بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

دستورالعمل های خودمراقبتی بیماران

بیماری های شایع بخش روانپزشکی

(Self-care instructions for patients based on common diseases of the psychosomatic department)



واحد آموزش سلامت

تابستان ۱۴۰۳

تهیه و تنظیم:

کارگروه آموزش به بیمار بخش روانپزشکی

نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر فرزانه ابراهیم پور (متخصص روانپزشکی)	رئیس بخش
مژگان محمدپور (کارشناس ارشد پرستاری)	سوپروایزر آموزش سلامت
جواد عسگری (کارشناس پرستاری)	سرپرستار
فهیمه عباسپور (کارشناس پرستاری)	رابط آموزش

فهرست مطالب

فوریت های روان پزشکی (Psychiatric emergencies) ۴
اختلال افسردگی (Depression Disorder) ۹
اختلالات شخصیت(Personality disorders) ۱۳
اختلال دو قطبی (Bipolar disorder) ۱۷
اختلالات مرتبط با اعتیاد و مواد (Substance-related and addictive disorders) ۲۱

فوریت های روان پزشکی
(Psychiatric emergencies)



⇐ شرح

فوریت روان پزشکی برای یک بیمار با اختلالات روانپزشکی می باشد که احتیاج به رسیدگی فوری دارد. به طور کلی فوریت های روان پزشکی، عبارتند است از هرگونه اختلال تفکر، احساس یا عمل که مداخله فوری برای آن ضرورت دارد.

فوریت ها در روان پزشکی، شامل خودکشی، رفتارهای خشونت آمیز، مصرف بیش از حد داروهای مؤثر بر روان و فوریت هایی که در برخی موارد، در مبتلایان به اختلالات روانی ممکن است پیش آید.

⇐ اصول کلی مصاحبه و ارزیابی در فوریت ها

- برخورد اولیه با افرادی که دچار فوریت های روان پزشکی هستند، معمولاً یکسان است. رفتار این گونه افراد، اکثرا آشفته است و در حالت نامتعادل قرار دارند و به سرعت می توانند در جهت بهتر یا بدترشدن پیش روند.

در کنترل و ارزیابی صحیح بیماران موارد زیر باید مورد توجه قرار بگیرد:

- قبل از ملاقات با بیمار حتی الامکان به خوبی او را بشناسید.
- از خطرات ناشی از خشونت احتمالی آگاه باشید و اقدامات ایمنی را در نظر بگیرید (مثلا، دسترسی به در، دور بودن اشیاء خطرناک از دسترس بیمار، حضور افرد دیگر در نزدیکی محل و غیره).
- بدون تهدید به بیمار نزدیک شوید، او را آرام کنید. نگرانی و اضطراب بیمار را کاهش دهید.
- بیمار را از محیط و شرایط اضطراب انگیز خارج کنید وتمام افراد و اشیاء محرک یا مخرب را از محیط خارج کنید.
- او را تشویق نمائید تا بنشیند و آرامش خود را حفظ نماید.
- بیمار را تشویق نمایید تا آزادانه درباره آنچه که در فکر دارد صحبت نماید و به او اجازه دهید خود را بیان کند.
- از اعمال خشونت توسط بیمار نسبت به دیگران جلوگیری کنید و به بیمار بگویید که خشونت به هیچ عنوان مورد قبول نیست و در صورت نیاز از مهار فیزیکی یا اتاق انفرادی استفاده خواهید کرد.

- افرادی که در مهار فیزیکی بیمار تسلط کافی دارند، آمادگی داشته باشند تا در صورت نیاز به سرعت و با کمترین صدمه به بیمار او را مهار کنند.

⇐ خودکشی (Suicide)

امیل دور کیم جامعه شناس فرانسوی (۱۸۹۷) خود کشی را چنین تعریف کرده است: مرگی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم، بر اثر اقدامی که خود فرد می کند و در عین حال به نتیجه رفتارش (مرگ) آگاهی دارد، روی می دهد. بین خودکشی و اقدام به خودکشی باید تفاوت قائل شد. خودکشی مرگ عمدی و آگاهانه به دست خود می باشد و اقدام به خودکشی اقدامی عمدی و برنامه ریزی شده برای مردن است که منجر به مرگ نمی شود. کسانی که به طور مکرر به خود آسیب می زنند، رفتار شبه خود کشی دارند.

آمارها حاکی از آن است که میزان خودکشی موفق در میان مردان بالاتر از زنان است. این در حالی است که میزان افکار خودکشی یا ارتکاب خودکشی در میان زنان بیش از مردان می‌باشد. اقدام به خودکشی در سالمندان کمتر از جوانان است؛ اما خودکشی موفق در آن ها بیشتر است میزان خودکشی در جوانان نیز رو به افزایش است. خودکشی در افراد متأهل کمتر از افراد مجرد است.

علل خودکشی

- ❖ علل جامعه شناختی
- ❖ علل روان شناختی
- ❖ عوامل زیست شناختی
- ❖ عوامل ژنتیکی
- ❖ اختلالات طبی

⇐ افرادی که بیشتر در معرض خطر خودکشی هستند

- ❖ **سن**: سن بالا (بالای ۴۵ سال).
- ❖ **جنس**: مذکر
- ❖ **وضعیت تأهّل**: افراد مجرد، طلاق گرفته و بیوه

- **اشتغال**: بیکاری، اخراج از کار و بازنشستگی
- **روابط اجتماعی**: افراد منزوی و تنها
- **اختلالات روانی** :افسردگی اساسی ، اسکیزوفرنی، الکلیسم، وابستگی به دارو، اختلالات شخصیتی ، زوال عقل
- **اختلالات طبّی** : صرع، اسکلروز مولتیپل، صدمات جمجمه، حوادث عروقی ،مغز کره هانتینگتون ، ایدز، سندرم کوشینگ، بی اشتهایی عصبی، سندرم کلاین فلتر ،پورفیری، زخم پپتیک ، سیروز، هیپرتروفی پروستات، همودیالیز، معلولیت ها.
- **بحران های زندگی:** از دست دادن فرد مورد علاقه، مشکلات مالی ، قانونی و بیماری در خانواده.

⇐ اقدامات مراقبتی

- پس از آن که مشخص شد بیماری می خواهد خودکشی کند، پرستار فورا مسئولیت جلوگیری از خودکشی را باید به عهده بگیرد. برای این کار نیروی انسانی کافی هوشیاری و روابط خوب آنها لازم است.
- بیمار هرگز تنها گذاشته نشود و موقع خواب یک چراغ کم نور در اتاق او گذاشته شود که قصد او برای خودکشی مشاهده شود.
- کلیه وسایل خطرناک مانند قیچی چاقو، چراغ،کمربند ،کبریت، ناخن گیر، وسایل شیشه ای و هر نوع وسیله تیز از دسترس بیمار دور شود.
- باید نقاط مثبت را در بیمار شناسایی و بر آنها تأکید نمود نقاط مثبت باید تقویت شود تا بیمار بتواند در مقابل استرس ها مقاومت نماید.
- از منابع موجود اجتماعی برای کمک به بیمار استفاده شود؛ مانند خانواده و دوستان نزدیک. بیمار باید تشویق شود تا وضعیت و مشکلات خود را با خانواده اش در میان بگذارد.
- افرادی که در خارج از بیمارستان اقدام به خودکشی می کنند یا در معرض خطر خودکشی قرار دارند، بهتر است در بیمارستان بستری شوند؛ به خصوص در مواردی مانند فقدان سیستم حمایتی قوی و سابقه نقشه به انجام رساندن خودکشی، بستری ضروری است.

