ანტენატალური და პოსტნატალური ფსიქიკური ჯანმრთელობის მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

სარჩევი

ანტენატალური და პოსტნატალური ფსიქიკური ჯანმრთელობის მართვა 1

პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები 4

პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია 4

პროტოკოლის მიზანი 5

სამიზნე ჯგუფი 5

ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი 5

სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები 6

რეკომენდაციები 6

დედათა ფსიქიკური ჯანმრთელობა 6

1.1. საკითხები რომელიც ეხება რეპროდუქცული ასაკის ქალებს 8

1.2. ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მკურნალობის პრინციპები 8

1.3. მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა, კონსულტაცია და მეთვალყურეობა იმ ქალებისათვის, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას, არიან ორსულად ან იმყოფებიან ლოგინობის ხანაში. 9

1.4. ინფორმირება და კონსულტირება 10

1.5. ანტიდეპრესანტების გამოყენება 11

1.6. ბენზოდიაზეპინების გამოყენება 12

1.7. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება 12

1.8. ნორმოთიმიკების/გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორების გამოყენება 13

1.9. ლითიუმის გამოყენება 14

1.10. ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში ქალის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გააზრება და რეფერალი: 15

1.11. დეპრესია და შფოთვითი აშლილობები 16

1.12. მძიმე ფსიქიკური აშლილობები 18

1.13. ალკოჰოლის და ნარკოტიკული საშუალებების ბოროტად გამოყენება 18

1.14. შეფასება და მკურნალობის გეგმის შექმნა 19

ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის სპეციფიკური ფსიქიკური პრობლემების მკურნალობა 21

1.15. ინტერვენციები დეპრესიისთვის 21

1.16. ინტერვენციები შფოთვითი აშლილობის დროს 23

1.17. ფსიქოლოგიური ჩარევა კვებითი დარღვევების გამო 24

1.18. ინტერვენციები ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ავადმოხმარების დროს 24

1.19. ჩარევები მძიმე ფსიქიკური აშლილობებისთვის 25

1.20 ჩარევები ძილის დარღვევების დროს 26

1.21. ელექტროკრუნჩხვითი თერაპია 26

1.22. სწრაფი ტრანკვილიზაცია 26

1.23. ინტერვენცია ნარკოტიკულ ან ალკოჰოლურ საშუალებებზე პათოლოგიური დამოკიდებულების დროს 27

მოსალოდნელი შედეგები 29

აუდიტის კრიტერიუმები 30

პროტოკოლის გადახედვის ვადები 30

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი 30

რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე 30

დანართები 32

ორსულობის და ძუძუთი კვების დროს მედიკამენტური მკურნალობის ძირითადი პრინციპები 32

(NHS Perinatal Mental Health: Prescribing Guidance for Trust Prescribers and GPs (Version 3 – January 2018) 32

სკრინინგი და შეფასება 34

ედინბურგის მშობიარობისშემდგომი დეპრესიის კითხვარი 41

British Journal of Psychiatry, 1987, Vol. 150 41

პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი (PHQ-9) 45

გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის სკალა - 2 46

პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

	დასახელება	კოდი
1	კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	• F53 (ICD 10) ფსიქიკური ან ქცევითი დარღვევები, რომლებიც დაკავშირებულია მშობიარობის შემდგომ პერიოდთან და არ არის კლასიფიცირებული სხვა თავებში. • O99.3 (ICD 10) ფსიქიური აშლილობები და ნერვული სისტემის ავადმყოფობები, რომლებიც ართულებს ორსულობას, მშობიარობას და ლოგინობის ხანას
2	ჩარევის/ინტერვენციის დასახელება	• კლინიკური გამოკვლევა • AAF899 სხვა ფსიქოლოგიური გამოკვლევა • ფსიქოფარმაკოთერაპია • R4R140 ფსიქოთერაპია • ZYZX80 კლინიკური დაკვირვება და შემდგომი მეთვალყურეობა

პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და კლინიკური დახელოვნების ინსტიტუტის (National Institute for Health and Clinical Excellence) ანალოგიური რეკომენდაციებისა (Antenatal and postnatal mental health:clinical management and service guidance., Clinical guideline [CG192]Published date: December 2014 Last updated: April 2018 და ინგლისის ეროვნული ჯანმრთელობის სამსახურის (NHS) მიერ მოწოდებული პრინციპების საფუძველზე (NHS Perinatal Mental Health: Prescribing Guidance for Trust Prescribers and GPs (Version 3 – January 2018)

ბ) პროტოკოლის შემუშავებისას ვტორთა ჯგუმა უცვლელად დატოვა ორიგინალური გაიდლაინების რეკომენდაციები.

პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლში მოცემულია ანტე და პოსტნატალურ პერიოდში ფსიქიკურ აშლილობათა ფარმაკოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სერვისების დონეზე მართვის რეკომენდაციები, რომელთა მიზანია:

- ორსულობის, ლოგინობისა და მშობიარობისშემდგომ პერიოდში სპეციფიკური ფარმაკოლოგიური მკურნალობისა და მართვის შეფასება;
- ორსულობის, ლოგინობისა და მშობიარობისშემდგომ პერიოდში სპეციფიკური ფსიქოლოგიური თერაპიების შეფასება;
- ორსულობის, ლოგინობისა და მშობიარობისშემდგომ პერიოდში სერვისების დონეზე სპეციფიკური ინტერვენციების შეფასება;
- ორსულობის, ლოგინობისა და მშობიარობისშემდგომ პერიოდში ფსიქიკური აშლილობების მართვის საუკეთესო პრაქტიკაზე დაფუძნებული რეკომენდაციების დარეგვა.

სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ორსულ, ლოგინობის ან მშობიარობისშემდგომ პერიოდში მყოფ ქალებს, რომელთაც აღემიშნებათ ფსიქიკური აშლილობების განვითარების რისკი ან აქვთ ფსიქიკური აშლილობები.

პროტოკოლში განხილულია სხვადასხვა სიმწვავის ფართო ჯგუფი ფსიქიკური აშლილობებისა (ფსიქოზები, ბიპოლარული, დეპრესიული, შფოთვითი, კვებითი, ალკოჰოლ და წამალმოხმარების აშლილობები) და მათი მართვის პრინციპები ანტე და პერინატალურ პერიოდში.

ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

ეს პროტოკოლი განკუთვნილია ყველა პროფესიული ჯგუფისთვის, რომლებიც ზრუნავენ ორსულ, ლოგინობის ან მშობიარობისშემდგომ პერიოდში მყოფი ქალების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე:

- ფსიქიატრი, კლინიკური ფსიქოლოგი, ფსიქიატრიული მედდა;
- მეანი, ბებიაქალი, ნეონატოლოგი;

- ოჯახის ექიმი, ექთანი;
- ფარმაკოლოგი;
- სხვა სამედიცინო და არასამედიცინო სპეციალისტი, რომლებიც ჩართულები არიან ორსულთა, მელოგინეთა და მშობიარობისშემდგომი პერიოდში მყოფი ქალების ზრუნვაში.

სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის რეკომენდაციები მოიცავს ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონეს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებიდან სპეციალიზებული ფსიქიატრიული სამსახურების ჩათვლით.

რეკომენდაციები

დედათა ფსიქიკური ჯანმრთელობა

მთელს მსოფლიოში ორსულთა დაახლოებით 10%-ს და მელოგინე ქალთა 13%-ს, ფსიქიკური აშლილობა, უპირატესად, დეპრესია აღენიშნებათ. განვითარებად ქვეყნებში ეს რიცხვი კიდევ უფრო მაღალია (ორსულთა - 15.6% და მელოგინეთა - 19.8%). მძიმე შემთხვევებში მელოგინეთა შორის შესაძლოა თვითმკვლელობაც კი მოხდეს.

დეპრესიულ ქალს უჭირს ფუნქციონირება, რაც ბავშვების ზრდა-განვითარებაზეც უარყოფითად აისახება.

ბოლო მეტა-ანალიზურმა კვლევამ აჩვენა, რომ განვითარებად ქვეყნებში დედების დაახლოებით 20%-ს მშობიარობის შემდგომი კლინიკური დეპრესია აქვს, რაც გაცილებით მაღალია, ვიდრე მაღალი შემოსავლების ქვეყნებში (1).

მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი ბევრად უფრო იშვიათია, ვიდრე მშობიარობის შემდგომი დეპრესია ან შფოთვა. ფსიქოზის დროს დედამ შეიძლება ზიანი საკუთარ თავსაც და/ან ახალშობილსაც მიაყენოს. ახალშობილთა ფსიქოზი მშობიარეთა დაახლოებით 0,1 –0,2%.-ში გვხვდება. მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი, ჩვეულებრივ მოულოდნელად, ყველაზე ხშირად, მშობიარობიდან პირველი 2 კვირის განმავლობაში ვითარდება.

ორსულისა და მელოგინე ქალისთვის დეპრესია მძიმე ტვირთია. დეპრესიის ტიპურ სიმპტომებს, როგორიცაა დაქვეითებული გუნებ-განწყობა,

კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება, მეხსიერების შესუსტება, გამღიზიანებლობა, მადისა და ძილის დარღვევები და ფიქრები სიკვდილზე, შეუძლია ორსულობა განსაკუთრებით რთულ გამოცდილებად აქციოს როგორც დედისათვის, ასევე მისი ოჯახის წევრებისა და ექიმისათვისაც კი. მართლაც, არანამკურნალევი ან არასათანადოდ ნამკურნალევი დეპრესია სუიციდის რისკს ზრდის, აქვეითებს პროდუქტიულობას, თვითმოვლის ჩვევებს და შესაძლოა სერიოზული გართულებების მიზეზი გახდეს. დეპრესიული ორსული ქალები მიდრეკილები არიან ჭარბად მოიხმარონ ალკოჰოლი, ნარკოტიკები ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებები, ასევე ნიკოტინი, რაც თავისთავად აფერხებს ნაყოფის განვითარებას და საფრთხეს უქმნის მის ჯანმრთელობას. ორსულობის დროს სიმპტომური დეპრესია ნაადრევი მშობიარობის მიზეზი ხდება და ახალშობილი ჩამორჩება გესტაციურ ასაკს. გასათვალისწინებლია ის ფაქტიც, რომ მშობიარობის შემდგომი პერიოდი ფსიქიკური აშლილობებისათვის ყველაზე მოწყვლადია ქალებისთვის და ორსულობის ხანის სიმპტომური დეპრესია, თითქმის ყოველთვის, მშობიარობის შემდგომ დეპრესიაში გადაიზრდება. არსებობს ასევე მტკიცებულება, რომ დედის დეპრესიის მკურნალობა ხელს უწყობს ახალშობილის ზრდისა და განვითარების გაუმჯობესებას და ამცირებს არასწორი კვების ალბათობას.

გლობალურად, დედათა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები განიხილება, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთავარი გამოწვევა. თვითმკვლელობა ორსულობისა და ლოგინობის ხანაში ქალთა სიკვდილის მნიშვნელოვანი მიზეზია. სუიციდი სიკვდილის მეხუთე ყველაზე გავრცელებული მიზეზია ორსულობის პერიოდში და მშობიარობიდან 6 კვირის განმავლობაში. ასევე, სუიციდი სიკვდილის მთავარი მიზეზად რჩება ორსულობიდან ერთი წლის განმავლობაში.

ვინაიდან დედათა სიკვდილიანობა დღემდე დედათა ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებელია, ეს გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ყურადღების უფრო მეტ ფოკუსირებას დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ინტეგრირებული სერვისების მიწოდებაზე.

მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინება, რომ ორსულობის დროს და მშობიარობის შემდეგ პირველ წელს პრაქტიკულად ყველა ქალს შეიძლება განუვითარდეს ფსიქიკური აშლილობა. სიღარიბე, მიგრაცია, მძიმე სტრესი, ძალადობა (ოჯახური, სექსუალური და გენდერული ნიშნით), გაუთვალისწინებელი თუ კონფლიქტური სიტუაციები, სტიქიური უბედურებები და ცუდი სოციალური დახმარება, მნიშვნელოვნად ზრდის ფსიქიკური აშლილობების განვითარების რისკებს.

