

افسردگی

بر اساس «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان»
ویژه پزشکان عمومی در طرح تحول نظام سلامت

افسردگی

- A. مقدمه**
- B. اهداف آموزشی
- C. انواع افسردگی
- D. ارزیابی افسردگی
- E. درمان و پیگیری افسردگی
- F. نمایش فیلم
- G. گایدلاین
- H. سناریو شماره یک
- I. سناریو شماره دو

سوال

- افسردگی چیست؟
- آیا یک اختلال روانپزشکی است؟

سوال

- مردم در منطقه شما با چه اسامی افسردگی را نام می‌برند؟
- آنها چه عللی را برای به وجود آمدن افسردگی بیان می‌کنند؟

مدل زیستی-روانی-اجتماعی

عوامل زیستی

عوامل روانی

اختلالات روانپزشکی

عوامل اجتماعی
راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان (مبنتی بر mhGAP)

افسردگی: چند آمار

- افسردگی چهارمین علت ناتوانی و بیماری در سطح دنیا
- سومین دلیل دریافت مراجعه به پزشکان عمومی در انگلیس
- بالاترین رتبه عامل بار بیماریها تا سال ۲۰۲۰ در کشورهای توسعه یافته
-

افسردگی: چند آمار

- از هر ۲۰ نفر مراجعه کننده به پزشک عمومی، ۱-۲ نفر افسردگی اساسی دارند
- ۳۰٪ تا ۷۰٪ از بیماران شناسایی و درمان مناسبی نمی شوند.
- ۵۰٪ از بیماران تحت درمان در عرض ۳ ماه داروهایشان را قطع می کنند.
- در صورت قطع دارو، ۴۰٪ تا ۶۰٪ احتمال عود وجود دارد

افسردگی: چند آمار

- اختلال افسردگی اساسی بالاترین شیوع طول عمر را در بین اختلالات روانپزشکی دارد.
- شیوع طول عمر کلیه اختلالات افسردگی: ۲۰ الی ۲۵٪
- شیوع طول عمر افسردگی اساسی: ۵ الی ۱۷٪
- در ایران شیوع افسردگی اساسی ۱۲.۷٪ است (شایعترین اختلال).

افسردگی اولویتی بهداشتی است

افسردگی: بیماری غفلت شده

- اکثر این بیماران بدرستی شناسایی و درمان نمی شوند؛ چون:
 - بسیاری ممکن است با شکایت روانپزشکی مراجعه نکنند.
 - عده ای شکایات خود را به صورت علائم جسمانی بیان می کنند.
 - بسیاری مشکلات روانپزشکی را انکار می کنند.
 - شاید پزشکان عمومی توجه کافی به سرنخهای حاکی از این بیماریها نکنند و تشخیص و درمان مناسبی نداشته باشند.
 - بسیاری از علائم و نشانه های افسردگی غیر اختصاصی هستند.

باورهای نادرست

- افسردگی بیماری کشورهای صنعتی است.
- افسردگی درمان ندارد.
- داروها اعتیادآور هستند.
- افسردگی با اراده و تعطیلات و... درمان میشود.
- هزینه کردن برای درمان افسردگی دور ریختن پول و وقت است.
- افسردگی توسط خود فرد ایجاد می شود.

باورهای نادرست

- رقابت در دنیای امروزی افراد را مستعد به افسردگی می کند.
- وقتی یک بیمار افسرده درباره خودکشی حرف میزند، به این معنی نیست که می خواهد آن را اجرا کند.
- اگر شما همه چیز در زندگی داشته باشید افسرده نمی شوید.

افسردگی

- A. مقدمه
- B. اهداف آموزشی**
- C. انواع افسردگی
- D. ارزیابی افسردگی
- E. درمان و پیگیری افسردگی
- F. نمایش فیلم
- G. گایدلاین
- H. سناریو شماره یک
- I. سناریو شماره دو

اهداف آموزشی

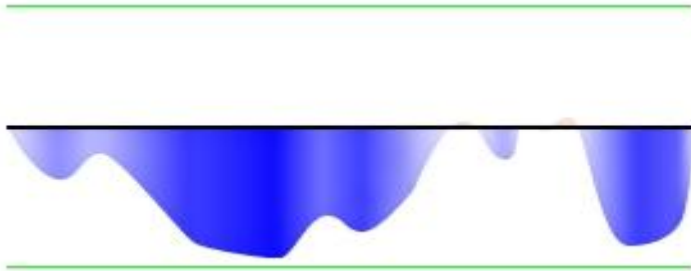
- آگاهی از اهمیت افسردگی
- آشنایی با انواع افسردگی و علائم آنها
- کسب مهارت تشخیص و ارزیابی افسردگی
- کسب مهارت درمان و پیگیری افسردگی
- آگاهی از موارد نیازمند ارجاع در افسردگی

افسردگی

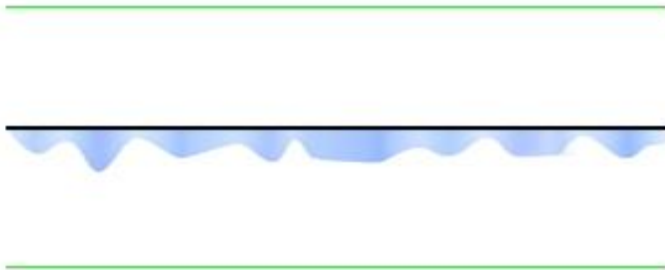
- A. مقدمه
- B. اهداف آموزشی
- C. انواع افسردگی
- D. ارزیابی افسردگی
- E. درمان و پیگیری افسردگی
- F. نمایش فیلم
- G. گایدلاین
- H. سناریو شماره یک
- I. سناریو شماره دو

انواع افسردگی

اختلال افسردگی اساسی (ماژور)



دیستایمی (اختلال افسردگی پایدار)



