



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران

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

متن آموزشی پیشگیری از خودکشی برای بهورز و رابطین بهداشتی

تألیف:

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

با همکاری:

معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
(اداره سلامت روان)

زمستان 1386

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
1	اهداف
1	مقدمه
3	نکات کلیدی راجع به خودکشی در جهان
3	تعریف خودکشی
4	چرا بهورزان مراقبت‌های اولیه بهداشتی در اولویت هستند؟
4	عوامل مرتبط با خودکشی
4	عوامل جمعیت شناختی و محیطی
4	جنس
5	سن
5	وضعیت تأهل
5	شغل
5	بیکاری
5	مهاجرت
5	عوامل محیطی
7	چگونه با بیمار مستعد خودکشی برخورد کنیم
7	اینگونه ارتباط برقرار کنید
8	اینگونه ارتباط برقرار نکنید
9	خودکشی - باورهای غلط و واقعیت
9	چگونه خطر خودکشی را ارزیابی کنید
10	چگونه سؤال پرسید؟
10	کی سؤال کنید؟
10	چه سؤال‌های پرسید؟
11	چگونه شخص مستعد خودکشی را مدیریت کنید؟

.....11	افراد کم خطر
.....11	افراد با خطر متوسط
.....12	افراد پرخطر
.....12	ارجاع دادن فرد مستعد خودکشی
.....12	کی ارجاع دهید
.....13	چگونه ارجاع دهید
.....13	منابع حمایتی
.....14	چطور به منابع حمایتی دسترسی پیدا کنید؟
.....14	چکارهایی انجام دهید و چه کارهایی انجام ندهید؟

اهداف

انتظار می رود بهورزان پس از مطالعه این متن بتوانند:

- 1- اهمیت مشکل خودکشی و لزوم پیشگیری از آن را بازگو کنند.
- 2- در شناسایی، ارجاع و پیگیری موارد خودکشی نقش خود را با اهمیت ببینند.
- 3- در پیشگیری از خودکشی نقش داشته باشند .
- 4- به جامعه روستایی در مورد پیشگیری از خودکشی آگاهی رسانی کنند .
- 5- بتوانند با افراد کلیدی روستا برای پیشگیری از خودکشی هماهنگی های لازم را انجام دهند.

مقدمه

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

آمار خودکشی در ایران هر چند در مقایسه با کشورهای دیگر پائین تر است اما بررسی انجام گرفته در کشور نشان می دهد که در سال های 65-76 حدود 6 برابر افزایش داشته است این میزان بدون در نظر گرفتن میزان رشد جمعیت طی این سال های اخیر می باشد.

طبق آمارهای منتشر شده تعداد تقریبی افرادی که در ایران خودکشی می کنند سالانه حدود 5000 نفر می باشد، علاوه بر آن تعدادی از افراد در مناطق مختلف کشور خودکشی می کنند ولی در آمار کلی سالانه جای ندارند. از آنجا که هر فردی که خودکشی می کند عضوی از یک خانوار ایرانی 6 نفره نفر باشد حداقل 30000 نفر از مردم کشور ما بنوعی با مشکل خودکشی و پیامدهای روانی و اجتماعی آن درگیرند.

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

86-87 در دست انجام بوده با این هدف که بتوان با برنامه ریزی کشوری در کاهش پیشگیری از خودکشی راهکارهای لازم را ارایه نمود. براساس آمارهای منتشر شده، میزان خودکشی 1/3 درصد در 100 هزار نفر در سال 1363 و 6/4 جمعیت در سال 1384 رسیده است. خودکشی در مردان 7/6 در 100 هزار نفر نهمین علت مرگ و میر و در زنان 1/5 در صد هزار نفر دهمین علت مرگ و میر بوده است.

در سال‌های اخیر با توجه به افزایش اقدام به خودکشی و مشکلات اجتماعی دیگر ناشی از آن، موجب گردید تا ضرورت توجه به برنامه ریزی پیشگیری از خودکشی بیش از پیش احساس شود و نسبت به اجرای طرح ادغام پیشگیری از خودکشی در نظام شبکه بهداشتی اقدام گردد. امید است کاردان و کارشناسان بهداشتی فعال در شبکه بتوانند با مطالعه این متن آموزشی، نقش نظارتی و آموزشی خود را بدرستی انجام داده و با اجرای برنامه، شاهد کاهش بروز و شیوع خودکشی در جامعه باشند.

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

در بعد جهانی پیش بینی‌های تلخی توسط سازمان بهداشت جهانی، دانشگاه هاروارد و بانک جهانی در زمینه بیماریهای غیر واگیر دار شده است. بر طبق این پیش بینی ها در طول 20 سال آینده مرگ ناشی از این بیماری‌ها با افزایشی بیش از سه برابر از 28 میلیون نفر در سال 1990 به 94/7 میلیون نفر در سال

2020 خواهد رسید و بار جهانی بیماری‌ها سمت سویی تازه یافته و از تمرکز بیماری‌ها در گروه بیماری‌های واگیر دار کاسته شده و بیماری‌های غیر واگیردار با مرگ و میر کمتر اما عوارض بیشتر جایگزین آنها می‌شوند.

نکات کلیدی راجع به خودکشی در جهان

- هر 40 ثانیه یک نفر در سراسر دنیا جان خود را در اثر خودکشی از دست می‌دهند.
- هر 3 ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می‌کند.
- خودکشی جزء 3 علت اصلی مرگ افراد 15-35 سال است.
- هر خودکشی حداقل برای 6 نفر دیگر تأثیر بدی دارد.
- تأثیرات روانشناختی، اجتماعی، و اقتصادی خودکشی بر خانواده و جامعه غیرقابل اندازه‌گیری است.

