

ارائه دهندگان :

زهرا دانشمند , شیوا سنبل زار, فاطمه پورعوض, کمیل مشایخی , محمد امین عطایی

استاد مشاور :

جناب آقای نصرت آبادی

دفتر توسعه آموزش بیمارستان ثامن الحجج

اختلالات خلقی

اختلالات خلقی یا Mood Disorders گروهی از اختلالات روان‌پزشکی هستند که ویژگی اصلی آن‌ها تغییر قابل‌توجه و پایدار در خلق، سطح انرژی، فعالیت، تفکر و عملکرد فرد است،

دو گروه مهمی که در این مبحث بررسی می‌شوند عبارت‌اند از:

- اختلالات افسردگی
- اختلالات دوقطبی

سبب‌شناسی و اتیولوژی اختلالات خلقی

سبب‌شناسی به عوامل و سازوکارهایی گفته می‌شود که در ایجاد یا افزایش احتمال بروز یک اختلال نقش دارند. در اختلالات خلقی، معمولاً یک علت منفرد وجود ندارد؛ بلکه مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در تعامل با یکدیگر عمل می‌کنند.

الف) عوامل زیستی

۱. عوامل ژنتیکی

سابقه‌ی خانوادگی افسردگی یا اختلال دوقطبی می‌تواند احتمال ابتلا را افزایش دهد. .

۲. تغییرات در عملکرد انتقال‌دهنده‌های عصبی

سروتونین، نوراپی‌نفرین، دوپامین و گلوتامات در تنظیم خلق، انگیزش، توجه، پاداش و فعالیت مغز نقش دارند. ..

۳. تغییرات ساختاری و عملکردی مغز.

۴. عوامل هورمونی و بیماری‌های جسمی

اختلالات تیروئید، برخی بیماری‌های عصبی، تغییرات هورمونی و بعضی داروها می‌توانند علائم شبیه اختلال خلقی ایجاد کنند یا آن را تشدید کنند.

۵. ریتم شبانه‌روزی و خواب

ب) عوامل روان‌شناختی

- **الگوهای فکری منفی:** مانند ناامیدی، احساس بی‌ارزشی و برداشت منفی از خود، محیط و آینده.
- **نشخوار فکری:** درگیری مکرر و طولانی با افکار منفی بدون رسیدن به راه‌حل مؤثر.
- **تجربه‌های نامطلوب دوران کودکی:** مانند غفلت، سوءرفتار یا ناامنی پایدار.
- **مهارت‌های ناکافی مقابله با استرس:** دشواری در مدیریت تعارض، فقدان یا فشارهای زندگی.
- **عوامل شخصیتی و خلق‌وخو:** برخی ویژگی‌ها می‌توانند آسیب‌پذیری را افزایش دهند، اما به‌تنهایی علت قطعی بیماری نیستند.

ج) عوامل اجتماعی و محیطی

- فقدان عزیزان و سوگ
- تعارضات خانوادگی یا مشکلات ارتباطی
- فشارهای تحصیلی، شغلی یا اقتصادی
- انزوای اجتماعی و کمبود حمایت
- تجربه‌ی خشونت، تبعیض یا رویدادهای آسیب‌زا
- مصرف الکل یا مواد و اختلال در الگوی زندگی

اختلال افسردگی

اختلالات افسردگی گروهی از اختلالات روان‌پزشکی هستند که با خلق افسرده، کاهش علاقه یا لذت، تغییر در خواب و اشتها، کاهش انرژی، اختلال تمرکز و احساس بی‌ارزشی یا ناامیدی شناخته می‌شوند.

در تشخیص افسردگی باید مدت علائم، شدت آن‌ها، تأثیرشان بر عملکرد فرد، سابقه‌ی دوره‌های خلق بالا و احتمال وجود علل جسمی یا مصرف مواد بررسی شود.



