

پیشگیری از خودکشی
در ایران: چالش‌ها و
راهکارها

در خصوص اهمیت خودکشی به عنوان یک مسئله مهم روانی- اجتماعی بین متخصصان و حتی افراد غیرمتخصص اتفاق نظر وجود دارد، اما پرسش این است که اهمیت این امر از کجا ریشه می گیرد؟ آیا اهمیت خودکشی به دلیل آمار آن است؟ اجازه دهید تا نگاهی به آمار داشته باشیم. ابتدا مقایسه‌ای بین مرگ و میر ناشی از خودکشی و عوامل دیگر به عمل بیاوریم. در جهان، شکر بیشتر از خودکشی انسان‌ها را به کام مرگ می‌کشانند. به عنوان مثال، در سال ۲۰۱۷، بیش از ۱۷.۷۹۰.۰۰۰ نفر توسط بیماری‌های قلبی- عروقی و ۱.۳۷۰.۰۰۰ نفر توسط دیابت جان باخته‌اند. در مرگ و میر ناشی از این دو بیماری، شکر به صورت مستقیم و نیز به صورت غیرمستقیم، از طریق پاقی، نقش تعیین‌کننده‌ای داشته است.

در همان سال، قریب ۷۹۴.۰۰۰ نفر توسط خودکشی جان باخته‌اند (ارات و همکاران، ۲۰۱۸). اگر به آمار خودکشی در ایران نگاهی داشته باشیم مقایسهٔ میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی و تصادفات نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۸، ۱۳ هزار و ۷۵ نفر به دلیل تصادفات و تنها ۵ هزار و ۱۴۳ نفر به دلیل خودکشی جان باخته‌اند. یعنی در ایران، تصادفات ۱۶ برابر بیش از خودکشی منجر به مرگ و میر شده است. بدین ترتیب می‌توان گفت که اهمیت پرداختن به خودکشی صرفاً به دلیل آمار آن نیست.

البته آمار هم اهمیت خاص خود را دارد است. اگرچه میزان خودکشی در ایران نسبت به آمار آن در سطح جهان پایین تر است (در ایران ۶/۶ در صد هزار، بر اساس سالنامه آماری پزشکی قانونی در سال ۱۳۹۹ و در جهان حدود ۱۰ در صد هزار، در مردان ۶/۱۲ در صد هزار و زنان ۴/۵ در صد هزار، بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت)، اما روند آن در سطح جهانی رو به کاهش و در ایران رو به افزایش بوده است، بر اساس سالنامه آماری پزشکی قانونی، میزان آن تنها در سال ۱۳۹۹ (۵۵۴۲ نفر) نسبت به سال ۱۳۹۸ (۵۱۴۳ نفر) رشد ۸/۷ درصدی داشته است. البته روند افزایشی در فصول خودکشی خاص ایران نبوده و به گزارش سازمان جهانی بهداشت، در برخی از کشورهای توسعه یافته نظیر آمریکا نیز این روند وجود دارد، اما در هر صورت، فارغ از آمار خودکشی و مقایسه‌ها، از دست دادن جان انسان‌ها، حتی یک انسان، در هر جایی از جهان، اهمیت درخور توجهی دارد و ضرورت برنامه‌های پیشگیرانه را مطرح می‌کند.

لازم است اهمیت خودکشی را علاوه بر آمار آن، در عوامل دیگری نظیر بار روانی اجتماعی آن یافت. به عنوان مثال، زمانی که یک نفر در یک ممله از طریق تصادف از دنیا می‌رود احتمال اینکه فردی دیگر از وی الگو بگیرد و سعی کند همانند او بمیرد نزدیک به صفر است و حتی برعکس ممکن است باعث شود که دوستان وی مدت‌ها با احتیاط بیشتری رانندگی کنند، اما متأسفانه در مورد خودکشی روندی متضاد حاکم است، چرا که وقتی فردی از دوستان و آشنایان خودکشی می‌کند احتمال سرایت روانی وجود دارد و ممکن است میزان احتمال خودکشی در آشنایان و حتی در افراد غریبه‌ای که تحت تأثیر اخبار خودکشی قرار گرفته‌اند بیشتر شود. البته سرایت روانی، تنها یکی از موارد تأکید کننده بر اهمیت پرداختن به خودکشی است و سایر عوامل مرتبط با بار روانی اجتماعی و حتی اقتصادی، هر کدام از اهمیت خاص خود برخوردار هستند.

