

راهنمای عمومی پیشگیری از خودکشی (برای متخصصان و سیاست‌گذاران)



ترجمه شده در جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی





واقعیت‌های کلیدی درباره خودکشی

افکار و رفتار خودکشی فرآیندهای پیچیده‌ای هستند که دامنه آنها از افکار خودکشی تا برنامه‌ریزی و اقدام به آن و مرگ در اثر خودکشی گسترده است. در حقیقت رفتار خودکشی نتیجه تعامل عوامل زیستی، ژنتیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، محیطی و موقعیتی است.

تعریف خودکشی و اقدام به خودکشی در طی سال‌ها دستخوش تغییر شده‌است. دو لئو و همکاران خودکشی را یک اقدام غیر متعارف با نتیجه مرگبار تعریف کرده‌اند که در آن فردی که بر اثر خودکشی جان خود را از دست داده با آگاهی از پیامدهای بالقوه مرگبار عمل خود و با قصد تحقق آن عمل خودکشی را آغاز کرده و به انجام رسانده‌است.

رفتارهای خودکشی غیرمرگبار که اقدام به خودکشی و آسیب به خود عمدی را در بر می‌گیرد، به صورت زیر تعریف شده‌است:

عملی نامتعارف با پیامدی غیر مرگبار که در آن فرد اقدام کننده با پیش‌بینی و قبول خطر مرگ یا آسیب جسمی و با قصد تحقق این نتایج به آن اقدام کرده و آن را به انجام می‌رساند.

اپیدمیولوژی خودکشی

خودکشی افراد همه گروه‌های سنی، فرهنگی و جوامع را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آمار اقدام به خودکشی بسیار بالاتر از خودکشی کامل است. مطالعات نشان داده‌اند که وقوع رفتارهای خودکشی غیر کشنده حداقل ۱۰ برابر بیشتر از خودکشی منجر به فوت است. رفتارهای خودکشی غیر کشنده در میان نوجوانان شایع‌ترند و با افزایش سن کاهش می‌یابند.

هر مورد اقدام به خودکشی و خودکشی به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر اطرافیان تأثیر می‌گذارد. این موضوع تأثیر کوتاه مدت و بلند مدت بسیاری بر بازماندگان از جمله همسر، والدین، فرزندان، اعضای خانواده، دوستان، همکاران و همسالان خواهد گذاشت.



باورهای نادرست درباره خودکشی

باورهای نادرست بسیاری درباره رفتار خودکشی وجود دارد که در ادامه به شایع‌ترین آنها می‌پردازیم.

• خودکشی قابل پیشگیری نیست

یکی از رایج‌ترین باورهای نادرست درباره رفتار خودکشی، غیر قابل پیشگیری بودن آن است. اغلب افرادی که گرایش به خودکشی دارند، احساسات متناقضی درباره مرگ دارند. حتی افسرده‌ترین افراد نیز تا آخرین دقایق بین میل به زندگی و میل به پایان دادن به درد و رنجشان تردید دارند. شواهد علمی متعددی در تأیید اثربخشی تعداد قابل توجهی از مداخلات پیشگیری وجود دارد.

• صحبت کردن با افراد درباره خودکشی خطر رفتار خودکشی را افزایش می‌دهد.

هنگامی که فردی افکار خودکشی خود را بیان می‌کند نباید آن را تلاشی برای جلب توجه قلمداد کرد بلکه در حقیقت آن فرد ناامید است و رنج عاطفی بسیاری را تجربه می‌کند. گفتگو درباره افکار خودکشی و برنامه‌ریزی برای آن، اقدام به خودکشی و ناامیدی را افزایش نمی‌دهد. بر عکس، گفتگوی آزادانه درباره خودکشی می‌تواند یک روش پیشگیری/درمانی مؤثر باشد. به علاوه گفتگو درباره خودکشی از طریق تشویق افراد به جستجوی کمک می‌تواند باعث نجات جان آنها شود.

• خودکشی یک واکنش طبیعی به یک موقعیت غیر طبیعی است.

خودکشی یک واکنش طبیعی به استرس‌ورهای عمده زندگی نیست. خودکشی واکنشی غیرمعمول و نامناسب به یک موقعیت نسبتاً طبیعی در زندگی است. همه افراد در طول زندگی خود با موقعیت‌های استرس‌زا یا رویدادهای منفی متعددی مواجه می‌شوند، اما همه آنها درگیر افکار خودکشی نمی‌شوند و برای خودکشی برنامه‌ریزی نمی‌کنند.

• افرادی که در مورد خودکشی صحبت می‌کنند، خودکشی نخواهند کرد.

اکثر اقدام‌کنندگان به خودکشی و قربانیان آن افکار خودکشی خود را پیش از اقدام به خودکشی بیان کرده‌اند. بنابراین هر گونه بیان افکار خودکشی باید جدی گرفته شده و جستجوی کمک تشویق شود.

