



دانشگاه علوم پزشکی ایران

مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی ایران



## پیشگیری ، مراقبت و درمان خودکشی

تهیه و تدوین:

دکتر فاطمه شیرزاد متخصص روانپزشکی و عضو هیات علمی دانشگاه

زهرا طالب نیا مدیر پرستاری

فریبا معصومی مطلوب سوپروایزر آموزشی

ملیحه رنجبر سوپروایزر کنترل عفونت و آموزش سلامت

## فهرست مطالب

عنوان.....	صفحه .....
مقدمه.....	۳.....
آمار خودکشی مرکز روانپزشکی ایران.....	۴.....
ارزیابی گام به گام خطر خودکشی.....	۵.....
تعیین میزان خطر خودکشی.....	۷.....
آزمون جامع ارزیابی خطر خودکشی پرستاران.....	۸.....
برنامه های مراقبتی و درمانی توسط پزشکان و پرستاران.....	۹.....
منابع.....	۱۱.....

## مقدمه

خودکشی (suicide): خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد و آن 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.

اقدام به خودکشی (Suicide attempt): اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی گفته می شود.

افکار خودکشی در بسیاری از افراد جامعه 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.

### خودکشی بیمارستانی (suicide in the hospital setting):

هرگونه مورد خودکشی در بیمار بستری در بیمارستان را می گویند. که البته در مقایسه با سایر موارد خودکشی یک پدیده نسبتاً نادر است. علی رغم شیوع کم موارد خودکشی در بیمارستان، همیشه این اتفاق برای خانواده، سایر بیماران بخش و کارکنان آن بیمارستان یک رویداد سنگین است که می تواند منجر به پیامدهای بد در سلامت روان آنان شود. در صورت وقوع این مورد بازتاب آن برای بررسی اینکه آیا بهترین درمان و مراقبت ممکن انجام شده است یا خیر می تواند کمک کننده باشد.

در مورد بیماران روانپزشکی، خودکشی از یک طرف یکی از شایع ترین دلایل بستری در بیمارستان و از طرف دیگر مراقبت از این بیماران در بخش جزو چالش برانگیز ترین مسائل پیش روی پرستاران است. لذا این مورد قبلاً نیز موضوع پژوهش های زیادی بوده است، در سال ۲۰۰۰ دکتر دیسنهامر در مطالعه ای خود خطر خودکشی در بیمارستان را در محدوده وسیعی از ۲۵۵ تا ۹۴۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ بیمار روانپزشکی بستری برآورد نمود. (۱) همچنین در سال ۲۰۱۵ در مطالعه ای در کشور آمریکا میزان خودکشی در بیمارستان های مورد مطالعه به ۱۶۰۰ مورد رسید که اغلب این موارد با حلق آویز کردن خود در اتاق یا سرویس بهداشتی و حمام در بخش های روانپزشکی صورت گرفته بود. (۲)

عدم پیش بینی احتمال رفتار خودکشی توسط پزشک و سایر کادر درمان، ناتوانی در محدود کردن دسترسی به وسایل خودکشی، عدم تجویز داروها و/یا دوزهای مناسب، یا عدم اجرای دستورات درمانی همانطور که نوشته شده است، از دلایل مهم وقوع خودکشی در بخش است. (۳)

همچنین در مطالعات قبلی مهمترین عوامل خطر خودکشی در بخش شامل هفته اول بستری و روزهای اول بعد ترخیص از بخش، وجود اختلالات خلقی و افسردگی در بیمار، وجود اختلال اسکیزوفرنیا و سابقه قبلی اقدام به خودکشی بخصوص با روش های خشن و خطرناک مانند حلق آویز کردن خود و پریدن از ارتفاع بوده است. (۴) هرچند مطالعات دیگر عواملی مانند وجود اضطراب، بیقراری و بی علاقه‌گی به زندگی را در کنار وجود سابقه قبلی اقدام به خودکشی مهم دانسته اند. (۱)