1.1. საკითხები რომელიც ეხება რეპროდუქცული ასაკის ქალებს

1.1.1 რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, რომლებსაც ანამნეზში ან ამჟამად აღენიშნებათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა რეკომენდებულია შემდეგი საკითხების განხილვა:

- კონტრაცეფციის გამოყენება და ორსულობის დაგეგმვა
- ორსულობისა და მშობიარობის გავლენა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, მათ შორის მდგომარეობის გამწვავების რისკი
- ფსიქიკურ დაავადების ან მისი მკურნალობის გავლენა დედაზე, ნაყოფსა და ახალშობილზე
- ფსიქიკური დაავადების ან მისი მკურნალობის გავლენა ბავშვის აღზრდაზე

1.1.2 რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშვნამდე, გაითვალისწინეთ უახლეს მონაცემებზე დაყრდნობით პრეპარატის გავლენა ნაყოფსა და ახალშობილზე

1.1.3 რეპროდუქციული ასაკის ქალებში არ ინიშნება ვალპროტი ხანმოკლე ან ხანგრძლივი დროით

1.2. ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მკურნალობის პრინციპები

1.2.1 გაიაზრეთ ქალის როლი ბავშვის აღზრდაში და მხარი დაუჭირეთ მას

1.2.2 ჩართეთ ქალი და მისი თანხმობის შემთხვევაში, პარტნიორი, ოჯახი ან მომვლელი ყველა გადაწყვეტილების მიღებაში, რომელიც ეხება მას და ბავშვის მკურნალობას

1.2.3 მსგავსი ტიპის პაციენტებთან ურთიერთობისას ეროვნული და ლოკალური გაიდლაინის მიხედვით დაიცავით ბავშვის უფლებები და კონფიდენციალობა

1.2.4 გაითვალისწინეთ პარტნიორის და ოჯახის საჭიროებები, რომელმაც შეიძლება გავლენა იქონიონ ქალის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ორსულობის და პოსტნატალურ პერიოდში:

- ბავშის და სხვა არასრულწლოვანი ბავშვების კეთილდღეობა
- პარტნიორის, ოჯახის ან მომვლელის მხარდაჭერა
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის გავლენა პარტნიორთან ან ოჯახთან ურთიერთობაზე
- კოორდინირებული მკურნალობა

1.2.5 შექმენით ინტეგრირებული მოვლის გეგმა ფსიქიკური აშლილობების მქონე ქალებისთვის ორსულობის და ლოგინობის ხანაში:

- დაავადების მკურნალობა და მართვა
- ჯანდაცვის მუშაკებს შორის პასუხისმგებლობის განაწილება
- ინტეგრირებული მკურნალობის კოორდინაცია
- მონიტორინგის განრიგი
- ჩარევის საშუალებებისა და მისი გამოსავლის პაციენტთან შეთანხმება.

1.3. მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა, კონსულტაცია და მეთვალყურეობა იმ ქალებისათვის, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას, არიან ორსულად ან იმყოფებიან ლოგინობის ხანაში.

ორსულობის დროს არანამკურნალევი დეპრესია უკავშირდება მაღალ რისკებს. მაღალი სარწმუნოებით დადასტურებულია, რომ ორსულობისას დედის შფოთვითი და დეპრესიული აშლილობები ბავშვებში ემოციურ და ქცევითი პრობლემებს იწვევენ. ამასთან თუ დედის ფსიქიკური მდგომარეობა მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ მწვავდება, მაშინ მედიკამენტები უფრო მაღალი დოზებით ინიშნება. (Perinatal Mental Health: Prescribing Guidance for GP, NHS, 2018)

1.4. ინფორმირება და კონსულტირება

1.4.1 ორსულ ან მელოგინე ქალს, ფსიქიკური აშლილობების შესახებ ინფორმაცია მიეწოდება სოციოკულტურული კონტექსტის გათვალისწინებით. ქალის თანხმობის შემთხვევაში ინფორმაციის გაზიარება ხდება პარტნიორთან, ოჯახის წევრებსა და/ან მზრუნველთან.

მნიშვნელოვანია იმის ახსნა, რომ ფსიქიკური აშლილობები ორსულობისა და პოსტნატალურ პერიოდში არაა იშვიათი და მათი მკუნალობა ეფექტურადაა შესაძლებელი.

1.4.2 თუ ქალს აქვს, ან როდესმე ჰქონია მწვავე ფსიქიკური პრობლემა და ორსულობას გეგმავს, საჭიროა, რომ იგი ორსულობის დადგომამდე კონსულტაციისთვის მეორე დონის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისში გადაამისამართოთ.

1.4.3 განიხილეთ მკურნალობის და პრევენციის არჩევანი და ნებისმიერი კონკრეტული შეკითხვა, რომელიც ქალს ორსულობის, ნაყოფის, ან ახალშობილის შესახებ გააჩნია. ქალს და მისი თანხმობის შემთხვევაში, ასევე მის პარტნიორს, ოჯახის წევრებს და მზრუნველს მიაწოდეთ შემდეგი ინფორმაცია:

- ფსიქოტროპული მედიკამენტების და ფსიქოლოგიური ინტერვენციების პოტენციური სარგებელი
- მკურნალობაზე უარის თქმის შესაძლო შედეგები
- მკურნალობასთან დაკავშირებული შესაძლო ზიანი/გვერდითი მოვლენები
- რა შეიძლება მოხდეს, თუ მკურნალობა შეიცვალა ან შეჩერდა, განსაკუთრებით, თუ ქალმა ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიღება უეცრად შეწყვიტა

1.4.4 ძუძუთი კვების საკითხი განიხილეთ ყველა იმ ქალთან, რომელთაც ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში შესაძლოა მედიკამენტების მიღების საჭიროება დაუდგეთ. აუხსენთ მათ ძუძუთი კვების უპირატესობები, ასევე პოტენციური რისკები, რომელიც უკავშირდება ძუძუთი კვების დროს ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიღებას და ძუძუთი კვების დასაწყებად ზოგიერთი მათგანის შეწყვეტას.

1.5. ანტიდეპრესანტების გამოყენება

ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (TCA),

სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები SSRI),

(სეროტონინის) ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები ((S)NRI**)**

1.5.1 მკურნალობისთვის ტრიციკლური ანტიდეპრესანტის (TCA), სეროტონინის სელექციური უკუმიტაცების ინჰიბიტორების (SSRI) ან (სეროტონინი-) ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორების [(S) NRI] **[5]** არჩევისას, მხედველობაში მიიღეთ:

- ქალის წინა გამოცდილება ამ პრეპარატების მიღებასთან დაკავშირებით;
- ორსულობის ეტაპი;
- ამ პრეპარატებთან დაკავშირებული ინფორმაცია მათი რეპროდუქციული უსაფრთხოების შესახებ (მაგალითად, ნაყოფის გულის მანკების და ახალშობილში მყარი ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიის რისკების შესახებ);
- არასაკმარისი ცოდნა იმისა, თუ რამდენად შეიძლება, ნაყოფისთვის გაზრდილი ნებისმიერი რისკი და ქალის ან ბავშვის სხვა პრობლემები, უშუალოდ ამ პრეპარატებს მივაწეროთ, თუ ეს გართულებები, შესაძლოა, სხვა ფაქტორებითაა განპირობებული.
- წამლის მიღების შეწყვეტის შემდეგ აღკვეთის სიმპტომების და ახალშობილთა ადაპტაციის სინდრომის განვითარების რისკები, რაც ანტიდეპრესანების უმრავლესობისთვის, განსაკუთრებით კი პაროქსეტინისა და ვენლაფაქსინისთვისაა დამახასიათებელი. [2014]

1.5.2 ქალისთვის, რომელიც ძუძუთი კვების შესაძლებლობას განიხილავს, TCA- ების, SSRI- ების ან (S)NRI- ების რისკებისა და სარგებელის შეფასებისას გაითვალისწინეთ:

- ქალისა და ბავშვისთვის ძუძუთი კვების უპირატესობა;
- ძუძუთი კვებაზე მყოფი ბავშვისთვის ამ წამლების უსაფრთხოებაზე არასაკმარისი ცოდნა;
- რისკები, რომლებიც დაკავშირებულია ქალისთვის ეფექტური მედიკამენტის სხვა მედიკამენტით ჩანაცვლებასა ან მოხსნასთან.

1.6. ბენზოდიაზეპინების გამოყენება

1.6.1 ბენზოდიაზეპინების დანიშვნა არ ხდება იმ ქალებისთვის, რომლებიც ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში იმყოფებიან. გამონაკლისია ხანმოკლე მკურნალობის კურსი ძლიერი შფოთვის და აჟიტაციის (აგზნების) დროს. [2014]

1.6.2 ქალებში, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას, ორსულად არიან ან გადაწყვეტილი აქვთ ჩვილის ძუძუთი კვება, ბენზოდიაზეპინების მიღების შეწყვეტა თანდათანობით უნდა მოხდეს [2014]

1.7. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება

1.7.1 ორსული ქალებისთვის ანტიფსიქოზური მედიკამენტების რისკის და სარგებლის შეფასებისას მხედველობაში მიიღეთ გესტაციური დიაბეტის და ჭარბი წონის განვითარების რისკის ფაქტორები.

1.7.2 ანტიფსიქოზური საშუალების შერჩევისას გაითვალისწინეთ მონაცემების სიმწირე ამ მედიკამენტების უსაფრთხოების შესახებ ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში.

1.7.3 გააკონტროლეთ პროლაქტინის დონე ქალებში, რომლებიც ორსულობას გეგმავენ და იღებენ ისეთ ანტიფსიქოზურ პრეპარეტებს, რომლებიც პროლაქტინის დონის მატებას იწვევენ. პროლაქტინის მაღალი მაჩვენებლის შემთხვევაში განიხილეთ ისეთი ანტიფსიქოზური პრეპარატის დანიშვნა, რომელიც პროლაქტინის დონეზე არ მოქმედებს.

1.7.4 თუ ანტიფსიქოზური მედიკამენტის მოქმედების ფონზე ორსული ქალის მდგომარეობა სტაბილურია და წამლის შეწყვეტის შემთხვევაში მოსალოდნელია ფსიქიკური სიმპტომების გამწვავება, ასეთ დროს მას ანტიფსიქოზური საშუალების მიღების გაგრძელება უნდა შესთავაზოთ.

1.7.5 ორსულ ქალს, რომელიც ანტიფსიქოზურ საშუალებას იღებს ურჩიეთ დაიცვას დიეტა და გააკონტროლეთ სხეულის წონის მატება.

1.7.6 გესტაციური დიაბეტის გამოვლენის მიზნით აწარმოეთ მონიტორიგი იმ ორსულებში, რომლებიც ანტიფსიქოზურ მედიკამენტს იღებენ. *(მაგალითად, NICE-ის გაიდლაინის - დიაბეტი ორსულებში - მიხედვით და) შესთავაზეთ ორალური გლუკოზის მიმართ ტოლერანტობის ტესტის.*

1.7.7 იმ ქალებისთვის, რომლებიც ორსულობას გეგმავენ, არიან ორსულად ან ჩვილის ძუძუთი კვება აქვთ გადაწყვეტილი, დეპო ანტიფსიქოზური საშუალების შეთავაზება არ არის რეკომენდებული, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ანამნეზში ორალურად მისაღები მედიკამენტების მიმართ კომპლაენტურობა არ დასტურდება, ხოლო დეპო პრეპარატს გამოხატული დადებითი შედეგი აქვს.

1.8. ნორმოთიმიკების/გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორების გამოყენება

1.8.1 მწვავე და ქრონიკული ფსიქიკური დარღვევების მკურნალობის მიზნით იმ ქალებისთვის, რომლებიც ორსულობას გეგმავენ, ორსულად არიან ან გადაწყვეტილი აქვთ ჩვილის ძუძუთი კვება, ვალპროატის შეთავაზება არ ხდება.

1.8.2 იმ შემთხვევაში, თუ ქალი უკვე იღებს ვალპროატს და გეგმავს ორსულობას, ურჩიეთ მედიკამენტის მიღება თანდათანობით, დოზის კლებით შეამციროს, ვინაიდან ორსულობის პერიოდში ამ მედიკამენტის მიღებისას არსებობს ნაყოფის მალფორმაციის და ნეიროგანვითარების დარღვევების რისკი [2018].

1.8.3 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების სამკურნალოდ იმ ქალებს, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას, არიან ორსულად ან გადაწყვეტილი აქვთ ჩვილის ძუძუთი კვება, კარბამაზეპინი არ შესთავაზოთ.

