

# ارزیابی خطر خودکشی در بخش‌های غیر روانپزشکی

دکتر جمال شمس

استاد روانپزشکی

SBMU

• خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد و آنرا می توان به عنوان اقدام آگاهانه در جهت از بین بردن خود ، با اهدافی همچون تحت تاثیر قرار دادن دیگران ، رهایی از فشار روانی و مشکلات تعریف نمود که ممکن است به مرگ یا بهبودی منجر شود با این حال بیشتر خودکشیها قابل پیشگیری هستند.

• 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 میشود که عدم توجه به آن میتواند اقدام به خودکشی را به همراه داشته باشد.

• خودکشی بیمارستانی : هرگونه مورد خودکشی در بیمار بستري در بیمارستان را می گویند.

• دیگرآزاري : فرد سابقه اقدام به آزار و اذیت دیگران از جمله تخریب اموال عمومی یا شخصی یا آزار رسانی فیزیکی به اشخاص و یا پرخشگري هاي لفظی را داشته باشد.

- Suicide is described as the act of taking one's own life. It is multi-factorial in nature, with associated risk factors such as demographic factors, psychiatric disorders, terminal or chronic medical conditions and recurrent unresolved psychological stressors.

- رتبه جهانی ایران را در خودکشی 58 اعلام شده است.
- برابر گزارش سازمان جهانی بهداشت بیش از 800 هزار نفر سالانه خودکشی میکنند و دومین علت اصلی مرگ و میر در سنین 15-29 سال خودکشی 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 سازگار نیست لذا ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی بعنوان یک چارچوب مفهومی است که شامل ارزیابی، مداخله و ارزیابی مجدد می باشد.
- خودکشی موفق از کمتر از 4/0 در صد هزار نفر در نیجریه تا بیش از 22/7 درصد در هزار نفر در سوئیس متفاوت است.

- [The Joint Commission \(2010\)](#) indicates that 14.25% of suicides occur in the non-behavioural units of the general hospitals such as medical or surgical units.
- [Knoll \(2012\)](#) indicates that ‘inpatient suicides do occur in the medical settings and are viewed as the most avoidable and preventable because they occur in close proximity to staff.



• در طول سال های 96-97 ؛ 206 مورد خطاي پزشکی  
از مراکز تحت پوشش -تابعه به معاونت درمان  
دانشگاه گزارش شده است و اولویت بندي براساس  
شدت و شیوع خطاهای واصله انجام گرفته است. بیش  
از 5 مورد از خطاهای گزارش شده به مرگ و میر ناشی از  
خودکشی اختصاص داشت.

- Physical illness increases the risk for suicide.
- An increased likelihood of suicidal ideation, attempts, and completions have been reported in patients who have central nervous system (CNS) dysfunction, general medical disorders, and specific symptoms such as pain and physical limitations.

- Other factors associated with suicide are also found in patients hospitalized for medical illness, such as substance abuse, advanced age, unemployment and other financial stressors, and feelings of hopelessness and social isolation.

- Importantly, and of most concern for preventative efforts, the association between medical illness and suicide may be independent of two other well-established suicide risk factors: substance abuse and depression.

