

عنوان مبحث : مراقبت های پرستاری در فوریت های روانپزشکی

ارائه دهنده: بهنام فرهنگدینیا
عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری دزفول

- تعریف و مقدمه ای بر فوریت های روانپزشکی
- شرح انواع فوریت های روانپزشکی
- مراقبت های پرستاری در فوریت های روانپزشکی

تعریف اورژانس روانپزشکی: وضعیتی که طی آن بیمار آشفتگی در تفکر، عاطفه و فعالیت روانی حرکتی داشته به گونه ای که اگر به سرعت مورد توجه قرار نگیرد، خطر خودکشی برای فرد و دیگران به همراه دارد.

بنابراین مداخله فوری در اورژانس های روان پزشکی، باعث حفظ زندگی بیمار، کاهش اضطراب اعضای خانواده و افزایش حمایت عاطفی برای اطرافیان می شود

به طور کلی فوریت های روانپزشکی مجموعه ای از مشکلات زیست شناختی، روانشناختی و اجتماعی را شامل می شود.

باورژانس های روانپزشکی به دو دسته تقسیم می شوند:

۱. اورژانس های روانپزشکی رایج مانند:

خودکشی - خشونت و رفتار پر خاشگرانه - حمله پانیک - بهت کاتاتونیا - آشفتگی های موقعیتی گذرا

۲. اورژانس های روانپزشکی با منشأ عضوی مانند:

دلیریوم الکلی - سندرم اکستراپیرامیدال - مسمومیت دارویی

سبب شناسی اورژانس های روان پزشکی شامل:

۱. افسردگی اساسی

۲. اسکیزوفرنیا

۳. سوء مصرف الکل

۴. دمانس

۵. دلیریوم

۶. اختلالات شخصیت

بخش فوریت روان پزشکی مانند سایر بخش های فوریت بیماریهای جسمی برای رسیدگی به بیماران ضرورت دارد.

افراد مراجعه کننده به بخش فوریت های روان پزشکی شامل:

۱. حمله حاد یک بیماری روانی مزمن و یا شروع یک بیماری روانی
۲. وجود یک علت زمینه ای عضوی مانند مسمومیت دارویی یا مواد یا بیماری جسمی که سبب ایجاد علائم روانی شده است
۳. کسانی که اساساً از نظر روانی حالت عادی دارند. اما به دنبال یک حادثه ویرانگر مثل تصادف، جنایت، زلزله .. قدرت سازگاری با شرایط فعلی را ندارند
۴. افرادی هم که جهت رسیدن به اهداف ثانویه به این بخش مراجعه می کنند

۱. تعریف خودکشی Suicid: مرگی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم، بر اثر اقدامی که خود فرد انجام می دهد. و در عین حال به نتیجه رفتارش آگاهی دارد، روی می دهد.

اقدام به خودکشی (Suicidal Attempt): عمل عمدی و حساب شده به منظور خاتمه دادن به زندگی که منجر به مرگ نشده است.

بحرانهای زندگی مانند طلاق، ازدست دادن همسر، زنان را بیشتر در معرض خودکشی قرار می دهد

اختلالات روانپزشکی که گرایش به خودکشی را در بیمار افزایش می دهد:

۱. **افسردگی اساسی:** اختلالی که حداقل با پنج نشانه طی دوره **دو هفته ای** همراه باشد

خلق افسرده تقریباً هر روزه - کاهش قابل توجه علاقه و لذت

کاهش قابل توجه وزن بدن - بی خواب یا پر خوابی هر روزه

تحریک یا کندی روانی حرکتی - خستگی یا فقدان انرژی، تقریباً هر روزه

احساس بی ارزشی یا گناه - افکار مرگ یا خودکشی

خودکشی متناقض (Paradoxical Suicide): در بیماران افسرده ای که هنوز افکار خودکشی دارند ولی به علت بی حوصلگی و کندی روانی حرکتی و فکری قادر به برنامه ریزی نبوده و به دنبال بهبودی نسبی انرژی و توانایی این اقدام را یافته اند.

۲. **اسکیزوفرنیا:** اختلالی که با آشفتگی در فرایند تفکر، ادراک، واقعیت سنجی، عواطف و رفتار مشخص می شود.

زمانیکه با افسردگی همراه بوده و در سن نوجوانی باشد

۳. **مانیا (شیدایی):** هنگامی که بیمار تصورات بلندپروازانه داشته و معتقد به اینکه قدرت ماوراء طبیعی دارد، و با این محتوای ذهنی ممکن است فعالیت های خطرناکی انجام دهد

۴. سوء مصرف مواد و الکل: برای مصرف کنندگان الکل هنگامی که در فاز محرومیت از الکل باشند. و همچنین از دست دادن دوستان، خانواده و اثرات عمیقی که الکل در زندگی آنها ایجاد نموده در این حالت باعث می شود که فرد آرزوی مرگ کند

۵. اختلالات شخصیت مانند اختلال شخصیت مرزی:

- این افراد با بی ثباتی فوق العاده عاطفه، خلق و رفتار در بسیاری از روابط روزمره مشخص می شوند
- نوسان خلق در این افراد شایع است. تنهایی را تحمل نمی کنند در جستجوی همنشین حتی نامطلوب هستند
- این افراد بین افسردگی، اضطراب و خشم با کم ترین تحریکات در نوسان هستند. این افراد مستعد خودکشی هستند

پرستار مراقب علائم زیر برای بیمار با افکار خودکشی باشد:

نوشتن پیام یا دست نوشته

نوشتن وصیت نامه

بستن حساب بانکی

امتناع از خوردن، نوشیدن و عدم رعایت بهداشت

نظارت بر نیازهای ایمنی بیمار:

۱. تمام تهدیدات خودکشی را به روان پزشک اطلاع دهید
۲. جستجو برای عوامل سمی مانند داروها و الکل
۳. اطمینان حاصل کنید که بیمار دارو را بلعیده باشد
۴. کلیه وسایل تیز و برنده از محیط خارج شود
۵. مواردی مانند بندها و کمر بند بیمار را بردارید
۶. اجازه ندهد بیمار درب اتاق را ببندد و مطمئن شوید فردی بیمار را تا سرویس بهداشتی همراهی می کند

۷. مدام بیمار را تحت نظر داشته باشید و هرگز اجازه ندهید تنها باشد
۸. بازدید از بیمار به ویژه در ساعات ابتدایی صبح داشته باشید
۹. بیمار را به صحبت در مورد برنامه و روشهای خودکشی تشویق کنید
۱۰. در صورتیکه بیمار تمایل شدید به خودکشی دارد با کمک دارو بیمار را مهار کنید
۱۱. افزایش اعتماد بنفس را با تأکید بر نقاط قوت بیمار داشته باشید. کسب عزت نفس او را قادر می سازد تا موقعیت های زندگی خود را بهتر کنترل کند

خشونت:

نوع شدیدی از پرخاشگری که در این مرحله بیمار غیر منطقی، ناهماهنگ و تهاجمی می شود

علت خشونت:

اختلالات با منشأ جسمانی مانند دلیریوم، دمانس، اسکیزوفرنیا، مانیا، افسردگی، محرومیت از مواد و الکل
هرگونه وضعیت بالینی که منجر به اختلال مغزی شود، ممکن است منجر به بروز رفتار عصبی خصمانه
و خشن شود برای نمونه:

- افت قند خون - هیپوکسی - التهاب مغزی
- خونریزی داخل جمجمه - ضربه مغزی - تب در سالمندان

مداخلات پرستاری در کنترل خشونت بیمار:

- بیمار از نظر سابقه مصرف دارو، تاریخچه صرع، مصرف الکل بررسی شود
- نمونه آزمایشات خون مانند CBC ارسال شود
- محرکات محیطی مانند نور و صدا به حداقل برسد
- وسایل و اشیاء خطرناک از دسترس بیمار دور شود
- بیمار را به صحبت در خصوص احساس خشونت تشویق کنید
- ابتدا با صحبت سعی در آرام نمودن بیمار کنید. در غیر این صورت از مهار فیزیکی استفاده کنید
- مهارهای به کار گرفته را هر ۱۵ دقیقه بررسی کنید و از نیازهای تغذیه ای بیمار آگاه شوید

دستورالعمل حفاظت از خود هنگام مهار بیمار پر خاشگر:

۱. هرگز به تنهایی در مقابل بیمار پر خاشگر قرار نگیرید
۲. هر لحظه آماده فرار باشد، بیمار خشن ممکن است ناگهان به شما آسیب بزند
۳. قبل از اینکه به بیمار نزدیک شوید، مطمئن باشید اسلحه یا شیء در اختیار نداشته باشد
۴. یک مسیر خروجی برای همکاران و دیگر بیماران داشته باشید
۵. برای برداشتن اسلحه یا شیء حواس بیمار را یک لحظه منحرف کنید (با پرتاب آب به صورت بیمار یا فریاد زدن)

حمله پانیک:

بروز ناگهانی و غیر منتظره حمله شدید اضطراب، ترس یا وحشت همراه با احساس مرگ قریب الوقوع. این وضعیت یک اضطراب حاد است که در بیمار با اختلال اضطرابی مشاهده می شود.