1.8.4 თუ ქალი უკვე იღებს კარბამაზეპინს და გეგმავს ორსულობას ან უკვე არის ორსულად, წამლის გვერდითი მოქმედებისა და ნაყოფის მალფორმაციის განვითარების რისკის გამო, განიხილეთ წამლის მიღების შეწყვეტის შესაძლებლობა.

1.8.5 თუ ქალი ორსულობის დროს იღებს ლამოტრიჯინს, შესთვაზეთ ლამოტრიჯინის დონის ხშირი განსაზღვრა ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში, რადგან მისი დონე არსებითად ცვალებადობს ამ დროს [2014]. (ახალმა კვლევამ აჩვენა, რომ ახალშობილებს, რომელთა დედები ეპილეფსიის გამო ლამოტრიჯინს იღებდნენ, ნაყოფის მალფორმაციის განვითარების გაზრდილი რისკი არ გამოვლინდა - 2019).

1.9. ლითიუმის გამოყენება

1.9.1 ლითიუმის შეთავაზება იმ ქალებისთვის, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას ან არიან ორსულად არაა რეკომენდებული, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობა არაა ეფექტური.

1.9.2 ორსულობის დაგეგმვისა ან ორსულობის შემთხვევაში ლითიუმის დანიშვნისას (იმ შემთხვევაში თუ ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მკურნალობა არაეფექტურია) აუცილებელია დარწმუნდეთ, რომ:

- ქალი აცნობიერებს ნაყოფის გულის მანკების განვითარების რისკს იმ შემთხვევებში, როდესაც ლითიუმის მიღება ხდება ორსულობის პირველ ტრიმესტრში;
- ქალმა იცის, რომ ლითიუმის შემცველობა შესაძლოა მაღალი იყოს დედის რძეში და არსებობს ჩვილის ინტოქსიკაციის რისკი;
- ლითიუმის დონის მონიტორინგი უფრო ხშირად უნდა განხორციელდეს ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში.

1.9.3 ლითიუმით მკურნალობის შემთხვევაში თუ დადგება ორსულობა, დამაკმაყოფილებელი ფსიქიკური მდგომარეობის შემთხვევაში საჭიროა ლითიუმის დოზის კლება და შეწყვეტა 4 კვირის განმავლობაში. ასევე, ქალს უნდა აუხსნათ, რომ:

- მედიკამენტის მიღების შეწყვეტა არ გულისხმობს, რომ ნაყოფის გულის მანკის განვითარების რისკი მოიხსნა;
- არსებობს გამწვავების საფრთხეც, განსაკუთრებით - ლოგინობის ხანაში, თუ პაციენტს ბიპოლარული აშლილობის დიაგნოზი აქვს.

1.9.4. ლითიუმის მიღების შემთხვევაში, როდესაც ქალი ორსულდება და მისი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი არ არის, ან არსებობს რელაფსის (გამწვავების) მაღალი რისკი, რეკომენდებულია:

- ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებზე თანდათანობითი გადასვლა ან
- ლითიუმის მიღების შეწყვეტა და მისი განახლება ორსულობის მეორე ტრიმესტრში (იმ შემთხვევაში, თუ ქალი არ გეგმავს ჩვილის ძუძუთი კვებას და წარსულში მისი სიმპტომები უკეთესად ექვემდებარებოდა ლითიუმის, ვიდრე სხვა მედიკამენტების მოქმედებას) ან

- ლითიუმით მკურნალობის გაგრძელება, თუ ქალი გამწვავების განვითარების მაღალი რისკის ქვეშაა, ხოლო ანტიფსიქოზური მედიკამენტები მისი მკურნალობისთვის ეფექტური არაა [2014]

1.9.5 ორსულობის განმავლობაში თუ ქალი აგრძელებს ლითიუმის მიღებას, უნდა გაითვალისწინოთ, რომ:

- პლაზმაში ლითიუმის დონის განსაზღვრა ყოველ 4 კვირაში ერთხელ, ხოლო 36-ე კვირიდან - ყოველკვირეულად უნდა მოხდეს;
- წამლის დოზის დადგენა ხდება იმგვარად, რომ პლაზმაში ლითიუმის დონე შენარჩუნდეს ქალისთვის დადგენილ თერაპიულ დიაპაზონში;
- უზრუნველყავით, რომ ქალმა სითხის ადეკვატური ბალანსი შეინარჩუნოს;
- უზრუნველყავით, რომ ქალმა საავადმყოფოში იმშობიაროს;
- უზრუნველყავით მონიტორინგი სამეანო გუნდის მეშვეობით, რათა მშობიარობის დაწყებისთანავე გააკონტროლონ ლითიუმის დონე და სითხის ბალანსი, რომ არ განვითარდეს დეჰიდრატაცია და ლითიუმით ინტოქსიკაცია;
- მშობიარობის დროს შეწყდეს ლითიუმის მიღება და მოხდეს პლაზმაში ლითიუმის დონის განსაზღვრა წამლის ბოლო მიღებიდან 12 საათის შემდეგ.

1.10. ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში ქალის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გააზრება და რეფერალი:

1.10.1 ქალებს, რომლებსაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა აქვთ (ან წუხან იმაზე, ხომ შესაძლოა ჰქონდეთ), შესაძლებელია:

- არ სურდეთ გაამჟღავნონ და განიხილონ თავიანთი პრობლემა სტიგმის გამო და მათი, როგორც დედების მიმართ ნეგატიური აღქმის წარმოშობის ან შვილის აღზრდისგან მათი ჩამოშორების შიშით;
- არ სურდეთ ან უჭირდეთ, ჩაერთონ მკურნალობაში, რითაც ცდილობენ თავიდან აიცილონ მათი ასოცირება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემასთან ან ალკოჰოლზე და წამალზე დამოკიდებულებასთან. [2014]

1.10.2 ყველა ჯანდაცვის პროფესიონალმა, რომელიც ქალს სამშობიარო სერვისებში აგზავნის, პაციენტთან შეთანხმებით ამ სერვისთან კომუნიკაცია უნდა უზრუნველყოს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის გაცვლა სამედიცინო პროფესიონალებს შორის სრულყოფილად და დროულად მოხდეს.

1.11. დეპრესია და შფოთვითი აშლილობები

1.11.1 ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში შფოთვითი აშლილობების (მათ შორის, გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა, პანიკური აშლილობა, ფობიები, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა და სოციალური შფოთვითი აშლილობა) და დეპრესიის გამოვლინების დიაპაზონსა და პრევალენტობას სათანადო ყურადღება არ ექცევა.

1.11.2 პირველადი ჯანდაცვის სერვისებთან ქალის პირველი კონტაქტისას ან ვიზიტის დაგეგმვის დროს და, ასევე, ადრეული ლოგინობის ხანაში გასათვალისწინებელია დეპრესიის გამოსავლენი კითხვების დასმა ქალის ზოგადი და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვებისას:

- ბოლო ერთი თვის განმავლობაში, ხშირად გქონდათ სევდა, დეპრესიული გუნებ-განწყობა ან იმედგაცრუება?
- ბოლო ერთი თვის განმავლობაში, ხშირად იყავით შეწუხებული იმის გამო, რომ ინტერესი დაკარგეთ ან სიამოვნებას ვეღარ იღებთ ჩვეული საქმიანობისგან?
- ბოლო 2 კვირის განმავლობაში, რამდენად ხშირად გქონდათ განცდა, რომ ახერხებდით შეგეჩერებინათ ან გაგეკონტროლებინათ განგაშის განცდა?

1.11.3 თუ ქალი დადებითად პასუხობს დეპრესიის მაიდენტიფიცირებელ რომელიმე კითხვას (მოწოდებულს 1.5.4 პუნქტში), რაც მიუთითებს, რომ არსებობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის განვითარების რისკი ან ადგილი აქვს კლინიკურ შემთხვევას, საჭიროა:

- ედინბურგის პოსტნატალური დეპრესიის სკალის (EPDS) ან პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარის (PHQ-9) გამოყენება, როგორც ქალის სრული შეფასების ნაწილისა მიმართვის დროს ან პჯდ-ის ექიმთან

ვიზიტისას, ხოლო ისეთ შემთხვევაში, როდესაც ეჭვია ფსიქიკური ჯანმრთელობის მძიმე პრობლემაზე - ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან. ასევე, გამოიყენეთ 2-კითხვიანი გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის სკალა (GAD-2):

- ბოლო 2 კვირის განმავლობაში, რამდენად ხშირად იყავით გაღიზიანებული, განერვიულებული, აფორიაქებული ან უკიდურესი დაძაბულობის ზღვარზე?

1.11.4 როდესაც GAD-2 სკალით ქულა 3-ს ან მეტს შეადგენს, მაშინ:

- საჭიროა GAD-7 შკალის გამოყენება შემდგომი შეფასების მიზნით ან
- ხდება ქალის რეფერალი პჯდ ექიმთან, ხოლო ისეთ შემთხვევაში, როდესაც ეჭვია ფსიქიკური ჯანმრთელობის მძიმე პრობლემაზე - ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან.

1.11.5 როდესაც GAD-2 სკალის მიხედვით ქალის ქულა 3-ზე ნაკლებია, მაგრამ თვლით, რომ პაციენტს შეიძლება შფოთვითი აშლილობა აღენიშნებოდეს, მაშინ შემდეგი კითხვები დაუსვით:

- ამჩნევთ თუ არა, რომ თავს არიდებთ გარკვეულ ადგილებს ან აქტივობებს და ეს გიქმნით პრობლემებს?
- დადებითი პასუხის შემთხვევაში საჭიროა GAD-7 სკალის გამოყენება შემდგომი შეფასებისთვის ან ქალის პჯდ ექიმთან რეფერალი, ხოლო ისეთ შემთხვევაში, როდესაც ეჭვია ფსიქიკური ჯანმრთელობის მძიმე პრობლემაზე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან გადამისამართება.

1.11.6 პჯდ სერვისში ვიზიტის დაგეგმვის ან პირველი მიმართვის დღიდან ყოველი შემდგომი კონტაქტის დროს, ჯანდაცვის იმ პროფესიონალებმა, რომლებსაც ქალთან ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში (მშობიარობიდან პირველი ერთი წელი), რეგულარული კავშირი ექნებათ, უნდა იხელმძღვანელოს შემდეგი პრინციპით:

- სავალდებულოა მოხდეს დეპრესიის მაიდენტიფიცირებელი 2 და GAD-2-ის შეკითხვების დასმა (იხ. რეკომენდაციები 1.5.4), რაც ქალის ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე მსჯელობის

შესაძლებლობას იძლევა, ასევე - EPDS or PHQ-9 კითხვარების, როგორც მონიტორინგის ნაწილის, გამოყენება.

1.12. მძიმე ფსიქიკური აშლილობები

1.12.1 ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში განხორციელებულ პირველ ვიზიტზე ქალს შემდეგი კითხვები დაუსვით:

ამჟამად ან წარსულში თუ აღენიშნებოდა მძიმე ფსიქიკური აშლილობა?

ამჟამად ან წარსულში ხომ არ აქვს ჩატარებული მკურნალობა სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში, მათ შორის სტაციონარული მკურნალობა?

ხომ არ აღენიშნება მძიმე ფსიქიკური აშლილობა პირველი რიგის ნათესავებში? (მშობლები, და-ძმა ან შვილი)[2014]

1.12.2 გადაამისამართეთ სპეციალიზებულ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებაში შეფასებისა და მკურნალობისთვის ყველა ქალი, ვისაც:

- გამოვლენილი აქვს ან არსებობს ეჭვი მძიმე ფსიქიკურ აშლილობაზე;
- ანამნეზში აღენიშნება მძიმე ფსიქიკური აშლილობა (ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში ან ნებისმიერ სხვა დროს);

1.12.3 თუ ქალს აქვს ან წარსულში ჰქონდა მძიმე ფსიქიკური აშლილობა ან პირველი რიგის ნათესავს ანამნეზში აღენიშნებოდა მძიმე პერინატალური ფსიქიკური პრობლემა, გაითვლისწინეთ, რომ მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზის სიმპტომები შესაძლოა გამოვლინდეს მშობიარობიდან 2 კვირის განმავლობაში.

1.12.4 თუ ქალს უეცრად გამოუვლინდა მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზის სიმპტომები, მისი ფსიქიკური სტატუსი დაუყოვნებლივ უნდა შეაფასოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტმა.

