



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی لرستان

عنوان:

آشنایی با کلیات خودکشی (۱)

تهیه کننده:

دکتر سارا نوروزی (مجری پروتکل کشوری مداخلات

تخصصی مددکاران اجتماعی در خودکشی)

میزان خودکشی در جوانترین گروه های سنی (زیر 15 سال) کمترین مقدار و در افراد بالای 70 سال بالاترین مقدار است اما هر ساله تعداد قابل توجهی از کودکان و نوجوانان بر اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند. بیش از 60000 کودک و نوجوان 10 تا 19 ساله در سراسر جهان در سال 2016 جان خود را از دست دادند. خودکشی سومین علت مرگ و میر در 15 تا 19 ساله ها بعد از آسیب های جاده ای و خشونت های بین فردی است

خودکشی یک مشکل بهداشت روان جهانی برای افراد در هر سنی است و سالانه 800000 مرگ و میر را به همراه دارد. در سال 2016، نرخ استاندارد خودکشی جهانی 10.5 در هر 100000 نفر بود که نسبت به سال 2010 که نرخ خودکشی 9.8 درصد بوده، افزایش داشته است. نرخ کلی خودکشی نیز در آسیا (13.4 در هر 100000) و در منطقه غربی اقیانوس آرام (8.4 در هر 100000) بوده است. میزان خودکشی استاندارد شده جهانی در مردان 1.8 برابر بیشتر از زنان برآورد شده است. با این وجود، کشورهایی مانند بنگلادش (6.7 در مقابل 5.5)، چین (8.3 در مقابل 7.9) و میانمار (9.8 در مقابل 6.3) نرخ خودکشی در میان زنان بالاتر است.

نتایج فراتحلیل دوپنیک و همکارانش (2020) نشان داد که مداخلات پیشگیرانه کوتاه مدت در کاهش بحران و احتمال اقدام به خودکشی و افزایش هماهنگی یا پیوند با مراقبین و مداخله کنندگان، موثر است. در حالی که تعجب آور نیست که مداخلات کوتاه علائم افسردگی منجر به خودکشی را کاهش نمی دهند، اما پژوهش ها نشان داد که شدت و تنوع در علائم افسردگی پیش بینی کننده مهمی برای اقدام به خودکشی است و به احتمال زیاد کاهش علائم افسردگی کلیدی برای کاهش خودکشی محسوب می شود. امروزه افسردگی به عنوان یک فاکتور خطر در خودکشی، تنها به علل روانی ایجاد نمی شود بلکه تحت تاثیر شرایط جسمی، اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی و اشتغال در افراد نیز هست. ترکیبی از رویکردهای روانی اجتماعی احتمالاً برای کاهش طولانی مدت خطر خودکشی توام با افسردگی مورد نیاز است.

برنامه های پیشگیری و ایمنی از خودکشی در بیمارستان ها شامل شناسایی علائم هشدار دهنده قبل از بحران خودکشی، استراتژی هایی برای انحراف از افکار خودکشی، استفاده از سیستم های حمایتی خانوادگی، دوستی و اجتماعی در طول بحران، مداخلات مبتنی بر تماس های تلفنی مختصر و مشاوره های تلفنی کوتاه و ارسال پیام ها و ایمیل های حمایتی و آموزشی و تعیین ملاقات با روانپزشک یا روانشناس است. اما به طور کلی بیماران دارای افکار خودکشی اغلب به توصیه های درمانی پایبند نیستند. مطالعات نشان می دهند که تنها 35٪ از بیماران بزرگسال در عرض 7 روز پس از ترخیص از بیمارستان و 55٪ از بیماران سرپایی در 30 روز پس از اقدام، در جلسات مشاوره تعیین شده شرکت می کنند. سایر مداخلات درمانی مختصر در بیمارستان ها شامل مواردی است که بر تقویت مهارت های حل مسئله و ارائه مؤلفه های درمان های مختلف مانند ارزیابی عملکردی خشونت خودراهر از رفتار درمانی دیالکتیکی و رفتار درمانی شناختی و استفاده از تکنیک های مصاحبه انگیزشی برای کاهش خطر خودکشی و مشارکت در درمان سرپایی سلامت روان تاکید می کنند.

سازمان بهداشت جهانی پیشگیری از خودکشی را به عنوان یک اولویت اصلی بهداشت عمومی به رسمیت شناخته و از توسعه و اجرای استراتژی های جامع ملی با در نظر گرفتن اولویت برای جوانان و سایر گروه های آسیب پذیر اجتماعی حمایت می کند. علاوه بر این، بحران جهانی ناشی از همه گیری COVID-19 و پیامدهای روانی اجتماعی پس از کووید نیز نگرانی هایی را در مورد خطر افزایش نرخ خودکشی در سراسر جهان ایجاد کرده است