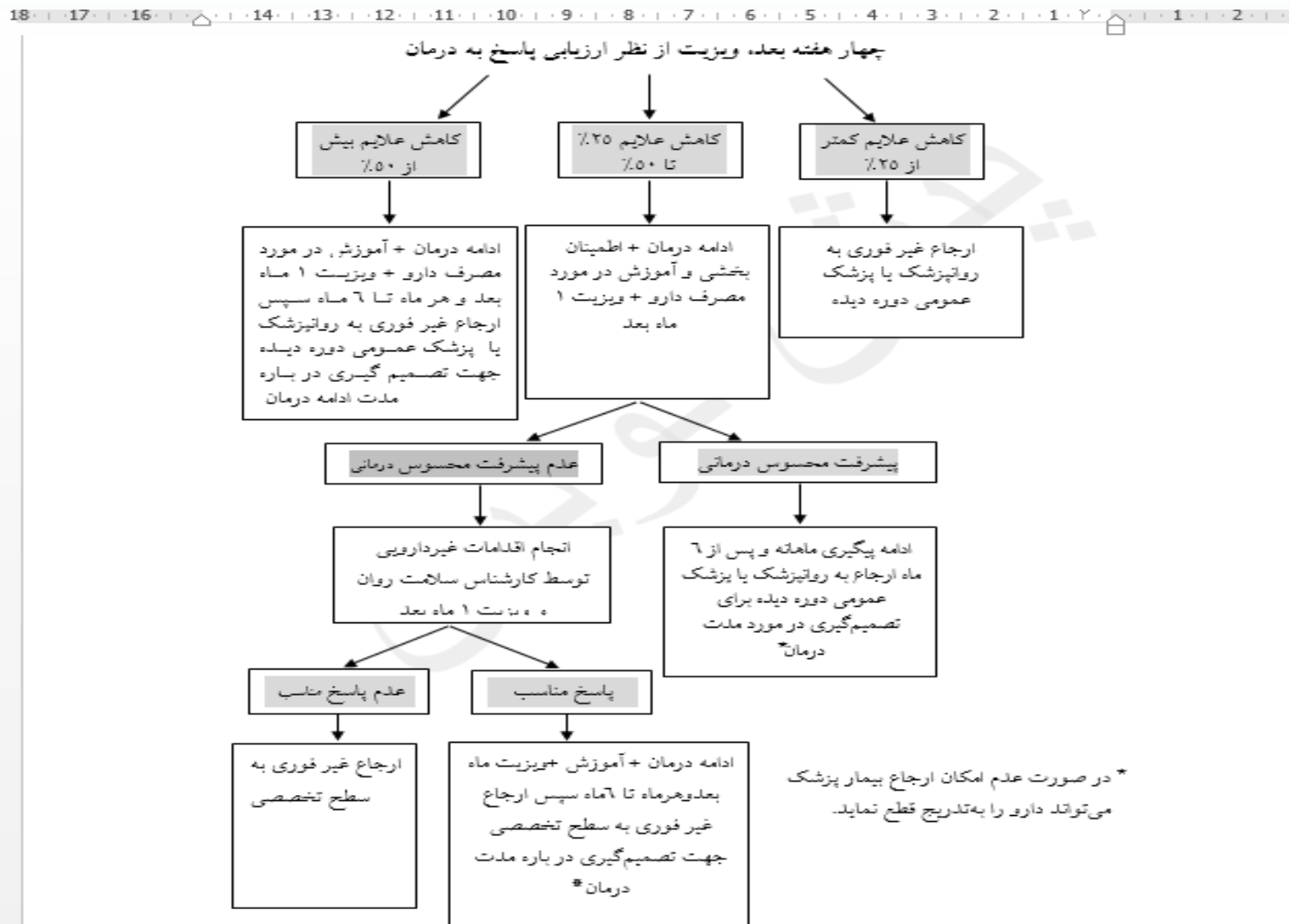




درمان اختلال افسردگی



الگوریتم تجویز نورتریپتیلین در اختلال افسردگی



اختلال افسردگی - فرایند ارجاع

موارد ارجاع غیر فوری 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.

پی‌گیری 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.

ویزیت‌های بعدی

پزشک ترجیحاً بیمار را از نظر پاسخ درمانی و عوارض دارویی بر طبق برنامه تعیین شده در پسخوراند روانپزشک یا پزشک عمومی دوره‌دیده ویزیت می‌کند. در غیر این صورت تا شش ماه پس از بهبودی، بیمار به صورت ماهانه ویزیت می‌شود.

برای قطع درمان، بیمار ترجیحاً به شکل غیرفوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره‌دیده ارجاع می‌شود. در صورت عدم امکان ارجاع، پزشک خود می‌تواند 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 زمان‌بندی مربوطه پی‌گیری می‌شود.

اختلال دو قلبی - مسیر ارجاع

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

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک

- بیمارانی که پس از پاسخ نسبی به درمان، پیشرفت درمانی آنها متوقف شده و به اقدامات پزشک طبق پسخوراند پاسخ نداده‌اند.
- بروز علایم عود
- برای قطع درمان
- بیمارانی که از خوردن دارو امتناع می‌کنند یا دچار عوارض دارویی شده‌اند.
- طبق برنامه پسخوراند یا دست کم هر دو ماه یک بار
- بیمارانی که چند ماه پس از درمان هنوز نتوانسته‌اند کاملاً به وضعیت قبل از بیماری برگردند (احتمال نیاز به باز توانی).

ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان

- کلیه موارد شناسایی شده جهت اقدامات غیر دارویی به کارشناس سلامت روان ارجاع داده می‌شود.

نحوه پی‌گیری و مراقبت اختلال دو قطبی 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 می‌گردند.

ویزیت‌های بعدی

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

پی‌گیری بالینی و آزمایشگاهی مصرف داروها و برخورد با عوارض جدی یا مهم: جهت پیگیری و ارجاع بر

اساس داروی مصرفی بیمار به کتاب راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان ویژه پزشکان عمومی مراجعه گردد.

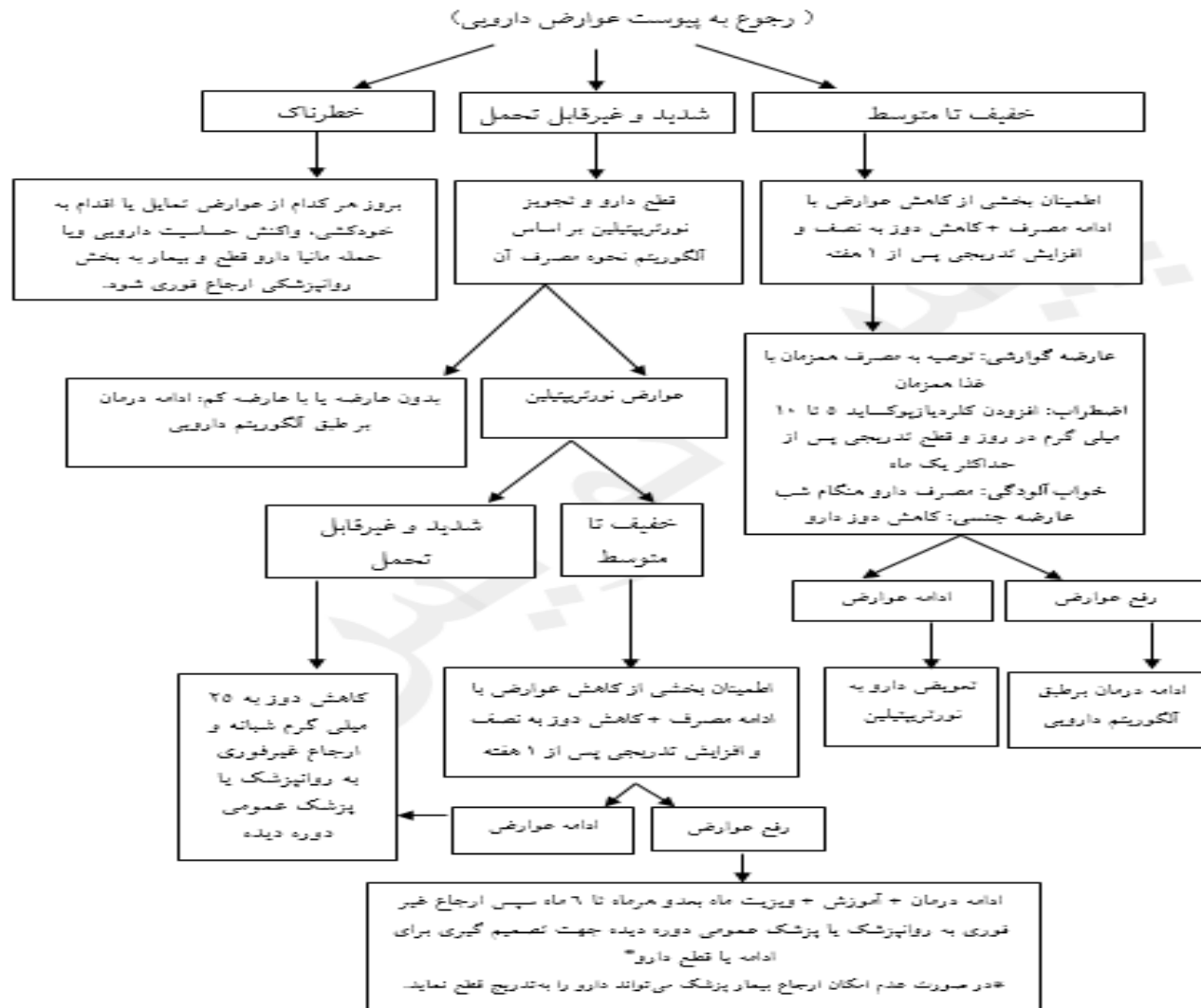
غربالگری و نحوه ارجاع اختلالات اضطرابی



ارجاع به کارشناس سلامت روان جهت مداخلات غیر دارویی اضطراب

مراجعه به راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان ویژه پزشکان عمومی جهت درمان هر اختلال

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



مدیریت حمله پانیک

(دوره‌ای از ترس یا ناراحتی شدید که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و در عرض ۱۰ دقیقه به حداکثر شدت خود می‌رسد. حداقل با ۴ علامت افزایش ضربان قلب، تریق، لرزش، احساس کوتاه شدن تنفس، احساس خفقان، 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 میپریتیروئیدی 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.

