***وزارت بهداشت و درمان وآموزش پزشكي***

***اداره سلامت روان***

***دستورالعمل اجرایی***

***برنامه کشوری پيشگيري از خودكشي***

***مقدمه***

تشکیل کمیته دانشگاهی:

کميته راهبردي در دانشگاه علوم پزشكي 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 سیمای 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 اواویت 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).

1. داشتن آمار بالاتراز میانگین کشوری بالاتراز میانگین در دانشگاه مربوطه
2. داشتن حداقل یک روانپزشک فعال و یا پزشک عمومی دوره دیده بهداشت روان در سطح شهرستان.
3. وجود امکان بستری روانپزشکی و ECT در بیمارستان آن شهرستان.
4. وجود کارشناس بهداشت روان.

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

**شرح وظايف كميته دانشگاهي:**

1. 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 خدکشی در هر دانشگاه بر عهده گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه مربوطه می باشد.

1. توسعه همکاری بین بخشی در زمینه اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی و بر اساس برنامه عملیاتی تدوین شده در دانشگاه
2. مدیریت و نظارت بر اجرای برنامه در سطح دانشگاه و ارائه گزارش به ستاد وزارتی

برنامه اجرایی در سطح شهرستان

* تشکیل کمیته اجرایی شهرستان‌با عضویت افراد زیر:

1. رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان
2. رئیس مرکز بهداشت (معاون بهداشتی) شهرستان
3. معاون درمان شبکه بهداشت و درمان شهرستان
4. کارشناس بهداشت روان شهرستان
5. یک روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده بهداشت روان
6. نماینده تام الاختیار فرماندار
7. نماینده سازمان بهزیستی شهرستان
8. نماینده اداره کل آموزش و پرورش شهرستان
9. نماینده نیروی انتظامی شهرستان
10. نماینده پزشکی قانونی شهرستان
11. نماینده صدا و سیمای شهرستان (در صورت موجود بودن)
12. نماینده اداره جهاد کشاورزی شهرستان

وظایف کمیته اجرایی شهرستان**:**

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

1. آمار اقدام به خودکشی، خودکشی منجر به فوت، تعداد معتادان سال قبل از اجرای طرح

2. خدمات درمانی در دسترس مثل بیمارستان یا بخش برای بستری بیماران (دولتی وخصوصی)

3. مراکز سرپایی و بستری درمان اعتیاد

1. مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی
2. خانه های بهداشت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه
3. مراکز سرپایی ارائه دهنده خدمات سلامت روان (دولتی، خیریه و خصوصی)
4. تعداد کارکنان بهداشتی شامل:
   * 1. روانپزشکان بخش دولتی و خصوصی
     2. پزشک عمومی شاغل در شبکه
     3. پزشک عمومی شاغل در بخش خصوصی
     4. روانشناسان بخش دولتی و خصوصی
     5. کاردان
     6. بهورز
     7. تعداد رابطین بهداشتی فعال
     8. آمار خودکشی و اقدام به خودکشی و افسردگی و افراد معتاد در سطح شهرستان.

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

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

10. 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

**دستورالعمل 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 6 ساعت در نظر گرفته شده است.
* طول مدت دوره آموزشی برای کاردان و کارشناس بهداشت روان یک روز و به مدت 6 ساعت در نظر گرفته شده است.
* طول مدت دوره آموزشی برای پزشکان عمومی دوروز و به مدت 12 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 25 نفر می باشد)

بازآموزی:

1. اولین بازآموزی2 ماه پس از آموزش اولیه انجام می شود.
2. دومین بازآموزی 6 ماه پس از آموزش اولیه انجام می شود.
3. 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 پيش آزمون و پس آزمون انجام شوند.
* اجراي برنامه آموزش پزشکان عمومی در دوره های آموزشی و بازآموزی ها می تواند با معرفي موارد سخت (hard case) و بحث پیرامون آنها انجام شود.

