

دليل تدخلات برنامج رآب الفجوة في الصحة

للاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية في مواقع تقديم
الرعاية الصحية غير النفسية

الإصدار 2.0

بيانات الفهرسة أثناء النشر

الإسماء: منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية

العنوان: دليل تدخلات برنامج راب الفجوة في الصحة: للاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير النفسية / منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

الوصف: القاهرة: الإصدار 2.0 | منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط | 2019

المحددات: ISBN 978-92-9274-491-5 | (متاح على شبكة الإنترنت) ISBN 978-92-9274-492-2

المواضيع: الاضطرابات النفسية - وقاية ومكافحة | أمراض الجهاز العصبي | الاضطرابات الذهانية | الاضطرابات المرتبطة بالمواد | دلائل إرشادية

التصنيف: تصنيف المكتبة الطبية القومية: WM 140

صدر هذا المنشور في الأصل بالرقم الدولي الموحد: 3-261-92-9022، 6-260-92-9022

© منظمة الصحة العالمية 2019

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المصنف - غير تجاري - المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية" (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

والمقتضى هذا الترخيص يجوز أن تنسخوا المصنف وتعيدوا توزيعه وتحوروه للأغراض غير التجارية، وذلك شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم، ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمتم بتعديل المصنف فيجب عندئذ أن تحصلوا على ترخيص لمصنّفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي (Creative Commons licence) أو ترخيص يعادله. وإذا قمتم بترجمة المصنف فينبغي أن تدرجوا بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: "هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)). والمنظمة (WHO) غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. ويجب أن يكون إصدار الأصل الإنكليزي هو الإصدار الملزم وذا الحجية."

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية.

الاقتباس المقترح. دليل تدخلات برنامج راب الفجوة في الصحة للاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير النفسية. الإصدار 2.0. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2019
الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط <http://apps.who.int/bookorders>. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات الخاصة بالحقوق والترخيص انظر الرابط <http://www.who.int/about/licensing>.

مواد الطرف الثالث. إذا كنتم ترغبون في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور فإنكم تتحملون مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام هذه أم لا، وعن الحصول على الإذن من صاحب حقوق المؤلف. ويحتمل المستخدم وحده أية مخاطر لحدوث مطالبات نتيجة انتهاك أي عنصر يملكه طرف ثالث في المصنف.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. التسميات المستعملة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر ضمناً عن أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب المنظمة (WHO)، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلاكية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة تُوزع دون أي ضمان من أي نوع، سواء أكان بشكل صريح أم بشكل ضمني. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد. والمنظمة (WHO) ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

دليل تدخلات برنامج رآب الفجوة في الصحة

للاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية في مواقع تقديم
الرعاية الصحية غير النفسية

الإصدار 2.0



دليل تدخلات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية الإصدار 2.0 « الفهرس

5	« الرعاية الأساسية والممارسة	ج	« تمهيد
16	« المخطط الرئيسي	د	« شكر وتقدير
19	« الاكثاب	1	« مقدمة
33	« الذهان	3	« كيفية استخدام دليل التدخلات - الإصدار 2.0
51	« الصرع		
69	« الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين		
93	« الخرف		
105	« الاضطرابات الإدمانية		
131	« إيذاء الذات/ الانتحار		
141	« شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية		
151	« تطبيق دليل التدخلات		
159	« قائمة المصطلحات		

دليل التدخلات الإصدار 2.0 «تمهيد

الحكومية، والمؤسسات الخيرية والباحثين بهدف توسيع نطاق خدمات الصحة النفسية. كما تجري الاستفادة من دليل التدخلات - الإصدار 1.0 في أكثر من 90 بلداً في كل أقاليم منظمة الصحة العالمية. كما تُرجمت مواد برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية إلى أكثر من 20 لغة، بما فيها اللغات الرسمية الست للأمم المتحدة.

وبعد مرور خمس سنوات من إطلاق الدليل للمرة الأولى، جرى تحديث المبادئ التوجيهية لبرنامج راب الفجوة في الصحة النفسية استناداً إلى ما استجد من دراسات، ونُشرت المبادئ التوجيهية المنقحة في عام 2015. ويسرنا الآن أن نقدم دليل التدخلات - الإصدار 2.0 والتي لا نكتفي بتجسيد تلك التحديثات، بل وتجسد أيضاً التعليقات والآراء الواسعة النطاق الواردة من العمل الميداني بهدف تعزيز الدليل من حيث وضوحه ويُسر تطبيقه.

ويحدونا الأمل في أن يستمر هذا الدليل في كونه أداة تقنية أساسية تُسهم في تقديم الرعاية للأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية في جميع أنحاء العالم، وأن يقودنا إلى تحقيق هدفنا المتمثل في التغطية الصحية الشاملة.

شيخار ساكسينا

مدير، إدارة الصحة النفسية ومعايرة مواد الإدمان

منظمة الصحة العالمية

منظمة
الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط



تنتشر الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية على نحو واسع، الأمر الذي يمثل عبئاً كبيراً من المرض والإعاقة على مستوى العالم. ولا تزال هناك فجوة واسعة بين قدرات النظم الصحية ومواردها، وبين الاحتياجات العاجلة، وبين ما هو متوافر للتخفيف من هذا العبء. وبيننا يعاني شخص واحد من بين كل 10 أشخاص تقريباً من اضطرابات الصحة النفسية، فإن نسبة لا تتعدى 1٪ من القوى العاملة الصحية في العالم هي من يقدم خدمات رعاية الصحة النفسية. وتتدخل الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية على نحو ملموس في قدرة الأطفال على التعلم وفي قدرة البالغين على أداء أدوارهم في الأسرة والعمل وفي المجتمع ككل.

واعترافاً منها بضرورة إتاحة الخدمات للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعصبية وإدمانية ولمن يقوم على رعايتهم، وحتى يستنى راب الفجوة بين الموارد المتاحة والحاجة الماسة لتلك الخدمات، فقد أطلقت إدارة الصحة النفسية ومعايرة مواد الإدمان بمنظمة الصحة العالمية برنامج عمل راب الفجوة في الصحة النفسية في عام 2008. وتشمل الأهداف الرئيسية للبرنامج تعزيز التزام الحكومات والمنظمات الدولية وسائر الجهات صاحبة المصلحة بزيادة الموارد المالية والبشرية المخصصة لرعاية الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية، وتحقيق تغطية أوسع للتدخلات الرئيسية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويوفر برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية من خلال هذه الأهداف توجيهاً وأدوات مُستندة إلى البيّنات من أجل المضي قدماً نحو تحقيق أهداف خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية 2013-2020

في عام 2010 وُضع دليل التدخلات للاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير النفسية للمساعدة في تطبيق برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية. ويُعد دليل التدخلات بمثابة أداة تقنية بسيطة تعتمد على المبادئ التوجيهية لبرنامج راب الفجوة، ويقدم تديراً علاجياً متكاملاً للحالات النفسية والعصبية والإدمانية ذات الأولوية مستعيناً ببروتوكولات اتخاذ القرارات السريرية. وهناك فكرة مغلوبة منتشرة على نطاق واسع تفيد بأن جميع تدخلات الصحة النفسية تتسم بالتعقيد ولا يمكن تقديمها إلا من قبل موظفين شديدي التخصص. إلا أن البحوث في السنوات الأخيرة أظهرت جدوى تقديم التدخلات الدوائية والنفسية الاجتماعية في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير النفسية. وقد استفاد من دليل التدخلات، منذ إنطلاقه في 2010 وعلى نطاق واسع، طائفة من الجهات صاحبة المصلحة، بما فيها وزارات الصحة، والمؤسسات الأكاديمية، والمنظمات غير الحكومية،

دليل التدخلات الإصدار 2.0 «شكر وتقدير

الرؤية والتصور

شيخار ساكسينا، مدير، إدارة الصحة النفسية ومعاقة مواد الإدمان، منظمة الصحة العالمية.

التحرير وتنسيق المشروع

تارون دوا، نيكولاس كلارك، نيرجا تشوداري، ألكسندرا فليشمان، فهمي حنا، شائرة سيرفيلي، مارك فان أوميرين.

المساهمة

أسهم العاملون التقنيون في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية، وفي المكاتب الإقليمية والقطرية والعديد من الخبراء الدوليين بدور كبير في تحديث المبادئ التوجيهية لبرنامج التدخلات و/ أو إعداد الإصدار 2.0 من الدليل.

المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية

فالنيتا بالتاغ، جون بيرد، ألكساندر بوتشارت، دان كيشولم، ناتالي درو، جين فيرغسون، بریت كيسلباخ، نيكولا ماغريني، كريس ميكتون، ايورسالم كيبيد نيوغوسي، آلانا اوفيسر، أن مارغريت بوت، فلاديمير بوزنياك، جيفري ريد، داغ ريكفه، ديفيد روس،

المكاتب الإقليمية والقطرية لمنظمة الصحة العالمية

نانزين أنور، المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا؛ فلورينس باغانا، منظمة الصحة العالمية/ سيراليون؛ أندريا بروني، المكتب الإقليمي للأمريكتين؛ أندرسون تشيموسورو، منظمة الصحة العالمية/ زيمبابوي؛ مانويل دي لارا، منظمة الصحة العالمية/ تركيا؛ بايتغول كاريفا، منظمة الصحة العالمية/ تركمنستان؛ ر. كيسيفان، منظمة الصحة العالمية/ ليبيريا؛ ديفورا كيستيل، المكتب الإقليمي للأمريكتين؛ لارس فوغارد مولر، المكتب الإقليمي لأوروبا؛ مارستيللا غولدنديل مونتيرو، المكتب الإقليمي للأمريكتين؛ ماثيز ميوخين، المكتب الإقليمي لأوروبا؛ جوليون مورون، منظمة الصحة العالمية/ ليبيريا؛ سيباستيانا دي غاما كومو، المكتب الإقليمي لأفريقيا؛ خورخي خاسينتو رودريغز، المكتب الإقليمي للأمريكتين؛ خالد سعيد، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط؛ كارولين ساي، منظمة الصحة العالمية/ ليبيريا؛ يوتارو سيتويا، منظمة الصحة العالمية/ فيجي؛ شياو سوبيل، المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ؛ سعيدة تابلور، منظمة الصحة العالمية/ ليبيريا؛ سلمى تلبلي، منظمة الصحة العالمية/ غويانا؛ شيانغ دونغ وانغ، المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ؛ إياد يانس، منظمة الصحة العالمية/ الجمهورية العربية السورية.

الخبراء الدوليون الأساسيون

ليندسي أمريكا-سيمس، كينيث كارسويل، إليزابيث سينتينو-تابالانتي، ميليسا هاربر، سوتابا هولادر، كافيثا كولا، لورا باسيون، أرشانا أ. باتيل، آلي شارما، ماريك فان ريغتين ألتينا.

الدعم الإداري

أديلين لو، سيسيليا أوفيليا ريانو.

المتدربون

فرونش علي، لاکشمي شاندراراسكاران، بول كريستيانسين، آنييس كولن، أيسلين فريان، آنا فيرهوف، علي حيدر، هيو جارفيش، ستيفين ما، إياها بول، تشارلوت فيليبس، بوبا براديب، ماثيو شراير.

المراجعة التقنية

قدم الخبراء الدوليون التالية أسماؤهم إسهاماتهم وتعليقاتهم في سبيل إعداد الإصدار المحدثة من المبادئ التوجيهية لبرنامج راب الفجوة في الصحة النفسية و/ أو دليل تدخلات البرنامج- الإصدار 2.0.

ألبرت أكابالو كلية العلوم الصحية، جامعة غانا وجمعية غانا للصرع، غانا؛ صوفيا أشاب*، المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية، جامعة جنيف/ مشافي جنيف الجامعية، جنيف، سويسرا؛ إيميليانو ألبانيز*، المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية، جامعة جنيف/ مشافي جنيف الجامعية، جنيف، سويسرا؛ روبرت علي*، الخدمات الخاصة بالكحول والمخدرات، جنوب استراليا، المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية لعلاج مشكلات الكحول والمخدرات، جامعة أديليد، أستراليا؛ فريدريك ألتيس، كلية الطب وكلية الصحة العامة بجامعة بيل، نيو هيغن، الولايات المتحدة الأمريكية؛ خوسيه أوسو-ماتيسوس، جامعة مدريد المستقلة ومركز شبكة البحوث الطبية البيولوجية CIBER، إسبانيا؛ كورادو باربوي*، المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية للبحوث والتدريب في مجال الصحة النفسية وتقييم الخدمات، جامعة فيرونا، إيطاليا؛ غريتشن برييك، جامعة ولاية ميشيغان، ميشيغان، الولايات المتحدة الأمريكية؛ أنيا بوس، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، فيينا، النمسا؛ فلاديمير كارلي*، المركز الوطني لبحوث الانتحار والوقاية من أمراض الصحة النفسية، معهد كارولينسكا، ستوكهولم، السويد؛ سوديتو تشاترجي*، باريفارتان تروست أند سانغاث، الهند؛ ديكسون تشيباندا، جامعة زمبابوي، مشروع مقعد الصداقة، هراري، زمبابوي؛ جانيس كوبر، مركز كارتر، ليبيريا؛ ويلموس (بيم) كويجز*، جامعة فريجي، أمستردام، هولندا؛ غوري ديفان، سانغاث، غوا، الهند؛ كريستوفر دوريك*، معهد علم النفس والصحة والمجتمع، جامعة ليفربول، ليفربول، المملكة المتحدة؛ جوشوا دنكان، مشروع إعادة بناء أفضل، CBM سيراليون؛ جوليان إيتون*، CBM الدولية، كلية توغو ولندن للصحة العامة والطب المداري، المملكة المتحدة؛ ربيع الشاماي، وزارة الصحة، بيروت، لبنان؛ بيتر هيوز، معهد الطب النفسي وعلم النفس وعلم الأعصاب في كلية كينجز، لندن، المملكة المتحدة؛ أسا همايون*،

الرعاية الصحية في ميديترينا، إسلام آباد، باكستان؛ الصحة الوطنية، المملكة المتحدة؛ مارك لاورتا، قسم الطب النفسي، ماكجيل مونترال، منظمة الصحة العالمية، مركز البحوث المتعاون مع منظمة الصحة للبلدان الأمريكية ومعهد جامعة دوغلاس للصحة النفسية، مونترال، كندا؛ أنيتا ماريني، منظمة سيتادينانزا غير الحكومية، ريميني، إيطاليا؛ فرح متين، مستشفى ماساتشوستس العام، كلية هارفارد الطبية، الولايات المتحدة الأمريكية؛ تشاو مين، مركز علاج إساءة استخدام المخدرات في شنغهاي*، معهد الطب لجامعة شانغهاي جياوتونغ، شنغهاي، الصين؛ تشارلز نيوتن*، معهد كينيا للبحوث الطبية، كيليفي، كينيا؛ أولابينا أوميغودون*، مركز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، المستشفى الجامعي، إبادان، نيجيريا؛ أكوا سي أوسي*، وزارة الصحة، أكرا، غانا؛ أمريتا باربخ، داسرا، مومباي، الهند؛ ألفريدو بيمجين*، قسم الصحة النفسية، وزارة الصحة، سانتياغو، تشيلي؛ هيامالي بيريرا، كلية الطب، جامعة كولومبو، سريلانكا؛ مايكل فيليبس، مركز بحوث ومنع الانتحار ومركز استشارات طرق البحث، شنغهاي مركز شنغهاي للصحة النفسية، معهد الطب لجامعة شانغهاي جياوتونغ، والمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية للبحوث والتدريب في مجال الوقاية من الانتحار، مستشفى هيلونغوان، بكين، الصين؛ مارتين برينس*، معهد الطب النفسي وعلم النفس وعلم الأعصاب، كلية كينجز، لندن، المملكة المتحدة؛ عاطف رحمن*، معهد علم النفس، الصحة والمجتمع، جامعة ليفربول، ليفربول، المملكة المتحدة؛ ريتشارد راوسون*، البرامج المتكاملة المعنية بإساءة استخدام المواد في جامعة كاليفورنيا، لوس أنجلوس، كاليفورنيا، الولايات المتحدة الأمريكية؛ تاهيليا ريبيلو، جامعة كولومبيا، الولايات المتحدة الأمريكية؛ راجيش ساجار، معهد عموم الهند للعلوم الطبية، نيودهي، الهند؛ لي ساندر، معهد UCL لطب الأعصاب، لندن، المملكة المتحدة؛ أليسون شافر، الرؤية العالمية، نيروبي، كينيا؛ كونوكاتيل شاجي، كلية الطب الحكومية، ثريسور، الهند؛ براتاب شاران*، معهد عموم الهند للعلوم الطبية، نيودهي، الهند؛ فانداد شاريفي سينيجاني، جامعة طهران للعلوم الطبية، طهران، الجمهورية الإسلامية الإيرانية؛ كولو سيمليو داسا*، وزارة الصحة، لومي، توغو؛ ليزلي سنابندر، السلام في الممارسة العملية، أمستردام، هولندا؛ تشيت صوفال، وزارة الصحة، كمبوديا؛ جيسيكا ماريا، فيولاندا سباغونلو، كلية الصحة العامة، جامعة مونترال، كندا؛ إيمانويل ستريل، مستشار في الصحة النفسية العامة وتعاطي مواد الإدمان، بلجيكا؛ سكوت ستروب، كلية الأطباء والجراحين بجامعة كولومبيا، معهد نيويورك للطب النفسي، نيويورك، الولايات

المتحدة الأمريكية؛ أثولا سومائيبالا، جامعة كيبي، المملكة المتحدة؛ كيران ثاكور، مستشفى جونز هوبكينز، بالتيمور، الولايات المتحدة الأمريكية؛ رانغاسوامي ثارا، مؤسسة بحوث مرض الفصام، الهند؛ جراهام ثورنيكروفت*، معهد الطب النفسي وعلم النفس وعلم الأعصاب، كلية كينجز، لندن، المملكة المتحدة؛ مارك توملينسون، جامعة ستيلينبوش، جنوب أفريقيا؛ نيان تون، مستشفى يانجون العام، ميانمار؛ كارمن فال، CBM، فريتاون، سيراليون؛ بيتر فنتيفو جيل، مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، جنيف، سويسرا؛ إنكا ويسيكير*، الهيئة الطبية الدولية، واشنطن، الولايات المتحدة الأمريكية؛ محمد تاغي ياسامي، جنيف، سويسرا؛ لاكشمي فيجاياكوما*، SNEAH، مركز الوقاية من الانتحار، تشيناي، الهند؛ آبي واسي، قسم الطب النفسي، كلية الطب، جامعة أديس أبابا، ومشفى أمانويل، إثيوبيا.

* أعضاء المجموعة المعنية بإعداد المبادئ التوجيهية المحدثة لبرنامج راب الفجوة في الصحة النفسية

كما قدم المراجعون التالية أسماؤهم مدخلات إضافية من خلال المساهمة في الاختبار التجريبي، أو التعليقات أو النقاشات الجماعية المركزة:

هلال الدين أحمد، بنغلاديش؛ سوزان أكوي أوتو، أوغندا؛ روبينا ألامبوا، أوغندا؛ لطيفة صالح الحربي، المملكة العربية السعودية؛ علاء الدين المصري، الأردن؛ ليل النواز، تركيا؛ ابتسام الردهان، المملكة العربية السعودية؛ روزلين أبوسو، نيجيريا؛ منار عواد، الأردن؛ راؤول أيلالا، المكسيك؛ نامسنموه أيار، جمهورية أفريقيا الوسطى؛ مادور باسنيت، نيبال؛ جيرترود بايونا، أوغندا؛ روز بيوغراند، سيراليون؛ تادو بيزو، إثيوبيا؛ غوراف بهاتاري، نيبال؛ جيهان بو سليمان، لبنان؛ بريان بيكواسو، أوغندا؛ جولز كلود كاسومبا، جنوب السودان؛ أليس كليمنت، نيجيريا؛ غريبتيل أسيفيدو دي بينزون، بنما؛ باركون دواه، ليبيريا؛ موفومبا إيمانويل، أوغندا؛ أوليفيا غابولا، أوغندا؛ كمال غوتام، نيبال؛ ريني جيريتزن، نيبال؛ شري رام غمير، نيبال؛ سوديب غميري، نيبال؛ إجه تير غودوين، نيجيريا؛ كبه سيلما غوربودولو، ليبيريا؛ تين ك. غريس، نيجيريا؛ جورجينا غروندي كامبل، المملكة المتحدة وتركيا؛ إيسوبالو هاييل، جنوب

السودان؛ تيسير حسون، الجمهورية العربية السورية؛ محمود حجازي، تركيا؛ زينب حجازي، لبنان؛ فريد كانغاو، أوغندا؛ سيلفستر كاتونتوكا، زامبيا؛ فريد كيويبا، أوغندا؛ همفري كوفي، غانا؛ موسى كولي، غينيا؛ سامر ليل، تركيا؛ ريتشارد لوفالوكا، أوغندا؛ بول لوفولا، أوغندا؛ سكوفيا ماكوما، أوغندا؛ جوا ماركال-غريلو المملكة المتحدة؛ سو سيسيليا ميدوف، نيجيريا؛ كولين ماكلينرفي، لاوس؛ سعيد ناديا، المملكة المتحدة؛ روث ناكاشوا، أوغندا؛ جوليت ناموجانزا، أوغندا؛ إميلي نامولوندو، أوغندا؛ مارغريت ناموسوبيا، أوغندا؛ أمادان. ندوربور، ليبيريا؛ شيلا نديابانانجي، أوغندا؛ جويل نغيد، نيجيريا؛ فريد نكوتامي، أوغندا؛ زكريا نونغو، نيجيريا؛ إيميكا نويوه، نيجيريا؛ فيليب أود، نيجيريا؛ ماري أوغيزي، نيجيريا؛ مارثا أوكوتو، نيجيريا؛ ساجون بالاف بانت، نيبال؛ مونيكا بيفرغا، نيجيريا؛ مابا هـ. بولوكا، مملكة تونغ؛ مهند رمضان، الأردن؛ نيك روز، المملكة المتحدة؛ بريجيد ريان، أستراليا؛ جوزيف س. كوي، ليبيريا؛ نضال سعدون، تركيا؛ لطيفة صالح، المملكة العربية السعودية؛ داودا ساببا، غامبيا؛ نسيزير ميتالا شيم، أوغندا؛ ميشيل صوفيا، لبنان؛ شادراتش ج. سوبورزو الثاني، ليبيريا؛ وفيقة طفران، الجمهورية العربية السورية؛ إنجي تار نيانكون، ليبيريا؛ ليلاس تقي، تركيا؛ يانينو تيرمين سي، نيجيريا؛ نونغو ترسير، نيجيريا؛ سامنينغ ثامافونغ، لاوس؛ مانيفون ثيكوي، لاوس؛ جوشوا توسابا، أوغندا؛ تشانثالا فينثاساي، لاوس؛ آنا والدر، سيراليون؛ عبد الواسع يوسف، إثيوبيا.

تنسيق الطباعة: باسكال برويسين، فريدريك كلودي رودين، منظمة الصحة العالمية، جنيف.

الدعم المالي

قدمت المنظمات التالية مساهمات مالية لإعداد دليل التدخل وإنتاجه:

Autism Speaks، الولايات المتحدة الأمريكية؛ **CBM**؛ فاونتين هاوس؛ الحكومة اليابانية، حكومة جمهورية كوريا؛ الحكومة السويسرية، المعهد الوطني للصحة النفسية، الولايات المتحدة الأمريكية؛ سينجنتا.

النسخة العربية

مولت منظمة الصحة العالمية في الجمهورية العربية السورية الترجمة إلى اللغة العربية والشكر للسيد باسل ماشوش، الجمهورية العربية السورية على ترجمة الدليل والشكر أيضاً لكل من الدكتور تيسير حسون، الجمهورية العربية السورية و الدكتور فهمي حنا (منظمة الصحة العالمية- جنيف) و الدكتور إياد يانس (منظمة الصحة العالمية- الجمهورية العربية السورية) على التنقيح والتدقيق ومراجعة النسخة العربية.

مارتينيز، وزارة الصحة، الأرجنتين؛ دانيال ماجين، جامعة إلينوي، الولايات المتحدة الأمريكية؛ سيلفيا مينوزي، مجموعة كوكرين المتعاونة للاستعراض المعنية بالمخدرات والكحول، إيطاليا؛ سوزانا ميتروفا، مجموعة كوكرين المتعاونة للاستعراض المعنية بالمخدرات والكحول، إيطاليا؛ جيمس موجيشا، الرابطة الوطنية لمنع الانتحار، أوغندا؛ أديسولا أوغوني، مستشفى الكلية الجامعي، نيجيريا؛ دينيس بادروشنبي، مركز المعلومات والتدريب في الطب النفسي وعلوم المخدرات بيلاروسيا؛ أمريتا باربخ، مؤسسة الصحة العامة في الهند؛ خارا سورو، جامعة كاليفاريا، كندا؛ شوباراجا، الاحتياجات الأساسية **BASIC NEEDS**، الهند؛ برايان رايشو، مركز دراسة الطفل، مدرسة الطب في جامعة بيل، الولايات المتحدة الأمريكية؛ ماريا لوزيا سكاتوني، معهد سوبيريور دي سانتا، إيطاليا؛ سوفاسيني شارما، كلية ليدي هاردينغ الطبية ومستشفى كالاواتي ساران للأطفال، الهند؛ براتيبا سينغي، معهد الدراسات العليا في التعليم الطبي والبحوث، الهند؛ لورينزو تارسيتاني، بوليكلينيكو أوميرتو ساينزا، جامعة روما، إيطاليا؛ ويتس تول، مؤسسة بيتر ألديرمان، أوغندا؛ سارة سكين، جامعة ستيلينبوش، جنوب أفريقيا؛ مانجاري تريباتي، معهد عموم الهند للعلوم الطبية، الهند؛ أمروز أوشنتهاغن، جامعة زيورخ، سويسرا؛ كريس وندرهيل، الاحتياجات الأساسية **BASIC NEEDS**، المملكة المتحدة؛ أنا ويليامز، معهد الطب النفسي وعلم النفس وعلم الأعصاب كلية كينجز، المملكة المتحدة.

فريق الانتاج

مخطط تصميم وتخطيط: إريكا ليفستاد.

كما ساهم الخبراء التالية أسماؤهم كمراجعين خارجيين في مراجعة المبادئ التوجيهية المحدثة لبرنامج راب الفجوة في الصحة النفسية:

أتالاي أليم، جامعة أديس أبابا إثيوبيا؛ لورا أمانو، مجموعة كوكرين المتعاونة للاستعراض المعنية بالمخدرات والكحول، إيطاليا؛ ساتيندر أنيجا، كلية الليدي هاردينغ الطبية، الهند؛ بيرباستن، عيادة بوليو، سويسرا؛ غايل بيل، معهد طب الأعصاب، كلية لندن الجامعية، المملكة المتحدة؛ دونا برجن، مركز جامعة راش الطبي، إلينوي، الولايات المتحدة الأمريكية؛ خوسيه بيرتولوت، كلية الطب في بوتوكاتو، البرازيل؛ إيرين بيغلي، جامعة فيرونا، إيطاليا؛ ستيفاني بوروز، مركز مستشفى الجامعة في مونتريال، كندا؛ إيريكو كاسترو، كوستا فيوكروز (مؤسسة أوزالدو كروز)، البرازيل؛ توني تشارمان، معهد الطب النفسي وعلم النفس وعلم الأعصاب في كلية كينجز، المملكة المتحدة؛ ماريك تشاوارسكي، مدرسة الطب في جامعة بيل، الولايات المتحدة الأمريكية؛ فيرا داروس، الشبكة البرازيلية لتقليل الضرر وحقوق الإنسان، البرازيل؛ كارلوس فيليب داليفيرا، الرابطة الوطنية لمنع الانتحار، البرازيل؛ كيران إيفان، المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية، **HUG**، سويسرا؛ إريك إيمرسون، مركز بحوث وسياسات الإعاقة، جامعة سيدني، أستراليا؛ سعيد فاروق، قسم الطب النفسي، مستشفى ليدي ريدينغ، باكستان؛ ميليسا جلاستون، جامعة ليفربول، المملكة المتحدة؛ شارلوت هانلون، جامعة أديس أبابا، إثيوبيا؛ أنجلينا كاكوزا، جامعة ماكيري، أوغندا؛ راجيش كالاريا، جامعة نيوكاسل، المملكة المتحدة؛ إيريني كاريوتاكي، الجامعة الحرة، هولندا؛ مارك كيزر، كلية لندن الجامعية، المملكة المتحدة؛ نيكول لي، تيرنينغ بوينت، أستراليا؛ فالنتينا ليمي، كلية لندن للاقتصاد، المملكة المتحدة؛ هاريت ماكملان، جامعة ماكاستر، كندا؛ كارلوس

مقدمة

برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP) معلومات أساسية

وفقاً لأطلس الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية 2014، يعيش أكثر من 45٪ من سكان العالم في بلدان يتواجد بها أقل من طبيب نفسي واحد لكل 100.000 شخص، بل وتندني نسبة أطباء الأمراض العصبية إلى ما هو أقل من ذلك. ومن الواضح أن الاعتماد على المتخصصين فقط لتقديم الخدمات للأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية سيمنع ملايين الأشخاص من الحصول على الخدمات التي يحتاجونها. وحتى عندما تتوفر هذه الخدمات، فإن التدخلات لا تستند، في كثير من الأحيان، إلى البيّنات، وأولا تتسم بالجودة العالية. ولهذا أعدت منظمة الصحة العالمية برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية بغية تعميم خدمات رعاية الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية.

ويتألف نهج برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية من تدخلات للوقاية من الحالات النفسية والعصبية والإدمانية ذات الأولوية فضلاً عن تديرها علاجياً. حيث تم تحديد هذه الحالات استناداً إلى البيّنات حول فعالية وجدوى تعميم هذه التدخلات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وتحددت هذه الحالات ذات الأولوية بناء على معايير تتعلق بالعبء الثقيل الذي تمثله (من حيث الوفيات والمراضة والإعاقة)، وتكاليفها الاقتصادية الباهظة أو ارتباطها بانتهاكات حقوق الإنسان. وتضم هذه الحالات الاكتئاب، والذهان، وإيذاء الذات/ الانتحار، والصرع، والخرف، والاضطرابات الإدمانية والاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين. إن دليل التدخلات هو بمثابة مرجع لتيسير تقديم الإرشادات المستندة إلى البيّنات المرتبطة بهذا البرنامج في مواقع الرعاية الصحية غير النفسية.

وقد كان لافتاً استخدام الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية وغيرها من الجهات صاحبة المصلحة للإصدار 1.0 من برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية، وهو ما أظهر، على نحو جلي، الحاجة لمثل هذه الأداة. واستخدمت الإصدار 1.0 من البرنامج على المستوى القطري من خلال الوسائل المتنوعة التالية: باعتبارها أداة أساسية في نهج التنفيذ التدريجي لتعميم خدمات الصحة

النفسية على الصعيد الإقليمي والوطني ودون الوطني، وهي الوسيلة الأكثر شيوعاً، وباعتبارها أداة لبناء قدرات مجموعة كبيرة من المتخصصين في الصحة ومساعدتهم؛ وكذلك باعتبارها دليلاً مرجعياً لتطوير وتحديث مناهج الدراسات العليا والمرحلة الجامعية الأولى للمتخصصين في مجال الصحة.

إعداد دليل التدخلات - الإصدار 2.0

لقد شكلت المبادئ التوجيهية المحدثة لبرنامج راب الفجوة في الصحة النفسية والتعليقات الواردة من قبل مستخدمي دليل تدخلات البرنامج - الإصدار 1.0 وتقييماتهم أداة لمراجعة هذه النسخة المحدثة من دليل التدخلات وتطويرها. وتماشياً مع المنهجية الخاصة بعملية إعداد المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، تم تنفيذ التحديث الكامل للمبادئ التوجيهية لبرنامج راب الفجوة في الصحة النفسية، بما في ذلك عملية استعراض البيّنات وصياغة التوصيات ووضعها، من خلال مشاركة لجنة دولية من الخبراء والمؤسسات ممن لديهم الخلفية والخبرة المناسبة، مثل: الأطباء السريريين، والباحثين، ومديري البرامج، وراسمي السياسات، ومستخدمي الخدمات. ونُشر هذا التحديث في عام 2015. يمكن الحصول على الأساليب التفصيلية والتوصيات المحدثة من مركز مصادر البيّنات الخاص ببرنامج راب الفجوة في الصحة النفسية.

(mhGAP Evidence Resource Centre)

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

ووردت التعليقات من الخبراء العاملين في جميع أقاليم منظمة الصحة العالمية ممن استخدموا حزمة دليل التدخلات في السنوات الثلاثة الماضية لتدريب العاملين غير المتخصصين في مجال الرعاية الصحية وتقديم الخدمات النفسية والعصبية والإدمانية في عدد من مواقع تنفيذ هذا البرنامج. وتبع ذلك توزيع المسودة الأولية لدليل التدخلات-الإصدار 2.0، المستندة إلى الخبرة والمداخلات الميدانية، على مجموعة واسعة من المراجعين في العالم مما سمح بتنوع الآراء في عملية المراجعة المكثفة هذه. كما تضمنت هذه العملية تلقي التعليقات من عدد من المستخدمين النهائيين ومن بينهم مقدمي الرعاية الصحية غير النفسية وأشخاص يعانون من اضطرابات نفسية وعصبية وإدمانية في كل أقاليم منظمة الصحة العالمية. ثم تلى ذلك جمع التعليقات من المستخدمين النهائيين من خلال إجراء عملية استبيان ومن خلال نقاشات جماعية مركزة ميسرة على الصعيد

المحلي بتنسيق من منظمة الصحة العالمية. وأدرجت استجابات المراجعين التي جُمعت في هذه العملية في دليل التدخلات - الإصدار 2.0.

علاوة على ذلك، فقد أشار عدد من مستخدمي دليل التدخلات إلى القيود الناجمة عن وجود نسخة ورقية فقط من الدليل، مقترحين أن يكون للأشكال الإلكترونية التفاعلية من هذا الدليل أو تلك القائمة على الإنترنت أو الأجهزة الخلوية مزايا تتعلق بسهولة الاستخدام، وزيادة الفعالية وانخفاض التكلفة. ولهذا فقد صُمم دليل التدخلات-الإصدار 2.0 بهدف العمل على مستويات متعددة: الورقية، والإلكترونية، والخلوية. والنسخة الإلكترونية من دليل التدخلات قيد الإعداد حالياً وستصدر قريباً.

ونتيجة لإدراج هذه التعليقات الشاملة والمبادئ التوجيهية المحدثة لبرنامج راب الفجوة في الصحة النفسية 2015، فضلاً عن الفرص الجديدة التي أتاحتها النسخة الإلكترونية، فقد شملت التحديثات الأساسية لدليل التدخلات - الإصدار 2.0 ما يلي:

« تحديث المحتوى في أقسام مختلفة بناءً على البيّنات الجديدة والتعليقات والتوصيات الواردة من مستخدمي البرنامج.

« استخدام نموذج خوارزمي عامودي يسمح بإجراء تقييم سريري انسيابي ومبسّط.

« إدراج خوارزمية جديدة لإجراء المتابعة في كل الوحدات.

« إدراج وحدتين جديدتين: الرعاية الأساسية والتدريب (وهو تحديث للفصل الخاص بالمبادئ العامة للرعاية في الإصدار 1.0) والوحدة الخاصة باستخدام الدليل.

« وحدة منفحة للذهان (تشمل الذهان والاضطراب ثنائي القطب)، الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين (الاضطرابات النائية والسلوكية والعاطفية)، والاضطرابات الإدمانية (بما في ذلك الاضطراب الناجم عن تعاطي الكحول والمخدرات).

استخدام دليل التدخلات – الإصدار 2.0

يُعدُّ دليل التدخلات – الإصدار 2.0 دليلاً نموذجياً، ومن الضروري أن يتم تكييفه ليتوافق مع الأوضاع الوطنية أو المحلية الفريدة. ويمكن لمستخدمي الدليل اختيار مجموعة فرعية من الحالات ذات الأولوية أو التدخلات لتكييفها وتطبيقها وفقاً لاختلاف السياقات المتعلقة بانتشار الموارد وتوافرها. ويكتسب التكييف ضرورة من أجل ضمان تغطية الحالات التي تشكل العبء المرضي الأكبر في بلد محدد وضمان أن تكون الإصدار 2.0 من دليل التدخلات متلائمة مع الظروف المحلية التي تؤثر على علاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعصبية وإدمانية في مرافق الرعاية الصحية. وينبغي استخدام عملية التكييف كفرصة للتوصل إلى توافق في الآراء حول المسائل التقنية الخاصة بالحالات المرضية. ويتطلب هذا الأمر إشراك الجهات الوطنية الأساسية من أصحاب المصلحة. وستضمن التكييف ترجمة التدخلات وضمان مراعاتها للسياق الثقافي الاجتماعي وملاءمتها مع النظام الصحي المحلي.

إن مجموعة مستخدمي دليل التدخلات المستهدفين بالدليل تشمل مقدمي الرعاية الصحية غير النفسية العاملين في مرافق الرعاية الصحية من المستويين الأول والثاني. ويشمل هؤلاء أطباء الرعاية الأولية، وطواقم التمريض، وأعضاء آخرين من القوى العاملة بالرعاية الصحية. وعلى الرغم من أن دليل التدخلات – الإصدار 2.0 سيُطبق من قبل غير المتخصصين بشكل أساسي، فإن المتخصصين في توفير الرعاية الصحية النفسية قد يجدونه مفيداً في عملهم أيضاً. وبالإضافة إلى ذلك، يلعب المتخصصون دوراً أساسياً وبارزاً في التدريب والدعم والإشراف، ويشير دليل التدخلات – الإصدار 2.0 إلى الحالات التي تستوجب الاتصال بمتخصصين للحصول على المشورة أو الإحالة لتحسين الاستفادة من الموارد الشحيحة. كما يمكن للمتخصصين أن يستفيدوا أيضاً من التدريب على جوانب الصحة العامة في البرنامج وتنظيم الخدمات. وفي الوضع المثالي، يتطلب تطبيق دليل التدخلات – الإصدار 2.0 عملاً منسقاً من جانب خبراء الصحة العامة ومدبريها، والمتخصصين المترين ممن لديهم خلفية صحية عامة. ولذلك فإن التدريب على استخدام دليل التدخلات يمكن أن يتم بأفضل صورة عندما يكون جزءاً من نهج النظم التي تشمل القائمين على التخطيط الصحي والمدبرين الصحيين ورسمي السياسات بحيث تغطي التدخلات المقترحة بالدعم عبر توفير البنية التحتية/ الموارد الضرورية، مثل توافر الأدوية الأساسية. كما يحتاج التدريب على دليل التدخلات إلى دمج باستمرار مع الآليات القائمة لضمان الدعم الكافي والإشراف والتدريب لتنشيط المعلومات لدى مقدمي الرعاية الصحية.

كيفية استخدام دليل التدخلات – الإصدار 2.0

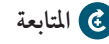
يُعدُّ دليل التدخلات – الإصدار 2.0 دليلاً نموذجياً، ومن الضروري أن يتم تكييفه ليتوافق مع الأوضاع الوطنية أو المحلية المُميزة. ويمكن للمستخدمين اختيار مجموعة فرعية من الحالات ذات الأولوية أو التدخلات لتكييفها وتطبيقها وفقاً للسياق.

« يبدأ دليل التدخلات – الإصدار 2.0 بـ الرعاية الأساسية والممارسة وهي مجموعة من الممارسات السريرية الجيدة والمبادئ التوجيهية العامة للتفاعل بين مقدمي الرعاية الصحية والأشخاص المُلتزمين للرعاية الصحية النفسية. وينبغي على جميع مستخدمي دليل التدخلات الاطلاع على هذه المبادئ واتباعها قدر الإمكان.

« تتضمن دليل التدخلات مخططاً رئيسياً يقدم معلومات عن المظاهر المشتركة للحالات المرضية ذات الأولوية. والغاية من هذا المخطط هو إرشاد الأطباء السريريين إلى الوحدات المتعلقة بعملهم. وينبغي أن يحظى التدبير العلاجي للحالات الأشد خطورة بالأولوية. ويتضمن دليل التدخلات – الإصدار 2.0 إضافة جديدة على المخطط الرئيسي – وهي المظاهر الطارئة للحالات النفسية والعصبية والإدمانية ذات الأولوية. وقد تم إضافة هذا القسم للمساعدة على التعرف على الحالات الطارئة والتوجيه إلى المبادئ التوجيهية لتدبيرها علاجياً.

« وحدات الدليل، المرتبة حسب الحالات ذات الأولوية، هي أداة لصنع القرارات والتدبير السريري. وقد قمنا بتخصيص لون مختلف لكل وحدة للسماح بالتمييز بينها بسهولة. كما أوردنا مقدمة في بداية كل وحدة تستعرض الحالة (الحالات) التي تغطيها الوحدة، فضلاً عن لمحة سريعة تصف الخطوات الأساسية للتقييم والتدبير العلاجي.

« تتألف كل وحدة من ثلاثة أقسام:



« تم عرض قسم التقييم على شكل جداول مع نقاط تقييم سريرية متعددة. تبدأ كل وحدة بالمظاهر المشتركة للحالة المشتبه بها، حيث توجد سلسلة من أسئلة التقييم السريري التي يجيب عليها المرء بنعم أو بلا، مما يوجه المستخدم للانتقال إلى تعليمات إضافية للوصول إلى تقييم سريري نهائي. من المهم أن يبدأ مستخدمو دليل التدخلات من أعلى التقييم ومن ثم ينتقلون عبر كل نقاط القرار للوصول إلى تقييم سريري وخطة تدبير علاجي شاملين.

« يتألف قسم التدبير العلاجي من تفاصيل التدخل التي تقدم معلومات حول كيفية تدبير حالات معينة خضعت للتقييم. ويتضمن ذلك المزيد من التدخلات الاجتماعية النفسية الفنية والدوائية في الوقت المناسب.

« يقدم قسم المتابعة معلومات مفصلة حول كيفية مواصلة علاقة التدبير السريري، بالإضافة إلى تعليمات مفصلة لمتابعة التدبير العلاجي.

« يستخدم دليل التدخلات – الإصدار 2.0 سلسلة من الرموز التعبيرية لإبراز جوانب محددة ضمن الوحدات. تجدون في الصفحة التالية قائمة بهذه الرموز التعبيرية وتفسيراتها. وإضافة إلى ذلك، يتم التأكيد على نقاط هامة كنصائح سريرية أساسية في كل الوحدات.

« كما يتضمن الدليل وحدة حول تطبيق دليل التدخلات. وتقدم هذه الوحدة خطوات موجزة حول كيفية تطبيق هذا الدليل.

« يوجد في نهاية الدليل قائمة بالمصطلحات المستخدمة في دليل التدخلات – الإصدار 2.0.

الرسوم الارشادية والرموز التعبيرية



تقييم



تدبير علاجي



متابعة



إحالة إلى المستشفى



دواء



تدخل نفسي اجتماعي



استشارة متخصص



أطفال/ مراهقون



نساء في سن الإنجاب أو الحوامل
أو المرضعات



بالغون



كبار السن



مطلوب الحذر

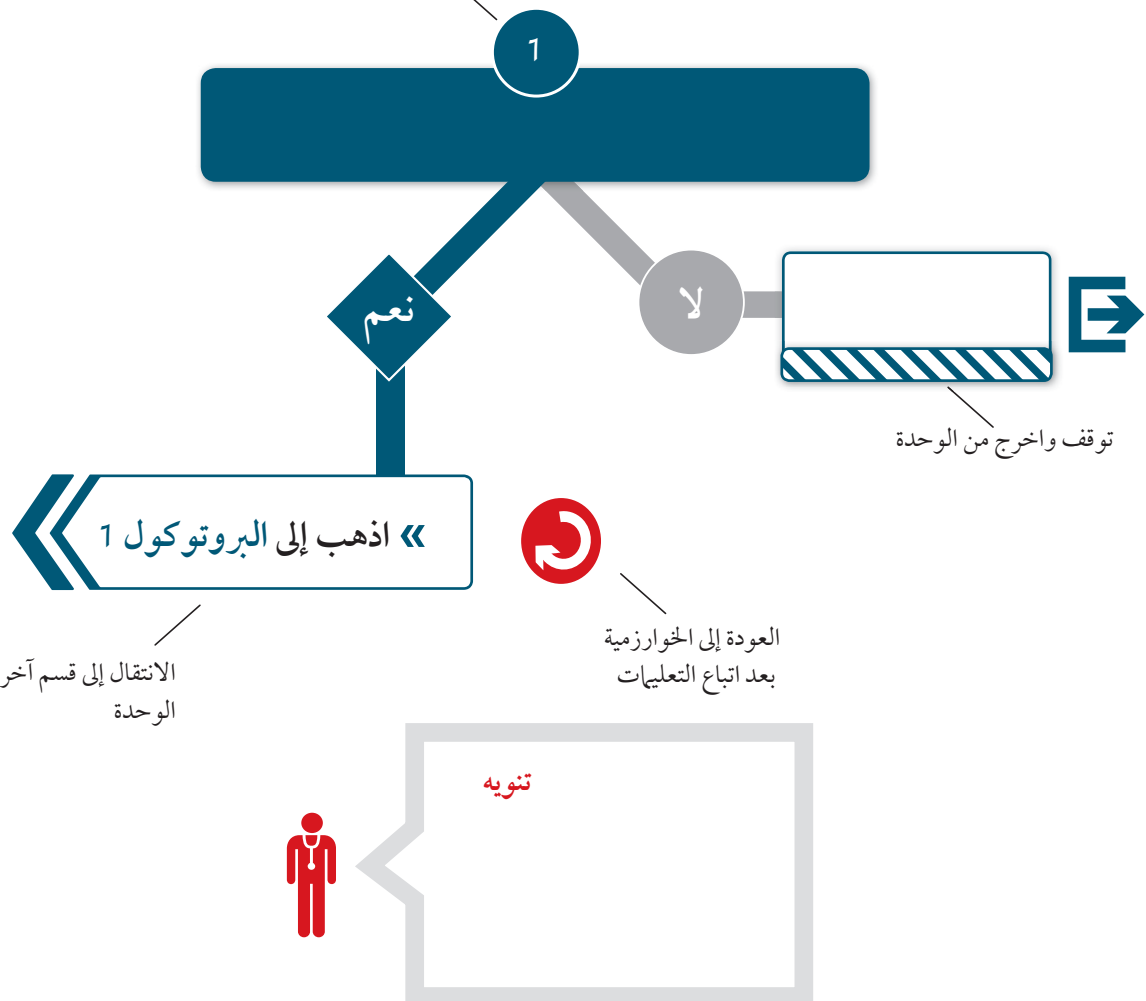


لا تفعل



المزيد من المعلومات

تسلسل خطوات التقييم



الرعاية الأساسية والممارسة

أ. المبادئ العامة

- استخدام مهارات تواصل فعالة
- تعزيز الاحترام والكرامة

ب. أساسيات الممارسة السريرية للصحة النفسية

- تقييم الصحة البدنية
- إجراء تقييم نفسي وعصبي وإدماني
- تدبير الحالات النفسية والعصبية والإدمانية علاجياً

تختصر هذه الوحدة مبادئ الرعاية الأساسية لجميع من يلتمسون الرعاية الصحية، بما في ذلك أولئك الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية، والقائمين على رعايتهم. يغطي القسم الأول من هذه الوحدة المبادئ العامة للرعاية السريرية، ويهدف إلى تعزيز احترام خصوصية الأشخاص الذين يلتمسون الرعاية للحالات النفسية والعصبية والإدمانية، وإقامة علاقات جيدة بين مقدمي الرعاية الصحية ومستخدمي الخدمات والقائمين على رعايتهم، وضمان تقديم الرعاية بطريقة داعمة بعيدة عن الأحكام والوصم. ويغطي الجزء الثاني أساسيات الممارسة السريرية للصحة النفسية ويهدف إلى تزويد مقدمي الرعاية الصحية بفكرة عامة عن تقييم وتدبير الحالات النفسية والعصبية والإدمانية علاجياً في المواقع غير النفسية.

أ. مبادئ عامة

1. استخدام مهارات تواصل فعالة

يتيح استخدام مهارات التواصل الفعالة لمقدمي الرعاية الصحية تقديم رعاية عالية الجودة للبالغين، والمراهقين، والأطفال الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية. وينبغي أخذ مهارات ونصائح التواصل الأساسية التالية في الاعتبار:

تنويه # 1

خلق بيئة تسهل التواصل المفتوح

«مقابلة الشخص في مكان خاص، إذا كان ذلك ممكناً.

«الترحيب والبدء بمقدمات مُراعية لثقافة الشخص.

«المحافظة على التواصل البصري واستخدام لغة الجسد وتعابير الوجه التي تمهد لبناء الثقة.

«بيان أن المعلومات التي تُناقش خلال الزيارة تبقى سرية وأنه لا يمكن الاطلاع عليها إلا بموافقة مُسبقة.

«في حال وجود القائمين على رعاية الشخص، يمكن طرح فكرة التحدث مع الشخص بمفرده (باستثناء الأطفال الصغار) والحصول على موافقتهم للتزويد بمعلومات سريرية.

«عند إجراء مقابلة مع امرأة شابة، يتعين مراعاة وجود موظفة أو مُقدمة رعاية.

تنويه # 5

استخدام مهارات جيدة للتواصل اللفظي

«استخدام لغة بسيطة. والالتزام بالوضوح والإيجاز.

«استخدام أسئلة مفتوحة، مع القيام بتلخيص العبارات وإيضاحها.

«تلخيص النقاط الهامة وتكرارها.

«إعطاء الفرصة للشخص لطرح الأسئلة عن المعلومات المُقدمة له.

تنويه # 6

الاستجابة على نحو مراعي لمشاعر الشخص عند الكشف عن تجارب صعبة (مثلاً، الاعتداء الجنسي أو العنف أو إيذاء الذات)

«إظهار المزيد من الاهتمام تجاه المواضيع الصعبة.

«تذكير الشخص بأن ما يقوله سيقى سرياً.

«الإقرار بالصعوبة المحتمل أن يواجهها الشخص عند الإفصاح عن تلك المعلومات.

تنويه # 2

إشراك الشخص

«إشراك الشخص (والقائمين على رعايته وأسرته، بعد أخذ موافقته) في كل جوانب التقييم والتدبير العلاجي قدر الإمكان، بما في ذلك الأطفال والمراهقين وكبار السن.

تنويه # 3

البدء بالإصغاء

«الإصغاء بفعالية وإبداء تفهُّم واهتمام.

«عدم مقاطعة الشخص أثناء حديثه.

«التحلّي بالصبر ومحاولة الاستيضاح من الشخص في حال كان تاريخه المرضي غير واضح.

«بالنسبة للأطفال، استخدام لغة يمكنهم فهمها. على سبيل المثال: طرح أسئلة عن اهتماماتهم (الألعاب، الأصدقاء، المدرسة، الخ..).

«بالنسبة للمراهقين، الإعراب عن تفهمك لوضعهم ومشاعرهم.

تنويه # 4

الالتزام بالود والاحترام وعدم إصدار الأحكام في جميع الأوقات

«الالتزام بالاحترام دائماً.

«عدم إطلاق الأحكام على الأشخاص بناءً على سلوكهم أو مظهرهم.

«الهدوء والصبر.

2. تعزيز الاحترام والكرامة

ينبغي معاملة الأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية باحترام وكرامة وبطريقة مُراعية لثقافتهم. وكمقدم رعاية صحية، ينبغي أن تبذل قصارى جهدك للاحترام وتعزيز إرادة هؤلاء الأشخاص واختياراتهم، فضلاً عن دعمهم وشمولهم هم والقائمين على رعايتهم على حد سواء في الرعاية. غالباً ما يكون الأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية أكثر عرضة لانتهاكات حقوق الإنسان. ولهذا، فمن الضروري أن يقوم مقدمو الرعاية في موقع الرعاية الصحية بتعزيز حقوق هؤلاء الأشخاص وفقاً لمعايير حقوق الإنسان الدولية، بما في ذلك وفقاً لاتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة*.

* لمزيد من المعلومات حول اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة:

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

ما ينبغي فعله

- « معاملة الأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية باحترام وكرامة.
- « حماية خصوصية الأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية.
- « ضمان الخصوصية في موقع التدبير السريري.
- « إتاحة الاطلاع على المعلومات بشكل دائم وشرح مخاطر العلاج المقترح وفوائده خطياً، إن كان ذلك ممكناً.
- « التأكد من موافقة الشخص على العلاج.
- « تعزيز الاستقلالية والعيش المستقل في المجتمع.
- « إتاحة وصول الأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية إلى الخيارات المدعومة المتاحة لاتخاذ القرار.

ما لا ينبغي فعله

- « التمييز ضد الأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية.
- « تجاهل أولويات أو رغبات الأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية.
- « اتخاذ قرارات بالنيابة عن الأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية أو بدلاً منهم.
- « استعمال تعابير عالية التقنية لشرح العلاج المقترح.

ب. أساسيات الممارسة السريرية في الصحة النفسية

1. تقييم الصحة البدنية

إن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعصبية وإدمانية يكونون أكثر عرضة لخطر الوفاة المبكرة من أمراض يمكن الوقاية منها. ولهذا، ينبغي إجراء تقييم صحة بدنية لهم على نحو دائم كجزء من التقييم الشامل. وينبغي التأكد من الحصول على التاريخ المرضي المناسب، بما في ذلك تاريخ الصحة البدنية والتاريخ النفسي والعصبي والإدماني، ويتبع ذلك تقييم الصحة البدنية للتعرف على الحالات المترامنة وإحاطة الشخص بالإجراءات الوقائية. ويجب إجراء ذلك بعد الحصول على الموافقة المستنيرة من الشخص.

تقييم الصحة البدنية

« أخذ التاريخ التفصيلي وطرح أسئلة عن عوامل الخطر.

مثل الخمول البدني، والنظام الغذائي غير المناسب، والتبغ، وتعاطي الكحول على نحو ضار و/ أو تعاطي مواد الإدمان، والسلوكيات الخطرة، والأمراض المزمنة.

« إجراء فحص بدني.

« النظر في إجراء التشخيص التفريقي.