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

پاسخ نمی‌دهد

تجویز دوز بعدی کلونازپام یا آلپرازولام پس از ۳۰ دقیقه

پاسخ نمی‌دهد

بررسی مجدد بیماری طبی

اختلال اضطرابی - مسیر ارجاع

موارد ارجاع فوری

- بیمارانی که افکار یا اقدام به خودکشی دارند، حتی اگر به نظر پزشک واقعی نرسد
- بیمارانی که علایم غیرقابل کنترل پرخاشگری، تحریک پذیری و بی‌قراری دارند یا احتمال می‌رود به دیگران آسیب برسانند.

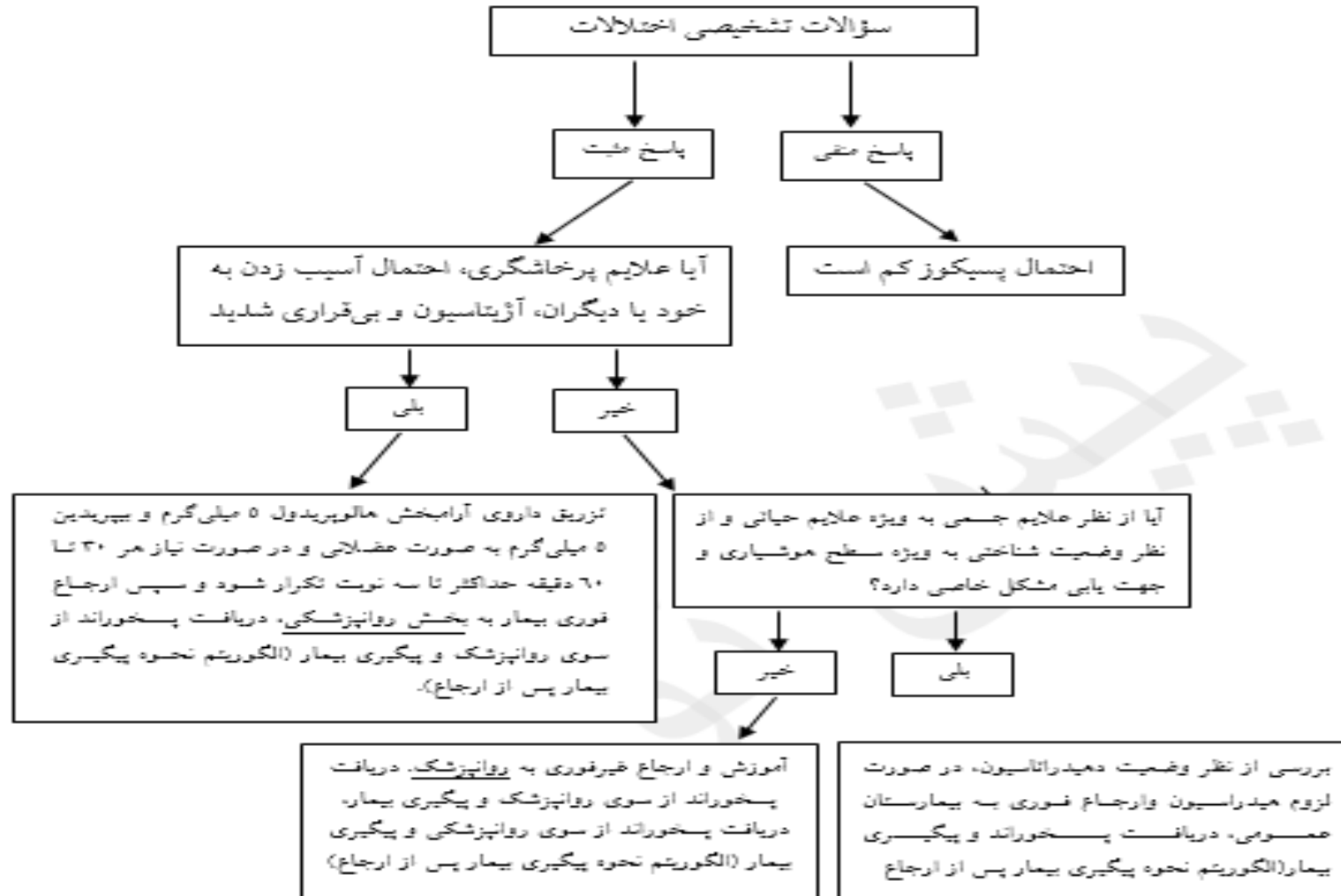
موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک یا پزشک دوره دیده

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

درمان، پی‌گیری و مراقبت اختلالات اضطرابی

- ▶ 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) می‌باشد. با توجه به این که بسیاری از بیماران نسبت به بیماری خود بینش کافی ندارند، متقاعد کردن بیمار برای ادامه درمان می‌تواند مشکل باشد. قطع درمان از مهم‌ترین دلایل عود بیماری است که معمولاً چند ماه پس از قطع داروها اتفاق می‌افتد.
- ▶ برنامه درمان و زمان ویزیت‌های بعدی توسط سطح تخصصی مشخص می‌شود. به طور معمول زمانی که بیماری در دوره فعال است لازم است فاصله ویزیت‌ها کوتاه‌تر 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 ویزیت‌های پیگیری است.
- ▶ **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.

شناسایی اختلال سایکوتیک



اختلالات سایکوتیک – مسیر ارجاع

موارد ارجاع فوری

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

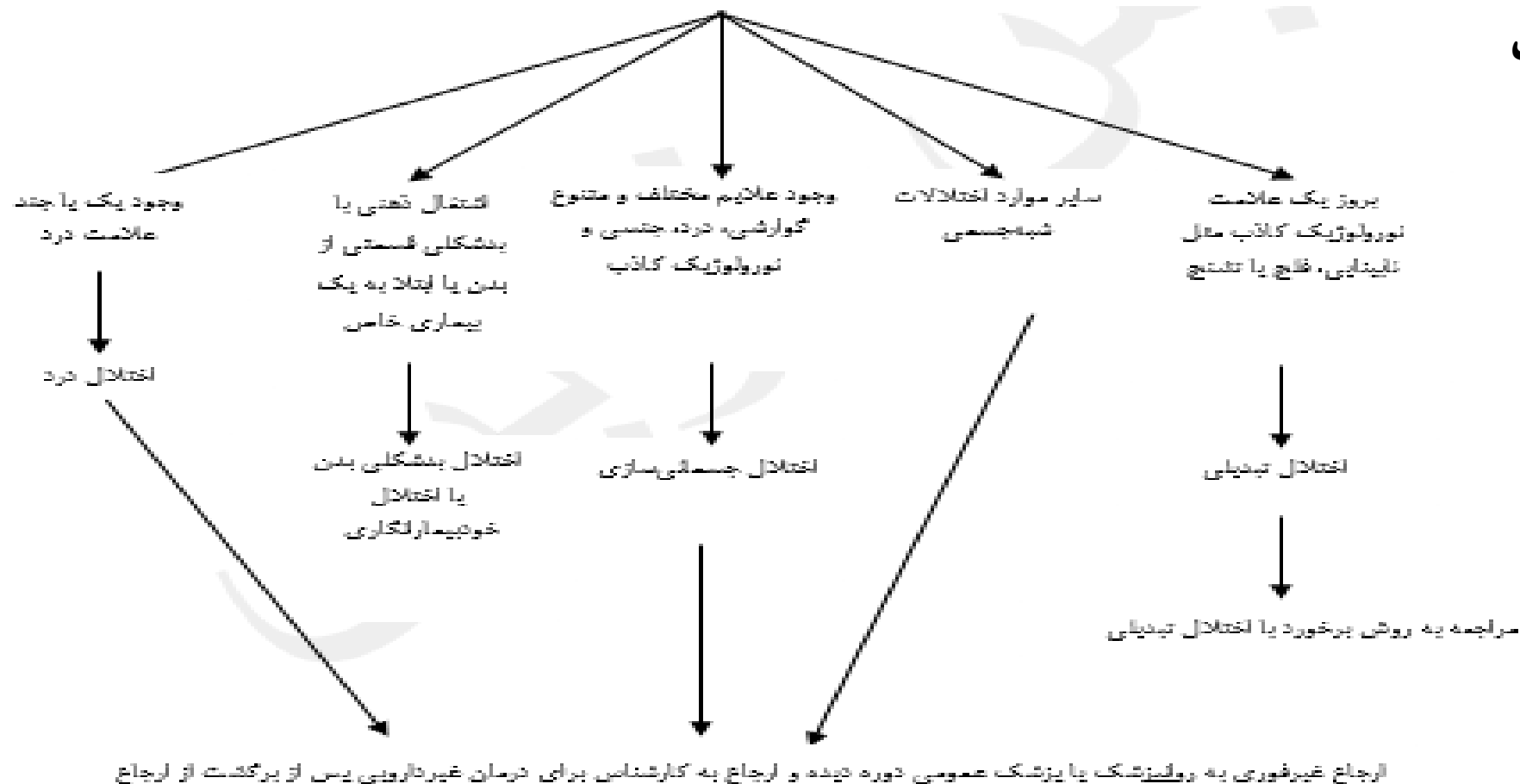
موارد ارجاع غیرفوری

- بیمارانی که با وجود آموزش ها و مداخلات انجام شده توسط پزشک و کارشناس سلامت روان از خوردن دارو امتناع می کنند.
- 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 نداده اند.

عوارض دارویی اختلال سایکوتیک

- 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 بیپریدین 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.

اختلال شبه جسمی تشخیص و ارجاع



توجه:

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

عقب ماندگی ذهنی – نحوه ارجاع و پیگیری

➡ ارجاع :

- ➡ 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.
- ➡ در صورتی که اختلالات روانپزشکی دیگری مثل اختلالات خلقی، اضطرابی، اختلالات رفتاری یا غیره به طور همزمان در فرد عقب مانده باشد، ارجاع مشابه موارد ارجاع فوری و غیرفوری ذکر شده در مبحث اختلالات کودکان می باشد. (به کتاب راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان ویژه پزشکان عمومی مراجعه گردد).

➡ پیگیری و مراقبت :

- ➡ 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.

اورژانس خودکشی

- ▶ 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 درصد 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 ۳/۱ در صد هزار نفر در سال ۱۳۶۳ به ۴/۶ 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.
- ▶ طبق تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰ تقریباً ۵/۱ میلیون نفر بر اثر خودکشی خواهند مرد و ۱۰ تا ۲۰ برابر این تعداد اقدام به خودکشی خواهند کرد. این نشان می‌دهد که به‌طور متوسط هر ۲۰ ثانیه یک مرگ و یک تا دو اقدام به خودکشی رخ می‌دهد.
- ▶ به‌طور کلی خودکشی عامل مرگ ۱۰ تا ۱۵ نفر از هر ۱۰۰ هزار نفر در سال است. در ازای هر خودکشی منجر به فوت، ۲۰ مورد اقدام به خودکشی ناموفق وجود دارد.

