



## معاونت درمان

### مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

#### اداره مددکاری اجتماعی

#### راهنمای مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در حیطه رفتارهای خود آسیب رسان (خودکشی)



این راهنما با مشارکت اداره مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی لرستان در حوزه خودکشی به منظور ارائه خدمات مددکاری اجتماعی با رویکرد کار مشارکتی در مراکز درمانی تهیه و تدوین گردیده است. با این وجود پس از اجرا، بسته به شواهد مکتسبه و ارزیابی های کمیته علمی در فواصل زمانی بر حسب ضرورت مورد بازنگری قرار خواهد گرفت.

## **مجری:**

دکتر سارا نوروزی

## **همکاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:**

دکتر سید محمد حسین جوادی، دکتر ثریا سیار، دکتر طاهره آذری ارقون

## **همکاران در دانشگاه های علوم پزشکی:**

دکتر حمزه امینی، دکتر اقبال ولد بیگی، دکتر محمد سبزی خوشنامی، مهوش حسنی، دکتر جواد یوسفی لبنی، علیرضا سپهوند،  
اسما سبزواری، دکتر مصطفی جوکار، دکتر امین روشن پور، دکتر ابوالفضل حسین زاده فیروزآبادی، امیر علیپوریان، جمیله  
شاهوردی، دکتر فاطمه رئیسی دهکردی آرزو سلطانی فرد، فرزانه فخارزاده، رضا نصری

## **اعضای شرکت کننده در سایر ادارات:**

دکتر عبدالحمید شفیعی، دکتر مجید اسماعیلی، دکتر صدیقه خسروی، دکتر سید ابراهیم قدوسی، دکتر شکوه پور بابایی، دکتر  
زهرا مرتضوی، فهیمه مقصودی، فرحناز رشیدی

## فهرست مطالب

شماره صفحه	سرفصل
5	مقدمه
6	اهداف
7	تعریف واژگان و اصطلاحات
8	فرایند مداخلات تخصصی
۱۱	پیشگیری سطح اول
۱۴	پیشگیری سطح دوم
۲۱	پیشگیری سطح سوم
۵۱	فرم جامع
۵۵	فرم مشاوره آموزشی
۵۶	فهرست منابع

## عنوان: مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی بیمارستانی در حوزه خودکشی

### خلاصه ی راهنمای تخصصی

وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت در کشور شناخته می‌شود که در آن متخصصان مختلف در حیطه‌های متفاوت خدمات گسترده‌ای را ارائه می‌دهند. یکی از نیروهای فعال در نظام سلامت، مددکاران اجتماعی هستند. مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی نقش کلیدی در حمایت و سازماندهی بیماران بویژه گروه‌های آسیب‌پذیر دارند. از همین رو با توجه به حساسیت موضوع، اداره مددکاری اجتماعی معاونت درمان در دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی این وزارتخانه درصدد برآمد که با همکاری تیمی از دانشگاه علوم پزشکی لرستان و سایر افراد صاحب نظر راهنمایی تخصصی جهت مداخلات مددکاران اجتماعی در حوزه خودکشی را با فرایندی روشمند و علمی تدوین کند. خودکشی یک آسیب اجتماعی است که برای مدیریت و پیشگیری از آن به خدمات حرفه ای و متنوع در حوزه های روانی- اجتماعی نیاز می باشد. در این راهنما سعی شده است فرآیند مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان ها در حوزه ی خودکشی با نگاه تیمی و بین رشته ای، ترسیم شود تا همه ی افراد جامعه بویژه مراجعه کنندگان به مراکز درمانی، افراد دارای افکار خودکشی و اقدام کنندگان به خودکشی، خانواده ها، مراقبین خانگی و موسسه ای و تیم درمان از آن بهره مند گردند. راهنمای مذکور شامل بخش های زیر می باشد:

کلیاتی نظیر ضرورت و بیان مسئله، تعریف مفاهیم، اهداف، گروه‌های هدف، دانش و مهارت‌ها، اصول ارزش‌ها، مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در سه سطح از پیشگیری به تفصیل بیان گردید. سطح اول به شناسایی عوامل خطر و محافظت کننده و آموزش عمومی و تخصصی برای جمعیت عمومی می پردازد. در سطح دوم ارزیابی ریسک، غربالگری و مداخلات پیشگیرانه ارائه می شود و در سطح سوم که برای اقدام کنندگان به خودکشی بیشتر معنا می یابد شامل مداخلات تخصصی در سطح فرد، گروه و خانواده و جامعه، مدیریت و برنامه ریزی و پژوهش است که به طور مبسوط هر بخش توضیح داده خواهد شد.

## ۱: مقدمه

خودکشی یک مشکل بهداشت روان جهانی برای افراد در هر سنی است و سالانه ۸۰۰۰۰۰ مرگ و میر را به همراه دارد. در سال ۲۰۱۶، نرخ شاخص خودکشی جهانی ۱۰.۵ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بود که نسبت به سال ۲۰۱۰ که نرخ خودکشی ۹.۸ درصد بوده، افزایش داشته است. نرخ کلی خودکشی نیز در آسیا (۱۳.۴ در هر ۱۰۰۰۰۰) و در منطقه غربی اقیانوس آرام (۸.۴ در هر ۱۰۰۰۰۰) بوده است. میزان خودکشی جهانی در مردان ۱.۸ برابر بیشتر از زنان برآورد شده است. با این وجود، کشورهایی مانند بنگلادش (۶.۷ در مقابل ۵.۵)، چین (۸.۳ در مقابل ۷.۹) و میانمار (۹.۸ در مقابل ۶.۳) نرخ خودکشی در میان زنان بالاتر است. میزان خودکشی در جوانترین گروه‌های سنی (زیر ۱۵ سال) کمترین مقدار و در افراد بالای ۷۰ سال بالاترین مقدار است اما هر ساله تعداد قابل توجهی از کودکان و نوجوانان بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند. بیش از ۶۰۰۰۰ کودک و نوجوان ۱۰ تا ۱۹ ساله در سراسر جهان در سال ۲۰۱۶ جان خود را از دست دادند. خودکشی سومین علت مرگ و میر در ۱۵ تا ۱۹ ساله‌ها بعد از آسیب‌های جاده‌ای و خشونت‌های بین فردی است (۱، ۲).

سازمان بهداشت جهانی پیشگیری از خودکشی را به عنوان یک اولویت اصلی بهداشت عمومی به رسمیت شناخته و از توسعه و اجرای استراتژی‌های جامع ملی با در نظر گرفتن اولویت برای جوانان و سایر گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی حمایت می‌کند. علاوه بر این، بحران جهانی ناشی از همه‌گیری COVID-19 و پیامدهای روانی اجتماعی پس از کووید نیز نگرانی‌هایی را در مورد خطر افزایش نرخ خودکشی در سراسر جهان ایجاد کرده است (۳، ۴).

برنامه‌های پیشگیری و ایمنی از خودکشی در بیمارستان‌ها شامل شناسایی علائم هشدار دهنده قبل از بحران خودکشی، استراتژی‌هایی برای انحراف از افکار خودکشی، استفاده از سیستم‌های حمایتی خانوادگی، دوستی و اجتماعی در طول بحران، مداخلات مبتنی بر تماس‌های تلفنی مختصر و مشاوره‌های تلفنی کوتاه و ارسال پیام‌ها و ایمیل‌های حمایتی و آموزشی و تعیین ملاقات با روانپزشک یا روانشناس است (۵). اما به طور کلی بیماران دارای افکار خودکشی اغلب به توصیه‌های درمانی پایبند نیستند. مطالعات نشان می‌دهند که تنها ۳۵٪ از بیماران بزرگسال در عرض ۷ روز پس از ترخیص از بیمارستان و ۵۵٪ از بیماران سرپایی در ۳۰ روز پس از اقدام، در جلسات مشاوره تعیین شده شرکت می‌کنند (۵، ۶).

سایر مداخلات درمانی مختصر در بیمارستان‌ها شامل مواردی است که بر تقویت مهارت‌های حل مسئله و ارائه مؤلفه‌های درمان‌های مختلف مانند ارزیابی عملکردی خشونت خودراهبر از رفتار درمانی دیالکتیکی و رفتار درمانی شناختی و استفاده از تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی برای کاهش خطر خودکشی و مشارکت در درمان سرپایی سلامت روان تأکید می‌کنند (۷). نتایج فراتحلیل دوپنیک و همکارانش (۲۰۲۰) نشان داد که مداخلات پیشگیرانه کوتاه مدت در کاهش بحران و احتمال اقدام به خودکشی و افزایش هماهنگی یا پیوند با مراقبین و مداخله‌کنندگان، موثر است (۷). در حالی که تعجب آور نیست که مداخلات کوتاه علائم افسردگی منجر به خودکشی را کاهش نمی‌دهند، اما پژوهش‌ها نشان داد که شدت و تنوع در علائم افسردگی پیش‌بینی‌کننده 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 توأم با افسردگی مورد نیاز است (۸، ۹). ذهنیت "نپرس" در بیشتر سیستم های درمانی دنیا وجود دارد، سیستم هایی که ترس دارند با پرسیدن در مورد افکار خودکشی به تشدید این افکار دامن بزنند در حالیکه ما باید انگ و ناراحتی که در مورد پرسیدن سوالات مربوط به افکار و رفتار خودکشی وجود دارد و ناشی از عدم آموزش و آمادگی در مورد مراحل بعدی پس از شناسایی است، را بشکنیم، تا زمانی که سیاست های بهداشت عمومی برای حمایت از اجرای مداخلات مؤثر را داشته باشیم، مسیر پیشگیری از خودکشی روشن و ساده است (۱۰، ۱۱).

مددکاران اجتماعی نقش مهمی در پیشگیری از خودکشی دارند. در ایالات متحده آمریکا، مددکاران اجتماعی بزرگترین گروه حرفه ای متخصصان بهداشت روان هستند بنابراین، آنها نقش مهمی در استراتژی ملی برای جلوگیری از خودکشی دارند، اما اطلاعات کمی در مورد سهم مددکاری اجتماعی در پایگاه دانش تجربی برای اقدام در این زمینه یا میزان تمرکز محققان مددکاری اجتماعی بر این موضوع وجود دارد. بررسی وضعیت دانش مددکاری اجتماعی در مورد عوامل خطر خودکشی و رویکردهای درمانی مؤثر خودکشی نشان می دهد که بیشترین افزایش نیروی کار حرفه ای بهداشت روان در جهان در میان مددکاران اجتماعی بوده است. اکثر متخصصان به ادبیات حرفه به عنوان منبع اصلی دانش عملی خود متکی هستند، اما مهم است که مددکاران اجتماعی در حوزه ی خودکشی از دانش تخصصی تر و عملیاتی تری بهره بگیرند. دانشی که در شرایط افزایش نرخ خودکشی در جوامع، نقش مهار کننده و محافظتی داشته و در عین حال به شاخص های پیشگیری از تکرار مجدد خودکشی نیز توجه ویژه ای داشته باشد. اگرچه تحقیقات در مورد خودکشی در رشته های دیگر فراوان است، محققان مددکاری اجتماعی باید دیدگاه های منحصر به فرد مددکاری اجتماعی (مانند شخص در محیط در سطوح مختلف، مشتری محوری، مدیریت مورد، مداخلات محیطی) را برای کمک به ایجاد یک پایگاه دانش بالینی توسعه یافته علمی و کاربردی تر ترکیب کنند. بررسی ها نشان می دهد که مددکاران اجتماعی پروتکل مشخصی برای کار با اقدام کنندگان به خودکشی ندارند، امروزه با افزایش آمار خودکشی، ضرورت تدوین راهنمای عمل در کار مددکاران اجتماعی بیمارستانی احساس می شود زیرا بیماران اقدام کننده به خودکشی در مدت زمان کوتاه و به دفعات در بیمارستان ها بستری می شوند یا مراجعه ی سرپایی دارند و وجود یک راهنمای عمل میتواند در ایجاد وحدت رویه، ارائه ی سریع خدمت حرفه ای و گزارش گیری و مستندسازی مؤثر باشد.

## ۲: اهداف

## ۲-۱: هدف اصلی

شناسایی فرآیندهای ارائه‌ی مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی بهداشتی درمانی در کار با اقدام‌کنندگان به خودکشی

## ۲-۲: اهداف فرعی

- شناسایی فرایندهای ارائه‌ی خدمت مددکاری اجتماعی بهداشتی درمانی در کار با اقدام‌کنندگان به خودکشی
- پایش و بازنگری مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی بهداشتی درمانی در کار با اقدام‌کنندگان به خودکشی
- شناسایی منابع حمایت اجتماعی مرتبط با مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی بهداشتی درمانی در کار با اقدام‌کنندگان به خودکشی

## ۳: تعریف واژگان عملی و اصطلاحات:

### ۱۳-۱: خودکشی

معادل عربی واژه خودکشی، انتحار از ماده "ن ح ر" است. در اصطلاح فقه و حقوق، خودکشی فعل اختیاری است که فرد عاقل برای سلب حیات از خود مرتکب آن میشود، در خودکشی، خالف قتل که آن هم از اعمال سالب حیات به شمار میرود، جانی و مجنی علیه، شخص واحدی است (۱۲). عبارت از تلاش آگاهانه به منظور پایان دادن به زندگی فرد توسط خودش است. که این تلاش ممکن است به اقدام تبدیل گردد یا فقط به شکل یک احساس در او باقی بماند. اقدام به خودکشی به منزله عملی خود ویرانگر تعریف میشود که به صورت آگاهانه و هدفمند گاهی با قصد کشتن خود انجام میگردد.

### جدول شماره ۱: تعریف مفاهیم

مفهوم	تعریف
خودکشی	پایان دادن عمدی به زندگی خود
رفتار خودکشی	رفتارهایی که ممکن است به زندگی فرد خاتمه دهد، چه کشنده باشد و چه نه. افکار خودکشی را مستثنی می کند
اقدام به خودکشی	رفتار خود ویرانگر و غیر کشنده با قصد استنباط شده یا واقعی برای مرگ
ایده خودکشی	اندیشیدن به پایان دادن به زندگی خود می تواند فعال باشد، شامل یک برنامه مشخص برای خودکشی باشد، یا منفعلانه، صرفاً با افکار تمایل به مردن.
خود آزار رسانی غیر خودکشی	رفتار آسیب‌رسان به خود بدون قصد مرگ.

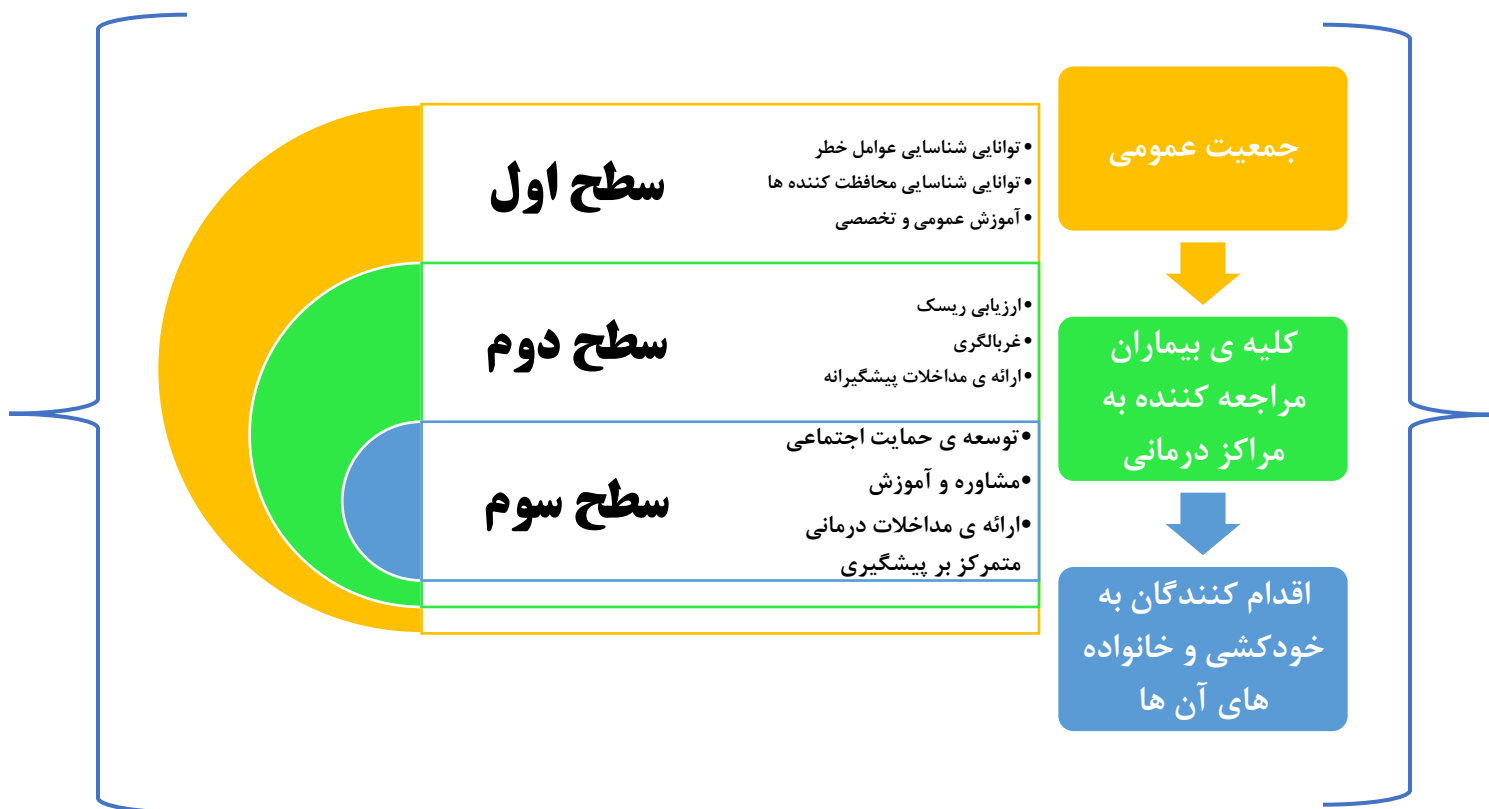
## ۳-۲: مددکار اجتماعی / مددکار بهداشتی درمانی

کلیه فارغ التحصیلان کارشناسی و بالاتر در رشته مددکاری اجتماعی و خدمات اجتماعی است که در واحد مددکاری اجتماعی دانشگاه/ بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی مشغول بکار بوده و با ارائه خدمات تخصصی در حوزه ی خودکشی و رفتارهای خود آسیب رسان در تمام فرایند مداخلات تخصصی در بستر تیم بین رشته‌ای مشارکت فعال دارند. مددکار اجتماعی اشاره شده در این پروتکل می بایست به منظور آشنایی با ارزیابی ها و مداخله‌های ارائه شده، علاوه بر دارا بودن مدرک تحصیلی مرتبط مورد اشاره، از تسلط کافی برای اجرای این مداخله ها بهره‌مند بوده و دانش و مهارت‌های پایه اشاره شده در این فصل راهنما را گذرانده باشد.

#### ۴: فرآیند مداخلات پیشگیرانه ی اجتماع نگر در مددکاری اجتماعی (نمودار شماره ۱)

سطوح پیشگیری و راهبردها

جامعه هدف



فرآیند مداخلات تخصصی در بیمارستان ( به تفکیک سطوح پیشگیری) (نمودار شماره ۲)



۵: فرایند مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در خودکشی

مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در حوزه ی خودکشی برای جمعیت عمومی، همه ی بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی و افراد اقدام کننده به خودکشی و خانواده های آن ها قابل ارائه می باشد. تمامی این مداخلات با هدف پیشگیری از خودکشی (پیشگیری از اقدام مجدد) ارائه خواهد شد و از آنجا که کلیه ی عوامل دخیل در خودکشی مورد توجه قرار می گیرد به همین منظور از اصطلاح مداخلات پیشگیرانه ی اجتماع نگر برای کلیه ی اقدامات حرفه ای مددکاران اجتماعی استفاده خواهد شد.

پیشگیری از خودکشی در سطح اول مربوط به انجام اقدامات پیشگیرانه قبل از وقوع خودکشی است که شامل کاهش عوامل خطر شناخته شده در زمینه خودکشی، محدودیت دسترسی به ابزار و وسایل خودکشی مانند داروها، سموم و سلاح گرم، آگاهی بخشی عموم در خصوص بیماریهای روانی و خودکشی، مقابله با مصرف الکل و بزهکاری در مدارس و کاهش دسترسی به مناطق داغ خودکشی<sup>۱</sup> می باشد. نقاط داغ خودکشی به موقعیتهای و مکان هایی اطلاق میشود که مکرراً جهت اقدام به خودکشی استفاده میشوند. از نقاط داغ خودکشی میتوان به پل ها، صخره ها، ساختمانهای بلند و یا حتی مسیر ریل قطار اشاره کرد. همچنین لازم است که عوامل محافظت کننده در برابر خودکشی تقویت شوند. بهبود سبک زندگی، افزایش امنیت در مدارس، تسهیل و تسریع دسترسی به مراکز مشاوره، آموزش دروازه بانان جامعه<sup>۲</sup> از جمله شخصیتهای کلیدی همچون روحانیون، پلیس، نیروهای انتظامی و نظامی که در حیطه کاری خود با افراد دارای مشکلات روحی و عاطفی سر و کار دارند، راه اندازی خطوط ارتباط تلفنی و اینترنتی یاری رسان، تجهیز افراد به آگاهی های خود مراقبتی، همگی به پیشگیری سطح اول از خودکشی مربوط میشود.

