



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی تهران

انستیتو روانپزشکی تهران - مرکز تحقیقات بهداشت تهران
(بخش روانپزشکی اجتماعی)

پیشگیری از خودکشی برای بهورزان

تألیف:

دکتر لاله حبیبی کوهی
دکتر سید مهدی حسن زاده،
دکتر میترا حفاظی
عیسی کریمی کیسمی

با همکاری:

معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
(اداره سلامت روان)
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
(واحد سلامت روان)

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	اهداف
۱	مقدمه
۳	نکات کلیدی راجع به خودکشی در جهان
۳	تعریف خودکشی
۴	عوامل مرتبط با خودکشی
۷	افسردگی
۹	چرا افسردگی در زنان همیشه بیشتر است؟
۱۰	فرد افسرده با چه علائمی نزد شما می آید؟
۱۲	انواع افسردگی
۱۵	در برخورد با یک بیمار افسرده چه باید کرد؟
۱۶	موارد ارجاع فوری بیمار افسرده
۱۷	درمان
۱۹	عوارض دارویی
۲۱	پیشگیری
۲۵	چگونه با بیمار دارای افکار خودکشی برخورد کنید؟
۲۶	چگونه خطر خودکشی را ارزیابی کنید؟
۲۷	چگونه بهورز شخص دارای افکار خودکشی را مدیریت کند؟
۲۹	دستورالعمل اجرایی پیشگیری از خودکشی برای بهورزان

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۳۰	چرا بهورزان در مراقبت های اولیه بهداشتی در اولویت هستند
۳۰	وظایف بهورز برای جلب همکاری افراد کلیدی جامعه
۳۱	وظایف بهورز در برنامه ادغام پیشگیری از خودکشی
۳۴	ضمائم
۳۷	منابع

اهداف

انتظار می رود بهورزان پس از مطالعه این متن بتوانند:

- ۱- اهمیت مشکل خودکشی و لزوم پیشگیری از آن را بازگو کنند.
- ۲- افسردگی و نشانه های آن را توضیح دهند.
- ۳- نحوه ی پیگیری و ارجاع بیماران افسرده و یا در معرض خودکشی را بیان کنند.
- ۴- راه های ارتباطی با افراد کلیدی روستا برای پیشگیری از خودکشی را بیان کنند.
- ۵- چگونگی گزارش دهی فعالیت ها را بیان کنند.

مقدمه

خودکشی از جمله ده علت اصلی مرگ در کشورهای مختلف جهان است و سالانه بیش از یک میلیون نفر در سال خودکشی می کنند.

آمار خودکشی در ایران هر چند در مقایسه با کشورهای دیگر پائین تر است اما بررسی انجام گرفته در کشور نشان می دهد که در سال های ۷۶-۶۵ حدود ۶ برابر افزایش داشته است. این میزان بدون در نظر گرفتن میزان رشد جمعیت طی سال های اخیر می باشد.

طبق آمارهای منتشر شده تعداد تقریبی افرادی که در ایران خودکشی می کنند سالانه حدود ۵۰۰۰ نفر می باشد، علاوه بر آن تعدادی از افراد در مناطق مختلف کشور خودکشی می کنند که در آمار کلی سالانه جایی ندارند. از آنجا که هر فردی که خودکشی می کند عضوی از یک خانوار ایرانی ۶ نفره می باشد حداقل ۳۰۰۰۰ نفر از مردم کشور ما به نوعی با مشکل خودکشی و پیامدهای روانی و اجتماعی آن درگیرند.

پیشگیری از خودکشی همیشه به عنوان یک مشکل بهداشتی مطرح بوده و همواره مورد توجه معاونت سلامت وزارت بهداشت بوده است. بطوری که در حال حاضر طرح هایی تحت عنوان "پیشگیری از خودکشی با درمان افسردگی" و "تدوین برنامه پیشگیری از خودکشی قابل ادغام در

"PHC" در سال‌های ۸۷-۸۶ در دست انجام بوده، با این هدف که بتوان با برنامه ریزی کشوری در کاهش پیشگیری از خودکشی راهکارهای لازم را ارایه نمود. براساس آمارهای منتشر شده، میزان خودکشی ۱/۳ در ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۶۳ و ۶/۴ جمعیت در سال ۱۳۸۴ رسیده است. خودکشی در مردان (۷/۶ در ۱۰۰ هزار نفر) نهمین علت مرگ و میر و در زنان (۱/۵ در ۱۰۰ هزار نفر) دهمین علت مرگ و میر بوده است.

در سال‌های اخیر افزایش اقدام به خودکشی و مشکلات اجتماعی دیگر ناشی از آن، موجب گردید تا ضرورت توجه به برنامه ریزی پیشگیری از خودکشی بیش از پیش احساس شود و نسبت به اجرای طرح ادغام پیشگیری از خودکشی در نظام شبکه بهداشتی اقدام گردد.

امید است بهورزان فعال در شبکه بتوانند با مطالعه این متن آموزشی، نقش خود را بدرستی انجام داده و با اجرای برنامه، شاهد کاهش میزان خودکشی در جامعه باشند.

جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده در نیازهای بهداشتی مردم خواهد بود. جهت اصلی این تغییرات تبدیل عوامل اصلی مرگ و میر از بیماری‌های واگیر دار به بیماری‌های غیر واگیر است و این تغییرات نه تنها زندگی انسانها را در معرض خطر مستقیم قرار داده بلکه در اثر بار عظیم ناتوانی که به دنبال آنها ایجاد می‌گردد از یک سو، سهم عمده ای از منابع اندک بهداشتی درمانی کشور که می‌بایست صرف توانبخشی دوباره مبتلایان شود و از سوی دیگر، بخش عظیمی از نیروهای فعال و مولد کشور را از چرخه تولید خارج می‌کند و به همین دلیل می‌توان گفت امروزه دشواری‌های جدی و جدیدی فرا روی نظام بهداشتی قرار گرفته است.

در بعد جهانی پیش بینی‌های تلخی توسط سازمان بهداشت جهانی، دانشگاه هاروارد و بانک جهانی در زمینه بیماری‌های غیر واگیر شده است. بر طبق این پیش بینی‌ها در طول ۲۰ سال آینده مرگ ناشی از این بیماری‌ها با افزایشی بیش از سه برابر از ۲۸ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به ۹۴/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ خواهد رسید و بار جهانی بیماری‌ها سمت و سویی تازه یافته و از تمرکز

بیماری‌ها در گروه بیماری‌های واگیر دار کاسته شده و بیماری‌های غیر واگیر با مرگ و میر کمتر اما عوارض بیشتر جایگزین آن‌ها می‌شوند.

نکات کلیدی راجع به خودکشی در جهان

- هر ۴۰ ثانیه یک نفر در سراسر دنیا جان خود را در اثر خودکشی از دست می‌دهد.
- هر ۳ ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می‌کند.
- 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 اندازه‌گیری است.

تعریف 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 می‌گوییم.

پدیده افکار خودکشی در بسیاری از اقشار مردم از جمله (جوانان، مردان، زنان و افراد مسن) دیده می‌شود که عدم پیشگیری از آن می‌تواند اقدام به خودکشی را به همراه داشته باشد.

خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد. خودکشی در نتیجه تعامل عوامل متعدد زیست شناختی، ژنتیک، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی بوجود می‌آید.

توضیح این موضوع که چرا برخی افراد تصمیم به خودکشی می‌گیرند، در حالی که برخی دیگر در شرایط یکسان یا حتی بدتر از آن چنین کاری نمی‌کنند مشکل است. با این حال بیشتر خودکشی‌ها قابل پیشگیری هستند.

خودکشی در حال حاضر یک مشکل بزرگ بهداشت عمومی در تمام کشورهاست. تقویت کارکنان بهداشتی برای شناسایی، ارزیابی، مدیریت و ارجاع بیمار مستعد خودکشی در جامعه قدم مهمی در پیشگیری از خودکشی است.

