


دانشگاه علوم پزشکی اراک - خرداد ماه ۱۴۰۰



# Suicide

ارائه دهنده: دکتر علی صبوری

- 
- ▶ اپیدمیولوژی خودکشی
  - ▶ ارزیابی خودکشی
  - ▶ بررسی ریسک فاکتورها

علت تقریبا یک میلیون مرگ و میر در سال است که آن را در زمره ۱۰ علت اصلی مرگ و میر در دنیا قرار می دهد.

۱.۴ درصد بار کلی بیماری ها را در جهان تشکیل می دهد.

خودکشی فقط از دست رفتن و مرگ یک فرد نیست بلکه یک تراژدی برای والدین، همسر و فرزندان و سایر اعضای خانواده و دوستان است که ممکن است زندگی آنها را از جنبه های مختلف روان شناختی، اجتماعی و اقتصادی تحت تاثیر قرار دهد.

اگرچه نرخ خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت است ولی به طور کلی آمارها نشان می دهد میزان خودکشی در ۵۰ سال اخیر ۶۰ درصد افزایش یافته است.

بنابراین خودکشی از جمله مشکلاتی است که توجه فوری و اورژانسی مراکز بهداشتی را می طلبد.

Suicide



Suicidal attempt در زنان بیش از مردان (۳/۱)

COMMITTEE SUICIDE در مردان بیش از زنان (۴/۱)

در امریکا ۳۵۰۰۰ نفر در سال خودکشی منجر به فوت.

تقریبا در روز ۱۰۰ نفر

اقدام به خودکشی ۲۵ برابر خودکشی منجر به فوت

دهمین علت مرگ در امریکا هم می باشد

سیر نسبتا ثابت تقریبا ۱۲/۱۰۰۰۰۰ در قرن بیست و اوایل ۲۱



▶ مرکز خودکشی شماره یک پل دروازه طلایی در سانفرانسیسکو

▶ افتتاح در سال ۱۹۳۷

▶ ۱۶۰۰ مورد

# عوامل خطر خودکشی:


## الف - عوامل جمعیت شناختی




معمولا نرخ خودکشی با افزایش سن افزایش می یابد . سه دوره سنی با خطر بالای خودکشی همراه است: اواخر نوجوانی و اوایل جوانی (۱۵-۲۴ سالگی) ، میانسالی، سالمندی ( ۶۵ به بالا)



خطر خودکشی در مردان بیشتر از زنان است .زنان بیشتر از مردان احتمال دارد اقدام به خودکشی کنند ولی مرگ و میر ناشی از خودکشی در مردان 4 برابر بیشتر از زنان است.

- 
- ▶ افزایش امار خودکشی در جوانان وجود دارد.
  - ▶ سومین علت مرگ گروه سنی ۱۵ تا ۲۴
  - ▶ در مجموع اکثر خودکشی ۶۴-۳۵ سال



- 
- سفید پوستان ۲-۳ برابر سیاه پوستان.
  - مهاجران آمار خودکشی بالاتر است.
  - در محلات فقیر نشین و برخی بومیان.
  - بین سرخپوستان آلاسکایی بیشتر.

# خودکشی در پزشکان

- ▶ خودکشی در پزشکان بالاتر از جمعیت معمول میباشد (۲-۳ برابر افراد هم سن)
- ▶ در امریکا ۴۰۰ مورد مرگ در سال بعلت خودکشی
- ▶ اغلب یک اختلال روانپزشکی (افسردگی و مصرف مواد)
- ▶ بیشتر بصورت مسمومیت دارویی
- ▶ روان پزشکان، چشم پزشکان و متخصصین بیهوشی

# ب- سابقه اختلالات روان پزشکی



بیش از 90% درصد همه خودکشی ها ناشی از ابتلا به یک اختلال روانپزشکی است

اسکیزوفرنیا شایع ترین علل مرگ و میر در اختلالات روان پزشکی است

عواملی که خطر خودکشی را در این اختلال بالا می برد افزایش بینش نسبت به بیماری و افسردگی شدید است

# سلامت روان

- ▶ ۹۵٪ همه کسانی که خودکشی کامل یا اقدام به خودکشی می کنند مبتلا به یک اختلال روان پزشکی هستند.
- ▶ افسردگی: ۸۰٪ بخصوص افسردگی با تظاهرات سایکوتیک بالاترین ریسک
- ▶ اسکیزوفرنیا ۱۰٪
- ▶ دمانس یا دلیریوم ۵٪
- ▶ ۲۵٪ کل افراد مبتلا به اختلال روان پزشکی وابستگی به الکل دارند و تشخیص دو گانه می گیرند.

