



راهبردهای پیشگیری از خودکشی: کدام یک باید مد نظر قرار گیرد؟

خودکشی معضلی جهانی در حیطه سلامت عمومی است که اغلب از سوی سیاست‌گذاران نادیده گرفته می‌شود به طوری که بسیاری از کشورها فاقد راهبردی جامع برای پیشگیری از خودکشی هستند.

خودکشی سالانه نزدیک به ۱ میلیون نفر در جهان قربانی می‌گیرد و یکی از سه عامل عمده مرگ و میر محسوب می‌شود. طبق پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی در صورت ادامه روند فعلی در سال ۲۰۲۰ این رقم به ۱/۵۳ میلیون نفر خواهد رسید. بر همین اساس سازمان بهداشت جهانی بر پیشگیری از خودکشی تأکید دارد و از کشورها خواسته است که راهبردهای ملی برای پیشگیری از خودکشی تدوین کنند. راهبردهای پیشگیری باید بر کنترل عوامل خطر استوار باشند. شواهد نشان می‌دهند که سابقه قبلی خودکشی مهم‌ترین پیش‌بینی کننده اقدام به خودکشی و مرگ بر اثر آن است. بنابراین مداخلاتی که به کاهش اقدام و اقدام مجدد به خودکشی منجر شوند می‌توانند محور راهبردهای پیشگیری از خودکشی قرار گیرند.

به همین دلیل این پژوهش راهبردهای پیشگیری از خودکشی را بررسی و جمع‌بندی کرده تا به عنوان مبنا و راهنمایی در تدوین راهبردهای ملی پیشگیری از خودکشی کشورها مورد استفاده قرار گیرد.

محدود کردن روش‌های خودکشی

شواهد نشان می‌دهند که محدود کردن روش‌های خودکشی با کاهش میزان خودکشی در ارتباط است. بنابراین محدود کردن روش‌های خودکشی به عنوان یکی از راهبردهای عمده پیشگیری از خودکشی توجه روز افزونی را به خود جلب کرده است. منظور از محدود کردن روش‌های خودکشی، محدود کردن دسترسی به وسایل کشنده‌ای است که برای خودکشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این راهبردها عبارتند از: محدود کردن دسترسی به سلاح گرم، محدود کردن دسترسی و نگهداری ایمن سموم مختلف، ارائه داروها و مسکن‌های قوی در بسته‌بندی‌های کوچکتر، نصب موانع در مکان‌های مرتفع، تجویز محتاطانه باربیتورات‌ها^۱ و محدودیت دسترسی به زغال چوب.

محدود کردن روش‌های خودکشی در سطح جمعیت عمومی یک راهبرد پیشگیری مؤثر است. هرچند کماکان نگرانی‌هایی در مورد جایگزینی روش‌های خودکشی و استفاده از روش‌های دیگر وجود دارد.

^۱. barbiturates



به طور کلی محدود کردن روش‌های خودکشی را می‌توان به عنوان زنجیره‌ای در نظر گرفت که از محدود کردن کامل روش‌های خودکشی تا ارتقاء مداخلات آموزشی و اجتماعی را در برمی‌گیرد.

مداخلات دروازه‌بانی

مداخله "دروازه‌بانی" راهبردی مبتنی بر شواهد در پیشگیری از خودکشی است. این راهبرد شامل طیفی از مداخلات است که توسط افرادی که با جمعیت بالقوه آسیب‌پذیر در ارتباط هستند، انجام می‌شوند و فرصت مناسبی را برای شناسایی افراد در معرض خطر خودکشی و ارجاع آنها به مراکز بهداشتی درمانی فراهم می‌کند.

دروازه‌بان‌ها شامل روحانیون، معلمان، داروسازان، مراقبان سالمندان، روزنامه‌نگاران، نیروی انتظامی، پرسنل بهداشت و درمان و کارکنان مؤسسات خاص مانند مدارس، زندان‌ها و ارتش، رابطین بهداشتی، مربیان ورزشی، پزشکان، یا سایر ذینفعانی هستند که امکان نظارت، شناسایی و کمک‌رسانی به افراد نیازمند کمک را دارند.

ارائه آموزش برای افزایش آگاهی از عوامل خطر، آموزش رسمی به دروازه‌بان‌ها، تغییر در سیاست‌گذاری در جهت تشویق رفتارهای کمک‌طلبی و همچنین در دسترس قرار دادن منابع برای پیشگیری از خودکشی، مفاهیم کلیدی در این راهبرد هستند. بررسی‌های سیستماتیک نشان داده‌اند که آموزش دروازه‌بان‌ها در کاهش تعداد خودکشی‌ها مؤثر است.

