



پیشگیری از خودکشی [مجموعه منابع]



World Health
Organization



international association for
suicide prevention



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



جمعیت علمی پیشگیری
از خودکشی ایران



دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

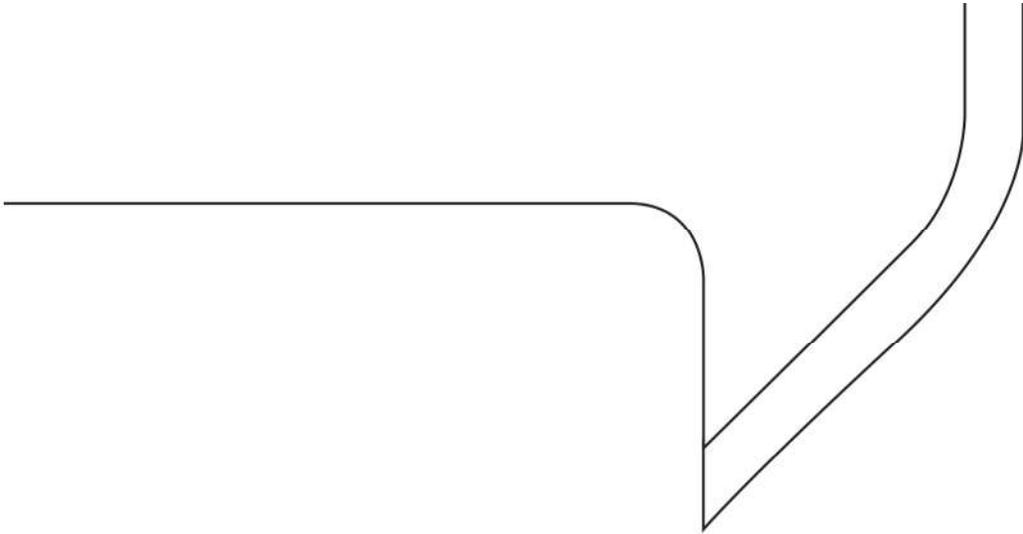


WHO Collaborating Centre
for Mental Health



دانشگاه تهران
دانشکده پزشکی

مهرماه ۱۳۹۸



مشاور و هماهنگ‌کننده :
دکتر سیدکاظم ملکوتی
اجرای پروژه:
جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران

مترجمین:
ساناز پیر ایرانی
نافعه رسولی
دکتر جمیله زارعی
دکتر مریم عباسی نژاد
دکتر مرجان فتحی
آیدا قائم‌مقام فراهانی
ویرایش علمی ادبی زیر نظر :
دکتر احمد حاجبی
علی اسدی
دکتر مریم عباسی نژاد

تقدیر و تشکر:
دکتر عباس‌علی درستی معاون بهداشت دانشگاه علوم
پزشکی و خدمات درمانی تبریز
وهاب اصل رحیمی مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و
اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تبریز

زیر نظر:
دکتر احمد حاجبی
مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت
بهداشت
طراحی: سپیده کیانی

مهرماه ۱۳۹۸

چاپ: نوین
۰۹۱۴۳۱۵۲۴۹۳
۰۴۱۳۲۳۳۹۷۸۰

فهرست منابع

شماره
صفحه

۱. پیشگیری از خودکشی مرجعی برای پزشکان
عمومی ۵
۲. پیشگیری از خودکشی ویژه کارکنان مراقبت‌های
اولیه بهداشتی ۲۵
۳. پیشگیری از خودکشی مرجعی برای مشاوران ۴۹
۴. پیشگیری از خودکشی مرجعی برای پلیس،
آتش‌نشانان و مسئولان خط مقدم ۷۵
۵. پیشگیری از خودکشی مرجعی برای اصحاب رسانه ۹۵
۶. پیشگیری از خودکشی مرجعی برای معلمان و
سایر کارکنان مدارس ۱۳۳
۷. پیشگیری از خودکشی در محیط کار ۱۵۹

این راهنما توسط "جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران" به عنوان یک سازمان مردم نهاد NGO و به سفارش دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترجمه و ویراستاری شده است. این جمعیت تلاش می‌نماید تا در طرح‌های علمی و اجرایی پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت و نیز سایر نهادهای دولتی و خصوصی همکاری موثر داشته باشد. خودکشی پدیده پیچیده‌ای است که طی قرن‌ها توجه فیلسوفان، حکما، پزشکان، جامعه‌شناسان و هنرمندان را به خود جلب کرده است. به گفته‌ی آلبر کامو، فیلسوف فرانسوی، در افسانه‌ی سیزیف، خودکشی تنها مشکل جدی فلسفی است.