انواع اختلال افسردگی

- **اختلال افسردگی اساسی (Major Depressive Disorder – MDD)**

- این اختلال یکی از مهم‌ترین و شناخته‌شده‌ترین انواع افسردگی است. در این حالت، فرد یک یا چند دوره‌ی افسردگی اساسی را تجربه می‌کند، بدون آنکه سابقه‌ی دوره‌ی مانیا یا هیپومانیا وجود داشته باشد
- علائم مهم:

- خلق افسرده در بیشتر ساعات روز
- کاهش واضح علاقه یا لذت نسبت به فعالیت‌های معمول
- کاهش یا افزایش اشتها و وزن
- بی‌خوابی یا پرخوابی
- کندی یا بی‌قراری روانی‌حرکتی
- خستگی و کاهش انرژی
- احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه نامتناسب
- کاهش تمرکز و دشواری در تصمیم‌گیری
- افکار مرتبط با مرگ یا خودکشی

اختلال افسردگی پایدار (Persistent Depressive Disorder – PDD)

این اختلال که در منابع قدیمی‌تر با عنوان دیستایمی نیز شناخته می‌شود، با خلق افسرده‌ی مزمن و طولانی‌مدت مشخص می‌شود.

در بزرگسالان، معیار زمانی معمولاً حداقل دو سال است؛ در کودکان و نوجوانان، مدت موردنیاز حداقل یک سال است.

- علائم:

- خلق افسرده در بخش عمده‌ای از روزها
- احساس ناامیدی
- کاهش انرژی
- عزت‌نفس پایین
- دشواری در تمرکز و تصمیم‌گیری
- تغییر خواب یا اشتها

انواع اختلال افسردگی

- **اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی (Premenstrual Dysphoric Disorder – PMDD)**
- این اختلال با بروز علائم خلقی و جسمی قابل‌توجه در مرحله‌ی پیش از قاعدگی مشخص می‌شود و معمولاً پس از شروع قاعدگی کاهش می‌یابد.
- علائم:
- تحریک‌پذیری و نوسانات خلقی
- احساس غم، ناامیدی یا اضطراب
- کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره
- دشواری تمرکز
- خستگی
- تغییر خواب و اشتها
- علائم جسمی مانند حساسیت پستان یا احساس نفخ

افسردگی با شروع پیرامون زایمان:
بروز دوره‌ی افسردگی در دوران بارداری یا پس از زایمان.

افسردگی با الگوی فصلی: ارتباط تکرارشونده‌ی دوره‌های افسردگی با فصل مشخص، به‌گونه‌ای که الگوی زمانی قابل‌توجهی وجود داشته باشد

تظاهرات بالینی افسردگی

برای ارزیابی پرستاری، علائم افسردگی را می‌توان در چهار حیطه بررسی کرد

الف) علائم عاطفی	ب) علائم شناختی	ج) علائم رفتاری و روانی‌حرکتی	د) علائم جسمی و زیستی
غمگینی، احساس پوچی، ناامیدی، تحریک‌پذیری، کاهش لذت و احساس گناه	کاهش تمرکز، اختلال تصمیم‌گیری، افکار منفی درباره‌ی خود و آینده، احساس بی‌ارزشی و افکار مرتبط با مرگ.	کناره‌گیری اجتماعی، کاهش فعالیت، کندی حرکات و گفتار یا گاهی بی‌قراری و ناتوانی در آرام نشستن.	اختلال خواب، تغییر اشتها و وزن، خستگی، کاهش انرژی، کاهش میل جنسی و گاهی شکایت‌های دردناک جسمی

دارودرمانی افسردگی

داروهای ضدافسردگی معمولاً در افسردگی متوسط تا شدید و در موارد دیگری که پزشک تشخیص دهد استفاده می‌شوند. انتخاب دارو به علائم، عوارض احتمالی، تداخلات دارویی، سابقه‌ی درمان و احتمال اختلال دوقطبی بستگی دار

مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs)

سرترالین، فلوکستین، اسیتالوپرام، سیتالوپرام .

مهارکننده‌های بازجذب سروتونین و نوراپی‌نفرین SNRIs

ونلافاکسین، دولوکستین

ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای TCAs

آمی‌تریپتیلین، نورتریپتیلین

مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز MAOIs

فنلزین

سایر ضدافسردگی‌ها

میرتازاپین، بوپروپیون



نکات مهم دارودرمانی:

- اثر درمانی کامل معمولاً فوری نیست و ممکن است چند هفته زمان ببرد.
- در شروع درمان یا تغییر دارو باید وضعیت خلق، بی‌قراری، عوارض جانبی و افکار خودکشی به‌دقت پایش شود.
- قطع ناگهانی برخی ضدافسردگی‌ها می‌تواند علائم قطع ایجاد کند؛ تغییر یا قطع دارو باید با برنامه‌ی درمانی انجام شود.
- پیش از تجویز ضدافسردگی، سابقه‌ی مانیا یا هیپومانیا باید بررسی شود؛ زیرا درمان افسردگی دوقطبی با افسردگی یک‌قطبی یکسان نیست.
- * در صورت بروز علائم احتمالی مانیا، مانند کاهش نیاز به خواب همراه با افزایش غیرعادی انرژی و رفتارهای تکانشی، ارزیابی فوری پزشکی ضرورت دارد.

