

Website:

<https://irssp.iums.ac.ir>

Mail:

irssp@iums.ac.ir

Instagram:

@Iran_Suicide_Prevention

Telegram:

ISSSP

تهران، ستارخان، نیایش، کوچه منصور،

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان،

جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران

۰۲۱۶۶۵۵۰۲۰۰

جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران

"با عمل، امید بسازیم"

دی ماه ۱۴۰۰

- ۱.....سر مقاله.....
- ۵.....وضعیت جمعیت شناختی و مباحث راهبردی در پیشگیری از خودکشی.....
- ۶.....ارزیابی خطر خودکشی.....
- ۶.....گزارش موردی.....
- ۷.....تبیین روان شناختی پیشگیری از خودکشی.....
- ۸.....تبیین جامعه شناختی پیشگیری از خودکشی.....
- ۹.....تبیین روان پزشکی پیشگیری از خودکشی.....
- ۱۰.....ارائه مدل نظری شکل گیری افکار خودکشی.....
- ۱۱.....تجارب مدیریت مراکز مشاوره در پیشگیری و مداخله در خودکشی.....
- ۱۲.....مردوری بر استراتژی جامع برای پیشگیری از خودکشی.....
- ۱۴.....مداخله در بحران با تاکید بر خودکشی.....
- ۱۴.....نقش دین در پیشگیری از خودکشی.....
- ۱۵.....نقش همسالان و همایان در پیشگیری از خودکشی.....
- ۱۶.....مراقبت های روان شناختی در اقدام کنندگان به خودکشی.....

دکتر محسن رضاییان
رئیس جمعیت

Moeygmr@yahoo.co.uk

دکتر مرجان فحی
نائب رئیس، هیئت مدیره

Fathi.ma@iums.ac.ir

دکتر سید کاظم ملکوتی
بازرس اصلی

Malakouti.k@iums.ac.ir

دکتر فریده خداندی
بازرس علل البدل

Tennessee.kh@yahoo.com

دکتر بهروز قنبری
خزانة دار

Ghanbari.b@iums.ac.ir

دکتر مرضیه نجومی
عضو هیئت مدیره

Nojomi.m@iums.ac.ir

مصلح میرزایی
دبیر جمعیت

Lotus.mirzaie@gmail.com

دکتر ابراهیم فهلی
ویراستار این شماره

fehli@sjau.ac.ir

سینا حمزه
مسئول تحریر خبرنامه

s.hamzeh@iums.ac.ir

سر مقاله



دکتر محسن رضائیان

در روزهای ۱۴ و ۱۵ شهریورماه سال جاری (۱۴۰۰)، دانشگاه اسدآباد سمپوزیوم دو روزه ملی مداخله در بحران با تاکید بر خودکشی را با موفقیت برگزار نمود. هدف روز اول سمپوزیوم؛ که اندیشمندان و متخصصان حوزه پیشگیری از خودکشی کشور را گرد هم آورده بود، شناخت ابعاد دقیق رفتار خودکشی در شهرستان اسدآباد بود. این امیدواری وجود داشت که با شناخت ابعاد دقیق رفتار خودکشی در این شهرستان، بتوان در روز دوم، خطوط اولیه استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی، متناسب با وضعیت شهرستان را تدوین نمود.

سپس در جلسات بعدی و بر اساس این طرح اولیه، بتوان یک استراتژی جامع مناسب پیشگیری از رفتار خودکشی در شهرستان اسدآباد را پایه‌ریزی کرده و بر اساس آن، برنامه‌های لازم را به مرحله اجرا درآورد. جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران بر اساس اهداف عالیه خود، با تمام توان از برگزاری این سمپوزیوم حمایت نمود.

همان طور که قبلاً وعده داده بودیم، آنچه که در این شماره از بولتن جمعیت پیشگیری از خودکشی تقدیم خوانندگان فرهیخته می‌گردد، گزارش جامعی از این سمپوزیوم دو روزه می‌باشد. اینجانب شخصاً بسیار امیدوار هستم که پیامد عملی این سمپوزیوم در آینده‌ایی نه چندان دور، به تدوین و اجرای موفقیت‌آمیز استراتژی جامع پیشگیری از خودکشی در این شهرستان بیانجامد؛ چرا که در صورت موفقیت در این امر، سایر شهرستان‌های کشور نیز می‌توانند از تجربیات به دست آمده در شهرستان اسدآباد، بهره‌های فراوانی ببرند.

دکتر محسن رضائیان، رئیس جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران

گزارش برگزاری سمپوزیوم ملی مداخله در بحران (با تاکید بر خودکشی)

دانشگاه سیدجمال الدین اسدآبادی با مشارکت دفتر مشاوره و سلامت وزارت علوم تحقیقات و فن آوری و دانشکده علوم پزشکی شهرستان اسدآباد

بحران‌ها همزاد زندگی بشر و در زمانه ما بیش از گذشته به انسان‌ها و جوامع لطمه می‌زنند. یکی از بحران‌های رو به تزاید جوامع، آسیب به خود و خودکشی است. در شهرستان اسدآباد نیز همچون سایر شهرها و مناطق کشور یکی از نگرانی‌های مسئولان، وجود افرادی بود که اقدام به خودکشی می‌کنند. به طور مشخص در جلسات متعددی که در کمیته آسیب‌های اجتماعی و پیشگیری از خودکشی و جلسات مسئولان بهداشتی و درمانی شهرستان در فرمانداری شهرستان اسدآباد برگزار می‌گردید، مسئولان امر، نگرانی خود را از روند رو به رشد اقدام به خودکشی در شهرستان اسدآباد ابراز می‌نمودند و راه چاره می‌خواستند. در این راستا، مرکز مشاوره و سلامت دانشگاه سیدجمال‌الدین اسدآبادی با نگاهی جامعه‌محور تصمیم گرفت با نگاهی علمی به این پدیده و آسیب مهم اجتماعی بپردازد. لذا این سمپوزیوم با این احساس ضرورت تحت عنوان "سمپوزیوم ملی مداخله در بحران (با تاکید بر خودکشی)" برگزار گردید. لازم به ذکر است که این گام علمی با مشارکت دفتر مشاوره و سلامت وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری به انجام رسید.

پس از تصمیم‌گیری جهت نقش‌آفرینی دانشگاه سیدجمال‌الدین اسدآبادی در راستای کاهش اقدام به خودکشی، مرکز مشاوره و سلامت دانشگاه به عنوان متولی این فعالیت علمی با متخصصان حوزه پیشگیری از خودکشی و به طور مشخص جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی کشور و دفتر مشاوره و سلامت وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری جلسه‌ای مقدماتی (به صورت آنلاین) ترتیب داد و به لحاظ پرداختن بهتر به موضوع به جای برگزاری همایش، تصمیم به برگزاری سمپوزیم گرفت. درگام بعدی، با برنامه ریزی دبیر اجرایی سمپوزیوم، آقای دکتر ابراهیم فهلی و با استفاده از رهنمودهای رئیس محترم سمپوزیوم جناب آقای دکتر صفاری‌نیا، دبیر علمی سمپوزیوم جناب آقای دکتر حسین سلیمی بجستانی و با حضور جناب آقای دکتر محسن رضائیان رئیس محترم جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران، طی جلسات متعدد، محورهای سمپوزیوم مبتنی بر اهداف از پیش تعیین شده تعیین و بر اساس این محورها، اساتید برجسته حوزه پیشگیری از خودکشی کشور، در زمینه روان‌پزشکی، مشاوره و روان‌شناسی، اپیدمیولوژی و جامعه‌شناسی شناسائی و جهت شرکت در این سمپوزیوم دعوت شدند.