1.13. ალკოჰოლის და ნარკოტიკული საშუალებების ბოროტად გამოყენება

1.13.1 თუ არსებობს ეჭვი, რომ ქალი ალკოჰოლს ბოროტად მოიხმარს, აუცილებელია ალკოჰოლის გამოყენებით გამოწვეული აშლილობის განმსაზღვრელი ტესტის (AUDIT) ჩატარება, რაც მოცემულია შესაბამის

გაიდლაინში (ალკოჰოლური დამოკიდებულების მართვა პირველად ჯანდაცვაში - https://www.moh.gov.ge/ka/guidelines/)

1.13.2 როდესაც არსებობს ეჭვი ქალის მიერ ნარკოტიკის ბოროტად მოხმარებაზე, დაუყოვნებლივ გადაამისამართეთ შესაბამისი სერვისის პროვაიდერთან (და/ან სპეციალისტთან - ნარკოლოგი) პრობლემის იდენტიფიკაციის და შეფასების მიზნით.

1.14. შეფასება და მკურნალობის გეგმის შექმნა

1.14.1 ფსიქიკური პრობლემების შეფასების და დიაგნოსტირების სქემა ორსულობისა და ლოგინობის ხანაში უნდა მოიცავდეს შემდეგს:

- ინფორმაცია ანამნეზში ფსიქიკური პრობლემის შესახებ, მათ შორის ორსულობის და ლოგინობის ხანის პერიოდებში;
- ფიზიკური ჯანმრთელობა (წონა, სიგარეტის მოხმარება, კვება, ფიზიკური აქტივობა) და ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემების შესახებ ინფორმაცია;
- ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენება;
- ქალის დამოკიდებულება ორსულობის მიმართ, მათ შორის მისი უარყოფაც;
- ორსულობის მიმდინარეობა და დედის გამოცდილება;
- დედისა და ბავშვის ურთიერთობა;
- წარსულში ან ამჟამად მიმდინარე ფსიქიკური პრობლემების მკურნალობა და მკურნალობაზე პასუხი;
- სოციალური და პირადი ურთიერთობები და ურთიერთობების ხარისხი;
- საცხოვრებელი პირობები და სოციალური იზოლაცია;
- ოჯახური ანამნეზი, პირველი რიგის ნათესავებში ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის პრობლემები;
- ოჯახური ძალადობა, სექსუალური ძალადობა, ტრავმა ან ბავშვთან არაშესაბამისი მოპყრობა;
- საცხოვრებელი, სამუშაო და ეკონომიკური პირობები, ემიგრანტის სტატუსი;

- მომვლელის პასუხისმგებლობა სხვა ბავშვების ან ახალგაზრდების მიმართ.

1.14.2 ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ფსიქიკური პრობლემის შეფასებისა და მკურნალობის დროს გაითვალისწინეთ ისეთი დაავადებების არსებობა, როგორიცაა დასწავლის პრობლემები. საჭიროების შემთხვევაში შესთვაზეთ დამატებითი კონსულტაცია შესაბამის სპეციალისტთან და შეადგინეთ მკურნალობის გეგმა,

- შეაფასეთ ქალის ემოციური ფონი, ყურადღება გაამახვილეთ შესაძლო სიმპტომებზე: სუიციდური ფიქრები, საკუთარი თავის ან სხვების დაზიანება (ახალშობილის ჩათვლით), სიგარეტისა და ალკოჰოლის მოხმარება და ოჯახური ძალადობა
- თუ სახეზეა ბავშვზე ძალადობის ნიშნები, მიჰყევით არსებულ ლოკალურ გაიდლაინს
- თუ სახეზეა სუიციდური ფიქრების ან თავის დაზიანების ნიშნები:
  - შეაფასეთ აქვს თუ არა ქალს შესაბამისი მხარდაჭერა
  - დაეხმარეთ დახმარების მოძიებაში
  - მიაწოდეთ ინფორმაცია შესაბამის სპეციალისტს და ერთად შეადგინეთ მკურნალობის გეგმა

პაციენტის ჩართულობით უნდა შეიქმნას მკურნალობის გეგმა, სადაც გათვალისწინებულია ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდი (რომელიც ასევე მოიცავს მკურნალობის გავლენას ნაყოფსა და ახალშობილზე), რომელშიც გათვალისწინებული იქნება:

- მკურნალობის მიზნები და მათი რუტინული შეფასების გეგმა
- დამატებითი კონტაქტი სპეციალისტთან
- სპეციალისტის საკონტაქტო მონაცემები
- ინტერვენცია ორსულობისა და ლოგინობის ხანის დროს.

1.14.3 სპეციალისტებმა, რომლებიც მუშაობენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე და მათ მკურნალობაზე, უნდა გაითვალისწინონ სიმპტომების ვარიაცია ორსულობისა და ლოგინობის ხანაში.

1.14.4 ყველა ჩარევა ორსულობის დროს უნდა განხორციელდეს კომპეტენტური სპეციალისტის მიერ. ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური

ჩარევები უნდა დაეფუძნოს მკურნალობის შესაბამის სქემას და განისაზღვროს მისი ხანგრძლივობა და სტრუქტურა. სასურველია მკურნალობის დროს:

- დამატებითი ინფორმაციის მოძიება
- ქალის ჩართულობა მკურნალობის პროცესში
- მკურნალობის მონიტორინგი (მაგალითად : ვიდეო და აუდიო ჩანაწერები, შესაძლებლობის ფარგლებში)

1.14.5 ორსულ ქალში ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოსტირების შემთხვევაში 2 კვირაში შეადგინეთ მკურნალობის გეგმა და 1 თვეში წარმოადგინეთ ინტერვენციის შედეგები.

ფსიქოტროპული მედიკამენტების არჩევის შემთხვევაში მიჰყევით რეკომენდაციებს, რომელიც წარმოდგენილია: 1.4.10-1.4.37.

1.14.6 ორსულობისა და ლოგინობის ხანის პერიოდში შეიმუშავეთ მკურნალობის გეგმა წარმოდგენილ რეკომენდაციებზე დაყრდნობით

ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის სპეციფიკური ფსიქიკური პრობლემების მკურნალობა

1.15. ინტერვენციები დეპრესიისთვის

1.15.1 ქალს, რომელსაც აქვს ქვეზღურბლოვანი მუდმივი დეპრესიული სიმპტომები, ან მსუბუქი ან ზომიერი დეპრესია, ორსულობისა ან ლოგინობის ხანაში, უნდა დაეხმაროთ თვითდახმარების ტექნიკების ათვისებაში.

1.15.2 ანამნეზში ღრმა დეპრესიის მქონე ქალს, რომელსაც ორსულობისას ან მშობიარობის შემდეგ მსუბუქი დეპრესია გამოუვლინდა, მიზანშეწონილია ანტიდეპრესანტებით (TCA, SSRI ან (S)NRI) მკურნალობა დაეწყოს.

1.15.3 თუ ქალს ორსულობისას ან ლოგინობის ხანაში ზომიერი ან მძიმე დეპრესია აქვს, განიხილეთ მკურნალობის შემდეგი ვარიანტები:

- მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ჩარევა (მაგალითად, CBT)
- მედიკამენტური თერაპია (TCA, SSRI ან (S)NRI), თუ ქალს გაცნობიერებული აქვს ორსულობასა და ლოგინობის ხანაში მედიკამენტებთან და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებული რისკები და:

- ✓ მან ირჩია მედიკემენტური თერაპია ან
- ✓ უარი თქვა ფსიქოლოგიურ თერაპიაზე, ან
- ✓ მისი სიმპტომები ფსიქოლოგიურ ჩარევას არ დაექვემდებარა

- ინტენსიური ფსიქოლოგიური ინტერვენცია მედიკამენტებთან ერთად, თუ ქალს გაცნობიერებული აქვს ორსულობასა და ლოგინობის ხანაში მედიკამენტებთან და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებული რისკები და მხოლოდ ფსიქოლოგიური ჩარევა ან მხოლოდ მედიკამენტური თერაპია არაეფექტური ან ნაწილობრივად ეფექტურია.

1.15.4 თუ ქალი, რომელსაც მსუბუქი და ზომიერი დეპრესია აქვს და ანტიდეპრესანტებით (TCA, SSRI ან (S)NRI) მკურნალობს, დაორსულდა, მასთან ერთად განიხილეთ მედიკამენტების თანდათანობითი შეწყვეტის და თვითდახმარების ტექნიკების ათვისების შესაძლებლობა.

1.15..5 თუ ორსული ქალი ზომიერი დეპრესიის გამო ანტიდეპრესანტებით (TCA, SSRI ან (S)NRI) მკურნალობს და მედიკამენტების მიღების შეწყვეტა სურს, გაითვალისწინეთ წინა გამოცდილება, ორსულობის ეტაპი, გამწვავების რისკი, მედიკამენტების მიღებასთან დაკავშირებული რისკი და მისი უპირატესობა და მასთან ერთად განიხილეთ მისი შემდეგი მკურნალობის ვარიანტები:

- მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიურ ინტერვენციაზე გადასვლა (მაგალითად, CBT)
- მედიკამენტების შეცვლა, თუ არსებობს პრეპარატი, რომელიც ეფექტურია ქალისთვის, გვერდითი მოვლენების უფრო დაბალი რისკის გამო.

1.15.6 თუ ორსული ქალი მძიმე დეპრესიის გამო ანტიდეპრესანტებით (TCA, SSRI ან (S)NRI) მკურნალობს, გაითვალისწინეთ წინა გამოცდილება, ორსულობის ეტაპი, გამწვავების რისკი, მედიკამენტების მიღებასთან დაკავშირებული რისკი და განიხილეთ მკურნალობის შემდეგი ვარიანტები:

- აგრძელებს დანიშნული პრეპარატებით მკურნალობას;
- მედიკამენტის შეცვლა, თუ არსებობს პრეპარატი, რომელიც ეფექტურია ქალისთვის, გვერდითი მოვლენების უფრო დაბალი რისკის გამო. [2014]
- მედიკამენტების შერწყმა ინტენსიურ ფსიქოლოგიურ ინტერვენციასთან (მაგალითად, CBT)

- გადადის მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიურ ინტერვენციაზე (მაგალითად, CBT), თუ ქალი გადაწყვეტს, შეწყვიტოს მედიკამენტების მიღება. [ახალი 2014]

1.16. ინტერვენციები შფოთვითი აშლილობის დროს

1.16.1 ტოკოფობიის (მშობიარობის უკიდურესი შიში) მქონე ქალსთვის მიზანშეწონილია ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა.

1.16.2 თუ ქალს ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში შფოთვის ქვეზღურბლოვანი მუდმივი სიმპტომების აქვს, ასწავლეთ თვითდახმარების მეთოდები.

1.16.3 თუ ქალს ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში შფოთვითი აშლილობა აქვს, შესთავაზეთ დაბალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ჩარევა (მაგალითად, მართული თვითდახმარება) ან მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ჩარევა (მაგალითად, CBT), როგორც პირველადი რიგის მკურნალობა და გაითვალისწინეთ, რომ:

- მხოლოდ მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ჩარევაა რეკომენდებული პოსტტრავმული სტრესული აშლილობისთვის.
- მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ჩარევაა რეკომენდებული სოციალური შფოთვითი აშლილობის პირველადი მკურნალობისთვის.
- შედეგის მონიტორინგი ყურადღებას საჭიროებს და თუ 2 კვირის განმავლობაში სიმპტომები არ გაუმჯობესდა, მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ჩარევა არის რეკომენდებული;

1.16.4 თუ ქალი, რომელიც შფოთვითი აშლილობის გამო ანტიდეპრესანტებით (TCA, SSRI ან (S)NRI) მკურნალობს და დაორსულდა, განიხილეთ შემდეგი ვარიანტები:

- მედიკამენტების თანდათანობით მოხსნა და მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიურ ჩარევაზე გადასვლა (მაგალითად, CBT)
- მედიკამენტების მიღების გაგრძელება, თუ ქალს გაცნობიერებული აქვს ორსულობასა და ლოგინობის ხანაში მედიკამენტებთან და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებული რისკები და:
    - მან ირჩია მედიკემენტური თერაპია ან

- უარი თქვა ფსიქოლოგიურ ინტერვენციაზე ან
- მისი სიმპტომები ფსიქოლოგიურ ჩარევას არ დაექვემდებარა

- მედიკამენტის შეცვლა, თუ არსებობს პრეპარატი, რომელიც ეფექტურია ქალისთვის, გვერდითი მოვლენების უფრო დაბალი რისკის გამო.
- მედიკამენტების შეთავსება მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიურ ჩარევასთან (მაგალითად, CBT), თუ ქალს გაცნობიერებული აქვს ორსულობასა და ლოგინობის ხანაში მედიკამენტებთან და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებული რისკები და მაღალი ინტენსივობის ფსიქოლოგიური ჩარევა არაეფექტური ან ნაწილობრივად ეფექტურია.