پیشگیری از خودکشی در سطح دوم مربوط به شناسایی و غربالگری افراد در معرض خودکشی و کاهش میزان دسترسی به ابزار و وسایل ارتکاب به خودکشی در مناطق شهری و روستایی است. روشهای غربالگری افراد در معرض خطر رفتار خودکشی، متشکل از به کاربردن مصاحبه های ساختاریافته یا نیمه ساختاریافته، ارزیابی ریسک، مقیاسهای روانسنجی معتبر و قابل اعتماد و تستهای بیولوژیکی میباشد. از مزایای غربالگری، صرفه اقتصادی و هزینه-اثربخشی آن میباشد. در تدوین برنامه های غربالگری در هر جامعه باید سازگار بودن آن برنامه با فرهنگ بومی آن جامعه و یا منطقه را نیز در نظر گرفت. پیشگیری از خودکشی در سطح سوم شامل جلوگیری از پیشرفت بیماری، درمانهای روانشناختی و دارویی در فردی که خودکشی نموده ولی قربانی مرگ نشده است، در راستای جلوگیری از ارتکاب مجدد او به خودکشی و نیز ارائه خدمات مشاوره به بازماندگان فرد خودکشی کرده در جهت کاهش درد و رنج آنها میباشد.

در ادامه به این سوال پاسخ می دهیم که نقش های مددکاران اجتماعی در بیمارستان ها در حوزه ی پیشگیری از خودکشی چیست و چه استراتژی هایی برای تحقق صحیح این نقش ها وجود دارد.

---

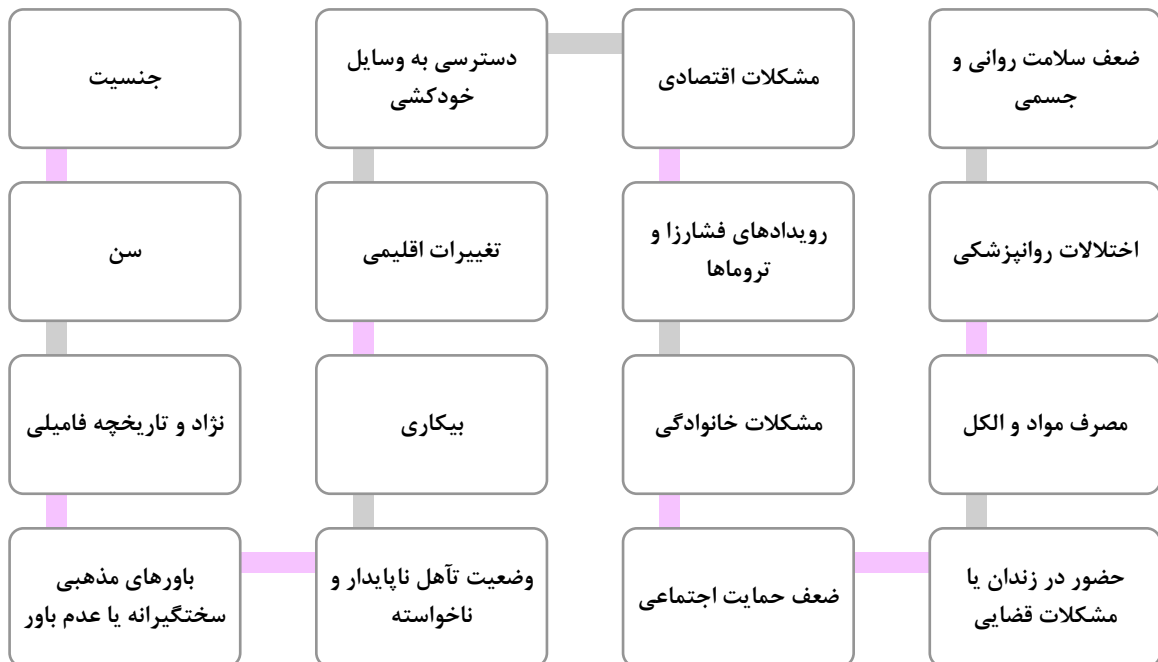
<sup>۱</sup> Suicide Hot Spot

<sup>۲</sup> Social Gatekeeper

## پیشگیری سطح اول

در این سطح از پیشگیری از مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز درمانی انتظار میرود که توانایی شناسایی عوامل خطر و محافظت کننده خودکشی را به عنوان یک فرد حرفه ای داشته باشند و در راستای رسالت های حرفه ای و مسئولیت های اجتماعی خویش، از این دانش در جهت پیشگیری برای همه افراد جامعه بویژه افراد مراجعه کننده به بیمارستان ها (بیماران، همراهان، همکاران و...) استفاده نمایند. همانگونه که در ادامه به آن خواهیم پرداخت، پیشگیری از خودکشی، مسئولیتی است که بر عهده ی همه افراد جامعه گذاشته شده تا نسبت به این موضوع حساس و آگاه باشند (طرح بتا) از مددکاران اجتماعی نیز انتظار میرود تا از طریق بالا بردن دانش خود در این زمینه، نقش های حرفه ای و انسانی خود را به خوبی ایفا کنند. در این سطح از پیشگیری، مددکاران اجتماعی باید فهرست عوامل خطر و محافظت کننده ی خودکشی را به خوبی بشناسند و در ارتباط با کیس هایی که با آن ها مواجه می شوند این عوامل را مورد توجه قرار دهند.

### ➤ عوامل خطر خودکشی:



این عوامل پس از مرور منابع به عنوان مواردی که خطر خودکشی را در فرد بالا می برند شناسایی شده اند اما نباید فراموش کرد که فرهنگ، خانواده و جامعه هم در این زمینه نقش هایی را ایفا می کنند که گاهی حفاظت کننده است و گاهی

خطر آفرین. مسائل و مشکلات زندگی افراد در فرهنگ های مختلف، معانی متفاوتی به خود می گیرد، انگ ها و برچسب های اجتماعی گاهی افراد را به سمت خودکشی یا دیگر کشی هدایت می کند برای مثال در برخی از فرهنگ ها اگر زن یا دختر مرتکب خیانتی شود یا رابطه ای را تجربه کند که خانواده با آن موافق نیست، ممکن است توسط پدر یا برادرانش کشته شود یا آنقدر تحت فشار و آزار و اذیت آن ها قرار می گیرد که تصمیم بر پایان زندگی خود می گیرد. پس باید به تعبیر فرهنگی از مسائل و مشکلاتی که مراجعین ما با آن مواجه هستند نیز توجه کنیم. نکته دیگر، عدم عمومیت این عوامل به عنوان فاکتور خطر آفرین در زندگی مراجعین است. به بیان دیگر، برخی از افراد به راحتی سرنوشت خود را می پذیرند و با آن سازگار می شوند پس برای این فرد، تاهل ناخواسته یا اجباری به عنوان یک عامل خطر محسوب نمی شود. نحوه ی تبیین، درک و شناخت افراد از مسائل و مشکلات نیز با هم متفاوت است پس ورشکستگی برای همه ی افراد یک خطرزا محسوب نمی شود. اما نباید فراموش کرد که در شناسایی این عوامل، فراوانی و عمومیت اجتماعی آن ها در نظر گرفته شده است پس آنچه که کار را برای مددکاران اجتماعی دشوار می کند، پیوند عوامل خطر آفرین و محافظت کننده با ساختار فرهنگی، شناختی و اجتماعی افراد است و این باعث می شود که هر فرد به عنوان یک کیس منحصر به فرد مورد توجه قرار گیرد.

همانگونه که در بالا گفته شد، این فهرست براساس مرور منابع مختلف تهیه شده است ولی لازم است تا مددکار اجتماعی نگاه جامع تری به آن ها داشته باشد. برای مثال، دوره ی سنی نوجوانی و سالمندی به عنوان دوران های پر خطر شناخته می شوند که می تواند به دلیل تجربه ی دوران بلوغ و بحران هویت نوجوانی یا ناشی از انزوا و وابستگی های جسمی دوران سالمندی باشد اما در عین حال آمارها نشان می دهد که مردان بزرگسال نیز بیشترین نرخ خودکشی را دارند. پس همه ی گروه های سنی باید مورد توجه قرار گیرند. یا در مورد جنسیت، زنان بیش از مردان اقدام به خودکشی می کنند ولی میزان خودکشی موفق در مردان بیشتر است پس هر دو جنس باید مورد توجه قرار گیرند همچنین گروه های تراجنسیتی که در حال طی کردن دوره های مشاوره و روان درمانی یا در نوبت جراحی قرار دارند هم می توانند به خاطر فشارهای فرهنگی در معرض خودکشی باشند. پس لازم است تا مددکار اجتماعی با نگاهی فراجنسیتی به مسئله ی خودکشی نگاه کند. از سوی دیگر، تجمع عوامل خطر می تواند وضعیت فرد را پیچیده تر کند و او را به سوی خودکشی سوق دهد. پس مراجع جوانی که به تازگی ازدواج کرده است ولی متاسفانه از کار اخراج شده، یا زن سرپرست خانواری که تنها حامی خود را در اثر تصادف از دست داده است از آنجا که با تجمع عوامل مخاطره آمیز مواجه هستند باید بیش از قبل مورد توجه قرار گیرند. اجازه دهید یکبار دیگر مطالب این بخش را با هم مرور کنیم، آشنایی با فهرست عوامل خطر به مددکاران اجتماعی کمک می کند تا دید وسیعی در مورد مراجعین و تهدیدهای پیش روی آن ها داشته باشند اما ضمن توجه به این عوامل باید چالش ها و تعبیر فرهنگی و دیدگاه و شناخت فرد در مورد مشکل و شرایط را نیز مورد توجه قرار دهند و همچنین به تجمع عوامل خطر به عنوان یک کاتالیزور برای بالا بردن احتمال خودکشی در مراجعین توجه نمایند.

## ➤ عوامل محافظت کننده



عوامل محافظت کننده نیز مانند عوامل خطر آفرین براساس مرور منابع استخراج شده اند اما به معنای حفاظت صد درصدی از فرد در مقابل خطر خودکشی نیستند. این عوامل مانند چتر عمل می کنند اما آیا برای ما پیش نیامده که علی رغم اینکه در باران با چتر قدم میزدیم ولی بازهم خیس شده باشیم یا کفش هایمان کثیف شده باشد؟ چتر از ما به صورت حداکثری محافظت می کند ولی بازهم امکان خیس شدن وجود دارد این نکته ی مهمی است که مددکاران اجتماعی نباید آن را نادیده بگیرند. برای مثال ممکن است فردی با نمره ی بالا از رضایت زندگی و دارا بودن خانواده و دوستان حمایتگر، به یکباره در اثر یک ترومای ناگهانی همه ی طرحواره های حفاظتی اش دچار از هم گسیختگی شوند و خودش را از بالای بالکن خانه به بیرون پرت کند. مسئله ی دیگر، تقابل همیشگی میان خطرزاها و محافظین است که مثل یک نبرد بی پایان در سراسر زندگی ما وجود دارد و هر لحظه ممکن است یکی بر دیگری غلبه کند و تضمینی بر اینکه همیشه محافظین برنده خواهند شد، وجود ندارد. مددکاران اجتماعی با بهره گیری از ابزارهای جمع آوری اطلاعات (مشاهده، مصاحبه، بازدید منزل، تست های تشخیصی، چک لیست های ارزیابی) این نبرد را با دقت رصد می کنند و می توانند جنگ را به سود محافظین تغییر دهند به شرط آن که مجهز به دانش و مهارت کافی برای مداخله باشند.

از آنجا که این پروتکل برای مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان های کشور تدوین شده است و آن ها با گروه های گسترده ای از بیماران، خانواده ها و همراهان، مراجعین سرپایی درمانگاه ها و کلینیک ها و به تعبیری، عموم افراد جامعه مواجه هستند پس توانایی شناسایی عوامل خطر آفرین و محافظت کننده و وجود حساسیت حرفه ای نسبت به این عوامل، گام اول برای مداخله ی موثر آن ها محسوب میشود.

ممکن است این سوال در ذهن مخاطب ایجاد شود که شناخت این عوامل چه کمکی به جامعه و مددکار اجتماعی می کند در حالیکه بسیاری از این عوامل خارج از محدوده ی اراده و اختیار مراجع و مداخله کننده هستند؟ پاسخ این است که اولاً

میخواهیم مراجعه کننده و وضعیتی که او را احاطه کرده تا حد امکان بشناسیم تا با توجه به اهداف موسسه ی محل خدمت (بیمارستان)، منابع و امکانات موجود، میزان همراهی و همکاری مراجع و خانواده اش و توانمندی ها و مهارت های مددکار اجتماعی، بهترین طرح کمکی را برای او در نظر بگیریم. دوم اینکه با بهره گیری از تجارب محققان و اقدام کنندگان، میخواهیم از وقوع خودکشی یا تکرار مجدد آن پیشگیری کنیم و شرط این کار شناسایی وضعیت های پرخطری است که مراجع با آن ها روبروست و ابزار و امکانات ما هم همین محافظت کننده ها هستند.

مددکاران اجتماعی که مایل به انجام مداخلات جامعه ای هستند در این سطح از پیشگیری می توانند به شناسایی نقاط داغ خودکشی نیز بپردازند همانگونه که بالا اشاره شده نقاط داغ خودکشی به موقعیتها و مکان هایی اطلاق میشود که مکرراً جهت اقدام به خودکشی استفاده میشوند مثل پل ها، صخره ها، ساختمانهای بلند و یا حتی مسیر ریل قطار. گاهی اوقات این نقاط داغ، نزدیک بیمارستان قرار دارند یا مددکار اجتماعی براساس ارزیابی مراجعین، محله های پرخطر را شناسایی می کند که در این زمینه مددکاران اجتماعی می توانند مکاتباتی را با مراجع ذیصلاح (فرمانداری شهرستان، ریاست شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رییس سازمان بهزیستی شهرستان) داشته باشند. در ادامه بیشتر به این موضوع خواهیم پرداخت. پس از آنکه این عوامل به صورت فردی و یا در سطح گسترده تر اجتماعی شناسایی شدند، نوبت به ارائه ی آموزش عمومی و تخصصی و آگاه سازی میرسد که با توجه به همپوشانی این بخش با مداخلات سطح دوم ترجیح دادیم در آن جا به صورت مبسوط در این زمینه صحبت کنیم.

## پیشگیری سطح دوم

این سطح از پیشگیری، مربوط به شناسایی و غربالگری افراد در معرض خودکشی و کاهش میزان دسترسی به ابزار و وسایل ارتکاب به خودکشی است به همین منظور در این سطح مفهومی با نام "ارزیابی ریسک" اقدام به خودکشی در مراجعه کنندگان به واحدهای مددکاری اجتماعی مطرح می شود. قصد داریم این مفهوم را که از اقدامات مهم در مددکاری اجتماعی در حوزه ی خودکشی است به طور مبسوط برای شما شرح دهیم.

**نکته:** مددکاران اجتماعی در فرآیند راند و تریاژ، افکار و نشانه های اقدام به خودکشی را نیز در مراجعین و گروه های هدف خود مورد توجه قرار می دهند. همچنین مددکاران اجتماعی، همکاران و تیم درمان را نیز با نشانه های خطر آشنا می کنند تا در ارجاعات تلفنی یا سیستمی خود به این کیس ها توجه داشته باشند. منظور از شناسایی در این پروتکل، توجه به همه ی گروه های هدف مراجعه کننده یا ارجاع داده شده به واحدهای مددکار اجتماعی از حیث دارا بودن نشانگان خطر خودکشی است و منظور از غربالگری، ارزیابی ریسک خودکشی برای کیس هایی است که شناسایی شده اند. غربالگری با بهره گیری از دانش و تجربه ی حرفه ای مددکاران اجتماعی انجام می شود و ابزارهای ارزیابی ریسک که در ادامه به آن ها اشاره می کنیم نیز در این زمینه کمک کننده خواهند بود. به عبارت دیگر مددکاران اجتماعی در راستای اجرای پروتکل

جامع خدمات مددکاری اجتماعی، کیس ها را از حیث خطر خودکشی نیز مورد توجه قرار می دهند و چنانچه کیسی ریسک متوسط یا بالا داشت در فرایند مداخلاتی مددکاران اجتماعی قرار خواهد گرفت.

## ارزیابی و مدیریت ریسک خودکشی برای استفاده مددکاران اجتماعی

### ➤ مرحله اول: ارزیابی افکار و قصد خودکشی فعلی

وجود افکار خودکشی حوزه مهمی برای ارزیابی مددکاران اجتماعی است زیرا تحقیقات نشان میدهد که وجود افکار با تلاش برای خودکشی مرتبط است. افکار خودکشی از نظر شدت و فراگیری متفاوت هستند و افکار دقیق تر و مداوم باعث نگرانی بیشتر می شود. اگر چه همه افکار باید مورد بررسی قرار گیرند، اما افکاری که مکرر، پایدارتر و غیرقابل کنترلند احتمال بیشتری دارد که منجر به خودکشی شوند. قصد خودکشی یا احتمال اینکه یک فرد افکار خودکشی را به عمل تبدیل کند را می توان با پرسیدن سوال مستقیم مورد بررسی قرار داد. از فرد می خواهیم که احتمال اقدام به خودکشی را در ۲۴ یا ۴۸ ساعت آینده با اعداد ۱ تا ۱۰ مشخص کند. وجود طرح خودکشی یکی از شاخص های قصد خودکشی است و باید به طور کامل جزئیات آن مانند زمان، مکان و نحوه انجام عمل خودکشی مورد ارزیابی قرار گیرد. برای مددکاران اجتماعی بسیار مهم است که درک کنند که اقدام به خودکشی و خودکشی کامل به ندرت پدیده های تکانشی یا خود به خودی هستند، بلکه معمولاً پیامدهای مشورت و تأمل نشخوارکننده را نشان می دهند (جوینر، ۲۰۱۰؛ ویت و همکاران، ۲۰۰۸). یک نوجوان ممکن است اقداماتی را برای آماده شدن برای خودکشی انجام دهد (مثلاً احتکار دارو، نگه داشتن سلاح) یا رفتارهای عملی (مثلاً ساختن طناب، بازدید از پل یا روگذر) انجام دهد. این فعالیت های مقدماتی باید زنگ خطری را در میان مددکاران اجتماعی به صدا درآورد، به خصوص اگر فرد تلاش کند تا تمامی این تلاش ها را از نظر دیگران پنهان نگه دارد. به فردی که ارزیابی ریسک را انجام می دهد توصیه می شود، آنچه را که مانع از انجام این عمل توسط فرد می شود را کشف کند یعنی ضمن ارزیابی ریسک اقدام به شناسایی محافظت کننده ها و موانع تحقق افکار نیز بپردازد.

محدود کردن دسترسی به وسایل کشنده (به عنوان مثال، کاهش در دسترس بودن اسلحه گرم و برخی داروها، ایجاد موانع در پل ها یا روگذرها)، یکی از اجزای قابل اجرا در طرح های پیشگیری از خودکشی است، بنابراین، ضروری است که مددکاران اجتماعی توانایی فرد را برای دستیابی به ابزارهای بالقوه تهدید کننده زندگی برای اجرای طرح خودکشی و همچنین کشندگی نسبی ابزار یا روش انتخاب شده را ارزیابی کنند. با این حال، مفهوم مرگبار با قصد خودکشی (یعنی پیامد مطلوب رفتار آسیب رسان به خود) متفاوت است برای مثال یک نوجوان ممکن است خطرناک بودن روش انتخاب شده برای اعمال آسیب به خود را اشتباه ارزیابی کند و پیامدهای جبران ناپذیری را بوجود آورد. او ممکن است از عوارض و مخاطرات قرص برنج یا بریدن کامل رگ، آگاه نباشد و وقتی از این روش ها برای جلب محبت اطرافیان استفاده کند به مرگ وی منجر شود.

### ➤ مرحله ی دوم: شناسایی علائم و نشانه های هشداردهنده

مددکاران اجتماعی باید علائم و نشانه های هشدار دهنده خودکشی را به خوبی بشناسند. این علائم، قصد و نیت فرد برای خودکشی را نشان می دهند.

#### جدول شماره ۲: علائم و نشانه های هشدار در خودکشی

علائم و نشانه های هشدار دهنده در خودکشی	
تهدیدهای کلامی و غیر کلامی	اشتغال ذهنی به موضوع مرگ
تغییرات رفتاری ناگهانی	نشان دادن مقصود خودکشی به دیگران بویژه گروه همسالان
ژست و تهدید به خودکشی در فضای مجازی	پیام های متنی یا کپشن نویسی در شبکه های اجتماعی در خصوص خودکشی
بازدید از وب سایت هایی با محتوای خودکشی	آماده سازی خود برای مرگ
واگذاری دارایی های ارزشمند به دیگران	نوشتن وصیت نامه یا نوشتن یادداشت خودکشی
استفاده از شعر، داستان یا مضامین هنری مرتبط با خودکشی	تغییرات ناگهانی در رفتار و تحریک پذیری
افزایش تعداد دفعات یا روزهای با خلق منفی	کاهش عملکرد تحصیلی
تغییر عادات خواب یا خوردن	تنهایی و انزوای مفرط

لازم است که به نشانه های غیر مستقیم هم توجه کنیم برای مثال یک جوان یا نوجوان ممکن است به طور مستقیم اعلام کند که قصد انجام آسیب مرگبار به خود را دارد، مانند "من خود را می کشم". یا ممکن است از جملات مبهم تری استفاده کند مانند «خانواده ام بدون من وضعیت بهتری خواهند داشت» و «نگران من نباش، من دیگر برای شما مشکلی نخواهم بود»

#### ➤ مرحله سوم: شناسایی عوامل تسریع کننده ی خودکشی (محرک ها)

در مرحله ی سوم لازم است تا مددکاران اجتماعی رویدادهای استرسزای مهم زندگی فرد را بررسی کنند، این رویدادها یا عوامل این پتانسیل را دارند که به عنوان تسریع کننده یا محرک های بحران خودکشی عمل کنند. عوامل ایجاد کننده، رویدادهای فوری تری در زندگی فرد هستند که تمایل به خودآزاری کشنده را در آن ها بالا می برند. تجارب تسریع کننده اغلب توسط افراد (بویژه نوجوانان و جوانان که تجربه ی کمتری دارند) بسیار منفی و ناراحت کننده و غیر قابل تحمل در نظر گرفته می شوند اما این تجارب به ندرت مسئول رفتارهای خودکشی محسوب می شوند. به عبارت دیگر، عوامل خطر قبلی یا مزمینی در زندگی فرد وجود دارد (مثل سابقه ی افسردگی یا شکست های مکرر) که در ترکیب با یک عامل تسریع کننده، تمایلات خودکشی را تشدید می کنند. اگر نوجوانی سابقه ی افسردگی داشته باشد و بعد در مدرسه مورد قلدری دانش آموزان دیگر قرار بگیرد در این صورت قلدری به عنوان یک تسریع کننده عمل می کند. اختلال در یک رابطه عاشقانه، درگیری با والدین یا فرزندان، مشکل در مدرسه یا محل کار، مشاجره ی شدید با دوستان، خواهر یا برادر، از دست دادن یکی از اعضای خانواده، جابه جایی اجباری از محل سکونت قبلی، بی خانمانی، مشکلات قانونی و درگیری با پلیس همگی از نمونه تسریع کننده های خودکشی محسوب می شوند. افرادی که استرس های چندگانه و طولانی مدت را تجربه می کنند به ویژه جوانان یا نوجوانانی که مهارت حل مسئله ی ضعیف دارند، بیشترین آسیب پذیری را در برابر رفتارهای خودکشی دارند. با این وجود، فقدان عوامل فوری و قابل

شناسایی در بسیاری از موارد خودکشی، وجود مسیرهای متعددی را برای رفتار خودکشی نشان می‌دهد، از جمله «انباشت تدریجی عوامل خطر متعدد». بنابراین، حتی در غیاب رویدادهای گسسته و تسریع‌کننده اخیر، مددکاران اجتماعی ممکن است پتانسیل خودکشی یک فرد را بالا تشخیص دهند، به‌ویژه اگر آن فرد سابقه مواجهه با سایر عوامل خطر مزمن را داشته باشد.