این سمپوزیوم در روزهای ۱۴ و ۱۵ شهریور ماه ۱۴۰۰ که مقارن با روز جهانی پیشگیری از خودکشی (دهم اکتبر) بود برگزار گردید. مهمترین اهداف سمپوزیوم عبارت بودند از:

۱. تبیین عوامل موثر در کاهش خودکشی با تاکید بر نقش دستگاه‌های اجرایی و نهادهای اجتماعی.

۲. ارتقاء سطح سواد سلامت روان جامعه در راستای کاهش خطر خودکشی.

۳. تدوین سند جامع پیشگیری از خودکشی بر اساس دستاوردهای علمی سمپوزیوم در شهرستان اسدآباد.

همچنین، گروه‌های هدف در روز اول سمپوزیوم متخصصان حوزه پیشگیری از خودکشی و به طور مشخص مسؤولان و کارشناسان دفتر مشاوره و سلامت و بهداشت و درمان کشور بودند. در روز دوم، سمپوزیوم کارگاه‌های تخصصی اجراء و دروازه‌بانان جامعه و گروه‌های مرجع شهرستان اسدآباد، اعم از کادر بهداشت و درمان، دست اندرکاران آموزش و پرورش، مربیان ورزشی، روحانیان، فعالان فضای مجازی، معتمدین محلی، شوراهای اسلامی، بسیج، سپاه پاسداران و نیروهای انتظامی و کادر قضایی شهرستان بودند. در این روز نیز تعداد قابل توجهی از مسؤولان و کارشناسان مراکز مشاوره دانشگاه‌های سراسر کشور در این کارگاه‌های تخصصی شرکت نمودند.

یکی از نقاط برجسته این سمپوزیوم نسبت به سایر سمپوزیوم‌های برگزار شده در کشور، این بود که در بخش ارائه‌های تخصصی سمپوزیوم، قسمت اصلی فعالیت به پنلی اختصاص یافت که ابتدا یکی از روان‌پزشکان فعال در بیمارستان قائم شهرستان که به مدت دو سال درگیر با موضوع بوده‌اند، مشاهدات بالینی خود و به نوعی تجربه زیسته خود با اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان در طول دو سال را به صورت «گزارش موردی» ارائه دادند. سپس، متخصصان پیشگیری از خودکشی در سه حوزه روان‌پزشکی، روان‌شناسی و جامعه‌شناسی به واکاوی و بحث علمی در مورد مطالب مطرح شده پرداختند. در روز دوم سمپوزیوم نیز پنج نفر از متخصصان در حوزه‌های مختلف پیشگیری از خودکشی برای گروه‌های اجتماعی سخنرانی نمودند. آنچه که در ادامه می‌آید، گزارشی جامع از اهم مباحث این سمپوزیوم می‌باشد.

گزارش نشست تخصصی روز اول سمپوزیوم

در این نشست، ابتدا از سوی مسؤولان شهرستان، من جمله امام جمعه محترم، فرماندار محترم و ریاست محترم دانشگاه جناب آقای دکتر حسین مرادی مخلص، به حاضار شرکت کننده در سمپوزیوم خیر مقدم گفته شد و از رئیس، دبیران و دانشمندان حوزه پیشگیری از خودکشی خصوصاً جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی کشور و مشارکت‌کنندگان در سمپوزیوم که با قبول زحمت در راستای حل مشکل شهرستان با احساس مسئولیت قدم برداشتند، قدردانی به عمل آمد.

سپس، رئیس محترم سمپوزیوم جناب آقای دکتر صفاری‌نیا با اشاره به اهمیت این سمپوزیوم، به گزارش روند برپایی آن پرداخت. ایشان افزودند که در مورد این سمپوزیوم بسیار اندیشیده شد و بیش از ۸ جلسه برگزار شد تا اینکه این سمپوزیوم شکل گرفت. بنا بود دغدغه‌های مختلف مسئولین ارشد شهرستان را پاسخ بدهد و به یک نسخه و نتیجه کاربردی برسیم. این رسالت دانشگاه‌های نسل چهارم است، رویکردی جدید به توسعه محلی، لذا به دانشگاه سید جمال‌الدین اسدآبادی تبریک می‌گوئیم که با حجم کم به لحاظ جمعیت، نقش اجتماعی خود را خوب شناخته و ایفا می‌کند.

ابتدا طرح مساله شد که این مشکل در شهرستان وجود دارد، گام دوم تبیین مساله نگرش‌ها (الزامات و اقتضائات مشکل با مصاحبه، مشاهده و گروه‌های متمرکز بر یک موضوع، گام سوم ترسیم مدل و آزمون این مدل، بر اساس گفته‌ها، فرآیندها، و نظریات، عوامل تشدیدکننده، بحران‌ساز بود که آزمون آن بعد یک ماه بعد با همین متخصصان برگزار خواهد شد. گام چهارم مداخله است که شامل همسالان، متخصصان، گروه درمانی و مشاوره فردی خواهد بود.

مشکل در اسدآباد وجود دارد. با بهره‌گیری از مفاهیمی از روان‌شناسی اجتماعی کاربردی، به این رسیدیم که برای اولین بار یک مدل محلی کاربردی، به دنبال تلاش‌های دانشگاه جامعه محور و بر اساس مدل کیفی پژوهش، مداخله و آزمون مداخله، پیاده کنیم.

در روز اول، ضمن بررسی آمارهای جهانی، یک متخصص با گزارش موردی اقدام‌کنندگان مختلف، به بحث روی موارد اقدام‌کننده با رویکرد روان‌پزشکی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی خواهد پرداخت. و نهایتاً در روز دوم نسخه اولیه برای شهرستان اسدآباد آماده می‌شود. به فاصله دو ماه دیگر با یک گروه متمرکز بر موضوع، نسخه نهایی برنامه، آماده و سال آینده گزارش‌ها نشان خواهد داد که چه کاهشی بر اساس این نسخه در خودکشی شهرستان داشته‌ایم. در واقع، این سمپوزیوم می‌تواند مدل و الگویی برای سایر دانشگاه‌های جامعه محور باشد.

سپس، دبیر محترم علمی سمپوزیوم جناب آقای دکتر حسین سلیمی بجستانی، با اشاره به جایگاه بحران‌ها در زندگی بشری گفت: بحران که می‌آید هم تهدید است و هم فرصت. ما نباید در مقابل بحران‌ها تسلیم بشویم، اگر آمار خودکشی را بالا می‌بینیم، نباید خود را گم کنیم. باید با فرصت‌هایی که داریم به مقابله با آن برویم، خودکشی بحرانی چندوجهی است؛ خواستگاه داشته است؛ هم جنبه آماری دارد، هم سبقه تاریخی؛ به طوری که در جامعه سنتی کمتر بوده و در جامعه مدرن بیشتر شده است. این مساله جنبه‌های فلسفی، روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و زیست‌شناختی دارد. متخصصان باید به عنوان یک تیم، همه این جنبه‌ها را در نظر بگیرند. بحران‌های درون خانواده (طلاق، بیماری...) بیرون خانواده (سیل، زلزله، کم‌آبی) باعث می‌شود خانواده تحت تاثیر قرار بگیرد؛ گاه خودکشی اتفاق می‌افتد و خانواده را متاثر می‌کند و غم و سوگ و اضطراب و ... به دنبال دارد.

در بحران‌ها سه نوع تحریک ما را افسرده می‌کند: خود را دست کم می‌گیریم؛ مشکل را غیرقابل کنترل بدانیم، در خودکشی حتی شده یک نفر را نجات بدهیم مهم است. فکر کنیم فاجعه بزرگی اتفاق افتاده و ما کاری نمی‌توانیم بکنیم. ما باید با نگاهی جامع به بحران‌ها نگاه کنیم. بحران‌ها دانش و مهارت‌های ما را به چالش می‌طلبد. وجود روان‌شناس، روان‌پزشک، جامعه‌شناس در جامعه ما، همه فرصت‌های ما هستند. چرا نظام روان‌شناسی ما کاری نمی‌کند که ما در اولویت باشیم؟ این همه روان‌شناس، چرا نباید کاری بکنیم؟ ما نباید از گفته‌ها بترسیم بلکه باید از «ناگفته‌ها» ترسید. سپس جلسه وارد بخش سخنرانی‌ها شد که در ادامه به آنها اشاره خواهیم کرد.