عوامل مرتبط با خودکشی

عوامل جمعیت شناختی

جنس

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

سن

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

- جوانان ۱۵-۳۵ سال؛

- افراد مسن بیش از ۷۵ سال (در ایران این موضوع صدق نمی‌کند)؛

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

وضعیت تأهل

افراد طلاق گرفته، بیوه و مجرد و بچه‌های طلاق خطر بیشتری برای خودکشی نسبت به افراد متأهل دارند. کسانی که به تنهایی زندگی می‌کنند یا جدا شده‌اند آسیب‌پذیری بیشتری دارند.

شغل

افراد بیکار، بازنشستگان، زنان خانه دار، دانشجویان و دانش‌آموزان 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 کشوری دیگر مهاجرت می‌کنند و حاشیه‌نشین‌ها

مستعد رفتارهای خودکشی هستند.

ابتلا به بیماری های صعب العلاج

دیابت، ایدز، سرطان و...

ابتلا به برخی بیماریهای عصبی-روانی

بیماران افسرده، بیماران با سایر اختلالات روانپزشکی، تشنج، سابقه آسیب به خود، اقدام های

قبلی به خودکشی، افکار خودکشی، سابقه فامیلی خودکشی، MS، ...

مصرف مواد و الکل

افراد معتاد، خانواده معتادین و افراد مصرف کننده ی الکل، حشیش، آمفتامین، اپیوئید ها و سایر

عوامل محیطی

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 خودکشی ها شامل افرادی می شود که در زندگی واقعی از طریق

رسانه ها با خودکشی مواجه شده اند و ممکن است تحت تاثیر رفتار خودکشی مربوطه واقع شوند.

انتشار اخبار خودکشی: از جمله عاملی که می تواند میزان خودکشی را افزایش دهد، پخش خبر مربوط به خودکشی یک نفر در بین مردم آن محل یا منطقه می باشد. پخش خبر خودکشی و نحوه ی اقدام به آن موجب می شود کسانی که دچار افسردگی هستند و در معرض خطر خودکشی قرار دارند، ترغیب شوند که خودشان را از بین ببرند. بنابر این بعنوان یک اقدام پیشگیرانه هم خودتان خبر خودکشی را پخش نکنید و هم به دیگران توصیه کنید از پخش این خبر خودداری کنند. جدول زیر احساسات و افکار بیمار مستعد خودکشی را نشان می دهد.

افکار	احساسات
"دلم می خواست مرده بودم"	غمگین، افسرده
"من نمی توانم هیچ کاری انجام دهم"	تنها
"نمی توانم تحمل کنم"	درمانده
"من شکست خورده و سربار دیگران هستم"	نا امید
"بقیه بدون من خوشحال ترند"	بی ارزش

از آنجایی که درصد بالایی از کسانی که اقدام به خودکشی می کنند از افسردگی رنج می برند تأکید این برنامه نیز بر روی افسردگی بعنوان یکی از عوامل اصلی و خطرزای خودکشی می باشد. بدین ترتیب شناسایی بموقع افراد افسرده و درمان مناسب و کامل این افراد می تواند از اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن به میزان زیادی کم کند.

افسردگی

تاریخچه:

افسردگی بیماری مخصوص قرن اخیر نیست. از عهد باستان مواردی از بیماری افسردگی ثبت شده است. حدود سال سی ام میلادی یک پزشک رومی به نام سلسوس در کتابش مالیکولیا را به عنوان نوعی افسردگی ناشی از غلبه صفرا ذکر کرده است.

افسردگی در بین اختلالات روانی شیوع نسبتاً بالایی دارد.

میزان شیوع آن در کل زندگی افراد ۱۰-۱۵٪ و در زنان حدود ۲۵٪ است.

تقریباً در همه کشورهای جهان شیوع افسردگی اساسی (MDD) در زنان ۲ برابر مردان است.

علل پیدایش افسردگی:

افسردگی یک بیماری چند بعدی می باشد که تحت تأثیر عوامل زیستی، اجتماعی و روانی قرار دارد.

۱- عوامل زیست شناختی (بیولوژیک): عملکرد مغز و سایر اعضای بدن تحت تأثیر ناقله‌های عصبی

که از پایانه اعصاب ترشح می شود، می باشد هرگاه این ناقله‌ها و هورمون‌ها به نوعی تنظیم شان در بدن بهم بخورد اختلالاتی در بدن ایجاد می شود که از جمله آنها افسردگی و اضطراب است.

۲- عوامل ژنتیک: طبق بررسی های آماری افسردگی اساسی در بستگان درجه اول بیمار مبتلا،

۲/۵-۱/۵ برابر بیشتر از کسانی است که بیماری افسردگی در اطرافیان خود ندارند.

در افسردگی دو قطبی عامل وراثتی قوی تر است به گونه ای که گفته می شود نیمی از بیماران دو قطبی، یکی از والدینشان بیماری دوقطبی را داشته اند.

۳- عوامل روانشناختی: این عوامل هم به مسائل درونی شخص بر می گردد و هم به استرس های

خارجی و محیطی. از جمله این عوامل می توان موارد زیر را نام برد:

نبودن فرد محبوب و مهم در زندگی: شخص به هر دلیل اعم از مرگ، طلاق و جدایی یا مسافرت طولانی

از فرد مهم در زندگی خود دور مانده است . حتی از دست دادن شغل ، مال و دارایی هم جزء این دسته محسوب شده و از علل پیدایش افسردگی می باشد.

درماندگی آموخته شده: وقتی فرد مرتباً در زندگی با شکست مواجه شود احساس درماندگی و ناتوانی می کند که در نتیجه می تواند منجر به پیدایش افسردگی شود. به عنوان مثال خانمی در دوران نوجوانی نتوانسته در رشته تحصیلی یا هنری مورد علاقه اش وارد شود به دنبال همین ناکامی نتوانسته وارد دانشگاه شود یا ازدواج مناسبی داشته باشد یا در صورت ازدواج مشکلاتی با همسر و یا خانواده اش پیدا کرده یا مشکل بیماری فرزندش او را درمانده ساخته است به دلیل این شکست ها و ناکامی های در پی، بسیار مستعد افسردگی می باشد.

دید منفی نسبت به خود، محیط و آینده: اگر شناخت فرد نسبت به دنیای اطراف خود، مسائل زندگی و انسان ها منفی باشد و همیشه جنبه های مثبت زندگی یا یک اتفاق را نادیده بگیرد دچار افسردگی خواهد شد.

شخصی که از عبارات ، «همیشه برای من این اتفاق می افتد» « هیچ وقت نمی توانم موفق شوم » زیاد استفاده می کند و مسائل منفی را بیش از حد بزرگ می کند مستعد افسردگی است .

رویدادهای مهم و استرس آمیز زندگی و مشکلات خانوادگی و اجتماعی: از جمله عوامل بسیار مهم در ایجاد افسردگی می باشد. به عنوان مثال شخصی که در حادثه ای خانواده خود را از دست می دهد یا مشکلات اقتصادی زیادی پیدا می کند یا فرزند بیمار دارد با استرس های مزمن و شدیدی روبرو شده که او را مستعد افسردگی می کند.

* در مطالعات انجام شده افسردگی در جوامع روستایی بیشتر از شهری دیده شده است (البته در ایران آمار دقیق در حال بررسی می باشد).

* افسردگی با سطح اجتماعی - اقتصادی خانواده ها ارتباط واضحی نداشته است .

چرا افسردگی در زنان همیشه بیشتر است؟

چند علت را در ایجاد این مسأله مهم دانسته اند:

الف - تفاوت های هورمونی مردان و زنان: باعث می شود زنان در برابر مشکلات و استرس ها آسیب پذیرتر باشند.

ب- اثرات زایمان و اثرات هورمونی حاملگی و دوران پس از زایمان: مشکلات بارداری و استرس زایمان و تولد نوزاد علاوه بر تغییرات هورمونی زنان را در معرض خطر بیشتر افسردگی قرار می دهد.

