



معاونت درمان

مدیریت خدمات درمانی و تعالی بالینی و بیمارستانی
واحد ایمنی بیمار و گروه روانپزشکی دانشگاه

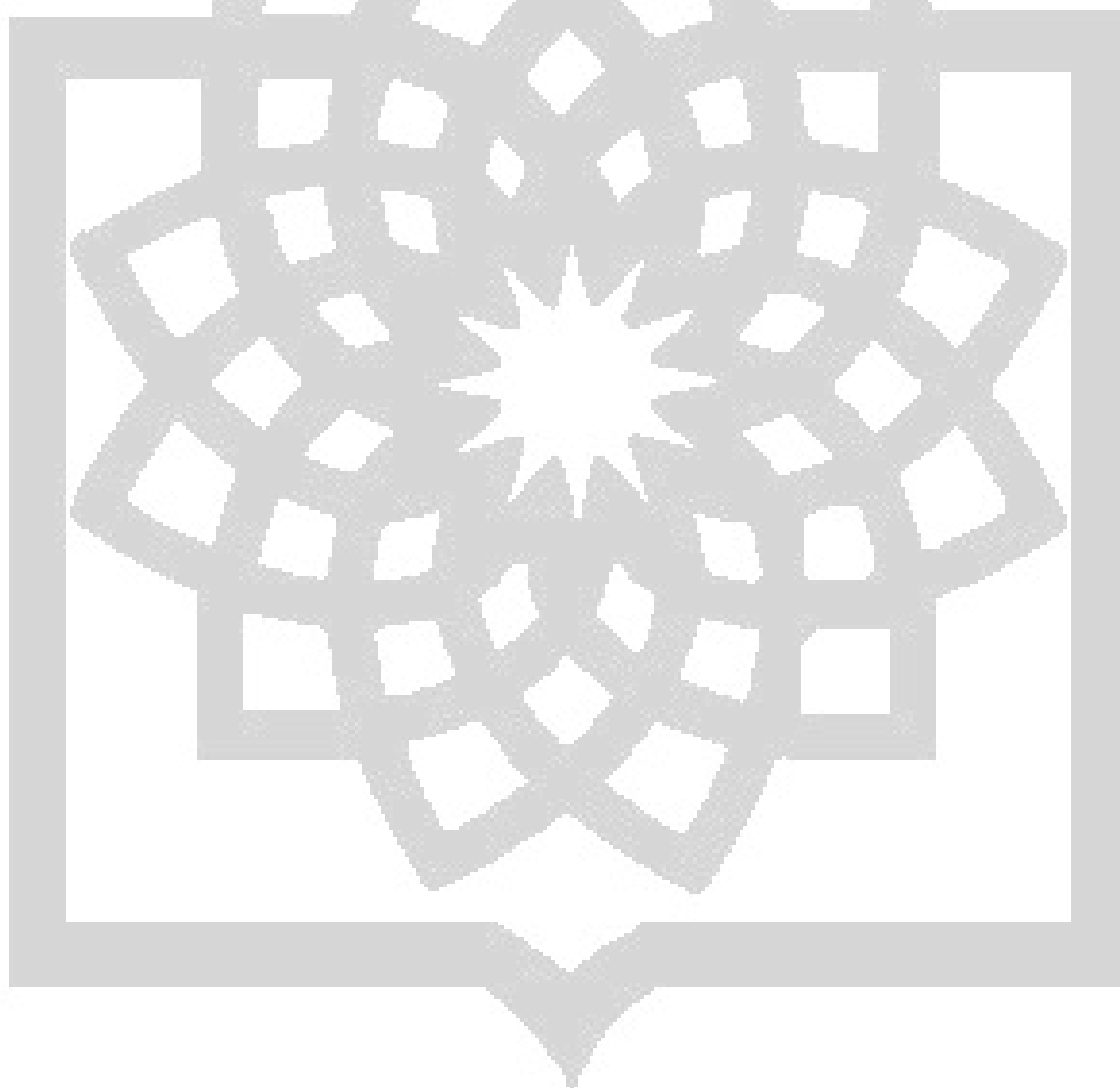
راهنمای شناسایی بیماران بزرگسال بستری در معرض خطر خودکشی (بخشهای غیر روانپزشکی)

اسامی تدوین کنندگان

دکتر سیدهادی میرهاشمی ، متخصص جراحی عمومی و فوق تخصص لاپاراسکوپی ؛ عضو هیات علمی و معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی
دکتر بهروز هاشمی ، متخصص طب اورژانس، عضو هیات علمی و سرپرست معاونت فنی حوزه معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی
دکتر مرضیه نوربخش ، دکتری حرفه ای ، (MINIMBA)، سرپرست مدیریت خدمات درمانی و تعالی بالینی و بیمارستانی ، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران
دکتر فرنوش داوری ، متخصص پزشکی قانونی ، سرپرست مدیریت و نظارت اعتباربخشی، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
شیدا وحیدی ، کارشناس ارشد آموزش پرستاری گرایش بهداشت جامعه ، مسئول ایمنی بیمار مدیریت خدمات درمانی و تعالی بالینی و بیمارستانی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
دکتر جمال شمس، متخصص روانپزشکی ، دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
دکتر علی خردمند، متخصص روانپزشکی ،استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
دکتر رویا وزیری حرمی متخصص روانپزشکی ،استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
دکتر نسترن لعل، متخصص پزشکی اجتماعی ، گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
دکتر عبدالله فرهادی نسب ، مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه ، متخصص روانپزشکی، عضو هیات علمی و قائم مقام معاون آموزشی دانشگاه
دکتر بابک مصطفی زاده، مدیر گروه پزشکی قانونی ، متخصص پزشکی قانونی ، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و عضو هیئت مورد رشته پزشکی قانونی
دکتر محمد علی امام هادی ؛ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، عضو هیئت مورد رشته پزشکی قانونی، معاون درمان ، مرکز پزشکی ، آموزشی و درمانی شهدای تجریش
دکتر لیلا عظیمی ، دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ، مدیر پرستاری معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
فرامرز بهادرخان ، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ، رئیس اداره اعتباربخشی بیمارستانی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
سهیلا احمدیان ، دکتری روانشناسی عمومی ، کارشناس مدیریت خدمات درمانی و تعالی بالینی و بیمارستانی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
دکتر جمیله محتشمی دکتری پرستاری مدیر گروه روانپرستاری عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی
طیبه جمشیدی کارشناس ارشد روانپرستاری مربی گروه روانپرستاری دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی
شیدا منصور ، کارشناس ارشد کتابداری پزشکی ، کارشناس ایمنی بیمار، مرکز پزشکی ، آموزشی و درمانی آیت ا... طالقانی

