



پیشگیری از خودکشی

[مجموعه منابع]



مهرماه ۱۳۹۸

مشاور و هماهنگ‌کننده :
دکتر سیدکاظم ملکوتی

اجرای پروژه:
جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران

مترجمین:

ساناز پیر ایرانی

نافعه رسولی

دکتر جمیله زارعی

دکتر مریم عباسی نژاد

دکتر مرجان فتحی

آیدا قائم‌مقام فراهانی

ویرایش علمی ادبی زیر نظر:

دکتر احمد حاجبی

علی اسدی

دکتر مریم عباسی نژاد

تقدیر و تشکر:

دکتر عباس‌علی درستی معاون بهداشت دانشگاه علوم

پزشکی و خدمات درمانی تبریز

وهاب اصل رحیمی مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و

اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تبریز

زیر نظر:

دکتر احمد حاجبی

مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت

بهداشت

طراحی: سپیده کیانی

مهرماه ۱۳۹۸

فهرست منابع

شماره
صفحه

۱. پیشگیری از خودکشی مرجمی برای پزشکان
عمومی ۵
۲. پیشگیری از خودکشی ویژه کارکنان مراقبت‌های
اولیه بهداشتی ۲۵
۳. پیشگیری از خودکشی مرجمی برای مشاوران ۴۹
۴. پیشگیری از خودکشی مرجمی برای پلیس،
آتش‌نشانان و مسئولان خط مقدم ۷۵
۵. پیشگیری از خودکشی مرجمی برای اصحاب رسانه ۹۵
۶. پیشگیری از خودکشی مرجمی برای معلمان و
سایر کارکنان مدارس ۱۳۳
۷. پیشگیری از خودکشی در محیط کار ۱۵۹

این راهنما توسط "جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران" به عنوان یک سازمان مردم نهاد NGO و به سفارش دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترجمه و ویراستاری شده است. این جمعیت تلاش می‌نماید تا در طرح‌های علمی و اجرایی پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت و نیز سایر نهادهای دولتی و خصوصی همکاری موثر داشته باشد. خودکشی پدیده پیچیده‌ای است که طی قرن‌ها توجه فیلسوفان، حکما، پزشکان، جامعه‌شناسان و هنرمندان را به خود جلب کرده است. به گفته‌ی آلبر کامو، فیلسوف فرانسوی، در افسانه‌ی سیزیف، خودکشی تنها مشکل جدی فلسفی است.

همکاری با هسته تحقیقاتی پیشگیری از خودکشی و نیز دفتر همکاری‌های مشترک سازمان جهانی بهداشت در دانشکده علوم رفتاری (انستیتو روانپزشکی تهران)، ارتباطات بین‌المللی این جمعیت را توسعه و نقش منطقه‌ای و بین‌المللی این جمعیت را تقویت می‌کند. انجام طرح‌های تحقیقاتی ملی، چاپ و نشر مطالب آموزشی و نشریه انگلیسی زبان suicide prevention از جمله همکاری‌های مشترک این جمعیت با سایر نهادهای علمی - پژوهشی است.



پیشگیری از خودکشی مرجعی برای پزشکان عمومی

اختلالات روانپزشکی
دپارتمان سلامت روان
سازمان جهانی بهداشت

ژنو، ۲۰۰۰

مترجم:
دکتر مریم عباسی نژاد

این سند یکی از مجموعه منابعی است که برای گروه‌های خاص اجتماعی و حرفه‌ای به ویژه برای گروه‌های مرتبط با موضوع پیشگیری از خودکشی تدوین شده است. این برنامه به عنوان بخشی از SUPRE، برنامه پیشگیری از خودکشی سازمان جهانی بهداشت، تهیه شده است. واژه‌های کلیدی: خودکشی / پیشگیری / منابع / پزشکان عمومی، آموزش، مراقبت‌های بهداشتی اولیه

© سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۰

این منبع، محصول رسمی چاپ شده توسط سازمان جهانی بهداشت نمی‌باشد، و کلیه حقوق برای این سازمان محفوظ است. این منبع تنها می‌تواند تلخیص و ترجمه گردد و از آن بهره‌برداری غیرتجاری گردد. همچنین مسئولیت دیدگاه‌های به تحریر در آمده تنها بر عهده نویسندگان است.

فهرست ۱

- ۸ پیشگفتار
- ۱۰ بار خودکشی
- ۱۰ خودکشی و اختلالات روانپزشکی
- ۱۵ خودکشی و مشکلات جسمی
- ۱۶ خودکشی و عوامل دموگرافیک
- به چگونه بیماران در معرض خطر بالای اقدام به خودکشی را شناسایی کنیم؟
- ۱۷
- ۲۰ مدیریت بیمار دارای افکار خودکشی
- ۲۲ ارجاع برای دریافت خدمات تخصصی
- ۲۳ خلاصه مراحل پیشگیری از خودکشی
- ۲۴ منابع

خودکشی پدیده پیچیده‌ای است که طی قرن‌ها توجه فیلسوفان، حکما، پزشکان، جامعه‌شناسان و هنرمندان را به خود جلب کرده است. به گفته‌ی آلبر کامو، فیلسوف فرانسوی، در افسانه‌ی سیزیف، خودکشی تنها مشکل جدی فلسفی بشر است.

خودکشی به عنوان یک مشکل جدی بهداشت عمومی، توجه ما را می‌طلبد، اما متأسفانه پیشگیری و کنترل آن کار ساده‌ای نیست. تحقیقات نشان می‌دهند پیشگیری از خودکشی در صورتی امکان‌پذیر است که مجموعه‌ای از فعالیت‌ها اعم از فراهم کردن بهترین شرایط برای تربیت فرزندان و جوانانمان و درمان مؤثر اختلالات روانی برای کنترل محیطی عوامل خطر را در بر بگیرد. انتشار مناسب اطلاعات و آگاهی بخشی، عناصر اساسی در موفقیت برنامه‌های پیشگیری از خودکشی هستند.

در سال ۱۹۹۹ سازمان جهانی بهداشت، برنامه پیشگیری از خودکشی (SUPRE) خود را اجرا کرد. این کتابچه یکی از مجموعه منابع مهم و بخشی از SUPRE است که گروه‌های خاص حرفه‌ای و اجتماعی را که با پیشگیری از خودکشی در ارتباط هستند، مخاطب قرار می‌دهد. این کتابچه در صدد برقراری ارتباط طولانی و متنوع زنجیره‌ای از گروه گسترده‌ای از افراد و گروه‌ها؛ از جمله متخصصان حوزه سلامت، مربیان، سازمان‌های اجتماعی، دولت‌ها، قانون‌گذاران، رابطان اجتماعی، مجریان قانون، خانواده‌ها و جوامع است.

نسخه اولیه این کتابچه را مدیون زحمات دکتر ژان پیر سوبریه از بیمارستان کوچین پاریس فرانسه^۱ هستیم. این متن متعاقباً توسط اعضای شبکه بین‌المللی پیشگیری از خودکشی که در ادامه آمده، بازبینی شده است که از آن‌ها سپاسگزاریم:

دکتر سرگیو پرز باررو، بیمارستان بایامو، گرانما، کوبا^۲

دکتر آنت بیاتریس، دانشکده پزشکی کرایست چرچ، نیوزیلند^۳

پروفسور دیگو دی لیو، دانشگاه گریفیث، بریزبون، استرالیا^۴

دکتر احمد اوکاشا، دانشگاه عین الشمس، قاهره، مصر^۵

1. Jean Pierre Soubrier, Groupe Hospitalier Cochin, Paris, France

2. Professor Diego de Leo, Griffith University, Brisbane, Australia

3. Dr Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, New Zealand

4. Professor Diego de Leo, Griffith University, Brisbane, Australia

5. Dr Ahmed Okasha, Ain Shams University, Cairo, Egypt

پروفسور لورنس اشکلبوش، دانشگاه ناتل، دوربان، آفریقای جنوبی^۱

دکتر آیری وارنیم، دانشگاه تارتو، تالین، استونی^۲

پروفسور دانوتا واسرمن، مرکز ملی پژوهش و کنترل خودکشی، استکهلم، سوئد^۳

دکتر شوتائو ژای، بیمارستان مغز دانشگاه علوم پزشکی نانژینگ، نانژینگ، چین^۴

از دکتر لاکشمی ویجایاکومار، سنهنا، چنای، هند^۵ نیز در ویراستاری علمی نسخه‌های پیشین این منبع سپاسگزاریم. در حال حاضر این منابع به امید ترجمه و انطباق با شرایط بومی، که پیش شرط ضروری اثربخشی آن‌ها است، به طور گسترده منتشر شده است. از نظرات و درخواست‌ها برای ترجمه و انطباق آن‌ها استقبال می‌شود.

دکتر جی. م. برتولوت، هماهنگ‌کننده بخش مدیریت اختلالات روان و رفتار دپارتمان بهداشت روان سازمان جهانی بهداشت^۶

-
1. Professor Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, South Africa
 2. Dr Airi Värnik, Tartu University, Tallinn, Estonia
 3. Professor Danuta Wasserman, National Centre for Suicide Research and Control, Stockholm, Sweden
 4. Dr Shutao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, China
 5. Dr Lakshmi Vijayakumara, SNEHA, Chennai, India
 6. Dr J. M. Bertolote, Coordinator, Mental and Behavioural Disorders, Department of Mental Health, WHO

پیشگیری از خودکشی

مرجعی برای پزشکان عمومی

یکی از بدترین تجربه‌هایی که یک پزشک ممکن است با آن روبرو شود، خودکشی یک بیمار است. شایع‌ترین واکنش‌هایی که یک پزشک در این فرآیند تجربه خواهد کرد، ناباوری، شرم، خشم و از دست دادن اعتماد به نفس است. خودکشی یک بیمار منجر به شکل‌گیری احساساتی از قبیل بی‌کفایتی حرفه‌ای، تردید در مورد توانمندی‌ها، و ترس از از بین رفتن حیثیت شغلی می‌شود. همچنین، پزشکان باید با خانواده و بازماندگان فرد متوفی هم مواجه شوند که کار بسیار مشکلی است.

این منابع عمدتاً برای پزشکان عمومی طراحی شده‌اند. هدف از تهیه آن‌ها، شرح اختلالات و عوامل مرتبط با خودکشی هستند و اینکه اطلاعاتی را در مورد شناسایی و مدیریت بیماران دارای افکار خودکشی فراهم کنند.

بار خودکشی

تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۰۰، تقریباً یک میلیون نفر خودکشی کرده‌اند که این آمار، خودکشی را در جایگاه ده علت اول مرگ در همه کشورهای جهان و یکی از سه علت اول مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۳۵ سال قرار می‌دهد.

آثار منفی روانشناختی و اجتماعی خودکشی بر خانواده و اجتماع قابل محاسبه نیست. به طور میانگین، به دنبال هر خودکشی، ۶ نفر به صورت مستقیم تحت تاثیر قرار می‌گیرند. اگر خودکشی در محیط مدرسه یا کار اتفاق بیفتد، صدها نفر را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

بار خودکشی را می‌توان با استفاده از DALY محاسبه کرد. در سال ۱۹۸۸، خودکشی مسئول ۱٫۸٪ بار بیماری‌ها در جهان بود که در کشورهای با درآمد بالا، تا ۲٫۳٪ و در کشورهای با درآمد پایین، تا ۱٫۷٪ بود. این بار بیماری برابر با بار ناشی از جنگ و دیگر کشی، دو برابر بار بیماری دیابت، و برابر با بار ناشی از خفگی‌های زایمانی و تروما می‌باشد.

خودکشی و اختلالات روانپزشکی

خودکشی را به عنوان یک پدیده چندعاملی می‌شناسند که در نتیجه برهم کنش پیچیده‌ای از عوامل زیستی، ژنتیکی، اجتماعی و محیطی رخ می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که

بین ۴۰ تا ۶۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در یک ماه قبل از آن، یک پزشک را ملاقات کرده‌اند. در جوامعی که خدمات سلامت روان کمتر توسعه یافته باشند، درصدی از افراد که پزشک عمومی را ملاقات کرده‌اند بیشتر از آن‌هایی است که نزد روانپزشک رفته‌اند. شناسایی، ارزیابی، و مدیریت بیمار دارای افکار خودکشی از مهم‌ترین وظایف یک پزشک می‌باشد و او نقشی بسیار حساس در پیشگیری از خودکشی دارد.

خودکشی به تنهایی یک بیماری نیست، و لزوماً تظاهر یک بیماری هم نیست، بلکه اختلالات روانپزشکی هم تنها یکی از عوامل عمده مرتبط با خودکشی هستند.

مطالعات در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته نشان می‌دهند که اختلالات روانپزشکی در ۸۰ الی ۱۰۰ درصد موارد خودکشی‌های منجر به فوت وجود دارد. برآورد شده است که شیوع طول عمر خودکشی در افراد مبتلا به اختلالات خلقی (عمدتاً افسردگی) ۶ تا ۱۵ درصد، در الکلیسم ۷ تا ۱۵ درصد، و در اسکیزوفرنی ۴ تا ۱۰ درصد می‌باشد.

این در حالی است که اغلب افرادی که به دنبال اقدام به خودکشی فوت می‌کنند، بدون اینکه حتی یک بار توسط روانپزشک یا روانشناس ویزیت شده باشند، از دنیا می‌روند. لذا افزایش میزان شناسایی، ارجاع و مدیریت صحیح اختلالات روانپزشکی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه قدمی مهم در پیشگیری از خودکشی می‌باشد. یک یافته شایع در آن‌هایی که اقدام به خودکشی می‌کنند این است که مبتلا به بیش از یک اختلال روانپزشکی هستند. این اختلالات عبارتند از الکلیسم، اختلال خلقی (عمدتاً افسردگی) و اختلالات شخصیت.

اختلالات خلقی:

همه انواع اختلالات خلقی با خودکشی مرتبط شناسایی شده‌اند. این اختلالات شامل اپیزود افسردگی اختلالات خلقی دوقطبی، اختلالات افسردگی عودکننده و اختلالات خلقی مداوم (مثل سیکلوتایمی و دیستایمی) هستند. خودکشی یک خطر بالقوه در افسردگی‌های درمان نشده است. افسردگی شیوع بالایی در جمعیت عمومی دارد و متأسفانه به عنوان

یک بیماری در بین مردم شناخته نمی‌شود. برآورد شده که ۳۰ درصد بیماران که به پزشکان مراجعه می‌کنند و تحت درمان‌های دیگری هستند به افسردگی هم مبتلا هستند. حدود ۶۰ درصد از آن‌هایی که به دنبال درمان هستند، در ابتدا به یک پزشک عمومی مراجعه کرده‌اند. برای یک پزشک عمومی ممکن است سخت باشد که همزمان با مشکل جسمی، به مشکل روانشناختی نیز بپردازند. در بسیاری از اوقات، تظاهرات بالینی افسردگی نمایان نمی‌شود و بیمار فقط با علائم جسمی مراجعه می‌کند.

در یک اپیزود معمول افسردگی، علائم بیمار عبارتند از:

- غمگینی و خلق افسرده
- از دست دادن توان لذت بردن
- کاهش انرژی (خستگی پذیری و اختلال در فعالیت های روزانه)

شایع‌ترین تظاهرات بالینی اختلال افسردگی عبارتند از:

- احساس خستگی
- خلق غمگین
- اختلال در تمرکز
- اضطراب
- تحریک پذیری
- اختلال در خواب
- درد در نقاط مختلف بدن

با مشاهده این علائم، پزشک باید به احتمال وجود افسردگی توجه کند و بیمار را از نظر افکار خودکشی ارزیابی نماید. برخی تظاهرات بالینی خاص که با افزایش خطر اقدام به خودکشی در بیمار افسرده همراهی دارند عبارتند از:

- بی‌خوابی مداوم
- عدم توجه به ظاهر و بهداشت شخصی
- افسردگی‌های شدید (به طور خاص افسردگی‌های همراه سایکوز)

- اختلال در حافظه
- بیقراری شدید
- حملات پانیک

وجود عوامل زیر در فرد افسرده، با افزایش خطر اقدام به خودکشی همراه می‌باشند:

- مردان زیر ۲۵ سال
- مراحل ابتدایی بیماری
- مصرف الکل
- اپیزود افسردگی اختلال دوقطبی
- اپیزود مخلوط اختلال دوقطبی
- اپیزود مانیا همراه سایکوز اختلال دوقطبی

افسردگی یکی از مهم‌ترین اختلالات روانپزشکی است که با خودکشی در میان جوانان و سالمندان همراهی دارد، اما هر چه این افسردگی دیرتر آغاز شود، احتمال همراهی آن‌ها با خودکشی بیشتر خواهد بود.

پیشرفت‌های اخیر در حوزه درمان افسردگی برای پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بسیار مفید هستند. در سوئد، دیده شد که شناسایی و درمان افراد مبتلا به افسردگی در پیشگیری از خودکشی موثر بوده است. داده‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند مصرف داروهای ضد افسردگی خودکشی را در میان مبتلایان به افسردگی کاهش می‌دهد. دوز کامل این داروها باید تا چند ماه مصرف شوند. در افراد سالمند ممکن است لازم باشد درمان را تا دو سال پس از بهبودی هم ادامه بدهیم. بیمارانی که دوز نگهدارنده لیتیم را برای بیماری خود مصرف می‌کنند نیز خطر اقدام خودکشی پایین‌تری دارند.

الکلیسم:

الکلیسم که شامل مصرف آسیب‌رسان و وابستگی به الکل می‌باشد، در افراد جوانی که اقدام به خودکشی می‌کنند شایع است. در توضیح این همراهی، عوامل زیستی، روانشناختی، و اجتماعی را ذکر می‌کنند. عوامل خاصی که با افزایش خطر خودکشی در میان افراد مبتلا به الکلیسم همراهی دارد عبارتند از:

- شروع مصرف الکل در سنین پایین
- مدت زمان طولانی‌تر مصرف الکل
- درجه بالای وابستگی به الکل
- خلق افسرده
- شرایط جسمی نامناسب
- عملکرد شغلی نامناسب
- سابقه خانوادگی مصرف الکل
- به هم خوردن اخیر یک رابطه عاطفی مهم

اسکیزوفرنی:

خودکشی، بزرگترین علت مرگ‌های زودرس در میان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی می‌باشد. عوامل خطر خاص در این افراد عبارتند از:

- مرد جوان بدون شغل
- عودهای مکرر
- ترس از وخیم‌تر شدن بیماری در افراد باهوش
- هذیان‌های گزند و آسیب
- علائم افسردگی

خطر خودکشی در بیماران اسکیزوفرنی در مواقع زیر بیشتر است:

- ابتدای تشخیص بیماری
- ابتدای عود علائم
- ابتدای بهبود علائم

خطر خودکشی با افزایش زمان ابتلا به بیماری اسکیزوفرنی کمتر می‌شود.

اختلالات شخصیت:

مطالعات اخیر بر روی افراد جوانی که اقدام به خودکشی نموده‌اند، درصد بالایی از افراد مبتلا به اختلال شخصیت را نشان می‌دهد (۲۰ تا ۵۰ درصد). این اختلالات شامل اختلالات

شخصیت مرزی و ضد اجتماعی هستند. اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته و برخی ویژگی‌های شخصیتی مثل تکانش‌گری، و پرخاشگری نیز با خودکشی همراهی دارند.

اختلالات اضطرابی:

اختلال پانیک و اختلال وسواس در میان اختلالات اضطرابی بیشترین همراهی را با خودکشی دارند. اختلالات سوماتوفورم و اختلالات خوردن نیز با خودکشی ممکن است همراهی داشته باشند.

خودکشی و مشکلات جسمی

خودکشی در بیماری‌های مزمن جسمی افزایش پیدا می‌کند. در عین حال در بیماری‌های مزمن جسمی، اختلالات روانپزشکی نیز شایع‌ترند. زمان بیماری، ناتوانی‌ها و پیش‌آگهی منفی با افزایش خطر خودکشی همراهی دارند.

اختلالات نورولوژیک

صرع به علت ویژگی‌های تکانش‌گری، پرخاشگری و ناتوانی مزمن با خودکشی همراهی دارد. آسیب‌های مغزی و نخاعی و همچنین سکت‌های عروقی مغزی به خصوص در نواحی خلفی مغز که ناتوانی فیزیکی بیشتری ایجاد می‌کنند، با افسردگی و خودکشی همراهی دارند.

سرطان‌ها

در ابتدای تشخیص بیماری و همچنین دو سال اول بیماری به خصوص در مواردی که بدخیمی شدت بیشتری پیدا کرده باشد و درد به همراه داشته باشد خطر خودکشی بیشتر است.

ایدز

در افراد جوان و به خصوص در ابتدای تشخیص بیماری خطر خودکشی بالاست. معتادان تزریقی همواره در معرض خطر خودکشی می‌باشند.

سایر بیماری‌ها مثل نارسایی مزمن کلیه، نارسایی مزمن کبد، مشکلات مفصلی و استخوانی، بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های گوارشی نیز با خودکشی ارتباط دارند. نقص در حرکت و نابینایی و ناشنوایی نیز با افزایش خودکشی همراهی دارند.

در سال‌های اخیر، موضوع اوتانازی (درخواست کشته شدن توسط پزشک در مسیر درمان) و خودکشی به کمک یک فرد دیگر نیز دیده شده‌اند که باید تاکید شود که هر دو اقداماتی غیراخلاقی و غیرقانونی بوده و می‌توانند تحت تعقیب قضایی قرار بگیرند.

خودکشی و عوامل دموگرافیک

خودکشی یک اقدام فردی است، اما به هر حال در دل شرایط اجتماعی خاصی رخ می‌دهد، و برخی عوامل دموگرافیک با آن همراهی دارند.

جنس: در اغلب کشورها، خودکشی منجر به فوت بیشتر در مردان اتفاق می‌افتد. نسبت جنسیتی در کشورهای مختلف متفاوت است. چین تنها کشوری است که در آن، زنان بیشتری به دنبال خودکشی در مناطق روستایی فوت می‌کنند و در مناطق شهری تقریباً با مردان برابری می‌کنند.

سن: افراد سالمند (بالای ۶۵ سال) و افراد نوجوان و جوان (۱۵ تا ۳۰ سال) در معرض خطر بیشتری برای فوت به دنبال خودکشی هستند. مطالعات همچنین افزایش خودکشی در میان مردان میانسال را نشان می‌دهد.

وضعیت تاهل: تاهل برای مردان نقش محافظت‌کننده در خودکشی دارد اما معلوم نیست برای زنان نیز اینگونه باشد. در کل افرادی که تنها زندگی می‌کنند در معرض خطر بیشتری برای فوت به دنبال خودکشی هستند.

وضعیت اشتغال: ارتباط وضعیت اشتغال با خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت است و ممکن است ارتباط معناداری بین این دو دیده نشود.

بیکاری: ارتباط بیکاری با خودکشی با واسطه عواملی مانند فقر، محرومیت اجتماعی، خشونت خانگی، و ناامیدی است. افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی بیشتر احتمال دارد بیکار باشند.

همچنین باید در نظر داشت که از دست دادن اخیر شغل خطرش از موارد دیگر بیشتر است. سکونت شهری/روستایی: در برخی از کشورها، خودکشی در مناطق شهری و در برخی دیگر از کشورها، در مناطق روستایی بیشتر است.

مهاجرت: مهاجرت با عواملی مثل فقر، سرپناه نامناسب، فقدان حمایت اجتماعی، و انتظارات برآورده نشده همراه است که می توانند خطر خودکشی را افزایش دهند.

سایر عوامل: برخی شرایط مثل دسترسی آسان به روش‌های مهلک، و حوادث ناگوار زندگی فرد را در معرض خطر بالاتری برای خودکشی قرار می‌دهند.

چگونه بیماران در معرض خطر بالای اقدام به خودکشی را شناسایی کنیم؟

تعداد زیادی عامل مرتبط با خطر بالاتر برای خودکشی وجود دارند که عبارتند از:

- اختلالات روانپزشکی (عمدتاً افسردگی، الکلیسم، و اختلالات شخصیت)
- بیماری‌های جسمی (ایدز، بیماری‌های شدید و ناتوان کننده و یا دردناک)
- سابقه اقدام قبلی به خودکشی
- سابقه خانوادگی خودکشی، الکلیسم و یا سایر اختلالات روانپزشکی
- طلاق، تنهایی، و فوت همسر
- انزوای اجتماعی
- بیکاری یا بازنشستگی
- سابقه سوگ در دوران کودکی

اگر بیمار تحت درمان روانپزشکی است، در موارد زیر خطر بیشتر است:

- در فاصله کوتاهی پس از ترخیص
- در کسانی که سابقه اقدام قبلی به خودکشی داشته‌اند

همچنین حوادث تنش‌زای اخیر در زندگی نیز با افزایش خطر اقدام به خودکشی همراهند، مانند:

- متارکه زناشویی
- سوگ
- تنش‌های خانوادگی
- تغییر در موقعیت شغلی یا مالی
- احساس طرد شدن از سوی یک فرد مهم
- شرم و ترس از محکومیت قضایی

ابزارهای زیادی برای ارزیابی میزان خطر اقدام به خودکشی طراحی شده و وجود دارند، اما هیچ ابزاری به اندازه یک مصاحبه بالینی خوب در شناسایی فرد در معرض خطر جدی برای اقدام به خودکشی مفید نیستند.

پزشک ممکن است با شماری شرایط و موقعیت در ارتباط با خودکشی مواجه شود. به طور مثال، یک مرد سالمند که اخیراً همسرش را از دست داده، تحت درمان برای افسردگی است، تنها زندگی می‌کند و سابقه اقدام به خودکشی دارد؛ یا یک زن جوان با آثار خودزنی بر روی ساعد، که دوست پسرش او را ترک کرده است. این دو مثال، دو سر طیف میزان خطر خودکشی هستند، اما اغلب بیماران حالتی بینابینی دارند و یا اینکه میزان خطر در آن‌ها مرتباً تغییر می‌کند.

وقتی تشخیص پزشک این است که بیمار ممکن است بخواهد خودکشی کند، بر سر این دو راهی قرار می‌گیرد که در ادامه چه کاری انجام دهد؟ برخی پزشکان در مواجهه با این بیماران احساس ناراحتی می‌کنند. مهم است که پزشکان به این دلیل به بیماران بی‌توجهی نکنند و خطر خودکشی را در آن‌ها دست کم نگیرند. شاید لازم باشد که در این خصوص از همکاران متخصصین سلامت روان کمک بگیرند.

اگر پزشک تصمیم دارد که فرآیند مراقبت و درمان را خودش ادامه دهد، قدم اول این است که اراده کند که از لحاظ ذهنی، وقت کافی برای این کار اختصاص دهد، حتی اگر بیماران دیگری در پشت در اتاق ویزیت منتظر هستند. با نشان دادن اراده لازم برای گوش دادن به حرف‌های بیمار، قدم اولیه برای برقراری یک رابطه درمانی برداشته شده است. سوالات بسته و مستقیم در ابتدای مصاحبه چندان کارایی ندارند. عبارتی مثل "تو ناراحت به نظر می‌رسی، لطفاً بیشتر برایم بگو" مفیدتر هستند. گوش کردن توأم با همدلی در درون خودش، یک قدم

مهم در جهت کاهش احساس استیصال بیمار و فکر خودکشی است.

حقیقت	افسانه
بیمارانی که اقدام به خودکشی می کنند، معمولاً قبلاً نشانه های هشداردهنده ای را بروز داده اند. تهدیدها را هم باید جدی گرفت.	بیمارانی که در مورد خودکشی حرف می زنند، به ندرت دست به این اقدام می زنند.
سوال در مورد خودکشی اغلب تنش و اضطراب پیرامون آن را در بیمار کاهش می دهد و باعث می شود او فکر کند بهتر درک شده است.	سوال در مورد خودکشی ممکن است فکر خودکشی را در او القا کند.

چگونه در مورد خودکشی از بیمار سوال کنیم؟

خیلی آسان نیست که از بیمار در مورد افکار خودکشی سوال کنیم. خوب است که به تدریج به موضوع نزدیک شویم. یک سری سوال مناسب برای این منظور عبارتند از:

۱. آیا احساس ناراحتی و استیصال می کنی؟
۲. آیا احساس ناامیدی می کنی؟
۳. آیا احساس می کنی نمی توانی با هر روزت مواجه شوی؟
۴. آیا احساس می کنی زندگی بار بزرگی است که باید بر دوش کشیده شود؟
۵. آیا احساس می کنی زندگی ارزش زیستن ندارد؟
۶. آیا حس می کنی تمایل داری خودکشی کنی؟

چه زمانی در مورد خودکشی از بیمار سوال کنیم؟

- بعد از اینکه یک رابطه اولیه درمانی بین شما و بیمار ایجاد شده است.
- وقتی بیمار در مورد بیان احساسات راحت باشد.
- وقتی بیمار دارد در مورد احساسات منفی اش صحبت می کند.

سوالات بیشتر:

فرآیند ارزیابی، مراقبت و درمان با شناسایی افکار خودکشی پایان نمی‌پذیرد.

سوالاتی در خصوص میزان بروز و شدت افکار خودکشی و احتمال اقدام به خودکشی در ادامه باید پرسیده شوند. مهم است بفهمید که بیمار برای خودکشی و روش آن برنامه‌ای دارد یا خیر. اگر مثلاً برنامه بیمار استفاده از اسلحه است، اما دسترسی به اسلحه ندارد، خطر کمتر است. در حالیکه اگر به روشی که مدنظر دارد، دسترسی آسان دارد (مثلاً استفاده از قرص)، خطر بالاتر است. مهم است سوالات به شکل بازجویی و با فشار کلام پرسیده نشوند، بلکه با مهربانی و با نشان دادن همدلی پرسیده شوند. چنین سوالاتی عبارتند از:

- آیا برنامه‌ای هم برای پایان دادن به زندگی خود داری؟
- چه برنامه‌ای برای خودکشی داری؟
- آیا برای خودکشی، روشی (قرص / اسلحه / و یا روش دیگری) در اختیار داری؟
- آیا به زمان خودکشی هم فکر کرده‌ای؟

هشدار:

- بهبودی کاذب یا گمراه کننده: گاهی وقت ها یک بیمار بیقرار به صورت ناگهانی آرام می‌شود. ممکن است در این زمان او تصمیم قطعی برای خودکشی گرفته باشد و آرامش او ناشی از تصمیم‌گیری باشد.
- انکار: بیمارانی که قصد جدی برای مردن دارند، ممکن است داشتن فکر خودکشی را انکار نمایند.

مدیریت بیمار دارای افکار خودکشی

برای بیماری که احساس ناراحتی می‌کند و افکار مبهمی در خصوص خودکشی دارد، فرصت تخلیه هیجانی در حضور یک پزشک دلسوز، می‌تواند کمک کننده باشد. همچنین باید خدمات پیگیری را نیز به بیمار ارائه نمود، به خصوص اگر بیمار فاقد حمایت اجتماعی کافی باشد. مشکل هر چه باشد، هیجانات فردی که قصد خودکشی دارد معمولاً ترکیبی از احساس استیصال و ناامیدی است. شایع‌ترین وضعیت‌ها در این حالت عبارتند از:

۱. دودلی: اکثر بیمارانی که قصد خودکشی دارند، تا انتها دودل هستند. در حقیقت یک رابطه

الاکلنگی بین آرزوی زندگی و آرزوی مردن وجود دارد. اگر پزشک بتواند از این دودلی برای افزایش وزن آرزوی زندگی کردن در او استفاده کند، می‌تواند خطر خودکشی را کاهش دهد.

۲. تکانش‌گری: خودکشی یک پدیده تکانشی است و تکانه‌ها در ذات خود پدیده‌هایی گذرا هستند. اگر در زمانی که این تکانه‌ها قوی می‌شوند، بیمار مورد حمایت قرار گیرد، بحران ممکن است برطرف شود.

۳. همه یا هیچ‌انگاری: افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند، اغلب در خلق، تفکر و رفتار، بسته و غیر منعطف هستند و منطق و استدلالشان هم به همین شکل فاقد انعطاف است. با بررسی گزینه‌های دیگری به غیر از خودکشی، بیمار متوجه خواهد شد که انتخاب‌های دیگری هم غیر از مرگ وجود دارد، حتی اگر این گزینه‌ها ایده آل به نظر نرسند.

فهرست کردن منابع حمایتی:

پزشک باید شبکه حمایتی بیمار را ارزیابی نماید، و یک دوست یا خویشاوند مورد اعتماد را که می‌تواند بیمار را کمک کند شناسایی کند.

قرار "عدم خودکشی" با بیمار:

گذاشتن یک قرار عدم خودکشی، تکنیک مفیدی برای پیشگیری از خودکشی است. در این فرآیند می‌توان از نزدیکان بیمار هم کمک گرفت. مذاکره در این خصوص می‌تواند زمینه را برای پرداختن به موضوعات دیگر فراهم کند. در اکثر اوقات، بیماران به قراری که با پزشک خود می‌گذارند احترام می‌گذارند. البته قرار گذاشتن فقط در مواقعی کاربرد دارد که بیمار بر روی رفتارهایش کنترلی داشته باشد.

در غیاب علائم کامل یک اختلال روانپزشکی و یا قصد جدی برای مرگ که نیازمند ارجاع می‌باشند، پزشک می‌تواند درمان با داروهای ضد افسردگی را آغاز نموده و هماهنگ کند بیمار برای دریافت مداخلات روانشناختی به روانشناس بالینی مراجعه نماید. اکثریت بیماران از ملاقات‌های مجدد با پزشک سود می‌برند و باید برای ملاقات مجدد بیمار، به او وقت داده شود.

اغلب بیماران با سه ماه پیگیری از نزدیک و حمایت مداوم بهبود می‌یابند. در این سه ماه، تمرکز جلسات باید بر روی ایجاد امید، تشویق به استقلال، و یاد دادن راه‌های مختلف

سازگاری با مشکلات باشد. در این سه ماه، می‌توان از یک روانشناس در این فرایند حمایتی کمک گرفت. بعد از این سه ماه، پیگیری‌های درمانی همچنان باید ادامه یابند اما فواصل پیگیری می‌تواند افزایش یابد.

ارجاع برای دریافت خدمات تخصصی

چه زمانی بیمار را به روانپزشک ارجاع دهیم؟

- وقتی بیمار مبتلا به یک اختلال روانپزشکی است.
 - وقتی بیمار سابقه قبلی اقدام به خودکشی دارد.
 - وقتی بیمار سابقه خودکشی، الکلیسم و یا اختلال شدید روانپزشکی در یکی از اعضای خانواده دارد.
 - وقتی بیمار هم‌زمان یک مشکل جسمی هم دارد.
 - وقتی بیمار هیچ منبع مطمئن حمایت اجتماعی ندارد.
- چگونه بیمار را ارجاع دهیم؟
- برای بیمار توضیح دهیم که به چه دلیل او را به متخصص ارجاع می‌دهیم.
 - سعی کنیم انگ بیماری روانپزشکی را برای او تا حد امکان کم کنیم.
 - برای بیمار توضیح دهیم که درمان‌های دارویی و روانشناختی موثر خواهند بود.
 - به بیمار تاکید نماییم که ارجاع او به معنای طرد او نیست.
 - سعی کنیم خودمان وقت ملاقات با روانپزشک را برای او هماهنگ نماییم.
 - حتماً برای ملاقات مجدد بیمار پس از ویزیت روانپزشکی، وقتی را تعیین کنیم.
 - به بیمار اطمینان بدهیم که ارتباط با او را ادامه خواهیم داد.
- چه زمانی بیمار را بستری نماییم؟
- افکار مکرر خودکشی
 - قصد جدی برای مرگ در آینده نزدیک (در ساعت‌ها یا روزهای آینده)
 - بیقراری شدید یا پانیک
 - وجود برنامه‌ای برای استفاده از یک روش فوری و مهلک برای خودکشی
- چگونه بیمار را بستری نماییم؟
- بیمار را به هیچ عنوان تنها نگذارید.
 - برای انتقال بیمار به بیمارستان، از آمبولانس یا اتومبیل اورژانس اجتماعی/پلیس کمک بگیرید.
 - مراجع مسئول و خانواده او را حتماً مطلع نمایید.

خلاصه مراحل پیشگیری از خودکشی

جدول زیر خلاصه مراحل ارزیابی و مدیریت بیمار دارای افکار خودکشی را نشان می‌دهد:

اقدام	ارزیابی	علائم و نشانه‌ها	
-	-	هیچ علامت ناراحتی روانشناختی در بیمار دیده نمی‌شود.	۰
با همدلی به حرف‌های بیمار گوش بدهید.	در مورد افکار خودکشی از بیمار سوال کنید.	برخی علائم ناراحتی روانشناختی در بیمار دیده می‌شود.	۱
با همدلی به حرف‌های بیمار گوش بدهید.	در مورد افکار خودکشی از بیمار سوال کنید.	بیمار افکار مبهمی در مورد مرگ دارد.	۲
امکانات موجود را بررسی و منابع حمایتی را تعیین نمایید.	میزان جدی بودن قصد بیمار را برای خودکشی ارزیابی کنید. از برنامه و روشی که برای خودکشی در نظر گرفته سوال کنید.	بیمار افکار مبهمی در مورد خودکشی دارد.	۳
امکانات موجود را بررسی و منابع حمایتی را تعیین نمایید.	میزان جدی بودن قصد بیمار را برای خودکشی ارزیابی کنید. از برنامه و روشی که برای خودکشی در نظر گرفته سوال کنید.	بیمار افکار خودکشی دارد	۴
بیمار را به روانپزشک ارجاع دهید.	میزان جدی بودن قصد بیمار را برای خودکشی ارزیابی کنید. از برنامه و روشی که برای خودکشی در نظر گرفته سوال کنید	بیمار افکار خودکشی دارد علائم کامل ابتلا به یک اختلال روانپزشکی را دارد یا حادثه ناگواری اخیراً برایش رخ داده است.	۵
بیمار را فوراً بستری نمایید.	بیمار را تنها نگذارید.	بیمار افکار خودکشی دارد علائم کامل ابتلا به یک اختلال روانپزشکی را دارد یا حادثه ناگواری اخیراً برایش رخ داده است. بیقراری شدید و سابقه اقدام قبلی به خودکشی دارد.	۶

1. WHO, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1992.
2. Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 57-62.
3. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 53-56.
4. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1992, 85: 83-88.
5. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behavior. *Journal of affective disorders*, 1998, 50: 253-259.
6. Gupta S, et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 1998, 10: 1353-1355.
7. Isometsa ET, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 1996, 153: 667-673.
8. González Seijo JC, et al. Poblaciones específicas de alto riesgo. [Population groups at high risk.] In: Bobes García J et al., eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. [Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours.]* Masson, Barcelona, 1997, 69-77.
9. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British medical journal*, 1999, 308: 1227-1233.

۲

پیشگیری از خودکشی ویژه کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی

اختلالات روانی و رفتاری
دپارتمان سلامت روان
سازمان جهانی بهداشت

ژنو، ۲۰۰۰

مترجم:
دکتر مرجان فتحی
ساناز پیر ایرانی

این مستندات یکی از مجموعه منابعی است که برای گروه‌های خاص اجتماعی و حرفه‌ای به ویژه برای گروه‌های مرتبط با موضوع پیشگیری از خودکشی تدوین شده است.

این برنامه به عنوان بخشی از SUPRE، ابتکار سازمان جهانی بهداشت در برنامه پیشگیری از خودکشی در سطح جهانی، تهیه شده است.

واژگان کلیدی: خودکشی / پیشگیری / منابع / کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه.

این مستندات انتشار رسمی سازمان جهانی بهداشت (WHO) نبوده و کلیه حقوق توسط سازمان محفوظ است. بررسی، خلاصه‌برداری، تکثیر و ترجمه این مستندات به صورت جزیی یا کلی بلامانع ولی فروش آن با اهداف تجاری غیرقانونی است.

مسئولیت دیدگاه‌های مطرح شده در مستندات منحصراً بر عهده نویسندگان آن دیدگاه‌هاست.

فهرست ۲

- ۲۸ پیشگفتار
- ۳۱ دلیل تمرکز بر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه
- ۳۱ خودکشی و اختلالات روانی
- ۳۴ بیماری جسمی و خودکشی
- ۳۶ عوامل جامعه‌شناختی و محیطی در خودکشی
- ۳۷ وضعیت ذهنی افراد مایل به خودکشی
- ۳۸ دسترسی به فرد خودکشی‌گرا
- ۴۰ روایت و واقعیت در خودکشی
- ۴۰ شناسایی فرد خودکشی‌گرا
- ۴۱ ارزیابی خطر خودکشی
- ۴۲ مدیریت فرد خودکشی‌گرا
- ۴۴ ارجاع فرد خودکشی‌گرا
- ۴۵ منابع حمایتی
- ۴۶ بایدها و نبایدها
- ۴۶ نتیجه‌گیری

خودکشی پدیده پیچیده‌ای است که طی قرن‌ها توجه فیلسوفان، حکما، پزشکان، جامعه‌شناسان و هنرمندان را به خود جلب کرده است. به گفته‌ی آلبر کامو، فیلسوف فرانسوی، در افسانه‌ی سیزیف خودکشی تنها مشکل جدی فلسفی است.

خودکشی به عنوان مشکل جدی سلامت عمومی، توجه ما را می‌طلبد، اما متأسفانه پیشگیری و کنترل آن کار ساده‌ای نیست. تحقیقات نشان می‌دهند پیشگیری از خودکشی در صورتی امکان‌پذیر است که شامل مجموعه‌ای از فعالیت‌ها اعم از تدارک بهترین شرایط برای تربیت فرزندان و جوانان مان و درمان مؤثر اختلالات روانی برای کنترل محیطی عوامل خطر باشد. انتشار مناسب اطلاعات و آگاهی بخشی، عناصر اساسی در موفقیت برنامه‌های پیشگیری از خودکشی هستند.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۹، برنامه پیشگیری از خودکشی (SUPRE) را اجرا کرد. این کتابچه یکی از مجموعه منابع مهم و بخشی از SUPRE است که گروه‌های خاص حرفه‌ای و اجتماعی را که با موضوع پیشگیری از خودکشی در ارتباط هستند، مخاطب قرار می‌دهد. این کتابچه در صدد برقراری ارتباط طولانی و متنوع زنجیره گسترده‌ای از افراد و گروه‌ها؛ از جمله متخصصان بهداشت، مربیان، سازمان‌های اجتماعی، دولت‌ها، قانون‌گذاران، رابطان اجتماعی، مجریان قانون، خانواده‌ها و جوامع است.

نسخه اولیه این کتابچه را مدیون زحمات دکتر لاکشمی ویجایاکومار^۱، سنها^۲، چنای^۳، از هند هستیم. این متن متعاقباً توسط اعضای شبکه بین‌المللی پیشگیری از خودکشی سازمان بهداشت جهانی (WHO) که در ادامه آمده، بازبینی شده که از آن‌ها سپاسگزاریم.

دکتر کیویند اکبرگ^۴، بیمارستان الوال^۵، دانشگاه اسلو^۱، نروژ.

پروفیسور ژوکو لانونکیست^۷، مرکز ملی بهداشت عمومی، هلسینکی، فنلاند.

1. Lakshmi Vijayakumar
2. SNEHA
3. SNEHA
4. Qivind Ekeberg
5. Ulleval
6. Oslo
7. Jouko Lonnqvist

پروفسور لورنس شلبوش^۱، دانشگاه ناتال^۲، دوربان^۳، آفریقای جنوبی.
دکتر آیری وامیک^۴، دانشگاه تارتو^۵، تالین^۶، استونیا.
دکتر شاتائو ژای^۷، بیمارستان مغز دانشگاه پزشکی نانجینگ^۸، چین.

در حال حاضر این منابع به امید ترجمه و انطباق با شرایط بومی که پیش شرط ضروری اثربخشی آن‌ها است، به طور گسترده منتشر شده است. از نظرات و درخواست‌ها برای ترجمه و انطباق آن‌ها استقبال می‌شود.

دکتر جی. م. برتولوت^۹
هماهنگ‌کننده، مدیریت اختلالات روانی و رفتاری
دپارتمان بهداشت روان
سازمان جهانی بهداشت

-
1. Lourense Schlebusch
 2. Natal
 3. Durban
 4. Airi Vamik
 5. Tartu
 6. Tallinn
 7. Shutao Zhai
 8. Nanjing
 9. JM Bertollette

- تخمین زده می‌شود یک میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ در سراسر جهان خودکشی کرده‌اند.
- هر ۴۰ ثانیه یک نفر در سراسر جهان خودکشی می‌کند.
- هر ۳ ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می‌کند.
- خودکشی جزو سه علت اصلی مرگ در بین جوانان ۱۵-۳۵ ساله است.
- هر خودکشی تأثیری جدی بر حداقل شش نفر دارد.
- تأثیرات روانی، اجتماعی و اقتصادی خودکشی بر خانواده و جامعه غیرقابل اندازه‌گیری است.

خودکشی مساله‌ای پیچیده است که هیچ علت واحدی برای آن وجود ندارد. خودکشی، نتیجه تعامل پیچیده‌ای از عوامل زیستی، زنتیکی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی است. توضیح این مساله که چرا در شرایط یکسان عده‌ای خودکشی می‌کنند و عده دیگر حتی در شرایط بدتر خودکشی نمی‌کنند، مشکل است. با این حال، بسیاری از خودکشی‌ها قابل پیشگیری هستند. در حال حاضر، خودکشی مساله عمده سلامت عمومی در تمام کشورها است. توانمندسازی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در شناسایی، ارزیابی، مدیریت و ارجاع فرد خودکشی‌گرا در جامعه گام مهمی در پیشگیری از خودکشی است.

دلیل تمرکز بر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در تماس طولانی‌مدت و نزدیک با افراد جامعه هستند و به خوبی توسط افراد بومی پذیرفته شده‌اند.
- آن‌ها پل ارتباطی ضروری بین جامعه و نظام مراقبت‌های بهداشتی را ایجاد می‌کنند.
- بسیاری از کشورهای در حال توسعه که خدمات سلامت روانی به خوبی توسعه نیافته است، غالباً خاستگاه اولیه مراقبت بهداشتی هستند.
- شناخت جامعه، آن‌ها را قادر می‌سازد حمایت خانواده‌ها، دوستان و سازمان‌ها را جمع‌آوری کنند.
- آن‌ها در موقعیت ارائه مراقبت به جامعه هستند.
- اغلب، آن‌ها نقطه ورود به خدمات بهداشتی در افراد پریشان هستند.
- به طور خلاصه، آن‌ها در دسترس، نزدیک، آگاه و متعهد به ارائه خدمات هستند.

خودکشی و اختلالات روانی

تحقیقات در کشورهای در حال توسعه و نیز توسعه‌یافته دو عامل را نشان می‌دهد. اولاً اکثریت افرادی که خودکشی می‌کنند، یک اختلال روانی قابل تشخیص دارند. ثانیاً رفتارهای خودکشی در بیماران روانپزشکی شایع‌ترند.

گروه‌های تشخیصی مختلف شامل موارد زیر هستند:

- تمامی انواع افسردگی
- اختلال شخصیت (شخصیت‌های ضداجتماعی و مرزی با خصایص تکانشگری، پرخاشگری و تغییرات خلقی مکرر)
- الکلیسم (و سوءمصرف مواد در نوجوانان)
- اختلال اسکیزوفرنی
- اختلال روانی ذاتی
- و اختلالات روانی دیگر.