مداخلات در مدرسه

امروزه مداخلاتی که در مدارس برای پیشگیری از خودکشی مورد استفاده قرار می‌گیرند بسیار مورد توجه قرار گرفته‌اند. مدارس محیط‌های ایده‌آلی برای افزایش سواد سلامت روان، آگاهی از خطر خودکشی و آموزش مهارت‌هایی هستند که می‌توانند نقش چشمگیری در پیشگیری از خودکشی داشته باشند. برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مدارس به عنوان راهکارهایی هزینه/اثربخش و عملی برای کمک به نسل‌های آینده توسعه یافته‌اند.

هدف از این مداخلات ارتقای سطح آگاهی دانش‌آموزان درباره خودکشی، آموزش آنها برای شناسایی علائم احتمالی خودکشی و فراهم آوردن منابع مناسب پیشگیری از خودکشی در مدرسه و جامعه است. این برنامه‌ها عمدتاً بر کاهش عوامل خطر از طریق شناسایی و گزارش زودهنگام تأکید دارند. غربالگری اختلالات خلقی، سوء مصرف مواد و افکار خودکشی، آموزش کارکنان مدارس به عنوان "دروازه‌بان" برای



افزایش شناسایی و گزارش موارد در معرض خطر خودکشی و همچنین لحاظ کردن موضوعات مرتبط در برنامه درسی مدارس به منظور افزایش آگاهی، خود غربالگری و ارجاع به موقع اختلال‌های روانی و گرایش به خودکشی از جمله این مداخلات هستند. برنامه‌های "مددیارهای هم‌تا"^۱ و "پس از اقدام" مداخلات دیگری هستند که در مدارس مورد استفاده قرار می‌گیرند. برنامه‌های جدید پیشگیری از خودکشی مبتنی بر مدارس که به نام "علائم هشداردهنده خودکشی"^۲ شناخته می‌شوند تلفیقی از دو نوع مداخله هستند: لحاظ کردن موضوعات مرتبط با خودکشی در برنامه درسی برای بالا بردن آگاهی دانش آموزان و غربالگری افسردگی مرتبط با خودکشی. برنامه روبان زرد^۳، برنامه دیگری است که در برخی مناطق مورد استفاده قرار می‌گیرد.

مداخلات خطوط بحران

خطوط بحران یا تلفن اورژانس می‌تواند به میزان قابل توجهی اقدام به خودکشی و نوسیدی حاد را به تأخیر انداخته یا کاهش دهد. مطالعات نشان داده‌اند که کمک‌های ارائه شده توسط خطوط بحران باعث کاهش میزان خودکشی می‌شود.

همچنین مداخلات تلفنی پس از اقدام می‌تواند خودکشی را به میزان قابل توجهی کاهش داده و به تأخیر اندازد. گذشته از آن چون خدمات تلفنی در شرایط بحرانی قابل دستیابی و استفاده هستند، می‌توانند خدمات حمایتی را سریع‌تر از مراکزی که لیست انتظار طولانی دارند در اختیار افراد قرار دهند. همچنین مداخلات تلفنی علاوه بر کاهش خودکشی تأثیر مثبتی بر سایر جنبه‌های روانی-اجتماعی از جمله کاهش علائم افسردگی، کاهش پذیرش بیمارستانی و استفاده از منابع خدمات بهداشتی دارند.

مداخلات ارائه شده توسط پزشکان مراقبت‌های اولیه

با توجه به این که پیش از اقدام به خودکشی، تماس با مراکز مراقبت‌های اولیه افزایش می‌یابد، نقش مراقبت‌های اولیه در پیشگیری از خودکشی بسیار حائز اهمیت خواهد بود. از آنجایی که بیماری افسردگی اغلب ناشناخته باقی مانده و تحت درمان قرار نمی‌گیرد و از سوی دیگر غربالگری، درمان و پیگیری بیماران افسرده یک راهبرد بسیار مهم در کاهش میزان خودکشی است، آموزش پزشکان مراقبت‌های اولیه برای تشخیص و درمان این بیماری مؤثرترین مداخله پیشگیری از خودکشی محسوب می‌شود.

ادغام برنامه پیشگیری از خودکشی در مراقبت‌های اولیه و فراهم آوردن امکان دسترسی به موقع به خدمات بهداشت روان، افسردگی و خودکشی را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد. تمرکز مراقبت‌های اولیه بر

^۱. peer helper programs

^۲. Sign Of Suicide (SOS)

^۳. Yellow ribbon



مراقبت‌های بهداشت روان و غربال‌گری، تشخیص، درمان، ارجاع و پیگیری افسردگی و سایر اختلالات روانی می‌تواند به عنوان مؤثرترین روش پیشگیری از خودکشی در سطح جامعه مطرح باشد.

