

**راهنمای اقدام برای مداخله کنندگان اولیه**

**(آتش نشانان، پلیس و اورژانس) در صحنه خودکشی**

**تدوین: دکتر فرهاد طارمیان**

**اردیبهشت ماه 1399**

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**معاونت بهداشت**

**دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد**

****

****

**مقدمه:**

اولین مداخله کنندگان در خودکشی نظیر پلیس و آتش نشانان و همچنین کارکنان اورژانس، غالبا اولین کسانی هستند که زمان اقدام به خودکشی در دسترس فرد خودکشی­کننده قرار می­گیرند. از این رو، این افراد به اصطلاح، مداخله کنندگان اولیه[[1]](#footnote-1) می­شوند. این کتابچه برای مداخله کنندگان اولیه که در صحنه خودکشی حاضر می­شوند و باید با افرادی که در شرایط اورژانس روانی قرار دارند مواجه شوند، تنظیم شده است. به طور­کلی، صحنه خودکشی شامل یکی از این موارد است:‌

1. صحنه یا شرایطی که در آن خطر انجام خودکشی وجود دارد
2. صحنه یا شرایطی که خودکشی انجام­شده که یا موفق بوده است یا ناموفق

باید بدانیم، مداخله کنندگان اولیه در موقعیت­های بحرانی­ای کار می­کنند که مداخلات بسیار دقیقی را می­طلبد. مداخلات آن­ها می­تواند شامل برقراری ارتباط با خانواده و دوستان، شخص در معرض خطر خودکشی، پزشکان وی و حتی همکاران او باشد. با توجه به اینکه افرادی که اقدام به خودکشی می­کنند غالبا به بیماری روانی یا سوء مصرف مشروبات الکلی یا مواد مبتلا هستند، مداخله کنندگان اولیه باید مهارت و دانش کافی در رابطه با این دسته از افراد را داشته باشند اما متاسفانه به نظر می­رسد، نیروهای امدادی درباره نشانه های بیماری­های روانی آموزش خاصی ندیده اند و نمی­دانند مناسب ترین اقدام هنگام مواجهه با فردی که قصد خودکشی دارد چیست.

با توجه به نقش خطیر اقدام دهندگان اولیه در صحنه های خودکشی، آنها می­توانند سهم بسزایی در پیشگیری از خودکشی­های در حال وقوع (تهدید به خودکشی) داشته باشند. در واقع مداخله­کنندگان اولیه در موقعیت خاصی قرار دارند که باید بحران خودکشی را در لحظه تهدید آن مدیریت کنند تا در حد امکان پیامدهای وخیمی نداشته باشد. همچنین آنها باید ترتیبی اتخاذ کنند تا شخص مبتلا به اختلالات روانی و در معرض خودکشی، پس از نجات یافتن به مراکز درمانی منتقل شده و از درمان­ها و مداخلات لازم بهره­مند گردد. در نگاهی کلان­تر، هر سازمان یا دستگاهی که وظیفه رسیدگی به موارد خودکشی را دارد باید ترتیبی اتخاذ نماید تا کارکنانش به خوبی درباره موارد زیر آگاهی داشته باشند :

1. علایم اختلالات روانی مختلف از قبیل افسردگی اساسی، اختلال دو قطبی، هذیان و توهم، اختلالات مرتبط با کنترل تکانه (تمایل به انجام اعمال ناگهانی)
2. اصول برقراری ارتباط مناسب با فرد در معرض خطر بر اساس بحران روانشناختی­ای که تجربه می­کند و توانایی همدلی­کردن با او
3. آگاهی درباره مراکز درمانی و بستری

**چرا نقش مداخله کنندگان اولیه بسیار مورد اهمیت است ؟**

موقعیت­هایی که مداخله کنندگان اولیه با آنها مواجه هستند معمولاً به شدت اضطراری است. مخصوصاً آن­هایی که مربوط به اورژانس سلامت روانی هستند. مداخله کنندگان اولیه ممکن است در شرایطی قرار بگیرند که نیاز به ارجاع فرد به مراکز سلامت روانی مطرح باشد و یا به شناسایی و دور کردن ابزار­های خطرناک که ممکن است فرد به خود آسیب برساند، بپردازند .

موقعیت هایی که مداخله کنندگان اولیه ممکن است در ارتباط با آن ها قرار بگیرند، بسیار گسترده است. بسیاری ممکن است تصور کنند اقدام­کنندگان اولیه با موضوعاتی رایج مثل آتش سوزی، دزدی و تصادفات ماشین سروکار دارند که البته فرض درستی است، در عین حال باید در نظر داشت که اقدام­کنندگان اولیه مرجعی برای استمداد از طرف افرادی هستند که از مشکلات عاطفی­، روانی و سوء مصرف مواد رنج می­برند. البته مداخله­کنندگان اولیه به صورت ویژه در حوزه اختلالات روانی آموزش نمی­بینند و بسیاری از آن­ها از نشانه­های رایج خطر خودکشی آگاه نیستند و نمی­دانند مناسب ترین عکس العمل در مواجهه با فردی که رفتار های خودکشی­گرایانه نشان می­دهد، چیست و بیشتر مبتنی­بر تجربه­های دست اول و فردی خود قرار دارد که البته بسیار ارزشمند است. بنابراین، دانش مداخله کنندگان اولیه و نحوه­ی مدیریت شرایط بحرانی توسط آن­ها به عنوان اولین خط ارتباطی با افرادی که نیازمند دریافت کمک هستند، تاثیر بسیار زیادی در چگونگی مدیریت و اتمام این نوع بحران­ها دارند. در موقعیت­هایی مثل خودکشی، اگر شرایط به درستی مدیریت نشود ، نتیجه نهایی بسیار ناگوار است. بنابراین اقدام کنندگان در صورت بهره­مندی از دانش و آموزش کافی می توانند باعث نجات جان افراد در صحنه­های خودکشی شوند (7).

**حقایقی درباره خودکشی**

خودکشی یکی از مهم­ترین مسائل مربوط به سلامت روان در سطح جوامع است و از اصلی­ترین دلایل مرگ­های قابل پیشگیری در کل دنیاست. هر فردی که مبادرت به خودکشی می­کند، ۲۰ برابر بیشتر احتمال دارد که در آینده نیز دست به همچین کاری بزند. آسیب عاطفی که این عمل بر خانواده و دوستان شخص وارد می­کند به موفق یا ناموفق بودن خودکشی بستگی دارد و ممکن است حتی تا سال­ها طول ادامه یابد.

سازمان بهداشت جهانی تخمین زده که در جهان تقریباً یک میلیون نفر از انسان­ها هرساله خودکشی می­کنند. به عبارت دیگر **در هر دقیقه یک مرگ و در هر روز، سه هزار مرگ بر اثر خودکشی رخ می­دهد.** هم­چنین در هر سه ثانیه یک اقدام به خودکشی در دنیا اتفاق می افتد. به طور متوسط نسبت افرادی که در اثر خودکشی می­میرند بیشتر از افرادی است که در اثر تصادفات و نزاع ها می­میرند و خودکشی یکی از سه دلیل اصلی مرگ میان نوجوانان و جوانان بین سنین ۱۵ تا ۲۴ سال است. در سطح جهانی، میزان خودکشی در نیم قرن اخیر ۶۰ درصد افزایش یافته است و به ازای هر خودکشی موفق، ۱۰ تا ۲۰ اقدام به خودکشی وجود دارد(7).

**تعريف خودكشي:**

**خودکشی یک رفتار غیر انطباقی است نه بیماری:** با توجه به وجود مشکلاتی در زمینه­ی رابطه­ی درمانی با بیمارانی که دست ­به خودکشی زده­اند، نتیجه بدست آمده نشان دهنده این موضوع است که اتخاذ مدل پزشکی نسبت به بیماری کمک کمی به ما می­کند. اینکه ما خودکشی را یک رفتار بدانیم تا بیماری به ما دیدگاه جدیدی می­دهد.

خودکشی به معنای قتل نفس است و فرایند پیچیده ای است که از تعامل پویا بین عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی حاصل ناشی می شود. در صورتی که خودکشی موفقیت آمیز باشد و منجر به فوت فرد شود، عمل مهلکی است که نشان دهنده میل شدید فرد به مردن است. تمایل به خودکشی (خودکشی گرایی)، علامتی از یک فشار روانی زیربنایی و نتیجه ترکیب عواملی مثل بیماری روانی است که به همراه خود رنج و درد عاطفي شديدي را به همراه دارد. بر همین اساس، مداخله های روانشناختی بر کاهش رنج تجربه شده تمرکز دارند و همزمان بر اساس توانایی های شناختی، هیجانی و رفتاری مراجع در مقابله با دشواری ها بنا می شوند.

در فاصله بین فکر کردن به خودکشی و اقدام به خودکشی مراحلي وجود دارد كه می­توان آن را به صورت يك طیف در آورد. برخی افراد، مدت ها پیش از اقدام به خودکشی در مورد آن فکر مي كنند و برنامه می ریزند. برخی دیگر به صورت تکانشی و بدون قصد قبلی به زندگی خود خاتمه می دهند. خودکشی تقریبا همواره نتیجه یک بیماری روانی و معمولا افسردگی است و در نتیجه روان درمانی و درمان دارویی براي آن موثر است.