گرچه بسیاری از افرادی که خودکشی می‌کنند، یک اختلال روانی دارند؛ ولی اکثریت آن‌ها (حتی در کشورهای توسعه یافته) نزد متخصصان بهداشت روانی نرفته‌اند. از این‌رو نقش کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، اساسی است.

افسردگی

افسردگی، شایع‌ترین تشخیص در خودکشی‌های کامل است. هر فردی هر از گاهی احساس درماندگی، غم، تنهایی و ناپایداری را تجربه می‌کند، اما معمولاً این هیجان‌ها زودگذرند. به هر حال، زمانی که هیجان‌ها مداوم بوده و در عملکرد طبیعی فرد اختلال ایجاد می‌کنند، احساس و بیماری افسردگی ایجاد می‌شود.

تعدادی از نشانه‌های شایع افسردگی شامل موارد زیر است:

- احساس غم در اغلب ساعات روز، تقریباً هر روز؛
- بی‌علاقگی در فعالیت‌های معمول؛
- کاهش وزن (زمانی که رژیم گرفته نشده) یا افزایش وزن؛
- پرخوابی یا کم‌خوابی یا بیدار شدن خیلی زود از خواب؛
- احساس خستگی و ضعف همیشگی؛
- احساس بی‌ارزشی، احساس گناه یا ناامیدی؛
- احساس تحریک‌پذیری و بی‌قراری همیشگی؛
- مشکل در تمرکز، تصمیم‌گیری و به یاد آوردن؛
- افکار مکرر مرگ و خودکشی.

چرا افسردگی فراموش شده است

گرچه طیف گسترده‌ای از درمان‌ها برای افسردگی وجود دارد، دلایل متعددی برای عدم تشخیص‌گذاری این بیماری در غالب موارد وجود دارد که شامل موارد زیر است:

- غالباً افراد از ابراز افسردگی، احساس شرمندگی می‌کنند، زیرا افسردگی را نشانه ضعف می‌دانند.
- افرادی که با هیجان‌های مربوط با افسردگی آشنا هستند و قادر به تشخیص آن به عنوان یک بیماری نیستند.
- تشخیص افسردگی در فردی که بیماری جسمی دیگری هم دارد، دشوار است.
- ممکن است افراد افسرده طیف گسترده‌ای از دردهای مبهم را نشان دهند.

افسردگی قابل درمان و خودکشی قابل پیشگیری است

الکلیسم

حدود یک سوم موارد خودکشی در افراد وابسته به الکل دیده شده است؛

۵ حدود الی ۱۰ درصد افراد وابسته به الکل، زندگی خود را به واسطه خودکشی پایان می‌دهند؛

• دیده شده است بسیاری از افراد در زمان عمل خودکشی، تحت تاثیر مصرف الکل بوده‌اند.

• از نظر شخصیتی به دلایل زیر اقدام به خودکشی در افراد مبتلا به الکل محتمل است:

• شروع نوشیدن الکل در سنین جوانی؛

• مصرف الکل برای یک دوره طولانی؛

• نوشیدن زیاد؛

• سلامت جسمی ضعیف؛

• احساس افسردگی؛

• زندگی‌های شخصی آشفته و بی‌نظم؛

• احساس رنج از دست دادن یک رابطه بین فردی مهم اخیر مانند جدایی از همسر و یا خانواده، طلاق یا محرومیت.

• عملکرد ضعیف در کار.

افراد وابسته به الکی که خودکشی می‌کنند، نه تنها نوشیدن را از سنین جوانی آغاز کرده‌اند و بسیار می‌نوشند، احتمالاً از خانواده‌های معتاد به الکل هستند.

سوءمصرف مواد در نوجوانانی که به رفتارهای خودکشی می‌پردازند، به طور فزاینده دیده می‌شود.

وجود هر دوی اختلالات الکلیسم و افسردگی در فرد
خطر خودکشی را بسیار افزایش می‌دهد.

اسکیزوفرنی

حدود ۱۰ درصد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، در نهایت خودکشی می‌کنند. اسکیزوفرنی با آشفتگی در گفتار، تفکر، شنیدن یا دیدن، بهداشت شخصی و رفتار اجتماعی و به طور خلاصه با تغییر شدید در رفتار، احساسات یا ایده‌های عجیب مشخص می‌شود.

عوامل خطر خودکشی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی عبارتند از:

- مردان جوان، مجرد و بیکار؛
- مرحله اولیه بیماری؛
- خلق افسرده؛
- مستعد عودهای مکرر؛
- تحصیلات عالی؛
- پارانوئید (سوءظن)؛

افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به احتمال زیاد در زمان‌های بعدی اعم از موارد زیر نیز خودکشی می‌کنند:

- مراحل ابتدایی بیماری‌شان که بهت زده و سردرگم هستند؛
- اوایل بهبودی که افراد مبتلا از نظر نشانه‌های بیرونی بهتر و از نظر درونی آسیب‌پذیر هستند؛
- اوایل عود، یعنی زمانی که افراد احساس می‌کنند بر مشکل غلبه کرده‌اند، نشانه‌ها عود می‌کنند؛
- بلافاصله بعد از ترخیص از بیمارستان.

بیماری جسمی و خودکشی

برخی از انواع بیماری جسمی با افزایش میزان خودکشی همراه هستند.

بیماری‌های عصبی

صرع

افزایش تکانشگری، پرخاشگری و ناتوانی مزمن غالباً در افراد مبتلا به صرع دیده می‌شود که دلایل افزایش رفتار خودکشی در افراد مبتلا هستند. سوءمصرف الکل و مواد نیز به آن کمک می‌کنند.

صدمات مغز و نخاع و سکتة مغزی

هر چه صدمات جدی‌تر باشند، خطر خودکشی بیشتر می‌شود.

سرطان

مستنداتی وجود دارد که نشان می‌دهد بیماری‌های درمان ناپذیر مانند سرطان، با افزایش میزان خودکشی در افراد همراه است. خطر خودکشی در موارد زیر بیشتر است:

- بلافاصله بعد از گرفتن تشخیص (در طی پنج سال اول)
- زمانی که بیمار تحت شیمی‌درمانی قرار می‌گیرد.

AIDS/ HIV

وجود ننگ، پیش‌بینی ضعیف روند و ماهیت این بیماری، خطر خودکشی را در افراد آلوده به HIV افزایش می‌دهد. در زمان تشخیص، در فردی که مشاوره بعد از تست را نداشته، خطر خودکشی بالاست.

شرایط مزمن

شرایط پزشکی مزمن مطرح شده در زیر، ارتباط احتمالی با افزایش خطر خودکشی دارند:

- دیابت؛
- MS؛
- بیماری‌های مزمن کلیه و کبد و دستگاه گوارش
- اختلالات استخوان و مفصل به همراه درد مزمن؛
- بیماری‌های قلبی-عروقی و عصبی؛
- اختلالات جنسی؛

افرادی که در راه رفتن، دیدن و شنیدن مشکل دارند، نیز در خطر هستند.

خطر خودکشی

در شرایط دردناک و مزمن افزایش می‌یابد.

عوامل جامعه‌شناختی و محیطی در خودکشی

جنسیت

میزان خودکشی در دو دامنه سنی زیر بالاست:

- جوانان ۱۵-۳۵ سال؛
- بزرگسالان بالاتر ۷۵ سال.

وضعیت تاهل

افراد جداشده، بیوه و مجرد در سطح خطر بالاتری نسبت به افراد متاهل هستند. کسانی که تنها زندگی می‌کنند یا جدا شده‌اند، آسیب‌پذیرتر هستند.

اشتغال

خودکشی در پزشکان، دامپزشکان، داروسازان، شیمی‌دانان و کشاورزان بالاتر از میزان متوسط است.

بیکاری

از دست دادن شغل و بیکاری افراد، با خودکشی مرتبط است.

مهاجرت

افرادی که از روستا به یک شهر، منطقه یا کشور متفاوتی نقل مکان کرده‌اند، نسبت به رفتار خودکشی آسیب‌پذیرتر هستند.

عوامل محیطی

عوامل استرس‌زا در زندگی

اکثریت افرادی که خودکشی می‌کنند، تعدادی از رویدادهای استرس‌زا در زندگی را در طول سه ماه قبلی اقدام به خودکشی تجربه کرده‌اند، مانند:

- مشکلات بین فردی مانند: مشاجره با همسر، خانواده، دوستان و معشوق؛
- طرد شدن مانند جدایی از خانواده و دوستان؛
- رویدادهای زیان‌بار مانند: ضرر مالی و دزدی؛
- مشکلات کاری و مالی مانند: از دست دادن شغل، بازنشستگی، مشکلات مالی؛
- تغییرات در جامعه مانند: تغییرات سریع سیاسی و اقتصادی؛
- استرس‌زاهای متنوع دیگر مانند: شرم و احساس گناه.

دسترسی آسان

دسترسی فوری به ابزار خودکشی، عامل مهمی در تعیین اینکه آیا فرد خودکشی می‌کند یا خیر، می‌باشد. دسترسی محدود به ابزار خودکشی، راهبرد موثری در پیشگیری از خودکشی است.

مواجهه با خودکشی

بخش کوچکی از خودکشی‌ها شامل نوجوانان آسیب‌پذیری است که در زندگی واقعی خود یا از طریق رسانه با خودکشی مواجه شده‌اند و ممکن است تحت تاثیر رفتار خودکشی قرار بگیرند.

وضعیت ذهنی افراد مایل به خودکشی

سه ویژگی خاص وضعیت ذهنی بیماران خودکشی‌گرا عبارتند از:

۱. تردید و دوگانگی: بیشتر افراد نسبت به خودکشی احساسات متفاوتی دارند. میل به زندگی و میل به مرگ، یک نبرد الاکلنگی را در فرد خودکشی‌گرا رقم می‌زند. میل به رهایی از رنج‌های زندگی در کنار اشتیاق به زندگی وجود دارد. بسیاری از افرادی که به خودکشی گرایش دارند، واقعاً نمی‌خواهند بمیرند، آن‌ها فقط از زندگی ناراضی هستند. در صورتی که مورد حمایت قرار گیرند و میل به زندگی در آن‌ها بیشتر شود، خطر خودکشی کاهش می‌یابد.

۲. تحریک‌پذیری: خودکشی نیز یک عمل تکانشی است. مانند هر ضربه دیگر، انگیزه خودکشی گذرا است و چند دقیقه یا چند ساعت طول می‌کشد. این بیماری معمولاً توسط رویدادهای منفی روزانه ایجاد می‌شود. با خنثی کردن این بحران‌ها و وقت‌گذرانی، کارمند بهداشتی می‌تواند به کاهش میل خودکشی کمک کند.

۳. انعطاف‌ناپذیری: وقتی افراد به خودکشی تمایل پیدا می‌کنند، تفکر، احساس و عملکرد آن‌ها محدود می‌شود. آن‌ها دائماً در مورد خودکشی فکر می‌کنند و قادر به درک سایر راه‌های خارج از مشکل نیستند. آن‌ها به شدت فکر می‌کنند.

اکثر افراد خودکشی‌گرا افکار و اهداف خودکشی خود را با دیگران به اشتراک می‌گذارند. آن‌ها غالباً نشانه‌هایی را ارسال می‌کنند و اظهاراتی راجع به اینکه "می‌خواهند بمیرند"، "احساس بی‌فایده بودن" و غیره را بیان می‌کنند. همه آن درخواست‌های کمک نباید نادیده گرفته شود. مشکلات هرچه باشند، احساسات و افکار فرد خودکشی‌گرا در تمام دنیا یکسان است.

افکار	احساسات
"ای کاش مرده بودم"	اندوه، افسردگی
"من هیچ کاری نمی‌توانم انجام دهم"	تنهایی
"نمی‌توانم بیشتر از این تحمل کنم"	درماندگی
"من یک بازنده‌ام"	نامیدی
"دیگران بدون من خوشحال‌ترند"	بی‌ارزشی

دسترسی به فرد خودکشی‌گرا

بیشتر اوقات، وقتی کسی به شما می‌گوید: "از زندگی خسته شده‌ام" و یا "زندگی بی‌معنی است" بدانید این فرد نمونه‌ای از افرادی است که در مشکلات بسیار بدی گرفتار هستند. پاسخ به هیچ‌کدام از این سوال‌ها به فردی که گرایش به خودکشی تمایل، کمکی نمی‌کند.

ارتباط اولیه با فرد خودکشی‌گرا بسیار مهم است. غالباً این ارتباط در یک کلینیک شلوغ، خانه یا مکان عمومی که ممکن است مکالمه خصوصی در آن‌ها دشوار باشد، رخ می‌دهد.

۱. اولین گام، پیدا کردن مکان مناسبی است که بتوان مکالمه‌ای آرام در حریم خصوصی

معقول انجام داد.

۲. مرحله بعدی، تخصیص زمان ضروری است. افراد خودکشی‌گرا معمولاً برای خودافشایی به زمان بیشتری نیاز دارند و فرد باید از نظر ذهنی آماده باشد تا به این افراد فرصت دهد.

۳. مهم‌ترین کار این است که به طور مؤثر به آن‌ها گوش فرا دهید. "دستیابی و گوش دادن به خودی خود گام مهمی در کاهش سطح ناامیدی خودکشی است".

هدف این است که پلی بین شکاف ایجاد شده با بی‌اعتمادی، ناامیدی و از بین رفتن امید به ایجاد این امید در فرد که اوضاع بهتر شود، زده شود.

چگونه ارتباط برقرار کنیم

- با دقت گوش کنید، آرام باشید.
- احساسات فرد را درک کنید (همدلی کنید).
- پیام‌هایی مبنی بر پذیرش و احترام به صورت غیرکلامی ارائه دهید.
- به نظرات و ارزش‌های فرد احترام بگذارید.
- صادقانه و اصیل صحبت کنید.
- نگرانی، مراقبت و علاقه خود را نشان دهید.
- بر احساسات فرد متمرکز شوید.

چگونه ارتباط برقرار نکنیم

- صحبت‌های فرد را بیش از حد قطع کنید.
- بهت زده یا احساساتی شوید.
- عنوان کنید که مشغول کار هستید.
- حامی باشید.
- اظهارات مزاحم یا نامشخص را بیان کنید.
- بیش از حد سوال کنید.

برای تسهیل در برقراری ارتباط، یک رویکرد آرام، گشاده، دلسوز، پذیرش و عدم قضاوت ضروری است.

با علاقه و پذیرش گوش دهید
با احترام رفتار کنید
با هیجان‌های فرد همدلی کنید
با اطمینان مراقبت کنید

روایت و واقعیت در خودکشی

روایت

۱. افرادی که در مورد خودکشی صحبت می‌کنند، خودکشی نمی‌کنند.
۲. افراد خودکشی‌گرا کاملاً قصد مرگ دارند.
۳. خودکشی بدون هشدار اتفاق می‌افتد.
۴. بهبود پس از بحران به معنای پایان خطر خودکشی است.
۵. از تمام خودکشی‌ها نمی‌توان پیشگیری کرد.
۶. هنگامی که فرد یک بار خودکشی می‌کند، همیشه اقدام به این کار خواهد کرد.

واقعیت

۱. بیشتر افرادی که خودکشی می‌کنند، هشدارهای دقیقی در مورد اهداف خود به دیگران داده‌اند.
۲. اکثر آن‌ها دچار تردید هستند.
۳. افراد خودکشی‌گرا غالباً نشانه‌های فراوانی از قصد خود نشان می‌دهند.
۴. بسیاری از خودکشی‌ها در دوره بهبود؛ زمانی اتفاق می‌افتند که فرد برای تبدیل افکار ناامیدکننده به یک عمل مخرب، انرژی و اراده داشته باشد.
۵. این که تمام خودکشی‌ها قابل پیشگیری نیست، درست است؛ اما اکثریت آن‌ها قابل پیشگیری هستند.
۶. ممکن است افکار خودکشی عود کنند، اما دائمی نیستند و در بعضی از افراد ممکن است هرگز عود نکنند.

شناسایی فرد خودکشی‌گرا

نشانه‌های رایج رفتار خودکشی یا سابقه اقدام به خودکشی عبارتند از:

۱. گوشه‌گیری و انزوا، ناتوانی در ارتباط با خانواده و دوستان
۲. ابتلا به بیماری روانپزشکی
۳. اعتیاد به الکل
۴. اضطراب و ترس مرضی
۵. تغییر شخصیت، بیقراری، منفی‌گرایی، افسردگی یا بی‌علاقگی
۶. تغییر در عادات خوردن و خوابیدن
۷. اقدام به خودکشی اخیر
۸. نفرت از خود، احساس گناه، بی‌ارزشی یا شرم
۹. تجربه تازه فقدان - سوگ، طلاق، جدایی، و غیره
۱۰. سابقه خودکشی در خانواده
۱۱. میل ناگهانی به نظم دادن به امور شخصی، نوشتن وصیت‌نامه و غیره
۱۲. احساس تنهایی، درماندگی، ناامیدی
۱۳. یادداشت خودکشی
۱۴. بیماری جسمی
۱۵. اشاره مکرر به مرگ یا خودکشی

ارزیابی خطر خودکشی

زمانی‌که کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه به احتمال رفتار خودکشی در فرد مشکوک می‌شوند، باید موارد زیر مورد ارزیابی قرار گیرند:

- وضعیت اخیر روانی و وجود افکار مرگ و خودکشی در فرد؛
 - برنامه اخیر خودکشی، آمادگی فرد و زمان در نظر گرفته شده برای اقدام به خودکشی
 - سیستم حمایتی فرد (خانواده، دوستان و ...)
- بهترین راه برای کسب اطلاعات، سوال از خود فرد است. برخلاف عقیده عمومی، صحبت کردن در مورد خودکشی موجب پرورش فکر خودکشی در افراد نمی‌شود. در حقیقت افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند، بسیار خرسند می‌شوند که آزادانه درباره مسائل و مشکلاتی که با آن‌ها درگیرند، صحبت کنند.

چگونه در مورد افکار خودکشی سوال کنیم؟

سوال در مورد وجود افکار خودکشی در فرد ساده نیست. بهتر است این کار به تدریج انجام شود. برخی از سوال‌های مفید را در فهرست زیر می‌بینید:

- آیا احساس اندوه می‌کنی؟
 - آیا احساس می‌کنی کسی به تو توجه نمی‌کند؟
 - آیا احساس می‌کنی زندگی بی ارزش است؟
 - آیا تمایلی به اقدام به خودکشی داری؟
- چه زمانی در مورد وجود افکار خودکشی در فرد سوال کنیم؟
- زمانی که فرد احساس می‌کند ما او را درک می‌کنیم؛
 - زمانی که فرد برای ابراز احساساتش با ما احساس راحتی می‌کند؛
 - زمانی که فرد در مورد احساسات منفی تنهایی و ناامیدی خود صحبت می‌کند.
- چه سوال‌هایی بپرسیم؟

۱. برای دانستن این که فرد برنامه‌ای برای اقدام به خودکشی دارد:

- آیا برای این که به زندگی خود خاتمه دهی، برنامه‌ای داری؟
 - آیا برای این که چطور این کار را انجام دهی ایده‌ای داری؟
۲. برای دانستن این که فرد با چه روشی می‌خواهد به زندگی خود خاتمه دهد:

- آیا ابزاری مانند قرص، اسلحه، سم یا وسیله دیگری برای این کار داری؟
 - آیا به این وسیله دسترسی داری؟
۳. برای دانستن این موضوع که آیا فرد زمانی را برای این کار در نظر گرفته است:
- آیا برای زمان خاتمه دادن به زندگی زمانی را در نظر گرفته‌ای؟
 - چه زمانی تصمیم داری این کار را انجام دهی؟

مدیریت فرد خودکشی‌گرا

خطر پایین

کسی که افکار خودکشی مانند "دیگر نمی‌توانم ادامه دهم"، "ای کاش مرده بودم" را دارد، ولی برنامه‌ای برای خودکشی ندارد.

اقدامات لازم

- از نظر عاطفی او را حمایت کنید.
- بر احساسات خودکشی او کار کنید. هر چه فرد آزادانه‌تر در مورد فقدان‌ها، تنهایی و یا احساس بی‌ارزشی خود صحبت کند، آشفتگی هیجانی کمتری را تجربه خواهد کرد. زمانی که آشفتگی هیجانی فرد فروکش کرد، فرد احتمالاً بازخورد خواهد داد. فرآیند بازخورد حیاتی است، زیرا هیچکس انتظار ندارد فرد از تصمیم خود برای مرگ منصرف شده و تصمیم به ادامه زندگی بگیرد.

از او بخواهید در مورد آخرین مشکلی که بدون توسل به خودکشی موفق به حل آن شده، صحبت کند و به این وسیله بر توانمندی‌های وی تاکید کنید.

- فرد را به یک پزشک یا متخصص سلامت روان ارجاع دهید.
- برنامه منظمی برای ملاقات با وی تعیین و تماس مداوم با او را حفظ کنید.

خطر متوسط

فرد افکار و برنامه‌های خودکشی دارد، اما هیچ برنامه‌ای برای خودکشی ندارد.

اقدامات لازم

- از نظر عاطفی او را حمایت کنید. بر احساسات خودکشی فرد کار کنید و به نقاط قوت توجه کنید. علاوه بر این، مراحل زیر را ادامه دهید.
- از تردید فرد استفاده کنید. پرسنل بهداشتی باید بر تردید و دوگانگی فردی که میل به اقدام به خودکشی دارد، متمرکز شود تا به تدریج آرزوی زندگی در مراجع تقویت گردد.
- گزینه‌های جایگزین خودکشی را کشف کنید. پرسنل بهداشتی باید سعی کنند موارد مختلفی از راه‌های جایگزین را، حتی اگر ایده آل نباشند به این امید که فرد حداقل یکی از آن‌ها انتخاب کند در نظر بگیرد.
- قرارداد ببندید. از مراجع قول بگیرید که بدون تماس با کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، در یک بازه زمانی مشخص، اقدام به خودکشی نخواهد کرد.

- این فرد را به روانپزشک، مشاور یا پزشک ارجاع دهید و در سریع‌ترین زمان ممکن برای او وقت ملاقات بگیرید.
 - با خانواده، دوستان و همکاران او تماس بگیرید و لیستی از کسانی که می‌توانند فرد را حمایت کنند، تهیه کنید.
- خطر بالا

فرد برنامه مشخصی برای خودکشی و وسیله‌ای برای انجام آن دارد و قصد دارد فوراً خودکشی کند.

اقدام لازم

- با فرد همراه باشید. هرگز او را تنها نگذارید.
- به آرامی با فرد صحبت کنید و قرص‌ها، چاقو، اسلحه، حشره‌کش و غیره را از بین ببرید (وسيله خودکشی را از او دور کنید).
- قرارداد ببندید.
- فوراً با یک متخصص بهداشت روان یا پزشک تماس بگیرید و هماهنگی‌های لازم را برای آمبولانس و بستری انجام دهید.
- به خانواده اطلاع داده و فهرستی از حمایت‌های موجود را تهیه کنید.

ارجاع فرد خودکشی‌گرا

چه موقع ارجاع دهیم

زمانی که فرد نشانه‌های زیر را دارد:

- ابتلا به بیماری روانی؛
- سابقه اقدام به خودکشی قبلی؛
- سابقه خودکشی خانوادگی، الکلیسم یا بیماری روانی،
- سلامت جسمی فرد دچار مشکل است؛
- فقدان حمایت اجتماعی.

چگونه ارجاع دهیم

کارمند مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید برای توضیح دلیل ارجاع فرد زمان بگذارد.

- برای او وقت ملاقات ترتیب دهد.
- فرد را متقاعد کند که ارجاع او، به معنی از سر خود باز کردن و راحت شدن از دست او نیست.
- بعد از مشاوره فرد را ملاقات کند.
- تماس دوره‌ای با فرد را حفظ کند.

منابع حمایتی

منابع حمایتی معمول عبارتند از:

- خانواده
- دوستان
- همکاران
- روحانیون
- مراکز مداخله در بحران خودکشی
- متخصصان مراقبت بهداشتی.

چگونه به منابع دسترسی داشته باشیم؟

- سعی کنید اجازه فرد در معرض خطر خودکشی را برای دریافت حمایت از منابع دریافت کنید و سپس با آن‌ها تماس بگیرید.
- حتی اگر فرد اجازه نداد، سعی کنید کسی را پیدا کنید که دلسوز فرد باشد.
- پیش از این‌ها با فرد صحبت کنید و توضیح دهید که گاهی اوقات صحبت کردن با یک غریبه، به شرطی که فرد احساس نادیده گرفته شدن یا صدمه دیدن نداشته باشد؛ راحت‌تر از یک دوست عزیز است.
- با افرادی که به عنوان منبع حمایتی در نظر گرفته‌اید، بدون اینکه آن‌ها را متهم یا به آن‌ها احساس گناه بدهید، صحبت کنید.
- اقدامات حمایتی محتمل آن‌ها را ثبت کنید.
- به نیازهای آن‌ها نیز توجه کنید.

بایدها و نبایدها

کارهایی که باید انجام شود:

- گوش کنید، همدلی نشان دهید و آرام باشید؛
- حامی و دلسوز باشید؛
- اوضاع را جدی بگیرید و میزان خطر را ارزیابی کنید؛
- در مورد سابقه اقدام به خودکشی سؤال کنید؛
- راه‌های غیر از خودکشی را پیدا کنید؛
- درباره برنامه خودکشی سؤال کنید؛
- زمان بخرید - قرارداد ببندید؛
- سایر منابع حمایتی را مشخص کنید؛
- در صورت امکان ابزار خودکشی را از بین ببرید؛
- اقدام کنید، به دیگران بگویید، کمک بگیرید؛
- در مواقعی که خطر خودکشی زیاد است، کنار شخص بمانید.

کارهایی که نباید انجام شود:

- وضعیت را نادیده بگیرید
- شوکه شده یا خجالت زده شوید و یا وحشت کنید؛
- به فرد وعده درست شدن کارها را بدهید؛
- فرد را به چالش بکشید تا اقدام کند؛.
- مشکل را بی‌اهمیت جلوه دهید؛
- به او اطمینان دروغ بدهید؛
- به او قول رازنگهدار بودن بدهید؛
- شخص را تنها بگذارید.

نتیجه گیری

منابعی مانند تعهد، حساسیت، دانش و اهمیت دادن به انسان دیگر، ایمان به این که زندگی ارزش پرورش دادن را دارد، منابع اصلی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه هستند. با حمایت آن‌ها می‌توان از خودکشی پیشگیری کرد.

۳

پیشگیری از خودکشی مرجعی برای مشاوران

دپارتمان سلامت روانی و سوء مصرف مواد
مدیریت اختلالات روانی و مغزی
سازمان جهانی بهداشت
ژنو ۲۰۰۶

مترجم:
دکتر مرجان فتحی



School of Behavioral Sciences and
Mental Health



WHO Collaborating Centre
For Mental Health

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



فهرست‌نویسی سازمان جهانی بهداشت در انتشار اطلاعات
پیشگیری از خودکشی: مرجعی برای مشاوران. (پیشگیری از
خودکشی: سری منابع؛ ۷)

این سند یکی از مجموعه منابعی است که برای گروه‌های
خاص اجتماعی و حرفه‌ای به ویژه برای گروه‌های مرتبط با
موضوع پیشگیری از خودکشی تدوین شده است. این
برنامه به عنوان بخشی از SUPRE، برنامه پیشگیری از
خودکشی سازمان جهانی بهداشت، تهیه شده است.

کلید واژه‌ها: خودکشی - پیشگیری و کنترل. ۲. خودکشی
، اقدام - پیشگیری و کنترل. ۳. مشاوره. ۱. سازمان جهانی
بهداشت II. مجموعه‌ها: پیشگیری از خودکشی: سری
منابع؛ ۷.

شابک ۹۲۴۱۵۹۴۳۱۴ (LC / NLM: HV6545) طبقه بندی)

شابک ۹۷۸ ۹۲۴ ۱۵۹۴۳۱۸

© سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۶

کلیه حقوق محفوظ است. انتشارات سازمان جهانی بهداشت از آدرس زیر قابل دریافت است:
Switzerland, 27 Geneva WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211

(تلفن: ۰۰۴۱۲۲۷۹۱۳۲۶۴; فکس: ۰۰۴۱۲۲۷۹۱۴۸۵۷; ایمیل: bookorders@who.int).

در صورت درخواست‌های مبنی بر تکثیر یا ترجمه انتشارات سازمان جهانی بهداشت (چه برای فروش و چه توزیع غیرتجاری) باید به انتشارات سازمان جهانی بهداشت (آدرس بالا) مراجعه نمود (فکس: ۰۰۴۱۲۲۷۹۱۴۸۵۶ و ایمیل: permissions@who.int). عناوین به کار رفته و مطالب ارائه شده در این نشریه، ابراز عقیده سازمان جهانی بهداشت درباره نگرانی وضعیت قانونی هر کشور، منطقه، شهر یا اختیارات یا تعیین مرزهای آن نیست. خطوط نقطه‌دار بر روی نقشه خطوط یک مرز تقریبی را نشان می‌دهد که ممکن است هنوز در مورد آن‌ها توافق کامل وجود نداشته باشد. ذکر نام شرکت‌های خاص و یا برخی تولیدکنندگان معین در متن، به معنای تایید یا پیشنهاد آن‌ها از طرف سازمان جهانی بهداشت و اولویت بندی آن‌ها به موارد مشابه دیگر نیست. خطاها و استثنائات و نام محصولات اختصاصی، با حروف بزرگ در ابتدای آن‌ها متمایز شده‌اند. در این نشریه تمام اقدامات احتیاطی مناسب برای تایید اطلاعات موجود توسط سازمان جهانی بهداشت صورت گرفته است. با این حال مطالب بیان شده به صورت صریح یا ضمنی، بدون هیچ ضمانتی منتشر شده‌اند. مسئولیت تفسیر و استفاده از مطالب با خواننده است. سازمان جهانی بهداشت مسئولیت آسیب‌های پیش آمده ناشی از استفاده از مطالب را بر عهده نخواهد گرفت.

چاپ شده در ایالات متحده آمریکا

- ۵۳ پیشگفتار
- ۵۵ پیشگیری از خودکشی
- ۵۶ بار خودکشی
- ۵۷ عوامل و موقعیت‌های پرخطر
- ۵۹ گروه‌های خاص و خودکشی
- ۶۱ افسانه‌های رایج درباره‌ی رفتارهای خودکشی
- ۶۳ ارزیابی رفتارهای خودکشی
- ۶۵ مدیریت رفتارهای خودکشی
- ۶۶ مشاوره با کودکان و نوجوانانی که گرایش به خودکشی دارند
- ۷۰ مواجهه‌ی مشاوران با خودکشی مراجعان
- ۷۱ فراهم کردن اطلاعات مفید برای جامعه
- ۷۳ منابع

خودکشی پدیده پیچیده‌ای است که طی قرن‌ها توجه فیلسوفان، حکما، پزشکان، جامعه‌شناسان و هنرمندان را به خود جلب کرده است. به گفته‌ی آلبر کامو، فیلسوف فرانسوی، در افسانه‌ی سیزیف، خودکشی تنها مشکل جدی فلسفی است.

خودکشی به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی جدی، توجه ما را می‌طلبد، اما متأسفانه پیشگیری و کنترل آن کار ساده‌ای نیست. تحقیقات نشان می‌دهند پیشگیری از خودکشی در صورتی امکان‌پذیر است که مجموعه‌ای از فعالیت‌ها اعم از فراهم کردن بهترین شرایط برای تربیت فرزندان و جوانان مان و درمان مؤثر اختلالات روانی برای کنترل محیطی عوامل خطر را دربر بگیرد. انتشار مناسب اطلاعات و آگاهی بخشی، عناصر اساسی در موفقیت برنامه‌های پیشگیری از خودکشی هستند.

در سال ۱۹۹۹ سازمان جهانی بهداشت (SUPRE)، برنامه پیشگیری از خودکشی اجرا کرد. این کتابچه یکی از مجموعه منابع مهم و بخشی از SUPRE است که گروه‌های خاص حرفه‌ای و اجتماعی را که با پیشگیری از خودکشی در ارتباط هستند، مخاطب قرار می‌دهد. این کتابچه در صدد برقراری ارتباط طولانی و متنوع زنجیره‌ای از گروه گسترده‌ای از افراد و گروه‌ها؛ از جمله متخصصان بهداشت، مربیان، سازمان‌های اجتماعی، دولت‌ها، قانون‌گذاران، رابطان اجتماعی، مجریان قانون، خانواده‌ها و جوامع است.

نسخه اولیه این کتابچه را مدیون زحمات دکتر اسکات هینکل^۱، هماهنگ کننده آموزش بالینی، عضو هیات ملی مشاوران با صلاحیت در شهر گرینسبورو از آمریکا هستیم. این متن متعاقباً توسط اعضای شبکه بین‌المللی پیشگیری از خودکشی جهانی سازمان بهداشت که در ادامه آمده، بازبینی شده است که از آن‌ها سپاسگزاریم.

دکتر آنت بیاتریس^۲، دانشکده پزشکی کرایست چرچ^۳، نیوزیلند

پروفسور ژان پیر سوبریه^۴ رئیس بخش خودکشی انجمن جهانی روانپزشکی، پاریس، فرانسه

-
1. Scott Hinkle
 2. Annette Beautrais
 3. Christchurch
 4. Jean Pierre Soubrier

دکتر لاکشمی ویجایاکومار^۱، سنه^۲، چنای، هند

پروفسور دانوتا واسرمن^۳، مرکز ملی تحقیقات و پیشگیری از بیماری روانی و گروه بهداشت عمومی سوئدی، استکهلم، سوئد.

در حال حاضر این منابع به امید ترجمه و انطباق با شرایط بومی—که پیش شرط ضروری اثربخشی آن‌ها است—به طور گسترده منتشر شده است. از نظرات و درخواست‌ها برای ترجمه و انطباق آن‌ها استقبال می‌شود.

دکتر جی. م. برتولوت^۴، هماهنگ‌کننده، مدیریت اختلالات روانی و مغزی، دپارتمان بهداشت روانی و سوء مصرف مواد، سازمان جهانی بهداشت

-
1. Lakshmi Vijayakumar
 2. SNEHA
 3. Danuta Wasserman
 4. J. M. Bertolote

تعداد افرادی که هر ساله بر اثر خودکشی فوت می‌کنند از تعداد افرادی که در تمام درگیری‌های جهان جان خود را از دست می‌دهند، بیشتر است. کمک متخصصان مشاوره در زمینه پیشگیری از خودکشی در سطح جهانی ضروری و به وضوح مورد نیاز است.

خودکشی، نتیجه‌ی تعامل پیچیده‌ی عوامل زیستی، ژنتیکی، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی است. شناسایی موارد در معرض خطر در جامعه، ارجاع و مدیریت رفتار خودکشی گام‌های مهمی در پیشگیری از خودکشی هستند. چالش بحرانی این روش پیشگیری، شناسایی افراد در معرض خطر و آسیب پذیر، درک شرایط ایجاد کننده آسیب به خود و ایجاد ساختار مداخلاتی مؤثر است. در نتیجه، مشاوران به اندازه‌ی مدیریت رفتار خودکشی، برای پیشگیری نیز نیاز به ایجاد ابتکار عمل جامعه محور دارند.

تمرین مشاوره‌ی حرفه‌ای به عنوان ابزار سلامت روان تعریف شده است و اصول رشد انسانی با به‌کارگیری راهبردهای مداخلاتی شناختی، عاطفی و رفتاری مشخص می‌شود. با استفاده از این روش‌ها، مشاوران حرفه‌ای؛ سلامتی، رشد فردی و مسائل رشد شغلی را به اندازه آسیب شناسی سلامت روان هدف قرار می‌دهند. مشاوران پس از کسب آموزش و دانش، فارغ التحصیل شده و اغلب در مدارس، دانشکده‌ها، دانشگاه‌ها، آژانس‌های شغلی، مراکز درمان سوءمصرف مواد، و مراکز درمانی و بیمارستان‌ها کار می‌کنند.

پیشگیری از خودکشی شامل طیف وسیعی از فعالیت‌ها از جمله فرزندپروری، مشاوره‌ی خانواده، درمان اختلالات روانی، کنترل عوامل خطر محیطی و آموزش جامعه می‌شود. آموزش مؤثر جامعه به عنوان مداخله‌ی اساسی و اولیه، شامل درک علت‌های خودکشی و همچنین پیشگیری و درمان است.

مشاوران می‌توانند به افراد در درک بهتر ارتباط بین سوءمصرف مواد و اختلالات خلقی و افکار و رفتار خودکشی به افراد کمک کنند. آن‌ها همچنین می‌توانند به برنامه‌های پیشگیری از عود، ایجاد حمایت‌های اجتماعی و در صورت نیاز ارجاع به مراکز تخصصی روانپزشکی و مراکز درمان مصرف الکل و مواد کمک کنند. به همین منظور آن‌ها به‌خصوص در کشورهای در

حال توسعه به مجموعه‌ای از راهنماهای عملی، در دسترس و آموزنده در ارتباط با بحران خودکشی نیاز دارند. متأسفانه، در برنامه‌های آموزش سلامت روان، آموزش‌های همه‌جانبه در مدیریت خودکشی به ندرت اتفاق می‌افتد.

در حرفه‌ی مشاوره، خودکشی مراجع «خطر شغلی» محسوب می‌شود. تخمین زده می‌شود حدود ۲۵ درصد مشاوران، مراجعانی داشته‌اند که اقدام به خودکشی کرده‌اند. خودکشی ممکن است اثر بالقوه منفی بر مشاوران در حال فعالیت و نیز مشاوران در حال آموزش، داشته باشد. مشاورانی که چنین تجربه‌ای دارند، در پاسخ به فوت بیمار خود، احساس از دست دادن اعتماد به نفس، افکار مزاحم و رویاهای تنش زا، احساس همزمان خشم و احساس گناه را گزارش می‌کنند.

این جزوه به عنوان راهنمای اطلاعاتی برای مشاور است تا با توجه به خطر خودکشی، از آن پیشگیری کند.

بار خودکشی

تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۰۰، تقریباً یک میلیون نفر خودکشی کرده‌اند که این آمار، خودکشی را در جایگاه ده علت اول مرگ در بسیاری از کشورهای جهان قرار داده است. تعداد اقدام به خودکشی ده تا بیست برابر این آمار است، اما به نظر می‌رسد آمارهای واقعی بیش از این تعداد است. هر چند میزان خودکشی در طبقه‌بندی‌های جمعیت‌شناختی گوناگون متفاوت است، می‌توان گفت تقریباً در پنجاه سال اخیر شصت درصد افزایش داشته است. کاهش میزان از دست دادن زندگی به علت خودکشی، تبدیل به هدف بین‌المللی اساسی در حوزه‌ی سلامت روان شده است.

عوامل محافظ

عوامل محافظ خطر خودکشی را کاهش می‌دهند، آن‌ها مثل عایق خودکشی عمل می‌کنند و شامل موارد زیر می‌شوند:

- حمایت خانواده، دوستان و داشتن سایر روابط مهم
- مذهب، فرهنگ و باورهای اخلاقی

- مشارکت‌های اجتماعی
- زندگی اجتماعی رضایت‌بخش
- گرایش‌های اجتماعی از طریق کسب شغل و استفاده مفید از اوقات فراغت
- دسترسی به خدمات و مراقبت‌های سلامت روان

این‌گونه عوامل محافظت‌کننده خطر خودکشی را نفی نمی‌کنند، اما می‌توانند در استرس شدید رویدادهای زندگی تعادل برقرار کنند.

عوامل و موقعیت‌های پرخطر

رفتارهای خودکشی در موقعیت‌های خاص وابسته به فرهنگ، ژنتیک، عوامل روانشناختی و محیطی شیوع بیشتری دارند. عوامل خطر عمومی شامل موارد زیر هستند:

- وضعیت اقتصادی- اجتماعی و سطح تحصیلات پایین، از دست دادن شغل
- استرس اجتماعی
- مشکل با عملکرد خانواده، روابط اجتماعی و نظام‌های حمایتی
- تجربه‌های آسیب‌زا مانند سوءاستفاده‌ی جسمی و جنسی
- سوگ
- اختلالات روانی مانند افسردگی، اختلال شخصیت، اسکیزوفرنی، سوءمصرف مواد و الکل
- احساس بی‌ارزشی یا ناامیدی
- گرایش‌های جنسی مانند همجنس‌گرایی
- رفتارهای غیرمتعارف (مانند سبک شناخت و شخصیت فرد)
- قضاوت مختل، فقدان کنترل تکانه و رفتارهای آسیب‌به‌خود
- مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف
- بیماری جسمی و درد مزمن
- در معرض خودکشی سایر افراد قرار گرفتن
- دسترسی به ابزارهای کشنده برای آسیب‌جدی به خود
- رویدادهای مخرب و خشن (مانند جنگ یا فجایع مصیبت‌بار)

تخمین زده می‌شود که نود درصد افرادی که با روش خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند دچار اختلالات روانی و شصت درصد آن‌ها در زمان خودکشی مبتلا به افسردگی بوده‌اند. در حقیقت تمام انواع اختلالات خلقی به وضوح با رفتارهای خودکشی در ارتباط هستند. افسردگی و نشانه‌های آن (مانند اندوه، بی‌حالی، اضطراب، بی‌قراری و اختلال خواب و خوردن) خطر بالقوه خودکشی را به مشاوران هشدار می‌دهند.

خطر فزاینده خودکشی با اسکیزوفرنی، اختلالات سوءمصرف مواد، اختلالات شخصیت، اختلالات اضطرابی شامل اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و اختلالات همراه مرتبط است. خودکشی از علل شایع مرگ در بیماران دچار اختلال سایکوز به‌شمار می‌رود و حدود ده تا پانزده درصد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی خودکشی منجر به مرگ دارند. افزایش بینش شخصی درباره‌ی اختلال روانی، مدت کم درمان و نشانه‌های اختلال افسردگی شدید با خطر بالای خودکشی در مبتلایان به اختلال سایکوتیک ارتباط دارد. تاثیرات مصرف الکل در کنار چالش‌های جدی زندگی و عوامل استرس‌زا ممکن است به دیدگاه محدود واقعیت و خودآسیبی بالقوه منجر شود. همچنین اعتیاد به الکل، به‌ویژه همراه با افسردگی و اختلال شخصیت، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد.

برخی شکل‌های اختلال روانی با تشخیص‌های شایع اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، سوءمصرف مواد و اختلال رفتاری ازهم‌گسیخته علت ریشه‌ای خودکشی در نود درصد مرگ کودک و نوجوان شناخته می‌شوند.

افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند نسبت به سایر هم‌گروه‌های خود فشارهای محیطی بیشتری مانند مورد سوءاستفاده قرار گرفتن، مشکلات خانوادگی، ملاحظات فرهنگی، مشکلات روابط بین‌فردی و قرار گرفتن در معرض استرس‌های مزمن را تجربه می‌کنند. وجود اختلال افسردگی، موجب افزایش احتمال خودکشی می‌گردد. احساس ناامیدی مضاعف ناشی از فشارهای زندگی، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری نسبت به افسردگی تنها است.

سابقه‌ی اقدام قبلی خودکشی خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. بعلاوه، افکار مداوم آسیب به خود، برنامه‌ریزی و آمادگی برای اقدام به خودکشی از عوامل خطر برجسته در این زمینه است. بنابراین، زمانی که فردی ابزار، فرصت و نقشه‌ی خاصی برای خودکشی دارد و بازدارنده‌ای وجود ندارد، خطر در بالاترین حد خود است.

در نحوه تصمیم‌گیری مشاوران بالینی، شناسایی عوامل خطر مرتبط با رفتار خودکشی ضروری است. آگاهی از عوامل خطر، مشاوران را در پیشگیری، شناسایی و همچنین مداخله در افراد با خطر بالای خودکشی هدایت می‌کند. بنابراین آموزش ارزیابی خطر به مشاوران در جهت کاهش خودکشی در اولویت قرار دارد.

هرچند الگوی جهانی از ارتباط اهداف خودکشی وجود ندارد، ولی با توجه به نشانه‌های خطر رفتار خودکشی؛ اعم از بی‌توجهی به رفاه شخصی، تغییر در الگوهای اجتماعی، کاهش بازدهی در کار یا دستاوردهای تحصیلی، اختلال در الگوی خواب و خوردن، تلاش برای سروسامان دادن اوضاع شخصی یا بهبود رابطه با دیگران، علاقه‌ی غیرمعمول به احساس دیگران، مشغولیت ذهنی با مرگ و خشونت، افزایش ناگهانی خلق پس از دوره‌ی افسردگی و افزایش بی‌قیدی در امور اخلاقی و جنسی افراد می‌توان به آن پی برد.

گروه‌های خاص و خودکشی

کودکان و نوجوانان

مشاوران نقش مهمی در پیشگیری از خودکشی در کودکان و نوجوانان دارند. کودک یا نوجوانی که اقدام به خودکشی می‌کند، در حل مسأله، مدیریت استرس و بیان احساسات و عواطف خود دچار مشکل است. در برخی موارد، فشار منفی همسالان موجب ایجاد رفتار آسیب به خود در فرد می‌شود.

بیشتر رفتارهای خودکشی در کودکان و نوجوانان، انگیزه‌های پیچیده‌ای مانند خلق افسرده، مشکلات هیجانی، اجتماعی و سوء‌مصرف مواد را دربرمی‌گیرد. عوامل دیگر خودکشی در جوانان شکست در روابط عاطفی، ناتوانی مقابله با چالش‌های تحصیلی و عوامل استرس‌زای دیگر زندگی، موارد مربوط به ضعف در مهارت حل مسأله، اعتماد به نفس پایین و کشمکش با هویت جنسی است.

کودکانی که اقدام به خودکشی می‌کنند اغلب تجربه‌ی زندگی خانوادگی پیچیده و ازهم‌گسیخته دارند؛ مانند تغییرات در روابط خانوادگی، طلاق و سایر تجربه‌هایی که در کودک احساس درماندگی و عدم کنترل به‌وجود می‌آورد. در بین نوجوانان، سابقه‌ی خانوادگی بیماری روانپزشکی همراه با اختلال در عملکرد خانواده، طرد از طرف خانواده، مورد سوء‌استفاده و

غفلت قرار گرفتن در کودکی خطر بالقوه‌ی خودکشی را افزایش می‌دهد. خودکشی‌های منجر به مرگ در جوانان، وجود میزان بالایی از اختلالات روانپزشکی، حمایت خانوادگی ضعیف، سابقه‌ی افکار یا رفتار خودکشی، مشکلات انضباطی، قانونی یا وجود سلاح گرم در منزل را نشان می‌دهند. در کودکان و نوجوانانی که مورد سوءاستفاده همسالان و بزرگسالان قرار می‌گیرند، وجود افکار یا اقدام به خودکشی غالباً دیده می‌شود.

عامل خطر دیگر در خودکشی نوجوانان، خودکشی شخصیت‌های برجسته یا آشنایان آن‌ها است. پدیده‌ای به نام "خودکشی‌های خوشه‌ای" به‌ویژه در بین جوانان وجود دارد. ممکن است اقدام به خودکشی گروه همسالان یا گروه‌های مشابه، موجب تبلیغ اقدام به خودکشی در افراد دیگر گردد، به‌ویژه در افرادی که سبک زندگی و ویژگی‌های شخصیتی فرد یا گروه اقدام‌کننده را دنبال می‌کنند. شواهدی مبنی بر اثربخشی اقدامات پیشگیرانه، در زمان اقدام به خودکشی کودک یا نوجوان در مدرسه وجود دارد.

