

خودکشی

از پیوستگی تا مداخله

نویسندگان: دکتر بهروز قبری، دکتر شواخالیق پرست اطهری

عضو هیئت علمی دانشگاه

تقدیم بہ

پدران و مادران عزیزمان

ستارہ های پرفروز آسمان زندگی

پیشگفتار

سابقه تاریخی و قدمت خودکشی به اندازه قدمت حیات خود انسان است. تاریخ مکتوب حاکی از آن است که بشر از بدو پیدایش تاریخ در جوامع مختلف، به این عمل مبادرت کرده است. فلاسفه، حکماء نویسندگان وشعراء گاه به صراحت وگاهی تلویحی در این مورد اظهار نظر کرده اند. جوامع کهن در برابر این پدیده عکس العمل های مختلف ابراز داشته اند. برای مثال خودکشی در یونان قدیم کیفر داشت. جسد فرد خودکشی کننده از گور محروم می شد، دست راستش را می بریدند و در مکان دیگری جدا از گورستان عمومی دفن می کردند.

در مصر باستان از مرگ انتظار رهاسازی داشتند: ولی به حیاتی در دنیای پس از مرگ معتقد بودند. حتی گاهی به صورت انجمن گردهم می آمدند و به جستجوی مطبوع ترین وسیله برای مرگ می پرداختند به نقل تاریخ، کلپاترا با سم مار به زندگی خود پایان داد. درهند از همان عهد باستان، و تحت تاثیر شدید دین برهمنائی معدودی از افرادی که در جستجوی حالت "نیروانا" یا رها شدن از همه دردها با ورود به مرحله فنای مطلق بودند و درخلال جشن های مذهبی اقدام به خودکشی می کردند. بعضی مذاهب از جمله اسلام عمل خودکشی را به صراحت مردود دانسته و حتی آن را گناه می داند. حکما و فلاسفه در باره خودکشی نظریات مختلفی دارند. مکتب افلاطون که نسبت به ملاحظات اخلاقی دقیق است، مرگ ارادی را رد می کند. افلاطون می گوید: آنکه خود را بکشد، درحیات بعد از مرگ هرگز بخشیده نخواهد شد "سقراط در رساله ای این گونه اظهار نظر می کند." خردمند با وجود شتابی که برای پیوستن به ملکوت دارد، باید بخاطر داشته باشد که خدایان حضور او را برای پیوستن به ملکوت دارد، باید بخاطر داشته باشید که خدایان حضور او را برای زمین خواسته اند." فیثاغورث درمورد مرگ خود خواسته می گوید: "به پیروانم وصیت می کنم هرگز در مرگ تعجیل نکنید، که زندگی هزارصورت دارد.

از میان فلاسفه پس از قرون وسطی، دیوید هیوم انگلیسی (۱۷۷۶-۱۷۱۱) این عقیده را که خودکشی سرپیچی و تخطی از وظایف فرد نسبت به خدا، جامعه و خودش می باشد را باطل شمرده و گناه بودن این عمل را مردود دانست.

شوپن هاور آلمانی (۱۸۶۰-۱۷۸۸) که یکی از بدبین ترین فلاسفه دنیا است و مرگ وی نیز به دنبال خودکشی بود، خدانشناسی رافرار از مرگ می داند و جنون را راهی برای اجتناب فکراز درد و رنج و آخرین گریز را خودکشی می داند. گوته شاعر ونویسنده آلمانی (۱۸۳۲-۱۷۴۹) نه تنها خودکشی را می ستاید بلکه به اشاعه آن نیز اقدام می کند. نیچه (۱۹۰۰-۱۸۴۴) می گویدوقتی این مکان برای تشخیص وجود ندارد که با سربلندی بمیرد، انسان نمی تواند از تولد خود جلوگیری کند، ولی این امر را که گاهی خطا است می تواند با خودکشی اصلاح کند.

مکتب پوچ گرائی یا نیهیلیسم از طرز فکر کامو شکل گرفت و متاسفانه این فیلسوف انگلیسی (۱۹۷۱-۱۸۷۲) در مورد خودکشی می گوید: حق مردن یکی از گرانبها ترین حقوق انسان است. در طول تاریخ برخی از افراد مشهور نیز خودکشی کرده اند. آشوربانیپال پس از شکست به اتفاق زنان، غلامان و ندیمه هایش خودسوزی دسته جمعی کرد. ناپلئون بناپارت پس از شکست در جنگ واترلو در شرف اقدام به خودکشی بود که یکی از سردارانش وی را از تصمیم منصرف کرد (۵۶). ارنست همینگوی باشلیک گلوه تفنگ به زندگی خود خاتمه داد. ونسان ون گوگ نقاش مشهور هلندی در ۳۷ سالگی با شلیک گلوه ای به حیات خود پایان داد. آدولف هیتلر پس از احساس شکست در جنگ همراه با برخی از نزدیکان و مشاوران عالی رتبه اش، به طور دسته جمعی خودکشی کردند. صادق هدایت نویسنده ایرانی دو بار دست به خودکشی زد که در بار دوم موفق شد به زندگی خود خاتمه دهد.

مکان های معروف

برخی از بناهای معروف از نظر میزان بالای اقدام به خودکشی در آن ها مشهور شده اند. این مکان ها عبارتند از پل "گلدن گیت" در سانفرانسیسکو، جنگل آئوکیگاها در ژاپن، "بیچی هد" انگلستان، و بلور استریت و یاداکت در تورنتو.

پل گلدن گیت تا سال ۲۰۱۰ شاهد بیش از ۱۳۰۰ مورد اقدام به خودکشی از طریق پریدن و از زمان ساخت آن در سال ۱۹۳۷ بوده است. در بسیاری از مکان هایی که خودکشی در آنجا شایع است موانعی برای جلوگیری از این کار ساخته شده است. این موارد شامل پرده نورانی در تورنتو، و موانع برج ایفل در پاریس و ساختمان امپایر استیت در نیویورک است. در سال ۲۰۱۱، موانعی برای پل گلدن گیت ساخته شده است.

تعاریف خودکشی:

کلمه خودکشی نخستین بار از سوی کشیش دفونتن در سال ۱۷۷۳ به کار برده شد. خودکشی مرگی است که عمداً به دست خود شخص حاصل شود. امیل دورکهمیم در تعریف خودکشی می گوید خودکشی عبارت است از هر نوع مرگی که به طور مستقیم از عمل مثبت یا منفی فردی حاصل گردد که از نتیجه اقدام خود آگاه باشد. اصطلاحات مختلفی در فرهنگ خودکشی وجود دارد مانند اقدام به خودکشی، افکار خودکشی، شبه خودکشی، ژست خودکشی و ... که هر یک تعاریف مخصوص به خود را دارد.

خودکشی^۱: از ریشه فرانسوی و لاتین گرفته شده است. Sui به معنی خود و Cide به معنی کشتن است و معنی آن، عمل کسی است که عمداً خود را می کشد. دورکیم، جامعه شناس معروف فرانسوی در کتاب «خودکشی» در سال ۱۸۹۷ آن را اینگونه تعریف می کند «خودکشی عبارت از مرگی است که به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر اثر اقدامی که فرد انجام می دهد و در عین حال به نتیجه رفتارش آگاهی دارد، روی می دهد.» این همان خودکشی موفق^۲ یا خودکشی کامل^۳ است.

اقدام به خودکشی^۴: در اینجا عمل خودکشی انجام می شود اما منجر به مرگ نمی شود.

شبه خودکشی^۵: عبارت است از اقدام به عملی غیرمهلک که در آن فرد به عمد یا از روی نقشه، قصد خود آسیب رسانی دارد اما به مرگ نمی اندیشد. بین ۱۰٪ تا ۱۴٪ از کسانی که رفتار شبه خودکشی داشته اند عاقبت خود را می کشند.

تمایلات خودکشی و عقاید خودکشی^۶: به هرگونه اندیشه ای در مورد تخریب خود اطلاق می شود، چه منجر به خودکشی بشود و چه نشود. این افکار ممکن است در طیفی از باورهای مبهم در مورد اینکه شاید فرد بعداً به زندگی خود خاتمه بدهد تا طرحهای خیلی محکم برای دست زدن به خودکشی. تخمین زده می شود که ۶٪ تا ۱۴٪ عموم جمعیت، دارای افکار خودکشی هستند.

تهدید به خودکشی^۷: نشانه های شفاهی یا رفتاری حاکی از آسیب زدن به خود یا ارباب برای کشتن خود. هر تهدید، ضرورتاً به خودکشی منجر نمی شود اما باید جدی گرفته شود.

ژست خودکشی^۸: رای توصیف اعمال خود تخریب گرانه ای به کار می رود که جدی به حساب نمی آیند چون شرایط ناشی از آن زندگی فرد را تهدید نمی کند یا چنین بیمارانی پس از عمل مذکور در پی کمک گرفتن برمی آیند.

پیمان خودکشی^۹: توافق دو جانبه بین دو نفر است که خودشان را در یک زمان از بین ببرند این موضوع فقط مربوط به عشاقی که نمی خواهند از هم جدا باشند نیست. تحقیقات نشان داده است که اکثر چنین پیمان هایی دربرگیرنده دو نفری است که یکی از آنها اجبارکننده و دیگری خیلی وابسته است.

خودکشی گروهی^{۱۰}: منظور از آن خودکشی های دسته جمعی است که اغلب در بُرهه ای از زمان و منطقه ای محدود صورت می گیرد. نمونه ای از آن خودکشی ۹۱۳ نفر در سال ۱۹۷۸ در «گیانای امریکا» بود.

1 suicide

2 successful suicide

3 Completed suicide

4 Suicide Attempt

5 Para suicide

6 Suicide Ideation

7 Suicide Threat

8 Suicide Gesture

9 Suicide Pact

10 Cluster Suicide

یوتانازی یا قتل از روی ترحم^۱: به معنی خاتمه دادن به زندگی یک بیمار لاعلاج از طریق حذف خدمات و اقدامات استمرار زندگی است تا به درد و رنج او خاتمه دهد. منظور از خطر خودکشی میزان احتمال وقوع خودکشی در یک فرد است. خودکشی مزمن عبارتست از مرگ ناشی از سوء مصرف مواد، مانند الکل و عدم رعایت آگاهانه رژیم های درمانی مانند دیابت، هیپرتانسیون و چاقی.

در بیماران افسرده هنگامی که به علت درمان رو به بهبود هستند با افزایش انرژی خطر خودکشی نیز در آنها افزایش می یابد و یارخ داد خودکشی دسته جمعی را می گویند. در موارد استثنایی هنگامی که فرد از نظر روانی سالم است ولی مبتلا به یک بیماری علاج ناپذیر مانند سرطان می باشد. تصمیم به خودکشی می گیرد.

خودکشی و افکار و رفتارهای مربوط به خودکشی، پدیده ای جهانی است و در طول تاریخ وجود داشته است. واکنش جوامع به خودکشی نیز در طول تاریخ متفاوت بوده و در دوره های تاریخی، مردم نگرشها و نظرات مختلفی نسبت به آن داشته اند. اشنایدمن^۲ (۱۹۸۵) خودکشی را «عمل آگاهانه نابود کردن ارادی خود در فردی که این کار را بهترین راه حل ممکن برای یک مشکل معین می داند» تعریف می کند. خودکشی را می توان تهدیدی برای سلامت عموم جامعه دانست. واقعیت دردناکی که در ورای آن نهفته است، ضربه عمیقی بر پیکر خانواده، اجتماع و جامعه وارد می آورد. بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی سالانه تقریباً یک میلیون نفر در سراسر جهان به علت خودکشی فوت می کنند و ۱۰ تا ۲۰ برابر آن اقدام به خودکشی می کنند. پس به طور میانگین در هر ۴۰ ثانیه یک نفر به علت خودکشی از دنیا می رود. در طی ۳۰ سال گذشته خودکشی در جهان ۳۰۰ درصد افزایش داشته است و اکنون در بیشتر کشورها سومین عامل مرگ و میر جوانان و نوجوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله و هشتمین عامل مرگ و میر به طور کلی می باشد. گسترش روزافزون خودکشی در سال های اخیر باعث شد، سازمان جهانی بهداشت، روز ۱۰ سپتامبر را به عنوان «روز جهانی پیشگیری از خودکشی» معرفی کند و در این روز برای برخی کشورها برنامه های خاصی در نظر بگیرد.

میزان شیوع خودکشی و اقدام به آن

میانگین نرخ خودکشی در جهان ۱۶ نفر در ۱۰۰ هزار نفر است. در دنیا اولین رده های خودکشی در سال ۲۰۱۴ به کشور کره با ۳۶/۶، گویانا با ۳۴/۸ و لیتوانی با ۳۳/۳ تعلق دارد. چین تنها کشوری است که در آن زنان بیشتر از مردان، خودکشی موفق دارند. تازه ترین آمارها، نرخ خودکشی در آمریکا را ۱۳/۷ نفر در صد هزار نفر می دانند. خودکشی یازدهمین علت مرگ در ایالات متحده است و قتل، چهاردهمین علت مرگ است. آمارهای سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴ نشان داده است که در آمریکا ۴۳۳۶۱ نفر بر اثر

1 Euthanasia

2 Schneidman

خودکشی جان خود را از دست داده اند. که نرخ مردان تقریباً دو برابر زنان بوده است. اساساً در هر ۱۶/۶ دقیقه یک نفر در آمریکا خودش را می کشد که در هر روز ۸۶/۷ مرگ را شامل می شود. با آنکه در هر دو کشور ژاپن و آمریکا هر سال بیش از ۳ تا ۴ هزار مورد خودکشی رخ می دهد اما تفاوت جمعیت، ژاپن را در رده ۸ و آمریکا را در رده ۳۹ قرار می دهد. همچنین هر ساله ۴۰۰۰ کانادایی به علت خودکشی جان خود را از دست می دهند. در کشور انگلیس هم هر سال بیش از ۵۰۰۰ نفر مرگ ناشی از خودکشی دارند.

ایران با نرخ خودکشی نزدیک به ۵/۳ نفر در صد هزار نفر، در رتبه ۱۰۸ جهان قرار دارد. در سال ۱۳۹۴ حدود ۴۰۲۰ خودکشی موفق در ایران وجود داشته که حدود ۶۵٪ آن از طرف مردان و ۳۵٪ از سوی زنان انجام شده است و ۱٪ از کل مرگ و میرها را شامل شده است. گفته می شود در هر روز ۱۱ نفر در ایران به علت خودکشی از دنیا می روند. معمولاً در آمارها فقط موارد منجر به فوت ثبت می شود و موارد اقدام به خودکشی بسیار بیشتر از آن و بسته به روش به کار رفته و در استانهای مختلف از ۲ تا ۵۰ برابر موارد خودکشی منجر به فوت، اقدام به خودکشی وجود دارد.

در کشورهای دنیا معمولاً زنان ۳ برابر مردان دست به خودکشی می زنند اما مردان ۳ برابر زنان در خودکشی موفق می شوند. در ایران مردان حدوداً ۲ برابر زنان، خودکشی کامل دارند اما در استانهایی چون ایلام، بوشهر، خوزستان، کهگیلویه و بویراحمد، فارس و کرمان، نرخ خودکشی زنان بالاتر از مردان است. بالاترین میزان خودکشی زنان در استان ایلام است. ایران سومین کشور جهان است که در آن آمار خودکشی موفق زنان افزایش یافته و در حال پیشی گرفتن از آمار خودکشی مردان است. (دو کشور دیگر که رتبه یک و دو را در خودکشی دارند عبارتند از: چین و هندوستان).

شایع ترین روش های اقدام به خودکشی

بیشترین روش خودکشی منجر به فوت در ایران، حلق آویز کردن خود با ۴۲/۵٪ از کل موارد، سپس خودسوزی با حدود ۳۰٪ از موارد و نهایتاً مسمومیت با قرص و سموم است که ۱۳/۵٪ از موارد را شامل می شود. اما بیشترین روش اقدام به خودکشی با استفاده از قرص و سموم است.

در آمریکا بیشترین خودکشی ها با اسلحه گرم انجام می شود. در این کشور حدود ۲۰۰ میلیون سلاح گرم در دست شهروندان قرار دارد و ۶۰٪ خودکشی های کامل یعنی حدود ۱۶۰۰۰ مورد بوسیله اسلحه انجام می شود. در ایران نیز در استانهایی که دسترسی به سلاح گرم وجود دارد موارد زیادی خودکشی با این روش دیده شده است. در برخی موارد نیز سربازانی که دسترسی به سلاح دارند برای خودکشی از آن استفاده می کنند. در انگلیس برای خودکشی، مردان اکثراً از سموم و زنان اکثراً از روش حلق آویز کردن استفاده

می کنند. در دانمارک، حلق آویز کردن در مردان و مسموم کردن خود در زنان رایج تر است. در سوئد، روش حلق آویز کردن و مسمومیت هر دو در مردان رایج است در حالی که زنان از روش غرق کردن خود استفاده می کنند. در چین و هند رایج ترین روش خودکشی، مسموم کردن خود است. از عمده روشهای دیگر خودکشی، بریدن رگ خود، پرتاب کردن خود از بلندی و غرق کردن خود است. در کشورهای دیگر، مسمومیت با گاز و انداختن خود به جلوی اتومبیل و قطار نیز رایج است.

سبب شناسی

در ارزیابی عوامل خطرزا و محافظت کننده باید دقت نمود که ارزش خطرزا یا محافظ بودن این عوامل یکسان نیست. مثلاً داشتن نقشه برای خودکشی نسبت به عاملی نظیر جنس، عامل خطرزای بسیار مهمتری است. بنابراین باید برآیند عوامل خطرزا و محافظت کننده را براساس هر بیمار به صورت جداگانه مورد بررسی قرار دهیم. اقدام برای پژوهش علل خودکشی با چندین سد قابل ملاحظه روبرو است. اطلاعات واپس نگر در مورد وضع سلامتی و رفاه فرد در گذشته در زمان خودکشی را نمی توان مستقیماً بدست آورد و مطالعات آینده نگر خودکشی بدلیل قلت نسبی آن مسأله ساز است. مطالعات واپس نگر به شناخت عوامل زمینه ساز خودکشی کمک کرده است و مطالعات نوع دوم فهم ما را از شرایط اجتماعی که ممکن است در بالا بردن میزان های خودکشی موثر باشند بالا می برد.

۱ - عوامل اجتماعی:

خودکشی هنگام نقصان حمایت اجتماعی، ازدست دادن عزیزی و مشکلات و سختی در روابط بین فردی، رخ می دهد. احساس اتصال وارتباط با دیگران یک مانع مهم در اقدام به خودکشی است. در غیر این صورت خطر خودکشی به ویژه در مبتلایان به افسردگی اساسی، بیشتر می شود. زندگی در تنهایی عامل مهمی در رفتارهای خودکشی است. خودکشی در افرادی که ازدواج نکرده اند، شایع تر است. مشکل در روابط بین فردی و طلاق در خودکشی موثر است. ازدست دادن شغل و بیکاری به ویژه در مردان می تواند فرد را مستعد اقدام به خودکشی کند. در بحران های اقتصادی و بیکاری میزان خودکشی افزایش میابد. نظریه جامعه شناختی، به عوامل فرهنگی و اجتماعی موثر بر خودکشی توجه دارد. از این دیدگاه، خودکشی یک پدیده اجتماعی و یا به عبارت بهتر یک آسیب اجتماعی است و دلایل آن را باید در ساختار و مناسبات اجتماعی جستجو کرد. با توجه به ارتباط تنگاتنگی که بین فرد و جامعه وجود دارد، ساخت و روابط اجتماعی بر افراد تاثیر می گذارد و در واقع رفتارهای هر فرد بازتابی از ساختار و مناسبات اجتماعی هر جامعه است. عوامل مهم اجتماعی - فرهنگی موثر بر خودکشی بر مبنای رویکرد جامعه شناختی بشرح ذیل می باشد:

عوامل فرهنگی: فرو پاشی نظام ارزشی سنتی، تحمیل ارزشهای فرهنگی، بیگانگی و تعارض ارزشهای فرهنگی، فردگرایی، اختلال در نظام اجتماعی.

عوامل اقتصادی: فقر، بیکاری، کم کاری، محرومیت، نا امنی شغلی، مشکلات مسکن، تورم، تغییر ساختار اقتصادی جامعه.

عوامل اجتماعی: افزایش جمعیت، مهاجرت، جنگ، تبعیض (نژادی - جنسی - مذهبی) مردسالاری، بیسوادی، مشکلات مربوط به ازدواج، اوقات فراغت.

داوید امیل دورکیم، جامعه‌شناس بزرگ فرانسوی قرن نوزدهم و ابتدای قرن بیستم است. به عقیده بسیاری، دورکیم بنیان‌گذار جامعه‌شناسی به شمار می‌رود. وی نشان داد که طیف عوامل اجتماعی بر میزان های خودکشی اثر می‌گذارد (میزان ها در زمان جنگ و در جریان انقلاب ها پایین بود و در دوره های شکوفایی اقتصادی و نزول اقتصادی بالا می‌رفت). این یافته ها منجر به این استنتاج شد که انسجام اجتماعی و نظم اجتماعی اهمیت اساسی در میزان خودکشی دارد.

مطالعات جدیدتر نشان داده اند در مناطقی که در آنها سطح بیکاری، فقر، طلاق و گسستگی اجتماعی بالا است، عیار خودکشی هم بالا است. یک عامل اجتماعی دیگر که به نظر می‌رسد بر میزانهای خودکشی تاثیر می‌گذارد « پوشش رسانه ای خودکشی » است. بررسی ها نشان داده است که میزان های خودکشی و اقدام به خودکشی پس از نمایش فیلمها و برنامه های تلویزیونی تخیلی افزایش می‌یابد.

