انستیتو روانپزشکی تهران- مرکز تحقیقات بهداشت تهران
(بخش روانپزشکی اجتماعی)



متن آموزشی

پیشگیری از خود کشی برای کارکنان آموزش و پرورش

تألیف:

دکتر سید مهدی حسن زاده

دکتر لاله حبیبی کوهی

دکتر میترا حفاظی

عیسی کریمی کیسمی

با همکاری:

معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
(اداره سلامت روان)

زمستان ۱۳۸۶

فهرست مطالب

عنوان | صفحه

اهداف ۱
مقدمه ۱
نکات کلیدی راجع به خودکشی درجهان ۳
تعریف خودکشی ۳
مسئله‌ای که دست کم گرفته می‌شود ۵
عوامل محافظتی ۵
الگوی‌های خانوادگی ۵
سبک شناختی وشخصیت ۶
عوامل فرهنگی و اجتماعی ۶
عوامل و موقعیت‌های خطر ۶
عوامل فرهنگی و اجتماعی ۶
عوامل خانوادگی و رخدادهای دوران کودکی ۷
سبک شناختی و شخصیت ۸
اختلالات روانپزشکی ۹
افسردگی ۹
اختلالات اضطرابی ۱۰
سوء مصرف الکل و مواد ۱۰
اختلالات خوردن ۱۰
اختلالات شدید روانی ۱۰
سابقه اقدام قبلی ۱۱
رویدادهای منفی اخیر در زندگی بعنوان ماشه چکان رفتار خودکشی ۱۱
چگونه دانش آموزان ناراحت و در معرض خطر خودکشی راشناسایی کنید ۱۲
شناسایی دانش آموزان ناراحت ۱۲
ارزیابی خطر خودکشی ۱۳
اقدامات قبلی خودکشی ۱۳
افسردگی ۱۳
موقعیت‌های خطر ۱۴

عنوان | صفحه

چگونه دانش آموزمستعد خود کشی را در مدرسه مدیریت کنید ؟ ۱۴
پیشگیری کلی : قبل از رخدادن هرگونه اقدام به خود کشی ۱۴
تقویت سلامت روان معلمان و سایر کارکنان مدارس ۱۵
تقویت اعتماد به نفس دانش آموزان ۱۵
ارتقاء ابراز هیجانی ۱۶
پیشگیری اززورگویی و خشونت در مدرسه ۱۶
تامین اطلاعات در مورد خدمات مراقبتی ۱۶
مداخله : وقتی خطر خودکشی محرز شد ۱۷
ارتباط ۱۷
بهبود مهارت‌های کارکنان مدرسه ۱۸
ارجاع به متخصصین ۱۹
دورنگهداشتن ابزار کشنده و خطرناک ازدسترس کودکان و نوجوانان ناراحت یا مستعد خودکشی ۱۹
زمانی که اقدام به خودکشی یا خودکشی پیش می‌آید ۱۹
خلاصه کلام ۲۰
منابع ۲۱

اهداف

انتظار میرودکارکنان آموزش و پرورش پس ازمطالعه این متن بتوانند:

۱ –اهمیت مشکل خودکشی و لزوم پیشگیری از آن را باز گو کنند.

۲ –در شناسایی ،ارجاع و پیگیری موارد خودکشی نقش خود را با اهمیت ببینند .

۳ –در پیشگیری از خودکشی در مدارس نقش داشته باشند.

۴ –با مرکز بهداشت شهرستان در کاهش میزان خودکشی در مدارس هماهنگی نمایند.

مقدمه

خودکشی از جمله ده علت اصلی مرگ در کشورهای مختلف جهان است و سالانه بیش از یک میلیون نفر در سال خودکشی می‌کنند.

آمار خودکشی در ایران هر چند در مقایسه با کشورهای دیگر پائین‌تر است اما بررسی انجام گرفته در کشور نشان می‌دهد که در سال‌های ۷۶–۶۵ حدود ۶ برابر افزایش داشته است این میزان بدون درنظر گرفتن میزان رشد جمعیت طی این سال‌های اخیر می‌باشد.

طبق آمارهای منتشر شده تعداد تقریبی افرادی که در ایران خودکشی می‌کنند سالانه حدود ۵۰۰۰ نفر می‌باشد، علاوه بر آن تعدادی از افراد در مناطق مختلف کشور خودکشی می‌کنند ولی در آمار کلی سالانه جای ندارند.از آنجا که هر فردی که خودکشی می‌کند عضوی از یک خانوار ایرانی ۶نفره نفر باشد حداقل ۳۰۰۰۰ نفر از مردم کشور ما بنوعی با مشکل خودکشی و پیامدهای روانی و اجتماعی آن در گیرند.

پیشگیری از خودکشی همیشه بعنوان یک مشکل بهداشتی مطرح بوده و همواره مورد توجه معاونت سلامت وزارت بهداشت بوده است.بطوریکه در حال حا ضر طرح هایی تحت عنوان "پیشگیری از خودکشی با درمان افسردگی" و" تدوین برنامه پیشگیری از خودکشی قابل ادغام در PHC" در سال‌های ۸۷–۸۶ در دست انجام بوده با این هدف که بتوان با برنامه ریزی کشوری در

کاهش پیشگیری از خودکشی راهکارهای لازم را ارایه نمود. براساس آمارهـای منتشـر شـده، میـزان خودکشی ۱/۳ درصد در ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۶۳ و ۶/۴ جمعیـت در سـال ۱۳۸۴ رسـیده اسـت. خودکشی در مردان ۷/۶ در ۱۰۰ هزار نفر نهمین علت مرگ و میر و در زنان ۱/۵ در صـد هـزار نفـر دهمین علت مرگ و میر بوده است.