درک رفتار خودکشی

تحقیقات به روشنی نشان داده‌اند که رفتار خودکشی یک معضل پیچیده و چند عاملی است. هرگز نمی‌توان یک علت واحد را برای رفتار خودکشی بر شمرد. رفتار خودکشی همیشه از اثر متقابل عوامل خطر و فقدان عوامل محافظ در برابر رفتار خودکشی ناشی می‌شود.

➤ **عوامل خطر** شامل ویژگی‌هایی هستند که احتمال گرایش به خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی کامل را در افراد افزایش می‌دهند. این عوامل عبارتند از: اختلال‌های روانی (مانند اختلال افسردگی، اختلال مصرف مواد)، بیماری‌های جسمی (مانند مشکلات پزشکی که منجر به درد مزمن می‌شوند)، تجربه‌های منفی زندگی (از دست دادن والدین در سنین پایین، مورد آزار و اذیت قرار گرفتن)، ویژگی‌های فردی (مانند نومییدی، پرخاشگری) و سابقه قبلی اقدام به خودکشی. عوامل خطر ثابت نیستند و ممکن است در کشورهای مختلف متفاوت باشند.

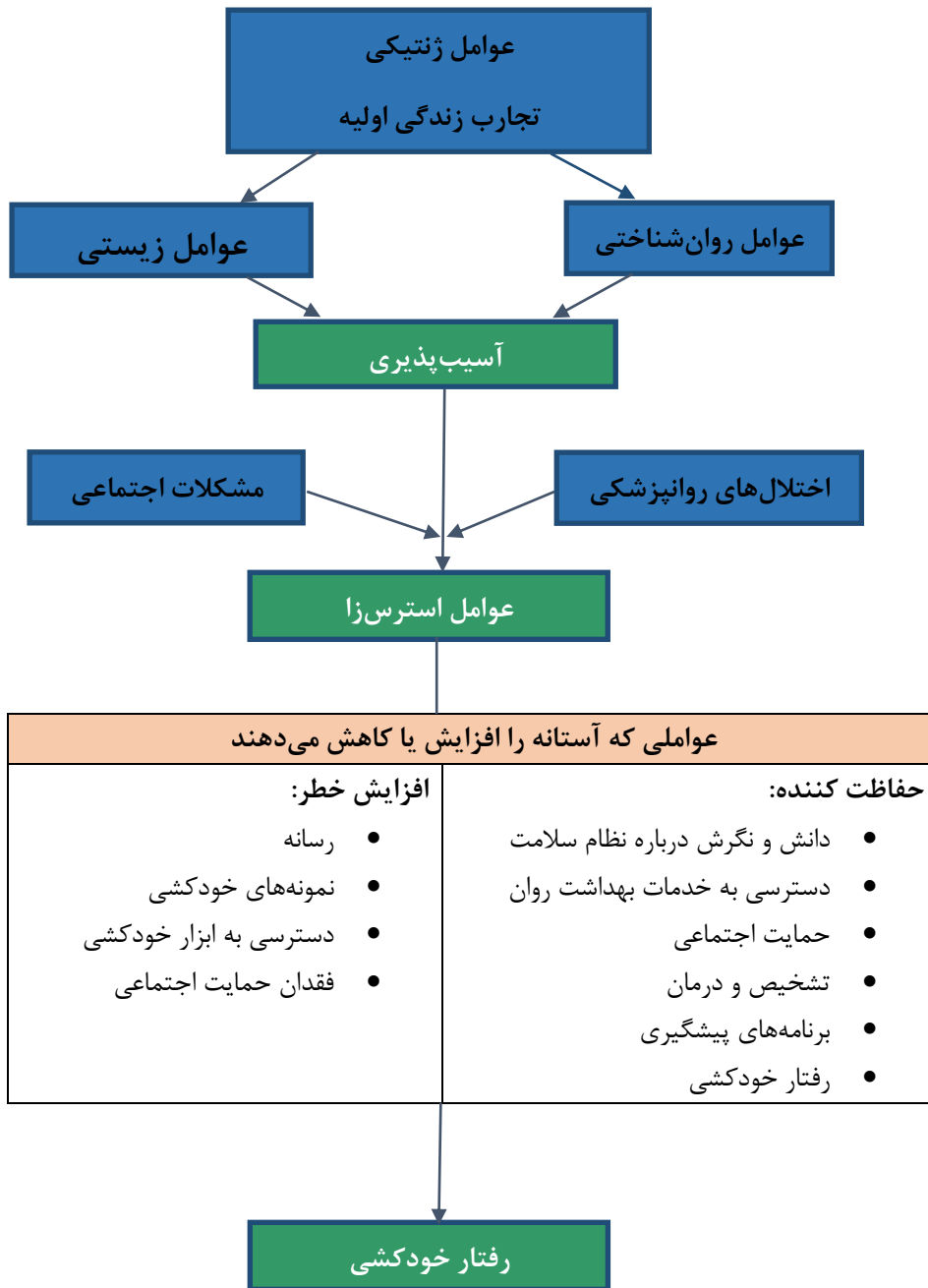
➤ **عوامل محافظ** شامل ویژگی‌هایی هستند که احتمال گرایش به خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی کامل را در افراد کاهش می‌دهند. تصویر خود مثبت، مهارت‌های حل مسئله کارآمد، رفتارهای کمک‌خواهی، حمایت‌های اجتماعی نمونه‌هایی از عوامل محافظ بالقوه هستند.