اسفند ماه ۱۳۹۷

صفحه	فهرست مطالب	ردیف
۴	مقدمه معاون درمان دانشگاه	۱
۵	کلیدواژه ها	۲
۶	شناسایی افکار خودکشی در گروه های پر خطر و در معرض خطر خودکشی	۳
۶-۹	خودکشی و مراقبت های الزامی مربوطه	۵
۹-۱۴	سناریو ها	
۱۵	مراجع	۹



ایمنی بیمار یکی از مهم ترین ابعاد کیفیت مراقبت است و هیچ مسئله ای به مانند آسیب رساندن به بیمار با فلسفه مراقبت های بهداشتی مغایرت ندارد اما اقدامات و رویه های درمانی همیشه بی خطر نیست از دیدگاه کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان های خدماتی درمانی پدیده خودکشی و اقدام به خودکشی بعنوان یک مساله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی به شمار می رود کارشناسان سازمان بهزیستی کشور رتبه جهانی ایران را در خودکشی ۵۸ اعلام کرده اند. برابر گزارش سازمان جهانی بهداشت بیش از ۸۰۰ هزار نفر سالانه خودکشی می کنند و دومین علت اصلی مرگ و میر در سنین ۱۵-۲۹ ساله می باشد. بیشتر افرادی که خودکشی می کنند سابقه اقدام به خودکشی دارند و کسانی که اقدام به خودکشی می کنند ممکن است بعدها خودکشی کنند. از آن جا که این پدیده برای نظام بهداشتی و درمانی کشور پرهزینه است و با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور ما سازگار نیست لذا ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی بعنوان یک چارچوب مفهومی است که شامل ارزیابی، مداخله و ارزیابی مجدد می باشد. شایان ذکر است که بروز، الگوها و علل خودکشی از کشوری به کشور دیگر، شهری به شهر دیگر و از بیمارستانی به بیمارستان دیگر اختلافات فاحشی دارد به طوریکه دامنه خودکشی موفق از کمتر از ۰/۴ در صد در هزار نفر در نیجریه تا بیش از ۷/۲۲ درصد در هزار نفر در سوئیس متفاوت است. لذا در طول سال های ۹۶-۹۷؛ ۲۰۶ مورد خطای پزشکی از مراکز تحت پوشش تابعه به معاونت درمان دانشگاه گزارش شده است و اولویت بندی بر اساس شدت و شیوع خطاهای واصله انجام گرفته است. بیش از ۵ مورد از خطاهای گزارش شده به مرگ و میر ناشی از خودکشی اختصاص داشت.

بر این اساس این معاونت تصمیم به طراحی معیار ارزیابی مقدماتی خطر خودکشی به منظور ارائه خدمات پیشگیرانه از بیماران در معرض خطر گرفت. لذا موارد در کمیته مدیریت خطا معاونت درمان مطرح و در نهایت، همکاری تنگاتنگ و مستمر و صرف ساعت ها بحث و تبادل نظر علمی و کارشناسی اساتید هیئت علمی گروه های روانپزشکی، پزشکی قانونی، روانپرستاری دانشگاه و مدیران و کارشناسان معاونت درمان منتج به تدوین راهنمای شناسایی بیماران بزرگسال بستری در معرض خطر خودکشی (بخشهای غیر روانپزشکی) و آموزش های دوره ای با امتیاز بازآموزی برای گروه های هدف گردید. همچنین در انتهای این راهنما، چندین سناریو جهت آشنایی بیشتر با لزوم تدوین راهنمای فوق الذکر آورده شده است. لازم به ذکر است این راهنما براساس یافته های علمی مبتنی بر شواهد تدوین شده و اگرچه هرگز نمی تواند جایگزین قضاوت بالینی پزشک باشد، اما می تواند یاریگر قضاوت بالینی وی گردد.

دکتر سید هادی میرهاشمی

معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

کلیدواژه ها

خودکشی^۱ : خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد و آنرا را می توان به عنوان اقدام آگاهانه در جهت از بین بردن خود، با اهدافی همچون تحت تاثیر قراردادن دیگران، رهایی از فشار روانی و مشکلات تعریف نمود که ممکن است به مرگ یا بهبودی منجر شود با این حال بیشتر خودکشی ها قابل پیشگیری هستند (۱-۲).

اقدام به خودکشی^۲ : اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی گفته می شود. افکار خودکشی در بسیاری از اقشار مردم از جمله (جوانان، مردان، زنان و افراد سالمند) دیده می شود که عدم توجه به آن می تواند اقدام به خودکشی را به همراه داشته باشد (۳).