⇐ مداخلات

- در زمانی که رفتار خشونت آمیز بروز کرده است؛ نخستین اقدام، تعیین علت آن رفتار می باشد که بر اساس آن درمان لازم انجام گیرد.
- کلیه وسایل خطرناک باید از دسترس بیمار دور شود و به او گفته شود که خشونت به هیچ عنوان پذیرفتنی نیست.

- در صورت نیاز، با تجویز پزشک از داروهای آرام بخش نیز میتوان استفاده نمود.
- در مواردی که خشونت بیمار شدید است و امکان مصرف دارو نیز وجود ندارد؛ می توان از مهار فیزیکی استفاده نمود.

⇐ در مهار فیزیکی باید موارد زیر مورد نظر باشد

- برای بیمار توضیح داده شود که چرا او مهار می کنند.
- برای مهار حداقل چهار نفر لازم است.
- برای بستن بیمار از بندهای چرمی استفاده شود.
- پس از مهار با بیمار ارتباط کلامی برقرار شود.
- یکی از اعضای تیم درمانی در معرض دید بیمار قرار داشته باشد.
- وضعیت مهار باید طوری باشد که پاهای بیمار از هم باز یک د ست در پهلو و دست دیگرش روی سر او قرار گرفته شود، سر بیمار نیز کمی بالاتر از سطح بستر باشد تا احتمال آسپیراسیون را کاهش دهد .
- مهار باید طوری باشد که در صورت نیاز به تزریقات وریدی مشکل وجود نداشته باشد.
- مرتباً مهارها از نظر ایمنی و راحتی کنترل شود.

⇐ توصیه های خود مراقبتی در سایکوز

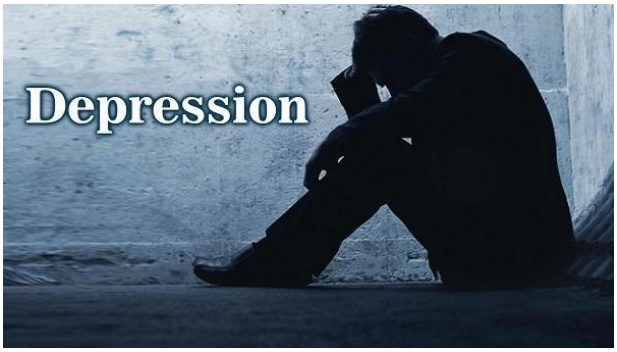
- بیمار را به عدم وابستگی و حفظ استقلال تشویق کنید و زمانیکه بیمار قادر به اجرای فعالیت نیست ، کمک نمایید.
- به بیمار اجازه دهید که فعالیت های روزانه زندگی را در سطح توان خود انجام دهد.
- تقویت مثبت کارهای بیمار، موجب ارتقاء عزت نفس بیمار می شود.
- قبل از حمام ، دمای آب را کنترل کنید
- محیطی ایمن و راحت را در حمام برای وی فراهم کنید.
- جهت پیشگیری از ضعف و آتروفی عضلات بیمار و افزایش انرژی و توانایی ماهیچه ها بیمار را در برنامه های ورزشی شرکت دهید. علائم افسردگی، اضطراب یا تحریک پذیری را در بیمار بررسی کنید.
- حس اعتماد را در بیمار بالا ببرید.

- در صورتیکه بیمارتان با خودش صحبت می کند و یا بدون دلیل می خندد با او صحبت کنید و از روش های انحراف فکر استفاده کنید.
- خطر خودکشی را در بیمار بررسی کنید: رفتارهای بیمار را هر ۱۵ دقیقه کنترل کنید.
- توجه داشته باشید کنترل بیمار تحت الگوی خاصی نباشد و با فاصله های نامنظم انجام گردد.
- محیط بیمار را امن نگه دارید و همه وسایل صدمه آفرین را از محل دور کنید.
- از شیشه نشکن در محیط بیماری که در خطر صدمه به خود دارد، استفاده کنید.
- با بیمار قرارداد (شفاهی یا کتبی) ببندید که در زمان تجربه میل به صدمه به خود، پرستار بخش را آگاه کند.
- راه هایی که سبب کاهش اضطراب می شوند مثل ورزش ، فعالیت یا صحبت در مورد احساسات را تقویت کنید.
- احساسات مربوط به عصبانیت بیمار را به خوبی گوش دهید و آنها را بشناسید.
- آمادگی مداخله در پرخاشگری بیمار را داشته باشید.

⇐ توصیه های خود مراقبتی در مهار خشم

- افکار منفی را شناسایی کنید و جای آن ها را با افکار مثبت عوض کنید.
- تنفس شکمی را روزی چند بار انجام دهید.
- ورزش کنید، افرادی که ورزش می کنند کمتر خشمگین می شوند.
- افرادی که در مورد احساسات خود حرف می زنند به لحاظ روان شناختی از سلامتی بیشتری برخوردار هستند.
- با دیگران صحبت کنید؛ کسانی که دوستان بیشتری دارند کنترل بیشتری روی خشم خود دارند.
- هیجانات خود را کنترل کنید.
- به اندازه کافی بخوابید؛ خواب منظم و شبانه کافی به کاهش استرس، کمک می کند و توانایی برای کنترل هیجانات به ویژه خشم را افزایش می دهد.

اختلال افسردگی (Depression Disorder)



⇐ شرح بیماری

ویژگی اصلی اختلالات افسردگی، اختلال در خلق است که به صورت احساس غمگینی، بی حوصلگی و بی علاقگی بروز می کند. تغییرات شدید و ناهنجار خلق به صورت افسردگی اساسی، افسرده خویی، مانیای خفیف و مانیا را اختلالات خلقی یا عاطفی می گویند. اگر بیمار فقط دوره های افسردگی را تجربه کند، تشخیص اختلال افسردگی گذاشته می شود و چنانچه دوره های افسردگی و مانیا و یا فقط مانیا را تجربه کند، تشخیص اختلال دو قطبی گذاشته می شود.

علائم بیماری

- **خلق افسرده:** یکی از خصوصیات اصلی افسردگی، خلق افسرده می باشد که بیمار آن را به صورت احساس غم و اندوه، ناامیدی، غمگینی و بی ارزشی اظهار می دارد. خلق افسرده با غمگینی معمولی و طبیعی متفاوت است. خلق افسرده ممکن است به طور موقت به دنبال شنیدن خبر خوب بهبود یابد. بعضی از بیماران ممکن است، در جریان مصاحبه بالینی خلق پایین خود را پنهان کنند.
- **فقدان علاقه و لذت**
- **ظاهر:** ظاهر بیمار نیز مشخص کننده افسردگی است. ممکن است، به لباس و آرایش خود توجهی نکند.
- **کاهش انرژی:** کاهش انرژی علامت شایعی است به طوری که حدود ۹۷ درصد بیماران، از آن رنج می برند.
- **کندی روانی – حرکتی**
- **اختلال خواب:** حدود ۸۰ درصد بیماران از اختلال خواب، به خصوص زود بیدار شدن از خواب شکایت می کنند. دیر به خواب رفتن و بیدار شدن در طول شب نیز ممکن است برای بیماران رخ دهد.