در سال‌های اخیر با توجه به افزایش اقدام به خودکشی و مشکلات اجتمـاعی دیگـر ناشـی از آن، موجب گردید تا ضرورت توجه به بر نامه ریزی پیشگیری از خودکشی بیش از پیش احساس شود و نسبت به اجرای طرح ادغام پیشگیری از خودکشی در نظام شبکه بهداشتی اقدام گردد.

امید است کاردان و کار شنا سان بهداشتی فعال در شبکه بتوانند با مطالعه این متن آموزشی ،نقـش نظارتی و آموزشی خود را بدرسـتی انجـام داده و بـا اجـرای برنامـه ،شـاهد کـاهش بـروز و شـیوع خودکشی در جامعه باشند.

جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده در نیازهای بهداشتی مردم خواهـد بـود. جهـت اصلی این تغییرات تبدیل عوامل اصلی مرگ و میر از بیماریهای واگیر دار به بیماریهای غیر واگیر دار نشانه گرفته و نه تنها زندگی انسانها را در معرض خطر مستقیم قرار داده بلکـه در اثـر بـار عظـیم نـا توانی که به دنبال آنها ایجاد میگردد از یک سو، سهم عمده‌ای از منابع اندک بهداشتی درمـانی کشـور می‌بایست صرف توانبخشی دو باره مبتلایان شده و از سوی دیگر،بخش عظیمی از نیروهـای فعـال و مولد کشور را از چرخه تولید خارج می‌کند و به همین دلیل می‌توان گفت امروزه دشواریهای جدی و جدیدی فرا روی نظام بهداشتی قرار گرفته است.

در بعد جهانی پیش بینی‌های تلخی توسط سازمان بهداشـت جهـانی، دانشـگاه هـاروارد و بانـک جهانی در زمینه بیماری‌های غیر واگیر دار شده است.بر طبق این پیش‌بینی‌ها در طـول ۲۰سـال آینـده مرگ ناشی از این بیماری‌ها با افزایشی بیش از سه برابر از ۲۸ میلیـون نفـر در سـال ۱۹۹۰ بـه ۹۴/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ خواهد رسید و بار جهانی بیماری‌ها سمت سـویی تـازه یافتـه و از تمرکـز بیماری‌ها در گروه بیماری‌های واگیر دار کاسته شده و بیماری‌های غیر واگیردار با مرگ ومیر کمتر اما

عوارض بیشتر جایگزین آنها می‌شوند.

نکات کلیدی راجع به خودکشی درجهان

- هر ۴۰ ثانیه یک نفر در سراسر دنیا جان خود را در اثر خودکشی از دست میدهند.
- هر ۳ ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می‌کند.
- خودکشی جزء ۳ علت اصلی مرگ افراد ۳۵-۱۵ سال است.
- هر خودکشی حداقل برای ۶ نفر دیگر تأثیر بدی دارد.
- تأثیرات روانشناختی، اجتماعی، و اقتصادی خودکشی بر خانواده و جامعه غیرقابل اندازه‌گیری است.

تعریف خودکشی

خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خودفرد است.اگر کسی دست به خودکشی بزنـد ولـی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی میگوییم.

پدیده افکار خودکشی در بسیاری از اقشار مردم از جمله (جوانان، مـردان، زنـان و افـراد مسـن) دیده می‌شود. که عدم پیشگیری از آن می‌تواند اقدام به خودکشی را بهمراه داشته باشد.

خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد خودکشی در نتیجه تعامل عوامل متعدد زیست شناختی، ژنتیک، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی، و محیطی بوجود می‌آید.

توضیح این موضوع که چرا برخی افراد تصمیم به خوکشی می‌گیرند در حالی که برخی دیگـر در شرایط یکسان یا حتی بدتر از آن چنین کاری نمی‌کنند مشکل است. با این حال بیشـتر خودکشـی‌هـا قابل پیشگیری هستند.

خودکشی در حال حاضر یک مشکل بزرگ بهداشت عمومی درتمام کشورهاست. تقویت کارکنان بهداشتی برای شناسایی، ارزیابی، مدیریت و ارجاع بیمار مستعد خودکشی در جامعـه قـدم مهمـی در

پیشگیری از خودکشی است.

خود کشی در گروه سنی ۱۹-۱۵ ساله پنجمین علت مرگ ولی در بسیاری از کشورهای جهان علت اول یا دوم مرگ در این گروه سنی است.

لذا پیشگیری از خودکشی در گروه کودک و نوجوان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. با توجه به اینکه این گروه سنی در مدرسه‌ها حضور دارند، شما فرصت طلائی برای پیشگیری از خودکشی دارید.

این متن آموزشی برای معلمان و سایر کارکنان مدرسه مانند مشاور، پزشک مدرسه، پرستار مدرسه، مربیان بهداشت و کارکنان ستادی ادارات آموزش و پرورش نوشته شده است. در این متن بطور خلاصه ابعاد رفتارهای خودکشی در نوجوانان بحث شده، عوامل باز دارنده و خطر ارائه می‌شود. اشاره خواهیم کرد که چطور می‌شود افراد در معرض را شناسایی و درمان کرد و اگر در مدرسه کسی دست به خودکشی بزند یا خود را بکشد چه باید کرد.

روش اقدام به خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت است (در ایران بیشتر از قرص مختلف استفاده می‌شود). دار زدن، پرش از ارتفاع، خود سوزی، رگ زدن، روش‌های دیگرخودکشی در جامعه ما می‌باشند.