خودکشی بیمارستانی^۳ : هرگونه مورد خودکشی در بیمار بستری در بیمارستان را می گویند. دیگرآزاری : فرد سابقه اقدام به آزار و اذیت دیگران از جمله تخریب اموال عمومی یا شخصی یا آزار رسانی فیزیکی به اشخاص و یا پرخاشگری های لفظی را داشته باشد.

¹ suicide

² Suicide attempt

³ suicide in the hospital setting

شناسایی افکار خودکشی در گروه های پر خطر و در معرض خطر خودکشی

لازم است که کارکنان نظام سلامت نسبت به گروه های در معرض خطر کم و بالای خودکشی آگاهی لازم را داشته و نسبت به شناسایی افکار خودکشی در این گروه ها حساس باشند .

ارزیابی مقدماتی ریسک خودکشی

اطلاعات دریافتی از بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه نشان داد که فراوانی و شدت اقدام به خودکشی و خودکشی در میان بیماران بستری ، سرپایی و مراجعین قابل توجه است ولی ابزار یکسان و یکپارچه ای که غربالگری افکار خودکشی را در بیماران بستری مراجعه کننده مورد بررسی قرار دهد وجود ندارد. لذا ابزار غربالگری و سطح بندی ریسک اقدام به خودکشی طراحی گردید این ابزار به سطح بندی ترکیبی از فاکتورهای فردی فعلی و گذشته بیمار ریسک خطر فوری تا کوتاه مدت ، احتمال تغییرات فردی در سطوح مختلف و نیاز به ارزیابی مجدد را مشخص می کند.

سوالات غربالگری افکار خودکشی (جدول شماره ۱) می بایست جهت کلیه بیماران بستری تکمیل گردد و در صورتیکه پاسخ به کلیه سوالات خیر باشد نیاز به اقدام خاصی نمی باشد و لی در صورتیکه هر کدام از سوالات بلی باشد به منظور ارزیابی ریسک خطر خودکشی بر اساس جدول اقدامات الزامی سطح بندی ریسک خودکشی (جدول شماره ۲) اقدام شود.

خودکشی و مراقبت های الزامی مربوطه

تازمانیکه بیمار به بخش روان منتقل نشده است جهت حفظ امنیت و سلامت بیمار حتی المقدور

موارد ذیل در نظر گرفته شود

۱- امکان ترخیص با رضایت شخصی در بیماران در معرض خطر خودکشی وجود ندارد مگر پس از مشاوره روانپزشکی و تأیید صلاحیت روانی وی

۲- با توجه به این که برخی بیماران به شدت افکار خود را انکار می نمایند، قضاوت پزشک نقش مهمی را هنگام مواجهه با بیمارانی که علائم مطرح کننده خودکشی را دارند ؛ دارد. لازم است پزشک معالج ضمن در نظر داشتن احتمال خودکشی اقدامات لازم را بعمل آورد

۳- در مورد احساسات مربوط به خودکشی صحبت شود و اگر بیمار حرفی از خودکشی زد نادیده گرفته نشود و می بایست پزشک مربوطه مطلع شود.

- ۴- انجام مشاوره های روانپزشکی با توجه به طبقه بندی بیماران در معرض ریسک (بالا-پایین) - جدول ۲
- ۵- وجود اسکار و زخم متعدد روی مچ دست /ناحیه قدام ساعد و گردن از مواردی هستند که احتمال اقدام به خودکشی را نشان می دهند.
- ۶- افت سطح هوشیاری در بیمار که علت قابل توجیهی نداشته باشد.
- ۷- بیمار در هنگام ارجاع و اعزام می بایست بر اساس پروتکل ارزیابی شود و اقدامات لازم جهت وی انجام شود .
- ۸- در مواردی که شکایت بیمار با آثار موجود در بدن وی همخوانی ندارد و بیمار آنها را به عوامل نامربوط منتسب می نماید؛ می بایست توسط پزشک مورد ارزیابی دقیق قرار گیرد و یا مشاوره پزشکی قانونی گردد (موارد خودزنی، خودکشی، درگیری فیزیکی با دیگران و...)
- ۹- گزارش خانواده مبنی بر وجود افکار خودکشی و یا سابقه اقدام به خودکشی مقدم بر اظهارات بیمار می باشد.
- ۱۰- بیمارانی که با علائم مسمومیت عمدی اعم از دارویی یا غیردارویی ارجاع می گردند، بیمار با ریسک بالای خودکشی طبقه بندی می شوند و می بایست بر اساس راهنما اقدام گردد.
- ۱۱- بیماران تحت درمان با داروهای روانپزشکی لازم است داروی خود را ادامه دهند و چنانچه تداخلی با درمان سایر بیماری های مدیکال داشته باشد، لازم است با انجام مشاوره روانپزشکی داروها تغییر یابند. هرگونه قطع ناگهانی و دستکاری دارویی بدون نظر روانپزشک می تواند بیمار را با مخاطرات جدی روبرو نماید..
- ۱۲- اگر بیمار زیر ۱۸ سال است والدین یا سرپرست قانونی وی در اولین فرصت در جریان قرار بگیرند.
- ۱۳- افسردگی یکی از شایع ترین علل خودکشی است، بدین ترتیب شناسایی به موقع افراد افسرده و درمان مناسب و کامل این افراد می تواند اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن را به میزان زیادی کم کند.
- ۱۴- افرادی که افسردگی دارند و تحت درمان با داروهای ضدافسردگی می باشند دو تا سه هفته بعد از مصرف داروها به علت به دست آوردن نیروی تحلیل رفته بیشترین احتمال خطر خودکشی را دارند .
- ۱۵- بیشترین احتمال خطر خودکشی در فردی که قصد خودکشی دارد، در حین تعویض شیفت یا صبح خیلی زود و یا روزهای تعطیل میباشد که علت احتمالی آن کاهش تعداد پرسنل و کم شدن نظارت میباشد
- ۱۶- توصیه می گردد که در حین شیفت مخصوصا شیفتهای شبانه حتما سرکشی ها با تعداد مشخصی ولی در زمانهای متفاوتی انجام پذیرد
- ۱۷- نظارت دقیق و مستمر بر بیمار و رفتار او جهت جلوگیری از اقدام به خودکشی الزامی است.