روان‌درمانی

درمان شناختی ـ رفتاری : CBT به بیمار کمک می‌کند افکار منفی و الگوهای رفتاری تشدیدکننده‌ی افسردگی را شناسایی کند و به‌تدریج پاسخ‌های سازگارانه‌تری جایگزین آن‌ها سازد.

درمان بین‌فردی : IPT بر ارتباطات بین‌فردی، تعارض‌ها، سوگ و تغییر نقش‌های زندگی تمرکز دارد

تشنج‌درمانی ECT

درمان تشنج‌درمانی با القای کنترل‌شده‌ی تشنج تحت بیهوشی عمومی و مراقبت تخصصی انجام می‌شود. ممکن است در برخی موارد افسردگی بسیار شدید، نیاز به پاسخ سریع یا شرایطی که سایر درمان‌ها مؤثر نبوده‌اند، در نظر گرفته شود.

پیش و پس از درمان، ارزیابی پزشکی، پایش وضعیت شناختی، مراقبت از راه هوایی و بررسی عوارض احتمالی اهمیت دارند.

مراقبت‌های پرستاری در بیمار مبتلا به افسردگی

مراقبت پرستاری باید فردمحور، مبتنی بر ارزیابی، همراه با احترام به کرامت بیمار و متناسب با شدت علائم باشد.



- ارزیابی اولیه

- پرستار باید موارد زیر را بررسی و مستند کند:
- وضعیت خلق و عاطفه، میزان انرژی و الگوی گفتار
- خواب، اشتها، وزن، بهداشت فردی و سطح فعالیت
- تمرکز، حافظه، تصمیم‌گیری و میزان امیدواری
- توانایی انجام فعالیت‌های روزمره
- سابقه‌ی دوره‌های افسردگی، مانیا یا هیپومانیا
- سابقه‌ی درمان روان‌پزشکی و پاسخ به داروها
- بیماری‌های جسمی، مصرف مواد و داروهای فعلی
- وضعیت حمایت خانوادگی، روابط اجتماعی و عوامل استرس‌زا



ارزیابی خطر خودکشی و حفظ ایمنی

این بخش از اولویت‌های اساسی مراقبت است.
درباره‌ی افکار خودکشی، قصد، برنامه و سابقه‌ی رفتارهای مرتبط، مستقیم، آرام و بدون قضاوت سؤال شود.
در صورت وجود خطر فوری، بیمار تنها گذاشته نشود و ارزیابی فوری توسط تیم سلامت روان انجام گیرد.
سطح مشاهده، اقدامات ایمنی و محدودیت دسترسی به وسایل خطرناک باید بر اساس ارزیابی خطر، دستورهای بالینی و پروتکل مرکز تعیین شود.
در صورت خطر قابل‌توجه، موضوع فوراً به مسئول درمان گزارش شود.
تغییر ناگهانی رفتار، افزایش بی‌قراری، ناامیدی شدید یا تغییرات پس از شروع درمان جدی گرفته شود.

پرسیدن مستقیم درباره‌ی افکار خودکشی، مطابق راهنمای NICE، بخشی از ارزیابی ضروری بیمار مبتلا به افسردگی است.

اختلال دوقطبی

اختلال دوقطبی یک اختلال خلقی است که با بروز دوره‌های مشخص تغییر خلق، انرژی و فعالیت همراه است. در این اختلال، فرد ممکن است دوره‌هایی از افسردگی و دوره‌هایی از مانیا یا هیپومانیا را تجربه کند.

در دوره‌ی مانیا، خلق فرد ممکن است به‌طور غیرطبیعی بالا، گشاده یا تحریک‌پذیر شود و سطح انرژی و فعالیت افزایش یابد. در دوره‌ی افسردگی، ممکن است علائم افسردگی اساسی ظاهر شوند.

