اختلالات شایع روانپزشکی و پیشگیری از خودکشی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان آبیک

واحد سلامت روانی- اجتماعی و اعتیاد

شاخصهای برنامه های سلامت روان در سال 1401

- غربالگری اولیه در هر سه حوزه روان- اجتماعی و اعتیاد 100%
- غربال مثبت روان 12%
- تشخیص افکار خودکشی 5%
- درصد غربال مثبت دخانیات از کل غربالگری اولیه مصرف مواد،الکل و دخانیات: 20% مردان و 2% زنان

پیگیری و مراقبت

- ثبت اختلال، بر اساس تشخیص پزشک است نه بر اساس غربال مثبت بهورز/کارشناس مراقب

1. همه اختلالات روانپزشکی(اضطراب، افسردگی، صرع): ماهی یک‌بار
2. عقب ماندگی ذهنی : هر 6 ماه یک بار
3. کودک آزاری/همسرآزاری: هفتاد و دو ساعت پس از شناسایی و سپس ماهانه تا 3ماه. درنهایت سه ماه بعد.
4. مواد: ماه اول شناسایی به صورت هفتگی و سپس هر دو هفته یک بار در ماه دوم و سوم و سپس ماهانه تا یکسال.
5. فوریتهای روانپزشکی: 2 بار در هفته اول سپس هفتگی تا یکماه. بعد از آن ماهانه

فوریتهای روانپزشکی

خشونت – افکار خودکشی - صرع مداوم - عوارض دارویی شدید –

توهم شنیداری آمرانه - نداشتن سیستم های حمایتی برای ادامه درمان.

مراقبت بیماران

- نظارت بر مصرف دارو طبق زمان و میزان تعیین شده توسط پزشک
- بررسی عوارض دارویی
- توجه به نحوه مصرف دارو (دقت در زمینه عدم قطع دارو یا تغییرمقدار مصرف آن بدون نظر پزشک)
- توصیه به بیمار برای مراجعه به پزشک در موعد تعیین شده
- استمرار درمان و همکاری با کارشناس سلامت روان و پزشک
- توجه به وضعیت بیمار از نظر بهبود و یا وخامت
- توجه به اختلالات توأم
- تشویق بیمار به انجام فعالیت‌ها ی روزمره و کمک به حفظ کارکرد وی
- آموزش به خانواده‌ها در مورد رفتار و برخورد صحیح با بیمار

اختلالات شایع روانپزشکی در بزرگسالان

اختلالات سایکوتیک

schizophrenia

سایکوز چیست؟

- سندرومی از علائم که در آن ارتباط فرد با دنیای واقعی قطع می شود.
  - شنیدن صداها و یا دیدن چیزهایی که وجود ندارند.
  - باورهای غلط و شک غیرعادی
- فرد ممکن است از ابتلا به سایکوز آگاه نباشد.

پس از بروز ممکن است به سه شکل ادامه پیدا کند:

- ممکن است علائم به طور کامل بهبود پیدا کند و یا علائم کمی در فرد باقی بماند.
- علائم فرد به طور کامل بهبود پیدا کند، اما بعدا دوباره عود کند.
- علائم برای مدت زمان بیشتر از 3 ماه ادامه پیدا کند.

برای انگ زدایی، کاهش تبعیض و تضییع حقوق بیماران، چکار کنیم؟

با بیماران برخوردی توام با احترام داشته باشید.

در مورد آنها زود قضاوت نکنید: اینکه فلانی خطرناک است و توان انجام کاری را ندارد.

فکر نکنید بیمار توانایی تصمیم گیری و مشارکت در درمان خود را ندارد. او را در برنامه مراقبت از خود و بهبودی اش شریک کنید.

برای انگ زدایی، کاهش تبعیض و تضییع حقوق بیماران، چکار کنیم؟

اطلاعات صحیح در اختیار بیماران و خانواده هایشان قرار دهید

- در خصوص سایکوز، درمان آن و دوره بهبودی
- در مورد غلط بودن افسانه هایی که در مورد سایکوز گفته می شود اطلاع رسانی کنید

آگاهی را در میان خانواده بیماران و عموم مردم گسترش دهید که بدانند بسیاری از باورهایشان در مورد سایکوز غلط است و در خصوص حقوق این افراد آموزش ببینند.

ارتباط درست ایجاد کنید و اعتمادسازی کنید

با بیمار محترمانه رفتار کنید.

سعی کنید از زاویه دید او به مسائل نگاه کنید.

سوالات خود را محترمانه مطرح کنید.

عجله نکنید: ممکن است خیلی طول بکشد تا اعتماد ایجاد شود.

هرگز باورهای غلط فرد را مسخره نکنید یا آنها را به چالش نکشید.

سعی کنید در نقش مدافع بیمار عمل کنید.

