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

متن آموزشی
پیشگیری از خودکشی
برای کارشناس و کاردان مراقبت‌های اولیه بهداشتی

تألیف:
دکتر لاله حبیبی کوهی
دکتر سید مهدی حسن زاده
دکتر میترا حفاظی

عیسی کریمی کیسمی

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

فهرست مطالب

عنوان **صفحه**

اهداف ۱
مقدمه ۱
نکات کلیدی راجع به خودکشی درجهان ۳
تعریف خودکشی ۳
چرا اولویت با کارکنان مراقبت های اولیه بهداشتی است؟ ۴
خودکشی و اختلالات روانپزشکی ۴
افسردگی ۵
چرا افسردگی تشخیص داده نمی شود؟ ۶
اسکیزوفرنیا ۶
بیماری‌های جسمی و خودکشی ۷
بیماری‌های مغز و اعصاب ۷
صرع ۷
سرطان ۸
ایدز ۸
بیماری‌های مزمن ۸
عوامل جمعیت شناختی و محیطی ۹
جنس ۹
سن ۹
وضعیت تأهل ۹
شغل ۱۰
بیکاری ۱۰
مهاجرت ۱۰
عوامل محیطی ۱۰
عوامل فشارزای زندگی ۱۰
سهولت دسترسی ۱۱
شاهد خودکشی بودن ۱۱

عنوان	صفحه

وضعیت ذهنی بیمار با افکار خودکشی ۱۱
۱. تردید و دودلی: ۱۱
۲. تکانشگری: ۱۱
۳. انعطاف ناپذیری: ۱۲
چگونه با بیمار مستعد خودکشی برخورد کنیم ۱۲
اینگونه ارتباط برقرار کنید ۱۳
اینگونه ارتباط برقرار نکنید ۱۳
خودکشی – باورهای غلط و واقعیت ۱۴
چگونه شخص با افکار خودکشی را شناسایی کنید ۱۵
چگونه خطر خودکشی را ارزیابی کنیم ۱۵
چگونه سؤال بپرسید؟ ۱۶
کی سؤال کنید؟ ۱۶
چه سؤالی بپرسید؟ ۱۷
چگونه شخص مستعد خودکشی را مدیریت کنید؟ ۱۷
افراد کم خطر ۱۷
افراد با خطر متوسط ۱۸
افراد پرخطر ۱۹
ارجاع دادن فرد مستعد خودکشی ۱۹
کی ارجاع دهید ۱۹
چگونه ارجاع دهید ۲۰
منابع حمایتی ۲۰
چطور به منابع حمایتی دسترسی پیدا کنید؟ ۲۱
چه کارهایی انجام دهید و چه کارهایی انجام ندهید؟ ۲۱
چه کارهایی انجام دهید ۲۱
چه کارهایی انجام ندهید ۲۲
وظایف‌کاردان‌وکارشناس‌بهداشتی نسبت به بهورز، برای جلب همکاری افراد کلیدی جامعه ۲۲
منابع ۲۳

اهداف

انتظارمی رودکارشناس و کاردان بهداشتی پس ازمطالعه این متن بتوانند:

۱. اهمیت مشکل خودکشی و لزوم پیشگیری از آن را باز گو کنند.

۲. در پیشگیری و درمان خودکشی نقش خود را با اهمیت ببینند.

۳. بهورزان را در پیشگیری، درمان، ارجاع و آموزش کمک نمایند.

۴. توانایی بهورزان و نظارت بر فعالیتهای آنان را ارتقاء دهند.

مقدمه

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

آمار خودکشی در ایران هر چند در مقایسه با کشورهای دیگر پائین‌تر است اما بررسی انجام گرفته در کشور نشان می‌دهد که در سال‌های ۷۶-۶۵ حدود ۶ برابر افزایش داشته است این میزان بدون درنظر گرفتن میزان رشد جمعیت طی این سال‌های اخیر می‌باشد.

