



Suicide as a cry to helpe

Dr Abolfazl Ghoreishi
Associtae Professor Of Psychiatry

مقدمه

- خودکشی یکی از مهمترین **اورژانس** های روانپزشکی است.
- **خودکشی نشانه ای از یک بیماری روانی است.**
- خودکشی واقعه زیانبار برای نزدیکان فردی است که در اثر این عمل جان باخته است.
- پیشگیری از خودکشی

تعریف خودکشی

خودکشی اقدامی است آگاهانه با سرانجام
مرگبار که به وسیله خود فرد و با آگاهی
از این سرانجام رخ می دهد.

اپیدمیولوژی

- خودکشی جزء یکی از 10 علت اصلی مرگ می باشد.
- سالانه بیش از یک میلیون خودکشی
- سالانه حدود 30000 مرگ ناشی از خودکشی در آمریکا
(بیش از 80 مورد در روز)
- اقدام به خودکشی حداقل 10 برابر خودکشی کامل
- میزان خودکشی کامل حدود 20 مورد مرگ ناشی از خودکشی در
100000 نفر جمعیت

خودکشی کامل در مردان 3 برابر زنان
اقدام به خودکشی در زنان 3 برابر مردان

اپیدمیولوژی

- میزان مرگ ناشی از خودکشی در ایران: 6 تا 8 نفر در صد هزار نفر
- میزان مرگ ناشی از خودکشی در استان ایلام : 26 در صد هزار نفر
- سالانه حدود 5000 مورد مرگ ناشی از خودکشی در ایران
- افزایش 6 برابری خودکشی در طی سال های 63 تا 84 در ایران

در سال 63 میزان خودکشی 1/3 در صد هزار نفر
در سال 84 میزان خودکشی 6/4 در صد هزار نفر

- خودکشی در مردان 7/6 در صد هزار نفر و نهمین علت مرگ و میر
- خودکشی در زنان 1/5 در صد هزار نفر و دهمین علت مرگ و میر
- میانگین سنی خودکشی در ایران 29 سال
- شایعترین روش اقدام به خودکشی : قرص
- شایعترین روش خودکشی منجر به فوت : حلق آویز کردن و خودسوزی

تفاوت های سنی

- نادر بودن خودکشی در دوره قبل از بلوغ
- افزایش میزان خودکشی در سفید پوستان با بالا رفتن سن به طوری که نمودار دو قله ای دارد :
- 1- 30 تا 45 سالگی
- 2- دوره سالمندی : بالای 50 سال
- در ایران بالاترین میزان خودکشی در جوانان زیر 30 سال

عوامل خطر خودکشی

- ۱- اختلال روان پزشکی
- ۲- عوامل اجتماعی (بیکاری، تنها زندگی کردن)
- ۳- عوامل روان شناختی (مستعد علائم افسردگی)
- ۴- عوامل ژنتیک
- ۵- اختلالات جسمانی
- ۶- سابقه اقدام قبلی
- ۷- ترخیص اخیر از بیمارستان

تفاوت های نژادی

- میزان خودکشی در سفید پوستان 2 تا 3 برابر سیاه پوستان
- تفاوت های میزان خودکشی در بین مذاهب مختلف
- **مسلمان > کاتولیک > یهودی و پروتستان**
- بیشتر بودن میزان خودکشی در مناطق شهری نسبت به مناطق روستایی
- بالاتر بودن میزان خودکشی در نسل اول مهاجرین نسبت به بومیان

اتیولوژی

- **علل روانی :** اختلالات خلقی (MDD , BMD) , اختلالات اضطرابی , اسکیزوفرنی , اختلال انطباقی , دمانس , انورکسیا نروزا
- **علل جسمی:** بیماری های مزمن مثل کانسر , تشنج , دمانس , MS , دیابت , نارسایی مزمن کلیه , ایدز , سندرم های درد و...
- **علل اجتماعی :** فقر , فقدان حمایت اجتماعی , طلاق , ازدواج تحصیلی , شکست در کار و تحصیل
- **علل بیولوژیک :** کاهش سروتونین در مغز و 5-HIAA در CSF
- **سایر علل :** سابقه ی بد رفتاری و Abuse بویژه در دوران کودکی , وقایع ناخوشایند و ...