**واژه هاي مرتبط:**

در رابطه با واژه های تخصصی مرتبط با خودکشی لازم است موارد زیر را به خاطر داشته باشیم و تفاوت هایشان را بدانیم:

1. **ریسک**: احتمال وقوع یک اتفاق زیانبار
2. **عوامل خطر**: ویژگی­ها یا شرایط محیطی خاصی که به تنهایی یا در ترکیب با سایر عوامل احتمال بروز يك آسيب يا بيماري را افزایش مي دهند.
3. **ارزیابی خطر**: برآورد احتمال رخداد یک اتفاق بد در یک دوره و شرایط زمانی خاص
4. **اقدام به خودکشی (خودكشي ناموفق)**: رفتار بالقوه جرح خود همراه با شواهد ضمنی یا آشکار مبنی بر قصد فرد برای مردن که پیش از بروز آسيب جسمانی متوقف شده است.
5. **خود زنی:** انجام عامدانه­یa­ عمل دردناک، مخرب و جراحت آمیز نسبت به خود بدون قصد مردن
6. د**رجه مرگبار بودن رفتار خودکشی**: میزان خطرناک بودن روش به کار رفته برای خودکشی. توجه کنید که میزان کشندگی از انتظار فرد در مورد اینکه چه چیزی از لحاظ طبی خطرناک است و گاهی با ان هم پوشانی ندارد.
7. **افکار خودکشی**: فکر کردن فرد به اینکه موجب مرگ خودش شود. میزان وخامت به مشخص بودن نقشه خودکشی و میزان جدیت قصد خودکشی بستگی دارد.
8. **قصد خودکشی**: میل به خود تخریبی که به مرگ منجر مي شود.
9. **اقدام به خودکشی:** رفتار آسيب به خود که به مرگ منجر نمي شود اما از شواهد پیداست که فرد قصد داشته بمیرد.
10. **خودکشی موفق (كامل)**: مرگ توسط خود فرد همراه با شواهدی دال بر قصد فرد برای مردن.
11. **افکار خودکشی**: ذهنیات و افکاری که در ارتباط با کشتن خود در فرد وجود دارد.
12. **تهدید به خودکشی**: فرد با زبان خود به قصدش برای رفتار خود آسيب رسان اقرار مي كند.
13. **وانمود كردن یا ژست خودکشی:** یک نوع از رفتار خود آسيب رسان که به طور كلي تهدیدی برای زندگی فرد ایجاد نمی­کند و بیشتر به صورت فریادی برای کمک خواهی در نظر گرفته مي شود.
14. **رفتار خودکشی­گرا**: تمامی اعمال و رفتارهایی که فرد از روی عمد و به قصد آسيب زدن به خود و به خطر انداختن سلامتی اش انجام مي دهد، چه به مرگ منجر شود یا نشود.
15. **فرمول بندی خطر خودكشي**: فرایند جمع آوری و سازمان دهی اطلاعات مربوط به خطر و شناسایی عوامل خطر. این فرمول بندی پایه ای برای مداخله­ی خطر پی ریزی مي كند.
16. **مدیریت خطر خودكشي**: با هدف به حداقل رساندن احتمال اقدام به خودكشي در بافت کلی مراقبت از بیمار انجام مي شود تا به بهترین پیامد برسد و بهترین مراقبت ها از فرد انجام شود.

**افسـانه های رایــج درباره رفتــارهای خودکـشی**:

درمورد خودکشی کردن افسانه ها و باورهای اشتباهی بین مردم و حتی تحصیل کردگان و متخصصان حرفه ای وجود دارد. این وظیفه شماست که باورها، انگ ها و نگرش ها­ی خود را وارسی کرده و بشناسید. در ادامه با تعدادی از متداولترین این باورهای غلط که به آنها افسانه می گوییم آشنا می شویم. ***لطفا آنها را بدقت بخوانید و همزمان به نگرش ها و باورهای خود فکر کنید.***

|  |  |
| --- | --- |
| **افسانه** | **واقعیت** |
| 1-كساني كه راجع به خودكشي و قصدشان مبني بر خودكشي صحبت مي­كنند، واقعاً به خود آسيبي نخواهند زد | بسياري از كساني كه در اثر خودكشي جان خود را از دست مي دهند، احساسات، افكار و نقشه هاي خودكشي خود را، قبل از مرگ، با ديگران در ميان گذاشته اند |
| 2-خودكشي هميشه تكانشي، ناگهاني و بدون هيچ هشدار قبلي روي می دهد | بسياري از افرادي كه خودکشی می کنند قبلاً افکار خودکشی را تجربه کرده اند و در مورد کشتن خود عمیقانه فکر کرده اند |
| 3-خودكشي پاسخي قابل انتظار و طبيعي در مقابل استرس و فشار روانی است | خودكشي پیامد غيرطبيعي استرس و فشار روانی است. همه استرس را تجربه مي كنند، اما همه اقدام به خودكشي نمي كنند |
| 4-خودکشی به علت استرس است | خودكشي، گاهي ممكن است در پي استرسي حاد (مثل قطع روابط عاطفي، دعوا و مناظره ي شديد) به وجود آيد اما واقعه ي استرس زا، **زمينه ساز رفتار خودكشي است و نه علت آن** |
| 5-افرادی که خودکشی می کنند واقعا قصد دارند كه بميرند و درباره آن تردید ندارند | اين افراد دچار نوعي دوسوگرايي راجع به مرگ و زندگي بوده و درباره قصد کشتن خود مصمم نبوده اند. |
| 6-افرادي كه خودكشي مي كنند خودخواه و ضعيف هستند | بسیاری از كساني كه خودكشي مي كنند مبتلا به نوعي اختلال رواني هستند و اين اختلال ممكن است تشخيص داده شود يا نشود |
| 7-افراد باهوش و موفق باشد هيچ گاه خودكشي نمي كند | دقت کنید و به ياد داشته باشيد كه خودكشي گرايي اغلب پنهان نگه داشته می شود. خودكشي مرز فرهنگي، قومي، نژادي يا اجتماعي اقتصادي ندارد. |
| 8-صحبت درباره خودکشی با کسی که مبتلا به افسردگی است ممکن است منجر به تلقین این فکر به او و خودکشی فرد شود | بسیاری از افراد افسرده که افکار و نقشه های خودکشی دارند زمانی که بدانند کسی درباره این افکار می داند و می تواند به آنها کمک کند، احساس تسلی می کنند. هیچ گاه بحث درباره خودکشی منجر به خودکشی فرد نمی شود |
| 9-برای کسی که اقدام به خودکشی می کند یا افکار خودکشی دارد، نمی توان هیچ کاری كرد | بسياري از افرادي كه اقدام به خودكشي مي كنند، ممكن است مبتلا به اختلال رواني باشند كه قابل درمان است. درمان مناسب اختلال رواني، به ميزان قابل توجهي خطر خودكشي را کاهش می دهد. برای مثال میل به خودکشی با افسردگي در ارتباط است و معمولا با درمان افسردگی این میل از بین می رود |
| 10-كساني كه اقدام به خودكشي مي كنند فقط دنبال جلب توجه هستند | در برخي از افراد اقدام به خودكشي رخدادي است كه براي اولين بار آنان را با كمک هاي تخصصی پيوند مي دهد. باید ميان تقاضا و فریاد برای كمک و جلب توجه تمایز قایل شد |
| 11-افرادی که قصد خودکشی دارند، از قبل علایمی نشان نمی دهند | تقریبا هر کسی که اقدام به خودکشی می کند، از قبل علایمی از قبیل بخشیدن اموال، حلالیت طلبی، صاف کردن بدهی ها، انجام خداحافظی، نامه نوشتن، پست کردن عکس های مرتبط با مرگ در صفحات مجازی و... انجام می دهند. تحقیقات نشان می دهد 75 تا 80 درصد کسانی که خودکشی می کنند از قبل علایمی را نشان داده اند. |
| 12-خودکشی در وهله اول مشکلی است که در نوجوانی اتفاق می افتد | شاید در گذشته این باور تا حدی درست بوده اما امروزه میزان خودکشی در مردان و زنان در سنین میان سالی و پیری (پنجاه سالگی به بالا) رو به افزایش است. |
| 13-در افرادی که در شهر ها زندگی می کنند و زندگی پراسترس تری دارند احتمال خودکشی بیشتر است | خودکشی در نواحی روستایی هم می تواند شیوع بالایی داشته باشد و اگر به نسبت جمعیت مقایسه کنیم حتی می تواند از نواحی شهری هم بیشتر باشد |
| 14-تبلیغات رسانه ای با خودکشی ارتباطی ندارند | با پوشش غیر حرفه ای و تبلیغاتی اخبار مرتبط با خودکشی در رسانه ها، نظیر پوشش خبری خودکشی افراد مشهور و یا خودکشی های دسته جمعی، همواره میزان بروز خودکشی به طور معناداری افزایش یافته است. |
| 15-سوگ ناشی از خودکشی مانند سوگ ناشی از سایر موارد مرگ و میر است | افرادی که عزیزان خود را در اثر خودکشی از دست می دهند در معرض خطر بالایی برای حالتی تحت عنوان سوگ پیچیده هستند و دچار سرزنش شدید خود، عدم پذیرش، فقدان، تحت نگاه های سرزنش آمیز دیگران قرار گرفتن، طولانی شدن دوره سوگ و... قرار می گیرند |
| 16-وقتی که نشانه های افسردگی افراد کاهش یافت، خطر خودکشی دیگر وجود ندارد | این که افراد بعد از بهبود افسردگی، خودکشی کنند امر غیر رایجی نیست چرا که بهبود علایم نباتی افسردگی نظیر خواب و اشتها، پیش از بهبود خلق و روحیه، اتفاق می افتد. بهبود علایم نباتی در غیاب بهبود خلق، صرفا انرژی افراد را برای تصمیم و اقدام به خودکشی افزایش می دهد. |
| 17- اگر افراد دارای افکار خودکشی تمایلی به حمایت شدن ندارند، به زور شماره مراکز اضطراری را به آنها ندهید | حتی در صورت مخالفت چنین فردی، بارها دیده گزارش شده است که آنها بعد از مدتی با این مراکز تماس می گیرند. پس شماره تلفن های ضروری و اقدامات پییشگیرانه فوری را به آنها آموزش دهید. |