معیارهای تشخیصی افسردگی اساسی

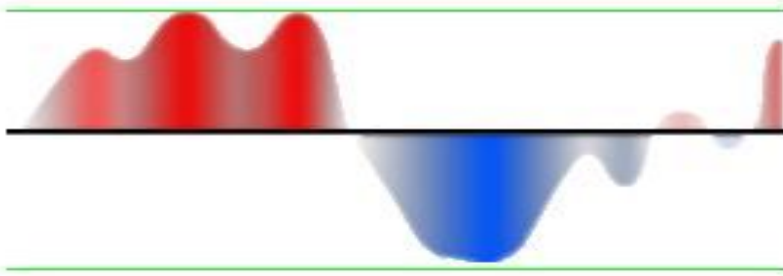
- حداقل ۵ مورد از علائم زیر را بطور همزمان در یک دوره دو هفته ای داشته باشد و باعث کاهش عملکرد گردد و حداقل یکی از علائم یا (۱) خلق افسرده و یا (۲) بی علائگی و عدم احساس لذت باشد.
- ۱- خلق افسرده (در اطفال و نوجوانان ممکن است به صورت خلق تحریک پذیر باشد)
- ۲- کاهش قابل ملاحظه علاقه یا احساس عدم لذت نسبت به تمام فعالیتها (Anhedonia)
- ۳- کاهش قابل ملاحظه وزن بدون پرهیز یا رژیم غذایی یا افزایش وزن
- ۴- بی خوابی یا بد خوابی تقریباً هر روز
- ۵- تحریک یا کندی روانی - حرکتی تقریباً هر روز
- ۶- خستگی یا فقدان انرژی تقریباً هر روز
- ۷- احساس بی ارزشی یا گناه بی جا
- ۸- کاهش توانایی تفکر یا تمرکز یا بلا تصمیمی
- ۹- افکار تکرار شونده مرگ (نه به صورت ترس از مرگ) یا خودکشی

معیارهای تشخیصی افسردگی اساسی

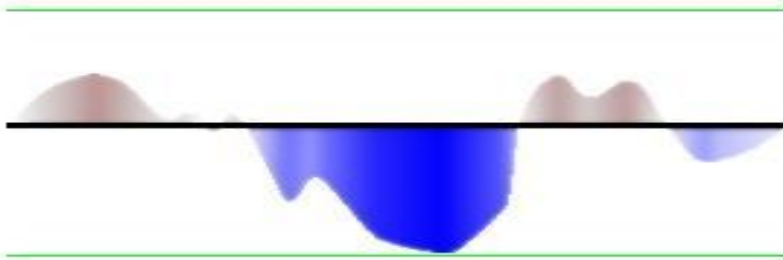
- A. وجود پنج تا (یا بیشتر) از علائم در یک دوره دو هفته ای.
- B. علائم شامل معیارهای یک دوره مختلط نمی گردند.
- C. علائم ناراحتی قابل ملاحظه بالینی یا تخریب در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه های مهم بوجود می آورد .
- D. ناشی از مصرف مواد و یا اختلال طبی عمومی نباشد.

افسردگی دوقطبی

اختلال دوقطبی ۱



اختلال دوقطبی ۲



BIPOLAR

MANIC

- * ONSET BEFORE AGE 30
- * MOOD:
 - ELEVATED
 - EXPANSIVE
 - IRRITABLE
- * SPEECH:
 - LOUD-RAPID
 - PUNNING
 - RHYMING
 - CLANGING
 - VULGAR
- * ? WT. LOSS
- * GRANDIOSE
- * DELUSIONS
- * DISTRACTED
- * HYPERACTIVE
- * ↓ NEED FOR SLEEP
- * INAPPROPRIATE
- * FLIGHT OF IDEAS
- * BEGINS SUDDENLY
- ESCALATES OVER SEVERAL DAYS



DISORDER

DEPRESSIVE

- * PREVIOUS MANIC EPISODES
- * MOOD:
 - DYSPHORIC
 - DEPRESSIVE
 - DESPAIRING
- * ↓ INTEREST IN PLEASURE
- * NEGATIVE VIEWS
- * FATIGUE
- * ↓ APPETITE
- * CONSTIPATION
- * INSOMNIA
- * ↓ LIBIDO
- * SUICIDAL PREOCCUPATION
- * MAY BE AGITATED OR HAVE MOVEMENT RETARDATION



افسردگی در سنین متفاوت

- کودکان
- سالمندان
- نوجوانان

افسردگی

- A. مقدمه
- B. اهداف آموزشی
- C. انواع افسردگی
- D. ارزیابی افسردگی
- E. درمان و پیگیری افسردگی
- F. نمایش فیلم
- G. گایدلاین
- H. سناریو شماره یک
- I. سناریو شماره دو

کجا باید به افسردگی شک کرد؟

- شکایات جسمی متنوع و مقاوم به درمان

- جنسیت مونث

- سابقهٔ تروما و بدرفتاری

- استرس اخیر

- بیماریهای جسمی همراه

- سوء مصرف مواد

- سابقهٔ خانوادگی

ارزیابی افسردگی

میزان خطر را ارزیابی کنید:

- وضعیت‌های اضطراری و ناپایدار پزشکی
- دلیریوم
- علائم سایکوز
- افسردگی شدید
- تمایل به خودکشی
- امکان اعمال خشونت

ارزیابی افسردگی

شرح حال بگیریید و معاینه فیزیکی کنید:

- بررسی علایم افسردگی کنونی
- اپیزودهای قبلی و درمانهای دریافتی
- اپیزودهای مانیا
- سابقه بیماریهای جسمی
- سابقه خانوادگی
- معاینه فیزیکی
- تستهای آزمایشگاهی

ارزیابی افسردگی

میزان ناتوانی عملکردی را ارزیابی کنید.

توجه ویژه به:

- خودکشی
- سایکوز
- سوء مصرف مواد
- سابقه مانیا و سایکوز
- اختلالات روانپزشکی همراه
- داروها یا بیماریهای دیگر طبی به عنوان عامل افسردگی

ارزیابی افسردگی

داروهایی که نقش شناخته شده ای در ایجاد افسردگی دارند.

