

فهرست مطالب

فهرست جدول‌ها و شکل‌ها.....	۷
شکل کامل کوتاه‌نوشت‌ها.....	۱۱
پیش‌گفتار.....	۱۳
فصل اول - مشکلات شایع دستیاران روان‌پزشکی در دورهٔ چرخشی اورژانس.....	۱۵
فصل دوم - استانداردهای بخش اورژانس روان‌پزشکی.....	۲۳
فصل سوم - شرح حال بیمار اورژانس روان‌پزشکی.....	۳۱
فصل چهارم - تشخیص فوریت‌های غیر روان‌پزشکی.....	۳۹
فصل پنجم - مدیریت پرخاشگری و بی‌قراری.....	۵۷
فصل ششم - مهار فیزیکی و اتاق انزوا.....	۷۱
فصل هفتم - مدیریت افکار خودکشی.....	۷۹
فصل هشتم - مدیریت دلیریوم.....	۹۷
فصل نهم - مدیریت مسمومیت‌ها و محرومیت‌ها.....	۱۰۷
فصل دهم - مدیریت کاتاتونیا.....	۱۱۷
فصل یازدهم - مدیریت قربانیان سوانح.....	۱۲۷
فصل دوازدهم - مدیریت سوگ.....	۱۳۵
فصل سیزدهم - مدیریت عوارض جانبی داروها در اورژانس.....	۱۴۳
فصل چهاردهم - تشنج‌درمانی.....	۱۶۳
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۱۷۱
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۱۷۴

فهرست جدول‌ها و شکل‌ها

- جدول ۱- اشتباه‌های شایع پزشک اورژانس ۲۲
- جدول ۲- سیاهه‌تریاز بیماری که با شکایات روان‌پزشکی به اورژانس مراجعه کرده است ۳۴
- جدول ۳- جزئیات یک ارزیابی روانی- اجتماعی ۳۵
- جدول ۴- هشدارهای امنیتی ۳۷
- جدول ۵- یافته‌هایی که در یک بیمار آژیته نشان‌دهنده‌نیاز به مداخله فوری طبی است ۴۱
- شکل ۱- الکتروکاردیوگرام بیمار نمونه ۲۲ ۴۵
- شکل ۲- نمونه‌ای از الکتروکاردیوگرام با فاصله QTc طولانی ۴۷
- جدول ۶- نسخه فارسی معاینه کوتاه وضعیت روانی (MMSE) ۴۸
- جدول ۷- نکاتی که ارزیابی آنها می‌تواند به تشخیص اختلال عملکرد فروتنال کمک کند ... ۵۱
- شکل ۳- تکلیف توالی‌های متناوب ۵۳
- جدول ۸- برخی مواردی که باید در معاینه فیزیکی بیمار اورژانس روان‌پزشکی به آنها توجه کرد ۵۳
- جدول ۹- فهرست اجزای معاینه عصبی ۵۴
- جدول ۱۰- داروهای اورژانس روان‌پزشکی ۶۸
- جدول ۱۱- انتخاب‌هایی برای آرام‌سازی فرد آژیته یا پرخاشگر مبتلا به اختلالات پسپسکوتیک ۶۹
- جدول ۱۲- اصول اجرای مهار فیزیکی / اتاق انزوا ۷۳
- جدول ۱۳- موارد ممنوعیت مهار فیزیکی (physical restraint) ۷۶
- شکل ۴- الگوریتم به‌کارگیری اتاق انزوا و مهار فیزیکی (برگرفته از ناکس و هولومان، ۲۰۱۲) ۷۷
- جدول ۱۴- عوامل خطر خودکشی کشنده ۸۲
- جدول ۱۵- عوامل محافظت‌کننده از خودکشی کشنده ۸۳
- جدول ۱۶- مقیاس MSPTS (Modified SAD PERSONS Score) برای ارزیابی خطر خودکشی در بخش اورژانس ۸۴