1.17. ფსიქოლოგიური ჩარევა კვებითი დარღვევების გამო

1.17.1 ორსულობასა და ლოგინობის ხანაში კვებითი დარღვევების მქონე ქალს:

- შესთავაზეთ ფსიქოლოგიური ინტერვენცია არსებული რეკომენდაციების შესაბამისად **(კვებითი დარღვევები ჰჯდ-ში - გაიდლაინი)**
- ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში გულმოდგინეთ აკონტროლეთ ქალის მდგომარეობა.
- შეაფასეთ ნაყოფის ზრდის სკანირების საჭიროება.
- განიხილეთ ორსულობის დროს ჯანსაღი კვების მნიშვნელობა არსებული რეკომენდაციების შესაბამისად.
- მიეცით რჩევები ბავშვის კვების შესახებ და მხარი დაუჭირეთ რჩევათა განხორციელებაში.

1.18. ინტერვენციები ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ავადმოხმარების დროს

1.18.1 თუ საშიში ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის ავადმოხმარება გამოვლენილია ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში, ქალი დროულად გადაამისამართეთ შესაბამისი დარგის სპეციალისტთან.

1.18.2 თუ ორსულობის ან ლოგინობის ხანის დროს ეჭვი მიიტანეთ პაციენტის მიერ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკული საშუალების გამოყენებაზე, მართეთ შესაბამისი გაიდლაინის „ნარკოტიკების გამოყენება და ფსიქოსოციალური ინტერვენცია(ჩარევა) მიხედვით.

1.18.3 თუ ორსული ქალი ალკოჰოლზეა დამოკიდებული, შესთავაზეთ ალკოჰოლზე დამოკიდებულებასთან გამკლავებაში სპეციალიზირებული სერვისებში გადამისამართება (სასურველია სტაციონარის პირობებში). იმუშავეთ ქალთან, რომელსაც არ სურს ალკოჰოლს დაანებოს თავი სპეციალისტების დახმარებით, რათა შეამციროს მოხმარებული ალკოჰოლის რაოდენობა.

1.18.4 თუ ორსული ქალი ოპიოიდებზეა დამოკიდებული, შესთავაზეთ დეტოქსიკაცია სპეციალიზირებული სერვისებში. ყურადღებით დააკვირდით დეტოქსიკაციის დასრულების შემდეგ. იმუშავეთ ქალთან, რომელსაც დეტოქსიკაცია არ სურს, რათა დაეხმაროთ მას, რომ შეამციროს ოპიოიდების მიღება. ამოიცანით შემთხვევითი ზედოზირების რისკი იმ ქალებში, რომლებმაც ორსულობის დროს შეწყვიტეს ან შეამცირეს ნარკოტიკების გამოყენება, მაგრამ მშობიარობის შემდეგ ოპიოიდების გამოყენება განაახლეს.

1.19. ჩარევები მძიმე ფსიქიკური აშლილობებისთვის

1.19.1 განიხილეთ ფსიქოლოგიური ჩარევა ბიპოლარული აშლილობის მქონე ქალებისთვის.

ეს მოიცავს:

- კოგნიტურ-ქცევით თერაპიას (CBT, ინტერპერსონალურ თერაპიას (IPT) და წყვილთა ქცევითი თერაპია ბიპოლარული დეპრესიისთვის
- სტრუქტურირებული ინდივიდუალური, ჯგუფური და ოჯახური ინტერვენციები, რომლებიც განკუთვნილია ბიპოლარული აშლილობისთვის, რეციდივის რისკის შესამცირებლად, განსაკუთრებით მედიკამენტების შეცვლის ან შეჩერების შემთხვევაში.

1.19.2 თუ ორსულ ქალს მანია ან ფსიქოზი უვითარდება და იგი ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს არ იღებს, შესთავაზეთ ანტიფსიქოზური პრეპარატების მიღება.

1.19.3 განიხილეთ ფსიქოლოგიური ჩარევის შესაძლებლობა (CBT ან ოჯახური ინტერვენცია), როგორც ეს აღწერილია ფსიქოზის ან შიზოფრენიის დიაგნოზის მქონე ზრდასრულის გაიდლაინში. ამასთან, ორსულობის დროს რეციდივის რისკი მატულობს შემდეგი მიზეზების გამო:

- ორსულობის ან ლოგინობის ხანის პერიოდთან დაკავშირებული სტრესი
- მედიკამენტური მკურნალობის ცვლილება, მათ შორის - ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მიღების შეჩერება.

1.19.4 ანტიფსიქოზური საშუალების, როგორც პროფილაქტიკური საშუალების, შეთავაზება უნდა მოხდეს ბიპოლარული აშლილობის შესახებ არსებული რეკომენდაციების შესაბამისად თუ ბიპოლარული აშლილობის მქონე ქალი ორსულდება და წყვეტს ლითიუმს ან გეგმავს ძუძუთი კვებას.

1.19.5 თუ ბიპოლარული აშლილობის მქონე ორსულ ქალს, რომელიც პროფილაქტიკურ მედიკამენტს იღებს, მანია ეწყება:

- გადაამოწმეთ პროფილაქტიკური მედიკამენტის დოზა და პაციენტის დამყოლობა
- გაზარდეთ დოზა, თუ პროფილაქტიკური წამალი ანტიფსიქოზურია
- ურჩიეთ, რომ ანტიფსიქოზურზე გადავიდეს, თუ ის სხვა ჯგუფის პროფილაქტიკურ საშუალებას იღებს

1.20 ჩარევები ძილის დარღვევების დროს

1.20.1 თუ ორსულ ქალს, რომელსაც ძილის პრობლემა აქვთ, მიეცით რეკომენდაციები ძილის ჰიგიენის შესახებ (მაგალითად, ძილის ჯანსაღი ჩვევების გამომუშავება, კოფეინის მიღებაზე უარის თქმა და ძილის წინ აქტიურობის შემცირება). მძიმე ან ქრონიკული ძილის პრობლემის მქონე ქალებისთვის, განიხილეთ პრომეთაზინის გამოყენების საკითხი.

1.21. ელექტროკრუნჩხვითი თერაპია

1.21.1 თუ ორსულ ქალს აქვს მძიმე დეპრესია, მწვავე შერეული აფექტური მდგომარეობა ან მანია ან კატატონია, რომელიც ქალის ფიზიკურ ჯანმრთელობას ან ნაყოფს სერიოზულ საფრთხეს უქმნის, განიხილეთ ელექტროკონვულსიური თერაპია, როგორც ალტერნატივა (ECT).

1.22. სწრაფი ტრანკვილიზაცია

1.22.1 ორსულ ქალს, რომელსაც სწრაფი დამშვიდება სჭირდება, მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს დიდი სიფრთხილით და აგრესიის მოკლევადიანი მართვის მოთხოვნათა შესაბამისად, გარდა ამისა:

- ქალი არ უნდა იყოს იზოლირებული სწრაფი დამშვიდების შემდეგ;
- შეზღუდვის პროცედურები უნდა იყოს ადაპტირებული, რათა თავიდან იქნას აცილებული ნაყოფზე ზიანის მიყენების რისკი. **ფიზიკური შეზღუდვა შესაძლებელია შეიცავდეს მნიშვნელოვან რისკს ორსული პაციენტისათვის, განსაკუთრებით მეორე და მესამე ტრიმესტრებში, ვენური ობსტრუქციის გამო და გულაღმა წოლისას ჰიპერტენზიის სინდრომის გამო. ამდენად თუ ფიზიკური შეზღუდვის საჭიროება დგება, რეკომენდებულია ის მჯდომარე პოზიციაში განხორციელდეს.**
- როდესაც ორსულ ქალში, სწრაფი ტრანზილიზაციისთვის აგენტის არჩევა ხდება რეკომენდებულია ანტიფსიქოზური ან ბენზოდიაზეპინი - მოკლე ნახევარდაშლის პერიოდით; თუ ანტიფსიქოზიკური საშუალებაა გამოყენებული, ის უნდა იყოს მინიმალური ეფექტური დოზით, ახალშობილთა ექსტრაპირამიდული სიმპტომების რისკის გამო; თუ ბენზოდიაზეპინი გამოიყენება, გათვალისწინებული უნდა იქნას მოდუნებული ბავშვის სინდრომის რისკები
- პერინატალურ პერიოდში ქალის მოვლა უნდა მოხდეს პედიატრთან და ანესთეზიოლოგთან მჭიდრო თანამშრომლობით.

1.23. ინტერვენცია ნარკოტიკულ ან ალკოჰოლურ საშუალებებზე პათოლოგიური დამოკიდებულების დროს

1.23.1 თუ ორსულობის ან პოსტნატალურ პერიოდში აღინიშნება ნარკოტიკულ ან ალკოჰულ საშუალებებზე პათოლოგიური დამოკიდებულება, პაციენტი უნდა გადამისამართდეს სპეციალიზირებულ ცენტრში.

1.23.2 შესთავაზეთ ალკოჰოლდამოკიდებულების მართვის პროგრამა სპეციალისტთან ერთად. თუ ქალი უარს აცხადებს, იმუშავეთ პაციენტთან, რათა შემცირდეს ალკოჰოლის მოხმარება.

1.23.3 ოპოიდ დამოკიდებულ ქალებს შესთავაზეთ დეტოქსიკაცია სპეციალისტთან ერთად. აწარმოეთ შესაბამისი მონიტორინგი დეტოქსიკაციის შემდეგ. თუ ორსული უარს აცხადებს დეტოქსიკაციაზე, იმუშავეთ, რომ შემცირდეს ოპოიდის მოხმარება. მხედველობაში მიიღეთ

შემთხვევევითი ზედოზირების რისკი იმ ქალებში, რომელთაც ორსულობის პერიოდში შეწყვიტეს და შემდეგ განაახლეს ოპოიდის მოხმარება.

1.23.4 ორსულ პაციენტებს, რომელთაც აქვთ ძილის პრობლემები, ესაუბრეთ ძილის რეჟიმის მოწესრიგებაზე (თავი შეიკავონ ძილის წინ ფიზიკური აქტივობისგან ან კოფეინის მიღებისაგან) განიხილეთ პრომეთაზენი ქალებში, რომელთაც აქვთ ძილის მწვავე ან ქრონიკული დარღვევები.

1.23.5 თუ ქალი ორსულობის დროს იღებდა ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს, ჩაატარეთ ახალშობილის სრული ნეონატალური გამოკვლევა, გაითვალისწინეთ:

- ფსიქოტროპული მედიკამენტების უარყოფითი ეფექტების გამოვლენის ვარიაცია;
- დამატებითი მონიტორინგის საჭიროება;
- შეატყობინეთ შესაბამის სპეციალისტს, გააფრთხილეთ პაციენტი და მისი ოჯახის წევრები დამატებითი მონიტორინგის აუცილებლობის შესახებ, განსაკუთრებით ადრეული გაწერის შემთხვევაში.

1.23.6 თუ ორსულობის პერიოდში, პაციენტი იღებდა ალკოჰოლს ან ნარკოტიკულ საშუალებებს, რეკომენდებულია მელოგინისა და ახალშობილის დამატებითი მეთვალყურეობა:

- განვითარების თანდაყოლილი ანომალიების ან ახალშობილის ადაპტაციის სინდრომის გამოსავლენად სრული ნეონატალური კვლევა
- ფსიქოლოგიური მკურნალობა და მხარდაჭერა
- ახალშობილის განვითარების მონიტორინგი

1.23.7 მიზანშეოწინილია დამატებითი მეთვალყურეობა და მხარდაჭერა იმ შემთხვევაში, თუ აღინიშნებოდა ტრავმული მშობიარობა ან თვითნებითი აბორტი. გაითვალისწინეთ მშობიარობის და აბორტის გავლენა პარტნიორებზე და შესთავაზეთ ქალებს მიიღონ მხარდაჭერა ოჯახისგან და მეგობრებისგან.