بهترین روش برخورد با خودکشی در مدرسه تشکیل تیم پیشگیری متشکل از معلمان، پزشکان، مربیان، مشاور مدرسه و همکاری آنان با نهادهای دیگر مرتبط در جامعه است.

وجود افکار خودکشی غیر عادی نیست. این افکار بخشی از زندگی طبیعی ما ضمن فرآیند رشد در کودکی، بلوغ و بخصوص چالش بین فلسفه مرگ و حیات است. پژوهش‌های علمی نشان می‌دهد بیش از نیمی از شاگردان سالهای آخر دبیرستان افکار خودکشی دارند. لازم است نوجوانان این افکار را با بالغین مطرح کنند.

مسئله‌ای که دست کم گرفته می‌شود

در بعضی موارد مثل تصادفات، غرق شدن، سقوط از ارتفاع، دوز بیش از حد دارو، مصرف بیش از حد داروهای غیرمجاز معلوم نیست این نوع مرگ عمدی بوده یا خیر. بنظر میرسد در بسیاری از موارد، خودکشی‌های نوجوانان گزارش نمی شود ویا به غلط درگروه غیر عمدی یا حوادث قرار می‌گیرد.

مطالعات بعد ازمرگ نوجوانانی که بعلت حوادث خشن فوت شده اند، نشان می‌دهد که همگی متعلق به یک گروه همگن نیستند یعنی گروهی از آنها غیر عمدی ولی گروه دیگری عمدی هستند.

به علاوه تعریف اقدام به خودکشی از دیدگاه دانش آموزان با نظر روانپزشکان متفاوت است فقط بعضی از کسانی که اقدام به خودکشی کرده اند به بیمارستان مراجعه داشته اند. بنا بر این آمار مراجعین بیمارستان نشاندهنده کل اقدام کنندگان به خودکشی در جامعه نیست.

معمولاً دانش آموزان دختر بیش از دانش آموزان پسر دست به خودکشی می‌زنند ولی مرگ در پسران به علت خودکشی بیش از دختران است.

افسردگی در دختران بیش از پسران است ولی دختران زود تر مراجعه کرده و درباره آن راحت‌تر صحبت کرده و به دنبال کمک میروند و در نتیجه از اقدامات کشنده بعدی پیشگیری میشود.

پسران بیشتر پرخاشگر و تکانشی هستند واغلب تحت تاثیر الکل و مواد اقدام به خودکشی می‌کنند که ممکن است نتیجه مرگباری بدنبال داشته باشد.

عوامل محافظتی

الگوی‌های خانوادگی

- روابط خوب با اعضاء خانواده؛
- حمایت از سوی خانواده؛

سبک شناختی وشخصیت

- مهارتهای اجتماعی خوب؛
- اعتماد به نفس؛
- مدد جویی؛
- درخواست مشاوره در موارد نیاز؛
- پذیرا بودن تجربیات وراه حلهای ارائه شده توسط دیگران؛
- علاقه به یاد گیری مطالب جدید؛

عوامل فرهنگی و اجتماعی

- فعالیت‌های اجتماعی مثل شرکت در تیم ورزشی، نماز جماعت، باشگاه‌ها و امثال آن؛
- رابطه خوب با همکلاسی‌ها؛
- روابط خوب با معلم و سایرین؛
- حمایت از سوی افراد مرتبط؛

عوامل و موقعیت‌های خطر

رفتار خودکشی در شرایط خاص در بعضی ازخانواده‌ها به دلایل محیطی یا ژنتیکی شایع‌تر است. تحلیل‌ها نشان می‌دهد، عوامل و موقعیت‌های زیر سبب افزایش اقدام به خودکشی و خودکشی در کودکان و نوجوانان میشود؛ اما بیاد داشته باشید که لزوماً همه موارد در یک فرد وجود ندارد.

باید به خاطر بسپارید که عوامل خطرو موقعیت‌های زیردر شهرها و استان‌های کشور باهم متفاوت است.

عوامل فرهنگی و اجتماعی

کمبود در آمد، کم سوادی و بیکاری اعضای خانواده از عوامل خطر هستند. حاشیه نشیتی و

مهاجرت نیز می‌توانند اینگونه باشند، بویژه که همراه با مشکلات زبان، لهجه و فقدان روابط اجتماعی نیز باشند.

عوامل فوق‌الذکر سبب کاهش فعالیت‌های جمعی می‌شوند.

کودکان و نوجوانان گاه دچار بحران هویتی هستند، بحران هویت خطر رفتار خودکشی را افزایش می‌دهد.

عوامل خانوادگی و رخدادهای دوران کودکی

الگوهای مخرب خانوادگی و ضربه‌های روانی دوران کودکی، دوران‌های بعدی زندگی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. بخصوص اگر کودک نتوانسته باشد با آن حوادث کنار بیاید.