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

توجه: علل روانی تنها محدود به اختلالات شدید نیست و خودکشی می‌تواند در اثر اختلال انطباقی نیز رخ دهد.

۲- **علل جسمی:** بیماری‌های جسمی مزمن مثل سرطان، صرع، ایدز و بیماران دیالیزی

۳- **علل اجتماعی:** 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

۴- **عوامل خانوادگی و رخدادهای دوران کودکی:** آسیب شناسی روانی والدین مانند وجود بیماری‌های خلقی و سایر بیماری‌های روانپزشکی در والدین، سابقه اعتیاد، مصرف الکل یا رفتارهای ضد اجتماعی در خانواده، خانواده خشن و آزاردهنده (کودک آزاری جسمی و جنسی)

۵- عوامل محیطی

۶- سابقه اقدام قبلی

۷- عوامل جمعیت شناختی و محیطی:

➤ **جنس:** مردان بیشتر از زنان خودکشی می‌کنند ولی اقدام به خودکشی در زنان بیشتر است .

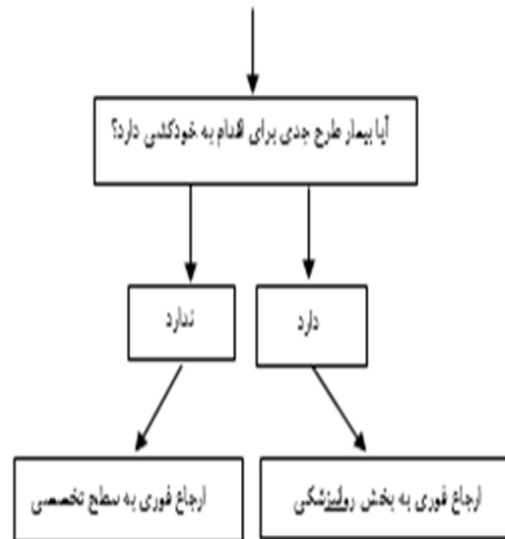
➤ **سن:** بر اساس آمارهای جهانی خودکشی در **دو گروه سنی** زیر بیشترین میزان را دارد: جوانان ۱۵_۳۵ سال ، افراد مسن بیش از ۷۵ سال

➤ **شغل:** پزشکان، دامپزشکان، دارو سازان و کشاورزان بالاترین میزان خودکشی را دارند.

غربالگری

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

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



1. آیا در حال حاضر احساس می‌کنید از زندگی سیر شده‌اید؟

2. آیا در حال حاضر آرزو می‌کنید که کاش زندگی شما به پایان می‌رسید؟

3. آیا به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید؟

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

▶ 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.

برنامه ارزیابی رفتارهای پر خطر استعمال دخانیات و مواجهه با دود آن ،
اختلالات مصرف دارو ، الکل و مواد

۱- برنامه شناسایی و مراقبت اختلالات مصرف مواد

➤ شیوع مصرف مواد:

- ❖ در جهان ، یک نفر از هر ۲۰ نفر جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله یا ۲۵۰ میلیون نفر مواد غیرقانونی (به جز الکل) مصرف می کنند .
 - ❖ آمارهای بین المللی بیان می کنند که در ایران ۱/۷ تا ۲/۸ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال کشور، مصرف کننده مواد مخدر هستند .
 - ❖ بر اساس داده های پیمایش ملی سلامت روان (۹۰-۱۳۸۹) ۲.۳٪ جمعیت بزرگسال ۶۴-۱۵ ساله به یک تشخیص فعلی اختلال مصرف مواد (به جز الکل) مبتلا هستند . (وزارت بهداشت ۱۳۹۲)
- ۱.۸٪ وابستگی به مواد (به جز الکل) ۰.۵٪ سوء مصرف مواد (به جز الکل)

تنوع بالای مواد مخدر و روان گردان :

الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل سفید و ...)	نیکوتین (سیگار، قلیان، ناس، پان، غیره)
آمفتامین و مواد شبه آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، کریستال، غیره)	کافئین
مواد افیونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک، آمپول تمجیزک، نورجیزک، مورفین، متادون، بوپره نورفین، کدین، ترامادول، غیره)	مواد استنشاقی (چسب، بنزین، تینر، غیره)
حشیش (سیگاری، ماریجوانا، جوینت، گراس، بنگ، غیره)	فن سیکلیدین
کوکائین(کوک، غیره)	داروهای آرامبخش، خواب آور یا ضد اضطراب
توهم زاها (ال اس دی، گرد فرشته و غیره)	سایر مواد

علائم و نشانه‌های اختلال مصرف مواد (طبق DSM-V) در چهار دسته قابل طبقه‌بندی است:

ویژگی اصلی اختلالات مصرف مواد مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می‌دهد فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مواد، مصرف مواد را ادامه می‌دهد.

■ کنترل معیوب

مواد اغلب در مقادیر بیشتر یا در طول یک دوره زمانی طولانی‌تر از آنچه قصد شده مصرف می‌شود. تمایل پایدار یا تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف مواد وجود دارد. وسوسه یا یک میل قوی یا اشتیاق برای مصرف مواد

■ اختلال اجتماعی

مصرف راجعه مواد منجر به نارسایی در انجام وظایف نقش اصلی در کار، تحصیل یا خانه می‌شود.

■ مصرف مخاطره آمیز

مصرف راجعه مواد در موقعیت‌هایی که از نظر جسمی مضر است. تداوم مصرف مواد علی‌رغم داشتن مشکلات جسمی یا روان‌شناختی پایدار یا راجعه که احتمالاً در اثر آن ایجاد شده یا تشدید شده.

■ ملاک دارویی

تحمل که به صورت یکی از این دو مورد می‌باشد: الف) نیاز برای افزایش قابل توجه مقادیر مصرف مواد برای دستیابی به مسمومیت یا اثر مطلوب و یا ب) کاهش قابل ملاحظه اثر با تداوم مصرف مقادیر ثابت مواد

محرومیت که به صورت یکی از این دو مورد می‌باشد: الف) سندرم محرومیت خاص مواد و یا ب) مصرف مواد (یا مواد نزدیک آن) برای تسکین یا اجتناب از علائم محرومیت

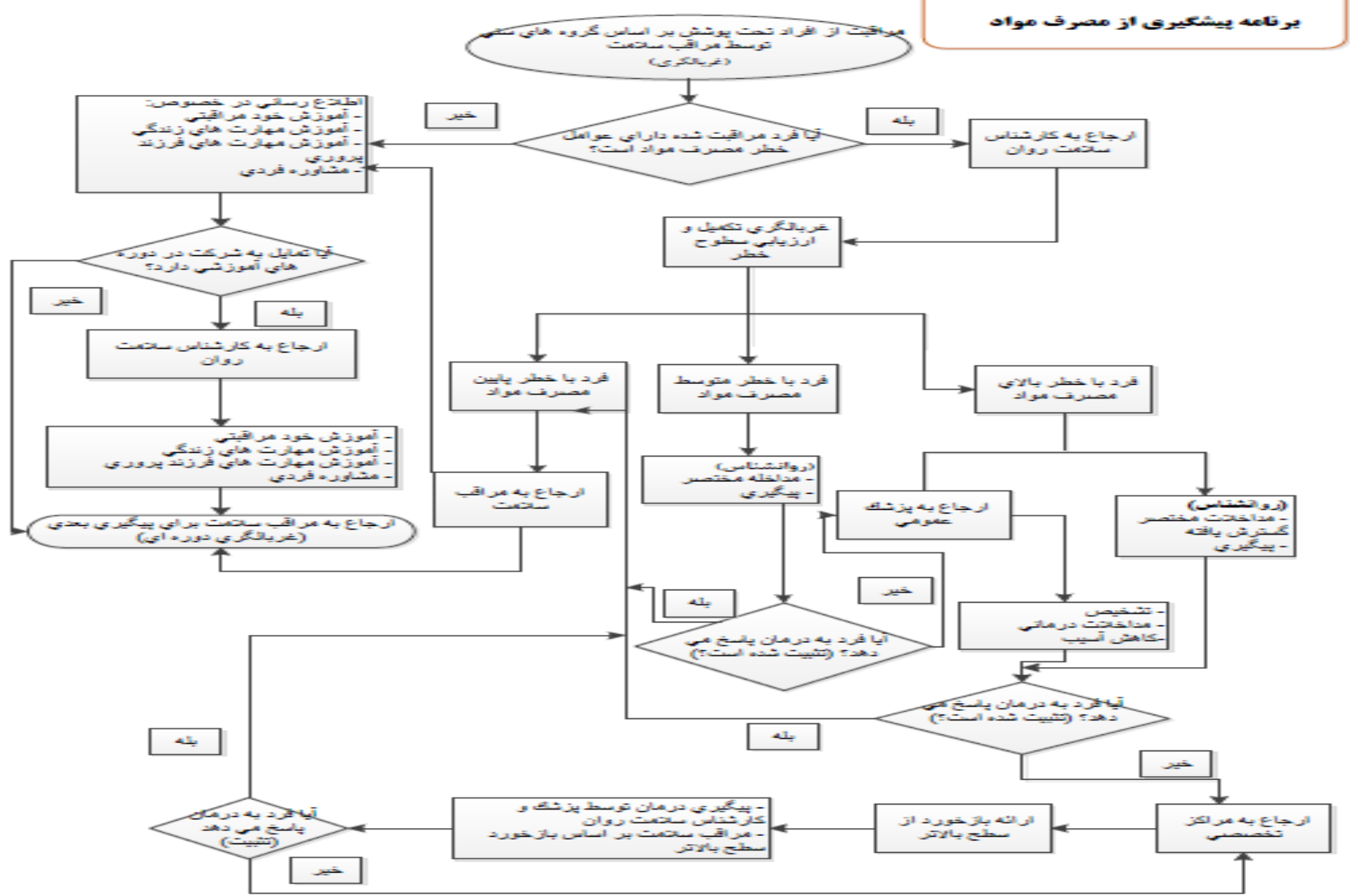
تشخیص اختلال مصرف مواد یک تشخیص بالینی بوده که بر اساس مصاحبه تشخیصی توسط پزشک گذاشته می‌شود.

ابزار غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد

			پرسش ۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را <u>تاکنون</u> مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)		
عدم تمایل به پاسخ‌گویی	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی	خیر	بله
					الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
					ب- داروهای مسکن <u>آپیوئیدی</u> (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
					ج- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)
					د- الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)
			پرسش ۲- مواد دیگر چگونه؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)		
عدم تمایل به پاسخ‌گویی	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی	خیر	بله
					الف- مواد <u>آفیونی غیرقانونی</u> (تریاک، شیره، سوخته، هروین، کراک هروئین، غیره)
					ب- <u>حشیش</u> (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
					ج- محرک‌های <u>آمفتامینی</u> (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)
					د- سایر- مشخص کنید: ...