۱۸- بیمار به مواد قابل اشتعال و آسیب رسان و هر وسیله ای که بتواند برای خودکشی استفاده گردد دسترسی نداشته باشد.

۱۹- بعد از ساعت ملاقات می بایست وسایل بیماران کنترل گردد.

۲۰- بیمار در فضایی که امکان کنترل و نظارت مستمر ندارد بستری نشود و نباید در اتاقی که دارای سرویس بهداشتی یا حمام جداگانه باشد، بستری گردد. (این فضا های اضافی امکان کنترل و مانیتورینگ بیمار را محدود می کند).

۲۱- در خصوص بیمارانی که در اتاق ایزوله (seclusion) نگهداری می شوند، پرستار می بایست بطور مداوم و مستمر بیمار را مانیتور نماید تا خطری بیمار را تهدید نکند.

۲۲- دور کردن وسایل آسیب زا و خطرناک از جمله (چاقو ، ناخن گیر ، تیغ و ژیلت ، قیچی و وسایل آسیب زننده دیگر ..) از بیمار با خطر بالای خودکشی

۲۳- بیمار را در اتاقی که سیم های برق بدون پوشش (exposed) دارد؛ بستری نکنید و توجه نمایید هر گونه وسیله ای که امکان خودکشی را افزایش می دهد از دسترس بیمار دور کنید.

۲۴- امکان قفل کردن درب فضاهایی چون حمام و سرویس بهداشتی نباید وجود داشته باشد.

۲۵- در موقع ملاقات حتما وسایلی که در اختیار بیماران قرار می گیرد، بررسی شود که احتمال آسیب به خود کاهش یابد

۲۶- بیماریکه دارای افکار خودکشی می باشد ضمن رعایت احترام در اولویت نظارت و پیگیری امور درمانی و انتقال به بخش روان قرار گیرند

۲۷- در صورتی که بیماری برای خشک کردن صورت و دست ها از حوله شخصی استفاده می کند، حوله وی می بایست در قطعه کوچک باشد

۲۸- در صورت مرگ بدنبال خودکشی ، مرگ بدنبال مسمومیت (شیمیایی ، دارویی ، گازگرفتگی و....) لازم است متوفی جهت صدور گواهی فوت یا جواز دفن به سازمان پزشکی قانونی ارسال گردد .

۲۹- انجام مشاوره پزشکی قانونی برای بیمارانیکه در حین بستری ،درمان در بیمارستان اقدام به خودکشی یا خود زنی می نمایند.

۳۰- نقش پرستاران در شناسایی، ارزیابی و مدیریت موارد خودکشی در بخش های بستری غیر روانپزشکی بسیار پر اهمیت است . پرستاران می بایست نسبت به احتمال اقدام به خودکشی در بیماران حساس بوده و بتوانند به شکل دقیقی

آنان را ارزیابی و مدیریت نمایند و در صورت وجود سطح بالای خطر خودکشی نسبت به گزارش فوری و بسیار دقیق در مورد وضعیت بیمار به پزشک معالج اقدام نمایند

۳۱- در زمان دارودادن، خوردن دارو توسط بیماران می بایست چک شود اما نباید به طور مستقیم از بیمار خواسته شود "دهانت را باز کن ببینم داروهایت را خوردی یا نه؟" این روش این پیام را به بیمار منتقل می کند که "درمانگر به بیمار اعتماد ندارد". به جای آن می توانیم با یک احوالپرسی ساده با بیمار متوجه شویم که دارو خورده شده است یا نه؟ بیمار ممکن است به عنوان یک راه خودکشی داروهای خود را چند شیفت مصرف نکند و آنها را جمع آوری نموده و به صورت یکجا برای اقدام به خودکشی استفاده نماید.

۱۲- آموزش کارکنان حفاظت فیزیکی (نگهبانان) در خصوص شناخت علائم افسردگی، خودکشی و نحوه مواجهه آنان با این بیماران در مواقع بحران

۱۳- قوانین پنجره های بازشو یاغیربازشو

در خصوص پنجره های خارجی و داخلی، در فضاهایی که افراد و یا بیمارانی با عدم تعادل رفتاری و روانی حضور دارند، جهت پیشگیری از ایجاد مسائلی همچون فرار، پرت شدن، خودکشی و یا دیگر آزاری باید از تعبیه پنجره های بازشو اجتناب شود. مگر آن که از پنجره های بازشوی محدود استفاده شود؛ البته این نوع پنجره ها باید به گونه ای باشند که امکان ایجاد مشکلات مذکور وجود نداشته باشد. تنها در حالتی می توان از پنجره بازشو استفاده نمود که از نرده در جلوی قسمت بازشو استفاده گردد. از جمله این فضاها می توان به اتاق بستری بیماران روانی، اتاق ایزوله روانی، اتاق بستری اطفال، اتاق بستری زایمان و... اشاره کرد.

در خصوص پنجره های خارجی و داخلی، در فضاهایی که نیاز به تامین امنیت در سطحی بالا وجود دارد، توصیه می شود از پنجره های بازشو جهت جلوگیری از سوء استفاده های احتمالی استفاده نگردد. این امر در طبقه همکف که امکان ورود به مجموعه و خارج کردن راحت تر تجهیزات، وسایل و اسناد بیمارستان وجود دارد از اهمیت بیشتری برخوردار است. مگر آن که از پنجره های بازشوی محدود استفاده شود؛ البته این نوع پنجره ها باید به گونه ای باشند که امکان ایجاد مشکلات مذکور وجود نداشته باشد. در این فضاها استفاده از نرده جهت تامین امنیت بیشتر الزامی است.