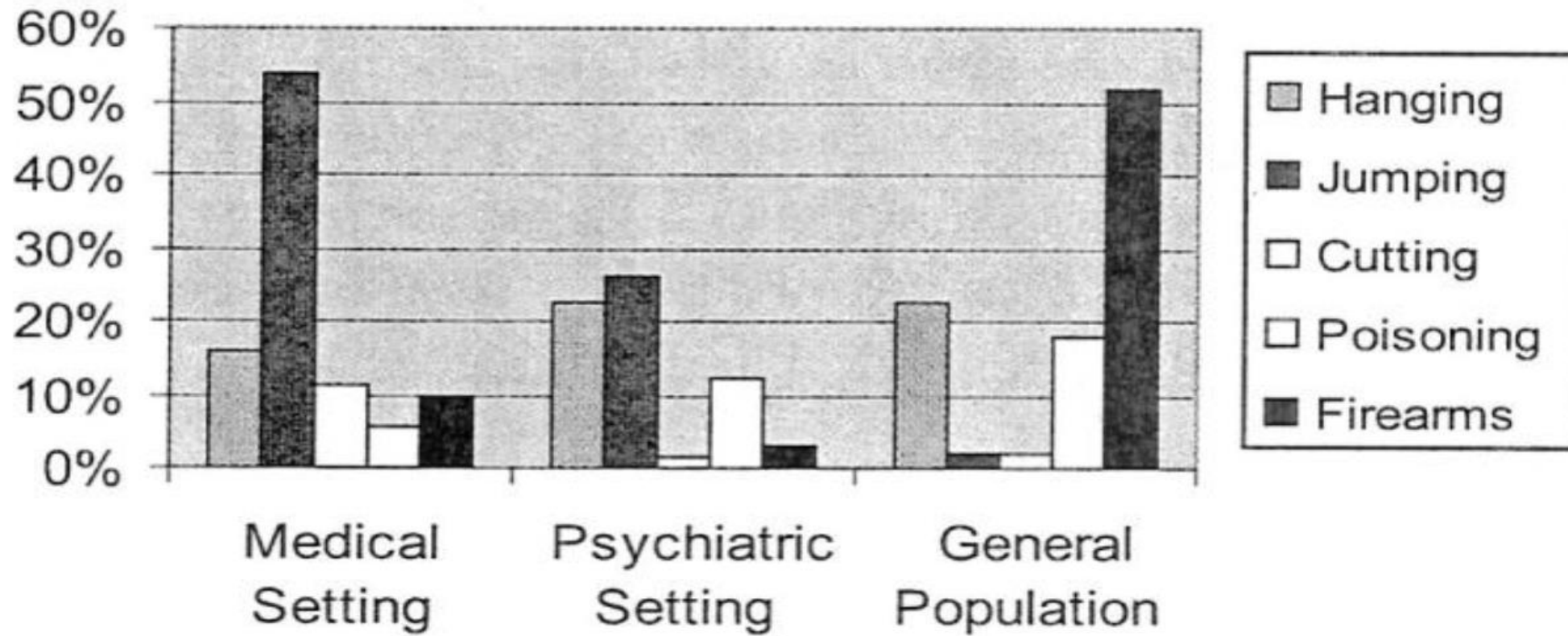
- Psychiatric patients who committed suicide tended to be younger (mean age, 41.2 years) than patients who committed suicide in medical settings (mean age, 54.3 years).
- Approximately one half (43/80) of the medical-setting patients were married, while slightly more than one third (128/342) of psychiatric patients were married.
- Whereas 60% (647/1082) of psychiatric patients were unemployed, only 10 of the 35 general medical patients for whom these data were available were unemployed.

## Medical Diagnoses of 286 Completed Suicides in the Medical Setting

<b>Diagnosis<sup>*</sup></b>	<b><i>n</i> (%)</b>
Neoplasms	72 (25.2%)
Cardiovascular diseases	46 (16.1%)
Pulmonary diseases	44 (15.4%)
Neurological conditions	38 (13.3%)
Gastrointestinal	16 (5.6%)
Injuries	15 (5.2%)
Allergies and infectious disease	14 (4.9%)
Orthopedic and rheumatological	12 (4.2%)
Genito-urinary	12 (4.2%)
Other	17 (5.9%)

\*Cases where the principle medical diagnosis was missing or ambiguous ( $n = 3$ ) or reported as suicide attempt ( $n = 11$ ) were excluded from analysis.

## Method of Suicide



- Several approaches to suicide prevention have been proposed, including improved physician training, suicide screening in primary care settings, means restriction, and “gatekeeper” education.
- Each of these areas of intervention has relevance to the prevention of suicide and the identification of important psychiatric disorders in medical settings.



- For example, a greater understanding of suicide risk factors in medically ill inpatients might facilitate clinician assessment of symptoms such as pain, delirium, depression, hopelessness, and “passive suicidality” in the context of severe or terminal illness.

- In this regard, it was interesting that in only 16% of the medical setting cases reviewed was a psychiatric consultation requested before the suicide.
- The Joint Commission has found that problems in “environmental safety and security” constitute the most common root cause of inpatient suicide.

- The gatekeepers of the hospital, such as nurses who administer intake assessments, are also likely to benefit from greater knowledge of suicide risk factors in the medically ill, and thereby improve their identification of high-risk patients requiring more thorough assessment.

## خودکشی و مراقبت های الزامی مربوطه

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

- پزشکان و پرستاران محترم لطفا جهت تکمیل سوالات غربالگری بیماران در معرض خطر
- خودکشی بدون در نظر گرفتن علت مراجعه بیمار و شکایت وی ؛ شش سوال زیر را
- پرسیده و بر اساس اقدامات لازم که در راهنما ذکر شده است اقدام نمایید.