در مورد هذیان و توهم چگونه سوال بپرسیم؟

علامت	سوال پیشنهادی برای بیمار	سوال پیشنهادی برای خانواده بیمار
توهم	مثال: آیا صدایی می شنوید یا چیزی می بینید که دیگران نمی شنوند یا نمی بینند؟	مثال: آیا تا به حال دیده اید که بیمار انگار دارد با کسی حرف می زند (یا با خودش حرف می زند؟)
هذیان	مثال: آیا فکر می کنید که افرادی قصد آزار شما را دارند؟ آیا فکر می کنید که افرادی شما را تحت نظر دارند؟	مثال: آیا بیمار صحبت های عجیب می کند؟

یادآوری: خطر خودکشی در صورت موارد زیر

ریسک اقدام به خودکشی در افراد مبتلا به سایکوز بیشتر از سایر افراد است و باید آن را چک نمایید.

اگر

افکار یا برنامه فعلی برای آسیب به خود یا خودکشی وجود دارد

و یا

سابقه افکار، برنامه، یا اقدام به آسیب به خود و یا خودکشی در یک سال گذشته در فرد وجود داشته و در حال حاضر، شدیدا بیقرار و پرخاشگر است و ارتباط خوبی هم با شما برقرار نمی کند...

خطر جدی خودکشی در بیمار وجود دارد

اختلالات خلقی

اختلالات خلقی

اختلالات خلقی به طور کلی به دو گروه تقسیم میشوند: اختلالات افسردگی و اختلالات دوقطبی

اختلال افسردگی اساسی از مهمترین اختلالات در این گروه می باشد. در این گروه از اختلالات در مدت زمانی که چند هفته یا چند ماه طول می کشد، فرد از لحاظ هیجانی وخلقی بیش از حد غمگین، بی علاقه و ناامید است.

اختلال دو قطبی نوع یک و دو از مهمترین اختلالات طیف اختلالات دوقطبی بوده به گونه ای که فرد علاوه بر دوره هایی از افسردگی دوره هایی به نام مانیا یا هیپومانیا را نیز تجربه می کند

تفاوت بین غم و افسردگی

- غم تمام می شود، در حالی که افسردگی ادامه پیدا می کند. احساس غم و اندوه در بسیاری شرایط عادی و معمولی است.
- غم و اندوه پایان می یابد، و این به معنای ناپدید شدن مشکل نیست، فقط شما موفق می شوید با حمایت صحیح به خوبی از عهده آن بر آیید.
- در افسردگی هیچ چیز پایان نمی پذیرد، زندگی خاکستری تر و سردتر می شود تا جایی که فرد دچار نوعی احساس بی تفاوتی و کرختی می شود آنچه که روزی برای او لذت بخش بود دیگر توجهش را جلب نمی کند.
- با گذشت زمان توانایی و کار آیی فرد افسرده کاهش می یابد، در حالی که در غم و اندوه با گذشت زمان توانایی و کار آمدی فرد هر روز بهتر از قبل می شود.

انواع افسردگی Depression Disorder

اختلال افسردگی اساسی

اختلال افسرده خویی

اختلال دو قطبی

اختلال ادواری خویی

افسردگی با ویژگی مالیخویایی

افسردگی آتیپیک

اختلال افسردگی اساسی

خلق غمگین و مضطرب؛ تحریک پذیری

علاقه یا لذت کم درفعالیت هایی که عموما جالب و لذت بخش هستند.

انرژی کم؛ خستگی؛ مشکلات خواب یا اشتها

وجود نشانگان جسمی چندگانه بدون وجود هیچ علت جسمی واضح (بعنوان مثال: درد و رنج های مداوم، تپش قلب، بی حسی)

احساس بی ارزشی یا احساس گناه: کاهش اعتماد به نفس، سرزنش خود، احساس گناه شدید و عذاب وجدان بدون علت واضح یا منطقی.

مشکل در انجام کارهای روزمره زندگی، مدرسه، فعالیت های خانگی و اجتماعی

اختلال افسردگی اساسی

دو نکته در اختلال افسردگی اساسی که لازم است به آنها توجه شود:

1) باید بدانیم که در بسیاری از موارد با توجه به شرایط فرهنگی کشور ما، فرد افسرده بیش از افسردگی، از علائم بدنی و جسمانی شکایت دارد که علی رغم مراجعات متعدد به پزشکان بهبودی نیافته است و به عنوان درد های عصبی شناخته می شوند.

2) خلق افسرده در کودکان و نوجوانان ممکن است به صورت تحریک پذیری یا بی قراری زیاد باشد.

افسردگی در کودکان



گوشه گیری و جدایی از دوستان و همسالان

گریه های شدید

فقدان تمرکز در درس و مدرسه

از دست دادن علاقه با بازی کردن با همسالان

انجام دادن کارهای خطرناک که همسالان انجام نمی دهند

گروه‌هایی که در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی قرار دارند

زنان به ویژه پس از زایمان (افسردگی پس از زایمان)

سالمندان

افراد مبتلا به بیماری های جسمی مزمن مثل دیابت، صرع و بیماری های قلبی- عروقی

افراد دچار سوءمصرف مواد یا الکل

افرادی که مرگ یا جدایی از همسر، سوگ عزیزان، شکست‌های عاطفی، تحصیلی و شغلی را تجربه کرده‌اند.

