

# کارگاه علمی - آموزشی

## شناسایی افکار خودکشی

واحد سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد  
مرکز بهداشت شهرستان ساوه

# اختلال افسردگی

افسردگی اختلال شایعی است.

از نشانه های مهم و کلیدی آن **خلق و روحیه افسرده** در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها و یا بی **علاقگی و بی لذتی** در تقریباً اکثر فعالیت های روزمره است.

شخصی که دچار افسردگی بیمارگونه می شود، احساس غمگینی و بی حوصلگی می کند و اغلب کاهش واضح علاقه مندی و لذت بردن از همه یا تقریباً همه فعالیت ها را در اغلب روزها گزارش می کند.

بیمار ممکن است بگوید احساس اندوه، ناامیدی یا بی ارزشی می کند.

کاهش انرژی و خستگی اغلب موجب می شود که بیماران نتوانند وظایف و کارهای خود را به خوبی گذشته انجام دهند.

در موارد شدیدتر افکار آزار دهنده‌ای چون احساس گناه، تنفر از زندگی، **آرزوی مرگ و گاه افکار مربوط به خودکشی** در این بیماران مشاهده می‌گردد.

افسردگی معمولاً به دنبال استرس‌های بیرونی مانند نبود حمایت اجتماعی مناسب، بیکاری، وجود کشمکش‌های مداوم و تنش‌ها در زندگی فعلی و خانوادگی آشکار می‌شود.

## نشانه های افسردگی

- بیماران مبتلا به افسردگی، علاوه بر خلق افسرده، دچار کاهش انرژی، بی علاقه‌گی و بی حوصلگی نیز می‌گردند.

### علائم دیگر افسردگی شامل:

- اختلال در اشتها مثل پرخوری یا کم خوری،
- اختلال در حافظه و تمرکز،
- مشکلات جسمی متعدد مثل سردرد، درد مفاصل و عضلات، سوزش یا درد معده و... که هیچ دلیل یا تشخیص طبی دیگری ندارند و معمولاً در مراجعه به پزشک به عنوان درد های عصبی در نظر گرفته می‌شود.

- احساس غمگینی، بی حوصلگی، پوچی، زود گریه کردن، کاهش واضح علاقه یا لذت از اموری که قبلاً مورد علاقه فرد بوده است، **مثل:**
- فردی که قبلاً از شرکت در جشن ها یا مهمانی ها لذت می برده، اکنون رغبت و علاقه ای به این گونه امور نشان نمی دهد. فرد گوشه گیری از جمع و تنهایی را ترجیح می دهد.
- فرد علاقه ای به انجام تفریحات مورد علاقه خود که در گذشته انجام میداده، نشان نمی دهد.
- چیزی موجب خوشحالی، نشاط و اشتیاق در فرد نمی شود، بازی با بچه ها، گردش، سفر و...
- **توجه: خلق افسرده در کودکان و نوجوانان ممکن است به صورت تحریک پذیری یا بی قراری زیاد باشد.**

• خستگی و کاهش انرژی: خستگی زودرس و کسالت در انجام فعالیت های معمول فرد.

ممکن است بدون انجام کار سنگین نیز احساس بی رمقی و خستگی زیاد نسبت به گذشته احساس کند.

• احساس بی ارزشی یا احساس گناه: کاهش اعتماد به نفس، سرزنش خود، احساس گناه شدید و عذاب وجدان بدون علت واضح یا منطقی

• کاهش یا افزایش خواب: مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن های مکرر طی خواب، بیدار شدن زودتر از همیشه، خواب آلودگی در طول روز

• کاهش توانایی انجام فعالیت های روزمره: افت واضح کارایی و توانایی فرد در فعالیت های شغلی، تحصیلی، اجتماعی که منجر به غیبت از کار، تحصیل، گوشه گیری از جمع یا ناتوانی از انجام امور منزل یا شخصی فرد

شود.

# گروه‌هایی که در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی قرار دارند

- زنان به ویژه پس از زایمان (افسردگی پس از زایمان)
- سالمندان
- افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن مثل دیابت، صرع و بیماری‌های قلبی-عروقی
- افراد دچار سوءمصرف مواد یا الکل
- افرادی که مرگ یا جدایی از همسر، سوگ عزیزان، شکست‌های عاطفی، تحصیلی، شغلی را تجربه کرده‌اند.
- افرادی که دارای سابقه خانوادگی بیماری روانپزشکی به ویژه افسردگی هستند.

