دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان چهارمحال و بختیاری

موضوع:

اورژانس های روانپزشکی

زیر نظر واحد آموزش مرکز

تهیه کننده:

دکتر علی صفدری (سوپروایزر آموزشی)

آقای مجید بنی طالبی(سوپروایزر بالینی)

خانم نرجس براتی(سرپرستار)

آقای سعید طهرانی(کارشناس پرستاری)

خانم اعظم نکویی(کارشناس پرستاری)

تیرماه ۱۴۰۱

فهرست

اورژانس روانپزشکی ۱

اصول کلی مصاحبه و ارزیابی در فوریت ها..... ۱

اپیدمیولوژي اورژانس روانپزشکی.....۳

خودکشی..... ۳

واژه های در برگیرنده افکار و اعمال خودکشی..... ۴

اپیدمیولوژي خودکشی..... ۵

سبب شناسی خودکشی..... ۶

پیش بینی خطر خودکشی..... ۸

ارزیابی خطر خو دکشی..... ۹

درمان خودکشی..... ۱۱

فرایند پرستاری در خودکشی..... ۱۲

تشخیص های پرستاری در خود کشی بر اساس NANDA ۱۲

مداخلات پرستاری در خودکشی..... ۱۳

خشونت و رفتار تهاجمی..... ۱۴

مداخلات پرستاری در خشونت و رفتار تهاجمی..... ۱۵

تشخیص افتراقی در خشونت و رفتار تهاجمی..... ۱۶

درمان دارویی در خشونت و رفتار تهاجمی..... ۱۷

روان درمانی در خشونت و رفتار تهاجمی..... ۱۸

منابع..... ۱۹

اورژانس روانپزشکی Psychiatric emergency

فوریت موقعیتی است ناگهانی و غیر منتظره که احتیاج به توجه فوری دارد . فوریت روانپزشکی برای یک بیمار روانی است که رفتار بیمار و محیط ، او را به حدی تحت تاثیر قرار داده است که احتیاج به رسیدگی فورزی دارد .

به طور کلی فوریت های روانپزشکی عبارت است از هرگونه اختلال تفکر ، احساس یا عمل که مداخله فوری برای آن ضرورت دارد . به عبارت دیگر ، فوریت های پزشکی عبارت است از بروز ناگهانی اختلالات یا رفتار های غیر عادی.

آنچه فوریت را مشخص می کند ، تنها خصایص بالینی بیماری نیست بلکه عوامل دیگری مثل شخصیت بیمار و اوضاع و احوال اجتماعی و محیطی نیز در فراهم آمدن آن موثر است . از این رو ، فوریت روانپزشکی مجموعه ای است از خصایص بالینی و سهمی که شخصیت بیمار و عوامل اجتماعی و محیطی در ایجاد آن بر عهده دارد . مجموعه این عوامل تعیین می کند که آیا یک رویداد بالینی خاص ، از موارد فوریت شمرده می شود یا نه.

فوریت در روانپزشکی شامل خودکشی ، رفتار های خشونت آمیز ، مصرف بیش از حد داروهای موثر بر روان و سایر فوریت هایی که در برخی موارد ، در مبتلایان به اختلالات روانی ممکن است ، پیش آید .

اصول کلی مصاحبه و ارزیابی در فوریت ها

برخورد اولیه با افرادی که دچار فوریت های روانپزشکی هستند ، معمولا یکسان است . رفتار این گونه افراد ، اکثرا آشفته است و در حالت نامتعادل قرار دارند و به سرعت می توانند در جهت بهتر یا بدتر شدن پیش روند.

در کنترل و ارزیابی صحیح بیماران موارد زیر باید مورد توجه قرار بگیرد :

۱. قبل از ملاقات با بیمار ، حتی الامکان او را به خوبی بشناسید.

۲. از خطرات ناشی از خشونت احتمالی آگاه باشید و اقدامات ایمنی را در نظر بگیرید (مثلا دسترسی به در،دور بودن اشیا خطرناک از دسترس بیمار ،حضور افراد دیگر در نزدیکی محل و غیره)

۳. بدون تهدید به بیمار نزدیک شوید او را آرام کنید و نگرانی و اضطرابش را کاهش دهید.

۴. بیمار را از محیط و شرایط اضطراب انگیز خارج کنید و تمام افراد و اشیا محرک و مخرب را از محیط خارج کنید.