افرادی که دارای سابقه خانوادگی بیماری روانپزشکی به ویژه افسردگی هستند.

بیماریابی و ارجاع

نشانه ها و علایم	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
غمگینی، بی علاقگی	افسردگی	افسردگی شدید (قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران)	ارجاع فوری به پزشک
احساس خستگی و کاهش انرژی			
کاهش توانایی انجام فعالیت های روزمره		افسردگی خفیف تا متوسط (عدم وجود قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران)	ارجاع غیر فوری به پزشک
احساس بی ارزشی یا احساس گناه			
کاهش یا افزایش خواب			
افزایش یا کاهش اشتها			

بیماریابی و ارجاع

نکته:

1) از فردی که نشانه ها وعلایم افسردگی را دارد حتما راجع به افکار خودکشی به همراه قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران سؤال کنید.

2) تشخیص قطعی وجود اختلال (بیماری) روانپزشکی و نوع آن به عهده پزشک است و غربالگری و بیماریابی فقط افراد مشکوک و پر خطر را شناسایی می نماید.

مواردی که در پیگیری بیماران افسرده انجام می شود

آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پی گیری

پی گیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک،

پی گیری علایم افسردگی: غمگینی، کاهش انرژی، خستگی، مشکلات خواب و اشتها

بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک (عوارض شایع: تهوع، اسهال یا یبوست، سوء هاضمه، خشکی دهان، خواب آلودگی، ... که در هفته اول پس از شروع داروها ممکن است بیشتر بروز کند).

پی گیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه)

آنچه باید در صورت احساس افسردگی انجام دهید

سعی کنید حتی اگر در حد یک پیاده روی کوتاه هم باشد به طور منظم ورزش کنید

سعی کنید به الگوی غذا خوردن و خواب شبانه روزی خود نظم دهید

مصرف مواد مخدر، الکل و داروهای غیر مجاز، افسردگی را تشدید می کنند از مصرف آنها بپرهیزید

فرد افسرده ممکن است افکار خودکشی یا آسیب به خود داشته باشد در این صورت فورا به پزشک مراجعه کنید

تلاش کنید نسبت به فکر های منفی و مخرب که در ذهنتان میچرخد خودآگاهی پیدا کنید و آنها را با فکرهای مثبت و مشوق جایگزین کنید. برای هرپیشرفتی که در این زمینه حاصل می کنید خودتان را تشویق کنید.

با فردی که به او اعتماد دارید درباره احساسات خودتان حرف بزنید. بیشتر افراد پس از حرف زدن با فردی که به احساسات آنها توجه می کند، احساس بهتری پیدا می کند.

دنبال درمان افسردگی خود باشید. مراجعه به پزشک یا روانشناس، قدم اول شروع درمان است.

تلاش کنید به سمت انجام کارهایی بروید که قبلا آنها را دوست داشتید

ارتباطات اجتماعی خودتان را قطع نکنید. با دوستان و اعضای خانواده تان در تماس ارتباط بمانید.

راهکارهای طبیعی برای افزایش هورمون های شادی سروتونین و اندورفین

اندورفین ماده شیمیایی مخدر و در واقع مسکن طبیعی بدن برای احساس شادی، سرخوشی و آرامش در پاسخ به محرک های خارجی مانند درد، هیجان و فعالیت بدنی است.

سروتونین نیز یک انتقال دهنده شیمیایی دخیل در بهبود اختلالات روانی مانند افسردگی است و نقش مهمی در افزایش خلق و خو، بهبود الگوهای خواب و کنترل اشتها دارد

بکارگیری بسیاری از روش های ساده در شیوه زندگی مانند پیروی از یک رژیم غذایی سالم و ورزش در افزایش این دو فاکتور در بدن موثر است

تغییر در الگوهای غذایی

مواد غذایی که برای تولید سروتونین در بدن نقش دارند.

مصرف شیر، گوشت بوقلمون، سویا و دیگر مواد غذایی حاوی پروتئین بالا، و همچنین بهره مندی از مکمل هایی تحت عنوان هیدروکسی تریپتوفان با افزایش سطح سروتونین در بدن ارتباط دارند.

بنا به گزارشی که در مجله آمریکایی روانپزشکی به چاپ رسیده، افرادی که از یک رژیم غذایی سالم سرشار از سبزیجات، میوه ها و چربی های سالم سود می برند، 50 درصد کمتر از سایرین دچار اضطراب و افسردگی نسبت به زنانی می شوند که غذاهای فراوری شده و چرب مصرف می کنند.



ورزش منظم

ورزش طولانی مدت سطح اندورفین در بدن را افزایش می دهد.

به گزارش نیویورک تایمز افزایش سطح اندورفین در بدن با کاهش درد، خستگی و ناراحتی های جسمی همراه است.