تظاهرات بالینی بیمار شامل:

- تپش قلب
- تعریق
- لرزش
- احساس خفگی
- درد قفسه سینه
- ترس از مردن

مداخلات جهت کنترل حمله پانیک:

۱. اطمینان دادن به بیمار
۲. بررسی علت بروز
۳. تجویز دارو هایی مانند دیازپام و لورازپام

بهت کاتاتونیا:

بهت یک سندرم بالینی که با کندی روانی حرکتی و لالی اما با حفظ هوشیاری همراه است

بهت اغلب با علائم و نشانه های کاتاتونیا همراه است، این علائم شامل: موتیسم، منفی کاری، رفتار کلامی کلیشه ای و.. همراه است

مداخلات جهت کنترل بیمار شامل:

۱. اطمینان از باز بودن راه هوایی

۲. تجویز وریدی مایعات

۳. اخذ تاریخچه آزمایشات

اورژانس های روانپزشکی با منشأ عضوی:

■ عوارض عصبی داروهای ضد جنون شامل:

• عوارض اکستراپیرامیدال

۱. دیستونی حاد
۲. پارکینسونیسم
۳. آکاتزیا
۴. دیسکنزی دیررس

۱. **دیستونی حاد:** اسپاسم غیر طبیعی یا انقباضات عضلات غیر ارادی، وضعیت غیر طبیعی گردن نسبت به بدن،

اسپاسم عضلات چانه، اختلال بلع و تکلم، انحراف چشم به بالا، سیانوز

درمان: خیلی سریع با داروهای آنتی کلینرژیک (بی پیریدین، تری هگزی فینیدیل، آنتی هیستامین)



A. Dystonia—spasms of the tongue, neck, back, and legs. Spasms may cause unnatural positioning of the neck, abnormal eye movements, excessive salivation.

۲. پارکینسونیسم: این عارضه بیشتر در بیماران مسن و زنان، روی می دهد. علائم این عارضه عبارتند از: سفتی عضلانی، سفتی چرخ دنده ای، راه رفتن شتابنده، حالت خمیده، آبریزش از دهان، لرزش دست به صورت چرخاندن تسبیح، کندی حرکات، صورت ماسکه.

درمان:

داروهای آنتی کولینرژیک

بی پریدین (آکینتون)

تری هگزی فنیدیل (آرتان)

آنتی هیستامین و دیفن هیدرامین.

۳. آکاتریا: احساس بیقراری، نشستن و برخاستن مکرر، تهییج، این پا و آن پا کردن در هنگام سرپا ماندن، قدم زدن برای رفع بی قراری و احساس دل مردگی مشخص می شود.

درمان:

آنتی کولینرژیک و آمانتادین ضروری است.

پروپرانول

بنزودیازپین ها

کلونیدین



Pseudoparkinsonism

- ▲ Stooped posture
- ▲ Shuffling gait
- ▲ Rigidity
- ▲ Bradykinesia
- ▲ Tremors at rest
- ▲ Pill-rolling motion of the hand



Acute dystonia

- ▲ Facial grimacing
- ▲ Involuntary upward eye movement
- ▲ Muscle spasms of the tongue, face, neck, and back (back muscle spasms cause trunk to arch forward)
- ▲ Laryngeal spasms



Akathisia

- ▲ Restless
- ▲ Trouble standing still
- ▲ Paces the floor
- ▲ Feet in constant motion, rocking back and forth



Tardive dyskinesia

- ▲ Protrusion and rolling of the tongue
- ▲ Sucking and smacking movements of the lips
- ▲ Chewing motion
- ▲ Facial dyskinesia
- ▲ Involuntary movements of the body and extremities

۴. دیسکنزی دیررس:

یکی از عوارض تأخیری داروهای ضد جنون است. و درمصرف طولانی مدت (بیش از ۶ ماه) داروهای ضد جنون ایجاد می شود.

علائم عبارتند از حرکات غیر ارادی، بی نظمی عضلات سر، تنه و اندامها.

شایع ترین حرکات، معمولاً در نواحی دهان، صورت و انگشتان دست و پا وجود دارد.

حرکات دور دهان به صورت ملچ ملچ کردن، حرکات جویدن و حرکاتی شبیه شکلک در آوردن در صورت می باشد

درمان دیسکنزی دیررس: معمولاً موفقیت آمیز نیست بنابراین، پیشگیری از بروز این عارضه مهم است.

این یک عارضه خطرناک و اورژانسی داروهای ضدجنون است و علائم آن عبارتند از:

سفتی عضلانی، دیستونی، حالت کندی و منگی و یا بیتابی و آکینزی (عدم حرکت)

علائم اتونومیک شامل بالا رفتن حرارت بدن، تعریق، بالا رفتن تعداد نبض و فشار خون و افزایش گلبول های سفید و آنزیم های کبدی و میوگلوبین پلاسما است که در صورت عدم درمان به موقع منجر به نارسایی حاد کلیوی می گردد.

مسمومیت مواد: به اثرات روانی و جسمانی ناشی از مصرف مواد یا مواجهه با آن اطلاق می شود.

محرومیت مواد: عبارت است از نشانه ها و علائمی که به دنبال قطع مصرف زیاد و مداوم یک ماده بروز می کند

با مصرف طولانی و افراطی الکل اختلال در حافظه کوتاه مدت یا فراموشی ایجاد می شود.

آنسفالوپاتی ورنیکه: سندرمی حاد که از کمبود تیامین حاصل شده و با آتاکسی و انواع ناهنجاری های حرکتی چشم مانند نیستاگموس دیده می شود.

