

بسمه تعالی

آقای ۶۰ ساله به دلیل کاهش سطح هوشیاری توسط همسرشان به بیمارستان منتقل شده اند. در حالی که داخل ماشین بیهوش افتاده بودند به طور تصادفی توسط همسرشان پیدا شده و به اورژانس منتقل می شوند. در یکسال گذشته دچار افسردگی بوده اند و اصلاً به سر و وضع خودشان نمی رسیده اند. در یکماه اخیر بیقرار و عصبی بوده است. سابقه اعتیاد و مصرف سیگار داشته اند. ۳ هفته قبل هم با قرص ب۲ (بوپرونورفین) خودکشی کرده اما موفق نبوده اند. سابقه خودکشی در برادر ۲۴ ساله و مادرشان هم داشته اند.

BP=90/60, PR=72, RR=16, T=36/5

در معاینه مردمکهای میوتیک و دیسترس تنفسی داشت. آزمایشات:

Cr=1/7, bun=142, fbs=133, k=3/4, hb=17/6,

B/C=NEGATIVE, U/C=NEGATIVE

در آزمایشات = در آزمایش سم شناسی ادرار بنزودیازپین مثبت میباشد.

به دلیل افت سطح هوشیاری و افت SO2 به ICU منتقل شد. بعد از یک روز دچار ارست قلبی-تنفسی شده و فوت می کند.

• *SUICIDE*=قتل نفس

• هیچ بن بستنی نیست، یا راهی خواهیم یافت یا
راهی خواهیم ساخت.

• راه های پیشگیری از خودکشی

- خودکشی
- یک مشکل جدی بهداشت عمومی
- خودکشی به عنوان یک فرایند، مراحل را شامل می شود:
- میل و آرزوی مرگ (Die to Desire ،
- – (افکار خودکشی) thoughts Suicide
- ، – (طرح ریزی) Planning
- ، – (اقدام به خودکشی) – (Attempts Suicide
- خودکشی کامل suicide complete به طوری که میزان خطر با گذر از هر مرحله رو به افزایش می رود (پیسانی و همکاران، ۲۰۱۵

• همه گیری خودکشی

• شیوع خودکشی در جهان

• جزئی ۲۰ علت اول مرگ در دنیا

• سالانه ۸۰۰ هزار نفر فوت بر اثر خودکشی- ۲۰ تا ۳۰ برابر اقدام به خودکشی

• دومین علت فوت بعد از تصادفات رانندگی در ۱۵ تا ۲۹ سال

• دومین علت فوت مردان و سومین علت فوت زنان ۱۵ تا ۲۹ سال

• فوت ناشی از خودکشی در مردان ۱۳/۷ و در زنان ۷/۵ در صد هزار نفر (متوسط ۹/۴۸)

• میزان خودکشی با افزایش سن کاهش می یابد اما خطر فوت ناشی از خودکشی افزایش می یابد.

• نسبت فوت خودکشی مرد به زن ۱/۸ می باشد.