دکتر احمد حاجبی؛ مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت

موضوع سخنرانی؛ وضعیت جمعیت‌شناختی و مباحث راهبردی در پیشگیری از خودکشی:

وی در ابتدا به سبب‌شناسی رفتار خودکشی پرداخت و گفت: به طور کلی اطلاعات مربوط به سه عامل بیولوژیک، محیطی و وقایع و حوادث ناگوار زندگی فرد، وارد دستگاه شناختی فرد شده و در قسمت مغز و فرآیندهای روان شناختی پردازش می‌شوند و به دو صورت خود را نشان می‌دهند: ابتدا ممکن است به صورت اختلالات روان‌پزشکی خود را نشان بدهند، مثل افسردگی. وقتی افسردگی درمان نمی‌شود در فرایند اختلال، ناامیدی و خلق منفی بیشتر منجر به شکل‌گیری افکار خودکشی شده و فرد را به سمت اقدام می‌برد. گاهی نیز رفتار خودکشی، مستقیماً به حدی در پردازش تحت تاثیر قرار می‌گیرد و افکار خودکشی آنقدر حاد می‌شود که مستقیماً به سمت رفتارهای خودکشی می‌رود.

وی در تبیین عوامل سه‌گانه ابتدا به بررسی عوامل بیولوژیک پرداخت و عواملی چون: سن، جنس، نارسائی در پیام‌رسان‌های داخل سلولی، اشکالات ژنتیکی، مشکلات هیپوفیز، هیپوتالاموس، آدرنال و یا نورواسیمیون در سلول‌های مغزی، می‌تواند موجب رفتار خودکشی گرایانه شود. در بخش عوامل محیطی ناگوار به عواملی چون نایمن بودن خانه، جامعه، کاهش سرمایه‌های اجتماعی، در دسترس بودن روش‌های مهلک، سابقه خودکشی در بین بستگان نزدیک و انتشار مدیریت نشده اخبار خودکشی در رسانه‌های جمعی اشاره نمود؛ و از سوی دیگر به عواملی چون: ثبات سیاسی، اقتصادی و اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی (خانواده، دوستان و جامعه)، زمینه‌های مساعد برای مشارکت اجتماعی، نشاط اجتماعی، دسترسی مناسب به خدمات سلامت روان و آموزش مهارت‌های زندگی، اشاره نمود.

وی سپس به عوامل موثر بر افکار و اقدام به خودکشی به وقایع ناگوار اشاره نمود؛ حوادثی چون درک احساس شکست و عدم موفقیت طول کشیده، مرگ اخیر یکی از عزیزان، تشخیص اخیر یک بیماری مهلک، مزمن و لاعلاج یا صعب‌العلاج، تغییر اخیر در یک رابطه مهم (طلاق، شکست عاطفی)، مشاجره شدید اخیر، بازداشت، زندانی شدن، محکومیت‌های قضایی اخیر و از دست دادن عمده دارایی‌ها و شبکه اجتماعی در اثر (مهاجرت، سیل، زلزله).

دکتر حاجبی در انتها به اهداف استراتژیک برنامه کاهش خودکشی که شامل: افزایش روایی داده‌های مربوط به رفتارهای خودکشی، افزایش سواد عمومی پیرامون رفتارهای خودکشی، ارتقاء کمی و کیفی خدمات ارائه شده به افراد در معرض خطر و اقدام‌کننده به خودکشی، ساماندهی انتشار اخبار و سایر محتواهای مرتبط با خودکشی در رسانه‌ها و محصولات فرهنگی، کاهش دسترسی به روش‌های شایع مهلک در خودکشی و افزایش پژوهش‌های کاربردی در زمینه خودکشی اشاره نمود.



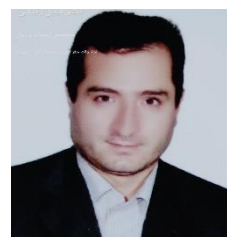
دکتر کیومرث فرح‌بخش: دانشیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

موضوع سخنرانی؛ ارزیابی خطر خودکشی

هدف ایشان معرفی مدلی بود که منجر به تشخیص و غربالگری افراد در معرض خطر خودکشی شود. ایشان در معرفی این مدل گفت، تصمیم خودکشی یک‌شبه به وجود نمی‌آید؛ بلکه یک پروسه پیچیده روان‌شناختی دارد که منجر به این تصمیم می‌شود. منظور از آموزش این مدل آن است که قبل از اقدام شناسائی کنیم و کمک کنیم. "مطالعه بنده از افراد اقدام کننده و افرادی که با آنها بودند نشان داد: که فکر خودکشی یک روند دارد، این روند رشدی را بایستی پله پله شناسائی کنیم، باید این درجه‌بندی را بیاموزیم، بعد از شناسائی، اگر این افراد را تحت مشاوره و ارجاع به روانپزشک قرار دهیم و درمان شوند، می‌توان با قطعیت گفت که درصد بالایی از افکار خودکشی و اقدام به آن منصرف می‌شوند. البته استثناهایی وجود دارد که قطعاً این استثناها حاکی از وجود نوعی زمینه بیوشیمی مغزی یا نوعی سکنه خفیف مغزی است. می‌خواهیم ترتیبی بدهیم که مددکار، اولیاء، و دوستان تشخیص بدهند که جوانه‌های خودکشی چگونه در این فرد رشد می‌کند. نحوه شکل‌گیری این افکار در گروه‌های مختلف اجتماعی با وضعیت اجتماعی و اقتصادی مختلف، متفاوت است. فاصله هر اندیشه اولیه و مرحله بعد شاید چند ماه طول بکشد. برخی یک ماه، برخی یک سال، بیشتر یا کمتر. در واقع وقتی فرد در شرایطی که تحت فشار روانی قرار گرفته و می‌گوید: ای کاش من خلق نشده بودم، یا به دنیا نیامده بودم، این کمترین درجه است."

اجرای پنل پیشگیری از خودکشی

در ادامه پنل اصلی سمپوزیوم با حضور روانپزشک شهرستان و سه نفر از روان‌شناسان، روان‌پزشکان و جامعه‌شناسان متخصص در حوزه پیشگیری از خودکشی به شرح زیر تشکیل گردید:



دکتر مهدی رضایی، روان‌پزشک بیمارستان قائم شهرستان اسدآباد

ارائه گزارشی موردی از هفت مورد منجر به مرگ در بیمارستان قائم شهرستان

ابتدا آقای دکتر رضایی متخصص روانپزشکی که مدت دو سال است در بیمارستان قائم شهرستان مشغول به فعالیت هستند و از نزدیک وضعیت گروه‌های مختلف درگیر در افکار و یا اقدام به خودکشی را شاهد بوده‌اند؛ مستنداً به رفتارهای هفت مورد خودکشی که در حوزه‌های مختلف، آسیب‌هایی را تجربه می‌کردند اشاره نمود. آنگاه سه تن از صاحب نظران در حوزه‌های جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و روانپزشکی، با توجه به وضعیت موارد توصیف شده، به ارائه تبیین‌های علمی پرداختند.



