**بسمه تعالی**

 **خلاصه ای در خصوص خودکشی و اقدامات مداخله ای ویژه روانشناسان ومددکاران اجتماعی:**

**\*\*تعريف مفاهيم مربوط به خودكشي:**

**هر چند مطالعات خودکشي، معمولاً سه پديده‌ي مهم: افکار خودکشي، اقدام به خودكشي و خودكشي موفق را بررسي مي‌كنند، نظر به اين كه در دهه گذشته تفكيك اصطلاحات كاربردي و پژوهشي در خودكشي گرايي، منجر به سنجش دقيق‌تر اين حوزه در كار باليني و افزايش توجه روزافزون به حيطه‌هاي ديگر خودكشي (مانند پيشگيري و درمان) شده است، دراین بحث در نظر است مروري گذرا بر اصطلاحات رايج خودكشي، بر اساس بازنگري متون علمي مربوط و به منظور فهم بيشتر "خودكشي گرايي" صورت مي پذيرد:**

**1-انديشه يا افكار خودكشي
اين اصطلاح، توصيف كننده‌ي اشخاصي است كه به لحاظ فكري و به شكل نشخوار ذهني با مفاهيم خودكشي، مرگ و بي ارزش بودن زندگي درگيرند، هر چند هنوز اقدامي براي از ميان بردن خود صورت نداده‌اند. ارزيابي افكار خودكشي گرايانه و رفتارهايي كه ممكن است متعاقب آن صورت پذيرد، حوزه‌اي است كه براي تمامي درمانگران باليني اهميت حياتي دارد و كوتاهي در پرداختن به آن با خطرات بسياري همراه گشته و عواقب وخيم و غم انگيزي را مي‌تواند به دنبال داشته باشد. به گفته ي "ون هرينگن" (2001) گذر از فكر خودكشي به نقشه كشيدن، در 32 درصد افراد داراي فكر خودكشي و گذر از نقشه كشي به اقدام، در 72 درصد افراد داراي نقشه‌ي خودكشي صورت مي‌گيرد، در نتيجه 24 درصد افرادي كه فكر خودكشي را گزارش مي‌كنند، در نهايت به سوي اقدام به خودكشي مي‌روند..
افكار خودكشي با واكنش‌هاي ناکارآمد به استرس، نظير مصرف الكل و مواد مخدر؛ درگيري با والدين؛ فرار از منزل و بدبيني به آينده؛ رابطه‌ي نزديكي داشته و خود يك عامل خطر براي خودكشي موفق محسوب مي‌شوند. وجود افكار خودكشي محوريت انجام برخي از پژوهش‌ها بوده است. براي نمونه در مطالعه‌ي "فيلد ديگو" و "ساندرز" (2001) ميزان افكار خودكشي در جوانان با ميانگين سني 2/17 سال، 18 درصد گزارش شد..
در يكي از بررسي‌هاي اخير ايراني نيز، كه به منظور بررسي فراواني افكار خودكشي در دانش آموزان دبيرستاني شهرستان آبدانان ايلام انجام گرفت، مشخص شد 41 درصد دانش آموزان مدارس متوسطه اين شهرستان داراي افكار خودكشي هستند. بنابراين افكار خودكشي شيوع بالايي در افراد مي‌تواند داشته باشد و به طور كلي از مطالعات مختلف، چنين برآورد مي‌شود كه افكار خودكشي، حتي در جمعيت غيرباليني (جمعيت عادي) و حدود 40 تا بيش از 80 درصد افراد مي‌تواند وجود داشته باشد. همچنين، افكار خودكشي در تمامي گروه‌هاي سني ديده مي‌شود و بالاترين ميزان اين افكار در اختلال افسردگي شديد است. به علاوه فكر خودكشي پديده‌ي راكدي نيست و ممكن است با گذشت زمان كاهش يا افزايش يابد. به علاوه ويژگي‌هاي نوجواناني كه اقدام به خودكشي مي‌كنند و آن‌هايي كه خودكشي موفق دارند، مشابه است و حدود يك سوم كساني كه از خودكشي مي‌ميرند، سابقه اقدام به خودكشي دارند.**

**2- ژست خودكشي
"كسلر" (2006) ژست خودكشي را، اقدام به رفتارهاي خود آسيب‌رسان تعريف کرده است كه با هدف برقراري ارتباط با ديگران صورت مي‌گيرد. اين ارتباط معيوب معمولاً با هدف جلب توجه ديگران و دستيابي به اهداف خاصي بوده و قصد واقعي براي كشتن خود در آن وجود ندارد.**

**3-تهديد به خودكشي
تهديد به خودكشي، شامل نشانه‌هاي شفاهي يا رفتاري حاكي از آسيب زدن به خود توسط فرد است. معمولاً انگيزه و تشخيص شدت تهديد خودكشي با اهميت است و بايد جدي گرفته شود. تهديد به خودكشي، ابزاري است كه فرد آن را به كار مي‌گيرد تا اين مطلب را به ديگران ابراز و تفهيم کند كه احتمال وقوع عمل خودكشي گرايانه يا ساير رفتارهاي مرتبط با خودكشي براي وي در آينده‌ي نزديك وجود دارد. بسياري از پژوهش‌ها دال بر آن است كه عمل خودكشي نوعي كمك خواهي و بيانگر شرايط فردي يا اجتماعي فرد درگير است كه قادر به تحمل آن نبوده و يا در مقابل آن نسبت به ديگران آسيب پذيرتر است.
تهديد به خودكشي مي‌تواند اهميتي برابر با اقدام به خودكشي داشته باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند، 80 درصد اشخاصي كه اقدام به خودكشي مي‌كنند به نحوي ديگران را از تصميم خودآگاه مي‌سازند. در واقع صحبت بيمار پيرامون خودكشي، مي‌تواند نوعي درخواست كمك و آخرين نشانه در پيشروي به سوي خودكشي قلمداد شود، به طوري كه از نظر "اشنايدمن" ، از هر ده نفر اقدام كننده به خودكشي، 8 نفر قبل از كشتن خود، هشدار روشني مبني بر قصد خود ابراز مي‌كنند.**

**4-اقدام به خودكشي
اقدام به خودكشي عملي عمدي، محسوب و به منظور خاتمه بخشيدن به زندگي خود تعريف مي‌شود كه منجر به مرگ نشده است. اين اصطلاح زماني به کار برده مي‌شود كه اقدام به خودكشي انجام مي‌گيرد، اما منجر به مرگ نمي‌شود و معمولاً توصيف كننده‌ي كساني است كه در كشتن خود مطمئن نبوده و نسبت به آن ترديد دارند. اقدام به خودكشي بيشتر به منظور رسيدن به هدفي خاص انجام مي‌شود. بنابراين ممكن است اين افراد زمينه را به گونه‌اي فراهم سازند كه نجات يابند، هرچند در برخي موارد ممكن است فرياد رسي وجود نداشته باشد. در همين زمينه "كسلر" (2006) معتقد است، در ارزيابي رفتارهاي خودكشي گرايانه تمايز ميان اين كه در ارتكاب به رفتار خطرناك و تهديد كننده، هدف فرد، مردن مي‌باشد يا نه، بسيار ضروري است. افرادي كه واقعاً نيت مردن دارند، در اقدامات مرگ آورتري از "خود جراحتي" درگير مي شوند و به احتمال بيشتري خواهند مرد، در حالي كه اقدام كنندگان، احتمال بيشتري دارد كه از مرگ ناشي از آن رهايي يابند. هر چند تمايل واقعي فرد اقدام كننده به مرگ هميشه صفر نيست و ممكن است همواره سطوحي از آرزوي خاتمه دادن به زندگي اش را تجربه کند.
اين واقعيت كه افرادي كه اقدام به خودكشي مي‌کنند، بيشتر از شيوه‌هاي كم خطرتر براي آسيب به خود استفاده مي‌كنند، شواهدي است مبني بر اين كه آنان واقعاً قصد كشتن خود را ندارند و يا اغلب مبتلا به اختلالات رواني بوده و قضاوت و شناخت آن‌ها دچار مشكل شده است. اين افراد عمدتاً در سنين نوجواني و ابتداي جواني هستند و انگيزه‌ي اصلي آن‌ها تغيير در موقعيت است. با توجه به اين امر و نيز اين كه در حدود نيمي از افرادي كه دست به خودكشي مي‌زنند حداقل يك اقدام به خودكشي قبلي داشته‌اند، مي توان چنين نتيجه گرفت كه اقدام به خودكشي، مشكل جدي رواني و در عين حال مشكلي است كه تأثيرات عميق اجتماعي و خانوادگي داشته و خطر خودكشي كامل (موفق) را بالا مي‌برد.
برخي از پژوهشگران اقدام به خودكشي را شامل هر نوع رفتار خودجراحتي يا غفلت از حفظ جان، صرف نظر از اين كه هدف شخص مرگ باشد يا نه، تعريف كرده‌اند؛ درحالي كه برخي ديگر چارچوبي براي تمايز، ميان داشتن يا نداشتن قصد مردن و همچنين استفاده از ابزار مهلك در تفكيك مرگ از خودكشي در نظر گرفته‌اند. همچنين تصميم براي اقدام به خودكشي ممكن است تكانشي و بدون انديشيدن قبلي بوده يا نتيجه‌ي نشخوار ذهني طولاني باشد.**