• زنان بالای ۳۰ و مردان بالای ۴۵ سال بالاترین میزان خودکشی

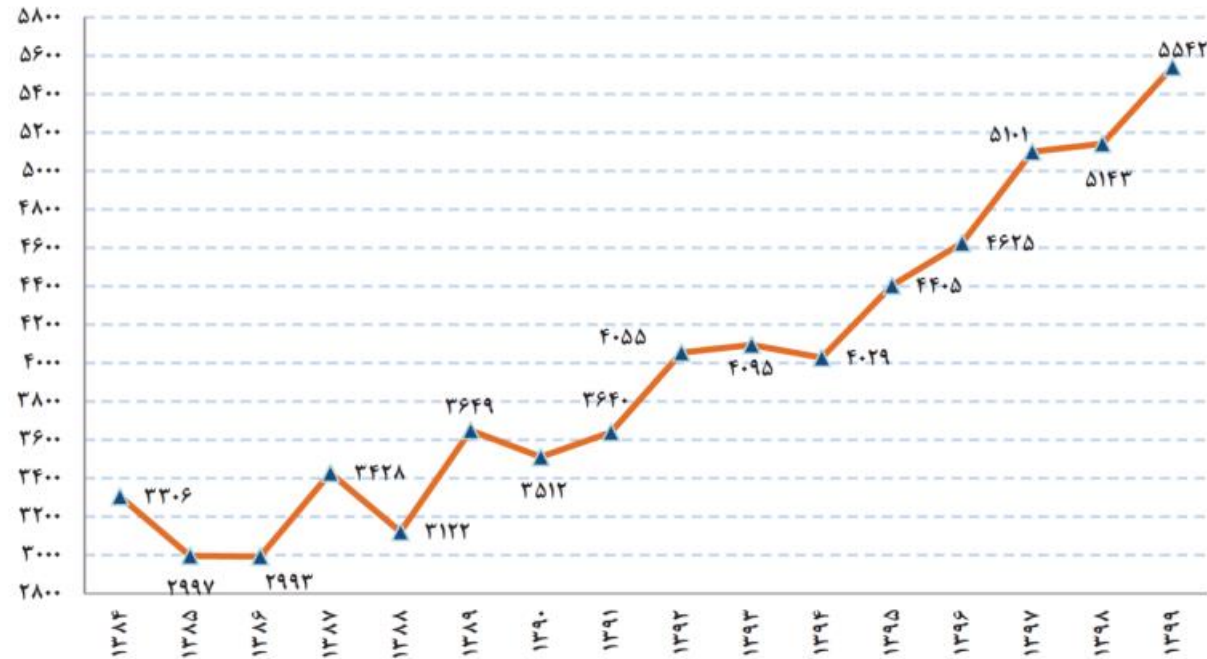
• بیشترین اقدام به خودکشی در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال می باشد.

• شایع ترین روش خودکشی داروها هستند اما شایع ترین روش منجر به فوت دار زدن می باشد.

• ۷۹ درصد خودکشیها در کشورهای با درآمد پایین می باشد.

شیوع خودکشی در ایران

از سال ۸۴ تا کنون روند خودکشی در ایران صعودی بوده است.



نمودار شماره ۱: تعداد متوفیات مشکوک به خودکشی از سال ۱۳۸۴ الی ۱۳۹۹

میزان خودکشی در ایران ۶/۶ در صد هزار نفر بوده است
 ۶۳ درصد اقدام به خودکشی زنان و ۳۶/۵ درصد مردان .
 ۲۰/۹ درصد زیر ۱۸ سال و در گروه سنی کودک هستند.
 ۴۳ درصد مجرد و ۴۷ درصد متأهل هستند.
 ۷۹ درصد شهری و ۱۸ درصد روستایی هستند.

جدول شماره ۱: میزان اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن از سال ۱۳۹۵ الی ۱۳۹۹

سال ۱۳۹۹	سال ۱۳۹۸	سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۵	
۹۶,۵۵۳	۹۸,۷۹۴	۹۹,۳۷۰	۸۷,۷۷۷	۷۹,۵۰۲	تعداد اقدام و فوت
۸۳,۹۶۴,۹۶۱	۸۲,۹۳۶,۵۴۸	۸۱,۹۲۰,۷۳۱	۸۰,۹۱۷,۳۵۶	۷۹,۹۲۶,۳۷۰	جمعیت
۱۱۴.۹۹	۱۱۹.۱۲	۱۲۱.۱۸	۱۰۸.۴۸	۹۹.۴۷	شاخص اقدام در صد هزار نفر
۵.۵۴۲	۵.۱۴۳	۵.۱۰۱	۴.۶۲۵	۴.۴۰۵	تعداد فوت پزشکی قانونی
۶.۶۰	۶.۲۰	۶.۲۳	۵.۷۲	۵.۵۱	شاخص فوت در صد هزار نفر

جدول شماره ۲: رتبه بندی استان های کشور از نظر میزان فوت خودکشی از سال ۱۳۹۴ الی ۱۳۹۹