در مطالعات ایرانی نیز عوامل خطر خودکشی در بیماران شامل مرد بودن، سطح تحصیلات و درآمد پایین، وجود اختلالات روانپزشکی بخصوص افسردگی و داشتن احساس ناامیدی بود (۵) در مطالعه دیگری در جیرفت، بر وجود اختلالات همراه بخصوص سوء مصرف مواد در بیماران با افکار خودکشی تاکید شد. شایعترین روش های خودکشی در این بیماران مسمومیت دارویی و پریدن رگ بود (۶) مطالعه دیگری در قزوین که بیماران مراجعه کننده به اورژانس با شکایت خودکشی را بررسی کرده است، میزان خودکشی را در مردان بیشتر از زنان، و در گروه های با تحصیلات و شرایط اقتصادی متوسط تا پایین بیشتر از سایر گروهها برآورد کرد (۷)

بهترین راه برای مدیریت خودکشی در بخش‌های روانپزشکی پیشگیری از آن است. یکی از مهمترین اقدامات در این راستا شناسایی بیماران در معرض خطر خودکشی است تا به این وسیله بتوان از این گروه از بیماران محافظت و مراقبت بیشتری نمود.

### تعداد خودکشی‌های مرکز روانپزشکی ایران در سال ۱۳۹۸

ماه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
بخش												
اورژانس	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
یک مردان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰
دو مردان	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
سه مردان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
زنان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
مهر	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
جمع	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰

### تعداد خودکشی‌های مرکز روانپزشکی ایران در سال ۱۳۹۹

ماه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
بخش												
اورژانس	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
یک مردان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
دو مردان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
سه مردان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
زنان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
مهر	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
جمع	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰

### تعداد خودکشی‌های مرکز روانپزشکی ایران در سال ۱۴۰۰

ماه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
بخش												
اورژانس	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰
یک مردان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
دو مردان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰

سه مردان	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
زنان	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
مهر	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
جمع	.	.	۱	.	.	.	.	.	.	.	.	.

### ارزیابی گام به گام خطر خودکشی:

برای ارزیابی خطر اقدام به خودکشی در بیمارستان می توان از گام های زیر استفاده کرد:

گام اول: ارزیابی فکر، برنامه و قصد خودکشی و مرگبار بودن آن

گام دوم: ارزیابی اقدام قبلی خودکشی

گام سوم: ارزیابی تاریخچه روانپزشکی

گام چهارم: ارزیابی عوامل خطر و محافظ

گام پنجم: بررسی وضعیت روانی

#### نکته:

اگرچه این گام ها بطور تخصصی توسط روانپزشکان و دستیاران روانپزشکی در بخش ها انجام می شود، اما پرستاران و بقیه کادر درمان نیز می بایست با آموزشهایی بصورت مداوم و دوره ای برای آنها در نظر می گیرند، از آنها برای شناسایی و مراقبت از بیماران در معرض خطر استفاده نمایند.

### گام اول: : ارزیابی فکر، برنامه و قصد خودکشی و مرگبار بودن آن:

#### الف) ارزیابی افکار فعلی خودکشی :

سوالات زیر به پزشکان و پرستاران برای ارزیابی افکار خودکشی در حال حاضر کمک می کند. نحوه پرسیدن تدریجی سئوالات در اینجا کمک می کند که بیمار در گفتن افکار خود احساس راحتی بیشتری بکند.