در نوجوانان شانزده ساله و بزرگتر، سوءمصرف الکل و مواد در شرایط پر استرس خطر خودکشی را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد. اختلالات خلقی و اضطرابی، رفتار اجتنابی و حس ناامیدی از دیگر عوامل افزایش‌دهنده خطر اقدام به خودکشی هستند. اقدام به خودکشی در نوجوانان اغلب با تجارب تحقیق‌آمیز مانند شکست در مدرسه، کار یا تعارض موجود در روابط بین‌فردی با شریک عاطفی همراه است. احتمال اقدام به خودکشی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت، ده برابر بیش از دیگران است. هشتاد درصد نوجوانانی که بر اثر خودکشی فوت می‌کنند، دارای اختلال سازگاری، اختلال استرس پس از سانحه، نشانگان پرخاشگری و خشونت بوده‌اند.

سالمندان

در سال‌های آخر زندگی، وجود افسردگی به‌طور گسترده عامل اصلی رفتار خودکشی شناخته شده است. در بین سالمندان سؤال متداول، به‌سوء مصرف داروها به‌عنوان ابزاری برای خودکشی اشاره دارد. با این حال، مزایای درمان افسردگی تا حد زیادی تأثیر منفی داروهای ضد افسردگی را جبران می‌کند.

اگر مشاوران از پیام‌های مربوط به خودکشی آگاه باشند، می‌توان اقدام به خودکشی را در بین

سالمندان کاهش داد. حدود هفتاد درصد سالمندانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، پیش از اقدام افکار خودکشی خود را با اعضای خانواده یا دیگران در میان گذاشته‌اند. بنابراین تهیه مصاحبه درباره تاریخچه‌ی فرد، که ابزار سودمندی است، هنگام سؤال از اعضای خانواده و دوستان ضروری است.

افسانه‌های رایج درباره‌ی رفتارهای خودکشی

باورهای نادرست متعددی درباره‌ی رفتارهای خودکشی وجود دارد. برخی از شایع‌ترین آن‌ها عبارتند از:

باور ۱: افرادی که درباره‌ی خودکشی صحبت می‌کنند، در واقع به توجه احتیاج دارند و به خود آسیب نخواهند رساند. این باور اشتباه است. یک مشاور باید در مواجهه با کسی که از افکار، قصد یا نقشه خودکشی صحبت می‌کند تمام جوانب احتیاط را به کار بگیرد.

باور ۲: خودکشی رفتاری تکانشی است که بدون هشدار اتفاق می‌افتد. اشتباه. ممکن است خودکشی رفتاری تکانشی به نظر برسد، اما احتمالاً فرد مدتی به این کار فکر کرده است. بسیاری از افرادی که قصد خودکشی دارند انواع پیام‌های کلامی و رفتاری را درباره‌ی قصد آسیب رساندن به خود به دیگران می‌رسانند.

باور ۳: کسانی که قصد خودکشی دارند واقعاً می‌خواهند بمیرند و خود را بکشند. اشتباه. بیشتر افرادی که می‌خواهند خودکشی کنند افکار خود را حداقل با یک فرد دیگر در میان می‌گذارند، یا با خطوط تلفنی بحران یا پزشک تماس می‌گیرند که این کار، بیشتر نشان دهنده تردید است.

باور ۴: فردی را که به دنبال اقدام به خودکشی زنده مانده است، دیگر خطری تهدید نمی‌کند. اشتباه. در حقیقت، یکی از خطرناک‌ترین زمان‌ها، زمان پس از بحران یا زمانی است که فرد پس از اقدام در بیمارستان بستری است. در در هفته‌ی اول پس از ترخیص، فرد بسیار آسیب پذیر بوده و احتمال آسیب به خود در وی زیاد است. از آنجا که رفتار گذشته فرد می‌تواند یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار آینده وی باشد، خطر اقدام مجدد همیشه وجود خواهد داشت.

باور ۵: خودکشی همیشه علت وراثتی دارد. اشتباه. تمام خودکشی‌ها مربوط به وراثت وابسته نیستند و در این زمینه مطالعات محدودی انجام شده است. یکی از عوامل خطر

رفتار خودکشی، سابقه‌ی خانوادگی خودکشی به‌ویژه در خانواده‌هایی است که افسردگی در آن‌ها شیوع دارد.

باور ۶: افرادی که خودکشی می‌کنند مبتلا به بیماری روانی هستند. اشتباه. رفتار خودکشی علاوه بر افسردگی، سوءمصرف مواد، اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانی، با رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه نیز در ارتباط است. هرچند نباید درباره‌ی این ارتباط اغراق کرد. این ارتباطها در مناطق مختلف متفاوت است و مواردی از خودکشی بدون وجود اختلال روانی دیده شده است.

باور ۷: اگر مشاور درباره‌ی خودکشی با مراجع صحبت کند، فکر خودکشی را در مراجع ایجاد می‌کند. اشتباه. اینکه مشاور از بیمار بپرسد آیا قصد آسیب به خود را دارد، نمی‌تواند به‌آسانی در فرد موجب بروز رفتار خودکشی شود. در حقیقت، بررسی وضعیت هیجانی فرد و عادی‌سازی وضعیت ناشی از استرس، عناصر موردنیاز ما در کاهش افکار خودکشی هستند.

باور ۸: خودکشی فقط برای «آدم‌های خاصی» اتفاق می‌افتد و برای ما رخ نمی‌دهد. اشتباه. خودکشی ممکن است برای همه رخ دهد و در تمام نظام‌های اجتماعی و خانواده‌ها دیده می‌شود.

باور ۹: زمانی که فردی یک بار اقدام به خودکشی کرد، مجدداً آن را تکرار نخواهد کرد. اشتباه. اقدام سابق خودکشی یکی از پیش‌بین‌های قوی برای اقدام‌های بعدی خودکشی است.

باور ۱۰: کودکان خودکشی نمی‌کنند، چون از قطعیت مرگ بی‌اطلاع هستند و از نظر شناختی قادر به درگیر شدن در اقدام خودکشی نیستند. اشتباه. اگرچه این موارد نادر است، ولی کودکان هم اقدام به خودکشی می‌کنند و خودکشی را در هر سنی و با هر ژست‌ی باید جدی گرفت.

باتوجه به این باورهای نادرست درباره خودکشی، برخی مشاوران ممکن است در کار با افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، احساس ناراحتی یا عدم آمادگی کنند. مشاوران باید مهارت‌های مشاوره‌ای مؤثر برای برقراری ارتباط با این جمعیت را ارتقا دهند. اطلاعات، آموزش و تجربه مداخله در بحران خودکشی، توانایی مشاوران را افزایش می‌دهد. در آموزش بهتر است راهکارهایی در جهت افزایش آستانه تحمل مشاور از احساسات جدی دیگران، کاهش

دفاع ها و انفعال مشاور و غلبه بر مسائل حل نشده مربوط به سوگ ارائه شود. به علاوه، آگاهی از عوامل خطر و درک موقعیت‌های خطرزا برای فعالیت‌های مشاور ضروری است.

ارزیابی رفتارهای خودکشی

ارزیابی همه‌جانبه‌ی رفتارهای خودکشی گرا اساس مداخله‌ی مؤثر مشاوره و فعالیت‌های پیشگیرانه است. هدف اولیه‌ی ارزیابی خودکشی، گردآوری اطلاعات پیشگیری و مشاوره است. ارزیابی متعاقباً به قضاوت بالینی، مداخله‌ی مشاوره‌ای، پیشگیری و پیگیری می‌انجامد. همه‌ی ارزیابی‌های خودکشی باید شامل موارد زیر باشند:

- مرور عوامل خطر مربوط به آن
- سابقه‌ی رفتار خودکشی گرا
- وضعیت تغییرناپذیر شرایط زیستی، روانی، ذهنی، موقعیتی و پزشکی
- میزان نشانه‌های خودکشی موجود مانند میزان ناامیدی
- عوامل استرس‌زای موجود
- سطح تکانشگری و کنترل فردی
- سایر اطلاعات کاهنده
- عوامل محافظ

ارزیابی خودکشی نیازمند ارزیابی رفتار و عوامل خطر، تشخیص اختلالات روانی نهفته و تعیین خطر مرگ است. پس از تکمیل، ارزیابی شدت خطر خودکشی حائز اهمیت است. مقیاس زیر در طیف پیوستاری پنج‌امتیازی -از عدم وجود خطر خودکشی تا خطر شدید خودکشی- پیشنهاد می‌شود:

- ۱ عدم وجود خطر: اساساً خطر آسیب به خود وجود ندارد.
- ۲ خفیف: افکار خودکشی محدود شده است، برای آسیب به خود نقشه‌ای ندارد و عوامل خطر اندکی وجود دارد. گرایش به خودکشی آشکار نیست، اما افکار خودکشی وجود دارد. فرد نقشه‌ی مشخصی برای خودکشی ندارد و قبلاً اقدام به خودکشی نکرده است.
- ۳ متوسط: تصمیم و آمادگی همراه با افکار خودکشی زیاد، سابقه‌ی اقدام قبلی همراه با حداقل دو عامل خطر یا بیش از یک عامل خطر موجود وجود دارد. افکار خودکشی به اندازه‌ی قصد آن وجود دارد، اما فرد وجود نقشه‌ی خودکشی را انکار می‌کند. فرد در

صورت امکان برای بهبود وضعیت هیجانی و روانشناختی خود انگیزه دارد.

۴ شدید: برنامه‌ی روشن و آمادگی برای آسیب به خود یا سابقه‌ی چندین اقدام قبلی با دو یا سه عامل خطر وجود دارد. افکار و گرایش به خودکشی همراه با برنامه و ابزار اجرای آن وجود دارد. فرد انعطاف شناختی ندارد و از آینده ناامید است، حمایت‌های اجتماعی موجود را انکار می‌کند و سابقه‌ی اقدام به خودکشی دارد.

۵ خیلی شدید: فرد قبلاً چندین بار اقدام به خودکشی کرده و چندین عامل خطر وجود دارد. اقدام فوری ضروری است.

در نهایت مسئولیت مشاور، قضاوت و تعیین مقیاس مرگ‌آور بودن خودکشی است که میزان آسیب به خود را در فرد تعیین می‌کند. اغلب بهتر است در قضاوت ما خطای مثبت بیش از خطای منفی باشد. در جهت اهداف مداخله و پیشگیری، ارزیابی داده‌ها می‌تواند در مقایسه‌ی سطح عملکرد فرد قبل و بعد از مشاوره فردی مفید باشد.

ارزیابی خطر خودکشی شامل مصاحبه‌ی بالینی، جمع‌آوری اطلاعات از طریق فرآیند ارزیابی رسمی و گردآوری داده‌های موازی ارزشمند از شخص سوم (به‌جز خود بیمار) است. دلایل زندگی یا ادامه آن، عوامل شناختی مهمی در ارزیابی خودکشی هستند و بهتر است در برنامه‌ریزی غربالگری و درمان گنجانده شوند.

در آخر، ارزیابی خطر خودکشی باید چندبعدی باشد و در آن تفاوت‌های جنسیتی و رشدی طبیعی، تاریخچه‌ی خانوادگی، سوءمصرف مواد، میزان تنهایی، تشخیص‌های روانپزشکی، سطح ناامیدی / درماندگی و الگوهای جمعیتی نیز در نظر گرفته شود.

در مجموع، ارزیابی کودک و نوجوان باید شامل موارد زیر باشد:

- مصاحبه‌ی بالینی
- مشاهده‌های رفتاری
- گردآوری اطلاعات از والدین، معلم‌ها، بستگان و دوستان
- ارزیابی عوامل خطر و عوامل موقعیتی
- ارزیابی افکار، برنامه‌ریزی، قصد و دلیل زندگی
- در دسترس بودن، سطح کیفی خانواده و حمایت‌های هم‌تایان

مدیریت رفتارهای خودکشی

متأسفانه توافقی بر تنظیم شیوهی مدیریت فرد اقدام کننده یا مستعد اقدام به خودکشی، وجود ندارد با این حال خدمات مشاوره ای باید پاسخگوی نیازهای این افراد باشند. در شناسایی، ارزیابی و درمان افراد متمایل به خودکشی باید متغیرهای زیادی را در نظر گرفت. افرادی که گرایش به خودکشی دارند به طیفی از خدمات اعم از کسب آگاهی تا مشاوره و درمان دارویی نیاز دارند. غالباً ترکیبی از مداخلات مشاوره‌ی حمایتی مختصر، درمان دارویی افسردگی و سایر درمان های رفتاری توصیه می‌شود.

نخستین گام برای فردی که افکار خودکشی را تجربه می‌کند مداخله‌ی فوری است که شامل ارزیابی (سطح تعارضات، تکانشگری، سخت گیری، و دسترسی به ابزار کشنده)، تهیه‌ی فهرستی از حمایت‌ها، سطوح مختلف همکاری و تعامل خانواده و همچنین مشاوره است. ممکن است در مدیریت فردی که تمایل به خودکشی دارد، درمان بستری و دارویی نیاز باشد.

مدیریت بحران خودکشی رویداد انفرادی نیست و ضروری است سایر سازمان‌های سلامت در آن مشارکت کرده و در برخی موارد حتی مقامات نیز باید از آن مطلع شوند. مشاورانی که مراجعه‌کنندگان زیادی دارند باید از توانایی خود برای مواجهه با بحران خودکشی آگاه باشند. به‌علاوه، دانستن کدهای اخلاق و قوانین منطقه‌ای درباره‌ی دخالت شخص سوم نیز مهم است.

تعامل بین مشاوران و متخصصان مراقب سلامت در پیشگیری از خودکشی ضروری است. مشاوران، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، روان‌پرستاران، روانپزشکان و پزشکان به تعامل و همکاری در فراهم کردن اطلاعات جامعه درباره‌ی ماهیت خودکشی و ایجاد ارتباط بین برنامه‌های درمانی مرکز خدمات و سلامت روان و درمان دارویی نیاز دارند.

در طول بحران خودکشی، مهم است که مشاور:

- آرام و حمایتگر باشد.
- قضاوتگر نباشد.
- خودافشایی را تشویق کند.

- خودکشی را یکی از انتخاب‌ها معرفی کند اما آن را عادی‌سازی نکند.
- شنونده‌ای فعال باشد و به تقویت مثبت خودمراقبتی بپردازد.
- فرآیند مشاوره را بر اینجا و اکنون متمرکز کند.
- تا زمانی که بحران مرتفع نشده است از مشاوره‌ی عمیق اجتناب کند.
- از دیگران درباره ارزیابی وجود بالقوه آسیب به خود کمک بخواهد.
- درباره‌ی مرگ‌آور بودن ابزار سوال کند.
- ابزار مرگ‌آور را از دسترس خارج کند.
- درباره‌ی مدیریت مؤثر بحران تصمیم‌گیری کند.

برای بسط نکته‌ی آخر، تصمیم‌گیری مؤثر در بحران خودکشی به معنی تصمیم قبلی عملی برای انواع افراد، عوامل خطر و سطوح آسیب بالقوه است. مشاورانی که با جمعیت یا نظام خاصی کار می‌کنند، می‌توانند برنامه‌های مدیریت خودکشی را براساس گروه هدف، موقعیت و زمینه‌های موجود ارتقا دهند. مثلاً برنامه‌ی مداخله‌ی مشاورانی که بحران سرپایی کودک را مدیریت می‌کنند با برنامه‌ی مداخله‌ای یک بزرگسال بستری در بیمارستان، که به پرستار و پزشک دسترسی دارد، متفاوت است. وجود برنامه‌ای مشخص و شفاف برای مدیریت خودکشی نه تنها کیفیت مراقبت را فراهم می‌کند، بلکه منابع ارجاع را نیز دربر می‌گیرد. این برنامه به ما اطمینان می‌دهد که کسی در این برنامه‌ی مراقبت مورد غفلت قرار نخواهد گرفت.

هرچند شواهد اندکی درباره‌ی سودمندی عقد قراردادهای وجود دارد، بسیاری از مشاوران علاقه‌مند هستند با فردی که تمایل به خودکشی دارد قرارداد ببندند و معتقدند این کار بالقوه سودمند است. زمانی که اقدام به خودکشی اتفاق می‌افتد، تمام مسیرهای ارتباطی بین کارکنان مشاوره، متخصصان سلامت، خانواده و قربانی باید باز و کارآمد باشد. تمرین نحوه مواجهه با اقدام خودکشی، اعتماد مشاوران را برای مواجهه با بحران خودکشی افزایش می‌دهد.

ضروری است مشاور با فردی مستعد خودکشی که به مشاور خود اعتماد و علاقه دارد، ارتباط برقرار کند.

فرد مستعد خودکشی باید با مشاور خود احساس راحتی کرده و مطمئن باشد که مشاور قصد مدیریت بحران را دارد. زمانی که مشاور برای کاهش تنش تلاش می‌کند، باید از سلامت

مراجع خود مطمئن شود.

در مدیریت خودکشی، مشاور باید درباره‌ی قصد آسیب به خود یا خودکشی از مراجع سوال کند. برای نمونه مشاور باید بپرسد:

- آیا تابه‌حال به این موضوع فکر کرده‌ای که به خودت آسیب برسانی؟
- آیا درباره‌ی اینکه به زندگی خودت خاتمه دهی فکر می‌کنی؟
- آیا تابه‌حال به خودکشی فکر کرده‌ای؟
- آیا درباره‌ی اینکه در حال حاضر به خودت آسیب برسانی فکر می‌کنی؟
- آیا تابه‌حال آن قدر حالت بد بوده که به آسیب یا صدمه به خودت فکر کنی؟
- آیا تاکنون برای پایان دادن به زندگی خودت برنامه‌ای داشته‌ای؟
- آیا برای اینکه چگونه این کار را انجام دهی نقشه‌ای داری؟

البته این پرسش‌ها باید به گونه‌ی مناسب و متناسب با وضعیت اجتماعی فرهنگی فرد پرسیده شود.

عموماً افرادی که خطر خفیف خودکشی دارند باید تحت نظارت و ارزیابی مجدد برای خطر بالقوه‌ی خودکشی در طول زمان قرار بگیرند، زیرا خطر خفیف ممکن است به خطر متوسط یا بالا تبدیل شود. افراد با خطر متوسط و احتمال عود، نیاز به بستری دارند. در این موارد مداخله فعال نظام حمایتی، دسترسی بیست و چهارساعته به فوریت‌ها، ارزیابی دارویی و تماس مشاوره‌ای برای مراقبت‌های بعدی موردنیاز است. چنانچه خطر خودکشی در فرد افزایش یافت و به خطر بالا و شدید رسید، مداخلات محدودکننده اجتناب‌ناپذیر هستند و ممکن است نیاز به بستری غیرداوطلبانه وجود داشته باشد. بهتر است درمان در محیطی با محدودیت کمتر صورت گیرد که برای بیمار ایمن و مفید باشد. اطمینان از تداوم مراقبت‌ها، همچنین در نظر داشتن اختلالات روانپزشکی طبق نسخه‌ی ICD یا DSM، به طرح‌ریزی درمان و نیاز بالقوه برای ارزیابی داروهای روانگردان کمک می‌کند.

در دوره مدیریت خودکشی، ابزار دیدگاه‌های اخلاقی، مذهبی یا فلسفی مشاور به هیچ‌وجه توصیه نمی‌شود، زیرا ممکن است مانع برقراری رابطه شود و احساس بیگانگی در فرد ایجاد کند. منابع بالقوه مفید، فردی و اجتماعی، شامل خانواده، دوستان، همکاران، باورهای

معنوی و مذهبی و سایر منابع حمایتی نیاز به بررسی دارد. مهم است که درباره‌ی قصد خودکشی فرد، قول محرمانه بودن اطلاعات را به فرد ندهید.

خطر اقدام مجدد به خودکشی در یک سال اول پس از اقدام بسیار زیاد است. مشاور باید برنامه‌ی پیگیری فشرده و مراقبت‌های بعد از اقدام شامل مدیریت مراجع، حمایت و ارتباط تلفنی مداوم و حتی در برخی موارد ویزیت در منزل را پیش‌بینی کند. مشاوران باید بدانند مراجع چند بار و چه مدتی نیاز به تماس و در دسترس بودن دارد. خاتمه‌ی زودرس مشاوره و پاسخ ناکافی به درمان، طغیان نامطلوب خودکشی را به همراه خواهد داشت.

روش مشاوره اعم از درمان‌های شناختی‌رفتاری، رفتاری دیالکتیکی، روان‌تحلیلی، و مشاوره‌ی خانواده باید با نیاز فرد متناسب باشد. عناصر مفید فرآیند درمان شامل حل هیجان‌های شدید، مقابله با رفتار آسیب به خود و تشویق فرد به خودمراقبتی می‌شود. در فرآیند درمان فردی که تمایل به خودکشی دارد، آگاهی و غلبه بر احساس درماندگی، ناامیدی و یأس، همراه با پرورش خودآگاهی و ایجاد هویت شخصی مثبت ضروری است.

همچنین ارزیابی پیامی که فرد با رفتار خودکشی قصد بیان آن را دارد یا مشکلی که از طریق اقدام به خودکشی سعی در حل آن را دارد، مداخله‌ای معمولاً مفید است. فراهم کردن شرایطی که در آن فرد فرصت برون‌ریزی داشته باشد، به خنثی کردن شرایط بحران کمک می‌کند. مشاوران نباید تنها به ارتباط کلامی اکتفا کنند، چون ممکن است در ارتباط کلامی، افکار خودکشی انکار شده و یا پنهان بمانند. حمایت بدون قضاوت، گوش دادن فعال و پرسیدن سؤال‌های مرتبط به روشن کردن نوع ارتباطی که فرد دارای تمایل به خودکشی تلاش در ایجاد آن دارد کمک می‌کند.

مشاوره با کودکان و نوجوانانی که گرایش به خودکشی دارند

مشاوره‌ی مبتنی بر درمان رفتاری‌شناختی با تأکید بر مهارت‌های مقابله‌ای برای همه‌ی کودکان و نوجوانانی که به خودکشی گرایش دارند مناسب است. اهداف مشاوره‌ای مناسب شامل درک بهتر از خود، مشخص کردن احساسات متناقض، بهبود اعتماد به نفس، تغییر رفتارهای ناسازگارانه، یادگیری مهارت‌های حل تعارض و تعامل مؤثرتر با گروه همسالان است.

دانش‌آموزان احتمالاً در مراحل اولیه‌ی افکار خودکشی با یکی از دوستان ارتباط برقرار می‌کنند. آموزش به دانش‌آموزان برای شناسایی همسالان در معرض خطر کمک می‌کند. برنامه‌های مشاوره‌ی همسالان، اطلاعات آن‌ها را درباره‌ی عوامل خطر، آشنایی با خطوط تلفنی مراکز بحران، و نحوه‌ی ارجاع دوستان در معرض خطر افزایش می‌دهد. دانش‌آموزان به انجمنی برای کسب اطلاعات و پاسخگویی به پرسش‌هایشان نیاز دارند و باید بیاموزند چگونه به خود و دوستانشان که مشغولیت‌های ذهنی درباره‌ی خودکشی دارند کمک کنند.

درگیر کردن والدین و همکاری با سایر مراکز سلامت و مدارس در فرآیند پیشگیری از خودکشی مؤثر است. در مدرسی که برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در آن‌ها اجرا می‌شود، باید والدین کودکان را در فعالیت‌های مدرسه برای آموزش، شناسایی و کمک به افراد دارای قصد خودکشی مشارکت دهند. معلم‌ها زمان زیادی را با کودکان و نوجوانان می‌گذرانند و درباره‌ی وضعیت سلامت روان آن‌ها اطلاعات زیادی دارند. علاوه بر آن، وقتی کارکنان مدرسه آموزش کامل ببینند، می‌توانند علایم خطر را در دانش‌آموزان شناسایی کنند. زمانی که رفتار خودکشی در مدرسه‌ای اتفاق می‌افتد، تماس با والدین و اطمینان از غربالگری دانش‌آموزان و پشتیبانی مقدماتی برای بازگشت به مدرسه در وضعیت مناسب، اهمیت دارد.

اغلب دانش‌آموزانی که با خودکشی دانش‌آموز دیگر مواجه می‌شوند نیاز دارند درباره‌ی آن حادثه با کسی صحبت کنند و بفهمند چه اتفاقی افتاده است. برگزاری جلسات مشاوره‌ی گروهی حمایتی سوگ در مدرسه، روش مؤثری برای کمک به دانش‌آموزان برای مواجهه با فقدان یک همکلاسی بر اثر خودکشی است. این فرآیند می‌تواند مواجهه با سوگ، سازگاری با محیط مدرسه پس از فوت همکلاسی بر اثر خودکشی را تسهیل کند و درس‌آموزنده‌ای برای ادامه‌ی زندگی باشد. وقتی کودک ترکیبی از احساس فقدان، خشم، آسیب و ناامیدی را تجربه می‌کند، بهتر است به افکار و قصد بالقوه‌ی خودکشی وی توجه شود. به‌علت مشکلات احتمالی کودک به دنبال خودکشی دوست یا همکلاسی، مداخله‌ی مشاوره‌ای پیگیری یا مراقبت‌های پس از درمان توصیه می‌شود.

مدیریت خودکشی بین نوجوانان زمانی که با سوء‌مصرف مواد، اختلالات شخصیت، تکانشگری، و روابط پرتنش با همسالان همراه باشد، بسیار اهمیت پیدا می‌کند. در موارد جدی‌تر، نوجوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند باید مورد مراقبت تمام‌وقت قرار بگیرند.

اگر خانواده قادر به تأمین این سطح از مراقبت نیست، نوجوان باید به منظور دریافت توجه و مراقبت کافی در بیمارستان بستری شود.

متأسفانه بستری در بیمارستان نجات جان بیمار را تضمین نمی‌کند و نوجوانانی که قصد آسیب رساندن به خود را دارند اغلب راهی برای دستیابی به هدف مخرب خود می‌یابند. پس از بستری، کودک یا نوجوان نیاز به مراقبت‌های پس از درمان از سوی متخصصان آموزش‌دیده از جمله مشاوران دارد. تمرکز مشاوره در این زمان باید بر کاهش خیال‌پردازی‌های مرموز درباره‌ی مرگ، طرد، احساس بیگانگی، فقدان و تنبیه و همچنین ثبات موقعیت و توجه به ارزیابی درمان دارویی روانشناختی باشد.

در اصطلاح پیشگیری از خودکشی، هر سه سطح پیشگیری سطح اول، دوم و سوم مد نظر است. پیشگیری سطح اول مربوط به افرادی است که هنوز نشانه‌ای از خودکشی بروز نداده‌اند یا احتمال بروز این مشکل در آن‌ها بسیار کم است. پیشگیری در این سطح به همان اندازه که بر عوامل خطر اقتصادی، هیجانی و جسمی متمرکز است، باید پایداری و تقویت عملکرد در زمینه‌های بین‌فردی و اجتماعی را نیز در نظر داشته باشد. برنامه‌های آموزشی در مدرسه به معلم‌ها کمک می‌کند تا دانش‌آموزان در معرض خطر خودکشی را شناسایی کنند و به دانش‌آموزان بیاموزند چگونه به همسالان در معرض خطر خود کمک کنند.

همچنین برنامه‌های اجتماعی با تأکید بر سلامت روان مثبت در پیشگیری از خودکشی مفید هستند. مراکز مداخله در بحران خودکشی و خطوط تلفنی بحران در بسیاری از جوامع در پیشگیری از خودکشی از اهمیت اساسی برخوردارند.

مواجهه‌ی مشاوران با خودکشی مراجعان

در میان بحران‌های سلامت روان، مواجهه با رفتارهای خودکشی تجربه‌ای تکرارپذیر است. طبق گزارش‌ها، صحبت با همکاران و سرپرستان، پذیرش خودکشی به صورت نتیجه‌ی احتمالی مشاوره، هدایت کالبدشکافی روانشناختی و شرکت در مراسم سوگواری راهبردهای مهمی برای برخورد با خودکشی مراجع هستند. مشاوران باید از مشکلات خود با عنوان خودکشی و مرگ آگاه باشند و اجازه ندهند این مشکلات مانعی در تلاش برای مراقبت از فرد مستعد خودکشی گردد.

اضطراب مرگ، در توانایی مشاور برای کار با افرادی که گرایش به خودکشی دارند، اساسی است. بین نگرش‌ها و ارزش‌های مشاور درباره‌ی خودکشی و اثربخشی مداخلات در کار با افراد دارای گرایش به خودکشی ارتباط وجود دارد. در صورت وقوع خودکشی، مشاور به بازگویی روانشناختی که شامل بازسازی وقایع منجر به خودکشی، شناسایی عوامل منجر به مرگ، دستیابی به پاسخ گروه سلامت روان و ترسیم پیامدها برای بهبود تلاش‌های پیشگیرانه در آینده است، نیاز دارد. مشاورانی که با خودکشی منجر به فوت درگیر می‌شوند ممکن است درجاتی از خشم و احساس گناه، اندوه و نشانه‌های استرس پس از سانحه را تجربه کنند. حمایت همکاران و دریافت مشاوره‌ی حمایتی در چنین شرایطی مفید است.

فراهم کردن اطلاعات مفید برای جامعه

مشاوران می‌توانند با آموزش و آگاهی‌رسانی به جامعه در کاهش وقوع خودکشی مؤثر باشند. برای نمونه مشاور باید عموم مردم را از نشانه‌های رفتار معطوف به خودکشی آگاه سازد. آموزش مردم درباره‌ی خودکشی، به آگاه‌سازی جامعه درباره‌ی نشانه‌های خودکشی، اصلاح باورهای خودکشی و دادن امیدواری و امکان تجدیدنظر در تصمیم‌گیری به افرادی که قصد خودکشی دارند کمک می‌کند. سازمان‌های اجتماعی، کارکنان مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت و مشاوران در نشر اطلاعات مربوط به خودکشی مانند شرایط خاص (از دست دادن شغل و متعاقباً ثبات خانواده) و عوامل خطر خودکشی (مانند افسردگی، اختلالات روانی، وابستگی به مواد و الکل، پیشینه‌ی خانوادگی) مفید هستند. علاوه بر این، مشاورانی که در مدارس کار می‌کنند در ارائه‌ی اطلاعات و آموزش به معلم‌ها و والدین برای شناسایی دانش‌آموزان در معرض خطر خودکشی نقش مؤثری دارند. مشاوران مدارس باید به دانش‌آموزان آموزش دهند رفتارهای معطوف به خودکشی را شناسایی کرده و بدانند در چنین مواقعی چگونه باید کمک بگیرند. برای مثال دانش‌آموزانی که در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی شرکت می‌کنند، در نشان دادن همدردی و گوش دادن فعال، همچنین نحوه‌ی دسترسی به دانش‌آموزان نیازمند، آموزش می‌بینند. همچنین، باید اطلاعاتی دریافت کنند که به آن‌ها کمک کند بدانند آیا طوفان هیجانی خبر خودکشی در آن حد بوده که نیاز به پیشگیری از خودکشی‌های تقلیدی باشد یا خیر. مراکز کنترل بیماری ایالات متحده برای کاهش خودکشی‌های خوشه‌ای پیشنهادهایی را مطرح کرده‌اند.

مشاوران باید هنگام وقوع خودکشی برای ارتباط با رسانه‌ها برنامه داشته باشند. در این برنامه می‌توان از رسانه‌ها درخواست کرد که به‌منظور اجتناب از شیوع خودکشی از پررنگ جلوه دادن خبر خودکشی و جنبه‌ی نمایشی دادن به آن اجتناب کنند. مشاوران برای اطلاعات بیشتر به «پیشگیری از خودکشی: مرجعی برای متخصصان رسانه» مراجعه کنند.

گروه‌های خودیاری بازماندگان خودکشی شیوه‌ی مراقبت‌های پس از اقدام سازنده و توانمندکننده‌ای هستند که مردم از آن برای کمک به خود استفاده می‌کنند. این گروه‌های خودیاری که بازماندگان راه‌اندازی می‌کنند، می‌توانند درباره‌ی فرآیند سوگ، خودکشی و نقش مشاوران در کمک به بازماندگان اطلاعات مفیدی را ارائه کنند.

مشاورانی که با گروه بازماندگان خودکشی کار می‌کنند آرامشی باورنکردنی برای دوستان و خانواده‌ای که تحت‌تأثیر خودکشی قرار گرفته‌اند فراهم می‌آورند. بازماندگان اغلب بین احساس خشم، گناه و سوگ در تردید هستند. در چنین مواردی مشاوران باید فرصت مواجهه با احساساتشان را برای آن‌ها فراهم کنند. بسیاری از خانواده‌ها نیاز فوری به مشاور را بلافاصله پس از خودکشی گزارش می‌کنند. این مشاوران در کنار آمدن با فشار روانی اقدام به خودکشی به خانواده‌ها کمک می‌کنند و نقش آن‌ها را برای حضور در کنار فردی که اقدام به خودکشی کرده یا نحوه کنار آمدن با از دست دادن دوست یا عضوی از خانواده بر اثر خودکشی، روشن می‌کنند.

در صورت نیاز، مشاوران می‌توانند به خانواده‌ها در درک رابطه بین خودکشی و اختلالات روانی در رفتار خودکشی به‌منظور کاهش خطر خودکشی تقلیدی کمک کنند. مشاوره‌ی گروهی پس از اقدام شامل روش‌های کاهش فشار روانی و سوگواری در ارتباط با خودکشی است و موجبات بهبود بازماندگان را فراهم می‌کند.

مشاوران می‌توانند به مردم کمک کنند تا خودکشی را بپذیرند و با شیوه‌ی مثبت به زندگی ادامه دهند و با تشکیل گروه بازماندگان، راهی برای مقابله با از فقدان عزیزانشان بیابند. برای مطالعه‌ی اختصاصی درباره‌ی تشکیل گروه، مشاوران می‌توانند به «پیشگیری از خودکشی: چگونه گروه بازماندگان را تشکیل دهیم؟» مراجعه کنند.

1. Popenhagen MP, Qualley RM. Adolescent suicide. Detection, intervention, and prevention. *Professional school counseling*, 1998, 1: 30-35.
2. Patel V, Thara R. Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India. New Delhi: Sage, 2003.
3. Westefeld JS, Range LM, Rogers JR, Maples MR, Bromley JL, Alcorn J. Suicide: An overview. *The counseling psychologist*, 2000, 28: 445-510.
4. Rogers, JR. Suicide risk assessment. In: ER Welfel & RE Ingersoll (eds.). *The mental health desk reference*. New York: Wiley, 2001, 259-264.
5. Collins BG, Collins TM. *Crisis and trauma: Developmental- ecological intervention*. Boston: Houghton Mifflin, 2005.
6. Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001, 32: 351-358.
7. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60 (Suppl. 2): 70-74.
8. Capuzzi D, Gross D. "I don't want to live:" The adolescent at risk for suicidal behaviour. In D. Capuzzi & D. Gross (eds.). *Youth at risk: A prevention resource for counsellors, teachers and parents*. Alexandria, VA: American Counseling Association, 2000, 3rd edition, 319-352.
9. Stoelb M, Chiriboga J. A process model for assessing adolescent risk of suicide. *Journal of Adolescence*, 1998, 21: 359-370.
10. Pfeffer CR. Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 1990, 20: 143-150.
11. Centers for Disease Control. CDC Recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, 37 (Suppl. 6):1-12.
12. World Health Organization. *Preventing suicide: A resource for media professionals*. Geneva: World Health Organization, 2000.
13. World Health Organization. *Preventing suicide: how to start a survivors' group*. Geneva: World Health Organization, 2000.

ع

پیشگیری از خودکشی مرجعی برای پلیس، آتش نشانان و مسئولان خط مقدم

سازمان جهانی بهداشت
گروه سلامت روان و سوءمصرف مواد
سازمان جهانی بهداشت

مترجم:
دکتر جمیله زارعی



School of Behavioral Sciences and
Mental Health



WHO Collaborating Centre
for Mental Health

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



این سند زیرمجموعه‌ی منابعی است که گروه‌های حرفه‌ای و اجتماعی خاص را در زمینه‌ی پیشگیری از خودکشی مخاطب قرار می‌دهد. محتوای این سند بخشی از برنامه‌ی SUPRE، ابتکار عمل سازمان بهداشت جهانی برای پیشگیری از خودکشی در سراسر جهان، است. کلیدواژه‌ها: خودکشی/ پیشگیری/ منابع/ پلیس/ آتش‌نشان/ مسئولان خط مقدم/ مداخله‌کنندگان اولیه

Keywords: suicide/ prevention/ resources/ police/ firefighters/ first interveners/first line responders

پیشگیری از خودکشی: مرجعی برای پلیس، آشنانشان و مسئولان خط مقدم

(پیشگیری از خودکشی: سری منابع: ۹)

خودکشی. پیشگیری و کنترل. ۲. سلامت کار. ۳. خدمات سلامت روان. ۱. سازمان بهداشت جهانی II
مجموعه: پیشگیری از خودکشی: مجموعه منابع: ۸

کلیه حقوق محفوظ است. انتشارات سازمان بهداشت جهانی از - WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (تلفن: ۰۴۱۲۲۷۹۱۴۸۰۶; فکس: ۰۴۱۲۲۷۹۱۴۸۰۶; ایمیل: permissions@who.int) قابل دریافت است.

عناوین به کار رفته و مطالب ارائه شده در این نشریه ابراز عقیده سازمان بهداشت جهانی در مورد وضعیت قانونی هر کشور، منطقه، شهر یا اختیارات یا تعیین مرزهای آن نیست. خطوط نقطه دار بر روی نقشه خطوط مرزی تقریبی ای را نشان می دهد که ممکن است در مورد آن‌ها توافق کامل وجود نداشته باشد. ذکر نام شرکت‌ها و یا برخی تولیدکنندگان خاص به معنای تایید یا پیشنهاد آن‌ها از طرف سازمان بهداشت جهانی و اولویت قرار دادن آن‌ها به موارد مشابهی که نام‌شان ذکر نشده است، نیست. خطاها و اشکالات استثناء، نام محصولات اختصاصی، با حروف بزرگ در اول آن‌ها جدا شده‌اند. تمام اقدامات احتیاطی مناسب توسط سازمان بهداشت جهانی برای تایید اطلاعات موجود در این نشریه صورت گرفته است. با این حال مطالب بیان شده چه مستقیماً و چه به صورت ضمنی بدون هیچ گونه ضمانتی منتشر می شوند. مسئولیت تفسیر و استفاده از مطالب بر عهده خواننده است. سازمان بهداشت جهانی مسئولیت خسارات ناشی از استفاده از آن را بر عهده نخواهد گرفت.

انتشار در سوئیس

۷۹	پیشگفتار
۸۲	واقعیت‌ها و آمار مربوط به خودکشی
۸۲	بیماری روان‌شناختی
۸۳	قصد خودکشی
۸۳	اقدام قبلی برای خودکشی
۸۴	دسترسی به مواد آتش‌زا، آفت‌کش‌ها یا سایر مواد کشنده
۸۴	جنسیت
۸۴	سن
۸۵	عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی
۸۵	آگاهی از خطرها
۸۶	آگاهی از مسائل قانونی
۸۶	بستری اجباری
۸۶	کنترل دسترسی به مواد کشنده
۸۶	خودکشی‌های انتقام‌جویانه و مشاجرات خانگی
۸۷	خودکشی از طریق نیروی مرگبار
۸۷	کمک به فردی که تمایل به خودکشی دارد
۸۹	زمانی که اقدام به خودکشی رخ می‌دهد
۹۱	وقتی خودکشی رخ می‌دهد
۹۱	آموزش
۹۲	منابع

خودکشی پدیده‌ای پیچیده است که طی قرن‌ها توجه فیلسوفان، حکما، پزشکان، جامعه‌شناسان و هنرمندان را به خود جلب کرده است. به گفته‌ی آلبر کامو، فیلسوف فرانسوی، در افسانه‌ی سیزیف، خودکشی تنها مشکل جدی فلسفی است.

خودکشی یکی از مشکلات بهداشت عمومی است که توجه ما را می‌طلبد، اما متأسفانه پیشگیری و کنترل آن کار ساده‌ای نیست. تحقیقات نشان داده‌اند پیشگیری از خودکشی، اگر امکان‌پذیر باشد، مستلزم طیفی از فعالیت‌هاست که مواردی شامل فراهم کردن بهترین شرایط برای تربیت فرزندان و درمان مؤثر اختلالات روانی تا کنترل محیطی عوامل خطر را دربر می‌گیرد. انتشار مناسب اخبار و آگاهی دادن از عناصر اساسی موفقیت برنامه‌های پیشگیری از خودکشی هستند.

سازمان بهداشت جهانی در ۱۹۹۹ SUPRE را به اجرا گذاشت که ابتکار عمل جهانی آن سازمان برای پیشگیری از خودکشی است. این کتابچه یکی از منابع مهم و بخشی از SUPRE است که گروه‌های خاص حرفه‌ای و اجتماعی را که با پیشگیری از خودکشی در ارتباط هستند، مخاطب قرار می‌دهد. این کتابچه در صدد برقراری ارتباط بین زنجیره طولانی و متنوعی از افراد و گروه‌ها؛ از جمله متخصصان بهداشت، مربیان، سازمان‌های اجتماعی، دولت‌ها، قانون‌گذاران، رابطان اجتماعی، مجریان قانون، خانواده‌ها و جوامع است.

از دکتر هدر استوارت^۱، دانشگاه کوپنز^۲، کینگستون^۳، کانادا، و دکتر ویکتور اپاریسیو، مشاور منطق‌های بهداشت روان، منطقه قاره آمریکا، پاناما، تشکر می‌کنیم که ویراست اول این کتابچه را تهیه کردند. جزئیات بیشتر توسط پروفیسور هدر استوارت انجام شده است.

این متن متعاقباً توسط اعضای زیر در شبکه بین‌المللی پیشگیری از خودکشی سازمان بهداشت جهانی مرور شده که از آن‌ها سپاسگزار هستیم:

پروفیسور سرجیو پرز باررو^۴، بیمارستان دی بایامو^۵، گرانما، کوبا

1. Heather Stuart
2. Queen's University
3. Kingston
4. Hospital de Bayamo
5. Sergio Perez Barrero

پروفسور لورنس شلبوش^۱، دانشگاه ناتال، دوربان، آفریقای جنوبی
 پروفسور مورتون سیلورمن^۲، دانشگاه شیکاگو، ایالات متحده آمریکا
 پروفسور جان پیر سوبریر^۳، رئیس بیمارستان روانپزشکی، پاریس، فرانسه
 دکتر آیری وارنیک^۴، دانشگاه تارتو^۵، تالین^۶، استونیا
 دکتر لاکشمی ویجیکومار^۷، نیها^۸، چنای^۹، هند
 پروفسور دانوتا واسرمن^{۱۰}، مرکز ملی تحقیقات خودکشی و پیشگیری از بیماری روانی و گروه
 بهداشت عمومی، استکهلم، سوئد.
 همچنین از افراد زیر برای زحماتشان تشکر می‌کنیم:
 پروفسور چیکی کاوانیشی^{۱۱}، دانشگاه شهر یوکوهاما، ژاپن
 پروفسور هیدیوکی ناکان^{۱۲}، دانشگاه ناگازاکی، ژاپن
 کاملیا واسرمن^{۱۳}، دانشگاه کلمبیا، نیویورک، ایالات متحده آمریکا
 سازمان بهداشت جهانی از حمایت مالی از دولت ژاپن در تهیه این کتابچه قدردانی می‌کند.
 این منابع به امید ترجمه و انطباق با شرایط محلی – که پیش شرط لازم برای اثربخشی آن‌ها
 است – به طور گسترده منتشر شده است. از نظرات و درخواست برای ترجمه و انطباق آن‌ها
 استقبال خواهد شد.
 دکتر الکساندرا فلیشمن^{۱۴}، دانشمند
 شواهد، تحقیقات و اقدام برای اختلالات ذهنی و مغزی
 گروه بهداشت روان و سوء مصرف مواد
 سازمان بهداشت جهانی

-
1. Lourens Schlebusch
 2. Morton Silverman
 3. Jean Pierre Soubrier
 4. Airi Värnik
 5. Tartu University
 6. Tallinn
 7. Lakshmi Vijayakumar
 8. SNEHA
 9. Chennai
 10. Danuta Wasserman
 11. Chiaki Kawanish
 12. Hideyuki Nakane
 13. Camilla Wasserman
 14. A. Fleischmann

پیشگیری از خودکشی

مرجعی برای پلیس، آتش‌نشانان و سایر مسئولان خط مقدم

خودکشی در سراسر جهان یکی از مسائل مهم سلامت عمومی و منبعی عمده برای مرگ‌هایی است که می‌شود از آن‌ها پیشگیری کرد.

در ازای هر خودکشی منجر به مرگ، بیست اقدام به خودکشی یا بیشتر وجود دارد. تأثیر هیجانی که اقدام به خودکشی یا مرگ ناشی از آن بر خانواده و دوستان می‌گذارد ممکن است سالیان سال ادامه داشته باشد.

مداخله‌گران اولیه - همچون نیروی پلیس، آتش‌نشانان و سایر مسئولان - اغلب منبع خط مقدم اقدام برای افرادی هستند که مشکلات جدی سوء‌مصرف مواد، هیجانی یا سلامت روان دارند و ممکن است تمایل به خودکشی داشته باشند. با این حال، آن‌ها معمولاً آموزش مناسبی برای تشخیص علایم و نشانه‌های بیماری‌های جدی روان‌شناختی ندیده‌اند و همچنین نمی‌دانند اقدامات مناسب برای مواجهه با رفتارهای خودکشی چه هستند.

نیروهای پلیس، آتش‌نشانان و سایر مسئولان خط مقدم روزه‌روز بیشتر برای موقعیت‌های شرایط اضطراری سلامت روان، مثل بحران خودکشی، فراخوانده می‌شوند. در نتیجه آن‌ها نقش مهمی در پیشگیری از خودکشی ایفا می‌کنند: با اطمینان از اینکه مسئولان مربوط آموزش‌های لازم را برای تشخیص علایم بیماری‌های روانی کسب کرده‌اند، تعیین خطرهای مرتبط با خودکشی، و شناسایی قوانین مرتبط با سلامت روان و کاربرد آن در جامعه. مداخله‌گران اولیه موقعیتی منحصر به فرد برای تشخیص احتمال وقوع و نتایج بحران‌های خودکشی دارند.

مؤسسات وابسته‌ی آن‌ها هم ممکن است بتوانند به کاهش خودکشی در جامعه کمک کنند: با اطمینان از اینکه مداخله‌گران خط مقدم آموزش مناسبی دیده‌اند تا نشانه‌ها و علایم بیماری روان‌شناختی را تشخیص بدهند، احتمال خطر خودکشی را شناسایی کنند، و قوانین سلامت روان محلی را درک کنند و اینکه چطور آن‌ها را برای مؤسسات محلی به کار بگیرند، با ایجاد برنامه‌های تخصصی برای کمک به آن‌ها که سلامت روان‌شناختی و بحران‌های خودکشی را در این حوزه مدیریت کنند، و با کمک به ایجاد پیوند درون‌سازمانی مورد نیاز برای

تسهیل دسترسی به سلامت و مراقبت‌های سلامت روان‌شناختی.