رتبه	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۸	سال ۱۳۹۹
۱	ایلام (۱۶,۰۳ درصد هزار)	کرمانشاه (۱۳,۷۹ درصد هزار)	ایلام (۱۳,۹۶ درصد هزار)	ایلام (۱۶,۴۸ درصد هزار)	کهگیلویه و بویر احمد (۱۴,۵۱ درصد هزار)	کهگیلویه و بویر احمد (۱۶,۵۶ درصد هزار)
۲	کرمانشاه (۱۲,۴۸ درصد هزار)	ایلام (۱۲,۵۸ درصد هزار)	کهگیلویه و بویر احمد (۱۳,۸۸ درصد هزار)	کرمانشاه (۱۲,۸۴ درصد هزار)	ایلام (۱۳,۹۶ درصد هزار)	ایلام (۱۵,۲۶ درصد هزار)
۳	کهگیلویه و بویر احمد (۱۰,۸۰ درصد هزار)	کهگیلویه و بویر احمد (۱۰,۳۸ درصد هزار)	کرمانشاه (۱۲,۰۴ درصد هزار)	کهگیلویه و بویر احمد (۱۱,۰۸ درصد هزار)	کرمانشاه (۱۲,۰۹ درصد هزار)	کرمانشاه (۱۳,۱۷ درصد هزار)
۴	لرستان (۱۰,۲۸ درصد هزار)	لرستان (۹,۲۰ درصد هزار)	لرستان (۱۰,۴۵ درصد هزار)	همدان (۹,۴۳ درصد هزار)	لرستان (۱۱,۳۶ درصد هزار)	لرستان (۱۲,۴۴ درصد هزار)
۵	گیلان (۹,۷۶ درصد هزار)	همدان (۹,۰۳ درصد هزار)	گیلان (۸,۵۴ درصد هزار)	لرستان (۹,۱۴ درصد هزار)	گیلان (۹,۶۸ درصد هزار)	همدان (۱۱,۵۶ درصد هزار)

