



مرکز آموزش درماتیک نسیب معظری



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران

## اورژانس های رفتاری

تهیه کننده : واحد آموزش دفتر پرستاری

## اورژانس های رفتاری

رفتار فعالیت و اعمال قابل مشاهده فرد است . اورژانس رفتاری، موقعیتی است که در آن رفتار بیمار به صورت غیرعادی، عجیب و غریب، تهدیدکننده، یا خطرناک در می آید، و به بیمار یا فرد دیگری از قبیل عضوی از خانواده یا یکی از اطرافیان اعلام خطر می کند و نیاز به مداخله پسمنل امداد اورژانس دارد.

توجه داشته باشید که تعریف اورژانس رفتاری از لغت غیرطبیعی استفاده نمی کند . افتراق بین طبیعی و غیرطبیعی موضوع گسترده ای است . زیبایی بودن، بر اساس فرهنگ، گروه اخلاقی، طبقه بندی اجتماعی- اقتصادی انتخاب و تفسیر فردی فرق می کند. آنچه که به نظر فردی طبیعی است، نظر فرد دیگری ممکن است بسیار غیرطبیعی باشد. هرچند، در کل، رفتار طبیعی را می توان به صورت رفتاری تعریف کرد که به اسانی در جامعه پذیرفته می شود.

## موارد اختلال رفتاری یا روانی شامل فعالیت هایی هستند که:

- با اعمال اصلی حیات (خوردن، خوابیدن، توانایی حفظ سرپناه، روابط جنسی یا بین فردی ) تداخل داشته باشد.
- ادامه حیات یا خوب بودن حال بیمار یا سایرین را تهدید کند.
- از انتظارات جامعه یا موارد عرف در جامعه خیلی دور است.

## پاتوفیزیولوژی اختلالات رفتاری

کارشناسان برآورد می کنند که تا 20٪ از جمعیت، دچار بعضی از انواع مشکلات روانی هستند و از هر هفت نفر، یک نفر واقعاً نیاز به درمان اختلالات اصلی دارد. این مشکلات، ممکن است شدیداً ناتوان کننده و نیاز به بستری داشته باشد، یا ممکن است بیمار بدون بروز علایم خارجی، آنها را کاملاً تحمل کند . یک تصور غلط این است که همه افراد دچار بیماری های روانی، رفتار عجیب یا غیرعادی نشان می دهند . درصد کمی از بیماران دچار اختلالات روانی، که علناً رفتارهای عجیب نشان می دهند، عامل این تصور غلط در میان مردم

هستند. در حقیقت، اغلب بیماران دچار اختلالاتی از قبیل اضطراب، افسردگی، اختلالات مربوط به خوردن، یا اختلالات شخصیتی خفیف، در انجام فعالیت های روزانه عملکرد طبیعی دارند، و در جامعه مورد توجه قرار نمی گیرند. با این وجود، اختلالات رفتاری و روانی بیشتر از ترکیب همه مشکلات دیگر مربوط به سلامتی، افراد جامعه را ناتوان می کند. اغلب بیماران دچار بیماری های روانی در مراکزی از قبیل مراکز مشاوره و روانبخشی تحت درمان سرپایی قرار می گیرند. فقط کسانی که دچار بیماری های روانی شدید باشند، در بیمارستان بستری می شوند. به این دلیل، پرسنل EMS، بیشتر از قبل برای بیماران دچار مشکلات رفتاری، به صحنه فراخوانده می شوند. دلیل متداول مداخله EMS در بیماری روانی، عدم مصرف داروهای روان پزشکی توسط بیمار است. وقتی که بیماران دچار مشکلات روانی، از قبیل اسکیزوفرنی، شروع به بدتر شدن می کنند و رفتار عجیب نشان می دهند، احتمالاً رژیم دارویی خود را رعایت نکرده اند. تصور غلط شایع دیگر این است، که همه بیماران روانی وضعیت ناپایدار دارند و خطرناک هستند و بیماری آنها قابل علاج نیست. این موضوع حقیقت ندارد. تحقیقات انجام شده در روان پزشکی، همانند سایر حوزه های مربوط به پزشکی، قدم های مثبت زیادی را در شناسایی علت ها و درمان های بسیاری از بیماری های روانی صورت داده است. ابتلاء به یک اختلال روانی دلیل خجالت کشیدن با تأسف نیست، اگرچه جامعه اغلب، این بیماران را لکه ننگ می داند. دلایل کلی اورژانس های رفتاری، دلایل بیولوژیکی (یا ارگانیک)، روانی- اجتماعی، و فرهنگی- اجتماعی هستند. هر کدام از این دلایل ممکن، باید به سوالات شما در طی مصاحبه با بیمار جهت بدهند. هر چند، به خاطر داشته باشید، که وضعیت بیمار می تواند بیشتر از یک فرآیند آسیب شناختی دلیل داشته باشد.

#### نکته:

اغلب بیماران دچار اختلالاتی از قبیل اضطراب، افسردگی، اختلالات مربوط به خوردن، و اختلالات شخصیتی خفیف، که اعمال روزانه خود را به طور عادی انجام می دهند، در جامعه مورد توجه قرار نمی گیرند

## دلایل بیولوژیکی

برای سال های متمادی، در هنگام شرح انواع خاص مشکلات روانی مه بیشتر دلایل جسمانی دارند، تا دلایل کاملاً روانی، از واژه های بیولوژیکی و ارگانیک، بجای هم استفاده شده است . این نوع مشکلات، ناشی از فرآیند بیماری هایی از قبیل عفونت ها و تومورها یا تغییرات ساختاری در مغز از قبیل اثرات ایجاد شده توسط سوء مصرف الکل یا داروها (به صورت تجویز شده و بدون تجویز خریداری شده) هستند. هرچند، می توان استدلال کرد که حتی بیماری های روانی خالص از مغز منشأ می گیرند، و به این دلیل بسیاری از دلایل، از نوع ارگانیک هستند. در واقع، بسیاری از بیماری های روانی از تغییرات شیمیایی در مغز منشأ می گیرند.

در اورژانس های رفتاری، غالباً شرایط بیولوژیکی دخیل هستند . هرگز فرض نکنید که بیمار دچار وضعیت روانی یا دارای رفتار غیر عادی، مبتلا به وضعیت یا بیماری روانی خالص است، مگر اینکه کاملاً بیماری های داخلی و سوء مصرف مواد را رد کنید.

## آسیب شناختی:

اگرچه ممکن است به بیماری برخورد کنید که دچار نوعی مشکل روانی واقعی است، به خاطر داشتن این موضوع اهمیت دارد، که مصرف الکل و مواد باعث میزان قابل توجهی مشکلات رفتاری غیرعادی و خشن می شوند. هرگاه با بیماری مواجه شدید که رفتار تهاجمی دارد یا دچار سایکوز حاد است، در ابتدا سعی کنید، علت داخلی یا سمی برای رفتار او پیدا کند. بسیاری از بیماری های داخلی، از قبیل دیابت قندی، می توانند باعث تغییرات رفتاری شوند . علاوه بر این، بسیاری از داروها و موادی که به منظور تفریح از آنها استفاده می شود، می توانند باعث رفتاری مشابه بیماری روانی شوند. همراه، امکان مصرف الکل و مواد را در اورژانس های رفتاری در نظر داشته باشید.

## دلایل روانی - اجتماعی

اختلالات روانی- اجتماعی (شخصیتی) مربوط به سبک شخصیت فرد، پویایی عقده های رفع نشده، یا روش های مقابله با بحران هستند. این اختلالات به سوء مصرف مواد بیماری های داخلی منسوب نیستند.

محیط، نقش زیادی در رشد روانی- اجتماعی فرد دارد. حوادث ترومایی دوران کودکی می توانند سراسر زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهند. والدین یا افراد دیگری که صاحب اختیار کودک هستند، می توانند تأثیر زیادی در روی رشد کودک داشته باشند. خانواده های بدون عملکرد، والدینی که کودک آزار هستند، سو مصرف الکل و مواد توسط والدین، یا غفلت و بی توجهی به کودک می توانند باعث مشکلات رفتاری از دوران کودکی تا دوران بزرگسالی شوند. چنین شرایطی، علاوه بر استعداد ژنتیکی و وضعیت شیمیایی مغز، یا در ترکیب با آنها، اساس وضعیت های روانی- اجتماعی را تشکیل می دهند.

### دلایل اجتماعی - فرهنگی

دلایل اجتماعی- فرهنگی (موقعیتی) اختلالات رفتاری مربوط به فعالیت ها و کنش های بیمار در جامعه و عواملی از قبیل وضعیت اجتماعی- اقتصادی، عادات اجتماعی، مهارت های اجتماعی، و ارزش ها می باشد. این مشکلات، معمولاً به حوادثی نسبت داده می شوند که فضای اجتماعی بیمار (روابط، سیستم های حمایتی)، جدایی و انزوای اجتماعی را تغییر می دهند، یا از جهات دیگر روی اجتماعی شدن تأثیر دارند. بعضی از رویدادها در زندگی کودکان و بزرگسالان که می توان ند باعث تغییر روانی شدید و عمیقی شوند، تجاوز، مورد ضرب و شتم قرار گرفتن، شاهد قتل فرد دیگری بودن، مرگ یک فرد بسیار عزیز، و شرکت در حال تهاجمی از قبیل جنگ و شورش هستند حوادثی که در طی زمان رخ می دهند، نیز می توانند روی فرد تأثیر بگذارند. این حوادث، شامل از دست دادن شغل، مشکلات اقتصادی از قبیل فقر، یا تحت تبعیض و پیشداوری منفی مداوم قرار داشتن هستند. گاهی اوقات، انجام کارهایی که با هنجارهای جامعه منافات دارد، به راحتی می تواند منجر به استرس و تغییرات روانی شود.

## نکته:

هرگز فرض نکنید، بیماری که دچار تغییر وضعیت روانی است یا رفتار غیرعادی دارد، دچار بیماری روانی خلص است، مگر اینکه کاملاً بیماری های داخلی و سو مصرف مواد را در فرد رد کنید

## توجه:

علت های کلی اورژانس های رفتاری عبارتند از:

- بیولوژیکی (ارگانیک)
- روانی- اجتماعی (شخصیتی)
- اجتماعی- فرهنگی (موقعیتی)

## ارزیابی بیماران دچار اورژانس های رفتاری

ارزیابی و مراقبت بیماران دچار اورژانس های رفتاری، مشابه سایر بیماری های داخلی است . ترتیب ارزیابی (ارزیابی صحنه، ارزیابی اولیه، شرح حال و معاینه جسمانی لازم ) بدون تغییر می ماند. بیماری های بالقوه داخلی که علائم اورژانس های رفتاری را تقلید می کنند، نیاز به اجرای یک ارزیابی طبی کامل دارند.