- آیا تا به حال فکر کرده ای زندگی ارزش زندگی کردن را ندارد؟
- آیا تا به حال به پایان دادن به زندگی فکر کرده ای؟
- آیا تا به حال 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 به آن می دهی؟

#### افکار شدید و مداوم = خطر بالا

#### ب) ارزیابی وجود طرح و نقشه برای خودکشی

- 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 افکار فعال = خطر بالا طرح و نقشه دقیق و همراه با جزئیات = خطر بالاتر**

### ج) ارزیابی قصد خودکشی

- ✓ آیا هیچ قصدی برای عمل کردن به افکار را داری؟
- ✓ گفתי دوست داری بمیری و حتی به خوردن قرص فکر کرده‌ای، ولی آیا قصد انجام این کار را داری؟
- ✓ این قصد چقدر قوی است؟

✓ **عدم وجود قصد مشخص = خطر پایین وجود قصد خاص = خطر بالا**

### گام دوم: ارزیابی اقدام قبلی خودکشی

با پرسیدن سوالات زیر میتوان اقدامات قبلی بیمار را ارزیابی نمود:

- ✓ آیا تا بحال اقدام به خودکشی کرده‌ای؟
- ✓ در مورد سایر مواردی بگو که به شکل جدی به خودکشی فکر کردی یا اقدام به آن کردی؟
- ✓ در گذشته چه حوادثی منجر شد که اقدام به خودکشی کنی؟
- ✓ کشنده بودن اقدام
- ✓ تکانه‌ای بودن
- ✓ مصرف مواد
- ✓ پیامد
- ✓ احساس فرد در مورد زنده ماندن

**احساس گناه و پشیمانی = خطر پایین سرخوردگی، سرزنش خود = خطر بالاتر**

### گام سوم: ارزیابی تاریخچه روانپزشکی

۱. وجود تاریخچه مشکلات روان پزشکی: بویژه افسردگی و سایکوز و یا وجود علائمی که ممکن است حاکی از وجود یک بیماری روانی تشخیص داده نشده باشد
۲. وجود مشکلات کنترل تکانه: مانند پرخاشگری، رفتارهای پر خطر کردن و برون‌ریزی جنسی رفتارهای تکانشی بیمار را با سئوالات زیر می‌توان چک نمود:
  - ✓ آیا احساس می‌کنی روی اعمال و رفتار کنترل داری؟
  - ✓ چقدر احساس می‌کنی خارج از کنترل هستی؟
  - ✓ چه وقت احساس کردی از کنترل خارج شدی؟ چکار کردی؟
۳. وجود سوء مصرف الکل و مواد: سابقه مصرف مواد و الکل به‌عنوان عامل خطر خودکشی به حساب می‌آید.

### گام چهارم: ارزیابی عوامل خطر و محافظ:

۱. ارزیابی عوامل خطر: عوامل استرس زای مزمن و حاد
  - ✓ از دست دادن یک ارتباط مهم،
  - ✓ فوت شخص مورد علاقه،
  - ✓ از دست دادن کار،
  - ✓ مشکلات مالی، مورد بدرفتاری قرار گرفتن
  - ✓ تغییرات و قطع داروها

## ۲. ارزیابی عوامل محافظ :

- وجود دلایلی برای زندگی :
- ✓ چه دلایلی برای زندگی داری؟
- ✓ چه چیز مانع از آن می شود که به زندگیت پایان دهی؟ خانواده، مذهب و ...

- وجود حمایت های خانوادگی و اجتماعی
- وضعیت هیجانی

**هیجانات شدید و غیر قابل تحمل**      **گرختی عاطفی = خطر بالاتر**

- رفتار و ظاهر و تفکر
- پزشک یا پرستار در ارزیابی خطر خودکشی در بیمار باید به رفتار بیمار توجه کرده و نکات زیر را در نظر بگیرد.
- ✓ مراجع چگونه به نظر می رسد؟ (وضعیت بهداشتی، سر و وضع و ظاهر)
- ✓ آیا می داند کجاست؟ چه زمانی از روز، ماه و سال است؟ توجه و تمرکز و حافظه وی چگونه است؟
- ✓ آیا افکار وی منطقی و سازمان یافته است؟ محتوای فکر او چیست (پارانویید و هذیانی)
- ✓ چگونه رفتار می کند؟ (بیقرار، هوشیار، همکاری کننده)

