

تبیین اصول و معیارهای طراحی مراکز پیشگیری از خودکشی با تأکید بر علت‌های خودکشی در مناطق پرخطر (نمونه موردی: ایلام)^۱

عطاءالله یاری کیا^۲

عبدالرحمن دیناروند^۳

بهزاد وثیق^۴

چکیده

خودکشی پدیده‌ای پیچیده و وابسته به عوامل گوناگون روانشناختی، زیست‌شناختی و جامعه‌شناختی است. در دوره معاصر با افزایش جمعیت، گسترش صنعت و زندگی ماشینی و شیوع انواع بیماری‌های روحی و روانی، میزان خودکشی در جوامع افزایش محسوسی داشته است؛ در این بین استان ایلام به عنوان یکی از مناطق پرخطر شناخته شده و به گواهی پژوهش‌های انجام‌شده در چند دهه اخیر بیشترین میزان خودکشی را در مناطق مختلف کشور داشته است. یکی از راههای کاهش خودکشی در این منطقه و دیگر مناطق، تأسیس مراکز پیشگیری از خودکشی است تا در آنجا افراد آسیب‌دیده در درازمدت از خدمات بالینی، توانبخشی و سایر برنامه‌های حمایتی برخوردار شوند. این خدمات در جهت پیشگیری از عود مجدد اختلالات روحی و روانی و بهبود کامل آنان صورت می‌گیرد. هدف از این پژوهش برشمردن ریزفضاهای مرکز پیشگیری از خودکشی با توجه به علت‌های خودکشی در ایران است. روش تحقیق در این پژوهش توصیفی-تحلیلی و اسنادی و ابزار گردآوری داده‌ها مطالعات کتابخانه‌ای می‌باشد. نتایجی که از این پژوهش به دست آمده ۱۰ حوز را شامل می‌شود که عبارتند از: حوزه‌های درمانی، روان‌درمانی، تلفنی، آموزشی، پژوهشی، توانبخشی، اداری، خدماتی، ورزشی-فرهنگی و حمایتی.

واژگان کلیدی: خودکشی، مراکز پیشگیری از خودکشی، معماری، ایلام.

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول با عنوان «طراحی مرکز شفابخشی و پیشگیری از خودکشی با رویکرد معماری درمانگر مبتنی بر علوم مغز و اعصاب در ایلام» با راهنمایی نویسنده‌های دوم و سوم در دانشگاه صنعتی جندی‌شاپور دزفول است.

ata.divali@jsu.ac.ir
sh_rezaei@ilam.ac.ir
vasiq@jsu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد گروه معماری، دانشگاه صنعتی جندی‌شاپور، دزفول
۳. استادیار و عضو هیئت علمی گروه معماری دانشگاه صنعتی جندی‌شاپور، دزفول (نویسنده مسئول)
۴. عضو هیئت علمی گروه معماری دانشگاه صنعتی جندی‌شاپور، دزفول

مقدمه

خودکشی پدیده‌ای است که به عوامل گوناگون روانشناختی، زیست‌شناختی و جامعه‌شناسی وابسته می‌باشد و یکی از مسائل بهداشت عمومی محسوب می‌شود که بسیاری از گروه‌های آسیب‌پذیر از قبیل سالمندان، جوانان و نوجوانان را تهدید می‌کند. آمارهای سازمان سلامت جهانی نشان می‌دهد که میزان خودکشی در طی ۵۰ سال اخیر سیر صعودی داشته است و خودکشی را دومین علت شایع مرگ و میر در سنین ۱۵-۲۹ سال می‌داند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). به صورت دقیق نمی‌توان گفت که چه عاملی سبب خودکشی می‌شود؛ چراکه پدیده‌ای پیچیده است؛ به این معنا که تک عاملی نیست و چندین عامل گوناگون می‌تواند بر افزایش آن تأثیر داشته باشد و الگوهای آن حتی در سطوح محلی یک کشور می‌تواند متفاوت باشد. آمارها و پژوهش‌هایی که در ایران در مورد این مسئله انجام گرفته است نشان می‌دهند که پس از جنگ تحمیلی و در دهه ۷۰ و ۸۰ میزان خودکشی در ایران افزایشی بوده و پس از آن در چند سال اخیر روندی نسبتاً کاهشی داشته است. در این میان استان ایلام به دلیل ویژگی‌هایی نظیر وضعیت خاص جغرافیایی و فاصله از مرکز کشور، ساختار جمعیتی جوان، وضعیت نامناسب اقتصادی و ساختار فرهنگی و اجتماعی در معرض بروز بیشترین خودکشی و اقدام به خودکشی است. این پدیده در استان‌های غربی کشور بالاترین میزان را به خود اختصاص داده است؛ به گونه‌ای که استان ایلام با ۲۸/۹۴ در هر ۱۰۰ هزار مرگ ناشی از خودکشی، یک منطقه پرخطر به شمار می‌رود (آستارکی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۸۶).

در چند دهه اخیر بسیاری از کشورها در سراسر جهان برنامه‌های مختلفی را برای کاهش این پدیده در نظر گرفته‌اند؛ از جمله این برنامه‌ها می‌توان به آموزش همگانی در ارتباط با خودکشی، ایجاد مراکز مشاوره و روان‌درمانی، برنامه‌های حمایتی و... اشاره کرد. این در حالی است که کشورهای توسعه‌یافته از اواسط قرن بیستم اقدام به تأسیس مراکزی کرده‌اند که تمامی این اقدامات را به صورت تخصصی بر عهده می‌گیرد؛ این مراکز با عنوان مراکز پیشگیری از خودکشی^۱ یا مراکز مداخله در بحران شناخته می‌شوند و در آنجا افراد آسیب‌دیده

1. Suicide prevention center

به صورت درازمدت برای بهبود اختلالات، تحت خدمات بالینی، توان بخشی و برنامه های حمایتی قرار می گیرند. این مراکز به عنوان یک کلینیک کوتاه مدت در مورد فوریت ها عمل می کنند و در زمینه آگاه ساختن و آموزش مردم در مورد مسائل مربوط به خودکشی از طریق روزنامه ها، مجلات، تلویزیون و رادیو اقدامات گسترده ای انجام می دهند و کوشش می کنند افراد ناامید را از یک بحران حاد نجات دهند و توصیه های لازم را در مورد پیشگیری از بحران های بعدی بنمایند. بعضی مراکز در مورد چند تن از بیماران روان درمانی تخصصی در نظر می گیرند. این اقدام نزدیکترین راه برای درمان سببی حالتی است که منجر به تهدید خودکشی شده است. تمام اقدامات دیگر جنبه درمان علامتی دارد؛ یعنی اقدام در مورد شرایط حادی است که غالباً در زمینه بحران های مزمن و طولانی عارض می گردد. این مراکز اغلب اولین مکانی هستند که افراد دارای تفکر خودکشی برای مشاوره روانی به آنجا مراجعه می کنند؛ در نتیجه نقش مهمی در پیشگیری از خودکشی دارند.

تاکنون در کشور ما چنین مراکزی تأسیس نشده است و با توجه به نرخ بالای خودکشی به نظر می رسد وجود چنین مراکزی می تواند در کاهش خودکشی در کشور مؤثر باشد؛ بنابراین منبعی که بتوان از طریق آن ویژگی های معماری این بناها را شناخت وجود ندارد؛ لذا در این پژوهش این سؤال مطرح می شود که مهمترین اصول و معیارهای طراحی معماری مراکز پیشگیری از خودکشی که بتوانند در بهبود نتایج درمان بیماران و کاهش خودکشی مؤثر باشند کدام است؟ با مطالعه مقالات علمی و پژوهش های انجام شده در ارتباط با خودکشی، مهمترین علت های این امر، شناسایی و بر اساس آنها سعی شده است مهمترین راهکارهای معمارانه که به ایجاد ریزفضاهایی برای مرکز پیشگیری از خودکشی منجر می شود مشخص گردد؛ همچنین شهر ایلام به عنوان منطقه ای پرخطر که طبق پژوهش های انجام شده بیشترین میزان خودکشی را در چند دهه اخیر داشته، به عنوان نمونه مطالعاتی انتخاب شده است تا بر اساس عواملی که باعث خودکشی در این استان گردیده، ریزفضاهای مهم برای طراحی یک مرکز پیشگیری از خودکشی شناسایی شود.

در مجموع می توان گفت تأسیس مراکز پیشگیری از خودکشی در استان ایلام یک ضرورت است. تأسیس این مراکز باعث ایجاد همکاری بین سازمان های

دولتی و غیردولتی مرتبط با موضوع خودکشی خواهد شد. اقدامات مداخله‌ای که با استفاده از وسایل ارتباط جمعی بر مبنای ماجرای قربانیان و افراد اقدام‌کننده به جامعه عرضه شود می‌تواند منجر به کاهش آمار خودسوزی و خودکشی در استان شود (رضایی نسب، ۱۳۹۶: ۱۰).