**5-خودكشي كامل
خودكشي كامل يا خودکشي موفق، به معني عمل كشتن خويش و پايان دادن موفق به زندگي است. خودكشي كامل در سنين زير 12 سال بسيار نادر است. كودك خردسال از طرح‌ ريزي واقع گرايانه خودكشي و انجام آن ناتوان است. به نظر مي‌رسد ناپختگي شناختي، نقش محافظتي در مقابل خودكشي كودكاني دارد كه آرزوي مرگ مي کنند.
شواهد تحقيقي نشان مي‌دهند كه بيش از 90 درصد كساني كه ارتكاب به خودكشي موفقيت آميز داشته‌اند، هنگام مرگ داراي يك اختلال رواني يا سوء مصرف مواد مي باشند.همچنين به نظر مي‌رسد دسترسي به وسايل متفاوت خودكشي با توجه به ميزان مهلك بودن آن‌ها مي‌تواند نقش تعيين‌كننده‌اي در خودكشي موفقيت آميز داشته باشد.
سايرعوامل مرتبط با خودكشي موفق عبارتند از:
تنها زندگي كردن، مصرف داروهاي روان گردان، دستگيري به خاطر سوء مصرف دارو و الكل. اين يافته‌ها با عوامل خطر شناخته شده براي خودكشي نيز همسو هستند (سازمان جهاني بهداشت، 2000). با اين همه حتي در خودكشي‌هاي موفق ممكن است اقدام به اعمال خطرناك واقعاً به قصد مرگ نباشد.**

**6-ميثاق خودكشي
ميثاق خودكشي، به معني عهد و پيماني است كه دو يا چند نفر با هم مي‌بندند تا در يك زمان و در يك مكان به زندگي خويش خاتمه دهند. اين نوع پيمان‌هاي خودكشي نادر هستند. اما گاهي به دليل نزديكي عاطفي افراد، عشق‌هاي افسانه‌اي (مانند وجود موانع و مخالفت در وصال دختر و پسر جواني كه به شدت دلباخته‌ي يكديگرند) يا مرام و مسلكي (خودكشي‌هاي آرماني و عقيدتي كه نمونه‌هايي از آن در آلمان، روسيه و اسپانيا در گذشته ديده شده) و يا در نتيجه‌ي عدم دست‌يابي به خواسته‌هاي خويش، همچنين هنگامي كه حيثيت يا آبروي فرد در معرض خطر است؛ ديده مي‌شود.**

**7- خودكشي‌هاي تقليدي
تمايل نوجوانان آشفته، به تقليد از خودكشي‌هاي مشهور "سندرم ورتر" ناميده شده است. اين مفهوم از نام قهرمان داستان "رنج‌هاي ورتر جوان" اثر "گوته" گرفته شده است كه در آن قهرمان داستان خودكشي مي‌كند. تقليد ممكن است نقشي در زمان اقدام به خودكشي در نوجوانان آسيب پذير داشته باشد، اما به نظر نمي‌رسد ميزان خودكشي با مواجهه بيشتر با اخبار خودكشي در رسانه‌ها افزايش يابد.**

**8- خودكشي گروهي:
خودكشي گروهي شامل كشتن دسته جمعي خويشتن است كه اغلب در برهه‌اي از زمان و منطقه‌اي محدود انجام مي‌شود. همان گونه كه در تعريف پيمان خودكشي آمد، گاهي دو نفر يا تعداد بيشتري، به دلايلي تصميم مي‌گيرند كه به شكل گروهي و همزمان به زندگي خود خاتمه دهند. مثلاً بيش از 900 نفر از پيروان "آيين جيم جونز" در سال 1978 خودكشي دسته جمعي کردند. خودكشي‌هاي دسته جمعي و گروهي كمتر از يک درصد تمام خودكشي‌هاي گزارش شده را شامل مي‌شوند.**

**نگرش های نادرست  و واقعيت‌ها درباره‌ي خودكشي:**

**نبود دانش كافي درباره‌ي رفتارهاي خودكشي گرايانه، اشتباهات بسياري را در مورد خودكشي به وجود آورده است.**

**هشدارها و تصورات نادرست درباره خودکشی:**

**1-افرادي كه درباره‌ي خودكشي صحبت مي‌كنند، به آن اقدام نمي‌كنند"، در حالي كه نتايج پژوهش‌ها حاكي از آن است كه بيش از سه چهارم كساني كه به زندگي خود پايان مي‌دهند، قبل از ارتكاب، در خصوص برنامه يا نقشه‌ي خود، چه به عنوان فرياد كمك خواهي و چه با گوشه و كنايه صحبت كرده‌اند. به عنوان مثال، ممكن است هشدار فرد در اين زمينه با گفتن جملاتي مانند: جهان بدون او بهتر خواهد بود، يا زندگي ارزش زيستن ندارد، بروز داده شود.**

**2-تنها افراد يك طبقه‌ي خاص خودكشي مي‌كنند"، واقعيت اين است كه افراد با هر پايگاه اقتصادي – اجتماعي در معرض خطر خودكشي قرار دارند.**

**3-عضويت در گروه مذهبي خاصي، پيش‌بيني كننده براي ممانعت از اقدام به خودكشي است"،اين تصور اشتباه است. حتي ممنوعيت شديد كاتوليك‌ها براي خودكشي مانع از آن نمي‌شود كه آن‌ها كمتر اقدام به خودكشي نمايند. گرچه افرادي كه پايبندي به باورهاي مذهبي خاصي ندارند، بيشتر در معرض اقدام به خودكشي هستند.**

**4-تمام افرادي كه دست به خودكشي مي‌زنند الزاماً افسرده هستند"، اين باور به وسيله‌ي شواهد تجربي حمايت نشده است. بنابراين نبايد فقدان علايم افسردگي در فرد منجر به غفلت از خطر خودكشي در وي شود.**

**5-علت اصلي اقدام به خودكشي روان پريشي است"، در حالي كه مطالعات نشان داده‌اند بسياري از افرادي كه رفتار خودكشي گرايانه دارند، همچنان تماس خود با واقعيت را حفظ کرده‌اند.**

**6-بهبودي حالت‌هاي خلقي، احتمال خودكشي را كاهش مي‌دهد"، در حالي كه احتمال خطر خودكشي در افراد بهبود يافته، به ويژه افراد افسرده پس از بهبودي، نه تنها كاهش نمي‌يابد، بلكه به دليل افزايش انرژي، توانايي در اجراي نقشه‌هاي خودكشي نيز بالا مي‌رود.**

**7-افراد خودكشي گرا واقعا خواهان مرگ هستند"، اين مفهوم نيز اسطوره است. همان گونه كه "اشنايدمن" نيزبيان کرده است، اقدام كنندگان به خودكشي، درباره‌ي مرگ خود اغلب احساس دوگانه‌اي دارند. همچنين بسياري از افرادي كه بحران خودكشي را پشت سر گذاشته‌اند از اين كه زنده مانده‌اند، خوشحال و سپاسگزارند.**