در میان تفاوت های میان ارزیابی و مراقبت شما از بیمار دچار یک بیماری داخلی با فرد دیگری که دچار اورژانس رفتاری است، همانطور که قبلاً عنوان شد، یکی این است که شما واقعاً مراقبت ها را همزمان با ارزیابی و با ادامه گزارش به بیمار شروع می کنید. مهارت های بین فردی برای همه بیماران مهم هستند، اما شاید هرگز بیش تر از فردی که دچار اورژانس رفتاری است، مهم نباشد . به علاوه، شرح حال و معاینه جسمانی لازم برای یک اورژانس رفتاری شامل معاینه وضعیت روانی نیز می باشد

## ارزیابی صحنه

همانند ه مه موارد اعزام دیگر، تعیین ایمنی صحنه، از بیشترین اهمیت برخوردار است . نزدیک شدن به صحنه را با دقت انجام دهید . اگر بیمار دچار اورژانس رفتاری است، که برای توجیه EMS، در حد کافی است، احتمالاً آنقدر کافی است که نیروهای پلیس نیز در صحنه حضور داشته باشند . اغلب بیماران دچار اورژانس ها یا بحران های رفتاری، به شما حمله نخواهند کرد . هرچند، بیمارانی که رفتار غیرعادی دارند، دچار توهم یا هذیان هستند، یا تحت تأثیر ماده ای هستند، ممکن است رفتار تهاجمی نشان دهند . رویکرد به هر بیمار را برای حفاظت خود و پرسنل دیگر از آسیب، با احتیاط انجام دهید.

ارزیابی صحنه شامل مشاهداتی که مربوط به مراقبت از بیمار هستند، نیز می باشد . به دنبال شواهدی از مصرف یا سومصرف مواد، داروهایی که می توانند اشاره به بیماری زمینه ای داشته باشند، و نشانه های خشونت یا از بین بردن اموال و وسایل بگردید. وضعیت کلی محیط را بررسی کنید، و در صورت امکان، بیمار را از دور تحت نظر بگیرید تا هر گونه الگوی رفتاری قابل مشاهده یا رفتار تهاجمی را ببینید به هر بیمار با احتیاط نزدیک شوید تا خود و پرسنل را از آسیب محافظت کنید.

## ارزیابی اولیه

به دلیل اینکه بسیاری از اورژانس های رفتاری، ناشی از بیماری های داخلی هستند، یا با آنها همزمان هستند، شما باید سریعاً مشکوک به اورژانس های منجر به مرگ شوید . همانند هر آسیب یا بیماری دیگری، راه هوایی، تنفس، و گردش خون بیمار را ارزیابی کنید و در صورت نیاز، مد اخله درمانی انجام دهید. تحت نظر گرفتن بیمار را ادامه دهید تا سرنخ هایی از بیماری زمینه ای او بیابید . مراقبت هر گونه رفتار علنی از قبیل وضعیت قرارگیری بدن یا حالت دستان بیمار باشید . به هر گونه پاسخ احساسی از قبیل خشم، ترس، اضطراب، گیجی، یا عصبانیت توجه داشته باشید . در ابتدای ارزیابی، سعی کنید وضعیت ذهنی بیمار را مشخص کنید. وضعیت ذهنی فرد، وضعیت عملکرد مغز است. به ارزیابی وضعیت بیمار در سراسر برخورد با بیمار توسط ارزیابی آگاهی جهت یابی، توانایی های شناختی، عاطفه (که در اختلالات خلق قابل مشاهده است) ادامه دهید.

هرچه سریعتر، صحنه را کنترل کنید. هر فردی که بیمار را دچار بی‌قراری می‌کند یا به درهم و برهم شدن صحنه اضافه می‌کند، را بیرون ببرید. در کل، تعداد محدودی از افراد در اطراف بیمار بمانند، بهتر است برخی اوقات، برای انجام ارزیابی و مراقبت موثر، ممکن است خالی کردن کل اتاق یا خارج کردن بیمار به محلی ساکت ضروری باشد. در نهایت، حالت صورت بیمار را با جزئیات بیشتر مشاهده کنید. برای اجتناب از قاپیده شدن یا مورد حمله واقع شدن توسط بیمار، مراقب نشانه‌های تهاجم حمله باشید.

### شرح حال و معاینه جسمانی لازم

در قسمت اعظم معاینه شما از بیمار دچار اورژانس رفتاری، توسط گفتگو صورت می‌گیرد. به این دلیل، مهارت‌های بین فردی شما بسیار اهمیت دارد. همانگونه که در گذاشتن آنژیوکت با تکنیک ضعیف، احتمال زیادی برای اجتناب از قاپیده شدن یا مورد حمله واقع شدن توسط بیمار، مراقب نشانه‌های تهاجم م و حمله باشید.

### شرح حال و معاینه جسمانی لازم

قسمت اعظم معاینه شما از بیمار دچار اورژانس رفتاری، توسط گفتگو صورت می‌گیرد. به این دلیل، مهارت‌های بین فردی شما بسیار اهمیت دارد. همانگونه که در گذاشتن آنژیوکت با تکنیک ضعیف، احتمال زیادی برای عدم ایجاد یک مسیر وریدی باز وجود دارد، مصاحبه با مهارت‌های بین فردی ضعیف، احتمال زیادی برای عدم دسترسی به اطلاعات مهم دارد. بیمار را از محل بحران بیرون ببرید و موارد قطع مصاحبه را به حداقل برسانید. سوالات و ارزیابی خود را روی شکل فوری متمرکز کنید و طبق این دستورالعمل‌ها عمل کنید:

- گوش کنید. سوالاتی را بپرسید که پاسخ آنها بیشتر از بله یا نه باشد. این کار باعث تشویق بیمار به پاسخ‌های دقیق و در میان گذاشتن اطلاعات مهم می‌شود. به پاسخ سوالات گوش فرا دهید



توجه کنید. هیچ کدام از آنها را نادیده نگیرید. وقتی که نیاز به اطلاعاتی از بیمار دارید، گوش بدهید.

- وقت صرف کنید. با سرعت از پاسخ های بیمار عبور کردن، قطع کردن سخنان او، یا ظاهر عجول داشتن، باعث خواهد شد که او «خاموش شود» و دیگر به سوالات پاسخ ندهد.
- اطمینان خاطر ایجاد کنید با اعتماد به نفس، صادق، و حرفه ای عمل کنید.
- تهدید نکنید از حرکات یا سوالات سریع و ناگهانی اجتناب کنید، زیرا ممکن است بیمار آنها را به عنوان تهدید تعبیر کند. به طور آهسته و مطمئن رویکرد به او را انجام دهید.
- از سکوت نترسید. سکوت می تواند مناسب باشد. بیمار را تشویق به گفتن ماجرای خودش کنید، اما این کار را با زور و خصمانه انجام ندهید.
- خودتان را در سطح بیمار قرار بدهید. ایستادن بالای سر بیمار، است باعث رعب و وحشت در او شود. مگر در مواقعی که عمداً وضعیت اقتدار به خود می گیرید، خم شوید، زانو بزنید، یا نزدیک بیمار بنشینید، در جایی قرار نگیرید، که در مقابل خطر یا حمله بیمار، نتوانید پاسخ مناسبی بدهید.
- فاصله ایمن و مناسب را حفظ کنید. مطمئن ترین راه برای ایجاد رفتار تهاجمی در بیمار دچار اورژانس رفتاری، تجاوز به حریم شخصی او باشد. این ناحیه، حدوداً شعاع 1 متری اطراف فرد است، تجاوز به این حریم، باعث اضطراب در او می شود. هرچند، در صورت مناسب بودن، می توانید با اجازه بیمار شانه او را لمس کنید یا به گونه ای دیگر بیمار را مورد نوازش قرار دهید.
- راحت به نظر برسید. ناراحت نرسید، حتی اگر در درون خود احساس ناراحتی دارید، صحبت کردن با بیمار در مورد خودکشی، ناقص کردن خود، یا سایر بیماری های روانی، مشکل است. هرچند، اگر بیمار ببیند که شما ناراحت هستید، نامتحمل است که شما در مورد رازهایش صحبت کند، آیا انتظار دارید، بیمار دلایل خود را برای است اقدام به خودکشی با شما در میان بگذارد، وقتی که ظاهر خودتان در هنگام گفتن عبارت مربوطه راحت نیست؟ برای کمک، از واژه هایی استفاده کنید که بیمار به کار برده است. اگر بیمار می گوید که می خواسته است "به همه چیز خاتمه دهد شما

نیز با همان شروع کنید. گاهی ارائه کنندگان مراقبت، در به کار بردن لغت خودکشی تردید دارند. زیرا ممکن است باعث القای فکر خودکشی در بیمار شود. هرچند شما در محل هستید تا از بیماری مراقبت کنید که خودشی کرده است، یا در معرض خطر خودکشی است، او قبلاً این افکار را داشته است.

- از بروز قضاوت در ظاهر خود اجتناب کنید. بیماران دچار اورژانس های رفتاری، ممکن است احساسات قوی نسبت به مراقبان خود پیدا کنند بیمار باید باور کند که شما به وضعیت و سعادت او علاقمند هستید. پشتیبان و همدل باشید، و از قضاوت، ترحم، عصبانیت، یا سایر احساساتی که ممکن است به ارتباط شما با بیمار صدمه بزند، اجتناب کنید.
- هرگز به بیمار دروغ نگویید. صداقت، بهترین سیاست است. باورهای غلط یا توهمات یا انحرافات بیمار را به هیچ عنوان تقویت نکنید.

