



دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

راهنمایی برای درمانگران در ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی

نویسنده: جوزف سادک



مترجمان:

فاطمه حسینی شمس آباد

دکتر محسن رضائیان

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

راهنمایی برای درمانگران
در ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی

نویسنده

جوزف سادک

مترجمان

فاطمه حسینی شمس آباد

دکتر محسن رضائیان



سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران	سرتاسره
ساده، جوزف	
Sadek, Joseph	
راهنامه‌ای برای درمانگران در ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی/نویسنده جوزف ساده ؛ مترجمان فاطمه حسینی شمس‌آباد، محسن رضائیان.	عنوان و نام پدیدآور
رفسنجان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، انتشارات، ۱۳۹۹.	متخصصات نشر
۲۱۸ ص.	متخصصات ظاهری
۳۰۰۰۰۰ ریال-۵-۸-۹۶۴۴۲-۶۰۰-۹۷۸	شابک
فیبا	وضیعت فهرست نویسی
A clinician's guide to suicide risk assessment and management: عنوان اصلی:	یادداشت
کتابخانه	یادداشت
خودکشی -- رفتار تناسی -- عوامل مخاطره‌ناگیز	موضوع
Suicidal behavior -- Risk factors	موضوع
خودکشی -- پیشگیری	موضوع
Suicide -- Prevention	موضوع
رضائیان، محسن، ۱۳۴۳ - مترجم	شماره افزوده
حسینی شمس‌آباد، فاطمه، ۱۳۶۲ - مترجم	شماره افزوده
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان	شماره افزوده
RC۵۴۹	رده بندی کنگره
۶۱۶/۸۵۸۴۴۵	رده بندی دیویی
۷۵۴۲۰۴۰	شماره کتابتلفسی ملی
فیبا	وضیعت رکورد
۱۳۹۹/۱۲/۰۴	تاریخ درخواست
	تاریخ پاسخگویی
7541684	کد پیگیری

نام کتاب: راهنمایی برای درمانگران در ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی

نویسنده: جوزف ساده

مترجمان: فاطمه حسینی شمس‌آباد، دکتر محسن رضائیان

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

نوبت چاپ: اول

سال: ۱۴۰۰

تیراژ: ۵۰

قیمت: ۳۰۰۰۰۰ ریال

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۶۴۴۲-۸-۵

تذکره ۱: تمام امتیازات معنوی این کتاب متعلق به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان می‌باشد؛ لذا قرارداد فایل این کتاب در وبسایت‌های شخصی و فضای مجازی غیر قانونی بوده و پیگرد قانونی دارد. اما قرار دادن آدرس اینترنتی این کتاب از طریق سایت انتشارات علوم پزشکی رفسنجان در فضای مجازی بلامانع است.

تذکره ۲: به منظور حمایت از طرح کتاب‌های در دسترس (Free access book) و ارتقاء مطالب این نوع کتاب‌ها و همچنین با توجه به فراهم شدن بستر مناسب برای ارتباط بین خوانندگان و نویسندگان این کتاب، می‌توانید نظرات، انتقادات و یا مطالبی را که تصور می‌کنید اضافه شدن آن به کتاب باعث بهبود کیفیت ارائه مطالب و انتقال مفاهیم به خواننده می‌شود را در سایت انتشارات دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان (Pub.rums.ac.ir) تحت عنوان: "راهنمایی برای درمانگران در ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی" بارگذاری نمایید.

پیشگفتار مترجمین

خودکشی یکی از فوریت‌های روانپزشکی است که از معضلات اساسی در بهداشت روانی جامعه به شمار می‌رود. عوامل متعددی در وقوع خودکشی نقش ایفا می‌کنند. با توجه به افزایش روز افزون آمار خودکشی، شناسایی این عوامل خطر و اتخاذ تدابیری در جهت کاهش این عوامل امری ضروری به نظر می‌رسد. کتاب حاضر راهنمایی جامع را برای درمانگران سلامت روان جهت ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی فراهم می‌آورد. این کتاب بر اساس شواهد جدید و مرور گسترده متون مربوطه، اطلاعات قابل فهم و مهمی را ارائه می‌دهد که به سادگی می‌توان آنها را به کار گرفت.

تقدیر

مترجمین بر خود لازم می‌دانند که از سرکار خانم دکتر صادقی، رئیس محترم گروه اطلاع-رسانی پزشکی و منابع علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که نهایت همکاری را در انجام امور داوری و چاپ کتاب مبذول فرموده‌اند، سپاسگزاری نمایند. همچنین، از داوران محترمی که متن کتاب را پیش از چاپ مطالعه نموده و نظرات سازنده خود را در اختیار مترجمین قرار داده‌اند، صمیمانه قدردانی می‌گردد.

مقدمه

خودکشی یک مسئله همه‌گیر و پایدار در حوزه سلامت روان است. علی‌رغم پیشرفت‌های حاصله در زمینه مدیریت و درمان بیماری‌های روانی، آمار خودکشی در جمعیت کلی در طول سالیان متمادی ثابت باقی مانده‌است. تشخیص در مراحل اولیه در افرادی که در معرض خطر خودکشی قرار دارند، ضروری به نظر می‌رسد؛ زیرا در این مراحل می‌توان مداخلات مناسب را جهت مدیریت و کاهش خطر در سطح شخصی انجام داد. همچنین، تغییرات مثبتی را در تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت که ممکن است بیماری یا رفتار بیماری، شامل رفتار خودکشی را، رقم بزنند، به وجود آورد.

دکتر سادک^۱ که روانپزشک و دانشیار گروه روانشناسی در دانشگاه دال هوزی در هالیفاکس^۲، نوا اسکوشیا^۳ است، یک راهنمای مختصر ارزشمند را برای درمانگران در زمینه ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی پدید آورده است.

دکتر سادک در کار بالینی خود بسیار خوب عمل کرده است و اقدام به ایجاد و انتشار ابزار ارزیابی خطر خودکشی در سطح محلی و استانی با تأییدیه رسمی کانادا کرده است تا به هدف کاهش مرگ از طریق خودکشی جامه عمل بپوشاند. کار او در زمینه پیشگیری از خودکشی در استان نوا اسکوشیا، در دیگر استانهای کانادا نیز انجام شده است. چندین استان دیگر نیز علاقه‌مند به اجرای کار او هستند.

این کتاب به مجموعه‌ای از موضوعات، نظیر اپیدمیولوژی خودکشی و خودکشی نافرجام و جمعیت‌های بالینی و رابطه آنها با خودکشی و افکار خودکشی، رویکرد عملی به ارزیابی خودکشی و فواید و محدودیت‌های ارزیابی‌های ساختار یافته می‌پردازد. چنانچه این مسئله

¹ Dr. Sadek

² Dalhousie University in Halifax

³ Nova Scotia

تشخیص داده شد، به مداخلات مناسب هم در سطح جامعه و هم بستری اشاره می کند و به خواننده کمک می کند تا به درمان های جمعیتی خاص پی ببرد و به دیگر منابع و راهنماها در زمینه ابزار ارزیابی خطر و جلوگیری از خودکشی دسترسی پیدا کند.

زبان مورد استفاده در متن کتاب عاری از عبارات تخصصی و قابل فهم برای عموم است. هر بخش کتاب با یک نمای کلی یا مقدمه شروع می شود و سپس موضوع با جزئیات بیشتر، اغلب با ذکر فهرست یا جدول، به منظور افزایش فهم موضوع ادامه می یابد.

دکتر سادک متنی را به رشته تحریر در آورده است که در برگیرنده بخشی مهم در زمینه سلامت روان می شود؛ بخشی که می تواند بسیار خطرآفرین باشد. این کتاب می تواند منبعی مفید و ارزشمند هم برای درمانگران یا دانش آموختگان بی تجربه و هم درمانگران مجرب به شمار آید.

رفع مسؤلیت

متن این کتاب و منابع ذکر شده تنها جهت آموزش، راهنمایی و اطلاع‌رسانی هستند. مسؤلیت تشخیص و درمان بر عهده درمانگران است و افرادی که در پدید آوردن این متن مشارکت داشتند، قانوناً پذیرای هیچ‌گونه مسؤلیتی در قبال اطلاعات ذکر شده در متن نیستند.

در مورد نویسنده

دکتر سادک دانشیار روانپزشکی در دانشگاه دال هوزی و مدیر پزشکی مرکز کم توجهی - بیش فعالی آتلانتیک در دارموث، نوا اسکوشیاست. او همچنین سرپرست بالینی و آموزشی بیمارستان نوا اسکوشیا می باشد.

وی عضو برد روانپزشکی و اعصاب آمریکا و همچنین عضو کالج سلطنتی پزشکان و جراحان کانادا می باشد. او علاوه بر مدرک پزشکی، دارای مدرک داروسازی و کارشناسی ارشد مدیریت بازرگانی از دانشگاه سنت مری است. او همچنین یک دوره آموزشی تحقیقاتی یک ساله را در دانشکده پزشکی هاروارد گذراند و مدرک برنامه تحقیقاتی متخصصان بالینی را با موفقیت دریافت کرد. او دوره آموزش دستیاری روانپزشکی را در دانشگاه دال هوزی کانادا سپری کرد.

دکتر سادک به عنوان رئیس بخش توانمندی حرفه‌ای علوم اعصاب دانشکده پزشکی دال هوزی مشغول به کار بوده است. او اولین کلینیک کم توجهی - بیش فعالی بزرگسالان را در سال ۲۰۰۷ در نوا اسکوشیا راه اندازی کرد. در زمینه آموزش در مقاطع کارشناسی و تحصیلات تکمیلی فعال است و کتابی با عنوان *راهنمای درمانگران برای کم توجهی - بیش فعالی* در سال ۲۰۱۳ منتشر کرد. کتاب دوم او با نام *راهنمای درمانگران برای اختلالات همراه کم توجهی - بیش فعالی در بزرگسالان* در سال ۲۰۱۶ منتشر شد. کتاب سومش با عنوان *راهنمای درمانگران برای اختلالات همراه کم توجهی - بیش فعالی در کودکان و نوجوانان* در سال ۲۰۱۸ منتشر شد. او دارای مقالات متعددی می باشد و تاکنون چندین بار موفق به دریافت جایزه برای آثارش شده است. او به عنوان معاون انجمن کم توجهی - بیش فعالی کانادا نیز خدمت کرده است و بنیانگذار موسسه CADDRA ADHD است.

دکتر سادک مسؤل کارگروه پیشگیری از خودکشی در استان نوا اسکوشیا و همچنین عضو سنای دانشگاه دال هوزی بود. او جایزه عالی شورای کیفیت برنامه سلامت روان را برای تعهد به بازنگری کیفی و همچنین برای ایجاد و اجرای فرم ارزیابی خطر خودکشی در سال ۲۰۱۲ دریافت کرد. در سال ۲۰۱۷ نیز او موفق به دریافت جایزه تأثیر دانش آموختگان مدیریت بازرگانی دانشگاه سنت مری شد.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱.....	فصل اول: زمینه و هدف
۱.....	هدف
۱.....	۱.۱ مقدمه
۲.....	۲.۱ اپیدمیولوژی
۲.....	۱.۲.۱ سراسر جهان
۳.....	۲.۲.۱ ایالات متحده آمریکا
۴.....	۳.۲.۱ کانادا
۷.....	۳.۱ بار و هزینه‌ی خودکشی
۸.....	۱.۳.۱ هزینه‌ی خودکشی
۸.....	۱.۱.۳.۱ آمریکا
۸.....	۲.۱.۳.۱ کانادا
۸.....	۳.۱.۳.۱ استرالیا
۹.....	۲.۳.۱ برآورد هزینه‌ی خودکشی
۱۰.....	۴.۱ درک ارزیابی خطر خودکشی و مدیریت خطر خودکشی
۱۲.....	۵.۱ آیا پرسش در مورد خودکشی، باعث افزایش احتمال اقدام به خودکشی توسط بیمار میشود؟
۱۴.....	منابع
۱۶.....	فصل دوم: فهم خودکشی و خودزنی
۱۶.....	۱.۲ تفاوت بین خودکشی و خودزنی
۱۹.....	۲.۲ رفتار خودکشی و اختلال شخصیتی مرزی (BPD)
۲۰.....	۳.۲ معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی چه هستند؟
۲۱.....	۴.۲ نکات کمککننده برای مدیریت بیماران مرزی هنگام ارائه مراقبت اولیه چه هستند؟
۲۲.....	۵.۲ نمونه‌هایی از رویکردهای روان درمانی برای بیماران BPD

منابع.....	۲۴
فصل سوم: محتوای ارزیابی خطر خودکشی.....	۲۶
اهداف.....	۲۶
۱.۳ نگاهی گذرا به ملزومات ارزیابی خطر خودکشی.....	۲۷
۲.۳ استانداردهای تمرین سازمانی مورد نیاز.....	۲۸
۳.۳ چالش‌های رایج در ارزیابی خطر خودکشی.....	۲۸
۴.۳ فرآیند ارزیابی خطر خودکشی.....	۳۰
۱.۴.۳ گام اول: ایجاد یک رابطه درمانی وهمبستگی با بیمار و سؤال در مورد ایده و طرح خودکشی.....	۳۰
۱.۱.۴.۳ نمونه‌هایی از رویکردهایی برای ایجاد همبستگی درمانی.....	۳۱
۲. ۴.۳ گام دوم : تشخیص عوامل خطر و ذکر آنهایی که می‌توانند به منظور کاهش خطر اصلاح شوند.....	۳۲
۱.۲.۴.۳ نمونه‌هایی از سؤال در زمینه ایده خودکشی.....	۳۶
۲.۲.۴.۳ نمونه‌هایی از سؤال در مورد نیت و برنامه خودکشی.....	۳۶
۳.۲.۴.۳ نمونه‌هایی از سؤال در مورد برنامه خودکشی.....	۳۷
۴.۲.۴.۳ تحقیقات تکمیلی مهم.....	۳۸
۵.۳ اختلالات عاطفی.....	۳۹
۶.۳ اسکیزوفرنی.....	۴۰
۷.۳ مصرف مواد و الکل.....	۴۱
۸.۳ اضطراب.....	۴۳
۹.۳ اختلالات شخصیتی.....	۴۳
۱۰.۳ بیماری جسمی یا پزشکی.....	۴۳
۱۱.۳ الف عوامل دیگر.....	۴۴
۱۲.۳ ب خودکشی در طول بستری در بیمارستان.....	۴۴
۱۳.۳ خودکشی بعد از آخرین ترخیص از بیمارستان.....	۴۵

ج

۴۶ ۱۴.۳ خودکشی در میان بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس

۴۶ ۱۵.۳ سوابق بستری

۴۷ ۱۶.۳ خودکشی بعد از ملاقات با متخصص سلامت

۴۸ ۱۷.۳ درک عوامل خطر دموگرافیک و اجتماعی خودکشی

۴۹ ۱۸.۳ سابقه خانوادگی خودکشی یا بیماری روانی

۴۹ ۱۹.۳ ضربه روحی در کودکی

۴۹ ۱-۱۹-۳ عوامل حفاظتی

۲۰.۳ گام سوم: بیان خطر: قضاوت در مورد این خطر که بیمار ممکن است در کوتاه مدت یا دراز

مدت اقدام به خودکشی کرده یا خودکشی نماید

۵۰ منابع

۶۰ فصل چهارم: ابزار ارزیابی خطر خودکشی

۶۰ ۱.۴ چالش‌های سنجش ابزار ارزیابی خطر خودکشی

۶۱ ۲.۴ دلایل به کارگیری ابزار ارزیابی خطر خودکشی

۶۱ ۳.۴ ابزار ارزیابی خطر و غربالگری خودکشی

۶۱ ۴.۴ ابزار غربالگری

۶۳ ۵.۴ پرسشنامه سلامت بیمار-۹ (PHQ-9)

۶۴ ۶.۴ رده بندی و سنجش پنج مرحله ای ارزیابی خطر خودکشی (SAFE-T)

۶۴ ۱۰.۶.۴ ابزار ارزیابی

۶۸ SAD PERSONS

۷۸ ۱۰.۷.۴ ابزار ارزیابی خطر خودکشی جدید پیشنهادی

۸۴ منابع

۸۷ فصل پنجم: مدیریت بیماران در فکر خودکشی حاد

۸۷ ۱.۵ دیدگاه پزشکی - قانونی

۸۸ ۲.۵ مدیریت بیماران خودکشی

۱.۲.۵	نیازهای ایمنی که باید در محیط فیزیکی (نظیر اورژانس یا بیمارستان) در نظر گرفته شوند.....	۸۸
۱.۱.۲.۵	معیارهای ایمنی زیر بایستی ایمنی محیط درمان را بهبود بخشند:.....	۸۸
۲.۱.۲.۵	داشتن امکان پریدن به عنوان یک روش خودکشی.....	۸۹
۳.۱.۲.۵	دسترسی به دیگر ابزاری که به صورت بالقوه خطرناک هستند.....	۹۰
۴.۱.۲.۵	در صورت نیاز به انتقال بیمار خودکشی، ایمنی را مد نظر قرار دهید.....	۹۰
۲.۲.۵	بر اساس خطر سطح خودکشی، محیط و پروتکل درمانی را انتخاب کنید.....	۹۱
۱.۲.۲.۵	بستری در بیمارستان عموماً برای بیماران در معرض خطر بالا در نظر گرفته میشود.....	۹۱
۲.۲.۲.۵	ترخیص از بخش اورژانس.....	۹۳
۳.۲.۲.۵	مدیریت سرپایی خودکشی.....	۹۵
۳.۲.۵	برای مدیریت بیمار در خودکشی بر اساس قضاوت بالینی خود مقیاس های خاص دیگری را انتخاب کنید.....	۱۰۰
۱.۳.۲.۵	ارزیابی و مدیریت بیماران خودکشی مزمن.....	۱۰۰
۳.۲.۵	نکاتی مفید برای مدیریت بیماران دارای اختلال شخصیتی مرزی در محیط مراقبت اولیه.....	۱۰۱
۳.۵	بستری بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی (BPD).....	۱۰۲
	منابع.....	۱۰۴
۱۰۶	فصل ششم: مستندسازی و ارتباط.....	
۱.۶	نگاهی به اشتباهات پزشکی و مستندسازی.....	۱۰۶
۱.۱.۶	اهمیت مستندسازی.....	۱۰۷
۲.۶	ملزومات مستندسازی ارزیابی خطر خودکشی.....	۱۰۷
۳.۶	مستندسازی در بخش های بستری بیماران پذیرش شده به خاطر مسائل مربوط به خودکشی.....	۱۰۸
۴.۶	استمرار مراقبت از بیماران خودکشی.....	۱۰۹

۱۱۰.....	۵.۶ مستندسازی در بخش اورژانس
۱۱۲.....	منابع
۱۱۴.....	فصل هفتم: کنترل کیفیت ارزیابی خطر خودکشی
۱۱۴.....	۱.۷ فرآیند بررسی
۱۱۴.....	۲.۷ فرآیند بازرسی بخش اورژانس
۱۱۵.....	۳.۷ فهرست بازرسی بخش بستری روانی
۱۱۶.....	۴.۷ چک لیست بررسی درمان سرپایی به سلامت روان
۱۱۷.....	۱.۴.۷ نمونه های از یافته های بازرسی
۱۱۷.....	۱.۱.۴.۷ نمونه اول
۱۱۸.....	۲.۱.۴.۷ نمونه دوم
۱۱۹.....	منابع
۱۲۰.....	فصل هشتم: مطالعات موردی
۱۲۰.....	۱.۸ مورد اول: آنا
۱۲۷.....	۲.۸ مورد دوم: شان
۱۳۴.....	۳.۸ مورد سوم دایان
۱۴۰.....	۴.۸ مورد چهارم: کریستین
۱۸۸.....	منابع

فهرست پیوست

صفحه	عنوان
۱۴۷.....	پیوست A
۱۴۹.....	پیوست B
۱۵۱.....	پیوست C
۱۵۸.....	پیوست D
۱۶۰.....	پیوست E
۱۶۶.....	پیوست F
۱۶۸.....	پیوست G
۱۷۰.....	پیوست H
۱۷۵.....	پیوست I
۱۷۷.....	پیوست J
۱۸۰.....	پیوست K

فصل اول

زمینه و هدف

هدف

فصل حاضر به منظور فراهم آوردن راهنمایی جامع برای کادر درمان است تا بتوانند فهم بالینی خود را از ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی افزایش دهند. بدین وسیله متخصصان بالینی ترغیب می‌شوند تا دانش خود را به روزرسانی کرده و به مرور ادبیات جدید ادامه دهند و به مطالعه دیگر مطالب آموزشی و و ارتقا دهنده توانمندی بپردازند تا فهم بالینی خود را از ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی بهبود ببخشند.

۱.۱ مقدمه

خودکشی به عنوان یک رویداد مشخص چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که در نتیجه تعامل عوامل بیولوژیکی، ژنتیکی، روانشناسی، اجتماعی و محیطی به وقوع می‌پیوندد. همه موارد مذکور، عامل تمامی خودکشی‌ها نیستند و دارای میزان تأثیر مشابهی نیز نمی‌باشند. از این‌رو،

رخداد یک مورد خودکشی ممکن است حاصل عوامل یا میزان تأثیر عواملی باشد که با عوامل دخیل در دیگر موارد خودکشی متمایز باشد.

خودکشی موضوعی با بار احساسی بالاست و در حالیکه رویدادی نادر است (میزان کنونی خودکشی در کانادا حدود ۱۰-۱۲ در هر ۱۰۰۰۰۰ است)، هر شخص، خانواده یا اجتماع می‌تواند درگیر تجربه خودکشی شود. خودکشی همراه با انگ اجتماعی است و این انگ اجتماعی می‌تواند مانعی برای تقاضای کمک از سوی افرادی که در این اندیشه هستند، تلقی گردد [۱].

ذکر این نکته حائز اهمیت است که افراد دارای اختلالات روانی از میزان مرگ و میر بالاتری در قیاس با عامه مردم برخوردار هستند. محققان بر این باورند که به منظور پرداختن به این مسئله بهداشت عمومی، برآوردهای دقیق‌تری از تفاوت‌های مرگ مورد نیاز می‌باشد [۲].

۲.۱ اپیدمیولوژی

۱.۲.۱ سراسر جهان

به گفته سازمان بهداشت جهانی (WHO) خودکشی در میان ده دلیل عمده مرگ و دومین عامل اصلی مرگ در میان افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله قرار دارد. در سال ۲۰۱۲ حدود ۸۰۴۰۰۰ نفر در سراسر جهان در اثر خودکشی جان خود را از دست دادند، آماري که ۱/۴ درصد از موارد مرگ در سراسر جهان را در بر می‌گیرد. میزان متوسط مرگ سالیانه در اثر خودکشی ۱۱/۴ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر برآورد می‌شود (۱۵ در ۱۰۰۰۰۰ در مردان و ۸ در ۱۰۰۰۰۰ در زنان).

آمار بسیار متفاوتی از خودکشی در کشورهای مختلف ارائه می‌شود. ولی عوامل خطر خودکشی در همه مناطق یکسان نیستند. در کشورهای غربی دارای درآمد بالا (نظیر کانادا، آمریکا، اسکانداویناوی، استرالیا، نیوزیلند و اروپا) میزان خودکشی در مردان ۳ برابر زنان است. افرادی که

از بیماری روانی رنج می‌برند با خطر خودکشی بسیار بالاتری روبرو هستند. عوامل خطری که همگانی به نظر می‌رسند عبارتند از جوانی یا سالمندی، اختلال روانی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی ضعیف، سوء مصرف مواد و سابقه خودکشی. اختلالات روانی در نمودار علل خودکشی، در بالاترین جایگاه قرار دارد، هر چند که نسبت آن در میان کشورهای مختلف متفاوت است [۳]. سازمان بهداشت جهانی میزان خودکشی بین افراد ۷۵ ساله ۵۰ در ۱۰۰۰۰۰ برای مردان و ۱۶ در ۱۰۰۰۰۰ برای زنان تخمین می‌زند (WHO).

۲.۲.۱ ایالات متحده آمریکا

در ایالات متحده آمریکا، خودکشی دهمین عامل مرگ در همه سنین محسوب می‌شود. در سال ۲۰۱۳ در آمریکا، ۴۱۱۴۹ مورد خودکشی گزارش شد که شامل ۱۲/۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ می‌شود و برابر است با ۱۱۳ مورد روزانه و ۱ مورد در هر ۱۳ دقیقه [۴]. در سال ۲۰۱۱، بیش از ۸ میلیون بزرگسال اقرار کردند که به صورت جدی به خودکشی فکر کرده‌اند و بیش از یک میلیون نفر اقدام به خودکشی را گزارش کردند. ۲/۷ میلیون نفر (۱/۱٪) در طول یک سال گذشته برنامه‌ای برای اقدام به خودکشی در ذهن داشته‌اند [۵]. در سال ۲۰۱۵ در مجموع ۲۷۱۲۶۳۰ مورد مرگ (شامل تمامی علل) در آمریکا ثبت شد که ۸۶۲۱۲ مورد بیش از سال ۲۰۱۴ بود. میزان خام مرگ در سال ۲۰۱۵ (۸۴۴) مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر (۲/۵ درصد بیش از ۲۰۱۴ (۸۲۳/۷) بود [۶]. در سال ۲۰۱۵ خودکشی سومین عامل منجر به مرگ در میان افراد ۱۰ تا ۱۴ ساله، دومین عامل در میان افراد ۱۵ تا ۳۴ ساله و هفدهمین عامل در میان افراد ۶۵ ساله و بالاتر بود [۴].

۳.۲.۱ کانادا

در کشور کانادا، خودکشی عامل اصلی مرگ زودهنگام و قابل پیشگیری محسوب می‌شود. نزدیک به ۴۰۰۰ نفر در اثر خودکشی هر ساله در کانادا جان خود را از دست می‌دهند. طبق گزارش آژانس بهداشت عمومی کانادا در سال ۲۰۰۶، خودکشی عامل ۱/۷ درصد همه مرگ‌ها در کانادا عنوان شده است. گزارش مرگ در اثر خودکشی به تأیید پزشک قانونی می‌رسد. هرچند که این آمار آن دسته از خودکشی‌هایی را که اشتباهاً به عنوان مرگ تصادفی گزارش شده اند یا مواردی را که تشخیص عمدی یا غیرعمدی بودن مرگ برای پزشک قانونی دشوار است را در بر نمی‌گیرد [۱].

خودکشی در طول زندگی

کودکان و جوانان (۱۰ تا ۱۹ ساله)

خودکشی دومین عامل منجر به مرگ می‌باشد.

مردان ۱۰ تا ۱۴ ساله، ۴۱٪

مردان ۱۵ تا ۱۹ ساله، ۷۰٪

میزان بستری در اثر خودزنی در زنان ۷۳٪ است.

بزرگسالان جوان (۲۰ تا ۲۹ ساله)

خودکشی دومین عامل منجر به مرگ می‌باشد.

مردان ۷۵٪ از خودکشی‌ها را تشکیل می‌دهند.

میزان بستری در اثر خودزنی در زنان ۵۸٪ است.

بزرگسالان (۳۰ تا ۴۴ ساله)

خودکشی سومین عامل منجر به مرگ می‌باشد.

مردان ۷۵٪ از خودکشی‌ها را تشکیل می‌دهند.

میزان بستری در اثر خودزنی در زنان ۵۶٪ است.

بزرگسالان (۴۵ تا ۶۴ ساله)

خودکشی هفتمین عامل منجر به مرگ می‌باشد.

مردان ۷۳٪ از خودکشی‌ها را تشکیل می‌دهند. (بالاترین میزان خودکشی در میان مردان ۴۵

تا ۶۴ ساله مشاهده شد.)

میزان بستری در اثر خودزنی در زنان ۵۶٪ است.

سنین بالای ۶۵ سال

خودکشی دوازدهمین عامل منجر به مرگ می‌باشد.

مردان ۸۰٪ از خودکشی‌ها را تشکیل می‌دهند. (بالاترین میزان خودکشی در میان مردان

بالای ۸۵ سال سن مشاهده شد.)

میزان بستری در اثر خودزنی در زنان ۵۲٪ است [۷].

به ازای هر یک مورد مرگ در اثر خودکشی، ۷ تا ۱۰ نفر تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

اینگونه تخمین زده می‌شود که تنها در سال ۲۰۰۹، کانادایی‌های زیر ۷۵ سال حدود ۱۰۰۰۰۰ سال زندگی احتمالی را در نتیجه خودکشی از دست دادند (Statistics Canada).

در سال ۲۰۱۲، ۳۹۰۰ مورد مرگ در کانادا به خودکشی نسبت داده شد. این منجر به میزان خودکشی ۱۱/۳ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر شد (۲۹۷۲ مرد در مقایسه با ۹۵۴ زن یا میزان ۱۷/۳ در مردان در برابر ۵/۴ در زنان).

میزان خودکشی در بزرگسالان ۱۵ تا ۱۹ ساله از میزان ۷ در ۱۰۰۰۰۰ در سال ۲۰۰۵ به ۱۰ در ۱۰۰۰۰۰ در سال ۲۰۱۲ افزایش یافت.

میزان خودکشی در نواحی مختلف متفاوت است. به عنوان مثال در سال ۲۰۰۹ این میزان در آنتاریو^۱ در ۱۰۰۰۰۰، در کبک^۲ ۱۲/۵ در ۱۰۰۰۰۰ و در بریتیش کلمبیا^۳ ۱۰/۳ در ۱۰۰۰۰۰ گزارش شد.

میزان خودکشی و فکر خودکشی در برخی جوامع بومی کانادا بالاست و این میزان در برخی جوامع اسکیموها حتی بیشتر نیز هست. این میزان در میان بومیان دو برابر میانگین ملی گزارش شده است و هیچ نشانی از کاهش نیز نداشته است و در میان اسکیموها نیز این میزان ۶ تا ۱۱ برابر میانگین کشوری می‌باشد.

در نوناووت^۴، میزان خودکشی به حدی بالاست که از سال ۱۹۹۹ تا کنون ۲۷٪ از مرگ‌ها در اثر خودکشی بوده است و این میزان که یکی از بالاترین آمارها در دنیاست، هنوز به ویژه در میان جوانان رو به افزایش است.

¹ Ontario

² Quebec

³ British Columbia

⁴ Nunavut

تفاوت های فاحشی میان میزان خودکشی داخل جوامع بومیان با آمار بالا و برخی جوامع با آماری بسیار پایین تر از آمار کانادا وجود دارد. گروهی دیگر از کانادایی ها، افرادی که گرایش جنسی و رفتار جنسی به غیر از دگرجنس گرایی دارند^۱، آماری بالاتر از میانگین ملی دارند [۷].

۳.۱ بار و هزینه‌ی خودکشی

تأثیر روانی و اجتماعی خودکشی بر خانواده و جامعه غیرقابل سنجش است. به طور متوسط، یک خودکشی به تنهایی می‌تواند ۷ تا ۱۰ نفر را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. چنانچه یک خودکشی در مدرسه یا محل کار اتفاق بیفتد، می‌تواند بر بسیاری از افراد حاضر در این اماکن تأثیر بگذارد. برخی خودکشی های مربوط به افراد شهیر می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر کل جامعه نیز داشته باشد.

بار خودکشی می‌تواند در قالب سال‌های احتمالی ازدست رفته زندگی به دلیل بیماری^۲، سال‌های از دست رفته زندگی به دلیل مرگ زودهنگام^۳ یا سال‌های احتمالی زندگی مفید از دست رفته^۴ برآورد گردد.

بر اساس شاخص مذکور، در سال ۲۰۱۲ خودکشی عامل ۳۹ میلیون سال زندگی احتمالی ازدست رفته به دلیل بیماری بوده است.

^۱ LGBT (Lesbian Gay Bisexual Transgender)

^۲ DALYs (disability-adjusted life year)

^۳ YLLs (years of life lost)

^۴ YPLLs (years of productive life lost)

در سال ۲۰۱۰، اختلالات روانی و سوء مصرف مواد مخدر عامل ۱۸۳/۹ میلیون سال یا (۸/۶٪-۶/۲٪) از زندگی احتمالی از دست رفته به دلیل بیماری در سراسر دنیا بوده است [۸].

۱.۳.۱ هزینه‌ی خودکشی

۱.۱.۳.۱ آمریکا

هزینه ملی خودکشی و اقدام به خودکشی در سال ۲۰۱۳ برابر با ۵۸/۴ میلیارد دلار بوده است. بر اساس ارقام گزارش شده، میانگین هزینه‌های خودکشی برابر با ۱۱۶۴۴۹۹ دلار است [۴].

۲.۱.۳.۱ کانادا

هزینه مالی تخمین زده شده برای یک خودکشی بسته به سال‌های احتمالی از دست رفته، سطح درآمد و تأثیر بر بازماندگان از ۴۳۳۰۰۰ دلار تا ۴۱۳۱۰۰۰ دلار برای هر فرد است [۹].

۳.۱.۳.۱ استرالیا

میانگین هزینه خودکشی هر جوان برابر است با ۲۸۸۴۲۶ دلار که شامل ۹۷۲۱ دلار برای هزینه‌های مستقیم، ۲۷۸۸۲۴۵ دلار ارزش زندگی مفید از دست رفته و ۸۶۴۶۰ دلار هزینه‌ی عزاداری می‌گردد. مجموع ضرر مالی خودکشی جوانان در استرالیا ۲۲ میلیارد دلار در سال برآورد می‌شود (برابر با ۱۷ میلیارد دلار آمریکا) که در دامنه‌ی بین ۲۰ تا ۲۵ میلیارد دلار قرار می‌گیرد [۱۰].

۲.۳.۱ برآورد هزینه‌ی خودکشی

مجموع هزینه خودکشی، ترکیبی از هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم را در بر می‌گیرد. هزینه‌های مستقیم شامل مواردی نظیر خدمات آمبولانس، تفحص پلیس، بیمارستان، پزشک، کالبدشکافی، تدفین و سوزاندن جسد می‌گردد. چنانچه خودکشی نافرجام باشد و منجر به فوت نگردد، هزینه‌های جانبی شامل روان‌درمانی، توانبخشی و درمان‌های دارویی می‌شود. هزینه‌های غیر مستقیم عبارتند از بهره‌وری اقتصادی از دست رفته که در طول زمان بر جامعه تحمیل می‌گردد؛ این هزینه‌ها را می‌توان به عنوان درآمدهای آتی حاصل از سال‌های عمر از دست رفته احتمالی در نظر گرفت. در مورد اقدام به خودکشی، هزینه‌ها می‌تواند مراقبت غیررسمی، سلامت اجتماعی، بی‌خانمانی و بیکاری را در بر بگیرد [۱۰].

نمونه برآورد هزینه خودکشی در استرالیا [۱۰]

هزینه مستقیم

تدفین ۴۰۰۰ دلار

هزینه‌ی کالبدشکافی و اداری ۲۵۹۵ دلار

آمبولانس ۸۰۵ دلار

پلیس ۲۵۹۵ دلار

مجموع هزینه‌ی مستقیم ۹۹۹۵ دلار

هزینه‌ی عزاداری و پیگیری ۱۴۴۱۰ دلار هر فرد * ۶ = ۸۶۴۶۰ دلار

هزینه‌ی غیر مستقیم

زیان بهره‌وری = ۲۷۸۸۲۴۵ دلار

۴.۱ درک ارزیابی خطر خودکشی و مدیریت خطر خودکشی

ارزیابی خطر خودکشی و مدیریت خطر خودکشی مهارت‌های بالینی هستند که توسط کارشناس سلامت روان و مراقبین سلامت در طول مراقبت از بیمار به کار گرفته می‌شوند. ارزیابی خطر خودکشی به سنجش احتمال خودکشی توسط بیمار اشاره دارد که در همه بخش‌های زندگی بیمار انجام می‌پذیرد. این ارزیابی می‌تواند با درجات شدت متفاوتی صورت بگیرد و در این راستا می‌توان از ابزار ارزیابی مشخصی که در مواقع خاص قابل استفاده است، کمک جست. همه بخش‌های زندگی بیمار نیازمند میزان یکسانی از ارزیابی خطر نیستند و هر بخش، نیازمند درجه‌ای خاص از ارزیابی می‌باشد. درجه ارزیابی بر اساس قضاوت بالینی، آگاهی از بیمار و شرایط وی تعیین می‌گردد و می‌تواند شامل اطلاعاتی گردد که مستقیماً از بیمار یا خویشاوندان وی به دست آمده‌اند.