سایمتیدین	دیژیتال	اینترفرون ها	مهارکننده های ACE
رانیتیدین	متیل دوپا	رزپین	کلونیدین
پیموزاید و سایر آنتی-سایکوتیک ها	وراپامیل	سیکلوسرین	آگونیستهای رهاسازی
ضد حاملگی های خوراکی	بنزودیازپین ها	لوودوپا	گونادوتروپین
	گلوکوکورتیکوئیدها	توپیرامات	پروپرانولول
	متوکلورامید	ضد هایپرلیپیدی ها	محرومیت از آمفتامین
			محرومیت از کوکائین

ارزیابی افسردگی

بیماریهای جسمی همراه با افسردگی

پاتولوژی	بیماری	
قلبی / عروقی	بیماری عروق کرونر	نارسایی احتقانی قلب
	فشارخون بالای کنترل نشده	سکته قلبی
سندرم	فیبرومیالژی	درد مزمن لگنی
درد مزمن	دیستروفی سمپاتیک رفلکسی	درد مربوط به استخوان یا بیماری
دژنراتیو	پیر چشمی	بیماری هانتینگتون
	بیماری پارکینسون	پیرگوشی
ایمنی	HIV/AIDS	لوپوس اریتماتوی سیستمیک (SLE)
	مولتیپل اسکلروزیس (MS)	سارکوئیدوز
عفونت	بسیاری از بیماریهای عفونی در این دسته اند.	
متابولیک / غدد	سوء تغذیه	اختلالات الکترولیت
	کمبود ویتامینها	دیابت شیرین
	هیپر / هایپوتیروئیدی	بیماری کبد (سیروز)
نئوپلاسم	از هر نوعی به ویژه پانکراس یا سیستم عصبی مرکزی	

افسردگی

- A. مقدمه
- B. اهداف آموزشی
- C. انواع افسردگی
- D. ارزیابی افسردگی
- E. درمان و پیگیری افسردگی**
- F. نمایش فیلم
- G. گایدلاین
- H. سناریو شماره یک
- I. سناریو شماره دو

درمان افسردگی

در مورد گزینه‌های درمانی و ترجیحات بیمار بحث کنید / به بیمار و خانواده اش آموزش بدهید.

- دارو درمانی و درمان های جسمانی مثل ECT
- روان درمانی
- دارودرمانی و روان درمانی در کنار هم

درمان افسردگی

ارزیابی بالینی: آیا در شرایط شما امکان درمان وجود دارد؟

- تقاضای پزشک برای مشاوره تشخیصی
- وجود مشکلات طبی یا روانی همراه که وضعیت را پیچیده تر می کنند
- افسردگی شدید مکرر و یا سایکوتیک
- شک به ضرورت بستری کردن بیمار
- نیاز یا تقاضای بیمار جهت روان درمانی
- نیاز به درمان با ECT
- سوالاتی در مورد انتخاب درمان، تداخلات دارویی و ادامه درمان
- نگرانی پزشک در مورد پایبندی بیمار به درمان
- ظهور مجدد علائم پس از یک پاسخ درمانی مثبت در فاز حاد
- تقاضای موکد خود بیمار جهت ارجاع و یا مشاوره با متخصص روانپزشکی

درمان افسردگی

درمان دارویی افسردگی را آغاز کنید.

- SSRIs
- TCA's
- Other drugs
 - SNRIs
 - MAOIs
 - Antipsychotics
 - Lithium
 - Anticonvulsants

درمان افسردگی

- پزشک باید مشخص کند که چه داروهایی و با چه دوزی قبلاً برای بیمار موثر بوده اند. به طور کلی باید داروهایی را به کار برد که عوارض جانبی کمتری دارند.
- پزشک باید وضعیت بالینی بیمار را در نظر بگیرد و در برخی موارد، مخصوصاً اختلالات معدی - روده ای مثل اسهال مزمن یا بیماری زخم پپتیک، استفاده از ردهٔ سه حلقه ای ها (TCA) از میان دارو های ضد افسردگی، انتخاب بهتری به نظر می رسد.
- قبل از اعلام شکست درمان با یک نوع ضد افسردگی، ابتدا باید از تیتراسیون مناسب دارو و دستیابی به طیف دوز درمانی مورد نظر اطمینان حاصل کرد و اجازه داد بازهٔ زمانی پاسخ، مدت زمان خود را طی کند.
- قبل از ارزیابی کارایی یک ضد افسردگی بیمار باید درمان با آن دارو را حداقل به مدت ۴ تا ۶ هفته ادامه داده باشد.

درمان افسردگی

- انتخاب دارو بر اساس عوارض جانبی، سابقه قبلی پاسخ درمانی، نوع افسردگی، بیماریهای همزمان طبی، داروهای مورد مصرف همزمان و هزینه دارو است.
- میزان پاسخ به ضد افسردگی ها در حدود ۶۰-۷۰ درصد گزارش شده است.
- برخی علائم هدف افسردگی (مثل اضطراب، بی خوابی، کم اشتها، انرژی پایین) ممکن است سریعتر از بهبود خلق افسرده به درمان دارویی جواب بدهند.
- آموزش بیمار و خانواده پایبندی به درمان را ارتقا و احتمال موفقیت را افزایش می دهد.
- داروهای ضد افسردگی ممکن است اپیزودهای مانیا را در بیماران دوقطبی، و یا اینکه سایکوز نهفته را بارز کند.
- قطع ناگهانی هرگونه داروی ضد افسردگی ممکن است باعث بروز عوارض نامطلوب یا بازگشت علائم افسردگی شود.

درمان افسردگی

- درمان افسردگی ۳ فاز دارد :

- فاز حاد: زمانی شروع می شود که برای بیمار تشخیص افسردگی اساسی گذاشته می شود. درمان با ضد افسردگی شروع می شود و زمانی خاتمه می یابد که علائم افسردگی کاملاً بهبود یافته باشد. به طور معمول این فاز درمانی ۲ ماه طول می کشد.