رویکردهایی مانند ویدئو کنفرانس و مشاوره تلفنی می‌تواند در کنار خدمات مراقبت‌های اولیه مورد استفاده قرار گیرد.

برخی از پژوهش‌ها گام‌هایی را برای پیشگیری از خودکشی توصیه کرده‌اند، از جمله پرسش راجع به وجود یا عدم وجود اختلال‌های خلقی، سابقه خودکشی و دیگر عوامل خطر آن، مشارکت خانواده و سایر متخصصان، پایش دقیق افسردگی، آشنایی با منابع در دسترس جامعه برای پیشگیری از خودکشی و آموزش بیماران.

رسانه‌ها و پیشگیری از خودکشی

رسانه‌ها اعم از الکترونیکی و چاپی اخبار را به سرعت منتشر کرده و می‌توانند منجر به وقوع خودکشی یا تغییر روش‌های آن شوند. به علاوه اخبار رسانه‌ای غیر مسئولانه که اغلب هنگام خودکشی افراد مشهور یا خودکشی‌های نمادین منتشر می‌شوند بر وقوع خودکشی تأثیر می‌گذارند. این پدیده سرایت خودکشی نامیده می‌شود و به خودکشی‌های تقلیدی، کپی‌کت و خودکشی‌های خوشه‌ای جمعی اشاره دارد.

تأثیر رسانه‌ها بر خودکشی دو جانبه است به گونه‌ای که برای افراد در معرض خطر مضر و برای افرادی که به مقابله مثبت اهمیت می‌دهند نقش محافظت‌کننده را ایفا می‌کند. اخبار رسانه‌ای نامناسب درباره خودکشی افراد مشهور قویاً با افزایش رفتارهای خودکشی در ارتباط است.

مطالعات گسترده نشان داده‌اند که نحوه پوشش خبری خودکشی با رفتارهای خودکشی‌گرایانه در ارتباط است. از سوی دیگر، سانسور خبری خودکشی یا گزارش مسئولانه آن با کاهش میزان خودکشی مرتبط است. بنابراین تهیه یک راهنمای گزارش‌دهی و آموزش خبرنگاران و گزارشگران نقش عمده‌ای در پیشگیری از خودکشی ایفا می‌کند.

شواهد نشان داده‌اند اصلاح تصویری که رسانه‌ها از خودکشی ارائه می‌دهند، کاهش نرخ خودکشی را به دنبال دارد. همچنین گزارش‌دهی مسئولانه رویکردی شناخته شده در پیشگیری از خودکشی است. بنابراین رسانه‌ها می‌توانند با افزایش آگاهی و کاهش نگرش منفی نسبت به اختلال‌های روانی به کاهش خودکشی کمک کنند.

مداخلات الکترونیکی سلامت

مداخلات الکترونیکی سلامت^۱ امروزه محبوبیت روز افزونی پیدا کرده است. جنبه‌های متنوع این فناوری می‌توانند به اشکال مختلفی مورد استفاده قرار گیرند. اینترنت می‌تواند برای خودغربال‌گری و همین‌طور گزارش‌دهی به ارائه دهنندگان خدمات روانپزشکی مورد استفاده قرار گیرد و در نهایت منجر به کاهش خودکشی و اقدام به آن گردد. برنامه‌های مبتنی بر وب هدفمند و غیر هدفمند می‌توانند برای مداخله در خودکشی مورد استفاده قرار گیرند. رویکرد دیگر برای ارزیابی افراد در معرض خطر خودکشی، ارزیابی محتوای شبکه اجتماعی آنها از جمله مطالب به اشتراک گذاشته شده، نقدها و نظراتی است که گواهی بر اختلال‌های روانی و افکار خودکشی است. فیلم‌های تحت وب و فایل‌های صوتی، پست الکترونیکی، تلفن‌های هوشمند، اپلیکیشن‌ها، بازی‌های کامپیوتری و اینترنتی، تجزیه و تحلیل پیام‌ها و بسیاری از راهبردهای دیگر می‌توانند برای شناسایی افراد در معرض خطر خودکشی و ارجاع آنها به مراکز ارائه دهنده خدمات روانپزشکی مورد استفاده قرار گیرند.