مدل زیر یک مدل زیستی-روانی-اجتماعی یکپارچه را نشان می‌دهد. این مدل بر اساس تأثیری که عوامل خطر زیستی، روانشناختی و روانپزشکی و اجتماعی می‌توانند در شکل‌گیری رفتارهای خودکشی داشته باشند ارائه شده است. این مدل بر سه عامل کلیدی متمرکز است:

۱. **عوامل وابسته به صفات** مانند عوامل ژنتیکی، زیستی و روانی (مانند سروتونین، اختلالات شخصیتی و اختلالات شناختی روانی)
۲. **ویژگی‌های وابسته به حالت** مانند افسردگی، نومییدی که نتیجه استرس‌ورهای زندگی (مانند بحران‌های اقتصادی، مشکلات اجتماعی، خشونت‌های خانگی) یا اختلال‌های روانپزشکی هستند.
۳. **عوامل آستانه‌ای** که می‌توانند منجر به افزایش خطر خودکشی شوند با برعکس اثر حفاظتی در مقابل آن را به دنبال داشته باشند. به‌عنوان مثال دسترسی به ابزار کشنده می‌تواند آستانه رفتار خودکشی را کاهش دهد در حالی که وجود یک نظام سلامت کارآمد و در دسترس می‌تواند اثر حفاظتی داشته باشد و از توسعه رفتارهای خودکشی در افراد جلوگیری کند.



مدل توضیحی رفتار خودکشی



استراتژی‌های کلیدی در پیشگیری از خودکشی

➤ سطوح مداخله

استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی می‌تواند بر اساس جمعیت مورد نظر در یکی از سه سطح استراتژی قرار گیرند.

مدل USI (Universal-Selective-Indicated) برای پیشگیری از خودکشی سه سطح پیشنهاد می‌کند: پیشگیری همگانی، پیشگیری انتخابی و پیشگیری موردی

برای دستیابی به یک برنامه پیشگیری موثر توصیه می‌شود که اقدامات در هر سه سطح انجام شود، زیرا پیشگیری از خودکشی نیازمند یک رویکرد چند جانبه است که شامل اقدامات مختلف در سطوح مختلف مداخله می‌شود.

<ul style="list-style-type: none"> • هدف قرار دادن کل جمعیت <p>مثال: کمپین آگاهی در مورد تاب‌آوری روانی</p>	<p>پیشگیری همگانی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • هدف قرار دادن گروه‌های در معرض خطر بیشتر <p>رفتارهای خودکشی</p> <p>مثال: آموزش رابطین بهداشتی برای شناخت علائم اختلال افسردگی</p>	<p>پیشگیری انتخابی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • هدف قرار دادن افرادی که در فرآیند خودکشی هستند. <p>مثال: بهبود فرآیند درمان برای افراد دارای گرایش به خودکشی</p>	<p>پیشگیری موردی</p>

استراتژی‌های کلیدی در پیشگیری از خودکشی

استراتژی‌های زیر به طور معمول در اقدامات اجرایی پیشگیری از خودکشی در اتحادیه اروپا مورد استفاده قرار می‌گیرند. استراتژی‌های مشخص شده در سطوح مختلف پیشگیری اعم از پیشگیری همگانی، پیشگیری انتخابی و پیشگیری موردی عمل می‌کنند (جدول ۱).

برخی از استراتژی‌ها بر یک سطح پیشگیری خاص تمرکز دارند (مثلا برنامه‌های مختص گروه‌های آسیب‌پذیر، بر پیشگیری انتخابی متمرکز هستند)، سایر استراتژی‌ها ترکیبی از سطوح مختلف هستند (مثلا ارتقاء سلامت روان می‌تواند شامل هر دو سطح پیشگیری همگانی و انتخابی باشد).

جدول ۱. استراتژی‌های انتخابی و سطوح مداخله

سطوح مداخله			استراتژی‌ها
پیشگیری موردی	پیشگیری انتخابی	پیشگیری همگانی	
	x	x	ارتقاء سلامت روان
x	x		ارائه خطوط امداد تلفنی و امداد آنلاین
x	x	x	آموزش متخصصین بهداشت روان، رابطین بهداشتی و اصحاب رسانه
	x		برنامه‌های هدفمند برای گروه آسیب‌پذیر
x			برنامه‌های هدفمند برای گروه‌های در معرض خطر
x	x	x	محدود کردن دسترسی به ابزار کشنده

استراتژی ۱_ ارتقاء سلامت روان

با توجه به این که استراتژی‌های ارتقاء سلامت روان اغلب نقش موثری در بهبود عوامل محافظ رفتار خودکشی از جمله تاب‌آوری، پذیرش اجتماعی، محیط‌های امن (مانند مدرسه و محیط کار) دارند، می‌توانند به جلوگیری از خودکشی کمک کنند.

