



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسته بازآموزی پزشکان عمومی در خصوص ارزیابی و مدیریت بیماران در معرض خطر خودکشی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

بهمن ماه ۱۳۹۸

مقدمه:

یکی از بدترین تجربه‌هایی که یک پزشک ممکن است با آن روبرو شود، خودکشی یک بیمار است. شایع‌ترین واکنش‌هایی که یک پزشک در این فرآیند تجربه خواهد کرد، ناباوری، شرم، خشم و از دست دادن اعتماد به نفس است. خودکشی یک بیمار منجر به شکل‌گیری احساساتی از قبیل بی‌کفایتی حرفه‌ای، تردید در مورد توانمندی‌ها، و ترس از از بین رفتن حیثیت شغلی می‌شود. همچنین، پزشکان باید با خانواده و بازماندگان فرد متوفی هم مواجه شوند که کار بسیار مشکلی است.

آثار منفی روانشناختی و اجتماعی خودکشی بر خانواده و اجتماع قابل محاسبه نیست. به طور میانگین، به دنبال هر خودکشی، شش نفر به صورت مستقیم تحت تاثیر قرار می‌گیرند. اگر خودکشی در محیط مدرسه یا کار اتفاق بیفتد، صدها نفر را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

خودکشی و اختلالات روانپزشکی:

خودکشی را پدیده‌ای چندعاملی می‌شناسند که در نتیجه برهم کنش پیچیده‌ای از عوامل زیستی، ژنتیکی، اجتماعی و محیطی رخ می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین ۴۰ تا ۶۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در یک ماه قبل از آن، یک پزشک را ملاقات کرده‌اند. شناسایی، ارزیابی، و مدیریت بیمار دارای افکار خودکشی از مهم‌ترین وظایف یک پزشک می‌باشد و او نقشی بسیار حساس در پیشگیری از خودکشی دارد.

مطالعات نشان می‌دهند که اختلالات روانپزشکی در ۸۰ الی ۱۰۰ درصد موارد خودکشی‌های منجر به فوت وجود دارد. این در حالی است که اغلب افرادی که به دنبال اقدام به خودکشی فوت می‌کنند، بدون اینکه حتی یک بار توسط روانپزشک یا روانشناس ویزیت شده باشند، از دنیا می‌روند، لذا افزایش میزان شناسایی، ارجاع و مدیریت صحیح اختلالات روانپزشکی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه قدمی مهم در پیشگیری از خودکشی می‌باشد. یک یافته شایع در آنهایی که اقدام به خودکشی می‌کنند این است که مبتلا به بیش از یک اختلال روانپزشکی هستند. این اختلالات عبارتند از انواع افسردگی و اختلالات دوقطبی، اختلالات مصرف مواد محرک و مخدر و الکل، اختلالات شخصیت (به خصوص شخصیت‌های مرزی، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی که اغلب منجر به افسردگی در فرد می‌شوند).

افسردگی:

افسردگی در تعریف به معنی خلق غمگین در بیشتر اوقات روز، و تقریباً هر روز هفته است. افرادی که افسرده می‌شوند، ممکن است از چیزهایی که قبلاً لذت می‌بردند به اندازه قبل لذت نبرند، و همچنین تغییرات و اختلالاتی در الگوی خواب داشته باشند. ممکن است اشتها در این افراد کم یا زیاد شود و یا در بازه‌ای از زمان به نظر بیاید چاق یا لاغر شده‌اند. این علائم معمولاً بیش از ۲ هفته ادامه داشته و به نوعی منجر به اختلال عملکرد در او شده است.

اگر بیمار نشانه‌های آشکار افسردگی را داشته باشد، قاعده‌تاً واجد یکی از علائم اصلی افسردگی یعنی خلق غمگین یا کاهش لذت بردن خواهد بود و علاوه بر آنها، حداقل چهار علامت دیگر نیز داراست. این علائم شامل تغییرات در اشتها و وزن، کندی در فکر کردن یا کاهش تحرک، احساس خستگی یا کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی، بی‌کفایتی یا عذاب وجدان، مشکلات در تمرکز و تصمیم‌گیری، افکار و آرزوی مرگ یا خودکشی، برنامه یا سابقه اقدام به خودکشی می‌باشند.

افسردگی شیوع قابل توجهی (۱۲,۷٪) در جمعیت عمومی دارد ولی متأسفانه خیلی از افراد همچنان آگاهی کافی در مورد آن ندارند. افسردگی یکی از مهم ترین اختلالات روانپزشکی است که با خودکشی همراهی دارد، و هر چه این افسردگی دیرتر آغاز شود، احتمال همراهی آن با خودکشی بیشتر خواهد بود. پژوهش ها نشان می دهند حدود یک سوم بیمارانی که با شکایات دیگر به پزشکان مراجعه می کنند و تحت درمان های دیگری هستند به افسردگی هم مبتلا هستند. از طرفی، حدود دو سوم افرادی که بعداً معلوم شده که به افسردگی مبتلا هستند، در ابتدا به یک پزشک عمومی مراجعه کرده بودند. خیلی از اوقات، نشانه های بالینی افسردگی آشکار نیستند و بیمار فقط با علائم جسمی مراجعه می کند.