### معاینه وضعیت روانی

به عنوان بخشی از شرح حال و معاینه جسمانی لازم برای اورژانس های رفتاری، از هیچ شکایت جسمانی یا طبی چشم پوشی نکنید. علاوه بر ارزیابی طبی، که به طور کامل در ساسر این برنامه گنجانده شده است، معاینه بیمار دچار اختلالات روانی یا رفتاری توسط شما، باید شامل ارزیابی روانی نیز باشد، که به عنوان معاینه وضعیت روانی (MSE) نیز شناخته می شود. اجزا MSE عبارتند از:

- **ظاهر کلی:** ظاهر بیمار می تواند اطلاعات مهمی را فراهم کند. تهدید کننده، یا حالات صورت را مشاهده کنید. به تون صداف سرعت، حجم و کیفیت توجه کنید
- **جهت یابی:** بیمار می داند چه کسی است و دیگران کیستند؟ به رویدادهای فعلی آگاهی دارد؟ می تواند روی سوالات ساده تمرکز کند و به آنها جواب دهد؟
- **حافظه:** حافظه بیمار در مورد حوادث اخیر و طولانی مدت سالم است؟

- **حالت فرداز نظر هوشیاری و آگاهی ذهنی:** حواس بیمار جمع است؟ توجه می کند؟ سطح آگاهی او در چه حدی است؟
- **فرآیندهای ادراکی:** لگوهای تفکر بیمار منظم است؟ به نظر می رسد بیمار دچار توهم، هذیان، یا فوبیا (ترس غیرمنطقی) است؟
- **خلق و عاطفه:** به نشانه خلق و بیمار توجه کنید . آیا متناسب است؟ احساس غالب او چیست؟ افسردگی، سرخوشی، اضطراب، یا بی قراری، موارد دیگر؟
- **هوش:** تکلم بیمار را ارزیابی کنید . سطح واژگان او در چه حدی است؟ توانایی او برای پروراندن ظاهری تفکر بیمار چیست؟ آیا تفکرات او منطقی و منسجم هستند؟
- **بینش:** آیا بیمار به مشکل خود آگاهی دارد؟ می داند که مشکلی وجود دارد؟ آیا مشکل خود را انکار می کند یا به خاطر آن از دیگران خجالت می کشد؟
- **قضاوت:** بیمار، تصمیم های زندگی خود را بر اساس قضاوت های منطقی و عاقلانه می گیرد؟ رویکرد او به مشکلات، متفکرانه، با دقت، و منطقی است؟
- **تأثیرات حرکتی فعالیت های مغزی یا روانی:** وضعیت قرارگیری بدن بیمار، یا حرکات او غیرعادی است؟ بیماران دچار توهم، ممکن است به آنها واکنش نشان دهند . برای مثال بیماری که باور دارد بدنش از حشرات پوشیده است، ممکن است برای برداشتن "حشرات" از روی پوستش اقدام کند.

## داروهای روان پزشکی

بسیاری از بیماران دچار اختلالات روانی یا رفتاری، تحت مراقبت متخصصان بهداشت روان هستند و ممکن است در حال مصرف داروهای تجویز شده باشند . در طی مصاحبه و گرفتن شرح حال، مشخص کنید آیا بیمار در حال مصرف دارو می باشد، و اگر این طور است، چه داروئی مصرف می کند. استفاده بیمار از چنین داروهایی، می تواند سرنخ هایی از بیماری زمینه ای او به ما بدهد . به علاوه، اگر بیمار داروی تجویز شده را طبق دستور مصرف نمی کند، ممکن است وضعیت او بدتر شود . بعضی از بیماران دچار اسکیزوفرنی، ممکن

است تزریقات دوره ای داروهای ضد ساعوز بسیار طولانی اثر (مثل، هالوپریدول) را به دلیل پیروی ناقص از دستورات پزشک، دریافت کنند. آنها، اغلب با خود کارت شناسایی دارند یا ممکن است گزارش کنند که "هر سه هفته یک بار برای تزریق به کلینیک می روند".

## اختلالات روان پزشکی خاص

تقریباً همه اختلالات روان پزشکی، دو عنصر تشخیصی دارند: علایم بیماری یا اختلال و نشانگرهایی مبنی بر این که بیماری یا اختلال، اعمال اصلی حیات را مختل کرده است و باعث از دست دادن روابط اجتماعی، شغل، یا سرپناه یا مشکل اجتماعی مهم دیگری شده است. برای تعریف بیماری های خاص، متخصصان بهداشت روان از کتاب دستورالعمل تشخیصی و آماری اختلالاتی روانی، چاپ چهارم (DSM-IV) استفاده می کنند. این کتاب توسط انجمن روان پزشکی آمریکا (APA) منتشر شده است و معیارهای تشخیصی همه اختلالات روان پزشکی حاضر را دقیقاً مشخص می کند، که مطابق نشانه ها و علایم بیمار دسته بندی شده اند.

## انواع شناخته شده اختلالات رفتاری و روانی عبارتند از:

- اختلالات شناختی
- اسکیزوفرنی
- اختلالات اضطرابی
- اختلالات خلق
- اختلالات ناشی از مصرف مواد
- اختلالات روانی با تظاهر جسمی (سوماتوفرم)
- اختلالات ساختگی
- اختلالات تجزیه ای
- اختلالات مربوط به خوردن

- اختلالات شخصیتی

- اختلالات کنترل تکانه

خلاصه معیارهای اصلی برای این بیماری ها به این معنی نیست که شما باید اختلالات رفتاری را تشخیص دهید. حتی برای روان شناسان و روان پزشکان ماهر، به علت همپوشانی قابل توجه در علائم یک بیماری با بیماری دیگر، تشخیص مشکل است. ممکن است بیمار، واقعاً در چندین گروه قرار بگیرد. در این صورت، باید از اطلاعات، فقط به عنوان راهنمایی برای فهم بهتر علم روان پزشکی و معیارهای به کار رفته برای بیماران دچار اورژانس های رفتاری استفاده کنید. دانستن این واژه ها و اختلالات همچنین به شما اجازه می دهد تا با روان شناسان و روان پزشکان، بهتر ارتباط برقرار کنید.

### اختلالات شناختی

اختلالات روانی با علت های ارگانیک، از قبیل آسیب یا بیماری مغزی، را به عنوان اختلالات شناختی می شناسند. این خانواده از اختلالات شامل اختلالات ناشی از بیماری متابولیک، عفونت ها، نئوپلاسم، بیماری غدد درون ریز، بیماری عصبی ژنراتیو، و بیماری قلبی-عروقی هستند. این اختلالات می توانند توسط آسیب های فیزیکی یا شیمیایی ناشی از تروما، سوءمصرف مواد، یا واکنش به داروهای تجویز شده نیز ایجاد شوند. آسیب شناسی ویژه مغز، بر اساس نوع بیماری فرق خ واحد کرد. دو نوع اختلال شناختی، دلیریوم، و دمانس هستند.

### دلیریوم

دلیریوم، با شروع نسبتاً سریعی از تفکر آشفته و سازمان نیافته گسترده مشخص می شود. این بیماران، از عدم توجه، نقص در حافظه، اختلال در جهت یابی، و تیرگی کلی هوشیاری رنج می برند. در بعضی موارد، افراد ممکن است، دچار توهمات بینایی درخشان شوند. مشخصه دلیریوم، شروع نسبتاً سریع (چند ساعت یا

چند روز) ان است، و ممکن است برگشت پذیر باشد. دلیریوم می تواند ناشی از یک بیماری داخلی، مصرف بیش از حد مواد، محرومیت از مواد، یا علت های متعدد باشد گيجی، شاه علامت دلیریوم است.

## دمانس

دمانس، می تواند ناشی از چندین مشکل طبی باشد، و از علت های شایع تر دمانس، بیماری آلزایمر، مشکلات عروقی، ایدز، تروما به سر، بیماری پارکینسون، سو مصرف مواد، و مشکلات مزمن دیگر هستند. بدون توجه به علت آن، در دمانس، اختلال حافظه، اختلال شناختی، و نقص فراگیر تفکر انتزاعی و قضاوت، وجود دارد، برخلاف دلیریوم، دمانس معمولاً در عرض چند ماه ایجاد می شود و در بسیاری از موارد، غیرقابل برگشت است.

نقص های شناختی در دمانس، به صورت نقص حافظه (کاهش توانایی آموختن اطلاعات جدید یا به یاد آوردن اطلاعات قبلاً آموخته شده) و یکی، یا بیشتر از اختلالات شناختی زیر تظاهر می یابند:

- **آفازی:** نقص در توانایی ارتباط برقرار کردن
- **آپراکسی:** نقص در توانایی انجام فعالیت های حرکتی علیرغم عملکرد حسی سالم
- **آگنوزیا:** عدم شناخت اشیا یا محرک علیرغم عملکرد حسی سالم.
- **اختلال در عملکرد اجرایی:** نقص در توانایی طراحی، سازماندهی یا ترتیب دادن.

## توجه

اختلالات شناختی عبارتند از:

- دلیریوم
- دمانس

این اختلالات باید به طور واضح عملکرد اجتماعی یا شغلی فرد را مختل کنند و فرد به میزان بارزی از سطح عملکرد قبلی خود پایین تر باشد . رویکرد شما به بیماران د چار هر کدام از این اختلالات، باید به صورت حمایتی باشد. شکایت ها و اختلالات فرد را ارزیابی و درمان کنید، و به یک مرکز مناسب منتقل کنید

## اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی مشکل روانی شایعی است که حدود 1 درصد از جمعیت ایالات منحه را مبتلا می کند . شاه علامت این بیماری، تغییر واضح در رفتار و از دست دادن ارتباط با واقعیت است . نشانه ها و علائم آن، غالباً توهم، هذیان و افسردگی هستند. بیماران دچار اسکیزوفرنی، ممکن است در دنیای خودشان زندگی کنند و با تخیلات درونی خود مشغول باشند.

گرچه چند تئوری بیولوژیکی و روانی - اجتماعی، سعی دارند این اختلال و تظاهرات آن را توضیح دهند، علت قطعی ان مشخص نیست.

## علائم اسکیزوفرنی عبارتند از:

- هذیان ها: باورهای ثابت و غلطی که با محتوای فرهنگی یا مذهبی فرد همخوانی ندارند
- توهمات: ادراکات و دریافت حسی، که بر اساس واقعیت نیستند . این توهمات، غالباً از نوع شنوایی (صداها شنیده شده) هستند.
- تکلم آشفته و سازمان نیافته، که با خارج شدن از رشته کلام یا عدم انسجام در آن مشخص می شود.
- رفتار شدیداً سازمان نیافته و کاتاتونیک
- علائم منفی (عاطفه خنثی)

تشخیص اسکیزوفرنی، نیاز به دو علامت یا بیشتر دارد که هر کدام از آنها در مدت زیادی از ماه و بیش از دوره شش ماهه وجود داشته باشند. علائم باید اختلال عملکرد اجتماعی یا شغلی (افت در ارتباطات اجتماعی

یا کار نسبت به وضعیت قبل از بیماری ( شوند. بیشتر افراد دچار اسکیزوفرنی، در اوایل بزرگسالی تشخیص داده می شوند.

DSM-IV چند نوع اصلی اسکیزوفرنی را به این صورت تعریف می کند:

- **پارانوئید:** بیمار با احساس آزاد توسط دیگران مشغولیت ذهنی دارد و ممکن است هذیان یا توهمات شنوایی داشته باشد.
- **سازمان نیافته:** بیمار غالباً رفتار، لباس پوشیدن، یا تکلم سازمان نیافته آشفته دارد.
- **کاتاتونیک:** بیمار سختی، عدم تحرک، استوپور کاتاتونیک، یا حرکات ارادی عجیب و غریب نشان می دهد. اسکیزوفرنی کاتاتونیک، بسیار نادر است.
- **تمایز نیافته:** بیمار به راحتی رد هیچ کدام از گروه های بالا قرار نمی گیرد.