۵. از همان ابتدا سعی نمایید مشکل شخصی بیمار را برایش توضیح دهید و بگویید که مشکلش چیست . به او بگویید در مورد آن مشکل چه کارهایی برایش انجام داده یا خواهید داد و نتیجه مطلوب آن چه خواهد بود .

۶. او را تشویق نمایید که بنشیند و آرامش خود را حفظ نماید.

۷. بیمار را تشویق نمایید تا آزادانه درباره آنچه که در فکر دارد صحبت نماید و به او اجازه دهید احساسات خود را بیان کند.

۸. وقتی بیمار شروع به صحبت می کند ، حتی الامکان صحبت او را قطع ننمایید.

۹. پس از آنکه بیمار تمام داستان خود را تعریف نمود می توانید جزئیات مورد نظر را از او سوال نمایید.

۱۰. با افرادی که به بیمار علاقه مند هستند ، هر چجه زودتر تماس حاصل کنید و اطلاعاتی بدست آورید .

۱۱. اگر بیمار قبل از فوریت تحت درمان بوده است با پزشک درمانگر یا معالج او تماس برقرار نمایید.

۱۲. ضمن ارزیابی ، از خود آزاری یا خودکشی به هر طریق ممکن جلوگیری کنید.

۱۳. از اعمال خشونت توسط بیمار نسبت به دیگران جلوگیری کنید و به بیمار بگویید که خشونت به هیچ عنوان قابل قبول نیست و در صورت نیاز از مهار فیزیکی یا اتاق انفرادی استفاده خواهید کرد .

۱۴. افرادی که در مهار فیزیکی بیمار تسلط کافی دارند ، آمادگی داشته باشند تا در صورت نیاز ، به سرعت و با کمترین صدمه به بیمار ، او را مهار کنند.

۱۵. اگر بیمار مسلح است و یا تهدید به خودکشی می کند، تمام اقدامات بایستی به آرامی و با احتیاط صورت گیرد . نباید اطراف او جمع شد یا به او یورش برد . سعی کنید او را با صحبت سرگرم کنیدذ. این عمل باعث می شود که توجه او از مشکلش دور شده و آرامش خود را بدست آورد و ممکن است او را به قبول کمک وادار نماید.

اپیدمیولوژی

اورژانس روانپزشکی در هر دو جنس به یک میزان می باشد . در افراد مجرد بیشتر از افراد متاهل اتفاق می افتد. در ده درصد مراجعات رفتار خشونت آمیز و در بیست درصد اقدام به خود کشی گزارش شده است. شایعترین موارد گزارش شده در اورژانس های روانپزشکی مربوط به اختلالات خلقی، اسکیزوفرنی، وابستگی به الکل می باشد. که ۴۰ درصد نیاز به بستری در مرکز درمانی دارند . بیشتر مراجعات اختلالات خلقی ، الکلیسم ها و خودکشی در ساعات شب اتفاق می افتد.

خودکشی یا Suicide

قدمت خودکشی به اندازه قدمت انسان است و در سراسر تاریخ مکتوب بشر ، به اقدام انسان برای از بین بردن خود اشاره شده است.

دیدگاه جوامع نسبت به خودکشی ، طیفی را تشکیل می دهد که در یک انتهای آن ، محکومیت کامل خودکشی و در انتهای دیگر ، مقدس شمردن خودکشی است.

تعاریف خودکشی از دیدگاه های مختلف :

ادوین شنایدمن خودکشی را چنین تعریف نموده است :

عمل آگاهانه نابود سازی به دست خود که در بهترین مفهوم ، آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندی می توان دانست که برای مسئله تعیین شده او این عمل بهترین راه حل تصور می شود.

امیل دورکیم جامعه شناس فرانسوی است که خودکشی را چنین تعریف نموده است :

مرگی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم ، بر اثر اقدامی که خود فرد می کند و در عین حال به نتیجه رفتارش (مرگ) آگاهی دارد ، روی می دهد.

تفاوت بین خودکشی و اقدام به خودکشی

اقدام به خود کشی یک عمل آسیب رساندن به خود به قصد انهدام نفس است ، گرچه این قصد ممکن است، نامشخص و مبهم باشد. اقدام به خود کشی بخصوص اگر با اظهار قبلی به اطرافیان همراه باشد ، ممکن است، علامتی برای جلب توجه و محبت و اعلام خطر باشد. بدیهی است که قصد اساسی در اقدام به خود کشی ، تنها مرگ نیست، بلکه نوعی موضع گیری در رابطه با گروه نیز محسوب می شود .