❖ **افکار بدبینی**

❖ **اضطراب**

❖ **نشانه های زیستی:** کاهش وزن، کاهش اشتها، سردرد، یبوست، کاهش میل و عملکرد جنسی و اختلال قاعدگی در افسردگی شایع است. در بعضی از بیماران افسرده، افزایش وزن و اشتها نیز دیده می شود.

❖ **علائم شناختی:** شامل احساس ذهنی ضعف تمرکز و دشواری تفکر .

⇐ علل مستعدکننده بروز افسردگی:

❖ افسردگی علت مشخصی ندارد و معمولا بیش از یک دلیل برای وقوع آن وجود دارد و در افراد مختلف علل متفاوت هستند.

❖ حوادث ناراحت کننده زندگی مانند تنها بودن، فقر، بیکاری ،مهاجرت، از دست دادن عزیزان .

❖ بیماری جسمی.

❖ حوادثی که شما فکر می کنید خوب و مثبت هستند از قبیل: ازدواج، شروع به کاری جدید و زایمان (افسردگی پس از زایمان) می توانند به عنوان یک عامل استرس زا برای شروع افسردگی باشند.

⇐ درمان:

❖ بیماران مبتلا به افسردگی اساسی را باید در موارد وجود افکار خودکشی و دگرکشی، کاهش قابل توجه توانایی مراقبت از خود و لزوم انجام اعمال تشخیصی بستری نمود.

❖ در درمان اختلال افسردگی اساسی، ترکیبی از روان درمانی و دارودرمانی موثرترین درمان است.

روان درمانی موثر شامل: روان درمانی بین فردی، رفتار درمانی و شناخت درمانی می باشد.

⇐ دارو درمانی:

❖ داروهای موثر بر اختلالات افسردگی شامل ضدافسرگی های چندحلقه ای، مهارکننده های اختصاصی باز جذب سروتنین (SSRI) و داروهای دیگری مانند ترازودون ، آلپرازولام و سمپاتومیمتیک ها مانند آمفتامین می باشد. در بین آن ها داروهای SSRI به علت بی خطر بودن و قابلیت تحمل آنها، بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد و داروهای خط اول افسردگی می باشد.

❖ اولین علائمی که (با سه حلقه ای ها) بهبود می یابند، اختلالات خواب و اشتها می باشد.

❖ بی تابی، اضطراب، دوره های افسردگی و احساس درماندگی دیرتر بهبود می یابند.

❖ پاسخ درمانی معمولا ۳ تا ۴ هفته بعد از شروع مصرف داروها می باشد که باید بیمار و اطرافیان او در جریان قرار بگیرند.

❖ اگر در ضمن این مدت، بهبودی در وضع بیمار حاصل نشد، باز هم ادامه درمان ضرورت دارد و گاهی نیز تغییر دارو ضرورت دارد.

- ❖ اگر در بیمار یک تا دو هفته پس از شروع درمان با مقدار کافی دارو، پاسخی دیده نشد، پزشک می تواند در صورت امکان، سطح غلظت پلاسمایی دارو را اندازه گیری کند.
- ❖ درمان حداقل به مدت شش ماه برای جلوگیری از عود بیماری مفید است.
- ❖ قطع داروها نیز باید به تدریج و در عرض یک تا دو هفته(بسته به نیمه عمر داروی مصرف شده) صورت گیرد.

⇐ سایر روش های درمانی:

- ❖ شوک درمانی
- ❖ تحریک مغناطیسی خارج جمجمه ایی
- ❖ شناخت درمانی
- ❖ رفتار درمانی
- ❖ روان کاوی
- ❖ روان درمانی بین فردی

⇐ توصیه های مراقبتی در بیماران مبتلا به افسردگی

- اگر بیمار افکار خودکشی دارد، اولویت اول تامین امنیت بیمار و حمایت از بیمار در برابر افکار خودکشی می باشد، لذا برقراری رابطه خوب، تدابیر امنیتی، سرکشی مکرر در زمان های نامشخص، تشویق به ابراز احساسات، اطلاع به پزشک، پرستاران و اطرافیان بیمار لازم می باشد.
- از قضاوت و موعظه کردن بیمار خودداری نمایید.
- نگرش آرام و همدلانه نسبت به بیمار لازم است.
- به بیمار اطمینان دهید که او را در برابر افکار خودکشی حمایت می کنید.
- به بیمار بگویید که هرگاه این افکار و احساسات را داشت نزد شما بیاید.
- در بیماری که احساس گناه می کند اطمینان کاذب دادن مانند تو فرد با ارزشی هستید، بی فایده است.
- کمک شود تا بیمار احساس "من ناراحتم" را جایگزین احساس"من گناهکارم" نماید.
- بیمار را تشویق نمایید که در فعالیت هایی که افکار و احساس مثبت در او ایجاد می کند مانند صحبت با پرستاران، شرکت نماید.
- با بیمار افسرده باید آرام صحبت کرد و به او فرصت پاسخ دادن داد.
- گاهی در کنار بیمار ماندن بدون صحبت، اطمینان بخش است (نیازی نیست صحبت کنید می خواهم کمی در کنار شما باشم).

- تجارب موفق گذشته را به بیمار یادآوری کنید(شما شغل خوبی دارید و یا دانشجوی موفقی بودید).
- اگر بیمار احساس ناامیدی می کند، بررسی افکار خودکشی در اولویت است.
- رفتارهای که پیش درآمد خودکشی می باشد مثل بخشیدن دارایی، وسواس فکری درباره مرگ، خودزنی نوشتن وصیت نامه مورد توجه و ارزیابی قرار گیرد.
- ایجاد افکار و تصاویر خوشایند مانند یادآوری یک خاطره خوب به بیمار کمک کننده است.

⇐ توصیه های خودمراقبتی پیشگیری از افسردگی

- فعالیت جسمی بسیار مفید است. ورزش ، پیاده روی ، دویدن و دوچرخه سواری می تواند به ایجاد حس بهبودی کمک کنند.
- با دیگران صحبت کنید.
- سعی کنید احساساتتان را با نزدیکان خود در میان بگذارید. آنها حتی می توانند تنها با گوش دادن به گفته هایتان به شما کمک کنند تا راههای جدیدی برای حل مسائل و مشکلات پیدا کنید .مراقب خودتان باشید.
- برای کنار آمدن با افسردگی از مصرف الکل و سوءاستفاده از داروهای غیرمجاز پرهیز کنید.

