كلية التمريض

جامعة حماه

مقرر التمريض النفسي والصحة العقلية /سنة رابعة

المحاضرة الثالثة/ عملي/

الطوارئ النفسية

Psychiatric Emergencies

مدرس المقرر: آ. مريم هديوه

المحتويات:

- **مقدمة**
- **الانتحار Suicide: – تعريف الانتحار**
  - **عوامل الوقاية من الانتحار.**
  - **تقييم الخطورة للانتحار.**
  - **التداخلات التمريضية.**
- **الهياج Excitement: – تعريف الهياج.**
  - **أسباب الهياج.**
  - **دلالات الهياج (علاماته)**
  - **تدبير مريض الهياج.**
- **الذهول Stupor: – تعريف الذهول.**
  - **أسباب الذهول.**
  - **أعراض الذهول.**
  - **التداخلات التمريضية.**
- **رفض الطعام Refusal of food: – تعريف رفض الطعام**
  - **أسباب رفض الطعام**

الطوارئ النفسية

Psychiatric Emergencies

مقدمة:

يقصد بالطوارئ النفسية هي عبارة عن حالات ملحة تتطلب تداخلات وعناية عاجلة لحماية المرضى والآخرين والحفاظ على حياة المريض، تتضمن الطوارئ النفسية الحالات التالية:

١- الانتحار suicide

٢- الهياج Excitement

٣- الذهول Stupor

٤- رفض الطعام Refusal of food

الانتحار suicide

مصطلح الانتحار suicide مشتق من الكلمة اللاتينية cida والتي تعني (to kill) أي قتل، و sui تعني (one-self) أي الذات أو النفس، ليصبح الانتحار هو قتل الشخص نفسه/ ذاته.

- السلوك الانتحاري كمفهوم يمكن ترتيبه من:

- **الأفكار الانتحارية Suicidal ideation:** وهي أفكار تعبر عن رغبة الشخص بالموت. مثل: "الحياة لا تستحق العيش".

- **التهديد بالانتحار Suicidal threat:** هو تصريح المريض بشكل كلامي أو مكتوب عن النية بالانتحار لكن بدون فعل.
- **المحاولة الانتحارية Suicidal attempt:** وهو الانتحار غير الناجح، وعند عدم وجود النية الجدية بالانتحار يمكن تسميته manipulative suicide وهو محاولة الانتحار بهدف التلاعب بالآخرين وجذب انتباههم.
- **الانتحار الكامل (التام) completed suicide:** وهو الفعل الذي يؤدي إلى قتل النفس.

يوجد تقريباً ٩٥% من الأشخاص الذين ينتحرون أو يحاولون الانتحار كانوا من الذين لديهم اضطرابات عقلية (٨٠% منهم لديهم اكتئاب).

عوامل الوقاية من الانتحار Protective factors from suicide:

١- وجود الدعم العائلي والاجتماعي.

٢- العلاج الفعال والمناسب للأمراض الجسدية والنفسية والإدمان.

٣- منع الحصول على الأدوات العالية الخطورة للانتحار(سكاكين، أدوية، منظفات.....)

٤- المعتقدات الثقافية والدينية التي لا تشجع الانتحار.

٥- التقليل من النشر غير الضروري في وسائل الاعلام عن حالات الانتحار والوسائل المستخدمة للتنفيذ.

٦- تعليم تقنيات التعامل مع الضغوط مثل مهارات حل المشكلات وحل الصراع والعلاج الادراكي السلوكي.

تقييم الخطورة للانتحار Assessment of suicide risk: يجب أن يتضمن:

١- دلالات السلوك الانتحاري clues to suicidal behaviors:

- **تصريح مباشر Direct statement:** " أنا سأقتل نفسي" ، " أنا أريد/أتمنى أن أموت".

- **تصريح غير مباشر indirect statement** : " ليس لدي أي شيء من أجله يستحق أن أعيش أكثر"، " كل شخص سيكون أفضل حالاً إذا مت" ، " هذه آخر مرة ستراني فيها" .
- **الدلالات السلوكية Behavioral clues**: إعطاء ممتلكاته القيمة للآخرين، كتابة وصية، كتابة ملاحظات انتحارية، العزلة الاجتماعية والتحسن المفاجئ بالمزاج الذي يدل على أنه أخذ قراره لتنفيذ نيته بالانتحار.
- **الدلالات العاطفية Emotional clues**: الإحساس باليأس والعجز والذنب وسهولة الاستثارة.