۲- عوامل مردم شناختی:

بررسیهای مردم شناختی با ۳ جنبه از مسئله خودکشی در جامعه سروکار داشته است که عبارتند از انگیزه ها یا دلایل خاص، وقوع و عکس العمل جامعه. از دیدگاه فرهنگ شناسی و مردم شناسی، خودکشی نمایشگر پویایی های فرهنگی است و بنظر می‌رسد که به هر شکل که ظهور کند وابسته به ارزشی است که فرهنگ برای آن قائل شده و آن را به افراد تحمیل و به نسلهای بعدی منتقل می‌کند. به برای مثال در برخی مناطق و گروهها خودکشی یک رفتار ناپسند در حالیکه در بعضی مناطق یک سنت فرهنگی می‌باشد.

۳- عوامل زیست شناسی:

از نظر زیست شناسی کاهش سروتونین مرکزی در بروز رفتارهای انتحاری نقش دارد. گروهی از محققین موسسه کارولنیسکا در سوئد نخستین کسانی بوده اند که متوجه شدند غلظتهای پایین متابولیک سروتونین، اسید ۵- هیدروکسی ایندول استیک^۱ درمایع مغزی نخاعی با بروز رفتارهای انتحاری ارتباط دارد. این یافته، بارها در گروههای تشخیصی مختلف تکرار شده است. مطالعات نوروشیمی بر روی جسد قربانیان خودکشی نشان داده است که سروتونین یا اسید ۵- هیدروکسی ایندول استیک ساقه مغز یا قشر پیشانی این افراد

مختصری کاهش می یابد اما در بررسی گیرنده های جسد قربانیان خودکشی، تغییرات چشمگیری در مکانهای اتصال پیش سیناپسی و پس سیناپسی سروتونین گزارش شده است. روی هم رفته، مطالعات مایعات مغزی نخاعی^۱، نوروشیمی و گیرنده ها به نفع فرضیه ای است که کاهش سروتونین مرکزی را با بروز خودکشی در ارتباط می داند. مطالعات اخیر همچنین تغییراتی را در دستگاه نورآدرنژیک قربانیان خودکشی نشان داده است. همچنین براساس پایین بودن غلظت اسید ۵- هیدروکسی ایندول استیک در مایع مغزی نخاعی می توان بروز رفتار های انتحاری را در آینده پیش بینی کرد. برای مثال گروه کارولنیسکا در ۹۲ بیمار افسرده که اقدام به خودکشی کرده بودند خودکشی موفق را بررسی کردند و دریافتند که از هر ۱۱ بیماری که ظرف یکسال بعد خودکشی نموده اند در هشت نفر غلظت اسید ۵- هیدروکسی ایندول استیک در مایع مغزی نخاعی کمتر از حد متوسط بوده است. خطر خودکشی در این زیر گروه ۱۷٪ بود درحالیکه این میزان در افرادی که غلظت اسید ۵- هیدروکسی ایندول استیک مایع مغزی نخاعی در آنها بالاتر از حد متوسط بود ۷٪ گزارش شد. درنوجوانانی که خودکشی می کنند نیز غلظتهای پایین اسید ۵- هیدروکسی ایندول استیک در مایع مغزی نخاعی گزارش شده است.

۴- عوامل ژنتیک:

رفتار انتحاری همچون سایر اختلالات روانی نوعی توزیع خانوادگی دارد. خودکشی همینگوی در سال ۱۹۹۷ توجه محافل پزشکی رابه خودجلب کرد. البته، نه از این جهت که چهره شناخته شده ای بود، بلکه به دلیل اینکه نوه دختری کسی بود که با خودکشی منجر به مرگ از دنیارفت بود. علاوه بر این دو برادر، خواهر و پدر وی نیز خودکشی منجر به مرگ داشتند. وجود پنج قربانی رفتار انهدامی در فامیل همینگوی نظری پژوهشگران را به مسئله ارتباط ژنتیکی و خودکشی در بستگان درجه اول مبتلایان به اختلالات روانپزشکی که اقدام به خودکشی موفق داشته اند ۴ برابر کسانی است که اقدام به خودکشی موفق نداشته اند. در مطالعه شاخصی که در سال ۱۹۹۱ انجام شد ۱۷۶ جفت دوقلو که یک قل آنها خودکشی کرده بودند بررسی شدند، در ۹ جفت از این دوقلوها هر دو قل مرتکب خودکشی شده بودند که ۷ مورد آنها دو قلوی یک تخمکی و ۲ مورد دو قلوی دو تخمکی بودند (در این مطالعه تعداد دوقلوهای یک تخمکی ۶۳ جفت و دوقلوهای دو تخمکی ۱۱۴ جفت بود). این تفاوت همگامی خودکشی در بین دوقلوهای یک تخمکی و دوقلوهای دو تخمکی از لحاظ آماری معنا دار است. کودکان مادران افسرده که سابقه اقدام به خودکشی داشته اند، میزان بالاتری شانس رفتارهای خودکشی را دارند.

۵ - عوامل روانشناختی:

نظریه فروید: نخستین بینش روانشناسی مهم در مورد خودکشی از سوی زیگموند فروید ارائه شد. او فقط یک مورد اقدام به خودکشی را توصیف کرد لیکن بیماران افسرده بسیاری را ملاقات کرده بود او در مقاله ای تحت عنوان « داغداری و ملانکولی » نوشت که « خودکشی بازتاب نوعی پرخاشگری فرد نسبت به شیء درونی و محبوبی است که به صورت تردید آمیزی انرژی روانیش را روی آن متمرکز کرده است که این پرخاشگری به سوی خود شخص باز می گردد. فروید تردید داشت که کسی بدون میل سرکوب شده پیشین برای کشتن شخص دیگر، خود را بکشد.

بررسی روش های اقدام به خودکشی:

انتخاب طریقه خودکشی، تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار می گیرد و دربرخی از موارد با انگیزه و هدف از خودکشی رابطه دارد. برای مثال فردی که به منظور انتقام جویی و یا جلب توجه اقدام به خودکشی می کند، روش مورد استفاده وی پرسر و صدا و حتی جنجال برانگیز خواهد بود. در دسترس بودن وسیله لازم برای خودکشی مثلا وجود اسلحه گرم در منزل، سکونت در ساختمانهای مرتفع، آشنا بودن به اثرمرگ آور داروها و سموم و مواد مخدر، نزدیکی با دریا و دریاچه یا رودخانه های عمیق می تواند در انتخاب روش انهدامی موثر باشد. مردها عمدتا از روش های قاطع تری مانند سلاح گرم، حلق آویز کردن و پریدن از بلندی و خانم ها بیشتر از دارو و سم استفاده می کنند. شایع ترین روش خودکشی، استفاده بیش از حد مجاز دارو و مواد و یاسوء مصرف سموم می باشد. داروهای مورد استفاده عمدتا ضد دردها و ضدافسردگی ها هستند. یکی از مهمترین عوامل خطر خودکشی مرگزایی اقدام می باشد. هرچه روش قاطع تر باشد، میل به مردن بیشتر است. البته، مرگزایی روش را از دیدگاه بیمار باید نگریست. بعضی از بیماران داروها را طی تجویزهای مختلف جمع آوری می کنند. گروهی نیز از داروهایی که نیاز به نسخه ندارند مانند آسپرین استفاده می کنند. اکثر خودکشی های موفق برنامه ریزی شده هستند (که خطرناکتر نیز می باشند). شش درصد بیماران که خودکشی موفق دارند از خود یادداشتی به جامی گذارند.

در حقیقت نمی توان پیش بینی نمود که دقیقا چه کسی خودکشی می کند. تنها شاید بتوان با بررسی عوامل خطرزا و محافظت کننده، احتمال خودکشی را تخمین زد. بنابراین، متخصصانی که هدف پیشگیری از خودکشی را در سر دارند، با شناسایی افراد و گروههایی که در معرض عوامل خطرزای بیشتر و عوامل محافظت کننده ی کمتری قرار دارند، مداخلات خود را هدفمند تر می نمایند. بدین ترتیب بررسی این عوامل، ضروری و مهم به نظر می رسد. در ارزیابی عوامل خطرزا و محافظت کننده باید دقت نمود که ارزش خطرزا یا محافظ بودن این عوامل یکسان نیست. مثلا داشتن نقشه برای خودکشی نسبت به عاملی نظیر

جنس، عامل خطرزای بسیار مهمتری است. بنابراین باید برآیند عوامل خطرزا و محافظت کننده را براساس هر بیمار به صورت جداگانه مورد بررسی قرار دهیم.

عوامل و فاکتور های خطر:

۱- جنس: زنان ۴ برابر بیشتر از مردها اقدام به خودکشی می کنند و مردان ۴ برابر بیشتر از زنها خودکشی موفق دارند و این رقم در تمام سنین ثابت است. اگرچه منحنی سن خودکشی مردان با زنان مشابه است، اما میزان خودکشی در مردان بیش از زنان است.

عاملی که تا حدی این تفاوت تبیین کند، در ذیل آمده است:

مردان کمتر از زنان تمایل دارند که از نظر عاطفی یا روانی از افراد یا از سیستم های حمایتی کمک بگیرند. رفتارهای تکانشی در مردان بیش از زنان مشاهده می شود و مردان از روش های خشن تری برای خودکشی استفاده می کنند. همچنین عوامل محافظت کننده ای مانند حاملگی و وجود کودک، خاص زنان است. باوجود اینکه میزان خودکشی در زنان کمتر از مردان است. ولی عوامل خطر منحصر به فردی زنان را در معرض خودکشی قرار می دهد:

عوامل اجتماعی: مانند همسر آزاری(فیزیکی، جنسی، عاطفی). این عامل با برنامه ریزی برای خودکشی و اقدام به خودکشی زنان رابطه دارد.

در برخی از جوامع نابرابری جنسیتی نه فقط در سطح جامعه بلکه در سطح خانواده نیز وجود دارد. گاهی تعاریفی که فرهنگ و اجتماع از نقش زن در خانواده دارد، می تواند به منزله ی عامل خطرزا برای خودکشی عمل کند. مثلا اصول خانوادگی که تخطی از آنها عواقب شدیدی به دنبال دارد، برای اقدام فرد به خودکشی کفایت می کند. در ایران خودسوزی، اکثرا در زنان متاهل و خانه دار رخ می دهد. این زنان اکثرا علت خودسوزی خود را اختلاف با خانواده ی همسر و اختلافات زناشویی ذکر می کنند.

اگرچه حاملگی یک عامل محافظت کننده در برابر خودکشی محسوب می شود ولی افسردگی و سایکوز بعد از حاملگی نیز عاملی خطرزا برای خودکشی است. افسردگی بعد از زایمان در ده تا پانزده درصد از زنان دیده می شود. این زنان علاوه بر علائم معمول افسردگی، احساس بی کفایتی در نگهداری از نوزاد خود می کنند. سایکوز بعد از زایمان در یک هزارم تولدها دیده می شود که پنج درصد از این موارد خودکشی می کنند و چهار درصد نیز به نوزاد خود آسیب می رسانند.

۲- سن: میزان های خودکشی با افزایش سن بالا می رود و این میزان ها اهمیت بحران میانسالی را نشان می دهند. در مردها خودکشی پس از ۴۵ سالگی به اوج خودش می رسد و در زنان بیشترین تعداد خودکشی موفق پس از سن ۵۵ سالگی روی می دهد. در مردان ۶۵ سال به بالا میزان خودکشی به ۴۰ در صد هزار نفر

می رسد. افراد مسن کمتر از جوانان اقدام به خودکشی می کنند ولی خودکشی آنها موفق تر است. میزان خودکشی از افراد ۷۵ سال به بالا ۳ برابر میزان آن در افراد جوان است. با این حال میزان خودکشی در بین جوانان و بخصوص مردان ۱۵ تا ۲۴ ساله به سرعت در حال افزایش است. در اکثر کشورهای دنیا، با افزایش سن میزان خودکشی نیز افزایش می یابد. اکثر مطالعات به وجود دو منحنی سنی در خودکشی تاکید دارند، یک منحنی در سنین ۱۵-۲۴ سالگی و دیگری در سالمندی و بعد از سنین هفتاد سالگی، به نظر می آید استفاده از روش های مرگبار تر در این سنین، سبب افزایش مرگ ناشی از خودکشی در این سنین باشد.

۳ - نژاد و تاریخچه فامیلی: از هر ۳ مورد خودکشی ۲ مورد آن در بین سفید پوستان روی می دهد. میزان خودکشی در بین سفید پوستان تقریباً ۲ برابر همه گروههای نژادی دیگر است ولی این ارقام امروزه مورد تردید قرار گرفته است، زیرا میزان خودکشی در بین سیاهان نیز در حال افزایش است. در بین جوانان ساکن محلات فقیرنشین برخی بومیان آمریکا و سرخپوستان آلاسکایی میزان خودکشی بسیار بالاتر از میزان ملی آنهاست. میزان خودکشی در بین مهاجرین بالاتر از بومیان آمریکاست. از نظر تاریخچه فامیلی، وجود اقدام به خودکشی، خودکشی موفق و بیماری های روانی در خانواده و به خصوص در بستگان درجه اول خطر خودکشی را افزایش می دهد. همچنین وجود سوء مصرف مواد و الکل در والدین، طلاق و جدایی والدین نیز از عواملی است که در تاریخچه خانوادگی فرد می بایست به آن توجه کرد و از عوامل موثر می باشد.

۴ - مذهب: در بسیاری از اشکال مسیحیت، خودکشی گناه تلقی شده است، و این امر به طور عمده بر اساس نوشته های متفکران بانفوذ مسیحی در قرون وسطی مانند سنت آگوستین و توماس آکویناس مقدس بوده است. و همچنین این ایده که زندگی هدیه ای از سوی خداوند است و نباید رد شود، و این مسئله که خودکشی مخالف «نظم طبیعی» بوده و در نتیجه دخالت در طرح جامع خداوند برای جهان است مورد توجه بسیاری از ادیان می باشد. در اسلام خودکشی یک گناه نابخشودنی به حساب می آید.

۵ - وضعیت تاهل: به نظر می رسد ازدواج و بچه دار شدن به میزان قابل توجهی خطر خودکشی را کاهش می دهد. میزان خودکشی در افراد متاهل ۱۱ درصد هزار نفر است. در حالیکه این میزان در افراد مجرد هرگز ازدواج نکرده تقریباً ۲ برابر است. اما در افرادی که قبلاً متاهل بوده اند میزان خودکشی بسیار بالاتر از افرادی است که هرگز ازدواج نکرده اند. میزان خودکشی در افراد بیوه ۲۴ درصد هزار و در بین افراد مطلقه ۴ درصد هزار نفر می باشد.

۶ - شغل: هر قدر مقام اجتماعی شخص بالاتر باشد خطر خودکشی بیشتر است. ولی نزول مرتبه اجتماعی نیز خطر خودکشی را افزایش می دهد. بطور کلی، کارکردن، محافظی در مقابل خودکشی محسوب می شود. در طبقه بندی مشاغل، متخصصین بخصوص پزشکان را بطور سنتی بیشتر در معرض خطر خودکشی دانسته اند، ولی جدیدترین مطالعات نشان داده است که خطر خودکشی در پزشکان مرد ایالات متحده بیشتر از سایر

مشاغل نیست. بر عکس یافته های اخیر در بریتانیا و اسکانندیناوی نشان می دهد که میزان خودکشی پزشکان مرد ۲ تا ۳ برابر میزان آن در مردان همان سنین است. مطالعات حاکی از این است که خطر خودکشی در بین پزشکان زن بیش از سایر زنان است. هم پزشکان مرد و هم پزشکان زن بیش از دیگر افراد جامعه با مسمومیت دارویی به زندگی خود خاتمه می دهند و کمتر از اسلحه گرم استفاده می کنند. گروههای اختصاصی در معرض خطر عبارتند از: موسیقی دانها، دندانپزشکان، مأمورین مجری قانون، حقوقدانان و بیمه گران. میزان خودکشی ضمن رکود اقتصادی و بالارفتن میزان بیکاری افزایش می یابد و در زمان افزایش میزان اشتغال و جنگ کاهش می یابد.

میزان خودکشی در بیکاران نیز در مقایسه با افراد شاغل بالاتر است. از نظر طبقه اجتماعی، بالاترین میزان خودکشی در طبقه اجتماعی کارگران غیرماهر دیده می شود و پس از آن طبقه اجتماعی حرفه ای قرار دارد. در جراحان دامپزشک میزان خودکشی ۳ برابر بالاتر از حد مورد انتظار است. در داروسازان و اهل فن حرفه طب، دو برابر بالاتر از حد مورد انتظار خودکشی می کنند و میزان های بالاتر خودکشی در بین زندانی ها، مخصوصاً پس از بازداشت مجدد، مشاهده می گردد.

۷ - شرایط اقلیمی و تغییرات فصول: ارتباط معنی داری بین فصول مختلف سال و خودکشی یافت نشده است. میزان خودکشی در بهار و پاییز مختصری افزایش می یابد، ولی بر خلاف باور رایج، خودکشی در دوره های تعطیلات افزایش نمی یابد. در مناطق روستایی، وابستگی اجتماعی بیشتر از شهری است و به همین میزان خودکشی در آنها پایین تر است.

۸ - روش ها: میزان بالاتر خودکشی موفق در مردها مربوط به روش های مورد استفاده آنها است. مردها با اسلحه گرم، حلق آویز کردن خود یا پریدن از بلندی خود را می کشند. زنان بیشتر با داروهای روان گردان یا سموم خودکشی می کنند.

۹ - متغیرهای اقتصادی و مسائل قانونی و بیکاری: ویلهلم سن و همکارانشان (۱۹۹۸) به نقل از مظفری در یک منطقه شهری ایسلند متغیرهای گوناگون همراه با افکار خودکشی را در ۸۲۵ فرد بزرگسال مورد بررسی قرار دادند. آنها دریافتند که شرایط سخت مالی، فشارهای ناشی از درگیری با قانون بطور معنی داری با افکاری که منجر به اقدام به خودکشی میشوند ارتباط دارند.

یافته های فرادا (۱۹۹۷) به نقل از مظفری در یک مطالعه مقطعی، گویای آن بود که نسبت خودکشیها در افرادی که به تازگی بازنشسته شده بودند، بیکاران، شاغلین با درآمد کم و افراد بی خانه بیشتر بوده است. همین محقق در سال ۱۹۹۶ نرخ خودکشی را در شهرستانهای ثروتمند و فقیر سوئد مورد مقایسه قرار داد. نتایج مطالعه وی نشان داد که در فقیرترین شهر سوئد یعنی در برگ^۱ میزان خودکشی افزایش یافته و به

۴۶/۲ در صد هزار نفر رسیده است، در حالیکه در ثروتمندترین شهرستان یعنی در دانریا^۱ چهار برابر نرخ خودکشی کمتر است. مارل و تیلور وکر (۱۹۹۸) شواهد مربوط به ارتباط بین بیکاری و سلامتی جسمی و روانی در جوانان ۲۴ - ۱۵ ساله در استرالیا را مورد بازبینی قرار دادند. مجموع داده ها گویای آن بود که بین بیکاری و خودکشی جوانان ارتباط قوی وجود دارد.

کلر و همکاران (۱۹۹۶) به نقل از پناغی دریافتند که از بین ۷ شاخص محرومیت اجتماعی که با اقدام به خودکشی همبستگی دارند، بالاترین فراوانی مربوط به شاخص بیکاری می شود.

۱۰ - رویداد های فشارزا، نحوه مقابله و حمایت اجتماعی: ویلهلم سن و همکارانش (۱۹۹۸) به نقل از عباسپور در بررسی خود در مورد عوامل متعدد همراه با افکار خودکشی دریافتند که افراد بزرگسال با افکار خودکشی احساس فشار بیشتری از رویدادهای فشارزا داشتند و از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند. نداشتن حمایت اجتماعی از عوامل خطر جدی در خودکشی به شمار می رود. در مطالعه ای مشخص شده است که اشخاصی که بطور جدی اقدام به خودکشی نموده اند، تناوب رخداد رویدادهای زندگی مانند مشکلات بین فردی، مسائل مربوط به کار، مشکلات مالی و قانونی برایشان بیشتر بوده است.

۱۱ - مشکلات خانوادگی و حمایت های اجتماعی: نتایج مطالعات زیادی نشان می دهند که رفتار خودکشی در نوجوانان با فرایند های مختل در خانواده ارتباط دارد. مطالعات نشان داده است که بطور کلی نوجوانانی که با یکی از والدین یا با خانواده صلبی زندگی می کنند از عزت نفس پایین تر و از تنهایی رنج می برند و خلق افسرده تر، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی بیشتری نیز دارند. پیلائی و واسنار (۱۹۹۷) به نقل از مظفری در مطالعه ای بر روی ۴۰ نوجوان که رفتار خودکشی داشتند دریافتند که ۷۷/۵ درصد آنان چند ساعتی قبل از اقدام با والدینشان درگیری داشتند و رضایتشان از خانواده هایشان کمتر از گروه کنترل بود. هالیک^۲ (۱۹۹۶) به نقل از کر^۳ تاثیر افسردگی و روابط خانوادگی را در مورد افزایش خطر خودکشی در نوجوانان مورد بررسی قرار داد. وی به این نتیجه رسید اگر چه افسردگی بزرگترین عامل خطر برای رفتار خودکشی در نوجوانان است، اما این جا مشکلات ارتباطی خانوادگی به عنوان یک متغیر در این رفتار نقش دارد. حمایت اجتماعی که افراد از خانواده خود یا دیگر شبکه های اجتماعی^۴ دریافت می کنند یکی از منابع بالقوه در درمان اختلال روانی افراد می باشد. و حمایت اجتماعی به عنوان یک بافر استرس در نوجوانان عمل می کند. مطالعات مختلف نشان داده اند که حمایت خانوادگی ناکافی بیشترین تاثیر زیان بار را بر عملکرد نوجوان دارد. در بررسی نمونه های مبتنی بر جمعیت نشان داده شده است، که نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده اند، خودکشی آنها با خودکشی دوستان آنها مرتبط بوده است.