طبق آمارهای منتشر شده تعداد تقریبی افرادی که در ایران خودکشی می‌کنند سالانه حدود ۵۰۰۰ نفر می‌باشد، علاوه بر آن تعدادی از افراد در مناطق مختلف کشور خودکشی می‌کنند ولی در آمار کلی سالانه جای ندارند.از آنجا که هر فردی که خودکشی می‌کند عضوی از یک خانوار ایرانی ۶نفره نفر باشد حداقل۳۰۰۰۰نفر از مردم کشور ما بنوعی با مشکل خودکشی و پیامدهای روانی و اجتماعی آن در گیرند.

پیشگیری از خودکشی همیشه بعنوان یک مشکل بهداشتی مطرح بوده و همواره مورد توجه معاونت سلامت وزارت بهداشت بوده است.بطوریکه در حال حا ضر طرح هایی تحت عنوان «پیشگیری از خودکشی با درمان افسردگی» و «تدوین برنامه پیشگیری از خودکشی قابل ادغام در PHC» در سال‌های ۸۷-۸۶ در دست انجام بوده با این هدف که بتوان با برنامه ریزی کشوری در کاهش پیشگیری از

خودکشی راهکارهای لازم را ارایه نمود. براساس آمارهای منتشر شده، میزان خودکشی ۱/۳ درصد در ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۶۳ و ۶/۴ جمعیت در سال ۱۳۸۴ رسیده است. خودکشی در مردان ۷/۶ در ۱۰۰ هزار نفر نهمین علت مرگ و میر و در زنان ۱/۵ در صد هزار نفر دهمین علت مرگ و میر بوده است.

در سال‌های اخیر با توجه به افزایش اقدام به خودکشی و مشکلات اجتماعی دیگر ناشی از آن، موجب گردید تا ضرورت توجه به بر نامه ریزی پیشگیری از خودکشی بیش از پیش احساس شود و نسبت به اجرای طرح ادغام پیشگیری از خودکشی در نظام شبکه بهداشتی اقدام گردد.

امید است کاردان و کار شنا سان بهداشتی فعال در شبکه بتوانند با مطالعه این متن آموزشی ،نقش نظارتی و آموزشی خود را بدرستی انجام داده و با اجرای برنامه ،شاهد کاهش بروز و شیوع خودکشی در جامعه باشند.

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

در بعد جهانی پیش‌بینی‌های تلخی توسط سازمان بهداشت جهانی، دانشگاه هاروارد و بانک جهانی در زمینه بیماری‌های غیر واگیر دار شده است.بر طبق این پیش بینی ها در طول ۲۰سال آینده مرگ ناشی از این بیماری‌ها با افزایشی بیش از سه برابر از ۲۸ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به ۹۴/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ خواهد رسید و بار جهانی بیماری‌ها سمت سویی تازه یافته و از تمرکز بیماری‌ها در

گروه بیماری‌های واگیر دار کاسته شده و بیماری‌های غیر واگیردار با مـرگ و میـر کمتـر امـا عـوارض بیشتر جایگزین آنها می‌شوند.

نکات کلیدی راجع به خودکشی درجهان

- هر ۴۰ ثانیه یک نفر در سراسر دنیا جان خود را در اثر خودکشی از دست میدهند.
- هر ۳ ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می‌کند.
- خودکشی جزء ۳ علت اصلی مرگ افراد ۳۵-۱۵ سال است.
- هر خودکشی حداقل برای ۶ نفر دیگر تأثیر بدی دارد.
- تأثیرات روانشناختی، اجتماعی، و اقتصادی خودکشی بر خانواده و جامعه غیرقابل اندازه‌گیری است.

تعریف خودکشی

خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خودفرد است.اگر کسی دست به خودکشـی بزنـد ولـی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی میگوییم.