### • ارزیابی امید به آینده

چقدر امید دارید که وضعیت فعلی شما تغییر کند؟  
برای اینکه این قدر احساس نومیکنید چه چیز باید تغییر کند؟

**احساس نومیکنی، درماندگی، پوچی و بی معنایی زندگی و آینده = خطر بالاتر**

## تعیین میزان خطر خودکشی ( ویژه پزشکان):

خطر خودکشی خفیف	افکار خودکشی فراوانی، شدت یا مدت زمان محدودی دارد. قصد و طرح و نقشه خاصی برای خودکشی وجود ندارد. فرد خود-کنترلی خوبی دارد. عوامل خطر محدود بوده و عوامل محافظتی وجود دارد
خطر خودکشی متوسط	افکار خودکشی مکرر با شدت و دوره محدود، یک طرح و نقشه خاص وجود دارد ولی قصد خودکشی وجود ندارد. یک سری عوامل خطر وجود دارد) سابقه اقدام به خودکشی و حداقل دو عامل خطر اضافی خودکشی (ولی عوامل محافظت کننده هم وجود دارد. فرد برای بهبود وضعیت هیجانی و روان شناختی فعلی خود انگیزه دارد.
خطر خودکشی بالا	افکار خودکشی مکرر، شدید و مداوم، وجود طرح نقشه خاص، وجود نشانه های عینی از قصد خودکشی مانند تهیه وسایل لازم برای خودکشی، بخشیدن اموال و ... شواهدی از خود-کنترلی ضعیف، خلق افسرده و علائم شدید روان پزشکی، عوامل خطر متعدد و عوامل محافظ معدود. سابقه اقدام به خودکشی با دو یا چند عامل خطر دیگر، نا امید نسبت به آینده و انکار حمایت اجتماعی موجود

## تعیین نوع مداخله براساس سطح خطر ( ویژه پزشکان)

**خطر خودکشی پایین:** مراقبت معمول خود از بیمار را داشته باشید، با بیمار همدل باشید. افسردگی یا بیماری زمینه ای عامل خودکشی باید هر چه سریعتر درمان شود. بیمار را بصورت مکرر از نظر خطر خودکشی ارزیابی نمایید.

خطر خودکشی **متوسط**: علاوه بر موارد خطر پایین نظارت ۲۴ ساعته و دقیق بیمار و درمان مشکلات زمینه ای او توصیه می شود.

**خطر خودکشی بالا یا فوری**: علاوه بر رعایت موارد خطر متوسط، بیمار باید حتما بصورت روزانه ویزیت و از نظر خطر خودکشی ارزیابی شود، همچنین جلسات مشاوره و رواندرمانی حمایتی روزانه برای بیمار انجام شود، بیمار در اتاق روبروی ایستگاه پرستاری بستری گردد تا بهصورت مرتب تحت نظر باشد، درمان علائم روانپزشکی وی باید هرچه سریعتر انجام گیرد. بیمار نمی تواند با رضایت شخصی مرخص شود و حتما باید روانپزشک قبل ترخیص بیمار را ویزیت نماید.

### ارزیابی خطر خودکشی توسط پرستاران

برای ارزیابی خطر خودکشی توسط پرستاران در بیمارستان ها از فرم های مختلفی استفاده می شود، از جمله آن " **آزمون جامع پرستاران برای ارزیابی خطر خودکشی**" است. این فرم در بدو بستری و به صورت هفتگی توسط پرستاران این مرکز برای تمام بیماران ارزیابی و تکمیل می گردد.