اگر موضوع بحث پیشگیری از خودکشی است، سوال این که قرار است از چه چیزی پیشگیری کنیم تا احتمال خودکشی کمتر شود؟ بر این اساس بهتر است از مدل آسیب‌پذیری-استرس استفاده کنیم. این مدل مبنای پدیدآیی اختلالات روان‌شناختی و نیز مشکلات روانی-اجتماعی نظیر خودکشی و اعتیاد تلقی می‌شود. بر اساس این مدل، افراد به واسطه ترکیبی از تبارب اولیه زندگی، عوامل ژنتیکی و یا دیگر عوامل، آسیب‌پذیری‌هایی را پیدا می‌کنند که به نوعی می‌توان آن‌را استعداد بیماری یا مشکل نامید و زمانی که تحت تاثیر استرس‌هایی قرار می‌گیرند، این آسیب‌پذیری‌ها نمود فزاینده پیدا می‌کند و اختلال یا مشکل پدید می‌آید.

بدین ترتیب و بر اساس مدل استرس-آسیب‌پذیری، لازم است مجموعه اقداماتی انجام شود تا افراد در دوران کودکی، از آسیب‌پذیری‌های کمتری برخوردار شوند و همچنین لازم است نه تنها با تصمیم‌گیری‌های کلان اجتماعی از منابع استرس‌کاست بلکه با افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد، به آنها کمک کرد تا در مقابله با مشکلات پدید آمده با کارآمدی بیشتری عمل کنند و پتانیه اختلال روان‌شناختی پدیدآمده باشد، مداخلات لازم هرچه سریعتر انجام شود.

همچنین برای پیشگیری از خودکشی می‌توان مدل عوامل فطر- محافظت‌کننده را مبنای کار در نظر گرفت که وجه اشتراک بالایی با مدل آسیب‌پذیری-استرس دارد. بر اساس این مدل، به هر میزان عوامل فطر بیشتر و عوامل محافظت‌کننده کمتر حضور داشته باشد احتمال اقدام به خودکشی بیشتر خواهد بود. البته خودکشی یک پدیدهٔ چند علیتی بوده و عوامل فطر متعددی دارد که برخی از آن‌ها مثل طره‌واره‌های ناسازگار، به عنوان زمینه‌ساز و برخی دیگر، همچون استرس‌ها، فعال‌ساز هستند. در میان عوامل فطر می‌توان به مواردی همچون ناامیدی اشاره کرد که ممکن است نه تنها به دلیل افتلالات روان‌شناختی یا مشکلات فردی بلکه به دلیل مشکلات اجتماعی دامن بگیرد.

بسیاری از آسیب‌پذیری‌ها بر اساس تبارب دوران کودکی شکل می‌گیرند. پیشگیری از چنین عواملی اگرچه مقدور ولی سخت است و نیازمند تمهیداتی نظیر آموزش‌های فرزندپروری است. برای چنین آموزش‌هایی لازم است هزینه‌هایی پرداخت شود اما با اطمینان می‌توان گفت که میزان این هزینه‌ها، از هزینه‌های ناشی از بار روانی - اجتماعی مشکلاتی نظیر خودکشی کمتر است. مشکل جدی در این فصوص نگاه مسئولان به تفصیص بودجه است. به نظر می‌رسد مسئولان برای مواردی که ملموس و عینی هستند هزینه می‌پردازند و ممکن است برای برخی از آنها، درک و فهم اهمیت پیشگیری از آسیب‌های دوران کودکی سخت باشد. البته برای کاهش چنین مشکلی لازم است متفحصان سلامت بصورت پیوسته و فستگی‌ناپذیر مسئولان را به اهمیت امر واقف سازند.