### ➤ مرحله چهارم: یافتن دلایل و معنای زندگی و عوامل حفاظتی

در این مرحله بر شناسایی دلایل فرد برای زندگی و دلایل وی برای مرگ و همچنین دلبستگی‌های مهم در زندگی فرد تمرکز می‌شود. برای مثال، اگر نوجوانی برای فرار از موقعیتی که به‌طور غیرقابل تحمل تلقی می‌شود (مثلاً از دست دادن دوستان در نتیجه جابجایی) به خودکشی فکر می‌کند، مداخله ممکن است شامل یافتن راه‌هایی برای ادغام دانش‌آموز در محیط جدید مدرسه و حل مسئله باشد. چنانچه نوجوان دوستان جدیدی بیابد و ارتباطات گذشته خود را با همسالان جدیدش بازیابی کند، دلیلی را برای زندگی می‌یابد و روابط فعلی را ارزشمند احساس می‌کند و این نکته ای است که یک مددکار اجتماعی باید روی آن متمرکز شود. انجمن ملی مددکاری اجتماعی ایالات متحده (۲۰۱۳) مددکاران اجتماعی را به شناسایی عوامل محافظتی درونی و بیرونی، شناسایی منابع داخلی و خارجی و تقویت تاب‌آوری و توسعه‌ی سالم تشویق می‌کند. نکته‌ی حائز اهمیت این است که این کار برای هر فرد و هر گروه سنی و در فرهنگ‌های مختلف، منجر به شناسایی گستره‌ی وسیعی از علل و عوامل می‌شود. عوامل حفاظتی درونی یا شخصی شامل ویژگی‌های شخصیتی، مهارت‌ها و نگرش‌هایی هستند که به افراد اجازه می‌دهد تا با چالش‌های زندگی سازگار شوند. عوامل حفاظتی بیرونی یا محیطی شرایط گسترده‌تری در خارج از زندگی افراد هستند که عملکرد روانی را تقویت می‌کنند و در برابر رفتارهای پرخطر از آن‌ها محافظت می‌کنند.

#### جدول شماره ۳: عوامل محافظت درونی و بیرونی

عوامل حفاظت درونی	عوامل حفاظت بیرونی یا محیطی
امیدواری به آینده، کنترل درونی قوی، احساس قوی عزت نفس و خود اعتمادی، مهارت در حل مسئله و حل تعارض، توانایی تنظیم هیجانات منفی، کنترل انگیزه، پیروی از رفتارهای موثر مذهبی، باورهای معنوی متمرکز بر معنا و ارزش زندگی، ترس سالم از درد، تمایل به جستجوی حمایت اجتماعی و حس شوخ طبعی	روابط بین فردی مثبت، انسجام خانواده، شیوه‌های ارتباطی سالم والدین-کودک، انتظارات تحصیلی معقول والدین، ارتباط قوی با مدرسه و جامعه، دسترسی محدود به وسایل کشنده (از جمله سلاح گرم)، و در دسترس بودن خدمات سلامت روان و مقابله با سوء مصرف مواد، روابط مثبت و معنادار با دیگران

### ➤ مرحله ی پنجم: شناسایی عوامل خطر شخصی / خانوادگی

عوامل خطر، متغیرهای درون‌زا و برون‌زا هستند که یک فرد را در برابر رفتارهای خودکشی آسیب‌پذیرتر می‌کند. عیاش عبدو (۲۰۰۲) از اتخاذ رویکردی زیست‌محیطی اجتماعی برای درک خودکشی نوجوانان و جوانان حمایت کرد و تشخیص داد که عوامل شخصی، بین

فردی و محیطی و اجتماعی گسترده‌تر همگی این پتانسیل را دارند که در سطح خطر برای یک فرد نقش داشته باشند. ما نیز قصد داریم در این پروتکل با اتخاذ رویکردی جامع به شناسایی متغیرهای خطر درون‌زا و برون‌زا بپردازیم.

به طور کلی بهترین پیش‌بینی‌کننده رفتار آینده، رفتار گذشته است، رفتار خودکشی قبلی قوی‌ترین نشانگر برای دوره‌های بعدی خودکشی است، افرادی که در گذشته تلاش‌هایی برای خودکشی داشته‌اند، یا اخیراً در وضعیتی قرار گرفته‌اند که نگرانی‌هایی در مورد خطر خودکشی برای آن‌ها وجود دارد، افراد دارای افکار خودکشی و افراد با سطح بالای ناامیدی، نمایه‌ی بالینی مشخصی از خطر خودکشی را نشان می‌دهند. همچنین افرادی که چندین تجربه‌ی تلاش برای خودکشی داشته‌اند، معمولاً در برابر رویدادهای استرس‌زای زندگی راحت‌تر تحریک می‌شوند برای همین لازم است تا مددکاران اجتماعی ضمن بررسی پرونده‌های بستری پیشین بیمار، در ارزیابی‌های اولیه و جامع خود این سوال را مورد توجه قرار دهند که آیا بیمار سابقه‌ی اقدام به خودکشی دارد یا خیر؟ با این وجود به متخصصان بهداشت روانی و مددکاران اجتماعی هشدار داده می‌شود که به یاد داشته باشند که اکثر افرادی که دست به خودکشی می‌زنند، برای اولین بار اقدام به خودکشی می‌کنند. یکی دیگر از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی رفتار خودکشی، وجود نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی است که در رفتار یا در پرونده بالینی بیمار باید مورد توجه قرار گیرد. شرایط روانپزشکی که بیشتر با خطر خودکشی همراه است شامل اختلالات خلقی (مانند افسردگی شدید، دیس‌تایمی)، اختلالات رفتاری مخرب (مانند اختلال سلوک، به ویژه در مردان) و سوء مصرف/وابستگی به مواد، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات خوردن، اسکیزوفرنی و اختلالات شخصیت است. گاهی بیماری فیزیکی مزمن (مانند صرع، دیابت، سرطان) که می‌تواند در ایجاد افسردگی نقش داشته باشد، همچنین با افزایش خطر خودکشی مرتبط است پس افسردگی‌های ناشی از بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج هم باید مد نظر مددکاران اجتماعی قرار گیرد.

از بین عوامل محیطی، عوامل مرتبط با خانواده، ارتباط نزدیک‌تری با افزایش احتمال به خودکشی در افراد دارند برای مثال سابقه آسیب‌شناسی روانی والدین، از دست دادن یک دوست یا یکی از اعضای خانواده به دلیل خودکشی، نبود پدر یا مادر، والدین ناسازگار. اعمال بدرفتاری در دوران کودکی و تجربه سوء استفاده فیزیکی و/یا جنسی همگی با میزان بالاتری از رفتارهای خودکشی مرتبط هستند. کیفیت روابط خانوادگی نیز عامل مهمی است که باید هنگام تعیین خطر خودکشی در نظر گرفته شود. روابط پر تنش و ناسازگاری در روابط خانوادگی به عنوان عوامل خطر مرتبط با خانواده مورد توجه قرار می‌گیرند.

### ➤ مرحله ی ششم: شناسایی عوامل خطر رفتاری

ویژگی‌های رفتاری خاصی با تمایل به خودکشی مرتبط است. تمایل به خودآزاری غیر خودکشی، یا آسیب عمدی به بدن بدون قصد خاص برای مرگ و هر نوع رفتار خود آسیب‌رسان، یک رفتار آسیب‌پذیر مستعد برای خودکشی است. رفتارهای خود آسیب‌رسان از طریق افزایش تحمل فرد از درد و کاهش ترس از مرگ، منجر به افزایش احتمال خودکشی می‌شود بنابراین مددکاران اجتماعی باید تجربیات قبلی خودآزاری غیر خودکشی را نیز مورد توجه قرار دهند و در ارزیابی‌های جامع به نشانه‌ها و شواهد این رفتارها دقت کنند. مشکلات انضباطی و یادگیری در مدارس، مشکلات قانونی، رفتارهای متمایل به انزوا و کناره‌گیری، سوء مصرف مواد، رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه با افزایش پتانسیل خودکشی مرتبط هستند و به نظر می‌رسد که زمینه‌ساز گذار از افکار خودکشی به اقدام واقعی باشند. افسردگی نیز اگر با کنترل ضعیف تکانه و اضطراب/آزیتاسیون همراه باشد می‌تواند به عنوان یک

متغیر شخصیتی پرخطر مورد توجه مددکاران اجتماعی قرار گیرد. اقدام به خودکشی عموماً از روی هوس انجام نمی شود و الگوی رفتار تکانشی که در طول دوران زندگی از فرد به نمایش گذاشته میشود، با افزایش خطر خودکشی همراه است. به عبارتی رفتارهای تکانشی، خطر خودکشی را افزایش می دهند زیرا تجارب دردناک و تحریک آمیز، مانند آسیب ها و سوء مصرف مواد، آشنایی با درد و موقعیت های بالقوه تهدید کننده زندگی را به وجود می آورند، در نتیجه فرصت هایی را برای عادت دادن به خودآزاری ایجاد می کنند. بنابراین، مددکاران اجتماعی باید مشکلات پایدارتری را که با مشکل در کنترل رفتار همراه است، بعلاوه اپیزودهای جداگانه تر رفتار نادرست که می تواند بحران خودکشی را تشدید کند، ارزیابی کنند.

### ➤ مرحله ی هفتم: شناسایی عوامل خطر شناختی / عاطفی

تجارب ناامید کننده، احساس غم و اندوه، تنهایی، شرم و تحقیر و عواطف منفی مجموعه حالات دردناک روانشناختی محسوب می شوند که افراد را برای رهایی از اضطراب روانی به سمت خودکشی سوق می دهند. وقتی یک اختلال خلقی عمیق تر می شود، پردازش شناختی به سمت ابتدایی تر شدن و ناکارآمد شدن سوق پیدا می کند. این پدیده که در بررسی متون به آن انقباض شناختی گفته می شود، نشان می دهد که افراد اقدام کننده به خودکشی با نقص های شناختی عمیقی در حل مسائل و مشکلاتشان همراه هستند برای مثال این افراد مشکلات بین فردی متعددی دارند که حل نشده باقی مانده است، در حل انواع تعارض های ارتباطی احساس ناتوانی می کنند. بین تفکر تحریف شده با خودکشی در این افراد ارتباط معناداری وجود دارد، آن ها عموماً خوداظهاری منفی دارند و فاجعه سازی می کنند. یکی از خطاهای شناختی در این افراد، سنگینی ادراک شده است این افراد وجود خود را تحمیلی بر خانواده، دوستان و جامعه قلمداد می کنند. یکی دیگر از خطاهای شناختی آن ها تعلق ناموفق یا خنثی شده است که با احساس انزوای اجتماعی همراه است یا اینکه فرد فکر می کند عضوی ارزشمند از یک گروه نیست. هنگامی که این دو مؤلفه شناختی وجود دارند، ممکن است در فرد میل به خودکشی یا تمایل به خودآزاری با قصد مرگ ایجاد کند. در فردی که توانایی اکتسابی برای خودکشی (یعنی توانایی ایجاد آسیب فیزیکی به خود) را از طریق قرار گرفتن مکرر در موقعیت های دردناک کسب کرده است، میل به خودکشی ممکن است به عملکرد واقعی خودآزاری کشنده تبدیل شود. پس لازم است تا مددکاران اجتماعی به ارزیابی های شناختی در ارتباط با بیماران نیز بپردازند.

### ➤ مرحله ی هشتم: برآورد خطر خودکشی

در این مرحله لازم است تا مددکار اجتماعی خطر خودکشی را برآورد کند. اما این کار اصلاً ساده نیست زیرا هیچ الگوریتم دقیق یا فرمول منظمی برای محاسبه پتانسیل خودکشی وجود ندارد با این وجود، استفاده از چارچوب ارزیابی ریسک که در ادامه ارائه خواهد شد می تواند به چالش سازماندهی و معنا بخشیدن به داده های جمع آوری شده در طول فرآیند ارزیابی کمک کند. بر اساس نظریه بین فردی-روانشناختی خودکشی، شناسایی سه متغیر برای درک اینکه چرا افراد تصمیم می گیرند به وجود خود پایان دهند، حیاتی هستند: سنگینی ادراک شده و تعلق ناموفق، توانایی اکتسابی میل به خودکشی، یا تمایل به پایان دادن به زندگی با این تصور که فرد باری بر دوش دیگران است، در ارتباط با این باور که دوستش ندارند یا به او تعلق ندارد، تعیین می شود.



#### نمودار شماره ۴: سطوح برآورد خطر خودکشی

تعیین اینکه آیا یک فرد توانایی خودکشی را به دست آورده یا نه و قادر به انجام خودآزاری بالقوه کشنده است یا خیر، چالش های خاصی را برای متخصصان سلامت روان ایجاد می کند، عمدتاً به این دلیل که توانایی اکتسابی به طور چند عاملی ایجاد می شود و آستانه تحمل هر فرد برای رفتار خودکشی خاص و منحصر به فرد است و این نکته ای است که مددکاران اجتماعی به خوبی با آن آشنا هستند. مستقیم ترین مسیر برای توسعه توانایی خودکشی شامل درگیر شدن در رفتار خودکشی است، با این وجود، مسیرهای مستقیم کمتری نیز وجود دارد (مثلاً شرکت در ورزش های تماسی یا دعوای فیزیکی، مصرف خودسرانه مواد مخدر) و این مطلب گویای این است که چرا نیمی از افرادی که در اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند در اولین تلاش، تسلیم آسیب های خود می شوند. به طور کلی، افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، سابقه بیشتری از تجربه ی رویدادهای آسیب زای زندگی دارند و بیشتر در معرض آسیب های فیزیکی و ترس آور قرار گرفته اند. بعلاوه، هرچه تجارب، مضرت و تهدید کننده تر باشند، احتمال تحمل درد و کاهش ترس از مرگ در فرد افزایش می یابد. به عنوان

مثال، جوینر و همکاران (۲۰۰۷) دریافتند که آزار جنسی و خشونت جنسی در دوران کودکی نسبت به آزار و اذیت کلامی، عوامل خطر قوی‌تری برای خودکشی در آینده هستند. به طور مشابه، قرار گرفتن در معرض انواع وحشیانه‌تر و تهاجمی‌تر تجارب جنگی (یعنی آن‌هایی که با سطوح بالای جراحت و مرگ همراه هستند) با سطوح بالاتری از توانایی‌های اکتسابی مرتبط با خودکشی همراه است. در حالی که توانایی خودکشی معمولاً در طول زمان به صورت تدریجی و به عنوان تابعی از قرار گرفتن مکرر در معرض تجارب دردناک و نگران‌کننده ظاهر می‌شود، مطالعات اخیر نقش عوامل ارثی مانند فعالیت کم سروتونرژیک و متغیرهای شخصیتی، از جمله رواقگرایی و تمایلات احساس طلبی هم مشخص شده است. بنابراین، برخی از افراد دارای آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی یا بیولوژیکی هستند که به نظر می‌رسد کسب توانایی برای خودآزاری کشنده را تسریع می‌کند. واضح است که ارزیابی توانایی کسب شده برای اقدام به خودکشی ناشی از رویدادهای آسیب‌زا یک ارزیابی پیچیده است. هیچ تعداد جادویی از تجربیات وجود ندارد که انتقال از افکار خودکشی به رفتار خودکشی را پیش‌بینی کند. پس لازم است که مددکاران اجتماعی به ارزیابی کیفیت تجارب نیز توجه داشته باشند. با این وجود، ارزیابی وجود توانایی‌های اکتسابی ممکن است با بررسی ادراکات بیمار یا مراجع در مورد شدت نسبی و دردناک بودن برخی رویدادهای منفی زندگی و همچنین باورها و نگرش‌هایی که حاکی از بی‌باک بودن در مورد مرگ و استفاده از وسایل خاص مشخص شده در طرح خودکشی است، تسهیل شود. تعیین ریسک و انتخاب مداخلات، وظایف پیچیده‌ای هستند که نیاز به در نظر گرفتن همزمان متغیرهای متعدد و اعمال قضاوت حرفه‌ای صحیح دارند.

## پیشگیری سطح سوم

### ➤ مرحله ی نهم: انتخاب مداخلات

انتخاب مداخله قسمت مهمی از فرآیند کاری مددکاران اجتماعی است. آن‌ها در مواجهه با هر کیس ابتدا از خود می‌پرسند که اقدامی مفیدتر و مناسب‌تر است؟ چه اقدامی از ضروریات حرفه‌ای در ارتباط با کیس مورد نظر محسوب می‌شود؟ و کدام اقدام به ترخیص ایمن و کاهش بازگشت بیمار به بیمارستان کمک می‌کند؟ پاسخ دادن به این سوالات بدون در نظر گرفتن هدف و برنامه، غیر ممکن است. اولین گام هدف‌گذاری است. هدف یعنی مددکار اجتماعی تعیین کند در ارتباط با کیس پیش‌رو می‌خواهد به چه نتایج و دستاوردهایی برسد که از ویژگی‌های اسمارت برخوردار باشد. در این مورد به دفعات در سایر پروتکل‌ها صحبت شده است و اشاره‌ی دوباره به آن می‌تواند برای مخاطبین خسته‌کننده باشد. اما می‌خواهیم اهداف اسمارت را در ارتباط با بیماران اقدام‌کننده به خودکشی یا افراد دارای تمایلات و افکار خودکشی به طور ویژه تعیین کنیم. این اهداف باید اینگونه باشند:

- واقع‌بینانه باشد یعنی اینکه فکر کنیم بعد از اقدامات و مداخلات مددکار اجتماعی، بیمار هیچ‌گاه دست به خودکشی نخواهد زد، غیر ممکن است. با توجه به همه‌ی مطالبی که پیش‌تر گفته شد، خودکشی، جریان فکری سیالی است که هر لحظه و برای هر کس ممکن است اتفاق بیفتد اما عواملی از ما محافظت می‌کنند که با تکیه بر آن‌ها می‌توانیم این جریان

سیال فکری را تا حد زیادی مدیریت کنیم. پس مداخلات مددکاری اجتماعی با این منظور ارائه می شوند که فرد را در مسیر مدیریت و کنترل مخاطرات خودکشی قرار دهد.

- این اهداف باید خاص بیمار مربوطه باشند یعنی ضمن رعایت اصل فردیت، مددکار اجتماعی باید بداند که دلایل خودکشی در افراد مختلف کاملاً متفاوت است و تاب آوری و قدرت مقابله هم در افراد مختلف در سطوح مختلفی قرار دارد پس هر فرد به برنامه ای کاملاً شخصی شده برای مداخله نیاز خواهد داشت که بر گرفته از مخاطرات و محافظت کننده های خاص آن فرد باشد. به عبارت دیگر، داشتن مشکل مشابه به معنای داشتن برنامه ی مشابه با سایرین نیست.

- اهداف باید قابل اندازه گیری و به عبارتی کمی شده باشند. عبارت هایی مثل ترخیص ایمن بیمار، بهبود وضعیت روانی بیمار و بهبود یا افزایش شبکه ی حمایتی بیمار، اگر چه عبارت های ارزشمندی هستند و واقع بینانه و قابل دستیابی محسوب می شوند اما قابل اندازه گیری نیستند. ترخیص ایمن برای هر بیمار معنای متفاوتی دارد. گاهی یک بیمار با تحویل دادن به خانواده و آگاه سازی بیمار و خانواده برای مراقبت حداکثری، به طور ایمن ترخیص می شود و برای بیمار دیگر معنای ترخیص ایمن، بستری شدن در بیمارستان روانپزشکی و پیگیری جدی فرآیند درمان های مورد نیاز است. پس لازم است تا اهداف، کمی شوند و قابلیت سنجش و اندازه گیری داشته باشند.

- اگر تا اینجای پروتکل را به خوبی مطالعه کرده باشید حتما متوجه شدید که مداخله در خودکشی، فرایندی بسیار زمان بر است و به دانش و مهارت های بسیاری از سوی مداخله کنندگان نیاز دارد. حال این سوال مطرح می شود که مددکار اجتماعی بیمارستان که بعضاً فرصت محدودی برای مداخله دارد، در این زمینه چقدر می تواند موثر واقع شود و چه مداخلاتی را می تواند انجام دهد؟ محدودیت زمانی، موضوع مهمی است که در هدف گذاری باید مورد توجه قرار گیرد. مددکاران اجتماعی بخشی از مسیر پیشگیری را همراه بیمار خواهند آمد. بخشی که بیمار در بیمارستان بستری است و امکان دسترسی به وی یا خانواده اش وجود دارد. سایر مسیر با هدایت و راهنمایی مددکار اجتماعی، به سازمان ها و متخصصین دیگر سپرده میشود. پس مداخلاتی را انتخاب می کنیم که با توجه به اهداف بیمارستان و محدودیت های حضور بیمار در بیمارستان تعیین شده باشند. البته که پیگیری های بعدی هم می تواند فراخنای مداخلات محدود شده را تا حدی توسعه دهد.