سناریوهای مرتبط با خودکشی در بخشهای بستری غیر روانی پزشکی بیمارستانهای دانشگاه

مورد اول - متوفی آقای ۶۳ ساله با شکایت درد قفسه سینه و تنگی نفس در تاریخ ۹۶/۲/۳۱

به اورژانس مرکز X مراجعه می نماید. بیمار مورد شناخته شده ی ESRD، HTN، CHF (EF:20%) می باشد. وی سابقه ۲۱ ساله پیوند کلیه دارد که از ۲ سال قبل تحت دیالیز قرار گرفته است. بیمار بدلیل پریکاردیال افیوژن در سرویس قلب بستری می شود. در ارزیابی اولیه پرستاری سابقه مصرف داروهای فلوکستین / آمیلودپین / کلسیم / کلسیفرول / انالاپریل / فولیک اسید و مشکل شنوایی ثبت شده است. در تاریخ ۹۶/۳/۱۳ به علت دیالیز روتین روزانه / پریکاردیال افیوژن خفیف / مشاوره انتقال به بخش نفرو داده می شود. در تاریخ ۹۶/۳/۱۶ تحت دیالیز قرار می گیرد که به علت دیس پنه و افت فشارخون دیالیز قطع می گردد (بیمار به مدت ۳ ساعت دیالیز می شود)، جهت وی PA cxray و

VBG درخواست می گردد. وانکومايسين DC می شود و دیالیز بیمار از ۳ روز به ۴ روز در هفته افزایش می یابد، جهت وی هیدروکورتیزون و نبولایزر شروع می گردد در تاریخ ۹۶/۳/۱۸ بیمار عصبی و بی قرار می شود / جهت وی مشاوره قلب ، اکو و بررسی پریکاردیال افیوژن و خلط جهت BK ارسال می شود. ساعت ده و چهل دقیقه صبح مورخ ۹۶/۳/۱۸ درخواست مشاوره سایکیاتری از لحاظ بی قراری خفیف صادر می گردد در گزارش پرستاری شیفت شب مورخ ۹۶/۳/۱۸ ثبت می گردد که بیمار تمایل به راه رفتن ندارد و ارتباط کلامی چندانی برقرار نمی کند و اشتهای وی نیز خیلی کم شده است. مورخ ۹۶/۳/۱۹ (روز تعطیل) یک پرستار و کمک بهیار در بخش مشغول به فعالیت بودند بیمار فوق الذکر می بایست ساعت ۱۱:۱۵ به بخش دیالیز منتقل می گردید . اتاق وی سه تخته بود یکی از بیماران خواب و دیگری دچار کاهش سطح هوشیاری و همراهان هیچکدام از بیماران آن اتاق نیز در اتاق حضور نداشتند. از صبح مورخ ۹۶/۳/۱۹ (روز تعطیل) تخت ۱۲ بخش نفرولوژی دچار chest pain شده بود که اقدامات درمانی و تشخیصی لازم برای وی در حال انجام بود و در بازه زمانی (۱۱:۰۵-۱۱:۱۵) رزیدنت سال II داخلی جهت ارزیابی مجدد به همراه مسئول شیفت بر بالین بیمار با مشکل chest pain حاضر شدند. در ساعت ۱۱:۱۵ دقیقه صبح ۹۶/۳/۱۹ با اعلام همراهان سایر بیماران مبنی بر وقوع خونریزی بر بالین بیمار ۶۳ ساله حاضر شده و پارگی فیستول دست چپ به همراه خونریزی فراوان رؤیت گردید. با توجه به فقدان علائم حیاتی کد ۹۹ اعلام و اقدامات درمانی انجام می پذیرد. در زمان تغییر position بیمار جهت انجام CPR حجم فراوان خون روی تخت، ملحفه ها، و پتو و یک عدد چنگال در زیر بدن بیمار رؤیت می گردد. متأسفانه علیرغم اقدامات درمانی لازم بیمار فوت و با توجه به وجود پارگی های نامنظم بر روی فیستول و احتمال suicide جسد بیمار به پزشکی قانونی منتقل گردید.

گزارش پزشکی قانونی : فیبروز وسیع دیواره قلب ، شوک هیپوولمیک غیرمقاوم به درمان

اقدامات غیر ایمن مربوط به مورد اول :

- ۱- عدم توجه به ریسک فاکتورهای بالا (سابقه انجام دیالیز ، سابقه مصرف فلوکستین ، عدم توجه به علایم افسردگی بیمار) عدم تمایل به راه رفتن و عدم برقراری ارتباط کلامی و اشتهای کم بیمار) و بی قراری
- ۳- عدم وجود و تکمیل ابزار غربالگری و سطح بندی ریسک اقدام به خودکشی
- ۳- عدم درخواست انجام مشاوره اورژانسی روانپزشکی و پیگیری آن
- ۴- عدم بستری بیمار در اتاق روبروی ایستگاه پرستاری
- ۵- عدم کنترل وسایل بیمار و دور از دسترس قرار دادن ابزار فلزی از جمله چنگال و.....
- ۶- عدم وجود همراه بیمار

مورد دوم - در تاریخ ۹۶/۹/۲۲ ساعت ۱۷:۰۹ دقیقه عصر ، بیمار ۵۵ساله، از مرکز X (با اخذ پذیرش قبلی از سرویس جراحی به علت ترومای نافذ هر دو اندام فوقانی)، به مرکز Y توسط آمبولانس اعزام و در واحد تریاژ بیمارستان با آتل دو دست

هوشیار، سوند اداری و شرایط همودینامیک ثابت پذیرش شد. با توجه به اطلاعات ثبت شده در فرم تریاژ و سابقه بیماری، همراهان و خانواده وی تنها به بیماری دیابت و همچنین سابقه عمل جراحی کاتاراکت بیمار اشاره نموده بودند.