ج- تفاوت فشارهای روانی - اجتماعی زنان و مردان: فشارهای روانی خانوادگی بطور معمول روی زنان بیشتر است شاید به دلیل مسئولیت اداره خانه، تربیت فرزند و انتظاراتی است که در جامعه از یک همسر و یک مادر دیده می شود. همچنین انتظار این که زن در برابر مشکلات باید صبورتر و پر تحمل تر باشد و یا برخی خواسته های خود را بیان نکند و کنار آمدن بیش از حد در روابط بین خانواده و اطرافیان ممکن است از علل افسردگی بیشتر در زنان باشد.

د- الگوهای رفتاری خاص در زنان: زنان همیشه این احساس را دارند که آزادی عمل مردان را ندارند و یا محدودیت هایشان نسبت به مردان خیلی بیشتر است. حتی در جوامع غربی که به نظر، آزادی عمل زنان بیشتر از جوامع ماست این اعتقاد در زنان وجود دارد که آنها به دلیل « زن بودن» آرامش و راحتی مردها را ندارند، نمی توانند به راحتی از حق خود دفاع کنند، شکننده تر و آسیب پذیرتر از مردان هستند، کنترل ناراحتی و گریه برایشان دشوارتر است. این عوامل که بیشتر به جنسیت و نوع رفتار زنان بر می گردد توجیهی برای افسردگی بیشتر در زنان می باشد (قبول تفاوت های جنسیتی در زن و مرد و پذیرش تفاوت رفتارها در دو جنس به آرامش بیشتر زنان کمک می کند).

فرد افسرده با چه علائمی نزد شما می آید؟

پس از پرداختن به علل پیدایش افسردگی و آشنایی مختصر با آن بحث مهم در این قسمت آشنایی با علائم افسردگی است .

علامت کلیدی افسردگی در شخص، شکایت از خلق گرفته و افسرده یا بی لذتی نسبت به همه امور و فعالیت های معمول زندگی می باشد. یعنی شخص از تفریح ها و فعالیت هایی که قبلاً لذت می برده یا با آنها شاد می شده ، دیگر لذت نمی برد. بیمار ممکن است بگوید احساس اندوه ، ناامیدی ، دلتنگی یا بی ارزشی می کند.

دلتنگی و ناراحتی در برخی روزها طبیعی می باشد و همیشه نشان دهنده افسردگی نیست.

بیمار افسرده اغلب علائم افسردگی را درد مشقت بار روحی توصیف می کند و گاهی از این شکایت می کند که نمی تواند گریه کند (علامتی که پس از بهبود بیماری ، رفع می شود).

گاهی خود فرد شکایتی از افسردگی ندارد ولی اطرافیان او را به دلیل بی حوصلگی و کناره گیری از جمع به نزد شما می آورند. در برخی افراد هم بخصوص در زنان مسن افسردگی خود را به صورت شکایت های جسمی پراکنده مانند دردهای مختلف در بدن ، سردرد و یبوست نشان می دهد.

تقریباً ۹۷٪ بیماران افسرده از کم شدن انرژی خود شکایت دارند که باعث می شود نتوانند کارهای روزانه خود را مانند قبل انجام دهند یا در امور شغلی و تحصیلی دچار مشکل می شوند مثلاً نمی توانند مانند قبل درس بخوانند، زود خسته می شوند، بیمار معمولاً اظهار می کند صبح ها بسیار کسل است و قادر به بلند شدن و انجام دادن کارها نیست یا تمرکز لازم در انجام کارها یا درس خواندن را ندارد.

خلق افسرده می تواند خود را به صورت عصبانیت بیش از حد و تحریک پذیری نشان دهد به این معنی که تحمل شخص نسبت به مسائل جزئی کم شده و با کوچکترین ناراحتی عصبانی می شود. اضطراب بطور معمول همراه افسردگی دیده می شود.

غیرطبیعی بودن سیکل های قاعدگی در زنان و بهم خوردن نظم و تأخیر در شروع ، کاهش علاقه و عملکرد جنسی در هر دو جنس هم از دیگر علایم افسردگی می باشد.

نصف بیماران ذکر می کنند که علائم شان در طول روز متغیر است و معمولاً در صبح ها بیشتر است و در پایان روز بهتر می شود، البته در مواردی هم این احساس در غروب تشدید می شود.

* نیمی از بیماران افسرده شکایت از فراموشکاری و کم شدن حافظه دارند.

* افسردگی در کودکان معمولاً خود را با ترس از مدرسه ، چسبیدن بیش از حد به والدین ، ضعف تحصیلی ، بهانه گیری و اختلال در غذا خوردن، عصبانیت و بی قراری نشان می دهد.

علائم ظاهری بیمار افسرده:

بیمار افسرده کمتر به چشمان شما در هنگام صحبت کردن نگاه می کند، معمولاً سر به زیر است ، پاسخ سوالات را به کندی و با تأخیر می دهد، قامت خمیده دارد و به کندی راه می رود. البته گاهی اوقات هم بیمار افسرده بی قرار به نظر می رسد و در نشستن و راه رفتن و صحبت کردن آشفته است.

علائم افسردگی در سنین مختلف متفاوت می باشد:

***علائم افسردگی در نوجوانان :**

- تحریک پذیری و عصبانیت

- افت تحصیلی

- فرار از مدرسه

- سوء مصرف مواد و رفتارهای ضد اجتماعی

- بی بند و باری جنسی

***علائم افسردگی در سالمندان :**

افسردگی در سالمندانی که وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین دارند، همسر خود را از دست داده

اند، در تنهایی و انزوا بسر می برند و ارتباط کمی با اطرافیان دارند بیشتر دیده می شود.
در این گروه شکایت های جسمی مانند دردهای مختلف بدن ، درد قفسه سینه ، سردرد ، ناراحتی معده و ... بیشتر است .

انواع افسردگی :

در اینجا به برخی از انواع بیماری افسردگی اشاره می کنیم تا با علائم آن بیشتر آشنا شوید:

***الف : افسردگی اساسی تک قطبی (MDD) :**

در این نوع افسردگی علائم حداقل مدت ۲ هفته تداوم داشته و شامل علائم زیر می باشد:

- ۱- شکایت از خلق گرفته یا افسرده
 - ۲- احساس بی علاقتی و بی لذتی در تمام امور
- گاهی بیمار، افسردگی را در مرحله اول انکار می کند ولی اظهار می کند نسبت به تمام امور و فعالیت ها و تفریح هایی که قبلاً انجام می داده بی تفاوت شده و هیچ چیز او را خوشحال نمی کند.

علاوه بر حداقل یکی از این دو علامت تعدادی از علائم زیر همزمان وجود دارد:

- ۱- اختلال خواب : بیمار معمولاً در به خواب رفتن مشکل دارد یا چند بار در طول شب بیدار می شود یا صبح زود بیدار شده و دیگر نمی تواند بخوابد.
- ۲- اختلال اشتها : کم اشتهایی و کاهش وزن (بیش از ۵ درصد در ماه) یا بر عکس پراشتهایی و افزایش وزن

۳- کند شدن حرکات بیمار یا آشفتگی و سرآسیمگی در حرکات و صحبت کردن بیمار

۴- اختلال در تمرکز و تفکر : به راحتی نمی تواند راجع به مسأله ای فکر کند یا تصمیم بگیرد.
مشکل شایع مراجعان اختلال در حافظه، فراموشکاری و حواس پرتی است .

۵- احساس خستگی یا از دست دادن انرژی : تقریباً همه روزها وقتی از خواب بلند می شود کسل

است ، احساس ضعف شدید می کند و توانایی انجام کارهای روزمره را به خوبی قبل ندارد.

۶- فکر مکرر درباره مرگ : با ناامیدی به مردن فکر می کند، آرزوی مردن دارد و حتی گاهی به فکر خودکشی می افتد. ترس از مرگ شامل این علائم نمی شود.