رویکرد شما به بیمار دچار اسکیزوفرنی، باید حمایتی و بدون قضاوت باشد. توهمات بیمار را تأیید نکنید، اما بدانید که برای او واقعی هستند. بدون پرده پوشی و صادقانه با بیمار صحبت کنید. با این حال، واقع گرا باشید. مراقب رفتار تهاجمی بیمار باشید، و رد صورت بروز رفتار تهاجمی یا ایجاد خطر برای خودتان، خودش، خیا دیگران او را ببندید.

**توجه:**

**انواع اصلی اسکیزوفرنی عبارتند از:**

- پارانوئید
- سازمان نیافته
- کاتاتونیک
- تمایز نیافته



## اضطراب و اختلالات مربوط به آن

گروهی از بیماری‌ها که به نام اختلالات اضطرابی شناخته می‌شوند، با اضطراب و ترس غلبه‌کننده بر فرد بروز مشخص می‌شوند. این اختلالات، حدود 2٪ تا 4٪ از جمعیت را مبتلا می‌کنند. تعریف گسترده اضطراب، وضعیت راحت نبودن، ناراحتی، تشویش، و بدون آرام و سکون بودن است. به طور خاص تر، اختلالات اضطرابی را در سه گروه قرار می‌دهند. این سه گروه، اختلال پانیک، فوبیا، و سندرم استرس پس از حادثه (PTS) هستند.

### حمله پانیک

DSM-IV، حمله‌های پانیک را به عنوان بیماری در نظر نمی‌گیرد.

مشخصه حمله پانیک، دوره‌های راجعه و شدید اضطراب است که باعث دیسترس احساس زیادی می‌شود. حمله‌های پانیک، علائم بیماری هستند و از معیارهای اختلالات دیگر (اختلال پانیک، آگورا فوبیا) به شمار می‌روند. تفاوت حمله‌های پانیک با احساس‌های جنرالیزه اضطراب، در ماهیت حاد آنها می‌باشد. این حمله‌ها، معمولاً بی‌دلیل هستند و در عرض 10 دقیقه بعد از شروع به اوج می‌رسند و در کمتر از یک ساعت از بین می‌روند.

پانیک و اضطراب، ممکن است شبیه یک بیماری قلبی یا تنفسی به نظر برسد، به این دلیل باعث سردرگمی پرسنل EMS می‌شوند. در مرحله پیش بیمارستانی، رد کردن این بیماری‌ها مشکل است، روان‌پزشکان معمولاً اختلالات پانیک یا اضطرابی را با رد کردن بیماری‌های داخلی شناخته شده تشخیص می‌دهند. کلید تشخیص پانیک یا اضطراب در صحنه، داشتن شرح حال و سابقه این وضعیت در بیمار، و خارج از طیف سنی مورد انتظار برای بیماری‌های قلبی و تنفسی بودن او می‌باشد. البته، نمی‌توان گفت که افراد جوان نمی‌توانند دچار انفارکتوس قلبی شوند. بسیاری از علائم پانیک شبیه علائم هیپرونتیلیاسیون هستند و به

نظر می رسد که بعضی از آنها با هم ارتباط دارند، از قبیل پلوستزی ناشی از پانیک که به میزان زیادی ناشی از هیپرونتیلیاسیون است.

معیارهای تشخیصی حمله پانی، دوره ناپیوسته ترس یا ناراحتی شدید استف که رد طی ان چهار علامت یا بیشتر از علا یم زیر، به طور ناگهانی ایجاد شوند و در عرض 10 دقیقه به اوج برسند:

- طپش قلب، قلب کوبنده، یا افزایش سرعت ضربان قلب
- تعریق
- رعشه یا لرزیدن
- احساس تنگی نفس یا خفگی
- احساس خفقان
- درد یا احساس ناراحتی در قفسه سینه
- تهوع یا احساس ناراحتی در شکم
- احساس سرگیجه، تزلزل، سبکی در سر، یا غش
- از دست دادن واقعیت (احساسات غیر واقعی بودن) یا از دست دادن شخصیت (جدا شدن از خود)
- ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن
- ترس از مردن
- پارستزی (بی حسی یا احساس سوزن سوزن شدن)
- لرز یا گرگرفتگی

درمان اختلالات اضطرابی، عمدتاً ساده و حمایتی است . همدردی نشان بدهید. همه شکایات طبی بیمار را ارزیابی کنید و آنها را به طور مناسب درمان کنید. اگر بیمار هیپرونتیلیاسیون دارد، به منظور کاهش سرعت تنفس تا حد عادی او را آرام کنید و به او اطمینان خاطر بدهید . بیماران دچار علایم شدید یا ناتوان کننده، شاید از تجویز داروی آرام بخش سود ببرند . بنزودیازپین هایی، از قبیل دیازپام و لورازپام را می توان در

صحنه تجویز کرد. به علاوه، آنتی هیستامین هایی، از قبیل هیدروکسی زین و دیفن هیدامین، اثرات آرام بخشی دارند و در درمان بیماران دچار اضطراب شدید مفید هستند. با پزشک مرکز مشورت کنید و بیمار را به مرکز مناسب منتقل کنید.

## فوبیا

هرکس، در مقابل بعضی منابع دچار ترس یا اضطراب می شود، که به طور خودآگاه از آنها اجتناب می کند. وقتی که این ترس شدید باشد و با عمدتاً فرد تداخل داشته باشد، به عنوان فوبیا شناخته می شود. فوبیا، را عمدتاً به صورت درد شدید و آزاردهنده ای در نظر می گیرند، که ممکن است ناشی از حیوانات، منظره خون (یا تزریق یا آسیب)، عوامل موقعیتی (آسانسور، فضاهای بسته)، یا شرایط محیطی (ارتفاع یا آب) باشد. قرار گرفتن در معرض آن مورد یا موقعیت، باعث القای اضطراب یا حمله پانیک می شود. بعضی از بیماران، فوبیاهای شدیدی را تجربه می کنند که باعث جلوگیری یا محدودیت فعالیت های روزمره عادی می شود. برای مثال، یک بیمار دچار آگورافوبیا ممکن است خودش را در خانه محصور کند و از ورود به فضای باز مخاطره انگیز بیرون اجتناب کند. هرچند در اغلب بیماران، شدت فوبیا کمتر از این حد است، بیمار می داند که ترسش غیرمعقول است، و اضطراب برطرف می شود.

درمان بیمار دچار فوبیا، حمایتی است. بدانید که ترس بیمار، بسیار واقعی است. او را مجبور به انجام کاری برخلاف میلش نکنید. مشکلات زمینه ای او را درمان کنید و برای ارزیابی منتقل کنید

## سندرم استرس پس از حادثه

پرسنل EMS، غالباً علاقه خاصی به سندرم استرس پس از حادثه دارند، زیرا، مسئولیت آنها می تواند آنها را مستعد ابتلا به آن کند. این اختلال برای اولین بار، در نبردهای جنگ، شناخته شد. سندرم استرس پس از حادثه، نوعی واکنش به عامل ایجاد استرس شدید و معمولاً تهدیدکننده زندگی از قبیل یک سانحه طبیعی، قربانی شدن یا موقعیت دیگر وارد شده به فرد از نظر احساسی است. مشخصه این سندرم، تمایل به اجتناب

از موقعیت مشابه، تفکرات ناخواسته مکرر، افسردگی، اختلالات خواب، کابوس های شبانه، و علایم پایدار افزایش تحریک است. ممکن است بیمار به خاطر نجات از حادثه احساس گناه کند، و سو مصرف مواد، ممکن است به طور مکرر وضعیت او را پیچیده کند.

بیمار دچار سندرم استرس پس از حادثه را به ترتیب، با همدردی و حمایت درمان کنید، و او را برای ارزیابی به یک مرکز مناسب منتقل کنید.

## اختلالات خلق

DSM-IV خلق را "احساس فراگیر و مداوم که به درک فرد از دنیا جلوه می دهد"، تعریف می کنند. نمونه های شایع تغییرات خلق شما افسردگی، سرخوشی، خشم، و اضطراب هستند. اختلالات خلفی عمده افسردگی و اختلال دو قطبی هستند.

## نکته

اختلالات مربوط به اضطراب عبارتند از:

- حمله پانیک
- فوبیا
- سندرم استرس پس از حادثه

## افسردگی

افسردگی، با نوعی اندوه عمیق یا احساس غم مشخص می شود. افسردگی در زندگی روزمره شایع است و بعد از قطع یک رابطه یا از دست دادن یک عزیز انتظار می رود. اغلب ما نوعی از افسردگی را، حداقل در خفیف ترین شکل آن، تجربه کرده ایم. افسردگی، یکی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی است، که

10٪ تا 15٪ از جمعیت را مبتلا می کند. هر چند، وقتی که افسردگی طول بکشد یا شدید شود، آن را یک دوره افسردگی ماژور می شناسند.

### علائم اختلال افسردگی ماژور عبارتند از:

خلق افسرده در بیشتر ساعات روز، و تقریباً در هر روز وجود دارد، که توسط گزارش ذهنی یا مشاهده توسط دیگران نشان داده می شود.

- کاهش واضح علاقه به انجام همه، یا تقریباً همه فعالیت های خوشایند در بیشتر ساعات روز، و تقریباً در همه روزها.
- کاهش وزن (بدون رژیم گرفتن) یا افزایش وزن معنی دار. تغییر 5 درصدی وزن بدن را معنی دار در نظر می گیرند.
- بی خوابی یا پرخوابی تقریباً در همه روزها.
- اضطراب یا کندی حرکت سایکوموتور در همه روزها (قابل مشاهده توسط دیگران، نه فقط احساس ذهنی بیمار).
- احساس بی ارزش بودن یا احساس گناه بسیار نامتناسب (ممکن است هذیانی باشد) در همه روزها.
- کاهش توانایی تفکر یا تمرکز، یا بی ارادگی تقریباً در همه روزها.
- فکر کردن به مرگ به صورت راجعهه تصمیم مکرر به خودکشی بدون یک نقشه خاص، یا اقام به خودکشی یا نقشه خاص برای ارتکاب به خودکشی.

معیار تشخیصی اختلال افسردگی ماژور، وجود 5 علامت یا بیشتر از این علائم در طی دوره دو هفته ای و تغییر در عملکرد قبلی است، حداقل یکی از علائم، باید خلق افسرده و یا فقدان علاقه و لذت باشند. اختلال در اعمال اجتماعی، شغلی، یا سایر اعمال مهم شود. به علاوه، نباید معیارهای دوره مختلط (مخلوطی از مانیا و افسردگی) را داشته باشد. نباید ناشی از اثرات مستقیم فیزیولوژیکی سو مصرف ماده ای از قبیل ماده مخدر یا دارو، یا ناشی از بیماری داخلی از قبیل هیپوتیروئیدی باشد. در آخر، نباید ناشی از داغدیدگی باشد.