نکته‌ی مهم: اختلال دوقطبی به معنای تغییر خلق از لحظه‌ای به لحظه‌ی دیگر نیست. تغییرات خلقی در این اختلال معمولاً در قالب دوره‌هایی با الگوی زمانی مشخص رخ می‌دهند. البته شدت، مدت و نحوه‌ی بروز دوره‌ها در افراد مختلف متفاوت است.

تشخیص اختلال دوقطبی بر اساس سابقه‌ی دوره‌های خلقی، شدت علائم، تغییر عملکرد و ارزیابی تخصصی انجام می‌شود

اختلال دوقطبی نوع یک Bipolar I Disorder

ویژگی اصلی این اختلال، وجود حداقل یک دوره‌ی مانیا در طول زندگی فرد است. دوره‌ی افسردگی اساسی در بسیاری از بیماران رخ می‌دهد، اما برای تشخیص دوقطبی نوع یک الزامی نیست .

- ویژگی‌های دوره‌ی مانیا:

- خلق بالا، گشاده یا تحریک‌پذیر به شکل غیرطبیعی
- افزایش انرژی و فعالیت هدفمند
- کاهش نیاز به خواب، بدون احساس خستگی متناسب
- پرحرفی یا احساس فشار برای ادامه‌ی صحبت
- افزایش سرعت افکار یا پرش افکار
- حواس‌پرتی
- افزایش اعتمادبه‌نفس یا بزرگ‌منشی
- افزایش فعالیت‌های هدفمند یا بی‌قراری
- درگیری در فعالیت‌های لذت‌جویانه با احتمال بالای پیامدهای نامطلوب
- دوره‌ی مانیا معمولاً دست‌کم یک هفته طول می‌کشد، مگر آنکه شدت علائم به حدی باشد که بستری ضرورت پیدا کند. این دوره موجب اختلال قابل‌توجه در عملکرد می‌شود و ممکن است با علائم روان‌پریشانه همراه باشد.



اختلال دوقطبی نوع دو Bipolar II Disorder

این اختلال با وجود حداقل یک دوره‌ی هیپومانیا و حداقل یک دوره‌ی افسردگی اساسی مشخص می‌شود؛ بدون سابقه‌ی دوره‌ی کامل مانیا.

هیپومانیا چیست؟

هیپومانیا دوره‌ای از افزایش غیرعادی خلق، انرژی یا فعالیت است که از نظر علائم به مانیا شباهت دارد، اما شدت آن کمتر است و معمولاً موجب اختلال شدید عملکردی نمی‌شود. در هیپومانیا، روان‌پریشی وجود ندارد؛ اگر علائم روان‌پریشانه در دوره‌ی افزایش خلق رخ دهند، آن دوره از نظر تشخیصی مانیا محسوب می‌شود.

علائم هیپومانیا ممکن است شامل موارد زیر باشند:

کاهش نیاز به خواب
افزایش پرحرفی و معاشرت
افزایش اعتمادبه‌نفس
افزایش فعالیت و بهره‌وری ظاهری
افزایش سرعت افکار
* تحریک‌پذیری یا حواس‌پرتی



اختلال سیکلوتایمیک Cyclothymic Disorder

اختلالی مزمن است که در آن فرد طی مدت طولانی، نوسانات متعددی از علائم هیپومانیک و علائم افسردگی را تجربه می‌کند؛ اما این علائم در دوره‌های موردنظر به معیار کامل هیپومانیا یا افسردگی اساسی نمی‌رسند.

در بزرگسالان، الگوی علائم معمولاً دست کم دو سال تداوم دارد؛ در کودکان و نوجوانان، مدت معیار معمولاً حداقل یک سال است.

این اختلال می‌تواند باعث بی‌ثباتی در روابط، عملکرد شغلی یا تحصیلی شود و نیازمند ارزیابی تخصصی است.