پیشینه پژوهش

تاکنون پژوهش‌های متعددی در ارتباط با علت‌های خودکشی، اپیدمیولوژی خودکشی، روش‌های خودکشی و ... انجام شده است؛ با این حال پژوهشی وجود ندارد که به بررسی ریزفضاهای مراکز پیشگیری از خودکشی بپردازد. با توجه به ساختار این پژوهش سعی شده به تحلیل پژوهش‌هایی اقدام شود که به بررسی تأثیر مراکز پیشگیری از خودکشی بر کاهش خودکشی توجه داشته‌اند.

نوردتافت و همکاران (۲۰۰۵) در مقاله‌ای با عنوان «تأثیر یک مرکز پیشگیری از خودکشی برای افراد جوان با رفتار خودکشی در کپنهاگ» به ارزیابی تأثیر مراکز پیشگیری از خودکشی در کاهش میزان خودکشی جوانان پرداختند. پژوهش آنان نشان داد که طراحی فضا می‌تواند در بهبود بیماران و تأثیر گروه‌های مداخله‌کننده در درمان بیماران مؤثر واقع شود؛ علاوه بر این، پژوهش‌های دیگری در این زمینه انجام شده است که به بررسی تأثیر ارتباط افراد از طریق خطوط تلفنی با مراکز پیشگیری از خودکشی می‌پردازد؛ میشارا و دایگل (۱۹۹۷) با آنالیز ۶۱۷ تماس افراد متمایل به خودکشی در دو مرکز پیشگیری از خودکشی در کانادا نشان دادند که از آغاز تا پایان این تماس‌ها، ۱۴ درصد از تماس‌گیرندگان از حالت افسردگی خارج شده و ۲۷ درصد از حالت اورژانسی خودکشی درآمده بودند؛ همچنین کالافت و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی خود از ۱۶۱۷ تماس با ۸ مرکز مداخله در بحران در آمریکا دریافتند که از ابتدا تا پایان تماس‌ها به طور قابل توجهی از میزان سردرگمی، افسردگی، اضطراب، عصبانیت، درماندگی و ناامیدی افراد در معرض خطر خودکشی کم شده است. تایسون و همکاران (۲۰۱۶) نیز پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها از ۸۷ تماس تلفنی با مراکز پیشگیری از خودکشی، نشان دادند که این نوع سرویس‌دهی در کاهش خودکشی و رفتارهای منجر به خودکشی مؤثرند.

همانطور که در پیشینه پژوهش مشاهده شد در بین مطالعات مربوط به خودکشی، پژوهشی منسجم در ارتباط با بررسی ریزفضاهای مراکز پیشگیری از خودکشی وجود ندارد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر حاصل مراجعه به منابع مکتوب، مقالات علمی و پژوهش‌های انجام‌شده در ارتباط با خودکشی است. با شناسایی عوامل تأثیرگذار بر خودکشی در ایران و تحلیل آنها، اصول و مبانی مورد نظر در طراحی این بناها استخراج گردید و سعی شد راهکاری معمارانه ارائه شود تا بتوان فضاهای مورد نظر را در صورت همخوانی با شرایط محلی به کار برد. در نهایت راهبردهایی ارائه می‌شود که بر اساس آنها بتوان بنایی با عنوان مرکز پیشگیری از خودکشی ساخت. در این راستا روش مطالعه در پژوهش پیش رو، توصیفی-تحلیلی و بخش عمده‌ای از آن، اسنادی است. ابزار گردآوری داده‌ها نیز مطالعات کتابخانه‌ای بوده است.

تعریف خودکشی

خودکشی در لغتنامه دهخدا (۱۳۷۷: ۸۴۸) به معنای «خود را به وسیله‌ای کشتن، انتحار، کار زیاد کردن و کوشش بسیار» آمده است. ریشه لاتین آن هم از دو کلمه SUI به معنای خود و CIDE به معنی کشتن می‌باشد که اولین بار در سال ۱۷۳۸ میلادی توسط «دفونتن» مطرح گردید (ربانی و محمدامینی، ۱۳۸۹: ۱۴۱). در فرهنگ معاصر نیز به مفهوم خاتمه دادن عمدی به زندگی به میل خود و به دست خود می‌باشد و اعتقاد بر آن است که این واژه اولین بار در اواسط قرن هفدهم به کار برده شده است. علم خودکشی‌شناسی را پروفیسوری آلمانی به نام دبلیو. ای. بونگر در ۱۹۲۹ ابداع کرد (آذر و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۱).

خودکشی به اعتقاد اشنایدمن (۱۳۹۷: ۲۳) «معادل نوعی رنج و درد است که در اثر عدم ارضای نیازهای روانی به وقوع می‌پیوندد» و «اقدامی آگاهانه در آسیب رساندن به خود است که به مرگ منتهی می‌گردد» (رضاییان، ۱۳۸۸: ۳۹)؛ همچنین یکی از مسائل و مشکلاتی است که فرد، خانواده و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یک رفتار ضد اجتماعی تلقی می‌گردد (برتولوت و

فلیچمن، ۲۰۰۲: ۷۶).

به گفته شاکری و همکاران (۲۰۱۵: ۱۷۳) «به نظر می‌رسد که خودکشی اقدامی نهایی از رفتار، عارضه‌ای چندعاملی و نتیجه‌ای از فعل و انفعالات چندین عامل مختلف زیست‌شناختی، ژنتیکی، محیطی و روانی است». از منظر فردی نیز خودکشی جلوه‌ای از درد و رنج فرد است؛ اما از منظر بین فردی و اجتماعی، نه تنها یک تراژدی و از دست دادن برای خانواده و دوستان نزدیک به حساب می‌آید؛ بلکه از دست دادن یک عضو برای جامعه نیز هست و این حداقل چیزی است که این اقدام برای جامعه به ارمغان می‌آورد (سیریگوتیس و همکاران، ۲۰۱۱: ۶۵-۶۶).

خودکشی در ایران

حسن‌زاده (۱۳۸۹: ۱۲) در کتاب خود چنین بیان می‌کند: به دلیل اینکه در طی جنگ، همبستگی‌ها افزایش می‌یابد، مسائل شخصی فراموش می‌شوند؛ ولی پس از پایان جنگ، مردم به یاد رنج‌ها و گرفتاری‌ها و مشکلات شخصی می‌افتند و عوارض آن نمایان می‌شود؛ همچنین وی معتقد است که در ایران پس از جنگ، تحولات سریع اجتماعی- فرهنگی در مدت زمان کم، باعث افزایش خودکشی در این بازه زمانی شده است؛ هرچند به طور قطعی نمی‌توان گفت که یک عامل در خودکشی مؤثر بوده است؛ چراکه خودکشی پدیده‌ای چندعاملی است و عوامل دیگری نیز در وقوع آن مؤثر هستند.

یافته‌های پژوهش دلیری و همکاران (۱۳۹۵) نشان می‌دهد که بیشترین میزان بروز خودکشی در کل جمعیت ایران به ترتیب مربوط به شهرستان مسجد سلیمان، استان ایلام و استان کرمانشاه و کمترین میزان مربوط به استان قم، شهرستان کاشان و استان مرکزی بوده است.

وضعیت خودکشی در ایلام

رشد سرطانی خودکشی در ایلام پس از پایان جنگ آغاز شد و در طول چند دهه گذشته نه تنها تداوم داشت؛ بلکه به شدت گسترش یافت (نبوی و مرادی نصاری، ۱۳۹۷: ۱۹۴). آنچه آمارهای رسمی و غیررسمی نشان می‌دهد، صعودی بودن روند خودکشی در این استان است. بر اساس نتایج به دست آمده از

پژوهش شجاعی و همکاران (۱۳۹۱: ۱۲)، استان ایلام با نرخ ۲۶ در صد هزار نفر جمعیت دارای بالاترین نرخ خودکشی در ایران است. نرخ خودکشی در استان ایلام در طول سال‌های ۱۳۶۷-۱۳۷۱ سیر صعودی شتابناکی را طی کرده و از ۱۸ نفر در هر یک میلیون نفر در سال ۱۳۶۷ به حدود ۳۳ نفر در سال ۱۳۷۰ رسیده است (محسنی تبریزی، ۱۳۷۲: ۷۳). در دهه ۱۳۷۰ «نرخ خودکشی در ایلام به ازای هر یک میلیون نفر، ۷۵ نفر بوده که بی‌سابقه‌ترین نرخ در سیصد سال گذشته در جهان است» (قاسمی، ۱۳۸۲: ۱۳). آمارها نشان می‌دهند که تعداد خودکشی در استان ایلام از ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۵، سی و سه درصد، از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۶، پانزده درصد و از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۷، سی و هفت درصد افزایش یافته است (موسی‌نژاد، ۱۳۸۹: ۲۳۵).

روش‌های رایج خودکشی در ایلام

روش انتخابی جهت خودکشی موفق یا ناموفق متناسب با به فرهنگ و وسیله در دسترس فرق می‌کند (حجتی و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۰). در بین شیوه‌های خودکشی، روش خودسوزی یکی از رایج‌ترین روش‌ها در استان‌های غربی کشور بخصوص در شهر ایلام است (سفیری و رضایی‌نسب، ۱۳۹۵: ۱۲۴). پژوهش بازیار و همکاران (۱۳۹۵: ۱۱۵) نشان می‌دهد در بازه زمانی ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۳ متوسط میزان بروز خودسوزی در کل جمعیت استان ۸/۴۳ نفر در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت برآورد شد که شهرستان‌های ملکشاهی و ایلام بالاترین میزان خودسوزی را داشتند.

