دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

انستیتو روانپزشکی تهران- مرکز تحقیقات بهداشت تهران

(بخش روانپزشکی اجتماعی)

متن آموزشی
پیشگیری از خود کشی برای پزشکان عمومی

تألیف:

دکتر سید مهدی حسن زاده

دکتر لاله حبیبی کوهی

دکتر میترا حفاظی

عیسی کریمی کیسمی

با همکاری :

معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

(ادا ره سلامت روان)

زمستان ۱۳۸٦

فهرست مطالب

عنوان **صفحه**

اهداف ۱
مقدمه ۱
نکات کلیدی راجع به خودکشی درجهان ۳
تعریف خودکشی ۳
بار خودکشی ۴
خودکشی و اختلالات روانپزشکی ۴
اختلالات خلقی ۶
الکلیسم ۸
اسکیزو فرنیا ۸
اختلالات شخصیت ۹
اختلالات اضطرابی ۹
خودکشی و اختلالات جسمی ۹
بیماری‌های نورولوژیک ۱۰
نئوپلاسم‌ها ۱۰
HIV/ AIDS ۱۰
سایر موارد ۱۰
خودکشی و عوامل اجتماعی و جمعیت شناختی ۱۰
جنس ۱۱
سن ۱۱
وضعیت تأهل ۱۱
شغل ۱۱
بیکاری ۱۱
اقامت در شهر/ روستا ۱۲
مهاجرت ۱۲
سایر موارد ۱۲
چگونه بیماران با خطر بالای خودکشی را شناسایی کنید ۱۲
چگونه بپرسید؟ ۱۴
کی بپرسید؟ ۱۴

عنوان	صفحه

سؤالات بعدی ۱۴
مدیریت درمان بیماران خودکشی ۱۵
به کارگیری حمایت ۱۶
قراردادعدم خودکشی ۱۶
ارجاع به متخصص ۱۷
چگونه ارجاع کنید ۱۷
چه موقع باید بیمار را بستری کنید ۱۸
چگونه بیمار را بستری کنید ۱۸
خلاصه اقدامات برای پیشگیری از خودکشی ۱۸
منابع ۱۹

اهداف

انتظار می رود پزشکان عمومی پس ازمطالعه این متن بتوانند:

۱- اختلالات و عوامل عمده همراه با خودکشی را شناسایی و مدیریت کنند.

۲- در پیشگیری و درمان خودکشی نقش خود را با اهمیت ببینند.

۳- بهورزرا در پیشگیری، درمان، ارجاع و آموزش کمک نمایند.

۴- کارکنان بهداشتی را در پیشگیری، درمان، وآموزش کمک نمایند.

۵- توانایی کارکنان بهداشتی و نظارت بر فعالیت‌های آنان را ارتقاء دهند.

مقدمه

خودکشی بیمار یکی از بدترین تجربیاتی است که پزشک با آن روبرو می‌شود.معمولاً واکنش پزشک به خودکشی به صورت ناباوری، از دست دادن اعتماد به خود، خشم و خجالت است. خودکشی بیمار می‌تواند احساسات بی‌کفایتی، شک درباره توانایی و ترس از آبروریزی را در پزشک، شعله‌ور کند. بعلاوه پزشک در مواجهه با خانواده و دو ستان فرد فوت شده ممکن است گرفتار شود.

خودکشی از جمله ده علت اصلی مرگ در کشورهای مختلف جهان است و سالانه بیش از یک میلیون نفر در سال خودکشی می‌کنند.

آمار خودکشی در ایران هر چند در مقایسه با کشورهای دیگر پائین‌تر است اما بررسی انجام گرفته در کشور نشان می‌دهد که در سال‌های ۷۶-۶۵ حدود ۶ برابر افزایش داشته است این میزان بدون در نظر گرفتن میزان رشد جمعیت طی این سال‌های اخیر می‌باشد.

طبق آمارهای منتشر شده تعداد تقریبی افرادی که در ایران خودکشی می‌کنند سالانه حدود ۵۰۰۰ نفر می‌باشد، علاوه بر آن تعدادی از افراد در مناطق مختلف کشور خودکشی می‌کنند ولی در آمار کلی سالانه جای ندارند.از آنجا که هر فردی که خودکشی می‌کند عضوی از یک خانوار ایرانی ۶نفره نفر باشد حداقل ۳۰۰۰۰ نفر از مردم کشور ما بنوعی با مشکل خودکشی و پیامدهای روانی و اجتماعی آن درگیرند.