علايم خودکشي



• خودکشي معمولاً بدون اخطار اوليه رخ نمي دهد بلکه شخصي که تصميم به خودکشي مي گيرد اغلب اوقات تلاش مي کند که فکر خودکشي را به خانواده و اطرافيان اطلاع دهد. با اين وجود مهمترين علايم خودکشي عبارتند از:

- کم حرفي
- گوشه گيري
- بيان حرف هاي مايوس کننده (کاش مي مردم، آخرش که چي؟ و.....)

خودکشی در ایران



- (1) مطالعات همه گیر شناسی و آمار دقیق موجود نیست.
- (2) اکثر خانواده ها موارد اقدام را کتمان می کنند.
- (3) در نوع و وسایل اقدام تفاوت‌های جنسیتی وجود دارد.
- (5) نرخ خودکشی در ایران 6 در 100 هزار است و رتبه 58 جهان را دارد (نرخ خودکشی جهان 15 در 100 هزار)
- مردان 3/5 برابر زنان خودکشی می کنند. (میزان خودکشی زنان 3/5 و مردان بیش از 10 در 100 هزار نفر)
- سن پرخطر خودکشی 15-25 سال است (در جهان 45-55)
- سالانه بیش از 3 هزار نفر در اثر خودکشی می میرند.

ادامه خودکشی در ایران



- **مهمترین روش خودکشی در گذشته «حلق آویز کردن» برای مردان و «خودسوزی» برای زنان بوده اما امروزه «مسموم کردن خود» با داروهای نظیر بنزودیازپین ها، ترامادول و مخدرها، داروهای ضد فشار خون و ضد افسردگی های سه حلقه ای است. (بیش از 35% از مسکن های معمولی آنتی بیوتیک ها و داروهای در دسترس در منزل استفاده می کنند).**
- **زنان متأهل، مردان مجرد بالای 30 سال و افراد 15-24 ساله بیشتر در معرض خطر هستند**

ریسک فاکتور های خودکشی

1. وجود بیماریهای ماژور روانپزشکی : اختلالات خلقی و اسکیزوفرنی
2. وجود افکار خودکشی و با برنامه خاص
3. وجود وسیله برای اجرای برنامه
4. سابقه اقدام قبلی
5. وجود سوء مصرف الکل یا مواد
6. وجود اختلال اضطرابی به ویژه پانیک
7. فقدان های اخیر : طلاق , فوت و ...
8. تمایل شدید به مردن و تلاش واقعی به خودکشی
9. سابقه رفتار تکانشی
10. تنها زندگی کردن
11. سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی
12. مجرد بودن یا بیوه بودن
13. نژاد سفید پوست
14. جنس مذکر
15. سن بالا

عوامل محافظت کننده در برابر خودکشی

- مذهبی بودن
- حس مسئولیت در قبال خانواده
- داشتن فرزند
- حامله بودن
- رضایت از زندگی
- حمایت های اجتماعی
- روابط درمانی مثبت

آيا زير ساخت
خودكشي
هميشه بيماري
است؟



اختلالات روان پزشکی در مطالعات مختلف

حداکثر	حداقل	
۱۴	۰	بدون اختلال apparently well
۱۰	۰	فقط اختلال جسمانی
۷۰	۲۸	افسردگی
۵۰	۸	اختلالات مصرف مواد
۲۷	۰	اختلال شخصیت
۹۵	۸۱	هر نوع بیماری روان

اختلالات روان

- ۱- افسردگی
- ۲- اسکیزوفرنیا
- ۳- اختلالات مصرف مواد
- ۴- اختلالات شخصیت
- ۵- اختلال هول