# غربالگری و ارزیابی افراد خانوار

بهورزان و کارشناسان مراقب سلامت خانواده کلیه افراد تحت پوشش برنامه سلامت روان را با استفاده از فرم غربالگری اولیه سلامت روان در سامانه سیب ارزیابی نموده و موارد شناسایی شده بر اساس راهنمای غربالگری برای تشخیص اختلالات روانپزشکی به پزشک ارجاع می شوند.



# ارجاع بیماران

- افراد پس از غربالگری اولیه فعال جمعیت تحت پوشش، توسط بهورزان یا کارشناسان مراقب سلامت خانواده شناسایی می شوند. چنانچه فردی بر اساس دستورالعمل واجد شرایط ارجاع شناخته شود برای تشخیص قطعی و در صورت نیاز برای درمان ارجاع می شود.
- توجه: تشخیص قطعی وجود اختلال (بیماری) روانپزشکی و نوع آن به عهده پزشک است و غربالگری فقط افراد مشکوک و پر خطر را شناسایی می نماید.

• توجه: از فردی که نشانه‌ها و علائم افسردگی را دارد حتماً راجع به **افکار خودکشی** به همراه قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران سؤال کنید:

• آیا هیچ‌گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟

• چنانچه پاسخ مثبت است، این علامت را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

## مراقبت و پیگیری بیماران توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده

- افرادی که در غربالگری کارشناس مراقب سلامت/بهورز مشکوک به بیماری روانپزشکی شناسایی شده اند پس از ارجاع به پزشک، تشکیل پرونده و تایید تشخیص تحت درمان، مراقبت و پیگیری قرار می گیرند.

- در مواردی که علایم از شدت کمتری برخوردار هستند و قصد خودکشی نیز وجود نداشته است، به صورت **ماهانه توسط** کارشناس مراقب سلامت/بهورز پیگیری و مراقبت انجام خواهد شد. **در موارد شدید پیگیری هفتگی در ماه اول توصیه می شود.**

# مواردی که باید در پیگیری بیماران افسرده توسط کارشناسان مراقب سلامت/بهورز اجرا شود

- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پیگیری آن
- پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک
- **پیگیری علایم افسردگی:** غمگینی، کاهش انرژی، خستگی، مشکلات خواب و اشتها
- بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک (عوارض شایع: تهوع، اسهال یا یبوست، سوء هاضمه، خشکی دهان، خواب آلودگی و... که در هفته اول پس از شروع داروها ممکن است بیشتر بروز کند).
- پیگیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه)

# پیگیری در مورد بیماران زیر باید در فواصل کوتاه حداکثر هفتگی انجام شود

- بیمارانی که افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته اند.
  - بیمارانی که دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پیگیری ندارند.
- شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان
- نکته:** کارشناس مراقب سلامت/بهورز چنانچه در پیگیری های خود موارد فوق را شناسایی نمود ضمن آموزش به بیمار و خانواده تلاش خواهد نمود که بیمار سریع تر و زودتر از موعد مقرر توسط پزشک مربوطه ویزیت شود.

در صورت مشاهده و اطلاع از فکر، قصد یا اقدام به خودکشی، بیمار باید ارجاع فوری به پزشک داده شود.

# نکاتی که کارشناسان مراقب سلامت/بهورز باید به خانواده و بیمار آموزش دهند

- افسردگی بیماری شایع و قابل درمانی است به گونه ای که بعضی به آن سرماخوردگی بیماری های روانشناختی می گویند.
- افسردگی یک بیماری است که نشانه ضعف اراده یا تنبلی نبوده و صرفاً با توصیه های عمومی مانند مسافرت رفتن یا تفریح کردن برطرف نمی شود.
- بهبودی از افسردگی به تدریج ظاهر خواهد شد.
- مصرف داروهای ضد افسردگی با تجویز پزشک خطر جدی برای بیمار ندارد.
- مصرف داروهای ضد افسردگی اعتیاد آور نیست و عوارض ماندگاری برای بیمار در بر نخواهد داشت.