پاسخ		ردیف	جدول شماره ۱- سوالات غربالگری بیماران در معرض خطر خودکشی
بله	خیر		
		۱	آیا تا به حال افکاری مربوط به بی ارزشی دنیا و زندگی داشته اید؟
		۲	آیا تا به حال به پایان دادن زندگی فکر کرده اید؟
		۳	آیا تا به حال افکار مربوط به مرگ و مردن داشته اید؟
		۴	آیا تا به حال اقدام به خودکشی کرده اید؟
		۵	آیا در حال حاضر به خودکشی فکر می کنید؟
		۶	آیا تا به حال مرگ را به زندگی ترجیح داده اید؟

- سوالات غربالگری افکار خودکشی می بایست جهت کلیه بیماران بستری تکمیل گردد و در صورتیکه پاسخ به کلیه سوالات خیر باشد نیاز به اقدام خاصی نمی باشد.
- در صورتیکه هر کدام از سوالات بلی باشد به منظور ارزیابی ریسک خطر خودکشی بر اساس جدول اقدامات الزامی سطح بندی ریسک خودکشی اقدام شود.
- سوال کردن باید بدون قضاوت و تلقین پذیری انجام پذیرد تا در حد امکان پاسخ ها واقعی باشند و می بایست به بیماران اطمینان داده شود که این سوالات از کلیه بیماران پرسیده می شود تا بیمار احساس ناامنی ننماید و در پاسخدهی سوگیری نداشته باشد.
- این سوالات موجب احساس راحتی بیماران در بیان افکارشان خواهد شد.
- پاسخ "نه" تنها به یکی از سوالات ممکن است نوعی پرهیز از صحبت درباره افکار مرگ و خودکشی باشد. لذا می بایست به سوالات بعدی نیز پردازید.
- توصیه می شود سوالات غربالگری در برگه شرح حال کلیه بیماران بستری اضافه شود.

## جدول شماره ۲ - اقدامات الزامی سطح بندی ریسک خودکشی

### ریسک بالا

- اقدام به خودکشی اخیر و یا در گذشته ، برنامه ریزی برای خودکشی ، مهیا کردن ابزار لازم جهت خودکشی، وجود افکار خودکشی به طور مداوم بطور مثال حلق آویز کردن/ خودسوزی و...
- وجود سایکوز ، توهم شنوایی دستوری یا هذیان در مورد مردن
- شروع اخیر اختلالات روانپزشکی عمده به خصوص افسردگی
- ترخیص از بخش روانپزشکی در روزهای اخیر
- سابقه تحریک پذیری و پرخاشگری(دیگرآزاری )
- وجود علایمی چون صحبت درمورد خودکشی /جستجوی ابزار خودکشی/ احساس پوچی/ مصرف مواد / اضطراب و آژیتاسیون، دوری از دوستان و خانواده/ خشم و بی قراری شدید / تغییرات خلقی بارز/ ناامیدی شدید/
- دانش آموزان، دانشجویان، بچه های طلاق و بی سرپرست، خانواده افراد بیکار، زنان بی سرپرست، بیماران صعب العلاج/ از جمله تحت درمان با دیالیز، تالاسمی، کانسر، رادیوتراپی و... ، حاشیه نشین ها و مهاجرین، بازنشستگان، سوء مصرف مواد و الکل، مشکلات عاطفی اخیر یا طلاق، ناامیدی، تنهایی یا انزوا، شکست شغلی، مشکلات مالی و بیکاری، مبتلایان به بیماری های جسمی مزمن و ناتوان کننده
- کمبود حمایت اجتماعی/روابط خصمانه/نبود افراد حمایت کننده
- **بیمارانی با علایم مسومیت عمدی دارویی یا غیردارویی**
- افراد مبتلابه افسردگی و تحت درمان با داروهای ضدافسردگی دو تا سه هفته بعد از مصرف داروها به علت به دست آوردن نیروی تحلیل رفته بیشترین احتمال خطر خودکشی را دارند .