**اثربخشی 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. تجزيه و تحليل كيفيت آموزش از طريق آناليز آماري 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 لعمل آمده است:

* ضمیمه شماره 1 (سئوالات بهورزان)
* ضمیمه شماره 2 (سوالات کاردانان)
* ضمیمه شماره3 (سئوالات پزشکان عمومی)

**آموزش آبشاري :**

به طور معمول در شبکه مراقبت های بهداشتی اولیه، برای انتقال آموزش ها و باز آموزی از روش آبشاری 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 مستمردارد، 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 آنجام داد:

الف) برگزاری کلاس های آموزشی برای گروههای زیر:

* + 1. مشاورین ادارات آموزش و پرورش در سطح شهرستان (در صورت لزوم سایر کارکنان در نظام آموزشی از جمله معلمین)
    2. مشاورین مراکز مشاوره و همچنین کارکنان واحدهای نظام آموزش عالی در وزارت بهداشت و وزارت علوم
    3. اعضاء کمیته پیشگیری از خودکشی در سطح شهرستان از قبیل: شهردار، رئیس شورای شهر، فرماندار، امام جمعه، رئیس صدا و سیمای شهرستان و رئیس اداره آموزش و پرورش شهرستان
    4. سایر افراد کلیدی از قبیل ائمه جماعات، کارکنان سازمان بهزیستی، کمیته امداد و ....
    5. اعضاء بسیج
    6. طلاب حوزه های علمیه
    7. اعضاء شورای شهر
    8. 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 دستورالعمل می باشد.

* + 1. افسردگی را بشناسیم.
    2. اشکال غیر معمول افسردگی کدامند؟
    3. درمان دارویی افسردگی چگونه است؟
    4. با عصبانیت چگونه کنار بیاییم؟
    5. چرا افسرده و عصبانی هستیم؟
    6. چرا افسردگی به همه مربوط است؟
    7. چگونه افسردگی موقت و گذرا را از بیماری افسردگی تفکیک کنیم؟
    8. خانواده با کسی که اقدام به خودکشی نموده است چگونه رفتار نماید؟

ج) تهیه و نصب پلاکارد ها و استند های آموزشی برای آموزش مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان ها. نمونه ای از شعارهای مرتبط به شرح زیر می باشد:

* افسردگی بیماری است و قابل درمان
* کسانی که اقدام به خودکشی می کنند 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، می توانید از آن پیشگیری کنید
* عصبانیت و پرخاشگری را می توانید 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 شماره4)
* نحوه برخورد پرسنل اورژانس با اقدام کننده به خودکشی(ضمیمه شماره5)
* منبع آموزشی برای معلمان و اولیاء مدارس(ضمیمه شماره6)
* آیات قران کریم در ارتباط با پیشگیری از خودکشی(ضمیمه شماره7)
* پیشگیری از خودکشی منبع آموزشی برای مدیران رسانه های گروهی(ضمیمه شماره8)

دستورالعمل بیماریابی

افسردگي يكي از شايعترين علل خودكشي است، بدین ترتیب شناسايی 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

* شناسايي بيماران افسرده

1. **توسط بهورزو رابط بهداشتي**: بهنگام مراجعه افراد به خانه بهداشت ، يا مراجعه بهورز و رابط بهداشتی به منازل، در هنگام آموزش چهره به چهره و گروهي و همچنين هنگام مراجعه به مدارس و گفتگو با معلمين ، افراد افسرده را بااين پرسش ها شناسايي نمائيد.

آيا فردي درخانواده و يا محل كار شما وجود دارد كه يك يا چند تا از علائم زير را داشته باشد:

1. بيش از اندازه غمگين باشد و مرتب گريه كند.
2. بيش از اندازه بي حوصله باشد.
3. زياد عصباني مي شود و از كوره در مي رود.
4. مرتب از دردهاي جسماني مثل سردرد و كمردرد و ... شكايت مي كند.
5. كم خواب و كم اشتها باشد.
6. به سر و وضع و بهداشت خود نمي رسد.
7. از زندگي نا اميد باشد.
8. از فعاليتهاي روزمره زندگي لذت نمي برد.
9. راجع به مردن صحبت مي كند و مي گويد (از زندگي سير شده است)

در مورد كودكان و نوجوانان علاوه بر سئوالات فوق پرسشهاي زير را نيز مطرح نمائيد. آيا كودك و نوجواني در خانه و مدرسه وجود دارد كه:

1. بي دليل عصباني مي شود و پرخاشگري مي كند.
2. در منزل و مدرسه ناسازگار است
3. افت تحصيلي پيدا كرده است.
4. از مدرسه مكررا غيبت مي كند.