تعریف خودکشی

خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خود فرد است. اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی می‌گوییم.

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

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

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

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

چرا بهورزان مراقبت‌های اولیه بهداشتی در اولویت هستند؟

- بهورزان ارتباط نزدیک با جامعه دارند و مردم منطقه آنها را قبول دارند.
- بهورزان بین جامعه و سیستم بهداشتی ارتباط برقرار میکنند.
- بهورزان با توجه به شناخت بیشتر درباره منطقه تحت پوشش خود قادر هستند تا حمایت خانواده، دوستان و سازمان‌ها را جلب کنند.
- آنها در جایگاهی هستند که می‌توانند مراقبت‌های مداوم را انجام دهند.
- آنها اغلب دروازه‌ای برای ورود به خدمات بهداشتی مددجویان هستند.
- به طور خلاصه بهورزان در دسترس، آگاه و متعهد برای ارائه مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی هستند.

عوامل مرتبط با خودکشی

عوامل جمعیت‌شناختی و محیطی

جنس

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

سن

براساس آمارهای جهانی خودکشی در دوگروه سنی زیر بیشترین میزان را دارد :

- جوانان 15-35 سال؛
- افراد مسن بیش از 75 سال؛

بر اساس آمارهای مربوط به خودکشی در ایران بالاترین میزان خودکشی مربوط به جوانان زیر 30 سال است.

وضعیت تأهل

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

شغل

در مطالعات ایران افراد بیکار، زنان خانه دار و دانش آموز بالاترین میزان خودکشی را دارند.

بیکاری

از دست دادن شغل با افزایش خطر خودکشی مرتبط است.

مهاجرت

کسانی که از مناطق روستایی به شهری یا کشوری دیگر مهاجرت می‌کنند مستعد رفتارهای خودکشی هستند.

ابتلا به بیماریهای صعب‌العلاج

دیابت، تشنج، MS،

مصرف مواد و الکل

حشیش، آمفتامین، اپیوئیت‌ها و سایر

سابقه آسیب به خود

وجود اسکارهای متعدد روی اندامها و اقدام‌های قبلی به خودکشی

عوامل محیطی

عوامل فشارزای زندگی: بیشتر کسانی که خودکشی می‌کنند برخی وقایع فشارزای زندگی را در مدت

3 ماه قبل از فوت تجربه کرده‌اند:

- مشکلات شخصی - مانند مشاجره با همسر، خانواده و دوستان یا افراد مورد علاقه؛
- طرد - مانند جدایی از خانواده و دوستان؛
- فقدان - مانند شکست مالی، داغ‌دیدگی؛

- مشکلات شغلی - مانند از دست دادن شغل، بازنشستگی، مشکلات مالی؛
- تغییرات در اجتماع - مانند تغییرات سریع در اوضاع سیاسی و اقتصادی؛
- سایر فشارهای روانی - مانند احساس شرمندگی و یا نگرانی از مقصر شناخته شدن؛

سهولت دسترسی: در دسترس بودن سریع روش خودکشی عامل مهمی در تعیین اینکه آیا آن فرد خودکشی خواهد کرد یا نه میباشد. کاهش دسترسی به وسایل خودکشی یک استراتژی مؤثر پیشگیری از خودکشی است.

شاهد خودکشی بودن: بخش کوچکی از خودکشی‌ها شامل افرادی می‌شود که در زندگی واقعی از طریق رسانه‌ها با خودکشی مواجه شده‌اند و ممکن است تحت تاثیر رفتار خودکشی مربوطه واقع شوند.

جدول زیر احساسات و افکار بیمار مستعد خودکشی را نشان می‌دهد.

افکار	احساسات
"دلم می‌خواست مرده بودم"	غمگین، افسرده
"من نمی‌توانم هیچ کاری انجام دهم"	تنها
"نمی‌توانم تحمل کنم"	درمانده
"من شکست خورده و سربار دیگران هستم"	نا امید
"بقیه بدون من خوشحال‌ترند"	بی ارزش

چگونه با بیمار مستعد خودکشی برخورد کنیم

وقتی که افراد می‌گویند "من از زندگی خسته‌ام" یا "دیگر چیزی در زندگی وجود ندارد"، اغلب به آنها توجهی نمی‌شود یا برای آنها افراد دیگری با شرایط سخت‌تر مثال زده می‌شوند.

اولین تماس با فرد مستعد خودکشی بسیار مهم است. اغلب تماس‌ها در کلینیک‌های شلوغ، خانه یا محل‌های عمومی رخ می‌دهد که در این محل‌ها داشتن یک گفتگوی خصوصی ممکن است مشکل باشد.

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

2. قدم بعد اختصاص دادن زمان کافی است. بیماران مستعد خودکشی برای کاهش دردهای درونی

خود نیاز به زمان بیشتری دارند و با دادن فرصت بیشتر به آنها باید از نظر ذهنی آماده شوند.

3. مهم‌ترین کار گوش دادن مؤثر به آنها است. گوش دادن مؤثر قدم مهمی در کاهش دادن ناامیدی

آنهاست.

هدف، پرکردن فاصله ایست که در اثر ناامیدی ایجاد شده و امید دادن به شخص است که شرایط او

می‌تواند به نحو بهتری تغییر کند.

اینگونه ارتباط برقرار کنید

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

اینگونه ارتباط برقرار نکنید

- مرتباً صحبت‌های فرد را قطع کنید.
- هیجانی یا شوک زده شوید.
- خودتان را خیلی گرفتار نشان دهید.
- ارباب وار با بیمار برخورد کنید.