پرسش ۲- در صورت پاسخ مثبت به هر یک: در سه ماه اخیر چگونه؟

برنامه پیشگیری از مصرف مواد



ارزیابی اختلالات مصرف مواد برای گروه سنی کودک و نوجوان

توجه: پزشک پس از تکمیل شرح حال روان پزشکی در مصاحبه تشخیصی برای تعیین نوع مراقبت یا ارجاع لازم در حوزه اختلالات مرتبط با مواد به این جدول مراجعه می نماید.

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> • آیا فرد بیش مصرفی مواد یا داروهای مضعف کننده اعصاب مرکزی را دارد؟ • مصرف بیش از حد مواد افیونی، داروهای اپیوئیدی تجویزی مثل ترامادول، داروهای آرامبخش یا سایر مواد مضعف دستگاه اعصاب مرکزی یا مصرف چند ماده با یا بدون مصرف پیش از حد الکل • در معاینه به موارد زیر توجه کنید: • کاهش سطح هوشیاری در حد خواب آلودگی عمیق، بدون پاسخ یا پاسخ اندک به تحریک دردناک • کاهش تعداد تنفس در دقیقه یا قطع تنفس • ضربان • فشار خون • تنگ شدن مردمک (ته سنجاقی) 	<p>تنگی مردمک (یا گشادی مردمک به دلیل نرسیدن اکسیژن ناشی از بیش مصرفی شدید) و یک (یا بیشتر) از علائم و نشانه های زیر در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف مواد افیونی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خواب آلودگی و اغماء • کلام جویده جویده • اختلال در توجه و حافظه 	<p>مسمومیت (بیش مصرفی) با مواد افیونی یا سایر داروهای مضعف اعصاب مرکزی</p>	<p>✓ علائم حیاتی را چک کنید.</p> <p>✓ از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل نمایید.</p> <p>چنانچه میزان تنفس کمتر از ۱۰ باشد:</p> <p>✓ مطابق کتاب پشتیبان پزشک** نالوکسان تجویز کنید. دوز معمول نالوکسان در بیش مصرفی مواد افیونی در کودکان ۰.۰۱ میل گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن است</p> <p>✓ در صورت عدم مشاهده پاسخ بالینی کافی این دوز هر ۳-۲ دقیقه قابل تکرار است.</p> <p>✓ نالوکسان در درمان بیش مصرفی مواد افیونی مؤثر است و بر بیش مصرفی سایر داروهای آرام بخش و خواب آور تأثیری ندارد.</p> <p>✓ نالوکسان یک داروی کوتاه اثر است و ممکن است پس از رفع اثر آن بیمار مجدداً دچار کاهش هوشیاری و آپنه شود.</p> <p>✓ ارجاع فوری به بیمارستان بعد از اجرای اقدامات بالا به منظور تداوم دریافت نالوکسان</p> <p>چنانچه به نالوکسان پاسخ نداد:</p> <p>✓ برای فرد راه هوایی و حمایت تنفسی فراهم آورید</p> <p>✓ ارجاع فوری به بیمارستان</p> <p>✓ بازخورد به کارشناس مراقب سلامت خانواده /بهورز جهت پیگیری</p> <p>✓ توصیه به همراهان بیمار برای مراجعه به کارشناس سلامت روان پس از ترخیص از بیمارستان</p>
	پاسخ منفی	نداشتن تشخیص مسمومیت (بیش-مصرفی) مواد افیونی	ویزیت مراجع مطابق دستورالعمل استاندارد گروه سنی
<p>سایر اورژانس های مرتبط با مصرف الکل و مواد</p> <ul style="list-style-type: none"> • آیا فرد در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف الکل یا مواد، یا در عرض چندین ساعت تا چند روز بعد از قطع مصرف الکل یا مواد دچار یکی یا بیشتر از حالات زیر شده است؟ ✓ کاهش سطح هوشیاری یا اغماء ✓ اختلال جهت یابی به صورت ناآگاهی از زمان، مکان یا اشخاص (سرسام یا دلیریوم) ✓ تشنج ✓ قصد جدی آسیب به خود یا خودکشی ✓ پرخاشگری یا قصد آسیب به دیگران 	پاسخ مثبت	سایر اورژانس های مرتبط با مصرف الکل و مواد	<p>ارجاع فوری به بیمارستان</p> <p>بازخورد به کارشناس مراقب سلامت خانواده /بهورز جهت پیگیری</p> <p>بازخورد به کارشناس سلامت روان جهت آگاهی</p> <p>توصیه به خانواده/همراهان بیمار برای مراجعه به کارشناس سلامت روان پس از ترخیص از بیمارستان</p>
	پاسخ منفی	نداشتن تشخیص سایر اورژانس-های مرتبط با مصرف الکل و مواد	✓ ویزیت مراجع مطابق دستورالعمل استاندارد گروه سنی

توجه: پزشک پس از تکمیل شرح حال روان پزشکی در مصاحبه تشخیصی برای تعیین نوع مراقبت یا ارجاع لازم در حوزه اختلالات مرتبط با مواد به این جدول مراجعه می نماید.

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد (۱۶ تا ۱۸ سال)</p> <p>از تمام مراجعان ۱۶ تا ۱۸ ساله به صورت فرصت طلبانه درباره مصرف دخانیات، الکل و مواد سؤال کنید:</p> <p>آیا فرد در طول عمر و سه ماه گذشته مصرف دخانیات، الکل یا مواد داشته است؟</p>	پاسخ مثبت	اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد	<p>✓ آموزش درباره خطرات مصرف دخانیات، الکل و مواد</p> <p>✓ توصیه مختصر درباره قطع مصرف دخانیات، الکل و مواد</p> <p>✓ ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان برای غربالگری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد و آرایه مراقبت متناسب</p> <p>✓ آرایه بازخورد به کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری</p>
<p>تشخیص اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد (۵ تا ۱۶ سال)</p> <p>۱- آیا فرد ملاک های تشخیصی مصرف آسیب رسان دخانیات، الکل و یا مواد را پر می کند؟</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ شواهد روشنی وجود داشته باشد که مصرف دخانیات، الکل و یا مواد مسؤل (یا نقش اساسی) در آسیب جسمی یا روان شناختی یا پیامدهای جانبی در روابط بین فردی داشته باشد. ○ الگوی مصرف باید حداقل برای ۱ ماه ادامه داشته یا مکرراً در طول ۱۲ ماه گذشته رخ داده باشد. ○ در دوره زمانی مورد نظر ملاک های هیچ اختلال روانی یا رفتاری دیگری (به جز مسمومیت با آن ماده) وجود نداشته باشد . <p>۲- آیا فرد ملاک های تشخیصی وابستگی به دخانیات، الکل و یا مواد را پر می کند؟</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ میل قوی یا احساس اجبار به مصرف دخانیات، الکل و یا مواد ○ دشواری در کنترل رفتار مصرف دخانیات، الکل و یا مواد از نظر شروع، خاتمه یا سطح مصرف ○ یک حالت محرومیت فیزیولوژیک هنگامی که مصرف دخانیات، الکل و یا مواد قطع یا کاهش داده می شود ○ شواهد تحمل، همچون نیاز به افزایش دوز دخانیات، الکل و یا مواد به منظور دستیابی به اثرات اولیه ○ غفلت پیش رونده از لذت های یا علائق جایگزین به خاطر مصرف دخانیات، الکل و یا مواد ○ تداوم مصرف دخانیات، الکل و یا مواد علی رغم شواهد آشکار پیامدهای آسیب رسان بارز 	پاسخ مثبت یه سؤال ۱ یا ۲	اختلالات مصرف دخانیات، الکل و یا مواد	<p>✓ آموزش درباره خطرات مصرف دخانیات، الکل و مواد</p> <p>✓ توصیه مختصر درباره قطع مصرف دخانیات، الکل و مواد</p> <p>✓ ارجاع غیرفوری به جایگاه های تخصصی و فوق تخصصی برای ارزیابی و مراقبت</p> <p>✓ آرایه بازخورد به کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری</p> <p>✓ آرایه بازخورد به کارشناس سلامت روان جهت آگاهی</p>

توجه: پزشک پس از تکمیل شرح حال روان پزشکی در مصاحبه تشخیصی برای تعیین نوع مراقبت یا ارجاع لازم در حوزه اختلالات مرتبط با مواد به این جدول مراجعه می نماید.