پیشگیری از خودکشی نه تنها به دلیل چند علیتی بودن آن، بلکه به دلیل عوامل
فارج از کنترل، با پالش‌های جدی مواجه می‌شود. شواهدی وجود دارد که میزان
افکار خودکشی تحت تاثیر متی تصمیم‌های جهانی قرار می‌گیرد. یافته‌های
نگارنده در طرح پیشگیری از خودکشی موسوم به «شور زندگی»، از طریق اجرای
بهت گروهی متمرکز با برفی از متفحصان مراکز مشاوره دانشجویی، در انتهای
دهه ۸۰ نشان داد زمانی که باراک اوباما هر از چندگاه به اصطلاح گزینه جنگ را
روی میز جا به جا می‌کرد، این امر بر میزان افکار خودکشی دانشجویان تاثیراتی
داشت. از این منظر می‌توان گفت که رفرادهای ملی و جهانی و نیز
تصمیم‌گیری‌های سیاست‌مداران، پتانیه موجب افزایش ناامیدی و درماندگی
شوند، ممکن است بر احتمال افکار خودکشی بیافزایند. این امر مسئولیت
فاصلی را حداقل در سطح ملی متوجه سیاست‌گذاران و مسئولان اجرایی
می‌نماید.

اگرچه از مواردی صحبت شد که نشان‌دهنده دشواری در پیشگیری از خودکشی بود، در عین حال شواهدی گویای این است که با برفی از تصمیم‌ها می‌توان تا حدودی، از میزان اقدام به خودکشی کاست. به عنوان مثال شواهد گویای این است که یکی از عوامل خطر جدی در خودکشی، دسترسی به عامل مرگ و میر است؛ عواملی که به نظر می‌رسد با مداخلاتی نظیر «شیوه‌نامه‌هایی برای فروشندگان مواد سمی» قابل مدیریت باشد. در این خصوص شواهد در سطح برفی از کشورهای آسیایی به فوبی راهگشا است (به عنوان مثال، ویباراکومار، ۲۰۱۸). همچنین مداخلاتی نظیر بستری به موقع، موثر است در حالی که متأسفانه در برفی از شهرهای با تعداد خودکشی بالا به دلیل ناکافی بودن تفت‌های روانپزشکی، این امر با چالش جدی مواجه می‌شود. همچنین شواهدی نظیر اورژانس اجتماعی (۱۲۳) از کارآمدی مداخلات بموقع از طریق افراد آموزش دیده است، امری که نیازمند توسعه و پشتیبانی است.

طی سال‌های گذشته رابطه شافص توسعه انسانی (**Human Development Index**) با میزان خودکشی در کشورهای مفتلف بررسی شده است و نتایج گویای این است که حداقل در برنی از کشورهای توسعه نیافته رابطه جدی و تنگاتنگی بین شافص توسعه انسانی و مرگ و میر ناشی از خودکشی وجود دارد (به عنوان مثال، فزایی و همکاران، ۲۰۱۷). منظور از شافص توسعه انسانی **HDI** ترکیبی از سه عامل زندگی سالم و طولانی، آگاهی و استانداردهای مناسب زندگی است. شافص دیگری که به نظر می‌رسد همبستگی بالایی با شافص توسعه انسانی دارد، شافص فلاکت (**Misery index**) است که توسط اقتصاددان آر تور آکان تبیین شده است و از افزودن نرخ بیکاری به نرخ تورم بدست می‌آید (ویکی‌پدیا، ۱۴ مهر ۱۴۰۰). به عبارتی گفته می‌شود در اقتصاد سه نرخ از اهمیت بسیاری برخوردارند: نرخ رشد اقتصادی، نرخ بیکاری و نرخ تورم (ایبنا، ۶ تیر ۱۴۰۰). در این میان، نرخ بیکاری و تورم برای مردم از اهمیت بیشتری برخوردار است، چراکه روزانه افزایش و کاهش آنها را حس می‌کنند و اینکه تغییرات آنها می‌تواند بر زندگی‌شان بسیار تاثیرگذار باشد؛ مواردی که در شافص فلاکت لحاظ شده است. شافص فلاکت همانگونه که از نامش و روش محاسبه‌اش پیداست، بیانگر اتفاقات مثبت و امیدوارکننده در اقتصاد نیست و بر اساس شواهدی رابطه‌ای با میزان خودکشی دارد (به عنوان مثال، یانگ و لستر، ۱۹۹۹).