افسردگی، ممکن است به صورت یک اختلال جداگانه رخ دهد، اما غالباً به همراه سایر اختلالاتی از قبیل سو مصرف مواد، اختلالات اضطرابی و اسکیزوفرنی است. افسردگی می تواند بیماری را نیز مبتلا کند، که همه معیارهای بالینی مشخص افراد مختلفی را مبتلا کند و غالباً غیرمعمول (آتیپیک) است. داغدیدگی یکی از موقعیت هایی است که افسردگی در آن انتظار می رود. اگر افسردگی بیشتر از دو ماه طول بکشد یا با ایده افسردگی مازور قرار گیرد. افسردگی در زنان شایع تر است و همه سنین را به طور مساوی درگیر می کند

## اختلال دوقطبی

اختلال دو قطبی، بلیک دوره مانیک یا بیشتر، با یا بدون دوره های متعاقب یا متناوب افسردگی مشخص می شود. در گذشته، واژه مانیک- دپرسیو برای این اختلال به کار می رفت. اختلال دوقطبی، عمدتاً شایع نیست و تقریباً کمتر از یک درصد جمعیت را مبتلا می کند.

دوره های مانیک- دپرسیو، به آن شکل که در تلویزیون و فیلم ها نشان داده می شوند، نیستند. هرچند این اختلال به طور ناگهانی شروع می شود و در عرض چند روز و به سرعت تشدید می شود. برخلاف افسردگی مازور اختلال دو قطبی معمولاً در دوران بلوغ یا اوایل بزرگسالی ایجاد می شود و غالباً در مردان اتفاق می افتد. بعضی از بیماران دچار افسردگی مازور، در نهایت دچار اختلال دو قطبی می شوند و دوره های مانیک را تجربه می کنند. معمولاً بیماران قبل از شروع دوره مانیک، را تجربه می کنند. معمولاً بیماران قبل از شروع دوره مانیک، چندین دوره افسرده را دارند.

معیارهای تشخیصی اپی زود مانیک، دوره مجزایی از خلق غیرعادی و پایدار، سرخوش، ولخرج، یا تحریک پذیر است که حداقل یک هفته طول بکشد. سه علامت یا بیشتر از علایم زیر باید با درجه خاصی وجود داشته باشند و باید در طی آن مدت پایدار باشند:

- ارزش به خود بسیار زیاد و هدیان های بزرگ مرثی
- کاهش نیاز به خواب
- تکلم سریع و زیاد یا فشار کلام

- پرش افکار یا تجربه ذهنی که افکار در حال دویدن هستند
- پرت شدن حواس
- افزایش فعالیت هدفمند یا بی‌قراری سایکوموتور
- انجام بیش از حد فعالیت‌های لذت‌بخش که عواقب دردناک ناشی از

آنها بسیار محتمل است (ولخرجی شدید، بی‌مبالاتی در انجام اعمال جنسی، سرمایه‌گذاری در تجارت‌های احمقانه)

- تفکرات هذیانی (ایده بزرگ بینی یا طرح‌های غیر واقعی)

علائم نباید معیارهای یک دوره مختلط را برآورده کنند. اختلال خلق باید آنقدر شدید باشد که عملکرد شغلی یا اجتماعی فرد را به طور بارزی مختل کند، تا برای جلوگیری از آسیب رسیدن به خود یا دیگران نیاز به بستری شدن داشته باشد، یا با سایکوز تظاهر پیدا کند.

درمان این بیماران شامل حفظ یک محیط آرام و محافظت‌کننده است. از مقابله با بیمار مانیک اجتناب کنید. هرگز بیمار افسرده‌ی بیماری که افکار خودکشی دارد را تنها نگذارید. سایر مشکلات طبی زمینه‌ای بیمار را ارزیابی و درمان کنید و او را به یک مرکز مناسب منتقل کنید.

### اختلالات مربوط به مواد:

سوء مصرف مواد، اختلال شایعی است. هر بیماری که علائم نوعی اختلال روانی یا رفتاری را نشان می‌دهد، باید از نظر مصرف‌ی سوء مصرف مواد مورد بررسی قرار داد. سوء مصرف مواد، ممکن است به صورت افسردگی، سایکون، سایکوز، یادلیریوم تظاهر پیدا کند، و نشانه‌ها و علائم آن ممکن است بسیار از نشانه‌ها علائم اختلالات رفتاری را تقلید کند.

مصرف مکرر یک ماده شیمیایی که خلق را تغییر می‌دهد، ممکن است منجر به وابستگی یا اعتیاد به آن شود. وابستگی به یک ماده توسط مصرف مکرر آن ماده مشخص می‌شود. وابستگی می‌تواند وابستگی

روانی، جسمی یا هر دو باشد. وابستگی روانی نوعی تمایل اجباری به مصرف ماده، ناتوانی در کاهش یا توقف مصرف، و تلاش مکرر برای ترک آن است. وابستگی جسمی، توسط نیاز به افزایش مقدار ماده شیمیایی جهت رسیدن به اثرات مطلوب مشخص می شود. همچنین وجود علائم محرومیت، در هنگام کاهش یا قطع ماده، مشخصه وابستگی جسمی است.

## اختلالات سوماتوفرم

اختلالات سوماتوفرم با علائم جسمانی مشخص می شوند که علت فیزیولوژیک واضحی ندارند. عقیده بر این است که این اختلالات به عوامل روانشناختی مربوط هستند. افرادی که دچار اختلالات سوماتوفرم هستند باور دارند که این علائم جدی و واقعی هستند.

## انواع اصلی اختلالات سوماتوفرم عبارتند از:

- اختلال جسمی شدن: بیمار مشغولیت فکری با علائم جسمانی دارد
- اختلال تبدیلی: از دست دادن عملکرد، که معمولاً سیستم عصبی را درگیر می کند (مثل کوری یا فلج).
- هیپوکندریازیس: تغییر تشدید یافته علائم جسمانی به عنوان یک بیماری جدی و خطرناک.
- اختلال خود زشت انگاری: فرد عقیده دارد که در ظاهر بدن خود نقصی دارد
- اختلال درد: بیمار دچار درد معمولاً شدیدی است که با هیچ اختلال جسمی قابل توجیه نیست.
- شناسایی و تشخیص اختلالات سوماتوفرم، غالباً مشکل است. این اختلالات می توانند انواع اختلالات جسمانی واقعی را تقلید کنند، هرگز، تازمانی که بیماری ها و اختلالات طبی را رد نکرده اید، علائم جسمانی را به یک اختلال روانی منسوب نکنید.



## اختلالات ساختگی:

اختلالات ساختگی، گاهی اوقات با اختلالات سوماتوفرم اشتباه می شوند. این اختلالات با سه معیار زیر مشخص می شوند:

- نشانه ها یا علائم جسمانی یا روانی به طور عمدی ایجاد شوند.
- انگیزه برای رفتار، تصور شدن به عنوان بیمار است.
- انگیزه های خارجی برای رفتار وجود ندارند.

## اختلالات تجزیه ای

اختلالات تجزیه ای شبیه اختلال سوماتوفرم تلاش هایی هستند که برای اجتناب از موقعیت های استرس زا و ارضای نیازهای فرد صورت می گیرند.

## اختلالات تجزیه ای عبارتند از:

- فراموشی روانزاد
- وضعیت فیوگ
- اختلال چند شخصیتی
- ازدست دادن شخصیت

## اختلالات مربوط به خوردن

دو دسته اختلالات مربوط به خوردن، بی اشتهایی و پر خوری عصبی هستند. این دو اختلال عمدتاً در بین بلوغ تا 27 سالگی رخ می دهد. این اختلالات زنان را 20 برابر بیشتر از مردان مبتلامی کنند.

**بی اشتهایی عصبی:** اختلالی است که با غذا نخوردن مشخص می شود. افراد دچار این اختلال ترس شدیدی از چاقی دارند و حتی با این که وزن پائینی دارند، غالباً از چاق بودن شاکی هستند.

کاهش وزن و تغییرات بدن در افراد دچار بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی، می‌تواند منجر به مشکلات جسمانی خطرناک و جدی شود. گرسنگی کشیدن و اقدام به ایجاد اسهال می‌تواند منجر به عواقب خطرناکی از قبیل کم‌خونی، دهیدراسیون، کمبود ویتامین‌ها، هیپوگلیسمی، و مشکلات قلبی-عروقی شود.

## اختلالات شخصیت

اغلب شخصیت‌های بزرگسالی هماهنگ با نیازهای اجتماعی هستند. هرچند، به نظر می‌رسد، بعضی افراد برای عملکرد کافی در جامعه، خود را به بیماری مجهزی می‌کنند. این افراد ممکن است دچار نوعی اختلال شخصیت باشند. با رشد این شخصیت نابلغ و منحرف، این اختلالات شخصیتی، باعث ناسازگاری، پایدار ادراک، تفکر، و ارتباط فرد با دنیا می‌شوند.

گروه گسترده اختلال شخصیت، شامل مشکلاتی است که از نظر شکل و شدن بسیار با هم متفاوتند. اگرچه ممکن است دیگران، بیماران دچار اختلال شخصیتی را به عنوان افرادی نامتعارف و دردسرساز بشناسند. بعضی از این بیماران، از عملکرد کافی برخوردارند. در موارد شدید، بیماران بر ضد جامعه علمی می‌کنند، یا سعی بر خرابکاری در جامعه دارند.

## دسته‌های اختلال شخصیت

DSM-IV گروه‌های مشابه اختلالات شخصیتی، را به سه دسته گسترده، دسته الف، دسته ب، دسته ج تقسیم می‌کند.

دسته الف: این افراد رفتار عجیب و نامتعارفی دارند. رفتار غیر عادی آنها می‌تواند اشکال شدیداً متفاوتی به خود بگیرند. این دسته عبارتند از:

- اختلال شخصیت پارانوئید. الگوی عدم اعتماد و شک
- اختلال شخصیت اسکیزوئیدی. الگوی فاصله را روابط اجتماعی

- اختلال شخصیت اسکیزوتیپال. الگوی ناراحتی حاد درد روابط نزدیک، انحرافات شخصیتی و رفتار عجیب.

دسته ب: این افراد غالباً شخصیت نمایشی، احساسی، یا ترسو دارند.

این دسته شامل موارد زیر است:

- اختلال شخصیت صد اجتماعی. الگوی رعایت نکردن حقوق دیگران

- اختلال شخصیت مرزی. الگوی ناپدیدار در روابط بین فردی، تصویر ذهنی از خود، و شخصیت تکانه ای.