ارزیابی	نتیجه	طبقه بندی	اقدام
<p>تشخیص اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد (۱۶ تا ۱۸ سال)</p> <p>۱- آیا فرد ملاک های مصرف مخاطره آمیز الکل را دارد؟ حجم یا الگوی الکل مصرفی واجد یکی از شرایط زیر باشد: ○ مصرف بیش از ۲ پیمانه الکل به طور معمول ○ مصرف الکل بیش از ۵ روز در هفته ○ مصرف ۶ پیمانه یا بیشتر در یک نوبت مصرف فرد ملاک های تشخیصی وابستگی به الکل را پر نکند.</p> <p>۲- آیا فرد ملاک های تشخیصی مصرف آسیب رسان دخانیات، الکل و یا مواد را پر می کند؟ ○ شواهد روشنی وجود داشته باشد که مصرف الکل ویا مواد مسؤل (یا نقش اساسی) در آسیب جسمی یا روان شناختی یا پیامدهای جانبی در روابط بین فردی داشته باشد. ○ الگوی مصرف باید حداقل برای ۱ ماه ادامه داشته یا مکرراً در طول ۱۲ ماه گذشته رخ داده باشد.</p> <p>• در دوره زمانی مورد نظر ملاک های هیچ اختلال روانی یا رفتاری دیگری (به جز مسمومیت با آن ماده) وجود نداشته باشد .</p> <p>۳- آیا فرد ملاک های تشخیصی وابستگی به دخانیات را پر می کند؟ ○ میل قوی یا احساس اجبار به مصرف دخانیات ○ دشواری در کنترل رفتار مصرف دخانیات از نظر شروع، خاتمه یا سطح مصرف ○ یک حالت محرومیت فیزیولوژیک هنگامی که مصرف دخانیات قطع یا کاهش داده می شود ○ شواهد تحمل، همچون نیاز به افزایش میزان مصرف دخانیات به منظور دستیابی به اثرات اولیه ○ غفلت پیش رونده از لذت های یا علائق جایگزین به خاطر مصرف دخانیات ○ تداوم مصرف دخانیات علی رغم شواهد آشکار پیامدهای آسیب رسان بارز</p> <p>۴- آیا مصرف دخانیات فرد بیش از ۱۰ نخ سیگار در روز است؟</p> <p>۵- آیا فرد ملاک های تشخیصی وابستگی به الکل و یا مواد را پر می کند؟ ○ میل قوی یا احساس اجبار به مصرف الکل ویا مواد ○ دشواری در کنترل رفتار مصرف الکل ویا مواد از نظر شروع، خاتمه یا سطح مصرف ○ یک حالت محرومیت فیزیولوژیک هنگامی که مصرف الکل ویا مواد قطع یا کاهش داده می شود ○ شواهد تحمل، همچون نیاز به افزایش دوز الکل ویا مواد</p>	پاسخ مثبت به سؤال ۱ یا ۲	مصرف مخاطره- آمیز الکل و یا مصرف آسیب- رسان دخانیات، الکل و یا مواد	<p>✓ آموزش درباره خطرات مصرف دخانیات، الکل و مواد</p> <p>✓ توصیه مختصر درباره قطع مصرف دخانیات، الکل و مواد</p> <p>✓ ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان جهت مداخله مختصر و پیگیری</p> <p>✓ ارایه بازخورد به کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری</p>
	پاسخ مثبت به سؤال ۳ و پاسخ منفی به سؤال ۴ و ۵	وابستگی به دخانیات خفیف	<p>✓ آموزش درباره خطرات مصرف دخانیات</p> <p>✓ توصیه مختصر درباره قطع مصرف دخانیات</p> <p>✓ ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان برای مداخله شناختی، رفتاری مختصر</p> <p>✓ ارایه بازخورد به کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری</p>
	پاسخ مثبت به سؤال ۳ و ۴ و پاسخ منفی به سؤال ۵	وابستگی به دخانیات متوسط و شدید	<p>✓ آموزش درباره خطرات مصرف دخانیات</p> <p>✓ توصیه مختصر درباره قطع مصرف دخانیات</p> <p>✓ ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان برای مداخله شناختی، رفتاری مختصر</p> <p>✓ درمان دارویی مطابق کتاب پشتیبان*</p> <p>✓ ارایه بازخورد به کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری</p>
	پاسخ مثبت به سؤال ۵	وابستگی به الکل و یا مواد	<p>✓ آموزش درباره خطرات مصرف الکل و مواد</p> <p>✓ توصیه مختصر درباره قطع مصرف الکل و مواد</p> <p>✓ ارجاع غیرفوری به جایگاه های تخصصی و فوق تخصصی برای ارزیابی و مراقبت</p> <p>✓ ارایه بازخورد به کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری</p>

- ارزیابی اختلالات مصرف مواد برای گروه سنی جوانان و میانسالان - مسمومیت با مواد افیونی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام و ارجاع
<p>آیا فرد مسمومیت یا بیش مصرفی مواد یا داروهای مضعف دستگاه اعصاب مرکزی را دارد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • مصرف بیش از حد مواد افیونی، داروهای آپئوئیدی تجویزی مثل ترامادول، داروهای آرام بخش و خواب آور یا سایر مواد مضعف دستگاه اعصاب مرکزی یا مصرف چند ماده با یا بدون مصرف بیش از حد الکل <p>در معاینه به موارد زیر توجه کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کاهش سطح هوشیاری در حد خواب آلودگی عمیق، بدون پاسخ یا پاسخ اندک به تحریک دردناک • کاهش تعداد تنفس در دقیقه یا قطع تنفس • ضربان • فشار خوت • تنگ شدن مردمک (ته سنجاقی) 	<p>تنگی مردمک (یا گشادی مردمک به دلیل ترسیدن اکسیژن ناشی از بیش مصرفی شدید) و یک (یا بیشتر) از علائم و نشانه های زیر در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف مواد افیونی:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱ - خواب آلودگی و اغما ۲ - کلام جویده جویده ۳ - اختلال در توجه و حافظه 	<p>مسمومیت (بیش مصرفی) یا مواد افیونی یا سایر داروهای مضعف دستگاه اعصاب مرکزی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • علائم حیاتی را چک کنید. • از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل نمایید. چنانچه میزان تنفس کمتر از ۱۰ باشد: • نالوکسان ۰/۴ میلی گرم زیرجلدی، تزریق عضلانی یا وریدی (برای بیش مصرفی مواد افیونی)، در صورت لزوم تکرار نمایید. • نالوکسان در درمان بیش مصرفی مواد افیونی مؤثر است و بر بیش مصرفی سایر داروهای آرام بخش و خواب آور تأثیری ندارد. • نالوکسان یک داروی کوتاه اثر است و ممکن است پس از رفع اثر آن بیمار مجدداً دچار کاهش هوشیاری و آپنه شود. • ارجاع فوری به بیمارستان بعد از اجرای اقدامات بالا به منظور تداوم دریافت نالوکسان <p>چنانچه به نالوکسان پاسخ نداد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای فرد راه هوایی و حمایت تنفسی فراهم آورید • ارجاع فوری به بیمارستان (در صورت دسترسی اورژانس مسمومیت ها) برای تمام موارد مسمومیت مواد: • بازخورد به کارشناس مراقب سلامت خانواده • توصیه به خانواده / همراهان بیمار برای مراجعه به کارشناس سلامت روان و رفتار پس از ترخیص از بیمارستان

- ارزیابی اختلالات مصرف مواد برای گروه سنی جوانان و میانسالان - مسمومیت مواد محرک

<p style="text-align: center;">مسمومیت مواد محرک</p>	<p>آیا فرد مسمومیت یا بیش مصرفی مواد محرک (مت‌آمفتامین) دارد؟</p> <p>در معاینه به موارد زیر توجه کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مردمک های متسع • برانگیختگی، افکار سریع، اختلالات تفکر، بدبینی (پارانویا) • مصرف اخیر مت‌آمفتامین (شیشه)، قرص اکستازی یا سایر مواد محرک • افزایش فشار خون و ضربان قلب (در صورت امکان و پاسخ‌دهی بیمار به آرام‌بخشی کلامی) • رفتارهای خشن، پرخاش‌گرانه یا ناگهانی
<ul style="list-style-type: none"> • ایمنی خود و کارکنان را در نظر بگیرید. • از نشان دادن واکنش‌های سریع و ناگهانی پرهیزد کنید. • از فنون آرام بخشی کلامی استفاده کنید به کتاب پشتیبان مراجعه فرمایید.. • دیازپام خوراکی را با دوز مشخص تا زمانی که فرد آرام و مختصری خواب آلوده گردد، تجویز نمایید . برای نحوه تجویز به کتاب پشتیبان مراجعه فرمایید. • چنانچه علائم مراجع به آرام بخشی کلامی و آرام‌بخشی دارویی با دیازپام خوراکی مؤثر واقع نشود، ارجاع فوری را در نظر بگیرید. • چنانچه بیمار از درد قفسه سینه شکایت دارد، چنانچه تاکی آریتمی وجود دارد یا بیمار تهاجمی و غیرقابل کنترل است، بیمار را به صورت فوری به بیمارستان ارجاع دهید. • در جریان فاز بعد از مسمومیت، در مورد افکار یا اقدام به خودکشی توجه داشته باشید. در این ارتباط به راهنماهای مربوطه اختلالات روان - پزشکی مراجعه فرمایید. 	<p>دو مورد (یا بیشتر) از علائم و نشانه های زیر که در حین یا پس از مصرف مواد محرک رخ دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ۱ - تاکیکاردی یا برادیکاردی ۲ - گشادی مردمک‌ها ۳ - فشار خون افزایش یا کاهش یافته ۴ - تعریق یا لرز ۵ - تهوع و استفراغ ۶ - شواهد کاهش وزن ۷ - بی‌قراری یا کندی روانی، حرکتی ۸ - ضعف عضلاتی، سرکوب تنفسی، درد قفسه صدی یا آریتمی قلبی ۹ - تیرگی شعور، تشنج، دیسکینزی، دیستونی یا اغماء

- ارزیابی اختلالات مصرف مواد برای گروه سنی جوانان و میانسالان - محرومیت از مواد افیونی

<p>چنانچه دهیدراتاسیون وجود داشته باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • جایگزینی مایعات وریدی را انجام دهید <p>چنانچه ارزش‌های روان‌پزشکی همبود وجود داشته باشد (راه‌نمای مربوط به اختلالات روان‌پزشکی):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارجاع فوری به بیمارستان روان‌پزشکی در سایر موارد: • ارجاع به مراکز سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد واجد واحد درمان با داروهای آگونیست <p>چنانچه دسترسی به مراکز سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد ممکن نباشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • درمان علامتی با کلونیدین؛ داروی <i>آلفا-۲ آدرنرژیک مرکزی</i> بر اساس کتاب پشتیبان • علامت اختصاصی را بر حسب نیاز درمان کنید (اسهال، استفراغ، درد عضلانی، بی‌خوابی) • برای درمان درد از داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی استفاده کنید • استفاده از داروهای ضد درد اپیوئیدی مثل استامینوفن کپسول و ترامادول برای درمان توصیه نمی‌شود. • برای درمان تهوع، استفراغ و بی‌خوابی از داروهای آنتی‌هیستامین استفاده کنید. • در صورت لزوم (مشاهده دهیدراتاسیون) مایعات خوراکی یا وریدی تجویز کنید 	<p>محرومیت از مواد افیونی</p>	<p>وجود سه مورد یا بیشتر از موارد زیر که در عرض چندین دقیقه تا چند روز بعد از قطع مصرف یا تجویز داروی آنتاگونیست اپیوئیدی رخ دهد:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱ - کج‌خلفی و خلق پایین ۲ - تهوع و استفراغ ۳ - دردهای عضلانی ۴ - اشک ریزش و آب ریزش بینی ۵ - گشادی مردمک، سیخ شدن موهای بدن یا تعریق ۶ - اسهال ۷ - خمیازه کشیدن ۸ - تب ۹ - بی‌خوابی 	<p>آیا فرد دچار محرومیت از مواد افیونی است؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • قطع (یا کاهش) مصرف مواد افیونی در فردی با سابقه مصرف مستمر و طولانی‌مدت، دردهای عضلانی، گرامپ‌های شکمی • سردرد، تهوع، استفراغ، اسهال، گشادی مردمک‌ها، افزایش فشار خون و ضربان قلب، خمیازه کشیدن. • آبریزش از بینی • اشک ریزش • سیخ شدن موها • اضطراب • بی‌قراری <p>سوال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نوع ماده افیونی مصرفی، سایر مواد مصرفی، طریقه مصرف • نتایج سطح درگیری با مصرف مواد افیونی و سایر مواد را با استفاده از ابزار ASSIST مرور کنید.
---	-------------------------------	---	---

ارزیابی اختلالات مصرف مواد برای گروه سنی جوانان و میانسالان - مصرف آسیب رسان

توجه: پزشک پس از تکمیل شرح حال روان پزشکی در مصاحبه تشخیصی برای تعیین نوع مراقبت یا ارجاع لازم در حوزه اختلالات مرتبط با مواد به این جدول مراجعه می نماید.