انجام ورزش های قلبی عروقی، ورزشهای تحمل وزن و تمرینات کششی برای30 تا 45 دقیقه در طول روز تاثیر مثبت در افزایش اندورفین دارد.

بهره مندی از نور خورشید



خورشید نقش حیاتی روی ذهن و بدن دارد و نشان داده شده سنتز ویتامینD

از طریق آن منجر به تقویت سیستم ایمنی بدن، رشد استخوان ها و جذب

موثرتر کلسیم می شود.

در عوض عدم دریافت کافی نور خورشید با کمبود ویتامینDو افسردگی

ارتباط مستقیم دارد. علاوه بر این کمبود نور خورشید بخصوص در فصول سرد

سال باعث کاهش سروتونین در مغز و میل به ظهور علائم افسردگی، خستگی و بی حالی خواهد شد.

قرار گرفتن در معرض نور خورشید در ساعات اوج آن برای 15 تا 20دقیقه توصیه می شود.

نکات آموزشی برای خانواده و بیمار

افسردگی مشکل بسیار شایعی است که ممکن است برای هر فردی اتفاق بیفتد.

افراد افسرده دیدگاه‌های غیرواقعی منفی نسبت به خود، زندگی و آینده دارند.

افسردگی یک بیماری است که نشانه ضعف اراده یا تنبلی نبوده و صرفا با توصیه‌های عمومی مانند مسافرت رفتن یا تفریح کردن برطرف نمی شود.

بهبودی از افسردگی به تدریج ظاهر خواهد شد.

مصرف داروهای ضد افسردگی با تجویز پزشک خطر جدی برای بیمار ندارد.

مصرف داروهای ضد افسردگی اعتیاد آور نیست و عوارض ماندگاری برای بیماردر بر نخواهد داشت.

نکات آموزشی برای خانواده و بیمار

شایع ترین عوارض داروها در اوایل مصرف عبارتند از خواب آلودگی خفیف، سوءهاضمه، اسهال که با ادامه درمان و مصرف دارو همراه غذا تدریجاً بهبود می یابد.

قبل از قطع داروها حتما باید با پزشک مشورت شود.

گاهی لازم است دارو برای جلوگیری از عود مشکل حداقل برای یک دوره شش ماهه مصرف شود.

دارو باید هر روز استفاده شود و حتی‌الامکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.

فرد افسرده را نباید تنها گذاشت، باید به کارهای ساده و روزمره سرگرم شود و مورد توهین و انتقاد قرار نگیرد.

نکات آموزشی برای خانواده و بیمار

اهمیت ادامه فعالیتهای لذت‌بخش، تا حدممکن، بدون در نظرگرفتن این که درحال حاضر از آنها لذت می‌برد یا نه.

اهمیت داشتن یک سیکل خواب منظم (به عنوان مثال: شب‌ها در ساعتی مشخص به رختخواب برود، سعی کند به میزان مشخص مشابه قبل بخوابد، از خوابیدن زیاد اجتناب کند).

مفید بودن فعالیت فیزیکی منظم، هر چقدر بیشتر باشد بهتر است.

مفید بودن فعالیت اجتماعی منظم، شامل شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، هر چقدر بیشتر باشد بهتر است.

در افراد مسن‌تر، اهمیت کمک گرفتن در مورد مشکلات جسمی.

اختلال دوقطبی

Bipolar disorder

اختلال دوقطبی

بیماری دوره ای است. که باعث نوسانات شدید در خلق و روحیه فرد می شود، این اختلال به اسامی دیگری همچون اختلال مانیک- دپرسیو، مانیا، بای پلار (Bipolar) و شیدایی نیز نامیده می شود.

بیماران دوقطبی بین دو حالت سرخوشی و افسردگی تغییر حالت می دهند. و دوره ای نیز ممکن است بهبودی کامل داشته باشند و به زندگی سالم خود با یا بدون دارو ادامه دهند.

تغییرات بیشتر در حوزه های زیر هستند:

- دوره مانیا: بالا رفتن خلق و سطح انرژی و فعالیت
- دوره افسردگی اساسی: پایین آمدن خلق و سطح انرژی و فعالیت

34

علائم اختلال دو قطبی در دوره شیدایی

تحریک پذیری، عصبانیت و پرخاشگری

پرحرفی

بی خوابی

ولخرجی و انجام کارهای پر خطرمثل رانندگی پر سرعت، روابط جنسی متعدد و...

بیمار همه این علایم را در یک دوره یک تا چند هفته ای باید داشته باشد و این حالات در چند ساعت و چند روز نمی تواند بیماری دوقطبی تلقی شود.

علائم اختلال دو قطبی در دوره افسردگی

بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی ممکن است در زمان هایی به شدت احساس غمگینی و افسردگی داشته و حوصله انجام هیچ کاری را نداشته باشند و از زندگی لذت نمی برند که این حالت همان « افسردگی» است.

