



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهنمای اقدام برای مداخله کنندگان اولیه (آتش نشانان، پلیس و اورژانس) در صحنه خودکشی

تدوین: دکتر فرهاد طارمیان

اردیبهشت ماه ۱۳۹۹

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

مقدمه:

اولین مداخله کنندگان در خودکشی نظیر پلیس و آتش نشانان و همچنین کارکنان اورژانس، غالباً اولین کسانی هستند که زمان اقدام به خودکشی در دسترس فرد خودکشی کننده قرار می‌گیرند. از این رو، این افراد به اصطلاح، مداخله کنندگان اولیه^۱ می‌شوند. این کتابچه برای مداخله کنندگان اولیه که در صحنه خودکشی حاضر می‌شوند و باید با افرادی که در شرایط اورژانس روانی قرار دارند مواجه شوند، تنظیم شده است. به طور کلی، صحنه خودکشی شامل یکی از این موارد است:

۱. صحنه یا شرایطی که در آن خطر انجام خودکشی وجود دارد

۲. صحنه یا شرایطی که خودکشی انجام شده که یا موفق بوده است یا ناموفق

باید بدانیم، مداخله کنندگان اولیه در موقعیت‌های بحرانی‌ای کار می‌کنند که مداخلات بسیار دقیقی را می‌طلبد. مداخلات آن‌ها می‌تواند شامل برقراری ارتباط با خانواده و دوستان، شخص در معرض خطر خودکشی، پزشکان وی و حتی همکاران او باشد. با توجه به اینکه افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند غالباً به بیماری روانی یا سوء مصرف مشروبات الکلی یا مواد مبتلا هستند، مداخله کنندگان اولیه باید مهارت و دانش کافی در رابطه با این دسته از افراد را داشته باشند اما متأسفانه به نظر می‌رسد، نیروهای امدادی درباره نشانه‌های بیماری‌های روانی آموزش خاصی ندیده‌اند و نمی‌دانند مناسب‌ترین اقدام هنگام مواجهه با فردی که قصد خودکشی دارد چیست.

با توجه به نقش خطیر اقدام دهندگان اولیه در صحنه‌های خودکشی، آن‌ها می‌توانند سهم بسزایی در پیشگیری از خودکشی‌های در حال وقوع (تهدید به خودکشی) داشته باشند. در واقع مداخله کنندگان اولیه در موقعیت خاصی قرار دارند که باید بحران خودکشی را در لحظه تهدید آن مدیریت کنند تا در حد امکان پیامدهای وخیمی نداشته باشد. همچنین آن‌ها باید ترتیبی اتخاذ کنند تا شخص مبتلا به اختلالات روانی و در معرض خودکشی، پس از نجات یافتن به مراکز درمانی منتقل شده و از درمان‌ها و مداخلات لازم بهره‌مند گردد. در نگاهی کلان‌تر، هر سازمان یا دستگاهی که وظیفه رسیدگی به موارد خودکشی را دارد باید ترتیبی اتخاذ نماید تا کارکنانش به خوبی درباره موارد زیر آگاهی داشته باشند:

۱. علایم اختلالات روانی مختلف از قبیل افسردگی اساسی، اختلال دو قطبی، هذیان و توهم، اختلالات مرتبط با کنترل تکانه (تمایل به انجام اعمال ناگهانی)

۲. اصول برقراری ارتباط مناسب با فرد در معرض خطر بر اساس بحران روانشناختی‌ای که تجربه می‌کند و توانایی همدلی کردن با او

۳. آگاهی درباره مراکز درمانی و بستری

^۱ first responders

چرا نقش مداخله کنندگان اولیه بسیار مورد اهمیت است ؟

موقعیت‌هایی که مداخله کنندگان اولیه با آنها مواجه هستند معمولاً به شدت اضطراری است. مخصوصاً آن‌هایی که مربوط به اورژانس سلامت روانی هستند. مداخله کنندگان اولیه ممکن است در شرایطی قرار بگیرند که نیاز به ارجاع فرد به مراکز سلامت روانی مطرح باشد و یا به شناسایی و دور کردن ابزارهای خطرناک که ممکن است فرد به خود آسیب برساند، پردازند.

موقعیت‌هایی که مداخله کنندگان اولیه ممکن است در ارتباط با آن‌ها قرار بگیرند، بسیار گسترده است. بسیاری ممکن است تصور کنند اقدام کنندگان اولیه با موضوعاتی رایج مثل آتش سوزی، دزدی و تصادفات ماشین سروکار دارند که البته فرض درستی است، در عین حال باید در نظر داشت که اقدام کنندگان اولیه مرجعی برای استمداد از طرف افرادی هستند که از مشکلات عاطفی، روانی و سوء مصرف مواد رنج می‌برند. البته مداخله کنندگان اولیه به صورت ویژه در حوزه اختلالات روانی آموزش نمی‌بینند و بسیاری از آن‌ها از نشانه‌های رایج خطر خودکشی آگاه نیستند و نمی‌دانند مناسب ترین عکس العمل در مواجهه با فردی که رفتارهای خودکشی‌گرایانه نشان می‌دهد، چیست و بیشتر مبتنی بر تجربه‌های دست اول و فردی خود قرار دارد که البته بسیار ارزشمند است. بنابراین، دانش مداخله کنندگان اولیه و نحوه‌ی مدیریت شرایط بحرانی توسط آن‌ها به عنوان اولین خط ارتباطی با افرادی که نیازمند دریافت کمک هستند، تاثیر بسیار زیادی در چگونگی مدیریت و اتمام این نوع بحران‌ها دارند. در موقعیت‌هایی مثل خودکشی، اگر شرایط به درستی مدیریت نشود، نتیجه نهایی بسیار ناگوار است. بنابراین اقدام کنندگان در صورت بهره‌مندی از دانش و آموزش کافی می‌توانند باعث نجات جان افراد در صحنه‌های خودکشی شوند (۷).

حقایقی درباره خودکشی

خودکشی یکی از مهم‌ترین مسائل مربوط به سلامت روان در سطح جوامع است و از اصلی‌ترین دلایل مرگ‌های قابل پیشگیری در کل دنیاست. هر فردی که مبادرت به خودکشی می‌کند، ۲۰ برابر بیشتر احتمال دارد که در آینده نیز دست به هم‌چنین کاری بزند. آسیب عاطفی که این عمل بر خانواده و دوستان شخص وارد می‌کند به موفق یا ناموفق بودن خودکشی بستگی دارد و ممکن است حتی تا سال‌ها طول ادامه یابد.

سازمان بهداشت جهانی تخمین زده که در جهان تقریباً یک میلیون نفر از انسان‌ها هر ساله خودکشی می‌کنند. به عبارت دیگر در هر دقیقه یک مرگ و در هر روز، سه هزار مرگ بر اثر خودکشی رخ می‌دهد. هم‌چنین در هر سه ثانیه یک اقدام به خودکشی در دنیا اتفاق می‌افتد. به طور متوسط نسبت افرادی که در اثر خودکشی می‌میرند بیشتر از افرادی است که در اثر تصادفات و نزاع‌ها می‌میرند و خودکشی یکی از سه دلیل اصلی مرگ میان نوجوانان و جوانان بین سنین ۱۵ تا ۲۴ سال است. در سطح جهانی، میزان خودکشی در نیم قرن اخیر ۶۰ درصد افزایش یافته است و به ازای هر خودکشی موفق، ۱۰ تا ۲۰ اقدام به خودکشی وجود دارد (۷).

تعریف خودکشی:

خودکشی یک رفتار غیر انطباقی است نه بیماری: با توجه به وجود مشکلاتی در زمینه‌ی رابطه‌ی درمانی با بیمارانی که دست به خودکشی زده‌اند، نتیجه بدست آمده نشان دهنده این موضوع است که اتخاذ مدل پزشکی نسبت به بیماری کمک کمی به ما می‌کند. اینکه ما خودکشی را یک رفتار بدانیم تا بیماری به ما دیدگاه جدیدی می‌دهد.