همکاری با هسته تحقیقاتی پیشگیری از خودکشی و نیز دفتر همکاری‌های مشترک سازمان جهانی بهداشت در دانشکده علوم رفتاری (انستیتو روانپزشکی تهران)، ارتباطات بین‌المللی این جمعیت را توسعه و نقش منطقه‌ای و بین‌المللی این جمعیت را تقویت می‌کند. انجام طرح‌های تحقیقاتی ملی، چاپ و نشر مطالب آموزشی و نشریه انگلیسی زبان suicide prevention از جمله همکاری‌های مشترک این جمعیت با سایر نهادهای علمی - پژوهشی است.



پیشگیری از خودکشی مرجعی برای پزشکان عمومی

اختلالات روانپزشکی
دپارتمان سلامت روان
سازمان جهانی بهداشت

ژنو، ۲۰۰۰

مترجم:
دکتر مریم عباسی نژاد



این سند یکی از مجموعه منابعی است که برای گروه‌های خاص اجتماعی و حرفه‌ای به ویژه برای گروه‌های مرتبط با موضوع پیشگیری از خودکشی تدوین شده است. این برنامه به عنوان بخشی از SUPRE، برنامه پیشگیری از خودکشی سازمان جهانی بهداشت، تهیه شده است. واژه‌های کلیدی: خودکشی / پیشگیری / منابع / پزشکان عمومی، آموزش، مراقبت‌های بهداشتی اولیه

© سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۰

این منبع، محصول رسمی چاپ شده توسط سازمان جهانی بهداشت نمی‌باشد، و کلیه حقوق برای این سازمان محفوظ است. این منبع تنها می‌تواند تلخیص و ترجمه گردد و از آن بهره‌برداری غیرتجاری گردد. همچنین مسئولیت دیدگاه‌های به تحریر در آمده تنها بر عهده نویسندگان است.

فهرست ۱

- ۸ پیشگفتار
- ۱۰ بار خودکشی
- ۱۰ خودکشی و اختلالات روانپزشکی
- ۱۵ خودکشی و مشکلات جسمی
- ۱۶ خودکشی و عوامل دموگرافیک
- چگونه بیماران در معرض خطر بالای اقدام به خودکشی را شناسایی کنیم؟
- ۱۷
- ۲۰ مدیریت بیمار دارای افکار خودکشی
- ۲۲ ارجاع برای دریافت خدمات تخصصی
- ۲۳ خلاصه مراحل پیشگیری از خودکشی
- ۲۴ منابع

پیشگفتار

خودکشی پدیده پیچیده‌ای است که طی قرن‌ها توجه فیلسوفان، حکما، پزشکان، جامعه‌شناسان و هنرمندان را به خود جلب کرده است. به گفته‌ی آلبر کامو، فیلسوف فرانسوی، در افسانه‌ی سیزیف، خودکشی تنها مشکل جدی فلسفی بشر است.

خودکشی به عنوان یک مشکل جدی بهداشت عمومی، توجه ما را می‌طلبد، اما متأسفانه پیشگیری و کنترل آن کار ساده‌ای نیست. تحقیقات نشان می‌دهند پیشگیری از خودکشی در صورتی امکان‌پذیر است که مجموعه‌ای از فعالیت‌ها اعم از فراهم کردن بهترین شرایط برای تربیت فرزندان و جوانانمان و درمان مؤثر اختلالات روانی برای کنترل محیطی عوامل خطر را در بر بگیرد. انتشار مناسب اطلاعات و آگاهی بخشی، عناصر اساسی در موفقیت برنامه‌های پیشگیری از خودکشی هستند.

در سال ۱۹۹۹ سازمان جهانی بهداشت، برنامه پیشگیری از خودکشی (SUPRE) خود را اجرا کرد. این کتابچه یکی از مجموعه منابع مهم و بخشی از SUPRE است که گروه‌های خاص حرفه‌ای و اجتماعی را که با پیشگیری از خودکشی در ارتباط هستند، مخاطب قرار می‌دهد. این کتابچه در صدد برقراری ارتباط طولانی و متنوع زنجیره‌ای از گروه گسترده‌ای از افراد و گروه‌ها؛ از جمله متخصصان حوزه سلامت، مربیان، سازمان‌های اجتماعی، دولت‌ها، قانون‌گذاران، رابطان اجتماعی، مجریان قانون، خانواده‌ها و جوامع است.

نسخه اولیه این کتابچه را مدیون زحمات دکتر ژان پیر سوبریه از بیمارستان کوچین پاریس فرانسه^۱ هستیم. این متن متعاقباً توسط اعضای شبکه بین‌المللی پیشگیری از خودکشی که در ادامه آمده، بازبینی شده است که از آن‌ها سپاسگزاریم:

دکتر سرگیو پرز باررو، بیمارستان بایامو، گرانما، کوبا^۲

دکتر آنت بیاتریس، دانشکده پزشکی کرایست چرچ، نیوزیلند^۳

پروفسور دیگو دی لیو، دانشگاه گریفیث، بریزبون، استرالیا^۴

دکتر احمد اوکاشا، دانشگاه عین الشمس، قاهره، مصر^۵

-
1. Jean Pierre Soubrier, Groupe Hospitalier Cochin, Paris, France
 2. Professor Diego de Leo, Griffith University, Brisbane, Australia
 3. Dr Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, New Zealand
 4. Professor Diego de Leo, Griffith University, Brisbane, Australia
 5. Dr Ahmed Okasha, Ain Shams University, Cairo, Egypt