این کتابچه برای استفاده‌ی افسران پلیس، آتش‌نشانان و مسئولان تصمیم‌گیرنده در خط مقدم نگاشته شده؛ کسانی که با استرس روانی بالا از جمله افراد مصمم به خودکشی در ارتباط هستند. آن‌ها معمولاً اولین افرادی هستند که در وقتی رفتارهای خودکشی، تهدید به خودکشی، اقدام به خودکشی یا خودکشی منجر به مرگ صورت می‌گیرد، در متن بحران هستند.

این کتابچه شامل اقدامات لازم برای خودکشی در زندان یا کمک به بازماندگان خودکشی نمی‌شود. همچنین می‌توان از این کتابچه به صورت راهنمایی برای پزشکان عمومی، کارکنان خدمات بهداشتی، مشاوران، معلمان، متخصصان پزشکی و کارگران بهره‌گرفت.

واقعیت‌ها و آمار مربوط به خودکشی

خودکشی و اقدام به خودکشی از چالش‌های عمده‌ی سلامت عمومی هستند. سازمان جهانی بهداشت تخمین زده که هر سال حدود یک میلیون نفر اقدام به خودکشی می‌کنند. این یعنی در هر دقیقه یک مرگ رخ می‌دهد. در هر روز سه هزار مرگ رخ می‌دهد و هر سه ثانیه یک اقدام به خودکشی صورت می‌گیرد.

مردم بیش از درگیری‌های مسلحانه یا تصادفات رانندگی بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند. در بسیاری کشورها، خودکشی جزو سه دلیل عمده‌ی مرگ‌ومیر نوجوانان و جوانان پانزده تا بیست و چهارساله است. در تمامی جهان، در مقایسه با قرن گذشته، شصت درصد افزایش نرخ خودکشی گزارش شده است. در ازای هر خودکشی منجر به مرگ، ده تا بیست یا بیشتر اقدام به خودکشی وجود دارد.

خودکشی نتیجه‌ی تعامل پیچیده‌ای میان عوامل مختلف از جمله موارد ذیل است.

بیماری روان‌شناختی

بسیاری از کسانی که در نقاط مختلف جهان اقدام به خودکشی می‌کنند (بین ۶۵ تا ۹۵ درصد) مبتلا به نوعی بیماری روان‌شناختی هستند. در واقع احتمال خودکشی در افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی پانزده برابر بیشتر است. اگرچه اختلالات روان‌شناختی در کشورهای

آسیایی نیز یکی از عوامل خطر خودکشی مدنظر قرار می‌گیرد، شواهدی مبنی بر این وجود دارد که فراوانی رفتارهای خودکشی در آن‌ها به اندازه‌ی سایر کشورها نیست.

خطر بالای خودکشی به‌ویژه با دوره‌های حاد بیماری، ترخیص اخیر از بیمارستان (تقریباً تا نیمه‌ی راه خودکشی پیش از اولین تماس با بیمارستان پیش رفته‌اند)، یا تماس اخیر با خدمات سلامت روان مرتبط است. تقریباً ۲۵ درصد از افرادی که خودکشی کامل انجام می‌دهند یک سال قبل از مرگشان با متخصص سلامت روان در ارتباط بوده‌اند.

اختلالات روانپزشکی خاص که با خودکشی ارتباط دارند افسردگی، سوءمصرف مواد، اسکیزوفرنی و اختلالات شخصیت هستند. سوءمصرف مواد و اختلالات شخصیت بیشتر میان مردان شیوع دارند و افسردگی در زنان شایع‌تر است. در مواردی که خودکشی منجر به مرگ انجام می‌شود، همبودی این موارد بیشتر است. برای مثال، افسردگی همراه با سوءمصرف الکل حدود دوسوم خودکشی‌های منجر به مرگ را دربر می‌گیرد.

بنابراین، بروز یک اختلال روانی یا سوءمصرف مواد از قوی‌ترین پیش‌بین‌های خودکشی است که می‌توان نتیجه گرفت درمان اختلالات روانی و سوءمصرف مواد از مهم‌ترین راهکارهای پیشگیری از خودکشی هستند.

□ قصد خودکشی

قصد واضح برای مردن پیش‌بینی قوی برای خودکشی در آینده است. قصد خودکشی ممکن است در طیفی قرار داشته باشد که در یک سر آن قصد جدی برای خودکشی، برنامه‌ریزی دقیق و انتخاب روش خودکشی و در سر دیگر، قصد سطحی یا حتی احساسات دوسوگرایانه است که خود را در فقدان برنامه و شکست در پنهان کردن عمل نشان می‌دهد. باید در ذهن داشته باشیم که اگر فردی در معرض خطر بالای خودکشی باشد، قصد خود را به‌وضوح اعلام کند، برنامه‌ی حساب‌شده و دقیقی برای خودکشی داشته و دسترسی به سلاح یا سایر وسایل و مواد کشنده داشته باشد، فرصتی کوتاه (یک روز، چند ساعت یا حتی کمتر) برای پیشگیری از خودکشی او در دست داریم.

□ اقدام قبلی برای خودکشی

نرخ خودکشی در کسانی که اقدام قبلی خودکشی داشته‌اند، به‌خصوص در اولین سال‌های

اقدام به خودکشی، به طور معناداری بالاتر است. تقریباً نصف آن‌هایی که خودکشی منجر به مرگ انجام می‌دهند سابقه اقدام به خودکشی دارند و یک‌چهارم از کسانی که خودکشی منجر به مرگ کرده‌اند، در سال قبل از خودکشی مجدد، یک اقدام به خودکشی داشته‌اند. خطر خودکشی ممکن است در همه‌ی عمر باقی بماند، بنابراین اقدام قبلی خودکشی بایستی پیش‌بین مهم خودکشی در نظر گرفته شود، حتی اگر این اقدام سال‌ها قبل صورت گرفته باشد.

دسترسی به مواد آتش‌زا، آفت‌کش‌ها یا سایر مواد کشنده

از آنجاکه آفت‌کش‌ها و مواد آتش‌زا می‌توانند به سرعت فرد را بکشند، دور نگه داشتن آن‌ها و نیز جلوگیری از دسترسی به اسلحه، برای ایمنی فردی که افکار خودکشی یا سابقه‌ی اقدام به خودکشی دارد، ضروری است.

علاوه بر این، افراد ممکن است دسترسی به دارو (حتی داروهای روانپزشکی خودشان) یا سایر مواد سمی (مثل آفت‌کش‌ها) داشته باشند که می‌تواند برای اقدام به خودکشی مصرف شود. یکی از تکنیک‌های جدی برای اقدام به خودکشی و پیشگیری از آن محدود کردن دسترسی به این مواد است.

جنسیت

طی قرون مختلف، ده تا هجده درصد افراد گزارش کرده‌اند که در دوره‌ای از زندگی خود افکار خودکشی داشته‌اند. از این میان سه تا پنج درصد اقدام به خودکشی کرده‌اند. زنان معمولاً بیشتر بیان می‌کنند که افکار خودکشی داشته‌اند و دو تا سه برابر بیشتر از مردان نیز اقدام به خودکشی می‌کنند. با این حال بیشتر احتمال می‌رود که خودکشی مردان منجر به مرگ بشود که به این علت است که معمولاً روش‌های خشن‌تر و بازگشت‌ناپذیرتری را انتخاب می‌کنند.

سن

خودکشی در هر سنی ممکن است رخ بدهد، اما در گروه‌های سنی خاص بیشتر رخ می‌دهد. مثلاً خودکشی ممکن است حتی در کودکان ده‌ساله رخ بدهد که البته خیلی غیرمعمول

است و کمتر از یک درصد از کل خودکشی‌ها را به خود اختصاص می‌دهد. جوانان (پانزده تا بیست و چهارساله) و سالمندان (بالای ۷۵ سال) بیشترین خطر خودکشی را در مقایسه با گروه‌های سنی دیگر دارند.

عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی

عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی مرتبط با خودکشی متعدد هستند و اغلب نیز با یکدیگر تعامل دارند. این عوامل استرس‌زا شامل از دست رفتن رابطه‌ای صمیمانه مثل مرگ عزیزان یا طلاق، از دست دادن شغل و سایر شکست‌های مرتبط با کار، بیماری مزمن یا معلولیت، درد مزمن، فرآیندهای قانونی، تعارضات بین فردی، و سایر حوادث عمده در زندگی هستند. افرادی که طلاق گرفته‌اند، در برابر افراد متأهل، دو تا سه برابر افکار خودکشی بیشتری دارند و سه تا پنج برابر بیشتر اقدام به خودکشی می‌کنند.

نقش پلیس، آتش‌نشانان و سایر مسئولان خط مقدم در پیشگیری از خودکشی

پلیس، آتش‌نشانان، افراد شاغل در فوریت‌های پزشکی و کسانی که اغلب اولین کسانی هستند که برای فوریت‌های سلامت روان فراخوانده می‌شوند، دقیقاً به همین دلیل، نقش بسیار مهمی در راهبردهای جامعه‌محور پیشگیری از خودکشی دارند. مثلاً پلیس همیشه در خیابان با افرادی مواجه می‌شود که مسأله‌ی روان‌شناختی دارند. هدف غایی پیشگیری از خودکشی کاهش مرگ‌ومیر ناشی از آن است. اگرچه کاهش اقدام به خودکشی هم به همان اندازه اهمیت دارد.

بسترسازی برای دریافت درمان مناسب برای افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی یا سوء‌مصرف مواد از میان مهم‌ترین راهبردهای مؤثر در کاهش رفتارهای خودکشی است. افسران پلیس، آتش‌نشانان، کارکنان شاغل در بخش اورژانس و سایر مسئولان خط مقدم می‌توانند نقش شایان توجهی در پیشگیری از خودکشی از طریق راه‌های زیر داشته باشند:

آگاهی از خطرها

در مواجهه با فرد مبتلا به اختلال روان‌شناختی یا پرخاشگر، قدم اول توجه به احتمال رفتار خودکشی یا دیگرکشی است. ابتدا باید محوطه را خلوت کنیم و به فرد فضای کافی بدهیم.

آگاهی از مسائل قانونی

اگرچه اولین مداخلات شامل ارجاع به سرویس‌های روانپزشکی و اورژانس هستند، بایستی از تبعات قانونی خودکشی در آن منطقه هم آگاهی داشته باشیم. آگاهی از این مسائل قانونی به افراد کمک می‌کند تا در مدیریت موقعیت قوی‌تر عمل کنند.

بستری اجباری

پلیس باید مهم‌ترین مرجع برای شرایط اورژانسی از جمله ارزیابی روانپزشکی و بستری اجباری باشد. پلیس می‌تواند تصمیم بگیرد که فرد را توقیف کند یا اینکه تحت‌الحفظ به مرکز پزشکی منتقل کند تا تحت ارزیابی روان‌شناختی قرار بگیرد و مداوا شود. در بیشتر مکان‌ها وقتی کسی برای خود یا دیگران خطر محسوب می‌شود، پلیس اختیار قانونی دارد که او را به بیمارستان ببرد تا ارزیابی روان‌پزشکی بشود.

کنترل دسترسی به مواد کشنده

کنترل دسترسی به مواد کشنده راهبرد پیشگیری مهمی برای پلیس، آتش‌نشانان و مسئولان خط مقدم است. مثلاً نرخ خودکشی در جوامعی که مردم در آن‌ها مجوز حمل اسلحه ندارند کمتر است. وجود اسلحه در خانه با افزایش خطر خودکشی مرتبط است. مسئولان خط مقدم مسئول میزان دسترسی به مواد سمی (مانند داروها و آفت‌کش‌ها) هم هستند. بایستی به خانواده‌ها آموزش داد که این مواد به راحتی در دسترس نباشند و داروهایی مانند ضدافسردگی‌ها هم مقدار کمی در خانه نگهداری شوند.

خودکشی‌های انتقام‌جویانه و مشاجرات خانگی

بسیاری از خودکشی‌ها پس از مصرف الکل یا مشاجره با همسر رخ می‌دهند. گاهی خودکشی به صورت عملی انتقام‌جویانه آشکار می‌شود، به خصوص اگر مسائل دادگاهی و حضانت فرزندان هم در بین باشد. خیلی از کسانی که اقدام به دیگرکشی می‌کنند معمولاً تاریخچه‌ای از مسائل شخصیتی و درگیری با قانون دارند.

ارجاع به مراکز سلامت روان از سوی پلیس

اصل زیربنایی دخالت پلیس در این موضوع این است که افرادی که ممکن است به دلیل ابتلا به اختلالات روانپزشکی مرتکب اعمال مجرمانه شوند در زودترین زمان ممکن شناسایی و به مراکز بهداشت روان ارجاع شوند. هدف اصلی دخالت پلیس در این برنامه‌ها، اجتناب از دستگیری و ارسال مستقیم به برنامه‌های سلامت روان است. در بسیاری جوامع، همکاری نزدیک پلیس با کمیته‌های سلامت روان بار زیادی را، که متعاقب این اوضاع پیش می‌آید، از دوش پلیس برداشته است.

خودکشی از طریق نیروی مرگبار

یکی از مشکل‌ترین بحران‌هایی که پلیس با آن مواجه می‌شود زمانی است که فردی که درگیر رفتار تهدیدگر زندگی می‌شود پلیس را تحریک می‌کند تا به او شلیک کند. به این رفتار اصطلاحاً «خودکشی با کمک پلیس» یا «خودکشی با پلیس» گفته می‌شود. حدود ده تا چهل درصد شلیک‌ها و زدوخوردهایی که پلیس انجام می‌دهد جزو این دسته از خودکشی‌هاست. شناسایی این نتایج احتمالی، توانایی شناسایی علایم و نشانه‌های رفتارهای اختلال جدی روان‌شناختی و دنبال کردن دستورالعمل‌های درون‌مؤسسه‌ای محلی برای مدیریت و کاهش چنین بحران‌هایی می‌تواند این پیامدهای مرگبار را به حداقل برساند.

کمک به فردی که تمایل به خودکشی دارد

افرادی که تمایل به خودکشی دارند اغلب ابراز ناامیدی و افسردگی می‌کنند. آن‌ها خودکشی را تنها راه حل مشکلات و پایان رنجشان می‌بینند.

گرچه پیش‌بینی خودکشی دشوار است، درصد چشمگیری از کسانی که در نهایت خودشان را کشته‌اند، هفته‌ها یا ماه‌ها قبل از خودکشی، کم‌وبیش علایم واضحی را بروز داده‌اند. علایم هشداردهنده هم شامل سرنخ‌های رفتاری می‌شوند و هم کلامی. مثلاً:

منزوی شدن و کناره‌گیری از ارتباط با دوستان و همکاران

صحبت درباره‌ی احساس انزوا و تنهایی

بیان احساس شکست، به‌دردنخور بودن، ناامیدی یا فقدان اعتماد به نفس

گیر دادن مدام به مشکلاتی که به نظر راه‌حلی ندارند

بیان حامی نداشتن و بی‌اعتمادی به سیستم
صحبت درباره‌ی سروسامان دادن به امور ناتمام
سرنخ دادن درباره‌ی شاخصه‌هایی از برنامه‌ی خودکشی

از آن‌ها بپرسید که افکار قطعی یا نقشه‌ای را که برای خودکشی کشیده‌اند توصیف کنند. درک ماهیت افکار و میزان دقت نقشه‌شان برای خودکشی، برای تعیین سطح خطر خودکشی، ضروری است.

پاسخ به سؤالاتی درباره‌ی چگونگی، زمان، مکان و علت خودکشی می‌تواند شاخص‌هایی از نقشه‌ی سازماندهی‌شده‌ی خودکشی یا از طرف دیگر دودلی و تردید فرد درباره‌ی خودکشی را به دست دهد.

علاوه بر این افرادی که تمایل به خودکشی دارند و این علایم هشداردهنده را نشان می‌دهند در خطر بیشتری هستند:

- به‌تازگی رابطه‌ی صمیمانه‌ای را از دست داده‌اند
- تغییر در شرایط کاری (مثلاً بازنشستگی زودتر از موعد، اخراج، کاهش حقوق)
- تغییر در سلامتی
- افزایش سوءاستفاده‌ی دارویی و الکل
- تاریخچه‌ی رفتارهای خودکشی یا اقدام به خودکشی در اعضای خانواده
- افسردگی اخیر

افسران پلیس، آتش‌نشانان و سایر مسئولانی که معتقدند کسی تمایل به خودکشی دارد نقشی بی‌همتا در جایگاه کمک به افراد دارند:

هیچ‌گاه فکر نکنید افکار خودکشی یا ژست خودکشی بی‌ضرر و برای جلب توجه است و فرد می‌خواهد با این رفتارها دیگران را کنترل کند.

- صحنه را خلوت کنید و امنیت خودتان و دیگران را در نظر داشته باشید.

فاصله‌ی فیزیکی را حفظ کنید. خیلی سریع به فرد نزدیک نشوید. حرکات ناگهانی، اقدام برای لمس کردن فرد یا معرفی افراد دیگر حاضر در صحنه ممکن است از نظر او بد برداشت شود.

پذیرش و ملاحظه‌ی خود را ابزار کنید. از جروب‌بحث، موعظه، حل مسأله، پیشنهاد دادن، یا گفتن «ولش کن، فراموشش کن» اجتناب کنید. مهم است که ملاحظه و درک خود را نشان دهید.

- فرد را درگیر کنید. تشویقش کنید که صحبت کند. فردی که تمایل به خودکشی دارد برای مردن تردید دارد.
- تمام مواد آسیب‌زا و کشنده را از محیط دور کنید.
- اگر افراد مراقبت فوری و مناسب سلامت روان را دریافت کنند، امکان پیشگیری از خودکشی وجود دارد. اگر فرد علایمی از اختلال روانپزشکی را بروز می‌دهد، شرایط را برای انتقال وی به بیمارستان روانپزشکی مهیا کنید. در غیر این صورت، مداخلات مربوط به سوء‌مصرف مواد و نیز سلامت روان را انجام بدهید. از آنجاکه اکثر افراد برای خودکشی تردید دارند، احتمالاً با درمان موافقت می‌کنند.
- به‌هیچ‌وجه فردی را که تمایل به خودکشی دارد تنها نگذارید. حتی اگر قول بدهد خودش به بیمارستان یا نزد روانشناس برود. مطمئن شوید که اعضای خانواده یا دوستان و آشنایان صمیمی‌اش در جریان قرار بگیرند و برای هرگونه کمکی آماده باشند.

زمانی که اقدام به خودکشی رخ می‌دهد

زمانی که اقدام به خودکشی رخ می‌دهد، معمولاً از نیروهای پلیس، آتش‌نشانان و سایر مسئولان خواسته می‌شود که بحران را مدیریت کنند. تهیه‌ی کمک‌های اولیه و هماهنگ کردن برای انتقال فرد به مراکز سلامت الزامی است.

مداخله‌گران اولیه مسئول پاسخ به بحران به مناسب‌ترین و مؤثرترین راه است. به این منظور بایستی مراحل مختلفی را طی کنند:

- ابتدا باید علایم حیاتی فردی را که اقدام به خودکشی کرده بررسی کنند و در صورت نیاز اقدامات لازم را انجام بدهند. باید آرامش خود را حفظ کنند تا بتوانند، دور از اضطراب و استرس، هیجانی تصمیمات درست بگیرند.
- دوم، بایستی بسته به ماهیت اقدام به خودکشی ارتباط فوری با اورژانس صورت

پذیرد. در بسیاری مواقع تعیین اینکه چه دارو یا سمی و به چه میزانی مصرف شده اهمیت دارد. به این منظور می‌توان بررسی کرد که چه تعدادی از قرص‌ها مصرف نشده‌اند یا چقدر از شیشه خالی شده.

- سوم، لازم است که با فردی که اقدام به خودکشی کرده با همدلی، غیرتهدیدآمیز و با آرامش ارتباط برقرار کنید.

- چهارم، فردی که اقدام به خودکشی کرده باید در بیان احساساتش راحت باشد. سؤالات بازپاسخ در این زمینه می‌توانند کمک‌کننده باشند؛ مثلاً «چطوری؟ چه احساسی داری؟» اینها به ما سرنخ می‌دهند که چطور بهتر از او مراقبت کنیم. نکته‌ی مهم احساس گناه است. فرد ممکن است به علت تعارضاتی که دارد احساس گناه کند. باید مراقب باشیم که کاری نکنیم یا حرفی نزنیم که این احساس گناه بیشتر شود؛ مثل رفتارهای انتقادآمیز، متهم کردن یا سرزنش فرد برای کاری که کرده.

- پنجم، اگر تضمینی وجود ندارد که بشود فرد را به مرکز پزشکی منتقل کرد، باید تمام تلاشتان را بکنید که هرگونه مواد سمی و کشنده را دور نگه دارید و یکی از اعضای خانواده مراقب او باشد تا بهبودی حاصل شود و ارجاعات پزشکی صورت گیرد.

- ششم، فردی که تمایل به خودکشی دارد بایستی برای دریافت درمان مناسب و پیگیری با متخصصان سلامت روان در ارتباط باشد. ارجاع به متخصصان سلامت روان جدا از خدمات پزشکی الزامی است.

- در نهایت اگر افراد نزدیک دیگری به فرد حاضر هستند، ممکن است از آن موقعیت گیج، عصبانی یا به‌هم‌ریخته باشند. مداخله‌گران خط مقدم باید شفقت، حساسیت و حمایت را برای همه‌ی حاضران فراهم کنند. اگر کسی که اقدام به خودکشی کرده بیهوش است یا آسیب جدی دیده، افراد حاضر در صحنه ممکن است منبع ارزشمندی برای اطلاعات باشند (مثل دارویی که مصرف کرده یا سابقه‌ی اقدام به خودکشی قبلی). اگر افراد نزدیک به فرد حاضر نیستند، ممکن است لازم باشد که با آنها تماس گرفته شود تا این اطلاعات کسب شوند.

وقتی خودکشی رخ می‌دهد

زمانی که خودکشی منجر به مرگ رخ می‌دهد، نیروهای پلیس، آتش‌نشانان و سایر افراد مسئول باید اولین تماس را با خانواده و دوستان متوفی برقرار کنند. مهم است که اعضای خانواده تحت حمایت قرار بگیرند. آن‌ها ممکن است احساس گناه کنند که چرا آنجا نبوده‌اند تا از عزیزشان مراقبت کنند.

همیشه مفید است که آن‌ها را برای دریافت کمک‌های روان‌شناختی ارجاع داد. اعضای خانواده اغلب در معرض نگرش‌های منفی و قضاوت‌گر دوستان و همکارانشان قرار بگیرند.

آموزش

اگرچه افسران پلیس، آتش‌نشانان و سایر مسئولان خط مقدم نیاز جدی به یادگیری چگونگی شناسایی و مدیریت افراد دارای گرایش به خودکشی دارند و احیاناً ممکن است بیماری روان‌شناختی داشته باشند، به‌ندرت در این زمینه آموزش مناسب می‌بینند. برای اینکه در وظایف خود مفیدتر باشند، باید:

- علایم و نشانه‌های جدی بیماری‌های روان‌شناختی را تشخیص بدهند
- بدانید که وقتی کسی تهدید به خودکشی می‌کند چه باید کرد
- شاخص‌های مربوط به بستری اجباری را بدانید
- پیوند محکمی بین نظام‌های بهداشتی و قانونی در شرایط دشوار برقرار کنید

1. World Health Organization (2007) Preventing Suicide in Jails and Prisons. Geneva: World Health Organization.
2. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: How to Start a Survivors Group. Geneva: World Health Organization.
3. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for General Physicians. Geneva: World Health Organization.
4. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Primary Health Care Workers. Geneva: World Health Organization.
5. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Counsellors. Geneva: World Health Organization.
6. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Teachers and Other School Staff. Geneva: World Health Organization.
7. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A
8. Resource for Media Professionals. Geneva: World Health Organization.
9. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource at Work. Geneva: World Health Organization.
10. World Health Organization (1998) Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders. Geneva: World Health Organization.
11. Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. (2004) Level of Suicidal Intent Predicts Overall Mortality and Suicide 22 after Attempted Suicide: a 12-year Follow-up Study. BMC Psychiatry, 4: 11-18.
12. World Health Organization and the International Association of Suicide Prevention (2006) Safer Access to Pesticides: Community Inter-

ventions Geneva: World Health Organization.

13. Wasserman D, (ed.) (2001) *Suicide: An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.
14. Lamb HR, Weinberger LE, DeCuir WJ. (2002) The Police and Mental Health. *Psychiatric Services*, 53(10): 1266-1271.
15. Segal SP, Laurie TA, Segal MJ. (2001) Factors in the Use of Coercive Retention in Civil Commitment Evaluations in Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Services*, 52(4):514-520 .
16. Humphreys M. (2000) Aspects of Basic Management of Offenders with Mental Disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6: 22-32.
17. Steadman HJ, Stainbrook KA, Griffin P, Draine J, Dupont R, Horey C. (2001) A Specialized Crisis Response Site as a Core Element of Police-based Diversion Programs. *Psychiatric Services*, 52(2): 210-222.
18. Spiers C. (1996) Suicide in the Workplace. *Occupational Health*, 48(7): 247-249.
19. Watson A, Hanrahan P, Luchins D, Lurigio A. (2001) Mental Health Courts and the Complex Issue of Mentally Ill Offenders. *Psychiatric Services*, 52(4): 477-481.
20. Haimowitz S. (2002) Can Mental Health Courts End the Criminalization of Persons with Mental Illness? *Psychiatric Services*, 53(10): 1226-1228.



پیشگیری از خودکشی مرجعی برای اصحاب رسانه

به روزرسانی شده در سال ۲۰۱۷

مترجم:

آیدا قائم مقام فراهانی



برخی از حقوق این اثر محفوظ است. این اثر تحت لیسانس زیر موجود است: مجوز انتساب-غیرتجاری IGO Licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> 3.0 IGO).

بر اساس این مجوز و مشروط بر اینکه استناددهی مطابق با شیوه ذکر شده رعایت شود، می‌توانید اثر حاضر را منظور اهداف غیر تجاری کپی و توزیع کرده و انطباق دهید. هیچ اشاره‌ای مبنی بر این که سازمان بهداشت جهانی، سازمان، محصول یا خدمات خاصی را تأیید یا پشتیبانی میکند، جایز نیست. همچنین استفاده از لوگوی سازمان بهداشت جهانی مجاز نیست. در صورت انطباق این اثر، میبایست آن را با مجوز Creative Commons یا معادل آن منتشر کنید و چنانچه آن را ترجمه میکنید، علاوه بر شیوه استناددهی پیشنهادی باید مطلب زیر را جهت سلب مسئولیت از سازمان بهداشت جهانی ذکر کنید: "این ترجمه توسط سازمان بهداشت جهانی انجام نشده (WHO) و سازمان فوق‌الذکر مسئولیت محتوا یا صحت آن را به عهده نمی‌گیرد. نسخه اصلی انگلیسی، نسخه معتبر و الزام‌آور خواهد بود." حل و فصل اختلافات مرتبط با مجوز باید بر اساس قوانین میانجیگری سازمان جهانی مالکیت معنوی صورت گیرد. شیوه استناددهی پیشنهادی:

Health Orga- Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017. Geneva: World Organization; 2017 (WHO/MSD/MER/17.5). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

اطلاعات فهرست نویسی در انتشار داده‌های CIP. داده‌های CIP در <http://apps.who.int/iris> در دسترس هستند

فروش، حقوق و مجوز. برای خرید نشریات WHO، به <http://apps.who.int/bookorder> مراجعه کنید. برای ارسال درخواست‌های مربوط به استفاده تجاری و سؤالات مربوط به قوانین و مجوز، به آدرس <http://www.who.int/about/licensing> مراجعه کنید.

مواد مربوط به شخص ثالث. مسئولیت تامین مجوز برای استفاده مجدد از موارد مندرج در این اثر - که منسوب به شخص ثالث است (از جمله جداول، ارقام یا تصاویر) - کسب اجازه از دارنده حق چاپ (کپی رایت) و همچنین هر گونه شکایاتی مبنی بر نقض حقوق شخص ثالث تماماً متوجه استفاده‌کننده است.

سلب مسئولیت عمومی. اسامی ذکر شده و مطالب ارائه شده در این نشریه، بیانگر عقیده سازمان بهداشت جهانی در مورد وضعیت حقوقی هیچ دولت، کشور، سرزمین، شهر، منطقه یا مقامات آن نیست. نقاط و خطوط روی نقشه، نشان دهنده مرزهای تقریبی هستند که ممکن است کاملاً مورد توافق نباشند.

ذکر نام برخی از شرکتها یا تولید کنندگان خاص به معنای تأیید، توصیه یا اولویتبخشی به آنها توسط سازمان بهداشت جهانی نیست با در نظر گرفتن احتمال خطاها و اشتباهات سهوی، نام محصولات اختصاصی با حروف بزرگ مشخص می شوند. سازمان بهداشت جهانی تمام اقدامات احتیاطی بمنظور تأیید اطلاعات موجود در این نشریه را انجام داده است. با این حال، مطالب منتشر شده بدون هیچ نوع ضمانت مستقیم یا ضمنی منتشر یا توزیع می شوند و مسئولیت تفسیر و استفاده از مطالب بر عهده خواننده است. سازمان بهداشت جهانی تحت هیچ شرایطی مسئولیت خسارات احتمالی ناشی از استفاده از این اثر را به عهده نمیگیرد.

منتشر شده در سوئیس

فهرست ۵

- ۹۹ پیشگفتار
- ۱۰۵ گزارش دهی مسئولانه‌ی اخبار خودکشی: راهنمای فوری
- ۱۰۶ مقدمه
- ۱۰۸ شواهد علمی درباره‌ی تأثیر رسانه‌ها بر رفتارهای خودکشی
- ۱۱۰ گزارش دهی مسئولانه
- ۱۱۰ اطلاعات دقیقی درباره‌ی محل دریافت کمک ارائه کنید
- درباره‌ی حقایق خودکشی و شیوه‌های پیشگیری از خودکشی، بدون ترویج باورهای نادرست، به مردم آموزش دهید
- گزارش‌هایی درباره‌ی نحوه‌ی مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی و افکار خودکشی و نحوه‌ی دریافت کمک تهیه کنید
- هنگام گزارش خودکشی افراد مشهور جانب احتیاط را رعایت کنید
- هنگام مصاحبه با خانواده یا دوستان داغدار جانب احتیاط را رعایت کنید
- دست‌اندرکاران رسانه نیز ممکن است تحت تأثیر گزارش‌ها و اخبار خودکشی قرار گیرند
- اخبار مربوط به خودکشی را برجسته نکنید و از تکرار آن‌ها خودداری کنید
- از ادبیاتی که باعث حساس شدن مردم یا عادی‌سازی پدیده‌ی خودکشی می‌شود یا آن را راهکار سازنده‌ای در مقابله با مشکلات نشان می‌دهد استفاده نکنید
- از بیان جزئیات روش خودکشی خودداری کنید
- از بیان جزئیات محل خودکشی خودداری کنید
- از تیتروهای خبری حساسیت‌برانگیز استفاده نکنید
- از به کار بردن عکس، فیلم و معرفی لینک‌های رسانه‌های دیجیتال خودداری کنید
- ۱۱۵ منابع معتبر ارائه‌دهنده‌ی آمار خودکشی
- ۱۱۶ پیوست ۱
- ۱۱۸ پیوست ۲
- ۱۲۰ پیوست ۳
- ۱۲۱ پیوست ۴
- ۱۲۶ منابع
- ۱۲۹

خودکشی معضل عمده‌ی بهداشت عمومی در جهان و نیازمند توجه است اما پیشگیری از آن کار آسانی نیست. پژوهش‌های حاضر نشان می‌دهند پیشگیری از خودکشی، در موارد امکان‌پذیر، طیف گسترده‌ای از فعالیت‌ها - از فراهم ساختن بهترین شرایط ممکن برای پرورش کودکان و نوجوانان از طریق ارزیابی و غربالگری به موقع اختلال‌های روانی و درمان مؤثر آن‌ها تا کنترل عوامل خطر محیطی - را دربر می‌گیرد. انتشار مناسب اطلاعات و افزایش آگاهی جامعه از اجزای ضروری موفقیت در پیشگیری از خودکشی هستند. تفاوت‌های فرهنگی، سنی و جنسیتی باید در تمام این فعالیت‌ها مد نظر قرار بگیرند.

در ۱۹۹۹، سازمان جهانی بهداشت (WHO) اقدامات خود را در سطح جهانی برای پیشگیری از خودکشی آغاز کرد. این کتابچه دومین نسخه‌ی بازنگری شده‌ی یکی از منابع تهیه شده در این زمینه است که برای گروه‌های اجتماعی و حرفه‌ای خاص مرتبط با پیشگیری از خودکشی فراهم شده است. این کتابچه محصول همکاری مشترک انجمن بین‌المللی پیشگیری از خودکشی و سازمان بهداشت جهانی و معرف یکی از حلقه‌های زنجیره‌ای طولانی و متنوع است که گستره‌ی وسیعی از افراد و گروه‌ها از جمله متخصصان بهداشت، معلمان، نهادهای اجتماعی، قانون‌گذاران، فعالان اجتماعی، دولت‌ها، مجریان قانون، خانواده‌ها و جوامع را دربر می‌گیرد.

ما به ویژه مدیون پروفیسور دیگودی لئو^۱، استاد دانشگاه گریفیت، بریزبن، کوئینزلند استرالیا هستیم که نسخه اول این کتابچه را تهیه کرده اند. همچنین از دکتر لکشمی ویجیاپاکومار^۲ از چنا، هند؛ برای کمک به ویرایش فنی قدردانی می‌کنیم. علاوه بر این از اعضای شبکه بین‌المللی پیشگیری از خودکشی سازمان جهانی بهداشت^۳، که متن اصلی را بازبینی کرده‌اند و اسامی آن‌ها در ادامه آمده است، سپاسگزاریم: دکتر سرجیو پرز باررو^۴ از بیمارستان دی

-
1. World Health Organization
 2. Diego de Leo
 3. Lakshmi Vijayakumar
 4. WHO International Network for Suicide Prevention
 5. Dr Sergio Pérez Barrero

بایاما^۱ در گرانما، کوبا؛ دکتر آنت بیاتریس^۲، دانشکده پزشکی کرایست چرچ نیوزیلند^۳، دکتر احمد اوکاشا^۴، دانشگاه عین شمس^۵، کایرو، مصر؛ پروفیسور لورن شلبوش^۶ دانشگاه ناتال^۷، دوربان، آفریقای جنوبی؛ پروفیسور ژان پیر سوبریه^۸، مرکز منابع خودکشی شناسی^۹، پاریس، فرانسه؛ پروفیسور آیری وارنیک^{۱۰}، دانشگاه تالین، شهر تالین، استونی؛ پروفیسور دانوتا واسرمن^{۱۱} از مرکز ملی تحقیقات خودکشی و پیشگیری از بیماری روانی^{۱۲} انستیتو کارولینسکا^{۱۳}، استکهلم، سوئد؛ دکتر شوتاو زای^{۱۴} از بیمارستان مغز دانشگاه پزشکی نانجینگ^{۱۵} چین.

اولین نسخه‌ی این کتابچه را کارگروه رسانه انجمن بین‌المللی پیشگیری از خودکشی^{۱۶} (IASP) تحت نظارت جین پیرکیس^{۱۷}، دانشیار دانشکده‌ی بهداشت جمعیت، دانشگاه ملبورن استرالیا تهیه کرده است.

نسخه‌ی به‌روزرسانی‌شده‌ی فعلی کتابچه حاضر را کارگروه رهنمودهای رسانه‌ای برای گزارش خودکشی در انجمن بین‌المللی پیشگیری از خودکشی تهیه کرده است. ما از دکتر توماس نیدرکروتنتالر^{۱۸} (مرکز بهداشت عمومی، دانشگاه پزشکی وین، اتریش) و دکتر دانیل ردنبرگ^{۱۹} (SAVE^{۲۰}، ایالات متحده آمریکا)، رئیس کارگروه رهنمودهای رسانه‌ای برای گزارش خودکشی انجمن بین‌المللی پیشگیری از خودکشی (IASP) که مسئولیت اصلی این به‌روزرسانی را به عهده داشته‌اند، کمال قدردانی را داریم.

-
1. Hospital de Bayamo
 2. Annette Beutrais
 3. Christchurch School of Medicine
 4. Ahmed Okasha
 5. Ain Shams University
 6. Lourens Schlebusch
 7. University of Natal
 8. Jean-Pierre Soubrier
 9. Centre de Ressources en Suicidologie (CRES)
 10. Airi Värnik
 11. Danuta Wasserman
 12. National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill Health (NASP)
 13. Karolinska Institutet
 14. Shutao Zhai
 15. Nanjing Medical University Brain Hospital
 16. International Association for Suicide Prevention
 17. Jane Pirkis
 18. Thomas Niederkrotenthaler
 19. Daniel Reidenberg
 20. Suicide Awareness Voices of Education

همینطور از اعضای کارگروه رهنمودهای رسانه‌ای برای گزارش خودکشی IASP که اسامی آن‌ها در ادامه آمده است برای مشارکتشان در تهیه این کتابچه قدردانی می‌نماییم: آقای کارل آندریسن^۱، دانشکده روانپزشکی دانشگاه نیو ساوت ولز سیدنی، استرالیا؛ پروفیسور الا آرنسمان^۲، گروه اپیدمیولوژی و بهداشت عمومی، کالج دانشگاه کرک ایرلند؛ خانم جین آریگو^۳، دوبلین، ایرلند؛ دکتر لورین برنابی^۴، گروه بهداشت جامعه و روانپزشکی، دانشگاه وست اندایز^۵، منا، جامائیکا؛ دکتر جو بل^۶، دانشکده بهداشت و مددکاری اجتماعی، دانشگاه هال، هال، انگلستان؛ پروفیسور سیلویا سارا کانتو^۷، دانشگاه ایالتی کلرادو، کلرادو، ایالات متحده آمریکا؛ پروفیسور کیجین چنگ^۸، مرکز جاکو هنگ کنگ مرکز تحقیقات و پیشگیری از خودکشی^۹، دانشگاه هنگ کنگ، منطقه ویژه اداری^{۱۰} هنگ کنگ، چین؛ پروفیسور سانی کلینگز^{۱۱}، واحد روانپزشکی اجتماعی و تحقیقات سلامت روان جمعیت، دانشگاه اوتاگو، دانشکده پزشکی و علوم بهداشتی ولینگتون، کریستچرچ، نیوزیلند؛ پروفیسور دیگو دی لئو، موسسه تحقیقات و پیشگیری از خودکشی استرالیا^{۱۲}، دانشگاه گریفیت، بریزبن، استرالیا؛ پروفیسور المر اترز دورفر^{۱۳}، فرتباکرانکن هاوس^{۱۴}، درمانگاه روانپزشکی و روان درمانی، اشتوتگارت، آلمان؛ پروفیسور مادلین گولد^{۱۵}، مرکز پزشکی دانشگاه کلمبیا، انستیتوی روانپزشکی ایالتی نیویورک، ایالات متحده آمریکا؛ پروفیسور گوپال کریشنا گوروراج^{۱۶}، انستیتوی ملی بهداشت روان و علوم اعصاب، بنگلور، هند؛ پروفیسور کیت هاوتون^{۱۷}، مرکز تحقیقات خودکشی دانشگاه آکسفورد، آکسفورد، انگلستان؛ خانم ایرینا اینستروزا^{۱۸}، موسسه پیشگیری از خودکشی، ژنو، سوئیس؛

1. Karl Andriessen

2. Ella Arensman

3. Jane Arigho

4. Loraine Barnaby

5. University of the West Indies

6. Jo Bell

7. Silvia Sara Canetto

8. Qijin Cheng

9. Hong Kong Jockey Club Centre for Suicide Research and Prevention

10. Special Administrative Region (Hong Kong SAR)

11. Sunny Collings

12. Australian Institute for Suicide Research and Prevention

13. Elmar Etzersdorfer

14. Furtbachkrankenhaus

15. Madelyn Gould

16. Gopalkrishna Gururaj

17. Keith Hawton

18. Irina Inostroza

دکتر کارولینا کریسینسکا^۱، دانشکده روانپزشکی دانشگاه نیو ساوت ولز، سیدنی، استرالیا؛ خانم کارولین لوی^۲، روزنامه‌نگاری تحقیقاتی، مینیاپولیس، ایالات متحده آمریکا؛ دکتر آن لوس^۳، دانشکده روزنامه‌نگاری، انگلیسی و ارتباطات، دانشگاه بورنموث، انگلستان؛ دکتر لیزا مرزانو^۴، دانشیار دانشکده علوم و فناوری، دانشگاه میدلسکس لندن، انگلستان؛ پروفیسور بریان میشارا^۵، مرکز تحقیقات و مداخلات خودکشی و اتانازی^۱، دانشگاه کبک مونترال، کانادا؛ دکتر چارلز ادوارد نوتردام^۶، مرکز پزشکی منطقه‌ای بیمارستان لیل، فرانسه؛ پروفیسور جین پیرکیس، مرکز بهداشت روان، دانشگاه ملبورن، استرالیا؛ پروفیسور استیو پلات^۸، دانشگاه ادینبورگ، اسکاتلند؛ دکتر سباستین شر^۹، گروه علوم ارتباطات و تحقیقات رسانه، دانشگاه مونیخ، آلمان؛ پروفیسور مریک سیساک^{۱۰}، انستیتو استونیایی-سوئدی بهداشت روان و خودکشی، دانشکده حقوق قضا و جامعه، دانشگاه تالین، استونی؛ خانم ژالی اسهان^{۱۱}، انستیتوی سلامت روان هانتز، استرالیا؛ پروفیسور گرنو سونگ^{۱۲}، مرکز مداخله در بحران وین، اتریش؛ پروفیسور استیون استک^{۱۳}، دانشگاه ایالتی وین، دیترویت، میشیگان، ایالات متحده آمریکا؛ بندیکت تیل^{۱۴} دانشیار واحد تحقیقات خودکشی، گروه طب اجتماعی و پیشگیرانه، مرکز بهداشت عمومی، دانشگاه پزشکی وین، اتریش؛ دکتر مایکل وسترلاند^{۱۵}، گروه مطالعات رسانه، دانشگاه استکهلم، سوئد؛ پروفیسور پاول ایپ^{۱۶}، مرکز تحقیقات و پیشگیری از خودکشی، دانشگاه هنگ کنگ SAR، چین.

همچنین از کارشناسان زیر که نسخه کنونی را بازبینی کرده‌اند، سپاسگزاریم: دکتر آندره

-
1. Karolina Kryszynska
 2. Caroline Lowe
 3. Ann Luce
 4. Lisa Marzano
 5. Brian Mishara
 6. Centre for Research and Intervention on Suicide and Euthanasia
 7. Charles-Edouard Notredame
 8. Steve Platt
 9. Sebastian Scherr
 10. Merike Sisask
 11. Jaelea Skehan
 12. Gernot Sonneck
 13. Steven Stack
 14. Benedikt Till
 15. Michael Westerlund
 16. Paul Yip

برونی^۱، دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت (WHO) در آمریکا^۲، واشنگتن دی سی، ایالات متحده آمریکا؛ دکتر ولادیمیر کارلی^۳، NASP، انستیتو کارولینسکا، استکهلم، سوئد؛ دکتر خورخه کاسترو^۴، دکتر کلودینا کایتانو^۵ و دکتر دבורا کستل^۶ دفتر منطقه ای WHO در آمریکا، واشنگتن دی سی، ایالات متحده آمریکا؛ خانم بریجیت هاسمن^۷، مرکز منابع پیشگیری از خودکشی واشنگتن دی سی، ایالات متحده آمریکا؛ دکتر کایری کالوز^۸، انستیتو تحقیقات و پیشگیری خودکشی^۹ (AISRAP)، دانشگاه گریفیت، بریزبن، استرالیا؛ آقای اد مانتر^{۱۰}، کمیسیون سلامت روان کانادا، اتاوا، کانادا؛ خانم کارمن مارتینز^{۱۱}، دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در آمریکا، واشنگتن دی سی، ایالات متحده آمریکا؛ پروفیسور مایکل فیلیپس^{۱۲}، مرکز تحقیقات و پیشگیری از خودکشی، مرکز سلامت روان شانگهای، دانشکده پزشکی دانشگاه جیوتانگ شانگهای، چین؛ دکتر جری رید^{۱۳}، مرکز منابع پیشگیری از خودکشی، واشنگتن دی سی، ایالات متحده آمریکا؛ پروفیسور ژان پیر سوبریه^{۱۴}، CRES، پاریس، فرانسه؛ خانم کیم تورگوسن^{۱۵}، مرکز اتحاد برای پیشگیری از خودکشی^{۱۶}، واشنگتن دی سی، ایالات متحده آمریکا؛ دکتر لاکشمی ویجیاکومار، خدمات بهداشتی داوطلبانه، سنهال^{۱۷}، چنا، هند؛ پروفیسور دانوتا واسرمن^{۱۸}، ناسپ^{۱۹}، انستیتو کارولینسکا، استکهلم، سوئد.

از آقای دیوید براملی^{۲۰} از سوئیس برای ویرایش، آقای دنیس میسنر^{۲۱} از سازمان جهانی

-
1. Andrea Bruni
 2. WHO Regional Office for the Americas
 3. Vladimir Carli
 4. Jorge Castro
 5. Claudina Cayetano
 6. Dévora Kestel
 7. Bridgette Hausman
 8. Kairi Kolves
 9. Australian Institute for Suicide Research and Prevention (AISRAP)
 10. Ed Mantler
 11. Carmen Martinez
 12. Michael Phillips
 13. Jerry Reed
 14. Jean-Pierre Soubrier
 15. Kim Torguson
 16. Action Alliance for Suicide Prevention
 17. SNEHA
 18. Danuta Wasserman
 19. NASP
 20. Mr David Bramley
 21. Denis Meissner

بهداشت برای تهیه جلد، و آقای یوسوک ناکازاوا^۱ از ژاپن برای طرح و طراحی گرافیک تشکر می‌کنیم.

سازمان جهانی بهداشت از حمایت‌های مالی دولت ژاپن برای تهیه این کتابچه کمال تشکر را دارد.

همچنین همکاری انجمن بین المللی پیشگیری از خودکشی (IASP) و سازمان جهانی بهداشت (WHO) در زمینه فعالیت‌های مرتبط با پیشگیری از خودکشی مورد تقدیر است.

این منبع بطور گسترده و با امید ترجمه و انطباق با شرایط محلی که لازمه اثربخشی آن است، منتشر شده است. نظرات و درخواست مجوز ترجمه و انطباق منابع مورد استقبال قرار خواهد گرفت.

السکاندرا فلیشمن

**دپارتمان سلامت روان و سوء
مصرف مواد سازمان جهانی
بهداشت**

الارنسمن

**رئیس انجمن بین المللی پیشگیری
از خودکشی**

1. Yusuke Nakazawa

گزارش‌دهی مسئولانه‌ی اخبار خودکشی: راهنمای فوری

بایدها:

- اطلاعات دقیقی درباره‌ی محل‌های دریافت کمک ارائه کنید.
- درباره‌ی حقایق خودکشی و شیوه‌های پیشگیری از خودکشی، بدون ترویج باورهای نادرست، به مردم آموزش بدهید.
- گزارش‌هایی درباره‌ی نحوه‌ی مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی یا افکار خودکشی و نحوه‌ی دریافت کمک را تهیه کنید.
- هنگام گزارش خودکشی افراد مشهور جانب احتیاط را رعایت کنید.
- هنگام مصاحبه با خانواده یا دوستان داغدار جانب احتیاط را رعایت کنید.
- دست‌اندرکاران رسانه نیز ممکن است تحت‌تأثیر گزارش‌ها و اخبار خودکشی قرار گیرند.