1 Danderya

2 Halic

3 Kerr

4-social networks

حمایت اجتماعی ممکن است از طریق کاهش آثار منفی استرس های زندگی، میزان احتمال اقدام به خودکشی را کاهش دهد، تا جایی که ارائه سطح ثابت و مناسب حمایت های اجتماعی تاثیر استرس های زندگی را به حداقل کاهش دهد. حمایت همسالان، اثرات منفی حاصل از فشار خانواده، افسردگی و اضطراب را کاهش می دهد و داشتن روابط با همسالان، همسایه ها و دوستان منجر به کاهش افکار خودکشی می شود. در یک مطالعه طولی که بر روی نوجوانان در آمریکا انجام شده است، به این نتیجه رسیدند که کارکرد بد خانواده بویژه، حمایت هیجانی پایین و حوادث منفی زندگی با رفتارهای خودکشی همبستگی معنی دار دارد.

مطالعات اپیدمیولوژیکی که از تعاریف مختلف حمایت اجتماعی استفاده کرده اند، نشان داده اند که میزان پایین حمایت اجتماعی درک شده با افزایش افسردگی و اقدام به خودکشی همراه بوده است. در بین گروههای مختلف جمعیتی دو مطالعه مورد شاهدهی در چین انجام گرفته است و روش مطالعه آنها نیز استفاده از نزدیکترین فرد به فرد خودکشی کرده بوده است. در این دو مطالعه نشان داده شده است که ریسک پایین خودکشی با افزایش میزان حمایت اجتماعی فرد همراه بوده است. در مطالعه آینده نگری که در ژاپن انجام شده است، نتایج آن نشان داده است که حمایت اجتماعی در پیشگیری از خودکشی ممکن است مهم باشد و اجتناب از ایزوله بودن اجتماعی کاهش میزان خودکشی در مردان و زنان را به همراه داشته است و حمایت اجتماعی بخصوص در زنان بیشتر موثر بوده است.

۱۲ - سلامت جسمی: ارتباط معنی داری بین سلامت جسمی و بیماری با خودکشی وجود دارد. درد مزمن، آسیب ضربه ای مغزی، سرطان، و یا کسانی که با دیالیز خون، اچ آی وی، لوپوس اریتماتوس سیستمیک دست به گریبان هستند. مطالعات نشان می دهد بیش از ۳۰ درصد افرادی که خودکشی می کنند در طی ۶ ماهه آخر زندگی تحت مراقبت با یکی از ارائه دهندگان خدمات درمانی (بیمارستان و مراکز درمانی، پزشک و...) بوده اند. مطالعات نشان می دهد که در بیش از ۲۵ درصد قربانیان خودکشی یک بیماری جسمی وجود دارد و در بیش از ۱۵ درصد تمام موارد خودکشی بیماری جسمی عامل مهمی شناخته شده است. همچنین افزایش سن و ورود به دوران کهولت بعنوان یک فاکتور در افزایش آن می باشد. مطالعات نشان میدهد بیش از ۵۰ درصد مردان مبتلا به سرطانی که خودکشی می کنند، ظرف یکسال پس از تشخیص بیماریشان به این کار دست زده اند و بیش از ۶۰ درصد زنان سرطانی که خودکشی می کنند دچار سرطان پستان یا دستگاه تناسلی هستند. بیماری دستگاه عصبی مرکزی^۱ خطر خودکشی را افزایش می دهند، که شامل صرع^۲، اسکروز مولتیپل^۳، صدمات جمجمه، بیماری قلبی عروقی، بیماری هانتینگتون^۴، زوال مغزی^۱ و

1 CNS

2 epilepsy

3 Multiple sclerosis

4 Huntington's disease

سندرم نقص ایمنی اکتسابی همچنین برخی داروها ممکن است سبب بروز افسردگی شوند که در برخی موارد به خودکشی منجر می شود. در بین این داروها می توان از رزپین کورتیکواستروئیدها، داروهای ضد فشار خون و برخی داروهای ضد سرطان نام برد.

۱۳ - سلامت روانی: عوامل روانی زیر در بروز خودکشی نقش مهمی دارند: سوء مصرف مواد، اختلالات افسردگی، اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانی. اختلالات روانی از ۲۷ تا ۹۰ درصد در اقدام به خودکشی نقش دارند (۵، ۸۸). بطوریکه مطالعات انجام شده نشان می دهد بیش از ۸۰ درصد همه کسانی که خودکشی یا اقدام به خودکشی می کنند مبتلا به یک اختلال روانی بوده اند. که از این میان اختلالات خلقی به ویژه افسردگی ۸۰ درصد، آن را به خود اختصاص می دهد، اختلالات سایکوتیک نیز در حدود ۱۴ درصد موارد را به خود اختصاص می دهند.

۱۴ - اختلالات روانپزشکی: خطر خودکشی بیماران روانی ۳ تا ۱۲ برابر بیش از افراد غیر بیمار است. میزان این خطر بسته به سن، جنس، نوع بیماری و وضعیت بستری یا سرپایی بودن بیمار فرق می کند. در بیماران روانی مرد و زن که زمانی در بیمارستان روانی بستری بوده اند، خطر خودکشی به ترتیب ۵ و ۱۰ برابر گروههای همسن در جمعیت کلی است. وجود اختلالات روانپزشکی یکی از خطرناکترین عوامل است. در کشور های توسعه یافته حدود ۹۰٪ افرادی که با خودکشی به زندگی خود خاتمه می دهند، دارای اختلالات روانپزشکی می باشند و این در حالی است که این میزان در کشورهای در حال توسعه بین ۶۰ تا ۹۰ درصد می باشد. اختلالات روانپزشکی که با خودکشی رابطه ی بیشتری دارند، شامل اختلالات خلقی، سایکوتیک، اضطرابی و سوء مصرف و وابستگی به مواد است. هاوتون معتقد است علائمی از قبیل افسردگی، اضطراب شدید، حملات هراس، ناامیدی، توهمات دستور دهنده، لذت نبردن (بی لذتی)، تهاجمی بودن، احساس شرمساری و حقارت، خشونت نسبت به دیگران، خشم، بیقراری، حتی بدون معیار ها و علائم روانپزشکی می توانند خطر خودکشی را افزایش دهند.

با توجه به اهمیت اختلالات روانپزشکی بخصوص اختلالات افسردگی، اختلالات سایکوتیک، اختلالات اضطرابی، سوء مصرف مواد و الکل در ذیل به توضیح مختصری در این موارد نیز می پردازیم.

۱۵ - اختلالات افسردگی: اختلالات خلقی، تشخیصی است که ارتباط زیادی با خودکشی دارد. تخمین زده می شود میزان خودکشی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی با در نظر گرفتن سن ، ۴۰۰ در ۱۰۰/۰۰۰ برای مردها و ۱۸۰ در ۱۰۰/۰۰۰ برای زن ها باشد.

اکثر بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی در اوایل بیماری دست به خودکشی می زنند. مردها بیشتر از زنها خودکشی می کنند و احتمال خودکشی بیماران افسرده مجرد، مطلقه و بیوه یا دچار داغداری اخیر بیشتر

است. مطالعات مختلفی در دنیا بر فاکتور افسردگی در خودکشی تاکید کرده اند بطوریکه این مطالعات معتقد اند بیش از پنجاه درصد افرادی که به زندگی با خودکشی پایان می دهند دارای افسردگی می باشند. و این در حالی است که افسردگی در زمینه بیماری مزمن جسمی مانند درد مزمن، بیماری قلبی یا بیماری تهدیدکننده ی زندگی مانند سرطان ها، خطر خودکشی را به صورت قابل ملاحظه ای افزایش می دهد. خلق افسرده، لذت نبردن و عدم علاقه، کاهش انرژی، مشکل در تمرکز، کاهش اشتها، احساس بی ارزشی و ناامیدی، احساس گناه، مشکلات خواب(کم خوابی، پرخوابی، مشکل در به خواب رفتن)، افکار خودکشی و یا داشتن نقشه و برنامه برای آن (افکاری چون اینکه زندگی ارزش زیستن ندارد)، از علائم هشدار دهنده افسردگی می باشد. البته علائم جسمانی افسردگی ممکن است متفاوت باشد که می تواند ناشی از فرهنگ های مختلف باشد. بررسی کامل بیماران افسرده از نظر وجود نشانه های رفتارهای خودکشی می بایست در معاینات مد نظر گرفته شود.

۱۶ - اسکیزوفرنی: حدود ۱۰ درصد این بیماران بر اثر خودکشی می میرند. در امریکا سالانه حدود ۴۰۰۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی خودکشی می کنند. اسکیزوفرنی بیشتر در نوجوانی یا جوانی آغاز می شود و اکثر بیماران که خودکشی می کنند در چند هفته اول بیماری دست به این کار می زنند. بنابراین اکثراً بیماران اسکیزوفرن جوان خودکشی می کنند. حدود ۷۵٪ همه خودکشی های بیماران اسکیزوفرن در مردان مجرد روی می دهد و ۵۰٪ از این افراد سابقه اقدام به خودکشی داشته اند(۹۰). وجود فاکتور های از قبیل، تعداد دفعات بستری بیشتر، مزمن بودن بیماری و همچنین آگاهی بیشتر نسبت به بیماری از عوامل خطر در بیماران سایکوتیک به خودکشی می باشد بیشترین زمان خطر نیز در دوره های پس از ترخیص می باشد که بیمار نسبت به بیماری خود دارای بینش بیشتری می باشد و لذا در اکثر مطالعات به نقش برنامه های ترخیص اشاره شده است.

۱۷ - وابستگی به الکل: الکل و اختلالات وابسته به الکل مسئول ۲۵ درصد خودکشی ها است. در یک تحقیقات میزان سوءمصرف مواد و وابستگی به آنها در طول عمر در جمعیت بالای ۱۸ سال ایالات متحده ۱۶/۷ درصد گزارش شده است. در آمریکا حدود ۱۳ میلیون نفر الکلیک وجود دارد. طبق یک پژوهش منطقه ای در آمریکا تقریباً ۱۳ درصد تمام افراد بالغ زمانی در عمر خود وابستگی یا سوءمصرف الکل داشته اند. نسبت ابتلا زن به مرد در بسیاری مطالعات یک به دو بوده است و حدود دویست هزار مورد مرگ در سال به دلایل خودکشی، سرطان، بیماری های قلبی و کبدی مستقیماً به سوءمصرف الکل مربوط می باشد. باید خاطر نشان کرد که علیرغم عدم وجود آمارهای دقیق در کشور خودمان، به نظر می رسد مشکل وابستگی به الکل با توجه به باورهای دینی حاکم بر مردم، وجود نداشته باشد. البته این ادعا با موارد موردی آن منافاتی نخواهد داشت.

حدود ۱۵٪ همه بیماران الکلی دست به خودکشی می زنند. در مطالعه قنبری در سال ۱۳۹۴ نزدیک به ۳۰ درصد افراد اقدام کننده به خودکشی از الکل استفاده کرده بودند. میزان خودکشی افراد الکلی سالانه حدود ۲۷۰ در ۱۰۰۰/۰۰۰ برآورد می شود. در ایالات متحده هر سال بین ۷ تا ۱۳ هزار الکلی خود را می کشند. حدود ۸۰ درصد قربانیان خودکشی در وابستگی به الکل مرد هستند. افراد الکلی که خودکشی می کنند معمولاً مجرد، تنها و منزوی بوده و اخیراً الکل مصرف کرده اند. حدود ۴۰ درصد از این افراد سابقه اقدام به خودکشی دارند. تا حدود ۴۰٪ همه موارد خودکشی در وابستگی به الکل، ظرف یکسال پس از آخرین بستری بیمار روی می دهد. الکلی های مسن تر در دوره پس از ترخیص بیشتر در معرض خطر خودکشی هستند. برخلاف افسردگی و اسکیزوفرنیا، سوء مصرف مواد و الکل در انتهای سیر بیماری، هنگامی که مصرف مواد آثار خود را بر سلامتی، وضعیت شغلی و کارکرد خانوادگی و اجتماعی فرد نشان داد، عامل خطر برای خودکشی محسوب می شود.

۱۸ - سایر انواع وابستگی مواد: اختلالات وابسته به مواد نقش مهمی در خودکشی بالغین جوان داشته اند، بخصوص موقعی که با اختلال خلقی یا اختلالات گسیختگی روان همراه بوده است. مطالعات مختلفی نشان داده اند که اقدام کنندگان به خودکشی دارای اختلالات وابسته به مواد بیشتر هستند، تا افرادی که فقط دارای تفکر خودکشی بوده اند. و این مطالعات نشان داده اند که سوءمصرف مواد انتقال از مرحله تفکر به عمل خودکشی را تسهیل می کند. در مطالعه ای که کسلر و همکارانش^۱ انجام داده بودند افراد با سوءمصرف الکل ۶/۵ بار و اشخاص با سوءمصرف مواد ۸/۵ بار بیشتر نسبت به گروه شاهد، در معرض اقدام به خودکشی بودند. در مطالعه ژانگ یالی^۲، افرادی که سابقه سوءمصرف الکل داشته بودند و کارکرد کلی فردی و اجتماعی پایین تر داشتند، میزان اقدام به خودکشی در آنها بیشتر بود. در مطالعه چان^۳ در سال ۲۰۰۹ که در هنگ کنگ انجام شده بود مقدار ۲۱ درصد موارد خودکشی دارای اختلال سوءمصرف مواد بودند که ۱۶ درصد خطر قابل انتساب جمعیت را به خود اختصاص داده بود. و در مطالعه باربارا اشنايدر^۴ ریسک بالای خودکشی با سوءمصرف مواد همراه بوده است.

در حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد مردان اقدام کننده به خودکشی و ۱۵ تا ۲۰ درصد زنان اقدام کننده به خودکشی، سوءمصرف کنندگان الکل و یا افراد وابسته به الکل می باشند و در حدود ۷ تا ۸ درصد افراد وابسته به الکل خودکشی می کنند. میزان اقدام به خودکشی در افراد الکلی ۶ برابر گروه شاهد است و خطر نسبی برای خودکشی در افراد الکلی ۷ برابر بیشتر است در مطالعه قنبری در سال ۱۳۹۴ خطر نسبی تا ۱۰ برابر گزارش گردید. و سابقه اقدام به خودکشی در این افراد خطر خودکشی را تا ۳۰ برابر بیشتر می کند. ریسک

1 Kessler & et al

2 Zhang

3 Chan

4 Schneider

فاکتورهای بالقوه برای اقدام به خودکشی در افراد الکلی شامل: هم ابتلائی با دیگر اختلالات روانی مانند افسردگی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال شخصیت مرزی و افسردگی وابسته و غیر وابسته به مواد می باشد.

مطالعات کشورهای مختلف نشان داده است که خطر خودکشی در بین مبتلایان به سوء مصرف مواد بالاتر است. میزان خودکشی در معتادین به هروئین حدود ۲۰ برابر بیش از میزان خودکشی در جمعیت کلی است. در دختران نوجوانی که بصورت داخل وریدی مواد مصرف می کنند نیز خطر خودکشی بالا است.

۱۹ - اختلال شخصیتی: حدود ۵٪ بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، از طریق خودکشی به زندگی خود پایان می دهند و این در حالی است که وجود شخصیت مرزی و شخصیت منفعل و پرخاشگر نیز خطر اقدام به خودکشی را بالا می برد.

۲۰ - اختلال اضطرابی: افکار خودکشی و اقدام به آن در انواع اختلالات اضطرابی شایع است. تقریباً ۲۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال هول (پانیک) و جمع هراسی دست به خودکشی ناموفق می زنند. اضطراب به خصوص اگر با حملات هراس، مصرف الکل یا افسردگی همراه باشد، عامل خطرزایی برای خودکشی است.

۲۱ - سابقه اقدام به خودکشی: شاید بهترین نشانگر افزایش خطر خودکشی سابقه اقدام به خودکشی باشد. خطر دومین اقدام به خودکشی ظرف سه ماه پس از اولین اقدام در بالاترین حد خود قرار دارد. تعداد کسانی که اقدام به خودکشی می نمایند ده تا بیست برابر کسانی است که در نهایت در اثر خودکشی فوت می کنند. ولی تقریباً نیمی از کسانی که در اثر خودکشی جان خود را از دست داده اند، سابقه اقدام به خودکشی داشته اند. و این اقدام مجدد در مطالعات مختلف در بین سال اول پس از ترخیص شایع تر می باشد.

هرچند که قصد و نیت مرگ در استفاده از روش مهلک تر در پایان دادن به زندگی در این افراد بسیار اهمیت دارد.

۲۲ - خصوصیات فردی: بعضی از خصوصیات شخصیتی مانند انعطاف پذیر بودن، استفاده از مهارت های مقابله ای موثر، توانایی در کنترل هیجانان و دردهای روانشناختی، توانایی گرفتن کمک و حمایت در شرایط بحران خطر خودکشی را کاهش می دهد. در مقابل شخصیت های خشک، دارای تفکر همه یا هیچ، بدبین، بدون مهارت حل مسئله و مهارت حل تعارض، خطر خودکشی را افزایش می دهد. همچنین شخصیت های کمال طلب که توقعات زیادی از خود و دیگران دارند، به خصوص هنگامی که شکست می خورند یا تحقیر می شوند، بیشتر در معرض خودکشی قرار می گیرد. بنابراین مشکلات شناختی و شخصیتی از جمله عواملی هستند که خطر خودکشی را در جوانان افزایش می دهند. فهرستی از صفات شخصیتی که معمولاً با مرگ در اثر خودکشی یا اقدام به خودکشی در ارتباط است در ذیل ذکر گردیده است. بدیهی است که هیچ یک از این عوامل به تنهایی نمی توانند خودکشی را پیش بینی کنند. خلق ناپایدار، عصبانیت با رفتار پرخاشگرانه،

برون ریزی تکانشی بودن شدید، تحریک پذیری، الگوهای ناسازگار و تفکر انعطاف ناپذیر، ضعف در توانایی حل مساله در هنگام مواجهه با مشکل، درک نکردن واقعیت ها، تمایل به زندگی در دنیای خیالی، احساس ناامیدی و اضطراب احساس حقارت و تردید که ممکن است با اظهار برتری و رفتارهای طرد کننده پوشانده شود. همچنان که ذکر شد، معمولاً آسیب پذیری نسبت به استرس، همراه با سبک شناختی و صفات شخصیتی که در بالا به آنها اشاره گردید، در افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، مشاهده می شود. این آسیب پذیری، سازگار شدن با حوادث استرس زای زندگی را دشوار می کند و شاید به همین دلیل است که خودکشی بعد از حادثه ای استرس زا رخ می دهد. این حوادث احساس درماندگی و ناامیدی را در فرد بیشتر می کند.

۲۳ - خودکشی در زندان: خودکشی در بین زندانیان ۳ برابر شایعتر از جمعیت کلی است. بیش از یک سوم زندانیانی که خودکشی می کنند سابقه تمديد یا اقدام به خودکشی را دارا هستند (اغلب ظرف ۶ ماه قبل از خودکشی). خودکشی در زندانیان بویژه در مردان جوان افزایش یافته است.

عوامل محافظت کننده خودکشی

عوامل محافظت کننده، عواملی اند که تا حدودی افراد را در مقابل خطر اقدام به خودکشی محافظت می کنند. در واقع از این عوامل به منزله سدی در برابر اقدام به خودکشی یاد می شود. این عوامل شامل: نبود اختلالات روانپزشکی، شاغل بودن، وجود کودکان در خانه، داشتن احساس مسئولیت در خانواده، حاملگی، داشتن عقاید مذهبی قوی، داشتن احساس رضایت از زندگی، وجود مکانیسم قوی حل مسئله، وجود یکپارچگی اجتماعی از طریق کار یا استفاده ی مفید از اوقات فراغت، دسترسی به خدمات و مراقبت های بهداشت روان، حمایت شدن از طرف دوستان، خانواده و سایر افراد مهم، وجود رابطه مثبت و خوب با درمانگر، و وجود سایر حمایت های اجتماعی می باشند. هرچند که نباید این عوامل را، آنچنان قوی پنداشت که دیگر به فکر از بین بردن عوامل خطر زای خودکشی نبود. تعدادی از این عوامل در ذیل آمده است.

نشانه های هشدار دهنده خودکشی

تغییر در عاداتهای خواب و خوراک

کناره گیری از دوستان ، اطرافیان و کارهای روزمره

رفتارهای خشونت آمیز و طغیان گرانه یا فرار کردن از منزل

مصرف و الکل و مواد.