- فاز تداوم: زمانی شروع می شود که علائم بیمار به طور کامل بهبود یافته باشند و تا ۹ ماه طول می کشد. در این فاز باید راجع به نیازی به درمان بیشتر در فاز نگهدارنده وجود دارد یا نه، تصمیم گرفت.

- فاز نگهدارنده: به طور کلی برای بیمارانی که حداقل ۳ اپیزود افسردگی اساسی داشته اند و برای بیمارانی که ۲ اپیزود افسردگی اساسی همراه با یک یا تعداد بیشتری عامل خطر ساز (سابقه خانوادگی قوی مبنی بر اختلالات خلقی، سابقه عود افسردگی بعد از قطع درمان موثر، سابقه یک بار یا بیشتر اقدام به خودکشی، شروع اولین اپیزود قبل از ۲۰ سالگی، ۲ یا تعداد بیشتری اپیزود افسردگی اساسی در طی سال گذشته و یا دیستایمی همزمان) دارند باید درمان نگهدارنده با ضد افسردگی ها به مدت یک سال یا بیشتر انجام شود.

درمان افسردگی

- قبل از شروع هرگونه TCA، باید بیماران از لحاظ بیماری های قلبی که استفاده از این رده دارویی را غیرممکن خواهند ساخت، بررسی کنید:
 - در بیماران بالای ۴۰ سال انجام یک ECG توصیه می شود.
 - در بیماران زیر ۴۰ سال، شرح حال یا شواهدی از بیماری های قلبی برای غربالگری کافی است و اگر شرح حال منفی باشد ECG لازم نیست.

درمان افسردگی

دارو	دوز برای بزرگسالان	دوز برای سالمندان	توضیحات
سیتالوپرام	شروع: ۲۰mg/d طیف: ۲۰-۴۰ mg/d حداکثر: ۴۰ mg/d	شروع: ۱۰mg/d طیف: - حداکثر: ۲۰ mg/d	در مورد نارسایی کلیه خفیف تا متوسط احتیاج به تعدیل دوز نیست. در مورد بیماران دچار نارسایی کبدی و سالمندان تنها زمانی ۴۰ mg/d را به کار برید که بیمار به ۲۰ mg/d جواب نداده باشد.
فلوکستین	شروع: ۱۰-۲۰mg/d طیف: ۲۰-۴۰ mg/d حداکثر: ۶۰mg/d	شروع: ۱۰ mg/d طیف: - حداکثر: ۶۰mg/d	دوزهای بیشتر از ۲۰ mg/d را در یک برنامه ی یکبار در روز (صبح) یا دوبار در روز (صبح و بعدازظهر) به کار ببرید.
فلوکسامین	شروع: ۲۵mg/d طیف: ۲۵-۱۵۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d	شروع: ۱۰ mg/d طیف: - حداکثر: ۴۰ mg/d	برای بیماران ضعیف دوز سالمندان را به کار برید. صبحها مصرف شود. در فواصل یک هفته‌ای دوز را به میزان مناسب افزایش دهید.
سرتالین	شروع: ۲۵ mg/d طیف: ۵۰-۱۵۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d	شروع: ۲۵ mg/d طیف: ۱۰۰-۵۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d	برای کاهش عوارض گوارشی بهتر است پس از غذا مصرف گردد.

درمان افسردگی

دارو	دوز برای بزرگسالان	دوز برای سالمندان
نورتریپتیلین	شروع: ۲۵mg طیف: ۵۰-۲۰۰ mg/d	شروع: با دوز پایینتر طیف: ۳۰-۵۰ mg/d در دوزهای منقسم
دزیپرامین	طیف: ۷۵-۲۰۰ mg/d	شروع: با دوز پایینتر طیف: ۲۵-۱۵۰ mg/d
دوکسین	شروع: ۷۵mg/d طیف: ۷۵-۱۵۰ mg/d حداکثر: ۳۰۰ mg/d	استفاده از این دارو در سالمندان توصیه نمی شود.
آمی تریپتیلین	شروع: ۲۵-۵۰mg/d طیف: ۷۵-۲۰۰ mg/d حداکثر: ۳۰۰ mg/d	استفاده از این دارو در سالمندان توصیه نمی شود
ایمی پرامین	طیف: ۷۵-۲۰۰ mg/d	استفاده از این دارو در سالمندان توصیه نمی شود
تیریمی پرامین	شروع: ۷۵mg/d در دوزهای منقسم طیف: ۵۰-۱۵۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d	شروع: ۷۵ mg/d حداکثر: ۱۰۰ mg/d

درمان افسردگی

- درمان را پیش کنید / پایبندی و عوارض جانبی را ارزیابی کنید
- پاسخ را در عرض ۴ تا ۶ هفته ارزیابی کنید.
- درمان را در صورت لزوم تنظیم نمایید.
- بررسی بهبودی
- تداوم درمان

افسردگی

- A. مقدمه
- B. اهداف آموزشی
- C. انواع افسردگی
- D. ارزیابی افسردگی
- E. درمان و پیگیری افسردگی
- F. **نمایش فیلم**
- G. گایدلاین
- H. سناریو شماره یک
- I. سناریو شماره دو

نمایش فیلم

افسردگی

- A. مقدمه
- B. اهداف آموزشی
- C. انواع افسردگی
- D. ارزیابی افسردگی
- E. درمان و پیگیری افسردگی
- F. نمایش فیلم
- G. **گایدلاین**
- H. سناریو شماره یک
- I. سناریو شماره دو

گایدلاین

۱- آیا فرد حداقل به مدت دو هفته، دو علامت اصلی افسردگی را داشته است؟

- خلق افسرده در بیشتر اوقات روز، تقریباً هر روز (در مورد کودکان و نوجوانان تحریک پذیری یا خلق افسرده)
- از دست دادن احساس لذت یا علاقه در فعالیت‌هایی که در حالت عادی لذت بخش هستند.
- کاهش انرژی یا به آسانی خسته شدن