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>آیا فرد مصرف زیان بار سیگار، داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف و مواد غیر قانونی به جز الکل دارد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • درباره مصرف اخیر سیگار، داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف و مواد غیر قانونی به جز الکل سوال کنید • درباره میزان و الگوی مصرف مواد سوال پرسید • درباره طریقه مصرف مواد (تزریقی / غیر تزریقی) سوال کنید . • درباره آسیب ها و مشکلات مرتبط با مصرف مواد سوال پرسید • نتیجه آزمون غربالگری مراجع با استفاده از غربالگری ASSIST را بررسی کنید . <ul style="list-style-type: none"> ▪ نمره خطر اختصاصی در هر یک از مواد را ملاحظه کنید . ▪ آیا برای فرد احتمال تشخیص مصرف زیان بار (آسیب رسان) مواد مطرح است ؟ ▪ ملاک های مصرف زیان بار (آسیب رسان) مواد را بررسی کنید . • شواهد روشنی وجود دارد که مصرف مواد باعث آسیب به سلامت جسمی و روان شناختی شده است . • علائم برای حداقل یک ماه یا به صورت مکرر در ۱۲ ماه گذشته وجود داشته است . • در دوره زمانی مورد نظر ملاک های هیچ اختلال روانی یا رفتاری دیگری (به جز مسمومیت با آن ماده) وجود نداشته باشد . 	<p>الگویی از مصرف مواد که منجر به آسیب به سلامت جسمی یا روان شناختی فرد می شود.</p>	<p>مصرف زیان بار (آسیب رسان)</p>	<p>چنانچه اورژانس های روان پزشکی همبود وجود داشته باشد : ارجاع فوری به بیمارستان روان پزشکی در سایر موارد : بر اساس نتایج حاصل از غربال گری سطح درگیری با مصرف ماده / مواد مصرفی به فرد بازخورد دهید .</p> <p>چنانچه فرد آمادگی کافی برای تغییر رفتار مصرف مواد و یا ورود به یک برنامه درمانی نداشته باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارتباط بین این مقدار مصرف، مشکلات سلامتی فرد و خطرات کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف فعلی را شرح دهید . • با استفاده از تکنیک های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید • درباره امکان پذیر بودن کاهش و یا قطع مصرف تنباکو و مواد امید بدهید . • علی رغم آماده نبودن فرد کاهش و یا قطع مصرف را توصیه کنید . • فرد را برای دریافت مداخله مختصر معطوف به ارتقای آمادگی و تعهد فرد برای تغییر رفتار مصرف به دریافت کمک حرفه ای به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید . • برای دریافت آموزش های مبتنی بر مهارت روان شناختی کاهش آسیب به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید . <p>به میزان مورد نیاز و با فواصل لازم پیگیری نمایید .</p> <p>چنانچه مصرف مواد تزریقی وجود داشته باشد :</p> <ul style="list-style-type: none"> • در صورتیکه فرد سابقه تزریقی مصرف مواد را دارد و وضعیت خود را از نظر ابتلا به عفونت های HIV و هپاتیت سی نمی داند، انجام مشاوره و آزمایش انجام گیرد . • در صورتی که فرد به رفتار تزریق ادامه می دهد هر ۶ ماه آزمایش از نظر عفونت های HIV و هپاتیت سی را تکرار کنید . • در صورتیکه امکان آزمایش سریع HIV و هپاتیت سی در مرکز برای شما فراهم است آزمایش سریع را اجرا و بر اساس نتیجه آن اقدام مناسب را انجام دهید . • به فرد در مورد امکان دریافت وسایل کاهش آسیب از کارشناس مراقب سلامت خانواده آموزش دهید • برای دریافت آموزش های مبتنی بر مهارت روان شناختی کاهش آسیب به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید .

- ارزیابی اختلالات مصرف مواد برای گروه سنی جوانان و میانسالان - وابستگی به مواد

توجه: پزشک پس از تکمیل شرح حال روان پزشکی در مصاحبه تشخیصی برای تعیین نوع مراقبت یا ارجاع لازم در حوزه اختلالات مرتبط با مواد به این جدول مراجعه می نماید.

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>آیا تظاهرات وابستگی به مواد وجود دارد؟ سوال کنید :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ درباره میزان و الگوی مصرف مواد سوال کنید ▪ درباره طریق مصرف مواد تزریقی / غیر تزریقی (سوال کنید . ▪ از فرد در مورد میزان آمادگی برای قطع مصرف مواد سوال کنید . <p>ارزیابی دقیقی در مورد مواد انجام دهید . موارد زیر راجستجو کنند :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ تمایل شدید یا احساس اجبار برای مصرف مواد ▪ دشواری در کنترل مصرف مواد در شروع، متوقف کردن میزان مصرف مواد ▪ وضعیت محرومیت جسمی از مواد زمانی که مصرف مواد کاهش یافته یا قطع شده است . <p>که به صورت سندروم محرومیت مشخص تظاهر می یابد</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ شواهد وجود تحمل شامل افزایش میزانی از ماده برای رسیدن به اثراتی مشابه که قبلا در دوزهای کمتر ایجاد شده است . ▪ بی توجهی پیشرونده نسبت به سایر لذت ها یا علایق به دلیل مصرف مواد، افزایش طمان برای به دست آوردن و تهیه مواد ▪ تداوم مصرف مواد علی رغم شواهد واضح مبنی بر عوارض آسیب رسان مصرف مواد <p>نتیجه آزمون غربالگری مراجع با استفاده از غربالگری ASSIST را بررسی کنید . چنانچه سه مورد یا بیشتر از ملاک های بالا وجود داشته باشد تشخیص سندروم وابستگی به مواد برای فرد معلوم می گردد .</p>	<p>نقص کنترل مصرف</p> <p>افت کارکرد اجتماعی</p> <p>مصرف پر خطر</p> <p>تحمل و محرومیت</p>	<p>وابستگی به مواد</p>	<p>چنانچه اورژانس های روان پزشکی همبود وجود داشته باشد : ارجاع فوری به بیمارستان روان پزشکی.</p> <p>چنانچه فرد آمادگی کافی برای تغییر رفتار مصرف مواد و یا ورود به یک برنامه درمانی نداشته باشد :</p> <ul style="list-style-type: none"> • تشخیص را به فرد اعلام نمایید و درباره خطرات مصرف کوتاه مدت و طولانی مدت و درباره خطرات مصرف کوتاه مدت و طولانی مدت تاوم مصرف بازخورد دهید . • ارتباط بین این مقدار مصرف، مشکلات سلامتی فرد و خطرات کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف فعلی را شرح دهید . • با استفاده از تکنیک های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید • درباره امکان پذیر بودن کاهش و یا قطع مصرف تنباکو و مواد امید بدهید . • علی رغم آماده نبودن فرد کاهش و یا قطع مصرف را توصیه کنید . • فرد را برای دریافت مداخله مختصر معطوف به ارتقای آمادگی و تعهد فرد برای تغییر رفتار مصرف یا دریافت کمک حرفه ای به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید . • برای دریافت آموزش های مبتنی بر مهارت روان شناختی کاهش آسیب به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید . <p>چنانچه فرد وابسته به داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف و مواد غیر قانونی داشته باشد تمایل به مراجعه نداشته باشد و خانواده فرد مراجعه نموده باشند :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارجاع خانواده به مراکز درمان اختلالات مصرف مواد برای دریافت مشاوره و نحوه برخورد با بیمار وابسته که از دریافت درمان طفره می رود . • به خانواده بیمار درباره ماهیت اعتیاد و نحوه حمایت صحیح از درمان بیمار آموزش دهید .

۲- برنامه ارزیابی مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<p>سوال کنید:</p> <p>- آیا فرد مواد دخانی مصرف می‌کند؟</p> <p>- آیا فرد در منزل یا اماکن عمومی در معرض مواجهه با دود مواد دخانی دیگران قرار دارد؟</p> <p>- آیا فرد، دوستان سیگاری یا مصرف کننده مواد دخانی دارد؟</p>	<p>- مشکلات تنفسی بدلیل مصرف سیگار و قلیان و یا سایر مواد دخانی</p> <p>- افت فعالیت فیزیکی</p> <p>- زردی دندانها و بوی بد دهان</p> <p>- کاهش وزن</p> <p>- سایر علائم مرتبط با مصرف سیگار، قلیان و سایر مواد دخانی</p>	<p>مواد دخانی مصرف می‌کنند در معرض خطرات ناشی از مصرف دخانیات قرار دارد</p> <p>گرایش به مواد دخانی</p>	<p>مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات پزشک:</p> <p>- آموزش مضرات استعمال دخانیات</p> <p>- بررسی و ارزیابی فرد برای سنجش میزان آمادگی ترک مواد دخانی</p> <p>- شروع مشاوره برای دوره ترک مواد دخانی (در صورت تمایل فرد به ترک مواد دخانی)</p> <p>- آموزش پیش بینی تعدیل و اجتناب از فعالیت های مرتبط با مصرف مواد دخانی</p> <p>- آموزش راهبردهای شناختی رفتاری برای کاهش اضطراب و ولع</p> <p>- انتخاب رفتارهای جایگزین مثل جویدن آدامس، خلال کردن دندان یا نوشیدن آب</p> <p>- تعیین و تشویق راه های جایگزین برای لذت بردن، مانند ورزش</p> <p>- پیش بینی و آمادگی برای موفقیت های لذت بخش و مخاطره آمیز</p> <p>- استفاده از نیکوتین جایگزین برای کاهش علائم ترک طبق جدول راهنما</p> <p>- آموزش مهارت های زندگی از جمله « مهارت نه گفتن»، « توانایی برقراری ارتباط»، « توانایی مقابله با هیجانات»، توانایی تصمیم گیری»، « مقابله با استرس»</p> <p>- توصیه رژیم غذایی مناسب و ورزش</p> <p>- آموزش راهبردهای شناختی رفتاری برای مقابله با خلق منفی مانند روش های تن آرامی</p> <p>- آموزش نحوه مقابله با ولع مصرف بعد از پایان بردن دوره ترک و پیشگیری از لغزش و عود مصرف</p> <p>- پیگیری بعد از ترک تا یک سال</p> <p>توجه: ضروری است، درمان های دارویی و جایگزین های نیکوتینی بدون انجام مشاوره و آموزش رفتارهای جایگزین انجام نشود.</p>
<p>فرد مواد دخانی مصرف نمی‌کند.</p>	<p>فرد در معرض خطر شروع به مصرف دخانیات قرار دارد</p>	<p>- آموزش مضرات استعمال دخانیات</p> <p>- آموزش مهارت های زندگی از جمله « مهارت نه گفتن»، « توانایی برقراری ارتباط»، « توانایی مقابله با هیجانات»، توانایی تصمیم گیری»، « مقابله با استرس»</p> <p>- توصیه به حضور در اماکن عمومی عاری از دخانیات</p>	

مراقبت و پیگیری

در هر فرصتی از بیمار راجع به مصرف سیگار بپرسید .