### آزمون جامع پرستاران برای ارزیابی خطر خودکشی (Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR))

آزمون جامع پرستاران برای ارزیابی خطر خودکشی توسط کاتکلیف و بارکر در سال ۲۰۰۴ به وجود آمد تا پرستاران بتوانند خطر خودکشی را در فرد تشخیص دهند، ۱۵ مورد توسط این آزمون سنجیده می شود که از آن میان می توان به «نشانه های برنامه ریزی برای خودکشی» با امتیاز ۳ و یا «پیش آگهی سایکوز» با امتیاز ۱ اشاره کرد در کل ۲۵ امتیاز در این آزمون در نظر گرفته شده است

### سطوح ریسک خودکشی:

- ❖ امتیاز ۵ یا کمتر: ریسک خودکشی کم - سطح چهار
- ❖ امتیاز بین ۶ تا ۸: ریسک خودکشی متوسط. - سطح سه
- ❖ امتیاز بین نه تا ۱۱ ریسک خودکشی زیاد - سطح دو
- ❖ امتیاز ۱۲ یا بیشتر: ریسک خودکشی بسیار زیاد - سطح یک

predictor variable	متغیر پیش بینی کننده	امتیاز
1. Feelings of hopelessness	احساس ناامیدی	۳
2. Recent stressful events	حوادث استرس زای اخیر	۱
3. Persecutory hallucinations	توهم گزند و آسیب	۱
4. Depression	افسردگی	۳
5. Withdrawal from social interaction	نداشتن تعامل اجتماعی	۱
6. Verbalization of suicidal intent	قصد کلامی خودکشی	۱
7. Evidence of a specific plan	مدارک و شواهد از یک طرح خاص	۳
8. Family history of mental illness or suicide	سابقه خانوادگی بیماری های روانی و خودکشی	۱
9. Recent bereavement or relationship breakdown	سوگ اخیر یا شکست رابطه	۳
10. History of psychosis	تاریخچه روان پریشی	۱
11. Widow/widower	بیوه	۱
12. Prior suicide attempt	اقدام به خودکشی قبلی	۳



13. History of socio-economic deprivation	تاریخچه محرومیت اجتماعی و اقتصادی	۱
14. History of substance use	تاریخچه مصرف مواد	۱
15. Terminally ill	علاج ناپذیری بیمار	۱
total	امتیاز کل	۲۵

### الزامات بیمارستان برای پیشگیری از خودکشی :

۱. نکات زیر برای پیشگیری از خودکشی توسط بیمار کمک کننده است.
۲. سیم برق بدون پوشش، پریزهای بدون پوشش و قطع کننده در بخش ممنوع است
۳. از لیوان ها و ظروف پلاستیکی بجای انواع شکستنی استفاده شود.
۴. پنجره های بخش باید حفاظ داشته باشند.
۵. داروها و وسایل پزشکی (بخصوص سرنگ ها و اشیاء خطرناک دیگر) در کمد های قفل دار و در اتاق دارو و دور از دسترس بیماران نگهداری می شوند .
۶. پرسنل بخش باید بصورت دوره ای برای شناسایی عوامل خودکشی در بخش و مدیریت آن آموزش ببینند.
۷. آموزش کارکنان حفاظت فیزیکی (نگهبانان ) درخصوص شناخت علائم افسردگی، خودکشی و نحوه مواجهه آنان با این بیماران در مواقع بحران لازم است.
۸. نصب دستبند زرد برای بیماران دارای ریسک خودکشی متوسط به بالا الزامی است.
۹. 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 ومانیتورینگ بیمار را محدود می کند)
۱۰. 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
۱. امکان قفل کردن درب فضاهایی چون حمام و سرویس بهداشتی نباید وجود داشته باشد .
۲. بیماران در بخش باید بصورت کامل و در کوتاه ترین زمان ممکن از نظر بیماری روانپزشکی که زمینه ساز خودکشی بوده است، درمان شوند.
۳. امکان ترخیص با رضایت شخصی برای بیماران با افکار خودکشی وجود نداشته باشد و این امر تنها بعد ویزیت و با طی مراحل قانونی ( نامه از قوه قضاییه، تنظیم صورتجلسه شرایط اضطرار و صورتجلسه پلیس با هماهنگی مسئول فنی بیمارستان) صورت پذیرد.
۴. 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

### برنامه های مراقبتی و درمانی توسط پزشکان و پرستاران :

۱. بیماران با اندیکاسیون بستری، توسط پزشک نظر خودکشی و افسردگی ارزیابی ودر بر گه دستورات پزشک برنامه مراقبتی در این خصوص ثبت می گردد.