۷- احساس بی ارزشی یا گناه شدید: خود را فردی نالایق و بدبخت می داند که استحقاق هیچ خوشبختی و موفقیتی را ندارد . مدام خود را به خاطر رفتارهای گذشته سرزنش می کند و یا احساس گناه شدیدی نسبت به کارهایش دارد و خود را در همه امور مقصر می داند.

***ب: افسردگی دو قطبی (بای پولار):**

بیمار افسرده در این حالت علاوه بر دوره افسردگی دوره ای از علائم مانیا را داشته که در آن بیمار عکس علائم فوق را دارد و شاد و پر انرژی یا بسیار عصبانی و تحریک پذیر می شود، پرحرف است بطوری که نمی توان صحبت های او را قطع کرد. از یک جمله به جمله دیگر می پرد، احساس خود بزرگ بینی و توانایی زیاد دارد. هرچه کار می کند خسته نمی شود با اینکه خواب او نیز کم شده است، کارهای بی حساب زیاد انجام می دهد. به عنوان مثال بذل و بخشش زیاد دارد، ولخرجی می کند، میل جنسی بیمار زیاد شده و گاهی رفتارهای پرخطر جنسی در این دوره نشان می دهد. در این حالت اکثر اوقات بیمار، بیمار بودن خود را قبول ندارد.

توجه به این علائم و پرسش آن از بیمار و اطرافیان ضروری می باشد، چرا که دوره مانیا در صورتی که درمان نشود می تواند عواقب بدی برای بیمار و اطرافیان داشته باشد، ضمن اینکه درمان افسردگی تک قطبی با دو قطبی متفاوت است .

***ج: افسردگی پس از زایمان :**

از چند روز پس از زایمان می تواند شروع شده و به طور متوسط ۲-۳ هفته پس از زایمان رخ می دهد و در صورتی که درمان نشود سیر آن طولانی خواهد شد. در حدود ۲۰-۱۰٪ زنان دچار آن می شوند. این افسردگی با اندوه پس از زایمان که حالتی طبیعی است و در نیمی از مادران دیده

می شود متفاوت می باشد. اندوه پس از زایمان اندکی پس از زایمان شروع شده و در عرض یک هفته از شدت کم می شود. مشخصات آن عبارتند از :

۱- خلق افسرده و ناامید

۲- احساس بی کفایتی به عنوان مادر: یعنی احساس می کند نمی تواند از عهده مراقبت از نوزاد بخوبی برآید یا آمادگی مادر شدن را نداشته است.

۳- بهم ریختگی خواب: احساس خوشایندی از خواب ندارد مکرر بیدار می شود، در به خواب رفتن مشکل دارد و خواب برایش آرامش بخش نیست .

۴- گاهی افکار وسواسی نسبت به نوزاد پیدا می کند که مبادا به او آسیب برساند یا این که بیش از حد نگران اوست این حالات شدیدتر از اندوه پس از زایمان است که حدود نیمی از زنان آن را تجربه می کنند و خودبخود برطرف می شود.

***علائم اندوه پس از زایمان :**

- مادرا احساس غمگینی و اندوه دارد.

- خسته است و اضطراب دارد.

- زود رنج شده و با کوچک ترین مسأله ای گریه می کند.

- این علائم اندکی پس از زایمان شروع شده و در عرض یک هفته از شدتشان کم می شود.

نکته :

در سایکوز پس از زایمان که یک خطر جدی برای مادر و نوزاد است، مادر علاوه بر افسردگی شدید، بدبینی و توهم پیدا می کند. گاهی صداهایی به او دستور می دهند که نوزاد را بکشد یا این که هذیان بدبینی نسبت به همسر یا نوزاد پیدا می کند. این حالت یک اورژانس است که باید سریعاً بیمار به مرکز روانپزشکی ارجاع داده شود. چون ممکن است خطر جانی برای مادر یا نوزاد داشته باشد.

توجه به این نکته لازم است که درصدی از این مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان، علائم افسردگی را در طول بارداری هم نشان می دهند که تشخیص زودهنگام در حین بارداری می تواند به پیشگیری از افسردگی شدید پس از زایمان کمک کند.

***افسردگی غیر معمول (آتی بیک) :**

نوعی از افسردگی است که در برخی افراد مشاهده می شود علائم متفاوتی با افسردگی های قبلی دارد. بیمار در این حالت پرخور و پر خواب است . تمایلی به تحرک ندارد. زود رنج و حساس بوده نسبت به اطرافیان حساس تر شده است، اضطراب زیاد دارد. احساس خشکی و سفتی در دست ها و پاها می کند.

*سوء مصرف مواد و اعتیاد هم می تواند علائم افسردگی را در حین مصرف و دوره ی ترک نشان دهد.

در برخورد با یک بیمار افسرده چه باید کرد؟

بیمار افسرده گاهی همکاری خوبی برای بازگو کردن علائم ندارد. همدلی و برخورد آرام به دور از قضاوت و نصیحت یا سرزنش می تواند کمک کننده باشد.

اصل رازداری عامل مهمی در برخورد با یک بیمار روحی - روانی است . گاهی بیمار مسائلی دارد که نمی خواهد اطرافیانش از آن با خبر شوند، بنابراین تنها صحبت کردن با بیمار و تأکید بر اینکه حرف هایش محرمانه خواهد ماند به شما کمک می کند تا بهتر علائم افسردگی او را متوجه شوید.

البته توجه به این نکته ضروری است در موارد فکر خودکشی یا دیگرکشی دیگر رازداری جایی ندارد و باید اطرافیان بیمار سریعاً در جریان قرار گیرند و بیمار را ارجاع فوری به مرکز روانپزشکی دهند و در این فاصله مراقب رفتارهای او باشند.

حدود $\frac{2}{3}$ بیماران افسرده به خودکشی فکر می کنند و ۱۵-۱۰٪ اقدام به خودکشی می کنند. پس سوال در مورد احساس ناامیدی، آرزوی مردن و احساس پوچی ضروری می باشد.

اگر بیمار بگوید آرزوی مرگ می کند در مورد فکر خودکشی حتماً سوال شود. سوال مستقیم درباره خودکشی، این فکر را در بیمار تقویت نمی کند بلکه به شما در فهمیدن این موضوع مهم کمک می کند.

اگر پاسخ بیمار مثبت بود در مورد فکر کردن به راه های آن و یا تهیه وسایل آن هم سوال شود تا معلوم شود چقدر این تصمیم بیمار جدی است.

در این موارد در جریان گذاشتن خانواده بیمار برای حفاظت از وی و ارجاع سریع به روانپزشک لازم است .

موارد ارجاع فوری بیمار افسرده :

برای هر بیمار که به وجود افسردگی در وی شک می کنید ارجاع به پزشک لازم است، اما در موارد فکر خودکشی یا دیگرکشی، وجود علائم مانیا، غذا نخوردن بیمار ارجاع فوری لازم است.

مدت افسردگی : سوالی که مکرر می شود این است یک دوره افسردگی چقدر طول می کشد و یا تا چه زمانی لازم است شخص دارو دریافت کند.

یک حمله افسردگی بدون درمان ۱۳-۶ ماه طول می کشد و با درمان حداقل ۳ ماه طول می کشد. این اختلال چندان خوش خیم نیست اما درمان پذیر است. می تواند مزمن شود و عودهای مکرر داشته باشد .

اگر علائم افسردگی خفیف باشد یعنی :

- علائم هذیان بدبینی و توهم وجود نداشته باشد.
- بیمار دوره بستری به دلیل بیماری افسردگی نداشته باشد.
- روابط دوستانه و محکمی در دوران نوجوانی و جوانی داشته باشد.
- حمایت اجتماعی و خانواده حمایت گر خوبی داشته باشد.
- کارکرد اجتماعی فرد بالا بوده باشد.

سیرخوبی در انتظار این بیمار است و می تواند سریع تر بهبود یابد.

با توجه به اینکه حدود نیمی از کسانی که یک حمله افسردگی اساسی را تجربه می کنند قبلاً علائمی از افسردگی را داشته اند، اگر علایم افسردگی زود تشخیص داده شود ممکن است از بروز یک حمله شدید جلوگیری شود .