جنبه‌هایی از ناپایداری و اختلال عملکرد خانواده ووقایع منفی زندگی که اغلب در کودکان و نوجوانان مستعد خودکشی دیده میشود از این قرار است:

- آسیب شناسی روانی والدین مانند وجود بیماریهای خلقی و سایربیماریهای روانپزشکی در والدین؛
- سابقه اعتیاد، مصرف الکل یارفتارهای ضد اجتماعی در خانواده؛
- سابقه خانوادگی اقدام به خود کشی؛
- خانواده خشن و آزار دهنده (کودک آزاری جسمی و جنسی)؛
- کم توجهی والدین (نرسیدن) به کودک و ضعف ارتباطی عاطفی درون خانواده؛
- دعوا و درگیری‌های مکرر والدین یا مراقبین و ایجاد تنش و خشم ؛
- طلاق، جدایی یا مرگ والدین یا مراقبین؛
- اسباب کشی‌های مکرر به شهر یا محلات مختلف؛
- والدین/مراقبین پر توقع یا بسیار کم توقع؛
- و الدین/مراقبینی که وقت رسیدگی به وضع عاطفی کودک خود را ندارند و محیط خانواده کودک را فراموش یا طرد می‌کند ؛

- انعطاف ناپذیری خانواده؛
- فرزند خواندگی یا فرزند پذیری؛

الگوهای خانوادگی فوق اغلب ولی نه همیشه دیده می‌شود. شواهد نشان می‌دهد که کودکان مستعد خودکشی از خانواده ای برخواسته اند که بیش از یک مشکل داشته اند و چون این کودکان می‌خواهند به اسرار خانواده خود وفا دار باشند اغلب مایل نیستند راز دل خود را با کسی مطرح کنند یا از خارج ازخانواده کمک بخواهند .

سبک شناختی و شخصیت

ویژگی‌های شخصیتی زیر اغلب در نوجوانان دیده می‌شود، اما گاه علامت خطر اقدام یا خودکشی است (اغلب همراه بیماری‌های روانی است) لذا کاربرد آنها در پیش بینی خودکشی محدود است:

- خلق (روحیه) ناپایدار و بی ثبات؛
- رفتارهای پر خاشگرانه و تهاجمی؛
- رفتارهای ضد اجتماعی؛
- رفتارهای بیرون ریز؛
- تکانشگری بالا؛
- بیقراری؛
- الگوهای انعطاف ناپذیر تفکر و سازش؛
- ناتوانی در حل مشکلات در زمان بروز مشکل؛
- ناتوانی در دریافت واقعیت؛
- تمایل به پناه بردن به عالم خیال؛
- خیالبافی ،بزرگ منشی که با احساس پوچی جایگزین میشود؛
- احساس نا امیدی؛

- اضطراب، بویژه در مواجه با مسایل جزئی؛
- احساس حقارت ونا مطمئن بودن که ممکن است زیر نقاب برتری طلبی باشد . رفتار طرد کننده یا تحریک‌کننده نسبت به همکلاسی‌ها و بالغین از جمله والدین؛
- نامطمئن بودن در مورد هویت جنسی یا سوگیری جنسی؛
- رفتارهای دو پهلو با والدین، سایر بالغین و دوستان؛

اختلالات روانپزشکی

رفتار خودکشی در کودکان و نوجوانانی که دچار اختلالات روانپزشکی زیر باشند بیشتر دیده می‌شود.

افسردگی

تلفیق (ترکیب) علایم افسردگی و رفتار ضد اجتماعی مهمترین مقدمه خودکشی در نوجوانان است. چندین پژوهش نشان داده است که سه چهارم افرادی که خود را میکشند یک یا چند علامت افسردگی داشته‌اند و بسیاری از آنان از یک افسردگی تمام عیار رنج می‌بردند.

دانش آموزان مدارس مبتلا به افسردگی اغلب در زمان مراجعه به پزشک علایم جسمی دارند. علایم جسمی مانند سردرد، معده درد و احساس تیر کشیدن در پا یا قفسه سینه شایع است.

دختران افسرده، کناره گیر، ساکت، غیر فعال و نا امید هستند. بر عکس پسران افسرده، شلوغ کن و پرخاشگر بوده کاملاً توجه معلمین و والدین خود را به خود جلب می‌کنند و پرخاشگری می‌تواند منجر به تنهایی شود که خود یک عامل خطر برای رفتارهای خودکشی است .

گرچه بعضی علایم دیگر افسردگی یا اختلالات افسردگی در کودکان مستعد خودکشی شایع است، افسردگی همیشه همراه افکار یا اقدام به خودکشی نیست. نوجوانان ممکن است بدون افسردگی خودکشی کنند یا افسرده باشند ولی خودکشی نکنند.

اختلالات اضطرابی

در پسران رابطه اضطراب و افسردگی بیشتر دیده شده است. خصلت اضطراب نسبتاً مستقل از افسردگی عمل می‌کند لذا اضطراب به عنوان عامل خطر در خود کشی نوجوانان بایستی ارزیابی شود. علائم روان تنی اغلب در نوجوانان دارای افکار خودکشی وجود دارد.

سوء مصرف الکل و مواد

کودکان و نوجوانانی که خود را می‌کشند به وفور مصرف مواد و الکل دارند. پژوهش‌ها نشان میدهد از هر چهار موردبیمارمستعد خودکشی کودکان و نوجوانان یک نفر قبل از خودکشی مصرف الکل یا مواد داشته است.

اختلالات خورد ن

بعلت نارضایتی ازاندام خود، بسیاری از کودکان و نوجوانان تمایل دارند خود را لاغر کنند و نسبت به چه باید بخورند یا نخورند حساسند و بین ۲-۱٪ دختران نوجوان مبتلا به بی اشتهایی عصبی یا جوع هستند. دختران دچار بی اشتهایی عصبی افسردگی هم دارند و بیست برابر همتایان سالم خود خطر خودکشی دارند. مطالعات جدید نشان می‌دهد که پسران هم ممکن است دچار بی اشتهایی عصبی یا جوع بشوند.