- باید تعیین کنیم که اهداف توسط چه کسانی، چه منابع و سازمان هایی تا چه زمانی و با چه دستاوردها و شاخص هایی محقق خواهند شد. شاید هنوز هم برای بسیاری از مددکاران اجتماعی ( بخصوص مددکاران اجتماعی کم تجربه یا آن ها که به صورت تجربی وارد این حرفه شده اند) ضرورت هدف گذاری قابل درک نباشد و این بخش را تشریفات غیر ضروری تلقی کنند اما هدف گذاری آنقدر اهمیت دارد که می توان آن را به **برنامه ی مسیر یاب نشان** توصیف کرد. در این برنامه شما باید مبدا و مقصد را مشخص کنید تا راهنما بتواند شما را هدایت کند. مبدا وضعیت فعلی بیمار است و مقصد جایی است که با توجه به امکانات و توانمندی ها و تعهدات حرفه ایمان میخواهیم بیمار را به آن جا برسانیم و در واقع اهداف ما هستند. پس برای بیماران مختلف مقاصد مختلفی هم وجود دارد. برای برخی از آن ها مسیر دور و طولانی و پر پیچ و خم است و برای برخی دیگر می توان مسیر هموارتر و نزدیک تری را در نظر گرفت.

- اهداف می توانند کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت باشند. مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان های عمومی و مراکزی که حضور بیمار از چند ساعت تا چند روز می باشد، می توانند بیشتر روی اهداف کوتاه مدت یا میان مدت متمرکز شوند ولی در عین حال نیز می توانند پایه های اهداف بلند مدت را با مشارکت و همراهی بیمار و خانواده، طرح ریزی کنند اما در بیمارستان های روانپزشکی یا مراکزی که بیمار مدت زمان طولانی تری در بیمارستان بستری است و دفعات بستری نیز با توجه به شرایط بیمار، بیشتر از بیمارستان های عمومی است، می توان اهداف بلند مدت را برای بیمار متصور شد.
- هدف گذاری، پیش زمینه و مقدمه ای بر برنامه ریزی محسوب می شود. اهداف، استراتژی ها و مداخلات تخصصی ما را مشخص می کنند. به مسیر اهداف، استراتژی ها و دستاوردها توجه کنید.



برای مثال اگر هدف، کاهش افکار خودکشی در بیمار تا زمان ترخیص از بیمارستان باشد که هدفی قابل دستیابی و اندازه گیری و واقع بینانه است به این منظور میتوان از استراتژی هایی مانند درخواست مشاوره روانپزشکی یا روانشناسی برای بیمار، بهره مندی از عوامل محافظت کننده (فراهم کردن زمینه حضور یا ملاقات خواهر یا برادری که بیمار ارتباط مناسبی با آن دارد، معرفی منابع حمایت اجتماعی به بیمار و خانواده)، ارجاع به مرکز مشاوره رایگان، استفاده کرد. دستاورد مورد نظر برای این هدف، کاهش افکار خودکشی در زمان حضور بیمار در بیمارستان و کاهش احتمال اقدام به خودکشی تا زمان ترخیص می باشد. اما این دستاورد پایدار نیست، پس لازم است تا مددکار اجتماعی اهداف جدیدی را تعریف کند که منجر به کاهش افکار خودکشی پس از ترخیص نیز شود. برای تحقق این هدف، استراتژی های جدیدی تعیین خواهد شد. این چرخه ادامه خواهد یافت تا جایی که بیمار به سازمان یا افراد قابل اعتماد سپرده شود که آن ها نیز به دنبال دستاوردهای مشابهی باشند.

در ادامه می خواهیم مداخلات مددکاری اجتماعی را با توجه به دسته بندی کلاسیک روش های مستقیم (فردی، گروهی- خانوادگی و جامعه ای) و غیر مستقیم (مدیریت و برنامه ریزی، تحقیق و پژوهش) توضیح دهیم.

مداخلات فردی	خانوادگی - گروهی	مداخلات جامعه ای	مدیریت و برنامه ریزی	تحقیق
<ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش</li> <li>مشاوره</li> <li>حمایت یابی روانی</li> <li>حمایت یابی اجتماعی</li> <li>حمایت یابی اقتصادی</li> <li>مداخلات مختصر</li> <li>پیش از ارجاع</li> <li>ارجاع</li> <li>پیگیری پس از ترخیص</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش گروهی - خانوادگی</li> <li>مشاوره گروهی - خانوادگی</li> <li>تقویت حمایت های گروهی خانوادگی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>آگاه سازی و آموزش های عمومی</li> <li>غربالگری و ارزیابی ریسک اجتماعی</li> <li>بسیج منابع اجتماعی</li> <li>هم اندیشی و انتقال تجارب به مسئولین</li> <li>برگزاری جلسات کاری بین سازمانی</li> <li>برنامه ریزی، اقدام یا توسعه اجتماعی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مدیریت برنامه ها و منابع اجتماعی</li> <li>به روزرسانی کوریکولوم ها و برنامه های آموزشی</li> <li>سوپروایزری اقدامات مددکاران اجتماعی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>پژوهش های مرتبط با خودکشی</li> <li>تدوین خلاصه های سیاستی</li> <li>تدوین کتب و جزوه های منتج از آن</li> </ul>

نمودار شماره ۵: مداخلات مددکاری اجتماعی

## مداخلات فردی

مداخلات فردی به مجموعه اقدامات و مداخلاتی اشاره دارد که بر فرد و نیازهای ویژه و منحصر به فرد وی متمرکز می شود که شامل آموزش، مشاوره، حمایت یابی، ارجاع و پیگیری پس از ترخیص است. مددکاران اجتماعی در پروتکل جامع و سایر پروتکل ها به طور مبسوط با این نوع از مداخلات آشنا هستند در این جا سعی داریم تا به وجوه افتراقی مداخله در خودکشی با سایر اشکال مداخلات اشاره کنیم.

## آموزش

سوالاتی در خصوص آموزش برای مددکاران اجتماعی وجود دارد برای مثال چه آموزشی باید به بیماران داده شود؟ این آموزش با چه کیفیتی ارائه می شود؟ مددکاران اجتماعی در چه مکان و زمانی می توانند آموزش بدهند؟ چه افرادی واجد شرایط دریافت آموزش هستند؟ پیش از پاسخ به این سوالات باید به این نکته اشاره کنیم که هدف از آموزش، آگاه سازی و اطلاع رسانی و مهارت آموزی است. اگر مددکار اجتماعی در ارزیابی های خود به این نتیجه برسد که بیمار به دلیل عدم آگاهی و ضعف دانش کافی در زمینه های مختلف، توانایی حل مسائل و مشکلات خود را ندارد، می تواند این آموزش ها را در برنامه های مداخلاتی خود قرار دهد. بدون شک، نظام آموزشی همه ی آنچه که افراد برای مقابله با مشکلات زندگی باید بدانند را در برنامه های خود قرار نمی دهد و آن ها ناگزیرند که در مسیر زندگی این

آگاهی ها را کسب کنند. مددکاران اجتماعی یکی از گروه افراد حرفه ای هستند که به راحتی می توانند ضعف مهارت ها و دانش مورد نیاز برای مدیریت دشواری های زندگی را در مراجعین خود شناسایی کنند. اما مددکار اجتماعی بیمارستان که بعضا فرصت محدودی برای مداخله دارد، تا چه حد می تواند به موضوع آگاه سازی و آموزش مراجعین ورود پیدا کند؟ یکی از وظایف مددکاران اجتماعی در برنامه ی ترخیص ایمن بیماران، آموزش است. این آموزش می تواند به صورت چهره به چهره یا به صورت ارائه ی بروشور و پمفلت و به عنوان بخشی از فرآیند آموزش به بیمار در نظر گرفته شود. محتوای آموزش هم ممکن است شامل مهارت های ده گانه زندگی بویژه با تاکید بر مهارت حل مسئله، کنترل خشم، تاب آوری و بهبود مهارت های ارتباطی، فرآیندهای درمان، حقوق بیمار باشد. مکان آموزش هم می تواند همانند تیم درمان، بر بالین بیمار یا در اتاق مددکار اجتماعی یا در سالن کنفرانس بیمارستان یا اتاق آموزش بخش درمانی باشد که شرایط جسمی و روانی بیمار و امکانات بیمارستان می تواند در این موضوع تاثیر گذار باشد. زمان مناسب آموزش هم با هماهنگی مسئولین بخش های درمانی و پرستار و پزشک مربوطه، زمانی انتخاب می شود که خللی در فرآیند درمان ایجاد نکند و همپوشانی با ویزیت های درمانی و تجویز دارو و آموزش های پرستاری نداشته باشد. در بیمارستان های روانپزشکی هم معمولا زمان آموزش مددکاران اجتماعی در بازه های مشخصی انجام می شود.

سوال مهم تر دیگر این است که چطور بفهمیم که آموزش های ارائه شده توسط مددکار اجتماعی، اثر بخش بوده و فرد آگاه تر و ماهر تر شده است و قدرت حل مسائل یا کنترل خشم خود را دارد و در دشواری های زندگی، با خطر خودکشی مواجه نخواهد شد و آموزش ها از او محافظت خواهند کرد؟ پاسخ دشوار است اما اگر به مبحث هدف گذاری برگردیم، وضعیت فعلی بیمار و وضعیت پس از آموزش، میزان تغییر و اثر بخشی مداخله را مشخص می کند مشروط به اینکه بتوانیم دو وضعیت قبل و بعد را به صورت کمی توصیف کنیم. برای مثال بیمار پیش از آموزش های مددکار اجتماعی، از روش های حل مسئله ی هیجان مدار استفاده می کرده است برای همین پس از دعوا با برادرش، با مشت به شیشه ی درب کوبیده و دچار پارگی تاندون شده. اما پس از اینکه آموزش حل مسئله را دریافت کرد، اگر از او بپرسید که این بار اگر از دست برادرش عصبانی شود چه می کند؟ باید منتظر پاسخ آگاهانه تری باشیم. البته که هر یک از این آموزش ها دارای پرسشنامه ها و چک لیست هایی برای ارزیابی مراجعین نیز هستند که مددکار اجتماعی می تواند برای ارزیابی اثر بخشی آموزش های خود از ان استفاده کند. در بسیاری از بیمارستان ها هم از اپلیکیشن های مخصوص برای آموزش به بیماران و ارزیابی آموزش ها استفاده می شود.

**ارتقاء سواد سلامت مرتبط با خودکشی** هم یکی از اهداف آموزش می باشد که مددکاران اجتماعی می توانند این هدف را برای جامعه عمومی؛ بیماران و خانواده ها و مراقبین آن ها و کادر درمان محقق کنند. به میزان توانایی افراد در به دست آوردن، تحلیل کردن، و فهمیدن اطلاعات و خدمات اولیه بهداشتی که به آن نیاز دارند تا بتوانند در مورد مسائل مربوط به سلامتی خود مشارکت داشته و تصمیم های درستی را اتخاذ کنند سواد سلامت (Health Literacy) می گویند. امروزه این مفهوم در ارتباط با حوزه ی آسیب های اجتماعی معنا و اهمیت دوچندانی به خود می گیرد. در زمینه ی خودکشی هم ارتقا دانش عمومی در مورد خودکشی و پیشگیری از آن اثربخشی بسیاری در کاهش نرخ خودکشی در جامعه دارد. سواد سلامت در مقایسه با میزان درآمد، وضعیت شغلی، سطح تحصیلات و گروه های نژادی یا قومی، تاثیر و اهمیت بیشتری در وضعیت سلامت افراد دارد و معنایی بیش از دسترسی به وب سایت ها، خواندن جزوه ها و پیروی از رفتارهای بهداشتی یا پیشگیرانه ی تجویز شده دارد. سواد سلامت فرد را در داشتن نقش فعال در بهبود سلامت خود، پیشگیری از مخاطرات و آسیب های

عمدی و غیرعمدی، مطالبه گری از دولت ها برای رسیدگی و عدالت در سلامت، تعامل و بیان نیازهای شخصی، اجتماعی و تصمیم گیری در مورد سلامت خود و اطرافیانش توانمند می سازد. سواد عمومی شامل توانایی خواندن، نوشتن و داشتن مهارت های پایه ای است. در مقابل سواد سلامت به عنوان یک مهارت شناختی و اجتماعی تعریف می شود که توانایی افراد را در دستیابی، فهم و استفاده از اطلاعات در راستای ارتقای سلامت تعیین می کند.

## مشاوره

آموزش و مشاوره دو مداخله ی مهم و جدایی ناپذیر از حرفه ی مددکاری اجتماعی هستند و از مداخلات پرتواتر هم محسوب می شوند. آنگاه که از طریق آموزش، مراجعین را آگاه می کنیم، در فرآیند مشاوره، مراجعین را به سمت انتخاب های درست و آگاهانه هدایت می کنیم. پس یکی از اهداف مشاوره در مددکاری اجتماعی، کمک به مراجعین برای تصمیم گیری صحیح و راهنمایی است. چند هدف را برای مشاوره در خودکشی و پیشگیری از آن می توان در نظر گرفت:

- ۱- شناسایی و حل مشکلات و تسهیل تصمیم گیری: مددکار اجتماعی در یک مشاوره ی کوتاه مدت یا مبسوط به شناسایی چالش ها و مشکلات احتمالی مراجع می پردازد و پیشنهادات مناسب را ارائه می کند.
  - ۲- بهبود و توسعه فردی: شامل توصیه هایی برای بهبود و توسعه ی مهارت های فردی در مراجع است.
  - ۳- پشتیبانی و توانمندسازی: کمک به بیمار برای مقابله با استرس و مشکلات عاطفی، افزایش اعتماد به نفس و توانایی های فردی از ویژگی های این هدف محسوب می شود.
  - ۴- بهبود ارتباطات و حل تعارض: این هدف از مشاوره در نهایت باعث مدیریت تعارضات و مشکلات ارتباطی که عامل بسیاری از خودکشی هاست، می شود.
- مشاوره ها در محیطی آرام و کم تردد و ترجیحا در اتاق مددکار اجتماعی انجام می شود. مشاوره ها می توانند به صورت تلفنی یا در بستر فضای مجازی انجام شوند. این موضوع بستگی به اهداف و استراتژی هایی که مددکار اجتماعی برای بیمار در نظر می گیرد بستگی دارد.

## حمایت یابی

حمایت یابی یکی از مداخلات مددکاران اجتماعی محسوب می شود که به ندرت در سایر حرفه های یاورانه انجام می شود و در ابعاد روانی، اجتماعی، اقتصادی در پروتکل جامع به آن پرداخته شده است. معمولا با توجه به توانمندی های مراجعین، حمایت یابی در سه سطح انجام می شود:

سطح اول مداخله مستقیم: این نوع حمایت یابی را باید در شرایطی انجام دهید که بیمار و یا خانواده اش از مهارت، دانش و توانایی های کافی برای تأمین منافع خود برخوردار نیستند و مداخله مستقیم مددکار اجتماعی برای این امر ضرورت دارد.

**سطح دوم تسهیلگری:** در شرایطی که بیمار و یا خانواده او از سطحی از مهارت، دانش و توانایی برخوردار هستند که می توانند بخشی از فرایند جلب حمایت را انجام دهند اما حضور مددکار اجتماعی در کنار آنها موجب تسهیل فرایند و یا افزایش کیفیت خدمات فرد، سازمان و یا موسسه ارائه دهنده خدمت می شوند.

**سطح سوم راهنمایی:** در صورتی که بیمار و یا خانواده اش از مهارت، دانش و توانایی های لازم برای جلب حمایت به نفع بیمار برخوردار هستند، نیازی به حضور فیزیکی مددکار اجتماعی برای حمایت یابی وجود نخواهد داشت. نمودار زیر نمونه ای از حمایت یابی های مددکاران اجتماعی در حوزه ی خودکشی است.



نمودار شماره ۶: حمایت یابی

## مداخلات مختصر پیش از ارجاع

ارزیابی خطر خودکشی یکی از اجزای حیاتی ارزیابی هایی است که با هدف برنامه ریزی و آمادگی درمان برای افراد مبتلا به مشکلات روانی انجام می شود. اگرچه دستورالعمل های عمل بالینی برای انجام ارزیابی خطر خودکشی در محیط های اورژانسی وجود دارد اما استانداردهای فعلی مراقبت شامل ارائه مداخلات روانی اجتماعی مختصر برای بیماران خودکشی در بخش اورژانس (ED) یا سایر محیط های مراقبت حاد نمی شود. معمولاً زمانی که بیماران خودکشی در اورژانس مورد ارزیابی قرار می گیرند و از نظر بالینی، اندیکاسیون های لازم برای بستری را ندارند برای دریافت خدمات مشاوره ای و سلامت روان به بخش های سرپایی مثل درمانگاه ها یا مراکز بهداشتی ارجاع داده می شوند.

رویکرد «ارزیابی و ارجاع» می تواند برای بیماران و خانواده های آنها، تیم درمان و مددکاران اجتماعی و کارشناسان سلامت روان نگران کننده باشد و چنین نگرانی هایی ممکن است با احتمال عواقب ناگوار مرتبط با عدم بستری شدن بیماران در بیمارستان تشدید شود. به عبارت دیگر، بسیاری از بیماران پس از ارزیابی های صورت گرفته از حیث جسمی ترخیص می

شوند و همین باعث می شود که ارجاع به مراکز سرپایی توسط بیمار یا خانواده اش مورد پیگیری قرار نگیرد. اگر مددکاران اجتماعی و سایر پرسنل بهداشتی و درمانی بدانند که به استناد مرور منابع گوناگون، یک سوم اقدام کنندگان به خودکشی در فاصله ی زمانی سه ماه بعد از اولین اقدام، بیشترین خطر و ریسک تکرار مجدد را تجربه می کنند، فقط به ارزیابی و ارجاع بسنده نخواهند کرد.

**حال این سوال مطرح می شود که اگر بیمار اندیکاسیون های بستری در بیمارستان را ندارد ولی در عین حال ترخیص وی می تواند مخاطره آمیز باشد پس چه باید کرد؟** توصیه می شود به منظور پر کردن خلاء موجود میان ارزیابی و ارجاع از مداخلات مختصر استفاده نمود. به این ترتیب که در ارزیابی، مددکار اجتماعی ریسک مخاطره و جایگاه بیمار از حیث امکان اقدام مجدد را بررسی می کند و در مداخله ی مختصر که معمولاً بین ۲۰ تا ۴۵ دقیقه طول می کشد، به بالابردن بینش بیمار و خانواده اش در مورد مخاطرات خودکشی و انگیزه تغییر رفتار می پردازد. در این مرحله نوبت ارجاع فرا می رسد. بنابراین تاخیر میان ارزیابی و ارجاع ممکن است ریسک اقدام مجدد را بالا ببرد و پس از ترخیص از بیمارستان معمولاً درمان پیگیری نمی شود.

**آیا واقعا مداخلات کوتاه مدت در پیشگیری از خودکشی موثر هستند؟** از آنجا که بحران های خودکشی عموماً کوتاه مدت و جزر و مدی هستند پس یک مداخله کوتاه هم می تواند به فروکش کردن بحران کمک کند برای مثال دور کردن یا محدود کردن دسترسی به وسایل خودکشی می تواند بسیار موثر باشد و این فرصت را فراهم می کند تا سایر کارشناسان روی کاهش افکار مخرب کار کنند، در این زمینه می توان از خانواده ها خواست تا وسایل احتمالی مانند قرص، اسلحه، چاقو و... را از دسترس فرد دور کنند. به طور مشابه، اگر به بیماران ابزارهایی داده شود که آنها را قادر می سازد برای مدت کوتاهی در برابر تمایلات خودکشی مقاومت کنند یا آنها را کاهش دهند، احتمال خودکشی کاهش می یابد. مداخلات کوتاه مدت که بخشی از درمان های شناختی رفتاری محسوب می شوند، ناامیدی و احساس انزوا را شناسایی می کنند و به تحکیم ارتباط درمانی می پردازند و تعهد به درمان را تقویت می کنند. لازم است تا مددکاران اجتماعی مجموعه ای اولویت بندی شده و خاص از استراتژی های مقابله ای و منابع حمایتی را در اختیار بیمار و خانواده اش قرار دهند که در صورت بروز افکار خودکشی از آن استفاده کنند مانند شماره تماس مراکز مداخله در خودکشی، مراکز مشاوره و تلفن های گویا. با پیروی از یک مجموعه از پیش تعیین شده از راهبردهای مقابله درونی، فعالیت های حمایت اجتماعی و رفتارهای کمک طلبی، بیماران، فرصت ارزیابی راهبردهایی را دارند که مؤثر هستند.

ارجاع جزء جدایی ناپذیر وظایف مددکاران اجتماعی است که با اهداف مختلفی نظیر کمبود منابع و امکانات در سازمان، کمبود دانش و مهارت در مددکار اجتماعی یا وجود دانش تخصصی تر در سازمان یا مرکزی دیگر و دستیابی به اهداف جامع تر انجام می شود. ولی پیش از آن لازم است تا خدمات موجود و ارائه دهندگان خدمات را شناسایی کنید و در مورد نحوه دریافت هر یک از خدمات اطلاعات دقیق کسب کنید. لازم است برای انجام ارجاع های حرفه ای و حمایت یابی، بانک اطلاعات منابع موجود در جامعه ای که بیمارستان محل کار مددکار اجتماعی در آن واقع شده است (به عنوان بانک اطلاعات حداقلی)، تهیه و به طور منظم به روز رسانی شود. در عین حال لازم است مددکار اجتماعی با مددکاران اجتماعی در سایر بیمارستان ها و سازمان ها و نهادهای دولتی و غیر دولتی در سطح استان و در صورت نیاز در سطح کشور در ارتباط باشد تا بتواند ارجاع و حمایت یابی را به شکل مناسبی انجام دهد. همواره منابعی را که بیمار و یا خانواده اش را به آنها ارجاع می دهید، ارزیابی کنید و لیست آنها را بازنگری و به روز نمایید.