نکته مهم :

* برخی از بیماران مغزی و بیماری های داخلی هم می توانند علایم افسردگی را نشان دهند. پس توجه به آزمایشات خون و ادرار و تیروئید ... لازم است.
(بیماری های کم خونی ، دیابت ، کم کاری و پرکاری تیروئید ، سرطان ها ، تومورهای مغزی و استفاده از برخی داروها می تواند عامل افسردگی باشد).

درمان :

پس از ارجاع به پزشک خانواده یا در موارد شدید ارجاع به روانپزشک داروهای معمولاً برای بیمار افسرده شروع می شود عبارتند از: فلوکستین، فلووکسامین، سرتالین، ایمی پرامین، نورتریپتیلین، آمی تریپتیلین و در مواردی سدیم والپروات ، کاربامازپین و لیتیم که بسته به نوع بیماری درمان ها متفاوت است.

این داروها ناقل ها و هورمون های عصبی بهم ریخته را تنظیم می کنند و علائم افسردگی را به تدریج بهبود می بخشد. ابتدا خواب و اشتها بیمار بهتر می شود و سپس احساس امیدواری پیدا می کند، حساسیت و تحریک پذیری بیمار کم می شود و در نهایت روحیه و خلق بیمار بهتر می شود.

طول بهبودی حداقل ۳ ماه است.

توجه به این نکته ضروری است که قطع درمان قبل از ۳ ماه با عود بیماری همراه خواهد بود.

اهمیت کار پرسنل بهداشتی- درمانی در این مرحله بسیار مشخص می باشد.

تشویق بیمار به استفاده از دارو و ادامه درمان، بر طرف نگرانی بیمار از عوارض مصرف دارو، ایجاد ارتباط با خانواده و تشویق آنها برای همکاری با بیمار در جهت مصرف دارو از کارهای لازم پرسنل بهداشتی می باشد. همچنین پیگیری مراجعات مکرر بیمار به مرکز بهداشت و ارجاع در فواصل تعیین شده از دیگر وظایف همکاران بهداشتی می باشد. در هر مرحله از مراجعه، سیر و پیشرفت درمان و توجه به افکار خودکشی باید مدنظر باشد.

نکته مهم:

بیماران بر خلاف تصور در مراحل اولیه بهبود به دلیل اینکه انرژی بیشتری پیدا می کنند در خطر جدی تری برای خودکشی هستند.

درمان های شناختی-رفتاری: علاوه بر درمان دارویی این نوع درمان نیز تحت نظر روانشناسان بالینی و روانپزشکان به مدت معینی صورت می گیرد.

در این قسمت به برخی از علل شایع عدم مصرف دارو در بیماران اشاره می کنیم:

۱- بیماری افسردگی با اینکه مورد شایع و آزار دهنده ای در سطح جامع است، هنوز به عنوان یک برچسب نامطلوب در میان مردم شناخته می شود. به همین دلیل گاهی افراد تمایل دارند احساس افسردگی را انکار کنند یا آن را تنها به عوامل استرس زای محیط نسبت دهند. مثلاً شخصی می گوید « اگر خانواده همسر در زندگی من دخالت نکنند من خوب می شوم یا اگر مشکلات مالی ما حل شود من مشکل ندارم» در حالی که این عوامل ممکن است به نوعی آغاز کننده یا تشدید کننده افسردگی باشند و بیمار در هر صورت نیاز به مصرف دارو خواهد داشت.

۲- مسأله شایع دیگر این است که اکثر بیماران می خواهند بدون مصرف دارو و تنها با صحبت کردن و یا غلبه کردن بر افکار خود در درمان افسردگی موفق شوند. مطالعات نشان داده بهترین درمان های شناختی- رفتاری در مراکز با کارآیی بالا به مدت ۶ ماه تأثیری معادل درمان دارویی داشته و در اکثر موارد درمان دارویی همزمان مورد نیاز است.

۳- نگرانی از اعتیاد به داروهای ضد افسردگی : نگرانی شایع که حتی در افراد تحصیل کرده و بعضاً پزشکان هم دیده می شود اعتیادآور بودن داروها است.

اکثر اشخاص اعتقاد دارند با شروع مصرف دارو دیگر قادر به ترک آن نیستند و در ظرف چند روز عدم مصرف، علائم آنها باز می گردد. در این موارد دانستن این نکته لازم است که داروهای اعصاب شروع اثر تدریجی دارند یعنی باید مدت زمانی بگذرد تا تأثیر کند. به همین دلیل قطع آنها هم باید تدریجی باشد.

قطع دارو پس از بهبودی کامل و با تشخیص پزشک و اتمام دوره بیماری و به صورت تدریجی باید صورت گیرد و اگر بیمار خودسرانه دارو را قطع کند احتمال بازگشت علائم زیاد است. همانطور که قبلاً ذکر شد بیماری افسردگی در مواردی مزمن است و دوره های عود مکرر دارد. بنابراین گاهی مصرف دارو بصورت مادام العمر نیاز می باشد.

۴- نگرانی زیاد دیگر در مورد عوارض داروها است :

داروهای ضد افسردگی معمولاً با عوارضی از قبیل خواب آلودگی، بی حالی، چاقی و خشکی دهان و گاهی مشکلات جنسی (بی میلی و عدم ارضاء شدن) همراهند.

در این موارد باید به بیمار توضیح داد بسیاری از این علائم با گذشت زمان کمتر شده و تا تأثیر مثبت دارو گذاشته شود این عوارض هم کم خواهد شد. برخی از عوارض با داروهای دیگری که پزشک تجویز می کند قابل درمان هستند. در مورد عوارض دارویی، به بیمار و خانواده وی آموزش دهید.

عوارض دارویی :

داروهای روانی دارای دو نوع عارضه هستند:

۱- عوارض خفیف :

مثل خشکی دهان، تاری دید، یبوست و خواب آلودگی. این عوارض موقتی هستند و با ادامه مصرف

دارو بتدریج کاهش یافته و از بین می روند.

۲- عوارض شدید:

مثل سخت شدن عضلات گردن ، کج شدن گردن ، تب ، گلودرد ، ضایعات جلدی و شدید شدن عوارض خفیف دارویی. در برخورد با این عوارض شدید بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید.

- به آنها بگوئید یکی از خصوصیات داروهای روانی تاثیر کند و تدریجی آنها بر ناراحتی بیمار و ضرورت ادامه درمان حتی پس از بهبود علائم بیماری است.

- به خانواده ی آنها بگوئید بدلیل افسردگی، بیمار ممکن است قادر به انجام کارهای روزمره خود نباشد این حالات وی را به حساب تنبلی نگذارند و او را مورد سرزنش و تمسخر قرار ندهند.

چاقی با کنترل رژیم و ورزش روزانه بهتر می شود خشکی دهان با جویدن آدامس بهتر خواهد شد و در کل یادآوری این نکته ضروری است که فایده درمان بسیار بیشتر از عوارض دارویی است.

** افسردگی اگر درمان نشود یک بیماری ناتوان کننده و مزمن می شود که بهترین دوران عمر شخص را هدر می دهد ولی در صورت درمان به موقع و صحیح می تواند از عواقب بعدی آن جلوگیری شود.

بر خلاف تصور برخی از مردم، مراجعه به فالگیر و دعا نویس و تنها اثر تلقینی کوتاه مدت دارد. افسردگی یک بیماری درونی است که مانند دیابت ، فشار خون و.... نیاز به درمان دارویی در کنار مشاوره و درمان های روانشناسی دارد.

مشکل شایع دیگر وجود این باور غلط است که «فرد دچار افسردگی یا هر بیماری روانی اگر ازدواج کند بهتر خواهد شد». باید گفت هر بیماری روانی از جمله افسردگی اگر درمان نشود اکثر اوقات با ازدواج سیر بدتری پیدا خواهد کرد، چرا که استرس جدیدی هم بر بیمار تحمیل شده است. پس لازم است قبل از ازدواج حتماً درمان و مشاوره برای این اشخاص صورت گیرد.