سایر علائم اختلال دو قطبی

توهم: ادراک بدون وجود محرک (مانند شنیدن صداهایی که دیگران آنها را نمی شنوند و دیدن چیزهایی که دیگران آنها را نمی بینند) .

هذیان: فکر یا باور غلط که فرد به آن اعتقاد دارد و برای او قابل تردید نیست و منطبق بر زمینه تحصیلی ، فرهنگی و اجتماعی او نیست؛ (مانند اینکه فرد معتقد است که یک مقام رده بالای کشوری یا جهانی است یا فکر می کند اشخاصی او را تعقیب می کنند و می خواهند به او صدمه بزنند).

آموزش به بیمار و خانواده وی

آگاهی نسبت به بیماری

پایبندی به مصرف دارو

اجتناب از مصرف مواد و الکل

توجه به علائم هشداردهنده و علائم عود بیماری

تغییر در سبک زندگی

باورهای نادرست در ارتباط با استفاده از داروها

از فردی که نشانه های دوره شیدایی را دارد حتماُ راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران سئوال کنید. چنانچه پاسخ مثبت است، این علایم را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

غربالگری و ارزیابی افراد

علایم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
سرخوشی بیش از حد یا تحریک پذیری، عصبانیت وپرخاشگری	احتمال اختلال دوقطبی(مانیا)	قصد آسیب جدی به خود یا دیگران	ارجاع فوری به پزشک
بی خوابی		توهم یا هذیان	ارجاع فوری به پزشک
پر حرفی		فقدان توهم و هذیان یا قصد آسیب	ارجاع غیر فوری به پزشک
فعالیت و انرژی زیاد بدون احساس خستگی			

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی

بیمار مشکوک به اختلال دوقطبی پس از ارجاع به پزشک و تایید تشخیص، ممکن است جهت بررسیهای تکمیلی، شروع درمان یا نیاز به بستری در بخش روانپزشکی، توسط پزشک به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود.

روانپزشک درمان دارویی را شروع نموده و بیمار را با پسخوراند لازم برای پی گیری مجدداً به نزد پزشک باز می گرداند. نوبت اول پی گیری درهفته اول پس از بازگشت از ارجاع توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز انجام می شود. پیگیری های بعدی به صورت ماهانه و فعال انجام می گردد.

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی

به فرد و مراقبین او، اطلاعاتی در مورد بیماری و درمان آن بدهید. این اطلاعات باید شامل نکاتی پیرامون علائم و نشانه‌های بیماری، اهمیت استفاده منظم از داروها حتی زمانی که علائم از بین رفته‌اند و مشکلاتی که در مورد قبول نیاز به درمان وجود دارد را شامل شود. چنانچه فرد، مراقبی ندارد، فردی از اطرافیان وی مثلاً دوستان یا اقوام را انتخاب نمایید تا به صورت دوره‌ای او را تحت نظر و مراقبت داشته باشد.

آموزش به خانواده و بیمار

اختلال دوقطبی یک وضعیت بهداشت روانی است که به صورت تغییرات خلق بالا تظاهر پیدا می‌کند و می‌تواند از احساس غمگینی شدید و خستگی تا روحیه بالا، انرژی زیاد، تحریک‌پذیری و هیجان زدگی بیش از حد متغیرباشد.

داشتن سیکل خواب منظم مهم است (مثلاً این که هر شب سر ساعتی مشخص به رختخواب برود، سعی کند به میزان مشابه قبل از بیماری بخوابد و از خوابیدن خیلی کمتر از معمول، اجتناب نماید)

آموزش به خانواده و بیمار

لازم است با تشخیص عود علائم همچون کمتر خوابیدن، بیشتر پول خرج کردن، احساس انرژی بیش از حد معمول با مراجعه سریع برای درمان و پیشگیری از عود بیماری، جلوگیری بعمل آید.

فردی که در فاز شیدایی (مانیا) قراردارد، بنیش کافی نسبت به بیماری خود ندارد و حتی ممکن است از احساس شعف زیاد و افزایش انرژی لذت ببرد، بنابراین کسانی که از فرد مراقبت می‌کنند باید در فرآیند جلوگیری از عود بیماری، تاثیرگذار باشند.

آموزش به خانواده و بیمار

از مصرف الکل و سایر مواد روانگردان، باید اجتناب شود.

حمایت سازی کنید: اعتماد دو طرفه بین فرد و کارکنان بهداشتی برای فردی که اختلال دوقطبی دارد، اهمیت زیادی دارد چون ارتباط خوب می‌تواند نتایج دراز مدت به خصوص مصرف دارو را بهبود بخشد.