**عوامل خطر خودکشی**

عوامل خطر عواملی هستند که خطر اقدام به خودکشی را افزایش می­دهند. وجود یک یا چند عامل خطر، احتمال خودکشی را افزایش می­دهد ولی لزوماً منجر به خودکشی نمی­شود. اگر چه همه عوامل خطر قدرت پیش بینی کنندگی یکسانی ندارند ولی به عنوان یک اصل کلی، هرچه تعداد عوامل خطر بیشتر باشد، احتمال خودکشی نیز افزایش می­یابد. عوامل خطر انواع مختلفی دارند که در زیر به آنها اشاره شده است :

**۱- ﻋﻮاﻣﻞ ﺟﻤﻌﯿﺖ ﺷﻨﺎﺧﺘﯽ**

- **ﺳﻦ**

ﻣﻌﻤﻮﻻ میزان ﺧﻮدﮐﺸﯽ ﺑﺎ اﻓﺰاﯾﺶ ﺳﻦ اﻓﺰاﯾﺶ ﻣﯽ­ﯾﺎﺑﺪ . ﺑﻄﻮر ﮐﻠﯽ ﺳﻪ دوره ﺳﻨﯽ ﺑﺎ ﺧﻄﺮ ﺑﺎﻻي ﺧﻮدﮐﺸﯽ ﻫﻤﺮاه اﺳﺖ : الف) اواخر نوجوانی و اوایل جوانی ( 15- 24 سالگی) ب) میان­سالی ج) سالمندی (65 به بالا ) (11).

**- ﺟﻨﺴﯿﺖ**

ﺧﻄﺮ ﺧﻮدﮐﺸﯽ در ﻣﺮدان ﺑﯿﺸﺘﺮ از زﻧﺎن اﺳﺖ. زﻧﺎن ﺑﯿﺸﺘﺮ از ﻣﺮدان اﺣﺘﻤﺎل دارد اﻗﺪام ﺑﻪ ﺧﻮدﮐﺸﯽ ﮐﻨﻨﺪ وﻟﯽ میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی در مردان 4 ﺑﺮاﺑﺮ ﺑﯿﺸﺘﺮ از زﻧﺎن اﺳﺖ. اﯾﻦ ﺗﻔﺎوت ﻧﺎﺷﯽ از آن اﺳﺖ ﮐﻪ ﻣﺮدان از روش­ﻫﺎﯾﯽ ﺑﺮاي ﺧﻮدﮐﺸﯽ اﺳﺘﻔﺎده ﻣﯽ­ﮐﻨﻨﺪ ﮐﻪ ﺷﺎﻧﺲ ﻧﺠﺎت در آن ﺑﺴﯿﺎر ﮐﻢ اﺳﺖ و ﯾﺎ وﺟﻮد ﻧﺪارد ﻣﺜﻞ ﺷﻠﯿﮏ ﺑﺎ اﺳﻠﺤﻪ ﯾﺎ ﺣﻠﻖ آوﯾﺰ ﮐﺮدن (11).

**2- ﺳﺎﺑﻘﻪ اﺧﺘﻼﻻت روان­ﭘﺰﺷﮑﯽ**

وﺟﻮد اﺧﺘﻼﻻت روان ﭘﺰﺷﮑﯽ ﯾﺎ ﺳﺎﺑﻘﻪ آن، ﯾﮏ ﻋﺎﻣﻞ ﺧﻄﺮ ﻣﻬﻢ در اﻗﺪام ﺑﻪ ﺧﻮدﮐﺸﯽ است. دقت داشته باشید که به **طورکلی بیش از 90 درﺻﺪ ﻫﻤﻪ ﺧﻮدﮐﺸﯽ­ﻫﺎ ﻧﺎﺷﯽ از اﺑﺘﻼ ﺑﻪ ﯾﮏ اﺧﺘﻼل رواﻧﭙﺰﺷﮑﯽ اﺳﺖ**. اﺧﺘﻼﻻت ﺧﻠﻘﯽ ﺑﻮﯾﮋه اﻓﺴﺮدﮔﯽ از ﺟﻤﻠﻪ ﻗوی­ترین ﻋﻮاﻣﻞ ﺧﻄﺮ ﺧﻮدﮐﺸﯽ ﻣﺤﺴﻮب ﻣﯽ ﺷﻮد. اﺧﺘﻼﻻت اﺿﻄﺮاﺑﯽ ﻧﯿﺰ به­خصوص آن­هایی ﮐﻪ ﺑﺎ ﺳﻮءﻣﺼﺮف ﻣﻮاد و اﻓﺴﺮدگی همراه هستند، ﻣﺎﻧﻨﺪ اﺧﺘﻼل اﺳﺘﺮس ﭘﺲ از ﺳﺎﻧﺤﻪ (PTSD)، ﺧﻄﺮ ﺧﻮدﮐﺸﯽ را اﻓﺰاﯾﺶ ﻣﯽ­دﻫﺪ. ﺧﻄﺮ ﺧﻮدﮐﺸﯽ در اﺳﮑﯿﺰوﻓﺮﻧﯿﺎ به ویژه در اﺑﺘﺪاي ﺑﯿﻤﺎري ﺑﺎﻻﺳﺖ. ﺗﻘﺮﯾﺒﺎً 10- 15 درصد بیماران اسکیزوفرنیک، ﺧﻮدﮐﺸﯽ ﮐﺎﻣﻞ می­کنند ﮐﻪ ﺷﺎﯾﻊ­ﺗﺮﯾﻦ ﻋﻠﻞ ﻣﺮگ و ﻣﯿﺮ در اﺧﺘﻼﻻت روان ﭘﺰﺷﮑﯽ اﺳﺖ. ﻋﻮاﻣﻠﯽ که درصد ﺧﻄﺮ ﺧﻮدﮐﺸﯽ را در اﯾﻦ بیماری ﺑﺎﻻ ﻣﯽ ﺑﺮد، اﻓﺰاﯾﺶ ﺑﯿﻨﺶ ﻧﺴﺒﺖ ﺑﻪ ﺑﯿﻤﺎري و اﻓﺴﺮدﮔﯽ ﺷﺪﯾﺪ اﺳﺖ.

سوء مصرف مواد نیز یک عامل خطر برای خودکشی است ﺑﻮﯾﮋه وﻗﺘﯽ ﭼﻨﺪ ﻣﺎده ﺑﺎ ﻫﻢ ﻣﺼﺮف ﻣﯽ ﺷﻮد .ﻫﻤﭽﻨﯿﻦ، ﻣﺤﺮوﻣﯿﺖ از (نرسیدن) ﻣﻮاد ﻧﯿﺰ ﻣﺜﻞ هرویین، شیشه و ﻣﺼﺮف زﯾﺎد ﻣﺴﮑﻦ ﻫﺎ، ﺧﻮاب آورﻫﺎ و ﺿﺪ اﺿﻄﺮاب ﻫﺎ ﻧﯿﺰ ﻣﯽ ﺗﻮاﻧﺪ ﻣﻨﺠﺮ ﺑﻪ اﻓﺰاﯾﺶ اﻓﮑﺎر و اﻗﺪام ﺑﻪ ﺧﻮدﮐﺸﯽ ﺷﻮد. ﻋﻼوه ﺑﺮاﯾﻦ، ﺑﺮﺧﯽ اﺧﺘﻼﻻت ﺷﺨﺼﯿﺖ ﻣﺎﻧﻨﺪ ﺷﺨﺼﯿﺖ ﻣﺮزي ﻧﯿﺰ ﺑﺎ ﺧﻄﺮ ﺑﺎﻻي اﻗﺪام ﺑﻪ ﺧﻮدﮐﺸﯽ ﻫﻤﺮاه اﺳﺖ (12).