پیشگیری از خودکشی همیشه بعنوان یک مشکل بهداشتی مطرح بوده و همواره مورد توجه معاونت سلامت وزارت بهداشت بوده است. بطوریکه در حال حا ضر طرح‌هایی تحت عنوان «پیشگیری از خودکشی با درمان افسردگی» و «تدوین برنامه پیشگیری از خودکشی قابل ادغام در PHC» در سال‌های ۸۷-۸۶ در دست انجام بوده با این هدف که بتوان با برنامه‌ریزی کشوری در کاهش پیشگیری از خودکشی راهکارهای لازم را ارایه نمود. براساس آمارهای منتشر شده، میزان خودکشی ۱/۳ درصد در ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۶۳ و ۶/۴ جمعیت در سال ۱۳۸۴ رسیده است. خودکشی در مردان ۷/۶ در ۱۰۰ هزار نفر نهمین علت مرگ و میر و در زنان ۱/۵ در صد هزار نفر دهمین علت مرگ و میر بوده است.

در سال‌های اخیر با توجه به افزایش اقدام به خودکشی و مشکلات اجتماعی دیگر ناشی از آن، موجب گردید تا ضرورت توجه به بر نامه ریزی پیشگیری از خودکشی بیش از پیش احساس شود و نسبت به اجرای طرح ادغام پیشگیری از خودکشی در نظام شبکه بهداشتی اقدام گردد.

امید است کاردان و کار شناسان بهداشتی فعال در شبکه بتوانند با مطالعه این متن آموزشی، نقش نظارتی و آموزشی خود را بدرستی انجام داده و با اجرای برنامه، شاهد کاهش بروز و شیوع خودکشی در جامعه باشند.

جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده در نیازهای بهداشتی مردم خواهد بود. جهت اصلی این تغییرات تبدیل عوامل اصلی مرگ و میر از بیماریهای واگیر دار به بیماری‌های غیر واگیر دار نشانه گرفته و نه تنها زندگی انسانها را در معرض خطر مستقیم قرار داده بلکه در اثر بار عظیم نا توانی که به دنبال آنها ایجاد میگردد از یک سو، سهم عمده‌ای از منابع اندک بهداشتی درمانی کشور می‌بایست صرف توانبخشی دو باره مبتلایان شده و از سوی دیگر، بخش عظیمی از نیروهای فعال و مولد کشور را از چرخه تولید خارج می‌کند و به همین دلیل می‌توان گفت امروزه دشواری‌های جدی و جدیدی فرا روی نظام بهداشتی قرار گرفته است.

در بعد جهانی پیش‌بینی‌های تلخی توسط سازمان بهداشت جهانی، دانشگاه هاروارد و بانک جهانی در زمینه بیماری‌های غیرواگیر دار شده است.بر طبق این پیش‌بینی‌ها در طول ۲۰سال آینده مرگ ناشی از این بیماری‌ها با افزایشی بیش از سه برابر از ۲۸ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به ۹۴/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ خواهد رسید و بار جهانی بیماری‌ها سمت سویی تازه یافته و از تمرکز بیماری‌ها در گروه بیماری‌های واگیر دار کاسته شده و بیماری‌های غیر واگیردار با مرگ و میر کمتر اما عوارض بیشتر جایگزین آنها می‌شوند.

نکات کلیدی راجع به خودکشی درجهان

- هر ۴۰ ثانیه یک نفر در سراسر دنیا جان خود را در اثر خودکشی از دست می‌دهند.
- هر ۳ ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می‌کند.
- خودکشی جزء ۳ علت اصلی مرگ افراد ۳۵-۱۵ سال است.
- هر خودکشی حداقل برای ۶ نفر دیگر تأثیر بدی دارد.
- تأثیرات روانشناختی، اجتماعی، و اقتصادی خودکشی بر خانواده و جامعه غیرقابل اندازه‌گیری است.

تعریف خودکشی

خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خودفرد است.اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی می‌گوییم.

پدیده افکار خودکشی در بسیاری از اقشار مردم از جمله (جوانان، مردان، زنان و افراد مسن) دیده می‌شود. که عدم پیشگیری از آن می‌تواند اقدام به خودکشی را بهمراه داشته باشد.

خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد خودکشی در نتیجه تعامل عوامل متعدد زیست شناختی، ژنتیک، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی، و محیطی بوجود می‌آید.

توضیح این موضوع که چرا برخی افراد تصمیم به خوکشی می‌گیرند در حالی که برخی دیگر در شرایط یکسان یا حتی بدتر از آن چنین کاری نمی‌کنند مشکل است. با این حال بیشتر خودکشی‌ها قابل پیشگیری هستند.

خودکشی در حال حاضر یک مشکل بزرگ بهداشت عمومی درتمام کشورهاست. تقویت کارکنان بهداشتی برای شناسایی، ارزیابی، مدیریت و ارجاع بیمار مستعد خودکشی در جامعه قدم مهمی در پیشگیری از خودکشی است.

بار خودکشی

طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ حدود یک میلیون نفر بر اثر خودکشی فوت شدند. خودکشی در بسیاری از کشورها جزء ۱۰ علت مرگ و درگروه سنی ۳۵-۱۵ ساله یکی از ۳ علت اصلی مرگ است.