عوامل ژنتیک

گسترش خانوادگی دارد

سابقه خانوادگی خودکشی خطر اقدام و انجام
خودکشی موفق را بیشتر می کند

عوامل اجتماعی

سن	خودکشی موفق با افزایش سن افزایش می یابد علیرغم اینکه اقدام به خودکشی کاهش نشان می دهد.
جنس	مردان نسبت به زنان خودکشی موفق بیشتری انجام می دهند ۲ تا ۷ به یک
نژاد	اقلیت ها خودکشی کمتر و مهاجرین بیشتر نشان می دهند.
تاهل	متاهلین کمترین میزان خودکشی را دارند.
شاغل بودن	کار عامل محافظتی در خصوص خودکشی است

عوامل روانی

فروید: مقاله ۱۹۱۷ mourning and melancholia

خشم به درون برگشت داده شده به سوی شیء دوست داشته شده با دودلی

منیگر:

دیگر کشی معکوس شده، غریزه مرگ

تئوری های اخیر:

دانشمندان این حوزه قانع نشده اند که ساختار شخصیتی یا روان تحلیلی ویژه ای مرتبط با خودکشی باشد

(2) انواع خودکشی از نظر دورکیم

• دور کیم در خود کشی علل زیستی، روانی و اقلیمی را رد می کند و بر علل جامعه شناختی تاکید دارد. او خود کشی را به چهار دسته زیر تقسیم می کند:

- انواع خود کشی
- خود کشی خواهانه
- خود کشی دگر خواهانه
- خود کشی آنومیک
- خودکشی جبری

امیل دور کهایم

Egoistic suicide

نبود همبستگی معنی دار خانواده یا اجتماع

Anomic suicide

وقتی که ارتباط فرد با جامعه بر اثر مسائل اقتصادی
یا اجتماعی شکسته می شود

Altruistic suicide

منتج از ارتباط و همبستگی زیاد با جامعه

خودکشی و بیماری های روانی



- خودکشی دارای یک پیوستار (طیف) است.
- این پیوستار از افکار خودکشی به طور گذرا شروع و با خودکشی به پایان می رسد.
- میزان افکار خودکشی بسیار بیشتر از اقدام به خودکشی و خودکشی است.

اختلالات روان پزشکی



- بیش از 90 درصد موارد خودکشی همراه با اختلالات روان پزشکی است.
- شایع ترین اختلالات روان پزشکی مربوط به:
افسردگی ها و سوء مصرف مواد

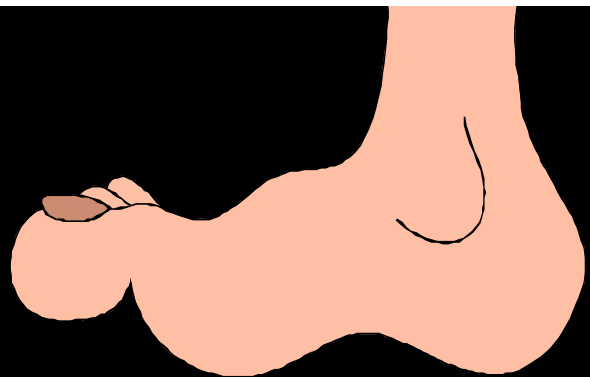
عوامل بیولوژیک

کاهش سروتونین مرکزی مرتبط با خودکشی است

کاهش غلظت 5-HIAA در مایع مغزی – نخاعی
پیشگویی کننده رفتار خودکشی در آینده است

میزان اقدام به خودکشی و خودکشی موفق در کشورهای مختلف دنیا

۱۰۰ تا ۳۰۰ درصد هزار	اقدام به خودکشی
۱۰ تا ۳۵ درصد هزار	خودکشی موفق



آیا خودکشی
قابل پیشگیری
است؟

علایم هشدار دهنده ی خودکشی:



- ناامیدی شدید
- صحبت مداوم درباره مرگ و نیستی
- افت شدید کارکرد شغلی و تحصیلی
- تغییرات در خواب و اشتها
- انزوا و کناره گیری از دوستان و فعالیت های اجتماعی
- بی انگیزه بودن و بی تفاوتی