٢- تقييم جدية الخطة للانتحار Assessing lethality of suicide plan:

تتضمن تقييم الوسائل/ الأدوات التي يخطط المريض لاستخدامها من أجل تنفيذ خطة الانتحار، ومدى توفر هذه الوسائل لدى المريض، ويعتبر سؤال المريض بشكل مباشر عن نيته للانتحار مفيد لتقييم درجة الخطورة حيث يتم سؤاله بصراحة: هل تفكر بإيذاء نفسك؟ إذا كنت تفكر بالانتحار هل لديك خطة؟ ماهي الخطة الموضوعة للانتحار؟

على سبيل المثال: إذا صرّح المريض بأنه سيقتل نفسه بالبندقية، يتم سؤاله: هل يمكنك الوصول إلى البندقية والرصاص؟ وإذا خطط لاستخدام الحبوب، يتم سؤاله: ما نوع الحبوب التي ستستخدمها؟ وهل تملك (بين يديك) مثل هذه الحبوب؟ أين مكانها؟

٣- تقييم عوامل الخطر للانتحار Assessing high risk of suicide:

١- العمر: المراهقين- الأشخاص أكبر من ٦٠ سنة.

٢- الجنس: الذكور.

٣- الحالة العائلية: الأعزب- الأرمل- المطلق.

٤- أن يسكن الشخص بمفرده (لوحده).

٥- محاولات انتحارية سابقة.

٦- وجود قصة عائلية إيجابية للانتحار التام(الكامل) أو محاولة الانتحار.

٧- الاضطرابات النفسية: الاكتئاب، الفصام، الإدمان، اضطرابات الشخصية(اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع Anti-social personality disorder)

٨- الضغوط: فقدان العمل، الإصابة بمرض خطير، خسارة مالية، فقدان شخص عزيز أو فقدان العلاقة بشخص عزيز...

٩- التهديد بالانتحار مع وجود خطة للتنفيذ وتوافر وسائل الانتحار.

١٠- المعتقدات الثقافية كالاعتقاد بأن الانتحار يعتبر حلاً مقبولاً لأزمات الشخص.

التداخلات التمريضية:

١- بناء علاقة علاجية مع المريض : فالانتحار يعتبر كنداء طلباً للمساعدة وعلى الممرض/ة أن يستجيب لهذا النداء، لذا من المهم أن يشعر المريض بأن هناك شخص يدرك هذه الاحتياجات ويهتم بها.

٢- تقييم احتمال انتحار المريض بشكل مستمر.

٣- سؤال المريض إذا كان لديه خطة للانتحار، تزداد الخطورة للانتحار عندما يكون لدى المريض خطة واضحة والأدوات التي سيستخدمها فعالة ومتاحة لتنفيذ الانتحار.

٤- صياغة/ عقد اتفاق مع المريض قصير الأمد مكتوب أو لفظي بأنه لن يؤذي نفسه، عندما تنتهي مدة العقد يجب تجديده، هذا الأمر سيزيد إحساس المريض بالقوة والمسؤولية ويمنعه من الفعل المتهور.

٥- توفير مراقبة قريبة للمريض، تكرار المراقبة حسب مستوى خطورة الانتحار.

٦- تعيين شخص من الكادر ليكون مسؤول عن المريض كل الوقت.

٧- وضع المريض في غرفة قريبة من مكتب التمريض، يجب ألا يكون المريض في غرفة لوحده.

٨- توفير بيئة آمنة، خالية من الأدوات الخطيرة في المحيط مثل: الأدوات الحادة، السجائر المشتعلة، الأدوات الزجاجية..... الخ، يجب ألا يمتلكها المريض وفي حال كان من الضروري استخدامها يجب البقاء مع المريض أثناء ذلك.

٩- فحص جميع الأدوات التي يتم إحضارها للمريض، وكذلك الطلب من العائلة والزوار تجنب إحضار الأدوات الخطيرة للمريض.

١٠- الحرص على مراقبة المريض أثناء تناول الدواء للتأكد من أن المريض لا يحتفظ به، فمن الممكن أن يقوم المريض بجمع الدواء ليحاول الانتحار بتناوله كجرعه مفرطة.

١١- عند استخدام المريض للحمام يجب أن يكون الممرض/ة متيقظاً.

١٢- يجب القيام بالأعمال التالية بشكل روتيني فحص كل أقفال الأبواب، الشبابيك، مستحضرات التنظيف الكيميائية، الأدوية وإصلاح التجهيزات.