بعد از دوره تماس بالینی با بیمار، خطر خودکشی ممکن است تغییر کند. به عنوان مثال، ظهور علائم خاص (نظیر توهمات) که به شخص‌القاء می‌کنند جان خودش را بگیرد یا پیدایش ناامیدی در متن یک دوره افسردگی، وخیم‌تر شدن شرایط بالینی (نظیر افزایش شدت دوره افسردگی یا افزایش سوء مصرف مواد)، وقوع وقایع مهم زندگی (نظیر از دست دادن فرد مورد علاقه یا خودکشی یک دوست یا شخص مورد علاقه) و تغییراتی در وضعیت مراقبت بالینی (نظیر ترخیص از بیمارستان یا مراقبت اتاق نقاهت)، همگی می‌توانند به افزایش خطر

خودکشی در دوره مراقبت بالینی منجر گردند. از این رو، ارزیابی خطر خودکشی فرآیندی مستمر به شمار می‌آید.

استفاده از ابزار ارزیابی خودکشی می‌تواند در ارزیابی خطر خودکشی به کادر درمان کمک کند و بعد از اجرا می‌تواند به صورت مستند نشان دهد که ارزیابی خطر خودکشی شامل چه مواردی می‌گردد. این نوع مستندسازی بر یادداشت‌های بالینی که حاوی هیچ جزئیاتی یا جزئیات اندکی از ارزیابی خطر خودکشی هستند، ارجحیت دارد. اما، هیچ ابزار ارزیابی خودکشی وجود ندارد که بتواند دقیقاً پیش بینی کند که آیا هر فرد با خودکشی جان خود را از دست خواهد داد یا نه و یا اینکه این اتفاق در چه بازه زمانی روی خواهد داد.

ارزیابی خطر خودکشی ممکن است به کادر درمان آموزش دیده در تعیین احتمال مرگ در اثر خودکشی در کوتاه مدت (معمولاً طی چند ساعت تا چند روز) کمک کند. پیش‌بینی‌های دراز مدت قابل اتکا نیستند؛ بنابراین، ارزیابی خطر خودکشی فرآیندی مستمر به شمار می‌آید. افزایش خطر خودکشی می‌تواند برای برخی از بیماران، پدیده‌ای حاد و برای برخی دیگر، پدیده‌ای مزمن باشد. تعدادی از بیمارانی که در معرض خطر خودکشی افزایشی مزمن قرار دارند، ممکن است با وخامت حاد آن خطر مواجه شوند.

ارزیابی خطر خودکشی مستلزم آموزش است؛ کادر مراقبت سلامت باید فهم دقیقی از بیمار و شرایط و محیط اطراف وی داشته باشند و بدانند که این خطر، پدیده‌ای ثابت نیست و در طول زمان، قابل تغییر است. این مسئولیت فرد مراقب است که در هر تماس با بیمار، به میزان مناسبی از ارزیابی خطر خودکشی مبادرت ورزد و در فاصله بین زمان‌های تماس با بیمار، اطلاعاتی را در زمینه وضعیت بیمار دریافت کند.

ارزیابی خطر خودکشی به مدیریت خطر خودکشی منجر می‌گردد. مدیریت خطر خودکشی نیز فرآیندی مستمر است و مبتنی بر تعیین احتمال رویداد خودکشی هم به صورت حاد و هم مزمن توسط کادر درمان می‌باشد و شامل به کارگیری مداخلات کلی یا خاص می‌شود. به عنوان مثال، برخی مداخلات کلی شامل اعمال درمان های مبتنی بر شواهد برای افرادی که از بیماری روانی رنج می‌برند، یا رویکردهای مراقبتی مشارکتی نسبت به درمان جاری افراد دارای بیماری روانی مزمن و مقاوم می‌گردد. برخی مداخلات خاص می‌تواند شامل تماس مداوم مناسب بعد از ترخیص از بیمارستان یا اورژانس، توصیه به دسترسی محدود به ابزار کشنده (نظیر خارج کردن اسلحه از خانه) یا بستری شدن (اختیاری یا اجباری) برای طی کردن روند درمان شود.

ارزیابی خطر خودکشی و مدیریت خطر خودکشی هر دو از مسئولیت های هر یک از مراقبان سلامت و مسئولیت جمعی کل تیم مراقبتی درگیر با هر بیمار خاص هستند. ارتباط میان اعضای تیم مراقبتی در مورد خطر خودکشی، بخش مهمی از مراقبت در حال اجرا است. برخی محققان بر این باورند که ممکن است به دلیل راحتی متخصصان سلامت روان در کار با بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده اند، اختلاف‌هایی برای اجرای ارزیابی و مدیریت خودکشی مبتنی بر شواهد وجود داشته باشد [۱۱].

۵.۱ آیا پرسش در مورد خودکشی، باعث افزایش احتمال اقدام به خودکشی توسط بیمار می‌شود؟

در محیط درمانی، پرسش در مورد افکار یا برنامه‌های خودکشی، منجر به افزایش خودکشی نمی‌گردد. بلکه برعکس، با تشخیص افرادی که با احتمال بالاتری با مرگ در اثر خودکشی

مواجه هستند، زمینه کاهش خطر را فراهم می‌آورد؛ از این رو، بخشی از ارزیابی خطر خودکشی در حال اجرا به شمار می‌آید. اما هیچ اطلاعات متقنی مبنی بر اینکه خارج از محیط درمانی طرح این پرسش به کاهش یا افزایش خطر مرگ می‌انجامد یا نه، وجود ندارد. بولتون و همکارانش (۲۰۱۵) اظهار می‌دارند که اعتقاد متخصصان درمان به این که پرسش در مورد افکار خودکشی به برانگیخته شدن این افکار در بیماران منجر می‌گردد، از موانع ارزیابی محسوب می‌شود. یک مطالعه مروری غیرسیستماتیک که در سال ۲۰۱۴ منتشر شد به بررسی ۱۳ مطالعه انجام شده در زمینه طرح پرسش مذکور بین ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۳ پرداخت و دریافت که در هیچ کدام از این مطالعات، افزایش مهمی در افکار خودکشی در بیمارانی که مورد پرسش قرار گرفتند گزارش نشده است [۱۲].

منابع

- [1] Health Canada: [www. Hc.Sc.gc.Ca](http://www.Hc.Sc.gc.Ca)
- [2] Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, Laursen TM, Nordentoft M, Canudas-Romo V. Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(12):937–45.
- [3] Patel V, et al. Disease control priorities. Mental, neurological, and substance use disorders. 3rd ed. Washington, DC: World Bank Group; 2015.
- [4] Centers for Disease Control and Prevention. FASTSTATS: suicide and self-inflicted injury. <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/suicide.htm>. Accessed July 2017.
- [5] Substance Abuse and Mental Health Administration-SAMSHA, NSDUH Report 2011
- [6] National Vital Statistics Reports, Vol. 66, No. 6, November 27, 2017, CDC
- [7] Canada. Health Canada 2016. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/suicide-canada-infographic.html>.
- [8] Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575–86.
- [9] Mental Health Commission Report, 2016. Mentalhealthcommission.ca
- [10] Kinchin I, Doran CM. The cost of youth suicide in Australia. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(4):E672.

[11] Roush JF, Brown SL, Jahn DR, Mitchell SM, Taylor NJ, Quinnett P, Ries R. Mental health professionals' suicide risk assessment and management practices. *Crisis*. 2018;39(1):55–64.

[12] Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*. 2015;351:h4978.

فصل دوم

فهم خودکشی و خودزنی

۱.۲ تفاوت بین خودکشی و خودزنی

محققان و درمانگران در توصیف افکار و رفتارهای مرتبط با خودکشی با عبارات غیرمتمعارفی روبه رو بوده اند. هر چند که بر سر این موضوع توافق وجود دارد که اصطلاح خودزنی غیر انتحاری به رفتارهایی اشاره دارد که مربوط به قصد هدفمند آسیب رساندن به خود بدون تلاش عامدانه برای کشتن خود می‌شوند. چندین اصطلاح در ادبیات مورد استفاده قرار می‌گیرند، نظیر: رفتار خودزنی، خودزنی غیر انتحاری، جرح خود، خودزنی عمدی، خودزنی خفیف، خشونت خودکرده، خود آزاری، خودکشی نافرجام. اما بسیاری از این عبارات در بردارنده مفهومی فراتر از خودزنی غیر انتحاری هستند [۱].

خودزنی غیرانتحاری در اشکال متفاوتی دیده می‌شود، از شکل نسبتاً ملایم نظیر خراشیدن پوست، کشیدن مو و دستکاری زخم تا موارد نسبتاً شدید نظیر بریدن، سوزاندن یا ضربه زدن [۲].

گفته می‌شود که اقدام به خودکشی و خودزنی غیر انتحاری رفتارهایی متمایز هستند. کسانی که درگیر خودزنی غیر انتحاری می‌شوند معمولاً در اندیشه آسایش موقت هستند، در حالی که

آنهایی که مرتکب رفتارهای خودکشی می شوند در فکر آسایش دائمی از طریق مرگ هستند. خودزنی غیر انتحاری در مقایسه با خودکشی فرجام یافته و اقدام به خودکشی، از رواج بیشتری برخوردار است.

یک مطالعه مروری که شامل تقریباً ۲۲ مطالعه تجربی می شد و در زمینه خودزنی غیر انتحاری در بزرگسالان بود عنوان می کند که میزان شیوع خودزنی غیر انتحاری در طول زندگی ۱۳ تا ۲۳ درصد است و اینکه افرادی که اقدام به این کار می کنند ۱۲ تا ۱۴ سال سن دارند [۳].

برخی مطالعات دریافتند که خودزنی غیرانتحاری عموماً به دلایلی نظیر کاهش اضطراب، تنظیم عواطف، ابراز خشم، خودتنبیهی و کاهش گسستگی از دیگران رخ می دهد. در حالی که اقدام به خودکشی، اغلب با نیت بهتر کردن رفتار دیگران اتفاق می افتد [۴]. به نظر می رسد که سابقه سوءاستفاده جنسی یک عامل خطر خاص برای اقدام به خودزنی غیر انتحاری باشد [۵]. سوء استفاده جنسی و بیماری روانی والدین یا دیگر اعضای خانواده با اقدام به خودکشی در میان هر دو جنس در ارتباط بوده و فراموشی عاطفی نیز یک عامل خطر برای مردان به شمار می آید. کسر خطر متناسب به جمعیت در زمینه سوء استفاده جنسی برای زنان ۲۵/۷۵ درصد و برای مردان ۵۶/۸ درصد بوده و سوء استفاده جنسی و تعداد بالای حوادث ناخوشایند دوران کودکی نیز با اقدام به خودکشی مکرر در ارتباط بودند [۶].

وقایع ناخوشایند دوران کودکی (از قبیل سوء استفاده جسمی و جنسی، خشونت خانوادگی) نقش مهمی در پیش بینی افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در میان زنان (۱۶ و ۱۵ درصد به ترتیب) و مردان (۲۱ و ۳۳ درصد به ترتیب) داشتند [۷].

چندین عامل روانی- اجتماعی مرتبط با خودزنی غیر انتحاری در ادبیات تشخیص داده شده‌اند؛ عواملی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلال خوردن، نارسایی هیجانی، دشمنی، عزت نفس منفی، رفتار ضد اجتماعی، عصبانیت، دخانیات، واکنش پذیری عاطفی. فکر خودکشی، نشانگر اقدام به خودکشی در آینده و نه خودزنی غیر انتحاری می‌باشد.

دستورالعمل آماری و تشخیصی اختلالات روانی، چاپ پنجم (DSM5¹)، خودزنی انتحاری را دارای ماهیتی مجزا می‌داند و در زمره اختلالاتی قرار می‌دهد که نیازمند پژوهش بیشتر می‌باشد.

معیارهای مطرح شده در DSM5 شامل موارد زیر می‌گردد: خودزنی عمدی که به امید آسیب جسمی، اما بدون قصد خودکشی در ۵ روز یا بیشتر در سال گذشته، انجام می‌پذیرد و این رفتار حداقل به یکی از دلایل زیر رخ می‌دهد: رهایی یافتن از افکار و احساسات منفی، رفع مشکل درونی و ایجاد یک احساس یا هیجان مثبت.

این رفتار حداقل همراه با یکی از موارد زیر می‌باشد: افکار یا احساسات منفی و یا مشکلات درونی که دقیقاً قبل از اقدام به خودزنی غیر انتحاری رخ می‌دهد، خودزنی غیر انتحاری که مقاومت در برابر آن دشوار است و وسوسه مکرر برای اقدام به خودزنی غیر انتحاری.

اقدام به خودکشی و خودزنی غیرانتحاری به یکدیگر مربوط هستند. افرادی که اقدام به خودزنی غیرانتحاری می‌کنند در مقایسه با افرادی که دست به خودزنی نمی‌زنند از خطر بالاتری برای اقدام به خودکشی برخوردار هستند. اما این خطر بسیار پایین است یعنی حدود ۳ تا ۷ درصد از افرادی که اقدام به خودزنی می‌کنند در اثر این خودزنی جان خود را از دست می‌دهند. خطر مرگ برای افرادی که قبلاً دست به خودکشی زده اند بالاتر است. مطالعات

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

نشان می دهند که تقریباً نیمی از بیمارانی که در اثر خودکشی جان خود را از دست داده اند حداقل یک اقدام نافرجام خودکشی داشته اند [۸].

اقدام به خودزنی غیر انتحاری در میان بزرگسالان دارای اختلال شخصیتی مرزی (BPD^۱) بسیار رایج است [۹]. یکی از معیارهای تشخیص BPD، اقدام به تهدید و رفتارهای خودزنی است که هم شامل اقدام به خودکشی و هم خودآزاری می شود [۸].

۲.۲ رفتار خودکشی و اختلال شخصیتی مرزی (BPD)

رفتار خودکشی (که به هر عملی که بتواند به طور بالقوه منجر به مرگ گردد، اطلاق می شود) در تقریباً ۸۰ درصد از بیماران BPD مشاهده می شود. داشتن سابقه رفتار خودزنی، خطر خودکشی در میان بیماران BPD را به دو برابر افزایش می دهد (یک افزایش اساسی نسبت به جمعیت کل با ۶۰ تا ۷۰ درصد بیماران درگیر اقدام به خودکشی). اما عدم ثبات عاطفی نیز با افزایش خطر اقدام به خودکشی مرتبط است.

خطر خودکشی برای بیماران BPD ۸ تا ۱۰ درصد تخمین زده می شود. این میزان خودکشی ۵۰ برابر بیشتر از میزان خودکشی در جمعیت کل است. با وجود اینکه بیشتر رفتار خودکشی در BPD منجر به خودکشی فرجام یافته نمی شود، خودکشی مهم ترین عامل مرگ برای این جمعیت باقی می ماند [۱۰]. سازمان بهداشت جهانی عنوان کرده است که کاهش میزان مرگ و میر در اثر خودکشی یک ضرورت جهانی به شمار می آید [۱۱].

^۱ Border Line Personality Disorders

۳.۲ معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی چه هستند؟

طبق DSM5 [۸]، بیمار باید یک الگوی درازمدت داشته باشد که از اوان بزرگسالی شروع

شده و باعث اختلال مهم عملکردی شده است و دارای پنج معیار ذیل می باشد:

- ترس شدید از ترک شدن، حتی انجام نهایت تلاش به منظور جلوگیری از طرد یا ترک شدن واقعی یا خیالی.
- یک الگوی از روابط شدید متغیر، گاهی اوقات دیدن همه چیز به صورت سیاه یا سفید یا موشکافی کارها به عنوان یک دفاع.
- تغییرات سریع در هویت یا تصور از خود که شامل تغییر در اهداف و ارزشها می شود.
- دوره های پارانوئای مرتبط با استرس و از دست دادن تماس با واقعیت که می تواند از چند دقیقه تا چندین ساعت به طول انجامد. می توان آنرا به عنوان تجربه روان پریشی یا گسستگی توصیف کرد.
- رفتار پرخطر و تکانشی حداقل در دو بخش نظیر رانندگی بدون دقت، سوء مصرف مواد، قمار، پرخوری و عیاشی
- رفتار، تهدیدها یا ژستهای خودکشی یا خودزنی که اغلب در پاسخ به ترس از جدایی یا طرد شدن اتفاق می افتند.
- نوسانات اخلاقی مهم و گسترده که در یک روز اتفاق می افتند و می توانند از چند ساعت تا چند روز به طول بیانجامند و ممکن است شامل شادی، عصبانیت و اضطراب شدید شوند.
- احساس پوچی دراز مدت

- عصبانیت شدید بیجا یا عصبانیت غیر قابل کنترل مانند بدرفتاری مداوم، حرفهای زننده و طعنه آمیز یا اقدام به درگیری فیزیکی.

۴.۲ نکات کمک کننده برای مدیریت بیماران مرزی هنگام ارائه مراقبت اولیه

چه هستند؟

- یادگیری اقدامات درمانی رایج و دلایل رفتار ناخواسته.
- ارزش قائل شدن برای احساسات بیمار از طریق پرداختن به عواطفی نظیر ترس از طرد شدن، عصبانیت، شرم و غیره، قبل از پرداختن به حقایق وضعیت و آگاهی یافتن از استرس های واقعی بیمار.
- اجتناب از پاسخگویی به رفتار عصبانی کننده.
- ملاقات های کوتاه منظمی را برنامه ریزی کنید که بستگی به بدحال بودن بیمار ندارند.
- مرز های مشخصی را در ابتدای رابطه درمانی مشخص کنید و به تلاش برای عمل خارج از این چارچوبها پاسخ ندهید مگر اینکه یک موقعیت اورژانسی واقعی پیش آید.
- با دیگر افراد کادر درمان رابطه ای آزاد داشته باشید.
- از به کار بردن نسخه های دارویی چندگانه و با حجم زیاد که احتمال تداخل دارویی را به وجود می آورند اجتناب کنید شامل داروهای ضد افسردگی داروهای قلبی و عروقی و بنزودیازپین ها.

- از تجویز داروهایی که ممکن است اعتیاد آور باشند نظیر بنزودیازپین‌ها یا مخدرها خودداری کنید. در ابتدای رابطه درمانی بیماران را از سیاست‌های خودتان در زمینه این داروها مطلع سازید تا آنها نیز از محدودیت‌هایتان آگاه باشند.
- ضمن وضع محدودیت‌هایی قاطع بر رفتار کنترل‌گر، از قضاوت کردن اجتناب کنید.
- رفتار مشکل‌دار را با تماس یا توجه بیشتر جایزه ندهید. سعی کنید به جای وابسته بودن به رفتار، بر اساس یک برنامه منظم، به بیمار توجه کنید.

۵.۲ نمونه‌هایی از رویکردهای روان درمانی برای بیماران BPD

نمونه‌هایی از معالجات بررسی شده تجربی BPD شامل رفتار درمانی دیالکتیک (DBT)^۱، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، روان‌درمانی متمرکز بر انتقال و مدیریت روانپزشکی عمومی می‌شود.

چندین نوع از این روان‌درمانی‌ها دارای یک دستورالعمل هستند و نیازمند درمانگرانی هستند که آموزش جامع در این زمینه ببینند تا آگاهی داشته و به درمان یا مشاوره توسط دیگر همکاران به منظور جلوگیری از خستگی دسترسی داشته باشند.

DBT درمانی سرپایی است که شامل درمان فردی یا گروهی می‌شود و به عنوان یک درمان مؤثر برای BPD به شمار می‌آید. DBT بر آموزش چگونگی تنظیم احساسات، مدیریت رفتارها و احساسات خود مخرب، تحمل پریشانی و ایجاد تأثیر بین فردی و توانایی برای تست واقعیت توسط بیماران متمرکز می‌باشد. این درمان از تکنیک‌های متفاوتی برای حداقل یک سال شامل پذیرش و ذهن آگاهی بهره می‌برد. یافته‌ها نشان می‌دهند که این

¹ Dialectic Behavior Therapy

درمان، روش خودزنی و اقدام به خودکشی را کاهش می‌دهد و همچنین هزینه‌های مراقبت از سلامت و مراجعه به بخش اورژانس و بستری بیماران را نیز کم می‌کند.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی شیوه‌ای دیگر از روان‌درمانی فردی یا گروهی است. هدف از این شیوه درمان، تمرکز بر کمک به بیمار برای ذهنی‌سازی یا درک حالت ذهنی خود و دیگران و فکر کردن قبل از عمل می‌باشد.

روان‌درمانی متمرکز بر انتقال عبارتست از یک شیوه روان‌درمانی فردی که دو بار در هفته انجام می‌شود و از تحلیل روانی بهره نمی‌جوید. این درمان متمرکز بر انتقال احساسات بیمار به درمانگر می‌باشد و در زمره یکی از سخت‌ترین شیوه‌های درمانی برای یادگیری قرار می‌گیرد.

مدیریت روانپزشکی عمومی، یک روان‌درمانی دینامیک است که یک بار در هفته صورت می‌گیرد. این درمان بر روابط بین فردی بیمار تمرکز می‌کند و همچنین می‌تواند شامل دارو درمانی و خانواده درمانی نیز بشود. این ساده‌ترین و در دسترس‌ترین تکنیک برای یادگیری است. به طور کلی درمان مؤثر، مستلزم تعهد و حضور فعال بیمار می‌باشد [۱۰].

نمونه‌های دیگر شامل رفتار درمانی شناختی^۱(CBT)، روان‌درمانی ساختاری پویا^۲(DDP) و درمان بین فردی برای BPD می‌شود [۱۲].

^۱ Cognitive Behavioral Therapy

^۲ Dynamic Deconstructive Psychotherapy

منابع

- [1]Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2007;11(2):129–47.
- [2]Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatry.* 2002;72:128–40.
- [3]Cooper J, Biddle L, Owen-Smith A, et al. Suicide after deliberate selfharm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry.* 2006;162(2):297–30.
- [4]Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2005;114(1):140–6.
- [5]Hamdullahpur K, Jacobs KWJ, Gill KJ. Mental health among help-seeking urban women: the relationships between adverse childhood experiences, sexual abuse, and suicidality. *Violence Against Women.* 2018:1077801218761602.
- [6]Choi NG, DiNitto DM, Marti CN, Segal SP. Adverse childhood experiences and suicide attempts among those with mental and substance use disorders. *Child Abuse Negl.* 2017;69:252–62.
- [7]Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJ, Stein MB, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health.* 2008;98(5):946952.
- [8]American Psychiatric Association, editor. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

- [9] Goodman M, Roiff T, Oakes AH, Paris J. Suicidal risk and management in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(1):79–85.
- [10] Dubovsky AN, Kiefer MM. Borderline personality disorder in the primary care setting. *Med Clin North Am.* 2014;98(5):1049–64.
- [11] Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet.* 2016;387(10024):1227–39
- [12] Stoffers JM, Vllm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;8:CD005652.

فصل سوم

محتوای ارزیابی خطر خودکشی

اهداف

در پایان این بخش کادر درمان قادر خواهند بود:

- نیاز به ارزیابی خطر خودکشی را درک کنند.
- استانداردهای تمرین سازمانی مورد نیاز در کشورهای خاص را عنوان کنند.
- چالش‌های معمول در ارزیابی خطر خودکشی را برشمرند.
- فرآیند ساختن یک رابطه درمانی و همدلی با بیمار را توصیف کنند.
- فرآیند پرسیدن سؤال در زمینه طرح، نیت و رفتار خودکشی را توصیف کنند.
- عوامل خطر را تشخیص داده و بیان کنند و آنها را که به منظور کاهش خطر خودکشی قابل اصلاح هستند اعلام کنند.
- محدودیت‌های عوامل استقامتی یا حفاظتی هنگام اجرای ارزیابی خطر خودکشی را درک کنند.

۱.۳ نگاهی گذرا به ملزومات ارزیابی خطر خودکشی

مراقبت درمانی خوب شامل مدیریت و ارزیابی خطر خودکشی مستمر می‌شود. سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند که همه افراد دارای ۱۰ سال سن به بالا با اختلال روانی یا دیگر عوامل خطر باید در مورد افکار و طرح‌های خودزنی طی ماه گذشته مورد پرسش قرار بگیرند.

اغلب دستورالعمل‌ها استفاده از فرآیندی استاندارد برای ارزیابی خطر خودکشی را توصیه می‌کنند (پیوست G را ملاحظه بفرمایید).

یک مطالعه تجربی در انگلستان نشان داد که فرآیند ارزیابی با احتمال ضعیف‌تر بروز رفتار خودکشی در آینده مرتبط است [۱]. این نکته به یک جنبه اغلب نادیده گرفته شده در ارزیابی خطر اشاره دارد و آن این است که تماس بیمار-درمانگر می‌تواند یک تأثیر درمانی مهم را فراهم آورد [۲]. کالبد شکافی روانشناسی شامل مصاحبه با مطلعین اصلی و بررسی اسناد رسمی نشان داده است که اختلالات روانی در ۹۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، وجود دارد و همچنین منجر به خطر خودکشی در ۴۷ تا ۷۴ درصد از جمعیت می‌شوند [۳].

ارزیابی‌های خطر شامل جمع‌آوری سابقه و اجرای معاینه وضعیت روانی بالینی می‌شود که برای پایه اصلی اطلاعات حائز اهمیت می‌باشند. عوامل خطر نظیر سابقه اقدامات قبلی و مصرف مواد مخدر، در جمع‌آوری سابقه کلی در نظر گرفته می‌شوند. هر منبع جانبی اطلاعات عوامل خطر و فعالیت‌های اخیر الگوهای وخامت و همچنین خشونت آنی و برنامه‌ریزی شده نسبت به خود یا دیگران را ممکن است تبیین کند [۴].

۲.۳ استانداردهای تمرین سازمانی مورد نیاز

در کانادا استانداردهای اعتبار بخشی نیازمند تمرین‌های سازمانی زیر جهت پیشگیری از خودکشی می‌باشد (۲۰۱۵):

- افراد در خطر خودکشی مشخص می‌شوند.
- خطر خودکشی برای هر فرد در دوره‌های زمانی منظم یا با تغییر نیازها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. نیازهای امنیت فوری افراد در معرض خطر خودکشی مرتفع می‌شوند.
- استراتژی‌های درمان و نظارت برای افراد در خطر خودکشی مشخص می‌شوند.
- اجرای استراتژی‌های درمان و نظارت در سابقه بیمار ثبت می‌شود.

۳.۳ چالش‌های رایج در ارزیابی خطر خودکشی

ارزیابی خطر خودکشی می‌تواند چالش برانگیز باشد. بسیاری از افرادی که در معرض خطر بالای خودکشی در نظر گرفته می‌شوند، هرگز از طریق خودکشی جان خود را از دست نمی‌دهند و برعکس، برخی که در معرض خطر بالا در نظر گرفته نمی‌شوند از این طریق جان خود را از دست می‌دهند. در اجرای ارزیابی خطر خودکشی چندین چالش وجود دارد:

- کادر درمان ممکن است در تشخیص بیمارانی که در معرض خطر قریب الوقوع خودکشی قرار دارند مشکل داشته باشند.
- کادر درمان عمدتاً به اطلاعاتی که توسط خود شخص داده می‌شود اتکا می‌کنند که همیشه تصویری کامل از خطر را ارائه نمی‌دهد. اطلاعات جانبی می‌توانند تصویر کامل‌تری از خطر را ارائه دهند.

- معیارهای ارزیابی خطر خودکشی به شیوه‌ای صحیح قادر به پیش بینی مرگ از طریق خودکشی نیستند. آنها ممکن است یک ابزار درمانی مفید یا مدرک نوع ارزیابی خطر خودکشی باشند، اما نمی‌توانند برای ارزیابی خودکشی توسط افرادی که در این زمینه آموزش ندیده‌اند مورد استفاده قرار بگیرند.
- آموزش و تمرین کادر درمان در زمینه صلاحیت‌های لازم برای اجرای ارزیابی خطر خودکشی به صورت مداوم صورت نمی‌پذیرد.
- رفتار خودکشی می‌تواند باعث ایجاد اضطراب یا پاسخ‌های عاطفی شدید در کادر درمان شود. هنگامی که این احساسات نهفته باقی می‌مانند می‌توانند منجر به عکس‌العمل‌های منفی از سوی کادر درمان شوند که توانایی آنها برای کار مؤثر با افرادی که به صورت حاد در معرض خودکشی قرار دارند را کاهش دهد.
- برخی از کادر درمان ممکن است نظری منفی نسبت به بیماران در معرض خودکشی داشته باشد.
- برخی مسائل مربوط به سیستم می‌توانند چالش برانگیز باشند، مسائلی نظیر منابع محدود، فضاهاى شلوغ، اولویت‌های چندگانه و کمبود زمان [۵].

۴.۳ فرآیند ارزیابی خطر خودکشی

۱.۴.۳ گام اول: ایجاد یک رابطه درمانی و همبستگی با بیمار و سؤال در مورد

ایده و طرح خودکشی

همبستگی درمانی مثبت به عنوان پایه ای بسیار مهم برای ارزیابی خطر خودکشی محسوب می‌شود. آن عبارتست از یک همکاری آگاهانه بین کادر درمان و بیمار با هدف کاوش متقابل مشکلات بیمار. ایجاد همبستگی درمانی شامل موارد زیر می‌گردد:

- همدلی
 - گوش دادن فعال
 - احترام
 - اعتماد
 - حمایت
 - حالت همکاری دوستانه
 - پذیرش بدون قضاوت
 - شفافیت
 - علاقه زیاد به درک شخص و ماهیت و دلیل درد و پریشانی وی [۷].
- کادر درمان همچنین باید از عکس‌العمل‌های خودشان نسبت به خودکشی یا بیماری که مورد ارزیابی خطر خودکشی قرار می‌گیرد آگاهی داشته باشند و تلاش کنند تا آن عکس‌العمل‌ها را به شیوه‌های مؤثر مدیریت کنند.
- همبستگی درمانی به دلایل ذیل حائز اهمیت است :

۱. اضطراب بیمار در طول ارزیابی خطر خودکشی را کاهش می‌دهد و بدین وسیله صداقت و صحت را در خود اظهاری بیمار افزایش می‌دهد.
۲. منجر به به بهبود روند درمان می‌گردد زیرا پاسخ به تلاش‌های فرد بیمار در خود اوست و جایگزین‌های بهتر برای خودکشی به منظور مواجهه با مشکلات و استرس زندگی را می‌توان با همکاری با درمانگر تشخیص داد [۸].
۳. گفته شده است که همبستگی درمانی قوی، درمانگر را قادر می‌سازد تا با اعمال مداخلات، مهارت‌هایی را آموزش دهد که تغییر مورد نیاز برای رفع خطر خودکشی را به وجود می‌آورند [۷].
۴. همبستگی درمانی ممکن است با برانگیختن حس امیدواری و ارتباط به عنوان یک عامل حفاظتی عمل کند.

۱.۱.۴.۳ نمونه‌هایی از رویکردهایی برای ایجاد همبستگی درمانی

همبستگی درمانی زمانی ایجاد می‌شود که درمانگر اولین تماس را با بیمار برقرار می‌کند. علاوه بر این سؤال‌های خاصی می‌توانند توسط درمانگر مطرح شوند تا از ایجاد همبستگی به سمت تعیین خطر خودکشی حرکت کنند. اولین گام در این فرآیند تأیید چالش‌های فراروی و همچنین فراهم آوردن زمینه برای سؤالات دقیق‌تر در مورد ایده و طرح‌های خودکشی است. به عنوان مثال فرد درمانگر ممکن است بگوید:

من می توانم ببینم که کارها اخیراً، برای تو بسیار چالش برانگیز بودند.

یا

این طور به نظر می رسد که شما اخیراً زمان سختی را پشت سر گذاشته اید.

یا

تجربه آنچه که شما در حال پشت سر گذاشتن هستید بسیار سخت و ناامید کننده است.

این نوع سؤالات در واقع یک ارتباط بین تجارب بیمار و ملاحظات فرد درمانگر از آن تجربه و در نتیجه ایجاد یک رابطه حمایتی و مراقبتی می باشد. هنگامی که این فرآیند آغاز شد، زمان آن فرا می رسد که سؤالات دقیق تری پرسیده شود. البته این مسئله به درک درمانگر از عوامل خطر به گونه ای که در قسمت زیر عنوان می شود بستگی دارد.

۲.۴.۳ گام دوم : تشخیص عوامل خطر و ذکر آنهايي که می توانند به منظور

کاهش خطر اصلاح شوند

یک عامل خطر چیزی است که احتمال یک نتیجه خاص را افزایش می دهد. تمامی عوامل خطر قابل اصلاح نیستند واز وزنی برابر در تعیین احتمال نیز برخوردار نیستند. هرچند که روی هم رفته آنها می توانند به درمانگر کمک کنند تا به یک ایده وزین در زمینه تعیین احتمال نتیجه یعنی مرگ در اثر خودکشی دست پیدا کند.

عوامل خطر می توانند از طریق اطلاعاتی که از بیمار و منابع جانبی دریافت می شود تشخیص داده شود. (منابع جانبی از قبیل خانواده، دوستان، پلیس، دیگر ارائه دهندگان خدمات سلامت،

اسناد پزشکی و غیره) این منابع اطلاعات باید هنگام اجرای ارزیابی خطر خودکشی مورد استفاده قرار بگیرند.

جدول زیر برخی از عوامل خطر را نشان می‌دهد که هنگام اجرای ارزیابی خطر خودکشی باید مورد توجه قرار بگیرند:

نمونه‌هایی از عوامل خطر خودکشی

نمایه خطر مصاحبه نمایه خطر فردی

- | | |
|---|--|
| فکر یا ایده خودکشی | پناهنده یا گروه خطر فرهنگی و قومی |
| دسترسی به ابزار کشنده | سابقه خانوادگی خودکشی |
| نیت خودکشی یا برنامه کشنده یا برنامه‌ای برای بعد از مرگ (یادداشت) | تروما: نظیر خشونت خانگی، سوء استفاده جنسی، فراموشی |
| یأس | خودکنترلی ضعیف: تکانشگر، پرخاشگر و خشن |
| عواطف شدید: عصبانیت، تشویش، خشم مفرط، تحقیر، انتقام، ترس، اضطراب شدید | اقدام به خودکشی اخیر |
| مسمومیت با الکل یا مواد مخدر | اقدامات قبلی خودکشی به ویژه با احتمال نجات کم |
| طرد شدن از خانواده یا دوستان | بیماری روانی و اعتیاد |
| استدلال یا قضاوت ضعیف | افسردگی یا لذت نبردن از وقایع لذت بخش زندگی |
| شهود درمانی: ارزیاب مربوطه | روان پریشی |
| تغییر زیاد اخیر در رفتار | توهمات دستوری |

- بحران، نزاع، فقدان اخیر
- بستری، ترخیص، ملاقات‌های اخیر
- درد یا بیماری مزمن
- ناتوانی یا معلولیت
- اطلاعات جانبی که مؤید نیت خودکشی می باشند

مدیریت بیماری

حلقه حمایت

- عدم حمایت بالینی
- عدم حمایت خانواده یا دوستان
- ناسازگاری یا پاسخ ضعیف به درمان
- عدم دسترسی به مراقب
- تغییر مدام خانه

جدول عوامل خطر برای کمک به درمانگر در ارزیابی مفید می‌باشد، اما درمانگر باید روش-های گوناگونی را برای به دست آوردن اطلاعات مورد نیاز به کار گیرد. هر درمانگر باید مجموعه ای از سؤالات را تهیه کند که به او اجازه دهد به راحتی عامل خطر را با ملاحظه کامل مورد بررسی قرار دهد.

الف. در مورد ایده خودکشی سؤال کنید و تکرار، شدت، طول مدت، برنامه ها و رفتارها را دریابید و سپس در مورد ایده خودکشی در ۴۸ ساعت گذشته، ماه گذشته و بدترین حالت ممکن تاکنون سؤال کنید.