# بیماران روانپزشکی

- ▶ خطر خودکشی این بیماران ۳-۱۲ برابر.
- ▶ در هر دو جنس اختلالات خلقی بیشترین میزان.
- ▶ میانسال و سالمند هستند.
- ▶ درصد کمی در حین بستری و بیشتر در محیط حیاط، هنگام مرخصی موقت، بعد از فرار.

# Depression

- ▶ ۶۰-۷۰٪ قربانیان خودکشی در زمان مرگ افسردگی قابل توجه
- ▶ خطر مرگ بر اثر خودکشی در طول عمر در اختلال دو قطبی ۱۵-۲۰٪ و در حالت افسردگی بیشتر از دوره مانیا
- ▶ بیشتر در اوایل بیماری و در مردان مجرد یا مطلقه یا سوگوار و در میانسالی یا سالمندی
- ▶ اکثر این بیماران سابقه درمان داشته‌اند اما در زمان خودکشی کمتر از نیمی از بیماران تحت درمان بوده و اگر هم تحت درمان بودند، دوز درمانی مناسب دریافت نمی‌کردند.


# Schizophrenia

- ▶ ۱۰٪ این بیماران در اثر خودکشی می‌میرند.
- ▶ اکثراً جوان و در چند هفته اول پس از بهبودی اقدام خودکشی می‌کنند.
- ▶ درصد کمی در اثر توهمات دستوری بوده و بیشتر خودکشی‌ها به دلیل خلق افسرده.
- ▶ بیشتر خودکشی‌ها پس از ترخیص می‌باشد و حین بستری آمار خودکشی پایین.

# وابستگی الکل

- ▶ ۱۵٪ دست به خودکشی می‌زنند.
- ▶ اکثراً افسردگی دارند.
- ▶ ۵۰٪ تجربه از دست دادن رابطه عاطفی.





مصرف کنندگان هرورین میزان خودکشی ۲۰  
برابر بیشتر از خودکشی در جمعیت عمومی.

۲۰٪ مبتلایان پانیک به همراه آگروفوبیا دست به خودکشی می‌زنند.

## علائم روان شناختی:

علاوه بر اختلالات روان پزشکی، وجود برخی علائم روان شناختی مانند تکانه‌ای بودن، نومیدی، عزت نفس پایین و احساس بی‌ارزشی، کمال‌گرایی افراطی، خشم، غمگینی، احساس گناه، اضطراب و بی‌خوابی نیز ممکن است احتمال خودکشی را افزایش دهند.

□ ج- سابقه رفتار خودکشی:

خودکشی در آینده را به میزان زیادی افزایش می دهد.  
50-100 برابر جمعیت عمومی در خطر خودکشی قرار دارند.

□ د- بیماری های جسمی

✓ بیماری هایی مانند دیابت تشخیص داده نشده، کمبود آهن و مشکلات تیروئید و بیماری های جسمی ناتوان کننده، در یک سوم تا نیمی از خودکشی افراد 60 سال به بالا نقش دارد.

✓ همچنین یک گروه پرخطر برای خودکشی افراد با دردهای مزمن هستند.

## رفتارهای انتحاری قبلی

- ▶ خطر دومین اقدام به خودکشی ظرف ۳ ماه پس از اولین اقدام در بالاترین حد می باشد.
- ▶ ۴۰٪ بیماران افسرده که خودکشی می کنند سابقه اقدام خودکشی داشته اند.