**8-افكار خودكشي گرايانه فراواني اندكي دارند"، مطالعات مختلف خط بطلان بر چنين ادعايي كشيده است. اين مطالعات روشن نموده‌اند كه انديشه‌هاي خودكشي گرايانه هم در ميان جمعيت‌هاي باليني و هم در ميان جمعيت‌هاي غيرباليني، فراواني قابل توجهي مي‌توانند داشته باشند.**

**9-پرسش از افراد درباره‌ي افكار يا نقشه‌هاي خودكشي خطرناك بوده و بايد از آن اجتناب کرد"،اين عقيده نيز اشتباه است و در تمامي موارد افكار، طرح‌ها يا نقشه هاي خودكشي در افراد بايد به شكل دقيق، اما با در نظر داشتن فنون ارزيابي و مواجهه بررسي شود.**

**10- همه‌ي افرادي كه با وسايل ساده و كم خطرتر اقدام به خودكشي مي‌نمايند در مورد كشتن خود جدي نيستند"، در حالي كه بعضي از افراد ممكن است درباره‌ي آناتومي بدن و ميزان مورد نياز مصرف قرص، سم و ... اطلاعات كافي نداشته باشند. بنابراين لازم است تمامي نشانگرها و نشانگان، جدي گرفته شوند.**

**11-وقوع خودكشي تنها منحصر به جمعيت‌هاي باليني يا افراد داراي مشكلات روان شناختي شديد است"، هرچند در اغلب موارد اين وضعيت مصداق دارد، اما نسبت قابل قبولي از افرادي كه اقدام به خودكشي موفقيت آميز داشته‌اند، از تشخيص روانپزشكي برخوردار نبوده‌اند.**

**12-فرد خودكشي گرا براي هميشه مستعد خودكشي خواهد بود"، واقعيت اين است كه گرايش فرد خودكشي گرا به مرگ هميشگي نيست، بلكه در دوره‌ي زماني محدودي اين تمايل ممكن است ادامه يابد. هر چند احتمال برگشت اين افكار وجود دارد، اما در هر صورت وقوع آن‌ها دوره‌اي است.**

**13-تهديد به خودكشي در جوانان جدي نيست"، در حالي كه خطر خودكشي در مورد جوانان نيز كاملاً جدي و نيازمند مداخلات تخصصي است. بنابراين هرگز نبايد تصور کرد كه اين تهديدات، امري طبيعي براي گروه سني خاص است و به آن‌ها جامه‌ي عمل پوشانده نمي‌شود.**

**14-اشخاصي كه اقدام به خودكشي داشته و از آن جان سالم به‌در برده‌اند بسيار خطرناك اند"،هر چند اقدام گذشته به خودكشي بزرگترين پيش‌بيني‌ كننده‌ي اقدام‌هاي بعدي است و چنين افرادي در معرض خطر بيشتر براي خودكشي قرار دارند، اما اين مساله به معناي قطعيت خودكشي در آن‌ها نيست.**

**15-وقتي فردي تصميم جدي براي خاتمه بخشيدن به زندگي‌اش بگيرد، منصرف کردن او ناممكن است"، در حالي كه شواهد نشان مي‌دهد حمايت‌هاي مناسب، داروها و روان‌درماني‌ها، مي‌توانند با كمك به خروج فرد از دوره‌ي محدود اين بحران، مؤثر باشند.**

**16-در تمامي موارد، خودكشي به شكل تكانشي و ناگهاني رخ مي‌دهد"، هر چند در برخي بيماري‌ها مانند اختلال شخصيت مرزي، اين وضعيت به چشم مي‌خورد، در بيشتر خودكشي‌ها، هشدارهاي قبلي و نقشه كشي براي از ميان بردن خود وجود دارد و مي‌توان خطر خودكشي را پيش بيني و از آن پيشگيري به عمل آورد.**

**17-فردي كه اقدام به خودكشي مي‌كند، چنانچه با مداخله‌ي شخصي ديگر روبرو شود كه قصد دارد وي را منصرف سازد، عصباني شده و مقاومت مي‌كند"، واقعيت اين است كه اگر چه ممكن است افراد خودكشي گرا در مرحله اول از پذيرش كمك امتناع نموده و در مقابل هر نوع مداخله‌اي از خود مقاومت نشان دهند، در نهايت اغلب آن‌ها آمادگي خود را براي گرفتن كمك‌هاي حرفه‌اي يا غيرحرفه‌اي نشان داده و سرانجام نيز ممكن است قدرداني خود را از اين حمايت‌ها ابراز كنند.**

**18-خودكشي در خانواده‌ها به شكل ارثي روي مي‌دهد"، اين افسانه نيز حقيقت ندارد، چرا كه خودكشي الگويي فردي است كه مي‌تواند چند وجهي باشد (يعني تحت تأثير عوامل مختلف و نه فقط ارث و خصوصيات خانوادگي رخ دهد.**

**ويژگي‌هاي خودكشي**

**"اشنايدمن" (1998) ده مورد از ويژگي‌هاي خودكشي را به شرح زير خلاصه کرده است:
1- شايع‌ترين انگيزه‌ي خودكشي جست‌وجوي راه حل است. ممكن است فرد باور داشته باشد خودكشي مي‌تواند راه حلي براي يك مشكل غيرقابل حل باشد.
2-هدف معمول خودكشي وقفه و قطع هشياري است، منظور از هشياري آگاه بودن به درد رواني پايداري است كه فرد در حال تجربه‌ي آن است و به نظر او خودكشي راهي براي پايان بخشيدن به افكار و احساسات هوشيارانه‌ي دردناك و مخرب است.
3- رايج‌ترين محرك در خودكشي، درد روان‌شناختي غيرقابل تحمل است. افسردگي، نوميدي، احساس گناه، شرم و ديگر هيجانات منفي معمولاً از عوامل اصلي برانگيزاننده‌ي خودكشي به شمار مي‌روند.
4-اساسي‌ترين عامل فشارزا در خودكشي نيازهاي رواني ناكام شده است. ناتواني فرد در رسيدن به معيارها يا انتظارات بالا، ممكن است منجر به احساس ناكامي، شكست و بي‌ارزشي شود. هنگامي كه پيشروي به سوي اهداف متوقف مي‌شود، برخي افراد نسبت به خودكشي آسيب‌پذير مي‌شوند.
5-عمده‌ترين هيجان در خودكشي نااميدي – درماندگي است. بدبيني نسبت به آينده و اين باور كه هيچ چيزي نمي‌تواند موقعيت زندگي شخص را بهبود بخشد، ممكن است شخص را به سوي خودكشي سوق دهد.
6- عمده‌ترين حالت شناختي در خودكشي، دوسوگرايي است، هرچند ممكن است شخص براي پايان بخشيدن به زندگي‌اش قوياً برانگيخته شود، اما معمولاً ميل به زندگي نيز (با درجه‌هاي متفاوت) وجود دارد.
7- شايع‌ترين حالت ادراكي در خودكشي احساس بن‌بست است كه مشخصه‌ي آن ديد بسته و محدود است. به نظر مي‌رسد افرادي كه قصد خودكشي دارند، ناتوان از در نظر گرفتن ساير گزينه‌ها يا انتخاب‌ها هستند و كل‌نگري را از دست مي‌دهند، بنابراين مرگ در ديد آن‌ها يگانه راه فرار است.
8- شايع‌ترين عمل در خودكشي خروج از مخمصه است. خودكشي به قصد گريز يا خروج از يك موقعيت غيرقابل تحمل انجام مي‌گيرد.
9- عمل بين فردي مرسوم در خودكشي، بيان و ابراز (كلامي يا غير كلامي) قصد خودكشي است.حداقل در 80 درصد از خودكشي‌ها اشخاص به وسيله‌ي نشانه‌هاي كلامي يا غيركلامي قصدشان را بيان مي‌کنند.
10- همساني معمول در خودكشي، دشواري آن دسته الگوهاي مقابله‌اي مداوم و دراز مدت فرد در طول زندگي است كه براي مقابله با بحران‌ها، به شكل الگوهاي مشابه تكرارشونده، در سراسر زندگي فرد مورد استفاده قرار مي‌گيرند. تعدادي از اين الگوها ممكن است شخص را مستعد خودكشي كنند.**

