

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

اداره سلامت روان

دستورالعمل اجرایی

برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی

4010

# فلوچارت اجرایی طرح پیشگیری از خودکشی قابل ادغام در

PHC

۱- تشکیل کمیته های اجرایی

کمیته شهرستان

کمیته دانشگاهی

۲- آموزش

کارکنان سطوح  
بهداشتی

جمعیت عمومی

سایر گروهها

۳- بیماریابی

بهورز

کاردان و کارشناس

پزشک

۴- ارجاع

روستایی

شهری

۵- درمان

پزشک عمومی

روانپزشک

مرکز درمان اعتیاد

تخت بستری

مرکز مشاوره

۶- پیگیری

۷- پایش  
وارزشیابی

## تشکیل کمیته دانشگاهی:

کمیته راهبردی در دانشگاه علوم پزشکی مربوطه که اعضای آن شامل موارد زیر است:

- ریاست دانشگاه علوم پزشکی
  - معاون درمان
  - معاون بهداشتی
  - کارشناس مسئول بهداشت روان دانشگاه
  - روانپزشک مشاور بهداشت روان یا روانپزشک منتخب رئیس دانشگاه
  - نماینده تام الاختیار استاندار
  - نماینده سازمان بهزیستی استان
  - نماینده اداره کل آموزش و پرورش استان
  - نماینده نیروی انتظامی
  - نماینده پزشکی قانونی
  - نماینده صدا و سیما استان
  - نماینده اداره کل جهاد کشاورزی استان
- رئیس این کمیته ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی مربوطه می باشد و کارشناس مسئول بهداشت روان به عنوان دبیر کمیته خواهد بود.

- کمیته راهبردی دانشگاه، شهرستان‌های دارای اوایت را بر اساس شاخص های زیر مشخص می نماید (ولی پیش بینی می شود که در آینده این طرح در کلیه شهرستان های تحت پوشش دانشگاه اجرا گردد).

۱. داشتن آمار بالاتراز میانگین کشوری بالاتراز میانگین در دانشگاه مربوطه
۲. داشتن حداقل یک روانپزشک فعال و یا پزشک عمومی دوره دیده بهداشت روان در سطح

شهرستان.

۳. وجود امکان بستری روانپزشکی و ECT در بیمارستان آن شهرستان.

۴. وجود کارشناس بهداشت روان.

مراحل فوق با نظارت حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و نیز مدیریت مرکز بهداشت شهرستانها انجام می‌گیرد.

### شرح وظایف کمیته دانشگاهی:

۱. تسهیل اجرای طرح پیشگیری از خودکشی تدوین شده توسط اداره سلامت روان وزارت

بهداشت در شهرستان های تابعه

نکته: تهیه برنامه عملیاتی طرح پیشگیری از خودکشی در هر دانشگاه بر عهده گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه مربوطه می باشد.

۲. توسعه همکاری بین بخشی در زمینه اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی و بر اساس

برنامه عملیاتی تدوین شده در دانشگاه

۳. مدیریت و نظارت بر اجرای برنامه در سطح دانشگاه و ارائه گزارش به ستاد وزارتی

### برنامه اجرایی در سطح شهرستان

- تشکیل کمیته اجرایی شهرستان با عضویت افراد زیر:

۱. رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان

۲. رئیس مرکز بهداشت (معاون بهداشتی) شهرستان

۳. معاون درمان شبکه بهداشت و درمان شهرستان

۴. کارشناس بهداشت روان شهرستان

۵. یک روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده بهداشت روان

۶. نماینده تام الاختیار فرماندار
۷. نماینده سازمان بهزیستی شهرستان
۸. نماینده اداره کل آموزش و پرورش شهرستان
۹. نماینده نیروی انتظامی شهرستان
۱۰. نماینده پزشکی قانونی شهرستان
۱۱. نماینده صدا و سیما شهرستان (در صورت موجود بودن)
۱۲. نماینده اداره جهاد کشاورزی شهرستان

### وظایف کمیته اجرایی شهرستان:

الف- تحلیل وضعیت موجود در شهرستان (situational analysis) اجرای طرح از نظر:

۱. آمار اقدام به خودکشی، خودکشی منجر به فوت، تعداد معتادان سال قبل از اجرای طرح
۲. خدمات درمانی در دسترس مثل بیمارستان یا بخش برای بستری بیماران (دولتی و خصوصی)
۳. مراکز سرپایی و بستری درمان اعتیاد
۴. مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی
۵. خانه های بهداشت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه
۶. مراکز سرپایی ارائه دهنده خدمات سلامت روان (دولتی، خیریه و خصوصی)
۷. تعداد کارکنان بهداشتی شامل:
  - i. روانپزشکان بخش دولتی و خصوصی
  - ii. پزشک عمومی شاغل در شبکه
  - iii. پزشک عمومی شاغل در بخش خصوصی

iv. روانشناسان بخش دولتی و خصوصی

v. کاردان

vi. بهورز

vii. تعداد رابطین بهداشتی فعال

viii. آمار خودکشی و اقدام به خودکشی و افسردگی و افراد معتاد در سطح

شهرستان.