دلیریوم (روان آشفتگی): دلیریوم، با اختلال هوشیاری و تغییر در شناخت که به صورت حاد و برگشت پذیر مشخص می شود. که طی زمان کوتاهی معمولاً از چند ساعت تا چند روز، پدید می آید و در طول روز نوسان دارد.

دلیریوم در هر سنی می تواند روی دهد. در افراد جوان الکلیسم به دنبال محرومیت از الکل دچار **دلیریوم ترمنس** یا دلیریوم الکلی می شوند است

مجموعه ای از علائم و نشانه های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می دهد فرد علی رغم داشتن مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مواد، به مصرف آن ادامه می دهد.

مصرف تکراری یک ماده منجر به وابستگی **روانی و جسمی** یا **اعتیاد** به آن ماده می شود.

الف. وابستگی جسمی یا فیزیولوژیک: عبارت است از ناتوانی قطع مصرف مواد، به این معنی که قطع مصرف آن موجب بروز علائم می شود

ب. وابستگی روانی یا رفتاری: عبارت است از میل شدید و مستمر یا متناوب برای مصرف مواد، به منظور اجتناب از حالت ملال و خماری

مسمومیت مواد: به اثرات روانی و جسمانی ناشی از مصرف مواد یا مواجهه با آن اطلاق می شود.

محرومیت مواد: عبارت است از نشانه ها و علائمی که به دنبال قطع مصرف زیاد و مداوم یک ماده بروز می کند.

اختلالات روانی ناشی از مواد: گروهی از اختلالات که به دنبال مصرف مواد یا مواجهه با آن به وجود آمده و با دفع آن از بدن، برطرف می شود.

مواد موثر بر روان یا روانگردان، موادی که به دنبال مصرف آن هوشیاری و حالت روانی فرد را تغییر می دهند.

۱. **اختلالات مرتبط بالکل:** الکلیسم یکی از شایعترین اختلالات روان پزشکی در جهان است.

الکل داروی پرقدرتی است که تقریباً در تمامی سیستم های عصبی و شیمیایی تغییرات حاد و مزمن ایجاد می کند.

سوء مصرف الکل با علائم گذرا و شدید افسردگی، اضطراب و روان پریشی همراه است.

شیوع مصرف الکل:

بالاترین مصرف در سنین نوجوانی تا ۳۰ سالگی است.

در زنان و مردان تحصیل کرده و با درآمد بالا بیشتر دیده می شود.

۱. **سیستم عصبی مرکزی:** سرکوب کننده سیستم عصبی مرکزی است و فعالیت نورون ها را کاهش می دهد.

باعث آرامبخشی و کاهش اضطراب می شود در غلظت های بالا اختلال در تکلم، تعادل، رفتار و تضعیف تنفس

می شود

۲. **سیستم گوارش:** بیماری کبدی، شایعترین عارضه سوء مصرف الکل است. ازوفازیت، گاستریت، کاهش

جذب ویتامین ها و نارسایی کبدی

۳. **سیستم قلبی - عروقی:** مصرف زیاد الکل با افزایش فشارخون و افزایش خطر انفارکتوس میوکارد رابطه

دارد

مسمومیت:

اختلال در رفتار

بی ثباتی خلق

اختلال در قضاوت

آسیب دیدگی به دنبال سقوط

تضعیف تنفس

درمان مسمومیت:

هدف پیش گیری از تضعیف تنفس

تزریق هالوپریدول برای کنترل رفتار تهاجمی

محرومیت:

تحریک سیستم سمپاتیک

افزایش ضربان قلب

افزایش تعداد تنفس

افزایش درجه حرارت

لرزش دست ها

اضطراب و حملات تشنج

دلیریوم ترمنس یا الکلی

درمان محرومیت:

با مصرف داروهای بنزودیازپین ها

با مصرف طولانی و افراطی الکل اختلال در حافظه کوتاه مدت یا فراموشی ایجاد می شود.

آنسفالوپاتی ورنیکه: سندرمی حاد که از کمبود تیامین حاصل شده و با آتاکسی و انواع ناهنجاری های حرکتی چشم مانند نیستاگموس دیده می شود.

سندرم کورساکوف: یک حالت مزمن ناشی از کمبود تیامین است. که با علائم عدم آگاهی به زمان و مکان و پلی نوریت مشخص می شود.

اثرات فردی:

با هدف اثر تسکین و آرامبخش دهنده موجب گرایش به این مواد می شود. استفاده از هروئین برای کاهش اضطراب و پوشاندن احترام به نفس پایین و درماندگی یا به دلیل مشکلات جسمانی مانند درد مفاصل به مصرف مواد مخدر رو می آورند.

عوامل اجتماعی:

وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین

اعتیاد در خانواده

۳. اختلالات مرتبط با مصرف حشیش Cannabis- related disorder

حشیش یا کانابیس از گیاه شاهدانه به عمل می آید. برگهای فوقانی و ساقه های خشک شده را به شکل سیگار در می آورند که به آن **ماری جوانا** می گویند.