استبعاد الحالات البدنية والأسباب الكامنة وراء المظاهر النفسية والعصبية والإدمانية حسب التاريخ المرضي، والفحص البدني، والفحوص المختبرية الأساسية حسبما يقتضي الأمر ووفقاً لما هو متاح.

« التعرف على الاعتلالات المترامنة.

غالباً ما يكون لدى الشخص أكثر من حالة نفسية وعصبية وإدمانية واحدة في الوقت ذاته. لذا، من المهم تقييم هذا الأمر وتديره علاجياً حال حدوثه.

التدبير العلاجي للصحة البدنية

« يلزم علاج الاعتلالات المترامنة مع الاضطراب النفسي والعصبي والإدماني. الإحالة إلى متخصصين أو استشارتهم إذا لزم الأمر.

« ينبغي تثقيف الشخص حول عوامل الخطر القابلة للتعديل بغرض الوقاية من المرض والحث على اتباع نمط حياة صحي.

« يلزم دعم الصحة البدنية للأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية، وينبغي على مقدمي الرعاية الصحية القيام بما يلي:

- تقديم المشورة حول أهمية النشاط البدني والنظام الغذائي الصحي.
- تثقيف الأشخاص بشأن تعاطي الكحول على نحو ضار.
- الحث على الإقلاع عن التدخين والتوقف عن تعاطي مواد الإدمان.
- التثقيف حول سائر السلوكيات المنطوية على مخاطر (مثل الجنس غير الآمن).
- إجراء فحوص منتظمة للصحة البدنية والحصول على اللقاحات الدورية.
- تأهيل الأشخاص لحدوث تغيرات تتعلق بالنمو، مثل البلوغ وانقطاع الطمث، وتقديم الدعم اللازم لها.
- مناقشة الخطط المتعلقة بالحمل ووسائل منعه لدى النساء في سن الإنجاب.

تنويه:

الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة يزيد احتمال تعرضهم للوفاة بمقدار مرتين إلى ثلاث مرات جراء أمراض يمكن الوقاية منها مثل حالات العدوى والاضطرابات القلبية الوعائية. لذا، يجب التركيز على تخفيض الخطر من خلال التثقيف والرصد.



2. إجراء تقييم نفسي وعصبي وإدماني

يشمل تقييم الحالات النفسية والعصبية والإدمانية الخطوات التالية: أولاً، فحص الشكوى المعروضة، ثم الحصول على التاريخ المرضي بما في ذلك السؤال عن مسائل نفسية وعصبية وإدمانية سابقة، والمشاكل الصحية العامة وتاريخ الحالات النفسية والعصبية والإدمانية في الأسرة، والتاريخ النفسي الاجتماعي. ملاحظة الشخص (اختبار الوضع النفسي)، والقيام بالتشخيص التفريقي، وتحديد الحالة النفسية والعصبية والإدمانية. وكجزء من التقييم، ينبغي إجراء فحص بدني وفحوص مخبرية حسب الحاجة. ويجرى التقييم بعد الحصول على الموافقة المستنيرة من الشخص.



تسجيل التاريخ المرضي

1 عرض الشكوى

الأعراض الأساسية أو الأسباب التي تحمل الشخص على التماس الرعاية.
« السؤال متى، ولماذا، وكيف بدأت الشكوى.

« من المهم في هذه المرحلة جمع أكبر قدر من المعلومات عن أعراض الشخص وحالته.

2 التاريخ النفسي والعصبي والإدماني السابق

« طرح أسئلة عن مشاكل مشابهة حدثت في الماضي، أو أي علاج نفسي في المستشفى أو أدوية تم وصفها للحالات النفسية والعصبية والإدمانية، وأية محاولات انتحار سابقة.

« استكشاف مدى تعاطي التبغ، والكحول، ومواد الإدمان.

3 التاريخ الصحي العام

« طرح أسئلة حول المشاكل الصحية العامة والعلاجات الدوائية.

« الحصول على قائمة بالأدوية الحالية التي يقوم الشخص بتناولها.

« طرح أسئلة حول التحسس الدوائي.

4 تاريخ الحالات النفسية والعصبية والإدمانية في الأسرة

« استكشاف الحالات النفسية والعصبية والإدمانية المحتملة في الأسرة، والسؤال عما إذا كان هناك فرد من الأسرة لديه أعراض مشابهة أو حصل على علاج لحالة نفسية وعصبية وإدمانية.

5 التاريخ النفسي الاجتماعي

« السؤال عن الضغوط النفسية الحالية، وأساليب التكيف، والدعم الاجتماعي.

« السؤال عن الأداء الاجتماعي - المهني الحالي (أداء الشخص في المنزل والعمل وعلاقاته مع الآخرين).

« الحصول على المعلومات الأساسية بما فيها أين يعيش الشخص، ومستوى التعليم، وتاريخ العمل/ التاريخ الوظيفي، والحالة العائلية وعدد الأطفال وأعمارهم، والدخل، والبنية الأسرية/ الظروف المعيشية.

بالنسبة للأطفال والمراهقين، السؤال عما إذا كان هناك من يرعاهم، وطبيعة العلاقة بينهم وجودتها.

عند الاشتباه في حالة نفسية وعصبية وإدمانية ذات أولوية، ينبغي التوجه إلى الوحدة/ الوحدات ذات الصلة بغرض التقييم



تقييم الحالات النفسية والعصبية والإدمانية

4 تحاليل مختبرية أساسية

« طلب إجراء التحاليل المختبرية عند اللزوم إن كان ذلك ممكناً، وذلك لاستبعاد أي أسباب بدنية على وجه خاص.

5 التاريخ النفسي الاجتماعي

« تحديد الحالة النفسية والعصبية والإدمانية باستخدام الوحدات المناسبة.
« تقييم الأعراض النفسية والعصبية والإدمانية الأخرى والحالات ذات الأولوية (انظر المخطط الرئيسي).
« اتباع خوارزمية التدبير العلاجي المناسب وبروتوكولات العلاج.

1 الفحص البدني

« إجراء فحص بدني بدلالة المعلومات التي تم التوصل إليها في تقييم الحالة النفسية والعصبية والإدمانية.

2 فحص الحالة النفسية

« السؤال عن مظهر الشخص وسلوكه، وحالته المزاجية وعاطفته، ومحتوى أفكاره، وأية اضطرابات مفاهيمية ومعرفية. انظر المخطط الرئيسي للأعراض لمزيد من التفاصيل.

3 التشخيص التفريقي

« الأخذ في الاعتبار التشخيص التفريقي وحذف الحالات التي لها أعراض مشابهة.

تنويه

نبغي على الدوام إجراء تقييم لإيذاء الذات/ الانتحار عند الاشتباه بوجود اضطراب نفسي وعصبي وإدماني.



* قد يشمل فحص الحالة النفسية الذي جرى تكييفه لغير المتخصصين: السلوك والمظهر = أعراض وعلامات تشمل مظهر الشخص أو تصرفاته؛ المزاج والحالة العاطفية = أعراض وعلامات تشمل تنظيم الحالات العاطفية أو المشاعر والتعبير عنها؛ محتوى التفكير = أعراض وعلامات تشمل جوهر الأفكار بما فيها الأوهام، والبارانويا، والشك والتفكير الانتحاري؛ الاضطراب الإدراكي = التصورات الحسية التي تحدث في غياب المنبهات (الخارجية) المناسبة (مثل، الهلوسات السمعية أو البصرية)، وقد يكون لدى الشخص، أو لا يكون، إدراك للطبيعة غير الحقيقية لتصوراته؛ المعرفة = الأعراض والعلامات والنتائج السريرية التي تشير إلى اضطراب في القدرات العقلية والعمليات المتعلقة بالانتباه، والذاكرة، والحكم، والمنطق، وحل المشاكل، وصنع القرار، والإدراك ودمج هذه الوظائف مع بعضها البعض.

3. تدبير الحالات النفسية والعصبية والإدمانية علاجياً

بعد إجراء التقييم، ينبغي اتباع خوارزمية التدبير العلاجي في دليل التدخلات لتدبير الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية. الخطوات الأساسية في التدبير العلاجي مدرجة أدناه:



خطوات تدبير الحالات النفسية والعصبية والإدمانية علاجياً

العديد من الحالات النفسية والعصبية والإدمانية مزمنة وتتطلب رصداً ومتابعة على الأمد الطويل. يتطلب تدبير الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية على مدار الوقت اتباع الخطوات التالية.

- 1 وضع خطة علاج بالتعاون مع الشخص والقائم على رعايته.
- 2 تقديم تدخلات نفسية اجتماعية للشخص والقائمين على رعايته على نحو دائم.
- 3 معالجة الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية باستخدام التدخلات الدوائية عند اللزوم.
- 4 الإحالة إلى متخصصين أو إلى المستشفى عند اللزوم والاستطاعة
- 5 ضمان وضع خطة متابعة مناسبة
- 6 العمل مع القائمين على الرعاية والأسر في دعم الشخص الذي لديه اضطراب نفسي وعصبي وإدماني
- 7 بناء علاقات قوية مع خدمات التوظيف، والتعليم، والخدمات (بما فيها الإسكان) والقطاعات الأخرى ذات الصلة.
- 8 تعديل خطط العلاج للفئات السكانية الخاصة.

تنويه
ينبغي أن تغطي خطة العلاج المكتوبة:
- التدخلات الدوائية (إن وجدت)
- التدخلات النفسية الاجتماعية
- الإحالات
- خطة المتابعة
- التدبير العلاجي لأية حالة بدنية متزامنة و/ أو حالة أخرى من الحالات النفسية والعصبية والإدمانية.

1 وضع خطة العلاج

« يتعين مناقشة وتحديد أهداف العلاج التي تحترم استعداد الشخص للرعاية وأشكال الرعاية التي يفضلها.

« إشراك القائمين على رعاية الشخص بعد الحصول على موافقتهم.

« تشجيع الرصد الذاتي للأعراض وبيان الوقت الذي يتعين فيه التماس الرعاية الفورية.

2 التدخلات النفسية الاجتماعية

أ. التثقيف النفسي

التزويد بمعلومات عن الحالة النفسية والعصبية والإدمانية للشخص، بما في ذلك:

« بيان الحالة ومسارها ونتيجتها المتوقعة.

« العلاجات المتوفرة للحالة وفوائدها المتوقعة.

« مدة العلاج.

« أهمية الالتزام بالعلاج، بما في ذلك ما يمكن للشخص أن يفعله (مثل، تناول الدواء أو ممارسة تدخلات نفسية متصلة مثل تمارين الاسترخاء) وما يمكن للقائمين على رعاية الشخص أن يفعلوه لمساعدة الشخص على الالتزام بالعلاج.

« الآثار الجانبية المحتملة (على المدى القصير والمدى الطويل) لأي دواء موصوف يحتاج الشخص (والقائمين على رعايته) لرصدها.

« إمكانية إشراك العاملين الاجتماعيين، أو مدبري العلاج، أو العاملين الصحيين المحليين أو أفراد آخرين موثوقين في المجتمع

« الرجوع إلى قسم التدبير العلاجي في الوحدة/ الوحدات المتصلة للحصول على المعلومات الخاصة بالاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية.

ب. تخفيف الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي التعامل مع الضغوط النفسية الاجتماعية:

« تحديد المسائل النفسية الاجتماعية التي تشكل ضغطاً على الشخص و/ أو تؤثر على حياته ومناقشتها، وهي تشمل، ولا تقتصر على، المشاكل الأسرية ومشاكل العلاقات، والمسائل المتعلقة بالعمل/ المهنة/ سبل العيش، والإسكان، والتمويل، والوصول إلى الأمن الأساسي والخدمات، والوصمة، والتمييز، الخ.

« مساعدة الشخص على التعامل مع الضغط النفسي وذلك عبر مناقشته حول بعض الوسائل مثل تقنيات حل المشاكل.

« تقييم أية حالة تنطوي على سوء المعاملة أو الإيذاء (مثل العنف المنزلي) والإهمال (مثل إهمال الأطفال أو كبار السن) وتديرها علاجياً. مناقشة الشخص حول احتمال إحالته إلى جهة حماية موثوقة أو شبكة حماية غير رسمية. الاتصال بالموارد القانونية والمحلية حسب الحاجة.

« تحديد أفراد الأسرة الداعمين وإشراكهم بأكثر قدر ممكن وعلى نحو ملائم.

« تعزيز الدعم الاجتماعي ومحاولة إعادة تفعيل الشبكات الاجتماعية للشخص.

« تحديد الأنشطة الاجتماعية السابقة للشخص التي إن استأنفها، سيكون لها القدرة على توفير الدعم النفسي المباشر أو غير المباشر له (مثل التجمعات العائلية، زيارة الجيران، الأنشطة المجتمعية، الأنشطة الدينية، الخ).

« تعليمه كيفية التعامل مع الضغط النفسي بتقنيات مثل تقنيات الاسترخاء.

ج. تعزيز الأداء المتصل بالأنشطة اليومية

« تقديم الدعم للشخص من أجل الاستمرار في الأنشطة الاجتماعية والتعليمية والمهنية على نحو منتظم قدر الإمكان.

« تسهيل الاندماج في الأنشطة الاقتصادية.

« تقديم التدريب على المهارات الحياتية و/ أو المهارات الاجتماعية إذا لزم الأمر.

د. العلاج النفسي

العلاجات النفسية هي تدخلات تتطلب بشكل أساسي وقتاً مخصصاً وتُقدم من قبل متخصصين مدربين على تقديمها. ومع ذلك، فقد تكون فعالة إن قُدِّمها عاملون غير نفسيين حاصلين على التدريب وخاضعين للإشراف وكذلك عبر المساعدة الذاتية الموجهة (على سبيل المثال: استخدام برامج الصحة النفسية الإلكترونية أو كتب المساعدة الذاتية).

ويرد وصف التدخلات المدرجة أدناه بشكل موجز في قائمة المصطلحات

مثال عن التدخل ينصح لـ:

التنشيط السلوكي الاكتئاب

التدريب على الاسترخاء الاكتئاب

العلاج بحل المشاكل الاكتئاب

العلاج السلوكي المعرفي الاكتئاب، الاضطرابات

النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين، الاضطرابات الإدمانية، الذهان

العلاج بالتعزيز الاضطرابات الإدمانية

العلاج أو الإرشاد الأسري الذهان، الاضطرابات الإدمانية

العلاج النفسي البين شخصي الاكتئاب

العلاج بالتعزيز التحفيزي الاضطرابات الإدمانية

التدريب على مهارات الرعاية الودية عند الأطفال والمراهقين. الاضطرابات النفسية والسلوكية

3 التدخلات الدوائية

« يتعين اتباع الإرشادات المتعلقة بأدوية العلاج النفسي في كل وحدة.

« تطبيق التدخلات الدوائية عند توفرها وعند الإشارة إليها في خوارزمية التدبير العلاجي والجدول المرفق.

« عند اختيار الدواء الأساسي المناسب، يجب النظر في الآثار الجانبية للدواء (على المدى القصير والمدى الطويل)، وفعالية العلاج السابق، والتفاعلات الدوائية أو تفاعلات الدواء مع المرض.

« الاسترشاد بكتيب الوصفات الوطني أو كتيب الوصفات النموذجي لمنظمة الصحة العالمية حسب الحاجة.

« إحاطة الشخص علمًا بمخاطر العلاج ومنافعه، والآثار الجانبية المحتملة، وفترة العلاج، وأهمية الالتزام.

« توخي الحذر عند تقديم دواء إلى الفئات السكانية الخاصة مثل كبار السن، أو الذين يعانون من أمراض مزمنة، والنساء الحوامل أو المرضعات، والأطفال/ المراهقين. واستشارة متخصص عند اللزوم.

4 الإحالة إلى متخصص / مستشفى عند اللزوم

« الانتباه للأوضاع التي قد تتطلب الإحالة إلى متخصص / مستشفى، على سبيل المثال: عدم الاستجابة للعلاج، آثار جانبية خطيرة للتدخلات الدوائية، الاعتلالات البدنية المتزامنة، و/ أو الحالات النفسية والعصبية والإدمانية، خطر إيذاء الذات/ الانتحار.

5 المتابعة

« الترتيب لزيارة المتابعة بعد التقييم الأولي.

« عند كل زيارة، يجب وضع جدول بمواعيد المتابعة والتشجيع على الحضور. ويجب تحديد المواعيد بشكل يتلاءم مع أوقات الطرفين.

« وضع جدول بزيارات المتابعة بحيث تكون الزيارات الأولى أكثر تواتراً إلى أن تبدأ استجابة الأعراض للعلاج، وتقليلها وتحويلها لزيارات منتظمة حالما بدأت الأعراض في التحسن.

« إجراء التقييم التالي عند كل لقاء متابعة:

- الاستجابة للعلاج، والآثار الجانبية للدواء، والالتزام بالتدخلات الدوائية والنفسية الاجتماعية.

- الحالة الصحية العامة (التأكد من رصد الحالة الصحية البدنية على نحو منظم).

- الرعاية الذاتية (مثل: النظام الغذائي، النظافة، الملابس) وأداء الشخص داخل بيئته.

- المسائل النفسية الاجتماعية و/ أو التغير في ظروف العيش بما يمكن أن يؤثر على العلاج.

- إدراك الشخص والقائمين على رعايته للعلاج وتوقعاتهم منه. تصحيح أية مفاهيم خاطئة.

« خلال فترة المتابعة بأكملها:

- الإقرار بالتقدم المحرز لتحقيق أهداف العلاج وتعزيز الالتزام به.

- الحفاظ على التواصل المنتظم مع الشخص (والقائمين على رعايته عند الحاجة)، وتعيين عامل مجتمعي أو شخص آخر موثوق (فرد من أفراد الأسرة) في حال توفره.

- التوضيح للشخص أن بإمكانه العودة للعيادة في أي وقت بين زيارات المتابعة عند اللزوم (على سبيل المثال: من أجل بيان الآثار الجانبية للأدوية، الخ)

- ينبغي أن يكون هناك خطة عمل بديلة عندما يتخلف الشخص عن المواعيد.

- استخدام الموارد الأسرية والمجتمعية للتواصل مع الأشخاص الذين تخلفوا عن زيارات المتابعة المنتظمة.

- استشارة متخصص إذا لم يتحسن الشخص أو ازدادت حالته سوءاً.

- توثيق الجوانب الرئيسية من التفاعل مع الشخص والأسرة في ملف الحالة.

« الرجوع إلى قسم التدبير العلاجي في الوحدات ذات الصلة من أجل الحصول على معلومات المتابعة الخاصة بالاضطراب.

6 إشراك القائمين على الرعاية

« بعد الحصول على موافقة الشخص المعني، يمكن إشراك القائمين على رعايته أو فرد من أفراد الأسرة في رعايته متى كان ذلك مناسباً.

« يلزم الإقرار بأن رعاية الأشخاص الذين لديهم حالات نفسية وعصبية وإدمانية يمكن أن تشكل تحدياً.

« بيان أهمية احترام كرامة وحقوق الشخص الذي لديه حالة نفسية وعصبية وإدمانية للقائمين على رعايته.

« تحديد الأثر النفسي والاجتماعي على القائمين على الرعاية.

« تقييم احتياجات القائمين على الرعاية لتوفير الدعم والموارد اللازمة لهم من حيث الحياة الأسرية والعمل والأنشطة الاجتماعية والصحة.

« تشجيع المشاركة في مجموعات المساعدة الذاتية والدعم الأسري حيثما كان ذلك متاحاً.

« بعد الحصول على موافقة الشخص، إبقاء القائمين على الرعاية على علم بحالته الصحية، بما في ذلك المسائل المتعلقة بالتقييم والعلاج والمتابعة وأية آثار جانبية محتملة.

7 الربط مع القطاعات الأخرى

« لضمان رعاية شاملة مبنية على التقييم الأولي، ينبغي ربط الشخص مع قطاعات العمل، والتعليم، والخدمات الاجتماعية (بما في ذلك الإسكان) والقطاعات الأخرى ذات الصلة.

8 الفئات السكانية الخاصة

الأطفال/ المراهقون

« استكشاف التعرض لعوامل ضارة مثل العنف والإهمال والتي قد تؤثر على الصحة النفسية والرفاه العام.

« تقييم احتياجات القائمين على الرعاية.

« علاج المراهقين الذين قد يلتمسون المساعدة بمفردهم، حتى وإن لم يكونوا بصحة والديمهم أو أوصيائهم. والحصول على موافقة مستنيرة من المراهق.

« إتاحة الفرصة للطفل/ المراهق للتعبير عن مخاوفه بطريقة تراعي خصوصيته.

« تكييف اللغة بحيث تكون بمستوى فهم الطفل/ المراهق.

« استكشاف الموارد المتاحة ضمن الأسرة، والمدرسة، والمجتمع

السيدات الحوامل والمرضعات

« إذا كانت المرأة في سن الإنجاب، طرح الأسئلة حول:

الإرضاع

- الحمل المحتمل

- آخر دورة شهرية، إن كانت السيدة حاملاً

« لربط مع متخصص صحة الأم لتنظيم الرعاية.

« النظر في التشاور مع متخصص للصحة النفسية إذا كان ذلك متاحاً.

« توخي الحذر من التدخلات الدوائية- ينبغي إجراء فحص السمية لدى الجنين ومرور الأدوية إلى حليب الإرضاع. وينبغي استشارة المتخصص عند الضرورة.

كبار السن

« التعامل مع الضغوط النفسية الاجتماعية المتصلة بالشخص بشكل محدد، واحترام حاجته للاستقلالية.

« تحديد مشاكل الصحة البدنية المتزامنة ومعالجتها والتعامل مع الاختلالات الحسية (مثل ضعف البصر والسمع) باستخدام الأجهزة المناسبة (مثل، العدسة المكبرة أو المعينات السمعية).

« استخدام جرعات منخفضة من الدواء.

« توقع زيادة مخاطر التفاعلات الدوائية.

« التعامل مع احتياجات القائمين على رعاية الشخص.

المخطط الرئيسي



نظرة عامة على الحالات النفسية والعصبية والإدمانية ذات الأولوية

1. تشير المظاهر الشائعة إلى وجود الحاجة إلى التقييم.
2. إذا كان لدى الشخص مظاهر حالة أو أكثر، عندئذ يجب تقييم جميع الحالات ذات الصلة.
3. جميع الحالات تنطبق على جميع الأعمار، ما لم يُذكر خلاف ذلك.
4. بالنسبة للمظاهر الطارئة، الرجاء انظر إلى الجدول في الصفحة 18.

المظاهر الشائعة

الحالة ذات الأولوية

الاكتئاب

- « أعراض بدنية مستمرة ومتعددة بدون سبب واضح.
- « تدني مستوى الطاقة، أو التعب، أو مشاكل في النوم.
- « مزاج حزين أو مكتئب باستمرار أو قلق.
- « فقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالنشاطات التي كانت ممتعة في العادة.

الذهان

- « اعتقادات مزيفة ثابتة لا يشاركها الآخرون المتمون إلى نفس ثقافة الشخص
- « تغيرات سلوكية ملحوظة، إهمال المسؤوليات المعتادة المتصلة بالعمل، أو الأنشطة المدرسية، أو المنزلية أو الاجتماعية
- « سماع أصوات أو رؤية أشياء غير موجودة
- « عدم إدراك وجود مشاكل صحية نفسية

الصرع

- « حركات أو نوبات اختلاجية
- « خلال الاختلاج: فقدان الوعي أو اختلاله، تصلب، تيبس، عض اللسان، إصابات، سلس البول أو البراز.
- « بعد الاختلاج: تعب، أو خمول، أو نعاس، أو ارتباك، أو سلوك شاذ، أو صداع، أو آلام العضلات، أو ضعف في أحد جانبي الجسم.

الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمرهقين

مظاهر شائعة من الاضطرابات العاطفية والسلوكية والنائية والتي قد تختلف حسب العمر عند الأطفال والمرهقين.

- « السلوك (مثل: فرط النشاط، العدوانية، و/ أو نوبات الغضب الشديد، الرغبة في البقاء وحيداً أكثر من اللازم، رفض القيام بالأنشطة المعتادة أو الذهاب إلى المدرسة)
- قلق المعلم بالنسبة للطفل/ المرهق
- « مثل: سهولة التشتت، الاخلال بنظام الصف، كثرة التورط في المتاعب، صعوبة إنهاء الواجب المدرسي.
- قلق عامل الصحة المجتمعي أو عامل الخدمات الاجتماعية بخصوص الطفل/ المرهق
- « مثل: سلوك خرق القانون أو القواعد، الاعتداء البدني في المنزل أو المجتمع.

- الأطفال/ المرهقون الذين يخضعون للفحص بسبب شكاوى بدنية أو لإجراء تقييم صحي عام ممن لديهم:
- « مشكلات نائية أو عاطفية أو سلوكية (مثل: عدم الانتباه، أو فرط النشاط، أو سلوك متكرر منطو على تحدٍ أو عدوانية)
- « عوامل الخطر، مثل: سوء التغذية، الإيذاء و/ أو الإهمال، المرض المتكرر، الأمراض المزمنة (على سبيل المثال: فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، أو تاريخ لولادة صعبة)
- قلق القائم على رعاية الطفل/ المرهق:
- « صعوبة مواكبة الأقران أو القيام بالأنشطة اليومية المعهودة لهذا السن.

الخرف

- « قصور أو مشاكل في الذاكرة (نسيان شديد) والاهتداء (الوعي بالمكان والزمان والأشخاص)
- « مشاكل مزاجية أو سلوكية مثل اللامبالاة (إبداء عدم الاهتمام) أو سهولة الانفعال.
- « فقدان السيطرة على المشاعر (الشعور بالضيق أو تعكر المزاج أو الرغبة في البكاء بسهولة).
- « صعوبة في القيام بالأعمال أو الأنشطة المنزلية أو الاجتماعية المعتادة.

الاضطرابات الإدمانية

ينبغي سؤال كل الأشخاص الذين يأتون إلى مراكز الرعاية الصحية عن تعاطيهم للتبغ والكحول.

- « نتائج عرضية: فقر الدم الكبير الكريات، انخفاض الصفائح الدموية، وارتفاع حجم الكرية الوسطي (MCV).
- « المظاهر الطارئة الناجمة عن انسحاب مواد الإدمان، أو الجرعة الزائدة، أو التسمم. يمكن أن تظهر على الشخص علامات السكون، أو فرط الانتباه، أو الاهتياج، أو القلق، أو الارتباك.
- « قد لا يبلغ الأشخاص الذين يعانون من اضطراب إدماني عن أي مشاكل متعلقة بتعاطي مواد الإدمان. لذا يجب النظر في:
- الطلب المتكرر للأدوية النفسانية التأثير بما فيها المسكنات
- الإصابات
- عدوى قد ترتبط بتعاطي عقار عبر الوريد (فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، التهاب الكبد سي)
- « يبدو الشخص تحت تأثير الكحول أو مادة أخرى (على سبيل المثال توجد رائحة للكحول، صعوبة في النطق، السكون، تصرف غريب الأطوار)
- « علامات وأعراض لآثار سلوكية حادة، أو مظاهر الانسحاب أو تأثيرات التعاطي لفترة طويلة.
- « تراجع الأداء الاجتماعي (على سبيل المثال: مشاكل في العمل أو في المنزل، مظهر غير مرتب)
- « علامات مرض الكبد المزمن (إنزيمات الكبد غير طبيعية)، جلد وعيون يرقانية (صفراء)، حافة الكبد محسوسة ولينة (في المراحل المبكرة من مرض الكبد)، استسقاء (البطن منفوخ ومملوء بالسوائل)، وحمات عنكبوتية (أو عية دموية تشبه شبكة العنكبوت مرئية على سطح الجلد)، حالة عقلية متبدلة (اعتلال دماغي كبدي).
- « مشاكل في التوازن، والمشية، وتناسق الحركات، والرأفة.

إيذاء الذات/ الانتحار

- « الشعور باليأس والإحباط الشديدين.
- « أفكار أو خطط أو أفعال حالية لإيذاء الذات أو الانتحار، أو تاريخ سابق مما ذكر.
- « أي من الحالات ذات الأولوية الأخرى، أو ألم مزمن، أو ضيق عاطفي شديد.

المظاهر الطارئة للحالات النفسية والعصبية والإدمانية ذات الأولوية !

المظهر الطارئ	الحالة التي يجب النظر فيها	اذهب إلى
<ul style="list-style-type: none"> « إيذاء الذات مع علامات تسمم، أو نزيف من إصابة ألقها الشخص بنفسه، أو فقدان الوعي، و/ أو الحمول الشديد « أفكار أو خطط أو أفعال حالية لإيذاء الذات أو الانتحار، أو تاريخ من أي من ذلك لدى شخص يعاني من حالة شديدة من الهياج أو السلوك العنيف، أو الضيق، أو صعوبة التواصل 	<p>فعل لإيذاء الذات خطير من الناحية الطبية</p> <p>خطر وشيك لإيذاء الذات / الانتحار</p>	<p>إيذاء الذات / الانتحار</p>
<ul style="list-style-type: none"> « اختلاج شديد مع فقدان أو الوعي أو اختلاله « اختلاجات مستمرة 	<p>الصرع حالة صرعية</p> <p>انسحاب الكحول أو المسكنات الأخرى</p>	<p>الصرع، اضطرابات إدمانية</p>
<ul style="list-style-type: none"> « سلوك من الهياج و/ أو العدوانية « رائحة الكحول في النفس، تلثم الكلام، السلوك غير المتحفظ؛ اضطراب في مستوى الوعي أو المعرفة أو الإدراك أو العاطفة أو السلوك « رجفان في اليدين، تعرق، تقيؤ، زيادة النبض وارتفاع ضغط الدم، هياج، صداع، غثيان، قلق، نوبة، وارتباك في الحالات الشديدة « عدم القدرة على الاستجابة أو تدني الاستجابة، معدل تنفس بطيء، حدقتا العين مستدقتان « حدقتا العين متوسعتان، أفكار مستتارة أو متسارعة، اضطراب في التفكير، سلوك غريب، استخدام الكوكايين أو غيره من المشططات في الآونة الأخيرة، ارتفاع النبض وضغط الدم، السلوك العدواني أو المضطرب أو العنيف. 	<p>انسحاب الكحول أو المسكنات الأخرى</p> <p>انسحاب كحولي حاد</p> <p>انسحاب الكحول</p> <p>هذيان انسحاب الكحول</p> <p>جرعة زائدة من المسكنات أو حاة انسحاب</p>	<p>الخرف، الذهان، اضطرابات إدمانية</p> <p>اضطرابات إدمانية</p>

الاكتئاب

عادة ما يتزامن الاكتئاب مع حالات نفسية وعصبية وإدمانية وحالات بدنية أخرى.

يشعر الناس الذين يعانون من الاكتئاب بمجموعة من الأعراض التي تشمل المزاج المكتئب على نحو مستمر أو فقدان الاهتمام والاستمتاع بالأنشطة لمدة لا تقل عن أسبوعين.

أما التدبير العلاجي للأعراض التي لا تصل إلى درجة الاكتئاب فيتناوله الدليل في وحدة «شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية». اذهب إلى «شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية»

كما يواجه الناس المصابون بالاكتئاب، مثلما تبين هذه الوحدة، صعوبة كبيرة في أدائهم اليومي على الصعيد الشخصي، والأسري، والاجتماعي، والتعليمي، والمهني أو في سائر المجالات.

كما يعاني العديد من هؤلاء الناس من أعراض القلق وأعراض بدنية غير مفسرة طبيياً.

الاكتئاب «لمحة سريعة: نظرة عامة



التدبير العلاجي

«بروتوكولات التدبير العلاجي

1. الاكتئاب
2. نوبات الاكتئاب في الاضطراب ثنائي القطب
3. الفئات السكانية الخاصة

«التدخلات النفسية الاجتماعية

«التدخلات الدوائية



متابعة



التقييم

«هل يعاني الشخص من الاكتئاب؟

«هل هناك تفسيرات أخرى للأعراض؟

- استبعاد الحالات البدنية
- استبعاد التاريخ السابق من الهوس
- استبعاد ردود الفعل الطبيعية لخسارة كبيرة حدثت مؤخراً.

«إجراء تقييم لحالات نفسية وعصبية وإدمانية أخرى ذات أولوية.

الاكتئاب 1 « التقييم



مظاهر شائعة للاكتئاب

- أعراض بدنية متعددة ومستمرة بدون سبب واضح
- تدني مستوى الطاقة، تعب، مشاكل في النوم
- مزاج حزين أو مكتئب باستمرار، أو قلق
- فقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة التي كانت ممتعة في المعتاد

1

هل يعاني الشخص من اكتئاب؟

هل لدى الشخص أحد الأعراض الجوهرية التالية لمدة لا تقل عن أسبوعين؟

- مزاج مكتئب باستمرار
- فقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة بشكل ملحوظ

نعم

لا

الاكتئاب غير مرجح « اذهب إلى »
شكاوى الصحة النفسية الأخرى
ذات الأهمية



هل عانى الشخص عدداً من الأعراض الإضافية التالية لمدة لا تقل عن أسبوعين؟

- نوم مضطرب أو النوم أكثر من اللازم
- تغير ملحوظ في الشهية أو الوزن (زيادة أو نقصان)
- أفكار بالذنب وعدم الجدارة
- تعب أو فقدان الطاقة
- انخفاض التركيز
- التردد
- هياج أو تملل بدني ملحوظ
- التحدث أو التحرك ببطء أكثر من المعتاد
- اليأس
- أفكار أو أفعال انتحارية

نعم

لا

الاكتئاب غير مرجح « اذهب إلى »
شكاوى الصحة النفسية الأخرى
ذات الأهمية

هل يواجه الشخص صعوبة فعلية في أدائه اليومي على الصعيد الشخصي، والأسري، والاجتماعي، والتعليمي، والمهني أو في مجالات أخرى؟

نعم

لا

الاكتئاب غير مرجح « اذهب إلى »
شكاوى الصحة النفسية الأخرى
ذات الأهمية

النظر في الاكتئاب

فكر في الاكتئاب

تنويه:

قد يكون لدى الشخص المكتئب أعراض ذهانية مثل الأوهام أو الهلوسات. في حال وجودها، يلزم تكييف العلاج الخاص بالاكتئاب. استشارة متخصص



2

هل هناك تفسيرات محتملة أخرى لهذه الأعراض؟

هل هذه حالة بدنية تشبه الاكتئاب أو تؤدي إلى تفاقمه؟
هل هناك علامات وأعراض تشير إلى وجود فقر الدم، أو سوء التغذية، أو قصور في الغدة الدرقية، أو تغيرات في المزاج ناجمة عن تعاطي مواد الإدمان أو الآثار الجانبية للأدوية (مثل: تغيرات المزاج من الاستيرويدات)؟

لا

نعم

« علاج الحالة البدنية

هل استمرت أعراض الاكتئاب بعد العلاج؟

نعم

لا

لا حاجة للعلاج

هل هناك تاريخ سابق لحالة هوس؟

هل حدث عدد من الأعراض التالية بشكل متزامن، ولمدة لا تقل عن أسبوع، وكانت شديدة لدرجة جعلتها تؤثر بشكل ملحوظ في العمل والأنشطة الاجتماعية أو تتطلب دخول الشخص أو إيداعه المستشفى؟

- المزاج المبتهج و/أو سهولة الانفعال
- انخفاض الحاجة للنوم
- زيادة النشاط، والشعور بطاقة زائدة، والثروة الشديدة أو الكلام السريع
- السلوك المندفع أو المتهور مثل الإنفاق المفرط، أو اتخاذ قرارات هامة
- فقدان الموانع الاجتماعية الطبيعية مما يؤدي إلى سلوك غير لائق
- سهولة التشتت
- الشعور بالعظمة بشكل غير واقعي

تنويه

الأشخاص الذين يعانون من نوبة اكتئاب في الاضطراب الثنائي القطب معرضون لخطر الدخول في حالة هوس. وهنا يختلف العلاج عن علاج الاكتئاب. يجب تطبيق البروتوكول 2



من المرجح الإصابة بنوبة الاكتئاب في الاضطراب ثنائي القطب

نعم

لا

« اذهب إلى الخطوة 3 ثم إلى البروتوكول 2 »

هل كانت هناك خسارة كبيرة (مثال: فقدان عزيز) خلال الأشهر الستة الماضية؟

من المرجح الإصابة بالاكتئاب

لا

نعم

« اذهب إلى الخطوة 3 ثم إلى البروتوكول 1 »

هل يوجد أي من الأعراض التالية؟

- تفكير انتحاري
- اعتقادات بعدم القيمة
- أعراض ذهانية
- التحدث أو التحرك ببطء أكثر من المعتاد

نعم

لا

هل لدى الشخص تاريخ سابق من الاكتئاب؟

نعم

لا

من المرجح الإصابة بالاكتئاب

3

لا تعطي عدم علاج الاكتئاب. «
اذهب إلى «شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية.»



هل هناك حالات متزامنة نفسية وعصبية وإدمانية ذات أولوية؟



هل هناك خطر وشيك للإقدام على الانتحار، إجراء التقييم والعلاج قبل الاستمرار. اذهب إلى «إيذاء الذات/الانتحار»

« القيام بإجراء تقييم للحالات النفسية والعصبية والإدمانية المتزامنة وفقاً للمخطط الرئيسي لدليل التدخلات اذهب إلى المخطط الرئيسي. »

الناس الذين يعانون من الاكتئاب أكثر عرضة لخطر الإصابة بالحالات النفسية والعصبية والإدمانية ذات الأولوية. القيام بتقييم الاضطرابات الإدمانية.



« اذهب إلى البروتوكول 1 »

الاكتئاب 2» التدبير العلاجي



الفئات السكانية الخاصة

المرجو ملاحظة أن التدخلات قد تختلف بالنسبة لهذه الفئات



الأطفال / المراهقون

« لعلاج الاكتئاب عند الأطفال / المراهقين، اذهب إلى «
الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين



الحوامل / المرضعات

« اتباع علاج الاكتئاب (البروتوكول 1) لكن مع تجنب
مضادات الاكتئاب إذا كان ذلك ممكناً، خاصة خلال
الأشهر الثلاثة الأولى.

« إذا لم تكن هناك استجابة للعلاج النفسي، يمكن النظر،
بحذر، في استخدام أقل جرعة فعالة من مضادات
الاكتئاب.

« في حالة الإرضاع، يجب تجنب الأدوية طويلة المفعول مثل
الفلوكستين.

« استشارة متخصص، في حال توافره.

البروتوكول

2

الاكتئاب في الاضطراب ثنائي القطب

« استشارة متخصص

« في حال عدم توفر المتخصص بشكل فوري، يلزم اتباع علاج الاكتئاب
(البروتوكول 1). وفي كل الأحوال يجب عدم وصف مضادات الاكتئاب
لوحدها أبداً بدون مثبتات المزاج مثل الليثيوم أو الكاربامازيبين أو
الفالبروات لأن مضادات الاكتئاب قد تؤدي إلى الهوس عند الأشخاص
الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب. (اذهب إلى «الذهان)

« في حال تطور أعراض الهوس، يتعين إبلاغ الشخص والقائمين على
رعايته بإيقاف مضادات الاكتئاب فوراً والعودة من أجل التماس
المساعدة.

البروتوكول

1

الاكتئاب

« التثقيف النفسي للشخص والقائمين على رعايته. (1-2)

« تخفيف الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي. (2-2)

« تعزيز القدرة على أداء الأعمال المتصلة بالأنشطة اليومية والحياة
المجتمعية. (2-3)

« النظر في وصف مضادات الاكتئاب. (2-5)

« النظر في الإحالة إلى إحدى العلاجات النفسية الموجزة التالية، في حال
توفرها: العلاج بالعلاقات الشخصية، العلاج السلوكي المعرفي،
التنشيط السلوكي والمشورة لحل المشاكل. (2-4)

« ينبغي عدم تدبير الأعراض بعلاجات غير فعالة، على سبيل المثال:
حقن الفيتامين.

« عرض المتابعة المنتظمة.

التدخلات النفسية الاجتماعية

2-1 التثقيف النفسي: رسائل أساسية للشخص والقائمين على رعايته

« الاكتئاب مشكلة شائعة يمكن أن تحدث لأي شخص .

« حدوث الاكتئاب لا يعني أن الشخص ضعيف أو كسول .

« آراء الآخرين السلبية (مثل «يجب أن تكون أقوى»، «استجمع قواك») قد يكون السبب فيها أن الاكتئاب حالة غير مرئية، بخلاف الكسر أو الجرح . كما أن هناك اعتقاد خاطئ بأنه يمكن للأشخاص المكتئبين، وبسهولة، التحكم بأعراضهم بإرادتهم المحضة .

« يميل الأشخاص المكتئبون إلى تكوين آراء سلبية غير واقعية عن أنفسهم وحياتهم ومستقبلهم . قد يكون وضعهم الحالي سيئاً للغاية، غير أن الاكتئاب قد يخلق أفكاراً غير مبررة من اليأس وانعدام القيمة . وقد تتحسن هذه الآراء مع تحسن الاكتئاب .

« أفكار إيذاء الذات أو الانتحار شائعة . وفي حال لاحظ الأشخاص المصابون بالاكتئاب هذه الأفكار، فلا ينبغي لهم مجاراتها، بل يتعين عليهم إخبار شخص موثوق به والعودة لالتماس المساعدة على الفور .

2-2 تخفيف الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي

« تقييم الضغوط الاجتماعية ومحاولة تخفيفها . (اذهب إلى الرعاية الأساسية والممارسة) .

« إعادة تفعيل الشبكة الاجتماعية السابقة للشخص . تحديد النشاطات الاجتماعية السابقة التي، إن استأنفها، قد تقدم دعماً نفسياً اجتماعياً مباشراً أو غير مباشر له، على سبيل المثال: اللقاءات العائلية، وزيارة الجيران، وأنشطة المجتمع المحلي .

2-3 تعزيز القدرة على الأداء المتصل بالأنشطة اليومية والحياة المجتمعية

« تشجيع الشخص على القيام بأكثر مما يمكن مما يلي، حتى وإن بدا الأمر صعباً:

- محاولة البدء من جديد في مزاولة الأنشطة (أو متابعة الأنشطة) التي كانت تجلب البهجة سابقاً .
 - محاولة الالتزام بأوقات منتظمة للنوم والاستيقاظ .
 - محاولة القيام بالأنشطة البدنية قدر المستطاع .
 - محاولة تناول الطعام بانتظام رغم التغير في الشهية .
 - محاولة قضاء وقت مع الأصدقاء الموثوقين ومع الأسرة .
 - محاولة المشاركة في أنشطة المجتمع المحلي والأنشطة الاجتماعية قدر الإمكان
- « التوضيح للشخص والقائمين على رعايته أن هذه الأنشطة قد تحسن المزاج .

2-4 علاجات نفسية اجتماعية موجزة للاكتئاب

« لا يقدم هذا الدليل بروتوكولات محددة لتطبيق تدخلات نفسية اجتماعية موجزة . لقد قامت منظمة الصحة العالمية، من بين عدة وكالات أخرى، بإعداد كتيبات تصف طريقة استخدام هذه التدخلات لعلاج الاكتئاب .

مثال على ذلك المعالجة المطورة للمشكلات، (http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en) التي تصف استخدام التنشيط السلوكي،

والتدريب على الاسترخاء، والعلاج بحل المشاكل، وتقوية الدعم الاجتماعي . علاوة على ذلك، يصف كتيب العلاج الجماعي بالعلاقات الشخصية للاكتئاب، العلاج الجماعي للاكتئاب (http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en) .

بينما يصف كتيب التفكير بشكل صحي استخدام العلاج السلوكي المعرفي من أجل علاج اكتئاب الفترة المحيطة بالولادة (http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en)

التدخلات الدوائية

2-5 التفكير في استعمال مضادات الاكتئاب

« مناقشة الشخص واتخاذ القرار معه بخصوص وصف مضادات الاكتئاب. شرح ما يلي:

- مضادات الاكتئاب لا تسبب الإدمان.
- من المهم تناول الدواء بشكل يومي حسب ما هو موصوف.
- قد تحدث بعض الآثار الجانبية خلال الأيام الأولى إلا أنها غالباً ما تزول.
- يستغرق الأمر عادةً بضعة أسابيع قبل ملاحظة التحسن في المزاج، والاهتمام، والطاقة.

« النظر في عمر الشخص، والحالات الطبية المتزامنة، والآثار الجانبية للدواء.

« البدء بدواء واحد فقط وبأقل جرعة ابتدائية.

« غالباً ما يكون هناك حاجة للاستمرار بالأدوية المضادة للاكتئاب لـ 9-12 شهراً على الأقل بعد زوال الأعراض.

« يجب عدم إيقاف الأدوية أبداً لمجرد شعور الشخص بالتحسن. ويلزم تثقيف الشخص حول الإطار الزمني الموصى به لتناول الأدوية.

! مطلوب الحذر

« إيقاف مضادات الاكتئاب بشكل فوري في حال ظهور نوبة هوس على الشخص؛ فقد تؤدي المضادات إلى نوبات كهذه في الاضطراب ثنائي القطب الذي لم يخضع للعلاج.

« عدم الجمع بين مضاد الاكتئاب مع مضادات الاكتئاب الأخرى، فقد يسبب ذلك متلازمة السيروتونين.

« قد تزيد مضادات الاكتئاب من خطر أفكار الانتحار، خاصة عند المراهقين والشباب.

مضادات الاكتئاب عند الفئات السكانية الخاصة

👤 المراهقون في عمر 12 سنة فما فوق

« في حال استمرت الأعراض أو ساءت رغم التدخلات النفسية الاجتماعية، ينبغي النظر في وصف الفلوكستين (ولكن ليس أي من مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة قبط السيروتونين الانتقائية (SSRI) أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (TCA)).

« في حال وُصف الفلوكستين، يُطلب من المراهق المراجعة بشكل أسبوعي خلال الأسابيع الأربعة الأولى، لمراقبة أفكار أو خطط الانتحار. 🔄

👩‍👦 الحوامل والمرضعات

« تجنب وصف مضادات الاكتئاب، إذا أمكن.

« لنظر في وصف أدنى جرعة فعالة من مضادات الاكتئاب إذا لم يكن هناك استجابة للتدخلات النفسية الاجتماعية.

« في حالة الإرضاع، ينبغي تجنب مضادات الاكتئاب طويلة المفعول مثل الفلوكستين.

« استشارة متخصص، إذا كان ذلك متاحاً 🏠

👤 كبار السن

« تجنب وصف الأميتريبتيلين، إذا أمكن.

! المصابون بالأمراض القلبية الوعائية

« ❌ عدم وصف الأميتريبتيلين.

! البالغون الذين لديهم أفكار أو خطط للانتحار

« مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة قبط السيروتونين الانتقائية (SSRIs) هي الخيار الأول. قد تكون الجرعات الزائدة من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (TCAs) مثل الأميتريبتيلين قاتلة ولذلك ينبغي تجنبها في هذه الشريحة.

« إذا كان هناك خطر وشيك لإيذاء الذات أو الانتحار (اذهب إلى إيذاء الذات/الانتحار)، يلزم وصف كمية محدودة من مضادات الاكتئاب فقط (مثل صرفها لأسبوع واحد فقط كل مرة).

« مطالبة القائمين على رعاية الشخص بالاحتفاظ بالأدوية ورصدها ومتابعتها على نحو متواتر لمنع تناول جرعات زائدة من الدواء.

جدول 1: مضادات الاكتئاب

الدواء	الجرعة	التأثيرات الجانبية	موانع الاستعمال/ المحاذير
<p>الأميتريبتيلين (AMITRIPTYLINE) مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (TCA)</p>	<p>البدا بـ 25 ملغم عند النوم. زيادة الجرعة من 25-50 ملغم في الأسبوع إلى 100-150 ملغم يومياً (الحد الأقصى 300 ملغم). ملاحظة: أدنى جرعة فعالة للبالغين هي 75 ملغم. قد يُلاحظ شعور بالسكون عند أخذ جرعات أقل. كبار السن/ المرضى طبيياً: البدء بـ 25 ملغم وقت النوم وزيادتها إلى 50-75 ملغم يومياً (الحد الأقصى 100 ملغم). ⚠ يجب عدم وصف الأميتريبتيلين للأطفال/ المراهقين.</p>	<p>التأثيرات الجانبية الشائعة: السكون، هبوط ضغط انتصابي (خطر الوقوع)، عدم وضوح الرؤية، صعوبة التبول، الدوخة، زيادة الوزن، اضطراب الوظيفة الجنسية. التأثيرات الجانبية الخطيرة: تغير في مخطط كهربية القلب (على سبيل المثال إطالة الفاصل الزمني QT)، عدم انتظام ضربات القلب، تزايد خطر النوبات المرضية.</p>	<p>جنب وصفه للأشخاص الذين يعانون من الأمراض القلبية، أو لديهم تاريخ نوبات مرضية، تضخم في الغدة الدرقية، احتباس بولي، زرق انسداد الزاوية، اضطراب ثنائي القطب (إذ يمكن أن تؤدي إلى الهوس لدى من يعانون من الاضطراب ثنائي القطب غير الخاضع للعلاج). قد تؤدي الجرعات الزائدة إلى نوبات مرضية، عدم انتظام ضربات القلب، نقص في ضغط الدم، الغيبوبة، أو الموت يمكن زيادة مستويات الأميتريبتيلين عن طريق مضادات الملاريا، بما فيها الكينين.</p>
<p>الفلوكستين (FLUOXETINE) مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة قبب السيروتونين الانتقائية (SSRIs)</p>	<p>البدا بـ 10 ملغم يومياً لمدة أسبوع واحد ثم 20 ملغم يومياً. وزيادة الجرعة إلى 40 ملغم إذا لم يكن هناك استجابة خلال 6 أسابيع. (الحد الأقصى 80 ملغم). بار السن/ المرضى طبيياً: الخيار المفضل. البدء بـ 10 ملغم يومياً، ثم زيادتها إلى 20 ملغم (الحد الأقصى 40 ملغم). ⚠ المراهقون البدا بـ 10 ملغم يومياً، وزيادة الجرعة إلى 20 ملغم إذا لم يكن هناك استجابة خلال 6 أسابيع (الحد الأقصى 40 ملغم).</p>	<p>التأثيرات الجانبية الشائعة: الأرق، الصداع، الدوخة، الاضطرابات الهضمية، تغيرات في الشهية، اضطراب الوظيفة الجنسية. التأثيرات الجانبية الخطيرة: حالات نزيف شاذة لدى الأشخاص الذين يستخدمون الأسبرين وغيره من مضادات الالتهاب اللاستيرويدية الأخرى، معدلات منخفضة من الصوديوم.</p>	<p>يُحذر من وصفها للأشخاص الذين لديهم تاريخ من النوبات الاختلاجية التفاعلات الدوائية: تجنب الجمع بينها وبين الوارفارين (فقد يزيد من خطر النزيف). يمكن أن يزيد من مستويات مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة، مضادات الدهان، حاصرات مستقبلات بيتا. يُحذر جمعها مع التاموكسيفين والكوديين والترامادول (إذ أنها تقلل من تأثير هذه الأدوية)</p>

الاكتئاب 3 « المتابعة



توصيات بشأن المتابعة

« الترتيب لموعد ثان خلال أسبوع.

« الحفاظ بشكل مبدئي على التواصل على نحو أكثر تواتراً وبانتظام عبر المكالمات الهاتفية والزيارات المنزلية والرسائل والبطاقات، على سبيل المثال شهرياً خلال الشهور الثلاثة الأولى.



1

هل يشعر الشخص بتحسن؟

نعم

لا

« تشجيع الشخص على متابعة خطة التدبير العلاجي الحالية حتى زوال الأعراض لفترة 9-12 شهر.

« الترتيب لموعد متابعة آخر خلال أسبوع أو أسبوعين.

« التقليل من التواصل مع تحسن الأعراض لدى الشخص. على سبيل المثال: مرة كل ثلاثة أشهر بعد الأشهر الثلاثة الأولى.

« ملاحظة: يجب الاستمرار بالمتابعة حتى زوال أعراض الاكتئاب بشكل كامل

في حال عدم تلقي العلاج النفسي بعد،

« النظر في العلاج النفسي.

« في حال تلقي العلاج النفسي، تقييم مشاركة الشخص في العلاج النفسي الحالي وتجربته معه.

« في حال عدم تناول مضادات الاكتئاب بعد، النظر في وصفها.

« في حال تناول مضادات الاكتئاب، تقييم ما يلي:

- هل يقوم الشخص بتناول الأدوية حسب ما هو موصوف؟

في حال لم يكن يتناولها، استكشاف الأسباب والتشجيع على الالتزام بها.

- هل هناك آثار جانبية؟

في حال وجودها، تقييم فوائد العلاج. في حال عدم وجود آثار جانبية لمضادات الاكتئاب، زيادة


الجرعة (الجدول 1) المتابعة خلال أسبوع أو أسبوعين.

! **محاذير الجرعة الزائدة.** تمس الحاجة للمتابعة بانتظام بسبب احتمال زيادة الآثار الجانبية.

هل هناك أعراض هوس؟

لا


نعم

« عدم الاستمرار في الأدوية المضادة للاكتئاب
« معالجة الهوس واستشارة متخصص.  اذهب إلى « الذهان

2

رصد العلاج

عند كل اتصال:

« توفير التثقيف النفسي، التخفيف من الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي والقدرة على أداء الأعمال المتصلة بالأنشطة اليومية والحياة المجتمعية، ومراجعة تناول الأدوية المضادة للاكتئاب والعلاج النفسي، عند الحاجة لذلك.
« هل يعاني الشخص من أية أعراض جديدة تبعث على القلق؟ مراجعة الحالات النفسية والعصبية والإدمانية والحالات البدنية المتزامنة.
« هل المرأة في سن الإنجاب وتفكر في الحمل؟ إذا كان الأمر كذلك، ينبغي استشارة متخصص. 
تقييم وجود خطر وشيك للإقدام على الانتحار (اذهب إلى « إيذاء الذات/ الانتحار)

3

تعديل العلاج حسب الحاجة

هل زالت أعراض الاكتئاب لفترة 9 - 12 شهراً

نعم

لا

« الاستمرار في تناول الأدوية حتى زوال الأعراض لفترة 9-12 شهراً

« مناقشة مخاطر إيقاف الدواء وفوائد ذلك مع الشخص.

« تخفيض الجرعة الدوائية بشكل تدريجي على مدى 4 أسابيع كحد أدنى. ملاحظة الشخص للتأكد من عدم عودة الأعراض مجدداً.