# عوامل محافظ خودکشی:

## عوامل محافظ فردی

حس توانمندی

مهارت های بین فردی موثر

مهارت حل مساله منطقی

مهارت مقابله سالم و موثر با مشکلات زندگی

خوش بینی و امید به آینده و وجود حس هدفمندی

وجود وابستگی های مذهبی

## عوامل محافظ اجتماعی

وجود شبکه حمایت اجتماعی قوی

درگیری و مشارکت در اجتماع

زندگی اجتماعی رضایت بخش

محیط کاری حمایتی و رضایت بخش

دسترسی به خدمات بهداشت روان

## عوامل محافظ خانوادگی

حس مسئولیت نسبت به خانواده

روابط خانوادگی گرم و مثبت

برخورداری از حمایت خانوادگی

# Suicide

- نحوه برخورد
- مصاحبه
- درمان‌های دارویی
- درمان غیر دارویی

# Prediction

بالین‌گر باید خطر خودکشی را بر اساس معاینه و شرح حال دقیق  
بررسی نماید.

فاکتورهای پرخطر ذکر شده در نظر گرفته شود.



# مدیریت خودکشی:

► مدیریت افکار خودکشی یا علائم مرتبط مانند افسردگی باید کوتاه مدت و مبتنی بر رویکردهای حل مساله باشد و علاوه بر آن، اهداف درمان، باید هم متمرکز بر خودکشی ( افکار خودکشی و اقدام به خودکشی ) و هم عوامل سهیم در آن ( افسردگی، ناامیدی و خشم ) باشد.

► از آنجایی که خودکشی، غالبا یک شیوه مقابله با رنج و درد هیجانی می باشد، دو راهبرد اساسی این رویکرد، کاهش درد مراجع با استفاده از تکنیک های رفتاری و افزایش ظرفیت مقابله ای وی از طریق تکنیک های شناختی و آموزش مهارت حل مساله است.

مدیریت خودکشی شامل ارزیابی کامل بیمار با توجه به وضعیت فعلی و عوامل خطر و محافظ فردی روانی اجتماعی است. سپس با استفاده از این اطلاعات، سطح خطر تعیین شده و طرح درمان ریخته میشود. به منظور انجام این کار:

- یک ارتباط توأم با اعتماد با بیمار برقرار کنید.
- با استفاده از ساختار ارزیابی سطح خطر، تعیین کنید بیمار در چه سطحی از خطر قرار دارد.
- نوع مداخله مناسب را طراحی کنید.

## تکنیک‌هایی که در دقایق اول به ایجاد ارتباط درمانی کمک می‌کند:

- ملاقات با مراجع در یک محیط راحت و خصوصی.
- توضیح نقش و هدف خود از مصاحبه و ارزیابی.
- استفاده از یک تون صدای آرام و اطمینان بخش.
- گوش دادن فعال به داستان مراجع.
- فهم همدلانه بیمار و نشان دادن این فهم به بیمار در قالب کلمات و زبان بدن.
- حمایت کننده بودن.
- اجتناب از ارائه راه حل های سریع که ممکن است در بیمار احساس فهمیده نشدن ایجاد کند.



## ایجاد ارتباط درمانی

- ✓ درمانگر می‌تواند در طی بحران خودکشی، یک منبع قوی امنیت و حمایت و ادراک شود که احساس تنهایی عمیق مراجع را کاهش می‌دهد.
- ✓ درمانگر باید به عنوان فردی ادراک شود که می‌توان به او اعتماد کرد و حمایت کننده، کاردان، و موجود و در دسترس است.



پرسیدن سوال راجع به احساس و وجود افکار خودکشی حائز اهمیت می باشد و باید سوالات مستقیم پرسیده شود.

پرسیدن این سوالات مستقیم باعث کاشت بذر خودکشی در افراد نمی شود و حتی با پرسیدن این سوال ممکن است بیمار شروع به صحبت راجع به افکارش کرده و در واقع کمک کننده باشد.