- جدول ۱۷- برخی از باورهای نادرست در مورد خودکشی ۸۵
- جدول ۱۸- برنامه بحران (crisis plan) برای پیشگیری از خودکشی ۸۶
- جدول ۱۹- فشارهای وارد بر درمانگر در مواجهه با فرد متمایل به خودکشی ۸۸
- جدول ۲۰- گام به گام تا ترخیص بیمار دارای افکار خودکشی از بیمارستان ۹۰
- جدول ۲۱- ملاک‌های تشخیصی دلیریوم، برگرفته از پنجمین دست‌نامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) ۱۰۰
- جدول ۲۲- علائم و نشانه‌های دلیریوم ۱۰۲
- جدول ۲۳- عوامل خطر بروز دلیریوم ۱۰۳
- جدول ۲۴- مقایسه تابلوی بالینی دلیریوم و دمانس ۱۰۴
- جدول ۲۵- نشانه‌های کاتاتونیا ۱۱۹
- جدول ۲۶- اصول مدیریت کاتاتونیا ۱۲۴
- جدول ۲۷- تظاهرات روانی وابسته به سانحه یا عامل استرس ۱۲۸
- جدول ۲۸- پرسشنامه کوتاه سوگ ۱۳۹
- جدول ۲۹- برخی از تکنیک‌ها و روش‌های مورد استفاده در روان‌درمانی سوگ ۱۴۰
- جدول ۳۰- رفتارها و باورهای ناکارآمد در سوگ ۱۴۱
- جدول ۳۱- علائم و مدیریت مسمومیت با لیتیوم ۱۴۷
- جدول ۳۲- اثر داروها و لیتیوم بر یکدیگر ۱۴۹
- جدول ۳۳- سندرم نورولپتیک بدخیم (NMS) ۱۴۹
- جدول ۳۴- ملاک‌های تشخیصی مسمومیت سروتونین هانتر ۱۵۲
- جدول ۳۵- تشخیص‌های افتراقی سندرم سروتونین ۱۵۴
- جدول ۳۶- تریاد بالینی سندرم سروتونین ۱۵۶
- جدول ۳۷- داروها و مواد دخیل در بروز سندرم سروتونین ۱۵۷
- جدول ۳۸- مدیریت سندرم سروتونین ۱۵۸
- جدول ۳۹- علائم آنتی‌کولینرژیک ۱۵۹

- جدول ۴۰- نمونه‌هایی از داروهای دارای اثر آنتی‌کولینرژیک ۱۵۹
- جدول ۴۱- شیوه افزایش دوز لاموتریژین (میلی‌گرم در روز) در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ۱۶۱
- جدول ۴۲- اندیکاسیون‌های تجویز تشنج‌درمانی (ECT) ۱۶۵
- جدول ۴۳- برخی از باورهای نادرست رایج در مورد تشنج‌درمانی (ECT) ۱۶۶
- جدول ۴۴- مراحل اجرای تشنج‌درمانی (ECT) ۱۶۷

شکل کامل کوتاه‌نوشت‌ها

ACEI	acetylcholinesterase inhibitor	LSD	lysergic acid diethylamide
ACEI	angiotensin converting enzyme inhibitor	MAOI	monoamine oxidase inhibitor
		MDD	major depressive disorder
ALT	alanine transaminase	MDE	major depressive episode
ASD	acute stress disorder	m-ECT	maintenance-ECT
AST	aspartate transaminase	meq	milliequivalent
BD	bipolar disorder	mg	milligram
BDZ	benzodiazepine	MI	myocardial infarction
BGQ	brief grief questionnaire	ml	milliliter
BID	bipolar disorder type I	MMSE	mini mental state examination
		MRI	magnetic resonance imaging
BIID	bipolar disorder type II	MSE	mental status examination
BP	blood pressure	MSPS	modified sad persons score
BPD	borderline personality disorder	NMS	neuroleptic malignant syndrome
CBC	complete blood count	NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drugs
CCU	cardiac care unit	OCD	obsessive-compulsive disorder
c-ECT	continuation-ECT	PCBD	persistent complex bereavement disorder
CG	complicated grief	PDD	premenstrual dysphoric disorder
CGT	complicated grief therapy	PI	present illness
CNS	central nervous system	PMH	past medical history
CPK	creatine phosphokinase	PO	per os [= oral administration]
CVA	cerebrovascular accident	PPH	past psychiatric history
CXR	chest X ray	PR	pulse rate
DIC	disseminated intravascular coagulation	PRN	pro re nata [= as the circumstance arises]
		PT	prothrombin time
dl	deciliter	PTSD	posttraumatic stress disorder
DPA	dopamine partial agonist		

DSM-5	fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders	PTT	partial thromboplastin time
		QT	QT interval (on ECG)
DTD	dysthymic disorder	QTc	corrected QT interval (on ECG)
ECG	electrocardiography	RIMA	reversible inhibitor of MAOA
ECT	electroconvulsive therapy	RUL	right unilateral
FDA	food and drug administration	SDA	serotonin dopamine antagonist
FGA	first generation antipsychotic	SGA	second generation antipsychotic
FUO	fever of unknown origin	SJS	Stevens-Johnson syndrome
GAD	generalized anxiety disorder	SNRI	serotonin norepinephrine reuptake inhibitor
HIV	human immunodeficiency virus	SSRI	selective serotonin reuptake inhibitor
ICD	international classification of diseases	T	temperature
ICU	intensive care unit	TCA	tri/tetra-cyclic antidepressant
IV	intravenous	TEN	toxic epidermal necrolysis
l	liter	VLF	venlafaxine
kg	kilogram		

