

الدليل الإرشادي السريري
المبني على البراهين لتشخيص وعلاج

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

ADHD

في المملكة العربية السعودية

الكتيب المختصر
الطبعة الأولى ٢٠٢٠م

ح) الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (اشراق) ، ١٤٤١هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (اشراق)
الدليل الإرشادي السريري المبني على البراهين لتشخيص وعلاج
اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ADHD في المملكة العربية
السعودية . / الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت
الانتباه (اشراق) - ط . . - الرياض ، ١٤٤١هـ

٦٠ ص . . بسم

ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٣٥٧١-٨

١- علم نفس الطفل ٢- اضطرابات الشخصية ٣- الانتبا (علم
نفس) أ. العنوان

١٤٤١/٧٥٥٩

٦١٨,٩٢٨٩ ديوبي

رقم الإيداع: ١٤٤١/٧٥٥٩
ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٣٥٧١-٨

الدليل الإرشادي السريري
المبني على البراهين لتشخيص وعلاج

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

A D H D

في المملكة العربية السعودية

الكتيب المختصر
الطبعة الأولى ٢٠٢٣م

الفهرس

6	إشعار بحقوق التأليف
7	شكر وتقدير
8	التصديقات
9	التمهيد
10	مقدمة
13	التوصيات
40	المصطلحات
43	أدوات واعتبارات التنفيذ
55	الملاحق
59	إبراء من المسئولية
59	مصادر إضافية موجودة على الإنترنت

إشعار بحقوق التأليف

هذه الوثيقة "الدليل الإرشادي السريري المبني على البراهين لتشخيص وعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في المملكة العربية السعودية" مستمدة من إرشادات المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة (المملكة المتحدة).

© NICE (2018) NG87 Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management.

Available from www.nice.org.uk/guidance/ng87 All rights reserved. Subject to Notice of rights.

إن إرشادات المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة مصممة للخدمات الصحية الوطنية. وهي تخضع للمراجعة والتحديث بصفة منتظمة، وقد يتم سحبها. ولا يتحمل المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة أية مسؤولية عن المحتويات في هذا المنشور.

إن أدوات التنفيذ في الملحق تم إعدادها من قبل جمعية إشراق.

الأحكام والشروط:

إن استعمال هذا الدليل الإرشادي السريري يخضع [لأحكام وشروط المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة الأصلية، ورخصة المحتوى المفتوحة، المملكة المتحدة، المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة](#).

رخصة المستخدم النهائي:

بصفتك المستخدم النهائي فإن حملك في الاستعمال الحر للدليل الإرشادي السريري مثموم في الرخصة (4.0 CC BY-ND) بقدر ما لا يتعارض ذلك مع الأحكام والشروط الأصلية. وباختصار، يعني ذلك ما يلي:

بإمكانكم:

- مشاركة وتوزيع هذا الدليل الإرشادي السريري بدون قيود لغرض الاستعمال الشخصي.
- مشاركة وتوزيع هذا الدليل الإرشادي السريري بدون قيود للأغراض الأكademie والتعليمية.
- مشاركة وتوزيع هذا الدليل الإرشادي السريري بدون قيود لغرض الاستعمال في أية بيئة للرعاية الصحية.

يجب عليكم:

- تضمين إسناد لجمعية إشراق وتضمين رابط للدليل الإرشادي السريري في موقع الجمعية على الإنترنت: <https://cpg.adhd.org.sa>
- تضمين هذه الصفحة (إشعار حقوق التأليف) مع الدليل الإرشادي السريري (الاستعمال المطبوع)

لا يحق لكم:

- تغيير، أو تعديل، أو إعادة توزيع نسخ معدلة من هذا الدليل الإرشادي السريري
- إعادة ترخيص أو إعادة تسمية العلامة التجارية لأي جزء من هذه المادة
- بيع نسخ من هذا الدليل الإرشادي السريري لغرض الكسب التجاري

تتوفر تفاصيل هذا الترخيص على الانترنت في الموقع التالي:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.ar>

شكر وتقدير

يطيب لنا أن نعرب عن عميق امتناننا وتقديرنا لقسم الطب النفسي، قسم طب الأطفال، كرسى أبحاث الرعاية الصحية المبنية على البراهين والتطبيق العملي للمعرفة، ووحدة الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية المبنية على البراهين بإدارة الجودة في المدينة الطبية بجامعة الملك سعود وكلية الطب لما قدموه من دعم منهجي وفني ومساهمة في المحتوى السريري. كما يطيب لنا أن نعرب عن تقديرنا وامتناننا للمجلس الصحي السعودي لما أظهره من تعاون أثناء مرحلة النشر وتحفيظ التنفيذ لمشروع إرشادات الممارسة السريرية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD).

فرق العمل

تود جمعية إشراق أن تعرب عن عميق تقديرها وامتنانها للجهود التي بذلها العديد من الخبراء الذين شاركوا في إعداد هذا الدليل الإرشادي السريري، والذين يمكن الاطلاع على أسمائهم وعناوينهم وانتماءاتهم الكاملة في ملحق (أ) أو في هذا الرابط <https://cpg.adhd.org.sa>.

لجنة إعداد الدليل الإرشادي السريري

- د. تركي حمود البطي (رئيس المشروع)
- د. فهد عبده بشيري
- د. مدثر حمد حمد
- د. ياسر سامي عامر
- د. هيا فيصل الجودي
- د. صالح محمد الصالحي
- د. هديل فخري دغش
- أ. جيرمي فارنهام

المراجعون الخارجيون

ا- المحتوى السريري

- د. محمد غازى الدين
- د. مايكل نيسستر
- د. فاطمة الحيدر
- د. عمر المديفر
- د. عبد الكريم الحسين
- د. ميساء بريك
- د. هشام الضلعان
- د. ياسر الدباغ
- د. نوف البكر
- د. وليد التويجري
- د. خالد البريكان
- د. عمرو جمال

جـ- المنهجية

- د. هيفاء عبد المجيد وهبي
- د. سامية الحبيب

تصديقات

أجريت مراجعة نقدية وتم تصديق هذا الدليل الإرشادي السريري المعد من جمعية إشراق من قبل الجهات التالية:

- ٤- الجمعية السعودية لطب الأطفال
- ٥- الجمعية الصيدلية السعودية
- ٦- الجمعية السعودية لعلم النفس المهني

- ١- المجلس الصحي السعودي
- ٢- الجمعية السعودية للطب النفسي
- ٣- الجمعية السعودية لطب أعصاب الأطفال



الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، إن مشروع الدليل الإرشادي السريري الموحد لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) هو المشروع الاستراتيجي رقم ٧-٢ لجمعية إشراق للفترة ٢٠١٧-٢٠١٩. إن جمعية إشراق هي مؤسسة غير ربحية مسجلة بموجب ترخيص رقم ٤٧٤ من وزارة العمل والتنمية الاجتماعية السعودية، وقد حصل هذا المشروع على موافقة الوزارة (رقم ٥٢٤٧٦) بتاريخ ١٤٣٨/٨/٥ هـ.

لمن هذا الدليل الإرشادي السريري؟

المستعملين المستهدفين	الأطباء، الأخصائيين في علم النفس الإكلينيكي، الأخصائيين الآخرين في الصحة السلوكية الإكلينيكية، الممرضات، الأخصائيين في العلاج الوظيفي، الصيادلة، الباحثين الاجتماعيين، الأخصائيين في علم التغذية، طلبة الطب، طلبة العلوم الطبية
الاختصاص السريري	الطب النفسي العام، الطب النفسي للأطفال والمرأهقين، طب الأعصاب، طب أعصاب الأطفال، طب الأطفال العام، طب نمو وسلوك الأطفال، طب الأسرة، الطب العام، علم النفس الإكلينيكي، علم النفس التربوي، التغذية السريرية
بيئة الرعاية الصحية	بيئات الرعاية الأولية والثانوية والثالثية التي تقدم خدمات التقييم والعلاج والتوجيه لمن يعانون من ADHD في المملكة العربية السعودية
الفئات المستهدفة	الأطفال: أقل من ٥ سنوات الأطفال والفتىان: أعمارهم من ٥ إلى ١٨ سنة البالغين: فوق ١٨ سنة المنشتبه بأنهم لديهم ADHD أو مشخصين بـ ADHD

للمساعدة والدعم ومزيد من المعلومات يرجى الاتصال بـ:

cpg-feedback@adhd.org.sa

مقدمة

عن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)، هو اضطراب نمائي عصبي مزمن يتميز بمستويات من فرط الحركة - الاندفاعية و/ أو عدم الانتباه، والتي تكون غير ملائمة مع مرحلة النمو. وهو متلازمة غير متجانسة سريريا ووراثيا، وله مسببات محتملة متعددة ومصحوب بحالات عصبية نفسية متكررة.

إن حالات ADHD المبلغ عنها هي لدى الأولاد أكثر مما هي لدى البنات، ويعزى ذلك جزئياً إلى وجود اختلاف حقيقي بين الجنسين - يُظهر الأولاد سلوكاً أكثر إزعاجاً وعدوانية من البنات - ولكنه ناتج أيضاً عن تحيز التحويل. ومن المعروف أن الأشكال الرئيسية الثلاثة لاضطراب ADHD (الشكل الذي يغلب عليه عدم الانتباه، الشكل الذي يغلب عليه فرط الحركة - الاندفاع، والشكل المركب) يمكن أن تتغير مع مرور الوقت. ومع أن العديد من الاختلافات بين الجنسين تصبح أقل في سن الرشد، إلا أن الخلل في الوظائف وخاصة الخلل في الوظيفة التنفيذية يمثل تحدياً كبيراً، والفرق بين الجنسين في الحالات المصاحبة العصبية النفسية يظل مستمراً.

يُقدر معدل انتشار ADHD في جميع أنحاء العالم بحوالي 5-7٪ من الأطفال والبالغين. ومع أنه أجريت العديد من الدراسات الإقليمية حول انتشار ADHD في المملكة العربية السعودية، إلا أنه لم تجرأية دراسة تمثيلية على المستوى الوطني حتى الآن. ولكن بالنظر إلى البيانات المتاحة، وبما أن ADHD يصيب مختلف الأشخاص من مختلف البيئات حول العالم دون تميز، وبما أنه كذلك - حين يتم ضبط العوامل الخارجية - يندر اختلاف معدلاته انتشاره في المجتمعات المختلفة، فإنه من المتوقع أن يكون معدل انتشار المحلي ضمن المدى العالمي. يُعتبر ADHD اضطراباً وراثياً بدرجة مرتفعة، ومع أنه وجده ترابط مع مجموعة متنوعة من عوامل الخطر البيئية السابقة للولادة، وكذلك الولادة المبكرة، إلا أن أيها من هذه العوامل لا يرتبط بعلاقة سلبية محددة مع ADHD. ومع ذلك، هناك عنصر التفاعل الجيني - البيئي (مسؤول عما نسبته 40٪ من التباين بين الحالات).

يُعد ADHD واحداً من الاضطرابات التي تم بحثها جيداً، كما أن فهمنا له من النواحي الوبائية والإpidemiology والعلاجية يقدم باستمرار، كما يتضح من العدد الكبير من الدراسات حوله المنتشرة في العالم، بما في ذلك في المملكة العربية السعودية والعالم العربي. ومن المعترف به أنه يُشكل عبئاً كبيراً إذا لم يتم التعرف عليه بشكل مناسب ويقي بدون علاج.

على الصعيد العالمي، يعالج ADHD في نماذج رعاية مشتركة بين الرعاية الأولية والثانوية بما يتناسب مع موارد البلد وثقافته وطبيعة الممارسة فيه. لا توجد أدلة إرشادية سريرية موحدة لعلاج ADHD في المملكة العربية السعودية، ويتم تشخيص وعلاج ADHD بشكل رئيسي في الرعاية الثالثية والقطاع الخاص، كما يتم علاجه في بيئات متعددة باستخدام الموارد المتاحة، وكثيراً بشكل غير ملائم أو غير فعال. غالباً يتم وصف المنشطات لعلاج ADHD. بالإضافة إلى الدواء، يشمل مصطلح العلاج التدخلات السلوكية والنفسية الاجتماعية التي يتم تطبيقها في العديد من المدارس والبيئات الأخرى. يُقدم العديد من علماء النفس في المراكز الخاصة والحكومية مثل هذه العلاجات، وكذلك برامج تعليم خاص في بعض المدارس. وينتج عن ذلك تباين كبير في الممارسة السريرية، ويجعل نوعية الرعاية دون المستوى الأمثل. تتمثل الخطوة الأولى لتصحيح هذا الخلل في إتاحة الفرصة للأطباء للوصول إلى المعلومات والأدوات

العملية التي يحتاجونها لتوفير رعاية مبنية على الأدلة للأشخاص من ذوي ADHD. ينبغي أن يهدف الدليل الإرشادي السريري أيضًا إلى إخراج علاج ADHD من نطاق الأضطرابات العقلية الشديدة من أجل الحد من وصمة العار، وللحصول على أفضل النتائج، ينبغي أن يشمل العلاج مواد تعليمية للمريض والديه لتحسين الامتثال للعلاج وتقليل الضغوط التي يتعرض لها الوالدان، بالإضافة إلى مواد توعية للمعلمين والتي تدعم التشخيص.

ما هي الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية؟

تلخص الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية أفضل البراهين العلمية المتاحة، وهي توفر إرشادات لمقدمي الرعاية الصحية خلال ممارستهم اليومية. ويمكنها توفير دعم فعال لدورة "المعرفة - إى - الفعل" إذا ما تم تطويرها باستخدام منهجية نظامية وصارمة. وقد أظهرت الأدلة المنشورة أنه يمكن بواسطة هذه الأدلة الإرشادية السريرية تحسين نتائج المريض، وتجربة المريض، والجودة والسلامة في الرعاية الصحية.