نتایج پژوهش کیخاونی و همکاران (۱۳۹۴: ۱۹۶) نشان داد «در یک دوره شش ساله (۱۳۸۵-۱۳۹۱)، روش رایج اقدام به خودکشی در بین زنان به ترتیب، خودسوزی با نفت، حلق‌آویز کردن و مسمومیت با سم و در بین مردان به ترتیب، حلق‌آویز کردن، خودزنی با سلاح گرم و خودسوزی با نفت بوده است؛ علاوه بر این، در پژوهشی که آستارکی و همکاران (۱۳۹۲) در یک بازه زمانی ۵ ساله در استان ایلام انجام دادند به نتایج مشابهی دست یافتند؛ به طوری که در زنان به ترتیب، خودسوزی، حلق‌آویز کردن، سلاح گرم و مسمومیت با سم و در مردان به ترتیب، مسمومیت، سلاح گرم، حلق‌آویز کردن و خودسوزی را به عنوان مهمترین روش‌های خودکشی در ایلام برشمردند.

ساختار سنتی بسیاری از خانواده‌های ایلامی که بر فرهنگ مردسالاری بنا شده، زمینه‌ساز خودسوزی در این استان است (سفیری و رضایی نسب، ۱۳۹۵: ۱۳۸). انتخاب شیوه خودکشی با آتش (خودسوزی) می‌تواند به منظور بیان اعتراض و جلب توجه عمومی یا نشان دادن خشم فرد باشد (حسینی فر، ۱۳۹۰: ۳۵۰-۳۵۴). این روش خودکشی آسیب‌رسان‌ترین روش از روش‌های تخریب به شخص می‌باشد (مالیک و همکاران، ۲۰۰۷: ۹۳-۹۵).

بسیاری از کارشناسان معتقدند که خودسوزی در خود یک نوع اعتراض نهفته دارد و در حقیقت برخلاف روش‌های دیگر همچون خوردن قرص و حلق‌آویز کردن که آرام و بی‌سر و صدا صورت می‌گیرد فریادی بلند در اعتراض به وضع موجود است (ضرغامی و خلیلیان، ۱۳۸۱: ۱۴).

پژوهش‌های زیاده‌ر و همکاران (۱۳۹۵) نشان می‌دهد که خودسوزی در افراد بی‌سواد و کم‌سواد بیشتر رخ داده است و افراد خانه‌دار و بیکار بیشتر از سایرین در معرض اقدام به خودسوزی قرار گرفته‌اند. از نظر عامل اشتعال‌زای مورد استفاده نیز نفت بیشترین کاربرد را داشت و بیشتر افراد خودسوز ساکن شهر بودند.

بیماری روحی- روانی که به نوعی خود را در افسردگی نشان می‌دهد جزو مهمترین علت‌های خودسوزی زنان ایلامی می‌باشد؛ به عبارت دیگر، افسردگی از مهمترین رفتارهای منجر به خودکشی است که آن را می‌توان پیامد مقوله‌هایی چون: خشونت و آزار همسر و اطرافیان، فقر مالی و تنگدستی و محرومیت دانست. احساس بی‌ارزشی، احساس گناه و اندیشیدن درباره مرگ، خودکشی یا اقدام به خودکشی از شایع‌ترین نشانه‌های افسردگی است (رضایی نسب، ۱۳۹۶: ۲۵).

بررسی علت‌های خودکشی در ایلام

استان ایلام استانی در حال گذار از سنت به مدرنیته است و سنت‌های قبیله‌ای و عشیره‌ای نظام ایلیاتی آن در تضاد با فرهنگ شهرنشینی و اندیشه‌های مدرن است؛ علاوه بر آن، این استان از جمله مناطق محروم و کمتر توسعه‌یافته کشور می‌باشد. این امر فضای آن را مستعد انواع آسیب‌های اجتماعی از جمله خودکشی می‌کند که با توجه به آمارهای جسته و گریخته و غیررسمی در دو دهه اخیر، رشد صعودی داشته

است و همچنان استان ایلام رتبهٔ نخست را در میزان خودکشی در کل کشور داراست؛ در واقع این میزان بالای خودکشی علاوه بر میانگین کشوری از میانگین جهانی نیز پیشی گرفته است (مرادی نصاری، ۱۳۹۳: ۱۱۸).

عوامل افزایش نرخ خودکشی در بین جوامع مختلف متفاوت است؛ به این معنا که یک عامل ممکن است در یک جامعه تأثیر بسزایی در خودکشی داشته باشد؛ در حالی که در جامعه‌ای دیگر تأثیر چندانی بر افزایش نرخ خودکشی نداشته باشد. در استان ایلام از بین عوامل مختلف می‌توان به عوامل اجتماعی، اقتصادی، شهرنشینی، جنگ تحمیلی و مشکلات روانی اشاره کرد. در ادامه، این عوامل به تفصیل شرح داده می‌شوند.

۱. وضعیت اقتصادی و بیکاری

بیکاری می‌تواند بر وضعیت اقتصادی افراد تأثیر داشته باشد؛ به طوری که گذشته از ایجاد مشکلات و اختلالات کوتاه‌مدت در زندگی فرد، موجب افزایش عدم اطمینان در پیش‌بینی درآمد آیندهٔ فرد می‌شود؛ در نتیجه درآمد مادام‌العمر فرد کاهش می‌یابد؛ به طور کلی، دلایل ارتباط میان بیکاری و اقدام به خودکشی به صورت تئوریک، عبارتند از: نخست آنکه بیکاری به دلیل ماهیت استرس‌زای خود ممکن است به آسیب‌پذیری روانی فرد در اجتماع بینجامد که این خود زمینه را برای اقدام به خودکشی فراهم می‌کند (پلات و همکاران، ۲۰۰۰: ۴۸۴-۴۸۵)؛ دوم نابرابری درآمدی است؛ چراکه توزیع نامتعادل منابع اقتصادی و ثروت در کشور، میزان برخورداری از منابع و به تبع آن نرخ بالای بیکاری و فقر، باعث افزایش خودکشی در استان ایلام شده است (بخارایی و میرزایی، ۱۳۹۴: ۱۳۰). توسعه‌نیافتگی استان ایلام، میزان بیکاری و پایگاه اقتصادی-اجتماعی خانواده‌ها، نقش زیادی در افزایش نرخ خودکشی و نگرش اقدام به خودکشی ایفا می‌کنند؛ برای مثال بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین‌تری دارند؛ بدین معنی، زمانی که فرد شغل مناسب و تحصیلات بالایی داشته باشد، از درآمد بالایی نیز برخوردار خواهد بود؛ در چنین شرایطی احساس پیوستگی بیشتری با جامعهٔ خود خواهد کرد و از وضعیت و پایگاه خود رضایت خاطر بیشتری خواهد داشت (همان: ۱۳۱).

۲. وضعیت اجتماعی و فرهنگی

خودکشی در نگاه اول، امری فردی به نظر می‌رسد؛ ولی در نظر بسیاری از صاحب‌نظران علوم اجتماعی، امری اجتماعی است که برای بررسی عوامل مرتبط با آن باید به پدیده‌های اجتماعی دیگر رجوع کرد. در این راستا پژوهشی با عنوان «بررسی علل و عوامل مؤثر بر افزایش نرخ خودکشی در استان ایلام» توسط مؤسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی دانشگاه تهران به سرپرستی علیرضا محسنی تبریزی در سال ۱۳۷۲ انجام گرفته است. هدف از انجام این پژوهش، شناخت علتهای و عوامل مؤثر بر ازدیاد نرخ خودکشی در استان ایلام بین سال‌های ۱۳۶۷ تا نیمه سال ۱۳۷۱ بوده است. محقق معتقد است که جامعه مورد بررسی در حال گذار و دچار شرایط پاتولوژیک است. عدم کوچ، یکجانشینی، تقابل فرهنگ‌های قومی مختلف از جمله معاودین عراقی که اکثراً مروج فساد در منطقه هستند، به بروز شرایط بی‌ثباتی و عدم تشکل؛ در نتیجه آنومی دامن می‌زند. در جامعه عشائیری، زنان جایگاه ویژه و مهمی در تولیدات اقتصادی خانواده داشته‌اند که با مهاجرت به شهر و یکجانشینی این نقش مهم خود را از دست داده‌اند. این امر که همراه با کنترل و تعصب بالای جامعه مردسالار، زنان را خانه‌نشین و منفعل کرده است، آمادگی آنان را برای خودکشی بیشتر می‌کند (محسنی تبریزی، ۱۳۷۲: ۸۰-۸۶).