**از نظر "اشنايدمن" ده مورد فوق خصوصيات مشترك خودكشي است، كه در 95 درصد خودكشي‌ها وجود دارد. او همچنين در يكي از معروف‌ترين تحقيقاتش درباره‌ي خودكشي بيان مي‌كند:«خودكشي عمدتاً يك درام ذهني است». همچنين معتقد است كه خودكشي عملي است كه به وسيله‌ي دو عامل اصلي، يعني درد روان شناختي و گسستگي (نيازهاي روان‌شناختي تحريف شده) برانگيخته مي‌شود.
\*\*همه گيرشناسي خودكشي**

**يكي از مهم‌ترين نكته‌هايي كه هنگام بررسي آمارهاي مربوط به خودكشي بايد به آن توجه کرد، اين است كه در اغلب كشورهاي جهان، زماني يك مرگ به عنوان خودكشي ثبت مي‌شود كه بتوان براي آن علل طبيعي مرگ، حادثه يا قتل را رد کرد و يا يادداشتي مبني بر انجام عمل خودكشي از طرف فرد متوفي به دست آورد. بنابراين، ممكن است برخي از موارد خودكشي به علت عدم امكان رد ساير دلايل مرگ (و به‌ويژه حادثه)، تحت عنوان مرگ‌هاي مربوط به حوادث ثبت شوند. از همين رو آمارهاي مربوط به خودكشي در اغلب كشورهاي جهان كمتر از مقدار واقعي گزارش مي‌شوند.
بر اساس پژوهش‌ها هر ساله يك پنجم نوجوانان در ايالات متحده آمريكا در دسته‌ي خودكشي گرايي قرار مي‌گيرند. 5 تا 8 درصد نوجوانان اقدام به خودكشي دارند و حدود يك ميليون از نوجوانان به خاطر اقدامات خودكشي، تحت مراقبت‌هاي پزشكي قرار مي‌گيرند.
در مورد ميزان خودكشي در آسيا، داده‌هاي موجود حاكي از آن است كه مرگ ناشي از خودكشي در آسيا بيشترين آمار را در مقايسه با ساير كشورهاي جهان دارد (بيوترايي، 2006).
همچنين در ايران نيز، بر اساس آمار ارائه شده به سازمان پزشكي قانوني كشور در سال 1380، ميزان خودكشي مردان و زنان در كل كشور به ترتيب 7/5 و 1/3 در يك‌صد هزار نفر مي‌باشد.**

**\*\*نشانگرهاي خودكشي**

**به عقيده‌ي "اشنايدمن" (1950) خودكشي داراي نشانگرهايي است كه هرچند ممكن است قابل مشاهده نباشند، اما به عنوان رويدادهاي پيش از وقوع خودكشي حائز اهميت بوده و با شناخت و ارزيابي دقيق آن‌ها مي‌توان خطر رفتارهاي خودكشي گرايانه را كاهش داد. اين نشانگرها شاملنشانگرهاي كلامي و نشانگرهاي رفتاري است.**

**نشانگرهاي كلامي: اين نشانگرها شامل اظهارات شفاهي است كه مي‌تواند به شكل مستقيم يا غيرمستقيم، بيان كننده‌ي تمايل به مرگ باشد.
برخي از اين جملات عبارتند از:
"سال ديگر اينجا نخواهم بود".
"اين آخرين باري است كه تو را ملاقات مي‌كنم".
"زندگي ارزش زيستن را ندارد".
"كاش پس از خوابيدن هرگز بيدار نمي‌شدم" و....

نشانگرهاي رفتاري: رفتارهايي که مي‌تواند نشانه‌هايي دال بر خطر خودکشي باشند، شامل موارد زيرمي‌شوند:
• بي تفاوتي نسبت به ظاهر و لباس
• تغيير ناگهاني وزن
• فرار از خانه
• رفتارهاي مخاطره‌آميز و فاقد دقت
• سانحه پذيري
• تغييرات ناگهاني و شديد در شخصيت و خلق
• علائم آشكار بيماري رواني (مانند توهم
• تغيير الگوي خواب
• رفتار خودزني يا هر نوع رفتار خود آسيبي ديگر
• شادي ناگهاني پس از يك دوره‌ي غمگيني طولاني
• اهداي اموال ارزشمند خود به ديگران**

**به عقيده‌ي "اشنايدمن"، مهم‌ترين نتيجه‌ي انقلاب پيشگيري روان شناختي خودكشي، كه از دهه‌ي 1950 آغاز شد، بر مبناي يافتن همين نشانگرها بوده است.
همچنين يافته‌هاي پژوهش‌ها به مجموعه‌اي از علائم هشداردهنده در خودكشي اشاره کرده‌اند.**

**\*\*علايم هشداردهنده در خودكشي**

**در مورد بزرگسالان:
• افسردگي (بيماران افسرده بالاترين ميزان خودكشي جهان را دارا هستند.
• بهبود ناگهاني بيمار افسرده (چرا که اين بهبود ممكن است واقعي نبوده و ناشي از تصميم‌گيري سريع و قاطع جهت خودكشي باشد.
• اختلال‌هاي شخصيت، به خصوص "اختلال شخصيت ضد اجتماعي" و "اختلال شخصيت مرزي".
• بحث مداوم پيرامون مرگ، خودكشي يا سؤال درباره‌ي دوزهاي مرگ‌آور داروها، ارتفاع طبقات ساختمان، ميزان خونريزي منجر به مرگ و نظاير آن.
• نگهداري يا جمع‌آوري ابزاري مانند طناب، چاقو، تيغ، قرص، ميل بافتني و ...
• دردهاي روان‌شناختي شديد مانند نااميدي، حس درماندگي، انزوا، وحشت و هراس و كابوس‌هاي وحشتناك.
• بيماري‌هاي جسماني دردناك و ناتوان كننده مانند "اسكلروزمولتيپل" يا بيماري‌هاي مزمن ديگري كه سير تخريب كننده داشته و منجر به تحليل توانايي‌هاي افراد خصوصاً سالمندان مي‌شوند (25 تا 75 درصد قربانيان خودكشي دچار بيماري جسمي مهمي بوده‌اند.
• قطع ناگهاني داروهاي افسردگي، كاهش شديد ميزان ارتباط فرد با محيط و اطرافيان و كناره‌گيري شديد از جمع، درخواست تجويز بيش از حد دارو يا تكرار بيش از حد نسخه‌ي دارويي به ويژه شامل داروهاي خطرناك مانند "فنوباربيتال" و ضد افسردگي‌هاي چندحلقه‌اي، الكليسم و وابستگي دارويي (در 25 درصد كل خودكشي‌هايي كه در آمريكا رخ مي‌دهد، الكليسم مطرح است.
• بدشكلي يا احساس زشتي صورت و اندام‌ها به خصوص در زنان
• شكست‌هاي پي درپي مالي، ورشكستگي‌ها و ديگر استرس‌هاي شديد شغلي
• فقدان اخير افراد مورد علاقه شامل فوت، طرد يا دوري
• در معرض خشونت، زنا و تجاوز به عنف قرار گرفتن**

**در مورد كودكان و نوجوانان:
• افت شديد در عملكرد تحصيلي و پيشرفت درسي
• از دست دادن اخير پدر يا مادر ناشي از مرگ، طلاق يا جدايي
• ميزان بالاي بيماري‌هاي روانپزشكي والدين و در نتيجه فقدان حمايت عاطفي و جسمي لازم
• بخشيدن لوازم پرارزش خود به ديگران، به شكل مداوم و بدون دليل
• مورد سوء استفاده جنسي يا جسمي قرار گرفتن اخير
• افزايش شديد زودرنجي و تحريك پذيري
• بيماري‌هاي جسماني مانند صرع لوب فرونتال، سرطان
• اقدام به خودكشي در دوستان، همتايان يا افراد نزديك (زيرا كودكان و نوجوانان مستعد همانند سازي، تلقين بيشتر و خودكشي‌هاي تقليدي هستند.
• سرزنش شدن شديد نوجوان توسط والدين يا نزديكان و در نتيجه پيدايش احساس حقارت شديد.
عوامل خطرآفرين خودكشي**