⇐ علائم هشدار و خطر:

عوامل هشدار دهنده خود کشی که باید مراقب آن ها در خود و اطرافیانمان باشیم:



- صحبت درباره تمایل به مردن
- جست و جو کردن درباره راه های خودکشی
- صحبت درباره احساس نا امیدی یا نداشتن دلیلی برای زندگی
- صحبت درباره احساس به دام افتادن یا درد غیرقابل تحمل
- صحبت از سربار بودن برای دیگران
- افزایش مصرف الکل یا مواد مخدر
- رفتار مضطرب یا آشفته، بی پروا رفتار کردن
- خوابیدن خیلی کم یا زیاد
- کناره گیری جدی از دیگران یا احساس شدید انزوا
- نشان دادن خشم شدید یا صحبت در مورد انتقام
- نمایش نوسانات خلقی شدید

اختلالات شخصیت (Personality disorders)



⇐ شرح بیماری

شخصیت را می توان مجموعه مشخص صفات هیجانی و رفتاری شخص در زندگی روزمره در شرایط معمولی تعریف نمود که نسبتا ثابت و قابل پیش بینی است. شخصیت می تواند سازگار و یا ناسازگار باشد. یک شخصیت سالم با وجود ثبات و پایداری انعطاف پذیری دارد و می تواند با شرایط جدید سازگار شود؛ اما افراد ناسازگار، انعطاف پذیر نیستند و لذا نمی توانند تفکر و رفتار خود را با محیط و تغییرات آن تطبیق دهند.

⇐ علل بیماری

- ❖ اختلالات شخصیت حاصل تداخل عوامل ژنتیکی و تربیت خانوادگی است.
- ❖ سبک های تربیتی تنبیه کننده، سخت گیرانه، سهل انگارانه و سهل گیرانه در شکل گیری شخصیت ناهنجار نقش اساسی دارد.

طبقه بندی اختلالات شخصیت

اختلال شخصیت پارانوئید (Paranoid personality disorder)

- ➢ این افراد تمایل دارند انگیزه های بد خود را به دیگران نسبت دهند و به طور کلی با سوءظن دیرپا و عدم اعتماد به مردم، مشخص می شوند.

اختلال شخصیت اسکیزوئید (Schizoid personality disorder)

- ➢ این اختلال در افرادی تشخیص داده می شود که سبک زندگی به صورت منزوی و بدون هیچ علاقه آشکاری به دیگران دارد. کناره گیری از روابط اجتماعی، درونگرایی و عواطف کند و محدود در این افراد قابل توجه است. از نظر دیگران آدمهای مردم گریز، منزوی یا تنها بشمار می آیند.

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (Schizotypal personality disorder)

- در این اختلال، رفتار، فکر، حالت عاطفی، تکلم و ظاهر بیمار، به اشکال متعددی، عجیب و نامتعارف است مانند تفکر سحر آمیز، عقاید انتساب، اشتباه حسی و مسخ واقعیت.

اختلال شخصیت ضد اجتماعی (Antisocial personality disorder)

- در این اختلال رفتار غیر انطباقی بدون به رسمیت شناختن حقوق دیگران مشخص است؛ اما معادل جنایتکاری نیست؛ بلکه ناتوانی برای تطابق با موازین اجتماعی است. این افراد، معمولاً با ظاهر عادی حتی فریبنده و راضی کننده مشاهده می گردند ولی سوابق آنها حاکی از اختلال عملکرد در بسیاری از زمینه های زندگی است.

اختلال شخصیت مرزی (Borderline personality disorder)

- بیماران مبتلا به این اختلال، با بی ثباتی فوق العاده عاطفه، خلق و رفتار، مشخص هستند.

اختلال شخصیت نمایشی (Histrionic personality disorder)

- این اختلال در اشخاص هیجانی و تحریک پذیر با رفتار پرزرق و برق و نمایشی مشخص می شود.

اختلال شخصیت خودشیفته (Narcissistic personality disorder)

- این افراد با احساس عمیق، مهم بودن، احساس خودبزرگ بینی و به نوعی بی نظیر بودن مشخص هستند.

اختلال شخصیت وسواسی ـ جبری (Obsessive-Compulsive personality disorder)

- این اختلال با خصوصیات محدودیت هیجانی، نظم و ترتیب ، پشتکار، سرسختی و تردید مشخص است. خصوصیات اساسی این اختلال، الگوی نافذ کمال طلبی و انعطاف ناپذیری است.

اختلال شخصیت دوری گزین (Avoidant personality disorder)

- مبتلایان به این اختلال نسبت به طرد شدن بی نهایت حساس هستند و به همین دلیل ممکن است به زندگی بدون روابط روی آورند. با وجود این چنین افرادی نه خجالتی هستند و نه غیر اجتماعی و علاقه شدید برای داشتن همنشین نشان می دهند؛ اما به تضمین قوی، برای پذیرفته شدن بدون انتقاد نیازمندند. از ویژگیهای این افراد حساسیت زیاد نسبت به طرد شدن از جانب دیگران می باشد.

اختلال شخصیت وابسته (Dependent personality disorder)

➢ مبتلایان به این اختلال، به طور مشخص برای احتیاجات خود بر دیگران متکی هستند؛ از دیگران توقع دارند که مسؤولیت مسائل مهم زندگی آنها را به عهده گیرند؛ فاقد اعتماد به نفس هستند و در تنهایی احساس ناراحتی شدید می کنند.

⇐ درمان بیماری

❖ در درمان اختلال شخصیت اولویت با روان درمانی است، که نیازمند اعتماد متقابل بین درمانگر و بیمار است؛ اما تحقق این امر مشکل است؛ زیرا مبتلایان به اختلالات شخصیتی انگیزه ای برای دریافت درمان ندارند.

⇐ توصیه های مراقبتی مربوط به اختلال در تعاملات اجتماعی

- هدف این است که بیمار بتواند ارتباطات اجتماعی مفیدی داشته باشد برای رسیدن به این منظور باید بیمار به برقراری ارتباط با دیگران و شرکت در گروه های اجتماعی تشویق شود.

⇐ توصیه های مراقبتی مربوط به خطر خشونت به سوی خود یا دیگران

- رفتار بیمار باید به طور مستمر و دقیق مورد مشاهده قرار گیرد، بدون این که سوءظن بیمار تقویت شود.
- میزان تحریکات محیطی باید کم باشد (مانند نور کم، افراد کم و ...) و کلیه وسایل خطرناک از دسترس بیمار دور باشد.

⇐ توصیه های مراقبتی مربوط به اختلال در پنداشت از خود

- هدف این است که بیمار به درک مثبتی از خود برسد.
- احترام مثبت و بدون قید و شرط و همچنین درک و پذیرش بیمار به عنوان فردی با ارزش نیز در افزایش احساس ارزشمندی بیمار مفید است.
- بیمار در انجام امور مربوط به خود بدون کمک دیگران تشویق شود و در صورت انجام این امور به طور مستقل مورد تحسین قرار گیرد.

⇐ توصیه های مراقبتی در اختلال شخصیت پارانوئید

- برقراری یک رابطه درمانی، با این گونه افراد مشکل است؛ چون آنها اغلب مشتاق ارتباط نمی باشند و ترس آنها باعث یک حالت انزوا می گردد.
- ارتباط با این افراد باید بر اساس، روراستی، ثبات، روشن و شفاف، اجتناب از شوخی و تأکید بر واقعیت باشد.

