



۲- بحث ویژه

۲-۱- پیشگیری از خودکشی در ایران: چالش‌ها و راهکارها

دکتر حمید پورشریفی

دانشیار روان‌شناسی سلامت دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و بازرس انجمن روان‌شناسی ایران

در خصوص اهمیت خودکشی به‌عنوان 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 می‌گیرد؟ 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 می‌کشاند. 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 چاقی، نقش تعیین‌کننده‌ای داشته است. در همان سال، قریب ۷۹۴,۰۰۰ نفر توسط خودکشی جان باخته‌اند (رات^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). اگر به آمار خودکشی در ایران نگاهی داشته باشیم مقایسه میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی و تصادفات نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۸، ۱۷ هزار نفر به دلیل تصادفات و تنها ۵ هزار و ۱۴۳ نفر به دلیل خودکشی جان باخته‌اند. یعنی در ایران، تصادفات قریب سه 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 داراست. اگرچه میزان خودکشی در ایران نسبت به آمار آن در سطح جهان پایین‌تر است (در ایران ۶/۶ در صدهزار، بر اساس سالنامه آماری پزشکی قانونی در سال ۱۳۹۹ و در جهان حدود ۱۰ در صدهزار، در مردان ۱۲/۶ در صدهزار و زنان ۵/۴ در صدهزار، 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 ۷/۸ درصدی داشته است. البته روند افزایشی در خصوص خودکشی خاص ایران نبوده و به گزارش سازمان جهانی بهداشت، در برخی از کشورهای توسعه یافته نظیر آمریکا نیز این روند وجود دارد (<https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>), 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 محله 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، چراکه 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.

^۱. Roth



البته سرایت روانی، تنها یکی از موارد تاکید 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 تجارب 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 خارجی 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 استرس کاست بلکه با افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد، به آنها کمک کرد تا در مقابله با مشکلات پدید آمده با کارآمدی بیشتری عمل کنند و چنانچه اختلال روان‌شناختی پدیدآمده باشد، مداخلات لازم هرچه سریعتر انجام شود.

همچنین برای پیشگیری از خودکشی می‌توان مدل عوامل خطر-محافظت‌کننده را مبنای کار در نظر گرفت که وجه اشتراک بالایی با مدل آسیب‌پذیری-استرس دارد. بر اساس این مدل، به هر میزان عوامل خطر بیشتر و عوامل محافظت‌کننده کمتر حضور داشته باشد احتمال اقدام به خودکشی بیشتر خواهد بود. البته خودکشی یک پدیده چند علیتی بوده و عوامل خطر متعددی دارد که برخی از آن‌ها مثل طرحواره‌های ناسازگار، به عنوان زمینه‌ساز و برخی دیگر، همچون استرس‌ها، فعال‌ساز هستند. در میان عوامل خطر می‌توان به مواردی همچون ناامیدی اشاره کرد که ممکن است نه تنها به دلیل اختلالات روان‌شناختی یا مشکلات فردی بلکه به دلیل مشکلات اجتماعی دامن بگیرد. بسیاری از آسیب‌پذیری‌ها بر اساس تجارب 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 خصوص نگاه مسئولان به تخصیص 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 متخصصان سلامت بصورت پیوسته و خستگی‌ناپذیر مسئولان را به اهمیت امر واقف سازند.