بر اساس گزارش‌های غیررسمی، در پایان تابستان ۱۴۰۰، بیشترین شافص
فلاکت در استان‌های کشور (از بیشتر به کمتر) عبارتند از استان‌های دهگانه
هرمزگان، کرمانشاه، چهارمحال بفتیاری، فوزستان، لرستان، کردستان، کهگیلویه
و بویراحمد، ایلام و یزد، و این در حالی است که بر اساس سالنامه آماری
سازمان پزشکی قانونی، بیشترین میزان خودکشی در استان‌های کشور در سال
۱۳۹۹ (از بیشتر به کمتر) عبارتند از استان‌های دهگانه کهگیلویه و بویراحمد،
ایلام، کرمانشاه، لرستان، گیلان، همدان، اردبیل، البرز، کردستان و فارس.
به عبارتی دیگر از ده استان دارای بیشترین میزان خودکشی، پنج استان
هستند که جزو استان‌های دهگانه با شافص فلاکت بالا هستند. می‌توان گفت
ارتباط در فور توجهی بین میزان خودکشی و شافص فلاکت در ایران وجود
دارد. بر این اساس لازم است که برای پیشگیری از خودکشی، بر کاهش
شافص فلاکت و بهبود شافص توسعه انسانی همت گماشت.

البته توجه صرف به مسائل اقتصادی، ممکن است گمراه کننده باشد و موجب غفلت ما از مسائل فرهنگی باشد. بر اساس سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی، در سال ۱۳۹۹، بیشترین میزان خودکشی در کهگیلویه و بویراحمد (۲/۱۴) در صد هزار) و کمترین آن در سیستان و بلوچستان (۲/۲) در صد هزار) بوده است. یعنی میزان خودکشی در کهگیلویه بویراحمد، هفت برابر سیستان و بلوچستان بوده است در حالی که استان کهگیلویه و بویراحمد با میزان (۴/۶۰)، هشتمین استان از نظر شافص فلاکت و استان سیستان و بلوچستان با میزان (۲/۵۱)، سیزدهمین استان بوده است. یعنی میزان شافص فلاکت استان کهگیلویه و بویراحمد به سیستان و بلوچستان، فقط ۴ درصد بیشتر بوده است و این دو، از بابت این شافص تنها ۵ استان با هم فاصله دارند. بدین ترتیب، حداقل در فصوص برقی از استان‌ها نمی‌توان از شافص فلاکت به عنوان نقش تعیین کننده در میزان خودکشی نام برد و اینجاست که عوامل دیگر به ویژه، مسائل فرهنگی از تعیین کنندگی بالاتری برخوردار می‌شوند.

این که فرد فرهنگ‌های هر کدام از استان‌ها، چه نگاه بازدارنده‌ای به خودکشی دارند؛ در هر کدام از آن‌ها تعارضات خانوادگی چگونه پدید می‌آید و راه برون رفت از این تعارضات چگونه است؛ نظام‌های ارزشی و فرهنگی آنها در فصول استرس‌های به وجود آمده چه رهنمودهایی دارند؛ و افراد آسیب‌پذیری همچون زنان با چه استرس‌ها و یا حمایت‌هایی مواجه می‌شوند؛ همگی از جمله موارد فرهنگی هستند که بهتر است مورد توجه جدی متخصصان سلامت روان قرار گیرد. در عین حال در فصول این که متخصصان سلامت روان تا چه حد می‌توانند در مسائل فرهنگی نقش‌آفرینی داشته باشند لازم است به محدودیت‌های خود واقف باشیم اما از نقش مستقیم و غیرمستقیم خود هر چند در درازمدت غافل نشویم و به نظر می‌رسد حداقل از طریق آگاه کردن مسئولان و گاهی از طریق آموزش‌های مستقیم می‌توانیم نقش موثری داشته باشیم.