- اختلال شخصیت نمایشی. الگوی احساسات و جلب توجه بیش از حد.

- اختلال شخصیت خود شیفته. الگوی خود بزرگ بینی، نیاز به تحسین و ستایش، و فقدان همدردی با دیگران.

دسته ج: این افراد غالباً مضطرب یا ترسو به نظر می رسند. این دسته عبارتند از:

- اختلال شخصیت دوری گزین. الگوی مهار اجتماعی، احساس بی کفایتی و حساسیت زیاد به انتقاد

- اختلال شخصیت وابسته. الگوی رفتار مطیع و تسلیم ناشی از نیاز بیش از حد به دریافت و مراقبت

- اختلال شخصیت وسواسی. الگوی مشغولیت ذهنی با نظم و ترتیب، وسواس و کنترل

تشخیصی یک اختلال شخصیت، نیاز به ارزیابی طولانی مدت عملکرد و رفتار فرد دارد. در بسیاری از

موارد افراد دچار اختلالات متعدد هستند. مصاحبه، شرح حال و ارزیابی کامل به تعیین رویکرد شما

کمک خواهد کرد. مراقبت های پیش بیمارستانی، بر اساس شکایت اصلی و تظاهر کلی بیمار متفاوت

خواهند بودند.

## اختلالات مربوط به کنترل تکانه

اختلالات مربوط به کنترل تکانه: با اختلالات شخصیت ارتباط دارند. تکانه های مکرر و عدم توانایی بیمار برای کنترل آنها، مشخصه این اختلالات است. نمونه هایی از این اختلالات عبارتند از:

- جنون درزدین (کلپتومانیا): عدم توانایی مکرر برای مقاومت در برابر تکانه های دزدیدن اشیاء به منظور استفاده فوری و یا ارزش مالی آنها نباشد.
  - جنون آتش افروزی (پیرومانیا): عدم توانایی مکرر برای مقاومت در برابر تکانه های آتش زدن.
  - شرط بندی پاتولوژیک: نوعی مشغولیت ذهنی مزمن و پیشرونده با شرط بندی و احساس اضطراب برای انجام آن.
  - تریکوتیلومانیا: نوعی تکانه مکرر برای کشیدن موهای خود.
  - اختلال انفجاری متناوب: دوره های گهیر و متناوب از دست دادن کنترل واکنش های تهاجمی.
- اختلالات مربوط به کنترل تکانه، می توانند برای بیمار و سایرین مضر باشند. قبل از ارتکاب به عمل، بیمار دچار نوعی احساس تنش و فشار عصبی فزاینده می شود. بعد از عمل، بیمار احساس رضایت و یا آزاد شدن خوشایندی خواهد داشت.

### خودکشی

خودکشی، به زبان ساده، وقتی است که فردی از روی عمد به زندگی خود پایان می دهد. در سال 2000، مراکز کنترل بیماری ها گزارش کردند که 29250 نفر در ایالات متحده به زندگی خود پایان دادند 10/7 مرگ به ازاء هر 100000 نفر) به این دلیل خودکشی یازدهمین علت منجر به مرگ در میان همه گروه ها قرار گرفت. هر چند در گروه سنی 10-24 سال، خودکشی سومین علت منجر به مرگ بود. بر وزن مرگ های ناشی از خودکشی در میان سالمندان، به عنوان یک قانون کلی، همواره بیشتر از سایر گروه های سنی است. زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می کنند اما مردان بیشتر موفق می شوند. رایج ترین روشهای خودکشی (2000) عبارتند از:

1 - اسلحه گرم (57٪)

2 - دار زدن، خفه کردن (19٪)

3 - مواد سمی جامد و مایع (12٪)

4 - مواد سمی گازی (5٪)

5 - پریدن از ارتفاع (1/2٪)

6 - سایر رو شها 5/5٪

### ارزیابی بیماران مستعد خودکشی

در موارد اقدام به خودکشی، بسیاری توجه خود را روی این موضوع متمرکز می کنند که آیا بیمار واقعاً می خواسته است خود را بکشد . جواب واقعی این سؤال، در قلب مراقبت های روان پزشکی آینده بیمار قرار خواهد داشت، و اطلاعات به دست آمده توسط EMT-I برای تعیین آن حیاتی خواهد بود . اما هرگز مراقبت از بیمار، را در هنگام بررسی ماهیت روان شناختی اقدام به خودکشی فراموش نکنید.

گرفتن شرح حال و معاینه جسمانی لازم را همزمان با انجام مراقبت های روان شناختی کامل انجام دهید. کارشناسان بهداشت روان، به ندرت در صحنه حاضر هستند . این به عهده شماست که مشاهدات خود در صحنه به ویژه هرگونه مقشه دقیق برای خودکشی، هر گونه نکته مربوط به خودکشی، و هر گفته از بیمار و همراهان او را ثبت کنید. بعد از حادثه، وقتی که بیمار تحت بررسی روان پزشکی در بیمارستان قرار می گیرد، ممکن است نتوان به این اطلاعات دسترسی پیدا کرد . چنین مراقبت ها و مشاهداتی در صحنه همراه با ثبت جزئیات دقیق، برای مراقبت های روان شناختی طولانی مدت بیمار حیاتی هستند .

### عوامل خطر برای خودکشی

عوامل خطر برای خودکشی، متعدد هستند . در هنگام ارزیابی بیماری که اقدام به خودکشی کرده است. همه عوامل خطر زیر را بررسی کنید:

- اقدام قبلی (80٪ کسانی که در ارتکاب به خودکشی موفق بوده اند، قبلاً اقدام به خودکشی کرده بودند).

- افسردگی (خودکشی در میان بیماران شدیداً افسرده، 500 برابر بیشتر شیوع دارد).

- سن (بروز افسردگی در سنین 15-24 سال و بالای 40 سال بالاست)

- سوءمصرف الکل یا مواد

- طلاق یا مرگ همسر

- از دست دادن اموال شخصی، به ویژه متعلقاتی که برای فرد بسیار عزیز باشند.

- تنها یا منزوی زندگی کردن

- وجود سایکوز به همراه افسردگی

- همجنس بازی

- ترومای عمده ناشی از جدایی

- استرس جسمانی عمده

- از دست دادن استقلال

- فقدان هدف و برنامه برای آینده

- خودکشی والد هم جنس

- بیان کردن نقشه ارتکاب به خودکشی

- به دست آوردن مکانیسم خودکشی

بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده اندف را باید در بیمارستان یا مرکز روان پزشکی ارزیابی کرد .

بسیاری از مردم تصور می کنند که آنها فقط به دنبال جلب توجه هستند که در صورت اشتباه بودن این

حدس می تواند منجر به مرگ بیمار شود.

## اختلالات مربوط به سن

بعضی از اختلالات رفتاری، عمدتاً در دو انتهای طیف سنی، طفولیت و سالمندی، شایع هستند. آگاهی شما درباره اختلالات مربوط به سن در ارزیابی و مداخله مربوط به این بیماران کمک کننده خواهد بود.

### بحران در سالمندان

مشکلات جسمانی شدیدی در میان سالمندان، دمانس، بیماری مزمن و کاهش بینایی و شنوایی هستند. سالمندان دچار افسردگی نیز می شوند، که غالباً با دمانس اشتباه می شود. در هنگام برخورد با فرد سالمندی که دچار بحران است، طبق مراحل زیر عمل کنید:

- توانایی بیمار برای برقراری ارتباط را ارزیابی کنید
- دائماً به او اطمینان خاطر دهید.
- با نوازش بدنی او اطمینان خاطر ایجاد کنید و کمبود بینایی و شنوایی او را جبران نمایید
- بیمار را به ترتیب مراحل در مان کنید. بیمار را با نام و عنوان، مثل " آقای جونز " صدا کنید. از واژه هایی مثل " عزیزم " و " جانم " اجتناب کنید.
- از تجویز دارو پرهیز کنید
- قبل از انجام هر کار، آنرا به فرد توضیح دهید.
- وقت صرف کنید. این فکر را به بیمار القا نکنید که عجله دارید.
- به افراد خانواده و دوستان اجازه بدهید که در صورت امکان با او بمانند.

### بحران در اطفال

اورژانس های رفتاری محدود به بزرگسالان نیستند. کودکان نیز دچار بحران رفتاری می شوند. اگر چه مرحله رشد کودک روی رفتار او تاثیر می گذارد، این دستور العمل های کلی، در هنگام برخورد با کودکانی که از نظر احساسی، آشفته و مزاحم است. به شما کمک خواهند کرد:

- از جدا کردن کودک از والدین پرهیز کنید .
- جلوی دید چیزهایی که باعث افزایش ناراحتی کودک می شوند را بگیرید.
- همه توضیحات را مختصر و ساده بیان کنید، و گاهی آنها را تکرار کنید
- آرام باشید و آهسته صحبت کنید.
- خودتان را با معرفی نام و کارتتان به او بشناسانید.
- به کودک راست بگویید. گفتن حقیقت باعث ایجاد اعتماد در او خواهد شد.
- کودک را تشویق کنید به مراحل مراقبت از خودش کمک کند
- با انجام ملایم همه مداخلات به کودکان اطمینان خاطر بدهید.
- جلوی گریه کردن یا ابزار احساسات کودک را نگیرید.
- اگر باید از کودک جدا شوید، فردی را معرفی کنید که مسئولیت مراقبت را به عهده بگیرد.
- به کودک اجازه نگه داشتن پتو یا اسباب بازی مورد علاقه اش را بدهید
- کودک را حتی برای مدتی کوتاه تنها بگذارید.
- همیشه در مورد کودکان و سالمندان، مراقب باشید، آن هارا همانند سایر بیماران به طور دقیق و کامل درمان کنید.

### دوره درمان اورژانس های رفتاری

بیماران دچار اورژانس های رفتاری نیاز به مراقبت های طبی و روان شناختی دارند. در کل، در هنگام درمان بیمار دچار اورژانس رفتاری، اقدامات زیر را انجام دهید:

- 1- از ایمنی صحنه و احتیاطات مربوط به جداسازی ترشحات بدن ( BSI ) مطمئن شوید.
- 2- محیطی حمایت کننده و آرام برای بیمار فراهم کنید.
- 3- اختلالات طبی موجود را در مان کنید.
- 4- بیمار خود کسی کننده را تنها نگذارید.



5- با بیمار مقابله یا بحث نکنید .

6- اطمینان خاطر و اقع گرایانه به بیمار بدهید.

7- به صورت مستقیم و ساده به بیمار پاسخ دهید.

8- بیمار را به یک مرکز پذیرش کننده مناسب منتقل کنید.