خودکشی به معنای قتل نفس است و فرایند پیچیده‌ای است که از تعامل پویا بین عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی حاصل ناشی می‌شود. در صورتی که خودکشی موفقیت آمیز باشد و منجر به فوت فرد شود، عمل مهلکی است که نشان دهنده میل شدید فرد به مردن است. تمایل به خودکشی (خودکشی گرابی)، علامتی از یک فشار روانی زیربنایی و نتیجه ترکیب عواملی مثل بیماری روانی است که به همراه خود رنج و درد عاطفی شدیدی را به همراه دارد. بر همین اساس، مداخله‌های روانشناختی بر کاهش رنج تجربه شده تمرکز دارند و همزمان بر اساس توانایی‌های شناختی، هیجانی و رفتاری مراجع در مقابله با دشواری‌ها بنا می‌شوند.

در فاصله بین فکر کردن به خودکشی و اقدام به خودکشی مراحل وجود دارد که می‌توان آن را به صورت یک طیف در آورد. برخی افراد، مدت‌ها پیش از اقدام به خودکشی در مورد آن فکر می‌کنند و برنامه می‌ریزند. برخی دیگر به صورت تکانشی و بدون قصد قبلی به زندگی خود خاتمه می‌دهند. خودکشی تقریباً همواره نتیجه یک بیماری روانی و معمولاً افسردگی است و در نتیجه روان درمانی و درمان دارویی برای آن موثر است.

واژه‌های مرتبط:

در رابطه با واژه‌های تخصصی مرتبط با خودکشی لازم است موارد زیر را به خاطر داشته باشیم و تفاوت‌هایشان را بدانیم:

۱. **ریسک:** احتمال وقوع یک اتفاق زیانبار
۲. **عوامل خطر:** ویژگی‌ها یا شرایط محیطی خاصی که به تنهایی یا در ترکیب با سایر عوامل احتمال بروز یک آسیب یا بیماری را افزایش می‌دهند.
۳. **ارزیابی خطر:** برآورد احتمال رخداد یک اتفاق بد در یک دوره و شرایط زمانی خاص
۴. **اقدام به خودکشی (خودکشی ناموفق):** رفتار بالقوه جرح خود همراه با شواهد ضمنی یا آشکار مبنی بر قصد فرد برای مردن که پیش از بروز آسیب جسمانی متوقف شده است.
۵. **خود زنی:** انجام عمدانه‌ی a عمل دردناک، مخرب و جراحت آمیز نسبت به خود بدون قصد مردن
۶. **درجه مرگبار بودن رفتار خودکشی:** میزان خطرناک بودن روش به کار رفته برای خودکشی. توجه کنید که میزان کشندگی از انتظار فرد در مورد اینکه چه چیزی از لحاظ طبی خطرناک است و گاهی با آن هم پوشانی ندارد.

۷. **افکار خودکشی:** فکر کردن فرد به اینکه موجب مرگ خودش شود. میزان وخامت به مشخص بودن نقشه خودکشی و میزان جدیت قصد خودکشی بستگی دارد.
۸. **قصد خودکشی:** میل به خود تخریبی که به مرگ منجر می شود.
۹. **اقدام به خودکشی:** رفتار آسیب به خود که به مرگ منجر نمی شود اما از شواهد پیداست که فرد قصد داشته بمیرد.
۱۰. **خودکشی موفق (کامل):** مرگ توسط خود فرد همراه با شواهدی دال بر قصد فرد برای مردن.
۱۱. **افکار خودکشی:** ذهنیات و افکاری که در ارتباط با کشتن خود در فرد وجود دارد.
۱۲. **تهدید به خودکشی:** فرد با زبان خود به قصدش برای رفتار خود آسیب رسان اقرار می کند.
۱۳. **وانمود کردن یا ژست خودکشی:** یک نوع از رفتار خود آسیب رسان که به طور کلی تهدیدی برای زندگی فرد ایجاد نمی کند و بیشتر به صورت فریادی برای کمک خواهی در نظر گرفته می شود.
۱۴. **رفتار خودکشی گرا:** تمامی اعمال و رفتارهایی که فرد از روی عمد و به قصد آسیب زدن به خود و به خطر انداختن سلامتی اش انجام می دهد، چه به مرگ منجر شود یا نشود.
۱۵. **فرمول بندی خطر خودکشی:** فرایند جمع آوری و سازمان دهی اطلاعات مربوط به خطر و شناسایی عوامل خطر. این فرمول بندی پایه ای برای مداخله‌ی خطر پی ریزی می کند.
۱۶. **مدیریت خطر خودکشی:** با هدف به حداقل رساندن احتمال اقدام به خودکشی در بافت کلی مراقبت از بیمار انجام می شود تا به بهترین پیامد برسد و بهترین مراقبت ها از فرد انجام شود.

افسانه های رایج درباره رفتارهای خودکشی:

در مورد خودکشی کردن افسانه ها و باورهای اشتباهی بین مردم و حتی تحصیل کردگان و متخصصان حرفه ای وجود دارد. این وظیفه شماست که باورها، انگ ها و نگرش های خود را واری کرده و بشناسید. در ادامه با تعدادی از متداولترین این باورهای غلط که به آنها افسانه می گوئیم آشنا می شویم. **لطفا آنها را بدقت بخوانید و همزمان به نگرش ها و باورهای خود فکر کنید.**

افسانه	واقعیت
۱- کسانی که راجع به خودکشی و قصدشان مبنی بر خودکشی صحبت می‌کنند، واقعاً به خود آسیبی نخواهند زد	بسیاری از کسانی که در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند، احساسات، افکار و نقشه های خودکشی خود را، قبل از مرگ، با دیگران در میان گذاشته اند
۲- خودکشی همیشه تکانشی، ناگهانی و بدون هیچ هشدار قبلی روی می‌دهد	بسیاری از افرادی که خودکشی می‌کنند قبلاً افکار خودکشی را تجربه کرده اند و در مورد کشتن خود عمیقانه فکر کرده اند
۳- خودکشی پاسخی قابل انتظار و طبیعی در مقابل استرس و فشار روانی است	خودکشی پیامد غیرطبیعی استرس و فشار روانی است. همه استرس را تجربه می‌کنند، اما همه اقدام به خودکشی نمی‌کنند
۴- خودکشی به علت استرس است	خودکشی، گاهی ممکن است در پی استرسی حاد (مثل قطع روابط عاطفی، دعوا و مناظره ی شدید) به وجود آید اما واقعه ی استرس زا، زمینه ساز رفتار خودکشی است و نه علت آن
۵- افرادی که خودکشی می‌کنند واقعا قصد دارند که بمیرند و درباره آن تردید ندارند	این افراد دچار نوعی دوسوگرایی راجع به مرگ و زندگی بوده و درباره قصد کشتن خود مصمم نبوده اند.
۶- افرادی که خودکشی می‌کنند خودخواه و ضعیف هستند	بسیاری از کسانی که خودکشی می‌کنند مبتلا به نوعی اختلال روانی هستند و این اختلال ممکن است تشخیص داده شود یا نشود
۷- افراد باهوش و موفق باشد هیچ گاه خودکشی نمی‌کند	دقت کنید و به یاد داشته باشید که خودکشی گرایي اغلب پنهان نگه داشته می‌شود. خودکشی مرز فرهنگی، قومی، نژادی یا اجتماعی اقتصادی ندارد.
۸- صحبت درباره خودکشی با کسی که مبتلا به افسردگی است ممکن است منجر به تلقین این فکر به او و خودکشی فرد شود	بسیاری از افراد افسرده که افکار و نقشه های خودکشی دارند زمانی که بدانند کسی درباره این افکار می‌داند و می‌تواند به آنها کمک کند، احساس تسلی می‌کنند. هیچ گاه بحث درباره خودکشی منجر به خودکشی فرد نمی‌شود
۹- برای کسی که اقدام به خودکشی می‌کند یا افکار خودکشی دارد، نمی‌توان هیچ کاری کرد	بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، ممکن است مبتلا به اختلال روانی باشند که قابل درمان است. درمان مناسب اختلال روانی، به میزان قابل توجهی خطر خودکشی را کاهش می‌دهد. برای مثال میل به خودکشی با افسردگی در ارتباط است و معمولاً با درمان افسردگی این میل از بین می‌رود
۱۰- کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند فقط دنبال جلب توجه هستند	در برخی از افراد اقدام به خودکشی رخدادی است که برای اولین بار آنان را با کمک های تخصصی پیوند می‌دهد. باید میان تقاضا و فریاد برای کمک و جلب توجه تمایز قایل شد
۱۱- افرادی که قصد خودکشی دارند، از قبل علایمی نشان نمی‌دهند	تقریباً هر کسی که اقدام به خودکشی می‌کند، از قبل علایمی از قبیل بخشیدن اموال، حلالیت طلبی، صاف کردن بدهی ها، انجام خداحافظی، نامه نوشتن، پست دهند