ب. در مورد رفتار، نیت و برنامه خودکشی سؤال کنید (به عنوان مثال پرکردن اسلحه). یک برنامه چه آماده باشد چه نباشد، چنانچه بیمار اعتراف به فکر خودکشی کند باید در مورد حضور یا عدم حضور اسلحه در خانه تحقیق ویژه انجام پذیرد. همچنین پرسش در زمینه تغییرات اخیر در دسترسی به اسلحه یا دیگر ابزار می‌تواند مفید واقع شود، شامل خرید های

اخیر. اگر فرد بیمار به یک اسلحه دسترسی دارد به درمانگر توصیه می‌شود که با او وارد مذاکره شده و به وی توصیه کند یا او یا فرد مهم دیگری در اطراف او، اهمیت دسترسی محدود به اسلحه یا دور کردن این اسلحه از محل زندگی را گوشزد کند. چنین مباحثی می‌توانند در سابقه پزشکی ثبت شوند؛ مباحثی نظیر آموزش‌هایی که به بیمار و اطرافیان او در مورد اسلحه داده می‌شوند (برگرفته از راهنماهای عملی انجمن روانپزشکی آمریکا برای ارزیابی و درمان بیماران دارای رفتار خودکشی [۹])

برخی محققان پیشنهاد می‌کنند که تحقیق در مورد اسلحه در دو سطح ممکن است به منظور راهنمایی کادر درمان مفید واقع شود:

سطح ۱: درمانگر در مورد موارد زیر تحقیق می‌کند:

- دسترسی به اسلحه
- پنهان سازی اسلحه
- دسترسی به مهمات
- شبکه حمایت اجتماعی برای کمک در زمینه اسلحه

سطح ۲: درمانگر می‌تواند در صورت مشاهده موارد سطح قبل، تحقیق را ادامه دهد:

- زمان دسترسی به اسلحه
- تخیلات پرخاشگرانه با اسلحه
- دلبستگی روانی به اسلحه
- چگونگی نگرش خانواده و اطرافیان به اسلحه
- نیت استفاده (سرگرمی و غیره)
- پذیرش فرهنگ اسلحه (رفتار یا علاقه جدید) [۱۰]

۱.۲.۴.۳ نمونه‌هایی از سؤال در زمینه ایده خودکشی

مجموعه بعدی سؤالات می‌تواند نسبتاً کلی باشد و به جستجوی احتمال ایده خودکشی بپردازد. به عنوان مثال فرد درمانگر می‌تواند بگوید:

با توجه به آنچه شما تجربه کرده اید، آیا هیچ فکری درباره اینکه بهتر است به زندگی خود پایان دهید داشته‌اید؟

یا

گاهی اوقات در چنین شرایطی افراد ممکن است فکر و احساس کنند که بهتر است جان خود را بگیرند، شما چطور؟

۲.۲.۴.۳ نمونه‌هایی از سؤال در مورد نیت و برنامه خودکشی

چنانچه پاسخ بیمار به هر سؤال در زمینه ایده خودکشی مثبت باشد، درمانگر باید به بررسی جزئیات آن شرایط بپردازد. هدف از این بررسی تعیین میزان شدت و تداوم ایده خودکشی و تعیین اینکه آیا هیچ اقدامی در این زمینه انجام شده است یا نه و همچنین تعیین چگونگی مواجهه بیمار با این افکار می‌باشد. به عنوان مثال فرد درمانگر می‌تواند بگوید:

شما گفتید که در مورد مرگ فکر کرده اید. می‌توانید به من توضیح بیشتری در این زمینه بدهید؟ می‌توانید به من بیشتر در مورد افکارتان در زمینه گرفتن جان خودتان توضیح بدهید؟ چند بار تا کنون به این مسائل فکر کرده‌اید؟ این افکار چقدر قوی هستند؟ وقتی با این افکار مواجه می‌شوید چگونه با آنها برخورد می‌کنید؟ آیا می‌توانید بر این افکار پیروز شوید یا نگران هستید که این افکار بر شما پیروز شوند؟

چه هنگام این افکار به سراغتان می‌آیند و شما چه کاری انجام می‌دهید؟ آیا احساس امنیت می‌کنید؟ برای مقابله با این افکار چه کاری انجام داده‌اید؟ آیا کاری انجام داده‌اید که به شما آسیب رسانده باشد؟ می‌توانید به من بگویید چه اتفاقی افتاد؟

۳.۲.۴.۳ نمونه‌هایی از سؤال در مورد برنامه خودکشی

چنانچه مشخص شد که بیمار ایده خودکشی قوی و مصرانه دارد، گام بعدی تعیین این است که آیا هیچ برنامه‌ای دارد یا نه؟ داشتن برنامه فوری بیمار را در دسته خطر بالا قرار می‌دهد. به عنوان مثال درمانگر می‌تواند بگوید:

شما در در زمینه مرگ و گرفتن جان خود با من صحبت کردید، برای این کار چه برنامه‌ای دارید؟
یا
می‌توانید به من بگویید که برای کشتن خود تصمیم گرفته‌اید چه کاری انجام بدهید؟

هنگامی که وجود یک برنامه ثابت شد، درمانگر باید اطمینان حاصل کند که همه جزئیات را متوجه شده است. چه وقت اتفاق می‌افتد؟ چقدر مرگ‌آور است؟ بیمار چقدر مصمم به اجرای این برنامه است؟ عوامل تسهیل‌گر این برنامه چه هستند؟ (مثلاً در خانه اسلحه دارند یا چند بسته قرص دارند و غیره).

چنانچه برنامه تشخیص داده شد، مراحل فعال‌سازی و اجرای آن برنامه، آمادگی برای مرگ و انتظارات بیمار از مرگ را مورد ارزیابی قرار دهید.

زمانبندی، محل برنامه، میزان خطرمرگ و دسترسی داشتن، از عوامل کلیدی ارزیابی سطح خطر به شمار می‌آیند. در مورد هر برنامه‌ای برای بعد از مرگ، نظیر نوشتن یک یادداشت خودکشی یا برنامه‌ای برای بخشیدن اموال سؤال کنید.

در هر مرحله در ارزیابی خطر خودکشی، فرد درمانگر بایستی همبستگی درمانی را ادامه دهد و از یک استراتژی ارزیابی خطر که شامل پاسخ های بیمار به سوالات مطرح شده و لیستی از عواملی که باید علاوه بر اطلاعات جمع‌آوری شده در مصاحبه مد نظر قرار داده شوند، استفاده کند.

۴.۲.۴.۳ تحقیقات تکمیلی مهم

۱. سابقه اقدامات گذشته

چنانچه بیمار دارای سابقه اقدام به خودکشی می‌باشد در مورد زمان و شیوه و میزان مرگ‌آوری روش و نتیجه آن اقدام سؤال کنید. سابقه اقدام به خودکشی یا خودزنی قویاً به افزایش خطر خودکشی مرتبط است.

[۲] ($OR^1 = 4.84, 95\% CI^2 3.26-7.20$)

۲. عوامل استرس‌زا

چنانچه بیمار اخیراً با عوامل استرس‌زا در زندگی مواجه بوده است در مورد تأثیر آنها بر شخص، اطرافیان و وضعیت اقتصادی سؤال کنید.

۳. استفاده از الکل یا مواد مخدر

۴. ایده آدم‌کشی

ایده آدم‌کشی را مورد ارزیابی قرار دهید به ویژه در زنان پس از زایمان و در بیمارانی که از اختلالات شخصیتی خوشه B

¹ Odds Ratio = نسبت شانس

² Confidence Interval = فاصله اطمینان

رنج می برند یا کسانی که دارای اختلال روانی یا پارانوئید هستند.

۵. حمایت اجتماعی

در مورد حمایت اجتماعی سؤال کنید و اطلاعات جانبی از خانواده در مورد ترک و انزوا از آنها یا دوستان به دست آورید.

۶. تشخیص روانپزشکی و اختلالات همراه با آن (هم روانی و هم جسمی)

اختلال عاطفی رایج‌ترین اختلال روانی است که منجر به سوء مصرف مواد به ویژه الکل و اسکیزوفرنی می شود. اختلالات همراه این اختلالات خطر خودکشی را افزایش می دهد. اختلالات یا ویژگی‌های شخصیتی خوشه B، اختلالات خوردن و اختلالات اضطراب نیز خطر خودکشی را بالا می‌برند [۳].

علائم کلیدی: پریشانی، ناامیدی، تکانشگری، اضطراب، خشم، آشفتگی، بی‌خوابی و توهمات دستوری.

۵.۳ اختلالات عاطفی

افسردگی (تک قطبی یا دو قطبی) عامل خطری قوی برای خودکشی به شمار می‌آید. افسردگی شدید با خطر خودکشی رابطه داشت (OR = 2.20, 95% CI 1.05–4.60) و میزان شدید آسیب نیز با افزایش خطای خودکشی همراه بود [۱۱].

همچنین، خطر در جایی که افراد ابراز احساس یأس کرده بودند با افزایش قابل توجهی روبه‌رو بود (OR = 2.20, 95% CI 1.49–3.23).

محققان، عوامل خطر زیر را برای خودکشی در افراد دارای افسردگی تشخیص دادند: جنس مذکر، سابقه خانوادگی، اختلال روانی، سابقه اقدام به خودکشی، افسردگی شدید، ناامیدی و اختلالات همراه شامل اضطراب، سوء مصرف مواد و الکل [۱۲].

نسبت خودکشی های فرجام یافته به اقدام به خودکشی در اختلالات عاطفی در جمعیت کل بیشتر است که نشانگر مرگ آوری بالاتر رفتار خودکشی در میان این جمعیت است [۱۳]. مطالعات کالبدشکافی روانشناسی نشان داد که بیش از نیمی از افرادی که از طریق خودکشی جان خود را از دست دادند دارای معیارهای اختلال افسردگی بودند [۳]. ۱۰ تا ۱۵ درصد از بیماران دارای اختلال دوقطبی، از طریق خودکشی جان خود را از دست دادند که عموماً در مراحل ابتدایی بیماری قرار داشتند [۱۴].

۶.۳ اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی می تواند منجر به ریسک بالای خودکشی به ویژه در طول سال های ابتدایی این بیماری شود. توهومات دستوری این خطر را افزایش می دهند. مؤسسه ملی سلامت روان^۱ در یک مطالعه دراز مدت بر روی اسکیزوفرنی مزمن دریافتند که طی یک میانگین زمانی ۶ ساله، ۳۸ درصد افراد بیمار حداقل یک بار اقدام به خودکشی و ۵۷ درصد اقرار به فکر خودکشی اساسی کردند. محققان عنوان کردند که ۱۰ تا ۱۳ درصد از بیماران اسکیزوفرنی از طریق خودکشی جان خود را از دست می دهند [۱۵]. همچنین تشخیص خطر خودکشی در بیمارانی روان پریشی بار نخست^۲ قرار دارند حائز اهمیت بالایی می باشد، چرا که میزان بالای

^۱ National Institute of Mental Health (NIMH)

^۲ First-Episode Psychosis (FEP)

مرگ زودرس به ویژه از طریق خودکشی ممکن است در در مراحل ابتدایی اسکیزوفرنی اتفاق بیفتد [۱۶].

در برخی مطالعات، خطر خودکشی در بیماران اسکیزوفرنی کمتر با علائم اصلی اسکیزوفرنی نظیر توهم بود و بیشتر با علائم افسردگی و علائم عاطفی خاص در ارتباط بود (نظیر خشم، حس پوچی و ناامیدی). عوامل دیگر شامل سابقه اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد، ترس از گسستگی روانی، از دست دادن‌های اخیر و تبعیت ضعیف از درمان می‌شود [۱۷].

۷.۳ مصرف مواد و الکل

در مورد سوء مصرف مواد مخدر یا الکل سؤال کنید. چنانچه بیمار دارای سابقه سوء مصرف مواد و الکل باشد در مورد مصرف مسئله ساز یا افزایش در مصرف اخیر سؤال کنید. سم زدایی یا ترک اخیر را مورد ارزیابی قرار دهید. خودکشی با سوء مصرف مواد به صورت چشمگیری افزایش یافته است (OR = 2.17, 95% CI 1.77–2.66)، سوء مصرف مواد یا الکل). این مورد همچنین در دو مطالعه که به بررسی سوء مصرف الکل (OR = 2.47, 95% CI 1.40–4.36) و مواد (OR = 2.66, 95% CI 1.37–5.20) به صورت جداگانه پرداخته بودند ثابت شد.

میزان رفتار خودکشی در اختلال سوء مصرف الکل در چندین مطالعه بالاست، با ۱۶ تا ۲۹ درصد از افرادی که به دنبال درمان برای سوء مصرف الکل بودند حداقل یک بار در طول زندگی اقدام به خودکشی کرده بودند و میزان خودکشی فرجام یافته بین ۲/۴ درصد تا ۷ درصد بود و اعتیاد به الکل منجر به حدود ۲۵ درصد از خودکشی‌ها شد [۱۸].

شدت سوء مصرف مواد، پرخاشگری، تکانشگری و ناامیدی می توانند زمینه ساز خودکشی باشند. عوامل پیش بینی کننده کلیدی عبارتند از افسردگی، وقایع استرس زای زندگی به ویژه بحران در روابط شخصی [۱۹].

یک فراتحلیل نشان داد که رابطه ای مهم و قوی بین سوء مصرف مواد و فکر خودکشی (OR=2.04, 95% CI: 1.59, 2.50; I2 = 88.8%, 16 studies) اقدام به خودکشی (OR=2.49, 95% CI: 2.00, 2.98; I2 = 94.3%, 24 studies) و مرگ در اثر خودکشی (OR= 1.49, 95% CI: 0.97, 2.00; I2 = 82.7%, 7 studies) وجود دارد. شواهد بیشتر به منظور بررسی و مقایسه رابطه بین نتایج خودکشی و انواع مختلف مواد، دوز مصرفی و چگونگی مصرف آنها مورد نیاز است [۲۰].

مصرف از چندین نوع ماده مخدر با هم می تواند رفتار خودکشی را تشدید کند. ترک کوکائین، آمفتامین و دیگر داروهای مخدر می تواند فکر خودکشی و اقدام به خودکشی را افزایش دهد. مصرف دراز مدت از مسکن ها، خواب آورها و داروهای ضد اضطراب نیز می تواند به افزایش فکر خودکشی و اقدام به خودکشی بیانجامد.

مرور سیستماتیک بار جهانی بیماری نشان داد که مصرف غیر قانونی مواد، عاملی مهم در بار جهانی بیماری به شمار می آید و وابستگی به مواد افیونی و آمفتامین، رایج ترین اشکال وابستگی به مواد در جهان می باشند. اگرچه میلیون ها نفر به حشیش یا کوکائین نیز وابستگی داشتند. اغلب افراد وابسته به مواد مخدر مرد بودند (۶۴٪ از آنها به حشیش و آمفتامین و ۷۰٪ به کوکائین و مواد افیونی اعتیاد داشتند). خودکشی با مصرف مواد رابطه مهمی دارد و یکی از عوامل رایج مرگ در مصرف کنندگان مواد افیونی کوکائین و آمفتامین ها به شمار می رود.

خودکشی در اثر وابستگی به آمفتامین مسئول ۸۵۴۰۰۰ سال زندگی از دست رفته (۲۹۱۰۰۰ تا ۱۷۹۱۰۰۰)، در اثر وابستگی به مواد افیونی مسئول از دست رفتن ۶۷۱۰۰۰ سال زندگی (۳۲۹۰۰۰ تا ۱۷۳۰۰۰۰) و در اثر وابستگی به کوکائین مسئول ۳۲۴۰۰۰ سال زندگی از دست رفته (۱۰۹۰۰۰ تا ۶۸۹۰۰۰) بود. کشورهای دارای بالاترین میزان بار(بالای ۶۵۰ سال زندگی از دست رفته در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر) شامل ایالات متحده آمریکا، انگلستان، روسیه و استرالیا می شدند [۲۲].

۸.۳ اضطراب

وجود علائم اضطراب نیز با افزایش خطر خودکشی رابطه دارد (OR = 1.59, 95% CI 1.03–2.45).

۹.۳ اختلالات شخصیتی

خطر خودکشی با وجود اختلال محور ۲ (یعنی شخصیت مرزی یا ضد اجتماعی) در ارتباط است. (OR= 4.95, 95% CI 1.99– 12.33). ۳۰ تا ۴۰ درصد افرادی که در اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند از اختلالات شخصیتی رنج می برند.

۱۰.۳ بیماری جسمی یا پزشکی

وجود بیماری جسمی نظیر تومور بدخیم، ایدز، زخم معده، همو دیالیز، لوپوس اریتماتوس سیستمیک، بیماری هانتینگتون، فلج چندگانه، صرع، بیماری کلیوی، سندروم های درد، اختلال عملکرد و بیماری سیستم عصبی با خطر خودکشی در ارتباط بود [۲۳].

اختلالات دیگری نیز در افراد بالای ۶۰ سال که در اثر خودکشی جان خود را از دست دادند مشاهده شد، شامل دیابت پنهان، کمبود آهن یا تیروئید [۲۴].

برای مشاهده خطر نسبی خودکشی در بیماری جسمی و اختلالات روانی خاص به پیوست B مراجعه فرمایید.

۱۱.۳ الف عوامل دیگر

خودکشی عامل رایج مرگ در میان افرادی است که دارای اختلالات خوردن هستند به ویژه بی اشتهایی عصبی. خطر خودکشی در اختلال سازگاری، اختلال بیش فعالی - کم توجهی، اختلال اضطراب و اختلال ترس افزایش پیدا می کند.

۱۲.۳ ب خودکشی در طول بستری در بیمارستان

خطر خودکشی هنگام بستری شدن در بیمارستان بالاست. خودکشی به ویژه در ابتدای بستری اتفاق می افتد (۴۰ درصد در سه روز اول). میزان خودکشی در در برخی مطالعات به پنج مورد از هر هزار مورد تخت اشغال شده در سال و تا ۸۶۰ مورد در صد هزار گزارش شده است [۲].

فرا تحلیل ۲۷ مطالعه در بیماران بستری شده به دلیل خودکشی نشان داد که میزان خودکشی در هر ۱۰۰ هزار بیمار بستری شده در دوره های بعد از ۱۹۸۰ به شدت افزایش پیدا کرد. مطالعاتی از ایالات متحده آمریکا گزارش بالاترین این تعداد خودکشی در ۷۰۰۰ بیمار بستری را گزارش داد و انگلستان، ایرلند، کشورهای اروپایی، کشورهای اقیانوسیه و کشورهای شمال اروپا در رده های بعدی قرار داشتند.

به گزارش آنها میزان خودکشی در هر ۱۰۰۰۰۰ بیمار بستری در بیمارستان ۱۴۷ بود. اطلاعاتی از ایالات متحده آمریکا بیشترین این تعداد خودکشی در هر ۱۰۰ هزار بستری را گزارش کردند که انگلستان و ایرلند، قاره اروپا، اقیانوسیه و کشورهای شمال اروپا در رده‌های بعدی قرار داشتند [۲۵].

افزایش میزان خودکشی در بیماران بستری و ترخیص شده را می‌توان به چندین عامل نسبت داد. عواملی نظیر تغییر معیارهای قانونی و دیگر معیارها برای دوره کوتاه‌تر بستری برای معالجه، افزایش شیوع سوء مصرف مواد مخدر و شدت بالاتر بیماری در میان افراد بستری شده بعد از ترخیص [۲۵].

۱۳.۳ خودکشی بعد از آخرین ترخیص از بیمارستان

خطر خودکشی در هفته اول بعد از ترخیص از بیمارستان روانی بالاست و برای چندین ماه بعد از ترخیص بالا باقی می‌ماند و سپس به تدریج کاهش می‌یابد. این خطر برای بیماران روانی که با اقدام به خودکشی در بیمارستان بستری شده بودند بالاتر است [۲].

تحقیقات اخیر بر میزان خودکشی بعد از ترخیص میزان ادغامی ۴۸۴ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ را نشان داد. این میزان ۴۴ برابر میزان خودکشی جهانی یعنی ۱۱/۴ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۲ است. مطالعاتی با دوره‌های پیگیری سه تا دوازده ماهه تقریباً میزانی ۶۰ برابر میزان جهانی داشتند و میزان خودکشی در میان بیماران ترخیص شده بیش از ۳۰ برابر میزان خودکشی جمعیت کلی، حتی با دوره‌های پیگیری ۱۰ تا ۱۵ ساله، بود [۲۶].

۱۴.۳ خودکشی در میان بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس

میزان خودکشی‌های آتی در میان افراد مراجعه‌کننده به بخش اورژانس به دلیل خودزنی بالاست: ۲ درصد این افراد طی یک سال پیش رو خود را خواهند کشت و تخمین ۵ ساله خودکشی ۴ درصد است. این خطر بیش از ۵۰ برابر خطر مشاهده شده در جمعیت کلی و همراه با یک کاهش ۴۰ ساله در میانگین امید به زندگی می باشد. نرخ تکرار خودزنی بعد از مراجعه به بخش اورژانس طی یک ماه، ۱۰ درصد و طی ۶ ماه، بیش از ۲۷ درصد است [۲].

۱۵.۳ سوابق بستری

میزان خطر در بیماران دارای سابقه بستری روانی بالاست (OR = 2.37, 95% CI 0.86-6.55) [۲].

بر اساس یافته‌های یک مطالعه در دانمارک، دو نقطه اوج خطر برای خودکشی هنگام بستری شدن به دلایل روانی وجود دارد: یکی، اولین هفته بعد از بستری و دیگری، اولین هفته بعد از ترخیص است. خطر خودکشی به صورت قابل توجهی در بیمارانی که مدت کمتر از میزان متوسط در بیمارستان تحت معالجه قرار می گیرند بالاست. اختلالات عاطفی از لحاظ میزان تأثیر و خطر متناسب به جمعیت، بالاترین تأثیر را بر خودکشی دارند و خطر خودکشی مرتبط با اختلالات عاطفی و طیف اسکیزوفرنی به سرعت بعد از معالجه و بهبود کاهش می‌یابد، در حالیکه خطر مرتبط با اختلالات سوء مصرف مواد نسبتاً با سرعت کمتری کاهش پیدا می‌کند. سابقه بستری در بیمارستان، این خطر را در زنان نسبتاً بیش از مردان افزایش می دهد [۲۷].

۱۶.۳ خودکشی بعد از ملاقات با متخصص سلامت

یک مطالعه مروری و فراتحلیل در زمینه دریافت خدمات سلامت روان قبل از خودکشی که در سال ۲۰۱۸ منتشر شد، دریافت که طی یک سال قبل از خودکشی ۱۸/۳ درصد از افرادی که جان خود را در اثر خودکشی از دست دادند از خدمات سلامت روانی هنگام بستری در بیمارستان برخوردار بوده اند، ۲۶/۱ درصد از خدمات سلامت روانی سرپایی استفاده کردند و ۲۵/۷ درصد از خدمات سلامت روانی سرپایی یا هنگام بستری در بیمارستان برخوردار بودند [۲۸].

یک مطالعه مروری که در سال ۲۰۰۲ در *American Journal of Psychiatry* منتشر شد گزارش داد که تقریباً ۳۲ درصد از افرادی که بر اثر خودکشی جان خود را از دست دادند در سال قبل از مرگ با خدمات سلامت روانی در تماس بوده اند و این شامل همه رده های سنی می شود. آنان همچنین گزارش دادند که تماس با خدمات اولیه سلامت یک ماه قبل از خودکشی به طور میانگین تقریباً ۴۵ درصد (بین ۲۰ تا ۷۶ درصد) بوده است. میزان تماس با مراقبان سلامت یک سال قبل از خودکشی به طور متوسط تقریباً ۷۷ درصد (بین ۵۷ تا ۹۰ درصد) بوده است [۲۹].

مطالعات قدیمی تر نشان داده بودند که تا ۴۱ درصد از افرادی که در اثر خودکشی جان خود را از دست دادند در یک سال قبل از مرگ، با خدمات بستری در بیمارستان در تماس بوده اند [۳۰].

در کشورهایی که خدمات سلامت روانی به خوبی توسعه نیافته اند، نسبت افرادی که در بحران خودکشی با یک پزشک عمومی مشورت می کنند احتمالاً بیشتر است (سازمان بهداشت جهانی).

۱۷.۳ درک عوامل خطر دموگرافیک و اجتماعی خودکشی

خطر خودکشی به صورت قابل توجهی در مردان بالاتر است (OR = 1.76, 95% CI 1.08–2.86).

این خطر با افزایش سن افزایش پیدا می کند. میزان خودکشی بعد از بلوغ و در بزرگسالان بالای ۶۵ سال سن افزایش می یابد.

وضعیت تأهل: مطلقه، مجرد و بیوه

اینگونه به نظر می رسد که خودکشی در برخی گروه‌های قومی و فرهنگی خاص بسیار بیشتر اتفاق می افتد.

جمعیت‌های بومی در چندین کشور در مقایسه با بقیه جمعیت از میزان بالاتر خودکشی برخوردار هستند؛ به عنوان مثال مردم بومی آمریکا در ایالات متحده آمریکا، دورگه ها و اینویت‌ها در کانادا، بومیان استرالیا و قبایل مائوری در نیوزیلند همگی از میزان بالاتری در این زمینه برخوردار هستند [۳۱].

برخی محققان معتقدند که افرادی که گرایش جنسی و رفتار جنسی به غیر از دگر جنس گرایی دارند، اغلب به دلیل قربانی شدن و تبعیض آشکار یا پنهان با استرس قابل توجهی در دوران زندگی‌شان مواجه هستند و از این رو در زمینه افسردگی، خودکشی، اضطراب، اختلال استرس پس از ضربه روحی و مصرف مواد مخدر و الکل از میزان بالاتری برخوردار هستند [۳۲].

برخی محققان اعتقاد داشتند که میزان خودکشی هنگام عدم حضور مراقب بیمار یا هنگامی که بیماران پاسخگوی درمان نیستند، بیشتر است.

تغییرات مداوم محل سکونت نیز به عنوان عامل خطر خودکشی در بزرگسالان تشخیص داده شده است.

۱۸.۳ سابقه خانوادگی خودکشی یا بیماری روانی

خطر خودکشی در صورت وجود سابقه خانوادگی اختلال روانی (OR = 1.41, 95% CI 1.0-1.97) و خودکشی (OR = 1.83, 95% CI 0.96-3.47) افزایش نشان می‌داد [۲]. سابقه خانوادگی خودکشی، جدای از سابقه روانی، خطر خودکشی را به ویژه در دختران و زنان حداقل دو برابر افزایش می‌دهد [۳۳].

۱۹.۳ ضربه روحی در کودکی

سوءاستفاده جسمی، به ویژه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی رابطه ای قوی با خودکشی دارد. تأثیرات درمان ناقص و ارتباط آن با خودکشی با تجربه سوء استفاده (بین نسلی) ترکیب می‌شود.

انتقال خانوادگی رفتار خودکشی هنگامی که فردی که اقدام به خودکشی می‌کند مورد استفاده سوء استفاده جنسی در کودکی قرار گرفته باشد از احتمال بسیار بالایی برخوردار است. بنابراین، سوء استفاده نه تنها یک عامل خطر برای بروز رفتار خودکشی در افراد مورد سوء استفاده قرار گرفته تلقی می‌گردد بلکه برای کودکان آنها نیز یک عامل خطر محسوب می‌شود [۳۴].

۱۹.۳.۱ عوامل حفاظتی

ارزیابی خطر خودکشی علاوه بر عوامل خطر خودکشی، باید عوامل حفاظتی را که ممکن است به کاهش خطر خودکشی بیانجامد را تشخیص دهد. با وجود اینکه بیمارانی که عوامل حفاظتی را از خود نشان می‌دهند اقدام به خودکشی یا خودکشی کامل می‌کنند، چند عامل حفاظتی به صورت کلی منجر به استقامت بیمار در مواجه شدن با استرس و تشویش می‌گردد.

عوامل حافظتی ممکن است در هر یک از حیطه های فردی، کاری، اجتماعی و خانوادگی مد نظر قرار داده شوند. عوامل مهم شامل موارد زیر می گردند:

درونی: توانایی برای مقابله با استرس، عقاید مذهبی و تحمل ناامیدی
 خارجی: مسئولیت بچه ها به جز در میان زنانی که با اختلال روانی بعد از زایمان رو به رو می شوند، یا افرادی که عاشق حیوانات خانگی هستند، روابط درمانی مثبت و روابط حمایتی [۲۳].

هرچند که عوامل مذکور ممکن است فقط میزان مشخصی از حفاظت را فراهم آورند، اما تشخیص قدرت حفاظتی ضعیف و محدودیت های اعتماد به وجود یا عدم وجود این عوامل توسط کادر درمان، از اهمیت بسزایی برخوردار است [۳۵].

۳. ۲۰ گام سوم: بیان خطر: قضاوت در مورد این خطر که بیمار ممکن است

در کوتاه مدت یا دراز مدت اقدام به خودکشی کرده یا خودکشی نماید

- همه اطلاعات در رابطه با عوامل خطر و حفاظتی را ترکیب و اولویت بندی کنید.
- ارزیابی کنید که آیا بیمار با کاهش یا افزایش خطر خودکشی مواجه است.
- خطر خودکشی حاد و قریب الوقوع را ارزیابی کنید.
- خطر خودکشی مزمن و دائمی را ارزیابی کنید.
- وخامت حاد یک بیمار دارای خطر مزمن را ارزیابی کنید.

در رابطه با خطر حاد به تعیین سطح خطر بپردازید:

• سطح خطر حاد کم

هنگامی که هیچ عامل خطر خاصی که مستلزم مداخله باشد وجود ندارد، نگرانی کمی در مورد خودکشی وجود دارد. قصد، نقشه و اقدامات مقدماتی وجود ندارد و شخص توانایی و تمایل به استفاده از یک نقشه ایمن در هنگام افزایش افکار خودکشی یا تغییر در قصد دارد. خانواده و فرد درمانگر از توانایی و تمایل بیمار برای حفظ امنیت خودش اطمینان دارند. در مواردی که سابقه رفتارها و ژست‌های خودکشی وجود دارد، خطر پایین نشانگر عدم وجود عوامل خطر جدید و قابل درمان می باشد و بیمار در پایین‌ترین سطح خطر قرار دارد. بیمار ممکن است نیازمند نظارت پس از درمان باشد اگر:

- تغییراتی در وضعیت روانی یا موقعیت زندگی رخ دهد که ممکن است منطقیاً خطر خودکشی را تغییر دهند.
- تغییراتی در مسیرها یا تداوم مراقبت رخ دهد (به عنوان مثال جابجایی از بیمارستان به یک کلینیک درمانی)

• سطح خطر حاد متوسط

- زمانی است که عوامل خطر شناخته شده ای وجود دارد که بر خطر خودکشی تاثیر می‌گذارد و نیاز به یک نقشه خودکشی وجود داشته باشد. خطر خودکشی وجود دارد اما قریب‌الوقوع نیست. بیمار هیچ قصدی ندارد و به عقیده درمانگر یا مراقب سلامت، خطر خودکشی می‌تواند از طریق حمایت و مراقبت درمانی مداوم مدیریت شود. اقدام معمولاً وجود ندارد و فرد درمانگر بر این عقیده است که بیمار می‌تواند به صورت مستقل ایمن باقی بماند و طرح امنیتی را دنبال کند.

در این شرایط بیمار نیاز به نظارت مداوم از لحاظ خطر خودکشی دارد و موارد زیر می‌توانند در این هنگام اجرا شوند:

- خطر خودکشی به صورت رسمی ارزیابی شود و نتایج ارزیابی به صورت متناسب ثبت شوند.
- یک برنامه مدیریت و نظارت خطر خودکشی تدوین، ثبت و گزارش و اجرا شود و همانطور که از لحاظ درمانی به آن اشاره شد مورد تجدید نظر قرار بگیرد.
- تغییر در وضعیت خطر خودکشی ثبت و به صورت متناسب اعلام شود.
- سطح خطر خودکشی ثبت و به صورت متناسب اعلام گردد.

• سطح خطر حاد بالا

در این هنگام از نقطه نظر درمانگر، خطر خودکشی بالا (قریب الوقوع) است. چندین عامل خطر وجود دارند که نشانگر میزان بالای خطر می‌باشند و بیمار قصد دارد که از طریق خودکشی جان خود را بگیرد و قادر به ایمن ماندن بدون حمایت یا کمک خارجی نیست. سطح بالای مداخله یا نظارت، نظیر بستری شدن، در اینجا مورد نیاز است. اغلب این بدین معنی است که یک حس شخصی اضطراب وجود که عوامل خطر باید با بالاترین با سرعت ترین حد ممکن مورد بررسی قرار بگیرند. در این هنگام، بیمار نیازمند نظارت بیشتر در زمینه خطر خودکشی است و موارد زیر باید مورد توجه قرار بگیرند:

- سطح بالای خطر ثبت و به همه مراقبین مربوطه اعلام گردد و به صورت بالینی در حلقه مراقبت بیمار مشخص شود.

- ارزیابی خطر خودکشی، مداخله و پروتکل نظارت باید در برنامه مراقبت فردی بیمار و دیگر جاهائی که توسط تیم مراقبت بالینی مناسب تشخیص داده می‌شود، ثبت شود. این ممکن است مستلزم به کارگیری قالب‌های کنترلی مداوم، نزدیک یا دیگر قالب‌های تعیین شده بالینی باشد.
- درمانگر مسئول باید بر اساس بهترین قضاوت بالینی خود سطح و مکان مناسب مراقبت را تعیین کند.
- ارزیابی خطر خودکشی و طرح نظارت باید به صورت متناسب توسط درمانگر مسئول به همه مراقبان مربوطه و چنین اعضای درحلقه مراقبت بیمار اعلام شود. بررسی رسمی و مداوم وضعیت خطر خودکشی بیمار باید همانطور که توسط تیم مراقبت درمانی تشخیص داده می‌شود، انجام شود.

در صورت وجود خطر مزمن سطح خطر را تعیین کنید:

• سطح خطر مزمن کم

به عنوان مثال، بیماران دارای اختلالات شخصیتی با توانایی مدیریت عوامل استرس زا بدون پناه بردن به خطر یا فکر خودکشی

• سطح خطر مزمن متوسط

افراد دارای بیماری‌های روانی عمده یا اختلالات شخصیتی، سوءمصرف یا وابستگی به مواد و درد یا بیماری‌های جسمی مزمن. هر چند که در این افراد تعادل نسبی یا عوامل حفاظتی،

مهارت‌های سازشی، دلایل زندگی و ثبات روانی، بیانگر توانایی مضاعف برای تحمل بحران‌های آینده بدون پناه بردن به خشونت و رفتارهای خودکشی است.

• سطح خطر مزمن بالا

بیماران دارای بیماری‌های روانی عمده و اختلال شخصیتی، سابقه اقدام به خودکشی، سابقه وابستگی و سوء مصرف مواد مخدر، درد مزمن، فکر خودکشی مزمن، بیماری جسمی مزمن و مهارت‌های سازشی محدود که معمولاً اقدام به خودزنی می‌کنند، اما هنگام مواجه شدن با موقعیت استرس‌های جدید نظیر از دست دادن همسر یا یک شغل، در خطر مزمن قرار گرفتن در وضعیت حاد خودکشی قرار دارند.

این ترکیب اطلاعات به دست آمده از بیمار و تعیین عوامل خطر اضافی برای اجرای ارزیابی خطر خودکشی مورد استفاده قرار می‌گیرند. به عنوان مثال، یک بیمار ممکن است بگوید که دائم در فکر خودکشی است اما نقشه‌ای برای آن ندارد و اینکه می‌تواند افکار مربوط به خودکشی را از ذهنش دور کند و رفتار خود را کنترل کند. هر چند که همان بیمار سال گذشته دو بار اقدام به خودکشی کرده است و از افسردگی رنج می‌برد، احساس ناامیدی می‌کند و اخیراً کار خود را نیز از دست داده است. درمانگر می‌تواند برای تشخیص خطر خودکشی، ترکیب اطلاعات مصاحبه و عوامل خطر اضافی را مورد استفاده قرار دهد.

برخی محققان عنوان می‌کنند که بیان بالینی خطر بر اساس یک فهم شناختی از اطلاعات به دست آمده در مورد خطر، فکر و عوامل حفاظتی و یک فرآیند شهودی است که عواملی نظیر شناخت درمانگر از بیمار و ساختار شخصیت بیمار را مد نظر قرار می‌دهد [۳۷].

منابع

- [1] Olfson M, Marcus SC, Bridge JA. Emergency department recognition of mental disorders and short-term outcome of deliberate self-harm. *Am J Psychiatry*. 2013;170:1142–50.
- [2] Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*. 2015;351:h4978
- [3] Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33:395–405
- [4] Pinals DA, Anacker L. Mental illness and firearms: legal context and clinical approaches. *Psychiatr Clin North Am*. 2016;39(4):611–21.
- [5] Betz ME, Wintersteen M, Boudreaux ED, et al. Suicide risk: challenges and opportunities in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2016;68(6):758–65.
- [6] Kene P, Yee ET, Gimmestad KD. Suicide assessment and treatment: gaps between theory, research, and practice. *Death Stud*. 2018:1–9.
- [7] Bryan CJ, Corso KA, et al. Therapeutic alliance and change in suicidal ideation during treatment in integrated primary care settings. *Arch Suicide Res*. 2012;16(4):316–23.
- [8] Jobes DA. The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide Life Threat Behav*. 2012;42(6):640–53.
- [9] Jacobs D, Baldessarini R et al. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. 2010.
- [10] Pinals DA, Anacker L. Mental illness and firearms: legal context and clinical approaches. *Psychiatr Clin North Am*. 2016;39(4):611–21.