# ۱. ارزیابی افکار فعلی خودکشی

- ✓ تابحال فکر کرده ای زندگی ارزش زندگی کردن را ندارد؟
- ✓ آیا تا بحال به پایان دادن به زندگی فکر کرده ای؟
- ✓ آیا تابحال آرزوی مردن کرده ای؟
- ✓ آیا در مورد خودکشی فکر کرده ای؟
- ✓ آیا همین حالا به آن فکر می کنی؟
- ✓ اغلب چقدر به خودکشی فکر می کنی؟ ( روزانه، هفتگی)
- ✓ این افکار چقدر طول می کشد؟ ( ثانیه؟ دقیقه؟ ساعت؟)
- ✓ این افکار چقدر شدید هستند؟ اگر بخواهی شدت آن را از ۱ تا ۱۰ درجه بندی کنی، چه نمره ای می دهی؟

**افکار شدید و مداوم = خطر بالا**

۲) ارزیابی وجود طرح و نقشه برای خودکشی - آیا طرح و نقشه ای وجود دارد؟ اگر طرح و نقشه ای برای خودکشی وجود دارد، در مورد جزئیات آن سوال کنید:

✓ آیا نقشه یا برنامه ای برای پایان دادن به زندگی داری؟

✓ آیا طرح و نقشه ای برای صدمه زدن به خودت - کشتن خودت - داری؟

✓ کی، کجا و چگونه؟

✓ اگر نقشه ای داری چطور می خواهی آن را انجام دهی؟

**افکار منفعل = خطر پایین** ( بیمار نمی خواهد زنده بماند ولی طرح و نقشه ای برای آن ندارد، مثلاً می گوید دلم می خواهد شب بخوابم و دیگر بلند نشوم )

**افکار فعال = خطر بالا** ( بیمار افکار جدی و طرح و نقشه برای اقدام به خودکشی دارد، برای مثال می گوید در مورد کشتن خودم فکر می کنم، دوست دارم خودم را وسط جاده بیندازم )

**طرح و نقشه دقیق و همراه با جزئیات = خطر بالاتر**



۳) ارزیابی قصد خودکشی - آیا قصد خودکشی وجود دارد؟

✓ آیا هیچ قصدی برای عمل کردن به افکار را داری؟

✓ گفתי دوست داری بمیری و حتی به خوردن قرص فکر کرده ای، ولی آیا قصد انجام این کار را داری؟

✓ این قصد چقدر قوی است؟

**عدم وجود قصد مشخص = خطر پایین** (مراجع، افکار و خیالاتی در مورد طرح و نقشه خودکشی وجود دارد ولی مطلقاً قصدی برای عملی کردن طرح خود ندارد. مثلاً می گوید آه، نه، من هیچ وقت به آن فکر نمی کنم من بچه دارم. درواقع، خیال پردازی در مورد خودکشی می تواند راهی برای تسکین تنش و ناراحتی باشد چون می داند هر وقت بخواهد می تواند از آن بیرون بیاید)

**وجود قصد خاص = خطر بالا** (بیان قصد خاص برای پایان دادن به زندگی، مثلاً مراجع می گوید قصد دارم به محض

اینکه بچه ام از آب و گل دربیاید، خودکشی کنم)



## ۴) ارزیابی احتمال عملی کردن نقشه خودکشی و مرگ بار بودن آن - با استفاده از سوالات زیر احتمال

اجرای نقشه خودکشی و کشنده بودن آن را ارزیابی کنید:

✓ آیا زمان و مکان خاصی را برای عملی کردن نقشه ات انتخاب کرده ای؟

✓ کی و کجا می خواهی این کار را انجام دهی؟

✓ آیا بیمار مقدمات کار را فراهم کرده است؟ آیا وسایل لازم برای عملی کردن نقشه ات را داری؟ آیا به آنها

دسترسی داری؟ چه قرص هایی داری؟ دقیقا اسلحه را از کجا می خواهی تهیه کنی؟

✓ طرح و نقشه خودکشی چقدر کشنده است؟ روشی که بیمار قصد دارد با آن خودکشی کند، چقدر مرگ بار است؟