اختلالات اضطرابی

Anxiety Disorder

انواع اختلال اضطرابی

1. Panic disorder — اختلال هراس
2. Generalized anxiety disorder — اختلال اضطراب منتشر
3. Specific phobia — فوبی خاص
4. Social phobia — فوبی اجتماعی
5. separation anxiety disorder — اختلال اضطراب جدایی
6. Obsessive- compulsive disorder — اختلال وسوای-اجباری

خودکشی

suicide

اصطلاحات

خودکشی یک **اورژانس روانپزشکی** است

خودکشی کامل به معنای خاتمه زندگی به دست خود فرد است

اقدام به خودکشی: اگرکسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند

رفتارهای شبه خودکشی، خودزنی بدون قصد مردن

افکار خودکشی : خیالپردازی و فکر کردن درباره کشتن خود. میزان وخامت به نقشه خودکشی و میزان جدیت فردبستگی دارد.

تهدید به خودکشی: فرد با زبان خود به قصدش برای رفتار خودآسیب رسان اقرار میکند

ریسک فاکتور های خودکشی

- **جنسیت**: خودکشی منجر به فوت در مردان 3 برابر زنان است . اقدام به خودکشی در زنان 4 برابر مردان است
- **سن**: در افراد مسن خودکشی کمتر ولی منجر به فوت میشود.خودکشی سومین علت مرگ در گروه سنی 24-15 سال است.
- **بیکاری**: داشتن شغل خطر خودکشی را کمتر می کند
- **تأهل**: افراد مجرد بیوه یا جداشده در خطر بیشتری هستند.
- **بیماری جسمی**
- **طبقه اقتصادی اجتماعی**

ریسک فاکتور های خودکشی

اقدام قبلی به خودکشی: قوی ترین عامل خطر برای خودکشی، اقدام به خودکشی قبلی است.

- **افسردگی**: طولانی بودن یا شدید بودن دورهٔ افسردگی کنونی
- **سابقهٔ بستری روانپزشکی**
- **فقدان یا جدایی اخیر**
- **خشونت و پرخاشگری**
- **بی قراری و اضطراب شدید**

سلامت روانی در خودکشی

- اختلالات مهم روانپزشکی در خودکشی:

  1) افسردگی 2) سوءمصرف مواد

95% کسانی‌که خودکشی یا اقدام به خودکشی دارند، یک اختلال روانی دارند.

افسردگی 60 تا 70 درصد این موارد را شامل می شود.

نکته:

از هر 10نفری که اقدام به خودکشی می کنند، 8 نفر قبلا درباره آن صحبت کرده‌اند.

بهترین راه برای کسب اطلاعات سوال از خود فرد است. در مورد خودکشی باید مستقیما سوال کنید.
پرسش در مورد خودکشی باعث افزایش افکار خودکشی نمی شود. در حقیقت افرادی که به خودکشی فکر میکنند، بسیار خرسند میشوند که آزادانه درباره مسائل و مشکلاتشان صحبت کنند .

صحبت کردن درباره خودکشی با فردی که دارای افکار خودکشیست احتمال اقدام به آن را کاهش می دهد.

باورهای نادرست در مورد خودکشی

کسی که راجع به خودکشی حرف میزنند، خودکشی نمی کنند	بیشتر افرادیکه در اثر خودکشی می میرند، افکار و نقشه های خودکشی خود را قبل از مرگ با دیگران در میان گذاشته اند
افراد با قصد خودکشی قطعا قصد مرگ دارند	مردد هستندو درباره قصد کشتن خود مصمم نبوده اند.
خودکشی بدون هشدار قبلی اتفاق می افتد	آنها انواع پیامهای کلامی و رفتاری را به دیگران نشان داده اند.
سوال درباره خودکشی موجب القا فکر خودکشی درافراد میشود	اگرکسی درباره افکارشان بداندوبتواندکمکی کنداحساس تسلی میکنند و هرگزبحث درباره خودکشی منجربه خودکشی نمیشود
اقدام کنندگان به خودکشی افرادی خودخواه و ضعیفند. افرادباهوش و موفق خودکشی نمیکند	هر کسی احتمال اقدام به خودکشی را دارد . خودکشی مرز فرهنگی، قومی، تحصیلی یا اجتماعی اقتصادی ندارد
وقتی کسی مستعد خودکشی است، او دائم در این فکر است	افکار خودکشی ممکنست برگردند اما آنها دائمی نیستند و در برخی از افراد هرگز بر نمیگردند.
بهبودی پس از یک بحران، خطر خودکشی را برطرف میکند	بسیاری از خودکشیها در زمان بهبودی فرد رخ میدهد، وقتی که فرد انرژی کافی برای این کار را دارد
فردی که یکبار اقدام به خودکشی کرده، مجددا آنرا تکرار نخواهد کرد	اقدام قبلی یکی از پیشبینهای قوی برای اقدامهای بعدی خودکشی است
اگر افراد دارای فکر خودکشی تمایلی به حمایت شدن ندارد به زور شماره مراکز اضطراری را به او ندهیم	حتی درصورت مخالفت فرد، آنها پس از مدتی با این مراکز تماس میگیرند. پس شماره تلفنهای ضروری (123. 1480)و اقدامات پیشگیرانه فوری را آموزش دهیم

چگونه ارتباط برقرار کنیم

با دقت گوش کنید ، آرام باشید.