جدول شماره ۳: میزان فوت ناشی از خودکشی در استان های کشور از سال ۱۳۹۴ الی ۱۳۹۸

میزان فوت ناشی از خودکشی در استان ها رتبه بندی شده بر اساس آمار سال ۱۳۹۸

ردیف	استان	تعداد فوت ۹۴	فوت در صد هزار استان ۹۴	تعداد فوت ۹۵	فوت در صد هزار استان ۹۵	تعداد فوت ۹۶	فوت در صد هزار استان ۹۶	تعداد فوت ۹۷	فوت در صد هزار استان ۹۷	تعداد فوت ۹۸	فوت در صد هزار استان ۹۸
۱	کهگیلویه و بویراحمد	۷۷	۱۰.۸	۷۴	۱۰.۴	۹۹	۱۳.۹	۸۱	۱۱.۰۸	۱۰۶	۱۴.۵۱
۲	ایلام	۹۳	۱۶.۰	۷۳	۱۲.۶	۸۱	۱۴.۰	۱۰۱	۱۶.۹۹	۸۳	۱۳.۹۶
۳	کرمانشاه	۲۴۷	۱۲.۷	۲۷۳	۱۴.۰	۲۳۵	۱۲.۰	۲۵۷	۱۲.۸۴	۲۴۲	۱۲.۰۹
۴	لرستان	۱۸۱	۱۰.۳	۱۶۲	۹.۲	۱۸۴	۱۰.۵	۱۶۵	۹.۱۴	۲۰۵	۱۱.۳۶
۵	گیلان	۲۴۷	۹.۸	۲۲۵	۸.۹	۲۱۶	۸.۵	۲۲۸	۸.۷۹	۲۵۱	۹.۶۸
۶	همدان	۱۴۶	۸.۴	۱۵۷	۹.۰	۱۴۰	۸.۱	۱۶۹	۹.۴۹	۱۵۸	۸.۸۷
۷	البرز	۱۵۴	۵.۷	۲۰۳	۷.۵	۱۵۳	۵.۶	۱۷۷	۶.۳۷	۲۱۱	۷.۵۹
۸	اردبیل	۱۰۹	۸.۶	۱۱۱	۸.۷	۸۴	۶.۶	۱۰۴	۷.۹۹	۹۸	۷.۵۳
۹	کردستان	۹۸	۶.۱	۹۶	۶.۰	۹۵	۵.۹	۱۰۹	۶.۶۴	۱۲۱	۷.۳۷
۱۰	فارس	۳۵۵	۷.۳	۳۲۸	۶.۸	۳۴۸	۷.۲	۳۷۷	۷.۵۸	۳۵۹	۷.۲۲
۱۱	آذربایجان شرقی	۲۲۱	۵.۷	۲۴۸	۶.۳	۲۶۷	۶.۸	۳۰۹	۷.۷۱	۲۸۳	۷.۰۶
۱۲	مازندران	۱۳۵	۴.۱	۱۶۳	۵.۰	۱۹۹	۶.۱	۲۲۴	۶.۶۶	۲۳۴	۶.۹۵
۱۳	تهران	۴۷۶	۳.۶	۷۰۶	۵.۳	۷۹۶	۶.۰	۹۸۰	۷.۲۱	۹۴۲	۶.۹۳
۱۴	چهارمحال و بختیاری	۶۱	۶.۴	۵۰	۵.۳	۶۳	۶.۶	۸۱	۸.۳۴	۶۵	۶.۶۹
۱۵	قزوین	۴۹	۳.۸	۶۹	۵.۴	۸۵	۶.۷	۶۰	۴.۶۰	۸۷	۶.۶۶
۱۶	زنجان	۵۳	۵.۰	۶۱	۵.۸	۸۸	۸.۳	۸۸	۸.۱۲	۷۱	۶.۵۵
۱۷	مرکزی	۶۳	۴.۴	۵۶	۳.۹	۸۳	۵.۸	۶۹	۴.۷۱	۹۳	۶.۳۵
۱۸	خوزستان	۲۴۴	۵.۲	۲۸۰	۵.۹	۳۰۶	۶.۵	۲۹۷	۶.۱۵	۲۷۳	۵.۶۶
۱۹	خراسان شمالی	۴۱	۴.۸	۴۹	۵.۷	۳۹	۴.۵	۴۳	۴.۸۶	۵۰	۵.۶۵
۲۰	آذربایجان غربی	۱۵۶	۴.۸	۱۱۴	۳.۵	۱۱۱	۳.۴	۱۵۹	۴.۷۵	۱۸۶	۵.۵۶
۲۱	گلستان	۸۸	۴.۷	۷۰	۳.۷	۹۴	۵.۰	۶۴	۳.۳۴	۱۰۰	۵.۲۲
۲۲	سمنان	۲۱	۳.۰	۲۵	۳.۶	۱۸	۲.۶	۲۳	۳.۲۰	۳۴	۴.۷۲
۲۳	کرمان	۸۱	۲.۶	۱۲۴	۳.۹	۱۴۱	۴.۵	۱۵۹	۴.۹۰	۱۴۸	۴.۵۶
۲۴	قم	۵۶	۴.۳	۶۰	۴.۶	۴۷	۳.۶	۶۱	۴.۶۱	۶۰	۴.۵۳
۲۵	بوشهر	۴۵	۳.۹	۳۷	۳.۲	۶۹	۵.۹	۶۳	۵.۲۸	۵۱	۴.۲۸
۲۶	اصفهان	۱۸۵	۳.۶	۲۲۰	۴.۳	۲۱۷	۴.۲	۲۴۵	۴.۶۷	۲۱۸	۴.۱۵
۲۷	یزد	۳۱	۲.۷	۲۹	۲.۵	۳۱	۲.۷	۳۲	۲.۷۴	۴۶	۳.۹۴
۲۸	هرمزگان	۵۴	۳.۰	۶۴	۳.۶	۵۳	۳.۰	۷۵	۴.۱۲	۶۶	۳.۶۳
۲۹	خراسان رضوی	۱۹۳	۳.۰	۱۹۹	۳.۱	۲۰۲	۳.۱	۲۳۶	۳.۵۸	۲۱۹	۳.۲۲
۳۰	خراسان جنوبی	۱۶	۲.۱	۱۷	۲.۲	۱۷	۲.۲	۱۹	۲.۴۱	۱۹	۲.۴۱
۳۱	سیستان و بلوچستان	۵۳	۱.۹	۶۲	۲.۲	۶۴	۲.۳	۴۹	۱.۷۲	۶۵	۲.۲۹
	کل کشور	۴,۰۲۹	۵.۰	۴,۴۰۵	۵.۵	۴,۶۲۵	۵.۸	۵,۱۰۴	۶.۲۳	۵,۱۴۴	۶.۲۸

فراوانی خودکشی دانشجویی بر حسب جنسیت

جنس	فراوانی	درصد
مرد	۲۱۰	۶۲/۴
زن	۱۲۷	۳۷/۶
کل	۳۳۸	۱۰۰

سایر یافته‌ها.