دکتر حمید پورشریفی

تبیین روان‌شناختی پیشگیری از خودکشی

دکتر پورشریفی در ابتدای بحث به شعار «با عمل امید بسازیم» که شعار امسال سازمان بهداشت جهانی است پرداخت. وی خودکشی را عملی چندعاملی برشمرد که استرس و فشار روانی به تنهایی نمی‌تواند علت آن باشد؛ بلکه عوامل زیستی، خانوادگی، مصرف مواد، اختلالات شخصیتی، بیماری‌های روان پزشکی و غیره می‌توانند در آن دخیل باشند. در این بین، سه عامل خیلی اثرگذار است: ۱- ناامیدی ۲- ناتوانی در حل مساله ۳- مشکل در تنظیم هیجانات. پرداختن به رفتار خودکشی گرایانه را باید جدی گرفت. مطب دیگر مورد توجه این سخنران، سه سطح پیشگیری از خودکشی بود که عبارتند از: ۱. همگانی (معطوف به کلیه افراد جمعیت هدف جامعه است، مداخلات پیشگیرانه برای ارتقاء بهداشت روانی کاهش عوامل خطر ساز، و توانمندسازی روانی اجتماعی در جمعیت هدف) ۲. انتخابی (که شامل افرادی است که به درجاتی عوامل خطر را دارند و یا عوامل محافظت‌کننده در آنها ضعیف است) ۳. پیشگیری ویژه (که در جمعیتی انجام می‌شود که شدت زیادی از عوامل خطر را تجربه می‌کنند، یا علائم اولیه آسیب و اختلال را نشان می‌دهند. در این سطح، مداخلاتی جهت شناسایی و رفع نشانه‌های ابتدایی آسیب و کاهش عوامل خطر ساز صورت می‌گیرد.

"همانطور که می‌دانیم اصولاً پیشگیری در سه سطح: اولیه، ثانویه و ثالثیه نیز انجام می‌گیرد. در مرحله و سطح اول، مداخله معطوف به کاهش افکار خودکشی می‌شود؛ مانند حل مشکلاتی مثل ناامیدی، مسائل اجتماعی، آموزش مهارت‌های زندگی و استرس. در سطح ثانویه، حالا اگر افکار خودکشی وجود داشت چطور در این چرخه مداخله کنیم تا افکار به اقدام تبدیل نشود؟ در سطح ثالثیه، فردی که یک بار و یا چند بار اقدام کرده، الان بیماری روانپزشکی دارد به این فرد چه کمکی می‌توان کرد که مجدداً اقدام نکند؟

برنامه‌ها و راهبردهای پیشگیری از خودکشی عبارتند: از غربالگری، آموزش، تقویت و گسترش شبکه حمایت اجتماعی، مطالعات و پژوهش‌ها، اقدامات ساختاری (توسعه و تقویت ساختارهای بنیادین)، توسعه و تقویت فعالیت‌های اغناء‌کننده، مداخله، درمان و نگهداری.

حداقل‌های لازم از بین این عوامل عبارتند از:

۱. مسئولان: در این سطح باید باور مسئولین نسبت به ضرورت پرداختن به مساله خودکشی اصلاح شود، تا بودجه و امکانات لازم را برای برنامه‌ها اختصاص بدهند.
۲. متخصصان: باورهای منفی این گروه باید اصلاح شود و خود این گروه باور کنند که باید از خودکشی صحبت کرد، و آنها به مهارت‌های مداخله‌ای خود امیدوار شده و سرمایه روان‌شناختی داشته باشند، این یعنی خوش بین بودن، خودکارآمدی، و تاب‌آوری که ویژگی‌های لازم برای کمک به افراد در معرض خطر است را داشته باشند.

۳. آحاد جامعه: لازمه پای کار آوردن آحاد جامعه تابوردایی است؛ که این امر باید توسط مسئولان و متخصصان انجام گیرد، در این مرحله باید مدل «بتا» را آموزش بدهیم، تا جامعه بتواند افراد در معرض خطر را کمک کند تا از خدمات مشاوره‌ای استفاده کند.



دکتر ستار پروین

تبیین جامعه‌شناختی پیشگیری از خودکشی

در ادامه پنل، دکتر ستار پروین با نگاهی جامعه‌شناختی به مشکلات افراد اقدام‌کننده به خودکشی که توسط روان‌پزشک شهرستان بیان شد، این‌گونه اظهار کردند: "امیل دورکیم می‌گوید وجود آسیب‌های اجتماعی برای ما جنبه کارکردی دارد. لذا هدف، کاهش آسیب‌هایی مثل خشونت است و نه از بین بردن کامل آن. باید دید در جامعه ما چه اتفاق افتاده است که از هر چهار نفر، سه نفر به نوعی درگیر اختلال شدید تا ضعیف هستند؟ چه روندهایی این الگوها را ایجاد کرده است؟ وقتی بیش از نیمی از جامعه ما درگیر نوعی آسیب است، این نشان می‌دهد که ساختار اجتماع ما مشکل دارد. لذا ما باید به کاهش آسیب‌ها، نگاهی ساختاری داشته باشیم.

در بحث خودکشی چه روندهایی بوده است که در سال‌های اخیر این همه افزایش یافته است؟ پس مداخله باید در ساختارهای کلان جامعه صورت گیرد، و بعد به سطوح پایین‌تر بیائیم، اول اتیولوژی (سبب‌شناسی) و آسیب‌شناسی درست باید صورت گیرد. اختلال در روابط بین فردی، با فرزند، همسر، برادر، و خواهر؛ ریشه در خانواده است، باید دید چه شده که خانواده کارکرد خود را نمی‌تواند انجام بدهد.

فضای مجازی و گروه‌های مرجع خارج از خانواده، بلای جان نوجوانان ما شده است. الگوگیری از فضای مجازی و آشفتگی فضای مجازی. همچنین، بر هم خوردن تعادل بین نهاد اقتصادی با نهادهای جامعه‌پذیری ما، تمام روابط اجتماعی ما را از منزل تا مدرسه تحت تاثیر خود قرار داده است. مادی‌اندیشی، بلندپروازی‌های اقتصادی، منطق پول به نهادهای جامعه‌پذیری ما حاکم شده است؛ آموزش و پرورش وظیفه خود را انجام نمی‌دهد؛ معلم رضایت ندارد و لذا نمی‌تواند به وظیفه خود عمل کند.

وقتی کارائی خانواده کاهش می‌یابد، به اعضای آن منتقل می‌شود. در بحث پیشگیری از خودکشی باید هر سه نگاه زیستی، جامعه‌شناختی و روان‌شناختی را دنبال کرد. باید روندها و الگوها را شناسایی کنیم، چرا در غرب کشور بیشترین اقدام به خودکشی وجود دارد؟ سن، جنسیت، تیپ خانواده، فضای اجتماعی و اقتصادی، احتمال رفتار خشن هم زیاد است. برخی عوامل خطر و الگوها به ما می‌گویند چه چیزهایی مهم هستند و چه کسانی ممکن است در آینده خودکشی کنند. آسیب‌های اجتماعی درهم تنیده است، آزادی‌ها، طلاق، خیانت‌های زناشویی، شکست‌های عاطفی، بیکاری، فرهنگ‌سازی، و حمایت‌ها؛ همه بایستی لحاظ شوند. خلاصه اینکه خودکشی، مولتی فاکتوریال است: فردی، اجتماعی و اقتصادی.

۲. این کلمه سرواژه سه کلمه "بپرس"، "ترغیب کن" و "ارجاع بده" می‌باشد.



دکتر سید کاظم ملکوتی

تبیین روان پزشکی پیشگیری از خودکشی

وی در سخنان خود با اشاره به موردهای بالینی ارائه شده فرمودند: این کیس‌ها انواع آسیب‌های روانی را داشتند، و نیاز به خدمات جدی داشته‌اند. با توجه به بیش از یکصد هزار نفر بودن جمعیت شهرستان، حداقل به ده تخت بیمارستانی روانپزشکی نیاز است که متأسفانه هیچ تخت روان پزشکی ندارند و لذا مراقبت از این افراد در معرض خطر، ممکن نشده و شاید اگر این امکانات روان پزشکی فراهم بود، این اتفاقات ناگوار منجر به از دست دادن جان این افراد نمی‌گردید.