یکی از ریشه‌ای‌ترین ساختارهای فرهنگی در استان ایلام، فرهنگ سنتی ایلیاتی و طایفه‌ای است که به نوعی، فراهم‌کننده زمینه کنش خودکشی است. پیشتر در میان ایلات، مردان به خاطر توانایی در امر کشاورزی و دامداری و حفظ خانواده و دفاع از حریم آن در موقعیت مسلم قرار داشتند و زن به خاطر موقعیت فروتر، تنزل داده می‌شد و جزئی از مایملک مرد تلقی می‌گردید (موسی‌نژاد، ۱۳۸۹: ۲۵۱) که در گذشته مسئله‌ای جدی محسوب نمی‌شد؛ ولی با گذشت زمان و تغییر شرایط، موجب تضاد گردید و مقایسه اجتماعی و احساس تبعیض را در بین زنان و دختران بالا برد. حق را به مرد دادن، از ویژگی‌های جوامع عشائیری و مردسالار است. در این موارد، فرد در تنگنایی قرار می‌گیرد که تنها راه اثبات و اعتراض به مشکلش را خودکشی می‌داند (نبوی و مرادی نصاری، ۱۳۹۷: ۱۹۶).

زنان خانه‌دار در چنین جوامع مردسالاری، به دلیل نداشتن آزادی و تحرک

اجتماعی، دست به خودکشی می‌زند. خودکشی در میان زنان متأهل بیشتر به دلایل آزار و اذیت از جانب همسرانشان بوده است. آزار همسر به ویژه برای زنانی که در سن پایین ازدواج می‌کنند سبب افسردگی می‌شود و می‌تواند عامل مهمی در ایجاد انگیزه خودکشی باشد. زشت بودن طلاق در جامعه، عدم حمایت درست خانواده در صورت جدایی و ترس از بدتر شدن شرایط در صورت طلاق سبب می‌شود زن در حالتی قرار بگیرد که دیگر نخواهد زنده بماند (سفیری و رضایی نسب، ۱۳۹۵: ۱۳۸).

از یک سو، جامعه سنتی و وجود فرهنگ پدرسالار و نگاه سنتی به نقش زنان در اثر وجود سبک‌های متفاوت در تربیت دختر و پسر (شکاف جنسیتی) و از سویی دیگر، به‌کارگیری خشونت و تنبیه روانی در مورد دختران و زنان و به‌طور کلی، وجود و حضور فرایندهای مدرنیزاسیون به نابسامانی، ناسازگاری و تناقض‌های متعدد پایگاهی انجامیده است (بخارایی و میرزایی، ۱۳۹۴: ۱۳۱). ازدواج سنتی و تصمیم‌گیری از جانب پدر می‌تواند یکی از علت‌های نارضایتی از زندگی جدید باشد و در بروز احساس افسردگی، سرخوردگی، ناامیدی و تشدید مشکلات ارتباطی بین زن و شوهر مؤثر باشد. زندگی در خانواده گسترده که با شرایطی مانند عدم استقلال در تصمیم‌گیری‌های زندگی، دخالت دیگران در روابط تازه‌عروس و شوهرش و تحمیل وظایف و نقش‌هایی مانند انجام تکالیف منزل پدرشوهر همراه است، به نوبه خود در بروز نارضایتی از زندگی مؤثر می‌باشد. در نهایت ناپسند بودن طلاق که راه بازگشت به منزل پدری را بر روی دختر می‌بندد از جمله موارد مؤثر بر اقدام به خودکشی به عنوان راه چاره برای گریز از شرایط نامطلوب زندگی است (رضایی، ۱۳۹۴: ۳۶).

جمشیدی‌ها و قلی‌پور (۱۳۸۹) این موضوع را در قالب تضاد ارزش‌های سنتی و مدرن نشان می‌دهند که در روند آن، زنان و دختران به این آگاهی می‌رسند که آزادی و اختیار لازم را در پیروی از معیارهای دلخواه خود، از جمله شیوه پوشش، آرایش، اوقات فراغت، انتخاب دوستان، همسر و ... ندارند و زندگی خود را ملال‌آور توصیف می‌کنند. این شرایط با ظهور انواع شبکه‌های رسانه‌ای و ارتباطی و تغییر انتظارات این قشر از جامعه تشدید شده است.

۳. جنگ تحمیلی

وضعیت خودکشی در استان ایلام در سال‌های اخیر در مقایسه با دهه ۱۳۷۰ تغییراتی را به خود دیده است، این مسئله بعد از اتمام جنگ تحمیلی آغاز شد؛ چراکه در زمان جنگ افراد به دنبال بقا و بعضی به دنبال دیگرکشی بودند نه خودکشی. به گفته موسی‌نژاد (۱۳۸۹: ۱۰۱) «اگرچه آماری از خودکشی در زمان جنگ در دسترس نیست؛ اما به یقین مواردی هم اگر اتفاق افتاده بسیار پراکنده و محدود بوده است.» «اولین اطلاعات در دسترس مربوط به سال ۱۳۶۸ است» (مرادی نصاری، ۱۳۹۳: ۱۲۰).

۴. شهرنشینی

افزایش نرخ شهرنشینی یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر اقدام به خودکشی؛ بخصوص در میان زنان است. به عقیده موریس هالواکس که منتقد نظریه دورکیم و ملهم از اوست، خودکشی اغلب در میان افرادی رخ می‌دهد که روابط پایدار و ثابتی با دیگران ندارند و به انزوای اجتماعی دچارند؛ بر این اساس نتیجه می‌گیرد که ساکنان مناطق شهری بیش از روستاییان به خودکشی اقدام می‌کنند (نئوبک و همکاران، ۲۰۰۷: ۱۳۶)؛ به عبارتی، هرچه جوامع، صنعتی‌تر، شهری‌تر، بزرگتر و متمرکزتر باشند در عین حال فردگراتر و منفعت‌طلب‌تر می‌شوند و میزان خودکشی بالاتر می‌رود؛ به این دلایل احتمال اقدام به خودکشی در بین افراد شهرنشین بیش از مناطق روستایی است. دورکیم نیز افزایش خودکشی را در قرن نوزدهم به فرایند نوگرایی و عواملی چون ظهور فردگرایی، شهرنشینی، صنعتی‌شدن و جایگزینی اقتدار مذهبی با پژوهش آزاد در نظام آموزشی که بیانگر کم‌شدن یگانگی اجتماعی است نسبت می‌دهد که به اصطلاح به این امر تجددطلبی اطلاق می‌شود (نصراللهی، ۱۳۹۲: ۳۷۹).

جنگ و به تبع آن، شهرنشینی یکباره و ناخواسته جمعیت روستایی و عشایری، زنان را از دنیای بسته و قبلی خود خارج ساخت و آنان را در معرض امواج مدرنیته قرار داد. شهرنشینی، موجب دسترسی زنان به امکانات تحصیلی و افزایش سواد آنان شد. میزان باسوادی زنان در استان ایلام در دهه ۱۳۵۵-۱۳۶۵ در مقایسه با دهه ۱۳۴۵-۱۳۵۵ افزایش یافته و از ۴۲ درصد به ۵۹ درصد رسیده است (سالنامه آماری استان ایلام، ۱۳۸۷: ۳۹۶). جسی برنارد (۱۳۸۴:

(۱۴۴) معتقد است که «شهرنشینی زنان را به مطالعه، اندیشیدن، اعتراض علیه وضع موجود، مبارزه با قید و بندهای اجتماعی و مخالف با تقاضاهای خانواده تحریک می‌کند، افق‌های ذهنی آنان را وسعت می‌بخشد و جامعه را آباستن حوادث و تحولات عظیمی می‌کند». شهرنشینی همچنین موجب افزایش میزان استفاده شهروندان ایلامی از رسانه‌ها (رادیو، تلویزیون و روزنامه) شد که به علاوه میزان باسوادی، افق‌های جدیدی را در پیش دیدگان زنان ایلامی گشود و بر اثر تعامل عوامل یادشده، زنان در استان ایلام به طور کلی با دنیایی جدید آشنا شدند که کمتر تبعیض آمیز؛ بلکه بیشتر تساوی‌گرا و ادامه حیات در آن، مسلتزم تلاش و کوشش و شایستگی بود. در این نوع نظام اجتماعی، مرزهای زندگی دیگر توسط موانع و عوارض طبیعی تعیین نمی‌شود؛ بلکه مرز زندگی هر فرد را میزان آگاهی او تعیین می‌کند و هرکسی میزان آگاهی بیشتری دارد، دنیایش نیز وسیع‌تر است (قنبری، ۱۳۹۱: ۱۰۶-۱۱۲).

۵. بیماری‌های روانی و افسردگی

یکی از علت‌های اصلی خودکشی، بیماری‌های روانی است. آمارها نشان می‌دهد درصد بالایی از افرادی که خودکشی می‌کنند بیماری روانی دارند و بیشتر آنان از افسردگی رنج می‌برند. بیماران افسرده بالاترین میزان خودکشی جهان را دارند. بالاترین میزان خودکشی با بیماری‌های خلقی در ارتباط است و در تمام تحقیقات خودکشی کشورهای جهان، نشانی از افسردگی اساسی وجود دارد. بابانژاد و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی میزان خودکشی ناشی از اختلالات روانی در استان ایلام در سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۸ پرداختند که نتایج پژوهش آنان این میزان را ۲۷/۵ درصد نشان داد؛ همچنین یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که موارد ناموفق خودکشی بیش از موارد موفق با اختلالات روانی در ارتباط بودند. در این گونه موارد نیاز به افزایش مراقبت‌های بهداشتی از اقدام‌کنندگان به خودکشی بیش از پیش دیده می‌شود؛ همچنین آموزش افراد در معرض خطر از جمله موارد ناموفق خودکشی برای جلوگیری از تکرار آن ضروری است.