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

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

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

خودکشی در حال حاضر یک مشکل بزرگ بهداشت عمومی درتمام کشورهاست. تقویت کارکنـان بهداشتی برای شناسایی، ارزیابی، مدیریت و ارجاع بیمار مستعد خودکشـی در جامعـه قـدم مهمـی در پیشگیری از خودکشی است.

چرا اولویت با کارکنان مراقبت های اولیه بهداشتی است؟

- کارکنانبهداشتی ارتباط نزدیک با جامعه دارند و مردم منطقه آنها را قبول دارند.
- کارکنان بهداشتی بین جامعه و سیستم بهداشتی ارتباط برقرار می‌کنند.
- در بسیاری از کشورهای در حال توسعه که خدمات بهداشت روان کافی ندارند، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، اولین سطح ارائه کننده خدمات به مردم هستند.
- کارکنان مراقبت‌های بهداشتی با توجه به شناخت بیشتر درباره منطقه تحت پوشش خود قادر هستند تا حمایت خانواده، دوستان و سازمان‌ها را جلب کنند.
- آنها در جایگاهی هستند که می‌توانند مراقبت‌های مداوم را انجام دهند.
- آنها اغلب دروازه‌ای برای ورود به خدمات بهداشتی مددجویان هستند.
- به طور خلاصه کارکنان بهداشتی در دسترس، آگاه و متعهد برای ارائه مراقبت ها و خدمات بهداشتی هستند.

خودکشی و اختلالات روانپزشکی

مطالعات در کشورهای توسعه یافته یا در حال توسعه بیانگر دو موضوع زیر می باشد:

۱- تعداد زیادی از افرادی که خودکشی میکنند دچاریک اختلال قابل تشخیص روانپزشکی هستند.

۲- خودکشی و رفتارهای خودکشی در بیماران روانپزشکی بیشتر است.

اختلالات روانپزشکی از نظر خطر خودکشی به ترتیب عبارتند از:

- افسردگی (تمام انواع)؛
- اختلالات شخصیت (ضد اجتماعی ،مرزی،صفات تکانشگری،پرخاشگری،و تغییرات خلقی)؛
- سوءمصرف مواد و الکل؛
- اسکیزوفرنیا؛
- اختلالات روانپزشکی ناشی از علل عضوی؛

- سایر بیماری‌های روانپزشکی؛

بیشتر کسانی که در کشورهای پیشرفته خودکشی می‌کنند دچار یک اختلال روانپزشکی هستند. که بیشتر آنها حتی در کشورهای پیشرفته به کارکنان بهداشتی مراجعه نمی کنندبه این ترتیب نقش پرسنل بهداشتی حیاتی است.

افسردگی

افسردگی یکی از شایعترین تشخیص‌ها در خودکشی است. هرکسی ممکن است احساس افسردگی، ناراحتی، تنهایی، عدم ثبات خلق در زمان‌های مختلف داشته باشد و لی اغلب این احساسات گذرا هستند. با این حال وقتی این احساسات مداوم باشند و زندگی طبیعی شخص را مختل کنند دیگر احساس افسردگی نیست بلکه نشان دهنده اختلال افسردگی است.

برخی علائم شایع افسردگی عبارتند از

- احساس غمگینی بیشتر وقت ها و تقریباً هرروز؛
- کاهش علائق در فعالیت های روزمره؛
- کاهش وزن؛
- احساس خستگی و ضعف دربیشتر مواقع روز ؛
- احساس بی ارزشی ،گناه و نا امیدی؛
- تحریک‌پذیری و بی‌قراری؛
- مشکل در تمرکز و تصمیم‌گیری؛
- افکار مرگ و خودکشی؛

چرا افسردگی تشخیص داده نمی شود؟

اگرچه درمان‌های زیادی برای افسردگی در دسترس است. دلایل زیادی وجود دارد که چرا بیماری اغلب تشخیص داده نمی‌شود.