**۴-ﻋﻼﺋﻢ روان ﺷﻨﺎﺧﺘﯽ**

ﻋﻼوه ﺑﺮ اﺧﺘﻼﻻت روان ﭘﺰﺷﮑﯽ، برخی علائم روان­شناختی مانند تکانه­ای بودن (بدون فکر اقدام کردن)، ناامیدی، ﻋﺰت ﻧﻔﺲ ﭘﺎﯾﯿﻦ و اﺣﺴﺎس ﺑﯽ ارزﺷﯽ، ﮐﻤﺎل­ﮔﺮاﯾﯽ اﻓﺮاﻃﯽ، ﺧﺸﻢ، ﻏﻤﮕﯿﻨﯽ، اﺣﺴﺎس ﮔﻨﺎه، اﺿﻄﺮاب و بی­خوابی ﻧﯿﺰ ﻣﻤﮑﻦ اﺳﺖ اﺣﺘﻤﺎل ﺧﻮدﮐﺸﯽ را اﻓﺰاﯾﺶ دﻫﻨﺪ(13-17)

**۵- ﺳﺎﺑﻘﻪ رﻓﺘﺎر ﺧﻮدﮐﺸﯽ**

میزان خودکشی در افرادی که سابقاً اقدام به خودکشی داشته اند به طور معناداری به ویژه در طی یک سال بعد از اقدام به خودکشی بالا می­رود. تقریبا نصف کسانی که خودکشی موفق داشته اند سابقه اقدام قبلی به خودکشی دارند و یک چهارم آنها در همان سالی که اقدام قبلی خودکشی را انجام داده اند، دوباره خودکشی کرده اند . اﻓﺮادي ﮐﻪ ﻗﺒﻼ اﻗﺪام ﺑﻪ ﺧﻮدﮐﺸﯽ ﮐﺮده اﻧﺪ، 50-100 ﺑﺮاﺑﺮ ﺟﻤﻌﯿﺖ ﻋﻤﻮﻣﯽ در ﺧﻄﺮ ﺧﻮدﮐﺸﯽ ﻗﺮار دارﻧﺪ(18) .

**۶- ﺑﯿﻤﺎرﻫﺎي ﻫﺎي ﺟﺴﻤﯽ**

ﺑﯿﻤﺎري ﻫﺎي ﺟﺴﻤﯽ ( ﻣﺎﻧﻨﺪ دﯾﺎﺑﺖ ﺗﺸﺨﯿﺺ داده ﻧﺸﺪه، ﮐﻤﺒﻮد آﻫﻦ، ﻣﺸﮑﻼت ﺗﯿﺮوﺋﯿﺪ و ﺑﯿﻤﺎري ﻫﺎي ﺟﺴﻤﯽ ﻧﺎﺗﻮان ﮐﻨﻨﺪه ) در ﯾﮏ ﺳﻮم ﺗﺎ ﻧﯿﻤﯽ از ﺧﻮدﮐﺸﯽ افراد 60 ﺳﺎل ﺑﻪ ﺑﺎﻻ ﻧﻘﺶ دارد. هم­چنین ﯾﮏ گروه ﭘﺮﺧﻄﺮ ﺑﺮاي ﺧﻮدﮐﺸﯽ اﻓﺮاد ﺑﺎ دردﻫﺎي ﻣﺰﻣﻦ ﻫﺴﺘﻨﺪ(19, 20).

**۷- ﻋﻮاﻣﻞ ﺧﻄﺮ اﺟﺘﻤﺎﻋﯽ و ﻣﻮﻗﻌﯿﺘﯽ**

اﯾﻦ ﻋﻮاﻣﻞ ﻣﺮﺑﻮط ﺑﻪ وﺿﻌﯿﺖ رواﺑﻂ ﺑﯿﻦ ﻓﺮدي و اوﺿﺎع و ﺷﺮاﯾﻂ ﻓﺮد ﻫﺴﺘﻨﺪ . ﻣﻬﻤ­ﺘﺮﯾﻦ ﻋﻮاﻣﻞ اﺟﺘﻤﺎﻋﯽ و ﻣﻮﻗﻌﯿﺘﯽ ﮐﻪ در اﻓﺰاﯾﺶ ﺧﻄﺮ ﺧﻮدﮐﺸﯽ ﻧﻘﺶ دارﻧﺪ ﺷﺎﻣﻞ ﺣﻮادث اﺳﺘﺮس­آور زﻧﺪﮔﯽ ﻣﺎﻧﻨﺪ ﻣﺸﮑﻼت ﻣﺎﻟﯽ، مشکلات ﻗﺎﻧﻮﻧﯽ، کشمکش­ها و اﺧﺘﻼﻓﺎت ﺑﯿﻦ ﻓﺮدي (جداﯾﯽ و ﻃﻼق )، اﻧﺰواي اﺟﺘﻤﺎﻋﯽ و ﺷﺒﮑﻪ ﺣﻤﺎﯾﺘﯽ ﻣﺤﺪود، ﺗﻨﻬﺎ زﻧﺪﮔﯽ ﮐﺮدن (ﺑﻮﯾﮋه در ﻣﺮدان) است. ﻋﻼوه ﺑﺮ اﯾﻦ اﻓﺮادي ﮐﻪ ﺳﺎﺑﻘﻪ ﻣﻮرد ﺑﺪرﻓﺘﺎري ﻗﺮار ﮔﺮﻓﺘﻦ ﺟﺴﻤﯽ و ﺟﻨﺴﯽ دارﻧﺪ، ﻫﻢ در ﻃﯽ دوره ﺑﺪرﻓﺘﺎري و ﻫﻢ ﭘﺲ از آن در ﺧﻄﺮ ﺑﺎﻻﺗﺮ اﻗﺪام ﺑﻪ ﺧﻮدﮐﺸﯽ و رﻓﺘﺎرﻫﺎي خودآسیب­رسان ﻗﺮار دارﻧﺪ(21) .

**۸-قصد مردن**

قصد واضح برای مرگ حتمی، یکی از قوی­ترین پیش­بین­ها برای خودکشی است. قصد خودکشی ممکن است در طیفی از قصد جدی که شامل برنامه ریزی دقیق و انتخاب ابزار مهلک برای خودکشی است تا قصد ضعیف و حتی احساسات دوسوگرانه به مرگ که شامل عدم برنامه­ریزی دقیق و خودکشی با ابزارهای کمتر خطرناک می­شود، قرار بگیرد. شخصی در معرض خطر بالای برای خودکشی است که به شکلی واضح قصد خود را بیان کند و نقشه فوری و دسترسی به ابزار مهلک برای انجام این کار را داشته باشد. بسیار مهم است که بدانیم قصد خودکشی ممکن است در یک دوره زمانی کوتاهِ چند روزه و حتی در طی یک روز نوسان پیدا کند، درنتیجه پایش منظم فرد در معرض خطر، یک راهبرد پیشگیرانه بسیار مهم است(7, 22).

**۹- دسترسی به اسلحه، سم و سایر ابزار های مهلک**

خفگی، اسلحه و سم فوراً فرد را از بین می­برند و در نتیجه در دسترس بودن آنها برای فردی که فکر خودکشی یا سابقه قبلی اقدام به خودکشی دارد بسیار خطرناک است. به علاوه افراد ممکن است به داروهایی نیز دسترسی داشته باشند که مصرف مقادیر زیاد آنها خطر مرگ را به همراه داشته باشد ، در نتیجه یک عامل خطر خودکشی برای این دسته از افراد است(12, 23).

**ﻋﻮاﻣﻞ ﻣﺤﺎﻓﻆ ﺧﻮدﮐﺸﯽ**

ﻋﻮاﻣﻞ ﻣﺤﺎﻓﻆ ﻋﻮاﻣﻠﯽ ﻫﺴﺘﻨﺪ ﮐﻪ ﺧﻄﺮ ﺧﻮدﮐﺸﯽ را ﮐﺎﻫﺶ ﻣﯽ دﻫﻨﺪ. اﻟﺒﺘﻪ ذﮐﺮ اﯾﻦ ﻧﮑﺘﻪ ﻻزم اﺳﺖ ﮐﻪ وﺟﻮد ﻋﻮاﻣﻞ ﻣﺤﺎﻓﻆ ﺗﻀﻤﯿﻦ ﻧﻤﯽ­ﮐﻨﺪ ﮐﻪ ﻓﺮد دﺳﺖ ﺑﻪ ﺧﻮدﮐﺸﯽ ﻧزند وﻟﯽ ﻫﺮ چه ﺗﻌﺪاد اﯾﻦ ﻋﻮاﻣﻞ ﺑﯿﺸﺘﺮ ﺑﺎﺷﺪ ﺗﺎب­آوري و مقاومت او در ﻣﻮاﺟﻬﻪ ﺑﺎ اﺳﺘﺮس و ﻧﺎﻣﻼﯾﻤﺎت زﻧﺪﮔﯽ ﺑﯿﺸﺘﺮ ﺧﻮاﻫﺪ ﺑﻮد. در زﯾﺮ ﻓﻬﺮﺳﺘﯽ از اﯾﻦ ﻋﻮاﻣﻞ آﻣﺪه اﺳﺖ:

**اﻟﻒ- ﻋﻮاﻣﻞ ﻣﺤﺎﻓﻆ ﻓﺮدي**: احساس ﺗﻮان­ﻣﻨﺪي، ﻣﻬﺎرت­ﻫﺎي ﺑﯿﻦ­ﻓﺮدي ﻣﻮﺛﺮ، ﻣﻬﺎرت ﺣﻞ ﻣﺴﺎﻟﻪ ﻣﻨﻄﻘﯽ، ﻣﻬﺎرت ﻣﻘﺎﺑﻠﻪ ﺳﺎﻟﻢ و ﻣﻮﺛﺮ ﺑﺎ ﻣﺸﮑﻼت زﻧﺪﮔﯽ، ﺧﻮش ﺑﯿﻨﯽ و اﻣﯿﺪ ﺑﻪ آﯾﻨﺪه، وﺟﻮد ﺣﺲ ﻫﺪﻓﻤﻨﺪي و وﺟﻮد تعلقات و علائق ﻣﺬﻫﺒﯽ

**ب- ﻋﻮاﻣﻞ ﻣﺤﺎﻓﻆ ﺧﺎﻧﻮادﮔﯽ**: احساس ﻣﺴﺌﻮﻟﯿﺖ ﻧﺴﺒﺖ ﺑﻪ ﺧﺎﻧﻮاده، رواﺑﻂ ﺧﺎﻧﻮادﮔﯽ ﮔﺮم و ﻣﺜﺒﺖ، ﺑﺮﺧﻮرداري از ﺣﻤﺎﯾﺖ ﺧﺎﻧﻮادﮔﯽ

**ج- ﻋﻮاﻣﻞ ﻣﺤﺎﻓﻆ اﺟﺘﻤﺎﻋﯽ** : وﺟﻮد ﺷﺒﮑﻪ ﺣﻤﺎﯾﺖ اﺟﺘﻤﺎﻋﯽ ﻗﻮي (دوﺳﺘﺎن ، ﻫﻤﮑﺎران و .. )، درﮔﯿﺮي و ﻣﺸﺎرﮐﺖ در اﺟﺘﻤﺎع، زﻧﺪﮔﯽ اﺟﺘﻤﺎﻋﯽ رﺿﺎﯾﺖ ﺑﺨﺶ، ﻣﺤﯿﻂ ﮐﺎري ﺣﻤﺎﯾﺘﯽ و رﺿﺎﯾﺖ ﺑﺨﺶ، دﺳﺘﺮﺳﯽ ﺑﻪ ﺧﺪﻣﺎت ﺑﻬﺪاﺷﺖ روان (24,25)

**مشارکت پلیس، آتش نشانان و دیگر مداخله کنندگان اولیه در پیشگیری از خودکشی**

پلیس، آتش نشانی و اورژانس و به طور کلی هر دسته از افرادی که اغلب به عنوان اولین گروه­ها در صحنه خودکشی حاضر می­شوند، با فردی سر و کار دارند که در شرایط اورژانس روانی قرار دارد. در نتیجه این گروه­ها که اصطلاحاً مداخله کنندگان اولیه نامیده می­شوند از عوامل بسیار مهم در پیشگیری از خودکشی هستند. برای مثال، در چنین مواقعی، پلیس غالبا نقش روانشناس و روانپزشک را ایفا میکند. در نتیجه، مواجهه هر روزه این نیروها با افراد در معرض خودکشی، آنها را در ارتباط بیشتری با این افراد قرار می­دهد.

هدف نهایی، پیشگیری از خودکشی و کاهش مرگ بر اثر خودکشی است. با این حال کاهش تعداد خودکشی­ها و شدت مرگباری عمل خودکشی نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. از میان موثر­ترین راهبردهای پیشگیری از رفتارهای خودکشی، می­توان، فراهم کردن ساز و کارهای مناسب برای درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی و سو مصرف مواد و الکل را نام برد، در کنار آن وسایل خودکشی را نیز باید از دسترس این افراد خارج کرد. پلیس، آتش نشانی و اورژانس اولین خط کمکی به افراد در معرض خودکشی هستند. بنابراین شما به عنوان مداخله کنندگان اولیه، در پیشگیری از خودکشی به روش­های زیر می­توانید نقش داشته باشید(7) :

**- آگاهی از خطرات**

 هنگامی که با فردی که قصد خودکشی دارد روبرو می­شوید در ذهن داشته باشید که او به اختلال روانی مبتلا است لذا پیش از هر چیز، باید نسبت به خطر وقوع اقدام خودکشی و هم چنین احتمال خطر آسیب رساندن به دیگران ( از جمله مداخله کنندگان اولیه) آگاه باشید. مهم است که صحنه اقدام احتمالی را خلوت کنید و اطمینان یابید که فاصله کافی را با او رعایت می­کنید(7).

**- آگاهی در باره مسایل قانونی**

اگرچه مداخله کنندگان اولیه منبع مهم ارجاع اقدام کنندگان به خودکشی به مراکز اورژانس (روانپزشکی) هستند، ولی باید از قبل هماهنگی­های لازم برای تحویل چنین فردی به اورژانس های روانپزشکی جهت مراقب­ها و مداخلات فوری، انجام شده باشد. در واقع باید بدانید در مواقع ضروری بهترین مکان برای ارجاع بیماران جهت ارزیابی و درمان فوری کجاست.(26-28).

**- بستری غیر داوطلبانه**

پلیس در نقش مداخله کنندگان اولیه باید در نظر داشته باشد که با توجه به نقش حیاتی آن­ها در پیشگیری از خودکشی ممکن است مجبور باشند برای آن دسته از افرادی که تمایلی به ارجاع به مراکز خدمات روانپزشکی مربوط را ندارند، از ساز و کارهای قانونی برای بستری اجباری و تحت ارزیابی و درمان قرار گرفتن افراد در معرض خطر، استفاده کند(27).

**- کنترل دسترسی به وسایل و ابزار خودکشی**

کنترل دسترسی به وسایل خودکشی یکی از مهم­ترین راهبردهای پیشگیری از خودکشی برای اقدام کنندگان اولیه است. برای مثال میزان خودکشی در جوامعی که دسترسی آزاد به اسلحه ندارند کمتر است. به طور کلی دسترسی راحت به ابزار اقدام به خودکشی برای مثال قرص­های آرام­بخش، سموم و آفت کش­ها، با افزایش احتمال خطر خودکشی همراه است. بنابراین محدود کردن دسترسی، یکی از راه­های یشگیری از اقدام به خودکشی است. مداخله کنندگان اولیه همچنین باید از طریق آگاه کردن خانواده ها از خطرات وجود این اقلام در منزل بویژه برای فردی که در معرض خطر خودکشی قرار دارد، احتمال اقدام به خودکشی را کاهش دهند. خانواده ها باید بدانند که داروهایی که ممکن است به سادگی در منزل پیدا شود نظیر ضد افسردگی­ها، ضد­درد­ها یا آرام­بخش­ها نیز می­توانند برای خودکشی به کار روند(12, 23).

**- خودکشی­های انتقام جویانه و خشونت های خانگی**

افرادی که به وسیله سلاح گرم اقدام به خودکشی می­کنند زیرگروهی از خودکشی­کنندگان را تشکیل می­دهند که همواره توجه ویژه­ای لازم دارند. آنها غالباً جنسیت مذکر دارند، مدت­هاست مواد مخدر و مشروبات الکلی مصرف می کنند و خودکشی آن­ها معمولاً بدنبال یک مشاجره و خشونت خانوادگی رخ می­دهد و به نوعی انتقام­گیری است. در چنین مواردی فرد مقابل ممکن است با اسلحه تهدید شود و پدیده موسوم به قتل- خودکشی[[2]](#footnote-2) رخ دهد. یعنی فرد یک یا چند نفر را بکشد و پس از آن خودکشی کند (البته قتل – خودکشی فقط با اسلحه انجام نمی شود و می­تواند با سلاح سرد نیز رخ دهد). عاملان این نوع خشونت­ها غالباً سابقه طولانی مشکلات شخصیتی و تضاد با قانون را دارند. اگر آن­ها از خودکشی جان سالم به دربرند و بستری شوند، ممکن است ادعا کنند که شلیکشان غیر عمدی بوده است. بنابراین، در چنین مواردی با توجه به سوابق این افراد باید آن­ها را زیر نظر داشت و لازم است نسبت به پاکسازی محل زندگی فرد از این نوع سلاح ها اقدام شود(7).

**- خودکشی با اعمال خشونت علیه دیگری**

 یکی از سخت­ترین شرایط بحرانی که پلیس با آن مواجه است، زمانی است که یک فرد با تهدید آسیب به دیگران، درصدد تحریک افسران پلیس به شلیک کردن به سمت خود می­باشد، هرچند هدف پلیس محافظت از فردی است که تهدید شده است. این به معنای "خودکشی توسط پلیس"[[3]](#footnote-3) است و تخمین زده شده که بین 10٪ تا بیش از 40٪ از تیراندازی­های مربوط به افسران را شامل می­شود (26) ( البته به نظر می­رسد آمار مشابه در ایران وجود ندارد).