الغرض من هذا الدليل الإرشادي الموحد هو استخدامها من قبل الاختصاصيين في الرعاية الصحية المساعدة في علاج ADHD لدى الأطفال أقل من 0 سنوات، والأطفال والفتىان (من سن 0 إلى IV)، والبالغين من سن 18 فما فوق.

التصنيفات

قوة التوصيات

يجب: التوصيات التي يجب (أو يجب عدم) اتباعها

بشكل عام، الكلمات "يجب" أو "يجب عدم" لا تستعمل إلا إذا كان القانون يفرض تطبيق التوصية. غير أنه في بعض الأحيان تستعمل "يجب" أو "يجب عدم" إذا كانت النتائج المترتبة على عدم اتباع التوصية يمكن أن تكون خطيرة للغاية أو يحتمل أن تشكل تهديداً للحياة.

ينبغي: التوصيات التي ينبغي (أو ينبغي عدم) اتباعها - توصية "قوية"

الكلمة "قدم" أو "اقترح" (والكلمات المشابهة مثل "حوال" أو "انصح") تم استعمالها حيّثما كان هناك درجة جيدة من الثقة بأن التدخل سيكون نفعه أكثر من ضرره وتكلفته معقولة بالنسبة لغالبية العظمى من المرضى. وكذلك تستعمل الكلمات المشابهة (مثل "لا تقدم") حين لا تكون هناك فائدة من التدخل بالنسبة لغالبية المرضى.

ممكن: التوصيات الممكن اتباعها

الكلمة "فكر"، أو "خذ بعين الاعتبار" تستعمل حيّثما يكون التدخل نفعه أكبر من ضرره بالنسبة لغالبية المرضى، وتكون تكلفته معقولة، في الوقت الذي توجد فيه خيارات أخرى متساوية في التكلفة. وفي هذه الحالة يعتمد اختيار التدخل، أو عدم التدخل، على الأرجح على قيم وفضائل المريض / مقدم الرعاية لا على قوة التوصية، وبالتالي يجب على اختصاصي الرعاية الصحية إنفاق المزيد من الوقت في دراسة ومناقشة الخيارات المتاحة مع المريض.

النوصيات

١٦	تنظيم الخدمة والتدريب	I - ١
١٨	التمييز والتعرف والتحويل	I - ٢
٢١	التشخيص	I - ٣
٢٢	الدعم	I - ٤
٢٥	علاج ADHD	I - ٥
٢٩	المشورة الغذائية	I - ٦
٣٠	الأدوية	I - ٧
٣٥	الاستمرارية والمتابعة	I - ٨
٣٨	الالتزام بالعلاج	I - ٩
٣٩	مراجعة الدواء وإيقافه	I - ١٠

١ تنظيم الخدمة والتدريب

١ - ١

يُستفيد الأشخاص من ذوي ADHD من تحسين تنظيم الرعاية وتحسين تكامل الخدمات الصحية للأطفال، وخدمات الصحة النفسية للأطفال والمرأهقين، وخدمات الصحة النفسية للبالغين.

٢ - ١

ينبغي على خدمات الصحة النفسية للأطفال والفتىان والبالغين تشكييل فرق و/ أو عيادات متعددة التخصصات متخصصة في ADHD للأطفال والفتىان، وفرق و/ أو عيادات منفصلة للبالغين في جميع بيئات ومرافق الرعاية الصحية. وينبغي أن تتمتع هذه الفرق والعيادات بخبرة في تشخيص وعلاج ADHD، كما ينبع علىها أيضاً ما يلي:

- تقديم خدمات التشخيص والعلاج والمشورة للأشخاص من ذوي ADHD والذين لديهم احتياجات معقدة.
- إنشاء أنظمة اتصال وبروتوكولات للمشاركة في المعلومات بين خدمات طب الأطفال وخدمات الطب الشرعي وخدمات الصحة النفسية للأطفال والمرأهقين والبالغين من ذوي ADHD، بما في ذلك ترتيبات الانتقال بين خدمات الأطفال والبالغين.
- وضع بروتوكولات محلية لترتيبات الرعاية المشتركة مع مقدمي الرعاية الأولية، والتأكد من الحفاظ على خطوط اتصال واضحة بين الرعاية الأولية والثانوية.
- التأكد من توفر خدمات نفسية مناسبة للعمر للأطفال والفتىان والبالغين من ذوي ADHD وللوالدين أو مقدمي الرعاية.
- ينبغي أن يعتمد حجم هذه الفرق والتزامها الزمني على الظروف المحلية.

٣ - ١

ينبغي على كل منطقة محلية إنشاء مجموعة متعددة الوكالات، تضم ممثلين من فرق ADHD متعددة التخصصات، طب الأطفال، الصحة النفسية، صعوبات التعلم، خدمات الطب الشرعي، خدمات الصحة النفسية للأطفال والمرأهقين، وأقسام الوزارة ذات الصلة (بما في ذلك خدمات الصحة المدرسية، والخدمات التعليمية والاجتماعية)، والجمعيات، ومجموعات دعم الوالدين وغيرها مع مشاركة محلية مهمة في خدمات ADHD. وينبغي أن تشرف المجموعة على تنفيذ هذا الإرشاد.

٤ - ١

ينبغي إعادة تقييم الفتىان الذين يعانون من ADHD والذين يتلقون العلاج والرعاية من خدمات الصحة النفسية للأطفال لتحديد مدى حاجتهم لمواصلة العلاج في سن المراهقة وسن الرشد. إذا كان العلاج ضروريًا، ينبغي اتخاذ الترتيبات الازمة لضمان الانتقال السلس إلى خدمات البالغين في هذا الوقت مع بيان تفاصيل العلاج والخدمات التي يتوقع أن يحتاجونها الفتىان، نظراً لأنه في سن ١٤ عاماً (في طب الأطفال) أو ١٨ عاماً (في الطب النفسي) لا يعود هؤلاء الأشخاص مؤهلين لخدمات الأطفال / المرأةقين في العديد من البيئات.

٥ - ١

أثناء الانتقال إلى خدمات البالغين، ينبغي النظر في توجيهه تحويل خطية رسمية إلى خدمات البالغين، وتقديم معلومات كاملة للفتيان حول خدمات البالغين، كما ينبغي أن يشارك الفتى، وكذلك والديه أو مقدم الرعاية له إذا كان عمره أقل من ١٨ عاماً، في التخطيط.

٦ - ١

بعد الانتقال إلى خدمات البالغين، ينبغي على المختصين في الرعاية الصحية للبالغين إجراء تقييم شامل للشخص ذوي ADHD، يشمل الأداء الشخصي والتعليمي والمهني والاجتماعي، وتقييم أية حالات مرافقة، لا سيما إساءة استعمال العقاقير، واضطرابات الشخصية، والمشاكل العاطفية، وصعوبات التعلم.

التدريب

٧ - ١

ينبغي على الخدمات الحكومية التأكيد على أن فرق ADHD المتخصصة للأطفال والفتيا والبالغين تعمل معًا لتطوير برامج تدريبية حول تشخيص وعلاج ADHD في الفئات العمرية المختلفة، بحيث تكون موجهة للمختصين في الصحة النفسية وطب الأطفال والرعاية الاجتماعية والتعليم والطب الشرعي ومقدمي الرعاية الأولية وغيرهم من المختصين الذين يتعاملون مع أشخاص ذوي ADHD.

٨ - ١

ينبغي على الاختصاصيين في الطب النفسي للأطفال والبالغين، وعلم النفس السريري، وأطباء الأطفال، وأطباء الأسرة، وغيرهم من المختصين في الصحة النفسية للأطفال والبالغين (بمن فيهم العاملين في خدمات الطب الشرعي) أن يتلقوا التدريب اللازم ليكونوا قادرين على تشخيص ADHD وتوفير العلاج والرعاية وفقاً لهذا الدليل.

٢ التمييز والتعرف والتحويل

التمييز

١ - ٢

ينبغي الانتباه إلى أن نسبة انتشار ADHD في الفئات التالية قد تكون أعلى مما هي لدى عامة السكان:

- الأشخاص الذين ولدوا قبل الأوان (الأطفال الخدج)
- الأطفال في مراكز الرعاية (على سبيل المثال أولئك الذين يعيشون في دور الرعاية مثل دور الأيتام أو مرافق احتجاز الأحداث) والفتىان.
- الأطفال والفتىان الذين تم تشخيص اضطراب التحدى الاعترافي أو اضطراب السلوك لديهم
- الأطفال والفتىان من ذوي اضطرابات المزاج (على سبيل المثال، القلق والاكتئاب)
- الأشخاص الذين تم تشخيص ADHD لدى أفراد من عائلاتهم
- الأشخاص المصابين بالصرع
- الأشخاص من ذوي اضطرابات النمائية العصبية (على سبيل المثال، اضطراب طيف التوحد، اضطرابات النفعية، الإعاقة الذهنية، وصعوبات تعلم محددة). انظر ص ٤٢ ”الكشف المبكر والتشخيص“ من الدليل الإرشادي للممارسة السريرية البنية على البراهين لتدبير الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، (المجلس الصحي السعودي، ٢٣، ٢٠٢٢) [تحديث ٢٠٢٢-٥]
- البالغين من ذوي حالات الصحة النفسية
- الأشخاص الذين لديهم تاريخ من اضطرابات إساءة استعمال المواد المدرة
- الأشخاص المعروفون لدى هيئات العدالة الجنائية للصغار أو للبالغين
- الأشخاص الذين لديهم إصابة دماغية مكتسبة

٢ - ٢

يجب الانتباه إلى الاعتقاد بأن هناك تشخيص زائد لاضطراب ADHD لدى الأطفال الأصغر سنا من أقرانهم في الفصل الدراسي.

٣ - ٣

يجب الانتباه إلى الاعتقاد بأن اضطراب ADHD يتم التعرف عليه بدرجة أقل لدى البنات والنساء، وأن:

- احتمال تحويلهن لتقييم ADHD أقل
- احتمال لديهن ADHD غير مشخص يكون أعلى
- احتمال تقييدهن تشخيصاً غير صحيح لحالة أخرى تتعلق بالصحة النفسية أو النمو العصبي يكون أعلى

التعرف والتحويل

٤ - ٢

ينبغي عدم إجراء الفحص الشامل لاضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط (ADHD) في مدرسة الروضة أو المدرسة الابتدائية أو المدرسة الثانوية.

٥ - ٢

عند تحويل طفل أو فتى يظهر عليه اضطراب في السلوك، ويُشتبه بإصابته باضطراب **ADHD**، إلى معلم التربية الخاصة في المدرسة أو المعلم المستشار، فإنه بالإضافة إلى مساعدة الطفل في سلوكه، ينبغي عليهما إعلام والديه عن البرامج التخصصية المحلية (مثل عيادات النمو والسلوك).

٦ - ٢

قد تتطلب التحويل من الرعاية الأولية إلى الرعاية الثانية إشراك مختصين في مجالات التعليم والرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية (على سبيل المثال، طبيب الأسرة، طبيب الأطفال، اختصاصي علم النفس التربوي، اختصاصي التعليم الخاص والمنسق، والباحث الاجتماعي في المدرسة)، مع العلم أن مسارات الرعاية قد تختلف محلياً من منطقة إلى أخرى. ينبغي على الشخص الذي يتولى التحويل إلى الرعاية الثانية إبلاغ الطبيب الرئيسي للطفل أو الفتى في حال وجود طبيب رئيسي لهما.

٧ - ٢

عند مراجعة طفل أو فتى لعيادة الرعاية الأولية بسبب مشاكل في السلوك و/أو الانتباه تؤدي باضطراب **ADHD**، ينبغي على ممارسي الرعاية الأولية تحديد مدى شدة هذه المشاكل (باستخدام أداة فحص منتظمة)، وكيف تؤثر هذه المشاكل على الطفل أو الفتى والوالدين أو مقدمي الرعاية، وإلى أي مدى تتغلغل هذه المشاكل في المجالات والأوضاع المختلفة.

٨ - ٢

إذا كانت مشاكل السلوك و/أو الانتباه لدى الطفل أو الفتى تشير إلى **ADHD**، وتؤثر تأثيراً سلبياً على نموهما أو الحياة الأسرية، فكر فيما يلي:

- تحديد فترة انتظار تصل إلى ٤ أسابيع للمراقبة ما لم تكن هذه المشاكل شديدة وسبب اختلالاً وظيفياً إلى درجة تستدعي تدخل فوري (انظر ٢-٨).
- تقديم اقتراح تحويل إلى "مجموعة دعم تُركز على **ADHD**" للوالدين أو مقدمي الرعاية حيثما يكون ذلك متاحاً (ينبغي ألا ينضر هذا الاقتراح تشخيصاً رسمياً بأن الشخص يعاني من **ADHD**).

إذا استمرت مشكلات السلوك و/أو الانتباه، وصاحبها اختلال وظيفي معتدل على الأقل، فإنه ينبغي تحويل الطفل أو الفتى إلى الرعاية الثانية (أي، طبيب نفسي للأطفال، طبيب أطفال تلقى تدريباً ملائماً، طبيب أسرة تلقى تدريباً ملائماً، أو اختصاصي في خدمات الصحة النفسية للأطفال والراهقين من ذوي **ADHD**) للتقدير.

٩ - ٢

إذا ترافق مشكلات السلوك و/أو الانتباه لدى الطفل أو الفتى باختلال شديد، فإنه ينبغي تحويلهما مباشرةً إلى الرعاية الثانية (أي، طبيب نفسي للأطفال، طبيب أطفال تلقى تدريباً ملائماً، طبيب أسرة تلقى تدريباً ملائماً، أو اختصاصي في خدمات الصحة النفسية للأطفال

والمراهقين من ذوي ADHD) للتقييم.