اختلالات شدید روانی

گرچه کودکان و نوجوانان کمتر دچار اختلال شدید روانپزشکی مانند اسکیزو فرنیا یا اختلالات مانیک – دپرسیو (بیماری دوقطبی) میشوند اما خطر خودکشی در افراد مبتلا بالاست. نوجوانان مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی عوامل خطرمتعدد ازجمله مصرف مشروبات، سیگار کشیدن زیاد و سوء مصرف مواد دارند .

سابقه اقدام قبلی

سابقه یک یا چند اقدام به خودکشی بایا بدون اختلالات روانپزشکی یک عامل مهم خطر برای رفتار خودکشی است.

رویدادهای منفی اخیر در زندگی بعنوان ماشه چکان رفتار خودکشی

حساسیت قابل ملاحظه نسبت به استرس، همراه با سبک شناختی و ویژگی‌های شخصیتی ذکر شده در بالا (بدلیل عوامل ارثی نظیر الگوی خانوادگی و استرسورهای دوران کودکی)معمولاً در کود کان و نوجوانان مستعد خودکشی دیده می‌شود.

این حساسیت سازش با رویدادهای منفی زندگی را مشکل می‌کند و مقدمه رفتارهای خودکشی در زمان رویدادهای استرس آور می‌شود. دوباره فعال شدن حس ناامیدی، بی کسی و درماندگی افکار خودکشی را آشکارنموده و باعث اقدام خودکشی یا خودکشی می‌شود.

موقعیت‌های خطر و رویداد هایی که ما شه چکان اقدام به خودکشی یا خودکشی می‌باشند عبارتند از:

- شرایطی که توسط فرد، آسیب ساز تلقی می‌شوند (وقتی بررسی می‌کنیم واقعاً اینطور نیست) : کودکان و نوجوانان ممکنست حتی وقایع ساده را بسیار آسیب زا ارزیابی کرده و واکنش یا رفتار عجیب از خود نشان دهند و شرایط را بعنوان تهدید مستقیم به تصویر از خود تلقی کرده و آنرا بشکل بی آبرو شدن خود تلقی کنند .
- آشفتگی‌های خانوادگی؛
- جداشدن از دوستان صمیمی، همکلاسی ها؛
- مرگ یک عزیز یا فرد مهم ؛
- قطع یک رابطه عاطفی؛
- تعارض بین فردی یا فقدان‌ها ؛

- مشکلات حقوقی؛
- فشار هم سالان یا پذیرش رفتارهای خودتخریبی گروهی؛
- آزاردادن وشکنجه دیگران؛
- نا امیدی ازنتایج تحصیلی ورد شدن در امتحان؛
- توقعات بالا در مدرسه در مواقع امتحان؛
- بیکاری و درآمد کم؛
- حاملگی ناخواسته، سقط جنین؛
- HIV یا سایر بیماری‌های ناشی از روابط جنسی؛
- بیماریهای مهم جسمی؛
- بلایای طبیعی.

چگونه دانش آموزان ناراحت و در معرض خطر خودکشی راشناسایی کنید

شناسایی دانش آموزان ناراحت

هر تغییر بارز وناگهانی در کارکرد، حضور یا رفتار کودک بایستی کاملاً جدی گرفته شود مثل :

- عدم علاقه به فعالیتهای روزمره؛
- افت تحصیلی؛
- کاهش تلاش؛
- بد رفتاری در کلاس؛
- غیبت‌های مکرر یا فراراز مدرسه؛
- مصرف زیاد دخانیات، مشروب، مواد (حشیش)؛
- رفتار هایی که منجر به مداخله پلیس یا تهاجم می‌شود؛

این عوامل به شناسایی دانش آموزان در معرض خطر ناراحتی‌های روانی و اجتماعی که ممکنست

افکار خودکشی داشته و در نهایت منجربه رفتارهای خودکشی شود کمک می‌کند.

اگر هریک از علایم فوق توسط معلم یا مشاور مدرسه شناسایی شد، تیم پیش گیری از خودکشی مدرسه بایستی هشیار بوده و زمینه ارزیابی دانش آموز را فراهم نماید زیرا اینگونه مسایل بیانگر ناراحتی شدید بوده که ممکنست پیامد آن در بعضی از موارد رفتارخودکشی باشد.

ارزیابی خطر خودکشی

وقتی که خطر خودکشی را ارزیابی می‌کنید بیاد داشته باشید که مسایل همیشه چند بعدی هستند.

اقدامات قبلی خودکشی

اقدام قبلی خودکشی یکی از مهمترین عوامل خطر است. نوجوانان در معرض خطر، تمایل به تکرار این اقدامات دارند.

افسردگی

عامل مهم دیگر خطر، افسردگی است. تشخیص افسردگی توسط پزشک یا روانپزشک یا روانپزشک کودک داده میشود، اما معلمان و کارکنان مدرسه بایستی از تنوع علایم که بخشی از بیماری افسردگی است آگاه باشند.

تشخیص افسردگی در کودک ممکن است مشکل باشد زیرا کودک در مراحل طبیعی بلوغ است و بلوغ برخی نشانه‌های مشترک با افسردگی دارد.

بلوغ یک مرحله جسمی است که در آن علائمی از قبیل کاهش اعتماد به نفس، یأس و دلسردی، کاهش تمرکز، خستگی واختلالات خواب شایع است. این علائم در افسردگی هم وجود دارند وقتی مانگرانیم که که علایم طولانی مدت و شدت آن زیاد باشد. در مقایسه با افسردگان بزرگسالان، نوجوانان بیشترمشکلات رفتاری ،اختلالات خوردن و خواب دارند.

