



مرکز آموزشی درمانی زارع ساری

## نام بیماری: افسردگی Depressive Disorders

### هدف کلی

درمان تخصصی بیماری و بازگشت به جامعه و زندگی ، کارکرد های مناسب بین فردی .اجتماعی . شغلی ، پیشگیری از بروز دوره های جدید خلقی

### اهداف رفتاری

- ❖ تغییر سبک زندگی
- ❖ افزایش دانش ، نگرش و مهارت مددجو در زمینه مراقبت از خود
- ❖ ارتقاء رضایت مددجو از خدمات درمان
- ❖ کاهش هزینه های بیمارستانی

### ماهیت بیماری

افسردگی ، یک حالت خلقی است که ویژگی مهم آن خلق افسرده و از دست دادن علاقه و لذت است .خلق در برخورد با موقعیت ها ، به صورت بهنجار از حالت خوشحالی تا غمگینی تغییر می کند .گاهی نیز ممکن است ، فرد تغییرات نابهنجاری را به صورت افسردگی یا سرخوشی در خلق خود تجربه کند . برخی از تغییرات خلقی ممکن است در واکنش یک موقعیت استرس زا باشد که با برطرف شدن آن موقعیت یا با گذشت زمان به حالت طبیعی برمی گردد.مثلا" همه افراد در زمان از دست دادن عزیزان با موقعیت های مهم،به طور موقت نشانه های خفیف افسردگی را تجربه می کنند مانند احساس غمگینی ، خستگی ، بی حوصلگی ، بی علاقگی ، و بی ارزشی که یک واکنش طبیعی و واقع بینانه در مقابل یک فقدان قابل ملاحظه زندگی می باشد و به تدریج فروکش می کند و نیاز به درمان تخصصی ندارد. چنانچه شدت این نشانه ها به حدی باشد که در عملکرد روزانه فرد اختلال ایجاد کند و این وضعیت برای مدت طولانی طول بکشد همچنین بر نگرش فرد نسبت به خود و آینده تأثیر منفی بگذارد، اختلال افسردگی تلقی می شود و نیازمند مداخلات درمانی می باشد.

افسردگی مانند سایر بیماریهای روان شناختی یک علت واحد ندارد و حاصل تعامل عوامل مختلف ژنتیکی ، زیستی ،اجتماعی، روان شناختی است .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
مازندران

مرکز آموزشی درمانی زارع ساری

## عوامل مستعد کننده

### علل زیست شناختی - علل روانی و اجتماعی

- ❖ ژنتیک: افسردگی در بستگان درجه یک بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی 2 تا 4 برابر بیشتر از سایرین می باشد.
- ❖ سن: شروع اختلال افسردگی حدود چهل سالگی است و حدود 50٪ از این افراد، بیماری بین بیست تا پنجاه سالگی شروع می شود.
- ❖ جنس: افسردگی در زنان بیشتر از مردان می باشد.
- ❖ وضعیت تأهل: افسردگی در افراد طلاق گرفته، افراد مجرد، افرادی که هیچ ارتباط بین فردی نزدیکی ندارند بیشتر می باشد.
- ❖ مسائل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی: افسردگی در گروه اجتماعی - اقتصادی بالاتر، در افراد فاقد تحصیلات دانشگاهی، رویداد های زندگی و استرس های محیطی، در نواحی روستایی شایع تر می باشد.
- ❖ بیماری همراه: افسردگی در افرادی که سوء مصرف یا وابستگی به الکل / اختلال وسواسی - جبری / اختلال اضطراب / اختلال وحشت زدگی / بیماری های قلبی / سرطان / ایدز / دیابت / پارکینسون / بی نظمی هورمونی / آسیب های آناتومیکی سیستم عصبی / تغییرات نورو فیزیولوژی خواب / علل بیوشیمیایی