- شایع ترین عوارض داروها در اوایل مصرف عبارتند از خواب آلودگی خفیف، سوءهاضمه، اسهال که با ادامه درمان و مصرف دارو همراه غذا تدریجاً بهبود می یابد.
- قبل از قطع داروها حتما باید با پزشک مشورت شود.
- گاهی لازم است دارو برای جلوگیری از عود مشکل، حداقل برای یک دوره شش ماهه مصرف شود.
- دارو باید هر روز استفاده شود و حتی الامکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.
- فرد افسرده را نباید تنها گذاشت، باید به کارهای ساده و روزمره سرگرم شود و مورد توهین و انتقاد قرار نگیرد و اگر افکار نومیدی، پوچی، خودکشی، و بیقراری و شرایط نگران کننده ای داشت لازم است به پزشک ارجاع فوری شود.



# نکات کلیدی راجع به خودکشی در جهان

- هر ۴۰ ثانیه یک نفر در سراسر دنیا جان خود را در اثر خودکشی از دست می دهند.
- هر ۳ ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می کند.
- خودکشی جزء ۳ علت اصلی مرگ افراد ۱۵-۳۵ سال است.
- هر خودکشی حداقل برای ۶ نفر دیگر تأثیر بدی دارد.
- تأثیرات روانشناختی، اجتماعی، و اقتصادی خودکشی بر خانواده و جامعه غیرقابل اندازه گیری است.

# خودکشی

- خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خود فرد است. اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی می گوئیم.
- پدیده افکار خودکشی در بسیاری از اقشار مردم از جمله (جوانان، مردان، زنان و افراد مسن) دیده می شود. که عدم پیشگیری از آن می تواند اقدام به خودکشی را به همراه داشته باشد. خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد.

# مهم ترین این عوامل عبارتند از:

## جنسیت

فوت ناشی از خودکشی در مردان بیش از زنان است ولی اقدام به خودکشی در زنان بیشتر است.

## سن

براساس آمارهای جهانی خودکشی در دو گروه سنی زیر بیشترین میزان را دارد:

نوجوانان و جوانان ۱۵-۳۵ سال

افراد مسن بیش از ۷۵ سال

بر اساس آمارهای مربوط به خودکشی در ایران بالاترین میزان خودکشی مربوط به جوانان زیر ۳۰ سال است.

## وضعیت تاهل

افراد طلاق گرفته، بیوه و مجرد خطر بیشتری برای خودکشی نسبت به افراد متأهل دارند. کسانی که به تنهایی زندگی می کنند یا جدا شده اند آسیب پذیری بیشتری دارند.

## شغل

در مطالعات ایران افراد بیکار، زنان خانه دار و دانش آموز بالاترین میزان خودکشی را دارند.

## بیکاری

از دست دادن شغل با افزایش خطر خودکشی مرتبط است.

## مهاجرت

کسانی که از مناطق روستایی به شهری یا از کشوری به کشور دیگر مهاجرت می کنند، مستعد رفتارهای خودکشی هستند.

## ابتلا به بیماریهای صعب العلاج

دیابت، تشنج، MS

## مصرف مواد و الکل

حشیش، آمفتامین، اپیوئیدها و سایر مواد

## عوامل فشارزای زندگی

بیشتر کسانی که خودکشی می کنند برخی وقایع فشارزای زندگی را در مدت ۳ ماه قبل از فوت تجربه کرده اند:

- مشکلات شخصی (مانند مشاجره با همسر، خانواده و دوستان یا افراد مورد علاقه)
- طرد (مانند جدایی از خانواده و دوستان)
- فقدان (مانند شکست مالی، داغدیدگی)
- مشکلات شغلی (مانند از دست دادن شغل، بازنشستگی، مشکلات مالی)
- تغییرات در اجتماع (مانند تغییرات سریع در اوضاع سیاسی و اقتصادی)
- سایر فشارهای روانی (مانند احساس شرمندگی و یا نگرانی از مقصر شناخته شدن)

## سهولت دسترسی

در دسترس بودن سریع روش خودکشی عامل مهمی در تعیین اینکه آیا آن فرد خودکشی خواهد کرد یا نه می باشد.

کاهش دسترسی به وسایل خودکشی یک استراتژی مؤثر پیشگیری از خودکشی است.