پروفسور لورنس اشکلبوش، دانشگاه ناتل، دوربان، آفریقای جنوبی^۱
دکتر آیری وارنیم، دانشگاه تارتو، تالین، استونی^۲
پروفسور دانوتا واسرمن، مرکز ملی پژوهش و کنترل خودکشی، استکهلم، سوئد^۳
دکتر شوتائو ژای، بیمارستان مغز دانشگاه علوم پزشکی نانژینگ، نانژینگ، چین^۴
از دکتر لاکشمی ویجایاکومار، سنه‌ها، چنای، هند^۵ نیز در ویراستاری علمی نسخه‌های پیشین
این منبع سپاسگزاریم. در حال حاضر این منابع به امید ترجمه و انطباق با شرایط بومی، که
پیش شرط ضروری اثربخشی آن‌ها است، به طور گسترده منتشر شده است. از نظرات و
درخواست‌ها برای ترجمه و انطباق آن‌ها استقبال می‌شود.
دکتر جی. م. برتولوت، هماهنگ‌کننده بخش مدیریت اختلالات روان و رفتار دپارتمان
بهداشت روان سازمان جهانی بهداشت^۶

-
1. Professor Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, South Africa
 2. Dr Airi Värnik, Tartu University, Tallinn, Estonia
 3. Professor Danuta Wasserman, National Centre for Suicide Research and Control, Stockholm, Sweden
 4. Dr Shutao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, China
 5. Dr Lakshmi Vijayakumara, SNEHA, Chennai, India
 6. Dr J. M. Bertolote, Coordinator, Mental and Behavioural Disorders, Department of Mental Health, WHO

پیشگیری از خودکشی

مرجعی برای پزشکان عمومی

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.

این منابع عمدتاً برای پزشکان عمومی طراحی شده‌اند. هدف از تهیه آن‌ها، شرح اختلالات و عوامل مرتبط با خودکشی هستند و اینکه اطلاعاتی را در مورد شناسایی و مدیریت بیماران دارای افکار خودکشی فراهم کنند.

بار خودکشی

تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۰۰، تقریباً یک میلیون نفر خودکشی کرده‌اند که این آمار، خودکشی را در جایگاه ده علت اول مرگ در همه کشورهای جهان و یکی از سه علت اول مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۳۵ سال قرار می‌دهد.

آثار منفی روانشناختی و اجتماعی خودکشی بر خانواده و اجتماع قابل محاسبه نیست. به طور میانگین، به دنبال هر خودکشی، ۶ نفر به صورت مستقیم تحت تاثیر قرار می‌گیرند. اگر خودکشی در محیط مدرسه یا کار اتفاق بیفتد، صدها نفر را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

بار خودکشی را می‌توان با استفاده از DALY محاسبه کرد. در سال ۱۹۸۸، خودکشی مسئول ۱٫۸٪ بار بیماری‌ها در جهان بود که در کشورهای با درآمد بالا، تا ۲٫۳٪ و در کشورهای با درآمد پایین، تا ۱٫۷٪ بود. این بار بیماری برابر با بار ناشی از جنگ و دیگر کشی، دو برابر بار بیماری دیابت، و برابر با بار ناشی از خفگی‌های زایمانی و تروما می‌باشد.

خودکشی و اختلالات روانپزشکی

خودکشی را به عنوان یک پدیده 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. در جوامعی که خدمات سلامت روان کمتر توسعه یافته باشند، درصدی از افراد که پزشک عمومی را ملاقات کرده‌اند بیشتر از آن‌هایی است که نزد روانپزشک رفته‌اند. شناسایی، ارزیابی، و مدیریت بیمار دارای افکار خودکشی از مهم‌ترین وظایف یک پزشک می‌باشد و او نقشی بسیار حساس در پیشگیری از خودکشی دارد.

خودکشی به تنهایی یک بیماری نیست، و لزوماً تظاهر یک بیماری هم نیست، بلکه اختلالات روانپزشکی هم تنها یکی از عوامل عمده مرتبط با خودکشی هستند.

مطالعات در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته نشان می‌دهند که اختلالات روانپزشکی در ۸۰ الی ۱۰۰ درصد موارد خودکشی‌های منجر به فوت وجود دارد. برآورد شده است که شیوع طول عمر خودکشی در افراد مبتلا به اختلالات خلقی (عمدتاً افسردگی) ۶ تا ۱۵ درصد، در الکلیسم ۷ تا ۱۵ درصد، و در اسکیزوفرنی ۴ تا ۱۰ درصد می‌باشد.