الذهان

ويتسم الاضطراب ثنائي القطب بنوبات يكون فيها مزاج الشخص ومستويات نشاطه مضطربة على نحو بالغ. ويكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان على شكل ارتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط (الهوس)، وفي أحيان أخرى على شكل انخفاض في المزاج ونقص في الطاقة والنشاط (الاكتئاب). وبشكل عام، يكون الشفاء كاملاً بين النوبات. وجدير بالذكر أن الأشخاص الذين يعانون من نوبات هوس هم فقط من يمكن تصنيفهم تحت مسمى الاضطراب ثنائي القطب.

تغطي وحدة الذهان التدبير العلاجي لحالتين صحييتين نفسييتين شديتين، وهما الذهان والاضطراب ثنائي القطب. ويكون الأشخاص المصابين بالذهان أو الاضطراب ثنائي القطب عرضةً بشكل كبير للوصم والتمييز وانتهاك حقهم في العيش بكرامة.

يتصف الذهان بحدوث تشوش في الأفكار والإدراك، كما في العواطف والسلوك أيضاً. وقد يصاحبه عدم اتساق أو ترابط في الحديث. ويمكن ملاحظة أعراض مثل هلاوس - سماع أصوات أو رؤية أشياء غير موجودة؛ أو أوهام - اعتقادات ثابتة وزائفة؛ شذوذ شديد في السلوك - السلوك المضطرب، والهياج، والإثارة، والخمول أو فرط النشاط؛ ويمكن كذلك ملاحظة اختلال في العواطف - مثل اللامبالاة الواضحة، أو الانفصال بين العاطفة المُبلّغ بها وأثرها الملحوظ، مثل تعبيرات الوجه ولغة الجسد.

الذهان «لمحة سريعة



التقييم

«البحث في التفسيرات الأخرى للأعراض

- تقييم الحالات الطبية على سبيل المثال: استبعاد الهذيان والأدوية والاضطراب الاستقلابي
- تقييم سائر الحالات النفسية والعصبية والإدمانية المتصلة

«تقييم نوبات الهوس الحادة

«إجراء تقييم لمعرفة إذا كان الشخص يعاني من الذهان



التدبير العلاجي

«بروتوكولات التدبير العلاجي

1. الاضطراب ثنائي القطب - نوبات الهوس
2. الذهان
3. الفئات السكانية الخاصة: النساء الحوامل أو المرضعات، المراهقون وكبار السن

«التدخلات النفسية الاجتماعية

«التدخلات الدوائية

1. الذهان: البدء بمضادات الذهان
2. نوبة الهوس: البدء بمثبتات المزاج أو مضادات الذهان؛ وتجنب مضادات الاكتئاب



متابعة

الذهان 1 « التقييم



المظاهر الشائعة للذهان

- تغيرات سلوكية ملحوظة، وإهمال المسؤوليات الاعتيادية المتعلقة بالعمل أو المدرسة أو الأنشطة المحلية أو الاجتماعية.
- سلوك اهتياجي وعدواني وانخفاض النشاط أو ازدياده
- اعتقادات ثابتة وزائفة لا يشاركه بها الآخرون من نفس الثقافة.
- سماع أصوات أو رؤية أشياء غير موجودة
- عدم إدراك الشخص أن لديه مشاكل صحية نفسية

1

هل هناك تفسيرات أخرى للأعراض؟

« تقييم الحالات الطبية

هل تشير العلامات والأعراض التي تظهر عند مراجعة التاريخ المرضي، أو عبر الفحص السريري، أو بالنتائج المخبرية إلى الهذيان الناتج عن حالة بدنية حادة، مثل العدوى أو الملاريا الدماغية، أو الجفاف أو حالات الشذوذ الاستقلابي (مثل نقص الغلوكوز والصدويوم في الدم)؛ أو الآثار الجانبية للأدوية، مثل تلك الناتجة عن بعض الأدوية المضادة للملاريا أو الاستيرويدات؟

لا

نعم

« تقييم الحالة البدنية الحادة وتديرها علاجياً، والإحالة إلى خدمات الطوارئ/ متخصص حسب الحاجة. 

« إذا استمرت الأعراض بعد التدبير العلاجي للسبب الحاد اذهب إلى الخطوة 2

« إجراء تقييم للخرف، والاكتئاب، والانسحاب بالمخدرات/
الكحول، أو الانسحاب عنها

التدبير العلاجي للهياج و/ أو السلوك
العدواني الحاد

في حال أظهر الشخص هياجاً و/ أو عدوانية
« اذهب إلى «التدبير العلاجي للأشخاص الذين
يعانون من سلوك مهتاج و/ أو عدواني» (الجدول
5) من هذه الوحدة، قبل الاستمرار.

نعم

« النظر في استشارة متخصص صحة نفسية لعلاج الحالات
المتزامنة

« التدبير العلاجي للحالات المتزامنة
اذهب إلى الوحدات ذات الصلة

لا

2

هل يمر الشخص بنوبة هوس حادة؟

عانى الشخص من الأعراض التالية مجتمعة لأسبوع واحد على الأقل وكانت شديدة إلى حدّ تأثيرها بشكل كبير على عمله وأنشطته
الاجتماعية أو استدعت إيداعه أو دخوله المستشفى:

- مزاج مبهج أو سهولة الانفعال
- فقدان الموانع الاجتماعية الطبيعية مثل الطيش الجنسي
- انخفاض الحاجة للنوم
- سهولة التشتت
- سلوك متهور أو طائش مثل الإنفاق المفرط واتخاذ قرارات هامة بدون تخطيط
- زيادة النشاط أو الإحساس بطاقة زائدة أو الثرثرة الشديدة أو التحدث بسرعة
- الشعور بالعظمة بشكل غير واقعي

لا

الاشتباه بالاضطراب ثنائي القطب أو نوبة هوس

نعم

تنويه: يمكن أن يمر الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب ثنائي
القطب بنوبات الهوس فقط أو مزيج من نوبات الهوس ونوبات الاكتئاب
في حياتهم.

« لمعرفة كيفية تقييم نوبات الاكتئاب في الاضطراب ثنائي القطب
وتدبيرها علاجياً، اذهب إلى «الاكتئاب



هل هناك خطر وشيك للإقدام على الانتحار،
إجراء التقييم والعلاج قبل الاستمرار. اذهب إلى «
إيذاء الذات/ الانتحار

« اذهب إلى البروتوكول 1

3

هل يعاني الشخص من الذهان؟

هل لدى الشخص اثنان مما يلي على الأقل:

- أوهام، اعتقادات زائفة ثابتة لا يشاركه بها الآخرون من نفس الثقافة.
- هلاوس، سماع أصوات أو رؤية أشياء غير موجودة.
- حديث و/أو سلوك مضطرب، على سبيل المثال: عدم ترابط/ اتساق الحديث مثل التمتمة أو الضحك مع النفس، أو الظهور بمظهر غريب، أو وجود علامات إهمال الذات أو الشكل غير المرتب.

نعم

الاشتباه بالذهان

« اذهب إلى البروتوكول 2 »

لا

« النظر في استشارة متخصص لفحص الأعراض
الأخرى المحتملة للذهان »

! هل هناك خطر وشيك للإقدام على الانتحار،
إجراء التقييم والعلاج قبل الاستمرار. اذهب إلى «
إيذاء الذات/ الانتحار



الذهان 2 « التدبير العلاجي



البروتوكول

1

نوبة الهوس في الاضطراب ثنائي القطب

« تقديم التثقيف النفسي للشخص والقائمين على رعايته. (2-1) »

« التدخل الدوائي. (2-6) »

! إيقاف مضادات الاكتئاب إذا كان الشخص يتناولها، وذلك بغرض منع زيادة خطر الهوس - بدء العلاج بالليثيوم، أو الفالبروات، أو الكاربامازيبين، أو بمضادات الذهان. انظر في استخدام البنزوديازيبين لأجل قصير (٢-٤ أسابيع كحد أقصى) للاضطرابات السلوكية أو الهياج.

« تعزيز الأداء المتصل بالأنشطة اليومية. (2-3) »

« ضمان سلامة الشخص وسلامة الآخرين.

« توفير المتابعة المنتظمة »

« دعم إعادة التأهيل في المجتمع.

« تخفيف الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي. (2-2) »

البروتوكول

2

الذهان

« تقديم التثقيف النفسي للشخص والقائمين على رعايته. (2-2) »

« البدء بالأدوية المضادة للذهان. (2-5) »

البدء بأدنى جرعة ضمن النطاق العلاجي وزيادتها ببطء إلى أدنى جرعة فعالة، للتقليل من خطر الآثار الجانبية.

« تعزيز الأداء المتصل بالأنشطة اليومية. (2-3) »

« ضمان سلامة الشخص وسلامة الآخرين.

« توفير المتابعة المنتظمة »

« دعم إعادة التأهيل في المجتمع.

« تخفيف الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي. (2-2) »

الفئات السكانية الخاصة

ملاحظة: قد تختلف التدخلات المتعلقة بالذهان لدى هذه الفئات



المراهقون

« النظر في استشارة متخصص الصحة النفسية. »

« بالنسبة للمراهقين الذين يعانون من اضطراب ذهاني أو ثنائي القطب، يمكن تقديم الريبيريديون كخيار علاجي تحت إشراف متخصص فقط.

« إذا لم يكن العلاج بالريبيريديون مجدياً، يمكن استخدام الهالوبيريدول أو الكلوربرومازين تحت إشراف متخصص فقط.



كبار السن

« استخدام جرعات أقل من الدواء.

« توقع زيادة خطر التفاعلات الدوائية.

! مطلوب الحذر

تحمل مضادات الذهان خطر الحوادث الوعائية الدماغية والموت عند كبار السن المصابين بالذهان المرتبط بالخرف.



النساء الحوامل والمرضعات

« التواصل مع متخصصين في صحة الأمهات لتنظيم الرعاية.

« النظر في استشارة مختص صحة نفسية، إذا كان ذلك متاحاً. »

« شرح خطر الآثار غير المرغوبة على الأم والطفل، بما في ذلك مضاعفات الولادة والانتكاسات الذهانية، خاصة في حال إيقاف الدواء.

« انظر في التدخلات الدوائية عندما يكون ذلك ملائماً ومتاحاً. انظر أدناه. »

الذهان

« بالنسبة للنساء اللاتي يعانين من الذهان ويخططن للحمل أو الإرضاع الطبيعي يمكن النظر في وصف جرعة منخفضة من الهالوبيريدول أو الكلوربرومازين.

« يجب عدم وصف مضادات الكولين للنساء الحوامل بسبب الآثار الجانبية خارج الهرمية للأدوية المضادة للذهان، إلا في الحالات الحادة والاستخدام على المدى القصير.

« يجب عدم وصف مضادات الذهان المدخرية بشكل روتيني للنساء اللاتي يعانين من الذهان ويخططن للحمل أو الإرضاع الطبيعي لأن هناك معلومات قليلة نسبية حول مأمونية استخدامها لهذه الفئة السكانية.

نوبة الهوس في الاضطراب ثنائي القطب

« تجنب الليثيوم والفالبروات، والكاربامازيبين خلال فترة الحمل والإرضاع الطبيعي نظراً لخطر العيوب الخلقية.

« النظر في وصف جرعة منخفضة من الهالوبيريدول بحذر وبعد استشارة المتخصص، إذا توفر.

« الموازنة بين المخاطر والمنافع عند النساء في سن الإنجاب.

« إذا أصيبت المرأة الحامل بهوس حاد أثناء تناول مثبت المزاج، يجب النظر في التحول إلى الهالوبيريدول بجرعة منخفضة.

التدخلات النفسية الاجتماعية

1-2 التثقيف النفسي:

رسائل أساسية للشخص والقائمين على رعايته

« بيان أن الأعراض ناجمة عن حالة صحية نفسية وأنه يمكن علاج الذهان والاضطراب ثنائي القطب، كما يمكن للشخص أن يتعافى. توضيح الأفكار الخاطئة الشائعة حول الذهان والاضطراب ثنائي القطب.

« يجب عدم توجيه اللوم للشخص أو أسرته أو اتهامهم بأنهم سبب الأعراض.

« تثقيف الشخص والأسرة بأن الشخص بحاجة لتناول الدواء الذي وصف له والقيام بالمراجعة الدورية بغرض المتابعة.

« بيان أن عودة الأعراض و/أو تفاقمها أمر شائع وأنه من المهم إدراك ذلك في وقت مبكر وزيارة المرفق الصحي بأسرع ما يمكن.

« التخطيط لبرنامج عمل أو برنامج مدرسي منتظم من شأنه تجنب الشخص والقائمين على رعايته الضغط النفسي والحرمان من النوم. تشجيع الشخص على طلب المشورة حول القرارات الأساسية، خاصة تلك المتعلقة بالمال أو الالتزامات الأساسية.

تنويه

بناء علاقة جيدة مع الشخص.

بناء الثقة المتبادلة بين الشخص ومقدم الرعاية الصحية أمر بالغ الأهمية لضمان الالتزام بالعلاج والحصول على نتائج طويلة الأمد.



« التوصية بتجنب تعاطي الكحول أو القنب (الحشيش) أو غيره من الأدوية دون وصفة طبية، إذ أنها قد تفاقم من الأعراض الذهانية أو أعراض الاضطراب الثنائي القطب.

« تقديم النصح حول اتباع أسلوب حياة صحي، على سبيل المثال، اتباع نظام غذائي متوازن، وممارسة النشاط البدني، والنوم المنتظم، والنظافة الشخصية الجيدة، وغياب الضغوط. يمكن للضغط النفسي أن يفاقم من الأعراض الذهانية. ملاحظة: ينبغي الاستمرار بالتغيرات في أسلوب الحياة طالما أن هناك حاجة لذلك، وقد يكون ذلك إلى أجل غير مسمى. كما ينبغي التخطيط لهذه التغيرات وإعدادها بما يضمن استدامتها.

2-2 تخفيف الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي

« التنسيق مع الموارد الصحية والاجتماعية لتلبية الاحتياجات الصحية البدنية والاجتماعية والنفسية للأسرة.

« تحديد الأنشطة الاجتماعية السابقة للشخص التي، إن استأنفها، سيكون لها القدرة على توفير الدعم النفسي والاجتماعي المباشر وغير المباشر له. على سبيل المثال: التجمعات العائلية، الخروج مع الأصدقاء، زيارة الجيران، الأنشطة الاجتماعية في أماكن العمل، الرياضة، الأنشطة المجتمعية. تشجيع الشخص على استئناف هذه الأنشطة وتقديم المشورة لأفراد أسرته حول ذلك.

« تشجيع الشخص والقائمين على رعايته على تحسين نُظم الدعم الاجتماعي.

تنويه

تأكد من معاملة الأشخاص المصابين بالذهان باحترام وكرامة. لمزيد من التفاصيل اذهب إلى « الرعاية الأساسية والممارسة



3-2 تعزيز القدرة على الأداء المتصل بالأنشطة اليومية والحياة المجتمعية

« مواصلة الأنشطة الاجتماعية والثقافية والمهنية الاعتيادية، قدر الإمكان. ومن الأفضل للشخص أن يكون لديه وظيفة أو أن يشغل نفسه بأمر مجدية.

« تيسير إشراك الشخص في الأنشطة الاقتصادية، بما في ذلك برامج التوظيف المدعومة والملائمة ثقافياً.

« توفير التدريب على المهارات الحياتية و/أو الاجتماعية لتعزيز مهارات العيش المستقل للأشخاص المصابين بالذهان والاضطراب ثنائي القطب ولأسرهم و/أو القائمين على رعايتهم.

« تيسير العيش المستقل والسكن المدعوم والملائم مع ثقافة المجتمع وظروفه، إذا كان متاحاً وضرورياً.

4-2 علاجات نفسية اجتماعية موجزة للاكتئاب

« تجنب إقناع الشخص بأن معتقداته/أو تجاربه/أو خاطئة أو غير حقيقية، ومحاوله الوقوف بشكل حيادي وداعم، حتى حين يُظهر الشخص سلوكاً غير مألوف.

« تجنب توجيه الانتقاد الشديد والمستمر أو العدائية تجاه الشخص المصاب بالذهان.

« منح الشخص الحق في حرية الحركة. تجنب تقييد الشخص، مع ضمان أمنه وأمن الآخرين بشكل أساسي في الوقت نفسه.

« وبشكل عام، فمن الأفضل للشخص أن يعيش ضمن أسرته أو مجتمعه وفي بيئة داعمة خارج المستشفيات. كما ينبغي تجنب دخوله المستشفيات لفترات طويلة.

التدخلات الدوائية

! بالنسبة للفئات السكانية الخاصة، (النساء الحوامل والمرضعات، الأطفال/ المراهقون، كبار السن)، انظر تفاصيل التوصيات.

2-5-2 الذهان

- « ينبغي وصف مضادات الذهان بشكل روتيني للأشخاص المصابين بالذهان.
- « البدء بالأدوية المضادة للذهان على الفور. انظر الجدول 7.
- « وصف مضاد ذهان واحد فقط في كل مرة.
- « البدء بأدنى جرعة وزيادتها ببطء ومعايرة الدواء للحد من الآثار الجانبية.
- « تجربة الدواء في جرعته الفعالة المثلما لا يقل عن 4-6 أسابيع قبل الحكم على عدم فعاليته.
- « الاستمرار في رصد تلك الجرعة بشكل دوري قدر الإمكان وحسب الحاجة للأشياء 4-6 الأولى من العلاج. وإذا لم يكن هناك تحسن، انظر المتابعة والجدول 4.
- « رصد وزن الشخص الذي يتناول مضادات الذهان، وضغط دمه والسكر الصيامي والكوليسترول ومخطط كهربية القلب لديه إذا أمكن (انظر أدناه).

! مطلوب الحذر

« الآثار الجانبية التي يجب رصدها:

- الآثار الجانبية خارج الهرمية: التمللمل الحركي، تفاعلات عسر المقوية، الرجفان، التيبس على شكل الدوالات المسنن والتيبس العضلي، خلل الحركة المتأخر. العلاج باستخدام الأدوية المضادة للكولينيات عند اللزوم (انظر الجدول 2).
- تغيرات استقلابية: زيادة الوزن، ضغط الدم المرتفع، زيادة سكر الدم والكوليسترول.
- تغيير في مخطط كهربية القلب (إطالة فترة الفاصل الزمني): مراقبة مخطط كهربية القلب إذا أمكن.
- المتلازمة الخبيثة للدواء المضاد للذهان (NMS): هي اضطراب نادر ولكنه قد يشكل خطراً على الحياة، يتميز بتصلب العضلات، وارتفاع درجة الحرارة، وارتفاع ضغط الدم.

2-6-2 نوبات الهوس في الاضطراب ثنائي القطب

في حال كان الشخص يتناول مضادات الاكتئاب:

« وقف مضادات الاكتئاب لمنع المزيد من خطر الهوس

« بدء العلاج بالليثيوم أو الفالبروات والكاربامازيبين أو مضادات الذهان (انظر الجدول 3).

الليثيوم: لا ينبغي التفكير في استخدام الليثيوم كخطوة علاج أولى للاضطراب ثنائي القطب إلا في حال توفر الرصد السريري والمختبري، ولا يوصف إلا تحت إشراف متخصص. وفي حال لم تكن الفحوص المختبرية متاحة أو ممكنة، ينبغي تجنب الليثيوم والنظر في وصف الفالبروات أو الكاربامازيبين. يمكن أن يزيد عدم الانتظام في الالتزام بعلاج الليثيوم أو إيقافه فجأة من خطر الانتكاس. لذا يجب عدم وصف الليثيوم في حال كانت الإمدادات منه معرضة للانقطاع بشكل متكرر. وينبغي الحصول على تحاليل لوظائف الكلى ووظائف الغدة الدرقية، وتعداد الدم الكامل، ومخطط كهربية القلب، وفحص الحمل قبل البدء بالعلاج إن أمكن.

الفالبروات والكاربامازيبين: النظر في هذين الدواءين في حال لم يكن الرصد السريري والمختبري لليثيوم متاحاً أو في حال عدم وجود متخصص للإشراف على وصف الليثيوم.

الهالوبيريدول والريسبيريدون: النظر في الهالوبيريدول والريسبيريدون فقط في حال عدم توفر الرصد السريري والمختبري للبدء بالليثيوم أو الفالبروات. يمكن استخدام الريسبيريدون كبديل عن الهالوبيريدول عند الأشخاص الذين يعانون من الهوس في الاضطراب ثنائي القطب في حال كان متوفراً

! مطلوب الحذر

« تجنب وصف الفالبروات والليثيوم والكاربامازيبين للنساء الحوامل أو المرضعات. يُنصح باستخدام جرعة منخفضة من الهالوبيريدول مع الحذر وتحت رعاية متخصص، في حال توفره.

« التفكير في استخدام البنزوديازيبين لأجل قصير (2-4 أسابيع كحد أقصى) للاضطرابات السلوكية أو الهياج:

- يمكن للأشخاص المصابين بالهوس والذين يعانون من الهياج الاستفادة من الاستخدام القصير الأجل (2-4 أسابيع كحد أقصى) للبنزوديازيبين مثل الديازيبام.

- ينبغي وقف البنزوديازيبين تدريجياً بمجرد تحسن الأعراض، فقد يتمكن الشخص من تحمله.

« الاستمرار في تناول علاج المداومة لما لا يقل عن ستين بعد آخر نوبة اضطراب ثنائي القطب.

- يمكن وصف الليثيوم أو الفالبروات كعلاج مداومة لاضطراب ثنائي القطب. إذا كان العلاج بإحدى هذه المواد غير مُجدٍ، يمكن استخدام الهالوبيريدول، أو الكلوربرومازين، أو الكاربامازيبين. يتعين توفير علاج المداومة في مواقع الرعاية الأولية وتحت إشراف متخصص. مضادات الاكتئاب عند الفئات السكانية الخاصة.

جدول 1: الأدوية المضادة للذهان

الدواء	الجرعة	الآثار الجانبية	موانع الاستعمال/ المحاذير
الهالوبيريدول (HALOPERIDOL)	البدء بـ 3-1.5 ملغم يومياً. زيادة الجرعة حسب الحاجة (20 ملغم كحد أقصى يومياً). طريقة أخذ الدواء: فموياً أو عن طريق الحقن العضلي.	التأثيرات الجانبية الشائعة: السكون، الدوخة، عدم وضوح الرؤية، جفاف الفم، الاحتباس البولي، الإمساك. التأثيرات الجانبية الخطيرة: هبوط ضغط انتصابي، آثار جانبية خارج الهرمية، تغيير في مخطط كهربية القلب (إطالة فترة الفاصل الزمني)، زيادة الوزن، ثر اللبن، انقطاع الطمث، المتلازمة الخبيثة للدواء المضاد للذهان.	يُحذر من وصفه لمرضى: الكلى، والكبد، والقلب، ومتلازمة الفاصل الزمني الطويل، وكذلك الذين يتناولون أدوية إطالة الفاصل الزمني. ينبغي مراقبة مخطط كهربية القلب إن أمكن.
الريسبيريدون (RISPERIDONE)	البدء بـ 1 ملغم يومياً. زيادة الجرعة إلى 6-2 ملغم يومياً (10 ملغم كحد أقصى). طريقة أخذ الدواء: فموياً	التأثيرات الجانبية الشائعة: السكون، الدوخة، تسارع دقات القلب. التأثيرات الجانبية الخطيرة: هبوط ضغط انتصابي، تأثيرات استقلابية (ارتفاع نسبة الدهون، مقاومة الأنسولين، زيادة الوزن)، آثار جانبية خارج الهرمية، ارتفاع هرمون البرولاكتين، اضطراب الوظيفة الجنسية، المتلازمة الخبيثة للدواء المضاد للذهان.	يُحذر من وصفه لمرضى: القلب التفاعلات الدوائية: يمكن أن يخفف الكاربامازيبين من مستويات الريسبيريدون، بينما يقوم الفلوكستين برفعها.
الكلوبرومازين (CLOZAPROMAZINE)	البدء بـ 50-25 ملغم يومياً. زيادة الجرعة إلى 300-75 ملغم يومياً (حتى 1000 ملغم) فقد تكون ضرورية لحالات الذهان الشديدة). طريقة أخذ الدواء: فموياً	التأثيرات الجانبية الشائعة: السكون، الدوخة، عدم وضوح الرؤية، جفاف الفم، الاحتباس البولي، الإمساك، تسارع دقات القلب. التأثيرات الجانبية الخطيرة: هبوط ضغط انتصابي، الإغماء، آثار جانبية خارج الهرمية، التحسس الضوئي، زيادة الوزن، ثر اللبن، انقطاع الطمث، اضطراب الوظيفة الجنسية، انتصاب مستمر (قساح)، المتلازمة الخبيثة للدواء المضاد للذهان. ندرة المحببات، اليرقان.	موانع الاستعمال: اختلال الوعي، تثبيط نقي العظم، ورم القواتم. يُحذر من وصفه للمصابين بـ: أمراض الجهاز التنفسي، أمراض الكلى والكبد، الزرق في العين، الاحتباس البولي، أمراض القلب، متلازمة الفاصل الزمني الطويل، وكذلك الذين يتناولون أدوية إطالة الفاصل الزمني. ينبغي مراقبة مخطط كهربية القلب إن أمكن. التفاعلات الدوائية: - يزيد من تأثيرات أدوية خفض ضغط الدم. - يخفض ضغط الدم إذا تم تناوله مع الإبينيفرين. - قد تزيد مضادات الملاريا، بها فيها الكينين، من مستوياته.
فلوفينازين (FLUPHENAZINE)	البدء بـ 2.5 ملغم. الاستخدام 50-12.5 ملغم كل 4-2 أسابيع طريقة أخذ الدواء: حقن عضلي في الناحية الألوئية. يجب تجنبه عند النساء الحوامل والمرضعات لا يستخدم للأطفال/ المراهقين	التأثيرات الجانبية الشائعة: السكون، الدوخة، عدم وضوح الرؤية، جفاف الفم، الاحتباس البولي، الإمساك، تسارع دقات القلب. التأثيرات الجانبية الخطيرة: هبوط ضغط انتصابي، الإغماء، آثار جانبية خارج الهرمية، التحسس الضوئي، زيادة الوزن، ثر اللبن، انقطاع الطمث، اضطراب الوظيفة الجنسية، انتصاب مستمر (قساح)، المتلازمة الخبيثة للدواء المضاد للذهان. ندرة المحببات، اليرقان.	موانع الاستعمال: اختلال الوعي، الباركنسونية. يُحذر من وصفه للمصابين بـ: أمراض القلب، أمراض الكلى، أمراض الكبد. يستخدم بحذر مع كبار السن. التفاعلات الدوائية: - يزيد من تأثيرات أدوية خفض ضغط الدم. - يمكن أن يخفض ضغط الدم إذا تم تناوله مع الإبينيفرين.

الجدول 2: الأدوية المضادة للكلونيات

(لعلاج الآثار الجانبية خارج الهرمية)  تجنب الاستخدام عند النساء الحوامل والمرضعات إن أمكن.

الدواء	الجرعة	الآثار الجانبية	موانع الاستعمال/ المحاذير
البيريدين (BIPERIDEN)	بدء الجرعة بـ 1 ملغم مرتين يومياً. زيادة الجرعة إلى 12-3 ملغم يومياً. طريقة أخذ الدواء: فموياً أو عن طريق الحقن الوريدي	التأثيرات الجانبية الشائعة: السكون، الارتباك واضطراب الذاكرة (خاصة عند كبار السن)، تسارع دقات القلب، جفاف الفم، احتباس البول، الإمساك.	يُحذر من وصفه للمصابين بمرض القلب وأمراض الكبد والكلية. التفاعلات الدوائية: يجب الحذر عند وصفه مع مضادات الكلونين الأخرى.
الترهيكسفينيديل (TRIHENXYPHENIDYL)	بدء الجرعة بـ 1 ملغم يومياً. زيادة الجرعة إلى 12-4 ملغم يومياً. مقسمة على 3-4 جرعات (20 ملغم يومياً كحد أقصى). طريقة أخذ الدواء: فموياً	ونادراً ما يحصل، زرق انسداد الزاوية، والوهن العضلي الوبيل، وانسداد الجهاز الهضمي.	

الجدول 3: مثبتات

 تجنب الاستخدام عند النساء الحوامل والمرضعات إن أمكن.

الدواء	الجرعة	الآثار الجانبية	موانع الاستعمال/ المحاذير
الليثيوم (LITHIUM)	بدء الجرعة بـ 300 ملغم يومياً، وزيادتها تدريجياً كل 7 أيام حتى الوصول إلى مستوى الدم المستهدف (الحد الأقصى -600 1200 ملغم يومياً). يتعين الرصد كل 2-3 أشهر. طريقة أخذ الدواء: فموياً	التأثيرات الجانبية الشائعة: السكون، مشكلات إدراكية، الارتعاش، خلل في التنسيق، هبوط ضغط الدم، كثرة الكريات البيض، البوال، العطاش، الغثيان، الإسهال، زيادة الوزن، فقدان الشعر، الطفح الجلدي.	يُمنع استخدامه عند المرضى المصابين بـ: أمراض القلب أو الكلى الشديدة. يمكن أن يزيد الجفاف من مستويات الليثيوم. التفاعلات الدوائية: يمكن أن تزيد مضادات الالتهاب اللاستيرويدية (NSAIDs)، ومثبطات عمل الإنزيم المحول للأنجيوتنسين (مثبطات ACE)، ومدرات البول الثيازيدية، والميترونيدازول، والتتراسيكلين من مستويات الليثيوم. ويمكن أن تسبب سمية الليثيوم الإصابة بالنوبات، والهذيان، والغيبوبة، والموت.
فالبروات الصوديوم (SODIUM VALPROATE)	بدء الجرعة بـ 500 ملغم يومياً. زيادة الجرعة ببطء إلى 1000-2000 ملغم يومياً (الحد الأقصى 60 ملغم/كغ/اليوم). طريقة أخذ الدواء: فموياً	التأثيرات الجانبية الشائعة: السكون، الصداع، الارتعاش، الترنح، الغثيان، التقيؤ، الإسهال، زيادة الوزن، فقدان شعر عابر.	التفاعلات الدوائية: يمكن أن يسبب الكاربامازيبين نقصاً في مستويات الفالبروات، بينما يزيد الأسبرين من هذه المستويات.
كاربامازيبين (CARBAMAZEPINE)	بدء الجرعة بـ 200 ملغم يومياً. زيادة الجرعة بمقدار 200 ملغم أسبوعياً إلى 400-600 ملغم مقسمة إلى جرعتين. (الحد الأقصى 1200 ملغم يومياً). طريقة أخذ الدواء: فموياً ملاحظة: قد يكون هناك حاجة لتعديل الجرعة بعد أسبوعين بسبب التحريض على استقلاب الدواء.	التأثيرات الجانبية الشائعة: السكون، الارتباك، الدوخة، الترنح، الشفق (الرؤية المزدوجة)، الغثيان، الإسهال، نقص الكريات البيض المعتدلة.	- يُمنع استخدامه عند المرضى الذين يعانون من: تاريخ من اضطرابات الدم، أو أمراض الكلى، والكبد، والقلب. - التفاعلات الدوائية: - قد يقلل من تأثير أدوية تحديد النسل الهرمونية، ومثبطات المناعة، ومضادات الصرع، ومضادات الالتهاب، والميثادون، وبعض مضادات الفيروسات القهقرية. - يمكن أن تزيد بعض مضادات الفطريات والمضادات الحيوية المعينة من مستويات الكاربامازيبين.

الجدول 4: مراجعة الالتزام بالدواء والآثار الجانبية والجرعات استناداً إلى الوضع/ المظهر السريري

الوضع السريري	الإجراء
لا يتحمل الشخص الأدوية المضادة للذهان، أي أن لديه آثار جانبية خارج الهرمية أو أعراض جانبية خطيرة أخرى	« تقليل جرعة الأدوية المضادة للذهان. « التفكير في التحول إلى مضاد ذهان آخر في حال استمرت الآثار الجانبية. « التفكير في إضافة دواء مضاد للكولينيات على المدى القصير لعلاج الأعراض خارج الهرمية إذا فشلت هذه الاستراتيجيات أو كانت الأعراض شديدة، (انظر الجدول 2)
الالتزام بالعلاج غير مرضٍ	« مناقشة الشخص والقائمين على رعايته في أسباب عدم الالتزام. « تقديم معلومات حول أهمية الدواء. « النظر في استخدام الحقن المضادة للذهان المدخرية/ ممتدة المفعول كخيار بعد مناقشة الآثار الجانبية المحتملة لاستخدامه فموياً مقارنة بالمستحضرات المدخرية.
الاستجابة للعلاج غير كافية (أي أن الأعراض استمرت أو تفاقمت) على الرغم من الالتزام بالدواء	« التحقق من أن الشخص يتلقى جرعة فعالة من الدواء. وتزيد تدريجياً، في حال كانت منخفضة، إلى أدنى جرعة فعالة للحد من مخاطر الآثار الجانبية. « الاستفسار عن تعاطي الكحول أو المخدرات واتخاذ التدابير اللازمة للحد من هذا الأمر. اذهب إلى الاضطرابات الإدمانية. « الاستفسار عن حدث مُجهَد وقع مؤخراً وأدى إلى تفاقم الوضع السريري واتخاذ التدابير اللازمة للحد من الضغط النفسي. « مراجعة الأعراض لاستبعاد الحالات البدنية و/ أو الحالات النفسية والعصبية والإدمانية ذات الأولوية. اذهب إلى الذهان 1، الخطوة 1 « التفكير في الريبيريديون كبديل للهالوبيريدول أو الكلوربرومازين، في حال كان توافره وتكلفته لا يشكلان عائقاً. « إذا كان الشخص لا يستجيب لأكثر من دواء من الأدوية المضادة للذهان، مع استخدام دواء واحد في كل مرة بالجرعة المناسبة والمدة الكافية، يمكن النظر في الجمع بين مضادات الذهان. ويفضل أن يكون ذلك تحت إشراف متخصص مع رصد سريري مباشر. « النظر في التشاور مع متخصص لاستخدام الكلوزابين للأشخاص الذين لم يستجيبوا لمضادات الذهان الأخرى بالجرعات المناسبة لمدة كافية، ولا يُستخدم الكلوزابين إلا تحت إشراف متخصص و فقط في حال توفر رصد مختبري روتيني، بسبب احتمال وجود ندرة المحببات التي تشكل خطراً على الحياة.

الجدول 5: التدبير العلاجي للأشخاص الذين يعانون من سلوك الاهتياج و/ أو العدوانية

التقييم

« محاولة التواصل مع الشخص

« تقييم الأسباب الكامنة:

- التحقق من الجلوكوز في الدم. إعطاء الجلوكوز إذا كان منخفضاً.
- التحقق من العلامات الحيوية، بما في ذلك درجة الحرارة والتشبع بالأكسجين. إعطاء الأكسجين إذا لزم الأمر.
- استبعاد الهذيان والأسباب الطبية بما في ذلك التسمم.
- استبعاد تع المخدرات والكحول.
- النظر في حالة التسمم بالمنشطات على وجه التحديد و/ أو انسحاب الكحول/ المسكنات. اذهب إلى الاضطرابات الإدمانية.
- استبعاد الهياج الناجم عن نوبة ذهان أو هوس في الاضطراب ثنائي القطب. اذهب إلى التقييم، الذهان 1.

التواصل

« تحقيق السلامة أولاً!

« الحفاظ على الهدوء وتشجيع المريض على التحدث عن مخاوفه.

« استخدام صوت هادئ ومحاولة تبديد المخاوف إن أمكن.

« الإصغاء باهتمام وتكريس وقت للشخص.

« عدم السخرية على الإطلاق.

« عدم مقابلة العدوانية بالمثل.

« محاولة إيجاد أصل المشكلة وتقديم الحلول للشخص.

« إشراك القائمين على الرعاية وغيرهم من العاملين.

« إبعاد أي شخص قد يكون سبباً في إثارة العدوانية لدى الشخص.

« في حال بقاء الشخص عدوانياً بعد استنفاد كل الاحتمالات، قد يكون من الضروري استخدام الأدوية (في حال كانت متاحة) لتوقي الإصابات.

تركين (كلمة تسكين تستخدم مع الألم) واستخدام الدواء

« تركين (أو تهدئة) الشخص على نحو ملائم لتوقي الإصابات.

« النظر في إعطاء 2 ملغم من الهالوبيريدول فموياً أو عبر الحقن العضلي كل ساعة بواقع 5 جرعات (بما لا يزيد عن 10 ملغم) في حال الهياج الناجم عن الذهان أو الهوس.

« يجب الحذر: يمكن أن تسبب الجرعات العالية من الهالوبيريدول تفاعلات عسر المقوية. ويستخدم البيبيريدين لمعالجة التفاعلات الحادة.

« أما في حال الهياج الناجم عن ابتلاع مواد الإدمان، مثل انسحاب الكحول/ المسكنات أو التسمم بالمنشطات، يُستخدم الديازيبام بواقع 10-20 ملغم فموياً ويكرر عند اللزوم. اذهب إلى الاضطرابات الإدمانية.

في حالات العنف الشديد

- يتعين طلب المساعدة من الشرطة أو العاملين.
- استخدام الهالوبيريدول بمعدل 5 ملغم عن طريق الحقن العضلي، وتكراره خلال 15-30 دقيقة إذا لزم الأمر (بما لا يتجاوز 15 ملغم).
- استشارة متخصص.

« في حال بقي الشخص مهتاجاً، إعادة التحقق من تشبع الأكسجين

والعلامات الحيوية والجلوكوز. النظر في وجود ألم. الإحالة إلى المستشفى.

« الرجوع إلى المخطط الرئيسي فور تراجع الهياج واختيار الوحدات ذات الصلة بالتقييم.

! الفئات السكانية الخاصة:

استشارة اختصاصي بشأن العلاج.

الذهان 3 « المتابعة



توصيات بشأن المتابعة

« ينبغي أن تتكرر المتابعة الأولية قدر الإمكان، حتى لو كان ذلك بشكل يومي، إلى أن تستجيب الأعراض الحادة للعلاج.

« هناك حاجة إلى المتابعة المنتظمة. ويُنصح بالمتابعة الشهرية وتندرج إلى الفصلية بعد استجابة الأعراض (ويكون ذلك حسب الحاجة السريرية والعوامل المتعلقة بالإمكانية مثل توافر الموظفين والبعد عن العيادة، الخ).



1

تقييم التحسن

هل يشعر الشخص بتحسّن؟

لا

نعم

« الاستمرار في خطة العلاج.
« التقليل من وتيرة المتابعة حالما تتراجع الأعراض.
« المتابعة حسب الحاجة.



القفز إلى الخطوة 2

هل يتناول الشخص أدويته؟

لا

نعم

« التأكد من أن الشخص كان يتناول الجرعة النمطية الفعالة لفترة لا تقل عن 4-6 أسابيع.
« الحفاظ على وتيرة عالية من التواصل مع الشخص إلى أن تبدأ الأعراض بالاستجابة للعلاج.
« إشراك الشخص والقائمين على رعايته بالتغيرات في خطة العلاج وما يتعلق بها من قرارات

« البدء بالأدوية المضادة للذهان
(اذهب إلى الجدول 1)

« الحفاظ على وتيرة عالية من التواصل مع الشخص إلى أن تبدأ الأعراض بالاستجابة للعلاج.
« إشراك الشخص والقائمين على رعايته بالتغيرات في خطة العلاج وما يتعلق بها من قرارات.

2

الرصد الروتيني للعلاج

« مراجعة التدخلات النفسية الاجتماعية.

« إذا كان الشخص يتناول الأدوية، ينبغي مراجعة الالتزام والآثار الجانبية والجرعات (الجدول 4).
والتحقق من الوزن، وضغط الدم والجلوكوز.

« إذا كان الشخص قد بدأ في تناول أية أدوية أخرى لها تفاعلات دوائية محتملة، ينبغي النظر في مراجعة الجرعة الدوائية.

« السؤال عن ظهور الأعراض والنوبات السابقة والتفاصيل حول أي علاج سابق أو حالٍ.

3


وقف الأدوية

إذا كان الشخص يعاني من أول نوبة، أو انتكاسة أو تفاقم الأعراض الذهانية

« وقف الأدوية بعد 12 شهر من اختفاء الأعراض

إذا استمرت الأعراض الذهانية لدى الشخص لأكثر من ثلاثة أشهر

« ينبغي النظر في وقف الأدوية إذا كانت الأعراض التي يعاني منها الشخص في حالة هدوء كامل لعدة سنوات.

« التناوُر مع الشخص والأسرة بخصوص زيادة خطر الانتكاس بعد وقف الدواء مقارنة بالآثار الجانبية للدواء على المدى الطويل. 

« استشارة متخصص، إن أمكن.

« تخفيف الجرعة الدوائية تدريجياً وبشكل بطيء. وعند سحب الدواء، يحتاج الأشخاص وأفراد الأسرة إلى التثقيف للكشف عن الأعراض المبكرة للانتكاس، لذا يُنصح برصد الشخص سريريّاً وعن كثب.



توصيات بشأن المتابعة

« ينبغي أن تتكرر المتابعة الأولية قدر الإمكان، حتى لو كان ذلك بشكل يومي، إلى أن تستجيب الأعراض الحادة للعلاج. »
 « هناك حاجة إلى المتابعة المنتظمة. ويُنصح بالمتابعة الشهرية وتندرج إلى الفصلية بعد استجابة الأعراض (ويكون ذلك حسب الحاجة السريرية والعوامل المتعلقة بالإمكانية مثل توافر الموظفين والبعد عن العيادة، الخ).

الذهان 3 « المتابعة



نوبة الهوس في الاضطراب ثنائي القطب

1

تقييم التحسن

هل يشعر الشخص بتحسن؟

لا

نعم

« المتابعة حسب الحاجة إلى حين تراجع الأعراض »
 « متابعة أدوية المداومة لستتين على الأقل. »

القفز إلى الخطوة 2

هل يتناول الشخص أدويته؟

لا

نعم



« البدء بوصف الدواء إذا كان ذلك مناسباً »

تنويه

عند التحول إلى دواء آخر، ينبغي البدء بذلك الدواء أولاً، والعلاج بالدواءين معاً لأسبوعين قبل إيقاف الدواء الأول بشكل تدريجي.



« التحقق من الجرعات الدوائية والآثار الجانبية. اذهب إلى الجدولين 1 و 3. »
 « التأكد من أن الشخص كان يتناول الجرعة النمطية الفعالة لفترة لا تقل عن 4-6 أسابيع. »
 « في حال كان الشخص يتناول الجرعة النمطية الفعالة لفترة 4-6 أسابيع ولم يظهر تحسناً، ينبغي النظر في تغيير الدواء. انظر الجدول 3. »

« مراجعة التدخلات النفسية الاجتماعية. »
 « تقييم المشكلات الطبية »

2

الرصد الروتيني للعلاج

« مراجعة التدخلات النفسية الاجتماعية وتوفيرها.
« إذا كان الشخص يتناول الدواء، ينبغي مراجعة الالتزام والآثار الجانبية والجرعات الدوائية. انظر الجدول 4.
« إذا كان الشخص قد بدأ في تناول أية أدوية أخرى لها تفاعلات دوائية محتملة، ينبغي النظر في مراجعة الجرعة الدوائية.

3

وقف الأدوية

هل كانت الأعراض التي يعاني منها الشخص في حالة هدوء كامل لستين على الأقل دون نوبات من الاضطراب ثنائي القطب؟




المتابعة الروتينية و رصد العلاج

لا

نعم

« النظر في وقف الأدوية

- مناقشة الشخص/ القائمين على رعايته حول مخاطر وقف الأدوية.
- استشارة متخصص بشأن قرار وقف أدوية علاج المداومة بعد ستين. 
- تخفيف الأدوية بشكل تدريجي على مدى أسابيع أو أشهر.

الصرع

أما النوبات فيسببها نشاط كهربائي غير طبيعي في الدماغ ولها نوعان: اختلاجية وغير اختلاجية. ومن علامات الصرع غير الاختلاجي تغير الحالة النفسية. أما علامات الصرع الاختلاجي فتتمثل في حركات غير طبيعية مفاجئة، بها في ذلك تصلب الجسم واهتزازة. والجدير بالذكر أن الصرع الاختلاجي يُعد أكثر ارتباطاً بالوصمة وارتفاع معدلات المراضة والوفاة. وتغطي هذه الوحدة من الدليل الصرع الاختلاجي وحسب.

الصرع هو اضطراب مزمن غير سارٍ يصيب الدماغ ويتميز بحدوث نوبات متكررة دون وجود محفز. وهو أحد أكثر الاضطرابات العصبية شيوعاً، ويمكن التحكم به على نحو ملائم عند معظم الناس عن طريق العلاج المناسب.

وللصرع عدة أسباب، فقد يكون وراثياً، أو يحدث في أشخاص لديهم تاريخ سابق لإصابة أثناء الولادة، أو الإصابات الدماغية (بها في ذلك رضوح الرأس والسكتات الدماغية)، أو العدوى الدماغية. وفي بعض الحالات، لا يمكن إيجاد سبب محدد.

الصرع «لمحة سريعة

تتطلب المظاهر الحادة للنوبات/ الاختلاجات توفير العلاج والتدبير العلاجي الطارئ



التقييم

« حالة طارئة:

تقييم وتدبيرها علاجياً

« تقييم ما إذا كان الشخص يعاني من نوبات.

« تقييم السبب الحاد (على سبيل المثال: عدوى عصبية، رضوح، الخ).

« تقييم ما إذا كان الشخص مصاباً بالصرع والأسباب الكامنة لذلك (استناداً إلى التاريخ المرضي أو عبر الفحص).

« تقييم الحالات النفسية والعصبية الإدمانية المتزامنة ذات الأولوية.



التدبير العلاجي

« بروتوكولات التدبير العلاجي

1. الصرع

2. الفئات السكانية الخاصة (النساء في سن الإنجاب، الأطفال، المراهقون، الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشري)

« التدخلات النفسية الاجتماعية

« التدخلات الدوائية



متابعة

الصرع « حالة طارئة !

الشخص يعاني من
اختلاجات أو أنه غير
مستجيب ويعاني من تيبس



تنويه:

ينبغي إجراء التقييم والتدبير العلاجي
في آنٍ واحد.

1

هل هناك أية علامة على إصابة في الرأس أو العنق؟

نعم

لا

« الحفاظ على الرأس و الرقبة في وضع ثابت

2

« تفقد المجرى الهوائي والتنفس والدورة الدموية.

« التأكد من عدم وجود شيء يعيق مجرى التنفس وبأن الشخص يتنفس بشكل جيد ونبضه مستقر.

« تفقد ضغط الدم والحرارة ومعدل التنفس.

« البدء بحساب زمن الاختلاجات، إن أمكن.

« التأكد من أن الشخص في مكان آمن، وإذا أمكن، يوضع على جنبه لمساعدته على التنفس؛ مع فك أية ربطات عنق أو ثياب على الرقبة، خلع النظارات ووضع شيء طري أسفل الراس (في حال توفره).

« تركيب أنبوب وريدي لتدبير الدواء/ السوائل إن أمكن.

« عدم ترك الشخص وحيداً.

« عدم ترك أي شيء في الفم.

« بالنسبة للشخص الذي يرجح وجود إصابة في رأسه، أو عدوى عصبية (حمى)، أو عيوب بؤرية، يتعين الإحالة إلى المستشفى على نحو عاجل. +

3

! الفئات السكانية الخاصة: الحمل / فترة ما بعد الولادة

هل المرأة في النصف الثاني من الحمل أو بعد أسبوع واحد من الولادة وليس لديها تاريخ سابق من الصرع؟



نعم

الاشتباه بارتعاج (انسام)

لا

4

« إعطاء الدواء لوقف الاختلاجات

في حال عدم تركيب أنبوب وريدي

في حال تركيب أنبوب وريدي

« إعطاء 10 غ من سلفات المغنيزيوم بالعضل.

« إذا كان ضغط الدم الانبساطي - 110 مم زئبق،

« إعطاء 5 ملغم هيدرالازين بالوريد ببطء (3-4 دقائق)، وتكرار الجرعة كل 30 دقيقة إلى أن يصل ضغط الدم الانبساطي 90-100 مم زئبق؛

❌ لكن يجب عدم إعطاء أكثر من 20 ملغم في المجموع.

« إحالة الشخص إلى المستشفى على الفور.



إعطاء:

« الديازيبام عبر المستقيم
(البالغين: 10 ملغم، الأطفال: 1 ملغم / سنة من العمر)

أو

« ميدازولام عبر الشدق / الأنف
(البالغين 5-10 ملغم، الأطفال: 0.2 ملغم / كغ)

« البدء بإعطاء محلول ملحي عادي ببطء
(30 نقطة/دقيقة).

« إعطاء الجلوكوز عبر الوريد.

(البالغين: 5 مل من الجلوكوز 50٪، الأطفال: 2-5 مل / كغ من الجلوكوز 10٪)

« إعطاء أدوية الحالات الطارئة:

- الديازيبام 10 ملغم بالوريد (الأطفال: 1 ملغم وريدياً / سنة من العمر)
أو

- لورازيبام 4 ملغم عبر الوريد (الأطفال: 0.1 ملغم / كغ وريدياً / سنة من العمر)

5

هل توقفت الاختلاجات خلال 10 دقائق من أول جرعة من دواء الحالات الطارئة

نعم

« الانتقال إلى الصرع 1 (التقييم) »

لا

« اعطاء جرعة ثانية من دواء الحالات الطارئة »



6



هل توقفت؟

نعم

« الانتقال إلى الصرع 1 (التقييم) »

لا



« إحالة الشخص إلى المركز الصحي فوراً.  عدم إعطاء أكثر من جرعتين من دواء الحالات الطارئة.  »



7

هل الشخص في حالة صرعية

« تستمر بعد تناول جرعتين من دواء الطوارئ، أو
« لا يوجد تعافٍ

نعم

لا

القفز إلى الخطوة 10

(على سبيل المثال: توقفت بعد الجرعة الثانية
من دواء الطوارئ حال وصول الشخص إلى
المركز الصحي).

الاشتباه بحالة صرعية
يجب تلقي العلاج في المركز الصحي

!

8

« واصلة تفقد المجرى الهوائي والتنفس والدورة الدموية.
« إعطاء الأوكسجين.
« مراقبة الحاجة إلى التنبيب/ التهوية باستمرار.

9

إعطاء أحد الأدوية التالية عبر الوريد



« الفينيتوين:

20-15 ملغم/ كغ عبر الوريد، على ألا تتجاوز الجرعة 1 غ، على مدى 60 دقيقة.
- ينبغي استخدام أنبوب وريدي آخر (مختلف عن أنبوب الدياتيام)
! يجب وضع الأنبوب الوريدي بشكل جيد إذ يسبب الفينيتوين ضرراً كبيراً في حال
تسربه.

« حمض الفالبرويك:

20 ملغم/ كغ عبر الوريد لمرة واحدة، على ألا تتجاوز الجرعة 1 غ على مدى 30 دقيقة.
« فينوباربيتال:
20-15 ملغم/ كغ عبر الوريد*، على ألا تتجاوز الجرعة 1 غ وبمعدل 100 ملغم/
دقيقة.
* في حال عدم الوصول إلى الوريد، يمكن استخدام الفينوباربيتال عن طريق العضل
(بنفس جرعة الوريد).

هل توقفت؟

نعم

لا

« استخدام أحد الأدوية الأخرى (في حال توافرها) أو إعطاء 10 ملغم / كغ فينيتوين إضافية (على مدى 30 دقيقة).
« رصد حالة الشخص تحسباً لحدوث هبوط تنفسي، هبوط في ضغط الدم، أو عدم انتظام في ضربات القلب.

10

تقييم السبب الكامن وراء (وعلاجه حسبها يكون ملائماً):

- عدوى عصبية (الحمى، تصلب العنق، الصداع، الارتباك)
- تعاطي مواد الإدمان (انسحاب الكحول أو ابتلاع المخدرات)
- الرضوح
- الاضطراب الاستقلابي (فرط صوديوم الدم أو نقص سكر الدم)
- السكتة (الخلل البؤري)
- الورم (الخلل البؤري)
- الصرع المعروف (تاريخ سابق من النوبات)

هل توقفت؟

نعم

لا

« الإحالة إلى متخصص لإجراء تقييم تشخيصي إضافي. 

« الانتقال إلى الصرع 1 (التقييم)



الصرع 1 « التقييم



تنويه:

ينبغي النظر في نوبات الإغماء والنوبات الكاذبة خلال التقييم الأولي وفي حال فشل العلاج.

« غالباً ما ترتبط نوبات الإغماء (الغيبوبة) باحمرار الوجه، والتعرق، والشحوب وأحياناً الشعور بغشاوة الرؤية قبل النوبة. وقد يحدث ارتجاج خفيف في النهاية.

« عادةً ما ترتبط النوبات الكاذبة بمحفز الضغط النفسي. وغالباً ما تطول النوبات وتشمل نفضات غير منتظمة للجسم وإغماض العينين واندفاع الحوض للأمام بقوة. وعادة ما تكون هناك عودة سريعة إلى خط الأساس بعد النوبة. في حال الاشتباه في نوبة كاذبة، اذهب إلى « شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية.

المظاهر الشائعة للصرع

• حركات أو نوبات اختلاجات خلال

- فقدان الوعي أو اختلاله
- تصلب، تيبس

- عض اللسان، إصابات، سلسل البول أو البراز

• بعد الاختلاج: تعب أو خمول، أو نعاس، أو ارتباك، أو سلوك شاذ، أو صداع، أو آلام في العضلات، أو ضعف في أحد جانبي الجسم.

1

هل يعاني الشخص من نوبات اختلاجية؟

هل استمرت الحركات الاختلاجية عند الشخص لأكثر من 1-2 دقيقة؟

نعم

لا

النوبات الاختلاجية غير مرجحة



« استشارة متخصص من أجل النوبات المتزامنة.

« المتابعة بعد 3 أشهر.



هل عانى الشخص مما لا يقل عن اثنين من الأعراض التالية خلال النوبة/سات؟

- فقدان الوعي أو اختلاله
- تصلب، تيبس
- عض أو رض اللسان، إصابة بدنية
- سلس البراز/ البول
- بعد: تعب أو خمول، أو نعاس، أو ارتباك، أو سلوك شاذ، أو صداع، أو آلام في العضلات، أو ضعف في أحد جانبي الجسم.

نعم

لا

النوبات الاختلاجية غير مرجحة



« استشارة متخصص من أجل النوبات المتزامنة.