## شاهد خودکشی بودن

بخش کوچکی از خودکشی‌ها شامل افرادی می‌شود که در زندگی واقعی از طریق رسانه‌ها با خودکشی مواجه شده‌اند و ممکن است تحت تاثیر رفتار خودکشی مربوطه واقع شوند.

# باورهای غلط و واقعیت درباره خودکشی

واقعیت	باور غلط
بیشتر کسانی که خودکشی می کنند هشدارهای قاطعی در مورد تصمیم به خودکشی از خود نشان می دهند.	کسانی که راجع به خودکشی صحبت می کنند خودکشی نمی کنند.
بسیاری از آنها دودل هستند.	افراد با افکار خودکشی قطعاً قصد مرگ دارند.
این افراد به اندازه کافی نشانه هایی از خود بروز می دهند.	خودکشی بدون هشدار رخ می دهد.
بسیاری از خودکشی ها در زمان بهبودی رخ می دهد. وقتی که فرد انرژی کافی برای این کار را دارد و می خواهد افکار ناامیدانه را به افکار مخرب تبدیل کند.	بهبودی پس از یک بحران به این معناست که خطر خودکشی برطرف شده است.
بسیاری از خودکشی ها قابل پیشگیری است.	خودکشی قابل پیشگیری نیست.
افکار خودکشی ممکن است برگردند اما آنها دائمی نیستند و در برخی از افراد هرگز بر نمی گردد.	وقتی کسی مستعد خودکشی است، او دائماً در این فکر است.



# چرا کارشناس مراقب سلامت/بهورز در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در اولویت هستند؟

- ارتباط نزدیک با جامعه دارند و مردم منطقه آنها را قبول دارند.
- بین جامعه و سیستم بهداشتی ارتباط برقرار می‌کند.
- با توجه به شناخت بیشتر درباره منطقه تحت پوشش خود قادر هستند تا حمایت خانواده، دوستان و سازمان‌ها را جلب کنند.
- آنها در جایگاهی هستند که می‌توانند مراقبت‌های مداوم را انجام دهند.
- آنها اغلب دروازه‌ای برای ورود به خدمات بهداشتی مددجویان هستند.
- به طور خلاصه در دسترس، آگاه و متعهد برای ارائه مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی هستند.

# چگونه در مورد افکار خودکشی از بیمار سوال کنیم؟

یکی از بهترین راهها برای پی بردن به افکار خودکشی این است که از خود فرد مستقیماً سؤال کنیم.

بر خلاف باور عمومی صحبت و سوال در مورد خودکشی باعث القا و شکل گیری افکار خودکشی در فرد نمی شود.

واقعیت این است که افراد تمایل دارند در مورد ناراحتی و میل به خودکشی با یک نفر مورد اعتماد صحبت کنند و شما می توانید یکی از آن افراد باشید.

- سوال کردن درباره افکار خودکشی آسان نیست. بهتر است به تدریج فرد را به سمت موضوع سوال هدایت کنید.
- هنگام ارائه خدمات به افراد، پس از برقراری ارتباط اولیه و ورود به موضوع سلامت روان، سعی کنید ضمن پرسیدن شش سوال شرایطی را برای او فراهم کنید که به شما اعتماد کند و احساس کند شما با همدلی به او گوش می کنید.
- به نکات زیر توجه کنید تا بتوانید با ایجاد یک ارتباط خوب، به بیمار غربال مثبت سلامت روان کمک کنید.

• اولین برخورد از سوی کارشناس مراقب سلامت یا بهورز، با فرد دارای افکار خودکشی بسیار مهم است.

• سعی کنید تا جایی که امکانات مرکز، پایگاه یا خانه بهداشت به شما اجازه می دهد در شرایطی که او احساس آرامش می کند و محیط شلوغ نیست، سوالات را بپرسید.

• حتما تدابیری بیندیشید که افراد مزاحم گفتگوی شما نشوند. این گفتگو ممکن است برای او نجات بخش باشد.