- بیماران اغلب از اینکه قبول کنند افسرده هستند خجالت زده می‌شوند، آنها این علائم را به عنوان نشانه‌های ضعف در نظر می‌گیرند.
- وقتی بیمار بیماری جسمی دیگری نیز دارد تشخیص افسردگی مشکل‌تر است.
- افسردگی ممکن است به صورت دردهای مبهم بدنی تظاهر نماید.

افسردگی قابل درمان است

خودکشی قابل پیشگیری است

اسکیزوفرنیا

در حدود ۱۰٪ از بیمارن اسکیزوفرنیا سرانجام خودکشی می‌کنند. خصوصیات اسکیزوفرنیا عبارتند از اختلال درگفتار، تفکر، ادراک، بهداشت شخصی و رفتارهای اجتماعی و به طور خلاصه تغییر در رفتار، احساس، یا افکار عجیب و غریب.

بیماران اسکیزوفرنیا اگر خصوصیات زیر را داشته باشند خطر بیشتری برای خودکشی دارند

- افراد جوان ،مجرد و بیکار؛
- اوایل بیماری؛
- افسردگی؛
- عودهای مکرر؛
- اوایل ترخیص از بیمارستان؛
- تحصیلات بالا؛
- افراد پارانویید(بدبین)؛
- اوایل فاز بهبودی؛

افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا در زمانهای زیر بیشتر خودکشی میکنند

- اوایل بیماری زمانی که گیج و سردرگم هستند؛
- اوایل بهبودی زمانی که در ظاهر علائمشان بهتر شده است ولی در درون آسیب‌پذیری بیشتری دارند.

بیماری‌های جسمی و خودکشی

برخی از بیماری‌های جسمی که با افزایش میزان خودکشی همراه هستند عبارتند از:

بیماری‌های مغز و اعصاب

صرع

افزایش تکانشگری، پرخاشگری، ناتوانی مزمن اغلب در بیماران مبتلا به صرع دیده می‌شود که به نظر می‌رسد دلایلی برای افزایش رفتارهای خودکشی باشند.

آسیب‌های نخاعی، ضربه مغزی و سکته مغزی

هرچه آسیب شدیدترباشد خطر خودکشی بیشتر است.

سرطان

شواهدی دردست است که بیماری‌های صعب العلاج مانند سرطان با افزایش میزان خودکشی مرتبط هستند. خطر خودکشی دربیماران صعب العلاج (سرطان) در گروههای زیر بیشتر است :

- جنس مرد؛
- بلافاصله پس از تشخیص(طی ۵ سال اول)؛
- وقتی بیمار تحت شیمی درمانی قرار دارد؛

ایدز

ننگ بیماری، پیش‌آگهی بد، و طبیعت بیماری خطرخودکشی را در افراد مبتلا افزایش می‌دهد.

در زمان تشخیص وقتی که شخص، مشاوره پس از آزمایش را انجام نداده است خطر خودکشی بیشتر است .

بیماری‌های مزمن

بیماری‌های جسمی زیر با افزایش خطر خودکشی مرتبط هستند:

- دیابت؛
- مولتیپل اسکلروزیس(MS)؛
- بیماری‌های مزمن کلیوی و کبدی؛
- بیماری‌های استخوان و مفاصل با درد مزمن؛
- بیماری‌های قلبی عروقی و عصبی عروقی؛
- بیماری‌های جنسی؛

کسانی که معلولیتی مانند اشکال در بینایی، شنوایی یا راه رفتن دارند نیز در معرض خطر خودکشی هستند.

در بیماری‌های مزمن و دردناک خطر خودکشی افزایش می‌یابد

عوامل جمعیت شناختی و محیطی

جنس

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

سن

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

- جوانان ۱۵-۳۵ سال؛
- افراد مسن بیش از ۷۵ سال[۱]؛

بر اساس آمارهای مربوط به خودکشی در ایران بالاترین میزان خودکشی مربوط به جوانان زیر ۳۰

[۱]- در ایران این موضوع صدق نمی کند

سال است.