« المتابعة بعد 3 أشهر. »

الاشتباه في النوبات الاختلاجية

2

هل هناك أية مسببات حادة؟

هل هناك عدوى عصبية أو مسببات أخرى محتمل؟

« تحقق من العلامات والأعراض:

- حمى
- صداع
- ارتباك
- تحريش سحائي
- (مثل: تصلب العنق)
- إصابة بالرأس
- اضطراب استقلابي
- (نقص جلوكوز الدم، نقص الصوديوم)
- انسحاب الكحول والمخدرات أو التسمم

نعم

لا

الاشتباه في الصرع

3 القفز إلى الخطوة

« تقييم الحالة الطبية وعلاجها

« الإحالة إلى المستشفى +
إذا أمكن لعلاج إصابات الرأس والتهاب
السحايا والاضطراب الاستقلابي

❌ لا حاجة للأدوية المضادة للصرع

« المتابعة بعد ثلاثة أشهر لتقييم ما إذا كان
الشخص يعاني من صرع محتمل ↻



هل هو طفل لديه حمى ويتراوح عمره بين 6
أشهر إلى 6 سنوات؟



هل ؟

- بؤرية: تبدأ في جزء واحد من الجسم
- ممتدة: أكثر من 15 دقيقة
- متكررة: أكثر من نوبة خلال فترة المرض الحالي

لا

نعم

نوبة حمى معقدة

« الإحالة إلى المستشفى ودخولها +

نوبة حمى بسيطة

« البحث عن السبب وفقاً للمبادئ التوجيهية المحلية للرعاية المتكاملة
لأمراض الطفولة.

« ملاحظة المريض لأكثر من 24 ساعة.

« لا حاجة للعلاج المضاد للصرع.

3

هل الشخص مصاب بالصرع؟

هل أصيب الشخص بما لا يقل عن نوبتين في يومين مختلفين خلال العام الماضي؟

نعم

لا

الصرع مرجح

لا تتوافر معايير الصرع
« لا يتطلب الأمر علاج مداومة بالأدوية المضادة للصرع
« المتابعة بعد 3 أشهر والتقييم على أساس احتمال وجود صرع



تقييم المسببات الكامنة. إجراء فحص بدني.

- تاريخ سابق لاختناق أو إصابة أثناء الولادة
- تاريخ عائلي من الإصابة
- عدوى دماغية

تنويه

ينبغي أن يشمل الفحص البدني كلا من الفحص العصبي، وتقييم وجود أي خلل بؤري، على سبيل المثال: التفاوت في نقاط القوة والمنعكسات



نعم

لا

« الإحالة إلى متخصص للقيام بإجراء تقييم إضافي حول المسببات

تنويه

« السؤال عن :

- مدى تواتر النوبات؟
- عدد النوبات التي أصيب بها العام الماضي؟
- متى حدثت آخر نوبة؟



4

هل هناك حالات نفسية وعصبية وإدمانية متزامنة؟



« تقييم الحالات النفسية والعصبية والإدمانية المتزامنة الأخرى بناءً على المخطط الرئيسي
لدليل التدخلات

الرجاء ملاحظة أن الأشخاص المصابين بالصرع عرضة بشكل أكبر للإصابة بالاكتئاب والاضطرابات الإدمانية. وقد يترافق الصرع مع اضطرابات نفسية وسلوكية واضطرابات إدمانية عند الأطفال والبالغين

« اذهب إلى البروتوكول 1



! إذا كان هناك خطر وشيك للإقدام على الانتحار، ينبغي إجراء التقييم والتدبير قبل الاستمرار في البروتوكول. اذهب إلى « إيذاء الذات/ الانتحار.

الصرع 2 « التدبير العلاجي



البروتوكول

1

- « توفير التثقيف النفسي للشخص والقائمين على رعايته (1-2)
- « البدء بالأدوية المضادة للصرع (2-3)
- « تعزيز الأداء المتصل بالأنشطة اليومية (2-2)

الفئات السكانية الخاصة

الرجاء ملاحظة أن التدخلات المتعلقة بالصرع تختلف عند هذه الفئات السكانية

HIV

الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشري
المخاوف: التفاعلات الدوائية بين مضادات الصرع ومضادات
الفيروسات القهقرية

- « لرجوع إلى التفاعلات الدوائية لنظام مضادات الفيروسات
القهقرية والأدوية المضادة للصرع الخاصة بالشخص، عندما يكون
ذلك متاحاً.
- « يفضل استخدام الفالبروات دون ما سواه، نظراً لأن تفاعلاته
الدوائية أقل.
- « تجنب الفينيتوين والكاربامازيبين حيثما كان ذلك ممكناً.



الأطفال/ المراهقون

المخاوف: تأثير الأدوية المضادة للصرع على النمو و/ أو السلوك

- « تدبير الحالة علاجياً عند الأطفال المصابين بالاضطرابات النهائية،
أذهب إلى الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال
والمراهقين.
- « تجنب الفينوباربيتال عند الأطفال المصابين بالاضطرابات
السلوكية، قدر الإمكان. القيام بتدبير الحالة علاجياً. أذهب إلى
الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين



النساء في سن الإنجاب

المخاوف: خطر الأدوية المضادة للصرع على الجنين/ الطفل

- « إسداء النصح بتناول الفولات (5 ملغم/ اليوم) لمنع عيوب الأنبوب
العصبية عند جميع النساء في سن الإنجاب.
- « تجنب الفالبروات.
- « **مطلوب الحذر مع المرأة الحامل:**
- تجنب العلاج المتعدد الأدوية. يزيد الجمع بين الأدوية من مخاطر
التشوهات الجنينية خلال الحمل.
- إذا تم وقف الأدوية خلال الحمل، يجب إيقافها دوماً بالتدرج.
- إسداء النصح بالولادة في المستشفى.
- عند الولادة، إعطاء 1 ملغم فيتامين ك بالعضل لحديثي الولادة
للقاية من الأمراض النزفية.
- « في حال كانت المرأة مرضعة، يفضل الكاربامازيبين على غيره من
الأدوية.

التدخلات النفسية الاجتماعية

2-1 التثقيف النفسي:

التزويد بالمعلومات حول الصرع واهمية الدواء

« ينجم الاختلاج عن نشاط كهربائي زائد في الدماغ- ولا ينتج عن السحر أو الجن.

« الصرع هو حالة من الميل المتكرر للاختلاج.

« وهو حالة مزمنة، لكن يمكن السيطرة عليها بشكل كامل عند أغلب الناس إذا أخذ الدواء وفقاً للشكل المحدد.

« يمكن أن يتولى عدة أشخاص رعاية الشخص المصاب للتغلب على اختلاجاته. وينبغي مناقشة هذا مع الشخص نفسه.

« سؤال الشخص عما إذا كان يتلقى العلاج عند معالج تقليدي أو ديني والتأكيد، مع إظهار الاحترام لذلك، على الحاجة إلى فحصه في مركز الرعاية الصحية. كما ينبغي إعلام الشخص بأن الأدوية والمنتجات العشبية قد تحدث أحياناً تفاعلات دوائية سلبية. ولذلك يجب أن يُحاط بمقدم الرعاية الصحية علماً بكل ما يتناوله الشخص.

تنويه

« تعتبر نوبات الصرع التي تستمر لأكثر من 5 دقائق حالة سريرية طارئة- وعلى المرء التماس المساعدة الفورية لها.

« يمكن للأشخاص المصابين بالصرع أن يعيشوا حياة طبيعية إذا التزموا بالعلاج على نحو جيد.



التزويد بالمعلومات حول: كيف يمكن للقائمين على رعاية الشخص تدبير الاختلاجات علاجياً في المنزل

« تمديد الشخص على جنبه، مع إدارة الرأس لمساعدته على التنفس.

« تجنب وضع أي شيء في فم الشخص أو محاولة تقييده.

❌ التأكيد من أن الشخص يتنفس بشكل سليم.

« البقاء مع الشخص حين توقف الاختلاج واستعادته الوعي.

« في بعض الأحيان، يعرف الشخص المصاب بالصرع بأن النوبة باتت وشيكة. في هذه الحالة، ينبغي أن يستلقي في مكان آمن لحماية نفسه من الوقوع.

« الصرع ليس مرضاً مُعدياً، لذا، لا يمكن أن ينتقل الاضطراب عبر مساعدة الشخص المصاب بالاختلاجات.

❗ التزويد بالمعلومات حول: متى يجب الحصول على المساعدة الطبية

« يكون الشخص المصاب بالصرع بحاجة إلى مساعدة طبية فورية حين تظهر عليه مشكلة في التنفس خلال الاختلاج.

« يجب نقل الشخص المصاب بالصرع إلى المركز الصحي عندما يدوم الاختلاج لأكثر من 5 دقائق خارج المركز الصحي.

« يجب نقل الشخص المصاب بالصرع إلى المركز الصحي عندما لا يستعيد وعيه بعد الاختلاج.

2-2 تعزيز الأداء المتصل بالأنشطة اليومية والحياة المجتمعية

« الإحالة إلى الرعاية الأساسية والممارسة للتعرف على التدخلات التي تعزز الأداء في الحياة اليومية والمجتمعية.

« بالإضافة إلى ذلك، إبلاغ الأشخاص المصابين بالصرع والقائمين على رعايتهم بما يلي::

- يستطيع الأشخاص المصابين بالصرع أن يعيشوا حياة طبيعية. ويمكن لهم الزواج وإنجاب الأطفال.

- لا يتعين على الآباء أن يُخرجوا أطفالهم المصابين بالصرع من المدرسة.

- يمكن للأشخاص المصابين بالصرع العمل في معظم الوظائف. لكن ينبغي عليهم تجنب وظائف معينة قد تشكل خطراً كبيراً عليهم وعلى الآخرين (مثل تلك التي تتطلب تشغيل الآلات الثقيلة).

- على الأشخاص المصابين بالصرع تجنب طهي الطعام على نار مكشوفة والسباحة بمفردهم.

- على الأشخاص المصابين بالصرع تجنب الإفراط في تعاطي الكحول وأية مواد إدمان ترويجية، أو عدم الحصول على قسط وافر من النوم، أو الذهاب إلى أماكن بها أضواء ساطعة.

- يتعين مراعاة قوانين القيادة الوطنية المتعلقة بالصرع.

- قد يكون الأشخاص المصابون بالصرع مؤهلين للحصول على استحقاقات الإعاقة.

- يمكن أن تساعد البرامج المجتمعية الأشخاص المصابين بالصرع على الحصول على وظائف وأن توفر الدعم لهم ولأسرهم.

التدخلات الدوائية

2-3 البدء بمضادات الصرع

« اختيار الأدوية التي تكون متوافرة باستمرار.

« ! في حال الفئات السكانية الخاصة (الأطفال، النساء في سن الإنجاب، الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشري)، يجب النظر في القسم الخاص بهم من هذه الوحدة.

« البدء بدواء واحد فقط وبأدنى جرعة أولية.

« زيادة الجرعة ببطء إلى حين السيطرة على ت.

« النظر في رصد تعداد الدم وكمياء الدم وفحوصات وظائف الكبد، في حال كان ذلك متاحاً.

! يجب الحذر!

« التحقق من التفاعلات الدوائية. يمكن أن تزيد مضادات الصرع من تأثير مضادات الصرع الأخرى أو تخفف منها في حال تم استخدامها في وقت واحد. كما قد تخفف مضادات الصرع من تأثير أدوية تحديد النسل الهرمونية، ومثبطات المناعة، ومضادات الالتهاب، والميثادون، وبعض مضادات الفيروسات القهقرية.

« وقد تُسبب، فيما ندر، تثبيط نقي العظم الشديد، تفاعلات فرط الحساسية بما في ذلك متلازمة ستيفنز-جونسون، تغييراً في استقلاب فيتامين د والنزيف الناجم عن نقص فيتامين ك عند الأطفال حديثي الولادة.

« ✘ تجنب استخدام فالبروات الصوديوم عند النساء الحوامل، إذا كان ذلك ممكناً، نظراً لخطر الإصابة بعيوب الأنبوب العصبي.

« ينبغي وقف جميع الأدوية المضادة ببطء، إذ أن الوقف الفجائي قد يؤدي إلى تطور النوبة الصرعية.

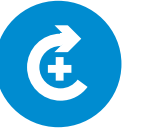
جدول 1: الأدوية المضادة للصرع

الدواء	الجرعة	الآثار الجانبية	موانع الاستخدام/ المحاذير
الكاربامازيبين (CARBAMAZEPINE)	البالغين: البدء بـ 100-200 ملغم يومياً على 2-3 جرعات. وزيادتها بمقدار 200 ملغم كل أسبوع (بها لا يزيد عن 1400 ملغم يومياً). الأطفال: البدء بـ 5 ملغم/ كغ يومياً على 2-3 جرعات. وزيادتها أسبوعياً بمقدار 5 ملغم/ كغ يومياً (بها لا يزيد عن 40 ملغم/ كغ بشكل يومي أو 1400 ملغم يومياً). ! النساء الحوامل أو المرضعات: يجب الحذر عند استخدامه.	الآثار الجانبية الشائعة: السكون، الارتباك، الدوخة، الترنح، الرؤية المزدوجة، الغثيان، الإسهال، نقص الكريات البيض الحميد. الآثار الجانبية الخطيرة: تسمم الكبد، التوصيل القلبي المتأخر، انخفاض مستويات الصوديوم.	حذر من وصفه للمرضى الذين لديهم تاريخ من اضطرابات الدم وأمراض الكلى والكبد والقلب. قد يلزم تعديل الجرعة بعد أسبوعين بسبب التحريض على استقلاب الدواء.

جدول 1: الأدوية المضادة للصرع (تتمة)

الدواء	الجرعة	الآثار الجانبية	موانع الاستخدام/ المحاذير
فينوباربيتال (PHENOBARBITAL)	البالغين: البدء بـ 60 ملغم يومياً على جرعة أو جرعتين. وزيادتها بمقدار 2.5-5 ملغم كل أسبوع (بها لا يزيد عن 180 ملغم يومياً). الأطفال: البدء بـ 2-3 ملغم/ كغ يومياً على جرعتين. وزيادتها أسبوعياً بمقدار 1-2 ملغم/ كغ يومياً حسب التحمل (بها لا يزيد عن 6 ملغم يومياً)..	الآثار الجانبية الشائعة: السكون، فرط النشاط عند الأطفال، الترنح، الرؤية، خلل في الوظيفة الجنسية، الاكتئاب. الآثار الجانبية الخطيرة: الفشل الكبدي (تفاعلات فرط الحساسية)، انخفاض كثافة المعادن في العظام.	ييمنع وصفه للمرضى الذين يعانون من البرفيرية الحادة المتقطعة. توصف جرعات أقل لمرضى الكلى أو الكبد.
فينيتوين (PHENYTOIN)	البالغين: البدء بـ 150-200 ملغم يومياً على جرعتين. وزيادتها بمقدار 50 ملغم يومياً كل 3-4 أسابيع (بها لا يزيد عن 400 ملغم يومياً). الأطفال: البدء بـ 3-4 ملغم/ كغ يومياً على جرعتين. وزيادتها بمقدار 5 ملغم/ كغ يومياً كل 3-4 أسابيع (بها لا يزيد عن 300 ملغم يومياً). ⚠️ النساء الحوامل أو المرضعات تجنب الاستخدام. ⚠️ كبار السن تُستخدم جرعات أقل.	الآثار الجانبية الشائعة: السكون، الارتباك، الدوخة، الرجفان، حركات مرتعشة، الترنح، الرؤية المزدوجة، الرؤية، تلغم الكلام، الغثيان، التقيؤ، الإمساك. الآثار الجانبية الخطيرة: تشوهات دموية، التهاب الكبد، اعتلال الأعصاب، تضخم اللثة، حب الشباب، التهاب العُقَد اللمفية، زيادة في الميول الانتحارية.	تُوصف جرعات أقل لمرضى الكلى أو الكبد.
فالبروات الصوديوم (SODIUM VALPROATE)	البالغين: البدء بـ 400 ملغم يومياً على جرعتين. وزيادتها بمقدار 500 ملغم يومياً كل أسبوع (بها لا يزيد عن 3000 ملغم يومياً). الأطفال: البدء بـ 15-20 ملغم/ كغ يومياً على 2-3 جرعات. وزيادتها أسبوعياً بمقدار 15 ملغم/ كغ يومياً (بها لا يزيد عن 40-15 ملغم/ كغ يومياً). ⚠️ النساء الحوامل أو المرضعات تجنب الاستخدام. ⚠️ كبار السن تُستخدم جرعات أقل.	الآثار الجانبية الشائعة: السكون، الصداع، الرجفان، الترنح، الغثيان، التقيؤ، الإسهال، زيادة الوزن، فقدان شعر عابر. الآثار الجانبية الخطيرة: ضعف في وظيفة الكبد، نقص الصفائح الدموية، نقص الكريات البيض، النعاس/ الارتباك (الاعتلال الدماغي) الناتج عن فرط الأمونيا والمحرض بالفالبروات، علامة على السُميّة، الفشل الكبدي، التهاب البنكرياس التزفي.	يُستخدم بحذر في حال أمراض الكبد الكامنة، أو في حال الاشتباه بها. التفاعلات الدوائية: يسبب الكاربامازيبين نقصاً في مستويات الفالبروات، بينما يرفع الأسبرين هذه المستويات.

الصراع 3 « المتابعة



تنويه حول المتابعة

« يجب إجراء المتابعة كل 3-6 أشهر



1

مراجعة الحالة المرضية القائمة

هل تقلصت وتيرة في النوبات الصرعية عند الشخص بنسبة تتجاوز 50%؟

نعم

لا

إذا لم يتحسن الشخص بالجرعة الحالية:

- « مراجعة الالتزام بالأدوية.
- « النظر في زيادة الجرعة الدوائية حسب الحاجة وإلى أقصى جرعة، في حال لم يكن لها آثار غير مرغوبة.
- « إذا بقيت الاستجابة ضعيفة،
 - النظر في تغيير الدواء. ويتعين إعطاء الدواء الجديد بجرعته المثل قبل وقف الدواء الأول ببطء.
 - « إذا بقيت الاستجابة ضعيفة،
 - مراجعة التشخيص.
 - الإحالة إلى متخصص.
- « المتابعة بوتيرة أعلى

تنويه

« يمكن ان تكون الآثار غير المرغوبة (مثل النعاس والرأرة والشفع والترنج) ناجمة عن ارتفاع جرعات الأدوية التي يتناولها الشخص

« إذا كانت هناك تفاعلات مُحسَّاسية ذاتية (مثل أمراض الحساسية، تثبيط نقي العظام، الفشل الكبدى)، سيلزم تغيير الدواء المضاد للصرع.





2

رصد العلاج

عدد كل تواصل:


« تقييم الآثار الجانبية للدواء بما في ذلك الآثار غير المرغوبة أو التفاعلات ذاتية التحساس (سريرياً وعن طريق إجراء الفحوص المختبرية حسب الحاجة والإمكانية).

« توفير التثقيف النفسي ومراجعة التدخلات النفسية الاجتماعية. 

« هل المرأة في سن الإنجاب وتفكر في الحمل؟ استشارة متخصص إذا كان الوضع كذلك هل لدى المريض أية أعراض جديدة مثيرة للقلق؟ 

« هل لدى المريض أية أعراض جديدة مثيرة للقلق؟

« مراجعة أية أعراض جديدة من الاكتئاب والقلق، أخذاً في الاعتبار الخطر المرتفع الناجم عن الاعتلالات المتزامنة مع الصرع.

« هل يتناول المريض أية أدوية قد تسبب تفاعلات؟ (تسبب العديد من مضادات الاختلاج تفاعلات مع الأدوية الأخرى). يتعين استشارة متخصص إذا كان الأمر كذلك. 

3


النظر في وقف الدواء حيثما كان ذلك مناسباً

هل توقفت الاختلاجات عند الشخص لعدة سنوات؟

نعم

لا

« ناقش خطر حدوث النوبات مع الشخص/ القائم على رعايته (إذا كان الصرع ناجم عن إصابة في الرأس، أو سكتة أو عدوى عصبية، فهناك خطر مرتفع من تكرار النوبات عند وقف الدواء)، فضلاً عن مناقشة مخاطر وقف الدواء وفوائده.

« في حال الموافقة على وقف الدواء، ينبغي وقفه بشكل تدريجي عن طريق تخفيض الجرعات على مدى شهرين ورصد ذلك رصداً دقيقاً تجنباً لعودة النوبات. 

إذا لم يكن هناك مشاكل مع الأدوية

« الاستمرار بالجرعة الحالية. الجرعة الصحيحة هي أدنى جرعة علاجية للتحكم بالنوبات الصرعية والتي تقلل من الآثار الجانبية غير المرغوبة.

« مواصلة المتابعة الحثيثة والنظر في وقف الأدوية بعد توقف نوبات الصرع لعامين على الأقل.

الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين

الاضطرابات العاطفية هي واحدة من الأسباب الرئيسية المرتبطة بالصحة النفسية التي يُعزى إليها العبء العالمي للمرض لدى الشباب. وتتسم الاضطرابات العاطفية بارتفاع مستوى القلق والاكتئاب والخوف والأعراض البدنية.

وكثيراً ما تظهر لدى الأطفال والمراهقين أعراض أكثر من حالة واحدة، وقد تتداخل هذه الأعراض في بعض الأوقات. وتتأثر رفاهية الأطفال والمراهقين وأداؤهم بنوعية البيئة الثقافية المتواجدة داخل المنزل والمجتمع. ويُعدّ استكشاف الضغوط النفسية الاجتماعية والتصدي لها، مع توافر الفرص لتنشيط الدعم، عوامل هامة في خطة التقييم والتدبير العلاجي.

تغطي هذه الوحدة تقييم الاضطرابات النهائية والسلوكية والعاطفية عند الأطفال والمراهقين وتدبيرها علاجياً.

الاضطرابات النهائية هو مصطلح شامل يغطي الاضطرابات من قبيل الإعاقه الذهنية واضطرابات طيف التوحد. وعادةً ما تبدأ هذه الاضطرابات في مرحلة الطفولة، وتكون ناجمة عن اختلال أو تأخر في وظائف متعلقة بنضوج الجهاز العصبي المركزي، وتتسم بمسار ثابت لا يماثل الهدآت والانتكاسات التي تميز عادة العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى.

الاضطرابات السلوكية هو مصطلح شامل يغطي اضطرابات أكثر تحديداً، مثل اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط أو اضطرابات سلوكية أخرى. وتشيع الأعراض السلوكية متفاوتة الشدة بشكل كبير بين السكان. وينبغي أن يقتصر التشخيص بالاضرابات السلوكية على الأطفال والمراهقين الذين لديهم درجة متوسطة إلى شديدة من الاختلال النفسي أو الاجتماعي أو التعليمي أو المهني في مواقع متعددة.

الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين «لمحة سريعة



التدبير العلاجي

« بروتوكولات التدبير العلاجي

1. تأخر/ اضطراب النمو
2. مشاكل سلوكية
3. اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط
4. اضطراب السلوك
5. المشاكل العاطفية
6. الاضطرابات العاطفية والاكتئاب المعتدل إلى الشديد عند المراهقين.

« التدخلات النفسية الاجتماعية



متابعة



التقييم

« تقييم مشاكل التطور الذهني.

« تقييم مشاكل قلة الانتباه أو فرط النشاط.

« تقييم المشاكل العاطفية والاكتئاب المعتدل إلى الشديد في حال كان الشخص مراهقاً.

« تقييم السلوك المتكرر المنطوي على تحدٍ أو عصيان أو عدوانية.

« تقييم وجود حالات نفسية وعصبية وإدمانية ذات أولوية.

« تقييم البيئة المنزلية.

« تقييم البيئة المدرسية.

الجدول 1: المظاهر الشائعة للاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين حسب الفئة العمرية

قد يُبلغ بها القائمُ على الرعاية أو الشخصُ نفسه أو يمكن ملاحظتها خلال عملية التقييم

الاضطرابات العاطفية	الاضطرابات السلوكية	الاضطرابات النمائية
<ul style="list-style-type: none"> - البكاء المفرط والتشبث بالقائم بالرعاية، والتجمد (الحفاظ على ثبات الجسم والصمت) و/ أو نوبات الغضب. - الخجل الشديد أو تغير الأداء (مثل وجود سلوك جديد كالتيبول والتغوط أو مص الإبهام) - تراجع الرغبة في بدء اللعب والتفاعل الاجتماعي - صعوبات النوم وتناول الطعام 	<p>الأعمار 4-18</p> <ul style="list-style-type: none"> - فرط النشاط الزائد: فرط الركض في الجوار، وجود صعوبة بالغة في البقاء في وضعية الجلوس، الإفراط في الحديث أو التملل في الحركة - نقص الانتباه، الشروء، تكرار وقف المهام قبل إنهاؤها والتحول إلى أنشطة أخرى - الاندفاع المفرط: القيام بأمر دون تفكير بشكل متكرر - القيام بسلوك يزعج الآخرين بشكل متكرر ومتواصل (على سبيل المثال، نوبات الغضب الشديدة والمتكررة على نحو غير عادي، السلوك القاسي، العصيان الشديد والمتواصل، السرقة) - التغيرات الفجائية في السلوك أو العلاقات مع الأقران، بما في ذلك الانسحاب والغضب. 	<ul style="list-style-type: none"> - سوء التغذية، قصور النمو، ضعف التناغم الحركي، التأخر في تحقيق المقاييس النمائية المتوقعة للسن المناسب (مثل الابتسام، والجلوس، والتفاعل مع الآخرين، وتقاسم الاهتمام، والمشي، والتحدث، والتدريب على المرحاض)
<ul style="list-style-type: none"> - الأعراض البدنية المتكررة وغير المبررة (مثل: آلام المعدة، الصداع، الغثيان) - كره المدرسة أو رفض الذهاب إليها - الخجل الشديد أو تغير الأداء (مثل وجود سلوك جديد كالتيبول والتغوط أو مص الإبهام) 	<p>الأعمار 6-12 سنة</p> <ul style="list-style-type: none"> - التأخر في القراءة والكتابة - التأخر في الرعاية الذاتية مثل ارتداء الملابس والاستحمام وتنظيف 	<ul style="list-style-type: none"> - التأخر في القراءة والكتابة - التأخر في الرعاية الذاتية مثل ارتداء الملابس والاستحمام وتنظيف
<ul style="list-style-type: none"> - مشاكل في المزاج أو الضيق أو القلق (على سبيل المثال: سهل الانفعال، أو سريع الانزعاج، أو محبط، أو مكتئب، فضلاً عن التغيرات العنيفة أو السريعة وغير المتوقعة في المزاج، والانفجارات العاطفية)، والشدة المفرطة. - التغيرات في الأداء (مثل: صعوبة التركيز، وضعف الأداء المدرسي، والرغبة في البقاء وحيداً في المنزل في كثير من الأحيان) 	<p>المراهقون</p> <ul style="list-style-type: none"> - ضعف الأداء المدرسي - صعوبة في فهم التعليقات - صعوبة التفاعل الاجتماعي والتكيف مع التغيرات 	<ul style="list-style-type: none"> - ضعف الأداء المدرسي - صعوبة في فهم التعليقات - صعوبة التفاعل الاجتماعي والتكيف مع التغيرات
<ul style="list-style-type: none"> - الخوف المفرط أو القلق أو تجنب مواقف أو مواضيع معينة (مثل الانفصال عن مقدمي الرعاية، أو المواقف الاجتماعية، أو بعض الحيوانات أو الحشرات أو المرتفعات أو الأماكن المغلقة أو مشاهد الدم أو الإصابات) - تغيرات في النوم وعادات تناول الطعام - انخفاض الاهتمام بالأنشطة أو المشاركة فيها - السلوك المُعارض أو السلوك اللافت للانتباه 	<p>كل الأعمار</p> <ul style="list-style-type: none"> - صعوبة في أداء الأنشطة اليومية التي تعتبر عادية بالنسبة لسن الشخص؛ صعوبة في فهم التعليقات؛ صعوبة في التفاعلات الاجتماعية والتكيف مع التغيرات؛ صعوبات أو شذوذ في التواصل؛ أنماط تقييدية/ متكررة من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة 	<ul style="list-style-type: none"> - صعوبة في أداء الأنشطة اليومية التي تعتبر عادية بالنسبة لسن الشخص؛ صعوبة في فهم التعليقات؛ صعوبة في التفاعلات الاجتماعية والتكيف مع التغيرات؛ صعوبات أو شذوذ في التواصل؛ أنماط تقييدية/ متكررة من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة

الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين « التقييم



المظاهر الشائعة للاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين

- بإجراء معاينة للشكوى البدنية لدى الطفل/ المراهق أو إجراء تقييم صحي عام تبين أن لديه ما يلي:
 - أي من الشكاوى الظاهرة النمطية المتعلقة بالاضطرابات العاطفية أو السلوكية أو النهائية (انظر الجدول 1)
 - عوامل خطر مثل سوء التغذية والإيذاء و/أو الإهمال، والمرض المتكرر، والأمراض المزمنة (مثل فيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز أو تاريخ لولادة متعسرة)
- لدي القائم بالرعاية مخاوف بشأن الطفل/ المراهق لأن لديه:
 - صعوبة في مواكبة أقرانه أو أداء الأنشطة اليومية التي تعتبر عادية بالنسبة لعمره
 - وجود سلوك معين (على سبيل المثال: نشاط زائد، عدوانية، نوبات غضب متكررة و/أو شديدة، الرغبة في البقاء وحيداً أكثر من اللازم، رفض القيام بالأنشطة الاعتيادية أو الذهاب إلى المدرسة)
- لدي المعلم مخاوف بشأن الطفل/ المراهق لأن لديه:
 - على سبيل المثال: شروود سريع للذهن، إخلال بالنظام في الصف، كثرة التورط في المشاكل، صعوبة في إتمام الواجبات المدرسية
- فلدي عامل الصحة المجتمعية أو الخدمات الاجتماعية مخاوف بشأن الطفل/ المراهق لأن لديه:
 - على سبيل المثال: سلوك قائم على كسر القواعد أو القوانين، والعدوان البدني في المنزل أو في المجتمع المحلي

تنويه:

« ينبغي إتاحة الفرصة لمقابلة المراهقين بمفردهم، دون حضور القائمين على الرعاية.

« توضيح الطبيعة السرية للنقاش.

« توضيح الظروف التي يمكن فيها تزويد الوالدين أو غيرهم من البالغين بالمعلومات.

« استكشاف الشكوى الظاهرة من خلال الطفل/ المراهق والقائم على الرعاية.



1

تقييم الاضطرابات النهائية

تقييم جميع المجالات - الحركية، والمعرفية، والاجتماعية، والتواصل، والتكيف

« بالنسبة للأطفال الأكبر عمراً والمراهقين: هل هناك صعوبات في المدرسة (التعلم والقراءة والكتابة)، وفي التواصل والتفاعل مع الآخرين، وفي ممارسة الرعاية

« بالنسبة لصغار الأطفال والأطفال: هل واجه الطفل أية صعوبات في تحقيق المقاييس المناسبة لعمره في جميع المجالات النهائية؟

نعم

لا

القفز إلى الخطوة 2

الاشتباه بتأخر/ اضطراب نهائي

هل هناك أعراض / علامات تشير إلى أي مما يلي

- الأمراض المعدية الحادة أو المزمنة بما في ذلك التهاب الأذن وفيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز

- نقص التغذية بما في ذلك نقص اليود
- فقر الدم
- سوء التغذية

نعم

لا

« التدبير العلاجي للحالات باستخدام الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة أو سائر المبادئ التوجيهية
www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet

تقييم الإعاقة البصرية و/ أو السمعية عند الطفل

لتقييم الرؤية، انظر إذا ما كان الطفل غير قادر على:

- النظر إلى عينيك
- اتباع جسم متحرك بالرأس والعينين
- التقاط غرض
- التعرف على الناس المألوفين

لتقييم السمع، انظر إذا ما كان الطفل غير قادر على:

- تحريك الرأس لرؤية شخص يتكلم وراءه
- إظهار ردود أفعال على الضوضاء الصاخبة
- إصدار الكثير من الأصوات المختلفة (تاتا، دادا، بابا)، إذا كان رضيعاً

لا

نعم

« استشارة متخصص لإجراء تقييم.

« اذهب إلى البروتوكول 1

2

تقييم مشكلات نقص الانتباه أو فرط النشاط

هل الطفل/ المراهق:

- مفرط النشاط؟
- غير قادر على البقاء ساكناً لفترة
- سريع الشرود، لديه صعوبة في إتمام المهام؟
- يتحرك بتململ؟

نعم

لا

القفز إلى الخطوة 3

هل الأعراض مستمرة وشديدة؟ وهل تسبب صعوبة كبيرة في الأداء اليومي؟
هل كل ما يلي صحيح؟

- هناك صعوبة كبيرة في الأداء اليومي على كافة الأصعدة الشخصية والأسرية والاجتماعية والتعليمية والمهنية وسائر المجالات الأخرى؟

- تظهر الأعراض في مواقع متعددة؟
- استمرت لمدة 6 أشهر على الأقل؟
- لا تناسب المستوى النهائي

نعم

لا

النظر في المشاكل السلوكية

اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط غير مرجح

النظر في اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط

« اذهب إلى البروتوكول 2 »

القفز إلى الخطوة 3

استبعاد الحالات التي يمكن أن تشبه اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط.
هل يعاني الطفل / المراهق من أي مما يلي:

- أمراض الغدة الدرقية
- الاعتلالات المعدية الحادة أو المزمنة، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز
- الألم الذي لا يمكن السيطرة عليه، مثل التهابات الأذن، مرض الخلايا المنجلية

نعم

لا

« تدبير الحالة البدنية علاجياً »

« اذهب إلى البروتوكول 3 »

3

تقييم الاضطراب السلوكي

هل يظهر الطفل/ المراهق سلوكاً متكرراً من العدوانية أو العصيان أو التحدي، على سبيل المثال:

- الجدل مع الكبار
- تحدي الكبار أو رفض الامتثال لطلباتهم أو القواعد التي يضعونها
- سهولة الانفعال بافراط/ الغضب الشديد
- نوبات الغضب الشديدة والمتكررة
- صعوبة الانسجام مع الآخرين
- السلوك الاستفزازي
- مستويات مفرطة من العراك أو التسلط على الأقران
- القسوة مع الحيوانات أو الأشخاص
- التدمير الشديد للممتلكات، إشعال النار
- السرقة، تكرار الكذب، التغيب عن المدرسة، الهروب من المنزل.



نعم

لا

الاضطراب السلوكي غير مرجح

القفز إلى الخطوة 4

تنويه: السلوك المتحدي والمخل بالنظام المتناسب مع العمر لدى الأطفال/ المراهقين

- | | |
|--|--|
| صغار الأطفال والأطفال (18 شهر - 5 سنوات) | - رفض القيام بما يُعْمَلُ عليهم، كسر القواعد، الجدل، النحيب، المبالغة، التفوه بأمور غير صحيحة، إنكار القيام بأي شيء خاطئ، العدوانية البدنية، إلقاء اللوم على الآخرين لسوء تصرفهم. |
| الطفولة المتوسطة (6-12 سنة) | - عادة ما تكون نوبات الغضب قصيرة (انفجارات عاطفية مع البكاء، والصراخ، والضرب، وما إلى ذلك)، وتستمر عادة لأقل من 5 دقائق، ولا تطول لأكثر من 25 دقيقة، وتحدث أقل من 3 مرات في الأسبوع. لا ينبغي أن تؤدي نوبات الغضب النمطية نهائياً إلى إيذاء الذات أو العدوانية البدنية المتكررة تجاه الآخرين، ويمكن للطفل عادة تهدئة نفسه بعد ذلك. |
| المراهقون (13-18 سنة) | - تجنب/ التأخر في اتباع التعليمات، أو التسلط على الأقران أو الجدل مع البالغين أو الأطفال الآخرين، الحقن في بعض الأحيان. |
| | - تحدي القواعد والحدود، القول بإنها غير عادلة أو غير ضرورية، التصرف بوقاحة في بعض الأحيان والرفض أو الجدل أو التحدي. |

هل الأعراض مستمرة وشديدة ولا تناسب المستوى النمائي للطفل / المراهق:

- تظهر الأعراض في مواقع متعددة (على سبيل المثال: في المنزل والمدرسة وغيرها من المواقع الاجتماعية الأخرى)
- استمرت الأعراض لمدة 6 أشهر على الأقل
- أكثر شدة من مجرد العبث الطفولي أو تمرد المراهقين
- هل هناك صعوبة كبيرة في الأداء اليومي على كافة الأصعدة الشخصية والأسرية والاجتماعية والتعليمية والمهنية وسائر المجالات الأخرى؟

نعم

لا

النظر في الاضطراب السلوكي

« اذهب إلى البروتوكول 4 »

النظر في المشاكل السلوكية

« اذهب إلى البروتوكول 2 »

4

تقييم الاضطرابات العاطفية

(شعور بضائقة ممتدة ومعيقة تنطوي على حزن أو خوف أو قلق أو سهولة انفعال)

اسأل إذا ما كان الطفل / المراهق:

- سهل الانفعال في الغالب، أو سريع الانزعاج أو يشعر بالإحباط أو الحزن؟
- فقد الاهتمام بالأنشطة أو الاستمتاع بها؟
- لديه الكثير من الهموم أو غالباً ما يظهر عليه القلق؟
- لديه الكثير من المخاوف أو يُصاب بالخوف بسرعة؟
- غالباً ما يشتكي من الصداع أو آلام المعدة أو الغثيان؟
- ليس سعيداً أو حزين القلب أو كثير البكاء في معظم الأحيان؟
- يتجنب مواقف معينة أو يكرهها بشدة (مثل الابتعاد عن القائم على الرعاية أو مقابلة أناس جدد أو الأماكن المغلقة)؟



نعم

لا

القفز إلى الخطوة 5

تنويه: المخاوف والهموم المتناسبة مع العمر عند الأطفال/ المراهقين

لرّضع وصغار الأطفال (9 أشهر - سنتين)	- الخوف من الغرباء والشعور بالضيق عند الابتعاد عن مقدمي الرعاية
الأطفال الصغار (2-5 سنوات)	- الخوف من العواصف، والنار، والماء، والظلام، والكوابيس، والحيوانات
الطفولة المتوسطة (6-12 سنوات)	- الخوف من الوحوش، والأشباح، والجراثيم، والكوارث الطبيعية، والاعتلال البدني، والإصابة بالجروح البالغة
المراهقون (13-18 سنة)	- قلق حول المدرسة أو الأداء أمام الآخرين
	- الخوف من رفض الأقران، والأداء أمام الآخرين، والاعتلال البدني، والإجراءات الطبية، والحوادث المأساوية (مثل الحروب والهجوم الإرهابي والكوارث)

هل هناك صعوبة في الأداء اليومي على كافة الأصعدة الشخصية والأسرية والاجتماعية والتعليمية والمهنية وسائر المجالات الأخرى؟

نعم

لا

النظر في المشاكل العاطفية

« اذهب إلى البروتوكول 5 »

القفز إلى الخطوة 5

النظر في الاضطراب العاطفي

استبعاد الحالات البدنية التي تشبه الاضطرابات العاطفية أو تؤدي إلى تفاقمها.
هل هناك علامات/ أعراض تشير إلى:

- أمراض الغدة الدرقية
- الأمراض المعدية، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز
- فقر الدم
- البدانة
- سوء التغذية
- الربو
- الآثار الجانبية للأدوية (مثل الكورتيكوستيرويدات أو أدوية الاستنشاق المعالجة للربو)

نعم

لا

« تدبير الحالة البدنية علاجياً »

« اذهب إلى البروتوكول 6 »

تقييم الاكتئاب المعتدل إلى الشديد عند المراهقين.

هل لدى المراهق مشاكل مزاجية (سهولة الانفعال أو الشعور بالإحباط أو الحزن) أو فقد الاهتمام بالأنشطة أو الاستمتاع بها؟

نعم

لا

القفز إلى الخطوة 5

هل كان لدى المراهق العديد من الأعراض الإضافية التالية في معظم الأيام خلال الأسبوعين الماضيين؟

- « النوم المضطرب أو الزائد
- « تغير كبير في الشهية أو الوزن (نقصاناً أو زيادة)
- « اعتقادات بانعدام القيمة أو الذنب المفرط
- « التعب أو فقدان الطاقة
- « انخفاض التركيز
- « التردد
- « الهياج أو التملل البدني الملحوظ
- « التحدث أو التحرك ببطء أكثر من المعتاد
- « اليأس
- « أفكار أو أفعال انتحارية

هل هناك صعوبة كبيرة في الأداء اليومي على كافة الأصعدة الشخصية والأسرية والاجتماعية والتعليمية والمهنية أو سائر المجالات الأخرى؟

نعم

لا

النظر في المشاكل العاطفية

« اذهب إلى البروتوكول 5

القفز إلى الخطوة 5

النظر في الاكتئاب



تنويه:

قد يكون هناك أوهام أو هلوسات. في هذه الحالة ينبغي تكيف التدبير العلاجي للاكتئاب. استشارة متخصص

استبعاد تاريخ سابق لنوبة/ات الهوس ورد الفعل الطبيعي لخسارة كبيرة حدثت مؤخراً. انظر «الاكتئاب»

« اذهب إلى البروتوكول 6 »

5

تقييم سائر الحالات النفسية والعصبية ذات اولوية

هل هناك أية حالات نفسية وعصبية وإدمانية متزامنة أخرى؟ إجراء تقييم بناءً على المخطط الرئيسي لدليل التدخلات. انظر المخطط الرئيسي.

! يجب عدم نسيان إجراء تقييم الاضطرابات الإدمانية. انظر الاضطرابات الإدمانية.
! بالنسبة للأطفال الذين يعانون من تأخر/ اضطراب النمو، يجب عدم نسيان إجراء تقييم للصرع. انظر «الصرع»

« تقييم الحالات النفسية والعصبية والإدمانية المتزامنة »

نعم

لا

6

تقييم البيئة المنزلية



تنويه:

« سؤال الطفل / المراهق بشكل مباشر عن تعرضه لهذه المواقف حيثما كان ذلك مناسباً وأمناً من الناحية النمائية (في غير حضور القائم بالرعاية على سبيل المثال، فقد يكون هو من يقوم بإساءة المعاملة)

« ينبغي إتاحة الفرصة لمقابلة المراهقين بمفردهم، في غير حضور القائمين على رعايتهم.

هل المشاكل العاطفية والسلوكية والمتعلقة بالنمو هي رد فعل على موقف مؤلم أو مخيف أو أنها تفاقمت بسببه؟

تقييم إذا ما كانت هناك:

« سمات سريرية أو أي عنصر في التاريخ السريري يشير إلى سوء المعاملة أو التعرض للعنف (انظر تنويه).

« أية ضغوطات شديدة حالية أو مستمرة شديدة (مثل: مرض أحد أفراد الأسرة أو وفاته، أو ظروف معيشية أو مالية صعبة، أو تعرضه لتسلط الأقران أو الأذى).

نعم

لا

« مراجعة خدمات حماية الطفل إذا لزم الأمر

« استكشاف الضغوط والتعامل معها

« ضمان أن تكون سلامة الطفل / المراهق هي الأولوية

« طمأنة الطفل / المراهق أن جميع الأطفال / المراهقين بحاجة إلى الحماية من الإيذاء

« تقديم معلومات حول المكان الذي يمكن التماس المساعدة منه لمواجهة الإيذاء المستمر

« الترتيب لتوفير دعم إضافي بما في ذلك الإحالة إلى متخصص

« التواصل مع الموارد القانونية والمجتمعية، حسب الحاجة والاختصاص

« النظر في إجراء تدخلات نفسية اجتماعية إضافية

« ضمان المتابعة المناسبة

تنويه:

علامات تحذيرية لإساءة معاملة الطفل

سمات سريرية

« الإيذاء البدني

- إصابات (مثل الكدمات أو الحروق أو علامات خنق أو علامات نتيجة استخدام حزام أو سوط أو عصا أو أي جسم آخر)
- أية إصابات خطيرة أو غير عادية بدون تفسير أو بتفسير غير مناسب

« الاعتداء الجنسي

- إصابات في الأعضاء التناسلية أو الشرجية أو أعراض غير مفسرة طبياً
- العدوى المنقولة جنسياً أو الحمل
- السلوكيات الجنسية (على سبيل المثال، إشارة إلى معرفة جنسية غير ملائمة للعمر)

« الإهمال

- ملابس متسخة وغير مناسبة للغاية
- علامات على سوء التغذية وسوء صحة الأسنان

« الإيذاء العاطفي وغيرها من أشكال إساءة المعاملة أي تغيير مفاجئ أو

جوهر في سلوك الطفل / المراهق أو حالته العاطفية التي لا يفسرها سبب آخر بشكل أفضل مثل:

- خوف غير عادي أو ضيق شديد (بكاء دون توقف)
- إيذاء الذات أو الانسحاب الاجتماعي
- العدوانية أو الهرب من المنزل
- طلب العاطفة من البالغين دون تمييز
- ظهور سلوكيات جديدة من التبرز والتبول ومص الإبهام

جوانب من تفاعل القائم على الرعاية مع الطفل / المراهق

« سلوك مستمر من عدم الاستجابة، وخاصة تجاه الرضع (على سبيل المثال عدم توفير الراحة أو الرعاية للطفل / المراهق عندما يكون خائفاً أو مصاباً أو مريضاً)

« سلوك عدائي أو سلوك رافض

« استخدام التهديدات غير المناسبة (على سبيل المثال التخلي عن الطفل / المراهق) أو أساليب الانضباط القاسية.

تنويه:

« يمكن أن يؤدي الاضطراب الاكتسابي لدى القائم على الرعاية إلى تفاقم الاضطرابات العاطفية والسلوكية والنائية لدى الأطفال/ المراهقين



هل لدى القائم على الرعاية أية حالات نفسية وعصبية وإدمانية ذات أولوية قد تؤثر على قدرته على رعاية الطفل/ المراهق؟
النظر في الاكتئاب والاضطرابات الإدمانية.

« تقييم أى حالة نفسية وعصبية وإدمانية عند القائم على الرعاية

« اذهب الى التدبير العلاجي 2-6 (دعم القائم على الرعاية)

نعم

لا

هل يحصل الطفل على الفرص الكافية للعب والتفاعل / التواصل الاجتماعي في المنزل؟
النظر في الاستفسار حول:

« مع من يقضي الطفل معظم وقته؟

« كيف يلعب/ يلعبون مع الطفل؟ ما مدى تكرار ذلك؟

« كيف يتواصل/ يتواصلون مع الطفل؟ ما مدى تكرار ذلك؟

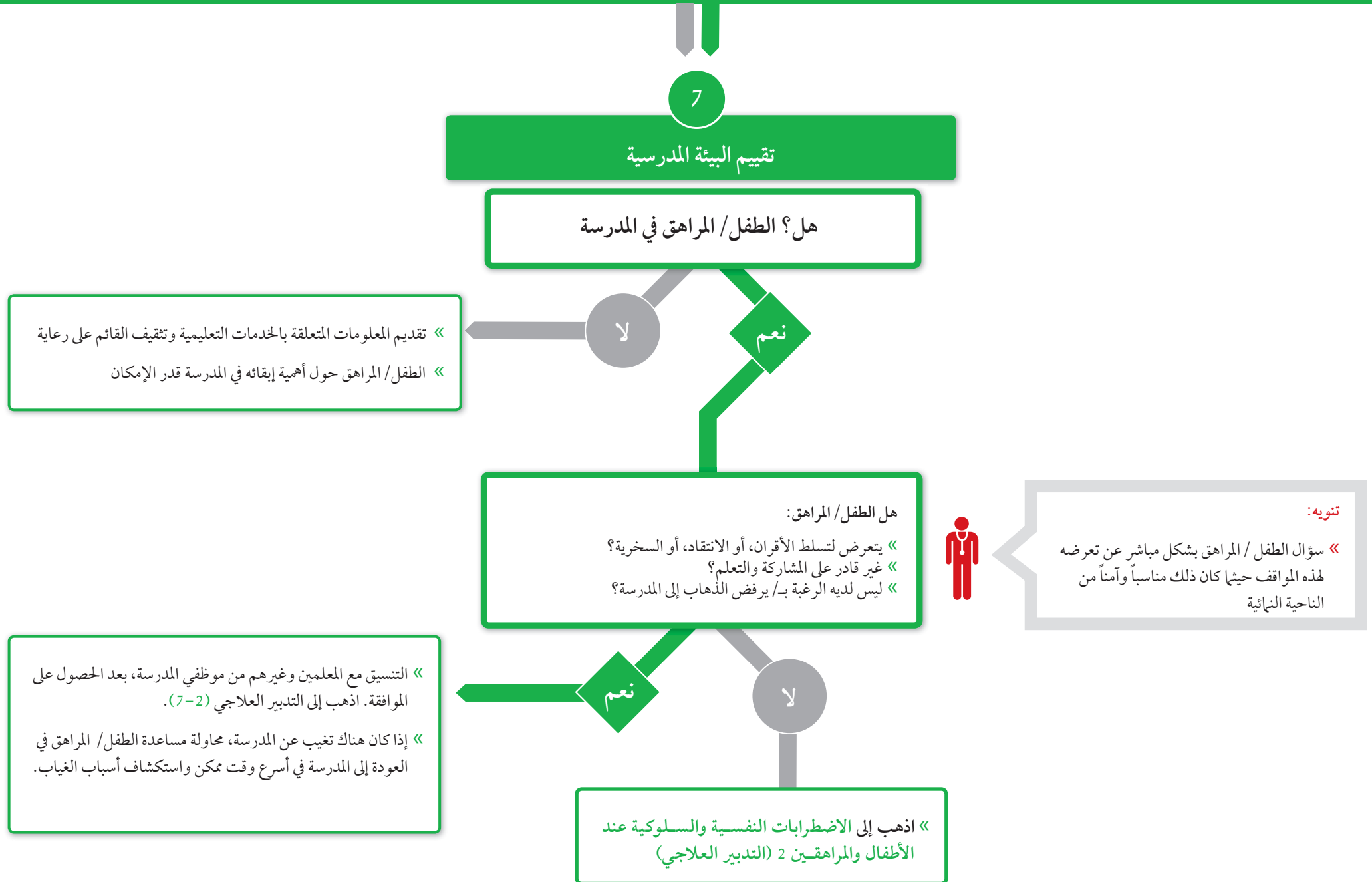
نعم

لا

« إسداء النصح حول التحفيز المناسب للعمر والرعاية الوالدية. الرجوع إلى الرعاية من أجل نهاء الطفل

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en

« النظر في الحاجة إلى الدعم الإضافي للطفل بما في ذلك الإحالة إلى خدمات حماية الطفل عندما يكون ذلك متاحاً.



الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين 2 «

التدبير العلاجي



بروتوكول

1

تأخر / اضطراب النمو التأخر / الاضطراب النمائي

« توفير الإرشاد حول رفاهية الأطفال / المراهقين. (1-2) »

« تقديم التثقيف النفسي للشخص والقائمين على رعايته، وإسداء
النصح حول الرعاية الودية. وتقديم الإرشاد حول الاضطرابات
النمائية. (2-2 و 3-2) »

« تقديم الدعم للقائمين على الرعاية. (6-2) »

« التنسيق مع المعلمين وموظفي المدرسة. (7-2) »

« الربط مع سائر الموارد المتاحة في المجتمع مثل التأهيل المجتمعي. »

« توفير التدريب على مهارات الرعاية الودية، عندما يكون ذلك
متاحاً. (8-2) »

« إحالة الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات النمائية إلى متخصصين
لإجراء المزيد من التقييم، وإسداء النصح بشأن خطة التدبير العلاجي
وتنظيم الأسرة. »

« ضمان المتابعة المناسبة كل ثلاثة أشهر أو أكثر، إذا لزم الأمر. »

« عدم تقديم العلاج الدوائي. »

بروتوكول

2

المشاكل السلوكية

« توفير الإرشاد حول رفاهية الأطفال / المراهقين. (1-2) »

« تقديم الإرشاد حول تحسين السلوك. (3-2) »

« تقييم الضغوط والتعامل معها، والتخفيف من الضغط النفسي
وتعزيز الدعم الاجتماعي. »

« التنسيق مع المعلمين وموظفي المدرسة. (7-2) »

« الربط مع سائر الموارد المتاحة في المجتمع. »

« عرض المتابعة. »

بروتوكول

3

اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط

« توفير الإرشاد حول رفاهية الأطفال / المراهقين. (1-2) »

« تقديم التثقيف النفسي للشخص والقائمين على رعايته، وإسداء
النصح حول الرعاية الودية. وتقديم الإرشاد حول تحسين السلوك.
(2-2 و 3-2) »

« تقييم الضغوط والتعامل معها، والتخفيف من الضغط النفسي
وتعزيز الدعم الاجتماعي. »

« تقديم الدعم للقائمين على الرعاية (6-2) »

« التنسيق مع المعلمين وموظفي المدرسة. (7-2) »

« الربط مع سائر الموارد المتاحة في المجتمع. »

« النظر في التدريب على المهارات الودية، عندما يكون ذلك متاحاً.
(8-2) »

« النظر في التدخلات السلوكية عندما يكون ذلك متاحاً. (8-2) »




« الإحالة إلى متخصص لوصف الميثيلفينيديت في حال فشلت
العلاجات المذكورة أعلاه وشخص الطفل / المراهق باضطراب نقص
الانتباه مع فرط النشاط وكان عمره 6 سنوات على الأقل. »

« ضمان المتابعة المناسبة كل ثلاثة أشهر أو أكثر، إذا لزم الأمر. »

بروتوكول

4


الاضطرابات السلوكية

- « توفير الإرشاد حول رفاهية الأطفال/ المراهقين. (1-2)
- « تقديم التثقيف النفسي للشخص والقائمين على رعايته، وإسداء النصح حول الرعاية الوالدية. (2-2) 
- « تقديم الإرشاد حول تحسين السلوك. (3-2)
- « تقييم الضغوطات والتعامل معها، وتعزيز الدعم الاجتماعي.
- « تقديم الدعم للقائمين على الرعاية. (6-2)
- « التنسيق مع المعلمين وغيرهم من موظفي المدرسة. (7-2)
- « النظر في التدريب على مهارات الرعاية الوالدية، عندما يكون ذلك متاحاً. (8-2)
- « الربط مع سائر الموارد المتاحة في المجتمع.
- « ضمان المتابعة المناسبة كل ثلاثة أشهر أو أكثر، إذا لزم الأمر. 
- « النظر في التدخلات السلوكية عندما يكون ذلك متاحاً. (8-2)
- « عدم تقديم العلاج الدوائي. 