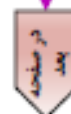
۲- آیا طی دو هفته‌ی اخیر فرد، حد اقل سه مورد از سایر جنبه‌های افسردگی را داشته است؟

- کاهش تمرکز و توجه
- کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس
- احساس گناه و بی ارزش بودن
- نگاه غم انگیز و بدبینانه نسبت به آینده
- افکار آسیب رساندن به خود یا خودکشی
- اختلال خواب
- اختلال اشتها

۳- آیا فرد در انجام کارهای روزمره، وظایف خانوادگی یا فعالیت‌های اجتماعی مشکل دارد؟

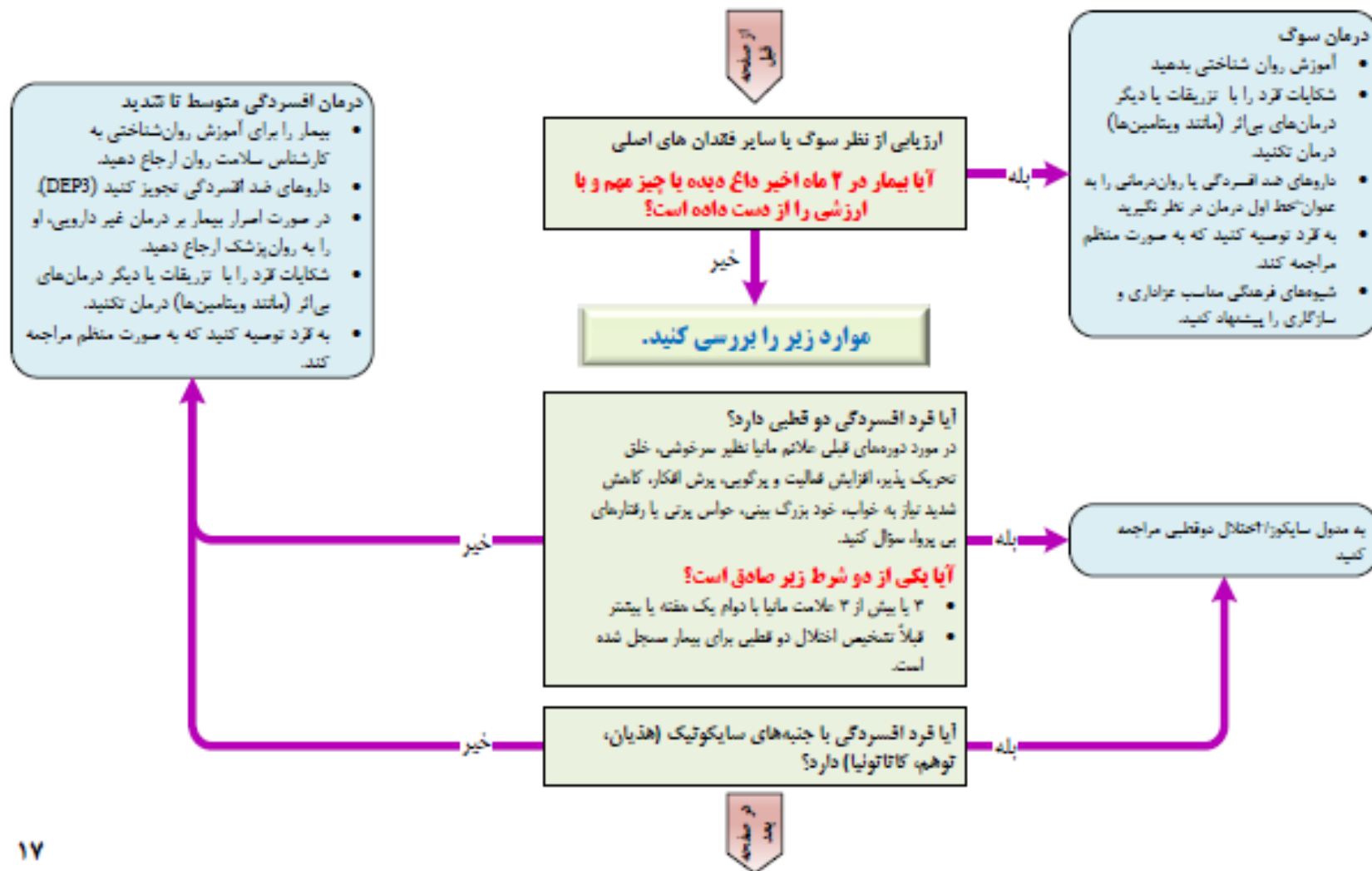
آیا پاسخ به هر سه سؤال مثبت است؟

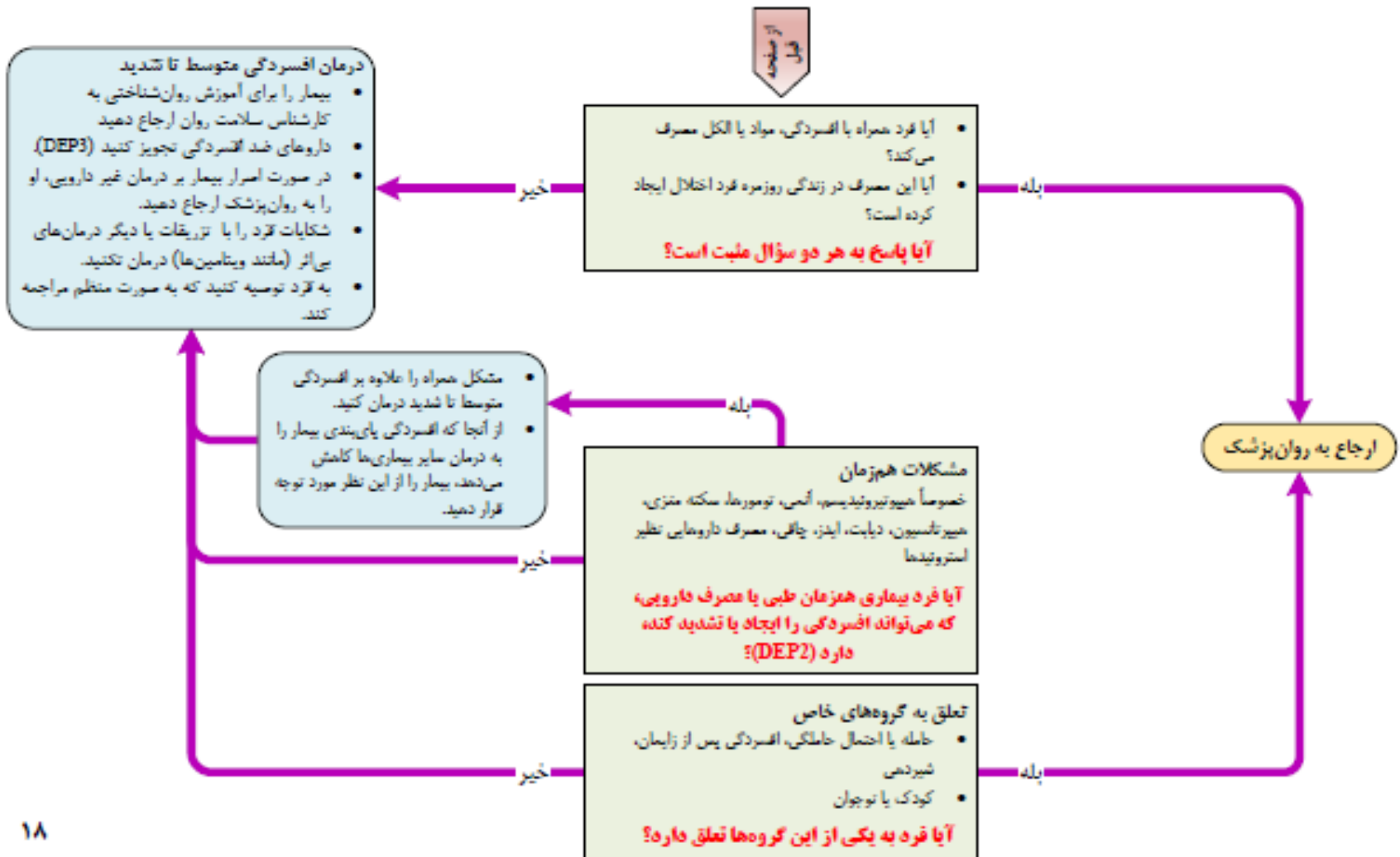
بله

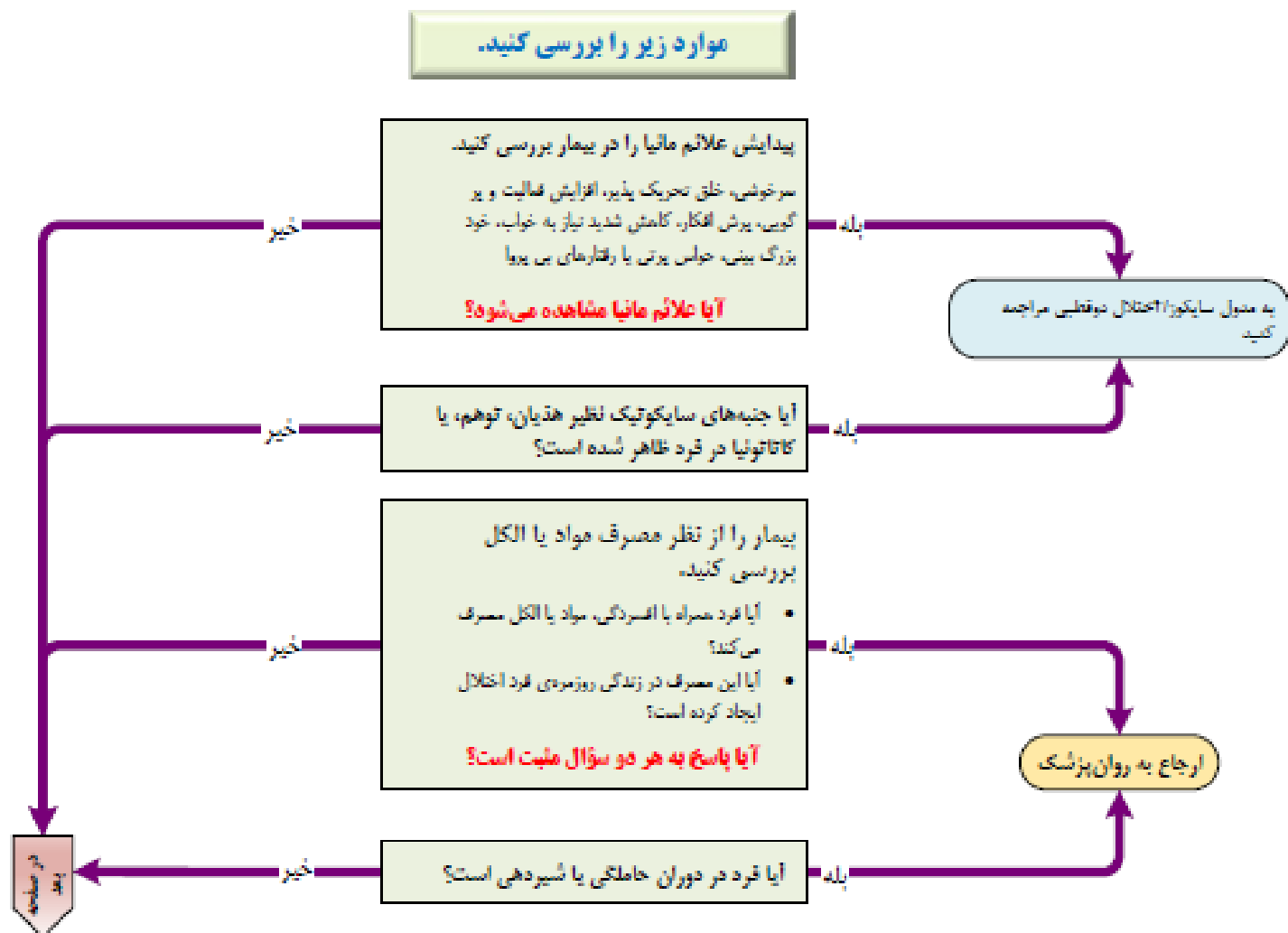


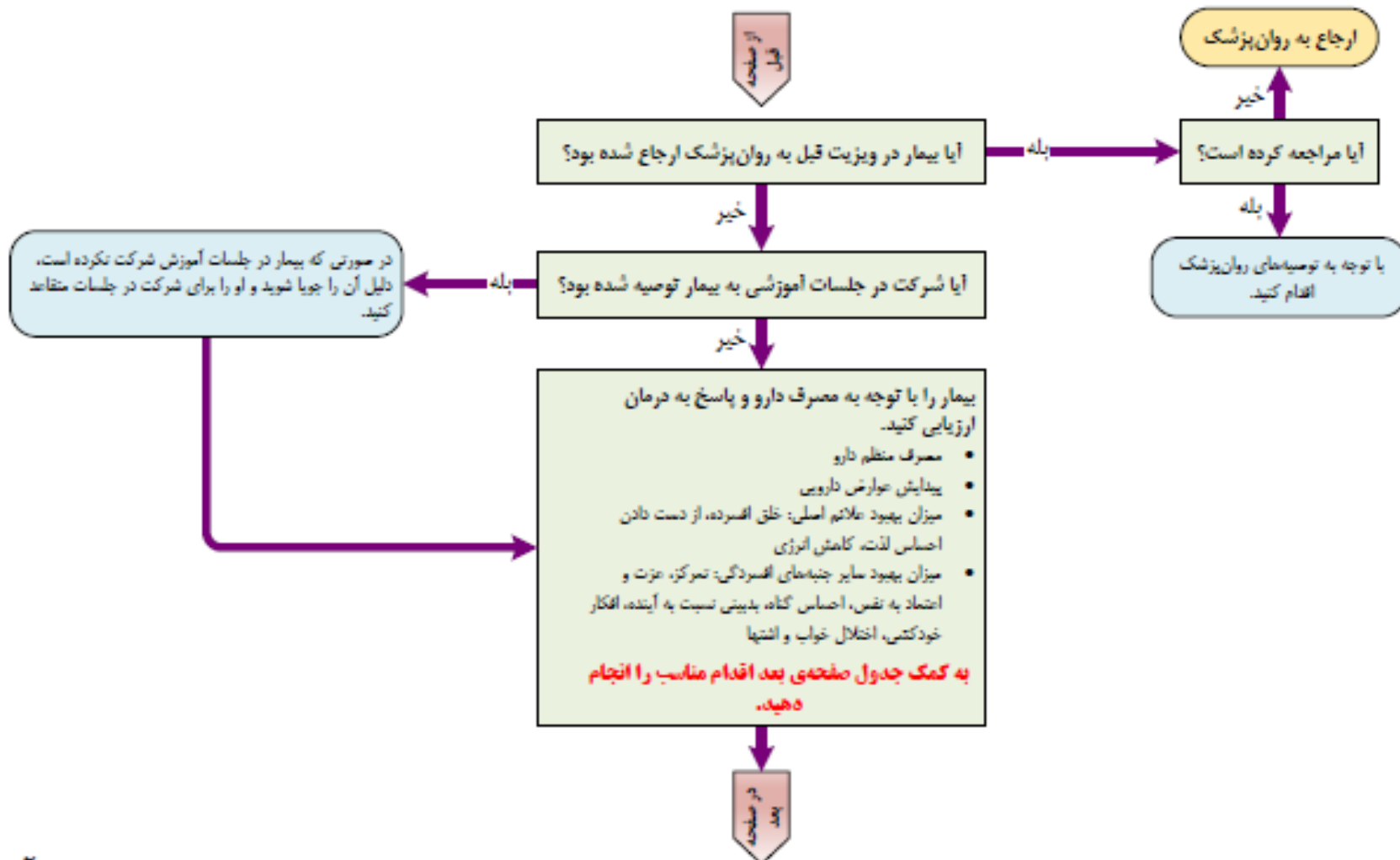
خیر

از این جدول خارج شوید و با مرور مجدد نمودار مادر، بیمار را از نظر سایر اختلالات روانشناختی (سایر جدول‌ها) یا شکایات جسمی که از نظر طبی توجیهی ندارند (OTH) بررسی کنید









پاسخ نداده است		پاسخ داده است		پاسخ به درمان عوارض دارویی پایش‌های به مصرف نامنظم دارو
عوارض دارد	عوارض ندارد	عوارض دارد	عوارض ندارد	