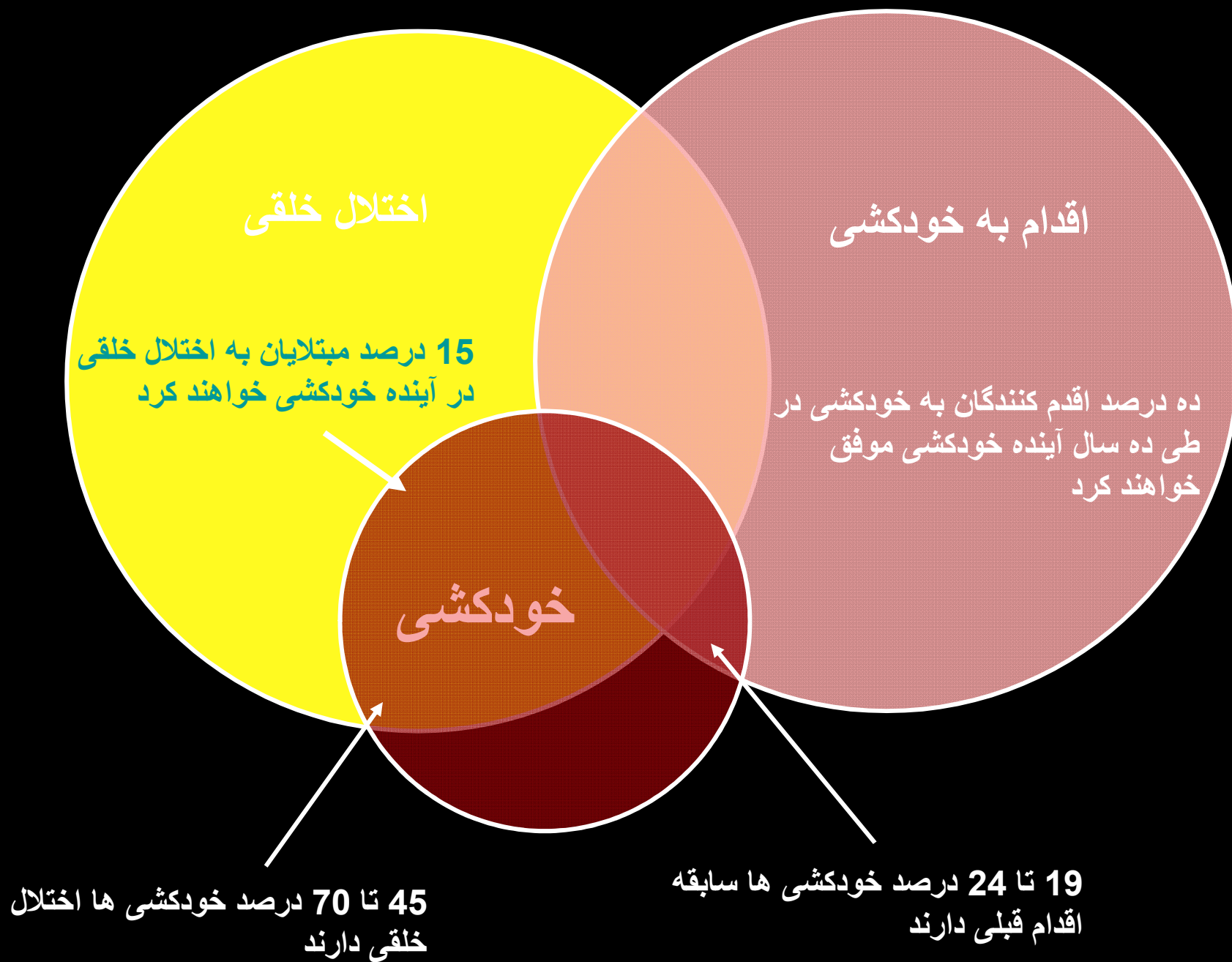
علایم هشدار دهنده ی خودکشی (ادامه):