<p>کردن عکس های مرتبط با مرگ در صفحات مجازی و... انجام می دهند. تحقیقات نشان می دهد ۷۵ تا ۸۰ درصد کسانی که خودکشی می کنند از قبل علایمی را نشان داده اند.</p>	
<p>شاید در گذشته این باور تا حدی درست بوده اما امروزه میزان خودکشی در مردان و زنان در سنین میان سالی و پیری (پنجاه سالگی به بالا) رو به افزایش است.</p>	<p>۱۲- خودکشی در وهله اول مشکلی است که در نوجوانی اتفاق می افتد</p>
<p>خودکشی در نواحی روستایی هم می تواند شیوع بالایی داشته باشد و اگر به نسبت جمعیت مقایسه کنیم حتی می تواند از نواحی شهری هم بیشتر باشد</p>	<p>۱۳- در افرادی که در شهرها زندگی می کنند و زندگی پراسترس تری دارند احتمال خودکشی بیشتر است</p>
<p>با پوشش غیر حرفه ای و تبلیغاتی اخبار مرتبط با خودکشی در رسانه ها، نظیر پوشش خبری خودکشی افراد مشهور و یا خودکشی های دسته جمعی، همواره میزان بروز خودکشی به طور معناداری افزایش یافته است.</p>	<p>۱۴- تبلیغات رسانه ای با خودکشی ارتباطی ندارند</p>
<p>افرادى که عزیزان خود را در اثر خودکشی از دست می دهند در معرض خطر بالایی برای حالتی تحت عنوان سوگ پیچیده هستند و دچار سرزنش شدید خود، عدم پذیرش، فقدان، تحت نگاه های سرزنش آمیز دیگران قرار گرفتن، طولانی شدن دوره سوگ و... قرار می گیرند</p>	<p>۱۵- سوگ ناشی از خودکشی مانند سوگ ناشی از سایر موارد مرگ و میر است</p>
<p>این که افراد بعد از بهبود افسردگی، خودکشی کنند امر غیر رایجی نیست چرا که بهبود علایم نباتی افسردگی نظیر خواب و اشتها، پیش از بهبود خلق و روحیه، اتفاق می افتد. بهبود علایم نباتی در غیاب بهبود خلق، صرفاً انرژی افراد را برای تصمیم و اقدام به خودکشی افزایش می دهد.</p>	<p>۱۶- وقتی که نشانه های افسردگی افراد کاهش یافت، خطر خودکشی دیگر وجود ندارد</p>
<p>حتی در صورت مخالفت چنین فردی، بارها دیده گزارش شده است که آنها بعد از مدتی با این مراکز تماس می گیرند. پس شماره تلفن های ضروری و اقدامات پیشگیرانه فوری را به آنها آموزش دهید.</p>	<p>۱۷- اگر افراد دارای افکار خودکشی تمایلی به حمایت شدن ندارند، به زور شماره مراکز اضطراری را به آنها ندهید</p>

عوامل خطر خودکشی

عوامل خطر عواملی هستند که خطر اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهند. وجود یک یا چند عامل خطر، احتمال خودکشی را افزایش می‌دهد ولی لزوماً منجر به خودکشی نمی‌شود. اگر چه همه عوامل خطر قدرت پیش بینی کنندگی یکسانی ندارند ولی به عنوان یک اصل کلی، هر چه تعداد عوامل خطر بیشتر باشد، احتمال خودکشی نیز افزایش می‌یابد. عوامل خطر انواع مختلفی دارند که در زیر به آنها اشاره شده است :

۱- عوامل جمعیت شناختی

- سن

معمولاً میزان خودکشی با افزایش سن افزایش می‌یابد. بطور کلی سه دوره سنی با خطر بالای خودکشی همراه است : الف) اواخر نوجوانی و اوایل جوانی (۱۵- ۲۴ سالگی) ب) میان سالی ج) سالمندی (۶۵ به بالا) (۱۱).

- جنسیت

خطر خودکشی در مردان بیشتر از زنان است. زنان بیشتر از مردان احتمال دارد اقدام به خودکشی کنند ولی میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی در مردان ۴ برابر بیشتر از زنان است. این تفاوت ناشی از آن است که مردان از روش‌هایی برای خودکشی استفاده می‌کنند که شانس نجات در آن بسیار کم است و یا وجود ندارد مثل شلیک با اسلحه یا حلق آویز کردن. (۱۱).

۲- سابقه اختلالات روان پزشکی

وجود اختلالات روان پزشکی یا سابقه آن، یک عامل خطر مهم در اقدام به خودکشی است. دقت داشته باشید که به طور کلی بیش از ۹۰ درصد همه خودکشی‌ها ناشی از ابتلا به یک اختلال روان پزشکی است. اختلالات خلقی بویژه افسردگی از جمله قوی‌ترین عوامل خطر خودکشی محسوب می‌شود. اختلالات اضطرابی نیز به خصوص آن‌هایی که با سوء مصرف مواد و افسردگی همراه هستند، مانند اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. خطر خودکشی در اسکیزوفرنیا به ویژه در ابتدای بیماری بالاست. تقریباً ۱۰- ۱۵ درصد بیماران اسکیزوفرنیک، خودکشی کامل می‌کنند که شایع‌ترین علل مرگ و میر در اختلالات روان پزشکی است. عواملی که درصد خطر خودکشی را در این بیماری بالا می‌برد، افزایش بینش نسبت به بیماری و افسردگی شدید است.

سوء مصرف مواد نیز یک عامل خطر برای خودکشی است بویژه وقتی چند ماده با هم مصرف می‌شود. همچنین، محرومیت از (نرسیدن) مواد نیز مثل هرویین، شیشه و مصرف زیاد مسکن‌ها، خواب‌آورها و ضد اضطراب‌ها نیز می‌تواند منجر به افزایش افکار و اقدام به خودکشی شود. علاوه بر این، برخی اختلالات شخصیت مانند شخصیت مرزی نیز با خطر بالای اقدام به خودکشی همراه است (۱۲).