ينبغي على ممارس الرعاية الأولية الامتناع عن إجراء التشخيص الأولي أو وصف دواء للطفل أو الفتى المشتبه بإصابته بـ ADHD ما لم يكن هذا الممارس طبيب أسرة أو طبيب أطفال تلقى تدريباً ملائماً.

I - G

بالنسبة للبالغين الذين يراجعون في عيادة الرعاية الأولية أو عيادة الطب النفسي العام للبالغين بسبب أعراض ADHD، والذين لم يتم تشخيص ADHD لديهم في مرحلة الطفولة، فإنه ينبغي تحويلهم للتقييم من قبل اختصاصي في الصحة النفسية تلقى تدريباً في تشخيص وعلاج ADHD، حيثما تكون هناك دلائل على وجود مظاهر نموذجية لهذا الاضطراب (فرط الحركة / الاندفاعية و / أو عدم الانتباه) تستوفي الشروط التالية:

II - G

- أن تكون قد بدأت في مرحلة الطفولة، واستمرت طوال الحياة.
- لا يمكن تفسيرها بواسطة تشخيص نفسي آخر (على الرغم من أنه قد يكون هناك حالات نفسية أخرى مرافقة لها).
- نتج عنها أو رافقها خلل نفسي، اجتماعي و / أو تعليمي أو مهني متوسط أو شديد.

III - G

بالنسبة للبالغين الذين سبق أن عولجوا من ADHD في مرحلة الطفولة أو في سن صغيرة والذين يراجعون بسبب أعراض توحّي باستمرار ADHD، فإنه ينبغي تحويلهم إلى عيادة الطب النفسي العام للبالغين للتقييم. ينبغي أن تكون الأعراض مصحوبة بخلل نفسي، اجتماعي، تعليمي و / أو مهني شديد أو متوسط على الأقل.

٣ - التشخيص

٣ - ١

ينبغي أن يتم تشخيص ADHD فقط من قبل طبيب نفسي متخصص أو طبيب أطفال متخصص أو طبيب أسرة تلقى تدريبا ملائماً أو احترافي رعاية صحية آخر مؤهل بشكل مناسب مع تدريب وخبرة في تشخيص ADHD، على أساس ما يلي:

- تقييم سريري واجتماعي نفسي كامل للشخص، ينبغي أن يشمل مناقشة حول السلوك والأعراض في المجالات والأوضاع المختلفة للحياة اليومية للشخص، و
- التاريخ النمائي وال النفسي الكامل، و
- تقارير وتقييم الملاحظة للحالة العقلية للشخص

٣ - ٢

ينبغي ألا يتم تشخيص ADHD على أساس تقييم أو بيانات الملاحظة فقط، مع العلم أن مقاييس التقييم مثل مقاييس التقييم "كونز"، والنسخة العربية من مقاييس تقييم "فاندريليت"، واستبيان نقاط القوة والصعوبات، هي أدوات مساعدة قيمة، لا سيما عندما يتم التقييم من قبل عدة أشخاص في أوضاع أو بيئات متعددة (على سبيل المثال، الآباء والأمهات، المعلمين، المرافقون)، كما أن الملاحظات (على سبيل المثال، في المدرسة) مفيدة عندما يكون هناك شك حول الأعراض.

٣ - ٣

من أجل تشخيص ADHD ينبغي أن تستوفي أعراض فرط الحركة / الاندفاعية و/ أو عدم الانتباه الشروط التالية:

- أن تستوفي المعايير التشخيصية في الدليل الإحصائي والتشخيصي لاضطرابات العقلية - ٥ (DSM-V) أو التصنيف العالمي للأمراض - II (ICD-11)، و
- أن تكون قد تسببت في خلل نفسي، اجتماعي و/ أو تعليمي / مهني متوسط على الأقل بناء على المقابلة و/ أو الملاحظة المباشرة في بيئات متعددة، و
- أن تكون متغلغلة بحيث تحدث في اثنين أو أكثر من الأوضاع أو البيئات الهامة بما فيها البيئة الاجتماعية، الأسرية، التعليمية و/ أو المهنية.

تشمل العملية التشخيصية أيضا تقييم احتياجات الشخص، الحالات المرافقة، والظروف الاجتماعية والأسرية والتعليمية / المهنية، والصحة البدنية. وبالنسبة للأطفال والفتيا، ينبغي أيضا ملاحظة الصحة النفسية للوالدين أو مقدمي الرعاية.

٣ - ٤

ينبغي أن يؤخذ ADHD بعين الاعتبار في جميع الفئات العمرية، مع تعديل معايير الأعراض تبعا للتغيرات الملائمة للعمر في السلوك.

٣ - ٥

عند تحديد الأهمية السريرية للخلل الناتج عن أعراض ADHD لدى الأطفال والفتيا، ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار وجهات نظرهم حيثما أمكن ذلك.

تقديم الدعم للأشخاص من ذوي ADHD

١ - ٤

بعد تشخيص ADHD، ربّ جلسة نقاش منظم مع الشخص (وأسرته أو مقدم الرعاية له حسبما ينطبق) حول ”كيف يمكن أن يؤثر هذا الاضطراب على حياتهم“. ومن الممكن أن يشمل هذا النقاش ما يلي:

- التأثيرات الإيجابية الناتجة عن معرفة التشخيص، مثل
 - « فهم الأعراض بصورة أفضل »
 - « التعرف على نقاط القوة الفردية والبناء عليها »
 - « تحسين الوصول إلى الخدمات »
- التأثيرات السلبية الناتجة عن معرفة التشخيص، مثل الشعور بالخجل
- زيادة احتمال حدوث السلوك الاندفاعي
- أهمية إجراء التعديلات البيئية للتقليل من تأثير أعراض ADHD
- قضايا التعليم (مثل توفير تكييف معقول في المدرسة والجامعة)
- قضايا التوظيف (مثل التأثير على الاختيارات المهنية والحق في تكييف معقول في مكان العمل)
- قضايا العلاقات الاجتماعية
- تحديات علاج ADHD حين يكون لدى الشخص حالات مرافقة مرتبطة بالنمو العصبي أو الصحة النفسية
- ارتفاع احتمال إساءة استعمال المواد المخدرة والتداوي الذاتي (أي، استعمال مواد بدون وصفة طبية للعلاج)
- التأثير المحتمل على قيادة السيارة (على سبيل المثال، قد تضرر قدرة الشخص على قيادة السيارة بسبب أعراض ADHD، ولكن أدوية ADHD قد تحسن قدرته على القيادة).

وسيكون هذا النقاش المنظم مفيداً لخطة العلاج المشتركة.

٢ - ٤

أخبر الشخص الذي يتلقى تشخيص ADHD (وأسرته أو مقدم الرعاية له حسبما ينطبق) عن مصادر للمعلومات، بما في ذلك:

- مجتمعات الدعم المحلية والوطنية والهيئات التطوعية
- موقع الإنترت (مثل، جمعية إشراق)
- الدعم للتعليم والتوظيف

جدير بالذكر أن الأشخاص الذين أجري لهم تقييم ولكن الأعراض والخلل لم تكن كافية لتشخيص ADHD قد يستفيدون أيضاً من مثل هذه المعلومات.

٤ - ٣

وفر معلومات للأشخاص الذين تم تشخيص **ADHD** لديهم (وأسرهم أو مقدمي الرعاية لهم حسبما ينطبق) بحيث:

- تأخذ هذه المعلومات في الاعتبار مستوى نموهم، أسلوبهم المعرفي، نضجهم العاطفي وقدراتهم المعرفية، بما في ذلك أية صعوبات في التعلم، مشاكل في البصر أو السمع، تأخير في النمو اللغوي، أو صعوبات في التواصل الاجتماعي
- تأخذ في الاعتبار أيضاً أية حالات مرتبطة بالصحة النفسية والنمو العصبي
- تكون مصممة حسب احتياجاتهم وظروفهم الفردية، بما في ذلك العمر والجنس والمستوى التعليمي ومرحلة الحياة.

تقديم الدعم للأسر ومقدمي الرعاية

اسأل أسر من يعانون من **ADHD** أو مقدمي الرعاية لهم عن كيفية تأثير **ADHD** عليهم وعلى أفراد الأسرة الآخرين، وناقش أية مخاوف لديهم.

٤ - ٤

شجع أفراد الأسرة أو مقدمي الرعاية للأشخاص من ذوي **ADHD** على إجراء تقييم لاحتياجاتهم الشخصية والاجتماعية والصحية العقلية، والانضمام لمجموعات المساعدة الذاتية والدعم إذا كان ذلك ملائماً.

٤ - ٥

فكر في احتياجات والد/والدة يعاني/تعاني من **ADHD**، ولديهما طفل يعاني من **ADHD**. بما في ذلك ما إذا كانوا بحاجة إلى دعم إضافي بشأن الاستراتيجيات التنظيمية (مثل الالتزام بالعلاج، الروتين المدرسي اليومي).

٤ - ٦

قدم المشورة للأباء وأمهات الأطفال والفتىان من ذوي **ADHD** ومقدمي الرعاية لهم حول أهمية:

٤ - ٧

- التواصل الإيجابي بين الوالدين (ومقدم الرعاية) والطفل
- وضع قواعد واضحة وملائمة بشأن السلوك والتعامل المتتسق مع الطفل أو الفتى
- تنظيم يوم الطفل أو الفتى.

قدم المشورة لأسرة الشخص البالغ من ذوي **ADHD** ومقدم الرعاية له بشأن ما يلي:

٤ - ٨

- كيف يمكن أن يؤثر **ADHD** على العلاقات
- كيف يمكن أن يؤثر **ADHD** على أداء الشخص
- أهمية التنظيم في النشاطات اليومية

٤ - ٩

اشرح للوالدين ومقدمي الرعاية أن أي توصية تتعلق بتدريب/تعليم الوالدين لا تعني أن رعايتهم سيئة، بل الهدف منها هو رفع مستوى مهاراتهم إلى الحد الأقصى لتلبية احتياجات الأطفال والفتىان من ذوي **ADHD** التي تفوق المستوى الاعتيادي للرعاية المطلوبة من الوالدين.

إشراك المدارس والكليات والجامعات

٤ - I.

عند تشخيص ADHD، وحين تغير الأعراض، وعند الانتقال من مدرسة إلى أخرى، أو من المدرسة إلى الكلية، أو من الكلية إلى الجامعة، احصل على موافقة ثم اتصل بالمدرسة أو الكلية أو الجامعة لتشريح:

- صحة تشخيص ADHD، وكيف يُحتمل أن تؤثر الأعراض على حياة المدرسة أو الكلية أو الجامعة
- الحالات المرافقية الأخرى (مثل، صعوبات التعلم) تختلف عن ADHD، وقد تحتاج إلى تعديلات مختلفة
- خطة العلاج والاحتياجات التعليمية الخاصة التي تم تحديدها، بما في ذلك تقديم المنشورة بشأن التعديلات المعقولة والتعديلات البيئية ضمن المرفق التعليمي
- قيمة التغذية الراجعة من المدارس، الكليات، والجامعات للأشخاص من ذوي ADHD والمختصين الذين يقدمون لهم رعاية صحية.

إشراك أخصائي الرعاية الصحية الآخرين

٤ - II.

عندما يكون الشخص ذوي ADHD لديه حالة مرافقة، اتصل بأخصائي الرعاية الصحية المعنى لشرح ما يلي:

- صحة ونطاق ومضامين تشخيص ADHD
- كيف يُحتمل أن تؤثر أعراض ADHD على سلوك الشخص (على سبيل المثال، التنظيم، إدارة الوقت، التحفيز) وعلى الالتزام بالعلاجات المحددة
- خطة العلاج وقيمة التغذية الراجعة من أخصائي الرعاية الصحية.

الخطيط للعلاج

ينبغي على مقدمي الرعاية الصحية التأكد من استمرارية العلاج للأشخاص ذوي ADHD.

١ - ٥

تأكد من أن لدى الشخص ذوي ADHD خطة علاج مشتركة كاملة وشاملة تتناول الاحتياجات النفسية، السلوكية، والمهنية أو التعليمية. خذ بعين الاعتبار ما يلي:

٢ - ٥

- شدة أعراض ADHD والخلل، وكيف يؤثران أو يمكن أن يؤثرا على الحياة اليومية (بما فيها النوم)
- أهدافه
- عوامل المرونة والحماية لديه
- التأثير النسبي للحالات الأخرى المتعلقة بالنمو العصبي أو الصحة النفسية
- التأثير النسبي أو التفاعل للحالات الطبية العامة الأخرى و/ أو علاجاتها.

ناقشت بانتظام مع الأشخاص من ذوي ADHD، وأفراد أسرهم أو مقدمي الرعاية لهم، كيف يريدون المشاركة في تحديد وقرارات العلاج، مع العلم أنه ينبغي إجراء هذه المناقشات على فترات منفصلة لتأخذ بعين الاعتبار التغيرات في الظروف (على سبيل المثال، الانقال من خدمات الأطفال إلى خدمات البالغين) ومستوى النمو، وينبغي ألا تحدث مرة واحدة فقط.