بروتوكول

5

المشاكل العاطفية

- « تقديم الإرشاد حول رفاهية الأطفال/ المراهقين. (1-2)
- « تقديم التثقيف النفسي للشخص والقائمين على رعايته، وإسداء النصح حول الرعاية الوالدية. (2-2) 
- « تقييم الضغوط والتعامل معها، والتخفيف من الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي.
- « التنسيق مع المعلمين وموظفي المدرسة. (7-2)
- « الربط مع سائر الموارد المتاحة في المجتمع.

بروتوكول

6

الاضطراب العاطفي أو الاكتئاب

- « عدم التفكير في العلاج الدوائي كخطوة علاج أولى. 
- « عدم التفكير في وصف العلاج الدوائي للأطفال تحت 12 سنة. 
- « تقديم الإرشاد حول رفاهية الأطفال/ المراهقين. (1-2)
- « تقديم التثقيف النفسي للشخص والقائمين على رعايته. (2-2) 
- « تقديم الدعم للقائمين على الرعاية. (6-2)
- « التنسيق مع المعلمين وغيرهم من موظفي المدرسة. (7-2)
- « الربط مع سائر الموارد المتاحة في المجتمع.
- « تقييم الضغوط والتعامل معها والتخفيف من الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي.
- « النظر في التدريب على مهارات الرعاية الوالدية، عندما يكون متاحاً. (8-2)
- « النظر في الإحالة لتقديم التدخلات السلوكية أو العلاج بالعلاقات الشخصية.
- « استشارة متخصص لوصف الفلوكستين (وليس أي من مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة قبط السيروتونين الانتقائية (SSRIs) أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (TCAs)) عندما تثبت التدخلات النفسية الاجتماعية عدم فعاليتها. الرجوع إلى الاكتئاب للحصول على تفاصيل حول هذه الأدوية.
- « ضمان المتابعة المناسبة مرة كل شهر أو أكثر، إذا لزم الأمر. 



« يمكن تقديم الإرشاد حول تحسين السلوك لكل القائمين على الرعاية الذين يعانون من صعوبات مع سلوك الأطفال/ المراهقين حتى لو لم يكن هناك اشتباه بوجود اضطراب سلوكي.

التدخلات النفسية الاجتماعية

1-2 إرشاد بشأن رفاهية الأطفال/ المراهقين وأدائهم



« يمكن تقديم هذا الإرشاد لكل الأطفال والمراهقين والقائمين على رعايتهم حتى إذا لم يكن هناك اشتباه بوجود اضطراب

تشجيع القائمين على الرعاية على:

« تمضية الوقت مع أطفالهم في القيام بأنشطة ممتعة. واللعب والتواصل معهم ومع المراهقين.

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en

« الإصغاء إلى الأطفال/ المراهقين وإظهار التفهم والاحترام.

« حمايتهم من أي شكل من أشكال سوء المعاملة، بما في ذلك تسلط الأقران والتعرض للعنف في المنزل والمدرسة والمجتمع.

« انتظار حدوث تغيرات كبرى في الحياة (مثل سن البلوغ أو دخول المدرسة أو ولادة أخ أو أخت) وتقديم الدعم لتقبلها.

تشجيع الأطفال/ المراهقين ومساعدتهم على:

« الحصول على قسط كاف من النوم. تعزيز الخلود إلى النوم في أوقات منتظمة وإبعاد التلفاز أو أية أجهزة إلكترونية أخرى ذات شاشة من منطقة / غرفة النوم.

« تناول الطعام بانتظام. يحتاج جميع الأطفال/ المراهقين إلى ثلاث وجبات الإفطار، منتصف النهار، والمساء) وبعض الوجبات الخفيفة كل يوم.

2-3 إرشاد بشأن تحسين السلوك

تشجيع القائمين على الرعاية على:

« إعطاء الاهتمام النابع من الحب، بما في ذلك اللعب مع الطفل بشكل يومي. وإعطاء الفرص للمراهقين للتحدث إليهم.

« الثبات على ما هو مسموح به للطفل/ المراهق وما هو غير مسموح به، وإعطاء تعليمات واضحة وبسيطة ومختصرة حول ما يسمح به للطفل أو ما لا يسمح له به.

« إعطاء الأطفال/ المراهقين مهام منزلية يومية بسيطة تتناسب مع قدراتهم، والثناء عليهم فور تنفيذهم لهذه المهام.

« الثناء على الطفل/ المراهق ومكافئته إذا أظهر سلوكاً حسناً، وحجب المكافأة عندما تكون هناك مشكلة سلوكية.

« إيجاد سبل لتجنب المواجهات الحادة أو المواقف الصعبة التي يمكن توقعها.

« إظهار رد فعل على المشاكل السلوكية الأهم فقط وجعل العقوبة (على سبيل المثال حجب المكافآت والأنشطة الممتعة) خفيفة وأقل تكراراً من الإطراء.

« تأجيل النقاش مع الأطفال/ المراهقين إلى أن يهدأ القائم على الرعاية. وتجنب الانتقادات، والصراخ، والنعت بأساء غير مستحبة.

« عدم استخدام التهديدات أو العقاب البدني مع الأطفال/ المراهقين، والامتناع التام عن الإيذاء البدني، إذ يمكن للعقوبة البدنية أن تضر بالعلاقة بين الطفل والقائم على الرعاية؛ كما أنها لا تنفع مقارنة مع الأساليب الأخرى ويمكن أن تجعل المشاكل السلوكية أكثر سوءاً.

« تشجيع اللعب الملائم لعمر المراهق (مثل الألعاب الرياضية أو الرسم أو الهوايات الأخرى)، وتقديم الدعم المناسب للعمر بطرق عملية (مثل الواجبات المنزلية أو المهارات الحياتية الأخرى).

« القيام بالأنشطة البدنية. ينبغي على الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 5-17 سنة ممارسة الأنشطة البدنية بشكل يومي لمدة 60 دقيقة أو أكثر من خلال الأنشطة اليومية أو اللعب أو الرياضة، إذا كانوا قادرين على ذلك. انظر www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations5_17years

« المشاركة في الأنشطة المدرسية والمحلية والاجتماعية قدر الإمكان.

« قضاء بعض الوقت مع الأصدقاء الموثوقين والعائلة.

« تجنب تعاطي المخدرات والكحول والنيكوتين.

2-2 توفير التثقيف النفسي للشخص والقائمين على رعايته، وإسداء النصح حول الرعاية الوالدية

« تفسير التأخر/ الصعوبة للقائمين على الرعاية والأطفال/ المراهقين حسب الحاجة، ومساعدتهم على تحديد نقاط القوة والموارد.

« الثناء على القائمين على الرعاية والأطفال/ المراهقين على جهودهم.

« التوضيح للقائمين على الرعاية أن تقديم الرعاية الوالدية للأطفال/ المراهقين الذين يعانون من تأخر/ اضطراب عاطفي أو سلوكي أو نمائي يمكن أن يكون مثمراً ومثيراً للتحدي في الوقت ذاته.

« توضيح أنه لا ينبغي إلقاء اللوم على الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية. وتشجيع مقدمي الرعاية على أن يكونوا لطفاء وداعمين للمصابين بهذه الاضطرابات وأن يُظهروا لهم الحب والمودة.

« تعزيز وحماية حقوق الإنسان الخاصة بالشخص وأسرته، وتوخي الحذر فيما يتعلق بالحفاظ على حقوق الإنسان وكرامته.

« مساعدة القائمين على الرعاية بأن تكون توقعاتهم واقعية وتشجيعهم على الاتصال وتبادل الدعم مع القائمين على رعاية أطفال/ مراهقين آخرين يعانون من حالات مماثلة

2-4 التثقيف النفسي حول التأخر / الاضطراب النمائي

تشجيع القائمين على الرعاية على:

- « معرفة نقاط القوة ومكان الضعف عند الطفل وأفضل طريقة يتعلم من خلالها، وما يسبب له التوتر وما يجعله سعيداً، وما يسبب المشاكل السلوكية لديه وما يحد منها.
- « معرفة كيفية تواصل الطفل واستجابته (باستخدام الكلمات، والإيماءات، والتعابير غير اللفظية، والسلوكيات).
- « مساعدة الأطفال على التطور من خلال مشاركتهم في الأنشطة اليومية واللعب.
- « يتعلم الأطفال بشكل أفضل خلال الأنشطة الممتعة والإيجابية.
- « إشراكهم في الحياة اليومية، بدءاً بمهام بسيطة، واحدة في كل مرة. تقسيم الأنشطة المعقدة إلى خطوات بسيطة لكي يتعلم الطفل خطوة واحدة في كل مرة ويكافأ عليها.
- « خلق روتين يومي يمكن للطفل توقعه عن طريق وضع أوقات منتظمة لتناول الطعام واللعب والتعلم والنوم.
- « الحفاظ على بيئة محفزة للطفل: تجنب ترك الطفل لوحده لساعات دون التحدث إليه والحد من الوقت الذي يقضيه في مشاهدة التلفاز واللعب بالألعاب الإلكترونية.
- « إيقاؤه في بيئة مدرسية أطول فترة ممكنة، وتسجيله في المدارس العادية حتى لو كان ذلك بدوام جزئي.
- « استخدام قواعد متوازنة لضبط السلوك. تقديم المكافأة للطفل/ المراهق عند قيامه بشيء جديد وإلهائه عن الأشياء التي لا ينبغي عليه فعلها.
- « عدم استخدام التهديدات أو العقاب البدني عند وجود مشكلة سلوكية.

« غالباً ما تترافق الاضطرابات النمائية التي يعاني منها الأشخاص مع مشاكل سلوكية يصعب على القائمين على الرعاية تدبيرها. انظر إرشاد بشأن تحسين السلوك. (3-2)

- « تعزيز وحماية حقوق الإنسان للشخص وأسرته، وتوخي الحذر فيما يتعلق بالحفاظ على حقوق الإنسان وكرامته.
- تثقيف القائمين على رعاية الشخص بشأن تجنب إدخاله إلى مؤسسة رعاية.
- تعزيز الحصول على المعلومات والخدمات الصحية.
- تعزيز فرص الالتحاق بالمدارس وغيرها من الأشكال التعليمية.
- تعزيز الحصول على الوظائف.
- تعزيز المشاركة في الحياة الأسرية والمجتمعية.

2-5 التثقيف النفسي حول المشاكل / الاضطرابات العاطفية بما في ذلك الأكتئاب عند المراهقين

- « خلق روتين يمكن توقعه في الصباح وعند النوم. وتعزيز عادات نوم منتظمة ووضع أوقات منتظمة في اليوم لتناول الطعام واللعب والتعلم والنوم.
- « بالنسبة للمخاوف المفرطة وغير الواقعية:
- الثناء على الطفل/ المراهق أو إعطاء مكافآت صغيرة عندما يحاول القيام بأمر جديد أو يتصرف بشجاعة.
- مساعدة الطفل على مواجهة المواقف الصعبة عن طريق القيام بخطوة واحدة في كل مرة (على سبيل المثال: إذا كان لدى الطفل خوف من الابتعاد عن القائم على رعايته، عليه مساعدة الطفل على زيادة الوقت الذي يلعب فيه لوحده بشكل تدريجي بينما يكون هو في مكان قريب).
- الاعتراف بمشاعر الأطفال وهمومهم وتشجيعهم على مواجهة مخاوفهم.
- مساعدة الأطفال/ المراهقين على وضع خطة لمساعدتهم على التكيف في حال حدوث موقف يخافونه.
- « توضيح أن الاضطرابات العاطفية شائعة ويمكن أن تحدث لأي شخص، وأن حدوث الاضطرابات العاطفية لا يعني أن الشخص ضعيف أو كسول.
- « يمكن للاضطرابات العاطفية أن تخلق أفكاراً غير مبررة من اليأس وانعدام القيمة. يلزم توضيح أن هذه الآراء قد تتحسن مع تحسن الاضطرابات العاطفية.
- « إبلاغ الأشخاص بضرورة إخبار شخص موثوق فيه والعودة لطلب المساعدة على الفور في حال ملاحظتهم لأفكار إيذاء الذات أو الانتحار.
- « التعامل مع أي من الأوضاع المسببة للضغط النفسي في البيئة الأسرية مثل الخلاف بين الوالدين أو الاضطراب النفسي عند أحدهم. واستكشاف الظروف الصعبة المحتملة في البيئة المدرسية بمساعدة المعلمين.
- « توفير الفرص لقضاء أوقات طيبة مع القائمين على الرعاية والأسرة.
- « تشجيع الطفل/ المراهق ومساعدته على مواصلة (أو معاودة البدء في) الأنشطة الاجتماعية الممتعة.
- « تشجيع الطفل/ المراهق على ممارسة النشاط البدني المنتظم، وزيادة فتراته تدريجياً.
- « النظر في تدريب الأطفال/ المراهقين والقائمين على رعايتهم على تمارين التنفس، والاسترخاء التدريجي للعضلات وغيرها مما يعادها من الناحية الثقافية.

التدخلات النفسية الاجتماعية (تتمة)

2-6 تقديم الدعم للقائمين على رعاية الطفل / المراهق

« تقييم الأثر النفسي والاجتماعي للاضطرابات عند الأطفال / المراهقين على القائمين على رعايتهم، ودعم احتياجاتهم الشخصية والاجتماعية واحتياجاتهم الصحية النفسية.

« تعزيز توفير الدعم والموارد اللازمة لهم من حيث الحياة الأسرية والعمل والأنشطة الاجتماعية والصحة.

« القيام بترتيبات الرعاية المؤقتة (بحيث يتولى أشخاص آخرون جديرون بالثقة رعاية الطفل / المراهق لفترة قصيرة) ليتمكن القائمون على الرعاية من الحصول على استراحة، خاصة في حال كان الطفل يعاني من اضطراب نهائي.

« دعم الأسرة للتعامل مع المشاكل الاجتماعية والعائلية ومساعدتها على حلها

2-7 التنسيق مع المعلمين وغيرهم من موظفي المدرسة

« التواصل مع معلمي الطفل / المراهق، بعد الحصول على موافقته وموافقة القائم على رعايته، لإسداء النصح / وضع خطة بشأن كيفية دعم الطفل من خلال التعلم والمشاركة في الأنشطة المدرسية.

« بيان أن الاضطراب النفسي للطفل / المراهق يؤثر على تعلمه / سلوكه / وأدائه الاجتماعي وأن ثمة ما يمكن للمعلم أن يقوم به للمساعدة.

2-8 علاجات نفسية موجزة

« لا يقدم هذا الدليل بروتوكولات معينة لتنفيذ تدخلات نفسية موجزة، مثل التدريب على مهارات الرعاية الوالدية، والعلاج البيئي الشخصي والعلاج السلوكي. قامت منظمة الصحة العالمية بإعداد حزمة تدريبية على المهارات الوالدية لمقدمي الرعاية للأطفال الذين يعانون من التأخر / الاضطراب النهائي وهي متاحة عند الطلب.

« الاستفسار عن أية مواقف قد تسبب الضغط النفسي للطفل وتترك أثراً سلبياً على سلامته العاطفية وعلى قدرته على التعلم. وإسداء النصح للمعلم باتخاذ الإجراءات المناسبة لوقف تسلط الأقران في حال كان الطفل يتعرض له.

« البحث في استراتيجيات تساعد في إشراك الطفل في الأنشطة المدرسية وتسهل عليه التعلم والإدماج والمشاركة.

« نصائح بسيطة:

- إتاحة الفرصة للأطفال / المراهقين لاستخدام مهاراتهم ونقاط القوة لديهم.
- الطلب من الطالب الجلوس في مقدمة الصف.
- إعطاء الطالب وقتاً إضافياً لفهم المهام وإكمالها.
- تقسيم الواجبات الطويلة إلى أجزاء أصغر وتخصيص جزء واحد فقط في كل مرة.
- اللجوء إلى المزيد من الإطراء على كل جهد يقوم به الطفل، ومكافأته على تحقيق الإنجازات.
- ❌ عدم استخدام التهديدات أو العقاب البدني أو الانتقاد المفرط.
- بالنسبة للطلاب الذين يعانون من صعوبات كبيرة في الصفوف الدراسية، يمكن توظيف متطوع للمجيء إلى الصف لتوفير الاهتمام الفردي بالطالب أو وصله مع أقران يمكن أن يوفر له الدعم أو المساعدة في التعلم.
- في حال كان الطفل / المراهق خارج المدرسة، يتعين مساعدته على العودة في أقرب وقت ممكن من خلال وضع جدول زمني لإعادة الدمج تدريجياً. وينبغي إعفاء الطالب من الاختبارات والامتحانات خلال فترة إعادة الدمج.

الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين 3 « المتابعة



1

تقييم التحسن

تنويه:

« في حال ثبت التعرض لواحد أو أكثر من أنواع سوء المعاملة أثناء التقييم، ينبغي إجراء تقييم للتعرض المستمر لسوء المعاملة وخطورها على الطفل/ المراهق




هل يشعر الشخص بتحسن؟

إعادة تقييم الأعراض والسلوك والأداء للطفل/ المراهق ورصدها عند كل زيارة.

لا

نعم

« الاستمرار في خطة التدبير العلاجي والمتابعة حتى توقف الأعراض أو زوالها.


« تقديم المزيد من التثقيف النفسي وإسداء النصح حول الرعاية الوالدية.
« في حال كان يتناول الدواء، النظر في تخفيف الجرعة تدريجياً بالتشاور مع متخصص. 

« في حال عدم تناول الدواء، تقليل وتيرة المتابعة عندما تتراجع الأعراض ويصبح الطفل/ المراهق قادراً على الأداء الجيد في الحياة اليومية.

« تقديم المزيد من التثقيف النفسي وإسداء النصح حول الرعاية الوالدية، حسب الحاجة. 

« مراجعة التدخلات النفسية الاجتماعية وخطة التدبير العلاجي حسب اللزوم.

« إشراك الأطفال/ المراهقين والقائمين على رعايتهم في اتخاذ القرارات، حسب الحاجة.

« عرض إجراء المتابعة بانتظام. 

في حال لم يكن هناك تحسن في الأعراض و/ أو الأداء خلال ٦ أشهر:

« تقديم المزيد من التدخلات إذا كانت متاحة.

« زيادة وتيرة زيارات المتابعة حسب الحاجة. 

القفز إلى الخطوة 2



الاضطرابات النهائية

في حال لم يكن هناك تحسن، أو حصل مزيد من التدهور، أو كان هناك توقع بوجود خطر على الطفل، أو تأثرت الصحة البدنية (مثل مشكلات التغذية)، ينبغي

« الإحالة إلى متخصص للمزيد من التقييم والمشورة بشأن خطة التدبير العلاجي. ﷻ »

❌ **❌** صرف النظر عن وصف علاج دوائي.

اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط

في حال لم يكن هناك تحسن، وكان عمر الطفل لا يقل عن 6 سنوات وقد تلقى العلاج النفسي الاجتماعي لسته أشهر على الأقل

« الإحالة إلى متخصص أو استشارته لوصف الميثيلفينيديت. ﷻ »

الاضطرابات السلوكية

في حال لم يكن هناك تحسن، أو كان هناك توقع بوجود خطر على المراهق

« الإحالة إلى متخصص للمزيد من التقييم والمشورة بشأن خطة التدبير العلاجي. ﷻ »

❌ **❌** صرف النظر عن وصف علاج دوائي.

الاضطرابات العاطفية

في حال لم يكن هناك تحسن، وكان الطفل/ المراهق قد تلقى العلاج النفسي الاجتماعي لسته أشهر على الأقل

« الإحالة إلى متخصص. ﷻ »

❌ **❌** لا تبدأ بالعلاج الدوائي.

الاكتئاب

في حال لم يكن هناك تحسن، وكان عمر المراهق 12 سنة أو أكثر وقد تلقى العلاج النفسي الاجتماعي لسته أشهر على الأقل.

« الإحالة إلى متخصص أو استشارته لوصف الفلوكستين (ولكن ليس

أي من مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة قبط السيروتونين الانتقائية

(SSRIs) أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (TCAS). ﷻ »

تنويه

« بالنسبة للمراهقين، التخطيط لرؤيتهم بشكل منفصل عن والديهم/ القائمين على رعايتهم لبعض الوقت خلال زيارة المتابعة. توضيح الطبيعة السرية لمناقشات الرعاية الصحية، بما في ذلك الظروف التي يتم فيها إعطاء المعلومات للوالدين أو غيرهم من البالغين.



2

اجراء التقييمات الروتينية

عند كل زيارة:

« رصد نمو الأطفال دون سن الخامسة.

« تقييم وجود أي مشاكل أو أعراض جديدة تتعلق بالمزاج أو السلوك أو النمو/ التعلم بالنسبة للمراهقين، تقييم سوء المزاج (سهولة الانفعال، سرعة الانزعاج أو الإحباط، الاكتئاب أو الحزن) أو الأفكار الانتحارية.

الرجوع إلى خطوة التقييم 4 لسوء المزاج. اذهب إلى إيذاء الذات/ الانتحار للأفكار الانتحارية.

« استكشاف الضغوط النفسية الاجتماعية والتعامل معها في المنزل أو المدرسة أو بيئة العمل، بما في ذلك التعرض للعنف أو غيره من أشكال سوء المعاملة.

« تقييم فرص مشاركة الطفل/ المراهق في الحياة الأسرية والاجتماعية.

« تقييم احتياجات القائمين على رعاية الطفل/ المراهق والدعم متاح للأسرة.

« مراقبة الدوام المدرسي.

« مراجعة خطة التدبير العلاجي ورصد الالتزام بالتدخلات النفسية الاجتماعية.

« في حال كان يتناول الدواء، مراجعة الالتزام بالدواء، وبيان الآثار الجانبية، والجرعات.

3

رصد العلاج الدوائي المعمول به

مزيد من الرصد إذا وُصف الميثيلفينيديت للطفل

« تسجيل تفاصيل الوصفة الطبية وتعليقات تناول الدواء.

« رصد احتمال سوء استخدام الدواء أو تحويل استخدامه عن الغرض الأساسي.

« كل ثلاثة أشهر: رصد/ تسجيل الطول، والوزن، وضغط الدم، والآثار الجانبية وتغيرات السلوك المُبلغ بها.

« استشارة متخصص في حال ملاحظة آثار جانبية للدواء (على سبيل المثال الفشل في الوصول إلى الوزن أو الطول المتوقعين، وارتفاع ضغط الدم، والهياج، والقلق، والأرق الشديد). ﷻ

« بعد سنة واحدة من العلاج: استشارة متخصص بشأن الاستمرار في تناول الميثيلفينيديت.

مزيد من الرصد إذا وُصف الفلوكستين للمراهق

« تسجيل تفاصيل الوصفة الطبية وتعليقات تناول الدواء.

« أسبوعياً في الشهر الأول، ثم كل شهر: رصد الآثار الجانبية وتغيرات المزاج والأعراض الأخرى التي أبلغ بها.

« استشارة متخصص إذا وجدت آثار جانبية شديدة للدواء أو أحداث ضارة (مثل الأفكار الانتحارية الجديدة أو المتفاقمة، سلوك الانتحار أو إيذاء الذات، الهياج أو سهولة الانفعال أو القلق أو الأرق). ﷻ

« إسداء النصح للمراهق بمواصلة الدواء حتى لو كان يشعر بالتحسن. يجب الاستمرار في تناول الدواء لمدة 9-12 شهراً بعد زوال الأعراض للحد من خطر الانتكاس.

« إسداء النصح بعدم وقف الدواء بشكل فجائي.

« في حال زوال الأعراض لمدة 9-12 شهراً: مناقشة المراهقين والقائمين على رعايتهم حول مخاطر التوقف التدريجي عن تناول الدواء وفوائده. تخفيض الدواء بشكل تدريجي على مدى 4 أسابيع كحد أدنى، ورصده عن كثب تحسباً لعودة الأعراض.

الخرف

او من الأعراض الشائعة الأخرى تدهور في السيطرة على المشاعر أو السلوك الاجتماعي أو الدافع. وممن الممكن ألا يدرك الأشخاص الذين يعانون من الخرف على الإطلاق أنهم يمرون بهذه التغيرات، وقد لا يطلبون المساعدة. وقد يلاحظ أفراد الأسرة أن الشخص يعاني من مشاكل في الذاكرة، أو تغير في الشخصية أو السلوك أو الارتباك، أو الرغبة في التجوال، أو السلس البولي. ولكن بعض الأشخاص الذين يعانون من الخرف والقائمين على رعايتهم قد ينكرون أو يقللون من شأن فقدان الذاكرة والمشاكل المرتبطة به. ويؤدي الخرف إلى تدني الوظائف المعرفية، ويؤثر عادةً على أنشطة الحياة اليومية، مثل الاغتسال، وارتداء الملابس، وتناول الطعام، والنظافة الشخصية، والذهاب إلى المرحاض. وعلى الرغم من عدم وجود علاج للخرف، فإن التشخيص المبكر والعلاج الداعم قد يؤدي إلى تحسن حياة الأشخاص الذين يعانون من الخرف والقائمين على رعايتهم بشكل ملحوظ، وبلوغ المستوى الأمثل من الصحة البدنية والقدرة المعرفية والنشاط والعافية.

الخرف متلازمة مزمنة وتدرجية سببها تغيرات في الدماغ. وعلى الرغم من احتمال حدوثه في أي عمر، فهو أكثر شيوعاً بين كبار السن. والخرف هو سبب رئيسي للعجز وفقدان القدرة على الاعتماد على الذات بين كبار السن حول العالم. كما أنه يخلف آثاراً بدنية ونفسية واجتماعية واقتصادية على القائمين على رعاية الشخص المصاب وعلى أسرته والمجتمع بوجه عام.

تؤدي الحالات التي تسبب الخرف إلى تغيرات في قدرات الشخص العقلية وشخصيته وسلوكه. ويواجه الأشخاص الذين يعانون من الخرف، عموماً، مشاكل في الذاكرة والمهارات اللازمة للقيام بالأنشطة اليومية. لكن الخرف ليس جزءاً من الشيخوخة الطبيعية. وعلى الرغم من أن مرض الزهايمر هو السبب الأكثر شيوعاً للخرف، إلا أن الخرف يمكن أن ينجم عن مختلف الأمراض والإصابات التي تحدث في الدماغ. ويشكو الأشخاص الذين يعانون منه في كثير من الأحيان من النسيان أو الشعور بالاكنتاب.

الخرف «لمحة سريعة



التدبير العلاجي

« بروتوكولات التدبير

1. الخرف- بدون أعراض سلوكية/ نفسية
2. الخرف- مع أعراض سلوكية/ نفسية

« التدخلات النفسية الاجتماعية

« التدخلات الدوائية



متابعة



التقييم

« تقييم علامات الخرف

« هل هناك تفسيرات أخرى للأعراض؟

- استبعاد الهذيان
- استبعاد الاكتئاب (الخرف الكاذب)

« تقييم المسائل الطبية الأخرى

« تقييم الأعراض السلوكية والنفسية

« استبعاد سائر الحالات النفسية والعصبية والإدمانية

« تقييم احتياجات القائمين على رعاية الشخص

الخرف 1 « التقييم



تنويه:

مقابلة شخص مطلع (شخص يعرف المريض جيداً)، وسؤاله عن تغيرات حدثت مؤخراً في التفكير والاستدلال والقدرة على الاهتمام. يُذكر أن هفوات الذاكرة العرضية شائعة في كبار السن، في حين أن بعض المشاكل قد تكون خطيرة وإن كانت نادرة الحدوث.

السؤال، على سبيل المثال، عمّا إذا كان الشخص ينسى كثيراً أين وضع الأشياء. هل ينسى أحياناً ما حدث في اليوم الفائت؟ هل ينسى الشخص أحياناً أين هو؟

سؤال الشخص المطلع متى بدأت هذه المشاكل، وما إذا كانت تزداد سوءاً مع الزمن.

المظاهر الشائعة للخرف

- قصور أو مشاكل في الذاكرة (نسيان شديد) والقدرة على الاهتمام (الوعي بالمكان والزمان والأشخاص)
- مشاكل مزاجية أو سلوكية مثل اللامبالاة (إبداء عدم الاهتمام) أو سهولة الانفعال
- فقدان السيطرة على المشاعر (الشعور بالضيق أو سهولة الانفعال أو الرغبة في البكاء بسهولة).
- صعوبة في القيام بالأعمال أو الأنشطة المنزلية أو الاجتماعية المعتادة.

تنويه:

ينبغي إجراء تقييم مباشر عن طريق اختبار الذاكرة والقدرة على تحديد الاتجاه والمهارات اللغوية، مع التقييم العصبي العام، وذلك باستخدام أدوات تناسب مع ثقافة الشخص، في حال كانت متاحة. انظر الرعاية الأساسية والممارسة.



1

تقييم علامات الخرف

هل هناك مشاكل مع الذاكرة و/ أو القدرة على الاهتمام؟

(على سبيل المثال: نسيان ما حدث في اليوم السابق أو عدم معرفة أين هو/ هي)

نعم

لا

الخرف غير مرجح

« فحص سائر الحالات النفسية والعصبية والإدمانية

هل يواجه الشخص صعوبات في أداء الأدوار/ الأنشطة الأساسية؟

(على سبيل المثال: الأنشطة اليومية مثل التسوق، ودفع الفواتير، والطبخ، الخ)

نعم

لا

الخرف غير مرجح

« فحص سائر الحالات النفسية والعصبية والإدمانية

2

هل هناك تفسيرات أخرى للأعراض؟

تنويه:

الهذيان: حالة عقلية متقلبة عابرة تتسم باضطراب الانتباه الذي يتطور على مدى فترة قصيرة من الزمن ويميل إلى التقلب خلال اليوم. ويعزى الهذيان إلى أسباب عضوية حادة مثل حالات العدوى، والأدوية، والشذوذ الاستقلابي، والتسمم بمواد الإدمان أو انسحابها.



هل كان الشخص يعاني من الأعراض وكانت تتطور ببطء لسته أشهر على الأقل

نعم

لا

« سؤال إن كان المرض يتصف بأي مما يلي:

- ظهوره كان فجائياً
- مدته قصيرة (أيام إلى أسابيع)
- اضطراب في الليل يترافق مع اختلال في الوعي
- عدم الاهتمام مكانياً وزمانياً

نعم

لا

هل لدى الشخص اكتئاب معتدل إلى شديد؟ اذهب إلى « الاكتئاب

تنويه:

قد ينجم الخلل المعرفي عن الاكتئاب- «الخرف الكاذب»



الاشتباه بالهذيان

نعم

لا

« تدبير الاكتئاب علاجياً. اذهب إلى « الاكتئاب.

« مراجعة معايير الخرف بعد علاج الاكتئاب.

اذهب إلى الخطوة 1



« تقييم الأسباب الطبية المحتملة (السمّية/ الاستقلابية/ العدوى)

- إجراء تحليل بول لتقييم العدوى
- مراجعة الأدوية، خاصة مضادات الكولين التي لها آثار جانبية خطيرة (مثل مضادات الاكتئاب، العديد من مضادات الهيستامين، ومضادات الذهان)
- تقييم الأوجاع
- تقييم الحالة التغذوية، والنظر في نقص الفيتامينات أو اضطرابات الكهارل.

الاشتباه بالخرف



تقييم المسائل الطبية الأخرى

هل لدى الشخص أى مما يلي؟

- « تاريخ سريري من تضخم الغدة الدرقية، أو بطء النبض، أو جفاف الجلد (قصور الغدة الدرقية)
- « تاريخ من الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز

- « ظهور الأعراض قبل سن 60
- « ترافق ظهور الأعراض مع إصابة في الرأس، أو سكتة دماغية، أو تغير أو فقدان الوعي

لا

نعم

ظاهرة غير عادية.

« استشارة متخصص.

هل يشكو الشخص من قلة الأكل، أو سوء التغذية، أو فقر الدم؟

لا

نعم

« إغناء الغذاء ورصد الوزن أمران ضروريان

هل لدى الشخص عوامل خطر قلبية وعائية

- ارتفاع ضغط الدم
- ارتفاع الكوليسترول
- مرض السكري
- التدخين
- السمنة
- أمراض القلب (ألم في الصدر، نوبة قلبية)
- سكتة دماغية سابقة أو نوبات نقص تروية دماغية عابرة

لا

نعم

« الإحالة إلى متخصص مناسب

« التقليل من عوامل الخطر القلبية الوعائية

- إسداء النصح حول الإقلاع عن التدخين
- علاج ارتفاع ضغط الدم
- إسداء النصح لاتباع نظام غذائي للتخفيف من الوزن والقضاء على السمنة
- علاج مرض السكري

تنويه:

يجب تحديد ما يلي:

- من هو القائم الرئيسي على رعاية الشخص؟
- من غيره يقدم الرعاية للشخص وما نوع الرعاية التي يقدمها؟
- هل هناك شيء يجد صعوبة في التعامل معه؟




4

تقييم احتياجات القائم على رعاية الشخص

هل يواجه القائم على رعاية الشخص صعوبة في التكيف أو يعاني من الإجهاد؟

نعم

لا

« البحث في التدخلات النفسية الاجتماعية المتعلقة بالرعاية المؤقتة و تفعيل شبكة الدعم المجتمعية و العلاج الاسرى و الفردي في حالة توفره 

هل يعاني القائم على رعاية الشخص من مزاج مكتئب؟

نعم

لا

« تقييم الاكتئاب عند القائم على الرعاية. اذهب إلى «الاكتئاب».
« محاولة التعامل مع الإجهاد عن طريق الدعم والتثقيف النفسي. المشورة وحل المشاكل والعلاج السلوكي المعرفي.

هل يواجه القائم على رعاية الشخص نقصاً في الدخل و/ أو نفقات إضافية بسبب احتياجات الرعاية؟

نعم

لا

« البحث في خيارات الدعم المالى المحلية مثل خدمات الاعاقة

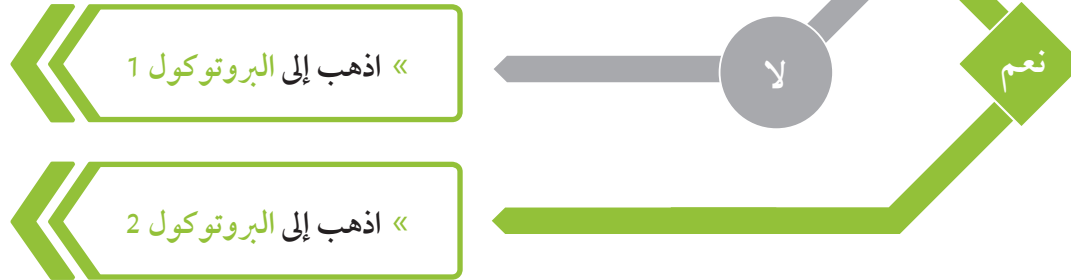
هل لدى الشخص أي من أعراض الخرف السلوكية أو النفسية التالية؟

أعراض نفسية، على سبيل المثال:

- « الهلوسات
- « الأوهام
- « القلق
- « هيجان عاطفي لا يمكن السيطرة عليه

أعراض سلوكية، على سبيل المثال:

- « التجوال
- « الاضطرابات الليلية
- « الهياج
- « العدوانية



! في حال وجود خطر وشيك للإقدام على الانتحار، ينبغي إجراء التقييم والتدبير قبل الاستمرار في البروتوكول. اذهب إلى إيذاء الذات/ الانتحار.



في حال كان لدى الشخص حالات نفسية وعصبية وإدمانية متزامنة أخرى، إجراء التقييم والتدبير العلاجي قبل الاستمرار في البروتوكول.




الخرف 2 « التدبير العلاجي



البروتوكول

1

خرف بدون أعراض سلوكية و/ أو نفسية

- « توفير التثقيف النفسي للشخص والقائمين على الرعاية. (1.2) 
- « تشجيع القائمين على رعاية الشخص على إجراء تدخلات لتحسين الأداء المعرفي. (4.2)
- « تعزيز الاستقلالية والقدرة على أداء الأعمال اليومية والحركة. (3.2)
- « توفير الدعم للقائمين على رعاية الشخص. (5.2)
- « النظر في وصف الأدوية فقط في الأوضاع التي يمكن فيها إجراء تشخيص خاص بمرض الزهايمر وعند توافر الدعم والإشراف الكافيين من قبل المتخصصين، ورصد الآثار الجانبية) من جانب القائمين على رعاية الشخص. (6.2)

البروتوكول



2

خرف مع أعراض سلوكية و/ أو نفسية

اتباع البروتوكول 1

+

« تدبير الاعراض النفسية و السلوكية علاجيا

- إذا كان هناك خطر وشيك مائل للشخص أو القائم على رعايته:
- « النظر في الأدوية المضادة للذهان إذا استمرت الأعراض أو إذا كان هناك خطر وشيك لوقوع إيذاء. (7.2) 
- « الإحالة إلى متخصص عندما يكون متاحاً. 

التدخلات النفسية الاجتماعية

2-1 التثقيف النفسي

« سؤال الأشخاص المصابين بالخرف عما إذا كانوا يرغبون في معرفة التشخيص ومع من يريدون مشاركته.

- تقديم الشرح عن المرض وصياغته بطريقة يمكنهم فهمها والاحتفاظ بالمعلومات.

- إعطاء المعلومات الأساسية. (تجنب إثقال كاهل الشخص بالمعلومات!).

« رسائل أساسية:

- الخرف مرض يصيب الدماغ، ويسوء عادةً مع الوقت.

- على الرغم من عدم وجود علاج، هناك الكثير مما يمكن القيام به لمساعدة الشخص والأسرة ودعمهم.

- يمكن التعامل مع الكثير من المخاوف والسلوكيات المحددة حال نشوئها. ويمكن القيام بالكثير لجعل الشخص أكثر راحة وجعل تقديم الدعم أقل إرهاقاً على القائمين على الرعاية.

2-2 تدبير الأعراض السلوكية والنفسية

« تحديد المشاكل الصحية البدنية الكامنة التي قد تؤثر على السلوك وعلاجها. البحث عن الأوجاع، الالتهابات، الخ. للفحص البدني (الرجوع إلى الرعاية الأساسية والممارسة). الإحالة إلى متخصص عند اللزوم. ﷻ

« تحديد الأحداث (مثل التسوق في سوق مزدحمة) أو العوامل (مثل خروج الشخص بمفرده) التي قد تسبق المشاكل السلوكية أو تفضي إليها أو تعززها. وتعديل هذه المحفزات قدر الإمكان.

« تحديد النظر في القيام بتكييف البيئة المحيطة بالشخص مثل المقاعد المناسبة، ومناطق التجوال الآمنة، واللافتات الدلالية (مثل لافتة تحمل «لا يوجد مخرج» على الباب المؤدي إلى الشارع أو لافتة تشير إلى المراض).

« تشجيع استراتيجيات تهدئة الشخص والترويح عنه أو إلهائه. اقتراح القيام بأنشطة ممتعة (مثل المشي، الاستماع إلى الموسيقى، التحدث مع الآخرين)، خصوصاً عندما يشعرون بالهياج.

2-3 تعزيز الأداء المتصل بالأنشطة اليومية والحياة المجتمعية

« بالنسبة لتدخلات تعزيز الأداء المتصل بالأنشطة اليومية والحياة المجتمعية، الرجوع إلى «الرعاية الأساسية والممارسة».

« التخطيط لأنشطة الحياة اليومية بطريقة تعزز الاستقلالية، وتقوي القدرة على أداء الأعمال اليومية، وتساعد على التكيف، وتطور المهارات، وتقلل من الحاجة إلى الدعم. إضافة إلى تيسير إعادة التأهيل داخل المجتمع بحيث يتم إشراك الشخص والقائمين على رعايته في التخطيط لهذه التدخلات وتنفيذها، والمساعدة في ربطهم مع الموارد الاجتماعية المتاحة.

« تقديم المشورة حول الحفاظ على الاستقلالية في مهارات استخدام المراض، بما في ذلك تحفيز وتنظيم تناول السوائل. (في حال حدوث السلس البولي، يجب تقييم جميع الأسباب المحتملة وتجريب خيارات العلاج قبل الاستنتاج بأن الحالة دائمة).

- الحفاظ على بيئة منزلية آمنة للحد من مخاطر الوقوع والإصابات.

- إعلام أفراد الأسرة بأهمية المحافظة على أرضية المنزل دون فوضى للحد من خطر الوقوع.

- اقتراح إدخال تعديلات على منزل الشخص. فقد يكون مفيداً إضافة درابزين أو منحدر للكروسي المتحرك، كما يمكن وضع لافتات دلالية عند الأماكن الرئيسية (مثل المراض، الحمام، غرف النوم) للمساعدة على ضمان ألا يضيع الشخص أو يفقد الاتجاه في المنزل.

- إسداء النصح للشخص بممارسة النشاط البدني والرياضة للحفاظ على القدرة على الحركة والحد من خطر الوقوع.

- إسداء النصح للشخص بالمشاركة في أنشطة ترفيهية (مصممة خصيصاً لتناسب مع وخامة الخرف).

- التدبير العلاجي لأوجه القصور الحسي (مثل ضعف البصر أو ضعف السمع) باستخدام الأجهزة المناسبة مثل العدسة المكبرة أو المُعينات السمعية).

- الإحالة إلى العلاج المهني، في حال توفره.

2-4 تدخلات تحسين الأداء المعرفي

تشجيع القائمين على رعاية الشخص على:

« تقديم معلومات منتظمة خاصة بالاهتداء المكاني/ الزماني (على سبيل المثال: اليوم، التاريخ، الوقت، أسماء الأشخاص) بحيث يبقى الشخص محافظاً على اتجاهه.

« استخدام مواد مثل البرامج الإذاعية أو التلفزيونية أو الصحف، وألومات العائلة، وأعراض المنزل لتعزيز التواصل معهم، وجعلهم على اطلاع بمستجدات الأحداث، وتحفيز ذكرياتهم وتمكينهم من مشاركة تجاربهم وتثمينها.

« استخدام جمل قصيرة بسيطة لجعل التواصل الكلامي واضحاً ومحاولة تقليل الأصوات التي قد تشوش على الانتباه أثناء الحديث، مثل الراديو أو التلفاز أو المحادثات الأخرى، والاصغاء بانتباه لما يقوله الشخص.

« المحافظة على البساطة في كل شيء، وتجنب تغيير الروتين قدر الإمكان أو تعريض الشخص لأماكن غير مألوفة وغريبة

التدخلات النفسية الاجتماعية (تتمة) 🧑🏻

5-2 دعم القائمين على رعاية الشخص

« تقييم الأثر على القائمين على الرعاية وتقييم احتياجاتهم لضمان توفير الدعم والموارد اللازمة لحياتهم الأسرية، وعملهم، وأنشطتهم الاجتماعية والصحية (انظر الخرف 1).

« الإقرار بأن رعاية المصابين بالخرف يمكن أن تكون محبطة ومرهقة للغاية. ولذلك فإن القائمين على رعاية الشخص المصاب بالخرف بحاجة إلى تشجيعهم على احترام كرامته وتجنب التصرف بعدوانية تجاهه أو إهماله.

« تشجيع القائمين على رعاية الشخص على التماس المساعدة في حال كانوا يواجهون صعوبة أو إرهاقاً أثناء قيامهم برعاية أحببتهم.

« تزويد القائمين على رعاية الشخص بمعلومات حول الخرف، مع الأخذ بعين الاعتبار رغبات الشخص المصاب به.

« توفير التدريب والدعم في مهارات محددة، على سبيل المثال: التعامل مع السلوك الصعب، عند اللزوم. ولتحقيق أكبر قدر من الفعالية، ينبغي تشجيع المشاركة النشطة، مثل لعب الأدوار.

« النظر في تقديم الدعم العملي حيثما أمكن، على سبيل المثال، الرعاية المنزلية المؤقتة، كأن يقوم فرد آخر من الأسرة أو شخص مناسب بالإشراف على المصاب بالخرف والعناية به لإعطاء الفرصة للقائم الرئيسي على الرعاية بأخذ فترة راحة أو القيام بأنشطة أخرى.

« البحث فيما إذا كان الشخص مؤهلاً للحصول على أي استحقاقات للإعاقة أو غيرها من أشكال الدعم الاجتماعي/ المالي (الحكومي أو غير الحكومي).

6-2 الخرف بدون أعراض سلوكية و/ أو نفسية

« لا يجب النظر في استخدام مثبطات كولينستيراز (مثل الدونيبزيل وغالانتامين وريفاستغمين) أو الميانتين بصورة روتينية في جميع حالات الخرف.

« النظر في وصف الدواء فقط في الحالات التي يكون فيها بالإمكان إجراء تشخيص محدد لمرض الزهايمر، وعند توافر الدعم والإشراف الكافيين من قبل متخصصين، والرصد من جانب القائمين على رعاية الشخص (تحتسباً لحدوث أعراض جانبية أو تفاعلات).

في حال كان ذلك مناسباً:

« النظر في وصف مثبطات كولينستيراز (مثل الدونيبزيل وغالانتامين وريفاستغمين) أو الميانتين، مع الرصد الدقيق، للمصابين بالخرف عند الاشتباه بمرض الزهايمر.

« النظر في وصف الميانتين لحالات الخرف المترافقة مع الأمراض الوعائية.

7-2 الأدوية المضادة للذهان للأعراض السلوكية و/ أو النفسية

« تقديم التدخلات النفسية الاجتماعية أولاً. 🧑🏻

« في حال وجود خطر وشيك مائل للشخص أو القائمين على رعايته، النظر في وصف الأدوية المضادة للذهان. الرجوع إلى الذهان 2، التدبير العلاجي للحصول على تفاصيل حول الأدوية المضادة للذهان.

« اتباع المبادئ الخاصة بـ:

- « البدء بجرعات منخفضة وزيادتها ببطء» (أي معايير الدواء) ومراجعة الحاجة له بانتظام (شهرياً على الأقل).

- استخدام أقل جرعة فعالة.

- رصد الشخص تحتسباً لوجود أعراض خارج الهرمية.

« تجنب إعطاء الهالوبيريدول بالوريد. ❌

« تجنب وصف الديازيبام. ❌

الخرف 3 « المتابعة



توصيات حول المتابعة:

« المتابعة كل 3 أشهر على الأقل
« يُوصى بالمتابعة الشهرية في حال كان
الشخص يتناول الأدوية.



1

تقييم التحسن

هل الشخص مستقر (لا توجد أعراض تدهور أو تراجع في الأداء؛ هناك تحسن في
الأعراض السلوكية/ النفسية في حال كانت قائمة)؟

نعم

« الاستمرار في خطة التدبير العلاجي
« القيام بالمتابعة كل 3 أشهر على الأقل

لا

« في حال لم يكن الشخص يتناول الأدوية
البدء بالتدخل الدوائي، إذا كان مناسباً.
« في حال كان الشخص يتناول الأدوية
« مراجعة الالتزام بالعلاج، والآثار الجانبية، والجرعات. تعديل الجرعة
الدوائية أو التفكير في دواء بديل، إذا كان ذلك مناسباً.
« مراجعة التدخلات النفسية الاجتماعية.
« تقييم المشكلات الطبية.

2

إجراء التقييمات الروتينية

القيام بالتقييم الروتيني عند كل زيارة و اجراء ما يلي :

- « الآثار الجانبية للدواء
- « في حال كان الشخص يتناول مضادات الذهان، التحقق من وجود الأعراض خارج الهرمية (اذهب إلى «الذهان»). وإيقاف الدواء أو تقليل الجرعة في حالة وجود هذه الأعراض.
- « الاعتلالات الطبية والنفسية والعصبية والإدمانية المترامنة
- « القدرة على المشاركة في أنشطة الحياة اليومية، وأية احتياجات خاصة بالرعاية
- « المخاطر التي تهدد السلامة وتوفير التعديلات السلوكية المناسبة في حال تطور المرض (على سبيل المثال: الحد من القيادة، الطبخ، الخ..).
- « أعراض سلوكية أو نفسية جديدة
- « أعراض اكتئاب (اذهب إلى «الاكتئاب) أو خطر وشيك لإيذاء الذات/ الانتحار (اذهب إلى « إيذاء الذات/ الانتحار).
- « احتياجات القائمين على رعاية الشخص.

3

تقديم التدخلات النفسية الاجتماعية

- « مواصلة تعزيز الأداء وتقديم التثقيف النفسي. انظر « الخرف 1-2 ، 2-5 والرعاية الأساسية والممارسة للحصول على التفاصيل.

الاضطرابات الإدمانية

استخدام مواد الإدمان على نحو ضار هو نمط من أنماط تعاطي المواد نفسانية التأثير على نحو ضار بالصحة. وقد يكون هذا الضرر بدنياً، مثل أمراض الكبد، أو نفسياً، مثل نوبات الاضطراب الاكتئابي. وكثيراً ما يرتبط بعواقب اجتماعية، مثل المشاكل العائلية أو مشاكل العمل.

الاعتماد على مواد الإدمان هو مجموعة من الظواهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية يحتل فيها تعاطي المواد النفسية التأثير أولوية كبيرة لدى فرد معين على حساب سلوكيات أخرى كانت في السابق أكثر قيمة. وتتميز بوجود رغبة ملحة لتعاطي المادة وفقدان السيطرة على تعاطيها. وغالباً ما يرتبط ذلك باستخدام مستويات عالية من مواد الإدمان ثم بوجود حالة انسحاب نتيجة الإقلاع عنها.

تتضمن الاضطرابات الإدمانية اضطرابات تتعلق باستخدام المخدرات والكحول وبعض الحالات المحددة بها في ذلك الانسحاب الحاد والجرعات الزائدة والسحب .

الانسحاب الحاد هو حالة عابرة تعقب تعاطي مادة نفسانية التأثير وتؤدي إلى اضطرابات في الوعي أو القدرات المعرفية أو الإدراك أو المشاعر أو السلوك.

الجرعة الزائدة هو استخداماً عفاقير بكميات تؤدي إلى آثار بدنية ونفسية ضارة وحادة.

سحب مواد الإدمان هو مواجهة مجموعة من الأعراض المزعجة بعد الانقطاع الفجائي أو التقليل من جرعة مادة نفسانية التأثير؛ عقب استهلاك هذه المادة بجرعات عالية ولفترات طويلة كفيلة بجعل الشخص يعتمد عليها بدنياً ونفسياً. يذكر أن أعراض السحب هي، بشكل أساسي، عكس تلك التي تنتج عن المادة نفسانية التأثير نفسها.

الاضطرابات الإدمانية «لمحة سريعة



التدبير العلاجي

« بروتوكولات التدبير

1. الاستخدام على نحو ضار
2. الاعتماد
3. سحب الكحول
4. سحب الأفيونيات
5. علاج المداومة بمقلدات الأفيونيات
6. انسحاب البنزوديازيبينات

« التدخلات النفسية الاجتماعية

« التدخلات الدوائية



متابعة



التقييم

« تقييم الحالات الطارئة:

هل هناك اشتباه بوجود انسحاب أو انسحاب؟

- هل يظهر السكون على الشخص؟
- هل يظهر التنبيه المفرط أو القلق أو الهياج على الشخص؟
- هل يبدو الشخص مشوشاً؟

« هل يستخدم الشخص المواد النفسانية التأثير؟

« هل هناك استخدام لمواد الإدمان على نحو ضار؟

« هل يعاني الشخص من الاعتماد على مواد الإدمان؟

الاضطرابات الإدمانية « الحالات الطارئة



في حال عدم وجود حالات طارئة، اذهب إلى «الاضطرابات الإدمانية 1، التقييم

مظاهر الحالات الطارئة للاضطرابات الإدمانية

- الانسحاب بالكحول: رائحة الكحول في النفس، تلعثم الكلام، السلوك غير متحفظ، اضطراب في مستوى الوعي أو الحالة المعرفية أو الإدراك أو العاطفة أو السلوك.
- الانسحاب بالمتنشطات: حدقتا العين متوسعتان، أفكار مستثارة أو متسارعة، اضطراب في التفكير، السلوك الغريب، استخدام المواد النفسانية التأثير في الآونة الأخيرة، ارتفاع النبض وضغط الدم، السلوك العدواني أو الشاذ أو العنيف.
- الهذيان المرتبط استخدام مواد الإدمان: الارتباك، الهلوسة، تسارع الأفكار، القلق، الهياج، عدم الاهتمام، يترافق ذلك عادة مع التسمم بالمتنشطات أو انسحاب الكحول (أو غيره من المسكنات).
- جرعة زائدة من الأفيونيات: عدم استجابة الشخص أو إظهار الحد الأدنى من الاستجابة، معدل تنفس بطيء، حدقتا العين دبوسيتان.
- انسحاب الكحول أو غيره من المسكنات: رجفان في اليدين، تعرق، تقيؤ، زيادة النبض وارتفاع ضغط الدم، هياج، صداع، غثيان، قلق؛ اختلاجات أو تشوش في الوعي في حالات الاضطرابات الإدمانية الشديدة.

تنويه:

« الاشتباه / بجرعة زائدة من المسكنات عند أي شخص يعاني من نعاس غير مفسر وبطء في التنفس



1

هل يظهر السكون التركين على الشخص؟

نعم

لا

القفز إلى الخطوة 2

الاشتباه بالتسمم بالمسكنات
(الكحول، الأفيونيات، سائر المسكنات)

« التحقق من مجرى الهواء، والتنفس، والدورة الدموية.
« تقديم الدعم التنفسي الأولي.
« إعطاء الأوكسجين.

هل يُظهر الشخص حداً أدنى من الاستجابة أو غير مستجيب أو يعاني من فشل تنفسي؟

نعم

لا

« تقديم الرعاية الداعمة.
« رصد العلامات الحيوية.
« وضع الشخص على جنبه لمنع الاستنشاق الشفط.
« إعطاء الأوكسجين في حال توافره.
« النظر في الإماهة عن طريق الوريد مع تجنب إعطاء السوائل فموياً عندما يكون الشخص في حالة سكون.
« رصد الشخص حتى التعافي التام أو نقله إلى المستشفى.

« فحص حدقتنا العينين

حدقتان دوسيتان

حدقتان طبيعتان

الاشتباه بجرعة زائدة
من الأفيونيات

« هناك احتمال أقل لتعاطي جرعة زائدة من الأفيونيات- النظر في الجرعة الزائدة من الكحول، أو غيره من المسكنات، أو أسباب طبية أخرى (أي إصابة بالرأس، أو عدوى، أو نقص السكر في الدم)

« إعطاء 2-0.4 ملغم نالكسون بالوريد أو بالعضل أو داخل الأنف أو تحت الجلد.
« مواصلة الدعم التنفسي.

هل استجاب الشخص للنالكسون خلال دقيقتين؟

نعم

لا

« رصد الشخص لساعة أو ساعتين وتكرار النالكسون إذا لزم الأمر.

