



پیشگیری از خودکشی ویژه کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی

اختلالات روانی و رفتاری
دپارتمان سلامت روان
سازمان جهانی بهداشت

ژنو، ۲۰۰۰

مترجم:
دکتر مرجان فتاحی
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 شلوع، 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.