### حداقل اقدامات مورد نیاز

- عدم امکان ترخیص با رضایت شخصی مگر پس از مشاوره روانپزشکی و تأیید صلاحیت روانی
- **اخذ مشاوره اورژانسی روانپزشکی** و پیگیری انجام آن تا حصول نتیجه توسط پزشک معالج
- در صورت نیاز به بستری:
- پزشک معالج ، مسئول اخذ پذیرش می باشد
- نظارت دقیق و مستمر بر بیمارو رفتارش جهت جلوگیری از اقدام به خودکشی الزامی است.
- منع دسترسی به وسایل آسیب زا و خطرناک از جمله (چاقو، ناخن گیر، تیغ وژیلت ، قیچی ، روسری و ملافه های پارچه ای و وسایل آسیب زننده دیگر....)
- بیمار می بایست در طبقات پایین بیمارستان مستقر گردد
- کارکنان می بایست بیمار را کنترل و تحت نظر قرار دهند.
- در صورت وجود پرخاشگری و بی قراری جهت کنترل بیمار اطلاع رسانی فوری به روانپزشک انجام شود.
- تخت بیمار در محل نزدیک به ایستگاه پرستاری باشد به نحویکه تحت نظارت مستقیم و مداوم باشد.
- بیمار با خطر خودکشی بالا حق خروج از بخش را ندارد
- بیماران نباید در اتاقی که دارای سرویس بهداشتی یا حمام جداگانه باشد بستری شوند (این فضاهای اضافی امکان کنترل و مانیتورینگ بیمار را محدود می کند.
- بیمار به مواد قابل اشتعال و آسیب رسان و هر وسیله ای که بتواند برای خودکشی استفاده گردد دسترسی نداشته باشد. .
- بعد از ساعات ملاقات می بایست وسایل بیماران کنترل شوند.
- استفاده از حوله شخصی در قطعه کوچک بلامانع است
- وسایل و امکاناتی که در دسترس بیمار قرار دارند قابلیت استفاده برای خودکشی نداشته باشند(قاشق، چنگال، ملحفه، شیرآلات سرویس بهداشتی و....)
- عدم بستری بیمار در اتاقی با سیم های برق بدون پوشش، نصب تابلوهای فلزی بر دیوار، شیشه های با قابلیت شکنندگی و....
- بستری بیمار در اتاقی با رعایت اصول کلیه استانداردهای بخش روان
- رعایت کلیه اصول مطروحه در قسمت خودکشی و مراقبت های الزامی مربوطه راهنمای پیوست



## ریسک پایین

## اقدامات مورد نیاز

- ۱- وجود افکار خودکشی متناوب، گذرا و بدون برنامه برای اقدام به خودکشی
- ۲- سابقه بیماری روانپزشکی
- ۳- نبود علایم حادی از جمله صحبت در مورد خودکشی، جستجوی ابزار خودکشی، احساس پوچی، مصرف مواد، اضطراب و آژیتاسیون، دوری از دوستان و خانواده، خشم، تغییرات خلقی بارز
- ۴- عدم وجود سابقه اقدام به خودکشی
- ۵- در ریسک سومصرف یا مسمومیت با مواد از جمله خانواده‌افراد مبتلا به اعتیاد و مواد مخدر

- عدم امکان ترخیص با رضایت شخصی مگر پس از مشاوره روانپزشکی و تأیید صلاحیت روانی

- بیمار در اتاقی در طبقات پایین بیمارستان بستری گردد (چنانچه این امکان وجود ندارد حتما همراه داشته باشد)

- **در اسرع وقت مشاوره روانپزشکی جهت** ارزیابی دقیق خطر انجام گردد و بر اساس نتیجه بیمار یا به بخش روان منتقل و یا درمانهای لازم برای وی آغاز می گردد. در صورت انتقال بیمار به بخش روانپزشکی، درمانهای لازم در بخش را ادامه خواهد داد

- رعایت کلیه اقدامات مطرح شده در پروتکل پیوست و حداقل اقدامات موردنیاز در ریسک بالای خودکشی

# Nurses' experiences of inpatients suicide in a general hospital

- When suicide occurs, it is regarded as an adverse event. Often, little attention is given to the nurses who cared for the patients prior to the adverse event.

- Suicides in the medical setting do occur and pose profound challenges for patients and their families, health care workers, and hospital administrators.
- Despite their rarity, suicides in the medical setting can have substantial effect on the hospital environment.

- The nurses reported their fears and emotional reaction of the aftermath of the suicide incidents.
- 1. Experience of disbelief and helplessness
- 2. Feelings of blame and condemnation
- 3. Feelings of guilt and inadequacy
- 4. Emotional reaction
- 5. Fear of reprisal



# GUIDELINE ON SUICIDE RISK MANAGEMENT IN HOSPITALS

Suicide Risk Management Committee

2014