یکی از عواملی که بر میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی می‌افزاید استیگما یا داغ ننگ است. متأسفانه باورهای نادرستی در مورد خودکشی وجود دارد که بر انگ دامن می‌زنند. به عنوان مثال، بر فی به غلط فکر می‌کنند خودکشی فقط کار افراد ضعیف است و یا خودکشی مفتضح‌کننده است که بیمار هستند. در حالی‌که هر انسانی ممکن است در شرایطی به دلایلی همچون تغییرات شیمیایی در مغز به خودکشی فکر کند. باورهای نادرست و دامن زدن به استیگما یا داغ ننگ در مورد خودکشی موجب می‌شود که افراد هنگام داشتن افکار خودکشی، در این فصول با دیگران صحبت نکنند و باور نادرست در عموم مردم، مبنی بر اینکه صحبت در مورد افکار خودکشی، ممکن است فرد را به خودکشی رهنمود کند، باعث می‌شود که گوش‌های شنوای کمتری آماده صحبت در فصول این موارد شوند. این امر باعث می‌شود که احتمال اقدام به خودکشی افزوده شود. در حالی که شواهد علمی گویای این است که به هر میزان افراد بتوانند در مورد افکارشان صحبت کنند احتمال اقدام به خودکشی کمتر می‌شود.

یکی از وظایف متفحصان سلامت روان این است که از هر تریبونی استفاده کند تا باورهای نادرست در مورد خودکشی را زیر سوال برده و زمینه را برای این فراهم سازند که افراد به راحتی بتوانند در مورد افکار خود صحبت کنند. فحوم غلط ما، نادیده گرفتن ما و یا ترس مان در مورد داشتن افکار خودکشی ممکن است بر داغ ننگ و استیگما بیافزاید هر چند خود اینها می‌توانند محصول داغ ننگ باشند.

مشکل زمانی بیشتر می‌شود که نه تنها باورهای نادرست در جمعیت عمومی وجود دارد بلکه برفی از سیاست‌گذاران و تلخ تر از آن در مواردی در برفی از متفحصان دیده می‌شود. مثلاً یکی از باورهای نادرست که در برفی از متفحصان گاهی دیده می‌شود این باور است که نباید در مورد داشتن فکر خودکشی سوال کرد، چرا که فرد را به خودکشی رهنمون می‌کنیم. چنین فکر نادرستی باعث می‌شود که متفحصان یا اینکه در مورد خودکشی نپرسند و یا بگونه‌ای پرسند که پاسخ مرتبیطی را دریافت نکنند و همین امر ممکن است بر میزان مرگ و میر مواردی اغزوده شود که با یک مدافله مناسب قابل پیشگیری است.

یکی از مواردی که حوزه سلامت ایران را نسبت به کشورهای منطقه متمایز ساخته، اقدامات ایران در خصوص مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) بوده است. این امر منجر به افزایش سطح پوشش خدمات سلامت و تقدیر ایران توسط سازمان جهانی بهداشت شده است. در ادامه طرح مراقبت‌های بهداشتی اولیه، اقداماتی انجام شد تا بهداشت روانی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه افزوده شود. ارزیابی این اقدامات توسط بوالهروی و همکاران (۱۳۹۰) بررسی شده است. به واسطه این اقدامات ارزشمند و به دور از نقدهای وارد بر آن، به نظر می‌رسد گام‌های سودمندی در پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی از جمله خودکشی برداشته شده است.