بیمار در ساعت ۱۷:۲۰ دقیقه عصر توسط رزیدنت طب اورژانس ویزیت شد که به گفته خود بیمار حسابدار بوده و در حین انتقال پول اداره در مسیر دچار ضرب ، جرح و ترومای جسم تیز برنده به منطقه فوقانی ساعد هر دو دست به دنبال نزاع شده است. علاوه بر این در معاینات سر و گردن بریدگی ابروی سمت راست نیز گزارش شده است. با این حال برای بیمار مشاوره اورژانسی پزشک قانونی همچنین مشاوره مددکاری درخواست شد که به دلیل خونریزی، عمق جراحی توسط متخصص پزشک قانونی قابل ارزیابی نبوده است و گزارش تکمیلی موکول به بعد از عمل جراحی بیمار گردید.

بیمار علی رغم تعطیلی آن روز در ساعت ۱۹:۱۵ دقیقه عصر توسط اتند کشیک همان روز تحت عمل جراحی اورژانسی قرار گرفت و عمل به طور موفقیت آمیز در ساعت ۲۱:۳۰ دقیقه شب به پایان رسید و بیمار با وضعیت بالینی پایدار به بخش جراحی منتقل شد. در گزارش سیر بیماری توسط رزیدنت جراحی و نیز بنابر اظهارات خود بیمار و همراهان وی ثبت شده است که بیمار در حین بازگشت به خانه اقوام خود در خیابان دچار درگیری و نزاع به دنبال زورگیری شده و با جسم نافذ (تیغ موکت بری) دچار آسیب سر و صورت و هر دو ساعد شده است که سمت راست با خونریزی فعال همراه بوده است. در همین گزارش، بیمار تنها از بیماری دیابتی که با قرص گلی بن کلامید کنترل شده بود و سابقه جراحی کاتاراکت چشمی؛ کادر درمان را مطلع نموده و هیچگونه بیماری دیگری توسط وی و همراهان بیمار گزارش نگردیده است. علاوه بر این سابقه مصرف سیگار، تریاک، الکل و سایر موارد روان گردان را نیز بیمار نداشته است.

در بخش جراحی مردان، در ارزیابی اولیه پرستاری؛ بیمار اظهار افسردگی بدون مصرف دارو یا معالجه را می نماید که مجدداً توسط همراهان بیمار موضوع انکار میگردد ولی با این حال در فرم ارزیابی اولیه نیاز به همراه بیمار قید می گردد و به همراهان نیز اطلاع داده می شود.

در تاریخ تقریبی ۹۶/۹/۲۳ بیمار سیر بهبودی داشته و مرتب توسط سرویس جراحی و پرسنل بخش ویزیت و دستورات لازم انجام گردیده است. لازم به ذکر است بیمار در اتاق دو تخته ای که از پنجره بدون حفاظ فاصله دارد؛ بستری می گردد. وضعیت بیمار (دارا بودن آتل بلند گچی در هر دو دست، فیکس بودن سوند ادراری و بالا بودن bed side دو طرفه در تمام طول شیفت و تحت کنترل و نظارت مستمر کادر پرستاری) است.

در هنگام تحویل شیفت، بیمار هوشیار و علایم حیاتی بیمار وضعیت پایداری داشت در ساعت ۲۱ محاسن صورت بیمار توسط کمک بهیار بخش اصلاح می گردد. همراه بیمار از عصر تا ساعت ۲۳ همسرش بوده و بعد از آن پسر بیمار در کنارش حضور داشته است. پرستار بیمار، نیز در طول شب چندین مرحله بر بالین بیمار حضور یافته ولی مشکل خاصی توسط ایشان گزارش نشده است.

آخرین مرحله، بیمار توسط پرستار مسئول شیفت در ساعت ۱:۳۰ بامداد در حالی که خواب بوده، بر روی تخت بستری رویت می گردد. در ساعت ۱:۴۵ دقیقه بامداد همراه بیمار به پرستار مسئول شیفت اطلاع داده که پدرش روی تخت نبوده که بلافاصله به انتظامات بیمارستان اطلاع داده می شود و بعد از جستجو متوجه سقوط بیمار از پنجره شده اند که بلافاصله به سوپروایزر و رزیدنت کشیک اطلاع داده می شود و بر بالین بیمار حاضر می شوند و بیمار سریعاً به اورژانس بیمارستان منتقل می گردد. و اقدام به احیای قلبی-تنفسی می گردد که متأسفانه موفق به احیای بیمار نمی شوند.

اقدامات غیر ایمن مربوط به مورد دوم :

- ۱- عدم اخذ و انجام مشاوره روانپزشکی با توجه به شرح حال بیمار
- ۲- عدم رعایت الزامات مربوط به اعزام و ارجاع بیمار و عدم ثبت اقدام به خودکشی بیمار در برگه اعزام وی توسط مرکز مبدا
- ۳- عدم وجود و تکمیل ابزار غربالگری و سطح بندی ریسک اقدام به خودکشی
- ۴- عدم توجه به علائم سابقه افسردگی در ارزیابی اولیه بیمار
- ۵- تحت تاثیر قرار گرفتن تیم درمان در مورد رفتار های بیمار و خانواده اش مبنی بر عدم پذیرش علائم بیماریهای اعصاب و روان
- ۶- عدم بستری بیمار در اتاق روبروی ایستگاه پرستاری و بستری وی در اتاق با پنجره بدون حفاظ