- اظهارات مداخله آمیز یا غیر واضح بدهید.

- بیمار را سؤال پیچ کنید.

برای اینکه ارتباط راحت‌تری با فرد داشته باشید، با وی آرام، باز، با مهربانی و پذیرش و بدون قضاوت

برخورد کنید.

با مهربانی به فرد گوش دهید

احترام بگذارید

همدلی داشته باشید

با اعتماد برخورد کنید

خودکشی – باورهای غلط و واقعیت

واقعیت	باور غلط
بیشتر کسانی که خودکشی میکنند هشدارهای قاطعی در مورد تصمیم به خودکشی از خود نشان می‌دهند	کسانی که راجع به خودکشی صحبت میکنند خودکشی نمی‌کنند
بسیاری از آنها دودل هستند	افراد با افکار خودکشی قطعاً " قصد مرگ دارند
این افراد به اندازه کافی نشانه‌هایی از خود بروز می‌دهند	خودکشی بدون هشدار رخ می‌دهد
بسیاری از خودکشی‌ها در زمان بهبودی رخ می‌دهد وقتی که فرد انرژی کافی برای این کار را دارد و می‌خواهد	بهبودی پس از یک بحران به این معناست که خطر خودکشی برطرف شده است
افکار ناامیدانه را به افکار مخرب تبدیل کند	خودکشی قابل پیشگیری نیست
بسیاری از خودکشی‌ها قابل پیشگیری است	وقتی کسی مستعد خودکشی است، او دائم در این فکر است
افکار خودکشی ممکن است برگردند اما آنها دائمی نیستند	و در برخی از افراد هرگز بر نمی‌گردد

چگونه خطر خودکشی را ارزیابی کنید

وقتی به‌هورزان به رفتارهای خودکشی مشکوک می‌شوند موارد زیر باید بررسی شوند

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

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

کنیم.

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

نمی‌شود. در حقیقت این افراد خوشحال می‌شوند راجع به موضوع خودکشی و سؤالاتی که با آن دست

و پنجه نرم می‌کنند به صورت واضح و مستقیم صحبت کنند .

چگونه سؤال پرسید؟

سؤال کردن درباره افکار خودکشی آسان نیست . بهتر است به تدریج بیمار را به سمت موضوع سؤال هدایت کنید.

برخی از سوالات مفید عبارتند از:

- آیا احساس غمگینی می کنید؟
- آیا احساس می کنید کسی به شما توجه نمی کند؟
- آیا احساس می کنید زندگی ارزش زنده بودن ندارد؟
- آیا احساس می کنید می خواهید مرتکب خودکشی شوید؟

کی سؤال کنید؟

- وقتی که در خصوص اقدام به خودکشی احتمال خطر می کنید.
- آرام شدن ناگهانی مریض.
- تا چند روز دیگر قصه خوردن برای همه پایان می یابد.
- تا چند روز دیگر همه راحت می شویم.
- مطلع می شوید که مریض ابزار خودکشی را فراهم کرده یا در خصوص روش آن صحبت کرده است.
- نامه یا یادداشتی برای فردی گذاشته است.
- هر گونه تهدید به خودکشی.
- وقتی شخص با صحبت درباره احساساتش احساس راحتی می کند.
- وقتی شخص درباره احساسات منفی اش مثل تنهایی یا بیچارگی صحبت می کند.

چه سؤالی پرسید؟

1- برای اینکه بفهمید فرد تصمیم قطعی برای خودکشی دارد.

- آیا قصد دارید به زندگیتان خاتمه دهید؟

- آیا در مورد اینکه چگونه اینکار را انجام دهید فکری کرده‌اید؟

2- برای اینکه متوجه شوید که فرد آیا ابزاری برای خودکشی دارد باید این سؤالات را بپرسید

- آیا قرص، اسلحه یا ابزار دیگری در اختیار دارید؟

- آیا این ابزار هر وقت که بخواهید در دسترس شما هست؟

3 برای اینکه متوجه شوید آیا آن شخص زمان مشخصی را برای خودکشی در نظر گرفته است این

سؤالات را بپرسید.

- تصمیم گرفته‌اید کی به زندگیتان خاتمه دهید؟

- تصمیم دارید کی برای آن برنامه‌ریزی کنید؟

تمام این سؤالات باید با احتیاط، توجه و مهربانی پرسیده شوند

چگونه شخص مستعد خودکشی را مدیریت کنید؟

افراد کم خطر

فرد با افکار خودکشی مانند «نمی‌توانم ادامه دهم»، «ایکاش مرده بودم» دارد اما نقشه‌ای برای اینکار

نکشیده است.

کارهایی که باید انجام دهید:

- از لحاظ هیجانی وی را حمایت کنید

- فرد را به کارشناسان بهداشت روان یا پزشک ارجاع دهید.

- در فاصله‌های زمانی منظم پس از ارجاع با فرد ملاقات داشته باشید.

افراد با خطر متوسط

فرد افکار خودکشی و طرح و برنامه‌ریزی برای اینکار دارد ولی تصمیم فوری برای خودکشی ندارد.

کارهایی که باید انجام دهید

- از لحاظ هیجانی وی را حمایت کنید.
- فرد را به روانپزشک، مشاور یا پزشک ارجاع دهید و هرچه سریعتر برای او وقت ملاقات بگیرید.
- با خانواده، دوستان، و همکاران فرد تماس بگیرید و حمایت آنها را جلب کنید.