۴- علائم روان شناختی

علاوه بر اختلالات روان پزشکی، برخی علائم روان شناختی مانند تکانه‌ای بودن (بدون فکر اقدام کردن)، ناامیدی، عزت نفس پایین و احساس بی ارزشی، کمال‌گرایی افراطی، خشم، غمگینی، احساس گناه، اضطراب و بی‌خوابی نیز ممکن است احتمال خودکشی را افزایش دهند (۱۳-۱۷)

۵- سابقه رفتار خودکشی

میزان خودکشی در افرادی که سابقاً اقدام به خودکشی داشته‌اند به طور معناداری به ویژه در طی یک سال بعد از اقدام به خودکشی بالا می‌رود. تقریباً نصف کسانی که خودکشی موفق داشته‌اند سابقه اقدام قبلی به خودکشی دارند و یک چهارم آنها در همان سالی که اقدام قبلی خودکشی را انجام داده‌اند، دوباره خودکشی کرده‌اند. افرادی که قبلاً اقدام به خودکشی کرده‌اند، ۵۰-۱۰۰ برابر جمعیت عمومی در خطر خودکشی قرار دارند (۱۸).

۶- بیماری‌های جسمی

بیماری‌های جسمی (مانند دیابت تشخیص داده نشده، کمبود آهن، مشکلات تیروئید و بیماری‌های جسمی ناتوان کننده) در یک سوم تا نیمی از خودکشی افراد ۶۰ سال به بالا نقش دارد. همچنین یک گروه پرخطر برای خودکشی افراد با دردهای مزمن هستند (۱۹، ۲۰).

۷- عوامل خطر اجتماعی و موقعیتی

این عوامل مربوط به وضعیت روابط بین فردی و اوضاع و شرایط فرد هستند. مهمترین عوامل اجتماعی و موقعیتی که در افزایش خطر خودکشی نقش دارند شامل حوادث استرس‌آور زندگی مانند مشکلات مالی، مشکلات قانونی، کشمکش‌ها و اختلافات بین فردی (جدایی و طلاق)، انزوای اجتماعی و شبکه حمایتی محدود، تنها زندگی کردن (بویژه در مردان) است. علاوه بر این افرادی که سابقه مورد بدرفتاری قرار گرفتن جسمی و جنسی دارند، هم در طی دوره بدرفتاری و هم پس از آن در خطر بالاتر اقدام به خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان قرار دارند (۲۱).

۸- قصد مردن

قصد واضح برای مرگ حتمی، یکی از قوی‌ترین پیش‌بین‌ها برای خودکشی است. قصد خودکشی ممکن است در طیفی از قصد جدی که شامل برنامه‌ریزی دقیق و انتخاب ابزار مهلک برای خودکشی است تا قصد ضعیف و حتی احساسات دوسوگرانه به مرگ که شامل عدم برنامه‌ریزی دقیق و خودکشی با ابزارهای کمتر خطرناک می‌شود، قرار بگیرد. شخصی در معرض خطر بالای برای خودکشی است که به شکلی واضح قصد خود را بیان کند و نقشه فوری و دسترسی به ابزار مهلک برای انجام این کار را داشته باشد. بسیار مهم است که بدانیم قصد خودکشی ممکن است در یک دوره زمانی کوتاه چند روزه و حتی در طی یک روز نوسان پیدا کند، در نتیجه پایش منظم فرد در معرض خطر، یک راهبرد پیشگیرانه بسیار مهم است (۷، ۲۲).

۹- دسترسی به اسلحه، سم و سایر ابزار های مهلك

خفگی، اسلحه و سم فوراً فرد را از بین می‌برند و در نتیجه در دسترس بودن آنها برای فردی که فکر خودکشی یا سابقه قبلی اقدام به خودکشی دارد بسیار خطرناک است. به علاوه افراد ممکن است به داروهایی نیز دسترسی داشته باشند که مصرف مقادیر زیاد آنها خطر مرگ را به همراه داشته باشد، در نتیجه یک عامل خطر خودکشی برای این دسته از افراد است (۱۲، ۲۳).

عوامل محافظ خودکشی

عوامل محافظ عواملی هستند که خطر خودکشی را کاهش می‌دهند. البته ذکر این نکته لازم است که وجود عوامل محافظ تضمین نمی‌کند که فرد دست به خودکشی نزند ولی هر چه تعداد این عوامل بیشتر باشد تاب‌آوری و مقاومت او در مواجهه با استرس و ناملازمات زندگی بیشتر خواهد بود. در زیر فهرستی از این عوامل آمده است:

- الف- عوامل محافظ فردی:** احساس توان‌مندی، مهارت‌های بین‌فردی موثر، مهارت حل مساله منطقی، مهارت مقابله سالم و موثر با مشکلات زندگی، خوش بینی و امید به آینده، وجود حس هدفمندی و وجود تعلقات و علائق مذهبی
- ب- عوامل محافظ خانوادگی:** احساس مسئولیت نسبت به خانواده، روابط خانوادگی گرم و مثبت، برخورداری از حمایت خانوادگی

ج- عوامل محافظ اجتماعی: وجود شبکه حمایت اجتماعی قوی (دوستان، همکاران و ..)، درگیری و مشارکت در اجتماع، زندگی اجتماعی رضایت بخش، محیط کاری حمایتی و رضایت بخش، دسترسی به خدمات بهداشت روان (۲۴، ۲۵)

مشارکت پلیس، آتش نشانان و دیگر مداخله کنندگان اولیه در پیشگیری از خودکشی

پلیس، آتش نشانی و اورژانس و به طور کلی هر دسته از افرادی که اغلب به عنوان اولین گروه‌ها در صحنه خودکشی حاضر می‌شوند، با فردی سر و کار دارند که در شرایط اورژانس روانی قرار دارد. در نتیجه این گروه‌ها که اصطلاحاً مداخله کنندگان اولیه نامیده می‌شوند از عوامل بسیار مهم در پیشگیری از خودکشی هستند. برای مثال، در چنین مواقعی، پلیس غالباً نقش روانشناس و روانپزشک را ایفا میکند. در نتیجه، مواجهه هر روزه این نیروها با افراد در معرض خودکشی، آنها را در ارتباط بیشتری با این افراد قرار می‌دهد.

هدف نهایی، پیشگیری از خودکشی و کاهش مرگ بر اثر خودکشی است. با این حال کاهش تعداد خودکشی‌ها و شدت مرگباری عمل خودکشی نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. از میان موثرترین راهبردهای پیشگیری از رفتارهای خودکشی، می‌توان، فراهم کردن ساز و کارهای مناسب برای درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی و سو مصرف مواد و الکل را نام برد، در کنار آن وسایل خودکشی را نیز باید از دسترس این افراد خارج کرد. پلیس، آتش نشانی و اورژانس اولین خط کمکی به افراد در معرض خودکشی هستند. بنابراین شما به عنوان مداخله کنندگان اولیه، در پیشگیری از خودکشی به روش‌های زیر می‌توانید نقش داشته باشید (۷):

– آگاهی از خطرات

هنگامی که با فردی که قصد خودکشی دارد روبرو می‌شوید در ذهن داشته باشید که او به اختلال روانی مبتلا است لذا پیش از هر چیز، باید نسبت به خطر وقوع اقدام خودکشی و هم چنین احتمال خطر آسیب رساندن به دیگران (از جمله مداخله کنندگان اولیه) آگاه باشید. مهم است که صحنه اقدام احتمالی را خلوت کنید و اطمینان یابید که فاصله کافی را با او رعایت می‌کنید (۷).

– آگاهی در باره مسایل قانونی

اگرچه مداخله کنندگان اولیه منبع مهم ارجاع اقدام کنندگان به خودکشی به مراکز اورژانس (روانپزشکی) هستند، ولی باید از قبل هماهنگی‌های لازم برای تحویل چنین فردی به اورژانس های روانپزشکی جهت مراقب‌ها و مداخلات فوری، انجام شده باشد. در واقع باید بدانید در مواقع ضروری بهترین مکان برای ارجاع بیماران جهت ارزیابی و درمان فوری کجاست. (۲۶-۲۸).