⇐ توصیه های مراقبتی در اختلالات شخصیت اسکیزوئید و اسکیزوتایپال

- بیمار باید تشویق گردد تا در محیط، درگیر فعالیت شود. این مسأله سبب افزایش برخوردهای اجتماعی در فرد می گردد .
- هنگامیکه اضطراب بیمار افزایش می یابد؛ باید او را مورد حمایت قرار دهد.

⇐ توصیه های مراقبتی در اختلال شخصیت ضد اجتماعی

- بیمار باید تشویق گردد تا درباره رفتار، محدودیت ها، تخلف و سرپیچی از آنها صحبت کند.
- به بیمار در مورد شناساندن جنبه های مثبت خود کمک کنید.
- از بیمار انتقاد سازنده کنید و تلاشهای وی رامورد تقویت مثبت قرار دهید.

⇐ توصیه های مراقبتی در اختلالات شخصیت مرزی

- فضای کافی و مناسب برای بیمار فراهم کنید تا محرکهای بینایی و شنوایی زیاد باعث خلق ناپایدار و پرخاشگری بیمار نشوند.
- به سؤالات بیمار پاسخ های روشن و صریح بدهید تا اعتماد وی جلب شود.

⇐ توصیه های مراقبتی دراختلال شخصیت نمایشی

- کاهش رفتارهای جلب توجه تقویت شود (مانند خانم.... ما متوجه شده ایم که شما بدون توجه به دیگران در جهت حل مشکلاتتان تلاش می کنید).
- به بیمار نشان دهید که رفتارهای نمایشی او دیگران را آزار می دهد.
- هنگامی که بیمار به قرار داد عمل می کند، بازخورد مثبت نشان دهید. مانند شما امروز لباسهای مناسب پوشیده اید.

اختلال دو قطبی (Bipolar disorder)



⇐ شرح بیماری

گاهی گاهی خلق دچار تغییرات شدید و ناهنجار به صورت افسردگی و مانیا می شود که نتیجه آن بروز اختلالات افسردگی و دو قطبی می باشد.

علائم:

ویژگی های اصلی دوره های مانیا عبارتند از:

- ❖ خلق بالا یا سرخوشی و تحریک پذیری: زمانی که خلق بالا است بیمار بشاش و خوشبین است و ممکن است این خوشحالی را به دیگران سرایت دهد. در مواردی نیز بیمار، تحریک پذیر است و ممکن است به آسانی عصبانی شود، به خصوص وقتی که با ناکامی روبرو شود.
- ❖ ظاهر بیمار، معمولاً بازتابی از خلق اوست؛ مثلاً ممکن است لباسهایی با رنگ روشن بپوشد و در موارد شدیدتر بیماری ممکن است ظاهر او نامرتب باشد.
- ❖ در این بیماران بیش فعالی وجود دارد که می تواند به خستگی جسمانی منجر شود. بیماران مانیک، حواس پرتی نیز دارند؛ بسیاری از کارها را شروع می کنند، اما ناتمام رها کرده و مشغول کار دیگری می شوند. تکلم آنها اغلب سریع و طولانی است. زمانی که اختلال شدیدتر می شود، پرش افکار نیز دارند.
- ❖ بیمار معمولا با افکار مذهبی، سیاسی، مالی، جنسی یا دادخواهی اشتغال ذهنی دارد و باور دارد که افکار او مهم هستند.
- ❖ اکثر بیماران ولخرج می شوند، پول زیادی صرف خرید ماشین و جواهرات گران قیمت می کنند گاهی این افکار با هذیانهای بزرگ منشی همراه است؛ مثلاً بیماران اعتقاد دارند که کشف بزرگی کرده اند.

- هذیانهای گزند و آسیب نیز وجود دارد؛ مثلا بیمار معتقد است چون فرد مهمی است، در صدد از بین بردن او هستند.
- خواب بیمار اغلب کم می شود به طوری که صبح های زود سرزنده و پرانرژی از خواب بیدار می شود.
- اشتها افزایش می یابد و بیمار با حرص و ولع غذا می خورد.
- بی مبالاتی جنسی در این بیماران وجود دارد.
- در نوجوانان ممکن است علائم به صورت سایکوز، سوء مصرف الکل یا مواد، اقدام به خودکشی، مشکلات درسی، اشتغال ذهنی با افکار فلسفی، علائم وسواسی – جبری، شکایات متعدد جسمی، تحریک پذیری قابل توجه که به نزاع منجر شود و سایر رفتارهای ضد اجتماعی باشد.

⇐ علل بیماری:

- زمینه ژنتیکی: نقش وراثت در اختلال دو قطبی بیشتر از اختلال افسردگی اساسی است.
- علل بیوشیمیایی: احتمال افزایش فعالیت آمین های بیوژنیک مانند سروتونین، نوراپی نفرین ودوپامین در مانیا، وجود دارد
- نظریه های روان کاوی :بر اساس این نظریه ها مانیا از افسردگی زمینه ای ناشی می شود؛ مانیا دفاعی در مقابل افسردگی است فرد بر خلاف احساس زمینه ای عمل می کند و احساس افسردگی خود را به طور ناخودآگاه به صورت مانیا نشان می دهد (مکانیسم دفاعی معکوس نمایی یا واکنش سازی). همچنین حالت سرخوشی همراه با احساس غرور ممکن است دیده شود.
- علل مانیا، سرپوشی بر احساس عجز و ناتوانی و اعتماد به نفس پایین است.

⇐ انواع اختلالات دو قطبی:

➢ اختلال دو قطبی نوع ۱

اختلالی که در آن بیمار، ملاک های یک دوره کامل مانیا را به تنهایی یا با سابقه افسردگی اساسی دارد.

➢ اختلال دو قطبی نوع ۲

اختلال دو قطبی II اختلالی است که در آن یک یا چند دوره افسردگی اساسی و حداقل یک دوره هیپومانی مانیای خفیف وجود دارد.

هیپو مانیا عبارت است از یک دوره مشخص خلق غیر طبیعی و مستمرا بالا یا تحریک پذیر و افزایش غیر طبیعی و مداوم فعالیت هدفمند یا انرژی که حداقل چهار روز پی در پی و در اکثر اوقات روز و تقریبا هر روز طول می کشد.

➢ اختلال خلق ادواری

اختلال خلق ،ادواری، اختلالی مزمن، نوسان دار و مشخص با دوره های مانیای خفیف و نشانه های افسردگی می باشد.