- عبارت های هشدار دهنده (به زودی از شر من راحت می شوید- کار من تمام است...)
- شادمانی و سرخوشی ناگهانی در یک فرد شدیداً افسرده (تصمیم خطرناک)
- ادای قرض ها و بذل و بخشش ناگهانی اموال

برخورد با پرسنل بهداشتی – درمانی قبل از خودکشی

متوسط زمان از آخرین برخورد با پرسنل بهداشتی	۳۹ روز
برخورد چهره به چهره در روز خودکشی با پرسنل بهداشتی	۱۸ درصد
ویزیت توسط پرسنل تخصصی در هفته گذشته	۳۹ درصد
ویزیت توسط پرسنل تخصصی در سه ماه گذشته	۶۶ درصد
علت ویزیت	۶۰ درصد روانی ۴۰ درصد جسمانی



Venn diagram summarizing suicide data and its relation to mood disorder and suicide attempts; synopsis 2003,P:917

بررسی بیمار شامل

شرح حال کامل روان پزشکی

بررسی کامل وضعیت روانی

جستجوی علائم افسردگی و افکار خودکشی

جستجوی قصد، برنامه و اقدامات به خودکشی

مشکلات حاد

مسائل حول و حوش اقدام به خودکشی تقریباً همیشه مرتبط با تغییرات اخیر زندگی به ویژه استرس های بین فردی است

۵ واقعه مهم که به ویژه بیشتر گزارش می شوند

- ۱- بحث جدی با همسر
- ۲- وجود فرد جدید در خانه
- ۳- بیماری جدی یکی از افراد خانواده
- ۴- بیماری جسمانی جدی خود فرد
- ۵- حضور در دادگاه به عنوان متهم

مشکلات مزمن

مطابق گزارش گره آکسفورد:

دو سوم اقدام کنندگان متاهل مشکلات زناشویی مزمن داشتند
نصف آنان درگیر ارتباطات خارج خانواده بوده اند.

یک چهارم با فرزندان مشکل داشتند

والدینی که کودکانشان را نادیده می گیرند یا مورد سوء استفاده قرار می
دهند بیشتر احتمال خودکشی دارند.

تا یک سوم اقدام کنندگان در سال اخیر بستری به علت داخلی یا جراحی
داشته اند.

**نوجوانانی که اقدام به خودکشی می کنند، سه چهارم آنان با یک یا هر
دوی والدین مشکل دارند. نصف آنان با مدرسه یا معلم مشکل دارند .
۵۰ درصد مشکل با دوست پسر یا دختر گزارش می کنند و سایرین
مشکل کاری یا انزوای اجتماعی دارند**

اختلالات روان پزشکی در اقدام کنندگان به خودکشی

۳۰ درصد اقدام کنندگان در زمان بستری

تا ۹۰ درصد اقدام کنندگان جدی

عدم مطابقت در انگیزشی که اقدام کننده ذکر
می کند و آنچه که روان پزشک تایید می کند

در مطالعه ای یک سوم بیماران گزارش کردند که می خواسته
اند بمیرند. روان پزشک ۵۰ درصد این موارد را تایید کرد

علل مانند ترساندن یا دیگران را به این حس بردن که با
اقدام کننده بدرفتاری کرده اند توسط ۱۰ درصد اقدام
کنندگان عنوان شده در حالی که روان پزشک ۷۰ درصد
گزارش کرده است.

بیشترین علامتی که بر آن توافق بود، نجات از وضعیت آزار
دهنده ذهنی بوده است

گریه ای برای کمک

Erwin Stengel

ویژگی های شخصیتی اقدام کنندگان

ویژگی شخصیتی ویژه ای وجود ندارد اما اغلب:

ناپخته (immature)

خود محور (egocentric)

مضطرب

وابسته، متخاصم و تکانشگر

مشکل دار در روابط

احتمال تکرار

۴۰ درصد اقدام کنندگان سابقه اقدام قبلی دارند
در طی سال آینده ۱۳ تا ۳۵ درصد اقدام را تکرار
خواهند کرد

