



مدیریت رفتارهای پر خطر

دکتر محمدرضا خدایی

روانپزشک

عضو هیئت علمی دانشگاه توانبخشی

رفتارهای پر خطر

- **Aggression**
- **Violence**
- **Suicide**
- **Self Injury**

سلامت روان

- ✓ سطح قابل قبول تنظیم عاطفی و رفتاری
- ✓ نبود بیماری
- ✓ کارکرد بهینه
- ✓ تعادل روانی اجتماعی در حوزه های فردی و اجتماعی
- ✓ تنظیم بهینه هیجان-تفکر-شناخت-رفتار

Violence/Aggression

- ❖ رفتار هدفمند در جهت تحقیر یا آسیب به دیگران (کلامی-غیر کلامی): **Aggression**
- ❖ رفتارهای پر خاشگری انفعالی و غیر مستقیم (تعلل، طعنه): **Passive Aggression**
- ❖ رفتارهای پر خاشگرانه مستقیم (عصبانیت، یکدندگی، پرتاب شی):
- ❖ رفتار هدفدار و ناگهانی شدید در جهت آسیب جدی فیزیکی یا تخریب مالی و غیر مالی: **Violence**

Violence/Aggression

اتیولوژی

فردی:

- سبک ارتباطی ناسالم
- اعتماد به نفس پایین و احساس حقارت
- اختلالات یا ویژگی های شخصیتی
- اختلالات روانی (مانند اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنیا، اختلالات هذیانی، اختلالات سازگاری، اختلالات روانی عضوی یا ناشی از مصرف مواد ، اختلال استرس پس از حادثه و کنترل تکانه و)
- عوامل محیطی و تربیتی

Aggression/Violence

ادامه اتیولوژی...

عوامل اجتماعی و فرهنگی:

- ناکامی
- ناامیدی
- احساس بی عدالتی
- مشکلات اقتصادی
- استرس مزمن
- رسانه ها

نشانه های هشدار دهنده خشونت

- ☐ تهدیدات کلامی یا فیزیکی
- ☐ بیقراری پیشرونده
- ☐ حمل سلاح سرد یا گرم
- ☐ سابقه خشونت قبلی/ سابقه زندان
- ☐ تمایلات پارانوئیدی
- ☐ توهّمات شنوایی
- ☐ خیره شدن بی دلیل و خشم آلود یا علائم کاتاتونیا
- ☐ مصرف مواد محرک یا الکل
- ☐ داشتن نفع شخصی یا روانی
- ☐ سابقه بیماریهای روانپزشکی
- ☐ سابقه ضربات به سرو یا دلیریوم و بیماری های شناختی
- ☐ سابقه بیماریهای کودکی مانند بیش فعالی/بزهکاری/سواستفاده جنسی یا فیزیکی

مدیریت پرخاشگری

آرام سازی بیمار با پرخاشگری کلامی

مهارت های فردی:

- حفظ خونسردی و دعوت به گفتگو
- شناسایی محرک ها
- گوش دادن فعال
- جایگزینی "تو" با "من"
- تعیین مرزها
- ترک محیط
- آموزش های دفاع فردی
- کمک گیری از دیگران

مدیریت پرخاشگری(ادامه)

فضای فیزیکی:

- چیدمان فیزیکی مناسب جهت رعایت ایمنی(وجود درب فرار-عدم وجود وسایل سنگین و خطرناک روی میز-مدیریت چیدمان وسایل اتاق و فاصله مطمئنه و..
- در دسترس بودن وسایل اعلام خبر یا خطر مانند تلفن زنگ اخبار و یا اعلام کد بحران
- وجود تیم مراقبت ماهر و مدیریت شده در مرکز
- وجود وسایل مهار فیزیکی در اتاق
- وجود وسایل دفاع شخصی

مدیریت پرخاشگری(ادامه)

آرام سازی با پرخاشگری فیزیکی یا تهاجم:

- استفاده از کارکنان آموزش دیده
- استفاده از داروهای استاندارد خوراکی یا تزریقی
- آنتی پسیکوتیک های آتیپیک (مانند اولانزاپین یا ریسپریدون در اولویت اول و در اولویت دوم آنتی پسیکوتیک های نسل اول مانند هالوپریدول یا کلروپرومازین)
- خطر تجویز همزمان اولانزاپین با بنزودیازپین بخصوص لورازپام
- بنزودیازپین ها مانند لورازپام تزریقی ،میدازولام یا دیازپام-
- پرومتازین و سایر داروهای سداتیو
- استفاده ازوسایل مهار فیزیکی استاندارد با رعایت اصول مهار (منع استفاده در بیماران پرخاشگر با محرک های آمفتامینی و فن سیکلیدین
- همدلی و آرام بخشی در حین مدیریت خشم بخصوص دراختلالات شناختی وپسیکوتیک

Suicide

آسیب فردی اجتماعی چند بعدی و با دید جامع زیستی-روانی-اجتماعی و معنوی باید به آن پرداخت.

□ اقدام به خودکشی در زن < مرد

□ خودکشی موفق مرد < زن

□ متاهل > مجرد -مطلقه -بیوه

□ روش های مرسوم خودکشی (دارو-حلق آویز-پریدن از ارتفاع -خودسوزی- اسلحه -مواد مخدر-سموم کشاورزی و قرص برنج- حوادث جاده ای مانند پریدن روی ریل یا خیابان)

□ در جوامع با آسیب های روانی اجتماعی و اقتصادی بیشتر است.

□ در جامعه پزشکی هم دیده می شود.

اتیولوژی خودکشی

عوامل زیستی و بیولوژیک: دوقلوها و..

عوامل روانشناختی: ناکامی، ناامیدی و درماندگی، فرسودگی روانی، افسردگی، ویژگی های تکانه ای و شخصیتی، عدم مهارت های فردی در سازگاری، شخصیت ناکافی و استفاده از مکانسیم های دفاعی نابالغ در حل مسئله، جنسیت

عوامل اجتماعی و فرهنگی: انزوا، تاهل، شغل، اختلافات خانوادگی، مهاجرت و فرهنگ پذیری، فرسودگی شغلی، اختلافات بین فردی و زناشویی

عوامل معنوی: مذهب، نوع نگرش به زندگی، روش زندگی، پوچی گرایی، فرقه های مذهبی و فکری

اختلالات روانپزشکی: افسردگی اساسی، دوقطبی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات سازگاری بخصوص در سوگ، اختلالات شخصیت بخصوص مرزی، ملال جنسیتی، اختلالات روانی ناشی از بیماری های جسمی، مصرف مواد و دارو

بیماری های جسمی صعب العلاج - معلولیت ها

علائم هشدار دهنده در خودکشی

- ✓ سابقه اقدام به خودکشی قبلی
- ✓ اختلالات روانپزشکی و یا سابقه آن بخصوص انواع منجر به بستری
- ✓ وجود اختلالات روانپزشکی در خانواده و یا اختلافات خانوادگی یا بین فردی
- ✓ وجود طرح و نقشه خودکشی
- ✓ آرزوی مرگ
- ✓ تغییر ناگهانی رفتار مانند تغییر ناگهانی خلق از ناامیدی به آرامش کاذب ، انزوا
- ✓ بخشیدن اموال یا وصیت نامه غیر معمول
- ✓ افت عملکرد شغلی و تحصیلی و فردی
- ✓ ناامیدی و درماندگی
- ✓ رفتارهای خلق الساعه و عدم کنترل تکانه
- ✓ مقاومت ناگهانی در ادامه درمان بیماریهای صعب العلاج مانند کانسرها

مدیریت خودکشی

- ❖ ارزیابی خطر خودکشی
- ❖ ایجاد همدلی و راپورت
- ❖ آرامش در درمانگر و ایجاد فضای آرام برای بیمار
- ❖ گوش دادن فعال بخصوص در مورد رنج بیمار
- ❖ بررسی روش های خودکشی و دور کردن ابزار آن از دسترس بیمار
- ❖ کاهش رنج روانی بیمار
- ❖ حمایت واقع بینانه
- ❖ پیشنهاد جایگزین
- ❖ کمک از دیگران بخصوص اورژانس اجتماعی و پلیس و عدم تنها گذاشتن بیمار
- ❖ درمانهای دارویی و غیردارویی
- ❖ بستری بیمار جهت مدیریت حاد خودکشی و خدمات روانی اجتماعی پس از آن

مدیریت خودکشی در بیمارستان

خودکشی در بیمارستان جزو قصور قطعی تلقی می گردد.