افکار افسردگی ممکنست بطور طبیعی در نوجوان باشد و نشانه رشد طبیعی او تلقی شود زیـرا او با افکار هستی و بودن اشتغال خاطر دارد. آنچه که نوجوان سالم را از نوجـوان مسـتعد خـود کشـی متمایز می‌کند، شدت افکار خودکشی، عمق و پایداری آن است .

موقعیت‌های خطر

یک وظیفه مهم دیگر شناسایی شرایط محیطی و رویدادهای منفی زندگی اسـت کـه باعـث فعـال شدن افکار خودکشی و در نتیجه افزایش خطر خودکشی میشود .

چگونه دانش آموزمستعد خود کشی را در مدرسه مدیریت کنید ؟

شناسایی یک نوجوان ناراحت که نیاز به کمک دارد معمولاً خیلی مشکل نیست دانستن اینکه چه واکنشی نشان دهید و چگونه پاسخ دهید خیلی سخت تر است.

بعضی کارکنان مدارس می‌دانند چگونه درست برخورد کنند و بعضی دیگرنمی داننـد کـه بایـد مهارتهای خود را بهبود بخشند.تعادلی که باید در ارتباط با دانش آموز مستعد خودکشی برقرار شود از یک سو بین دوری گزینی و صمیمیت و ازسوی دیگربین همدلی و احترام میباشد.

تشخیص و مدیریت بحران خودکشی در مدرسه ممکنست باعث ایجاد تعارض در بین معلمان و کارکنان مدرسه شود زیرا آنان فاقد مهارت تخصصی لازم هستند، وقت کافی ندارند یا می‌ترسند که با مسایل روان شناختی خود مواجه شوند.

پیشگیری کلی : قبل از رخدادن هرگونه اقدام به خود کشی

مهمترین مسئله شناسایی سریع دانش آموزان ناراحت و یا در معرض خطر بالای خودکشی است. برای نیل به این هدف باید به کارکنان مدرسه و دانش آموزان توجه خاص بشود. بسیاری از اهل فـن معتقدند که تدریس خودکشی به نوجوانان به صراحت، عاقلانه نیست و مسایل مـرتبط بـا خودکشـی

بایستی با برنامه‌های مثبت بهداشت روان جایگزین شود.

تقویت سلامت روان معلمان و سایر کارکنان مدارس

قبل از هر چیز بایستی مطمئن شویم که معلمان و سایر کارکنان مدرسه در حالت متعادلی قرار دارند. برای آنان محیط ممکن است طرد کننده، پرخاشگرانه و یا حتی تهاجمی باشد. لذا آنان نیاز به اطلاعاتی دارند که فرآیند روابط خود با یکدیگر وهمچنین مشاورین بهداشت روانی و اختلالات احتمالی روانپزشکی را درک کنند. آنان باید تحت حمایت کافی و در صورت نیاز تحت درمان قرار گیرند .

تقویت اعتماد به نفس دانش آموزان

اعتماد به نفس کودکان و نوجوانان را در برابر اختلالات روانپزشکی محافظت کرده و آنان را قادر می‌سازند که دربرابر شرایط سخت و استرس آور زندگی مقاومت کنند برای تقویت اعتماد به نفس کودک و نوجوانان روش‌های مختلفی وجود دارد. برخی از این روش‌ها به قرار زیر است:

- تجارب مثبت زندگی به کسب هویت مثبت کمک می‌کند و بایستی آنرا در نوجوان تقویت کرد. تجارب مثبت قبلی احتمال اعتماد به نفس بیشتر در آینده را تقویت می‌کند.
- کودکان و نوجوانان نباید دائم تحت فشار باشند که بیشتر و بهتر کار کنند.
- کافی است به کودک بگوئید دوستت دارم، کودک باید این را احساس را داشته باشد که بین مورد محبت قرار گرفتن و احساس دوست داشته شدن تفاوت زیادی وجود دارد.
- کودکان تنها می‌بایست مورد پذیرش قرارگیرند بلکه همچنین باید عزیز شمرده شوند همانگونه که هستند. آنان بایستی احساس کنند ویژه هستند فقط به خاطر اینکه وجود دارند.

در حالیکه همدردی اعتماد به نفس را کاهش میدهد، همدلی آنرا تسریع نموده زیرا قضاوت را کنار می‌گذارد. خود مختاری و سروری اجزاء اصلی ساختار اعتماد به نفس در اوایل کودکی هستند.

کسب اعتماد به نفس در کود ک و نوجوان بستگی به رشد حسی، اجتماعی و مهارت‌های شغلی آنان دارد. برای کسب اعتماد به نفس بالا، نوجوان بایستی قادر به کسب عدم وابستگی به خانواده و همتایان باشد، بتواند با جنس مخالف ارتباط برقرار کند و برای اشتغال جهت حمایت ازخود آماده شود و فلسفه معنی‌دار و کارآمد زندگی را دریابد .

ارائه مهارت‌های زندگی ابتدا با ملاقات صاحب نظران و سپس بعنوان بخشی از آموزش دوران مدرسه ،یک استراتژی کارآمد بشمار می‌آید. برنامه باید دانش کافی به بچه‌ها بدهد که چگونه حمایت شوند و در صورت نیاز از بزرگترها کمک بخواهند.

سیستم آموزشی باید رشد وانسجام احساس هویت هر دانش‌آموز را تقویت کند.

هدف مهم دیگر، ارتقاء ثبات و تداوم آموزش میباشد.

ارتقاء ابراز هیجانی

کودکان و نوجوانان بایستی بیاموزندکه احساسات خود را جدی بگیرند و تشویق شوند که به والدین و سایر بزرگسالان مانند معلمان، پزشکان، مربی بهداشت، دوستان و معلمین ورزش و روحانیون اعتماد کنند.