<ul style="list-style-type: none"> • امکان تغییر دارو را بررسی کنید • در صورتی که امکان تغییر دارو وجود ندارد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • بیماری‌های همزمان طبی که افسردگی را ایجاد یا تشدید می‌کند، در صورت وجود، درمان کنید. • به بیماران مسن برای مشاهده‌ی پاسخ فرصت بدهید. • امکان افزایش دوز دارو یا تغییر آن را بررسی کنید. • در صورتی که افزایش دوز/ تغییر دارو امکان‌پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع دهید. 	<ul style="list-style-type: none"> • اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، ✓ در صورت امکان، دوز داروی بیمار را دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان‌پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان‌پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6) 	<ul style="list-style-type: none"> • اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، درمان را ادامه دهید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6) • در ۶ ماه اول هر یک ماه و پس از آن در فواصل بیشتر، ترجیحاً دو ماه یک بار، بیمار را ویزیت کنید. 	<p>پای بند است</p>
<ul style="list-style-type: none"> • عمل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • ممکن است پای‌بند نبودن به درمان به طبع عوارض دارویی باشد و با کاهش دوز دارو و/ یا درمان عوارض بیمار به درمان پای‌بند و علائم او کنترل شود. در صورت کاهش دوز دارو، پس از یک ماه بیمار را ویزیت کنید. • اگر مصرف پای‌بند نبودن ناشی از عوارض دارو است و نمی‌توان دوز آن را کاهش داد، تمویض دارو را در نظر بگیرید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • عمل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. • اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، تمویض دارو را در نظر بگیرید. • بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • عمل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، ✓ در صورت امکان، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان‌پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان‌پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6) 	<ul style="list-style-type: none"> • عمل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6) • بیمار را یک ماه دیگر ویزیت کنید. 	<p>پای بند نیست</p>

