

## پیشگیری از خودکشی

### منبع آموزشی برای معلمان و اولیاء مدارس\*

این جزوه برای کلیه کارکنان مدارس و نیز برای افراد و متخصصینی که نسبت به موضوع خودکشی علاقه دارند میتواند اطلاعات مفیدی در بر داشته باشد.

در سطح جهانی خودکشی از پنج علت اصلی مرگ و میر در سنین بین ۲۰-۱۵ سال است و حتی در برخی از کشورها به ردیف اول یا دوم مرگ در نوجوانان و جوانان میرسد. در کشور ما نیز شایعترین سن اقدام به خودکشی ۳۰-۱۵ میباشد. مطالعه‌ای در کرمان نشان داد میزان خودکشی در افراد زیر ۲۵ سال بیشتر از بالای ۲۵ سال بود، که هماهنگ با تحقیقات دیگر است (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱). محقق دیگری در مطالعه‌ی خود طی سالهای ۸۰-۱۳۷۳ در استان ایلام دریافت بیشترین نرخ خودکشی و اقدام به خودکشی در دو گروه سنی ۱۹-۱۵ سال و ۲۴-۲۰ سال بوده است. میانگین سنی خودکشی در این پژوهش ۲۷-۲۶ سال و اقدام به خودکشی ۲۳-۲۴ سال به دست آمد (جمشیدزاده، ۱۳۸۱). بررسی دیگری در شهرستان کوهدشت نشان داد در سال ۷۶ بیشترین تعداد خودکشی در گروه سنی ۲۰-۱۰ سال رخ داده است و پس از آن گروه سنی ۳۰-۲۱ سال قرار می‌گیرد همین نتایج در سال ۷۷ و نیمه اول سال ۷۸ تکرار شده است (کلدی و گراوند، ۱۳۸۱).

در مطالعه‌ای در جیرفت ۴۳ درصد اقدام‌کنندگان در گروه سنی ۱۹-۲۰ سال، و ۵۲ درصد در گروه سنی ۳۹-۲۰ سال بودند (ظهور و افلاطونیان، ۱۳۸۲). در استان ایلام از سال ۱۳۷۹ تا ۸۰، حدود ۷۵ درصد خودکشی بین جوانان ۳۰-۱۵ ساله روی داده است (ایدی، ۱۳۸۰). مطالعه‌ی دیگری در استان

---

\* متن آموزشی زیر از کتابچه prevention suicide: a resource for teachers and other school staff مربوط به دپارتمان بهداشت روان سازمان جهانی بهداشت، برنامه SUPRE-MISS استخراج شده است. اطلاعات مربوط به متن که از مطالعات ایران بدست آمده است هر کجا لازم بود آورده شده است.

مازندران سن متوسط اقدام‌کنندگان را ۲۷ سال به دست آورد که تقریباً مشابه مطالعه‌ی انجام شده در ایلام است (ضرغامی و خلیلیان، ۲۰۰۱). پژوهشگران در مطالعه‌ی در شهر همدان طی سال‌های ۷۱-۱۳۷۰ دریافتند بیشتر اقدامات در این شهر در گروه‌های سنی ۲۰-۱۶ سال و پس از آن در گروه سنی ۲۵-۲۱ سال رخ می‌دهد. پس از ۳۰ سالگی نرخ اقدام کاهش می‌یافت. گروه سنی ۲۴-۱۰ سال ۷۰ درصد موارد اقدام را به خود اختصاص می‌دهد (یاسمی و همکاران، ۱۳۷۶). در شهر همدان نتایج یک بررسی نشان داد از مجموع ۶۶۷ مورد اقدام به خودکشی، ۷۷/۵ درصد مربوط به افراد زیر ۳۰ سال است (حیدری پهلویان، ۱۳۷۶). مطالعه‌ی در تهران نشان داد که بالاترین میزان خودکشی در زنان ۳۶/۶ درصد و در گروه سنی ۲۷-۱۹ سال، و کمترین میزان آن هم در زنان و هم در مردان در گروه سنی ۹۰-۸۲ سال است (حیدری، ۱۳۶۷).