**نکاتی که باید قبل از رسیدن به صحنه خودکشی در نظر داشته باشید :**

در این قسمت نکاتی ذکر می­شوند که امید است پاسخ دهندگان اولیه قبل از رسیدن به صحنه خودکشی به خوبی در نظر داشته باشند:

* با بیمار همدلی کنید
* به او احترام بگذارید
* تمام تهدید­ به خودکشی­های او را جدی بگیرید

۱.همدلی کنید

باید این نکته را در نظر داشته باشند که بیمار متحمل رنج شدیدی است. **تنها** درک این امر که بیمار از نظر هیجانی در رنج است و قصد آسیب زدن به خودش را دارد مهم است. وقتی این مساله را درک کنید می­توانید او را درک کرده و به وی نزدیک شوید. سپس می­توانید با آن­ها به طریقی حمایت­گریانه صحبت کنید اما این را نیز در نظر داشته باشید که آنها ممکن است در آن لحظه متوجه تمام حرفهای شما نشوند یا به آن پاسخ ندهند. شما بعد از نجات آنها در مکان و زمان مناسب تری دوباره فرصت صحبت کردن با آنها را دارید.

زمانی که برای فرد مرگ دلنشین تر از زندگی به نظر می­رسد، شما به عنوان مداخله کنندگان اولیه در وضعیتی قرار می­گیرید که کمتر کسی دچار آن می­شود. در نتیجه نباید بیمار را قضاوت کنید و رفتار و گفتار او را دال بر احمق بودن یا تمارض او در نظر بگیرید. شما باید هر کاری را که می­توانید در جهت پیشگیری از وقوع خودکشی انجام دهید.

۲.به آن­ها احترام بگذارید

مساله مهم دیگری که شما به عنوان پاسخ دهندگان اولیه قبل از رسیدن به صحنه باید در ذهن داشته باشید این است که به بیمار احترام بگذارید. یکی از تاثیرگذار­ترین عواملی که خطر وقوع خودکشی را کاهش می­دهد این است که با بیمار با احترام رفتار شده و از او مراقبت شود. **آنها را سرزنش نکنید، موعظه­های اخلاقی را برای آن­ها تکرار نکنید، احساس گناه نیز در آنها ایجاد نکنید و آنها را تحقیر نکنید**.

۳.مساله جدی است

همیشه و همیشه تمام تهدید­های خودکشی را در صحنه خودکشی جدی بگیرید. هر زمان که شما خطر خودکشی را جدی نگیرید به دردسر می افتید. اگرچه شاید از نظر شما فرد فقط تظاهر به خودکشی می­کند و در قبال آن می­خواهد به منفعتی دست یابد اما شاید از دیدگاه خود بیمار او واقعاً می­خواهد خودکشی کند. برای مثال شخصی برای خودکشی ممکن است چهار عدد قرص آسپیرین مصرف کند. مداخله کنندگان اولیه، این نوع از اقدام به خودکشی را نباید از نظر پزشکی و میزان کشنده بودن آن ارزیابی کنند. شاید بیماران در لحظه خودکشی فقط به همین قرص­ها دسترسی داشته یا شاید واقعا گمان می­کرده که این تعداد قرص برای خودکشی کافی­ است. به یاد داشته باشید که هرکسی که اقدام به خودکشی می­کند همیشه در یک بحران روانشناختی بسیار جدی قرار دارد. پس بین روش خودکشی و میزان جدیت فرد برای انجام این کار هیچ رابطه­ای در صحنه خودکشی قایل نشوید. همین که فرد قصد خودکشی دارد نشان دهنده اهمیت خطیر رسیدگی به این موضوع است.

**کمک به کسی که قصد خودکشی دارد (خودکشی قریب الوقوع)**

افرادی که خودکشی می کنند، اغلب ناامیدی و افسردگی را بیان می­کنند. آنها خودکشی را تنها راه حل مشکلات و رنج خود می­دانند. اگرچه پیش بینی خودکشی دشوار است ولی بخش اعظمی از کسانی که در نهایت خود را به قتل می رسانند، علائم هشدار دهنده ای را در هفته­ها یا ماه­های قبل از مرگشان نشان می­دهند. نشانه­های هشدار شامل سرنخ­های رفتاری و کلامی است:

- عدم ارتباط با دوستان و آشنایان

- احساس تنهایی و جدا افتادگی

- بیان احساس شکست، بیهودگی ، عدم امید یا از دست دادن اعتماد به نفس

- نشخوار ذهنی مداوم در مورد مسائلی که به نظر می رسد هیچ راه حلی برای آن وجود ندارد

- ابراز عدم دریافت حمایت کافی از دیگران و بی اعتقادی به سازمان­ها

- اشاره به سر و سامان دادن و به انجام رساندن کارهای معوقه

- اشاره­های غیر ستقیم به وجود نقشه خودکشی­

اگر در فضایی آرام از آن­ها سوال شود، ممکن است روش­های قطعی یا طرح­هایی در مورد نحوه خودکشی داشته باشند. در چنین مواردی، پیدا کردن ماهیت افکار خودکشی و نقشه خودکشی، از مهم­ترین موارد ارزیابی سطح خطر است. پاسخ به سؤالاتی درمورد نحوه، زمان، مکان، و علت آن می تواند نشان از چگونگی شکل­گیری نقشه خودکشی داشته باشد و این­که آیا فرد احساس دوگانگی نسبت به مرگ دارد یا خیر (7, 26-30).

علاوه بر موارد بالا، باید بدانیم افرادی که خودکشی­گرا (به خودکشی فکر می­کنند) هستند و علائم هشدار دهنده دارند، در معرض **خطرِ زیاد** خودکشی قرار دارند. این علائم شامل موارد زیر است :

* از دست دادن اخیر یک رابطه نزدیک
* تغییر (یا تغییر پیش­بینی شده) در شرایط کاری: از جمله اخراج، بازنشستگی زودتر از موعد، تنزل رتبه یا تغییر محل کار
* تغییر در وضعیت سلامت و رفتارهای وابسته؛ افزایش مصرف مشروبات الکلی یا مواد مخدر
* سابقه رفتار خودکشی یا سابقه اقدام به خودکشی در افراد خانواده
* افسردگی فعلی (7)

موارد زیر اصول مهم در امداد رسانی افسران پلیس، آتش نشانان و گروه اورژانش در صحنه خودکشی است:

* هرگز تصور نکنید که اظهاراتی درباره قصد خودکشی، بی­خطر بوده و برای جلب توجه دیگران و یا تلاشی برای سوء استفاده از دیگران است .
* بکوشید صحنه و محل را از ابزار های آسیب رسان پاکسازی کنید و خود و دیگران را که ممکن است در خطر باشند در موقعیت امن قرار دهید .
* فاصله کافی را با فردی که قصد خودکشی دارد رعایت کنید و خیلی زود­تر از زمان لازم به او نزدیک نشوید. حرکات ناگهانی، تلاش برای لمس کردن شخص، یا ورود دیگران به صحنه، ممکن است توسط فرد به اشتباه درک شود و قصد خود را عملی کند.
* این نکته که او بیان کنید که او را درک می­کنید و نگران او هستید. از موعظه کردن، استدلال کردن، حل کردن مشکل، نصحیت و پند دادن، یا بیان جملاتی مثل "فراموشش کن" پرهیز کنید. مهم است که بتوانید پیام درک شدن و مورد پذیرش بودن را به او منتقل کنید.
* فرد را درگیر کرده و او را تشویق به صحبت کنید، یادمان باشد، بیشتر افرادی که قصد خودکشی دارند در مورد مرگ دودل هستند. دقت کنید که پرسش از فرد در این­باره که آیا به خودکشی فکر می­کند باعث عصبانی کردن و تحریک او به این کار نمی­شود، بلکه، احساس تسکین و نقطه شروعی برای یک راه حل فراهم می­کند. برای ارزیابی قصد او، بپرسید آیا فرد نقشه­ای برای خودکشی دارد؟ به وسایل کشنده و آسیب رسان دسترسی دارد؟ آیا تصمیم گرفته است که چه زمانی قصد خودکشی را عملی کند؟
* دسترسی به تمام ابزارهای کشنده و آسیب رسان به ویژه سلاح سرد و گرم و مواد سمی (از قبیل وجود مقادیر زیادی داروهای روانپزشکی یا آفت کش ها) را محدود کنید
* چنین افرادی اگر مراقبت­های فوری و مناسب را دریافت کنند، ممکن است از اقدام خود صرف نظر نمایند. اگر فردی افکار خود آســيب­رسان يا خودكشی دارد، اقدام فوری انجام دهید و اطمینان حاصل کنید که در نهایت فرد برای ارزیابی و درمان روانپزشکی به یک بیمارستان منتقل شود. از آنجا که اکثر افراد نسبت به انجام خودکشی تردید دارند، اکثر آنها نیز موافقت خواهند کرد که درمان شوند.
* هرگز فردی که به طور بالقوه در خطر خودکشی قرار دارد را تنها بر اساس وعده او دال بر این­ که به زودی به یک کارشناس سلامت روان ( روانشناس، مشاور یا روانپزشک) مراجعه می­کند، تنها نگذارید. اطمینان حاصل کنید اعضای خانواده یا سایر افراد نزدیک در صحنه حضور دارند و مسئولیت کمک و پیگیری را قبول می کنند (21, 28, 30).