ارتقاء سلامت روان شامل طیفی از استراتژی‌ها است که می‌توانند در سطح فردی، جامعه یا در هر دو سطح اجرا شوند:

استراتژی‌هایی که بر افراد متمرکز هستند، هدفشان افزایش تاب‌آوری هیجانی و کاهش آسیب‌پذیری در برابر مشکلات سلامت روان از طریق ارتقاء مهارت‌های فردی، عزت نفس، مهارت‌های مقابله‌ای، مهارت‌های حل مسئله و خودیاری است که منجر به افزایش ظرفیت مقابله با مراحل گذار و استرس‌های زندگی می‌شود. نمونه‌هایی از این استراتژی‌ها برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مدرسه و ابزارهای خودیاری آنلاین هستند.

در سطح جامعه، استراتژی‌های ارتقاء سلامت روان به افزایش همبستگی و انسجام اجتماعی کمک می‌کند. این استراتژی‌ها می‌توانند شامل افزایش آگاهی، انگ‌زدایی و تبعیض‌زدایی، ایجاد محیط‌های حمایتی (مانند شبکه‌های خودیاری) در بخش‌های مختلف، از جمله در مدارس، محل کار، باشگاه ورزشی، مراکز اجتماعی، خانه‌های سالمندان و غیره باشد.

برخی از استراتژی‌ها ترکیبی از اقدامات سطوح مختلف پیشگیری هستند. برای مثال، کمپین‌های آگاهی‌رسانی می‌توانند منجر به بهبود نگرش به اختلال افسردگی شوند (در سطح جامعه) و رفتار کمک‌خواهی را در افراد تسهیل کنند (در سطح فردی).

استراتژی ۲_ خطوط امداد تلفنی و امداد آنلاین

استراتژی‌هایی که رفتار کمک‌خواهی را در افراد دارای گرایش به خودکشی تسهیل می‌کنند، می‌توانند در پیشگیری از خودکشی مفید واقع شوند. در دهه‌های گذشته، تعداد قابل توجهی از کشورها، خدمات خطوط امداد تلفنی و امداد آنلاین را ارائه کرده‌اند که می‌تواند راه ارتباطی خوبی برای دسترسی به فرد دارای گرایش به خودکشی باشند.

• خطوط امداد تلفنی

بسیاری از کشورها برای کمک به افراد دارای گرایش به خودکشی، خدمات امداد تلفنی در شرایط بحران ارائه می‌دهند. مطالعات اندکی اثربخشی این خطوط تلفنی را مورد بررسی قرار داده‌اند، اما بیشتر مطالعات حاکی از اثربخشی این خطوط هستند. اخیراً نتایج یک نظرسنجی آنلاین از تماس‌گیرندگان با خطوط امداد تلفنی پیشگیری از خودکشی در بریتانیا نشان داد که آنها سطح رضایتمندی بالایی را از خدمات تلفنی گزارش کرده و تماس خود را سودمند ارزیابی کرده بودند.



• امداد آنلاین

در دهه گذشته جستجوی کمک به صورت آنلاین به میزان قابل توجهی در میان مردم افزایش یافته است. اینترنت منابع وسیعی را برای پیشگیری از خودکشی در اختیار کاربران قرار می‌دهد. بسیاری از خطوط امداد آنلاین خدمات خود را از طریق ایمیل، چت و شبکه‌های اجتماعی ارائه می‌دهند. امکان کسب اطلاعات مورد نظر به صورت ناشناس، مردم را به جستجوی کمک به صورت آنلاین تشویق می‌کند. به این ترتیب خدمات الکترونیک سلامت روان می‌تواند به عنوان یک منبع کمک در دسترس محسوب شده و آستانه مراقبت‌های بهداشتی و پیشگیری را کاهش دهد.

استراتژی ۳_ آموزش متخصصین بهداشت روان و اصحاب رسانه

آموزش متخصصان سلامت روان و رابطین بهداشتی یک استراتژی متداول در پیشگیری از خودکشی است. این موضوع با آموزش و یا تهیه راهنمای آموزشی برای مسئولین کلیدی محقق می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که ارائه آموزش یک استراتژی موثر در حوزه پیشگیری از خودکشی است. تأثیر آموزش در ارتقاء دانش و نگرش درباره پیشگیری از خودکشی به اثبات رسیده است. آموزش می‌تواند به گروه‌های هدف متفاوتی ارائه شود. آموزش پزشکان عمومی برای تشخیص و درمان اختلال افسردگی، افکار و رفتارهای خودکشی یکی از مهمترین استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی است. همچنین شواهد نشان داده‌اند که آموزش می‌تواند برای پرستاران و دانشجویان روان‌شناسی نیز بسیار مفید باشد. زیرا توانایی آنها را در زمینه ارزیابی خطر، ارزیابی نیاز مراقبت‌های بهداشتی و انجام مداخلات پیشگیری از خودکشی بهبود می‌بخشد.