**با توجه به اين‌كه مداخلات پيشگيرانه و درماني رفتارهاي خودكشي گرايانه مبني بر كاهش عوامل خطرآفرين و افزايش عوامل محافظت كننده مي‌باشند،عوامل و موقعيت‌هاي خطرآفرين كه وجود آن‌ها احتمال بروز خودكشي را افزايش مي‌دهند، در اين قسمت ارائه مي‌شود.
شناخت عوامل خطر مي‌تواند اين باور غلط را از بين ببرد كه خودكشي يك عمل تصادفي و يا تنها نتيجه‌ي افزايش فشار رواني است.**

**\*\*عوامل فرهنگي، اجتماعي و اقتصادي:
هر چند خودكشي منحصر به وضعيت اقتصادي اجتماعي خاصي نيست، تحصيلات پايين، بي كاري و در نتيجه وضعيت پايين اجتماعي و اقتصادي و نيز مسائل خاص فرهنگي ممكن است يك عامل خطر در خودكشي باشند. به گفته‌ي "روي" (2004) خودكشي اختصاصاً در ميان روان‌پزشكان، پزشكان، وكلا، روانشناسان و به خصوص از جنس زن رايج‌تر است. همچنين مأموران مجري قانون، موسيقي‌دانان و آهنگ‌سازان و دندان‌پزشكان نيز در معرض خطر بالايي هستند.
مطالعات جديد دال بر اين است كه وضعيت اقتصادي اجتماعي پايين تأثير بسيار كوچكي در اين زمينه دارد، در حالي كه مشكلات شغلي تأثير بيشتري را ايفا مي‌كنند.**

**\*\*الگوهاي خانوادگي و رويدادهاي منفي زندگي:
تاريخچه‌اي از رفتارهاي خودكشي گرايانه در خانواده، خطر خودكشي موفق را به شدت افزايش داده و عامل خطر مهمي در اقدام به خودكشي به شمار مي‌رود. ديگر عوامل خطر شامل سبك خانوادگي، رويدادهاي زندگي، وجود آسيب شناختي رواني در خانواده، طلاق، رويدادهاي فشارزاي منفي مانند از دست دادن و فقدان، سوء استفاده‌ي جسمي و جنسي مي‌باشند.**

**\*\*اختلالات روانپزشكي:
مطالعات انجام شده دال بر آن است كه تشخيص‌هاي روانپزشكي، از بزرگترين عوامل خطر در رفتارهاي خودكشي گرايانه است، به طوري كه بيش از 90 درصد خودكشي‌ها، يك تشخيص روانپزشكي دارند. در اين ميان اختلالات خلقي و عمدتاً افسردگي اساسي و اختلال دوقطبي با بيش از 60 درصد خودكشي‌ها در ارتباط است. اختلالات ديگر شامل اختلالات اضطرابي، سوء مصرف الكل و مواد و اختلالات روان پريشي مي‌شوند.
در مطالعه‌ي گلدستون ريبوسين و دانيل (2006) مشخص شد، بيشترين سهم تأثيرپذيري در عوامل خطر خودكشي، مربوط به متغيرهايي مي‌شود كه با اضطراب و افسردگي پيوند خورده‌اند. همچنين در بسياري از مطالعات بر اختلالات افسردگي به عنوان شايع‌ترين اختلالات در نوجوانان قرباني خودكشي، صحه گذاشته شده است.**

**\*\*سابقه‌ي اقدام به خودكشي:
يكي ديگر از عوامل خطرآفرين كه مهم‌ترين پيش‌بيني كننده‌ي رفتارهاي خودكشي بعدي نيز به شمار مي‌رود، سابقه‌ي اقدام به خودكشي است. بر اساس پژوهش‌ها، 50 درصد كساني كه خودكشي مي‌کنند، حداقل يك بار اقدام به خودكشي داشته‌اند.**

**جنس، سن، وضعيت تأهل:
زنان 4 برابر بيش از مردان خودكشي مي‌كنند، در حالي كه مردان 4 بار بيشتر از زنان خودكشي موفق و كامل دارند. مطالعات ديگر، دال بر اين است كه افكار خودكشي در زنان و دختران بيشتر است.
در مورد سن، تحقيقات كشورهاي مختلف دامنه‌ي سني متفاوتي را گزارش کرده‌اند، هر چند تقريباً همگي آن‌ها بر سن جواني و اوايل ميان‌سالي براي افكار و اقدامات خودكشي تأكيد داشته‌اند. همچنين شواهد تحقيقي نشان داده‌اند، خطر خودكشي موفق با افزايش سن بالا مي‌رود. خودكشي در افراد مطلقه، بيوه و جدا شده و مجرد، به مراتب بيش از متأهلين است.**

**\*\*بيماري‌هاي جسمي:
كالبد شكافي‌ها بيانگر آن است كه در 25 تا 75 درصد قربانيان خودكشي، بيماري جسمي وجود دارد. "بيماري" يا "تصور بيماري"، در درصد قابل توجهي از اقدام كنندگان به خودكشي مشاهده مي‌شود.**

**\*\*عوامل روانشناختي:
برخي از عوامل خطر روان‌شناختي در خودكشي، شامل موارد زير مي‌شوند:
- نوميدي با ديدگاه منفي نسبت به آينده: به عنوان يك خصوصيت شناختي، با افكار و اقدامات خودكشي در جمعيت‌هاي مراجعه كننده به درمانگاه‌هاي بزرگسالان و كودكان ديده مي‌شود. به گفته‌ي "رود"، "جوينر" و "رجب" (2001) با فروكش شدن نوميدي، قصد مردن نيز كاهش مي‌يابد و شواهد حاكي از اين است كه نوميدي نسبت به افسردگي شاخص بهتري براي پيش‌بيني افكار و تمايلات خودكشي در اقدام كنندگان به خودكشي است.
- ناتواني در تنظيم هيجانات: به نظر مي‌رسد، افراد داراي گرايشات خودكشي قادر نيستند پاسخ‌هاي عاطفي يا تجارب دردناك هيجاني خود را تعديل كنند.
- تفكر غيرمنطقي و تحريفات شناختي: گروهي از محققين، معتقدند ديدگاه منفي به خود، دنيا و آينده در شخص خودكشي‌گرا، مشابه با فرد افسرده وجود دارد. بنابراين چنين افرادي داراي يك آمادگي شناختي براي آسيب‌پذيري به خودكشي هستند.
- حل مسائل بين فردي: بيشتر تحقيقات در مورد عوامل شناختي خطرساز خودكشي بر ضعف مهارت‌هاي حل مسأله در اقدام‌كنندگان به خودكشي تمركز دارند. بر اين مبنا كودكان، نوجوانان و بزرگسالان داراي تمايلات خودكشي، در زمينه‌ي مسأله‌گشايي ضعيف هستند. هنگامي كه مسائل جنبه‌ي فردي بيشتري پيدا مي‌كنند، اين ضعف آن‌ها آشكارتر مي‌شود.
- كمال گرايي: افراد كمال‌گرا تا اندازه‌ي زيادي، نگران ارتكاب به اشتباه در كارهايشان هستند، در نتيجه آن‌ها در مقابل تجربيات شكست، آسيب‌پذير مي‌شوند و اين باعث فعال شدن نيروي بالقوه‌ي آنان براي دست زدن به خودكشي مي‌شود.
- سبك اسنادي: تحقيقات نشان داده‌اند كه احتمال بيشتري وجود دارد كه افراد افسرده نسبت به افراد غيرافسرده علت وقايع منفي را به عوامل دروني، پايا و كلي نسبت دهند. آن‌ها بيشتر وقايع مثبت را به علل بيروني، ناپايدار و خالص نسبت مي‌دهند. اين سبك اسنادي درافراد خودكشي‌گرا نيز مشاهده شده است.**