در راستای چنین اقدامی، طی سال‌های گذشته، تعداد زیادی روانشناس بالینی در سطح کارشناسی ارشد، جذب مراکز بهداشتی مرتبط با سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه شده‌اند و این افراد در صورتی که آموزش‌های لازم را به طور اختصاصی در خصوص پیشگیری از خودکشی دریافت کنند قادر خواهد شد نقش موثری را در کاهش اقدام خودکشی بردارند. البته در مورد نگاهی که در مراکز بهداشتی به روان‌شناسان وجود دارد نقدهایی هم مطرح است که لازم است جداگانه و در فرصت مقتضی به آن پرداخت شود.

اگر در فصول خودکشی، نگاه سطوح فطر و پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث را در پیش بگیریم، در حوزه پیشگیری اولیه، یعنی این که چه اقداماتی انجام بگیرد که احتمال پدیدآیی افکار خودکشی به حداقل برسد، چالش‌هایی وجود دارد.

از بارزترین آنها همانطور که در ابتدای بحث مطرح شد، می‌توان به اختصاص بودجه ناکافی به امر پیشگیری اولیه ذکر کرد. در عین حال علاوه بر مسأله بودجه، لازم است به ناکافی بودن برنامه‌های پیشگیرانه به ویژه برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر جامعه اشاره کرد. البته سال‌هاست که طرح ملی پیشگیری از خودکشی تدوین شده است. این طرح که از راهبردهای فوبی نظیر ارتقای کمی و کیفی خدمات ارائه شده، افزایش روایی داده‌های ثبت شده، کاهش انگ اجتماعی مرتبط با اطلاع رسانی، مدیریت انعکاس اخبار، کاهش دسترسی به روش‌های خودکشی و تقویت پژوهش‌های مرتبط با موضوع خودکشی برقرار است، به نظر می‌رسد آنطور که باید و شاید نگاه در فور توجهی به پیشگیری اولیه نداشته، ضمن اینکه گویا هنوز از اجرای مقدماتی پندارن فراتر نرفته است.

اگر پیشگیری ثانویه از خودکشی را چنین تعریف کنیم که «پلگونی می توان از تبدیل افکار به اقدام کاست؟» در این فصول راهبردهای طرح ملی پیشگیری از خودکشی که مطرح شد، به ویژه کاهش انگ اجتماعی، مدیریت انعکاس اخبار و کاهش دسترسی به روش‌های خودکشی راهگشا است. در عین حال، لازم است تعداد زیادی از متخصصان، اصول و فنون مداخله در بحران خودکشی را یاد بگیرند تا بتوانند در موارد مقتضی اقدام لازم را انجام دهند. البته در این رابطه، در سازمان‌ها و بخش‌های مختلف، طی سال‌های گذشته گام‌های خوبی برداشته شده است. پدیدآیی اورژانس اجتماعی و آموزش‌هایی که متخصصان آن داشته‌اند دلگرم‌کننده است. هرچند در فصول اورژانس اجتماعی، مشکلاتی وجود دارد که بیشتر ریشه در مسائل هزینه‌ای دارد و نیازمند توجه مسئولان کشور است.

در حوزه دانشجویی، به دلیل انسجام بخشی دختر مشاوره و سلامت وزارت علوم و توانمندی تعداد زیادی از مراکز مشاوره دانشجویی، گام‌های مناسبی برداشته شده است که از جمله آن می‌توان به تدوین برنامه‌ها و پروتکل‌های لازم و آموزش متفحصان اشاره کرد. فوشبفتانه افیرا در حوزه دانش آموزی خط ۱۵۷۰ راه اندازی شده است که امید می‌رود با هدایت علمی - تفحصی مناسب و پشتیبانی بودجه‌ای لازم بتواند نقش لازم را در پیشگیری از خودکشی ایفا نماید. یکی دیگر از موارد موثر در پیشگیری ثانویه از خودکشی، لزوم هماهنگی‌های بین بخشی در فصوص مدافله در بهران است که امید می‌رود در سطح ملی گام‌های لازم برای هماهنگی بین دست‌اندرکاران اورژانس اجتماعی، اورژانس، آتش‌نشانی، نیروی انتظامی و دیگر عوامل زیرببط برداشته شود.