شدت قصد در اقدام به خودکشی متغیر است و از قصد افرادی که با تصمیم ناگهانی ولی بدون میل واقعی به مردن عمل می کنند تا آن ها که با آرزوی جدی مرگ به این عمل اقدام می ورزند ، تفاوت می کند. در بین این دو گروه، افرادی وجود دارند که نسبت به مرگ بیشتر احساس دوگانه دارند و در اثر افسردگی با چنان بی تفاوتی اقدام می کنند که اگر مردند ، مردند . نمردند ، نمردند.

واژه های در برگیرنده افکار و اعمال خودکشی

خودکشی بی نتیجه : Aborted suicidal attempt

اسیب عمدی : Delibrate self harm

افکار خودکشی : Suisidal ideation

تلاش برای خودکشی : Suicidal attempt

اپیدمیولوژی

بدست آوردن آمار دقیق از خودکشی مشکل است. زیرا در بعضی از موارد تشخیص اینکه مرگ در اثر خودکشی بوده است یا قتل ، مشکل است. به عبارتی خودکشی مستلزم مدارک قوی می باشد که در بعضی موارد در دسترس نیست. با این وجود در ایالات متحده آمریکا هر ساله ۳۵۰۰۰ مرگ ، به خودکشی نسبت داده می شود.

در حال حاضر خودکشی نهمین علت شایع مرگ و میر در ایالات متحده آمریکا می باشد.

عوامل مرتبط

۱- جنس: خودکشی موفق در مردان ۳ برابر زنان است . اقدام به خودکشی در زنان ۴ برابر مردان است.

۲- روشها: مردها عمدتاً اسلحهٔ گرم ،دارزدن، پریدن از بلندی و زنها عمدتاً داروها و سموم

۳- سن: با افزایش سن در مرد ها بالای ۴۵ سال و زن ها بالای ۶۵ سال ، میزان خودکشی به اوج خود می رسد. در افراد مسن خودکشی کمتر ولی موفق تر است. خودکشی سومین علت مرگ در گروه سنی ۲۴ تا ۱۵ سال می باشد (بعد از دیگر کشی و تصادفات)

۴- مذهب : افزایش میزان ایمان و اعتقاد باعث کاهش میزان خودکشی می شود.

۵- وضعیت تأهل: ازدواج و بچه دار شدن باعث کاهش خطر خودکشی می شود. افراد مطلقه و بیوه تمایل بیشتری به خودکشی نسبت به افراد مجرد و متاهل دارند.

۶- شغل: کار و شغل محافظی در مقابل خطر خودکشی، بعضی مشاغل در خطر بیشترند : پزشکان بویژه روانپزشکان، چشم پزشکان و متخصصین بیهوشی.

۷- سلامت جسمی:

در ۱۱ تا ۵۱ درصد تمام موارد خودکشی، بیماری جسمی عامل مهمی شناخته شده است . هفت بیماری خودایمنی وسیستم عصبی مرکزی خطر خودکشی را افزایش می دهند . (هانتینگتون، دمانس ،CVA، تروما ،M.S، اپی لپسی و AIDS) .

عوامل مربوط به بیماری که در خودکشی و اقدام به آن نقش داشته اند:

۱) عدم تحرک ۲) درد مقاوم به درمان ۳) بدریختی بویژه در زنان (disfigurement)

اثرات ثانویه بیماری که باعث خود کشی می شوند شامل :

- اختلال در روابط
- از دست دادن موقعیت شغلی
- اثرداروها : برخی داروها با ایجاد افسردگی باعث خودکشی می شوند مانند رزرپین، کورتیکواستروئیدها ، داروهای ضد فشار خون مانند ایندرال ، برخی داروهای ضد سرطان.

۸- سلامت روانی :

* عوامل مهم روانی در خودکشی:

۱) سوءمصرف مواد ۲) افسردگی ۳) اسکیزوفرنی

۹۵ درصد کسانی که خودکشی یا اقدام به خودکشی دارند، یک اختلال روانی دارند:

خطر خودکشی در بیماران افسرده ۱۵ درصد ، بیماران الکلیک تا ۱۵ درصد و در بیماران اسکیزوفرن تا ۱۰ درصد می باشد.