تعریف مراکز پیشگیری از خودکشی

مراکز پیشگیری از خودکشی برای اولین بار در سال ۱۹۵۸ در شهر لس آنجلس تأسیس شدند. این مراکز هم به صورت تلفنی و هم به صورت حضوری به افرادی که در معرض خطر خودکشی قرار داشته باشند مشاوره ارائه می کنند (آذر و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۱۵-۱۲۰). امروزه روش های روبه رو شدن با بیمار از طریق تلفن تکامل پیدا کرده است و شیوه های بخصوصی به کار گرفته می شود. مرکز پیشگیری از خودکشی مکانی است که فرد در هر زمانی از شبانه روز که تفکر خودکشی یا قصد خودکشی داشته باشد می تواند برای کمک و دریافت مشاوره به آنجا مراجعه کند. در صورتی که درمان تخصصی لازم شود بیمار را به یک بیمارستان روانی می فرستند؛ در حقیقت این مراکز اغلب اولین مکانی هستند که افراد دارای تفکر خودکشی برای مشاوره روانی به آنجا می روند؛ در نتیجه نقش مهمی در پیشگیری از خودکشی ایفا می کنند. فردی که قصد خودکشی دارد، به شماره امداد زنگ می زند و قصد خود را اعلام می کند. شماره های امدادی مانند شماره پلیس ۱۱۰ هستند که تمامی مردم این شماره ها را می دانند. وقتی که شخصی اقدام به خودکشی خود را مطرح می کند، روانشناس پشت خط با او صحبت می کند و می کوشد مشکلش را بفهمد و او را راهنمایی و پشتیبان کند تا بعد برای درمان او برنامه ریزی نماید (حسن زاده، ۱۳۸۹: ۳۸-۴۰).

کار عمده مراکز پیشگیری از خودکشی را از جنبه روانشناسی می توان نوعی احیا دانست. آنها کوشش می کنند افراد ناامید را از یک بحران حاد نجات دهند و توصیه های لازم را در مورد پیشگیری بحران های بعدی بنمایند. بعضی مراکز در مورد چند تن از بیماران روان درمانی تخصصی نظر می دهند. این اقدام نزدیکترین راه برای درمان سببی حالتی است که منجر به تهدید خودکشی شده است. تمام اقدامات دیگر جنبه درمان علامتی دارد، یعنی اقدام در مورد تظاهرات حادی است که غالباً بر روی زمینه بحران های مزمن و طولانی عارض می گردد.

رسالت مراکز پیشگیری از خودکشی بیشتر کشف علت های بحران و علت های اجتماعی احتمالی و گاهی کمک موقت به مددجویان یا فرد بحران زده است. در مورد خودکشی، مداخله در بحران می تواند در سطوح متعددی روی

دهد و درمان خاص متخصصان بهداشت روانی هماهنگی شاخه‌های متعدد جهت تلاش برای پیشگیری از خودکشی است. از وظایف گروه بهداشت روان و افراد مداخله‌کننده در بحران پس از بستری بیمار بررسی زندگی و روابط بین فردی، اجتماعی و شغلی اوست (آذر و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۹۵).

ضرورت وجود مراکز پیشگیری از خودکشی

با وجود اینکه برخی از خودکشی‌ها به صورت ناگهانی رخ می‌دهند؛ اما غالب آنها نشانه‌های پیش‌رونده کلامی و رفتاری در طول زمان را دارند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). طبق نظریه‌اشنایدمن (۱۳۹۷: ۳۴)، «در خودکشی همیشه بین مرگ و زندگی دوگانگی وجود دارد. وجود این دو تکانه متضاد در ذهن بیمار یکی از شاه‌علامت‌های خودکشی است». بیماری که در بحران روانی به سر می‌برد به مراکز مداخله در بحران، روانپزشک یا بیمارستان مراجعه می‌کند و اقدامات اولیه در مورد تشخیص احتمالی خودکشی داده می‌شود و بیمار آماده دریافت درمان‌های روانپزشکی و روانشناختی می‌گردد (آذر و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۹۴). اصولاً افرادی که افکار خودکشی دارند به سه گروه تقسیم می‌شوند: (۱) کسانی که اصلاً قصد مردن ندارند؛ (۲) کسانی که دودل هستند و (۳) کسانی که به طور جدی قصد مردن دارند. بیشتر افراد در گروه اول و دوم قرار می‌گیرند؛ حتی گروه سوم هم به طور دائم و جدی در این فکر نیستند و زمان‌های خاصی خیلی قاطع و مصمم می‌شوند که در آن لحظات تماس با مراکز تلفنی پیشگیری از خودکشی می‌تواند آنان را از چنین عملی منصرف کند (حسن‌زاده، ۱۳۸۹: ۷۲)؛ پس می‌توان گفت که یکی از مؤثرترین شیوه‌ها در پیشگیری از خودکشی شناسایی زود هنگام و درمان مؤثر افراد است. وجود مراکز خاص خودکشی برای مداوای این افراد در کشور ما ضروری به نظر می‌رسد.

مهمترین کاربردهای مراکز پیشگیری از خودکشی

طراحی مراکز پیشگیری از خودکشی با اهداف گوناگونی انجام می‌گیرد که به چند مورد مهم اشاره می‌شود:

- پیشگیری از خودکشی و نجات جان افراد؛
- کشف نشانه‌های احتمالی خودکشی؛

- انجام تحقیقات اجتماعی در ارتباط با خودکشی؛
- استفاده از تکنیک‌های درمانی فعال و بررسی مؤثر بودن یا نبودن این روش‌ها؛
- بررسی تأثیر مشاوره در کاهش میزان خودکشی؛
- تأسیس مراکز کاملاً تخصصی برای پیشگیری از خودکشی؛
- ایجاد مرکزی با نقش حیاتی در فعالیتهای بهداشت و سلامت روانی در یک جامعه شهری؛
- آموزش در زمینه پیشگیری از خودکشی؛
- جمع‌آوری اطلاعات مربوط به خودکشی و توسعه؛ یک برنامه تحقیقاتی جهت آزمایش این اطلاعات؛
- آموزش مشاوران و متخصصان در مورد چگونگی مشاوره تلفنی؛
- تشخیص بیماری‌های روانی‌ای که منجر به خودکشی می‌شوند و شناسایی علائم خطر خودکشی در افراد دارای افکار خودکشی؛
- کمک به درمان درازمدت بیماران علاوه بر درمان کوتاه‌مدت آنان؛
- افزایش آگاهی جامعه درباره خودکشی و عوامل خطرزای آن؛
- بالابردن سطح علم پیشگیری از خودکشی.

تبیین فعالیتهای مراکز پیشگیری از خودکشی در حوزه‌های مختلف بر اساس علت‌های خودکشی در ایلام

بررسی‌ها نشان می‌دهد که عواملی مانند افسردگی و بیماری‌های روانی، وضعیت اقتصادی و بیکاری، شهرنشینی گسترده در یک بازه زمانی محدود و جنگ تحمیلی از عوامل تأثیرگذار در افزایش خودکشی در ایلام بوده است؛ بر این اساس فعالیتهای مورد نظر مراکز پیشگیری از خودکشی در ایلام بایستی در حوزه‌های مختلف و در راستای حل چنین معضلاتی باشد.

بنابراین در مراکز پیشگیری از خودکشی بایستی فعالیتهایی مانند آموزش بهداشت روانی به افراد و ارتقای سطح آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش روش‌های کنترل خشم و عصبانیت، ارتقای سطح فرهنگ جامعه در خصوص جایگاه زنان، طراحی مطالعات آینده‌نگر بر روی گروه‌های پرخطر برای تعیین عوامل مؤثر در انتخاب روش خودکشی، انجام پژوهش‌هایی در راستای کاهش

خودکشی بر اساس اطلاعات بایگانی شده و اطلاعات به دست آمده از افرادی که در این مراکز بستری شده‌اند، حمایت از خانواده‌های شخص خودکشی کننده، درمان بیماری‌های روحی و روانی افراد اقدام کننده به خودکشی و ... انجام شود. در این راستا بایستی حوزه‌هایی برای آموزش، پژوهش، درمان، حمایت و ارتباط مستقیم با افراد متمایل به خودکشی در نظر گرفته شود؛ به همین دلیل در ادامه، در مورد حوزه‌های مورد نیاز در یک مرکز پیشگیری از خودکشی به تفصیل شرح داده خواهد شد.