سبب‌شناسی اختصاصی اختلال دوقطبی

عوامل زیستی، روان‌شناختی و محیطی که در بخش اتیولوژی توضیح داده شدند، در اختلال دوقطبی نیز نقش دارند؛ اما برخی نکات اهمیت ویژه‌ای دارند

الف) استعداد ژنتیکی

سابقه‌ی خانوادگی اختلال دوقطبی از عوامل خطر مهم است. با این حال، ژنتیک به‌تنهایی ابتلای فرد را تعیین نمی‌کند

ب) تنظیم خلق و شبکه‌های عصبی

اختلال در شبکه‌های تنظیم هیجان، پاداش، انگیزش و کنترل تکانه می‌تواند با نوسانات خلقی ارتباط داشته باشد.

ج) اختلال ریتم شبانه‌روزی

بی‌نظمی در خواب و بیداری می‌تواند با شروع یا عود دوره‌های خلقی ارتباط داشته باشد. کم‌خوابی ممکن است در برخی افراد مستعد، عامل تشدیدکننده‌ی دوره‌ی مانیا باشد.

د) استرس و رویدادهای زندگی

فشارهای روانی، تغییرات عمده‌ی زندگی، تعارضات بین‌فردی و بی‌نظمی در سبک زندگی می‌توانند در بعضی افراد موجب تشدید علائم شوند

هـ) مواد و داروها

مصرف بعضی مواد یا داروها، از جمله محرک‌ها و برخی داروهای مؤثر بر خلق، ممکن است علائم شبیه مانیا ایجاد کنند یا دوره‌های خلقی را تشدید کنند.

تظاهرات بالینی اختلال دوقطبی

برای درک بالینی این اختلال باید سه وضعیت از یکدیگر تفکیک شوند: مانیا، هیپومانیا و افسردگی



علائم مانیا

❖ علائم عاطفی:
- سرخوشی غیرطبیعی
- تحریک‌پذیری شدید
- افزایش اعتمادبه‌نفس یا بزرگ‌منشی

❖ علائم شناختی:
- شتاب افکار
- حواس‌پرتی
- برآورد غیرواقع‌بینانه از توانایی‌ها
- در موارد شدید، هذیان یا سایر علائم روان‌پریشانه

❖ علائم رفتاری:
- پرحرفی و افزایش فعالیت
- کاهش قضاوت و کنترل تکانه
- تصمیم‌گیری‌های عجولانه
- افزایش رفتارهای پرخطر
- بی‌قراری و دشواری در پیروی از برنامه‌ی درمانی

❖ علائم جسمی و زیستی:
- کاهش نیاز به خواب
- افزایش انرژی
- کاهش توجه به استراحت و مراقبت از خود

در مانیا ممکن است بیمار خطر بیماری را انکار کند، احساس کند به خواب یا درمان نیازی ندارد یا نسبت به محدودیت‌های محیطی واکنش منفی نشان دهد



علائم هیپومانیا

علائم هیپومانیا از نظر نوع شبیه مانیا هستند، اما شدت کمتری دارند و معمولاً موجب اختلال شدید عملکرد نمی‌شوند.

ممکن است اطرافیان در ابتدا افزایش انرژی، فعالیت یا معاشرت فرد را مثبت تلقی کنند. با این حال، تغییر واضح نسبت به وضعیت معمول فرد، کاهش نیاز به خواب و رفتارهای غیرمعمول باید مورد توجه قرار گیرند

دوره‌ی افسردگی در اختلال دوقطبی

علائم می‌توانند مشابه افسردگی اساسی باشند؛ از جمله:

- خلق افسرده و کاهش لذت
- کاهش انرژی
- اختلال خواب و اشتها
- اختلال تمرکز
- احساس بی‌ارزشی یا گناه
- کندی یا بی‌قراری روانی‌حرکتی
- افکار مرتبط با مرگ یا خودکشی

تفاوت اصلی در این است که فرد سابقه‌ی دوره‌ی مانیا یا هیپومانیا دارد و این سابقه در انتخاب درمان اهمیت اساسی دارد.

درمان دارویی اختلال دوقطبی

درمان اختلال دوقطبی معمولاً شامل دارودرمانی، روان‌آموزی، تنظیم خواب و سبک زندگی، روان‌درمانی و پیگیری طولانی‌مدت است. انتخاب دارو بر اساس نوع دوره‌ی فعلی، سابقه‌ی درمان، بیماری‌های همراه، عوارض و نیازهای فرد انجام می‌شود.