افسردگی

- A. مقدمه
- B. اهداف آموزشی
- C. انواع افسردگی
- D. ارزیابی افسردگی
- E. درمان و پیگیری افسردگی
- F. نمایش فیلم
- G. گایدلاین
- H. سناریو شماره یک
- I. سناریو شماره دو

سناریو شماره یک

- بیمار خانم ۲۵ ساله، متاهل، خانه دار که به دلیل احساس خستگی و نداشتن انرژی که طی یک ماه اخیر تشدید شده است به پزشک عمومی مراجعه کرده است. در آزمایش CBC که همراه دارد $Hb=12$ می باشد.
- بیمار از پزشک می خواهد برای او ویتامین تجویز کند.

سناریو شماره یک

- در شرح حال مشخص می شود اخیرا بدون استرسور خاصی خواب بیمار کم شده است و میل زیادی به غذا ندارد. کم حرف و بی حوصله و گوشه گیر شده و مثل سابق به امور منزل و نظافت شخصی خود رسیدگی نمی کند. زودرنج و تحریک پذیر شده و مرتب گریه می کند.
- در مصاحبه سایکوتیک نمی باشد.
- بیمار در گذشته علایم خلقی شدیدی نداشته و مراجعه به روانپزشک هم نداشته و سابقه خانوادگی از نظر بیماری های روانپزشکی ندارد.
- داروی خاص یا مواد و الکل هم مصرف نمی کند ولی سابقه نازایی دارد.

سناریو شماره یک

- تشخیص و تشخیص های افتراقی را ذکر کنید.
- در صورت نیاز چه آزمایشهایی را درخواست می کنید؟

سناریو شماره یک

- تشخیص: افسردگی اساسی
- بررسی آزمایشگاهی از نظر آنمی و TFT انجام شود.

سناریو شماره یک

- اقدام مناسب درمانی (دارویی و غیر دارویی) را ذکر کنید.

سناریو شماره یک

- درمان دارویی:
 - SSRI –
 - –
- درمان غیردارویی

سناریو شماره یک

- بعد از یک ماه مجدد مراجعه کرده و دارو را مرتب مصرف کرده و فقط روزهای اول کمی تهوع داشته اما برطرف شده است
- در مصاحبه بهبودی نسبی دارد
- آزمایشات درخواستی نکته غیرطبیعی ندارد
- اقدام بعدی چیست؟

افسردگی

- A. مقدمه
- B. اهداف آموزشی
- C. انواع افسردگی
- D. ارزیابی افسردگی
- E. درمان و پیگیری افسردگی
- F. نمایش فیلم
- G. گایدلاین
- H. سناریو شماره یک
- A. سناریو شماره دو**

سناریو شماره دو (ایفای نقش)

- خانمی ۳۸ ساله / مطلقه از ۳ سال قبل / دیپلمه / صاحب ۲ فرزند ۱۱ و ۹ ساله / در سوپر مارکت کار می کند
- با شکایت اصلی کاهش وزن و بی اشتهایی مراجعه کرده (طی یک ماه اخیر ۴ کیلو کاهش وزن داشته) که البته به اصرار خواهرش مراجعه داشته / از چند ماه قبل روحیه غمگین داشته / بدون علت مشخص گریه می کند / به زور و گهگاه سر کار می رود / وقتی به خانه می رسد غذایی سر هم می کند ولی طی یک ماه اخیر حتی حوصله ان را نیز نداشته / اکثرا طی روز را روی تخت دراز می کشد و فکر می کند / کارهایی که قبلا او را خوشحال میکرد مثل گشتن و بیرون رفتن با دوستان / وقت گذرانی با فرزندان دیگر او را خوشحال نمی کند / شب ها دیر به خواب می رود / صبح زود بیدار است و اخیرا حتی دوست دارد برای همیشه بخوابد و دیگر هیچ وقت بیدار نشود / ولی فکر خودکشی ندارد / بی اشتهایی شدید داشته به طوری که طی یک ماه اخیر ۴ کیلو کاهش وزن را تجربه کرده : طی روز احساس خستگی و بی انرژی بودن می کند / احساس می کند تبدیل شده به یک ادم بی مصرف و بار اضافی برای نزدیکان / اختلال حافظه پیدا کرده مثلا اخیرا فراموش کرده پول کلاس بچه ها را پرداخت کند / گاهی به یک چیز فکر می کند و ده دقیقه بعد یک فکر دیگر

سناریو شماره دو (ایفای نقش)

- در سابقه قبلی روانپزشکی چنین تجربه ای را فقط یک نوبت سه سال قبل بعد فوت همسر تجربه کرده است.
- سابقه دوره خلق بالا نداشته و تا کنون بستری نشده است.
- سابقه مشکل طبی تنها هیپوتیروئیدی را داشته ۳ سال قبل که با درمان خوب شده و حدود یکسال است که آزمایشی نداده و دارو مصرف نمی کند.
- در سابقه مصرف مواد تنها سیگار مصرف می کند.
- سابقه مصرف دارو تنها ایبوپروفن جهت سردرد مصرف می کند.