- نرخ خودکشی دانشجویی ۵.۴ درصد هزار جمعیت دانشجویی می‌باشد.
- ۲۲,۵٪ سابقه اقدام قبلی داشته‌اند
- ۴۱٪ مراجعه قبلی به روانپزشک داشته‌اند
- ۲۰٪ موارد خودکشی در زمان امتحانات بوده است
- سال دوم تحصیلی بیشترین میزان خودکشی دانشجویی

برخی از باورهای نادرست در مورد خودکشی

- (۱) کسانی که در مورد خودکشی بحث می کنند به آن اقدام نمی کنند.
- (۲) خودکشی بدون هشدار قبلی صورت می پذیرد.
- (۳) فقط افراد متعلق به طبقه ای خاص خودکشی می کنند.
- (۴) تعلق به گروه مذهبی ویژه پیش بینی کننده خوب عدم اقدام به خودکشی در اشخاص است.
- (۵) انگیزه های خودکشی به اسانی ایجاد میشود.
- (۶) سؤال کردن فرد در مورد خودکشی اشتباه است.
- (۷) کسانی که از روشهای کم خطر استفاده می کنند، در مورد کشتن خود جدی نیستند.

مقایسه کسانی که کوشش به خودکشی میکنند و کسانی که ابراً بطور کامل انجام میدهند

کامل کننده ها	کوشش کننده ها	خصوصیت
عمدتاً مرد	عمدتاً زن	جنسی
خطر باافزایش سن بیشتر میشود	اغلب جوان	سن
روشهای پرخطر (شلیک گلوله، پرش)	کم خطر (قرصها، بریدن)	روش
احتیاط از کشف نشدن (لونرفتن)	احتمال مداخله وجود دارد	شرایط محیطی
اختلال خلقی عمده، الکلیسم اسکیزوفرنیا	اختلال افسرده خویی، اختلال شخصیت مرزی	تشخیص معمول
افسردگی همراه با ناامیدی	افسردگی همراه با خشم	خلق مسلط
مرگ	تغییر در موقعیت، فریاد کمک خواهی	انگیزه
	بهبود سریع و خلق ناشاد	مدت بستری شدن
	بهبود، داشتن انتظار و امیدزندگی، عدم تکرار	نگرش نسبت به اقدام

- **سبب شناسی خودکشی:**

- مدل زیستی روانی اجتماعی توسط کومار و ماندل سال ۲۰۱۰ – عوامل درونزاد(زیستی) و برونزاد(محیطی)

- **عوامل زیست شناختی (درونزاد) موثر:**

- ۱. عوامل درونزاد مربوط به بافت مغز

- ۲. جنس

- ۳. سن

- ۴. مصرف مواد محرک و مخدر و الکل

- **عوامل محیطی موثر(برونزاد)**

- ۱. عوامل خطر

- (محیط نا امن خانه و جامعه)