پیشگیری اززورگویی و خشونت در مدرسه

مهارت خاصی بایستی در نظام آموزشی باشد تا از خشونت در مدرسه پیشگیری کرده و محیطی امن و عاری از عدم تحمل داشته باشیم.

تامین اطلاعات در مورد خدمات مراقبتی

اطلاع رسانی شماره تلفن‌های ضروری مانند تلفن‌های امدادی، خطوط بحران، شماره تلفن اورژانس روانپزشکی باید انجام شودو در اختیار دانش آموزان قرار گیرد.

مداخله : وقتی خطر خودکشی محرز شد

در بسیاری از موارد دانش آموزان ناراحت و یا در معرض خطر خودکشی همزمان مشکل ارتباطی هم دارند. در نتیجه مهم است که با دانش‌آموز ناراحت و یا در معرض خطر ارتباط برقرار کرده و با او صحبت کنیم.

ارتباط

نخستین گام در پیشگیری از خودکشی برقراری یک ارتباط توام با اعتماد است. در خلال پیدایش فرآیند خودکشی، برقراری ارتباط دو جانبه بین دانش آموز و اطرافیانش اهمیت حیاتی دارد. نبود ارتباط و شکسته شدن آن منجر می‌شود به :

- **سکوت و افزایش تنش در ارتباط**. ترس افراد بزرگسال از برانگیختن کودکان یا نوجوانان به سمت خودکشی با گفتگودرباره افکار خودکشی اغلب باعث سکوت وقطع ارتباط میشود .
- **دو گانگی آشکار**. روشی است که مواجهه ما با کودک با نوجوان مستعد خودکشی تعارض خود ما را برجسته می‌کند. فشار روانی در مواجهه با کودک یا نوجوان مستعد خود کشی معمولاً بسیار سنگین بوده، و شامل طیفی از هیجان‌های مختلف است .در مواردی مشکلات هیجانی حل نشده بالغینی که در تماس با کودک یا نوجوان مستعد خود کشی هستند ممکن است پدیدار شود. این مسایل ممکنست در بین کارکنان مدرسه تشدید یابد. باین صورت که هم زمان هم می‌خواهند، هم نمی خواهند یا نمی‌توانند به دانش آموزمستعد خودکشی کمک کنند که منجر به پرهیز از گفتگو با او می‌شود.
- **خشم مستقیم یا غیر مستقیم**. ناراحتی بزرگسالان گاه آنقدر زیاد می‌شود و نقش تنهایی آنان به کودک یا نوجوانی که ناراحتی دارد یا مستعد خودکشی است به صورت خشم کلامی یا غیرکلامی در می‌آید.
- مهم آنست که بدانیم فرد در این فرآیند ارتباطی تنها نیست و دانستن اینکه چگونه ارتباط خوب با

او برقرار کنیم بسیار اساسی است.

گفتگو باید برقرار شده و بسته به مورد تنظیم شود. گفتگو قبل از هر چیز و مهمتر از همه باید بـه شناخت هویت کودک و نوجوان و همینطور به نیاز آنان به کمک بپردازد.

کودکان و نوجوانان ناراحت یا در معرض خطر خودکشی اغلب نسبت به شیوه برقراری ارتباط بـا دیگران بسیار حساس هستند. علت اینست که اینان اغلب فاقد رابطـه تـوام بـا اعتمـاد بـا خـانواده و همتایان در دوران رشد بوده و بنا بر این تجربه‌ای در زمینه علاقه، احترام یا عشق ندارنـد. حساسـیت زیاد دانش آموزان مستعد خودکشی در ارتباط کلامی و غیر کلامی آنان دیده میشود.

در اینجا زبان بدن (Body Language) نقش مهمی در ارتباط کلامی دارد. کودک و نوجـوان گـاه مایل به صحبت کردن درباره خودکشی نیستند، بهر حال بزرگسالان نبایسـتی دلسـرد شـوند و بلکـه، بایستی بی‌میلی آنان را به عنوان نشانه بی‌اعتمادی به بالغین تلقی کنند.

کودکان و نوجوانان مستعد خود کشی همچنین مردد هستند که آیا کمک را بپذیرنـد یـا رد کننـد حتی در مورد اینکه زنده بماند یا بمیرند نیز دودل هستند.

این تردید در افکارو رفتار نوجوان مستعد خود کشی است که می‌تواند نوسانات سـریع مبنـی بـر پذیرش یا رد کمک را شامل شده وبه سادگی باعث سوء تعبیر شود.

بهبود مهارت‌های کارکنان مدرسه

برای رسیدن به این هدف باید دوره‌های آموزشی با هـدف بهبـود ارتبـاط بـین کـود کـان مسـتعد خودکشی و معلمان آنها و افزایش آگاهی در مورد درک خطرات خودکشی برگزار شود. آموزش تمام کارکنان مدرسه در موارد زیر اجزاء اصلی پیشگیری از خودکشی می‌باشند.

- صحبت کردن با همدیگر و با دانش آموزان درمورد عناوین مرگ و زندگی؛
- بهبود مهارتهای تشخیص ناراحتی، افسردگی و رفتارهای خودکشی؛
- آگاهی درباره منابع حمایتی در دسترس.

ارجاع به متخصصین

مداخله سریع، با اقتدار و به موقع نوجوانی که قصد خودکشی دارد و معرفی او به پزشک عمومی، روانپزشک کودک یا اورژانس بیمارستان می‌تواند زندگی بخش باشد.