**در مجموع مي‌توان گفت با اين كه رفتارهاي خودكشي‌گرايانه از مشكلات جدي در بهداشت عمومي هستند (برك ، هرنيگس ، وارمان و بك، 2004) و به شكل مشكلي بسيار پيچيده در عرصه‌ي خدمات بهداشت روان درآمده‌اند (ويليامز، داگان، كارف، فانل، 2006) مداخلات سودمند در چنين جمعيت‌هايي اندك هستند (برك، هرنيگس، وارمان و بك، 2004) و در بسياري از شكل‌هاي درماني معرفي شده كه مورد ارزيابي قرار گرفته‌اند، نتايج به شدت متناقض و پيچيده‌اي به دست آمده است (ويليامز، داگان، كارف، نانل، 2006). در اين زمينه "لي نارس" ، (2006) با اشاره بر مأيوس كننده بودن بيشتر مداخلات خودكشي و پس از بررسي متون پژوهشي مرتبط اذعان کرده است كه همچنان اين سؤال پژوهشي مناقشه آميز باقي است كه آيا روان درماني، ثمربخشي قابل قبول و معناداري براي بيماران خودكشي‌گرا مي‌تواند داشته باشد؟**

**........................................................................................................................**

**چکیده مطالب :**

**\*خودکشی اقدامی است که اغلب جوامع آن را منع می کنند.**

**\*در بین تمامی گروه های سنی، خودکشی چندمین علت مرگ و میر در جهان است .**

**\*\*در بین گروه سنی 24-15 علت اول مرگ و میر ناشی از چیست؟خودکشی و اقدام به خودکشی یکی از رفتارهای ضد اجتماعی و یک آسیب اجتماعی به شمار می آیدنرخ خودکشی در هر صد هزار نفر در ایران چقدر است؟**

**\*خودکشی هر نوع مرگی که مستقیم یا غیر مستقیم از عمل مثبت یا منفی حاصل گردد که از نتیجه ی اقدام خود آگاه باشد،**

**\* علل اساسی خودکشی عبارتند از: 1-اختلال روانپزشکی 2- عوامل روانی3- عوامل اجتماعی**

**\*ضرورت آشنایی مددکاران اجتماعی با خودکشی عبارتند از: 1-مواجه شدن با افراد دارای افکار خودکشی در بیمارستان2- مواجه شدن با بیماران دارای سوابق اقدام به خودکشی در بیمارستان های مختلف مثل سوختگی و مسمومیت**

**\* دورکیم :خودکشی هر نوع مرگی که مستقیم یا غیر مستقیم از عمل مثبت یا منفی حاصل گردد که از نتیجه ی اقدام خود آگاه باشد.**

**\* انجمن روان شناسان آمریکا(APA) خودکشی را اینطور تعریف نموده است که خودکشی مرگ خودخواسته است، اگر شواهد آشکار یا تلویحی مبنی بر آن که فرد قصد مردن داشته است پیدا شود.**

**\* خودکشی از ترکیب واژه های انگلیسی(SUI) به معنی. خود، و (CIDE) به معنی . کشتن.. تشکیل شده است.**

**\* خودکشی در لغت نامه دهخدا به معنای،انتحار وکار زیاد و کوشش بسیارمی باشد.**

**\*آدلر:خودکشی حرکت حیوانی شدید است که در برابر اعتراضات، ازفرد بروز می کند .**

**\*طیف های مختلف خودکشی عبارتند از:1- افکار خودکشی2- اقدام به خودکشی3- مرگ ناشی از خودکشی**

**\*ارسطو، اظهار می دارد که به خودکشی به منظور فداکاری اگر خواهانی را خودکشی محسوب نمی کند و خودکشی را عملی برای معدوم ساختن فرد توسط خودش می داند که به منظور نمی باشد.**

**\* خودکشی :عملی است غیر کشنده که در آن شخص عمدا و بدون مداخله دیگران رفتاری غیر عادی را انجام می دهد که منجر به خود آس عملی است غیر کشنده که در آن شخص عمدا و بدون مداخله دیگران رفتاری غیر عادی را انجام می دهد که منجر به خود آسیب زنی یا خوردن غیر عادی یک ماده به میزان بیشتر از مقدار تجویز شده می شود.**

**\* شرایط موقتی هستند که به طور ناگهانی یا تدریجی به وجود آمده و فرد و خانواده و یا جامعه را برای انجام وظایف خود با مشکل مواجه ساخته و خروج از آن شرایط، نیازمند به مداخله به موقع می باشد.**

**\* بحران بلوغ ، بحرانی که شناخته شده است و قابل پیپش بینی هست .**

**\* خصوصیات بحران عبارتند از: 1-بحران یک وضعیت اضطراری و آنی است تا یک حالت مزمن 2- موجب تغییر رفتار می شود و آثار آسیب شناختی دارد مثل یاس عذر تراشی و فرار از مسئولیت3- در ارگانیسم بدن اختلال ایجاد می کند و موجب خستگی و تشویش می شود.**

**\* انواع بحران ها را عبارتند از : 1-بحران ناشی از حوادث و سوانح طبیعی2- بحران های اجتماعی وفرهنگی3- بحران اقتصادی وامنیتی**

**\* مهاجرت های بی رویه، آشوب های اجتماعی، خشونت در محیط کار، اعتیاد و فساد مالی جزء بحران ها بحران اجتماعی و فرهنگی قرار می گیرند.**

**\* کاهش ارزش پولی، کاهش ارزش سهام در بورس، اختلال ورشکستگی، افزایش غیر مترقبه هزینه ها جزء بحران اقتصادی و مالی می باشند.**

**\* مداخله در بحران به سلسله اقدامات تخصصی اطلاق می شوند که افراد و خانواده ها و گروه ها را در استفاده از مکانیسم های تطابقی حل بحران یاری می کند تا بتوانند برای حل موفقیت آمیز بحران، توانایی و مهارت سازگاری با محیط را افزایش دهند.**

**\* برای مداخله در بحران بنا بر نظر کاپلان و سایر همکاران، برای بکارگیری رویکرد توانایی ها چه مواردی را باید مد نظر قرار گیرد؟ در مداخله در بحران روانشناسان و مددکاران اجتماعی وظیفه تسهیل سازی قابلیت ها و مهارت های مقابله و مرتبط شدن با منابع و حمایت ها را بعهده دارند یعنی بایدتوجه داشت که هر انسانی کارشناس فرایند بازسازی خویش است.**

**\* استراق سمع در خطوط مخابراتی، افشای غیر مجاز اطلاعات، ناکارآمدی سخت افزارها، تقلب و دسترسی غیر مجاز، جزء بحران امنیتی محسوب می شوند.**

**\* فروید:خودکشی رفتاری پرخاشجویتنه بر علیه لیبیدو است و در واقع خودکشی عبارتند است از ناکامی فرد در برون ریزی پرخاشگری های درونی شده می باشد.**

**\*\* معمول ترین روش خودکشی عبارتند از:1- حلق آویز کردن2- خودسوزی3- مسمومیت با قرص و سموم**

**\* بسیاری از کسانی که در اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند. قبلا احساسات و افکار و اندیشه های خودکشی خود را از قبل با دیگیران و بستگان در میان گذاشتند و صحبت می کردند.**

**\* اختلالات زیر با اقدام به خودکشی ارتباط دارند و باید جدی گرفته شود1- افسرگی2- سوء مصرف مواد3- اسکیزوفرنی**

**\* هدف اصلی مداخله در بحران بنا بر نظریه روبرتسRoberts عبارتند از: 1-بازگرداندن فرد به حالت تعادل2- شناسایی حوادث ناگهانی3- ایجاد مهارت های سازگاری در افراد**

**\* در واقع حرفه مددکاری اجتماعی در پاسخ به نیازهای شناخته شده اجتماعی و برای کمک به شهروندانی که با موقعیت های بسیار پر استرس مواجه اند ظهور کرد.**