اسامی دیگر آن به نام های: بنگ، علف، گل، داگا، چرس می باشد



- احتقان ملتحمه
- تاکیکاردی
- خشکی دهان
- کاهش فشار خون
- افزایش اشتها(اشتهای گاوی)
- احساس خودبزرگ بینی، سرخوشی، خنده های غیر قابل کنترل

خودبزرگ بینی

اختلال در قضاوت، تمرکز

اختلال در ادراک

پرخونی ملتحمه

افزایش اشتها

دردهای قفسه سینه

احساس مسخ شخصیت و مسخ واقعیت با مقادیر بالا

۴. اختلالات مرتبط با مواد محرک Stimulant related disorder

از این گروه شامل کوکائین و آمفتامین ها که محرک سیستم عصبی هستند

کوکائین ماده ای محرک و یکی از اعتیاد آورترین مواد مورد سوء مصرف، که از گیاه **اریتروکسیلون** **کوکا** استخراج می گردد.



Ritalin SR 20mg tablet

نام های دیگر **موکائین**: Lady, girl, snow, crack, freebase

مت آمفتامینها: متیل فنیدت (ریتالین)، پمولین Ice



Crack Cocaine

شیوه های مصرف کوکائین: خوراکی، استنشاقی، دود کردن و تزریقی

■ احساس خوشی

■ افزایش اعتماد به نفس

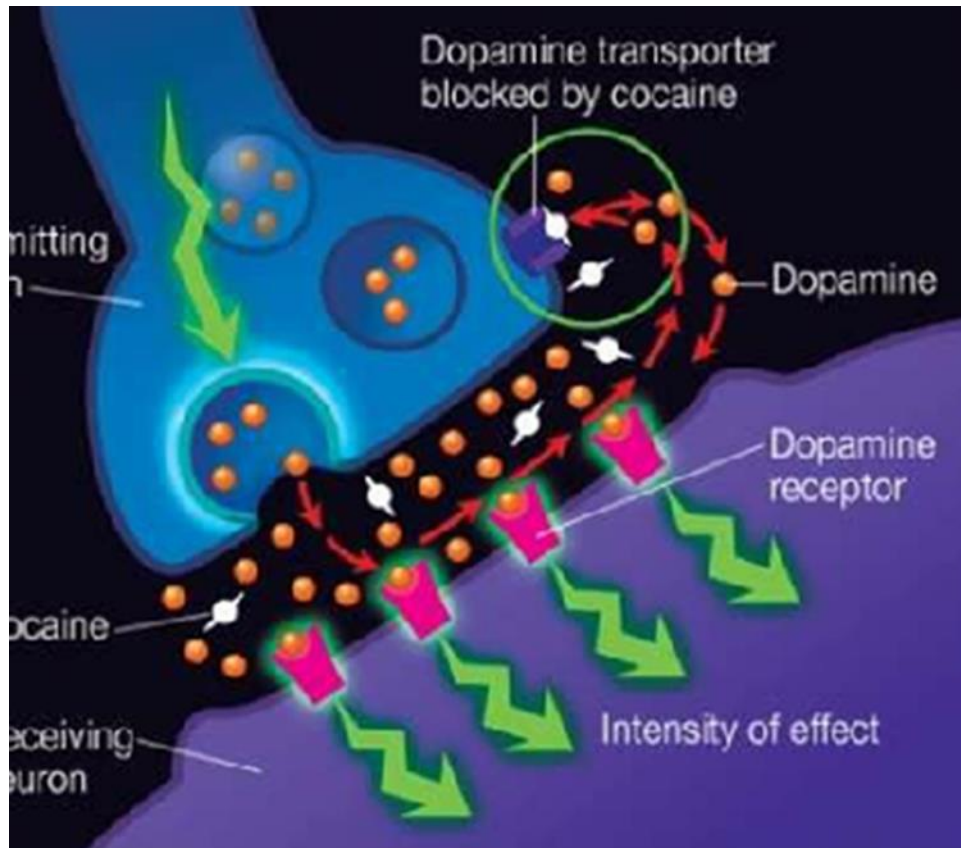
مصرف آمفتامینها:

• کاهش خستگی

• بهبود عملکرد

• افزایش آستانه درد

• درمان بیش فعالی



مسمومیت:

بی قراری

پر حرفی

تفکر پارانوئید

خودبزرگ پنداری

پرخاشگری

افزایش میل جنسی

تاکیکاردی

اتساع مردمک

لرز

تشنج

درمان: مسمومیت. استفاده از بنزودیازپین ها

محرومیت:

احساس خستگی

احساس گناه

فقدان احساس لذت

احساس اضطراب و درماندگی

ناامیدی و بی ارزشی

افکار خودکشی

درمان محرومیت: روان درمانی فردی و گروهی

۵. اختلالات مرتبط با توهم زهاHallucinogens-related Disorder

این دسته به خاطر تقلید **علائم سایکوتیک** به مقلدهای روان پریشی مشهور هستند

منشأ طبیعی این داروها: مسکالین و پسیلو سیبین است. موارد مصنوعی این داروها شامل: اسید لیسرژیک دی