به علاوه رابطین بهداشتی مانند معلمان، مشاوران، کارشناسان پیشگیری، کارشناسان جوانان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به سالمندان می‌توانند نقش مهمی در شناسایی افراد در معرض خطر و ارجاع افراد دارای گرایش به خودکشی به مراکز مرتبط داشته باشند. برای مثال، تأثیر آموزش معلمان و کارشناس جوانان در شناخت علائم هشداردهنده رفتارهای خودکشی و نحوه مداخله و ارجاع در شرایط بحرانی به اثبات رسیده است.

سایر رابطین بهداشتی که می‌توانند تحت آموزش‌های پیشگیری از خودکشی قرار گیرند، عبارتند از: روحانیون، نیروی انتظامی، داروسازان و نگهبانان زندان‌ها.

• آموزش اصحاب رسانه

نتایج پژوهش‌ها، بررسی‌های سیستماتیک و متاآنالیزها در مورد نقش گزارش‌های رسانه‌ای درباره خودکشی مکرراً نشان می‌دهد که گزارش موارد خودکشی به ویژه گزارش روش خودکشی یا خبر خودکشی اشخاص مشهور، می‌تواند منجر به رفتارهای خودکشی تقلیدی شود. بنابراین با توجه با افزایش آگاهی درباره نقش حیاتی اصحاب رسانه در زمینه پیشگیری از خودکشی، بسیاری از کشورها راهنما و برنامه‌های آموزشی ویژه برای اصحاب رسانه تدوین کرده‌اند.

تأثیر استفاده از راهنمای رسانه در ارتقای کیفیت گزارش رسانه‌ها در مورد رفتار خودکشی به اثبات رسیده‌است.

علاوه بر راهنمای رسانه، برخی از کشورها (مانند استرالیا، بلژیک و دانمارک) با اهدای جوایز رسانه‌ای از دست‌اندرکاران رسانه برای گزارش مسئولانه خودکشی تقدیر می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهند که اهدای جوایز رسانه‌ای می‌تواند مشوقی برای اجرای راهنمای رسانه باشد.

استراتژی ۴_ برنامه‌های هدفمند برای گروه‌های آسیب‌پذیر

برخی از جمعیت‌ها در معرض خطر بیشتر شیوع افکار و رفتارهای خودکشی هستند. به عنوان مثال، بازماندگان خودکشی، گروه‌های اقلیت و گروه‌های سنی خاص. در نظر گرفتن گروه‌های آسیب‌پذیر و طراحی مداخلات ویژه برای آنها در برنامه‌ریزی و تدوین استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی، بسیار حائز اهمیت است.

لازم به ذکر است که گروه‌های آسیب‌پذیر محدود به موارد زیر نیستند و خطر ایجاد رفتارهای خودکشی در یک گروه جمعیتی خاص می‌تواند در طول زمان دستخوش تغییر شده و تحت تأثیر عوامل فرهنگی یا اجتماعی قرار گیرد.

• بازماندگان خودکشی

سابقه خودکشی و اختلال روانی در بستگان به عنوان عوامل خطر ایجاد رفتار خودکشی شناخته شده‌است. بنابراین، فردی که عضوی از خانواده یا شخص مهمی در زندگی خود را در اثر خودکشی از دست داده‌است، در معرض خطر بیشتر ابتلا به بیماری‌های جسمی، روانی و رفتارهای خودکشی است.

برخی از کشورها از جمله بریتانیا، بلژیک و سوئد، با ایجاد شبکه‌ها و گروه‌های حمایتی برای بازماندگان خودکشی و ارائه منابعی درباره نحوه مواجهه با خودکشی بستگان و یا با ایجاد خطوط امداد تلفنی برای افراد داغ‌دیده از خودکشی، اقدامات پیشگیرانه‌ای را برای بازماندگان خودکشی انجام می‌دهند.

• گروه‌های اقلیت

گروه‌های اقلیت شامل افراد همجنسگرا، تراجنسیتی و دو جنسیتی (LGBT) و اقلیت‌های قومی به عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر نسبت به رفتار خودکشی شناخته شده‌اند.