از نظر سن بیشترین درصد مربوط به گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال (۲۰/۷٪) و پس از آن مربوط به گروه سنی ۱۴ تا ۱۹ سال (۱۸/۳٪) بود. ۱۰/۳ درصد افراد بین ۳۰ تا ۳۴ سال داشتند. تنها ۸/۴ درصد از آزمودنیها ۵۵ سال یا بالاتر بودند (ملکوتی و همکاران-تحقیق ۲۳۰۰ کرج). بیش از ۶۰٪ اقدام‌کنندگان در سنین بین ۲۵-۱۵ سال و حدود ۲۴٪ در سنین میانسالی قرار دادند (نجومی و همکاران) تحقیق ۹۴۵ کرج.

همانطور که ملاحظه میشود بیشترین خودکشی و اقدام به خودکشی در سنین بالاتر از ۱۵ سالگی رخ میدهد. روش اقدام میان افراد و حتی جوامع مختلف متفاوت است لیکن پسرها از روش های خطرناک تر مانند اسلحه برای خودکشی استفاده میکنند. با این وجود این الگو در برخی از استان های غربی کشور ما متفاوت است. دخترها و زنان به علت استفاده از روش خودسوزی آمار خودکشی بیشتری از مردان دارند.

اشتغال به افکار خودکشی در سنین نوجوانی همیشه غیر طبیعی نیست، برخی مطالعات نشان داده اند که نیمی از آنها به چنین افکاری اشتغال ذهنی دارند که در واقع بخشی از مرحله رشد آنان تلقی میگردد تا به مفهوم حیات، مرگ/زندگی دست یابند. در این موارد امکان صحبت آزادانه در این موضوعات با اولیاء مدارس و والدین به رشد آنان و دست یابی به مفاهیم کاملتر کمک خواهد نمود. هنگامی که اشتغال به این افکار تنها راه رهایی از مشکلات

جلوه نماید میبایست خطرناک و جدی تلقی نمود.

## دست کم تلقی نمودن مشکل

بسیاری از مرگ‌هایی که به علت تصادف، سوء مصرف مواد، افتادن از بلندی و مواردی از این قبیل به مرگ نوجوان منجر میشود در بررسی‌های انجام شده به یک اقدام عمدی برای رهایی از زندگی منجر گردیده.

در بررسی‌های همه‌گیر شناسی مبتنی بر جامعه نیز نرخ اقدام به خودکشی بالات از آن رقمی است که از مراجعه‌کنندگان به مراکز فوریت‌های پزشکی بدست میاید. در بررسی انجام شده در کرج نتایج نشان داد که نسبت اقدام‌کنندگان به خودکشی که به مراکز روانپزشکی ارجاع داده نشده اند به ارجاع شدگان ۱۰ به ۱ است (بواله‌ری و همکاران).

آمارهای موجود نشان میدهند که دختران نسبت به پسرها بیشتر اقدام به خودکشی میکنند ولی کمتر به مرگ منجر میشود. علت این پدیده را در موارد زیر باید جستجو نمود:

۱. دخترها بیشتر دچار افسردگی میشوند
۲. دخترها بیشتر احساسات خود را با دیگران و متخصصین بیان میکنند از این رو امکان کمک به آنان بیشتر میسر میشود
۳. پسرها رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه بیشتری دارند
۴. پسرها از مواد روانگردان مانند الکل و سایر مواد مخدر که میتواند در بروز رفتارهای خودکشی موثر واقع گردد، بیشتر استفاده میکنند.

