



راهنمای بالینی

# فوریت‌های روان‌پزشکی

**دکتر محمد قدیری وصفی**

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی ایران

مرکز تحقیقات بهداشت روان

سرشناسه: قدیری، محمد ۱۳۴۵ -

عنوان و نام پدیدآور: راهنمای بالینی فوریت‌های روان‌پزشکی / مؤلف محمد قدیری؛ [برای] دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مشخصات نشر: تهران: تیمورزاده: نشر طبیب، ۱۳۹۴.

مشخصات ظاهری: ۱۱۲ ص: جلد؛ ۱۴/۵×۲۱/۵ س.م.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۸-۱۹۱-۰

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: واژه‌نامه.

یادداشت: کتابنامه: ص. ۷۳-۶۷

موضوع: روان‌پزشکی اورژانس

موضوع: روان‌پزشکی - خدمات اورژانس

موضوع: بهداشت روانی - خدمات

شناخت: افزودن دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

رده بندی: شگره: ۱۳۹۴/۲۴/۶/RC۴۸۰

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹

شماره کتابشناسی: ۱۳۹۷

نام کتاب: راهنمای بالینی فوریت‌های روان‌پزشکی

مؤلف: دکتر محمد قدیری

ناشر: انتشارات تیمورزاده (با همکاری نشر طبیب)

مدیر تولید فرهنگی: نجمه حسین‌زاد

مدیر تولید فنی و چاپی: مهدی شاه‌محمدی

طراح جلد: واحد طراحی انتشارات تیمورزاده / مههم اسد

کتاب‌آرا: زهرا طاهری

نوبت چاپ: اول - زمستان ۱۳۹۴

شمارگان: ۲۰۰۰ نسخه

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: خجستگان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۸-۱۹۱-۰

بها: ۷۷۰۰ تومان

تئیه کتاب‌فروشی و نمایشگاه دائمی انتشارات تیمورزاده، نشر طبیب

و دفتر نشریه طبیب:

بولوار کشاورز - ابتدای خیابان ۱۶ آذر - شماره ۶۸ - کدپستی: ۱۴۱۷۹۹۴۶۷۱

تلفن: ۸۳ ۳۳ ۸۳ - ۰۲۱ - دورنگار: ۱۲ ۹۷ ۱۱

دفتر مرکزی انتشارات تیمورزاده، نشر طبیب:

خیابان کریمخان زند - تیش میرزای شیراز - شماره ۱۱ - طبقه سوم شرقی

کدپستی: ۱۵۷۳۵۵۷۳۵ - تلفن: ۹۰ - دورنگار: ۸۸۸۰۹۸۹۸

این کتاب مشمول قانون حمایت از مؤلفان، مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸/۱۱/۱۱ و قانون ترجمه و تکثیر کتاب‌ها، نشریات و آثار صوتی

مصوب ۱۳۵۰/۱۰/۶ است. بازنویسی، خلاصه‌برداری یا برداشت بخشی از متن و انتشار آن در قالب کتاب‌های ترجمه، تألیف، خلاصه، آزمون یا

نرم‌افزار بدون اجازه کتبی از ناشر پیگرد قانونی دارد.

انتشارات  
تیمورزاده

www.Teimourzadeh.com

e-mail: info@teimourzadeh.com

Telegram.me/teimourzadehpub

teimourzadehpub



# فهرست

- اهداف آموزشی و درمانی در اورژانس روان پزشکی ..... ۱
۱. اویت ر کسب مهارت‌ها ..... ۳
۲. مهارت‌های ارزیابی و تشخیصی ..... ۳
۳. مهارت‌های ارتباطی تلفنی در بحران‌ها ..... ۴
۴. مهارت‌های ارتباط حرفه‌ای ..... ۵
۵. مهارت‌های مدیریت ذهن ..... ۵
۵. مهارت‌های پزشکی قانونی ..... ۵
۶. جمعیت هدف ..... ۶
۶. بستری ..... ۶
۶. علل بستری ..... ۶
۷. روش تشخیصی ..... ۷
۷. روش‌های کسب اطلاعات از بیمار ..... ۷
۷. مصاحبه کلینیکی ..... ۷
۸. کسب اطلاعات از منابع دیگر ..... ۸
۸. آزمایشات و تست‌های روان‌شناختی ..... ۸
۹. معاینه فیزیکی ..... ۹
۱۰. فعالیت در گروه چند شاخه‌ای ..... ۱۰
۱۱. فرایند ارزیابی ..... ۱۱
۱۵. علل طبی اختلالات روان پزشکی ..... ۱۵
۱۷. اختلالات مربوط به مصرف مواد ..... ۱۷
۱۷. الکل ..... ۱۷
۱۸. ماری جوانا ..... ۱۸
۱۹. محرک‌ها ..... ۱۹