۱. حوزه درمانی

تحقیقات نشان می‌دهند که در بسیاری از جوامع با بالا رفتن میزان مصرف داروهای ضد افسردگی میزان خودکشی نیز کاهش یافته است به دلیل اینکه گروهی از کسانی که فکر خودکشی دارند، دچار افسردگی یا انواع دیگر اختلالات روانپزشکی هستند. تجربه کشورهای آمریکایی و اروپایی نشان می‌دهد که ۹۰ درصد از کسانی که خودکشی می‌کنند بیمار روانی‌اند (حسن‌زاده، ۱۳۸۹: ۱۳)؛ همانطور که در قسمت علت‌های خودکشی ذکر شد، بیماری‌های روحی و روانی در افزایش خودکشی در شهر ایلام مؤثر بوده است؛ به همین دلیل اختصاص حوزه‌ای برای درمان بیماران متمایل به خودکشی در مراکز پیشگیری از خودکشی ضروری به نظر می‌رسد. یکی از مهمترین اقداماتی که روانپزشک‌ها در این مراکز انجام می‌دهند ارزیابی حالت ذهنی و بستری کردن بیماران، بررسی زندگی و روابط بین فردی، اجتماعی و شغلی آنان، بررسی ساختار روانی، سابقه خانوادگی و ارزیابی تمامی علائق، رفتارها و عملکرد آنان است (هولمز و هولمز، ۱۳۹۵: ۹۷-۱۰۵). کوچر و چهیل (۱۳۸۹: ۱۴۸) تأکید می‌کنند «برای بیمارانی که در معرض خطر خودکشی هستند، بستری در بیمارستان یا دیگر مراکز درمانی ضروری است و چنانچه این بیماران در تصمیم‌گیری برای بستری شدن ناتوان هستند یا در این رابطه مقاومت می‌کنند، لازم است از پلیس یا نیروی انتظامی برای بستری اجباری آنها کمک گرفته شود»؛ از این رو، روانپزشکان و روانشناسان از طریق مصاحبه تخصصی غربالگری به شناسایی افراد خاصی که همانا گروه کوچکی از کسانی هستند که قصد خودکشی دارند اقدام می‌نمایند و آنها را بستری می‌کنند (حسن‌زاده، ۱۳۸۹: ۶۹).

با توجه به مطالب ذکر شده، قرار دادن حوزه‌ای برای درمان در مراکز پیشگیری از خودکشی ضروری به نظر می‌رسد. این حوزه می‌تواند مکانی مناسب برای بستری، مراقبت و درمان این افراد باشد. ارائه تسهیلات جهت درمان بیماران جسمی و روانی و ارتقای کیفیت مراقبت‌های بالینی برای افرادی که پس از اقدام به خودکشی به این مراکز مراجعه می‌کنند، می‌تواند تأثیر بسزایی بر کاهش خودکشی داشته باشد.

۲. حوزه روان‌درمانی

به نظر می‌رسد که در سراسر جهان، نوعی اختلال روانشناختی در کسانی وجود دارد که وسوسه خودکشی و اقدام به آن دارند. اختلالات روانپزشکی به عنوان مهمترین عامل خطر در اقدام به خودکشی مطرح هستند که در بین آنها اختلال‌های خلقی، اختلال‌های پسیکوتیک، اختلال‌های اضطرابی، برخی اختلال‌های شخصیت و سوء مصرف مواد و وابستگی به آن (به ویژه الکل)، خطر اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهند (کوچر و چهیل، ۱۳۸۹: ۳۵)؛ بنابراین در مراکز پیشگیری از خودکشی، اختصاص حوزه‌هایی به منظور مشاوره به افرادی که خودکشی کرده‌اند یا افرادی که عضوی از خانواده آنها مرتکب خودکشی شده است ضروری به نظر می‌رسد. فراهم ساختن محیطی جهت روان‌درمانی، مشاوره، گروه‌درمانی، راهنمایی ازدواج و ... در چنین مراکزی می‌تواند به افرادی که در اثر مشکلات روحی و روانی اقدام به خودکشی کرده‌اند کمک کند؛ برای این منظور می‌توان فضاهای مختلفی را در نظر گرفت؛ از جمله استفاده از سالن‌های بزرگ به منظور انجام فعالیت‌های دسته‌جمعی افراد در مراکز روان‌درمانی، فضاهای اختصاصی برای مشاوره و ارائه خدمات حمایتی و توان‌بخشی برای افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند.

۳. حوزه ارتباطی

در بسیاری از جوامع سنتی، مراجعه به روانشناس و مطرح کردن بیماری‌های روانی تأکیدی بر روانی بودن فرد و به اصطلاح دیوانه شناخته شدن او از سوی اطرافیان تلقی می‌شود؛ به همین دلیل بسیاری از افراد در مواجهه با بیماری‌های روانی به پزشک یا روانپزشک مراجعه نمی‌کنند. برای حل این معضل می‌توان

از طریق اینترنت و تماس تلفنی به مشاوره درمانی پرداخت و مشکل چنین افرادی را حل کرد.

یکی از حوزه‌های بسیار مهم در مراکز پیشگیری از خودکشی، حوزه ارتباطات گویای خودکشی است که در مراکز تلفنی در خارج از کشور مانند شماره ۱۱۰ پلیس ایران عمل می‌کند (حسن‌زاده، ۱۳۸۹: ۳۵). این شماره تلفن در جاهای مختلف مانند ایستگاه اتوبوس، مترو و تقویم‌ها نوشته می‌شود. فردی که قصد خودکشی دارد به شماره امداد زنگ می‌زند و قصد خود را اعلام می‌کند. این خط تلفن، با توجه به ناشناخته ماندن و راحتی در برقراری ارتباط، به یکی از محبوب‌ترین راه‌های پیشگیری از خودکشی در جهان تبدیل شده است. معمولاً از طریق این خطوط تلفن، هر شخصی با تفکرات خودکشی می‌تواند در ۲۴ ساعت روز و ۷ روز هفته از افراد متخصص مشاوره تلفنی رایگان دریافت کند.

۴. حوزه آموزشی

عدم آگاهی کافی در ارتباط با خودکشی و عوامل تأثیرگذار در افزایش آن؛ همچنین عدم دانش کافی در ارتباط با عوامل خطر خودکشی، عوامل محافظت‌کننده در برابر خودکشی و رفتارهای خودکشی می‌تواند در گسترش و شیوع این پدیده شوم در بین مردم تأثیر داشته باشد (کوچر و چهیل، ۱۳۸۹: ۳۸-۴۲)؛ علاوه بر این، بسیاری از مردم تصور می‌کنند کسی که ادعا یا تهدید به خودکشی کند، هرگز آن را عملی نمی‌کند یا اینکه «فرد خودکشی‌کننده تنها برای خودش ضرر دارد» (اشنایدمن، ۱۳۹۷: ۶۷-۶۹)؛ این در حالی است که بسیاری از کسانی که خودکشی می‌کنند ممکن است تصور کنند که بعد از مرگ آنها دیگر اعضای خانواده دچار فقر و مشکلات مالی می‌شوند؛ پس چاره را در این می‌بینند که آنها را از بین ببرد؛ سپس خود را بکشد. برگزاری نشست‌ها، گردهمایی‌ها و سخنرانی‌ها در ارتباط با خودکشی و بهداشت روان و آسیب‌های روانی اجتماعی؛ همچنین آموزش اختصاصی به کارکنان و روانپزشکان مراکز پیشگیری از خودکشی در مورد نحوه برخورد مناسب با افراد در معرض خطر، نحوه کنترل بحران در این مراکز و اقدامات و مداخلات اورژانس در مواجهه با رفتارهای خودکشی (زرانی، ۱۳۸۵: ۴) می‌تواند از اقدامات مهم در جهت پیشگیری از خودکشی باشد؛ بنابراین یکی از مهمترین فعالیت‌ها

در مراکز پیشگیری از خودکشی آموزش است که می‌تواند جنبه‌های مختلفی را در برگیرد؛ از جمله: آموزش و افزایش آگاهی افراد جامعه در مورد خودکشی، آموزش افرادی که عضوی از خانواده آنها خودکشی کرده، آموزش کارکنان، پرستاران و روانشناسان در مورد نحوه برخورد با افراد دارای تفکر خودکشی، آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش بهداشت روانی به افراد که هرکدام به نوبه خود اهمیت دارند.

۵. حوزه پژوهشی

مطالعه و پژوهش در ارتباط با خودکشی یکی از مهمترین و تاثیرگذارترین راهبردها در پیشگیری و کاهش میزان خودکشی است؛ چراکه بالینگران با استفاده از یافته‌هایی آنها می‌توانند سمت و سوی اقدامات پیشگیرانه را مشخص کنند و آنچه لازم است را برای ساماندهی هرچه مؤثرتر مداخلات و فعالیت‌ها آماده سازند.