به منظور بيماريابي و شناسايي افراد افسرده اقدامات زير را انجام دهيد:

1. در موقع مراجعه افراد به خانه بهداشت: ضمن توضيح در مورد علائم افسردگي، چنانچه اين علائم در آنها وجود داشت آنها را به پزشك مركز ارجاع دهيد.
2. هنگام مراجعه به منازل مردم : ضمن توضيح در مورد علائم افسردگي، چنانچه فردي از افراد خانوار داراي علائم افسردگي بود او را به پزشك مركز ارجاع دهيد.
3. پمفلت افسردگي مخصوص خانواده ها را بين خانوارها توزيع نموده و از آنان بخواهيد به توصيه هاي آن عمل نمايند.
4. پمفلت افسردگي مخصوص اولياء مدارس را بين آنان توزيع نموده و از آنان بخواهيد به توصيه هاي آن عمل نمايند و ماهانه پيگيري نمايند.

پس از شناسايي افراد افسرده آنها را به پزشك نزدیکترین مركزبهداشتی- درمانی ارجاع دهيد.

1. **توسط پزشك عمومي :**

براي بيماريابي و تشخيص به موقع پزشك بايد داراي مهارت باشد. اولين و مهمترين مهارت پزشكان حساسيت ويژه به شكايت هاي بيماران براي تشخيص افسردگي است.

**علائم و ويژگيهاي باليني افسردگي:**

بيماران افسرده با تابلو ها و شكايات مختلف و متفاوت به پزشك مراجعه مي كنند يا ارجاع مي شوند.

آگاهي به معيارهاي تشخيصي معتبر براي تشخيص درست، يك نياز اوليه و اساسي است.

معيار اصلي افسردگي ، خلق پايين( احساس غم مستمر يا ناراحتي)و يا عدم احساس لذت مي باشد كه حداقل يكي از آنها براي تشخيص ضروري است.

ساير علائم شامل:

* تغييرات خواب (اغلب بي خوابي سحرگاهي است ولي مي تواند به صورت خواب سبك و بي خوابي اول شب و يا حتي با پر خوابي خودش را نشان دهد)
* تغييرات وزن و اشتها
* كاهش انرژي
* احساس بي ارزشي و گناه
* كاهش انگيزه و علائق
* اختلال در تمركز و دشواري تفكر
* كندي يا تندي سايكو موتور
* افكار خودكشي

اگر بيماري با حتي يكي از علائم فوق الذكر مراجعه كرد نيازمند بررسي ساير معيارهاي افسردگي است.

اگر بيماري از سستي، بي حالي، كاهش تمركزو اختلال خواب و دردهاي پراكنده شكايت كرد افسردگي را به عنوان يكي از تشخيص هاي افتراقي مهم در نظر بگيريد.

اگر بيماري از دلتنگي يا افسردگي و ناتواني و يا حتي اضطراب شكايت كرد، افسردگي را به عنوان يك تشخيص مهم در نظر بگيريد.

براي تشخيص هاي افتراقي توجه به نكات زير بسيار مهم است:

* در بعضي از موارد علائم بيمار افسرده علائمي از فاز افسردگي اختلال دو قطبي است، بنابراين پرسش از وجود سوابق خلق بالا از تمام بيماران افسرده براي ممانعت از تجويز ضد افسردگي و شيفت به فاز مانيا الزامي است.
* افسردگي ثانوي ناشي از مواد:اگر دلايل زماني و علل ارتباط داروومواد با افسردگي را اثبات نمايد.
* اختلال افسردگي ناشي از اختلال طبي عمومي
* سوگ طبيعي
* همواره در مصاحبه خود از احتمال افكار خودكشي يا نقشه خودكشي سئوال نماييد.
* **شناسايي افكار خودكشي در گروه هاي پر خطر و در معرض خطر خودكشي:**

علاوه بر افسردگي كه يكي از علل شايع اقدام به خودكشي مي باشد، لازم است كه كاركنان نظام سلامت نسبت به گروه هاي در معرض خطر و پر خطر خودكشي آگاهي لازم را داشته و نسبت به شناسايي افكار خودكشي در اين گروه هاحساس باشند.