**در صحنه خودکشی**

- امنیت صحنه

به طور کلی برای بسیاری از تماس­هایی که برای خودکشی گرفته می­شود پلیس و آمبولانس باید باهم در تماس باشند. پلیس وظیفه دارد امنیت صحنه را تامین کند. زمانی که پلیس در حال برقراری امنیت صحنه است نیروی اورژانس باید تجهیزات خود را آماده کند و به هیچ وجه در کار پلیس دخالت نکند.

- علایم حاکی از خودکشی

در صحنه خودکشی شما باید سوالات زیر را از خود بپرسید :‌

* ایا بیمار تحت تاثیر اثرات یک داروی خاص است؟ آيا گفتار او مبهم است و علایم خستگی و ضعف روانی[[4]](#footnote-4) را نشان می­دهد؟
* آيا بیمار اقدامی برای خودکشی انجام داده است یا نه؟

پس شما باید در صحنه دنبال هر نشانه ای باشید که حاکی از انجام عمل خودکشی باشد. مثلا به دنبال شیشه خالی قرص­ها باشید، اگر قرص­ها داخل شیشه بودند به تاریخ تجویز آنها نگاه کنید. اگر شیشه قرص­ها خالی بود و نوع قرص­ها از نوع مسکن بود به احتمال قوی بیمار به وسیله آن­ها خودکشی کرده است و شما باید فورا اقدامات پزشکی را برای او مهیا کنید.

همچنین باید به دنبال مواردی از قبیل یادداشت­ها باشید. بیمار ممکن است یادداشت­هایی را قبل از انجام خودکشی برای نزدیکانش نوشته باشد. اگر یادداشتی پیدا کردید آن را همراه خود به بیمارستان ببرید.

ابزارهای دیگری برای خودکشی نظیر طناب، تیغ، سم و... را هم در نظر داشته باشید و به دنبال آن­ها باشید. خلاصه از هر مورد دیگری که به شما در جهت ارزیابی بهتر بیمار کمک می­کند دریغ نکنید و آن­ها را همراه خود به بیمارستان ببرید و در پرونده بیمار ثبت کنید. اگر بیمار در اثر خودکشی مرده بود هم این ابزارها را در گزارش خود بنویسید.

- مردمی که در صحنه خودکشی حاضرند را مدیریت کنید

مداخله کنندگان اولیه باید مردم حاضر در صحنه را نیز مدیریت کنند. اگر امکان داشت،‌ هنگام ارزیابی و صحبت با بیمار افراد نزدیک او را از اتاق بیرون کنید مگر آن که آن­ها توانایی آرام کردن بیمار را داشته باشند. سایر نیروهای کمکی را نیز به همراه خود در صحنه داشته باشید تا امنیت شما تامین شود. سعی کنید هرچه سریع تر او را به داخل آمبولانس منتقل کنید. اگرچه با توجه به ترس آن­ها از آنچه که فکر می­کنند ممکن است بر سرشان بیاید این­کار ممکن است کمی سخت باشد.

- در هنگام ارزیابی بیمار با او ارتباط برقرار کنید

وقتی که گفت و گوی اولیه با بیمار را آغاز می­کنید سعی کنید فوراً یک ارزیابی اولیه از توانایی بیمار در فهم گفته­های خود و وضعیت روانی او انجام دهید تا ببینید مداخلات کلامی شما چه مقدار ممکن است تاثیر گذار باشد. علاوه بر این سعی کنید بهترین راه نزدیک شدن به بیمار در حین ارزیابی را پیدا کنید. برای این­کار می­توانید از حالات چهره بیمار، سایر افرادی که در صحنه هستند، رفتار بیمار، زبان بدن بیمار و... استفاده کنید. بعضی از بیماران از این­که مداخله کنندگان اولیه، کنترل و اقتدار را بر صحنه اعمال کنند احساس تسکین پیدا می­کنند ولی بعضی از آن­ها می­ترسند.

- توضیح دهید

در نظر داشته باشید که بیماران ممکن است از اینکه این­همه آدم غریبه می­بیند احساس ترس کند و سوالاتی نظیر سوالات زیر در ذهنش ایجاد شود :‌ *این­ها که هستند؟ حالا می­خواهند مرا را به کجا منتقل کنند؟*. برای اینکه ترس بیماران را فرونشانیم باید به آرامی موارد زیر را برایشان توضیح دهیم:

*ما چه کسی هستیم و برای چه آنجا هستیم، چگونه می­خواهیم به آنها کمک کنیم؟ مسئولیت ما در آنجا چیست؟*

- امیدواری ندهید

مداخله کنندگان اولیه نباید نباید به بیمار قولی مبنی بر اینکه در بیمارستان روانپزشکی بستری می­شود یا نمی­شود بدهند. بنابراین عباراتی نظیر این: همه چیز بزودی درست می­شه، یا سعی کن آرام باشی ما تو را به بیمارستان منتقل می­کنیم را به بیمار نگویید. دادن این قول­ها و بعد عمل­نکردن به آنها مشکلات زیادی را به همراه دارد. پس سعی نکنید به بیماری که احساس نا امیدی دارد، امیدواری بیجا تزریق کنید.

- اظهارات غیر مناسب

بعضی از مردم حاضر در صحنه ممکن است اظهاراتی نظر این را به بیمار بگویند :‌ "من افراد دیگری را در این وضعیت دیده­ام و این­طوری خودکشی شما موفق نخواهد بود". یا "چرا این کار را می­خواهید انجام دهید، کار شما احمقانه است". ضروری است نه شما با این لحن با بیمار صحبت کنید نه اجازه دهید دیگر افراد حاضر در صحنه این چنین صحبت کنند.

**هنگامی که یک اقدام به خودکشی رخ می دهد**

هنگامی که یک خودکشی رخ می دهد معمولاً، از افسران پلیس، آتش نشانان و دیگر امدادگران درخواست می شود تا با بحران مقابله کنند، کمک های فوری ارائه دهند و در صورت لزوم شخص را به مراکز درمانی منتقل کنند. مداخله کنندگان اولیه باید با اعضای خانواده و افراد مهم زندگی فرد نیز تماس برقرار کنند. مداخله­کنندگان اولیه مسئول مدیریت بحران به شیوه­ای کارآمد هستند. در انجام این کار، آن­ها باید مراحل مختلفی را طی کنند :

* اول، باید علائم حیاتی شخص را پس از اقدام به خودکشی بررسی و در صورت لزوم عملیات احیا را به درستی آغاز کنند. باید آرامش خود را حفظ کرده تا بتوانند تصمیمات درستی را در شرایطی که تحت تأثیر استرس و اضطراب قرار دارند، اتخاذ کنند .
* دوم، با توجه به اقدام به خودکشی، باید بلافاصله با مرکز اورژانس تماس گرفته شود و در حد امکان باید مراقبت­های سلامت روان نیز فراهم گردد. در بسیاری از موارد، شناسایی نوع دارو، ماده مخدر یا ماده سمی مورد استفاده در اقدام به خودکشی و تعیین مقدار مصرف شده اهمیت زیادی دارد. کار بسیار مفیدی است اگر قرص های استفاده نشده و بطری یا ظرف خالی همراه با فرد اقدام کننده به مرکز اورژانس فرستاده شود تا کارکنان درمان بتوانند مواد مصرف شده را شناسایی کنند .
* سوم، باید با فردي كه اقدام به خودکشی کرده اســت، به درستی ارتباط برقرار کنیم، به وي احترام گذاشــته، حريم خصوصي او را رعايت كرده و رابطه­ای مبتنی بر رفتاری غیر تهدید آمیز، دوستانه و حمایت­گر داشته باشیم.
* چهارم، پس از پرس و جو درباره حال جسمی او ، ارتباط روانشناختی باید آغاز شود. فرد باید احساس کند که می­تواند آزادانه به بیان احساسات خود بپردازد. از سوالات باز پاسخ استفاده کنید مانند : « الان چه احساسی دارید؟». از این به بعد فردی که خودکشی کرده ارتباط را هدایت می کند و سرنخ هایی برای درک وضعیت خود و نیز نحوه کمک کردن به او را بیان می­کند. یک عنصر مهم که باید مورد توجه قرار گیرد **احساس گناه** است. ممکن است فرد خودکشی کننده به دلیل تعارض­هایی که تجربه کرده است، احساس گناه کند. از این رو، مداخله کنندگان اولیه باید بسیار مراقب باشند که با رفتار و کلام خود احساس گناه فرد را بیشتر نکنند. به این ترتیب، آنها باید از اظهارات بازخواستی و سرزنش کننده و انتقاد از رفتار شخص اجتناب ورزند .
* پنجم، اگر انتقال به یک مرکز پزشکی ضروری نباشد، باید همه ابزار آسیب رسان و کشنده را از دسترس فرد دور کرد و خانواده، دوستان و همچنين ســاير افراد را مطلع کنید تــا فرد را به طور کامل تحت نظارت داشته باشند.
* ششم، فرد را به مراکز سلامت روان و خدمات درمانی معرفی کرده تا از ارائه درمان مناسب و پیگیری آن مطمئن شوید.
* در نهایت، خانواده و مراقبین فرد، ممکن است دچار سردرگمی، خشم و برانگیختگی شده و احساس کنند کنترل شرایط برای آن ها دشوار شده است . ضروری است مراقبان اولیه به حمایت، همدلی و توجه کردن بپردازند. اگر فردی که دست به خودکشی زده است بیهوش و یا به شدت مجروح شده است، افراد حاضر در کنار او می­توانند منبع موثق اطلاعات باشند (مانند نوع داروی مصرفی یا سابقه خودکشی قبلی). اگر مراقبین و نزدیکان فرد حضور ندارند باید برای گرفتن اطلاعات بیشتر با آنها تماس گرفته شود(7) .