آثار روانی و اجتماعی خودکشی بر خانواده و جامعه غیر قابل اندازه گیری است. بطور متوسط هر خودکشی بطور مستقیم حداقل ۶ نفر را گرفتار می‌کند. اگر خودکشی در مدرسه یا محل کار روی دهد صدها نفر را متاثر می‌کند بار خودکشی را می‌توا ن با DALYs که همان Disability Adjusted Life years می‌باشد ارزیابی کرد. در سال ۱۹۹۸ خودکشی ۱/۸درصد کل بار بیماری‌ها را به خود اختصاص داد که از ۲/۳ درصد در کشورهای غنی تا ۱/۷ درصد در کشورهای فقیر در نوسان بود. این بار معادل بار ناشی از جنگ‌ها و قتل‌ها است و درست دو برابر بار ناشی از دیابت و معادل بار خفگی و تروما است.

خودکشی و اختلالات روانپزشکی

خودکشی اینک به عنوان یک اختلال چند وجهی (چند بعدی) شناخته می‌شود که ناشی از تداخل عوامل زیستی، ارثی، روانی، اجتماعی و محیطی است.

پژوهش‌های جهانی نشان می‌دهد که ۶۰- ۴۰ درصد کسانی که خودکشی می‌کنند، یکماه قبل از مرگ به پزشک مراجعه داشته‌اند و بسیاری از آنان توسط پزشک عمومی و نه روانپزشک ویزیت شده

بودند. در کشورهایی که خدمات بهداشت روان رشد خوبی ندارد درصد افراد مستعد خودکشی که توسط پزشک عمومی ویزیت می‌شوند بالاتر است.

شناسایی، ارزیابی و مدیریت بیماران مستعد خودکشی یک وظیفه مهم پزشکی است که نقش حیاتی در پیشگیری از خودکشی دارد.

خودکشی به تنهایی یک بیماری نیست، و الزاماً نشانه یک بیماری نمی‌باشد، بلکه اختلالات روان پزشکی عامل اساسی مرتبط خودکشی هستند.

مطالعات در کشورهای پیشرفته و درحال رشد نشان می‌دهد که بروز اختلالات روان پزشکی درخودکشی‌های ۱۰۰-۸۰ درصد است. خطر خودکشی درتمام عمر برای افرادی که اختلال خلقی دارند(بخصوص افسردگی)۱۵-۶درصد، الکلیک‌ها ۱۵-۷ درصدو اسکیزو فرنیا ۱۰-۴ درصد است. بهر حال، بخشی از کسانیکه با خودکشی فوت می‌شوند قبل از ویزیت پزشک فوت می‌شوند (سابقه ویزیت ندارند). لذا ارتقاء شناسایی، ارجاع و درمان اختلالات روان پزشکی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، گام مهمی در پیشگیری از خودکشی می‌باشد. یک یافته مشترک نشان میدهد افراد که در اثر خودکشی فوت می‌شوند بیش از یک اختلال روانپزشکی داشته‌اند. شایع‌ترین اختلالاتی که با هم دیده می‌شوند عبارتند از، الکلیسم، اختلالات خلقی (مانند افسردگی) و اختلالات شخصیتی و سایر اختلالات روانپزشکی.

همکاری با روان پزشک و کسب اطمینان از اینکه خدمات کافی و مناسب به بیمار ارائه شده وظیفه حیاتی پزشک است.

اختلالات خلقی

تمام انواع اختلالات خلقی با خودکشی مرتبط هستند. این اختلالات شامل اختلال دو قطبی، حمله افسردگی، اختلالات افسردگی راجع (عود کننده یا تکراری) و اختلالات خلقی مستمر (سیکلوتیمی و دیس تیمی) که در طبقه‌بندی ICD 10 در بخش F 31- F 34 قراردارند.

لذا خودکشی در افسردگی‌های تشخیص داده نشده و درمان نشده یک خطر مهم می‌باشد. افسردگی در جامعه شیوع بالایی دارد و خیلی‌ها آنرا بعنوان بیماری نمی‌شناسند. برآورد شده که ۳۰درصد بیمارانی که به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند، دچار افسردگی هستند. ۶۰ درصد کسانی که جویای درمان هستند ابتدا به پزشک عمومی مراجعه می‌کنند. برای پزشک کار همزمان با بیمار جسمی و روانی یک چالش محسوب می‌شود.

در بسیاری از موارد افسردگی زیر نقاب علائم جسمی مخفی می‌شوند و بیمار تنها از علایم به ظاهر جسمی شکایت دارد.