1. **گروه هاي پر خطر و در معرض خطر كدامند؟**

**گروه هاي در معرض خطر :**

* دانش اموزان
* زنان خانه دار متاهل 30-15
* دانشجويان
* بچه هاي طلاق، بي سرپرست، خانواده افراد بيكار
* زنان بي سرپرست
* بيماران صعب العلاج
* حاشيه نشين ها و مهاجرين
* بازنشستگان
* سوء مصرف مواد و الكل
* مشكلات عاطفي اخير يا طلاق
* نااميدي، تنهايي يا انزوا
* شكست شغلي، مشكلات مالي و بيكاري
* مبتلايان به بيماري هاي جسمي مزمن و ناتوان كننده

**گروه هاي پر خطر:**

* بيماران افسرده
* بيماران با ساير اختلالات روانپزشكي
* افرادی که سابقه قبلی اقدام به خودکشی دارند.
* سابقه فاميلي خودكشي
* افكار خودكشي

1. **چگونه افكار خودكشي را در گروه هاي فوق شناسايي كنيم؟**

در گروه هاي در معرض خطر و پر خطر مي توانيد براي شناسايي افكار خودكشي از سئوالات زير استفاده كنيد:

1. آيا در حال حاضر احساس مي‌كنيد از زندگي سير شده‌‌ايد؟
2. آيا در حال حاضر آرزو مي‌كنيد كه كاش زندگي شما به پايان مي‌رسيد؟
3. آيا به اين فكر مي‌كنيد كه خود را از بين ببريد؟

در صورت پاسخ مثبت به هريك از سؤالات فوق احتمال خطر خودكشي وجود دارد.

ندارد

ارجاع فوري به بخش روانپزشكي

دريافت پسخوراند از روانپزشك و پيگيري بيمار

ارجاع فوري به روانپزشك يا پزشك عمومي دوره ديده، دريافت پسخوراند پس از بازگشت از ارجاع و پيگيري بيمار

آيا بيمار طرح جدي براي اقدام به خودكشي دارد؟

دارد

دارد

1. **اقدامات لازم تا زمان ارجاع براي افراد شناسايي شده**:

* بيمار را تنها نگذاريد.
* اشياء خطرناك، وسايل تيز و برنده، داروها و سموم را دور از دسترس بيمار قرار دهيد.
* مراقب احتمال صدمه زدن بيمار به خودش يا اطرافيان باشيد.
* به بيمار فرصت دهيد افكار و احساسات خود را آزادانه بيان كند و با وي همدلي نماييد.
* از پند و اندرز و قضاوت زودهنگام در مورد بيمار بپرهيزيد. گاهي تنها گوش دادن به صحبت‌هاي بيمار مي‌تواند بسيار كمك‌كننده باشد.
* به خانواده جهت حمايت و نظارت نزديك اطلاع دهيد.
* در تمام موارد ارجاع به طور مشروح تشخیص، علت و اقدامات درمانی خود را ذکر نمايید.
* بیماراني که به‌‌تنهايی 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 نمايید که بیمار دچار سردرگمی نشود.
* در صورت امكان سوابق درمانی و پاراکلینیکی بیمار ضمیمه فرم ارجاع گردد.

دستورالعمل 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 روستايی**

**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 115 و 123)

**مسیر ارجاع در مناطق شهری**

**مسیر ارجاع در مناطق شهری**

دستورالعمل پیگیری

**پيگيري توسط بهورزان و رابطين بهداشتي و كاردان هاي مبارزه با بيماريها**:

در طول هفته اول پس از ارجاع ، لازم است از خانواده بيمار سئوال شود، آيا جهت درمان بيمارشان به پزشك مراجعه نموده اند؟

پس از اطمينان يافتن از مراجعه بيمار به پزشك ، لازم است به توصيه هاي پزشك در برگه ارجاع توجه شده و نكات زير در طول درمان پيگيري شود:

* آيا بيمار طبق دستور پزشك به طور مرتب داروهاي تجويز شده را مصرف مي كند؟
* آيا با مصرف دارو، وضعيت بيمار بهتر شده است؟
* آيا با مصرف داروها ، عوارض دارويي پيدا كرده است؟
* آيا بيمار براي ادامه درمان، به موقع به پزشك مراجعه كرده است؟

اين اطلاعات بايد توسط بهورز در فرم پيگيري بيماريها در پرونده خانوار ثبت گردد. در مراكز بهداشتي- درماني شهري ،پيگيري دستورات پزشك با رابطين بهداشتي ویا کاردان بوده ونتایج پیگیری به وسيله كاردان مسئول رابطين در پرونده بيمار ثبت خواهد شد.