مورد سوم - بیمار ۶۰ ساله با تشخیص هرنی اینگوینال در بخش جراحی بیمارستان Z در تاریخ ۹۶/۳/۲۷ بستری می شود که در لیست عمل تاریخ ۹۶/۳/۲۸ قرار می گیرد. وی سابقه بیماری اعصاب را به صورت پرخاشگری اظهار می دارد ولی تحت درمان خاصی قرار نگرفته است بیمار در اتاقی که بستری شده است بدلیل خرابی روشویی اتاق و تشنگی وی وارد اتاق نمی شود. شایان ذکر است بیمار باسواد بوده و اقدام به برداشتن و خواندن سم رقیق شده مورچه می کند که در کنار شوینده ها قرار داشت و وی اظهار می دارد که سم مربوطه بسیار بدمزه بوده و توسط خدمه بخش سم مربوطه از بیمار گرفته می شود و به پرستار و پزشک معالج اطلاع رسانی می گردد و اقدامات اولیه اورژانسی و اعزام بیمار مربوطه انجام می پذیرد.

اقدامات غیر ایمن مربوط به مورد سوم :

- ۱- عدم توجه به سابقه بیماری اعصاب و عدم اخذ مشاوره روانپزشکی
- ۲- عدم توجه به تکمیل برگه ارزیابی اولیه بیمار و وجود علائم بیماری اعصاب
- ۳- عدم وجود و تکمیل ابزار غربالگری و سطح بندی ریسک اقدام به خودکشی
- ۴- عدم کنترل و نظارت بیمار که منجر به دسترسی وی به محلولهای شوینده و ضدعفونی کننده شده است
- ۵- عدم رعایت استاندارد ایمن در بخش های بستری که منجر به دسترسی آسان بیمار به محلولهای ضدعفونی و شوینده شده است

مورد چهارم - خانم ۲۳ ساله در تاریخ ۹۱،۷،۳ ساعت ۲۱:۲۵ بستری شد. مورد شناخته شده آنمی آپلاستیک به دلیل vaginal bleeding مراجعه کرده است. نتایج آزمایشات PLT: 20000 ، BMB مورخ ۴/۱۸ مغز استخوان هیپوسلولار بوده، BMB مورخ ۶/۱ Cellularity 10% مگاکاریوسیت نادر یا منفی گزارش شده است. در معاینه هوشیار، ill و toxic است. 10:10 AM ساعت ۸،۲۴ BP: 115/80 PR. 94 RR: 16 T: 38.5 در بخش هماتولوژی بستری می گردد. مشاوره روانپزشکی درخواست شد. ۸/۲۵ ساعت 10 AM مشاوره روانپزشکی انجام شد. طبق مشاوره روانپزشکی مشکلات بیمار از حدود ۵ ماه قبل شروع شده که از دو هفته قبل دچار علائم خلقی (افسردگی، نا امید، احساس گناه ، کاهش خواب و اشتها شده است. MDD برای بیمار مطرح است.

۸/۲۶ ساعت 10: 15 Am ویزیت مجدد روانپزشکی انجام می گردد و ثبت می گردد در حال حاضر بیمار افکار suicide دارد. توضیحات لازم به همراه بیمار و nursing جهت کنترل جدی بیمار انجام می شود.

Tab Amitriptyline 25g (TDS). 1

2. ECT. در صورت صلاحدید سرویس مربوطه شروع شود.

3. مشاوره قلب

4. مشاوره بیهوشی

5. RPO

در دستور پزشکی مورخ ۸/۲۷ ساعت 10:30 Am طبق نظر پزشک معالج " فعلاً ECT انجام نشود". (از نظر سرویس بیهوشی با توجه به شرایط بیمار امکان ECT برای بیمار نیست) ثبت می گردد.

۸/۲۷ بیمار توسط اتند روانپزشکی ویزیت می شود و دستور پزشکی ذیل جهت بیمار گذاشته می شود

۱. Tab Sertralin DC، Tab Amitriptilin 20 mg (1-0-1)، سایکوتراپی روزانه توسط اتند مربوطه انجام شود

۲. ویزیت مجدد چهارشنبه

۳. در تاریخ ۲۸ و ۲۹ آبان سایکوتراپی supportive توسط اتند مربوطه انجام می شود

۸/۲۹ ساعت 1:10 PM ویزیت می شود. بیمار تحریک پذیر است اما تحریک پذیری با کارکنان بخش می باشد.

وضعیت خواب بیمار خوب است. ۲ روز گذشته اورینته بوده اما ذکر می کند که گذشته ها را به یاد نمی آورد و فکر

می کند دست و پایش بسته است و با کسی صحبت نمی کرده است. اما اکنون این حالت ها را ندارد. ذکر کرده می

خواهم خوب شوم و از اینجا بروم. افکار خودکشی ندارد.

• Tab Amitriptyline DC، ویزیت شب توسط رزیدنت محترم از نظر دلیریوم، RPO

۹۱/۸/۳۰ اقدام به خودکشی

اقدامات غیر ایمن مربوط به مورد چهارم :

۱- اینکه بعد از یک ماه و بیست روز از بستری بیمار در بخش برای وی درخواست مشاوره روانپزشکی داده شده است. بنا به تشخیص روانپزشک مربوطه، بیمار high risk بوده است.

۲- به دلیل کمبود نیرو داروها توسط همراهان به بیمار داده می شود که در این مورد مادر بیمار به دلیل عدم پذیرش مشکل افسردگی^۴ از دادن داروهای روان به وی اجتناب کرده است

۳- بیمار با پزشکان و پرستاران ارتباط برقرار نمی کرده ولی در روز آخر به پزشک گفته که حالش خوب است و قصد خودکشی ندارد.