پیشرفت های اخیر در حوزه درمان افسردگی برای پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه بسیار مفید هستند. پژوهش ها نشان می دهند مصرف داروهای ضد افسردگی خودکشی را در میان مبتلایان به افسردگی کاهش می دهد. دوز کامل این داروها باید تا چند ماه مصرف شوند.

بنابراین اگر بیماری را به شما ارجاع داده اند که دیسترس روانشناختی دارد، فکر خودکشی دارد و یا سابقه اقدام به خودکشی دارد، لازم است با اخذ شرح حال، انجام مصاحبه و معاینه وضعیت بالینی، وجود علائم افسردگی را در وی بررسی کنید و حتماً در مورد افکار خودکشی نیز مجدداً از او سوال بپرسید و میزان خطر را نیز ارزیابی کنید.

بیماری های مزمن:

خودکشی در بیماری های مزمن جسمی مثل صرع، سرطان، بیماری هایی مثل ایدز، نارسایی های مزمن کبدی و کلیوی، بیماری های مفصلی و استخوانی، و بیماری های گوارشی هم افزایش پیدا می کند. در عین حال در بیماری های مزمن جسمی، اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی و اضطراب فراگیر نیز شایع ترند. ازمان بیماری، ناتوانی ها و پیش آگهی منفی با افزایش خطر خودکشی همراهی دارند.

خودکشی و عوامل جمعیت شناختی:

خودکشی یک اقدام فردی است، اما به هر حال در دل شرایط اجتماعی خاصی رخ می دهد، و برخی عوامل دموگرافیک با آن همراهی دارند.

جنس: در اغلب کشورها، خودکشی منجر به فوت بیشتر در مردان اتفاق می افتد. نسبت جنسیتی در کشورهای مختلف متفاوت است. چین تنها کشوری است که در آن، زنان بیشتری به دنبال خودکشی در مناطق روستایی فوت می کنند و در مناطق شهری تقریباً با مردان برابری می کنند.

سن: اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال شیوع بالایی دارد، اما با افزایش سن، میزان فوت ناشی از خودکشی در هر گروه سنی، افزایش می یابد.

وضعیت تاهل: تاهل برای مردان نقش محافظت کننده در خودکشی دارد. در کل افرادی که تنها زندگی می کنند در معرض خطر بیشتری برای فوت به دنبال خودکشی هستند.

بیکاری: ارتباط بیکاری با خودکشی با واسطه عواملی مانند فقر، محرومیت اجتماعی، خشونت خانگی، و ناامیدی است. افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی بیشتر احتمال دارد بیکار باشند. همچنین باید در نظر داشت که از دست دادن اخیر شغل خطرش از موارد دیگر بیشتر است.

سکونت شهری/روستایی: در برخی از کشورها، خودکشی در مناطق شهری و در برخی دیگر از کشورها، در مناطق روستایی بیشتر است. در کشور ما، اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در مناطق شهری بالاتر است اما نسبت موارد فوت به اقدام در روستا از شهر بالاتر است. این ممکن است به دلیل آن باشد که در روستا، اقدام به خودکشی به وسیله روش های خطرناک تری انجام می شود.

مهاجرت: مهاجرت با عواملی مثل فقر، سرپناه نامناسب، فقدان حمایت اجتماعی، و انتظارات برآورده نشده همراه است که می توانند خطر خودکشی را افزایش دهند.

سایر عوامل: برخی شرایط مثل دسترسی آسان به روش های مهلک، و حوادث ناگوار زندگی فرد را در معرض خطر بالاتری برای خودکشی قرار می دهند.

ابزارهای زیادی برای ارزیابی میزان خطر اقدام به خودکشی طراحی شده و وجود دارند، اما هیچ ابزاری به اندازه یک مصاحبه بالینی خوب در شناسایی فرد در معرض خطر جدی برای اقدام به خودکشی مفید نیستند. کتاب مدیریت اختلالات روانپزشکی برای پزشکان عمومی (MH-Guide) راهنمای مناسبی برای اخذ شرح حال روانپزشکی و طی نمودن فرایندهای بعدی می باشد.

کتاب مدیریت اختلالات روانپزشکی برای پزشکان عمومی (MH-Guide)

به یاد داشته باشید سؤال کردن در مورد "آسیب به خود"، اقدام به "آسیب به خود" را در فرد بر نمی انگیزد، بلکه برعکس می تواند اضطراب همراه با افکار خودکشی را کاهش دهد، اما قبل از پرسیدن چنین سؤالی برای برقراری ارتباط با فرد تلاش کنید. از فرد و مراقب او موارد زیر را سؤال کنید:

۱. وجود فکر یا نقشه ای برای آسیب به خود/ خودکشی در حال حاضر
۲. سابقه فکر یا برنامه برای آسیب به خود/ خودکشی طی ماه گذشته یا اقدام به آسیب به خود/ خودکشی طی سال گذشته
۳. دسترسی به ابزارهای آسیب به خود/ خودکشی

آیا پاسخ به یکی از دو سؤال ۱ یا ۲ مثبت است؟ بله

موارد زیر را جست و جو کنید:

- دیسترس شدید هیجانی
- ناامیدی
- بیقراری شدید
- خشونت
- عدم برقراری ارتباط و همکاری
- انزوای اجتماعی

آیا از لیست فوق مواردی در فرد مشاهده می شود؟ خیر: خطر پایین

۱. حمایت روانی اجتماعی را فعال کنید. (SUI 2.2)
۲. فرد را به روان پزشک ارجاع کنید. (SUI 2.3)
۳. بیمار را تحت پیگیری منظم قرار دهید و تماس خود را با او حفظ کنید.