« مواصلة الإنعاش ورصد الشخص حتى التعافي التام أو نقله إلى المستشفى.



« تكرار الجرعة

« رصد الشخص حتى التعافي التام أو نقله إلى المستشفى.

2

هل يظهر التنبيه المفرط أو القلق أو الهياج على الشخص؟

نعم

لا

القفز إلى الخطوة 3

التقييم والتدبير العلاجي

د

أ

أ

شخص توقف عن الشرب مؤخراً أو يقوم بتعاطي المسكنات ويظهر عليه الآن أي من العلامات التالية: رجفان، تعرق، تقيؤ، ارتفاع ضغط الدم، زيادة معدل ضربات القلب، هياج.

الاشتباه بانسحاب الكحول أو البنزوديازيبينات

« التدبير العلاجي

- إذا كان الشخص يعاني من الرجفان أو التعرق أو غيرها من التغيرات في العلامات الحيوية، فيلزم إعطاء الديازيبام 10-20 ملغم فموياً، أو نقل الشخص إلى المستشفى أو مركز إزالة السمية إذا أمكن.
- الرصد وتكرار الجرعات حسب اللزوم عند استمرار علامات (الرجفان، التعرق، ارتفاع ضغط الدم، زيادة معدل ضربات القلب).
- الكحولي فقط: إعطاء 100 ملغم ثيامين يومياً لمدة 5 أيام.

!

نقل الشخص إلى المستشفى مباشرة في حال وجود ما يلي: +

- مشاكل طبية خطيرة أخرى، مثل الاعتلال الدماغي الكبدي، أو نزيف الجهاز الهضمي، أو الإصابة في الرأس.
- النوبات: إعطاء 10-20 ملغم من الديازيبام فموياً أو عبر الوريد أو عبر المستقيم أولاً.
- الهذيان: إعطاء 10-20 ملغم من الديازيبام فموياً أو عبر الوريد أو عبر المستقيم أولاً. في حال كانت حالة الذهان شديدة ولم يكن هناك استجابة للديازيبام، إعطاء الادوية المضادة للذهان مثل 1-2 ملغم من الهالوبريدول فموياً أو بالعضل. مواصلة علاج العلامات الأخرى للانسحاب (الرجفان، التعرق، تغير العلامات الحيوية) باستخدام الديازيبام فموياً أو عبر الوريد أو عبر المستقيم.

ب

استخدم الشخص المنشطات مؤخراً (الكوكايين، أو المنشطات الأمفيتامينية) ويظهر عليه أي من العلامات التالية: توسع حدقتا العينين، القلق، الهياج، فرط الاستثارية، أفكار متسارعة، زيادة النبض وارتفاع ضغط الدم.

الاشتباه بالتسمم الحاد بالمنشطات

ج

توقف الشخص عن تعاطي الأفيونيات وتظهر عليه أي من العلامات التالية: توسع حدقتا العينين، آلام في العضلات، اختلاجات في البطن، صداع، غثيان، تقيؤ، إسهال، سيلان العينين والأنف، القلق، التمللمل.

الاشتباه بالانسحاب الحاد للأفيونيات


د

استبعاد الأسباب الطبية الأخرى والحالات النفسية والعصبية والإدمانية ذات الأولوية

« إعطاء 5-10 ملغم من الديازيبام فموياً أو عبر الوريد أو عبر المستقيم بجرعات معايرة حتى يهدأ الشخص ويسكن قليلاً.

« إذا لم تستجب الأعراض الذهانية للديازيبام، عندئذ ينبغي النظر في إعطاء الأدوية المضادة للذهان مثل 1-2.5 ملغم من الهالوبيريدول فموياً أو بالعضل. تقديم العلاج حتى زوال الأعراض. وفي حال استمرار الأعراض، الرجوع إلى الذهان.

« لعلاج السلوك العدواني و/ أو المهتاج لدى الأشخاص، الرجوع إلى الذهان، الجدول 5.

« نقل الشخص إلى المستشفى في حال كان يشكو من ألم في الصدر، أو اضطراب النظم التسرعى، أو علامات عصبية أخرى. 

« يجب التنبه تحسباً لوجود أفكار أو أفعال انتحارية خلال مرحلة ما بعد التسمم، في حال وجود أفكار انتحارية، اذهب إلى « إيذاء الذات/ الانتحار.

« التدبير العلاجي لانسحاب الأفيونيات

- 20 ملغم من الميثادون، مع 5-10 ملغم جرعة إضافية بعد 4 ساعات عند الضرورة.

- 4-8 ملغم من البوبرينورفن، مع جرعة إضافية بعد 12 ساعة عند الضرورة.

- في حال عدم توفر الميثادون أو البوبرينورفن، يمكن استخدام أي مادة أفيونية في الأوضاع الحادة، مثل سلفات المورفين (10-20 ملغم كجرعة أولية مع 10 ملغم إضافية عند اللزوم). يمكن النظر أيضاً في منبهات ألفا الأدرينالية، أي الكلونيدين أو اللوفيكسيدين.

« حالما يستقر وضعه الانتقال إلى « الاضطرابات الناجمة عن استخدام مواد الإدمان 2.

3

هل يبدو الشخص مرتبكاً؟

نعم

لا

القفز إلى الاضطرابات الإدمانية
1 التقييم

هل هناك حالات طبية تفسر الارتباك ، بما في ذلك :

- رضوح بالرأس
- نقص سكر الدم
- الالتهاب الرئوي أو غيره من الالتهابات
- الاعتلال الدماغي الكبدي
- الحوادث الوعائية الدماغية

لا

نعم

« تدبير الحالة البدنية علاجياً وإحالة الشخص إلى المستشفى. »

التقييم والتدبير العلاجي

ج

أ

أ

توقف الشخص عن الشرب الأسبوع الماضي :
ارتباك، هلوسة، تسارع الأفكار، قلق، هياج،
عدم اهتمام للمكان والزمان، وتترافق هذه
الأعراض عادةً مع بالمنشطات أو الانسحاب
الكحولي (أو غيره من المسكنات).

الاشتباه بهذيان ناجم
عن انسحاب الكحول
أو البينزوديازيبين

« إذا ظهرت على الشخص علامات انسحاب الكحول أو المسكنات (الرجفان، التعرق، تغير في العلامات الحيوية)
- العلاج بواسطة الديازيبام 10-20 ملغم عن قمويماً عند اللزوم.
- نقل الشخص إلى المستشفى. »
« التدبير العلاجي للهذيان بمضادات الذهان مثل الهالوبيريدول 1-2.5 ملغم فمويماً أو بالعضل.

ب

كان الشخص يشرب بكميات كبيرة خلال الأيام القليلة الماضية ولديه أي من العلامات التالية:
رأوة (حركة عيّن لا إرادية، سريعة ومتكررة).
- شلل العين (ضعف/ شلل واحدة أو أكثر من العضلات التي تتحكم بحركة العين).
- ترنح (حركات غير متناسقة).

الاشتباه باعتلال الدماغ لفيرنيكه

« التدبير العلاجي باستخدام 100-500 ملغم ثيامين مرتين إلى ثلاث مرات بالعضل أو بالوريد من 3-5 أيام.

« نقل الشخص إلى المستشفى. +

ج

تناول الشخص المنشطات خلال الأيام القليلة الماضية: حدقتا العينين متوسعتان، أفكار مستثارة أو متسارعة، اضطراب في التفكير، سلوك غريب، تناول المواد النفسانية التأثير في الآونة الأخيرة، زيادة النبض وارتفاع ضغط الدم، السلوك العدواني أو الشاذ أو العنيف.

الاشتباه بالمنشطات

« التدبير العلاجي باستخدام 5-10 ملغم ديازيبام فموياً أو عبر الوريد أو المستقيم إلى أن يسكن المريض قليلاً.

« إذا لم تستجب الأعراض الذهانية للديازيبام، عندئذ ينبغي النظر في استخدام الأدوية المضادة للذهان مثل 1-2.5 ملغم من الهالوبيريدول فموياً أو بالعضل.

« في حال استمرار الأعراض الذهانية، اذهب إلى «الذهان».

تنويه

« اذهب إلى «الاضطرابات الإدمانية 1 التقييم و»
الاضطرابات الإدمانية 2 بروتوكول 1-6 بعد التدبير
العلاجي لمظاهر الحالات الطارئة، وحسب الحاجة



الاضطرابات الإدمانية 1 « التقييم



المظاهر الشائعة للاضطرابات الإدمانية

- ظهور آثار الكحول أو غيره من مواد الإدمان (على سبيل المثال، رائحة الكحول، تلعثم الكلام، السكون، السلوك غير السوي)
- علامات على المخدرات في الأونة الأخيرة (علامات حقن جديدة، التهابات جلدية)
- علامات وأعراض تأثيرات سلوكية حادة، مظاهر انسحاب أو تأثيرات لفترات طويلة (انظر المربع 1)
- تدهور في أداء الأدوار الاجتماعية (أي الصعوبات في العمل أو البيت، أو المظهر غير اللائق) الأخيرة، ارتفاع النبض وضغط الدم، السلوك العدواني أو الشاذ أو العنيف.
- علامات على أمراض الكبد المزمنة (شدوذ أنزيمات الكبد)، يرقان (اصفرار) في الجلد والعينين، الكبد مجسوس (في المرحلة الأولى من أمراض الكبد)، استسقاء (امتلاء البطن المنتفخ بالسوائل)، وحامات عنكبوتية (أوعية دموية على شكل العنكبوت تظهر على سطح الجلد)، وتغير الحالة العقلية (اعتلال الدماغ الكبدي).
- مشاكل في التوازن، والمشي، وتناسق الحركات، والرأرأة.
- نتائج عرضية: فقر الدم كبير الكريات، انخفاض تعداد الصفيحات الدموية، ارتفاع حجم الكرية الوسطي
- مظاهر حالات الطوارئ الناجمة عن انسحاب مواد الإدمان أو الجرعة الزائدة أو التسمم. قد يظهر على الشخص السكون أو التنبيه المفرط أو الهياج أو القلق أو الارتباك.
- قد لا يقوم الأشخاص المصابون باضطرابات إدمانية بالإبلاغ عن أية مشاكل. ولذلك ينبغي البحث عن:
 - طلب الأدوية النفسانية التأثير على نحو متكرر بما فيها المسكنات.
 - الإصابات.
 - الالتهابات المترافقة مع تعاطي المخدرات عن طريق الحقن الوريدي (فيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز، التهاب الكبد النمط).

تنويه

« تجنب التنميط! ينبغي سؤال جميع الأشخاص الذين يحضرون إلى مراكز الرعاية الصحية عن التدخين وتعاطي الكحول



المربع 1: المواد النفسانية التأثير: التأثيرات السلوكية الحادة، مظاهر الانسحاب، تأثيرات التعاطي لفترات طويلة

التأثيرات السلوكية الحادة	مظاهر الانسحاب	تأثيرات التعاطي لفترات طويلة
الكحول	الرجفان، الرعاش، الغثيان/ التقيؤ، زيادة معدل ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم، النوبات الاختلاجية، الهياج، الارتباك، الهلوسات يمكن أن تكون مهددة للحياة	تضاؤل حجم المخ، انخفاض القدرات المعرفية، اختلال القدرة على الحكم، فقدان التوازن، تليف الكبد، التهاب المعدة، فقر الدم، زيادة خطر الإصابة ببعض أنواع السرطان ومجموعة من المشاكل الطبية الأخرى.
البنزوديازيبينات	القلق، الأرق، الرجفان، الرعاش، الغثيان/ التقيؤ، زيادة معدل ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم، النوبات الاختلاجية، الهياج، الارتباك، الهلوسات يمكن أن تكون مهددة للحياة	ضعف في الذاكرة، زيادة خطر الوقوع عند كبار السن، خطر الجرعة الزائدة المميتة من المسكنات
الأفيونيات	توسع حدقتا العينين، القلق، الغثيان/ التقيؤ/ الإسهال، اختلاجات في البطن، آلام وأوجاع في العضلات، صداع، سيلان العينين والأنف، التثاؤب، وقوف شعر الذراعين، زيادة معدل ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم	الإمساك، خطر الجرعة الزائدة المميتة من المسكنات، قصور الغدد التناضلية، التكيف في الاستجابات المتعلقة بالمكافأة والتعلم والضغط النفسي
التبغ	الإثارة، زيادة الانتباه والتركيز والذاكرة، انخفاض القلق والشهية، وتأثيرات تشبه تلك الناجمة عن المنشطات	أمراض الرئة (عند المدخنين)، الأمراض القلبية الوعائية، خطر الإصابة بالسرطانات والآثار الصحية الأخرى
الكوكايين، الميثامفيتامينات والمنشطات الأمفيتامينية	وسع حدقتا العينين، ارتفاع ضغط الدم وزيادة ضربات القلب، السلوك المتحمس والمبهيج، فرط النشاط، الكلام السريع، الأفكار المتسارعة، اضطراب التفكير، البارانويا، السلوك العدواني وغير السوي والعييف.	ارتفاع ضغط الدم، زيادة خطر الحوادث الوعائية الدماغية، عدم انتظام ضربات القلب، أمراض القلب، القلق، الاكتئاب
القات	يقظة، شفق، إثارة خفيفة	يقضي مستخدمو القات وقتاً كبيراً من نهارهم في مضغ القات؛ الإمساك وخطر الإصابة بمشاكل الصحة النفسية مثل الذهان
الغثبان	حدقتا العين طبيعيتان، الملتحمة حمراء اللون، تأخر الاستجابة، الشفق، الاسترخاء	زيادة خطر مشاكل الصحة النفسية بما في ذلك القلق والبارانويا والذهان، فقدان الدافع، صعوبة التركيز، زيادة خطر الاختلاج الوعائي الذي يؤدي إلى احتشاء عضلة القلب والسكتة الدماغية
ترامادول	التأثيرات الأفيونية (السكون، الشفق، الخ) تليها تأثيرات المنشطات (الإثارة، والنوبات الاختلاجية عند استخدام جرعات عالية)	الاعتماد على الأفيونيات، خطر الإصابة بالنوبات الاختلاجية، اضطراب النوم
المدببات المتطابرة	الدوار، انعدام الاهتداء، الشفق، الدوخة، مزاج منتشي، الهلوسة، الأوهام، انعدام التناسق، الاضطرابات البصرية، الخدر، السكون	انخفاض الوظيفة المعرفية والخرف، اعتلال الأعصاب، عقابيل عصبية أخرى، زيادة خطر عدم انتظام ضربات القلب التي تسبب الموت المفاجئ
الهلوسات	زيادة معدل ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم ودرجة حرارة الجسم، انخفاض الشهية، الغثيان، التقيؤ، عدم اتساق الحركة، توسع الحلييات، الهلوسات	نوبات الذهان الحادة والمزمنة، إرتجاج تأثير المخدرات ومواجهتها مجدداً بعد فترة طويلة من التوقف عن تعاطيها
الميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين	زيادة الثقة بالنفس، والتعاطف، والفهم، والإحساس بالحميمية، والتواصل، والشفق، والطاقة	العصبي الذي يؤدي إلى عواقب سلوكية وبيولوجية، والاكتئاب

1

هل يتعاطى الشخص مواد الإدمان؟

سؤال الشخص عن التبغ والكحول ووصفات الأدوية النفسانية التأثير. والنظر في سؤاله حول القنب ومواد الإدمان الأخرى بناءً على الوضع والمظاهر الموجودة.



تنويه

السؤال عما يلي عند تسجيل التاريخ المرضي:

- « كيف بدأ بتعاطي مواد الإدمان؟
- « متى بدأ في تعاطيها؟
- « ماذا كان يحدث في حياته في ذلك الوقت؟
- « إذا ما كان أحد ما في الأسرة أو دائرته الاجتماعية يتعاطى مواد الإدمان؟
- « إذا كان قد حاول التخفيف من استخدامها؟
- « لماذا؟ وماذا حدث عندئذ؟

نعم

لا

« التأكيد على الفوائد الصحية لتجنب تناول الأدوية النفسانية التأثير
« الخروج من الوحدة



2

هل يتعاطى مواد الإدمان على نحو ضار؟

تقييم ما يلي لكل مادة إدمان يتم تعاطيها:

أ تنويه حول تكرار التعاطي وكميته. (تلميح: السؤال «كم مرة تتعاطى هذه المواد في الأسبوع؟ ما هي الكمية التي تتعاطاها يومياً؟»)

ب السلوكيات الضارة. (تلميح: السؤال «هل يتسبب تعاطي مواد الإدمان بأية مشاكل لك؟»)

- العنف تجاه الآخرين
- ضعف أداء الأدوار التعليمية والوظيفية
- ضعف أداء الأدوار الاجتماعية المتوقعة (مثل الأبوة والأمومة)

- ممارسة الجنس تحت تأثير مواد الإدمان بحيث يشكل خطورة أو يتبعه شعور بالندم.
- المشاكل القانونية أو المالية
- عدم القدرة على رعاية الأطفال بشكل مسؤول

- الإصابات والحوادث
- القيادة تحت تأثير مواد الإدمان
- الحقن بالمخدرات، وتبادل الإبر، وإعادة استخدامها
- مشاكل في العلاقات مع الآخرين نتيجة تعاطي مواد الإدمان

ينبغي تذكر الإجابات للاستعانة بها لاحقاً خلال التقييم



نعم

لا

3

هل من المرجح الاعتماد على مواد الإدمان؟

السؤال عن مظاهر الاعتماد على مواد الإدمان عند الاستفسار عن كل مادة:

- تعاطي مواد الإدمان بوتيرة عالية
- الرغبة القوية في تعاطي مواد الإدمان أو الإحساس بدافع لا يُقاوم تجاهها
- صعوبة في ضبط مواد الإدمان ذاتياً رغم المخاطر والعواقب الضارة
- زيادة مستوى التحمل وأعراض الانسحاب عند التوقف عن تعاطي مواد.

تنويه

تتضمن أنماط التي تشير إلى الاعتماد على مواد الإدمان:

التبغ: عدة مرات في اليوم، وغالباً ما تبدأ منذ الصباح.
الكحول: أكثر من 6 جرعات قياسية في المرة، والتعاطي يومياً.
حبوب الوصفات الدوائية: تناول جرعة من الدواء أعلى من المذكورة في الوصفة والكذب للحصول على الوصفات.
القنب: 1 غ يومياً على الأقل.



لا

نعم

« الانتقال إلى البروتوكول 2 »



❗ في حال وجود خطر وشيك للإقدام على الانتحار، ينبغي إجراء التقييم والتدبير قبل الاستمرار في البروتوكول. اذهب إلى « إيذاء الذات / الانتحار.

هل مواد الإدمان على نحو ضار؟

انظر الإجابة أعلاه، في الخطوة 2.

لا

نعم

« الانتقال إلى البروتوكول 1 »

« تقديم التثقيف النفسي حول المستويات المختلفة لمخاطر تعاطي كل مادة من مواد الإدمان.

« الخروج من الوحدة



❗ في حال وجود خطر وشيك للإقدام على الانتحار، ينبغي إجراء التقييم والتدبير قبل الاستمرار في البروتوكول. اذهب إلى « إيذاء الذات / الانتحار.


الاضطرابات الإدمانية 2 « التدبير العلاجي



بروتوكول

1

على نحو ضار

« تقديم التثقيف النفسي والتأكيد على مستوى/ نمط مواد الإدمان الذي يسبب الضرر بالصحة. 


« البحث في دوافع الشخص لتعاطي مواد الإدمان. إجراء مقابلة تحفيزية.
انظر التدخل النفسي الاجتماعي الموجز- المقابلات التحفيزية (2-2)).

« إسداء النصح حول التوقف عن تعاطي مواد الإدمان بشكل كامل أو استهلاكها بمستويات غير ضارة، في حال وجودها.

« التعبير عن الاستعداد لتقديم الدعم للشخص من أجل القيام بذلك، وسؤاله إن كان جاهزاً للقيام بهذا التغيير

« البحث في استراتيجيات الحد من مواد الإدمان أو التوقف عنها (3-2) واستراتيجيات الحد من الضرر (5-2).

« التعامل مع الاحتياجات المتعلقة بالغذاء والعمل

« المتابعة 

« في حال كان الشخص مرافقاً  أو امرأة  في سن الإنجاب أو امرأة حاملاً أو مرضعاً
انظر الفئات السكانية الخاصة

البروتوكول

2

الاعتد

إذا كان الشخص يعاني من الاعتد على الأفيونيات:

« بصفة عامة، يكون علاج المداومة أكثر فاعلية من إزالة السمية.

« تقييم درجة وخامة الاعتد، وتقديم علاج المداومة بمقلدات الأفيونيات (المعروف أيضاً باسم العلاج ببدائل الأفيون) أو إحالة الشخص إليها، بعد القيام بإزالة السمية. اذهب إلى البروتوكول 5 (علاج المداومة بمقلدات الأفيونيات).

« في سائر الحالات، الترتيب لإزالة السمية حسب الخطأ، عند الضرورة. اذهب إلى البروتوكول 4 (سحب الأفيونيات).

إذا كان الشخص يعاني من الاعتد على البنزوديازيبينات:

« يمكن أن يؤدي التوقف المفاجئ عن تعاطي البنزوديازيبينات إلى نوبات وهذيان. لذا ينبغي النظر في تقليل الجرعات بشكل تدريجي إما بصره مع الإشراف أو بتخفيفه على نحو أسرع في عيادة داخلية. اذهب إلى البروتوكول 6 (انسحاب البنزوديازيبينات).

إذا كان الشخص يعاني من الاعتد على الكحول:

« يمكن أن يؤدي التوقف المفاجئ عن تعاطي الكحول إلى نوبات وهذيان. ومع ذلك، إذا كان الشخص على استعداد لوقف تعاطي الكحول، يجب تسهيل الأمر عليه عن طريق تحديد الوضع المناسب للتوقف والترتيب لإزالة السمية في عيادة داخلية، عند الحاجة. اذهب إلى البروتوكول 3 (الانسحاب الكحولي).

« إساءة النصح للشخص بتناول 100 ملغم ثيامين/ اليوم فموياً. +

« النظر في التدخل الدوائي لمنع الانتكاس والعودة إلى الاعتد على الكحول. وتشمل الأدوية الأكامبروسيت والنالتريكسون والديسولفيرام. كما يمكن استخدام الباكلوفين، غير أن آثاره الجانبية المتمثلة في الترتين وإساءة الاستخدام يجعل من الأفضل أن يقتصر إعطاؤه على الأماكن التخصصية. وتشمل الاستجابة الفعالة عند تناول هذه الأدوية انخفاضاً في كمية الكحول وتواتر استهلاكه، إن لم يكن الامتناع عنه بشكل كامل. اذهب إلى

الجدول 1. +

لسائر مواد الإدمان:

« إساءة النصح بالتوقف عن مواد الإدمان بشكل كامل وإظهار الاستعداد لتوفير الدعم للشخص من أجل للقيام بذلك، وسؤاله إن كان جاهزاً للقيام بهذا التغيير.

« البحث في استراتيجيات الحد من مواد الإدمان أو التوقف عنها واستراتيجيات الحد من الضرر.

« النظر في الإحالة إلى مجموعات مساعدة الأقران أو مراكز مجتمعية علاجية تأهيلية/ داخلية، في حال وجودها.

« تلبية احتياجات الغذاء والسكن والعمل.

« تقييم أي اعتلال بدني أو نفسي متزامن. وبشكل مثالي، ينبغي القيام بذلك بعد التوقف عن تعاطي مواد الإدمان ب 2-3 أسابيع، إذ أن بعض المشاكل قد تزول عند توقف التعاطي.

لكل الحالات:

« تقديم التنقيف النفسي. +

« الترتيب لخدمات إزالة السمية عند الضرورة أو القيام بالعلاج في مركز صحي داخلي في حال توافره. علاج أعراض الانسحاب حسب الحاجة.

« إجراء تدخل موجز من خلال القيام بمقابلة تحفيزية لتشجيع الشخص على المشاركة في العلاج من الاعتد على مواد الإدمان.

« التفكير في العلاج النفسي الاجتماعي على مدى أطول للأشخاص الذين يعانون من مشاكل مستمرة تتعلق بتعاطي مواد الإدمان في حال لم تكن لديهم استجابة للتدخلات الموجزة الأولية. تتضمن العلاجات النفسية الاجتماعية للاضطرابات الإدمانية المستندة إلى البيئات برامج فردية وجماعية منظمة على مدى 6-12 أسبوعاً أو أكثر. وتستخدم هذه البرامج تقنيات مثل العلاج السلوكي المعرفي، العلاج بالتعزيز التحفيزي، العلاج بالتعزيز، نهج التعزيز المجتمعي، والعلاج الاسري. بينما تشمل مُهَج الدعم الاجتماعي المستندة إلى البيئات دعم العمل والسكن. +

البروتوكول

3

الكحول

منع اعتلال الدماغ لفيرنيكه وعلاجه:

- « الأشخاص الذين يتعاطون الكحول بكميات كبيرة وعلى نحو متواصل معرضون للإصابة باعتلال الدماغ لفيرنيكه، وهو متلازمة نقص الثيامين التي تتسم بالارتباك، والرأفة، وشلل العين (مشكلة في حركات العين)، والترنح (حركات غير متناسقة).
- « ولمنع هذه المتلازمة، ينبغي إعطاء جميع الأشخاص ممن لديهم تاريخ من التعاطي المزمن للكحول 100 ملغم من الثيامين يومياً فموياً. ويُعطى الثيامين قبل إعطاء الجلوكون لتجنب تسريع الإصابة باعتلال الدماغ لفيرنيكه.

تنويه

- ينبغي تقييم خطر إصابة الشخص بأعراض الانسحاب الشديدة عند التخطيط للإقلاع عن الكحول.
- السؤال عن:
- « هل مر الشخص من قبل بأعراض الانسحاب الشديدة، بما في ذلك النوبات الاختلاجية أو الهذيان؟
 - « هل هناك مسائل طبية أو نفسية هامة أخرى؟
 - « هل تتطور أعراض الانسحاب الخطيرة عند الشخص خلال 6 ساعات من آخر مرة تعاطى فيها الكحول؟
 - « هل فشلت محاولات الشخص في الإقلاع عن شرب الكحول خارج المرفق الصحي؟
 - « هل الشخص بلا مأوى أو بدون أي دعم اجتماعي؟
- في حال كان الخطر عالياً، يفضل إجراء عملية إزالة السمية للشخص في المرافق الصحية



« توفير بيئة هادئة وغير مُنبّهة، قدر الإمكان، بحيث تكون جيدة الإضاءة نهاراً، ومضاءة ليلاً بما يكفي لمنع الشخص من الوقوع عند الاستيقاظ ليلاً.

« ضمان حصول الشخص على كميات كافية من السوائل واحتياجاته من العناصر، مثل البوتاسيوم والمغنيزيوم.

« التعامل مع الجفاف: الحفاظ على الإماهة الكافية بما في ذلك الإماهة عن طريق الوريد، عند اللزوم، والتشجيع على شرب السوائل. التأكد من إعطاء الثيامين قبل الجلوكون لتجنب تسريع الإصابة باعتلال الدماغ لفيرنيكه.

التدخلات الدوائية: +

علاج أعراض الانسحاب الكحولي، عندما يكون ذلك مناسباً. ومنع أعراض الانسحاب باستخدام الديازيبام في حال وجود خطة لإزالة السمية. وتختلف جرعة العلاج بالديازيبام ومدته حسب وخامة الانسحاب.

- إعطاء جرعة أولية من الديازيبام، حتى 40 ملغم يومياً (10 ملغم أربع مرات في اليوم أو 20 ملغم مرتين في اليوم) لمدة 3-7 أيام فموياً. تنخفض الجرعة و/ أو عدد المرات بعد ذلك تدريجياً حالما تتحسن الأعراض. كما ينبغي رصد الشخص بشكل متكرر، إذ تختلف استجابة الأشخاص لهذا الدواء.

- في حال كان الشخص في المستشفى، يمكن إعطاء الديازيبام بوتيرة أكبر فموياً (أي كل ساعة)، وجرعات أعلى تصل إلى 120 ملغم يومياً لأول ثلاثة أيام، عند الضرورة وبناءً على التقييم المتكرر لأعراض الانسحاب عند الشخص وحالته النفسية.

- أما بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من خلل في عملية الاستقلاب في الكبد، (أي الأشخاص الذين لديهم علامات على أمراض الكبد أو المسنين)، فُتستخدم جرعة منخفضة في البداية، 5-10 ملغم فموياً، إذ أن تأثير البنزوديازيبينات يكون أطول عند هذه الفئات السكانية. ويمكن استخدام البنزوديازيبينات، ذات التأثير الأقصر، مثل الأوكسازيبام كبديل عن الديازيبام. انظر الجدول 1.

! مطلوب الحذر

يجب الحذر عند البدء بالبنزوديازيبينات أو عند زيادة الجرعة، إذ أنها قد تسبب تشبهاً في الجهاز التنفسي. كما تُستخدم بحذر عند الأشخاص الذين يعانون من أمراض الجهاز التنفسي و/ أو الاعتلال الدماغ الكبدية.



تنويه: مبادئ عامة ينبغي تطبيقها خلال التدبير العلاجي لأي نوع من أنواع الانسحاب

- « قد تظهر أعراض اكتئاب بعد فترة إزالة السمية، أو خلال فترة الانسحاب أو بعدها، و/أو قد يكون الشخص قد عانى من الاكتئاب مسبقاً. لذا يجب التيقظ لخطر محاولة إقدام الشخص على الانتحار.
- « توفير العلاج والدعم والرصد لكل الأشخاص بعد إزالة السمية بنجاح، بصرف النظر عن المكان الذي أزيلت فيه السمية.

- « المداومة على الإماهة.
- « تدبير أعراض الانسحاب علاجياً فور ظهورها، أي: معالجة الغثيان بمضادات القيء، والألم بالمسكنات البسيطة؛ والأرق بالمسكنات الخفيفة.
- « السماح للشخص بمغادرة مركز العلاج إذا رغب بذلك.
- « الاستمرار بالعلاج وتقديم الدعم بعد إزالة السمية.

بروتوكول

4

الأفيونيات

« الميثادون: يُعطى فموياً بجرعة أولية بين 15-20 ملغم، تُرفع إلى 30 ملغم يومياً إذا دعت الحاجة، ومن ثم تقليلها تدريجياً حتى إيقافها بشكل كامل على مدى 3-10 أيام. وكما هو الحال مع البوبرينورفين، ينبغي إيلاء عناية خاصة للأشخاص الذين يتناولون عقاقير مركبة أخرى.

« كلونيدين أو لوفيكسيدين: في حال عدم توافر بدائل الأفيون، يمكن استخدام الكلونيدين أو اللوفيكسيدين لتدبير بعض أعراض الأفيونيات علاجياً، لا سيما فرط الاستثارة. يُعطى الكلونيدين أو اللوفيكسيدين بجرعة تتراوح بين 0.1 إلى 0.15 ملغم فموياً 3 مرات يومياً، حسب وزن الجسم. وقد ينجم عن ذلك شعور بالدوخة والسكون. ينبغي رصد ضغط الدم بشكل دقيق. كما يجب تدبير سائر أعراض الانسحاب علاجياً، أي معالجة الغثيان بمضادات القيء، والألم بالمسكنات البسيطة، والأرق بالمسكنات الخفيفة.

« سلفات المورفين: تُعطى جرعة أولية بين 10-20 ملغم، مع 10 ملغم جرعة إضافية عند اللزوم. قد ينجم عنها الشعور بالسكون أو تثبيط الجهاز التنفسي بها قد يهدد حياة الشخص. كما قد يؤدي استخدام سلفات المورفين لفترات طويلة إلى الاعتماد عليها. لمزيد من التفاصيل، اذهب إلى **الجدول 1**

« **مطلوب الحذر** قبل الشروع في سحب الأفيونيات، خاصة في حال استخدام الحقن. وعندما يؤخذ القرار بالشروع في هذه العملية، ينبغي إخبار الشخص بما ينتظره، بما في ذلك أعراض الانسحاب والفترة التي سيستغرقها. على سبيل المثال: يؤدي الانسحاب إلى تدني القدرة على تحمل الأفيونيات. وهذا يعني أنه إذا استمر الشخص باستخدام الأفيونيات بنفس الجرعة المعتادة بعد عملية الانسحاب، فسيكون عرضة للجرعة الزائدة. ونظراً لهذه المخاطر، فإن أفضل وقت للشروع في عملية الانسحاب هو عندما تكون هناك خطة لإدخال الشخص في برنامج إعادة تأهيل داخلي، أو برامج دعم نفسية اجتماعية أخرى. وكبدل آخر، يمكن الترتيب للعلاج ببدائل الأفيونيات، إما بالميثادون أو البوبرينورفين؛ انظر القسم الخاص بعلاج المداومة بمقلدات الأفيون (انظر البروتوكول 5)، لا اختيار إحدى الخيارات الدوائية التالية للعلاج:

« البوبرينورفين: لتدبير الانسحاب علاجياً، يتم إعطاء البوبرينورفين تحت اللسان بجرعة تتراوح بين 4-16 ملغم يومياً لمدة 3-14 يوماً. وقبل الشروع في العلاج بالبوبرينورفين، من المهم الانتظار لحين تصبح أعراض وعلامات انسحاب الأفيون واضحة - 8 ساعات على الأقل بعد آخر جرعة من الهيروين و 24-48 ساعة بعد آخر جرعة من الميثادون؛ وإلا فسيكون هناك خطر من أن يقوم البوبرينورفين نفسه بتعجيل متلازمة الانسحاب. وينبغي إيلاء اهتمام خاص إذا كان الشخص يتناول عقاقير مسكنة أخرى.

بروتوكول

5

علاج المداومة بمقلدات الأفيون

« يتطلب علاج المداومة بمقلدات الأفيون وجود إطار وطني قائم ومُنظَّم. يتميز هذا النوع من العلاج بوصف مقلدات الأفيون ممتدة التأثير (أو مقلدات جزئية)، مثل الميثادون والبوبرينورفين بشكل عام على أساس يومي وتحت إشراف. وهناك بيّنات قوية على أن علاج المداومة بمقلدات الأفيون من ميثادون وبوبرينورفين يقلل من تعاطي مواد الإدمان على نحو غير مشروع ومن انتشار فيروس نقص المناعة البشري ومن الوفيات والجريمة، ويحسن الصحة البدنية والنفسية وأداء الأدوار الاجتماعية.

« الرصد: يمكن أن تتعرض الأدوية المستخدمة في علاج المداومة بمقلدات الأفيون لسوء الاستخدام أو تحويل الاستخدام. لذلك، ينبغي أن تتبع البرامج أساليب مختلفة للحد من خطر تحويل الاستخدام، بما في ذلك أن يخضع استهلاكها للإشراف.


« لمزيد من التفاصيل، انظر الجدول 1.

بروتوكول

6

انسحاب البنزوديازيبينات

« يمكن الترتيب لسحب البنزوديازيبين عن طريق التحول إلى البنزوديازيبينات ممتدة التأثير وتخفيض الجرعات تدريجياً على مدى 8-12 أسبوعاً، بحيث يتم ذلك بالتزامن مع الدعم النفسي الاجتماعي. يمكن تخفيض الجرعات بشكل أسرع فقط في حال كان الأشخاص من المرضى الداخليين، كأن يتم ذلك في المستشفى أو مركز إزالة السمّية.

« في حال حدوث انسحاب شديد وغير منضبط للبنزوديازيبين أو حدوثه نتيجة التوقف العشوائي أو المفاجئ، ينبغي استشارة متخصص أو شخص آخر للرجوع إليه للبدء على الفور في نظام التركيب التسكين بجرعة عالية من البنزوديازيبين مع إدخال الشخص إلى المستشفى. كما يجب الحذر من صرف البنزوديازيبين لمرضى غير معروفين دون إشراف. 

التدخلات النفسية الاجتماعية

2-1 التثقيف النفسي

« يمكن علاج الاضطرابات الإدمانية بفعالية في كثير من الأحيان ويمكن للأشخاص الذين يعانون من هذه الاضطرابات أن يتأثروا للشفاء.

« يُسبب النقاش حول الاضطرابات الإدمانية شعوراً بالخرج والخزي لدى الكثير من الأشخاص. لذا ينبغي، وعلى الدوام، استخدام نهج بعيد عن إطلاق الأحكام عند التحدث إلى الأشخاص عن مواد الإدمان. فقد يصبح المرء أقل انفتاحاً للحديث عندما يشعر بأنه مُدان. كما ينبغي تجنب إظهار المفاجأة على أية إجابة.

« إخبار الشخص وثقة أنه من الممكن وقف أو تقليل استخدام الكحول على نحو ينطوي على خطر أو ضرر وتشجيعه على العودة إذا كان يريد مناقشة المسألة بشكل أوسع.

« يكون احتمال نجاح الشخص في تقليل مواد الإدمان أو وقفه أكبر عندما يكون القرار نابعاً من الذات.

2-2 المقابلات التحفيزية (تدخلات موجزة)

« التدخلات الموجزة باستخدام المقابلات التحفيزية هي نهج لمناقشة مواد الإدمان بطريقة بعيدة عن إطلاق الأحكام. فهي تشجع الشخص على التفكير في خياراته المتعلقة مواد الإدمان. ويمكن الاستعانة بها كجزء من لقاء قصير جداً يهدف إلى التعامل مع مواد الإدمان على نحو خطر أو ضار. ويمكن أن تستخدم أيضاً كجزء من مناقشة أطول تُجرى على عدة جلسات لتدبير أنماط الاعتماد على مواد الإدمان علاجياً؛ وهذا ما يشار إليه بالعلاج بالتعزيز التحفيزي ومن المهم أن تتضمن مراحل المناقشة جميع أجزاء العملية: بدءاً من التعبير عن التعاطف وخلق جو من الثقة، مع الإشارة أيضاً إلى نقاط التناقض في رواية الشخص، والاعتراض على المعتقدات الخاطئة. كما ينبغي تجنب الجدل معه، إذ يجب أن يشعر الشخص بأن الممارس الصحي موجود لدعمه وليس لانتقاده. وفي حال كان الشخص غير قادر على الالتزام بوقف النمط

الضار من مواد الإدمان في هذا الوقت، فينبغي مناقشته حول السبب، عوضاً عن إجباره على قول ما يعتقد أنه متوقع.

« تقنيات لمناقشات أكثر عمقاً:

1. تقديم التعليقات الشخصية للشخص حول المخاطر المرتبطة بنمط مواد الإدمان، سواء كان هذا النمط «على نحو ضار» أو «اعتماداً» أو لم يكن، والأضرار المحددة التي قد يواجهها أو يسببها للآخرين.

2. تشجيع الشخص على تحمل المسؤولية حول خياراته المتعلقة مواد الإدمان، وخياره في التماس أو عدم التماس المساعدة حول هذا التعاطي. يمكن القيام بذلك عن طريق سؤال الشخص عن مدى قلقه بشأن تعاطي مواد الإدمان.

3. سؤال الشخص عن أسباب مواد الإدمان، بما في ذلك رد الفعل على مسائل أخرى مثل مشاكل الصحة النفسية أو ضغوط معينة، والمنافع التي يتوقع أن يجنيها من جراء ته لهذه المواد، حتى لو كان ذلك على المدى القصير وحسب.

4. سؤال الشخص عن تصوره لآثار تعاطي مواد الإدمان، الإيجابية منها والسلبية، وعند الضرورة الاعتراض على المبالغة في تقدير المنافع والاستهانة بالمخاطر/الأضرار.

5. سؤال الشخص عن أهدافه الشخصية، وفيما إذا كان مواد الإدمان يساعد على تحقيق هذه الأهداف أو يمنعها.

6. مناقشة الشخص فيما أفصح عنه بشأن مواد الإدمان، وأسبابه، وآثاره، والأهداف الشخصية التي يطمح إليها مما يتيح له اكتشاف التناقض الواضح بين عواقب مواد الإدمان والأهداف التي أشار إليها.

7. مناقشة خيارات التغيير استناداً إلى اختيار أهداف واقعية ومحاولات إيجاد مسار عمل متفق عليه من الطرفين.

8. دعم الشخص لإحداث هذه التغييرات عن طريق التعبير عن الثقة بقدرته

على إحداث تغييرات إيجابية في حياته، من خلال تقديم معلومات عن الخطوات التالية حسب الحاجة (القيام بمراجعة أخرى وإزالة السممة والدعم النفسي الاجتماعي)، وتزويد الشخص بمواد يأخذها معه إلى المنزل، في حال توافرها.

« أمثلة عن الأسئلة التي يمكن توجيهها للشخص. استخلاص أفكار الشخص المتعلقة مواد الإدمان عن طريق طرح الأسئلة التالية دون إطلاق الأحكام:

1. أسباب مواد الإدمان. (السؤال: «هل فكرت يوماً لماذا [مادة الإدمان]؟»)
2. ما هي المنافع التي يتوقع أن يجنيها من هذه المواد. (السؤال: «بماذا تعود عليك [مادة الإدمان]؟ وهل تسبب لك أية مشاكل؟»)
3. هل هناك إدراك للأضرار الفعلية والمحتملة هذه المواد. (السؤال: «هل سبب لك [مادة الإدمان] أي ضرر؟ وهل تتصور أنها ستسبب لك أضراراً في المستقبل؟»)
4. ما هو الشيء الأكثر أهمية بالنسبة للشخص. (السؤال: ما هو الشيء الأكثر أهمية بالنسبة لك في الحياة؟»)

2-3 استراتيجيات للحد من مواد الإدمان والإقلاع

خطوات لتقليل جميع مواد الإدمان أو الإقلاع عنها: إذا كان الشخص مهتماً بالتقليل من مواد الإدمان، ينبغي مناقشة الخطوات التالية معه:

« تحديد مسببات ي وطرق تجنبها. على سبيل المثال: الحانات حيث يجتبي الناس الكحول أو الأماكن التي اعتاد الشخص على الحصول على المخدرات منها، الخ.

« تحديد الإشارات العاطفية وسبل التغلب عليها (مشاكل في العلاقات أو صعوبات في العمل، الخ...).

« تشجيع الشخص على عدم الاحتفاظ بمواد الإدمان في المنزل.

2-4 مجموعات المساعدة المتبادلة

« يمكن لمجموعات المساعدة المتبادلة مثل مدمني الكحول المجهولين «Alcoholics Anonymous» أو مدمني المخدرات المجهولين «Narcotics Anonymous» أو سمارت ريكفري «Smart Recovery» أن تكون بمثابة مراجع مساعدة للأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات الإدمانية. حيث تقوم هذه المجموعات بتقديم المعلومات والأنشطة المنظمة ودعم الأقران في بيئة بعيدة عن إطلاق الأحكام. لذا ينبغي البحث عن مجموعات المساعدة المتبادلة المتوفرة.

2-5 استراتيجيات لمنع الضرر الناجم عن المخدرات وعلاج الحالات ذات الصلة

« تشجيع الشخص على اتباع سلوكيات أقل خطورة.

- إسداء النصح بعدم القيادة تحت تأثير المخدرات.

- إذا كان الشخص الأفيونيات، ينبغي تزويد أفراد الأسرة بالتالكسون، العضلي أو الأنفي، بحيث يقوم أفراد زائدة من المخدرات بينها ينتظرون وصول المساعدة أو أثناء توجيههم إلى المستشفى.

في حال كان الشخص المخدرات عن طريق الحقن:

« إبلاغ الشخص بمخاطر المخدرات عن طريق الحقن الوريدي، وتشمل هذه المخاطر: التعرض لخطر الإصابة بالعدوى مثل العدوى بفيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز، والتهاب الكبد النمطين B و C، والالتهابات الجلدية، التي يمكن أن تسبب الالتهابات الدموية والتهاب الشغاف والحُرَّاجات السيسائية، والتهاب السحايا، والموت.

« والنظر إلى أن الشخص قد لا يتوقف فوراً عن حقن المخدرات، فينبغي توفير المعلومات عن أساليب الحقن الأقل خطورة. مع التأكيد على أهمية استخدام الإبر المعقمة والمحاقن في كل مرة يتم فيها الحقن وعدم مشاركة أدوات الحقن مع الآخرين أبداً.

« التزويد بمعلومات عن إمكانية الوصول إلى برامج تبادل الإبر والمحاقن حيثما وجدت أو مصادر أخرى لمعدات الحقن المعقمة.

« تشجيع الشخص على القيام، على الأقل، باختبار سنوي للأمراض الفيروسية المنقولة بالدم، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز، والتهاب الكبد من النمطين B و C، وتوفير هذا النوع من الاختبار له.

- التشجيع على الحصول على اللقاح ضد التهاب الكبد النمط B.

- ضمان توافر الواقي الذكري.

- ضمان توافر العلاج للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز والالتهاب الكبدي.

علاج الاعتلالات المترابطة:

« تيسير القيام بالفحص للكشف عن مرض السل عند الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات الإدمانية.

« النظر في القيام بالفحوص المتعلقة بالأمراض المنقولة عن طريق الجنس وعلاجها.

2-6 دعم القائمين على رعاية الشخص

دعم الأسر والقائمين على رعاية الشخص:

« مناقشة أسرة الشخص و/ أو القائمين على الرعاية حول تأثير الاضطرابات

الإدمانية على سائر أفراد الأسرة، بمن فيهم الأطفال.

« توفير المعلومات والتثقيف حول الاضطرابات الإدمانية.

« تقييم الاحتياجات الشخصية والاجتماعية واحتياجات الصحة النفسية. وتقديم العلاج للاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية ذات الأولوية.

« إعلامهم بمجموعات دعم الأسر والقائمين على الرعاية (في حال توافرها) والموارد الاجتماعية الأخرى ومساعدتهم على الوصول إليها

تنويه:

فيروس نقص المناعة البشري/ السل/ التهاب الكبد وتعاطي مواد الإدمان

« الأشخاص الذين يقومون بحقن المخدرات معرضون بشكل أكبر لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز والتهابات الكبد، خاصة إذا لم يستخدموا أدوات الحقن المعقمة أو كانوا يمارسون الجنس بشكل غير آمن مقابل الحصول على المخدرات؛ وما إن يصابوا بالعدوى حتى يصبح مسار المرض أسوأ من ذي قبل. كما يزيد فيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز من خطر الإصابة بالسل، والسل النشط هو سبب رئيسي للموت لدى الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز. كما أن الأشخاص الذين يتعاطون الكحول والمخدرات بكميات كبيرة معرضون لخطر الإصابة بمرض السل على نحو أكبر. ولذلك يكون هناك مظاهر شائعة لدى الأشخاص الذين يتعاطون مزيجاً من المخدرات، وخصوصاً الهيروين عن طريق الوريد، وأولئك المصابين بالسل، وفيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز، والتهابات الكبد في نفس الوقت.

« يجب على مقدمي الخدمات التي تعالج الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات والكحول إجراء اختبار كشف فيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز والتهابات الكبد بشكل منتظم لجميع الأشخاص الذين يقومون بحقن المخدرات، ويجب الاشتباه في الإصابة بالسل بشكل كبير عند أي شخص يعاني من السعال أو الحمى أو التعرق الليلي أو فقدان الوزن.

« يتطلب علاج فيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز والسل تناول الأدوية بشكل يومي، حيث أن كل يوم له أهمية في العلاج. كما قد يؤدي الرصد المباشر للعلاج إلى تحسين الالتزام به. إذا كان الشخص يعتمد على الأفيونيات، فإن تقديم العلاج بالميثادون أو البوبرينورفين بشكل يومي وتحت الملاحظة وفي نفس المكان والزمان من شأنه أن يسهل الالتزام بالعلاج بشكل أكبر.

« تُعالج التهابات الكبد بشكل يومي أو أسبوعي. ويجب إسداء النصح للمرضى المصابين بالتهاب الكبد من النمط B أو C بتجنب تعاطي الكحول بشكل كامل.



الفئات السكانية الخاصة



المراهقون

كيفية تقييم المراهق:
« توضيح الطبيعة السرية للنقاش مع القائمين على الرعاية الصحية، بما في ذلك الظروف التي تُعطى من خلالها المعلومات للوالدين أو القائمين على رعاية المراهق.

« السؤال عما يجري في حياة المراهق من أمور أخرى؟. تحديد أهم القضايا بالنسبة للمراهق، مع الأخذ في الاعتبار أن المراهقين غالباً لا يكونون قادرين على التعبير بشكل كامل عما يزعجهم.

« قد يساعد طرح أسئلة مفتوحة على استخلاص معلومات حول المجالات التالية: المنزل، والتعليم، والعمل، وتناول الطعام، والأنشطة، والمخدرات والكحول، والأمور الجنسية، والسلامة، والانتحار/الاكتئاب. وينبغي إتاحة الوقت الكافي لمناقشتها. كما ينبغي تقييم حالات الصحة النفسية ذات الأولوية الأخرى. وفي حال تم تحديد أية حالات أخرى ذات أولوية، الرجوع إلى « الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين.

التثقيف النفسي للمراهقين:

« تزويد المراهق وأهله بمعلومات عن آثار الكحول وغيرها من مواد الإدمان على صحة الفرد وأداء الأدوار الاجتماعية.

« التشجيع على إحداث تغيير في بيئة المراهق والأنشطة التي يقوم بها، بدلاً من التركيز على سلوك المراهق باعتباره «مشكلة»، كأن يتم تشجيعه على المشاركة في الأعمال والأنشطة المدرسية التي تشغل وقته. وتشجيع مشاركته في الأنشطة الجماعية الآمنة والتي تساعد في بناء مهاراته ومساهمته في مجتمعه. ومن المهم أن يشارك المراهقون في الأنشطة التي تهمهم.

« تشجيع الأهل و/أو القائمين على رعاية المراهق على البقاء على علم بالأماكن التي يذهب إليها، ومن يرافق، وماذا يفعل، ومتى سيعود إلى المنزل، وأن ينتظروا منه أن يكون مسؤولاً عن الأنشطة التي يقوم بها.

النساء في سن الإنجاب أو الحوامل أو



المرضعات

الكحول:

« إسداء النصح للنساء الحوامل أو اللاتي يفكرن في الحمل بتجنب الكحول تماماً.

« إعلام المرأة بأن استهلاك حتى كميات صغيرة من الكحول في وقت مبكر من الحمل يمكن أن يؤدي الجنين النامي، وأن كميات كبيرة من الكحول يمكن أن تؤدي إلى متلازمة من مشاكل التطور الذهني الشديدة (متلازمة الجنين الكحولي).

« إسداء النصح للنساء المرضعات بتجنب الكحول تماماً.

« نظراً لفوائد الرضاعة الطبيعية الخالصة (وبخاصة في أول 6 أشهر)، وإذا واصلت الأمهات شرب الكحول، فينبغي نصحن بالحد من استهلاكه، والتقليل من نسبة الكحول في حليب الثدي، إما عن طريق إرضاع أطفالهن قبل شرب الكحول، وعدم القيام بالإرضاع مرة أخرى إلا بعد هبوط مستويات الكحول في الدم إلى الصفر (منح حوالي ساعتين لكل مشروب، أي 4 ساعات إذا استهلكت المرأة مشروبين)، أو عن طريق القيام بشفط حليب الثدي.

مطلوب الحذر

« ينبغي توفير خدمات الدعم الاجتماعية المتاحة لجميع الأمهات اللاتي يتعاطين مواد الإدمان الضارة وأطفالهن الصغار، بما في ذلك الزيارات الإضافية بعد الولادة، والتدريب على الرعاية الوالدية، وتقديم الرعاية للأطفال أثناء الزيارات الطبية.

المخدرات:

« الاستفسار عن الدورة الشهرية وإعلام المرأة بأن مواد الإدمان يمكن أن يؤثر عليها ويخلق أحياناً انطباعاً خاطئاً بأن الحمل غير ممكن.

« مناقشة المرأة حول التأثير الضار للمخدرات غير المشروعة على الجنين وضمان حصولها على وسائل منع الحمل الفعالة.

« تقديم المشورة والدعم للنساء الحوامل بوقف تعاطي جميع المخدرات غير المشروعة. وتقديم النصح للاتي يعانين من الاعتماد على الأفيونيات بشكل عام بأخذ بدائل من مقلدات الأفيون مثل الميثادون.

« فحص أطفال الأمهات اللاتي يعانين من اضطرابات إدمانية تحسباً لإصابتهم بأعراض الانسحاب (المعروفة أيضاً بمتلازمة الامتناع لدى حديثي الولادة).

ينبغي علاج متلازمة الامتناع لدى حديثي الولادة الناجمة عن تعاطي الأم للأفيونيات بجرعات منخفضة من الأفيونيات (مثل المورفين) أو الباربيتورات. لمزيد من التفاصيل، يرجى الرجوع إلى المبادئ التوجيهية حول تحديد تعاطي مواد الإدمان والاضطرابات الإدمانية وتديرها علاجياً أثناء الحمل، والمتوفرة على الموقع

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

« تقديم المشورة والدعم للنساء المرضعات بعدم أية مخدرات غير مشروعة.

« تقديم المشورة والدعم للأمهات المصابات باضطرابات إدمانية للقيام بالإرضاع الطبيعي الخالص لأول 6 أشهر على الأقل، ما لم ينصح المتخصص بعكس ذلك.