در پیشگیری ثالث از خودکشی، لازم است بر افرادی تمرکز شود که به دلیل داشتن اختلالات روان‌شناختی نظیر افسردگی مزمن یا اختلال شخصیت مرزی، بارها اقدام به خودکشی می‌کنند یا احتمال خودکشی در آنها بالاست. در خصوص چنین افرادی، صرف مداخله در بحران راهگشا نبوده و لازم است سیستم ارجاع، درمان و توانبخشی به درستی تعریف و اجرایی شود و اقدامات درمانی لازم برای اختلال آنها فراهم شود. در موارد زیادی دیده می‌شود که اقدام‌کنندگان خودکشی، بعد از اقدامات اولیه، بدون اینکه در خصوص درمان آنها اقدام ارجاعی لازم صورت گرفته باشد ترفیص می‌شوند و چون آسیب‌پذیری‌ها مرتفع نشده است در شرایط دیگری، اقدام به خودکشی دیگری رقم می‌خورد که ای‌بسا قابل پیشگیری بوده است. این امر نیازمند تسهیل خدمات روان‌شناختی طولانی‌مدت برای افرادی است که قبلاً دست به خودکشی زده‌اند یا اختلال روان‌شناختی بارز و زمینه‌ساز خودکشی دارند. علاوه بر اختصاص تفت‌های بیمارستانی لازم به این امر، حمایت بیمه از خدمات روان‌شناختی موثر خواهد بود که متأسفانه هنوز در خصوص آن توفیق لازم صورت نگرفته است و افراد زیادی هستند که مشکلات روان‌شناختی جدی دارند ولی به دلیل مشکلات مالی قادر به دریافت خدمات تفصیلی نیستند.

همانطوری که ذکر شد مدیریت انعکاس افبار خودکشی از اهمیت بارزی برخوردار است و رسانه‌ها و خبرنگاران، در صورت آگاهی از اصول انعکاس افبار خودکشی می‌توانند از طریق حساس‌سازی مسئولان، در پیشگیری از خودکشی ایفای نقش کنند و در صورت عدم آگاهی و یا عدم رعایت اصول نحوه انتشار افبار خودکشی، ممکن است نافواسته بر میزان خودکشی افزوده شود. مشکل زمانی به وجود می‌آید که خبرنگاران فکر می‌کنند برای افزایش حساسیت مسئولان لازم است افبار خودکشی با هیجان بیشتری بیان شود و مشکل مهم‌تر دیگر اینکه در حال حاضر آثار جامعه به دلیل داشتن یک گوشی، به تعبیری به یک خبرنگار تبدیل شده‌اند، بی‌آنکه از حساسیت‌های لازم اطلاع داشته باشند و در موارد زیادی با قصد پیشگیری از خودکشی، بر میزان آن می‌افزایند. با توجه به حساسیت موضوع، توصیه‌های زیر در انعکاس افبار خودکشی مطرح می‌شود:

لازم است قبل از انتشار خبر خودکشی، با یک جستجوی ساده از صحت و سقم خبر مطلع باشیم. از خودکشی در سرتیتر خبرها استفاده نکنیم و آن را در صفحات پرریننده همچون صفحه اول و صفحه آخر کار نکنیم.

از بیان جزئیات حادثه مانند هویت فرد، نحوه دقیق اقدام، زمان و مکان آن، هرگونه روایت احساسی و هیجانی از خودکشی و انتشار عکس، فیلم، یادداشت یا هرگونه مدرک دیگری از حادثه اجتناب کنیم.

فوب است به خاطر داشته باشیم مصاحبه با افراد غیرمتفحص، خانواده قربانی و یا شاهدانی مانند پلیس و غیره ممکن است بشدت آسیب‌زا باشد.

در مورد خودکشی پهنه‌های مشهور، علاوه بر موارد فوق توصیه می‌شود در متن گزارش به ماهیت چندعاملی این پدیده و ارتباط قوی آن با اختلالات روانپزشکی نیز پرداخته شود.