بی توجهی غیرعادی به سر و وضع خود

تغییرات شخصیتی قابل ملاحظه

بی حالی همیشگی ، دشواری در تمرکز کردن ، یا افت تحصیلی

شکایت های مکرر از علائم جسمی که اغلب عصبی است مانند دل درد ، سردرد ، خستگی

بی علاقه به فعالیتهای لذت بخش

بی تفاوتی نسبت به پاداش و جایزه

شکایت از اینکه فرد دارد از درون متلاشی می شود

تلویحات کلامی مانند اینها : «دیگر نمی خواهم مشکلی برای شما باشم»، «دیگر هیچ چیز مهم نیست»،

«دیگر نمی خواهم شما را ببینم».

انجام بعضی رفتارها مانند : بخشیدن اموال مورد علاقه خود به دیگران ، تمیز کردن اتاق خود ، دور انداختن

اشیای با ارزش

شاد شدن ناگهانی پس از یک دوره طولانی افسردگی .

استراتژی های پیشگیری از خودکشی

استراتژی های پیشگیری از خودکشی در کشور های مختلف دنیا کمی با هم متفاوت می باشد. راهبرد ها

در بخش کشور های توسعه یافته، و کشور در حال توسعه.

کشور های توسعه یافته

استراتژی کشور های توسعه یافته را می توان در ۱۱ بخش تقسیم کرد

افزایش آگاهی جامعه در این باره که خودکشی یک مشکل عمومی و قابل پیشگیری است.

توسعه حمایت های همه جانبه برای پیشگیری از خودکشی (وجود راههای مختلف برای خودکشی).

توسعه و انجام راهبرد های لازم برای انگ زدائی برای کسانی که از سرویس های سلامت روان، سوء مصرف

مواد و پیشگیری از خودکشی استفاده می کنند.

توسعه و انجام برنامه های پیشگیری از خودکشی.

ارتقاء تلاش برای کاهش دستیابی به وسایل کشنده.

آموزش پرسنل بهداشتی در جهت شناسائی رفتار های پر خطر.

ارتقاء درمان های موثر بالینی.

بهبود دسترسی و ایجاد ارتباط بین خدمات بهداشت روان و سوء مصرف مواد.

بهبود گزارش دهی رفتار های خودکشی، بیماری های روانی و سوء مصرف مواد در رسانه ها.

ارتقاء و حمایت از تحقیقات در حوزه پیشگیری از خودکشی. بهبود و توسعه سیستم های مراقبت و نظارت.

کشور های در حال توسعه

اما استراتژی های پیشگیری در خودکشی در کشور های در حال توسعه شامل کاهش دسترسی به سموم و آفت کش ها. ارتقاء نحوه گزارش دهی خودکشی. کاهش مصرف الکل. ایجاد برنامه های پیشگیری از خودکشی برای افراد در معرض خطر: جوانان، زنان، سابقه اقدام قبلی. آموزش کارکنان مراقبت های اولیه بهداشتی برای پیشگیری از خودکشی. ارتقاء و حمایت از خطوط تلفنی بحران. بهبود خدمات بهداشت روان و درمان برای افسردگی و الکلیسم. فراهم کردن شرایط برای حمایت از بازماندگان خودکشی. جمع آوری دقیق داده های رفتار های خودکشی. برگزاری کارگاه های آموزشی برای بهورزان محلی (شفا دهندگان بومی¹).

مقایسه الگوی خودکشی در این دو قسمت به نقش مختلف راهبرد های اشاره شده در کشور های توسعه یافته و در حال توسعه تاکید می نماید.

ردیف	کشور های توسعه یافته	کشور های در حال توسعه
گروه سنی	۲۴-۱۵ و بالای ۶۰ سال	جوانان زیر ۳۰ سال
جنسیت	نسبت مردان ۳ به ۱، زنان مطلقه، بیوه خطر بالاتری را دارند	نسبت مردان ۲ برابر زنان و زنان متأهل خطر بالاتری دارند
روش	اسلحه، مسمومیت	سموم، حشره کش ها، دار زدن، خودسوزی
بیماری	بیش از ۹۰ درصد بیماری روانی دارند	بین ۶۰ تا ۹۰ بیماری روانی دارند
علل شایع	افسردگی	الکلیسم و افسردگی و بقیه اختلالات روانی
استرسور	تنهائی، تضاد های زنا شوئی، طرد	تضاد های بین نسلی، شکست عشقی، مردودی در امتحان

¹ Native healers

پیشگیری از خودکشی:

پیشگیری از خودکشی به هر تلاشی از سوی سازمان‌ها، دولت‌ها، مراکز بهداشت روانی، اتحادیه‌ها، متخصصین، شهروندان و هر شخصی برای کاهش میزان خودکشی گفته می‌شود. از جمله روش‌های نامستقیم پیشگیری از خودکشی می‌توان به این موارد اشاره نمود:

الف- درمان نشانه‌های روانی و روانی- جسمی افسردگی.

ب- بهبود روش‌های مقابله با بحران در افرادی که به شدت در فکر خودکشی به سر می‌برند.

پ- کاهش شیوع کارهایی که منجر به برانگیختن افکار خودکشی در فرد می‌شوند.

ت- امید دادن به افراد مبنی بر اینکه پس از مشکلاتی که پشت سر گذاشته‌اند یا در حال حاضر با آنها دست و پنجه نرم می‌کنند، زندگی بهتر خواهد شد.

این تلاش‌ها می‌بایستی هم در زمینه روان‌شناختی و هم دارویی در کنار آگاهی‌دهی عمومی و ارتقاء سطح بهداشت روانی عمومی صورت پذیرند. در واقع می‌بایست کارهایی که باعث حفاظت فرد از خودکشی می‌شوند همچون حمایت اجتماعی و عاطفی را افزایش و کارهایی که این خطر را برای فرد ایجاد می‌کنند، همچون دسترسی به ابزار خودکشی را کاهش دهیم. خودکشی را نباید تنها یک مشکل پزشکی یا روان‌پزشکی در نظر گرفت؛ چراکه این مسئله ابعاد گوناگونی دارد.

بررسی و شناخت

برای انجام هر نوع برنامه ای باید بطور دقیق بررسی و تحلیل وضعیت موجود انجام پذیرد. و این بدلیل عدم آگاهی کامل از اقدام انجام شده، تعریف نادرست از رفتار در بین گروه‌های مردم و افراد متخصص آن رشته می باشد. به نظر می رسد افراد جوان نسبت به متخصصان تعریف گسترده تری از خودکشی دارند. به علاوه تنها نیمی از افراد جوانی که اقدام به خودکشی می کنند به بیمارستان مراجعه می کنند بنابراین تعداد موارد خودکشی ای که بیمارستان ها گزارش می دهند نمی تواند آمار دقیقی از خودکشی در جامعه ارائه دهد یکی دیگر از عوامل مهم در بررسی و شناخت، بررسی منابع و تجهیزات موجود در جامعه می باشد(منابعی از قبیل مراکز کمک در بحران، خانواده، فرهنگ و اجتماع، متخصصین بهداشت روان)، که می توانند به پیشبرد برنامه های پیشگیری از خودکشی کمک کنند. از آنجائی که خودکشی در جوانان یک مشکل چند بعدی و گسترده است، برای تدوین یک برنامه ی جامع و پایدار باید افراد مختلف، محیط های متفاوت و رویکردهای بسیاری در برنامه های پیشگیری به کار برده شود.

برای استفاده از هر گونه طراحی برنامه می بایست در ابتدا گروه های مورد نظر یا هدف مشخص شوند. این گروه ها در نهایت افرادی هستند که مداخله بر روی آنان انجام می پذیرد. برای به نتیجه رسیدن اهدافی

بهرتر باید ویژگی های مختلف گروه از جمله جنس، سن، تحصیلات، قومیت، مذهب و سایر ویژگی های جمعیت شناختی گروه را در نظر گرفت، همچنین می بایست بسته خدمتی و نیاز گروه هدف را نیز مشخص کرد. موسسه پیشگیری کالفرنیا سه نوع مداخله پیشگراانه عمومی یا فراگیر، انتخابی (جمعیت های در معرض خطر) و مبتنی بر نشانه های فردی را توصیف می کند.

انتخاب نوع پیشگیری

پیشگیری فراگیر یا عمومی: در این نوع پیشگیری گروه هدف تمامی افراد جامعه است و به تمامی افراد جامعه پیشگیری داده می شود. مانند آموزش های پیشگیری که از طریق وسایل ارتباط جمعی مثل تلویزیون و یا روزنامه ها اطلاع رسانی می گردند.

پیشگیری انتخابی: هدف از پیشگیری انتخابی تمرکز بر گروه های در معرض خطر و گروه هایی است که احتمال ایجاد مشکل در آنها از میانگین جامعه بالاتر است. این گروه ها براساس جنس، سن، محل زندگی و سایر ملاک های مورد نظر انتخاب می شوند. مانند برنامه های پیشگیرانه برای مادران باردار.

پیشگیری فردی: این نوع پیشگیری با هدف دقیق شناسائی افراد در معرض خطر که علائم بالینی از هشدار را دارند، انجام می پذیرد. درمانها در این گروهها توصیه می گردند.

انجام مداخله

اقدامات مداخله ای در هنگامی شروع می شود که گروههای هدف و اهداف مورد نظر برای هر گروه مشخص گردد. و لذا مداخلات نیز بر اساس نوع پیشگیری به سه دسته تقسیم می گردد. الف - مداخلاتی که گروه هدف آنها فراگیر است.

همانطور که قبلا ذکر شد هدف این دسته از مداخلات آموزش و ارائه ی اطلاعات و منابع کافی به کل جمعیت است. برای مثال آزمون های غربالگری مناسب، ایجاد زیرساخت های مناسب در جامعه، ایجاد مراکز حمایت کننده برای جوانان، آموزش عمومی، آموزش ای مربوط به خودکشی در سطح جامعه، استفاده از رسانه ها در برنامه ای پیشگیری از خودکشی، بهبود وضعیت ورزشگاهها و ایجاد فضایی سالم در جامعه، آموزش کارکنان برای شناسایی علائم هشدار و آموزش نحوه ی برخورد و واکنش مناسب.

ب- انجام مداخلات برای گروه های در معرض خطر

این دسته از مداخلات بر روی گروه هایی انجام می شود که عوامل خطر ساز خودکشی در آنها وجود دارد. ایجاد برنامه های پیشگیری از خودکشی برای افراد داوطلب، انجام کلاس های مهارت های زندگی و حل مساله، آموزش های به روز شده ای در مورد علائم خطر، رفتارهای هشدار دهنده، برای گروههای اقدام کننده

قبلی، راه اندازی و ترغیب به استفاده از خطوط بحران ۲۴ ساعته برای گروههای در معرض خطر بطور یکه امکان دسترسی به متخصصین بهداشت روان محیا باشد. می تواند از مداخلات در این گروهها باشد.

ج - انجام مداخله برای افرادی که شدیداً در معرض خطرند

افراد مورد نظر در این گروه کسانی هستند که احتمال اقدام به خودکشی در آنها بسیار زیاد است. کسانی که سابقه اقدام به خودکشی دارند یا بازماندگان، دوستان و آشنایان افرادی که در اثر خودکشی فوت شده اند، در این دسته قرار دارند. افرادی که احتمال اقدام به خودکشی در آنها بسیار زیاد است: این دسته از افراد کسانی هستند که بیشتر عوامل خطر و علائم هشدار دهنده خودکشی را دارند. برای کمک به این افراد باید در صورت تمایل خود آنها و جلب رضایتشان، آنها را به افراد متخصص که آموزش های لازم را برای چنین شرایطی دیده باشند ارجاع داد. ارائه خدمات بالینی روانشناسی و روانپزشکی مناسب، حمایت از افراد و خانواده های افراد اقدام کننده به خودکشی با ایجاد بستر های مناسب همبستگی، یادگیری مقابله با مشکلات، و ایجاد فضایی مناسب به دور از ترس و نگرانی. اقدام به خودکشی یک بحران جدی است که باید مداخله فوری شود.

مهارتهای مداخله تلفنی

برقراری ارتباط حرفه ای (راپور). به تماس گیرنده گد یا اسمتان را بگویند و از او بپرسید چه کمکی از دستتان برمی آید. معرفی خط بحران و کسی که پاسخگو است اولین علامتی است که به تماس گیرنده داده می شود که کسی آنجا هست که به او کمک کند. این مداخله گر، باید تلاش کند با تماس گیرنده ارتباط برقرار کند. در بسیاری از مواقع تماس گیرنده برای حرف زدن تردید دارد. باید بر اطمینان دادن به تماس گیرنده تأکید شود و او در وضعیت آسوده ای قرار گیرد.

گوش دادن فعالانه. مشاور، باید شروع کند که به مشکل گوش دهد اما به دنبال آن نگردد. در برخی موارد تماس گیرنده «مشکلی ندارد» و به دنبال آن گشتن، به تماس گیرنده صدمه می زند.

بسیاری از تماس هایی که دریافت می کنید، فوریت اورژانسی ندارند. مثلاً اقدام به خودکشی ممکن است سالها پیش بوده که فرد قبلاً از آن با کسی حرف نزده است. کار شما این است که یک شنونده، حمایت کننده و دلگرم کننده باشید. ممکن است نیازی به ارجاع نداشته باشید. ممکن است قادر نباشید کاری عینی انجام دهید. شما به این صورت که فقط باشید به او کمک کرده اید. شما با یک یا دو بار حرف زدن با یک فرد آسیب دیده، آسیبی به او نزده اید. انسانها، مجموعه ای از تجربه های کل زندگی شان هستند. راحت و آرام باشید. هرچه بیشتر به او گوش بدهید، کمک بیشتری به او کرده اید.

تعریف مشکل. اگر مشکل خاص یا شرایط متعارضی وجود دارد، پاسخگو باید سعی کند آن را تعریف کند. در مواردی که چند مشکل وجود دارد، اولویت آنها را تعیین کنید تا بلافاصله به آن بپردازید. آن را با عبارتهای ساده بیان کنید.

وضعیت را ارزیابی کنید. نگاه جامعتری به وضعیت یا مشکل بیاندازید. شرایطی را که منجر به آن شده و ترومایی که الان می تواند ایجاد کند را بیابید (احتمالات آینده را هم کشف کنید).

اختیارات را پیدا کنید. نصیحت نکنید. اما به امکانات مختلفی که برای این موقعیت وجود دارد نگاه کنید. این امکانات را به تماس گیرنده معرفی کنید و آمادگی داشته باشید که به پاسخهای آنها واکنش نشان دهید.

گزینه های مورد قبول را به بحث بگذارید. تماس گیرنده ممکن است تصمیم بگیرد یک یا چند امکان را پیدا کند. سعی کنید آنها را به یک یا چند امکان محدود کنید و به تماس گیرنده کمک کنید تا آنها را درک کند. ارجاع. در برخی موارد یک امکان ممکن است این باشد که فرد به یک موسسه یا برنامه درمانی معرفی شود. در صورت مناسب بودن همیشه سعی کنید تا بیش از یک امکان ارجاع را معرفی کنید و بگذارید که تماس گیرنده خود تصمیم بگیرد که با کدامیک از آنها تماس بگیرد.

اعزام تیم سیار در صورت نیاز. مشاور با توجه به مورد، در صورت لزوم، تیم خدمات سیار مرکز مداخله در بحران را به مکانی که فرد تماس گیرنده حضور دارد اعزام می کند. باید توجه داشت که گاهی با مصاحبه دقیقتر معلوم می شود نیازی به اعزام تیم سیار نیست و با مشاوره تلفنی می توان به هدف دست یافت.

خاتمه دادن به تماس. خاتمه دادن به مکالمه می بایست با تماس گیرنده شروع شود و ترجیحاً خود وی آن را به پایان برساند. بگذارید فرد تماس گیرنده بداند که حق انتخاب داشته که با خط بحران تماس بگیرد و اولین گام را برای رهایی از این مشکل برداشته است. گاهی بیان احساسات به تماس گیرنده می تواند خیلی مثبت باشد.

در مواقعی که فرد تماس گیرنده در وضعیت بحرانی نیست و خیلی وقت است که از مسئله دور بوده خوب است که کارشناس، کم کم تماس را به پایان برساند. خوب است که به تماس گیرنده یادآوری کنید که این یک خط بحران است و باید برای تماس های دیگران باز بماند.

پی گیری. قبل از اینکه گوشی را بگذارید، یک بار دیگر اختیارات را مرور کنید. به آنها یادآوری کنید که خط بحران ۲۴ ساعته برای آنها وجود دارد. از اینکه با شما تماس گرفته اند تشکر کنید.

مهارت های اساسی گوش دادن فعال

وقتی کسی احساس افسردگی یا خودکشی دارد معمولاً نخستین واکنش ما این است که سعی می کنیم او را یاری کنیم، به او توصیه کنیم، از تجارب خودمان برای او بگوییم و می کوشیم برای او راه حل پیدا

کنیم. اما بهتر است سکوت کنیم و گوش بدهیم. کسانی که احساس خودکشی دارند معمولاً دوست ندارند سوال پیچ شوند یا فوری به آنها راه حل بدهیم. آنها محیط آمنی می خواهند که ترس ها و اضطرابهایشان را بیان کنند و خودِ خودشان باشند. گوش دادن درست، کار ساده ای نیست. ما باید برای این کار گرایش خود را به گفتن هر سخنی (بیان دیدگاه، گفتن حکایت و توصیه کردن) کنترل کنیم. لازم است که ما نه تنها به واقعیت‌هایی که شخص می گوید بلکه به احساساتی که ورای آن نهفته است گوش بدهیم. نیاز به این است که اوضاع را از دیدگاه آن فرد درک کنیم نه خودمان. در صورتی که شما می خواهید به یک فرد خودکش کمک کنید، در اینجا چند نکته را باید یادآوری کرد.

کسانی که احساس خودکشی دارند اینها را می خواهند:

- کسی برای گوش دادن: کسی که برای گوش دادن واقعی به آنها وقت بگذارد. کسی که نخواهد در موردشان داوری کند یا به آنها نصیحت و نظر بدهد بلکه به آنها توجه کامل بکند.
- کسی برای اعتماد کردن: کسی که به آنها احترام بگذارد و نخواهد آنها را عوض کند. کسی که بتوانند با اعتماد کامل در مورد هر موضوعی با او صحبت کنند.
- کسی برای دلسوزی کردن: کسی که بخواهد در دست‌رسان باشد و با آنها راحت و خونسرد گفتگو کند.

کسانی که احساس خودکشی دارند اینها را نمی خواهند:

- تنها شدن: طرد کردن و اینکه از شخص بخواهیم همه چیز را خودش تغییر دهد، می تواند مشکل را بدتر کند. فقط گوش کنید.
- نصیحت شدن: سخنرانی برای فرد هیچ کمکی نمی کند. همینطور تلقین به فرد که «بخندد» یا اطمینان ساده به اینکه «همه چیز درست خواهد شد» نیز کمکی نمی کند. تحلیل نکنید، مقایسه نکنید، طبقه بندی نکنید، انتقاد نکنید. فقط گوش کنید.
- مورد بازجویی قرار گرفتن: حرف را عوض نکنید. ترحم یا بنده نوازی نکنید. گفتگو کردن از احساسات دشوار است. کسانی احساس خودکشی دارند نمی خواهند دست‌پاچه شوند یا در حالت دفاعی قرار داده شوند. فقط گوش کنید.

شنیدن، گوش دادن و گوش دادن فعال دارای تفاوت‌های عمده ای هستند. شنیدن عملی غیر ارادی بوده و گوینده از شنیده شدن سخنان خود بازخورد مثبتی بدست نخواهد آورد. گوش کردن هر چند فعالیتی ارادی است لیکن در گوش دادن تنها سخنان فرد با دقت شنیده می شود در حالی که گوش دادن فعال فعالیتی است که در آن هم سخنان فرد شنیده می شود، هم تُن و لحن صدای او و هم زبان بدن او مورد مطالعه قرار می گیرد. ما با گوش های خود می شنویم اما با مغزمان گوش می دهیم. به عنوان مثال وقتی کسی

می گوید من عصبانی هستم چنانچه فقط به کلمات او توجه کنیم نمی توانیم شدت عصبانیتش را درک کنیم اما اگر به تن صدای او توجه کنیم که با صدای بلند یا آهسته این کلمات را ادا می کند، درک بهتری از میزان عصبانیت او به دست می آوریم. و اگر به چهره و اندام او نیز نگاه کنیم مثلا ببینیم چهره اش سرخ شده یا دندانهایش را به هم فشرده است درک کاملتری از میزان عصبانیت او بدست می آوریم. روان شناسان معتقدند که در ارتباط ۵۵ درصد پیامها از طریق ژست های بدن، ۳۸ درصد از طریق تن و لحن صدا و تنها ۷ درصد از طریق حروف منتقل می شوند.

گوش دادن فعال نیاز به مهارت و تمرین دارد. تعدادی از مولفه های آن اینهاست: ترغیب، به سخن دیگر گفتن، انعکاس، شناسایی عواطف، اعتبار دهی و اطمینان دهی.

گوش دادن فعال جزء اصلی برای یک فراهم آورنده خدمات بحران است. ارتباط برقرار کردن خوب، یک بنیان مهم برای هر رابطه است. ارتباط برقرار کردن خوب به نظر راحت است اما در واقع در عمل خیلی پیچیده است.

ترغیب - ترغیب شامل دامنه گسترده ای از فعالیت ها از گفتن «بله» یا «دامه بده» یا سوال کردن «خوب بعد چه شد؟» تا ترغیب های غیرکلامی مانند تماس چشمی، سرتکان دادن، جهت دادن بدن به سمت فرد و کمی به سمت جلو تکیه دادن است.