التدخلات الدوائية

جدول 1: مخطط الأدوية

الصنف/ الاستطباب	الدواء	الجرعة	التأثيرات الجانبية	موانع الاستعمال/ المحاذير
البنزوديازيبينات لعلاج الانسحاب الكحولي، بالمشطبات، والدهان	الديازيبام (Diazepam)	يُعطى 10-20 ملغم عند ملاحظة مظاهر الكحولي أو بالمشطبات كل ساعتين إلى أن تصبح هذه المظاهر غير ملحوظة أو يهدأ الشخص. وتستخدم جرعات أقل (تصل إلى 10 ملغم أربع مرات يومياً) للانسحاب الكحولي خارج المرافق الصحية.	السكون وتثبيط الجهاز التنفسي الذي يمكن أن يهدد حياة الشخص. ويمكن أن يؤدي تناوله لفترات زمنية طويلة إلى الاعتماد عليه	❌ لا يُستخدم مع الأشخاص الذين يعانون من السكون. وينبغي الحذر من جمعه مع المسكنات الأخرى. ويتعين على المرضى تجنب القيادة. قد يمتد التأثير لدى الأفراد الذين يعانون من أمراض كبدية شديدة. وينبغي الإشراف على الجرعات للتقليل من خطر تحويل الاستخدام (أي بيع الدواء لشخص آخر).
مقلدات الأفيون لعلاج الجرعة الزائدة من الأفيون	نالوكسون (Naloxone)	2-0.4 ملغم عن طريق الوريد أو العضل، أو تحت الجلد أو داخل الأنف مع تكرار الجرعات عند اللزوم.	قد ينتج عنه الشعور بعدم الراحة أو أعراض انسحاب.	
فيتامينات للووقاية من أو علاج اعتلال الدماغ لفيرنيكه	الميثادون (Methadone)	100 ملغم فموياً لمدة خمسة أيام للوقاية من اعتلال الدماغ لفيرنيكه. 100-500 ملغم عن طريق الوريد أو العضل، مرتين إلى ثلاث مرات يومياً لمدة 3-5 أيام لعلاج اعتلال الدماغ لفيرنيكه.		
مقلدات الأفيون لعلاج الأفيونيات والاعتماد عليها	البوبرينورفين (Buprenorphine)	انسحاب الأفيونيات: 20 ملغم من الميثادون كجرعة أولية، مع جرعة إضافية من 5-10 ملغم بعد أربع ساعات عند الضرورة. مداومة الأفيونيات: جرعة أولية من 10-20 ملغم، مع 10 ملغم جرعة إضافية عند اللزوم، وزيادة الجرعة اليومية بمقدار 5-10 ملغم كل بضعة أيام إذا دعت الحاجة لذلك إلى أن تتوقف معاناة الشخص من جراء انسحاب الأفيونيات والأفيونيات غير المشروعة. وينبغي المداومة على الدواء إلى أن يصبح الشخص جاهزاً لوقف العلاج بمقلدات الأفيون.	السكون، الارتباك، الغثيان، التقيؤ، الإمساك، تغيرات هرمونية محتملة، نقص في الرغبة الجنسية، تغير في مخطط كهربية القلب، مثل إطالة فترة الفاصل الزمني أو ببطء القلب، هبوط ضغط الدم، تثبيط الجهاز التنفسي.	يُستخدم بحذر مع الأشخاص الذين يعانون من أمراض القلب أو الجهاز التنفسي.
	البوبرينورفين (Buprenorphine)	جرعة أولية من 4-8 ملغم، تزيد بمقدار 4-8 ملغم كل يوم حسب الحاجة إلى أن تتوقف معاناة الشخص من جراء انسحاب الأفيونيات وتعاطي الأفيونيات غير المشروعة. وينبغي المداومة على الدواء إلى أن يصبح الشخص جاهزاً لوقف العلاج بمقلدات الأفيون.	لسكون، الدوخة، الترنح، الغثيان، التقيؤ، الإمساك، تثبيط الجهاز التنفسي.	- يُستخدم بحذر في حالات قصور القلب الاحتقاني، أو أمراض الجهاز التنفسي، أو أمراض الكبد. - احتمال إساءة الاستخدام. - قد يؤدي التوقف الفجائي إلى ظهور أعراض الانسحاب.
	سلفات المورفين (Morphine sulphate)	جرعة أولية من 10-20 ملغم، مع 10 ملغم جرعة إضافية عند اللزوم.	السكون، وتثبيط الجهاز التنفسي الذي يمكن أن يهدد حياة الشخص. يمكن أن يؤدي تناول الدواء لفترات زمنية طويلة إلى الاعتماد عليه.	❌ لا يُستخدم مع الأشخاص الذين يعانون من السكون. وينبغي الحذر من جمعه مع المسكنات الأخرى. ويتعين على المرضى تجنب القيادة. قد تمتد فترة تأثيره عند الأشخاص الذين يعانون من أمراض كبدية وخيمة. وينبغي الإشراف على الجرعات للتقليل من خطر تحويل الاستخدام (أي بيع الدواء لشخص آخر). يلزم إعطاء أفيونيات ذات تأثير أطول عند توفرها مثل الميثادون أو البوبرينورفين مرة في اليوم للمرضى غير المقيمين في المرافق الصحية.

الصف/ الاستطباب	الدواء	الجرعة	التأثيرات الجانبية	موانع الاستعمال/ المحاذير
منبهات ألفا الأدرينالية لعلاج انسحاب الأفيونات	الكلونيدين (Clonidine)	البداية بـ 0.1 ملغم، 2-3 مرات يومياً، وزيادة الجرعة حسب التحمل، بحيث تُعطى على جرعات متعددة لتدبير أعراض الانسحاب ويقدّر لا يتجاوز 1 ملغم يومياً.	السكون، الدوار، الدوخة، الصداع، الغثيان/ التقيؤ، جفاف الفم، الإمساك، اضطراب الوظيفة الجنسية، الاكتئاب، الهياج، انخفاض ضغط الدم، تسارع القلب، بطء القلب الجيبي، إحصار أذيني بطيئ.	يجب توخي الحذر عند وصفه للأشخاص المصابين بأمراض القلب، والأمراض الدماغية الوعائية، وأمراض الكبد. كما تستخدم جرعات أقل عند المصابين بأمراض الكلى. ينبغي التنبيه إلى احتمال إساءة الاستخدام، ورصد العلامات الحيوية عن كثب. ❌ عدم وقف الدواء بشكل فجائي، فقد يسبب الانسحاب فرط ضغط الدم الارتدادي. تجنب وصفه للنساء الحوامل أو المرضعات. ⚠️
	لوفيكسيدين (Lofexidine)	البداية بـ 0.4-0.6 ملغم مرتين يومياً، وزيادة الجرعة حسب الحاجة بمقدار 0.4-0.8 ملغم يومياً بشكل لا تتجاوز فيه الجرعة الواحدة 0.8 ملغم والجرعة اليومية القصوى 2.4 ملغم (مقسمة على 2-4 جرعات).	السكون، الدوار، انخفاض ضغط الدم، تغير في مخطط كهربية القلب، مثل إطالة فترة الفاصل الزمني وبطء القلب الجيبي.	يجب توخي الحذر عند وصفه للأشخاص المصابين بأمراض القلب، والأمراض الدماغية الوعائية، وأمراض الكلى. ويجب تجنب استخدامه مع المرضى الذين لديهم متلازمة إطالة الفاصل الزمني القلبي، أو اضطراب الاستقلاب، أو المرضى الذين يتناولون أية أدوية لإطالة فترة الفاصل الزمني. رصد العلامات الحيوية عن كثب. ❌ عدم وقف الدواء بشكل فجائي، فقد يسبب الانسحاب فرط ضغط الدم الارتدادي.
أدوية لمنع الانتكاس ومعاودة الاعتماد على الكحول	أكامبروسيت (Acamprosate)	البداية بـ حبتين من عيار 333 ملغم فمويًا 3 مرات يومياً لمدة 12 شهر. وإذا كان وزن الشخص أقل من 60 كغ، تُعطى حبتان فمويًا مرتين يومياً فقط لمدة 12 شهر.	الإسهال، انتفاخ البطن، الغثيان/ التقيؤ، ألم في البطن، الاكتئاب، القلق، الميول الانتحارية، الحكمة، ويمكن أن يحدث أحياناً، طفح بُعِيّ حَطَاطِيّ، ونادراً، تفاعلات الجلد الفُقَاعِيّ.	تغطي جرعة أقل للمرضى المصابين بأمراض الكلى المعتدلة، 333 ملغم فمويًا 3 مرات يومياً. ❌ يمنع استعماله للمرضى المصابين بأمراض الكلى الشديدة وأمراض الكبد الشديدة.
لكبح الرغبة في الشرب	نالتريكسون (Naltrexone)	البداية بـ 50 ملغم يومياً لمدة 6-12 شهراً. وفي حال الاعتماد على الأفيونيات، ينبغي التأكد من عدم تعاطي الشخص للأفيونيات خلال الأيام السبعة الأخيرة (على سبيل المثال عن طريق إعطاء جرعة من النالوكسون)	السكون، الدوخة، الغثيان/ التقيؤ، ألم في البطن، الأرق، القلق، انخفاض الطاقة، آلام المفاصل والعضلات. رصد وظائف الكبد تحسباً للإصابة بتسمم الكبد.	خطر الموت من الجرعة الزائدة عند المرضى الذين الأفيونيات لأكثر من 24 ساعة بعد آخر جرعة من النالتريكسون، بسبب فقدان السريعة للتأثير المعاكس. ❌ لا يجوز استخدامه مع مرضى الفشل الكبدي أو المرضى الذين يعانون من التهابات الكبد الحادة.
	ديسلفيرام (Disulfiram)	البداية بـ 200-400 ملغم يومياً.	النعاس، الدوخة، الصداع، احمرار الوجه، التعرق، جفاف الفم، الغثيان/ التقيؤ، الرعاش، رائحة جسم كريهة، اضطراب الوظيفة الجنسية. وقد يحدث بشكل نادر، ردود فعل ذهانية، التهاب الجلد الأرجي، التهاب الأعصاب المحيطية، أو تلف خلايا الكبد. وقد تؤدي التفاعلات الشديدة إلى الارتباك، والوهط القلبي الوعائي، والموت.	تزيد مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (TCAs)، ومثبطات أكسيداز أحادي الأمين (MAOIs)، ومضادات الالتهاب، والموسعات الوعائية، ومستقبلات ألفا أو بيتا الأدرينالية من خطورة تفاعل الديسلفيرام مع الكحول. ويستمر التحسس للكحول 6-14 يوماً بعد تناول الديسلفيرام، حتى لو كانت كمياته صغيرة. ❌ لا يجوز استخدامه مع الكحول، فقد تهدد التفاعلات حياة الشخص أو قد تكون قاتلة. ❌ لا يجوز وصفه للنساء الحوامل أو المرضعات. ⚠️ ❌ يمنع استعماله عند المرضى الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم، أو أمراض القلب، والكبد، والكلى أو من لديهم تاريخ من الحوادث الدماغية الوعائية، أو الالتهاب، أو الاندفاعية أو في حال كانوا معرضين لخطر الإقدام على الانتحار.



الاضطرابات الإدمانية 3 « المتابعة

1

تقييم التحسن



نصائح حول المتابعة:

« التعاطي على نحو ضار: المتابعة خلال شهر واحد، ثم حسب الحاجة بعد ذلك.

« الاعتماد: المتابعة عدة مرات في الأسبوع خلال أول أسبوعين، ثم أسبوعياً خلال أول شهر. وخفض عدد مرات المتابعة عند تحسن الشخص إلى مرة واحدة في الشهر ثم حسب الحاجة بعد ذلك.

إجراء التقييم التالي عند كل زيارة:

- « كمية مواد الإدمان ومدى تكرار، الصحة النفسية، الصحة البدنية، عوامل الخطر والوقاية (مثل العلاقات، والسكن، والعمل، الخ..)
- « السؤال عن العوامل التي أدت إلى تعاطي مواد الإدمان وآثار هذا التعاطي.

التوقف الطويل عن التعاطي أو التعاطي غير الضار

- « النظر في إجراء اختبار بول بين الحين والآخر للتأكد من عدم التعاطي
- « التعليقات الإيجابية
- « دعم العوامل التي تقلل من خطر الانتكاس (مثل السكن والعمل)
- « علاج المشاكل الطبية الأخرى
- « تشجيع المشاركة في مجموعات المساعدة المتبادلة
- « القيام بالمراجعة على نحو أقل تواتراً

التوقف عن التعاطي في الآونة الأخيرة أو التحول إلى التعاطي غير الضار

- « النظر في إجراء اختبار بول للتأكد من الامتناع عن تعاطي مواد الإدمان
- « إعطاء تعليقات إيجابية لتشجيع الشخص على المداومة على الامتناع/ التعاطي غير الضار
- « علاج المشاكل الطبية الأخرى
- « النظر في أدوية منع الانتكاس في حال الاعتماد على الكحول والأفيونيات
- « النظر في العلاجات النفسية الاجتماعية لمنع الانتكاس وكذلك مجموعات المساعدة المتبادلة
- « دعم العوامل التي تقلل من خطر الانتكاس مثل السكن والعمل

التعاطي الخالي لمواد الإدمان

- « وضع استراتيجيات للحد من الضرر
- « علاج المشاكل الصحية
- « وضع استراتيجيات للحد من التعاطي
- « الترتيب لإزالة السمية أو علاج المداومة في حال وافق العميل على ذلك.
- « إجراء مراجعات وإسداء النصائح للتوعية على نحو متكرر

المربع 2. علامات المزمّن لمواد الإدمان والفحوصات التي يجب النظر فيها

علامات الاستهلاك المزمّن والمفرط للكحول

- « أمراض الكبد: يرقان (اصفرار) في الجلد والعينين، حافة الكبد محسوسة ولينة (في المراحل المبكرة من مرض الكبد)، الاستسقاء (البطن منفوخ ومملوء بالسوائل) وحمات عنكبوتية (أو عية دموية تشبه شبكة العنكبوت مرئية على سطح الجلد)، وحالة عقلية متبدلة (اعتلال دماغي كبدي)
- « الضرر المخيخي: مشكلات في التوازن، والمشّي، وتناسق الحركات، والرأفة.
- « الفحوصات التي يجب النظر فيها:

- أنزيمات الكبد: يشير ارتفاع إنزيمات الكبد والأمونيا إلى وجود مرض في الكبد.
- تعداد الدم الكامل: النظر في فقر الدم الكبير الكريات وانخفاض الصفائح الدموية.

علامات الاستهلاك المزمّن للمخدرات

- « صعوبة في رعاية الذات، حالة الأسنان سيئة، التهابات جلدية طفيلية مثل القمل أو الجرب، وسوء التغذية.
 - « علامات الحقن: البحث عن مواضع الحقن على الذراعين أو الساقين، مع العلامات المرئية القديمة منها والجديدة. سؤال الشخص عن المواضع التي يحقن فيها وفحصها للتأكد من عدم وجود علامات للعدوى المحلية.
 - « المضاعفات الصحية الشائعة المخدرات عن طريق الحقن: الأشخاص الذين يقومون بحقن المخدرات هم أكثر عرضة للإصابة بالعدوى مثل العدوى بفيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز والتهاب الكبد النمطين B و C، والسل. كما أنهم أكثر عرضة للإصابة بالالتهابات الجلدية في مواضع الحقن. وفي بعض الحالات، يمكن أن تنتشر هذه الالتهابات عن طريق الدم وتسبب الالتهابات الدموية، أو التهاب الشغاف، أو الحُرّاجات السيسائية، أو التهاب السحايا، أو الموت.
 - « الفحوصات التي يجب النظر فيها:
- فحص المخدرات في البول: ينبغي القيام بفحص البول في الحالات الطارئة عند الاشتباه بوجود انسمام أو سحب أو جرعة زائدة، خاصة في الحالات التي لا يكون الشخص فيها قادراً على الإبلاغ بما تناوله.
 - إذا كان الشخص قد قام بحقن المخدرات، ينبغي إجراء اختبار تحديد الخصائص المصلية للفيروسات المنقولة بالدم، كفيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز والتهاب الكبد النمطين B و C، الخ..
 - إذا كان الشخص قد قام بعلاقات جنسية غير محمية، ينبغي إجراء اختبار للأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشري والزهري والكلاميديا والسيلان وفيروس الورم الحليمي البشري (HPV).
 - الحصول على اختبار السل، وعينة من البلغم، وأشعة سينية للصدر عند الاشتباه بالسل. البحث عن علامات وأعراض مثل السعال المزمّن المنتج للبلغم، والحمى، والقشعريرة، وفقدان الوزن.

إيذاء الذات / الانتحار

يجب إجراء تقييم تحسباً لوجود أفكار وخطط وأفعال إيذاء الذات خلال التقييم الأولي، وبعد ذلك بشكل دوري حسب الحاجة. كما يجب إيلاء اهتمام بحالة الشخص النفسية وأي ضيق عاطفي يعاني منه.

تنويه:

الاستفسار عن إيذاء الذات لا يثير أية أفعال من إيذاء الذات، بل يخفف في العادة من القلق المرتبط بتلك الأفكار أو الأفعال، ويساعد الشخص بأن يشعر بأن هناك من يفهمه. لكن يجب توطين العلاقة مع الشخص قبل طرح أسئلة حول إيذاء الذات. يجب كذلك أن يُطلب إلى الشخص شرح الأسباب التي تدفعه لإيذاء نفسه.

الانتحار هو فعل قتل النفس عمداً. أما إيذاء الذات فهو مصطلح أوسع يشير إلى تسميم النفس أو التسبب بإصابتها، وقد يكون أو لا يكون وراءه نية أو نتيجة قاتلة. أي شخص يزيد عمره عن 10 سنوات يعاني من أي من الحالات التالية يجب سؤاله عما إذا كانت قد راودته أفكار أو خطط لإيذاء الذات خلال الشهر الماضي، أو قام فعلياً بإيذاء الذات خلال العام الماضي:

« أي من الحالات النفسية والعصبية والإدمانية ذات الأولوية (انظر « المخطط الرئيسي)

« ألم مزمن

« ضيق عاطفي حاد

إيذاء الذات/ الانتحار « لمحة سريعة



التدبير العلاجي

« بروتوكولات التدبير

1. فعل خطير طبياً لإيذاء الذات
2. خطر وشيك لإيذاء الذات/ الانتحار
3. خطر إيذاء الذات/ الانتحار

« التدبير العلاجي العام والتدخلات النفسية الاجتماعية



متابعة



التقييم

« تقييم إذا ما حاول الشخص الإقدام على فعل خطير طبياً لإيذاء الذات

« تقييم وجود خطر وشيك لإيذاء الذات/ الانتحار

« تقييم أية حالات نفسية وعصبية وإدمانية ذات أولوية

« تقييم الألم المزمن

« تقييم وخامة الأعراض الانفعالية

إيذاء الذات / الانتحار 1 « التقييم



تقييم إيذاء الذات/الانتحار إذا ظهر على الشخص أي مما يلي:

- الشعور بحالة شديدة من اليأس والإحباط، أفكار/ خطط/ أفعال حالية لإيذاء الذات/ الانتحار أو تاريخ من ذلك، أفعال إيذاء الذات مع علامات السُمية/ التسمم، نزف من جرح ألقه الشخص بنفسه، فقدان الوعي و/ أو خمول شديد، أو
- أية حالات نفسية وعصبية وإدمانية ذات أولوية، أو ألم مزمن، أو ضيق عاطفي حاد

1

هل حاول الشخص الإقدام على فعل خطير طبياً لإيذاء الذات؟

تقييم وجود دلائل على إيذاء الذات و/ أو علامات/ أعراض بحاجة إلى علاج طبي عاجل:

- فقدان الوعي
- علامات لوجود تسمم
- نزف من جرح ألقه الشخص بنفسه
- خمول شديد

لا



تنويه

إجراء التدبير العلاجي المناسب، حسب الحاجة، في حال كان الشخص مستقراً من الناحية الطبية

نعم

مطلوب تدبير فعل إيذاء الذات الخطير طبياً

« اذهب إلى البروتوكول 1

« العودة إلى الخطوة 2 حالما يستقر الشخص من الناحية الطبية.

2

هل هناك خطر وشيك إيذاء الذات/ الانتحار؟

سؤال الشخص والقائمين على رعايته عن وجود أي مما يلي:

- أفكار أو خطط حالية لإيذاء الذات/ الانتحار
- تاريخ من أفكار أو خطط إيذاء الذات خلال الشهر الماضي، أو أي قيام فعلي بإيذاء الذات خلال العام الماضي لدى الأشخاص الذين يعانون حالياً من حالة شديدة من الهياج، أو السلوك العنيف، أو الضيق أو صعوبة التواصل

لا

نعم

احتمال وجود خطر وشيك لإيذاء
الذات/ الانتحار« اذهب إلى البروتوكول 2، تدبير الحالة، ثم متابعة
الخطوة ٣ »هل كان هناك أفكار أو خطط لإيذاء الذات خلال الشهر الماضي، أو أي قيام
فعلي بإيذاء الذات خلال العام الماضي؟

لا

نعم

الخطر الوشيك لإيذاء الذات/ الانتحار غير
مرجح، لكن الخطر ما زال قائماً« اذهب إلى البروتوكول 3، تدبير الحالة، ثم متابعة
الخطوة ٣ »

خطر الإقدام على إيذاء الذات/ الانتحار غير مرجح

3

هل يعاني الشخص من أية اضطرابات نفسية أو عصبية أو إدمانية مترامنة؟

- الاكتئاب
- الاضطرابات النفسية والسلوكية
- الاضطرابات الإدمانية
- الذهان
- الصرع
- عند الأطفال/ المراهقين

لا

نعم

« تدبير الحالات المترامنة.
انظر الوحدات ذات الصلة.»



4

هل يعاني الشخص من ألم مزمن؟

لا

نعم

« تدبير الألم وعلاج أي حالات طبية ذات صلة.»

5

هل يعاني الشخص من أعراض انفعالية شديدة تستدعي تدبير علاجها سريعاً؟

- صعوبة في القيام بالأنشطة المهنية أو المدرسية أو المنزلية أو الاجتماعية الاعتيادية
- تكرار التطبيب الذاتي للتعامل مع الضيق العاطفي أو الأعراض البدنية غير المفسرة
- ضيق واضح أو تكرار التماس المساعدة

لا

نعم

« اذهب إلى إيداء الذات/ الانتحار
3 (المتابعة)»

« تدبير الأعراض الانفعالية علاجياً.
« اذهب إلى « شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية»



إيذاء الذات/ الانتحار 2 « التدبير العلاجي



بروتوكول

1

فعل خطير طبيًا لإيذاء الذات

« في جميع الحالات: يودع الشخص في بيئة آمنة وداعمة داخل المركز الصحي.

« عدم ترك الشخص بمفرده.

« تقديم العلاج الطبي لأية إصابة أو حالة تسمم. « وفي حال وجود تسمم حاد بالمبيدات، اتباع تدبير التسمم بالمبيدات (1-2).

« في حال اقتضت الحاجة دخول المستشفى، ينبغي الاستمرار في ملاحظة الشخص عن كثب لمنع من الإقدام على الانتحار.

« تقديم الرعاية للشخص الذي يعاني من إيذاء الذات (2-2).

« توفير الدعم النفسي الاجتماعي وتفعيله (3-2).

« تقديم الدعم للقائمين على رعاية الشخص (4-2).

« استشارة متخصص في الصحة النفسية، إن وُجد.

« المحافظة على التواصل المنتظم والمتابعة.

بروتوكول

2

خطر وشيك لإيذاء الذات/ الانتحار

« التخلص من وسائل إيذاء الذات/ الانتحار.

« خلق بيئة آمنة وداعمة؛ وإذا أمكن، وضع الشخص في غرفة هادئة مستقلة أثناء انتظار تقديم العلاج.

« عدم ترك الشخص بمفرده.

« الإشراف على الشخص وتعيين أحد العاملين أو أفراد الأسرة لضمان سلامته في كل الأوقات.

« إيلاء اهتمام بحالة الشخص النفسية وأي ضيق عاطفي يعاني منه.

« تقديم التثقيف النفسي الاجتماعي للشخص والقائمين على رعايته.

« (5-2)

« توفير الدعم النفسي الاجتماعي وتفعيله (3-2).

« تقديم الدعم للقائمين على رعاية الشخص (4-2).

« استشارة متخصص في الصحة النفسية، إن وُجد.

« المحافظة على التواصل المنتظم والمتابعة.

بروتوكول

3

خطر إيذاء الذات/ الانتحار

« توفير الدعم النفسي الاجتماعي وتفعيله (3-2).

« استشارة متخصص في الصحة النفسية، إن وُجد.

« المحافظة على التواصل المنتظم والمتابعة.

2-1 تدبير التسمم بالمبيدات علاجياً

إذا توفر في مركز الرعاية الصحية الحد الأدنى من المهارات والموارد، يمكن علاج الحالة وفق وثيقة منظمة الصحة العالمية «التدبير السريري للتسمم الحاد بالمبيدات» (http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en).

بخلاف ذلك، يُنقل الشخص فوراً إلى مركز صحي متاح لديه الموارد التالية:

- مهارات ومعارف حول كيفية إنعاش الأفراد وتقييم المظاهر السريرية للتسمم بالمبيدات؛
 - مهارات ومعارف للتدبير العلاجي لمجرى الهواء؛ ولا سيما التنبيب، ودعم التنفس لحين ربط الشخص بجهاز التنفس الصناعي؛
 - الأتروبين وسبل إعطائه بالوريد في حال ظهور علامات التسمم الكولينري؛
 - الديازيبام وسبل إعطائه بالوريد في حال أصيب الشخص بنوبات.
- « التفكير في إعطاء الشخص الفحم المنشط إذا كان واعياً، وأعطى موافقة مستنيرة، وحضر لتلقي الرعاية خلال ساعة واحدة من التسمم.
- « لا يُنصح بالتقيؤ القسري.
- « ❌ ينبغي عدم إعطاء الشخص السوائل فمويًا.

2-2 رعاية الشخص الذي أقدم على إيذاء الذات

« يجب إيداع الشخص في بيئة آمنة وداعمة في المركز الصحي (❌) وعدم تركه بمفرده). وإذا كان عليه انتظار العلاج، ينبغي توفير بيئة تقلل الضيق إذا أمكن في غرفة مستقلة هادئة تحت إشراف أحد العاملين أو أفراد الأسرة لضمان سلامته في جميع الأوقات.

« التخلص من سبل الوصول إلى وسائل إيذاء الذات.

« استشارة متخصص في الصحة النفسية، إن وُجد. 

« حشد الأسرة والأصدقاء وغيرهم من الأفراد المهتمين أو موارد المجتمع المتاحة لرصد الشخص ودعمه خلال فترة الخطر الوشيك (انظر «توفير الدعم النفسي الاجتماعي وتفعيله». (2-3)

« توفير نفس القدر من الرعاية والاحترام والخصوصية للأشخاص الذين أقدموا على إيذاء أنفسهم أسوةً بغيرهم، ومراعاة احتمال وجود ضائقة عاطفية مرتبطة بإيذاء الذات.

« إشراك القائمين على رعاية الشخص في حال أراد الحصول على دعمهم خلال التقييم والعلاج. كما يجب أن يشمل التقييم النفسي الاجتماعي مقابلة فردية بين الشخص والعامل الصحي، إذا أمكن، من أجل استكشاف المسائل الشخصية.

« توفير الدعم العاطفي للقائمين على رعاية الشخص/ أفراد الأسرة إذا كانوا بحاجة إليه. (2-4)

« ضمان استمرارية الرعاية.

« لا يُنصح بإدخال الشخص لمستشفى عام تقدم خدمات غير نفسية بهدف منعه من إيذاء نفسه. وإذا كان من الضروري إدخال الشخص لمستشفى (غير نفسي) لمعالجة العواقب الطبية لفعل إيذاء الذات، عندئذٍ يجب ملاحظة الشخص عن كثب لمنع إقدامه على إيذاء نفسه لاحقاً في المستشفى.

في حال وصف الدواء:

- انظر وحدات «دليل التدخلات» ذات الصلة للاطلاع على التدخلات الدوائية عند التدبير العلاجي للحالات المترامنة.
- استعمال الأدوية التي تشكّل أقل مستوى من الخطورة في حالة الجرعة الزائدة المتعمدة.
- إعطاء وصفات طبية لمدة قصيرة (كأن تُعطى لأسبوع واحد في كل مرة).

التدخلات النفسية الاجتماعية

2-3 توفير الدعم النفسي الاجتماعي وتفعيله

« توفير الدعم للشخص

- استكشاف مبررات وسبل البقاء على قيد الحياة.
- التركيز على نقاط القوة لدى الشخص بجعله يتحدث عن الطريقة التي حل بها مشاكله في السابق.
- النظر في العلاج بحل المشاكل للأشخاص الذين أقدموا على إيذاء أنفسهم خلال العام الماضي وذلك إذا توفرت الموارد البشرية الكافية. الرجوع إلى « الرعاية الأساسية والممارسة

« تفعيل الدعم النفسي الاجتماعي

- حشد الأسرة والأصدقاء وغيرهم من الأفراد المهتمين وموارد المجتمع المتاحة للمحظة الشخص عن كثب طالما أن خطر إيذاء الذات/ الانتحار لا يزال قائماً.
- إسداء النصح للشخص والقائمين على رعايته بالحد من قدرته على الوصول إلى وسائل إيذاء الذات (مثل المبيدات الحشرية/ المواد السامة، وأدوية الوصفات الطبية، والأسلحة النارية، الخ..). طالما أن لدى الشخص أفكار أو خطط لإيذاء الذات/ الانتحار.
- تعزيز الدعم الاجتماعي من الموارد المجتمعية المتاحة، بما فيها الموارد غير الرسمية، مثل الأقارب والأصدقاء والمعارف والمعلمين ورجال الدين، أو الموارد المجتمعية الرسمية إذا توفرت، مثل مراكز معالجة الأزمات ومراكز الصحة النفسية المحلية.

2-4 دعم القائمين على رعاية الشخص

- « إخبار القائمين على رعاية الشخص وغيرهم من أفراد الأسرة بأن الاستفسار عن الانتحار من شأنه أن يمنح الشخص الشعور بالراحة والتفهم ويقلل من إحساسه بالقلق.
- « غالباً ما يعاني القائمون على رعاية الشخص المعرض لخطر إيذاء الذات وأفراد أسرته من ضغط شديد. لذلك يجب توفير الدعم العاطفي لهم إذا كانوا بحاجة له.
- « إخبار القائمين على رعاية الشخص المعرض لخطر إيذاء الذات/ الانتحار أنه على الرغم من أنهم قد يشعرون بالإحباط منه، إلا أنه من الأفضل أن يتجنبوا التصرف معه بعدوانية أو انتقاده بشدة.

2-5 التثقيف النفسي الاجتماعي

« رسائل أساسية للشخص والقائمين على رعايته

- إذا كان لدى المرء أفكار لإيذاء الذات/ الانتحار، يجب التماس المساعدة بشكل فوري من أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء الموثوقين أو مقدمي الرعاية الصحية.
- ليس هناك مانع من التحدث عن الانتحار، فالتحدث عن الانتحار لا يثير فعل الانتحار عند الشخص.
- يمكن تدارك الانتحار.
- وجود حادثة من إيذاء الذات/ الانتحار هو مؤشر على الضيق العاطفي الشديد عند الشخص. إذ أن الشخص لا يرى بديلاً أو حلاً لذلك، ومن المهم الحصول على الدعم الفوري للمشاكل والضغوط العاطفية لدى الشخص.
- ينبغي التخلص من وسائل إيذاء الذات (مثل المبيدات الحشرية والأسلحة النارية والأدوية) من المنزل.
- تعد الشبكة الاجتماعية، بما فيها الأسرة وغيرها من الجهات ذات الصلة، مهمة لتوفير الدعم الاجتماعي.



إيذاء الذات / الانتحار 3 « المتابعة

توصيات بشأن المتابعة

« البقاء على تواصل منتظم مع الشخص (عبر الهاتف، أو الزيارات المنزلية، أو الرسائل أو بطاقات الاتصال)، بوتيرة عالية في البداية (على سبيل المثال، يومياً أو أسبوعياً) خلال أول شهرين.
« متابعة الشخص طالما استمر خطر الإقدام على إيذاء الذات/ الانتحار.



1

تقييم التحسن

هل يشعر الشخص بتحسن؟

نعم

لا

« التقليل من التواصل حال تحسن حالة الشخص.

« مواصلة المتابعة لسنتين، والمباعدة بين فترات التواصل مع تحسن الشخص (على سبيل المثال: مرة كل 2-4 أسابيع بعد أول شهرين ومرتين في السنة الثانية).

« زيادة عدد مرات المتابعة أو مدتها حسب الضرورة.

« الإحالة إلى متخصص عند اللزوم.

2

إجراء تقييم روتيني لأفكار وخطط إيذاء الذات/ الانتحار

« إجراء تقييم روتيني لأفكار وخطط إيذاء الذات/ الانتحار عند كل تواصل. هل هناك خطر وشيك لإيذاء الذات/ الانتحار؟ انظر إيذاء الذات/ الانتحار 1 (التقييم)

شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية

تعتبر شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات أهمية عندما تسبب خللاً في الأداء اليومي، أو حين يلتمس الشخص المساعدة بشأنها. ويمكن أن تكون شكاوى الصحة النفسية الأخرى ناجمة عن الضغط النفسي.

تهدف هذه الوحدة إلى تقديم الإرشاد الأساسي حول التدبير العلاجي لمجموعة من شكاوى الصحة النفسية التي لم تشملها الوحدات الأخرى من هذا الدليل. بعض من هذه الشكاوى قد تكون شبيهة بالاكئاب، إلا أن الفحص الدقيق لها يبين أنها مختلفة عن الحالات التي يغطيها هذا الدليل.

« لا ينبغي النظر في ملاءمة هذه الوحدة للأشخاص الذين يستوفون معايير أي من الحالات ذات الأولوية المُدرجة في «رأب الفجوة في الصحة النفسية» (باستثناء إيذاء الذات).

« لا يجب استخدام هذه الوحدة إلا بعد الاستبعاد الصريح للاكتئاب.

« يجب استخدام هذه الوحدة عند مساعدة البالغين. أما إذا كان الشخص طفلاً أو مراهقاً، فيجب الرجوع إلى الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين

شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية « لمحة سريعة



التدبير العلاجي

« بروتوكولات التدبير

1. شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية
2. شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية عند الأشخاص المعرضين للضغط الشديدة



متابعة



التقييم

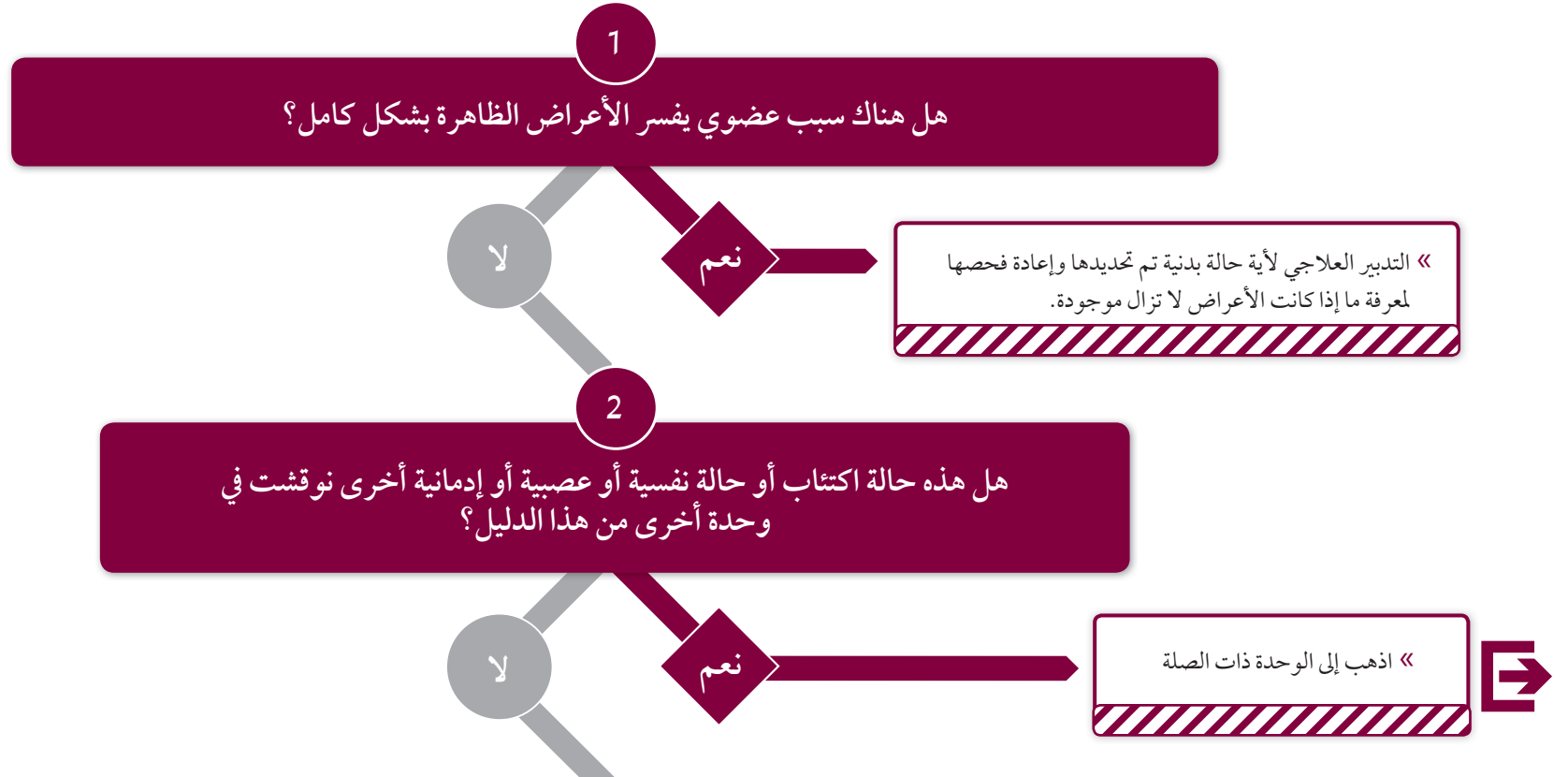
- « استبعاد الأسباب البدنية التي قد تفسر الأعراض الظاهرة
- « استبعاد الاكتئاب أو سائر الحالات النفسية والعصبية والإدمانية
- « تقييم ما إذا كان الشخص يلتمس المساعدة لتخفيف الأعراض أم أنه يعاني من صعوبة كبيرة في أدائه اليومي
- « تقييم ما إذا كان الشخص قد تعرض لضغوط شديدة
- « تقييم ما إذا كان هناك خطر وشيك لإيذاء الذات/ الانتحار

شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية 1 « التقييم



المظاهر الشائعة لشكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية

- الشعور بالتعب أو الاكتئاب أو سهولة الانفعال أو القلق أو الضغط النفسي الشديد.
- شكاوى بدنية غير مفسرة طبيياً (أي الأعراض البدنية التي ليس لها سبب عضوي معروف يفسر هذه الأعراض بشكل كامل)



3

هل يلتمس الشخص المساعدة لتخفيف الأعراض أم أنه يعاني من صعوبة كبيرة في أدائه اليومي بسبب هذه الأعراض؟

نعم

لا

« لا حاجة لتقديم العلاج

هناك احتمال لوجود شكاوى صحة نفسية أخرى ذات أهمية

4

هل تعرض الشخص لضغوطات شديدة؟
(مثل العنف البدني أو الجنسي أو الحوادث الخطيرة أو الفقد أو حوادث كبيرة أخرى)

نعم

لا

« اذهب إلى البروتوكول 1 و 2

« اذهب إلى البروتوكول 1



! في حال وجود خطر وشيك للانتحار، يلزم إجراء التقييم والتدبير قبل الاستمرار في البروتوكول. اذهب إلى « إيذاء الذات/ الانتحار.



شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية 2 « التدبير العلاجي

بروتوكول

1

شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية

- « ✖ يجب عدم وصف الأدوية المضادة للقلق أو الاكتئاب (مالم ينصح بها المتخصص).
- « ✖ يجب عدم إعطاء حقن الفيتامين أو غيرها من العلاجات غير الفعالة.
- « في جميع الحالات، يتعين تخفيف الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي كما هو مبيّن في «الرعاية الأساسية والممارسة».
- التعامل مع الضغوط النفسية الاجتماعية الحالية.
- تعزيز الدعم.
- تعليم الشخص كيفية تدبير الضغط النفسي مثل تقنيات الاسترخاء (انظر المربع 1 في نهاية الوحدة).
- « عندما لا يتم تحديد حالة عضوية تفسر الأعراض البدنية الظاهرة بشكل كامل، ينبغي الإقرار بوجود الأعراض وتقديم التفسيرات المحتملة للشخص.
- تجنب طلب المزيد من الفحوص المختبرية أو غيرها من الفحوصات ما لم يكن هناك مؤشر طبي واضح، مثل علامات حيوية غير طبيعية.
- إذا طُلب المزيد من الفحوصات المختبرية على أية حال، ينبغي التقليل من التوقعات غير الواقعية عن طريق إبلاغ الشخص بأن النتيجة المتوقعة يُرجح أن تكون طبيعية.
- إبلاغ الشخص بأنه لم يتم التعرف على أي مرض خطير، وإبلاغه بأن النتائج السريرية والمختبرية كانت طبيعية
- في حال أصر الشخص على إجراء المزيد من الفحوصات، يتعين النظر في إخباره أن إجراء الفحوصات غير الضرورية يمكن أن يكون ضاراً لأنها قد تسبب مخاوف وآثار جانبية يمكن تجنبها.
- الإقرار بأن الأعراض غير وهمية وأنه لا يزال من الضروري علاج الأعراض التي تسبب حالة كبيرة من الضيق
- سؤال الشخص عن تفسيره الخاص لسبب هذه الأعراض وعن مخاوفه، فقد يعطيك هذا مؤشرات حول مصدر الضيق. وينبغي كذلك المساعدة في بناء علاقة ثقة مع الشخص وزيادة التزام الشخص بالعلاج
- التوضيح للشخص أن المعاناة/ الضيق العاطفي غالباً ما ينطوي على تجربة مرتبطة بأحاسيس بدنية، مثل آلام المعدة والشد العضلي، الخ.. فضلاً عن السؤال عن الروابط المحتملة بين مشاعر الشخص/ الضيق وبين الأعراض، ومناقشتها
- التشجيع على مواصلة الأنشطة اليومية (أو العودة التدريجية إليها)
- تذكر تطبيق ممارسة تخفيف الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي. « اذهب إلى الرعاية الأساسية والممارسة

بروتوكول

2

شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية لدى الأشخاص المعرضين للضغط الشديدة

(مثل العنف البدني أو الجنسي، أو الحوادث الخطيرة، أو الفقد أو حوادث أخرى هامة)

- يتلاشى الحزن مع مرور الوقت في أغلب الحالات. قد يعتقد المرء أن مشاعر الحزن والاشتياق والألم التي تعتريه لن تفارقه أبداً، إلا أن هذه المشاعر تتضاءل مع مرور الوقت في معظم الحالات. وفي بعض الأحيان، قد يشعر الشخص بالتحسن لفترة من الزمن ثم يذكره أمر ما بالخسارة فيشعر بالسوء مجدداً. ما من طريقة صحيحة أو غير صحيحة للإحساس بالحزن، فقد يكون المرء حزينا جداً في بعض الأحيان، ويفقد الإحساس في أوقات أخرى أو يتمكن من الاستمتاع بحياته. فعادةً ما تفقد هذه التجارب حدتها وتواترها مع الوقت.

« في حال فقدان شخص عزيز، مناقشة إجراءات التأقلم و/ أو الحداد الملائمة ثقافياً.

- سؤال الشخص عما إذا جرت مراسم/ طقوس الحداد المناسبة أو تم التخطيط لها. وفي حال النفي، مناقشة المعوقات وكيفية التغلب عليها.

« في حال الاشتباه باضطراب حزن طويل الأمد، استشارة متخصص من أجل التوسع في التقييم والتدبير العلاجي. ﷻ

- من الممكن أن يكون الشخص قد أصيب باضطراب حزن طويل الأمد إذا عانى من أعراض معينة كإيجاد صعوبة في أدائه اليومي لـ 6 أشهر على الأقل، واستحوذ الشخص المتوفي عليه بشدة والشعور بتوق شديد له مصحوب بمشاعر ألم مبرحة.

« يجب تقديم الدعم المبين في البروتوكول 1. والإصغاء باهتمام في جميع الأحوال، سواء عانى الشخص أم لم يعان من مشكلات عاطفية أو بدنية أو سلوكية بعد التعرض لضغوط شديدة.

« ❌ يجب عدم الضغط على الشخص للتحدث عما وقع له.

« التعامل مع الاحتياجات الاجتماعية للشخص.

- سؤال الشخص عن احتياجاته ومخاوفه.

- مساعدة الشخص في تلبية احتياجاته الأساسية والوصول إلى الخدمات والتواصل مع الأسرة وغيرها من وسائل الدعم الاجتماعي.

- حماية الشخص من (المزيد من) الضرر، إذا لزم الأمر.

- تشجيع الشخص على العودة إلى الأنشطة الاعتيادية السابقة، كالذهاب إلى المدرسة أو العمل، والقيام بالأنشطة المنزلية والاجتماعية، في حال كان ذلك ممكناً وملائماً ثقافياً.

« في حال حدوث أي خسارة كبيرة ينبغي بيان ما يلي:


- من الطبيعي أن نحزن على أي خسارة كبيرة. يمكن أن يجزن المرء لخسارة شخص أو مكان أو ملكية أو لخسارة الصحة والرفاه، وللحزن آثار نفسية وبدنية.

- يجزن الناس بطرق مختلفة. فبعض الأشخاص يظهرون مشاعر قوية في حين لا يفعل آخرون. والبكاء لا يعني أن الشخص ضعيف. كما أن الأشخاص الذين لا يشعرون بالألم العاطفي بنفس العمق، إلا أن لديهم طرق أخرى للتعبير عنه.

« في حال وجود ردود أفعال على التعرض مؤخراً لحدث يُرجح أن يكون صادمًا، ينبغي توضيح ما يلي:

« غالباً ما يكون لدى الأشخاص ردود أفعال بعد التعرض لهذا النوع من الأحداث. وقد تختلف الردود هذه بشكل كبير من شخص إلى آخر، ومن الممكن أن تتغير مع مرور الوقت.

- وقد تتمثل هذه الردود بأعراض بدنية مثل خفقان القلب الشديد، والآلام، والأوجاع، والاضطراب المعدي، والصداع، والأعراض العاطفية والسلوكية التي تشمل اضطرابات النوم، والحزن، والقلق، وسهولة الانفعال، والعدوانية.
- ومن الممكن أن تتفاقم هذه المشاعر أو تظهر مجدداً إثر حدوث أمر ما يذكر بالحدث الضاغط أو ظهور ضغوط جديدة.
- من المحتمل أن تتلاشى هذه الأعراض في أغلب الحالات مع مرور الوقت، خاصة إذا حصل الشخص على الراحة والدعم الاجتماعي وشارك في التثقيف حول تخفيف الضغط النفسي. اذهب إلى الرعاية الأساسية والممارسة. اذهب إلى المربع 1.

« في حال الاشتباه باضطراب كرب ما بعد الصدمة، ينبغي استشارة متخصص من أجل التوسع في التقييم والتدبير. 

- من الممكن أن يعاني الشخص من اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعد وقوع حدث يُرجح أن يكون صادمًا إذا اتسمت الأعراض التي يعاني منها بصعوبة كبيرة في الأداء اليومي لشهر على الأقل وشملت كوابيس متكررة، أو ارتجاع، أو ذكريات اقتحامية للحدث وترافقت بشعور بالخوف الشديد أو الرعب؛ أو التجنب المتعمد لما يذكر بالحدث؛ أو فرط التخوُّف أو التيقظ للخطر أو القيام بردود أفعال قوية على الأصوات الصاخبة أو الحركات غير المتوقعة.



شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية 3 « المتابعة



توصيات بشأن المتابعة

« اطلب إلى الشخص العودة بعد 2-4 أسابيع في حال لم تتحسن الأعراض التي يعاني منها، أو في أي وقت، في حال تفاقمت هذه الأعراض.

تقييم التحسن

هل يشعر الشخص بتحسن؟

لا

نعم

في حال لم يكن هناك تحسن أو أن الشخص أو القائمين على رعايته أصروا على القيام بفحوصات إضافية وتقديم العلاج:

« مراجعة البروتوكول 1 و 2

« النظر في استشارة متخصص.

« الاستمرار في خطة العلاج

« المتابعة حسب اللزوم

المربع 1: إرشادات حول التدريب على الاسترخاء

« شرح ما ستقوم به.

« سأقوم بتعليمك كيفية التنفس بطريقة تساعدك على الاسترخاء بدنياً وعقلياً. ستتطلب منك هذه التقنية بعض الممارسة قبل أن تشعر بفوائدها بشكل كامل. تركز هذه الاستراتيجية على التنفس لأنه عندما يكون المرء متوتراً يصبح تنفسه سريعاً وضحلاً، فيزداد شعوره بالتوتر. وللبداء بالاسترخاء يجب تغيير طريقة التنفس. وقبل البدء علينا حمل الجسم على الاسترخاء.»

« البدء بتمارين الاسترخاء ببطء مع عرض كيفية التنفس.

« قم بهز الذراعين والساقين بلطف وارخائهما بحيث يكتسبان مرونة وليونة. أرجع الكتفين إلى الوراء وحرك الرأس من جانب إلى آخر بلطف. ضع إحدى اليدين على المعدة والأخرى على أعلى الصدر. تخيل أن في معدتك بالوناً وأنت ستنفخه عند الشهيق، بحيث تتمدد معدتك. وعند الزفير سيخرج الهواء من البالون بحيث تتسطح المعدة. راقبني أولاً. سأبدأ بالزفير لإخراج الهواء من معدتي.» عند عرض كيفية التنفس من المعدة، ينبغي محاولة المبالغة في الدفع داخل المعدة وخارجها.

« التركيز على تقنيات التنفس.

« دعنا نجرب التنفس من المعدة سويةً. تذكر أننا نبدأ بالزفير لإخراج الهواء بالكامل؛ ثم نقوم بالشهيق. حاول إدخال الهواء من أنفك وإخراجه من فمك، إن أمكن. الخطوة التالية هي إبطاء معدل التنفس. لذلك سندخل الهواء في ثلاث ثوانٍ، ونوقف التنفس ثانيتين، ثم نخرجه في ثلاث ثوانٍ. سنقوم بالعدّ سويةً. يمكنك إغلاق العينين أو تركبها مفتوحتين. قم بإدخال الهواء ببطء 1، 2، 3. توقف، 1، 2. والآن قم بإخراج الهواء، 1، 2، 3.» ينبغي تكرار تمرين التنفس لمدة دقيقة واحدة تقريباً، ثم أخذ استراحة لدقيقة أخرى، ثم إعادة الدورة مرتين.

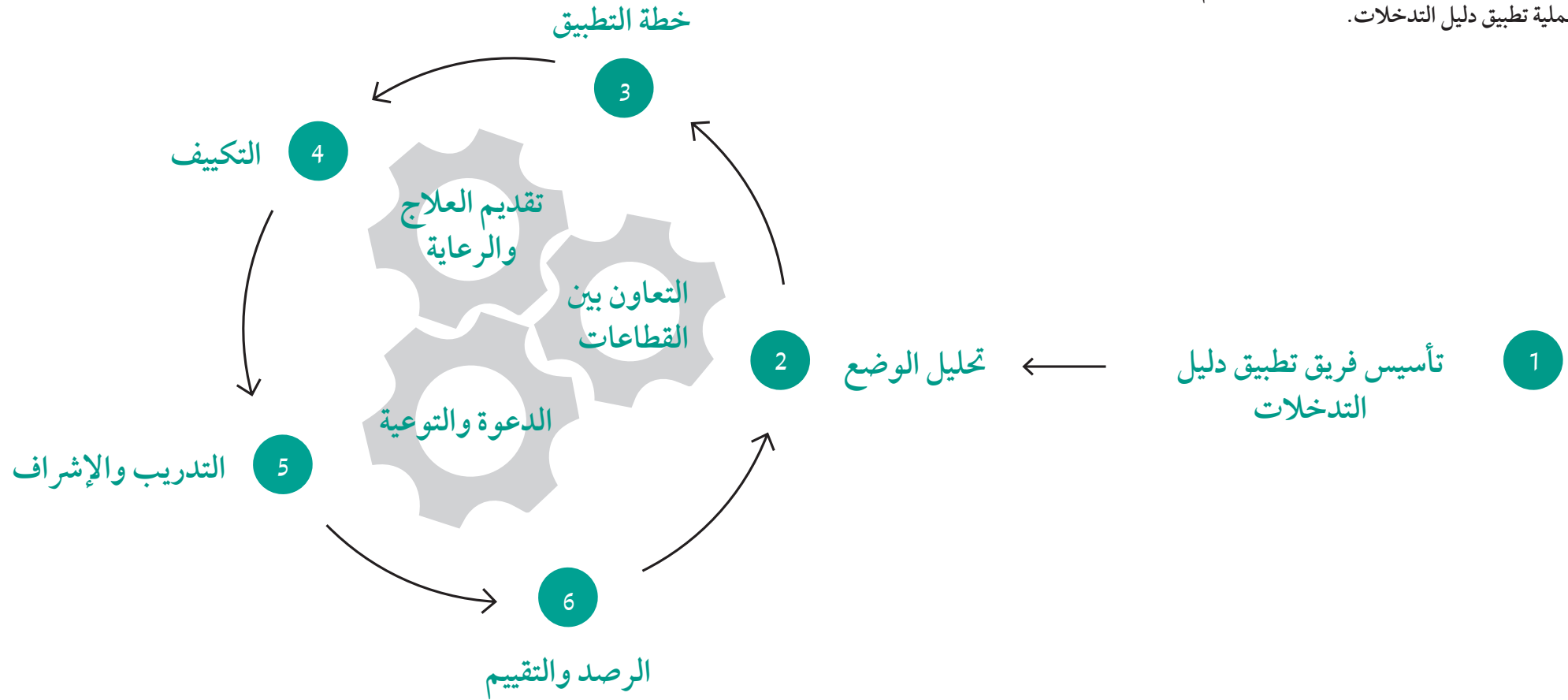
« تشجيع الممارسة الذاتية

« جرب القيام بالتمرين لوحده لمدة دقيقة. فهو أمر يمكنك من ممارسته بمفردك.»

تطبيق دليل التدخلات

عملية تطبيق دليل التدخلات

هناك مجموعة من الإجراءات المُوصى بها لمُخططي البرنامج من أجل تطبيق هذا الدليل في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير النفسية. يمكن تلخيص هذه الإجراءات في الرسم البياني التالي الذي يضم عدداً من الإجراءات الأساسية والأنشطة المتواصلة. وتقدم هذه الوحدة لمحة عن عملية تطبيق دليل التدخلات.



1 تأسيس فريق تطبيق دليل التدخلات

« قد يكون من الضروري وجود فريق أو أكثر بناءً على المنطقة/ المناطق الجغرافية التي ستشملها التغطية.

« ينبغي تحديد الهدف من وجود فرق تطبيق الدليل والاختصاصات الخاصة بها بشكل واضح، كما ينبغي وضع خطة عمل لكل عضو من أعضاء الفريق. وستكون إحدى المهام الرئيسية لهذا الفريق هي الإشراف على عملية تطبيق الدليل.