افراد پرخطر

فرد برای خودکشی نقشه قطعی دارد، ابزار آن را در اختیار دارد و تصمیم دارد فوراً آن را عملی سازد.

کارهایی که باید انجام دهید

- شخص را تنها نگذارید، پیش او بمانید.
- به آرامی و مهربانی با او صحبت کنید، قرص، چاقو، اسلحه و سموم نباتی را از دسترس او دور کنید (دورکردن ابزار خودکشی)
- سریعاً با پزشک یا کارشناس بهداشت روان تماس بگیرید، آمبولانس را خبر کنید و شرایط بستری شدن وی را فراهم کنید.
- به خانواده خبر دهید و حمایت آنها را جلب کنید.

ارجاع دادن فرد مستعد خودکشی

چه موقع پزشک به روانپزشک ارجاع می دهد

وقتی که شخص موارد زیر را داشته باشد

- بیماری روانپزشکی
- تمایل به مرگ
- سابقه قبلی اقدام به خودکشی
- سابقه فامیلی خودکشی، الکلیسم، یا بیماری روانپزشکی
- بیماری جسمی
- نداشتن حمایت اجتماعی

چگونه ارجاع دهید

- بهورزان باید باصرف زمان کافی علت ارجاع شخص را توضیح دهند.
- برای او وقت ملاقات بگیرید.
- برای فرد توضیح دهید که ارجاع کردن او به این معنا نیست که کارکنان بهداشتی می خواهند از دست فرد خلاص شوند یا فراموشش کنند.
- پس از ویزیت پزشک فرد را ملاقات کنید.
- به صورت دوره‌ای با او ملاقات داشته باشید و ارتباط خود را با او حفظ کنید. (بر اساس شرح وظایف بهورز در بسته خدمتی مربوطه انجام می شود).

منابع حمایتی

منابع حمایتی معمول در دسترس عبارتند از

- خانواده

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

چطور به منابع حمایتی دسترسی پیدا کنید؟

- تلاش کنید تا از فرد مستعد خودکشی برای جلب حمایت منابع و تماس با آنها، کسب اجازه کنید.
- حتی اگر فرد اجازه نداد، تلاش کنید شخصی را که به طور ویژه بتواند از فرد مستعد خودکشی حمایت کند در کنار او قرار دهید.
- از قبل با فرد مستعد خودکشی صحبت کنید و توضیح دهید که گاهی وقتها صحبت با غریبه‌ها آسانتر است تا با فرد مورد علاقه، به این ترتیب او احساس نادیده گرفته شدن یا رنجیدگی نمی‌کند.
- با منابع حمایتی ارجاع بدون متهم کردن آنها یا ایجاد احساس گناه در آنها صحبت کنید.
- حمایت آنها را جلب کنید.
- به نیازهای آنها هم توجه کنید.

چکارهایی انجام دهید و چه کارهایی انجام ندهید؟

چه کارهایی انجام دهید

- گوش دهید، همدلی نشان دهید و آرام باشید؛

- حمایت‌کننده و مراقب باشید؛
- موقعیت را جدی بگیرید و میزان خطر را ارزیابی کنید؛
- درباره اقدام‌های قبلی خودکشی سؤال کنید؛
- راه‌های دیگر به غیر از خودکشی را شرح و بسط دهید؛
- درباره نقشه خودکشی سؤال کنید؛
- با فرد قرارداد عدم خودکشی ببندید به این ترتیب برای او فرصت زندگی ایجاد کنید؛
- دیگر حمایت‌ها را شناسایی کنید؛
- ابزار خودکشی را از میان بردارید؛
- اقدامی انجام دهید، به بقیه خبر دهید و کمک بگیرید؛
- اگر خطر بالاست، در کنار او بمانید؛

چه کارهایی انجام ندهید

- وضعیت را نادیده بگیرید؛
- شوک زده یا وحشت زده شوید؛
- بگویید همه چیز درست می‌شود؛
- با فرد در جهت انجام این کار (خودکشی) بحث کنید؛
- مشکل را ناچیز جلوه دهید؛
- قسم بخورید که به کسی چیزی نمی‌گویید؛
- فرد را تنها بگذارید؛

وظایف بهورز، برای جلب همکاری افراد کلیدی جامعه

در هر منطقه برخی افراد کلیدی همچون روحانیون، معلمان و یا افراد معتمد دیگری وجود دارند که می‌توانند در اطلاع‌رسانی و فعالیت‌های پیشگیری از خودکشی نقش مؤثر داشته باشند. بهورز باید این افراد را شناسایی و همکاری آنان را برای آموزش جامعه جلب نمایند. ضمن دعوت این افراد به خانه بهداشت، با کمک کاردان، کارشناس بهداشت و پزشک مرکز بهداشتی درمانی مطالب زیر را با آنها در میان بگذارد:

- 1- بر خطر افزایش خودکشی و ضرورت پیشگیری از آن تأکید نماید.
- 2- علائم و نشانه‌های اقدام به خودکشی را توضیح دهد.
- 3- کاهش دسترسی آسان به سموم و دفع آفات، نفت و نحوه نگهداری آن را بیان نماید.
- 4- علل و عواملی که افراد جامعه را در معرض خطر خودکشی قرار می‌دهد بیان نماید.
- 5- پیامدها و خطرات ناشی از خودکشی را یاد آوری نماید.
- 6- برای حل مشکل بیماران و یا پیدا کردن شغل و افزایش باورهای مذهبی از این افراد کمک بخواهد و نتایج حاصل از این کار را برای آنان توضیح دهد.
- 7- به آنها متذکر شود که مسئولیت پیشگیری از خودکشی بر دوش همه افراد جامعه، به ویژه مسئولین جامعه قرار دارد.
- 8- ضمن تشریح باورهای غلط در مردم، نسبت به زدودن باورهای غلط از آنان کمک بگیرد.