در حمله تیپیک افسردگی معمولاً بیمار از موارد زیر رنج می‌برد:

- ***خلق افسرده (غمگین بودن)***
- ***از دست دادن شوق و لذت***
- ***کاهش انرژی (بیمار خسته و کم کار است)***

علایم شایع که بیمار افسرده با آنها مراجعه می‌کند عبارتند از :

- خستگی
- غمگین بودن
- نداشتن تمرکز ذهنی
- دلشوره
- بی‌قراری

- اختلالات خواب
- احساس درد در قسمتهای مختلف بدن

علایم یاد شده بایستی پزشک را هشیار کند که افسردگی در کار است و لازمست خطر خودکشی را ارزیابی کند. علایم اختصاصی زیر نشانگر بالا بودن خطر خودکشی است (۲):

- بی‌خوابی مستمر
- بی‌توجهی به سرو وضع ظاهری
- بیماری شدید (بخصوص افسردگی پسیکوتیک)
- اختلال در حافظه
- بی‌قراری
- حملات پانیک

عوامل زیر خطر خودکشی را در افراد افسرده افزایش می‌دهد (۳):

- سن ریر ۲۵ سال در مردان
- مراحل اولیه بیماری
- سوء مصرف الکل
- فاز افسردگی اختلال دو قطبی
- حالت مختلط (مانیک – دپرسیو)
- مانیای پسیکوتیک

افسردگی عامل مهمی خودکشی در بزرگسالان و سالمندان است اما اگر افسردگی در سنین بالا آغاز شود خطر خودکشی بیشترمی شود.

پیشرفت‌های اخیر در درمان افسردگی، برای پیشگیری از خودکشی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بسیار راه‌گشا می‌باشد. و مرتبط است. بر اساس بررسیهای انجام شده در سوئد، آموزش پزشکان عمومی در شناسایی و درمان افسردگی سبب کاهش میزان خودکشی شده است. (۴). داده‌های

اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که داروهای ضد افسردگی خطر خودکشی را در افراد افسرده کاهش می‌دهد. دوز درمانی کافی دارویی می‌بایست برای ماهها ادامه یابد. در سالمندان درمان ممکن است تا دو سال بعد از بهبودی ادامه یابد. بیمارانی که تحت درمان منظم نگهدارنده با لیتوم هستند خطر خودکشی کمتری دارند (۵).

الکلیسم

الکلیسم (هم سوء مصرف و هم وابستگی به الکل) در کسانی که خودکشی می‌کنند بخصوص درجوانان یک تشخیص شایع است.

برای همبستگی بین الکلسیم و خودکشی دلایل زیستی، روانی و اجتماعی وجود دارد.

عوامل اختصاصی که خطر خودکشی را در الکلیک‌ها افزایش می‌دهند عبارتند از :

- شروع الکلیسم در سنین پائین
- سابقه طولانی نوشیدن الکل
- وابستگی زیاد به آن
- خلق افسرده
- وضعیت بد جسمی
- کارآرایی پائین شغلی
- سابقه خانوادگی الکلیسم
- قطع یا از دست دادن رابطه مهم بین فردی

اسکیزو فرنیا

خودکشی علت اصلی مرگ بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا است. علایم خطر اختصاصی عبارتند از:

- مرد جوان بیکار
- عودهای مکرر
- ترس از پسرفت شخصیتی بخصوص در کسانی که توانایی دهنی بالایی دارند.

- سوء ظن و هذیان‌ها (علائم مثبت)
- علائم افسردگی

خطر خودکشی در زمان‌های زیر بالاترین میزان است:

- مراحل اولیه بیماری
- عود زود هنگام
- اوایل بهبودی

خطر خودکشی با ا فزایش طول مدت بیماری کاهش می‌یابد.

اختلالات شخصیت

مطالعات اخیر در مورد خودکشی، مؤید شیوع بالای (۵۰- ۲۵درصد) اختلالات شخصیت در آنان است. اختلالات شایع‌ترین اختلالات مرتبط با خودکشی اختلال شخصیتی مرزی و ضد اجتماعی هستند.

همچنین اختلالات شخصیتی هیستر یونیک و خود شیفته و بعضی خصیصه‌های شخصیتی مثل تکانش گری و پرخاشگری هم با خودکشی مرتبط هستند.

اختلالات اضطرابی

در بین اختلالات اضطرابی، شایعترین اختلال اختلال مرتبط با خودکشی اختلال پانیک می‌باشد. پس از آن اختلال وسواس اجباری است. سایر اختلالات سوماتوفرم اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی عصبی و جوع) هم با خودکشی مرتبط هستند.

خودکشی و اختلالات جسمی

خطر خودکشی در بیماری‌های مزمن جسمی افزایش می‌یابد (۸). بعلاوه در بیماری‌های جسمی، میزان اختلالات روان پزشکی بخصوص افسردگی بیشتر دیده می‌شود. مزمن بودن، ناتوانی و پیش آگهی بد بیماری جسمی با خودکشی مرتبط هستند.

بیماری‌های نورولوژیک

صرع با افزایش خودکشی مرتبط است. علت این امر را تکانشگری، یا پرخاشگری و ناتوانی مزمن همراه با صرع می‌دانند.

آسیب‌های نخاعی و مغزی نیز سبب افزایش خودکشی میشوند. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که پس از سکته مغزی بخصوص درآسیب‌های خلفی که ناتوانی و مشکلات جسمی بیشتری دارند ۱۹ درصد بیماران افسرده ومستعد خودکشی (Suicidal) می‌شوند.