۲. گزارش خانواده مبنی بر وجود افکار خودکشی و یا سابقه اقدام به خودکشی توسط پزشک اخذ و در پرونده ثبت می شود
۳. بیماران با اندیکاسیون بستری، توسط پرستار نظر خودکشی طبق معیار جهانی خودکشی ارزیابی و در فرم ارزیابی اولیه ، فرم ارزیابی خودکشی ، گزارش بدو ورود ، کاردکس میزان ریسک خودکشی ضمن تعیین برنامه مراقبتی ثبت می گردد .
۴. کادر پرستاری در بدو ورود و حین بستری ، وجود اسکار و زخم متعدد روی مچ دست / ناحیه قدام ساعد و گردن بیمار را با توجه به احتمال اقدام به خودکشی بررسی و در صورت مشاهده به پزشک اطلاع رسانی و همراه با اقدامات در پرونده و کاردکس ثبت می کند
۵. پرستار بعد از ارزیابی و تعیین میزان ریسک خودکشی علت را از طریق مصاحبه با خانواده / بیمار بررسی و بر اساس علل ، برنامه مراقبتی تدوین می نماید و در گزارش پرستاری و کاردکس ثبت و اجرا می نمایند .
۶. توسط پزشک و پرستار ، بیماران با افکار خودکشی از نظر میزان خطر خودکشی بررسی می شوند تا بیماران پر خطر بتوانند مراقبت های جدی دریافت کرده و بصورت ۲۴ ساعته مورد نظارت قرار گیرند.
۷. در مواردی که شکایت بیمار با آثار موجود در بدن وی همخوانی ندارد و بیمار آنها را به عوامل نامربوط منتسب می نماید؛ توسط پزشک مورد ارزیابی دقیق قرار می گیرد یا مشاوره پزشکی قانونی درخواست و انجام می گردد (موارد خودزنی، خودکشی، درگیری فیزیکی با دیگران)
۸. بیماران با افکار خودکشی در نزدیک ترین اتاق نزدیک ایستگاه پرستاری و ترجیحا در مکانی که در دید مستقیم پرستاران بخش باشند، بستری می شوند.
۹. بیمار با افکار خودکشی روزانه توسط روانپزشک ویزیت شده و مشاوره های روانشناختی برایش انجام گیرد.
۱۰. در تمام شیفت ها پرستاران، بیماران با افکار خودکشی را از نظر تواتر و شدت افکار بررسی کرده و از نظر داشتن برنامه ریزی و انتخاب روش خودکشی ارزیابی می نمایند .
۱۱. در تمام شیفت ها کادر پرستاری و پزشکان بیمار را از نظر رفتارهایی که می تواند نشانه وجود افکار خودکشی در وی باشد نیز ارزیابی می نمایند . (رفتارهایی مانند نوشتن وصیت نامه، خداحافظی از خانواده یا سایر بیماران در بخش، ناامیدی از بهبود و اثر دارو ها و .....)
۱۲. پرستاران در زمان دارو دادن از خوردن دارو توسط بیمار با صحبت کردن با وی اطمینان حاصل می نمایند
۱۳. بیماران در بدو ورود به بخش و پس از هر بار زمان ملاقات با خانواده از نظر به همراه داشتن وسایل خطرناک (مانند اشیای نوک تیز و برنده، زنجیر در گردن و یا وسایلی که امکان خفه کردن دارند توسط بهیار یا کمک بهیار بازرسی می شوند. (این بازرسی با نهایت احترام به حقوق انسانی بیمار و با کسب اجازه از بیمار صورت می گیرد.)
۱۴. در تمامی طول شیفت ، توسط کادر پرستاری واحد بیماران از نظر وجود وسایل خطرناک ، تیزو برنده ، دارو، مواد مخدر، قلاب، میخ یا سایر مکان هایی که امکان درست کردن دار توسط بیمار را بوجود آورد بررسی می شود.
۱۵. برای ارزیابی دقیق و مستند میزان خطر خودکشی در بیمار با افکار خودکشی، از فرم های مخصوص برای ثبت تغییرات هفتگی و در هر شیفت در گزارش پرستاری استفاده می شود
۱۶. در بیمارانی که مدت بستری آنها طولانی شده است ، به دلیل احتمال خستگی و افسردگی از نظر خودکشی توسط پزشک مجدد بررسی می شوند.
۱۷. پرسنل و پزشکان ارتباط حرفه ای ، همدلانه ، حمایت کلامی ، رفتاری بخش با بیماران در کلیه شیفت ها برقرار می کنند .
۱۸. در صورت انکار افکار خودکشی، پزشک این موضوع را به دقت بررسی و برنامه مراقبتی را در برگه دستورات پزشک ثبت و توسط پرستاران اجرا می شود .