پیش‌گفتار

پس از انتشار کتاب «آموزش روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی» و ارزیابی بازخوردهای اولیه، بر آن شدیم تا این شیوه نگارش را ادامه دهیم. کتاب یادشده همان‌گونه که در مقدمه آن آمد، پیامدی از استقبال دانشجویان پزشکی از شنیدن نمونه‌های بالینی در کلاس‌های درس روان‌پزشکی بود. آن کتاب سعی داشت با ویژگی‌هایی خود را از سایر کتاب‌های آموزشی متمایز کند: (۱) تأکید بر تشخیص و درمان، (۲) تقدم ذکر مثال بالینی بر شرح بیماری، (۳) رعایت اختصار. این ویژگی‌ها در کتاب حاضر نیز تا حدی نمود یافته است.

تأکید بر «تشخیص و درمان» و صرف‌نظر کردن از شرح مفصل سایر جنبه‌های هر بیماری در کتاب یاد شده، پیش از هر چیز با هدف آشناکردن دانشجویان پزشکی در دوره چرخشی یک‌ماهه روان‌پزشکی با جنبه‌های بالینی بیماری‌ها و ارائه منبعی مکمل بر کتاب‌های مفصل مرجع موجود بود. این دوره یک‌ماهه با در نظر گرفتن روزهای تعطیل، مناسبت‌های تغییردهنده برنامه روتین و دسترسی متغیر به اساتید، حتی اگر کیفیت آموزش رضایت‌بخش باشد و وقت کافی در همین دوره کوتاه به آن اختصاص یابد، ممکن است دوره‌ای قابل قبول برای تربیت پزشکانی آگاه و صاحب صلاحیت مدیریت بیماران روان‌پزشکی نباشد. اختصاص برنامه‌های آموزشی سنگین و پر حجم در این مدت کوتاه و ارائه منابع مفصل که یادگیری آنها نیازمند زمانی بسیار و خارج از توان دانشجویان است و در عین حال، عدم اولویت‌بندی مطالب آموزشی برای یادگیری آنها (به عبارتی اغلب، مطالب ضروری و برخی از موضوعات کم‌اهمیت‌تر همه با یک اولویت ارائه می‌شوند) کارایی آموزش در دوره‌های کوتاه بالینی را کم می‌کند. آموزش جداگانه «تشخیص و درمان»، بخشیدن اولییتی به این دو بخش است که به‌ویژه در انتهای دوره کارورزی از دانشجویان انتظار می‌رود دست‌کم تسلطی نسبی به آن بیابند. ویژگی کتاب حاضر در رعایت اختصار را نیز می‌توان به عنوان گامی در راستای اولویت‌بندی مطالب و در نتیجه، افزایش کارایی مطالب آموزشی در یک دوره آموزشی کوتاه‌مدت لحاظ نمود.

تقدم ذکر مثال بالینی بر شرح بیماری به آن دلیل در نظر گرفته شد که شیوه مرسوم

آموزش که عمدتاً به شرح بیماری می‌پردازد، اغلب با دشواری در درک فضای واقعی کار روان‌پزشکی همراه بوده و اصل مطلب آنچنان ملموس نیست.

البته لازم به ذکر است که کتاب «اورژانس روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی» در مرحله نخست، آموزش دانشجویان پزشکی را هدف قرار نداده است. نگارندگان بر این باورند که این کتاب، هرچند برای دانشجویان پزشکی، پزشکان عمومی و روان‌شناسان بالینی قابل استفاده است، نخست به کار دستیاران روان‌پزشکی و روان‌پزشکان می‌آید. باید یادآور شد که این کتاب به هیچ عنوان برای پزشک یا روان‌شناسی که می‌خواهد نسبت به جنبه‌های گوناگون هر یک از اختلالات روان‌پزشکی آگاهی کاملی پیدا کند، کافی نخواهد بود. این کتاب را باید مکمل و نه جایگزین کتب مرجع دانست. البته مطالب کتاب حاضر فراتر از کلیات مندرج در کتاب «آموزش روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی» است و اطلاعات بیشتری در مورد تشخیص و درمان اختلالات روان‌پزشکی در اختیار خواننده می‌گذارد. در واقع می‌توان مطالعه «آموزش روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی» را پیش‌نیاز کتاب حاضر دانست.