اگر می‌خواهید خدمات بهداشتی نوجوانان کارآمد باشد بایستی قابل دسترس، جذاب و بدون انگ زدن باشد. دانش آموزان ناراحت و یا مستعد خود کشی بایستی بطور فعالانه و اختصاصی توسط مدرسه به تیم درمان متشکل از دکتر، پرستار، مددکار اجتماعی و نماینده قانونی حافظ حقوق کودک معرفی شوند. این نوع ارجاع به نظام مراقبت‌های بهداشتی، از عدم مراجعه دانش‌آموز که ممکن است پیش بیاید جلوگیری می‌کند.

دورنگهداشتن ابزار کشنده و خطرناک ازدسترس کودکان و نوجوانان ناراحت یا مستعد خودکشی

اشکال مختلف نظارت، خروج از دسترس یا مخفی کردن داروهای خطر ناک، اسلحه، سموم آفت کش، مواد منفجره، چاقو، در مدرسه بسیار مهم است. چون این اقدامات به تنهایی کافی نیست همزمان بایستی حمایت‌های روانی نیز اعمال شود.

زمانی که اقدام به خودکشی یا خودکشی پیش می‌آید

آگاه نمودن کارکنان مدرسه وهمکلاسی ها

مدرسه باید طرح و برنامه داشته باشد که چطور به کارکنان به خصوص معلمان، شاگردان و والدین خبر دهند به شکلی که مانع بروز همه گیری خودکشی شود. زیرا ممکن است خودکشی نوجوانان بعلت تمایل به همانند سازی دربین دانش آموزان شده و حالت همه گیری پیدا کند. توصیه‌های لازم برای پیشگیری و درمان خودکشی گروهی (خوشه ای) توسط مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا در سال ۱۹۹۴ تدریس و اجرا شد. بسیار مهم است که دانش آموزان مستعد خودکشی شناسایی شوند. خودکشی خوشه ای فقط در اطرافیان یک کودک و نوجوان که اورا

می‌شناسند رخ نمی‌دهد و حتی کسانی که اورا نمی شناسند هم ممکنست دست به خودکشی بزنند.

هم مدرسه‌ای‌ها، کارکنان مدرسه و والدین بایستی بطور کامل در باره خودکشی مطلع شوند و روی این موضوع کارشود.

خلاصه کلام

خودکشی مسئله‌ای غیر قابل درک نیست و بی دلیل و بدون علت و هشدار رخ نمی دهد. دانش آموزان مستعد خودکشی به قدر کافی به اطرافیان علایم هشدار دهنده نشان می‌دهند. در کار پیشگیری از خودکشی، معلمان و سایر کارکنان مدارس نقش استراتژیک مهم دارند که اصول آن به قرار زیر است :

- شناسایی دانش آموزان با اختلالات شخصیتی و ارائه حمایت روانشناختی به آنان؛
- تقویت رابطه با دانش اموزان از طریق حرف زدن با آنان و تلاش برای درک و کمک به انان؛
- تسکین ناراحتی‌های روانپزشکی؛
- تقویت مهارت‌های تشخیص و شناسایی علائم اولیه خودکشی اعم از کلامی و غیر کلامی؛
- مراقبت و کمک به کودکانی که مهارتهای تحصیلی کمتری دارند؛
- جدی گرفتن فرار از مدرسه؛
- انگزدایی از بیماریهای روانپزشکی و کمک به ترک سوء مصرف الکل و مواد؛
- ارجاع دانش آموزان با اختلالات روانپزشکی و سوء مصرف الکل و مواد؛
- محدود کردن دسترسی دانش آموزان به ابزار خودکشی از جمله داروها ی سمی و کشنده، آفت‌کش‌ها ،اسلحه و غیره؛

منابع

1- WHO 2000, Preventing suicide, A resource for teachers and other school staff

۲- زجاجی، علی و همکاران (۱۳۷۸). پیش نویس برنامه ادغام پیشگیری اولیه از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه. اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت.

۳- حسن زاده، سید مهدی (۱۳۸۶). متن آموزشی تهیه شده در مورد خودکشی: سایت www.tehranpi.ir

۴- بوالهری، جعفر (۱۳۸۶). بهداشت روان برای کارشناسان بهداشتی.تهران : انتشارات بشری.

۵- مصباح، نسرین. جزوه آ موزشی پیشگیری از خود کشی، چرا مردم خودکشی می‌کنند؟ حوزه معاونت دانشجویی و فر هنگی مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.

۶- باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهری، جعفر (۱۳۸۳). متن آموزشی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، برای کاردان‌های بهداشتی، تهران: انتشارات نشر آرامش.

۷- دستورالعمل‌های طرح ادغام بهداشت روان در P.H.C (۱۳۶۵). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشک.

۸- حسن زاده، سید مهدی؛ رجالی، علی (۱۳۶۶). بررسی دویست مورد خودکشی .مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۲۲، ۵۸-۴۷.

۹- حسن‌زاده، سید مهدی؛ رجالی، علی (۱۳۶۴). نگاهی به خودکشی در اصفهان. مجله دانشکده پزشکی، ۱۵، ۳۶-۲۹.

۱۰- نجومی، مرضیه و همکاران (۱۳۸۶). عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی شهر کرج. مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران.

۱۱- اسداللهی، قربانعلی و همکاران (۱۳۷۸). بهداشت روان برای رابطین بهداشتی. دانشگاه علوم و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.

۱۲- بوالهری، جعفر و همکاران (۱۳۸۳). مطالعه مداخلاتی چند مکانی پیشگیری از خودکشی (SUPRE-MISS). انستیتو روانپزشکی تهران.