به سخن دیگر گفتن - بیانگر علاقه و تمرکز به فرد و مشکل اوست. با جستجوی فعالانه شفافیت شما به یک معنای مشترک می رسید، از سوء تفاهم جلوگیری می کنید و اعتماد کسی که با او گفتگو می کنید را به دست می آورید. «به سخن دیگر گفتن» و تکرار قصد یا محتوای آنچه فرد بیان کرده خیلی مفید است در اطمینان از اینکه پاسخگو معنی واژه هایی که فرد به کار برده را می فهمد. اکثر افراد هنگام مکالمه بر یک اساس منظم این کار را می کنند.

انعکاس - انعکاس به فرد این امکان را می دهد که بفهمد از گفته های وی چه برداشتهایی می شود. این موضوع به وی کمک می کند که متوجه شود چه چیزی را حسّ می کند یا فرافکنی می کند. تن صدا و اشاره به اینکه چه چیزی شنیده شده و..... انعکاس یعنی به فرد بگویید که او چگونه دیده می شود مثلا: «به نظر می آید که خیلی نگران هستید (یا ترسیده اید یا غیره). یا «انگار که خیلی مضطرب هستید (یا عصبانی هستید). انعکاس، دادن بازخورد در مورد موقعیت است مانند: «به نظرم الان تنش دارید. چه چیز می تواند کمک کند وقتی صحبت می کنیم آرامش داشته باشید؟». بازخورد، راهی برای ارتباط برقرار کردن افکار و واکنشها به فرد دیگر است. نمونه هایی از روشهای خاص ارائه بازخورد موارد زیر است:

- تعیین کنید که چه احساس و فکری دارید و غیره.
- رفتاری را که فکر می کنید پاسخ شما را تحریک کرده تعیین کنید.

• تعیین کنید که این کار چه تأثیری روی فرد خواهد داشت.

شناسایی عواطف - در یک وضعیت بحرانی احساسات فرد اغلب گنگ هستند و به سختی می توان آنها را تعریف کرد. کمک کردن به فرد که بر عواطفی که حس می کند نام گذاری کند، به او کمک می کند کنترلی بر روی این عواطف پیدا کند. اسم گذاری روی عواطف همچنین به فرد این فرصت را می دهد که درک او از خدمات مداخله در بحران را روشن سازی و اصلاح کند. بحران ها در نتیجه از دست دادن، واقعی یا خیالی در زندگی فرد رخ می دهند. دردی که در بحران رخ می دهد، سوگواری در مورد آن فقدان است. از دست دادن می تواند چیزی باشد که شما روی آن مالکیت دارید مانند اتومبیل، اموال یا خانه. این از دست دادن همچنین می تواند کمتر ملموس باشد مانند از دست دادن عزت نفس، قدرت، آزادی یا پرستیژ. سوگواری حاصل از آن مثل قبلی است.

اعتبار دهی - شاید مهمترین حمایتی که به یک فرد دچار بحران می تواند داد، اعتبار دادن باشد. اعتبار دادن، انتقال دادن این موضوع است که خوب است بدانیم مراجع چه احساسی دارد و اینکه بداند او تنها نیست. یعنی در همچو شرایطی دیگران هم ممکن است همین احساس را داشته باشند. با ارزش بودن آنها و تلاشهایشان برای کنار آمدن با آن شرایط را تأیید کنیم. بحران ها معمولاً احساس بی کفایتی را به وجود می آورند. به آنها اطمینان دهید که می توانند از این شرایط بحرانی بگذرند و زمانی که اوضاع غیر قابل تحمل است، سزاوار کمک گرفتن هستند البته نه به شکل نصیحت و سخنرانی. مهمترین مسئله این است که تا حدی این عقیده را به آنها منتقل کنیم که احساساتی که او دارد، طبیعی است. برخی نمونه های اعتباردهی در زیر فهرست شده است.

• به نظر من شما مجنون نیستید.

• اگر برای هرکسی این اتفاق می افتاد، او هم احتمالاً همین قدر عصبانی می شد.

• با این همه اتفاقی که برای شما رخ داده البته که باید احساس کنید برایتان غیرقابل تحمل بوده. فکر کنم هر کس که جای شما بود همین طور بود.

اطمینان دهی - اطمینان دهی، عبارت های ساده و مستقیمی هستند که مسیرشان به سمت القای اعتماد، امید و اطمینان است. برای نمونه:

• خوشحالم که تصمیم گرفته اید با من صحبت کنید.

• به نظر می آید آدم (قوی، دلسوز، حساسی) هستید.

• خوشحالم که تصمیم گرفته اید کمک بگیرید. شما لایق آن هستید.

• شما حس شوخ طبعی خوبی دارید، این راه خوبی برای کنار آمدن با بعضی چیزهاست.

این خیلی مهم است که چیزی نگویند که واقعیت نداشته باشد. اگر بگویید که آن شخص به نظر می آید آدم حساسی است ولی آن را قبول نداشته باشید ممکن است احساس کند که زیاد راستگو نیستید. عبارتهای نادرست، رابطه حرفه ای اعتماد را خراب می کند.

راهکارهای عملی گوش دادن فعال

- ۱- خود را به جای گوینده قرار داده و سعی کنیم دنیا را از دیدگاه او ببینیم و درک کنیم.
- ۲- با طرح سؤالاتی از خود، حساسیت گیرندگی مان را افزایش دهیم. مثلاً (چرا او حالا این موضوع را به من گفت؟ - منظور او چیست؟ - نکات اصلی حرف او چیست؟ و...)
- ۳- به یاد داشته باشیم که سرعت متوسط تکلم انسان بین ۱۲۵ تا ۱۷۵ کلمه در دقیقه است. در صورتی که سرعت متوسط تفکر انسان بین ۴۰۰ تا ۸۰۰ کلمه در دقیقه است. از این فرصت برای پردازش اطلاعات گوینده خوب استفاده کنیم.
- ۴- عوامل حواس پرتی را به حداقل برسانیم از جمله بازی کردن با کلید و سکه و ... تکان خوردن یا حالت عصبی، ضرب گرفتن روی میز با انگشتان، جا به جا شدن مکرر، تماشای تلویزیون و روزنامه خواندن (در مداخله تلفنی)، نگاه کردن به ساعت (در مداخله حضوری) و
- ۵- احساسات درک شده اش را به او انعکاس دهیم مثلاً (گویا موضوعی باعث خوشحالی شده؟! ، غمگین به نظر می رسی! و ...)
- ۶- با بیان عباراتی گوینده را به ادامه ی صحبت تشویق کنیم مثلاً (خب خُب! - بعد چی شد؟ - جدی؟! - واقعاً؟! و ...)
- ۷- گوینده را با سؤالات پی در پی بمباران نکنیم که احساس کند مورد بازجویی قرار گرفته است.
- ۸- در گوش دادن به مطالب مهم، از یادداشت برداری نکات کلیدی غفلت نکنیم. البته این کار نباید باعث حواسپرتی کارشناس و احساس کم شدن توجه وی به تماس گیرنده از جانب او شود.
- ۹- درک خود را از احساسات گوینده بیان کنیم مثلاً (به نظرم این موضوع شما را ناراحت کرده!)
- ۱۰- گاهی موضوعات مهم مطرح شده را به گوینده یادآور شویم تا میزان درک خود را مورد ارزیابی قرار دهیم مثلاً (چند دقیقه اجازه دهید ببینم درباره چه چیزهایی صحبت کردیم ، اول)
- ۱۱- منظور گوینده را با کلمات خودش به او انعکاس دهیم.
- ۱۲- برای خوب گوش دادن و درک بهتر گوینده ضروری است تلاش نماییم برخی خصوصیات و توانایی ها را در خود افزایش دهیم (برای مثال تحقیقات نشان داده است که کسانی که خزانه ی واژگان غنی تری دارند،

شنوندگان بهتری هستند، کسانی که پیشرفت تحصیلی بهتری دارند توانایی گوش دادن آن‌ها نیز بیشتر است و زنان در تفسیر و تشخیص پیام‌های غیرکلامی از مردان کارآمدترند).

۱۳- تا وقتی که گوینده مطلب خود را تمام نکرده و یا منتظر پاسخ نیست، سخن او را قطع نکنیم.

۱۴- موقع شنیدن سخنانی که خوشایند ما نیست و یا مخالف خواسته‌ها و تمایلات و افکار ما هستند، صبر و شکیبایی از خود نشان داده و با علایم نامناسب از خود عکس‌العمل نشان ندهیم.

۱۵- عوامل مزاحم را از محل گفتگو دور کنیم مانند خاموش کردن رادیو، تلویزیون، ضبط صوت و در صورت ضرورت، قطع تلفن و یا نصب کاغذی بر روی در اتاق با عنوان لطفاً مزاحم نشوید).

۱۶- از سدها و موانع ارتباطی اکیداً پرهیز کنیم از جمله: دستور دادن، تهدید کردن و ترساندن- موعظه، نصیحت و سخنرانی کردن- قضاوت و انتقاد کردن- ارائه‌ی راه‌حلهای سریع- تحقیر، توهین و ناسزا- قضاوت کردن، برچسب زدن، ارجاع به خود، مسخره کردن و قطع سخن طرف مقابل.

۱۷- در پرسش، هم از سؤال‌های کوتاه پاسخ و هم بازپاسخ استفاده کنیم.

خوب گوش کنید و توجه‌تان را تقسیم نکنید. برای اینکه بتوانید خوب گوش کنید، باید تمام توجه‌تان را به طرف مقابل معطوف کنید. به رویا و خیال فرو نروید و به هیچ چیز دیگری هم فکر نکنید. در ذهنتان به آماده کردن جوابی که می‌خواهید به آن فرد بدهید هم نپردازید. سعی کنید خوب و با دقت به حرفهای طرف مقابل گوش دهید تا زیر و بم حرفهای او و چیزهایی که می‌خواهد غیرمستقیم به شما بگوید را بفهمید. اینکه بتوانید به طور کامل حرفهای طرف مقابل را بفهمید به میزان توجهی که موقع گوش دادن به حرفهای او دارید بستگی دارد. بگذارید فرد احساس ناامیدیش را تخلیه کند و خشمش را نشان دهد. اگر فرصت این کار را به او بدهید، خواهید دید که در پایان مکالمه احساس بهتری پیدا می‌کند. این مهم نیست که مکالمه‌تان چقدر منفی به نظر می‌آید بلکه حقیقت این است که «فریاد کمک خواهی»، یک علامت مثبت است.

خودتان باشید. محتوای حرفها زیاد مهم نیست. اگر شما دلسوز باشید، صدا و حالت شما آن را نشان می‌دهد. صبور، همدل، بدون قضاوت، خونسرد و پذیرا باشید. بگذارید او بداند کار درستی کرده که با فرد دیگری تماس گرفته.

اگر تماس گیرنده ای می‌گوید «من خیلی افسرده ام، دیگر تحملش را ندارم»، این سؤال را از او بپرسید «آیا شما افکار خودکشی هم دارید؟ نگران نباشید که نکند با این کار افکار خودکشی را در ذهن او بگذارید. خیر، شما دارید کار درستی انجام می‌دهید. شما دارید به او نشان می‌دهید که دلسوز هستید، او را جدی گرفته‌اید و کار خوبی کرده که دردش را با شما در میان گذاشته است. اگر پاسخ سؤال قبلی «بله» است می‌توانید این سؤالها را هم مطرح کنید: آیا در این مورد که چگونه خودکشی کنید هم فکری دارید؟ (طرح و نقشه)، آیا چیزهایی که لازم است را فراهم کرده‌اید؟ (وسایل خودکشی)، آیا در این باره که چه زمانی

این کار را بکنید فکر کرده اید؟ (برنامه ریزی زمانی). بسیاری از تماس گیرندگانی که تمایلات خودکشی دارند در اینجا به این سؤالات پاسخ منفی می دهند یا می گویند تاریخی در آینده را برای این کار در نظر گرفته اند.

گفتگویی ساده از مشکلات برای مدتی طولانی به آنها تسکینی برای تنهایی یا احساس بی پناهی شان می دهد، باعث می شود احساساتشان ابراز شود، آنها را آگاه می کند که شخص دیگری برای دلسوزی وجود دارد و موجب می شود که احساس کنند درکشان کرده اند. این امر همچنین باعث می شود حالت تحریک شده آنها تخلیه شود و به آنان کمک می کند شب بدی را به خوبی بگذرانند.

حرف طرف مقابل را قطع نکنید. وقتی کسی حرف می زند، بین حرف او نپرید. سعی نکنید در همه گفتگوها حرف خودتان را به کرسی بنشانید. وقتی با کسی گفتگو می کنید، به همان اندازه که حرف می زنید باید گوش کنید.

توضیح بیشتر بخواهید. وقتی کسی با شما حرف می زند، اگر در حرفهایش متوجه چیزی نشدید، از او بخواهید برایتان بیشتر توضیح دهد تا دچار سوء تفاهم نشوید. نکته ای که باید رعایت کنید این است که وقتی هنوز فرد حرفش تمام نشده است، از او توضیح نخواهید. اجازه بدهید صحبتش را به پایان برساند و وقتی مکث کرد، اگر هنوز منظور او را متوجه نشده بودید، بخواهید که بیشتر توضیح دهد.

در ذهنتان تکرار کنید. برای کسانی که برای تمرکز کردن روی حرفهای طرف مقابل خود مشکل دارند، یک تمرین گوش دادن فعال این است که کلماتی که فرد مقابل بر زبان می آورد را در ذهنتان تکرار کنید. اینکار کمک می کند تمرکزتان روی حرفهای او باشد و کاملاً حرفهایش را متوجه شوید.

پاسخ مناسب بدهید. وقتی برای گوش دادن فعال تمرین می کنید باید بدانید که ارائه یک پاسخ مناسب نیز بخشی از این مهارت به شمار می رود. موقع جواب دادن به طرف مقابل، حرفهایتان را با حفظ احترام کامل بیان کرده و از حمله کردن به طرف پرهیزید. طوری با او رفتار کنید و به او پاسخ دهید که دوست دارید با خودتان رفتار کنند. در پاسختان قاطع باشید نه خشن. احساسات، ایده ها و افکارشان در مورد موضوع بحث را رک و راست و صادقانه بیان کنید. اگر حرفهای طرف مقابل اطلاعات و دیدگاه تازه ای در اختیارتان قرار داده است، حتماً از آن تحسین و تشکر کنید. هر گفتگوی منطقی شامل بحث، تبادل نظر و به دست آوردن اطلاعات و دانش جدید است.

اگر این تمرینات را بارها و بارها در مکالماتتان با دیگران تمرین کنید، خیلی زود می توانید قضاوت بهتری از دیگران به عمل آورید. علاوه بر این اطلاعات و دانش بسیار زیادی هم به اندوخته هایتان اضافه می کنید. مهارت پی گیری. گاهی گوینده نگران و هیجان زده است که در حالت های چهره، تن صدا و رفتارهای او نمایان می شود، در این صورت بایستی بدون زورگویی او را به صحبت کردن دعوت کنیم. مثلاً با استفاده از

جملات (امروز سرحال به نظر نمی رسی! خب! - بعد چی شد! - ادامه بده!) با استفاده از کلمات تشویقی کوتاه (هوم - درسته - بله و ...) با استفاده از سؤال های کوتاه و باز و یا حتی گاهی سکوت توأم با توجه و مشاهده، او می تواند این موانع را از میان بردارد.

از این کارها بپرهیزید: بحث کردن، حلّ مسئله کردن، نصیحت کردن، ارجاع دادن سریع به دیگران، بی ارزش کردن و اینکه باعث شوید تماس گیرنده حسّ کند که باید افکار خودکشی خود را توجیه کند.

اگر که فرد قرص و دارو خورده است جزییات را بپرسید (چه خورده و چقدر، وضعیت سلامتی او اکنون چگونه است) و با مراکز مربوط به مسمومیت ها تماس بگیرید. همکاران می تواند در حالی که شما به گفتگو ادامه می دهید تماس بگیرد و یا شما می توانید از تماس گیرنده اجازه بگیرید و با تلفن دیگری این کار را بکنید در حالی که تماس گیرنده به مکالمه شما گوش می دهد. اگر مرکز مربوط به مسمومیت ها توصیه کرد که کمک های اورژانس لازم است، از تماس گیرنده بپرسید که آیا اطرافیان، دوست یا همسایه ای هست که بتواند او را انتقال دهد یا آمبولانس خبر کند. در برخی موارد فرد ابتدا از کمک های امدادی لازم امتناع می کند اما شما به یاد داشته باشید که این تماس هنوز فریادی برای کمک است و از طریقی همدلانه و غیر داورانه تماس را ادامه بدهید. تا نظر او عوض نشده است، نشانی و شماره تلفن او را بپرسید (با آن شماره تماس بگیرید که مطمئن شوید اشغال است). اگر سازمان شما تماسها را ضبط نمی کند، این را به او بگویید. کار را به تنهایی ادامه ندهید. در طول مکالمه و پس از آن از همکارانتان کمک بگیرید.

- ممکن است کسی که تماس گرفته بگوید فرد دیگری قصد خودکشی دارد. به گفته های او خوب گوش کنید و به او اطمینان دهید که کار خوبی کرده که موضوع را جدی گرفته و برای تنشی که دارد با او همدلی کنید. بسیاری از این اشخاص ثالث در نهایت خودشان به تنهایی می توانند به طور منطقی از پس کار برآیند. در بعضی موارد نادر که شخص ثالث در واقع همان شخص اول است (خودش قصد خودکشی دارد)، عجالتاً گوش بدهید و او را یاری کنید تا به مشکل خودش پردازد. شما می توانید بپرسید که آیا تا به حال خودش در شرایطی بوده است که افکار خودکشی داشته باشد. البته باید مراقب بود که با تغییر نقشه کمک خواهی او باعث نشویم تماس را قطع کند.

بایدها ونبایدها در برخورد با کسانی که تمایلات خودکشی دارند

بایدها :

۱. تهدید آنها را جدی بگیرید . با آنها سراسر ، باز و صادق باشید.
۲. به آنها گوش بسپارید و اجازه بدهید که احساساتشان را بیان کنند. از راهی که عاری از قضاوت کردن است نگرانیاتان را بیان کنید

۳. سخنانی اینگونه بگویید: "من برای تو اینجا هستم"، "بیا صحبت کنیم"، "من نگرانم که چه به سر تو می آید".
۴. بپرسید: "آیا فکر خودکشی در سر دارید؟" داشتن یک نقشه، حاکی از خطرناک بودن زیاد است.
۵. کاری نکنید. فوراً به دنبال کمک از سوی یک متخصص باشید.
۶. وسایل کشنده مانند دارو و سم را از دسترسی آنها دور کنید.
۷. نگران نباشید که آنها فکر کنند شما بی وفا هستید، با بستگان یا دوستان نزدیک آنها تماس بگیرید.
۸. سعی کنید نام وی را بپرسید و منطقه ای که فرد از آنجا تماس گرفته است را به دست بیاورید. اگر شماره تماسشان را ندادند، از آنها خواهش کنید که اگر تماس قطع شد دوباره زنگ بزنند.

نباید ها:

۱. اگر احساس می کنید که خطر، جان آنها را تهدید می کند آنها را تنها نگذارید. تهدید آنها را دستکم نگیرید، حتی اگر آنها در مورد آن شوخی کنند.
۲. شوکه شده یا محکومانه عمل نکنید. شاید او راه دیگری برای کمک خواهی نمی داند.
۳. قسم نخورید که راز دار باشید. همچنین نگران نباشید که بی وفا قلمداد شوید.
۴. راه حل های ساده ارائه نکنید.
۵. مصرف سرخود دارو یا مواد دیگر را پیشنهاد نکنید.
۶. به آنها تلقین نکنید که آنها چقدر از دیگران بهترند چون این کار احساس گناه و بی ارزشی را در آنها تقویت می کند.
۷. در مورد آنها قضاوت نکنید و با آنها بحث نکنید.

پاسخ به تماس گیرندگان دشوار

کارشناس مداخله در بحران می بایست حدّ و مرزهای مداخله در بحران را به روشنی بداند. اینکه آنها به طور منطقی از خود شان انجام چه کاری را باید انتظار داشته باشند و چه چیزی از کنترلشان فراتر است. وقتی که نوعی از تماس ها مرتب تکرار می شود، اغلب احساس درماندگی پیدا می شود همراه با احساس عمیقی از اینکه هیچگاه راه حل درازمدتی برای پرسشهای مشخص وجود ندارد. کارشناسان مداخله در بحران می بایست بپذیرند که برای هر مشکلی یک راه حل ایده ال وجود ندارد و بعضی مشکلات ممکن است راه حل نداشته باشند. کارشناس مداخله در بحران بر اینکه آیا کار تماس گیرندگان پی گیری می شود یا خیر یا آیا آنها بالاخره کمکی را که نیاز دارند از آن سازمان که تماس گرفته اند دریافت می کنند یا خیر هیچ

کنترلی ندارد. کارشناسان مداخله در بحران مهم است که انتظارات منطقی از خودشان داشته باشند و این انتظارات مربوط به جنبه هایی از کارشان است که تحت کنترل خودشان است یعنی انجام ارزیابی دقیق و فراهم آوردن ارجاع های مناسب.

کارشناس مداخله در بحران می بایست همیشه از برانگیزنده های شخصی خودش آگاه باشد- نوع مشکلات و نوع سوالهایی که باعث استرس می شود و می تواند بی ارتباط به موضوع باشد. کسب تکلیف کردن از همکاران و سوپروایزر، مکانیزم مهمی در برخورد با فرسودگی شغلی بالقوه است.