✓ آیا کارهایش را رتق و فتق کرده است؟ آیا یادداشت و یا وصیت نامه نوشته است؟ با دیگران تسویه حساب کرده؟

تکلیف اموالش را روشن کرده و ...؟

کشنده بودن بیشتر، دسترسی به وسایل، فراهم کردن مقدمات = ریسک بالاتر

## □ در مورد افراد با سابقه اقدام به خودکشی

▶ پرسش: چه اتفاقی افتاد، آیا برنامه‌ریزی داشتید؟

▶ آیا پشیمان شدید؟

▶ آیا نگاه‌تان به مسائل تغییر کرده؟

# در مورد افراد با رفتار انتحاری مکرر

▶ دیورشن

▶ جدیدترین مورد خودکشی

▶ چه چیز منجر به آن شد و بعد چه اتفاق افتاد؟


# در افراد سایکوتیک

- ▶ از دیلوژن و هالوسینشن بیمار
- ▶ سوال اینکه چند نفر هستند که با شما حرف میزنند؟
- ▶ چه می گویند؟
- ▶ چگونه شما کنار می آید؟
- ▶ آیا دستور هم می دهند؟
- ▶ آیا وقتی نزدیکان می گویند نگران نباش آرامش می یابی؟
- ▶ آیا احساس گناه یا سرزنش دارید؟

در مورد افکار دگرگشی حتما سوال شود. ▶

# Treatment

- ▶ اکثر بیماران با افکار خودکشی قابل پیشگیری می‌باشند.
- ▶ ارزیابی یا درمان ناکافی با خودکشی ارتباط دارد.

- 
- درمان دارویی مناسب بر اساس نوع بیماری.
  - در صورت وابستگی مواد و الکل درمان مناسب جایگزین.
  - ECT ➤

# دارو درمانی

- ▶ با توجه به اختلال روان پزشکی فرد، از داروهای مختلفی برای کاهش خطر خودکشی استفاده می‌شود.
- ▶ بنزودیازپین‌ها (برای درمان اضطراب)، ضد افسردگی‌ها، لیتیوم (برای اختلالات خلقی) و آنتی سایکوتیک‌ها.
- ▶ در مورد داروهای ضد افسردگی SSRI باید مراقب ریسک خودکشی بود، زیرا این داروها خطر خودکشی را به ویژه در نوجوانان و جوانان افزایش می‌دهد.
- ▶ گاهی هم از ECT برای درمان رفتار خودکشی استفاده می‌شود که شواهد، حاکی از اثر کوتاه مدت آن است.




# مداخلات روانی اجتماعی

- ▶ مقابله با خودکشی مستلزم استفاده از طیفی از مداخلات از آموزش روانی بیمار و خانواده تا مشاوره و دارودرمانی است و این کار یک همکاری تیمی بین پزشک و روانشناس و سایر کارکنان مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه مانند پرستار و کارشناس مراقب سلامت خانواده را می‌طلبد.
- ▶ رویکردهای درمانی برای مدیریت خودکشی متنوع بوده و شامل مدیریت بحران، درمان‌های شناختی رفتاری، درمان حل مساله، رفتار درمانی دیالکتیک و مشاوره خانوادگی است. عناصر مشترک این رویکردها، آموزش حل مساله، مقابله با هیجانات شدید، افزایش خود کنترلی و رشد مهارت‌های مقابله‌ای است.

# نظریه ادوین اشنایدمن

- ▶ با تعدیل محیط پر استرس
- ▶ جلب کمک همسر، کارفرما یا دوستان
- ▶ حمایت واقع گرایانه
- ▶ پیشنهاد راه حل‌های مختلف جایگزین خودکشی

- 
- ▶ اکثر روانپزشکان معتقدند باید بدون توجه به میزان lethality روش خودکشی، بیماران بستری شوند.
  - ▶ امکانات درمان دارویی و روان‌درمانی انفرادی و گروه درمانی و خانواده درمانی استفاده شوند.
  - ▶ استفاده از نظام حمایتی مناسب بیمارستانی مد نظر باشد و بیمار باید حس امنیت کند.

سپاس از توجه شما