اتیل آمید (LSD)، فن سیکلیدین (pcp)، هارمالین، ۳،۴- متیلن دیوکسی آمفتامین (**MDMA**) یا اکستازی و کتامین

شکل های مصرف: به صورت خوراکی، استنشاقی و تزریقی است

■ احساس گرما و سوزش در بدن

■ احساس آرامش

■ توهمات بینایی و شنوایی

■ اختلال در تصویر ذهنی بدن

■ سفتی عضلانی

■ استفراغ مکرر

■ تپش قلب

■ لرزش

LSD موجب فعالیت بیش از حد سمپاتیک و تحریک

اعصاب مرکزی می شود که علائم آن شامل:

■ گشادی مردمک

■ تاکیکاری

■ هیپرتانسیون، لرزش

■ افزایش درجه حرارت

■ تحریف ادراک و تداخل حس ها مانند: بیمار صداها را

می بیند

۴،۳- متیلن دیوکسی آمفتامین (MDMA) یا اکستازی:

اکستازی سبب تغییر حالت هوشیاری همراه با تغییرات حسی می شود، مهمتر از همه در برخی مصرف کنندگان حس تقویت تعاملات شخصی ایجاد می کند.

در صورت مسمومیت: معمولاً پس از چند ساعت اثرات دارو از بین می رود. علائم با استفاده از

ضدجنونها(هالوپریدول) و بنزو دیازپین ها کنترل می شود.



افزایش فشارخون یا تاکیکاردی

کاهش حساسیت نسبت به درد

آتاکسی

سفتی عضلانی

تشنج یا اغماء

حملات هراس

اختلال در قضاوت

درمان: اسیدی نمودن ادرار برای دفع سریع اثرات مواد - بنزودیازپین

۶. اختلالات مرتبط با کافئین

کافئین به صورت قهوه و چایی رایجترین ماده روان گردان است

اثرات بالینی:

افزایش هوشیاری

احساس راحتی

افزایش ادرار

تحریک عضله قلب

افزایش ترشح اسید معده

■ مسمومیت با مصرف بیش از ۲۵۰ میلی گرم ■ محرومیت

- بی قراری
- عصبانیت
- بی خوابی
- صورت برافروخته
- دفع ادرار
- تهوع
- احساس مورمور شدن انگشتان
- سردرد
- احساس خستگی
- اضطراب
- تحریک پذیری
- تهوع و استفراغ
- سفتی عضلانی

فرآیند پرستاری در فوریت های روان پزشکی

اخذ شرح حال کامل، معاینه وضعیت روانی، و سوال در مورد افکار، قصد، طرح و اقدام به خودکشی برای افرادی که قصد خودکشی دارند سوال به صورت مستقیم پرسیده شود.

اگر فرد به فکر خودکشی نبوده است پرسش دقیق و ماهرانه، رفتار خودکشی را به او القاء نخواهد کرد سوال غیر مستقیم: "آیا فکر می کنید زندگی برایتان دشوار است و تاب ادامه آن را ندارید؟".

سوال مستقیم: "شما می گوئید دوست ندارید زندگی کنید، آیا منظورتان این است که قصد خودکشی دارید؟"

اصول ارزیابی و مصاحبه در فوریت های روان پزشکی:

۱. قبل از ملاقات با بیمار به خوبی او را بشناسید
۲. از خطرات ناشی از خشونت احتمالی آگاه باشید و اقدامات ایمنی را در نظر بگیرید (دسترسی به در، دور بودن اشیاء خطرناک)
۳. بدون تهدید به بیمار نزدیک شوید او را آرام کنید
۴. بیمار را از محیط و شرایط اضطراب انگیز خارج کنید
۵. او را تشویق کنید بنشینند و آرامش خود را حفظ کند
۶. مشکل بیمار را از ابتدا پرسید، و اقدامات و پیشنهادات لازم را به او بدهید
۷. بیمار را تشویق کنید احساسات خود را بیان کند
۸. وقتی بیمار صحبت می کند، حتی الامکان صحبت او را قطع ننمایید
۹. با نزدیکان بیمار تماس بگیرید و اطلاعات به دست آورید
۱۰. افرادی که در مهار فیزیکی تسلط کافی دارند، آمادگی داشته باشند تا در صورت نیاز به سرعت بیمار را مهار کنند

تهدید به خودکشی یکی از عوامل خطر خودکشی است که باید جدی در نظر گرفته شود.

خطر خودکشی در افراد افسرده در ابتدا و انتهای دوره افسردگی بیشتر رخ می دهد.

سوال در مورد تغییرات ناگهانی در زندگی

بررسی سیستم حمایتی بیمار، که مشخص شود چه کسی از بیمار مراقبت می کند

تشخیص های پرستاری در فوریت های روان پزشکی:

خطر خشونت علیه خود به صورت داشتن طرح و نقشه خودکشی، سابقه خودکشی، تهدید به خودکشی
خطر برای قطع عضو خود که به صورت بریدن مچ دست یا پا مشخص می شود

مرحله مداخلات پرستاری:

پرستار مسئولیت جلوگیری از خودکشی را بر عهده بگیرد.