۸. در حال حاضر به بیمار اقدام کننده به خودکشی چگونه خدمات داده می شود؟

۹. در حال حاضر به بیمار معتاد چگونه خدمات درمانی و بهداشتی داده می شود؟

۱۰. اورژانس چه خدماتی به فرد اقدام کننده به خودکشی ارائه می کند؟

- بررسی فرآیند سیستم ثبت

- بررسی فرآیند سیستم درمان

- بررسی فرآیند سیستم ارجاع

- بررسی فرآیند سیستم پیگیری

ب- اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی منطبق با برنامه عملیاتی تدوین شده در کمیته دانشگاهی و

وضعیت موجود در شهرستان

# دستور العمل آموزش



## نکات اجرایی پیرامون آموزش کارکنان سطوح مختلف نظام سلامت در برنامه پیشگیری از خودکشی:

در برنامه پیشگیری از خودکشی برای کارکنان بهداشتی سطوح مختلف ارائه خدمات، متون آموزشی در نظر گرفته شده است (ضمیمه برنامه).

برنامه آموزشی باید مبتنی بر این متون انجام شوند. برای سطوح مختلف، طول مدت دوره آموزشی به شرح زیر پیش بینی شده است:

- طول مدت دوره آموزشی برای بهورزان و رابطین بهداشتی یک روز و به مدت ۶ ساعت در نظر گرفته شده است.
- طول مدت دوره آموزشی برای کاردان و کارشناس بهداشت روان یک روز و به مدت ۶ ساعت در نظر گرفته شده است.
- طول مدت دوره آموزشی برای پزشکان عمومی دوز و به مدت ۱۲ ساعت در نظر گرفته شده است.
- دوره های آموزشی برای کلیه کارکنان بهداشتی به صورت کارگاهی بوده و تاکید بر اجرای ایفای نقش در طی مدت آموزش می باشد. (تعداد افراد شرکت کننده در هر کارگاه حداکثر ۲۵ نفر می باشد)

## بازآموزی:

(۱) اولین بازآموزی ۲ ماه پس از آموزش اولیه انجام می شود.

۲) دومین بازآموزی ۶ ماه پس از آموزش اولیه انجام می شود.

۳) آموزش ها برای کارکنان سطوح مختلف ارائه خدمات بطور سالیانه تکرار خواهد شد.

- ضروری است که کلیه دوره های آموزشی و بازآموزی ها به همراه پیش آزمون و پس آزمون انجام شوند.

- اجرای برنامه آموزش پزشکان عمومی در دوره های آموزشی و بازآموزی ها می تواند با معرفی موارد سخت (hard case) و بحث پیرامون آنها انجام شود.

## اثر بخشی برنامه آموزشی:

انجام پیش آزمون و پس آزمون به منظور ارزیابی میزان دانش فراگیران انجام می شود. از طرفی پیش بینی می گردد که انجام پس آزمون از فراگیران نیاز به وقت کافی برای مطالعه کتب و جزوات آموزشی دارد. بنابراین زمان برگزاری پس آزمون یک هفته بعد از اتمام دوره آموزشی تعیین می گردد. تجزیه و تحلیل کیفیت آموزش از طریق آنالیز آماری انجام شده و بر اساس نتایج به فراگیران پس خوراند داده شود. با توجه به اهمیت موضوع و تاثیر توانایی فراگیران در اجرای برنامه، در موارد لزوم تجدید دوره آموزشی در نظر گرفته خواهد شد.

نمونه ای از سوالات پیش و پس آزمون برای تمام گروه ها در ضمیمه دستورا ل عمل آمده است:

- ضمیمه شماره 1 (سوالات بهورزان)

- ضمیمه شماره 2 (سوالات کاردانان)

- ضمیمه شماره 3 (سوالات پزشکان عمومی)

## آموزش آبخاری :

به طور معمول در شبکه مراقبت های بهداشتی اولیه، برای انتقال آموزش ها و باز آموزی از روش

آبخاری میان گروه های مختلف کارکنان بهداشتی استفاده می شود.

در این روش، سطوح مختلف کارکنان نظام بهداشتی، آموزش گیرنده و آموزش دهنده می باشند.

هنگامی که اجرای یک برنامه در شبکه نیاز به آموزش مستمر دارد، این سیستم تسهیل کننده اجراء

برنامه خواهد بود.

## نکات اجرایی پیرامون آموزش سایر گروه ها در برنامه پیشگیری از

### خودکشی:

آموزش جمعیت عمومی، گروه های در معرض خطر و نهادها در سطح گسترده، امری مهم و جدی

است که خود نیاز به برنامه ریزی دارد. آنچه که در برنامه پیشگیری از خودکشی مورد نظر است،

آموزش گروه ها در حد توان و امکانات موجود است. بدین منظور اقدامات زیر را می توان انجام

داد:

الف) برگزاری کلاس های آموزشی برای گروههای زیر:

i. مشاورین ادارات آموزش و پرورش در سطح شهرستان (در صورت لزوم سایر کارکنان در نظام آموزشی از جمله معلمین)

ii. مشاورین مراکز مشاوره و همچنین کارکنان واحدهای نظام آموزش عالی در وزارت بهداشت و وزارت علوم

iii. اعضاء کمیته پیشگیری از خودکشی در سطح شهرستان از قبیل: شهردار، رئیس شورای شهر، فرماندار، امام جمعه، رئیس صدا و سیما شهرستان و رئیس اداره آموزش و پرورش شهرستان

iv. سایر افراد کلیدی از قبیل ائمه جماعات، کارکنان سازمان بهزیستی، کمیته امداد و ...

v. اعضاء بسیج

vi. طلاب حوزه های علمیه

vii. اعضاء شورای شهر

viii. بررسی پیش آزمون و پس آزمون از سایر گروه ها (در صورت امکان)

ب) تهیه و تکثیر بروشور های آموزشی برای توزیع در کلاس های مذکور و نیز در درمانگاه ها، خانه های بهداشتی، مراکز بهداشتی و درمانی.