پیشگیری از خودکشی نه تنها به دلیل چند علیتی بودن آن، بلکه به دلیل عوامل خارج از کنترل، با چالش‌های جدی مواجه می‌شود. شواهدی وجود دارد که میزان افکار خودکشی تحت تاثیر حتی تصمیم‌های جهانی قرار می‌گیرد. یافته‌های نگارنده در طرح پیشگیری از خودکشی موسوم به «شور زندگی»، از طریق اجرای بحث گروهی متمرکز با برخی از متخصصان 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 رخدادهای ملی و جهانی و نیز تصمیم‌گیری‌های سیاست‌مداران، چنانچه موجب افزایش ناامیدی و درماندگی شوند، ممکن است بر احتمال افکار خودکشی بیافزایند. این امر مسئولیت خاصی 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 برخی 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 برخی از کشورهای آسیایی به خوبی راهگشاست (به عنوان مثال، ویجاراکومار، ۲۰۱۸). همچنین مداخلاتی نظیر بستری به موقع، موثر است در حالی که متاسفانه در برخی از شهرهای با تعداد خودکشی بالا به دلیل ناکافی بودن تخت‌های 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 شاخص توسعه انسانی (Human Development Index) با میزان خودکشی در کشورهای مختلف بررسی شده است و نتایج گویای این است که حداقل در برخی از کشورهای توسعه نیافته رابطه جدی و تنگاتنگی بین شاخص توسعه انسانی و مرگ و میر ناشی از خودکشی وجود دارد (به عنوان مثال، خزایی و همکاران، ۲۰۱۷). منظور از شاخص توسعه انسانی (HDI) ترکیبی از سه عامل زندگی سالم و طولانی، آگاهی و استانداردهای مناسب زندگی است. شاخص دیگری که به نظر می‌رسد همبستگی بالایی با شاخص توسعه انسانی دارد، شاخص فلاکت (Misery index) است که توسط اقتصاددان آرتور اکان 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 شاخص فلاکت لحاظ شده است. شاخص 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 شاخص فلاکت در استان‌های کشور (از بیشتر به کمتر) عبارتند از استان‌های دهگانه هرمزگان، کرمانشاه، چهارمحال بختیاری، خوزستان، 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 شاخص فلاکت بالا هستند. می‌توان گفت ارتباط در خور توجهی بین میزان خودکشی و شاخص فلاکت در ایران وجود دارد. بر این اساس لازم است که برای پیشگیری از خودکشی، بر کاهش شاخص فلاکت و بهبود شاخص 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 (۱۴/۲ در صدهزار) و کمترین آن در سیستان و بلوچستان (۲/۲ در صدهزار) بوده است. یعنی میزان خودکشی در کهگیلویه بویراحمد، هفت برابر سیستان و بلوچستان بوده است در حالی که استان کهگیلویه و بویراحمد با میزان (۶۰/۴)، هشتمین استان از نظر شاخص فلاکت و استان سیستان و بلوچستان با میزان (۵۸/۲)، سیزدهمین استان بوده است. یعنی میزان شاخص فلاکت استان کهگیلویه و بویراحمد به سیستان و بلوچستان، فقط ۴ درصد بیشتر بوده است و این دو، از بابت این شاخص تنها ۵ استان با هم فاصله دارند. بدین ترتیب، حداقل در خصوص برخی از استان‌ها نمی‌توان از شاخص 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 خرده‌فرهنگ‌های 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 خصوص 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 خصوص 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 هرچند 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، برخی به غلط فکر می‌کنند خودکشی فقط کار افراد ضعیف است و یا خودکشی مختص کسانی 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 خصوص 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 خصوص 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 متخصصان 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. فهم غلط ما، نادیده گرفتن ما و یا ترس مان در مورد داشتن افکار خودکشی ممکن است بر داغ ننگ و استیگما بیافزاید هرچند خود اینها می‌توانند محصول داغ ننگ باشند.

مشکل زمانی بیشتر می‌شود که نه تنها باورهای نادرست در جمعیت عمومی وجود دارد بلکه برخی از سیاست‌گذاران و تلخ تر از آن در مواردی در برخی از متخصصان دیده می‌شود. مثلاً یکی از باورهای نادرست که در برخی از متخصصان 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 متخصصان یا اینکه در مورد خودکشی نپرسند و یا بگونه‌ای بپرسند که پاسخ مرتبطی را دریافت نکنند و همین امر ممکن است بر میزان مرگ و میر مواردی افزوده شود که با یک مداخله 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 بواله‌ری 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 خصوص خودکشی، نگاه سطوح خطر 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 خوبی 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 برخوردار است، به نظر می‌رسد آنطور که باید و شاید نگاه در خور توجهی به پیشگیری اولیه نداشته، ضمن اینکه گویا هنوز از اجرای مقدماتی چندان فراتر نرفته است.