صفحه‌ای از کتاب به ذکر شکل کامل کوتاه‌نوشت‌ها اختصاص یافته و در برخورد با هر مورد کوتاه‌نوشت در متن کتاب، می‌توان به این صفحه مراجعه کرد. تعداد نسبتاً زیاد جداول کتاب با هدف جمع‌بندی مطالب و تسهیل یادگیری در نظر گرفته شده و برای سادگی در دسترسی به هر جدول، فهرستی جداگانه برای نمایش عنوان آنها تهیه شده است. در انتهای کتاب، بخشی به نام «واژه‌نامه» وجود دارد که معادل انگلیسی واژه‌های تخصصی یا فرنگی متن کتاب را به ترتیب الفبای فارسی نشان می‌دهد. یادآوری این نکته نیز ضروری است که مطالب این کتاب عموماً در مورد بیماران بزرگسال صادق است؛ مگر آنکه ارتباط موضوع با کودکان، نوجوانان یا سالمندان به طور خاص قید شده باشد.

در پایان، از همکار عزیز و دانشمندم - جناب آقای دکتر سید وحید شریعت - که باز هم دعوت بنده را برای همکاری در نگارش کتاب پذیرفتند و دلسوزی و همت خود را در این راه به کار گرفتند بسیار سپاسگزارم.

امیر شعبانی، مرداد ۱۳۹۳

تهران، مرکز آموزشی - درمانی روان‌پزشکی ایران

فصل اول

مشکلات شایع دستیاران روان‌پزشکی در دورهٔ چرخشی اورژانس

سید وحید شریعت



بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی ایران، تهران؛ ۱۳۹۳

شاید یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که دستیاران روان‌پزشکی در بخش اورژانس با آن برخورد می‌کنند ناآشنایی با شرایط و مقتضیات این بخش است و اینکه انتظار دارند بخش اورژانس هم همانند سایر بخش‌ها باشد و رفتار و فعالیت خود را مانند آن بخش‌ها تنظیم می‌کنند.

به ترتیب اهمیت، سه نکته زیر باید برای فردی که در اورژانس کار می‌کند مورد توجه باشد:

۱- توجه به احتمال خطر و رعایت موارد ایمنی

۲- توجه به مسایل جسمی

۳- توجه به مسایل روان‌پزشکی

همچنین پس از این سه موضوع، به برخی نکات مهم دیگری که نیاز به توجه خاص در بخش اورژانس دارد، مانند یادداشت‌نویسی و رویارویی با همراهان بیماران، اشاره خواهد شد.

نمونه ۱:

دستیار کشیک را برای مصاحبه با بیماری که توسط همراهان به اورژانس آورده شده فرامی‌خوانند. او پیش از مصاحبه با بیمار، از همراهان او کسب اطلاع می‌کند و به او گفته می‌شود که پس از مصرف مواد پرخاشگر و با دیگران درگیر شده است. دستیار وارد اتاق مصاحبه می‌شود و بیمار را که در آنجا با بی‌قراری در حال قدم‌زدن است، دعوت به نشستن می‌کند. بیمار با دیدن پزشک با فریاد به او می‌گوید «چرا من را اینجا نگه داشتید؟ اگه فوراً نذارید از اینجا برم بیچاره تون می‌کنم». دستیار در حالی که فاصله خود را از بیمار حفظ می‌کند و نزدیک در ایستاده است، از او می‌خواهد که آرام باشد و بنشیند تا بتواند با هم صحبت کنند و ببینند برای رفع مشکل چه می‌توان کرد. بیمار در حالی که با فریاد می‌گوید «من با تو حرفی ندارم، خیال کردی من دیوونم که بخوام با تو حرف بزنم؟»، به سمت پزشک حرکت می‌کند و با حرکت دست با تهدید به او می‌گوید «این آخرین باره که با زبون خوش بهت می‌گم. بذار من از اینجا برم». دستیار: «خواهش می‌کنم اجازه بدین با هم صحبت کنیم تا بفهمیم مشکل چی بوده. تا زمانی که تکلیف این موضوع روشن نشده باشه شما متأسفانه نمی‌تونید بیمارستان رو ترک کنید». در این لحظه بیمار دستش را در جیب

می‌کند، چاقویی را بیرون می‌آورد و به سمت پزشک حمله‌ور می‌شود. پزشک با دیدن خروج چاقو از جیب بیمار بی‌درنگ اتاق را ترک و از نگهبانان درخواست کمک می‌کند.