## علائم و نشانه ها

- ☹ خلق افسرده ( احساس غم و اندوه، نومیدی، غمگینی و بی ارزشی )
- ☹ فقدان علاقه و لذت ( کاهش علاقه به فعالیت های روزمره مانند تفریح، معاشرت و ناتوانی در کسب لذت از آن ها )
- ☹ ظاهر ( بیمار به لباس و آرایش خود توجهی نمیکند. حالت چهره نیز با پایین بودن گوشه های دهان و چروک شدن پیشانی و بالا آمدن ابروها مشخص می شود. میزان پلک زدن کاهش می یابد. شانه ها افتاده، سر به پایین، و گاهی نگاهها خیره کننده است )
- ☹ کاهش انرژی ( علامت شایعی است که 97٪ از بیماران از آن رنج می برند و آن را به بیماری جسمی نسبت می دهند )



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
شیراز

مرکز آموزشی درمانی زارع ساری

☹️ **کندی روانی - حرکتی** (بیمار به کندی راه می رود ، تکلم آنها نیز کند است و تأخیر طولانی در پاسخ به سؤالات و مکث های طولانی دارند)

☹️ **اختلال خواب** ( حدود هشتاد درصد از بیماران از اختلال خواب به صورت زود بیدار شدن از خواب شکایت دارند. البته برخی از بیماران افسرده نیز زیاد می خوابند و بعد از خواب نیز احساس خستگی می کنند)

☹️ **افکار بد بینی** ( از علایم مهم افسردگی است افکار بدبینی به سه گروه افکار بد بینانه به حال / افکار بد بینانه به آینده / افکار بد بینانه به گذشته تقسیم میشود)

☹️ **اضطراب** ( از علائم شایع افسردگی است و حدود 90٪ از بیماران افسرده گرفتار آن هستند )

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

☹️ **علائم شناختی** ( بیمار افسرده احساس ذهنی ضعف تمرکز و دشواری تفکر دارد.

☹️ **سایر** (عملکرد درسی ضعیف ، سوءمصرف مواد ، رفتار های ضد اجتماعی ، بی مبالاتی جنسی ، مدرسه گریزی و فرار از خانه و...)

### **روش های تشخیصی**

**ملاک های تشخیصی افسردگی اساسی بر اساس DSM-5 به شرح ذیل می باشد.**

**ملاک A-** پنج مورد یا بیشتر از علائم در یک دوره 2 هفته ای هم زمان وجود داشته و نشان دهنده ، بهم خوردن کارکرد قبلی فرد باشد ؛ همچنین لازم است یکی از نشانه های خلق افسرده و یا از دست دادن علاقه و احساس لذت باشد.

- خلق افسرده
- کاهش مشخص علایق یا لذات در تمام یا تقریباً تمام فعالیت های روزانه
- کاهش وزن چشمگیر بدون گرفتن رژیم غذایی یا افزایش وزن
- بی خوابی یا پر خوابی تقریباً در همه روزها
- سرآسیمگی یا کندی روانی- حرکتی در تقریباً تمام روزها
- خستگی و فقدان انرژی تقریباً در همه روزها
- کاهش توانایی تفکر و تمرکز در تقریباً تمام روزها
- احساس بی ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
تهران

مرکز آموزشی درمانی زارع ساری

• افکار مکرر مربوط به مرگ یا خودکشی

**ملاک B-** علائم فوق باید از نظر بالینی سبب ناراحتی چشم گیر یا افت کارکرد اجتماعی ، شغلی یا سایر زمینه های مهم کاری فرد می شود.

**ملاک C-** این دوره از بیماری ناشی از تأثیر فیزیولوژیک یک ماده یا یک اختلال طبی دیگر نمی باشد.

**ملاک D-** وقوع یک دوره افسردگی اساسی با اختلال اسکیزو افکتیو ، اسکیزوفرنی ، اختلال هذیانی یا طیف اسکیزوفرنی مشخص و نامشخص دیگر و سایر اختلالات سایکوتیک بهتر توجیه نمی شود.