٣ - ٥

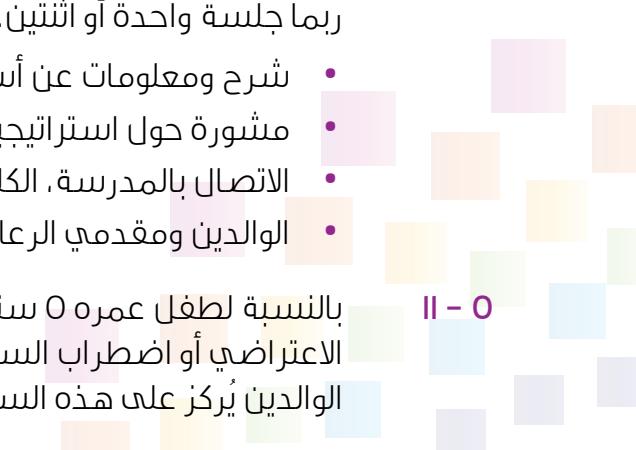
قبل البدء في أي علاج لاضطراب ADHD، ناقشت الأمور التالية مع الشخص وأفراد أسرته أو مقدمي الرعاية له حسبما ينطبق، وشجع الأطفال والفتىان على تقديم رواياتهم الخاصة بما يشعرون به:

٤ - ٥

- فوائد ومضار العلاجات غير الدوائية والدوائية (على سبيل المثال، فعالية الدواء بالمقارنة مع عدمأخذ علاج أو العلاجات غير الدوائية، والتأثيرات الضارة المحتملة ومعدلات عدم الاستجابة)
- فوائد نمط الحياة الصحي، بما في ذلك التمارين الرياضية
- تفضيلاتهم ومخاوفهم (من المهم أن نفهم أن قرار الشخص / مقدم الرعاية يبدع العلاج أو تغييره أو إيقافه قد يتاثر باللغطية الإعلامية والمعلمين وأفراد الأسرة والأصدقاء وتباين الآراء حول صحة تشخيص ADHD)

كيف يمكن لحالات الصحة النفسية أو النمو العصبي الأخرى أن تؤثر على خيارات العلاج
 كيف يمكن للوضع الغذائي و/ أو الحالات الطبية العامة الأخرى أن نظم الأدوية الحالية أن تؤثر على قرارات العلاج
 أهمية الالتزام بالعلاج وأية عوامل قد تؤثر على هذا الالتزام (على سبيل المثال، قد يكون من الصعب تناول الدواء في المدرسة أو العمل، أو تذكر المواعيد).

سجل تفضيلات الشخص ومخاوفه في خطة علاجه.

<p>اسأل الفتيان (أقل من 18 سنة) والبالغين من ذوي ADHD ما إذا كانوا يرغبون في انضمام الأب أو الأم، شريك، صديق مقرب أو مقدم الرعاية إلى المناقشات المتعلقة بالعلاج والالتزام.</p> <p>طمّن الأشخاص من ذوي ADHD، وعائلاتهم أو مقدمي الرعاية لهم حسبما ينطبق، أن بإمكانهم إعادة النظر في القرارات المتعلقة بالعلاج.</p>	<p>٥ - ٥</p>
<p>هذه التوصيات هي للمختصين في الرعاية الصحية الذين تلقوا تدريباً ولديهم خبرة في مجال تشخيص وعلاج ADHD. انظر التوصية ٤-٣ لمعرفة تفاصيل المعلومات عن ADHD.</p>	<p>٦ - ٥</p>
<p>اقترح برنامج تدريب جماعي يُركز على ADHD لآباء وأمهات الأطفال أقل من ٥ سنوات من ذوي ADHD أو مقدمي الرعاية لهم باعتبار ذلك الخط الأول من العلاج.</p>	<p>٧ - ٥</p>
<p>إذا ما تبيّن بعد البرنامج التدريسي للوالدين الذي يُركز على ADHD أنّ أعراض ADHD ما زالت تسبّب في مختلف البيئات والأوضاع خلاً مهما في وظائف طفل عمره أقل من ٥ سنوات بعد تنفيذ ومراجعة التعديلات البيئية، احصل على مشورة من جهة متخصصة في ADHD ولديها خبرة في علاج ADHD لدى الأطفال الصغار (يفضل خدمة ثالثة).</p>	<p>٨ - ٥</p>
<p>لا تُعطِ دواء لـ ADHD لأي طفل عمره أقل من ٥ سنوات بدون الحصول على رأي ثان من اختصاصي يعمل في جهة متخصصة وذات خبرة في علاج ADHD لدى الأطفال الصغار (يفضل خدمة ثالثة).</p>	<p>٩ - ٥</p>
<h2>الأطفال ٥ سنوات فما فوق والفتيا</h2>	<p>١٠ - ٥</p>
<p>هذه التوصيات هي للمختصين في الرعاية الصحية الذين تلقوا تدريباً ولديهم خبرة في تشخيص وعلاج ADHD.</p>	
<p>ووفر معلومات عن ADHD (انظر التوصية ٤-٣) وقدم مساندة إضافية لآباء وأمهات جميع الأطفال ٥ سنوات فما فوق والفتيا من ذوي ADHD ومقدمي الرعاية لهم. ينبغي أن تركز المساندة على ADHD، ويمكن أن تكون ضمن مجموعة مؤلفة من عدد قليل من الجلسات ربما جلسة واحدة أو اثنتين. ينبغي أن تشمل المساندة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • شرح ومعلومات عن أساليب وتأثير ADHD • مشورة حول استراتيجيات تربوية للوالدين. • الاتصال بالمدرسة، الكلية أو الجامعة بعد الحصول على الموافقة (انظر التوصية ٤-٢) • الوالدين ومقدمي الرعاية كليهما إن أمكن. 	
<p>بالنسبة لطفل عمره ٥ سنوات فما فوق أو فتى يعانيان من ADHD وأعراض اضطراب التحدي الاعترافي أو اضطراب السلوك، اقترح على الوالدين ومقدمي الرعاية الالتحاق ببرنامج تدريب الوالدين يُركز على هذه السلوكيات، إضافة إلى الالتحاق بمجموعة دعم يُركز على ADHD.</p>	<p>١١ - ٥</p>
<p>انظر في توفير برامج تدريب فردية للوالدين ومقدمي الرعاية للأطفال والفتيا من ذوي ADHD.</p>	<p>١٢ - ٥</p>

ADHD وأعراض اضطراب التحدي الاعترافي أو اضطراب السلوك عندما:

- تواجه العائلات صعوبات خاصة في حضور الجلسات الجماعية (على سبيل المثال، بسبب الإعاقة، الاحتياجات المتعلقة بالتنوع مثل الاختلافات اللغوية، عجز التعلم [إعاقة ذهنية]، سوء الحالة الصحية للوالدين، مشاكل المواصلات، أو عندما تشير عوامل أخرى إلى ضعف احتمالات المشاركة العلاجية)
- تكون احتياجات الأسرة معقدة للغاية لدرجة لا يمكن تلبيتها بواسطة برامج تدريب الوالدين الموجهة لمجموعة.

١٣ - ٥ لا تُعطَّ أدوية للأطفال ٥ سنوات وما فوق والفتياًن إلا إذا:

- كانت أعراض ADHD لا تزال تُسبِّب خلاً مهماً مستمراً في مجال واحد على الأقل بعد تنفيذ التعديلات البيئية ومراجعةها
- تمت مناقشة المعلومات عن ADHD معهم ومع والديهم ومقدمي الرعاية (انظر التوصية ٤-٥).
- تم إجراء تقييم مرجعي (انظر التوصية ٧-٣).

انظر التوصيات بشأن الأدوية.

١٤ - ٥

انظر في إعطاء دورة علاج سلوكي معرفي للفتيان من ذوي ADHD والذين استفادوا من الدواء ولكن ما زالت لديهم أعراض تُسبِّب خلاً مهماً في مجال واحد على الأقل. ينبغي أن تتناول هذه الدورة المجالات التالية:

- المهارات الاجتماعية مع الأقران
- حل المشاكل
- التحكم الذاتي
- مهارات السمع النشط
- التعامل مع المشاعر والتعبير عنها

هذه التوصيات هي للمختصين في الرعاية الصحية الذين تلقوا التدريب ولديهم خبرة في تشخيص وعلاج ADHD. انظر التوصية ٤-٣ لمعرفة تفاصيل المعلومات عن ADHD.

١٥ - ٠

صف دواء للبالغين من ذوي ADHD إذا كانت أعراض ADHD لديهم لا تزال تُسبب خلاً مهما في مجال واحد على الأقل بعد تنفيذ التعديلات البيئية ومراجعتها. انظر التوصيات حول اختيار الدواء.

١٦ - ٠

انظر في إعطاء علاج غير دوائي للبالغين من ذوي ADHD والذين:

- قرروا عن علم ومعرفة عدم اختيار العلاج الدوائي
- يجدون صعوبة في الالتزام بالعلاج الدوائي
- وجدوا الدواء غير فعال أو لم يقدروا على احتماله

١٧ - ٠

انظر في إعطاء علاج غير دوائي مع الدواء للبالغين من ذوي ADHD والذين استفادوا من الدواء ولكن أعراضهم ما زالت تُسبب خلاً مهما في مجال واحد على الأقل.

١٨ - ٠

عندما يكون هناك ما يجب العلاج غير الدوائي للبالغين من ذوي ADHD، وفر لهم ما يلي كحد أدنى.

- تدخل نفسي مساند منظم يُركز على ADHD
- متابعة منتظمة إما شخصياً أو من خلال الهاتف.

قد يشتمل العلاج على عناصر من العلاج السلوكي المعرفي أو دورة كاملة منه.

٦- المشورة الغذائية

- ٦ - ١ ينبعي على المختصين في الرعاية الصحية التركيز على أهمية الوجبات المتوازنة، التغذية الجيدة والتمارين الرياضية للأطفال والفتيا و البالغين من ذوي ADHD.
- ٦ - ٢ لا تتصح بإزالة الإضافات والملونات الصناعية من الطعام على أساس أنها علاج ملائم عموما للأطفال والفتيا من ذوي ADHD.
- ٦ - ٣ اسأل عن الأطعمة أو المشروبات التي يبدو أنها تؤثر في سلوك الحركة الزائدة كجزء من التقييم السريري لاضطراب ADHD لدى الأطفال والفتيا، و:
- إذا كان هناك ارتباط واضح، اطلب من الوالدين أو مقدمي الرعاية الاحتفاظ بمفكرة للأطعمة والمشروبات المتناولة وسلوك ADHD.
 - إذا كانت المفكرة تؤيد وجود علاقة بين أطعمة ومشروبات محددة والسلوك، اقترح تحويل إلى أخصائي التغذية.
 - تأكيد من أن المزيد من العلاج (على سبيل المثال، إزالة أطعمة معينة) يتم اتخاذها بصفة مشتركة من قبل أخصائي التغذية، اختصاصي الصحة النفسية أو طبيب الأطفال، الوالدين أو مقدم الرعاية، والطفل أو الفتى.
- ٦ - ٤ لا تتصح ب ولا تصف مكملات الدهن الدهني لمعالجة ADHD لدى الأطفال والفتيا.
- ٦ - ٥ أخبر أفراد أسرة الطفل الذي يعاني من ADHD أو مقدمي الرعاية له أنه لا يوجد دليل حول فعالية "الحمية الغذائية المقيدة" أو أضرارها المحتملة على المدى الطويل للأطفال من ذوي ADHD، وإنما هناك فقط دليل محدود على فوائد قصيرة الأمد.

هذه التوصيات باستثناء التوصية ٧-٨ هي للمختصين في الرعاية الصحية الذين تلقوا التدريب ولديهم الخبرة في تشخيص وعلاج ADHD.

جميع أدوية ADHD ينبغي أن تعطى إلا بمبادرة من اختصاصي الرعاية الصحية الذي تلقى التدريب ولديه الخبرة في تشخيص وعلاج ADHD.

١ - ٧

٢ - ٧

ينبغي على اختصاصي الرعاية الصحية الذي يصف دواء لاضطراب ADHD:

- أن يكون ملماً ببيانات الحركية الدوائية لجميع المستحضرات قصيرة وطويلة المفعول المتوفرة لاضطراب ADHD.
- أن يتتأكد من أن العلاج مصمم بكفاءة لاحتياجات الفردية للطفل، الفتى أو الشخص الكبير.
- أن يأخذ بعين الاعتبار الاختلافات في التأثير البيولوجي أو بيانات الحركية الدوائية للمستحضرات المختلفة لتجنب تدني المفعول أو التأثيرات الضارة الشديدة.

التقييم المرجعي

٣ - ٧

قبل إعطاء دواء لاضطراب ADHD، ينبغي إجراء تقييم كامل للشخص ذوي ADHD، يشمل ما يلي:

١. مراجعة للتأكد من أن الشخص ما زال يستوفي معايير ADHD ويحتاج إلى علاج

٢. مراجعة للصحة العقلية والظروف الاجتماعية، تشمل ما يلي:

« وجود حالات مرافقة مرتبطة بالصحة النفسية والنمو العصبي »

« الظروف التعليمية أو ظروف التوظيف حالياً »

« تقييم مخاطر إساءة استعمال المواد المخدرة وتحويل الدواء »

« احتياجات الرعاية »

٣. مراجعة الصحة البدنية، تشمل:

* التاريخ الطبي مع الأخذ بعين الاعتبار الحالات التي قد تمنع استعمال أدوية محددة

* الأدوية الحالية

* الطول والوزن (ينبغي قياسهما وتسجيلهما مقابل المدى الطبيعي للعمر والطول والجنس)

* القياس المرجعي للنبض وضغط الدم (باستعمال كفة ذات حجم ملائم مع المقارنة بالمدى الطبيعي للعمر)

* تقييم قلبي وعائي [تحديث ٢٢-٢-٤(أ)]

لا يتلزم عمل تحضير كهربائي للقلب قبل بدء المنشطات، أو أتوموكسين أو غوانفاسين، ما لم يكن لدى الشخص أي من الصفات في توصية ٧-٤ أو حالة مرافقة التي يتم معالجتها باستخدام دواء قد يشمل خطراً متزايداً على القلب. [تحديث ٢٠-٢-٤(ب)]

٤ - ٧

ينبغي عليك تحويل الشخص للحصول على مشورة من استشاري القلب قبل بدء العلاج الدوائي لاضطراب ADHD في حال كان لديه أي من الآتية:

- التاريخ الطبي يشتمل على مرض قلبي خلقي أو جراحة قلبية سابقة
- التاريخ الطبي يشتمل على وفاة مفاجئة لقريب من الدرجة الأولى تحت سن ٤٠ تشير إلى مرض قلبي
- ضيق نفس لدى الإجهاد بالمقارنة مع الأقران
- إغماء لدى الإجهاد أو استجابة للخوف أو الضجيج
- خفakan سريع ومنتظم يبدأ ويتوقف فجأة (العثرات العرضية العابرة هي في الغالب منتبذة ولا تتطلب استقصاءات)
- ألم في الصدر يوحي بأنّ منشأه القلب
- علامات على فشل قلبي
- نفخة تُسمع عند فحص القلب
- ضغط دم مُصنف على أنه ضغط مرتفع للبالغين

اطلب تحويل إلى أخصائي ارتفاع ضغط الدم للأطفال قبل بدء العلاج الدوائي لاضطراب ADHD إذا كان ضغط الدم فوق المركز المئوي ٩٥ بصفة مستمرة للعمر والطول للأطفال والفتيا.