پیشگیری :

همانطور که می دانیم جمله « همیشه پیشگیری بهتر از درمان است » شعار دائمی پیام های بهداشتی است که البته در مورد برخی از بیماری های خاص از جمله بیماری های واگیر بیشتر مصداق دارد. افسردگی یک بیماری تک بعدی نیست که با یک فرمول مشخص بتوان از وقوع حتمی آن جلوگیری کرد. همان گونه که اشاره شد بیماری افسردگی به چند عامل بستگی دارد از جمله ژنتیک و ساختار بیولوژیک فرد ، مسائل محیطی اجتماعی ، باورهایی که فرد از خود و جامعه دارد.

در بین این عوامل فرد با کنترل افکار و باورها و در مواردی برخی از استرس های محیطی شاید بتواند به نوعی از این بیماری جلوگیری کند.

اصلاح شناختها و افکار منفی، بهبود روابط بین فردی و اجتماعی، آموزش مهارت های زندگی ، مدیریت زمان و برنامه ریزی، کنترل خشم ، افزایش اعتماد به نفس و روش صحیح حل مشکل می تواند به پیشگیری از افسردگی کمک کند.

در اینجا مختصری به توضیح این موارد می پردازیم :

پیشگیری اولیه:

* اصلاح شناخت ها و افکار منفی :

در زندگی، هر شخص بطور معمول باورها و عقایدی در مورد مسائل دارد. برخی از افراد سعی می کنند همیشه به جنبه های مثبت مسائل نگاه کنند و به اصطلاح نیمه ی پر لیوان را می بینند و برخی بالعکس مدام از نداشته ها ، نشدن ها و نبودن ها شکایت می کنند. این افراد یک سری افکار و شناخت های منفی دارند که آنها را مستعد بیماری افسردگی می کند.

اصلاح این افکار و کمک به جایگزین کردن افکار مثبت می تواند برای شخص کمک کننده باشد. مثلاً بجای اینکه بگوید من همیشه در امتحان شکست می خورم یا اصلاً نمی توانم موفق شوم، بگوید: گاهی اوقات شده که امتحانم را جالب نداده ام، اما زمانی هم بوده که امتحان خوبی داده ام،

پس می توانم دفعه بعد با تلاش بیشتری امتحان بهتری بدهم.

* بهبود روابط بین فردی و اجتماعی :

در دنیای امروز مهارت در ارتباطات به یک نیاز اساسی تبدیل شده است. شما چه در محیط خانواده با همسر و فرزند، چه در جامعه با اقوام، همکاران و همسایه ها نیازمند یک ارتباط صحیح هستید. یک ارتباط خوب و مؤثر، عضو گروه های مختلف بودن، دوست داشتن و دوست داشته شدن باعث می شود احساس شادابی و پویایی کنیم و از لحاظ اجتماعی خود را فردی سالم و مفید ارزیابی کنیم.

در برقراری یک ارتباط خوب توجه به چند نکته لازم است :

(۱) ما در هر حالت در حال ارتباط برقرار کردن هستیم، حتی در محیط های نا آشنا در یک جمع غریبه ما ناخودآگاه با چهره و رفتارمان بدون اینکه صحبت کنیم ارتباط برقرار می کنیم. ابروهای در هم کشیده، نگاه های زیر چشمی یا چرخاندن چشم که نشانه بی اعتنائی است به نوعی ارتباط اجتماعی محسوب می شود. پس ارتباط تنها با کلام و صحبت کردن نیست. گاه فرد مقابل از چهره و رفتار ما حالت های درونی ما را در می یابد.

(۲) توجه داشته باشیم که هر حرف بر زبان آورده شود دیگر قابل بازگشت نیست. گاهی شده با یک جمله نظر شخصی را نسبت به خود عوض کرده ایم که با معذرت خواهی و جبران کردن هم این نظریه به راحتی عوض نشده است پس در هنگام خشم و عصبانیت مراقب زبان خود باشیم.

(۳) چگونگی ارسال پیام مهم است، توجه کنیم که نحوه گفتن و کلماتی که بر زبان می آوریم و رفتارهایی که در همان حین نشان می دهیم دریافت های مختلفی در افراد ایجاد می کند و چه بسا این بد صحبت کردن و منظوری را به بدی تفهیم کردن موجب اختلافات خانوادگی سنگینی شده و ناراحتی و افسردگی را به دنبال بیاورد.

(۴) ارتباط یک خیابان دو طرفه است همان گونه که ما دوست داریم منظور خود را با حرف زدن به

طرف مقابل برسانیم اجازه دهیم او هم به راحتی با ما صحبت کند. در دعوی زوجین معمولاً دیده می شود که یک نفر تنها چشمان خود را بسته و با خشم صحبت می کند و از طرف مقابل شکوه و شکایت می کند و گاهی حتی اجازه نمی دهد شخص از خود دفاع کند و یا حرف های او را هم بشنود.

یکی از مشکلات اصلی روابط زناشویی عدم داشتن ارتباط صحیح ، خوب صحبت کردن و خوب گوش ندادن به صحبت های طرف مقابل است.

*** آموختن مهارت های زندگی :**

آموختن و تقویت مهارت های زندگی از اصول مهم در پیشگیری از افسردگی است. داشتن مهارت کنترل بر جریانات و حوادث زندگی علاوه بر تقویت اعتماد به نفس مردم، از عواقب تلخ بعدی جلوگیری کرده و چه بسا از بروز یک افسردگی در شخص پیشگیری نماید.

مهارت های زندگی در چند اصل اساسی خلاصه می شود:

۱) خودآگاهی : ابتدا شخص درون خود را به خوبی بشناسد. نیازها و خواسته ها ، نقاط مثبت و منفی، حدود و ویژگی های شخصیتی خود را خوب بشناسد و از دیگران هم در این مورد کمک بگیرد.

۲) داشتن ارتباط مؤثر : که در مبحث قبلی به آن اشاره شد.

۳) کنترل خشم : در زمان عصبانیت تصمیم نگیرد، حتی الامکان سخنی نگوید که موجب پشیمانی شود، موقعیت و محل را تا جایی که امکان دارد ترک کند، نوشیدن یک لیوان آب ، نفس عمیق و گفتن جملات آرام بخش به خود «الان تو عصبانی هستی، نفس عمیق بکش، قبلاً هم این اتفاق افتاده، آرامشت را حفظ کن» به شخص کمک می کند.

۴) مدیریت استرس : استرس فرایندی است که فرد و محیط را تحت تأثیر قرار می دهد. به عبارت دیگر فرد در رابطه ای قرار می گیرد که فشارآورنده است و کنترل آن برای وی مشکل می شود.

اما این فشاری که فرد احساس می کند فقط شامل موضوعات منفی نمی شود بلکه وقایع مثبت هم می تواند استرس زا باشد مانند بچه دار شدن، عوض کردن خانه ، ازدواج و

در هر حال توانایی سازگار شدن با موقعیت جدید و استرس زا هنری است که به آن مدیریت استرس گویند و در پیشگیری از افسردگی بسیار مؤثر است.

در مدیریت استرس راه کارهای کوتاه و بلند مدت وجود دارد که در هر کدام توضیح داده می شود در برخورد با یک استرس مشخص چه باید کرد. مسائلی از قبیل خودآگاهی ، توجه به دعا و معنویت، تنفس عمیق ، تلقین جملات مثبت ، ورزش و تغذیه مناسب، که به طور مفصل در کارگاه های آموزشی به اطلاع همکاران رسانیده می شود.

۵) مهارت حل مسأله : برخورد افراد با مسائل و مشکلات زندگی متفاوت است. برخی در برخورد با یک مشکل تنها پاسخ های هیجانی دارند مثلاً گریه می کنند، ناله سر می دهند ، عصبانیت خود را به سر دیگران تخلیه می کنند. برخی پاسخ های ناسازگارانه می دهند، به اعتیاد رو می آورند، اقدام به خودکشی یا فساد می کنند و عده ای هم با آرامش به حل مسأله فکر می کنند و راه های موجود را ارزیابی می کنند.