بیمار را به طور کامل در مان کنید . در هنگام تمرکز روی ارزیابی رو این هر گز از هیچ شکایات طبی جدی، یا بالقوه جدی چشم پوشی نکنید.

### اختلالات رفتاری ناشی از مشکلات طبی

بیماران دچار اورژانس های رفتاری آشکار، غالباً به طور همزمان اختلالات طبی دیگری نیز دارند که بعضی از آنها می توانند مسئول مشکل رفتاری فرد باشند، مقالات جدید نشان می دهند که اختلالات و بیماری های طبی و یا سوء مصرف مواد خیلی بیشتر از آنچه که قبلاً تصور می شد، در اورژانس ها ی رفتاری نقش دارند . مراقبت های طبی، ممکن است شامل درمان مصرف بیش از حد، پارگی ها، استنشاق موادمسمی، هیپوکسی، یا اختلالات متابولیک باشد . بسیاری از بیماران دچار اختلال روانی مزمن، برای بیماری خود دراو هایی مصرف می کنند که در صورت سوءمصرف آنها عوارض جانبی شدیداً سمی دارند.

به علاوه این بیماران غالباً در شرایطی زندگی می کنند که از سرپناه غیر استاندارد تا خیابان متفاوت است. این نوع زندگی می تواند آنها را مستعد به مشکلات طبی دیگر از قبیل قرار گرفتن در معرض اورژانس های محیطی، عفونت ها و بیماریهای درمان نشده کند.

### اختلالات رفتاری ناشی از مشکلات روان شناختی

بیمارانی که اورژانس رفتاری آشکاری را نشان می دهند نیز نیاز به مراقبت های روان شناختی دارند . مدت زمانی را که قبل، در طی، و بعد از ارزیابی صرف ایجاد گزارشی از بیمار می کنید در واقع بخشی از

مراقبت هستند. در واقع، وقتی که ارزیابی را شروع می کنید، مراقبت ها را نیز شروع کرده اید و ارزیابی روانی و مراقبت ها را به طور همزمان با ارزیابی و مراقبت های طبی ادامه می دهید . در هنگام مصاحله با بیمار، آرام باشید و به او اطمینان خاطر بدهید.

در هنگام نزدیک شدن به بیمار، خودتان را معرفی کنید و بگوئید که می خواهید به او کمک کنید، زیرا این موضوع برای فردی که درک منحرفی دارد، نمی تواند از درون به او الهام شود . وقتی مکالمه را شروع می کنید، به چگونگی واکنش های بیمار توجه کنید. در کل، بیمار به طور مناسب به کارهای شما پاسخ می دهد، باید به کارتان ادامه دهید. اگر بی قراری یا عقب کشیدن بیمار بیشتر می شود، دوباره فکر کنید شاید خیلی به بیمار نزدیک هستید، خیلی سریع صحبت می کنید، و مسائل مشکل را خیلی آسان نشان می دهید. مطمئن شوید که راه خروجی شما بسته نباشد.

رویکرد شما به این بیماران، نیاز به مهارت های بین فردی عالی، به ویژه گوش کردن و مشاهده دارد. اگر از این مهارت ها استفاده نکنید یا عجله داشته باشید یا به نظر بی علاقه بیایید، احتمالاً در انجام مراقبت ها شکست خواهید خورد. ارتباط درمانی، همانطور که از نامش پیداست، یک هنر است.

کسانی که علایم سایکوز دارند، ممکن است هرگز در طی زمانی که پیش از بیمارستان صرف می کنید، پاسخ کامل نشان ندهند. این بیماران، حتی وقتی که ارتباط برقرار نمی کنند یا مهار شده اند، مستحق دریافت مراقبت های کیفی و هم دردی هستند.

همانطور که ما بیمار را می بینیم، او نیز ما را می بیند ممکن است بیماران واقعاً بیشتر از آنچه که می توانیم آنها را بخوانیم قادر به خواندن دقیق تر ما باشند، ارزیابی و مراقبت را با اعتماد به نفس و ماهرانه انجام بدهید. هرگز با توهومات یا هذیان های بیمار همراه نشوید . ممکن است این راه اسان ترین راه به نظر برسد، اما در نهایت می تواند مصر باشد. اغلب مواقع، بیمار خواهد فهمید که به او ترحم می کنید . یا ممکن است بیمار در مورد توهماتش صحبت کند یا هذیانی به نظر برسد، اما به آنچه که می گوید، کاملاً اعتقاد ندارد. اگر با او همراه شوید اعتبار خود را در نزد او از دست خواهید داد.

## بیماران تهاجمی و مهار آنها

نقش مراقبت های طبی در محیط بیمارستانی، غالباً، افراد EMT را در مسیر خطرناکی قرار می دهد. بی قراری یا گیجی می تواند ناشی از انواع اختلالات داخلی یا ترومایی بیمار باشد. علاوه بر این، اختلالات روانی و رفتاری مختلف می توانند باعث احتمال ایجاد خطر توسط بیماران تهاجمی برای افراد EMT-I، خود بیماران، و سایرین شوند. مهار کردن بیماران تهاجمی در یک صحنه اورژانسی با جنبه مدرن EMS متناقض است. در حقیقت، به علت چندین مرگ پیش بیمارستانی ناشی از مهار بیمار، این عمل، تحت بررسی دقیق قرار دارد.

در سال 2001، انجمن ملی پزشکان EMS (NAEMSP)، مقاله ای با عنوان، «مهار بیمار در سیستم خدمات طبپاورژانسی» را پذیرفت. هدف از این نوشته، فراهم کردن دستورالعمل هایی است که در به حداقل رساندن امکان آسیب به بیماران و پرسنل EMS کمک خواهد کرد. به خاطر داشتن این موضوع که بسیاری از اختلالات داخلی و ترومایی می توانند باعث بی قراری و ستیزه جویی شوند، اهمیت دارد. به این دلیل، افراد EMT-I باید این اختلالات و درمان مناسب آنها را بشناسند. همه سیستم های EMS باید پروتکل هایی را جهت مهار و کنترل بیماران بی قرار و ستیزه جو، در محل داشته باشند

### نکته:

به خاطر داشتن این موضوع اهمیت دارد که بسیاری از اختلالات داخلی و ترومایی می توانند باعث بی قراری و ستیزه در بیمار شوند.

### مسائل طبی و قانونی

سیستم های EMS و پزشکان مرکز، باید از قوانین کشور خود اطلاع داشته باشند. قوانین وضع شده مربوط به حقوق افراد، فرآیندهای مهار و نگه داشتن غیر عمدی بیماران دچار اختلالات روانی، حق هر فرد برای امتناع از درمان، و سایر قوانین مربوط را در هنگام مهار بیمار باید در نظر بگیرید.

در کل، قوانین وضع شده، سعی در اطمینان از ایمنی افرادی دارد که خود یا دیگران را در معرض تهدید فوری قرار می دهند. شاید درگیر کردن نیروهای پلیس یا کارمندان بهداشت روان برای مهار بیمار توسط فردی کارآمد و لایق ضروری باشد. در صورت امکان، سیستم های EMS باید محقق کنند که بیماران در هنگام درمان و انتقال، حتماً با فردی از جنس خود همراهی می شوند. این موضوع، به ویژه وقتی که از دارو برای مهار کردن بیمار استفاده می شود، اهمیت دارد.

مهار شیمیایی بیمار با این آگاهی باید صورت گیرد، که فراتر رفتن از مرزهای بستن و محدود کردن، ممکن است به عنوان ضرب و جرح، حمله، یا حتی حبس اشتباه تلقی شود. مهار کردن یک فرد، می تواند حتی منجر به دعوی جدی در مورد نقض حقوق مدنی شود. به این دلیل، خدمات EMS باید همواره تدبیر مهار بیمار را با مشاوران حقوقی مناسب مطرح کنند.

### روش های مهار کردن بیمار

افراد EMT-I همواره باید مراقب بیمارانی باشد که به طور غیر منتظره بی قرار می شوند یا کسانی که احساساتشان در حال افزایش است. به دلیل این که ایمنی پرسنل EMS از یک موقعیت تهاجمی، تا زمان رسیدن نیروهای پلیس یا نیروهای کمکی اضافی، عقب بکشند. اگر مشخص است که بیمار تهاج می است، قبل از ورود به صحنه مطمئن شوید که نیروهای پلیس، صحنه ها را امن کرده باشند

در طی مهار بیمار می توانید در معرض خون، بزاق، ادرار یا مدفوع قرار گیرید، در نتیجه از احتمال قرار گرفتن در معرض خون و مایعات بدن پیشگیری کنید. بر اساس موقعیت، احتیاط های BSI مناسب را باید در طی فعالیت های بستن و محدود کردن بیمار انجام داد.

روش های مهار کردن بیمار شامل، آرام کردن کلامی، مهار کردن فیزیکی، مهار کردن شیمیایی هستند. روش انتخابی، باید همیشه کمترین محدودیت را در حد اطمینان از ایمنی بیمار و پرسنل EMS اعمال کند. این روش ها، ممکن است در بسیاری از موارد به صورت مرحله به مرحله به کار گرفته شوند، اما در

افراد شدیداً مهاجم، مهار فیزیکی فوری برای اطمینان از ایمنی بیمار، و اطرافیان، و پرسنل EMS ممکن است اندیکاسیون داشته باشد.

### نکته:

ایمنی پرسنل EMS، همواره از بیشترین اهمیت برخوردار است.

## آرام کردن کلامی

استفاده از تکنیک های کلامی برای آرام کردن بیمار، معمولاً اولین روشی است که افراد EMT-I باید به کار گیرند. به دلیل نیاز نداشتن به تماس بدنی با بیمار، آرام کردن کلامی بی خطر ترین روش است. گفتگو باید با تون صدایی دوستانه و صادقانه صورت گیرد. از برقراری تماس چشمی و تجاوز به «حریم فردی» بیمار پرهیز کنید، زیرا ممن است باعث بیشتر شدن استرس و بی قراری شود. همیشه مسیر های فرار بازی را برای خود و بیمار داشته باشید که در صورت نیاز از آن استفاده کنید. ایده خودکشی و یا قتل را در بیمار مورد ارزیابی قرار دهید. مداخله کلامی، گاهی اوقات می تواند موقعیت را باز کند، از تشدید بیشتر آن جلوگیری کند، و ممکن است از نیاز به تاکتیک های مهار بیشتر جلوگیری شود.

## مهار کردن فیزیکی

در هنگام مهار کردن فیزیکی بیمار، افراد EMT-I باید همه تلاش خود را برای اجتناب از آسیب رساندن به بیمار مصرف کنند (شکل 4-27 و 5-27). به این دلیل، در مهار کردن بیمار، وسایلی توصیه می شوند که کمترین احتمال ایراد آسیب به بیمار را دارند. مهار کردن فیزیکی توسط مواد و تکنیک هایی انجام می شوند که باعث مهار حرکتی در بیمار می شوند که برای خودش یا دیگران خطرناک است. نمونه های آن شامل مهارهای نرم (ملافه، مچ بند، و لباس مخصوص بستن بیماران دچار اختلالات رفتاری) و مهارهای سخت (دست بندهای پلاستیکی، فلزی، و چرمی) است.