سبب شناسی

الف) عوامل اجتماعی :

نظریهٔ دورکهایم: تقسیم خودکشی به سه طبقهٔ اجتماعی

۱- خودخواهانه (Egoistic) : شخص فاقد رابطهٔ قوی با هیچ گروه اجتماعی می باشد و از فرد گرایی افراطی ناشی می شود . از بین رفتن همبستگی ها و پیوند های اجتماعی و از بین رفتن همکاری و همدلی و گرایش فرد به انزوا موجب این نوع خودکشی می شود. به همین جهت افراد مجرد بیشتر به خودکشی دست می زنند.

۲- دیگرخواهانه (Altruistic) : همبستگی افراطی فرد با یک گروه اجتماعی دلیل این نوع خودکشی می باشد. در این نوع خودکشی افراد به صورت آلت بی اراده ای در مقابل مقاصد جامعه قرار می گیرند و حاضرند خود را فدای جامعه نمایند.

۳- بی هنجاری (Anomic) : به علت فقدان نظم اجتماعی می باشد مثلا در موارد بحران های اقتصادی، سیاسی و افراد طلاق گرفته که هنجار ها و قرارداد های ثابت اجتماعی متزلزل می شود ، خودکشی افزایش می یابد.

ب) عوامل روانشناختی:

- فروید معتقد بود که نفرت از خود که در افسردگی مشاهده می شود ، ناشی از خشم معطوف به یک شیء مورد علاقه است . این خشم را فرد به خود بر می گرداند و در واقع فرد برای کشتن کسی خود را می کشد.
- منینگر (Menninger) : خود کشی را نوعی دیگر کشی معکوس ناشی از خشم فرد نسبت به شخص دیگر می نامد.
- بیک (Beck) : ناامیدی را یکی از دقیق ترین شاخصهای خودکشی می داند .
- ادوین شنایدمن و نیل فاربیرو (neal farberow) خود کشی را از نظر علل ، به صورت زیر طبقه بندی کرده اند :

۱- بیمارانی که خودکشی را وسیله ای برای زندگی بهتر تلقی می کنند.

۲- بیمارانی که به دلیل جنون و توهمات و هذیان های مربوط به آن خود کشی می کنند.

۳- بیمارانی که برای انتقام گرفتن از محبوب ، خودکشی می کنند.

۴- بیمارانی که پیر و ناتوان هستند و خودکشی برای آن ها نوعی رهایی است.

- پورتا (porta) محقق ایتالیایی نیز الگوی زیر را ارائه نموده است :

۱- علل آسیب شناختی روانی جسمی شامل بیماری های جسمی (درد ها و معلولیت ها) و بیماران روانی (افسردگی ، الکلیسم و...)

۲- علل اقتصادی شامل بیکاری ، مشکلات مالی ، اخراج از کار ، از دست دادن جایگاه اجتماعی ، ترس از فقر ، شکست اقتصادی و ...

۳- علل عاطفی شامل : عشق نافرجام ، حسادت ، از دست دادن فرد مورد علاقه ، مرگ یا بیماری خطرناک یکی از نزدیکان ، اختلافات زناشویی ، شکست در تحصیل ، رنج و احساس اندوه.

ج) عوامل فیزیولوژیک :

- ژنتیک: خطر خودکشی در بستگان درجهٔ یک بیماران روانی، ۸ برابر است.

- نوروشیمی: کاهش سروتونین باعث افزایش خطر خودکشی می شود.

پیش بینی خطر خودکشی

عوامل مرتبط با خطر خودکشی به ترتیب تقدم:

۱. سن

۲. وابستگی به الکل

۳. تحریک، خشم، تهاجم

۴. رفتار Suicidal قبلی

۵. جنسیت مذکر

۶. عدم تمایل به قبول کمک

۷. طولانی بودن دورهٔ افسردگی کنونی

۸. سابقهٔ بستری روانپزشکی

۹. فقدان یا جدایی اخیر

۱۰. افسردگی

۱۱. از دست دادن سلامت جسمی

۱۲. بیکاری، بازنشستگی

۱۳. مجرد، بیوه یا مطلقه

ارزیابی خطر خودکشی

الف)اطلاعات دموگرافیک و نمودار اجتماعی

متغیر	پرخطر	کم خطر
سن	> ٤٥ سال	< ٤٥ سال
جنس	مذکر	مؤنث
تأهل	مطلقه، بیوه	متأهل
اشتغال	بیکار	شاغل
روابط بین فردی	Conflictual	Stable
زمینهٔ خانوادگی	Conflictual	Stable