اگر پیشگیری ثانویه از خودکشی را چنین تعریف کنیم که «چگونه می‌توان از تبدیل افکار به اقدام کاست؟» در این خصوص 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 دلگرم کننده است. هرچند در خصوص اورژانس اجتماعی، مشکلاتی وجود دارد که بیشتر ریشه در مسائل هزینه‌ای دارد و نیازمند توجه مسئولان کشور است. در حوزه دانشجویی، به دلیل انسجام‌بخشی دفتر 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 متخصصان اشاره کرد. خوشبختانه اخیراً در حوزه دانش آموزی خط ۱۵۷۰ راه اندازی شده است که امید می‌رود با هدایت علمی - تخصصی مناسب و پیشنیانی 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 خصوص مداخله در بحران** است که امید می‌رود در سطح ملی گام‌های لازم برای هماهنگی بین دست‌اندرکاران اورژانس اجتماعی، اورژانس، آتش‌نشانی، نیروی انتظامی و دیگر عوامل ذیربط 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 ترخیص 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 تخت‌های 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 تخصصی نیستند.

همانطوری که ذکر شد **مدیریت انعکاس اخبار خودکشی** از اهمیت بارزی برخوردار است و رسانه‌ها و خبرنگاران، در صورت آگاهی از اصول انعکاس اخبار 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 اخبار خودکشی**، ممکن است ناخواسته بر میزان خودکشی افزوده



شود. مشکل زمانی به وجود می‌آید که خبرنگاران فکر می‌کنند برای افزایش حساسیت مسئولان لازم است اخبار خودکشی با هیجان بیشتری بیان شود و مشکل مهم‌تر دیگر اینکه در حال حاضر آحاد 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 اخبار 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 پربیننده 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.
- خوب است به خاطر داشته باشیم مصاحبه با افراد غیرمتخصص، خانواده قربانی و یا شاهدانی مانند پلیس و غیره ممکن است بشدت آسیب‌زا باشد.
- در مورد خودکشی چهره‌های 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 مسأله‌ای 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 اقدام کننده، 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 عبارتهایی نظیر «منطقه‌ای با بیشترین خودکشی» خودداری شود.
- از بیان هویت افراد و خانواده افرادی 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 چالش‌های پیشگیری از خودکشی است. اگرچه آمار مشکلات روانی- اجتماعی گاهی دست خوش نگرانی مسئولان به ابعاد امنیتی آن می‌شود، به نظر می‌رسد در مورد خودکشی حداقل بیشتر از آن که 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 چالش‌ها همراه با راهکارهایی بیان شد، در عین حال پرسش این است که این چالش‌ها حاوی چه پیامی هستند. بر اساس آنچه ذکر شد می‌توان گفت پیشگیری از خودکشی، هرچند با چالش‌هایی 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».

بوالهروی، جعفر؛ احمدخانیها، حمیدرضا؛ حاجبی، احمد؛ باقری یزدی، سید عباس؛ ناصرخت، مرتضی و همکاران. (۱۳۹۰). ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، شماره ۴، ۲۷۱ - ۲۷۸.

پورشریفی، حمید؛ یعقوبی، حمید؛ پیروی، حمید؛ حاجبی، احمد؛ اکبری زردخانه، سعید حسن‌آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۱). طرح پیشگیری از خودکشی موسوم به شور زندگی در خوابگاه‌های دانشجویی: مروری بر پروتکل اجرایی. *ششمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*.

Khazaei, S., Armanmehr, V., Nematollahi, S., Rezaeian, S., & Khazaei, S. (2017). Suicide rate in relation to the Human Development Index and other health related factors: A global ecological study from 91 countries. *Journal of epidemiology and global health*, 7(2), 131-134.

Roth, G. A., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... & Abdollahpour, I. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1736-1788.

Vijayakumar, L. (2018). Challenges and opportunities in suicide prevention in South-East Asia. *WHO South-East Asia journal of public health*, 6(1), 30-33.

Yang, B., & Lester, D. (1999). The misery index and suicide. *Psychological reports*, 84(3_suppl), 1086-1086.