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 الکلیسم، اختلال خلقی (عمدتاً افسردگی) و اختلالات شخصیت.

اختلالات خلقی:

همه انواع اختلالات خلقی با خودکشی مرتبط شناسایی شده‌اند. این اختلالات شامل اپیزود افسردگی اختلالات خلقی دوقطبی، اختلالات افسردگی عودکننده و اختلالات خلقی مداوم (مثل سیکلوتایمی و دیستایمی) هستند. خودکشی یک خطر بالقوه در افسردگی‌های درمان نشده است. افسردگی شیوع بالایی در جمعیت عمومی دارد و متأسفانه به عنوان

یک بیماری در بین مردم شناخته نمی‌شود. برآورد شده که ۳۰ درصد بیماران که به پزشکان مراجعه می‌کنند و تحت درمان‌های دیگری هستند به افسردگی هم مبتلا هستند. حدود ۶۰ درصد از آن‌هایی که به دنبال درمان هستند، در ابتدا به یک پزشک عمومی مراجعه کرده‌اند. برای یک پزشک عمومی ممکن است سخت باشد که همزمان با مشکل جسمی، به مشکل روانشناختی نیز پردازند. در بسیاری از اوقات، تظاهرات بالینی افسردگی نمایان نمی‌شود و بیمار فقط با علائم جسمی مراجعه می‌کند.

در یک اپیزود معمول افسردگی، علائم بیمار عبارتند از:

- غمگینی و خلق افسرده
- از دست دادن توان لذت بردن
- کاهش انرژی (خستگی پذیری و اختلال در فعالیت‌های روزانه)

شایع‌ترین تظاهرات بالینی اختلال افسردگی عبارتند از:

- احساس خستگی
- خلق غمگین
- اختلال در تمرکز
- اضطراب
- تحریک پذیری
- اختلال در خواب
- درد در نقاط مختلف بدن

با مشاهده این علائم، پزشک باید به احتمال وجود افسردگی توجه کند و بیمار را از نظر افکار خودکشی ارزیابی نماید. برخی تظاهرات بالینی خاص که با افزایش خطر اقدام به خودکشی در بیمار افسرده همراهی دارند عبارتند از:

- بی‌خوابی مداوم
- عدم توجه به ظاهر و بهداشت شخصی
- افسردگی‌های شدید (به طور خاص افسردگی‌های همراه سایکوز)

- اختلال در حافظه
- بیقراری شدید
- حملات پانیک

وجود عوامل زیر در فرد افسرده، با افزایش خطر اقدام به خودکشی همراه می‌باشند:

- مردان زیر ۲۵ سال
- مراحل ابتدایی بیماری
- مصرف الکل
- اپیزود افسردگی اختلال دوقطبی
- اپیزود مخلوط اختلال دوقطبی
- اپیزود مانیا همراه سایکوز اختلال دوقطبی

افسردگی یکی از مهم‌ترین اختلالات روانپزشکی است که با خودکشی در میان جوانان و سالمندان همراهی دارد، اما هر چه این افسردگی دیرتر آغاز شود، احتمال همراهی آن‌ها با خودکشی بیشتر خواهد بود.

پیشرفت‌های اخیر در حوزه درمان افسردگی برای پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بسیار مفید هستند. در سوئد، دیده شد که شناسایی و درمان افراد مبتلا به افسردگی در پیشگیری از خودکشی موثر بوده است. داده‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند مصرف داروهای ضد افسردگی خودکشی را در میان مبتلایان به افسردگی کاهش می‌دهد. دوز کامل این داروها باید تا چند ماه مصرف شوند. در افراد سالمند ممکن است لازم باشد درمان را تا دو سال پس از بهبودی هم ادامه بدهیم. بیمارانی که دوز نگهدارنده لیتیم را برای بیماری خود مصرف می‌کنند نیز خطر اقدام خودکشی پایین‌تری دارند.

الکلیسم:

الکلیسم که شامل مصرف آسیب رسان و وابستگی به الکل می‌باشد، در افراد جوانی که اقدام به خودکشی می‌کنند شایع است. در توضیح این همراهی، عوامل زیستی، روانشناختی، و اجتماعی را ذکر می‌کنند. عوامل خاصی که با افزایش خطر خودکشی در میان افراد مبتلا به الکلیسم همراهی دارد عبارتند از:

- شروع مصرف الکل در سنین پایین
- مدت زمان طولانی‌تر مصرف الکل
- درجه بالای وابستگی به الکل
- خلق افسرده
- شرایط جسمی نامناسب
- عملکرد شغلی نامناسب
- سابقه خانوادگی مصرف الکل
- به هم خوردن اخیر یک رابطه عاطفی مهم

اسکیزوفرنی:

خودکشی، بزرگترین علت مرگ‌های زودرس در میان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی می‌باشد. عوامل خطر خاص در این افراد عبارتند از:

- مرد جوان بدون شغل
- عودهای مکرر
- ترس از وخیم‌تر شدن بیماری در افراد باهوش
- هذیان‌های گزند و آسیب
- علائم افسردگی

خطر خودکشی در بیماران اسکیزوفرنی در مواقع زیر بیشتر است:

- ابتدای تشخیص بیماری
- ابتدای عود علائم
- ابتدای بهبود علائم

خطر خودکشی با افزایش زمان ابتلا به بیماری اسکیزوفرنی کمتر می‌شود.