با توجه به اینکه در مراکز پیشگیری، علت‌های بحران و علت‌های احتمالی اجتماعی خودکشی تحلیل و آنالیز می‌شوند و اطلاعات کاملی از افراد اقدام‌کننده به خودکشی در اختیار روانپزشکان قرار می‌گیرد می‌توان از این اطلاعات در فعالیت‌های پژوهشی استفاده کرد. در این مراکز داده‌هایی جامع از خودکشی وجود دارد که می‌توان افراد و گروه‌های در معرض خطر را به کمک این داده‌ها شناسایی کرد و راهبردهایی را برای پیشگیری از خودکشی طراحی و اجرا نمود؛ بنابراین قرار دادن داده‌های باکیفیت و به‌روز در اختیار محققان از مهمترین راهکارهای پیشگیری از خودکشی محسوب می‌شود؛ همچنین طراحی مطالعات آینده‌نگر بر روی گروه‌های در معرض خطر به‌منظور تعیین عوامل مؤثر در انتخاب شیوه خودکشی برای کنترل آن مؤثر است. یکی دیگر از اقدامات مهم در پیشگیری از خودکشی این است که دولت ثبت رسمی خودکشی را الزامی کند و در جواز دفن نیز درج و قید شود (حسن‌زاده، ۱۳۸۹: ۶۰).

۶. حوزه حمایتی

برای هر مورد خودکشی یا اقدام به خودکشی، تعداد زیادی از نزدیکان فرد؛ از جمله: خانواده او، همکلاسی‌ها، معلم‌ها، استادها، راننده سرویس، بچه‌های

محلّه، اعضای گروه ورزشی، پزشک یا روانشناسان و حتی عابرنانی که شاهد خودکشی فرد بوده‌اند دچار مشکلات روحی و روانی و عذاب وجدان می‌شوند که چرا نتوانسته‌اند به آن شخص کمک کنند (اشنایدمن، ۱۳۹۷: ۵۰-۵۵؛ پالمر، ۱۳۹۰: ۳۷)؛ حتی ممکن است نسبت به فردی که دست به خودکشی زده است، خشمگین باشند. بازماندگان بایستی مورد حمایت‌های اجتماعی و روانپزشکی و در صورت لزوم مشاوره تخصصی قرار گیرند. اختصاص جلسات مشاوره حمایتی کوتاه‌مدت (بین یک تا دو جلسه) برای نزدیکان بیمار مفید خواهد بود. آنها می‌توانند در مورد واقعه صحبت کنند و احساسات و افکار مربوط به سوگ و فقدان را بیرون بریزند. درمانگر در این جلسات به مشکلاتی می‌پردازد که در نتیجه خودکشی ایجاد می‌شوند (کوچر و چهیل، ۱۳۸۹: ۱۵۷)؛ بنابراین اختصاص فضایی برای حمایت از افراد در مراکز پیشگیری از خودکشی ضروری به نظر می‌رسد.

علاوه بر حوزه‌هایی که پیش از این به آنها اشاره شد، وجود حوزه‌ها و ریزفضاهای دیگری مانند حوزه‌های خدماتی، اداری، توان‌بخشی و فرهنگی - ورزشی موجب بهتر شدن مراکز پیشگیری از خودکشی می‌شود. در جدول زیر به مهمترین ریزفضاهایی اشاره می‌شود که برای طراحی یک مرکز پیشگیری از خودکشی به آنها نیاز است.

جدول (۱). حوزه‌های موجود در یک مرکز پیشگیری از خودکشی

ریزفضاها	حوزه‌های موجود در مراکز SPC	ریزفضاها	حوزه‌های موجود در مراکز SPC
کلاس درس	حوزه آموزشی	اتاق بستری	حوزه درمانی
سالن کنفرانس‌های علمی - آموزشی		اتاق معاینه و درمان	
فضای آموزشی برای کارکنان		ایستگاه پرستاری	
اتاق گروه‌درمانی		اتاق روانپزشک	
کلاس خانواده‌درمانی		اتاق دارو	
مرکز گویای Help line	حوزه ارتباطی	اتاق روانشناس	حوزه روان‌درمانی
اتاق چت		اتاق روانپزشک	
اتاق اپراتور تلفن		اتاق مددکار اجتماعی	
اتاق استراحت کارکنان		اتاق مشاور	
اتاق مشاوره انفرادی	حوزه حمایتی	سالن ورزشی	حوزه ورزشی و فرهنگی
اتاق مشاوره خانوادگی		اتاق بدن‌سازی	
اتاق روانشناس		ورزش‌درمانی	
اتاق مددکار اجتماعی		انبار وسایل ورزشی	
فیزیوتراپی	حوزه توان‌بخشی	محل نگهداری اسناد خودکشی	حوزه پژوهشی
گروه‌درمانی		کتابخانه	
گفتاردرمانی		سایت کامپیوتر	
مشاوره به بیماران قبل از ترخیص		اتاق مطالعه	
اتاق آب‌درمانی			
اتاق جلسات	حوزه اداری	اتاق جمع‌آوری زباله و رخت کثیف	حوزه خدماتی
حسابداری		سرویس بهداشتی آقایان	
اتاق ریاست		سرویس بهداشتی بانوان	
اتاق منشی		نمازخانه	
اتاق کنفرانس و شورای پزشکی			

بحث و نتیجه گیری

با توجه به مطالب مطرح شده، تأسیس مراکز پیشگیری از خودکشی در کشورمان؛ بخصوص در مناطق پرخطر مانند ایلام، لرستان و خوزستان و ... ضروری است؛ چراکه در این مراکز علاوه بر درمان افرادی که از بیماری های روحی و روانی رنج می برند می توان به آموزش همگان در ارتباط با خودکشی پرداخت. حمایت از افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند و خانواده های آنان نیز در این مراکز انجام می شود که این امر می تواند تأثیر بسزایی در کاهش خودکشی داشته باشد. در این پژوهش، معماری مراکز پیشگیری از خودکشی مورد ارزیابی قرار گرفت تا معماران، طراحان و دانشجویان با ریزفضاهای یک مرکز پیشگیری از خودکشی آشنا شوند؛ برای این منظور، عوامل خودکشی که در چند دهه اخیر روند روبه رشدی در منطقه ایلام داشته است بررسی گردید و بر اساس آنها ریزفضاهای مورد نیاز برای تأسیس یک مرکز پیشگیری از خودکشی مشخص شد. این ریزفضاها می توانند در شهرهای مختلف با توجه به فرهنگ جامعه هدف متفاوت باشند؛ بسیاری از آنها نیز می توانند در تمامی مناطق یکسان باشند.

در مجموع می توان چنین گفت که مرکز پیشگیری از خودکشی، مکانی برای ارائه مراقبت های روانپزشکی به افرادی است که دچار اختلالات روحی روانی هستند. این مراقبت ها شامل ارائه خدمات توان بخشی به بیماران، درمان های فردی، گروهی و خانوادگی، روان درمانی، خدمات روانشناختی، تفریح درمانی و ارائه برنامه هایی به بیماران برای انجام فعالیت ها و نشست های روزانه است؛ در حقیقت کسانی است که هنوز امیدشان به یأس بدل نشده است با این مراکز ارتباط برقرار می کنند و اگر مداخله این مراکز به موقع انجام شود ممکن است در بسیاری از مواقع کار به خودکشی نینجامد؛ چراکه وقتی نیروهای محرک مرگ و زندگی توازن دارند، مداخله می تواند نقش حیاتی داشته باشد. مداوای کسانی که مستعد خودکشی اند باید بر مبنای بازسازی امید و احساس و تلاش صورت گیرد؛ اگرچه این گونه مراکز، علاج اساسی خودکشی محسوب نمی شوند؛ اما می توانند نقش مهمی را در موقع لزوم ایفا کنند.

منابع و مأخذ

الف) فارسی

- آذر، ماهیار، سیما نوحی و علیرضا شفیعی کندجانی؛ (۱۳۹۴)، خودکشی، چ سوم، تهران: ارجمند.
- آستارکی، پیمان، ستار کیخاونی، مرتضی منصوریان، سودابه بشیری، عزیز رضاپور، زهرا شفیعیان، عبدالرحمن چرکزی و مصطفی قربانی؛ (۱۳۹۲) و (۱۳۹۳)، «بررسی مقایسه‌ای علت‌ها و شیوه‌های خودکشی منجر به مرگ ارجاعی به پزشکی قانونی طی سال‌های ۸۳-۸۸ در استان ایلام»، پزشکی قانونی، دوره ۱۹، شماره ۱-۴، زمستان و بهار، صص ۳۸۵-۳۹۱.
- اشنایدمن، ادوین. اس؛ (۱۳۹۷)، روانشناسی خودکشی (ذهن خودکشی‌گرا)، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران: روانشناسی و هنر.
- بابانژاد، مهران، کرمان طیبه‌پور، علی دلپیشه، علی خورشیدی، خیرالله اسدالهی و کوروش سایه‌میری؛ (۱۳۹۳)، «بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی ناشی از اختلالات روانی در استان ایلام طی سال‌های ۸۸-۱۳۷۲»، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره ۲۲، شماره ۵، صص ۱۰۴-۱۱۳.
- بازیار، جعفر، علی دل‌پیشه، کوروش سایه‌میری و نادر اسماعیل‌نسب؛ (۱۳۹۵)، «اپیدمیولوژی خودسوزی در استان ایلام در سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۳»، مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره بیست و چهار، شماره پنجم.
- بخارایی، احمد و ابراهیم میرزایی؛ (۱۳۹۴)، «فرا تحلیل مطالعات خودکشی در استان ایلام»، فرهنگ ایلام، دوره ۱۶، شماره ۴۶ و ۴۷، صص ۱۱۵-۱۳۴.
- برنارد، جسی شولی؛ (۱۳۸۴) دنیای زنان، ترجمه شهرزاد زوفن، تهران: اختران کتاب.
- پالمر، استفان؛ (۱۳۹۰)، روانشناسی خودکشی: راهبردهای نوین در جهت کاهش و جلوگیری از خودکشی، ترجمه بهرام مرادیان و زینب‌السادات میرحسینی، تهران: آوای نور.
- جمشیدی‌ها، غلامرضا و سیاوش قلی‌پور؛ (۱۳۸۹)، «مدرنیت‌ه و خودکشی دختران و زنان لک»، بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره اول، صص ۱-۲۸.