این بروشور ها بر حسب نیاز مخاطبین و تشخیص مدیران اجرایی می تواند متفاوت

باشد، نمونه ای از عناوین این بروشورها به شرح زیر پیوست دستورات العمل می باشد.

i. افسردگی را بشناسیم.

ii. اشکال غیر معمول افسردگی کدامند؟

iii. درمان دارویی افسردگی چگونه است؟

iv. با عصبانیت چگونه کنار بیاییم؟

v. چرا افسرده و عصبانی هستیم؟

vi. چرا افسردگی به همه مربوط است؟

vii. چگونه افسردگی موقت و گذرا را از بیماری افسردگی تفکیک کنیم؟

viii. خانواده با کسی که اقدام به خودکشی نموده است چگونه رفتار نماید؟

ج) تهیه و نصب پلاکاردها و استندهای آموزشی برای آموزش مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها. نمونه‌ای از شعارهای مرتبط به شرح زیر می‌باشد:

- افسردگی بیماری است و قابل درمان
- کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند دچار اختلال عصبی هستند، برای پیشگیری از اقدام مجدد با کارشناسان و متخصصان روانشناسی و روانپزشک مشورت نمایید
- تنها راه خلاصی از افسردگی، درمان است.
- ذکر علایم افسردگی در پوستر
- پیش از اقدام به خودکشی، کمی فکر کنید، می‌توانید از آن پیشگیری کنید
- عصبانیت و پرخاشگری را می‌توانید درمان کنید
- یکی از علل شایع اقدام به خودکشی افسردگی است، برای درمان آن امروز اقدام کنید
- درمان افسردگی یکی از راه‌های پیشگیری از اقدام به خودکشی است

د) نصب بیل بورد آموزشی در سطح شهر به تعداد ممکن

موارد زیر راهنماهای آموزشی تهیه شده برای آموزش گروه های مخاطب به پیوست

برنامه می باشد.

- راهنمای خانواده برای آشنایی و رفتار با مسئله خودکشی و فرد اقدام کننده به خودکشی (ضمیمه شماره 4)
- نحوه برخورد پرسنل اورژانس با اقدام کننده به خودکشی (ضمیمه شماره ۵)
- منبع آموزشی برای معلمان و اولیاء مدارس (ضمیمه شماره ۶)
- آیات قرآن کریم در ارتباط با پیشگیری از خودکشی (ضمیمه شماره ۷)
- پیشگیری از خودکشی منبع آموزشی برای مدیران رسانه های گروهی (ضمیمه شماره ۸)

# دستور العمل بیماریابی

افسردگی یکی از شایعترین علل خودکشی است، بدین ترتیب شناسایی به موقع افراد افسرده و درمان مناسب و کامل این افراد می‌تواند اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن را به میزان زیادی کم کند

#### ✚ شناسایی بیماران افسرده

۱- توسط بهورزو رابط بهداشتی: بهنگام مراجعه افراد به خانه بهداشت ، یا مراجعه بهورز و رابط

بهداشتی به منازل، در هنگام آموزش چهره به چهره و گروهی و همچنین هنگام مراجعه به مدارس و گفتگو با معلمان ، افراد افسرده را بااین پرسش ها شناسایی نمائید.

آیا فردی در خانواده و یا محل کار شما وجود دارد که یک یا چند تا از علائم زیر را داشته باشد:

- ۱- بیش از اندازه غمگین باشد و مرتب گریه کند.
- ۲- بیش از اندازه بی حوصله باشد.
- ۳- زیاد عصبانی می شود و از کوره در می رود.
- ۴- مرتب از دردهای جسمانی مثل سردرد و کمردرد و ... شکایت می کند.
- ۵- کم خواب و کم اشتها باشد.
- ۶- به سر و وضع و بهداشت خود نمی رسد.
- ۷- از زندگی نا امید باشد.
- ۸- از فعالیتهای روزمره زندگی لذت نمی برد.
- ۹- راجع به مردن صحبت می کند و می گوید (از زندگی سیر شده است)

در مورد کودکان و نوجوانان علاوه بر سئوالات فوق پرسشهای زیر را نیز مطرح نمائید. آیا کودک و نوجوانی در خانه و مدرسه وجود دارد که:

- ۱- بی دلیل عصبانی می شود و پرخاشگری می کند.
- ۲- در منزل و مدرسه ناسازگار است
- ۳- افت تحصیلی پیدا کرده است.



۴- از مدرسه مکررا غیبت می کند.

به منظور بیماریابی و شناسایی افراد افسرده اقدامات زیر را انجام دهید:

- ۱- در موقع مراجعه افراد به خانه بهداشت: ضمن توضیح در مورد علائم افسردگی، چنانچه این علائم در آنها وجود داشت آنها را به پزشک مرکز ارجاع دهید.
- ۲- هنگام مراجعه به منازل مردم: ضمن توضیح در مورد علائم افسردگی، چنانچه فردی از افراد خانوار دارای علائم افسردگی بود او را به پزشک مرکز ارجاع دهید.
- ۳- پمفلت افسردگی مخصوص خانواده ها را بین خانوارها توزیع نموده و از آنان بخواهید به توصیه های آن عمل نمایند.
- ۴- پمفلت افسردگی مخصوص اولیاء مدارس را بین آنان توزیع نموده و از آنان بخواهید به توصیه های آن عمل نمایند و ماهانه پیگیری نمایند.