۷ درصد دو نوبت یا بیشتر

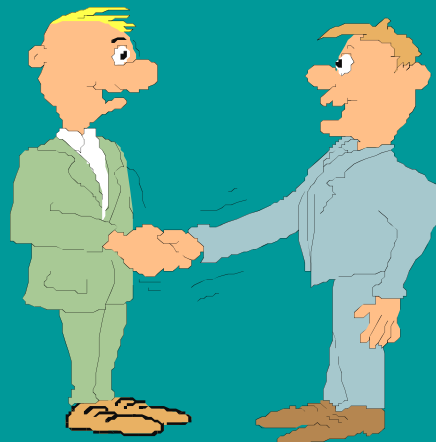
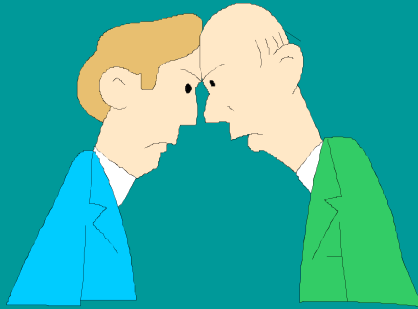
۵/۲ درصد سه نوبت یا بیشتر

۱ درصد ۵ نوبت یا بیشتر

۷ مورد افزایش خطر تکرار اقدام به خودکشی

- ۱- مشکل با الکل
- ۲- شخصیت ضد اجتماعی
- ۳- تکانشگری
- ۴- درمان بستری روان پزشکی در گذشته
- ۵- اقدام قبلی که منجر به بستری شده
- ۶- سابقه قبلی درمان روان پزشکی سرپایی
- ۷- زندگی به تنهایی

Management plan



نحوه برخورد با بیمار مستعد خودکشی

- گفتگو با بیمار در مکانی مناسب
- اختصاص دادن زمان کافی به بیمار
- گوش دادن موثر به حرف های بیمار
- احترام به عقاید بیمار
- درک احساسات بیمار و همدلی

کارهایی که در برخورد با افکار خودکشی نباید انجام داد

- قطع کردن مکرر حرف های بیمار
- جدی نگرفتن حرف های بیمار
- برخورد هیجان زده با بیمار
- سوال پیچ کردن بیمار
- برخورد ارباب وار با بیمار
- برخورد با بیمار به صورت بی حوصله

غریبالگری افکار خودکشی

- سوال در مورد افکار خودکشی بهتر است تدریجی باشد
- سوال در مورد خودکشی باعث کاشته شدن افکار خودکشی نمی شود
- صحبت در مورد خودکشی به صورت واضح و مستقیم

سوالات مهم در مورد افکار خودکشی

- آیا احساس میکنید از زندگی سیر شده اید ؟
- آیا احساس میکنید زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟
- آیا هرگز آرزو کرده اید که ای کاش شب بخوابید و هرگز بیدار نشوید؟
- آیا آرزو میکنید که ای کاش زندگی شما به پایان برسد؟
- آیا به این فکر افتاده اید که به خود آسیبی برسانید ؟
- آیا به این فکر افتاده اید که خودتان را از بین ببرید ؟
- آیا در مورد این که این کار را چگونه انجام دهید فکری کرده اید ؟
- آیا وسیله ای برای خودکشی تهیه کرده اید ؟
- تصمیم گرفته اید کی به زندگیتان پایان بدهید ؟
- آیا آمادگی های خاصی انجام داده اید ؟مثلا وصیت نامه نوشته اید یا امور مالی را ترتیب داده اید ؟
- آیا با کسی راجع به نقشه هایتان صحبت کرده اید ؟

آیا بیمار طرح جدی برای خودکشی دارد ???