۱۹. پرستاران در مورد احساسات مربوط به خودکشی با بیمار صحبت و اگر حرفی از خودکشی زد حتما به پزشک اطلاع می دهند .
۲۰. در حین تعویض شیفت یا صبح خیلی زود و یا روزهای تعطیل با توجه به احتمال افزایش خطر خودکشی در فردی که قصد خودکشی دارد، پرستاران با دقت بیشتری در بالین حضور داشته و بیمار را ارزیابی می نمایند.
۲۱. در حین شیفت مخصوصا شیفتهای شبانه حتما سرکشی ها با تعداد مشخصی ولی در زمانهای متفاوتی انجام می پذیرد .
۲۲. بیماران حتما یک هفته بعد ترخیص توسط روانپزشک ویزیت شوند تا مجددا از نظر خطر خودکشی بررسی شوند.
۲۳. حتما قبل ترخیص مداخلات خانوادگی انجام شده و حمایت خانوادگی کافی برای بیماران فراهم گردد.
۲۴. اگر بیمار زیر ۱۸ سال است والدین یا سرپرست قانونی وی در اولین فرصت توسط پزشک معالج در جریان مشکل وی قرار بگیرند.

#### منابع:

1. 1.Deisenhammer EA, DeCol C, Honeder M, Hinterhuber H, Fleischhacker WW. In-patient suicide in psychiatric hospitals. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000 Oct;102(4):290-4.
  2. 2.De Santis ML, Myrick H, Lamis DA, Pelic CP, Rhue C, York J. Suicide-specific safety in the inpatient psychiatric unit. Issues in mental health nursing. 2015 Mar 4;36(3):190-9.
  3. 3.Tishler CL, Reiss NS. Inpatient suicide: preventing a common sentinel event. General hospital psychiatry. 2009 Mar 1;31(2):103-9.
  4. 4.Sakinofsky I. Preventing suicide among inpatients. The Canadian journal of psychiatry. 2014 Mar;59(3):131-40.
5. اشکانی حمید، ده بزرگی غلامرضا، امام قلی پور نادر. بررسی همه گیر شناسی خودکشی در مراجعان به بخش اتفاقات روانپزشکی.
6. ظهور علیرضا، افلاطونیان محمدرضا. فراوانی اقدام به خودکشی در مراجعه کنندگان به بخش اورژانس شهر جیرفت در سال ۱۳۸۰.
7. شیخ الاسلامی همایون، کنی کاملیا، ضیائی امیر. بررسی عوامل مستعدکننده اقدام به خودکشی در مراجعین به بخش اورژانس. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۱۷(۶۵):۷۷-۸۷.