منابع

- 1- WHO (2000), Preventing suicide, A resource for Primary Health Care Workers
- 2- زجاجی، علی و همکاران (1378). پیش‌نویس برنامه ادغام پیشگیری اولیه از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه. اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت.

- 3- حسن زاده، سید مهدی (1386). متن آموزشی تهیه شده در مورد خودکشی: سایت www.tehranpi.ir
- 4- بوالهری، جعفر (1386). بهداشت روان برای کارشناسان بهداشتی. تهران: انتشارات بشری.
- 5- مصباح، نسرین. جزوه آموزشی پیشگیری از خودکشی، چرا مردم خودکشی می‌کنند؟ حوزه معاونت دانشجویی و فرهنگی مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- 6- باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهری، جعفر (1383). متن آموزشی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، برای کارکنان بهداشتی، تهران: انتشارات نشر آرامش.
- 7- دستورالعمل‌های طرح ادغام بهداشت روان در P.H.C (1365). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- 8- حسن زاده، سید مهدی؛ رجالی، علی (1366). بررسی دویست مورد خودکشی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، 22، 47-58.
- 9- حسن زاده، سید مهدی؛ رجالی، علی (1364). نگاهی به خودکشی در اصفهان. مجله دانشکده پزشکی، 15، 29-36.
- 10- نجومی، مرضیه و همکاران (1386). عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی شهر کرج. مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران.
- 11- اسداللهی، قربانعلی و همکاران (1378). بهداشت روان برای رابطین بهداشتی. دانشگاه علوم و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
- 12- بوالهری، جعفر و همکاران (1383). مطالعه مداخلاتی چند مکانی پیشگیری از خودکشی (SUPRE-MISS). انستیتو روانپزشکی تهران.

به نام آن
یگانه هستی پینهایت
که نهایت هستی ما
نیست شدن در
هستی پینهایت اوست





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور
معاونت بهداشت
گروه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد

کلیات خودکشی

ارائه :
دکتر محمد آذینی



- تعریف یکسان از واژه ها و اصطلاحاتی که در حوزه تخصصی خودکشی مورد استفاده قرار می گیرد به ارزیابی، ارجاع و مدیریت مناسب بیماران کمک می کند.
- به عبارت دیگر استفاده از زبان مشترک، به ویژه در مراکز مراقبت های بهداشتی اولیه که اغلب به صورت تیمی کار می کنند در مدیریت به موقع و مناسب خودکشی اهمیت زیادی دارد.



مهمترین اصطلاحات حوزه خودکشی

- **خودکشی:** مرگ ناشی از آسیب رساندن، مسموم کردن و یا خفه کردن خود وقتی که شواهد موجود نشان می دهد این کار توسط خود فرد انجام شده و قصد کشتن خود را داشته است.
- **اقدام به خودکشی:** عملی که توسط فرد به قصد کشتن خود انجام شده است. این عمل می تواند منجر به آسیب غیرکشنده شده یا آسیبی در پی نداشته باشد.
- **تهدید به خودکشی:** هر رفتار کلامی یا غیرکلامی که نشان از قصد فرد برای صدمه زدن به خود داشته و معمولاً حاکی از آن است که یک اقدام به خودکشی یا سایر رفتارهای مربوط به آن، ممکن است در آینده نزدیک اتفاق افتد.
- **افکار خودکشی:** اشتغال ذهنی با خودکشی
- **خود زنی:** همه رفتارهای صدمه زدن عمدی به خود بدون قصد خودکشی



باورهای نادرست و واقعیت‌ها در مورد خودکشی

- **باور غلط:** اگر کسی حرفِ خودکشی را می‌زند بعبید است که واقعاً به خودش صدمه بزند.
- **واقعیت:** بسیاری از افرادی که از خودکشی فوت می‌کنند، قبلاً در مورد خودکشی حرف زده بودند.
- **باور غلط:** خودکشی همیشه یک عمل تکانه‌ای است و بدون هشدار قبلی اتفاق می‌افتد.
- **واقعیت:** بسیاری از افراد به صورت ناگهانی اقدام به خودکشی نمی‌کنند. آنها از مدت‌ها قبل افکار خودکشی داشته‌اند و به صورت کلامی یا رفتاری، افکار یا قصد خودکشی را بیان کرده‌اند.
- **باور غلط:** افرادی که واقعاً در خطر خودکشی قرار دارند، تصمیم قطعی خود را گرفته‌اند و هیچ تردیدی برای انجام آن ندارند.
- **واقعیت:** معمولاً شدت افکار و قصد خودکشی در طی زمان نوسان دارد. بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند ممکن است مدت‌ها با این موضوع کلنجار رفته باشند و برخی نیز ممکن است در مورد افکار خودکشی حداقل با یک نفر حرف زده باشند و یا حتی به پزشک یا روانشناس مراجعه کرده باشند. این امر، حاکی از تردید و احساس دوگانه در مورد خودکشی است.