پیشگیری:

- ایمن سازی فضاهای بالقوه خطر ساز، پریزها و سیم های برق و کولر و لامپ
- افزایش نظارت دید مستقیم و دوربین بخصوص در فضاهای کور مانند اتاق سیگار، تلویزیون، توالت و حمام
- ایمن سازی پنجره ها و فضاهای پرخطر مانند پایه های تلویزیون، رخت آویز
- عدم دسترسی ملحفه ،روسری بزرگ
- عدم دسترسی به اتاق تریمنت و اتاق خدمات بخش(وایتکس و...)
- بازرسی استاندارد ازبیماران و ملاقات کنندگان در مورد آوردن دارو و یا مواد به بخش

مدیریت خودکشی در بیمارستان

اقدامات هنگام وقوع و پس از آن:

- اعلام کد بحران
- حفظ آرامش در عین سرعت و دقت در مدیریت بحران
- کمک از تیم آموزش دیده حراستی و درمانی
- مشخص بودن وظایف همه نفرات تیم بحران
- اقدامات سریع درمانی مرتبط بسته به روش خودکشی و انتقال بیمار به بخش ویژه
- مستند سازی همزمان صحنه حادثه چه بصورت درج در پرونده و تصویربرداری با رعایت حفظ اصول رازداری حرفه ای
- اطلاع به حوزه مسئول فنی و مدیریت بیمارستان و همچنین منابع قانونی و خانواده

Self Injury

رفتارهای خود آسیب رسان :

- ❖ مانند تیغ زدن ،سوزندان پوست با سیگارو...،کوبیدن سر و یا با دست
- ❖ کندن زخم و برخی عادات رفتاری مانند کندن لب،ناخن و مو هم گاهی در این طبق بندی قرار می گیرند(بیشتر مربوط به اختلال کنترل تکانه و وسواس است).
- ❖ محل :دست ،بازو،شکم،پشت،گردن،سر و صورت،اندام تناسلی
- ❖ در نوجوانان بیشتر است

اتیولوژی:

- ❖ اختلالات سازگاری و انطباقی
- ❖ وجود ویژگیهای شخصیتی و یا اختلالات شخصیت
- ❖ اختلالات روانپزشکی بخصوص شخصیت مرزی،اختلال استرس پس از سانحه،اختلالات اضطرابی و وسواسی،اختلالات خلقی ،اختلالات ناشی از مصرف مواد یا مغزی، اختلالات پسیکوتیک

مدیریت رفتارهای آسیب رسان

ارزیابی تخصصی:

- ارزیابی شدت آسیب جسمی محل، نوع، شدت و دفعات خودزنی
- ارزیابی روانی (محرک ها، معنا و مفهوم روانی خودزنی، وجود افسردگی، اختلالات انطباقی، ترومای روانی، مصرف مواد، رفتار یا افکار خودکشی و...)
- ارزیابی روابط و رفتارهای بین فردی
- ارزیابی حمایت های خانوادگی و اجتماعی
- بررسی الگوهای رفتاری بین همتاها
- سابقه رفتارهای قبلی

مدیریت رفتارهای خود آسیب رسان

- جمع آوری و از دسترس دور کردن ابزارها
- همدلی و گوش دادن فعال بجای سرزنش کردن
- آرام سازی و مدیریت استرس
- پیشنهاد راه های جایگزین
- ایجاد برنامه ایمنی(نشانه های هشدار، راهکارهای آرام سازی و تعویق تکانه، افراد قابل تماس، مراکز درمانی)
- درمان آسیب های جسمی و عوارض
- تماس با ارگانهای حمایتی مانند اورژانس اجتماعی
- رواندرمانی
- دارودرمانی

سپاس از توجه شما