افراد همجنسگرا و دوجنسگرا در مقایسه با افراد دگرجنسگرا در معرض خطر بیشتر ابتلا به اختلال‌های روانی، افکار خودکشی، سوء مصرف مواد و آسیب به خود هستند. مطالعات مختلف میزان اقدام به خودکشی را در جوانان همجنسگرا و جوانان دو جنسیتی بین ۲۰ تا ۵۳ درصد گزارش کرده‌اند. همچنین مطالعات حاکی از میزان بالای اقدام به خودکشی در افراد تراجنسیتی است. نتایج مطالعه‌ای در اروپا نشان داد که نرخ اقدام به خودکشی در مهاجرانی با فرهنگ‌های متفاوت و از کشورهایی با نرخ خودکشی بالاتر، در مقایسه با جمعیت بومی بیشتر است. به همین دلیل در برخی از کشورها از جمله آلمان، اقدامات ویژه‌ای برای پیشگیری از خودکشی در مهاجران در نظر گرفته شده‌است.



• سالمندان و جوانان

مطالعات حاکی از نرخ بالای خودکشی در سالمندان است، در حالی که نرخ رفتارهای خودکشی غیر کشنده در نوجوانان بیشتر است.

بازبینی برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در سالمندان نشان می‌دهد که اغلب برنامه‌ها در کاهش افسردگی، احساسات و افکار خودکشی یا میزان خودکشی موثر بوده‌اند. همچنین اغلب برنامه‌ها بر کاهش عوامل خطر، مانند کاهش انزوا و بهبود غربالگری و درمان اختلال افسردگی متمرکز بودند و تنها تعداد اندکی از آنها عوامل محافظ مانند بهبود تاب‌آوری و سالمندی مثبت را مد نظر قرار داده بودند. در نظر گرفتن این موضوع می‌تواند یک رویکرد نوآورانه و موثر در حوزه پیشگیری از خودکشی باشد.

توسعه مداخلات هدفمند و مناسب برای گروه‌های آسیب‌پذیر یکی از مواردی است که در تدوین استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. این مداخلات می‌تواند شامل موارد زیر باشند:

- تأکید بر افزایش تاب‌آوری گروه‌های آسیب‌پذیر؛
- فراهم کردن خدمات حمایتی ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر (از طریق ایجاد گروه‌های حمایتی، توسعه خطوط امداد تلفنی، نشریه‌ها و بروشورهای آموزشی و غیره)؛
- بهبود دسترسی به مراقبت‌ها برای گروه‌های آسیب‌پذیر؛
- افزایش آگاهی (و در برخی موارد انگ‌زدایی) در مورد گروه‌های آسیب‌پذیر از طریق آموزش جمعیت عمومی، رابطین بهداشتی و متخصصان سلامت روان

استراتژی ۵- برنامه‌های هدفمند برای گروه‌های پر خطر

هدف برنامه‌هایی که برای گروه‌های پر خطر خودکشی طراحی می‌شوند، توسعه استراتژی‌های غربالگری و درمان و مراقبت از افراد در معرض خطر بالای خودکشی است. افراد با سابقه قبلی اقدام به خودکشی و افراد مبتلا به اختلال‌های روانی بیشتر از سایر گروه‌ها در معرض خطر افکار و برنامه‌های خودکشی هستند.

• بهبود مراقبت‌های (پس از) خودکشی برای اقدام‌کنندگان به خودکشی

سابقه اقدام به خودکشی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتار خودکشی بعدی است. بنابراین، استراتژی‌های مراقبت‌های پس از خودکشی با تمرکز بر افراد دارای سابقه اقدام به خودکشی می‌توانند بسیار موثر باشند. مطالعات نشان می‌دهند که مداخلات پیگیری در اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌تواند میزان خودکشی را کاهش دهد. لوکستن، جون و کمپیس (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای که به منظور بررسی استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی متمرکز بر تماس‌های پیگیری انجام شد، به تاثیر پیشگیرانه اقدامات پیگیری از تماس‌های تلفنی و ارسال کارت پستال گرفته تا ارسال پیامک و ایمیل اشاره کردند.



• بهبود مراقبت از افراد مبتلا به اختلال‌های روانپزشکی

خودکشی ناشی از یک دلیل واحد نیست. اگر چه حدود ۹۰٪ از افرادی که در اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند، دارای معیارهای یک اختلال روانپزشکی بوده‌اند و متأسفانه نزدیک ۸۰٪ از این موارد تا زمان مرگ تحت درمان قرار نگرفته بودند.

بسیاری از اختلال‌های روانپزشکی، خطر افزایش رفتار خودکشی را به دنبال دارند. اختلال افسردگی، اختلال مصرف مواد و الکل، اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی، اختلالات خوردن و اختلالات اضطرابی از جمله این موارد هستند.

از این رو پیشگیری از اقدام به خودکشی و خودکشی از طریق روش‌های مناسب تشخیص و درمان این اختلالات، از اولویت بالایی در مراکز درمانی برخوردار است. برای مثال شواهد نشان می‌دهد پیشگیری و درمان اختلال افسردگی و سوء مصرف الکل و مواد می‌تواند میزان خودکشی را کاهش دهد.