از بیان خودکشی به عنوان یک رفتار قابل درک به تغییرات اجتماعی، فرهنگی و یا تنزل رتبه اجتماعی خودداری شود. لازم است از توضیح خودکشی به عنوان مساله‌ای غیرقابل توضیح یا ساده انگارانه خودداری کرد؛ به عنوان مثال: «علیرغم اینکه همه چیز برای او فراهم بود خودکشی کرد».

نوشتن سناریو و تولید و پخش فیلم‌هایی که بر اساس داستان‌های واقعی از خودکشی افراد ساخته می‌شوند ممکن است احتمال خطر خودکشی را در افراد مستعد افزایش دهد.

در انتشار خبر خودکشی، به تاثیر خبر بر خانواده فرد، بازماندگان فرد اقدام‌کننده، رنج و انگ وارده بر خانواده در اثر انتشار خبر توجه شود.

اخبار خودکشی به طور مکرر منتشر نشود.

از ارجاعات زیاد به اخبار خودکشی‌های قبلی خودداری شود.

از مطرح کردن خودکشی به عنوان یک اپیدمی و از ذکر عبارات‌هایی نظیر «منطقه‌ای با بیشترین خودکشی» خودداری شود.

از بیان هویت افراد و خانواده افراد که اقدام به خودکشی کرده اند (به ویژه افراد سرشناس) خودداری شود.

از تکریم و شرافتمدانه توصیف کردن خودکشی خودداری شود.

در بیان آمار خودکشی، نباید صرفاً به اعداد اشاره کرد لازم است آمار بر اساس منبعی معتبر، توسط یک متخصص و در

مقایسه با آمار جهان تفسیر شود.

مشکل در جمع‌آوری داده‌های مرتبط با آمار خودکشی، از جمله پالاش‌های پیشگیری از خودکشی است. اگرچه آمار مشکلات روانی-اجتماعی گاهی دست فوش نگرانی مسئولان به ابعاد امنیتی آن می‌شود، به نظر می‌رسد در مورد خودکشی حداقل بیشتر از آن‌که مسئله نگاه مسئولان باشد به بحث انگ اجتماعی مربوط است. بر این اساس به نظر می‌رسد بخشی از خودکشی‌ها با یک عامل مرگ دیگری ثبت می‌شوند و در حال حاضر تنها آمار موجود رسمی که بر اساس سالنامه آماری پزشکی قانونی منتشر شده است احتمال دارد به نوعی زیر برآوردی از آمار واقعی باشد. هرچند تغییر در عوامل موثر نظیر انگ اجتماعی امری زمان‌بر بوده و مشکلات موجود در داده‌های خودکشی به زودی مرتفع نخواهد شد و در عین حال به نظر می‌رسد می‌توان با تمهیداتی نظیر تجمیع آمار پزشکی قانونی با منابع دیگر به اطلاعات دقیق‌تری دست یافت.

در این نوشته هرچند پالاش‌ها همراه با راهکارهایی بیان شد، در عین حال پرسش این است که این پالاش‌ها حاوی چه پیامی هستند. بر اساس آنچه ذکر شد می‌توان گفت پیشگیری از خودکشی، هرچند با پالاش‌هایی مواجه بوده و امری حساس و نیازمند توجه لازم است، ولی امکان‌پذیر است، در صورتی که واقع‌بین باشیم؛ محدودیت‌ها را بپذیریم؛ گام‌های عملی را بر مبنای راهبردهای علمی برداریم؛ ظرفیت‌های اجتماعی را فعال سازیم و این شعار روز جهانی پیشگیری از خودکشی را سرلوحه قرار دهیم که «با عمل امید بسازیم».

تَهِیَہ و تَنْظِیْم: عَلِی خَانِی

مَشَاوِر و رَابِطِ اسْتَاْنِی دَانِشْکَاہ فَنِی و ہَرْفَہ اِی
اسْتَاْن اَرْدَبِیْلِ

آذَر مَآہ ۱۴۰۰