اختلالات شخصیت:

مطالعات اخیر بر روی افراد جوانی که اقدام به خودکشی نموده‌اند، درصد بالایی از افراد مبتلا به اختلال شخصیت را نشان می‌دهد (۲۰ تا ۵۰ درصد). این اختلالات شامل اختلالات

شخصیت مرزی و ضد اجتماعی هستند. اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته و برخی ویژگی‌های شخصیتی مثل تکانش‌گری، و پرخاشگری نیز با خودکشی همراهی دارند.

اختلالات اضطرابی:

اختلال پانیک و اختلال وسواس در میان اختلالات اضطرابی بیشترین همراهی را با خودکشی دارند. اختلالات سوماتوفورم و اختلالات خوردن نیز با خودکشی ممکن است همراهی داشته باشند.

خودکشی و مشکلات جسمی

خودکشی در بیماری‌های مزمن جسمی افزایش پیدا می‌کند. در عین حال در بیماری‌های مزمن جسمی، اختلالات روانپزشکی نیز شایع‌ترند. زمان بیماری، ناتوانی‌ها و پیش‌آگهی منفی با افزایش خطر خودکشی همراهی دارند.

اختلالات نورولوژیک

صرع به علت ویژگی‌های تکانش‌گری، پرخاشگری و ناتوانی مزمن با خودکشی همراهی دارد. آسیب‌های مغزی و نخاعی و همچنین سکته‌های عروقی مغزی به خصوص در نواحی خلفی مغز که ناتوانی فیزیکی بیشتری ایجاد می‌کنند، با افسردگی و خودکشی همراهی دارند.

سرطان‌ها

در ابتدای تشخیص بیماری و همچنین دو سال اول بیماری به خصوص در مواردی که بدخیمی شدت بیشتری پیدا کرده باشد و درد به همراه داشته باشد خطر خودکشی بیشتر است.

ایدز

در افراد جوان و به خصوص در ابتدای تشخیص بیماری خطر خودکشی بالاست. معتادان تزریقی همواره در معرض خطر خودکشی می‌باشند.

سایر بیماری‌ها

سایر بیماری‌ها مثل نارسایی مزمن کلیه، نارسایی مزمن کبد، مشکلات مفصلی و استخوانی، بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های گوارشی نیز با خودکشی ارتباط دارند. نقص در حرکت و نابینایی و ناشنوایی نیز با افزایش خودکشی همراهی دارند.

در سال‌های اخیر، موضوع اوتانازی (درخواست کشته شدن توسط پزشک در مسیر درمان) و خودکشی به کمک یک فرد دیگر نیز دیده شده‌اند که باید تاکید شود که هر دو اقداماتی غیراخلاقی و غیرقانونی بوده و می‌توانند تحت تعقیب قضایی قرار بگیرند.

خودکشی و عوامل دموگرافیک

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

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

سن: افراد سالمند (بالای ۶۵ سال) و افراد نوجوان و جوان (۱۵ تا ۳۰ سال) در معرض خطر بیشتری برای فوت به دنبال خودکشی هستند. مطالعات همچنین افزایش خودکشی در میان مردان میانسال را نشان می‌دهد.

وضعیت تاهل: تاهل برای مردان نقش محافظت‌کننده در خودکشی دارد اما معلوم نیست برای زنان نیز اینگونه باشد. در کل افرادی که تنها زندگی می‌کنند در معرض خطر بیشتری برای فوت به دنبال خودکشی هستند.

وضعیت اشتغال: ارتباط وضعیت اشتغال با خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت است و ممکن است ارتباط معناداری بین این دو دیده نشود.

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. مهاجرت: مهاجرت با عواملی مثل فقر، سرپناه نامناسب، فقدان حمایت اجتماعی، و انتظارات برآورده نشده همراه است که می تواند 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.