توضیح نمونهٔ ۱:

اقدام پزشک در کسب اطلاعات از همراهان پیش از ورود به اتاق اقدام مناسبی بود. همیشه باید قبل از ملاقات با بیمار اورژانس بیشترین اطلاعات ممکن را دربارهٔ او به‌دست آورد. اینکه با دیدن بی‌قراری بیمار، پزشک نزدیک به در خروجی می‌ایستد و تلاش در آرام‌کردن بیمار می‌کند نیز شیوهٔ درستی است. در واقع در این مرحله پزشک هنوز نمی‌داند که بیمار قابل مصاحبه هست یا نه. او برای پیش‌گیری از بروز درگیری لازم است به در خروجی دسترسی داشته باشد و از طرفی به بیمار نزدیک نمی‌شود تا او احساس تهدید شدن نکند و بیش از این تحریک نشود.

با مشاهدهٔ پرخاشگری فعال بیمار (و در نظر داشتن این احتمال که او ممکن است تحت تأثیر مواد باشد)، بهتر بود پزشک در این لحظه از نیروهای کمکی هم درخواست می‌کرد که آماده باشند و بیرون در یا در کنار او قرار گیرند تا در صورت لزوم مداخله نمایند. ادامه مصاحبه با بیماری که پرخاشگری رو به افزایش دارد و مصاحبه‌گر را تهدید می‌کند جایز نیست. در نمونهٔ ۱، اصرار به ادامه مصاحبه و به خصوص چالش با بیمار با گفتن جمله «تا زمانی که تکلیف این موضوع روشن نشده باشه شما متأسفانه نمی‌تونید بیمارستان رو ترک کنید»، تحریک‌کننده و نادرست بود و باعث افزایش پرخاشگری بیمار شد؛ گرچه فرار به موقع پزشک جان او را نجات داد.

باید توجه داشت که بزرگ‌ترین خطا در این مورد، «عدم واریسی بدنی بیمار پیش از مصاحبه» بود. همهٔ بیمارانی که به اورژانس مراجعه می‌کنند باید قبل از ویزیت به وسیلهٔ نیروی نگهبانی از نظر وجود هرگونه اسلحه بازبینی شوند. رعایت نکردن این مورد می‌تواند خطرات جبران‌ناپذیری را برای مصاحبه‌کنندگان به دنبال داشته باشد. به همین دلیل است که در اورژانس، «رعایت موارد ایمنی» همواره اولویت اول است.

نکتهٔ دیگری که عدم توجه به آن می‌تواند دردسر آفرین شود، در نظر نگرفتن بار و فشار کار در بخش اورژانس است. به طور معمول میزان کار در بخش اورژانس هم سنگ سایر بخش‌ها نیست؛ برای مثال، ممکن است لازم باشد که در یک روز چند

بیمار جدید ویزیت و معاینه شوند و دربارهٔ آنها تصمیم‌گیری‌های تشخیصی و درمانی شود. به همین دلیل باید بیاموزیم که در بخش اورژانس «اولویت‌بندی» (تریاز) وظایف، از مهم‌ترین اقدامات پزشک مسئول است و همواره باید رعایت شود. این اولویت‌بندی باید هم در انتخاب بیماران برای ویزیت و هم در اختصاص وقت به جنبه‌های مختلف هریک از بیماران لحاظ شود.

نمونهٔ ۲:

دستیار روان‌پزشکی صبح به اورژانس می‌آید و پرستار به او می‌گوید سه بیمار جدید دارد. دستیار دربارهٔ وضعیت این سه بیمار سؤال می‌کند و پرستار می‌گوید یکی از آنها نسبتاً بدحال و تحریکاتی است و با برحرفی‌هایش برای بخش مشکل درست کرده، ولی دو بیمار دیگر آرام هستند. دستیار ویزیت را با دیدن بیمار مورد اشاره آغاز می‌کند و شرح حال کاملی از وضعیت فعلی و سابقهٔ روان‌پزشکی و فردی او می‌گیرد. سپس با خانوادهٔ او هم دیدار می‌کند، دربارهٔ بیماری از آنها پرسش می‌کند، به نگرانی‌های آنها پاسخ می‌دهد و آموزش‌های کلی در مورد بیماری و نحوهٔ برخورد با آن به خانواده می‌دهد. پس از آن، بیمار دوم را ویزیت می‌کند و هنگامی که در پایان وقت ویزیت، نوبت به بیمار سوم می‌رسد متوجه می‌شود که بیمار کاملاً ساکت (mute) و دچار سفتی عضلانی (rigidity) است و تب دارد.