آیا از لیست فوق مواردی در فرد مشاهده می شود؟ بله: خطر بالا

۱. فرد را فوراً به بیمارستان ارجاع کنید.
۲. بیمار را از طریق کارشناس سلامت روان تحت پیگیری منظم قرار دهید.
۳. ابزارهای آسیب به خود را از دسترس فرد دور کنید.
۴. محیطی امن و حمایت گر ایجاد کنید. در صورت امکان بیمار را به اتاقی آرام و مجزا هدایت کنید.
۵. فرد را تنها نگذارید. به منظور تضمین ایمنی فرد یکی از پرسنل شناخته شده و مورد وثوق یا یکی از اعضای خانواده را برای مراقبت از او بگمارد.
۶. وضعیت روانی و دیسترس هیجانی فرد را مورد توجه قرار دهید.
۷. حمایت روانی اجتماعی را عرضه و فعال کنید

الف) حمایت روانی اجتماعی را عرضه کنید.

- فرد را در معرض حمایت قرار دهید.
- به دنبال دلایل و راه هایی برای زنده ماندن بگردید.
- با صحبت در مورد اینکه مسائل آنها قبلاً چگونه حل شده است؛ قابلیت های مثبت فرد را مورد تمرکز قرار دهید.
- حل مسأله درمانی را برای افرادی که طی یک سال گذشته به خود آسیب رسانده اند در نظر بگیرید.

ب) حمایت روانی اجتماعی را فعال کنید.

- خانواده، دوستان، سایر افرادی که نگران وضعیت بیمار هستند و همچنین منابع در دسترس جامعه را برای مراقبت از فرد و حمایت از او، مادامی که خطر آسیب به خود وجود دارد، بسیج کنید.
- به فرد و مراقبان توصیه کنید که مادامی که او افکار، نقشه ها یا اقداماتی برای آسیب به خود دارد؛ دسترسی اش را به ابزارهای آسیب به خود محدود کنند.
- از حمایتی که از منابع اجتماعی می توان کسب کرد، بیشترین بهره را ببرید. اهم منابع عبارتند از: اقوام، دوستان، آشنایان، همکاران، روحانیان، و نهادهای رسمی نظیر مراکز سلامت روان.

- مراقبان و سایر اعضای خانواده را بر این نکته واقف کنید که سؤال در مورد خودکشی اغلب اضطرابی را که پیرامون احساس فرد شکل گرفته است؛ کاهش می دهد. او ممکن است احساس کند که بهتر شده و دیگران بیشتر او را درک کرده اند.
- مراقبان افراد در معرض آسیب به خود، اغلب استرس شدیدی را تجربه میکنند. اقوام و مراقبان را، در صورت نیاز، مورد حمایت قرار دهید.
- به مراقبان گوشزد کنید که گرچه ممکن است نسبت به فرد احساس یأس و سرخوردگی داشته باشند ولی از انتقاد شدید و مخالفت با فردی که در معرض آسیب به خود قرار دارد اجتناب کنند.

آیا پاسخ به یکی از دو سؤال ۱ یا ۲ مثبت است؟ خیر

بررسی ابتلای فرد به :

۱. یک اختلال روان پزشکی مثل افسردگی، اختلال دوقطبی ، سایکوز،
۲. اختلال مصرف مواد،
۳. صرع
۴. اختلالات رفتاری

آیا فرد به مواردی از این اختلالات مبتلاست؟ بله

بر مبنای مدول مربوطه فرد را بررسی و اقدام مورد نیاز را انجام دهید.

آیا بیمار درد مزمن دارد؟ بله

۱. درد بیمار و بیماری زمینه مولد آن را مورد بررسی و اقدام مقتضی قرار دهید.
۲. در صورت نیاز و امکان، بیمار را به متخصص / مرکز تخصصی مربوطه ارجاع دهید.

سایر نشانه های روان شناختی که نیازمند درمان است:

۱. مشکل در انجام کارهای روزمره، تحصیل، کار خانه یا فعالیت های اجتماعی
۲. دیسترس قابل توجه یا کراراً طلب کمک کردن
۳. خود درمانی مکرر برای نشانه های روان شناختی یا تظاهرات جسمی بدون توجه

آیا فرد تظاهرات شدید هیجانی نیازمند درمان دارد؟ بله

به مدول سایر شکایات هیجانی شایان توجه یا بدون توجه طبعی مراجعه کنید (OTH)