تقریباً همه افراد ریپورت شده توسط روان پزشک محترم شهرستان اسدآباد، به نوعی مشکل خانوادگی داشته‌اند و از تعارضات و مشاجره‌های خانواده رنج می‌برده‌اند؛ لذا به تیم مددکاری و مشاوره در کنار روان پزشک نیاز است. ۳۰ سال پیش اینقدر شخصیت مرزی وجود نداشت، ولی الان زیاد شده است، زن افراد که عوض نشده؛ این نشان می‌دهد که عوامل فرهنگی اجتماعی دچار اشکال شده‌اند؛ این همه خشم و پرخاشگری متأثر از آسیب به خانواده و اجتماع است. نمی‌توانیم با هم آرام صحبت کنیم؛ به همه حتی مسئول، پدر، مادر و... پرخاشگری می‌کنیم.

کاهش دسترسی به مواد: در جامعه ما انواع آسیب‌ها وجود دارد و یکی از نمودهای این تعارضات خودکشی است، چرا باید موادی مانند حشیش، ترامادول، شیشه قرص برنج این همه راحت قابل دسترسی باشد؟ خودکشی یک مساله مربوط به بهداشت عمومی است و فقط بهداشت روانی نیست، پس همه باید کمک کنند.

برخی هنوز می‌گویند دنبال بررسی علل باشیم، علل شناخته شده است، ریسک فاکتورها مشخص است، ایران در خاورمیانه تنها کشوری است که این همه مطالعه و پیشگیری در زمینه خودکشی داشته است. در کشوری مثل هندوستان با آن همه جمعیت، وقتی دسترسی به سموم را کاهش دادند خودکشی کم شد. لذا یک اراده جمعی در نهادهای حاکمیتی شهرستان لازم است تا این مواد محدود و دسترسی به آن سخت شود.

مساله بعدی آستیگمازدایی (انگ‌زدایی) است که این سمپوزیوم در این شهر کوچک اقدامی مهم در راستای انگ‌زدایی و ترغیب مردم به استفاده از خدمات روان‌شناسی و روان پزشکی است و جای تبریک به عوامل برگزاری این سمپوزیوم دارد. در بیماری جسمی فرد راحت‌تر درک می‌شود و خودش نیز عادی تلقی می‌کند ولی در اختلالات عاطفی و روانی، فرد احساس می‌کند که بی‌عرضه است، ناتوان است، ایمان ندارد که نتوانسته آرامش داشته باشد. فرد افسرده باید درمان شود و اگر نه باید منتظر افزایش بیشتر خودکشی باشیم. در افسردگی سرتونین مغز پایین می‌آید لذا راهی جز مصرف دارو وجود ندارد، حتی افراد عادی هم که به نوعی از تعارضات بین فردی رنج می‌برند (مثلاً در رابطه زناشویی) چقدر خوب است برای بهتر شدن حال خودشان و اصلاح رابطه بین فردی مدتی دارو مصرف کند.

پیگیری پس از اقدام: روان پزشک محترم شهرستان عنوان کردند این‌ها ویزیت شده‌اند و رفته‌اند؛ ولی بعد مجدداً اقدام کرده‌اند و این نشان از اهمیت پیگیری وضعیت اقدام‌کنندگان و یا افراد در معرض خطر دارد؛ خصوصاً به‌ررزان بسیار تعیین‌کننده هستند

در ادامه پنل، پرسش و پاسخ انجام گرفت و در پاسخها بر ضرورت ایجاد تخت‌های بستری روان‌پزشکی، ایجاد مرکز مشاوره در کنار روان‌پزشک بیمارستان، و کار سیستمی تاکید شد. همه باید خود را مسئول بدانند تا مساله حل شود، چون خودکشی امری چند عاملی است. دکتر سلیمی بجستانی بر ضرورت استفاده از این همه فارغ التحصیل رشته روان‌شناسی و مشاوره (که به حدود ۲۵۰ هزار نفر می‌رسد) در ارائه خدمات به جامعه تاکید نمود. هنگامی که در جامعه تعارضات اجتماعی، خانوادگی و فرهنگی وجود دارد، اهمیت یادگیری اجتماعی در رفتارهای اعضای جامعه؛ توجه به زیرساخت‌های پیشگیری و مداخله و پیگیری؛ لزوم توصیه‌های سیاستی؛ محدودسازی دسترسی به مواد؛ افزایش تخت‌های بستری روان‌پزشکی متناسب با جمعیت تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ اهمیت پیگیری درمان در افراد دارای علائم یا سابقه اقدام، بسیار ضروری است.

در جمع‌بندی مباحث پنل، مدیر پنل؛ دکتر مهدی وجدانی همت اهمیت نقش سواد رسانه‌ای در ارتقاء مهارت‌های اجتماعی؛ نقش دگرگونی ارزش‌های اقتصادی و اجتماعی بر سلامت فرد و جامعه، شناسایی عوامل خطر در محیط‌های مختلف زندگی و شغل و تحصیل؛ توجه به مراحل پیشگیری و مداخله مبتنی بر نیازهای مراجعان؛ شناسایی مشکلات زمینه‌ای فردی و خانوادگی در تسریع افکار و اقدام به خودکشی؛ توجه به اختلالات روان‌شناختی پنهان، بالاخص افسردگی خاموش، تاثیر فضای مجازی و بازی‌های کامپیوتری را خاطر نشان کردند.



دکتر محمد راضی مرادی

موضوع سخنرانی: ارائه مدل نظری شکل‌گیری افکار خودکشی

در ادامه برنامه‌های سمپوزیوم در روز اول برگزاری، آقای دکتر محمد راضی مرادی به بحث پیرامون یک مدل پیشگیری از خودکشی که حاصل پایان‌نامه دکترای مشاوره ایشان بود، پرداخت. این مدل با عنوان مدل روان‌شناختی شکل‌گیری افکار خودکشی در دانشجویان معرفی شد.

در این مدل یک مفهوم هسته‌ای وجود دارد: ناکامی مداوم نسبت به بهبود وضعیت زندگی (تداوم شکست‌ها) و تشدید ادراک ناخوشایند.

شرایط علی زمینه‌ساز شامل: بدبینی نسبت به زندگی و آینده و بی‌انگیزگی و بی‌اشتیاقی و درماندگی شدید.

شرایط مداخله‌گر: خودتخریبی فکری و رفتاری؛ باور به کنترل‌ناپذیر بودن زندگی و تکانشگری هیجانی.

واکنش‌ها نیز عبارتند از: بی‌معنی بودن زندگی، احساس تنهایی و انزوای عمیق و دلهره وجودی.

پیامدها: رهایی از زندگی، دل‌بستگی به مرگ، طرح‌ریزی شیوه مرگ، تصمیم به خودکشی و عمل کردن به آن.

پیشنهادها: اگر در مراکز مشاوره از رویکردهای معنامحور و وجودی استفاده شود، خیلی کمک‌کننده است. همه به این اشاره کرده بودند که مشکلات آنها از دوره‌های نوجوانی شروع شده است، لذا مراکز مشاوره مدارس بسیار تعیین‌کننده هستند، که افکار خودکشی را آنجا شناسائی کنند؛ و با راهکارهای سازنده آموزشی، تاب‌آوری و توان مقابله آنها را بالا ببرند.



سخنران آقای حمید پیروی

موضوع سخنرانی: تجارب مدیریت مراکز مشاوره در پیشگیری و مداخله در خودکشی

ایشان به مدل JEP که توسط یک آقا و خانم که فرزند خود را در خودکشی از دست داده بودند تمرکز نمود. بنیادی توسط این دو فرد ایجاد شده که ۲۵۰۰ کالج و دانشگاه را تحت پوشش خود دارد، این بنیاد چند استراتژی مهم دارد که عبارتند از:

۱. بهبود و ارتقاء ارتباطات اجتماعی،
۲. شناسایی زود هنگام افراد در معرض خطر،
۳. افزایش رفتارهای کمک خواهانه،
۴. ارائه خدمات سلامت روان،
۵. پیشگیری از بحران های سلامت روان،
۶. کاهش دسترسی به لوازم و محیط های دارای خطر، و
۷. توسعه مهارت های زندگی.