توضیح نمونهٔ ۲:

در این مورد دستیار بدون دیدن بیماران و آگاهی از وضعیت آنها و تنها بر اساس گزارش پرستار اقدام به اولویت‌بندی در ویزیت بیماران کرد. این باعث شد بیماری که بیشترین نیاز را به رسیدگی فوری و آغاز سریع ارزیابی و درمان داشته، به آخر وقت موکول و دچار تبعات احتمالی تأخیر درمان شود. ممکن است گاهی برای برخی از افراد کادر درمان اورژانس، عواملی مانند پرخاشگری و نداشتن همکاری در اجرای قوانین بخش که «عینی و آشکار» هستند، نقش مهم‌تری در تعیین اورژانسی بودن شرایط بیمار ایفا کند. این در حالی است که برای پزشک وضعیت سلامت جسمی بیمار اولویت بیشتری دارد و پس از امنیت کادر درمانی از خطرات احتمالی، در اولویت دوم است. بنابراین او باید در اولین فرصت، بیماران را از نظر علل جسمی بالقوه خطرناک

و تهدیدکنندهٔ زندگی ارزیابی نماید و در صورتی که از نظر طبی در وضعیت پایداری باشند، بر اساس اولویت روان‌پزشکی به ویزیت آنها بپردازد.

نکتهٔ مهم دیگر در نمونهٔ ۲ این است که دستیار در ویزیت‌های خود می‌توانست به شکلی خلاصه‌تر تاریخچهٔ بیماری فعلی و گذشته و نیز مصرف مواد و داروهای بیمار را ارزیابی و از مواردی مانند سابقهٔ فردی و خانوادگی سریع‌تر عبور کند. به این روش، او می‌توانست با جمع بندی این اطلاعات و آنچه از معاینهٔ وضعیت روانی بیمار به دست می‌آورد، فهرستی از تشخیص‌های افتراقی را در نظر بگیرد و بر این اساس تصمیم درستی را برای کنترل وضعیت اورژانسی بیمار اتخاذ کند. توجه به این موضوع مهم است که برای درمان وضعیت اورژانس، داشتن «تشخیص قطعی» ضرورت ندارد. اخذ شرح حال کامل‌تر و تشخیص دقیق‌تر و همچنین اقداماتی چون آموزش خانواده را می‌توان به زمانی دیگر از روز یا حتی روز بعد موکول کرد.

نمونهٔ ۳:

مرد ۴۵ ساله‌ای با علائم اضطراب شدید، تهوع، تنگی نفس و احساس خفگی به اورژانس بیمارستان روان‌پزشکی آورده می‌شود. دستیار کشیک با شک به حملهٔ پانیک به بیمار یک میلی‌گرم آلپرازولام خوراکی می‌دهد و توصیه می‌کند که چند دقیقه در اتاق قدم بزند و استراحت کند. پس از چند دقیقه شدت اضطراب بیمار کاهش می‌یابد ولی تعریق دارد و در قفسهٔ سینه احساس سنگینی می‌کند. سپس استفراغ می‌کند و بی‌حال روی زمین می‌افتد.

توضیح نمونهٔ ۳:

بیمار با علائم یک حملهٔ حاد اضطرابی مراجعه کرد. اشتباه پزشک این بود که پیش از بررسی علل طبی احتمالی ایجادکنندهٔ این حالت، تشخیص حملهٔ پانیک را مطرح و به درمان آن اقدام کرد. این غفلت در مواردی می‌تواند عوارض غیرقابل جبرانی داشته باشد.

نمونه ۴:

مرد ۳۵ ساله‌ای با سابقه اختلال دوقطبی نوع یک با عود دوره افسردگی شدید و با علائم افکار خودکشی، بی‌حرکی و غذا نخوردن در اورژانس بستری می‌شود. بیمار در روز سوم تب می‌کند و پزشک در معاینه متوجه زخم بستری در ناحیه ساکروم می‌شود. درمان با آنتی‌بیوتیک و مراقبت از زخم آغاز می‌شود. یک هفته بعد با توجه به برطرف شدن افکار خودکشی و ادامه مشکلات طبی، بیمار با درمان دارویی از اورژانس مرخص می‌شود. سه روز پس از آن، بیمار اقدام به خودکشی می‌کند. خانواده به‌علت این اقدام بیمار، از پزشک شکایت می‌کند. در بررسی پرونده، توضیح کافی درباره میزان بهبودی، برطرف شدن افکار خودکشی و زخم بستر بیمار داده نشده است.