بله ← ارجاع فوری به بخش روانپزشکی

خیر ← ارجاع فوری به روانپزشک

اقداماتی که تا زمان ارجاع باید انجام شود

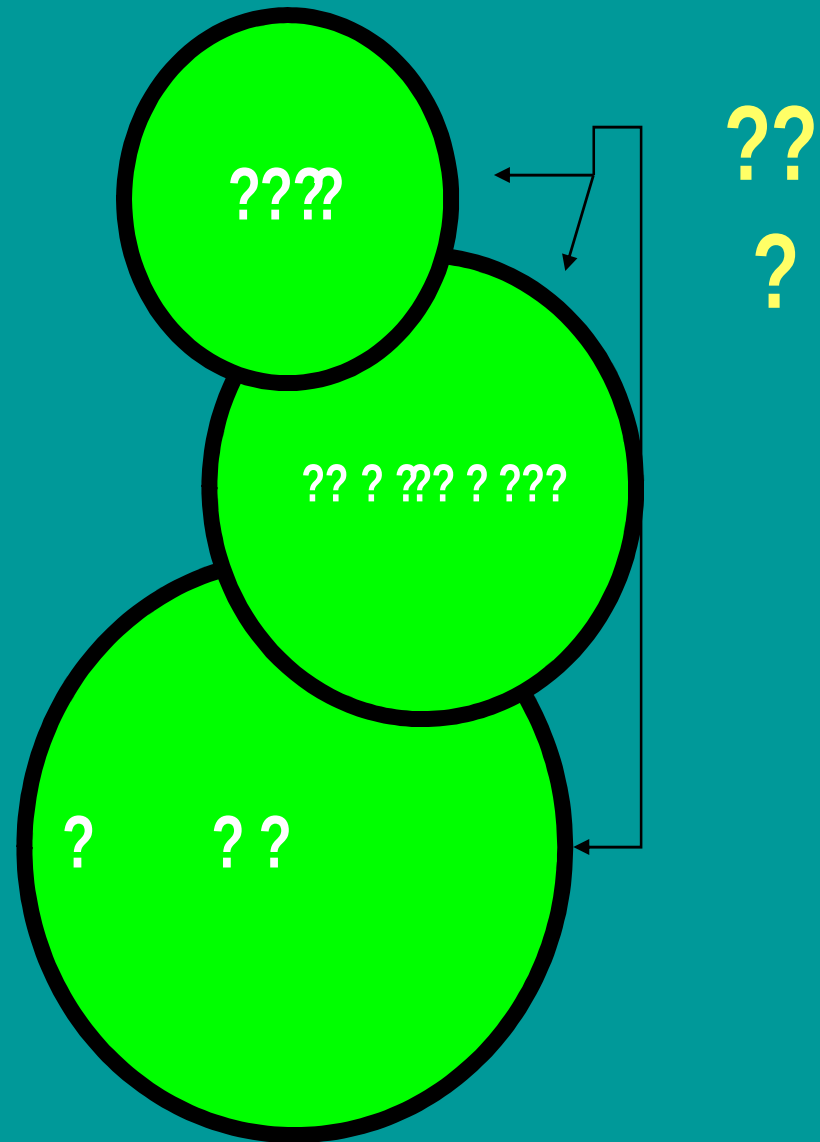
- بیمار را تنها نگذارید
- اشیاء خطرناک را در دسترس بیمار قرار ندهید
- مراقب احتمال صدمه زدن بیمار به خودش یا اطرافیان باشید
- به حرف های بیمار گوش کنید و با وی همدلی کنید
- از پند و اندرز و قضاوت زود هنگام در مورد بیمار پرهیزید
- به خانواده بیمار اطلاع دهید
- در موارد ارجاع به طور مشروح تشخیص و اقدامات درمانی خود را ذکر کنید
- بیمار را با یکی از بستگان مطلع ارجاع دهید
- در صورت امکان سوابق درمانی و پاراکلینیکی بیمار ضمیمه ارجاع باشد

مشکلات جاری

- ۱- جدی نگرفتن خطر خودکشی در اقدام کنندگان توسط پرسنل بهداشتی و خانواده
- ۲- عدم وجود قوانین مدون در الزام به پیگیر بیماران
- ۳- عدم پوشش بیمه ها
- ۴- کمبود شدید مراکز روان پزشکی ۲۴ ساعته
- ۵- استیگما بودن خودکشی
- ۶- آموزش های اندک