چگونه بیماران در معرض خطر بالای اقدام به خودکشی را شناسایی کنیم؟

تعداد زیادی عامل مرتبط با خطر بالاتر برای خودکشی وجود دارند که عبارتند از:

- اختلالات روانپزشکی (عمدتاً افسردگی، الکلیسم، و اختلالات شخصیت)
- بیماری های جسمی (ایدز، بیماری های شدید و ناتوان کننده و یا دردناک)
- سابقه اقدام قبلی به خودکشی
- سابقه خانوادگی خودکشی، الکلیسم و یا سایر اختلالات روانپزشکی
- طلاق، تنهایی، و فوت همسر
- انزوای اجتماعی
- بیکاری یا بازنشستگی
- سابقه سوگ در دوران کودکی

اگر بیمار تحت درمان روانپزشکی است، در موارد زیر خطر بیشتر است:

- در فاصله کوتاهی پس از ترخیص
- در کسانی که سابقه اقدام قبلی به خودکشی داشته اند

همچنین حوادث تنش زای اخیر در زندگی نیز با افزایش خطر اقدام به خودکشی همراهند، مانند:

- متارکه زناشویی
- سوگ
- تنش‌های خانوادگی
- تغییر در موقعیت شغلی یا مالی
- احساس طرد شدن از سوی یک فرد مهم
- شرم و ترس از محکومیت قضایی

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.

پزشک ممکن است با شماری شرایط و موقعیت در ارتباط با خودکشی مواجه شود. به طور مثال، یک مرد سالمند که اخیراً همسرش را از دست داده، تحت درمان برای افسردگی است، تنها زندگی می‌کند و سابقه اقدام به خودکشی دارد؛ یا یک زن جوان با آثار خودزنی بر روی ساعد، که دوست پسرش او را ترک کرده است. این دو مثال، دو سر طیف میزان خطر خودکشی هستند، اما اغلب بیماران حالتی بینابینی دارند و یا اینکه میزان خطر در آن‌ها مرتباً تغییر می‌کند.

وقتی تشخیص پزشک این است که بیمار ممکن است بخواهد خودکشی کند، بر سر این دو راهی قرار می‌گیرد که در ادامه چه کاری انجام دهد؟ برخی پزشکان در مواجهه با این بیماران احساس ناراحتی می‌کنند. مهم است که پزشکان به این دلیل به بیماران بی‌توجهی نکنند و خطر خودکشی را در آن‌ها دست کم نگیرند. شاید لازم باشد که در این خصوص از همکاران و متخصصین سلامت روان کمک بگیرند.

اگر پزشک تصمیم دارد که فرآیند مراقبت و درمان را خودش ادامه دهد، قدم اول این است که اراده کند که از لحاظ ذهنی، وقت کافی برای این کار اختصاص دهد، حتی اگر بیماران دیگری در پشت در اتاق ویزیت منتظر هستند. با نشان دادن اراده لازم برای گوش دادن به حرف‌های بیمار، قدم اولیه برای برقراری یک رابطه درمانی برداشته شده است. سوالات بسته و مستقیم در ابتدای مصاحبه چندان کارایی ندارند. عبارتی مثل "تو ناراحت به نظر می‌رسی، لطفاً بیشتر برایم بگو" مفیدتر هستند. گوش کردن توأم با همدلی در درون خودش، یک قدم

مهم در جهت کاهش احساس استیصال بیمار و فکر خودکشی است.

حقیقت	افسانه
بیمارانی که اقدام به خودکشی می کنند، معمولاً قبلاً نشانه های هشداردهنده ای را بروز داده اند. تهدیدها را هم باید جدی گرفت.	بیمارانی که در مورد خودکشی حرف می زنند، به ندرت دست به این اقدام می زنند.
سوال در مورد خودکشی اغلب تنش و اضطراب پیرامون آن را در بیمار کاهش می دهد و باعث می شود او فکر کند بهتر درک شده است.	سوال در مورد خودکشی ممکن است فکر خودکشی را در او القا کند.

چگونه در مورد خودکشی از بیمار سوال کنیم؟

خیلی آسان نیست که از بیمار در مورد افکار خودکشی سوال کنیم. خوب است که به تدریج به موضوع نزدیک شویم. یک سری سوال مناسب برای این منظور عبارتند از:

۱. آیا احساس ناراحتی و استیصال می کنی؟
۲. آیا احساس ناامیدی می کنی؟
۳. آیا احساس می کنی نمی توانی با هر روزت مواجه شوی؟
۴. آیا احساس می کنی زندگی بار بزرگی است که باید بر دوش کشیده شود؟
۵. آیا احساس می کنی زندگی ارزش زیستن ندارد؟
۶. آیا حس می کنی تمایل داری خودکشی کنی؟

چه زمانی در مورد خودکشی از بیمار سوال کنیم؟

- بعد از اینکه یک رابطه اولیه درمانی بین شما و بیمار ایجاد شده است.
- وقتی بیمار در مورد بیان احساسات راحت باشد.
- وقتی بیمار دارد در مورد احساسات منفی اش صحبت می کند.

سوالات بیشتر:

فرآیند ارزیابی، مراقبت و درمان با شناسایی افکار خودکشی پایان نمی‌پذیرد.