**هنگامی که یک خودکشی کامل رخ می دهد**

در مورد خودکشی کامل، افسران پلیس، آتش نشانان و سایر افراد مداخله کننده باید اولین ارتباط را با خانواده و دوستان مرحوم ایجاد کنند. مهم است که اعضای خانواده مراقبت و حمایت کافی داشته باشند. آنها ممکن است احساس گناه کنند زیرا قادر به تشخیص درد و رنج فرد در گذشته و یا کمک به او نبودهاند. لذا ارجاع آن­ها به مراکز خدمات روانشناختی بسیار کمک کننده است و یا اگر موافق هستند آدرس و شماره این مراکز را در اختیار آنها قرار دهید. اغلب اوقات، خانواده و نزدیکان فردی که خودکشی موفق کرده است، از قضاوت و نگرش منفی دوستان و آشنایان نگران هستند، بنابراین می­توان آن­ها برای مشاوره گرفتن در این­باره به مراکز بهداشت روان ارجاع داد (7).

**آموزش**

اگرچه افسران پلیس، آتش نشانان و دیگر مداخله کنندگان اولیه باید در شناسایی و مدیریت افراد خودکشی­گرا که ممکن است اختلال روانی نیز داشته باشند، تا اندازه­ای اختیار عمل داشته باشند، اما به ندرت برای این نقش آموزش کافی داشته­اند. برای اینکه نقش مؤثری در چنین موقعیت­هایی داشته باشند ، باید:

* نقش محوری­ای را که پلیس، آتش نشانان و دیگر مداخله کنندگان اولیه به عنوان نگهبانان سلامت روان و مداخله کنندگان اولیه در بحران سلامت روان ایفا می کنند، تشخیص دهید.
* بدانید که چگونه می توان علائم و نشانه های اصلی بیماری­های روانی را تشخیص داد.
* بدانید هنگامی­که فردی تهدید به خودکشی می­کند چه باید بکنید .
* مراکز بهداشت روان محلی موجود و چگونگی دسترسی به آن­ها را در مواقع اضطراری شناسایی کنید. برخورداری از فهرست جدید و به روز خدمات سلامت روان در جامعه یک ابزار مهم است.
* به منظور تسهیل در رسیدگی به شرایط دشوار، با مراکز ارئه خدمات سلامت روان، ارتباط منظم و روابط صمیمانه برقرار کنید.
* با اینکه مداخله­کنندگان اولیه مرتباً با موقعیت هایی روبرو می شوند که باید از افراد مبتلا به اختلالات روانی مراقبت کرده یا کمک ارائه دهند، معمولاً در پرداختن به مسائل مربوط به سلامت روان با مشکلاتی روبرو می­شوند. بنابراین برنامه­های آموزش سلامت روان به عنوان بخشی از برنامه­های آموزش عمومی و در برخی زمینه های تخصصی پیشنهاد می­شود.
* آموزش در این زمینه­ها باید براساس موقعیت های واقعی و اتفاقات قبلی باشد. این امر می تواند با اجرای گروه­های بحث­و­گفتگو که توسط یک متخصص سلامت روان برگزار می­شود، انجام شود. گروه­های بحث­و­گفتگو باید مرتباً جلسات خود را برگزار کنند یا جلسات نشاط آوری[[5]](#footnote-5) را ترتیب دهند. این جلسات می توانند با جلسات ایفای­نقش (بازی کردن یک سناریوی واقعی) تکمیل شوند که شرکت کنندگان بسته به ماهیت بحران روش­های مختلف برقراری ارتباط را امتحان می­کنند.

از آنجا که آموزش سلامت روان برای مداخله کنندگان اولیه، از جمله افسران پلیس ، آتش­نشانان و دیگر مداخله کنندگان اولیه باید با کمک و تعامل با دستگاه­های متولی سلامت روان جامعه برگزار شود. این امر به ایجاد ارتباط بین فردی و ارتباط سازمانی که برای مداخله کنندگان اولیه در سروکار داشتن با خودکشی و سایر بحرانهای سلامت روان ضروری است ، کمک خواهد کرد(7, 26).

**فهرست منابع:**

1. Suicide WPJG, Switzerland: World Health Organization. A Resource for General Physicians. 2000.
2. Organization WH. Preventing suicide: A resource for primary health care workers. Geneva: World Health Organization; 2000.
3. Organization WH. Preventing suicide: a resource for counsellors. 2006.
4. Organization WH. Preventing suicide: A resource for teachers and other school staff. Geneva: World Health Organization; 2000.
5. Organization WH. Preventing suicide: A resource for media professionals. 2008.
6. Organization WH. Preventing suicide: A resource at work. 2006.
7. Organization WH. Preventing Suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders. 2009.
8. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
9. ناصر غ. اصول و مبانی عملیات امداد و نجات: نشر شهر; 1389.
10. Lindqvist P, Gustafsson LJFsi. Suicide classification—clues and their use: a study of 122 cases of suicide and undetermined manner of death. 2002;128(3):136-40.
11. Organization WH. Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: World Health Organization; 1998.
12. Alberman EJDM, Neurology C. Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders. By World Health Organization. Geneva: World Health Organization. 1998, pp 113, US $31.50, Sw. fr. 35.00 (in developing countries: Sw. fr. 24.50). ISBN 92-4-154516X. 2000;42(1):70-1.
13. Kuhlberg JA, Peña JB, Zayas LHJCP, Development H. Familism, parent-adolescent conflict, self-esteem, internalizing behaviors and suicide attempts among adolescent Latinas. 2010;41(4):425-40.
14. Klonsky ED, May AJS, Behavior LT. Rethinking impulsivity in suicide. 2010;40(6):612-9.
15. Horesh N, Rolnick T, Iancu I, Dannon P, Lepkifker E, Apter A, et al. Anger, impulsivity and suicide risk. 1997;66(2):92-6.
16. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, Ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. 2005;62(11):1249-57.
17. McCall WV, Black CGJCpr. The link between suicide and insomnia: theoretical mechanisms. 2013;15(9):389.
18. Nordström P, Åsberg M, Åberg‐Wistedt A, Nordin CJAPS. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. 1995;92(5):345-50.
19. Fishbain DA, editor The association of chronic pain and suicide. Seminars in clinical neuropsychiatry; 1999.
20. Sarkar S, Balhara YPSJIjoe, metabolism. Diabetes mellitus and suicide. 2014;18(4):468.
21. Wasserman D, Värnik AJSAud. Perestroika in the former USSR: history’s most effective suicide-preventive programme for men. 2001:253-8.
22. Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist JJBp. Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. 2004;4(1):11.
23. Organization WH. Safer access to pesticides: community interventions. 2006.
24. Meadows LA, Kaslow NJ, Thompson MP, Jurkovic GJJAjocp. Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. 2005;36(1-2):109-21.
25. McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris FM, Jepson R. Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review: Scottish Government; 2008.
26. Lamb HR, Weinberger LE, DeCuir Jr WJJPs. The police and mental health. 2002;53(10):1266-71.
27. Segal SP, Laurie TA, Segal MJJPs. Factors in the use of coercive retention in civil commitment evaluations in psychiatric emergency services. 2001;52(4):514-20.
28. Humphreys MJAiPT. Aspects of basic management of offenders with mental disorders. 2000;6(1):22-30.
29. Steadman HJ, Stainbrook KA, Griffin P, Draine J, Dupont R, Horey CJPS. A specialized crisis response site as a core element of police-based diversion programs. 2001;52(2):219-22.
30. Spiers CJOhajfohn. Suicide in the workplace. 1996;48(7):247-9.
31. L Lipton. Emergency Responders Management of Patients Who May Have Attempted Suicide. The Internet Journal of Rescue and Disaster Medicine. 2005 Volume 5 Number 2

1. first responders [↑](#footnote-ref-1)
2. Murder suicide [↑](#footnote-ref-2)
3. suicide by cop [↑](#footnote-ref-3)
4. 4 lethargy [↑](#footnote-ref-4)
5. refresher [↑](#footnote-ref-5)