**ملاک E-** هیچ گاه دوره مانیا یا مانیا خفیف وجود نداشته باشد.

### درمان

درمان در افسردگی ترکیبی از دارو درمانی و روان درمانی است.

**بستری در بیمارستان :** ( در صورتی که بیمار قصد آسیب به خود را داشته باشد یا کاهش چشمگیر توانایی مراقبت از خود)

**درمان دارویی:** داروهای مؤثر بر اختلالات افسردگی شامل ضد افسردگی های چند حلقه ای ، وقفه دهنده های MAO و مهار کننده اختصاصی باز جذب سروتونین SSRI

• سه حلقه ای ها: آمی ترتیپلین - کلومی پرامین - ایمی پرامین - تری میپرامین - داکسپین -

پروتربیتلین - دزی پرامین - نور تربیتلین

• چهار حلقه ای ها: آموکسپین - ماپروتیلین

• مهار کننده های اختصاصی باز جذب سروتونینی SSRI ها: شامل فلوکستین - سرتالین -

فلوکسامین - پاروکستین - سینتالوپرام

• مهار کننده های مونو آمین اکسیداز MAOI : فنلزین - ایزو کربوسازید - ترانیل سیپرومین -

ملکوبوماید



مرکز آموزشی درمانی زارع ساری

**شوک درمانی (ECT) Electroconvulsive Therapy):** در این روش ، جریان الکتریکی به سر شخص وارد می شود . شوک درمانی روشی کم خطر و بدون درد می باشد.

**درمان شناختی رفتاری :** در این روش عقاید و افکار منفی بیمار نسبت به خود اصلاح می شود و موجب می شود که فرد نسبت به خود ، اطرافیان و جهان اطراف ، نگرش مثبتی پیدا کند.

### **نور درمانی و محرومیت خواب**

\*\*\* لازم به ذکر است که داروهای ضدافسردگی 2 تا 4 هفته پس از مصرف اثر می کند و در هفته های اول درمان ، ممکن است تغییر عمده ای در وضعیت روحیه ی بیمار ایجاد نشود و نیز ممکن است عوارض جانبی داروها را تجربه کند که اغلب مختصر و موقت است و با ادامه درمان رفع می شود.

### **فعالیت های مجاز و غیر مجاز**

- حضور در فعالیت های کاردرمانی، شناخت درمانی و رفتار درمانی به بیمار توصیه میگردد.
- بیماران جهت شرکت در سالن بخش و هواخوری تشویق می شوند.
- انجام نرمش های سبک در طول روز
- در طول بیمار از خوابیدن منع شود تا شب خواب راحتی داشته باشد

### **رژیم غذایی مجاز و غیر مجاز**

- تهیه غذاهایی که بیمار به خوردن آن رغبت بیشتری دارد
- در خصوص خشکی دهان استفاده از آب نبات بدون شکر ، یخ و تر کردن لب ممکن است کمک کننده باشد لیکن رعایت بهداشت دقیق دهان بسیار مهم است.
- در صورت داشتن رژیم غذایی خاص رعایت آن و توضیح به بیمار برای همکاری در خوردن غذا
- استفاده از حجم کم غذا و به دفعات زیاد در طول روز
- استفاده از میوه و سبزیجات تازه در هر وعده غذایی
- بیماران مواد غذایی پرفیبر به منظور پیشگیری از یبوست مصرف کنند و به نوشیدن مایعات زیاد
- غذاهای حاوی تیرامین ( **Tyramin** ) ممکن است بحران افزایش فشار خون ایجاد کند ؛ بدین منظور باید غذاهای حاوی تیرامین از قبیل الکل ، پنیرکهنه، جگر مرغ و گوساله ، تفاله پرتغال ، ماست ، موز ، شکلات ، کشمش و ترشیجات مصرف نشوند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
مازندران