سوالاتی در خصوص میزان بروز و شدت افکار خودکشی و احتمال اقدام به خودکشی در ادامه باید پرسیده شوند. مهم است بفهمید که بیمار برای خودکشی و روش آن برنامه‌ای دارد یا خیر. اگر مثلاً برنامه بیمار استفاده از اسلحه است، اما دسترسی به اسلحه ندارد، خطر کمتر است. در حالیکه اگر به روشی که مدنظر دارد، دسترسی آسان دارد (مثلاً استفاده از قرص)، خطر بالاتر است. مهم است سوالات به شکل بازجویی و با فشار کلام پرسیده نشوند، بلکه با مهربانی و با نشان دادن همدلی پرسیده شوند. چنین سوالاتی عبارتند از:

- آیا برنامه‌ای هم برای پایان دادن به زندگی خود داری؟
- چه برنامه‌ای برای خودکشی داری؟
- آیا برای خودکشی، روشی (قرص / اسلحه / و یا روش دیگری) در اختیار داری؟
- آیا به زمان خودکشی هم فکر کرده‌ای؟

هشدار:

- بهبودی کاذب یا گمراه کننده: گاهی وقت‌ها یک بیمار بیقرار به صورت ناگهانی آرام می‌شود. ممکن است در این زمان او تصمیم قطعی برای خودکشی گرفته باشد و آرامش او ناشی از تصمیم‌گیری باشد.
- انکار: بیمارانی که قصد جدی برای مردن دارند، ممکن است داشتن فکر خودکشی را انکار نمایند.

مدیریت بیمار دارای افکار خودکشی

برای بیماری که احساس ناراحتی می‌کند و افکار مبهمی در خصوص خودکشی دارد، فرصت تخلیه هیجانی در حضور یک پزشک دلسوز، می‌تواند کمک کننده باشد. همچنین باید خدمات پیگیری را نیز به بیمار ارائه نمود، به خصوص اگر بیمار فاقد حمایت اجتماعی کافی باشد. مشکل هر چه باشد، هیجانات فردی که قصد خودکشی دارد معمولاً ترکیبی از احساس استیصال و ناامیدی است. شایع‌ترین وضعیت‌ها در این حالت عبارتند از:

۱. دودلی: اکثر بیمارانی که قصد خودکشی دارند، تا انتها دودل هستند. در حقیقت یک رابطه

الاکلنگی بین آرزوی زندگی و آرزوی مردن وجود دارد. اگر پزشک بتواند از این دودلی برای افزایش وزن آرزوی زندگی کردن در او استفاده کند، می‌تواند خطر خودکشی را کاهش دهد.

۲. تکانش‌گری: خودکشی یک پدیده تکانشی است و تکانه‌ها در ذات خود پدیده‌هایی گذرا هستند. اگر در زمانی که این تکانه‌ها قوی می‌شوند، بیمار مورد حمایت قرار گیرد، بحران ممکن است برطرف شود.

۳. همه یا هیچ انگاری: افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند، اغلب در خلق، تفکر و رفتار، بسته و غیر منعطف هستند و منطق و استدلالشان هم به همین شکل فاقد انعطاف است. با بررسی گزینه‌های دیگری به غیر از خودکشی، بیمار متوجه خواهد شد که انتخاب‌های دیگری هم غیر از مرگ وجود دارد، حتی اگر این گزینه‌ها ایده آل به نظر نرسند.

فهرست کردن منابع حمایتی:

پزشک باید شبکه حمایتی بیمار را ارزیابی نماید، و یک دوست یا خویشاوند مورد اعتماد را که می‌تواند بیمار را کمک کند شناسایی کند.

قرار "عدم خودکشی" با بیمار:

گذاشتن یک قرار عدم خودکشی، تکنیک مفیدی برای پیشگیری از خودکشی است. در این فرآیند می‌توان از نزدیکان بیمار هم کمک گرفت. مذاکره در این خصوص می‌تواند زمینه را برای پرداختن به موضوعات دیگر فراهم کند. در اکثر اوقات، بیماران به قراری که با پزشک خود می‌گذارند احترام می‌گذارند. البته قرار گذاشتن فقط در مواقعی کاربرد دارد که بیمار بر روی رفتارهایش کنترلی داشته باشد.

در غیاب علائم کامل یک اختلال روانپزشکی و یا قصد جدی برای مرگ که نیازمند ارجاع می‌باشند، پزشک می‌تواند درمان با داروهای ضدافسردگی را آغاز نموده و هماهنگ کند بیمار برای دریافت مداخلات روانشناختی به روانشناس بالینی مراجعه نماید. اکثریت بیماران از ملاقات‌های مجدد با پزشک سود می‌برند و باید برای ملاقات مجدد بیمار، به او وقت داده شود.

اغلب بیماران با سه ماه پیگیری از نزدیک و حمایت مداوم بهبود می‌یابند. در این سه ماه، تمرکز جلسات باید بر روی ایجاد امید، تشویق به استقلال، و یاد دادن راه‌های مختلف

سازگاری با مشکلات باشد. در این سه ماه، می‌توان از یک روانشناس در این فرایند حمایتی کمک گرفت. بعد از این سه ماه، پیگیری‌های درمانی همچنان باید ادامه یابند اما فواصل پیگیری می‌تواند افزایش یابد.