پيگيري وضعيت بيمار بايد تا زمان تاثير داروها (سه تا چهار هفته پس از شروع درمان) ، هفته اي يكبار و پس از آن طبق دستور پزشك صورت گيرد. در زمان پيگيري به بيمار اطمينان دهيد كه داروها موثر هستند و بعداز سه تا چهار هفته ، مصرف ، علائم بهبودي به تدریج ظاهر خواهد شد .

پيگيري و مراقبت بيمار داراي افكار خودكشي توسط پزشك بعد از بازگشت از ارجاع

ويزيت اوليه پزشک (طي هفته اول بازگشت از ارجاع)

دريافت پسخوراند از سطح بالاتر در مورد تشخيص بیماری- نحوه مصرف داروها، ثبت داروها-آموزش خانواده و بيمار در مورد مصرف داروها .

ويزيت‌هاي بعدي

پزشك ترجيحاً بيمار را مطابق پسخوراند روانپزشك يا پزشك عمومي دوره ديده ويزيت مي كند.

در غير اين صورت تا شش ماه بيمار به صورت ماهانه ويزيت مي شود. براي قطع درمان ترجيحا به صورت غير فوري به روانپزشك يا پزشك عمومي دوره ديده ارجاع مي شود.

دستورالعمل درمان

براي درمان بيماران در معرض خطر خودكشي يا مواردي كه اقدام به خودكشي كرده اند ولي منجر به فوت نشده است نياز به حضور مجموعه اي از تسهيلات درماني و افراد واجد شرايط به شرح زير مي باشد :

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

درمان بیماران در معرض خطر خودکشی

1. پزشکان عمومی

**پزشكان عمومي جهت فعاليت موثر در اين برنامه نياز است كه دوره هاي آموزشي را منطبق با دستورالعمل و محتواهاي آموزشي طي نموده و سپس مديريت درمان بيماران را به عهده بگيرند.پزشكان در طي دوره آموزش و بعد از آن مي توانند جهت درمان اختصاصي اختلالات روانپزشكي به منابع موجود از جمله كتاب راهنماي اختلالات روانپزشكي براي پزشكان خانواده مراجعه نمايند.**

1. روانپزشک

وجود یک روانپزشک در شهرمحل اجراي برنامه پيشگيري از خودكشي به منظور ارایه 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.

1. خدمات بستری

**طبق قانون تخصيص ده درصد تخت هاي بيمارستان هاي عمومي به تخت هاي روانپزشكي و كتاب نظام تخصيص منابع ساختاري خدمات درمان بستري كشور تعداد تخت هاي مورد نياز اين برنامه در هر دانشگاه و هر شهرستان مشخص مي گردد.**

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

4.مرکز درمان اعتیاد

نظر به اینکه اعتیاد از عوامل خطر برای اقدام به خودکشی و خودکشی می باشد، از این رو دربيماريابي به بیمارانی برخورد خواهیم کرد که دچار اعتیادبوده و يا از اعضاي خانواده فرد معتاد می باشند. درمان فرد معتاد بر حسب پروتکل درمان اعتیاد وزارت بهداشت میتواند عواقب ناشي از حضور فرد مستعد را در خانواده كاهش مي دهد و در پیشگیری از خودكشي 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.

1. خدمات مشاوره اي

**توصيه مي گردد خدمات مشاوره اي از طريق مركز مشاوره نظام بهداشتي شهرستان ارائه گردد.**

**اين مركز مي تواند به عنوان ضميمه مراكز بهداشتي درماني شهري احداث گردد.**

وظایف مرکز مشاوره

1. ویزیت بیماران اقدام کننده به خودکشی و خانواده آنها در اورژانس و برقراری ارتباط درمانی اولیه
2. ثبت اطلاعات از بیماران
3. پیگیری بیماران منتقل شده به سایر بخش ها
4. ثبت آمار خودکشی های منجر به فوت
5. مشارکت در آموزش کادر بیمارستان در نحوه برخورد و مدارا با اقدام کنندگان به خودکشی
6. برگزاری جلسات مشاوره و آموزش براي بیماران اقدام کننده به خودکشی و خانواده آنها
7. گزارش ماهیانه داده های بیماران به مركز بهداشت شهرستان (واحد بهداشت روان)
8. پذیرش مراجع مبتلا به افسردگی یا دارای افکارو رفتار های 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

1. دفتر مستقل
2. داشتن یک خط تلفن مستقل
3. داشتن یک دستگاه کامپیوتر

4 -فایل برای بایگانی کردن پرونده ها و بروشورهای آموزشی