- فقر و مشکلات اقتصادی

- دسترسی به روش های مهلک

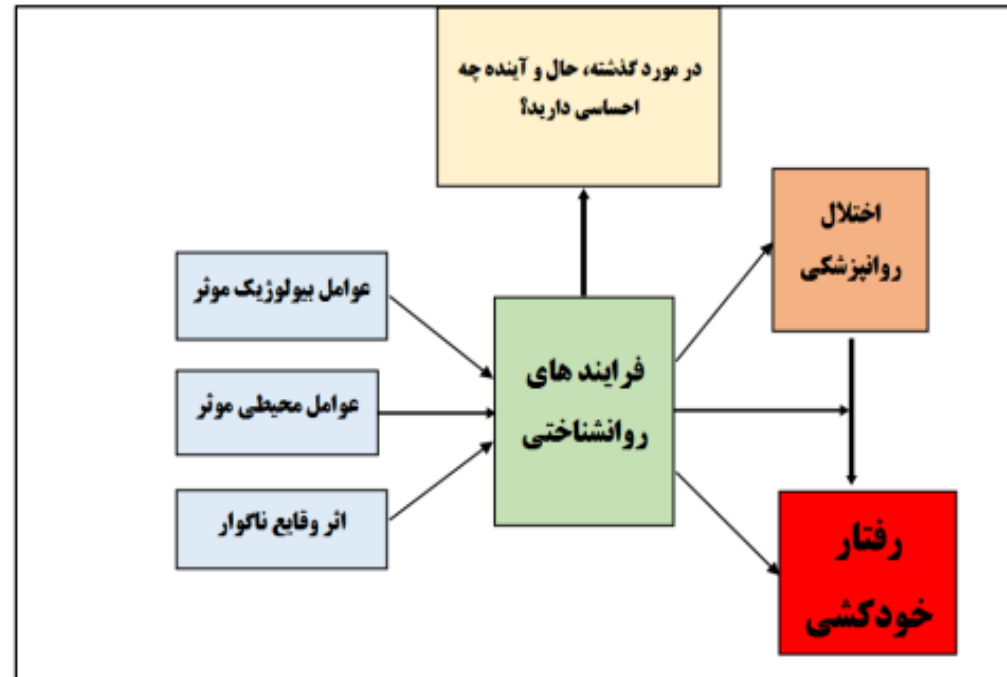
- تغییرات آب و هوایی

- سابقه خودکشی نزدیکان

- انتشار مدیریت نشده اخبار خودکشی در رسانه های جمعی

- **اثرات وقایع ناگوار**

عوامل محافظت کننده در برابر خودکشی:
ثبات اقتصادی و اجتماعی-وجود شبکه های حمایت اجتماعی(خانواده،دوستان،جامعه)-زمینه مساعد
مشارکت اجتماعی-نشاط اجتماعی-دسترسی مناسب به خدمات سلامت روان و آموزش مهارت های زندگی



تصویر شماره ۱: مدل زیستی روانی اجتماعی خودکشی

• بار خودکشی:

- جزء ده علت اول مرگ در همه کشورها
- یکی از سه علت اول مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۳۵ سال
- مسول ۱/۸% بار بیماریها در جهان

• خودکشی و اختلالات روانی:

- 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.
- ۸۰ تا ۱۰۰ درصد موارد خودکشی منجر به فوت دارای اختلال روانپزشکی بوده اند.
- اختلالات خلقی (عمدتاً افسردگی) ۶ تا ۱۵ درصد،
- الکلیسم ۷ تا ۱۵٪،
- اسکیزوفرنی ۴ تا ۱۰٪

• اختلالات خلقی

- تمام انواع اختلالات خلقی با خودکشی مرتبط هستند.
- اپیزود افسردگی در اختلالات دو قطبی
- افسردگی عود کننده
- اختلالات خلقی مداوم (سیکلوتایمی-دیستامی)

- شایع ترین تظاهرات بالینی اختلال افسردگی:
- احساس غمگینی
- اختلال در تمرکز
- اضطراب
- تحریک پذیری
- اختلال در خواب
- درد در نقاط مختلف بدن

- علایم افسردگی که با خطر خودکشی بالا همراه است:
- بی خوابی مداوم
- عدم توجه به ظاهر و بهداشت شخصی
- افسردگی های شدید (به طور خاص افسردگی های همراه سایکوز)
- اختلال در حافظه
- بیقراری شدید
- حملات پانیک
- عواملی که با افزایش خطر اقدام به خودکشی همراه است:
- مردان زیر ۲۵ سال
- مراحل ابتدایی بیماری
- مصرف الکل
- اپیزود افسردگی اختلال دو قطبی
- اپیزود مخلوط اختلال دو قطبی
- اپیزود مانیا همراه سایکوز اختلال دو قطبی

• الکلیسم

عواملی که با خطر افزایش خودکشی با الکلیها مرتبط می باشد:

-شروع مصرف الکل در سنین پایین

-مدت زمان طولانی تر مصرف 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 مرگ های زودرس در میان مبتلایان به اسکیزوفرنی می باشد.
عوامل خطر:

مرد جوان بدون شغل

عود های مکرر

ترس از وخیم تر شدن بیماری در افراد باهوش

هدیانه های گزند و آسیب

علائم افسردگی

خطر خودکشی در مواقع زیر در مبتلایان اسکیزوفرن بیشتر است:

ابتدای تشخیص

ابتدای عود علائم

ابتدای بهبود علائم

• اختلالات شخصیت

• شخصیت مرزی ، ضد اجتماعی،نمایشی و خودشیفته

اختلالات اضطرابی

اختلال پانیک و وسواس

اختلالات سوماتوفورم و اختلالات خوردن

خودکشی و مشکلات جسمی

زمان بیماری،ناتوانی ها و پیش آگهی منفی

اختلالات نورولوژیک

صرع،آسیب های مغزی و نخاعی ،سکته های مغزی به خصوص نواحی خلفی

• سرطاناتها

- ابتدای تشخیص و ۲ سال ابتدای بدخیمی که درد به همراه داشته باشد.