٥ - ٧

اختيار الدواء - الأطفال ٥ سنوات وما فوق والفتيا

صف الميثيلفينيديت (إما قصير المفعول أو طويل المفعول) باعتباره الخط الأول للعلاج الدوائي للأطفال ٥ سنوات وما فوق والفتيا من ذوي ADHD مع الأخذ بالاعتبار أن استخدام الدواء للأطفال بين عمر الخامسة والسادسة يعتبر استخدام بدون تصريح. [تحديث ٢٠٢٢]

٦ - ٧

فك في التحول إلى ليسيديكسامفيتامين للأطفال ٥ سنوات وما فوق والفتيا الذين خضعوا لتجربة مدتها ٦ أسابيع بالميثيلفينيديت بجرعة كافية ولم يحصلوا على فائدة كافية من حيث تقليل أعراض ADHD والخلل المصاحب له.

٧ - ٧

فك في إعطاء ديكسامفيتامين للأطفال ٥ سنوات وما فوق والفتيا الذين تستجيب أعراض ADHD لديهم لليسيديكسامفيتامين ولكنهم لا يستطيعون تحمل تأثيره المطول.

٨ - ٧

صف أتوموكسيتين أو غوانفاسين للأطفال ٥ سنوات وما فوق والفتيا إذا:

٩ - ٧

- كانوا لا يستطيعون تحمل ميثيلفينيديت أو ليسيديكسامفيتامين أو لم تستجب أعراضهم لتجربتين منفصلتين مدتها ٦ أسابيع باستعمال ليسيديكسامفيتامين وميثيلفينيديت، مع العلم أن المستحضرات البديلة والجرعات الكافية أخذت بعين الاعتبار.

اختيار الدواء - البالغين

صف ليسديكسامفيتامين أو ميثيلفينيديت باعتبارهما الخط الأول للعلاج الدوائي للبالغين من ذوي ADHD. هذا استخدام غير مُرخص لدواء ليسديكسامفيتامين للبالغين بدون أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه في الطفولة. [تحديث ٢٠٢٢-٣(أ)] ليست جميع تركيبات ميثيلفينيديت مُرخصة لعلاج أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في البالغين. [تحديث ٢٠٢٢-٣(ب)]

II - V
فكراً في التحول إلى ليسديكسامفيتامين للبالغين الذين جربوا ميثيلفينيديت بجرعة كافية مدة ٦ أسابيع لكنهم لم يحصلوا على فائدة كافية من حيث انخفاض أعراض ADHD والخلل المصاحب له.

III - V
فكراً في التحول إلى ميثيلفينيديت للبالغين الذين جربوا ليسديكسامفيتامين بجرعة كافية مدة ٦ أسابيع لكنهم لم يحصلوا على فائدة كافية من حيث انخفاض أعراض ADHD والخلل المصاحب له.

IV - V
فكراً في إعطاء ديساميديتامين للبالغين الذين تستجيب أعراض ADHD لديهم ليسديكسامفيتامين ولكنهم لا يستطيعون تحمل تأثيره المطول.

V - V
صف أتوموكسيتين للبالغين إذا:

- كانوا لا يستطيعون تحمل ليسديكسامفيتامين أو ميثيلفينيديت أو
- لم تستجب أعراضهم لتجربتين منفصلتين مدتهما ٦ أسابيع باستعمال ليسديكسامفيتامين وميثيلفينيديت، مع العلم أن المستحضرات البديلة والجرعات الكافية أخذت بعين الاعتبار.

الخيارات الدوائية الأخرى

VI - V
احصل على رأي ثان أو اطلب التحويل إلى رعاية ثالثية إذا كانت أعراض ADHD لدى طفل عمره ٥ سنوات فما فوق، فتى أو شخص كبير لا تستجيب له أحد أو أكثر من المنشطات وواحد غير منشط.

VII - V
لا تصنف أيًّا من الأدوية التالية لعلاج ADHD بدون استشارة من رعاية ثالثية لاضطراب ADHD:

- غوانفاسين للبالغين
- كلونيدين للأطفال من ذوي ADHD واضطراب النوم، نوبات غضب أو نفقات.
- مضادات الذهان الانموذجية بالإضافة إلى المنشطات للأشخاص من ذوي ADHD مصحوب ببعضها متفشي، نوبات غضب أو إثارة سريعة
- الأدوية غير المشمولة في التوصيات ٧-٦ إلى ١٤.

اختيار الأدوية - الأشخاص الذين لديهم حالات مرافقة

صف للأشخاص من ذوي ADHD واضطراب القلق، واضطراب النفسي أو اضطراب طيف التوحد نفس الخيارات من الأدوية التي توصف للأشخاص الآخرين من ذوي ADHD. انظر ص ٢٥ ”التدخلات الدوائية“ من الدليل الإرشادي للممارسة السريرية البنية على البراهين لتدبير الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، (المجلس الصحي السعودي، ٢٠٢٣) [٦]

٤ - ٧

بالنسبة للأطفال ٥ سنوات فما فوق، الفتيان والبالغين الذين تم تشخيص ADHD لديهم فإنه في حال إصابتهم بنوبة هوسية أو ذهانية حادة:

٨ - ٧

- أوقف أي دواء لاضطراب ADHD
- أعد تحويلهم إلى رعاية ثالثية لاضطراب ADHD أو طبيب نفسي متخصص، وقد يقرر هذا الطبيب إما إعادة وصف دواء ADHD أو وصف دواء جديد لـ ADHD بعد زوال النوبة، آخذًا بعين الاعتبار الظروف الفردية ومخاطر وفوائد دواء ADHD

الاعتبارات عند وصف دواء لاضطراب ADHD

عند وصف منشطات لاضطراب ADHD، فكر في المستحضرات مُعدلة الإطلاق التي تُعطى مرة واحدة يومياً للأسباب التالية:

٩ - ٧

- يسر تناول الدواء
- تحسين الالتزام
- تخفيف الشعور بالخجل (لأنه لا حاجة لتناول الدواء في المدرسة أو في مكان العمل)
- التقليل من مشاكل تخزين وإعطاء الأدوية المتابعة في المدرسة
- مخاطر إساعة استعمال وتحويل المنشطات في حالة المستحضرات فورية الإطلاق
- بيانات الحركية الدوائية لها

قد تكون المستحضرات فورية الإطلاق ملائمة إذا ما كانت هناك حاجة لأنظمة جرعات أكثر مرنة أو خلال المعايرة الأولية لتحديد المستويات الصحيحة للجرعات.

١٠ - ٧

عند وصف منشطات لعلاج ADHD، تذكر أن حجم التأثير، مدة التأثير والتآثيرات الضارة تختلف من شخص آخر.

١١ - ٧

فكِّر في استعمال مستحضرات فورية ومعدلة الإطلاق من المنشطات من أجل الوصول إلى التأثير الأمثل (على سبيل المثال، مستحضر معدل الإطلاق من الميثيلفينيديت في الصباح ومستحضر فوري الإطلاق من الميثيلفينيديت في وقت آخر من اليوم لإطالة مدة التأثير).

٢٣ - ٧
تؤدي الحذر عند وصف المنشطات لـ **ADHD** إذا كان هناك خطر بأن يتم تحويل الدواء لتعزيز الوظائف العقلية أو كبت الشهية.

٢٤ - ٧
لا تصف منشطات فورية الإطلاق أو منشطات معدلة الإطلاق يمكن حقنها أو نفخها بسهولة إذا كان هناك خطر حدوث تحويل أو سوء استعمال لهذه المنشطات.

٢٥ - ٧
ضع في الاعتبار الحالة التغذوية للطفل (مثل مؤشر كتلة الجسم) بسبب خطر نقصان الوزن عند تناول المنشطات.

٢٦ - ٧
ينبغي على من يصف الدواء أن يكون على دراية بمتطلبات تشريعات الأدوية المتابعة التي تنظم وصف المنشطات وتوريدها. انظر [لواحة وزارة الصحة السعودية إجراءات وضوابط المواد المخدرة والمؤثرات العقلية](#).

معايير الجرعة

خلال مرحلة المعايرة، ينبغي تسجيل أعراض **ADHD** والخلل والتأثيرات الضارة للجرعة المرجعية وعند كل تغيير في الجرعة على مقاييس موحدة من قبل الوالدين والمعلمين، ومراجعة التقدم بانتظام (على سبيل المثال، عن طريق الاتصال الهاتفي الأسبوعي) مع أخصائي.

معايير الجرعة إزاء الأعراض والتأثيرات الضارة بما يتماشى مع الوصفات الوطنية السعودية حتى الوصول إلى الجرعة المثلثي، أي انخفاض الأعراض، تغيير إيجابي في السلوك، وتحسين التعليم والتوظيف والعلاقات، مع تأثيرات ضارة يمكن تحملها.

٢٧ - ٧
٢٨ - ٧
تأكد من أن معايرة الجرعة أبطأ وأن المتابعة أكثر تكراراً إذا كان أيًا من الحالات التالية موجوداً لدى الأشخاص من ذوي **ADHD**. وتنطلب مشاركة الأخصائي المعنى:

- الاضطرابات النمائية العصبية (على سبيل المثال، اضطراب طيف التوحد، الاضطرابات النفسيّة، العجز عن التعلم [الإعاقة الذهنية])
- حالات الصحة النفسية (على سبيل المثال، اضطرابات القلق [بما في ذلك اضطراب الوسواس القهري]، الفحاص أو الاضطراب ثنائي القطب، الاكتئاب، اضطراب الشخصية، اضطرابات الأكل، اضطراب ما بعد الصدمة، إساءة استعمال المواد المخدرة)
- حالات الصحة البدنية (على سبيل المثال، مرض قلبي، صرع أو إصابة دماغية مكتسبة).

الرعاية المشتركة للأدوية

٢٩ - ٧
بعد المعايرة وتثبيت الجرعة، يتم وصف ومراقبة دواء **ADHD** بموجب ترتيبات رعاية مشتركة مع الرعاية الأولية إن أمكن.

٨ الاستمرارية والمتابعة

١ - ٨ راقب مفعول دواء ADHD والتأثيرات الضارة، وقم بتوثيق ذلك في ملاحظات الشخص.

٢ - ٨ شجع الأشخاص الذين يتناولون دواء ADHD على مراقبة وتسجيل التأثيرات الضارة، على سبيل المثال، باستخدام قائمة مرجعية للتأثيرات الضارة.

٣ - ٨ فكر في استخدام مقاييس تقييم موحدة للأعراض والتأثيرات الضارة لغرض التقييم السريري وطوال فترة العلاج للأشخاص من ذوي ADHD.

٤ - ٨ تأكد من أن الأطفال والفتياًن والبالغين الذين يتلقون العلاج لـ ADHD يخضعون للمراجعة والمتابعة تبعاً لمدى شدة الحالة، بصرف النظر عما إذا كانوا يتناولون أو لا يتناولون أدوية.

الوزن والطول

٥ - ٨ بالنسبة للأشخاص الذين يتناولون الدواء لعلاج ADHD ينبغي ما يلي:

- قياس الطول كل ٦ أشهر للأطفال والفتياًن
- قياس الوزن كل ٣ أشهر للأطفال، سنوات، بما دون
- قياس الوزن بعد ٣ أشهر وبعد ٦ أشهر من بدء العلاج للأطفال فوق ١٠ سنوات والفتياًن، وكل ٦ أشهر بعد ذلك، أو بصورة أكثر تكراراً إذا نشأت مخاوف
- قياس الوزن كل ٦ أشهر للبالغين
- ارسم الطول والوزن للأطفال والفتياًن على ورقة رسم بياني للنمو وتأكد من مراجعة أخصائي الرعاية الصحية المسؤول عن العلاج لهذا الرسم البياني.

٦ - ٨ إذا كان نقصان الوزن يبعث على القلق السريري، فكر في الاستراتيجيات التالية:

- تناول الدواء إما مع أو بعد الطعام، وليس قبل الوجبات
- تناول وجبات إضافية أو وجبات خفيفة في الصباح الباكر أو في وقت متأخر من المساء حينما يتلاشى تأثير المنشط
- الحصول على مشورة غذائية
- تناول الأطعمة الغنية بالسعرات الحرارية وذات القيمة الغذائية الجيدة
- أخذ استراحة مخطط لها من العلاج
- تغيير الدواء

٧ - ٨ إذا تأثر طول الطفل أو الشاب الصغير بدرجة مهمة بمرور الوقت نتيجة لتناول الدواء (أي، لم يصل إلى الطول المتوقع لسنّه)، انظر في إعطائه استراحة مخطط لها من الدواء خلال العطلات المدرسية للسماح له بتعويض النقص في النمو.

٨ - ٨ فكر في مراقبة مؤشر كتلة الجسم للبالغين من ذوي ADHD إذا كان هناك تغيير في الوزن نتيجة لعلاجهم، وتغيير الدواء إذا استمر التغيير في الوزن.