باورهای نادرست و واقعیت‌ها در مورد خودکشی

- **باور غلط:** کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، افرادی خودخواه و ضعیف هستند. کسی که باهوش و موفق است هرگز به خودکشی فکر نمی‌کند.
- **واقعیت:** بسیاری از کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند مبتلا به یک بیماری روانپزشکی هستند که ممکن است تشخیص داده نشده و یا درمان نشده باشد. علاوه بر این، خودکشی در همه اقشار دیده می‌شود.
- **باور غلط:** ارزیابی خودکشی و سؤال در مورد آن موجب القاء فکر خودکشی می‌شود.
- **واقعیت:** بسیاری از کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند که اگر خطر خودکشی در آنها به موقع تشخیص داده شود می‌توان از آن پیشگیری کرد. اگر فردی قصد کشتن خود را داشته باشد، سؤال در مورد افکار خودکشی موجب رفتار خودکشی نمی‌شود؛ برعکس، ارزیابی خطر خودکشی و توجه به درد هیجانی و همدلی با هیجان‌هایی که فرد را به سمت خودکشی سوق می‌دهد، یکی از عوامل مؤثر در کاهش شدت افکار خودکشی است.



باورهای نادرست و واقعیت‌ها در مورد خودکشی

• **باور غلط:** کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند فقط به دنبال جلب توجه هستند.

• **واقعیت:** خودکشی، فریاد زدن ناامیدی و درخواست کمک است و این معادل با جلب توجه نیست.

• **باور غلط:** وقتی کسی یک بار اقدام به خودکشی کرد دوباره این کار را انجام نمی‌دهد.

• **واقعیت:** سابقه اقدام به خودکشی یک عامل پیش‌بینی‌کننده مهم برای اقدام به خودکشی در آینده است و یکی از خطرناک‌ترین زمان‌ها برای خودکشی، هفته بعد از ترخیص از بیمارستان به دنبال اقدام به خودکشی است.

• **باور غلط:** ژست خودکشی را نباید جدی گرفت.

• **واقعیت:** برخی معتقدند کسی که بلافاصله پس از اقدام به خودکشی، تقاضای کمک می‌کند، یا زمانی این کار را انجام می‌دهد که دیگران بتوانند فوراً متوجه شده و او را نجات دهند، و یا از روشهایی استفاده می‌کند که منجر به مرگ نمی‌شود هدف دیگری غیر از کشتن خود دارد. اگر چه ممکن است این موضوع درست باشد، ولی **حداقل به دو دلیل باید ژست خودکشی را جدی گرفت:** اول اینکه ممکن است حساب و کتاب فرد غلط از آب دربیاید و منجر به فوت شود؛ دوم اینکه اگر پاسخ و واکنش مورد نظر را از اطرافیان دریافت نکند دفعه بعد اقدام خطرناکتری را انجام دهد.

علت خودکشی

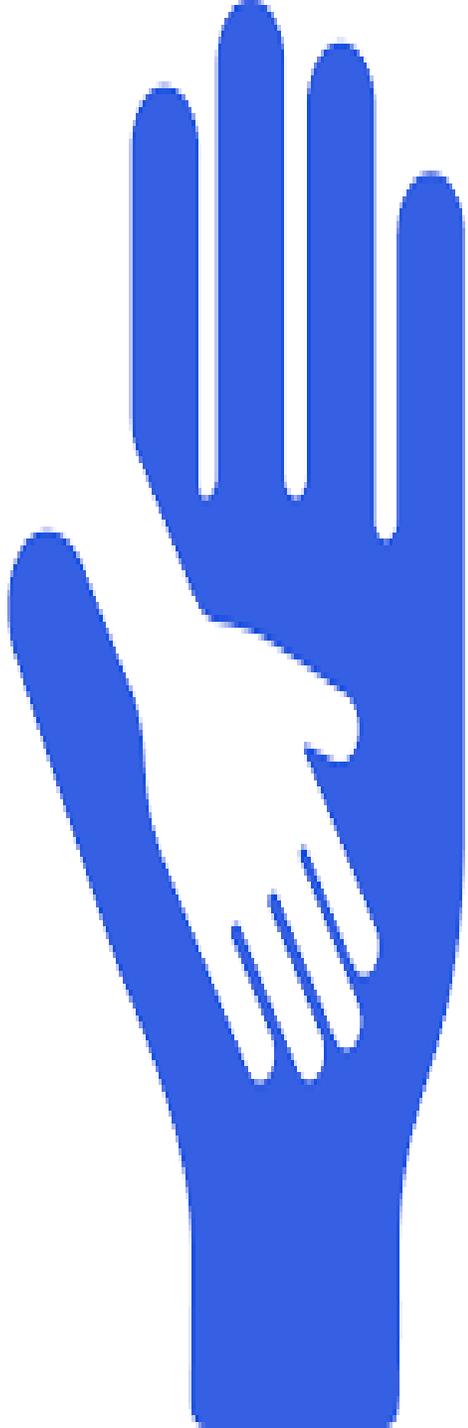


- خودکشی پدیده پیچیده ای است که حاصل تعامل عوامل مختلف **زیستی**، **روانی**، **اجتماعی**، **فرهنگی** و **معنوی** است. خودکشی حاکی از تجربه دردی عمیق، نومیدی و یأس بوده و غلبه درد، ترس و ناامیدی را بر امید نشان می دهد.
- در واقع خودکشی را می توان نوعی **رفتار مقابله ای** فرض کرد که تحت شرایط زیر اتفاق می افتد:
 - ۱- درد جسمی یا روانی که غیرقابل تحمل و تنش آور تجربه می شود.
 - ۲- موقعیت دردناکی که موجب این درد و رنج شده، تمام نشدنی و غیرقابل تغییر، ادراک می شود.
- در چنین شرایطی، خودکشی، نوعی **حل مسأله ناسالم** برای مقابله با موقعیت دردناکی است که فرد خود را قادر به تغییر آن نمی بیند.