نبایدها:

- اخبار مربوط به خودکشی را برجسته نکنید و از تکرار آن‌ها خودداری کنید.
- از ادبیاتی که باعث حساس شدن مردم یا عادی‌سازی پدیده‌ی خودکشی می‌شود یا آن را راهکار سازنده‌ای در مقابله با مشکلات نشان می‌دهد استفاده نکنید.
- از بیان جزئیات روش خودکشی خودداری کنید.
- از بیان جزئیات محل خودکشی خودداری کنید.
- از تیترهای خبری حساسیت‌برانگیز استفاده نکنید.
- از به کار بردن عکس، فیلم و معرفی لینک‌های رسانه‌های دیجیتال خودداری کنید.

خودکشی مشکل عمده‌ی بهداشت عمومی است که پیامدهای عاطفی، اجتماعی و اقتصادی بسیاری به دنبال دارد. سالانه هشتصد هزار خودکشی در جهان به وقوع می‌پیوندد و تخمین زده می‌شود که هر مرگ ناشی از خودکشی حداقل شش نفر را مستقیماً تحت تأثیر قرار می‌دهد. عوامل مرتبط با خودکشی و پیشگیری از آن پیچیده و متعددند و همه‌ی آنها کاملاً شناخته‌شده نیستند. اما شواهد متعددی نقش رسانه‌ها را در تقویت یا تضعیف اقدامات پیشگیری از خودکشی تأیید کرده‌اند. گزارش‌های رسانه‌ای درباره‌ی خودکشی می‌تواند خطر خودکشی‌های تقلیدی (الگوبرداری) را کاهش یا افزایش دهد.

رسانه‌ها می‌توانند اطلاعات آموزشی سودمندی درباره‌ی خودکشی ارائه بدهند یا برعکس اطلاعات نادرستی را درباره‌ی آن منتشر کنند. از سوی دیگر، به دنبال نشر اخبار رسانه‌ای خودکشی، افراد آسیب‌پذیر، در معرض خطر خودکشی‌های تقلیدی قرار می‌گیرند. به‌ویژه اگر پوشش خبری وسیع، برجسته و برانگیزاننده‌ی احساسات باشد، صراحتاً به ذکر جزئیات روش خودکشی بپردازد و به باورهای نادرست موجود و رایج درباره‌ی خودکشی دامن بزند.

خطر خودکشی به‌ویژه هنگامی که فرد فوت‌شده بر اثر خودکشی از جایگاه اجتماعی بالایی برخوردار باشد، یا به‌راحتی شناسایی شود، افزایش می‌یابد. اخباری که محرک اقدام به خودکشی‌های بعدی هستند معمولاً طولانی‌ترند و بیشتر تکرار می‌شوند. تأثیر اخبار رسانه‌ای بر افزایش میزان خودکشی به نام «تأثیر ورتر»^۱ شناخته می‌شود. این نامگذاری بر اساس خودکشی قهرمان اصلی رمان گوته، رنج‌های ورتر جوان، است که پس از مواجهه با فقدان معشوق دست به خودکشی می‌زند. از سوی دیگر، گزارش مسئولانه‌ی خودکشی می‌تواند به آگاه‌سازی و آموزش عمومی درباره‌ی خودکشی و پیشگیری از آن کمک کند، افراد در معرض خطر خودکشی را به اقدامات جایگزین تشویق کند و در مجموع الهام‌بخش گفت‌وگوی‌های آزادانه‌تر و امیدبخش‌تری باشد.

انتشار گزارش‌هایی که نشان‌دهنده‌ی رفتارهای کمک‌طلبانه (مقابله‌ی مثبت) در شرایط سخت هستند می‌تواند باعث تقویت عوامل محافظت‌کننده یا ممانعت‌کننده از خودکشی باشد و به این طریق در پیشگیری از خودکشی نقش داشته باشد. اخبار رسانه‌ای درباره‌ی

1. Werther effect

خودکشی باید همیشه حاوی اطلاعاتی درباره‌ی نحوه‌ی دریافت کمک و ترجیحاً معرفی مراکز شناخته‌شده‌ی پیشگیری از خودکشی باشد که بیست و چهار ساعته و هفت روز هفته در دسترس هستند. نقش محافظت‌کننده‌ی گزارش رسانه‌ای مسئولانه درباره‌ی خودکشی در ادبیات پژوهشی به نام «تأثیر پاپازنو»^۱ شناخته می‌شود که وجه تسمیه‌ی آن کاراکتر پاپازنو در اپرای فلوت سحرآمیز اثر موزارت است. او پس از مواجهه با ترس از دست دادن عشقش دچار افکار خودکشی شد، اما در آخرین لحظه راه‌های جایگزینی را برای مقابله با مشکل به یاد آورد و مسیر دیگری را، غیر از خودکشی، انتخاب کرد.

توصیه‌هایی که درباره‌ی گزارش اخبار خودکشی در رسانه‌ها مطرح می‌شود باید با شرایط هر دو حوزه‌ی رسانه‌های سنتی و رسانه‌های دیجیتال متناسب شود و هدفش آگاهی‌رسانی به تعداد هر چه بیشتری از مردم درباره‌ی خودکشی باشد. ویژگی برجسته‌ی رسانه‌های دیجیتال قابلیت پخش و انتشار سریع اخبار است که سبب می‌شود پایش و کنترل آن بسیار دشوار شود. به‌رغم تفاوت‌های موجود میان رسانه‌های دیجیتال و رسانه‌های قدیمی‌تر، یافته‌های مطالعاتی که درباره‌ی تأثیر رسانه‌های سنتی بر رفتارهای خودکشی انجام شده می‌تواند به اقدامات پیشگیری از خودکشی در رسانه‌های دیجیتال کمک کند. در مقابل، درس‌های به‌دست‌آمده از نقش احتمالی رسانه‌های دیجیتال در افزایش رفتارهای خودکشی ممکن است اطلاعات مفیدی را در زمینه‌ی اقدامات پیشگیری از خودکشی در رسانه‌های قدیمی‌تر فراهم سازد.

کتابچه حاضر خلاصه‌ای از شواهد موجود درباره‌ی تأثیر گزارش رسانه‌ای خودکشی را ارائه و اطلاعاتی را درباره‌ی نحوه‌ی گزارش اخبار خودکشی برای اصحاب رسانه فراهم می‌کند و بر این نکته تأکید می‌ورزد که گاه با توجه به ارزش خبری خودکشی چاره‌ای جز گزارش آن وجود ندارد. این کتابچه پیشنهادهایی را در زمینه نحوه انتشار درست، مناسب و مسئولانه خبر که هم در رسانه‌های سنتی و هم در رسانه‌های دیجیتال می‌تواند کاربرد داشته باشد ارائه می‌کند.

گزارش اخبار خودکشی و انعکاس رسانه‌ای آن درون هر کشور و در کشورهای مختلف متفاوت است. اینکه چه موضوعی برای گزارش شدن مناسب است و اطلاعات مرتبط با هر مورد خاص خودکشی به چه صورت باید در دسترس باشد از تفاوت‌های فرهنگی تأثیر

1. Papageno effect

می‌پذیرد. این کتابچه می‌کوشد راهنمایی عمومی درباره‌ی گزارش رسانه‌ای متناسب با فرهنگ‌های مختلف ارائه دهد، با این حال توصیه می‌شود که اصحاب رسانه با جمعیت‌های پیشگیری از خودکشی محلی خود همکاری و در صورت دسترسی، از راهنمای محلی گزارش رسانه‌ای خودکشی استفاده کنند. باتوجه به تعداد متخصصانی که در تهیه‌ی این کتابچه با ما همکاری کرده‌اند می‌توان نتیجه گرفت که متخصصان پیشگیری از خودکشی فعال در حوزه‌ی گزارش رسانه‌ای در اقصی نقاط دنیا بسیار هستند و علاقه‌مند و مشتاقند تا در زمینه‌ی گزارش مسئولانه‌ی اخبار خودکشی و پیام‌رسانی صحیح و ممانعت از در معرض خطر قرار دادن افراد آسیب‌پذیر همکاری کنند. در برخی کشورها راهنمای گزارش اخبار خودکشی در قالب آیین‌نامه به رسانه‌ها ابلاغ شده است.

کتابچه حاضر برای دست‌اندرکاران رسانه در حوزه‌های چاپی، تصویری و آنلاین تهیه شده است. اغلب توصیه‌ها درباره‌ی گزارش خودکشی در همه‌ی انواع رسانه عمومی است، اما برخی دیگر اختصاصاً مربوط به رسانه‌های چاپی یا دیجیتال هستند. خلاصه‌ای از ملاحظات مربوط به رسانه‌های دیجیتال را در پیوست ۱ مشاهده کنید. پرداختن به موضوعات مرتبط با وبسایت‌ها، فیلم‌ها، برنامه‌های تلویزیونی و نمایش‌ها از حیثیه‌ی اهداف این کتابچه خارج است. برای اطلاعات بیشتر در این موارد می‌توانید به منابع مربوط به شرکت‌های کنترل تولید ابزار سرگرمی^۱ به آدرس (<http://www.eiconline.org>) مراجعه کنید. گزارش‌دهی اخبار مرتبط به حملات تروریستی و تیراندازی‌های کور^۲ را در پیوست ۲ مشاهده کنید.

شواهد علمی درباره‌ی تأثیر رسانه‌ها بر رفتارهای خودکشی

گزارش‌دهی به‌مثابه عامل خطر ساز رفتارهای خودکشی

بیش از یکصد تحقیق درباره‌ی خودکشی تقلیدی (الگوبرداری) انجام شده است (مانند خودکشی‌هایی که به‌نظر می‌رسد مستقیم با اخبار رسانه‌ای مرتبط هستند). مرور نظام‌مند این مطالعات مکرراً نتایج مشابهی را نشان داده است. گزارش رسانه‌ای موارد خودکشی ممکن است منجر به افزایش رفتارهای خودکشی بعدی شود. به‌علاوه این بررسی‌ها نشان می‌دهد که احتمال تقلید رفتار خودکشی در شرایطی خاص افزایش می‌یابد. در واقع پوشش مکرر خبر خودکشی و گزارش‌های تأثیرگذار مربوط به آن قویاً با رفتارهای تقلیدی

1. Entertainment industries
2. Mass shooting

خودکشی ارتباط دارد. تأثیرگذاری گزارش‌های مربوط به خودکشی، بر رفتار خودکشی بعدی، زمانی بیشتر می‌شود که فردی که اقدام به خودکشی کرده شخصیتی مشهور یا موردتوجه خوانندگان یا بینندگان خبر باشد. برخی از زیرگروه‌های خاص (مثلاً جوانان، افراد مبتلا به بیماری‌های روانی، افراد دارای سابقه‌ی خودکشی قبلی یا افرادی که در نتیجه‌ی خودکشی داغدار شده‌اند) در برابر خودکشی تقلیدی آسیب‌پذیرترند. این خطر زمانی افزایش می‌یابد که ویژگی‌های فردی که بر اثر خودکشی جان خود را از دست داده از برخی جنبه‌ها با ویژگی‌های بیننده یا شنونده شباهت داشته باشد و بیننده یا شنونده با او همانندسازی کند. به‌علاوه محتوای گزارش‌های ارائه‌شده درباره‌ی خودکشی موردنظر نیز نقش مهمی در این میان به عهده دارند. گزارش‌هایی که به‌تکرار و تأیید باورهای نادرست درباره‌ی خودکشی می‌پردازند، یا شامل شرح مفصلی از جزئیات خودکشی هستند، بیشتر احتمال دارد که به خودکشی‌های تقلیدی منجر شوند. از سوی دیگر، گزارش‌های رسانه‌ای که مطابق با دستورالعمل‌های رسانه‌ای تهیه می‌شوند، ظرفیت بالایی برای کمک به پیشگیری از خودکشی دارند و معمولاً منجر به خودکشی‌های بیشتر نمی‌شوند.

تأثیرات مثبت گزارش‌دهی

اگرچه تحقیقاتی که به آثار مخرب گزارش‌های رسانه‌ای بر رفتار خودکشی پرداخته‌اند بسیار هستند، در سال‌های اخیر پژوهش‌های بیشتری بر مزایای بالقوه‌ی گزارش‌های رسانه‌ای مسئولانه درباره‌ی خودکشی تمرکز کرده‌اند. گزارش رسانه‌ها از افرادی که در شرایط بسیار دشواری زندگی می‌کنند، اما توانسته‌اند افکار خودکشی خود را مدیریت و به شیوه‌ای سازنده با آن‌ها مقابله کنند، با کاهش رفتار خودکشی در ارتباط است. به‌علاوه پژوهش‌ها نشان می‌دهند برنامه‌های آموزشی رسانه‌ای، شامل توصیف شیوه‌های مقابله با افکار خودکشی، می‌تواند در کاهش رفتارهای خودکشی مؤثر واقع شود.

توضیحات بیشتر در ارتباط با ادبیات پژوهشی مرتبط با تأثیر رسانه‌ها در پیشگیری از خودکشی در پیوست ۳ آمده است.

▪ اطلاعات دقیقی درباره‌ی محل دریافت کمک ارائه کنید

اطلاعات مربوط به نحوه‌ی دسترسی به منابع حمایتی باید در پایان تمامی گزارش‌ها و اخبار مربوط به خودکشی ارائه شود. منابع اختصاصی باید شامل مراکز پیشگیری از خودکشی، خطوط بحران، سایر متخصصان مرتبط در حوزه‌ی سلامت و رفاه و گروه‌های خودیاری باشد. اطلاعات مربوط به محل دریافت کمک باید خدماتی را شامل شود که با کیفیت بالا ارائه می‌شوند و شبانه‌روزی و در تمام ایام هفته در دسترس هستند. این منابع باید دسترسی به حمایت‌های لازم را برای افرادی که تحت فشار هیجانی هستند، یا بر اثر شنیدن گزارش خودکشی در آستانه‌ی اقدام به خودکشی قرار دارند، فراهم کند. نشانی و اطلاعات تماس منابع موردنظر باید مرتب کنترل و از صحت آن‌ها اطمینان حاصل شود. ارائه‌ی فهرستی بلندبالا از منابع ممکن است گیج‌کننده باشد و نتیجه‌ی معکوس بدهد، بنابراین ذکر تعداد محدودی از این منابع کافی است (مثلاً ذکر تنها یک شماره‌تلفن و یک وب‌سایت).

▪ درباره‌ی حقایق خودکشی و شیوه‌های پیشگیری از خودکشی، بدون ترویج باورهای نادرست، به مردم آموزش بدهید

تصورات نادرست بسیاری درباره‌ی خودکشی وجود دارد. شواهد نشان می‌دهند که گزارش‌های رسانه‌ای که این باورهای نادرست را تکرار می‌کنند، ممکن است برانگیزاننده‌ی رفتارهای تقلیدی باشند. علاوه بر این، مطالعات نشان داده‌اند که مردم از میان گزارش‌های واقعی و غیرواقعی رسانه‌ها بیشتر گرایش دارند که گزارش‌های غیرواقعی را به خاطر بسپارند. برخی از شایع‌ترین حقایق و باورهای نادرست درباره‌ی خودکشی در پیوست ۴ آمده است. بنابراین بازگو کردن حقایق مربوط به خودکشی ترجیح دارد. جدا از این، هنگام صحبت از حقایق خودکشی، ارائه‌ی اطلاعاتی درباره‌ی پیشگیری از خودکشی بسیار سودمند و حاوی این پیام است که افرادی که گرایش به خودکشی دارند باید در پی دریافت کمک باشند و نیز بدانند چگونه می‌توانند چنین کمکی را دریافت کنند.

▪ گزارش‌هایی درباره‌ی نحوه‌ی مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی و افکار خودکشی و نحوه‌ی دریافت کمک تهیه کنید

تهیه‌ی روایت‌های داستانی از زندگی افرادی که توانسته‌اند به خوبی شرایط سخت زندگی و

افکار خودکشی را مدیریت کنند می‌تواند به افرادی که در شرایط سخت به سر می‌برند کمک کند تا از راهبردهای مقابله‌ای مثبت مشابهی استفاده کنند. ارائه‌ی گزارش‌هایی با محتوای آموزشی درباره‌ی چگونگی دریافت کمک در مواجهه با شرایط دشوار حل‌ناشدنی نیز توصیه می‌شود. این گزارش‌ها معمولاً راهکارهای مشخصی را نشان می‌دهند که دیگران برای فائق آمدن بر افکار خودکشی به کار برده‌اند و اقداماتی را که فرد می‌تواند در این مواقع انجام بدهد برجسته می‌سازند.

▪ هنگام گزارش خودکشی افراد مشهور جانب احتیاط را رعایت کنید

خودکشی افراد مشهور ارزش خبری دارد و غالباً توجه مردم را جلب می‌کند. احتمال دارد گزارش چنین خودکشی‌هایی سبب افزایش خودکشی در افراد آسیب‌پذیر شود. بزرگنمایی مرگ شخصیت‌های مشهور ممکن است ناخواسته این تصور را القا کند که جامعه رفتار خودکشی را تجلیل می‌کند، در نتیجه ممکن است باعث افزایش رفتار خودکشی در دیگران شود. به همین دلیل، در گزارش خودکشی افراد مشهور باید بسیار دقت کرد. این گزارش‌ها نباید از خودکشی فرد تجلیل یا جزئیات روش خودکشی او را بیان کنند. تمرکز بر زندگینامه‌ی افراد مشهور، و نقش آن‌ها در اجتماع و تأثیر منفی مرگشان بر دیگران، به ذکر جزئیات مربوط به خودکشی یا ارائه‌ی دلایلی ساده‌انگارانه برای مرگ آن‌ها ارجحیت دارد. علاوه بر این، باید در گزارش مرگ افراد مشهور، زمانی که علت مرگ هنوز مشخص نیست، احتیاط کرد. گمانه‌زنی رسانه‌ها درباره‌ی احتمال خودکشی شخص مشهور می‌تواند آسیب‌رسان باشد. بهتر است تا زمان مشخص شدن علت مرگ و تحقیق درباره‌ی آن منتظر ماند. همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، گزارش‌ها همیشه باید حاوی اطلاعاتی درباره‌ی نحوه‌ی دسترسی به منابع کمکی برای افراد در معرض خطر یا افرادی باشد که ممکن است در نتیجه‌ی شنیدن اخبار خودکشی دچار استرس یا افکار خودکشی شوند.

▪ هنگام مصاحبه با خانواده یا دوستان داغدار جانب احتیاط را رعایت کنید

دیدگاه افرادی که در نتیجه‌ی خودکشی داغدار شده‌اند می‌تواند منبع بسیار ارزشمندی برای آموزش دیگران درباره‌ی واقعیت‌های خودکشی باشد. با این حال، جمع‌آوری چنین اطلاعاتی و گنجاندن آن در خبر رسانه‌ای باید با ملاحظات انجام شود. مشارکت اعضای خانواده، دوستان یا اطرافیان داغدار، یا افرادی که خود ممکن است در شرایط بحرانی باشند، باید

با احتیاط انجام شود. تصمیم برای مصاحبه با شخصی که داغدار خودکشی یکی از عزیزانش است هرگز نباید آسان گرفته شود. این افراد وقتی با فقدان عزیزشان روبه‌رو می‌شوند بیشتر در معرض خطر خودکشی یا خودآسیبی قرار می‌گیرند. باید احترام به حریم خصوصی آن‌ها را به نوشتن داستانی دراماتیک ارجح دانست. روزنامه‌نگاران در برخی کشورها، برای انجام این‌گونه مصاحبه‌ها، باید از کدهای رفتاری خاصی تبعیت کنند.

اصحاب رسانه باید بدانند که ممکن است در جریان تحقیقات خود اطلاعاتی را درباره‌ی رویداد خودکشی یا متوفی کسب کنند که شاهد عینی خودکشی یا فرد داغدار از آن مطلع نباشد. نحوه‌ی انتشار این اطلاعات بسیار حائز اهمیت است، زیرا ممکن است به افراد داغدار آسیب برسانند. همچنین خبرنگاران باید به‌دقت از صحت اطلاعاتی که از افراد داغدار دریافت می‌کنند مطمئن شوند. زیرا ممکن است آن‌ها خاطرات، جملات یا رفتارهای خاص مرتبط با خودکشی را، در نتیجه‌ی رویارویی با سوگ حاد، به‌روشنی به یاد نیاورند.

در مواردی که گزارش‌دهی به فقدان اخیر مربوط نیست، افرادی که موفق شده‌اند با فقدان ناشی از خودکشی کنار بیایند، و تمایل دارند در گزارش‌های داستانی رسانه‌ای مشارکت داشته باشند، می‌توانند منبع مهمی برای افزایش آگاهی و ارائه‌ی گزینه‌های مناسب در زمینه‌ی چگونگی مقابله با شرایط مشابه برای دیگران باشند. با این حال، باید به یاد داشت که حتی اگر فقدان مربوط به گذشته‌ی دور هم باشد، سخن گفتن از تجربیات قبلی مرتبط با خودکشی ممکن است برانگیزاننده‌ی خاطرات و احساسات دردناک باشد. افراد داغداری که برای صحبت با رسانه‌ها داوطلب می‌شوند ممکن است از پیامدهای احتمالی انتشار عمومی و گسترده‌ی اطلاعات شخصی خود بی‌اطلاع باشند. بنابراین، این موضوع باید از پیش با فرد در میان گذاشته و اقدامات لازم برای محافظت از حریم شخصی آن‌ها انجام شود. در صورت امکان، باید قبل از انتشار اطلاعات شخصی آن‌ها، گزارش تهیه‌شده به افراد داغدار نشان داده شود تا در صورت نیاز این اطلاعات تصحیح و تغییرات لازم اعمال شود.

▪ دست‌اندرکاران رسانه نیز ممکن است تحت‌تأثیر گزارش‌ها و اخبار خودکشی قرار گیرند

تهیه‌ی گزارشی درباره‌ی خودکشی ممکن است تجربیات فردی گزارشگر رسانه را در این زمینه تقویت کند. این اتفاق ممکن است در هر محیطی رخ بدهد، اما معمولاً در اجتماعات کوچک

و بسته‌ای که در آن کارکنان رسانه پیوندهای محلی قدرتمندی با هم دارند بیشتر به وقوع می‌پیوندد. برای مقابله با این موارد، سازمان‌های رسانه‌ای موظفند از وجود حمایت‌های لازم -از قبیل جلسات توصیف رویداد و فراهم بودن آموزش‌های موردنیاز- برای اصحاب رسانه اطمینان حاصل کنند. کارکنانی که به هر طریق درگیر تأثیرات منفی خودکشی هستند، نباید در جست‌وجوی کمک تعلل کنند.

▪ اخبار مربوط به خودکشی را برجسته نکنید و از تکرار آن‌ها خودداری کنید

برجسته‌سازی و تکرار بی‌مورد گزارش‌های مربوط به خودکشی در مقایسه با گزارش‌های کمرنگ‌تر و ماهرانه‌تر بیشتر به رفتارهای خودکشی بعدی منجر خواهد شد. بهترین مکان ممکن برای درج اخبار مربوط به خودکشی در روزنامه‌ها صفحات داخلی روزنامه و در پایین این صفحه‌هاست؛ نه در صفحه‌ی اول یا بالای صفحات داخلی. به همین ترتیب، اخبار مربوط به خودکشی باید در بخش دوم یا سوم اخبار تلویزیونی، یا در انتهای اخبار رادیویی یا پست‌های آنلاین ارائه شود و نه در صدر اخبار. همچنین باید درباره‌ی تکرار و به‌روزرسانی خبر اصلی احتیاط کرد.

▪ از ادبیاتی که باعث حساس شدن مردم یا عادی‌سازی پدیده‌ی خودکشی می‌شود یا آن را راهکار سازنده‌ای در مقابله با مشکلات نشان می‌دهد استفاده نکنید

باید از به کار بردن ادبیاتی که باعث حساس‌سازی مقوله‌ی خودکشی می‌شود اجتناب کرد. برای مثال، بهتر است در گزارش‌ها از اصطلاح «افزایش میزان خودکشی» به جای «همه‌گیری خودکشی» استفاده کرد. هنگام گزارش موارد خودکشی، انتقال این پیام که خودکشی معضل بهداشت عمومی است و نیز ذکر عوامل خطر موجد آن، در کنار پیامی درباره‌ی پیشگیری از خودکشی، می‌تواند اهمیت پیشگیری از خودکشی را به مردم آموزش بدهد. همچنین باید از ادبیاتی که اطلاعات گمراه‌کننده‌ای را درباره‌ی خودکشی به مردم ارائه می‌دهد، یا باعث عادی تلقی شدن پدیده‌ی خودکشی می‌شود، اجتناب کرد. صحت تغییر در آمار خودکشی باید قبل از ارائه موردتأیید قرار بگیرد؛ چراکه ممکن است ناشی از نوسانات موقتی باشد، نه افزایش و کاهش پایدار در میزان خودکشی.

استفاده‌ی بی‌مورد از کلمه‌ی «خودکشی» -مثلاً «خودکشی سیاسی»- ممکن است باعث عادی تلقی شدن خودکشی در افکار عمومی و مخدوش جلوه‌گر شدن و خامت آن شود.

همچنین باید از کاربرد اصطلاحاتی مانند «خودکشی ناموفق» یا «خودکشی موفق» اجتناب کرد زیرا تلویحاً به معنی آن است که مرگ نتیجه‌ای مطلوب بوده است. در چنین مواردی بهتر است از عبارات جایگزین مانند «رفتارهای خودکشی غیرکشنده» استفاده کرد که هم دقیق‌ترند و هم کمتر از آن‌ها سوء برداشت می‌شود. عبارت «ارتکاب خودکشی» که بر عملی جنایتکارانه دلالت دارد (خودکشی در برخی کشورها جرم محسوب می‌شود)، باعث افزایش انگ و شرمساری افرادی می‌شود که بر اثر خودکشی عزیزی را از دست داده‌اند. بنابراین بهتر است از اصطلاحاتی مانند «مرگ ناشی خودکشی» یا «گرفتن جان خود» استفاده کرد.

▪ از بیان جزئیات روش خودکشی خودداری کنید

باید از توصیف جزئیات و/یا بحث درباره‌ی روش مورد استفاده برای خودکشی اجتناب کرد، زیرا این موضوع احتمال آن را افزایش می‌دهد که فرد آسیب‌پذیر از این عمل الگوبرداری کند. برای مثال در گزارش مصرف بیش از حد دارو ذکر جزئیات نام شیمیایی یا نام تجاری دارو، مقدار یا ترکیب دارویی به‌کاررفته یا نحوه‌ی تهیه‌ی آن‌ها ممکن است آسیب‌رسان باشد. همچنین باید در گزارش مواردی که روش خودکشی غیرمعمول یا ابتکاری بوده احتیاط کرد. زیرا هرچند ممکن است استفاده از روش غیرمعمول ارزش خبری خودکشی را بیشتر کند، ممکن است افراد دیگر را نیز به استفاده از این روش ترغیب کند. کاربرد روش‌های جدید خودکشی ممکن است به‌راحتی از طریق انتشار گزارش‌های احساسی رسانه‌ای -از طریق رسانه‌های اجتماعی- تسریع شود.

▪ از بیان جزئیات محل خودکشی خودداری کنید

گاهی اوقات ممکن است یک مکان به نام «مکانی برای خودکشی» شهرت پیدا کند؛ مثلاً پل یا ساختمانی بلند، پرتگاه یا ایستگاه راه‌آهن یا تردد در محلی که قبلاً مواردی از خودکشی در آن رخ داده است. اصحاب رسانه باید دقت کنند که چنین مکان‌هایی را تبلیغ نکنند. برای مثال از ادبیات حساسیت‌برانگیز برای توصیف این مکان‌ها استفاده نکنند یا مکرر به ذکر تعداد خودکشی‌های رخ داده در آن مکان اشاره نکنند. به همین ترتیب باید در گزارش موارد خودکشی و اقدام به خودکشی در محیط‌های آموزشی یا مؤسسات ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر (مانند زندان‌ها، مراکز و بیمارستان‌های روانپزشکی) احتیاط شود.

▪ از تیترهای خبری حساسیت برانگیز استفاده نکنید

در انتخاب تیترها و عناوین خبرها سعی می‌شود با برجسته کردن وجه خاصی از خبر توجه خوانندگان جلب شود. در تیتر اخبار باید از استفاده از اصطلاح «خودکشی» و همچنین اشاره‌ی صریح به روش یا محل خودکشی اجتناب کرد. اگر تیتر گزارش را سایر دست‌اندرکاران رسانه، به‌جز افرادی که روی متن اصلی کار می‌کنند، می‌نویسند، نویسنده‌ی متن اصلی باید با نویسنده‌ی عنوان همکاری و از انتخاب تیتر مناسب اطمینان حاصل کند.

▪ از به‌کار بردن عکس، فیلم و معرفی لینک‌های رسانه‌های دیجیتال خودداری کنید

در گزارش خودکشی، نباید از عکس، فیلم یا معرفی لینک رسانه‌های اجتماعی که حاوی اطلاعات مربوط به صحنه‌ی خودکشی هستند استفاده کرد، به‌ویژه اگر به جزئیات محل یا روش خودکشی اشاراتی داشته باشند. علاوه بر این، باید در انتشار تصاویر شخصی که بر اثر خودکشی جان خود را از دست داده بسیار احتیاط کرد. استفاده از تصویر باید منوط به کسب اجازه‌ی مستقیم از اعضای خانواده باشد. این تصاویر نباید برجسته شوند یا با تجلیل از فرد یا عمل خودکشی همراه باشند.

تحقیقات نشان می‌دهند که تصاویر مرتبط با عمل خودکشی ممکن است در آینده در شرایطی -از جمله در جریان بحران‌های شخصی- دوباره در خوانندگان آسیب‌پذیر فعال و محرک رفتار خودکشی در آن‌ها شوند. توصیه می‌شود در تهیه‌ی محتوا و تصویرهای مورد استفاده در آن هماهنگی‌های لازم انجام شود، زیرا گاهی افراد متفاوتی مسئول تهیه‌ی متن و تصاویر هستند. یادداشت خودکشی، آخرین پیامک‌ها، پست‌های شبکه‌های اجتماعی و ایمیل‌های فرد متوفی نباید منتشر شوند.

منابع معتبر ارائه‌دهنده‌ی آمار خودکشی

دست‌اندرکاران رسانه‌ها باید از منابع آماری و همچنین اطلاعات موثق مربوط به خودکشی در گزارش‌های خود استفاده کنند.

سازمان‌های مسئول جمع‌آوری آمار در بسیاری از کشورها معمولاً داده‌هایی از نرخ خودکشی سالانه برحسب سن و جنس ارائه می‌دهند. کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت نیز داده‌های مرگ‌ومیر از جمله اطلاعات خودکشی را به این سازمان ارسال می‌کنند (http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en). داده‌ها و آمار مربوط به خودکشی باید به‌دقت و درست تفسیر شوند.

دست‌اندرکاران رسانه باید هنگام تهیه‌ی گزارش‌های خودکشی با متخصصان حوزه‌ی پیشگیری از خودکشی مشورت کنند. این متخصصان می‌توانند به تفسیر صحیح اطلاعات مرتبط با خودکشی کمک کنند، اطمینان حاصل کنند که گزارش‌های مربوط به خودکشی منجر به افزایش خطر خودکشی‌های تقلیدی نخواهند شد، به تصحیح باورهای نادرست درباره‌ی خودکشی کمک کنند، باورهای درست درباره‌ی خودکشی را ترویج بدهند و اطلاعات مفیدی را درباره‌ی شناسایی و کمک‌رسانی به افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند ارائه بدهند.

سازمان‌های ملی یا منطقه‌ای پیشگیری از خودکشی غالباً بخش مجزایی را برای تماس با رسانه‌ها اختصاص می‌دهند و بسیاری از کشورها نیز انجمن‌هایی دارند که اطلاعاتی را در زمینه‌ی خودکشی ارائه می‌کنند. برخی از این انجمن‌ها اقداماتی را برای پیشگیری از خودکشی انجام می‌دهند، مانند ارائه‌ی خدمات حمایتی به افرادی که افکار خودکشی دارند یا در نتیجه‌ی خودکشی داغدار شده‌اند. این انجمن‌ها در زمینه‌ی مسائل حقوقی نیز خدماتی ارائه می‌دهند و برای توسعه‌ی پژوهش‌های مرتبط با خودکشی فعالیت می‌کنند.

انجمن بین‌المللی پیشگیری از خودکشی (IASP) معادل بین‌المللی این انجمن‌هاست. وبسایت (IASP) (<https://www.iasp.info>) اطلاعات مفیدی برای رسانه‌هایی دارد که گزارش‌های مرتبط با خودکشی تهیه می‌کنند، از جمله فهرست خدمات پیشگیری از خودکشی و دستورالعمل‌های گزارش خودکشی برای رسانه‌های تعدادی از کشورها در این سایت در دسترس است.

متخصصان طراز اول در مقوله‌ی خودکشی، مراکز ارائه‌ی خدمات پیشگیری از خودکشی و مؤسسات فعال در زمینه‌ی بهداشت عمومی در سایت <http://www.reportingonsuicide.org> راهکارهایی را برای گزارش خودکشی در رسانه‌ها به چندین زبان ارائه داده‌اند.

ملاحظات در باب رسانه‌های دیجیتال

امروزه، نسبت به گذشته، مردم اطلاعات خود را از منابع بسیار گسترده‌تری به دست می‌آورند و همپوشانی میان رسانه‌های سنتی و آنلاین رو به افزایش است. اینترنت، به‌ویژه در میان جوانان و افراد آسیب‌پذیر در برابر خودکشی، به بستری مهم برای تعامل و تبادل اطلاعات درباره‌ی خودکشی تبدیل شده است. این جزوه برای تهیه‌ی گزارش‌های رسانه‌ای در هر دو نوع رسانه‌ی سنتی و دیجیتال استفاده می‌شود. باین‌حال، گزارش خودکشی در رسانه‌های دیجیتال با چالش‌های بیشتری در زمینه‌ی نحوه‌ی تهیه‌ی گزارش و مدیریت اطلاعات آنلاین در زمینه‌ی خودکشی روبه‌رو است. در سال‌های اخیر دستورالعمل‌های مشخصی برای رفع این چالش‌ها تهیه شده است.

پرهیز از بازتاب گسترده‌ی موضوعات مرتبط با خودکشی در رسانه‌های اجتماعی بسیار حائز اهمیت است. فایل‌های ویدیویی یا صوتی (مانند فایل تماس‌های اضطراری) یا پیوندهای رسانه‌های اجتماعی مربوط به صحنه‌ی خودکشی، به‌ویژه اگر مکان یا روش خودکشی به‌روشنی در آن‌ها ارائه شده باشد، نباید استفاده شوند. علاوه‌بر این، باید در استفاده از تصاویر شخص درگذشته بسیار احتیاط کرد. موتور جست‌وجو باید به‌دقت درباره‌ی کاربرد واژه‌های مضر، به‌ویژه در زمینه‌ی تهیه‌ی تیتراهای خبری، متعادل و بهینه‌سازی شود. همان‌طور که درباره‌ی رسانه‌های سنتی نیز صادق است، انتشار داده‌های مربوط به خودکشی در رسانه‌های دیجیتال باید مورد توجه و دقت گیرد و از انتشار آمارهای اغراق‌شده و حساسیت‌برانگیز در زمینه‌ی خودکشی اجتناب شود.

مدیران پلتفرم‌ها و شبکه‌های اجتماعی باید برای برخورد با محتوای بالقوه تشویق‌کننده‌ی خودکشی و برای پاسخ به‌موقع به محتوای مرتبط با خودکشی در بخش توضیحات رسانه‌های دیجیتال -از جمله روزنامه‌های آنلاین یا وبسایت روزنامه‌های چاپی- سیاست‌گذاری‌های لازم را انجام بدهند.

مجموعه‌ای از بهترین روش‌های کاربردی برای فناوری‌های آنلاین (<http://www.pre-venttheattempt.com>) برای ارائه‌ی خدمات به سازمان‌ها و شرکت‌های کوچک، متوسط و بزرگ که بخش آنلاین دارند فراهم شده است. توصیه‌هایی در سطوح پایه، متوسط و

پیشرفته درباره‌ی چگونگی ادغام منابع آنلاین با مؤلفه‌های تعاملی پیشگیری از خودکشی ارائه می‌شوند. توصیه‌های پایه عبارتند از تدارک مرکز کمک‌رسانی با اطلاعاتی در زمینه‌ی منابع و مراکز حمایتی پیشگیری از خودکشی و سوالات متداول درباره‌ی خودکشی، تعیین خط‌مشی‌های لازم درباره‌ی نحوه‌ی پاسخگویی به کاربرانی که گرایش بالقوه به خودکشی دارند، مقررات مربوط به دخالت مراجع قانونی، پاسخ به موقع به متون محتوی مطالب مرتبط با خودکشی و اطلاعاتی درباره‌ی محل ارجاع افراد دارای گرایش به خودکشی.

مجموعه‌ی دیگری از توصیه‌ها را صدای آموزش آگاهی از خودکشی (سیو) برای وبلاگ‌نویسان تهیه کرده است. این توصیه‌ها بر مبنای محتوای دستورالعمل‌های رسانه‌های سنتی تهیه شده که بر نحوه‌ی رعایت ملاحظات ایمنی در وبلاگ‌ها و نحوه‌ی رسیدگی به آن‌ها متمرکز است.

گزارش تیراندازی‌های کور به منظور کشتار دسته‌جمعی و تروریسم

تحقیقات مرتبط با تأثیر گزارش‌های رسانه‌ای تیراندازی‌های کور و تروریسم بر تقلید این رفتارها، به اندازه‌ی تحقیقات انجام‌شده درباره‌ی تأثیر گزارش‌های رسانه‌ای بر خودکشی‌های تقلیدی، گسترده نیست. با این وجود شواهدی مبنی بر این موجود است که گزارش‌دهی احساس‌برانگیز این قتل‌ها ممکن است باعث اقدامات منجر به قتل در آینده شود. این حوادث معمولاً بسیار مورد توجه رسانه‌ها قرار می‌گیرند و ممکن است شامل خشونت و آسیب به خود، پس از قتل یا بخشی از آن، باشد. اگر چنین رویدادی شامل خودکشی نیز بشود، نباید آن را حمله‌ی انتحاری یا بمب‌گذاری انتحاری توصیف کرد، زیرا این کار باعث تشدید جنبه‌ی منفی رفتار خودکشی می‌شود. اشاره به این رویدادها با اصطلاحاتی مانند «قتل با بمب‌گذاری» یا «کشتار جمعی» مناسب‌تر خواهد بود، زیرا هدف اصلی این اقدامات کشتن دیگران است. تنها برخی از کسانی که مرتکب چنین اعمالی می‌شوند ممکن است قصدشان خودکشی نیز بوده باشد. در گزارش این کشتارها، بسیار مهم است که به یاد داشته باشیم که ممکن است قصد مجرمان خودکشی نبوده و فاقد بیماری روانی باشند. اغلب تیراندازی‌های دسته‌جمعی را افرادی انجام می‌دهند که در آن‌ها تشخیص اختلال روانی داده نشده است.

یک گروه متخصص بین‌المللی به سرپرستی سیو رهنمودهایی را برای گزارش چنین رویدادهایی تهیه کرده است (<https://www.reportingonmassshootings.org>) که از جمله‌ی آن‌ها کاهش توجه رسانه‌ها به مجرمان است، زیرا توجه رسانه‌ای این‌چنینی ممکن است بالقوه باعث همانندسازی عده‌ای دیگر با آن‌ها شود و این افراد با الهام‌گیری از آن‌ها مرتکب اعمال مشابه بشوند.

اولین شواهد تأثیر رسانه‌ای بر رفتار خودکشی مربوط به اواخر قرن هجدهم میلادی و انتشار رمان رنج‌های وتر جوان گوته است که در آن وتر به دلیل دست‌نیافتنی بودن معشوقش با شلیک گلوله به زندگی خود خاتمه می‌دهد. این رمان سبب وقوع موجی از خودکشی در سراسر اروپا شد. بسیاری از کسانی که بر اثر خودکشی جان خود را از دست دادند، لباسی مشابه وتر پوشیده و با روشی مشابه او خودکشی کرده بودند یا هنگام مرگ نسخه‌ای از کتاب گوته را در دست داشتند. متعاقب این اتفاق، این رمان در چندین کشور اروپایی ممنوع اعلام شد.

شواهد مربوط به رفتارهای خودکشی تقلیدی متعاقب گزارش یا بازتاب اخبار خودکشی پراکنده بود تا اینکه فیلیپس^۱، در ۱۹۷۰، نتایج مطالعه‌ی گذشته‌نگری را منتشر کرد که در آن تعداد خودکشی‌های رخ داده در ماه‌هایی را، که صفحه‌ی اول روزنامه‌ی یونایتد استیتس پرس به خبر خودکشی اختصاص یافته بود، با تعداد خودکشی‌های رخ داده در ماه‌هایی که چنین اخباری منتشر نشده بود مقایسه کرده بود. طی دوره‌ی بیست‌ساله‌ی مطالعه، در ۳۳ ماه مطالبی درباره‌ی خودکشی در صفحه‌ی اول روزنامه منتشر شده بود و در ۲۶ ماه از این ۳۳ ماه، آمار خودکشی افزایش چشمگیری یافته بود (۱). همچنین اثر تقلیدی خودکشی را اشمیت و هافنر^۲ پس از پخش یک مجموعه‌ی تلویزیونی نیز گزارش کرده‌اند (۲).

از زمان مطالعه‌ی فیلیپس، بیش از یکصد مطالعه‌ی دیگر درباره‌ی خودکشی‌های تقلیدی انجام شده است. در مجموع، این مطالعات به اشکال متعددی به شواهد قبلی قوت بخشیده‌اند. در درجه‌ی اول، روش‌شناسی‌های این مطالعات بهتر بوده‌اند. برای مثال، واسرمن^۳ (۳) و استک^۴ (۴) یافته‌های مطالعه‌ی اصلی فیلیپس را تکرار کردند، ولی زمان مشاهده را طولانی‌تر و از تکنیک‌های رگرسیون زمانی پیچیده‌تری استفاده کردند و به جای تعداد مطلق خودکشی، نرخ آن را در نظر گرفتند. دوم، این مطالعات رسانه‌های متفاوتی را

1. Phillips
2. Schmidt & Hofner
3. Wasserman
4. Stack

بررسی کردند. برای مثال، بولن و فیلیپس (۵) و استک (۶) تأثیر گزارش‌های داستانی خودکشی را که در اخبار تلویزیونی آمریکا در سطح ملی پوشش داده شده بود، بررسی و مشاهده کردند که به دنبال پخش چنین اخباری، خودکشی افزایش چشمگیری یافته است. علاوه بر این، بیشتر مطالعات اولیه در ایالات متحده انجام شده و فقط خودکشی در آنجا مد نظر قرار گرفته بود، اما پس از آن دامنه‌ی مطالعات به کشورهای آسیایی و اروپایی نیز گسترش یافت و اقدام به خودکشی را نیز شامل شد. برای مثال، مطالعات چنگ^۲ و همکاران (۸، ۷)، ایپ^۳ و همکاران (۹) و چن^۴ و همکاران (۱۰) بیانگر آن بود که میزان خودکشی و اقدام به خودکشی به دنبال انتشار اخبار خودکشی افراد مشهور در چین (استان تایوان و هنگ‌کنگ) و جمهوری کره، به ترتیب، افزایش چشمگیری داشته است. نتایج مطالعه‌ی اتزردورفر، وراسک و سونک^۵ (۱۱) نیز نشان داد که پس از انتشار خبر خودکشی یک فرد مشهور در یکی از پرفروش‌ترین روزنامه‌های اتریش، آمار مربوط به خودکشی به‌ویژه در مناطقی افزایش چشمگیری داشت که پخش آن روزنامه در آن‌ها بیشتر بود. مطالعات جدید همچنین مشخصات محتوایی گزارش‌های رسانه‌ای را قبل از اثر رسانه‌ای آن‌ها ارزیابی کرده‌اند. این امر در مطالعات پیرکیس و همکارانش منعکس شده است که اثر گزارش‌های رسانه‌ای را بر اساس تفاوت محتوایی آن‌ها از هم تفکیک کردند (۱۲) آن‌ها دریافتند که تکرار گزارش‌هایی که روش‌های خودکشی را گزارش و باورهای عمومی غلط را درباره‌ی خودکشی تقویت می‌کنند، افزایش خودکشی را در پی دارند. نکته‌ی مهم این است که گولد^۶ و همکارانش دریافتند خودکشی‌های تقلیدی جوانان بیشتر تحت تأثیر گزارش‌های داستانی روزنامه‌هایی ایجاد می‌شوند که خبر خودکشی را برجسته‌تر می‌کنند (مثلاً قرار دادن خبر در صفحه‌ی اول یا درج تصویر)، صریح‌تر به آن اشاره می‌کنند (مثلاً با عناوین دربرگیرنده‌ی کلمه‌ی «خودکشی») یا ذکر روش مورد استفاده)، جزئیات بیشتری را شرح می‌دهند (مثلاً ذکر نام متوفی، جزئیات روش مورد استفاده یا وجود یادداشت خودکشی) و موارد خودکشی منجر به فوت را بیشتر از اقدام به خودکشی گزارش می‌کنند (۱۳).

مرور نظام‌مند مطالعات در حوزه‌ی رسانه و خودکشی مکرراً نتایج مشابهی را نشان داده

1. Bollen, Phillips & Stack
2. Cheng
3. Yip
4. Chen
5. Etzersdorfer, Voracek & Sonneck
6. Gould

است: گزارش رسانه‌ای خودکشی ممکن است منجر به افزایش رفتارهای خودکشی شود (۱۷-۱۴). این بررسی‌ها نشان داده‌اند که افزایش رفتارهای خودکشی پس از گزارش خبر تابعی از زمان است و معمولاً طی سه روز اول اوج می‌گیرد و تقریباً پس از دو هفته کاهش می‌یابد (۵، ۱۸)، اما گاهی بیشتر به طول می‌انجامد (۱۹). این افزایش به میزان گستردگی و برجستگی پوشش رسانه‌ای مربوط است، گزارش‌هایی که زیاد تکرار می‌شوند و تأثیر عمیقی دارند به‌شدت با افزایش خودکشی تقلیدی مرتبط هستند (۱۰، ۱۱، ۲۰-۲۲). چنین رفتارهایی هنگامی بیشتر دیده می‌شوند که شخص توصیف‌شده در گزارش و مخاطب به‌نوعی همانندی دارند (۲۲، ۲۳) یا وقتی که شخصی که خودکشی کرده مشهور و مورد احترام مخاطب بوده است (۳، ۴، ۷، ۹، ۲۲، ۲۴) به نظر می‌رسد که گزارش‌های احساس برانگیز و اغراق‌شده از خودکشی افراد مشهور در صنعت سرگرمی بیشترین تأثیر را بر افزایش خودکشی‌های تقلیدی دارد (۲۵). شواهد بسیاری نشان داده که متوسط افزایش میزان خودکشی در ماه‌های پس از انتشار گزارش‌های احساسات برانگیز اخبار خودکشی به‌طور متوسط ۲۶٪ به‌ازای هر یکصد هزار نفر بوده، اما آمار فوق‌درصورتی که خبر خودکشی مربوط به فرد مشهور مرتبط با صنعت سرگرمی باشد بیشتر و ۶۴٪ به‌ازای هر یکصد هزار نفر برآورد شده است. تأثیر رسانه‌ای همچنین به ویژگی‌های مخاطبان نیز وابسته است. برخی گروه‌های جامعه مانند جوانان، افرادی که دچار افسردگی هستند و افرادی که با فرد متوفی همانندسازی کرده‌اند آسیب‌پذیری ویژه‌ای دارند و به همین دلیل احتمال افزایش میزان افکار خودکشی و خودکشی‌های تقلیدی در آن‌ها بیشتر است (۱۸، ۲۶-۲۹). توصیف دقیق خودکشی و روش انجام آن اغلب منجر به افزایش رفتارهای خودکشی با استفاده از همان روش مشخص خواهد شد (۱۰، ۳۰-۳۳).