به طور واضح برای بیمار و یا خانواده اش توضیح دهید چرا ارجاع در این مرحله به آنها کمک خواهد کرد و اینکه در فرایند ارجاع باید چه کارهایی انجام دهند (با چه کسی تماس بگیرند، نزد چه کسی بروند، چه چیزی بگویند، به کجا بروند و ...) در مورد فرد یا سازمان / مؤسسه ای که بیمار و یا خانواده اش را به آن ارجاع خواهید داد، اطلاعات دقیقی به بیمار و یا خانواده اش بدهید. فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد را از ارجاع آگاه کنید. در صورت نیاز با سازمان مقصد مکاتبه کنید. ارجاع را پیگیری کنید. مطمئن شوید خدمت مورد نظرتان به بیمار و یا خانواده اش ارائه شده است و در صورتی که ارجاع ناموفق بوده است، دوباره برای ارائه خدمت برنامه ریزی کنید (ارزشیابی ارجاع). بدون شک در مورد بیمار اقدام کننده به خودکشی و خانواده ی آن، تبیین ضرورت ارجاع از ملزومات اساسی محسوب می شود. همانطور که پیش تر هم اشاره شد، بیماران به دلیل دوری از انگ های اجتماعی یا به دلیل مساعد بودن شرایط جسمانی پس از اقدام، دیگر نیازی به مداخله احساس نمی کنند و سعی دارند هر چه سریع تر مرکز درمانی را ترک کنند و مددکار اجتماعی باید اطمینان حاصل کند که بیمار، خدمت ارجاع داده شده را دریافت نموده است. همچنین دلایل مقاومت در این مورد هم باید شناسایی شود.

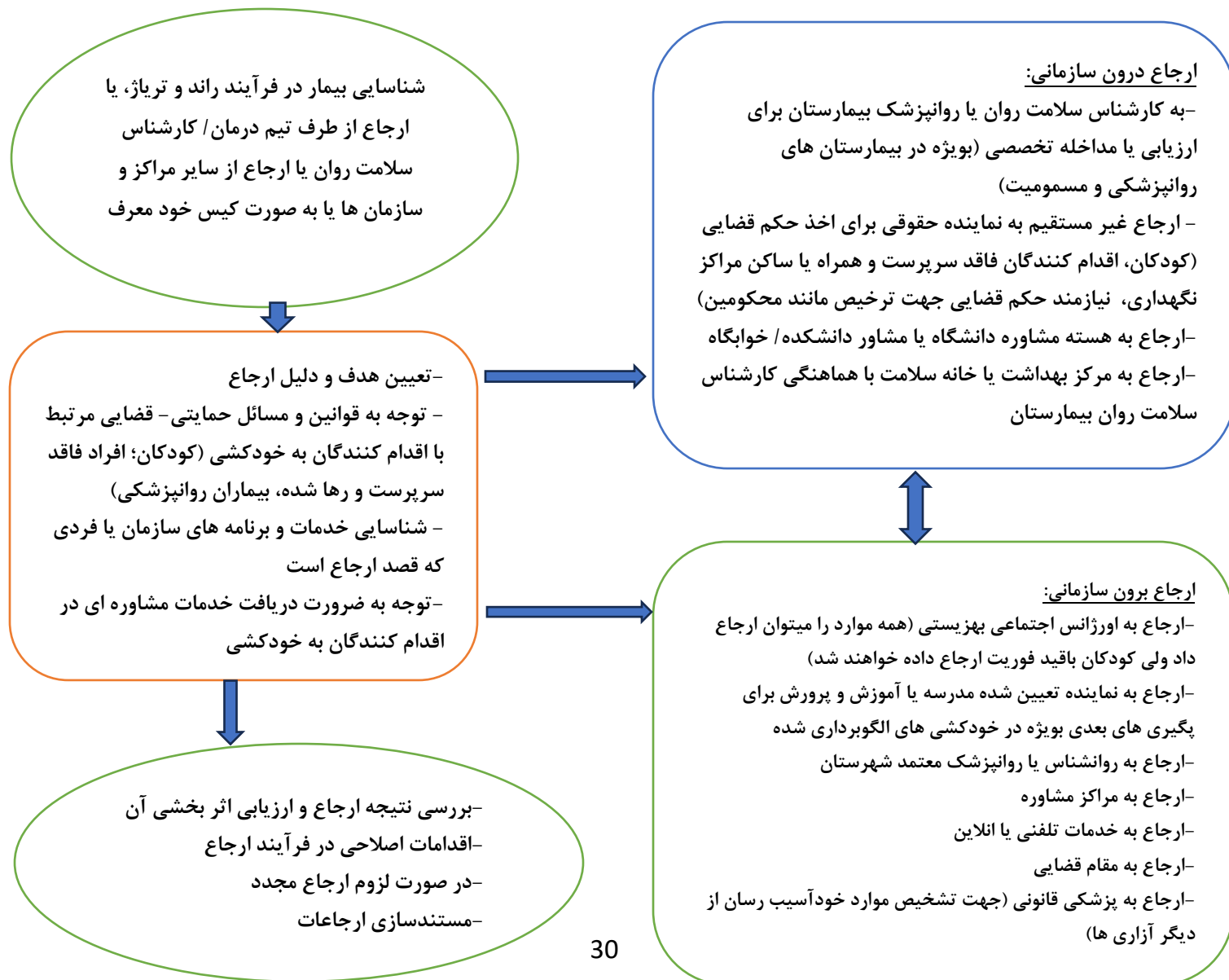
**نکته ۱:** در استان ها و شهرهای کوچک که از بافت سنتی برخوردارند، ضمن ارجاع، به ناشناس ماندن بیمار و ارجاع به فرد غیر خویشاوند توجه داشته باشید.

**نکته ۲:** کودکان اقدام کننده به خودکشی در سریع ترین زمان ممکن به سازمان بهزیستی و قوه ی قضاییه ارجاع داده می شوند. زیرا خودکشی کودکان یک وضعیت پر مخاطره محسوب شده و نیاز به دخالت بین سازمانی دارد. این ارجاع با آگاهی بیمار و خانواده انجام خواهد شد.

نکته ۳: از آنجا که این پروتکل به صورت عمومی و برای تمامی بیمارستان های کشور مورد استفاده قرار می گیرد و با توجه به تفاوت سطح خدمت رسانی و منابع و امکانات در دسترس برای هر بیمارستان، لذا نمی توان فرآیند ثابتی را برای ارجاع در نظر گرفت اما فلوچارت زیر تا حدی می تواند اهداف و مقاصد ارجاع را برای مددکاران اجتماعی شفاف کند.

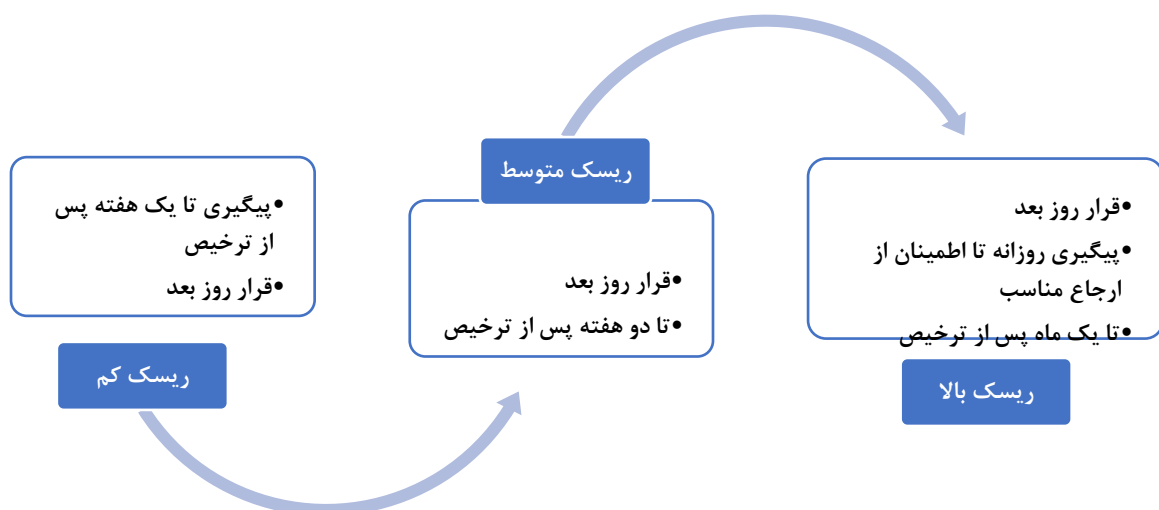
مهم است که اطمینان حاصل کنید بیمار و یا خانواده اش توسط فرد سازمان یا مؤسسه مقصد با احترام و رعایت اصول اخلاقی پذیرفته شده اند. در صورتی که برای دریافت خدمت از فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد باید هزینه پرداخت شود، موضوع را قبل از ارجاع به بیمار و یا خانواده اش اطلاع دهید. بیمار و یا خانواده اش را برای استفاده از خدمت فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد تحت فشار قرار ندهید. در صورت نیاز گزارش مختصری از وضعیت بیمار برای فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد ارسال کنید (با رعایت اصول اخلاقی).

### فلوچارت ارجاع درون و برون سازمانی



دستاوردهایی مانند افزایش کیفیت خدمات مراقبتی بیماران، افزایش رضایتمندی بیمار و خانواده به دلیل کسب توجه پس از ترخیص، کاهش زمان انتظار و اقامت بیماران، کاهش احتمال اقدام به خودکشی، کاهش هزینه های بهداشتی درمانی، پیشگیری از بستری مجدد و استقلال نسبی و توانمندی بیمار باعث می شود تا کارشناسان بهداشتی درمانی، منجمله مددکاران اجتماعی، نقش های خود را پس از ترخیص بیمار از بیمارستان نیز در قبال وی ادامه دهند. به طور معمول پیگیری پس از ترخیص از ۷-۱۰ روز پس از ترخیص بیمار و بنا به تشخیص مددکار اجتماعی آغاز می شود اما در مورد اقدام کنندگان به خودکشی، توصیه می شود پیگیری پس از ترخیص، روز بعد از ترخیص بیمار انجام شود تا مددکار اجتماعی اطمینان حاصل کند که خدمات مشاوره ای مورد نیاز در بیرون از بیمارستان نیز پیگیری می شود. در مرور منابع از این روش پیگیری به (قرار روز بعد) Next-day appointment

تعبیر می شود. پیگیری می تواند تا یک ماه پس از ترخیص و حتی مدت زمان بیشتر نیز ادامه پیدا کند. مددکار اجتماعی می تواند از طریق تلفن از وضعیت بیمار آگاه شده و در صورت نیاز حمایت های لازم را فراهم نماید تا از اقدام به خودکشی و بستری مجدد بیمار پیشگیری نماید. پیگیری تلفنی همچنین می تواند یک وسیله مؤثر باشد چنین پیگیری هایی فرصتی برای رسیدگی به سؤالات بیمار و مشکلات آنان فراهم می کند. همچنین در این فرایند چنانچه مددکار اجتماعی تشخیص دهد، بازدید از منزل انجام می گیرد. توصیه می شود که در بیماران با ریسک کم، قرار روز بعد و پیگیری تا یک هفته پس از ترخیص انجام شود. در بیماران با ریسک متوسط، ضمن قرار روز بعد، تا دو هفته پس از ترخیص پیگیری انجام شود و برای بیماران با ریسک بالا، پیگیری قرار روز بعد و پیگیری روزانه تا اطمینان از این موضوع که بیمار ارجاع مناسب را دریافت کرده است و توسط فرد متخصص دیگری مداخلات ضروری را دریافت می کند، ادامه خواهد داشت.



مداخلات خانوادگی و گروهی همانطور که از اسمش هم مشخص است با خانواده ی بیمار یا گروهی از افراد که احتمالاً مشکل مشابهی دارند یا به خدمت گروهی نیازمندند انجام می شود و یکی از روش های مستقیم و مهم در مددکاری اجتماعی محسوب میشود که هم مقرون به صرفه تر از مداخلات فردی است و هم از حیث پویایی که اتفاق می افتد، اثر بخش تر است. خانواده نقش مهمی در شکل گیری و تداوم مشکلات روانی افراد دارد پس مدیریت خودکشی در کیس های بستری شده در بیمارستان بدون مداخله خانواده ها دشوار می باشد. آموزش و مشاوره ی گروهی - خانوادگی از جمله مداخلاتی هستند که اینجا مطرح می شوند و تمامی اقداماتی که در سطح فردی انجام می شود را نیز می توان برای خانواده ی بیمار یا گروهی از بیماران انجام داد. اقدامات گروهی به اشراف مددکار اجتماعی به مفاهیم مددکاری گروهی نیاز دارد و اگر چه این اقدامات در بیمارستان ها چندان متداول نیستند اما نتایج مطالعات نشان می دهد که اثربخشی خوبی دارند. در سطح گروهی، مددکاران اجتماعی با توجه به مشکلات و مسائلی که خانواده ه های افراد با افکار خودکشی ( بر اثر آشنا نبودن آنان با پیامدهای افکار خودکشی، باورهای غلط درباره خودکشی و نحوه برخورد خانواده با افراد در معرض خودکشی ) با آن درگیرند، برگزاری کارگاهها و کلاسهای آموزشی برای خانواده ها کمک شایانی برای کاهش مشکلات و ارتقای سطح سلامت روان آن ها می کند. گروههای تسهیلگری با هدف ارتقای شبکه حمایتی و ارتباطی مبتنی بر الگوی توانمندسازی از سوی مددکاران اجتماعی و بیماران تشکیل شود.

**نکته:** اصل رازداری حرفه ای، مددکاران اجتماعی را از افشای اسرار مراجعین منع می کند مشروط به اینکه بیمار به خودش یا دیگران آسیب وارد نکند. در برگزاری جلسات گروهی و خانوادگی باید مراقب افشای اطلاعات محرمانه بیمار باشیم در عین حال در اقدام کنندگان به خودکشی بخصوص اگر کودک یا نوجوان باشند، جلسات گروهی می تواند پیامدهای منفی نیز داشته باشد و بیمار با الگو برداری از شیوه های خودکشی دیگران، در اقدام های آتی خود هوشیارانه تر عمل کند یا زشتی این کار با حضور در جمع های گروهی شکسته شود و فرد نوعی پذیرش جمعی برای اقدام خود بدست آورد پس لازم است تا مددکار اجتماعی درک درست و روشنی از اهداف مداخله و ویژگی های گروه هدف خود داشته باشد.

در زیر نمونه ای از اقدامات گروهی مددکاران اجتماعی را مطالعه می کنید که از نوع آموزش گروهی با رویکرد حل مسئله است و شرح مختصری از ده جلسه کارگروهی با اقدام کنندگان به خودکشی ذکر شده است. با توجه به ویژگی های رویکرد حل مسئله و توجه به چهار بُعد آن می توان گفت که این رویکرد در رابطه با مسائل دیگر و در کنار دیگر رویکردها می تواند مکملی خوب و زمینه ای باشد در مداخلات پیشگیرانه برای توانمندسازی جامع تر این دست از مراجعان در معرض آسیب. این مداخله مددکاری اجتماعی با سنجش مسئله در چهار بُعد زیست، روان، اجتماع، معنویت و سپس با مداخلات و اقدام در راستای نقضی که با توجه به مسئله تعریف شده، می تواند به کاهش افکار خودکشی منجر شود. روش مددکاری گروهی با رویکرد حل مسئله هم پوشانی خاصی دارد. در روش مددکاری گروهی هم چون رویکرد حل مسئله تأکید بر همراهی با

گروه و مشارکت اعضاست، ترکیب این دو باهم می‌تواند در توانمندسازی بیمار با افکار خودکشی برای رسیدن به سطح قابل قبولی از تاب‌آوری در راستای مقابله با این افکار و حل مسئله مؤثرتر واقع شود. افرادی که افکار خودکشی دارند به دلیل بودن در شرایط بحرانی و ناتوانی در حل مسئله، با قرارگرفتن در جلسات مددکاری گروهی با رویکرد حل مسئله، آمادگی بیشتری برای حل مسئله خود و خروج از بحران و کنترل آن را دارند.

#### جدول شماره ۴: مددکاری گروهی / حل مسئله

اهداف	محتوای جلسات	جلسات
غربالگری و انتخاب	تعیین سطح خطر توسط روانشناس یا روانپزشک، انتخاب اعضا با توجه به بیماری، سن، جنسیت و بخش بستری	جلسه پیش تشکیل گروه
آشنایی اولیه	معارفه و آشنایی، بررسی اهداف، مروری بر ساختار جلسات و برنامه های آتی	جلسه اول
مرحله ی تماس (شناسایی و تعریف مسئله)	با استفاده از تکنیک کلاه تفکر به واکاوی مسئله از دید اعضای گروه، نظام های مهم دوستان، خانواده، همسالان، مددکار اجتماعی و مسائلی که باید روی آن کار شود، پرداخت.	جلسه دوم
مرحله تماس (شناسایی هدف)	با استفاده از بارش فکری به بررسی اهداف گروه، مواد لازم برای حل مسئله از نظر گروه، انتظارات گروه، اهداف مددکار اجتماعی، روشن کردن واقعیت ها و ماهیت کار مشترک و ظرفیت های اعضای گروه پرداخته میشود.	جلسه سوم
مرحله تماس (قرارداد مقدماتی- کاوش)	روشن کردن واقعیت ها در مورد کارهای مشترک اضافی و خدماتی، ایجاد تعهد در انجام اقدامات، انتظارات بیماران از پیامدهای خودکشی، بررسی مزایا و معایب خودکشی، بازسازی شناختی به منظور خروج از بن بست فکری خودکشی، بازگو کردن طرح های عملی پیشنهادی برای رهایی از مسائل طرح شده	جلسه چهارم
مرحله قرارداد (سنجش و ارزیابی و تدوین برنامه عمل)	سنجش مسائل شناسایی شده با نیازهای اعضای گروه، تحلیل موقعیت، عوامل تداوم دهنده نیاز یا مشکل، اولویت بندی، شناسایی موقعیت های پر خطر، شناسایی نقاط قوت و ضعف و منابع درونی و حمایتی، تدوین اهداف قابل اجرا و محاسبه ی هزینه ها و تدوین راه کارهای جایگزین و ارزیابی نتایج	جلسه پنجم
مرحله عمل (اجرای طرح)	توافق اعضای مهم مرتبط با مراجعین و دعوت برای حضور در جلسات، آموزش عوامل خطر و محافظت کننده به خانواده ها، آموزش هشدار دهنده ها و شیوه های مقابله با خودکشی، آموزش تقویت شبکه های حمایتی و ارتباطی	جلسه ششم
مرحله عمل (اجرای طرح)	استفاده از تکنیک های مختلف شناختی رفتاری برای اصلاح شناخت های نادرست و کاهش ریسک مخاطره	جلسه هفتم
مرحله عمل (اجرای طرح)	استفاده از معنادرمانی گروهی، شناسایی منابع حمایت اجتماعی، اصلاح سبک های رفتاری و ارتباطی معیوب، مرور و کاربرد تکنیک های حل مسئله و تصمیم گیری صحیح	جلسه هشتم
مرحله عمل (اجرای طرح)	بازی نقش برای آموخته های پیشین	جلسه نهم
مرحله ی عمل (پایان و ارزشیابی)	جمع بندی، ارزیابی هدف، حل مسئله ی فرضی، کنار آمدن با مرحله ی پایان، برون ریزی هیجانی ناشی از اختتام، ارزشیابی نهایی اقدامات و دستاوردها	جلسه دهم

مرور منابع نشان می دهد که مددکاران اجتماعی می توانند با نوجوانان دارای سابقه خود آسیب رسانی، نوجوانان بستری در بخش های روانپزشکی، زندانیان و بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اقدام کننده به خودکشی و سایر افرادی که مددکار اجتماعی در ارتباط با آن ها اهداف گروهی در نظر می گیرد از روش های مددکاری گروهی با رویکرد شناختی رفتاری یا دیالکتیک استفاده نماید.

رویکردهای شناختی رفتاری از این قابلیت برخوردارند که هم به صورت فردی و هم گروهی و خانوادگی قابلیت اجرا دارند و اثربخشی خوبی در ارتباط با کیس های اقدام کننده به خودکشی نیز دارند. شاید این سوال برای مخاطبین پروتکل مطرح شود که رویکرد شناختی رفتاری رویکردی است که روانشناسان بیشتر از آن استفاده می کنند پس مددکاران اجتماعی چگونه می توانند از آن بهره ببرند؟ پاسخ این است که بسیاری از شناخت های نادرست و مشکل ساز ما از اجتماع و فرهنگ ما ریشه گرفته است و بدون نگاه اجتماعی، نگرش های ناکارآمد، باورهای غیر منطقی، درگیری ها، نشخوارها و شناخت های ذهنی مشکل ساز به خوبی شناسایی و مدیریت نمی شوند. کسانی که اقدام به خودکشی می کنند مفهوم سازی ضعیفی در حل مسئله دارند و نمی توانند همه ی گزینه های درست را برای مسئله ی موجود به کار ببرند. این ناتوانی با مفهومی به نام انعطاف ناپذیری شناختی در پیوند است و درمان شناختی رفتاری خودکشی در پی تعدیل این مفهوم شناختی در افراد است. پس مسائل اجتماعی موثر بر شناخت و ضعف حل مسئله، ایجاب می کند که مددکاران اجتماعی از این رویکرد با نگاه اجتماعی استفاده کنند.