## عوامل محافظت‌کننده

### عوامل خانوادگی:

- ارتباط خوب با اعضاء خانواده
- برخورداری از حمایت خانواده
- عوامل شناختی و شخصیتی
- برخورداری از مهارتهای اجتماعی
- داشتن اعتماد به نفس نسبت به موفقیت‌ها و موقعیت خود
- درخواست کمک در مواجهه با مشکلات

- در خواست مشورت در مواقع مهم اتخاذ تصمیم
- استقبال از تجربیات و راه حل دیگران
- استقبال از دست آوردهای عملی جدید

#### عوامل فرهنگی و اجتماعی

- داشتن فعالیت های اجتماعی از جمله شرکت در باشگاههای ورزشی، هنری و مذهبی.
- ارتباط خوب با همکلاسی ها
- ارتباط خوب با معلمان و سایر افراد بزرگسال
- حمایت از وابستگان
- عوامل خطر و موقعیت های خطرناک
- باید بیاد داشت که این عوامل از فرهنگی به فرهنگی و از کشوری به کشور دیگر متفاوت میباشد که نیاز به بررسی دارد.

#### عوامل فرهنگی و اجتماعی

- فقر
- بیکاری
- سطح سواد کم
- مهاجرین
- افراد بومی
- فشارهای ناشی از شکنجه، جنگ و انزوا
- تعارضات فرهنگی و احساس عدم قرابت با فرهنگ محیطی که در آن زندگی میکنند.
- فقدان ریشه های فرهنگی به عنوان مدلی برای حل تعارضات در نوجوانان که ممکن است به بحران های هویتی منجر گردد.

#### رویدادهای استرس زا در دوران کودکی و الگوی خانواده

- وجود بیماری در والدین
- سوء مصرف الکل، مواد روانگردان و یا رفتارهای ضد اجتماعی در خانواده
- سابقه اقدام به خودکشی و خودکشی در خانواده
- خانواده خشن
- سابقه سوء رفتار فیزیکی یا جنسی

- مراقبت ناقص و نیز ارتباط ضعیف در خانواده
  - وجود نزاع های مکرر در خانواده همراه با فشار روانی و پرخاشگری
  - طلاق/جدایی والدین
  - نقل و مکان مکرر به مناطق مختلف برای زندگی
  - توقع بسیار زیاد و یا بسیار کم خانواده از فرزند
  - تسلط بسیار زیاد و یا بسیار کم والدین بر فرزندان
  - وقت کم والدین برای فرزندان برای مشاهده و مدارا با فشارهای روانی فرزند و طرد و بی اعتنایی به فرزند
  - فرزند خواندگی
- وجود عوامل خانوادگی فوق لزوماً به بروز رفتارهای خودکشی منجر نمیگردد ولی تجمع عوامل فوق خطر را افزایش میدهد.
- عوامل شناختی و شخصیتی**
- خلق بی ثبات
  - رفتار پرخاشگری و خشم
  - رفتارهای ضد اجتماعی
  - رفتار تکانشی شدید
  - تحریک پذیری
  - مکانیزم سازگاری غیر منعطف
  - مهارت حل مسئله ضعیف
  - ناتوانی در پذیرش واقعیت
  - تمایل به زندگی در دنیای خیالی
  - تخیل بزرگ منشانه در مقابل احساس بی ارزشی
  - احساس ناکامی
  - اضطراب ناشی از وجود بیماری جسمانی
  - اخلاقی بودن افراطی
  - احساس حقارت

هر یک از عوامل شخصیتی فوق میبایست با بیماری روانی همراه گردند تا به عنوان ریسک فاکتور جدی تلقی گردد.