توضیح نمونه ۴:

اولین کوتاهی صورت‌گرفته در مورد این بیمار این است که در روز اول بستری معاینه دقیقی نشده است. نکته دیگری که در پیگیری قانونی به ضرر پزشک است، ناقص بودن یادداشت‌های روزانه و عدم توجه به تغییراتی است که در روزهای بستری داشته است. بدین ترتیب به نظر می‌رسد که مراقبت کافی از بیمار و رسیدگی به نیازهای او به‌عمل نیامده است. حتی اگر بهترین درمان و خدمات هم به بیمار ارائه شده باشد، در صورتی که داده‌ها به شکل درست و کاملی در پرونده ثبت نشود، پزشک دچار دردسر خواهد شد. بنابراین ثبت دقیق وضعیت بیمار و اقدامات انجام‌شده در پرونده، نکته‌ای بسیار مهم و ضروری است (برای مطالعه بیشتر به فصل «مدیریت افکار خودکشی» و جدول ۲۰ نگاه کنید).

نمونه ۵:

خانواده بیمار در ملاقات با پزشک اورژانس از او درخواست می‌کند در صورتی که ممکن است بیمار را ترخیص کند تا ادامه درمان در منزل انجام شود. با توجه به اینکه بیمار هنوز بدحال است، پزشک علت این درخواست را از خانواده جویا می‌شود. خانواده علت را اصرار بیمار و فشار شدیدی عنوان می‌کند که او به آنها وارد کرده است. به‌علاوه در ادامه صحبت مشخص

می‌شود که خانواده نگران آن است که بیمار در اثر فشارهای وارده در طول مدت بستری و در همراهی با «بیماران بدحال» حالش بدتر شود و یا در اثر هم‌جواری با بیمارانی که مواد مصرف می‌کنند، معتاد شود.

توضیح نمونهٔ ۵:

روبه‌رو شدن با چنین پدیده‌ای در اورژانس روان‌پزشکی بسیار شایع است. بسیاری از بیمارانی که به صورت اجباری در بخش اورژانس بستری می‌شوند، به‌طور مکرر از خانواده می‌خواهند که آنها را ترخیص کنند. گاه در این گفتمان بیمار از تهدید یا ترساندن هم استفاده می‌کند؛ برای مثال به خانواده می‌گوید که من اینجا حالم بدتر می‌شود، معتاد می‌شوم، بیایم بیرون تلافی می‌کنم یا حرف‌هایی از این دست. برخی از خانواده‌ها ممکن است خود نیز چنین نگرانی‌هایی داشته باشند و به این دلیل تصمیم به ترخیص بیمار بگیرند. در این موارد لازم است که پزشک بدون انجام بررسی‌های لازم، درخواست خانواده را برای ترخیص اجابت نکند، بلکه ابتدا دلایل احتمالی آن را ارزیابی کند و توضیحات لازم را برای رفع نگرانی‌های خانواده و همچنین خطرات احتمالی پس از «ترخیص با رضایت شخصی» را به خانواده ارایه کند تا آنها بتوانند بر اساس همهٔ داده‌ها و نه تنها بر اساس یک هیجان تصمیم بگیرند.

نمونهٔ ۶:

نزدیک به پایان شیفت کاری، پرستار به پزشک اطلاع می‌دهد که بیماری تحریکاتی شده و نیاز به ویزیت دارد. پزشک هم که برای رفتن آماده شده، از پرستار می‌خواهد بیمار را به مدت ۱۰ دقیقه مهار فیزیکی (فیکس) و به او آمپول هالوپریدول تزریق کند. پزشک شیفت بعدی که چند دقیقه زودتر به بخش آمده ابراز تمایل می‌کند که بیمار را ببیند. در ویزیت مشخص می‌شود که بیمار گرسنه است و از اینکه به او و نیازهایش در بخش توجه نمی‌شود عصبانی است. او پس از شنیده‌شدن نگرانی‌هایش، همدلی پزشک و فراهم‌کردن مقداری خوراکی، به‌سرعت آرام می‌شود.

توضیح نمونه ۶:

اولین نکته‌ای که در مورد این نمونه می‌توان گفت، اشتباه پزشک اول در دستور تجویز دارو و مهار بیمار بدون ویزیت او و بی‌توجهی به علل احتمالی پرخاشگری است. همان‌طور که در این نمونه مشاهده می‌شود، در بسیاری از موارد می‌توان با انجام اقدامات آرامنده یا تنش‌زدا (فصل مدیریت پرخاشگری و بی‌قراری) بیمار را آرام کرد و نیازی به تجویز داروی تزریقی و مهار بیمار وجود ندارد. به‌علاوه در صورت نیاز قطعی به مداخله دارویی، همواره باید قبل از تجویز داروی تزریقی به بیمار پیشنهاد کرد که داروی خوراکی را بپذیرد (جدول ۱).