ب) سلامتی

متغیر	پرخطر	کم خطر
جسمی	بیماری مزمن مصرف زیاددارو یا مواد	تندرست مصرف کم دارویامواد
روانی	افسردگی شدید سایکوز اختلال شدید شخصیتی ناامیدی	افسردگی خفیف نوروز شخصیت نرمال خوشبینی

ج) فعالیت Suicidal

متغیر	پرخطر	کم خطر
افکار خودکشی	فراوان، شدید، طولانی	کم، خفیف، گذرا
اقدام به خوکشی	چندین بار طرح ریزی شده روش خودکشی مهلک و ر دسترس	نخستین اقدام Impulsive روش خودکش یکم خطر کم دسترس

د) منابع (Resources)

متغیر	پرخطر	کم خطر
شخصی	پیشرفت ناچیز بینش ضعیف	پیشرفت خوب بینش کافی
اجتماعی	Poor rapport Socially integrated خانوادهٔ Unresponsive	Good rapport Socially isolated خانوادهٔ دلسوز

درمان

- اکثر موارد خودکشی در بیماران روانی قابل پیشگیری است. ارزیابی یا درمان ناکافی با خودکشی مرتبط است.
- مهم ترین تصمیم: بستری کردن یا نکردن بیمارانی که افکار خودکشی دارند.

همه نیاز به بستری ندارند.

۱- فقدان حمایت اجتماعی یا خانوادگی کافی

۲- سابقهٔ رفتار Impulsive

۳- نقشه و طرح انجام خودکشی

فرایند پرستاری در خودکشی

ارزیابی شامل موارد زیر می باشد:

- اخذ شرح حال کامل روانپزشکی جهت شناسایی عوامل افزایش دهنده خطر خودکشی مانند وجود اختلالات روانی ، طبی ، مشکلات اجتماعی و رفتار های خودکشی

- معاینه وضعیت روانی : بیماران مبتلا به اختلالات روانی مانند افسردگی بیشتر در معرض خودکشی قرار دارند. در بیماران افسرده خودکشی بیشتر در ابتدا و انتهای افسردگی اتفاق می افتد.خطر خود کشی در بیماران اسکیزوفرن جوان ، مذکر ، مجرد ، بیکار ، منزوی و سابقه اقدام به خودکشی بیشتر است.

- سوال در مورد افکار ، قصد ، طرح و اقدام خودکشی. سوال از بیمار در مورد افکار خودکشی ، خطر خود کشی را افزایش نمی دهد بلکه برعکس ، اگر بیمار قبلا به فکر خود کشی بوده است وقتی چنین سوالی از جانب پرستار یا پزشک مطرح می شود ، احساس خواهد کرد که او را بهتر درک می کند و همین احساس ، خطر خودکشی را کاهش می دهد .

تشخیص های پرستاری در خود کشی بر اساس NANDA :

۱- خطر برای قطع عضو خود که به صورت بریدن مچ دست یا پا مشخص می شود.

۲- استعداد برای خشونت علیه خود به صورت داشتن طرح و نقشه خودکشی

۳- سابقه اقدام به خودکشی و تهدید به خودکشی

۴- انجام کارهای مربوط به خاتمه دادن به زندگی مانند نوشتن وصیت نامه و بخشیدن مال و اموال

مداخلات پرستاری در خودکشی

- بر عهده گرفتن مسئولیت جلوگیری از خودکشی و به کار گرفتن نیروی انسانی کافی
- بیمار هرگز تنها گذاشته نشود و موقع خواب یک چراغ کم نور روشن باشد.
- جمع کردن و دور کردن تمام وسایل آسیب زننده مانند ناخن گیر، کمربند قیچی ، چاغو ، کبریت ، وسایل شیشه ای و غیره.
- تشویق بیمار به شرکت در فعالیت

چند روش پیشگیری

۱) تعدیل محیط پراسترس

۲) جلب کمک همسر، دوستان یا کارفرما

۳) جستجوی شکایت منطقی بیمار و حمایت واقع گرایانه

۴) پیشنهاد راه حل های دیگر به جای خودکشی

– بستری کردن هر بیماری که اقدام به خودکشی داشته صرف نظر از میزان کشنده بودن روش خودکشی

– درمان بیماری زمینه ای: درمان دارویی، روان درمانی حمایتی

– پرهیز از تصمیم گیری در هنگام افسردگی Suicidal

– دقت و مراقبت کافی در هنگام بهبودی اولیه (Paradoxical suicide)

خشونت (Violence) و رفتار تهاجمی (Assaultive Behav)

اکثر بیماران روانی ، متخاصم، خطرناک و یا پرخاشگر نیستند ، ولی ممکن است در تعدادی از آن ها رفتارهای پرخاشگرانه شدید بروز کند. مانند اختلالات اسکیزوفرنی، مانیا ، اختلالات شخصیتی ، اخلالات مرتبط با الکل و دارو ها ، زوال عقل.