١٣- عدم انتظام مواعيد تغيير كادر المناوبة وكل الأوقات التي من المتوقع أن يكون الكادر فيها مشغولاً بشكل متكرر خاصةً الفترة الممتدة من الليل إلى الصباح الباكر، هذا سوف يقلل من إمكانية المريض على التنبؤ بالوقت الذي سيكون فيه بدون مراقبة لتنفيذ الانتحار.

١٤- تقييم أي تغيير في سلوك ومزاج المريض، يزداد خطر الانتحار عندما يتحسن نشاط المريض، حيث أنه من الممكن أن يبدو المريض بأنه يشعر بتحسن كبير مباشرةً قبل محاولته الانتحار، وهذا بسبب الشعور بالارتياح لكونه أخذ قراره وصاغ خطته النهائية.

١٥- شجع المريض على التعبير عن مشاعره، الاستماع للمريض وتقبل أفكاره ومشاعره وإيصال ذلك له.

١٦- ناقش المواضيع الروحانية مع المريض فيما يتعلق بالانتحار.

١٧- ساعد المريض ليجد معنى في الحياة وحافزاً ليبقى حياً من أجله، حاول تحديد ما الذي سيجعل المريض يتمسك بحياته ثم عزز أهمية بقائه حياً لأجله، مثلاً: كأن يتمسك بالحياة من أجل أولاده، أهله.... الخ

١٨- تعليم المريض تقنيات التكيف الفعال مثل حل المشكلات، تدبير الشدة، الحديث الإيجابي للذات... الخ.

١٩- العلاج بالصدمة الكهربائية.



☒ تضحك وتسخر من رغبة المريض بالموت، أو التقليل من أهمية مشاعر المريض، أو قول التعليقات التي تقلل من قيمة عواطفه مثل: " كل شخص يريد أن يترك الحياة".

☒ تقلل من أهمية محاولات المريض الانتحارية السابقة، كل محاولة للانتحار يجب أن تعامل بجدية.

☒ تحكم على المريض أخلاقياً أو تعزز شعور المريض بالذنب.

" كل هذه السلوكيات من الممكن أن تعكس عدم التعاطف العقلاني والتفهم لمشاعر المريض"

الهياج Excitement

وهي حالة معممة من فرط الحركة الجسدية والنفسية تؤدي إلى اضطراب سلوكي، حيث أن المريض من المحتمل أن يؤذي نفسه والآخرين.

أسباب الهياج:

i. **الاضطرابات النفسية:**

A. الاضطرابات الذهانية psychotic disorders:

١- الفصام: من الممكن أن يحدث في أي نوع وخاصة الجمودي (التخشبي)

٢- الهوس: خاصة الهوس الحاد.

٣- التناوب بين الهوس والاكتئاب.

B. الاضطرابات العصابية : كاضطراب التحول (الهيستريا) Conversion disorder

C. اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع Anti-social personality

ii. الاضطرابات العضوية Organic Disorders:

١- الهذيان (delirium)

٢- الزهايمر (dementia)

iii. سوء استعمال العقاقير Substance Abuse:

١- تعاطي المنبهات مثل: الأمفيتامين، الكوكائين.

٢- خلال فترة سحب المادة، عندما ينخفض مستوى المادة التي تم الإدمان عليها.

دلالات الهياج Clues of excitement:

A. العلامات اللفظية:

١- التهديد الكلامي تجاه شيء حقيقي أو متخيل.

٢- الكلام السريع، المضغوط بصوت عالي (قوي).

٣- الشتائم والكلام البذيء.

٤- المجادلة.

B. العلامات الغير لفظية:

- **السلوكية Behavioral:**

١- عدم القدرة على الاسترخاء.

٢- المشي السريع ذهاباً وإياباً.

٣- الفك المشدود (كز الأسنان) وضرب الكفين ببعضهم.

٤- ازدياد سرعة التنفس.

٥- التحديق بشدة أو فقدان التواصل البصري.

٦- توهج الوجه.

٧- عدم السماح للآخرين بالاقتراب.

- **العاطفية Affect:**

١- التوتر وتعبيرات الوجه الغاضبة.

٢- العدوانية.

٣- سهولة الاستثارة.

٤- القلق الشديد.

- **مستوى الوعي level of consciousness:**

١- التشويش confusion

٢- عدم التوجه للزمان أو المكان أو الأشخاص.

تدبير المريض المتهيج :

- التقييد اليدوي Mechanical Restraint
- التقييد الكيميائي(عن طريق حقن الأدوية المهدئة)
- العزل .