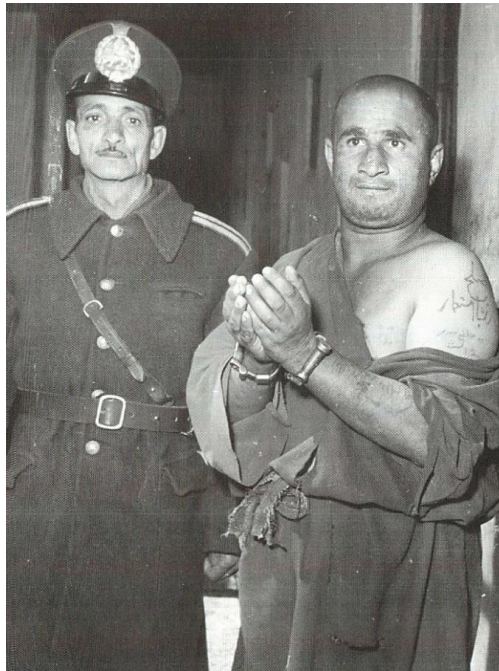
جدول ۱- اشتباه‌های شایع پزشک اورژانس

۱	عدم توجه کافی به موارد ایمنی در ویزیت بیماران
۲	در نظر نگرفتن اولویت انتخاب بیمار و به تأخیرافتادن ویزیت بیمار بدحال جسمی
۳	عدم توجه کافی به معاینه فیزیکی و بررسی عوامل طبی
۴	استفاده از داروی تزریقی برای کنترل پرخاشگری و گاه حتی بی‌قراری همه بیماران به‌جای به‌کارگیری داروهای خوراکی و اقدامات غیردارویی آرامنده
۵	تمایل به اخذ شرح حال کامل و رسیدن به تشخیص قطعی قبل از آغاز درمان
۶	شروع رژیم دارویی با دوزی از داروی تزریقی بدون در نظر گرفتن نیاز واقعی بیمار
۷	دادن دستور مهار فیزیکی بدون ویزیت بیمار
۸	ترخیص بیمار با رضایت شخصی بدون ارزیابی علل احتمالی این تصمیم و تلاش‌نکردن برای انصراف خانواده از این تصمیم

فصل دوم

استانداردهای بخش اورژانس روان پزشکی

سید وحید شریعت



وضعیت نگهداری بیماران روانپزشکی در ایران قدیم؛ از طرف جناب آقای دکتر مهدی نصر اصفهانی

نمونه‌هایی برای استانداردهای فضای فیزیکی

نمونه ۷:

برستار هنگام سرکشی به بخش ناگهان متوجه می‌شود که بیماری خود را با ملحفه از لوله آب گرمی که از سقف اتاق می‌گذرد، حلق‌آویز کرده است. بی‌درنگ همکار خود را برای کمک خبر می‌کند.

توضیح نمونه ۷:

این نمونه نشان‌دهنده مشکلاتی است که با رعایت نکردن نکات لازم در طراحی فیزیکی بخش‌ها ممکن است رخ دهد. از مهم‌ترین نکاتی که باید در بخش اورژانس روان‌پزشکی در نظر گرفته شود، نبودن مکانی است که بیمار بتواند خود را از آن آویزان کند. در متن استانداردهای بخش روان‌پزشکی اورژانس چنین آمده است: «از تعبیه هرگونه زائده، میله، نبشی، لوله و هر وسیله دیگری که بیمار بتواند خود را از آن آویزان نماید خودداری شود».

نمونه ۸:

بیمار افسرده‌ای که به دلیل تمایل به خودکشی بستری شده بود، پس از ساعت ملاقات با کمک نخی که جعبه شیرینی را با آن می‌بندند خود را در حالت نشسته از دستگیره در اتاق آویزان کرد و درگذشت.

توضیح نمونه ۸:

این نمونه دو نکته بسیار مهم را به ما گوشزد می‌کند. یکی اینکه برای دارزدن لازم نیست تکیه‌گاه فاصله زیادی از زمین داشته باشد. حتی مواردی دیده شده که خود را در وضعیت خوابیده حلق‌آویز کرده‌اند. بنابراین حتی تکیه‌گاه‌هایی مانند دستگیره در و پنجره، میله‌های تخت و شیر آب باید مورد توجه باشد. نکته دیگر دقت به وسایلی است که همراهان و ملاقات‌کنندگان با خود به بخش می‌آورند؛ چرا که می‌تواند خطرناک باشد.