علت خودکشی



- خودکشی پدیده پیچیده‌ای است که علت واحدی ندارد و از تعامل عوامل مختلفی حاصل می‌شود.
- این عوامل به دو دسته بزرگ **عوامل خطر** و **محافظت کننده** تقسیم بندی می‌شوند.
- **عوامل خطر**، عواملی هستند که احتمال اقدام به خودکشی را افزایش داده و عوامل **محافظت کننده**، عواملی هستند که این احتمال را کاهش می‌دهند.
- هیچ عامل خطر یا **محافظت کننده** ای **به تنهایی** و به شکل مستقل نمی‌تواند میزان خطر اقدام به خودکشی را تعیین کند.
- همچنین این عوامل که برخی **قابل تغییر** و برخی **غیرقابل تغییر** هستند، **قدرت پیش بینی کنندگی** یکسانی ندارند و برخی اهمیت بیشتری از بقیه دارند.



شناسایی عوامل خطر خودکشی
در **تصمیم‌گیری بالینی** اهمیت حیاتی دارد
زیرا به **شناسایی** افرادی که در خطر بالایی قرار دارند
و **طراحی برنامه‌ای** برای پیشگیری از آن کمک می‌کند.
بنابراین آشنایی با این عوامل برای **کارشناسان سلامت روان**
از اهمیت **زیادی** برخوردار است



عوامل خطر خودکشی

• عوامل خطر، عواملی هستند که خطر اقدام به خودکشی را افزایش می دهند. وجود یک یا چند عامل خطر، احتمال خودکشی را افزایش می دهد ولی لزوماً خودکشی را پیش بینی نمی کند. به عنوان یک اصل کلی، هر چه تعداد عوامل خطر بیشتر باشد احتمال خودکشی نیز افزایش می یابد.

۱- عوامل جمعیت شناختی

سن: معمولاً میزان فوت ناشی از خودکشی با افزایش سن بالا می رود. سه دوره سنی با خطر بالای خودکشی همراه است: ۱- اواخر نوجوانی / اوایل جوانی (۱۵-۲۴ سالگی) ۲- میانسالی ۳- سالمندی (۶۵ به بالا)

جنسیت: میزان فوت ناشی از خودکشی در مردان بیشتر از زنان است. احتمال اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان بوده ولی مرگ و میر ناشی از خودکشی در مردان بین ۲ تا ۳ برابر زنان است. این تفاوت ناشی از آن است که مردان از روش هایی برای خودکشی استفاده می کنند که شانس نجات یافتن در آن بسیار کم است و یا وجود ندارد مثل شلیک با اسلحه یا حلق آویز کردن.

عوامل خطر خودکشی



۲- سابقه اختلالات روانپزشکی

وجود یا سابقه اختلالات روانپزشکی، یک عامل خطر مهم در اقدام به خودکشی است. به طور کلی بیش از ۹۰ درصد تمام خودکشی ها ناشی از ابتلاء به یک اختلال روانپزشکی است.

- اختلالات خلقی به ویژه **افسردگی** از جمله قویترین عوامل خطر خودکشی محسوب می شوند.

- **اختلالات اضطرابی** نیز به خصوص آنهایی که با سوء مصرف مواد و افسردگی همبودی دارند، مانند اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، خطر خودکشی را افزایش می دهد.

- خطر خودکشی در **اسکیزوفرنیا** نیز مخصوصاً در ابتدای بیماری بالاست. تقریباً ۱۰ الی ۱۵ درصد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، خودکشی کامل دارند. عواملی که خطر خودکشی را در این اختلال بالا می برد افزایش بینش نسبت به بیماری و افسردگی شدید است.

- **سوء مصرف مواد** نیز یک عامل خطر برای خودکشی است، به ویژه وقتی چند ماده با هم مصرف می شود. همچنین محرومیت از موادی مانند کوکائین و آمفتامین و مصرف زیاد مسکن ها، خواب آورها و ضد اضطراب ها نیز می تواند منجر به افکار و اقدام به خودکشی شود.

- علاوه براین، برخی اختلالات شخصیت مانند **شخصیت مرزی** نیز با خطر بالای اقدام به خودکشی همراه است.

- علاوه بر اختلالات روانپزشکی، وجود برخی **علائم روانشناختی** مانند تکانشی بودن، ناامیدی، عزت نفس پایین و احساس بی ارزشی، کمال گرایی افراطی، خشم، غمگینی، احساس گناه، اضطراب و بیخوابی نیز ممکن است احتمال خودکشی را افزایش دهند.



عوامل خطر خودکشی

۳- سابقه اقدام به خودکشی

سابقه اقدام به خودکشی، خطر خودکشی را در آینده، به میزان زیادی افزایش می دهد. افرادی که قبلاً اقدام به خودکشی کرده اند، ۵۰ الی ۱۰۰ برابر جمعیت عمومی در خطر خودکشی قرار دارند.

۴- بیماری های جسمی

بیماری های جسمی (مانند دیابت تشخیص داده نشده، کمبود آهن و مشکلات تیروئید و بیماری های جسمی ناتوان کننده) در یک سوم تا نیمی از خودکشی های افراد ۶۰ سال به بالا نقش دارد. همچنین یک گروه پرخطر برای خودکشی، افراد با دردهای مزمن هستند.