- بدون قضاوت و ترس در مورد افکار خودکشی، اقدام یا برنامه برای اقدام به خودکشی از بیمار سوال کنید. صحبت در خصوص خودکشی را جدی بگیرید و همدلی نشان دهید.
- از سرزنش و پند و اندرز اجتناب کنید. از مثال زدن افرادی که به نظر شما شرایط سختی دارند ولی فکر خودکشی ندارند، به شدت اجتناب کنید. این کار باعث رنجش و ناامیدی بیشتر در بیمار خواهد شد.

# فرایند غربالگری خودکشی توسط کارشناسان مراقب سلامت و بهورز چگونه است؟

وقتی نتیجه غربالگری شش سوال سلامت روان مثبت باشد، سوالات پیرامون افکار خودکشی درسامانه باز خواهند شد:

سوال اول: یک سوال کمکی برای ورود به موضوع است: آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟

سوال دوم سوال مستقیم در مورد خودکشی است: آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟

در نوجوانان اگر نتایج سوالات ۱ تا ۵ پرسشنامه ۱۷ سوالی ارزیابی سلامت نوجوان مثبت باشند، سوالات خودکشی در سامانه باز خواهند شد.

برای نوجوانی (۱۰ سال تمام و بالاتر) که حضور دارد از خود نوجوان (در صورتی که مراقب سلامت/بهورز اطمینان حاصل کرد که پاسخ فرد از اعتبار لازم برخوردار است)، و در غیر این صورت از والدین یا مراقب اصلی وی سوال می شود.

برای سنین زیر ۱۰ سال از والدین یا مراقب اصلی وی راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید.

سوال اول: آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شود و به مرگ فکر کند؟

سوال دوم: آیا اخیرا فکر خودکشی را بیان کرده است؟



اگر پاسخ سوال دوم در هر گروه سنی مثبت باشد، شما با یک بیمار غربال مثبت سلامت روان و دارای افکار خودکشی مواجه هستید و باید ضمن حفظ آرامش و ارتباط با بیمار، با احتمال اورژانس روانپزشکی او را به پزشک ارجاع دهید.

در اینجا کار شما به پایان نمی رسد.

با توجه به ارتباط خوبی که توانسته اید با بیمار برقرار کنید، کارهای زیر را هم انجام بدهید:

- برای فرد توضیح دهید که نگران سلامت او هستید و به خاطر همین برای بررسی بیشتر او را به پزشک عمومی مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع می دهید.

- اگر همراه ندارد، به او بگویید که موظف هستید برای کمک به او از یک عضو خانواده او کمک بگیرید و باید فوراً آنها را مطلع نمایید.

- در برقراری تماس با همراهان آرامش خودتان را حفظ کرده و بدون سرزنش و قضاوت از آنها بخواهید که در مرکز، پایگاه یا خانه بهداشت حضور پیدا کنند.

• بیمار را تنها نگذارید و با مهربانی امکانات پذیرایی از او را فراهم کنید، و در عین حال فوراً مسئول فنی پایگاه را در جریان نیاز بیمار به ارجاع اورژانس قرار بدهید.

• بیمار و همراه وی را برای رفتن به مرکز خدمات جامع سلامت راهنمایی نموده و در صورتی که در پایگاه ضمیمه مرکز خدمات جامع سلامت مشغول هستید، باید بیمار را تا اتاق پزشک راهنمایی نمایید.

- پس از اطمینان از اینکه بیمار نزد پزشک رفته است، مسئولیت اجرایی شما تمام می شود، ولی می توانید به بیمار اطمینان بدهید که هر وقت خواست می تواند به دیدن شما بیاید و یا با پایگاه یا خانه بهداشت تماس بگیرد.
- پس از آنکه بیمار توسط پزشک ویزیت شد، مسئولیت پیگیری های بعدی بیمار به عهده کارشناس سلامت روان مرکز خدمات جامع سلامت است.
- بهورز، کارشناس مراقب سلامت، ماما می تواند در این زمینه با کارشناس سلامت روان مرکز خدمات جامع سلامت در قالب کار تیمی همکاری نماید.