نمونه دیگر از مداخلات گروهی می تواند شامل معنادرمانی باشد که با رویکردهای مددکاری اجتماعی و از نوع گروه های درمانی قابل اجرا در بیمارستان ها است. تهدید انسان قرن بیستم، خلاء وجودی و بی معنایی آشکار زندگی است. یافتن ریشه های ظریف یک زندگی فروپاشیده به شکل یک تصویر استوار از معنا و مسئولیت، هدف و موضوع معنادرمانی است. این رویکرد به دنبال یافتن معنای زندگی از منظرهای مختلف است و یک مددکار اجتماعی به راحتی می تواند در جلسات گروهی، معنای زندگی افراد را به چالش بکشد. هدف معنادرمانی توانا ساختن افراد برای کشف معنای منحصر به فرد خودشان است که می کوشد تا به فرد کمک شود که در زندگی خود هدف و منظوری را جستجو کند. هدف و منظوری که متناسب با وجود و هستی وی بوده و برای او معنا داشته باشد. معنادرمانی آموزش نوعی مسئولیت پذیری است که ارده ی افراد را برای ادامه ی زندگی تقویت می کند.

#### جدول شماره ۵: مددکاری گروهی / معنادرمانی

شماره جلسه	هدف جلسه	شماره جلسه	هدف جلسه	توضیحات و مباحث پیشنهادی
جلسه اول	آشنایی با شرکت کنندگان معرفی پایه ای معنادرمانی	جلسه ششم	درک مفهوم اضطراب و ترسیم مسیر صحیح زندگی	۱- رویدادهای دلخراش زندگی ۲- انعطاف پذیری در تصمیم

آشنایی شرکت کنندگان با راه های رسیدن به معنا در زندگی			گیری و حق انتخاب ۳- نحوه و روش های تفکر در حل مسائل
جلسه دوم	گفتگو در رابطه با اهداف و مقاصد معنادرمانی آشنایی با مفهوم زندگی	جلسه هفتم	آشنایی با مفهوم خلا وجودی و عواقب جبران ناپذیر نداشتن معنا در زندگی
جلسه سوم	آگاهی یافتن از ارزش ها و منابع معنا در زندگی هر فرد آشنایی با مبحث تغییر نگرش و تاثیر آن بر زندگی	جلسه هشتم	فن آگاهی یافتن از ناکامی وجودی آشنایی با فنون از خود فاصله گرفتن و از خود فراروندگی
جلسه چهارم	آموزش مسئولیت پذیر بودن و نقش آن در زندگی هر فرد چگونگی رسیدن به خودباوری	جلسه نهم	رسیدن به معنای عشق
جلسه پنجم	پذیرش حقیقت درد و رنج در زندگی پذیرش لحظه اکنون	جلسه دهم	مراحل دستیابی به خودشکوفایی
			۴- خلاء درونی و چگونگی پر شدن این خلاء ۵- عشق، وجدان، ترس های زندگی ۶- تمرکز روی تجربیات مثبت زندگی ۷- تجسم خلاق در فرآیندهای کاری ۸- ایثار و از خودگذشتگی و تجربه های فراتر از وظیفه

## مداخلات جامعه ای

مددکاری جامعه ای یکی از اشکال مهم و مغفول مانده در حرفه ی یاورانه ماست که با اهدافی همچون تغییر در نگرش و شیوه ی رفتار افراد جامعه نسبت به مسئله ی خودکشی، علت یابی صحیح، نیازسنجی واقعی از خواسته ها و نیازهای گروه هدف و افزایش آگاهی عمومی در راستای اهمیت حل مسئله و توسعه ی هم افزایی اجتماعی در راستای مدیریت افکار و اقدامات خودکشی و افزایش حس مطالبه گری عمومی انجام می شود. خود کشی یک مسئله ی اجتماعی است و معلول ویژگی های ساختاری جامعه است. در ایران روندی فزاینده دارد. فضا و جو اجتماعی کلی در جامعه و میزان همبستگی اجتماعی، محیطهای شغلی و نقش های اجتماعی که افراد در آن عمل میکنند و مسائل و مشکلات حوزه خانوادگی از جمله عوامل اجتماعی سطح میانی و خردی هستند که در کنار شرایط اقتصادی نابسامان و بی ثباتی که در این دوره حاکم بوده است میتواند تبیین گر افزایش خودکشی در این بازه زمانی باشد. دو مولفه ی انتظام و انسجام اجتماعی تاثیر مستقیمی

بر میزان خودکشی در افراد یک جامعه دارد و به همین دلیل چهار نوع خودکشی خودخواهانه، دگرخواهانه، تقدیر گرایانه و آنومیک را میتوان متصور شد. انسجام و ادغام اجتماعی بسیار ضعیف، خودکشی خودخواهانه و انسجام و ادغام اجتماعی بسیار قوی نیز خودکشی دگرخواهانه را به دنبال خود می آورد. همچنین انتظام اجتماعی پایین باعث خودکشی آنومیک و در مقابل انتظام اجتماعی بالا نیز سبب خودکشی تقدیرگرایانه می شود.

براساس نظریه ی فشار اجتماعی، هر اندازه فشارهای اجتماعی مانند طلاق، بیکاری، فشارهای اقتصادی مانند بالا بودن نرخ تورم و بی ثباتی اقتصادی، نا امنی اجتماعی و ضرب و جرح و توهین بر افراد بیشتر باشد احتمال خودکشی در آنها شدت پیدا می کند. جامعه ای که در آن روابط سالم بین اعضای خانواده و همالان از بین می رود، با این فشار مواجه میشود. متخصصان حوزه ی سلامت، از جمله مددکاران اجتماعی، به طور منظم با افرادی که در معرض خطر خودکشی قرار دارند، چه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم، از طریق حمایت، ارتقای سلامت و سیاست گذاری در تماس هستند. مددکاران اجتماعی که از منظری کل نگر به مسائل اجتماعی نگاه می کنند، این ظرفیت را دارند که نقش مهمی در بسیاری از راهبردهای مورد استفاده برای پیشگیری، مداخله و بازتوانی پس از خودکشی ایفا کنند. در پروتکل جامع و سایر پروتکل های تخصصی مددکاری اجتماعی به طور مبسوط در ارتباط با مداخلات جامعه ای توضیح داده شده است که در ادامه ی این پروتکل نیز نمونه ای از گزارش جامعه ای ارائه خواهد شد.

### مدیریت مورد جامعه محور

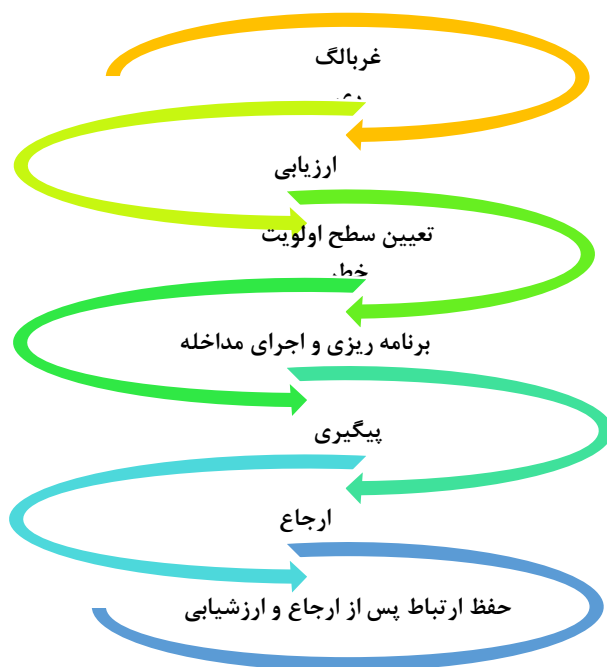
مرور منابع بر نوع دیگری از روش های مددکاری جامعه ای متمرکز شده اند که شاید پیش از این کمتر به آن اشاره شده است و آن، **مدیریت مورد جامعه محور (community case management)** است. مدیریت مورد رویکردی در ارائه خدمات اجتماعی است که تلاش می کند، مراجعانی که با مشکلات پیچیده چند بعدی و ناتوانی های عمده روبرو هستند، خدمات مورد نیاز خود را به موقع و به شیوه ای مناسب دریافت کنند. این شیوه در حوزه های گوناگونی مثل سلامت روانی، حوزه ی رفاه کودک، سالمندی و مراقبت طولانی مدت، درمان اعتیاد و الکلیسم، مراقبت سلامت و نظام رفاه عمومی کاربرد دارد و به تلفیق و یکپارچگی خدمات در بین تمام سازمان های مربوطه و استمرار و تداوم مراقبت می پردازد. اصول، مداخلات و استراتژی های مدیریت مورد با هدف رسیدن به ثبات، بهزیستی و خوداتکایی از طریق حمایت طلبی، ارزیابی برنامه ریزی، ارتباط، آموزش، مدیریت منابع، هماهنگی در مراقبت، همکاری و تسهیل خدمات طراحی شده اند. آنها بر اساس نیازها و ارزش های مراجع تعیین و با همکاری ارائه کنندگان خدمات به انجام می رسند.

اهداف خدمات در مدیریت مورد را می توان به طور کلی استمرار درمان، در دسترس بودن، مسئولیت پذیری و کارآمدی خدمات دانست. بر اساس انجمن ملی مددکاری اجتماعی<sup>۳</sup> (۱۹۹۲) اهداف مدیریت مورد در سطح خرد عبارتند از: مرتبط ساختن افراد با خدمات مورد نیاز، بهتر ساختن آن خدمات و کمک به سیاست های اجتماعی که زندگی مردم را بهبود می بخشند. اهداف مدیریت مورد در سطح کلان نیز عبارتند از: ارتقای شبکه حمایت اجتماعی از طریق تدوین راهبردها و

<sup>۳</sup>. NASW

رویکردهای نوین برای افراد کمک کننده (متخصصان حرفه ای). راهبردهای کلان شامل توسعه منابع، جوابگویی از نظر اقتصادی، اقدام اجتماعی، تنظیم سیاست موسسه، جمع آوری داده ها، مدیریت اطلاعات، ارزیابی برنامه و تضمین کیفیت است.

در الگوی زیر، مدیریت مورد جامعه محور از غربالگری شروع می شود. سوال اینجاست که غربالگری در سطح فردی توسط مددکار اجتماعی انجام می شود اما در سطح جامعه ای چگونه است؟ همین سوال در مورد سایر مراحل، ارزیابی، برنامه ریزی و اجرا هم مطرح است. چه کسی و چگونه قرار است در سطح جامعه به مدیریت مورد کیس های اقدام کننده به خودکشی یا در معرض خطر بپردازد؟ برنامه های جامعه محور در سطح کلان جامعه و با همکاری همه ی سازمان های متولی انجام می شود و مددکاران اجتماعی بر حسب توانمندی و جایگاه شغلی و علاقه مندی و پیگیری های خود، می توانند مجری، برنامه ریز، ارزیابی کننده، تسهیل کننده، بسیج کننده ی منابع یا حمایتگر باشند. هدف از ارائه ی مداخلات جامعه محور در این پروتکل آن است که مددکاران اجتماعی نباید فراموش کنند که خودکشی با نگاه فردگرایانه قابل حل یا کاهش نیست. خودکشی در جامعه ی امروزی یک آسیب اجتماعی است که از شیوع و گستردگی فراوانی برخوردار است و برای پیشگیری از آن به مشارکت بین سازمانی و همکاری همه ی کارشناسان سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی نیاز دارد و در عین حال انگ زدایی از خودکشی به آگاه سازی عموم مردم جامعه و اطلاع رسانی فراگیر نیاز دارد که از عهده ی یک حرفه یا سازمان به تنهایی بر نخواهد آمد. پس لازم است تا مددکاران اجتماعی بیمارستان به اهمیت نقش های مستقیم خود در سطح جامعه آگاه بوده و با مهارت و دانش کافی به اجرای این نقش ها بپردازند.



## ادغام اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی

مرور منابع نشان می دهد که تمامی مداخلات ارائه شده در مراکز درمانی ایران، نقش مددکاران اجتماعی در پیشگیری را کمتر مورد توجه قرار دادند و به درمان و بازتوانی فرد اقدام کننده متمرکز بودند. با توجه به اینکه دولت ها برای پیشگیری از خودکشی و کاهش موارد اقدام، ارزش ویژه ای قائل هستند و در این زمینه برنامه ریزی هایی نیز انجام می شود پس لازم است تا مددکاران اجتماعی به عرصه ی سیاست گذاری در این حوزه وارد شده عوامل خطر و محافظت کننده را به خوبی شناسایی کنند.

مهارتهایی همچون ارتباط مستمر مددکار اجتماعی با جوامع محلی، مورد پذیرش بودن، رابط بین جامعه و سیستم مراقبت بهداشتی، پیگیری، حمایت یابی و برنامه ریزی هایی که یک مددکار اجتماعی برای پایدار بودن درمان بیمار انجام می دهد از مهمترین نقش های مددکاران اجتماعی در این حوزه می باشد. از دید مارکسیستها خودکشی ناشی از تفاوتهای طبقاتی، استثمار و فقر طبقات پایین است و مرتن میگوید فشار اجتماعی که در اثر اختلال در رسیدن به هدف به وجود می آید و فرد در این شرایط، در حالت آنومی به سر میبرد، زمینه ی گرایش به خودکشی را فراهم می کند. پیشنهادهایی که در سطح خدمات جامعه ای نیز ارائه می شود تهیه و توزیع کتابچه های آموزشی، برگزاری سمینارها، کارگاهها و همایشها با حضور افراد و خانواده هایی است که دارای ریسک عوامل خودکشی اند هدف از این پیشنهاد توانمندسازی، افزایش آگاهی و یادگیری مهارتهای مواجهه به عنوان یک فرد در جامعه است و زمینه های طرد و منزوی شدن این قشر در جامعه را تعدیل می کند.

براساس نظریه ی فشار اجتماعی، هر اندازه فشارهای اجتماعی بر افراد بیشتر باشد احتمال خودکشی در آنها شدت پیدا می کند. جامعه ای که در آن روابط سالم بین اعضای خانواده و همالان از بین می رود، با این فشار مواجه میشود. فشار اجتماعی را میتوان عاملی دانست که از مسیر تعاملات فرد با دیگر اعضای جامعه عمل میکند. اینکه این تعاملات تا چه اندازه فرد را تحت فشار قرار میدهند میتواند نیروی محرک اقدام به خودکشی باشد؛ مددکاران اجتماعی بوسیله ی تکنیک های مددکاری جامعه ای مانند توسعه ی محلی و اقدام اجتماعی می تواند فشارهای اجتماعی را با کمک مشارکت های محله ای و ظرفیت های فردی جمع شده، کاهش دهد.

از نظر دورکیم خودکشی زمانی رخ میدهد که یا انسجام اجتماعی بسیار کاهش یابد و فرد به نوعی منزوی شود یا انسجام بسیار افزایش یابد و فرد درواقع استحال شود. مددکاران اجتماعی با افزایش مشارکت و انطباق اجتماعی در محلات می تواند زمینه ی بهبود انسجام اجتماعی را فراهم کند. بهره گیری از ظرفیت های فرهنگی و مذهبی محلات مانند تشکیل گروه های گفتمان درون محله ای، هیات های مذهبی عزاداری، باشگاه های ورزشی و اشتغال های خانه ای و گروهی می تواند افراد را با جامعه ای که در آن زندگی می کنند آشتی دهد.

به طور کلی افزایش خودکشی با کاهش مشارکت اقتصادی و افزایش نرخ بیکاری همراه است. درواقع، مشارکت اقتصادی و رهایی از بیکاری به نوعی سبب ادغام فرد در زندگی اجتماعی میشود. فرد از انزوا رهایی مییابد و میتواند در زندگی

اجتماعی و اقتصادی مشارکت نماید. این مشارکت برای فرد هویت ساز است و وی را از خودکشی باز میدارد. مددکاران اجتماعی باید برای تحقق این هدف مهم، از توانمندسازی اقتصادی در ابعاد فردی و جمعی استفاده کند و ظرفیت های اشتغال درون محلات را شناسایی کنند. ورود مددکاران اجتماعی به عرصه ی سیاست گذاری اجتماعی هم باعث تدوین برنامه های اجتماعی اشتغال محور خواهد شد.

در ارتباط با رابطه ی میان جنسیت و خودکشی می توان به نظریه گیبس و مارتین اشاره کرد که مشارکت زنان در نیروی کار در دنیای مدرن سبب یک تناقض میان نقشها میگردد. از یک سو نقش سنتی زنان که همانا فرزندپروری و همسر داری است پابرجاست و از سوی دیگر نقش نان آوری به آنها بار شده است. این موضوع سبب تضاد میان تکالیف نقش های مختلف میگردد و به نظر میرسد سبب افزایش خودکشی میان زنان میگردد. اما یافته ها نشان میدهند هر اندازه نرخ مشارکت اقتصادی زنان (حضور در بازار کار) افزایش داشته است، نه تنها سنگینی نقش آنها را به خودکشی نکشانده است بلکه خودکشی در میان زنان نیز کاهش داشته است. مددکاران اجتماعی باید برنامه های مداخلاتی خود را با توجه به جنسیت و انتظارات از نقش های جنسیتی تنظیم کنند و به توانمندسازی زنان سرپرست خانوار به عنوان یک گروه هدف ویژه توجه نمایند.

#### جدول شماره ۶: نقش های تخصصی مددکاران اجتماعی در ادغام اجتماعی بیماران با تاکید بر خودکشی

سطح نقش	عنوان نقش	نمونه نقش	شرح مداخلات مرتبط با نقش
فردی	مشاور	مشاوره	مشاوره مددکاری اجتماعی با هدف شناسایی علل مشکل، راهنمایی، آگاه سازی و هدایت بیمار در راستای رفع مشکلات
	آموزش دهنده	آموزش تاب آوری	آموزش با هدف بهبود تاب آوری و مدیریت بحران های ناگهانی زندگی و استرس های تجمع شده
		آموزش حل مسئله	با هدف توانمندسازی، افزایش آگاهی و یادگیری مهارت های مواجهه به عنوان یک فرد در جامعه
	مدیر مورد، حمایت گر	حمایت یابی اجتماعی سلحشورانه	استفاده ی حداکثری از منابع حمایت اجتماعی و ارجاع و تسهیلگری برای استفاده بیمار از این منابع
	ارزیاب	ارزیابی جامع	ارزیابی روانی، اجتماعی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، مذهبی و خانوادگی بیمار به منظور دریافت صحیح مشکل و اولویت بندی نیازها
گروهی	تسهیلگر یا هدایت کننده گروه	مددکاری گروهی (گروه های همیار)	بهبود روابط بین فردی و به اشتراک گذاری تجارب از طریق عضویت در گروه های همیار
		گروه های تسهیلگری	با هدف ارتقای شبکه حمایتی و ارتباطی مبتنی بر الگوی توانمندسازی از سوی مددکاران اجتماعی، روانشناسان، روانپزشکان و استفاده از خود بیماران
	آموزش دهنده، مشاور	گروه های حل مسئله	آموزش و مشاوره ی گروهی با هدف

خانوادگی	مدیر مورد، تسهیلگر، حمایت گر	کار با خانواده ها	تقویت مهارت های بین فردی و توانمندسازی خانواده در راستای حل مشکل
	درمانگر	خانواده درمانی	شناسایی و کاهش مشکلات خانواده و درمان سوء رفتارها و اختلالات
جامعه ای	حمایت گر	حمایت گری	تقویت شبکه ی حمایتی (بویژه شبکه های بومی و محلی)
	آموزش دهنده	آموزش همگانی	با هدف کاهش انزوا و طرد اجتماعی بیماران
	برنامه ریز	برنامه ریزی اجتماعی	برنامه ریزی با هدف کاهش عوامل اجتماعی موثر بر خودکشی
	پژوهشگر	پژوهش اجتماعی	تحقیق و پژوهش با استناد به شواهد و تجارب عملیاتی مددکاران اجتماعی

مددکاران اجتماعی می توانند برای اجرای طرح های جامعه نگر در ارتباط با گروه هدف از الگوی زیر استفاده کنند.