القلب والأوعية الدموية

راقب معدل دقات القلب وضغط الدم وقارنها مع المدى الطبيعي للعمر قبل وبعد كل تغيير في الجرعة وكل 6 أشهر.

٩ - ٨

لا تطلب اختبارات روتينية للدم (بما في ذلك اختبارات وظائف الكبد) أو تخطيط كهربائي للقلب للأشخاص الذين يتناولون معالجة دوائية لـ ADHD إلا إذا كان هناك موجب سريري.

١٠ - ٨

إذا تعرض شخص يتناول معالجة دوائية لـ ADHD لحالة تسريع القلب أثناء الراحة (أكثر من ٩٠٪ دقة في الدقيقة) أو احتلال في النظم أو تجاوز ضغط الدم الانقباضي المركز المئوي ٩٥ (أو زيادة مهمة من الناحية السريرية) وفقاً لقياس الذي أخذ في مناسبتين اثنين، خفض الجرعة الموصوفة له وحواله إلى أخصائيارتفاع ضغط الدم للأطفال أو طبيب البالغين.

١١ - ٨

إذا عانى شخص يتناول دواء غوانفاسين من انخفاض ضغط الدم الانتصابي أو نوبات الإغماء، خفض جرعته أو حواله إلى دواء آخر لـ ADHD.

١٢ - ٨

النفخات

إذا لوحظت نفخات لدى شخص يتناول منشطات، فكر فيما إذا:

١٣ - ٨

- كان للنفخات علاقة بالمنشط (النفخات تشتت وتلاشى بشكل طبيعي)، و
- كان الخلل المرتبط بالنفخات يفوق فوائد علاج ADHD.

١٤ - ٨

إذا كان للنفخات علاقة بالمنشط، قم بتحفيض جرعة المنشط، أو فكر في تغييره إلى غوانفاسين (لالأطفال ٥ سنوات وما فوق والفتياًن فقط)، أو توموكسيتين (استخدام غير مرخص للبالغين بدون اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباٰه في الطفولة) [تحديث ٢٠٢٢-٤(أ)], كلونيدين (استخدام غير مرخص للأطفال) [تحديث ٢٠٢٢-٤(ب)], أو إيقافه. للحالات أقل من ١٨ سنة، ينبغي اعتبار دواء الكلونيدين فقط بعد أخذ التوصية من خدمة تخصصيه لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباٰه. [تحديث ٢٠٢٢-٤(ج)].

الجز الجنسي

راقب الفتياٰن والبالغين من ذوي ADHD لملاحظة أي خلل في الوظيفة الجنسية (أي، خلل وظيفي في الانتصاب والقذف) باعتباره أحد التأثيرات الضارة المحتملة للأتموكسيتين.

١٥ - ٨

النوبات

إذا أصيب شخص يعاني من ADHD بنوبات جديدة أو تفاقمت النوبات الحالية لديه، راجع دواء ADHD الذي يتناوله وأوقف أي دواء ربما كان يُساهم في النوبات. وبعد التشاور مع طبيب الأعصاب المعالج، استأنف دواء ADHD بحذر إذا كان من غير المحتمل أن يكون هو سبب النوبات.

١٦ - ٨

راقب التغيرات في نمط النوم (على سبيل المثال، باستعمال مفكرة خاصة بالنوم) وعدل الدواء تبعاً لذلك.

١٧ - ٨

ازدياد السلوك سوياً

راقب الاستجابة السلوكية للدواء، وإذا ازداد السلوك سوياً، قم بتعديل الدواء ومراجعة التشخيص.

١٨ - ٨

تحويل المنشط

يجب على المختصين في الرعاية الصحية والوالدين أو مقدمي الرعاية مراقبة التغيرات في احتمال إساءة استعمال المنشطات وتحويلها، التي قد تحدث نتيجة التغيرات في الظروف والعمر.

١٩ - ٨

٩ الالتزام بالعلاج

١ - ٩

تذكر أنّ أعراض ADHD قد تجعل من الصعب على الشخص الالتزام بخطة العلاج (على سبيل المثال، قد ينسى طلب الدواء واستلامه).

٢ - ٩

تأكد من أنّ الشخص يعرف تماماً الموازنة بين مخاطر وفوائد أي علاج لاضطراب ADHD، وتحقق من أنّ مشاكل الالتزام ليست ناتجة عن المفاهيم الخاطئة (على سبيل المثال، أخبر الشخص أن الدواء لا يُغيّر شخصيته).

٣ - ٩

شجع الشخص ذوي ADHD على استعمال الاستراتيجيات التالية لدعم الالتزام بالعلاج:

- أن يكون مسؤولاً عن صحته، بما في ذلك تناول أدويته حسب الحاجة
- اتباع تعليمات واضحة حول كيفية تناول الدواء معدّة بشكل مصور أو مكتوب، قد تتضمن معلومات عن الجرعة والمدة والتأثيرات الضارة وجدول الجرعات (ينبغي أن تظل التعليمات مع الدواء، على سبيل المثال، ملصق على جانب العلبة)
- استخدام وسائل تذكير بصرية لضمان تناول الدواء بانتظام (على سبيل المثال، تطبيقات، أجهزة تنبيه، ساعات، صارف أقراص، أو ملاحظات على التقويم أو اللوحة)
- تناول الدواء كجزء من الروتين اليومي (على سبيل المثال، قبل الوجبات أو بعد تنظيف الأسنان بالفرشاة)
- حضور مجموعات دعم الأقران (للشخص ذوي ADHD والأسرة أو مقدم الرعاية).

٤ - ٩

شجع الوالدين ومقدم الرعاية على أن يتولوا الإشراف على دواء ADHD للأطفال والفتيا.

٥ - ٩

قدم الدعم للالتزام بالعلاجات غير الدوائية (على سبيل المثال، العلاج المعرفي السلوكي) من خلال مناقشة ما يلي:

- الموازنة بين المخاطر والفوائد (على سبيل المثال، كيف يمكن للعلاج أن يكون له تأثير إيجابي على أعراض ADHD)
- العوائق المحتملة أمام الاستمرار في العلاج، بما في ذلك:
 - « عدم التأكد من أن العلاج له تأثير مفيد
 - « الوقت والمهارات التنظيمية الضرورية للالتزام بالعلاج
 - « الوقت الذي قد تكون هناك حاجة إليه خارج الجلسات (على سبيل المثال، إكمال الواجب المنزلي)

استراتيجيات التعامل مع أية عوائق محددة (على سبيل المثال، جدولة الجلسات لتقليل الإزعاج أو البحث عن دورات تدريبية مع توفير رعاية للطفل)

أحد التأثيرات المحتملة للعلاج يتمثل في زيادة الوعي الذاتي وما قد يُشكله من تحديات للشخص والمحيطين به

أهمية الالتزام طويلاً الأجل إلى ما بعد انتهاء أي برنامج أولي (على سبيل المثال، من خلال حضور جلسات المتابعة / تجديد الدعم للحفاظ على الاستراتيجيات التي تعلمتها الشخص).

١- مراجعة الدواء وإيقافه

١ - ١

ينبغي على اختصاصي الرعاية الصحية الذي يتمتع بتدريب وخبرة في علاج ADHD مراجعة أدوية ADHD مرة واحدة على الأقل سنويًا ومناقشة الشخص المصاب باضطراب ADHD (وأسرته أو مقدمي الرعاية حسبما ينطبق) حول ما إذا كان ينبغيمواصلة الدواء. ينبغي أن تتضمن المراجعة تقييمًا شاملًا لما يلي:

- ما يفضله الطفل أو الفتى أو الكبير ذوي ADHD (والأسرة أو مقدمي الرعاية حسبما هو ملائم)
- الفوائد، بما في ذلك مدى فعالية العلاج الحالي طوال اليوم
- التأثيرات الضارة
- الحاجة السريرية وما إذا كان قد تم الوصول إلى الفعالية المثلثة للدواء
- التأثير على التعليم و/ أو التوظيف
- تأثيرات الجرعات الفائتة، وتحفيضات الجرعة المخطط لها، وفترات التوقف عن العلاج
- تأثير الدواء على الصحة النفسية الحالية أو الجديدة، الصحة البدنية أو حالات النمو العصبي
- الحاجة إلى الدعم ونوع الدعم (على سبيل المثال، نفسي، تعليمي، اجتماعي) إذا ما تم تحقيق الفعالية المثلثة للدواء ولكن أعراض ADHD استمرت في التسبب بخلل كبير.

١ - ٢

شجع الأشخاص من ذوي ADHD على مناقشة أية رغبات في إيقاف الدواء أو تغييره وعلى المشاركة في أية قرارات بشأن إيقاف العلاجات.

١ - ٣

فكر في إيقاف الدواء أو تحفيض الجرعة لفترة من الزمن على سبيل التجربة عندما يشير تقييم الموازنة الإجمالية للفوائد والأضرار إلى أن ذلك قد يكون ملائماً. أما إذا تم اتخاذ قرار بمواصلة العلاج، فيجب توثيق أسباب ذلك.

المصطلحات

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)

يشير اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) إلى «الأنواع» لـ ADHD على النحو المُعرف في التصنيف العالمي للأمراض، المراجعة العاشرة [ICD-10]، أو «المظاهر» لـ ADHD على النحو المُعرف في التصنيف العالمي للأمراض، المراجعة الحادية عشرة [ICD-11]، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للأضطرابات العقلية، الطبعة الخامسة [DSM-V].

المجالات

يقصد بالمجالات المجالات الوظيفية، على سبيل المثال، العلاقات البيئية الشخصية، التعليم والمستوى المهني، وإدراك المخاطر.

التعديلات البيئية

التعديلات البيئية هي التغييرات التي يتم إدخالها على البيئة المادية من أجل تقليل تأثير ADHD على الحياة اليومية للشخص المصاب به. وتعتمد التعديلات البيئية الملائمة على الظروف الخاصة لكل شخص مصاب بـ ADHD، وينبغي تحديدها من خلال تقييم احتياجاته. وقد تشمل الأمثلة تغييرات في ترتيبات الجلوس، وتغييرات في الإضاءة والضجيج، والتقليل من مسببات تشتت الانتباه (على سبيل المثال، استخدام سماعات الرأس)، وتحقيق الكفاءة المثلث للعمل أو التعليم من خلال تقصير فترات التركيز مع فترات استراحة للحركة (بما في ذلك استخدام بطاقات «احتاج إلى استراحة»)، وتعزيز الطلبات الشفهية بتعليمات مكتوبة و، بالنسبة للأطفال، الاستعمال المناسب لمساعدي التدريس في المدرسة.

تعديلات معقولة / تكييف

التعديلات المعقولة هي مصطلح يشير إلى الالتزامات القانونية لأصحاب العمل ومقدمي التعليم العالي للتتأكد من أن العمال أو الطلاب من ذوي إعاقة أو حالات صحية بدنية أو عقلية لا يعانون أيضاً من إجحاف منهم عند القيام بوظائفهم أو أثناء تعليمهم. مصطلح تكييف معقول أكثر شيوعاً في بيئه تعليمية.

خطة العلاج المشتركة

خطة علاجية مكتوبة مشتركة بين اختصاصي الرعاية الصحية والشخص ذوي ADHD. أما بالنسبة للأطفال، فإنه يمكن مشاركة الخطة على نطاق أوسع (على سبيل المثال، مع الأسرة أو المدرسة أو الرعاية الاجتماعية، إذا كان ذلك مناسباً ومتفقاً عليه).

البيئات

يُقصد بها المكان، على سبيل المثال، المنزل، الحضانة، منزل الأصدقاء أو العائلة.

الرعاية الأولية

المراكز الصحية (المستويات)

الرعاية الثانوية

المستشفيات العامة

الرعاية الثالثية

المستشفيات التخصصية

الأطفال / الطفل

أقل من 0 سنوات

الفتيان / الفتى

من 0 إلى 18 سنة

(تشمل الذكور والإإناث)

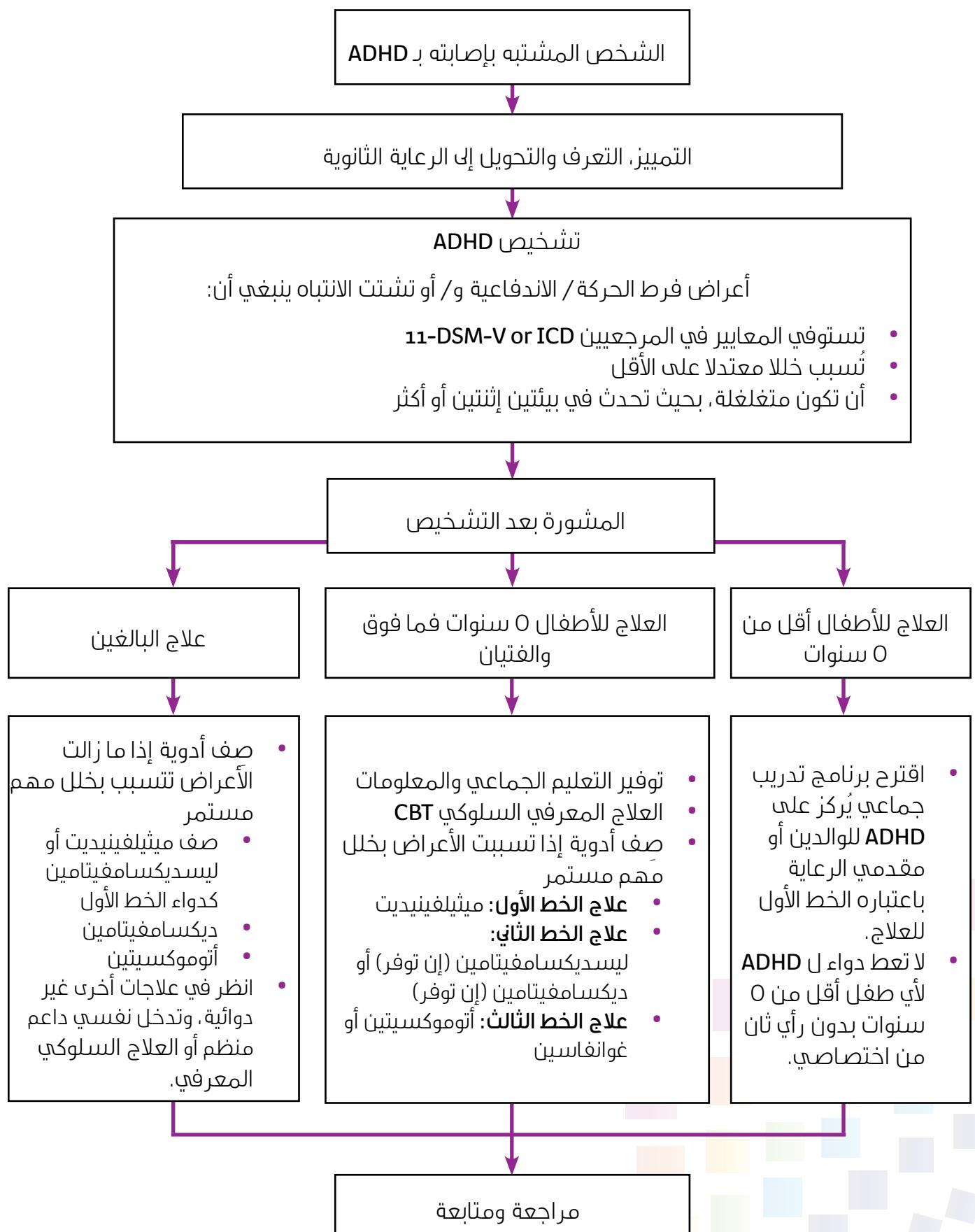
البالغين

فوق 18 سنة

أدوات واعتبارات التنفيذ

أ: الخوارزمية السريرية

خوارزمية علاج ADHD



٢: معايير الجودة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)