– بستری غیر داوطلبانه

پلیس در نقش مداخله کنندگان اولیه باید در نظر داشته باشد که با توجه به نقش حیاتی آن‌ها در پیشگیری از خودکشی ممکن است مجبور باشند برای آن دسته از افرادی که تمایلی به ارجاع به مراکز خدمات روانپزشکی مربوط را ندارند، از ساز و کارهای قانونی برای بستری اجباری و تحت ارزیابی و درمان قرار گرفتن افراد در معرض خطر، استفاده کنند (۲۷).

– کنترل دسترسی به وسایل و ابزار خودکشی

کنترل دسترسی به وسایل خودکشی یکی از مهم‌ترین راهبردهای پیشگیری از خودکشی برای اقدام کنندگان اولیه است. برای مثال میزان خودکشی در جوامعی که دسترسی آزاد به اسلحه ندارند کمتر است. به طور کلی دسترسی راحت به ابزار اقدام به خودکشی برای مثال قرص‌های آرام‌بخش، سموم و آفت کش‌ها، با افزایش احتمال خطر خودکشی همراه است. بنابراین محدود کردن دسترسی، یکی از راه‌های پیشگیری از اقدام به خودکشی است. مداخله کنندگان اولیه همچنین باید از طریق آگاه کردن خانواده‌ها از خطرات وجود این اقلام در منزل بویژه برای فردی که در معرض خطر خودکشی قرار دارد، احتمال اقدام به خودکشی را کاهش دهند. خانواده‌ها باید بدانند که داروهایی که ممکن است به سادگی در منزل پیدا شود نظیر ضد افسردگی‌ها، ضد درد‌ها یا آرام‌بخش‌ها نیز می‌توانند برای خودکشی به کار روند (۱۲، ۲۳).

– خودکشی‌های انتقام جویانه و خشونت های خانگی

افرادی که به وسیله سلاح گرم اقدام به خودکشی می‌کنند زیرگروهی از خودکشی کنندگان را تشکیل می‌دهند که همواره توجه ویژه‌ای لازم دارند. آنها غالباً جنسیت مذکر دارند، مدت‌هاست مواد مخدر و مشروبات الکلی مصرف می‌کنند و خودکشی آن‌ها معمولاً بدنبال یک مشاجره و خشونت خانوادگی رخ می‌دهد و به نوعی انتقام‌گیری است. در چنین مواردی

فرد مقابل ممکن است با اسلحه تهدید شود و پدیده موسوم به قتل - خودکشی^۲ رخ دهد. یعنی فرد یک یا چند نفر را بکشد و پس از آن خودکشی کند (البته قتل - خودکشی فقط با اسلحه انجام نمی شود و می تواند با سلاح سرد نیز رخ دهد). عاملان این نوع خشونت ها غالباً سابقه طولانی مشکلات شخصیتی و تضاد با قانون را دارند. اگر آن ها از خودکشی جان سالم به دربرند و بستری شوند، ممکن است ادعا کنند که شلیکشان غیر عمدی بوده است. بنابراین، در چنین مواردی با توجه به سوابق این افراد باید آن ها را زیر نظر داشت و لازم است نسبت به پاکسازی محل زندگی فرد از این نوع سلاح ها اقدام شود (۷).

– خودکشی با اعمال خشونت علیه دیگری

یکی از سخت ترین شرایط بحرانی که پلیس با آن مواجه است، زمانی است که یک فرد با تهدید آسیب به دیگران، درصدد تحریک افسران پلیس به شلیک کردن به سمت خود می باشد، هرچند هدف پلیس محافظت از فردی است که تهدید شده است. این به معنای "خودکشی توسط پلیس"^۳ است و تخمین زده شده که بین ۱۰٪ تا بیش از ۴۰٪ از تیراندازی های مربوط به افسران را شامل می شود (۲۶) (البته به نظر می رسد آمار مشابه در ایران وجود ندارد).

نکاتی که باید قبل از رسیدن به صحنه خودکشی در نظر داشته باشید :

در این قسمت نکاتی ذکر می شوند که امید است پاسخ دهندگان اولیه قبل از رسیدن به صحنه خودکشی به خوبی در نظر داشته باشند:

- با بیمار همدلی کنید
- به او احترام بگذارید
- تمام تهدید به خودکشی های او را جدی بگیرید

۱. همدلی کنید

باید این نکته را در نظر داشته باشند که بیمار متحمل رنج شدیدی است. **تنها** درک این امر که بیمار از نظر هیجانی در رنج است و قصد آسیب زدن به خودش را دارد مهم است. وقتی این مساله را درک کنید می توانید او را درک کرده و به وی نزدیک شوید. سپس می توانید با آن ها به طریقی حمایت گریانه صحبت کنید اما این را نیز در نظر داشته باشید که آنها ممکن است در آن لحظه متوجه تمام حرفهای شما نشوند یا به آن پاسخ ندهند. شما بعد از نجات آنها در مکان و زمان مناسب تری دوباره فرصت صحبت کردن با آنها را دارید.

² Murder suicide

³ suicide by cop

زمانی که برای فرد مرگ دلنشین تر از زندگی به نظر می‌رسد، شما به عنوان مداخله‌کنندگان اولیه در وضعیتی قرار می‌گیرید که کمتر کسی دچار آن می‌شود. در نتیجه نباید بیمار را قضاوت کنید و رفتار و گفتار او را دال بر احمق بودن یا تمارض او در نظر بگیرید. شما باید هر کاری را که می‌توانید در جهت پیشگیری از وقوع خودکشی انجام دهید.

۲. به آن‌ها احترام بگذارید

مساله مهم دیگری که شما به عنوان پاسخ‌دهندگان اولیه قبل از رسیدن به صحنه باید در ذهن داشته باشید این است که به بیمار احترام بگذارید. یکی از تاثیرگذارترین عواملی که خطر وقوع خودکشی را کاهش می‌دهد این است که با بیمار با احترام رفتار شده و از او مراقبت شود. **آنها را سرزنش نکنید، موعظه‌های اخلاقی را برای آن‌ها تکرار نکنید، احساس گناه نیز در آنها ایجاد نکنید و آنها را تحقیر نکنید.**

۳. مساله جدی است

همیشه و همیشه تمام تهدیدهای خودکشی را در صحنه خودکشی جدی بگیرید. هر زمان که شما خطر خودکشی را جدی نگیرید به دردسر می‌افتید. اگرچه شاید از نظر شما فرد فقط تظاهر به خودکشی می‌کند و در قبال آن می‌خواهد به منفعتی دست یابد اما شاید از دیدگاه خود بیمار او واقعاً می‌خواهد خودکشی کند. برای مثال شخصی برای خودکشی ممکن است چهار عدد قرص آسپیرین مصرف کند. مداخله‌کنندگان اولیه، این نوع از اقدام به خودکشی را نباید از نظر پزشکی و میزان کشنده بودن آن ارزیابی کنند. شاید بیماران در لحظه خودکشی فقط به همین قرص‌ها دسترسی داشته یا شاید واقعا گمان می‌کرده که این تعداد قرص برای خودکشی کافی است. به یاد داشته باشید که هرکسی که اقدام به خودکشی می‌کند همیشه در یک بحران روانشناختی بسیار جدی قرار دارد. پس بین روش خودکشی و میزان جدیت فرد برای انجام این کار هیچ رابطه‌ای در صحنه خودکشی قایل نشوید. همین که فرد قصد خودکشی دارد نشان دهنده اهمیت خطیر رسیدگی به این موضوع است.