- [11] Mattisson C, Bogren M, Horstmann V, Munk-Jorgensen P, Nettelbladt P. The long-term course of depressive disorders in the Lundby Study. *Psychol Med.* 2007;37:883–91.
- [12] Hawton K, Casaas I, et al. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2013;147(1–3):17–28.
- [13] Undurraga J, Baldessarini RJ, Valenti M, Pacchiarotti I, Vieta E. Suicidal risk factors in bipolar I and II disorder patients. *J Clin Psychiatry.* 2012;73:778–82.
- [14] Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression.* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2007.
- [15] Roy A, Pompili M. Management of schizophrenia with suicide risk. *Psychiatr Clin North Am.* 2009;32(4):863–83.
- [16] Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Lester D, et al. 2011. Suicide risk in first episode psychosis: a selective review of the current literature. *Schizophr Res.* 2011;129(1):1–11.
- [17] Hawton K, Sutton L, Haw C, et al. Schizophrenia and suicide: a systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry.* 2005;187:9–20.
- [18] Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry.* 1990;47(4):383–92.
- [19] Oquendo MA, Currier D, Liu SM, Hasin DS, Grant BF, Blanco C. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry.* 2010;71(7):902–9.
- [20] Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004;28:6S–17S.

- [21] Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Public Health (Oxf)*. 2016;38(3):e282–91.
- [22] Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575–86.
- [23] Hawton K, van Heeringen K. Suicide *Lancet*. 2009;373(9672):1372–81.
- [24] Brødvik L, Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P. Long-term suicide risk of depression in the Lundby cohort 1947–1997—severity and gender. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;117:185–91.
- [25] Walsh G, Sara G, Ryan CJ, Large M. Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131(3):174–84. <https://doi.org/10.1111/acps.12383>.
- [26] Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(7):694–702. Review. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>.
- [27] Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(4):427–32.
- [28] Walby FA, Myhre M, Kildahl AT. Contact with mental health services prior to suicide: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Serv*. 2018:appips201700475.

- [29] Luoma JB, Martin CE, Pearson J. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159:909–16.
- [30] Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts: a systematic review. *Br J Psychiatry*. 1998;173:462–74.
- [31] Fortune SA, Hawton K. Culture and mental disorders: suicidal behaviour. In: Bhugra D, Bhui K, editors. *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. p. 255–71.
- [32] Rodgers SM. Transitional age lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth: issues of diversity, integrated identities, and mental health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017;26(2):297–309.
- [33] Rodgers SM. Transitional age lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth: issues of diversity, integrated identities, and mental health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017;26(2):297–309.
- [34] Bridge JA, et al. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:372–94.
- [35] Large M, Smith G, Sharma S, Nielssen O, Singh SP. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124:18–29.
- [36] National Collaborating Centre for Mental Health. *Self-harm: The NICE guideline on longer-term management*. London: National Collaborating Centre for Mental Health; 2011.
- [37] Berman AL, Silverman MM. Suicide risk assessment and risk formulation part II: suicide risk formulation and the determination of levels of risk. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44(4):432–43.
- [38] Wortzel H, et al. Therapeutic risk management of the suicidal patient: stratifying risk in terms of severity and temporality. *J Psychiatr Pract*. 2014;20(1):63–7.

فصل چهارم

ابزار ارزیابی خطر خودکشی

۱.۴ چالش‌های سنجش ابزار ارزیابی خطر خودکشی

- توانایی پیش‌بینی خودکشی بر اساس امتیاز (یا امتیازات) ابزار ارزیابی خطر پایین است.
- ارزیابی روایی پیش‌بین به دلیل اینکه خودکشی رویدادی نسبتاً نادر است، دشوار است.
- پژوهش در زمینه روایی پیش‌بین ابزار ارزیابی خطر خودکشی به اجبار متکی بر شاخص‌های خروجی نیابتی نظیر افزایش در عوامل خطر یا علائم هشدار خودکشی می‌باشد.
- هیچ مدرکی دال بر حمایت از استفاده از خلاصه امتیازات به عنوان تنها مرجع تصمیم‌گیری برای خطر حاد وجود ندارد.

۲.۴ دلایل به کارگیری ابزار ارزیابی خطر خودکشی

- جمع‌آوری اطلاعات اضافه که می‌تواند میزان خطر خودکشی را مشخص سازد.
- تأیید یافته‌های حاصل از مصاحبه‌های بالینی
- تشخیص تناقض در خطر (در صورت وجود). به عنوان مثال، در برخی موارد ممکن است بیمار علائم خطر را در یک مصاحبه بالینی بروز ندهد اما در ابزار خودگزارشی این علائم را گزارش دهد.
- استاندارد سازی ارزیابی و بهبود کیفیت کلی فرآیند ارزیابی خطر خودکشی.

۳.۴ ابزار ارزیابی خطر و غربالگری خودکشی

موارد زیر برخی از ابزار ارزیابی و غربالگری خودکشی هستند. از آنجایی که این فهرست کامل نیست، درمانگران باید به منظور دریافت فهرست کاملی از ابزارهای مختلف به مرورمتون مربوطه بپردازند.

۴.۴ ابزار غربالگری

سؤالات غربالگری خودکشی (ASQ) مؤسسه ملی بهداشت روان^۱: این ابزار غربالگری خودکشی ۴ سؤالی به منظور استفاده برای افراد در سنین ۱۰ تا ۲۴ سال در بخش‌های اورژانس، بستری و مراقبت اولیه طراحی شده است. بعد از اینکه بیماران در ASQ در معرض خطر خودکشی تشخیص داده می‌شوند، بایستی از ارزیابی کوتاه ایمنی خودکشی

^۱ Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) National Institute of Mental Health

استفاده گردد که در دسترس می باشد. -<https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/ask-suicide-screening-questionsasq.shtml>

سنجش سلامت رفتاری-^۱ (BHM-10): BHM-10 یک ابزار ۱۰ سؤالی است که افسردگی، اضطراب و عملکرد بیمار در تمام عمر را مورد ارزیابی قرار می دهد. این ابزار می تواند به صورت الکترونیکی نیز مورد استفاده قرار بگیرد. هر چند که به این شیوه، مستلزم پرداخت هزینه برای مجوز می باشد.

<https://www.pointnclick.com/sites/default/files/files/CelestHealth%20Behavioral%20Health%20Measure-10%2001-29-2010.pdf>

غربالگری سلامت رفتاری (BHS)^۲: BHS ابزار غربالگری است که توسط نرم افزار تحت وب BH-Works ارائه می شود. BHS عوامل خطر روانی و سلامت روان را در ۱۶ حیطه مورد ارزیابی قرار می دهد. چندین نسخه از این ابزار در دسترس می باشد: کودک (۶ تا ۱۱ ساله)، مراقبت اولیه بزرگسالان (۱۲ تا ۲۴ ساله)، مراقبت اولیه (۲۴ سال به بالا) و بخش اورژانس (۱۲ سال به بالا). این ابزار نیز نیازمند پرداخت هزینه برای مجوز است. -<https://bh-works.com>

پرسشنامه کوتاه علائم ۱۸ (BSI 18)^۳: این ابزار ۱۸ سؤالی که به منظور سنجش پریشانی روانی و اختلالات روانی در افراد بالای ۱۸ سال طراحی شده است، شامل ۱ سؤال مختص به خودکشی می شود. BSI 18 می تواند به صورت دستی با کاغذ و قلم، از طریق کامپیوتر یا به صورت آنلاین اجرا شود و تقریباً چهار دقیقه وقت برای تکمیل آن مورد نیاز

¹ Behavioral Health Measure-10® (BHM-10®)

² Behavioral Health Screen (BHS)

³ Brief Symptom Inventory 18® (BSI 18®)

است. دستورالعمل‌ها و آموزش‌های آن موجود هستند. برای این ابزار نیز باید هزینه مجوز پرداخت شود.

<http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000638/brief-symptom-inventory-18-bsi18.html>

مقیاس سنجش شدت خودکشی-کلمبیا (C-SSRS)^۱: C-SSRS حاوی سؤالاتی است که به تشخیص خطر خودکشی کمک می‌کند. این ابزار به ۱۱۴ زبان رایج دنیا در دسترس می‌باشد. نسخه‌های کوتاهی از C-SSRS اغلب به عنوان ابزار غربالگری مورد استفاده قرار می‌گیرند که بر اساس پاسخ بیمار می‌توانند به اجرای نسخه‌های بلندتر-C

SSRS بیانجامند تا بیماران را رده بندی کنند. <http://www.cssrs.columbia.edu>

پرسشنامه نتیجه ۴۵/۲^۲ (OQ-45.2®): OQ-45.2 به متخصصان سلامت روان کمک می‌کند تا علائم پریشانی (افسردگی و اضطراب)، روابط بین فردی (تنهایی، درگیری با دیگران و مشکلات خانوادگی و ازدواج) و نقش اجتماعی (مشکلاتی در محل کار، مدرسه یا خانه) را مورد ارزیابی قرار دهند. این ابزار شامل سؤالات مستقیم در مورد خودکشی می‌شود و برای بزرگسالان طراحی شده است و نیازمند پرداخت هزینه برای مجوز است.

<http://www.oqmeasures.com>

۵.۴ پرسشنامه سلامت بیمار-۹ (PHQ-9)^۳

مقیاس افسردگی PHQ-9 یک ابزار ۹ سؤالی است که به صورت گسترده برای تشخیص و نظارت بر شدت افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. سؤال نهم وجود و مدت زمان فکر

¹ Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

² Outcome Questionnaire-45.2® (OQ-45.2®)

³ Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

خودکشی را می‌سنجد. این ابزار غربالگری و دستورالعمل آن به صورت رایگان در دسترس می‌باشد. <http://www.phqscreeners.com>

پرسشنامه رفتار خودکشی-اصلاح شده^۱ (SBQ-R): SBQ-R یک پرسشنامه خود گزارشی ۴ سؤالی است که در مورد پیش بینی افکار و رفتار خودکشی در آینده و همچنین موارد کنونی و گذشته می‌پردازد و شامل یک سؤال در مورد فکر خودکشی در طول عمر و نقشه برای دست زدن به خودکشی و اقدامات واقعی می‌گردد.

<https://www.integration.samhsa.gov/images/res/SBQ.pdf>

۶.۴ رده بندی و سنجش پنج مرحله ای ارزیابی خطر خودکشی (SAFE-T)^۲

رده بندی و سنجش پنج مرحله ای ارزیابی خطر خودکشی با همکاری مرکز پیشگیری از خودکشی و غربالگری سلامت روان ایجاد شد.

۱.۶.۴ ابزار ارزیابی

مقیاس سنجش شدت خودکشی-کلمبیا (C-SSRS): C-SSRS معمولاً به عنوان یک ابزار ارزیابی خودکشی ثانویه بعد از استفاده از ابزار غربالگری موجود، مورد استفاده قرار می‌گیرد. ۳ نسخه C-SSRS در تمرین بالینی برای ارزیابی ایمنی بیمار و بهبود مدیریت و نظارت یا وخامت خطر خودکشی به کار گرفته می‌شوند:

^۱ Suicide Behavior Questionnaire-Revised (SBQ-R)

^۲ Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage (SAFE-T)

- نسخه طول عمری / اخیر به جمع آوری سابقه خودکشی در طول زندگی و همچنین رفتار یا فکر اخیر مربوط به خودکشی را می پردازد. این نسخه برای استفاده به عنوان بخشی از اولین مصاحبه شخص مناسب است.
- نسخه ارزیابی آخرین ملاقات رفتار مربوط به خودکشی را از آخرین ملاقات بیمار یا آخرین زمان اجرای C-SSRS زیر نظر قرار می دهد.
- نسخه ارزیابی خطر که به دلیل نشان دادن خطر قریب‌الوقوع خودکشی در بیمار، در شرایط مراقبتی حاد به کار می رود. فکر و رفتار مربوط به خودکشی طی هفته گذشته و در طول عمر از طریق یک فهرست از عوامل خطر و محافظتی خودکشی مورد ارزیابی قرار می گیرد. <http://www.cssrs.columbia.edu>

دلایل زندگی (RFL):^۱ [۱] RFL یک پرسشنامه خود گزارشی است که انتظارات بیمار در مورد عواقب زندگی در برابر کشتن خود را می‌سنجد و اهمیت دلایل مختلف برای زندگی را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه ممکن است برای جستجوی تفاوت‌ها در دلایل برای زندگی در میان افرادی که درگیر رفتار خودکشی هستند و افراد سالم به کار رود (به عنوان مثال، "من معتقدم که می‌توانم با هر چیز که در زندگی پیش بیاید سازگاری پیدا کنم").

این مقیاس دارای ۶ خرده مقیاس است: عقاید سازش و بقا، مسئولیت خانواده، نگرانی‌های مربوط به فرزند، ترس از خودکشی، ترس از طرد اجتماعی و اعتراضات اخلاقی.

<http://depts.washington.edu/uwbtrc/resources/assessment-instruments>
<http://depts.washington.edu/uwbtrc/wp-content/uploads/LSSN-LRAMPv1.0.pdf>

¹ Reasons for Living (RFL)

مقیاس ناامیدی بک : (BHS)^۱ [۲] در مورد آینده شخص یا ناتوانی درک شده فرد برای مواجه شدن با وقایع منفی زندگی، طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۰ عبارت صحیح و غلط بوده و به سنجش سه جنبه ناامیدی یعنی احساسات منفی در مورد آینده، از دست دادن انگیزه و انتظارات بدبینانه می‌پردازد.

هریک از این عبارات به صورت صفر یا یک امتیاز دهی می‌شوند. نمره برش برای BHS بالای ۹ است [۳].

BHS برای استفاده در تشخیص افرادی که در معرض خطر خود آسیمی غیر انتحاری تکراری قرار دارند یا در مواقع اورژانسی کارایی ندارد [۴].

مقیاس افکار خودکشی بک^۲ (BSS) [۵] : BSS شدت لحظه ای و آنی نظرات، رفتارها و نقشه‌های مرتبط به رفتار خودکشی را که با پایان دادن به زندگی در میان بیماران روان پریش وجود دارد، می‌سنجد.

این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال می‌شود که در یک مقیاس سه امتیازی از شدت خودکشی نمره‌دهی می‌شوند (مثلاً ۰ تا ۲)

در یک مطالعه آینده نگر ۲۰ ساله، بیمارانی که در معرض خطر بالا در نظر گرفته شدند در مقایسه با بیمارانی که با خطر کمی مواجه بودند، با احتمال ۷ برابری مرگ در اثر خودکشی روبرو بودند [۶]. روایی پیش‌بین BSS برای خودکشی حاد در متون ادبیات مربوطه یافت نشد. این یکی از رایج‌ترین مقیاس‌های مورد استفاده در زمینه افکار خودکشی است و به صورت گسترده مورد بررسی قرار گرفته است و قادر به تمایز قائل شدن بین بزرگسالان و نوجوانان با و بدون سابقه اقدام به خودکشی می‌باشد [۷].

¹ The Beck Hopelessness Scale (BHS)

² The Beck Scale for Suicide Ideation (BSS)

یک الگوی ۲ عاملی انگیزه (مثلاً آرزوها، استدلالات و خواسته‌ها) و آمادگی (مثلاً نقشه کشی و اجرا) در میان یک گروه از زنانی که اقدام به خودکشی کرده بودند، اجرا شد.

مقیاس افکار خودکشی در سالمندان (GSSIS)^۱ [۸]: مقیاسی چند بعدی

از فکر خودکشی است که برای استفاده در میان سالمندان به وجود آمد. این پرسشنامه شامل ۳۱ سؤال است که امتیازاتش در دامنه‌ای بین ۳۱ تا ۱۶۵ قرار دارد. GSSIS دارای چهار عامل است:

- فکر خودکشی (مثلاً "من می‌خواهم به زندگی‌ام خاتمه دهم")
- معنای درک شده در زندگی (مثلاً "زندگی بسیار برای من ارزشمند است" به صورت معکوس معنا شده است).
- فقدان ارزش اجتماعی و شخصی (مثلاً "من کلاً احساس می‌کنم که بی ارزش هستم")
- فکر مرگ (مثلاً "من اغلب آرزو می‌کنم که در خواب بمیرم") و یک مورد اضافه (مثلاً "من در گذشته سعی کردم که به زندگی خودم پایان دهم.")

شدت خودزنی interRAI^۲ (مقیاس SOS)^۳: مقیاس SOS خطر خودزنی بر اساس

سوابق و نقشه و رفتارهای اخیر و همچنین نشانه‌های افسردگی، ناامیدی، علائم مثبت، عملکرد شناختی و نگرانی‌های خانوادگی در مورد ایمنی شخص را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقیاس SOS از یک الگوریتم امتیاز دهی سلسله مراتبی برای امتیاز دادن در دامنه‌ای بین صفر (بدون خطر) تا ۶ (خطر زیاد یا قریب‌الوقوع) استفاده می‌کند. در آنتاریو و دیگر مناطق

¹ The Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS)

² International Resident Assessment Instrument

³ The interRAI Severity of Self-harm (SOS Scale)

(مانند فنلاند و ایسلند)، *interRAI* برای ارزیابی افراد بستری در بخش سلامت روان استفاده می‌شود.

مقیاس اصلاح شده برای افکار خودکشی (SSI-M)^۱ [۷]: SSI-M نسخه اصلاح شده سنجش افکار خودکشی بک است [۷]. مزیت آن در توانایی آن در تشخیص مؤثر افکار خودکشی و اقدام برای خودکشی می‌باشد.

ارزیابی کلی پرستاران از خطر خودکشی^۲ (NGASR): یک ابزار ارزیابی پرستاری است که به منظور تشخیص عوامل استرس‌زای روانی که به شدت با خودکشی در ارتباط هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد.

SAD PERSONS ۷.۴

مقیاس SAD PERSONS یک یادآور ساده برای ارزیابی عوامل عمده خطر مرتبط با خودکشی است.

شکل

هر یک از حروف SAD PERSONS نشانگر حرف آغازین یکی از عوامل خطر روانی، رفتاری و دموگرافیک است. تأیید مثبت هر حرف بین حداقل یک تا حداکثر ۱۰ امتیاز دارد. نمره برش بیش از ۵ بیانگر سطحی از خطر است که بیمار در معرض خطر نیاز مبرم به بستری شدن (داوطلبانه یا اجباری) دارد. اما شواهد اندکی مبنی بر تأیید روایی این نمره برش وجود دارد. این موارد شامل موارد زیر می‌گردند:

^۱ The Modified Scale for Suicide Ideation (SSI-M)

^۲ The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)

- S=Sex جنسیت (مذکر) ۱ امتیاز
- A = Age (25–34); (35–44); (65+) سن ۱ امتیاز
- D = Depression افسردگی ۱ امتیاز
- P = Previous attempt اقدامات گذشته ۱ امتیاز
- E = Ethanol abuse مصرف اتانول ۱ امتیاز
- R = Rational thinking loss (psychosis) فقدان تفکر منطقی (روان پریشی) ۱ امتیاز
- S = Social support lacking فقدان حمایت اجتماعی ۱ امتیاز
- O = Organized suicide plan نقشه خودکشی سازماندهی شده ۱ امتیاز
- N = No spouse (for males) نداشتن همسر (برای مردان) ۱ امتیاز
- S = Sickness (chronic/severe) بیماری (حاد/ مزمن) ۱ امتیاز

هر مورد به صورت بله یا خیر تا نهایت نمره کل (۱۰ نمره) امتیاز دهی می شود. پترسون و همکاران (۱۹۸۳) توصیه می کنند که برای نمرات ۳ تا ۴، درمانگران باید دقیقاً وضعیت را تحت نظر قرار بدهند. برای نمرات ۵ و ۶، درمانگران باید اصرار بر بستری داشته باشند و برای نمرات ۷ تا ۱۰، برای بررسی و ارزیابی بیشتر باید بستری شوند. این مقیاس دارای یک میزان مثبت کاذب ۸۷٪ است.

نسخه اصلاح شده SAD PERSONS، SAD PERSONAS به منظور افزودن یک

سیستم سنجش و اصلاح چندین مورد به وجود آمد:

- S = Sex (male) جنسیت (مذکر) ۱ امتیاز

- A = Age (<19 or >45 years) سن ۱ امتیاز
 - D = Depression or hopelessness افسردگی و ناامیدی ۲ امتیاز
 - P = Previous suicide attempts or psychiatric care سابقه اقدام خودکشی یا مراقبت روانی ۱ امتیاز
 - E = Excessive alcohol or drug use سوء مصرف مواد یا الکل ۱ امتیاز
 - R = Rational thinking loss فقدان تفکر منطقی ۲ امتیاز
 - S = Separated, divorced or widowed جدایی، طلاق یا از دست دادن همسر در اثر مرگ ۱ امتیاز
 - O = Organized or serious attempt اقدام جدی یا سازماندهی شده ۲ امتیاز
 - N = No social supports فقدان حمایت اجتماعی ۱ امتیاز
 - A = Availability of lethal means در دسترس بودن ابزار مرگ ۲ امتیاز
 - S = Stated future intent بیان قصد در آینده ۲ امتیاز
- این مورد هنوز فاقد روایی پیش بین برای تصمیم‌گیری بالینی می باشد.

مقیاس تأثیر مدیریت خودکشی: ارزیابی و برنامه‌ریزی مراقبت (SIS-MAP):^۱ این مقیاس که متشکل از ۱۰۸ سؤال می‌باشد برای کمک به پیش بینی خطر خودکشی و همچنین به وجود آوردن یک طرح مدیریت طراحی شده است.

موارد ذکر شده در SIS-MAP علاوه بر سنجش عواملی که منجر به خودکشی از نواحی مختلفی می‌شوند، به سنجش عوامل خطر و استقامت (حفاظتی) نیز می‌پردازند. سطح کنونی خطر خودکشی از ۸ ناحیه سنجیده می‌شود: ۱. دموگرافیک، ۲. روانشناسی، ۳. اختلالات

¹ The Scale for Impact of Suicidality Management: Assessment and Planning of Care (SIS-MAP)

همراه، ۴. سابقه خانوادگی، ۵. عوامل زیستی، ۶. عوامل حفاظتی، ۷. سنجش یا نظارت بالینی، ۸. مشکلات روانی اجتماعی یا محیطی.

پرسشنامه رفتارهای خودکشی (SBQ)^۱: SBQ یک ارزیابی خود گزارشی برای افکار و رفتارهای خودکشی در بزرگسالان است.

این پرسشنامه فراوانی و شدت افکار خودکشی، تهدیدات خودکشی در گذشته و آینده، اقدامات خودکشی در گذشته و آینده و رفتار خود آسویی غیر کشنده را ارزیابی می‌کند. موارد مذکور در این پرسشنامه طبق چندین روز گذشته، ماه گذشته، چهار ماه گذشته، سال گذشته و تمام طول عمر سنجیده می‌شوند. رفتارها با استفاده از یک امتیاز خلاصه سنجیده شده برای هر فاصله زمانی نمره‌دهی می‌شوند.

این پرسشنامه می‌تواند با استفاده از یک نسخه ۱۴ سؤالی (SBQ-14) [۱۲] و یک نسخه ۴ سؤالی (SBQ-4) تکمیل گردد.

شکل خودگزارشی SBQ فرصتی را برای کسب اطلاعات از افرادی که ممکن است در بروز افکار خودکشی و سابقه رفتار مرتبط با خودکشی در طول مصاحبه مشکل داشته باشند، فراهم آورد [۱۳].

مقیاس قصد خودکشی (SIS)^۲ [۷]: SIS به صورت گسترده به عنوان یک ابزار پژوهشی به منظور ارزیابی احساسات فردی و محیطی مربوط به قصد مرگ از طریق خودکشی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

^۱ The Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ)

^۲ The Suicide Intent Scale (SIS)

این مقیاس شامل ۱۵ سؤال می شود که از ۰ تا ۲ و با مجموع امتیاز ۰ تا ۳۰ برای شدت امتیاز دهی می شود. امتیاز بالاتر نشانگر میزان جدی تر قصد است. SIS به معمولاً به صورت مصاحبه به کار گرفته می شود. اولین بخش از آن (سوالات ۱ تا ۸) شرایط عینی پیرامون اقدام به خودکشی، شامل مواردی برای آمادگی و شیوه اجرای اقدام، محیط و همچنین، سرنخ های قبلی که توسط بیمار داده شده اند و می توانند تسهیل گر یا مانع کشف اقدام شوند را می سنجد. بخش دوم SIS (موارد ۹ تا ۱۵) دربرگیرنده درک بیمار از میزان مرگ زایی روش، انتظارات در مورد احتمال نجات و مداخله، قصد قبلی و هدف احتمالی اقدام می باشد.

یک ساختار چهار عاملی درمیان بزرگسالانی که شامل مفهوم (مثلاً هدف و جدیت اقدام)، آمادگی (مثلاً میزان برنامه ریزی)، احتیاط در برابر کشف (مثلاً تنهایی) و ارتباط (مثلاً کمک گرفتن)، در میان بزرگسالان تشخیص داده شده است.

مقیاس احتمال خودکشی (SPS):^۱ به سنجش افکار خودکشی، ناامیدی، خود ارزیابی منفی و دشمنی می پردازد.

شکل

SPS شامل ۳۶ سؤال خودگزارشی می شود. سوالات در یک مقیاس ۴ نمره ای در دامنه ای بین یک (هیچ یا کمی از این مورد) تا ۴ (اغلب یا همه این مورد) پاسخ داده می شوند. مقیاس SPS تقریباً به ۱۰ تا ۲۰ دقیقه زمان برای تکمیل نیاز دارد و نیازمند سطح سوادی برابر با کلاس چهارم می باشد.

SPS بر مبتنی بر ۶ عامل زیر می باشد:

^۱ The Suicide Probability Scale (SPS)

- افکار خودکشی (۶ سؤال)
- ناامیدی (۱۲ سؤال)
- نگرش مثبت (۶ سؤال)
- صمیمیت بین فردی (۳ سؤال)
- دشمنی (۷ سؤال)
- تکانشگری و عصبانیت (۲ سؤال)

و قابل اجرا برای نوجوانان و بزرگسالان است.

ابزاری برای ارزیابی خطر خودکشی (TASR)^۱ [۷]: TASR به منظور ارزیابی خطر

خودکشی قریب‌الوقوع طراحی شد. این ابزاری موجز و کوتاه است که به نیت استفاده به عنوان بخشی از ارزیابی سلامت روان معمول، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار به منظور کمک به تصمیم‌گیری بالینی در رابطه با بار خطر برای خودکشی طراحی [۱۵] و این کار را از طریق اطمینان حاصل کردن از اینکه مرتبط‌ترین فرد، علائم و عوامل خطر حاد توسط درمانگر مورد توجه قرار گرفته اند، انجام می‌دهد.

عوامل خطر خودکشی استانداردسازی شده درمقیاس‌های پژوهشی و بالینی با وجود اینکه به صورت مستمر در مراقبت بالینی مورد استفاده قرار نمی‌گیرند، در فرآیند ارزیابی بالینی حائز اهمیت بالایی می‌باشند. هرچند که این مقیاس‌ها نمی‌توانند به دلایلی که قبلاً به آنها اشاره شد، به تنهایی یا به عنوان جایگزینی برای ارزیابی بالینی کامل، مورد استفاده قرار بگیرند.

^۱ The Tool for Assessment of Suicide Risk (TASR)

مقیاس افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)^۱ : BDI-II به منظور ارزیابی شدت افسردگی خودگزارشی طبق DSM-IV ساخته شد. این آزمون شامل ۲۱ سؤال می‌شود. هر سؤال در یک مقیاس لیکرت ۴ نمره ای با صفر نشانگر عدم وجود علامت و ۳ نشانگر حداکثر میزان علائم، امتیاز دهی می‌شود. امتیاز کل بین ۰ تا ۶۳ با تقسیم بندی‌های زیر می‌باشد: ۰ تا ۱۳ افسردگی کم، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی ملایم، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید.

BDI-II به صورت کلی تقریباً در ۵ دقیقه کامل می‌شود و می‌تواند توسط هر متخصص سلامت روان آموزش دیده‌ای امتیازدهی شود. این آزمون به منظور ارزیابی احساسات و رفتارهای دو هفته اخیر طراحی شده است و می‌تواند به منظور پیگیری شدت علائم افسردگی در طول درمان مورد استفاده قرار بگیرد. این ابزار برای استفاده در نوجوانان و بزرگسالان و بیماران سرپایی یا بستری در بیمارستان مورد استفاده قرار گرفته است و تبدیل به یکی از ابزارهای پر استفاده برای ارزیابی افسردگی شده است.

مقیاس ناامیدی بک (BHS)^۲ : BHS بر اساس رابطه شناخته شده بین بدبینی، ناامیدی و خودکشی طراحی شد. BHS یک آزمون خود گزارشی صحیح غلط ۲۰ سؤالی است که ۵ دقیقه برای تکمیل آن مورد نیاز است. امتیاز کل بین ۰ تا ۲۰ قرار می‌گیرد. این مقیاس سه جنبه اصلی ناامیدی را می‌سنجد: احساس در مورد آینده، فقدان انگیزه و انتظارات و برای استفاده برای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان طراحی شده است. نمره ۱۰ یا بالاتر به درستی ۹۱ درصد خودکشی‌ها را در یک بازه ۱۰ ساله پیگیری در بیماران بستری شده در بخش روانی که دارای افکار خودکشی بودند را، تشخیص داد. علاوه بر این، نمره ۹ یا بالاتر به

¹ The Beck Depression Inventory-Revised (BDI-II)

² The Beck Hopelessness Scale (BHS)

درستی بیماران سرپایی را تشخیص داد که سرانجام دست به خودکشی زدند. مطالعات بک در زمینه این مقیاس ویژه، بیانگر این هستند که ناامیدی نسبت به شدت افسردگی بیمار نشانه قوی‌تری برای قصد خودکشی است. نمرات به دست آمده از طریق BHS نسبت به نمرات BDI-II ارتباط قوی‌تری با رفتار خودکشی دارند، اما توصیه می‌شود که هر دوی این مقیاس‌ها به صورت ترکیبی هنگام ارزیابی خطر خودکشی مورد استفاده قرار بگیرند [۱۶].

آزمون شخصیت چند مرحله‌ای مینه سوتا (MMPI-2)^۱ : MMPI-2 یک آزمون صحیح غلط ۵۶۷ سؤالی است که متشکل از ده مقیاس بالینی اساسی و ۱۴ مقیاس محتوایی می‌باشد. تفسیر این آزمون بر اساس یک نوع کد است که متشکل از ۲ نمره بالا در مقیاس‌های بالینی است. تحقیقات نشان دادند که افرادی که درگیر مرگ و خودکشی بودند ممکن است یک نمایه با بالاترین امتیاز در مقیاس افسردگی (مقیاس ۲) و مقیاس خستگی روانی (مقیاس ۷) داشته باشند. با وجود اینکه نوع کد ۲ تا ۷ یا ۷ تا ۲ بیشترین ارتباط را با خودکشی دارد، چندین نوع کد دیگر هم وجود دارند که با خطر بالای خودکشی در ارتباط هستند. علاوه بر این MMPI-2 شامل مقیاس‌های اجزای محتوا نیز می‌گردد که آنها نیز با افکار خودکشی در ارتباط هستند. افکار خودکشی (DEP4) و افکار مرگ/خودکشی (SUI) خرده مقیاس‌هایی هستند که در تشخیص افرادی که در فکر خودکشی هستند بسیار مؤثر واقع شده‌اند. در آخر، بررسی مقیاس‌های روانی MMPI-2 در تشخیص و طبقه بندی افرادی که در معرض خطر بالای خودکشی قرار دارند بسیار کمک کننده بوده است، به ویژه افرادی با امتیاز بالا در مقیاس دروغ باید به کادر درمان هشدار دهند که تمایل یک فرد برای کاهش یا انکار هر نشانه‌ای شامل افکار خودکشی نشانگر نیاز به دقت و مراقبت بیشتر هنگام اجرای ارزیابی

¹ The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)

خطر است. MMPI-2 باید توسط یک روانشناس بالینی اجرا شود و عموماً ۹۰ دقیقه زمان برای اجرا و امتیاز دهی لازم است. نتایج، اطلاعات فردی مهمی را از دیدگاه‌های بیمار فراهم می‌آورند که اغلب در طول مصاحبه بالینی به دست نمی‌آیند [۱۷].

تست لکه های جوهر رورشاخ^۱: این تست زمانی رایج‌ترین روش برای ارزیابی خطر خودکشی بود و شامل ۱۰ کارت انگیزشی می‌باشد که به بیماران داده می‌شوند با هدف اینکه او آنچه را که لکه مورد نظر نشان می‌دهد بازگو کند. تفکر پشت استفاده از این کارت‌ها این است که بیماران از دنیای درون خود تصاویر مبهم دیده شده روی کارت‌ها را می‌سازند. تفسیر یک بیمار از تصاویر مبهم می‌تواند جرقه برای شیوه تفکر بیمار و تفسیر دنیای او فراهم آورد. نمونه‌هایی از پاسخ به کارت‌های داده شده ممکن است نشانگر فکر خودکشی باشند. نشانه‌های نظیر "مثل یک طناب به نظر می‌رسد که در چاه رفته است... بسیار سیاه و عمیق ... نفرت‌انگیز... که نمی‌توان از آنجا بیرون آمد." چنین عباراتی را می‌توان به عنوان خود انعکاسی‌های دردناک تفسیر کرد و ممکن است نشانگر شرم یا خجالت و ناامیدی یا ناتوانی در یافتن پاسخی برای شرایط موجود باشد که همگی می‌توانند ویژگی‌های بیمارانی باشند که در معرض خطر بالای خودکشی قرار دارند. منظومه خودکشی اکنون در میان معیارهای خاص رورشاخ گنجانده شده است و متشکل از ۱۲ متغیر است که ویژگی‌های خاص رایج در پروتکل‌های فردی (N= 101) رورشاخ را که طی ۶۰ روز بعد از آزمون دست به خودکشی زده اند رامشخص می‌سازد. هنگامی که بیماران شش مورد از متغیرهای منظومه خودکشی یا بیشتر را انتخاب می‌کنند، درمانگر باید پروتکل را مجدداً امتیازدهی کند زیرا ممکن است احتمال وجود خود تخریبی وجود داشته باشد و امتیازات ۷ به بالا برای پیش بینی اقدامات خودکشی نزدیک

¹ The Rorschach Inkblot Test

به مرگ مورد استفاده قرار می‌گیرند. این آزمون می‌تواند فقط توسط یک روانشناس بالینی اجرا شود و یک ساعت یا بیشتر برای اجرای آن زمان لازم است و فقط برای استفاده در افراد ۱۵ سال به بالا توصیه می‌شود. رورشاخ از این رو مفید قلمداد می‌گردد که نسبتاً یک آزمون غیر تهدید کننده به شمار می‌آید بدون هیچ پاسخ مثبت یا منفی. با وجود اینکه طی سال‌های اخیر استفاده از آن کاهش داشته است، هنوز یک ابزار قوی در سنجش افکار خودکشی به شمار می‌آید [۱۹].

مقیاس های دیگر:

- مقیاس تکانشگری برات^۱ (BIS)
- خطر تکرار ادینبرگ^۲ (ERRS)
- قانون خود زنی منچستر^۳ (MSHR)
- قسمت های تکراری نمره خودزنی^۴ (RESH)
- قانون خودزنی سودرجاکاست^۵ (SSHR)
- مقیاس ارزیابی خودکشی^۶ (SUAS)
- معیار شدت کلی^۷ (GSI)
- تخمین زننده خطر موتو^۸
- ارزیابی فایرستون از خود تخریبی^۱

¹ Barratt Impulsivity Scale

² Edinburgh Risk of Repetition

³ Manchester Self-Harm Rule

⁴ Repeated Episodes of Self-Ham score

⁵ Söderjukuset Self-harm Rule

⁶ Suicide Assessment Scale

⁷ Global Severity Index

⁸ Motto's Risk Estimator

۱.۷.۴ ابزار ارزیابی خطر خودکشی جدید پیشنهادی

ابزار ارزیابی پیشگیری از خودکشی سادک^۲ (SSPA) می‌تواند در موارد زیرمفید واقع شود:

- از تصمیم بالینی سطح خطر حمایت کنید و آن را اطلاع دهید.
- دلیل ارزیابی را درک کنیم.
- ثبت عوامل خطر خودکشی
- ثبت عوامل حفاظتی
- اعلام نتایج ارزیابی خطر خودکشی به دیگر اعضای کادر درمان که در حال کار با بیمار هستند.
- داشتن یک طرح مدیریتی قاطع
- ثبت سطح خطر خودکشی بالا، متوسط یا پایین
- اعلام تصمیم‌گیری بالینی مدیریت
- داشتن فضا برای تحلیل نتایج

اطلاعات بیمار

ابزار پیشگیری و ارزیابی خطر خودکشی

تاریخ ساعت ارزیابی تشخیص.....

دلیل: ارزیابی سلامت روان..... پذیرش/انتقال/ترخیص..... وخامت حاد.....