بیماری‌های روانپزشکی و خودکشی

بیماری‌های روانپزشکی از عوامل خطر عمده خودکشی هستند. شواهد نشان می‌دهند که حدود ۹۰٪ قربانیان خودکشی دارای حداقل یک اختلال روانپزشکی بوده‌اند و افسردگی علت عمده حدود ۶۰٪ از مرگ و میرها بوده است. سایر اختلال‌های روانپزشکی که در اتوپسی‌های روان‌شناختی مرگ‌های ناشی از خودکشی دیده می‌شود عبارتند از: اختلال‌های شخصیت^۲، اختلال سازگاری^۳، اختلال‌های مرتبط با الکل و دارو^۴، اختلال‌های دوقطبی^۵، اسکیزوفرنی^۶ و سایر روانپریشی‌ها، اختلال‌های اضطرابی^۷، اختلال کنترل تکانه، اختلال جسمانی شکل^۸، اختلال‌های خواب، اختلال‌های خوردن^۹ و اختلال‌های روانپزشکی دوران کودکی. سایر عوامل خطر شامل دسترسی به ابزار کشنده، عدم دسترسی به خدمات روانپزشکی، فقدان رفتارهای کمک طلبی و وجود بیماری‌های جسمی همراه و سایر عوامل اجتماعی است.

^۱. E-Health interventions

^۲.personality disorders

^۳.adjustment disorder

^۴. drug and alcohol related disorders

^۵.bipolar disorders

^۶. schizophrenia

^۷. anxiety disorders

^۸. somatoform disorders

^۹.eating disorders

مطالعات نشان داده‌اند حدود ۸۳٪ افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، در طول یک سال گذشته و ۲/۳ از آنها در طی یک ماه پیش از اقدام با پزشکان مراقبت‌های اولیه تماس داشته‌اند. درمان اختلال‌های خلقی رویکردی عمده در پیشگیری از خودکشی است و به همین دلیل مراقبت‌های اولیه می‌تواند نقش مؤثری در این زمینه داشته باشد. همچنین باید از غربال‌گری منظم، درمان و پیگیری بلندمدت بیماران افسرده اطمینان حاصل شود زیرا افسردگی اختلالی مزمن و عود کننده است.

مداخلات دارویی

از آنجا که اختلال‌های روانپزشکی نقش عمده‌ای در وقوع خودکشی دارند، بنابراین درمان دارویی این اختلال‌ها بخش قابل توجهی از مداخلات پیشگیری از خودکشی را شامل می‌شود. درمان کوتاه مدت و بلند مدت اختلال‌های روانپزشکی مانند درمان‌های پیشگیرانه با داروهای ضد افسردگی و تثبیت‌کننده‌های خلق^۱ و داروهای ضد روانپریشی^۲ به میزان قابل توجهی اقدام به خودکشی را کاهش می‌دهد. همچنین درمان موفقیت‌آمیز اختلال‌های خلقی می‌تواند خودکشی را در یک دوره مشخص کاهش دهد. مصرف لیتیوم^۳ خودکشی را در بیماران دارای اختلال‌های عاطفی و اختلال‌های دو قطبی کاهش می‌دهد. اثرات ضد خودکشی و تثبیت‌کنندگی خلق لیتیوم بیشتر از دیگر داروهای تثبیت‌کننده‌های خلق است. لیتیوم در تعدیل پرخاشگری و تکانشگری که فرد را به سوی خودکشی سوق می‌دهند، نقش دارد.

اخیراً نتایج یک متاآنالیز نشان داده است که لیتیوم خطر خودکشی منجر به مرگ و اقدام به خودکشی را در طول درمان تا ۸۰٪ کاهش می‌دهد. همچنین کلوزاپین (داروی ضد روانپریشی آتیپیک) نیز خطر اقدام به خودکشی را در بیماران روانپزشکی کاهش می‌دهد.

از آنجا که افسردگی سهم عمده‌ای در وقوع خودکشی دارد، استفاده از داروهای ضد افسردگی یک راهبرد قابل توجه در پیشگیری از خودکشی است. بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین^۴ داروهایی هستند که عوارض کمتری دارند و خطر وقوع خودکشی را در اختلال‌های افسردگی، در هر دو نوع درمان کوتاه مدت و بلند مدت کاهش می‌دهند.

دارودرمانی به عنوان خط اول درمان در مراقبت‌های اولیه اختلال‌های خلقی عمده در نظر گرفته می‌شود. اگر چه بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین ممکن است در ابتدای درمان منجر به افزایش افکار خودکشی شود ولی میزان کلی خودکشی را بالا نمی‌برند. شواهد نشان داده‌اند استفاده از درمان شناختی-رفتاری همراه با تجویز فلوکستین^۵ می‌تواند در کاهش افکار و رفتارهای خودکشی مؤثر باشد.