مرکز آموزشی درمانی زارع ساری

## آموزش های خود مراقبتی اختصاصی :

- ❖ شرکت دادن بیمار در امر شستشو و نظافت شخصی ، مانند شانه کردن موها ، شستشوی دست و صورت ، مسواک زدن و حمام ضروری است و هر زمان که بیمار در انجام آن ها موفق شد مورد تشویق قرار گیرد.
- ❖ اگر بیمار افکار خود کشی دارد ، الویت اول تأمین امنیت بیمار و حمایت از بیمار در برابر افکار خودکشی ؛ لذا برقراری رابطه خوب، تدابیر امنیتی ، سرکشی مکرر در زمان های نامشخص ، تشویق به ابراز احساسات ، اطلاع به پزشک ، پرستاران و اطرافیان بیمار لازم است.
- ❖ دور کردن وسایل خطرناک و نظارت دقیق بیمار الزامی می باشد.
- ❖ برقرار نمودن ارتباط خوب با بیمار یک روش خوب در پیشگیری از خودکشی است . ( فرد احساس با ارزشی میکند)
- ❖ تشویق بیمار به شرکت در فعالیت های گروهی که از آن بیمار بازخورد مثبت دریافت می کند.
- ❖ تشویق بیمار به ابراز احساسات و در جریان قرار دادن پزشک و پرسنل بخش
- ❖ بیماران افسرده در اواخر روز انرژی بیشتری دارند؛ کارهای سخت و وقت گیر مثل حمام را در اواخر روز انجام گردد.
- ❖ استفاده از نور مناسب در اتاق خواب
- ❖ پرهیز از مصرف کافئین، کولا، و نوشیدنی های محرک قبل از خواب
- ❖ در صورت یبوست ، تشویق بیمار به فعالیت نرمش نرم و مصرف میوه و سبزی جات و مایعات فراوان
- ❖ با بیمار افسرده باید آرام صحبت کرد و به او فرصت پاسخ دادن داد .
- ❖ اگر بیمار اضطراب دارد بگوئید نفس عمیق بکشد.
- ❖ فشار خون بیماران افسرده کنترل شود چون بعضی از داروهای ضد افسردگی باعث کاهش فشار خون می شود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
مازندران

مرکز آموزشی درمانی زارع ساری

- ❖ از قضاوت و موعظه کردن بیمار خوداری شود.
- ❖ نشانه های کاهش خطر خود کشی بررسی شود ( بهبود اشتها، بهداشت آراستگی، خواب مناسب، حمایت از سایر بیماران، انگیزه جهت شرکت در فعالیت ها، داشتن برنامه واقع بینانه )
- ❖ بیماری که احساس گناه می کند اطمینان کاذب دادن مانند تو فرد با ارزشی هستی، بی فایده است لازم است بدون اینکه احساس گناه تقویت شود، در مورد آن صحبت شود تا احساس " من ناراحتم " جایگزین احساس " من گناهکارم " گردد.

### **علائم هشدار دهنده بیماری و پیگیری**

- ❖ افکار یا اقدام به خود کشی
- ❖ کاهش توانایی بیمار در مراقبت از خود
- ❖ نخوردن غذا
- ❖ خواب نامناسب
- ❖ پیگیری خانواده و بیمار در مراجعه به درمانگاه پس از ترخیص
- ❖ مراجعه به پزشک / اورژانس روانپزشکی در صورت بروز مسمومیت دارویی یا عوارض دارویی
- ❖ کنترل و نظارت خانواده بر مصرف داروها در منزل

تبصره 1: در صورتی که بیماران از آگاهی نسبی نسبت به شرایط خود برخوردار بوده و در وضعیت فعال سایکوتیک قرار نداشته باشند .  
تبصره 2: بعضی از آموزش ها ضرورت دارد به جای بیمار به همراه بیمار داده شود .

### **منابع:**

- روان پرستاری بهداشت روان 2 / خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک 2015