⇐ درمان:

- ❖ **دارو درمانی:** در مرحله حاد مانیا، بستری کردن بیمار ضرورت دارد؛ زیرا از خوردن دارو امتناع می کنند.
- ❖ برای رفع علائم حاد، لیتیوم به همراه یک داروی ضد جنون (معمولا هالوپریدول) استفاده می شود؛ چون واکنش بالینی به لیتیوم معمولا، ۷ تا ۱۰ روز طول می کشد.
- ❖ امروزه ضدتشنج ها مانند والپروات سدیم و کاربامازپین در درمان مانیای حاد بر لیتیوم اولویت پیدا کرده اند.
- ❖ گاباپنتین، لاموتریژین و توپیرامات داروهای دیگری هستند که خاصیت ضد تشنجی دارند و در مانیا مورد استفاده قرار می گیرند.
- ❖ کلونازپام و لورازپام نیز مورد استفاده قرار می گیرند.
- ❖ درمان نگه دارنده شامل استفاده از لیتیوم کاربامازپین و والپروات سدیم به تنهایی یا ترکیبی می باشد.
- ❖ **شوک درمانی:** شوک درمانی نیز در موارد بسیار شدید بیماری یا مقاوم به دارو، مورد استفاده قرار می گیرد.
- ❖ **روان درمانی:** روان درمانی همراه با داروهای ضد مانیا، مثل لیتیوم مؤثرتر از هر درمان به تنهایی است.

⇐ توصیه های مراقبتی در مانیا:

- در مقابل علائم نامناسب روش مبتنی بر واقعیت و آرام پیش بگیرید.
- کار، استراحت و روابط بیمار با دوستان و خانواده را متعادل کنید.
- در صورتی که بیمار به اندازه کافی استراحت نکند یا هرگونه استرسی داشته باشید ممکن است دچار دوره شیدایی شوید.
- برای برخورد با بیش فعالی از پرت کردن حواس بیمار استفاده شود.
- ایجاد محیط آرام، امن و بدون محرک برای بیمار توصیه می شود.
- وادار کردن بیمار به رعایت مقررات و سازماندهی فعالیت های بیمار.
- نباید بیمار در شرایطی قرار بگیرد که باعث تفریح دیگران شود.
- از قضاوت یا موعظه بیمار پرهیز نموده واز تکنیک های مثل همدلی استفاده شود.
- اگر بیمار رفتارهای کلامی و یا غیر کلامی تهدید آمیز دارد، تحت نظارت باشد.
- برای بیماران مانیا حد و مرز در نظر گرفته شود البته با رعایت احترام (رویکرد مراقبت از مانیا محدود سازی است.)
- محدویت های مناسب به صورت دستورالعمل های ساده برای کنترل رفتارهای مخرب (الان نوبت من است که صحبت کنم وقتی نوبت شما شد من حرف شما را قطع نمیکنم.)

- توجه به تغذیه بیماران با دادن غذاهای پرکالری قابل مصرف در حین فعالیت به بیماران می توان به تغذیه کافی آنها کمک کرد بهتر است به بیمار ساندویچ کوچک مقوی حاوی پروتئین و کربوهیدرات ونوشیدنی های قابل حمل بدهید چون این بیماران حوصله نشستن و غذا خوردن را ندارند
- آب برای بیماران مانیا لازم است؛ زیرا از مسمومیت با لیتیوم پیشگیری می کند.
- وسائل خطرناک از دسترس آنان دور باشد.
- پیاده روی و ورزش انرژی بیمار را به سمت فعالیتهای سالم و ایمن سوق میدهد.
- رژیم غذایی با نمک معمولی در بیماران تحت درمان با لیتیوم ضروری است. نمک زیاد باعث دفع لیتیوم ونمک کم باعث مسمومیت می شود.
- مکالمات با بیماران مانیا مختصر و کوتاه باشد چون تمرکز ندارند.
- اگر بیمار شروع به تهدید و فریاد کشیدن می کند باز خورد نشان دهید؛ مثلا، (به نظر عصبانی میرسی می شه بگی چه اتفاقی افتاده است؟).
- در صورت نداشتن ممنوعیت، مصرف غذای فیبردار و ملین از یبوست جلوگیری می کند.
- مصرف الکل با لیتیوم خطرناک است.

⇐ علائم هشدار و خطر

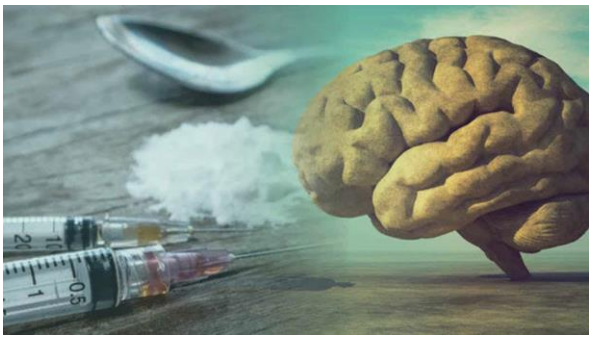
عوامل هشدار دهنده خود کشی که باید مراقب آن ها در خود و اطرافیانمان باشیم:

- صعودهای نشیب دار(شیدایی) وغوطه وری ناگهانی(افسردگی) که می تواند منجر به موقعیت های تهدید کننده زندگی شود.
- خلق وخوی غیرمعمول خوش خلق،خونگرم یا تحریک پذیر
- افکار مسابقه ای و صحبت سریع
- انرژی بی حد ومرز
- رفتار آنی و خود تخریبی
- کاهش نیاز به خواب
- احساس ارزشمندی کاذب



اختلالات مرتبط با اعتیاد و مواد

(Substance-related and addictive disorders)



⇐ اختلالات مصرف مواد

اختلال مصرف مواد، مجموعه ای از علایم و نشانه های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می دهد فرد علیرغم داشتن مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مواد، به مصرف آن ادامه می دهد. مصرف تکراری یک ماده معمولاً، منجر به وابستگی، تحمل و محرومیت می شود.

⇐ اختلالات ناشی از مصرف مواد

- ❖ مسمومیت مواد
- ❖ محرومیت از مواد یا ترک
- ❖ اختلالات روانی ناشی از مواد

⇐ اختلال مصرف الکل

نوشیدن مفرط الکل، موجب وابستگی جسمانی به الکل می شود. فرد به منظور اجتناب و یا تسکین علائم محرومیت و علی رغم پیامدهای نامطلوب، به مصرف الکل ادامه می دهد و نوشیدن الکل را بر هر چیز دیگری از جمله سلامتی، خانواده، شغل و زندگی اجتماعی ترجیح می دهد.

علائم مسمومیت

- در شروع مسمومیت بعضی ها پر حرف و پر سروصدا می شوند و بعضی نیز ناراحت و عبوس می شوند.
- در موارد شدید، ممکن است منجر به اغماء، کاهش تنفس، وقفه تنفسی، آسپیراسیون مواد استفراغی و حتی مرگ شود.
- عوارض طبی شامل: صدمات مغزی به دلیل سقوط، شکستگی، همچنین به دلیل وقفه سیستم ایمنی در اثر الکل فرد مستعد ابتلاء به عفونت می شود.

⇐ درمان مسمومیت

- اهداف مهم درمان، پیشگیری از تضعیف شدید تنفس و پیشگیری از آسپیراسیون مواد استفراغی می باشد.
- محافظت از بیمار و ممانعت از آسیب زدن به خود و دیگران از اقدامات دیگر است که ممکن است مهار فیزیکی ضرورت پیدا کند. تزریق هالوپریدول برای کنترل رفتار تهاجمی مفید است.
- توصیه می شود بیمار از ویتامین های گروه B به خصوص B1 (تیامین) و همچنین رژیم پرکربوهیدرات استفاده نماید.