1.23.8 ქალებს, რომლებსაც აქვთ პოსტტრავმულ სტრესული აშლილობა, რომელიც უკავშირდება ტრავმულ მშობიარობას, თვითნებით აბორტს, მკვდრადშობადობას ან ახალშობილის სიკვდილს, შესთავაზეთ ძლიერი ტიპის ფსიქოლოგიური ინტერვენცია.

1.23.9 ქალებს გართულებული მშობიარობით არ შესთავაზოთ „ტრავმის გახსენებაზე“ ფოკუსირებული ერთჯერადი ფსიქოლოგიური ჩარევა.
მკვდრადშობადობის ან მშობიარობიდან მოკლე დროში ახალშობილის სიკვდილის შემთხვევაში შესთავაზეთ პაციენტს ერთ-ერთი ქვემოთ ჩამოთვლი:

- ახალშობილის სურათის ნახვა
- ახლშობილის სამახსოვროს შენახვა
- ახალშობილის ნახვა
- ახალშობილის ხელში დაჭერა

რეკომენდებულია აღნიშნული აქტივობები ჩატარდეს გამოცდილი სპეციალისტის მეთვალყურეობით, შემდეგ კი პაციენტისა და მისი ოჯახის დამატებითი კონსულტაცია. თუ დიაგნოსტირებულია ნაყოფის ანტენატალური სიკვდილი, საუბარი ჩატარდეს მშობიარობამდე და რიგ შემთხვევებში მშობიარობის შემდეგაც.
1.23.10 შესთავაზეთ ქალს ახალშობილის ძუძუთი კვება, (გარდა შემთხვევებისა, როცა ის იღებს კარბამაზეპინს, კლოზაპინს ან ლითიუმს) თუმცა მხარი დაუჭირეთ მის გადაწყვეტილებას, აირჩიოს ახალშობილის კვების მისთვის მოსახერხებელი მეთოდი.
1.23.11 გაითვალისწინეთ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ქალებისთვის შესაძლოა რთული იყოს ბავშვთან ურთიერთობა. მშობიარობის შემდგომ ყველა ვიზიტზე შეაფასეთ დედისა და ახალშობილის ურთიერთობა, სიტყვიერი კონტაქტი, ემოციური და ფიზიკური მდგომარეობა. განიხილეთ ყველა პრობლემა და მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია მკურნალობის გზების შესახებ.
1.23.12 განიხილეთ დამატებითი ჩარევის გეგმა თუ დედისა და ბავშვის ურთიერთობა არ გამოსწორდა.

მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია ორსულობის, ლოგინობისა და მშობიარობისშემდგომ პერიოდში განვითარებული

ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკისა და მართვის მაჩვენებლების გაუმჯობესება.

აუდიტის კრიტერიუმები

პირველად ან სპეციალიზებულ დაწესებულებაში მიმართვის დროს ორსულობის, ლოგინობისა და მშობიარობისშემდგომ პერიოდში განვითარებული ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოზის გამოვლენის მაჩვენებლის (%) ზრდა.

ანტე და პოსტნატალური ფსიქიკური აშლილობის მქონე ზრუნვაში ჩართული ქალების რაოდენობის (%) ზრდა.

ანტე და პოსტნატალური ფსიქიკური აშლილობებით გამოწვეული დედათა ფუნქციური გაუარესების ხარისხისა და ბავშვთა ფსიქოფიზიკური განვითარების შეფერხების (%) შემცირება

პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა უნდა მოხდეს 3 წლის შემდეგ, წყარო გაიდლაინის გადახედვის შემთხვევაში - უფრო ადრე.

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის განხორციელებისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია ცხრილში (ცხრილი 1)

რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

ადგილობრივ დონეზე სპეციალისტებს შორის კოპეტენციების გადანაწილება შესაძლებელია დაზუსტდეს, რამდენადაც ამის საშუალებას სპეციალისტის პროფესიული კომპეტენცია იძლევა.

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- პროტოკოლის დაბეჭდვა და გავრცელება ჯანდაცვის ქსელში (შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში);

• პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე (www.moh.gov.ge);

• პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისათვის პერმანენტულად ტრენინგების ორგანიზება.

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი
ცხრილი 1

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	**აღწერეთ რა მიზნით ხდება ამა თუ იმ რესურსის გამოყენება**	**რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა**
ფსიქიატრი ოჯახის ექიმი ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტი, ფსიქიატრიული მედდა/ფსიქოლოგი/სოციალური მუშაკი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზი და სხვა ლაბორატორიული გამოკვლევები	საჭიროების მიხედვით	სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სავალდებულო

დანართები

ორსულობის და ძუძუთი კვების დროს მედიკამენტური მკურნალობის ძირითადი პრინციპები

(NHS Perinatal Mental Health: Prescribing Guidance for Trust Prescribers and GPs (Version 3 – January 2018)

- ორსულობის და ძუძუთი კვების დროს მედიკამენტური მკურნალობის ჩატარების დაგეგმვისას გაითვალისწინეთ, რომ რისკებთან დაკავშირებით მონაცემები არასაკმარისია.
- განიხილეთ მკურნალობის გაგრძელების უპირატესობა მკურნალობის შეწყვეტასთან შედარებით და გართულებების განვითარების რისკი ფსიქიკური აშლილობების არმქონე ქალებში. ეს რისკი არის 2-4 – 100 შემთხვევაზე.
- განიხილეთ მდგომარეობის გამწვავების რისკი. შეაფასეთ ბოლო ეპიზოდი, თუ როდის განვითარდა, მისი სიმწვავე და მკურნალობის ეფექტურობა.
- განსაზღვრეთ მკურნალობის სწრაფად შეწყვეტის, გამწვავებისა და პრეპარატების მოხსნის სიმპტომების განვითრების რისკი.

ორსულობის პერიოდში უპირატესად გამოსაწერი (ნაკლები რისკის მქონე) წამლების ჩამონათვალი

ანტიდეპრესანტები	სერტრალენი ციტალოპრამი ესციტალოპრამი ფლუოქსეტინი
ანტიფსიქოზურები	ოლანზაპინი ქვეტიაპინი არიპიპრაზოლი
გუნებ-განწყობის სტაბილოზატორები	ოლანზაპინი ქვეტიაპინი არიპიპრაზოლი
საძილე საშუალებები	პრომეტაზინი

ძუძუთი კვების დროს უპირატესად გამოსაწერი (ნაკლები რისკის მქონე) წამლების ჩამონათვალი:

ანტიდეპრესანტები	სერტრალენი (პირველი არჩევის) ციტალოპრამი
ანტიფსიქოზური	ოლანზაპინი ქვეტიაპინი
გუნებ-განწყობის სტაბილოზატორები	ოლანზაპინი ქვეტიაპინი

საძილე საშუალებები	პრომეტაზინი

სკრინინგი და შეფასება

	CBR	პერინატალურ პერიოდში ქალზე ზრუნვაში ჩართულმა ყველა სპეციალისტმა უნდა გაიაროს ტრენინგი ქალზე ორიენტირებული კომუნიკაციის უნარებში, ფსიქოსოციალურ შეფასებასა და კულტურულად უსაფრთხო მოვლის საკითხებში.

დეპრესიის სკრინინგი

1	EBR	პერინატალურ პერიოდში შესაძლო დეპრესიული აშლილობის სკრინინგითვისგამოიყენეთ ედინბურგის პოსტნატალური დეპრესიის სკალა (EPDS),	ძლიერი
2	EBR	პერინატალურ პერიოდში უზრუნველყავით ქალის შემდგომი შეფასების თუ EPDS– ის ქულა 13 ან მეტია.	ძლიერი
	CBR	პირველი ანტენატალური სკრინინგი შეასრულეთ ორსულობის რაც შეიძლება ადრეულ ეტაპზე და გაიმეორეთ ორსულობის მოგვიანებით ეტაპზე ერთხელ მაინც.	
	CBR	მშობიარობიდან 6-12 კვირის შემდეგ ჩაატარეთ პირველი პოსტნატალური სკრინინგი და გაიმეორეთ მშობიარობიდან ერთი წლის განმავლობაში ერთხელ მაინც.	
	CBR	თუ EPDS– ის ქულა 10 – დან 12 – მდეა, მონიტორინგი გაუწიეთ და გაიმეორეთ EPDS–2–4 კვირის შემდეგ, რადგან ქულა შეიძლება გაიზარდოს.	
	CBR	გაიმეორეთ EPDS ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ ერთი წლის პერიოდში ნებისმიერ დროს, თუ დეპრესია კლინიკურად არის გამოხატული	
	CBR	EPDS–ის მე–10 კითხვაზე დადებითი პასუხისას, დაუყოვნებელი უზრუნველყავით ქალის შემდგომი შეფასება და, თუკი სუიციდური აზრები გამჟღავდა, დაუყოვნებლივ იმოქმედეთ ადგილობრივი პროტოკოლის შესაბამისად.	
	CBR	სასკრინინგო ინსტრუმენტის გამოყენებისას, გაითვალისწინეთ მოსახლეობის ენა და კულტურული მიზანშეწონილობა. ამ მიზნით გამოიყენეთ EPDS– ის სათანადოდ ნათარგმნი ვერსიები.	

შფოთვის სკრინინგი

	CBR	გაითვალისწინეთ, რომ შფოთვითი აშლილობა ძალზე ხშირია პერინატალურ პერიოდში
	CBR	კლინიკური შეფასებისას, გამოიყენეთ შფოთვის სასკრინინგო ინსტრუმენტები ან სრულ კლინიკურ შეფასებამდე ყურადღება გაამახვილეთ EPDS-ის პუნქტებზე 3, 4 და 5.

ფსიქოსოციალური რისკების შეფასება

	PP	შეაფასეთ ფსიქოსოციალური რისკფაქტორები, როგორც ორსულობის რაც შეიძლება ადრეულ ეტაპზე და განმეორებით - მშობიარობის შემდეგ.
	CBR	ჩაატარეთ ფსიქოსოციალური შეფასება იმ ინსტრუმენტთან ერთად, რომელიც დეპრესიის / შფოთვის ამჟამინდელ სიმპტომების სკრინინგს (მაგ,. EPDS) ახდენს
	PP	უზრუნველყავით, რომ ჯანდაცვის სპეციალისტებს ჩაუტარდეთ მიზნობრივი ტრენინგი ფსიქო-სოციალური შეფასებისა და ფსიქოსოციალური შეფასების ინსტრუმენტის გამოყენების შესახებ, შესაბამისი ფსიქო-სოციალური დახმარებისთვის რეფერალის მკაფიო მითითებებით.
	PP	ქალთან განიხილეთ მის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ფსიქოსოციალური რისკ-ფაქტორების შესაძლო გავლენა და მიაწოდეთ ინფორმაცია ხელმისაწვდომი დახმარების შესახებ.
	CBR	დარწმუნდით, რომ ფსიქოსოციალური რისკის შესაფასებლად გამოყენებული ნებისმიერი ინსტრუმენტი ენობრივად და კულტურულად მისაღებია.

დედისა და ახალშობილის ურთიერთობის შეფასება

	PP	შეაფასეთ დედისა და ახალშობილის ურთიერთობა, როგორც ლოგინობის ხანაში ქალის მოვლის ინტეგრალური ნაწილი და საჭიროებისას გამოიყენეთ სპეციალისტის (ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, ოჯახის წევრი) დახმარება
	PP	შეაფასეთ ახალშობილისთვის ზიანის მიყენების რისკი, თუ მნიშვნელოვანი სირთულეები შეინიშნება დედისა და ახალშობილის ურთიერთობაში და ქალი აფიქსირებს, რომ იგი ბავშვის დაზიანების შესახებ ფიქრობს ან / და ჩნდება ეჭვი დედის ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით.

სუიციდის რისკის შეფასება

	PP	თუ ქალი შეფასდა, როგორც თვითმკვლელობის რისკის ქვეშ (კლინიკური შეფასებით ან / და EPDS) მყოფი, დაუყოვნებლივ გადაამისამართეთ ქალი ფსიქიკური ჯანმრთელობის გადაუდებელი შეფასების, დახმარებისა და მკურნალობისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან ან სერვისებში.