نئوپلاسم‌ها

خطر خودکشی در زمان تشخیص و در ۲ سال آخر بیماری که خطر بد بینی شدید تر است در بالاترین میزان است. درد عامل مهم مرتبط با خودکشی است.

HIV/ AIDS

عفونت HIV و AIDS سبب افزایش خطر خودکشی و بالارفتن میزان آن می‌شود. خطر در زمان تائید تشخیص و مراحل اولیه بیماری بالاتر است. معتادان تزریقی هنوز در معرض خطر بیشتری هستند.

سایر موارد

سایر بیماری‌های مزمن مانند بیماریهای کلیوی، کبدی، استخوانی، مفاصل، قلبی عروقی و گوارشی با خودکشی مرتبط هستند. همچنین ناتوانی‌های حرکتی، نابینایی، ناشنوایی می‌توانند باعث بروز خودکشی شوند.

در سال‌های اخیر یوتو نازی* و کمک به خودکشی مباحث جدیدی است که برای پزشکان مطرح می‌شوند. یوتو نازی فعال در تمام محاکم غیر قانونی است و کمک به خودکشی از نظر فلسفی و اخلاقی مورد بحث قرار دارد.

خودکشی و عوامل اجتماعی و جمعیت شناختی

خودکشی یک عمل فردی است، اما در زمینه اجتماع پیش می‌آید و عوامل اجتماعی و جمعیت

شناختی با آن مرتبط هستند.

جنس

در بسیاری از کشورها مردان بیش از زنان خودکشی می‌کنند.نسبت مرد به زن از کشوری به کشوری دیگر متفاوت است.چین تنها کشوری است که در آن زنان در مناطق روستایی بیش از مردان و در مناطق شهری تقریباً برابر با مردان خودکشی می‌کنند.

سن

سالمندان (بالای ۶۵ سال) و جوانان (۳۰ – ۱۵ سال) در معرض خطر بیشتر خودکشی هستند. مطالعات اخیر افزایش میزان خودکشی در مردان میان سال را نشان می‌دهد.

وضعیت تأهل

افراد طلاق گرفته، بیوه و مجرد در معرض خطر بیشتر خودکشی هستند. بنظر می‌رسد ازدواج برای مردان در برابر خودکشی عامل محافظتی باشد اما برای زنان چنین نیست، متارکه و تنها زندگی کردن خطر خودکشی را با لا می‌برد.

شغل

بعضی از گروه‌های شغلی مانند دامپزشکان، دارو سازان، دندانپزشکان، کشاورزان و پزشکان خطر بالاتر خودکشی دارند.هیچ توضیح روشنی برای توضیح این یافته نیست اما دسترسی به ابزار کشنده، فشار شغلی، ا نزوای اجتماعی و مشکلات مالی ممکنست دخیل باشد.

بیکاری

رابطه محکمی بین بیکاری و خودکشی وجود دارد، اما ماهیت این رابطه پیچیده است. احتمالاً تأثیر بیکاری از طریق عواملی چون فقر، محرومیت اجتماعی، مشکلات خانوادگی و نا امیدی اعمال می‌شود. از سوی دیگر افرادی که دچار اختلالات روانپزشکی هستند بیشتر از سایرین گرفتار بیکاری می‌شوند. همیشه به تفاوت بیکاری فعلی و دراز مدت توجه کنید زیرا خطر خودکشی در اولی بیشتر است.

اقامت در شهر / روستا

در بسیاری از کشورها خودکشی در مناطق شهری بیشتر است، در حالیکه در برخی دیگـر، بیشـتر در مناطق روستایی روی می‌دهد.

مهاجرت

مهاجرت بخاطر مشکلات همراه آن مانند فقر، مسکن نامناسب، نبود حمایت اجتماعی و برآورده نشدن نیازها، سبب افزایش خطر خودکشی می‌شود.

سایر موارد

بعضی عوامل اجتماعی دیگر مانند وجود آلات کشنده و رخـدادهای اسـترس‌آور زنـدگی نقـش مهمی در افزایش خطر خودکشی دارند.

چگونه بیماران با خطر بالای خودکشی را شناسایی کنید

چند عامل فردی و اجتماعی جمعیت شناختی مرتبط خودکشی به شرح زیر وجود دارد (۹) :

- اختلالات روانپزشکی (عموماً افسردگی، الکلیسم، اختلالات شخصیت)؛
- بیماریهای جسمی(لاعلاج، همراه با درد و ناتوانی، ایدز)؛
- سابقه قبلی اقدام به خود کشی؛
- سابقه خانوادگی خودکشی، الکلسیم و/یا اختلالات روانپزشکی؛
- ***افراد*** طلاق گرفته، بیوه و مجرد؛
- تنها زندگی کردن (انزوای اجتماعی)؛
- داغ دیدگی در دوران کودکی؛

اگر بیمار تحت درمان روانپزشکی است خطر در مورد زیر بالاست:

- کسانی که به تازگی از بیمارستان مرخص شده‌اند؛
- کسانی که سابقه قبلی خودکشی دارند؛

استرس های اخیر زندگی که خطر خودکشی را بالا می‌برند

- متارکه ازدواج؛
- داغ دیدگی؛
- اختلاف‌های خانوادگی؛
- تغییر در وضعیت شغلی یا مالی؛
- طرد از سوی افرادی که برای ما مهم هستند؛
- خجالت از مقصر شناخته شدن؛

مقیاس‌های متعددی برای ارزیابی خطر خودکشی در دسترس است، اما هیچکدام باندازه مصاحبه بالینی در شناسایی خطر آنی خودکشی ارزش ندارند.

پزشک ممکن است با شرایط و وضعیت‌های مختلف در خودکشی روبرو شود. یک مرد سالمند که اخیراً بیوه شده، تحت درمان افسردگی است، تنها زندگی می‌کند و سایقه قبلی خودکشی دارد، و یک خانم جوان که اخیراً دوست صمیمی اش او را ترک کرده و حالا چند خراش در بازوی خود ایجاد کرده، دو نمونه در دو نقطه مقابل هم هستند. در عمل بیشتر بیماران بین این دو انتها قرار گرفته و ممکن است از یک طبقه به طبقه‌ای دیگر در نوسان باشند.

وقتی پزشک با نشانه‌های قابل قبولی بر خورد می‌کند که بیمار مستعد خودکشی است باید فکر کند که چه باید بکند. بعضی از پزشکان با بیماران مستعد خودکشی راحت نیستند. مهم این است که پزشک مواظب احساسات درونی خود نسبت به بیمار باشد و از همکاران یا احتمالاً متخصصین سلامت روان درمواجهه با چنین بیمارانی کمک بگیرد. مهم اینست که خطر را انکار یا فراموش نکنیم.

اگر پزشک تصمیم به اقدام عملی دارد، نخستین و مهمترین قدم، گذاشتن وقت کافی برای بیماراست حتی اگر اتاق انتظار پر از بیمار باشد. وقتی اشتیاق خود را برای فهم مشکل بیمار آغاز می‌کنید رابطه مثبت شما با بیمار آغاز می‌شود. سؤالات مستقیم و بسته در مصاحبه کمک‌کننده نیستند. عباراتی مثل «بنظرم خیلی عصبانی هستید بیشتر برایم توضیح بدهید» مفید است.

گوش دادن با همدلی قدم مهمی در کاهش سطح ناامیدی بیمارمستعد خودکشی است.

افسانه	واقعیت
کسی که دست به خودکشی می‌زند بندرت عمل میکند	کسانی که خود را کشتند قبلاً هشدار داده بودند، همیشه تهدیدبه خودکشی را جدی بگیرید.
پرسش در باره خودکشی سبب القای خودکشی می‌شود.	پرسش درباره خودکشی اغلب سبب کاهش اضطراب بیمار شده، بیمار احساس آرامش کرده و احساس می‌کند که اورا درک می‌کنند.

چگونه بپرسید؟

پرسش در مورد افکار خودکشی آسان نیست. بهتر است که بتدریج وارد موضوع شوید. ترتیب سؤالات بشکل زیر کمک می‌کند :

۱- آیا احساس غمگین بود ن و بیچارگی دارید؟

۲- آیا احساس درماندگی می‌کنید؟

۳- آیا احساس می‌کنید که از کارهای روزانه عاجزید؟

۴- آیا احساس می‌کنید زندگی یک رنج است؟

۵- آیا احساس می‌کنید زندگی ارزش ندارد؟

۶- آیا دلتان می‌خواهد خودکشی کنید؟

کی بپرسید؟

ارتباط با بیمار برقرار شده باشد.

- وقتی که بیمار احساس کند که به راحتی می‌تواند احساسات خود را بیان کند.
- وقتی بیمار احساسات منفی دارد.

سوالات بعدی

پرسش در مورد وجود افکار خودکشی پایان کار نیست.

کار با تائید وجود افکار خودکشی تمام نمی‌شود. بایستی با پرسشهای تکمیلی بیشتر، میزان شدت افکار و احتمال خودکشی را ارزیابی کنید. مهم اینست که بدانید آیا بیمار طرح و برنامه‌ای برای

خودکشی دارد و ابزار آنرا فراهم کرده است یا خیر. اگر بیمار می‌گوید می‌خواهم با هفت‌تیر خودم را بکشم ولی هفت تیر ندارم خطر کمتر است. اما اگر می‌گوید برنامه دارم و ابزار هم آماده است (مـثلاً قرص) یا ابزار به سادگی در دسترس خواهد بود خطر خودکشی افزایش می‌یابد.