• بهبود درمان افراد در معرض خطر

یافته‌های پژوهش اخیر در سطح جهانی نشان داده‌است که ۴۴٪ از افراد دارای گرایش خودکشی در کشورهای با درآمد بالا، هیچ نوع درمانی دریافت نمی‌کنند. بنابراین تأکید بر درمان‌های دارویی و روان درمانی افراد در معرض خطر باید در اولویت مراقبت‌های سلامت روان قرار گیرد.

تأثیر درمان دارویی در کاهش خطر خودکشی در افراد مبتلا به اختلالات روانی مختلف به اثبات رسیده است. برای مثال، تجویز بیشتر داروهای ضد افسردگی و درمان بلند مدت با لیتیموم با کاهش میزان خودکشی در بیماران افسرده در ارتباط است. با این حال، استفاده از داروهای ضد افسردگی برای نوجوانان افسرده می‌تواند اثرات نامطلوبی داشته باشد و احتیاط‌های لازم باید در این زمینه صورت گیرد. علاوه بر این بررسی‌های متعدد نشان داده‌اند که روان درمانی برای افراد دارای گرایش خودکشی مؤثر است.

با توجه به دنیای کامپیوتری و مدرنی که در آن زندگی می‌کنیم، پیشگیری از خودکشی مبتنی بر فن‌آوری یکی دیگر از حوزه‌های مهم و ارزشمند در پیشگیری از خودکشی است. به عنوان مثال اثربخشی درمان آنلاین اختلال افسردگی و افکار و رفتارهای خودکشی توسط مداخلات خودیاری، در مراحل اولیه به اثبات رسیده است. آزمایش تصادفی کنترل شده ون اسپیکر (۲۰۱۲) بهبود قابل توجهی را در افکار خودکشی، ناامیدی، نگرانی و وضعیت سلامتی افراد دارای افکار خودکشی پس از شرکت در مداخله خودیاری نشان داده‌است. در نیوزیلند، بازی کامپیوتری مداخلات درمان شناختی-رفتاری (SPARX) برای کاربرد در نوجوانان افسرده توسعه یافته و میزان اثر بخشی آن در کاهش علائم افسردگی به اندازه درمان شناختی-رفتاری معمول (و حتی در مواردی موثرتر) ارزیابی شده است.

استراتژی ۶- محدودیت دسترسی به روش‌های کشنده

استراتژی‌هایی با هدف محدود کردن دسترسی به روش‌های کشنده، از اقدامات پیشگیری از خودکشی بسیار مؤثر در کاهش میزان خودکشی هستند. این موضوع می‌تواند به دلیل قابلیت اجرای نسبتاً سریع و ارزیابی آسان این استراتژی‌ها در مقایسه با سایر استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی باشد.

ون در فلتز-کورنلیس و همکاران. (۲۰۱۱) نمونه‌هایی از مداخلات با هدف محدود کردن دسترسی فیزیکی به روش‌های خودکشی را ذکر کرده اند:

- مسمویت‌زدایی گاز خانگی
 - الزام استفاده از مبدل‌های کاتالیستی در وسایل نقلیه موتوری
 - محدودیت استفاده از سلاح گرم از طریق قوانین کنترل کننده
 - محدودیت استفاده از سموم و آفت‌کش‌ها
 - محدودیت دسترسی به مکان‌های مرتفع و پرتگاه‌ها از طریق نصب نرده‌ها و حفاظ‌های ایمنی در ساختمان‌های مسکونی و مکان‌های عمومی مرتفع
 - محدودیت تجویز و فروش باربیتورات‌ها و پاراستامول
 - استفاده از داروهای ضد افسردگی جدید و دارای سمیت پایین
 - محدودیت دسترسی به الکل.
- روش‌های محدودیت کاملاً بی خطر نیستند. محدود کردن یک روش، می‌تواند جایگزینی با روش‌های دیگر خودکشی را به دنبال داشته باشد. با این حال، نوردنتافت (۲۰۱۱) معتقد است: "در بستر مناسب، جایی که احتمال جایگزینی روش‌های خودکشی کمتر است، و همراه با مداخلات پیشگیری از خودکشی روانی-اجتماعی، محدود کردن دسترسی فیزیکی به ابزار خودکشی می‌تواند یک استراتژی موثر در پیشگیری از خودکشی باشد."

پیشنهادات

➤ مزایای برنامه ملی پیشگیری از خودکشی

در دهه‌های گذشته، بسیاری از کشورها و مناطق توسعه یافته مانند فنلاند، سوئد، بلژیک، دانمارک و انگلستان، برنامه‌های ملی و منطقه‌ای در زمینه پیشگیری از خودکشی تدوین کرده‌اند. برخورداری از یک استراتژی ملی پیشگیری از خودکشی می‌تواند در کاهش نرخ خودکشی موثر باشد. متسوبایاشی و یودا (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای آمار خودکشی را در فاصله سال‌های ۱۹۸۰ و ۲۰۰۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند، نتایج این تجزیه و تحلیل نشان داد که نرخ کلی خودکشی پس از اجرای برنامه‌های پیشگیری از خودکشی ملی، کاهش یافته است.