کمک به کسی که قصد خودکشی دارد (خودکشی قریب الوقوع)

افرادی که خودکشی می‌کنند، اغلب ناامیدی و افسردگی را بیان می‌کنند. آنها خودکشی را تنها راه حل مشکلات و رنج خود می‌دانند. اگرچه پیش‌بینی خودکشی دشوار است ولی بخش اعظمی از کسانی که در نهایت خود را به قتل می‌رسانند، علائم هشدار دهنده‌ای را در هفته‌ها یا ماه‌های قبل از مرگشان نشان می‌دهند. نشانه‌های هشدار شامل سرخ‌های رفتاری و کلامی است:

- عدم ارتباط با دوستان و آشنایان
- احساس تنهایی و جدا افتادگی
- بیان احساس شکست، بیهودگی، عدم امید یا از دست دادن اعتماد به نفس
- نشخوار ذهنی مداوم در مورد مسائلی که به نظر می‌رسد هیچ راه حلی برای آن وجود ندارد
- ابراز عدم دریافت حمایت کافی از دیگران و بی‌اعتقادی به سازمان‌ها
- اشاره به سر و سامان دادن و به انجام رساندن کارهای معوقه
- اشاره‌های غیر مستقیم به وجود نقشه خودکشی

اگر در فضایی آرام از آن‌ها سوال شود، ممکن است روش‌های قطعی یا طرح‌هایی در مورد نحوه خودکشی داشته باشند. در چنین مواردی، پیدا کردن ماهیت افکار خودکشی و نقشه خودکشی، از مهم‌ترین موارد ارزیابی سطح خطر است. پاسخ به سؤالاتی در مورد نحوه، زمان، مکان، و علت آن می‌تواند نشان از چگونگی شکل‌گیری نقشه خودکشی داشته باشد و این‌که آیا فرد احساس دوگانگی نسبت به مرگ دارد یا خیر (۷، ۲۶-۳۰).

علاوه بر موارد بالا، باید بدانیم افرادی که خودکشی‌گرا (به خودکشی فکر می‌کنند) هستند و علائم هشدار دهنده دارند، در معرض خطر زیاد خودکشی قرار دارند. این علائم شامل موارد زیر است:

- از دست دادن اخیر یک رابطه نزدیک
- تغییر (یا تغییر پیش‌بینی شده) در شرایط کاری: از جمله اخراج، بازنشستگی زودتر از موعد، تنزل رتبه یا تغییر محل کار
- تغییر در وضعیت سلامت و رفتارهای وابسته؛ افزایش مصرف مشروبات الکلی یا مواد مخدر
- سابقه رفتار خودکشی یا سابقه اقدام به خودکشی در افراد خانواده
- افسردگی فعلی (۷)

موارد زیر اصول مهم در امداد رسانی افسران پلیس، آتش‌نشانان و گروه اورژانس در صحنه خودکشی است:

- هرگز تصور نکنید که اظهاراتی درباره قصد خودکشی، بی‌خطر بوده و برای جلب توجه دیگران و یا تلاشی برای سوء استفاده از دیگران است.
- بکوشید صحنه و محل را از ابزارهای آسیب‌رسان پاکسازی کنید و خود و دیگران را که ممکن است در خطر باشند در موقعیت امن قرار دهید.
- فاصله کافی را با فردی که قصد خودکشی دارد رعایت کنید و خیلی زودتر از زمان لازم به او نزدیک نشوید. حرکات ناگهانی، تلاش برای لمس کردن شخص، یا ورود دیگران به صحنه، ممکن است توسط فرد به اشتباه درک شود و قصد خود را عملی کند.
- این نکته که او بیان کنید که او را درک می‌کنید و نگران او هستید. از موعظه کردن، استدلال کردن، حل کردن مشکل، نصیحت و پند دادن، یا بیان جملاتی مثل "فراموشش کن" پرهیز کنید. مهم است که بتوانید پیام درک شدن و مورد پذیرش بودن را به او منتقل کنید.
- فرد را درگیر کرده و او را تشویق به صحبت کنید، یادمان باشد، بیشتر افرادی که قصد خودکشی دارند در مورد مرگ دودل هستند. دقت کنید که پرسش از فرد در این باره که آیا به خودکشی فکر می‌کند باعث عصبانی کردن و تحریک او به این کار نمی‌شود، بلکه، احساس تسکین و نقطه شروعی برای یک راه حل فراهم می‌کند. برای ارزیابی قصد او، بپرسید آیا فرد نقشه‌ای برای خودکشی دارد؟ به وسایل کشنده و آسیب‌رسان دسترسی دارد؟ آیا تصمیم گرفته است که چه زمانی قصد خودکشی را عملی کند؟

- دسترسی به تمام ابزارهای کشنده و آسیب رسان به ویژه سلاح سرد و گرم و مواد سمی (از قبیل وجود مقادیر زیادی داروهای روانپزشکی یا آفت کش ها) را محدود کنید
- چنین افرادی اگر مراقبت‌های فوری و مناسب را دریافت کنند، ممکن است از اقدام خود صرف نظر نمایند. اگر فردی افکار خود آسیب‌رسان یا خودکشی دارد، اقدام فوری انجام دهید و اطمینان حاصل کنید که در نهایت فرد برای ارزیابی و درمان روانپزشکی به یک بیمارستان منتقل شود. از آنجا که اکثر افراد نسبت به انجام خودکشی تردید دارند، اکثر آنها نیز موافقت خواهند کرد که درمان شوند.
- هرگز فردی که به طور بالقوه در خطر خودکشی قرار دارد را تنها بر اساس وعده او دال بر این که به زودی به یک کارشناس سلامت روان (روانشناس، مشاور یا روانپزشک) مراجعه می‌کند، تنها نگذارید. اطمینان حاصل کنید اعضای خانواده یا سایر افراد نزدیک در صحنه حضور دارند و مسئولیت کمک و پیگیری را قبول می‌کنند (۲۱، ۲۸، ۳۰).

در صحنه خودکشی

– امنیت صحنه

به طور کلی برای بسیاری از تماس‌هایی که برای خودکشی گرفته می‌شود پلیس و آمبولانس باید باهم در تماس باشند. پلیس وظیفه دارد امنیت صحنه را تامین کند. زمانی که پلیس در حال برقراری امنیت صحنه است نیروی اورژانس باید تجهیزات خود را آماده کند و به هیچ وجه در کار پلیس دخالت نکند.

– علایم حاکی از خودکشی

در صحنه خودکشی شما باید سوالات زیر را از خود پرسید :

- آیا بیمار تحت تاثیر اثرات یک داروی خاص است؟ آیا گفتار او مبهم است و علایم خستگی و ضعف روانی^۴ را نشان می‌دهد؟
- آیا بیمار اقدامی برای خودکشی انجام داده است یا نه؟

پس شما باید در صحنه دنبال هر نشانه ای باشید که حاکی از انجام عمل خودکشی باشد. مثلاً به دنبال شیشه خالی قرص‌ها باشید، اگر قرص‌ها داخل شیشه بودند به تاریخ تجویز آنها نگاه کنید. اگر شیشه قرص‌ها خالی بود و نوع قرص‌ها از نوع مسکن بود به احتمال قوی بیمار به وسیله آن‌ها خودکشی کرده است و شما باید فوراً اقدامات پزشکی را برای او مهیا کنید.

همچنین باید به دنبال مواردی از قبیل یادداشت‌ها باشید. بیمار ممکن است یادداشت‌هایی را قبل از انجام خودکشی برای نزدیکانش نوشته باشد. اگر یادداشتی پیدا کردید آن را همراه خود به بیمارستان ببرید.

ابزارهای دیگری برای خودکشی نظیر طناب، تیغ، سم و... را هم در نظر داشته باشید و به دنبال آن‌ها باشید. خلاصه از هر مورد دیگری که به شما در جهت ارزیابی بهتر بیمار کمک می‌کند دریغ نکنید و آن‌ها را همراه خود به بیمارستان ببرید و در پرونده بیمار ثبت کنید. اگر بیمار در اثر خودکشی مرده بود هم این ابزارها را در گزارش خود بنویسید.