ایشان در ادامه اشاره کردند که یکی از جنبه های مهم که باید در دوره حاضر برای کاهش خودکشی به آن توجه کرد، استفاده از فرصت دیجیتال در سلامت روان است؛ ما نیاز به استفاده از تکنولوژی و فن آوری داریم. خودمراقبتی دیجیتال عبارت است از به کارگیری خدمات سلامت با راه حل های سخت افزاری و نرم افزاری مبتنی بر دانش IT جهت حل مشکلات مربوط به سلامت. هدف خودمراقبتی دیجیتال هم عبارت است از توسعه سیستم های به هم پیوسته برای ارتقاء استفاده از دستگاه های هوشمند و رسانه های ارتباطی در راستای کمک به متخصصان مراقبت های بهداشتی به منظور مدیریت بیماری ها و ریسک های سلامت و ارتقاء سلامت و رفاه مردم.

مشاوره آنلاین جایگزین خوبی در قرارهای ملاقات حضوری با ملاقات های مجازی است، تا هزینه ها و زمان را کاهش دهد. برای این منظور می توان از پلتفرم ها و یا اپلیکیشن های مخصوص در مطب ها و مراکز مشاوره استفاده کرد. داشتن پرونده سلامت برای همه مردم که بدانیم این فرد، رفتار مخاطره آمیز دارد، لازم است. سامانه کارنامه سلامت ما با آموزش و پرورش و این دو با بهداشت و درمان لینک نیست که بدانیم این دانشجو چندبار قبلاً افکار و یا اقدام به خودکشی داشته، و یا آموزش و پرورش بداند با دانش آموزی که شاید قبلاً دوبار اقدام کرده روبه رو است و خدمات مشاوره ای و یا نظارت خود را بر این اساس بنا نهد و اقدام بعدی را پیش بینی کند. لذا اطلاعات باید در یک جا متمرکز و از طریق دستگاه های متولی لینک شود و به صورت محرمانه برای متولیان امر قابل دسترسی باشد.

گزارش روز دوم سمپوزیوم (برگزاری کارگاه‌های تخصصی)

در روز دوم سمپوزیوم که تحت عنوان کارگاه‌های تخصصی پیشگیری از خودکشی برگزار گردید، تعداد پنج نفر از متخصصین در موضوعات مختلف مرتبط با پیشگیری از خودکشی، به شرح زیر سخنرانی نمودند:



دکتر محسن رضائیان، استاد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و رئیس جمعیت پیشگیری از خودکشی

موضوع سخنرانی: مروری بر استراتژی جامع برای پیشگیری از خودکشی

وی ابتدا به ارائه تعریفی از استراتژی و اجزای آن پرداخت. استراتژی به معنای تعیین اهداف و طرح نمودن برنامه‌ای برای رسیدن به آنهاست. استراتژی از نظر لغوی از کلمه استراتگوس به معنای ارتش (فرماندهان) اقتباس شده است و به طرحی درازمدت اطلاق می‌گردد که برای نیل به یک هدف بلندمدت و مشخص، طراحی و تبیین شده است. در استراتژی جامع می‌خواهیم ارتباط متقابل، سازنده و پویای همه اجزاء ذی‌ربط در رسیدن به اهداف پیشگیری از خودکشی را هماهنگ کنیم؛ مثلاً آموزش و پرورش، کادر بهداشت و درمان، دادگستری، بسیج، روحانیون و غیره.

در یک استراتژی جامع باید همه این نیروها هماهنگ شوند تا با هم و منسجم، به سمت هدف حرکت کنند. بنابراین، استراتژی جامع پیشگیری از خودکشی چه در سطح کشور و چه در سطح یک شهرستان، یک موضوع بین‌بخشی است: بهداشت، درمان، اشتغال، آموزش و ... آیا همه این‌ها پای کار آمده‌اند؟ دولت ملی برای پیشگیری از خودکشی آیا تعهدات روشنی دارد؟ دولت‌های محلی مثل فرمانداری، امام جمعه و ... چگونه؟ آیا استراتژی بر اساس مداخلات مبتنی بر شواهد طراحی شده است و اهداف کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت مشخص دارد؟ آیا استراتژی مرتب ارزیابی می‌شود که اگر راه درست نیست برگردیم و اصلاح کنیم؟

یک استراتژی جامع پیشگیری از خودکشی از نظر سازمان جهانی بهداشت باید دوازده جزء به شرح زیر داشته باشد که باید ببینیم که هر جزء چیست و چقدر در شهرستان اسدآباد تحقق یافته است؟

۱. دسترسی به داده‌های با کیفیت و به روز درباره خودکشی و اقدام که منجر به شناسایی افراد، گروه‌ها و موقعیت‌های با خطر بالا می‌گردد. آیا الان این داده‌ها را داریم؟ آیا این داده‌ها در اختیار قرار می‌گیرد؟
۲. کاهش دسترسی به ابزار نظیر: سلاح گرم، سموم، پل‌ها و پرتگاه‌ها، فنس‌کشی پل‌ها، سموم را در جای امن که خیلی سریع در دسترس نباشند قرار داده‌ایم؟
۳. وسایل ارتباطی نظیر تلویزیون، جراید، خبرگزاری‌ها را آیا آموزش داده‌ایم که چطور خبر خودکشی را گزارش دهند.
۴. دسترسی به خدمات: در شهرها چقدر خدمات فراهم است؟ فردی که احساس اضطراب، افسردگی، یا ناامیدی می‌کند، چقدر زمینه و شرایط مراجعه به روان‌پزشک، مشاور و روان‌شناس برای او وجود دارد؟
۵. تربیت و آموزش والدین و کادر درمان، بهورزان، علمای مذهبی، نیروهای انتظامی، معلمان مدارس و استادان دانشگاه‌ها به منظور شناخت افراد در معرض خطر، چقدر صورت پذیرفته است؟