تأثیر محافظت‌کننده‌ی رسانه‌ها

علاوه بر آنچه گفته شد، شواهدی دال بر احتمال تأثیرگذاری مثبت رسانه‌ها در پیشگیری از خودکشی به دست آمده است. این شواهد از مطالعاتی گرفته شده که احتمال تأثیرگذاری کاربرد بهترین روش‌های گزارش رسانه‌ای را بر کاهش میزان خودکشی و اقدام به خودکشی بررسی کرده‌اند. اترزدروفر و همکاران نشان دادند که ارائه‌ی دستورالعمل‌های رسانه‌ای مربوط به گزارش خودکشی در مترو وین منجر به کاهش تهیه‌ی گزارش‌های حساسیت برانگیز موارد خودکشی و در نهایت منجر به کاهش هفتادوپنجم درصدی میزان خودکشی‌های به‌وقوع پیوسته در مترو و کاهش بیست درصدی میزان کلی خودکشی در وین شد (۳۴-۳۶).

انتشار مکرر این دستورات عمل‌ها منجر به ارتقای کیفیت گزارش‌های مرتبط با خودکشی و کاهش میزان خودکشی در سطح ملی، در اتریش، با بیشترین تأثیرگذاری در مناطق دارای همکاری بالای رسانه‌ای شد (۳۷).

مطالعات انجام‌شده در استرالیا، چین، هنگ‌کنگ، آلمان و سوئیس نیز نشان داده‌اند که رهنمودهای رسانه‌ای ارتباط مثبتی با کیفیت گزارش‌دهی خودکشی دارد. اثربخشی دستورات عمل‌های رسانه‌ای به اجرای موفقیت‌آمیز آن‌ها بستگی دارد. (۳۸، ۳۹) تجربه‌ی چندین کشور - از جمله استرالیا (<http://www.mindframe-media.info>)، اتریش (<http://www.suizidforschung.at>)، چین، هنگ‌کنگ (<http://www.csrp.hku.hk/media>)، سوئیس (<http://www.stopsuicide.ch>)، انگلستان (<http://www.samaritans.org/>) و ایالات متحده (<http://www.reportingonsuicide.org>) درباره‌ی اجرای رهنمودهای رسانه‌ای آگاهی عمیقی را فراهم می‌سازند که می‌تواند برای سایر کشورها آموزنده باشد.

شواهد بیشتر درباره‌ی اثر محافظت‌کننده‌ی برخی از گزارش‌های رسانه‌ای خاص در مطالعه‌ای که نیدرکروتنتالر^۱ و همکارانش انجام داده‌اند به دست آمده است. آن‌ها دریافته‌اند که گروه خاصی از مقالات که تمرکز آن‌ها روی مقابله‌ی مثبت/ تسلط بر بحران بود با کاهش نرخ خودکشی در آن منطقه‌ی جغرافیایی که گزارش‌های رسانه‌ای منتشرشده به‌طور وسیع در دسترس عموم مردم قرار می‌گرفتند، ارتباط دارد (۲۱). این پتانسیل محافظت‌کننده‌ی رسانه به نام پایاژنو، شخصیتی در اپرای فلوت جادویی اثر موزارت، نامیده شده است. در این اثر، او که قصد خودکشی دارد، در نهایت راه جایگزینی را برمی‌گزیند و از خودکشی منصرف می‌شود. پس از این مطالعه‌ی نخستین درباره‌ی اثر پایاژنو، مطالعات دیگری نیز تأثیرات محافظت‌کننده‌ی محتواهای رسانه‌ای حاوی مقابله‌ی سازنده و ارائه‌ی اطلاعاتی درباره‌ی پیشگیری از خودکشی را تأیید کرده‌اند (۲۸، ۳۸، ۴۰).

در کل، بررسی‌های مربوط به رسانه‌ها و خودکشی نشان می‌دهد، اگرچه شواهدی دال بر تأثیر سودمند و آسیب‌رسان رسانه بر پیشگیری از خودکشی وجود دارد، بیشتر تحقیقات تا به امروز بر تأثیر آسیب‌رسان آن متمرکز بوده‌اند (۱۷).

1. Niederkrotenthaler

رسانه‌های دیجیتال

تحقیقات بسیار اندکی که درباره‌ی تأثیر محتواهای دیجیتال مرتبط با خودکشی موجود است نشان می‌دهد که هر دو نوع اثرات محافظتی و آسیب‌رسان درباره‌ی آن‌ها محتمل است. رسانه‌های دیجیتال منبع بالقوه باارزشی برای افراد نیازمند کمک در زمان خودکشی هستند. زیرا سایت‌های رسانه‌ای آنلاین به راحتی در دسترسند و اغلب جوانان از آن‌ها استفاده می‌کنند. افراد در معرض خطر خودکشی غالباً اظهار می‌کنند که هنگام استفاده از رسانه‌های اجتماعی کمتر احساس بیگانگی می‌کنند و گاهی نیز گزارش می‌کنند که فعالیت‌های آنلاین افکار خودکشی آن‌ها را کاهش می‌دهد. این موضوع به خصوص برای فعالیت پیامک‌های دیجیتالی و تارنماهایی صدق می‌کند که ضمن ارائه‌ی کمک‌های سازنده فعالانه از عادی‌سازی یا تحریک رفتار خودکشی جلوگیری می‌کنند. با این وجود، امکان عادی‌سازی رفتارهای خودکشی، دسترسی به تصاویر مرتبط با خودکشی و روش‌های خودکشی و راه‌اندازی کانال‌های ارتباطی که ممکن است برای زورگویی و آزار و اذیت افراد استفاده شود، نگرانی‌های زیادی ایجاد کرده است (۴۱، ۴۲). سایت‌های طرفدار خودکشی نیز وجود دارند که ویژگی‌های روش‌های مختلف خودکشی را توصیف یا افراد را به بستن پیمان‌های خودکشی ترغیب می‌کنند. تعداد فزاینده‌ای از مطالعات موردی حاکی از این است که بوردهای پیامک‌های دیجیتالی می‌توانند ابزاری برای یادگیری روش‌های خودکشی باشند و رفتارهای خودکشی را در افراد آسیب‌پذیر تشویق کنند.

نتیجه‌گیری

شواهد بسیاری مبنی بر اینکه گزارش‌های رسانه‌ای برانگیزنده درباره‌ی خودکشی می‌توانند به رفتارهای خودکشی بعدی منجر شوند (خودکشی و اقدام به خودکشی) وجود دارد. این افزایش خودکشی به معنی وقوع زودرس خودکشی‌هایی که به هر حال اتفاق می‌افتاد نیست (اگر این‌طور بود، متناسب با آن کاهش چشمگیری در نرخ خودکشی به وقوع می‌پیوست)؛ این موارد خودکشی‌هایی هستند که در صورت نبود گزارش‌های نامناسب رسانه‌ای رخ نمی‌دادند. رسانه‌ها اخیراً مطالعات مرتبط با اثرات محافظتی احتمالی گزارش‌دهی مسئولانه‌ی خودکشی را آغاز کرده‌اند و شواهدی درباره‌ی مزایای این نوع گزارشگری در حال ظهور است. متخصصان رسانه باید رعایت احتیاط در گزارش خودکشی را فرابگیرند و بین "حق دانستن" مردم و "خطر ایجاد آسیب" تعادل ایجاد کنند.

حقایق و باورهای نادرست درباره‌ی خودکشی

باور نادرست: گفت‌وگو درباره‌ی خودکشی کار خوبی نیست و می‌توان آن را تشویق به خودکشی تعبیر کرد.

حقیقت: اکثر افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند، به دلیل انگ گسترده‌ی مرتبط با آن، نمی‌دانند با چه کسی می‌توانند صحبت کنند. گفت‌وگوی آزادانه درباره‌ی خودکشی می‌تواند فرصت انتخاب یا تجدیدنظر در تصمیم قبلی فرد را در اختیار او قرار بدهد و از این طریق از خودکشی پیشگیری کند.

باور نادرست: افرادی که درباره‌ی خودکشی صحبت می‌کنند، قصد انجام آن را ندارند.

حقیقت: افرادی که درباره‌ی خودکشی صحبت می‌کنند ممکن است در جست‌وجوی کمک یا حمایت باشند. بسیاری از افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند، درگیر اضطراب، افسردگی و ناامیدی هستند و ممکن است احساس کنند که گزینه‌ی دیگری جز خودکشی برای آن‌ها وجود ندارد.

باور نادرست: کسی که قصد خودکشی دارد، مصمم است بمیرد.

حقیقت: برعکس، افرادی که تمایل به خودکشی دارند غالباً درباره‌ی زندگی یا مرگ مردد هستند. برای مثال، فردی ممکن است به‌صورت تکانشی اقدام به نوشیدن سموم دفع آفات کند و چند روز بعد بمیرد. با وجود اینکه دوست دارد زنده بماند. دسترسی به حمایت‌های عاطفی در زمان مناسب می‌تواند از خودکشی جلوگیری کند.

باور نادرست: اغلب خودکشی‌ها به‌طور ناگهانی و بدون هشدار قبلی اتفاق می‌افتند.

حقیقت: اکثر خودکشی‌ها پیش از وقوع، علایم هشداردهنده‌ی کلامی یا رفتاری دارند. گرچه برخی از خودکشی‌ها بدون هشدار قبلی رخ می‌دهند، آگاهی از علایم هشداردهنده‌ی خودکشی بسیار حائز اهمیت است.

باور نادرست: افرادی که يك بار به خودکشی گرایش پیدا کرده‌اند، برای همیشه این گرایش را حفظ خواهند کرد.

حقیقت: خطر حاد خودکشی اغلب کوتاه‌مدت و وابسته به شرایط است. افکار خودکشی ممکن است مجدداً بازگردند، اما دائمی نیستند و فردی با سابقه‌ی افکار و اقدام به خودکشی می‌تواند از زندگی طولانی برخوردار شود.

باور نادرست: تنها افراد مبتلا به اختلالات روانی خودکشی می‌کنند.

حقیقت: رفتار خودکشی نشان‌دهنده‌ی نارضایتی عمیق است، نه لزوماً ابتلا به اختلال روانی. بسیاری از افرادی که دچار اختلالات روانی هستند، رفتار خودکشی ندارند و برعکس همه‌ی افرادی که خودکشی می‌کنند، اختلال روانی ندارند.

باور نادرست: توجیه رفتار خودکشی آسان است.

حقیقت: خودکشی هرگز نتیجه‌ی یک عامل یا یک رویداد واحد نیست. عواملی که فرد را به سوی خودکشی سوق می‌دهند معمولاً متعدد و پیچیده هستند و نباید ساده انگاشته شوند. سلامت، روان، رویدادهای استرس‌زای زندگی، عوامل اجتماعی و فرهنگی باید در هنگام تلاش برای درک رفتار خودکشی مد نظر قرار بگیرند. در این میان تحریک‌پذیری نیز نقش مهمی ایفا می‌کند. ابتلا به بیماری روانی - که ممکن است توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی و تعارضات بین‌فردی را تحت‌تأثیر قرار بدهد - وی را بیشتر در معرض خطر خودکشی قرار می‌دهد. باین‌حال، بیماری روانی به‌تنهایی توجیه‌کننده‌ی خودکشی نیست. تقریباً همیشه، نسبت دادن خودکشی به یک رویداد خاص - مانند عدم موفقیت در امتحان یا فروپاشی رابطه - گمراه‌کننده است. در شرایطی که دلیل مرگ هنوز کاملاً بررسی نشده است، گزارش دادن بر مبنای نتیجه‌گیری زود هنگام درباره‌ی علل و عوامل منجر به خودکشی اقدام نادرستی است.

باور نادرست: خودکشی راهکاری مناسب برای مقابله با مشکلات است.

حقیقت: خودکشی روشی سازنده یا مناسب برای مقابله با مشکلات نیست و همچنین تنها راه ممکن برای مدیریت پریشانی یا مقابله با شرایط نامطلوب زندگی محسوب نمی‌شود. بازگویی داستان افرادی با تجربه‌ی شخصی افکار خودکشی که موفق به مقابله با شرایط دشوار زندگی شده‌اند می‌تواند به برجسته کردن گزینه‌های مناسب برای افراد دیگری که ممکن است در حال حاضر درگیر افکار خودکشی باشند کمک کند.

خودکشی همچنین تأثیر مخربی بر اعضای خانواده، دوستان و کل جامعه بر جای می‌گذارد و اغلب این دغدغه را در ذهن آن‌ها ایجاد می‌کند که آیا علایمی وجود داشته که آن‌ها متوجهش نشده‌اند و به دنبال این افکار احساس گناه، عصبانیت، انگ یا رهاشدگی می‌کنند. گزارش‌هایی که برخی از این پویایی‌های پیچیده را به روشی غیراحساسی و بدون سرزنش بازماندگان داغدار بررسی می‌کنند می‌توانند نیاز به حمایت شدن را در افرادی که در نتیجه‌ی خودکشی داغدار شده‌اند به مردم آموزش بدهند.

1. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev.* 1974;39(3):340-54.
2. Schmidtke A, Häfner H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychol Med.* 1988;18(3):665-76.
3. Wasserman IM. Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *Am Sociol Rev.* 1984;49(3):427-36.
4. Stack S. A reanalysis of the impact of non-celebrity suicides: a research note. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1990;25(5):269-73.
5. Bollen KA, Phillips DP. Imitative suicides: a national study of the effects of television news stories. *Am Sociol Rev.* 1982;47(6):802-9.
6. Stack S. The effect of publicized mass murders and murder-suicides on lethal violence, 1968-1980: a research note. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1989;24(4):202-8.
7. Cheng ATA, Hawton K, Lee CTC, Chen THH. The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study. *Int J Epidemiol.* 2007;36(6):1229-34.
8. Cheng ATA, Hawton K, Chen THH, Yen AMF, Chen CY, Chen LC, et al. The influence of media coverage of a celebrity suicide on subsequent suicide attempts. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(6):862-6.
9. Yip PSF, Fu KW, Yang KCT, Ip BYT, Chan CLW, Chen EYH et al. The effects of a celebrity suicide on suicide rates in Hong Kong. *J Affect Disord.* 2006;93(1-3):245-52.
10. Chen YY, Yip PS, Chan CH, Fu KW, Chang SS, Lee WJ et al. The impact of a celebrity's suicide on the introduction and establishment of a new method of suicide in South Korea. *Arch Suicide Res.* 2014;18(2):221-6.
11. Etzersdorfer E, Voracek M, Sonneck G. A dose-response relationship of imitational suicides with newspaper distribution. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001;35(2):251.

12. Pirkis JE, Burgess PM, Francis C, Blood RW, Jolley DJ. The relationship between media reporting of suicide and actual suicide in Australia. *Soc Sci Med*. 2006;62:2874–86.
13. Gould M., Kleinman MH, Lake AM, Forman J, Basset Midle J. Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988-96: a retrospective, population-based, case-control study. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):34-43. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70225-1.
14. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media: (1) Reportage in non-fictional media. *Crisis*. 2001;22(4):146-54.
15. Stack S. Media impacts on suicide: a quantitative review of 293 findings. *Soc Sci Q*.957-72:(4)81;2000 .
16. Stack S. Suicide in the media: a quantitative review of studies based on non-fictional stories. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35(2):121-33.
17. Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(1):123-38.
18. Phillips DP, Carstensen LL. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *N Engl J Med*. 1986;315(11):685-9.
19. Fu KW, Yip PSF. Long-term impact of celebrity suicide on suicidal ideation: Results from a population-based study. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(6):540-6.
20. Hassan R. Effects of newspaper stories on the incidence of suicide in Australia: a research note. *Aust N Z J Psychiatry*. 1995;29(3):480-3.
21. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E et al. Role of media reports in completed and prevented suicide – Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry*. 2010;197:234–43.
22. Niederkrotenthaler T, Till B, Voracek M, Dervic K, Kapusta ND, Sonneck G. Copycat-effects after media reports on suicide: a population-based ecologic study. *Soc Sci Med*. 2009;69:1085–90. doi: 10.1093/eurpub/ckp034.
23. Stack S. Audience receptiveness, the media, and aged suicide, 1968-1980. *J Aging Stud*. 1990;4(2):195-209.

24. Stack S. Celebrities and suicide: a taxonomy and analysis. *Am Sociol Rev.* 1987;52401-12:(3) .
25. Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip P, Fong DYT, Stack S, Cheng Q, et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicides: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66:1037-42.
26. Cheng ATA, Hawton K, Chen THH, Yen AMF, Chang JC, Chong MY et al. The influence of media reporting of a celebrity suicide on suicidal behaviour in patients with a history of depressive disorder. *J Affect Disord.* 2007;103:69-75.
27. Phillips DP, Carstensen LL. The effect of suicide stories on various demographic groups,1968-1985 . *Suicide Life Threat Behav.* 1988;18(1):100-14.
28. Till B, Strauss M, Sonneck G, Niederkrotenthaler T. Determining the effects of films with suicidal content: a laboratory experiment. *Br J Psychiatry.* 2015;207(1):72-8. doi:10.1192 /bjp.bp.114.152827.
29. Scherr S, Reinemann C. Belief in a Werther effect: third-person effects in the perceptions of suicide risk for others and the moderating role of depression. *Suicide Life Threat Behav.* 2011;41(6):624-34.
30. Ashton JR, Donnan S. Suicide by burning: a current epidemic. *BMJ.* 1979;2(6193):769-70.
31. Ashton JR, Donnan S. Suicide by burning as an epidemic phenomenon: an analysis of 82 deaths and inquests in England and Wales in 1978-79. *Psychol Med.* 1981;11(4):735-9.
32. Veysey MJ, Kamanyire R, Volans GN. Antifreeze poisonings give more insight into copycat behaviour. *BMJ.* 1999;319(7217):1131.
33. Hawton K, Simkin S, Deeks J, O'Connor S, Keen A, Altman DG et al. Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self-poisoning: time series and questionnaire study. *BMJ.* 1996;318(7189):972-7.
34. Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: the Viennese experience 1980-1996. *Arch Suicide Res.* 1998;4(1):64-74.
35. Etzersdorfer E, Sonneck G, Nagel Kuess S. Newspaper reports and

- suicide. *N Engl J Med.* 1992;327(7):502-3.
36. Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel Kuess S. Imitative suicide on the Viennese subway. *Soc Sci Med.* 1994;38(3):453-7.
 37. Niederkrotenthaler T, Sonneck G. Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* 419-28;(5)41;2007 .
 38. Stack S, Niederkrotenthaler T, editors. *Media and suicide: international perspectives on research, theory & policy.* Piscataway (NJ): Transaction Publishers; 2017.
 39. Tatum PT, Canetto SS, Slater MD. Suicide coverage in U.S. newspapers following the publication of the media guidelines. *Suicide Life Threat Behav.* 2010;40:525-35.
 40. Till B, Tran U, Voracek M, Niederkrotenthaler T. Papageno vs. Werther Effect online: randomized controlled trial of beneficial and harmful impacts of educative suicide prevention websites. *Br J Psychiatry.* 2017. Online first: doi: 10.1192/bjp.bp.115.177394
 41. Robinson J, Cox G, Bailey E, Hetrick S, Rodrigues M, Fisher S et al. Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Interv Psychiatry.* 2016;10(2):103-21.
 42. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PLoS One.* 2013;30;8(10):e77555.

پیشگیری از خودکشی: مجموعه منابع

۱. مرجعی برای پزشکان عمومی
۲. مرجعی برای اصحاب رسانه
۳. مرجعی برای معلمان و کارکنان مدارس
۴. مرجعی برای کارکنان مراقبتهای بهداشتی اولیه
۵. مرجعی برای کاربرد در زندان ها
۶. چگونگی تشکیل گروه بازماندگان
۷. مرجعی برای مشاوران
۸. مرجعی برای محل کار
۹. مرجعی برای پلیس، آتش نشانها و سایر مسئولان خط مقدم در مواجهه با خودکشی
۱۰. مرجعی برای ثبت موارد خودکشی
۱۱. مرجعی برای ثبت رفتارهای خودکشی غیر کشنده



پیشگیری از خودکشی مرجعی برای معلمان و سایر کارکنان مدارس

اختلالات روانی و رفتاری
دپارتمان سلامت روان سازمان بهداشت
جهانی
ژنو ۲۰۰۶

مترجم:
نافعه رسولی

این سند زیرمجموعه‌ی منابعی است که گروه‌های حرفه‌ای و اجتماعی خاص را در زمینه‌ی پیشگیری از خودکشی مخاطب قرار می‌دهد.
محتوای این سند بخشی از برنامه‌ی SUPRE، ابتکار عمل سازمان بهداشت جهانی برای پیشگیری از خودکشی در سراسر جهان، است.
کلیدواژه‌ها: خودکشی / پیشگیری / منابع / معلمان مدرسه

Keywords: suicide/ prevention/ resources/ schoolteachers

© سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰

این سند یک انتشار رسمی از سازمان بهداشت جهانی (WHO) نیست و کلیه حقوق آن متعلق به این سازمان می‌باشد. با این وجود، ممکن است این سند به طور جزئی یا کامل، به صورت رایگان مرور، تلخیص، بازتولید یا ترجمه شود، اما برای فروش با اهداف تجاری قابل استفاده نیست.
مسئولیت نظرات بیان شده در اسناد که با نام نویسندگان ذکر شده است، فقط بر عهده نویسندگان آن است.

فهرست ۶

- ۱۳۶ پیشگفتار
- ۱۴۰ مشکلی که دست کم گرفته می شود
- ۱۴۱ عوامل محافظ
- ۱۴۲ عوامل خطر و موقعیت های خطر
- ۱۴۸ شناسایی دانش آموزان دچار استرس در مدرسه
که احتمال خودکشی دارند
- ۱۵۰ مدیریت دانش آموزان دارای تمایل به خودکشی
در مدرسه
- ۱۵۵ خلاصه ای از پیشنهادها

خودکشی پدیده‌ای پیچیده است که طی قرن‌ها توجه فیلسوفان، حکما، پزشکان، جامعه‌شناسان و هنرمندان را به خود جلب کرده است. به گفته‌ی آلبر کامو، فیلسوف فرانسوی، در افسانه‌ی سیزیف، خودکشی تنها مشکل جدی فلسفی است.

خودکشی یکی از مشکلات در زمینه‌ی بهداشت عمومی است که توجه ما را می‌طلبد، اما متأسفانه پیشگیری و کنترل آن کار ساده‌ای نیست. تحقیقات نشان داده‌اند پیشگیری از خودکشی، اگر امکان‌پذیر باشد، مستلزم طیفی از فعالیت‌هاست که مواردی شامل فراهم کردن بهترین شرایط برای تربیت فرزندان و درمان مؤثر اختلالات روانی تا کنترل محیطی عوامل خطر را دربر می‌گیرد. انتشار مناسب اخبار و آگاهی دادن از عناصر اساسی موفقیت برنامه‌های پیشگیری از خودکشی هستند.

سازمان بهداشت جهانی در ۱۹۹۹، SUPRE را به اجرا گذاشت که ابتکار عمل جهانی آن سازمان برای پیشگیری از خودکشی است. این کتابچه یکی از منابع مهم و بخشی از SUPRE است که گروه‌های خاص حرفه‌ای و اجتماعی را، که به خصوص در زمینه‌ی پیشگیری از خودکشی اهمیت دارند، مخاطب قرار می‌دهد و نشان‌دهنده‌ی پیوند بین زنجیره‌ای طولانی و متنوع از افراد و گروه‌هاست؛ از جمله متخصصان بهداشت، مربیان، سازمان‌های اجتماعی، دولت‌ها، قانون‌گذاران، رابطان اجتماعی، مجریان قانون، خانواده‌ها و جوامع.

ما به ویژه مدیران پروفیسور دانوتا واسرمن^۱، استاد روانپزشکی و خودکشی‌شناسی و دکتر ورونیکا ناربونی^۲ از مرکز ملی تحقیقات خودکشی و پیشگیری از بیماری‌های روانی سوئد و استکهلم، مرکز همکاری WHO که نسخه اولیه این کتابچه را تهیه کردند هستیم. این متن متعاقباً توسط اعضای زیر در شبکه بین‌المللی WHO پیشگیری از خودکشی بررسی شد که ما از ایشان سپاسگزاریم:

دکتر آنت بوترایس^۳، دانشکده پزشکی کرایست چرچ^۴، کرایست چرچ، نیوزلند

1. Danuta Wasserman
2. Veronique Narboni
3. Annette Beautrais
4. Christchurch

پروفیسور ریچارد رامسی^۱، دانشگاه کلگری^۲، کلگری، کانادا
 پروفیسور ژان پیر سوبریر^۳، گروه بیمارستانی کوخین^۴، پاریس، فرانسه
 دکتر شوتاو ژای^۵، بیمارستان مغز دانشگاه علوم پزشکی نانجینگ^۶، نانجینگ، چین
 ما همچنین می خواهیم از کارشناسان زیر به خاطر انرژی ای که گذاشتند تشکر کنیم:
 پروفیسور بریتا آلین آکرمن^۷، بخش آموزشی، دانشگاه استکهلم، استکهلم، سوئد
 پروفیسور آلن آپتر^۸، بیمارستان روانپزشکی گیا^۹، پتخ تیکوا^{۱۰}، اسرائیل
 پروفیسور دیوید برنت^{۱۱}، کلینیک و انستیتو روانپزشکی غربی، پتسبورگ^{۱۲}، پنسیلوانیا، ایالات
 متحده آمریکا
 دکتر پاول کوروران^{۱۳}، بنیاد ملی تحقیقات خودکشی، کورک^{۱۴}، ایرلند
 دکتر آگنس هولتن^{۱۵}، مرکز ملی تحقیقات خودکشی و پیشگیری از بیماری های روانی،
 استکهلم، سوئد
 دکتر مارگارت کلر^{۱۶}، بنیاد ملی تحقیقات خودکشی، کورک، ایرلند
 پروفیسور فرانسوا لادام^{۱۷}، ژنو، سوئیس
 دکتر گونیل جانگمن^{۱۸}، گروه روانپزشکی کودک و نوجوان، بیمارستان مرکزی وستروس^{۱۹}،
 وستروس، سوئد
 دکتر گونیل اولسون^{۲۰}، گروه روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه اوپسالا^{۲۱}، اوپسالا، سوئد

-
1. Richard Ramsay
 2. Calgary
 3. Jean-Pierre Soubrier
 4. Cochín
 5. Shutao Zhai
 6. Nanjing
 7. Britta Alin-Akerman
 8. Alan Apter
 9. Geha
 10. Petah Tiqwa
 11. David Brent
 12. Pittsburgh
 13. Paul Corcoran
 14. Cork
 15. Agnes Hultén
 16. Margaret Kelleher
 17. François Ladame
 18. Ljungman
 19. Västerås
 20. Gunilla Olsson
 21. Uppsala

پروفسور اسرائیل اورباخ، دانشگاه بار ایلان^۱، رامات گان^۲، اسرائیل
 پروفسور خاویر پومیرو^۳، مرکز آبادی^۴، بوردو^۵، فرانسه
 دکتر اینگا لیل رامبرگ^۶، مرکز ملی تحقیقات خودکشی و پیشگیری از بیماری های روانی،
 استکهلم، سوئد
 پروفسور پرو اندرس ریڈلیوس^۷، بخش روانپزشکی کودک و نوجوان، انستیتوی کارولینسکا
 ، استکهلم، سوئد
 پروفسور دیوید شافر، دانشگاه کلمبیا، نیویورک، نیویورک
 پروفسور مارتینا توموری^۸، دانشگاه لیوبلیانا^۹، لیوبلیانا، اسلوونی
 پروفسور سام تیانو^{۱۰}، بیمارستان روانپزشکی گیا، پتخ تیکوا، اسرائیل
 پروفسور کیس وان هیرینگن^{۱۱}، واحد تحقیقات خودکشی، بخش روانپزشکی، بیمارستان
 دانشگاهی، گنت، بلژیک
 پروفسور آنه لیس ون کنورینگ^{۱۲}، واحد تحقیقات خودکشی، بخش روانپزشکی، بیمارستان
 دانشگاهی، گنت، بلژیک
 پروفسور میرنا ویسمن^{۱۳} گروه روانپزشکی کودکان، دانشگاه کلمبیا، نیویورک، نیویورک،
 ایالات متحده.
 این منابع به امید ترجمه و انطباق با شرایط محلی . که پیش شرط لازم برای اثربخشی
 آنهاست . به طور گسترده منتشر شده اند. نظرات و درخواست گرفتن اجازه برای ترجمه
 مورد استقبال قرار خواهد گرفت.
 دکتر برتولت^{۱۴}، هماهنگ کننده، بخش اختلالات روانی و رفتاری بهداشت روان سازمان
 بهداشت جهانی (WHO)

-
1. Bar-Ilan
 2. Ramat-Gan
 3. Xavier Pommereau
 4. Centre Abadie
 5. Bordeaux
 6. Inga-Lill Ramberg
 7. Rydelius
 8. Martina Tomori
 9. Ljubljana
 10. Sam Tyano
 11. Kees van Heeringen
 12. Anne-Liis von Knorring
 13. Myrna Weissman
 14. J. M. Bertolote

پیشگیری از خودکشی

مرجعی برای معلمان و سایر کارکنان مدرسه

در سراسر جهان، خودکشی یکی از پنج علت اول مرگ و میر در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال است. در بسیاری کشورها خودکشی اولین یا دومین علت مرگ در پسران و دختران این گروه سنی رتبه‌بندی شده است.

برای همین، پیشگیری از خودکشی کودکان و نوجوانان اولویت مهمی است. باتوجه به این حقیقت که در بیشتر کشورها و مناطق اکثر افراد در این گروه سنی به مدرسه می‌روند، مدرسه مکانی عالی برای گسترش فعالیت‌های پیشگیرانه‌ی مناسب محسوب می‌شود.

هدف این سند آموزشی در درجه‌ی اول معلمان و سایر کارکنان مدرسه -مانند مشاوران مدرسه، پزشکان مدارس، پرستاران و مددکاران اجتماعی، و اعضای هیأت‌مدیره‌ی مدرسه- است. با این حال، متخصصان سلامت عمومی و سایر گروه‌های علاقه‌مند به برنامه‌های پیشگیری از خودکشی نیز می‌توانند اطلاعات مفیدی از این سند آموزشی دریافت کنند. این سند آموزشی به‌اختصار به توصیف ابعاد رفتارهای خودکشی در نوجوانان می‌پردازد و عوامل خطر و محافظ اصلی را، که زیربنای این رفتارها هستند، معرفی می‌کند و نحوه‌ی شناسایی و مدیریت افراد در معرض خطر و چگونگی برخورد با خودکشی‌هایی را که در محیط مدرسه اتفاق می‌افتند نشان می‌دهد.

در حال حاضر، خودکشی در میان افراد زیر ۱۵ سال عموماً رایج نیست. بیشتر خودکشی‌ها در کودکان بالای ۱۴ سال و در اوایل نوجوانی اتفاق می‌افتد، این درحالی است که خودکشی هنوز در افراد زیر ۱۲ سال نادر است. با این حال در برخی کشورها افزایش نگران‌کننده‌ای در اقدام به خودکشی در کودکان زیر ۱۵ سال و نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ سال مشاهده می‌شود.

روش‌های خودکشی در کشورهای مختلف متنوع است. برای مثال در برخی کشورها، استفاده از آفت‌کش‌ها روش رایجی است، درحالی‌که در سایر کشورها مسمومیت با دارو، دود آگروز ماشین و استفاده از اسلحه روش‌های رایج‌تری هستند. پسران اغلب بیشتر از دختران جان خود را بر اثر خودکشی از دست می‌دهند که یکی از علت‌های آن ممکن است این باشد که آن‌ها بیشتر از دختران از روش‌های خشونت‌بار اقدام به خودکشی مانند حلق‌آویز کردن و

سلاح گرم استفاده می‌کنند. با این حال در برخی کشورها خودکشی در میان دختران ۱۵ تا ۱۹ رایج‌تر از پسران در همین گروه سنی است. همچنین در دهه‌ی اخیر تعداد دخترانی که از روش‌های خشونت‌بار استفاده می‌کنند افزایش یافته است.

بهترین رویکرد ممکن به فعالیت‌های مدرسه‌محور در پیشگیری از خودکشی کار گروهی معلمان، پزشکان و پرستاران، روانشناسان و مددکاران اجتماعی مدارس در همکاری نزدیک با سازمان‌های اجتماعی است.

فکر گاه‌به‌گاه خودکشی در این گروه سنی غیرطبیعی نیست بلکه بخشی از روند رشد طبیعی در کودکی و نوجوانی است، چراکه آنان در این سن با مشکلات وجودی روبه‌رو می‌شوند یا شروع به درک زندگی و مرگ و معنای آن‌ها می‌کنند. نظرسنجی‌ها نشان داده‌اند که بیش از نیمی از دانش‌آموزان مقطع دبیرستان گزارش کرده‌اند که افکار خودکشی داشته‌اند.^۱ نوجوانان باید درباره‌ی این مباحث با بزرگسالان صحبت کنند.^۲

فکر خودکشی زمانی در کودکان و نوجوانان غیرطبیعی محسوب می‌شود که فرد آن را تنها راه برخورد با مشکلات در نظر بگیرد. در این صورت خطر اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ زیاد است.

مشکلی که دست‌کم گرفته می‌شود

در برخی موارد، ممکن است با قاطعیت نتوان گفت برخی مرگ‌ها - برای مثال مرگ بر اثر تصادف اتومبیل، غرق شدن، سقوط یا مصرف بیش از حد مواد غیرقانونی - عمدی بوده یا غیرعمد.^۳ رفتارهای خودکشی نوجوانان، به دلیل طبقه‌بندی غیردقیق بیشتر این مرگ‌ها در رده‌ی تصادفی و غیرعمدی، عمدتاً خیلی کم گزارش می‌شوند.

مطالعات پس از مرگ نوجوانانی که به علت روش‌های خشونت‌آمیز فوت شده‌اند نشان می‌دهد که این افراد به گروه همگنی تعلق ندارند. این موارد نشانه‌های ظریفی از رفتارهای خودتخریبی و تمایلات ریسک‌پذیری بالا را در خود دارند.^۴ ممکن است برخی از این مرگ‌ها نتیجه‌ی اعمال غیرعمدی باشند، اما تعدادی از آن‌ها اعمالی عمدی تحت تأثیر رنج ناشی از زندگی هستند.

به علاوه، تعریف اقدام به خودکشی از دیدگاه دانش‌آموزان و روانپزشکان متفاوت است. نتایج

خودگزارشی‌ها نشان می‌دهد که تعداد اقدام به خودکشی تقریباً دو برابر میزانی است که در مصاحبه‌های روانپزشکی مشخص می‌شود. محتمل‌ترین توجیه این است که نوجوانانی که بدون نام به سؤالات پاسخ می‌دهند، نسبت به متخصصان، تعاریف گسترده‌تری را اقدام به خودکشی در نظر می‌گیرند. به علاوه، فقط ۵۰ درصد از نوجوانانی که گزارش کرده‌اند که سعی کرده‌اند خودشان را بکشند، پس از اقدام به خودکشی، درخواست مراقبت‌های بیمارستانی کرده‌اند. بنابراین تعداد کسانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، و در بیمارستان تحت درمان قرار گرفته‌اند، نمایانگر ابعاد واقعی مشکل در جامعه نیست.

در کل، خودکشی منجر به مرگ در پسران نوجوان بیشتر از دختران است. با این وجود، اقدام به خودکشی در دختران دو تا سه برابر بیشتر است. ابتلا به افسردگی در دختران بالاتر است اما آنان راحت‌تر درباره‌ی مشکلاتشان با دیگران صحبت می‌کنند و به دنبال کمک گرفتن می‌روند که این موضوع، به احتمال بسیار، به پیشگیری از اقدامات خودکشی کشنده‌تر در آن‌ها کمک می‌کند. پسران اغلب پرخاشگری و تکانشگری بالاتری دارند و بیشتر تحت تأثیر الکل و مواد هستند که خود این احتمال را، که اقدام آنان منجر به مرگ شود، تسهیل می‌کند.

عوامل محافظ

عوامل عمده‌ای که از افراد در مقابل رفتارهای خودکشی محافظت می‌کنند عبارتند از:

الگوهای خانوادگی

- روابط خوب با اعضای خانواده
- دریافت حمایت از خانواده

الگوی شناختی و شخصیت

- مهارت‌های اجتماعی خوب
- اعتماد به خود و دستاوردها و موقعیت خود
- جست‌وجوی کمک زمانی که در مدرسه با مشکلاتی روبه‌رو می‌شوند
- جست‌وجوی مشاوره زمانی که باید تصمیمات مهمی بگیرند
- گشوده بودن به تجربیات و راه‌حل‌های دیگران
- گشوده بودن به دانش جدید

عوامل فرهنگی و اجتماعی-جمعیت‌شناختی

- ائتلاف اجتماعی برای مثال از طریق شرکت در ورزش، انجمن‌ها، مکان‌های مذهبی و سایر فعالیت‌ها
- روابط مثبت با همکلاسی‌ها
- روابط خوب با معلمان و سایر بزرگسالان
- دریافت حمایت از نزدیکان

عوامل خطر و موقعیت‌های خطر

رفتارهای خودکشی در شرایط خاص به دلیل عوامل محیطی و ژنتیکی در برخی از خانواده‌ها نسبت به دیگران شایع‌تر است. تحلیل‌ها نشان داده‌اند که تمام عوامل و موقعیت‌های عنوان‌شده‌ی زیر غالباً با اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ در میان کودکان و نوجوانان مرتبطند، اما باید به یاد داشت که این عوامل لزوماً در همه‌ی موارد خودکشی وجود ندارند.

همچنین باید به یاد داشت که عوامل و موقعیت‌های خطری که در ادامه ذکر شده‌اند از کشوری به کشور دیگر بر اساس فرهنگ، ویژگی‌های سیاسی و اقتصادی و حتی در کشورهای همسایه نیز متفاوت است.

عوامل فرهنگی و اجتماعی-جمعیت‌شناختی

شرایط بد اجتماعی-اقتصادی، فقر آموزشی و بیکاری در خانواده از جمله عوامل خطر هستند. بومی‌ها و مهاجران ممکن است در این گروه قرار بگیرند، زیرا آن‌ها، علاوه بر مشکلات عاطفی و زبانی، فقدان شبکه‌های اجتماعی را نیز تجربه می‌کنند. در بیشتر موارد این عوامل با تأثیرات آزارهای روانی شکنجه، جراحات جنگ و انزوا همراه می‌شوند.

این عوامل فرهنگی همچنین با مشارکت کم در فعالیت‌های اجتماعی رایج و تعارض بین ارزش‌های گروهی مختلف ارتباط دارند. این تعارض به‌ویژه عاملی مهم برای دخترانی است که در کشورهای آزادتر به دنیا آمده‌اند یا به آنجا آورده شده‌اند، اما هنوز ارزش‌هایشان ریشه‌های محکمی در فرهنگ محافظه‌کارانه‌ی قوی والدینشان دارد.

رشد تک تک نوجوانان با سنت‌های فرهنگ جمعی درهم‌تنیده شده است. کودکان و نوجوانانی که ریشه‌های فرهنگی ندارند دچار مشکلات هویتی هستند و هیچ الگویی برای حل تعارضاتشان در اختیار ندارند. در برخی شرایط استرس‌زا، آن‌ها ممکن است به رفتارهای خودتخریبی مانند اقدام به خودکشی متوسل شوند.^۵

خطر رفتارهای خودکشی بومی‌ها در مقابل غیربومی‌ها بیشتر است.

ویژگی‌های نبود انطباق جنسیتی و هویت جنسی مرتبط با گرایش‌های جنسی عامل خطر دیگری برای رفتارهای خودکشی است. کودکان و نوجوانانی نیز که آشکارا در فرهنگ خود، خانواده، همسالان و مدارس و سایر مؤسسات پذیرفته نمی‌شوند مشکلات جدی برای پذیرفته شدن دارند و فاقد الگوهای حمایتی برای رشد بهینه هستند.

الگوی خانوادگی و اتفاقات منفی زندگی در کودکی

الگوهای مخرب در خانواده و وقایع آسیب‌زای زمان کودکی زندگی افراد را در بزرگسالی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؛ به‌خصوص اگر نتوانسته باشند به‌خوبی با این آسیب‌ها منطبق شوند.^۶

جنبه‌های اختلال عملکرد خانواده، بی‌ثباتی و وقایع منفی زندگی که اغلب در کودکان و نوجوانان دارای تمایل به خودکشی مشاهده می‌شوند عبارتند از:

- آسیب روانشناختی خانواده^۷ با وجود اختلالات خلقی و سایر اختلالات روانی
- سوءمصرف مواد و الکل و رفتار ضداجتماعی در خانواده
- سابقه‌ی خانوادگی اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ
- خشونت خانگی و بددهنی (از جمله سوءاستفاده‌ی جسمی و جنسی از کودک)
- مراقبت کم والدین و کمبود ارتباط در خانواده
- نزاع‌های مکرر والدین همراه با تنش و پرخاشگری
- طلاق، جدایی یا فوت والدین / سرپرستان
- جابه‌جایی مکرر به مناطق متفاوت
- انتظارات بسیار بالا یا بسیار پایین والدین
- اعمال قدرت نامناسب یا بیش از حد والدین

- کمبود وقت خانواده برای مشاهده و روبه‌رو شدن با استرس‌های عاطفی کودک و محیط عاطفی نامناسب شامل طرد یا غفلت
- انعطاف‌ناپذیری خانواده^۸
- خویشاوندی رضاعی

این الگوهای خانوادگی اغلب، اما نه لزوماً همیشه، مشخصه‌ی کودکان و نوجوانانی است که اقدام به خودکشی می‌کنند. شواهد نشان می‌دهد که نوجوانانی که تمایل به خودکشی دارند معمولاً متعلق به خانواده‌هایی هستند که بیش از یک مشکل دارند و چندین عامل خطر در آن‌ها جمع شده است. از آنجاکه آن‌ها به والدین خود وفادار هستند و تمایل یا اجازه ندارند که اسرار خانواده را فاش کنند، مکرراً از درخواست کمک در خارج از خانواده خودداری می‌کنند.

الگوی شناختی و شخصیت

خصوصیات شخصیتی زیر، که با خطر اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ (اغلب در رابطه با اختلالات روانی) ارتباط دارند، مکرراً در دوران نوجوانی دیده می‌شوند، بنابراین کاربرد آن‌ها در پیش‌بینی خودکشی محدود است:

- خلق‌وخوی ناپایدار
- رفتار پرخاشگرانه یا عصبی
- رفتار ضداجتماعی
- رفتار کنش‌نمایی
- تکانشگری بالا
- تحریک‌پذیری
- الگوهای فکری و انطباقی غیرمنعطف
- توانایی حل مسأله ضعیف هنگام بروز مشکلات
- ناتوانی در درک واقعیت
- تمایل به زندگی کردن در دنیای غیرواقعی
- جابه‌جا شدن خیالات خودبزرگ‌بینی با احساس بی‌ارزشی
- احساس ناامیدی
- اضطراب به خصوص زمانی که به‌صورت علایم خفیف جسمانی و ناامیدی جزئی ظاهر می‌شوند

- تقدیس خود
- احساس حقارت و بی‌اطمینانی که ممکن است پشت رفتارهایی مانند احساس برتری، طرد و رفتار تحریک‌پذیر با همکلاسی‌ها و بزرگسالان از جمله والدین پنهان شود
- عدم اطمینان به هویت جنسی و گرایش جنسی^۹
- روابط دمدمی با خانواده و همسالان

نوجوانان علاقه‌ی زیادی به ارتباط دادن مجموعه‌ی گسترده‌ای از عوامل شخصیتی و شناختی با خطر رفتارهای خودکشی دارند، اما شواهد پژوهشی کم و مبهمی برای هر صفت خاص وجود دارد.

اختلالات روانپزشکی

رفتارهای خودکشی در کودکان و نوجوانانی که مبتلا به اختلالات زیر هستند بسیار مشاهده می‌شود.

افسردگی

ترکیبی از علایم افسردگی و رفتار ضداجتماعی رایج‌ترین پیش‌بین خودکشی در نوجوانان است.^{۱۱} نظرسنجی‌های بسیاری مشخص کرده‌اند که بیش از سه‌چهارم کسانی که درنهایت جان خود را با خودکشی از دست داده‌اند یک یا چند علامت افسردگی داشته و بسیاری از آنان کاملاً دچار اختلال افسردگی بوده‌اند.^{۱۱}

دانش‌آموزانی که دچار افسردگی هستند، اغلب همزمان که در جست‌وجوی مشاوره‌ی پزشکی هستند، علایم جسمانی نیز دارند.^{۳۱} شکایت‌های جسمانی مانند سردرد و معده‌درد و تیر کشیدن پا یا قفسه‌ی سینه رایج هستند.

دختران افسرده تمایل زیادی به در خود فرورفتن و ساکت شدن، ناامیدی و غیرفعال بودن دارند. در عوض، پسران افسرده به رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه گرایش دارند و خیلی سعی می‌کنند توجه والدین و معلمان را جلب کنند. پرخاشگری ممکن است موجب تنهایی شود که به خودی خود عامل خطری برای رفتارهای خودکشی است.

اگرچه علایم افسردگی و اختلال افسردگی در میان کودکان دارای تمایل به خودکشی رایج است، افسردگی لزوماً با افکار خودکشی و اقدام به آن همراه نیست.^۴ نوجوانان ممکن است اقدام به خودکشی کنند، اما مبتلا به افسردگی نباشند یا افسرده باشند اما اقدام به خودکشی نکنند.

اختلالات اضطرابی

مطالعات حاکی از وجود همبستگی پایدار بین اختلالات اضطرابی و اقدام به خودکشی در مردان است، درحالی‌که این ارتباط در زنان ضعیف‌تر است. صفات اضطرابی در تأثیر بر خطر رفتارهای خودکشی به نسبت مستقل از افسردگی عمل می‌کنند که نشان‌دهنده‌ی این است که اضطراب در نوجوانان باید ارزیابی و درمان شود. علایم جسمانی‌سازی نیز اغلب در جوانانی که دچار افکار خودکشی هستند وجود دارد.