وضعیت تأهل

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

شغل

پزشکان، دامپزشکان، داروسازان و کشاورزان بالاترین میزان‌های خودکشی را دارند.

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

بیکاری

ازدست دادن شغل با افزایش خطرخودکشی مرتبط است.

مهاجرت

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

عوامل محیطی

عوامل فشارزای زندگی

بیشترکسانی که خودکشی میکنند برخی وقایع فشارزای زندگی را در مدت ۳ ماه قبل از فوت تجربه کرده اند:

- مشکلات شخصی- مانند مشاجره با همسر،خانواده و دوستان یا افراد مورد علاقه؛
- طرد - مانند جدایی از خانواده و دوستان؛
- فقدان- مانند شکست مالی ،داغدیدگی؛
- مشکلات شغلی- مانند از دست دادن شغل ،بازنشستگی ،مشکلات مالی؛
- تغییرات در اجتماع - مانند تغییرات سریع در اوضاع سیاسی و اقتصادی؛
- سایرفشارهای روانی - مانند احساس شرمندگی ویا نگرانی ازمقصرشناخته شدن؛

سهولت دسترسی

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

شاهد خودکشی بودن

بخش کوچکی از خودکشی ها شامل افرادی میشود که در زنـدگی واقعـی از طریـق رسـانه هـا بـا خودکشی مواجه شده اند وممکن است تحت تاثیر رفتار خودکشی مربوطه واقع شوند.

وضعیت ذهنی بیمار با افکار خودکشی

افراد مستعد خودکشی معمولاً دارای یکی از خصوصیات زیر هستند:

۱. تردید و دودلی:

بیشتر افراد احساسات درهمی درباره خودکشی دارند ،تمایل به زندگی و مرگ ایجاد یک درگیـری ذهنی می‌کند به این صورت که شخص می‌خواهد از یکطرف از رنـج زنـده مانـدن رهـایی یابـد و از طرف دیگرتمایل درونی برای ادامه زندگی دارد .بسیاری از بیماران مستعد خودکشی واقعاً نمی‌خواهند بمیرند. آنها فقط از زندگیشان ناراضی هستند. اگرحمایت کافی داشته باشند و تمایل آنها برای زنـدگی افزایش یابد خطر خودکشی کمتر می‌شود.

۲. تکانشگری:

خودکشی همچنین می‌تواند یک عمل تکانه‌ای باشد. مانند بسیاری از تکانه‌ها می‌تواند موقتی باشد وبرای چند دقیقه یا چند ساعت طول بکشد. خودکشی معمـولاً بـا وقـایع روزمـره زنـدگی مـی‌توانـد برانگیخته شود. پرسنل بهداشتی با خنثی کردن این بحران‌ها و کـش دادن زمـان مـی‌تواننـد تمایـل بـه خودکشی را کمتر کنند.

۳. انعطاف ناپذیری:

افراد مستعد خودکشی محدودیت افکار، احساسات و اعمال دارند آنها محـدود اسـت. آنهـا دائمـاً

درباره خودکشی فکر می‌کنند و قادر نیستند راه دیگری برای حل مشکل خود پیدا کنند. آنها به شدت در فکر هستند.

بسیاری از بیماران مستعد خودکشی افکار و تمایلاتشان را با دیگران مطرح می‌کنند. آنها اغلب نشانه‌هایی درباره تمایل به مرگ و احساس بی‌فایدگی و غیره بروز می‌دهند. تمام این اظهارات نباید نادیده گرفته شوند.

مسئله هرچه می‌خواهد باشد، به نظر می‌رسد افکار و احساسات شخص مستعد به خودکشی در تمام دنیا یکسان باشد.

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

چگونه با بیمار مستعد خودکشی برخورد کنیم

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

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

۱. قدم اول یافتن مکان مناسبی است که در آن گفتگویی آرام و به طور خصوصی بتواندانجام شود.