کلیه وسایل خطرناک مانند، قیچی، چاقو، وسایل شیشه ای ... از دسترس بیمار دور شود
تشویق بیمار به شرکت در فعالیت نیز مورد توجه قرار گیرد.

موقع خواب بیمار یک چراغ کم نور در اتاق باشد تا قصد او برای خودکشی مشاهده شود

دارید

گفت گو در مورد احساسات مربوط به خودکشی، موجب احساس راحتی در بیمار می شود.

نقاط مثبت در بیمار شناسایی و بر آن تأکید و تقویت نمود، تا بیمار بتواند در مقابل استرس مقاومت نماید

از خانواده و دوستان نزدیک برای کمک به بیمار استفاده شود.

افرادی که در خارج از بیمارستان اقدام به خودکشی می کنند یا در معرض خودکشی قرار دارند، بهتر است در

بیمارستان بستری شوند

با بروز خشونت، علت رفتار بررسی شود

برخورد آرام با ملایمت و بدون تهدید با بیمار انجام شود

کلیه وسایل خطرناک باید از دسترس بیمار دور شود و به او گفته شود که خشونت پذیرفتنی نیست

در صورت نیاز تجویز داروها، استفاده از ضد جنون های قوی مانند هالوپریدول و انجام تشنج درمانی به دنبال

خشونت سایکوتیک

مداخلات مربوط به خشونت و آسیب به خود و دیگران:

- ایجاد محیطی امن و محافظت از بیمار
- دور کردن اشیاء خطرناک از محیط بیمار
- تشویق بیمار به بیان احساسات و تخلیه هیجانات

- مصرف مایعات
- اندازه گیری وزن روزانه بیمار
- فراهم نمودن غذاهای مورد علاقه بیمار
- آموزش به بیمار در مورد اهمیت تغذیه
- تأمین غذاهای مقوی، ویتامینها و پرکالری برای بیماران در زمان ترک ضروریست.
- دوره ترک با بروز اسهال، بیمار قادر به تحمل غذاهای چرب نیست، مصرف مایعات، سیب و موز برای کاهش اسهال مفید است

کاهش اضطراب بیمار و دور کردن او، از محیط هایی که خیلی تحریک کننده و یا بدون تحریک مهم است

برای اجتناب از تحریکات کم باید در شب چراغی کم نور روشن باشد تا بیمار موقعیت خود را تشخیص دهد، نور چراغ نباید خیلی زیاد باشد

اختلال در جهت یابی این افراد را می توان با برخورد آرام و یکنواخت و با اجتناب از تعویض مکرر افراد مراقب بیمار به حداقل رساند.

تا حد امکان از تغییرات در زندگی بیمار جلوگیری شود. وجود یک ساعت و تقویم، تلویزیون، تکرار نام بیمار در مکالمات، موجب حفظ جهت یابی بیمار می شود.

دلیریوم ممکن است در افراد مسن بعد از عمل جراحی چشم به دنبال استفاده از چشم بند دیده شود. برای چنین بیمارانی می توان سوراخ های ریزی روی چشم بند به منظور ورود تحریک نور مختصر ایجاد کرد.

حمایت فیزیکی به منظور جلوگیری از آسیب به خود مهم است برای این منظور کلیه وسایل خطرناک که بیمار برای آسیب رساندن به خود یا دیگران از آن استفاده می کند، از محیط دور کرد

بیماران مبتلا به زوال عقل نیز محیط های آرام و آشنا با محرک های کافی و مأنوس را بهتر تحمل می کنند. موقعیت های تازه و پیچیده غالباً ایجاد آشفتگی می کند

با بروز خشونت، علت رفتار بررسی شود

برخورد آرام با ملایمت و بدون تهدید با بیمار انجام شود

کلیه وسایل خطرناک باید از دسترس بیمار دور شود و به او گفته شود که خشونت پذیرفتنی نیست

در صورت نیاز تجویز داروها، استفاده از ضد جنون های قوی مانند هالوپریدول و انجام تشنج درمانی به دنبال

خشونت سایکوتیک

روشهای مهار کردن شامل:

آرام کردن کلامی

مهار کردن فیزیکی

مهار کردن شیمیایی

ایمنی پرسنل بیشترین اهمیت را دارد

آرام کردن کلامی:

معمولاً اولین روش که پرسنل اورژانس به کار می گیرند

گفتگو با لحن صمیمانه و آرام باشد.