მკურნალობისა და პრევენციის ძირითადი პრინციპები

	CBR	მიაწოდეთ ყველა ქალს ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რა მნიშვნელობა ენიჭება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს, რომლებიც შეიძლება პერინატალურ პერიოდში წარმოიშვას.
	PP	თუ ქალი თანახმაა, პერინატალურ პერიოდში ქალის ემოციურ კეთილდღეობაზე ზრუნვაში ჩართეთ მისი წარმომადგენელი და მას თქვენს ხელთ არსებული ინფორმაცია მიაწოდეთ.
	PP	პერინატალურ პერიოდში შიზოფრენიის, ბიპოლარული აშლილობის ან მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე ქალების ზრუნვისთვის მულტიდისციპლინარული გუნდური მიდგომა აუცილებელია, სადაც ხდება ღია კომუნიკაცია, ზრუნვის დაგეგმვა, წერილობითი გეგმის შედგენა და უზრუნველყოფილია სხვადასხვა კლინიკურ სერვისში ზრუნვის უწყვეტობა
	PP	სადაც ეს შესაძლებელია, დედის შეფასება, ზრუნვა და მკურნალობა უნდა ახალშობილსაც მოიცავდეს
		თუ ეს შესაძლებელია,პერინატალურ პერიოდში სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელმა პერსონალმა უნდა გაიაროს ტრენინგი შიზოფრენიის, ბიპოლარული აშლილობისა და მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე ქალებზე ზრუნვის უკეთ გაცნობიერების მიზნით

ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობის ზოგადი პრინციპები

	PP	იმსჯელეთ ფარმაკოლოგიური მკურნალობის პოტენციურ რისკებსა და სარგებლიანობაზე ქალთან ინდივიდუალურად და, თუ ქალი თანახმაა, მის წარმომადგენელთან
	PP	დარწმუნდით, რომ ქალს განობიერებული აქვს რეციდივის რისკი, რომელიც დაკავშირებულია მედიკამენტების შეწყვეტასთან, ასევე გააზრებული აქვს, რომ მედიკამენტის მიღების შეწყვეტა საჭიროა თანდათანობით, ფსიქიატრთან შეთანხმებული სქემით.
	PP	განიხილეთ მკურნალობის ვარიანტებზე (მედიკამენტური და ფსიქოლოგიური), რაც საშუალებას მისცემს ქალს, სურვილის შემთხვევაში, ძუძუთი კვებოს ახალშობილი
	PP	საუკეთესო შემთხვევაში, ორსულობის დროს ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობა გულისხმობს ფისქიატრის მუდმივ მეთვალყურეობას,
	PP	თუ ქალი პირველ ტრიმესტრში ფსიქოტროპულს საშუალებებს, განსაკუთრებით კი -ანტიკონვულსანტს იღებს - განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ მეთვრამეტე - მეოცე კვირის პერიოდში მაღალი გარჩევადობის ულტრაბგერით კვლევას
	PP	დაგეგმეთ მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ფარმაკოლოგიური მკურნალობა იმ ქალებისთვის, რომლებმაც ფსიქოტროპულ მედიკამენტები ორსულობის დროს შეწყვეტეს.

	GBR	მშობიარობის შემდგომი სამი დღის განმავლობაში დააკვირდით გამოიჩინეთ იმ ახალშობილს, რომლის დედაც ორსულობის დროს ფსიქოაქტიურ მედიკამენტებს იღებდა

მშობიარობისშემდგომი ზრუნვა და მხარდაჭერა

	PP	შიზოფრენიის, ბიპოლარული აშლილობის, ძლიერი დეპრესიის ან მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე ქალთა მშობიარობის შემდგომი მოვლის დაგეგმვისას, გამოიყენეთ კოორდინირებული გუნდური მიდგომა
	PP	როდესაც დედას აქვს მძიმე ფსიქიკური აშლილობა (მათ შორის - მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა), მნიშვნელოვანია ბავშვთა დაცვა რისკების უზრუნველყოფა, საჭიროების შემთხვევაში, მისი გაგება.
	CBR	თუ მძიმე მშობიარობის შემდგომი ფსიქიკური აშლილობის გამო დედის სტაციონირება აუცილებელია, თუ შესაძლებელია თავიდან აიცილეთ მისი ჩვილისგან ხანგრძლივი დაშორება. ამ მიზნით უკეთესია დედისა და შვილის მოთავსება სპეციალიზებულ განყოფილებაში, თუ ამგვარი სერვისი ხელმისაწვდომია და სათანადო პირობებით აღჭურვილი,

დეპრესიული და შფოთვითი დარღვევები
ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა და ფსიქოლოგიური მიდგომები

4	EBR	დეპრესიის სიმპტომების მქონე ქალები პერინატალურ პერიოდში უზრუნველყავით სტრუქტურირებული ფსიქო-განათლებით	ძლიერი
5	EBR	დეპრესიის სიმპტომების მქონე ქალებს გააცანით ლოგინობის ხანაში სოციალური მხარდაჭერის პოტენციური სარგებელი.	პირობითი
6	EBR	პერინატალურ პერიოდში მსუბუქი და ზომიერი დეპრესიის მქონე ქალებისთვის რეკომენდებულია ინდივიდუალური სტრუქტურირებული ფსიქოლოგიური ჩარევა (კოგნიტური ქცევითი თერაპია ან ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია)	ძლიერი
7	EBR	დეპრესიის ან შფოთვითი აშლილობის მქონე ქალებს აუხსენით მშობიარობის შემდგომი პერიოდის განმავლობაში ფსიქოლოგიური კონსულტირების შესაძლო სარგებელის შესახებ	პირობითი
	CBR	ქალებს, რომლებსაც პერინატალურ პერიოდში აქვთ დეპრესიის სიმპტომები, აუხსენით მართული თვითდახმარების პოტენციური სარგებელი	

	CBR	პოსტრავმული სტრესული აშლილობის მქონე ქალებს აუხსენით სტრესული მშობიარობის საკითხებზე კონსულტაციის პოტენციური სარგებელის, თუ მათ დეპრესიული სიმპტომები აქვთ.	
	CRB	იმ ქალებისთვის, რომლებსაც მშობიარობის შემდგომი დეპრესია აქვთ ან აღნიშნავენ ჩვილთან ურთიერთობებში სირთულეებს, განიხილეთ სპეციალური თერაპიული ჩარევა ან რეფერალი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან	

დამატებითი თერაპიები

8	EBR	აუხსენით ქალებს, რომ ომეგა -3 ცხიმოვანი მჟავების დამატება დეპრესიის სიმპტომების გაუმჯობესებას არ იწვევს, მაგრამ არ არის საზიანო ნაყოფისთვის ან ჩვილისთვის, როდესაც იგი მიიღება ორსულობის დროს ან ძუძუთი კვების დროს.	პირობითი
	CBR	აუხსენით ორსულ ქალებს, რომ სამკურნალო მცენარე კრაზანას ნაყოფისთვის პოტენციური ზიანის მიყენების მტკიცებულება შეზღუდული და გაურკვეველია, ამდენად მისი გამოყენება ორსულობის დროს არ არის რეკომენდებული.	
	CBR	აუხსენით ორსულ ქალებს, რომ გინგკო ბილობას ნაყოფისთვის პოტენციური ზიანის მიყენების საკითხზე კვლევები არ ჩატარებულა. ამდენად, მისი გამოყენება ორსულობის დროს არ არის რეკომენდებული.	

ფარმაკოლოგიური მკურნალობა დეპრესიული და შფოთვითი აშლილობებისთვის

9	EBR	ორსულებში ზომიერი და მძიმე დეპრესიის ან/და შფოთვის დროს პირველი რიგის არჩევანია სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორების გამოყენება (SSRIs)	პირობითი
	CBR	ორსულისთვის კონკრეტული SSRI-ის არჩევამდე გაითვალისწინეთ ქალის წარსული გამოცდილება, სამეანო ანამნეზი (მაგ., ორსულობისა და ნაადრევი მშობიარობის სხვა რისკ-ფაქტორები) და ყველა ის ფაქტორი, რამაც შეიძლება არასასურველი თანამოვლენების რისკი გაზარდოს.	
10	EBR	მშობიარობის შემდგომი ზომიერი და მძიმე დეპრესიის დროს პირველი რიგის არჩევანია სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები (SSRIs)	ძლიერი
	PP	სანამ SSRI–ს დაუნიშნავთ მეძუძურ დედას გაითვალისწინეთ ჩვილის ჯანმრთელობა და გესტაციური ასაკი დაბადების მომენტში.	

	CBR	ორსულობის და ლოგინობის ხანაში შფოთვის ზომიერი ან მძიმე სიმპტომების სამკურნალოდ დასაშვებია ბენზოდიაზეპინების ხანმოკლე გამოყენება, სანამ SSRI-ის ან ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების (TCA) მოქმედება არ დაიწყება
	PP	გამოიჩინეთ სიფრთხილე ხანგრძლივი მოქმედების ბენზოდიაზეპინების განმეორებითი დანიშვნისას მშობიარობის დროს
	PP	გამოიჩინეთ სიფრთხილე ორსულ ქალებში არა-ბენზოდიაზეპინის ჰიპნოზური წამლების გამოყენებისას.
	PP	დოქსილამინი (დონორმილი და სხვ.) A კატეგორიის პრეპარატია ორსულობის დროს და შეიძლება გამოყენებულ იქნას, როგორც პირველი რიგის საძილე საშუალება ორსულ ქალებში, რომლებიც განიცდიან ზომიერ და მძიმე უძილობას.

ფსიქოლოგიური ჩარევა ზომიერი და მწვავე შფოთვის და დეპრესიული დარღვევების მქონე ქალებისთვის

	CBR	ზომიერი და მწვავე შფოთვისა და დეპრესიული აშლილობის მქონე ქალებს აუხსენით, რომ ფსიქოლოგიური ჩარევები სასარგებლო დამხმარე საშუალებაა, ჩვეულებრივ, მედიკამენტების ამოქმედების შემდეგ.

მძიმე ფსიქიკური დაავადება
ანტიფსიქოზური საშუალებები

11	EBR	ორსულ ქალებში ფსიქოზიკური სიმპტომების სამკურნალოდ რეკომენდებულია ანტიფსიქოზური საშუალებების გამოყენება.	პირობითი
	CBR	გამოიჩინეთ სიფრთხილე ორსულ ქალებში ანტიფსიქოზურების გამოყენებისას, განსაკუთრებით იმ ქალებში, რომლებსაც წონის მატება და მეტაბოლური სინდრომი აღენიშნებათ.	
	CBR	თუ ორსულობის პერიოდში ქალები იწყებენ ან აგრძელებენ ანტიფსიქოზურ მკურნალობას, აკონტროლეთ წონის მატება და გესტაციური დიაბეტის განვითარების რისკები და საჭიროებისამებრ მიეცით რჩევები წონის მართვის შესახებ.	
	CBR	ორსულობის დროს კლოზაპინის გამოყენება არ დაიწყოთ	
	PP	კლოზაპინი სიფრთხილით გამოიყენეთ მებუძურ დედებში. ამ შემთხვევაში დააკვირდით ჩვილების სისხლის თეთრი უჯრედების რაოდენობა სისხლში ყოველკვირეულად, ცხოვრების პირველი ექვსი თვის განმავლობაში.	

ანტიკონვულსანტები/გუნებ-გამწყობის სტაბილიზატორები

	PP	ფერტილური ასაკის ქალს ანტიკონვულსიური საშუალებები, მათი ტერატოგენურობის გათვალისწინებით, შეიძლება დაინიშნოს მხოლოდ ეფექტური კონტრაცეფციის ფონზე.	
	PP	თუ ქალი იღებს ვალპროატს და ორსულობის შესახებ მიიღებს გადაწყვეტილებას, 2-3 კვირის განმავლობაში ტიტრაციით შეწყვიტეთ მედიკამენტის მიღება და დაამატეთ ფოლიუმის მჟავა მაღალი დოზით (5 მგ დღეში), რომლის მიღებაც უნდა გაგრძელდეს პირველი ტრიმესტრის განმავლობაში.	
12	EBR	ფერტილური ასაკის ქალს ვალპროის მჟავა არ დაუნიშნოთ	ძლიერი
	CBR	ორსულებში დიდი სიფრთხილე გამოიჩინეთ ანტიკონვულსანტების, როგორც გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორების, დანიშვნისას და დახმარებისთვის მიმართეთ სპეციალურ ფსიქიატრიულ კონსულტაციას.	
	CBR	თუ ანტიკონვულსანტები ენიშნება მეძუძურ დედას, ახალშობილი უზრუნველყავით მონიტორინგით და სპეციალისტ-ნეონატოლოგის კონსულტაციით თუ ეს შესაძლებელია.	
	CBR	თუ ლითიუმი ენიშნება ორსულ ქალს, დარწმუნდით, რომ დედის სისხლში ხშირად ხდება ლითიუმის შემცველობის მონიტორინგი და ამავდროულად საჭიროა სპეციალიზირებული ფსიქიატრიული კონსულტაციის ჩატარება.	
	PP	თუ ლითიუმი ენიშნება ორსულ ქალს, შეამცირეთ დოზა მშობიარობის დაწყებამდე და მიზნად დაისახეთ მკურნალობა დაუყოვნებლივ დაიწყოს მშობიარობის შემდეგ ორსულობის წინა დოზით.	
	CBR	სადაც ეს შესაძლებელია, თავიდან აიცილეთ ლითიუმის გამოყენება მეძუძურ ქალებში.	