#### جدول شماره ۷: الگوی پیشگیری از خودکشی با رویکرد جامعه نگر

عوامل	توضیحات
تعریف جامعه	منظور از جامعه بخشی از اجتماع مورد نظر است که مستقیماً از یک یا چند مشکل رنج می برند و دچار محرومیت هستند یا افرادی که مورد استثمار قرار گرفته یا حق و حقوقی از آن ها ضایع شده است یا در صدد بهبود شرایط و احقاق حقوق خود هستند یا مایل به تغییر و اصلاح شرایط فعلی خود هستند. مانند گروهی از افراد دارای معلولیت که ممکن است به یک خدمت، دارو و درمان ویژه نیاز دارند و به دلیل کمبود امکانات یا توزیع ناعادلانه ی منابع از دسترسی به آن محروم هستند. در این قسمت لازم است تا جامعه ی هدف به خوبی و به صورت شفاف توضیح داده شود.
نوع جامعه	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جامعه ای متشکل از افراد محروم و رنج کشیده</li> <li>- جامعه ای متشکل از افرادی که ارتباطات و انسجام درون گروهی ضعیفی دارند.</li> <li>- جامعه ای متشکل از افرادی که از مشکلات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی شاکی هستند.</li> </ul> <p>لازم است مددکار اجتماعی نوع جامعه مورد مطالعه و مداخله را انتخاب کند. برای هر گروه از جامعه، روش خاص و ویژه ای بکار می رود.</p>
اهداف	<ul style="list-style-type: none"> <li>- حل مسئله</li> <li>- به انجام رساندن وظیفه ای خاص در جهت حل مشکلات</li> <li>- خودیاری، افزایش اتحاد و انسجام درون گروهی</li> <li>- رشد احساس مسئولیت و سازماندهی جامعه</li> <li>- تغییر در ارتباطات درون جامعه</li> <li>- اجرای قانون به نفع گروه هدف</li> </ul> <p>طرح جامعه ای می تواند یک یا چند مورد از اهداف اشاره شده را محقق کند.</p>
نقش های مراجع	<ul style="list-style-type: none"> <li>- نقش فعال از طریق مشارکت در انجمن های محلی</li> <li>- نقش نیمه فعال (شرکت کننده در برنامه ریزی ها و ارائه ی نظر)</li> <li>- نقش همکاری کننده (در اجرای پروژه های محلی)</li> </ul>

<p><b>نقش های مددکار اجتماعی</b></p>	<p>- نقش حامی: علاقه مند به مردم جامعه و منافعشان</p> <p>- نقش آگاهی دهنده: آگاه کردن گروه هدف نسبت به حقوق و منافعشان</p> <p>- نقش برنامه ریز: برنامه ریزی اجتماعی در راستای تحقق اهداف فردی و جمعی گروه هدف</p> <p>- نقش محقق: تحقیق و بررسی در زمینه ی نیازها، امکانات و راه های تحقق دستاوردهای مطلوب برای گروه هدف</p> <p>- نقش قادر سازنده: مشوق گروه هدف تا بتوانند نارضایتی های خود را ابراز کنند</p> <p>- نقش سازمان دهنده: سازماندهی اقدامات برای پذیرش مسئولیت توسط خود مردم در جهت رسیدن به زندگی بهتر</p>
<p><b>روش جامعه‌ای مورد نظر</b></p>	<p>- <b>رشد و توسعه ی محلی:</b> جریانی است که رشد اقتصادی و اجتماعی را به وسیله ی تشریک مساعی فعالانه جامعه و اعتماد به ابتکارات مردم برای تمام افراد جامعه بوجود می آورد. هدف در این روش، توسعه ی محلی، گسترش دموکراسی، مشارکت و اعتماد به نفس در بین مردم محلی برای ایجاد توسعه ی مورد نظر است.</p> <p>- <b>برنامه ریزی اجتماعی:</b> بکارگیری فنون و روش های تنظیم برنامه برای رسیدن به اهداف مشخص جامعه است. این روش، مشکلات و عوامل مخرب را کاهش داده یا مخاطرات کارکردی آن ها را به حداقل می رساند و امکانات مثبت جامعه را رشد می دهد.</p> <p>- <b>اقدام اجتماعی:</b> وقتی که مردم یک جامعه دارای وضع اقتصادی و اجتماعی نامساعد بوده یا حقوقشان نادیده گرفته شود یا به دنبال علاقه مندی مشترک برای بهتر شدن کیفیت زندگیشان هستند، مددکار اجتماعی با ایجاد اتحاد بین مردم زمینه های تغییر اجتماعی را فراهم می آورد.</p>
<p><b>استراتژی های مورد استفاده</b></p>	<p>- نیازسنجی، کشف و جمع آوری نیازها و خواسته های واقعی گروه هدف</p> <p>- بحث و مذاکره میان طرفین مورد جدل یا گروه هدف و قانون گذاران</p> <p>- بحث و تبادل نظر بین پاره گروه های جامعه و تقویت ارتباطات تضعیف شده</p> <p>- آموزش، حساس سازی و ترویج زمینه های مشترک همکاری بین مردم و جامعه</p> <p>- اقدام مستقیم مطابق قانون</p>
<p><b>دستاوردهای مورد انتظار</b></p>	<p>گروه هدف به طور عادلانه از منابع و امکانات اجتماعی بخصوص در حوزه ی سلامت برخوردار شوند. با همکاری و مشارکت یکدیگر به مطالبه گری از مسئولین و برنامه ریزان بپردازند، ارزیابی خطر ریسک خودکشی در جامعه ی عمومی کاهش می یابد.</p>
<p><b>رویکرد نظری</b></p>	<p>نظریه ی توسعه ی اجتماعی، نظریه ی نوسازی جامعه، نظریه ی کنش متقابل نمادی، نظریه ی مراحل سه گانه ی توسعه، نظریه تضاد، نظریه های برنامه ریزی اجتماعی</p>
<p><b>گزارش کار</b></p>	<p>در این قسمت لازم است مددکار اجتماعی جزئیات کار را به صورت مبسوط توضیح دهد. سرفصل هایی که در این قسمت باید مورد توجه قرار گیرند عبارتند از:</p> <p>- شناسایی جامعه از نظر فاکتورهای خطر و محافظتی خودکشی</p> <p>- طرح دقیق مسئله یا مشکل</p> <p>- تاریخچه ی مسئله و اقداماتی که تا کنون انجام شده است</p> <p>- تشخیص مددکار اجتماعی از مسئله</p> <p>- تعیین اهداف کاری و فرایندی</p> <p>- راهبردها (استراتژی ها)</p> <p>- فنون و تدابیر اجرایی (تاکتیک ها)</p> <p>- اجرای برنامه های تعیین شده در طرح</p>

**نکته:** مداخله جامعه محور دارای الگوهای متفاوتی است. با توجه به محوریت مداخله مددکاران اجتماعی در درون بیمارستان و همچنین عدم همخوانی و تناسب تعداد مددکار اجتماعی به تخت بیمارستانی پیشنهاد می‌شود تا در صورت ایجاد بستر از جمله مهیا بودن شرایط از جمله موارد فوق می‌توان مداخلات جامعه محور به عنوان بخشی از اقدامات مددکاران اجتماعی تعریف کرد.

### مشارکت فعال مددکاران اجتماعی در طرح سراج

در این طرح ملی که به ارائه خدمات روانی اجتماعی رایگان برای گروه های آسیب پذیر اجتماعی اشاره دارد، مددکاران اجتماعی به عنوان کنشگر فردی و اجتماعی معرفی شده اند که وظایف زیر را بر عهده دارند:

- اجرای بسته خدمات مددکاری و کنشگری فردی و اجتماع محور
- حضور و فعال سازی کارگروه مشارکت مردم در سلامت روانی-اجتماعی
- پیگیری فعال شدن «دبیرخانه اقدام بین بخشی
- پیگیری مصوبات خانه مشارکت مردم در سلامت
- تهیه دستور جلسه و پیگیری مصوبات دبیرخانه اقدام بین بخشی
- ارزیابی اجتماعی و مداخله برای مراجعین
- تعامل و همکاری با مددکار اجتماعی بیمارستان تحت پوشش به منظور پذیرش بیماران معرفی شده
- همکاری در ویزیت در منزل بیماران به منظور بررسی وضعیت خانوادگی و اجتماعی بیمار
- ارجاع بیماران مبتلا به اختلالات روان به پزشک عمومی
- ارجاع مراجعین نیازمند رواندرمانی به روانشناس
- ارجاع مراجعین نیازمند به خدمات خارج از مرکز به کنشگر مردمی و مددکار اجتماعی فرمانداری
- شرکت در کمیته راهبری سراج شهرستان
- شرکت در جلسات ارزیابی بیماران
- ثبت مداخلات در سامانه
- گزارش دهی ماهانه اقدامات

### آشنایی با برنامه بتا و مداخله براساس آن

بتا (QPR) یک برنامه ی آموزش پیشگیری از خودکشی از طریق مداخله همگانی است که سرواژه سه کلمه پیرس (question)، ترغیب کن (persuade) و ارجاع بده (refer) است. با توجه به این که اکثر افرادی که بیشترین احتمال خودکشی را دارند کمترین درخواست کمک را می کنند، اجرای برنامه بتا همراه با اظهار همدلی و درک شرایط فرد، راه را برای مداخلات موثر در راستای شناسایی طیف گسترده ای از اختلالات قابل درمان هموار می سازد. روش بتا القای امید به فرد آسیب پذیر است. بتا یعنی از فردی که نگران هستی ممکن است آسیبی به خودش بزند در مورد افکار خودکشی اش پیرس، او را به گرفتن کمک و صحبت بیشتر در مورد مساله اش ترغیب کن و شخص را به روانشناس و مشاوره ارجاع بده. مددکاران اجتماعی در راستای اجرای این طرح می توانند نقش راهنما، آموزش دهنده و قادرکننده را داشته باشند.

### مداخلات غیر مستقیم: مدیریت و برنامه ریزی

روش های غیر مستقیم مددکاران اجتماعی به روش هایی گفته می شود که مددکار اجتماعی مستقیماً با کیس کار نمی کند اما از طریق آموزش و توانمندسازی افراد مداخله کننده، بهبود برنامه های آموزشی و تسهیل گری در تهیه ی امکانات و منابع مورد نیاز، خدمات در خور توجهی را به دریافت کنندگان خدمت ارائه می کند. در این پروتکل بر سه مداخله در حوزه ی مدیریت و برنامه ریزی اشاره می شود:

### مدیریت برنامه ها و منابع اجتماعی

منابع اجتماعی مجموعه امکانات موجود در جامعه هستند که مددکاران اجتماعی برای رفع یا کاهش مشکلات مراجعین از آن ها استفاده می کنند و توسط سازمان های دولتی و غیر دولتی، موسسات مردم نهاد و خیرین و فعالین اجتماعی ارائه می شوند و پیش از هر چیز باید شناسایی شوند. همه مددکاران اجتماعی، بانک های اطلاعاتی را تهیه می کنند که متناسب با اهداف کاری از آن ها استفاده می کنند و در فواصل زمانی منظم این بانک ها را به روز رسانی می کنند. بانک اطلاعاتی معمولاً شامل افراد، سازمان ها، دستورالعمل ها و برنامه های حمایتی هستند که در صورت لزوم جهت ارجاع از آن ها استفاده می شوند. در مداخله ی مدیریت برنامه ها و منابع اجتماعی که ارتباط نزدیکی با ارجاع و تسهیل گری برای مراجعین جهت بهره مندی از امکانات اجتماعی دارد، قصد داریم تا در سطوح خرد و کلان (با توجه به جایگاه شغلی مددکار اجتماعی) به ساماندهی این منابع بپردازیم. در این مداخله، تقاضا و عرضه ی منابع اجتماعی با توجه به نیازهای مراجعین و مشکلات اجتماعی مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد و از طریق جلسات هم اندیشی یا مکاتبات اداری به اطلاع سیاست گذاران و مسئولین میرسد.

### به روزرسانی کوریکولوم ها و برنامه های آموزشی

مددکاران اجتماعی بیشترین حجم از دانش علمی و عملی خود را از دانشگاه ها می آموزند. بازنگری برنامه های آموزشی و قرارگیری سرفصل های درسی که با توجه به شرایط و نیازهای اجتماعی تدوین شده اند باعث می شود تا فارغ التحصیلان این رشته هنگام ورود به بازار کار، دانش مناسبی در برخورد با کیس های خود داشته باشند. اینکه منتظر بمانیم تا سازمان ها براساس نیازشان، دوره های ضمن خدمت مورد نیاز و با کیفیت را برای کارکنان خود برگزار کنند باعث از دست رفتن فرصت های ارائه ی خدمت با کیفیت خواهد شد پس آسان ترین راه، آموزش دانشگاهی پیش از ورود به عرصه ی عمل واقعی است. این مداخله ی غیر مستقیم در حوزه ی خودکشی بر عهده ی اساتید و برنامه ریزان آموزشی است که البته از طریق تبادل نظر و هم اندیشی با مددکاران اجتماعی که در محیط های کاری مختلف مشغول به فعالیت هستند، محقق خواهد شد.

نکته ی دیگر این است که مددکاران اجتماعی بخش قابل توجهی از دانش خود را از محیط های کارآموزی کسب می کنند و بیمارستان ها یکی از این محیط هاست که دانشجویان در این مراکز با انواع کیس های مختلف و مداخلات مددکاران اجتماعی با آن ها مواجه می شوند. لازم است تا مربیان کارآموزی در بیمارستان ها به ارائه ی آموزش های لازم جهت کار با کیس های دارای افکار خودکشی یا اقدام کننده به خودکشی نیز بپردازند.

### سوپروایزری اقدامات مددکاران اجتماعی

سوپروایزر یا سرپرست، مددکار اجتماعی است که مسئولیت اداره و رهبری سایر حرفه ای های خود را بر عهده دارد و عموماً از دانش و مهارت کافی در زمینه ی حرفه ای خود برخوردار است. سوپروایزر دو نقش مهم بر عهده دارد: نقش نظارتی که شامل بررسی و ارزیابی عملکرد مددکاران اجتماعی زیر مجموعه در حوزه ی کار است و نقش ارتباطی که به رفع مشکلات ناشی از ارتباطات بین فردی در محیط کار می پردازد. سرپرست می تواند به طور مستقیم در بیمارستان فعالیت کند یا از حوزه ی مسئولیتی در معاونت درمان دانشگاه بر فعالیت مددکاران اجتماعی نظارت داشته باشد در هر صورت سوپروایزر موظف است ضمن ارزیابی عملکرد مددکاران اجتماعی در کار با اقدام کنندگان به خودکشی، به آسیب های روانی اجتماعی ناشی از مداخله در شرایط بحرانی نیز توجه داشته و اقدامات حمایتی در این زمینه برای مددکاران اجتماعی انجام دهد.

### مداخلات غیر مستقیم: تحقیق و پژوهش

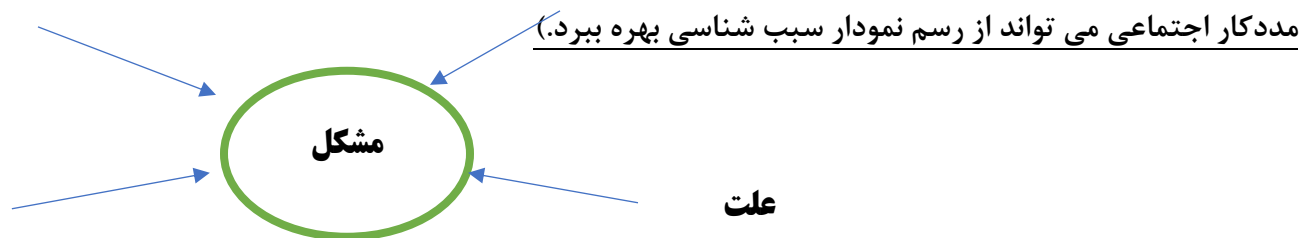
بیمارستان های دولتی یکی از اماکن عمومی و پر تردد محسوب می شوند. جایی که روزانه صدها نفر از افراد برای دریافت خدمات آموزشی، درمانی و مراقبتی به عنوان بیمار یا همراه بیمار، دانشجو یا کارمند به آن جا وارد می شوند و طیف گسترده ای از مراجعین و گروه های آسیب پذیر اجتماعی را نیز پوشش می دهند. اطلاعات بسیاری در سامانه های اطلاعاتی بیمارستان توسط کارشناسان حوزه های مختلف ثبت و نگهداری می شود. مددکاران اجتماعی نیز مستندات مرتبط با کار با گروه های هدف خود را در این سامانه ها ثبت می کنند. به این ترتیب با حجم بالایی از اطلاعات ارزشمند مواجهیم که برگرفته از نیازسنجی از بیماران، مشکلات و اولویت های مراقبتی و درمانی آن هاست که این اطلاعات می تواند مبنای تصمیم گیری و سیاست گذاری در مراکز درمانی باشد. مددکاران اجتماعی می توانند در این شرایط در نقش پژوهشگر ظاهر شده و اطلاعات استخراج شده از پرونده های بیماران و مصاحبه ها و مداخلات تخصصی خود را با حفظ و رعایت ملاحظات اخلاق در پژوهش، به صورت طرح های تحقیقاتی یا تجارب اثر بخش با فعالین اجتماعی و محققین دیگر به اشتراک بگذارند. همچنین پژوهش ها می تواند در عرصه ی آموزش مددکاری اجتماعی به عنوان یافته های مبتنی بر شواهد مورد استفاده قرار گیرند. پژوهش ها می توانند اقدام محور نیز باشند که در این صورت مددکاران اجتماعی از تحقیق ها به عنوان ابزاری برای اصلاح مشکلات احتمالی در بیمارستان ها هم می توانند بهره ببرند.

## ۸: جمع آوری اطلاعات در حوزه ی خودکشی:

### مصاحبه انگیزشی

در بیماران اقدام کننده به خودکشی به قدری آگاهی، قضاوت و ثبات هیجانی مراجعان برای توجیه، تحمیل و تکمیل مداخله ناکافی است که نه فقط با حداقل احترام و توجه به آزادی مراجع بلکه اگر لازم باشد براساس اجبار قانونی و غیر داوطلبانه هم مداخلات انجام می شود. این مسائل شرایطی را ایجاد می کند که به طور غیر قابل باوری فرصت بسیار خوبی برای کاربرد مصاحبه انگیزشی فراهم می کند چون مداخله مصاحبه انگیزشی در ارتقاء خود مختاری، تقویت اتحاد درمانی و آزمودن دو سو گرایی ارزش مهم و قابل توجهی دارد. خودکشی و رفتارهای خود آسیبی عمدی به صورت یک پیوستار و تحت عنوان رویدادی در درون یک فرآیند هستند و تعامل مددکار اجتماعی با مراجع، قبل، حین یا بعد از خودکشی بخشی از این فرآیند است. در اولین ارتباط ما به دنبال غربال مراجعین خودکشی کننده به عنوان مسئله ی مهم مدیریت خطر هستیم. این مراجعان به منظور ارزیابی تخصصی و برخورداری از مراقبت بیشتر به مراکز غربالگری بهداشتی یا مراکز مشاوره ارجاع می شوند. مهارت و حساسیت مددکار اجتماعی در مدیریت صحیح این ارجاع ها ممکن است اتحاد درمانی را تقویت نموده و به حمایت این مراجعان در سازگاری و مقابله ی مثبت با مرحله ی بعدی مراقب ها کمک کند یا برعکس ممکن است اتحاد درمانی را تخریب و مشکلات مرحله ی بعدی مراقبت را تشدید کند. دانش مددکار اجتماعی در مورد مراجع منبع ارزشمندی برای سایر مداخله گران نیز محسوب می شود پس با بهره گیری از مصاحبه ی انگیزشی می توان این اطلاعات و دانش را تقویت نمود.

تداوم ارتباط با مراجع عامل مهمی در تدوین یک برنامه درمانی مناسب برای مراقبت بیشتر بعد از ارزیابی ریسک خطر است. مراقبت های بیشتر بعد از ارزیابی ریسک خطر ارائه خواهد شد و احتمال ملاقات مجدد این بیماران نیز وجود دارد. خودکشی و رفتارهای خود آسیب رسان " پایین تر از سطح شناسایی رادار پرواز می کنند" و از کشف و ردیابی می گریزند مگر اینکه یک واقعه ی غیر قابل پیش بینی، فرد را در شرایط بحرانی قرار دهد. مراجعان ممکن است اطلاعاتی که منجر به کشف و ردیابی خودکشی می شود را مرتب پنهان نموده یا تحریف کنند. بررسی گذشته نگر مددکار اجتماعی می تواند اطلاعات مورد نیاز برای پیش بینی و پیشگیری را فراهم می کند (در این شرایط



نمایش احتمالی یا واقعی خودکشی در بیماران مزمن، تعارضات خانوادگی یا حوادث بر هم زننده ی تعادل و ثبات زندگی حاوی اطلاعات زیادی هستند و این پیام را منتقل می کنند که تمایل، توانایی، دلیل یا نیاز واقعی مراجع از خودکشی ممکن است فقط امنیت باشد. کشف دوسوگرایی در چهارچوب روح محترمانه و حمایتی مصاحبه انگیزشی + اتحاد درمانی + احترام به حس خودمختاری مراجع = شناسایی عوامل خطر و عوامل ایمنی زا و تامین کننده ی امنیت + کاهش آسیب = ارجاع و مراقبت های مناسب و کاهش اضطراب مراقبین، خانواده و اطرافیان بیمار.

کاهش اضطراب مراقبین، خانواده و اطرافیان بیمار حتی بر درمان خود بیمار اولویت دارد که در مصاحبه انگیزشی به این موضوع نیز پرداخته می شود. ممکن است این سوال برای مددکاران اجتماعی مطرح شود و آن این است که چه منطقی برای استفاده از مصاحبه انگیزشی در اقدام کنندگان به خودکشی وجود دارد؟ پاسخ این است که این نوع مصاحبه میزان خودمختاری مراجع در انتخاب راه حل های درمانی را افزایش می دهد. یکی از مشکلات رایج در کار با بیماران اقدام کننده به خودکشی، پذیرش منفعلانه یا عدم پذیرش هرگونه مداخله ای است که خود مختاری و اتحاد درمانی با مددکار اجتماعی می تواند این مشکل را کاهش دهد. همچنین مصاحبه انگیزشی از طریق شناسایی ظرفیت درونی هر چند محدود در طرح واره های مراجع از وضعیت موجود و نیازهایش، تاثیر مثبتی بر فرآیند مراقبت می گذارد. مراجع باید با تلاش های خود زنده بماند پس مصاحبه ی انگیزشی، خودکارآمدی فرد را تقویت کرده و باعث می شود تا بیمار نقش ناجی به خود بگیرد. همچنین تشویق و حمایت مراجع در خصوص انتخاب های مناسب و معقول، فواید مثبتی در ارتباط با مراجع دارد. مصاحبه انگیزشی باید با ارزیابی ریسک تلفیق شود تا در عمل فرصتی مناسبی برای ارزیابی ریسک و مداخلات مختصر در پی داشته باشد. به طور کلی هدف از مصاحبه انگیزشی، به حداقل رساندن اجبار و تهدید، ارتقاء خود مختاری و افزایش خودکارآمدی است.