### بیماری روانپزشکی

- افسردگی: بخصوص هنگامی که افسردگی با رفتارهای ضد اجتماعی همراه گردد خطر را افزایش میدهد. در کودکان و نوجوانان افسردگی با علایم جسمانی مانند سردرد، دل درد و پا درد همراه میشود. در دختران افسردگی بیشتر با گوشه گیری و در پسران با رفتار پرخاشگری همراه است.
  - اضطراب بیشتر در پسران بروز رفتار خودکشی را بیشتر از دختران افزایش میدهد.
  - سوء مصرف مواد و الکل. اطلاعات موجود حاکی از آن است که ۱/۴ نوجوانانی که خودکشی میکنند تحت تاثیر مواد یا الکل بودند.
  - اختلال سایکوز مانند مانیک-دپرسیو و اسکیزوفرنیا.
- وجود سابقه اقدام به خودکشی. وجود چنین سابقه ای با یا بدون بیماری روانپزشکی خطر خودکشی را افزایش میدهد.

### استرس های زندگی

- اختلافات خانوادگی
- جدایی از دوستان یا همکلاسیها
- مرگ یکی از نزدیکان
- قطع روابط عاشقانه
- اختلال در روابط بین فردی
- وجود مشکل قانونی
- فشارهای گروه دوستان
- شکست تحصیلی
- فشار زیاد در مدارس
- بیکاری
- فقر
- حاملگی ناخواسته و سقط جنین
- ابتلا به HIV

- بیماری جدی جسمانی
- آسیب های طبیعی

## چگونه دانش آموزان در فشار و نیز در معرض خطر را شناسایی کنیم؟

هر گونه تغییر رفتار وی را باید جدی تلقی نمود. این تغییر میتواند حاکی از فشار شدید بر وی باشد که در برخی موارد ممکن است به خودکشی نیز منجر گردد:

۱. فقدان علاقه به کارهای روزمره
  ۲. کاهش سطح نمرات
  ۳. کاهش تلاش در درس و مطالعه
  ۴. سوء رفتار در مدرسه
  ۵. غیبت های غیر موجه از مدرسه و فرار از مدرسه
  ۶. مصرف سیگار و الکل و سایر مواد
  ۷. بروز رفتارهای خشونت آمیز و دخالت پلیس در امور
- مشاهده این تغییرات مسئولین مدرسه را به بررسی موضوع و ارائه خدمات مورد نیاز هدایت خواهد کرد.

## ارزیابی ریسک خودکشی

در چنین ارزیابی باید به این مسئله توجه داشت که رفتار خودکشی چند وجهی است:

۱. وجود سابقه خودکشی، خطر بروز آن را در شرایط استرس آور بیشتر میکند.
۲. بیماری افسردگی. در کودکان و نوجوانان افسردگی با **actionalizing** تمایلات درونی، افزایش خواب و اشتها خود را نشان میدهد.
۳. بررسی وجود شرایط محیطی نا مطلوب
۴. بروز رویدادهای استرس زا

## نحوه درمان و مدیریت دانش آموز با رفتار خودکشی

مدارا و مدیریت رفتار خودکشی در دانش آموز به مهارت جدی نیازمند است که ضروریست اولیاء مدرسه با آن آشنا باشند.

## ۱. پیشگیری قبل از بروز رفتار خودکشی

۱-۱) تقویت بهداشت روان در مدارس، معلمان و سایر پرسنل مدارس. حفظ سلامت روانی معلمان و سایر کارکنان و نیز ایجاد محیطی آرام و بدون پرخاشگری و طرد کننده. آموزش به کارکنان برای درک مشکلات و فشارهای روانی دانش آموزان و کارکنان مدارس.

۲-۱) افزایش اعتماد به نفس دانش آموزان به روش های زیر:

۱-۱-۲) ایجاد تجربیات مثبت، چنین تجربیاتی باعث افزایش اعتماد به نفس آنان در مواجهه با تجربیات آینده میشود.

۱-۱-۳) عدم فشار مستمر به آنان برای بیشتر و بهتر کار کردن

۱-۱-۴) این کافی نیست که والدین فقط به ابراز عشق و عاطفه به کودک خود اکتفا کنند، کودکان باید آن را لمس کنند.