پس از شناسایی افراد افسرده آنها را به پزشک نزدیکترین مرکز بهداشتی- درمانی ارجاع دهید.

## ۲- توسط پزشک عمومی :

برای بیماریابی و تشخیص به موقع پزشک باید دارای مهارت باشد. اولین و مهمترین مهارت پزشکان حساسیت ویژه به شکایت های بیماران برای تشخیص افسردگی است.

### علائم و ویژگیهای بالینی افسردگی:

بیماران افسرده با تابلو ها و شکایات مختلف و متفاوت به پزشک مراجعه می کنند یا ارجاع می شوند.

آگاهی به معیارهای تشخیصی معتبر برای تشخیص درست، یک نیاز اولیه و اساسی است. معیار اصلی افسردگی، خلق پایین (احساس غم مستمر یا ناراحتی) و یا عدم احساس لذت می باشد که حداقل یکی از آنها برای تشخیص ضروری است.

سایر علائم شامل:

- تغییرات خواب (اغلب بی خوابی سحرگاهی است ولی می تواند به صورت خواب سبک و بی خوابی اول شب و یا حتی با پر خوابی خودش را نشان دهد)
- تغییرات وزن و اشتها
- کاهش انرژی
- احساس بی ارزشی و گناه
- کاهش انگیزه و علائق
- اختلال در تمرکز و دشواری تفکر
- کندی یا تندى سایکو موتور
- افکار خودکشی

اگر بیماری با حتی یکی از علائم فوق الذکر مراجعه کرد نیازمند بررسی سایر معیارهای افسردگی است.

اگر بیماری از سستی، بی حالی، کاهش تمرکز و اختلال خواب و دردهای پراکنده شکایت کرد افسردگی را به عنوان یکی از تشخیص های افتراقی مهم در نظر بگیرید.

اگر بیماری از دلتنگی یا افسردگی و ناتوانی و یا حتی اضطراب شکایت کرد، افسردگی را به عنوان یک تشخیص مهم در نظر بگیرید.

برای تشخیص های افتراقی توجه به نکات زیر بسیار مهم است:

- در بعضی از موارد علائم بیمار افسرده علائمی از فاز افسردگی اختلال دو قطبی است، بنابراین پرسش از وجود سوابق خلق بالا از تمام بیماران افسرده برای ممانعت از تجویز ضد افسردگی و شیفت به فاز مانیا الزامی است.
- افسردگی ثانوی ناشی از مواد: اگر دلایل زمانی و علل ارتباط داروومواد با افسردگی را اثبات نماید.

- اختلال افسردگی ناشی از اختلال طبی عمومی
- سوگ طبیعی
- همواره در مصاحبه خود از احتمال افکار خودکشی یا نقشه خودکشی سؤال نمایید.

#### ✚ شناسایی افکار خودکشی در گروه های پر خطر و در معرض خطر خودکشی:

علاوه بر افسردگی که یکی از علل شایع اقدام به خودکشی می باشد، لازم است که کارکنان نظام سلامت نسبت به گروه های در معرض خطر و پر خطر خودکشی آگاهی لازم را داشته و نسبت به شناسایی افکار خودکشی در این گروه هاحساس باشند.

#### ۱- گروه های پر خطر و در معرض خطر کدامند؟

##### گروه های در معرض خطر:

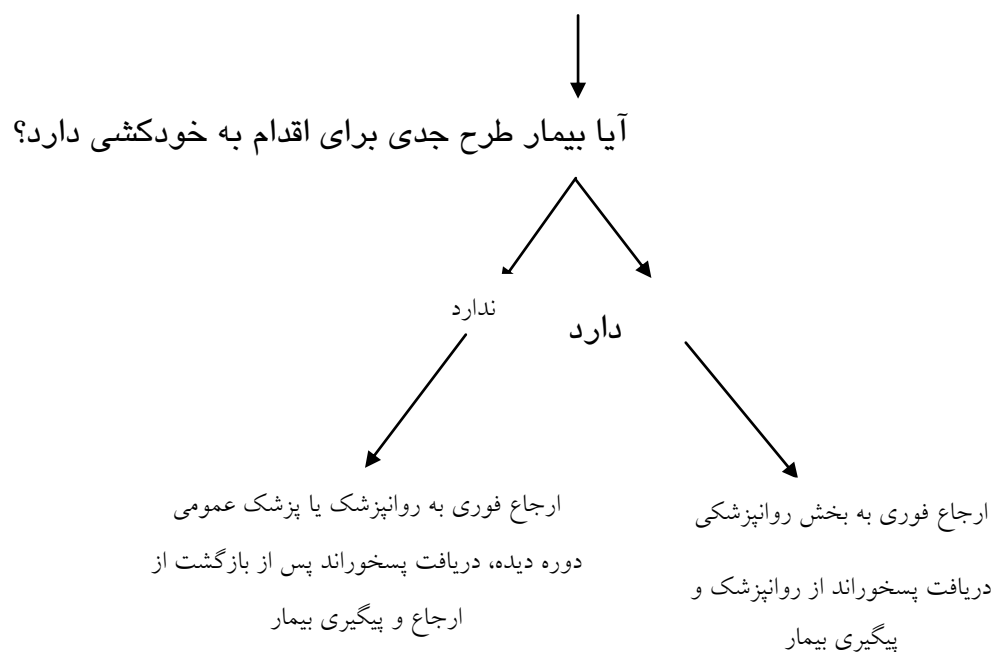
- دانش آموزان
  - زنان خانه دار متاهل ۱۵-۳۰
  - دانشجویان
  - بچه های طلاق، بی سرپرست، خانواده افراد بیکار
  - زنان بی سرپرست
  - بیماران صعب العلاج
  - حاشیه نشین ها و مهاجرین
  - بازنشستگان
  - سوء مصرف مواد و الکل
  - مشکلات عاطفی اخیر یا طلاق
  - ناامیدی، تنهایی یا انزوا
  - شکست شغلی، مشکلات مالی و بیکاری
  - مبتلایان به بیماری های جسمی مزمن و ناتوان کننده
- گروه های پر خطر:

- بیماران افسرده
- بیماران با سایر اختلالات روانپزشکی
- افرادی که سابقه قبلی اقدام به خودکشی دارند.
- سابقه فامیلی خودکشی
- افکار خودکشی

## ۲- چگونه افکار خودکشی را در گروه های فوق شناسایی کنیم؟

در گروه های در معرض خطر و پر خطر می توانید برای شناسایی افکار خودکشی از سئوالات زیر استفاده کنید:

- ۱- آیا در حال حاضر احساس می کنید از زندگی سیر شده اید؟
  - ۲- آیا در حال حاضر آرزو می کنید که کاش زندگی شما به پایان می رسید؟
  - ۳- آیا به این فکر می کنید که خود را از بین ببرید؟
- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سئوالات فوق احتمال خطر خودکشی وجود دارد.



## ۳- اقدامات لازم تا زمان ارجاع برای افراد شناسایی شده:

- بیمار را تنها نگذارید.
- اشیاء خطرناک، وسایل تیز و برنده، داروها و سموم را دور از دسترس بیمار قرار دهید.
- مراقب احتمال صدمه زدن بیمار به خودش یا اطرافیان باشید.
- به بیمار فرصت دهید افکار و احساسات خود را آزادانه بیان کند و با وی همدلی نمایید.
- از پند و اندرز و قضاوت زودهنگام در مورد بیمار بپرهیزید. گاهی تنها گوش دادن به صحبت‌های بیمار می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.
- به خانواده جهت حمایت و نظارت نزدیک اطلاع دهید.
- در تمام موارد ارجاع به طور مشروح تشخیص، علت و اقدامات درمانی خود را ذکر نمایید.
- بیمارانی که به‌تنهایی قادر به اداره خود یا دادن اطلاعات کافی نیستند را به همراه یکی از بستگان مطلع ارجاع دهید.
- زمان و مکان ارجاع را به گونه‌ای تنظیم نمایید که بیمار دچار سردرگمی نشود.
- در صورت امکان سوابق درمانی و پاراکلینیکی بیمار ضمیمه فرم ارجاع گردد.

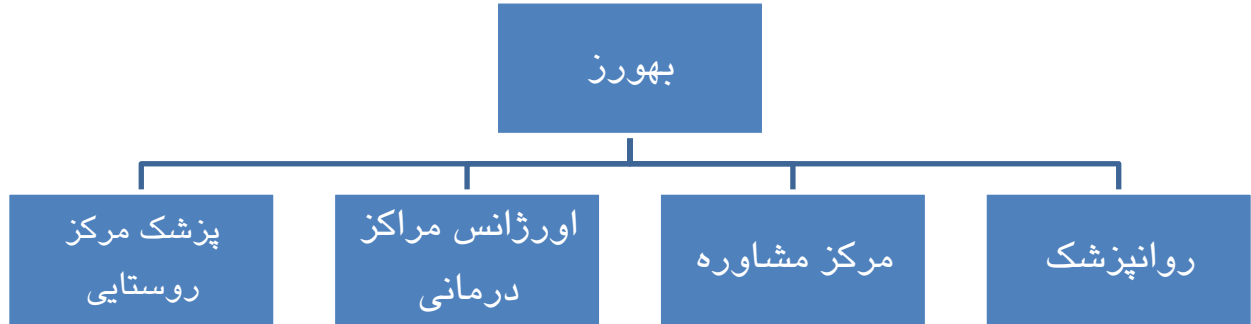
# دستور العمل ارجاع

## مسیر ارجاع در مناطق روستایی

بیمار دارای افکار خودکشی و یا اقدام به آن در مناطق روستایی به یکی از مراکز احتمالی زیر مراجعه خواهد نمود:

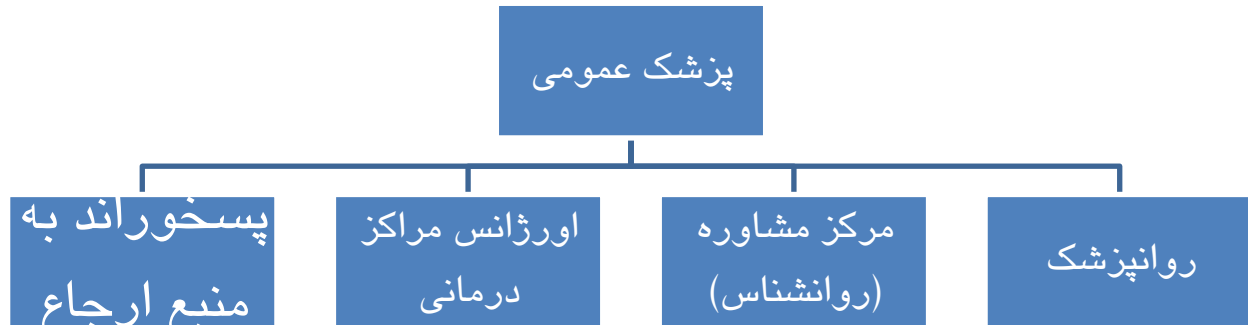
- بهورز در خانه بهداشت
- پزشک در مرکز بهداشتی درمانی روستایی
- مراجعه مستقیم به یک از مراکز شهری