¹Firestone Assessment for Self-Destructive

² Sadek Suicide Prevention Assessment (SSPA)

حائل های خطر: برای	نمایه خطر فردی	نمایه خطر مصابه
تشخیص میزان خطر مورد	• پناهنده یا گروه خطر	• فکر یا ایده خودکشی
استفاده قرار نمی گیرند.	• فرهنگی و قومی	• دسترسی به ابزار کشنده
• داشتن دلیل برای زندگی/امید	• سابقه خانوادگی خودکشی	• نیت خودکشی یا برنامه
• حمایت اجتماعی	• تروما: نظیر خشونت خانگی،	• کشنده یا برنامه‌ای برای
• مسئولیت خانواده/بچه/حیوانات	• سوء استفاده جنسی،	• بعد از مرگ (یادداشت)
• خانگی	• فراموشی	• یأس
• قابلیت سازش/مقاومت	• خودکنترلی ضعیف:	• عواطف شدید: عصبانیت،
• مذهب/ایمان	• پرخاشگر و خشن	• تشویش، خشم مفرط،
• قدرت مدیریت خطر	• اقدام به خودکشی اخیر	• تحقیر، انتقام، ترس،
	• اقدامات قبلی خودکشی به	• اضطراب شدید
	• ویژه با احتمال نجات کم	• مسمومیت با الکل یا مواد
	• بیماری روانی و اعتیاد	• مخدر
طرح ارتباط	• افسردگی یا لذت نبردن از	• طرد شدن از خانواده یا
نوشتاری گفتاری	• وقایع لذت بخش زندگی	• دوستان
• پرستار	• روان پریشی	• استدلال یا قضاوت ضعیف
• پزشک	• توهمات دستوری	• شهود درمانی: ارزیاب
• خانواده	• بستری، ترخیص،	• مربوطه
• تلفن اورژانسی	• ملاقات‌های اخیر	• تغییر زیاد اخیر در رفتار
• دیگران	• درد یا بیماری مزمن	• بحران، نزاع، فقدان اخیر
• ثبت در جدول	• ناتوانی یا معلولیت	

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • اطلاعات جانبی که مؤید طرح مدیریت نیت خودکشی می باشند • در خطر مزمن، برنامه مراقبت بیمار را دنبال کنید. • پیگیری سرپایی منظم • از بین بردن ابزار مرگ • پیگیری سرپایی ضروری • بستری در بخش روانی ○ نظارت منظم ○ نظارت نزدیک ۱۵ دقیقه ای ○ نظارت مستمر | <p>مدیریت بیماری</p> <ul style="list-style-type: none"> • عدم حمایت بالینی • ناسازگاری یا پاسخ ضعیف به درمان <p>حلقه حمایت</p> <ul style="list-style-type: none"> • عدم حمایت خانواده یا دوستان • عدم دسترسی به مراقب • تغییر مدام خانه |
|---|--|

سطح خطر خودکشی: ارزیابی خطر بر اساس قضاوت درمانگر و نه براساس تعداد موارد بررسی

شده صورت می گیرد.

این فهرست تنها با هدف راهنمایی درمانگر جهت اتخاذ تصمیم بالینی

آماده شده است.

سطح خطر: بالا متوسط پایین امضا

تحلیل خطر، نظر و اطلاعات جانبی:

جهت کسب اطلاعات در این مورد با دکتر جوزف سادک در
joseph.sadek@nshealth.ca تماس برقرار بفرمایید.

سطح نظارت بر خطر خودکشی

سطح خطر

سطح نظارت بر خطر خودکشی

۱ هنگامی که هیچ عامل خطر خاصی که مستلزم مداخله باشد وجود
ندارد، نگرانی کمی در مورد خودکشی وجود دارد. قصد، نقشه و
اقدامات مقدماتی وجود ندارد و شخص توانایی و تمایل به استفاده از
یک نقشه ایمن در هنگام افزایش افکار خودکشی یا تغییر در قصد
دارد. خانواده و فرد درمانگر از توانایی و تمایل بیمار برای حفظ امنیت
خودش اطمینان دارند.

در مواردی که سابقه رفتارها و ژستهای خودکشی وجود دارد، خطر
پایین نشانگر عدم وجود عوامل خطر جدید و قابل درمان می باشد و
بیمار در پایین ترین سطح خطر قرار دارد.

بیمار ممکن است نیازمند نظارت پس از درمان باشد اگر:

- تغییراتی در وضعیت روانی یا موقعیت زندگی رخ دهد که ممکن است منطقیاً خطر خودکشی را تغییر دهند.
- تغییراتی در مسیرها یا تداوم مراقبت رخ دهد (به عنوان مثال، جابجایی از بیمارستان به یک کلینیک درمانی)

زمانی است که عوامل خطری می توانند بر میزان خطر مؤثر واقع **متوسط** شوند، تشخیص داده شوند و نیاز به یک نقشه خودکشی وجود داشته باشد. خطر خودکشی وجود دارد اما قریب‌الوقوع نیست. بیمار هیچ قصدی ندارد و به عقیده درمانگر یا مراقب سلامت، خطر خودکشی می تواند از طریق حمایت و مراقبت درمانی مداوم مدیریت شود. اقدام معمولاً وجود ندارد و فرد درمانگر بر این عقیده است که بیمار می تواند به صورت مستقل ایمن باقی بماند و طرح امنیتی را دنبال کند.

در این شرایط، بیمار نیاز به نظارت مداوم از لحاظ خطر خودکشی دارد و موارد زیر می توانند در این هنگام، اجرا شوند:

- خطر خودکشی به صورت رسمی ارزیابی شود و نتایج ارزیابی به صورت متناسب ثبت شوند.
- یک برنامه مدیریت و نظارت خطر خودکشی تدوین، ثبت و گزارش و اجرا شود و همانطور که از لحاظ درمانی به آن اشاره شد مورد تجدید نظر قرار بگیرد.
- تغییر در وضعیت خطر خودکشی ثبت و به صورت متناسب

اعلام شود.

- سطح خطر خودکشی ثبت و به صورت متناسب اعلام گردد.

۳

در این هنگام از نقطه نظر درمانگر، خطر خودکشی بالا (قریب الوقوع) **بالا** است. چندین عامل خطر وجود دارند که نشانگر میزان بالای خطر می باشند و بیمار قصد دارد که از طریق خودکشی جان خود را بگیرد و قادر به ایمن ماندن بدون حمایت یا کمک خارجی نیست. سطح بالای مداخله یا نظارت، نظیر بستری شدن، در اینجا مورد نیاز است. اغلب این بدین معنی است که یک حس شخصی اضطراب وجود که عوامل خطر باید با بالاترین و با سریع ترین حد ممکن مورد بررسی قرار بگیرند. در این هنگام، بیمار نیازمند نظارت بیشتر در زمینه خطر خودکشی است و موارد زیر باید مورد توجه قرار بگیرند:

- سطح بالای خطر ثبت و به همه مراقبین مربوطه اعلام گردد و به صورت بالینی در حلقه مراقبت بیمار مشخص شود.

- ارزیابی خطر خودکشی، مداخله و پروتکل نظارت باید در برنامه مراقبت فردی بیمار و دیگر جاهائی که توسط تیم مراقبت بالینی مناسب تشخیص داده می شود، ثبت شود. این ممکن است مستلزم به کارگیری قالب های کنترلی مداوم، نزدیک یا دیگر قالب های تعیین شده بالینی باشد.

- درمانگر مسئول باید بر اساس بهترین قضاوت بالینی خود، سطح و مکان مناسب مراقبت را تعیین کند.
- ارزیابی خطر خودکشی و طرح نظارت باید به صورت متناسب توسط درمانگر مسئول به همه مراقبان مربوطه و چنین اعضای درحلقه مراقبت بیمار اعلام شود.

منابع

- [1] Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(2):276-86.
- [2] Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol*. 1988;44(4):499-505.
- [3] Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 1985;142(5):559-63.
- [4] Cochrane-Brink KA, et al. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22(6):445-51.

- [5] Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979;47(2):343–52.
- [6] Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(3):371–7.
- [7] Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Ruuttu T, Heila H, et al. Psychometric properties and clinical utility of the scale for suicidal ideation (SSI) in adolescents. *BMC Psychiatry.* 2005;3(5):8.
- [8] Heisel MJ, Flett GL. The development and initial validation of the geriatric suicide ideation scale. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006;14(9):742–51.
- [9] Miller IW, Norman WH, Bishop SB, Dow MG. The modified scale for suicidal ideation: reliability and validity. *J Consult Clin Psychol.* 1986;54(5):724–5.
- [10] Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics.* 1983;24(4):343–5, 348–9
- [11] Nelson C, Johnston M, Shrivastava A. Improving risk assessment with suicidal patients: a preliminary evaluation of the clinical utility of the scale for impact of suicidality–management, assessment and planning of care (SIS-MAP). *Crisis.* 2010;31(5):231–7.
- [12] Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ, Heard HL, Wagner A. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychol Assess.* 2006;18(3):303–12.
- [13] Osman A, et al. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment.* 2001;8(4):443–54.

- [14] Beck RW, Morris JB, Beck AT. Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychol Rep.* 1974;34:445-6.
- [15] Chehil S, Kutcher SP. *Suicide risk management: a manual for health professionals.* Carlton: Blackwell; 2012.
- [16] Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* 1990;147(2):190-5.
- [17] Simon RI, Hales RE. *Textbook of suicide assessment and management.* 2nd ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2012.
- [18] Gottfried E, Bodell L, Carbonell J, Joiner T. The clinical utility of the MMPI-2-RF suicide/death ideation scale [abstract]. *Psychol Assess.* 2014;26(4):1205-11.
- [19] Fowler JC, Piers C, Hilsenroth MJ, Holdwick DJ, Padawer JR. The Rorschach suicide constellation: assessing various degrees of lethality. *J Pers Assess.* 2001;76(2):333-51.

فصل پنجم

مدیریت بیماران در فکر خودکشی حاد

۱.۵ دیدگاه پزشکی - قانونی

در صورت وقوع موارد ذیل، یک پزشک می‌تواند به دلیل خطا در معالجه مشمول پیگرد قانونی قرار گیرد:

وظیفه: درمانگر باید مراقبت از بیماران را وظیفه خود فرض کرده باشد.

مسامحه: درمانگر بر اساس استانداردهای مراقبت یا استانداردهای پزشکی با آموزش و جهت‌گیری مشابه، مسامحه کار شناخته شود.

آسیب: بیمار باید ثابت کند که یک آسیب (فیزیکی یا عاطفی) متوجه وی شده است.

سبب: بیمار باید ثابت کند که آسیب وارد شده به وی، در نتیجه عمل فرد مسامحه کار رخ داده است.

رایج‌ترین مسائل مربوط به خطا در معالجه در رابطه با خودکشی، عدم موفقیت در محافظت از بیماران در برابر کشتن خودشان است.

قانون تشخیص می‌دهد که خودکشی یک مسئله پیچیده است و نمی‌تواند تنها به یک عامل نسبت داده شود. قانون، همچنین تشخیص می‌دهد که هیچ استاندارد برای پیش‌بینی آن وجود ندارد. هرچند که قانون مفهوم قابلیت پیش‌بینی را نیز در نظر می‌گیرد. این بدین معناست که هنگامی که دادگاه در بسیاری از موارد تصمیم‌گیری می‌نماید، این را نیز مد نظر قرار می‌دهد که درمانگر باید توانایی ثبت سابقه دقیقی از بیمار، تشخیص عوامل خطر مربوطه و همچنین آماده‌سازی یک طرح درمانی برای پیشگیری از خودکشی را داشته باشد [۱].

۲.۵ مدیریت بیماران خودکشی

۱. همدردی درمانی با بیمار را حفظ کنید.
۲. نیازهای ایمنی فوری در طول و بعد از ارزیابی خطر خودکشی را در نظر بگیرید.
۳. بر اساس سطح خطر خودکشی، مکان و پروتکل درمان را انتخاب کنید.
۴. مقیاس‌های ویژه دیگری را برای مدیریت بیماران خودکشی بر اساس قضاوت درمانی خود انتخاب کنید.
۵. نیازها که باید در محیط فیزیکی مثل اورژانس یا بستری مدنظر قرار داده شوند.

۱.۲.۵ نیازهای ایمنی که باید در محیط فیزیکی (نظیر اورژانس یا بیمارستان)

در نظر گرفته شوند.

۱.۲.۵.۱ معیارهای ایمنی زیر بایستی ایمنی محیط درمان را بهبود بخشند:

- داشتن معیارهای احتیاطی جهت ممانعت از فرار بیمار نظیر کارمندان امنیتی در بخش یا درهای قفل و محوطه قفل شده

- اطمینان حاصل کردن از اینکه بیماران پرخاشگر یا پریشان حال به خوبی با دارو کنترل می‌شوند.
- عدم دسترسی به وسایل حلق‌آویز شدن و خفگی: آیا هیچ ابزاری وجود دارد که بتوان چیز سنگینی را از آن آویزان کرد (نظیر سردوش، جا لامپی، میل پرده، درهای کمد و دستگیره های در) آیا کمد ها و دوش ها میله قابل جدا شدن دارند؟
- اطمینان یافتن از اینکه بیمارانی که بعد از اقدام به خودکشی نیازمند ابزار پزشکی (نظیر تخت، اکسیژن یا سرم) هستند به صورت مناسب و متناسب تحت نظر قرار دارند.
- اطمینان حاصل کردن از اینکه شرایط گرفتن بند کفش و کمربند از بیماران (و عودت آنها هنگام ترخیص) به خوبی توضیح داده شده و ثبت می‌شود.
- قفل کردن کمد های ملحفه
- چنانچه استفاده از گیتار و دیگر ابزار بنددار در بخشهای بستری مجاز است، استفاده و نگهداری آنها باید تحت نظر باشد.

۲.۱.۲.۵ داشتن امکان پریدن به عنوان یک روش خودکشی

- آیا بیماران به پنجره‌ها، بالکن‌ها، راه‌های خروج اضطراری و اماکنی که احتمال پرش از آنها وجود دارد، دسترسی دارند؟
- آیا آنها می‌توانند پنجره‌ها را باز کنند یا بشکنند؟

۳.۱.۲.۵ دسترسی به دیگر ابزاری که به صورت بالقوه خطرناک هستند.

- آیا هنگام پذیرش در بخش هیچ بازرسی بدنی یا اموال انجام می‌شود؟
- آیا ملاقات کنندگان می‌توانند هیچ وسیله خطرناکی را برای بیماران بیاورند؟
- آیا بخش قفل است؟
- آیا وسایلی که توسط ملاقات کنندگان آورده می‌شوند بازرسی می‌شوند؟
- آیا وسایلی مثل کمر بند، بطری شیشه ای و فندک از بیماران گرفته می‌شوند؟
- آیا ابزار نظافت به دقت توسط کارمندان رصد می‌شوند؟
- آیا پریش برق در سرویس های بهداشتی وجود دارد؟
- آیا سشوار یا دیگر ابزار برقی در دسترس هستند؟
- تیغ های اصلاح چطور رصد می‌شوند؟

۴. ۱.۲.۵ در صورت نیاز به انتقال بیمار خودکشی، ایمنی را مد نظر قرار**دهید.**

خطر بالای حین انتقال باید در نظر گرفته شود:

- در نظر بگیرید که بیمار کجا می‌رود. آیا آن مکان امن است؟ آیا وی دسترسی به مکان‌هایی برای پریدن یا آویزان شدن دارد؟
- برای مدتی که بیمار در یک بخش امن نیست، سطح بالاتر نظارت را در نظر بگیرید؛ به عنوان مثال اگر بیمار برای بررسی ۱۵ دقیقه ای رفته است، باید یک مراقب دائمی داشته باشد.

- کارکنانی که مسئول نظارت هستند باید از وضعیت بیمار مطلع باشند و از اختیارات و سطح مسئولیت خود برای مداخله هنگام بروز بحران آگاهی داشته باشند.

۲.۲.۵ بر اساس خطر سطح خودکشی، محیط و پروتکل درمانی را انتخاب کنید

۱.۲.۲.۵ بستری در بیمارستان عموماً برای بیماران در معرض خطر بالا در نظر گرفته می‌شود.

بیماران در معرض خطر بالا شامل آنهایی می‌شود که (البته صرفاً محدود به اینها نمی‌شود):

- با افزایش شدت افکار، برنامه و قصد خودکشی مواجه هستند.
- اخیراً یک اقدام جدی خودکشی یا اقدام خودکشی ناقص داشته‌اند.
- دست به اقدام خشن، مرگ‌آور یا برنامه ریزی شده زده‌اند.
- اقداماتی برای جلوگیری از نجات یا افشای خودکشی انجام داده‌اند.
- برنامه یا قصد دائم برای خودکشی دارند.
- با افزایش پریشانی مواجه هستند یا از زنده بودن افسوس می‌خورند.
- بیمار مرد بالای ۴۵ سال است به ویژه با بروز تازه بیماری روان‌پریشی و افکار خودکشی.
- بیمار روان‌پریش است یا به توهمات آمرانه برای کشتن خود پاسخ می‌دهد.
- بیمار از حمایت خانوادگی و اجتماعی کمی برخوردار است شامل عدم داشتن وضعیت ثابت در زندگی.

- رفتار تکانشی کنونی، تحریک‌پذیری شدید، قضاوت ضعیف یا خودداری از کمک مشهود است.
- بیمار به دلایل متابولیک، سمی، عفونی یا دیگر دلایل، تغییری در وضعیت روانی از خود نشان داده است که نیازمند کار بیشتر در یک محیط ساختار یافته می‌باشد.
- برنامه ای خاص با میزان مرگ آوری بالا دارد (به عنوان مثال برنامه برای شلیک به خود و داشتن یک تفنگ)
- قصد قوی برای خودکشی دارد (به عنوان مثال من نمی‌توانم بیش از این تحمل کنم؛ من باید راهی برای توقف آن پیدا کنم؛ بهتر است خانواده‌ام بدون من زندگی کنند).
- بیمار دچار تحریک‌پذیری، اضطراب و پرخاشگری است.

بستری در بیمارستان عموماً در شرایط زیر نیز توصیه می‌شود:

- عدم پاسخ به یا ناتوانی در هماهنگی با درمان سرپایی
- نیاز به محیطی نظارتی برای تست دارو یا شوک درمانی^۱
- نیاز به مراقبت پیشرفته تست های بالینی یا ارزیابی های تشخیصی که باید در یک محیط ساختار یافته انجام شود
- حمایت خانوادگی یا اجتماعی محدود شامل عدم داشتن برنامه های ثابت برای زندگی
- نبود یک رابطه درمانگر - بیمار مستمر
- عدم دسترسی به پیگیری سرپایی به موقع یا منظم

^۱ Electroconvulsive Therapy

- در مواقعی که هیچ اقدام یا برنامه یا فکر خودکشی وجود ندارد اما ارزیابی روانی یا سابقه‌ای که توسط دیگران گزارش می شود، نشانگر سطح بالای خطر خودکشی است.

رصد و نظارت بر سطوح بیماران پرخطر در بیمارستان

رصد بیمار خودکشی شامل طیفی از نظارت‌ها از نظارت مستمر تا معاینه ۱۵ دقیقه‌ای یا ۳۰ دقیقه‌ای می‌گردد.

محدودیت‌های متنوعی را میتوان مورد استفاده قرار داد شامل:

- حمام کردن تحت نظارت
- محدود بودن در بخش
- محدودیت در حضور در اماکن عمومی
- لباس بیمارستان به تن داشتن

تعیین سطح نظارت‌ها و محدودیت‌ها به سطح خطر خودکشی و حدت خطر بستگی دارد. کارکنان درمانی باید با نشانه‌ها، راهکارهای مداخلات دارویی متناسب، جداسازی، محدودیت‌ها و بازرسی بدنی و اموال آشنایی داشته باشند.

۲.۲.۲.۵ ترخیص از بخش اورژانس

ترخیص از بخش اورژانس، بعد از اقدام به خودکشی یا با وجود برنامه یا فکر خودکشی، در شرایط زیر امکان‌پذیر می‌باشد:

- اقدام به خودکشی عکس‌العملی به وقایع پیش آمده است (نظیر شکست در امتحان یا مشکل در رابطه)، به ویژه اگر دیدگاه بیمار نسبت به وضعیت ابتدای ورود به بخش اورژانس تغییر کرده باشد.
- روش یا برنامه و قصد خودکشی مرگ‌آوری پایینی دارد.
- بیمار دارای یک وضعیت زندگی ثابت و حمایتی است.
- بیمار قادر به همکاری با ارائه‌دهنده مراقبت‌های پزشکی در زمینه پیگیری‌های بعدی، در زمان ممکن یا مناسب، است.
- بیمار در زمینه خدمات اورژانسی موجود آموزش‌هایی را دریافت می‌کند که می‌تواند متضمن ایمنی وی باشد.

اقدامات مورد نیاز قبل از ترک بیمارستان یا مرکز درمانی

- بیمار قبل از ترک بیمارستان یا دیگر مراکز درمانی باید یک طرح مدیریتی شامل سطح حمایت ارائه شده توسط خدمات و اطلاعات مکتوب در مورد چگونگی درخواست کمک بیشتر شامل یک شماره تلفن ۲۴ ساعته و نام شخص تماس گیرنده را دریافت کند.
- طرح مدیریتی باید شامل تاریخ و در برخی موارد حتی زمان ارزیابی مجدد خطر گردد.
- طرح مدیریتی باید با شخص و خانواده یا فرد حامی مورد بحث قرار بگیرد. اطلاعات در رابطه با مدیریت شخص نیز باید به مرجع، روانشناس، درمانگر، پزشک و دیگر ارائه دهندگان خدمات سلامت که با بیمار در تماس هستند گزارش داده شوند.

۳.۲.۲.۵ مدیریت سرپایی خودکشی

درمان سرپایی ممکن است در شرایط زیر مفید واقع شود:

- بیمارانی با اختلال شخصیتی مرزی که از رفتار خودکشی مزمن رنج می‌برند اما با وخامت حاد روبرو نیستند.
- بیمار دارای افکار خودکشی مزمن اما بدون هیچ قصدی برای خودکشی
- خودآسیبی بدون داشتن سابقه اقدامات قبلی
- داشتن یک حلقه ایمنی و حمایتی و موقعیت زندگی و مراقبت روانشناسی مستمر
- چنانچه بیمار هیچ قصدی برای مرگ از طریق خود آسیبی ندارد و رفتارش از میزان مرگ‌آوری پایینی برخوردار است (به عنوان مثال بریدن یا سوختن سطحی) و نیازمند مراقبت پزشکی نمی‌باشد.

ایجاد یک طرح مدیریتی برای یک شخص در اجتماع (بیمار سرپایی)

: هنگامی که بیمار تحت مدیریت در سطح جامعه حضور دارد، موارد زیر باید برای بیمار و حلقه حمایت وی فراهم شوند

- زمان و مکان مصاحبه ارزیابی مجدد طبق سطح خطر خودکشی
- نام و شماره تماس درمانگری که بیمار در ابتدا باید با او تماس بگیرد.
- اطلاعات دقیق در مورد شماره ۲۴ ساعته تلفن اورژانسی یا خدمات اورژانس

چنانچه به دلیل افزایش خطر خودکشی نگرانی نیز افزایش یابد یا وضعیت فرد تغییر کند و نیاز به ارزیابی مجدد زود هنگام باشد، موارد زیر باید فراهم شوند:

۱. چگونگی پاسخگویی تیم سرپایی

۲. دامنه و محدودیت های خدمات سرپایی

۳. نام و تماس درمانگری که باید ابتدا با او تماس برقرار شود:

الف) نام و تماس خدمات بعدی که باید در صورت عدم دسترسی به تیم سرپایی مانند تلفن اضطراری، خدمات اورژانس، ۱۱۰، پلیس یا رفتن به بخش اورژانس، با آن تماس گرفته شود (در صورت امکان از این ترتیب استفاده کنید).

ب) اطلاعاتی در مورد چگونگی مدیریت شخص دارای رفتار خودکشی. مهمترین دستورالعمل ها عبارتند از حفظ سطح نظارت متناسب، دانستن اینکه بیمار در کجا به سر می برد و با چه کسی است و چگونگی تماس برقرار کردن با تیم برای ارزیابی مجدد فوری

ج) اطلاعاتی در مورد اقدامات بعدی در صورتی که بیماری که مورد ارزیابی قرار گرفته است در سطح خطر بالای متوسط خودکشی قرار دارد و به جلسات پیگیری بعدی هیچ توجهی ندارد. (با تلفن اضطراری یا خدمات اورژانس، ۱۱۰ یا پلیس تماس بگیرید یا مستقیماً به بخش اورژانس مراجعه کنید).

برنامه ریزی احتمالی و برنامه ریزی ایمنی مستلزم این است که درمانگر و شخص در معرض خطر یا خانواده او افزایش خطر احتمالی را پیش بینی کنند:

مواردی نظیر:

- گسستگی روابط خانوادگی
- افزایش علائم (افسردگی، بی خوابی، توهم، شدت یافتن افکار خودکشی)
- مشکلات ابتدایی در دسترسی به خدمات مراقبت فوری

برنامه ریزی احتمالی به شکل زیر ایجاد، منتقل و ثبت می شود

اگر ، سپس آن شخص خواهد
 خانواده خواهد.....
 خدمات خواهد.....

نمونه ای از طرح ایمنی

گام اول: علائم هشدار خودم

مرافعه شدید با مردم

نوشیدن مشروبات الکلی به مقدار زیاد ، استفاده بیش از حد از مواد مخدر و....

گام دوم: استراتژی‌های سازش درونی - کارهایی که من می توانم بدون

تماس با دیگران به منظور منحرف کردن ذهنم انجام دهم:

رفتن به پیاده روی، برقراری تماس با دوستان و نواختن موسیقی

گام سوم: موقعیت های اجتماعی و افرادی که می توانند برای پرت کردن

حواسم به من کمک کنند:

با دیگران ملاقات

جلسه درمان گروهی

کافی شاپ محلی

گام چهارم : افرادی که می توانم از آنها درخواست کمک کنم:

اعضای خانواده

روحانی

دوستم

گام پنجم : ارگانها یا افراد حرفه‌ای که می‌توانم در طول یک بحران با آنها تماس بگیرم:

درمانگر

خط تلفن اضطراری یا خط کمک محلی

بخش اورژانس بیمارستان محلی

مدیریت افکار خودکشی

گام ششم: ایمن ساختن محیط

خارج کردن اسلحه از خانه

داشتن داروی مورد نیاز فقط برای یک هفته در خانه

عدم نگهداری الکل در خانه [۶]

قراردادهای پیشگیری از خودکشی (معروف به قراردادهای بدون ضرر یا قراردادهای ایمنی)

- کاربرد احتمالی باید در برابر محدودیت‌های احتمالی سنجیده شود.
- به صورت بالینی چه شکل گفتار و چه نوشتار به منظور ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی مورد استفاده قرار گرفته باشد.
- گاهی اوقات در تشخیص قدرت همدلی درمانی و میزان دودلی بیمار در درخواست کمک هنگام داشتن تکانه‌های خودکشی، مؤثر است.
- ممکن است فرصتی را برای آموزش افراد در مورد در دسترس بودن کارمندان یا مقابله با تکانه‌های خودکشی فراهم آورد.

- هر چند که استفاده از قراردادهای پیشگیری از خودکشی اغلب بیش از حد بها داده می‌شود.
- آنها همانند قراردادهای قانونی عمل نمی‌کنند و هیچ مدرکی دال بر مؤثر بودن آنها وجود ندارد.
- ممکن است به صورتی غیر متناسب، هوشیاری بالینی را کاهش دهند به ویژه اگر جایگزین ارزیابی های دقیق خطر خودکشی شوند.
- ویژگی های فردی بیمار، ماهیت همبستگی درمانی و محیط درمانی نیز باید مدنظر قرار بگیرند [۵].
- به اندازه وضعیت همدلی درمانی معتبر هستند . در نتیجه استفاده از قراردادهای پیشگیری از خودکشی در مواقع اورژانسی یا برای بیماران سرپایی ناشناخته که به تازگی بستری شده‌اند توصیه نمی‌شود. علاوه بر این بیمارانی که در شرایط بحرانی قرار دارند ممکن است نتوانند به دلیل شدت بیماری پایبند این قرارداد باشند. قراردادهای پیشگیری از خودکشی در بیماران پرخاشگر، روانپریش یا زمانی که بیمار تحت تأثیر ماده مسموم کننده قرار دارد توصیه نمی‌شود. (برگرفته از دستورالعمل - های انجمن روانشناسی آمریکا برای ارزیابی و درمان بیماران رفتار خودکشی [۶].

بیماران با خطر پایین خودکشی آنهايي هستند که:

- عوامل خطر قابل اصلاح و عوامل حفاظتی قوی دارند.
- به فکر مرگ هستند اما هیچ برنامه، قصد یا رفتاری در این زمینه ندارند.

مداخلات مورد نیاز برای بیماران با خطر پایین خودکشی شامل موارد زیر می

گردد:

- ارجاع سرپایی
- کاهش علائم
- فراهم آوردن اطلاعات اورژانسی شامل شماره تلفن های بحران محلی و استانی

۳.۲.۵ برای مدیریت بیمار در خودکشی بر اساس قضاوت بالینی خود مقیاس

های خاص دیگری را انتخاب کنید

۱.۳.۲.۵ ارزیابی و مدیریت بیماران خودکشی مزمن

- طرح‌های مدیریت دقیقی که هم علائم حاد و هم علائم مزمن را در نظر می‌گیرند باید برای شخص ایجاد شوند. این به درمانگران در تعیین اینکه آیا شخص، در معرض خطر جدید یا بیشتری در مقایسه با خطر جاری قرار دارد یا نه، کمک می‌کند. همه افرادی که در حال کار با آن شخص هستند باید یک نسخه از این برنامه‌ها داشته باشند و این برنامه‌ها باید به صورت منظم مورد تجدید نظر قرار گرفته و به روزرسانی شوند.
- بخش‌های اورژانس باید هنگام مراجعه ی یک فرد در معرض خطر خودکشی مزمن، با خدمات سلامت روان در تماس باشند (حتی اگر فقط به صورت تماس تلفنی باشد). باید توجه شود جدیت اقدامات نادیده انگاشته نشود.
- هنگامی که شخصی که برای مرکز شناخته شده است به بخش اورژانس مراجعه می‌کند، پرونده او باید مطالعه شده و طرح مدیریتش چک شود و زمانی که وی با عوامل

استرس‌زای بیشتر یا یک تغییر مهم در وضعیت بیماری روانی مواجه هستند با مدیر یا درمانگر آنها تماس برقرار شود.

- هنگامی که وضعیت فرد در معرض خطر خودکشی توسط یک عامل استرس‌زای حیاتی حاد رو به وخامت نهاده باشد یا دچار اختلال محور یک شده باشد، ممکن است نیاز به بستری یا ارجاع به خدمات حمایتی بالاتر باشد.

۲.۳.۲.۵ نکاتی مفید برای مدیریت بیماران دارای اختلال شخصیتی مرزی در

محیط مراقبت اولیه

- در مورد علائم بالینی معمولی و دلایل رفتار نامطلوب تحقیق کنید.
- با نام بردن احساسات مورد احترام خود نظیر ترک شدن، عصبانیت، خجالت و غیره قبل از اشاره به حقایق وضعیت و تنش‌های واقعی وضعیت بیمار، برای احساسات بیمار ارزش قائل شویم.
- از پاسخ‌گویی به رفتار تحریک برانگیز خودداری کنید.
- ملاقات‌های کوتاه منظم را برنامه‌ریزی کنید که ربطی به وضعیت بد بیمار ندارند.
- محدودیت‌های مشخصی را در ابتدای رابطه درمانی مشخص کنید و به اقداماتی که خارج از این محدودیت‌ها صورت می‌گیرد پاسخ ندهید، مگر اینکه واقعاً موردی اورژانسی پیش بیاید.
- با دیگر افرادی که در حلقه درمانی قرار دارند ارتباطی آزاد داشته باشید.

- از تجویز داروهایی که در صورت مصرف بالا باعث مسمومیت می‌شوند، در دوزهای بالا خودداری کنید (شامل ضد افسردگی های سه حلقه ای، داروهای قلبی و بنزودیازپین‌ها).
- از داروهایی که که دارای احتمال اعتیاد هستند نظیر بنزودیازپین‌ها یا مخدرها خودداری کنید. به بیماران در مورد سیاست‌های خود در زمینه این داروها قبل از شروع رابطه درمانی اطلاع دهید تا بتوانند از محدودیت های شما آگاهی داشته باشند.
- ضمن اجتناب از قضاوت کردن، محدودیت‌های محکمی را بر رفتار کنترلگر خود وضع کنید.
- با توجه و تماس بیشتر به رفتار نامناسب جایزه ندهید. به جای وابسته بودن به رفتار، بر اساس برنامه منظم بیمار را مورد توجه قرار دهید.
- در طول بحران، یک برنامه ثابت مکتوب داشته باشید و آماده اجرای آن برنامه باشید.
- در مدیریت بیماران دارای اختلالات شخصیتی مرزی، رفتار درمانی دیالکتیک می تواند کارگر واقع شود [۷].

۳.۵ بستری بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی (BPD)

اگر بیماران BPD نیازمند بستری در بیمارستان باشند، توصیه می‌شود که مدتی کوتاه در بیمارستان بستری شوند. از بستری روانی طولانی مدت باید خودداری شود زیرا این روش معمولاً اثر ضد درمانی دارد و ممکن است منجر به افزایش یا تسهیل نیازهای وابستگی گشته و پسرفت رفتاری گردد. بستری کوتاه مدت می تواند به منظور کاهش خودزنی مکرر و بحران

خودکشی و همچنین جلوگیری از مرگ رخ دهد. همچنین می‌تواند به منظور تسهیل درمان سرپایی بیماران از طریق کاهش میزان اختلال درمان مورد استفاده قرار گیرد. بازگشت سریع به جامعه و تسهیل درمان مبتنی بر اجتماع می‌تواند یکی از اهداف بستری کوتاه مدت تلقی گردد. متون مربوطه در این زمینه توصیه می‌کنند که که طول مدت بستری کوتاه مدت بین سه شب تا نهایتاً ۱۴ شب بسته به مطالعه باشد.

مداخلاتی که در طول بستری در بیمارستان باید صورت پذیرد:

- ارائه درک فعالانه و حمایت موثر از بیمار جهت درگیر شدن یا دوری از عوامل استرس‌زای فعلی
- تسهیل همدلی درمانی و ایجاد همدلی کاری
- کمک به ابراز تجارب غم‌انگیزخشم و ناامیدی یا فریب
- ارتقای بینش به الگوهای تکراری رفتار، درک و دل‌بستگی
- مورد توجه قرار دادن وقایع زندگی شامل جدایی و مرگ عزیزان بدون عزاداری کامل به عنوان هدف اصلی درمان
- مداخله بین شخصی با خانواده، دوستان نزدیک و به ویژه شریک زندگی به منظور مشخص کردن فرآیندهای ارتباطی و کاهش مراعات حاد
- آموزش رفتارهای سازشی به بیمار و خانواده
- آموزش روانی با احترام به بیماری، درمان و مشکلات مورد انتظار پس از ترخیص و چگونگی پرداختن به آنها
- کمک به ساماندهی درمان سرپایی حاد بعد از ترخیص

منابع

- [1] Sher L. Suicide medical malpractice: an educational overview. *Int J Adolesc Med Health*. 2015;27(2):203–6.
- [2] Matarazzo BB, Homaifar BY, Wortzel HS. Therapeutic risk management of the suicidal patient: safety planning. *J Psychiatr Pract*. 2014;20(3):220–4.
- [3] Puskar K, Urda B. Examining the efficacy of no-suicide contracts in inpatient psychiatric settings: implications for psychiatric nursing. *Issues Ment Health Nurs*. 2011;32(12):785–8.
- [4] Edwards SJ, Sachmann MD. No-suicide contracts, no-suicide agreements, and no-suicide assurances: a study of their nature, utilization, perceived effectiveness, and potential to cause harm. *Crisis*. 2010;31(6):290–302.
- [5] Stanley B, Brown GK. The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. *J Clin Psychol*. 2012;62(2):243–51.
- [6] APA. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Washington, DC: APA; 2013.
- [7] Dubovsky AN, Kiefer MM. Borderline personality disorder in the primary care setting. *Med Clin North Am*. 2014;98(5):1049–64.

فصل ششم

مستندسازی و ارتباط

۱.۶ نگاهی به اشتباهات پزشکی و مستندسازی

در یک مرور آموزشی که توسط شیر^۱ در سال ۲۰۱۵ منتشر شد عنوان شد که برای اثبات اشتباهات پزشکی یک پزشک، ۴ عامل اساسی باید وجود داشته باشند: وظیفه، اهمال، آسیب و علیت.

این مرور عنوان می‌کند که اقامه دعوی قضایی در زمینه روانشناسی رو به افزایش است و رایج‌ترین ادعای اشتباهات پزشکی در این زمینه عدم موفقیت در ممانعت منطقی یا حفظ منطقی بیماران در برابر کشتن خود است.