۶. ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بالینی، و مداخلات بالینی مبتنی بر شواهد چقدر صورت پذیرفته است؟
 ۷. برای مداخله در بحران، چقدر برنامه داریم؟ چقدر خطوط تلفن کمکی فعال و قابل پایش در اختیار داریم؟
 ۸. برای مداخله پس از بحران، چقدر برنامه داریم؟ بعد از مرگ، برای افراد داغدار، یا فردی که اقدام نموده ولی زنده مانده، چه برنامه‌هایی داریم؟
 ۹. چقدر در سطح جامعه، آگاهی‌بخشی صورت پذیرفته است؟ آن قدر از خودکشی صحبت شده است که بتوان در مورد این مساله مهم اجتماعی راحت صحبت کرد؟
 ۱۰. چقدر کاهش انگ اجتماعی صورت پذیرفته است؟ چقدر کاهش تبعیض بر علیه کسانی که از خدمات سلامت روان استفاده می‌کنند، انجام شده است؟
 ۱۱. چقدر نظارت و هماهنگی بین بخش‌های مختلف جامعه برای فعالیت‌های پیشگیری از خودکشی وجود دارد؟
 ۱۲. آیا منابع مالی کافی برای فعالیت‌های پیشگیری از خودکشی در اختیار داریم؟ باید منابع مالی کاملاً روشن و شفاف باشند. باید بدانیم چقدر پول داریم و دقیقاً آن را در کجا خرج می‌کنیم؟
- البته ایرادهایی هم می‌توان به این دوازه جزء وارد کرد؛ مثلاً، ضرورت توجه به ریشه‌های اساسی‌تر خودکشی به ویژه در کشورهای با درآمد پایین، شامل بیکاری، فقر، بیسوادی و غیره.
- آقای دکتر رضائیان آن گاه به طور مشخص به اپیدمیولوژی خودکشی در شهرستان اسدآباد پرداخت. وی با استناد به پژوهش انجام گرفته توسط زیبا محمدی و همکاران که در مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان به چاپ رسیده است؛ اشاره کرد که بر اساس آمارها و اطلاعات سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ در این پژوهش مشخص شده است که از ۸۰۴ مورد خودکشی، ۴۶۶ نفر زن بوده‌اند، همچنین ۵۷۷ نفر از آن‌ها غیرشاغل بوده‌اند که خیلی آمار تلخی است، ۵۸۲ مورد از این افراد به وسیله قرص اقدام به خودکشی کرده‌اند. وی اشاره نمود که نظیر چنین مطالعاتی باید در سطح شهرستان و هر سال به عمل آید تا الگوی خودکشی به دقت شناخته شود. اما، یکی از نکات استنباط شده از آثار مکتوب بر جای مانده از رسانه‌های شهرستان آن است که متأسفانه اخبار خودکشی را به صورت غیراستاندارد گزارش می‌نمایند. به گونه‌ای که حتی شیوه‌های جدید خودکشی که در جاهای دیگر شناخته شده نیست، آموزش داده شده است.
- وی اشاره نمود که از خوبی‌ها و شاخصه‌های این سمپوزیوم نسبت به دیگر سمپوزیوم‌ها آن است که کار را از پایین یعنی سطح شهرستان شروع کرده است، می‌خواهیم کاری انجام بدهیم و الگو ارائه بدهیم. بنابراین، برای شهرستان اسدآباد می‌توان گام‌های سه گانه در پیشگیری از خودکشی را به شکل زیر در نظر گرفت:
- گام اول: داشتن سیستم جامع ثبت رفتار خودکشی (افکار، برنامه‌ریزی، اقدام و فرجام) جهت شناسایی حجم و علل در قالب انجام پژوهش‌های علمی و معتبر.
- گام دوم: داشتن یک نهاد نظارتی و هماهنگ کننده مشتمل بر عالی‌ترین مقامات شهرستان با در اختیار داشتن بودجه مناسب و شفاف.
- گام سوم: نوشتن برنامه جامع استراتژیک برای مداخله قبل از بحران، به هنگام بحران و پس از بحران با تکیه بر مقابله با ریشه‌های خودکشی، افزایش آگاهی‌های آحاد جامعه، کاهش انگ اجتماعی، تربیت و آموزش دروازه‌بانان، اجرای دستورالعمل‌های چگونگی درج اخبار خودکشی، فراهم آوردن خدمات و درمان‌های مبتنی بر شواهد و کاهش دسترسی به ابزار و مواد مورد استفاده برای خودکشی.



دکتر علی اصغر نژاد فرید، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

موضوع سخنرانی: مداخله در بحران با تاکید بر خودکشی

وی در سخنان خود، مفهوم بحران در پیشگیری و مداخله را بسیار مهم ارزیابی نمود. یکی از علل اساسی بحران‌ها فقدان است، فقدان‌هایی مثل طلاق، مرگ عزیزان، بیماری‌های سخت، فقر و بیکاری و نداری. این عوامل منجر به افسردگی می‌شوند و افسردگی حل و فصل نشده، یکی از زمینه‌های اساسی در خودکشی است. بحران دارای ویژگی‌های مهمی است که عبارتند از: خارج از تسلط و کنترل فرد است؛ غیرمنتظره است و آمادگی برای رخ داد آن وجود نداشته است؛ و نیز یک وضعیت مبهم و ناشناخته است.

وقایع استرس‌زای تهدیدکننده طولانی‌مدت، منجر به از هم گسیختگی سیستم ایمنی و فیزیولوژیکی است، همراه با تکانش‌های هیجانی با همبودی ترس و خشم. خودگویی‌های کلامی در آن منجر به فاجعه‌سازی بیشتر می‌شود، شرم‌سازی و احساس گناه در آن بسیار است، و مهارت‌هایی چون حل مسئله و خودپایی و خودیاری را نمی‌توان از فرد انتظار داشت. اختلال در خواب، اشتها، خلق، احساس خستگی مفرط، اضطراب و اشتغال ذهنی، افسردگی و ... همه مسائلی هستند که در مداخله بر روی آن‌ها باید مهارت‌های تنظیم هیجانی، حل مساله، یادگیری مبتنی بر مساله را که بیاموزد خودش چاره‌اندیشی کند، لحاظ کرد؛ و همچنین مهارت کمک خواستن داشته باشد، و به طور کلی شرایطی فراهم شود که فرد احساس حمایت شدن نماید تا به این باور برسد که می‌تواند از این بحران بگذرد.

حجت الاسلام دکتر حمید رفیعی هنر، استادیار روان‌شناسی پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی



موضوع سخنرانی: نقش دین در پیشگیری از خودکشی

مکانیزم‌های روانی تحت عوامل خودکشی را می‌توان این‌گونه برشمرد: از دست دادن امید و معنای زندگی، ناتوانی در مقابله با استرس، ناتوانی در تنظیم هیجانات منفی و احساس گناه‌ها، از دست دادن حمایت عاطفی، عدم کنترل تکانه‌ها، و انجام رفتارهای ناسالم. این در حالی است که تعداد زیادی از پژوهش‌های بین‌المللی (برای نمونه استاک و دیگران، ۲۰۱۱؛ کوئینگ و دیگران، ۲۰۱۲؛ تتی، ۲۰۱۴؛ لاورنس و دیگران، ۲۰۱۶؛ لستر، ۲۰۱۷؛ بازلی و دیگران، ۲۰۱۹) رابطه دینداری و خودکشی را به صورت معکوس گزارش کرده است، به طوری که هرچقدر میزان پایبندی‌های دینی افراد افزایش یافته، خطر خودکشی در افراد کاهش یافته است. همین موضوع پژوهشگران روان‌شناسی دین را واداشته تا به شناسایی مکانیزم‌های میانجی بین دینداری و پیشگیری از خودکشی بپردازند. در این میان مکانیزم‌های مهم موارد ذیل شناسایی شده است: ۱. پرهیز از رفتارهای ناسالم و تجویز رفتارهای سالم، ۲. ایجاد حمایت اجتماعی، ۳. ایجاد سبک‌های مقابله، ۴. امیدبخشی و معنادگی به زندگی، ۵. خودمهارگری و خودنظم‌بخشی.

طبق بررسی‌های نگارنده (رفیعی هنر، ۱۳۹۵؛ ۱۳۹۷؛ ۱۳۹۸) دین مبین اسلام مشتمل بر آموزه‌هایی است که بهره‌مندی از آنها در یک راهبرد سه سطحی اجتماعی- میان فردی- فردی می‌تواند هریک از مکانیزم‌های مذکور را تقویت کرده؛ و از قبل آن، به پیشگیری و کاهش خودکشی در میان افراد منجر شود. این آموزه‌ها شامل این موارد هستند:

- ✓ حرمت خودکشی و حرمت مشروبات الکلی (برای تقویت مکانیزم پرهیز از رفتارهای ناسالم)، و اهمیت دادن به حق الناس و عفو و گذشت (برای تقویت مکانیزم تجویز رفتارهای سالم)؛
- ✓ آموزه صله رحم، ترغیب به شرکت در جماعات مذهبی، ترغیب به طرح مشکل و مشورت با دیگران، اهمیت دادن به «حوائج الناس»، و آموزه مواسات و همدلی با دیگران (برای تقویت مکانیزم ایجاد حمایت اجتماعی)؛
- ✓ آموزه توکل و اعتماد به خدا، تغییر تصویر ناسازگار از خدا، دعا و گفتگو با خدا، توبه و جبران (برای مکانیزم سبک‌های مقابله با استرس)،
- ✓ آگاهی از هدفمند بودن زندگی، باور به وجود خدای حمایت‌گر و یاری‌رسان، و باور به وجود خیر در رویدادها (برای تسهیل مکانیزم ایجاد معنا و هدف در زندگی)، تأکید بر داشتن معیار ثابت، تأکید بر خودنظارتی، آموزه‌هایی برای انگیزه‌های مهار، و آموزه‌هایی برای مهار فکر و تنظیم هیجان (برای ایجاد مکانیزم خودمهارگری و خودنظم بخشی) می‌باشند.