خدمات مداخله در بحران نمی تواند «زندگی افراد را از این رو به آن رو کند». هرچند که می تواند به افراد کمک کند اولین قدم را در این مسیر بردارند. خدمات مداخله در بحران به افراد گوش می دهد، (گاهی برای اولی بار) و آنها را به موسساتی هدایت می کند که می توانند زندگی افراد را تغییر دهند. هر یک از افرادی که در این حوزه قرار دارند، فهرستی از تماس ها را دارند که وقتی صدایشان را می شنوند، تأثیر ناخن کشیدن روی اعصابشان را دارند. ما به اینها «تماس های دشوار» می گوییم به طوری که اسامی دیگری که برای آنها داریم ممکن است قابل قبول نباشد با آنکه ممکن است به راحتی آن را نپذیریم اما این واقعیت است. شاید ما هرگز کسی را که دوست نداریم ملاقات نمی کنیم اما در مرکز مداخله در بحران اینگونه نیست.

باید بپذیریم که چنین تماس گیرندگانی وجود دارند. حال چگونه آنها را شناسایی کنیم؟ هریک از ما فهرست خودمان را داریم. ما چگونه آنها را تعریف می کنیم و آنها چه کسانی هستند؟ موارد زیر در این زمینه می تواند کمک کننده باشد.

تماس گیرندگان لذت طلب: کسانی هستند که در به دست آوردن ارضای جنسی خودشان، ما را به عنوان طرف ناخواسته درگیر می کنند. این تماس گیرندگان معمولاً مذکر هستند و غالباً در رفتار خود آشکار هستند اما گاهی ممکن است برای درگیر کردن ما به عنوان شرکت کننده ناخواسته برای خودارضایی شان، موقعیتهای خیالی را واقعی جلوه دهند. اگر چه رفتار آنها می تواند حاصل یک مشکل خاص در زندگی شان چه در گذشته و چه در حال باشد اما آنها علاقه ای به حل کردن مشکل ندارند. برای کارشناسانی که احساس می کنند از آنها استفاده و سوء استفاده شده و عصبانی می شوند، تعامل با این گروه از تماس گیرندگان استرس زا است.

تماس گیرندگان جنسی ممکن است افراد وقیحی باشند که زنگ می زنند تا کلمات رکیک بگویند یا کارشناسان را از لحاظ شهوی اغوا کنند یا کسانی باشند که با شنیدن صدای کارشناس مرکز یا بازگو کردن یک خیالپردازی جنسی ارضاء می شوند.

دو نوع تماس گیرنده لذت طلب (ارضای جنسی) وجود دارد:

نوع ۱: کسانی هستند که به راحتی تصدیق می کنند که می خواهند خودارضایی کنند یا آن را شروع کرده اند. آنها از کارشناس خواهش می کنند که روی خط باشد و تا وقتی کارشان تمام نشده حرف می زنند.

نوع ۲: کسانی هستند که یک مسئله خیالی را بازگو می کنند و آن را به عنوان یک موضوع واقعی جا می زنند. این امر معمولاً اما نه همیشه یک ماهیت جنسی دارد. آنان با آنکه در حال حرف زدن از «مشکل» با کارشناس هستند، دارند استمناء می کنند یا یک مشکل خیالی را دارد عنوان می کند اما به جای آنکه در طی تماس خودارضایی کند از تماس خود به عنوان یک محرک برای استمناء پس از تماس استفاده می کند. وضعیت این شرح دهنده ها آنگونه است که به محض تشخیص آن باید مکالمه را قطع کرد. در مورد تماس گیرنده نوع اول قطع کردن در اولین بار که خبردار می شویم رفتار خودارضایی در بین است فوراً باید صورت پذیرد. در مورد تماس گیرنده نوع دوم، به محضی که با یک برآورد مشخص کرد که هدف واقعی تماس چیست باید تماس قطع شود. این برآورد قدم مهمی است که اطمینان دهد که آیا یک تماس با موضوع جنسی، اشتباه تشخیص داده نشده باشد.

قواعدی وجود دارد که کارشناسان می توانند برای مدیریت بر تماس های جنسی از آنها استفاده کنند:

- از سکوت بیشتر استفاده کنید و صحبت هایتان را کوتاه کنید. مسؤولیت اداره گفتگو را بیشتر بر عهده تماس گیرنده بگذارید.
- بیشتر روی احساسات تمرکز کنید نه روی جزئیات سناریوی ارائه شده.
- در صورت نیاز، محدودیت ایجاد کنید. به تماس گیرنده اجازه ندهید که جزئیات جنسی را در میان بگذارد. خود را مجبور ندانید که طوری که تماس گیرنده دیکته می کند رفتار کنید.
- تَن صدای خود را تنظیم کنید. لازم نیست با صدای نرم «مشاورانه» حرف بزنید بلکه با استفاده از تَن صدای بدون تنوع فاصله کلامی را نگه دارید.
- اطلاعات جنسی یا پند های جنسی ندهید.
- هیچ قولی ندهید پیش از آنکه بدانید چه عواقبی در بر دارد.
- با یک تماس گیرنده نوع اول (یا یک تماس گیرنده وقیح)، حرف نزنید.
- هر علامتی که ممکن است معلوم کند فرد، تماس گیرنده جنسی است را تشخیص دهید و به آن پردازید.
- پیش از آنکه با تماس گیرنده برخورد کنید، منتظر داده های کافی باشید (سه شاخص).
- هنگامی که می خواهید با تماس گیرنده برخورد جدی کنید، رکت باشید و به تماس گیرنده بگویید که چرا گوشی را می گذارید.

• بلافاصله بعد از اینکه گفتید می خواهید گوشی را بگذارید، این کار را نکنید. بعد از گفتن این موضوع دیگر با او بحث نکنید.

اگر مطمئن نیستید که فرد، یک تماس گیرنده لذت طلب است یا خیر، با او مانند یک تماس گیرنده عادی برخورد کنید.

هنگام برخورد با یک تماس گیرنده جنسی، در خصوص هدف از تماسشان، اطمینان حاصل کنید که عبارات از قبل تعیین شده ای دارید. دلیل آن این است که شما هنگام برخورد با آنها بیشتر امکان دارد که آشفته و دچار استرس شوید. داشتن یک متن به شما این اطمینان را می دهد که در آن لحظه عبارت های درستی در دسترس دارید. بعضی از پاسخهای استاندارد اینهاست:

- من فکر می کنم که شما با صحبت از این موضوع دارید لذت می برید.
 - من فکر می کنم که در میان گذاشتن این موضوع دارد شما را تحریک می کند.
 - به نظرم این یک تماس جنسی است.
 - به خاطر اینکه تماس شما نامناسب است، می خواهم تماس را قطع کنم.
- برای پیشگیری در مورد کسی که در مورد مسایل جنسی صحبت می کند تشخیص اشتباه داده نشود که تماس گیرنده جنسی است، نیاز به چند ویژگی خاص هست که قبل از تشخیص این موضوع باید مشخص شود. معمولاً در صورتی که سه یا چهار شاخص موجود باشد، کافی است. فهرستی از شاخص های مورد نظر اینها هستند:

- خواستار آن هستند که با کارشناس جنس مخالف صحبت کنند.
- صدایشان خالی از عواطف است یا به نظر می رسد عجله دارند و تصنعی هستند.
- با درنگ حرف می زنند یا معمولاً شک دارند که حرف بزنند.
- فوری اسم کوچک خود را می گویند.
- خیلی زود یا در طول تماس، نام کوچک مشاور را می پرسند.
- از مشاور، سوالات خصوصی می پرسند.
- برای حل مسایل ارائه شده شان، مقاومت می کنند.
- در مورد سکس، بی پروا حرف می زنند.
- از کلمات کلیدی جنسی به کرات استفاده می کنند.
- از جزییات مسایل جنسی مفصل صحبت می کنند.
- برای توضیح مسایل جنسی و آناتومی جنسی از زبان خیلی رسمی یا از زبان کودکانه استفاده می کنند.

- نفس نفس می زنند یا گوشی را دور از دهان نگه می دارند تا صدای نفس زدنشان معلوم نشود.
- مشاور را وادار می کنند تا همه مکالمه را خود بر عهده بگیرد.
- موضوعات رایج تماس گیرندگان جنسی را عنوان می کنند: زنا با محارم، سوء استفاده جنسی، ترانس جندریسم (اختلال هویت جنسی و همجنس گرایی)، آزارگری و آزارخواهی جنسی (سادو مازوخیسم)، عورت نمایی، چشم چرانی، شیء پرستی، مسایل مربوط به آناتومی جنسی.
- از عبارت های آغازین رایج استفاده می کنند: «ممکن است با من حرف بزنید؟»، «می توانم در مورد یک چیزهایی با شما حرف بزنم؟»، «آیا خانم (یا آقای) هست که بتوانم با او صحبت کنم؟»، «من تا حالا با اینجا تماس نگرفته ام»، «من یک مشکل حاد دارم»، «من تنها هستم».
- هر چه تماس ادامه پیدا می کند، داستان آنها شکل گسترده تری به خود می گیرد.
- فقط می خواهند جزئیات را بگویند نه احساسات خود را.
- قادر نیستند احساسات خود را تشخیص دهند یا کشف کنند.
- اطلاعات متناقض می دهند.
- خلق و عاطفه و تن صدای آنها متناسب با شرایط حاضر نیست.
- در طول تماس، تن صدای آنها بدون تغییر می ماند.
- به نظر می رسد ویژگی های آشکار آنها به سناریوی ارایه شده نمی خورد (مثلا صدای تماس گیرنده به طور معنی داری مسن تر یا جوانتر از آنچه بیان کرده می باشد).
- باید و نبایدهایی در تعامل با تماس گیرندگانی که احتمال دارد تماس گیرنده جنسی باشند وجود دارد:
- همه تماس ها را تا زمانی که خلاف آن ثابت نشده، تماس واقعی بیانگارید.
- روی احساس ها تمرکز کنید و آنها را انعکاس دهید.
- از سکوت استفاده کنید.
- در صورتی که شاخص ها و رفتارهای نامتناسب رخ می دهند، به آنها اشاره کنید.
- اجازه دهید تماس گیرنده به شاخص ها و رفتارهای نامتناسبی که اشاره شد، واکنش نشان دهد.
- یک تن صدای خنثی را حفظ کنید.
- محدودیت های محکمی وضع کنید.
- پاسخهای کوتاه بدهید.
- هنگامی که شاخص ها و رفتارها به اندازه کافی کشف شد، آنها را بیان کنید.
- عینی بودن و خویشنداری خود را حفظ کنید.
- به شیوه های محکم و محترمانه این تماس را پایان دهید.

- زیاد سوال نپرسید.
- در جستجوی شاخص ها و رفتارهای بیشتر نباشید.
- پاسخهای هیجانی ندهید.
- سخنرانی نکنید.
- زمانی که معلوم شد تماس نامتناسب است، ادامه ندهید.

تماس گیرندگان تحت مسمومیت با دارو و مواد:

تماس گیرندگانی هستند که تحت تأثیر مواد هستند و تماس می گیرند و توانایی شان برای تعامل به شیوه ای منسجم و منطقی آسیب دیده است. توانایی تعامل با این تماس گیرندگان بستگی به میزان مسمومیت آنها و ماده مصرف شده است.

با آنکه بسیاری از موسسات، سیاست هایی در مورد تعامل با این تماس گیرندگان دارند، گفتن یک عبارت ساده که ما نمی توانیم یا نمی خواهیم با تماس گیرندگان تحت تأثیر دارو تعامل کنیم، کار مناسبی نیست. ما باید توانایی تماس گیرنده برای ارتباط معنی دار را ارزیابی کنیم و بر طبق آن پیش برویم. مهم است که به یاد داشته باشیم برخی داروهای روانگردان و همینطور شرایط فیزیولوژیک فرد هم می توانند باعث شوند به نظر برسد که فرد مواد مصرف کرده است.

۱- برخی داروهایی که افراد مصرف می کنند باعث می شود در مورد حرف زدنشان سوءتفاهم شود و خیال کنند که چیزی مصرف کرده اند. خاتمه دادن به این تماس ها بدون ارزیابی دلیل اینکه چرا حالت حرف زدن فرد اینگونه است، پذیرش دارودرمانی را در آنها به زیر سوال می برد. یک راه مفید برای برخورد با این موضوع می تواند این باشد که به رفتار فرد اشاره شود و دلیل آن سوال شود. مثلاً «برای من سخت است که شما را درک کنم چون شما حرفهایتان را می جوید (در هم حرف می زنید، از این شاخه به آن شاخه می پرید و ، آیا می توانید به من بگویید دلیل این موضوع چیست؟» فردی که به داروهای خود به دارو واکنش نشان می دهد به شما خواهد گفت که دارو خورده است. در این گونه موارد تماس باید طبق روال عادی ادامه یابد.

۲- ممکن است فرد برای این نوع گفتار خود، دلایل فیزیولوژیک داشته باشد. مانند مورد ذکر شده بالا، اشاره ساده به رفتار فرد می تواند موضوع را روشن کند و به پاسخ دهنده اجازه می دهد منطبق با آن رفتار کنند.

۳- احتمال دارد که مصرف الکل و مواد باعث شده باشد که فرد نشئه به نظر برسد که بخشی از یک نقشه خودکشی باشد پس می تواند بیانگر یک وضعیت تهدید کننده بالقوه زندگی (اورژانسی) باشد. باز هم از

فرد باید پرسید دلیل اینگونه رفتار چیست و در مورد اینکه آیا ماده دیگری هم مصرف کرده است یا خیر سوال شود. گام بعدی این است که در مورد دلیل مصرف آن ماده سوال شود. بسته به پاسخی که داده می شود (و بویژه اگر فرد مواد ترکیبی مصرف کرده باشد)، مناسب است سوال شود آیا افکار خودکشی دارد یا خیر. اگر تأیید شد، باید پروتکل خودکشی دنبال شود.

موضوع دیگر این است که به علت آنکه متغیرهای زیادی در این موقعیت هست، خوب است از فرد بپرسیم که آیا کس دیگری اطراف او هست که تحت تأثیر دارو نباشد و اگر هست با وی صحبت کنیم. اگر مسئله خطرناکی وجود داشت این افراد می توانند یاری کنند که به تماس گیرنده کمک شود.

تماس گیرندگان بازی دهنده

افرادی هستند که تماس می گیرند تا لذت ببرند یا فقط می خواهند تفریح کنند یا نشان دهند که یک چهره قدرت خیالی را توانسته اند بازی دهند. اگر چه این تماس ها را «نامناسب» می دانیم اما باید در ذهنمان داشته باشیم که این تماس می تواند فریادی برای توجه خواهی یا تخلیه هیجانی احساسات باشد که حاصل شرایطی در زندگی تماس گیرنده باشد. همچنین باید تشخیص دهیم که تماس های شوخی در مورد جوانان را باید رفتاری طبیعی دانست.

تماس گیرندگان بازی دهنده امروز، ممکن است تماس گیرنده بحرانی فردا باشد. شوخی فقط می تواند راهی برای آزمودن خدمات ما توسط جوانان باشد. همچنین برخی خیالپردازی های که تماس گیرنده در میان می گذارد می تواند بازتاب مشکلات جدی عاطفی یا روانی وی باشد.

برای مدیریت تماس های بازی دهنده کارشناس باید:

- یک تن صدای همدل داشته باشد و تذکر دهد که وقتی فرد، چنین تماسهایی با مرکز می گیرد باعث می شود افرادی که واقعا نیاز به کمک دارند، پشت خط بمانند. اگر تن صدای کارشناس بالا برود و خشم و ناکامی خود را ابراز کرد، همان تأثیراتی را که تماس گیرنده می خواسته فراهم می آورد و باعث می شود تا باز هم تماس مزاحم شونده بگیرد.

- کارشناس، برای تماس گیرنده توضیح می دهد که می خواهد تماس را قطع کند اما از وی می خواهد که اگر بعداً واقعا نیاز به کمک بود، تماس بگیرد. این گونه پاسخ دادن، رفتارهای احترام و عدم قضاوت را برای تماس گیرنده الگوسازی می کند و به او اجازه می دهد بداند که ما برای هر کس که نیاز به کمک واقعی دارد، آنجا هستیم.

- پس از آن، کارشناس باید فوراً گوشی را قطع کند. روی خط نگه داشتن تماس گیرنده نوعی پذیرفتن تلویحی رفتار وی را نشان می دهد و او را تشویق می کند که به رفتار خود ادامه بدهد.

مداخله شامل کمک به فرد خودکشی است که امید را پیدا کند و این که به وی کمک کنیم تا از تمرکز بر گذشته و فقدان و شکست آن به اینجا و اکنون حرکت کند، به آینده بنگرد و انتخابهایی که ندیده بود را ببیند.

درمان مؤثر خودکشی نیز همچون مشکلات دیگر بالینی با برقراری یک اتحاد درمانی و ساختن یک فرمول بندی و طرح درمانی روشن و ساده و صرفه جویانه آغاز می شود. نخستین هدف درمانگر پس از سنجش خطر ارزیابی و به دست آوردن شناختی از انگیزه های بیمار برای خودکشی این است که «به دنیای بیمار پا نهد و انگیزه های بیمار را از چشم وی ببیند». همدلی کردن با ناامیدی های بیمار، درک انگیزه های او برای ویران کردن خود، احترام گذاردن به باورهای او در این باره که هیچ راه چاره ای وجود ندارد (ولی نه تأیید آن)، می تواند برای او احساس درک و پذیرفته شدن به همراه آورد. همانگونه که «فری من» و «ری نیکی» (۱۹۹۲) متوجه شدند، خوب است این را ارج نهیم که «خودکشی یک انتخاب است، شرایط برای شما بد است و مرگ چیزی است که می تواند مورد بررسی قرار گیرد» (ص ۱۶). روزی یک بیمار به مداخله گری گفت: «شما اولین کسی هستید که این موضوع را واقعاً درک کردید. دیگران همه شان تنها تلاش می کنند تا به من بگویند اوضاع از این هم می توانست بدتر باشد. اما خدایا شما چیز دیگری می گوید».

شما می توانید با گفتگو کردن از وحشتناک ترین اندیشه ها و نگرانی های بیمار، با رُکّ گویی خود به آنها دلگرمی دهید. کسانی که گرایش به خودکشی دارند، مرگ را رهگشایی منطقی برای بدبختیهای خود به شمار می آورند. برآستی آنان شاید مرگ را تنها راه گشای در دسترس بدانند. یکی از آماجهای درمان، بالا بردن احساس امید در آنان از این راه است که پذیرفته شود که اگر چه خودکشی هنوز یک گزینه است اما تنها گزینه آنان نیست و افزون بر این، بهترین گزینه هم نیست. در اینجا هدف مدیریت بحران ساده است: نجات جان بیمار. این کار با بازگرداندن امید به بیمار، ایجاد بازداریهایی کارساز، کاهش عوامل فشارزا و فراهم آوردن پشتیبانی به دست می آید.

در کار با خودکشی، برخلاف رواندرمانی مرسوم، بر تفسیر ارتباط درمانی بیمار و درمانگر یا بررسی حوادث دوران رشد، خیلی کم تأکید می شود. در بحران خودکشی، کاستی در مشکل گشایی و تحریفهای شناختی نقش دارند. پس درمانگر می کوشد به صورت «راهنمای منطقی» حمایت کننده یعنی یک ایگوی بیرونی عمل کند. بیماران خودکش، معمولاً چاره های اندکی را می بینند و درمانگر آنها را یاری می کند تا راه گشاها را پیدا کنند. گاهی بیماران می گویند مشکلاتشان بیشمار و توان فرساست. در اینجا درمانگر این مشکلات را به تکه های کوچکتری خرد می کند تا بتوان آنها را یکی یکی از میان برداشت. هرگاه بیماران

دست به کوششهای ناسازگاری برای کنارآیی زدند (مانند مصرف الکل و مواد)، درمانگر تلاش می کند تا مهارتهای کنارآیی کارساز را در آنها گسترش دهد.

بیمارانِ خودکش، خیلی احساس دوری گزینی از دیگران دارند و بر این باورند که هیچ کس نیست تا بتوانند برای پشتیبانی به او روی آورند. در اینجا در دسترس بودن درمانگر، مسئله ای اساسی است. باید نشست های منظمی را برنامه ریزی کرد و می توان به بیمار کارتی داد که شماره تلفن اضطراری را داشته باشد تا بتوانند در روز یا شب تلفن بزنند. این شماره می تواند دربرگیرنده شماره تلفن مرکز فوریت ها یا تلفن مرکز بحران و یک شماره تلفن پشتیبان از سوی درمانگر باشد.

اگر خانواده یا دوستان بیمار در دسترس باشند، می توان آنها را به کار گرفت تا مدیریت بحران را یاری کنند. برای نمونه می توان از آنها خواست تا همراه بیمار در خانه باشند یا بگذارند بیمار تا جلسه بعدی همراه آنها باشد. هدف این کار این است که درمانگر از امنیت بیمار مطمئن شود و برای بیمار تجربه ای مغایر با این باور او که دیگران دلسوز و پشتیبان نیستند فراهم آورد.

اگر کشاکشهای درون خانه در بحران نقش دارند (که بعید هم نیست)، آنها را باید مستقیماً در نظر گرفت. کمکِ درمانگر با تعریف مشکل، گفتگوی مفصل از احساسات بیمار، درمیان گذاشتن خواسته ها و مهندسی کردن راه حلّ ها برای گشودن کشاکشهای بین فردی پراهمیت است.