مستندسازی بهینه برای درمانگران ضروری است. مستندسازی دقیق ارزیابی‌ها و مداخلات همراه با تشریح تغییرات مربوط به شرایط بالینی بیمار، نشانگر مراقبت مناسب قانونی و بالینی می‌باشد. شکست در مستندسازی مداخلات و ارزیابی‌های خطر خودکشی ممکن است اینگونه به دادگاه القا کند که مراقبت به درستی انجام نشده است [۱].

¹ Sher

۱.۱.۶ اهمیت مستندسازی

مستندسازی دقیق ارزیابی و مدیریت همراه با تشریح تغییرات مربوط به بیماری، نشانگر مراقبت روانی مناسب قانونی و بالینی می باشد.

محققان بر این باورند که اختصاص زمان بیشتر برای مستندسازی مناسب ارزیابی خطر خودکشی می تواند سهم بسزایی در کاهش استرس درمانگرو بار مالی دفاع در برابر یک دعوی یا شکایت حرفه‌ای داشته باشد.

گاهی اوقات شکایات، سالها وقوع بعد از خودکشی انجام می‌شوند و اتکا به حافظه ماه‌ها یا سال‌ها بعد بسیار دشوار می‌باشد.

گاهی اوقات مدارک پزشکی قبل از آغاز رسیدگی به شکایت بررسی می‌گردند و کیفیت اسناد می‌تواند در پذیرش یا عدم پذیرش یک مورد خودکشی توسط وکیل تأثیرگذار باشد.

پزشکان مدافع و وکلای آنها اغلب می‌گویند که مستندسازی همه چیز بسیار وقت گیر و غیرممکن است. این حرف می‌تواند تا حدی صحیح باشد، اما آنچه واضح است این است که اطلاعات حیاتی بایستی مستندسازی شوند و برای یک بیمار خودکشی هیچ چیز حیاتی تر از ارزیابی خطر خودکشی نیست. مستندسازی درست، زمان بیشتری می‌طلبد، اما این استفاده هوشمندانه از زمان می‌تواند بسیار سود بخش باشد. در نمای کلی، صرف ۵ دقیقه برای مستندسازی ارزیابی خودکشی می‌تواند از سال‌ها استرس و صدها ساعت زمان برای دفاع در دادگاه ممانعت به عمل آورد [۲].

۲.۶ ملزومات مستندسازی ارزیابی خطر خودکشی

- تاریخ ارزیابی

- دلایل ارزیابی
- عامل خطر
- اقدامات انجام شده در رابطه با اسلحه گرم و دیگر ابزار خودکشی
- عوامل حفاظتی
- سطح خطر
- موارد اساسی برای رسیدن به سطح مشخص خطر خودکشی و برنامه‌ریزی برای همان سطح خطر
- افراد دیگری که در رابطه با خطر بیمار با آنها صحبت می‌شود و از آنها مشورت گرفته می‌شود.
- طرح مدیریت
- برنامه‌ای برای بیماران با خطر مزمن، به ویژه بیماران دارای اختلال شخصیتی مرزی
- برای بیماران بستری، مستندسازی پایه درمان اجباری حائز اهمیت می‌باشد (باید در فرم‌های درمان اجباری ثبت شود)
- جزئیات تماس برای بیمار، بستگان و افراد حرفه‌ای در حال درمان وی
- منابع سابقه تأیید کننده و نتیجه تماس با هر منبع (با رضایت)

۳.۶ مستندسازی در بخش‌های بستری بیماران پذیرش شده به خاطر مسائل

مربوط به خودکشی

علاوه بر مسائل مذکور در قسمت بالا، مستندسازی شامل موارد مهم زیر نیز می‌گردد:

- سطح نظارت بر پذیرش (یک در برابر یک در مقابل ملاقات‌های ۱۵ دقیقه‌ای و غیره)
- تغییر در سطح نظارت، پیشرفت و نتیجه
- سطح نظارت در طول انتقال بین بخش‌های درمانی
- صدور جواز
- تغییرات مشخص در شرایط بالینی بیمار
- ارزیابی تریخیص
- پاسخ به مداخلات بالینی
- برنامه سرپایی برای پیگیری و رصد

۴.۶ استمرار مراقبت از بیماران خودکشی

تحقیقات نشان داده‌اند که شکست در تداوم مراقبت از بیماران روانی، عاملی رایج است. مرکز تحقیق سلامت نظامی در آمریکا این مشکل را به صورت خلاصه این گونه بیان می‌کند:

با داشتن "زنجیره مراقبت" و "انتقال تماس تلفنی گرم و صمیمی" می‌توان مانع به وجود آمدن مشکل برای افراد گردید؛ این مسئله به ویژه برای افرادی که از مشکلات سلامت روانی رنج می‌برند یا دارای افکار یا قصد خودکشی هستند، حائز اهمیت می‌باشد. این مرکز توصیه می‌کند که در زمان جابه‌جایی، جابه‌جایی‌ها به آرامی صورت گیرد، به گونه‌ای که همواره بیمار تحت مراقبت قرار داشته باشد و وقفه‌ای در این حین به وجود نیاید.

اینگونه به نظر می‌رسد که افزایش خودکشی با اختلال در دسترسی بیمار به درمانگر و تداوم مراقبت رابطه دارد.

مستندسازی تداوم مراقبت شامل موارد زیر می‌گردد :

- انتقال از اتاق اورژانس به بخش بستری یا سرپایی یا خانه
 - رفتن به یک مکان متفاوت
 - انتقال از بیمارستان به جامعه
 - انتقال از سیستم کودک و نوجوان به سیستم سلامت روان بزرگسالان
 - انتقال‌های دیگر نظیر استقرار یا استقرار مجدد نظامی
- ارتباط با دیگر اعضای تیم درمان و حلقه مراقبت نیز باید ثبت شود و نام افراد و روش برقراری ارتباط که آیا به شیوه گفتاری یا نوشتاری است نیز باید ثبت گردد.

۵.۶ مستندسازی در بخش اورژانس

طبق پژوهش‌های اخیر مستندسازی ارزیابی خطر خودکشی در بخش اورژانس بسیار چالش برانگیز است. برخی پزشکان اورژانس برای تکمیل سریع ارزیابی‌ها و درمان همزمان چندین بیمار در محیطی که شلوغ و پر سر و صدا است، با مشکل مواجه هستند. در نتیجه در بیش از ۵۰ درصد موارد، پزشکان هنگام ارزیابی خطر خودکشی موفق به مستندسازی عوامل خطر اجتماعی (به عنوان مثال، حضور یک سیستم حمایتی)، روانشناسی (به عنوان مثال، اختلالات و سوء‌مصرف مواد) و ویژه خودکشی (به عنوان مثال، آمادگی برای خودکشی) نمی‌شوند؛ این درحالی است که مستندسازی توسط همین پزشکان و همچنین در متون مربوط به خودکشی بسیار مهم تلقی گردیده است [۳].

مرور ارزیابی‌های روانی، که توسط دستیاران تخصصی روانپزشکی در یک بازه زمانی یک ساله در بخش اورژانس یک مرکز پزشکی بزرگ شهری آکادمیک انجام شد، نشان داد که در چندین بخش، مستندسازی به خوبی انجام نشده بود به طوری که با داشتن یا نداشتن افکار خودکشی در همه ارزیابی‌ها ثبت نشده بود.

این مطالعه نشان داد که تأکید بر مستندسازی ارزیابی‌ها هنگام آموزش دستیاران تخصصی در ارزیابی خطر خودکشی بسیار حائز اهمیت می باشد. آن همچنین نشان داد که استفاده از اختیارات انتخابی، به ویژه در رابطه با عوامل خطر و حفاظتی، به بهبود مستندسازی کمک شایانی می نماید [۴].

نویسنده این کتاب از درمانگران دعوت می کند تا از ابزار ارزیابی پیشگیری از خودکشی سادک (SSPA)^۱ برای پوشش بخش‌های مختلف مورد نیاز برای ثبت مداخله و ارزیابی خطر خودکشی استفاده کنند.

¹ Sadek Suicide Prevention Assessment (SSPA) Tool

منابع

- [1] Sher L. Suicide medical malpractice: an educational overview. *Int J Adolesc Med Health*. 2015;27(2):203–6.
- [2] Simpson S, Stacy M. Avoiding the malpractice snare: documenting suicide risk assessment. *J Psychiatr Pract*. 2004;10(3):185–9.
- [3] Reshetukha TR, Alavi N, Prost E, Kirkpatrick RH, Sajid S, Patel C, Groll DL. Improving suiciderisk assessment in the emergency department through physician education and a suicide risk assessment prompt. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018;52:34–40.
- [4] Tanguturi Y, Bodic M, Taub A, Homel P, Jacob T. Suicide risk assessment by residents: deficiencies of documentation. *Acad Psychiatry*. 2017;41(4):513–9.

فصل هفتم

کنترل کیفیت ارزیابی خطر خودکشی

۱.۷ فرآیند بررسی

- بازرسی با کسب اطمینان از اجرای استانداردهای مورد نیاز در مورد ارزیابی خطر خودکشی، بهبود کیفیت را تسهیل خواهد کرد. آن همچنین نیازهای آموزشی آینده را برای سیستم آشکار خواهد ساخت.
- از هر بخش جدولها به صورت تصادفی به منظور بازرسی زمان بندی شده انتخاب می‌شوند (بخش سرپایی، بستری و اورژانس).
- بازرسی باید حداقل سالی یک بار انجام شود.
- نتایج بازرسی باید محرمانه باقی بمانند و مستقیماً هیچ توییحی را متوجه افراد خاص نکند. مطلع ساختن سیستم از بهبود کیفیت می تواند مفید واقع گردد.

۲.۷ فرآیند بازرسی بخش اورژانس

- تاریخ و زمان ارزیابی که در فرم مربوطه ثبت و امضا شده است.
- دلیل ارزیابی ثبت شده در فرم

- عوامل خطر و حفاظتی مشخص شده در فرم
- سطح خطر تشخیص داده شده و ثبت شده در فرم
- دلیل تدوین خطر و برنامه مدیریت توضیح داده شده در این ابزار
- برنامه ارتباطی که در فرم ثبت شده است.
- طرح مدیریت که در فرم ثبت شده است.
- هنگامی که بیمار از بخش اورژانس ترخیص می شود، موارد زیر باید ثبت شوند:
 - ✓ تاریخ و زمان جلسه پیگیری بعدی
 - ✓ راه‌های برقراری تماس در مواقع اضطراری
- اطلاعات داده شده به خانواده و حلقه مراقبت در مورد راه‌های برقراری تماس نظیر شماره تماس اضطراری یا درمانگر مسئول هنگامی که در مورد بیمار نگرانی وجود دارد.

۳.۷ فهرست بازرسی بخش بستری روانی

- تاریخ و زمان ارزیابی که در فرم مربوطه ثبت و امضا شده است.
- دلیل ارزیابی ثبت شده در فرم
- عوامل خطر و حفاظتی مشخص شده در فرم
- سطح خطر تشخیص داده شده و ثبت شده در فرم
- دلیل تدوین خطر و برنامه مدیریت توضیح داده شده در این ابزار
- برنامه ارتباطی که در فرم ثبت شده است.
- طرح مدیریت که در فرم ثبت شده است.

- هنگامی که بیمار از بخش اورژانس ترخیص می شود، موارد زیر باید ثبت شوند:
 - ✓ تاریخ و زمان جلسه پیگیری بعدی
 - ✓ راه‌های برقراری تماس در مواقع اضطراری
- اطلاعات داده شده به خانواده و حلقه مراقبت در مورد راه‌های برقراری تماس نظیر شماره تماس اضطراری یا درمانگر مسئول هنگامی که در مورد بیمار نگرانی وجود دارد.

۴.۷ چک لیست بررسی درمان سرپایی به سلامت روان

- تاریخ و زمان بررسی که در فرم مربوطه ثبت و امضا شده است.
- دلیل ارزیابی ثبت شده در فرم
- عوامل خطر و حفاظتی مشخص شده در فرم
- سطح خطر تشخیص داده شده و ثبت شده در فرم
- دلیل تدوین خطر و برنامه مدیریت توضیح داده شده در این ابزار
- برنامه ارتباطی که در فرم ثبت شده است.
- طرح مدیریت که در فرم ثبت شده است.
- هنگامی که بیمار از بخش اورژانس ترخیص می شود، موارد زیر باید ثبت شوند:
 - ✓ تاریخ و زمان جلسه پیگیری بعدی
 - ✓ راه‌های برقراری تماس در مواقع اضطراری

- اطلاعات داده شده به خانواده و حلقه مراقبت در مورد راه‌های برقراری تماس نظیر شماره تماس اضطراری یا درمانگر مسئول هنگامی که در مورد بیمار نگرانی وجود دارد.
- چنانچه بیمار در ملاقات حضور پیدا نکرده باشد، جلسه پیگیری بعدی و طرح امنیتی باید در جدول ذکر شود.

۱.۴.۷ نمونه‌های از یافته‌های بازرسی

۱.۱.۴.۷ نمونه اول

محیط: بخش اورژانس

هدف: تعیین کیفیت ارزیابی‌های روانی که توسط درمانگران خدمات اعتیاد و سلامت روان برای بیماران حاضر در بخش اورژانس بعد از اقدام به خودکشی اجرا شده است. روش بررسی: بررسی گذشته‌نگر. بازرسی تصادفی ۳۷۶ پرونده. دوره بررسی: یک دوره ۱۲ ماهه از اول جولای ۲۰۱۵ تا ۳۰ ژوئن ۲۰۱۶. یافته‌های اصلی:

- تعامل با اعضای خانواده در کمتر از نیمی از موارد ثبت شده بود.
- درمانگران موفق به ثبت قضاوت در مورد رفتارهای خودکشی در آینده نشده‌اند.
- از راهنماهای بالینی در رابطه با مسائل فرهنگی در اغلب موارد پیروی نشده بود [۱].

۲.۱.۴.۷ نمونه دوم

در یک بررسی گذشته‌نگر اطلاعات جمعیت‌شناختی بومیان استرالیا در منطقه کیمبرلی^۱ در استرالیای غربی را که از طریق خودکشی جان خود را از دست داده بودند در طول سالهای ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۴ بررسی شد و مشخص شد که:

- میزان خودکشی بومیان در آن منطقه طی یک دهه گذشته قابل توجه بوده است.
- میزان خودکشی در میان جوانان و زنان با افزایش روبرو بوده است [۲].

^۱ Kimberley

منابع

- [1] De Beer W, DeWitt B, Schofield J, Clark H, Gibbons V. An audit of risk assessments for suicide and attempted suicide in ED: a retrospective review of quality. *N Z Med J.* 2018;131(1470):14–21.
- [2] Campbell A, Balaratnasingam S, McHugh C, Janca A, Chapman M. Alarming increase of suicide in a remote Indigenous Australian population: an audit of data from 2005 to 2014.

فصل هشتم

مطالعات موردی

۱.۸ مورد اول: آنا^۱

اطلاعات تشخیصی: آنا یک خانم ۲۱ ساله است که به تنهایی زندگی می‌کند و در یک رستوران مشغول به کار است.

شرایط مراجعه و شکایت اصلی: بیمار توسط یک دوست به بخش اورژانس آورده شد. او به دوستش گفته بود که مچ دستش را بریده است و دوستش متوجه قدری خون روی زمین شده و او را به بخش اورژانس آورد.

عوامل استرس‌زا: نامزد او دو روز قبل از مراجعه به اورژانس او را ترک کرده بود.

سؤالات مرتبط با خودکشی: این بیمار اظهار کرد که از ۱۳ سالگی تا کنون مدام اقدام به بریدن بخشی از بدن خود می‌کرده است، اما نمی‌خواهد که بمیرد. این اقدام به بریدن به صورت آنی و بدون فکر قبلی بوده است و او برای کمک به با دوستش تماس گرفته است. او اکنون دوست ندارد که اقدام به بریدن کند و می‌گوید که می‌خواهد به خانه برگردد و عصر سر کار برود.

¹ Anna

سابقه بیماری کنونی: این بیمار عنوان کرد که هر روز دارای نوسانات خلقی است. اما در حال حاضر حالش خوب است. از تمرکز و توجه ضعیفی برخوردار است. چندین سال است که به خوبی نمی تواند بخوابد. اشتهاى خوبی دارد و احساس گناه نمی کند. به یوگا و فوتبال فوتبال علاقه مند است. در دو لیگ بازی می کند. همچنین، به شغل خود علاقه دارد و گهگاه بدون هیچ دلیلی شروع به گریه می کند. در مورد همه چیز نگران است و نمی تواند اضطراب خود را کنترل کند. انرژی خوبی دارد و به راحتی عصبانی می شود. گاهی اوقات به شدت پرخاش می کند و این امر منجر به ترک وی توسط نامزدش شد.

سوء مصرف الکل و مواد مخدر: او تنها در آخر هفته نوشیدنی الکلی می نوشد و روزی یک گرم علف می کشد.

سابقه بیماری روانی در گذشته: هیچگونه تماس قبلی با سلامت روان نداشته است.

سابقه پزشکی: سالم است و تنها به پنی سیلین حساسیت دارد.

سابقه خانوادگی: این بیمار یک خواهر و یک برادر ناتنی دارد. پدر و مادر او ۱۵ و ۱۶ ساله بودند که او به دنیا آمد. سابقه خانوادگی افسردگی، اضطراب و ADHD دارد و رابطه فوق العاده ای با والدینش دارد.

سابقه شخصی: بعد از کلاس یازدهم ترک تحصیل کرد. در سن ۶ سالگی توسط پدر بزرگش مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفت. در کلاس هفتم و هشتم موفق به اتمام سال تحصیلی نشد و با مشکلات متعدد آموزشی و یادگیری مواجه بود. هرگز بیش از شش ماه با کسی رابطه نداشت و با ۲۳ نفر دوست بوده است. او خود را دوجنسه می داند. بعد از کلاس یازدهم تاکنون در رستوران مشغول به کار بوده است و به مدت دو سال است که در شغل کنونی خود حضور

دارد. آنا دوستان زیادی دارد اما به سادگی خسته می شود و از مصاحبت با دوستان قدیمی خود خودداری می کند و به دنبال دوستان جدید می گردد.

اطلاعات جانبی: او موافقت کرد که درمانگر با والدین او صحبت کند؛ کسانی که رفتار خودکشی او در طولانی مدت را تأیید کردند. آنها گفتند که او هنگام مصرف مواد و هزینه کردن پول به صورت آنی و بدون فکر تصمیم گیری می کند.

عوامل خطر برای خودکشی در این مورد چه هستند؟

سطح خطر در این مورد چیست و چطور شما به این نتیجه دست پیدا کردید؟ پایین چگونه می خواهید این بیمار را مدیریت کنید؟ پیگیری منظم

نمایه خطر مصاحبه

نمایه خطر فردی

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ○ فکر یا ایده خودکشی | ▪ پناهنده یا گروه خطر فرهنگی و قومی، |
| ▪ دسترسی به ابزار کشنده | ▪ افرادی که گرایش جنسی و رفتار |
| ▪ نیت خودکشی یا برنامه کشنده یا | ▪ جنسی به غیر از دگرجنس گرایی دارند |
| ▪ برنامه ای برای بعد از مرگ (یادداشت) | ▪ سابقه خانوادگی خودکشی |
| ▪ یأس | ▪ تروما: نظیر خشونت خانگی، سوء |
| ▪ عواطف شدید: عصبانیت، تشویش، خشم | ▪ استفاده جنسی، فراموشی |
| ▪ مفرط، تحقیر، انتقام، ترس، اضطراب | ▪ خودکنترلی ضعیف: تکانشگر، پرخاشگر |
| ▪ شدید | ▪ و خشن |
| ▪ مسمومیت با الکل یا مواد مخدر | ▪ اقدام به خودکشی اخیر |

- اقدامات قبلی خودکشی به ویژه با
- احتمال نجات کم
- بیماری روانی و اعتیاد
- افسردگی یا لذت نبردن از وقایع لذت-بخش زندگی
- روان پریشی
- توهمات دستوری
- بستری، ترخیص، ملاقات‌های اخیر
- درد یا بیماری مزمن
- ناتوانی یا معلولیت
- اطلاعات جانبی که مؤید نیت خودکشی می‌باشند

- طرد شدن از خانواده یا دوستان
- استدلال یا قضاوت ضعیف
- شهود درمانی: ارزیاب مربوطه
- تغییر زیاد اخیر در رفتار
- بحران، نزاع، فقدان اخیر

حلقه حمایت

مدیریت بیماری

- عدم حمایت خانواده یا دوستان
- عدم دسترسی به مراقب
- تغییر مدام خانه
- عدم حمایت بالینی
- ناسازگاری یا پاسخ ضعیف به درمان

ابزار ارزیابی پیشگیری از خودکشی سادک (SSPA)

ابزار مداخله و ارزیابی خطر خودکشی

آنا
مورر اول

تاریخ..... زمان..... ارزیاب..... تشخیص.....

..... دلیل.....

حائل‌های خطر: برای تشخیص میزان خطر مورد استفاده قرار نمی‌گیرند.	نمایه خطر فردی	نمایه خطر مصاحبه
✓ داشتن دلیل برای زندگی / امید	✓ تروما: نظیر خشونت خانگی، سوء استفاده جنسی، فراموشی	فکر یا ایده خودکشی
✓ حمایت اجتماعی	سابقه خانوادگی خودکشی	دسترسی به ابزار کشنده
✓ مسئولیت خانواده/بچه/حیوانا	✓ خودکنترلی ضعیف: تکانشگر، پرخاشگر و خشن	نیت خودکشی یا برنامه کشنده یا برنامه‌ای برای بعد از مرگ (یادداشت)
✓ قابلیت سازش / مقاومت	اقدام به خودکشی اخیر	یأس
	اقدامات قبلی خودکشی به	عواطف شدید: ۱

عصبانیت، تشویش،	ویژه با احتمال نجات کم	مذهب/ایمان
خشم مفرط، تحقیر،	✓ بیماری روانی و اعتیاد	قدرت مدیریت خطر
انتقام، ترس، اضطراب	افسردگی یا لذت نبردن از	طرح ارتباط
شدید	وقایع لذت بخش زندگی	
مسمومیت با الکل یا	روان پریشی	نوشتاری
مواد مخدر	توهومات دستوری	پرستار
طرد شدن از خانواده	بستری، ترخیص، ملاقات-	پزشک
یا دوستان	های اخیر	خانواده
استدلال یا قضاوت	درد یا بیماری مزمن	تلفن اورژانسی
ضعیف	ناتوانی یا معلولیت اطلاعات بی	دیگران
شهود بالینی: ارزیاب	ید نیت خودکشی می باشند	✓ ثبت در جدول
مربوطه		طرح مدیریت
تغییر زیاد اخیر در		در خطر مزمن، برنامه مراقبت
رفتار	حلقه ی حمایت	بیمار را دنبال کنید.
بحران، نزاع، فقدان	عدم حمایت خانواده یا دوستان	✓ پیگیری سرپایی منظم
اخیر	عدم دسترسی به مراقب	از بین بردن ابزار مرگ زا
		پیگیری سرپایی ضروری
		بستری در بخش روانی
		نظارت منظم

مدیریت بیماری	تغییر مدام خانه	نظارت نزدیک ۱۵ دقیقه ای نظارت مستمر
عدم حمایت درمانی		
ناسازگاری یا پاسخ		
ضعیف به درمان		

سطح خطر خودکشی: ارزیابی خطر بر اساس قضاوت درمانگر و نه براساس تعداد موارد بررسی شده صورت می‌گیرد.

این فهرست تنها با هدف راهنمایی درمانگر جهت اتخاذ تصمیم بالینی آماده شده است.

سطح خطر: بالا متوسط پایین x امضا

تحلیل خطر، نظر و اطلاعات جانبی: آنا می‌خواهد زندگی کند. او گفت که چندین سال است که اقدام به خودزنی می‌کند اما قصد یا برنامه ای برای مردن ندارد. او از حمایت خانوادگی خوبی برخوردار است. او به پیگیری سرپایی ارجاع داده خواهد شد.

جهت کسب اطلاعات در مورد این فرم با دکتر سادک از طریق joseph.sadek@nshealth.ca تماس برقرار کنید.

۲.۸ مورد دوم: شان^۱

اطلاعات تشخیصی: بیمار یک مرد ۴۱ ساله است که با برادرش زندگی می‌کند. او یک ماهیگیر است که سه ماه پیش از کارش اخراج شد.

شرایط مراجعه و شکایات اصلی: بیمار توسط آمبولانس به بخش اورژانس آورده شد. برادرش خارج از شهر بود اما تصمیم گرفت یک روز زودتر به خانه برگردد؛ هنگام برگشت برادرش را در ماشین در حالی که موتور ماشین روشن بود و دود گاراژ را پر کرده بود، یافت. او در ماشین را باز کرد و برادرش را بیرون آورد و با ۹۱۱ تماس گرفت.

عوامل استرس ز: بیمار بعد از تحقیر توسط مدیر، سه ماه پیش از کارش اخراج شد. همسرش ۲ ماه پیش او را ترک کرد و پسر نه ساله شان را با خودش برد. سپس او به منزل برادرش رفت و متوجه شد که همسرش دو سال است که به او خیانت می‌کند. از یک سال پیش احساس درد شدید و مشکل در تنفس داشت و بعد از معاینات بسیار دریافت که از سرطان ریه رنج می‌برد.

¹ Shawn

سوالات مرتبط با خودکشی: بعد از گذراندن سه روز در بخش اورژانس، این بیمار توسط روانشناس مورد معاینه قرار گرفت و ابراز کرد که هیچ فکری برای خودکشی ندارد و سعی کرده است که از بخش اورژانس فرار کند. او به کارکنان گفت که زندگی اش به خودش ربط دارد و نمی خواهد هیچ بحثی در این زمینه بکند و اینکه فقط می خواهد تنها باشد. او از پاسخگویی به سوالات اجتناب کرد و ناراحت و گریان بود.

سابقه روانی در گذشته: دارای دو پرونده افسردگی در گذشته است که با داروهای ضد افسردگی با موفقیت درمان شده است و هیچ سابقه اقدام به خودکشی ندارد. سابقه پزشکی: ۱ سال پیش سرطان ریه برایش تشخیص داده شده است و اکنون رو به بهبود است.

سابقه خانوادگی: بیمار یک برادر سالم دارد و چندین سال است که والدینش از هم جدا شده- اند. پدرش به الکل اعتیاد دارد و پدربزرگش اسکیزوفرنی دارد.

سابقه شخصی: بیمار در هالیفاکس^۱ متولد شده است. هیچ مورد غیر عادی در زندگی او مشاهده نمی شود. او در مدرسه تلاش زیادی کرد و توانست کلاس دوازدهم را به اتمام برساند و به عنوان یک ماهیگیر شروع به کار کند. او در چندین کلاس رد شد، اما سرانجام با تلاش زیاد توانست کلاس دوازدهم را به اتمام برساند. او در کودکی دوستان زیادی داشت و در بزرگسالی نیز همین روال را حفظ کرد. او ۱۱ سال با همسرش زندگی کرد.

اطلاعات جانبی: برادرش اظهار کرد که یک یادداشت خودکشی طولانی را در خانه پیدا کرده است. او همچنین اظهار داشت که برادرش چیزی نمی خورد و خود را در اتاقش حبس می کرده است. او بیرون نمی رفته و مصرف الکلش در چند ماه گذشته به شدت افزایش پیدا کرده

¹ Halifax

است. او روزی ۲۴ بطری مشروبات الکلی مصرف می‌کرده و بسیار ناراحت و تنها بوده است. قبل از اقدام به خودکشی به برادرش گفته بود که از تمام چیزها و کارهایی که برای او انجام داده است ممنون است. برادرش از این ابرازتشکر خوشحال شده بود، اما متوجه نشده بود که برادر جوان ترش قصد خودکشی دارد.

عوامل خطر خودکشی در این مورد چه هستند؟
سطح خطر چیست و چگونه به این نتیجه رسیدید؟ بالا
چطور می‌خواهید این بیمار را مدیریت کنید؟ بستری با نظارت دائمی

نمایه خطر مصاحبه

نمایه خطر فردی

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ○ فکر یا ایده خودکشی | ▪ پناهنده یا گروه خطر فرهنگی و قومی، |
| ▪ دسترسی به ابزار کشنده | ▪ افرادی که گرایش جنسی و رفتار |
| ▪ نیت خودکشی یا برنامه کشنده یا | ▪ جنسی به غیر از دگرجنس‌گرایی دارند |
| ▪ برنامه‌ای برای بعد از مرگ (یادداشت) | ▪ سابقه خانوادگی خودکشی |
| ▪ یأس | ▪ تروما: نظیر خشونت خانگی، سوء |
| ▪ عواطف شدید: عصبانیت، تشویش، خشم | ▪ استفاده جنسی، فراموشی |
| ▪ مفراط، تحقیر، انتقام، ترس، اضطراب | ▪ خودکنترلی ضعیف: تکانشگر، پرخاشگر |
| شدید | و خشن |
| ▪ مسمومیت با الکل یا مواد مخدر | ▪ اقدام به خودکشی اخیر |

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| ▪ اقدامات قبلی خودکشی به ویژه با | ▪ طرد شدن از خانواده یا دوستان |
| احتمال نجات کم | ▪ استدلال یا قضاوت ضعیف |
| ▪ بیماری روانی و اعتیاد | ▪ شهود درمانی: ارزیاب مربوطه |
| ▪ افسردگی یا لذت نبردن از وقایع لذت- | ▪ تغییر زیاد اخیر در رفتار |
| بخش زندگی | ▪ بحران، نزاع، فقدان اخیر |
| ▪ روان پریشی | |
| ▪ توهمات دستوری | |
| ▪ بستری، ترخیص، ملاقات‌های اخیر | |
| ▪ درد یا بیماری مزمن | |
| ▪ ناتوانی یا معلولیت | |
| ▪ اطلاعات جانبی که مؤید نیت | |
| خودکشی می‌باشند | |

مدیریت بیماری

حلقه حمایت

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| ▪ عدم حمایت بالینی | ▪ عدم حمایت خانواده یا دوستان |
| ▪ ناسازگاری یا پاسخ ضعیف به درمان | ▪ عدم دسترسی به مراقب |
| | ▪ تغییر مدام خانه |

ابزار ارزیابی پیشگیری از خودکشی سادک (SSPA)

ابزار مداخله و ارزیابی خطر خودکشی

شان مورد دوم

تاریخ.....زمان.....ارزیاب.....تشخیص

.....دلیل

نمایه مصاحبه	خطر	نمایه فردی	خطر	حائل های خطر: برای تشخیص میزان خطر مورد
✓ فکر یا ایده خودکشی	پناهنده یا گروه خطر			استفاده قرار نمی گیرند.
✓ دسترسی به ابزار کشنده	فرهنگی و قومی			✓ داشتن دلیل برای زندگی / امید حمایت اجتماعی
✓ نیت خودکشی یا برنامه کشنده یا برنامه‌ای برای بعد از مرگ (یادداشت)	سابقه خانوادگی خودکشی			مسئولیت خانواده/بچه/حیوانات خانگی قابلیت سازش/مقاومت مذهب/ایمان قدرت مدیریت خطر
✓ یأس	خودکنترلی ضعیف:			
✓ عواطف شدید: عصبانیت، تشویش، خشم مفرط، تحقیر، انتقام، ترس، اضطراب شدید	تکانشگر، پرخاشگر و خشن			
✓ مسمومیت با الکل یا	اقدام به خودکشی اخیر اقدامات قبلی خودکشی به			طرح ارتباط

مواد مخدر	ویژه با احتمال نجات کم	گفتاری نوشتاری
✓ طرد شدن از خانواده	✓ بیماری روانی و اعتیاد	✓ پرستار
یا دوستان	✓ افسردگی یا لذت نبردن	✓ پزشک
✓ استدلال	یا از وقایع لذت بخش زندگی	✓ خانواده
قضاوت ضعیف	روان پریشی	تلفن اورژانسی
✓ شهود بالینی:	توهومات دستوری	دیگران
ارزیاب مربوطه	بستری، ترخیص، ملاقات‌های اخیر	✓ ثبت در جدول
تغییر زیاد اخیر در رفتار		طرح مدیریت
بحران، نزاع، فقدان اخیر		در خطر مزمن، برنامه مراقبت بیمار
	✓ درد یا بیماری مزمن	را دنبال کنید.
مدیریت بیماری	ناتوانی یا معلولیت	پیگیری سرپایی منظم
عدم حمایت بالینی	✓ اطلاعات جانبی	از بین بردن ابزار مرگ‌زا
ناسازگاری یا پاسخ ضعیف	که مؤید نیت خودکشی می‌باشند	پیگیری سرپایی ضروری
به درمان		✓ بستری در بخش روانی
	حلقه حمایت	نظارت منظم
		نظارت نزدیک ۱۵ دقیقه ای
		✓ نظارت مستمر
	عدم حمایت خانواده یا	

دوستان

عدم دسترسی به مراقب

تغییر مدام خانه

سطح خطر خودکشی: ارزیابی خطر بر اساس قضاوت درمانگر و نه براساس تعداد موارد بررسی شده صورت می‌گیرد.

این فهرست تنها با هدف راهنمایی درمانگر جهت اتخاذ تصمیم بالینی آماده شده است.

سطح خطر: بالا * متوسط پایین امضا

تحلیل خطر، نظر و اطلاعات جانبی: بیمار در سطح خطر خودکشی بالایی قرار دارد. او تصادفاً توسط برادرش نجات یافته است. او قصد دارد که بمیرد و برنامه جدی برای عملی کردن این موضوع دارد. او تمایلی به همکاری ندارد و از چندین عامل استرس زا در رنج است. این بیمار تا زمان ارزیابی مجدد، نیازمند بستری اجباری و نظارت مستمر در بیمارستان می باشد.

جهت کسب اطلاعات در مورد این فرم با دکتر سادک از [طریق joseph.sadek@nshealth.ca](mailto:joseph.sadek@nshealth.ca) تماس برقرار کنید.

۳.۸ مورد سوم دایان^۱

اطلاعات تشخیصی: بیمار یک خانم ۲۹ ساله است که با یک خانم دیگر و دو کودک دوساله و هفت ماهه زندگی می‌کند.

شرایط مراجعه و شکایات اصلی: بیمار توسط دوستش به بخش اورژانس آورده شد و دارای علائم زیر بود:

افسردگی، توجه پایین، حس گناه، حملات اضطرابی، فراموشی، گریه، نگرانی زیاد، بیش‌فعالی و تکانشگری، خستگی و عصبانیت.

مصرف الکل و مواد مخدر: دو بار در ماه الکل مصرف می‌کند. مواد مخدر مصرف نمی‌کند. مرور علائم: هنگامی که در مورد خودکشی از او پرسیده شد، سعی داشت از موضوع طفره برود. او گفت که زندگی خوب نبوده است. مادر خوبی نیست و شروع به گریه کرد و گفت که او مجازات خواهد شد و مستحق مجازات مرگ است.

هنگامی که به تنهایی در اتاق منتظر بود، پرستاران دیدند که مشغول صحبت است. هنگامی که در مورد این موضوع از او سؤال شد، گفت که این صداها همه گناهان او را می‌دانند و اگر به فرمان و درخواست آنها پاسخ ندهد گناهان او را آشکار خواهند ساخت. بعد از یک مکث طولانی او ادامه داد که آنها از او می‌خواهند ابتدا به بچه‌ها و سپس به خودش چاقو بزنند و این زندگی شوم را پایان دهد.

مصرف دارو: اخیراً هر روز صبح سیتالوپرام ۴۰ میلی‌گرم مصرف می‌کند و در گذشته زولوفت و ولبوترین مصرف می‌کرده است و در کودکی نیز آدرال و ریتالین برای اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی مصرف می‌کرده است که توسط پزشک در هفت سالگی برای او تجویز شده بود.

^۱ Diane

سابقه پزشکی: بعد از اینکه مورد تجاوز گروهی قرار گرفت دچار دو شکستگی استخوان شده است.

سابقه خانوادگی: بیمار یک خواهر و سه برادر ناتنی دارد. والدینش هنگامی که او سه ساله بوده از هم جدا شدند. او سابقه خانوادگی افسردگی، اضطراب، سوءمصرف مواد و اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی دارد. پدرش اسکیزوفرنی داشت و به واسطه خودکشی دو سال پیش درگذشت.

سابقه شخصی: بیمار در آلبرتا^۱ متولد شده است. رشد طبیعی داشته است و در مدرسه موفق نبوده و از مدرسه متنفر بوده است. معلم‌ها او را دوست نداشتند. دارای اضافه وزن بود و بچه‌های دیگر او را چاق صدا می‌کردند.