« ويتعين العمل مع أي هيئة أو مجموعة قائمة، مثل اللجنة الصحية أو المجموعة الاستشارية المجتمعية، بدلاً من إنشاء واحدة جديدة. ومن الممكن في بعض الأحيان أن يكون هناك أكثر من مجموعة واحدة. وقد يكون الحل هنا هو دمج هذه المجموعات أو إنشاء مجموعة جديدة بمشاركة أعضائها كلها.

« ينبغي أن يضم فريق تطبيق الدليل عضواً واحداً على الأقل من كل فئة من الفئات التالية: المجتمع المدني ومستخدمي الخدمات، راسمي السياسات، الداعمين أو المانحين الماليين الفعليين والمحتملين، مديري البرامج، مقدمي الخدمات، وموظفي الاتصالات.

« يتعين تشكيل مجموعات عمل أو فرق عمل صغيرة للتركيز على أنشطة محددة، على سبيل المثال مجموعة عمل لتطبيق الأنشطة التدريبية وأخرى لتطبيق أنشطة الدعوة والتوعية. وينبغي أن يتم دائماً، وبشكل واضح، تحديد مهام فرق العمل ودور كل عضو فيها.

2 تحليل الوضع

يهدف تحليل الوضع بشكل أساسي إلى الإبلاغ عن التخطيط والتكيف وعملية التطبيق المتعلقة بالموارد والاحتياجات الخاصة بالحالات النفسية والعصبية والإدمانية. وتنطوي هذه العملية على مراجعة تقييمية، مثل التحقق من أطلس الملف القطري للصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية، وتقرير أداة المنظمة لتقييم نظم الصحة النفسية (AIMS) أو التقييمات الموجودة مسبقاً، والمقابلات والمناقشات الجماعية مع الجهات المتعددة صاحبة المصلحة، وذلك بغرض الإجابة عن الأسئلة التالية:

« ما نوع تقييمات الاحتياجات والموارد التي ينبغي القيام بها أولاً؟ وما المعروف منها حالياً؟

« ما هي السياسات الوطنية المتعلقة بالصحة النفسية، وقدرات العاملين في البلد/ المنطقة والمنظمات التي تقدم خدمات الصحة النفسية؟

« ما هي نُظُم المعتقدات وسلوكيات التماس الرعاية المرتبطة بالصحة النفسية في البلد/ المنطقة؟

« ما العوائق المحتملة أمام تنفيذ دليل التدخلات، على سبيل المثال: الوصم والتمييز تجاه الأشخاص الذين لديهم حالات نفسية وعصبية وإدمانية وأولويات الصحة الوطنية التي تحل محل هذه الحالات... الخ.

3 خطة تطبيق دليل التدخلات

استناداً إلى تحليل الوضع، توضع خطة تطبيق دليل التدخلات وذلك للإجابة عن الأسئلة التالية:

أين

« أين سيتم تطبيق الدليل، (على سبيل المثال: في المرافق، النواحي، المدن)؟

متى

« متى سيتم تنفيذ كل نشاط من أنشطة الدليل (مثال: الإطار الزمني للتكيف، تدريب المدربين، الأنشطة التدريبية، أنشطة الإشراف والدعوة)؟

ماذا

« ما هي الموارد اللازمة والمتاحة لتطبيق الدليل، بما في ذلك الموارد البشرية والمالية والبنية التحتية، (مثال: المرافق والإمدادات الدوائية)؟

من

« من سيتدرب وما هي المعرفة والمهارات المتاحة لديهم، (مثال: المهارات والمعارف الموجودة مسبقاً لدى أطقم التمريض وأطباء مركز الرعاية الصحية الأولية)، ومن سيكون مسؤولاً عن كل نشاط، (مثال: من سيقوم بالتدريب والإشراف)؟

كيف

« كيف يمكنك تحسين مسارات التواصل والإحالة عبر المستويات المختلفة للنظام، في الوقت الذي تقوم به بتقديم الخدمة الجديدة؟

« كيف يمكنك جمع بيانات حول الأنشطة الخاصة بتطبيق الدليل ودمجها مع مؤشرات نظام المعلومات الصحية؟

4 التكييف

تكيف دليل التدخلات هو عملية لاتخاذ القرار وإجراء التغييرات اللازمة في دليل التدخلات، ومواده التدريبية، وأدوات الرصد والتقييم وغيرها من الأدوات لتناسب مع سياق البلد أو المنطقة المحددة.

الغرض من تكيف دليل التدخلات:

أن يكون من السهل تطبيق الدليل من خلال النظام الصحي المحلي، بما في ذلك مكونات التقييم والتدريب العلاجي.

« ضمان أن يكون الدليل مقبولاً في السياق الثقافي والاجتماعي المحلي.

« استخدام تعبيرات محلية لتحسين التواصل مع المستخدمين والقائمين على الرعاية.

« توضيح مسارات الإحالة.

« تحقيق الانساق بين المواد والمبادئ التوجيهية لطرق العلاج الوطنية والسياسات المتعلقة بها، وحسب ما هو مناسب.

« توفير قاعدة لإعداد برامج وأدوات التدريب المناسبة.

« ضمان توافق مؤشرات الرصد والتقييم مع نُظُم المعلومات الصحية الوطنية.

طريقة تكيف دليل التدخلات:

« تنظيم ورشة عمل مع مجموعة من الجهات صاحبة المصلحة على اختلافها لإرساء السياق المناسب للدليل بالإضافة إلى مواد التدريبية، والرصد والتقييم وغيرها من الأدوات وتكييفها.

« إشراك الخبراء الذين يمثلون التخصصات ذات الصلة (مثل: الطب النفسي، والإدمان، وطب الأعصاب، وطب الأطفال، والعمل الاجتماعي، وعلم النفس)، والأشخاص الذين يمثلون مستويات مختلفة من الرعاية الصحية بصفة عامة (مثل: العاملين في مجال الصحة العامة، ومقدمي الرعاية الصحية الأولية، ومتخصصي طب الأسرة، وأطعم التمريض، والصيدلة، والعاملين في نظام المعلومات الصحية)، ومستخدمي الخدمات، ورسمي السياسات.

« استخدام تحليلات الوضع التي أجريت للمناطق التي سيطبق فيها دليل التدخلات.

« ضمان أن تكون عملية التكيف متوائمة مع الوثائق الوطنية، (مثل: السياسة الصحية الوطنية، التشريع والتخطيط، البروتوكولات والمبادئ التوجيهية السريرية المستخدمة في الرعاية الصحية العامة/ الأولية، قائمة الأدوية الوطنية).

5 التدريب والإشراف في دليل التدخلات

إن تدريب مقدمي الرعاية الصحية العاملين في المواقع غير النفسية على تقديم تدخلات باعتبارهم عاملين في الخط الأمامي، جنباً إلى جنب مع آليات ضمان استمرار الدعم والإشراف الذي يقدمونه، يشكل جانباً مهماً من جوانب تطبيق دليل التدخلات. وعلى الرغم من أنه سيتم تطبيق دليل التدخلات من قبل غير المتخصصين في المقام الأول، فإن ذلك يتطلب تنسيق جهود المتخصصين وخبراء الصحة العامة لضمان تقديم الخدمة الأمثل.

إن هدف التدريب على هذا الدليل هو تعليم مقدمي الرعاية الصحية غير النفسية المهارات والمعرفة اللازمة لتقييم وتدريب الأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية ذات أولوية. وتعتمد فترة التدريب على التكييفات المحلية التي تم إجراؤها، وعلى المعارف والمهارات التي يمتلكها مقدمو الرعاية الصحية غير النفسية مسبقاً. وعادة ما تستغرق عملية التدريب هذه عدة أيام ويمكن إجراؤها وجهاً لوجه أو عبر التعليم الإلكتروني حسب الإمكانيات.

ويمكن أن يعتمد هيكل التدريب على خطة متتالية من مستويين: بحيث يقوم ميسر رئيسي بتدريب «المدرسين» ومن ثم يقوم المدربون بتدريب مقدمي الرعاية الصحية غير النفسية في الخطوط الأمامية.

تدريب المدربين في دليل التدخلات:

الهدف من تدريب المدربين هو التأكد من أن لديهم المهارة والثقة بقدراتهم على تدريب مقدمي الرعاية الصحية غير النفسية وأن يكونوا بمثابة موارد يسترشد بها مقدمو الرعاية الصحية.

ينبغي أن تتوافر لدى المدربين/المشرفين على دليل التدخلات الخصائص التالية:

« أن يكونوا متخصصين في رعاية الصحة النفسية والعصبية والإدمانية (أطباء نفسيين، ممرضين نفسيين، أطباء أمراض عصبية، الخ...)، أو أطباء أو أطقم تمريض مدربين وذوي خبرة في تدبير الحالات النفسية والعصبية والإدمانية علاجياً باستخدام دليل التدخلات و/أو مشرفين حاليين على نظام الصحة العامة.

« لديهم مهارات سريرية وخبرة في مجال الصحة النفسية و/أو تدبير الحالات النفسية والعصبية والإدمانية علاجياً.

« لديهم المهارة والخبرة في الجوانب الإدارية المتعلقة بتدبير الحالات النفسية والعصبية والإدمانية علاجياً، بما في ذلك حفظ السجلات والمتابعة والإحالة.

« أن يكونوا ميسرين متكئين وقادرين على حلّ المشاكل.

« أن يتواجدوا لتقديم الدعم والإشراف بها في ذلك زيارات الإشراف المنتظمة.

جدول أعمال التدريب:

من المتوقع أن يقوم المدربون في المستقبل بإجراء دورات تدريبية على دليل التدخلات وتقديم الدعم والإشراف لمقدمي الرعاية الصحية. وإلى جانب التدريب على تقييم وتدبير الحالات النفسية والعصبية والإدمانية علاجياً، كما هو مبين في دليل التدخلات، فسوف يتعلم هؤلاء المدربون أساليب التدريب وتخطيط المناهج وطرق الإشراف وضمان الجودة.

الدعم والإشراف في دليل التدخلات:

عادةً ما يكون المشاركون في الدورة التدريبية لدليل التدخلات (المدربون على الدليل) من طاقم الرعاية الصحية غير النفسية ممن يعملون في عيادات/مشافي الرعاية الصحية الأولية أو الثانوية. ويحتاج هؤلاء إلى المساعدة المستمرة لنقل ما تعلموه في التدريب إلى ممارسات سريرية. ويعتبر الإشراف جزءاً من استمرارية التعليم المطلوب لإعداد مقدمي رعاية صحية أكفاء في مجال برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية. لا يهدف الدعم والإشراف إلى مساعدة المدربين على دليل التدخلات لتقديم رعاية صحة نفسية أفضل (الإشراف السريري) وحسب بل توفير الدعم في بيئة العمل المتصلة بتطبيق دليل التدخلات (الإشراف الإداري والإشراف على البرامج).

الأهداف المحددة للدعم والإشراف

« المساعدة في نقل المهارات والمعرفة المتعلقة بدليل التدخلات من التدريب إلى الممارسة السريرية.

« ضمان تقديم تدخلات الصحة النفسية الملائمة التي تتسق مع دليل التدخلات والتعامل مع مجالات معينة لتطوير مهارات إضافية.

« تحديد المشكلات التي تواجه المدربين على دليل التدخلات في التدبير العلاجي للحالات السريرية المعقدة ومساعدتهم على حلها.

« المساعدة في تحفيز العاملين غير النفسيين في مجال الرعاية الصحية على تقديم رعاية ذات نوعية جيدة للأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية.

« التأكيد على ضرورة إنشاء سجلات وإجراءات إدارية خاصة بالحالات النفسية والعصبية والإدمانية، مثل الإحالات والمتابعة و/أو دمجها مع الأنظمة الحالية في مرافق الرعاية الصحية المحلية.

« ضمان الإمداد بالأدوية والمعدات الطبية وأية أنظمة دعم أخرى لتطبيق دليل التدخلات.

« توضيح المواقف المحترمة البعيدة عن إطلاق الأحكام والتعامل الأخلاقي الذي يعزز ويحمي الحقوق الانسانية للأفراد الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية والتشجيع على ذلك.

« تقديم الدعم لمقدمي الرعاية الصحية الذين يعانون من الضغط النفسي.

6 الرصد والتقييم

يمكن أن يقدم الرصد والتقييم معلومات عن البرنامج بشأن ما إذا كان قد أحدث فرقاً ولمن أحدثه؛ كما يمكن تحديد مجالات البرنامج التي تسير كما هو مخطط لها أو الجوانب التي تحتاج إلى تعديل. ومن الممكن أن توضح المعلومات المستخلصة من الرصد والتقييم لمنفذي وموولي البرنامج أن استثماراتهم توثق ثمارها. ويوفر الرصد والتقييم أيضاً معلومات أساسية للاستفادة من التجارب السابقة، وتحسين مستوى الخدمات المقدمة، والقيام بعملية التخطيط، وتخصيص الموارد، وإظهار النتائج كجزء من المساءلة أمام الجهات الرئيسية صاحبة المصلحة. وتلخص عبارة: «ما يتم قياسه هو ما يتم إنجازه»، أهمية الرصد والتقييم في تخطيط البرنامج وتطبيقه.

يشمل الرصد والتقييم عملية التخطيط والتنسيق وجمع البيانات من المستويات المحلية والمناطيقية والوطنية وتحليلها واستخدامها، بما في ذلك المرافق الصحية وميسري دليل التدخلات والمدربين والمشرفين؛ وبالتالي، سيكون من المفيد أن يعين فريق تطبيق دليل التدخلات منسقاً للرصد والتقييم أو لجنة فرعية للقيام بالتخطيط والتنفيذ.

وفيما يلي بعض الأمثلة للمؤشرات التي يمكن استخدامها لرصد تطبيق دليل التدخلات: مؤشرات على مستوى المرفق الصحي، على سبيل المثال: عدد مقدمي الرعاية الصحية غير النفسية المدربين على دليل التدخلات، عدد زيارات الدعم والإشراف لكل مرفق صحي يقوم بتطبيق الدليل؛ مؤشرات مستوى النظام، على سبيل المثال: عدد

المرافق الصحية التي تستخدم الدليل لتقييم وتدبير الحالات النفسية والعصبية والإدمانية علاجياً، عدد المرافق الصحية التي تقوم بتوفير الأدوية الضرورية للحالات النفسية والعصبية والإدمانية دون انقطاع.

التأكد من أن المؤشرات هي جزء من نظام معلومات الصحة الوطنية. إن جمع البيانات باستخدام هذه المؤشرات سيساعد في رصد دليل التدخلات. كما ستساعد المؤشرات في تقديم تقرير عن الصحة النفسية على الصعيد الوطني إلى أطلس الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية كل عامين، وذلك بهدف رصد التقدم المُحرز في تطبيق خطة عمل الصحة النفسية للأعوام 2013-2020.

إجراء تقييم لعملية تطبيق دليل التدخلات، وتحديد قصص النجاح والاحتياجات الخاصة بالتحسين وتحديث تحليل الوضع.

إضافة إلى الإجراءات الستة الموصوفة أعلاه، هناك ثلاثة أنشطة مستمرة تشكل جزءاً أساسياً من تطبيق دليل التدخلات، وهي مذكورة في الأقسام أدناه.

أ. تقديم العلاج والرعاية

ينصح دليل التدخلات أن يقوم مقدمو الرعاية الصحية غير النفسية بتقديم عدد من التدخلات الدوائية والنفسية، فهو ينصح، على سبيل المثال، بالعلاج بحل المشاكل والعلاج النفسي بالعلاقات الشخصية لعلاج اكتئاب البالغين. لقد أعدت منظمة الصحة العالمية تدخلات نفسية بضيعة مبسطة، وهي تدخلات قابلة للتحديث ويتطلب تقديمها مستوى أقل من الموارد البشرية المتخصصة. وهو ما يعني أن التدخلات قد عدّلت بحيث تستخدم موارد أقل مقارنة بالتدخلات النفسية الاجتماعية التقليدية، وبحيث يمكن للأشخاص مع التدريب أو بدون تدريب سابق في رعاية الصحة النفسية تقديم نسخة مبسطة من العلاج بحل المشاكل والعلاج النفسي بالعلاقات الشخصية شريطة تدريبهم والإشراف عليهم. وتتضمن كتيبات التدخلات النفسية القابلة للتعديل والتي تشكل جزءاً من حزمة برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية الأمثلة التالية: دليل المعالجة المطورة للمشكلات (+PM) - منظمة الصحة العالمية، دليل العلاج بالعلاقات الشخصية (IPT) - منظمة الصحة العالمية، دليل التفكير الصحي للاكتئاب الأمومي - منظمة الصحة العالمية، دليل التدريب على مهارات الرعاية الوالدية - منظمة الصحة العالمية.

يمكن استعمال الأدوية الأساسية بغرض علاج أعراض الحالات النفسية والعصبية والإدمانية، واختصار مسار العديد من الاضطرابات، والحد من الإعاقة ومنع الانتكاس. وهذه الأدوية هي جزء من قوائم منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية. كما أن الوصول إلى الأدوية الأساسية هو مكون من مكونات «الحق في التمتع بـ» أعلى مستوى يمكن بلوغه من [الصحة].

هناك أربع مجموعات رئيسية للأدوية التي تستهدف الحالات النفسية والعصبية والإدمانية ذات الأولوية المذكورة في هذا الدليل:

« مضادات الذهان لعلاج الذهان؛

« العقاقير المستخدمة في اضطرابات المزاج (الاكتئاب أو الاضطراب ثنائي القطب)؛

« مضادات الاختلاج/ مضادات الصرع؛

« الأدوية المستخدمة للتدبير العلاجي لانسحاب مواد الإدمان والتسمم بها والاعتماد عليها.

تُظهر تجارب العديد من الدول إمكانية تحسين الإمداد بالأدوية واستخدامها. أما حصول السكان على الأدوية الأساسية فمُنوطُ بـ: (1) الاختيار المُنتقل للأدوية؛ (2) أن تكون الأسعار ميسورة؛ (3) ضمان التمويل المستدام؛ (4) توافر أنظمة صحية وأنظمة إمداد موثوقة.

ب. الدعوة والتوعية

تُوظَّف الدعوة في مجال الصحة النفسية المعلومات بطرق مُتعمّدة واستراتيجية من أجل التأثير على الآخرين وإحداث التغيير. وتنطوي على مؤازرة احتياجات وحقوق الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية، فضلاً عن احتياجات عموم السكان. وتختلف الدعوة عن التعليم. فالتعليم يقوم على الاطلاع والمساعدة في خلق فهم للقضية، بينما تهدف الدعوة إلى الإقناع. ويتم ذلك من خلال المناشدات والدعوات لاتخاذ إجراءات محددة. ومن المبادئ الأساسية للدعوة هي أن تكون فعالة وحسب عندما يُطلب من الجمهور المستهدف أن يقوم بأمر ما، إذ أن حشد الناس تعني مطالبتهم بأن يكونوا جزءاً من الحل.

أمثلة عن إجراءات الدعوة

إجراءات الدعوة في صفوف السكان

« حشد الأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية والقائمين على رعايتهم وشمولهم في إجراءات الدعوة، والتأكد من أن المجتمع متواصل بشكل مباشر وإيجابي مع الأشخاص الذين يعانون من هذه الحالات.

« الاستفادة من وسائل الإعلام بغرض زيادة الوعي بقضايا الصحة النفسية، على سبيل المثال: من خلال الإعلانات العامة ومقالات المجلات والإعلانات في المراكز الصحية، مع التأكيد في نفس الوقت على الحاجة إلى أن يكون الإبلاغ مسؤولاً، وبخاصة الإبلاغ بالانتحار.

« تقديم التثقيف حول قضايا الصحة النفسية في الأماكن العامة (كالمدارس ومراكز الرعاية الصحية).

« عقد فعاليات عامة وإلقاء محاضرات حول مواضيع الصحة النفسية.

« إجراءات الدعوة مع العاملين في مجال الصحة والصحة النفسية

« تعزيز فهم أهمية الرعاية المجتمعية والمشاركة المجتمعية والحقوق الإنسانية للأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية وعصبية وإدمانية.

« تقديم التدريب والدعم المناسبين للعاملين في مجال الصحة النفسية والصحة العامة.

ج. التشبيك والتعاون بين القطاعات

يتطلب تنفيذ دليل التدخلات تعاوناً بين مختلف القطاعات والجهات صاحبة المصلحة، مثل:

« خدمات الصحة النفسية وغير النفسية ومقدمو الرعاية: على سبيل المثال: متخصصو علم النفس، والعاملون الصحيون المحليون، والإخصائيون الاجتماعيون، ومقدمو الخدمة للمرضى الداخليين والخارجيين، والعاملون في مجال الرعاية والتوعية.

« مستخدمو الخدمة: مثل، المجموعات أو الأفراد الذين يعيشون نفس الحالة، وأفراد الأسر الذين لديهم نفس الحالة أو يعتنون بشخص لديه هذه الحالة (بعد التماس الموافقة من كافة المعنيين).

« الأسرة والأصدقاء: التعرف على أنشطة الشخص الاجتماعية السابقة، والتي إذا تم استثناها، قد يكون لها الفضل في تقديم دعم نفسي واجتماعي مباشر أو غير مباشر. (على سبيل المثال: التجمعات العائلية، الخروج مع الأصدقاء، زيارة الجيران، الأنشطة الاجتماعية في مواقع العمل، الألعاب الرياضية، الأنشطة المجتمعية) وتشجيع الشخص على مواصلة هذه الأنشطة.

« الدعم المجتمعي غير الرسمي: مثل، المجموعات الروحية، مجموعات الأذخار، المجموعات الترفيهية، المجموعات النسائية، مجموعات دعم الشباب، المجموعات الثقافية، مجموعات المساعدة الذاتية، خطوط المساعدة.

« التعليم والتوظيف: كالمدارس، والتعليم، وبرامج توليد الدخل أو برامج التدريب المهنية. وعلى وجه الخصوص برامج الوقاية من الانتحار في المدارس والتي تتضمن التدريب لزيادة الوعي في مجال الصحة النفسية والتدريب على المهارات للتقليل من محاولات الانتحار والوفيات نتيجة الانتحار في صفوف الطلاب المراهقين.

« المنظمات غير الحكومية: مثل، المساعدة القانونية، خدمات حماية الطفل، برامج العنف القائم على النوع الاجتماعي أو برامج الدعم النفسي الاجتماعي.

« الخدمات والمزايا التي تقدمها الحكومة: مثل، أنظمة العدالة العامة، ورفاهية الأطفال، والرواتب التقاعدية، والإعاقة،

والخصومات على وسائل النقل.

ولتسهيل التعاون الفعال بين هذه المجموعات، من المهم:

« التأكد من وضوح أدوار أفراد فريق تطبيق دليل التدخلات ووظائفهم.

« إعداد قائمة بالموارد والمنافع التي ستساعد طاقم الرعاية الصحية غير التخصصي على خلق روابط مُفيدة مع الأشخاص الذين يعانون من حالات ذات أولوية في برنامج رَأب الفجوة في الصحة النفسية، ومع القائمين على رعايتهم وأفراد الأسرة الآخرين وذلك من خلال جمع المعلومات من تحليل الوضع والتحديث المنتظم للقائمة بناء على المعلومات الجديدة.

قائمة المصطلحات

المصطلح	التعريف
اضطرابات طيف التوحد	مصطلح شامل يغطي حالات مثل التوحد واضطراب الطفولة الانحلالي ومتلازمة أسبيرغر.
الاستقلالية	إدراك ملموس بقدرة المرء على السيطرة على أسلوب حياته اليومية والتكيف معه واتخاذ قرارات شخصية بخصوصه، وفقاً لقواعده وتفضيلاته.
التنشيط السلوكي	علاج نفسي يركز على تحسين المزاج من خلال الانخراط في أنشطة على شكل مهام كانت ممتعة في السابق، على الرغم من انخفاض مزاج الشخص حالياً. يمكن استخدام التنشيط السلوكي كعلاج قائم في حد ذاته وهو أيضاً جزء من العلاج السلوكي المعرفي.
فقدان شخص عزيز	عملية تنطوي على الخسارة والفجعة والتعافي وترتبط بالموت عادةً.
الحادث الوعائي الدماغى	اضطراب مفاجئ في عمل الدماغ يعزى لمرض وعائي، في الدرجة الأولى تخثر الدم، أو النزف الدموي، أو الانسداد الدموي. انظر السكتة الدماغية.
معرفي	مصطلح يشير إلى العمليات الذهنية المرتبطة بالتفكير كالاستنتاج، والتذكر، والحكم، وحل المشاكل والتخطيط.
العلاج السلوكي المعرفي	علاج نفسي يجمع بين المكونات المعرفية (التي تحث الشخص على التفكير بشكل مختلف، كتحديد الأفكار السلبية غير الواقعية ومواجهتها) والمكونات السلوكية (التي تحث الشخص على التصرف بشكل مختلف، كمساعدة الشخص على ممارسة عدد أكبر من الأنشطة المجزية).
الاعتلالات المتزامنة	مصطلح يصف الأمراض أو الاضطرابات التي تتواجد بشكل متزامن.
السرية	مصطلح يشير إلى حفظ الخصوصية المتعلقة بالتواصل المميز (مثل المشاورات بين الطبيب والمريض) والسجلات الطبية.
الارتباك، حالة الارتباك	حالة خلل في الوعي مرتبطة بمرض دماغي عضوي حاد أو مزمن. وتتميز هذه الحالة سريراً بعدم الانتباه، وبطء العمليات الذهنية مع ضعف ترابط الأفكار، والخمول، وانعدام المبادرة، والتعب، وقلة الانتباه. ويمكن استثارة الاستجابات العقلانية والسلوكية من خلال الفحص في حالات الارتباك الخفيفة، إلا أن درجات الاضطراب الأكثر شدة قد تجعل الفرد غير قادرٍ على الاستمرار بالتواصل مع البيئة المحيطة.

المصطلح	التعريف
انشطة الحياة اليومية	مفهوم يتعلق بالأداء ويشير إلى الأنشطة الأساسية الضرورية للعيش المستقل، بها فيها تناول الطعام والاستحمام والذهاب إلى المرحاض. ولهذا المفهوم أدوات تقييم عدة من شأنها تحديد قدرة الفرد على أداء النشاط مع المساعدة أو بدونها.
الهياج	تلمل ملحوظ ونشاط حركي مفرط مصحوب بالقلق.
ندرة المحببات	اضطراب في الدم يتميز بغياب المحببات (إحدى أنواع خلايا الدم البيضاء). وهي حالة مرضية شديدة وخطيرة تتصف بقلة عدد كريات الدم البيضاء، والمعروفة أيضاً بالمحببات الثانوية المُحدثة بالأدوية.
التملل الحركي (الزلز)	شعور ذاتي بعدم الراحة، تصحبه غالباً حركات مفرطة ملحوظة (مثل حركات تلمل الساقين، التآرجح من قدم إلى أخرى، المشي بخطوات سريعة، عدم القدرة على الجلوس أو الوقوف من دون حركة).
تَعَدُّ الحركة	غياب أو فقدان الحركة الطوعية، وتتميز هذه الحالة بصعوبة في القيام بالحركات أو الانتقال من نموذج حركي إلى آخر، وهو مرتبط بدءاً بباركنسون.
تقلب الحالة النفسية	تغير مستوى الوعي أو الحالة النفسية الذي لا يصل إلى مستوى اللاوعي وغالباً ما يتم تحريضه نتيجة تعاطي المخدرات أو الحالات النفسية أو العصبية الأخرى. وتشمل الأمثلة حول ذلك الارتباك وعدم القدرة على الانتباه. انظر الهذيان وحالة الارتباك.
مرض الزهايمر	مرض دماغي تنكسي أولي غير معروف الأسباب في معظم الحالات، يترافق مع مظاهر اعتلال عصبي وكيماوي عصبي. وعادة ما يبدأ هذا الاضطراب خفياً في البداية ويتطور ببطء لكن بثبات على مدى سنوات.
الأثار الجانبية المضادة للكولين	تعيق الأدوية المضادة للكولين تأثيرات الاستيل كولين في مستقبلات المسكارين، وتشمل الأثار المضادة للكولينات جفاف الفم، وتكرار أو احتباس البول، والخفقان، وتسارع القلب الجيبي.
فقر الدم اللاتنسجي	مرض يتميز بعدم قدرة الخلايا الجذعية على إنتاج خلايا ناضجة جديدة، وانخفاض مستويات خلايا الدم الحمراء والبيضاء والصفائح الدموية. وقد يظهر على المريض شحوب، وتعب، ودوخة، وزيادة خطر الإصابة بالالتهابات أو الكدمات أو النزف.
الترنح	فشل في التنسيق العضلي. يعاني المصابون بالترنح من مشكلات في التنسيق نتيجة لإصابة أجزاء النظام العصبي التي تتحكم بالحركة والتوازن. ويمكن أن يؤثر الترنح على الأصابع، واليدين، والساعدين، والساقين، والجسم، والكلام، وحركات العين.

المصطلح	التعريف
سهولة التشتت	صعوبة في التركيز على المهام وتحويل الانتباه بسهولة بسبب محفز خارجي.
عسر المقوية	تقلص مستمر للعضلات أو حركات لا إرادية يمكن أن تؤدي إلى أوضاع غير طبيعية ثابتة. انظر خلل الحركة المتأخر.
ارتعاج (تسمم) الحمل	أي حالة تؤثر على النساء الحوامل، وتتميز بنوبات أو اختلاجات تنشأ خلال الحمل. وغالباً ما ترتبط هذه الحالة بارتفاع ضغط الدم الحامل، والاختلاجات، والنوبات، والقلق، والألم الشرسوفي، والصداع الشديد، وعدم وضوح الرؤية، والبيلة البروتينية، والوذمة التي يمكن أن تحدث أثناء الحمل أو المخاض أو النفاس.
المزاج المتهيج	حالة مزاجية إيجابية تتميز بازدياد الطاقة والاعتداد بالنفس، والتي قد لا تتناسب مع ظروف حياة الفرد.
الأعراض/ الآثار الجانبية خارج الهرمية	شدوذ في حركة العضلات، ينتج غالباً عن الأدوية المضادة للذهان. وتشمل الرعاش، التصلب، الاختلاج العضلي و/أو التملل الحركي.
العلاج الأسري	مشورة تتطلب عدة جلسات مقررّة (أكثر من ستة عادة) على مدى عدة أشهر. وينبغي تقديمها لأسر بمفردها أو لمجموعة من الأسر، ويجب أن تشمل الشخص الذي يعاني من مرض نفسي، إذا كان ذلك ممكناً. وللعلاج الأسري وظائف داعمة وتقيفية وعلاجية، وغالباً ما تشمل حل المشاكل بالتفاوض أو إدارة الأزمة.
متلازمة الجنين الكحولي	متلازمة الجنين الكحولي هي متلازمة تشوه ناجمة عن استهلاك الأمهات للكحول أثناء الحمل. وتتميز بنقص نمو قبل الولادة و/أو بعد الولادة ومجموعة فريدة من شدوذات خلقية طفيفة في الوجه قد تظهر في جميع المجموعات العرقية، ويتم التعرف عليها عند الولادة، ولا تختفي مع التقدم في السن. يظهر لدى الأطفال المصابين تشوهات شديدة في الجهاز العصبي المركزي بما في ذلك: صغر الرأس والخلل المعرفي والسلوكي (عجز في القدرات العقلية، قصور في الإدراك العام والتعلم واللغة، والوظائف التنفيذية، والعلاجة البصرية المكانية، والذاكرة، والانتباه).
النوبات	مصطلح عامي للاختلاجات. انظر الاختلاجات.
خلل بؤري	علامات عصبية عبارة عن ظواهر بدنية أو استجابات ملحوظة تدل على تموضع آفة متناهية نسبياً في الجهاز العصبي

المصطلح	التعريف
العلاج بالتعزيز	طريقة منظمة لمكافأة بعض السلوكيات المرغوبة، مثل حضور جلسات العلاج وتجنب استخدام مواد الإدمان على نحو ضار. وتخفض المكافآت على السلوكيات المرغوبة مع مرور الوقت حين تترسخ المكافآت الطبيعية.
الاختلاج	اضطرابات سريرية أو دون سريرية ذات وظيفة قشرية ناتجة عن تفريغ مفاجئ وغير طبيعي ومفرط وغير منظم للخلايا الدماغية (انظر النوبة). تشمل المظاهر السريرية حركة غير طبيعية وظواهر حسية ونفسية.
الهذيان	حالة نفسية متقلبة مؤقتة تتسم بتشوش الانتباه، (أي انخفاض القدرة على توجيه وتركيز وتثبيت الانتباه وانتقاله) وتشوش الوعي، (أي ضعف الاهتمام بالبيئة المحيطة)، تنشأ في فترة زمنية قصيرة وتميل إلى التقلب خلال اليوم. تصحبها اضطرابات أخرى في الإدراك أو الذاكرة أو التفكير أو المشاعر أو الوظائف النفسية الحركية. وقد تكون أسبابها عضوية حادة مثل العدوى أو الأدوية أو الاضطرابات الاستقلابية أو التسمم بمواد الإدمان أو انسحابها.
الوهم	اعتقاد راسخ يخالف للدلائل الموجودة ولا يمكن تغييره بالجدال العقلاني، ولا يكون مقبولاً من قبل الأفراد الآخرين الذين يشاركون الشخص الثقافة أو الثقافة الفرعية التي ينتمي إليها (أي أنه ليس جانباً من المعتقد الديني).
إزالة السمية	عملية يتم فيها سحب آثار المادة النفسانية التأثير من الفرد. وتشير إزالة السمية أيضاً إلى الإجراء السريري الذي تتم فيه عملية السحب بشكل آمن وفعال بحيث يتم تخفيض الأعراض إلى الحد الأدنى.
الإعاقة	أي تقييد أو انعدام (ناجم عن خلل) في القدرة على أداء نشاط ما بطريقة طبيعية، أو ضمن النطاق الذي يُعتبر طبيعياً للإنسان. ويعكس مصطلح «الإعاقة» نتائج الخلل من حيث أداء الفرد للوظائف والأنشطة.
السلوك غير المتحفظ، فقدان التحفظ	الافتقار إلى ضبط النفس الذي يظهر في صورة عدم احترام التقاليد الاجتماعية، والاندفاع والتقييم الضعيف للمخاطر. ويمكن لهذا السلوك أن يؤثر على الجوانب الحركية والعاطفية والمعرفية والإدراكية لأداء الشخص.
التفكير غير المنظم/ المضطرب	اضطراب في عملية التفكير الترابطي تتجلى عادةً في الكلام حيث يتحول الشخص فجأة من موضوع إلى آخر غير ذي صلة بالموضوع الأول أو مرتبط به بالحد الأدنى. ولا يعطي الفرد أي مؤشر عن إدراكه لعدم الترابط هذا أو لا منطقية تفكيره.
السلوك غير المنظم	شمل هذا السلوك طريقة الوقوف والمشي وأي نشاط آخر لا يمكن التنبؤ به أو غير موجه لهدف معين (كالصراخ على الغرباء في الشارع).

المصطلح	التعريف
الطفح البقعي الحطاطي	طفح جلدي يتكون من بقع (مناطق من الجلد أو مناطق تغير لون الجلد (مثل النمش) منبسطة (متعدرة الجس)) وحطاطات (بقع صغيرة بارزة فوق الجلد، وغالبا ما تكون على شكل قبة وقطرها أقل من 5 ملم).
التهيّج السّحائي	تهيّج في طبقات النسيج الذي يغطي الدماغ والنّخاع الشوكي، تسببه العدوى عادةً.
التهاب السحايا	غالبا ما ينجم مرض السحايا (الأغشية التي تغطي الدماغ والنّخاع الشوكي) عن عدوى ذات منشأ بكتيري، أو فيروسي، أو فطري، أو طفيلي.
العلاج بالتعزيز التحفيزي	علاج منظم (لأربع جلسات أو أقل) لمساعدة الناس الذين يعانون من اضطرابات إدماية. وينطوي هذا العلاج على نهج لتحفيز التغيير عن طريق استخدام تقنيات المقابلات التحفيزية، أي إشراك الشخص في النقاش حول تعاطيه لمواد الإدمان بها في ذلك الفوائد والأضرار المتوقعة المرتبطة بالقيم الذاتية للشخص، وتجنب مجادلته في حال أبدى ممانعة، وتشجيعه على اتخاذ القرار بنفسه حول ما يمكن ان يكون هدفه.
ارتعاشات حركية	انظر الاختلاج.
الوهن العضلي الوبيل	اضطراب في النقل العصبي العضلي يتسم بضعف في العضلات القحفية والهيكلية. قد تشمل المظاهر السريرية شفع مؤقت، وإطراق الجفن، وضعف في عضلات الوجه والعضلات البصليّة وعضلات التنفس وعضلات الأطراف الدائية.
متلازمة الامتناع لدى حديثي الولادة	يمكن أن يؤدي تعرض الجنين للمواد المسببة للإدمان داخل الرحم إلى أعراض الانسحاب، وعادة ما تكون هذه الأعراض عصبية فتمنع العمل الذاتي الطبيعي. وتعتمد امظاهر السريرية لانسحاب مواد الإدمان على عوامل عدة وتختلف باختلافها، مثل نوع المادة المتعاطاة وجرعتها، ومعدل الاستقلاب وإفراغ البراز عند الأم والرضيع.
الالتهاب العصبي	التهاب يطال الدماغ و/ أو النخاع الشوكي.
المتلازمة الحبيثة للدواء المضاد للذهان	اضطراب نادر يشكل خطراً على حياة الانسان، سببه الأدوية المضادة للذهان. وهو يتسم بأعراض مثل الحمى، والهذيان، وتصلب العضلات وارتفاع ضغط الدم.

المصطلح	التعريف
الهلوسة	إدراك خاطئ للواقع حيث يرى الشخص أو يسمع أو يحس أو يشم أو يتذوق أشياء غير حقيقية.
الاعتلال الدماغي الكبدي	حالة نفسية غير طبيعية تشمل الخمول أو الارتباك أو الغيبوبة، سببها خلل الكبد الوظيفي.
المنتجات العشبية	مجموعة من الأدوية الشعبية، اكتشفت فعالية الكثير منها عن طريق التجربة قبل مئات السنين، تتكون من أجزاء من النباتات أو يتم استخراجها منها. وقد تم الحفاظ على المعرفة حول فعالية العلاج بالأعشاب ونقلت شفها من جيل إلى آخر في العديد من الثقافات.
فرط التيقظ	تفريع ذاتي كثيف وطويل يترافق مع حالة من الاحتراس والتنبيه المتجمد للمحفزات البيئية. وتلاحظ ردود الأفعال هذه في اضطرابات كرب ما بعد الصدمة في كثير من الأحيان، وتكون غالباً مرتبطة بتعاطي مواد الإدمان أو انسحابها.
تفاعل فرط التحسس	تفاعلات فرط التحسس هي الآثار غير المرغوبة للتراكيب الدوائية (بها في ذلك المكونات الفعالة والأسوغة) وهي تشبه الحساسية من وجهة نظر سريرية. وتنتمي هذه التفاعلات إلى التفاعلات الدوائية السلبية نوع ب، والتي تم تعريفها من قبل منظمة الصحة العالمية على أنها استجابة غير معتادة على الجرعة، ولا يمكن التنبؤ بها، وضارة، وغير مقصودة، ناتجة عن تناول دواء بالجرعة التي تستخدم للبشر عادة. ويغطي هذا المصطلح العديد من الأنماط الظاهرية السريرية المختلفة مع تغير في بداية ووخامتها.
التفاعل ذاتي التحساس	استجابة لأي مادة من مواد الإدمان وهي فردية لا يمكن التنبؤ بها ولا تعتمد على الجرعة: النعاس أو الشمق، احمرار الوجه، الاختلاج الرُسغيّ القديمي، انقطاع التنفس، الخ....
الموافقة المستنيرة	العملية التي يقوم بها مقدم الرعاية الصحية بالكشف عن المعلومات المناسبة للشخص لكي يتمكن من القيام بخيار طوعي في قبول العلاج أو رفضه. وتتضمن هذه الموافقة إجراء نقاش حول العناصر التالية: طبيعة القرار/ الإجراء؛ البدائل المناسبة للتدخل المقترح؛ المخاطر ذات الصلة، منافع التدخل، الشكوك المتعلقة بكل خيار بديل؛ تقييم فهم الشخص، وأخذ موافقته على التدخل.
العلاج البينشخصي	علاج نفسي يركز على الصلة بين الأعراض الاكتئابية والمشاكل، لاسيما تلك التي تشمل الحزن العميق، والنزاع، والتغيرات الحياتية، والعزلة الاجتماعية. ويُعرف أيضاً بالعلاج.
سهولة الانفعال، المزاج المستثار	حالة مزاجية تتميز بسهولة الانزعاج والاستفزاز والغضب بطريقة لا تتناسب مع الموقف.

المصطلح	التعريف
الخرف الكاذب	اضطراب يشبه الخرف، لكنه لا يعود لمرض دماغي عضوي، وقد يكون قابلاً للعكس عن طريق العلاج؛ ومن الممكن أن يظهر كأعراض اكتئاب عند بعض كبار السن.
التثقيف النفسي	عملية تعليم الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية وعصبية وإدمانية والقائمين على رعايتهم/ أفراد أسرهم عن طبيعة المرض، بما في ذلك الأسباب المحتملة، والتطور، والعواقب، وتوقعات سير المرض، والعلاج والبدائل.
إطالة الفاصل الزمني (QT)	ثار جانبية محتملة لأدوية عودة الاستقطاب لعضلة القلب البطيني وتتميز بإطالة فترة الفاصل الزمني (QT) في مخطط كهربية القلب التي يمكن أن تؤدي إلى أعراض اضطراب نظم ضربات القلب البطينية وزيادة خطر التوقف المفاجئ لعضلة القلب.
الأفكار المتسارعة	نمط تفكير سريع مع حركة عرضية من فكرة إلى أخرى، وغالباً ما ترتبط هذه الأفكار بالهوس أو بأمراض نفسية أخرى.
الانتكاس	العودة إلى شرب الكحول أو تعاطي المخدرات بعد فترة من الامتناع، وغالباً ما يكون مصحوباً بعودة أعراض الاعتدال. كما يستخدم هذا المصطلح للدلالة على عودة أعراض الاضطراب النفسي والعصبي والإدماني بعد فترة من التعافي.
التدريب على الاسترخاء	يشمل التدريب على تقنيات معينة مثل تمارين التنفس لتحقيق الاستجابة للاسترخاء.
تثبيط التنفس	معدل تنفس بطيء غير ملائم يسبب نقصاً في الأوكسجين، من أسبابه الشائعة إصابات الدماغ والتسمم (مثل الانسام) (مثال انسام البنزوديازيبين).
الرعاية المؤقتة	توفير مرافق الرعاية الصحية المؤقتة لشخص يتم الاهتمام به في المنزل عادةً.
التيبس	مقاومة الحركة السليبية للأطراف والتي تظل مستمرة طيلة مداها. وهو أحد أعراض باركنسون.
مجموعة ادخار	نشاط ادخاري يتسنى فيه للفرد جمع كمية كبيرة من النقود بشكل سريع وذلك بتجميع مدخراتهم في صندوق مشترك يمكن أن يستخدم لاحقاً من قبل المجموعة أو فرد منها لاستثمار إنتاجي.
النوبة	حالة من الخلل الوظيفي الدماغي بسبب اضطرابات الوظيفة القشرية تؤدي إلى تفرغ مفاجئ وغير طبيعي ومفرط وغير منظم للخلايا الدماغية. وتشمل المظاهر السريرية لهذه الحالة حركة غير طبيعية وظواهر حسية ونفسية.
بذاء الذات	تسميم النفس أو التسبب بأذيها عن عمد، وقد يكون أو لا يكون وراءه نية أو يؤدي إلى نتيجة قاتلة.

المصطلح	التعريف
العلاج المهني	علاج مصمم لمساعدة الأفراد على تحسين استقلاليتهم في أنشطة الحياة اليومية من خلال إعادة التأهيل والتأهيل واستخدام أدوات المساعدة. ويقدم هذا العلاج، علاوة على ذلك، أنشطة لتعزيز النماء والاكتفاء الذاتي وتقدير الذات.
السلوك المعارض	سلوك متحدي، أو متمرد، أو استفزازي، أو حاقد على نحو ملحوظ، يمكن أن يتجلى في المزاج الدائم الغضب وسهولة الانفعال، ويكون مصحوباً بنوبات مزاجية شديدة في الغالب، أو في السلوك العنيد أو الجدلي أو المتحدي.
هبوط ضغط الدم الانتصابي	هبوط مفاجئ بضغط الدم يمكن حدوثه عندما يغير المرء وضعيته من الاستلقاء إلى الجلوس أو الوقوف، مسبباً دوخة أو دوارة في العادة. وهو لا يشكل خطراً على حياة الإنسان.
التدريب على مهارات الرعاية الوالدية	رامح علاج أسري تهدف إلى تغيير سلوك الوالدين وتعزيز ثقتهم في تبنى استراتيجيات والدية فعالة. وتشمل هذه البرامج تعليم الوالدين مهارات التواصل العاطفي والتفاعل الإيجابي مع الطفل، وأساليب التعزيز الإيجابي لتحسين سلوك الأطفال/ المراهقين وأدائهم.
ورم القواتم	ورم في الغدد الصم العصبية ينشأ في نخاع الغدد الكظرية ويسبب أعراضاً (الصداع والحرقان وزيادة التعرق في الدرجة الأولى) وعلامات (ارتفاع ضغط الدم وفقدان الوزن ومرض السكري بشكل خاص) تعكس آثار الأدرينالين والنورأدرينالين على مستقبلات ألفا وبيتا الأدرينالية.
اعتلال الأعصاب	اضطراب وخلل وظيفي في الأعصاب الطرفية، وقد يتجلى بخدر في الأطراف، أو مدّل (الشعور بـ «الدبابيس والإبر»)، أو ضعف في الأطراف، أو فقدان العضلات وفقدان في المنعكسات الوترية العميقة.
العلاج المتعدد الأدوية	وصف أكثر من دواء في آن واحد لمعالجة الحالة المرضية نفسها.
البورفيريا	شكل البورفيريا مجموعة من الأمراض التي تتميز بمظاهر عصبية حشوية متقطعة، أو آفات جلدية أو الاثنتين معاً. تظهر العلامات السريرية للمرض في مرحلة البلوغ عادة، إلا أن بعض أنواع البورفيريا تؤثر على الأطفال. وقد تسبب السمية العصبية مظاهر عصبية بشكل مباشر أو غير مباشر.
الخصوصية	حالة التحرر من التدخل بدون إذن، مثل الخصوصية الشخصية في أنشطة الحياة اليومية (على سبيل المثال خصوصية العملاء في المرافق السكنية) أو سرية السجلات الصحية.
مشورة حلّ المشاكل	علاج نفسي قائم على الاستخدام المنهجي لتقنيات تحديد المشكلات وحلّها في عدد من الجلسات.
الحكّة	الحكّك، شعور قوي بالرغبة في حك أو هرش الجلد للحصول على الراحة.

المصطلح	التعريف
الأفكار الانتحارية/ التفكير الانتحاري	أفكار أو تصورات أو انهماك بالتفكير في إمكانية إنهاء المرء لحياته، بدءاً من التفكير بأنه من الأفضل أن يكون ميتاً إلى صياغة خطط تفصيلية حول الانتحار.
عسر الحركة الأجل	حالة من التوتر الذي يتميز بتقلصات عضلية لاإرادية متكررة تؤثر على مناطق في الرأس والرقبة، والظهر أحياناً. وقد لا يتحسن بعد وقف الأدوية المضادة للدهان.
نوبة غضب	انفجار عاطفي عند الطفل أو أولئك الذين يعانون من ضيق عاطفي.
نقص الصفائح	انخفاض غير طبيعي في عدد صفائح الدم. وقد يظهر على المريض زيادة في الكدمات أو حالات النزف. يتم التأكد من انخفاض الصفائح عن طريق تحديد عدد الصفائح الدموية في عينة الدم.
تقشر الأنسجة المتوترة البشرية والتسمي	تقشر للجلد يشكل خطراً على حياة الشخص، ناجم عادة عن تفاعل مع دواء أو عدوى. وهو شبيه بمتلازمة ستيفنز جونسون ولكنه أكثر شدة.
العلاج الشعبي	نظام من طرائق العلاج القائمة على معرفة السكان المحليين من مختلف الثقافات بالداواة.
نوبة نقص تروية دماغية عابرة	نوبة خلل عصبي بؤري حاد عابرة ناجمة عن إقفار بؤري في الدماغ أو شبكية العين، دون ظهور احتشاء حاد في المنطقة الدماغية السريية. وينبغي أن تزول الأعراض بشكل كامل خلال 24 ساعة.
الرُعاش	حركات اهتزاز أو رجفان، عادة لأصابع اليدين، على شكل حركة غير طوعية لجزء من الجسم.
نقص فيتامين ك عند الأطفال حديثي الولادة	يمكن أن يُسبب نقص فيتامين ك نزف شديد عند حديثي الولادة وعادة ما يحدث بعد الولادة مباشرة، إلا أنه قد يحدث حتى عمر الـ ٦ أشهر. وقد يكون النزف جلدي، أو معدي-معوي، أو داخل الجمجمة أو المخاطية. وقد يكون تناول الأمهات للأدوية المضادة للصرع أحد أسبابه.
التجوال	يشعر الناس المصابون بالخرف بالرغبة في المشي ويتركون منازلهم في بعض الحالات. وغالباً ما يواجهون مشاكل تتعلق بالقدرة على الاهتمام، مما يتسبب بضياعهم.

المصطلح	التعريف
متلازمة السيروتونين	تتميز هذه المتلازمة بزيادة مستوى السيروتونين في الجهاز العصبي المركزي، وترتبط بتناول مواد مختلفة، بما في ذلك مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة قبط السيروتونين. قد تسبب متلازمة السيروتونين تيبس العضلات، والرعع العضلي، والهياج، والارتباك، وفرط الحرارة، وفرط المنعكسات، فضلاً عن أعراض خلل الوظائف المستقلة، مع خطر حدوث صدمة مع انخفاض مقاومة الأوعية الطرفية، والنوبات، والغيبوبة، وانحلال الريدات و/أو التخثر المنتشر داخل الأوعية الدموية.
تلعثم الكلام	التحدث بلفظ غير واضح
الشبكة الاجتماعية	بنية في علم الاجتماع التحليلي تشير إلى خصائص الروابط الاجتماعية بين الناس كوسيلة لفهم سلوكهم بدلاً من التركيز على صفات الأفراد.
الانسحاب الاجتماعي	عدم قدرة الشخص على الانخراط في الأنشطة المناسبة لعمره أو التفاعل مع أقرانه أو أفراد أسرته.
الوحمة العنكبوتية	تجمع مجموعة من الأوعية الدموية الحمراء الدقيقة تحت سطح الجلد على نحو مرئي، تحدث عادة أثناء الحمل أو تكون أحد أعراض أمراض معينة (على سبيل المثال: تليف الكبد أو العُد الوردي).
الخراج السيسائي	حالة تصيب النخاع الشوكي تنجم عن عدوى من مصدر بكتيري أو فيروسي أو فطري. وتتسم هذه الحالة بتجمع المواد القيحية داخل النخاع الشوكي. وقد ترافق هذه الحالة مع حمى وآلام في الظهر وعجز عصبي. وتنتقل العدوى عبر انتشار دموي المنشأ للعامل المعدني.
الحالة الصرعية	هي نوبة الكتروغرافية و/أو سريرية متواصلة مدتها خمس دقائق أو أكثر، أو نوبات متكررة بدون تعاف (أي العودة إلى خط الأساس) بين النوبات، ويمكن أن تكون اختلاجية أو غير اختلاجية.
متلازمة ستيفنز جونسون	مرض جلدي يشكل خطراً على حياة الشخص، وهو يتسم بتقشر مؤلم للجلد وبتقرح وبقعات وجلبات في الأنسجة المخاطية مثل الفم والشفاه والحنجرة واللسان والعيون والأعضاء التناسلية. يكون أحياناً مصحوباً بحمى، وينجم في أغلب الأحيان عن تفاعل شديد مع الأدوية لا سيما مضادات الصرع.
الوصمة	علامة مميزة تشكل حدفاً فاصلاً بين الشخص الموصوم والآخرين الذين ينسبون له صفات سلبية. وغالباً ما تؤدي الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي إلى الاستبعاد الاجتماعي والتمييز، وتخلق عبئاً إضافياً على الفرد المتضرر.
السكتة الدماغية	انظر الحادث الوعائي الدماغية.

تنتشر الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية بشكل واسع، مشكلةً عبئاً كبيراً من المرض والإعاقة على مستوى العالم. ولرأب الفجوة بين الموارد المتاحة والحاجة الكبيرة للخدمات، أطلقت منظمة الصحة العالمية برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية. ويهدف هذا البرنامج إلى توسيع نطاق الرعاية والخدمات باستخدام التدخلات المستندة إلى البيّنات للوقاية من الحالات النفسية والعصبية والإدمانية وتدبيرها علاجياً. في عام 2010، وُضع دليل التدخلات للاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير النفسية الإصدار 1.0 كأداة فنية بسيطة تسمح بالتدبير العلاجي المتكامل للحالات النفسية والعصبية والإدمانية باستخدام بروتوكولات اتخاذ القرارات السريرية.

لقد حقق دليل التدخلات-الإصدار 1.0 نجاحاً واسع النطاق عندما تم استخدامه في أكثر من 90 بلداً. ويسعدنا أن نقدم برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية- الإصدار 2.0، مع التحديثات المضافة التي تتضمن إرشادات جديدة مستندة إلى البيّنات، واستخداماً أسهل للدليل، وأقساماً جديدة لتوسيع نطاق استخدامه من قبل مقدمي الرعاية الصحية ومديري البرامج.

نأمل أن يستمر هذا الدليل في تهيئة خارطة الطريق لتقديم الرعاية والخدمات للأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية حول العالم. وأن يقودنا إلى تحقيق هدفنا في التغطية الصحية على مستوى العالم. يتضمن دليل التدخلات الإصدار 2.0 الأقسام التالية:

- « الرعاية الأساسية والممارسة
- « المخطط الرئيسي
- « الاكتئاب
- « الذهان
- « الصرع
- « الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين
- « الخرف
- « الاضطرابات الإدمانية
- « إيذاء الذات/ الانتحار
- « شكاوى الصحة النفسية الأخرى ذات الأهمية
- « تطبيق دليل التدخلات

mhgap-info@who.int

البريد الإلكتروني:

www.who.int/mental_health/mhgap

الموقع الإلكتروني:



9 789292 744922