۴- دستور ویزیت روان در شب وجود داشته ولی پرستار به پزشک مربوطه اعلام نکرده و هیچ دستوری دال بر اینکه به رزیدنت روان اطلاع داده شده باشد وجود ندارد

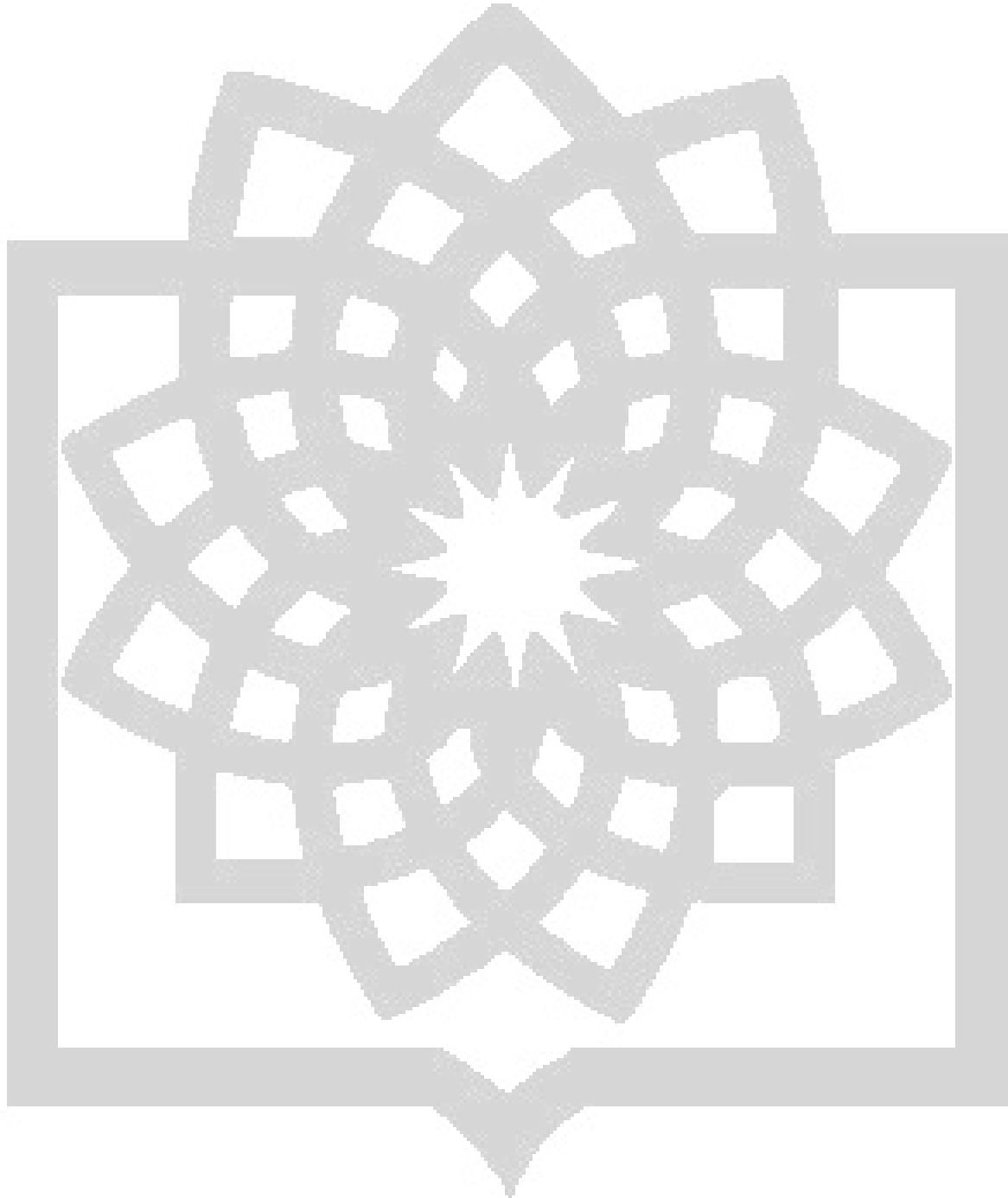
۵- عدم وجود قوانینی در خصوص حضور بیماران در ساعات شب در لابی و محوطه بیمارستان

۶- عدم وجود نگهبانان آموزش دیده

⁴ depression

۷- وجود افراد غریبه در بخش ها و محوطه بیمارستان با روپوش سفید و

۸- ممانعت از حضور کلیه افراد غریبه ملبس به روپوش سفید ولی بدون اتیکت که مبادرت به اغفال بیماران و یا تهیه گزارش از آنان می نمایند در کلیه بخشهای بستری ، سرپایی و پاراکلینیک و....



1-Murphy SL,Deaths:final data for 1998.Natl Vital Stat Rep 2000:48(11):1-105

۲- هواسی ناهید، خورشیدی علی، خورشیدی امیر، جعفری علی، هواسی فرشته، بررسی عوامل پیش بینی کننده خودکشی منجر به مرگ، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره بیست وهفتم، شماره ۱۴۷، بهار ۲۲۷، ۹۶-۲۱۷

۳- قریشی سید ابوالفضل، موسوی نسب نورالدین، مرور سیستماتیک بررسی های انجام شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران سال چهاردهم شماره ۲، تابستان ۱۳۸۷، ۱۲۱-۱۱۵

4- NSW DEPARTMENT OF HEALTH, Suicide Risk Assessment and Management Protocol, General Hospital Ward, 2004

5. www.who.int, Public health action for the prevention of suicide: a framework, 2012.

6. www.who.int, Suicide - prevention and control, 2012.

7. www.who.int, National health programs, 2012.

8. Dumon E., Portzky G., General Guidelines on Suicide Prevention (EUREGENAS project), Unit for Suicide Research – Ghent University, 2014.

9.