- ۱۹..... داروهای خواب آور و آرام بخش
- ۲۰..... اپیوئیدها
- ۲۰..... علایم ترک اپیوئیدها
- ۲۰..... توهم زها
- ۲۱..... استنشاقی ها

## ۲۳..... روش ارزیابی حوادث خشونت بار و خودکشی

- ۲۳..... ارزیابی حوادث بر اساس تقویم زمانی
- ۲۴..... ارزیابی حوادث خشونت بار و خودکشی

## ۲۵..... ارزیابی خطر رفتارهای خشونت بار

- ۲۸..... مدیریت بیمار با بی قراری شدید و یا پر خاشگر
- ۳۱..... مدیریت درمان بیمار با کمزور منتهی به رفتار و افکار خشونت آمیز
- ۳۱..... مدیریت درمان بیمار با بی قراری شدید و یا پر خاشگر به دنبال علل طبی
- ۳۲..... مدیریت درمان بیمار با بی قراری شدید و یا پر خاشگر به دنبال مصرف مواد
- ۳۴..... مدیریت درمان زن حامله با بی قراری شدید، سایکوتیک و یا پر خاشگر
- ۳۵..... مدیریت درمان کودک یا نوجوان با بی قراری شدید و یا پر خاشگر
- ۳۵..... مدیریت درمان بیمار پیچیده با بی قراری شدید و یا پر خاشگر

## ۳۷..... بارداری و فوریت های روان پزشکی

- ۳۸..... ضد افسردگی ها
- ۳۸..... بنزودیازپین ها
- ۳۸..... آنتی سایکونیک ها
- ۳۹..... ضد تشنج ها ( تثبیت کننده های خلق )
- ۳۹..... لیتیموم
- ۴۰..... الکتروشوک
- ۴۰..... آرام سازی سریع

## ۴۱..... اصول مهار فیزیکی و شیمیایی بیماران

- ۴۵..... ملاک های مهار
- ۴۵..... مخاطرات مهار

## ۴۷..... ارزیابی مدون عوامل خطر در خشونت

- ۴۷..... عوامل تاریخچه ای
- ۴۸..... عوامل بالینی

۴۸	عوامل حاد.....
۵۰	برنامه مدیریت خطر.....
۵۰	نمونه برنامه مدیریت خطر.....
۵۱	<b>ارزیابی خطر خودکشی.....</b>
۵۳	برنامه کاهش خطر خودکشی.....
۵۳	ارزیابی ریسک خودکشی در بیماران دوقطبی.....
۵۳	عوامل افزایش دهنده ریسک خودکشی.....
۵۳	عوامل کاهش دهنده ریسک خودکشی.....
۵۴	تکلیف ای از تقای مصاحبه در بیمار با خطر خودکشی.....
۵۴	تکنیک‌های اعتباری مصاحبه.....
۵۴	توجه به رفتارهای بیمار.....
۵۴	کاهش شرم در بیمار.....
۵۴	فرضیات درمانی.....
۵۵	تسهیل‌علایم.....
۵۵	انکار موضوعی خاص.....
۵۷	<b>دلیریوم.....</b>
۵۸	مدیریت درمانی دلیریوم.....
۵۸	اقدامات آرامنده.....
۵۹	<b>صلاحیت و رضایت آگاهانه در جهت اقدام به تصمیم‌های درمانی.....</b>
۶۱	<b>دیگر علل شایع مراجعه به اورژانس.....</b>
۶۱	علایم افسردگی.....
۶۱	علایم مانیا.....
۶۱	علایم خارج هرمی ناشی از دارو.....
۶۳	<b>مداخله در بحران.....</b>
۶۳	مراحل مداخله در بحران.....
۶۵	<b>مستندسازی.....</b>
۶۶	اصول کلی مستندسازی.....
۶۸	<b>ترخیص.....</b>
۶۹	منابع.....
۷۷	واژه نامه.....
۸۹	نمایه.....

افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی ممکن است در سنین مختلف به بخش فوریت‌های روان پزشکی مراجعه کنند. اگرچه ممکن است افراد با بیماری خفیف روان پزشکی مانند اختلال اضطرابی، افسردگی، اختلال خواب، اختلالات تجزیه‌ای و یا تبدیلی به بخش فوریت‌ها مراجعه نمایند؛ اما عمده افراد مراجعه کننده به این بخش افراد مبتلا به یک یا چند اختلال شدید روان پزشکی و یا علایم حاد مانند سایکوز، مصرف مواد، اختلال خلقی، خودکشی و یا دیگر کنشی هستند.

به دلیل ماهیت این گونه بیماری‌ها و نیز ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلالات شدید و یا خفیف روان پزشکی، بخش فوریت‌ها علاوه بر اینکه باید مجهز به الزامات سخت افزاری باشد، می‌بایست کارکنان آموزش دیده درمانی و غیردرمانی را در ساعات مختلف شبانه روز در اختیار داشته باشد تا آماده پذیرش و عهده دار مدیریت درمان مراجعین در کوتاه‌ترین زمان باشد. از آنجا که ممکن است بیماران توسط نیروی پلیس، طرفه دادگاه و یا زندان، اورژانس بیمارستان‌های عمومی، خانواده بیماران و یا شخص بیمار و با تظاهرات نوناگونی به بخش فوریت‌ها مراجعه نمایند، بنابراین می‌توان تصور کرد که محیط بخش فوریت‌ها همراه با تنش زیاد، بی‌کارکن بخش باشد و لذا ضروری است در کمترین زمان شرح حال اولیه اخذ شده و اقدامات درمانی با رعایت جنبه‌های انبیتی برای بیماران و کارکنان آغاز گردد.

در کشورهایی مانند آمریکا، کانادا و شهرهای اروپایی، راهنماهای بالینی برای ارائه خدمت به بیماران در گروه‌های مختلف پزشکی از جمله روان‌رسمی، تدوین گردیده است و کارکنان می‌توانند خدمات یکسان و همگونی را ارائه کنند. متأسفانه در کشور ایران، راهنماهای بالینی توسط مراجع رسمی تدوین نشده است؛ پس از نزدیک به ده سال فعالیت در بخش روان پزشکی، بیمارستان روان پزشکی ایران، به‌نظر رسید تدوین راهنماهای بالینی توسط مراجع رسمی کشور است که مدت زمان زیادی طول بکشد، بنابراین بر آن شدم کتاب حاضر را با مراجعه به کتاب‌های مرجع و راهنماهای بالینی و مقالات معتبر نگارش کنم. از نکات مهم این کتاب که نیاز به اشاره دارد این است که علاوه بر این که جنبه‌های درمانی را مورد بحث می‌گذارد، نگاه آموزشی به تربیت دستیاری و دانشجویی معلمان را نیز در بر می‌گیرد. با توجه به اینکه افراد با اختلالات روان پزشکی، ممکن است به بخش فوریت‌های بیمارستان‌ها، عمومی و یا کلینیک‌های سریایی مراجعه کنند، لذا کتاب حاضر می‌تواند علاوه بر اینکه برای دستیاران روان پزشکی، سودمند باشد می‌تواند برای دستیاران طب اورژانس، دانشجویان رشته پزشکی، پرستاری، روان‌حسی و رشکان عمومی مفید باشد.

کتاب حاضر ممکن است کاستی‌هایی داشته باشد که امیدوارم بتوانم با دریافت انتقادات و پیشنهادات از همکاران در ویراست‌های بعدی اصلاح کنم.