**\* روانپزشک معروف لیندمن واکنش های عمومی به بحران سوگ را چه چیزهایی ذکر کرد؟ 1-اختلال جسمی2- احساس گناه3- از هم گسیختگی الگوهای کارکرد و اشتغال ذهنی**

**\* براساس نظریه رفتاری.... اگر در خزانه رفتاری فرد سابقه اقدام به خودکشی، تهدید به خودکشی، خودکشی اطرافیان و افراد مهم زندگی فرد وجود داشته باشد احتمال خودکشی در او بالا می رود.**

**\* روشهای مورد نظر مددکاری اجتماعی در افراد بحران زده شامل چه مواردی می شود؟ 1- آموزش مهارت های انطباقی2- آموزش حساسیت زدایی3- آموزش مهارت های زندگی و آرام سازی**

**\* توسعه خدمات مداخله در بحران در طول دهه 1970، از نظر مایر Myer چه بود؟1- تحرک های جغرافیایی آمریکا و قطع ارتباط عاطفی افراد با یکدیگر2- قطع ارتباط افراد با خانواده هسته ای3- آگاه شدن از رابطه بین افراد**

**\* بنابر ..... نظریه شناختی.. واکنش های عاطفی شدید مراجعان به بحران و موقعیت های بحران نشان دهنده ارزیابی ذهنی منفی آنها از وضعیت زندگی شان است.**

**\* کدامیک از موارد ذیل شامل بحران های رشدی افراد می شود؟1- نقل مکان و یا فوت یکی از والدین2- از دست دادن یک رابطه نزدیک عاطفی و یا عشقی3- باورهای اساسی مراجعه درباره خودش و جهان**

**\* راهبردهای مورد استفاده در مداخله شناختی چه چیزی می باشد؟1- بازسازی شناختی2- حل مشکل3- انطباق شناختی**

**\* در مداخله های شناختی، در چه مواردی از تکنیک بازسازی شناختی استفاده می شود؟ 1-زمانی که الگوهای فکری مراجع تحریف شده هستند و در گسترش و پایداری مشکل نقش دارند2- روش های آموزش، بازبینی حادثه و افکار و احساسات3-**

**\* در روش مداخله ای انطباق شناختی از تکنیک های تخصصی(مددکار اجتماعی یا روانشناس) استفاده می کند. 1-آموزش بازسازی خود 2 - گسترش مهارتهای ارتباطی**

**\* در نظریه راه حل محور مداخله ای مددکار اجتماعی و مراجع بیشتر از خود مشکل بر راه حل ها یا استثنا ها متمرکز می شوند:**

**\* در رویکرد راه حل محور مددکار و روانشناس بر چه مواردی تاکید می کنند: 1-ایجاد احساس مثبت و امید با استفاده از این سوال که موفقیت آمیز بودن مدت زمانی که در اینجا صرف می کنیم به معنی تغییر چه چیزی در آینده است. 2- پرسیدن سوال های انطباقی توانمند کننده - تقویت کننده( تا اینجا چگونه توانسته اید موقعیت و خودت و خانواده ات را به این خوبی اداره کنید. 3- برانگیختن مراجع به بیان کارهای راه حل محوری که در آنها مراجع با استفاده از توانایی های خویش و منابع موجود و جدید را برای آزمایش حل بحران به کار گرفته است.**

**\* خودکشی از نظر دورکیم در سال 1897:: خودکشی خودخواهانه و دیگر خواهانه و ناشی از بی هنجاری**

**\* خودکشی خود خواهانه...هنگامی رخ می دهد که پیوند اجتماعی فرد کاهش یافته و احساس جدا افتادگی و از دست دادن حمایت اجتماعی به فرد دست داده است.**

**\* زمانی که استرس و فشار روانی به فرد وارد شود کارایی او برای تمرکز بر محیط و عبور از استرس به شدت افت می کند.**

**\* حمایت های اجتماعی که در شرایط بحرانی و استرس باید مورد توجه قرار گیرد؟ 1- فراهم کردن کمک مادی و امکان استراحت کافی2- بسیج سایر حامیان و کانال های ارتباط با دیگران و بستگان3- کم کردن نگرانی با تاکید بر ایجاد اطمینان**

**\* مددکار اجتماعی در شرایط بحرانی و قبل از ارزیابی نیاز به اطلاعات ذیل دارد1- از مراجع می خواهد فهرست همه افرادی که در یک یا دو هفته گذشته با آنها ارتباط داشته تهیه کند.2- افرادی که می توانند در این شرایط به شیوه ای موثر از او حمایت کنند را مشخص کند.3- اقدامات حمایتی خاص که این افراد اخیرا برایش فراهم کردند را توضیح دهد.**

**\*حمایت های اجتماعی در شرایط بحرانی برای افرادبحران زده بایداز طریق زیر جبران گردد؟ 1- ایجاد امید و فراهم کردن کانال های ایجاد رابطه با جهان خارج 2- فراهم کردن کمک مادی و تایید هویت فردی 3- فراهم ساختن امکان استراحت کافی**

**\*20تا 70 درصد کسانی که خود را کشته اند حداقل یکبار در گذشته به خودکشی اقدام کرده بود و 3 تا 10 درصد کسانی که اقدام به خودکشی می کنند عاقبت در اثر آن جان خود را از دست می دهند.**

**\*ارسطو، اظهار می دارد که خودکشی به منظور فداکاری (دگرخواهانه) خودکشی محسوب نمی شود و خودکشی را عملی برای معدوم ساختن فرد توسط خودش می داند که به منظورفداکاری نمی باشد .**

**\* بحران بلوغ :بحرانی که شناخته شده است و قابل پیپش بینی هست.**

**\*\*بحران :شرایط موقتی هستند که به طور ناگهانی یا تدریجی به وجود آمده و فرد و خانواده و یا جامعه را برای انجام وظایف خود با مشکل مواجه ساخته و خروج از آن شرایط، نیازمند به مداخله به موقع می باشد.**

**\*انواع بحران ها را نام ببریدعبارتند از : الف ) بحران های اجتماعی ب) بحران های اقتصادی**

 **ج) بحران ناشی از حوادث وسوانح طبیعی**

**\*\*بحران اجتماعی عبارتند از: مهاجرت های بی رویه، آشوب های اجتماعی، خشونت در محیط کار، اعتیاد و فساد مالی**

**\*بحران اقتصادی عبارتند از : کاهش ارزش پولی، کاهش ارزش سهام در بورس، اختلال ورشکستگی، \*افزایش غیر مترقبه هزینه ها جزء بحران اقتصادی می باشد.**

**\*\* بحران اطلاعاتی عبارتند از :استراق سمع در خطوط مخابراتی، افشای غیر مجاز اطلاعات، ناکارآمدی سخت افزارها، تقلب و دسترسی غیر مجاز.**

* **بحران امنیتی :آدم ربایی، بمب گذاری، گروگانگیری، قاچاق مواد مخدر، جاسوسی و تروریسم**
* **مداخله در بحران به سلسله اقدامات تخصصی اطلاق می شوند که افراد و خانواده ها و گروه ها را در استفاده از مکانیسم های تطابقی حل بحران یاری می کند تا بتوانند برای حل موفقیت آمیز بحران، توانایی و مهارت سازگاری با محیط را افزایش دهند.**
* **برای مداخله در بحران بنا بر نظر کاپلان و سایر همکاران، برای بکارگیری رویکرد توانایی ها باید تسهیل سازی قابلیت ها و مهارت های مقابله و مرتبط شدن با منابع و حمایت ها را مورد توجه قرارگیرندیعنی بایدتوجه داشت که هر انسانی کارشناس فرایند بازسازی خویش است.**
* **در موقعیت ها و حوادث های بحرانی، واکنش های هر فرد اختصاصی و منحصر به فرد است.**
* **خودکشی در ادیانی اسلام ویهود و مسیحت نهی شده است و گناه محسوب می گردد.**
* **بنابر نظریه فروید : خودکشی رفتاری پرخاشجویانه بر علیه لیبیدو است و در واقع خودکشی عبارتند است از ناکامی فرد در برون ریزی پرخاشگری های درونی شده می باشد.**