آیا سیگار می کشید ؟ / آیا علاقه به ترک سیگار دارید ؟ / آیا تاکنون جهت ترک سیگار اقدام کرده اید ؟ چگونه ؟ ...

به همه سیگاری ها ترک را به وضوح توصیه کنید . (به پیامهایتان جنبه شخصی دهید به وضعیت بالینی ، تاریخچه - سابقه خانوادگی و علائق فردی و نقش های اجتماعی فرد اشاره کنید.)

مراجعه را در ترک یاری کنید .

■ برای افرادی که راضی به ترک هستند : تعیین تاریخی برای ترک / مرور ترک های ناموفق قبل و شناسایی موقعیت های مرتبط به عود / انگیزه های ترک / راهکار رفتار جایگزین / آموزش مهارت های مقابله با استرس و خلق منفی مثل ارمیدگی

■ برای افرادی که راضی به ترک نیستند : شرح مزایای ترک / ایجاد انگیزه برای ترک / توصیه به عدم مصرف در حضور خانواده / ابراز آمادگی برای کمک به فرد / پرس و جو در مورد مصرف سیگار در هر ملاقات

پیگیری :

■ ۱-۲ هفته پس از ترک، جلسه ای برای پیگیری داشته باشید . در این جلسه در مورد وضعیت مصرف سیگار بیمار بپرسید و وی را حمایت کنید . ملاقات بعدی را در یک ماه پس از ترک ترتیب دهید .

■ در جلسات پیگیری افرادی که ترک کرده اند را تشویق کنید و راهبرد های تطابقی برای موقعیت های پر مخاطره آتی را تمرین کنید .

روش 5As برای درمان مصرف و وابستگی به دخانیات

از هر بیمار در هر بار ویزیت، در مورد شواهدی از وضعیت مصرف دخانیات سوال کنید	Ask در مورد مصرف دخانیات سوال کنید
به روشی روشن و واضح، قوی و مستدل و مناسب برای هر فرد، او را برای ترک ترغیب کنید	Advise برای ترک دخانیات راهنمایی کنید
برای سیگاری های فعلی : آیا در این لحظه مایل به ترک است ؟ برای سیگاری های قبلی : چند وقت است که ترک کرده اید ؟ و آیا مشکلی برای باقی ماندن در ترک دارید ؟	Assess ارزیابی کنید
<ul style="list-style-type: none">• برای بیماری که مایل به ترک است درمان دارویی و مشاوره و رفتار درمانی برای کمک به ترک فراهم نمایید• برای بیمارانی که در لحظه مشاوره مایل به ترک نیستند مداخلات انگیزشی برای ایجاد، افزایش انگیزه و تلاش برای آینده طراحی کنید .• برای کسانی که به تازگی ترک کرده اند و یا مشکلاتی در زمینه باقی ماندن در ترک دارند، پیشگیری از عود را فراهم نمایید .	Assist کمک کنید
لازم است برای تمام کسانی که 5As را دریافت کرده اند یک برنامه پیگیری، برنامه ریزی کنید و آنان را تحت پیگیری قرار دهید .	Arrange برای پیگیری برنامه ریزی کنید

۳- غربالگری مصرف مواد در بارداری

1. غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد در دوران بارداری باید در اولین مراقبت بارداری و پس از آن در سه ماهه‌های بعدی، هنگام زایمان و شیردهی تکرار شود.

2. ارزیابی روانی، اجتماعی :

ارزیابی روانی اجتماعی باید از مراجعه اول بیمار صورت پذیرد . شامل :

➤ مسائل مالی / نداشتن یا نامناسب بودن مسکن / خشونت خانگی / سوء رفتار جنسی و تهاجم / ارتباطات بین فردی / مسائل قانونی / سابقه سوء مصرف مواد

3. اختلالات روانپزشکی همبود با سوء مصرف مواد :

➤ اضطراب و افسردگی / روان پریشی / افکار جدی یا نقشه خودکشی و آسیب به خود / فکر آسیب رساندن به جنین، نوزاد یا فرد دیگر (در صورت وجود این اختلالات، ارجاع به روان پزشک صورت می گیرد .)
➤ داروهای روان پزشکی مورد مصرف باید در پرونده بیمار درج گردد .

4. ادامه ارزیابی و برنامه ریزی درمان در هر ویزیت:

با پیشرفت بارداری در هر جلسه مراقبت بارداری لازم است موارد زیر لحاظ گردد :

➤ برخورد توأم با توجه و ارائه خدمات مشاوره / وضعیت سلامت مادر و جنین / مسائل روانی، اجتماعی / سلامت روان / بررسی علائم و نشانه

مراقبت های بارداری

اگر در روند غربال گری به این نتیجه رسیدیم که مادر در معرض خطر مصرف مواد قرار دارد، لازم است ارزیابی کامل صورت پذیرد:

✓ خطر های ناشی از تداوم مصرف مواد طی بارداری را به فرد اطلاع می دهیم.

✓ در مورد وابستگی زن باردار به مصرف مواد مطمئن می شویم .

✓ در مورد مراقبت های تخصصی، روش های مختلف مشاوره و درمان سوء مصرف مواد به زن باردار آموزش می دهیم .

➤ پزشک باید پس از اخذ رضایت بیمار برای در میان گذاشتن اطلاعات ضروری با سایر تامین کنندگان خدمات سلامت مستقیماً با متخصص زنان و زایمان، کارکنان مرکز ارایه کننده مراقبت های مادر و کودک، بیمارستان یا زایشگاه و متخصص اطفال که بعداً ضرورت مراقبت کودک را بر عهده داشته باشد در تماس باشد .

➤ بیمار نیاز به ویزیت ماهیانه تا هفته ۲۸ و ویزیت ۲ هفته یک بار در ۳۶-۲۸ هفتگی و ویزیت هفتگی بعد از هفته ۳۶ دارد .

➤ بین هفته ۳۲-۲۴ ارجاع های زیر را انجام دهید :

✓ ویزیت متخصص اطفال بیمارستان به منظور آشنایی با وضعیت مادر باردار و برنامه ریزی برای درمان سندرم پرهیز نوزادی در صورت نیاز

✓ مشاور بیهوشی برای برنامه مدیریت درد

➤ هفته های ۴۰-۳۶ : برنامه ریزی زایمان و دوره پس از زایمان

✓ زمان و مقدار آخرین دوز دریافتی بیمار را به اطلاع متخصص زنان و زایمان برسانید .

✓ به اطلاع متخصص زنان و بیهوشی برسانید تجویز داروهای نالbufین و بوتروفانول در بیماران به علت القای علایم محرومیت ممنوع است .

✓ آموزش در خصوص اهمیت و لزوم شیردهی

۴- کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد:

در راستای اهداف کاهش آسیب ، مراکز گذری کاهش آسیب یا «DIC»، راه اندازی گردید و به معتادان تزریقی ، پرخطر و در معرض ابتلا به بیماری‌های عفونی نظیر ایدز و هپاتیت ، خدمات رایگان کاهش آسیب من جمله توزیع سرنگ، سرسوزن، پد الکلی، کاندوم ، پانسمان زخم و جراحات سطحی مراجعان ، خدمات حمایتی (تغذیه ، حمام ، پوشاک) ، انجام آزمایش HIV ، برنامه‌های آموزشی و مشاوره و ارائه خدمات دارویی با آگونیست آستانه پایین ارایه می نماید .

کارکنان نظام سلامت باید در نظر داشته باشند که تماس با کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند، هرچند کوتاه مدت یک فرصت مناسب برای برقراری ارتباط و انتقال اطلاعات و آموزش‌ها است.

در برخورد با کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند یک رویکرد سلسله مراتبی به شرح زیر باید پیگیری شود:

- در اولین قدم تشویق به درمان و سم زدایی انجام می گردد .
- در صورت نداشتن انگیزه درمان ، آگاه کردن بیمار از خطرات ناشی از تزریق و تشویق به تغییر روش مصرف
- در صورتی نداشتن انگیزه تغییر روش مصرف ، آگاه کردن بیمار از خطرات استفاده از سرنگ مشترک و تشویق به استفاده از روش‌های تزریق ایمن‌تر
- در صورتی سابقه رابطه جنسی مشکوک و یا استفاده از سرنگ مشترک ارجاع به پزشک برای انجام آزمایش‌های ضروری
- همچنین ارجاع بیمار و خانواده برای دریافت خدمات مشاوره تخصصی به مراکز مشاوره رفتاری موجود در شهرستان و یا استان

راهنمای تزریق ایمن

- ✓ نحوه مراقبت از رگها در معتادین تزریقی
- ✓ محل های اسان تزریق برای زمانهای عجله حفظ شوند .
- ✓ برای هر بار تزریق از سوزن جدید استفاده شود تا نوک تیزش باعث آسیب کمتری شود . هر بار تزریق در رگ جراحی بر جای می گذارد که برای التیام، چند روز زمان نیاز دارد .
- ✓ تزریق های مکرر در یک محل باعث :
 - بسته شدن رگ می شوند که آن را غیر قابل استفاده می کند
 - ایجاد آمبولی و عفونت می کند ،
 - سبب اتلاف ماده مخدر به علت نشت از رگ می شود و نشت ماده در بافت ایجاد آبه می کند .
- ✓ بنابراین بهتر است که :
 - فرد تمرین کند تا تزریق در هر دو بازو را بیاموزد تا رگ های بیشتری در دسترس باشد
 - بستن بازو، گرفتن رگ را بسیار تسهیل می کند، اما پس از گرفتن رگ و

• به مصرف کنندگان تزریقی مواد آموزش های زیر را دهیم :

- ❖ اطلاعاتی در مورد ایدز و هپاتیت
- ❖ اطلاعاتی در مورد استفاده از کاندوم
- ❖ تشویق به استفاده از سرنگ های استریل
- ❖ ضد عفونی کردن سرنگ : در صورتیکه امکان تهیه سرنگ استریل وجود نداشته باشد می بایست ضد عفونی کردن سرنگ به مصرف کنندگان تزریقی آموخته شود . برای این کار می بایست فرد از قبل مقداری ماده سفید کننده (وایتکس) ، آب پاکیزه و دو ظرف تهیه کند . یک ظرف با ماده سفید کننده و یک ظرف با آب پر می شود . سرنگ ابتدا در محلول ماده سفید کننده قرار داده می شود و پر می شود و سپس خالی می گردد و این کار دوبار تکرار می شود . سپس همان سرنگ دوبار با آب پر شده و خالی می گردد .