مهم است با سؤالات خود بیمار را تحت فشار و آزار قرار ندهید و پزشک با همدلی و با مهربـانی سوال کند. نمونه برخی از سؤالات پیشنهادی:

- آیا طرح و برنامه‌ای برای پایان دادن به زندگی خود دارید؟
- چطوری می‌خواهید آنرا اجرا کنید ؟
- آیا ابزار آنرا قرص/ اسلحه یا سایر ابزار را در دسترس دارید؟
- کی می‌خوا هید آنرا عملی کنید؟

توجه

- ***بهبودی کاذب یا گمراه کننده. هر گاه یک بیمار آژیته ناگهـان آرام شد، ممکنست او به تصمیم قطعی برای خودکشی رسیده باشـد و بعد از این تصمیم گیری آرام بنظر میرسد.***
- ***انکار. بیمارانی که بشدت قصد خودکشی دارند ممکنسـت تعمـداً این افکار انکار کنند.***

مدیریت درمان بیماران خودکشی

اگر بیمار دچار مشکل هیجانی است و افکار مبهم خودکشی دارد، صحبت کردن بـا یـک پزشـک علاقمند و تخلیه هیجانی ممکن است کافی باشد. با این حال راه را برای اقدامات بعدی و پیگیری باز بگذارید بخصوص اگر بیمار حمایت اجتماعی کافی نداشته باشد. مشکل هرچه که باشد بیمار مستعد خودکشی انکار سه گانه بی‌چاره‌گی، نا امیدی و درماندگی را دارد.

سه حالت شایع عبارتند از:

۱- **دودلی**. اکثر بیماران مستعدخودکشی تا لحظه آخر نردید دارند. بین آرزوی مرگ و زندگی حالت بازی الاکلنگ دارند. اگر پزشک میل زندگی را تقویت کند ممکنست خطر خودکشی کم شود.

۲- **تکانش‌گری**. **خودکشی** پدیده‌ای تکانش بوده و ماهیت تکانش موقتی بودن آنست. اگر در لحظه تکانش حمایت موجود باشد ممکنست بحران را خنثی کند.

۳- **انعطاف‌ناپذیر**. افراد مستعد خودکشی از نظر فکری، خلقی، عملی، محدود، بسته و خشک هستند و از نظر منطق هر چیز را به دو دسته این یا آن بخش می‌کنند. با یک جستجوی ساده در مورد جانشین‌های مرگ برای بیمار مستعد خودکشی، پزشک به سادگی در می‌یابد که گزینه‌های دیگری برای بیمار حتی اگر ایده آل نباشند وجود دارد.

به کارگیری حمایت

پزشک بایستی سیستم حمایتی موجود را ارزیابی کند، و یکی از بستگان، دوستان، آشنایان یا هرکس که می‌توند بیمار را حمایت کند شناسایی کرده و از او کمک بخواهد.

قراردادعدم خودکشی

به کار گیری قرارداد «عدم خود کشی» روش مفیدی در پیشگیری از خودکشی است. نزدیکان بیمار را در این قرارداد وارد کرده و در موارد مرتبط بحث می‌کنیم. در اغلب موارد بیماران به قول داده شده به پزشک پایبند هستند. این قرارداد فقط برای مواردی که بیماررروی رفتارش کنترل دارد مناسب است.

در غیاب اختلالات شدید روانی یا قصد شدید خودکشی، پزشک می‌تواند درمان دارویی با داروهای ضد افسردگی شروع کند و برای مداخلات روانشناختی غیر دارویی از روانشناس بالینی(کارشناس بهداشت روان)کمک بگیرد. لکن توصیه می‌شود در صورت امکان بررسی افکار خودکشی و میزان خطر توسط روانپزشک انجام شود و در این موارد نیز ارجاع به متخصص انجام شود.

برای بیشتر بیماران، تماس‌های مکرر مفید است به خصوص اگر بر اساس نیازهای بیمار برنامه‌ریزی شده باشد.

بجز در مورد درمان بیماری زمینه‌ای ، تعدادکمی از بیماران نیاز به درمان طولانی بیش از دو یا سه ماه دارند. و تاکید حمایت بر امید، تشویق به استقلال، کمک به بیماردر رو برو شدن با استرسورهای زندگی با بکار گیری شیوه‌های گوناگون سازش می‌باشد.

ارجاع به متخصص

چه وقت بیمار را ارجاع کنید

وقتی بیمار به روان پزشک ارجاع دهید که:

- اختلال روانپزشکی دارد؛
- سابقه قبلی اقدام به خودکشی دارد؛
- سابقه قبلی خود کشی، الکلیسم یا اختلال روان دارد؛
- از نظر سلامت جسم مختل است؛
- حمایت اجتماعی دارد؛

چگونه ارجاع کنید

بعد از اینکه تصمیم به ارجاع بیمار گرفتید باید:

- زمانی را برای توضیح علت ارجاع، به بیمار اختصاص دهید؛
- اضطراب در باره استیگما (انگ) و داروهای روانپزشکی را با توضیحات خودکاهش دهید؛
- تاثیر دارو روان درمانی را برای بیمار روشن کنید؛
- تاکید کنید معنی ارجاع " ترک " یا جدایی از شما نیست؛
- ترتیب وقت ملاقات را با روانپزشک بدهید؛
- پس از ملاقات بیمار با روانپزشک، با او ملاقات کنید؛
- مطمئن شوید ارتباط با بیمار ادامه دارد؛

چه موقع باید بیمار را بستری کنید

موارد زیر اندیکاسیون‌های بستری فوری است:

- انکار مکرر خودکشی (برگشت کننده)؛
- تمایل شدید برای مردن در آینده نزدیک(چند ساعت یا چند روز دیگر)؛
- وجود بیماری روانپزشکی
- فقدان سیستم حمایتی
- داشتن برنامه برای خودکشی به شیوه‌ای خشن در اسرع وقت؛

چگونه بیمار را بستری کنید

- او را تنها رها نکنید؛
- ترتیب بستری او را بدهیم؛
- ترتیب انتقال او را به بیمارستان با آمبولانس یا پلیس بدهید؛
- مسئولین مربوطه و خانواده را مطلع کنی؛

خلاصه اقدامات برای پیشگیری از خودکشی

در قسمت زیر خلاصه اقدامات اصلی پزشک برای ارزیابی و درمان بیماران مشکوک به خودکشی یا با خطر خودکشی را ملاحظه می‌کنید.

خطر خود کشی: شناسایی، ارزیابی و اقدام اجرایی

خطر خودکشی	علائم	ارزیابی	اقدام اجرایی
۰	ناراحتی ندارد	–	–
۱	مشکل هیجانی	درباره وجود افکارخودکشی پرسش کنید	با همدلی به بیمار گوش دهید
۲	افکار مبهم درباره مرگ	درباره وجود افکار خودکشی پرسش کنید	با همدلی به بیمار گوش دهید

۳	افکار مبهم درباره حود کشی	قصد بیمار را بررسی کنید (نقشه و روش)	احتمال را بررسی کنید حمایت را مشخص کنید
۴	افکار خودکشی دارد **اما عدم وجود** اختلالات روانپزشکی	قصد بیمار را بر رسی کنید (نقشه و روش)	احتمال را بررسی کنید حمایت را مشخص کنید ارجاع به روانپزشک
۵	افکار خودکشی دارد **و** اختلالات روانپزشکی دارد **یا** استرسور شدید زندگی دارد	قصد بیمار را بر رسی کنید (نقشه و روش) قرارداد عدم خودکشی ببندید.	به روان پزشک ارجاع دهید
۶	افکار خودکشی **و برنامه برای اقدام به خودکشی دارد** اختلالات روانپزشکی دارد **یا** استرسور شدید زندگی دارد **یا** آژیتا سیون دارد **و** اقدام قبلی دارد	بیمار را ترک نکنید (به منظور پیشگیری از دسترسی بیمار به ابزار خودکشی)	ارجاع به بخش روانپزشکی بیمار را بستری کنید

منابع

1- WHO, Geneva, 2000, Preventing suicide, A resource for general physicians, mental health and behavioral disorders, of mental health.

۲- زجاجی، علی و همکاران (۱۳۷۸). پیش نویس برنامه ادغام پیشگیری اولیه از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه. اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت.

۳- حسن زاده، سید مهدی (۱۳۸۶). متن آموزشی تهیه شده در مورد خودکشی: سایت www.tehranpi.ir

۴- بوالهری، جعفر (۱۳۸۶). بهداشت روان برای کارشناسان بهداشتی.تهران : انتشارات بشری.

۵- مصباح، نسرین. جزوه آ موزشی پیشگیری از خود کشی، چرا مردم خودکشی می‌کنند؟ حوزه معاونت دانشجویی و فر هنگی مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.

۶- باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهری، جعفر (۱۳۸۳). متن آموزشی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، برای کاردان‌های بهداشتی، تهران: انتشارات نشر آرامش.

۷- دستورالعمل‌های طرح ادغام بهداشت روان در P.H.C (۱۳۶۵). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشک.

۸- حسن زاده، سید مهدی؛ رجالی، علی (۱۳۶۶). بررسی دویست مورد خودکشی.مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۲۲، ۵۸-۴۷.

۹- حسن‌زاده، سید مهدی؛ رجالی، علی (۱۳۶۴). نگاهی به خودکشی در اصفهان. مجله دانشکده پزشکی، ۱۵، ۳۶-۲۹.

۱۰- نجومی، مرضیه و همکاران (۱۳۸۶). عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی شهر کرج. مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران.

۱۱- اسداللهی، قربانعلی و همکاران (۱۳۷۸). بهداشت روان برای رابطین بهداشتی. دانشگاه علوم و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.

۱۲- بوالهری، جعفر و همکاران (۱۳۸۳). مطالعه مداخلاتی چند مکانی پیشگیری از خودکشی (SUPRE-MISS). انستیتو روانپزشکی تهران.