١- التقييد اليدوي Mechanical Restraint:

يستخدم للسيطرة على السلوك العنيف الموجه لإيذاء المريض أو الآخرين، والذي لا يمكن السيطرة عليه بالتداخلات الأخرى (الكلامية و الأدوية).

تستخدم التقنيات الكلامية المهدئة عند ملاحظة علامات تصعيد الهياج كالقول للمريض " تبدو غاضباً جداً، دعنا نذهب إلى غرفتك لنتحدث عن ذلك" أو " للتنفيس عن غضبك ربما سيساعدك أن تضرب كيس الملاكمة". إذا استمر الهياج بالتصعيد اطلب من المريض أخذ الأدوية المهدئة إرادياً، إذا رفض المريض أخذ الدواء وكان هناك احتمال أن يؤذي نفسه أو الآخرين يجب استخدام التقييد اليدوي.

ويشمل التقييد اليدوي استخدام أدوات للحد من الحركة الجسدية للمريض.

أنواع التقييد اليدوي : - تقييد المعصمين والكاحلين wrist and ankle cuffs

- سترة التقييد strait jacket
- بطانية التقييد Blanket restraint

التداخلات التمريضية المتعلقة بالتقييد اليدوي:

١- الحصول على الأمر من الطبيب المعالج وفي بعض الحالات من الممرضة المسؤولة لاستخدام القيد، ويجب أن ينفذ الإجراء بسرعة وحزم وفعالية.

٢- يتطلب التقييد الجسدي أربعة أفراد من الكادر المؤهلين مع قائد الفريق وهو الذي يعطي تعليمات التنفيذ، كل الأفراد يجب أن يظهروا الهدوء والمساعدة للمريض.

٣- لتقييد المريض يكون استخدام البطانية مفيد، اقترب من المريض من جهة الخلف والبطانية مفتوحة، لف المريض بالبطانية واحمله إلى غرفته لوضعه في سريره، ثم قيد المريض بربط اليدين والقدمين بقيد مناسب أو استخدم سترة التقييد، يجب أن يكون التقييد لمدة قصيرة حتى يبدأ مفعول الدواء، ويجب ألا تكون القيود مشدودة كثيراً أو مرتخية كثيراً (غير مربوطة بإحكام).

٤- إذا كان المريض يتشاجر مع مريض آخر وأنت ترغب بإبعادهم عن بعض اذهب إلى وراء المريض وضع ذراعاك حول خصره، وزميلك يفعل مثلك مع المريض الآخر ثم يتم سحبهم بعيداً.

٥- إخبار المريض حول سبب الاجراء وأنه سيسمح له بالاندماج مع زملائه عندما يكون أكثر سيطرة على نفسه.

٦- يجب أن يعطى المريض مهدئات سريعة مثل مضادات القلق (benzodiazepine)

٧- الحفاظ عل خصوصية المريض.

٨- عدم استخدام التقييد كوسيلة للعقاب.

٩- لا تدع المريض يشعر بأنه معاقب، يجب تلبية احتياجاته كالعادة.

١٠- يجب مراقبة حالة الجلد في مكان القيد (اللون، الحرارة، الإحساس...) بشكل مستمر.

١١- عندما يكون المريض أكثر سيطرة على نفسه يجب إزالة القيود بشكل تدريجي مثلاً: المريض المقيد من الأطراف الأربعة نفك قيد طرف واحد كل مرة بفواصل زمنية (يد يسرى- قدم يمنى- يد يمنى- رجل يسرى).

١٢- بعد الإجراء يجب عدم تذكير المريض بالحدث بعد انتهاء التقييد.

١٣- يجب السماح للمريض بالتعبير عن مشاعره خلال فترة التقييد.

١٤- التوثيق (الأحداث التي أدت إلى التقييد، وقت التقييد، استجابة المريض للتقييد، توقيت إزالة التقييد).

١٥- تعليم المريض علامات وأعراض تصاعد الهياج والتقنيات التي تمنع وصوله للهياج.

٢- العزل Seclusion:

وهو حجز المريض بالقوة في غرفة لوحده لحماية المريض والآخرين من الأذى يجب أن تكون الغرفة بدون أثاث ومجهزة بطريقة لتوفر الراحة والأمان للمريض (مبطنة بالإسفنج).