• ایدز

- ابتدای بیماری به خصوص در معتادان تزریقی

• سایر بیماریها

- نارسایی مزمن کلیه – نارسایی مزمن کبد – مشکلات مفصلی و استخوانی – بیماریهای قلبی عروقی و گوارشی

• خودکشی و عوامل دموگرافیک

• جنس

- خودکشی منجر به فوت در مردان بیشتر است به استثنای کشور چین.

• سن

- سالمندان (بالای ۶۵ سال) و افراد نوجوان و جوان (۱۵ تا ۳۰ سال) در خطر بیشتر فوت بدنبال خودکشی هستند.

• وضعیت تاهل

- تاهل برای مردان نقش محافظت کننده دارد. افراد آنها بیشتر در معرض خطر هستند.

• وضعیت اشتغال

- در کشورهای مختلف متفاوت است.

• بیکاری

- فقر، محرومیت اجتماعی، خشونت خانگی، ناامیدی

• سکونت شهری/روستایی

• مهاجرت

- فقر-سرپناه نامناسب-فقدان حمایت اجتماعی-انتظارات برآورده نشده-

• سایر عوامل

- دسترسی آسان به روشهای مهلك، حوادث رانندگی و

• نحوه شناسایی بیماران در معرض خطر بالای اقدام به خودکشی

• اختلالات روانپزشکی (افسردگی، الکلیسم، اختلالات شخصیت)

• بیماریهای جسمی (ایدز، بیماریهای 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

• در بیماران تحت درمان توسط روانپزشک (فاصله کوتاهی پس از ترخیص، افراد با سابقه قبلی خودکشی)

• حوادث تنش زای اخیر (متارکه زناشویی، سوگ، تنش های خانوادگی، تغییر در موقعیت های شغلی یا مالی)

• احساس طرد شدن از سوی یک فرد مهم، شرم و ترس از محکومیت های قضایی

• مدیریت بیمار دارای افکار خودکشی

• ۱. دو دلی

• ۲. تکانش گری

• ۳. همه یا هیچ انگاری

• فهرست کردن منابع حمایتی (دوستان-خویشاوندانمورد اعتماد)

• قرار عدم خودکشی با بیمار (تکنیک مفید)

• چه زمانی بیمار را به روانپزشک ارجاع دهیم؟

• بیمار مبتلا به یک بیماری روانپزشکی است.

• بیمار سابقه خودکشی، الکلیسم و یا اختلال شدید روانپزشکی در یکی از اعضای خانواده دارد.

• بیمار همزمان یک مشکل جسمی دارد.

• 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 می دهیم؟
- سعی کنیم انگ بیماری روانپزشکی را برای او تا حد امکان کم کنیم.
- برای بیمار توضیح دهیم که درمان های دارویی و روانشناختی موثر خواهد بود.
- به بیمار تاکید کنیم که ارجاع او به معنای طرد او نیست.
- سعی کنیم خودمان وقت ملاقات با روانپزشک را برای او هماهنگ کنیم.
- حتما برای ملاقات مجدد، وقتی را تعیین کنیم.
- به بیمار اطمینان دهیم که ارتباط با او را ادامه خواهیم داد.

• چه زمانی بیمار را بستری نماییم؟

- افکار مکرر خودکشی
- قصد جدید برای مرگ در آینده نزدیک
- بیقراری شدید یا پانیک
- وجود برنامه ای برای استفاده از یک روش فوری و مهلك برای خودکشی

• چگونه بیمار را بستری کنیم؟

• بیمار را به هیچ عنوان تنها نگذارید.

• برای انتقال به بیمارستان، از آمبولانس یا اورژانس اجتماعی یا پلیس کمک بگیرید.

• مراجع مسئول و خانواده او را حتما مطلع نمایید.