## مسیر ارجاع در مناطق روستایی



## مسیر ارجاع در مناطق روستایی



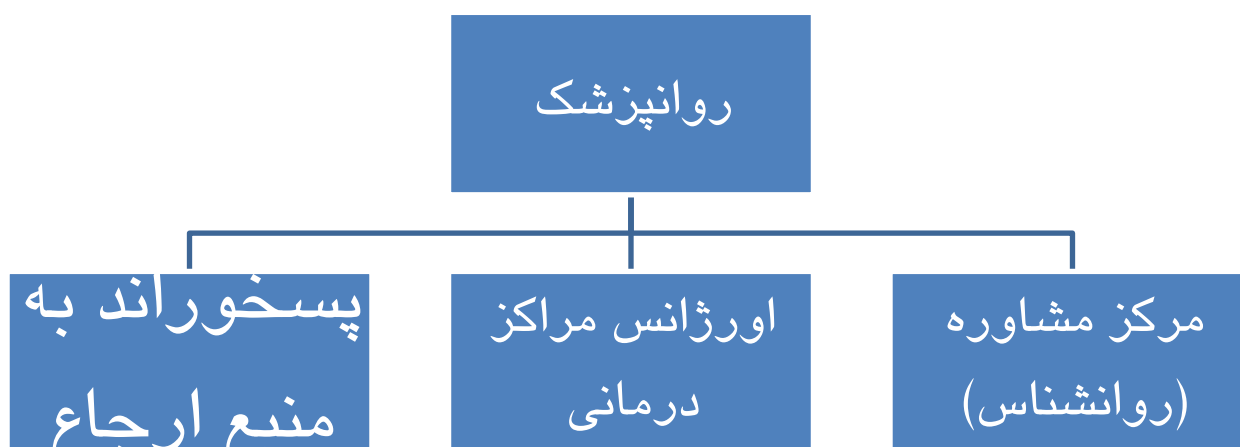
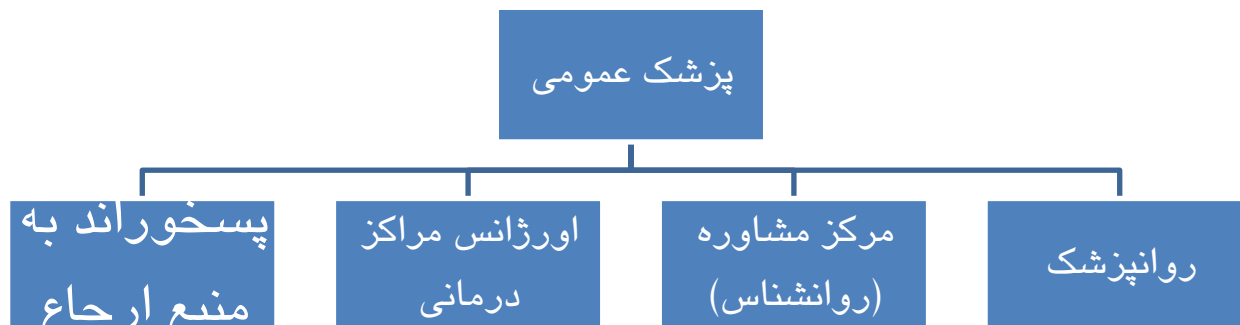