يشمل هذا الملحق سبعة معايير للجودة والتي يمكن استخدامها كمؤشرات للأداء لتحسين الجودة. وفي هذه النسخة السريرية القصيرة من الدليل الإرشادي السريري، يتم عرض المعايير الرئيسية فقط للرجوع إليها. وللاطلاع على معايير الجودة الكاملة لـ ADHD، يرجى الاطلاع على النسخة الكاملة من الدليل الإرشادي السريري المتوفرة على العنوان التالي: [adhd.org.sa/cpg](https://cpg.adhd.org.sa)

المعيار ١. تأكيد التشخيص:

يتم تحويل الأطفال والفتىان من ذوي أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) إلى أخصائي ADHD للتقييم.

المعيار ٢. التعرف على ADHD والتحويل للبالغين:

البالغين الذين يراجعون الطبيب بسبب أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)، والذين لم يسبق تشخيص ADHD لديهم في مرحلة الطفولة، يتم تحويلهم إلى أخصائي ADHD للتقييم.

المعيار ٣. الاستمرارية من خدمات الأطفال إلى خدمات البالغين:

البالغين الذين تم تشخيصهم وعلاجهم من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) كأطفال أو أشخاص صغار، والذين يراجعون الطبيب بسبب أعراض توحّي باستمرار ADHD، يتم تحويلهم إلى خدمات الطب النفسي العام للبالغين.

المعيار ٤. برامج تدريب الوالدين:

آباء وأمهات الأطفال الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) أو مقدمي الرعاية لهم الذين يستوفون معايير الأهلية للمعهد القومي للصحة والرعاية المتميزة (NICE) تُقدم لهم تحويل إلى برنامج تدريب الوالدين.

المعيار ٦. بداعم العلاج بالعقاقير:

بالنسبة للأشخاص من ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) والذين سيبدأون العلاج بالعقاقير، يتم تعديل جرعة الدواء الأولى وتقييم الاستجابة من قبل أخصائي ADHD.

المعيار ٧. المراجعة السنوية للعلاج بالعقاقير:

الأشخاص من ذوي اضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه (ADHD) والذين يتلقون العلاج بالأدوية يخضعون لمراجعة سنوية واحدة على الأقل بواسطة أخصائي لتقدير حاجتهم للعلاج المستمر.

لتعريف المصطلحات، الأساس المنطقى، قياسات الجودة (التنظيم، العملية، والنتيجة مع مصدر البيانات لكل منها)، قيمة كل معيار من معايير الجودة لمقدمي الخدمات، الرعاية الصحية والاجتماعية، الممارسين، المفهومين، المرضى، مستعملي الخدمة، مقدمي الرعاية وأداة التقييم المرجعي الرابط:

<https://cpg.adhd.org.sa>

٣: جدول الأدوية

ملخص المعالجة الدوائية للأشخاص من ذوي ADHD

أ- الأطفال والفتيا

لا يُنصح بالمعالجة الدوائية للأطفال ما قبل المدرسة من ذوي ADHD بدون رأي ثان من ممارس متخصص بـ ADHD. حتى تاريخ النشر، لم تصدر موافقة على ترخيص ليسديكسامفيتامين وديكسامفيتامين من الهيئة العامة للغذاء والدواء. ينبغيأخذ موافقة عن علم وتوثيقها.

لا يستعمل العلاج بالأدوية كخط العلاج الأول لجميع الأطفال في سن المدرسة والفتيا من ذوي ADHD. ينبغي أن يكون هذا العلاج بالأدوية مخصصاً لأولئك من ذوي أعراض شديدة وخلل شديد أو لأولئك من ذوي مستويات معتدلة من الخلل والذين رفضوا العلاجات غير الدوائية، أو الذين لم تستجب أعراضهم بشكل كاف لبرامج تدريب/تعليم الوالدين أو العلاج النفسي الجماعي حيّثما كان ذلك متاحاً.

لا يُنصح بمضادات الذهان ومضادات الاكتئاب ثلاثة الحلقات لعلاج ADHD لدى الأطفال والفتيا.

التدابير الوقائية الفعالة والرقابة	البراعة	التاريخ	الموجب	الاسم
<p>ينبغي قياس الطول كل ٦ أشهر وكل ٣ أشهر بعد ذلك</p> <p>ينبغي رسم الطول والوزن على مخطط رسم يبني لنمو العلاج ويعارجنه بواسطة أخصائي الرعاية الصحية المسؤول عن المرض</p> <p>ينبغي على المختصين في الرعاية الصحية والوالدين أو مقدمي الرعاية مراقبة التغيرات في اهتمام إسعة استعمال الدواء في الظروف والعمر وتحوّله، التي قد تزافق مع التغيرات في الأوضاع، قد يكون من الأفضل استعمال توسيع مثل هذه الأوضاع، قدم يكوب من الإطلاق أتوموكسيتين أو ميثيلفينيديت معدل الإطلاق</p> <p>إذا عانى الشخص من تسرب القلب أثناء الراحة، أو اختلال النظم القلبي أو ضغط دم ارتفاعى أعلى من المركب المئوي (أو زيادة مهيبة سريريا) تم قياسه في ماستريتثين، فلينبغي تعزيز جرعته وتحوّله إلى طبيب الأطفال.</p> <p>إذا ظهرت أعراض ذهانية (على سبيل المثال، توهّمات، وهلوسة) لدى بهذه الميثيلفينيديت أو الديكساميفيتامين، فينبغي سحب الدواء وجراء تقييم طبي نفسي كامل يمكن اعتبار أتوموكسيتين كبديل.</p> <p>على الرغم من عدم وجود دليل على أن الميثيلفينيديت يزيد من خطر النوبات، إلا أنه إذا تفاقمت النوبات لدى طفل أو فتى مصاب بالصرع، أو ظهرت نوبات جديدة بعد إعطاء الميثيلفينيديت، فإنه ينبغي إيقاف هذا الدواء على الفور.</p> <p>يمكن اعتبار ديكسكاميفيتامين بدلاً بالتشاور مع مركز علاج متخصص ثالثي إقليمي.</p> <p>إذا ظهرت نضضات لدى الأشخاص الذين يتناولون الميثيلفينيديت، فإنه ينبغي على المختصين في الرعاية الصحية النظر فيما إذا:</p> <p>كانت النضضات متعلقة بالمنشط (النضضات تشتت وتلاشي بشكل طبيعي)</p> <p>كان الحال المتعلق بالنضضات يفوق فوائد علاج ADHD كانت النضضات متعلقة بالمنشط، قلل من جرعة الميثيلفينيديت، أو انظر في تغييره إلى أتوموكسيتين، أو إيقاف العلاج الدوائي.</p>	<p>المستحضرات معدلة الإطلاق هي المفضلة بسبب: المسؤولية الالزامية لتحسين الالتزام الحد من الشعور بالغثيل (أثنى الطفل أو المدرس في المدارس في تخفيف من المشكلات التي تواجهه المدارس في تخزين وإعطاء العاقاقير المتداولة في بيانات الحركيات الدوائية لها</p> <p>ينبغي أن تبدأ المعالجة الأولية بمعابر منخفضة من المستحضرات فوريةً وأمددة بالإطلاق بما يتوافق مع "بدء العروض" في الوصفات الوطنية السعودية (SNF) لتبيين معايرة الجرعة إزاء الأعراض والتأثيرات الجانبية على مدى ٢٤-٧٢ ساعيًّا حتى الوصول إلى الجرعة المثلثي</p> <p>ينبغي إعطاء المستحضرات معدلة الإطلاق كل يوم وإحدى الصبار كل يوم وإعطاء المستحضرات فورية الإطلاق بمجزأة إلى جرعتين أو ثلاث جرعتات كل يوم للرشاد المثلثي مرتين إلى ٤، ملغ/جرعة يومية حتى إجمالية ١، ملغ/اليوم أو ٢، ملغ/اليوم أو ٣، ملغ/اليوم حتى إجمالية ٩، ملغ/اليوم (حتى جرعة قصوى إجمالية ٩، ملغ/اليوم للإطلاق الموري، أو جرعة مكافئة من الميثيلفينيديت معدل الإطلاق)</p>	<p>مرخص</p>	<p>ADHD غير مصحوب بحالة مهمة ADHD مصحوب باضطراب في السلوك ADHD تورّب، اضطراب القلق، سوء استعمال المنشط، أو خطير تحويل المنشط</p>	<p>الميثيلفينيديت</p>

الاسم	الموجب	الجرعة	التاريخ
أتووموكسيتین	في حال تورّت، اضطراب القلق، سوء المنشط أو خطر تحويل المنشط بالنسبة لأولئك الذين يصل وزنهم إلى ٧ كغم، ينبغي أن تكون الجرعة اليومية الجمالية الأولى حوالي ٥ ملغم / كغم، تزداد بعد ٧ أيام إلى حوالي ١٢ ملغم / كغم يوم	١٢ أتووموكسيتین	٢٠.٤.٠
أتووموكسيتین	يمكن إعطاء جرعة واحدة يومياً، ويعiken أيضاً تقسّيمها إلى جرعتين لتقليل النايرات الجانية يمكن زيادة أتووموكسيتين إلى ١٨ ملغم / يوم (حتى جرعة قصوى إجمالية ١٢٠ ملغم / يوم).	١٢ أتووموكسيتین	١٢.٤.٠
أتووموكسيتین	يُنبعى على المختصين في الرعاية الصحية والوالدين أو مقدمي الرعاية مراقبة التغيرات في احتتمال إسلامة استعمال الدواء، والتخلله، التي قد تترافق مع التغييرات في الأعراض، قد يكون من الأفضل استعمال أتووموكسيتين أو مثيافينيديت	٣٠ أتووموكسيتین	٣٠.٤.٠

ب- علاج البالغين

العلاج بالأدوية هو الخط الأول من العلاج للبالغين من ذوي ADHD مع مستوى إما معتدل أو شديد من الخلل. عقار الميثيلفينيديت هو الخط الأول من العلاج الدوائي. ومع أنه يوجد احتمال لإساءة استعمال هذا الدواء وتحويله لدى البالغين من ذوي ADHD، وخاصة في بعض البيئات مثل السجون إلا أنه لا يتوفّر دليل قوي على أن ذلك يمثل مشكلة مهمة.

بالنسبة للبالغين من ذوي ADHD ينبغي أن يكون العلاج الدوائي هو الخط الأول من العلاج إلا إذا فضل الشخص العلاج النفسي. (جدير بالذكر أنه حتى وقت النشر لم تتوافق هيئة الغذاء والدواء السعودية على ترخيص ديكسامفيتامين ولبيسيديكسامفيتامين. ينبغي الحصول على موافقة عن علم وتوثيقها).