# مراقبت از فردی که به خود آسیب رسانده است (برای مراقب سلامت و بهورزان)

۱. فرد را در یک محیط امن و حمایتگر قرار دهید و او را تنها رها نکنید. فرد را از نزدیک تحت مراقبت و مواظبت قرار دهید.
۲. اگر فردی که به خود آسیب رسانده است باید برای درمان منتظر بماند، مکانی مجزا، آرام و تحت نظارت را، که استرس او را به حداقل برساند، در اختیار او قرار دهید.
۳. به منظور تضمین ایمنی فرد، مسؤولیت تماس منظم با وی را به یک پرسنل شناخته شده و مورد وثوق یا یکی از اعضای خانواده بسپارید. اگر بیمار حمایت مراقبان خود را طلب می کند؛ آنان را در فرآیند ارزیابی و درمان درگیر کنید.

۴) ابزارهای آسیب به خود را از دسترس فرد خارج کنید.

۵) جهت ارجاع فوری فرد به بیمارستان هماهنگی لازم را به عمل آورید.

۶) در جریان مراقبت از فردی که به خود آسیب رسانده است، به همان اندازه که به

سایر بیماران احترام می گذارید و حریم آنان را رعایت می کنید با این فرد نیز رفتار

کنید و به استرس هیجانی که همراه آسیب به خود وجود دارد، حساس باشید.

# دستورالعمل فرآیند ارائه خدمات پیشگیری از خودکشی در سطح نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

ورود مراجع:

کلیه خدمات ارائه شده به بیماران دارای افکار خودکشی که در شرایط معمول به خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت و یا مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه می نمایند، بر اساس فرآیند پیش بینی شده زیر انجام می پذیرد.

ورود مراجع یا بیمار در برنامه پیشگیری از خودکشی جهت دریافت خدمات از چهار منبع پیش بینی می گردد:

۱- مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط بهورز، ماما یا کارشناس مراقب سلامت مستقر در خانه بهداشت روستایی یا پایگاه سلامت شهری که در غربالگری اولیه شناسایی شده باشند.

۲- مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس سلامت روان مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت شهری یا روستایی که در مصاحبه روانشناختی و به صورت فرصت طلبانه شناسایی شده باشند.



۳-مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط پزشک عمومی مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت شهری یا روستایی که در زمان اخذ شرح حال توسط پزشک عمومی شناسایی شده باشند.

۴- بیماران ترخیص شده از بیمارستان ها پس از اقدام به خودکشی که اسامی آنها جهت پیگیری به کارشناس مسئول سلامت روان شهرستان ها ارسال شده است.

# ارزیابی توسط پزشک عمومی

پزشک عمومی برای تمامی بیمارانی که از طریق مسیرهای فوق به او ارجاع می شوند پس از اخذ شرح حال روانپزشکی و ارزیابی خطر خودکشی، به شکل زیر تصمیم گیری می نماید:

الف) در مواردی که بر اساس نتایج ارزیابی توسط پزشک عمومی، خطر اقدام به خودکشی بالا ارزیابی گردد:

**بیمار همراه دارد و همکاری لازم را دارد:** پزشک عمومی باید بیمار را با همراه وی و نامه شرح حال مختصر به اورژانس یک بیمارستان با ارجحیت بیمارستان های دارای روانپزشک یا دستیار روانپزشکی ارجاع نماید، مسئول مرکز را در جریان ارجاع قرار دهد و کارشناس سلامت روان را مسئول پیگیری بیمار نماید. تمامی این اقدامات توسط پزشک باید مستندسازی شود.

**بیمار همراه دارد ولی همکاری لازم را ندارد:** پزشک عمومی باید توضیحات کامل را در خصوص خطر بالای اقدام به خودکشی بیمار به همراه وی بدهد. در صورتی که پس از آگاهی یافتن نسبت به خطرات عدم تداوم خدمات، بیمار و یا همراه او کماکان رضایت به ارجاع به بیمارستان نداشته باشند، این موضوع باید توسط پزشک مستند سازی شود.

**بیمار همراه ندارد:** پزشک عمومی باید موضوع را با یک عضو خانواده معرفی شده از سوی بیمار (ترجیحاً پدر، مادر، همسر، فرزند، خواهر، برادر) به صورت تلفنی در میان گذارده، ضمن آگاه ساختن وی در خصوص خطر بالای اقدام بیمار به خودکشی، از آنها بخواهد جهت اعزام بیمار به اورژانس بیمارستان، به مرکز مراجعه نمایند.