**مسیر ارجاع در مناطق شهری**

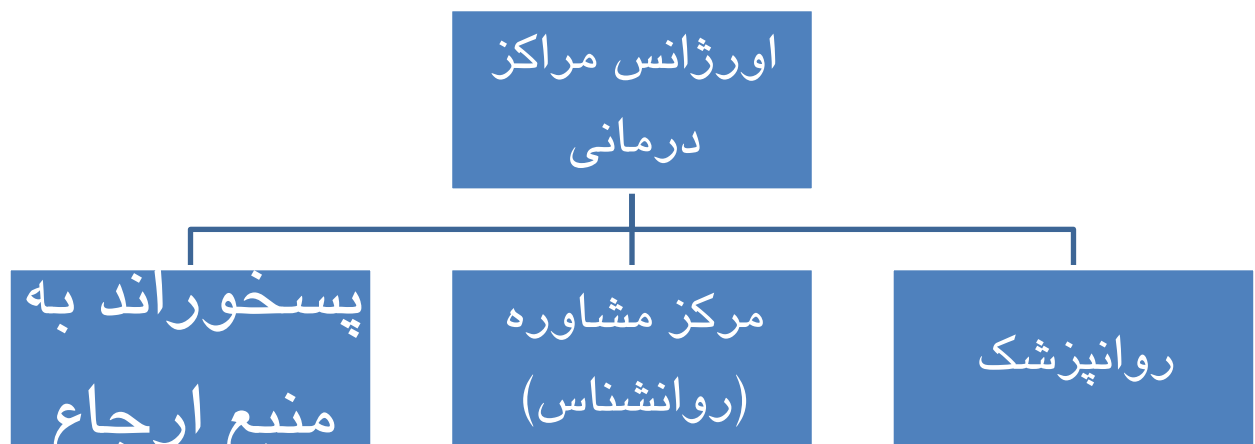
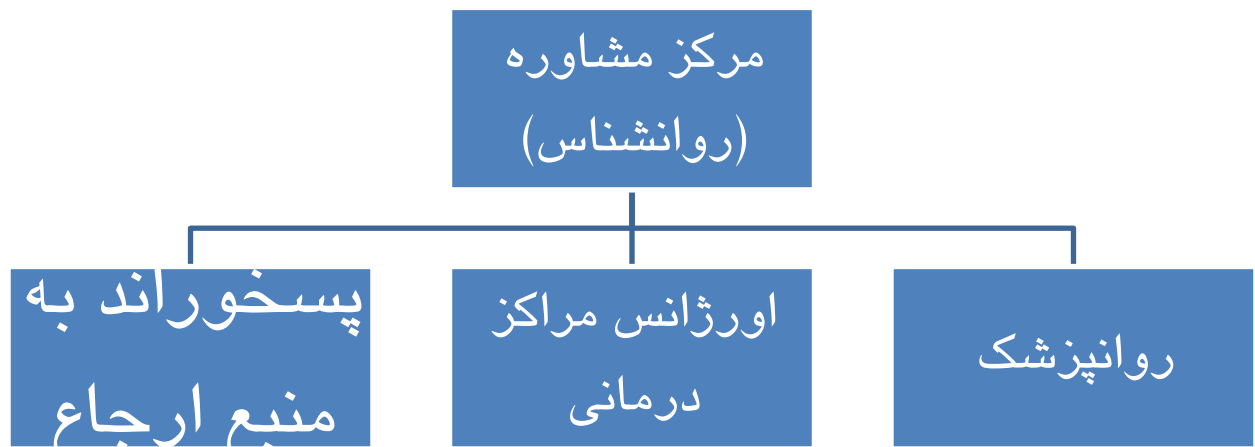
بیمار دارای افکار خودکشی و یا اقدام به آن در مناطق شهری به یکی از مراکز احتمالی زیر مراجعه خواهد نمود:

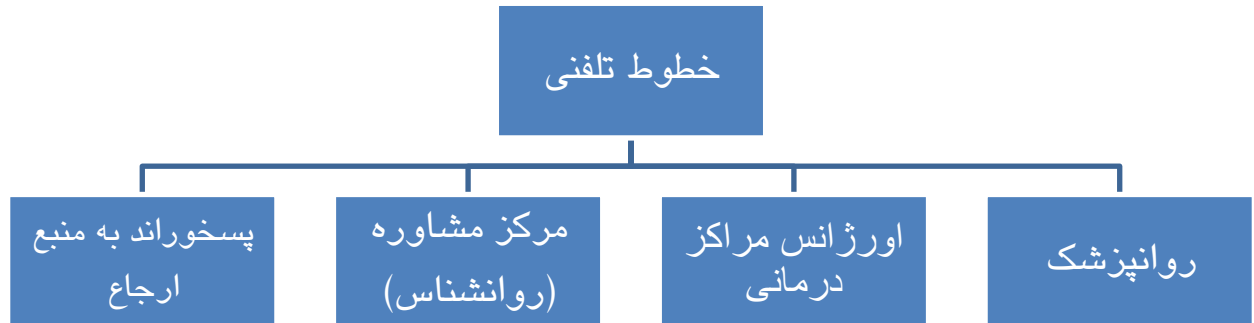
- پزشک عمومی در درمانگاه دولتی، خصوصی یا مطب
- روانپزشک در مرکز دولتی یا مطب خصوصی
- روانشناس در مرکز دولتی یا مطب خصوصی
- اورژانس مراکز درمانی
- خطوط تلفنی مشاوره یا اورژانس (hot line)
- سایر موارد (پلیس، آتش نشانی، اورژانس ۱۱۵ و ۱۲۳)

**مسیر ارجاع در مناطق شهری**



مسیر ارجاع در مناطق شهری





# دستور العمل پیگیری

## پیگیری توسط بهورزان و رابطین بهداشتی و کاردان های مبارزه با بیماریها:

در طول هفته اول پس از ارجاع ، لازم است از خانواده بیمار سؤال شود، آیا جهت درمان بیمارشان به پزشک مراجعه نموده اند؟

پس از اطمینان یافتن از مراجعه بیمار به پزشک ، لازم است به توصیه های پزشک در برگه ارجاع توجه شده و نکات زیر در طول درمان پیگیری شود:

- آیا بیمار طبق دستور پزشک به طور مرتب داروهای تجویز شده را مصرف می کند؟
- آیا با مصرف دارو، وضعیت بیمار بهتر شده است؟
- آیا با مصرف داروها ، عوارض دارویی پیدا کرده است؟
- آیا بیمار برای ادامه درمان، به موقع به پزشک مراجعه کرده است؟

این اطلاعات باید توسط بهورز در فرم پیگیری بیماریها در پرونده خانوار ثبت گردد. در مراکز بهداشتی- درمانی شهری ، پیگیری دستورات پزشک با رابطین بهداشتی و یا کاردان بوده و نتایج پیگیری به وسیله کاردان مسئول رابطین در پرونده بیمار ثبت خواهد شد.