باور های غلط در مورد خودکشی

- کسی که راجع به خودکشی صحبت میکند خودکشی نمیکند
- افراد با افکار خودکشی قطعا قصد مرگ دارند
- خودکشی بدون هشدار رخ میدهد
- بهبودی پس از یک بحران به این معناست که خطر خودکشی رفع شده است
- خودکشی قابل پیشگیری نیست
- وقتی کسی مستعد خودکشی است دائم در این فکر است



توصیه های تکمیلی

- افسردگی یکی از شایع ترین علل خودکشی است.
- این که بیماران با افکار خودکشی ان را عملی نمیکنند نادرست است.
- افکار خودکشی ممکن است مجددا برگردند
- پرسش در مورد خودکشی موجب افزایش خطر اقدام به خودکشی نمی شود.
- از طریق خانواده و دوستان بیمار را مورد حمایت قرار دهید.
- به بیمار فرصت حرف زدن بدهید
- از سرزنش و پند و اندرز اجتناب کنید
- موقعیت های مثبت زندگی را به وی نشان دهید
- بر موقتی بودن احساس غیر قابل تحمل بیمار تاکید کنید

از جمله عوامل که میتواند میزان خودکشی را افزایش دهد، پخش خبر مربوط به خودکشی است

پیگیری و مراقبت بیمار دارای افکار خودکشی توسط پزشک بعد از بازگشت از ارجاع:

- **الف - ویزیت اول پزشک بعد از بازگشت از ارجاع : طی هفته اول**
- دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد تشخیص، نحوه مصرف دارو و آموزش خانواده
- ویزیت مجدد طی دو هفته بعد
- ارجاع غیر فوری به کارشناس بهداشت روان
- **ب- ویزیت بیمار مطابق با پسخوراند روانپزشک**
- ویزیت ماهانه تا 6 ماه
- ارجاع غیر فوری برای تصمیم گیری ادامه درمان

شرح وظایف پزشک تیم سلامت در رابطه با خودکشی:

- پذیرش موارد ارجاع شده از سوی بهورز
- ارجاع فوری بیماران با افکار خودکشی به روانپزشک
- ارائه پسخوراند به بهورز در مورد پیگیری بیمار
- ارجاع غیر فوری به کارشناس بهداشت روان
- پیگیری برنامه درمانی توصیه شده
- آموزش بیمار و خانواده وی
- نظارت بر عملکرد بهورز و کارشناس بهداشت روان

موارد ارجاع فوری به روانپزشک:

- بیماری که فکر خودکشی دارد
- بیماری که به هر دلیلی وانمود به خودکشی میکند
- بیماری که از خوردن آب و غذا امتناع میکند
- وجود اختلال جدی در غذا خوردن ، وضعیت طبی بد، عدم تحرک و عدم صحبت کردن

موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی:

- بیماری که برای خودکشی برنامه یا نقشه مشخصی دارد
- بیماری که احتمال میرود به دیگران آسیب برساند
- بیمار بسیار تحریک پذیر ، آذیته یا بی قرار که کنترل رفتار وی دشوار است

شرح وظایف بهورز:

- شناسایی و غربالگری افراد در معرض خطر
- ارجاع به موقع افراد در معرض خطر
- پیگیری برنامه درمانی تعیین شده از سوی پزشک
- آموزش انفرادی به افراد خانواده
- گزارش دهی منظم خودکشی
- ثبت و نگهداری اطلاعات به صورت محرمانه

شرح وظایف کارشناس بهداشت روان:

- بررسی موارد ارجاع شده از طرف پزشک
- انجام مداخلات غیر دارویی: مداخله در بحران، حل مساله و ...
- انجام مداخلات پیشگیرانه در مورد افراد در معرض خودکشی
- آموزش به بیمار ، خانواده ، بیمار و بهورز

THANK YOU