در پایان از جناب آقای دکتر تیمورزاده و همکارانشان در انتشارات تیمورزاده به‌خاطر همراهی و پذیرش مسئولیت انتشار این اثر، کمال تشکر را دارم.

دکتر محمد قدیری وصفی

به دنبال مؤسسه‌زدایی، فقدان منابع روان‌پزشکی جامعه‌نگر و مشکلات درباره بیمه‌های درمانی مراجعات به روان‌پزشکی اورژانس رو به افزایش است و در حقیقت اورژانس روان‌پزشکی جایگاه اولیه درمان بیماران حاد روان‌پزشکی است. مطالعات نشان می‌دهد ۵ تا ۵۶ درصد از بیماران به‌طور مکرر به اورژانس روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند این گروه بیماران اگرچه درصد کمی را تشکیل می‌دهند ولی بار زیادی را به اورژانس‌های روان‌پزشکی تحمیل می‌کنند و دارای اختلالات شدید و مزمن روان‌پزشکی هستند از جمله: اختلال اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی، اضطرابی و مصرف مواد که در مقایسه با بیمارانی که یک‌بار به اورژانس مراجعه می‌کنند از اختلال عملکرد بیشتری برخوردار هستند. مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد زمان مراجعه به اورژانس روان‌پزشکی عمدتاً در ساعات روز بوده و در مطالعه صورت گرفته در ایران نشان داده شد که بیشترین زمان مراجعه بین ساعت ۱۸ الی ۲۴ است.

معمولاً اورژانس‌های روان‌پزشکی به‌صورت سه الگو دیده می‌شود (۱) حضور روان‌پزشک و کارکنان آموزش دیده برای ارائه خدمات بیماران روان‌پزشکی در اورژانس‌های پزشکی در صورت درخواست مشاوره از طرف کارکنان طب اورژانس (۲) پرسنل یک واحد مشخص اورژانس‌های روان‌پزشکی با کارکنان متخصص و آموزش دیده در کنار اورژانس پزشکی (۳) اورژانس روان‌پزشکی به‌عنوان یک واحد مستقل با کارکنان متخصص و آموزش دیده.

در الگوی اول بیماران این شانس را دارند که در اختلالات طبی غربال دیده شده و انگ، احساس بهتری پیدا کنند ولی مدت زمان انتظار برای دریافت خدمات طول می‌کشد و ویژگیت بیماران در فضای پرسر و صدا و همراه با فضای درد و آلوده است. این خدمات کمتری به بیماران روان‌پزشکی ارائه می‌شود. چنین محیطی برای بیماران با افکار خودکشی فضای امنی نیست. پرسنل طب اورژانس از نظر بیماری‌های روان‌پزشکی کمتر آموزش دیده‌اند و تمایل زیادی دارند که بیماران هر چه زودتر ترخیص شوند. الگوی دوم در فضایی جداگانه با حضور روان‌پزشک و کارکنان آموزش دیده طبی آرام به بیماران خدمات ارائه می‌شود و از طرفی بیماران نیز می‌توانند از خدمات طبی برخوردار شوند. در این الگو باز هم موضوع انگ مطرح می‌شود و این که بیماران احساس در حاشیه، متفاوت و دیوانه بودن دارند. و در فضای اورژانس‌ها حتی رنگ لباس بیماران متفاوت است.

الگوی سوم می‌تواند در بیمارستان و یا در جامعه باشد. دو الگوی اول ارائه خدمات به بیماران روان‌پزشکی بر اساس الگوی تریاژ یعنی رسیدگی سریع، محدودسازی و ارجاع بیمار است. در الگوی سوم الگوی درمان علاوه بر تریاژ، بیماران با نگاه معطوف به درمان خدمات دریافت می‌کنند. در این گونه بخش‌ها می‌توان بیماران را به مدت ۲۴ ساعت و یا بیشتر تحت‌نظر گرفت و پس از کسب ثبات در حوزه‌های علیم، بدون نیاز به بستری، ترخیص کرد.

