



---

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

---

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

---

مترجم:  
دکتر جمیله زارعی



---

این سند زیرمجموعه‌ی منابعی است که گروه‌های حرفه‌ای و اجتماعی خاص را در زمینه‌ی پیشگیری از خودکشی مخاطب قرار می‌دهد.

محتوای این سند بخشی از برنامه‌ی SUPRE، ابتکار عمل سازمان بهداشت جهانی برای پیشگیری از خودکشی در سراسر جهان، است.

کلیدواژه‌ها: خودکشی/ پیشگیری/ منابع/ پلیس/ آتش-نشان/ مسئولان خط مقدم/ مداخله کنندگان اولیه

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

---

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

(پیشگیری از خودکشی: سری منابع: ۹)

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

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

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

انتشار در سوئیس

## فهرست ۴

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

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

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

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

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

پروفیسور سرجیو پرز باررو<sup>۴</sup>، بیمارستان دی بایامو<sup>۵</sup>، گرانما، کوبا

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

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

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

## پیشگیری از خودکشی

مرجعی برای پلیس، آتش‌نشانان و سایر مسئولان خط مقدم

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

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

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

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

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

تسهیل دسترسی به سلامت و مراقبت‌های سلامت روان شناختی.

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

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

### واقعیت‌ها و آمار مربوط به خودکشی

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

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

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

### بیماری روان شناختی

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

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

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

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

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

### ■ قصد خودکشی

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

### ■ اقدام قبلی برای خودکشی

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

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

### دسترسی به مواد آتش‌زا، آفت‌کش‌ها یا سایر مواد کشنده

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

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

### جنسیت

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

### سن

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

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

### عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی

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

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

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

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

### آگاهی از خطرها

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

## آگاهی از مسائل قانونی

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

## بستری اجباری

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

## کنترل دسترسی به مواد کشنده

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

## خودکشی‌های انتقام‌جویانه و مشاجرات خانگی

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

ارجاع به مراکز سلامت روان از سوی پلیس

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

### خودکشی از طریق نیروی مرگبار

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

### کمک به فردی که تمایل به خودکشی دارد

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

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

منزوی شدن و کناره‌گیری از ارتباط با دوستان و همکاران

صحبت درباره‌ی احساس انزوا و تنهایی

بیان احساس شکست، به درد نخور بودن، ناامیدی یا فقدان اعتماد به نفس

گیر دادن مدام به مشکلاتی که به نظر راه‌حلی ندارند

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### زمانی که اقدام به خودکشی رخ می‌دهد

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

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

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

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

- سوم، لازم است که با فردی که اقدام به خودکشی کرده با همدلی، غیرتهدیدآمیز و با آرامش ارتباط برقرار کنید.
- چهارم، فردی که اقدام به خودکشی کرده باید در بیان احساساتش راحت باشد. سئوالات بازپاسخ در این زمینه می‌توانند کمک‌کننده باشند؛ مثلاً «چطوری؟ چه احساسی داری؟» اینها به ما سرخ می‌دهند که چطور بهتر از او مراقبت کنیم. نکته‌ی مهم احساس گناه است. فرد ممکن است به علت تعارضاتی که دارد احساس گناه کند. باید مراقب باشیم که کاری نکنیم یا حرفی نزنیم که این احساس گناه بیشتر شود؛ مثل رفتارهای انتقادآمیز، متهم کردن یا سرزنش فرد برای کاری که کرده.
- پنجم، اگر تضمینی وجود ندارد که بشود فرد را به مرکز پزشکی منتقل کرد، باید تمام تلاشتان را بکنید که هرگونه مواد سمی و کشنده را دور نگه دارید و یکی از اعضای خانواده مراقب او باشد تا بهبودی حاصل شود و ارجاعات پزشکی صورت گیرد.
- ششم، فردی که تمایل به خودکشی دارد بایستی برای دریافت درمان مناسب و پیگیری با متخصصان سلامت روان در ارتباط باشد. ارجاع به متخصصان سلامت روان جدا از خدمات پزشکی الزامی است.
- در نهایت اگر افراد نزدیک دیگری به فرد حاضر هستند، ممکن است از آن موقعیت گیج، عصبانی یا به هم ریخته باشند. مداخله‌گران خط مقدم باید شفقت، حساسیت و حمایت را برای همه‌ی حاضران فراهم کنند. اگر کسی که اقدام به خودکشی کرده بیهوش است یا آسیب جدی دیده، افراد حاضر در صحنه ممکن است منبع ارزشمندی برای اطلاعات باشند (مثل دارویی که مصرف کرده یا سابقه‌ی اقدام به خودکشی قبلی). اگر افراد نزدیک به فرد حاضر نیستند، ممکن است لازم باشد که با آنها تماس گرفته شود تا این اطلاعات کسب شوند.

## وقتی خودکشی رخ می‌دهد

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

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

## آموزش

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

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

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

ventions Geneva: World Health Organization.

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