- حاجتی حمید، فاطمه باباعلی پور، مریم مشکل گشا، صبحه فولادیان و اسماعیل محمدنژاد؛ (۱۳۸۹)، «بررسی احتمال خودسوزی منجر به فوت در مراجعین به مرکز سوانح سوختگی شهید زارع ساری»، سلامت و مراقبت، دوره ۱۲، شماره ۲.
- حسن زاده، سیدمهدی؛ (۱۳۸۹)، چرا بعضی از مردم خودکشی می کنند؟ علل، پیامدها و راههای پیشگیری از خودکشی، تهران: قطره.
- حسینی فر، جعفر؛ (۱۳۸۹)، «بررسی علل خودکشی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی در میان بیماران بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) در اردبیل»، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی، تهران: جامعه شناسان، صص ۳۴۹-۳۵۵.
- دلیری، سلمان، جعفر بازیار، کوروش سایه میری، علی دل پیشه و فاطمه سایه میری؛ (۱۳۹۵)، «میزان بروز خودکشی در ایران طی سالهای ۱۳۸۰-۱۳۹۳ یک مطالعه مرور سیستماتیک و فراتحلیل»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۴، شماره ۹، صص ۷۵۷-۷۶۸.
- دهخدا، علی اکبر؛ (۱۳۷۷)، لغتنامه، ج هفتم، تهران، دانشگاه تهران.
- ربانی، رسول و حمیده محمدا مینی؛ (۱۳۸۹) «آنومی و خودکشی»، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی، تهران: جامعه شناسان، صص ۱۵۳ - ۱۴۱.
- رضایی، معصومه؛ (۱۳۹۴)، اثربخشی آموزش مهارت نظم جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) در تکانشگری، پرخاشگری و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در اقدام کنندگان به خودکشی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی.
- رضاییان، محسن؛ (۱۳۸۸)، اپیدمیولوژی خودکشی، اراک: نویسنده.
- رضایی نسب، زهرا؛ (۱۳۹۶)، مطالعه کیفی پدیده خودکشی زنان شهر ایلام (با تأکید بر خودسوزی)، رساله دکتری، دانشگاه الزهرا (س).
- زرانی، فریبا؛ (۱۳۸۵)، طرح جامع پیشگیری از خودکشی در میان دانشجویان، تهران: مرکز انتشارات جهاد دانشگاهی دانشگاه شهید بهشتی با همکاری دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- سالنامه آماری استان ایلام؛ (۱۳۸۷)، استانداری ایلام، <https://nnt.sci.org.ir/>

- (sites/Apps/yearbook/Lists/year_book_req/Item/newifs.aspx
- سفیری، خدیجه و زهرا رضایی نسب؛ (۱۳۹۵)، «مطالعه‌ای کیفی از پدیده خودسوزی زنان شهر ایلام»، زن و جامعه، سال هفتم، شماره یکم، صص ۱۲۳-۱۴۱.
 - شجاعی، احمد، حسین شمسیانی، سعداله مرادی، فرشید علاءالدینی و علی خادمی؛ (۱۳۹۱)، «بررسی نرخ مرگ‌های مشکوک به خودکشی ارجاعی به مراکز پزشکی قانونی کشور از زمستان ۸۸ تا پاییز ۸۹ (سال ۲۰۱۰ میلادی) و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی»، پزشکی قانونی، دوره ۱۸، شماره ۱، صص ۱۵-۷.
 - ضرغامی، مهران و علیرضا خلیلیان؛ (۱۳۸۱)، «خودسوزی در استان مازندران»، اندیشه و رفتار، شماره ۲۸، صص ۱۳-۲۴.
 - قاسمی، یارمحمد؛ (۱۳۸۲) «بررسی پدیده آنومی در ایلام»، فرهنگ ایلام، شماره ۱۵، صص ۶-۱۸.
 - قنبری، نوذر، مهدی رمضانزاده لسبویی و جعفر معصوم‌پور سماکوش؛ (۱۳۹۰)، «نگرش ساکنین از ابعاد مساکن روستایی (مطالعه موردی: بخش مرکزی شهرستان کرمانشاه)»، نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، شماره ۱۱، صص ۱۰۵-۱۲۰.
 - کوچر، استان و سونیا چهیل؛ (۱۳۸۹)، مدیریت خطر خودکشی، ترجمه قهاری، شهربانو، ترجمه سعیده زنونیان، یعقوب و کیلی، المیرا نیک‌بنیان و حمید یوسفی، تهران: قطره.
 - کیخاونی، ستار، یاسین عبدلی، جهانشاه محمدزاده، مصطفی هواسی، فرهاد شریفی و زیبا یگانه؛ (۱۳۹۴) «مقایسه ریسک فاکتورهای خودکشی در استان ایلام در سال ۹۱ و مقایسه آن با این روند در ۵ سال گذشته»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره ۲۹، شماره سوم.
 - محسنی تبریزی، علیرضا؛ (۱۳۷۲)، «بررسی علل و عوامل مؤثر بر افزایش نرخ خودکشی در استان ایلام و شناخت طرق و راههای پیشگیری و درمان آن»، استانداری ایلام، دفتر امور اجتماعی وزارت کشور، تهران: مؤسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی دانشگاه تهران.
 - مرادی نصاری، طاهره؛ (۱۳۹۳)، بررسی سازه فرهنگی خودکشی در استان

- ایلام، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی.
- موسی نژاد، علی؛ (۱۳۸۹)، «زنان و خودکشی: به سوی مدلی جهت تبیین خودکشی زنان در ایلام»، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی، تهران: جامعه‌شناسان، صص ۲۳۳-۲۶۳.
 - نبوی، سیدحسین و طاهره مرادی نصاری؛ (۱۳۹۷)، «تلاش برای به رسمیت شناخته شدن: تبیین فرهنگی کنش خودکشی در ایلام»، تحقیقات فرهنگی ایران، دوره ۳، شماره ۳، ۱۸۷-۲۱۲.
 - نصراللهی، زهرا؛ (۱۳۹۲)، «عوامل اقتصادی، اجتماعی مؤثر بر اقدام به خودکشی»، زن در توسعه و سیاست، شماره سوم.
 - هولمز، استیفن و رونالد. ام. هولمز؛ (۱۳۹۵)، «خودکشی: نظریه، عمل و تحقیق»، ترجمه ضیاء افرازکنجین، تهران: جامعه‌شناسان.

ب) انگلیسی

- Bertolote, J.M. Fleischmann, A. (2002) «A Global Perspective in the Epidemiology of Suicide», *Suicidology*, Vol.7, Issue 2, p75-92.
- Kalafat, J., Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes part 1: Nonsuicidal crisis callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 322-337.
- Malic, R.O.S. Karoo, O. Austin, A. Phipps, Burns inflicted by self or by others—An 11 year snapshot, *Burns*, Volume 33, Issue 1, 2007, Pages 92-97.
- Mishara, B. L., & Daigle, M. S. (1997). Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: An empirical investigation. *American Journal of Community Psychology*, 25, 861-885.
- Neubeck, Kenneth J. et all, (2007). *Social problems: A critical approach*. Fifth ed. New York. McGraw-Hill companies, pp 136-142.

- Nordentoft, M. Branner, J. Drejer, K. Mejsholm, B. Hansen, H. Petersson, B. Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behavior in Copenhagen, *European Psychiatry*, Volume 20, Issue 2, 2005, Pages 121-128, <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.019>.
- Platt S.D. Hawton, Keith, (2000), Sex and suicide Gender differences in suicidal behavior, *British journal of Psychiatry*, No.177, pp 484-485.
- Shakeri J, Famia V. Abdoli N, Akrami MR, Aiman F. Shakeri H. The risk of repetition of attempted suicide among Iranian women with psychiatric disorders as quantified by the suicide behaviors questionnaire. *Oman med j.* 2015; 30(3): 173.
- Tsirigotis K. Guszczynski w Tsirigotis - Woloszczak M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med sci monit.* 2011; 17(8): 65-70.
- Tyson, P., Law, C., Reed, S., Johnsey, E., Aruna, O., & Hall, S. (2016). Evaluating the efficacy of a helpline from a service user and helpline worker perspective. *Crisis*, 37, 353-360.
- World Health Organization, 2018. Suicide Data. WHO