در کل، پرسنل EMS باید از مهارهای سخت استفاده نکنند. در سیستمی که استفاده از مهار سخت انتخاب می شود، همه پرسنل باید در استفاده از آنها متبحر باشند و اندام بیمار را باید به طور مکرر از نظر آسیب یا اختلال عصبی - عروقی ممکن بررسی کنند.

به طور ایدئال، باید پنج نفر جهت مهار فیزیکی بی خطر بیمار مهاجم حضور داشته باشند، که باعث کنترل سر و هر چهار اندام می شود. به دلیل کمبود نفرات پرسنل، این کار برای بعضی از سیستم های EMS ممکن است مشکل باشد. قبل از شروع مهار فیزیکی، نقشه و سرپرست تیم که روند مهار کردن را هدایت کند، باید وجود داشته باشد.

مهار چهار نقطه از بدن به مهار دو نقطه از بدن ارجحیت دارد. مهار کردن لگن، ران هاف و قفسه سینه غالباً کمک کننده است. مهار ران ها، دقیقاً بالای زانوی، غالباً بیشتر از مهار مچ پاها، از لگد زدن بیمار جلوگیری می کنند. بیمارانی که مهار شده را نباید در وضعیت خوابیده به شکم منتقل می کنند. بیمارانی که مهار شده را نباید در وضعیت خوابیده به شکم منتقل کرد. این کار در مواردی باعث آسفیکسی (خفگی) وضعیتی شده است. به علاوه، روی صورت، سر، یا گردن بیمار، نباید چیزی قرار داده شود، یک ماسک جراحی که به طور شل روی صورت بیمار قرار گیرد، می تواند از پرتاب آب دهان بیمار جلوگیری کند. استفاده از یقه طبی سخت به دور گردن می تواند حرکت گردن بیمار را محدود کند و ممکن است حرکت بیمار به قصد گاز گرفتن را کم کند.

در کنترل اولیه بیمار در طی ارزیابی، مهار کردن موقت بیمار در وضعیت خوابیده به شکم یا گیر انداختن بیمار با تشک، ممکن است قابل قبول باشد. اما پرسنل باید شدیداً مراقب نارسایی تنفسی در بیمار باشند. کنترل اولیه بیمار در وضعیت خوابیده به شکم، حیطة دید بیمار از محیط را محدود می کند و دامنه حرکت اندام او را کم می کند. به محض کنترل حرکت بیمار، تیم باید بیمار را به وضعیت خوابیده به پشت برگرداند و چهار دست و پای او را ببندد.

هرگز نباید دست ها و پاهای بیمار را در پشت محکم بست. در طی انتقال، بیمار را نباید در وضعیت خوابیده به شکم یا به حالت ساندویچ بین تخته پستی و تشک خواباند.

وقتی که بیمار مهار شد، نباید اصلاً او را به هیچ عنوان از نظر دور داشت. اگر بیمار استفراغ می کند، ممکن است جهت ساکشن کردن ترشحات برای حفاظت از راه هوایی نیاز به وضعیت دادن فوری به صورت خوابیده به پهلو باشد. همچنین، افراد EMT-I باید ارزیابی های عصبی- عروقی مکرر اندام بسته شده را برای اطمینان از گردش خون کافی انجام دهند و ثبت کنند.

به بیماری که بسته شده است، نباید اجازه ادامه تقلا در برابر مهارها را داد. این کار ممکن است به اسیدوز شدید و دیس ریتمی کشنده منجر شود. در کل، برای ایمنی پرسنل EMS، مهارهای فیزیکی به کار رفته در صحنه را تا زمان ارزیابی مجدد در هنگام رسیدن به مرکز پذیرش کننده، نباید برداشت.

اسلحه های نیروهای پلیس، که شامل اسپری گاز اشک آور، تفنگ بی هوش کنند، باتون، باتون های تلسکوپی فلزی می باشد، ولی محدود به این ها نیست، انت خاب های مناسبی برای بیمار توسط EMS نیستند. از این وسایل باید اجتناب کرد، زیرا ممکن است بی قراری بیمار را تشدید و خطر آسیب مرگ را بیشتر کنند. اگرچه افسران پلیسی که آموزش کافی دیده باشند، ممکن است از این اسلحه ها استفاده کنند، اما در پروتکل های معمول EMS نباید نقش داشته باشند.

#### نکته:

در هنگام مهار فیزیکی یک بیمار، افراد EMT-I برای اجتناب از آسیب بیمار باید همه تلاش خود را به کار گیرند.

#### نکته:

هرگز بیمار مهار شده را نباید در وضعیت خوابیده به شکم منتقل کرد.

## مهار شیمیایی

مهار شیمیایی، اضافه کردن داروهای خاص برای کاهش بی‌قراری و افزایش همکاری بیمارانی است که نیاز به مراقبت‌های طبی و انتقال دارند. سیستم‌های EMS، ممکن است از انواع داروها برای مهار شیمیایی بیمار بی‌قرار یا مهاجم استفاده کنند. هدف از مهار شیمیایی، آرام کردن بی‌قراری شدید و تقلای فرد در مقابل مهارهای فیزیکی می‌باشد. به طور ایده‌آل، این آرام کردن دارویی، رفتار فرد را بدون رسیدن به نقطه فراموشی یا تغییر سطح هوشیاری، تغییر می‌دهد.

بوتیروفنون‌ها و یا بنزودیازپین‌ها متداول‌ترین داروهای مصرفی برای مهار شیمیایی بیماران در بخش‌های اورژانس و در مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی هستند. بعضی از داروهای قدیمی‌تر، که کمتر توصیه می‌شوند، باربیتورات‌ها، اپیوئیدها و فنوتیازین‌ها هستند.

پروتکل‌های مهار شیمیایی، غالباً شامل یک بوتیروفنون، یک بنزودیازپین، یا ترکیبی از هر دو است. دیازپام، لورازپام، و میدازولام، بنزودیازپین‌هایی هستند که بیشتر از داروهای دیگر برای مهار مورد استفاده قرار می‌گیرند. دروپریدول و هالوپریدول، بوتیروفنون‌هایی هستند که بیشتر از بقیه استفاده می‌شوند. این پنج دارو را می‌توان به صورت داخل‌عضلانی یا داخل‌وریدی تجویز کرد. اگرچه چندین مطالعه محدود پیش‌بیمارستانی اثرات کارآیی دروپریدول را در کاهش بی‌قراری بیماران تهاجمی در صحنه و پیش از بیمارستان تأیید کرده‌اند، معاونت غذا و دارو در مورد ام‌کان وقوع دیس‌ریتمی در اثر تجویز دروپریدول هشدار داده است. این موضوع با مشکلاتی در بیماران دارای فاصله QT طولانی در ECG مربوط بوده است. هرچند هالوپریدول و بنزودیازپین‌ها در بخش‌های اورژانس موثر بوده‌اند و احتمالاً در محیط پیش‌بیمارستانی نیز موثر هستند.

داروهای مسدودکننده عصبی - عضلانی با لوله‌گذاری داخل‌نای، هرگز برای فلج کردن بیمار، فقط به منظور مهار رفتار تهاجمی اندیکاسیون ندارد. فقط بیمارانی که همزمان مبتلا به اختلالات طبی، از قبیل، آسیب شدید به سر یا نارسایی تنفسی، هستند ممکن است از فلج و لوله‌گذاری سود ببرند. با این وجود،



تصمیم گرفتن برای فلج کردن بیمار، باید بر اساس اندیکاسیون های طبی ماورا رفتار تهاجمی یا ستیزه جویانه صورت گیرد.

در هنگام در نظر گرفتن استفاده از مهار شیمیایی، افراد EMT-I باید خطرات تقلا در برابر مهار فیزیکی را با عوارض جانبی داروهایی که برای آرام کردن بیماران بی قرار استفاده می شوند، را بسنجند و سبک و سنگین کنند. در حال حاضر، عقیده قریب به اتفاقی در مورد بهترین دارو یا دوز برای مهار شیمیایی وجود ندارد. بهتر است این تصمیم به سیستم خاص EMS و دستور پزشک مرکز موکول شود.

### نکته:

داروهای مهار کننده عصبی - عضلانی با لولوه گذاری داخل نایف جهت فلج کردن فقط به منظور مهار رفتار تهاجمی، هرگز اندیکاسیون ندارند.

### خلاصه

اورژانس های روانی و رفتاری، مهارت های شما را به عنوان یک EMT-I به مبارزه دعوت می کنند. افتراق دادن بین اختلالات فیزیولوژیک و روان شناختی، مهارت های تشخیصی مصاحبه ای شما را مورد امتحان قرار می دهند، و توانایی های مصاحبه ای که اساس ارزیابی و مراقبت های روانی را تشکیل می دهند، مهارت های بین فردی را آزمایش می کنند. در نهایت، برای کمک به بیماران فراخوانده خواهید شد، که نیاز زیادی دارند و در بحران هستند . وقتی مشخص کردید که بیمار دچار اورژانس رفتاری است، مهارت های ارتباطی و همدردی شما، بیشتر از داروها و شیوه های کار مفید خواهند بود

پرسنل EMS، به طور معمول با بیمارانی برخورد دارند که به دلیل اختلالات رفتاری یا بیماری طبی، تهاجمی و ستیزه جو هستند . تکنیک های مهار کلامی، فیزیکی، شیمیایی راه های موثری را برای مهار بیمارانی فراهم می کند که تهدیدی برای خودشان هستند یا نیز به ارزیابی و درمان طبی برای اختلالی دارند که با رفتار تهاجمی یا بی قرار رابطه دارد . حوادث نامطلوب تهدید کننده حیات در افراد مهار شده رخ

داده اند، و تبعیت از اصول مهار که در اینجا نشان داده شدند، وقوع این وقایع نامطلوب را به حداقل می رساند. پرسنل EMS و پزشکان مرکز راهنما باید مطمئن شوند که سیستم آنها برای درمان مناسب بیماران مهاجم یا ستیزه جو، با فراهم کردن آموزش، تدبیر، و پروتکل هایی در مورد این موقعیت ها آماده است

موقعیت های بحرانی می توانند احساسات شما را برانگیزند. مشاهده یک خودکشی یا قصد خودکشی یا تقلا کردن بیمار مهار شده می تواند به شما صدمه بزند. قبل، در طی، و بعد از این فراخوانی ها مراقب خودتان باشید.