**\* معمول ترین روش خودکشی عبارتند از: 1- حلق آویز کردن2-خودسوزی3-مسمومیت با قرص و سموم**

**\*باید توجه داشت که : بسیاری از کسانی که در اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند. قبلا احساسات و افکار و اندیشه های خودکشی خود را از قبل با دیگیران و بستگان در میان گذاشتند و صحبت می کردند.**

\*\***. سابقه اقدام قبلی به خودکشی، یکی از عوامل مهم خطر برای تکرار این عمل می باشد.**

**اختلال زیر با اقدام به خودکشی ارتباط دارند و باید جدی گرفته شود.**

**\*\*هدف اصلی مداخله در بحران بنا بر نظریه روبرتسRoberts عبارتند از:1-بازگرداندن فرد به حالت تعادل2-شناسایی حوادث ناگهانی3-ایجاد مهارت های سازگاری در افراد**

**\*در واقع حرفه مددکاری اجتماعی در پاسخ به نیازهای شناخته شده اجتماعی و برای کمک به شهروندانی که با موقعیت های بسیار پر استرس مواجه اند ظهور کرد.**

**\*\*بنظرروانپزشک معروف لیندمن واکنش های عمومی بحران سوگ عبارتند از:1-اختلال جسمی2-احساس گناه3-از هم گسیختگی الگوهای کارکرد و اشتغال ذهنی**

**\*براساس نظریه ..رفتاری...... اگر در خزانه رفتاری فرد سابقه اقدام به خودکشی، تهدید به خودکشی، خودکشی اطرافیان و افراد مهم زندگی فرد وجود داشته باشد احتمال خودکشی در او بالا می رود.**

**\*روشهای مورد نظر مددکاری اجتماعی در افراد بحران زده شامل چه مواردی می شود:**

**1-آموزش مهارت های انطباقی2- موزش حساسیت زدایی 3- آموزش مهارت های زندگی و آرام سازی**

**\*\*توسعه خدمات مداخله در بحران در طول دهه 1970، از نظر مایر Myer چه بود؟1-تحرک های جغرافیایی آمریکا و قطع ارتباط عاطفی افراد با یکدیگر 2 -قطع ارتباط افراد با خانواده هسته ای3-آگاه شدن از رابطه بین ضربه های روانی واختلات عصبی دراز مدت**

**\*\*بنابر** **نظریه شناختی.. واکنش های عاطفی شدید مراجعان به بحران و موقعیت های بحران نشان دهنده ارزیابی ذهنی منفی آنها از وضعیت زندگی شان است.**

**\*\*کدامیک از موارد ذیل شامل بحران های رشدی افراد می شود:1-** **نقل مکان و یا فوت یکی از والدین**

**2--از دست دادن یک رابطه نزدیک عاطفی و یا عشقی 3- باورهای اساسی مراجعه درباره خودش و جهان**

**\*\*راهبردهای مورد استفاده در مداخله شناختی چه چیزی می باشد؟1-بازسازی شناختی 2-حل مشکل 3-انطباق شناختی**

**\*\*در بازسازی شناختی ، در چه مواردی از تکنیک بازسازی شناختی استفاده می شود؟1-زمانی که الگوهای فکری مراجع تحریف شده هستند و در گسترش و پایداری مشکل نقش دارند. 2-روش های آموزش، بازبینی حادثه و افکار و احساسات**

**\*\*در کدامیک از تکنیک های شناختی در بحران، مددکار و روانشناس سعی می کنند تا راههای جدید و یا موثرتر رسیدگی به استرس و خلق منفی را یاد بگیرند؟** **حل مشکل**

**\*\*در روش مداخله ای انطباق شناختی از چه تکنیک های تخصص(مددکار اجتماعی یا روانشناس) استفاده می کند.1-** **آموزش بازسازی خود2-** **گسترش مهارتهای ارتباطی**

**\*\*در کدام نظریه مداخله ای مددکار اجتماعی و مراجع بیشتر از خود مشکل بر راه حل ها یا استثنا ها متمرکز می شوند: روش**  **حل مشکل**

**\*در رویکرد راه حل محور مددکار و روانشناس بر چه مواردی تاکید می کنند؟** 1-**ایجاد احساس مثبت و امید با استفاده از این سوال که موفقیت آمیز بودن مدت زمانی که در اینجا صرف می کنیم به معنی تغییر چه چیزی در آینده است2-** **پرسیدن سوال های انطباقی توانمند کننده - تقویت کننده( تا اینجا چگونه توانسته اید موقعیت و خودت و خانواده ات را به این خوبی اداره کنید؟3-** **برانگیختن مراجع به بیان کارهای راه حل محوری که در آنها مراجع با استفاده از توانایی های خویش و منابع موجود و جدید را برای آزمایش حل بحران به کار گرفته است.**

**\*\*بر اساس نظریه ساختاری خانواده مددکار و یا روانشناس در موقعیت های بحران باید اقدام نماید:** **1-** **مددکار اجتماعی با روانشناس با نظر گرفتن مدیریت موردی باید نسبت به بهنجار سازی برخی از وجه بحران اقدام نماید.2-** **ایجاد مهارت های ارتباطی بین اعضای خانواده را تقویت کند مثل گفتگو صریح و گوش دادن به حرف های یکدیگر در راستای پاسخگویی نیازهای عاطفی و احساسی بیاموزد3-** **نقش های هر یک از افراد خانواده را در درون خانواده به درستی مشخص کند یعنی روشن کردن نقش مناسب**

**\*\*براساس نظریه جامعه شناختی...خودکشی در ارتباط با شرایط اجتماعی و زندگی فرد در اجتماع مورد توجه قرار می گیرد.**

**\*\*تقسیم بندی خودکشی از نظر دورکیم در سال 1897:** 1-**خودکشی خودخواهانه 2- دیگر خواهانه 3- ناشی از بی هنجاری**

**\*خودکشی .خودخواهانه....هنگامی رخ می دهد که پیوند اجتماعی فرد کاهش یافته و احساس جدا افتادگی و از دست دادن حمایت اجتماعی به فرد دست داده است.**

**\*\*حرفه مددکار اجتماعی در پاسخ به نیازهای شناخته شده اجتماعی و برای کمک به شهروندانی که با موقعیت های بسیار پر استرس مواجه اند ظهور کرد.**

**\*\*زمانی که استرس و فشار روانی به فرد وارد شود کارایی او برای تمرکز بر محیط و عبور از استرس به شدت افت می کند.**

**\*\*حمایت های اجتماعی که در شرایط بحرانی و استرس باید مورد توجه قرار گیرد؟1-** **فراهم کردن کمک مادی و امکان استراحت کافی2-** **بسیج سایر حامیان و کانال های ارتباط با دیگران و بستگان3-** **کم کردن نگرانی با تاکید بر ایجاد اطمینان**

**\*\*مددکار اجتماعی در شرایط بحرانی و قبل از ارزیابی نیاز به چه نوع اطلاعاتی دارد؟1-** **از مراجع می خواهد فهرست همه افرادی که در یک یا دو هفته گذشته با آنها ارتباط داشته تهیه کند.2-** **افرادی که می توانند در این شرایط به شیوه ای موثر از او حمایت کنند را مشخص کند.3-** **اقدامات حمایتی خاص که این افراد اخیرا برایش فراهم کردند را توضیح دهد.**

**\*\*حمایت های اجتماعی در شرایط بحرانی برای افرادبحران زده از چه طریقی باید جبران گردد؟1-** **ایجاد امید و فراهم کردن کانال های ایجاد رابطه با جهان خارج2-** **فراهم کردن کمک مادی و تایید هویت فردی3-** **فراهم ساختن امکان استراحت کافی**

**\*\*افسردگی یکی از عواملی است که خطر خودکشی را در همه سنین افزایش می دهند و زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می کنند اما احتمال خودکشی منجر به مرگ برای مردان بیشتر است.**

**\*\*افسردگی یکی از عواملی است که خطر خودکشی را در همه سنین افزایش می دهند و زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می کنند اما احتمال خودکشی منجر به مرگ برای مردان بیشتر است.**

**موفق باشید.**