تشنج درمانی الکتریکی^۶ (الکتروشوک) درمانی مؤثر برای گرایش‌های خودکشی در بیماران شدیداً افسرده است. همانطور که تحقیقات به طور گسترده نشان داده‌اند که افسردگی مداوم و خطر حاد خودکشی یکی از موارد

1. mood stabilizer

2. antipsychotic

3. lithium

4. Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs)

5. fluoxetine

6. Electroconvulsive Therapy (ECT)



مشخص درمان الکتروشوک است. به علاوه اثربخشی داروی کتامین^۱ نیز در کاهش فوری افکار خودکشی در در برخی پژوهش‌ها به اثبات رسیده است.

مداخلات روان‌شناختی

روان‌درمانی نقش مهمی در پیشگیری از خودکشی، کاهش علائم اورژانسی حاد و عوارض بلند مدت اصلاح تحریفات شناختی ایفا می‌کند.

درمان شناختی-رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۲، مهارت‌های حل مسئله، مداخله مختصر در بحران و روان‌درمانی بین فردی^۳ در پیشگیری از خودکشی مؤثر شناخته شده‌اند. برخی مطالعات نشان داده‌اند کاربرد درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان‌های معمول، اقدام به خودکشی را به نصف کاهش می‌دهد. همچنین روان‌درمانی در ترکیب با ضد افسردگی‌ها می‌تواند درمانی اثربخش برای افسردگی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در اختلال شخصیت مرزی^۴ باشد.

مداخلات پیگیری پس از ترخیص

افراد دارای اختلال‌های روانپزشکی و خطر خودکشی یا بحران‌های شدید روان‌شناختی نیاز به پذیرش فوری در مراکز روانپزشکی و مصرف دارو برای کاهش خطر خودکشی دارند. شواهد نشان داده‌اند احتمال خودکشی در روزهای ابتدایی پس از ترخیص از بیمارستان بیشتر است. بنابراین مشاهده بلند مدت و همچنین مراقبت‌های پیگیری برای کاهش خطر خودکشی توصیه می‌شود. شواهد نشان دادند اقدام مجدد به خودکشی در بیمارانی که از طریق تماس تلفنی، تماس پستی و پست الکترونیک پیگیری می‌شوند در مقایسه با افرادی که تحت پیگیری قرار نمی‌گیرند، کمتر است. همچنین مشارکت اعضای خانواده و برنامه‌های اجتماعی در تضمین پیگیری بلند مدت نقش عمده‌ای دارند.

راهبردهای غربال‌گری

برنامه‌های غربال‌گری برای شناسایی افراد در معرض خطر خودکشی و هدایت آنها به فرآیند درمان منجر به کاهش خودکشی می‌شود. مطالعات نشان دادند غربال‌گری منظم افسردگی، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و سوء مصرف مواد می‌تواند خودکشی را به میزان قابل توجهی کاهش دهد.

نتیجه‌گیری

خودکشی یک مشکل قابل پیشگیری در حوزه بهداشت عمومی است. با این حال هنوز بسیاری از کشورها فاقد یک راهبرد ملی برای پیشگیری از خودکشی هستند. هدف این پژوهش بررسی و جمع‌بندی راهبردهای

^۱. ketamin

^۲. Dialectical Behavioural Therapy (DBT)

^۳. interpersonal psychotherapy

^۴. borderline personality disorder



پیشگیری از خودکشی است تا از این طریق بتواند به عنوان مبنایی برای تدوین راهبردهای ملی سایر کشورها مورد استفاده قرار گیرد. ادبیات پژوهشی نشان داده است محدود کردن روشهای خودکشی، راهبردهای دروازه‌بان، مداخلات در مدرسه، خدمات تماس تلفنی، آموزش پزشکان مراقبت‌های اولیه، گزارش‌های رسانه‌ای مسئولانه، مداخلات الکترونیکی در حوزه سلامت و خدمات روانپزشکی مناسب از راهبردهای اثربخش در پیشگیری از خودکشی هستند. تدوین راهبرد ملی پیشگیری از خودکشی با تمرکز بر تنوع فرهنگی و مخاطرات منطقه‌ای ضرورتی است که نباید به تعویق انداخته شود.



منبع:

Yasir Arafat, S. M., & Kabir, R. (2017). Suicide prevention strategies: which one to consider? *South Asia journal of public health*; 7(1):1-5.