ردیف	علائم و نشانه ها	ارزیابی	اقدام
۱	هیچ علامت ناراحتی روانشناختی در بیمار دیده نمی شود.	-----	-----
۲	برخی علائم ناراحتی روانشناختی در بیمار دیده می شود.	در مورد افکار خودکشی از بیمار سوال کنید	با همدلی به حرف های بیمار گوش دهید.
۳	بیمار افکار مبهمی در مورد مرگ دارد	در مورد افکار خودکشی از بیمار سوال کنید	با همدلی به حرف های بیمار گوش دهید.
۴	بیمار افکار مبهمی در مورد خودکشی دارد	میزان جدی بودن قصد بیمار را برای خودکشی ارزیابی کنید. از برنامه و روشی که برای خودکشی در نظر گرفته سوال کنید.	امکانات موجود را بررسی و منابع حمایتی را تعیین نمایید.
۵	بیمار افکار خودکشی دارد	میزان جدی بودن قصد بیمار را برای خودکشی ارزیابی کنید. از برنامه و روشی که برای خودکشی در نظر گرفته سوال کنید.	امکانات موجود را بررسی و منابع حمایتی را تعیین نمایید.
۶	بیمار افکار خودکشی دارد و علائم کامل ابتلا به یک اختلال روانپزشکی را دارد یا حادثه ناگواری اخیراً برایش رخ داده است	میزان جدی بودن قصد بیمار را برای خودکشی ارزیابی کنید. از برنامه و روشی که برای خودکشی در نظر گرفته سوال کنید.	بیمار را به روانپزشک ارجاع دهید.

Primordial Prevention

Primary Prevention

Secondary Prevention

Tertiary Prevention

Quaternary Prevention

Activate Wir

• استراتژیهای پیشگیری از خودکشی در کشورهای در حال توسعه:

• اول-افزایش آگاهی و آموزش جمعیت عمومی

مثل کاهش انگ بیماریهای روانپزشکی، آموزش مهارت های حل مسئله، سازگاری با استرس و تاب آوری

• دوم-افزایش آگاهی و آموزش پزشکان عمومی

آموزش شناخت افسردگی و ارزیابی خطر خودکشی

سوم-آموزش افراد کلیدی جامعه

روحانیون، داروسازها، مراقبین سالمندان، کارمندان نهادهایی مثل مدارس، زندان ها و ارتش

چهارم-غربالگری برای افسردگی و افکار خودکشی

• هدف شناسایی افراد در معرض خطر خودکشی و هدایت آنان به سمت درمان می باشد.

• پنجم-مداخلات درمان دارویی

۹۰ درصد خودکشی ها با یکی از اختلالات روانپزشکی همراه و بیش از ۸۰ درصد درمان نشده اند.

لیتیوم کربنات در اختلالات خلقی و کلوزاپین در اختلالات سایکوتیک و مهارکننده های جذب سروتونین در افسردگی

• ششم-روان درمانی و مداخلات روانی اجتماعی

روان درمانی شناختی و آموزش حل مساله

هفتم-مراقبت پیگیری پس از اقدام به خودکشی

بسیاری از بیماریهای روانپزشکی مزمن و عودکننده هستند و همکاری بیماران ضعیف است.

هشتم-محدود کردن دسترسی به وسایل ارتکاب به جرم

مثل اسلحه یا سموم و داروها و حشره کشها

نهم-مدیریت انعکاس اخبار خودکشی در رسانه ها

نقش کمک کننده یا بازدارنده

دهم-ثبت دقیق داده های خودکشی

• استراتژی پیشگیری از خودکشی در کشورهای در حال توسعه:

• ۱. کاهش دسترسی به سموم آفت کش

• ۲. ارتقاد نحوه گزارش دهی خودکشی

• ۳. کاهش مصرف الکل

• ۴. ایجاد برنامه های پیشگیری از خودکشی برای افراد در معرض خطر

• ۵. آموزش کارکنان مراقبتهای بهداشتی برای پیشگیری از خودکشی

• ۶. ایجاد خطوط تلفنی بحران

• ۷. بهبود خدمات پایه سلامت

• ۸. مداخلات حمایتی برای بازماندگان متوفیان خودکشی

• ۹. جمع آوری دقیق داده های رفتارهای خودکشی

- خلاصه ای از مطالعات مروری در خصوص راهبردهای پیشگیری از خودکشی:
- -آموزش پزشکان عمومی برای تشخیص افسردگی و اتخاذ تدابیر برای محدودیت دسترسی به روشهای مهلک خودکشی
- آموزش های عمومی،برنامه های غربالگری و آموزش اصحاب رسانه
- آموزش افراد کلیدی در جامعه برای شناسایی افراد در معرض خطر و ارجاع برای درمان
- ارتقای کیفیت خدمات درمانی ،به خصوص خدمات بستری و سرپایی
- آموزش اصحاب رسانه برای مدیریت نحوه انعکاس اخبار خودکشی
-