۲. قدم بعد اختصاص دادن زمان کافی است. بیماران مستعد خودکشی برای کاهش دردهای درونی خود نیاز به زمان بیشتری دارند و با دادن فرصت بیشتر به آنها باید از نظر ذهنی آماده شوند.

۳. مهمترین کار گوش دادن موثر به آنها است. گوش دادن موثر قدم مهمی در کاهش دادن نا امیدی آنهاست.

هدف، پرکردن فاصله‌ای است که در اثر نا امیدی ایجاد شده و امید دادن به شخص است که شرایط او می‌تواند به نحو بهتری تغییر کند.

اینگونه ارتباط برقرار کنید

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

اینگونه ارتباط برقرار نکنید

- مرتباً صحبت های فرد را قطع کنید.
- هیجانی یا شوک زده شوید.
- خودتان را خیلی گرفتار نشان دهید.
- به گونه ای با بیمار برخورد شود که وی را فاقد عقل، اراده یا تصمیم گیری تلقی کنیم.
- اظهارات مداخله آمیز یاغیر واضح بدهید.make intrusive or unclear remarks
- بیمار را سوال پیچ کنید.

برای اینکه ارتباط راحت تری با فرد داشته باشید، با وی آرام ،باز ،با مهربانی و پذیرش و بدون قضاوت برخورد کنید.

با مهربانی به فرد گوش دهید
احترام بگذارید
همدلی داشته باشید

با اعتماد برخورد کنید

خودکشی – باورهای غلط و واقعیت

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

چگونه شخص با افکار خودکشی را شناسایی کنید

نشانه‌هایی که با ید در رفتار یا سابقه قبلی شخص جستجو کنیم

۱. رفتارهای کناره‌گیری از جامعه ،ناتوانی از برقراری ارتباط با خانواده و دوستان
۲. بیماری‌های روانپزشکی
۳. الکلیسم
۴. اضطراب
۵. تغییر در شخصیت، تحریک پذیری، بدبینی، افسردگی
۶. تغییر در عادات خوردن یا خوابیدن
۷. اقدام قبلی به خودکشی
۸. احساس گناه، بی ارزشی یا خجالت
۹. فقدان مهم و جدید مانند مرگ، طلاق، جدایی
۱۰. سابقه فامیلی خودکشی

۱۱. تمایل ناگهانی برای سر و سامان دادن به امورشخصی یا نوشتن وصیتنامه

۱۲. احساس تنهایی، بیچارگی یا نا امیدی

۱۳. یادداشت در مورد خودکشی

۱۴. مشکل در سلامت جسمی، بیماری جسمی

۱۵. اشاره های مکرر در مورد مرگ یا خودکشی

چگونه خطر خودکشی را ارزیابی کنیم

وقتی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی شک به رفتارهای خودکشی مشکوک می‌شوند موارد زیر باید بررسی شوند.

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

بهترین راه برای پی بردن به افکار خودکشی در یک فرد این است که در مورد خودکشی از اوسوال کنیم.

بر خلاف باور عمومی سؤال درباره خودکشی باعث کاشته شدن افکار خودکشی در سر شخص نمی‌شود. در حقیقت این افراد خوشحال میشوند راجع به موضوع خودکشی و سوالاتی که با آن دست و پنجه نرم می‌کنند به صورت واضح و مستقیم صحبت کنند .

چگونه سؤال بپرسید؟

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

برخی از سوالات مفید عبارتند از:

- آیا احساس غمگینی می‌کنید ؟

- آیا احساس می‌کنید کسی به شما توجه نمیکند؟
- آیا احساس می‌کنید زندگی ارزش زنده بودن ندارد؟
- آیا احساس می‌کنید می‌خواهید مرتکب خودکشی شوید؟

کی سؤال کنید؟

- وقتی شخص احساس میکند طرف مقابلش درکش می‌کند.
- وقتی شخص با صحبت درباره احساساتش احساس راحتی می‌کند.
- وقتی شخص درباره احساسات منفی اش مثل تنهایی یا بیچارگی صحبت می‌کند.

