



پیشگیری از خودکشی مرجعی برای معلمان و سایر کارکنان مدارس

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

مترجم:
نافعه رسولی



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

Keywords: suicide/ prevention/ resources/ schoolteachers

©سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰

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

فهرست ۶

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

پیشگفتار

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

پیشگیری از خودکشی

مرجعی برای معلمان و سایر کارکنان مدرسه

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

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

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

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

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

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

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

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

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

مشکلی که دست‌کم گرفته می‌شود

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

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

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

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

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

عوامل محافظ

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

الگوهای خانوادگی

- روابط خوب با اعضای خانواده
- دریافت حمایت از خانواده

الگوی شناختی و شخصیت

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

عوامل فرهنگی و اجتماعی-جمعیت‌شناختی

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

عوامل خطر و موقعیت‌های خطر

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

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

عوامل فرهنگی و اجتماعی-جمعیت‌شناختی

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

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

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

خطر رفتارهای خودکشی بومی‌ها در مقابل غیربومی‌ها بیشتر است.

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

الگوی خانوادگی و اتفاقات منفی زندگی در کودکی

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

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

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

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

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

الگوی شناختی و شخصیت

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

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

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

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

اختلالات روانپزشکی

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

افسردگی

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

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

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

اگرچه علایم افسردگی و اختلال افسردگی در میان کودکان دارای تمایل به خودکشی رایج است، افسردگی لزوماً با افکار خودکشی و اقدام به آن همراه نیست.^{۴۱} نوجوانان ممکن است اقدام به خودکشی کنند، اما مبتلا به افسردگی نباشند یا افسرده باشند اما اقدام به خودکشی نکنند.

اختلالات اضطرابی

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

سوء مصرف الکل و مواد

سوء مصرف مواد و الکل در کودکان و نوجوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند بسیار بالاست. معلوم شده است که در این گروه سنی یک چهارم بیماران دارای تمایل به خودکشی، پیش از اقدام به خودکشی، الکل و مواد مصرف کرده‌اند.^{۴۲}

اختلالات خوردن

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

اختلالات روانپزشکی

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

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

سابقه‌ی اقدام به خودکشی

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

اتفاقات منفی زندگی فعلی که محرک رفتار خودکشی‌اند

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

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

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

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

شناسایی دانش‌آموزان دچار استرس در مدرسه که احتمال خودکشی دارند

شناسایی استرس

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

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

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

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

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

ارزیابی خطر خودکشی

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

اقدام به خودکشی قبلی

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

افسردگی

افسردگی یکی دیگر از عوامل اصلی خطر است. تشخیص افسردگی باید برعهده‌ی پزشک یا روانپزشک کودک و نوجوان باشد، اما معلمان و سایر کارکنان مدارس هم باید از علائم متعددی^{۱۴} که بخشی از بیماری افسردگی هستند آگاه باشند.^{۱۵}

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

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

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

شرایط خطر

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

مدیریت دانش‌آموزان دارای تمایل به خودکشی در مدرسه

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

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

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

پیشگیری عمومی: قبل از هر اقدام به خودکشی

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

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

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

تقویت عزت‌نفس دانش‌آموزان^{۵۲}

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

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

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

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

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

معناداری برای زندگی‌شان داشته باشند.

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

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

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

تقویت بیان عواطف

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

جلوگیری از قلدری و خشونت در مدرسه

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

ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی خدمات سلامت

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

مداخله: پس از تشخیص خطر خودکشی

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

ارتباط

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

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

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

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

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

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

بهبود مهارت‌های کارکنان مدارس

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

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

مراجعه به متخصصان

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

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

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

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

زمانی که خودکشی اتفاق افتاده است (پس از اقدام)

آگاه‌سازی کارکنان مدرسه و همکلاسی‌ها

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

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

خلاصه‌ای از پیشنهادها

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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