سوء مصرف الکل و مواد

سوء مصرف مواد و الکل در کودکان و نوجوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند بسیار بالاست. معلوم شده است که در این گروه سنی یک چهارم بیماران دارای تمایل به خودکشی، پیش از اقدام به خودکشی، الکل و مواد مصرف کرده‌اند.^۵

اختلالات خوردن

بسیاری از کودکان و نوجوانان، به دلیل نارضایتی از بدن خود، سعی در کاهش وزن دارند و نگران هستند که چه بخورند و چه نخورند. بین یک تا دو درصد از دختران نوجوان دچار اختلالات بی‌اشتهایی عصبی یا پرخوری عصبی هستند. دختران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اغلب به افسردگی نیز مبتلا هستند و خطر خودکشی در آنان ۲۰ برابر سایر نوجوانان است. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند که پسران نیز به اختلالات بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی مبتلا می‌شوند.

اختلالات روان‌پریشی

اگرچه تعداد کمی از کودکان و نوجوانان دچار اختلالات روان‌پریشی شدید مانند اسکیزوفرنی یا

اختلال دوقطبی هستند، خطر خودکشی در مبتلایان به این اختلالات بسیار بالاست. بسیاری از جوانان مبتلا به اختلالات روانپریشی در حقیقت با عوامل خطر مختلفی مانند مصرف الکل، مصرف زیاد سیگار و مصرف مواد مشخص می‌شوند.

سابقه‌ی اقدام به خودکشی

سابقه یک یا چندین بار اقدام به خودکشی با یا بدون اختلالات روانی، که در بالا ذکر شد، عامل خطر مهمی برای رفتارهای خودکشی است.

اتفاقات منفی زندگی فعلی که محرک رفتار خودکشی‌اند

معمولاً کودکان و نوجوانانی که تمایل به خودکشی دارند حساسیت چشمگیری به استرس، همراه با سبک شناختی و خصوصیات شخصیتی ذکرشده در بالا، دارند (که به دلیل عوامل ژنتیکی و همچنین الگوهای خانوادگی و عوامل استرس‌زای منفی است که در اوایل زندگی تجربه می‌کنند). این حساسیت کنار آمدن با وقایع منفی زندگی را سخت می‌کند. به همین دلیل رفتارهای خودکشی اغلب به دنبال اتفاقات استرس‌زای زندگی پیش می‌آیند. این اتفاق‌ها احساس درماندگی، ناامیدی و یأس را فعال می‌کنند که خود ممکن است باعث ایجاد افکار خودکشی و در نهایت اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ شود.^{۸۱}

موقعیت‌های خطر و اتفاقاتی که ممکن است محرک اقدام به خودکشی یا خودکشی منجر به مرگ باشند عبارتند از:

- موقعیت‌هایی که ممکن است فرد آن‌ها را آسیب‌زا بداند (درحالی‌که لزوماً در ارزیابی عینی واقعاً این‌طور نیستند): کودکان و نوجوانان آسیب‌پذیر ممکن است حتی اتفاقات بی‌اهمیت را آسیبی جدی تلقی کنند و با اضطراب و درماندگی به آن واکنش نشان بدهند، درحالی‌که جوانانی که تمایل به خودکشی دارند چنین موقعیتی را تهدیدی علیه تصویر از خود در نظر می‌گیرند و دچار حس عزت‌نفس آسیب‌دیده می‌شوند.
- اختلالات و آشوب‌های خانوادگی
- جدایی از دوستان و همکلاسی‌ها
- مرگ عزیزان یا سایر افرادی که برای فرد مهمند
- خاتمه یافتن رابطه‌ی عاشقانه

- تعارضات بین فردی یا از دست دادن‌ها
- مشکلات قانونی یا انضباطی
- فشار گروه همسالان یا پذیرش همسالان خودمخرب
- زورگویی و قربانی شدن
- ناامیدی از نمره‌های مدرسه و شکست در تحصیل
- انتظارات بالای مدرسه در دوره‌ی امتحانات
- بیکاری و وضعیت بد اقتصادی
- بارداری ناخواسته و سقط‌جنین
- ابتلا به ایدز یا سایر بیماری‌های مقاربتی
- بیماری‌های جسمانی جدی
- بلایای طبیعی

شناسایی دانش‌آموزان دچار استرس در مدرسه که احتمال خودکشی دارند

شناسایی استرس

هرگونه تغییر ناگهانی و برجسته‌ای که بر عملکرد، توجه و رفتار کودک یا نوجوان تأثیر می‌گذارد باید جدی گرفته شود؛^{۹۱} از جمله این موارد:

- بی‌علاقگی به فعالیت‌های معمول
- کاهش کلی نمرات مدرسه
- کاهش تلاش فرد
- بدرفتاری در کلاس درس
- غیبت یا فرارهای مکرر و غیرموجه از مدرسه
- مصرف بیش از حد دخانیات، الکل یا سوءمصرف مواد (از جمله حشیش)
- حوادثی که منجر به درگیری با پلیس یا خشونت می‌شوند

این عوامل به شناسایی دانش‌آموزانی کمک می‌کند که در معرض استرس‌های روانی و اجتماعی هستند و ممکن است افکار خودکشی داشته باشند یا اقدام به خودکشی کنند.^{۹۲}

در صورتی که معلم یا مشاور مدرسه هر یک از این علائم را شناسایی کند، جمیع کارکنان مدرسه باید هشیار باشد و کارهای مقدماتی را برای ارزیابی کامل دانش‌آموز انجام بدهد؛

چراکه این دانش‌آموزان معمولاً دچار استرس شدید می‌شوند که ممکن است در برخی موارد پیامد آن رفتارهای خودکشی باشد.

ارزیابی خطر خودکشی

کارکنان مدارس هنگام ارزیابی خطر خودکشی باید آگاه باشند که این مشکلات همیشه چندبعدی هستند.

اقدام به خودکشی قبلی

اقدام به خودکشی قبلی از مهم‌ترین عوامل خطر خودکشی به شمار می‌آیند. جوانانی که در معرض استرس قرار دارند گرایش زیادی به اقدام مجدد به خودکشی خواهند داشت.

افسردگی

افسردگی یکی دیگر از عوامل اصلی خطر است. تشخیص افسردگی باید برعهده‌ی پزشک یا روانپزشک کودک و نوجوان باشد، اما معلمان و سایر کارکنان مدارس هم باید از علایم متعددی^{۱۴} که بخشی از بیماری افسردگی هستند آگاه باشند.^{۱۴}

ارزیابی افسردگی به این دلیل دشوار است که درحقیقت مراحل طبیعی گذار از دوره‌ی نوجوانی موجب بروز برخی از خصوصیات افسردگی می‌شود.

نوجوانی مرحله‌ای طبیعی است و در طول این دوره برخی خصوصیات از جمله اعتمادبه‌نفس کم، ناامیدی، مشکلات تمرکز، خستگی و اختلالات خواب شایعند. این موارد خصوصیات رایج اختلال افسردگی نیز هستند اما دلیلی وجود ندارد که آن‌ها را زنگ خطر در نظر بگیریم، مگر اینکه این علایم طول بکشند یا بسیار شدید باشند. در مقایسه با بزرگسالان افسرده، جوانان گرایش به اعمال تکانشی و زیاد خوردن و زیاد خوابیدن دارند.

در دوره‌ی نوجوانی، ممکن است وجود افکار افسرده‌عادی باشد که روند طبیعی رشد را نشان می‌دهد، چراکه نوجوان با مسائل وجودی درگیر است. شدت افکار خودکشی، عمق و مدت آن‌ها، زمینه‌ای که در آن ایجاد شده‌اند و نبود امکان منحرف کردن کودک یا نوجوان از این افکار (پایداری) مواردی هستند که جوان سالم را از کسی که در بحران خودکشی قرار دارد متمایز می‌کند.

شرایط خطر

وظیفه‌ی مهم دیگر، همان‌طور که قبلاً اشاره شد، شناسایی موقعیت‌های محیطی و وقایع منفی زندگی است که افکار خودکشی را فعال می‌کند و در نتیجه خطر خودکشی را افزایش می‌دهد.

مدیریت دانش‌آموزان دارای تمایل به خودکشی در مدرسه

تشخیص جوانانی که در شرایط استرس قرار گرفته‌اند و نیاز به کمک دارند معمولاً خیلی مشکل نیست، بخش دشوار اینجاست که چگونه باید به کودکان و نوجوانانی که تمایل به خودکشی دارند واکنش نشان داد.

برخی از کارکنان مدارس می‌دانند که چگونه باید به کودکان و نوجوانان دارای تمایل به خودکشی و تحت استرس با حساسیت و احترام برخورد کرد، اما برخی از آنان این موضوع را نمی‌دانند. مهارت‌های این گروه دوم باید بهبود پیدا کند. در برخورد با دانش‌آموزان دارای تمایل به خودکشی باید بین فاصله گرفتن و صمیمیت، همدلی و احترام تعادل برقرار کرد.

تشخیص و مدیریت دانش‌آموزانی که تمایل به خودکشی دارند ممکن است باعث ایجاد تعارض در معلمان و سایر کارکنانی در مدرسه بشود که مهارت‌های اختصاصی موردنیاز در این زمینه را ندارند، وقتشان محدود است یا از روبه‌رو شدن با مشکلات روانشناختی خود می‌ترسند.

پیشگیری عمومی: قبل از هر اقدام به خودکشی

مهم‌ترین جنبه‌ی هر اقدام پیشگیرانه از خودکشی تشخیص زودهنگام کودکان و نوجوانان تحت استرس و/یا در خطر بالای خودکشی است.^{۳۲} برای دستیابی به این هدف باید تأکید خاصی بر شرایط کارکنان مدرسه و دانش‌آموزان در خطر، با روش‌هایی که در ادامه ذکر می‌شود، صورت بگیرد. برخی از کارشناسان عقیده دارند که آموزش صریح به افراد جوان درباره‌ی خودکشی عاقلانه نیست. در مقابل آن‌ها پیشنهاد می‌کنند که مسائل مربوط به خودکشی با رویکرد مثبت سلامت روان جایگزین شود.

تقویت سلامت روان معلمان و سایر کارکنان مدارس^{۴۲}

اول از همه، تأمین سلامت روان و حفظ تعادل معلمان و سایر کارکنان مدارس ضروری است. ممکن است محیط کار برای آن‌ها پردکننده، پرخاشگرانه و حتی گاهی خشونت‌آمیز باشد. برای همین آن‌ها به اطلاعاتی نیاز دارند که درکشان را افزایش بدهند تا به فشارهای روانی و اختلالات روانی احتمالی خود، دانش‌آموزان و همکارانشان واکنش مناسب نشان بدهند. همچنین آن‌ها باید حمایت و در صورت لزوم درمان نیز دریافت کنند.

تقویت عزت‌نفس دانش‌آموزان^{۵۲}

عزت‌نفس مثبت کودکان و نوجوانان را در مقابل استرس روانشناختی، دلسردی و ناتوانی در کنار آمدن مناسب با دشواری‌ها و شرایط زندگی استرس‌زا محافظت می‌کند.^{۶۲}

برای پرورش عزت‌نفس مثبت در کودکان و نوجوانان می‌توان از تکنیک‌های مختلفی استفاده کرد. برخی از رویکردهای پیشنهادی عبارتند از:

- تجارب خوب زندگی، که به ساخت هویت مثبت در جوانان کمک می‌کند،^{۷۲} باید مورد توجه قرار گیرد. تجارب مثبت در گذشته فرصت افزایش اعتمادبه‌نفس جوانان را در آینده بالا می‌برد.
- کودکان و نوجوانان نباید دائماً تحت فشار قرار بگیرند که بهتر عمل کنند.
- اینکه بزرگسالان به صورت کلامی به کودکان بگویند که دوستشان دارند به تنهایی کافی نیست. کودکان باید احساس کنند که دوستشان دارند. بین دوست داشتن و احساس دوست داشته شدن تفاوت بسیار است.
- کودکان نه تنها باید پذیرفته شوند بلکه باید همان‌طور که هستند گرمی داشته شوند. آن‌ها باید برای آنچه هستند احساس خاصی داشته باشند.

دلسوزی کردن مانع ایجاد اعتمادبه‌نفس می‌شود، اما همدلی آن را پرورش می‌دهد؛ چراکه در آن قضاوت کنار گذاشته می‌شود. خودمختاری و داشتن احساس تسلط عناصر سازنده‌ی اعتمادبه‌نفس مثبت در اوایل کودکی هستند.

به دست آوردن عزت‌نفس در کودکان و نوجوانان به رشد فیزیکی، اجتماعی و مهارت‌های حرفه‌ای آنان وابسته است. نوجوانان برای دستیابی به اعتمادبه‌نفس بالا باید به استقلال نهایی از خانواده دست یابند، برای اشتغال و حمایت از خود آماده شوند و فلسفه‌ی کارآمد و

معناداری برای زندگی‌شان داشته باشند.

معرفی آموزش مهارت‌های زندگی، اول با مراجعه به متخصصان و بعد به صورت بخشی از برنامه‌ی درسی منظم، راهکاری مؤثر است. چنین برنامه‌ای باید این دانش را به همسالان منتقل کند که چگونه حمایتگر باشند و در صورت لزوم چگونه از بزرگسالان کمک بگیرند.

سیستم آموزشی باید رشد و انسجام حس هویت را در تمام دانش‌آموزان تحکیم کند.

افزایش ثبات و استمرار مدرسه رفتن دانش‌آموزان از دیگر اهداف مهم است.

تقویت بیان عواطف

باید به کودکان و نوجوانان آموزش داده شود که احساسات خود را جدی بگیرند و به والدین و سایر بزرگسالان -همچون معلمان، پزشکان و پرستاران مدرسه، دوستان، مربیان ورزش و مشاوران مذهبی- اعتماد کنند.

جلوگیری از قلدری و خشونت در مدرسه

برای جلوگیری از قلدری و خشونت در داخل و اطراف مدرسه، باید مهارت‌های خاصی در نظام آموزشی در دسترس باشد تا محیطی امن و مبتنی بر مدارا ایجاد شود.

ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی خدمات سلامت

خدمات خاص باید با انتشار گسترده‌ی شماره‌تلفن‌هایی مانند خطوط بحران در دسترس جوانان قرار بگیرد.

مداخله: پس از تشخیص خطر خودکشی

در بیشتر موارد کودکان و نوجوانان تحت فشار روانی، و/یا در معرض خطر رفتارهای خودکشی، مشکلات ارتباطی را نیز تجربه می‌کنند. در نتیجه مهم است با این جوانان که در معرض خطر خودکشی هستند گفت‌وگویی آغاز شود.

ارتباط

اولین قدم در پیشگیری از خودکشی برقراری ارتباطی قابل اعتماد است. در طول پیشروی

فرآیند خودکشی، ارتباط متقابل بین جوانی که تمایل به خودکشی دارد و اطرافیانش بسیار مهم است. نبود ارتباط و شکسته شدن شبکه‌های ارتباطی نتایج زیر را به همراه خواهد داشت:

- سکوت و افزایش تنش در رابطه. اغلب علت سکوت و برقرار نشدن گفت‌وگو ترس بزرگسالان از این است که صحبت کردن درباره‌ی افکار خودکشی باعث تحریک اقدام به خودکشی در کودکان و نوجوانان بشود.
- دودلی آشکار. درک شدنی است که گفت‌وگوی بزرگسالان با کودکان و نوجوانان دارای تمایل به خودکشی تعارضات روانی آن‌ها را برانگیخته می‌کند.
- فشار روانی روبه‌رو شدن با کودک یا نوجوان دارای تمایل به خودکشی معمولاً بسیار زیاد است و طیف گسترده‌ای از عواطف را درگیر می‌کند. در برخی موارد، ممکن است مشکلات عاطفی حل‌نشده‌ی بزرگسالان در ارتباط با کودکان و نوجوانان دارای تمایل به خودکشی نمایان شود. چنین مشکلاتی ممکن است در میان کارکنان مدارس نیز، زمانی که دودل هستند، دیده شود (یعنی زمانی که می‌خواهند اما همزمان نمی‌خواهند یا نمی‌توانند به دانش‌آموزانی که تمایل به خودکشی دارند کمک کنند) و این می‌تواند منجر به اجتناب از گفت‌وگو شود.
- پرخاشگری مستقیم یا غیرمستقیم. ناراحتی بزرگسالان گاهی به حدی بالاست که واکنش نهایی‌شان در مقابل کودکان و نوجوانان دارای تمایل به خودکشی پرخاشگری کلامی و غیرکلامی است.
- درک این نکته مهم است که معلم در این فرآیند ارتباطی تنها نیست، بنابراین آموختن چگونگی برقراری ارتباط خوب اساسی است. گفت‌وگوی دوطرفه باید در هر شرایطی و متناسب با آن شرایط ایجاد شود. گفت‌وگو پیش از هر چیز مستلزم شناخت هویت کودکان و نوجوانان و همچنین نیاز آنان به کمک است.

کودکان و نوجوانانی که تمایل به خودکشی دارند اغلب به سبک ارتباطی سایر افراد بسیار حساس هستند؛ به این دلیل که اغلب، هنگامی که بزرگ می‌شدند، با خانواده و همسالانشان روابطی برپایه‌ی اعتماد نداشته‌اند و به همین دلیل علاقه، احترام و حتی عشق را تجربه نکرده‌اند. حساسیت بالای دانش‌آموزانی که تمایل به خودکشی دارند به‌طور یکسان در ارتباط کلامی و غیرکلامی‌شان نمایان می‌شود. اینجا زبان بدن به

اندازه‌ی ارتباط کلامی نقش مهمی ایفا می‌کند. با این حال بزرگسالان نباید از بی‌علاقگی کودکان و نوجوانان دارای تمایل به خودکشی برای مکالمه دلسرد شوند. در عوض باید به خاطر داشته باشند که این گرایش به اجتناب اغلب نشانه‌ای از بی‌اعتمادی به بزرگسالان است.

کودکان و نوجوانانی که تمایل به خودکشی دارند همچنین بسیار دودل هستند که کمک‌های پیشنهادی را بپذیرند یا رد کنند و آیا اصلاً می‌خواهند زنده بمانند یا نه. این دودلی‌ها تأثیرات آشکاری بر رفتار جوانان دارای تمایل به خودکشی دارد و تغییرات سریعی را - از جست‌وجوی کمک تا رد آن- در رفتار فرد ایجاد می‌کند و ممکن است دیگران به راحتی آن‌ها را سوءتعبیر کنند.

بهبود مهارت‌های کارکنان مدارس

این مورد ممکن است از طریق دوره‌های آموزشی ویژه با هدف بهبود ارتباط دانش‌آموزان دارای تمایل به خودکشی و معلمان، افزایش آگاهی و درک از خطر خودکشی انجام شود. آموزش همه‌ی کارکنان مدارس باید به منظور صحبت با یکدیگر و با دانش‌آموزان درباره‌ی مسائل مربوط به زندگی و مرگ، افزایش مهارت‌هایشان در شناسایی استرس، افسردگی و رفتار خودکشی، و افزایش آگاهی درباره‌ی حمایت‌های موجود از جمله روش‌های مهم پیشگیری از خودکشی انجام شود.

اهداف واضح و محدودیت‌های دقیقی که در کتابچه‌ی راهنمای پیشگیری از خودکشی تعریف شده ابزارهای مهمی در این زمینه هستند.

مراجعه به متخصصان

مداخله‌ی سریع، مورداعتماد و سرنوشت‌ساز -مثلاً بردن فرد دارای تمایل به خودکشی نزد پزشک عمومی، روانپزشک کودک یا بخش اورژانس- می‌تواند نجات‌بخش باشد. نیاز به خدمات سلامت در فرد، برای اثربخشی بیشتر، باید در دسترس و جذاب باشد و انگ‌زدایی شود. کارکنان مدارس باید فعالانه کودکان مضطرب و دارای تمایل به خودکشی را ارجاع بدهند و گروهی متشکل از پزشکان، پرستاران و مددکاران اجتماعی و نمایندگان قانونی، که وظیفه‌شان حمایت از حقوق کودکان است، آن‌ها را بپذیرند. این

ارجاع فعال کودک به نظام مراقبت‌های بهداشتی مانع از ترک درمان در طول فرآیند ارجاع می‌شود. اگر ارجاع فقط با مکاتبه انجام شده باشد، ممکن است این اتفاق بیفتد.

حذف ابزارهای خودکشی از اطراف کودکان و نوجوانان تحت استرس و دارای تمایل به خودکشی

اشکال مختلف نظارت و حذف داروهای خطرناک، سلاح گرم و سرد، سموم، چاقو و مانند اینها از مدارس، خانه و سایر اماکن از اقدامات بسیار مهم برای حفظ زندگی افراد است. این اقدامات در طولانی‌مدت به‌تنهایی برای پیشگیری از خودکشی کافی نیستند، بنابراین باید همزمان حمایت‌های روانشناختی نیز ارائه شود.

زمانی که خودکشی اتفاق افتاده است (پس از اقدام)

آگاه‌سازی کارکنان مدرسه و همکلاسی‌ها

هنگامی که خودکشی اتفاق می‌افتد، مدارس باید برنامه‌ای اضطراری برای آگاه‌سازی کارکنان مدارس - به‌ویژه معلمان، دانش‌آموزان و والدین - داشته باشند که هدف آن پیشگیری از خودکشی‌های زنجیره‌ای است. این اثرگذاری مسری ناشی از گرایش کودکان و نوجوانان دارای تمایل به خودکشی به همانندسازی با راه‌حل‌های مخرب کسانی است که خودکشی کرده‌اند. توصیه‌هایی که مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا، در ۱۹۹۴، برای مدیریت و پیشگیری از خودکشی‌های زنجیره‌ای تهیه و منتشر کرده است اکنون استفاده‌ی گسترده‌ای دارد.^{۸۲}

شناسایی دانش‌آموزان دارای تمایل به خودکشی، چه در یک کلاس باشند چه نباشند، مهم است. با این حال خودکشی زنجیره‌ای ممکن است فقط کودکان و نوجوانانی را که یکدیگر را می‌شناسند درگیر نکند: حتی جوانانی که از فردی که خودکشی کرده دور هستند، یا اصلاً او را نمی‌شناسند، ممکن است با رفتارشان همانندسازی کنند و دست به خودکشی بزنند. همکلاسی‌ها، کارکنان مدارس و والدین باید از اقدام به خودکشی دانش‌آموز آگاه شوند و استرس ناشی از این اقدام را نیز حل‌وفصل کنند.

خلاصه‌ای از پیشنهادها

خودکشی اتفاقی ناگهانی نیست: دانش‌آموزانی که تمایل به خودکشی دارند به اندازه‌ی

کافی علایم هشداردهنده، و آزادی عمل برای مداخله، در اختیار اطرافیان قرار می‌دهند. در پیشگیری از خودکشی، معلمان و سایر کارکنان مدارس با چالش‌های راهبردی اساسی بسیاری روبه‌رو هستند:

- شناسایی دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات شخصیت و ارائه‌ی حمایت‌های روانشناختی به آنان
- برقراری ارتباط نزدیک با جوانان از طریق صحبت کردن و تلاش برای درک و کمک به آنان
- کاهش استرس روانی
- نظارت و آموزش شناخت زودهنگام نشانه‌های تمایل به خودکشی از طریق اظهارات کلامی و تغییرات رفتاری
- کمک به دانش‌آموزان کم‌مهارت در تکالیف مدرسه
- نظارت بر غیبت و فرار از مدرسه
- انگ‌زدایی از بیماری روانی و کمک به کاهش سوءمصرف الکل و مواد
- ارجاع دانش‌آموزان برای درمان اختلالات روانپزشکی و سوءمصرف الکل و مواد
- محدود کردن دسترسی دانش‌آموزان به ابزارهای خودکشی؛ مواد سمی و کشنده، سموم، سلاح گرم و سرد و مانند اینها
- دسترسی به موقع معلمان و سایر کارکنان مدرسه به روش‌های کاهش استرس در محل کار

1. McKeyPW, JonesRW, BarbeRH. Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention. Horsham, PA, LRP Publications, 1993.
2. Litman R.E. Psychological autopsies of young suicides. In: Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide. Vol. 3: Prevention and Interventions in Youth Suicide. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington, DC, US Government Printing Office, 1989.
3. Holinger PC, Klemen EH. Violent deaths in the United States, 1900-1975. *Social Science and Medicine*, 1982, 16: 1929-1938.
4. Jilek-Aall L. Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. *Transcultural psychiatry research review*, 1988, 25: 87-105.
5. Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. *American journal of psychotherapy*, 1984, 38: 350-363.
6. Gould MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 37(9): 915-923.
7. Gould MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 37(9): 915-923.
8. Carris MJ, Sheeber L, Howe S. Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. *Journal of adolescence*, 1998, 21(4):459-472.
9. Garofolo R et al. The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 1998, 101(5):805-902.
10. Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. *Journal of adolescence*, 1997, 32(128): 897-911.
11. Weissman MM et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. *Archives of general psychiatry*, 1999, 56: 794-801.
12. Schaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1981, 20: 545-565.
13. Wasserman D. Depression - en vanlig sjukdom [Depression - a common illness]. Stockholm, Natur och Kultur, 1998.
14. Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1979, 9: 205-218.
15. Pommereau X. Quand l'adolescent va mal.[When things don't go well for adolescents]. 1997. Ed. J'ai lu. 123.
16. Beautrais AL et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among

youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36: 1543-1551.

17. De Wilde EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry* 149: 45-51.

18. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1982, 21: 178-186.

19. Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1997, 27(4): 387-403.

20. Weissman MM et al. Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18): 1701-1713.

21. Marcelli, D. Suicide and depression in adolescents. *Revue du Patrician*, 1998, 48:1, 419- 423.

22. Malley PB, Kusk F, Bogo RJ. School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey. *School Counselor*, 1994, 42: 130-136.

23. Smith J. *Coping with Suicide*. New York, Rosen, 1986.

24. Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *American journal of psychiatry*, 1973, 130: 450-455.

25. Erikson EH. *Identity, Youth and Crisis*. New York, Norton, 1994.

26. Papenfuss RL et al. Teaching positive self-concepts in the classroom. *Journal of school health*, 1983, 53: 618-620.

27. Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, Suppl.: 1-12.



پیشگیری از خودکشی در محیط کار

سازمان جهانی بهداشت
گروه سلامت روان و سوء مصرف مواد
سازمان جهانی بهداشت
ژنو ۲۰۰۶

مترجم:
نافعه رسولی
آیدا قائم مقام فراهانی

این سند زیرمجموعه‌ی منابعی است که گروه‌های حرفه‌ای و اجتماعی خاص را در زمینه‌ی پیشگیری از خودکشی مخاطب قرار می‌دهد. محتوای این سند بخشی از برنامه‌ی SUPRE، ابتکار عمل سازمان بهداشت جهانی برای پیشگیری از خودکشی در سراسر جهان، است.

خودکشی - پیشگیری و کنترل. ۲. سلامت کار. ۳. خدمات سلامت روان. ۱ سازمان بهداشت جهانی II مجموعه: پیشگیری از خودکشی: مجموعه منابع; ۸

کلیه حقوق محفوظ است. انتشارات سازمان بهداشت جهانی از WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva, Switzerland (تلفن: ۰۴۱۲۲۷۹۱۴۸۰۶; فکس: ۰۴۱۲۲۷۹۱۴۸۰۶; ایمیل: permissions@who.int) قابل دریافت است.

پیشگیری از خودکشی: مرجعی برای محیط کار

پیشگیری از خودکشی: مجموعه منابع؛ ۸

عناوین به کار رفته و مطالب ارائه شده در این نشریه ابراز عقیده سازمان بهداشت جهانی در مورد وضعیت قانونی هر کشور، منطقه، شهر یا اختیارات یا تعیین مرزهای آن نیست. خطوط نقطه دار بر روی نقشه خطوط مرزی تقریبی ای را نشان می‌دهد که ممکن است در مورد آن‌ها توافق کامل وجود نداشته باشد. ذکر نام شرکت‌ها و یا برخی تولیدکنندگان خاص به معنای تایید یا پیشنهاد آن‌ها از طرف سازمان بهداشت جهانی و اولویت قرار دادن آن‌ها به موارد مشابهی که نام‌شان ذکر نشده است، نیست. خطاها و اشکالات استثنا، نام محصولات اختصاصی، با حروف بزرگ در اول آن‌ها جدا شده‌اند. تمام اقدامات احتیاطی مناسب توسط سازمان بهداشت جهانی برای تایید اطلاعات موجود در این نشریه صورت گرفته است. با این حال مطالب بیان شده چه مستقیماً و چه به صورت ضمنی بدون هیچ‌گونه ضمانتی منتشر می‌شوند. مسئولیت تفسیر و استفاده از مطالب بر عهده خواننده است. سازمان بهداشت جهانی مسئولیت خسارات ناشی از استفاده از آن را بر عهده نخواهد گرفت.

انتشار در سوئیس

فهرست ۷

- ۱۶۳ پیشگفتار
- ۱۶۶ سلامت روان کارگران
- ۱۶۸ فشار کار
- ۱۷۰ بهره‌وری و هزینه
- ۱۷۱ خودکشی و اشتغال
- ۱۷۲ جست‌وجوی کمک و نیاز برآورده نشده
- ۱۷۳ خلق نیروی کار سالم
- ۱۷۵ تغییرات سازمانی
- ۱۷۶ اطلاعات و آموزش برای کارگران
- یک مدیر چگونه می‌تواند به کارگر دارای گرایش به خودکشی کمک کند
- ۱۷۹ یک همکار چگونه می‌تواند به کارگر دارای گرایش به خودکشی کمک کند.
- ۱۸۱ کارفرمایان برای ارتقاء سلامت روان نیروی کار چه کاری می‌توانند انجام دهند
- ۱۸۲ کارفرمایان در هنگام مواجهه با خودکشی یک کارگر چه کاری می‌توانند انجام دهند
- ۱۸۳ خلاصه و نتیجه‌گیری
- ۱۸۴ منابع

خودکشی پدیده‌ای پیچیده است که طی قرن‌ها توجه فیلسوفان، حکما، پزشکان، جامعه‌شناسان و هنرمندان را به خود جلب کرده است. به گفته‌ی آلبر کامو، فیلسوف فرانسوی، در افسانه‌ی سیزیف، خودکشی تنها مشکل جدی فلسفی است.

خودکشی یکی از مشکلات بهداشت عمومی است که توجه ما را می‌طلبد، اما متأسفانه پیشگیری و کنترل آن کار ساده‌ای نیست. تحقیقات نشان داده‌اند پیشگیری از خودکشی، اگر امکان‌پذیر باشد، مستلزم طیفی از فعالیت‌هاست که مواردی شامل فراهم کردن بهترین شرایط برای تربیت فرزندان و درمان مؤثر اختلالات روانی تا کنترل محیطی عوامل خطر را دربر می‌گیرد. انتشار مناسب اخبار و آگاهی دادن از عناصر اساسی موفقیت برنامه‌های پیشگیری از خودکشی هستند.

سازمان بهداشت جهانی در ۱۹۹۹ SUPRE را به اجرا گذاشت که ابتکار عمل جهانی آن سازمان برای پیشگیری از خودکشی است. این کتابچه یکی از منابع مهم و بخشی از SUPRE است که گروه‌های خاص حرفه‌ای و اجتماعی را که با پیشگیری از خودکشی در ارتباط هستند، مخاطب قرار می‌دهد. این کتابچه در صدد برقراری ارتباط بین زنجیره طولانی و متنوعی از افراد و گروه‌ها؛ از جمله متخصصان بهداشت، مربیان، سازمان‌های اجتماعی، دولت‌ها، قانون‌گذاران، رابطان اجتماعی، مجریان قانون، خانواده‌ها و جوامع است.

ما به ویژه مدیون دکتر هدر استوارت^۱، دانشگاه کوینز^۲، کینگستون^۳، کانادا، برای تهیه نسخه اولیه این کتابچه هستیم. این متن متعاقباً توسط اعضای زیر در شبکه بین‌المللی پیشگیری از خودکشی سازمان بهداشت جهانی مرور شده که از آن‌ها سپاسگزار هستیم.

دکتر آنت بوترایس^۴، دانشکده پزشکی کرایست چرچ^۵، کرایست چرچ، نیوزلند
پروفسور رابرت گولدن^۶، کلینیک آدلاید^۷، گیلبرتون^۸، استرالیا
پروفسور لورنس شلبوش^۹، دانشگاه ناتال^{۱۰}، دوربان^{۱۱}، جنوب آفریقا

1. Heather Stuart
2. Queen's University
3. Kingston
4. Annette Beautrais
5. Christchurch
6. Robert Goldney
7. Adelaide Clinic
8. Gilberton
9. Lourens Schlebusch
10. Natal
11. Durban

پروفسور جان پیر سوبریر^۱، رئیس بخش سوکسیدولوژی انجمن جهانی روانپزشکی، پاریس، فرانسه

دکتر آیری وارنیک^۲، دانشگاه تارتو^۳، تالین^۴، استونیا

دکتر لاکشمی ویجیکومار^۵، نیهای^۶، چنای^۷، هند

پروفسور دانوتا واسرمن^۸، مرکز ملی تحقیقات خودکشی و پیشگیری از بیماری روانی و گروه بهداشت عمومی، استکهلم، سوئد.

همچنین از افراد زیر برای انرژی ای که گذاشتند تشکر می‌کنیم:

خانم جوانا کابورن^۹، برنامه‌ای با محوریت ایمنی و سلامت در محل کار و محیط زیست، سازمان بین‌المللی کار، ژنو، سوئیس / دکتر دیوید گولد^{۱۰}، برنامه‌ای با محوریت ایمنی و سلامت در محل کار و محیط زیست، سازمان بین‌المللی کار، ژنو، سوئیس / خانم اولین کورتوم^{۱۱}، بهداشت حرفه‌ای و محیطی، بهداشت عمومی و محیط زیست، سازمان بهداشت جهانی، ژنو، سوئیس / پروفسور ولفگانگ روتز^{۱۲}، بیمارستان دانشگاه اویسالا، اویسالا، سوئد

این منابع به امید ترجمه و انطباق با شرایط محلی – که پیش شرط لازم برای اثربخشی آن‌ها است – به طور گسترده منتشر شده است. از نظرات و درخواست برای ترجمه و انطباق آن‌ها استقبال خواهد شد.

دکتر جی. م. برتولوت^{۱۳}، هماهنگ کننده، مدیریت گروه اختلالات روانی و مغزی بخش بهداشت روان و سوء مصرف مواد

سازمان بهداشت جهانی

-
1. Jean Pierre Soubrier
 2. Airi Värnik
 3. Tartu University
 4. Tallinn
 5. Lakshmi Vijayakumar
 6. SNEHA
 7. Chennai
 8. Danuta Wasserman
 9. Joannah Caborn
 10. David Gold
 11. Evelyn Kortum
 12. Wolfgang Rutz
 13. J. M. Bertolote

خودکشی عمل آگاهانه‌ی آسیب به خود است که با این انتظار انجام می‌شود که به مرگ ختم شود. اقدام به خودکشی آسیب به خود غیرکشنده‌ای است که اغلب با هدف فراخواندن کمک انجام می‌شود. رفتار خودکشی در سراسر جهان مشکل جدی بهداشت عمومی شناخته می‌شود. در بسیاری کشورها، چه ثروتمند چه فقیر، میزان خودکشی در حال افزایش است. در کشورهای توسعه‌یافته، خودکشی یکی از ده علت مرگ و یکی از سه علت اصلی مرگ در افراد ۱۵ تا ۳۵ سال است. بر اساس تخمین سازمان بهداشت جهانی، هر دقیقه یک خودکشی و هر سه دقیقه یک اقدام به خودکشی اتفاق می‌افتد. در نتیجه مرگ ناشی از خودکشی بیشتر از مرگ ناشی از درگیری مسلحانه است.

خودکشی، و مشکلات سلامت روانی که منجر به آن شده‌اند، تأثیر زیادی روی بهره‌وری و رفاه کارگران دارند. برای نمونه در هر شرکتی که هزار کارمند داشته باشد، دویست تا سیصد نفر در هر سال معین حداقل دچار یک مشکل سلامت روان جدی (اختلال روانی قابل تشخیص) هستند و هر ده سال یک بار یک کارگر خودکشی می‌کند. به‌ازای هر کارگری که جان خود را از طریق خودکشی از دست می‌دهد، ده تا بیست اقدام به خودکشی اتفاق افتاده است. تقریباً هشت درصد کل روزهای کاری ازدست‌رفته به‌علت مرگ به خودکشی مربوط می‌شود.

خودکشی کارگران نتیجه‌ی تعامل پیچیده‌ی آسیب‌پذیری‌های فردی (مانند مشکلات سلامت روان)، شرایط کاری استرس‌زا و شرایط زندگی (شامل عوامل استرس‌زای اجتماعی و محیطی) است. هرچند نمی‌توان از تمام خودکشی‌ها یا اقدام‌های خودکشی پیشگیری کرد، تحقیقات نشان داده‌اند کارفرمایان می‌توانند گام‌های مهمی برای کاهش میزان خودکشی کارگران بردارند. پیشگیری از خودکشی در محل کار به بهترین وجه از طریق ترکیبی از این موارد امکان‌پذیر است: الف) تغییر سازمانی با هدف پیشگیری و کاهش استرس شغلی، ب) انگ‌زدایی از مشکلات سلامت روان و جست‌وجوی کمک (شامل افزایش آگاهی)، ج) شناخت و تشخیص زودهنگام مشکلات سلامت روان و مشکلات عاطفی، و د) مداخله و درمان مناسب از طریق برنامه‌های بهداشتی و رسیدگی به کارکنان مربوط به منابع بهداشت روان جامعه‌ی بیرونی. شرکت‌ها، چه کوچک و چه بزرگ، می‌توانند برنامه‌ها و سیاست‌های ایمنی و سلامتی داشته باشند تا باعث تقویت سلامت روان کارگران و پیشگیری از رفتارهای خودکشی شود.

تغییر سریع شرایط محیطی در این دوران باعث شده است تا کارگران به خاطر به خطر نیفتادن کار یا پیشرفت شغلی شان، از بازگو کردن مشکلات سلامت روان اجتناب کنند. برای همین سازمان‌ها باید در شناسایی و به حداقل رساندن تأثیرات مشکلات سلامت روان کارگران خود پیشگام باشند. از آنجاکه مشکلات سلامت روان مخرج مشترک متداول طیف گسترده‌ای از مشکلات مربوط به کار (از کاهش بهره‌وری گرفته تا آسیب‌ها، خشونت و خودکشی) است، این سند پیشگیری از خودکشی را از دیدگاه سلامت عمومی در ایجاد نیروی کار سالم از لحاظ روانی مورد توجه قرار می‌دهد. برنامه‌های منطبق با این دیدگاه گسترده خودکشی کارگران را با موفقیت کاهش داده و درعین حال باعث ارتقای سلامت کارگران و بهبود بهره‌وری شده‌اند. این منبع کارفرمایان، مسئولان اتحادیه، ارائه‌دهندگان برنامه‌های کمک به کارمندان، مدیران و کارگرانی را هدف قرار می‌دهد که در هدف مشترک ایجاد نیروی کار سالم از لحاظ روانی سهم دارند.

سلامت روان کارگران

اختلال روانی زمانی اتفاق می‌افتد که در عملکرد شناختی، عاطفی یا ادراکی فرد اختلال ایجاد شود و باعث اختلال عملکرد معناداری در یک یا چند حوزه‌ی عملکرد اجتماعی یا شغلی می‌شود. اختلالات روانی، بیماری‌های جدی و پایداری هستند که با نابه‌هنجاری‌های زیستی-مانند نبود تعادل شیمیایی در مغز- مرتبطند. اگر درمان پزشکی در دسترس نباشد، اختلال روانی خطر عمده‌ی ناتوانی و مرگ را به دنبال خواهند داشت. تفکیک اختلالات (یا بیماری‌های) روانی از مشکلات بهداشت عمومی که جدیت کمتر و عمومیت بیشتری دارند -و ممکن است دوره‌های کوتاه آشفتگی عاطفی و مشکلات انطباقی موقت را به دنبال داشته باشند- حائز اهمیت است.

اختلالات روانی عامل خطر اصلی خودکشی به شمار می‌آیند. اختلالات روانی خاصی که با خودکشی ارتباط دارند شامل افسردگی، سوءمصرف مواد (الکل و داروها)، اختلالات اضطرابی، اختلالات شخصیت (مانند اختلال شخصیت مرزی یا اختلال ضداجتماعی) و اسکیزوفرنی می‌شوند. همبودی در میان کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند شایع است. برای مثال، افسردگی همراه با سوءمصرف الکل در هشتاد تا نود درصد کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند وجود دارد. اختلالات روانی در فرهنگ‌های غربی در رده‌ی اول عوامل خطر

خودکشی قرار می‌گیرد، اما شواهدی وجود دارد که این مسأله احتمالاً در کشورهای غیرغربی، به خصوص کشورهای آسیایی، آن قدر برجسته نیست.

اختلالات روانی بیشتر از هر شرایط دیگری باعث بروز رنج و ناتوانی می‌شوند. یکی از مطالعات بهداشت جهانی، درباره‌ی شیوع اختلالات روانی در چهارده کشور، نشان می‌دهد که نسبت بزرگسالانی که در یک دوره‌ی دوازده‌ماهه اختلال روانی را تجربه می‌کنند، بسته به کشور، ۴.۵ تا ۲۶.۴ درصد است. کشورهایی که بیشترین میزان را گزارش کرده‌اند، ایالات متحده‌ی امریکا (۲۶.۴ درصد)، اوکراین (۲۰.۵ درصد)، فرانسه (۱۸.۴ درصد) و کلمبیا (۱۷.۸ درصد) بوده‌اند. کشورهایی که کمترین میزان را گزارش کرده‌اند جمهوری خلق چین (شانگهای) (۴.۳ درصد)، نیجریه (۴.۷ درصد)، ایتالیا (۸.۳ درصد) و ژاپن (۸.۸ درصد) بوده‌اند. سایر کشورها (مکزیک، بلژیک، آلمان، هلند، اسپانیا، جمهوری خلق چین (پکن) و لبنان) طیفی از ۹.۱ تا ۱۶.۹ درصد را دربر می‌گیرند.

پیش‌بینی می‌شود سهم ناتوانی به‌علت اختلالات روانی در سطح جهانی پنج درصد - از ۱۰.۵ درصد در ۱۹۹۰ تا ۱۴.۷ درصد در ۲۰۲۰ - افزایش یابد. تا ۲۰۲۰، افسردگی دومین علت اصلی ناتوانی در جهان خواهد شد. در کشورهای توسعه‌یافته، افسردگی در روزهای ناتوانی رتبه‌ی سوم و در کشورهای درحال توسعه رتبه‌ی اول را به خود اختصاص می‌دهد. همچنین پیش‌بینی می‌شود میزان خودکشی افزایش یابد. در ۱۹۹۰ خودکشی دوازدهمین عامل مرگ‌ومیر در جهان بوده که این میزان تا ۲۰۲۰ به رتبه‌ی دهم تغییر خواهد کرد. میزان خودکشی در سراسر جهان در نیم قرن گذشته شصت درصد افزایش یافته است.

اکثر افرادی که مشکلات سلامت روان را تجربه می‌کنند نیروی کار هستند (چون اکثر آن‌ها مشغول به کار هستند) و این موضوع باعث می‌شود اختلالات روانی علت اصلی ناتوانی شغلی باشد. داده‌های کشور کانادا نشان می‌دهد که طی یک دوره‌ی سی‌روزه ۸.۴ درصد از جمعیت مشغول به کار افسردگی، اضطراب، اختلالات مرتبط با مواد (غالباً الکل) یا ترکیبی از این موارد را تجربه می‌کنند. بالاترین شیوع اختلال اضطرابی در افرادی که شغل‌های تخصصی دارند (مانند پزشکی یا حقوق) و مدیران سطح بالا دیده می‌شود. بیشترین فراوانی افسردگی در میان کارگران نیمه‌حرفه‌ای اتفاق می‌افتد. مصرف مواد، به‌خصوص الکل، میان کشاورزان شایع است، اما اختلالات همبود میان کارمندان دفتری شیوع بالاتری دارد.

همچنین تحقیقات اخیر شیوع بالای مصرف الکل و بیماری افسردگی را میان کارگران حرفه‌ای و مدیریتی - با سطح بسیار بالای سوءمصرف الکل در زنان حرفه‌ای - نشان داده‌اند.

فشار کار

افراد بسته به مقاومت روانشناختی، راهبردهای مقابله‌ای و منابع محیطی‌شان به استرس واکنش‌های متفاوتی نشان می‌دهند. مبتلایان به اختلالات روانی و کسانی که مشکلات سلامت روان را تجربه می‌کنند ممکن است در برابر تأثیرات منفی استرس - به دلیل تاب‌آوری روانشناختی کمی که دارند، نبود حمایت اجتماعی و مشکلات مقابله‌ای - بسیار حساس باشند. استرس شغلی هنگامی ایجاد می‌شود که بین تقاضاهای شغلی یا محیط کار، قابلیت‌ها، منابع و نیازهای کارگر تطابق وجود نداشته باشد. استرس شغلی بلندمدت با پیامدهای بهداشتی متعددی از جمله اختلالات اسکلتی-عضلانی، فرسودگی شغلی، افسردگی، نشانگان بیماری ساختمان^۱، جراحات، خشونت در محل کار و خودکشی مرتبط است. استرس شغلی یکی از ده مشکل اصلی بهداشت مرتبط با کار است که غالباً پیش‌درآمد مشکلات جدی سلامت روان است و هدف مهمی برای ارتقای سلامت عمومی، سلامت روان و فعالیت‌های پیشگیرانه از جمله پیشگیری از خودکشی محسوب می‌شود.

استرس کارگران در سراسر جهان از نگرانی‌هایی است که روزه‌روز بیشتر می‌شود؛ نه تنها در اقتصادهای مثبت مانند اروپا و امریکای شمالی، بلکه در مناطقی که به سرعت در حال صنعتی شدن هستند مانند جمهوری خلق چین، تایوان یا جمهوری کره. در انگلستان مشکلات سلامت روان مانند استرس، افسردگی و اضطراب دومین علت اصلی روزهای از دست‌رفته به دلیل بیماری‌های مرتبط با کار است. سی‌ویک درصد از نیروی کار کانادایی گزارش کرده‌اند که بیشتر روزهای کاری تا حدی یا بسیار استرس‌زاست. دو برابر بیشتر احتمال می‌رود که افرادی که استرس مرتبط با کار را تجربه می‌کنند به اختلالات روانپزشکی مبتلا شوند. در ژاپن، بیش از ۶۳ درصد کارگران استرس شغلی را گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده‌ی ده درصد افزایش در پانزده سال گذشته است. در تایوان، هشت درصد از مردان و هفت درصد از زنان گزارش کرده‌اند که اغلب یا همیشه خارج از محل کار احساس تنش می‌کنند که ممکن است این کارگران نسبت به دیگران سطح استرس شغلی پایین‌تری داشته باشند.

1. sick-building syndrome

در کشورهای آسیایی، رابطه‌ی استرس کارگر با سلامت جسمی و روانی، روحیه، و رضایت شغلی مشابه کشورهای غربی است. با این حال منابع استرس شغلی تفاوت چشمگیری دارند. برای مثال پیدا کردن شغل و تقاضاهای مربوط به نقش‌های مدیریتی از اصلی‌ترین علل سختی کار میان مدیران چینی و تایوانی است؛ در مقابل در میان مدیران انگلستانی این سختی کار مربوط به روابط، جو سازمانی و مسئولیت شخصی است. در جمهوری خلق چین، سطح همانندسازی کارگران و تعهدشان به سازمان موضوع کلیدی است؛ شاید برای اینکه این موضوع نقش مهمی در تعیین پاداش‌های بیرونی (مانند دستمزدها و مزایا) و پاداش‌های ذاتی (مانند شناخت و رضایت شغلی) دارد.