A dark blue arrow points to the right from the top left corner. Several thin, curved lines in shades of blue and grey sweep across the page from the bottom left towards the top right.

برنامه های حیطة سلامت اجتماعى

سلامت اجتماعی

"سلامت اجتماعی عبارت است از وضعیت رفتارهای اجتماعی (مورد انتظار و هنجار) فرد که اثرات شناخته شده و مثبتی بر سلامت جسمی و روانی فرد دارد و موجبات ارتقای سازگاری اجتماعی و تعامل فرد با محیط پیرامون و در نهایت ایفای نقش موثر در تعالی و رفاه جامعه می شود."

حیطه سلامت اجتماعی شامل:

- کاهش خشونت خانگی
- پیشگیری از کودک آزاری
- پیشگیری از همسر آزاری

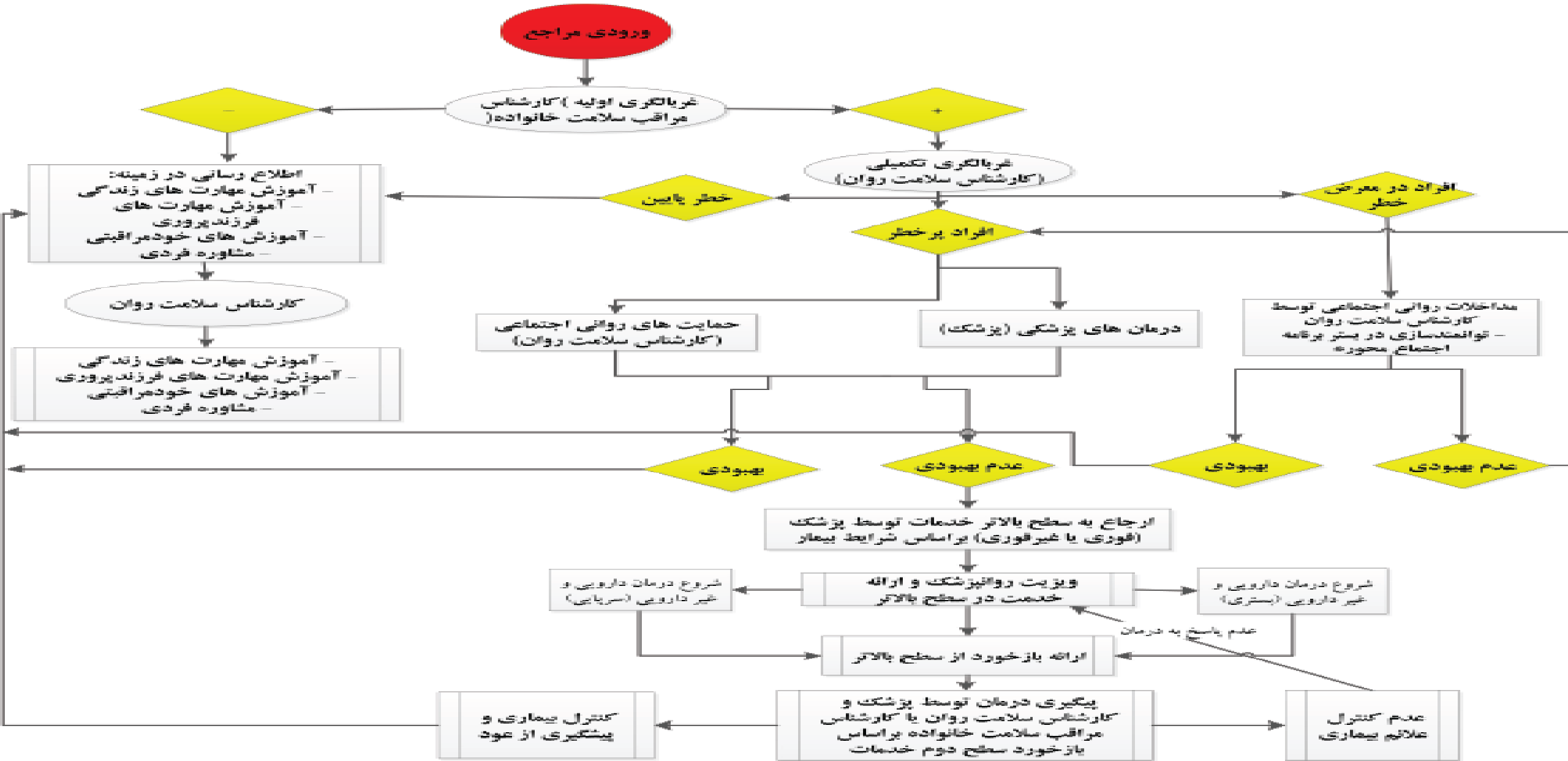
مراقبت های سلامت اجتماعی در سامانه سیب

- ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی ۵ تا ۱۸ سال - پزشک
- مراقبت از نظر سلامت اجتماعی - پزشک

اهداف مراقبت و پیگیری از افراد مبتلا به مشکلات اجتماعی

- افراد دارای مشکلات اجتماعی از قبیل خشونت علیه همسر، نیاز به پیگیری منظم دارند ولی تواتر و فواصل این پیگیری بسته به مورد و با تشخیص کارشناس سلامت روان یا پزشک مربوطه می باشد.
- موارد مشکوک به کودک آزاری، ۷۲ ساعت پس از ارجاع کودک به پزشک، پیگیری از پزشک مرکز صورت گرفته و سپس پیگیری درمان در هفته های ۴-۸-۱۲ و سپس ۳ ماه بعد صورت پذیرد .
- توجه به وضعیت بیمار و یا قربانی خشونت از نظر بهبود و یا وخامت

فلوجارت ارائه خدمات سلامت اجتماعی در مرکز سلامت شهری



• در مرحله هایی که برنامه اجتماع محور به مرحله اجرا درآمده است فرد در بستر خدمات ایجاد شده در سطح خدمات توانمندسازی دریافت می کند

ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی (۵ تا ۱۸ سال) (پزشک)

اقدامات	طبقه بندی	ارزیابی نتیجه	ارزیابی
<p>انجام معاینات کامل بالینی (وجود علائم زیر می تواند نشان دهنده سوء رفتار جسمانی با کودک باشد: 1- وجود هرگونه خونمردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال 2- وجود کبودی هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون 3- سوختگی هایی شبیه آتش سیگار 4- ضایعاتی شبیه سوختگی با آب جوش 5- علائم گاز گرفتن 6- تورم و دررفتگی مفاصل 7- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها 8- آثار ضربات شلاق 9- پارگی لجام لب 10 - کبودی چشمان 11 - مشاهده صدمات متعدد در مراحل مختلف بهبود)</p> <p>- اقدامات پاراکلینیکی (به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده کودک آزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی مراجعه شود .)</p> <p>- اقدامات درمانی (به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده کودک آزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی مراجعه شود .)</p>	کودک آزاری	مثبت	<p>علائم سوختگی، کبودی، خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن</p> <p>عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه با نوع علائم بدنی</p> <p>شکایت کودکان و نوجوانانی از خشونت در خانه،</p> <p>وجود سابقه آسیب از قبیل تاریخچه صدمات تکراری و یا سابقه مراجعات مکرر قبلی به بیمارستان</p> <p>وجود گزارشات مبهم از سوی والدین و یا سایر افراد خانواده درباره علت آسیب یا اتفاقی قلمداد نمودن آسیب از سوی والدین</p> <p>تأخیر در رساندن کودک جهت درمان، ترک مرکز درمانی قبل از کامل شدن ارزیابی ها، ابراز عدم تمایل به دادن اطلاعات، مسئولیت آسیب را بر عهده دیگران انداختن، عدم همکاری با تیم درمان</p> <p>کودکان و نوجوانانی که مادران آن ها قبلا به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده اند.</p>

مراقبت از نظر سلامت اجتماعی (پزشک)

ارزیابی	ارزیابی نتیجه	طبقه بندی	اقدامات
<p>از زنان متاهل در مورد همسرشان سوال شود: شما را کتک می زند؟</p> <p>به شما توهین کرده است؟</p> <p>شما را به آسیب تهدید کرده است؟</p> <p>سر شما فریاد می زند؟</p> <p>فرد به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت همسر، یا عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آن مراجعه می کند.</p> <p>فرد توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده است</p>	مثبت	همسرآزاری	<p>۱-مصاحبه : هنگام مصاحبه بهتر است ضمن گوش دادن به صحبت های مراجع و توجه به شکایات او، با تکان دادن سر و استفاده از عباراتی مانند "خیلی اذیت شدید"، "می فهمم"،... ارتباط مناسب را برقرار کنید.</p> <p>۲-ارزیابی خطر : در مواردی که شواهدی از وقوع خشونت اخیر وجود دارد، اولویت در ایمن نگه داشتن قربانی است. در مواردی که خشونت و بدبینی فرد مرتکب خشونت زیاد باشد، صلاح است اول مرتکب را تنها ببینیم و در مورد مشکل و علت مراجعه همسرش سوال کنیم، سپس با قربانی مصاحبه کنیم.</p> <p>۳-ثبت موارد در پرونده پزشک : شکایت اصلی یا شرح مشکل اخیر همراه با تاریخ و ساعت حادثه به نقل از مراجع ؛ جزئیات رفتار خشن به نقل از مراجع و ارتباط آن یا مشکل حاضر ؛ مشکل طبی حاصل از خشونت ؛ ظاهر و رفتار و طرز برخورد بیمار ؛ مشخصات فرد خشونت کننده و شاهدان ماجرا</p> <p>۴-ارائه خدمات پزشکی برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی مراجع</p>

منابع

- بسته خدمتی پزشک در حوزه سلامت روان
- سامانه سیب
- بوکلت چارت ویژه پزشک