ثبیت‌کننده‌های خلق Mood Stabilizers

۱ لیتیوم Lithium

۲ والپروات Valproate

۳ لاموتریژین Lamotrigine

داروهای ضدروان‌پریشی Antipsychotics

این داروها در کنترل مانیا، بی‌قراری شدید یا علائم روان‌پریشانه و در برخی برنامه‌های درمان افسردگی دوقطبی کاربرد دارند

۴ اولانزاپین Olanzapine

۵ ریسپریدون Risperidone





ضدافسردگی‌ها در اختلال دوقطبی

ضدافسردگی‌ها در برخی بیماران و شرایط ممکن است با نظر روان‌پزشک استفاده شوند، اما نباید افسردگی دوقطبی را به‌طور خودکار مانند افسردگی یک‌قطبی درمان کرد.
درمان با ضدافسردگی به‌تنهایی ممکن است در برخی بیماران خطر بروز مانیا، هیپومانیا یا بی‌ثباتی خلقی را افزایش دهد. بنابراین، سابقه‌ی مانیا و هیپومانیا، وجود ویژگی‌های مختلط و درمان‌های همزمان باید بررسی شوند



درمان نگهدارنده

هدف درمان نگهدارنده، کاهش احتمال عود، حفظ عملکرد و بهبود کیفیت زندگی است. این درمان ممکن است شامل تثبیت‌کننده‌های خلق، برخی داروهای ضدروان‌پریشی، روان‌آموزی و برنامه‌ی منظم پیگیری باشد.

قطع خودسرانه‌ی دارو، بی‌نظمی خواب و نادیده گرفتن علائم اولیه‌ی عود می‌توانند روند بیماری را نامطلوب کنند

مراقبت‌های پرستاری در اختلال دوقطبی

مراقبت پرستاری در دوقطبی باید بر اساس مرحله‌ی فعلی بیماری تنظیم شود؛ زیرا نیازهای بیمار در مانیا با نیازهای او در دوره‌ی افسردگی تفاوت دارند



ارزیابی جامع

پرستار باید موارد زیر را بررسی کند:

- وضعیت خلق و عاطفه
- میزان انرژی و سطح فعالیت
- مدت خواب و تغییر نیاز به خواب
- سرعت گفتار و افکار
- میزان تمرکز و قضاوت
- رفتارهای تکانشی و احتمال آسیب
- وضعیت تغذیه، آب‌رسانی و مراقبت از خود
- علائم روان‌پریشانه در صورت وجود
- سابقه‌ی دوره‌های قبلی و محرک‌های احتمالی عود
- داروهای فعلی، عوارض و میزان پایبندی به درمان
- حمایت خانوادگی و شرایط اجتماعی

مراقبت پرستاری در مرحله‌ی مانیا

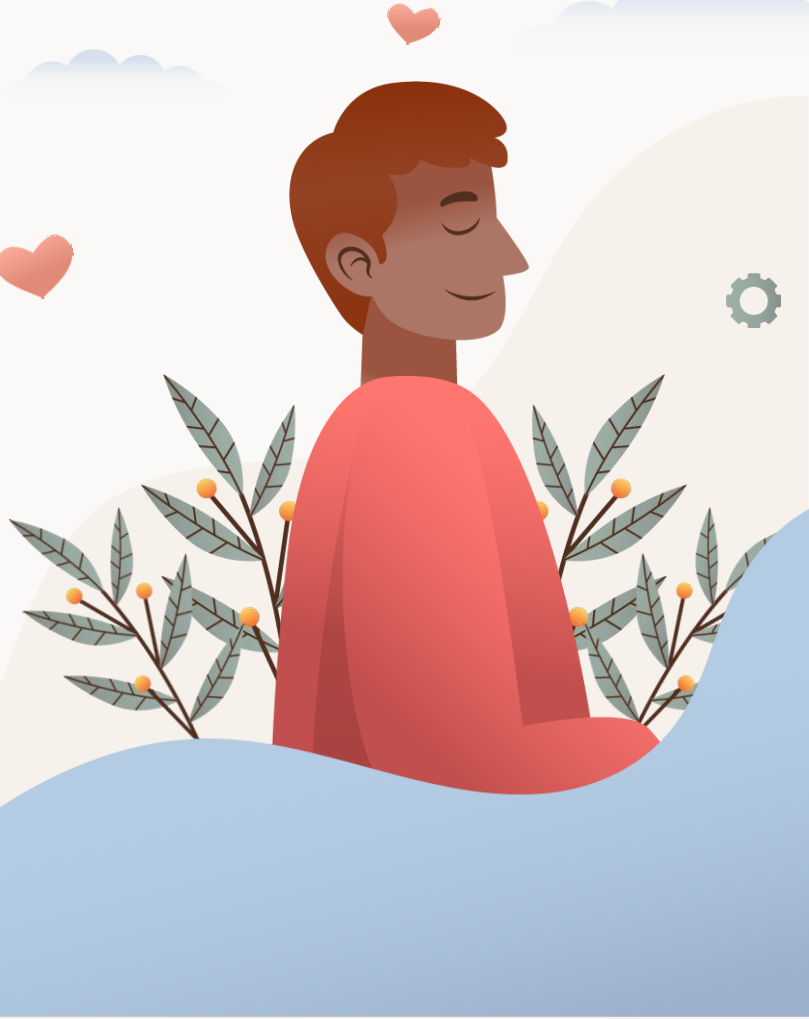
الف) حفظ ایمنی بیمار و اطرافیان.