در برخی موارد امکان دارد ارتباط مستقیمی بین استرس‌های محیط کار و اقدام به خودکشی وجود داشته باشد؛ مانند مورد کارگری که توبیخ یا اخراج شده و متعاقباً اقدام به خودکشی می‌کند. اتفاقات آسیب‌زا ممکن است با جابه‌جایی‌های شغلی (مانند بازنشستگی، مرخصی یا اخراج از کار)، موارد انضباطی یا موقعیت‌هایی در ارتباط باشد که در آن فرد شرمسار شده یا مشخص شده باشد که در عملی غیرقانونی (مانند تجاوز جنسی یا سوءاستفاده از اموال شرکت) دست داشته است. با این وجود بیشتر اوقات استرس مزمن در محیط کار - در میان کارگرانی که از قبل به دلیل اختلالات روانی، مشکلات شخصی و دسترسی به ابزارهای کشنده در برابر خودکشی آسیب‌پذیر بوده‌اند - نقشی تسهیلگر دارد. انجام اقداماتی برای شناخت عوامل محیطی که باعث استرس می‌شوند و علایم سوءمدیریت‌شده‌ی کارفرمایان می‌توانند سلامت روانی نیروی کار را ارتقا، رفتار خودکشی را کاهش، و بهره‌وری را بهبود بخشند.

مشخصه‌های محیط‌های استرس‌زا کمبود وقت، برنامه‌های کاری خارج از کنترل، عوامل زمینه‌ای حواس‌پرتی، نزاع (ناشی از روابط ضعیف کارکنان، زورگویی یا آزار و اذیت)، کمبود فضا، بی‌اطمینانی و فشار برای انجام کار بیشتر است. طیف گسترده‌ای از عوامل محیطی مرتبط با کار ممکن است باعث تحریک واکنش‌های استرس و سلامت روان پایین از جمله موارد زیر بشود:

- تغییر شغل مرتبط با کوچک شدن شرکت، گرفتن منبع از خارج از شرکت، گسترش سریع، یا تغییر ساختار شغلی (از جمله ارتقا، تنزل و تحول شغلی)
- بلاتکلیفی یا نبود کنترل بر وظایف کاری (نقش‌هایی که خوب تعریف نشده‌اند،

اولویت‌های نامشخص، ناامنی شغلی، محدود کردن دیدگاه‌هایی که احساس ناامیدی را تشویق می‌کنند)

- مدیران یا همکاران مشکل‌ساز (ارتباط ضعیف کارگران و مدیران، مدیریت ناکافی یا غیرحساس، خصومت همکاران، آزار و اذیت، سیاست منفی اداره)
- مطالبات بالای محیط کار (ساعات طولانی، نبود خودمختاری، مسئولیت زیاد، تعهد سنگین، خطر، حوادث آسیب‌زا)
- شرایط کاری غیر استاندارد و استرس‌زاهای فیزیکی (سروصدا، نور ضعیف، کمبود فضا، درجه‌ی حرارت شدید، عوامل انسانی ضعیف، مخاطرات شیمیایی، در دسترس نبودن برنامه‌های سلامت کارمندان)
- وظایف یکنواخت یا تکراری یا استفاده‌ی کم از مهارت‌ها
- دستمزد کمی که منجر به اضافه‌کاری و کارهای پاره‌وقت می‌شود
- فرهنگ‌های سازمانی که انگ و تبعیض را درباره‌ی افرادی که مشکلات سلامت روان دارند گسترش می‌دهد

به‌علاوه، مشاغل خاصی ذاتاً استرس‌زا هستند؛ مانند جاهایی که کارگران در تماس‌های بین‌فردی زیادی با عموم مردم درگیر هستند، افرادی که در اجرای قانون در معرض حوادث آسیب‌زا یا خشونت‌آمیز قرار دارند، کارگران خط مونتاژ که با وظایف تکراری درگیر هستند، کسانی که ترافیک هوایی را کنترل می‌کنند و کارمندان بهداشت. زنان به‌خصوص به احتمال بالا دچار استرس‌های مرتبط با کار هستند، زیرا اغلب مسئولیت اصلی مراقبت از فرزند و مدیریت خانواده را نیز بر عهده دارند، به تمرکز روی مشاغل کم‌درآمد و با وضعیت پایین‌تر و شیفت‌های کاری برای انطباق با مسئولیت‌های خانوادگی‌شان تمایل دارند، و به احتمال بیشتر دچار تبعیض‌های کاری و آزار و اذیت هستند.

بهره‌وری و هزینه

شیوع بالای اختلالات روانی آن را به بار اقتصادی مهمی در سراسر جهان تبدیل کرده است. مشاغل و کسب‌وکارها هرچه بیشتر متوجه شده‌اند که کارگرانی که از لحاظ روانی سالم هستند مولدترند. مشکلات سلامت روان در کار معمولاً خود را به‌صورت مسائل مربوط به عملکرد نشان می‌دهد: افزایش غیبت، کاهش بهره‌وری، افزایش گردش مالی کارمندان،

افزایش تعداد روزهای ازکارافتادگی کوتاه‌مدت و بلندمدت، و افزایش ادعای ناتوانی. بنابراین بی‌توجهی به سلامت روان و استرس شغلی کارگران قضیه‌ای هزینه‌بر است.

اگرچه کمی کردن (اندازه‌گیری) هزینه‌های مشکلات سلامت روان در نیروی کار به‌تازگی شروع شده، به نظر می‌رسد پیش از این هم مبهم و گیج‌کننده بوده است. برای مثال در سال ۲۰۰۰، هزینه‌ی بهداشت روان سه تا چهار درصد از تولید ناخالص داخلی پانزده ایالت اتحادیه‌ی اروپا را تشکیل می‌داد. بخش عمده‌ای از این هزینه‌ها (احتمالاً یک‌سوم یا بیشتر) مستقیماً مربوط به بهره‌وری ازدست‌رفته بود. در ایالات متحده، اغلب کارگران بیشتر به دلیل مشکلات سلامت روان از کار خود غیبت می‌کنند تا از بیماری‌های جسمانی و آسیب‌دیدگی. افسردگی رتبه‌ی سوم مشکلات مرتبط با کار را به خود اختصاص داده و به دنبال آن بحران‌های خانوادگی و استرس قرار دارند. بین سال‌های ۱۹۸۹ و ۱۹۹۴، ادعای معلولیت در حوزه‌ی اختلالات روانی در ایالات متحده آمریکا دوبرابر شد. در کانادا، ادعای معلولیت در حوزه‌ی اختلالات روانی بیش از دوازده درصد از هزینه‌های حقوق و دستمزد را دربر می‌گیرد. تعداد روزهای ازدست‌رفته به دلیل ناتوانی به سرعت در حال افزایش است و انتظار می‌رود این رشد ادامه داشته باشد.

هزینه‌های بهره‌وری مشکلات سلامت روان کارگران و استرس مرتبط با کار در جوامع غیرغربی خیلی کمتر شناخته شده است، با این حال الگوهای پدیدار شدنشان مشابه است. مثلاً بین مدیران تایوانی استرس شغلی با سلامت روانی و جسمی، غیبت، رضایت شغلی پایین و قصد تغییر شغل در ارتباط است. علاوه بر این، باتوجه به نقش‌های غیرسنتی و مسئولیت‌های خانوادگی، زنان مدیر سطح بالاتری از استرس شغلی را در مقایسه با هم‌تایان مرد خود گزارش کرده‌اند.

خودکشی و اشتغال

میزان خودکشی در میان گروه‌های شغلی بسته به فشارهای روزانه‌ای که بر آن‌ها تحمیل می‌شود، قرار گرفتن بیشتر در معرض حوادث آزاردهنده یا خشونت‌آمیز که منجر به بروز اختلال استرس پس از سانحه می‌شود، یا دسترسی سریع آن‌ها به ابزارهای کشنده‌ی خودکشی -مانند سلاح گرم، دوز کشنده‌ی داروها یا سموم- متفاوت است. مشاغل با میزان خودکشی بالا شامل پزشکان، داروسازان (بخشی از آن به دلیل دسترسی بالا به مواد شیمیایی کشنده و داروهاست)، وکلا، معلمان، مشاوران و مشاغلی که محرم اسرار هستند

تا حدودی به دلیل شیوع بالای افسردگی در این گروه‌ها)، کشاورزان (کسانی که میزان بالایی از افسردگی، محیط کار خطرناک، استرس شغلی به دلیل فشارهای اقتصادی و انزوای اجتماعی، دسترسی به میزان بالایی از سموم دفع آفات و دسترسی پایین به خدمات اورژانس) و برخی افسران پلیس (مانند افرادی که بازنشسته شده‌اند یا دچار اثرات آسیب روانی‌اند) هستند. به علاوه، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ممکن است متخصصان زن در مشاغل خاص (مانند پزشکان، پرستاران یا کارکنان نظامی) در معرض خطر بسیار بالای خودکشی باشند که تا حدی ممکن است به دلیل تعارضات بین خانواده و پیشرفت شغلی باشد. همچنین ممکن است خودکشی بین کسانی که بیکار هستند یا ناامنی شغلی دارند بالا باشد.

با وجود شیوع بالای مشکلات سلامت روان میان جمعیت شاغل، تعداد کمی از خودکشی‌ها در محل کار اتفاق می‌افتند. مطالعه‌ای در ایالات متحده تخمین زده است که یک تا سه درصد از کل خودکشی‌ها در محل کار اتفاق می‌افتند که نشان‌دهنده میانگین سالانه‌ی ۲/۳ تا ۲/۵ خودکشی در هر یک میلیون کارگر است. نود درصد افرادی که در محل کار خودکشی می‌کنند مرد هستند و میزان بالاتر خودکشی در گروه‌های سنی بالاتر مشاهده می‌شود. پنجاه و هشت درصد از مردان و چهل درصد از زنان با اسلحه خود را در محل کار می‌کشند و اسلحه متداول‌ترین روش خودکشی در محل کار است.

جستجوی کمک و نیاز برآورده نشده

اکثر افرادی که مشکلات سلامت روان یا تمایل به خودکشی دارند، حتی در کشورهایی که طیف گسترده‌ای از درمان‌های مقرون‌به‌صرفه وجود دارد، نمی‌توانند درمان مناسب دریافت کنند. مثلاً فقط حدود یک‌سوم کارگران مبتلا به افسردگی از متخصصان بهداشت روان، یا از برنامه‌ی کمک به کارمندان، مشورت می‌گیرند. یکی از هر ده نفری که اختلال شغلی گزارش کرده‌اند، برای رفع این مشکل، دارو مصرف می‌کنند. باین‌حال عملکرد شغلی اکثر کسانی که تحت درمان مناسب افسردگی هستند بهبود یافته و کاهش روزهای ازکارافتادگی هزینه‌های درمان را برای کارفرما جبران می‌کند.

دلایل زیادی وجود دارد که کارگران دنبال درمان نروند. عمدتاً ترس از انگ یکی از مهم‌ترین دلایل در نظر گرفته شده است. کارگرانی که مشکلات سلامت روان دارند اغلب با تبعیض کاری چشمگیری روبه‌رو هستند. ممکن است استقلالشان محدود شود، نظارت بر آن‌ها

افزایش یابد، امنیت شغلی‌شان در معرض خطر قرار بگیرد، پیشرفتشان محدود شود، یا حمایت اجتماعی همکارانشان را از دست بدهند. معمولاً کارگرانی که مشکلات سلامت روان دارند، برای اطمینان از اینکه همکاران و مدیرانشان از بیماری‌شان مطلع نشوند، تلاش بسیاری می‌کنند؛ از جمله اینکه از برنامه‌های کمک به کارکنان فاصله می‌گیرند یا گزینه‌های درمانی مؤثر را کنار می‌گذارند. زنان بیشتر از مردان برای مشکلات عاطفی و سلامت روانشان به دنبال درمان می‌روند. مردان جوان با تحصیلات پایین به احتمال کمتر دنبال درمان می‌روند. این الگوی جست‌وجوی کمک در پنج کشور، که در مقایسه‌ای بین‌المللی وارد شده بودند، گزارش شده است: هلند، آلمان، ایالات متحده، کانادا و شیلی. مردان تمایلی به جست‌وجوی درمان برای استرس‌های روانی و عاطفی ندارند که همراه با ترجیح آن‌ها به استفاده از روش‌های کشنده‌تر خودکشی ممکن است میزان بالاتر خودکشی در آن‌ها را توجیه کند.

برای غلبه بر موانع درمانی، سازمان‌ها باید فعالانه مشکلات سلامت روان کارگران خود را، به‌ویژه گروه‌های پرخطری که ممکن است نیاز به اقدامات ویژه و مداخله‌ای داشته باشند، شناسایی و مدیریت کنند. همچنین سازمان‌ها باید گونه‌ای از فرهنگ سازمانی را تقویت کنند که حامی بهبود روانی اجتماعی باشد. در بسیاری موارد، انگ و سوءتفاهم درباره‌ی درمان‌های روانپزشکی مانع از گسترش برنامه‌ها و سیاست‌های بهداشت روان سازمان‌ها و اطمینان از این می‌شود که مزایای ارائه‌شده برای افراد دارای معلولیت روانی با مزایای فراهم شده برای افراد دارای معلولیت جسمی برابر است.

خلق نیروی کار سالم

بزرگسالان ممکن است یک‌سوم یا بیشتر از ساعات بیداری خود را در محل کار بگذرانند. محل کار -از طریق برنامه‌ها و سیاست‌های بهداشتی و ایمنی- بهبود چشمگیری را در سلامت جسمی و رفتارهای کارگران ایجاد می‌کند. امروزه که مشخص شده مشکلات ناشی از اختلالات روانی در عملکرد شغلی همانند یا بدتر از مشکلات مربوط به اختلالات جسمانی است، کارفرمایان سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشت روان را سرمایه‌گذاری تجاری راهبردی می‌دانند و محیط کار را مکان‌هایی ایده‌آل برای ارتقای سلامت روان و پیشگیری مبتکرانه می‌بینند.

سازمان بهداشت جهانی و سازمان بین‌المللی کار پیشنهاد می‌کنند که برای داشتن نیروی کار سالم از لحاظ روانی سه چیز ضروری است: در مرحله‌ی اول کارفرمایان و مدیران باید بدانند که مسائل مربوط به سلامت روان در رابطه با کار - هر قدر هم که فهرست عوامل تسریعگر آن‌ها، سیاست‌ها و دستورالعمل‌هایی برای رسیدگی به آن‌ها تهیه شود - نگرانی بر حقی است. دوم اینکه کارفرمایان باید قوانین مربوط به معلولیت و نیاز به مساعدت با افراد مبتلا به اختلالات روانی را درک کنند. سوم، کارفرمایان باید سیاست‌ها و برنامه‌های مناسب ارتقا و پیشگیری را تدوین کنند و گسترش دهند. موارد اضافی برای ارتقا و پیشگیری موفقیت‌آمیز شامل تغییر سازمانی برای بهبود شرایط کاری و کاهش استرس شغلی، آموزش کارگران و مدیران درباره‌ی سلامت روان، جست‌وجوی کمک و غنی کردن خدمات سلامت روان هستند.

سازمان بین‌المللی کار برنامه SOLVE را برای پاسخ به سه نیاز ذکرشده تهیه کرده است. SOLVE نوعی برنامه‌ی آموزشی تعاملی است که برای کمک به توسعه‌ی سیاست‌ها، برای پرداختن به مسائل روانشناختی در محیط کار، طراحی شده است. دوره‌ی سیاست‌گذاری مرکزی به گونه‌ای طراحی شده که مدیران بتوانند از مشکلات روان اجتماعی از جمله موارد مرتبط با خودکشی - مانند استرس و سوء‌مصرف مواد و اینکه چگونه محیط کار می‌تواند در تشدید و کاهش این مشکلات نقش داشته باشد - درک اساسی داشته باشند.

همسو با این نظر، مدیران در موقعیتی هستند که می‌توانند سیاست جامعی برای پرداختن به مسائل روانشناختی - که یکی از ابزارهای اصلی شرکت‌ها در پرورش فرهنگ سازمانی است - ارائه بدهند که هم پیشگیرانه است و هم از افراد مشکل‌دار حمایت می‌کند. در تکمیل این سیاست، شرکت‌ها باید به همه‌ی سطوح نیروی کار آموزش بدهند که SOLVE نیز در فرمت مداخلات یک‌ساعت و نیمه، که با نام میکرو سولو شناخته می‌شود، ارائه می‌شود. این ترکیب سیاست روشن‌گر و نیروی کار آگاه می‌تواند محیط کار حمایت‌گری را ایجاد کند که در آن پیشگیری و حمایت همسالان می‌تواند شکوفا شود. علاوه بر این سازمان بین‌المللی کار، در بخشی از برنامه‌ی SOLVE، در حال نهایی کردن دوره‌ای آموزشی برای پیشگیری، کاهش و مقابله با مشکلات روانی اجتماعی مشاوران در محل کار است. آگاهی از پیشگیری از خودکشی عنصری اساسی در این برنامه‌ی آموزشی است. هنوز اثربخشی برنامه‌ی SOLVE،

مخصوصاً برای پیشگیری از خودکشی، اثبات نشده است.

اهمیت اتخاذ رویکردی گسترده و سازمانی در پیشگیری از خودکشی در تجربه‌ی نیروی هوایی امریکا نشان داده شده است. آن‌ها در پاسخ به تعداد فزاینده‌ی خودکشی‌ها برنامه‌ای چندسطحی برای کاهش خطر در نظر گرفتند که هدف آن طیف وسیعی از عوامل خطر سازمانی، فرهنگی و فردی در کل جمعیت نیروی هوایی بود. این برنامه با مداخله‌ی زودهنگام در مشکلات بهداشت روان، تقویت عوامل محافظتی اجتماعی محیطی، ترویج حس تعلق و اجرای سیاست‌هایی برای کاهش انگ و ترویج درخواست کمک به کاهش خودکشی دست یافته است. نظارت‌کنندگان و رهبران آموزش متمرکزی دریافت و مانند مراقبان عمل کردند تا افراد در معرض خطر را شناسایی و آن‌ها را به آژانس‌های مناسب انتقال بدهند. پیام‌های الکترونیکی گسترده‌ای پخش می‌شود تا افرادی را تحسین کنند که برای مقابله با مشکلاتشان -مانند مسائل زناشویی، خانوادگی، قانونی یا سلامت روان- کمک حرفه‌ای دریافت می‌کنند. رهبران نظامی گرایش داشتند که اطمینان حاصل کنند افراد تحت استرس بالا از واحد نظامی خود مراقبت و حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند و سیاست‌های سازمانی اتخاذ شد تا اطمینان حاصل شود که رهبران نقش مراقبتی خود را درست اجرا می‌کنند. با انجام این کار، برنامه‌ی مذکور برای کاهش عوامل خطر خودکشی فرهنگ کل جامعه‌ی نظامی را تغییر داد. بین سال‌های ۱۹۹۴ و ۱۹۹۸ میزان خودکشی از ۱۶/۴ در صد هزار نفر به ۹/۴ رسید. در هشت ماه اول ۱۹۹۹ کاهش بیشتری اتفاق افتاد و به ۲/۲ خودکشی در هر صد هزار رسید که کاهش هشتصد درصدی بیش از بالاترین میزان ثبت شده (در ۱۹۸۰) را نشان می‌داد. آن‌ها همچنین به کاهش‌های معنی‌داری در مرگ تصادفی، قتل و خشونت خانوادگی اشاره کردند.

تغییرات سازمانی

راهکار کلیدی در ارتقا نیروی کار سالم، حذف یا کاهش استرس‌های شغلی است. استرس‌های شغلی عبارتند از:

- ابهام نقش به گونه‌ای که کارگر اطلاعات ناکافی یا گمراه‌کننده‌ی راجع به چگونگی انجام کار داشته باشد.
- تعارض نقش به گونه‌ای که کارگر با مطالبات متعارضی مواجه می‌شود که او را در موقعیت ناراحت‌کننده‌ای قرار می‌دهد.

- فشار کاری زیاد یا فقدان مهارت‌های لازم برای انجام کار
- بهره‌گیری ناکافی از مهارت‌های کارگر یا انجام کارهای تکراری کسالت‌آور
- ساختارهای مدیریتی اقتدارگرا که کارگران را در حل مسئله و تصمیم‌گیری مشارکت نمی‌دهند.
- عدم امنیت شغلی یا مالی
- فرهنگ مدیریتی یا سازمانی تقویت‌کننده تخاصم، غیبت، جانب‌داری غیر منصفانه و رقابت‌های بی‌مورد
- سلامت جسمی، مخاطرات امنیتی، یا مواجهه با عوامل آسیب‌رسان، آزار و اذیت عاطفی، یا تبعیض جنسی

علاوه بر این، بسیاری از عوامل خطر محیطی که منجر به ایجاد استرس در مشاغل دارای ماهیت استرس‌زا می‌شوند، می‌توانند از طریق ارتقا فن‌آوری یا تجهیزات ایمنی بمنظور کاهش مواجهه، یا ایجاد محیط کاری دوستدار خانواده برای حمایت از زنان شاغل برطرف شوند. به علاوه، بسیاری از کشورها قوانینی را برای بهبود امنیت شغلی کارگران و اصلاح روند اخراج وضع کرده‌اند و استانداردهایی را نیز برای مدیریت از کار افتادگی آن‌ها تدوین کرده‌اند.

به دلیل این که استرس شغلی ناشی از اثر متقابل عوامل محیطی و آسیب‌پذیری‌های فردی است، کارگران و سازمان‌ها باید در جهت کاهش عوامل استرس‌زای شغلی با هم همکاری داشته باشند. با این وجود، بدون توجه به عوامل سازمانی که منجر به ایجاد استرس می‌شوند، و صرف تمرکز بر روی کارگر به عنوان یک فرد در برنامه‌های مربوط به سلامت و بهزیستی کارگران، از مشکلات ناشی از استرس یا پیامدهای احتمالی مرگبار آن‌ها جلوگیری نخواهد کرد.

اطلاعات و آموزش برای کارگران

در حال حاضر تعداد معدودی از مدیران از دانش و مهارت کافی برای تشخیص و مدیریت مشکلات سلامت روان در محیط کار یا نحوه برخورد با کارگران دارای گرایش به خودکشی برخوردارند. علاوه بر این، تنها تعداد کمی از سازمان‌ها، برنامه‌های مشخصی برای مواجهه با مسائل بهداشت روان و بحران‌های خودکشی کارگران یا برنامه‌های توسعه کارکنان دارند تا از این طریق از آگاهی مدیران کلیدی خود از پیشگیری از خودکشی، تأثیر مشکلات سلامت

روان بر بهره‌وری کارگران، عوامل ایجادکننده محیط کار سالم، و عوامل نشان‌دهنده مشکلات، اطمینان حاصل کنند. به عنوان مثال، در پیمایشی که اخیراً بر روی کارفرمایان در کانادا به عمل آمده نتایج زیر حاصل شد:

- ۹۱٪ از کارفرمایان افزایش بار کاری کارگران را گزارش کردند.
- ۷۲٪ تغییر در وظایف شغلی کارگران را گزارش کردند.
- ۶۸٪ افزایش غیبت کارگران را گزارش کردند.
- ۶۴٪ شیوع تنش‌های هیجانی در میان کارگران را گزارش کردند
- ۶۱٪ کاهش بهره‌وری را گزارش کردند.
- ۴۴٪ درخواست تنظیم ساعات کار از سوی کارگران را ذکر کردند.

علیرغم این علائم هشداردهنده بارز، اکثر سازمان‌ها همچنان فاقد برنامه مشخصی برای رسیدگی به سلامت روان کارگران بودند و کمتر از ۱۰٪ آن‌ها مدیرانی داشتند که برای شناسایی و رسیدگی به مسائل سلامت روان آموزش دیده بودند. "به همین ترتیب، نتایج پیمایش کنفدراسیون صنعت بریتانیا بر روی ۸۰۰ شرکت نشان داد که ۹۸٪ از کارفرمایان معتقد بودند که سلامت روانی کارگران باید از مسائل مورد توجه شرکت باشد و ۸۱٪ معتقد بودند که این موضوع باید در خط مشی شرکت منظور شود. با این حال، کمتر از ۱۰ درصد آن‌ها از خط مشی رسمی سلامت روان برخوردار بودند.

• خدمات سلامت روانی اجتماعی تقویت شده

برنامه‌های همیاری کارکنان برنامه‌هایی هستند که اعتبار آن توسط شرکت‌ها تامین می‌شود و طیف وسیعی از خدمات حمایتی، تشخیصی، ارجاعی، مشاوره‌ای و درمانی را ارائه می‌دهند. این برنامه‌ها در ابتدا برای رسیدگی به موارد سوء مصرف مواد، به ویژه سوء مصرف الکل ایجاد شده بودند، اما از آن زمان بسیاری از آن‌ها حوزه تعهدات خود را گسترش داده‌اند تا جنبه‌های دیگری از سلامت روان را نیز شامل شوند.

با وجود این که اغلب برنامه‌های همیاری کارکنان مقرون به صرفه هستند (به ویژه اگر هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم در نظر گرفته شود)، با این حال حوزه طب کار در بسیاری از کشورها چندان توسعه نیافته است، مزایای برنامه‌های همیاری کارکنان اغلب محدود

است (به ویژه در موسسات خرد) یا برنامه‌های موجود با متخصصین سلامت روان و خدمات درمانی در جامعه محلی مرتبط نیستند. یک بررسی ملی درباره برنامه‌های بهداشتی تحت حمایت کارفرمایان در ایالات متحده نشان داد که در سال ۲۰۰۱، کمتر از ۲۰٪ موسسات دارای برنامه‌های همیاری کارکنان بودند. این برنامه‌ها در موسسات بزرگ با بیش از ۲۰۰۰ کارگر (۸۰٪) متداول بودند، اما در موسسات کوچکتر با ۱۰۰-۵۰ کارگر (۲۰٪) و به ویژه در موسسات با کمتر از ۵۰ کارگر (۱۰٪) نسبتاً نادر بودند. تقریباً حدود دو سوم از برنامه‌ها شامل درمان مختصر برای سلامت رفتاری و مشکلات سوء مصرف مواد، غربالگری داوطلبانه و ارجاع به درمان بودند. در بسیاری از نقاط جهان، طب کار به طور اعم، و برنامه‌های همیاری کارکنان به طور اخص، توسعه کافی نیافته‌اند یا به طور کل در دسترس نیستند.

مسئله دوم این است که حتی هنگامی که برنامه‌های همیاری کارکنان در دسترس است، فرهنگ حاکم بر سازمان‌ها اغلب به گونه‌ای هستند که کارگران از ترس افشای اسرار، انگزنی از سوی همکاران یا انتقام‌جویی از مدیران تمایلی به استفاده از آن‌ها ندارند. تنها تعداد معدودی از موسسات برای کاهش انگ و تشویق کارگران به استفاد از مزایای این برنامه‌ها، به صورت خودجوش و جامعه محور فعالیت میکنند.

بنابراین، برنامه‌های بهداشت حرفه‌ای و همیاری کارکنان برای دستیابی به عملکرد بهینه می‌بایست دسترسی به درمان مناسب (از جمله برنامه‌های همیاری کارکنان و مراجعه به متخصصان و خدمات سلامت روان محلی) را با دانش سلامت روان و راهکارهای انگ‌زدایی که به منظور از بین بردن موانع دسترسی به مراقبت‌های درمانی و همینطور دسترسی موثر به گروه‌های پرخطر و تحت درمان ناکافی ایجاد شده را تلفیق کنند. در حال حاضر برخی از شرکت‌ها برنامه‌های همیاری کارکنان اتحادی‌های را ارائه می‌دهند که می‌تواند برای کارگران در دسترس‌تر باشند. و برخی دیگر نیز برنامه‌هایی را ارائه می‌دهند که به طور مشترک توسط شرکت و اتحادیه مدیریت می‌شوند

نمونه‌ای از برنامه‌هایی که با هدف کاهش انگ مرتبط با سلامت روان و خودکشی از طریق فعالیت‌های خودجوش جامعه محور انجام می‌شود، برنامه SOLVE سازمان بین‌المللی کار است که در ابتدای این کتابچه در مورد آن صحبت شد

فدراسیون کار کبک در کانادا برنامه‌های نوآورانه‌ای را با بهره‌گیری از حمایت هم‌تایان اجرا

می‌کند. اعضای اتحادیه آموزش‌های پایه در زمینه مهارت‌های گوش دادن و اطلاعاتی درباره منابع کمکی که توسط اتحادیه ایجاد و نگهداری می‌شوند، دریافت می‌کنند. علاقه‌مندان می‌توانند آموزش‌های عمیق‌تری از جمله در زمینه پیشگیری از خودکشی دریافت کنند. این برنامه مزایایی مانند حمایت آگاهانه هم‌تایان و هدایت دسترسی به کمک‌های حرفه‌ای را فراهم می‌کند. مشاوران هم‌تا به راحتی در دسترس هستند و به همین جهت می‌توانند نقش عمده‌ای در پیشگیری از خودکشی ایفا کنند.

یک مدیر چگونه می‌تواند به کارگر دارای گرایش به خودکشی کمک کند

هیچ قانون مشخصی برای تشخیص گرایش به خودکشی در کارگران وجود ندارد. افرادی که دارای گرایش به خودکشی هستند، معمولاً احساس افسردگی و سرخوردگی می‌کنند و ممکن است اظهار کنند که نمی‌دانند چه کار باید انجام دهند. اگرچه تمایل افراد به بازگرددن مشکلاتشان برای دیگران به ویژه همکاران و مدیرانشان، متفاوت است. با این وجود اکثر افرادی که سرانجام خودکشی می‌کنند در هفته‌ها یا ماه‌های پیش از مرگ، علائم هشداردهنده بارزی مبنی از قصد خودکشی نشان داده‌اند. این علائم تلاش‌های بی‌ضرری برای جلب توجه نیستند بلکه فریادهای کمک خواهی هستند که باید جدی گرفته شوند. علائم هشداردهنده عبارتند از:

- کناره‌جویی از دیگران و ناتوانی در برقراری ارتباط با دوستان و همکاران
- صحبت درباره احساس انزوا و تنهایی
- ابراز احساس ناکامی، بی‌مصرفی، ناامیدی یا از دست دادن عزت نفس
- افزایش بی‌قراری، تحریک‌پذیری یا نارضایتی.
- پرخاشگری یا عصبانیت
- خواب منقطع
- شرح دائم مشکلات به گونه‌ای که گویا هیچ راه حلی برای آن‌ها وجود ندارد
- ابراز فقدان حمایت یا اعتقاد به سیستم
- صحبت کردن در مورد رتق و فتق امور
- وجود برخی علائم دیگر دال بر وجود نقشه قبلی یا در صورت مورد پرسش قرار گرفتن، بیان ایده‌های مشخص در مورد نحوه خودکشی

علاوه بر این، افراد دارای گرایش به خودکشی در صورت وجود علائم هشداردهنده زیر در معرض خطر بیشتر خودکشی هستند:

- فروپاشی اخیر یک رابطه نزدیک
- بازنشستگی پیش از موعد، تنزل رتبه یا سایر تغییرات شغلی
- رویداد عمده ناراحت‌کننده و خجالت‌آور مرتبط با کار (مانند توبیخ رسمی، اقدام انضباطی یا فاش شدن رویدادی مانند سوءاستفاده مالی یا رفتارهای جنسی نامناسب)
- تغییر در وضعیت سلامتی
- افزایش سوء مصرف الکل یا مواد دیگر
- تاریخچه رفتار خودکشی یا سابقه اقدام به خودکشی در خانواده
- افسردگی کنونی، فرسودگی شغلی یا خستگی توجیه ناپذیر

یک مدیر در هنگام مواجهه با کارگر دارای گرایش به خودکشی، به طرق زیر می‌تواند به او کمک کند.

- بیان پذیرش و نگرانی
- تشویق فرد به گفتگو (بیشتر افراد دارای گرایش به خودکشی درباره مرگ تردید دارند. سوال پرسیدن در مورد قصد خودکشی، افراد را به سمت خودکشی سوق نمی‌دهد بلکه در حقیقت باعث احساس تسکین شده و می‌تواند آغازگر حل مشکل باشد.)
- سؤال پرسیدن در مورد این که آیا کسی وجود دارد که بخواهند با او تماس بگیرند، یا تماس گرفته باشند.
- به آرامی به آن‌ها بگویید اصل راز داری برای اطلاع‌رسانی به افراد ذیربط در سازمان، مانند نمایندگان واحدهای بهداشت حرفه‌ای یا کارگزینی (بسته به خط مشی شرکت) شکسته خواهد شد. یک مدیر هرگز نباید با حفظ این اسرار موافقت کند.
- انجام اقدامات فوری مناسب برای ارجاع فرد به یک متخصص بهداشت حرفه‌ای یا سلامت روان (در موسسات کوچک این فرد می‌تواند متخصص برنامه بهداشت روان یا پزشک در جامعه محلی باشد. توافق‌های از پیش معین‌شده با این مراکز

این روند را تسهیل خواهد کرد. در صورت دریافت مراقبت‌های به موقع و مناسب ، خودکشی قابل پیشگیری است.)

- شناسایی و حمایت از فرد در میان اعضای خانواده ، دوستان یا همکاران نزدیک برای اطمینان از این که در بحران خودکشی تنها نخواهند ماند
- پیروی از خط مشی شرکت با رعایت مستندسازی (ممکن است لازم باشد مستندات مربوطه در پرونده پرسنلی یا پرونده بهداشتی فرد ثبت شود.)
- دارا بودن یک متخصص بهداشت حرفه‌ای، مدیر پرسنل یا سایر نمایندگان که در اسرع وقت از کارگر از کارافتاده دیدن کنند و ضمن ابراز نگرانی، او را به بازگشت هر چه سریع‌تر به محل کار ترغیب کنند. در زمان بازگشت کارگر به شغل سابقش، مساعدت‌های لازم از قبیل برنامه کاری انعطاف‌پذیر بسیار حائز اهمیت است. مگر اینکه برخی شرایط خاص شغلی (مانند آزار و اذیت، درگیری با همکاران ، شرایط نامناسب یا استرس شدید شغلی) از این امر جلوگیری کند.
- تلاش جهت آگاه سازی پزشک یا متخصص سلامت روان کارگر در مورد الزامات شغلی ، تغییرات احتمالی و تسهیلات.
- افزایش آگاهی کارگران از ماهیت و پیامدهای مشکلات سلامت روان
- ایجاد یک محیط حمایتی برای کارگری که پس از اقدام به خودکشی به کار باز خواهد گشت
- رفع یا کاهش استرس شغلی و سایر مخاطرات روانی- اجتماعی مرتبط با کار

یک همکار چگونه می‌تواند به کارگر دارای گرایش به خودکشی کمک کند.

همکارهای فردی که دارای مشکلات سلامت روان است، ممکن است از او فاصله بگیرند و رویکرد "دوری و دوستی" را انتخاب کنند. آن‌ها ممکن است تمایلی به مداخله نداشته باشند، زیرا نگران هستند که مشکلات فرد را بیشتر کنند یا روابط کاری خود را به مخاطره بیندازند. در نتیجه، ممکن است فرصت حساس به اشتراک‌گذاری اطلاعات با افرادی ذریبط در سازمان که می‌توانند اقدام موثری انجام دهند را از دست بدهند (۲۷، ۲۸).

اگر یکی از همکاران اقدام به خودکشی کرده است، همکاران وی ممکن است احساس

پیشانی کنند زیرا نمی‌دانند چه باید بگویند یا چگونه رفتار کنند. اگر چه با صحبت نکردن یا انکار این رویداد، می‌توانند باعث ایجاد احساس انزوا و فاصله اجتماعی در آن‌ها شوند. هنگامی که افراد خودکشی می‌کنند و یا در حال بهبودی از یک بیماری روانی هستند، حمایت هم‌تایان بسیار حائز اهمیت است. آنچه آن‌ها نمی‌خواهند:

- احساس طرد شدن توسط دوستان و همکاران؛
- کسی موضوع صحبت را عوض کند
- نصیحت شدن، یا عنوان کردن این موضوع که رفتار یا احساسات آن‌ها احمقانه یا اشتباه است.
- مورد تحقیر، انتقاد، تحلیل و دسته بندی واقع شدن
- صحبت کردن با آن‌ها و تلاش برای سر حال آوردنشان یا تشویق آن‌ها جهت خروج از وضعیت کنونی؛

اطمینان بخشی، حمایت و احترام از طرف دوستان و همکاران به بازیابی عزت نفس فرد و احساس یکپارچگی مجدد با محیط کار کمک می‌کند.

کارفرمایان برای ارتقاء سلامت روان نیروی کار چه کاری می‌توانند انجام دهند

کارفرمایان زمانی می‌توانند نیروی کار دارای سلامت روان داشته باشند که:

- یک محیط کاری حمایتگر، هماهنگ و قدردان دستاوردها و مشارکت‌های افراد به وجود آورند.
- مشکلات و تعارضات کاری از طریق بحث آزاد، ارتباط مؤثر و مدیریت تعارضات حل و فصل شوند.
- سیاست‌های سلامت روان اثربخش، از جمله یک سیاست جامع در مورد چگونگی مواجهه با خودکشی کارگران در زمینه پیشگیری، مداخله قبل و مداخله بعد از اقدام به خودکشی؛ تدوین و اجرا شود.
- از روش‌های منصفانه و مؤثر برای رسیدگی به شکایات، بررسی عملکرد و جنبه‌های تغییر سازمانی استفاده شود.
- روش‌هایی برای شناسایی زود هنگام و کاهش استرس شغلی و سایر خطرات

روانی- اجتماعی در نظر گرفته شود.

- امکان مشاوره برای کسانی که رویدادی مانند تنزل رتبه، اخراج و قطع همکاری و یا ترومای مرتبط با کار را تجربه کرده‌اند فراهم شود.
- دوره‌های آموزشی برای شناسایی و مدیریت مشکلات روانی اجتماعی کارگران برای مدیران برگزار شود.
- اقدامات لازم برای کاهش انگ ناشی از مشکلات سلامت روان و ارتقا رفتارهای کمک طلبی کارگران انجام شود.
- خط مشی، رویه‌ها و اقدامات سلامت روان به منظور اطمینان از تحت پوشش قرارگرفتن کلیه نیازهای کارگران و سازمان به طور منظم ارزیابی شود.

کارفرمایان در هنگام مواجهه با خودکشی یک کارگر چه کاری می‌توانند انجام دهند

با وجود این که خودکشی در محل کار چندان شایع نیست اما تأثیر روانی اجتماعی بسیاری بر همکاران بر جای خواهد گذاشت. وقوع خودکشی در خارج از محل کار می‌تواند شش نفر از اعضای خانواده و دوستان نزدیک را تحت تأثیر جدی قرار دهد، اما وقوع خودکشی در محل کار ممکن است صدها نفر را تحت تأثیر قرار دهد و اثر آن می‌تواند سال‌ها در سازمان باقی بماند. علاوه بر این خودکشی‌های محل کار آمار خودکشی‌های خوشه‌ای را نیز افزایش می‌دهند.

در جستجوی علت خودکشی، همکاران ممکن است احساس کنند که به نوعی در خودکشی فرد نقش داشته‌اند یا خودشان را سرزنش کنند که مانع این امر نشده‌اند. مدیران ممکن است احساس کنند که باید با زیردستان خود ارتباط بهتری می‌داشتند، و نسبت به سبک مدیریتی خود بدگمان شوند (به ویژه اگر اخیراً درگیر مشکلاتی در روابط یا مسائل انضباطی شده باشند) و یا دچار احساس عذاب وجدان شدید برای ایجاد عوامل استرس‌زا شوند. مدیران ممکن است از طرف دیگران نیز به دلیل اینکه به فرد بیش از حد فشار آورده‌اند سرزنش شوند و وجهه آن‌ها خدشه‌دار شود. همکاران و دوستان نزدیک ممکن است احساس عصبانیت شدید و طرد شدگی کنند.

اقدام به موقع هنگام وقوع خودکشی در محل کار می‌تواند عوارض جانبی بعدی را در بین

همکاران و دوستان کاهش دهد. به دنبال خودکشی (یا اقدام به خودکشی) در محل کار، کارفرمایان می‌توانند:

- از دست نخوردن و عدم تغییر صحنه خودکشی اطمینان حاصل کرده و فوراً مقامات محلی مانند پرسنل اورژانس، پلیس یا پزشکی قانونی را از حادثه مطلع کنند.
- با کارگران شفاف و صادقانه در باره نحوه مرگ صحبت کنند. اگرچه ذکر جزئیات و روش خودکشی توصیه نمی‌شود.
- آموزش‌های کافی در مورد خودکشی و عوامل خطر آن به کارگران داده شود.
- برای فرد متوفی مراسم یادبود شایسته‌ای ترتیب دهند.
- اطمینان حاصل کنند که همکاران فرد به خوبی سوگ خود را مدیریت می‌کنند؛
- افراد آسیب‌پذیر یا در معرض خطر را که ممکن است به حمایت‌های تخصصی از طریق برنامه‌های همیاری کارکنان و یا خدمات سلامت روان جامعه احتیاج داشته باشند، شناسایی و به مراکز مربوطه ارجاع دهند (از این طریق امکان خودکشی‌های تقلیدی کاهش می‌یابد).
- یک بررسی سازمانی و شناسایی عوامل موثر بالقوه که می‌توانند از طریق تغییر سازمانی بهبود یابند انجام دهند.
- از این اطلاعات برای بهبود بهداشت حرفه‌ای و استراتژی‌های پیشگیری استفاده کنند.

خلاصه و نتیجه‌گیری

خودکشی کارگران نتیجه تعامل پیچیده آسیب‌پذیری‌های فردی (مانند مشکلات سلامت روان) و شرایط کاری پراسترس است. بهترین راه کار پیشگیری از خودکشی در محل کار تلفیقی است از (الف) تغییر سازمانی با هدف جلوگیری و کاهش استرس شغلی (ب) عادی‌سازی و انگ‌زدایی از مشکلات سلامت روان و جستجوی کمک (از جمله افزایش آگاهی) (ج) شناخت و تشخیص زودهنگام مشکلات سلامت روان و مشکلات عاطفی و (د) مداخله و درمان مناسب از طریق برنامه‌های سلامت و همیاری کارکنان مرتبط با

منابع خارجی سلامت روان است. هدف عمده می‌بایست ایجاد یک محیط کاری پر احترام برای افراد باشد که در آن تمامیت کارگر حفظ شده و استرس محیط کار از بین رفته یا به حداقل برسد و در عین حال روابط اجتماعی، هویت سازمانی مثبت، احساس یکپارچگی و توانمندسازی کارگران مورد تقدیر قرار گیرد. همه شرکت‌ها می‌توانند محیط‌های حمایتی، خط مشی و برنامه‌های بهداشتی و ایمنی را که باعث تقویت سلامت روان نیروی کار و پیشگیری از رفتارهای خودکشی می‌شود، توسعه دهند. این موضوع، در شرکت‌های بزرگ می‌تواند به معنای توسعه زیرساخت‌های قوی بهداشت حرفه‌ای از جمله برنامه‌های همیاری کارکنان و ارتباط آن با مراقبت‌های جامع باشد در شرکت‌های کوچک نیز می‌تواند به منزله ارتباط و هماهنگی با متخصصان و مراکز سلامت روان محلی باشد.. شرکت‌ها در هر ابعادی که باشند، از فعالیت‌هایی که با هدف ارتقاء سلامت روان نیروی کار انجام می‌شوند، بهره خواهند برد..

1. World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva, 1999.
2. Liimatainen MR, Gabriel P. (2000) Mental health in the workplace. Geneva: International Labour Office.
3. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. (2003) Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention program in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal*, 327: 1376-1370.
4. American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. The WHO World Health Organization Mental Health Consortium. (2005) Prevalence, severity, and unmet need for treatment for mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291: 2581-2590.
6. Murray CJL, Lopez AD. (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349: 1498-1504.
7. Dewa C, Lesage A, Goering P, Caveen M. (2004) Nature and prevalence of mental illness in the workplace. *Healthcare Papers* 5(2): 12-25.
8. Bromet EJ, Parkinson DK, Curtis EC, Schulberg HC, Bland H, Dunn LO, Phelan J, Dew MA, Schwartz JE. (1990) Epidemiology of depression and alcohol abuse/dependence in a managerial and professional work force. *Journal of Occupational Medicine*, 32(10): 989- 995.
9. Harnois G, Bagriel P. (2000) Mental health and work: Impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization.
10. Cheng Y, Guo Y, Yeh WY. (2001) A national survey of psychosocial job stressors and their implications for health among working people in Taiwan. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 74: 495-504.
11. Lu L, Kao SF, Cooper CL, Spector PE. (2000) Managerial stress, locus of control,

and job strain in Taiwan and UK: A comparative study. *International Journal of Stress Management* 7(3): 209-226.

12. Siu O. (2002) Occupational stressors and well-being among Chinese employees: The role of organizational commitment. *Applied Psychology: An International Review*, 51(4): 527-544.

13. Boxer PA, Burnett C, Swanson N. (1995) Suicide and occupation: a review of the literature. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37(4): 442-452.

14. Von Onciu J. (1996) ABC of work related disorders: Stress at work. *British Medical Journal*, 313: 745-748.

15. Sharif BA. (2000) Understanding and managing job stress: a vital dimension of workplace violence prevention. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3(2): 107-116.

16. Michie S. (2002) Causes and management of stress at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 59: 67-72.

17. Levi L. (2005) Working life and mental health--A challenge to psychiatry? *World Psychiatry* 4(1): 53-57.

18. Zhang M, Rost KM, Fortney JC, Smith GR. (1999) A community study of depression treatment and employment earnings. *Psychiatric Services*, 59(9): 1209-1213.

19. Stuart H. (2003) Stigma and work. *Healthcare Papers* 5(2): 100-111.

20. Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, Ustun TB, Vicente B, Vollebergh WAM, Walters EE, Wittchen HU. (2003) The Prevalence Of Treated And Untreated Mental Disorders In Five Countries. *Health Affairs*, 22(3): 122-133.

21. Di Martino V, Gold D, Schaap A. (ed.) (2002) *Managing health-related problems at work. (SOLVE)* Geneva: International Labor Organization.

22. Centers for Disease Control and Prevention (1999) Suicide prevention among active duty Air Force personnel — United States 1990- 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(46): 1053-1057.

- 23 .Mercer Human Resource Consulting Group. (2004) Few Canadian employers addressing workplace mental health issues. <http://www.mercerhr.com/pressrelease/details.jhtml/dynamic/idContent/1148145> (accessed 2005-02-03).
- 24 .Gray P. (2000) Mental health in the workplace: Tackling the effects of stress. London, UK: The Mental Health Foundation.
25. Teich JL, Buck JA. (2003) Mental health services in employee assistance programmes, 2001. *Psychiatric Services*, 54(5): 611.
26. Spiers C. (1996) Suicide in the workplace. *Occupational Health*, 48(7): 247-249.
27. Wasserman D. (ed.) (2001) *Suicide: An unnecessary death*. London: Dunitz
28. Mohandie K, Hatcher C. (1999) Suicide and violence risk in law enforcement: practical guidelines for risk assessment, prevention, and intervention. *Behavioural Sciences and the Law*, 17: 357-376.