احساسات فرد را درک کنید(همدلی کنید).

پیام هایی مبنی بر پذیرش و احترام به صورت غیر کلامی ارائه دهید.

به فرد و نظراتش احترام بگذارید.

حامی باشید. نگرانی ،مراقبت و علاقه خود را نشان دهید.

بحث و سرزنش نکنید

احساساتی و بهت زده نشوید

تمام تهدید به خودکشیهای او را جدی بگیریم

چگونه در مورد افکار خودکشی از بیمار سوال کنیم؟

بهترین راه پرسش مستقیم است

بتدریج به سمت سوال اصلی بروید

در شرایطی که او احساس آرامش می کند و محیط شلوغ نیست، سوالات را بپرسید

بدون قضاوت و ترس در مورد افکار خودکشی، اقدام یا برنامه برای اقدام به خودکشی از بیمار سوال کنید. او را جدی بگیرید و همدلی نشان دهید.

از سرزنش و نصیحت ومثال زدن افرادی که به نظر شما شرایط سختی دارند ولی فکر خودکشی ندارند، بپرهیزید. این کار باعث رنجش و ناامیدی بیشتر بیمار خواهد شد

فرایند غربالگری خودکشی

سوال اول یک سوال کمکی برای ورود به موضوع :آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟

سوال دوم ، مستقیم در مورد خودکشی:آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟

برای نوجوانی(10 سال تمام و بالاتر) از خود نوجوان) و در غیر اینصورت از والدین یا مراقب اصلی وی سوال میشود:

سوال اول: آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شود و به مرگ فکر کند؟

سوال دوم: آیا اخیراً فکر خودکشی را بیان کرده است؟

اقدام برای غربال مثبت خودکشی

ضمن حفظ آرامش و ارتباط با بیمار، با احتمال اورژانس روانپزشکی او را به پزشک ارجاع دهید

برای فرد توضیح دهید که نگران سلامت او هستید و به خاطر همین برای بررسی بیشتر او را به پزشک ارجاع می دهید. اگر همراه ندارد، به او بگویید که موظف هستید برای کمک به او از یک عضوخانواده او کمک بگیرید و باید فوراً آنها را مطلع نمایید. در برقراری تماس با همراهان آرامش خودتان را حفظ کرده و بدون سرزنش و قضاوت از آنها بخواهید که در پایگاه حضور پیدا کنند.

بیمار را تنها نگذارید و باید بیمار را تا اتاق پزشک راهنمایی کنید.

پس از اطمینان از اینکه بیمار نزد پزشک رفته وضعیت بیمار را پیگیری کنید

اقدام های قبل از ارجاع

بیمار را تنها نگذارید.

اشیاء 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.

اقدام های قبل از ارجاع

به خانواده جهت حمایت و نظارت نزدیک اطلاع دهید.

بیمارانی که به‌تنهایی قادر به اداره خود یا دادن اطلاعات کافی نیستند را به همراه یکی از بستگان مطلع ارجاع دهید.

زمان و مکان ارجاع را به گونه‌ای تنظیم نمایید که بیمار دچار سردرگمی نشود.

ارجاع، پیگیری و مراقبت

- جهت ارجاع فوری فردبه پزشک و روانشناس اقدام کنید وبرای او وقت ملاقات ترتیب دهد.
- برای توضیح دلیل ارجاع فرد زمان بگذارید، فرد را متقاعد کنید که ارجاع او به معنی از سرخود باز کردن و راحت شدن از دست او نسیت.
- آموزش به خانواده: حمایت شدن از طرف خانواده، یکی از عوامل محافظت کننده خودکشی است.

پیگیری اورژانس‌های روانپزشکی (موارد ارجاع فوری)

- در ماه اول، هفته‌ای یک‌بار و از آن پس ماهی یک‌بار

خودکشی: موارد ارجاع فوری

بیماری که برای خودکشی برنامه یا نقشه مشخصی دارد.

بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.

بیمار بسیار تحریک‌پذیر، آژیته یا شدیداً بی‌قرار که کنترل رفتار وی دشوار است.

حمایت روانی اجتماعی را فعال کنید:

- خانواده، دوستان، سایر افرادی که نگران وضعیت بیمار هستند و همچنین منابع در دسترس در جامعه را برای مراقبت از فرد و حمایت از او بسیج کنید.

- به فرد و مراقبان توصیه کنید مادامیکه او افکار و نقشه هایی برای آسیب به خود دارد دسترسی اش به ابزارهای آسیب به خود را محدود کنند.

- از حمایتی که از منابع اجتماعی می توان کسب کرد بیشترین بهره را ببرید. اهم منابع عبارتند از: اقوام، دوستان، آشنایان، همکاران، روحانیان، . نهاد های رسمی نظیر مراکز سلامت روان.

- خانواده اغلب استرس شدیدی را تجربه می کند. انها را هم مورد حمایت قرار دهید.