همیشه دوستان اندکی داشته است و یک دوست داشته است که او را ترک کرده و با دوستان دیگرش به او حمله کرده و او را مورد آزار و اذیت قرار داده است. بعد از آن حادثه او شروع به زندگی با یک خانم کرده و خود را دوجنسه می‌داند. دو دختر دارد. این بیمار بعد از اخراج از آخرین کارش به عنوان صندوقدار در یک سوپرمارکت، مورد حمایت اجتماعی قرار گرفت.

عوامل خطر خودکشی در این مورد چه هستند؟

سطح خطر خودکشی در این مورد چیست و چطور به این نتیجه رسیدید؟ متوسط رو به بالا

چطور می‌خواهید این بیمار را مدیریت کنید؟ بستری در بیمارستان

^۱ Alberta

نمایه خطر مصاحبه

نمایه خطر فردی

- فکر یا ایده خودکشی
- دسترسی به ابزار کشنده
- نیت خودکشی یا برنامه کشنده یا برنامه‌ای برای بعد از مرگ (یادداشت)
- یأس
- عواطف شدید: عصبانیت، تشویش، خشم
- مفراط، تحقیر، انتقام، ترس، اضطراب شدید
- مسمومیت با الکل یا مواد مخدر
- طرد شدن از خانواده یا دوستان
- استدلال یا قضاوت ضعیف
- شهود درمانی: ارزیاب مربوطه
- تغییر زیاد اخیر در رفتار
- بحران، نزاع، فقدان اخیر
- پناهنده یا گروه خطر فرهنگی و قومی، افرادی که گرایش جنسی و رفتار جنسی به غیر از دگرجنس‌گرایی دارند
- سابقه خانوادگی خودکشی
- تروما: نظیر خشونت خانگی، سوء استفاده جنسی، فراموشی
- خودکنترلی ضعیف: تکانشگر، پرخاشگر و خشن
- اقدام به خودکشی اخیر
- اقدامات قبلی خودکشی به ویژه با احتمال نجات کم
- بیماری روانی و اعتیاد
- افسردگی یا لذت نبردن از وقایع لذت-بخش زندگی
- روان پریشی
- توهامات دستوری
- بستری، ترخیص، ملاقات‌های اخیر
- درد یا بیماری مزمن
- ناتوانی یا معلولیت
- اطلاعات جانبی که مؤید نیت

خودکشی می‌باشند

حلقه حمایت

- عدم حمایت خانواده یا دوستان
- عدم دسترسی به مراقب
- تغییر مدام خانه

مدیریت بیماری

- عدم حمایت بالینی
- ناسازگاری یا پاسخ ضعیف به درمان

ابزار ارزیابی پیشگیری از خودکشی سادک (SSPA)

ابزار مداخله و ارزیابی خطر خودکشی

دایان
مورد سوم

تاریخ.....زمان.....ارزیاب.....تشخیص.....

.....دلیل.....

نمایه خطر مصاحبه	نمایه خطر فردی	حائل‌های خطر: برای
فکر یا ایده خودکشی	پناهنده یا گروه خطر فرهنگی و قومی	تشخیص میزان خطر مورد استفاده قرار نمی‌گیرند.
دسترسی به ابزار کشنده	سابقه خانوادگی خودکشی	✓ داشتن دلیل برای
نیت خودکشی یا برنامه مرگ آور یا برنامه‌ای برای بعد از مرگ (یادداشت)	تروما: نظیر خشونت خانگی، سوء استفاده جنسی، فراموشی خودکنترلی ضعیف: تکانشگر، پرخاشگر و خشن	✓ زندگی/امید حمایت اجتماعی مسئولیت خانواده/بچه/حیوانات خانگی
یأس	اقدام به خودکشی اخیر	قابلیت سازش/مقاومت
عواطف شدید:	اقدامات قبلی خودکشی به ویژه با احتمال نجات کم	مذهب/ایمان قدرت مدیریت خطر
عصبانیت، تشویش، خشم مفرط، تحقیر، انتقام، ترس، اضطراب شدید	✓ بیماری روانی و اعتیاد	طرح ارتباط
مسمومیت با الکل یا	افسردگی یا لذت نبردن از وقایع	

مواد مخدر	لذت‌بخش زندگی	گفتاری
طرد شدن از خانواده یا دوستان	✓ روان پریشی	نوشتاری
استدلال یا قضاوت ضعیف	توهامات دستوری	✓ پرستار
شهود درمانی: ارزیاب مربوطه	بستری، ترخیص، ملاقات- های اخیر	✓ پزشک
تغییر زیاد اخیر در رفتار	درد یا بیماری مزمن	✓ خانواده
بحران، نزاع، فقدان اخیر	ناتوانی یا معلولیت	✓ تلفن اورژانسی
مدیریت بیماری	✓ اطلاعات جانبی که مؤید نیت خودکشی می‌باشند	✓ ثبت در جدول
عدم حمایت بالینی	حلقه حمایت	طرح مدیریت
ناسازگاری یا پاسخ ضعیف به درمان	عدم حمایت خانواده یا دوستان	در خطر مزمن، برنامه مراقبت بیمار را دنبال کنید.
	عدم دسترسی به مراقب	✓ پیگیری سرپایی منظم
	تغییر مدام خانه	از بین بردن ابزار مرگ زا
		پیگیری سرپایی ضروری
		✓ بستری در بخش روانی
		نظارت منظم
		✓ نظارت نزدیک ۱۵ دقیقه ای نظارت مستمر

سطح خطر خودکشی: ارزیابی خطر بر اساس قضاوت درمانگر و نه براساس تعداد موارد بررسی

شده صورت می‌گیرد.

این فهرست تنها با هدف راهنمایی درمانگر جهت اتخاذ تصمیم بالینی آماده شده است.

سطح خطر: بالا x متوسط پایین امضا

تحلیل خطر، نظر و اطلاعات جانبی: : بیمار در سطح خطر خودکشی بالایی قرار دارد. او صداهایی می شنود (توهمات دستوری) و احساس می کند که باید به آنها عمل کند. او همچنین در خطر آسیب رساندن به دو فرزند خود است.

جهت کسب اطلاعات در مورد این فرم با دکتر سادک از طریق joseph.sadek@nshealth.ca تماس برقرار کنید.

۴.۸ مورد چهارم: کریستین^۱

اطلاعات تشخیصی: بیمار یک خانم مجرد سفیدپوست و ۲۶ ساله است.

شرایط مرجعه و شکایات اصلی: بیمار در ۲۳ دسامبر به بخش اورژانس مراجعه کرد و اظهار داشت که دیگر قادر به تحمل زندگی نیست. او گفت که من به زندگیم پایان خواهم داد. او با فردی زندگی می کرد که آن روز بعد از ظهر از او جدا شد و از او خواست که خانه اش را ترک کند. او جای دیگری برای رفتن نداشت. مادرش تقریباً در فاصله پنج ساعتی با او زندگی می کند و پدرش بیمار است و دوست دیگری در شهر ندارد.

مرور علائم: این بیمار گفت که در طول ماه گذشته استرس داشته و افسرده بوده است. او اظهار داشت که دوران کریسمس با یادآوری اینکه پدرش بسیار اقدام به نوشیدن الکل می کرده است، برایش سخت می گذرد و اینکه پدرش او و تنها خواهرش را مورد آزار و اذیت قرار

^۱ Christine

می داده است. او بسیار در مورد خاطرات شوک آوری که از آنها رنج می برد صحبت کرد. او در مورد شب‌هایی صحبت کرد که بعد از کتک خوردن و بیرون انداخته شدن از خانه در راه پله گریه می کرد. او زمانی را به یاد آورد که بعد که پدرش انقدر به کتک زدن او ادامه داد تا این که بیهوش شد و وقتی که به بیمارستان منتقل شد مادرش به پرستاران گفت که از دوچرخه افتاده است و سرش شکسته است.

در طول ۱۰ سال گذشته دائم کابوس می دیده است. روزانه دچار حملات ترس می شود و در مورد همه چیز احساس نگرانی می کند و نمی تواند آرامش داشته باشد. خواب و اشتهایش تغییری نکرده است. حوصله هیچ چیز را ندارد و ناامید است. از تماشای نتفلیکس لذت می برد اما از یک ماه پیش تا کنون این کار را انجام نداده است. او به خاطر مرگ خواهرش در سال گذشته احساس گناه می کند. او با خواهرش هیچ تماسی نداشت تا اینکه پیامی را از او دریافت کرد که درخواست ملاقات با او را داشت. او این پیام را نادیده گرفت و روز بعد از ایستگاه پلیس متوجه شد که خواهرش خود را جلوی قطار پرت کرده و نهایتاً جان خود را از دست داده است.

سابقه روانی گذشته: او هیچ تماسی با مرکز سلامت روان نداشته است. هیچگاه بستری نشده و هیچ سابقه‌ای از دریافت هیچ نوع از روان درمانی نداشته است.

مصرف الکل و مواد مخدر: او گفت که هرگز الکل و مواد مخدر مصرف نکرده است.

سابقه پزشکی: او هیچ مشکل پزشکی فعالی به جز التهاب مزمن روده ندارد و در ۱۵ سالگی سقط جنین داشته است.

داروها: پزشک خانواده ونلافاکسین ۷۵ میلی گرم را به مدت ۳ سال برای او تجویز کرده بود و احساس می کرد که برایش مفید نبوده است.

سابقه شخصی: اخیراً اقدام به ادامه تحصیل از راه دور کرده است. در کلاس یازدهم مدرسه را ترک کرده و اخیراً به صورت نیمه وقت در یک مغازه مشغول به کار است.

در این مورد عوامل خطر چه هستند؟

سطح خطر در این مورد چیست و چگونه به این نتیجه دست پیدا کردید؟
چطور می خواهید این بیماری را مدیریت کنید؟

نمایه خطر فردی

نمایه خطر مصاحبه

- | | |
|---|--|
| ▪ پناهنده یا گروه خطر فرهنگی و قومی،
افرادى كه گرایش جنسى و رفتار
جنسى به غير از دگرجنس‌گرایی دارند | ▪ فکر یا ایده خودکشی |
| ▪ سابقه خانوادگی خودکشی | ▪ دسترسی به ابزار کشنده |
| ▪ تروما: نظیر خشونت خانگی، سوء
استفاده جنسى، فراموشی | ▪ نیت خودکشی یا برنامه کشنده یا
برنامه‌ای برای بعد از مرگ (یادداشت) |
| ▪ خودکنترلی ضعیف: تکانشگر، پرخاشگر
و خشن | ▪ یأس |
| ▪ اقدام به خودکشی اخیر | ▪ عواطف شدید: عصبانیت، تشویش، خشم |
| ▪ اقدامات قبلی خودکشی به ویژه با
احتمال نجات کم | ▪ مفراط، تحقیر، انتقام، ترس، اضطراب
شدید |
| ▪ بیماری روانی و اعتیاد | ▪ مسمومیت با الکل یا مواد مخدر |
| ▪ افسردگی یا لذت نبردن از وقایع لذت- | ▪ طرد شدن از خانواده یا دوستان |
| | ▪ استدلال یا قضاوت ضعیف |
| | ▪ شهود درمانی: ارزیاب مربوطه |
| | ▪ تغییر زیاد اخیر در رفتار |

▪ بحران، نزاع، فقدان اخیر

بخش زندگی

▪ روان پریشی

▪ توهمات دستوری

▪ بستری، ترخیص، ملاقات‌های اخیر

▪ درد یا بیماری مزمن

▪ ناتوانی یا معلولیت

▪ اطلاعات جانبی که مؤید نیت

خودکشی می باشند

مدیریت بیماری

حلقه ی حمایت

▪ عدم حمایت بالینی

▪ عدم حمایت خانواده یا دوستان

▪ ناسازگاری یا پاسخ ضعیف به درمان

▪ عدم دسترسی به مراقب

▪ تغییر مدام خانه

ابزار ارزیابی پیشگیری از خودکشی سادک (SSPA)

ابزار مداخله و ارزیابی خطر خودکشی

کریستین

مورد چهارم

تاریخ.....زمان.....ارزیاب.....تشخیص

.....دلیل.....

نمایه خطر مصاحبه	نمایه خطر فردی	حائل‌های خطر: برای
فکر یا ایده خودکشی	✓ پناهنده یا گروه خطر فرهنگی	تشخیص میزان خطر مورد
دسترسی به ابزار کشنده	و قومی	استفاده قرار نمی گیرند.
نیت خودکشی یا برنامه	✓ سابقه خانوادگی خودکشی	✓ داشتن دلیل برای زندگی/امید
مرگ آور یا برنامه‌ای	✓ تروما: نظیر خشونت خانگی،	حمایت اجتماعی
برای بعد از مرگ	سوء استفاده جنسی، فراموشی	مسئولیت خانواده/بچه/حیوانات
(یادداشت)	خودکنترلی ضعیف: تکانشگر،	خانگی
یأس	پرخاشگر و خشن	قابلیت سازش/مقاومت
عواطف شدید: عصبانیت،	اقدام به خودکشی اخیر	مذهب/ایمان
تشویش، خشم مفرط،	اقدامات قبلی خودکشی به	قدرت مدیریت خطر
تحقیر، انتقام، ترس،	ویژه با احتمال نجات کم	
اضطراب شدید	✓ بیماری روانی و اعتیاد	طرح ارتباط
مسمومیت با الکل یا مواد	✓ افسردگی لذت نبردن از وقایع	گفتاری نوشتاری
مخدر	لذت بخش زندگی	

پرستار	روان پریشی	طرد شدن از خانواده یا
پزشک	توهامات دستوری	دوستان
خانواده	بستری، ترخیص، ملاقات‌های	استدلال یا قضاوت
تلفن اورژانسی	اخیر	ضعیف
✓ ثبت در جدول	درد یا بیماری مزمن	شهود درمانی: ارزیاب
طرح مدیریت	ناتوانی یا معلولیت	مربوطه
در خطر مزمن، برنامه مراقبت بیمار را دنبال کنید.	اطلاعات جانبی که مؤید نیت خودکشی می باشند	تغییر زیاد اخیر در رفتار بحران، نزاع، فقدان اخیر
پیگیری سرپایی منظم		مدیریت بیماری
از بین بردن ابزار مرگ زا	حلقه ی حمایت	عدم حمایت بالینی
پیگیری سرپایی ضروری	✓ عدم حمایت خانواده یا دوستان	✓ ناسازگاری یا پاسخ ضعیف به درمان
بستری در بخش روانی		
نظارت منظم	عدم دسترسی به مراقب	
نظارت نزدیک ۱۵ دقیقه ای		
نظارت مستمر	تغییر مدام خانه	

سطح خطر خودکشی: ارزیابی خطر بر اساس قضاوت درمانگر و نه براساس تعداد موارد بررسی شده صورت می گیرد.

این فهرست تنها با هدف راهنمایی درمانگر جهت اتخاذ تصمیم بالینی آماده شده است.

سطح خطر: بالا متوسط x پایین امضا

تحلیل خطر، نظر و اطلاعات جانبی: بستری کوتاه مدت ممکن است برای بیمار مفید باشد. او بعد از جدایی افکار خودکشی دارد و جایی برای رفتن ندارد. بیمار سابقه شوک روحی شدید دارد و تجویز دارو می تواند برایش سودمند باشد. مدت بستری در بیمارستان باید بسیار کوتاه باشد.

جهت کسب اطلاعات در مورد این فرم با دکتر سادک از

طریق joseph.sadek@nshealth.ca تماس برقرار کنید.

پیوست A

واژه نامه

حلقه مراقبت: حلقه مراقبت ممکن است به صورت افراد و فعالیت های مرتبط با مراقبت و درمان بیمار نیز تعریف شود. بنابراین، این اصطلاح ارائه دهندگان خدمات سلامت را شامل می‌شود که مراقبت و خدمات درمانی اولیه را به بیمار ارائه می دهند و شامل فعالیت های مرتبط، نظیر کار آزمایشگاهی و مشورت موردی یا حرفه ای با دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می شود.

ترخیص از مراقبت: بسته شدن پرونده یا ترخیص از مرکز درمانی. درمانگران باید سطح خطر را قبل از بستن پرونده بیمار ثبت کنند.

ورود به مراقبت: ورود به مراقبت عبارت است از اولین تماس با خدمات اعتیاد یا مراقبت از سلامت روانی خاص و بسته به ساختار خدمات خاص، متفاوت است. بنابراین، ارزیابی اولیه می تواند بررسی در بخش اورژانس، ارزیابی قبل از بستری و بستری در یک سرویس جدید، بستری در بخش یا در یک کلینیک اجتماعی جدید باشد.

ارائه دهنده خدمات سلامت در مرحله بعد: این فرد می تواند، بسته به کسی که در هنگام جابه جایی ارائه کننده مراقبت و درمان است، یک درمانگر، پزشک یا تیم باشد.

غربالگری برای خودکشی: تشخیص بیمارانی که احتیاج به ارزیابی خطر خودکشی دارند و سنجش بیشتر به وسیله پرسیدن سؤال، گرفتن سابقه و بررسی وضعیت روانی.

اطلاع از ضربه روحی: با اطلاع از ضربه روحی می‌توان شیوه ای از مراقبت اتخاذ کرد که به تاثیر وقوع وقایع سخت روحی برای بیماران و خانواده آنها حساس است که شامل تشخیص

نشانه‌ها و علائم ضربه روحی در بیماران و خانواده شان می‌شود و همراه با پاسخ‌هایی است که آگاهی در مورد شوک روحی را با سیاست‌ها، فرآیندها و تمرین‌ها ترکیب می‌کند.

افکار خودکشی: به افکار و تصورات و تخیلات مرگ یا کشتن خود اشاره می‌کند.

اقدام به خودکشی: یک عمل هدفمند خودخواسته که همراه با قصد آشکار یا ضمنی برای مرگ است.

خودکشی (خودکشی کامل): مرگی که بر اثر اقدام به خودکشی رخ می‌دهد.

آسیب به خود (یا خودزنی غیر انتحاری): رفتار مخرب خودخواسته‌ای که با اقدام آشکار یا ضمنی برای مرگ همراه نیست

پیوست B

ارزیابی خطر خودکشی در کودکان و نوجوانان

برخی علائم هشدار در کودکان و نوجوانان

- حرف زدن از خودکشی
- اشاره به مرگ در صحبت، نوشتن و نقاشی
- دور انداختن اموال
- ترک دوستان و خانواده
- داشتن رفتار پرخاشگرانه و خصمانه
- عدم رسیدگی به ظاهر خود
- فرار از خانه
- داشتن رفتار پرخطر نظیر بی‌دقتی در رانندگی
- تغییر در شخصیت نظیر خوش‌بینی تا سکوت

عوامل خطر رایج برای خودکشی در کودکان و نوجوانان

- افسردگی یا اختلال روانی دیگر
- داشتن والدین با مشکلات سلامت روانی فعال
- سابقه اقدام به خودکشی
- داشتن یک دوست، هم‌سن، یکی از اعضای خانواده یا یک قهرمان ورزشی یا موسیقی که اخیراً اقدام به خودکشی کرده است یا در اثر خودکشی جان خود را از دست داده است.
- زندگی خانوادگی از هم گسیخته

- سابقه سوءاستفاده جنسی
 - سابقه مورد ظلم قرار گرفتن
- دیگر عوامل خطر عبارتند از:
- مالکیت یا خرید اسلحه ، قرص یا دیگر ابزار خودزنی
 - مشکلات سوء مصرف مواد و الکل
 - مشاهده خودکشی در یکی از اعضای خانواده
 - مشکلاتی در مدرسه نظیر رد شدن در دروس
 - رفتار خصمانه یا غیبت های مکرر
 - از دست دادن یکی از والدین یا اعضای نزدیک خانواده از طریق مرگ و طلاق
 - مشکلات قانونی و انضباطی
 - استرس به وجود آمده از طریق تغییرات فیزیکی مرتبط با بلوغ، بیماری های مزمن یا عفونت های منتقل شده از طریق تماس با دیگران
 - فاصله گرفتن از دیگران و منزوی بودن
 - عدم اطمینان نسبت به جنسیت خود

پیوست C

منابع

- Kutcher S, Chehil S. Suicide risk management: a manual for health professionals. Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd.; 2007.
- Palmer B, Pankratz V, Bostwick J. The lifetime risk of suicide in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:247–53.
- Bostwick J, Pankratz V. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157:1925–32.
- Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, Harvard University Press; 2005.
- Patel V, et al. Disease control priorities. Mental, neurological, and substance use disorders. 3rd ed. Washington, DC: World Bank Group; 2015.
- Olfson M, Marcus SC, Bridge JA. Emergency department recognition of mental disorders and short-term outcome of deliberate self-harm. *Am J Psychiatry*. 2013;170:1142–50.
- Hawton K, Casaas I, et al. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147(1–3):17–28.
- Ronquillo L, Minassian A, Vilke GM, Wilson MP. Literature-based recommendations for suicide assessment in the emergency department: a review. *J Emerg Med*. 2012;43(5):836–42.
- Bryan CJ, Corso KA, et al. Therapeutic alliance and change in suicidal ideation during treatment in integrated primary care settings. *Arch Suicide Res*. 2012;16(4):316–23.
- Jobs DA. The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide Life Threat Behav*. 2012;42(6):640–53.

- Wortzel HS, Matarazzo B, Homaifar B. A model for therapeutic risk management of the suicidal patient. *J Psychiatr Pract.* 2013;19(4):323–6.
- Wilcox HC, Wyman PA. Suicide Prevention Strategies for Improving Population Health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2016;25(2):219–33.
- Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ.* 2015;351:4978.
- Cardell R, Bratcher KS, Quinnett P. Revisiting “suicide proofing” an inpatient unit through environmental safeguards: a review. *Perspect Psychiatr Care.* 2009;45(1):36–44.
- Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(5):315–28.
- Sher L. Suicide medical malpractice: an educational overview. *Int J Adolesc Med Health.* 2015;27(2):203–6. doi: <https://doi.org/10.1515/ijamh-2015-5012>.
- Belik SL, Stein MB, Asmundson GJ, Sareen J. Relation between traumatic events and suicide attempts in Canadian military personnel. *Can J Psychiatry.* 2009;54(2):93–104.
- Conner KR, Bohnert AS, McCarthy JF, Valenstein M, Bossarte R, Ignacio R, Lu N, Ilgen MA. Mental disorder comorbidity and suicide among 2.96 million men receiving care in the Veterans Health Administration health system. *J Abnorm Psychol.* 2013;122:256–63.
- Desai RA, Dausey DJ, Rosenheck RA. Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):311–18.
- Roy A, Carli V, Sarchiapone M. Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *J Affect Disord.* 2011;133(3):591–4

Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Williams JWJ, Dietrich AJ. "Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(5):337–45.

Zamorski MA. Suicide prevention in military organizations. *Int Rev. Psychiatry*. 2011;23(2):173–80.

Suicide Risk Assessment and Management References

Bernstein SL, D'Onofrio G. A promising approach for emergency departments to care for patients with substance use and behavioral disorders. *Health Aff*. 2013;32(12):2122–28.

Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Conner K, Caetano R, Giesbrecht N, Nolte KB. Acute alcohol intoxication and suicide: A gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Injury Prevention*. 2013;19(1):38–43.

Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):248–63.

Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*. 2014;29(6):870–77.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294(16):2064–74.

Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide—definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(8):1040–6.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Practice parameter for the assessment and treatment of children and

adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(7 Suppl): 24s–51.

American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. American Psychiatric Association; 2003.

The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group. VA/DOD Clinical Practice Guideline (CPG) for the assessment and management of patients at risk for suicide. 2013; Version 1.0:1–190.

Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):129–41.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2009.

State of Victoria Department of Health. Working with the suicidal person: clinical practice guidelines for emergency departments and mental health services. Melbourne, Vic: Mental Health, Drugs, & Regions Branch, Victorian Government; 2010.

American Association for Suicidology (AAS). Core competencies for the assessment and management of individuals at risk for suicide. *Assessing and Managing Suicide Risk (AMSR): Education Development Center, Inc. (EDC)*; 2004.

Clayton PJ. Suicide prevention: saving lives one community at a time. American Foundation for Suicide Prevention.

http://www.afsp.org/index.php/content/download/9544/169597/file/Saving_Lives_One_Community_at_a_Time.pptx.

Accessed 18 Apr 2014.

Clayton PJ. Suicide and the elderly. American Foundation for Suicide Prevention.

http://www.afsp.org/index.php/content/download/3015/54627/file/Suicide_and_the_Elderly.pptx. Accessed 18 Apr 2014.

International Association for Suicide Prevention (IASP). IASP guidelines for suicide prevention. http://www.iasp.info/suicide_guidelines.php. Accessed 18 Apr 2014.

Substance Use and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Promoting emotional health and preventing suicide: a toolkit for senior living communities.

Rockville: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2011.

Substance Use and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Preventing suicide: a toolkit for high schools. Rockville, MD: Center for MentalHealth 2012.

Substance Use and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage (SAFE-T). Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2009.

Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal, et al. Structured patient-clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare: cluster randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2007;191:420–26.

Riihimaki K, Vuorilehto M, Melartin T, Haukka J, Isometsa E. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. *Psychological Medicine*. 2014;44(2):291–302.

Coverdale JH, Roberts LW, Louie AK. Encountering patient suicide: emotional responses, ethics, and implications for training programs. *Acad Psychiatry*. 2007;31(5):329–32.

Brown GK. A Review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health; 2002.

Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. *J Clin Psychol.* 2006;62(2):185–200.

Stanley B, Brown GK, (with Karlin B, Kemp, JE, VonBergen, HA). Safety Plan treatment manual to reduce suicide risk: veteran version: U.S. Department of Veterans Affairs; 2008.

Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 2005;294(5), 563–570.

Currier GW, Litts D, Walsh P, Schneider S, Richardson T, Grant. Evaluation of an emergency department educational campaign for recognition of suicidal patients. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):41–50.

Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Hürter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: A cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2007;67(3):324–32.

Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archiv Gen Psychiatry.* 2006;63(7):757–66.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cogn Behav Pract.* 2014;19(2):256–64.

Suicide Prevention Contracts

Matarazzo BB, Homaifar BY, Wortzel HS. Therapeutic risk management of the suicidal patient: safety planning. *J Psychiatr Pract.* 2014;20(3):220–4.

Puskar K, Urda B. Examining the efficacy of no-suicide contracts in inpatient psychiatric settings: implications for psychiatric nursing. *Issues Ment Health Nurs.* 2011;32(12):785–8.

Edwards SJ, Sachmann MD. No-suicide contracts, no-suicide agreements, and no-suicide assurances: a study of their nature, utilization, perceived effectiveness, and potential to cause harm. *Crisis.* 2010;31(6):290–302.

Stanley B, Brown GK. The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. *J Clin Psychol.* 2012;62(2):243–51.

پیوست D

Guidelines

VA/DoD Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide

Department of Veterans Affairs, Department of Defense
[http://www.healthquality.](http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADODCP_SuicideRisk_Full.pdf)

[va.gov/guidelines/MH/srb/VADODCP_SuicideRisk_Full.pdf](http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADODCP_SuicideRisk_Full.pdf)

National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action

U.S. Department of Health & Human Services

[https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/national-strategy-suicide-prevention/](https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/national-strategy-suicide-prevention/index.html) index.html

Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors

American Psychiatric Association

[http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf) suicide.pdf

Technical Report: Developing Caring for Adult Patients at Risk of Suicide:

A Consensus Based Guide for Emergency Departments

Suicide Prevention Resource Center <http://www.sprc.org/resources-programs/caring-adult-patients-suiciderisk-consensus-guide-emergency-departments>

A Resource Guide for Implementing the Joint Commission 2007 Patient SafetyGoals on SuicideScreening for Mental Health and Suicide Prevention Resource Center

<http://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/jcsafetygoals.pdf>

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)
Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the
management of adult deliberate self-harm. 2004
www.ranzcp.org/Files/Resources/Publications/CPG/Clinician/CPG_Clinician_Full_DSH-pdf.aspx

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage. 2009
www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/safe-t_card.pdf

WHO Self harm and suicide. 2015
www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/en/

International Association for Suicide Prevention (IASP) IASP guidelines
for suicide prevention. 2015. www.iasp.info/suicide_guidelines.php

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Self-harm: the
short-term physical and psychological management and secondary
prevention of self-harm in primary and secondary care. 2004.
www.nice.org.uk/guidance/cg16/ chapter/1-recommendations

New NICE guidance for the longer-term management of self-harm. 2011.
www.nice.org.uk/guidance/cg133/resources/new-nice-guidance-for-the-longerterm-managementofselfharm

پیوست E

Other Web Resources

Children and Adolescent

- <http://www.teenmentalhealth.org/>
- Pediatric and Adolescent Mental Health Emergencies in the Emergency Medical Services System Committee of Pediatric Emergency Medicine, American Academy of Pediatrics (2011).
<http://pediatrics.aappublications.org/content/127/5/e1356.full.html>
- Recommendations for School-Based Suicide Prevention Screening Lessons Learned Working Group, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012).
<http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/Recommendations%20for%20SchoolBased%20Suicide%20Prevention%20Screening.pdf>.

Adults: Primary Care

O'Connor E, Gaynes B, Burda BU, Williams C, Whitlock EP. Screening for suicide risk in primary care: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. 2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23678511>

Seniors

A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults G. Brown, National Institute of Mental Health (2003).

http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/BrownReviewAssessmentMeasures_AdultsOlderAdults.pdf

This resource presents a systematic examination of assessment instruments for suicidal behaviors and behaviors closely associated with suicide risk in adults and older adults.

Other Resources

- <http://www.suicideinfo.ca/csp/go.aspx?tabid=1>
- Health Canada http://www.hc-sc.gc.ca/english/lifestyles/mental_health.html
- World Health http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ The Canadian Association for Suicide Prevention <http://www.suicideprevention.ca/>
- American foundation for suicide prevention <http://www.afsp.org/>
- Canadian mental Health Association <http://www.cmha.ca/>

Websites from Suicide Prevention Resource Centre (USA) Evaluation

Screening for Suicide Risk in Adolescents, Adults, and Older Adults in Primary Care United States Preventive Services Task Force Recommendations (May 2014). <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspssuic.htm>

Understanding Risk and Protective Factors for Suicide: A Primer for Preventing Suicide

Suicide Prevention Resource Center

http://www.sprc.org/library_resources/items/understanding-risk-andprotective-factors-suicide-primer-preventing-suicide

Suicide Risk Factors and Risk Assessment Tools: A Systematic Review

Department of Veterans Affairs <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92671/pdf/TOC.pdf>

Project BETA: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation

American Academy of Emergency Psychiatry <http://escholarship.org/uc/item/4kz5387b>

Safety Planning Guide: A Quick Guide for Clinicians

Suicide Prevention Resource Center

http://www.sprc.org/library_resources/items/safety-planning-guidequick-guide-clinicians

**Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage (SAFE-T):
Pocket Card for Clinicians**

Substance Abuse and Mental Health Services Administration

<http://store.samhsa.gov/product/Suicide-Assessment-Five-Step-Evaluation-and-Triage-SAFE-T-/SMA09-4432>

**Recognizing and Responding to Suicide Risk: Essential Skills for
Clinicians**

American Association of Suicidology

<http://www.sprc.org/resources-programs/recognizing-and-respondingsuicide-risk-essential-skills-clinicians>

Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment

Substance Abuse and Mental Health Services Administration

<http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt>

Post-Evaluation

SMART Discharge Protocol

The Picker Institute

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SMARTDischargeProtocol.aspx>

x

Project RED (Re-engineered Discharge Planning) Toolkit

Agency for Healthcare Research and Quality

<http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/red/toolkit/index.html>

l

**Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran
Version**

Department of Veterans Affairs

http://www.mentalhealth.va.gov/docs/VA_Safety_planning_manual.pdf

SPRC Emergency Department Consensus Panel

Suicide Prevention Resource Center

<http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/consensuspanelroster.pdf>

Patient Safety Plan template

Suicide Prevention Resource Center

<http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/SafetyPlanTemplate.pdf>

Transitions of Care Resources

American College of Emergency Physicians

<http://www.acep.org/transitionsofcare/>

Preventing Suicide: Following up After the Crisis

Substance Abuse and Mental Health Services Administration

http://beta.samhsa.gov/samhsaNewsLetter/Volume_22_Number_2/

preventing_suicide/

General Resources

Attachment-Based Family Therapy (ABFT) National Registry of Evidence-based Programs and Practices <http://www.sprc.org/resources/programs/attachment-based-family-therapy-abft>

Brief Psychological Intervention after Deliberate Self-Poisoning Suicide Prevention Resource Center and American Foundation for Suicide Prevention <http://www.sprc.org/bpr/section-1/brief-psychological-interventionafter-deliberate-self-poisoning>

Now Matters**(Psychotherapy Using DBT for Suicidal Patients)**

<http://www.nowmattersnow.org/skills>

NIMH Publications

National Institute of Mental Health

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/index.shtml>

Suicide Attempt Survivors

American Association of Suicidology

<http://www.suicidology.org/suicide-survivors/suicide-attempt-survivors>

The Way Forward: Pathways to hope, recovery, and wellness with insights

from lived experience

Suicide Attempt Survivors Task Force of the National Action Alliance for Suicide Prevention

<http://actionallianceforsuicideprevention.org/sites/actionallianceforsuicideprevention.org/files/The-Way-Forward-Final-2014-07-01.pdf>

Suicide Safe Mobile App

Substance Abuse and Mental Health Services Administration

<http://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-Suicide-Safe-Mobile-App/>

PEP15-SAFEAPP1

Safety Plan Mobile App

New York State Office of Mental Health

<https://itunes.apple.com/us/app/safety-plan/id695122998?mt=8> American Association of Suicidology. <http://www.suicidology.org/>

Emergency Department

Continuity of Care for Suicide Prevention: The Role of Emergency Departments. Suicide Prevention Resource Center.

<http://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/continuityofcare.pdf>

Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. American College of Emergency Physicians. <http://www.acep.org/content.aspx?id=48427>

Caring for Adult Patients with Suicide Risk: A Consensus Guide for Emergency

Departments — Quick Guide Version. Suicide Prevention Resource Center.

http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/EDGuide_quickversion.pdf

After an Attempt: A Guide for Taking Care of Your Family Member After Treatment in the Emergency Department. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

<http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA08-4357/SMA08-4357.pdf>

Helpful resources regarding BPD patients most at risk of death by suicide

Helping Residents Cope with a Patient Suicide

(<http://www.psych.org/MainMenu/>

EducationCareerDevelopment/ResidentsMembersinTraining/index.aspx)

APA Practice Guidelines: Suicidal Behaviors

(http://www.psychiatryonline.com.ezproxy.library.dal.ca/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx)

library.dal.ca/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx)

APA Practice Guidelines: BPD

(http://www.psychiatryonline.com.ezproxy.library.dal.ca/pracGuide/pracGuideChapToc_13.aspx)

pracGuide/pracGuideChapToc_13.aspx)

APA Guideline Watch: BPD

(<http://www.psychiatryonline.com.ezproxy.library.dal.ca/content.aspx?aid=148718>)

aspx?aid=148718)

NICE Guideline: BPD

(<http://www.nice.org.uk/Guidance/CG78/NiceGuidance/pdf/English>)

پیوست F**افسانه و واقعیت در مورد خودکشی**

نمونه

افسانه: پرسش در مورد خودکشی، فکر خودکشی به ذهن بیمار متبادر می‌سازد.

واقعیت: پرسیدن در مورد احساسات بیمار، باعث به وجود آمدن افکار خودکشی نمی‌شود.

آیا پرسیدن در مورد درد قفسه سینه منجر به مشکلات قلبی می‌گردد.

افسانه: برخی صحبت می‌کنند و برخی انجام می‌دهند. من نمی‌توانم تشخیص دهم که چه

کسی از طریق خودکشی جان خود را از دست می‌دهد زیرا آنها در مورد آن صحبت نمی‌کنند.

واقعیت: اغلب افرادی که از طریق خودکشی جان خود را از دست می‌دهند قبلاً به نیت خود

اشاره کرده‌اند. فردی که در مورد خودکشی صحبت می‌کند به درمانگر این فرصت را می‌دهد

تا قبل از وقوع رفتارها یا اقدامات خودکشی، مداخله لازم را انجام دهد.

افسانه: چنانچه کسی واقعاً بخواهد در اثر خودکشی جان خود را از دست بدهد نمیتوان کاری

برای او انجام داد.

واقعیت: این صحیح نیست. بسیاری از افرادی که قصد خودکشی دارند، از اختلالات روانی

زمینه‌ای رنج می‌برند. فراهم آوردن یک محیط ایمن برای درمان این عارضه زمینه‌ای، می

تواند نتیجه را تغییر دهد. خطر حاد خودکشی اغلب دارای محدودیت زمانی است. اگر شما

بتوانید به شخص کمک کنید که از این بحران آبی و قصد قوی برای مرگ از طریق

خودکشی به سلامت عبور کند، گامی بسیار مهم در جهت گرفتن نتیجه مثبت برداشته‌اید.