اولین اقدام در موارد خشونت و رفتار تهاجمی تعیین علت و سپس تعیین مسیر درمان می باشد. پیش بینی خشونت و رفتار تهاجمی مشکل است ولی ترس مردم از همهٔ بیماران روانی نامتناسب است و فقط تعداد کمی از بیماران روانی برای دیگران واقعاً خطرناک هستند .

اختلالات اسکیزوفرنی

گاهی ممکن است بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، به علت افکار هذیانی دچار رفتار خصومت آمیز و پرخاشگرانه شوند. مثلا اگر بیمار معتقد باشد که مورد تهاجم قرار خواهد گرفتو یا کشته خواهد شد؛ ممکن است، برای گرفتن انتقام از دشمن خیالی ، او را مورد حمله قرار دهد . گاهی نیز ممکن است در پاسخ به دستورات توهمی خود ، پرخاشگر شوند. بیماران کاتاتونیک ممکن است ، حتی بدون وجود یک تحریک محیطی ، دچار حملات پرخاشگرانه شوند.

مانیا

این بیماران معمولا پرخاشگر نیستند ؛ اما ممکن است در صورت مواجه شدن با مانع و یا مخالفت ، عصبانی شوند و دست به خشونت زنند.

اختلالات شخصیتی

این بیماران کاملا مستعد خشم و خشونت می باشند. مانند پارانوئید، اسکیزوئید ، آنتی سوشیال ، اختلال شخصیت مرزی ، اختلال شخصیت دوری گزین.

اختلالات مرتبط با الکل و داروها

سوء مصرف بیش از حد الکل ، به علت کم کردن کنترل ، ممکن است ، باعث رفتار خشونت آمیز و پرخاشگرانه شود. کسانی که مقادیر زیادی از داروهای محرک مثل آمفتامین مصرف می کنند نیز ممکن است حالت پرخاشگری پیدا کنند.

زوال عقل

در این بیماران به علت آسیب مغزی ممکن است رفتار پرخاشگری تظاهر کند. این افراد در موقع عصبانیت اشیاء را به اطراف پرتاب کنند یا به دیگران حمله می کنند. این اختلال در اواخر زندگی فرد دیده می شود (معمولا بعد از سن ۸۵ سالگی) . شایعترین علت آن آلزهایمر و بعد از آن بیماری عروق مغزی می باشد.

مداخلات پرستاری

پرستاران باید با نشانه های خشونت قریب الوقوع آشنا باشند تا بتوانند تدابیر لازم را در جهت محافظت از بیمار ، خود و دیگران اتخاذ نمایند . این نشانه ها شامل :

۱. اعمال خشونت آمیز اخیراز جمله خسارت زدن به اموال

۲. تهدید کلامی و فیزیکی مانند ترساندن

۳. حمل سلاح یا چیزی که به عنوان اسلحه بتوان بکار برد (مانند چنگال ، زیر سیگاری)

۴ .بی قراری و آژیته بودن

۵. مسمومیت با الکل یا سایر مواد

۶. ویژگیهای پارانوئید در بیمار سایکوتیک ، توهمات شنوایی آمرانه خشن در بعضی بیماران

۸. بیماریها مغزی (بویژه فرونتال)

۹ .اختلالات کاتاتونیک

۱۰. اپیزودهای Manic خاص،

۱۱ . بعضی اپیزودهای افسردگی Agitated

۱۲ . اختلال شخصیت (خشم، اختلال کنترل تکانه)

در زمانی که رفتار خشونت آمیز بروز پیدا کرده است ؛ نخستین اقدام تعیین علت آن رفتار می باشد تا بر اساس آن درمان لازم انجام گیرد . برخورد با چنین بیماری ، باید با تفاهم و تا حد امکان با ملایمت و بدون تهدید باشد.