ارجاع برای دریافت خدمات تخصصی

چه زمانی بیمار را به روانپزشک ارجاع دهیم؟

- وقتی بیمار مبتلا به یک اختلال روانپزشکی است.
 - وقتی بیمار سابقه قبلی اقدام به خودکشی دارد.
 - وقتی بیمار سابقه خودکشی، الکلیسم و یا اختلال شدید روانپزشکی در یکی از اعضای خانواده دارد.
 - وقتی بیمار هم‌زمان یک مشکل جسمی هم دارد.
 - وقتی بیمار هیچ منبع مطمئن حمایت اجتماعی ندارد.
- چگونه بیمار را ارجاع دهیم؟

- برای بیمار توضیح دهیم که به چه دلیل او را به متخصص ارجاع می‌دهیم.
- سعی کنیم انگ بیماری روانپزشکی را برای او تا حد امکان کم کنیم.
- برای بیمار توضیح دهیم که درمان‌های دارویی و روانشناختی موثر خواهند بود.
- به بیمار تاکید نماییم که ارجاع او به معنای طرد او نیست.
- سعی کنیم خودمان وقت ملاقات با روانپزشک را برای او هماهنگ نماییم.
- حتماً برای ملاقات مجدد بیمار پس از ویزیت روانپزشکی، وقتی را تعیین کنیم.
- به بیمار اطمینان بدهیم که ارتباط با او را ادامه خواهیم داد.

چه زمانی بیمار را بستری نماییم؟

- افکار مکرر خودکشی
 - قصد جدی برای مرگ در آینده نزدیک (در ساعت‌ها یا روزهای آینده)
 - بیقراری شدید یا پانیک
 - وجود برنامه‌ای برای استفاده از یک روش فوری و مهلک برای خودکشی
- چگونه بیمار را بستری نماییم؟
- بیمار را به هیچ عنوان تنها نگذارید.
 - برای انتقال بیمار به بیمارستان، از آمبولانس یا اتومبیل اورژانس اجتماعی/پلیس کمک بگیرید.
 - مراجع مسئول و خانواده او را حتماً مطلع نمایید.

خلاصه مراحل پیشگیری از خودکشی

جدول زیر خلاصه مراحل ارزیابی و مدیریت بیمار دارای افکار خودکشی را نشان می‌دهد:

اقدام	ارزیابی	علائم و نشانه‌ها	
-	-	هیچ علامت ناراحتی روانشناختی در بیمار دیده نمی‌شود.	۰
با همدلی به حرف‌های بیمار گوش بدهید.	در مورد افکار خودکشی از بیمار سوال کنید.	برخی علائم ناراحتی روانشناختی در بیمار دیده می‌شود.	۱
با همدلی به حرف‌های بیمار گوش بدهید.	در مورد افکار خودکشی از بیمار سوال کنید.	بیمار افکار مبهمی در مورد مرگ دارد.	۲
امکانات موجود را بررسی و منابع حمایتی را تعیین نمایید.	میزان جدی بودن قصد بیمار را برای خودکشی ارزیابی کنید. از برنامه و روشی که برای خودکشی در نظر گرفته سوال کنید.	بیمار افکار مبهمی در مورد خودکشی دارد.	۳
امکانات موجود را بررسی و منابع حمایتی را تعیین نمایید.	میزان جدی بودن قصد بیمار را برای خودکشی ارزیابی کنید. از برنامه و روشی که برای خودکشی در نظر گرفته سوال کنید.	بیمار افکار خودکشی دارد	۴
بیمار را به ر و ا نیز شک ارجاع دهید.	میزان جدی بودن قصد بیمار را برای خودکشی ارزیابی کنید. از برنامه و روشی که برای خودکشی در نظر گرفته سوال کنید	بیمار افکار خودکشی دارد علائم کامل ابتلا به یک اختلال روانپزشکی را دارد یا حادثه ناگواری اخیراً برایش رخ داده است.	۵
بیمار را فوراً بستری نمایید.	بیمار را تنها نگذارید.	بیمار افکار خودکشی دارد علائم کامل ابتلا به یک اختلال روانپزشکی را دارد یا حادثه ناگواری اخیراً برایش رخ داده است. بیقراری شدید و سابقه اقدام قبلی به خودکشی دارد.	۶

1. WHO, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1992.
2. Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 57-62.
3. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 53-56.
4. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1992, 85: 83-88.
5. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behavior. *Journal of affective disorders*, 1998, 50: 253-259.
6. Gupta S, et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 1998, 10: 1353-1355.
7. Isometsa ET, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 1996, 153: 667-673.
8. González Seijo JC, et al. Poblaciones específicas de alto riesgo. [Population groups at high risk.] In: Bobes García J et al., eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. [Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours.]* Masson, Barcelona, 1997, 69-77.
9. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British medical journal*, 1999, 308: 1227-1233.