افسانه: او واقعاً خود را نخواهد کشت زیرا:

- به تازگی برای تعطیلات برنامه‌ریزی کرده است.
- بچه‌های جوانی در خانه دارد.
- یک قرارداد ایمنی امضا کرده است
- می داند خانواده‌اش چقدر عاشقانه او را دوست دارند.

واقعیت: قصد خودکشی می تواند بر تفکر منطقی پیشی بگیرد. با داشتن افکار یا قصد خودکشی، درمانگر نباید از این فکر غافل شود که بیمار قادر است به این افکار و احساسات جامعه عمل بپوشاند.

افسانه: ظاهراً رفتارهای خود آسیمی به این معنا هستند که بیمار در حال جلب توجه است و واقعا خطرناک نیستند.

واقعیت: رفتارهای خودکشی نیازمند درمان و ارزیابی دقیق هستند. داشتن سابقه اقدام به خودکشی می تواند احتمال مرگ در اثر خودکشی را افزایش دهد. وظیفه درمانگر این است که مؤکداً و بدون قضاوت بیمار را متوجه این رفتار و یافتن روشهای ایمن تر و سالم تر برای درخواست کمک بسازد.

پیوست G

خطر نسبی خودکشی در اختلالات خاص

خطر نسبی اصطلاحی اپیدمیولوژی است که خطر وقوع یک حادثه یا بروز یک بیماری را نسبت به قرار داشتن در معرض چیزی، اندازه می‌گیرد. این خطر، عبارت است از نسبت احتمالی وقوع یک حادثه در گروهی که در معرض یک عامل قرار دارند در برابر گروهی که در معرض آن عامل قرار ندارند. فهرست زیر شامل شرایط خطر نسبی خودکشی می‌گردد:

سابقه اقدام به خودکشی ۳۸/۴

اختلالات خوردن ۲۳/۱

اختلال دوقطبی ۲۱/۷

افسردگی ۲۰/۴

مصرف چندین دارو ۱۹/۲

افسرده خویی ۱۲/۱

اختلال وسواسی - جبری ۱۱/۵

اختلال ترس ۱۰

اسکیزوفرنی ۸/۴۵

مصرف الکل ۵/۸۶

اختلالات شخصیتی ۷/۰۸

سرطان ۱/۸۰

جمعیت کلی ۱

- خطر نسبی ۱ بدین معنی است که هیچ تفاوتی بین خطر در میان دو گروه وجود ندارد.
- خطر نسبی کمتر از ۱ به این معنی است که احتمال وقوع حادثه در گروه تجربی کمتر از گروه کنترل است.
- خطر نسبی بالاتر از ۱ به این معنی است که احتمال وقوع حادثه در گروه تجربی نسبت به گروه کنترل بیشتر است.

(APA Guidelines, part A, p.16. From Jacobs, 2007)

H پیوست**غربالگری خطر خودکشی**

این غربالگری می‌تواند برای کارکنانی که با بیماران کار می‌کنند اما هیچ ابزار حرفه ای برای ارزیابی خطر خودکشی ندارند مفید باشد.

تفاوت بین غربالگری خطر خودکشی و ارزیابی خطر خودکشی چیست؟

غربالگری به فرآیندی اشاره دارد که برای تشخیص افرادی که ممکن است در معرض خطر خودکشی قرار داشته باشند، مورد استفاده قرار می‌گیرد و شامل پرسیدن سؤال در مورد افکار، قصد و برنامه‌ها خودکشی می‌شود.

به یک معنا آنها از طریق غربالگری مجموعه کوچکی از افرادی که ممکن است در معرض خطر خودکشی باشند، به عنوان مسئول رده‌بندی بیماران خدمت می‌کنند. مرحله بعد از غربالگری گروهی سؤالات مصاحبه استانداردسازی شده یا مشورت با یک متخصص سلامت روان است تا جدیت خطر خودکشی تشخیص داده شود. این مرحله ارزیابی خطر خودکشی نامیده می‌شود.

ارزیابی خطر خودکشی معمولاً به سنجش کامل‌تری گفته می‌شود که توسط یک درمانگر کارآمد به منظور تأیید خطر خودکشی احتمالی، تخمین خطر فوری برای بیمار و تصمیم‌گیری برای یک برنامه برای مداخله و درمان انجام می‌شود.

چطور می‌توان غربالگری خطر خودکشی را اجرا کرد؟

از عبارت زیر برای شروع استفاده کنید:

اکنون می‌خواهم چند سؤال که از همه می‌پرسیم از شما بپرسم. این نکته به ما کمک می‌کند که مطمئن شویم هیچ چیز مهمی را از قلم نمی‌اندازیم.

غربالگری خودکشی

نمونه اول

۱. طی هفته‌های گذشته آیا آرزو کرده‌اید که ای کاش می‌مردی یا اینکه بخوابی و

دیگر بیدار نشوی یا اینکه خانواده‌ات بدون تو زندگی بهتری خواهند داشت؟

بله خیر

۲. آیا در گذشته سعی کرده‌ای که خود را بکشی؟

بله خیر

چنانچه بیمار به هر یک از سؤالات بالا پاسخ مثبت دهد:

۳. آیا اکنون هیچ فکری در مورد کشتن خود داری؟

بله خیر

نمونه دوم

برخی افراد که احساس ناراحتی می‌کنند آرزو می‌کنند که ای کاش می‌مردند یا احساس

می‌کنند که اگر بمیرند بهتر است. آیا تو تاکنون چنین فکری داشته‌ای؟

کی؟

آیا اکنون چنین حسی داری؟

یا تاکنون پیش آمده که در مواقعی دیگر چنین حسی داشته باشی؟

آیا از همه افرادی که با آنها ملاقات دارم در مورد خودکشی سؤال کنم؟

در غربالگری گزینشی نیاز نیست. این یک برنامه غربالگری همگانی نیست که در آن همه افراد در مورد خودکشی مورد سؤال قرار بگیرند (به عنوان مثال، پرسیدن از همه دانشجویان سال اول دانشگاه در مورد داشتن افکار خودکشی)

این یک برنامه غربالگری گزینشی است. افرادی که شما در مورد خودکشی از آنها سؤال می‌کنید آنهایی هستند که شما با آنها تعامل دارید و دارای افکار خودکشی یا قصد یا نشانه‌هایی هستند که نشان می‌دهد آنها ممکن است به خودشان آسیب برسانند.

به خاطر بیاورید که خودکشی دارای عوامل خطر متعددی است اما این وظیفه شما نیست که تعیین کنید آیا شخص مورد نظر به خود آسیب خواهد رساند یا نه. مسئولیت شما این است که نگرانی‌های خودتان را به سطح بعدی ارزیابی منتقل کنید. وظیفه ارزیاب، دریافت این نگرانی‌ها و تشخیص خطر خودکشی بر اساس ارزیابی خطر خودکشی است.

عوامل رایج خطر خودکشی

نمایه خطر فردی

نمایه خطر مصاحبه

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ▪ پناهنده یا گروه خطر فرهنگی و قومی، | ○ فکر یا ایده خودکشی |
| ▪ افرادی که گرایش جنسی و رفتار | ▪ دسترسی به ابزار کشنده |
| ▪ جنسی به غیر از دگرجنس‌گرایی دارند | ▪ نیت خودکشی یا برنامه کشنده یا |
| ▪ سابقه خانوادگی خودکشی | ▪ برنامه‌ای برای بعد از مرگ (یادداشت) |
| ▪ تروما: نظیر خشونت خانگی، سوء | ▪ یأس |
| ▪ استفاده جنسی، فراموشی | ▪ عواطف شدید: عصبانیت، تشویش، خشم |
| ▪ خودکنترلی ضعیف: تکانشگر، پرخاشگر | ▪ مفراط، تحقیر، انتقام، ترس، اضطراب |

و خشن	شدید
▪ اقدام به خودکشی اخیر	▪ مسمومیت با الکل یا مواد مخدر
▪ اقدامات قبلی خودکشی به ویژه با	▪ طرد شدن از خانواده یا دوستان
احتمال نجات کم	▪ استدلال یا قضاوت ضعیف
▪ بیماری روانی و اعتیاد	▪ شهود درمانی: ارزیاب مربوطه
▪ افسردگی یا لذت نبردن از وقایع لذت-	▪ تغییر زیاد اخیر در رفتار
بخش زندگی	▪ بحران، نزاع، فقدان اخیر
▪ روان‌پریشی	
▪ توهمات دستوری	
▪ بستری، ترخیص، ملاقات‌های اخیر	
▪ درد یا بیماری مزمن	
▪ ناتوانی یا معلولیت	
▪ اطلاعات جانبی که مؤید نیت	
خودکشی می باشند	

حلقه حمایت

مدیریت بیماری

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| ▪ عدم حمایت خانواده یا دوستان | ▪ عدم حمایت بالینی |
| ▪ عدم دسترسی به مراقب | ▪ ناسازگاری یا پاسخ ضعیف به درمان |
| ▪ تغییر مدام خانه | |

چنانچه احساس کنم نتیجه غربالگری بیمار برای خودکشی مثبت است، گام بعدی چیست؟

مرکز شما دستورالعمل‌های خاصی را برای مرحله بعدی به شما خواهد داد. اینکه با چه کسی برای اجرای ارزیابی خطر خودکشی بر اساس موقعیت خودتان تماس برقرار کنید. لطفاً با مسئول مستقیم خود در مورد مرحله بعد صحبت کنید. موارد زیر باید انجام شوند:

- برقراری تماس با درمانگر بیمار
- کمک در انتقال به نزدیک‌ترین بخش اورژانس
- تماس با ۹۱۱

پیوست I

ارزیابی خطر خودکشی در سالمندان

با وجود بالا بودن خطر خودکشی در سالمندان، این خطر در آنها اغلب نادیده گرفته می‌شود. هر شخص سالمندی که تجربه فکر خودکشی دارد یا اقدام به خودکشی کرده است باید به صورت جدی مورد درمان قرار بگیرد. زیرا:

۱. سالمندانی که اقدام به خودکشی می‌کنند معمولاً از ابزاری استفاده می‌کنند که قابلیت مرگ‌زایی بیشتری دارند.
۲. سالمندانی که اقدام به خودکشی می‌کنند اغلب به تنهایی زندگی می‌کند. بنابراین، از شانس نجات کمتری برخوردار هستند.
۳. سالمندان ممکن است از ناتوانی فیزیکی در رنج باشند. بنابراین، احتمال زنده ماندن یا بهبودشان بعد از یک اقدام به خودکشی جدی جسمانی بسیار کمتر است.
۴. سالمندان ممکن است بعد از خود زنی خودخواسته به دنبال کمک نباشند.
۵. سالمندانی که اقدام به خودکشی می‌کنند معمولاً دارای اراده قوی برای مردن هستند و احتمال دست زدن به اقدامات مرگ‌آور در آنها بیشتر است.
۶. سالمندان ممکن است به راحتی درمورد احساساتشان به ویژه پریشانی روانی با درمانگران جوان تر صحبت نکنند.

عوامل خطر خودکشی در سالمندان

عوامل خطر کلی خودکشی در میان سالمندان بسیار شبیه به آنهایی هستند که توسط افراد جوان‌تر تجربه می‌شوند. عوامل خطر مهم شامل موارد زیر می‌گردد: اختلال روانی به ویژه

افسردگی، مراحل اولیه زوال عقل، بیماری‌های جسمانی به ویژه بیماری‌های دردناک، فقدان های بزرگ که ممکن است به عنوان عوامل تسریع کننده عمل کند، نظیر:

- فقدان سلامتی
- فقدان تحرک، عملکرد شناختی و توانایی خود مراقبتی
- فقدان شغل (به عنوان مثال بازنشستگی)
- فقدان ابزار خود حمایتی
- فقدان خانه یا اموال (رفتن به خانه سالمندان)
- فقدان عزیزان شامل خانواده، دوستان یا حیوانات خانگی

پیوست J

نمونه سؤالاتی که در طول ارزیابی خطر خودکشی پرسیده می شوند:

درمانگر به منظور فراهم آوردن زمینه برای پرسیدن سوالات دقیق‌تری در مورد خودکشی، می‌تواند با موارد زیر صحبت خود را شروع کند:

من می‌توانم بفهمم که اخیراً همه چیز برای تو بسیار چالش برانگیز بوده است.

یا

به نظر می‌رسد که تو اخیراً دوران سختی را سپری کرده‌ای.

یا

تجربه آنچه که تو پشت سر می‌گذاری بسیار سخت و دلسرد کننده است.

با توجه به آنچه که تو تجربه می‌کنی مایلم بدانم که آیا هیچ وقت فکر کرده‌ای که بهتر

است بمیری یا اینکه جان خود را بگیری؟

یا

گاهی اوقات مردم در چنین شرایطی ممکن است فکر یا احساس کنند که بهتر است بمیرند یا

جان خود را بگیرند، تو چطور؟

نمونه سؤالات در مورد قصد و برنامه خودکشی

درمانگر می‌تواند بگوید:

تو گفتی که که به مرگ فکر کرده‌ای. آیا می‌توانی بیشتر در مورد آن به من توضیح بدهی؟

می‌توانی بیشتر در مورد افکاری که در زمینه گرفتن جان خود داری صحبت کنی؟ هر چند

وقت یکبار این افکار به سراغت می‌آیند؟ این افکار چقدر قوی هستند؟ وقتی که این افکار به

سراغت می آیند، چطور با آنها برخورد می کنی؟ آیا می توانی بر این افکار فائق بیایی یا نگران هستی که آن افکار بر تو فائق بیایند؟

چه زمانی افکار به سراغت می آیند و تو چه کار می کنی؟ آیا احساس امنیت می کنی؟
 آیا سعی کرده‌ای که طبق آن افکار عمل کنی؟ آیا دست به کاری زده‌ای که احتمال آسیب یا مرگ داشته است؟ می توانی به من بگویی که چه اتفاقی افتاد؟

نمونه سؤالات در مورد برنامه خودکشی

اگر ثابت شد که بیمار دارای افکار خودکشی قوی و دائمی است، مرحله بعد، تعیین این است که آیا بیمار دارای برنامه‌ای برای خودکشی هست یا نه؟ داشتن برنامه‌ای برای خودکشی بیمار را در دسته خطر بالا قرار می دهد. به عنوان مثال درمانگر می تواند بگوید:
 تو در رابطه با افکارت در مورد مرگ یا گرفتن جان خود با من صحبت کردی، آیا برنامه‌ای برای انجام این کار داری؟

یا

می توانی به من بگویی که فکرت در مورد گرفتن جان خودت چیست؟
 هنگامی که داشتن برنامه ثابت شد، درمانگر باید اطمینان حاصل کند که همه جزئیات را متوجه شده است. چه زمانی قرار است این اتفاق بیفتد؟ چقدر این برنامه مرگ‌آور است؟ بیمار چقدر مصمم به اجرای آن برنامه است؟ عوامل تسهیل‌گر در این زمینه چه هستند؟ (به عنوان مثال، یک اسلحه یا چند بسته قرص در خانه دارند و غیره)
 اگر برنامه تشخیص داده شد مراحلی که منجر به اجرای آن برنامه می شوند، فراهم آوردن مقدمات برای مرگ و انتظارات بیمار از میزان مرگ‌آوری آن برنامه را بررسی کنید.

سؤالاتی در مورد سابقه اقدام به خودکشی

آیا تا به حال سعی کرده ای که خود را بکشی؟

سؤالاتی در مورد شرایط سلامت روان

آیا تاکنون به خاطر مسائل سلامت روان درمان شده‌ای؟ آیا از یک مسئله سلامت روان رنج

می‌بری که توانایی تو در انجام کارهای روزمره را تحت تأثیر قرار داده باشد؟

سؤالاتی در مورد سوء مصرف مواد

آیا طی ماه گذشته چهار بار یا بیشتر الکل نوشیده ای یا مواد یا دارو به دلایل غیر پزشکی

مصرف کرده‌ای؟ آیا نوشیدن الکل یا مصرف مواد برایت مشکل ساز بوده است؟

پیوست K

تحلیل مشکلات بیمارانی که در اثر خودکشی هنگام روان‌درمانی و دریافت دارو جان خود را از دست دادند.

این یک خلاصه از مسائل مهمی است در یک مطالعه جالب که در ژانویه ۲۰۰۶ توسط هِندین و همکارانش به چاپ رسید.

مشکل اول

عدم ارتباط بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

ارتباط بین درمانگران قبلی و کنونی بسیار کم بود. در برخی موارد بعد از مرگ بیمار، درمانگر قبلی اطلاعاتی را به اشتراک گذاشت که ممکن بود بتواند مشکلات درمانی را رفع کند. در برخی موارد که درمانگر مشغول انجام روان‌درمانی و یک روانپزشک مشغول مدیریت دارویی بود، هرگز با هم ارتباطی نداشتند. تیم به صورت مجازی به یادداشت‌های درمانی یکدیگر دسترسی داشتند. اما مستقیماً آنها را مرور نکردند و هیچ ارتباطی نیز با هم نداشتند.

مشکل دوم

سپردن کنترل درمان به بیماران یا خویشاوندانشان

در برخی موارد درمانگران به بیمار و یا خویشاوندان وی اجازه دادند تا کنترل درمان را به دست بگیرند. بیماران خودکشی اغلب درمان خود را کنترل کردند. گاهی اوقات با استفاده از تهدید به خودکشی، آنها ممکن است خواهان شرایط ویژه ای برای زندگی باشند و اصرار داشته باشند که درمانگر آن شرایط را اجرا کند. گاهی اوقات درمانگر با فکر اینکه انجام این خواسته

بیمار برای ادامه درمان توسط وی و زنده ماندن لازم است، این شرایط را می پذیرد. در یک مورد، بیمار به درمانگر گفت والدین وی را متقاعد کند تا حمایت مالی لازم را از وی داشته باشند، در این صورت من زنده خواهم ماند. والدین وی از او حمایت مالی نکردند و او از طریق خودکشی جان خود را از دست داد.

گاهی اوقات بیماران سعی می کنند از طریق مطرح کردن موضوعات سپس اجتناب از صحبت کردن درمورد آنها به کرات کنترل درمان را به دست بگیرند. درمانگران این رفتار را عمدتاً بدون ترس و به دلیل پرهیز از ناراحت کردن یک بیمار احتمالی خودکشی می پذیرند.

مشکل سوم

اعمال بی تأثیر یا اجباری که زاییده اضطراب درمانگر هستند.

اضطراب درمانگران در زمینه احتمال خودکشی در برخی موارد با توانایی آنها در درمان بیمارانشان تداخل ایجاد می کند. برخی بیماران در آخرین ملاقاتشان قصد خودکشی فوری را به وضوح بیان می کنند، اما درمانگران احساس می کنند که نمی توانند مداخله ای انجام دهند یا از یک همکار درخواست کمک کنند. در برخی موارد، درمانگر به بیماری که به صورت قریب الوقوع قصد خودکشی دارد، پیشنهاد بستری شدن می دهد؛ اما این تصمیم گیری را به عهده خود بیمار می گذارد که در هر مورد او این درخواست را رد کرده و کمی بعد جان خود را گرفته است. در موردی که یک منازعه بین بیمار و درمانگر اتفاق می افتد، بیمار خودکشی را به عنوان یک پیروزی برای خود قلمداد می کند.

عدم تشخیص معنای ارتباطات بیمار

در برخی موارد، درمانگران قادر به تشخیص مفهوم ارتباطات بیمارانشان نیستند.

در شش مورد، درمانگران متوجه آن چه بیمارانشان می‌گفتند نشدند و این منجر به عدم تشخیص بحران خودکشی فزاینده آن بیماران شد. یک مرد میانسال دارای سابقه اختلال دو قطبی و رفتار خودکشی به شدت مضطرب شد و قادر به ادامه زندگی اجتماعی و کار خود نبود. یک بیمار با روان درمانگر خود تماس گرفت تا بگوید که او به صورت اتفاقی دو برابر دوز مصرفی داروی خود را مصرف کرده است و سوال کند که آیا این یک اقدام به خودکشی محسوب می‌شود یا نه؟ بیمار یک هفته بعد در اثر خودکشی جان خود را از دست داد.

مشکل پنجم

نشانه‌های درمان نشده یا به خوبی درمان نشده

علائم اصلی مرتبط با سوءمصرف مواد، اضطراب و روان پریشی به صورت مناسب بررسی نمی‌شوند. چندین بیمار که از نظر سوءمصرف مواد درمان نشده بودند و به روان درمانی ادامه داده بودند، حین درمان در اثر خودکشی جان خود را از دست دادند.

توصیه‌هایی برای درمان

- ارتباط فعال میان همه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت حاضر در یک مورد مراقبت از یک بیمار خودکشی
- مشکلات مرتبط با کنترل درمان توسط بیمار بسیار حائز اهمیت می‌باشند، زیرا خودکشی یک جنبه از نیازشان برای کنترل محسوب می‌شود.

- فهمیدن آنچه بیماران از طریق وضع شرایطی برای زندگی سعی در انتقال آن دارند، نسبت به مداخله برای کمک به بیماران برای ایجاد شرایط غیر واقعی که تعریف کرده اند، مؤثرتر به نظر می‌رسد.
- کمک به بیمارانی که به موارد بحرانی و مهمی اشاره می‌کنند و سپس از بحث در مورد آن اجتناب می‌ورزند. توانایی درمانگر برای کمک به بیمار برای پرداختن به این موضوعات ممکن است در کسب بینش در زمینه پایه احساسات خودکشی بیمار، کمک کننده باشد.
- کاوش آشکار احساسات بیمار در مورد عدم سازگاری دارویی ضروری است.
- با وجود اینکه تصمیم‌گیری در زمینه بستری شدن در میان سخت‌ترین جنبه‌های درمان بیماران خودکشی قرار می‌گیرد، برای یک درمانگر ضروری است که در مواجهه با این مسئله قاطعانه و روشن تصمیم‌گیری کند. هنگامی که یک درمانگر با بیماری روبرو می‌شود که احتمال خودکشی قریب‌الوقوع برای او می‌رود اما مایل به بستری شدن نیست، بستری شدن اجباری به اجازه دادن به بیمار برای رفتن به خانه و فکر کردن در مورد آن ارجحیت دارد.
- توجه و درمان مصرف مواد توسط بیماران خودکشی به ویژه سوءمصرف الکل روان‌درمانی می‌تواند برای بسیاری از بیماران روانی مفید واقع گردد. سادک^۱ پیشنهاد می‌کند که می‌توان صفحاتی را در اختیار بیماران قرار داد تا قسمت‌هایی را که دوست دارند در طول روان‌درمانی بر روی آنها کار شود را علامت بزنند.

¹ Sadek

موضوعات سادک در زمینه روان درمانی: مواردی را که نیاز دارید علامت

بزنید:

- شیوه‌های کنترل اضطراب و نگرانی من
- شیوه‌های کنترل ترس‌های من (فضاهای باز، آسانسور، ارتفاع، آمپول، حیوانات)
- چگونگی کنترل حملات ترس و جلوگیری از اتفاق افتادن آنها در آینده
- شیوه‌های کنترل ذهن مشغولی‌ها یا رفتارها (اجبارها)
- چگونگی بهبود بی‌حوصلگی
- چگونگی توقف احساس گناه
- چگونگی لذت بردن از زندگی و چیزهایی در زندگی که قبلاً در گذشته از آنها لذت می‌بردم نظیر ورزش یا پیاده روی
- چگونگی توقف افکار خودکشی یا جلوگیری از کشتن خودم
- شیوه‌های شروع و ادامه روابط و دوستی‌ها یا نگه داشتن شغل
- شیوه‌های تنظیم احساسات و توقف نوسانات خلقی
- شیوه‌های تحمل استرس
- شیوه‌های توقف خود آسیبی یا خودزنی
- شیوه‌های توقف رفتار تکانشی و تنظیم رفتار خودم
- شیوه‌های توقف پرخوری‌انی
- چگونگی پذیرش خودم آن‌گونه که هستم و تشکیل یک هویت ثابت
- شیوه‌های کنترل خودم
- شیوه‌های کنترل اعتماد به دیگران و توقف افکار پارانویید

- شیوه‌های کنترل احساس ترک شدن که گاهی اوقات هیچ پایه ای ندارد
- شیوه‌های تبدیل شدن به یک شهروند خوب و توقف رفتارهایی که از لحاظ قانونی مرا به دردسر می اندازند
- شیوه‌های توقف استفاده از مواد غیر قانونی و سوءمصرف مواد
- شیوه‌های کاهش و توقف مصرف الکل
- شیوه‌های توقف اعتیاد به قمار
- چگونگی تنظیم رفتار خوردن یا توقف پرخوری
- چگونگی بهبود تصور از خودم
- چگونگی بهبود ازدواج
- چگونگی رابطه با دیگران
- چگونگی داشتن رابطه معنادار با بچه‌هایم یا خانواده‌ام
- چگونگی بودن یک والد یا الگوی مثبت و برخورد با یک بچه پرخاشگر
- چگونگی برخورد با والدین سالمند
- چگونگی سازگاری یافتن با تغییرات (طلاق و جدایی، مرگ، بیماری، جابجایی جدید، شغل جدید، مکان جدید)
- چگونگی تغییر رفتاری که به آن عادت کرده ولی آن را دوست ندارم
- چگونگی یافتن یک معنا و هدف
- شیوه‌های آموختن مهارت‌های اجتماعی
- چگونگی بهبود خوابم
- چگونگی رسیدن به توانایی‌هایم

- چگونگی لذت بردن از زندگی (در کار، خانه و آموختن فعالیت های جالب)
- شیوه های توقف در مرکز توجه بودن
- چگونگی داشتن همدلی و احترام به دیگران
- شیوه های تغییر این احساس که من از بیشتر مردم بهتر هستم و دیگران نادان هستند
- شیوه های پایان دادن به سعی بر استفاده از دیگران یا کنترل آنها
- چگونگی توقف انتظارات غیر واقعی از قدرت و استعداد
- چگونگی منعطف بودن و توقف کنترل همه چیز توسط خودم
- شیوه های تغییر عادات بد و اجتناب از عادات هزینه کردن و اجتناب از هزینه پول برای خانواده و خودم
- چگونگی توقف اعتماد به دیگران برای اطمینان مجدد یا تصمیم گیری
- شیوه های توقف رفتار اجتنابی خودم نسبت به افراد (اجتناب از دیگران مگر اینکه آنها مرا دوست داشته باشند و اجتناب از رفتارهای اجتماعی)
- چگونگی کنار آمدن با ضربات شوک آور گذشته (جسمی و روحی)
- چگونگی داشتن احساس بهتری نسبت به والدین و بخشیدن آنها به خاطر خیلی از چیزها
- شیوه های بخشیدن خودم به خاطر گذشته و مشکلات و اشتباهات و مسائل کنونی
- چگونگی توقف افسوس در مورد چیزهایی که در گذشته اتفاق افتادند و توقف سعی بر تنبیه خودم
- چگونگی مواجه شدن با احساس حقارت و خوب نبودن به عنوان یک بچه یا بزرگسال

- شیوه‌های پذیرش شکست‌ها در گذشته و حرکت به جلو
- شیوه پذیرش بی‌عدالتی و بدرفتاری که با آن مواجه شدم
- چگونگی مواجه شدن با حس نفرت نسبت به دیگران (خواهر یا برادر، خانواده، دوستان)
- شیوه‌های بهره‌جستن از معنویت در زندگی‌ام
- شیوه‌های فهم سطح هوش
- چگونگی فهم نقاط قوت و ضعف در نمایه شناختی خودم
- شیوه‌های فهم مشکلات یادگیری و چگونگی برخورد با آنها
- شیوه‌های کاهش بیش‌فعالی خودم
- شیوه‌های کاهش آزار دیگران
- چگونگی سازماندهی خودم و برنامه زندگی‌ام
- چگونگی توقف به تعویق انداختن کارها و اتمام آنها
- چگونگی توقف انحراف آسان ذهنم
- چگونگی بهبود توجه به جزئیات
- چگونگی بهبود توانایی برای نشستن به مدت طولانی و توجه به کارها
- چگونگی به خاطر آوری چیزها
- چگونگی توقف گم کردن چیزها
- چگونگی توقف رویاپردازی و انگیزه دادن به خودم برای انجام کارها

منابع

- Kutcher S, Chehil S. Suicide risk management: a manual for health professionals. Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd.; 2007.
- Palmer B, Pankratz V, Bostwick J. The lifetime risk of suicide in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:247–53.
- Bostwick J, Pankratz V. Affective Disorders and Suicide Risk: A Reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157:1925–32.
- Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press;2005.
- Patel V, et al. Disease control priorities. Mental, neurological, and substance use disorders. 3rd ed. Washington, DC: World Bank Group; 2015
- Olfson M, Marcus SC, Bridge JA. Emergency department recognition of mental disorders and short-term outcome of deliberate self-harm. *Am J Psychiatry* 2013;170:1142–50.
- Hawton K, Casaas I, et al. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147(1–3):17–28.
- Ronquillo L, Minassian A, Vilke GM, Wilson MP. Literature-based recommendations for suicide assessment in the emergency department: a review. *J Emerg Med*. 2012;43(5):836–42.
- Bryan CJ, Corso KA, et al. Therapeutic alliance and change in suicidal ideation during treatment in integrated primary care settings. *Arch Suicide Res*. 2012;16(4):316–23.
- Jobs DA. The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide Life Threat Behav*. 2012;42(6):640–53.

- Wortzel HS, Matarazzo B, Homaifar B. A model for therapeutic risk management of the suicidal patient. *J Psychiatr Pract.* 2013;19(4):323–6.
- Wilcox HC, Wyman PA. Suicide prevention strategies for improving population health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2016;25(2):219–33.
- Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ.* 2015;351:h4978.
- Calear AL, Christensen H, Freeman A, et al. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016;25(5):467–82.
- Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet.* 2016;387(10024): 1227–39.
- Chu C, Klein KM, Buchman-Schmitt JM, Hom MA, Hagan CR, Joiner TE. Routinized assessment of suicide risk in clinical practice: an empirically informed update. *J Clin Psychol.* 2015;71(12):1186–200.
- Schaffer A, Isometsä ET, Azorin JM, et al. A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder: part II of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2015;49(11):1006–20.
- Bennett K, Rhodes AE, Duda S, Cheung AH, Manassis K, Links P, Mushquash C, Braunberger P, Newton AS, Kutcher S, Bridge JA, Santos RG, Manion IG,
- McLennan JD, Bagnell A, Lipman E, Rice M, Szatmari P. A youth suicide prevention plan for Canada: a systematic review of reviews. *Can J Psychiatry.* 2015;60(6):245–57.

- Cheung G, Merry S, Sundram F. Medical examiner and coroner reports: uses and limitations in the epidemiology and prevention of late-life suicide. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30(8):781–92.
- Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2015;175:66–78.
- Dignam PT. Suicide prevention: let's start at the very beginning. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49(1):16–7.
- Fowler JC (2012). Suicide risk assessment in clinical practice: pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy*, 49(1), 81–90.
- Rimkeviciene J, O'Gorman J, De Leo D. Impulsive suicide attempts: a systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. *J Affect Disord*. 2015;171:93–104.
- Sher L, Fisher AM, Kelliher CH, et al. Clinical features and psychiatric comorbidities of borderline personality disorder patients with versus without a history of suicide attempt. *Psychiatry Res*. 2016;246:261–66.
- Russ MJ. Constant observation of suicidal patients: the intervention we love to hate. *J Psychiatr Pract*. 2016;22(5):382–8.
- Dubovsky AN, Kiefer MM. Borderline personality disorder in the primary care setting. *Med Clin North Am*. 2014;98(5):1049–64.
- Helleman M, Goossens PJ, Kaasenbrood A, van Achterberg T. Evidence base and components of Brief Admission as an intervention for patients with borderline personality disorder: a review of the literature. *Perspect Psychiatr Care*. 2014;50(1):65–75.
- Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024): 1227–39.
- Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2007;11(2):129–47.

- Cardell R, Bratcher KS, Quinnett P. Revisiting “suicide proofing” an inpatient unit through environmental safeguards: a review. *Perspect Psychiatr Care*. 2009;45(1): 36–44.
- Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(5):315–28.
- Sher L. Suicide medical malpractice: an educational overview. *Int J Adolesc Med Health*. 2015;27(2):203–6. doi:<https://doi.org/10.1515/ijamh-2015-5012>.
- Belik SL, Stein MB, Asmundson GJ, Sareen J. Relation between traumatic events and suicide attempts in Canadian military personnel. *Can J Psychiatry* 2009;54(2):93–104.
- Conner KR, Bohnert AS, McCarthy JF, Valenstein M, Bossarte R, Ignacio R, Lu N, Ilgen MA. Mental disorder comorbidity and suicide among 2.96 million men receiving care in the Veterans Health Administration health system. *J Abnorm Psychol*. 2013;122:256–63.
- Desai RA, Dausey DJ, Rosenheck RA. Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):311–18.
- Roy A, Carli V, Sarchiapone M. Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *J Affect Disord*. 2011;133(3):591–4.
- Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Williams JWJ, Dietrich AJ. Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician’s role. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(5):337–45.
- Zamorski MA. Suicide prevention in military organizations. *Int Rev. Psychiatry*. 2011;23(2):173–80.

Suicide Risk assessment and Management References

Bernstein SL, D'Onofrio G. A promising approach for emergency departments to care for patients with substance use and behavioral disorders. *Health Aff.* 2013;32(12):2122–28.

Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Conner K, Caetano R, Giesbrecht N, Nolte KB. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Inj Prev.* 2013;19(1):38–43.

Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):248–63.

Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med.*

2014;29(6):870–877. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294(16):2064–74.

Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide—definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(8):1040–6.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(7 Suppl):24s–51.

American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. American Psychiatric Association; 2003.

The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group. VA/DOD Clinical Practice Guideline (CPG) for the assessment and management of patients at risk for suicide. 2013;Version 1.0:1–190.

Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):129–41.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2009.

State of Victoria Department of Health. Working with the suicidal person: clinical practice guidelines for emergency departments and mental health services. Melbourne, VIC: Mental Health, Drugs, & Regions Branch, Victorian Government; 2010.

American Association for Suicidology (AAS). Core competencies for the assessment and management of individuals at risk for suicide. *Assessing and Managing Suicide Risk (AMSR): Education Development Center, Inc. (EDC)*; 2004.

Clayton PJ. Suicide prevention: saving lives one community at a time. American Foundation for Suicide Prevention. http://www.afsp.org/index.php/content/download/9544/169597/file/Saving_Lives_One_Community_at_a_Time.pptx. Accessed 18 Apr 2014.

Clayton PJ. Suicide and the elderly. American Foundation for Suicide Prevention. http://www.afsp.org/index.php/content/download/3015/54627/file/Suicide_and_the_Elderly.pptx. Accessed 18 Apr 2014.

International Association for Suicide Prevention (IASP). IASP guidelines for suicide prevention. http://www.iasp.info/suicide_guidelines.php. Accessed 18 Apr 2014.

- Substance Use and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Promoting emotional health and preventing suicide: a toolkit for senior living communities. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2011.
- Substance Use and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Preventing suicide: a toolkit for high schools. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2012.
- Substance Use and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage (SAFE-T). Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2009.
- Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal, et al. Structured patient-clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare: cluster randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2007;191:420–26.
- Riihimaki K, Vuorilehto M, Melartin T, Haukka J, and Isometsa E. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. *Psychol Med*. 2014;44(2):291–302.
- Coverdale JH, Roberts LW, Louie AK. Encountering patient suicide: emotional responses, ethics, and implications for training programs. *Acad Psychiatry*. 2007;31(5):329–32.
- Brown GK. A Review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. Bethesda: National Institute of Mental Health; 2002.
- Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. *J Clin Psychol*. 2006;62(2):185–200.

- Stanley B, Brown GK, (with Karlin B, Kemp, JE, VonBergen, HA). Safety plan treatment manual to reduce suicide risk: veteran version: U.S. Department of Veterans Affairs; 2008.
- Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 2005;294(5):563–570.
- Currier GW, Litts D, Walsh P, Schneider S, Richardson T, Grant W. Evaluation of an emergency department educational campaign for recognition of suicidal patients. *Western J Emerg Med.* 2012;13(1):41–50.
- Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Hürter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2007;67(3):324–32.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archiv Gen Psychiatry.* 2006;63(7):757–66.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cogn Behav Pract.* 2014;19(2):256–64.

کتاب حاضر راهنمایی جامع برای درمانگران سلامت روان جهت ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی می باشد. اکنون خودکشی به عنوان یک پیامد معین چندوجهی در نظر گرفته می شود که ریشه در تعامل پیچیده عوامل زیستی، ژنتیکی، روانشناسی، جامعه شناسی و محیطی دارد. این کتاب بر اساس شواهد جدید و مرور گسترده متون مربوطه، اطلاعات قابل فهم و مهمی را ارائه می دهد که به سادگی می توانند در رشته های مختلف به کار گرفته شوند.