اگر بیمار وسیله ای برای خودکشی دارد، ضمن رعایت نکات ایمنی باید آن را از او ستاند. اسلحه باید از گلوله خالی و برداشته شود و دسترسی بیمار به چاقو، دارو، سموم و همانند آنها باید بسیار کنترل شود. اگر بیمار احساس می کند تا نشست بعدی درمان نمی تواند در برابر گرایش به خودکشی تاب بیاورد یا می بایست به خانه پرتنش و پر کشاکش بازگردد، بستری کردن او در بیمارستان باید در نظر گرفته شود. می توان برای بیمار دارودرمانی را آغاز کرده او را برای رواندرمانی فشرده فردی و گروهی آماده کرد.

هرگاه بحران پایان یافت می توان درمان دراز مدت را آغاز کرد و نگرانی ها و مشکلاتی که در وضعیت اضطراری دخیل بوده اند را بررسی کرد. می توان درمان شناختی برای افسردگی و اضطراب را آغاز کرد که هدف آن فراهم آوردن ابزارهای شناختی و رفتاری کارآمدتر برای رویارویی با مشکلات زندگی است. هدفهای درمان دربرگیرنده روابط پایدار و پشتیبان بین فردی و یادگیری راههای سازگار و کارآمد برای درمیان گذاردن ناراحتی های خود با دیگران است. آموزش مهارتهای اجتماعی و زوج درمانی و خانواده درمانی از این دید می تواند سودمند باشد. درمان را می توان به سوی کاهش رفتار تکانشی، ساختن یک نگرش مثبت به مسائل زندگی و بالابردن مشکل گشایی انعطاف پذیر کشاند اگر که آنها در خودکشی نقش مهمی دارند. باید بیماران را تشویق کرد تا به توانایی خود برای تأثیرگذاری بر رویدادهای زندگی و تغییر این باور نادرست که خودکشی یک راهگشای درست است پی ببرند. دلایل بیمار برای زندگی و مرگ را می توان آزادانه به گفتگو

گذاشت و بیمار را تشویق کرد تا سناریوهای جایگزین مثبت برای آینده را تجسم کند. همانگونه که «مارکوس و نوریوس» (۱۹۸۶) دیده اند، باورها، اهداف و انتظارات فرد برای آینده خود ممکن اشاره های ضمنی رفتاری و عاطفی دارند. این باورها و چشم داشت ها نه تنها بر انگیزه فرد که بر خودپنداره او تأثیر می گذارند.

هدف: رفتار خودکشی، فراوانترین وضعیت فوریتی سلامتی است. در این مورد هدف مداخله در بحران، زنده نگه داشتن فرد است تا بتواند به یک وضعیت باثبات برسد و راههای جایگزینی برای خودکشی پیدا کند. به عبارت دیگر هدف، کمک کردن به فرد است تا پریشانش برطرف شود و بحران طی شود.

سنجش خطر خودکشی

مداخله در بحران خودکشی با یک سنجش شروع می شود از اینکه چقدر احتمال دارد در آینده نزدیک فرد بلایی به سر خود بیاورد. این سنجش عناصر مختلفی دارد. کارشناس، ارزیابی می کند که آیا فرد نقشه ای برای اقدام دارد، چگونه می خواهد دست به خودکشی بزند و روش او چقدر مهلک خواهد بود (استفاده از سلاح گرم، خوردن دارو)، آیا ابزار آن در دسترسش است و آیا نقشه اش کامل و اختصاصی است یا مبهم است. کارشناس همچنین هیجانانگیزانه فرد از قبیل افسردگی، ناامیدی، خشونت و اضطراب را می سنجد. اقدام به خودکشی های قبلی بعلاوه خودکشی کامل در میان خانواده و دوستان باید بررسی شود. ماهیت هر رخداد یا شرایط بحرانی فعلی مانند از دست دادن توانایی جسمی به علت بیماری یا حوادث، بی کاری و از دست دادن یک ارتباط مهم، ارزیابی می شود.

اگر کسی به مرکز درمانی آمد و این گمان می رفت که وی در خطر خودکشی است، یک ارزیابی سیستماتیک توصیه می شود تا شناختی از شرایط او و از اینکه چه باعث شده تا به خودکشی بیاندهد به دست بیاوریم. در طی ارزیابی باید کوشید تا داده هایی در باره مشکلات فردی، منابع مثبت، اقدام های قبلی و نقشه خودکشی بدست آورد. لذا راهکاری قدم به قدم ذیل باید انجام گیرد:

برای ارزیابی خطر خودکشی باید ۴ مرحله اصلی را طی کرد

- قدم اول: ارزیابی خودکشی گرایی
- قدم دوم: ارزیابی عوامل خطر
- قدم سوم: مشخص کردن آنچه که در حال حاضر رخ می دهد
- قدم چهارم: مشخص کردن حیطه های قابل مداخله برای درمان

قدم اول: ارزیابی خودکشی گرای

ارزیابی افکار کنونی خودکشی، نقشه و قصد کنونی

آیا هیچگاه به خاتمه دادن به زندگی خود فکر کرده اید؟ آیا برنامه ای هم برایش داشته ای و قصد الان چی؟

آیا هیچگاه آرزوی مرگ کرده اید؟ آیا نقشه ای هم کشیدی، الان قصدت چیست؟

آیا اخیراً در مورد مرگ زیاد مشغولیت فکر دارید؟ آیا این به طرح نقشه هم شده، قصد الانت چگونه است؟

ارزیابی سابقه رفتار های خودکشی

نوع رفتار قبلی آسیب زنده (خودکشی آشکار و پنهان)

فراوانی رفتار در گذشته

مرگ بار بودن

زمینه یا بافتی که در آن اقدام صورت گرفته (تکانشی بودن، مصرف مواد مخدر و...)

بیماران سخت

بیمارانی که بارها با روش کم خطر خودکشی کرده اند

بیماری که دچار افکار خودکشی دایمی هستند

قدم دوم: ارزیابی عوامل خطر

عوامل جمعیت شناختی (سن و جنس، وضعیت تاهل، وضعیت شغلی و)

سابقه اختلالات و علائم روانپزشکی (ناامیدی، اضطراب، توهم دستوری، شرم و حقارت، عزت نفس پایین،

بیقراری، بیخوابی شدید، حالت تهاجمی)

تاریخچه پزشکی (بیماریهای مزمن، اختلالات نورولوژیک، درد، اختلال در عملکرد، بد ریختی و ...)

تاریخچه خانوادگی (تعارض های خانوادگی، جدایی، مشکلات قانونی خانواده ها، خشونت خانواده، بد رفتاری

فیزیکی و جنسی)

عوامل اجتماعی (استرسور های جامعه، مشکلات مالی، مشکلات مسکن، مشکلات قانونی)

قدم سوم: چه اتفاقی روی داده است

ارزیاب مشخص کند که چه اتفاقی رخ داده تست

چرا فرد اقدام به خودکشی کرده است و چرا حالا

جواب این دو سوال راهنمایی برای درمان و مداخله است

مشکلات شخصیتی (اختلالات شخصیت، ضعف در تطابق با محیط)

فشار های روانی اجتماعی (شامل فشارهای حاد و مزمن روانی اجتماعی)

تشخیص های روانپزشکی یا علائم روانپزشکی

قدم چهارم: مداخله

برخورد با بیمار سرپایی (افزایش ویزیت و تماس تلفنی، خطوط بحران، نتایج درمانی در هر جلسه مرور شود)

برخورد با بیمار نیازمند به بستری (بررسی کامل، برقراری ایمنی، تشخیص و درمان روانپزشکی، تشخیص عوامل فشارزا)

مواجهه با وضعیت بحرانی

درمان (درمان شناختی، خانواده درمانی، درمان دیالکتیک رفتاری، تحلیل رفتاری و استفاده از مهارت ها) مدل های عملی مختلفی پیدا شده که به کارشناسانی که با افراد در معرض بحران کار می کنند کمک می کنند و از جمله آنها مدل ۳ مرحله ای است (ارزیابی، فرونشاندن مشکل، کنارآیی های جایگزین). اما در اینجا از مدل هفت مرحله ای مداخله در بحران رابرتز استفاده می کنیم که به عنوان یک چهارچوب مداخله ای جهت فراهم آوردن مشاوره بحران عمل می کند. این مدل یکپارچه و زنجیره ای می تواند مشخص کردن ابتدایی عوامل آشکارساز بحران، گوش دادن فعال، حل مسئله، مهارت های کنارآمدن مؤثر، نیروهای درونی و عوالم محافظت کننده و راه حل مؤثر بحران را تسهیل کند.

مدل دیگری که به مدل رابرت معروف است شامل فرایندهای زیر می شود:

- ۱- ارزیابی مهلک بودن و وضعیت سلامت روان فرد.
- ۲- برقراری رابطه حرفه ای و درگیر کردن مراجع.
- ۳- مشخص کردن مشکلات اصلی.
- ۴- پرداختن به احساسات.
- ۵- پیدا کردن شیوه های کنارآیی جایگزین و راه حل های نسبی (بخشی).
- ۶- تعیین یک طرح عملکرد.
- ۷- تعیین یک برنامه اختتام و پی گیری. (ادامه دارد)

مرحله ۱- ارزیابی مهلک بودن و وضعیت سلامت روان فرد.

مداخله گر بحران باید یک ارزیابی سریع اما جامع روانی زیستی بعمل آورد. این ارزیابی حداقل می بایست حمایت ها و استرسزاهای محیط، نیازهای طبی و دارودرمانی، استفاده فعلی از مواد و الکل و روشها و منابع مقابله بیرونی و درونی را پوشش دهد.

ارزیابی مهلك بودن، اول شامل تعيين اين موضوع است كه آيا مراجع واقعا اقدام به خودكشى مانند خوردن قرص و اوور دوز كردن دارو را داشته است. اگر اقدام به خودكشى نبوده، مداخله گر بحران لازم است در مورد خطر بالقوه آسيب زدن به خود را بررسى كند. اين ارزيابى شامل موارد زير است:

- پرسیدن از افكار و احساسات خودكشى (برای نمونه: «وقتی می گویی دیگر قادر به تحمل آن نیستی، آیا این موضوع بیانگر آن است كه در فكر صدمه زدن به خودت هستی؟»).
 - تخمین زدن قصد روانی مراجع برای وارد آوردن ضربه مهلك به خود (برای نمونه كسى كه از بیماری كشنده یا شرایط دردناك رنج می برد ممكن است قصد نیرومندی داشته باشد).
 - ارزیابی میزان كشنده بودن نقشه خودكشى (اینكه آیا فرد، نقشه ای برای خودكشى دارد؟ آیا روش خودكشى وی چقدر كشنده است؟ آیا وی به وسایل آسيب رساندن به خود مانند سم یا اسلحه دسترسی دارد؟)
 - پرسش در مورد تاریخچه خودكشى فرد.
 - در نظر گرفتن عوامل خطر خاص (مثلا اینكه فرد، منزوی یا افسرده و یا طلاق گرفته است؟).
- مرحله ۲- برقراری سریع رابطه حرفه ای.

این رابطه از طریق شرایطی كه مشاور به وجود می آورد مانند خلوص نیت ، احترام و پذیرش مراجع تسهیل می شود. همچنین در این مرحله صفات، رفتارها و نقاط قوت اساسی شخصیتی مداخله گر بحران مهم است تا در مراجع اعتماد و اطمینان را به وجود آورد. تعدادی از مهم ترین آنها شامل ارتباط چشمی خوب، نگرش غیر قضاوت گرایانه، خلاقیت، انعطاف، نگرش مثبت روانشناختی، تقویت پیشرفت های جزئی و تاب آوری هستند.

مرحله ۳- تعیین مشكلات اصلی یا عوامل آشكارساز بحران.

تمرکز مداخله در بحران بر روی مشكلات فعلی مراجع است كه اغلب آنهايي هستند كه بحران را اشكار می كنند. مداخله گر در بحران علاقمند است تا روشن كند كه چه چیز در زندگی مراجع او را واداشته تا او در حال حاضر نیاز به كمك داشته باشد. بنابراین از ابعاد مختلف این سوال پرسیده می شود كه «چرا الان؟». رابرت بیان می دارد كه نه تنها در مورد حوادث آشكارساز سوال شود بلكه مشكلات را از لحاظ اینكه روی كدام يك اول كار شود الویت بندی كرد.

مرحله ۴- پرداختن به احساسات و هیجانات مراجع.

مداخله گران بحران تلاش می كنند به مراجع اجازه دهند احساساتش را بیرون بریزد، درددل كند و قصه خودش را از وضعیت بحرانی فعلی بیان كند. برای این كار مداخله گر بحران بر مهارتهای آشنای «گوش دادن فعال» تكيه می كند. مداخله گر باید خیلی با احتیاط با پاسخهای مراجع در مشاوره بحران برخورد كند. این

برخورد می تواند شامل دادن اطلاعات، چهارچوب سازی مجدد، تعبیر و تفسیر و ایفای نقش «وکیل مدافع شیطان» باشد.

مرحله ۵- کشف راههای بدیل (جایگزین).

این مرحله می تواند دشوارترین مرحله مداخله در بحران از نظر اجراء باشد. مراجعین بحرانی طبق تعریف فاقد آرامش در دیدن تصویر کامل مسئله هستند و حتی وقتی نتیجه خوبی نمی گیرند، سرسختانه به راههای قبلی کنارآیی آشنا می چسبند. با اینحال وقتی مرحله ۴ انجام شد، مراجع بحرانی احتمالا احساسات کافی را حل و فصل کرده که تعادل هیجانی را تثبیت کرده است. در این زمان بالینگر و مراجع می توانند گزینه هایی مانند قرارداد عدم خودکشی یا بستری موقت برای اطمینان از امنیت مراجع را روی میز بگذارند. «درمان راه حل محور» را می توان در این مرحله در نظر گرفت.

مرحله ۶- تکمیل طرح عمل.

در اینجا راهبردها به صورت طرح درمانی توانمند سازنده و یا مداخله ی هماهنگ، با هم یکپارچه می شوند. چیزی که در این مرحله اهمیت دارد این است که در این فرایند یک طرح جامع، آماده و تکمیل شود. برای مثال باید مشخص شود اگر لازم است یک ارزیابی مداوم خطر صورت گیرد چند وقت به چند وقت و توسط چه کسی انجام شود. آیا نیاز به ارزیابی روانپزشکی برای درمان یک اختلال روانی زیربنایی وجود دارد یا نه...همه ی این سوالات و سوالات مشابه آن باید در طرح عمل جامع مورد توجه قرار گیرد. طرح درمانی می تواند موارد زیر را در بر داشته باشد:

- پاکسازی وسایل خودکشی-شامل این که والدین و افراد مهم، وسایل خطرناک را بردارند و محیط را ایمن سازی کنند.
- مذاکره در مورد ایمن بودن- توافق با محدوده زمانی که در طی آن مراجع می پذیرد که امنیت خودش را حفظ کند.
- ارتباط با آینده- برنامه ریزی برای تلفن زدن، تماسهای بالینی پشت سرهم.
- کاهش اضطراب و کم خوابی-اگر واقعا مضطرب است، دارو درمانی را می توان توصیه کرد اما باید بر آن نظارت کرد.
- کاهش انزوا- دوستان، خانواده، همسایه ها را باید ترغیب کرد که با فرد در بحران در ارتباط بمانند.
- بستری کردن- یک مداخله لازم اگر که خطر فروکش نکرده بود و بیمار نمی تواند در مورد امنیت خود قرارداد ببندد.

مرحله ۷- پیگیری.

مداخله گران بحران پس از مداخله اولیه باید برنامه ای برای تماس های پی گیری با مراجع داشته باشند تا مطمئن شوند که بحران دارد به طریق خودش حل می شود و وضعیت مراجع پس از بحران ارزیابی شود. این ارزیابی پس از بحران از مراجع می تواند شامل موارد زیر باشد:

- شرایط فیزیکی مراجع (مثل خواب، تغذیه و بهداشت).
 - تسلط شناختی بر فهم حوادث (آیا مراجع از آنچه رخ داده و علت آن درک بهتری دارد؟).
 - ارزیابی از وضعیت کلی شامل موضوعات اجتماعی، معنوی، شغلی و تحصیلی.
 - رضایت و پیشرفت در درمان مداوم (مثل مشاوره مالی).
 - وجود هر گونه استرس فعلی و اینکه آنها چگونه رفع می شوند.
 - نیاز به ارجاع احتمالی (مثل موارد حقوقی، خانگی و پزشکی).
- در حدود یک ماه بعد از اینکه مداخله در بحران خاتمه یافت، پی گیری می تواند شامل برنامه ریزی برای جلسه «تقویتی» باشد. در جلسه تقویتی می توان در مورد مزیت های درمان و مشکلات بالقوه صحبت کرد.

مذاکره با فرد خودکشی کننده

باید دانست که از مذاکره گران انتظار نمی رود هر کس که با او روبرو می شوند می توانند جلوی خودکشی کردنش را بگیرند. ولیکن هر چه مذاکره گران بیشتر بدانند، بیشتر می توانند جلوی این کار را بگیرند.

نکات:

تا حدی که ممکن است بر روی احساسات مراجع تمرکز کنید.
حرفهای مراجع را مانند طوطی تکرار نکنید
برای نمونه بگویید: «پس تو فکر می کنی.....»، یا «تو احساس می کنی.....»، «احساس تو این است که ...».
گوش کنید، تجزیه تحلیل نکنید، بر روی خود فرد تمرکز کنید نه روی مشکل.
هدف مداخله این نیست که مشکلات حل شود بلکه:

- علاقه تان و احساس مسئولیت تان را به مراجع نشان دهید.
- آمادگی تان را برای درک احساسات مراجع نشان دهید.
- آمادگی تان را برای پذیرش احساسات مراجع نشان دهید.
- احترام، صمیمیت و صبر خود را به مراجع منتقل کنید.

خلوص و یگانگی

بدان معنی است که شما در آنچه احساس و عمل می کنید، باید صادق (و خالص) باشید. وانمود نکنید که کس دیگری هستید (که مثلاً یک درمانگر همه چیز دان هستید و برای همه مشکلاتی که مراجع دارد راه حلی در آستین دارید. به عبارت دیگر پشت نقاب (خودتان یا دیگری) پنهان نشوید: از احساسات خودتان آگاه شوید، احساسات خود را ابراز کنید.

رفتار شما به عنوان یک یاور:

نشان بدهید که طرف مقابل را چگونه که هست پذیرفته اید و به او ارزش می دهید. این کار را به صورت

زیر انجام دهید:

- تماس چشمی زیاد
 - نگاه مهربان داشتن
 - وضعیت بدنی تان در قبال طرف مقابل
 - صمیمیت در صدایتان
 - صدای رسا
 - اجتناب از قضاوت، سخنرانی کردن، ارزیابی اخلاقی
 - تکان دادن سر و حرکات بدنی دیگر که به مراجع نشان می دهد کاملاً روی او تمرکز کرده اید.
 - توجه و علاقه داشتن در سراسر جلسه
- در اینجا از الگوی «ری اکت»^۱ استفاده می شود. و به معنی: تشخیص، درگیرسازی، ارزیابی، قرارداد و اختتام می باشد که ۵ مهارت اصلی مذاکره هستند.
- مذاکره گر باید موارد زیر را انجام دهد:
- ۱- توان بالقوه خودکشی را تشخیص دهد.
 - ۲- فرد را درگیر تثبیت ارتباط کند.
 - ۳- خطر خودکشی را ارزیابی کند.
 - ۴- با فرد در مورد رفتارهای تازه، قرارداد ببندد.
 - ۵- نیازهای مسؤولیتی را انتقال دهد.

مذاکره مثل یک فرایند سیال است و مثل یک نمایش است که در آن مذاکره گر و اقدام کننده بر روی یک صحنه با نمایشنامه های متفاوت آن را آغاز می کنند. آنها از یک سری اعمال می گذرند تا با اختتام بازی می رسند. این اعمال می تواند آنها را به هم و به نتیجه نزدیک کند یا می تواند آنها را از هم دور کند و

1 Recognition, Engagement, Assessment, Contracting, Terminating

یا هر دوی اینها. وظیفه مذاکره گر این است که کار را به یک نقطه مطلوب برساند (به حداقل رساندن خطر از دست دادن زندگی و آسیب های دیگر) و بازیگر دیگر را با توجه به اهداف خود در دور بازی نگه دارد. برای این منظور وی لازم است برای اداره کردن آن اتفاق و همراه نگه داشتن بازیگر مقابل سناریویی را پرورش دهد. مذاکره گر لازم است اهداف خود را تعیین کند، اختیارات را بسنجد و به کاربرد، تأثیر اقدامات خود را ارزیابی کند و اگر به نتایج مورد انتظار ترسید، عملکرد خود را عوض کند. وی لازم است نظر روشنی داشته باشد از اینکه نقش او کی به اتمام می رسد و تصمیم بگیرد که چگونه به این پایان برسد. این مأموریت، اساسی وی است.

خودکشی در هر نطقه ای از فرایند مذاکره می توان خود را نشان دهد. مذاکره گران باید هشیار باشند و نسبت به تغییرات خُلقی طرف مقابل در طی مذاکره، گوش بزنگ باشند. آنان ممکن است سر نخ از دست زدن به خودکشی بدهند. غالباً گزارش می شود که بالا رفتن ناگهانی خلق در طی مداخله با فردی که افسردگی دارد می تواند علامتی از برطرف شدن دودلی باشد که فرد دیگر تصمیم خود را به خودکشی گرفته است.