سازمان بهداشت جهانی در گزارش خود با عنوان "اقدامات بهداشت عمومی برای پیشگیری از خودکشی" اجزای کلیدی استراتژی ملی پیشگیری از خودکشی را ذکر کرده و بر موارد زیر تاکید کرده است:

- اهداف مشخص
- دیدگاه شفاف در مورد عوامل خطر و عوامل محافظ
- اثربخشی مداخلات
- استراتژی‌های پیشگیری در سطوح مختلف
- بهبود سیستم ثبت خودکشی و روند انجام پژوهش‌ها



• پایش و ارزیابی

با توجه به این که پیشگیری از خودکشی یک مسئله عمده در حوزه سلامت و فراتر از آن است، برنامه اجرایی پیشگیری از خودکشی باید برنامه‌ای چند بخشی باشد. مشخص کردن هدف (به عنوان مثال کاهش میزان خودکشی با درصد مشخص و در بازه زمانی معین) می‌تواند مشوق اجرای برنامه باشد. در نهایت، ثبات استراتژی‌ها و اقدامات توسعه یافته باید مورد توجه ویژه قرار گیرد.

"مداخلات پیشگیری از خودکشی باید چندجانبه، مبتنی بر شواهد و بر اساس فرضیه‌های قابل آزمون باشند و در جمعیت‌هایی با حجم کافی اجرا شود تا نتایج حاصل از آن قابل تعمیم و معتبر باشد."

➤ نیازهای پژوهشی

پژوهش‌های بیشتری باید در زمینه پیشگیری از خودکشی انجام شود. پیشنهاد می‌شود تحقیقات در این حوزه دربر گیرنده استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی باشد. این پژوهش‌ها می‌تواند منجر به ارتقای دانش در زمینه‌های زیر شوند:

- اپیدمیولوژی خودکشی و اقدام به خودکشی
 - عوامل خطر و عوامل محافظ رفتار خودکشی
 - نوروبیولوژی رفتارهای خودکشی
 - اثربخشی استراتژی‌ها و اقدامات پیشگیری از خودکشی
- به‌علاوه، با توجه به این که تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی می‌تواند در شکل‌گیری افکار خودکشی نقش داشته باشد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتری در سطح محلی و منطقه‌ای انجام پذیرد.

منبع:

Dumon, E., & Portzky, G. (2014). General guidelines on suicide prevention (EUREGENAS project). Retrieved from:
https://www.researchgate.net/publication/261025584_General_Guidelines_on_Suicide_Prevention_EUREGENAS_project

درباره EUROGENAS

هدف پروژه EUROGRNAS پیشگیری از افکار و رفتار خودکشی در اروپا از طریق توسعه و اجرای استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی در سطح منطقه ای است. این پروژه یکی از نمونه‌های موفق در اتحادیه اروپاست. هدف راهنمای ارائه شده افزایش آگاهی از استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی است. پیام کلیدی برای سیاست‌گذاران این است که پیشگیری از خودکشی امکان‌پذیر است و نیازمند سیاست‌گذاری و همکاری‌های بین بخشی و برنامه‌های چندجانبه در سطوح مختلف است.





منابع:

- 1) De Leo, D., Dello Buono, M., Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-229.
- 2) De Leo, D., Burgis, S., Bertolote J.M., Kerkhof, A., Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of Suicidal Behaviour. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behavior: theories and research findings* (pp. 18-37). Ashland, OH: Hogrefe & Huber.
- 3) De Leo, D., & Spathonis, K. (2004). Suicide and suicidal behavior in late life. In D. De
- 4) Luxton, D.D., June, J.D., & Comtois, K.A. (2013). Can Postdischarge Follow-Up Contacts Prevent Suicide and Suicidal Behavior? A Review of the Evidence. *Crisis*, 34 (1), 32-41.
- 5) Matsubayashi, T. & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social science & medicine*, 73 (9), 1395-1400.
- 6) Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853.
- 7) van der Feltz-Cornelis, C.M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A.T., Carli, V., McDaid, D., O'Connor, R., Maxwell, M., Ibelshauer, A., Audenhove, C., Scheerder, G., Sisask, M., Gusmao, R. & Hegerl, U. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: A review of systematic reviews. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32 (6), 319-333.
- 8) Vandeurzen, Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012 - 2020.
- 9) van Spijker, B. (2012). *Reducing the Burden of Suicidal Thoughts Through Online Self-Help*. Amsterdam: B.A.J. van Spijker.
- 10) World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Available at www.who.int. Accessed April 2013.
- 11) World Health Organization / Europe. *Mental health – Data and statistics*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/facts-and-figures>. Retrieved September 2013.