⇐ اختلالات روانی ناشی از الکل

- اختلالات سایکوتیک (توهم الکلی)، افسردگی، اضطرابی، خواب و عملکردی جنسی
- توهم الکلی غالباً به صورت توهم شنوایی می باشد و در جریان ترک الکل دیده می شود.

⇐ سم زدایی (ترک الکل)

اولین و مهمترین اقدام درمانی، معاینه فیزیکی کامل و دقیق همه افراد الکلی است که می خواهند مصرف الکل را قطع نمایند.

- **دارو درمانی:** بنزودیازپین ها مانند لورازپام و کلرودیازپوکساید برای تخفیف علائم ترک استفاده می شوند
- **روان درمانی:** در روان درمانی سه هدف اساسی وجود دارد:
  ۱. حفظ انگیزه بیمار.
  ۲. کمک به بیمار برای اجتناب از عود.
  ۳. تسکین هر گونه مشکل روانی که در پیشرفت سوء استفاده از الکل دخالت دارد.
- **رفتار درمانی:** رفتار درمانی نیز مانند؛ نفرت درمانی، آموزش انبساط عضلانی و آموزش ابراز وجود و قاطعیت می تواند در ترک الکل مفید باشد.
- **گروه های خودیاری:** الکلیک های ناشناس، یک گروه خودیاری متشکل از افراد الکلی در حال بهبود است.

⇐ اختلالات مرتبط با مواد افیونی (Opioid-related disordes)

کلمه Opioid از واژه Opium به معنی عصاره خشخاش (پاپاور سومنیفروم) گرفته شده است و مشتمل است بر ترکیبات تریاک طبیعی، مانند: هروئین (دی استیل مورفین)، کودئین (۳ – متوکسی مورفین) و هیدرومورفون که به طور مستقیم، از شیره شیری رنگ خشخاش بدست می آیند و ترکیبات مصنوعی مانند: مپریدین، متادون، پنتازوسین و پروپوکسیفن.

⇐ اثرات مواد افیونی بر سیستم های بدن

- ❖ بجز در شرایط مصرف بیش از حد و تغییرات مربوط به وابستگی جسمی اکثر اثرات مواد افیونی، نسبتا خوش خیم و برگشت پذیرند.
- ❖ اثر مستقیم مواد افیونی بر گیرنده های افیونی در سیستم عصبی مرکزی ممکن است موجب کاهش حس درد ایجاد نشئگی، تسکین تهوع و استفراغ گردد. مواد افیونی بر سیستم دوپامینرژیک و نورآدرنرژیک نیز اثر می کنند.

⇐ درمان سندرم محرومیت (سم زدایی)

- ❖ بیمار باید تحت معاینه فیزیکی کامل قرار گیرد. سپس درمان دارویی شروع شود.
- ❖ اصول درمان جانشین کردن یک داروی خوارکی با اثر طولانی تر و تثبیت بیمار با آن دارو و سپس قطع تدریجی داروی جانشین شده می باشد.
- ❖ در ترک هروئین مناسب ترین دارو متادون می باشد که یک افیون مصنوعی است و تمام خصوصیات فیزیولوژیک هروئین را دارد. متادون بجای هروئین به بیمار داده شده که موجب فرونشینی علائم ترک می گردد. علت استفاده از متادون، این است که ترک بیمار از آن راحت تر از هروئین است.
- ❖ کلونیدین نیز به منظور کاهش فعالیت زیاد سیستم عصبی خود مختار استفاده م یشود در نتیجه باعث رفع تهوع، استفراغ و اسهال مربوط به ترک مواد مخدر می شود.

⇐ اختلالات مرتبط با حشیش (Cannabis- related disordes)

حشیش و ترکیبات شیمیایی مشابه ارتباط دارند حشیش یا کانابیس، از گیاه شاهدانه به عمل می آید.

علائم

⇐ آثار بالینی

- ❖ احتقان ملتحمه و تاکی کاردی، شایع ترین علائم جسمی می باشند.
- ❖ سندرم فقدان انگیزش به صورت بی میلی فرد در انجام وظایف و مسئولیت هایش در مصرف کنندگان مزمن حشیش دیده می شود. فرد فاقد نیرو و بی حال است و غالبا فربه و ظاهرا تنبل به نظر می رسد در جوانان منجر به ترک تحصیل و پیوستن به مصرف کنندگان حشیش می شود.
- ❖ حشیش، معمولاً، وابستگی روانی ایجاد می کند و وابستگی جسمانی ندارد.

علائم مسمومیت با حشیش

- ❖ شدت مسمومیت به مقدار مصرفی و راه استفاده بستگی دارد.
- ❖ مسمومیت معمولاً، با احساس سرخوشی به همراه خنده های نامناسب، خود بزرگ پنداری تسکین بی حالی اختلال در حافظه کوتاه مدت اختلال در قضاوت، تمرکز، تفکر و عملکردهای ادراکی و روانی و احساس کندی زمان مشخص می شود.

علائم محرومیت از حشیش

تحریک پذیری عطش مصرف حشیش، عصبی بودن، اضطراب، بی خوابی، رؤیاهای روشن یا آشفته کننده، کاهش اشتها، کاهش وزن، بی قراری، سردرد، رعشه، درد معده، تعریق و لرزش.

⇐ درمان

- ❖ در درمان وابستگی به حشیش دور نگه داشتن بیمار از حشیش به صورت بستری کردن یا کنترل دقیق به طور سرپایی و استفاده از روان درمانی فردی گروهی و خانوادگی اصول اساسی می باشد.
- ❖ در بعضی از بیماران نیز ممکن است داروهای ضد اضطراب برای رفع کوتاه مدت علایم ترک مفید باشد و در کسانی که زمینه افسردگی دارند؛ از داروهای ضد افسردگی استفاده می شود.

⇐ اختلالات مرتبط به محرک ها (Stimulant-related disorders)

کوکائین و آمفتامین ها دو محرک سیستم عصبی هستند که مورد سوء مصرف قرار می گیرند. وابستگی به کوکائین خیلی سریع است؛ حتی با یک بار مصرف ممکن است ایجاد شود. اولین علامت وابستگی میل شدید برای مصرف بیشتر آن است.

آثار بالینی

- کوکائین، موجب احساس خوشی، نشئه و بهبود درانجام تکالیف می شود؛ اما اگر به مقدار زیاد مصرف شود موجب مسمومیت می گردد.
- مصرف آمفتامین، موجب بهبود عملکرد می شود و خستگی را کاهش می دهد؛ بی اشتهایی ایجاد می کند و آستانه درد را افزایش می دهد.

علائم مصرف کوکائین

- تحریک پذیری ، ناتوانی برای تمرکز رفتار جبری، بی خوابی شدید و کاهش وزن بی اعتنایی به مسئولیت های زندگی نیز به دنبال مصرف کوکائین دیده می شود

علائم مصرف آمفتامین

- علائم مسمومیت آمفتامین، مشابه علائم مسمومیت کوکائین است.
- علائم معمولا با احساس خلق بالا شروع می شود و به دنبال آن علائم نئشگی همراه با افزایش قدرت ،بیش فعالی بی قراری، پرحرفی، اضطراب، تنش، خود بزرگ پنداری، رفتار کلیشه ای و تکراری خشم، نزاع و اختلال قضاوت ظاهر خواهد شد.