علاوه بر این موضوع، سرنخ های یک خودکشی ممکن است موقع گفتگو با فرد آشکار نباشد اما می تواند در طی جمع آوری اطلاعات پیدا شود. مذاکره گر لازم است نسبت به این سرنخ ها هشیار باشد. رفتارهایی مانند بخشیدن اموال به دیگران، گفتن به دیگران در مورد آرزوهای پایانی و حتی گفتن خداحافظی می تواند سرنخی باشد که فرد پیش از رخ دادن واقعی خودکشی نشان می دهد. سرنخ های وضعیتی مانند از دست دادن های مهم اخیر، به هم خوردن روابط، به هم ریختن وضع سلامت، از دست دادن منابع یا وضع مالی و از دست دادن شغل، سرنخ هایی هستند که مذاکره گر می تواند به دست آورد.

اکثر افرادی که تمایلات خودکشی دارند در این زمان افسرده هستند. مذاکره گران همیشه لازم است در زمانی که با افسردگی سروکار دارند نسبت به خطر بالقوه خودکشی هشیار باشند.

مذاکره گر می تواند در مورد هر کوشش قبلی خودکشی که در گذشته رخ داده و در مورد جزئیات نقشه خودکشی (شامل زمان، مکان و روش آن) از فرد سوال کند. کسانی که کوششهای قبلی خودکشی ولو یک بار داشته اند نسبت به کسانی که اولین اقدامشان است، در معرض خطر بالاتری هستند. همینطور کسانی که یک نقشه برنامه ریزی شده دارند که شامل وسیله مهلک و یک مکان دنج است، نسبت به کسانی که فقط افکار مبهمی از مردن در یک زمانی را دارند، مسئله شان جدی تر است.

مذاکره گر، علاوه بر عوامل خطر، عوامل محافظ را نیز باید کشف کند چون اینها غالباً اطلاعاتی را که مذاکره گر برای یک مداخله موثر نیاز دارد فراهم می آورند.

راهبردها

- ۱- ارتباط حرفه ای برقرار کنید.
خودتان را معرفی کنید و بپرسید چگونه می توانید به او کمک کنید.
بگذارید بفهمد که شما تهدید او را جدی گرفته اید.
فعالانه به او گوش بسپارید و درک کردن خود را به او نشان دهید.
احساسات او را بازتاب دهید و با او بر سر احساسات وی بحث نکنید.
انتظار داشته باشید که او از صداقت شما اطمینان حاصل کند.
به او غذا، نوشیدنی، شیرینی و غیره پیشنهاد کنید.
 - ۲- محیط را ایمن کنید.
«امکانش هست که را فعلا بگذاری کنار؟»
 - ۳- احتمال بالقوه خودکشی را ارزیابی کنید.
 - ۴- سعی کنید در مورد مشکل فرد، اطلاعات بیشتری به دست آورید.
«به من بگو اوضاع چگونه است؟»
 - ۵- بخش حیات خواه فرد را حمایت کنید.
«می دانم که تو زخم خورده ای اما بخشی از تو می خواهد امید را ببیند»
«وضعیت بهتر خواهد شد، بگذار ببینیم چه کار می توانیم بکنیم».
 - ۶- هر زمان فقط بر روی یک مشکل کار کنید. با مشکل اصلی شروع کنید.
 - ۷- راههای جایگزینی را که فرد برای حل مشکل خود امتحان کرده را بررسی کنید و راه حل های دیگری را پیشنهاد کنید.
 - ۸- سعی کنید یک قرارداد عدم خودکشی با او ببندید.
 - ۹- مجموعه ای از کارهای عینی را طرحریزی کنید شامل تماس با دوستان و خانواده
 - ۱۰- بلافاصله فرد را به پزشک و درمانگاه و بیمارستان ارجاع دهید.
 - ۱۱- از خانواده اطلاعات کسب کنید.
- امید را در وی تقویت کنید: پایدار، فراگیر، شخصی

نبایدها:

- وقتی کسی نقشه خودکشی خود را بر شما آشکار می کند، نگران نباشید که رازداری را زیر پا بگذارید. ممکن است لازم باشد این راز آشکار شود تا جان شخصی را نجات دهیم.

• سعی نکنید که در بحث در مورد خودکشی برنده شوید. شاید موضوع این است که آنها قادر به پیروز شدن نیستند.

• برای فرد موعظه نکنید و مسئله را اخلاقی نکنید.

• تهدید خودکشی را نادیده نگیرید یا با فرد بحث نکنید که فکرش را نکند.

• وقتی فکر می کنید خطر بالقوه وجود دارد، فردی که تمایلات خودکشی دارد را تنها نگذارید.

از هر کودک یا بزرگسالی که اقدام به خودکشی کرده، باید ارزیابی روانپزشکی جامعی به عمل آورد. به عبارت ساده، هدف اولیه ارزیابی اورژانس روانپزشکی شامل موارد زیر است: سنجیدن نیاز به تثبیت اورژانسی، اجرای هر گونه مداخله شدید و بعد تعیین فضای مناسب جهت مراقبت های آتی.

برای تصمیم در مورد مناسب ترین مرکز اول لازم است که تعیین شود آیا بیمار نیاز به یک محیط ساختاریافته بستری دارد یا اینکه می توان او را در خارج از محیط بیمارستانی مدیریت کرد. برخی از نویسندگان توصیه می کنند که همه ی اقدام کنندگان را باید بستری نمود. اولین گام در تصمیم گیری در خصوص بستری کردن بیمار، تخمین خطر خودکشی و به خود آسیب زدن وی است. اما عوامل دیگری چون خطر آسیب زدن به دیگران، شدت جنون یا رفتار از هم گسیخته، سطح کلی عملکرد، توانایی مراقبت از خود و دنبال کردن درمان سرپایی، در دسترس بودن حمایت های جمعی و اجتماعی فرهنگی نیز لازم است که بها داده شوند. تاریخچه درمانی بیمار و منابع درمان سرپایی در دسترس نیز علاوه بر وجود اختلالات جسمی همزمان یا تشخیص های خاص روانپزشکی (از جمله سوء مصرف مواد) می توانند بیانگر نیاز به میزان نظارت بالاتر یا درمان شدیدتر باشند. البته پذیرش در بیمارستان علاوه بر مزایای مثبت بالقوه ای که دارد می تواند اثرات منفی هم داشته باشد که لازم است به آنها توجه شود (مانند استرس های مالی، جداسدن روانی اجتماعی از دیگران، تبعیض به خاطر داغ بستری شدن در بیمارستان، محدود شدن بهبودی به علت تقویت وابستگی بیش از حد به سیستم بهداشت روانی). لذا تصمیم به بستری کردن بیمار مربوط به قضاوت بالینی است و نیاز به توجه زیادی به جنبه های تاریخچه بیمار، بروز بالینی و توانمندی ها و آسیب پذیری های بیمار از جمله حمایت های روانی اجتماعی و جمعی بیمار دارد.

اگر چه عده ای می گویند توانایی بیمار برای بستن «قرارداد جهت ایمن بودن» در تعیین نیاز به بستری کردن مورد استفاده دارد اما قرارداد پیشگیری از خودکشی در مراکز اورژانسی ارزش اندکی دارد زیرا این بیماران اغلب پریشان، دچار سایکوز، یا به صورتی بیمار شدید هستند و با مصاحبه کننده اتحاد درمانی از پیش موجودی ندارند. ... به جای مشخص کردن اینکه آیا بیمار می خواهد قول بدهد دست به خودکشی نزند یا خیر گاهی مفید است که معلوم شود آیا بیمار خارج از مراکز نظارت کننده ایمن هست یا خیر و این که آیا بیمار می ترسد به افکار و تکانه های خودکشی خود عمل کند یا خیر. آنهایی که نگرانند که ممکن است به

طور تکانشی عمل کنند یا احساس می کنند فاقد کنترل بر تمایلات خودکشی شان هستند به مراقبت با میزان ساختار بالاتری نیاز دارد

برخورد با بازماندگان انتحارکننده:

کسی که خودکشی می کند معمولاً حدود ۴ تا ۶ نفر بازمانده دارد. در بسیاری از مواقع بازماندگان کسی که خودکشی کرده است خودشان دست به خودکشی می زنند. اغلب بازماندگان خودکشی احساس گناه زیادی دارند و به همین دلیل احساس بی کسی می کنند. آنها احساس می کنند که با این فقدان بزرگ نمی توانند زندگی کنند. در اینجا وجود یک مشاور یا یک گروه حمایتی متشکل از همتایان می تواند مفید باشد. گروه حمایتی نقش مهمی دارد و به افراد اجازه می دهد:

- احساساتشان را در میان بگذارند
 - از یکدیگر مکانیزمهای مقابله ای را بیاموزند
 - دیدگاه متعادل تری را برگزینند
 - تجربه خود را بهنجار سازند
 - ببینند افراد دیگری هم هستند که داغدار خودکشی هستند و آنها تنها نیستند
- لازم است که واقعیت به کودکان صادقانه و روراست گفته شود به طریقی که بتوانند درک کنند. در صورت لزوم برای اطمینان از صادقانه و حمایتی بودن بیانات در مورد موضوع، می توان گفتن مطالب را تمرین کرد. در صورت لزوم می توان حقایق را برای کودک تکرار کرد و بررسی کرد که آیا او متوجه صحبتها شده است یا خیر. برای نمونه مادری به کودکش گفت: «بابا حالتی مثل حمله قلبی داشت با این فرق که آن حمله مغزی بود. مغز او دچار یک نوع مریضی شد و باعث شد که فکرش خوب کار نکند و زندگیش را تمام کرد».

بگذارید آنها احساساتشان را بیان کنند. سؤالات آنها را گوش کنید و پاسخ بدهید. پنهان کردن واقعیت از کودکان با فرایند سوگ آنها تداخل ایجاد می کند. کودکان هنگامی به خوبی می توانند این آسیب را حل و فصل کنند که واقعیت به آنها گفته شود و احساسات آنها همانگونه که هست پذیرفته شده و مورد احترام قرارگیرد. تأکید کنید که مرگ، ارتباطی به اعمال آنها ندارد و به این معنی نیست که فرد از دست رفته آنها را دوست نداشته. کودکان ممکن است همان خشم و هیجانات شدید بزرگسالان را تجربه کنند. این هیجانات می تواند شوک، کرحتی، انکار، غم، پرخاشگری، اضطراب، شرمندگی و احساس گناه باشد.

درمان:

در برخورد با شخصی که اقدام به خودکشی کرده است، ابتدا باید مشخص کرد که وی دچار یک اختلال روانی است یا خیر. برای طرح ریزی درمان مناسب باید عوامل مستعدکننده را درمورد کسانی که برای اقدام به خودکشی آماده اند، از بین برد و همزمان به انجام اقدامات درمانی برای ایجاد تغییرات مناسب در محیط و در خود شخص مبادرت کرد. اقدامات اولیه درمورد یک فرد خودکشی کرده به طور اورژانس معمولاً شامل رفع مسمومیت، جلوگیری از خونریزی یا در جهت رفع عوارض ناشی از عمل اوست. بعد از این مرحله، یک برنامه درمانی برای عقیق کردن اقدام بعدی باید در نظر گرفته شود. در مورد کسانی که دچار اختلال روانی می باشند و به این علت اقدام به خودکشی می کنند، باید بعد از دخالت در بحران منجر به خودکشی و خارج کردن آنان از وضعیت بحرانی، به درمان بیماری زمینه ای مبادرت کرد.

استفاده از شوک درمانی به عنوان روش درمانی موثر و بدون خطر و سریع الاثر در بیماران افسرده در معرض خطر خودکشی موثر است. این روش در بیمارانی که دچار سایر اختلالات روانپزشکی هستند نیز کاربرد دارد. داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای و و باز جذب کننده های سروتینین ها در کاهش اقدام به خودکشی موثر می باشند. داروهای ضد روان پریشی سنتی، در بسیاری از موارد قادرند توهمات و هذیانهای بیمار را کنترل کنند. با این شیوه معالجه، بطور غالب، خودکشی هایی که تحت تاثیر حالت های هذیانی یا بروز توهمات صورت گرفته است برطرف می شود. عوارض ناشی از مصرف داروهای ضد روان پریشی سنتی، گاهی در افزایش خطر خودکشی موثر ذکر شده اند. هم چنین بروز حالت افسردگی ناشی از مصرف این داروها، ممکن است باعث بالارفتن خطر خودکشی در این بیماران شود.

داروهای جدید ضد روان پریشی، بسیاری از عوارض ناخواسته و مزاحم داروهای سابق را ندارند. در برخی از موارد مصرف آنها را در کاهش تمایلات خودکشی موثر دانسته اند. استفاده از راندمانها در درمان فرد پس از اقدام به خودکشی موثر است. همچنین خانواده درمانی، زوج درمانی، شناخت درمانی و معنا درمانی نیز در این افراد کاربرد دارد. باید با بیمار رابطه درمانی مناسبی برقرار کرد. به بیمار فرصت داد تا عواطف و هیجاناتش را آشکار سازد. این امر از درد روانی بیمار می کاهد. این بیماران اغلب احساس دوگانه و تردید آمیز دارند. ممکن است حتی ندانند چرا به این عمل دست زده اند. این امر میل به زندگی را در آنها نشان میدهد. امیدوار کردن بیماران اهمیت اساسی دارد. تاکید روی موفقیت های گذشته در مواجهه با شرایط دشوار و تاکید بر روی صفات مثبت و توانایی های بیمار کمک کننده است. هیچ گاه به دلیل ارتکاب به عمل خودکشی بیمار را سرزنش نکنید. رویکرد به بیمار باید عینی و حمایت گرانه باشد، با قضاوت برخوردار نکنید. سیستم های حمایتی را به کار اندازید. افراد خانواده و دوستان را کمک فرا خوانید. این امر اعتماد بنفس بیمار را قویت کرده احساس می کنند که مورد توجه و علاقه دیگران است. در موارد بستری شدن فرد

نکات ایمنی را مورد توجه قرار دهید. کمربند، کراوات، بندکفش وجوراب وهرشی تیز و برنده را از بیمار دور نگهدارید. هیچ گاه فرد با افکارخودکشی و ژست های خودکشی تنها به منزل فرستاده نشوند. دقت کنید خودکشی بدون اعلان خطر قبلی نیز به وقوع می پیوندد.

در پایان محققین بر این عقیده اند که گروههای درمانی و بهداشتی علاوه بر ارائه مراقبت ها، می توانند با تشکیل گروه ها و دوره های آموزشی در حیطه بهداشتی و درمانی در بیمارستان و جامعه، با آموزش و آگاهی در مورد بیماری و درمانها، به مشکلات افراد اقدام کننده و خانواده های آن ها بپردازند. انجام این امر در بیمارستان با اختصاص اطاق آموزش به بیمار و خانواده و در جامعه با تغییر نگرش جامعه نسبت به بیماری روانی از طریق آموزش در رسانه های گروهی، محقق می گردد. همچنین با تشکیل و برگزاری کلاس های آموزش ضمن خدمت برای گروههای درمانی و بهداشتی به اهمیت برنامه های پیشگیرانه در قالب اجرای یک فرآیند ترخیص توجه بیشتری مبذول گردد.

References

1. Amadéo S, Rereao M, Malogne A, Favro P, Nguyen NL, Jehel L, et al. Testing brief intervention and phone contact among subjects with suicidal behavior: a randomized controlled trial in French Polynesia in the frames of the World Health Organization/Suicide Trends in At-Risk Territories study. *Mental illness*. 2015;7(1).
2. Berrouiguet S, Alavi Z, Vaiva G, Courtet P, Baca-García E, Vidailhet P, et al. SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):294.
3. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 2015;7(1).
4. Bagge CL, Lee HJ, Schumacher JA, Gratz KL, Krull JL, Garland HJR. Alcohol as an acute risk factor for recent suicide attempts: A case-crossover analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2013;74(4):552-8.
5. Ghanbari B, Malakouti S, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast S. The effectiveness of preventive interventions package (brief training and telephone follow-up) on suicidal behaviors in Baharloo hospital, Tehran.(Thesis, Persian Language)2013.
6. Ghoreishi SA, Mousavinasab N. Systematic Review of Researches on Suicide and Suicide Attempt in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14(1):115-21. (Persian Language, Abstract in English).
7. Ghanbari B, Malakouti S, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast S. Suicide Prevention and Follow-Up Services: A Narrative Review. *Global journal of health science*. 2015;8(1):145-53.
8. Ghanbari B, Malakouti SK, Nojomi M, De Leo D, Saeed K. Alcohol Abuse and Suicide Attempt in Iran: A Case-Crossover Study. *Global Journal of Health Science*. 2015;8(7):58.
9. Hajebi A, Ahmadzad Asl M, Zaman M, Naserbakht M, Mohammadi N, Davoudi F, Saberi Zafarghandi M. Designing a Registration System for Suicide in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011 Aug 15;17(2):106-9. (Persian Language, Abstract in English).
10. Harlow AF, Clough A. A systematic review of evaluated suicide prevention programs targeting indigenous youth. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2014;35(1):310.
11. Hassanian-Moghaddam H, Sarjami S, Kolahi A-A, Carter GL. Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;198(4):309-16.
12. Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide .*American Journal of Psychiatry*. 2014.
13. Health. TuomsSo, Mozafari A. Study of Relationship psychiatric disorder axis I , anger, impulsivity, social support and social economic status with suicide attempt in ilam province.(Thesis)2013.
14. Hess RE, Maton KI, Pargament K. Religion and prevention in mental health: Research, vision, and action: Routledge; 2014.
15. Jabbari fard F, Qari A, Yazdekhasti FF, Masudi S. The epidemiology of suicide and related factors in the city of Lordegan from 2001 to 2011. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences*. 2013;15(6):75-86. (Persian Language, Abstract in English).

16. Kassiri H, Feiz-Haddad M-H, Ghasemi F, Rezaei M, Ghanavati F. An Epidemiologic and Demographic Survey of Poisoning in Southwest of Iran. *Middle-East Journal of Scientific Research*. 2012;12(7):990-6.
17. Khaleghparast S, Ghanbari B, Kahani S, Malakouti K, SeyedAlinaghi S, Sudhinaraset M. The effectiveness of discharge planning on the knowledge, clinical symptoms and hospitalisation frequency of persons with schizophrenia: a longitudinal study in two hospitals in Tehran, Iran. *Journal of clinical nursing*. 2013.
18. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior: A review of the evidence. *Crisis :The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2013;34(1):32
19. Morovatdar N, Moradi Lakeh M, Malakouti SK, Nojomi M. Frequency of Methods of Suicide in Eastern Mediterranean Region (EMRO) of WHO: A Systematic Review. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2013;18(4):253-60. (Persian Language, Abstract in English).
20. Mozafari A. Study of Relationship psychiatric disorder axis I , anger, impulsivity, social support and social economic status with suicide attempt in ilam province. Ms in epidelmioogy. Tehran University of Medical Sciences(2013). (Persian Language, Abstract in English).
21. Nazarzadeh M, Bidel Z, Ayubi E, Asadollahi K, Carson KV, Sayehmiri K. Determination of the social related factors of suicide in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*. 2013;13(1):4.
22. Pan Y-J, Stewart R, Chang C-K. Socioeconomic disadvantage, mental disorders and risk of 12-month suicide ideation and attempt in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) in US. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013;48(1):71-9.
- MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*. 2014.
23. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *Journal of telemedicine and telecare*. 2013;19:273-81
24. Poor FB, Tabatabaei SM, Bakhshani N-M. Epidemiology of suicide and its associated socio-demographic factors in patients admitted to emergency department of Zahedan Khatam-Al-Anbia Hospital. *International journal of high risk behaviors & addiction*. 2014;3(4).
25. Rezaeian M. Comparing the Statistics of Iranian Ministry of Health with Data of Iranian Statistical Center Regarding Recorded Suicidal Cases in Iran. *Health System Research*. 2012;8(7):1190-6.
26. Rostami M, Hashemi T, Aliloo MM. Comparison of personality traits, social support, and religious orientation in suicide attempter and control group. *Urmia Medical Journal*. 2014;24(1):1016-26. (Persian Language, Abstract in English).
27. Sadeghirad B, Haghdoost A-A, Amin-Esmaeili M, Ananloo ES, Ghaeli P, Rahimi-Movaghar A, et al. Epidemiology of major depressive disorder in Iran: a systematic review and meta-analysis. *International journal of preventive medicine*. 2010;1(1):81.
28. Shirazi HG, Hosseini M, Zoladl M, Malekzadeh M, Momeninejad M, Noorian K, et al. Suicide in the Islamic Republic of Iran: an integrated analysis from 1981 to 2007. *EMHJ*. 2012;18(6)
29. Shojaei A, Shamsiani H, Moradi S, Alaedini F, Khademi A. The Study of Successful Cases of Suicide Commitment Referred to Iran Legal Medicine Organization in 2010. *SJFM*. 2012;18(1):7-15. (Persian Language, Abstract in English).
30. Sue D, Sue DW, Sue S, Sue D. *Understanding abnormal behavior: Cengage Learning*; 2015.
31. World Health Organization. *Mental health action plan 2013-2020*.

32. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. World Health Organization; 2012.
33. Wei S, Liu L, Bi B, Li H, Hou J, Tan S, et al. An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2013;34(1):107.
34. World Health Organization. Preventing Suicide: A Global Imperative. Draft version 05; 26 March 2014. available at: http://www.who.int/gho/mental_health/en/
35. World Health Organization. World suicide prevention day 2012. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/ Accessed. 2012;12:2013.
36. Yaraghi A, Eizadi Mood N, Akoochakian s, Masoomi G, Naderalasli M, Ahmadloo H, et al. Comparison of Factors Associated with Suicide Among Employed Women and Housewives. *SJFM*. 2014;20(2):47-54. (Persian Language, Abstract in English).