- مردمی که در صحنه خودکشی حاضرند را مدیریت کنید

مداخله کنندگان اولیه باید مردم حاضر در صحنه را نیز مدیریت کنند. اگر امکان داشت، هنگام ارزیابی و صحبت با بیمار افراد نزدیک او را از اتاق بیرون کنید مگر آن که آن‌ها توانایی آرام کردن بیمار را داشته باشند. سایر نیروهای کمکی را نیز به همراه خود در صحنه داشته باشید تا امنیت شما تامین شود. سعی کنید هرچه سریع‌تر او را به داخل آمبولانس منتقل کنید. اگرچه با توجه به ترس آن‌ها از آنچه که فکر می‌کنند ممکن است بر سرشان بیاید این کار ممکن است کمی سخت باشد.

- در هنگام ارزیابی بیمار با او ارتباط برقرار کنید

وقتی که گفت و گوی اولیه با بیمار را آغاز می‌کنید سعی کنید فوراً یک ارزیابی اولیه از توانایی بیمار در فهم گفته‌های خود و وضعیت روانی او انجام دهید تا ببینید مداخلات کلامی شما چه مقدار ممکن است تاثیر گذار باشد. علاوه بر این سعی کنید بهترین راه نزدیک شدن به بیمار در حین ارزیابی را پیدا کنید. برای این کار می‌توانید از حالات چهره بیمار، سایر افرادی که در صحنه هستند، رفتار بیمار، زبان بدن بیمار و... استفاده کنید. بعضی از بیماران از این که مداخله کنندگان اولیه، کنترل و اقتدار را بر صحنه اعمال کنند احساس تسکین پیدا می‌کنند ولی بعضی از آن‌ها می‌ترسند.

- توضیح دهید

در نظر داشته باشید که بیماران ممکن است از اینکه این همه آدم غریبه می‌بیند احساس ترس کند و سوالاتی نظیر سوالات زیر در ذهنش ایجاد شود: /این‌ها که هستند؟ حالا می‌خواهند مرا را به کجا منتقل کنند؟. برای اینکه ترس بیماران را فروشنانیم باید به آرامی موارد زیر را برایشان توضیح دهیم:

ما چه کسی هستیم و برای چه آنجا هستیم، چگونه می‌خواهیم به آنها کمک کنیم؟ مسئولیت ما در آنجا چیست؟

- امیدواری ندهید

مداخله کنندگان اولیه نباید نباید به بیمار قولی مبنی بر اینکه در بیمارستان روانپزشکی بستری می‌شود یا نمی‌شود بدهند. بنابراین عباراتی نظیر این: همه چیز بزودی درست می‌شود، یا سعی کن آرام باشی ما تو را به بیمارستان منتقل می‌کنیم را به بیمار نگویند. دادن این قول‌ها و بعد عمل نکردن به آنها مشکلات زیادی را به همراه دارد. پس سعی نکنید به بیماری که احساس ناامیدی دارد، امیدواری بیجا تزریق کنید.

- اظهارات غیر مناسب

بعضی از مردم حاضر در صحنه ممکن است اظهاراتی نظر این را به بیمار بگویند: "من افراد دیگری را در این وضعیت دیده‌ام و این طوری خودکشی شما موفق نخواهد بود." یا "چرا این کار را می‌خواهید انجام دهید، کار شما احمقانه است." ضروری است نه شما با این لحن با بیمار صحبت کنید نه اجازه دهید دیگر افراد حاضر در صحنه این چنین صحبت کنند.

هنگامی که یک اقدام به خودکشی رخ می‌دهد

هنگامی که یک خودکشی رخ می‌دهد معمولاً، از افسران پلیس، آتش نشانان و دیگر امدادگران درخواست می‌شود تا با بحران مقابله کنند، کمک‌های فوری ارائه دهند و در صورت لزوم شخص را به مراکز درمانی منتقل کنند. مداخله کنندگان اولیه باید با اعضای خانواده و افراد مهم زندگی فرد نیز تماس برقرار کنند. مداخله کنندگان اولیه مسئول مدیریت بحران به شیوه‌ای کارآمد هستند. در انجام این کار، آن‌ها باید مراحل مختلفی را طی کنند:

- اول، باید علائم حیاتی شخص را پس از اقدام به خودکشی بررسی و در صورت لزوم عملیات احیا را به درستی آغاز کنند. باید آرامش خود را حفظ کرده تا بتوانند تصمیمات درستی را در شرایطی که تحت تأثیر استرس و اضطراب قرار دارند، اتخاذ کنند.
- دوم، با توجه به اقدام به خودکشی، باید بلافاصله با مرکز اورژانس تماس گرفته شود و در حد امکان باید مراقبت‌های سلامت روان نیز فراهم گردد. در بسیاری از موارد، شناسایی نوع دارو، ماده مخدر یا ماده سمی مورد استفاده در اقدام به خودکشی و تعیین مقدار مصرف شده اهمیت زیادی دارد. کار بسیار مفیدی است اگر قرص‌های استفاده نشده و بطری یا ظرف خالی همراه با فرد اقدام کننده به مرکز اورژانس فرستاده شود تا کارکنان درمان بتوانند مواد مصرف شده را شناسایی کنند.
- سوم، باید با فردی که اقدام به خودکشی کرده است، به درستی ارتباط برقرار کنیم، به وی احترام گذاشته، حریم خصوصی او را رعایت کرده و رابطه‌ای مبتنی بر رفتاری غیر تهدید آمیز، دوستانه و حمایت‌گر داشته باشیم.
- چهارم، پس از پرس و جو درباره حال جسمی او، ارتباط روانشناختی باید آغاز شود. فرد باید احساس کند که می‌تواند آزادانه به بیان احساسات خود بپردازد. از سوالات باز پاسخ استفاده کنید مانند: «الان چه احساسی دارید؟». از این به بعد فردی که خودکشی کرده ارتباط را هدایت می‌کند و سرنخ‌هایی برای درک وضعیت خود و نیز نحوه کمک کردن به او را بیان می‌کند. یک عنصر مهم که باید مورد توجه قرار گیرد احساس گناه است. ممکن است فرد خودکشی کننده به دلیل تعارض‌هایی که تجربه کرده است، احساس گناه کند. از این رو، مداخله کنندگان اولیه باید بسیار مراقب باشند که با رفتار و کلام خود احساس گناه فرد را بیشتر نکنند. به این ترتیب، آنها باید از اظهارات بازخواستی و سرزنش کننده و انتقاد از رفتار شخص اجتناب ورزند.

- پنجم، اگر انتقال به یک مرکز پزشکی ضروری نباشد، باید همه ابزار آسیب رسان و کشنده را از دسترس فرد دور کرد و خانواده، دوستان و همچنین سایر افراد را مطلع کنید تا فرد را به طور کامل تحت نظارت داشته باشند.
- ششم، فرد را به مراکز سلامت روان و خدمات درمانی معرفی کرده تا از ارائه درمان مناسب و پیگیری آن مطمئن شوید.
- در نهایت، خانواده و مراقبین فرد، ممکن است دچار سردرگمی، خشم و برانگیختگی شده و احساس کنند کنترل شرایط برای آن‌ها دشوار شده است. ضروری است مراقبان اولیه به حمایت، همدلی و توجه کردن بپردازند. اگر فردی که دست به خودکشی زده است بیهوش و یا به شدت مجروح شده است، افراد حاضر در کنار او می‌توانند منبع موثق اطلاعات باشند (مانند نوع داروی مصرفی یا سابقه خودکشی قبلی). اگر مراقبین و نزدیکان فرد حضور ندارند باید برای گرفتن اطلاعات بیشتر با آنها تماس گرفته شود (۷).