علائم محرومیت از محرک ها

- بارزترین نشانه محرومیت از کوکائین، میل مفرط برای مصرف آن است. محرومیت آمفتامین ها با اضطراب، خلق ملال انگیز، بیحالی، خستگی ،کابوس، سردرد، تعریق مفرط، کرامپ های عضلانی و شکمی و گرسنگی سیری ناپذیر مشخص است.

⇐ درمان

❖ اصول درمان مانند درمان ترک حشیش می باشد؛ یعنی دور نگه داشتن بیمار از مواد محرک یا بستری کردن و روان درمانی به صورت فردی گروهی و خانوادگی می باشد.

⇐ اختلالات مرتبط با توهم زاها (Hallucinogens-related disorders)

توهم زاها به خاطر ایجاد و تقلید علائم سایکوتیک به مقلد روان پریشی مشهور هستند.

⇐ فن سیکلیدین (PCP)

یک توهم زای مصنوعی است و شایع ترین فرآورده خیابانی آن گرد فرشته نام دارد.

آثار بالینی

❖ آثار فوری فن سیکلیدین به صورت گنگی و از خود بی خود شدن می باشد.

❖ نشئه، احساس گرما و سوزش در بدن.

❖ احساس غوطه وری آرام و ندرتا احساس مسخ شخصیت، تجزیه و بیگانگی .

❖ گاهی توهمات بینایی و شنوایی .

⇐ اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی (Inhalant-related disorders)

مواد استنشاقی شامل پاک کننده ها چسب ها و حلال ها بخاطر آثار روان گردانی ممکن است مورد سوء مصرف قرار گیرند

نمونه هایی از این مواد عبارتند از :

بنزین، چسب پلاستیک ولاستیک، چسب هواپیما و رنگ ها، لاک های غلط گیر، واکس های مخصوص کفش، مواد جلادهنده، پاک کننده ناخن و تینرها.

⇐ اختلالات مرتبط با کافئین (Caffeine-related disorders)

کافئین، غالباً به صورت قهوه و چایی، رایج ترین ماده روان گردان است. مصرف کافئین موجب افزایش اسید معده می شود، به همین جهت بیماران مبتلا به زخم معده نباید آن را مصرف کنند. همچنین بیماران قلبی نیز به خاطر احتمال رابطه کافئین با آریتمی قلبی، باید کمتر مصرف کنند.

علائم محرومیت از کافئین

قطع ناگهانی آن، موجب بروز علائم ترک می شود که شایع ترین آن ها سردرد و احساس خستگی می باشد.

⇐ درمان

درمان مستلزم کاهش شدید مواد حاوی کافئین از برنامه غذایی فرد است. مسکن هایی مانند: آسپیرین در درمان سردرد و دردهای عضلانی مفید است. گاهی نیز از بنزودیازپین ها با دوز پایین و کوتاه مدت استفاده میشود.

⇐ اختلالات مرتبط با نیکوتین (Nicotine-related disorders)

نیکوتین یکی از پر مصرف ترین داروهای مجازاست و علی رغم شواهد قطعی در مورد اثرات مضر این ماده بر روی بدن و خطرات جدی آن برای سلامتی، حدود ۲۸ درصد بالغین هنوز سیگار می کشند و به آن وابستگی پیدا کرده اند.

استنشاق غیرارادی دود سیگار در حال حاضر، یکی از علل بروز سرطان ریه در افراد غیر سیگاری است.

⇐ درمان

ترک مصرف نیکوتین، دارای فواید جسمی، روانی و اقتصادی است. کسانی که مصرف نیکوتین را ترک می کنند، نسبت به آنهایی که به مصرف آن ادامه می دهند، عمر طولانی تری دارند.

روشهای ترک مصرف نیکوتین، عبارتند از:

- ❖ استفاده از تجویز نیکوتین از طریق پوست
- ❖ آدامس های حاوی نیکوتین
- ❖ انزجار درمانی
- ❖ خواب تلقینی
- ❖ طب سوزنی

⇐ اختلال قمار بازی (Gambling disorder)

ویژگی مشخص اختلال قمار بازی، رفتار قمار بازی مشکل زای مداوم و مکرر که منجر به مشکلات جدی در عملکرد شغلی، اجتماعی و خانوادگی می شود. این افراد، مدام در مورد قمار دل مشغولی دارند و بیشتر زمانی که تحت فشار روانی هستند به قمار مشغول می شوند.

⇐ درمان

❖ بیمار معمولاً دنبال درمان نیست؛ با این حال، دور نگه داشتن او از قمار (با بستری کردن)، و انجام درمان های شناختی – رفتاری مثل آرامسازی همراه با تجسم اجتناب از قمار مؤثر است.

⇐ توصیه های مراقبتی مربوط به تغییرات حسی – درکی

- از آنجا که بیمار ممکن است، توهمات را واقعی بپندارد و بر اساس آنها عمل کنند. مانند واکنش های تهاجمی ناشی از توهمات آمرانه؛ باید بیمار را از نظر آسیب زدن به خود و دیگران تحت نظر داشته باشد.

⇐ توصیه های مراقبتی مربوط به اختلالات تغذیه ای

- مصرف الکل جذب مواد مغذی مانند ویتامین ها و اسید آمینه ها را از روده کوچک مختل می سازد و به همراه عادات غذایی بد ممکن است به کمبود جدی ویتامین ها به خصوص ویتامین های گروه B منجر شود. بنابراین باید ویتامین ها و مواد مغزی بیشتر مصرف شود.
- رژیم غذایی پرکالری، کربوهیدرات تقویت شده، با مولتی ویتامین حائز اهمیت است.
- کم آبی بدن را با دادن مایعات، از راه دهان یا انفوزیون وریدی می توان اصلاح نمود.
- مایعات برای بیماران در حال ترک از مواد مخدر نیز ضروری می باشد، این بیماران ممکن است دچار اسهال شوند لذا تحمل غذاهای چرب را ندارند و مایعات و نمک کافی برای آنها مناسب تر است.
- برنج، نان تست شده، سیب و موز برای کاهش اسهال مفید است.
- باید مصرف غذا به مقدار کم و در وعده های زیاد باشد.

⇐ توصیه های مراقبتی مربوط به خواب

- کم خوابی وگاهی نیز بی خوابی در دوران ترک طبیعی است.
- بهتر است به بیمار توصیه شود که در ساعات روز کمتر بخوابد و در طول روز خود را سرگرم کند تا شب ها بیشتر بخوابد این بی خوابی به تدریج رفع خواهد شد.

⇐ توصیه های مراقبتی مربوط به خشونت وآسیب زدن به خود و دیگران

- محافظت بیمار و ممانعت از آسیب زدن به خود ودیگران .
- باید محیطی امن برای بیمار فراهم شود وکلیه اشیاء خطرناک، از دسترس بیمار دور نگه داشته شود.

References

1. Mohsen Kushan and Saeed Vaghei. Psychiatry, Mental Health Nursing. Tehran. Andishe Rafi Publication. 1399.