التدابير الوقائية الفاصلة والرقابة	الدرجة	التردص	الموجب	الاسم
<p>تبيني قياس الوزن بعد ٣ و ٦ أشهر من بدء العلاج الدوائي وكل ٦ أشهر بعد ذلك</p> <p>إذا ظهرت أعراض ذهانية (على الشخص من تسرع القلب أثناء الراحة، أو اختلال النظم القلقي، أو ضغط دم انفصادي أعلى من المركوز المسوبي ٩٥ (أو زيادة هرمون سريراً) تم قياسه في مناسبتين اثنتين، فإنه ينفي تخفيف جرعته وتحويله إلى طبيب كبار).</p> <p>إذا ظهرت أعراض ذهانية (على سبيل المثال، توهماً وهلوسات) لدى بده ميثلينيديت، فينفي سحب الدواء وإجراء تقييم طبي فني كامل، يمكن النظر في استعمال أتموموكسيفين كبدائل.</p> <p>إذا ظهرت نفخات لدى الأشخاص الذين يتناولون ميثلينيديت، فإنه ينفي على المختصين في الرعاية الصحية التفكير فيما إذا كانت النفخات متعدلة بالمنشط (النفخات تشتت وتتشاشي بشكل طبيعي)</p> <p>كان الحال المتعلق بالنفخات بتفوق فوائد علاج ADHD</p> <p>إذا كانت النفخات متعدلة بالمنشط، قلل من جرعة ميثلينيديت، أو انتظر في تغيير الدواء إلى أتموموكسيفين، أو ييقاف العلاج الدوائي.</p> <p>إن أعراض الفالق بما فيها النزاع، قد تحدث نتيجة للمنشطات وخاصة لدى البالغين الذين يشتمل تاريخهم على فرق مرافق.</p> <p>وحشاها يكون ذلك مشكلة خفف جرعات المنشط على فرق المنشط / أو استعمل العلاج المركب بالاضافة مضاد للأكتئاب بمستعمل لمعالجة المتفاق.</p> <p>كما أن التحول إلى أتموموكسيفين قد يكون فعالاً</p>	<p>٥.٤.٦</p> <p>مرخص</p>	<p>عقار الخط الأول</p>	<p>ميثلينيديت</p>	

الاسم	الموجب	البراعة	التاريخ	الرقم
٢ أتووموكسيترين للبالغين الذين لم يستجيبوا أو لم يتحملا تجربة كافية بالليلة فينديبيت (ينبغي أن تكون هذه حوالي ٦ أسابيع). إساءة استعمال المقامار وتحويله (مثلًا، في خدمات السجون) فإن أتووموكسيترين قد ينظر إليه على اعتبار أنه دواء الخط الأول للبالغين من ذوي ADHD من ذوي ADHD	مخصوص لأنه يكون هناك قلق بشأن احتمال إصابة في خدمات السجون (أمثالًا، في خدمات السجون) فإن أتووموكسيترين قد ينظر إليه على اعتبار أنه دواء الخط الأول للبالغين من ذوي ADHD من ذوي ADHD	بالنسبية للأشخاص من ذوي تكوين أتووموكسيترين للبالغين الذين يتلقون تذبذب في الانتحار وسلوك إثناء النوم، وإنهم عن ٧. كجم، والجرعة اليومية الإجمالية حوالي ٥. ملغم / كجم، تزداد بعد أيام إلى حوالي ٢٠. ملغم / يوم	تبغى مرآبة الأشخاص الذين يتلقون تذبذب في الانتحار، احتلال النظم العلاجي، أو بعد تغيير في الجرعة.	تبغى مرآبة الأشخاص من ذوي تكوين أتووموكسيترين للبالغين الذين يتلقون تذبذب في الانتحار، احتلال النظم العلاجي، أو بعد تغيير في الجرعة.
٣ أو ديكسامفيتامين لسيديكسامفيتامين أو أتووموكسيترين للبالغين الذين لم يستجيبوا أو لم يتحملوا التجربة كافية بالليلة فينديبيت (ينبغي أن تكون هذه حوالي ٦ أسابيع).	تبغى مرآبة الأشخاص من ذوي تكوين أتووموكسيترين للبالغين الذين يتلقون تذبذب في الانتحار، احتلال النظم العلاجي، أو بعد تغيير في الجرعة.	تبغى مرآبة الأشخاص من ذوي تكوين أتووموكسيترين للبالغين الذين يتلقون تذبذب في الانتحار، احتلال النظم العلاجي، أو بعد تغيير في الجرعة.	تبغى مرآبة الأشخاص من ذوي تكوين أتووموكسيترين للبالغين الذين يتلقون تذبذب في الانتحار، احتلال النظم العلاجي، أو بعد تغيير في الجرعة.	تبغى مرآبة الأشخاص من ذوي تكوين أتووموكسيترين للبالغين الذين يتلقون تذبذب في الانتحار، احتلال النظم العلاجي، أو بعد تغيير في الجرعة.

٤: رموز التصنيف الدولي للأمراض

رموز ADHD المعتمدة رسمياً في السعودية: ICD-10-CM

F90	اضطراب في النشاط والانتباه
F90.1	اضطراب سلوك فرط الحركة
F90.8	اضطرابات فرط الحركة الأخرى
F90.9	اضطراب فرط الحركة ، غير محدد

رموز ADHD لدى البالغين والأطفال: ICD-10-CM

F90	اضطراب فرط الحركة وتنشّت الانتباه
F90.0	اضطراب فرط الحركة وتنشّت الانتباه، نوع عدم انتباه بشكل رئيسي
F90.1	اضطراب فرط الحركة وتنشّت الانتباه، نوع فرط الحركة - اندفعاعي بشكل رئيسي
F90.2	اضطراب فرط الحركة وتنشّت الانتباه، نوع أعراض مركبة
F90.3	اضطراب فرط الحركة وتنشّت الانتباه، نوع أعراض محددة أخرى
F90.4	اضطراب فرط الحركة وتنشّت الانتباه، نوع أعراض غير محددة

رموز ADHD لدى البالغين والأطفال: ICD-11

6A05	اضطراب فرط الحركة وتنشّت الانتباه
6A05.0	اضطراب فرط الحركة وتنشّت الانتباه، عدم انتباه بشكل رئيسي
6A05.1	اضطراب فرط الحركة وتنشّت الانتباه، فرط الحركة - اندفعاعي بشكل رئيسي
6A05.2	اضطراب فرط الحركة وتنشّت الانتباه، أعراض مركبة
6A05.Y	اضطراب فرط الحركة وتنشّت الانتباه، أعراض محددة أخرى
6A05.Z	اضطراب فرط الحركة وتنشّت الانتباه، أعراض غير محددة

الملاحق

الملحق (أ): فريق التطوير

الاسم	الانتساب
د. تركي حمود البطي	استشاري طب نفسي أطفال ومراهقين وحدة الطب النفسي للأطفال، قسم الطب النفسي المدينة الطبية الجامعية بجامعة الملك سعود
د. فهد عبده بشيرري	أستاذ مشارك قسم طب الأطفال، كلية الطب، جامعة الملك سعود استشاري أعصاب أطفال وأخصائي صرع رئيس وحدة أعصاب الأطفال، مستشفى الملك خالد الجامعي المدينة الطبية الجامعية بجامعة الملك سعود
د. مدثر حمد	استشاري طب أعصاب الأطفال وحدة أعصاب الأطفال، مستشفى الملك خالد الجامعي المدينة الطبية الجامعية بجامعة الملك سعود
د. ياسر سامي عامر	أخصائي منهجيات الأدلة الإرشادية السريرية، وحدة الأدلة الإرشادية السريرية بإدارة الجودة طبيب أطفال، قسم طب الأطفال، مستشفى الملك خالد الجامعي منسق، اللجنة التوجيهية للتوصيات الإكلينيكية المدينة الطبية الجامعية بجامعة الملك سعود كرسي أبحاث الرعاية الصحية المبنية على البراهين والتطبيق العملي للمعرفة جامعة الملك سعود
د. هيا فيصل الجودي	استشاري علم النفس العصبي الإكلينيكي قسم العلوم العصبية مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث
د. صالح محمد الصالحي	استشاري طب نمو وسلوك أطفال مركز نمو الطفل، مستشفى الملك عبد الله الجامعي جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن الجامعي
د. هديل فخري دغش	استشاري صيدلة إكلينيكية برنامج أداء، الإدارة العامة لخدمات المستشفيات وزارة الصحة
أ. جيرمي فارنهام	مدير عام، مكتب إدارة المشاريع الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (إشراق)

الملحق (ب) : المراجعون الخارجيون

- المحتوى السريري

الانتساب	الاسم
أستاذ الطب النفسي جامعة ميشيغان، آن آربر، الولايات المتحدة	د. محمد غازي الدين
استشاري علم النفس العصبي السريري خدمات الأطفال والمرأهقين، الولايات المتحدة الأمريكية	د. مايكيل نيسستر
استشاري الطب النفسي للأطفال والمرأهقين جامعة الملك سعود	د. فاطمة الحيدر
استشاري الطب النفسي للأطفال والمرأهقين مدينة الملك عبد العزيز الطبية، الرياض	د. عمر المديفر
أستاذ مشارك، التعليم الخاص جامعة الملك سعود	د. عبد الكريم الحسين
استشاري ورئيس شعبة أعصاب الأطفال، قسم العلوم العصبية مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث	د. هشام الضلعان
المدير التنفيذي، مركز الأبحاث مدينة الملك خالد الطبية	د. ياسر الدباغ
استشاري التحليل النفسي واستشاري طب نفس الأطفال والمرأهقين مستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام	
رئيس وحدة طب الأطفال السلوكي والنمائي، قسم طب الأطفال جامعة الملك سعود	د. نوف البكر
استشاري طب أعصاب الأطفال مدينة الملك عبد العزيز الطبية	د. وليد التويجري
استشاري صيدلة إكلينيكية رئيس الجمعية الصيدلية السعودية	د. خالد البرikan
استشاري علم نفس إكلينيكي مستشفى جونز هوبكنز أرامكو	د. ميساء بريك

الاسم	الانتساب
د. عمرو جمال	<p>رئيس قسم طب الأسرة والمجتمع</p> <p>المتشرف على كرسي أبحاث الرعاية الصحية المبنية على البراهين والتطبيق العملي للمعرفة</p> <p>أستاذ مشارك واستشاري، طبيب أسرة وأخصائي معلومات سريرية</p> <p>كلية الطب والمدينة الطبية الجامعية بجامعة الملك سعود</p>

- المنهجية

الاسم	الانتساب
د. هيفاء عبد المجيد أحمد وهبي	<p>أستاذ مشارك، الرعاية الصحية المبنية على البراهين والتطبيق العملي للمعرفة</p> <p>كرسي أبحاث الرعاية الصحية المبنية على البراهين والتطبيق العملي للمعرفة</p> <p>رئيس بالإنابة، اللجنة التوجيهية للتوصيات الإكلينيكية</p> <p>جامعة الملك سعود</p>
د. سامية الحبيب	<p>استشاري طب الأسرة</p> <p>مستشاري طب الأسرة</p> <p>مدیر المركز الوطني للممارسة الصحية المبنية على البراهين</p> <p>المجلس الصحي السعودي</p>

إيراء من المسؤولة

القصد من الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية هو تقديم المساعدة للرأي السريري، ولكنها ليست بأي حال من الأحوال بديلاً عن الرأي المستقل للطبيب، ولا ينبغي اعتبارها مشورة طبية. هذا الدليل الإرشادي السريري هو وثيقة عمل تعكس حالة المجال في وقت النشر، وهي مبنية على أفضل وأحدث الأدلة المنشورة التي يمكن الوصول إليها. ونظرًا لأنه من المتوقع حدوث تغيرات سريعة في هذا المجال، فإن التعديلات الدورية لا مفر منها. ليس المقصود هو شرحها أو أن تكون بمثابة معيار للرعاية الطبية. إن معايير الرعاية تحدد على أساس جميع البيانات السريرية المتاحة لحالة فردية، وهي تخضع للتغيير مع تقدم المعرفة العلمية والتكنولوجيا وتطور أنماط الرعاية، ومعالم الممارسة هذه فقط هي التي ينبغي اعتبارها إرشادات.

قد لا تكون التوصيات المعروضة ملائمة في جميع الأوضاع. كما أن الالتزام بتوصيات "الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية" لا يضمن الحصول على نتيجة ناجحة في كل حالة، ولا ينبغي تفسيرها على أنها تشمل جميع طرق الرعاية الملائمة أو تستبعد طرق الرعاية الأخرى المقبولة التي تهدف إلى النتائج نفسها. يجب اتخاذ أي قرار من قبل الممارسين لتطبيق هذا الدليل الإرشادي السريري في ضوء الموارد المحلية وظروف المريض الفردية. إن الرأي النهائي بشأن إجراء سريري معين أو خطة علاج معينة يجب اتخاذها من قبل أخصائي (أخصائي) الرعاية الصحية المناسب المسؤول عن القرارات السريرية المتعلقة بوضع سريري معين، أي الطبيب. ولا يجوز الوصول إلى هذا الرأي إلا بعد مناقشة الخيارات مع المريض و/ أو مقدم الرعاية صانع القرار، في ضوء خيارات التشخيص والعلاج المتاحة. غير أنه يُنصح بالتوثيق الكامل لحالات عدم الالتزام الهامة بأية أدلة إرشادية وطنية للممارسة السريرية أو بأية أدلة إرشادية محلية مستمدّة أو معدّلة منها في السجلات الطبية للمريض في وقت اتخاذ القرار ذي الصلة.

لا ينبغي تفسير الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية على أنها مشورة طبية أو رأي طبي تتعلق بأية حقائق أو ظروف محددة. إذا لم تكن أحد الخبراء المذكورين في قسم المختصين / المستعملين المستهدفين ، فيجب عليك استشارة أخصائي رعاية صحية فيما يتعلق بوضعك أو وضع شخص تهتم به وأية أسئلة طبية محددة قد تكون لديك. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تطلب المساعدة من أخصائي رعاية صحية فيما يتعلق بتفسير هذا الدليل الإرشادي السريري وتطبيقه على حالتك الفردية.

مصادر إضافية موجودة على الإنترنٌت

النسخة الكاملة من هذا الدليل الإرشادي السريري متوفّر في موقع الجمعية الإلكتروني على هذا الرابط: <https://cpg.adhd.org.sa>

وتشمل المعلومات الإضافية التالية: مُيسرات ومعيقات التنفيذ، معومات وإرشادات للحالات وأهاليهم، تفاصيل معايير الجودة، أداة التقييم المرجعي، أدوات تنفيذ إضافية، منهجة إعداد الدليل الإرشادي السريري، خطة المراجعة والتحديث المستقبلي، معلومات تمويل المشروع، المراجع.

الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (إشراق)

ص.ب. ٩٤٠٣٧ - الرياض ٢٦٩٣٩ - المملكة العربية السعودية
مسجلة بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية برегистر رقم ٤٧٤