چه سؤالی بپرسید؟

۱- برای اینکه بفهمید فرد تصمیم قطعی برای خودکشی دارد

- آیا قصد دارید به زندگیتان خاتمه دهید؟
- آیا در مورد اینکه چگونه اینکار را انجام دهید فکری کرده‌اید؟

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

- آیا قرص ، اسلحه یا ابزار دیگری در اختیار دارید ؟
- آیا این ابزار هروقت که بخواهید در دسترس شما هست؟

۳- برای اینکه متوجه شوید آیا آن شخص زمان مشخصی را برا ی خودکشی در نظر گرفته است این سؤالات را بپرسید

- تصمیم گرفته‌اید کی به زندگیتان خاتمه دهید؟
- تصمیم دارید کی برای آن برنامه‌ریزی کنید؟

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

چگونه شخص مستعد خودکشی را مدیریت کنید؟

افراد کم خطر

فرد با افکار خودکشی مانند "نمی‌توانم ادامه دهم" "ایکاش مرده بودم" دارد اما نقشه‌ای برای اینکار نکشیده است.

کارهایی که باید انجام دهید:

- ازلحاظ هیجانی وی را حمایت کنید
- با افکر خودکشی کار کنید. هرچه شخص واضحتر راجع به فقدان، تنهایی، و بی‌ارزشی صحبت کند کمتر دچار بحران هیجانی می‌شود. وقتی بحران تمام میشود شخص در این فکر فرو میرود که چکار کند .این مراحل بسیار مهم و سرنوشت ساز است ،همانطور که هیچ کس انتظار ندارد فردی که تصمیم برای مرگ گرفته بتواند تصمیم خود را عوض کند و مجدداً برای زندگی تصمیم بگیرد
- بر توانایی‌های مثبت فرد تاکید کنید از طریق صحبت با او درباره اینکه آن شخص مشکلات قبلی‌اش را چگونه بدون خودکشی حل کرده است .
- فرد را به کارشناسان بهداشت روان یا پزشک ارجاع دهید.
- در فاصله های زمانی منظم با فرد ملاقات داشته باشید.

افراد با خطر متوسط

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

کارهایی که باید انجام دهید

- از لحاظ هیجانی وی را حمایت کنید. با احساسات خودکشی بیمار کار کنید و بر توانایی‌های مثبت فرد تمرکز کنید و مراحل زیر را به ترتیب انجام دهید.
- از دودلی وی استفاده کنید، کارکنان بهداشتی باید بر دودلی فرد تمرکز کنند و تمایل برای زنده

ماندن را در وی تقویت کنند.

- راه‌های دیگر به غیر از خودکشی را شرح و بسط دهید حتی اگر آنها راه حل‌های ایده‌آل نباشند به این امید که شخص حداقل به یکی از آنها را توجه کند.
- قراردادی با فرد ببندید و از وی قول بگیرید که وی بدون تماس با کارکنان بهداشتی وبرای مدت زمان معینی خودکشی نخواهد کرد (قرارداد عدم خودکشی).
- فرد را به روانپزشک، مشاور یا پزشک ارجاع دهید و هرچه سریعتر برای او وقت ملاقات بگیرید.
- با خانواده، دوستان، و همکاران فرد تماس بگیرید و حمایت آنها را جلب کنید.