پیگیری وضعیت بیمار باید تا زمان تاثیر داروها (سه تا چهار هفته پس از شروع درمان) ، هفته ای یکبار و پس از آن طبق دستور پزشک صورت گیرد. در زمان پیگیری به بیمار

اطمینان دهید که داروها موثر هستند و بعد از سه تا چهار هفته ، مصرف ، علائم بهبودی به تدریج ظاهر خواهد شد .

## **پیگیری و مراقبت بیمار دارای افکار خودکشی توسط پزشک بعد از بازگشت از ارجاع ویزیت اولیه پزشک (طی هفته اول بازگشت از ارجاع)**

دریافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد تشخیص بیماری- نحوه مصرف داروها، ثبت داروها- آموزش خانواده و بیمار در مورد مصرف داروها .

## **ویزیت‌های بعدی**

پزشک ترجیحاً بیمار را مطابق پسخوراند روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ویزیت می کند.  
در غیر این صورت تا شش ماه بیمار به صورت ماهانه ویزیت می شود. برای قطع درمان ترجیحاً به صورت غیر فوری به روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده ارجاع می شود.



# دستور العمل درمان

برای درمان بیماران در معرض خطر خودکشی یا مواردی که اقدام به خودکشی کرده اند ولی منجر به فوت نشده است نیاز به حضور مجموعه ای از تسهیلات درمانی و افراد واجد شرایط به شرح زیر می باشد :

- پزشکان عمومی
- روانپزشک
- ایجاد تخت های بستری
- ایجاد مرکز درمان اعتیاد
- مرکز مشاوره

## **درمان بیماران در معرض خطر خودکشی**

### **۱. پزشکان عمومی**

پزشکان عمومی جهت فعالیت موثر در این برنامه نیاز است که دوره های آموزشی را منطبق با دستورالعمل و محتوای آموزشی طی نموده و سپس مدیریت درمان بیماران را به عهده بگیرند. پزشکان در طی دوره آموزش و بعد از آن می توانند جهت درمان اختصاصی اختلالات

روانپزشکی به منابع موجود از جمله کتاب راهنمای اختلالات روانپزشکی برای پزشکان خانواده مراجعه نمایند.

## **۲. روانپزشک**

وجود یک روانپزشک در شهر محل اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی به منظور ارائه خدمات تخصصی و حمایت از پزشکان عمومی در ارجاع بیماران دشوار ضروری است. روانپزشک مورد نظر در آموزش کارکنان بهداشتی، اجراء برنامه و نظارت بر خدمات ارائه شده مشارکت می نماید.

## **۳. خدمات بستری**

طبق قانون تخصیص ده درصد تخت های بیمارستان های عمومی به تخت های روانپزشکی و کتاب نظام تخصیص منابع ساختاری خدمات درمان بستری کشور تعداد تخت های مورد نیاز این برنامه در هر دانشگاه و هر شهرستان مشخص می گردد.

نظر به اینکه احتمالاً ایجاد تخت به تعداد مصوب در بعضی از دانشگاه های علوم پزشکی میسر نمی باشد لذا تهیه دستگاه ECT به منظور ارائه خدمات فوری و سرپایی به بیماران شدید تا حدی نیاز به بستری را از بیمارستان کاهش می دهد.

## **۴. مرکز درمان اعتیاد**

نظر به اینکه اعتیاد از عوامل خطر برای اقدام به خودکشی و خودکشی می باشد، از این رو دربیماریابی به بیمارانی برخورد خواهیم کرد که دچار اعتیاد بوده و یا از اعضای خانواده فرد معتاد می باشند. درمان فرد معتاد بر حسب پروتکل درمان اعتیاد وزارت بهداشت میتواند عواقب ناشی از حضور فرد مستعد را در خانواده کاهش می دهد و در پیشگیری از خودکشی موثر باشد. ارجاع بیمار افسرده یا در معرض خودکشی توام با اعتیاد به مراکز درمانی میتواند تسهیلاتی مانند درمان نگهدارنده را بر اساس پروتکل و صلاحدید پزشک مرکز برای بیمار فراهم نماید.

## ۵. خدمات مشاوره ای

توصیه می گردد خدمات مشاوره ای از طریق مرکز مشاوره نظام بهداشتی شهرستان ارائه گردد.

این مرکز می تواند به عنوان ضمیمه مراکز بهداشتی درمانی شهری احداث گردد.

### وظایف مرکز مشاوره

۱. ویزیت بیماران اقدام کننده به خودکشی و خانواده آنها در اورژانس و برقراری ارتباط درمانی اولیه
۲. ثبت اطلاعات از بیماران
۳. پیگیری بیماران منتقل شده به سایر بخش ها
۴. ثبت آمار خودکشی های منجر به فوت
۵. مشارکت در آموزش کادر بیمارستان در نحوه برخورد و مدارا با اقدام کنندگان به خودکشی
۶. برگزاری جلسات مشاوره و آموزش برای بیماران اقدام کننده به خودکشی و خانواده آنها
۷. گزارش ماهیانه داده های بیماران به مرکز بهداشت شهرستان (واحد بهداشت روان)

۸. پذیرش مراجع مبتلا به افسردگی یا دارای افکار و رفتارهای خودکشی از درمانگاه روانپزشکی، پزشکان سطح شهر، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز درمان اعتیاد، مرکز مشاوره آموزش پرورش و یا سایر نهادهای اجتماعی.

### ملزومات مرکز مشاوره

۱. دفتر مستقل
۲. داشتن یک خط تلفن مستقل
۳. داشتن یک دستگاه کامپیوتر
- ۴- فایل برای بایگانی کردن پرونده ها و بروشورهای آموزشی