همیشه مسیر های بازی برای فرار تعیین نمایید

از برقراری تماس چشمی و تجاوز به حریم فردی بیمار پرهیز شود

افکار خودکشی را بررسی نمایید

مهار کردن فیزیکی:

هدف از مهار فیزیکی اجتناب از آسیب رساندن به بیمار است

مهار فیزیکی شامل مواد و تکنیکهایی که باعث مهار حرکتی در بیمار می شوند که برای خود و دیگران خطرناک است



انواع مهار شامل: مهارهای نرم(ملافه، میچ بند، لباس مخصوص بستن بیمار

مهار سخت: دست بندهای پلاستیکی، فلزی و چرمی

نکته: در صورتیکه پرسنل از مهار سخت استفاده می کنند می بایست اندام مهار شده، از نظر آسیب یا

اختلال عصبی- عروقی بررسی شود.

به طور ایده آل از ۵ نفر برای مهار استفاده می شود

مهار چهار نقطه از بدن (دو دست و دو پا) به همراه مهار لگن، و قفسه سینه کمک کننده است

نکته بیمار نباید به شکم مهار شود باعث خفگی وضعیتی می شود.

استفاده از ماسک جرای روی صورت فرد از پرتاب آب دهان و گاز گرفتن فرد جلوگیری می کند

ممکن است ابتدا بیمار به شکم مهار شود و سپس در وضعیت خوابیده به پشت قرار بگیرد

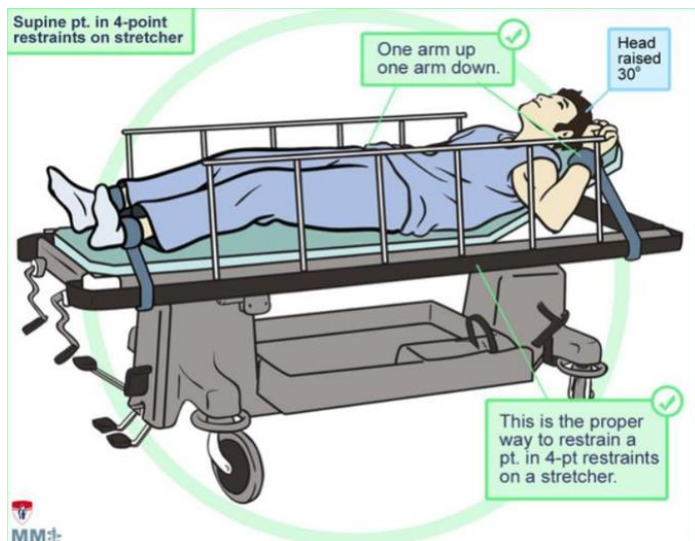
وقتی بیمار مهار شد حتماً مورد مشاهده قرار می گیرد، در صورت استفراغ به پهلو قرار داده شود

به بیمار مهار شده اجازه تقلا و تلاش نداد، چون باعث اسیدوز شدید و دیس ریتمی می شود

استفاده از دارو برای کنترل بی قراری و رفتار پر خاشگرانه بیمار می باشد داروهایی مانند هالوپریدول، تیوپنتال سدیم و به صورت ترکیبی استفاده از آرامبخش ها مانند دیازپام، میدازولام لورازپام نکته داروهای مهار کننده عصبی عضلانی با لوله گذاری داخل نای اندیکاسیون ندارد

در مهار فیزیکی باید موارد زیر مورد نظر باشد:

۱. برای بیمار توضیح داده شود که چرا او را مهار می کنند
۲. برای مهار حداقل ۴ نفر لازم است
۳. برای بستن بیمار از بندهای چرمی استفاده شود
۴. پس از مهار، با بیمار ارتباط کلامی برقرار شود
۵. یکی از اعضای تیم درمانی در معرض دید بیمار قرار داشته باشد
۶. وضعیت بیمار طوری باشد، که پاهای بیمار از هم باز، یک دست در پهلوی و دست دیگرش روی سر قرار گرفته شود، سر بیمار کمی بالاتر از سطح بستر باشد تا احتمال آسپیراسیون را کاهش دهد
۷. مهار طوری باشد که در صورت نیاز به تزریق وریدی، مشکل وجود نداشته باشد
۸. مرتباً مهار از نظر ایمنی و راحتی کنترل شود
۹. مهار بیمار با اطلاع و دستور پزشک باشد



۱. افزایش بی قراری

۲. عوارض پوستی

۳. عوارض عروقی

۴. مشکلات تنفسی

۵. آسیفکسی وضعیتی

۱. ۳. فوریت‌های روانپزشکی - فرهاد شاملو

۲. کوشان، محسن؛ واقعی، سعید. روان پرستاری. تهران. نشر اندیشه رفیع. چاپ نهم ۱۳۹۷

۳. فوریت‌ناش کاترین. طرح‌های مراقبت روانپرستاری. ترجمه محمد آقاجانی، تهران، نشر اندیشه رفیع، ۱۳۹۷

۴. سلیگمن، روزن‌هان، والکر. آسیب شناسی روانی. ترجمه دکتر رضا رستمی و همکاران. نشر ارجمند. تهران. ۱۳۹۷

5. Boyd, M.A. Psychiatric Nursing Contemporary Practice. (Last ed)
Philadelphia: Lippincott.