هنگامی که یک خودکشی کامل رخ می‌دهد

در مورد خودکشی کامل، افسران پلیس، آتش نشانان و سایر افراد مداخله کننده باید اولین ارتباط را با خانواده و دوستان مرحوم ایجاد کنند. مهم است که اعضای خانواده مراقبت و حمایت کافی داشته باشند. آنها ممکن است احساس گناه کنند زیرا قادر به تشخیص درد و رنج فرد در گذشته و یا کمک به او نبوده‌اند. لذا ارجاع آن‌ها به مراکز خدمات روانشناختی بسیار کمک کننده است و یا اگر موافق هستند آدرس و شماره این مراکز را در اختیار آنها قرار دهید. اغلب اوقات، خانواده و نزدیکان فردی که خودکشی موفق کرده است، از قضاوت و نگرش منفی دوستان و آشنایان نگران هستند، بنابراین می‌توان آن‌ها برای مشاوره گرفتن در این باره به مراکز بهداشت روان ارجاع داد (۷).

آموزش

اگرچه افسران پلیس، آتش نشانان و دیگر مداخله کنندگان اولیه باید در شناسایی و مدیریت افراد خودکشی‌گرا که ممکن است اختلال روانی نیز داشته باشند، تا اندازه‌ای اختیار عمل داشته باشند، اما به ندرت برای این نقش آموزش کافی داشته‌اند. برای اینکه نقش مؤثری در چنین موقعیت‌هایی داشته باشند، باید:

- نقش محوری‌ای را که پلیس، آتش نشانان و دیگر مداخله کنندگان اولیه به عنوان نگهبانان سلامت روان و مداخله کنندگان اولیه در بحران سلامت روان ایفا می‌کنند، تشخیص دهید.
- بدانید که چگونه می‌توان علائم و نشانه‌های اصلی بیماری‌های روانی را تشخیص داد.
- بدانید هنگامی که فردی تهدید به خودکشی می‌کند چه باید بکنید.
- مراکز بهداشت روان محلی موجود و چگونگی دسترسی به آن‌ها را در مواقع اضطراری شناسایی کنید. برخورداری از فهرست جدید و به روز خدمات سلامت روان در جامعه یک ابزار مهم است.

- به منظور تسهیل در رسیدگی به شرایط دشوار، با مراکز ارائه خدمات سلامت روان، ارتباط منظم و روابط صمیمانه برقرار کنید.
 - با اینکه مداخله‌کنندگان اولیه مرتباً با موقعیت‌هایی روبرو می‌شوند که باید از افراد مبتلا به اختلالات روانی مراقبت کرده یا کمک ارائه دهند، معمولاً در پرداختن به مسائل مربوط به سلامت روان با مشکلاتی روبرو می‌شوند. بنابراین برنامه‌های آموزش سلامت روان به عنوان بخشی از برنامه‌های آموزش عمومی و در برخی زمینه‌های تخصصی پیشنهاد می‌شود.
 - آموزش در این زمینه‌ها باید براساس موقعیت‌های واقعی و اتفاقات قبلی باشد. این امر می‌تواند با اجرای گروه‌های بحث‌وگفتگو که توسط یک متخصص سلامت روان برگزار می‌شود، انجام شود. گروه‌های بحث‌وگفتگو باید مرتباً جلسات خود را برگزار کنند یا جلسات نشاط‌آوری^۵ را ترتیب دهند. این جلسات می‌توانند با جلسات ایفای نقش (بازی کردن یک سناریوی واقعی) تکمیل شوند که شرکت‌کنندگان بسته به ماهیت بحران روش‌های مختلف برقراری ارتباط را امتحان می‌کنند.
- از آنجا که آموزش سلامت روان برای مداخله‌کنندگان اولیه، از جمله افسران پلیس، آتش‌نشانان و دیگر مداخله‌کنندگان اولیه باید با کمک و تعامل با دستگاه‌های متولی سلامت روان جامعه برگزار شود. این امر به ایجاد ارتباط بین فردی و ارتباط سازمانی که برای مداخله‌کنندگان اولیه در سروکار داشتن با خودکشی و سایر بحران‌های سلامت روان ضروری است، کمک خواهد کرد (۷، ۲۶).

⁵ refresher

فهرست منابع:

1. Suicide WPJG, Switzerland: World Health Organization. A Resource for General Physicians. 2000.
2. Organization WH. Preventing suicide: A resource for primary health care workers. Geneva: World Health Organization; 2000.
3. Organization WH. Preventing suicide: a resource for counsellors. 2006.
4. Organization WH. Preventing suicide: A resource for teachers and other school staff. Geneva: World Health Organization; 2000.
5. Organization WH. Preventing suicide: A resource for media professionals. 2008.
6. Organization WH. Preventing suicide: A resource at work. 2006.
7. Organization WH. Preventing Suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders. 2009.
8. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
9. ناصر غ. اصول و مبادئ عمليات امداد و نجات: نشر شهر; ١٣٨٩.
10. Lindqvist P, Gustafsson LJFSi. Suicide classification—clues and their use: a study of 122 cases of suicide and undetermined manner of death. 2002.٤٠-١٣٦:(٣)١٢٨;
11. Organization WH. Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: World Health Organization; 1998.
12. Alberman EJD, Neurology C. Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders. By World Health Organization. Geneva: World Health Organization. 1998, pp 113, US \$31.50, Sw. fr. 35.00 (in developing countries: Sw. fr. 24.50). ISBN 92-4-154516X. 2000;42(1):70-1.
13. Kuhlberg JA, Peña JB, Zayas LHJCP, Development H. Familism, parent-adolescent conflict, self-esteem, internalizing behaviors and suicide attempts among adolescent Latinas. 2010;41(4):425-40.
14. Klonsky ED, May AJS, Behavior LT. Rethinking impulsivity in suicide. 2010;40(6):612-9.
15. Horesh N, Rolnick T, Iancu I, Dannon P, Lepkifker E, Apter A, et al. Anger, impulsivity and suicide risk. 1997;66(2):92-6.
16. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, Ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. 2005;62(11):1249-57.
17. McCall WV, Black CGJCpr. The link between suicide and insomnia: theoretical mechanisms. 2013;15(9):389.
18. Nordström P, Åsberg M, Åberg-Wistedt A, Nordin CJAPS. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. 1995;92(5):345-50.
19. Fishbain DA, editor The association of chronic pain and suicide. Seminars in clinical neuropsychiatry; 1999.
20. Sarkar S, Balhara YPSJJoe, metabolism. Diabetes mellitus and suicide. 2014;18(4):468.
21. Wasserman D, Värnik AJSAud. Perestroika in the former USSR: history's most effective suicide-preventive programme for men. 2001:253-8.
22. Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist JJBp. Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide :a 12-year follow-up study. 2004;4(1):11.
23. Organization WH. Safer access to pesticides: community interventions. 2006.
24. Meadows LA, Kaslow NJ, Thompson MP, Jurkovic GJJAJocp. Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. 2005;36(1-2):109-21.

25. McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris FM, Jepson R. Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review: Scottish Government; 2008.
26. Lamb HR, Weinberger LE, DeCuir Jr WJPs. The police and mental health. 2002;53(10):1266-71.
27. Segal SP, Laurie TA, Segal MJPs. Factors in the use of coercive retention in civil commitment evaluations in psychiatric emergency services. 2001;52(4):514-20.
28. Humphreys MJiPT. Aspects of basic management of offenders with mental disorders. 2000;6(1):22-30.
29. Steadman HJ, Stainbrook KA, Griffin P, Draine J, Dupont R, Horey CJPS. A specialized crisis response site as a core element of police-based diversion programs. 2001;5.۲۲-۲۱۹:(۲)۲
30. Spiers CJOhajfohn. Suicide in the workplace. 1996;48(7):247-9.
31. L Lipton. Emergency Responders Management of Patients Who May Have Attempted Suicide. The Internet Journal of Rescue and Disaster Medicine. 2005 Volume 5 Number 2