اعتبارات خاصة:

- في العزل والتقييد يجب تقييم المريض كل ١٥ دقيقة للتنفس، الحاجة للطعام، السوائل.....الخ (كل ما يتعلق باحتياجاته الفيزيولوجية الأساسية).
- يجب ألا يستمر التقييد والعزل أكثر من ساعة قد الإمكان.
- يجب تجديد الأمر الطبي لتطبيق القيد من قبل الطبيب كل ٤ ساعات للبالغين، وكل ٢ ساعة للمراهقين والأطفال.

الذهول Stupor

هي حالة يحدث فيها فقدان كلي للحركة الجسمانية عند المريض مع عدم استجابته لأي منبه خارجي أو داخلي حيث يبدو المريض وكأنه فاقد للوعي (مع أنه لا يوجد اضطراب عميق في الوعي).

الأسباب:

١- نفسية المنشأ:

A. **الذهانية:** - الذهول في الاكتئاب المترافق مع أعراض ذهانيه.

- الذهول في الهوس المترافق مع أعراض ذهانية.

- الذهول في الفصام.

B. **العصابية:** في الهستريا للحصول على الانتباه.

٢- عضوية المنشأ : الذهول في الهذيان، الذهول في الزهايمر.

الأعراض:

١- لا يستجيب المريض لأي منبه خارجي (سؤال، صوت عالي....) أو منبه داخلي (الجوع، العطش، تمدد المثانة...).

٢- المريض لا يتحرك أو قليل الحركة.

٣- لا يتكلم.

٤- سيلان اللعاب، احتباس البول والبراز.

٥- الوجه بدون تعابير Masked face.

٦- السلبية، الطاعة الآلية/ الأتوماتيكية، التخشب، المرونة الشمعية غالباً تسبق حدوث الذهول ذو المنشأ النفسي.

التداخلات التمريضية:

❖ **العناية الجسمانية:**

١- التغذية الاصطناعية عن طريق الأنبوب الأنفي المعدي.

٢- تركيب القثطرة البولية وإجراء حقنة شرجية.

٣- تسجيل الوارد والصادر كل ٢ ساعة.

٤- تقديم العناية لجلد المريض من خلال تدليك الظهر وتغيير وضعية المريض كل ٢ ساعة لمنع قرح الفراش.

٥- إجراء حمام للمريض يومياً.

٦- العناية بالفم.

٧- شفط المفرزات التنفسية عند الحاجة.

❖ **العناية النفسية:**

١- الحفاظ على خصوصية المريض عند تقديم أي عناية له.

٢- شرح أي إجراء مقدم للمريض بطريقة هادئة وبسيطة.

٣- لا تضحك على المريض أو تعاقبه لأنه واعي لما يحدث حوله.

٤- الجلوس مع المريض لطمأنته وتقديم الدعم النفسي.

٥- حماية المريض من المرضى الذين لديهم سلوك عدواني أو اندفاعي.

٦- توفير بيئة هادئة لكن منبهه للمرض (ساعة، تقويم زمني....)

رفض الطعام Refusal of food

يعتبر رفض الطعام من الطوارئ النفسية عندما يرفض المريض تناول الطعام والشراب لثلاثة أيام متتالية.

الأسباب:

١- **المرضى الفصاميين:** ينشغل المرضى بشدة بتخيلاتهم البعيدة عن الواقع التي غالباً تبعدهم عن إدراك الحاجة للطعام.
٢- **المرضى الاكتئابين:** من الممكن أن يكون لديهم إحساس كبير بالذنب وعدم الكفاءة، لذا يعتقدون بأنهم لا يستحقون الطعام. أو من الممكن أن يكون رفض الطعام وسيلة للانتحار نتيجة لتوهمات (ضلالات) عدم القيمة، الخطيئة، العدمية.
٣- **المرضى الزورانيين:** عادةً يكون لدى المريض ضلالات الاضطهاد، فمن الممكن أن يعتقد هؤلاء المرضى بأن الطعام مسموم أو ملوث.
٤- **مرضى الهلاوس:** يكون لدى هؤلاء المرضى هلاوس آمره قد تأمرهم بعدم تناول الطعام.
٥- **مرضى الهيستريا:** يرفضون تناول الطعام من أجل لفت الانتباه.
٦- **مرضى فقد الشهية العصبي:** لديهم خوف كبير من زيادة الوزن.

تدبير مرضى رفض الطعام:

تركيب أنبوب أنفي معدي للتغذية أو التسريب الوريدي مع الشرح المناسب قبل الإجراء لتجنب سوء الفهم.

انتهت المحاضرة