ედინბურგის მშობიარობისშემდგომი დეპრესიის კითხვარი
British Journal of Psychiatry, 1987, Vol. 150

ანკეტის N

სახელი, ასაკი	
მისამართი და ტელეფონი	
ბავშვის ასაკი მშობიარობის თარიღი	
მერამდენე მშობიარობაა	

თქვენ ფლობთ ყველაზე ობიექტურ ინფორმაციას მშობიარობის შემდეგ თქვენი ემოციური მდგომარეობის შესახებ. გთხოვთ ხაზი გაუსვათ იმ პასუხს, რომელიც ყველაზე მეტად მიესადაგება თქვენს მდგომარეობას **გასული 7 დღის მანძილზე.**

1. ვახერხებ ვიყო მხიარული და ვამჩნევ ცხოვრების დადებით მხარეებს:
   ზუსტად ისე, როგორც ყოველთვის შემეძლო
   ეხლა არც ისეთი ინტენსივობით
   არა, ნამდვილად ისე აღარ შემიძლია
   საერთოდ ვერ ვახერხებ

2. მე სიამოვნებით ველოდები გართობას, მსიამოვნებს მხიარულება
   ზუსტად ისე, როგორც ადრე
   ნაკლებად, ვიდრე ადრე
   გაცილებით ნაკლებად, ვიდრე ადრე
   ძალიან მიმძიმს

3. * როცა რაღაც ისე არ ხდება, საკუთარ თავს უმიზეზოდ ვადანაშაულებ
   დიახ, უპირატესად ასეა
   დიახ, ხანდახან
   არც ისე ხშირად
   არა, არასდროს

4. მე მაქვს უმიზეზო შფოთვა ან თითქოს რაღაცით შეწუხებული ვარ
   არა, უმიზეზოდ არასდროს
   ძალიან იშვიათად
   დიახ, ხანდახან
   დიახ ძალიან ხშირად

5. *მე მაქვს უმიზეზო შიში ან უმიზეზოდ პანიკა შემიპყრობს
   დიახ, ძალიან ხშირად

დიახ, ხანდახან
არც ისე ხშირად
არა, არასდროს

6. * წონასწორობიდან გამოვყავარ უმნიშვნელო რაღაცას
დიახ, ძალინ ხშირად
დიახ, ხანდახან ძველებურად კარგად თავს ვერ ვართმევ პრობლემებს
არა, უხშირესად თავს ვართმევ პრობლემებს
არა, ძველებურად კარგად ვჭრი პრობლემებს

7. * თავს იმდენად უბედურად ვგრძნობ, რომ ძილიც დამერღვა
დიახ, სწორედ ასეა
დიახ, ხანდახან
არც ისე ხშირად
არა, არასდროს

8. * თავს მოწყენილად ან მიუსაფრად ვგრძნობ
დიახ, ძალიან ხშირად
დიახ, ხშირად
არც ისე ხშირად
არა, სულაც არა

9. * თავს იმდენად უბედურად ვთვლი, რომ ვტირივარ
დიახ, ძალიან ხშირად
დიახ, ხშირად
არც ისე ხშირად
არა, არასდროს

10. * მქონია აზრი, თავს რაიმე ავუტეხო, რაიმე დავიზიანო
დიახ, საკმაოდ ხშირად
ხანდახან
იშვიათად
არასდროს

გმადლობთ, კითხვარის შევსებისათვის
მკვლევარი (სახელი, გვარი) _____-

ანკეტის შევსების თარიღი _____

შეფასება და ინტერპრეტაცია:
კითხვები 1, 2 და 4 (*ნიშნის გარეშე) - ფასდება 0, 1, 2 ან 3 ქულით ზრდადობით
კითხვები, რომელი 3, 5-10 (*ნიშნით) - ფასდება კლებადობით 3, 2, 1 და 0

მაქსიმალური ქულა : 30
სავარაუდო დეპრესია: 10 და მეტი

ყოველთვის განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ მეათე კითხვას (სუიციდის შესახებ). ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ბევრ პრობლემას იმის მსგავსი ბუნება, მიმდინარეობა და რეციდივის პოტენციალი აქვს, როგორც სხვა დროს. ამასთან, შეიძლება განსხვავებებიც იყოს; მაგალითად, ლოგინობის ხანაში ბიპოლარული აშლილობა ან პირველად ვლინდება ან გამწვავების სიხშირე მატულობს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ფუნქციონირების გარკვეული ცვლილებები (მაგალითად, მადა) შეიძლება ორსულობისთვის დამახასიათებელ ნორმალურ ცვლილებებს წარმოადგენდეს, მაგრამ ეს შეიძლება ფსიქიკური დარღვევის სიმპტომიც იყოს.

ედინბურგის მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის კითხვარის გამოყენების ინსტრუქცია:

1. დედას სთხოვეთ გიპასუხოთ, თუ როგორ გრძნობდა თავს წინა 7 დღის განმავლობაში.

2. ყველა კითხვას პასუხი უნდა გაეცეს.

3. საჭიროა, რომ დედამ თავად გასცეს პასუხები კითხვებს, სხვებთან განხილვის გარეშე

4. დედამ თავად უნდა დაასრულოს ტესტი, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა არ ფლობს ენას, ან უჭირს კითხვაა

გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის სკალა - 7
Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale

ბოლო 2 კვირის განმავლობაში, რამდენად ხშირად გაწუხებთ შემდეგი პრობლემები?	არასდროს	რამდენიმე დღე	დღეების უმეტესობა (50%-ზე მეტი)	თითქმის ყოველ დღე
1. ნერვიულობა, აფორიაქება ან უკიდურესი დაძაბულობის ზღვარზე ყოფნა	0	1	2	3
2. არ შეგიძლიათ, შეაჩეროთ ან აკონტროლოთ განგაშის/შფოთვის განცდა	0	1	2	3
3. ძალიან ბევრს ნერვიულობთ სხვადასხვა რამეზე	0	1	2	3
4. გიჭირთ მოდუნება	0	1	2	3
5. იმდენად მოუსვენრად ხართ, რომ მშვიდად ჯდომა გიჭირთ	0	1	2	3
6. ადვილად ღიზიანდებით ან ბრაზდებით	0	1	2	3
7. შიშის გრძნობა, თითქოს რაღაც საშინელება შეიძლება მოხდეს	0	1	2	3
დააჯამეთ ქულები				
საერთო ქულა				

თქვენს მიერ ზემოთ მონიშნული პრობლემა, რამდენად გიშლით ხელს სამსახურში და სახლში საქმიანობისას ან სხვა ადამიანებთან ურთიერთობაში?

საერთოდ არ არის მიშლის	
გარკვეულწილად მიშლის	
ძალიან მიშლის	
უკიდურესად რთულია	

Source: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety
disorder. *Arch Inern Med.* 2006;166:1092-1097.

შედეგების ინტერპრეტაცია:
GAD-7 შფოთვის სიმძიმე გამოითვლება 0, 1, 2 და 3 ქულის მინიჭებით პასუხების სხვადასხვა კატეგორიაზე - ”არასოდეს”, ” რამდენიმე დღე“, ”დღეების უმეტესობა (50%-ზე მეტი)“ და ”თითქმის ყოველდღე ”.
აღნიშნული შვიდი ელემენტის ჯამური ქულა 0 – დან 21 – მდე მერყეობს.
5, 10 და 15 ქულა წარმოადგენს მსუბუქი, ზომიერი და მწვავე შფოთვის შესაბამის ქულებს. მიუხედავად იმისა, რომ ტესტი ძირითადად შექმნილია გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის სკრინინგისა და სიმძიმის გასაზომად, GAD-7– ს აქვს შედარებით კარგი საოპერაციო მახასიათებლები სამი სხვა შფოთვითი აშლილობისთვის - პანიკური აშლილობა, სოციალური შფოთვითი აშლილობა და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა. როდესაც რომელიმე შფოთვითი აშლილობის სკრინინგს ახდენთ, შეფასებისთვის რეკომენდებული პუნქტია 10 ან მეტი ქულა.

ბარიერისთვის 10 ქულის გამოყენებით, GAD-7 აქვს მგრძნობელობა 89%, და სპეციფიკა 82% გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობისთვის. ზომიერად კარგია სამი სხვა შფოთვითი აშლილობის სკრინინგისას - პანიკური აშლილობა (მგრძნობელობა 74%, სპეციფიკა 81%), სოციალური შფოთვითი აშლილობა (მგრძნობელობა 72%, სპეციფიკა 80%) და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (მგრძნობელობა 66%, სპეციფიკა 81 %).

შედეგების ინტერპრეტაცია	
5-9	მსუბუქი შფოთვა
10-14	ზომიერი შფოთვა
15-21	ძლიერი შფოთვა

პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი (PHQ-9)

ბოლო 2 კვირის განმავლობაში, რამდენად ხშირად გაწუხებთ შემდეგი პრობლემები?	არასდროს	რამდენიმე დღე	დღეების უმეტესობა	თითქმის ყოველ დღე
8. მცირე ინტერესი ან სიამოვნება საქმეების კეთებისადმი	0	1	2	3
9. გუნებ-განწყობის დაქვეითების, დეპრესიულობის განცდა ან უიმედობა	0	1	2	3
10. ჩაძინების და ძილის შენარჩუნების სირთულეები ან გადაჭარბებული ძილიანობა	0	1	2	3
11. დაღლილობის გრძნობა ან მცირე ენერგია	0	1	2	3
12. ცუდი მადა ან მადის გაცხოველება	0	1	2	3

13. თვითგვემა; ფიქრობთ, რომ თქვენი ბრალია თქვენი და თქვენი ოჯახის წარუმატებლობა	0	1	2	3
14. ყურადღების კონცენტრირების პრობლემა, მაგალითად, გაზეთის კითხვის ან ტელევიზორის ყურების დროს	0	1	2	3
15. შენელებული მოძრაობები, რომელიც შეიძლება სხვა ადამიანებმა შენიშნონ. ან პირიქით - იმდენად მოუსვენარი ხართ, რომ ჩვეულებრივზე ბევრს მოძრაობთ, ერთ ადგილას ვერ ჩერდებით.	0	1	2	3
16. აზრები, რომ უკეთესია მკვდარი იყოთ ან საკუთარ თავს რაიმე ზიანი მიაყენოთ	0	1	2	3
დააჯამეთ ქულები				
საერთო ქულა				

თქვენს მიერ ზემოთ მონიშნული პრობლემა, რამდენად გიშლით ხელს სამსახურში და სახლში საქმიანობისას ან სხვა ადამიანებთან ურთიერთობაში?

საერთოდ არ არის მიშლის	
გარკვეულწილად მიშლის	
ძალიან მიშლის	
უკიდურესად რთულია	

ქულები და შეფასება:

PHQ-9-ის ჯამური ქულა 0 –27 ფარგლებში მერყეობს. 5, 10, 15 და 20 ქულა წარმოადგენს შესაბამის მაჩვენებლებს მსუბუქი, ზომიერი, ზომიერად მძიმე და მძიმე დეპრესიისთვის.

Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. No permission required to reproduce, translate, display or distribute.

გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის სკალა - 2

GAD-2

ბოლო 2 კვირის განმავლობაში, რამდენად ხშირად გაწუხებთ შემდეგი პრობლემები? (გამოიყენეთ "✔" თქვენი პასუხის მითითებისთვის)	არასდროს	რამდენიმე დღე	დღეების უმეტესობა	თითქმის ყოველ დღე
1.ნერვიულობის განცდა, აფორიაქება ან უკიდურესი დაძაბულობის ზღვარზე ყოფნა	0	1	2	3

1	არ შეგიძლიათ შეაჩეროთ ან აკონტროლოთ განგაშის/შფოთვის განცდა	0	1	2	3