۱-۱-۵) پذیرش کودک به تنهایی کافی نیست، او نیاز به عشق و عاطفه دارد.

۱-۱-۶) کودک به خاطر وجودش باید احساس خوبی داشته باشد

۱-۱-۷) ابراز empathy بجای sympathy

۱-۱-۸) حمایت از خودمختاری در کودک

۱-۱-۹) ایجاد مهارت های فیزیکی، اجتماعی و کلامی. به این منظور باید از وابستگی او به خانواده کمتر شود، قادر باشد با دیگران ارتباط برقرار کند.

۱-۱-۱۰) ایجاد مفهومی مثبت و کارا از زندگی برای کودک

۱-۱-۱۱) حمایت از ادامه تحصیل دانش آموز

۱-۳) بیان احساسات. کودک و نوجوان باید احساسات خود را درک کرده و از بیان آن به معلمان، مربیان ورزشی، والدین و ..... اعتماد نماید.

۱-۴) پیشگیری از رفتارهای پرخاشگری و نزاع در محیط مدرسه و اطراف آن

۱-۵) آشنایی با آدرس و تلفن مراکز بهداشت روانی و فوریت های پزشکی قابل دسترس.

۲. مداخله در صورت وجود خطر رفتار خودکشی.

۱-۲) برقراری ارتباط با فردی که در معرض بروز خودکشی است.

۱-۲-۱) از صحبت با فردی که دارای فکر خودکشی است نباید حراس داشت،

گفتگو با او خطر خودکشی را افزایش نمی دهد.

۱-۲-۲) تردید در مکالمه با فرد در معرض خودکشی ممکن است ناشی از بروز تعارضات روانشناختی خود فرد بالغ گردد و مانع از ارتباط مفید با بیمار شود.

۱-۲-۳) استرس ها و عدم آرامش فرد بالغ در مواجهه با دانش آموز ممکن است باعث بروز رفتارهای مستقیم و غیر مستقیم پرخاشگرانه در وی شود.

۱-۲-۴) بچه های در معرض خودکشی غالباً از بدو کودکی در برقراری ارتباط و اعتماد دچار مشکل بودند و اکنون نیز برقراری ارتباط با یک نفر و گفتگو در مورد تمایلات وی برای خودکشی بسیار دچار است. از این رو در مقابل بی اعتمادی فرد در معرض خودکشی میبایست صبور بود.

۱-۲-۵) نوجوان در دریافت کمک یا رد آن در برابر رفتار خودکشی خود مردد است و ممکن است دچار تغییر رفتار ناگهانی در دریافت یا عدم دریافت کمک شود. تفسیر چنین رفتاری ممکن است برای دیگران مشکل باشد.

۳. ارتقاء و بهبود مهارت کارکنان مدارس. بدین منظور برگزاری دوره های آموزشی برای تشخیص شرایط استرس، افسردگی، عوامل خطر بروز رفتار خودکشی، نحوه برقراری ارتباط با فرد در معرض خطر مفید و موثر خواهد بود.

۴. در صورت شناسایی دانش آموزی با خطر اقدام به خودکشی ضروریست فرد مظنون توسط تیمی شامل از معلم، مددکار، و یا سایر افراد موثر در مدرسه به پزشک عمومی یا روانپزشک کودک معرفی گردد و از معرفی با نامه به علت رد آن توسط فرد، اجتناب شود.

۵. دور کردن وسایل مهلک و کشنده مانند اسلحه، سموم، وسایل تیز و برنده و امثال آن از دسترس فرد در معرض خودکشی.

### هنگامی که خودکشی رخ داد و یا خودکشی به فوت منجر گردید، چه میتوان کرد؟

- آگاه نمودن کارکنان و دانش آموزان نسبت به کاری که رخ داده است
- شناسایی سایر افراد در معرض خودکشی
- معرفی فرد فوت کرده و دلایلی که به فوت وی منجر گردیده است.