- اگرچه ممکن است نسبت به فرد احساس یاس و سرخوردگی داشته باشند ولی از انتقاد شدید و مخالفت با فردی که در معرض آسیب به خود است اجتناب کنند.

اختلالات روانپزشکی کودکان

شب ادراری کودکان
Enuresis

عدم کنترل ادرار به صورت ارادی یا غیر ارادی نا متناسب با سن

تا 5 سالگی طبیعی است

حداقل 2 بار درهفته به مدت 3ماه تداوم داشته باشد

نحوه برخورد

خود محدود شونده است- با افزایش سن بهبود می یابد

زمینه ژنتیک دارد

اطمینان بخشی به والدین در خصوص بهبود اختلال

پرهیز از کتک زدن و مسخره کردن کودک

محدود کردن مایعات

استفاده از سیستم تشویقی- جداول رفتاری

تیک

یک حرکت یا صدای سریع، ناگهانی و بی هدف است. غیر ارادی یا نیمه ارادی بوده و به سادگی در کنترل بیمار نیست.

میلی درونی در درون آن پنهان است.

ویژگیهای تیک

دوره های فراز و فرود دارند

محل تیک جابجا می شود

نحوه برخورد با فرد مبتلا به تیک

اگر تیک گذرا بود:

- تیک را نادیده می گیریم
- اطمینان بخشی به خانواده
- بچه را در موقعیت استرس وارد نکنید
- آموزش معلمان در خصوص نحوه برخورد

در صورتی درمان می شود که:

- شدت تیک زیاد باشد به نحوی که زندگی فرد مختل شده باشد
- منجر به آسیب جدی شود
- استرس شدیدی وارد کند که منجر به آسیب شدید شود
- باعث تمسخر فرد شود

اختلالات بیش فعالی و نقص توجه

ADHD



سه حالت ADHD

- عمدتاً بی توجه
- عمدتاً بیش فعال/ تکانشی
- ترکیبی

* تنها زمانی که این رفتارها بسیار شدید است و بر توانایی کودک در عملکرد روزانه تاثیر می گذارد(مثل: یادگیری، بازی کردن و تعامل با همسالان)، به عنوان اختلالات رفتاری تعریف می شوند.

چرا لازم است که درمورد بیش فعالی بدانیم

زمانی که کودکان ADHD تشخیص داده نمی شوند، ممکن است برچسب سرکش و بی مسئولیت بخورند به خاطر رفتارهایشان سرزنش و تنبیه شوند

تنبیه می تواند رفتار آنها را بدتر کند

زمانی که کودکان مبتلا به ADHD درمان و حمایت دریافت نکنند، ممکن است ترک تحصیل کنند یا از مدرسه اخراج شوند.

آنان در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند

در نوجوانی در معرض خطر مصرف الکل، مواد و مشکلات بزهکارانه هستند

آموزش والدین

توضیح دهید که کودک/ نوجوان مشکل سلامتی دارد و رفتارهایش عمدا نیست

هم زمان که نقاط ضعف کودک/نوجوان را شناسایی می کنید، بر خوبی های او نیز تاکید کنید

کودک و والدین را مطمئن کنید که شما برای بهبود رفتارها و یادگیری، می توانید به آنها کمک کنید اما بهبودی مستلزم انگیزه و تعهد آنهاست

ورزش منظم و فعالیت های بدنی را تشویق کنید

محرک ها را کاهش دهند: مثلا در یک زمان، تنها یک اسباب بازی یا تکلیف به کودک بدهند

از تنبیه بپرهیزند: رفتار را بدتر می کند

هر تلاش یا دستاوردی را پاداش دهند: کودک نیاز دارد که حس کند در حال پیشرفت است

در مدرسه حامی باشند: مطمئن شوید که کودکان برای تلاش هایشان برای یادگیری، حمایت می شوند

توصیه به معلمان

قوانین کلاسی ساده و کوتاهی معین کنید. آنها را به شکل مثبت بگویید

فعالیت های کلاسی را پایدار و قابل پیش بینی نمایید

کودکان مبتلا به ADHD به دلیل فراموش کاری و حواس پرتی، نسبت به همسالانشان به نظارت بیشتری نیاز دارند. با قرار دادن این دانش آموزان در گروهای دونفره با همکلاسانی که میتوانند تکالیف و کارهای کلاسی را به آنها یادآوری کنند و استفاده از والدین برای همکاری با کودک در یک پروژه، به آنها کمک کنید.

از کودک بخواهید در جلوی کلاس بنشیند

بازخوردهای مکرر و مثبت بدهید

نشانه های تصویری و یادآورهایی درباره ی دنبال کردن فعالیت ها، قوانین کلاس و تکالیف، قرار دهید

فرصت هایی برای حرکت فیزیکی فراهم کنید و به کودکان اجازه دهید تا در زنگ تفریح بازی کنند.

به کودک فرصت بیشتری برای فهمیدن تکالیف درسی بدهید

تکالیف درسی طولانی را به چند تکلیف کوتاه تر تقسیم کنید