۵- عوامل خطر اجتماعی و موقعیتی

این عوامل مربوط به روابط بین فردی و اوضاع و شرایط فرد هستند. مهمترین عوامل اجتماعی و موقعیتی که در افزایش خطر خودکشی نقش دارند شامل حوادث استرس آور زندگی مانند **مشکلات مالی، قانونی، تعارض ها و اختلافات بین فردی** (جدایی و طلاق)، **انزوای اجتماعی** و **شبکه حمایت اجتماعی محدود، تنها زندگی کردن** (به ویژه در مردان) می باشد. علاوه براین افرادی که تجربه ی **خشونت جسمی و جنسی** دارند، هم در طی دوره ای که این خشونت را تجربه می کنند و هم پس از آن، در خطر بالاتر اقدام به خودکشی و رفتارهای صدمه به خود قرار دارند.



اختلالات روانپزشکی و خودکشی

حدود ۹۰ درصد کسانی که زندگی شان با خودکشی پایان می یابد

مبتلا به یک اختلال روانپزشکی هستند

و حدود ۶۰ درصد آنها در زمان انجام این کار، افسرده بوده اند.

علاوه براین، احتمال خودکشی در

اسکیزوفرنیا، اختلالات مصرف مواد، اختلال شخصیت به ویژه اختلال شخصیت مرزی و

اختلالات اضطرابی به خصوص اختلال استرس پس از سانحه بالاست.

بنابراین وجود هر نوع اختلال روانپزشکی،

باید شما را نسبت به احتمال خودکشی حساس کند.



عوامل محافظت کننده در برابر خودکشی

• عوامل محافظت کننده عواملی هستند که خطر خودکشی را کاهش می دهند. البته وجود عوامل محافظت کننده، تضمین نمی کند که فرد دست به خودکشی نمی زند ولی هر چقدر تعداد این عوامل بیشتر باشد، تاب آوری وی در مواجهه با استرس و ناملایمات زندگی بیشتر خواهد بود.

۱- عوامل محافظت کننده فردی: حس توانمندی، مهارت های بین فردی مؤثر، مهارت حل مسأله منطقی، مهارت مقابله سالم و مؤثر با مشکلات زندگی، خوش بینی و امید به آینده و وجود حس هدفمندی و اعتقادات مذهبی

۲- عوامل محافظت کننده خانوادگی: حس مسئولیت نسبت به خانواده، روابط خانوادگی گرم و مثبت، برخورداری از حمایت خانواده

۳- عوامل محافظت کننده اجتماعی: وجود شبکه حمایت اجتماعی قوی (دوستان، همکاران و ...)، مشارکت در فعالیت های اجتماعی، زندگی اجتماعی رضایت بخش، محیط کاری حمایتی و رضایت بخش، دسترسی به خدمات بهداشت روان



مدیریت خودکشی

- به دلیل شیوع بالای خودکشی در بیماران روانپزشکی، همه کارکنان نظام مراقبت بهداشتی اولیه صرف نظر از تخصص شان، باید قادر به **ارزیابی خودکشی** و **طراحی برنامه مدیریت** آن باشند.
- غربالگری، ارزیابی و مدیریت خودکشی باید در همه نقاط ورود به سیستم مراقبت بهداشتی اولیه به صورت روتین انجام شود و لذا کارکنان باید آموزش های کافی در این زمینه را دریافت کنند.
- درمان اختلالات روانی زیربنایی مانند افسردگی نیز نقش مهمی در کاهش خطر خودکشی دارد. اگرچه باید بخاطر داشت که درمان افسردگی شرط لازم ولی نه کافی برای کاهش خطر خودکشی است و مدیریت خودکشی الزاماً معادل با درمان افسردگی نیست.
- مدیریت خودکشی، به قضاوت بالینی شما در مورد میزان خطر خودکشی بستگی دارد ولی به طور کلی دو گروه اصلی **مداخلات دارویی** و **روانشناختی** در این زمینه وجود دارد.



مدیریت خودکشی

- **دارو درمانی:** با توجه به نوع اختلال روانپزشکی، از داروهای مختلفی برای کاهش خطر خودکشی استفاده می شود. این داروها شامل **ضد افسردگی ها و لیتیوم** (برای اختلالات خلقی) و **آنتی سایکوتیک ها** است. گاهی هم از **شوک الکتریکی** برای درمان موارد مقاوم استفاده می شود که شواهد، حاکی از اثر کوتاه مدت آن است.
- **مداخلات روانی اجتماعی:** مقابله با خودکشی مستلزم استفاده از طیفی از مداخلات از آموزش روانی بیمار و خانواده تا مشاوره و دارودرمانی است و این یک کار تیمی را می طلبد. رویکردهای درمانی برای مدیریت خودکشی متنوع بوده و شامل **مدیریت بحران، درمان های شناختی رفتاری، درمان حل مسأله، رفتار درمانی دیالکتیک و مشاوره خانوادگی** است. **عناصر مشترک این رویکردها، آموزش حل مسأله، مقابله با هیجانات شدید، افزایش خود کنترلی و رشد مهارت های مقابله ای است.**



**STOP
SUICIDE**

جمع بندی



جمع بندی

- تعریف خودکشی
- باورهای غلط و واقعیت ها در باره خودکشی
- عوامل خطر خودکشی
- عوامل محافظت کننده در برابر خودکشی
- مدیریت خودکشی (دارو درمانی - روان درمانی)



سپاس از نگاهتان



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 منحصرأ 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

پیشگفتار

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.

پروفسور ژوکو لانکوویست^۶، 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

پیشگیری از خودکشی

ویژه کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه

شدت مشکل خودکشی

- 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 ازدست دادن یک رابطه بین فردی مهم اخیر مانند جدایی از همسر و یا خانواده، طلاق یا محرومیت.
- عملکرد ضعیف در کار.

افراد وابسته به الکل 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 سکته 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"	ناامیدی
"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

زمانی که 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 اوی، 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.