مهارت حل مسأله در مقابله با مشکلات زندگی یکی از راه کارهای پیشگیری از افسردگی است که انشاء... در دوره های آموزشی مفصلاً به آن پرداخته می شود.

پیشگیری ثانویه:

در مورد پیشگیری ثانویه که همان روش های درمانی است قبلاً بحث شد.

پیشگیری سطح سوم:

فرد افسرده باید هرچه سریع تر به فعالیت های اجتماعی و خانوادگی مفید خود برگردد. پس از مدتی که از شروع درمان گذشت و بیماری بهبود پیدا کرد ، بیمار فعالیت های روزانه را به صورت منظم از سر می گیرد. کارهای مثبت خود را یادداشت می کند و پیشرفت خود را مرتباً در این

یادداشت برداری ها می بیند.

شرکت نمودن در جمع، پرداختن به تفریح های گروهی، پرداختن به مسائل مذهبی و معنوی در بازتوانی یک بیمار افسرده مؤثر خواهد بود.

چگونه با بیمار دارای افکار خودکشی برخورد کنید؟

وقتی که افراد می گویند "من از زندگی خسته ام" یا "دیگر چیزی در زندگی وجود ندارد"، اغلب به آنها توجهی نمی شود یا برای آنها افراد دیگری با شرایط سخت تر مثال زده می شوند. اولین تماس با فرد مستعد خودکشی بسیار مهم است. اغلب تماس ها در کلینیک های شلوغ، خانه یا محل های عمومی رخ می دهد که در این محل ها داشتن یک گفتگوی خصوصی ممکن است مشکل باشد.

۱. قدم اول یافتن مکان مناسبی است که در آن گفتگویی آرام و به طور خصوصی بتواند انجام شود.

۲. قدم بعد اختصاص دادن زمان کافی است. بیماران مستعد خودکشی برای کاهش دردهای درونی خود نیاز به زمان بیشتری دارند و با دادن فرصت بیشتر به آنها باید از نظر ذهنی آماده شوند.

۳. مهم ترین کار گوش دادن مؤثر به آنها است. گوش دادن مؤثر قدم مهمی در کاهش ناامیدی آنهاست.

هدف، پرکردن فاصله ایست که در اثر ناامیدی ایجاد شده و امید دادن به شخص است تا شرایط او بتواند به نحو بهتری تغییر کند.

اینگونه ارتباط برقرار کنید

- با توجه کامل به صحبت های فرد گوش دهید. مرتب صحبت های او را قطع نکنید. خونسرد باشید.

- احساسات فرد را درک کنید.
- با احترام و پذیرش به صحبت های فرد گوش کنید.
- به ارزش ها و عقاید بیمار احترام بگذارید.
- با بیانی روشن و قابل اعتماد صحبت کنید.
- توجه، علاقه و مهربانی خود را به فرد نشان دهید.
- به احساسات فرد دقت کنید.

- با مهربانی به فرد گوش دهید
- احترام بگذارید
- همدلی داشته باشید
- با اعتماد برخورد کنید

چگونه خطر خودکشی را ارزیابی کنید؟

وقتی بهورزان به رفتارهای خودکشی مشکوک می شوند موارد زیر باید بررسی شوند:

- افکار و احساسات فعلی فرد درباره مرگ یا خودکشی
- نقشه فعلی فرد برای خودکشی
- ساختار حمایتی شخص (خانواده و دوستان)

بهترین راه برای پی بردن به افکار خودکشی در یک فرد این است که در مورد خودکشی از

اوسؤال شود.

بر خلاف باور عمومی سؤال درباره خودکشی باعث کاشته شدن افکار خودکشی در سر شخص

نمی شود. در حقیقت این افراد خوشحال می شوند راجع به موضوع خودکشی و سؤالاتی که با آن

دست و پنجه نرم می کنند به صورت واضح و مستقیم صحبت کنند.

خودکشی / باورهای غلط و واقعیت

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 این افراد به اندازه کافی نشانه هایی از خود بروز می دهند	افراد با افکار خودکشی قطعاً " قصد مرگ دارند 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

چگونه بهورزشخص دارای افکار خودکشی را مدیریت کند؟

هرگاه با بیماری روبرو شدید که برای خودکشی نقشه قطعی دارد، ابزار آن را در اختیار دارد و تصمیم دارد فوراً آن را عملی سازد. در صحبت هایش از خودکشی صحبت می کند و یا اطرافیان را تهدید به از بین بردن خود می کند ، همچنین در صورتی که پاسخ بیمار به یکی از سه سوال ۱۰ تا ۱۲ پرسشنامه غربالگری مثبت باشد باید ارجاع فوری داده شود و اقدامات زیر انجام گیرد:

- آگاه سازی خانواده از فوریت مسئله و جلب حمایت خانواده. پس از توجیه بیمار فردی را (ترجیحاً یکی از افراد مورد اعتماد از خانواده) که به طور ویژه می تواند از فرد مستعد خودکشی حمایت کند در کنار او قرار دهید.

- تأکید بر همراه بودن یکی از افراد خانواده به هنگام ارجاع به پزشک
- دور کردن ابزار و وسایل خودکشی مثل قرص، چاقو، اسلحه، سموم نباتی و....
- سریعاً با پزشک یا کارشناس بهداشت روان تماس بگیرید، آمبولانس را خبر کنید و شرایط بستری شدن وی را فراهم کنید.

دستورالعمل اجرایی پیشگیری از خودکشی

برای بهورزان

چرا بهورزان در مراقبت‌های اولیه بهداشتی در اولویت هستند؟

- بهورزان ارتباط نزدیک با جامعه دارند و مردم منطقه آنها را قبول دارند.
- بهورزان بین جامعه و سیستم بهداشتی ارتباط برقرار می‌کنند.
- بهورزان 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 بهورزان در دسترس، آگاه و متعهد برای ارائه مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی هستند.

وظایف بهورز، برای جلب همکاری افراد کلیدی جامعه

- در هر منطقه برخی افراد کلیدی همچون روحانیون، معلمان و یا افراد معتمد دیگری وجود دارند که می‌توانند در اطلاع‌رسانی و فعالیت‌های پیشگیری از خودکشی نقشی مؤثر داشته باشند. بهورز باید این افراد را شناسایی و همکاری آنان را برای آموزش جامعه جلب نمایند. ضمن دعوت این افراد به خانه بهداشت، با کمک کاردان، کارشناس بهداشت و پزشک مرکز بهداشتی درمانی مطالب زیر را با آنها در میان بگذارد:
- بر خطر افزایش خودکشی و ضرورت پیشگیری از آن تأکید نماید.
- علائم و نشانه‌های اقدام به خودکشی را توضیح دهد.
- کاهش دسترسی آسان به سموم و دفع آفات، نفت و نحوه نگهداری آن را بیان نماید.
- علل و عواملی که افراد جامعه را در معرض خطر خودکشی قرار می‌دهد بیان نماید.
- پیامدها و خطرات ناشی از خودکشی را یاد آوری نماید.
- برای حل مشکل بیماران و یا پیدا کردن شغل و افزایش باورهای مذهبی از این افراد کمک

بخواهد و نتایج حاصل از این کار را برای آنان توضیح دهد.

- به آنها متذکر شود که مسئولیت پیشگیری از خودکشی بر دوش همه افراد جامعه، به ویژه مسئولین جامعه قرار دارد.

- ضمن تشریح باورهای غلط در مردم، نسبت به زدودن باورهای غلط از آنان کمک بگیرد.