کلیه وسایل خطرناک باید از دسترس بیمار دور شوند و به او گفته شود که خشونت به هیچ عنوان پذیرفتنی نیست. اگر بیمار مسلح است ، خطرناک می باشد و باید توسط افراد آموزش دیده حتی الامکان بدون آسیب رساندن به بیمار خلع سلاح شود . اگر در بیمارستان پلیس وجود دارد ؛ نباید اسلحه او پر باشد چون ممکن است بیمار اسلحه را از دست او گرفته و به کشتار حاضرین دست بزند.

در صورت نیاز با تجویز پزشک از داروهای آرامبخش نیز می توان استفاده نمود .

تشخیص افتراقی

- خشونت غیرقابل کنترل ثانوی به استرسهای بین فردی
- اختلال شخصیت آنتی سوشیال، پارانوئید
- اختلال هذیانی
- دمانس
- اسکیزوفرنی
- اختلالات جنسی
- اختلالات دوقطبی

خصوصیاتی که به علت طبی اختلال روانی دلالت دارند

۱) شروع حاد (ظرف چند دقیقه تا چند ساعت)

۲) اولین دوره بیماری

۳) سن پیری

۴) وجود بیماری جسمی

۵) سوءمصرف مواد

۶) اختلال ادراکی غیرشنیداری (مثل توهم بینایی)

۷) نشانه های نورولوژیک

۸) علائم کلاسیک در معاینه وضعیت روانی : Disorientation ، کاهش سطح هوشیاری ، اختلال حافظه، اختلال توجه و تمرکز ، اختلال در محاسبه(Concreteness)

۹) اختلال حرکتی

۱۰) ویژگیهای کاتاتونیک

درمان دارویی

بسته به علت متفاوت است:

- استفاده از هالوپریدول ۱۰ تا ۵ میلی گرم هر نیم تا یکساعت
- بنزودیازپین ها: دیازپام ۱۰ تا ۵ میلی گرم و لورازپام ۴ تا ۲ میلی گرم
- آنتی هیستامین ها مثل دیفن هیدرامین یا پرومتازین

در موارد خشونت شدید که امکان دارو وجود ندارد می توان از مهار فیزیکی استفاده نمود .

در موارد فیزیکی باید موارد زیر مورد نظر باشد:

۱- برای بیمار توضیح داده شود که چرا او را مهار می کنید.

۲- ا ستفاده از حداقل ۴ نفر برای کنترل بیمار لازم است.

۳- استفاده از بند های چرمی برای بستن بیمار

۴- پس از مهار باید با بیمار ارتباط کلامی برقرار شود.

۵- یکی از اعضای تیم درمانی در معرض دید بیمار قرار داشته باشد.

۶- وضعیت مهار باید طوری باشد که پاهای بیمار از هم باز ، یک دست در پهلو و دست دیگرش روی سر او قرار گرفته شود ، سر بیمار نیز کمی بالاتر از سطح بستر باشد تا احتمال آسپیراسیون را کاهش دهد.

۷- مهار باید طوری باشد که در صورت نیاز به تزریقات وریدی مشکل وجود نداشته باشد.

۸- مرتبا مهار ها از نظر ایمنی و راحتی کنترل شود.

روان درمانی

- همدلی
- کمک به افزایش اعتماد به نفس بیمار
- پرهیز از برخوردهای اهانت آمیز
- گوش کردن فعال که باعث برون ریزی می شود

منابع :

۱- طرح های مراقبتی روان پرستاری – کاترین م . فورتیناش، ترجمه : محمد آقا جانی

۲- روان پرستاری (بهداشت روان) تالیف : محسن کوشان ، سعید واقعی

۳- درسنامه جامع روان پرستاری مولفین : دکتراحمدعلی اسدی نوقانی ، سعید حاجی آقاجانی ، دکترنازنین هنرپروران

۴- راهنمای مصرف صحیح دارو درمراکز بهداشتی درمانی ، دکتر مریم نفیسی ، زیر نظر: دکتر علی رمضانخانی

۵- وسواس و درمان . جمشید احمدی ، شیراز انتشارات نوید ۱۳۶۸

۶- اصول طب داخلی هاریسون . روانپزشکی . ترجمه دکتر منصور میرزایی و دکتر کارن آراکلیان ، تهران انتشارات حیان ۱۳۷۶

۷- انجمن روانپزشکی آمریکا . راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی . ترجمه نائینیان ، اللهیاری ، مداحی تهران ، دانشگاه شاهد ، چاپ اول ۱۳۷۴