در صورت حضور همراه و همکاری او، پزشک عمومی باید بیمار را با همراه وی و نامه

شرح حال مختصر به اورژانس یک بیمارستان با ارجحیت بیمارستان های دارای

روانپزشک یا دستیار روانپزشکی ارجاع نماید، مسئول مرکز را در جریان ارجاع قرار

دهد و کارشناس سلامت روان را مسئول پیگیری بیمار نماید. تمامی این اقدامات

توسط پزشک باید مستندسازی شود.

در صورت حضور همراه و عدم همکاری او، پزشک عمومی باید توضیحات کامل را در

خصوص خطر بالای اقدام به خودکشی بیمار به همراه وی بدهد. در صورتی که پس

از آگاهی یافتن نسبت به خطرات عدم تداوم خدمات، بیمار و یا همراه او کماکان

رضایت به ارجاع به بیمارستان نداشته باشند، این موضوع باید توسط پزشک مستند

سازی شود.

در صورت عدم حضور همراه، پزشک عمومی می تواند جهت انتقال بیمار به اورژانس بیمارستان، مسئول مرکز را در جریان ارجاع قرار دهد، با خط تلفن اورژانس کشور ۱۱۵ و یا اورژانس اجتماعی ۱۲۳ تماس گرفته و بیمار را از طریق آنان به اورژانس بیمارستان منتقل نماید.

همچنین کارشناس سلامت روان را مسئول پیگیری بیمار نماید. تمامی این اقدامات توسط پزشک باید مستندسازی شود.

# ب) در مواردی که بر اساس نتایج ارزیابی توسط پزشک عمومی، خطر اقدام به خودکشی پایین ارزیابی گردد:

پزشک عمومی باید بر اساس "راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان ویژه پزشکان عمومی در طرح تحول نظام سلامت"، ضمن اخذ شرح حال کامل روانپزشکی، بر اساس تشخیص های افتراقی درمان دارویی برای بیمار را آغاز نماید.

هم زمان با آغاز درمان توسط پزشک عمومی، ارجاع به کارشناس سلامت روان جهت آغاز مداخلات روانشناختی نیز باید صورت بگیرد.

کارشناس سلامت روان می بایست جهت ارائه مداخلات روانشناختی، مشخصات و شماره تلفن بیمار را ثبت و با او ارتباط برقرار نماید تا در کنار درمان دارویی توسط پزشک عمومی، مداخلات روانشناختی نیز متناسب با بسته ابلاغی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد اجرا نماید. تمامی این اقدامات توسط پزشک باید مستندسازی شود.

مدیریت درمان بیمار بر عهده پزشک عمومی است و فرآیند درمان از طریق کارگروهی ادامه می یابد.

در صورت آغاز بهبودی علائم بیمار، پزشک عمومی مطابق با "راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان ویژه پزشکان عمومی در طرح تحول نظام سلامت" فرآیند درمان را تا حصول نتیجه مطلوب ادامه می دهد.

در صورت عدم بهبودی با درمان های آغاز شده، پزشک عمومی مرکز خدمات جامع سلامت باید بیمار را با نامه و شرح حال به روانپزشک مستقر در درمانگاه تخصصی ارجاع نموده و کارشناس سلامت روان مسئول پیگیری بیمار جهت مراجعه به روانپزشک است.

تمامی این اقدامات توسط پزشک باید مستندسازی شود. روانپزشک فرآیند درمان را بررسی و بر اساس صلاحدید بالینی، تغییرات لازم را اعمال می نماید.

روانپزشک بر اساس سیر پیشرفت بالینی در صورت نیاز به ارائه خدمات بستری یا اورژانسی، بیمار را به اورژانس یا بخش روانپزشکی نیز ارجاع دهد.

بیمار می تواند برای پیگیری فرآیند درمانی به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود، بعد از دریافت خدمات تخصصی و آغاز بهبودی تا تحت مراقبت پزشک عمومی قرار گیرد.

در مواردی هم ممکن است بیمار تمایل داشته باشد که درمان را نزد روانپزشک درمانگاه تخصصی یا مطب ادامه دهد.





همواره با گرمی گوش کنیم، با احترام رفتار کنیم، با  
احساس همدلی کنیم و با اطمینان عمل کنیم

رسول اکرم (ص):

در زندگی استوار باش و رفتارت با مردمان را نیک کن