منابع حمایتی

منابع حمایتی معمول در دسترس عبارتند از

- خانواده
- روحانیون
- دوستان
- مراکز بحران
- همکاران
- کارکنان بهداشتی

وظایف بهورز در برنامه ادغام پیشگیری از خودکشی

- شناسایی بیماران افسرده و در معرض خطر (بیماریابی)
- ارجاع به موقع افراد شناسایی شده (طبق راهنمای پرسشنامه)، اقدام کنندگان به خودکشی و افرادی که اقدام آنان منجر به فوت نشده به پزشک مرکز
- پیگیری برنامه های درمانی
- آموزش افراد کلیدی خانوارها، بیماران
- گزارش دهی منظم

بیماریابی

در این برنامه کلیه افراد بالای ۱۵ سال هر منطقه باید توسط پرسشنامه غربالگری شوند. بهورز می تواند به هنگام مراجعه به درب منزل یا مراجعه خانوارها به خانه بهداشت، نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام نماید. این پرسشنامه توسط خود فرد تکمیل می گردد، مگر این که فرد بی سواد بوده که در این صورت، ضمن رعایت اصل رازداری با کمک بهورز تکمیل می شود. پس از تکمیل پرسشنامه، افراد در معرض خطر (با استفاده از راهنمای تکمیل پرسشنامه) شناسایی و ارجاع می شوند. کلیه پرسشنامه های تکمیل شده که نیاز به ارجاع ندارند، در

پوشه جداگانه نگهداری شود (روی پوشه درج شود: پرسشنامه های مربوط به غربالگری پیشگیری از خودکشی) و پرسشنامه های دارای شرایط ارجاع فوری و غیر فوری در پرونده خانوار قرار گیرد. لازم به ذکر است با توجه به اهمیت موضوع در مادران باردار، کلیه مادران باردار بدون در نظر گرفتن سن باید در این برنامه غربالگری گردند.

ارجاع

هرگاه با بیماری روبرو شدید که در صحبت هایش از خودکشی صحبت کرد و یا اطرافیان را تهدید به از بین بردن خود می کند، همچنین در صورتی که پاسخ بیمار به یکی از سه سوال ۱۰ تا ۱۲ پرسشنامه غربالگری مثبت باشد نیاز به ارجاع فوری دارد و به خانواده وی توصیه کنید تا مراجعه به پزشک یا مرکز، کسی مواظب بیمار باشد و بیمار را به نزدیک ترین مرکز بهداشتی درمانی و یا بیمارستان ارجاع دهید. در صورت پاسخ مثبت به یکی از ۹ سؤال اول پرسشنامه غربالگری، ارجاع به صورت غیر فوری می باشد.

*ارجاع بیمار باید با برگه ارجاع (فوری یا غیر فوری) صورت گیرد و در دفتر ثبت بیماران درج گردد. پس از برگشت، فرم های ارجاع غیر فوری در پوشه جداگانه نگهداری شود (روی پوشه درج شود: فرم های ارجاع مربوط به غربالگری پیشگیری از خودکشی) و فرم های ارجاع فوری در پرونده خانوار قرار گیرد.

پیگیری

در طول ۲۴ ساعت اول پس از ارجاع فوری و در طول هفته اول پس از ارجاع غیر فوری لازم است از خانواده بیمار سؤال شود آیا به پزشک مراجعه نموده اند؟ علت عدم مراجعه مشخص و خانواده را تشویق به مراجعه به پزشک نمایید. پس از مراجعه بیمار به پزشک مطابق با توصیه های پزشک که در قسمت نظریه پزشک در فرم ارجاع نوشته شده، درمان بیماران پیگیری شود:

- آیا بیمار طبق دستور پزشک بطور مرتب داروهای خود را مصرف می کند؟
- آیا با مصرف دارو، وضعیت بیمار بهتر شده است؟
- آیا با مصرف دارو، عوارض دارویی دارد؟
- آیا بیمار مجدداً شروع بکار و فعالیت نموده است؟

- آیا بیمار برای ادامه درمان ، به موقع به پزشک مراجعه کرده است ؟
این اطلاعات باید در فرم پیگیری بیماری ها در پرونده خانوار ثبت گردند . پیگیری تا زمان تاثیر داروها (دو تا سه هفته پس از شروع درمان) باید حداقل هفته ای یکبار صورت گیرد و پس از آن طبق دستور پزشک و یا ماهانه وضعیت بیمار پیگیری شود. موارد پیگیری در فرم پیگیری بیماری ها ثبت شود.

آموزش

در مورد افسردگی و نشانه های آن ، به بیمار و خانواده ها آموزش دهید و توصیه کنید نسبت به افسردگی خود و اعضای خانواده بی تفاوت نباشند و در صورت وجود علائم افسردگی ، به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند. در صورت درمان دارویی عوارض داروها و نحوه مقابله با این عوارض به بیمار و خانواده ی وی آموزش داده شود. همچنین بروشورهای آموزشی در این جلسات بین گروه های هدف توزیع گردد. لازم است بهورز در هر هفته یک جلسه ۲ ساعته بصورت گروهی به اضافه آموزش چهره به چهره داشته باشد و ۱۵ نفر در هفته و بطور متوسط در مجموع حدود ۶۰ نفر را در ماه آموزش دهد و کلیه آموزش ها طبق دستورالعمل آموزش سلامت در دفتر پویایی آموزش ثبت گردد. آموزش چهره به چهره در فرم آموزش ثبت شود. آموزش ها متناسب با گروه هدف و مطابق با متن آموزشی و پمفلت های ارسالی انجام گیرد.

گزارش دهی

موارد شناسایی شده توسط بهورزان ، پس از تأیید و تشخیص پزشک مرکز و ثبت در پرونده خانوار، در فرم گزارش ماهانه پیگیری بیماری های غیر واگیر ثبت می گردند . در ستون موارد تحت درمان (جمع موارد جدید ،عود و تکراری)، موارد تحت مراقبت، قطع پیگیری و ارجاع با گذاشتن ستاره در محل و در پایین فرم توضیح داده می شود که این تعداد بیمار ، مربوط به برنامه پیشگیری اولیه خودکشی می باشد. فرم گزارش ماهانه پیگیری بیماری های غیر واگیر هر ماه به مرکز بهداشتی درمانی ارسال می گردد.

*****کلیه اطلاعات به صورت محرمانه ارسال و بایگانی شود.**

ضمایم

منابع

1- WHO (2000), Preventing suicide, A resource for Primary Health Care Workers

۲- زجاجی، علی و همکاران (۱۳۷۸). پیش نویس برنامه ادغام پیشگیری اولیه از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه. اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت.

۳- حسن زاده، سید مهدی (۱۳۸۶). متن آموزشی تهیه شده در مورد خودکشی: سایت

www.tehranpi.ir

۴- بوالهری، جعفر (۱۳۸۶). بهداشت روان برای کارشناسان بهداشتی. تهران: انتشارات بشری.

۵- مصباح، نسرین. جزوه آموزشی پیشگیری از خودکشی، چرا مردم خودکشی می‌کنند؟ حوزه معاونت دانشجویی و فرهنگی مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.

۶- باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهری، جعفر (۱۳۸۳). متن آموزشی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، برای کاردان‌های بهداشتی، تهران: انتشارات نشر آرامش.

۷- دستورالعمل‌های طرح ادغام بهداشت روان در P.H.C (۱۳۶۵). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۸- حسن زاده، سید مهدی؛ رجالی، علی (۱۳۶۶). بررسی دویست مورد خودکشی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۲۲، ۵۸-۴۷.

۹- حسن‌زاده، سید مهدی؛ رجالی، علی (۱۳۶۴). نگاهی به خودکشی در اصفهان. مجله دانشکده پزشکی، ۱۵، ۳۶-۲۹.

۱۰- نجومی، مرضیه و همکاران (۱۳۸۶). عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در جمعیت

عمومی شهر کرج. مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران.

۱۱- اسداللهی، قربانعلی و همکاران (۱۳۷۸). بهداشت روان برای رابطین بهداشتی. دانشگاه علوم و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.

۱۲- بوالهری، جعفر و همکاران (۱۳۸۳). مطالعه مداخلاتی چند مکانی پیشگیری از خودکشی (SUPRE-MISS). انستیتو روانپزشکی تهران.