دکتر حمید یعقوبی

موضوع سخنرانی: نقش همسالان و همتایان در پیشگیری از خودکشی

دکتر یعقوبی با اشاره به اینکه ما نیاز داریم بحث پیشگیری از خودکشی را از سطح نخبگان به سطح عمومی گسترش بدهیم چون از یک طرف متخصصان کافی نداریم و از سویی دیگر، پیشگیری از خودکشی با توجه به ماهیت آن، می‌تواند توسط افراد معمولی و همتایان از قبیل والدین، فرزندان و دوستان و دانشجویان، استادان دانشگاه، دست‌اندرکاران آموزش و پرورش و کادر درمان، روحانیون و هر انسانی انجام گیرد. منطق علمی این بحث در برنامه "بتا" توضیح داده شده است؛ که به طور مختصر به آن پرداخته می‌شود. لذا آموزش همتایان و حساس‌سازی آن‌ها می‌تواند تاثیر عمیقی بر دانش، نگرش و رفتار حمایتی آن‌ها و در نتیجه نقش موثری بر کاهش خودکشی داشته باشد. برنامه بتا (QPR) شامل سه سر واژه «پرس Question - ترغیب کن Persuade و ارجاع بده Refer» است. اساس این برنامه بر حساس‌سازی آحاد جامعه و خصوصاً دانشجویان دانشگاه‌ها نسبت به گرفتاری‌ها و رنج‌های اطرافیان آن‌ها است و در صورت لزوم از دوستان و همتایان خود درباره خودکشی بپرسند و آنها را ترغیب کنند تا برای حل مشکلات خود، اقدامی انجام بدهند و اگر نیاز بود آن‌ها را به مراکز حمایتی و یا مراکز مشاوره و یا تخصصی دیگر ارجاع بدهند. پس بتا شامل سه مهارت برای حفظ زندگی است: پرس (از شخص درباره خودکشی)، ترغیب کن (او را برای دریافت کمک) و ارجاع بده (شخص را به جای مناسب).

این برنامه به فرد امید را القاء می‌کند تا برای رهایی از خطر خودکشی اقدامی بکند، بتا برای آموزش به کسانی در نظر گرفته شده است که در موقعیتی قرار دارند که می‌توانند نشانه‌های خطر، سرنخ‌ها و پیام‌هایی را که افراد خودکشی‌گرا می‌دهند تشخیص دهند؛ تا با تمام توان برای پیشگیری از یک تراژدی احتمالی اقدام کنند.

افراد برای طی مسیر فکر خودکشی تا اقدام به آن، مسیری را طی می‌کنند که هر فردی که می‌توان او را مراقب نامید (مربی، روحانی، والدین، دوستان هم‌اتاقی و غیره) با شناخت این مسیر و شناخت نشانه‌های خطر کلامی و یا رفتاری، می‌تواند کمک کند تا فرد از بحران بگذرد. شناخت علائم و نشانه‌ها و به یک معنا سرنخ‌ها؛ گام اول است و بعد باور به اینکه ما می‌توانیم با اقدامات خود، جلوی خودکشی را بگیریم.

آموزش بتا به آحاد جامعه و گروه‌های اجتماعی مانند آموزش (CPR) به افرادی است که کار احیای قلب بیمار را به عهده دارند. برای توفیق در این برنامه باید سعی کنیم افراد جامعه، پدیده خودکشی را بشناسند، فرآیندهای شکل‌گیری آن را بدانند و به نقش خود در کمک به افراد واقف باشند. به طور مشخص، مهم است که افراد بدانند فکر خودکشی در طول زمان و گاه هفته‌ها و ماه‌ها طول می‌کشد تا شکل بگیرد و دیگر اینکه افکار خودکشی با اختلالات شیمیایی مغز و افسردگی ارتباط تنگاتنگی دارد. مشکلات دیگر می‌توانند به عنوان ماشه‌چکان خودکشی عمل کنند. پس قبل از استفاده از برنامه؛ از علائم هشدار دهنده خودکشی، آگاهی داشته باشید.



دکتر فاطمه قاسم بروجردی

موضوع سخنرانی: مراقبت‌های روان‌شناختی در اقدام‌کنندگان به خودکشی

اقدام مجدد به خودکشی در اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌تواند رایج باشد و لذا برای اقدام‌کنندگان، راهکارهایی جهت حفاظت فیزیکی و در دسترس نبودن اشیاء خطرناک برای خودکشی باید در نظر گرفته شود. اختلال‌های شخصیت مرزی و ضداجتماعی، مصرف‌کنندگان الکل و مواد و افراد با مشکلات شخصیتی و ضعف در انطباق با محیط، مستعد خودکشی هستند؛ که وظیفه روان‌درمانگر، شناسایی این عوامل و کاربرد درمان‌های متناسب در این زمینه است. برطرف کردن مشکلات بین‌فردی و ترتیب دادن موقعیت‌های اجتماعی برای افزایش احساس اقتدار و هویت اجتماعی و ارتباطات سالم و استفاده از درمان‌های حمایتی می‌تواند در پیشگیری از اقدام به خودکشی در افراد در معرض خطر کمک‌کننده باشد. تمرکز بر نقش عوامل خانوادگی برای پیشبرد درمان بیماران اقدام‌کننده به خودکشی می‌تواند مفید باشد. استفاده از "درمان متمرکز بر شفقت" و کاهش احساس گناه در رابطه با اقدام به خودکشی انجام شده، می‌تواند التیام‌بخش اقدام‌کنندگان باشد. در نهایت، در صورتی که احتمال اقدام به خودکشی در فرد بالا و جدی باشد، بستری شدن در یک مرکز اعصاب و روان ضرورت دارد.

برگزارکنندگان سمپوزیوم



دکتر حسین مرادی مخلص



دکتر محسن رضانیان



دکتر مجید صفاری نیا



دکتر حسین سلیمی بختانی



دکتر امیر ابراهیم فغلی



دکتر مهدی وجدانی بهمت



دکتر امیرج صالحی

جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران یک موسسه مردم نهاد است که فعالیت خود را به طور رسمی در سال ۱۳۹۲ با اخذ مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری آغاز نموده است. رسالت ما به عنوان جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی شامل موارد زیر است:

انجام مطالعات شناخت رفتارهای خودکشی را شامل فکر، اقدام و فوت ناشی از خودکشی در ایران و منطقه، انجام مطالعات پیشگیری از خودکشی موثر در ایران و منطقه، توسعه دانش و آگاهی و حساس سازی جامعه و مسئولین در حوزه پیشگیری از خودکشی از طریق چاپ و نشر مجله انگلیسی، خبرنامه و تیه و تکثیر جزوات و بروشورهای آموزشی، هم کاری با نهادهای داخلی، منطقه ای و بین المللی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمانهای بین المللی فعال در حوزه پیشگیری از خودکشی)، کمک به سازمانها و نهادهای اجرایی برای ایجاد و یا توسعه خدمات لازم برای پیشگیری از خودکشی

لذا در راستای نائل شدن به اهداف بالا، از عزیزانی که تمایل به همکاری با این جمعیت را دارند

دعوت به همکاری می شود.