افراد پرخطر

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

کارهایی که باید انجام دهید

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

ارجاع دادن فرد مستعد خودکشی

کی ارجاع دهید

وقتی که شخص موارد زیر را داشته باشد

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

چگونه ارجاع دهید

- کارکنان بهداشتی باید باصرف زمان کافی علت ارجاع شخص را توضیح دهند.
- برای او وقت ملاقات بگیرید.
- برای فرد توضیح دهید که ارجاع کردن او به این معنا نیست که کارکنان بهداشتی می خواهند از دست فرد خلاص شوند یا فراموشش کنند.
- پس از مشاوره فرد را ملاقات کنید.
- به صورت دوره ای با او ملاقات داشته باشید .(ارتباط خود را با او حفظ کنید)

منابع حمایتی

منابع حمایتی معمول دردسترس عبارتند از

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

چطور به منابع حمایتی دسترسی پیدا کنید؟

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

چه کارهایی انجام دهید و چه کارهایی انجام ندهید؟

چه کارهایی انجام دهید

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

چه کارهایی انجام ندهید

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

وظایف کاردان و کارشناس بهداشتی نسبت به بهورز، برای جلب همکاری افراد کلیدی جامعه

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

۱- بر خطر افزایش خودکشی و ضرورت پیشگیری از آن تأکید نماید.

۲- علائم و نشانه‌های اقدام به خودکشی را توضیح دهد.

۳- کاهش دسترسی آسان به سموم و دفع آفات، نفت و نحوه نگهداری آن را بیان نماید.

۴- علل و عواملی که افراد جامعه راد ر معرض خطرخودکشی قرار می‌دهد بیان نماید.

۵- پیامدها و خطرات ناشی ار خودکشی را یادآوری نماید.

۶- برای حل مشکل بیماران و یا پیدا کردن شغل و افزایش باورهای مذهبی از این افراد کمک بخواهد و نتایج حاصل از این کار را برای آنان توضیح دهد.

۷- به آنها متذکر شود که مسئولیت پیشگیری از خودکشی بر دوش همه افراد جامعه ،به ویژه

مسئولین جامعه قرار دارد.

۸- ضمن تشریح باورهای غلط در مردم، نسبت به زدودن باورهای غلط از آنان کمک بگیرد.

منابع

1- WHO 2000,Preventing suicide, A resource for Primary Health Care Workers

۲- زجاجی، علی و همکاران (۱۳۷۸). پیش نویس برنامه ادغام پیشگیری اولیه از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه. اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت.

۳- حسن زاده، سید مهدی (۱۳۸۶). متن آموزشی تهیه شده در مورد خودکشی: سایت www.tehranpi.ir

۴- بوالهری، جعفر (۱۳۸۶). بهداشت روان برای کارشناسان بهداشتی.تهران : انتشارات بشری.

۵- مصباح، نسرین. جزوه آ موزشی پیشگیری از خود کشی، چرا مردم خودکشی می‌کنند؟ حوزه معاونت دانشجویی و فر هنگی مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.

۶- باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهری، جعفر (۱۳۸۳). متن آموزشی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، برای کاردان‌های بهداشتی، تهران: انتشارات نشر آرامش.

۷- دستورالعمل‌های طرح ادغام بهداشت روان در P.H.C (۱۳۶۵). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشک.

۸- حسن زاده، سید مهدی؛ رجالی، علی (۱۳۶۶). بررسی دویست مورد خودکشی .مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۲۲، ۵۸-۴۷.

۹- حسن‌زاده، سید مهدی؛ رجالی، علی (۱۳۶۴). نگاهی به خودکشی در اصفهان. مجله دانشکده پزشکی، ۱۵، ۳۶-۲۹.

۱۰- نجومی، مرضیه و همکاران (۱۳۸۶). عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی شهر کرج. مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران.

۱۱- اسداللهی، قربانعلی و همکاران (۱۳۷۸). بهداشت روان برای رابطین بهداشتی. دانشگاه علوم و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.

۱۲- بوالهری، جعفر و همکاران (۱۳۸۳). مطالعه مداخلاتی چند مکانی پیشگیری از خودکشی (SUPRE-MISS). انستیتو روانپزشکی تهران.