ب) تنظیم فعالیت و استراحت.

ج) تأمین تغذیه و مایعات
- وزن و وضعیت تغذیه در صورت نیاز بررسی شوند.

د) برقراری ارتباط درمانی
- از جملات کوتاه، روشن و مستقیم استفاده شود.
- بحث طولانی یا جدل درباره‌ی باورهای غیرواقع‌بینانه انجام نشود.
- در صورت وجود بزرگ منشی، احساسات بیمار شنیده شوند؛ اما ادعاهای غیرواقع‌بینانه تأیید نشوند.
- حد و مرزهای رفتاری به‌صورت آرام و ثابت حفظ شوند.
- برای رفتار مناسب، بازخورد مشخص و محترمانه داده شود.

هـ) کاهش رفتارهای تکانشی



مراقبت پرستاری در مرحله‌ی افسردگی دوقطبی

در این مرحله، اصول مراقبت مشابه افسردگی اساسی است؛ اما پرستار باید سابقه‌ی دوقطبی و احتمال تغییر به مانیا یا وضعیت مختلط را نیز در نظر بگیرد.

- خلق، انرژی، خواب، اشتها و عملکرد روزمره بررسی شوند.
- خطر خودکشی به‌طور مستقیم ارزیابی شود.
- رابطه‌ی درمانی بدون قضاوت برقرار گردد.
- فعالیت‌های روزمره به‌تدریج و متناسب با توان بیمار افزایش یابند.
- دریافت غذا و مایعات و مراقبت از خود پایش شوند.
- تغییرات غیرمعمول خلق، افزایش انرژی، کاهش نیاز به خواب یا بی‌قراری گزارش شوند.
- پایبندی به درمان و عوارض داروها بررسی شود



پایش داروها

پایش باید بر اساس داروی تجویزشده انجام شود؛ از جمله:

لیتیوم: بررسی نتایج پایش سطح دارو، عملکرد کلیه و تیروئید، وضعیت آب‌رسانی و علائم مسمومیت.

والپروات: بررسی عوارض، نتایج آزمایش‌های موردنیاز و خطرات مربوط به بارداری.

لاموتریژین: توجه به راش پوستی و سایر علائم حساسیت شدید.

ضدروان‌پریشی‌ها: پایش وزن، قند و چربی خون در صورت لزوم، فشار خون وضعیتی، خواب‌آلودگی و علائم حرکتی.



آموزش بیمار و خانواده

- ماهیت دوره‌ای بیماری و ضرورت پیگیری توضیح داده شود.
- اهمیت مصرف منظم داروها و پرهیز از قطع خودسرانه بیان شود.
- نشانه‌های هشدار عود، مانند کاهش نیاز به خواب، افزایش انرژی، تحریک‌پذیری یا شروع ناامیدی شدید، آموزش داده شوند.
- تنظیم خواب و بیداری و پرهیز از مصرف خودسرانه‌ی مواد یا داروها تشویق شود.
- خانواده با رضایت بیمار در برنامه‌ی مراقبت مشارکت داده شود.
- برنامه‌ی مشخصی برای پیگیری و دریافت کمک در صورت تشدید علائم تدوین شود.