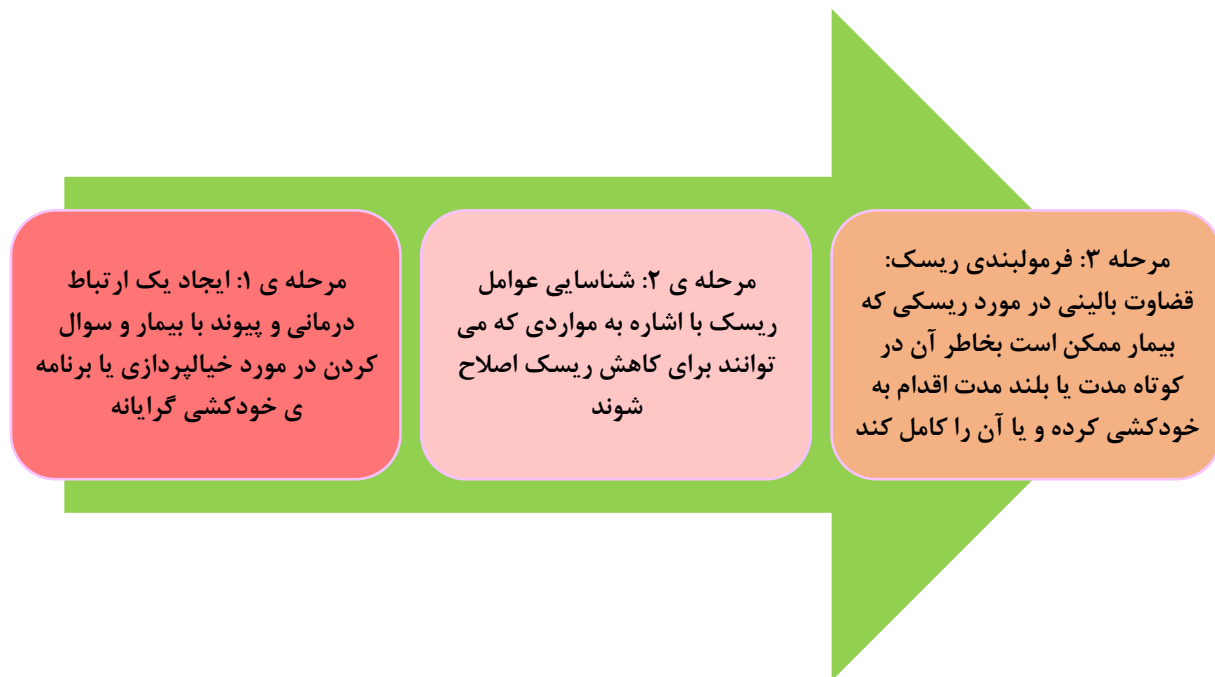
شاید برای خوانندگان پروتکل این سوال مطرح شود که مددکار اجتماعی بدون ارزیابی چگونه می تواند به مداخله بپردازد و چرا در فرآیند ارائه ی مداخلات، اشاره ای به مبحث ارزیابی نشده است؟ همانگونه که در پروتکل جامع گفته شده است، ارزیابی یکی از بخش های غیر قابل انکار مداخلات مددکاران اجتماعی است که اگر چه در ابتدای فرایند قرار داده می شود اما از ابتدا تا انتها و حتی پس از اتمام مداخله، جریان دارد و به صورت پویا صورت می گیرد. اما به منظور سهولت در تدوین و نگارش راهنمای عمل معمولاً آن را در ابتدای فرآیند خدمت رسانی و به صورت خطی قرار می دهیم. در این پروتکل نقش ارزیابی از منظر مخاطرات و محافظت کننده ها، اهمیت چند برابری پیدا می کند پس تصمیم گرفتیم تا بخش جداگانه ای را به آن اختصاص دهیم و ابزارهایی را نیز جهت سهولت کار معرفی نماییم.

مراقبت بالینی خوب شامل ارزیابی و مدیریت مستمر ریسک خودکشی است. سازمان جهانی بهداشت توصیه می کند که از همه افراد بالای ۱۰ سال که دارای اختلال روانی یا سایر عوامل ریسک هستند، باید در مورد افکار یا برنامه های خودآزاری که در ماه گذشته داشته اند، سؤال شود. بیشتر دستورالعمل ها استفاده از فرآیند استاندارد شده مربوط به ارزیابی ریسک خودکشی را تشویق می کنند. یک مطالعه مشاهده ای در بریتانیا نشان داد که فرآیند ارزیابی با احتمال کمتر رفتار خودکشی در آینده مرتبط است. این به جنبه ای که اغلب در ارزیابی ریسک نادیده گرفته می شود، اشاره می کند و آن اینکه تماس پزشک یا مددکار اجتماعی و بیمار می تواند یک اثر درمانی مهم ایجاد کند. کالبد شکافی روانشناختی، شامل مصاحبه با مطلعان کلیدی و بررسی سوابق رسمی، نشان داده است که اختلالات روانپزشکی در حدود ۹۰ درصد از افرادی که خودکشی می کنند، وجود دارد و در ۴۷ تا ۷۴ درصد ریسک خودکشی جمعی آن ها نقش دارد.

ارزیابی ریسک شامل جمع آوری شرح حال و معاینه بالینی از وضعیت روانی افراد است که برای اطلاعات پایه ای مداخله مهم هستند. عوامل ریسکی مانند سابقه اقدامات قبلی و مصرف مواد یا هر عامل خطری که در سطح یک پیشگیری شناسایی شده است در جمع آوری سابقه ی عمومی افراد مورد توجه قرار می گیرد. هر منبع اطلاعاتی جانبی می تواند عوامل ریسک و فعالیت های اخیر، الگوهای تشدید و نیز خشونت برنامه ریزی شده یا تکانشی نسبت به خود یا دیگران را مشخص کند. ارزیابی ریسک خودکشی می تواند چالش برانگیز باشد. بسیاری از افرادی که در معرض ریسک بالای خودکشی قرار دارند، هرگز با خودکشی نمی میرند، و برخی از آنها که در این گروه قرار نمی گیرند، خودکشی می کنند. چندین چالش در انجام ارزیابی ریسک خودکشی وجود دارد:

- مددکاران اجتماعی و کارشناسان حوزه سلامت روان ممکن است در شناسایی بیمار در معرض ریسک قریب الوقوع بالای خودکشی مشکل داشته باشند.
- مددکاران اجتماعی معمولاً بر اطلاعات گزارش شده ذهنی تکیه می کنند، که همیشه تصویر کاملی از ریسک ارائه نمی دهند. در حالیکه ارزیابی جامع می توانند تصویر کامل تری از ریسک ارائه دهند.
- مقیاس های ارزیابی ریسک خودکشی به طور دقیق مرگ ناشی از خودکشی را پیش بینی نمی کنند. آنها ممکن است به عنوان یک ابزار بالینی یا به عنوان مستندی از نوع ارزیابی ریسک خودکشی انجام شده مفید باشند، اما نمی توانند برای ارزیابی ریسک خودکشی توسط افرادی که در ارزیابی ریسک خودکشی آموزش ندیده اند، مورد استفاده قرار گیرند.
- عدم ثبات در یادگیری و آموزش شایستگی های مورد نیاز برای انجام ارزیابی ریسک خودکشی، در ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی دیده می شود.

- رفتار خودکشی می تواند باعث ایجاد اضطراب یا پاسخ های هیجانی شدید در مددکاران اجتماعی شود. وقتی این احساسات ناشناخته باشند، می توانند واکنش های منفی از سوی مددکار اجتماعی ایجاد کنند که توانایی آن ها را برای کار مؤثر با افرادی که به شدت خودکشی گرا هستند، محدود می کند.
  - برخی از مددکاران اجتماعی ممکن است نگرش منفی نسبت به بیماران خودکشی گرا داشته باشند و همین نگرش بر روند ارائه ی خدمت آن ها تاثیرات منفی بر جای بگذارد.
  - برخی از مسائل سیستمی- ساختاری مانند منابع محدود، فضاها ی شلوغ، اولویت های متعدد و کمبود زمان می توانند برای مددکاران اجتماعی چالش برانگیز باشند و امکان ارائه ی مداخلات مناسب را محدود کنند.
- در نهایت با وجود همه ی چالش هایی که در مسیر ارزیابی ریسک اقدام به خودکشی وجود دارد اما یکی از ملزومات برای ارائه ی مداخلات تخصصی توسط مددکاران اجتماعی است. ارزیابی ریسک به معنی تکمیل چک لیست های از قبل طراحی شده و امتیاز دادن به مراجعه کننده نیست بلکه این کار طی یک فرآیند کاری مشخص انجام می شود که در شکل زیر نشان داده شده است:



جدول شماره ۱۰: ابزار ارزیابی ریسک خطر خودکشی برای مددکاران اجتماعی

ریسک	آیتم های مرتبط با ریسک	نمره (۰-۱)
------	------------------------	------------

	خیالپردازی یا فکر خودکشی گرا	ریسک های
	قصد و نیت خودکشی / ارزیابی بالینی نگران کننده	مرتبط با
	برنامه ریزی برای مرگ یا پس از مرگ (نوشتن وصیت نامه)	افکار و خلق
	ناامیدی / افسردگی / بی لذتی مشهود	و رفتار
	احساسات شدید و افراطی از نوع خشم، عصبانیت، تحریک پذیری، حس تحقیر شدگی، حس انتقام جویی، وحشت، اضطراب	
	دسترسی به ابزار کشنده / برنامه ریزی برای تهیه و خرید ابزار کشنده	
	کسب اطلاعات در مورد شیوه های خودکشی	
	تغییرات چشمگیر اخیر در خلق و خو	
	توهمات دستوری در مورد خودکشی	
	روانپریشی / بیماری روانی / قضاوت ضعیف	
	تجربه اخیر تشخیص بیماری صعب العلاج یا معلولیت	ریسک های
	تجربه اخیر رها شدگی و طرد	مرتبط با
	تجربه اخیر تجاوز یا استعمار و خشونت جنسی	شرایط فرد
	تجربه اخیر کودک آزاری یا خشونت خانگی	
	تجربه اخیر بحران / اختلاف یا آسیب و زیان / انگ اجتماعی	
	تجربه اخیر مسمومیت با الکل، مواد یا قرص	
	اقدام به خودکشی پیشین بویژه با پتانسیل نجات ضعیف	
	سابقه خودکشی در خانواده (بویژه تجربه اخیر)	ریسک های
	اعتیاد بویژه مصرف روان گردان ها	مرتبط با
	عضویت در گروه همسالان معتاد یا اقدام کننده به خودکشی یا مورد قلدری قرار گرفتن توسط همسالان	شرایط
	رفتارهای پر خطر (رانندگی بی احتیاط، مستی در ملاء عام، بی بندوباری جنسی)	اجتماعی
	حضور در محیط های پر خطر (زندان، کانون اصلاح و تربیت، کمپ های ترک اعتیاد)	خانوادگی
	سکونت در محله های پر آسیب بویژه با نرخ خودکشی بالا	
	وقوع ترومای اخیر در خانواده (ورشکستگی، مرگ یک عضو یا تشخیص بیماری صعب العلاج)	
	فقدان پشتیبانی و حمایت خانوادگی	ریسک های
	فقدان پشتیبانی و حمایت اجتماعی (رها شده / کارتن خواب، سالمند تنها)	مرتبط با
	عدم عضویت در گروه های دوستان / همسالان	منابع حمایت
	عدم برخورداری از حمایت های سازمان های امدادی - رفاهی	اجتماعی
	ریسک حاد	ارزیابی
	ریسک متوسط	نهایی

## جدول شماره ۱۱: ارزیابی مداخلات مددکاری اجتماعی براساس میزان ریسک خودکشی

نظارت بر ریسک و ارزیابی	نمره (۰-۱)	مداخله پیشنهادی
سطح ریسک پایین		
<ul style="list-style-type: none"> <li>عامل خطری وجود ندارد</li> <li>نگرانی های فعال کم در مورد خودکشی وجود دارد</li> <li>در گذشته اقدام به خودکشی یا افکار مرتبط داشته است اما اکنون ریسکی وجود ندارد.</li> <li>در یک محیط مراقبتی تحت نظارت و درمان است.</li> <li>مراقب و خانواده آگاه دارد</li> <li>تغییراتی در روند زندگی روزمره رخ نداده است.</li> <li>حمایت های اجتماعی در سطح مناسب ارائه می شوند</li> </ul>		
سطح ریسک متوسط		
<ul style="list-style-type: none"> <li>ریسک خودکشی شناسایی شده است اما قریب الوقوع نیست.</li> <li>ریسک خودکشی وجود دارد اما قابل مدیریت کردن توسط مددکار اجتماعی یا کارشناس سلامت روان است.</li> <li>بیمار نیاز به نظارت مداوم بر ریسک خودکشی دارد.</li> <li>بیمار نیاز به ارزیابی جامع و ارزیابی ریسک خودکشی دارد.</li> <li>وضعیت ریسک خودکشی باید در پرونده بیمار مستند شود.</li> <li>وضعیت ریسک باید به پزشک یا سایر متخصصین اطلاع داده شود.</li> </ul>		
سطح ریسک بالا		
<ul style="list-style-type: none"> <li>ریسک خودکشی بالا و قریب الوقوع است.</li> <li>بیمار به مداخلات چند بعدی و بین رشته ای نیاز دارد.</li> <li>مداخلات باید سریع و آنی ارائه شوند.</li> <li>بیمار به مداخله ی بالینی نیاز دارد.</li> <li>بیمار باید تحت نظارت و مراقبت مستمر باشد.</li> <li>وضعیت بیمار باید به اطلاع مسئول بخش، پزشک معالج و خانواده بیمار برسد.</li> </ul>		
ارزیابی مداخلات:		

## ۹-۱: فرم جامع: مداخلات مددکاری اجتماعی در خودکشی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره پرونده: Record No:

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی: Medical Center:

برگ مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در خودکشی

SOCIAL WORK INTERVENTIONS IN SUICIDE

Date of Admission: تاریخ مراجعه:	Sex: جنس:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Time of Admission: ساعت مراجعه:			
Tel: تلفن:	ADM Code: کد پذیرش:	Address: آدرس:	
Mother's Name & Family name: نام و نام خانوادگی مادر:	Father's Name & Family name: نام و نام خانوادگی پدر:	Date of Birth: تاریخ تولد:	National/Segment code: کد ملی / کد آمایش:
نسبت قیم یا سرپرست قانونی (غیر از پدر):	نام و نام خانوادگی قیم یا سرپرست قانونی (غیر از پدر):		
Patient Companion Name & Family Name: نام و نام خانوادگی همراه: Relative: نسبت با بیمار:	همراه بیمار: <input type="checkbox"/> ندارد <input checked="" type="checkbox"/> دارد Patient Companion: No Tel: تلفن همراه بیمار:	Nationality: ملیت: ایرانی	Marital Status: وضعیت تاهل:
Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش شغل: Job:	No Of Children: تعداد فرزندان:	Education Level: سطح تحصیلات:

در مرکز: علت پذیرش

<b>Basic Insurance</b>	
بیمه پایه:	بیمه
تکمیلی:	
دهک بندی یارانه:	
Complementary Insurance:	
نحوه ورود/ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی: ارجاع از پزشک	
Arrival/Referral Type:	
<input type="checkbox"/> خود ارجاع <input type="checkbox"/> د <input type="checkbox"/> یاز <input type="checkbox"/> ارجاع از کادر درمان <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های دولتی <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های غیر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> Other	دولتی
معالج	نام سازمان:
علت اولیه ارجاع:	شیوه ی خودکشی:
	تعداد دفعات اقدام به خودکشی:

غربالگری و راند (ارزیابی تکمیلی)

غربالگری و راند (ارزیابی تکمیلی)
ارزیابی افکار و قصد خودکشی فعلی:
ارزیابی و شناسایی علائم هشدار دهنده:
ارزیابی تسریع کننده ها/ محرک ها:
ارزیابی معنای زندگی و عوامل محافظتی:
ارزیابی عوامل شخصی / خانوادگی خطر خودکشی:
ارزیابی عوامل رفتاری خطر خودکشی:
ارزیابی عوامل شناختی / عاطفی خطر خودکشی:
برآورد خطر:
تعیین سطح ریسک:
ارزیابی پزشک معالج یا سایر تیم درمان:
ارزیابی تیم سلامت روان:
ابزارهای جمع آوری اطلاعات:
نتیجه ی تست های تشخیصی:
جمع بندی و شرح ارزیابی تکمیلی مددکار اجتماعی:
مهمترین مخاطره:

مهمترین محافظ:						
اسامی ارزیابی کنندگان:						
برنامه ریزی و مداخله						
هدف	عنوان مداخله / استراتژی / استاندارد		نتیجه مداخله / دستاورد			
شماره نامه یا مکاتبات برون سازمانی:						
مداخلات بین سازمانی مورد نیاز:						
فهرست ارجاعات مددکار اجتماعی:						
نتیجه تعاملات بین سازمانی:						
ریسک خودکشی در حین ترخیص:						
نکات و توصیه های حین و پس از ترخیص:						
نتیجه نهایی مداخلات مددکار اجتماعی:						
برنامه پیگیری پس از ترخیص براساس ریسک خطر						
اهداف و برنامه پیگیری:						
تاریخ پیگیری	شیوه پیگیری		نتیجه پیگیری			
دستاوردهای حاصل از پیگیری مددکار اجتماعی:						
ارزشیابی مداخله براساس میزان دستیابی به اهداف:						
ترخیص ایمن	همکاری بیمار در فرایند درمان و ترخیص	همکاری خانواده و همراهان در فرایند درمان و ترخیص	وجود منابع و امکانات موثر	همکاری بین سازمانی موثر	سایر اهداف تدوین شده	ارزشیابی نهایی

ارزشیابی نهایی مداخله براساس مقیاس:					
کسب نامطلوب ترین نتیجه‌ی محتمل	کسب موفقیت کمتر از حد مورد انتظار	موفقیت مورد انتظار	کسب موفقیت بیش از حد انتظار	کسب مطلوب ترین نتایج محتمل	
پیشنهادهای مددکار اجتماعی برای برنامه ریزی در عرصه خودکشی:					
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:					

۱-۱۰: فرم مشاوره و آموزش فردی به بیمار، خانواده/همراه  
واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان.....

تاریخ:	نام مددکار اجتماعی:	کد ثبت شده بیمار در تریاژ مددکاری اجتماعی:
--------	---------------------	--

نام گیرنده خدمت : بیمار خانواده/همراه شماره جلسه:	مشاوره حضوری بر بالین بیمار در اتاق مشاوره مشاوره تلفنی / مجازی	زمان مشاوره: در زمان مراجعه سرپایی در طول زمان بستری در زمان ترخیص پس از ترخیص	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
نوع خدمت ارائه شده : مشاوره فردی <input type="radio"/> آموزش فردی <input type="radio"/> مشاوره خانوادگی <input type="radio"/> ش خانوادگی <input type="radio"/>			
<p>هدف از ارائه مشاوره - آموزش:</p> <p>موضوع مشاوره - آموزش:</p> <p>مدت زمان جلسه:</p> <p>رویکرد مشاوره - آموزش:</p> <p>خلاصه جلسه مشاوره - آموزش:</p> <p>نتیجه مشاوره - آموزش:</p> <p>نیاز به پیگیری و مشاوره - آموزش مجدد: <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد</p>			

۲. Arensman E, Scott V, De Leo D, Pirkis J. Suicide and suicide prevention from a global perspective. *Crisis*. 2020.
۳. Ingram S. Lives unpended: How COVID-19 threatens the futures of 600 million South Asian children. Katmandou, Népal Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie du Sud. 2020.
۴. Upended L. How COVID-19 threatens the futures of 600 million South Asian children. UNICEF. June 2020. 2020.
۵. Smith TE, Abraham M, Bolotnikova NV, Donahue SA, Essock SM, Olfson M, et al. Psychiatric inpatient discharge planning practices and attendance at aftercare appointments. *Psychiatric Services*. 2017;68(1):92-5.
۶. Olfson M, Marcus SC, Doshi JA. Continuity of care after inpatient discharge of patients with schizophrenia in the Medicaid program: a retrospective longitudinal cohort analysis. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010;71(7):3717.
۷. Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, et al. Association of suicide prevention interventions with subsequent suicide attempts, linkage to follow-up care, and depression symptoms for acute care settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2020;77(10):1021-30.
۸. Kennard BD, Goldstein T, Foxwell AA, McMakin DL, Wolfe K, Biernesser C, et al. As Safe as Possible (ASAP): a brief app-supported inpatient intervention to prevent postdischarge suicidal behavior in hospitalized, suicidal adolescents. *American journal of psychiatry*. 2018;175(9):864-72.
۹. Rengasamy M, Sparks G. Reduction of postdischarge suicidal behavior among adolescents through a telephone-based intervention. *Psychiatric Services*. 2019;70(7):545-52.
۱۰. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. *BMC psychiatry*. 2018;18:1-13.
۱۱. Wasserman D, Carli V, Iosue M, Javed A, Herrman H. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2021;13(3):e12452.
۱۲. ستوده‌روش، ندا، وزیری. کرایونیک: رضایت برای ادامه حیات یا خودکشی. *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*. ۸۹-۱۴:۳۷۵;۲۰۲۰.
۱۳. Kourgiantakis T, Sewell KM, McNeil S, Lee E, Logan J, Kuehl D, et al. Social work education and training in mental health, addictions, and suicide: A scoping review. *Journal of Social Work Education*. 2022;58(1):123-48.
۱۴. Levine J, Sher L. How to increase the role of social workers in suicide preventive interventions. *Acta neuropsychiatrica*. 2020;32(4):186-95.
۱۵. Leane E, Cuvillier B, Vieux M, Pacaut-Troncin M, Chalancon B, Perez A-F, et al. The SUPPORT-S protocol study: a postvention program for professionals after patient or user suicide. *Frontiers in psychology*. 2020;11:805.
۱۶. Mirick RG, Bridger J, McCauley J, Berkowitz L. Continuing education on suicide assessment and crisis intervention for social workers and other mental health professionals: A follow-up study. *Continuing Education and Lifelong Learning in Social Work: Routledge*; 2019. p. 76-92.
۱۷. Maple M, Pearce T, Sanford RL, Cerel J. The role of social work in suicide prevention, intervention, and postvention: A scoping review. *Australian Social Work*. 2017;70(3):289-301.

۱۸. Wharff EA, Ross AM, Lambert S. Field note—Developing suicide risk assessment training for hospital social workers: An academic–community partnership. *Journal of Social Work Education*. 2014;50(1):184-90.
۱۹. Manthorpe J, Iliffe S. Social work with older people—reducing suicide risk: A critical review of practice and prevention. *British Journal of Social Work*. 2011;41(1):131-47.
۲۰. ورمقانی، پری، علیپور، فردین، هارونی قا، جوادی. اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد حل مسئله بر کاهش افکار خودکشی زنان در شهرستان قروه. فصلنامه آرشو توانبخشی. ۱۹۷۰؛ ۲۰(۳):۹۷-۲۸۶.
۲۱. Westphaln KK, Regoeczi W, Masotya M, Vazquez-Westphaln B, Lounsbury K, McDavid L, et al. From Arksey and O'Malley and Beyond: Customizations to enhance a team-based, mixed approach to scoping review methodology. *MethodsX*. 2021;8:101375.
۲۲. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *International journal of clinical pharmacy*. 2016;38:655-62.
۲۳. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Cmaj*. 2010;182(18):E839-E42.